



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی

مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری ارومیه

آنچه پرسنل پرستاری باید بدانند (۵)



نویسندگان:

حوریه رحیمی

مهسا صالح زاده - شیرین مجللی - مهناز محمد پوری - فرزانه پیری

بسم الله الرحمن الرحيم

فهرست مطالب

۴	مقدمه
۵	۹ راه حل ایمنی بیمار
۶	توجه به مشخصات فردی بیمار جهت جلوگیری از خطا
۹	کنترل غلظت محلول های الکترولیت
۱۳	توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی
۱۶	ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار
۲۱	استفاده صرفا یکبار از وسایل تزریقات
۳۲	بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبت های سلامتی
۴۱	اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارایه خدمات
۴۴	اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها
۴۷	انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار
۵۴	شاخص های ایمنی بیمار
۵۴	مدیریت خطا
۵۶	رویکرد فردی
۵۷	رویکرد سیستمی
۶۰	تحلیل علل ریشه ای خطاهای پزشکی
۶۹	وقایع ناخواسته
۷۲	راهنمای پیشگیری از سقوط بیمار
۸۰	راهنمای پیشگیری از زخم فشاری
۸۶	بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار
۸۹	ترخیص ایمن
۹۱	منابع :

ایمنی بیمار یک اصل بنیادی کیفیت است که در برنامه های جهانی سلامت مورد توجه ویژه قرار گرفته است. ایمنی بیمار یک ضرورت مهم برای استقرار نظام های سلامت است که می توانند با ارائه خدمات سلامت با کیفیت نیازهای مردم را تامین کنند. سازمان بهداشت جهانی ایمنی بیمار را به عنوان یک راهبرد کلی بهبود کیفیت و ایمنی خدمات سلامتی در منطقه در اولویت قرار داده است و اینگونه تعریف نموده است: " ایمنی بیمار عبارت است از عدم وجود آسیب های قابل پیشگیری و همچنین کاهش خطر آسیب های بی مورد مرتبط با مراقبت های سلامت، به کمترین حد قابل قبول ". ایمنی بیمار، تلاش در جهت پیشگیری و کاهش خطرات، خطاها و آسیب هایی است که در حین ارائه خدمات سلامت، برای بیماران ایجاد می شود و اساس ایمنی بیمار، بهبود مداوم بر پایه یادگیری از خطاها و وقایع ناگوار می باشد. راه حل های ایمنی بیمار به عنوان یک برنامه اصلی اتحادیه جهانی ایمنی بیمار WHO، توجهات را به ایمنی بیمار و بهترین روش هاییکه می تواند خطرات تهدید کننده بیماران را کاهش دهد، جلب می کند. کمیسیون مشترک اعتباربخشی سازمان های بهداشتی و کمیسیون مشترک بین المللی در سال ۲۰۰۵ به طور رسمی به عنوان مرکز همکاری سازمان جهانی بهداشت در زمینه ایمنی بیمار (راه حل ها) تعیین شدند.

اصول اولیه ایمنی بیمار در " ۹ راه حل ایمنی بیمار " ارائه شده از سوی سازمان بهداشت جهانی گنجانده شده است.

۹ راه حل ایمنی بیمار

سازمان بهداشت جهانی ۹ راهکار اجرایی به عنوان راه حل هایی برای حصول و ارتقاء ایمنی بیمار ارائه نموده که عناوین آنها عبارتند از :

۱- توجه به مشخصات فردی بیمار جهت جلوگیری از خطا

Patient identification

۲- کنترل غلظت محلول های الکترولیت

Control of concentrated electrolyte solutions

۳- توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی

Look-alike, sound-alike medication names

۴- ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار

Communication during patient hand-overs

۵- استفاده صرفا یکبار از وسایل تزریقات

Single use of injection devices

۶- بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبت های سلامتی

Improved hand hygiene to prevent health care-associated infection

۷- اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارایه خدمات

Assuring medication accuracy at transitions in care

۸- اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها

Avoiding catheter and tubing misconnections

۹- انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار

Performance of correct procedure at correct body site



عدم شناسایی صحیح بیماران در مراکز ارائه کننده خدمات سلامت منجر به بروز خطاهای دارویی، پروسیجرها و اعمال جراحی بر روی فرد نادرست و موضع نادرست، خطاهای مرتبط به انتقال خون، خطا در زمینه آزمایشات تشخیصی و تحویل نوزاد به خانواده اشتباه می شود که نه تنها سبب بی اعتمادی بیمار به نظام ارائه کننده خدمات می گردد بلکه طیف بسیار وسیع و متفاوتی از عواقب را نیز در پی دارد تا حدی که در برخی موارد حوادث ناگوار و آسیب و صدمات دائمی و غیرقابل جبران و حتی مرگ بیماران نیز گزارش شده است. ایمنی بیمار، اتفاقات و حوادث نزدیک به خطای ناشی از عدم شناسایی صحیح بیمار را به عنوان چالش جهانی مطرح می نماید. با توجه به زیان و آسیب های حاصله از این امر، اجتناب از بروز اشتباهات ناشی از عدم شناسایی صحیح بیماران هدف کلیدی و نقطه ثقل بهبود برنامه های ایمنی بیمار تمامی انجمن ها، اتحادیه ها و آژانس های عمده ایمنی بیمار در سراسر جهان قرار گرفته است.

حیطه های اصلی که شناسایی نادرست بیماران ممکن است حادث شود مشتمل بر:

- ❖ دارو دهی به بیماران
- ❖ فلبوتومی
- ❖ ترانسفوزیون خون
- ❖ اقدامات تهاجمی
- ❖ اعمال جراحی
- ❖ اقدامات پاراکلینیک اعم از نمونه برداری، انجام اقدامات تشخیصی، ثبت و گزارش نتایج
- ❖ ترخیص نوزادان
- ❖ خدمات غیر مستمر مانند مشاوره ها

❖ انجام اقدامات تشخیصی یا درمانی در خارج از بخش یا توسط کارکنان غیرشاغل در همان بخش (اعم از تصویربرداری،

سونوگرافی، دیالیز و سایر)

افزایش تحویل و تحول بیماران (بین شیفت ها، بین بخشی، بین بیمارستانی) و سایر مشکلات برقراری ارتباط، عدم بکار بستن چک لیست های قبل از عمل و عدم رعایت روشهای صحیح کنترلی از جمله عوامل موثر و همراه در افزایش احتمال بروز خطا در شناسایی صحیح بیماران می باشند.

راهکارها

- مسئولیت اولیه کلیه کارکنان ارائه کننده خدمت مرتبط با بیمار، شناسایی صحیح و تطبیق بیمار صحیح با مراقبت و یا درمان صحیح است.
- کلیه مراکز ارائه کننده خدمات سلامت بایستی دارای راهنمای مصوب شناسایی بیمار باشند. استفاده از دستبند شناسایی برای کلیه بیماران بستری و بیماران تحت نظر بخش اورژانس الزامی است.
- **دو شناسه اصلی** که بایستی به روش یکسان (با رنگ مشکی یا آبی در پس زمینه سفید) بر روی دستبندها پرنیت شود مشتمل بر نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد بیمار (به روز، ماه و سال) است.

تأکید می شود هیچ گاه از **شماره اتاق و تخت بیمار** به عنوان شناسه بر روی

دستبند شناسایی استفاده نشود.

شناسایی فعال بیماران

قبل از ارائه هر گونه خدمات درمانی ، تشخیصی و مراقبتی بایستی بیماران به طرز فعال شناسایی شوند. در روش شناسایی فعال، بیماران نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد خود را بیان نموده و ارائه کننده خدمت آن را با مشخصات دستبند تطبیق می دهد.

- کلیه بیماران بستری (شامل بیماران بستری و تحت نظر بخش اورژانس) در هنگام پذیرش **دستبند شناسایی** دریافت می نمایند.

- اطلاعات مندرج در دستبند شامل: نام، نام خانوادگی، تاریخ تولد، نام پدر، کد رایانه ای پذیرش (ID.Code) و شماره پرونده با رنگ مشکی بر روی زمینه سفید است.

توجه: در صورت وجود تشابه اسمی در بخش به منظور هشدار در روی جلد پرونده بیماران عبارت "احتیاط: بیمار با اسمی مشابه" توسط پرستار قید شود.

- دستبند شناسایی باید به گونه ای بسته شود که سبب فشردگی نشوند.

- توجه:** در هنگام ترخیص، دستبند شناسایی بیماران تحویل بخش و امحاء میشود.

- برای بیمارانی که آلرژی دارند درخواست دستبند قرمز

برای بیماران پر خطر که احتمال خودکشی دارند یا احتمال بروز زخم بستر یا ترومبوآمبولیسم دارند درخواست دستبند زرد

در هنگام ترخیص دستبند شناسایی بیماران تحویل بخش و امحاء می شود

(Control of concentrated electrolyte solutions)



از دیدگاه انستیتو خدمات ایمن دارویی (ISMP) Institute for Safe Medication Practices) زمانی که "داروها با هشدار بالا" به اشتباه مورد استفاده قرار گیرند باعث مرگ یا آسیب شدید بیماران می شوند. اگر چه ممکن است میزان تکرر خطا در مصرف و تجویز این داروها شایع نباشد، لیکن عوارض به جای مانده ناشی از خطاهای دارویی برای بیماران بسیار شدید، پایدار و غیر قابل جبران و بازگشت است. این داروها که می توان از میان آن ها، به داروهای ضد انعقاد، نارکوتیک ها، اپیوئید، انسولین و آرام بخش ها اشاره نمود، بیشتر توام با عوارضی نظیر کاهش فشارخون، خونریزی، کاهش قند خون، دلیریوم، لتارژی و برادی کاردی بوده که هر یک از این عوارض می توانند آسیب و ضرری جبران ناپذیر را برای بیماران باعث گردند.

احتیاطاتی که در مصرف و تجویز این داروها پیشنهاد می شوند شامل موارد ذیل است:

- به کارگیری استراتژی هایی نظیر بهبود دسترسی به اطلاعات دارویی مرتبط به "داروهای با هشدار بالا"
- **ممنوعیت دسترسی آزاد** به "داروهای با هشدار بالا"
- داروهای با هشدار بالا که دارای اسامی و یا اشکال مشابه می باشند را در انبار داروخانه در سبدهای زرد رنگ گذارده و نام دارو را به زبان فارسی با فونت حداقل 48 که از دور قابل خواندن باشد، بر روی آن نصب کنید.
- در هنگام نسخه نویسی و نسخه برداری داروهای با هشدار بالا که دارای اسامی مشابه می باشند حتماً از TALL MAN LETTERING به منظور تأکید بر روی اختلاف اسامی دارویی، استفاده شود. نسخه نویسی و نسخه برداری به روش نگارش : TALL MAN LETTERING استفاده از حروف بزرگ در نوشتن نام داروهای مشابه اسمی (به

عنوان مثال DOPamine در مقابل DoBUTamine)

- **محدودیت** در تجویز داروهای با هشدار بالا به صورت شفاهی یا تلفنی
- نسخه نویسی داروهای با هشدار بالا توسط پزشک متخصص (و بالاتر)
- استفاده از حروف درشت جهت نوشتن نام دارو در هنگام دستوردارویی
- اتصال تجویز دارو ها به سیستم های هشدار اتوماتیک در زمان بروز خطای دارویی
- استفاده از برچسب هشدار دهنده به منظور جلب نظر کاربران در هنگام تجویز "داروهای با هشدار بالا"
- استاندارد سازی و دقت بسیار در هنگام انبار داری، **نسخه نویسی**، **نسخه برداری**، آماده سازی و تجویز "داروهای با هشدار بالا"، به نحوی که از بروز وقایع ناخواسته بکاهد
- تجویز و آماده سازی "داروهای با هشدار بالا" توسط دو نفر از کادر حرفه ای به صورت مستقل از یکدیگر

احتیاطات عمومی

- ویال کلرید پتاسیم / فسفات پتاسیم را دور از سایر دارو ها و در جایگاه مجزایی نگه دارید.
- ویال های انسولین و هپارین در محفظه های مجزا و دور از یکدیگر جای دهید.
- تمامی داروهای وریدی ضد انعقادی را منحصرا در صورتی انبار نمایید که دارای برچسب دقیق مشخصات دارو باشد.
- دسترسی به محلول های کلرید سدیم با **غلظت بیش از 0/9** درصد را **محدود** نمایید.
- در تمامی موارد جهت تجویز محلول های الکترولیتی با غلظت بالا (مشمول برسالین هیپرتونیک ۳٪ و ۵٪ و کلرید سدیم ۱۴/۶٪ و کلرید پتاسیم (2 mEq/mL)، فسفات پتاسیم، سولفات منیزوم و کلرید کلسیم از چک دو گانه استفاده نمایید.

- **دستور پزشک را چک دو گانه تایید نمایید تا دستور دوز صحیح دارو تایید شود.**
- در توالی اورژانس با زدن برچسب قرمز رنگ "داروهای با هشدار بالا" توجه کاربران را به خطر بالقوه این داروها جلب نمایید.

لیست "دارو های با هشدار بالا"

۱- داروهای شیمی درمانی

۲- انفوزیون هپارین

۳- انفوزیون آرگاتروبان 3

۴- انسولین (انفوزیون مستمر و تزریق زیرجلدی)

۵- ناکوتیک ها (انفوزیون مستمر، انفوزیون اپیدورال، PCA4)

۶- هرگونه دارویی که از طریق پمپ اپیدورال تزریق شود از جمله اینتر اسکالن 5 و بلوک موضعی عصب 6

۷- اپیپروستئول (فلولان) وریدی و تریپروستینیل ۸ (رمودولین) وریدی - زیرجلدی

۸- انفوزیون های مستمر ترومبولیتیک آلتیز (ATP)

فهرست ۱۲ قلم داروی با هشدار بالا، مشمول الصاق برچسب گذاری روی هر آمپول یا ویال فرآورده تزریقی

ردیف	نام دارو	ردیف	نام دارو
۱	کلرید پتاسیم	۷	آتروپین
۲	سولفات منیزیم	۸	اپی نفرین
۳	بیکربنات سدیم	۹	هپارین سدیم
۴	گلوکونات کلسیم	۱۰	رتپلاز
۵	هایپرسالین	۱۱	هالوپریدول
۶	لیدوکائین	۱۲	پروپرانولول

نکات مهم :

۱- داروهای شیمی درمانی بایستی در برگه خاص دستور داروهای شیمی درمانی تجویز و توسط پزشک اتند امضاء شوند.

۲- تجویز داروهای شیمی درمانی اصولاً با دستور شفاهی پزشک جایز نمی باشد.

۳- رژیم شیمی درمانی بیمار بر اساس دستورات پزشک معالج بیمار و مطابق با خط مشی و روش هوای اجرایی تجویز داروهای شیمی درمانی به بیمار تجویز می شوند.

۴- تمامی داروهای شیمی درمانی قبل از آماده سازی و تجویز به بیمار بایستی توسط دو نفر کادر مجرب چک شوند. (در داروخانه دو نفر داروساز و در بخش های بستری و یا درمانگاه سرپایی توسط دو نفر پرستار)

- ۵- در داروخانه و قبل از ارسال دارو به بخش، بر روی تمامی داروهای شیمی درمانی یک برچسب به رنگ زرد که واجد نوشته ذیل است چسبانیده شود: "داروی شیمی درمانی، با احتیاط حمل شود"
- ۶- داروهای شیمی درمانی را بایستی در داخل دو کیسه در داخل هم به منظور پیش گیری از شکستن و یا پاشیدن محتویات داخل ویال قرار داد.
- ۷- هیپارین را در دمای اتاق نگهداری نمایید.
- ۸- ویال های هیپارین با غلظت های متفاوت را جداگانه انبار نمایید.
- ۹- انسولین را در یخچال در جایگاه مخصوص "داروی با هشدار بالا" و با برچسب اختصاصی نگهداری نمایید.
- ۱۰- غلظت استاندارد برای انفوزیون انسولین برابر است با (unit/ml) که الزامی است بر چسب "داروی با هشدار بالا" بر روی آن چسبانیده شده باشد.
- ۱۱- در هنگام تجویز انسولین کلمه "واحد" را خوانا و درشت در انتهای میزان داروی تجویزی بنویسید.
- ۱۲- در صورت استفاده از پمپ های هوشمند سرعت و غلظت داروی تجویزی را به دقت تنظیم کنید.
- ۱۳- در صورتی که یک پرستار واحدی از انسولین را برای تجویز به بیمار می کشد الزامی است توسط پرستار دیگر چک شود
- ۱۴- ویال های انسولینی که در ابتدا در اتاق درمان بخش باز می شوند، معمولاً تاریخ انقضاء به مدت 28 روز دارند، لیکن ثبت و درج تاریخ باز کردن ویال بر روی ویال انسولین و توجه به تاریخ انقضاء آن از نکات بسیار الزامی است
- ۱۵- در هنگام نگهداری ویال های انسولین در یخچال، آن ها را بر حسب نوع از یکدیگر جدا نمایید.
- ۱۶- ویال های با غلظت بالای کلرید پتاسیم، فسفات پتاسیم، گلوکونات و سولفات کلسیم در داروخانه به صورت مجزا از یکدیگر نگهداری نمایید.
- ۱۷- نسخه نویسی محلول های الکترولیتی با غلظت بالا بایستی خوانا باشد. در هنگام نسخه نویسی نام دارو و میزان سرعت انفوزیون بایستی با استفاده از حروف درشت باشد.

توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی
(Look-alike, sound-alike medication names)



فلسفه ای که بر مبنای آن احتمال خطرات ناشی از داروها با اسامی مشابه شکل گرفته این است که تازمانی که حروف ابتدایی و انتهایی هر کلمه صحیح باشد مهم نیست که حروف یک کلمه به چه ترتیبی در کنار هم قرار گرفته اند. به همین دلیل است که وجود مقادیر انبوه داروهای موجود در بازار مصرف با اسامی (تجاری یا برند) مشابه گیج کننده می باشند. با توجه به همین فلسفه این مشکل در سراسر جهان به عنوان یکی از علل آسیب های ناخواسته و حوادث تهدید کننده ایمنی بیمار معنا یافته است. چند مثال از داروهای با اسامی مشابه که آوای شنیداری مشابه آن ها نیز باعث خطای شنیداری می شوند.

- ☐ Diamox (acetazolamide) با Zimox (amoxicillina triidrato)
- ☐ Amiodarone با Amlodipine
- ☐ Carbamazepine با Carbimazole
- ☐ Losec با Lasix
- ☐ Lanoxin® با Naloxone

□ Eskazine (Trifluoperazine) با Ecazide (captopril/hydrochlorothiazide)

دست خط ناخوانای پزشکان، آگاهی ناقص از اسامی دارویی، سرعت تولید داروهای جدیدی که وارد بازار مصرف می شوند، بسته بندی ها یا برچسب گذاری های مشابه داروها، مصارف مشابه بالینی، اشکال مشابه دوز دارویی، مشابهت در دفعات مصرف و تجویز و نارسایی شرکت های تولید کننده و ارگان های قانون گذار در تشخیص احتمالات بالقوه برای خطا و عدم ارزیابی خطر هم برای داروها با اسامی ژنریک و برند قبل از تأیید نام برای داروهای جدید بر احتمال اتفاقات ناخواسته و خطاهای دارویی می افزاید.

نمونه ای از داروها با اشکال مشابه و طراحی مشابه

Design out the problem (design solution)



درهنگام نسخه نویسی و نسخه برداری داروهای با اسامی مشابه حتماً، از TALL MAN LETTERING به منظور تأکید بر روی اختلاف اسامی دارویی، استفاده شود. نسخه نویسی و نسخه برداری به روش نگارش TALL MAN LETTERING استفاده از حروف بزرگ در نوشتن نام داروهای مشابه اسمی است. به عنوان مثال DOPamine در

مقابل DoBUTamine

acetaZOLAMIDE **acetoHEXAMIDE**

buPROPion busPIRone

chlorproMAZINE chlorproPAMIDE

- ❖ از مهم ترین عوامل در پیشگیری از خطاهای داروها با اسامی و اشکال مشابه ، خوانا بودن نسخ پزشکی و قید اسامی ژنریک و تجاری دارویی در دستورات پزشک می باشد
- ❖ به یاد داشته باشید که استفاده ایمن داروها یک فعالیت تیمی است و بیمار نیز عضوی از تیم است.
- ❖ برقراری ارتباطات ما بین تیم درمانی بایستی به حدی شفاف باشد که امکان تفسیر چندگانه و مبهم ممکن نباشد.
- ❖ بیان واضح و شفاف دستورات دارویی به عنوان یک قاعده کلی مفید در زمان برقراری ارتباط بایستی مد نظر باشد.
- ❖ خوانا بودن دستورات دارویی و اجتناب از بد خط نوشتن دستورات دارویی قاعده ای کلی و از اصول ایمنی دارویی محسوب می شود.
- ❖ تجویز داروهای با اسامی مشابه به صورت شفاهی (تلفنی) بایستی حتی المقدور بسیار محدود گردد و الزامی است که در موارد ضروری از تکنیک بازخوانی مجدد برای تأیید دستور داده شده استفاده شود.
- ❖ برچسب داروهای با اسامی و اشکال مشابه به رنگ زرد است و بایستی به نحوی بر روی ویال دارویی الصاق گردد که نام و مشخصات دارو قابل خواندن باشد
- ❖ برخی از داروهای با هشدار بالا را که دارای شباهت شکلی یا اسمی هم می باشند را فقط با برچسب داروی با هشدار بالا به رنگ قرمز نشان گذاری نمایید.
- ❖ الکترولیت های با غلظت بالا با اشکال مشابه را هرگز در استوک پرستاری قرار ندهید.
- ❖ مشارکت بیماران و خانواده یا مراقبین را در مراقبت دارویی به منظور کاهش خطر جلب نمایید.
- ❖ به بیماران و مراقبین آنان آموزش دهید که داروها هم دارای اسامی تجاری و هم اسامی ژنریک می باشند. شرکت های مختلف دارویی فرمولاسیون مشابه دارویی را با اسامی متفاوت تجاری تولید می کنند. معمولاً اسامی تجاری با حروف بزرگ و اسامی ژنریک با پرینت کوچک بر روی جعبه/ شیشه دارو نوشته می شوند.
- ❖ اشکال مختلف آماده یا دوزهای متفاوت از یک دارو با اسمی و یا بسته بندی مشابه را به لحاظ فیزیکی از هم تفکیک کرده، نام و دوز دارو را (با فونت حداقل ۴۸ که از دور قابل خواندن باشد) بر روی آن نصب کنید.
- ❖ الکترولیت های با غلظت بالا را به لحاظ فیزیکی از هم تفکیک کرده، نام و دوز دارو را (با فونت حداقل ۴۸ که از دور قابل خواندن باشد) بر روی آن نصب کنید.

ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار (Communication during patient hand-overs)



تحويل مراقبت/ اقدامات درمانی بیماران از یک تیم / فرد مسئول درمان به تیم/ فرد دیگر یکی از مخاطره آمیزترین روش های اجرایی در درمان است که اگر به خوبی صورت نپذیرد می تواند متضمن عواقب بالقوه خطرناکی برای بیماران، تیم ارائه کننده خدمات سلامت و سازمان باشد. در صورتی که برقراری ارتباط بین اعضای یک تیم یا تیم های مختلف خدمات سلامت به درستی انجام نگیرد و اطلاعات کامل و صحیح مرتبط به بیماران تبادل نگردد خطرات جدی بر بیماران تحمیل و این امر باعث عدم تداوم محور درمان، درمان نامناسب یا آسیب بالقوه به بیماران می شود.

اهمیت برقراری ارتباط صحیح

برخی از مطالعات 70 تا 80 درصد اتفاقات ناخواسته را ناشی از مشکلات تعاملات بین فردی دانسته اند.

ضرورت تحويل بیماران به دلائل زیر حائز اهمیت است:

۱- الزام تداوم اطلاعات برای ایمنی بیماران

۲- الزام تحويل جامع و دقیق با توجه به شیفتهی بودن کار بیمارستان ها و تعدد کارکنانی که از بیماران مراقبت می کنند.

برقراری ارتباطات در حین تحويل بیماران شامل تبادل و انتقال اطلاعات :

❖ از یک ارائه کننده خدمت به دیگری (تغییر شیفت پزشکان یا پرستاران)

❖ از یک تیم ارائه کننده به تیم بعدی (گزارشات بیهوشی به کادر اتاق ریکاوری)

❖ از یک بیمارستان به بیمارستان دیگر برای دریافت خدمات درمانی یا تشخیصی تخصصی

❖ از کارکنان خدمات سلامت به بیمار، مراقبین و خانواده آنان در زمان ترخیص بیمار از بیمارستان به منزل

از مهم ترین فواید تحویل استاندارد بیماران می توان موارد ذیل را نام برد:

❖ حفظ ایمنی بیماران: لغزش و خطا با تحویل مطلوب بیماران کاهش می یابد و این امر منجر به کاهش مرگ و معلولیت ها می شود.

