

Health Worker Safty

A Priority For Patients Safty

ایمنی کارکنان سلامت ، الزامی برای ایمنی بیمار