❖ تداوم بیشتر درمان بیماران در طی محور سلامت- بیماری

❖ کاهش موارد تکراری؛ اجتناب از پرسش های تکراری

❖ افزایش میزان رضایتمندی بیماران از خدمات سلامت

❖ استانداردسازی تحویل شیفت ها که موجب افزایش تفکر نقادانه و به حداقل رسانیدن زمان سپری شده کادر بالینی، دور از بالین بیمار می شود.

مهمترین اصل در تحویل دقیق، صحیح و مناسب بیماران، تبدیل تداوم انفرادی الگوی سنتی کاری مبتنی بر آنکالی

پزشکان به تداوم سیستمی الگوی کاری مبتنی بر تداوم تبادل اطلاعات و دانش صحیح بین تمامی اعضای تیم چند

تخصصی می باشد.

تبادل اطلاعات در حین تحویل بین کارکنان، شیفت های مختلف و ما بین بخش ها (در صورت انتقال بیمار) بایستی

با بکار بستن یک راهکار استاندارد صورت پذیرد:

با استفاده از تکنیک SBAR که دارای مکانیسمی ساده برای به خاطر سپردن است و می تواند برای شکل دادن به ارتباطات افراد به ویژه در خصوص موارد حیاتی که توجه و اقدام اضطراری کادر بالینی را می طلبد مورد استفاده قرار گیرد. توانمندی در درک بهتر اطلاعات مورد تبادل و چگونگی آن ، تسهیل کار تیمی و پرورش فرهنگ ایمنی بیمار، فراهم سازی امکان تبادل اطلاعات کامل مرتبط به شرایط بیمار از ویژگیهای تکنیک SBAR محسوب می شود.

- ❖ وضعیت (Situation): ارایه اطلاعات مربوط به وضعیت فعلی بیمار شامل وضعیت ذهنی، راه هوایی و اکسیژناسیون، گردش خون و همودینامیک، پوست و زخم فشاری، گوارش و تغذیه، راه وریدی و کاتترها، وضعیت حرکتی و محدودیت های بیمار مانند محدودیت در دریافت مواد غذایی از راه دهان، رژیم غذایی
- ❖ تاریخچه (Background): شرح بیماریهای زمینه‌ای، سابقه پزشکی و داروهای مصرفی بیمار به اختصار
- ❖ بررسی (Assessment): ارایه یافته های مربوط به ارزیابی علائم حیاتی، درد، میزان خطر سقوط و زخم فشاری
- ❖ توصیه ها و پیگیری ها (Recommendation): پیشنهاد و توصیه برای اقدامات بعدی و آنچه در مراحل بعد نیاز به تکمیل، پی گیری یا انجام دارد مثل اجرای دستورات دارویی، انجام پروتکل سقوط و زخم فشاری و سایر موارد قابل گزارش و پی گیری مشاوره ها، آزمایشات، گرافی ها
- مسئول بخش / مسئول شیفت جهت تأمین کیفیت مطلوب و مبتنی بر استاندارد در هنگام تحویل بیمار باید اصول زیر که بر گرفته از اصول CUBAN است در تمامی موارد تحویل کلامی بیمار رعایت می کند:
- ❖ اصل محرمانگی (confidentiality): باید در زمان تحویل بالینی بیمار به اطلاعات حساس و محرمانه بیمار توجه شود. این اطلاعات باید در محیطی دور از بالین بیماران و با صدای آهسته تبادل گردد. همچنین این قبیل اطلاعات نباید به خارج از محدوده بیمارستان و محیط درمان انتقال یابد. اطلاعات حساس و محرمانه بیمار می تواند شامل نتایج مثبت آزمایشاتی مانند HIV، بیماری های قابل انتقال مانند هپاتیت، اختلالات روان، قرار داشتن بیمار در گروه پرخطر اجتماعی (کودک آزاری / دختران فراری / بارداری غیرمترعارف / زنان رها شده، نوزادان رها شده خشونت علیه زنان، سالمندان، معلولان / اقدام به خودکشی) و سایر مواردی که بیماران می خواهند محرمانه بماند. جهت حفظ حریم بیماران و حفظ اسرار آنها فرایند تحویل در بعضی از موارد می تواند خارج از اتاق بیمار انجام شود.
- ❖ توالی و پیوستگی در ارایه گزارش (Uninterrupted): تحویل بیماران باید در محیطی آرام و بدون ایجاد وقفه انجام شود. در این زمینه می بایست شروع فرایند تحویل نوبت کاری به موقع و در زمان تعیین شده از قبل آغاز شود.
- ❖ خلاصه بودن گزارش (Brife) : انتقال اطلاعات باید تا حد امکان به اطلاعات ضروری و مرتبط با وضعیت درمانی محدود گردد و از ارایه اطلاعات با حجم زیاد خودداری شود.

❖ صحت و دقت اطلاعات (Accuracy): باید اطمینان حاصل شود که تمام اطلاعات انتقال یافته در فرایند تحویل صحیح و دقیق بوده و در مورد هیچ بیماری سهل انگاری در حیطه انتقال اطلاعات نشده است. اطلاعات مراقبتی باید در ابتدا و انتهای هر نوبت کاری، به روز رسانی شده، شفاف و مختصر باشد و اطلاعات نباید با استفاده از لهجه خاص و یا اصطلاحات غیر معمول انتقال یابد.

❖ پرستار مسئول بیمار (Named Nurse): بر اساس رعایت استمرار مراقبت ضروری است پرستار مسئول بیمار تحویل بیمار را انجام دهد

نکات مهم:

- ❖ در راستای حفظ حریم خصوصی در زمان تحویل بیماران می بایست افراد متفرقه را از بالین بیماران دور کنید.
- ❖ سرپرستار / مسئول نوبت کاری قبل، مسئول هدایت فرایند تحویل است که می بایست در هنگام تحویل بیمار به همراه پرستار مسئول بیمار در نوبت کاری قبل، مسئول و کارکنان پرستاری نوبت کاری بعد بر بالین بیماران حضور یافته و پرستار مسئول هر بیمار را به بیمار معرفی می نماید.
- ❖ کارکنان پرستاری نوبت کاری قبل به منظور پاسخ به نیازهای بیماران و ارایه مراقبت های ضروری در بخش باقی مانده و مسئولیت مراقبت از بیماران تا پایان تحویل کامل همه بیماران بر عهده کارکنان پرستاری نوبت قبل می باشد و تداوم مراقبت بیماران در طول فرایند تحویل نوبت کاری باید حفظ شود.
- ❖ کارکنان نوبت کاری قبل، می بایست از ارایه اطلاعات محرمانه و اطلاعات مربوط به ایمنی بیمار (احتمال سقوط، زخم فشاری و...) به کارکنان نوبت کاری بعد اطمینان حاصل نمایند.
- ❖ کارکنان نوبت کاری می بایست به هنگام تحویل بالینی، راه وریدی و لوله و اتصالات بیمار را از نظر درستی تعبیه و صحت کارکرد بررسی نمایند .
- ❖ کارکنان نوبت کاری می بایست فرصت تأیید و یا شفاف سازی اطلاعات به بیمار را داده و در صورت وجود هرگونه ابهام و یا سؤال آن را بیان نماید .
- ❖ کارکنان پرستاری تحویل گیرنده می توانند جهت روشن شدن بیشتر وضعیت بیمار سؤالات خود را مطرح نمایند.
- ❖ کارکنان پرستاری نوبت کاری بعد باید از ایمن بودن تجهیزات و محیط بیمار از جمله در دسترس بودن و صحت کارکرد زنگ احضار پرستار، دستگاه ساکشن، اکسیژن و سایر تجهیزات و نرده ایمنی بیمار، نظم محیط به منظور تأمین آسایش، راحتی حرکت و در دسترس بودن تجهیزات و ارتفاع تخت اطمینان حاصل نمایند.
- ❖ پرسنل خدمات و دانشجویان پرستاری هم می توانند در فرایند تحویل نوبت کاری حضور داشته باشند.

❖ کارکنان پرستاری تحویل دهنده اطلاعات مربوط به بیمارانی که در بخش حضور ندارند و جهت اقدامات درمانی یا تشخیصی به سایر واحدهای پاراکلینیکی بیمارستان یا خارج از بیمارستان منتقل شده اند نیز به کادر پرستاری نوبت بعد گزارش می کنند.

❖ به منظور رعایت احتیاطات کنترل عفونت جهت بیماران ایزوله مستقیم یا معکوس و به حداقل رساندن تردد در محوطه ایزوله هنگام تحویل نوبت کاری، ضروری است افراد حاضر در بالین به پرستاران مسئول بیمار در دو نوبت کاری محدود شوند.

❖ به منظور اجرای درست و کامل فرایند تحویل نوبت کاری ضروری است هنگام تحویل نوبت کاری انتقال بیماران از اتاقهای عمل، بخش ها و سایر واحدها صرفاً به موارد اورژانس و حیاتی محدود شود.

❖ علاوه بر تحویل بیماران در بالین، موارد زیر تحت عنوان اطلاعات کلی بخش توسط سرپرستار/ مسئول نوبت کاری قبل، به سرپرستار/ مسئول نوبت کاری بعد تحویل می شود.

✚ آماربیماران پذیرفته شده، ترخیص شده و تعداد کل بیماران بستری

✚ گزارش حوادث و وقایع خاص

✚ وسایل بیماران بستری در صورت نگهداری در ایستگاه پرستاری

✚ در صورت نگهداری داروهای مخدر در بخش های مجاز، نوع و تعداد داروها به همراه پوکه داروهای مصرفی توسط سرپرستار/ مسئول نوبت کاری قبل، به سرپرستار/ مسئول نوبت کاری بعد تحویل داده شود.

❖ تحویل بخش نیز از موارد مورد انتظار در تحویل نوبت کاری است که ضروری است سرپرستار/ مسئول نوبت کاری در هنگام تقسیم کار افراد مسئول موارد ذیل را تعیین نماید:

✚ کنترل تجهیزات پزشکی ضروری که در مواقع مخاطره حیات بکار می روند نظیر الکتروشوک

✚ تحویل ترالی اورژانس مطابق دستورالعمل ابلاغی مرکز مدیریت حوادث و فوریتهای پزشکی کشور

✚ کنترل یخچال دارویی بخش بر طبق دستورالعمل های ابلاغی

✚ کنترل داروها و اقلام مصرفی موجود در استوک بخش از نظر تعداد و تاریخ مصرف

✚ کنترل نظافت و بهداشت پایه بخش

✚ تبادل اطلاعات مربوط به کلیه خرابی ها، تأسیسات، تجهیزات، قطعی آب و برق و گاز های طبی و تلفن ، سیستم HIS و

غیره



تزریقات ایمن به معنای تزریقی است که:

۱- به بیماران یا دریافت کننده خدمات آسیبی نرساند.

۲- به ارائه کنندگان و کارکنان خدمات سلامت صدمه ای نزند

۳- پسماندهای ناشی از آن باعث آسیب و زیان در جامعه و محیط زیست نگردد

تزریقات یکی از روش های شایع در تجویز دارو ها و مشتقات دارویی می باشد و بدیهی است در صورت عدم رعایت استاندارد های درمانی، خطرات بالقوه و بالفعلی را بر ارائه کنندگان و مصرف کنندگان خدمات بهداشتی درمانی و نیز جامعه تحمیل می نماید. تزریقات غیر ایمن می تواند سبب انتقال انواع پاتوژن ها از جمله ویروس ها، باکتری ها، قارچ ها و انگل ها شده و وقایع ناخواسته ای از جمله آبسه و یا واکنش های توکسیکی را در پی داشته باشد. استفاده مجدد از سرنگ و سر سوزن بیماران را در معرض عفونت مستقیم (از طریق وسایل آلوده) و یا غیر مستقیم (از طریق ویال دارویی آلوده) قرار می دهد. بر اساس مطالعات سازمان جهانی بهداشت در کشورهای در حال توسعه و در حال گذر سالانه ۱۶۰۰۰ میلیون تزریق با هدف درمانی و یا بهداشتی تجویز می شود (به طور میانگین ۳/۴ تزریق به ازای هر فرد). ۵-۱۰ درصد تزریقات به منظور ارائه خدمات بهداشتی و ۹۰ درصد تزریقات به منظور ارائه خدمات درمانی تجویز می شوند و این درحالی است که اکثریت این تزریقات غیر ضروری می باشند. بر اساس مدل های ریاضی سازمان جهانی بهداشت که در کشورهای در حال توسعه و در حال گذر در سال ۲۰۰۰ میلادی انجام شده است ، ابتلاء ۲۱ میلیون مورد از موارد جدید مبتلایان به هیپاتیت B (۳۲ درصد موارد جدید این بیماری) ، ابتلاء ۲ میلیون مورد از موارد جدید مبتلایان به هیپاتیت C (۴۰ درصد موارد جدید این بیماری کل) و ۲۶۰۰۰۰ مورد از موارد جدید مبتلایان به ایدز (۵ درصد موارد جدید این بیماری) را به تزریقات غیر ایمن ارتباط می دهند، ابتلاء به عفونت های منتقله از راه خون در میان کارکنان

بهداشتی درمانی منجر به ۴/۴ درصد مورد HIV و ۳۹ درصد HBV و HCV شده است. بنابراین تکنیک ها و روش های استاندارد تزریقات، ایمنی کارکنان و بیماران را تضمین می نماید .

انتقال ویروس های منتقله از راه خون:

خطر انتقال عفونت های منتقله از راه خون بستگی به نوع عامل بیماری زا و حجم و نوع مواجهه دارد. پاتوژن هایی نظیر HBV و HBC ممکن است با آلودگی های نامحسوس نیز منتقل شوند.

بیماری های قابل انتقال نظیر مالاریا نیز از طریق خون منتقل می شوند اما برای انتقال نیازمند حجم زیادی از خون می باشند لذا از مخاطرات ضمن انتقال خون محسوب می شود.

❖ ویروس هپاتیت B

HBV از طریق مواجهه بافت زیرپوستی و یا مخاطات با خون آلوده و یا ترشحات بدن بیمار مبتلا ممکن است به افراد سالم منتقل شود. عفونت می تواند ناشی از مواجهه نامحسوس و از طریق خراشیدگی ها و یا زخم ها و یا سطوح مخاطی اتفاق افتد. آنتی ژن سطحی هپاتیت B که مؤید ابتلاء به هپاتیت B مزمن می باشد از سرم، بزاق و semen جدا شده و عفونت آن به اثبات رسیده است. HBV بیشترین غلظت را در سرم داراست و غلظت آن در بزاق و مایع سمن کمتر است. ویروس در محیط به طور نسبی پایدار می باشد و به مدت ۷ روز در دمای اتاق در روی سطوح در محیط زنده باقی می ماند. ابتلاء به عفونت هپاتیت B بعد از فرورفتن سرسوزن آلوده به خون یک منبع مثبت هپاتیت B ، در میان کارکنان خدمات بهداشتی درمانی ۶۲-۲۳ درصد است که البته مداخلات فوری و مناسب خطر ابتلاء را کاهش می دهد، لذا واکسیناسیون تمامی کارکنان خدمات بهداشتی درمانی و منجمله کادر خدماتی بر علیه هپاتیت B الزامی بوده قبل از اشتغال آنان در واحدها و بخش های بالینی توصیه می شود.

❖ ویروس هپاتیت C

به طور اولیه HCV از طریق مواجهه بافت زیر جلدی با خون آلوده منتقل می شود. انتقال آن به نسبت HBV کمتر است . HCV در محیط به مدت حداقل ۲۳-۱۶ ساعت زنده باقی می ماند. انتقال بیماری از طریق خون آلوده به اثبات رسیده است و از طریق مواجهه پوست ناسالم و یا مخاطات با خون آلوده به ندرت وجود دارد.

❖ HIV

انتقال HIV از طریق تماس جنسی، انتقال عمودی و یا مواجهه با خون آلوده (انتقال خون و یا تزریقات غیر ایمن) و سر سوزن و سرنگ مشترک بین معتادان اتفاق می افتد. ماندگاری HIV در محیط و قابلیت انتقال آن به نسبت HBV یا HCV کمتر است. ترشحات و مواد ترشحی بدن بیماران مشتمل بر خون، سایر ترشحات بدن، مایع سمن و ترشحات واژینال که به طور مشهود خون آلود می باشند در صورت تماس با جراحات بافت زیر جلدی ، غشاء مخاطی و پوست ناسالم برای کارکنان مخاطره آمیز

محسوب می شوند. میانگین خطر انتقال بعد از مواجهه زیر جلدی با خون آلوده ۰/۳ درصد و برای تماس غشاء مخاطی ۰/۰۹ درصد تخمین زده می شود.

خط مشی های پیشگیرانه:

حذف تزریقات غیر ضروری بهترین روش پیشگیری از عفونت های ناشی از تزریقات غیر ایمن است. در برخی از کشورها ۷۰ درصد تزریقات غیر ضروری محسوب می شوند. در صورتی که درمان مؤثر از سایر طرق ممکن باشد به منظور کاهش امکان مواجهه با خون و مواد عفونی و خطر انتقال، به عنوان روش ارجح و مورد توصیه است .

واکسیناسیون کارکنان خدمات بهداشتی درمانی علیه هپاتیت B جهت حفاظت کارکنان و بیماران بسیار حائز اهمیت است. سایر روش های مؤثر در کاهش خطر انتقال عبارت است از رعایت بهداشت دست، پوشیدن دستکش، به حداقل رسانیدن دست کاری وسایل تیز و برنده منجمله وسایل تزریق ، تفکیک مطلوب و دفع بهداشتی وسایل تیز و برنده از مبدا.

اصول ایمنی کلی در انجام تزریقات:

❖ رعایت بهداشت دست

❖ پوشیدن دستکش در مواقع ضروری

❖ استفاده از سایر وسایل حفاظت فردی یک بار مصرف

❖ آماده سازی و ضدعفونی پوست

رعایت بهداشت دست:

عوامل عفونی می توانند از طریق تماس دست منتقل شوند، از این رو بهداشت دست از اجزای اصلی احتیاط های استاندارد و یکی از مهمترین اقدامات در پیشگیری و کنترل انتشار بیماری در بیمارستانها و مراکز ارائه خدمات سلامت به شمار می آید. بهداشت دست به طور معمول شامل شستشوی هر دو دست با آب و صابون (معمولی و یا ضد میکروبی) یا استفاده از مواد با پایه الکل (که به آب نیاز ندارند) می باشد. هنگامی که دست ها آلودگی واضح و قابل مشاهده ندارند، بهداشت دست با محلول با پایه الکل بر استفاده از صابون و آب ارجحیت دارد، چرا که خاصیت ضد میکروبی آنها زیاد بوده و مانع خشکی پوست می شود.

جهت رعایت بهداشت دست، توجه به موارد زیر از اهمیت ویژه ای برخوردار می باشد:

در صورت وجود آلودگی قابل مشاهده یا آلودگی با خون، مایعات بدن و حتی احتمال تماس پوست ناسالم با مواد بالقوه عفونی حتما باید دستها با آب و صابون شسته شوند.

در صورت عدم وجود آلودگی قابل مشاهده در دست، رعایت بهداشت دست می تواند با مواد ضدعفونی کننده با پایه الکل، یا شستشوی دست با آب و صابون و خشک کردن دست با دستمال کاغذی انجام شود.

دستکش:

در ضمن ارائه اقدامات مراقبتی، تشخیصی و درمانی، در صورتی که احتمال مواجهه با خون و یا فرآورده های خونی می باشد الزامی است کارکنان از دستکش لاتکس، بدون لاتکس و یا تمیز کاملاً اندازه دست خود استفاده نمایند .

راهنمای عملی استفاده از دستکش:

❖ در زمانی که احتمال تماس مستقیم با خون و یا سایر مایعات و ترشحات بدن و بزاق (بالقوه عفونی بیماران)، وجود دارد از دستکش یک بار مصرف غیر استریل که کاملاً اندازه دستتان می باشد، استفاده نمایید .

❖ در زمان انجام تزریق وریدی و یا خون گیری

❖ در صورتی که پوست دست فرد ارائه دهنده خدمت به دلیل ابتلاء به اگزما و یا خشکی و ترک خوردگی سالم نیست.

❖ در صورتی که پوست بیمار به دلیل ابتلاء به اگزما و یا سوختگی و یا عفونت سالم نیست.

❖ لیکن از آن جا که پوشیدن دستکش هیچ گونه حفاظتی در قبال needle-stick و یا سایر زخم های سوراخ کننده که به دلیل فرو رفتن اشیاء نوک تیز و برنده رخ می دهند، ایجاد نمی نماید، در صورت سلامت کامل پوست دست فرد ارائه کننده خدمت در زمان انجام تزریقات معمول داخل پوستی و زیر جلدی و عضلانی ، پوشیدن دستکش توصیه نمی شود. (نهایت احتیاط در جابجایی و کار با اشیاء نوک تیز و برنده نظیر سرسوزن ها و اسکالپل توصیه می شود)

سایر وسایل حفاظت فردی یک بار مصرف:

برای انجام تزریقات استفاده از ماسک، حفاظ چشمی و یا سایر موارد حفاظتی توصیه نمی شود، مگر در مواقعی که احتمال آلودگی با خون و یا پاشیده شده خون و ترشحات بیمار به فرد ارائه کننده خدمت پیش بینی می شود. راهنمای عملی در ضمن استفاده از وسایل حفاظت فردی:

❖ در صورت استفاده از وسایل حفاظت فردی، بلافاصله بعد از استفاده آن ها را به روش مطمئن دفع نمایید.

❖ آماده سازی و ضدعفونی پوست در انواع مختلف تزریقات

نوع تزریق		ضد عفونی و آمادگی پوست	
		آب و صابون	محلول های با پایه الکلی ۶۰-۷۰ درصد (ایزوپروپیل و یا اتانول)
		بله	خیر
داخل جلدی		بله	خیر
زیر جلدی		بله	خیر
عضلانی	واکسیناسیون	بله	خیر
	درمانی	بله	بله
	وریدی		خیر

راهنمای عملی برای ضدعفونی و آماده سازی پوست:

برای ضدعفونی پوست گام های ذیل را بردارید:

- (۱) از سوآب پنبه یک بار مصرف آغشته به محلول های با پایه الکلی ۷۰-۶۰ درصد (ایزوپروپیل و یا اتانول) برای ضدعفونی موضع تزریق استفاده نمایید. از متیل الکل و یا متانول جهت تزریق استفاده ننمایید.
- (۲) موضع تزریق را از مرکز به خارج با پنبه الکل ضد عفونی نمایید.
- (۳) پنبه الکل را به مدت ۳۰ ثانیه در موضع تزریق به روش فوق الذکر بمالید.

توجه :

- ❖ استفاده از آب و صابون جهت آماده سازی پوست موضع تزریق قبل از تزریقات داخل جلدی، زیر جلدی و عضلانی توصیه می شود. که در صورت مهیا بودن در بیمارستان و آمادگی بیمار و ارائه دهندگان خدمت قابل استفاده است و در غیر این صورت استفاده از الکل بلامانع است.
- ❖ هرگز از سوآب پنبه آماده موجود در ظروف پنبه الکل که در الکل خیس خورده اند به دلیل آلودگی به وسیله باکتری های دست و محیط جهت تزریق استفاده ننمایید.
- ❖ از الکل برای ضدعفونی موضع در تلقیح واکسن ها استفاده ننمایید.

خلاصه گام های ضروری در تزریقات

باید ها	نباید ها
بهداشت دست ها را با استفاده از آب و صابون و یا محلول های Hand Rub رعایت نمایید. این عمل را به دقت و بر اساس روش شستشوی توصیه شده در راهنمای رعایت بهداشت دست ابلاغی از وزارت بهداشت ، انجام دهید.	رعایت بهداشت دست را فراموش نکنید
در صورت لزوم، از یک جفت دستکش یک بار مصرف غیر استریل استفاده نمایید و دستکش را ما بین بیماران و یا به ازای انجام هر اقدام درمانی تعویض نمایید.	از یک جفت دستکش برای بیش از یک تزریق استفاده نکنید برای استفاده مجدد از دستکش مصرف شده، آن را <u>نشویند</u> .
برای اخذ نمونه خون و کشیدن خون فقط برای یک بار از وسیله تزریقات یک بار مصرف استفاده کنید.	سرنگ، سرسوزن و لانتست را فقط یک بار مصرف کنید.
در صورت نیاز به دسترسی وریدی، موضع تزریق را ضد عفونی نمایید.	بعد از ضد عفونی، موضع تزریق را لمس <u>ننمایید</u> .
فورا پس از مصرف ، وسایل تزریق مصرف شده را در ظروف ایمن دفع نمایید.	سرسوزن را در خارج از ظروف ایمن <u>نیندازید</u> .
در صورتیکه گذاردن درپوش سرسوزن مورد استفاده ضروری است برای گذاردن درپوش به روش یک دستی اقدام نمایید.	برای گذاردن درپوش سر سوزن از دو دست استفاده نکنید.
ظروف ایمن را با درپوش محافظ مهر و موم نمایید.	بیش از ۳/۴ ظروف ایمن را <u>پر نکنید</u> و یا درب آن را جدا <u>ننمایید</u> .
در صورت وقوع needle stick، آن را گزارش نمایید و پرو تکل بیمارستان را در ارتباط با پروفیلاکسی بعد از مواجهه دنبال نمایید.	پروفیلاکسی بعد از مواجهه با اجسام بالقوه آلوده را در ظرف ۷۲ ساعت انجام داده ، چرا که بعد از ۷۲ ساعت بی اثر می باشد.

داروها و وسایل تزریق:

وسایل تزریق:

مراکز بهداشتی درمانی جهت ارائه تزریقات ایمن بایستی کفایت وجود وسایل تزریق یک بار مصرف را تضمین نمایند.

راهنمای عملی برای استفاده از وسایل تزریق:

۱) برای هر تزریق منجمله؛ آماده نمودن یک واحد تزریق دارو و یا واکسن از سرنگ و سرسوزن استریل جدید استفاده نمایند.

۲) قبل از استفاده از سرنگ، بسته بندی سرنگ و سرسوزن را بررسی کرده تا از سلامت آن مطمئن شوید.

۳) در صورتی که تاریخ انقضاء سرنگ و سرسوزن سر آمده و یا بسته بندی آن پاره و صدمه دیده است، آن را دور بیندازید.

داروها:

انواع ظروف دارویی و توصیه نحوه استفاده از آن ها:

ظرف دارویی	توصیه ها	دلایل
ویال های تک دوز	نوع ارجح	ضعیف بودن احتمال آلودگی
ویال های چند دوز	فقط در موارد ضروری	بالا بودن احتمال آلودگی در صورتی که از تکنیک آسپتیک استفاده نشود.
آمپول ها	شکستن آمپول ممکن است به هدر رفتن محتویات آمپول و صدمه دست ارائه خدمت، منجر شود.	
کیسه های مایع و محلول های (۱۰۰ تا ۱۰۰۰ میلی لیتری)	برای تزریقات معمول توصیه نمی شود.	بالا بودن احتمال آلودگی

راهنمای عملیاتی در دادن دارو به بیمار:

- ❖ هرگز از داروی کشیده شده در یک سرنگ برای تزریق به چند بیمار استفاده نکنید (برای هر بار تزریق یک سرنگ و سرسوزن مصرف کنید).
- ❖ از تعویض صرفاً سر سوزن و استفاده مجدد از یک سرنگ برای چند بیمار اجتناب ورزید.
- ❖ از یک سرنگ و سر سوزن برای حل چند ویال دارویی استفاده ننمایید.
- ❖ از مخلوط نمودن باقیمانده داروهای حل شده برای مصرف بعدی اجتناب ورزید.
- ❖ به منظور کاهش احتمال آلودگی متقاطع بین بیماران، حتی المقدور از ویال های تک دوزی برای هر بیمار استفاده نمایید.
- ❖ استفاده از ویال های چند دوزی تنها در زمانی توصیه می شود که راه حل منحصر به فرد باشد.
- ❖ به صورت هم زمان دو یا چند ویال دارویی را در بالین بیماران باز نکنید.
- ❖ در صورت امکان یک ویال چند دوزی را به هر بیمار اختصاص داده و بعد از چسباندن برچسب نام بیمار و تاریخ باز نمودن ویال بر روی آن مطابق با توصیه کارخانه سازنده آن را در شرایط و محل توصیه شده نگهداری نمایید .
- ❖ ویال های چند دوزی را در فضای باز بخش به دلیل احتمال آلودگی با اسپری ها و ترشحات محیطی قرار ندهید.
- ❖ ویال های چند دوزی را در موارد ذیل مطابق با دستورالعمل دفع بهداشتی پسماندهای بیمارستانی دفع نمایید:
 - (۱) در صورتی که استرلیتی و یا محتوی ویال خراب شده است.
 - (۲) در صورتی که تاریخ انقضاء دارو گذشته است (حتی در صورتی که دارو دارای مواد محافظ آنتی میکروبیال باشد)
 - (۳) در صورتی که دارو بعد از باز شدن به طرز مناسبی نگهداری و انبار نشده باشد.
 - (۴) در صورتی که دارو دارای مواد محافظ آنتی میکروبیال نباشد، ۲۴ ساعت بعد از باز کردن ویال دارویی و یا پس از انقضاء زمان توصیه شده توسط کارخانه سازنده.
 - (۵) صرف نظر از تاریخ انقضاء دارو، در صورتی که دارو به طرز مناسبی انبار نشده، سهواً آلوده شده و یا بر روی آن تاریخ تولید درج نشده باشد.
 - (۶) تا حد امکان از ویال های snap که برای شکستن سر آن ها نیاز به اره نمی باشد استفاده نمایید . در صورتی که برای باز نمودن یک آمپول نیاز به اره فلزی می باشد برای حفاظت انگشتان خود از یک پد کوچک استفاده نمایید.

آماده نمودن تزریقات:

تزریقات را بایستی در یک فضای معین که احتمال آلودگی با خون و ترشحات بدن وجود نداشته باشد، آماده نمود.

سه گام اساسی ذیل برای آماده نمودن تزریقات بردارید.

۱. فضایی که جهت آماده نمودن تزریقات مورد استفاده قرار می دهید را منظم نگاهدارید تا تمیزی آن به سهولت ممکن باشد.
۲. قبل از اقدام برای آماده سازی داروها و یا در زمانی که این فضا آلوده به خون و یا ترشحات بدن شده باشد، آن را با الکل ۷۰ درصد (ایزوپروپیل الکل و یا اتانول) تمیز نموده و اجازه دهید تا کاملاً خشک شود.

۳. کلیه وسایل مورد نیاز برای تزریقات را بچینید:

□ سرنگ و سر سوزن استریل یک بار مصرف

□ حلال نظیر آب مقطر و یا حلال های خاص

□ سواب پنبه الکل

□ ظروف ایمن برای دفع ایمن پسماندهای نوک تیز و برنده

ویال های دارویی سپتوم دار

۱. سر ویال دارویی را با پنبه آغشته به الکل ۷۰ درصد (ایزوپروپیل و یا اتانول) پاک نمایید و قبل از ورود سر سوزن به داخل آن اجازه دهید در معرض هوا خشک شود.
۲. در صورتی که ویال های مولتی دوز در اختیار دارید، برای کشیدن هر بار دارو، از سر سوزن و سرنگ استریل استفاده نمایید.
۳. هیچ گاه بعد از کشیدن دارو از ویال مولتی دوز، سر سوزن را پس از جدا نمودن سرنگ در داخل آن رها ننمایید.
۴. در اسرع وقت پس از کشیدن دارو از ویال مولتی دوز اقدام به تزریق نمایید.

برچسب زدن ویال های دارویی آماده شده:

پس از آماده نمودن ویال های مولتی دوز بر روی ویال داروی موارد ذیل را با برچسب بزنید:

۱. تاریخ و زمان آماده نمودن دارو

۲. نوع و حجم حلال

۳. غلظت نهایی

۴. تاریخ و زمان انقضاء پس از حل نمودن دارو

۵. نام فرد مسئول

برای ویال های دارویی مولتی دوزی که نیاز به آماده سازی ندارند مشخصات ذیل را درج نمایید:

۱. تاریخ و زمان اولیه ای که از ویال استفاده نموده اید.

۲. نام فرد مسئول

تجویز دارو به بیمار:

برای تجویز کلیه تزریقات بایستی از تکنیک آسپتیک استفاده نمایید

راهنمای عملیاتی برای تجویز تزریقات:

احتیاطات عمومی:

۱. نام و دوز دارو را قبل از تجویز کنترل نمایید.
۲. بهداشت دست را رعایت نمایید.
۳. سر ویال را با پنبه آغشته به الکل ۷۰ درصد (ایزوپروپیل و یا اتانول) پاک نمایید.
۴. از سر سوزن و سرنگ استریل (یک بار مصرف) برای کشیدن دارو استفاده نمایید.

روش آماده سازی:

۱. برای آماده سازی ویال از سرنگ استریل استفاده نمایید.
۲. پس از تزریق میزان کافی از مایع حلال به داخل آمپول و یا ویال، تا از بین رفتن ذرات جامد قابل مشاهده در ویال کاملاً آن را تکان دهید.
۳. بعد از آماده نمودن سر سوزن و سرنگ را از داخل ویال در آورده و بدون جدا نمودن آن ها از یکدیگر ، آن را در ظروف ایمن دفع نمایید.
۴. در صورتی که فوراً دارو تزریق نمی شود ، به روش یک دستی درپوش آن را بگذارید و آن را در جای مطمئنی قرار دهید.

پیش گیری از ایجاد جراحت کارکنان بهداشتی درمانی با وسایل نوک تیز و برنده:

۱. پس از تزریق از گذراندن درپوش سرسوزن اکیداً خودداری نمائید مگر در شرایط خاص که گذاردن درپوش به روش یک دستی بایستی انجام شود.
۲. از شکستن و یا خم کردن سرسوزن قبل از دفع خودداری نمائید .
۳. الزامی است سر سوزن و سایر اشیاء تیز و برنده مصرفی (آنژیو کت ، بیستوری ، لانس ، اسکالپ وین، ویال های شکسته و...) بلافاصله پس از مصرف در ظروف ایمن جمع آوری و سپس به یکی از صور استاندارد امحاء و بی خطر سازی پسماندهای خطرناک بهداشتی درمانی تبدیل به پسماند شبه خانگی شده و همراه با سایر پسماندهای بیمارستانی به نحو مطلوب دفع گردند .
۴. به منظور پیش گیری از جراحات ناشی از وسایل تیز و برنده دفع سرسوزن و سرنگ (با هم) و در صورت محدودیت منابع در تامین ظروف ایمن در بیمارستان، دفع سرسوزن (به تنهایی) بلامانع می باشد.

۵. به منظور پیش گیری از جراحات ناشی از وسایل تیز و برنده الزامی است این وسایل سریعاً پس از مصرف در ظروف ایمن دفع گردند ، لذا بایستی ظروف ایمن به تعداد کافی و با ابعاد گوناگون در دسترس ارائه دهندگان خدمات در کلیه واحدهای ذی ربط قرار داشته باشند . توجه نمایید از باقی ماندن ظروف ایمن در بیش از ۵ روز در محیط درمانی اجتناب شود، بدیهی است این مدت در دمای بالاتر کاهش می یابد.

۶. به منظور پیش گیری از سرریز شدن وسایل دفعی ، در صورتی که حداکثر ۳/۴ حجم ظروف مزبور پر شده باشد. ضروری است درب ظروف به نحو مناسب بسته و دفع شوند.

۷. جهت حمل وسایل تیز و برنده از ریسپور استفاده نمائید و از حمل وسایل مزبور در دست یا جیب یونیفرم خودداری نمائید.

۸. ضروری است ظروف جمع آوری پسماند های نوک تیز و برنده مستحکم ، غیر قابل نفوذ ، دهانه گشاد ، دارای قفل و ضامن ، مقاوم به پارگی و از حجم کافی و ابعاد مناسب برخوردار باشند.

۹. استفاده از برچسب هشداردهنده بر روی ظروف جمع آوری با مضمون "احتمال آلودگی با اشیاء تیز و برنده عفونی" به منظور جلب توجه کارکنان بهداشتی درمانی و پیش گیری از آلودگی آنان الزامی است.

۱۰. ظروف ایمن حاوی پسماندهای نوک تیز و برنده و پسماندهای عفونی را جهت انتقال به اتاقک موقت نگه داشت پسماندها مهر و موم نمائید. بعد از مهر و موم ظروف ایمن محتوی پسماند های نوک تیز و برنده از باز کردن ، تخلیه ظروف و استفاده مجدد و فروش سر سوزن و سرنگ داخل آن اجتناب نمائید.

۱۱. وجود این ظروف در کلیه واحدهای بهداشتی درمانی اعم از خصوصی و دولتی در محل ارائه خدمت الزامی است

جراحات و اتفاقات عمده در حین اقدامات و پروسیجرهای درمانی مواجهه با وسایل تیز و برنده:

- پاشیدن خون یا سایر ترشحات آلوده بدن بیمار به بریدگی های باز، ملتحمه، غشاء مخاطی (برای مثال داخل دهان) و گاز گرفتگی که منجر به پارگی اپیدرم شود.

- مواجهه با وسایل تیز و برنده

اقدامات فوری در صورت مواجهه

۱- شستشو محل مواجهه با آب معمولی و صابون

۲- شستشو غشای مخاطی (به استثناء چشم مورد مواجهه) با آب معمولی و فراوان

۳- شستشو چشم مورد مواجهه با محلول نرمال سالین و آب فراوان

۴- خودداری از هرگونه دست کاری و فشردن محل مواجهه

۵- امتناع از مصرف مواد گند زدا یا ضد عفونی کننده

۶- خودداری از مالش موضعی چشم

۷- گزارش فوری سانحه به سوپروایزر کنترل عفونت در شیفت صبحکاری و سوپروایزر کشیک در شیفت های عصر و شب

۸- ثبت رسمی مورد گزارش شده در گزارشات حین کار توسط سوپروایزر، پرونده بهداشتی کارکنان و طرح در کمیته کنترل عفونت بیمارستانی و پی گیری از طریق مراجع مربوطه در حداقل زمان ممکن ترجیحاً در عرض 72 ساعت اولیه پس از مواجهه

بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبت های سلامتی

(Improved hand hygiene to prevent health care-associated infection)



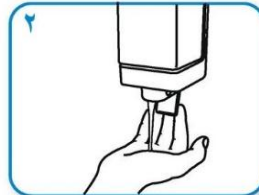
عوامل عفونی می توانند از طریق تماس دست منتقل شوند، از این رو بهداشت دست از اجزای اصلی احتیاط های استاندارد و یکی از مهمترین اقدامات در پیشگیری و کنترل انتشار بیماری در بیمارستانها و مراکز ارائه خدمات سلامت به شمار می آید. بهداشت دست به طور معمول شامل شستشوی هر دو دست با آب و صابون (معمولی و یا ضد میکروبی) یا استفاده از مواد با پایه الکل (که به آب نیاز ندارند) می باشد. هنگامی که دست ها آلودگی واضح و قابل مشاهده ندارند، بهداشت دست با محلول با پایه الکل بر استفاده از صابون و آب ارجحیت دارد، چرا که خاصیت ضد میکروبی آنها زیاد بوده و مانع خشکی پوست می شود.

چطور دست ها را بشوئیم؟

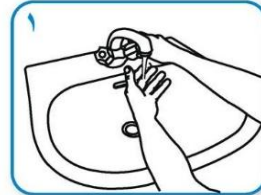
مدت کل مراحل: ۴۰ تا ۶۰ ثانیه



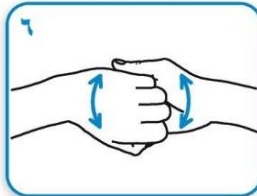
کف دست ها را
به هم بمالید



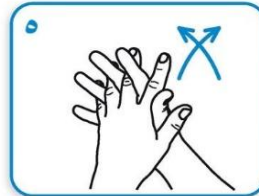
صابون کافی برای پوشاندن
سطح دستها بردارید



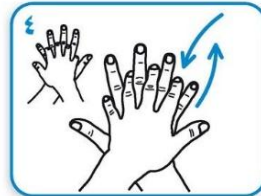
دستها را با آب خیس کنید



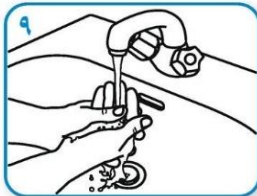
پشت انگشت ها را داخل کف
دستها ببرید تا در هم قفل شوند



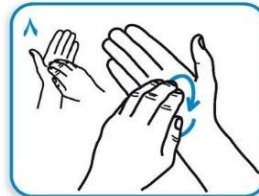
مالیدن کف دستها با
انگشت های درهم



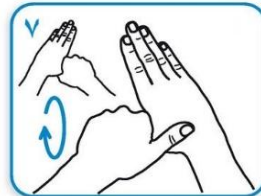
کف دست راست بر پشت دست چپ
با انگشت های درهم و بالعکس



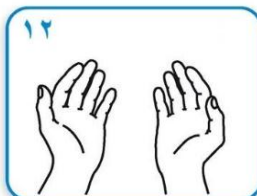
دستها را با آب شستشو دهید



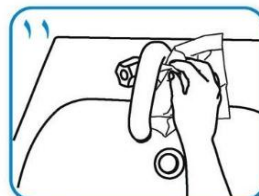
مالش های مدور و رفت و برگشتی
با انگشتان بسته یک دست
روی کف دست دیگر و بالعکس



مالش گردشی شست یک دست
در داخل کف دست دیگر
و بالعکس



اکنون دستهای شما کاملاً
تمیز و مطمئن هستند



از همان دستمال برای بستن
شیر آب استفاده کنید



با یک دستمال حوله ای
بطور کامل خشک کنید

چگونه از محلول مالش دست با پایه الکل استفاده کنیم؟

مدت زمان برای مالش دست ها 20 تا 30 ثانیه است. 



کف دست ها را به هم بمالید



یک کف دست را از محلول پر کنید



پشت انگشتان را به حالت خمیده شده به کف دست دیگر بمالید



کف دستها و بین انگشتان را بهم بمالید



کف دست راست را به پشت دست چپ و لای انگشتان بمالید. این عمل را با دست دیگر نیز انجام دهید



صبر کنید دست ها خشک شوند. حال دستهای شما تمیز هستند



کف دست چپ را به صورت چرخشی با انگشتان خم شده دست راست بمالید. این عمل با دست دیگر نیز انجام شود.



شست دست چپ را به صورت چرخشی توسط کف دست راست بمالید این عمل با دست دیگر نیز انجام شود.



World Health Organization

مدل " ۵ موقعیت برای رعایت بهداشت دست ":

برای تشخیص آسان موقعیت های رعایت بهداشت دست، سازمان جهانی بهداشت «مدل ۵ موقعیت برای رعایت بهداشت دست» را ارائه نموده است. این موقعیت ها/ اندیکاسیون ها عبارتند از:

۱. قبل از تماس بیمار
۲. قبل از انجام اقدامات تشخیصی درمانی تمیز/ استریل
۳. بعد از آلودگی دست با مایعات و ترشحات بدن
۴. بعد از تماس با بیمار
۵. بعد از تماس با فضای مجاور بیمار

دلایل تدوین ۵ مرحله مهم بهداشت دست من

- تقویت دیدگاه مثبت در مورد بهداشت دست
- افزایش احساس کارایی و مفید بودن پرسنل مراقبت های بهداشتی با مشورت خواستن از آنها در جهت اینکه چگونه بهداشت دست را در فعالیت های مرتبط با بیماران جای دهند.
- به علاوه با کمک این مفهوم چندین ویژگی از قبیل عملی بودن و سهولت به یاد آوردن دستورالعمل ها، سازگاری با مفاهیم رایج خطرات میکروبی، سادگی، قابل بررسی بودن و مناسب بودن برای مشاهده نتایج همراه با هم ارائه شود.

چه وقت؟ ۵ موقعیت شما برای بهداشت دست

WHEN? Your 5 moments for hand hygiene



واژگان بهداشت دست:

فرصت بهداشت دست (Opportunity): یک فرصت (opportunity) زمانی وجود دارد که یکی از ۵ موقعیت/

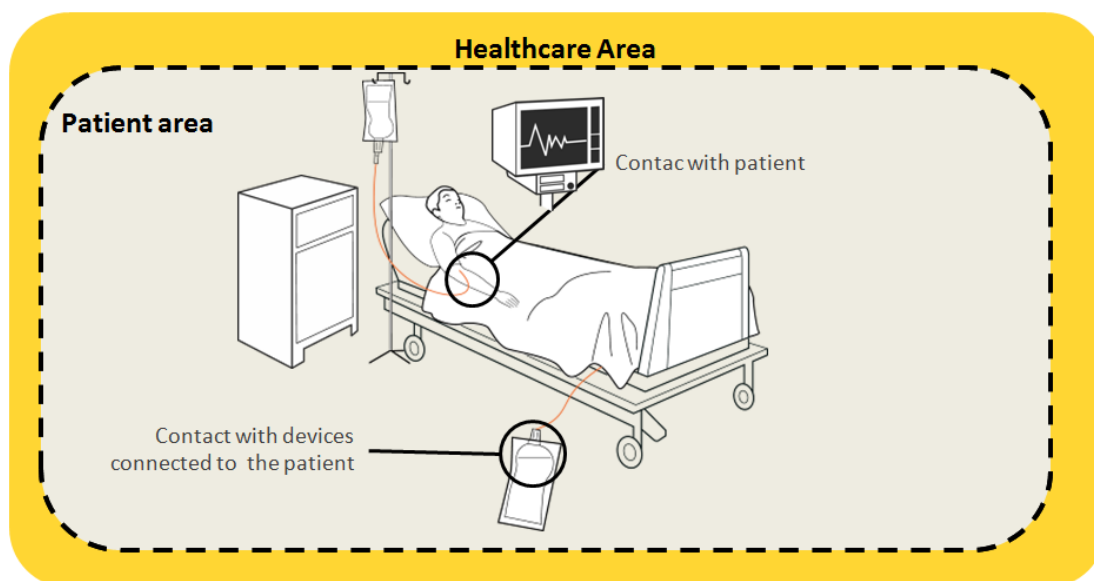
اندیکاسیونهای بهداشت دست وجود داشته باشد.

محدوده بیمار (Patient zone): این منطقه شامل تمام نواحی اطراف بیمار است که با پوست بیمار و یا ترشحات بدن وی تماس می یابد نظیر تخت، میز و صندلی کنار تخت و وسایل پزشکی اطراف آن. اشیاء و سطوحی که توسط پرسنل بهداشتی و بیمارستانی لمس می شوند نیز جزو این ناحیه محسوب می شوند.

نقطه مراقبت (Point of care): جایی که سه عنصر بیمار، پرسنل مراقبت کننده و اقدام بهداشتی درمانی که مستلزم تماس با بیمار یا محیط اطراف وی است، به طور همزمان وجود داشته باشند. در این حالت باید فرایندهای بهداشت دست طبق دستورالعملهای استاندارد انجام شوند. لازمه این امر این است که مواد مورد نیاز برای بهداشت دست به سهولت و بدون نیاز به ترک محل در دسترس باشند.

منطقه اقدامات بهداشتی و درمانی (Health-care area): این اصطلاح مرتبط با زمانهای کلیدی برای انجام بهداشت دست است. این مناطق شامل تمامی مناطق مراقبت در محیط بیمارستان بجز مناطق اطراف بیمار است، برای مثال مناطق سایر بیماران و محدوده اطراف آنها و همچنین محیط بیمارستان جزو این گروه هستند.

Point of care



موقعیت ۱: قبل از تماس با بیمار

با توجه به مفهوم دو منطقه (محدوده بیمار و منطقه اقدامات بهداشتی و درمانی)، لحظه اصلی برای انجام بهداشت دست قابل درک است. این لحظه بین آخرین تماس دست با سطحی که سطح یا شیء در فضای مراقبت بهداشتی قرار دارد و دست در محدوده بیمار است.

بهداشت دست در این موقعیت از کلونیزاسیون بیمار با ارگانیسمهای مرتبط با سیستم مراقبتهای بهداشتی جلوگیری می کند. مثال واضحی از این مورد زمان بین لمس دستگیره درب و دست دادن با بیمار است: دستگیره درب متعلق به فضای مراقبت بهداشتی است و در خارج از محدوده بیمار قرار دارد، بنابراین موقعیت بهداشت دست باید بعد از لمس دستگیره درب و قبل از دست دادن با بیمار باشد. اگر هر شیئی در محدوده بیمار بعد از لمس دستگیره درب لمس شود، بهداشت دست باید انجام شود. نکته مهم در این مورد این است که بهداشت دست حتما باید قبل از لمس بیمار انجام شود.

موقعیت ۲: قبل از انجام کار آسپتیک

پرسنل بهداشتی باید پس از مواجهه با محدوده بیمار نظیر پوست وی، لباسها یا اشیاء اطراف وی و ... فرآیند ضد عفونی دستها را در محدوده بحرانی (شامل پوست آسیب دیده، مخاط و نواحی استریل بدن بیمار) که خطر انتقال عفونت به بیمار را دارد انجام دهند. نکته مهم این است که ضدعفونی کردن دستها در این مرحله باید با هدف جلوگیری از عفونتهای اکتسابی از بیمارستان باشد. با توجه به اینکه منشاء اینگونه عفونتها عمدتاً درونی است، زمان مناسب برای انجام بهداشت دست در بین آخرین مواجهه با سطوح، حتی در محدوده بیمار و بلافاصله پس از ورود به منطقه بحرانی دارای خطر انتقال عفونت برای بیمار و قبل از تماس با بیمار است.

برای برخی اعمال بر روی نواحی تمیز بدن (نظیر LP ، فرآیندهای جراحی و...) استفاده از دستکش یک عمل استاندارد محسوب می شود. در این مورد باید بهداشت دست قبل از پوشیدن دستکش انجام شود چون دستکش به تنهایی نمی تواند مانع آلودگی شود.

موقعیت ۳: بعد از مواجهه با مایعات بدن

بعد از انجام هر گونه عملی که منجر به تماس دست با مایعات بدن شود و یا حتی احتمال تماس با مایعات بدن را داشته باشد باید بهداشت دست قبل از تماس با سطح دیگر (حتی اگر سطح در همان محدوده بیمار قرار داشته باشد) انجام شود.

انجام بهداشت دست در این مرحله دو هدف دارد : اول اینکه خطر کلونیزاسیون و یا عفونت پرسنل مراقبتهای بهداشتی کاهش می یابد و دوم اینکه خطر انتقال میکروارگانیسمها از نواحی کلونیزه به نواحی تمیز بدن کاهش می یابد. این مرحله از بهداشت دست همیشه باید انجام شود و ربطی به وجود یا عدم وجود آلودگی مشهود و قابل مشاهده ندارد. یعنی به عبارت دیگر هرگاه ریسک تماس با مایعات بدن وجود داشته باشد باید حتما فرایند بهداشت دست انجام شود . دستکشیهای یکبار مصرف در نقش لایه ثانویه پوست برای پیشگیری از تماس مستقیم پوست با مایعات بدن استفاده میشود. با این حال دستها با دستکش به اندازه کافی محافظت نمی شوند و انجام بهداشت دست بعد از خارج کردن دستکشیها به شدت توصیه شده است. بنابراین برای تبعیت از بهداشت دست باید دستکشیها از دست خارج شوند و سپس بهداشت دست انجام شود.

موقعیت ۴: بعد از تماس با بیمار

رعایت بهداشت دست در هنگام ترک محدوده بیمار پس از انجام اعمال درمانی، قبل از لمس اشیاء موجود در خارج از محدوده بیمار و قبل از هرگونه تماس دست با فضای مراقبت بهداشتی ریسک گسترش آلودگی در فضاهای مراقبت بهداشتی را کاهش می دهد که سبب ایمنی بیشتر برای سایر بیماران و همچنین خود کارکنان مراقبتهای بهداشتی می شود.

موقعیت ۵: بعد از تماس با محیط و وسایل اطراف بیمار:

موقعیت پنجم برای انجام بهداشت دست، مشتقی از موقعیت ۴ است، این مرحله بعد از تماس دست با هرسطحی در محدوده بیمار و قبل از تماس بعدی با هر سطحی در فضای مراقبت بهداشتی رخ می دهد. تفاوت آن با موقعیت ۴ در این است که در این مرحله تماسی با بیمار صورت نمی گیرد (بلکه با محیط اطراف وی صورت می گیرد). برای انجام اقدامات بهداشتی مناسب برای این مرحله باید هر گونه وسیله ای که از محدوده بیمار خارج می شود آلودگی زدایی شده و یا اینکه دور انداخته شود.

همزمانی دو موقعیت بهداشت دست با یکدیگر:

دو موقعیت بهداشت دست ممکن است با یکدیگر همزمان شوند. به طور مشخص این قضیه زمانی اتفاق می افتد که تماس با یک بیمار و بیمار بعدی بلافاصله و بدون لمس هیچ گونه شیئی در فضای خارج از محدوده بیمار صورت بگیرد. در چنین وضعیتی یکبار انجام بهداشت دست هر دو موقعیت را پوشش می دهد، مثلاً در زمان بروز همزمان موقعیتهای ۱ و ۴. مثال دیگر از چنین وضعیتی زمانی است که اولین تماس در بدو ورود به محدوده بیمار تماس مستقیم با کاتتر وی باشد. در این مورد موقعیتهای ۱ و ۲ همزمان شده اند.

جهت رعایت بهداشت دست، توجه به موارد زیر از اهمیت ویژه ای برخوردار می باشد:

- در صورت وجود آلودگی قابل مشاهده یا آلودگی با خون، مایعات بدن و حتی احتمال تماس پوست ناسالم با مواد بالقوه عفونی حتماً باید دس آنها با آب و صابون شسته شوند.
- در صورت عدم وجود آلودگی قابل مشاهده در دست، رعایت بهداشت دست م میتواند با مواد ضدعفونی کننده با پایه الکلی، یا شستشوی دست با آب و صابون و خش کردن دست با دستمال کاغذی انجام شود.

لازم است بهداشت دست در موارد زیر انجام شود:

- قبل از تماس مستقیم با بیمار

- بعد از تماس با خون، مایعات، ترشحات، مواد دفعی، مخاط، پوست ناسالم، پانسمان زخم و وسایل و مواد آلوده حتی در صورت پوشیدن دستکش
- بعد از تماس با پوست سالم بیمار مانند گرفتن نبض، یا فشار خون بیمار یا بلند کردن وی
- در صورت لمس عضو تمیز بدن یک بیمار بعد از لمس عضو آلوده بدن همان بیمار (حین ارائه مراقبت)
- بلافاصله بعد از درآوردن دستکش و سایر وسایل حفاظت فردی
- قبل و بعد از انجام هر اقدام تهاجمی
- بعد از تماس با اشیا و وسایل اطراف بیمار
- بعد از اجابت مزاج

توجه:

- در صورت آلودگی دست ها با اسپور (مانند کلستریدیوم دیفیسیل یا باسیل سیاه زخم)، شستن دست ها با آب و صابون توصیه می شود زیرا الکل، کلرهگزیدین، ترکیبات حاوی ید و سایر مواد ضد عفونی کننده بر علیه اسپور فعالیت ندارند.
- در صورت مراقبت و تماس مستقیم با بیماران پر خطر از نظر عفونت و همراه با عواقب وخیم (مانند بیماران بستری در واحد های مراقبت ویژه یا در اتاق عمل و ...)، استفاده از ناخن مصنوعی یا کاشت ناخن توسط کارکنان خدمات سلامت مجاز نیست.

(Assuring medication accuracy at transitions in care)



ارائه خدمات دارویی در بیمارستان، فرآیند پیچیده‌ای است که شامل تدارک، انبارش، نسخه نویسی، نسخه پیچی، تجویز و پایش دارو می‌باشد. خطاهای دارویی در هر یک از این مراحل می‌تواند رخ دهد که براساس شواهد هر سال باعث مرگ چند هزار نفر می‌گردد و تحمیل هزینه‌ای معادل ۳۷۱ میلیون دلار به جامعه امریکا می‌شود. بالغ بر ۵۶ درصد خطاهای دارویی در هنگام نسخه نویسی واقع می‌شود. در ۴۲ درصد مواقع خطاهای دارویی در زمان انتقال، پذیرش یا ترخیص از بخش/ بیمارستان رخ می‌دهد.

وسعت مسئله:

- نرخ بروز اتفاقات ناخواسته دارویی^۱ از ۲ تا ۷ در ۱۰۰ پذیرش متفاوت است
 - اتفاقات ناخواسته دارویی قابل اجتناب^۲ که ناشی از ضعف طراحی سیستمی می‌باشد، سبب ۲۰ درصد مرگ یا صدمات ناشی از خطاها است.
 - بیش از ۵۰ درصد خطاهای دارویی در هنگام ارائه خدمت صورت می‌پذیرد
 - بالغ بر ۶۰ درصد بیماران حداقل یک ناهمخوانی در تاریخچه دارویی پذیرش دارند.
- واکنش ناخواسته دارویی (Adverse Drug Reaction) که به عنوان آسیب ناشی از یک دارو در دوز و مصرف نرمال تعریف شده از مشکلات پیچیده و مهم بالینی است. شیوع کلی تداخلات دارویی که می‌تواند ناشی از تاثیر متقابل دارو با دارو، دارو با غذا

¹ Adverse Drug Events (ADEs)

³ Preventable adverse drug events

و دارو با داروهای گیاهی باشد. در حد ۵۰ تا ۶۰ درصد بوده و پیشگیری از وقوع آن در مدیریت دارویی بیمار حائز اهمیت بسیار است.

یکی از اجزای مهم در نسخه نویسی دارویی، داشتن اطلاعات صحیح داروهای فعلی بیمار با تاریخچه دارویی بیمار است. اخذ لیست دارویی صحیح در دنیای پیچیده امروزی و خدمات درمانی ناپیوسته سخت است. افزایش سن، حجم داروهای موجود و مصرفی و سطح سواد سلامت جمعیت از مواردی است که باعث غامض شدن این موضوع می شود. ورود کامپیوتری دستورات پزشک که به عنوان راه حلی برای کاهش خطاهای نسخه نویسی مطرح می باشد، زمانی اثر بخش است که لیست صحیح داروهای مصرفی بیمار موجود باشد. راه حل مشکلات فوق الذکر استقرار فرایند استاندارد است که با واگذاری مسئولیت اخذ اطلاعات دارویی کامل و صحیح بیماران (نام بیماران، دوز راه و دفعات مصرف) مکانیسم منسجمی برای جمع آوری اطلاعات دارویی ایجاد نماید. این فرایند کارا و اثربخش تلفیق دارویی نامیده می شود که مورد حمایت سازمان جهانی بهداشت قرار گرفته است.

تلفیق دارویی: فرآیند رسمی است که با همکاری ارائه کنندگان خدمات سلامت، بیماران و خانواده آنان به منظور تضمین انتقال منسجم اطلاعات صحیح و جامع دارویی در طی انتقال خدمات یا مراقبت شکل می گیرد. تلفیق دارویی مستلزم مرور منظم، ساختارمند و جامع تمام داروهای بیمار به منظور تضمین ارزیابی دقیق قبل از قطع، تغییر یا دستور داروی جدید است. این فرآیند جزئی از مدیریت دارویی بیماران بوده که پزشک را قادر به تصمیم گیری برای دستور مناسب ترین دارو می نماید.

تلفیق دارویی که فرآیند مقایسه دستورات دارویی بیمار با تمامی داروهای مصرفی وی است به منظور پیشگیری از حذف، مصرف بیش از میزان دستور شده، خطای مرتبط به دوز یا تداخلات دارویی در هر مرحله از انتقال خدمت (تغییر در مجموعه ارائه کننده، نوع خدمت، پزشک و سطح خدمت) بایستی انجام شود. با توجه به این که فرآیند تلفیق دارویی بایستی به صورت پلکانی انجام شود و صحت هر مرحله به روش انجام مرحله قبلی بستگی دارد، انجام تلفیق دارویی به روش ذیل توصیه می شود:

۱- تلفیق دارویی در زمان پذیرش بیمار

- ثبت تاریخچه دارویی بیمار با اخذ لیست داروهای خانگی
- ثبت داروهای نسخه شده برای بیماران در هنگام پذیرش
- انجام تلفیق و مدیریت دارویی بیمار و تنظیم لیست داروهای فعلی بیمار

2- تلفیق دارویی در زمان انتقال بین بخشی

- لیست داروهای فعلی بیمار و لیست داروهای خانگی بیمار.
- دستورات بیمار در هنگام انتقال
- انجام تلفیق و مدیریت دارویی بیمار و تنظیم لیست داروهای فعلی

3- تلفیق دارویی در زمان ترخیص

- لیست داروهای تلفیق شده در زمان پذیرش بیمار و لیست داروهای خانگی بیمار
- لیست داروهای فعلی بیمار
- انجام تلفیق و مدیریت دارویی بیمار و تنظیم لیست داروهای زمان ترخیص بیمار

نکته : اخذ و ثبت اطلاعات مربوط به داروهای فعلی از بیمار یا خانواده وی بایستی توسط پزشک بستری کننده بیمار صورت پذیرد، مگر در مواقع اورژانس که فوریت اقدامات درمانی مطرح می باشد و در این موارد اخذ و ثبت اطلاعات مربوط به داروهای فعلی از بیمار می تواند حداکثر تا ۲۴ ساعت پس از پذیرش به تعویق بیفتد. در بیمارستان های آموزشی اخذ تاریخچه داروهای مصرفی فعلی بیمار بایستی توسط دانشجویان پزشکی ذیصلاح انجام شود.

لیست داروهایی که مشمول تلفیق دارویی می باشند به شرح ذیل می باشد:

۱- داروهای نسخه شده

۲- ویتامین ها

۳- داروهای روی پیشخوان (داروهایی که برای مصرف نیاز به نسخه پزشک ندارند).

۴- مود تشخیصی و کنتراست ها

۵- تغذیه مکمل

۶- فرآورده های خونی

۷- مایعات وریدی

اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها (Avoiding catheter and tubing misconnections)



کارکنان خدمات سلامت از اتصالات، کاتترها و سرنگ ها برای انتقال دارو و سایر مواد به بیماران از طریق گوناگون شامل عروقی، گوارشی، تنفسی، اپیدورال، اینترانکال و موضعی استفاده می کنند. لوله های متفاوتی به ویژه در سطح سوم خدمات سلامت به منظور انتقال داروهای مختلف، گازهای طبی و مواد غذایی به بیماران متصل می شود. علل ریشه ای و شایع وقایع ناگوار مرتبط به اتصالات نادرست لوله ها و کاتترها عبارتند از : خستگی کارکنان بالینی، نور ناکافی، آموزش ناکافی و تنگی وقت کارکنان ، استفاده از لوله ها و کاتترهای استاندارد برای مقاصد دیگر درمانی که به آن منظور طراحی نشده اند (استفاده از کاتتر وریدی برای راه های اپیدورال ، شستشو، درناژ و وراه های مرکزی یا طولانی نمودن لوله تغذیه گوارشی)، قرار دادن لوله های با عملکرد غیر مشابه مورد استفاده در درمان بیمار در کنار یکدیگر (برای مثال استفاده از لوله تغذیه گوارشی در کنار کاتتر و لوله ورید مرکزی) و عدم زدن برچسب در محل اتصالات.

کاتترهای ورید مرکزی، کاتترهای ورید محیطی، لوله های تغذیه نازوگاستریک، لوله های تغذیه گوارشی، کاف تراکتوستومی، کاتترهای دیالیز صفاقی، لوله های متسع کننده کاف تراکتوستومی و لوله های متسع کننده کاف وسایل اتومات فشارسنج شایع ترین مثال هایی از لوله ها و کاتترهای دخیل در گزارش های ثبت خطا می باشد.

اصول عمومی

- ۱- به منظور اطمینان اتصال صحیح، الزامی است ارائه دهندگان خدمت قبل از هر گونه تجویز یا اتصال وسیله پزشکی مسیر لوله ها و کاتترها را از منشاء اولیه جاگذاری در بدن بیمار تا به اتصالات پورت بررسی نمایند.
- ۲- به منظور اطمینان اتصال صحیح، الزامی است ارائه دهندگان خدمت در هنگام تحویل بیمار از یک مرکز به مرکز درمانی دیگر، اتصالات را مجدداً کنترل و مسیر لوله ها و کاتترها را از منشاء اولیه جاگذاری در بدن بیمار تا به اتصالات پورت بررسی کنند.
- ۳- کارکنان بالینی مسیر لوله ها و کاتترها را با توجه به کاربرد مختلف آن ها در مسیر استاندارد مختلفی ثابت نمایند. این امر به ویژه در هنگام مراقبت از نوزادان حائز اهمیت است.
- ۴- به کارکنان پشتیبانی، بیماران و خانواده آنان تاکید شود که نایستی وسایل پزشکی را قطع و وصل نمایند و در صورت لزوم بایستی از کارکنان درمانی درخواست کمک نمایند.
- ۳- برچسب گذاری کاتترهای پرخطر (برای مثال :کاتترهای شریانی، اپیدورال و اینتراتکال) الزامی است.
- ۴- از آداپتورها و اتصالات اضافی برای لوله های تغذیه گوارشی استفاده نکنید.
- ۵- به منظور تجویز داروخوراکی ، از سرنگ دارو استفاده نکنید.
- ۶- همیشه اتصالات لوله ها و کاتترها را در نور کافی انجام دهید.
- ۷- لوله ها و کاتترها را کدبندی رنگی نکنید.

کنترل و مصرف گازهای طبی بر اساس دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت

نکات ایمنی **کیسول های گازهای طبی** شامل موارد ذیل می باشد:

- ۱- رنگ بندی کیسولهای گاز طبی طبق استاندارد
- ۲- کیسول های گاز طبی در جای خود محکم گردد.
- ۳- حمل کیسول های گاز طبی پر با کلاهک انجام گردد.
- ۴- بدنه کیسول با پارچه یا سایر تزیینات پوشانده نشود.

۵- دستورالعمل استفاده از کپسولهای گاز طبی بر روی بدنه آنها نصب گردد

۶- کنترل سالیانه کپسولها توسط اداره استاندارد

اسامی گازها	فرمول	رنگ
اکسیژن	O ₂	سفید
اکسید نیتروژن	N ₂ O	آبی
سیکلو پروپان	-	نارنجی
دی اکسید کربن	CO ₂	خاکستری
اتیلن	C ₂ H ₄	بنفش
هلیوم	He	قهوه ای
نیتروژن	N ₂	سیاه
اکسیژن و دی اکسید کربن*	O ₂ +CO ₂	سفید و خاکستری
اکسیژن و هلیوم*	O ₂ +He	سفید و قهوه ای



انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار
(Performance of correct procedure at correct body site)



وسعت مسئله

- انجام بیش از 230 میلیون عمل جراحی عمده سالیانه در جهان
- مرگ و میر در 0.4-0.8 درصد این موارد ناشی از عوارض مستقیم اعمال جراحی
- عارضه برای بیماران در 3-16 درصد این پروسیجرها
- سالیانه برابر با 1 میلیون مرگ و بیش از 6 میلیون ناتوانی در سراسر جهان

چک لیست جراحی ایمن :

شامل سه گام می باشد :

- گام اول : اقدامات قبل از بیهوشی است که ارزیابی توسط پزشک بیهوشی و پرستار الزامی است .
- گام دوم : اقدامات قبل از برش پوست است که ارزیابی توسط جراح و پرستار پزشک بیهوشی الزامی می باشد .
- گام سوم : اقدامات قبل از خروج بیمار از اتاق عمل است که ارزیابی توسط پرستار اسکراب و سیرکولار و متخصص بیهوشی و جراح الزامی است.

شناسایی بیمار در گام اول و دوم از اهمیت خاصی برخوردار است و باید جهت جلوگیری از عمل اشتباه بر روی بیمار و عمل جراحی بر روی عضو اشتباه توسط تیم جراحی انجام شود.

گام اول: اقدامات قبل از بیهوشی بیمار (با حضور حداقل پرستار و متخصص بیهوشی)

آیا بیمار نام و نام خانوادگی، نوع و موضع عمل جراحی و رضایت خود از عمل جراحی را تأیید نموده است؟

☐ بلی

آیا موضع علامت گذاری شده است؟

☐ بلی

☐ کاربردی ندارد

آیا چک داروها و ماشین بیهوشی کامل شده است؟

☐ بلی

آیا پالس اکسی متری به بیمار متصل و در حال کار است؟

☐ بلی

آیا بیمار دارای حساسیت شناخته شده می باشد؟

☐ بلی

☐ خیر

آیا بیمار دارای راه هوایی مشکل یا در معرض خطر آسپیراسیون است؟

☐ خیر

☐ بلی و تجهیزات کمکی موجود است

آیا خطر از دست رفتن بیش از ۵۰۰ میلی لیتر خون وجود دارد (در کودکان ۷ میلی لیتر به ازای

هر کیلوگرم وزن بدن).

☐ خیر

☐ بله و دو راه وریدی / مرکزی و مایعات وریدی برنامه ریزی شده است

گام دوم :اقدامات قبل از برش پوست بیمار (با حضور حداقل پرستار و متخصص بیهوشی)

نام و نام خانوادگی بیمار ، نوع پروسیجر و محل برش جراحی تایید می شود.

آیا آنتی بیوتیک پروفیلاکسی در طی یک ساعت قبل جهت بیمار تجویز شده است؟

☐ بله

☐ موردی ندارد

وقایع مهم قابل پیش بینی برای متخصص جراحی:

☐ گام های حیاتی و یا غیر معمول در حین عمل جراحی چیست؟

☐ عمل جراحی چه مدت طول می کشد؟

☐ میزان خونریزی احتمالی حین عمل چقدر است؟

وقایع مهم قابل پیش بینی برای متخصص بیهوشی:

☐ آیا مشکل خاصی در مورد بیهوشی بیمار وجود دارد؟

وقایع مهم قابل پیش بینی برای تیم پرستاری:

☐ استرلیتی وسایل و لوازم جراحی از جمله نتایج شاخص های استریلایزرها تایید شده است؟

☐ آیا در خصوص تجهیزات مشکل و نگرانی وجود دارد؟

☐ آیا تصویر اصلی در حال نمایش است؟

بلی ☐ موردی ندارد ☐

گام سوم : اقدامات قبل از خروج بیمار از اتاق عمل (با حضور پرستار، متخصص بیهوشی و جراح)

پرستار به صورت کلامی موارد ذیل را تأیید می نماید.

- نام پروسیجر
- تکمیل شمارش لوازم جراحی، گاز و سر سوزن
- بر چسب نمونه گرفته شده در اتاق عمل (مشخصات مندرج بر روی برچسب نمونه از جمله نام و نام خانوادگی بیمار را با صدای بلند بخواند .)
- آیا اشکال و یا نارسایی در عملکرد تجهیزات مورد استفاده در اتاق عمل وجود دارد؟

برای متخصص جراحی و متخصصین بیهوشی و پرستار:

چه نگرانی ها و ملاحظات عمده ای برای به هوش آمدن (ریکاوری) و درمان وجود دارد؟

رضایت آگاهانه

الزامات و نحوه اخذ رضایت آگاهانه از بیماران از منظر ایمنی بیمار :

- ۱- در تمامی اعمال جراحی و اقدامات تشخیصی درمانی (پروسیجرهای) تهاجمی نیاز به اخذ رضایت آگاهانه می باشد .
- ۲- بیمارستان بایستی لیست اقدامات تشخیصی درمانی (پروسیجرهای) تهاجمی را بر اساس نظر پزشکان متخصص هر رشته ، نوع مراقبت و درمان های انجام شده در بخش و نوع مراجعین تعیین و به تایید ریاست بخش برساند .
- ۳- برگه رضایت آگاهانه بیمار در پرونده های پزشکی بیماران بستری واجد به توضیحات پیرامون کلیه خطرات، منابع و عوارض جانبی احتمالی هر گونه اقدام درمانی و تشخیصی تهاجمی و درمان های جایگزین و امضاء بیمار و شاهد (یکی از وابستگان درجه یک بیمار) موجود باشد.
- ۴- اخذ رضایت از بیماران در وضعیت های تهدید کننده زندگی ، اختلال هوشیاری الزامی نیست.
- ۵- در فرایند رضایت آگاهانه لازم است نکات ذیل به بیمار گفته شود :

- i. تشخیص یا مشکل اصلی
- ii. درجه عدم قطعیت تشخیص یا مشکل
- iii. خطرات توام با درمان و یا راه کار
- iv. اطلاعات در خصوص زمان بهبودی مورد انتظار
- v. نام ، سمت، صلاحیت فنی و تجربه کادر خدمات سلامت ارائه کننده مراقبت و درمان
- vi. وجود و هزینه های خدمت یا داروهای مورد لزوم

۶- مدت اعتبار هر رضایت آگاهانه در مورد عمل جراحی / پروسیجر تهاجمی معادل یا حداکثر ۳۰ روز می باشد

۷- هر لحظه ای که بیمار بخواهد می تواند رضایت خود را پس بگیرد .

۸- عموماً قبل از هر مداخله جدید درمانی بایستی از بیمار / ولی / وابسته درجه یک وی رضایت آگاهانه اخذ نمود .

اقدامات تشخیصی درمانی (پروسیجر های) تهاجمی حداقل شامل موارد ذیل است :

- ۱- مداخلات تشخیصی درمانی (پروسیجر های) تهاجمی و تمامی اعمال جراحی
- ۲- هر گونه پروسیجری که انجام آن ، با انسزیون پوست توام باشد .
- ۳- هر گونه پروسیجری که انجام آن ، با بی حسی موضعی / بیهوشی عمومی ، مراقبت پایش شده بیهوشی و تسکین توام باشد.
- ۴- تزریق هر گونه ماده / مواد در فضای بین مفاصل / فضاهای بدن
- ۵- آسپیراسیون زیر جلدی مایعات بدن یا هوا از طریق پوست (مانند آرتروسینتیزس ، آسپیراسیون مغز استخوان ، LP ، پاراسنتز ، توراسنتز ، کاتتریزاسیون سوپراپوبیک ، گذاردن Chest tube)
- ۶- بیوپسی (مغز استخوان ، پستان ، کبد ، عضلات ، کلیه ، پروستات ، مثانه ، پوست و اندام های تناسلی ادراری)
- ۷- پروسیجرهای قلبی (به عنوان مثال: مطالعه الکترو فیزیولوژیک قلبی، کاتتریزاسیون قلبی، گذاردن پیس میکر قلبی، آنژیوپلاستی، گذاردن استنت، گذاردن بالون داخل آئورتیک، کاردیوورژن الکتیو)
- ۸- آندوسکوپ (به عنوان مثال: کولونوسکوپ، برونکوسکوپ، ازوفاگوگاستریک آندوسکوپ، سیستوسکوپ، گاسترستومی آندوسکوپیک زیر جلدی، گذاردن لوله نفروستومی ، گذاردن j-tube)

۹- پروسیجرهای لاپاراسکوپیک (به عنوان مثال: کله سیستمکتومی لاپاراسکوپیک ، نفروکتومی لاپاراسکوپیک)

۱۱- پروسیجر های تهاجمی رادیولوژی (به عنوان مثال: آنژیوگرافی ، آنژیوپلاستی ، بیوپسی زیر جلدی)

۱۲- پروسیجر های درماتولوژی (بیوپسی، اکسزیون و کرایو تراپی عمیق بافت های بد خیم)

۱۳- پروسیجر های تهاجمی چشمی (مثال : پروسیجر های مختلفی که با ایمپلنت توام می باشند)

۱۴- پروسیجر های دهانی شامل (مثال : کشیدن دندان و بیوپسی لثه)

۱۵- اعمال تهاجمی جراحی کودکان (کشیدن ناخن فرو رفته و غیره ..)

۱۶- دبریدمان پوست / زخم که در اتاق عمل / مداخلات تشخیصی درمانی انجام می شود

۱۷- درمان الکتروشوک

۱۸- رادیوتراپی در بیماران انکولوژی

۱۹- سنگ شکنی (به عنوان مثال : سنگ های انسدادی کلیه و کبد و ..)

۲۰- گذاردن کاتتر وریدی مرکز ی PICC

۲۱- گذاردن Peg

۲۲- لاواژ پریتون

۲۳- تراکستومی

۲۴- اکوی ترانس ازوفاژیال

۲۵- شوک بیمار

۲۶- کولیپوسکوپی

۲۷- پروسیجر های تهاجمی ناباروری

۲۸- بلوک درمانی عصب

توجه :

➤ گذاردن سوسندفولی ، باز کردن راه وریدی محیطی ، گذاردن لوله معده ، تزریق وریدی از پروسیجر های تهاجمی

محسوب نمی شود

➤ پروفیلاکسی بیماری بعد از مواجهه و پروفیلاکسی قبل / حین عمل جراحی نیاز به اخذ رضایت آگاهانه ندارد .

➤ از بیمارانی که تحت برنامه های درمانی خاص نظیر (شیمی درمانی ، ترانسفوزیون مکرر خون ، پلاسما فروز ، دیالیز

صفاقی و دیالیز خونی) بوده به شرط ثابت ماندن شرایط ذیل می توان یک بار در ابتدای شروع دوره درمانی رضایت

گرفت ، که این رضایت نامه به مدت یکسال اعتبار دارد .

i. شرایط بیمار

ii. نحوه درمان

iii. روش های درمانی جایگزین

iv. احتمال خطر و منافع ناشی از روش درمانی

v. ظرفیت بیمار برای دادن رضایت تغییر نکند

vi. بیمار رضایت قبلی خود را پس نگیرد

شاخص های ایمنی بیمار

شاخص های ایمنی بیمار، مقیاسهایی هستند که به طور مستقیم یا غیر مستقیم حوادث ناگوار قابل پیشگیری را پایش می کنند. با پایش این شاخصها می توان برنامه ارتقاء ایمنی و کیفیت خدمات را رصد نموده و در جهت پیشرفت آن برنامه ریزی کرد.

۱- سقوط بیمار منجر به آسیب پایدار یا مرگ

۲- واکنش ناشی از انتقال خون نا سازگار

۳- آسیب حین تولد

۴- سوختگی با کوتر در اتاق عمل

۵- انجام عمل جراحی بر روی عضو یا بیمار اشتباه

۶- جا ماندن جسم خارجی در بدن بیمار پس از جراحی

۷- آمبولی ریوی پس از اعمال جراحی

۸- عوارض بیهوشی یا جراحی منجر به مرگ یا عارضه پایدار

۹- خونریزی یا هماتوم شدید بعد از جراحی منجر به مرگ یا عارضه پایدار

۱۰- ایجاد زخم فشاری درجه ۳ یا ۴ یا زخ فشاری تونلی در بیمارستان

۱۱- تزریق یا مصرف خوراکی داروهای پرخطر که منجر به مرگ یا عارضه پایدار بیمار شود.

۱۲- تکرار مرگ یا عوارض شدید ناشی از یک نوع درمان دارویی یا جراحی در بازه زمانی کوتاه

۱۳- شوک آنافیلاکسی ناشی از تزریق یا مصرف خوراکی دارو که منجر به مرگ یا عارضه پایدار بیمار شود

۱۴- عفونت بیمارستانی شدید که منجر به مرگ یا عارضه پایدار بیمار شود

۱۵- سایر خطاهای درمانی یا وقایع ناخواسته ایمنی بیمار که منجر به مرگ یا عارضه پایدار بیمار شود

مدیریت خطا

طبق تعریف انجمن پزشکی آمریکا، خطای پزشکی عبارت است: از هر نوع خطایی که در فرآیند ارائه مراقبت سلامت رخ دهد، چه منجر به صدمه و آسیب دیدگی بیمار گردد و یا آسیبی در پی نداشته باشد. خطای پزشکی می تواند توسط هر کسی از اعضا تیم سلامت مانند پزشک، پرستار، داروساز و غیره یا در هر زمانی از فرآیند مراقبتی از بیمار، مانند پیشگیری، تشخیص و یا درمان

برای مثال در داروهای بیمار، یا جراحی نادرست اعضا یا در بیمار اشتباه، تشخیص غلط، خرابی تجهیزات، عفونت های بیمارستانی، تزریق اشتباهی خون، تفسیر غلط از دستورات، اتفاق بیفتد. سازمان ایمنی بیمار کانادا (۲۰۰۵) اتفاقات مضرى که به طور غیرعمدى و غیر منتظره در حین مراقبتهای پزشکی به وجود می آیند ولى قابل پیشگیری هستند را به عنوان خطا تعریف کرده است. همین سازمان خطاهایی را که قبل از آسیب رساندن به بیمار اصلاح شده اند، خطاهای نزدیک به وقوع نامیده است. خطا اصطلاحی عملیاتی است که به موجب رخداد آن، زنجیره برنامه ریزی شده فعالیت های فیزیکی و ذهنی در رسیدن به هدف درمان و ارتقاء سلامت عاجز می مانند و این قصور و خطا به شانس نسبت داده نمی شود، وقتی حادثه ای روی می دهد مهم نیست چه کسی مقصر است، اما چرایی و چگونگی رخداد آن در سیستم مهم است باید به دنبال نقاط ضعف سیستم، مدیریت و محیط که زمینه را برای رخداد خطا مهیا کرده است بود. مراقبت و خدمات درمانی غیر ایمن علاوه بر تحمیل رنج به انسان ها هزینه اقتصادی سنگین نیز به بار می آورند. در واقع چنین تخمین زده می شود که بین ۵٪ تا ۱۰٪ هزینه های مربوط به سلامت، ناشی از خدمات بالینی غیر ایمن می باشد که منجر به آسیب بیماران می گردند و در این میان سهم نارسایی سیستم ها و روال ها بیش از نقش افراد است. لذا:

اولاً، ما نیازمندیم تا وسعت و عمق مشکلات رودر روی کارکنان بهداشتی و درمانی و بیماران را بفهمیم. در کشورهای توسعه یافته، خطاهای پزشکی در حدود ۵ تا ۱۵ درصد از موارد بستری های بیمارستانی رخ می دهد. بدلیل عدم وجود اطلاعات، دانش ما در ارتباط با وضعیت کلی ایمنی بیمار در کشورهای در حال توسعه بسیار محدود می باشد.

دوماً، ما نیازمند سیستم های گزارش دهی هستیم که برای همه کارکنان بهداشتی و درمانی به سادگی قابل دسترسی بوده، محرمانه و یادگیری از خطاها را تسهیل نماید. ما آموخته ایم که می توان کارکنان بهداشتی و درمانی را وا داشت که حوادث رخ داده را گزارش نمایند، و لیکن تبدیل داده های جمع آوری شده از این طریق به تغییرات لازم در سیستم بهداشتی و درمانی، ارتقاء کیفیت خدمات بهداشتی درمانی، هنوز یک چالش است.

سوماً، ما نیازمند یافتن راهی دقیق برای طبقه بندی خطاهای پزشکی هستیم. راهی که با کمک آن بتوان دانش بدست آمده از سیستم های گزارش دهی را بصورت بین المللی قابل فهم نموده و به اشتراک گذاشت، تا درس آموزی از خطای تجربه شده را آموخته و از تکرار خطاهای تجربه شده را کاهش و یا حذف نمود.

چهارماً، ما نیازمند استراتژی هایی برای کاهش آسیب به بیماران هستیم. این به معنای تخصیص تحقیقات برای شناسایی بهترین مکانیسم های پیشگیری کننده، و ترویج موثر ایده های نوین، و بومی سازی مشتاقانه آنهاست.

به منظور ایمن تر کردن فرآیند های بهداشتی و درمانی، بایستی بر روی بیمار تمرکز نمود . عواقب این خطاها گسترده است: خطاها می توانند سبب از بین رفتن جان انسانها، آسیب و معلولیت های ماندگار یا آسیب های موقت می شوند ، بلکه از حیث اخلاقی هم می تواند روابط بین انسانها را متأثر نموده و تهدیدی برای اعتماد به سیستم بهداشتی و درمانی باشند. از پیامد های غیر مستقیم اقتصادی خطاها می توان به طولانی شدن مدت اقامت بیمار، بروز عفونت های بیمارستانی، بروز ناتوانی، کاهش درآمد، بالارفتن میزان شکایات، نارضایتی و بی اعتمادی بیماران و تحمیل هزینه های گزاف به بیمار اشاره کرد. در اکثر مواقع، بیماران قربانیان اصلی درمانهای نا امن می باشند، بنابر این بایستی نظر آنها را در سیستم بهداشتی و درمانی مهم شمرده و بها داد.

تضمین یک درمان ایمن چالش بزرگی اس

روشهای برخورد با خطا

رویکرد فردی

رویکرد سیستمی

رویکرد فردی

- به طور معمول برخورد اولیه با یک خطا، پیدا کردن فرد خطا کار و سرزنش کردن وی است.
- رویکرد ساده ایست که طبق آن رخداد نامطلوب و علت ایجاد آن (فرد خطا کار) کاملاً مشخص است.
- با تأکید بر این اصل که هر فردی به تنهایی پاسخگوی عمل خویش است.
- تمامی تلاش ها برای کاهش خطا بر افراد و اقدام اشتباه صورت گرفته متمرکز است.
- بر اساس چنین استدلالی، در صورت وقوع خطا در یک عمل جراحی، بدون در نظر گرفتن علل و عوامل زمینه ای آن، تنها فرد پاسخگو پزشک و در صورت رخ دادن هر گونه اشتباه ، تمامی تلاش ها برای کاهش خطا بر افراد و اقدام اشتباه صورت گرفته، متمرکز است
- برای بهبود عملکرد افراد از روش هایی مانند ذیل برای فرد خطا کار، استفاده می شود.

رویکرد سیستمی

- در این رویکرد به جای سرزنش افراد خطاکار، به خطاها به عنوان پدیده هایی اجتناب ناپذیر که می توان از آنها جهت ارتقاء عملکرد سیستم بهره برد، نگریسته می شود .
- بر خلاف رویکرد فردی به خطا که منحصر به یافتن فرد خطاکار و مجازات وی می باشد، رویکرد سیستمی کوششی در جهت تغییر سیستم به گونه ای است که احتمال وقوع خطا در آن کم شود.
- برای این منظور، باید به بررسی و تحلیل عوامل زمینه ای تأثیر گذار بر پیدایش خطا در داخل سیستم پرداخت.
- یافته های پژوهشی در خطاهای پزشکی بر چند نکته دلالت دارد: همگانی و غیر قابل اجتناب بودن خطا، چند علتی بودن خطا و لزوم جایگزینی رویکرد سیستمی به جای رویکرد فردی نسبت به خطا است.

رویکرد مبتنی بر سیستم

طراحی سازمانی ضعیف موجب خطا
در افراد می شود

✓ تمرکز بر روی سیستم به جای
افراد

تغییر سیستم = بهبود ایمنی بیمار

رویکرد مبتنی بر فرد

افرادی که باعث خطاها هستند 'بی
دقت ، گیج و بی مسئولیت' هستند

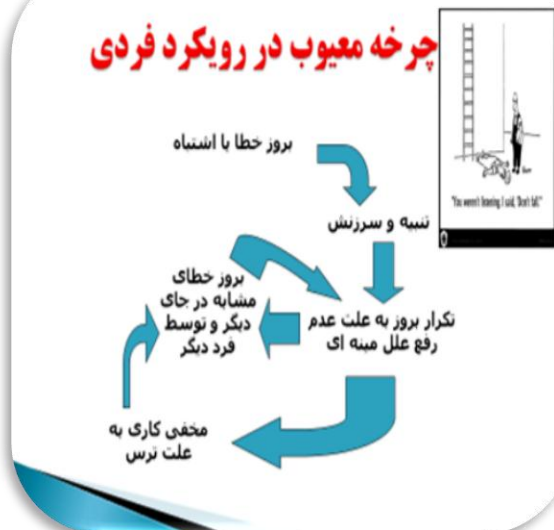
× سرزنش و تنبیه

حذف افراد = بهبود ایمنی بیمار

چرخه مدیریت خطا در رویکرد سیستمیک



چرخه معیوب در رویکرد فردی



رویکرد فردی دارای مشکلات متعددی می باشد. این واقعیت که مراقبت سلامت ارائه شده نه توسط یک فرد (پزشک، پرستار و ...) بلکه توسط گروهی از افراد و در یک نظام مراقبت سلامت پیچیده صورت می گیرد، نادیده گرفته می شود .

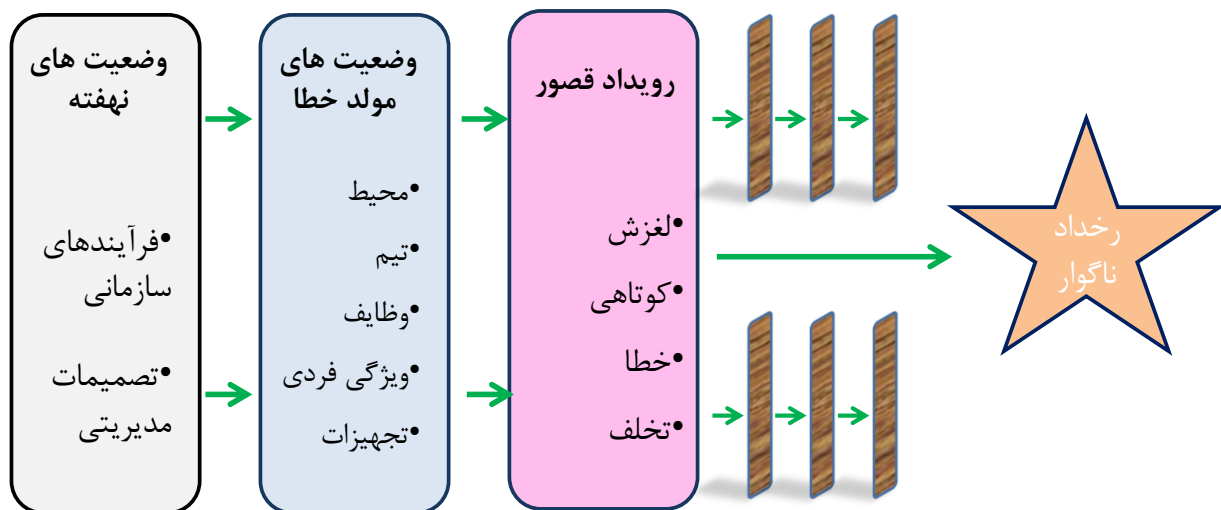
تنها یک بررسی ساده بر روی الگوی خطاهای پیش آمده، مؤید این مطلب است که می توان با ارزیابی خطاهای موجود در نظام سلامت، راهبردهای مؤثرتری جهت کاهش میزان خطا و ارتقاء کیفیت مراقبت های سلامت ارائه داد.

آیا نتیجه رویکرد فردی در جلوگیری از تکرار مجدد خطا نیز رضایت بخش و مطلوب است؟

اغلب اینطور تصور می شود که با سرزنش و توبیخ فرد خاطی و در نهایت با کنار گذاشتن وی، دیگر اشتباهی رخ نمی دهد. در حالیکه این گونه نبوده و همان خطا بارها تکرار خواهد شد. زیرا خطاهای صورت گرفته، متأثر از چندین عامل می باشند و سرزنش افراد خاطی و حتی کنار گذاشتن آنان، هیچگونه تغییری در این عوامل نمی دهد.

سیستم

در یک سیستم علاوه بر افراد، عوامل متعددی وجود دارند که بر یکدیگر تأثیر می گذارند. طبق تعریف، سیستم مجموعه ای از عناصر مستقل است که برای رسیدن به یک هدف مشترک با یکدیگر تعامل دارند. این عناصر می توانند انسانی و یا غیر انسانی (تجهیزات، تکنولوژی، زیر ساخت ها و ...) باشند. عناصر درون یک سیستم همانند یک چرخه به هم متصل هستند. در این میان انسان به عنوان جزئی از یک سیستم، معمولاً در آخرین سطح چرخه قرار گرفته و در واقع عملکرد نهایی سیستم است، نه علت ریشه ای خطا. بدین ترتیب، تا هنگامی که علل ریشه ای خطا شناسایی نشده و بر طرف نشوند، آن خطا مکرراً توسط یک فرد خاص و یا هر فرد دیگری که جایگزین وی شود، تکرار خواهد شد. هنگامی که یک رخداد نامطلوب اتفاق می افتد، مهم این نیست که دریابیم چه کسی مرتکب اشتباه شده است، بلکه باید بررسی کنیم علت شکست مکانیسم های دفاعی در برابر پیدایش خطا چه بوده است.



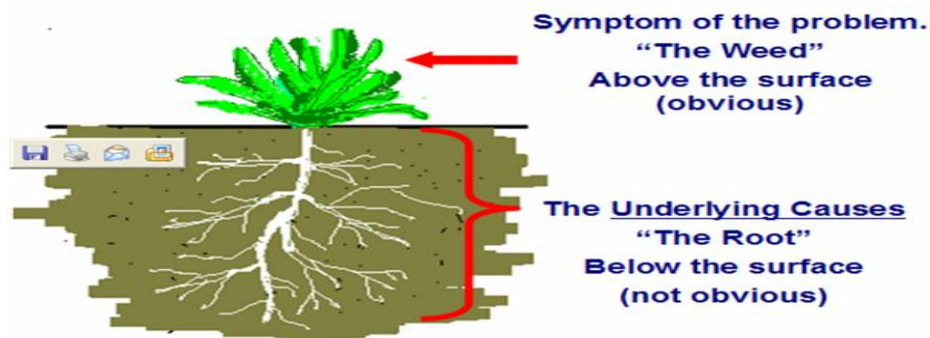
در الگوی فوق دو نکته قابل توجه است.

اولاً وی اشتباهات انسانی (خطاهای فعال) را که درمرز تماس بیمار و پرسنل ایجاد می شود بر اساس شدت و ضعف آنها به لغزش ها، کوتاهی ها، خطاها و تخلف ها طبقه بندی کرده است.

دوم اینکه در ایجاد خطاهای فعال، عوامل مولدی نقش دارند که خود دو دسته اند:

- عوامل تاثیر گذار یا علل فوری
- عوامل ریشه ای یا وضعیت های نهفته

این بدان معنا است که عوامل تاثیر گذار یا فوری نیز خود علل به وجود آورنده ای دارند و برطرف کردن عوامل تاثیر گذار نمی تواند از وقوع مجدد آن جلوگیری کند و فقط در بهبود موقت ایمنی در سیستم نقش دارند. اما علل نهفته یا همان اصلی یا علل ریشه ای باعث کاهش بروز خطا یا حذف آن شده و باعث ارتقاء کیفیت خدمات بهداشتی درمانی می شوند و زمینه را برای بروز علل سطحی (علل واضح یا بلافصل) یک مساله ایجاد می نمایند. به عبارت دیگر علل سطحی، خود نشانه و علامتی از وجود علل ریشه ای هستند. بطور کلی عوامل ریشه ای نقش مهمی در تحلیل حادثه دارند. در تایید این موضوع، بررسی خطاها نشان داده است که علل چندگانه ای در بروز خطاها دخیل هستند و زمانی حوادث رخ می دهند که ترکیبی از خطاهای فعال و پنهان وجود داشته باشد. ریشه بسیاری از خطاها ترکیبی از تعدادی عوامل مستقل است



Root Cause Analysis

یکی از موثرترین روش ها برای تحلیل مشکلات سیستم و یافتن راه حل های ممکن برای آن ها، تحلیل ریشه ای علل^۳ می باشد. تحلیل علل ریشه ای خطاهای پزشکی فرآیندی است که طی آن عوامل اصلی که منجر به وقوع یک رخداد هشدار دهنده یا حادثه ای ناگوار (اعم از مرگ، واکنش دارویی و ...) شده اند، شناسایی می شوند. در این تحلیل به جای پرداختن به عملکرد افراد، در درجه اول بر سیستم ها و فرآیندهای موجود در آنها تأکید می شود. بدین صورت که از برخی علل خاص در فرآیندهای بالینی که منجر به ایجاد خطا شده اند به سوی علل مشترک در فرآیندهای سازمانی پیش رفته، اصلاحات بالقوه در این فرآیندها و سیستم ها را که می توان برای کاهش احتمال چنین خطاهایی در آینده اعمال نمود، شناسایی می کند. تحلیل ریشه ای علل یک فرآیند واکنشی است یعنی بعد از وقوع حادثه به صورت گذشته نگر انجام می گیرد و علل واقعی یا ریشه ای حوادث ناگوار یا حوادث نزدیک به وقوع، تحلیل می شوند. این تحلیل، مشخص می کند چگونه سیاست ها، محیط و فرآیندها در وقوع این حوادث و خطاها نقش دارند. از آنجایی که خطاها ریشه در عمق سیستم و نظام دارند فرآیندهای اشتباه یا نقص در اجرای صحیح پروتکل ها، سبب ایجاد خطا های انسانی در سیستم می شوند. بنابراین حوادث و رویدادهای ناگوار از علایم یک ضایعه پاتولوژیک در سازمان هستند و وجود یک بیماری و یا فرآیند غلط در سازمان می تواند سبب اختلال در سیستم های مختلف کاری شود.

انجمن پزشکی آمریکا نیز توصیه کرده است که سازمان ها برای ارتقا در این زمینه، باید این فرهنگ را که خطاها و اشتباهات، فردی و ناشی از نارسایی پرسنل است کنار بگذارند و خطاها را به عنوان فرصت های یادگیری محسوب کنند. همچنین این انجمن بیان می کند که "اگر چه تمام حوادث از خطای انسانی ناشی می شوند، ولی خطاها معمولا از نارسایی در سیستم ها و فرآیند های کاری منشا می گیرند و افراد را به سوی قصور رهنمون می کنند. شواهد موجود در سازمان های با اعتماد بالا نشان می دهد که بررسی سیستماتیک خطاها نقایص سیستمی را آشکار می نماید. نظام اعتباربخشی ضرورت انجام RCA را به دلیل یادگیری از حوادث و خطاهایی که در گذشته رخ داده و هم به دلیل پیشگیری از وقوع مجدد آن در آینده ضروری می داند.

³ Root Cause Analysis (RCA)

تحلیل علل ریشه ای خطا (RCA) تکنیکی است که به ما اجازه می دهد تا علل اصلی یا اولیه خطاهای پزشکی را پیدا کنیم ، با حذف و اصلاح آنها، احتمال وقوع مجدد خطا را کاهش دهیم. با کمک این تکنیک می توان عواملی را که بیمار را در معرض خطر قرار می دهند، شناسایی کرد .

هدف از تجزیه و تحلیل علت ریشه ای:

به منظور آگاهی از اینکه:

چه اتفاقی افتاده است؟

چرا اتفاق افتاد است؟

چه کاری می تواند برای جلوگیری از وقوع آن در آینده انجام شود؟

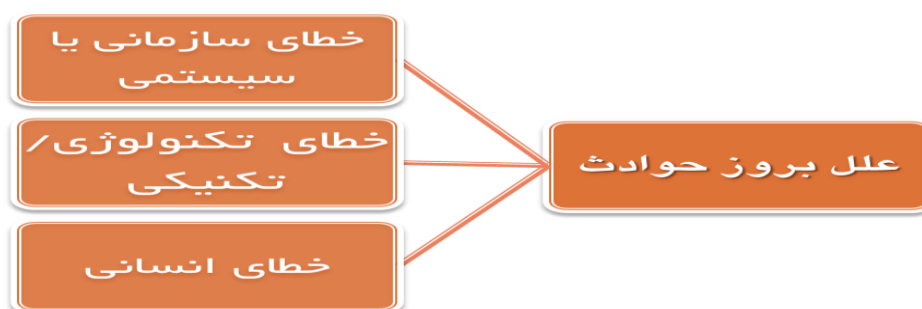
مزایای تحلیل ریشه ای علل خطا (RCA) عبارتند از:

➤ علل اصلی یا اولیه خطاهای پزشکی پیدا شود .

➤ علت اصلی، حذف یا اصلاح شود

➤ احتمال وقوع مجدد خطا کاهش داده شود.

علل متعدد مختلفی در بروز حوادث نقش دارند که در یک دسته بندی کلی عبارتند از:



۱- عوامل سازمانی

✓ نبودن استراتژی

✓ ضعف های مدیریتی و یا ساختاری

✓ نبود استانداردها بخصوص فرایندی (بالینی و غیر بالینی)

- ✓ ضعف در خط مشی و روش های اجرایی،
- ✓ ضعف در تصمیم گیری و اولویت بندی ،
- ✓ ضعف در فرهنگ سازمانی و نحوه انتقال دانش به کارکنان
- ✓ همکاری اندک، ارتباطات ضعیف (عدم ارتباط صحیح با همکار یا بیمار جهت کسب اطلاعات صحیح ، دست خط های بد و...) و تعامل نامناسب بین گروهی
- ✓ عملکرد پزشکان و پرستاران بدون تجربه

۲- عوامل تکنیکی

- ✓ اجزای فیزیکی یک سیستم مانند
- ✓ تجهیزات و تأسیسات به کار رفته در سیستم،
- ✓ نرم افزارهای مورد استفاده،
- ✓ مواد مورد نیاز و حتی بر چسب روی وسایل،
- ✓ خطاهای ناشی از محصولات تولیدی مثلاً (علامت های اشتباه بر روی تولیدات خونی)
- ✓ تسهیلات و ساختمان های با طرح های ضعیف

۳- عوامل انسانی

فرایند تجزیه و تحلیل علت ریشه ای

۱. سازماندهی تیم
۲. جمع آوری اطلاعات
۳. تعریف رویداد
۴. تعیین علل سطحی
۵. شناسایی علل ریشه ای
۶. شناسایی استراتژی های کاهش خطر
۷. استقرار استراتژیها
۸. ارزیابی اثربخشی اقدامات صورت گرفته

مراحل انجام تحلیل ریشه ای علل شامل این موارد است:

۱- تشکیل تیم و تعریف رویداد ۲- جمع آوری و نگاشت اطلاعات ۳- شناسایی مسائل ۴- تحلیل اطلاعات ۵- ارائه راه حل ها.

گام اول : تعریف رویداد

شروع فرآیند با گرد آوری تیمی متشکل از ۳-۴ نفر دارای شناخت در حوزه بالینی و مهارت های تحقیق و بررسی تشکیل می شود. گام اول، تعریف کردن رویداد به دنبال این سؤال که چه اتفاقی افتاده است؟ می باشد که تا حد امکان باید به طور اختصاصی و شفاف تعریف گردد. مانند عمل جراحی بر روی نقطه نادرستی از بدن انجام گرفته است. ابزار مناسب در این مرحله بارش افکار است. مساله ای که به خوبی تعریف شود، به ما می گوید که چه اتفاق اشتباهی افتاده و بر پیامدهای اتفاق اشتباه متمرکز می شود نه بر این که چرا این حادثه اتفاق افتاده است.

گام دوم : جمع آوری و نگاشت اطلاعات

گام دوم جمع آوری اطلاعات پیرامون رویداد اتفاق افتاده می باشد. جمع آوری اطلاعات در این مرحله با روش مصاحبه است ، ولی بهترین روش های جمع آوری اطلاعات عبارتند از: مستندات مکتوب، اظهار نظر شهود، مرور گذشته نگر پرونده های بالینی. در اجرای مصاحبه، استفاده از سؤالات اکتشافی و سؤالات روشن کننده مجاز ولی از سؤالات جهت دهنده باید اجتناب شود. شرح واقعه با مصاحبه شونده مرور می شود و از وی خواسته می شود که عوامل کمک کننده ای را که در وقوع حادثه نقش داشته اند شناسایی نماید.

سپس نگاشت اطلاعات : پس از جمع آوری اطلاعات بایستی به توصیف رویداد پرداخته شود. این توصیف باید اطلاعاتی در مورد زمان، مکان و چگونگی رخداد حادثه در اختیار قرار دهد و باید شامل موارد زیر باشد:

توصیفی مختصر از آنچه رخ داده است. شناسایی حوزه ها یا خدماتی که تحت تاثیر این حادثه قرار گرفتند. در این مرحله نباید به دنبال نتیجه گیری (چرا ها) بود. ابزار های مورد استفاده در نگاشت یا بازنمایی اطلاعات عبارتند از:

- رویداد نگاری داستانی
- خط زمانی
- خط زمانی مبتنی بر جدول
- جدول شخص زمان

می باشند که در ذیل توضیح داده می شوند:

الف: رویداد نگاری داستانی (روایتی) :

شرح یک واقعیت و این که به ترتیب تاریخ و ساعت چه اتفاقاتی افتاده است . مناسب برای موضوعات غیر پیچیده و در فاز ابتدایی مسائل پیچیده، درک آن راحت است و فرمت پذیرفته شده برای ارائه اطلاعات است.

ب: خط زمانی :

ابزاری است که به ما نشان می دهد در هر نقطه از زمان چه اتفاقی افتاده است. با کمک این ابزار می توان توالی رویدادهای رخ داده را به صورت ترسیمی (نموداری) نمایش داد. درک و فهم کیس های پیچیده را راحت تر می کند ولی برای برخی کیس های طولانی ممکن است مناسب نباشد.

ج: خطوط زمانی مبتنی بر جدول:

این روش علاوه بر اطلاعات راجع به ماهیت رویداد، زمان و مکان وقوع آن، اطلاعات تکمیلی دیگر همچون: کارهایی که به نحو صحیح انجام شده و مسائل مرتبط با خدمت یا مراقبت نیز آورده می شود. بدون نیاز تغییر فرمت جدول، می توان اطلاعات اضافی را به آن اضافه کرد. مناسب برای همه حوادث خصوصاً حوادثی که بازه زمانی بلندی دارند.

د: جدول شخص - زمان:

این جدول امکان پیگیری دقیق فراهم می آورد که مشخص گردد هر فرد اعم از کارکنان، بیمار، ملاقات کننده، قبل، حین و پس از وقوع یک حادثه ناگوار کجا بوده است. در کیس هایی که باید محل افراد حین حادثه مشخص باشد و مناسب برای مواقعی که در مدت زمان کوتاهی، تعداد زیادی رویداد اتفاق افتاده و افراد زیادی در محل حضور داشته اند. جاهایی را که اطلاعات کافی در مورد آنها وجود ندارد، خالی می مانند.

گام سوم : شناسایی مسئله ها

در زمان بررسی یک رویداد یا حادثه متوجه ضعف ها و نقائصی می شویم که در حین فرایند ارائه خدمت وجود داشته اند. این دسته از مسائل ، در دو طبقه کلی "مسائل مرتبط با مراقبت" و "مسائل مرتبط با خدمت"، جای می گیرند. شناسایی این مسائل، تیم را در امر تحلیل و یافتن علل ریشه ای آنها کمک می نماید.

مسائل مرتبط با مراقبت: مسائلی که در حین فرایند ارائه درمان به بیماران پیش می آیند و معمولاً ناشی از اقدامات کارکنان یا عدم اقدامات آنها هستند. عدول از ارائه مراقبت ایمن، این مسأله تأثیری مستقیم یا غیرمستقیم بر پیامد نهایی رویداد مورد نظر برای استفاده کننده خدمت دارد. مثلاً: عدم پایش، عدم اقدام یا عدم مشاهده، اقدام یا تصمیمی نادرست و نابجا، عدم درخواست کمک از سایر افراد در زمان مقتضی. این مسائل با یک فرد یا تیم درمان مرتبط هستند مثل پزشک، داروساز، ماما یا

تیم جراحی این دسته از مسائل ناشی از اقدام یا عدم اقدام افراد هستند. مثال: پرستار ارتباط لازم را برقرار نکرد به جای این که بگوییم خطا یا شکست در ارتباطات.

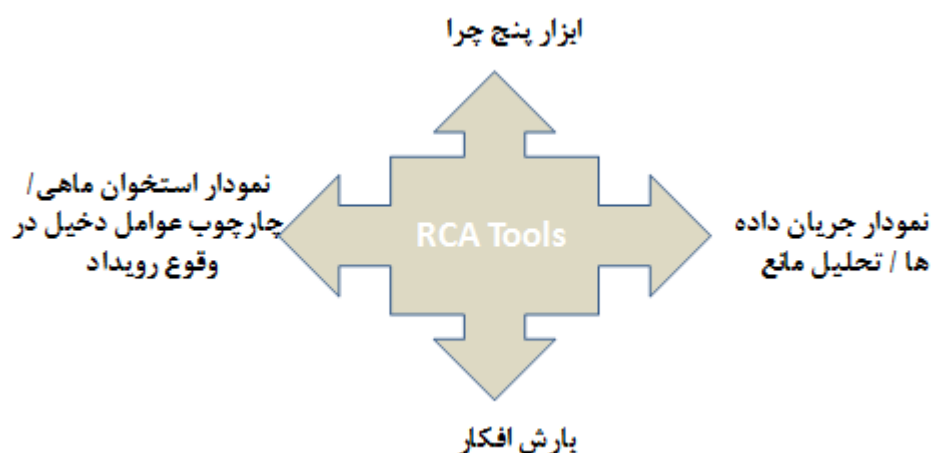
مسائل مرتبط با ارائه خدمت: این دسته از مسائل که ناشی از اقدامات یا عدم اقدامات هستند. نقش سببی و علی در رویداد حادثه در دست بررسی دارند، با این حال مستقیماً به فرایند ارائه خدمت مرتبط نمی شوند. این دسته از مسائل به نحوه ارائه یک خدمت و تصمیمات و پروسیجرهای موجود در مورد ارائه خدمت مرتبط می شوند. این دسته از مسائل به مدیریت سازمان، هیات مدیره و دیگر مراکز تصمیم گیری سازمان مربوط می شوند و ربطی به فرد خاصی در سازمان ندارند. مانند: عدم انجام ارزیابی ریسک محیطی و یا عدم اجرای دوره آموزشی برای یک دستگاه جدید.

مسائل مرتبط با خدمت و یا مسائل مرتبط با مراقبت مشخص می کنند که دقیقاً چه اشتباهی رخ داده است. پس از مشخص کردن این مسائل است که می توان مشخص کرد که علت یا علل بروز این اشتباهات کدام بوده اند.

گام چهارم: تحلیل اطلاعات

گام چهارم، تحلیل اطلاعات است. در این مرحله به شناسایی عوامل کمک کننده و علل ریشه ای پرداخته می شود. ابزارهای مورد استفاده برای شناسایی عوامل کمک کننده و علل ریشه ای طبق شکل ذیل عبارتند از:

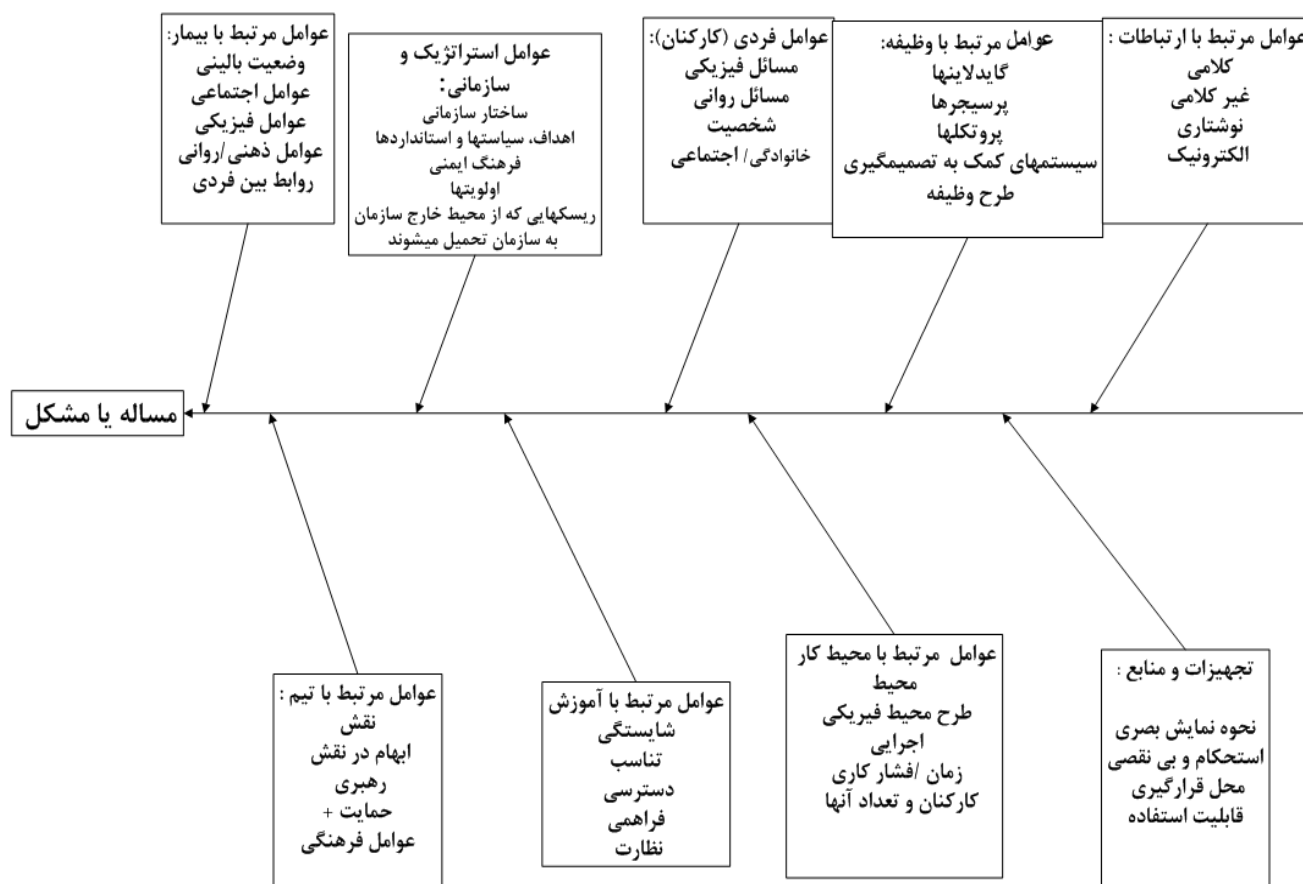
ابزار پنج چرا - نمودار استخوان ماهی - نمودار جریان داده ها / تحلیل مانع - بارش افکار.



الف - نمودار استخوان ماهی:

این نمودار به عنوان ابزاری دیداری، در ترسیم عوامل مسبب حادثه به صورت کلمات استفاده می شود. هدف از تحلیل حادثه یا تحلیل ریشه ای، درک جامعی از یک حادثه است. در سر ماهی، مسئله مربوط به مراقبت یا خدمت نوشته می شود و در تیغه های اصلی: گروه های مختلف عوامل دخیل در حادثه و در هر تیغه کوچک: علل ویژه مشخص شده برای هر دسته بندی. عوامل دخیل

در وقوع حادثه عبارتند از: عوامل مرتبط با بیمار، عوامل شخصی، عوامل مرتبط با وظیفه، عوامل ارتباطی، عوامل اجتماعی و مرتبط با تیم، عوامل مرتبط با آموزش، عوامل مرتبط با منابع و تجهیزات، عوامل مرتبط با شرایط کاری، عوامل مدیریتی و سازمانی.



نمودار استخوان ماهی - طبقه بندی عوامل دخیل در یک رویداد

ب- ابزار پنج چرا:

ابزاری که به کاربران این امکان را می دهد تا با پرسیدن چراهای متوالی علت یا علل هر مساله را شناسایی کنند. استفاده از این ابزار راحت و آسان بوده و با پرسیدن متوالی معمولاً پنج چرا به صورت پشت سر هم، برای حل مسائل غیر پیچیده و ساده مناسب است. مزایای بکارگیری پنج چرا عبارتند از:

- ❖ در شناسایی علل ریشه ای مسأله کمک می کند.
- ❖ در تعیین روابط بین علل ریشه ای یک مسأله کمک می کند.
- ❖ یکی از ساده ترین ابزارهای تحلیل است که تکمیل آن نیازی به محاسبات آماری ندارد.
- ❖ بکارگیری و یادگیری آن راحت است.
- ❖ برای کار گروهی و فردی مناسب است.

نحوه انجام تکنیک پنج چرا: مساله به صورت مشخص نوشته می شود سپس از اعضای تیم پرسیده می شود که ” چرا این اتفاق افتاده است؟ “ یا ” چرا این موضوع، علت این مساله بوده است؟ “

جواب بله = علت ریشه ای جواب خیر = علت تاثیرگذار یا علت سطحی

ج- تکنیک تحلیل مانع

مانع : اقدامی کنترلی است که برای پیشگیری از وارد شدن آسیب به موارد آسیب پذیر مانند افراد، اشیا، ساختمان، وجهه و اعتبار سازمان، جامعه طراحی و اجرا می گردد.

تکنیک تحلیل مانع می تواند به صورت ساختار یافته معلوم کند که چه موانع یا لایه های دفاعی و کنترل ها باید در محل حضور داشتند تا جلوی حادثه گرفته می شد (گذشته نگر) یا این که با بکارگیری چه موانعی (لایه های دفاعی/ کنترل ها) می توان از وقوع حادثه در آینده جلوگیری کرد (آینده نگر). تحلیل مانع می تواند به دو صورت برای حل مساله به کار رود :

۱- گذشته نگر : شناسایی موانعی که به درستی عمل نکرده اند. شناسایی موانع فراموش شده

۲- آینده نگر: ارزیابی موانع موجود و شناسایی و بکارگیری موانع مناسب به صورت پیشگیرانه.

گام پنجم: ارائه راه حل ها

در این مرحله از فرآیند، تیم لیستی از علل ریشه ای بروز مسأله را در دست دارد و آماده است که راه حل های بالقوه ای برای حذف این مسائل سیستمی ارائه نماید. این راه حل ها که به آنها اقدامات اصلاحی یا اقدامات بهبود نیز گفته می شود، با هدف جلوگیری از وقوع حادثه یا تکرار حادثه به سبب علل ریشه ای شناخته شده حاضر، طراحی و اجرا می گردند. اقدامات عبارتند از:

۱- موانع مبتنی بر اعمال انسان ۲- موانع اجرایی و مدیریتی

۳- موانع طبیعی ۴- موانع فیزیکی

موانع انسانی:

- چک کردن دوز دارو قبل از تزریق به بیمار

- کنترل و مهار بیماران مهاجم

موانع اجرایی:

- پروتکل ها و پروسیجرها مانند سیاست های شناسایی بیمار

- آموزش و نظارت

- امضای حداقل دو نفر برای داروهای ویژه

موانع طبیعی :

استفاده از موانع زمانی، فاصله ای، نحوه قرار گرفتن و ذخیره اشیا/داروها، نحوه استقرار بیماران مانند :

- ایزوله کردن بیمارمقاوم به درمان با متی سیلین

- وجود پروسیجر برای تشخیص مرگ بیماران مغزی که به صورت مستقل توسط دو پزشک انجام می شود و ۱۲ ساعت بعد مجدداً تکرار می شود.

- تجویز متوترکسات و وینکریستین در روزهای جدا توسط افراد جدا

- وجود پروسیجر برای کنترل داروهای تجویز شده در داروخانه مثلاً تخصیص زمان کافی (۱۰ دقیقه) بین چک اولیه نسخه و پیچیدن نسخه

موانع فیزیکی

مانند بارکدها، نگهداری برخی داروها در قفسه های در بسته، دستبند شناسایی بیمار، برنامه های کامپیوتری در تکمیل پرونده بیماران که تا یک مرحله تمام نشده اجازه ورود به مرحله بعدی را نمی دهد.

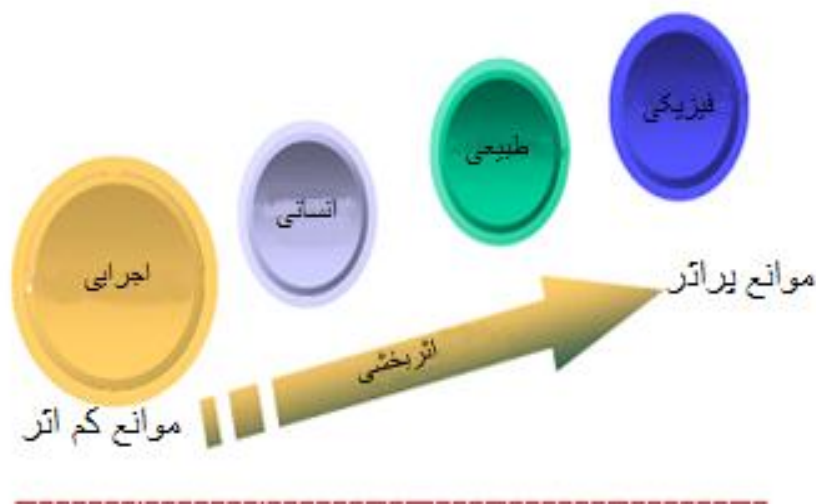
اثر بخشی موانع

می توان گفت که معمولاً موانعی که دربر گیرنده اقدامات انسانی و اجرایی هستند، ضعیف ترین موانع هستند، از آن جهت که بر روی رفتار و عملکرد انسانی تکیه زیادی داشته و انسان نیز جائز الخطا است.

در بخش بهداشت و درمان بکارگیری موانع انسانی و موانع اجرایی و مدیریتی متداول اما ضعیف تر از سایر موانع است، دلیل این امر به فعالیت های انسانی در این بخش مربوط است.

موانع فیزیکی معمولاً از بقیه موانع قوی تر می باشند. با ترکیب و ادغام موانع در مراحل مختلف می توان قدرت و اثر بخشی آنها را افزایش داد به خصوص در مورد موانع اجرایی و انسانی.

اثر بخشی موانع



وقایع ناخواسته

مواردی که هرگز نباید اتفاق بیفتد (Never Events)

کد و شرح موارد ۲۹ گانه :

کد ۱. انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی عضو سالم

کد ۲. انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی بیمار دیگر

کد ۳. انجام عمل جراحی با روش اشتباه بر روی بیمار (مثال: در بیماری که مبتلا به توده های متعدد بافتی در یک عضو از بدن است و می باید یکی از توده های بافتی را که اثر فشاری ایجاد کرده است برداشته شود و به اشتباه توده دیگری مورد عمل جراحی قرار می گیرد...)

کد ۴. جا گذاشتن هر گونه device اعم از گاز و قیچی و پنس... در بدن

کد ۵. مرگ در حین عمل جراحی یا بلافاصله بعد از عمل در بیمار دارای وضعیت سلامت طبیعی (کلاس یک طبقه بندی ASA انجمن بیهوشی آمریکا)

کد ۶. تلقیح مصنوعی با دهنده (DONOR) اشتباه در زوجین نابارور

کد ۷. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه استفاده از دارو و تجهیزات آلوده میکروبی

کد ۸. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال استفاده از دستگاه های آلوده (مثال: وصل دستگاه دیالیز HBS Ag

آنتی ژن مثبت به بیمار HBS Ag آنتی ژن منفی

کد ۹. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه آمبولی عروقی

کد ۱۰. ترخیص و تحویل نوزاد به شخص و یا اشخاص غیر از ولی قانونی

کد ۱۱. مفقود شدن بیمار در زمان بستری که بیش از ۴ ساعت طول بکشد (در بیماران بستری که نیازمند مراقبت امن

و سطح بالای تحت نظر می باشند مانند دمانس ، سایکوز و سایر اختلالات سایکولوژیک و خطر خود کشی می باشد .)

کد ۱۲. خودکشی یا اقدام به خودکشی در مرکز درمانی

کد ۱۳. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه اشتباه در تزریق نوع دارو، دوزدارو، زمان تزریق دارو،....

کد ۱۴. مرگ یا ناتوانی جدی مرتبط با واکنش همولیتیک به علت تزریق گروه خون اشتباه در فرآورده های خونی

کد ۱۵. مرگ مادر ناشی از سزارین و یا زایمان طبیعی

کد ۱۶. مرگ یا ناتوانی جدی به دنبال هیپوگلیسمی در مرکز درمانی

کد ۱۷. زخم بستر درجه ۳ یا ۴ بعد از پذیرش بیمار

کد ۱۸. کرنیکتروس نوزاد ناشی از تعلل در درمان

کد ۱۹. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به علت هر گونه دستکاری غیر اصولی ستون فقرات (مثال: به دنبال فیزیوتراپی ..)

کد ۲۰. مرگ یا ناتوانی جدی در اعضای تیم احیاء متعاقب هر گونه شوک الکتریکی به دنبال احیا بیمار که می تواند ناشی

از اشکالات فنی تجهیزات باشد.

کد ۲۱. حوادث مرتبط با استفاده اشتباه گازهای مختلف به بیمار (اکسیژن با گاز های دیگر ...)

کد ۲۲. سوختگی های به دنبال اقدامات درمانی مانند الکتروود های اطاق عمل (مانند: سوختگی های بدن به دنبال

جراحی قلب)

کد ۲۳. موارد مرتبط با محافظ و نگهدارنده های اطراف تخت (مثال: گیر کردن اندام بیمار در محافظ، خرابی محافظ،...)

کد ۲۴. سقوط بیمار تنها در مواردی که سقوط بیمار منجر به فوت بیمار و یا عارضه منجر به مداخله درمانی و طولانی شدن زمان بستری گردد. (مثال: سقوط در حین جابجایی بیمار در حین انتقال به بخش تصویر برداری، ، سقوط از پله ، ...)

کد ۲۵. موارد مرتبط با عدم رعایت و عدول از چارچوب اخلاق پزشکی

کد ۲۶. هرگونه آسیب فیزیکی (ضرب و شتم و ...) وارده به بیمار

کد ۲۷. ربودن بیمار

کد ۲۸. اصرار به تزریق داروی خاص خطر آفرین یا قطع تعمیدی اقدامات درمانی توسط کادر درمان

کد ۲۹. کلیه موارد مرگ نوزاد بر اثر زایمان طبیعی و یا سزارین

راهنمای پیشگیری از سقوط بیمار (Preventing Patient Fall Guideline)

برنامه پیشگیری از سقوط به چهار مرحله تقسیم می شود:

- ۱- مراقبت های عمومی پیشگیری از سقوط
- ۲- معیارهای بررسی سقوط استاندارد مثل معیار موریس و معیار هامپی دامپی
- ۳- برنامه مراقبتی و مداخلات که با ریسک فاکتورهای شناسایی شده در برنامه جامع مراقبتی بیمار مرتبط است.
- ۴- مراقبت پس از سقوط شامل بررسی بالینی بیمار و تحلیل ریشه ای علل سقوط (RCA)

۱- مراقبت های عمومی برای پیشگیری از سقوط برای تمام بیماران

➤ این مداخلات باید برای تمام بیماران صرف نظر از اینکه ریسک فاکتور سقوط داشته باشند یا خیر انجام شود.

الف) مداخلات احتیاطی استاندارد پیشگیری از سقوط در حیطه آموزش به بیمار عبارتند از:

- بیمار و همراهان وی را به محیط بخش در بدو ورود آشنا کنید.
- به بیمار و همراهان وی در مورد نکات ایمنی پیشگیری از سقوط در زمان بستری در بیمارستان آموزش دهید
- اهداف و نحوه استفاده از زنگ احضار یا CALL LIGHT را به بیمار توضیح دهید
- از دمپایی غیر لغزنده با سایز مناسب، برای بیماران استفاده کنید
- به بیمار پرخطر آموزش دهید که برای انجام فعالیت های روزمره همانند بیرون آمدن از تخت و رفتن به دستشویی درخواست کمک کند
- اهداف و نحوه استفاده از وسایل کمک حرکتی را در صورتی که مورد نیاز باشد، به بیمار و یا همراهان وی آموزش دهید

ب) مداخلات احتیاطی استاندارد پیشگیری از سقوط در حیطه ایمنی محیط عبارتند از:

- زنگ احضار را در دسترس بیمار قرار دهید و بلافاصله به آن جواب دهید
- وسایل شخصی بیمار را در محدوده ایمن دسترسی وی قرار دهید.
- تخت بیمار را در پایین ترین سطح ممکن در زمان استراحت بیمار به جز در مواقعی که پرسنل در کنار بیمار و مشغول فعالیت های مراقبتی هستند، قرار دهید.
- در زمانی که بیمار در تخت قرار دارد نرده های تخت بالا باشد.
- چرخ های تخت بیمارستانی در وضعیت قفل باشند .
- چرخ های ویلچر در صورتیکه در حالت سکون است، در وضعیت قفل باشند.

➤ فضای فیزیکی اتاق بیمار و بخش، مرتب و تمیز نگه داشته شود. دقت کنید که سیم ها یا اتصالات برق و سایر وسایل اضافه در مسیر حرکت بیمار نباشد.

➤ تمام سطوح کف بخش، تمیز و خشک باشد. در صورت خیس شدن یا لغزندگی بلافاصله سطح تمیز شود.

➤ در صورتی که بیمار عینک می زند؛ از در دسترس بودن آن و پوشیدن عینک توسط بیمار، قبل از خروج از تخت، مطمئن شوید.

➤ روش های جابجایی ایمن بیمار و تعدیل محیط برای انتقال ایمن بیمار را در صورت لزوم اجرا کنید.

➤ وضعیت سقوط بیمار در هر راند روزانه و در زمان گزارش پایان شیفت مد نظر قرار بگیرد و گزارش شود.

ج) مداخلات رفتاری:

این مداخلات می تواند در بیماری که مبتلا به دمانس مغزی است برای پیشگیری از سقوط استفاده شود. با استفاده از دارو درمانی در این زمینه موفقیت کمی حاصل می شود. این مداخلات باید به صورت تیمی انجام شود. محرک های شروع کننده رفتارهای پرخاشگرانه و یا رفتارهای وسواسی اجباری، همانند بعضی از داروهای خاص، زمان خاصی از روز، عفونت یا صدای بلند را شناسایی کنید و سعی کنید آن ها را در صورت امکان کم کنید.

بیمار را به منظور کمک به مدیریت رفتاری، برنامه ارتقا آگاهی بیمار، ارتقا هوشیاری و عملکرد بیمار و تعیین اینکه آیا نیاز به وسایل کمک حرکتی دارد و انتخاب نوع مناسب آن، به فیزیوتراپ یا کار درمان ارجاع دهید.

د) مداخلات مرتبط با اختلال حرکتی:

این مداخلات باید به صورت تیمی انجام شود. کاهش تونیسیته ماهیچه، اختلال در حرکت و الگوی راه رفتن، شایعترین ریسک فاکتورهایی هستند که پیش گویی کننده خطر سقوط هستند.

➤ بیماران باید از دمپایی یا کفش های غیر لغزنده استفاده کنند (می توان از دمپایی یا کفش با رنگ متمایز برای شناسایی آسان

این بیماران استفاده کرد).

➤ به حرکت در آوردن سریع و منظم بیماران پرخطر.

➤ تکرار کردن آموزش های مرتبط با ایمنی برای بیمار و همراهانش.

➤ کمک کردن به بیماران پرخطر هنگام انتقال.

➤ استفاده منظم از وسایل کمک حرکتی همانند واکر، عصا، یا دیگر وسایلی که توسط فیزیوتراپ یا کار درمان پیشنهاد شده است.

- کمک به بیمار هنگام رفتن به سرویس بهداشتی به صورت منظم و برنامه ریزی شده .
- استفاده از صندلی هایی که تکیه گاه دست دارند .
- استفاده از محافظ های هیپ برای بیمارانی که در خطر بالای شکستگی لگن هستند .
- استفاده از روشنایی کافی روز و شب جهت به حرکت در آوردن بیمار و انجام فعالیت های روزانه .
- استفاده از صندلی های توالت که ارتفاع بالاتری دارند.
- استفاده از کمر بندهای مخصوص جهت به راه بردن و یا خارج کردن بیمار از تخت .

ه) مداخلات محیطی:

مدیر بیمارستان، مدیر پرستاری، مدیر واحد تجهیزات پزشکی و امور فنی باید راندهای محیطی برای اطمینان از موارد ذیل انجام دهند:

- اینکه اتاق ها و راهروهای بخش ها روشنایی کافی دارند.
- سطوح غیر لغزنده، تمیز و مرتب باشند.
- درهایی که لازم است قفل باشند قفل نگه داشته شده باشند .
- میله ها و دستگیره های محافظ، محکم و فیکس باشند .
- میزها و صندلی ها سالم و محکم باشند .

۲- معیارهای بررسی سقوط استاندارد مثل معیار موریس و معیار هامپی - دامپی

الف) معیار ارزیابی ریسک سقوط بیمار (معیار موریس)

عوامل خطر	معیار	امتیاز
سابقه سقوط	ندارد	۰
	دارد	۲۵
تشخیص ثانویه	خیر (فقط یک تشخیص پزشکی فعال)	۰
	بله (بیش از یک تشخیص پزشکی فعال برای هر نوبت پذیرش)	۱۵
وسایل کمک حرکتی	استراحت مطلق / استفاده از ویلچر / کمک گرفتن از پرستار / بدون وسیله کمک حرکتی راه می رود.	۰
	استفاده بیمار از عصا و واکر	۱۵
	بیمار هنگام راه رفتن از اثاثیه (کمد ، صندلی و ...) اطراف خود کمک می گیرد.	۳۰

۰	ندارد	مایع درمانی وریدی یا هپارین لاک
۲۰	دارد	
۰	نرمال	الگوی گام برداشتن و حرکتی
۱۰	ضعیف	
۲۰	معیوب	
۰	طبیعی (آگاه به توانایی ها و محدودیت های حرکتی خود)	وضعیت روانی - ذهنی
۱۵	اغراق در توانایی ها / فراموش کردن محدودیت ها	

امتیاز ریسک سقوط بیمار (مورش)	
ریسک بالا	۴۵ و بیشتر
ریسک متوسط	۲۵ تا ۴۴
ریسک کم	۲۴ تا ۰

راهنمای مداخلات بر اساس معیار مورش

توجه داشته باشید که ممکن است این معیار در بعضی از شرایط بالینی نتواند ریسک فاکتورهای سقوط را تعیین کند بنابراین در صورتی که پس از محاسبه معیار مورش بیمار در گروه کم خطر قرار گرفت پرستار باید از قضاوت بالینی خود بهره بگیرد که آیا این بیمار واقعا در گروه کم خطر است یا خیر؟ در صورتی که پاسخ پرسش بالا مثبت نباشد باید بیمار را در گروه پرخطر در نظر بگیرد و تمهیدات لازم را بر اساس ریسک فاکتور شناسایی شده انجام دهد.

چه زمانی باید با استفاده از معیار مورش خطر سقوط در بیمار را بررسی کرد؟

- در هنگام پذیرش یا انتقال بیمار

- به صورت روتین (روزانه)

- بعد از وقوع رویداد سقوط

مثال بالینی

یک آقای ۸۲ ساله با سابقه ابتلا به دیابت نوع دو که به دلیل درد قفسه سینه و آنژین بتری شده است. در هنگام بستری بیمار به زمان ، شخص و مکان آگاه است. بیمار مانیتورینگ قلبی می شود و هپارین لاک دارد . با این که پرستار بیمار مشاهده می کند که

بیمار نیاز به کمک برای خروج از تخت دارد، در حین مصاحبه زمان پذیرش بیمار بیان می کند که با کمک عصا راه می رود. برای راه رفتن و خروج از تخت نیاز به کمک ندارد . بعد از چند سؤال بیمار بیان می کند که تاکنون چندین بار دچار سقوط شده است. که آخرین بار دو ماه پیش بوده است . اما آسیبی ندیده است. زمانیکه پرستار به بیمار کمک می کند تا به سرویس بهداشتی برود متوجه می شود که بیمار در ابتدا هنگام خروج از تخت نیاز دارد که از میز کنار تخت و دیگر اثاثیه موجود برای خروج از تخت کمک بگیرد . و لازم است که به وی یاد آوری کند که باید با کمک عصا راه برود . زمانیکه به او عصا می دهند به کمک عصا قدم های کوتاه ولی مستقیم بر می دارد.

سنجه	امتیاز
سابقه سقوط	۲۵
تشخیص ثانویه	۱۵
وسایل کمک حرکتی	۳۰
مایع درمانی وریدی یا هپارین لاک	۲۰
الگوی گام برداشتن و حرکتی	۱۰
ذهنی - روانی وضعیت	۱۵

(ب) سقوط در کودکان

سقوط مسبب اصلی آسیب های ناخواسته برای کودکان شناخته می شود و هم چنین جزء ریسک فاکتور های قابل پیشگیری در بیماران خردسال به شمار می روند. بین سالهای ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۴ میلادی در استرالیا ۵۰۹ مورد گزارش سقوط صورت گرفته است که بسیاری از آن ها در حالی صورت گرفته است که والدین کودک حضور داشته اند. بسیاری از آنها به دلیل پایین بودن نرده های تخت اتفاق افتاده است چون از نرده های تخت های عادی کودک در خانه، بلند تر هستند و والدین به آن عادت ندارند.

کنجکاوی و تفاوت در تکامل مهارت های حرکتی کودکان نیز در این مورد موثر است.

هنگام پذیرش خانواده باید با تفاوت بین محیط فیزیکی منزل و بیمارستان آشنا شوند. در این راستا، پوستر های پیشگیری از سقوط بر روی دیوارهای بخش و بیمارستان می توانند بسیار کمک کننده باشند.

تعریف سقوط:

یک رویداد غیر عمدی که منجر به قرار گرفتن فرد بر روی زمین یا سطوح پایین تر می شود. که ممکن است پرسنل شخصا آن را مشاهده کنند یا به آن ها گزارش شود.

کودکان پرخطر از نظر سقوط:

- کودکان زیر سن دبستان.
- کودکان زیر ده سال دوبرابر سایر کودکان در معرض خطر سقوط هستند
- کودکان با ناتوانی جسمی و محدودیت حرکتی .
- کودکان وابسته به ویلچر صرفنظر از توانایی های شناختی شان در معرض خطر سقوط از ویلچر و با ویلچر هستند .
- کودکان با بیماریهای مغز و اعصاب .
- کودکان پرخاشگر و یا با رفتار های ناسازگارانه .

ریسک فاکتورهای سقوط در کودکان:

- سابقه سقوط در گذشته به دلیل بیماری
- اختلال شناختی در نتیجه مصرف داروهای بیهوشی یا آرام بخش، گیج و منگ بودن و تاخیر تکاملی
- اختلال در حرکت ، تون ماهیچه ای ضعیف
- بیماری سیستم اعصاب مرکزی
- نیاز های دفعی مکرر
- اختلال در حواس برای مثال ضعف بینایی
- محدودیت های پس از جراحی مانند درد ، آتل ، گچ ، وسایل کمک حرکتی

➤ مصرف داروهایی که خطر سقوط را افزایش می دهند مثل داروهای اعصاب و روان و ضد تشنج ها

پیامد های سقوط:

در محیط بیمارستان پیامد سقوط می تواند اینگونه باشد:

- مرگ هرچند بسیار نادر است
- آسیب های خفیف تا جدی
- طولانی شدن مدت بستری
- ایجاد فشار روانی و مالی بر خانواده
- ترخیص با عارضه های ناشی از سقوط
- افزایش هزینه های بیمار / خانواده / مراقب

دستورالعمل ارزیابی خطر سقوط در کودکان با استفاده از معیار بررسی سقوط هامپی دامپی

- تمام بیماران باید هنگام پذیرش در بخش، از نظر خطر سقوط با استفاده از معیار خطر سقوط اطفال (هامپی دامپی) بررسی شوند و پس از آن به صورت روزانه یا با هر تغییر در شرایط بالینی بیمار این بررسی تکرار شود.
- برای تمام کودکان هنگام پذیرش در بیمارستان ریسک فاکتورهای سقوط قابل اندازه گیری وجود دارد .
- معیار سقوط هامپی دامپی از هفت پارامتر قابل اندازه گیری تشکیل شده است .
- تمام کودکان به برنامه مراقبتی ویژه براساس امتیاز کسب شده از معیار هامپی دامپی به منظور پیشگیری از سقوط نیاز دارند.
- در صورتی که کودک در بیمارستان دچار سقوط شد، شرح رویداد باید در گزارش پرستاری، فرم گزارش حادثه و فرم گزارش خطا ثبت شود.
- کودک مورد نظر باید بلافاصله توسط پزشک معالج معاینه شود و دستورات لازم از وی اخذ شود .
- بعد از هر واقعه سقوط، کودک باید تحت مراقبت دقیق همه جانبه شامل بررسی علایم نورولوژیک و احتمال شکستگی ها و خونریزی های داخلی قرار گیرد.
- انجام مراقبت همه جانبه باید به صورت هر یک ساعت یک بار تا چهار ساعت ادامه یابد . سپس هر چهار ساعت یک بار ادامه یابد مگر که از نظر بالینی شرایط بیمار مراقبت با توالی کوتاه تر را ایجاب کند.

جدول ارزیابی ریسک سقوط در کودکان (معیار هامپی دامپی)

جدول ارزیابی ریسک سقوط در کودکان (معیار هامپی دامپی)

Humpy Dumpy Fall Risk Scale

نام و نام خانوادگی بیمار:	شماره پرونده:	سن:	بخش:
پارامتر	ضوابط	امتیاز	
سن	کمتر از ۳ سال	۴	
	۳ تا ۷ سال	۳	
	۷ تا ۱۳ سال	۲	
	۱۳ سال و بزرگتر	۱	
جنس	پسر	۲	
	دختر	۱	
تشخیص بالینی (اگر بیمار چندین تشخیص اولیه و یا ناتوانی داشته باشد. امتیاز دهی بر مبنای حاد ترین تشخیص است. مثلا برای بیماری که مبتلا به کم خونی داسی شکل است و سابقه فلج مغزی و یا صرع دارد از این قسمت ۳ دریافت میکند)	تشخیص های نورولوژیک (مانند صرع، ضربه به سر، هیدروسفالی، فلج مغزی و....)	۴	
	اختلال در اکسیژن رسانی (مانند تشخیص تنفسی، دهیدراتاسیون، آنمی، بی اشتها، سسکوپ و...)	۳	
	اختلالات روانی، رفتاری (اختلالات خلقی هم چون افسردگی شدید، اختلال دو قطبی و....)	۲	
	تشخیص های دیگر که شامل موارد بالا نباشد.	۱	
اختلالات شناختی	بیمار به ناتوانی های جسمی خود آگاهی ندارد (مثلا شیر خوار است یا دچار آسیب مغزی است).	۳	
	بیمار به ناتوانی های جسمی خود آگاهی دارد اما به دلیل مشکل فعلی که برایش ایجاد شده است (مثلا هایپو گلیسمی و یا ضعف) محدودیت ها و ناتوانی های خود را قراموش کرده است. یا کودک تحت درمان یا آرامش یا تحت تاثیر بیهوشی است. یا کودک لجباز است.	۲	
	بیمار به ناتوانی های جسمی خود آگاهی کامل دارد	۱	
	سابقه سقوط در بستری فعلی یا بستری قبلی دارد.	۴	
فاکتور های محیطی	بیمار کودک نوپا یا شیر خواری است که در تخت مناسب کودک قرار نگرفته است		
	بیمار از وسایل کمک حرکتی مانند ویلچر، عصا یا واکر استفاده می کند	۳	
	بیمار کودک یا شیر خواری است که در تخت مخصوص کودک قرار گرفته است. اما در اتاق چند تخت، یا نور کم و وسایل و تجهیزات پزشکی متعدده است		
	بیمار بزرگتر از سه سال که در تخت است	۲	
	بیماری که جهت انجام تستهای تشخیصی به صورت سریایی مراجعه کرده است	۱	
پاسخ به جراحی، مسکن و یا داروهای بیهوشی	تا ۲۴ ساعت بعد از عمل	۳	
	تا ۴۸ ساعت بعد از عمل	۲	
	بیش از ۴۸ ساعت گذشته است یا اصلا انجام نشده است	۱	
داروهای مصرفی	استفاده همزمان از داروهای زیر مسکن ها (به غیر از بیماران بستری در بخش های مراقبت ویژه که کاملا بیهوش و فلج شده اند)، خواب آورها و آرامبخش ها، باربیتورات ها/فنوتیازین ها/ضد افسردگی ها/ملین ها و یا دیورتیک ها	۳	
	فقط یکی از داروهای لیست بالا را دریافت کند	۲	
	هیچ یک از داروهای لیست بالا را دریافت نکند، یا اصلا دارو دریافت نکند	۱	

بیماران در خطر **پایین** سقوط: امتیاز ۷-۱۱

مهر و امضای پرستار

بیماران در خطر **بالای** سقوط: امتیاز ۱۲ و یا بیشتر

راهنمای پیشگیری از زخم فشاری (Prevention Pressure Ulcer Guideline)

زخم فشاری جراحات موضعی پوست یا بافت زیرین بر روی زائده استخوانی در نتیجه فشار یا ترکیبی از فشار و نیروهای خردکننده می باشد. به عبارت دیگر مهم ترین اثر بی حرکتی بر روی پوست با ایجاد زخم فشاری مطرح می شود. در واقع هنگامی که بافت های نرم بدن انسان در میان دو لایه حمایت کننده خارجی (بستر یا صندلی) و لایه داخلی (اسکلت) مدت طولانی فشرده شود، زخم فشاری ایجاد می شود.

حداقل زمان ایجاد زخم فشاری در مددجویان مختلف است. زخم های فشاری بر اساس عمق بافت صدمه دیده به دو دسته تقسیم می شوند: عمقی و سطحی.

زخم های فشاری عمقی: از بافت زیر جلدی برجستگی های استخوانی شروع شده و سپس به سمت لایه های فوقانی پوست گسترش می یابند و با علایم ایجاد توده ای سفت در زیر پوست و تغییر رنگ پوست به صورت بنفش رنگ مشخص می شود.

زخم های فشاری سطحی: از پوست شروع شده و در صورت عدم درمان به بافت های زیرین گسترش می یابند، خود به ۴ درجه به شرح ذیل تقسیم می شوند:

۱- زخم های فشاری درجه یک:

پرخونی پوست، پوست با اعمال فشار سفید نمی شود، احتقان و تورم موضعی پوست، افزایش درجه حرارت موضعی و درد علایم و نشانه های زخم های فشاری درجه یک است.

۲- زخم فشاری درجه دو:

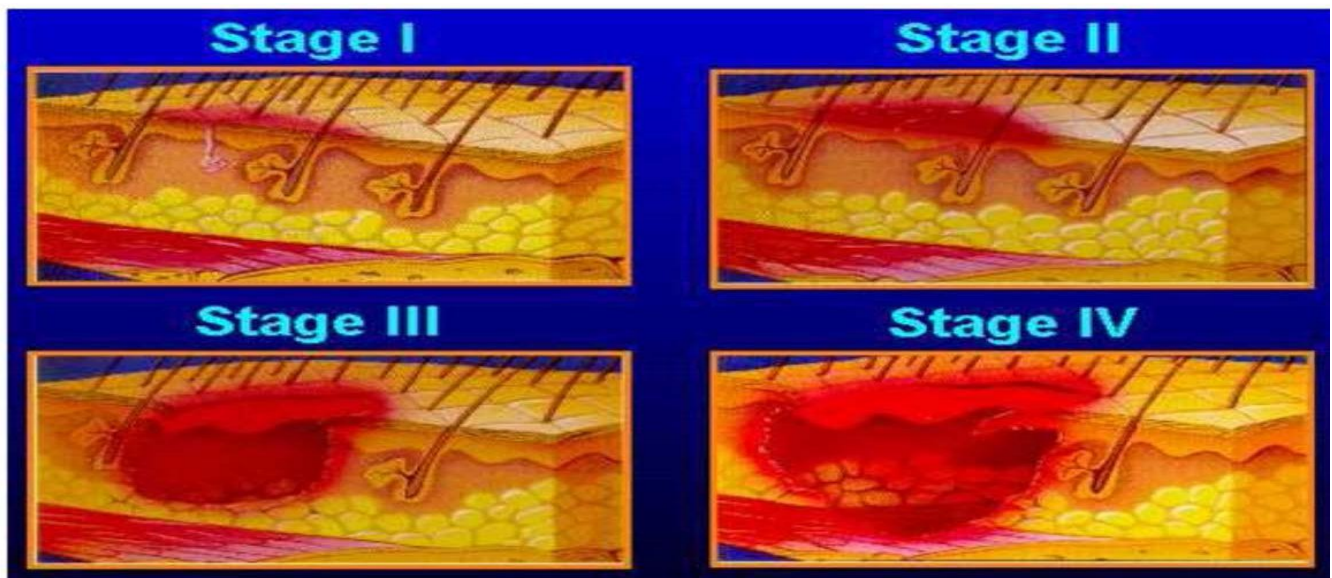
زخم فشاری درجه ۲ با تظاهر تاول، خراشیدگی و یا کراتر، نکروز، ترومبوزیس، ادم و ارتشاح سلولی اپیدرم و تورم و قرمزی لبه های زخم مشخص می شود.

۳- زخم فشاری درجه سه:

فقدان کامل پوست و صدمه و نکروز زیرجلدی و ایجاد حفره ای عمیق در موضع مبتلا از شاخص ترین علایم و نشانه های زخم فشاری درجه ۳ است

۴- زخم فشاری درجه چهار:

علایم و نشانه های زخم فشاری درجه ۴ عبارت است از فقدان کامل پوست، تخریب وسیع پوستی، نکروز بافتی درگیری عضلات، استخوان ها و ساختارهای حمایتی نظیر تاندون و یا کپسول مفاصل و سفتی، سختی و نکروز لبه های زخم



✓ بهبود وضعیت تغذیه برای پیش گیری از ابتلاء به زخم فشاری :

- ۱- از آن جا که سوءتغذیه از عوامل خطر بسیار مهم در ایجاد و پیشرفت زخم فشاری بشمار می رود، وضعیت تغذیه ای تمامی افراد در معرض خطر ابتلاء به زخم فشاری را ارزیابی و غربالگری نمایید.
- ۲- از ابزار تأیید شده و پایا که هم برای کارکنان قابل استفاده باشد و هم مورد پذیرش بیماران باشد ، برای غربالگری وضعیت تغذیه افراد در معرض خطر استفاده نمایید.
- ۳- برای تمامی افراد در معرض خطر ابتلاء به زخم فشاری مشاوره تغذیه ای را برنامه ریزی نمایید.
- ۴- برای افراد مستعد به ابتلا به زخم فشاری و احتمال خطر سوء تغذیه حمایت تغذیه ای در نظر بگیرید که بایستی شامل موارد ذیل باشد:

- (a) ارزیابی وضعیت تغذیه ای
 - (b) برآورد نیازهای تغذیه ای
 - (c) مقایسه دریافت مواد مغذی با نیاز های تغذیه ای بیمار
 - (d) برای بیماران مداخلات مناسب تغذیه ای مبتنی بر راه تغذیه ای مناسب فراهم نمایید.
- با توجه به این که بیماران در طی دوره بیماری می توانند به روش های درمانی متفاوت نیاز داشته باشند، پیامدهای تغذیه ای بیمار را با ارزیابی مکرر وضعیت تغذیه ای وی در دوره های زمانی منظم پایش و ارزشیابی نمایید.

✓ در بیماران با بی اختیاری ادراری و مدفوع:

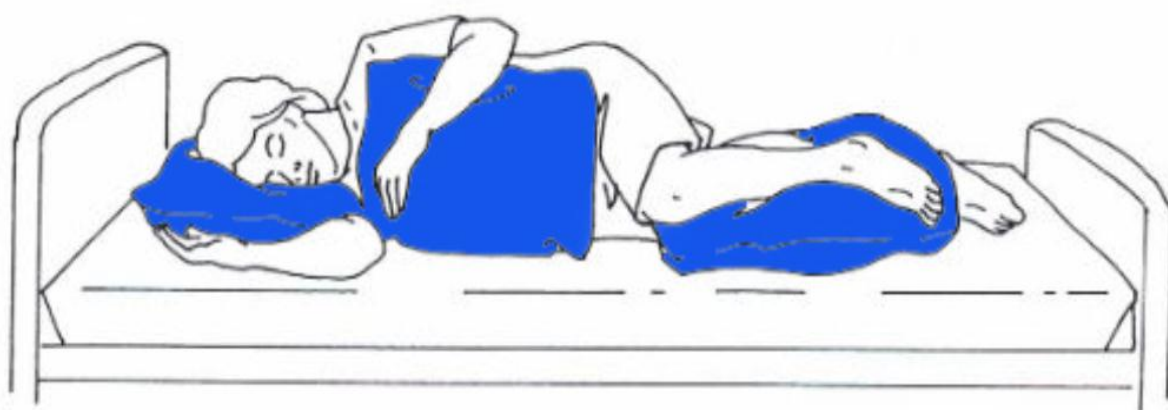
- (a) در مورد نیاز بیمار به استفاده از دستشویی حداقل هر 2 ساعت یک بار سؤال نمایید.
- (b) در صورت وقوع بی اختیاری پوست ناحیه پرینه را با آب و صابون بشویید، ملحفه های بیمار را سریعاً تعویض نمایید

✓ توصیه های اختصاصی

- (a) علاوه بر رژیم غذایی معمول برای بیمارانی که به علت بیماری حاد یا مزمن یا پس از مداخلات جراحی در معرض خطر ابتلاء به زخم فشاری و سوءتغذیه می باشند، مکمل های ترکیبی غذایی پر پروتئین را به صورت خوراکی از راه دهان یا از راه لوله بدهید.
- (b) به یاد داشته باشید که تغذیه از راه دهان روش ارجح دریافت مواد غذایی است و دریافت مکمل های مواد غذایی در بیماران مستعد ابتلاء به زخم فشاری در کاهش میزان بروز زخم فشاری بسیار مفید بوده است

✓ تغییر وضعیت:

- (a) در تمامی افراد در معرض خطر بایستی تغییر وضعیت جزئی از برنامه مراقبت پیشگیرانه باشد. فشار شدید در نواحی استخوانی برای مدت کوتاه یا فشار ملایم در طولانی مدت آسیب رسان می باشند.
- (b) به منظور کاهش مدت و شدت فشار در نواحی آسیب پذیر بدن بیمار بیمار را تغییر وضعیت دهید.
- (c) نسبت تغییر وضعیت فرد بستگی به تحمل بافتی، سطح فعالیت فرد، وضعیت عمومی و ارزیابی وضعیت پوست بیمار دارد.
- (d) نسبت تغییر وضعیت بیمار بستگی مستقیم به سطوح حمایتی مورد استفاده دارد.
- (e) تغییر وضعیت بیمار بر روی تشک معمولی به نسبت تشک توزیع کننده فشار بایستی بیشتر باشد.
- (f) حتی در صورتی که از تشک مواج استفاده می کنید باید هر دو ساعت یکبار بیمار را در تخت جابه جا کنید



تدابیر کلی:

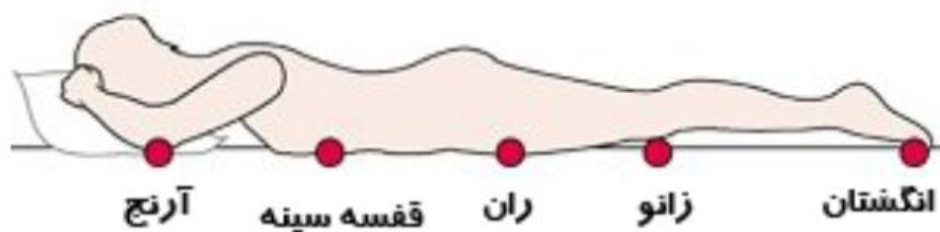
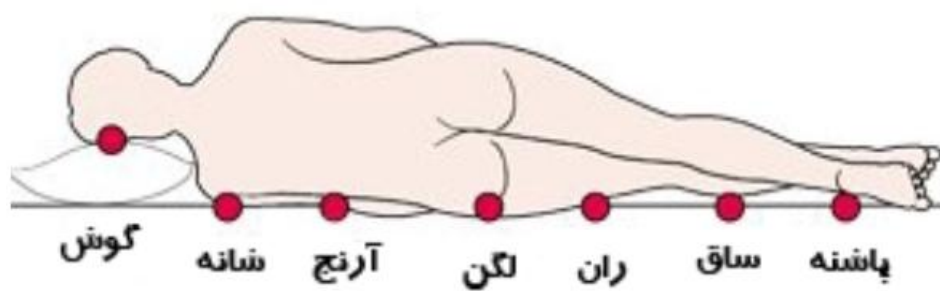
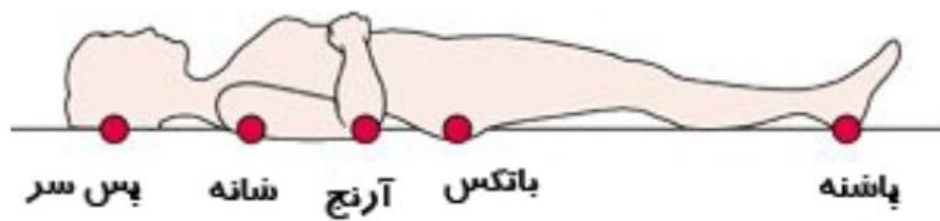
- در یک ناحیه از پوست بیمار به صورت مستمر از چسب های طبی استفاده ننمایید.
- بستر بیمار را عاری از مواد زائد و تکه های ریز غذا نگاهدارید.
- در یک ناحیه از پوست بیمار به طور مکرر تزریق ننمایید.
- به منظور پیش گیری از صدمه به پوست مددجویان ناخن های خود را کوتاه و انگشتر یا سایر زینت آلات را از دست خود خارج نمایید.
- ملحفه زیرین بیمار را صاف و عاری از چین و چروک نگاهدارید.

- تشک مواج در بیمارانی استفاده می شود که باید به مدت طولانی در بستر استراحت کنند. جنس تشک مواج باید نرم و انعطاف پذیری کافی داشته باشد که خود محرک پوست بیمار نشود. هرگز شی تیزی را در تشک فرو نکنید. در صورت پارگی و سوراخ شدگی کارایی خود را از دست می دهد.
- تشک مواج روکش و ضد آب پلاستیکی دارد. برای ضد عفونی کردن آن از آب و اسپری سریع اثر (آماده شده سطوح طبق روش اجرایی کنترل عفونت) استفاده نمایید.
- پشت تشک وسیله ای است که موتور دستگاه است. از ضربه زدن و خیس کردن آن خودداری کنید.
- جهت شستشوی زخم فشاری، فقط از محلول نرمال سالین یا آب گرم استفاده شود. از بتادین و سایر محلول های ضد عفونی کننده برای شستشوی زخم استفاده نکنید.
- مطلقاً از الکل جهت ماساژ دادن استفاده نکنید، زیرا پوست را به شدت خشک می کند.
- مطلقاً از پودر تالک استفاده نکنید زیرا علاوه بر خشک کردن پوست، منافذ آن را نیز مسدود می کند.
- اگر پوست بیمار تاول زد آن را پاره نکنید، ناحیه تاول زده را در معرض هوا قرار دهید تا خوب شود.



درمان زخم بستر شامل: کاهش فشاری که موجب ایجاد زخم شده، درمان خود زخم، بهبود رژیم غذایی، تغییر پوزیشن در بیماران با ناتوانی حرکتی و رعایت سایر نکات جهت کمک به بهبود زخم می شود.

نقاط در معرض خطر زخم فشاری



بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار

با انجام مرتب بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار به صورت هفتگی مدیران ارشد سازمان می توانند به کارکنان تعهد سازمان را به ایجاد فرهنگ ایمنی نشان دهند. بازدید مدیریتی ایمنی بیمار از بخش ها (نظیر بخش اورژانس ، رادیولوژی و اتاق های عمل) ، داروخانه و آزمایشگاه صورت می گیرد. بدین صورت صحبت غیررسمی با کارکنان صف در ارتباط با موضوعات ایمنی در سازمان و تایید و حمایت از گزارش خطاهای پزشکی ممکن می شود.

منافع بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار برای سازمان:

- تعهد مدیریت ارشد سازمان را به ایمنی نشان می دهد.
- فرصتی را برای یادگیری مدیران ارشد سازمان در ارتباط با ایمنی بیمار فراهم می نماید.
- فرصت های بهبود ایمنی را در سازمان شناسایی می نماید.
- خطوط ارتباطی بین مدیران ، کارکنان و هیات مدیره سازمان برقرار می نماید.
- امکان ارتقاء بسیار سریع در زمینه ایمنی بیمار را فراهم می آورد.

اهداف:

- ایجاد باور و اعتقاد در کلیه کارکنان (مبنی بر این که خط مشی غیر تنبیهی در ارتباط با اتفاقات ناخواسته مرتبط به ایمنی بیمار مؤثر و عملی است.)
- افزایش گزارش داوطلبانه اتفاقات ناخواسته دارویی و سایر اتفاقات ناخواسته.
- اجرای مداخلات اصلاحی مبتنی بر اطلاعات اخذ شده از بازدیدهای مدیریتی به منظور ارتقاء ایمنی بیمار.
- کاهش قابل ملاحظه وقوع اتفاقات ایمنی بیمار در سطح بیمارستان مبتنی بر پایش اتفاقات ناخواسته.

افراد شرکت کننده در بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار

مدیران ارشد بیمارستان شامل:

- رئیس بیمارستان
- مدیر بیمارستان

➤ رئیس گروه بالینی

➤ رئیس خدمات پرستاری بیمارستان

➤ روسای بخش ها بر حسب مورد

➤ کارشناس هماهنگ کننده مدیریت خطر / کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

چهارچوب پیشنهادی انجام بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار:

ابتدا مقدمه ای در ارتباط با موارد و اصول کلیدی ذیل برای هر یک از کارکنانی که مورد مصاحبه و گفتگو قرار می گیرند بیان نمایید و سپس سؤالات ذیل را مطرح کنید:

سؤالات:

با در نظر گرفتن چند روز گذشته آیا شما می توانید مورد ، مشکل و یا موضوعی را بیان نمایید که موجب

طولانی شدن مدت بستری بیماری شده است ؟

▪ ندادن و یا تأخیر در دادن دارو به بیمار

▪ عدم ارتباط صحیح کارکنان

با در نظر گرفتن چند روز گذشته آیا شما می توانید اتفاق نزدیک به وقوعی را به یاد آورید که در صورت

وقوع می توانست منجر به آسیب به بیمار شود ؟

▪ انتخاب داروی اشتباه / دوز اشتباه دارویی که از داروخانه تحویل گرفته شده و یا برای دادن به بیمار کشیده و

▪ یا گذارده شده ، لیکن قبل از دادن به بیمار متوجه شده اید که اشتباه می باشد.

▪ تنظیم غلط پمپ دارویی که پس از آلارم دستگاه متوجه نکته اشتباه شده اید.

▪ دستور دارویی اشتباه توسط پزشک که قبل از انجام برای بیمار مورد توجه پرستاران واقع شده است.

آیا اخیراً شما متوجه اتفاقی که به بیمار آسیب رسانیده است ، شده اید ؟

▪ عفونت

▪ عوارض جراحی

▪ عوارض جانبی ثانویه داروها

کدام یک از جوانب محیطی می تواند به بیمار آسیب بزند ؟

- تمامی مراحل پذیرش ، ترخیص و بستری بیمار در بیمارستان را در نظر بگیرید.
- حرکت در بیمارستان را در نظر بگیرید
- برقراری ارتباطات افراد را در نظر بگیرید
- اطلاعات و موضوعات مرتبط به کامپیوتر را در نظر بگیرید
- آیا ما می توانیم از آسیب های بعدی به بیمار پیش گیری نماییم ؟
- چه اطلاعاتی می تواند کمک کننده باشد
- کارهای گروهی را در نظر بگیرید
- محیط و جریان کار را در نظر بگیرید
- از نظر شما کدام یک از عوامل سیستمی و یا محیطی سبب افزایش میزان خطر بروز اشتباهات می شوند؟
- فقدان اطلاعات کافی
- الزاماتی که منطقی به نظر نمی رسد
- الزاماتی که به طور غیر ضرور وقت گیر می باشند.
- چه مداخله ای از سوی مدیران ارشد سبب ایمن تر شدن ارائه خدمات شما می شود ؟
- سازمان دهی گروه های چند تخصصی به منظور ارزیابی مشکلات
- کمک در تغییر نگرش گروه های خاص
- تسهیل برقراری ارتباطات بین دو گروه خاص
- به چه صورت می توان بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار را اثربخش تر نمود ؟
- اقدام اصلاحی براساس نظرات ارائه شده کارکنان و اعلان آن ها در مناسبت های مختلف
- انجام بازدید مدیریتی ایمنی بیمار در شیفت های مختلف کاری (صبح، عصر و شب)
- وجود برنامه مدون برای بازدید مدیریتی و اقدام بر اساس آن
- تاکید بر حضور ریاست بیمارستان

ترخیص ایمن

با توجه به اینکه از ابزار پروتکل SMART در سنجشهای اعتبار بخشی نام برده شده مختصراً به این ابزار اشاره می نماید.

SMART

این ابزار به عنوان ابزاری ساده برای ارتقاء کیفیت ایمنی و مراقبت بیمار و ترخیص ایمن طراحی و ارائه گردیده است که اساس آن مشارکت فعال بیمار/خانواده/مراقبین در برنامه ترخیص خود میباشد.

عبارت اختصاری SMART به 5 عنوان اشاره دارد که به شرح ذیل میباشند.

Signs Medications Appointments Results Talk with me

Signs:

علائم و نشانه های هشدار: شکایات مهم و حیاتی که ضروری است بیمار در طی مدت اقامت در بیمارستان و یا پس از ترخیص آنها را به درستی تشخیص داده، و به موقع گزارش یا اقدام کند مانند تب بالای 38/5 درجه، درد قفسه سینه، خونریزی و...
- علائم، نشانه ها و شکایاتی که نیازمند توجه پزشکی هستند باید برای بیمار قبل از ترک بیمارستان توضیح داده شوند و این علائم توسط بیمار / خانواده وی روی برگه نوشته شود.

- بیمار باید آموزش ببیند که برای چه سطح یا شدت از چه علامت یا شکایتی چه بکند و با که تماس بگیرد (اورژانس، بیمارستان، پزشک معالج و ...)

- شماره تلفن های مربوطه با قابلیت دسترسی به موقع اعم از بیمارستان و اورژانس در پایین برگه مزبور به صورت خوانا برای بیمار / خانواده درج شده باشد.

Medications :

- سوالات مربوط به داروهای جدید، تغییر داروها، توقف مصرف داروها، عوارض دارویی و اقدام لازم و به موقع (اقدام اولیه مانند قطع داروها و واکنشهای ضروری اولیه، تماس با افراد ذیربط و زمان آن) تواتر مصرف دارو و اندیکاسیونهای مصرف توسط بیمار و خانواده وی مطرح و پاسخ داده شوند.

- دقت و صحت لیست داروها با بیمار و خانواده وی بررسی شود.

- اطلاعات دارویی با اهمیت برای بیمار مانند دوز، توضیحات شکل و اندازه و رنگ دارو (قرص، شربت، کپسول، آمپول) و عوارض برای بیمار/خانواده وی شرح داده شود.

- بیمار/خانواده / مراقبین آموزش ببیند پس از ترخیص در خصوص سوالات دارویی خود (اعم از نحوه مصرف، عوارض و...) با چه کسی تماس بگیرند (داروساز، پزشک معالج، درمانگاه و...)

- توسط بیمار/خانواده وی لیست داروهای در حال مصرف با پزشک معالج مرور و تایید و نهایی گردد(به ویژه در نزدیکترین زمان ممکن به ترخیص).

Appointment:

- برنامه زمانبندی ویزیت های برنامه ریزی شده پس از ترخیص به بیمار و خانواده وی اطلاع داده شود(مانند فیزیوتراپی، ویزیت متخصصین مربوطه مانند قلب یا جراح مربوطه، زمان انجام آزمایشات و) و این اطلاعات بر روی برگه به صورت کاملاً خوانا برای بیمار نوشته شود.

- از اطلاع بیمار و خانواده وی از شماره تماس/ نحوه برقراری ارتباط به موقع با پزشک معالج اطمینان حاصل نمایید.

- بیمار از قرارهای ویزیت و پیگیریهای ضروری آگاه گردد.

- مطمئن شوید بیمار ضرورت پیگیریهایی که برایش برنامه ریزی شده (مانند ویزیت کاردیولوژیست، فیزیوتراپی، ...) را متوجه شده است.

- محدوده زمانی را که طی آن لازم است این قرارهای پیگیری به انجام برسد مرور کنید.

Results

مشخص شدن نتایج معوق بررسی های پاراکلینیک اعم از انجام یافته یا در دست اقدام در هنگام ترخیص به منظور پیگیری

- بیمار و خانواده وی را در هنگام ترخیص در خصوص بررسیهای پاراکلینیک که نتیجه آنها آماده نیست (مانند نتایج کشت ادرار، پاتولوژی و...) آگاه سازید.

- بیمار و خانواده وی را در خصوص بررسی های پاراکلینیکی که بیمار بعد از ترخیص باید آن ها را انجام داده و با جواب به پزشک مراجعه نماید آگاه سازید.

- بیمار/ خانواده وی را راهنمایی کنید که در خصوص اطلاع و صحبت در مورد نتایج آزمایشات با کدام پزشک تماس بگیرند یا در پیگیری به وی مراجعه نمایند.

Talk with me

این بخش در حقیقت برای باز کردن باب مکالمه بین بیمار/خانواده وی و ارائه دهندگان خدمت استفاده میشود. بیمار و خانواده وی حین ترخیص / بعد از ترخیص سوالات و ابهامات خود را از کادر بالینی مرتبط در خصوص مراقبت و درمان مطرح مینمایند

۱-Who Patient Safety Programme,3rd Annual Conference on safety,Lagos13th and14th October 2011,Available from: <http://www.who.int>

۲-International Patient Safety Goals(IPSG),Published 1 january2012, Available from: <http://www.jointcommissioninternational.org>

۳- دلخروشان ،علی فیروز آبادی ،محمد نقی ،حاکمیت بالینی معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی بهداشتی بیرجند ،چاپ اول مهرماه ۱۳۹۰

۴- عبدی ،فرهنگ ایمنی بیمار ،مستندات سخنرانیهای ارائه شده در همایش ایمنی بیمار ۲۸-۲۷فروردین

۵- دستورالعمل کشوری راهنمای "داروهای با هشدار بالا" وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی معاونت درمان دفتر مدیریت High Alert --Medication Guideline بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی ایمنی بیمار-تهیه و تنظیم : فرناز مستوفیان ، کارشناس مسئول برنامه ایمنی بیمار-دی ۱۳۹۴

۶-توسعه ی مدل خطاهای دارویی پرستاران: مطالعه ی تلفیقی- منصوره زاغری تفرشی ، مریم رسولی، فرید زایری، مرضیه پاکیان-فصلنامه مدیریت پرستاری سال سوم، دوره سوم، شماره سوم، پاییز ۱۳۹۳

۷-بررسی میزان و عوامل موثر بر خطاهای دارویی پرستاران در شیفتهای مختلف کاری در بخشهای داخلی و جراحی وابسته به بیمارستانهای آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در شهر تهران در سال ۱۳۹۱، محبوبه سادات یوسفی ، ژيلا عابد سعیدی، مرضیه مالکی ،پروین سربخش- نشریه علمی پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی- دوره ۲۴ ، شماره ۸۶ ، پاییز ۱۳۹۳ ، صفحات ۲۷ تا ۳۴

۸-دستورالعمل کشوری راهنمای "استفاده از چک لیست جراحی ایمن " وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی معاونت درمان دفتر مدیریت- بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی ایمنی بیمار-تهیه و تنظیم : فرناز مستوفیان ، کارشناس مسئول برنامه ایمنی بیمار-دی ۱۳۹۴

۹-دستورالعمل کشوری راهنمای " LASA " وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی معاونت درمان دفتر مدیریت- بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی ایمنی بیمار-تهیه و تنظیم : فرناز مستوفیان ، کارشناس مسئول برنامه ایمنی بیمار- دی ۱۳۹۴

۱۰-کتاب حاکمیت بالینی ،ترجمه آرش رشیدیان -چاپ اول ،نشر ویستا ۱۳۹۱

۱۱- بهداشت دست در مراکز بهداشتی درمانی ،ترجمه دکتر کیارش قزوینی ،دانشگاه علوم پزشکی مشهد ۱۳۹۰

۱۲- دستورالعمل کشوری راهنمای "بهداشت دست" وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی معاونت درمان دفتر مدیریت- بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی ایمنی بیمار-تهیه و تنظیم: فرناز مستوفیان، کارشناس مسئول برنامه ایمنی بیمار-دی ۱۳۹۴

۱۳- دستورالعمل کشوری راهنمای "تزریقات ایمن" وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی معاونت درمان دفتر مدیریت- بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی ایمنی بیمار-تهیه و تنظیم: فرناز مستوفیان، کارشناس مسئول برنامه ایمنی بیمار-دی ۱۳۹۴

۱۴- کتاب بیمارستان های دوستدار ایمنی بیمار، راهنمای ارزیابان، ویرایش دوم، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی سال ۱۳۹۲

۱۵- کتاب "یادگیری از خطا" سازمان بهداشت جهانی -کارگاه ایمنی بیمار، مترجمین: دکتر حبیب اله پیرنژاد، دکتر زهرا نیازخانی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه،

Patient safety workshop: Learning from error

©World Health Organization 2008

۱۶- کتاب خطا های پزشکی و ایمنی بیمار و عوامل انسانی در طب، دکتر هوشنگ عطا پور

Peters et al. 1962; Peters 1963, 1964, 1996; Peters and Peters 2000, 2006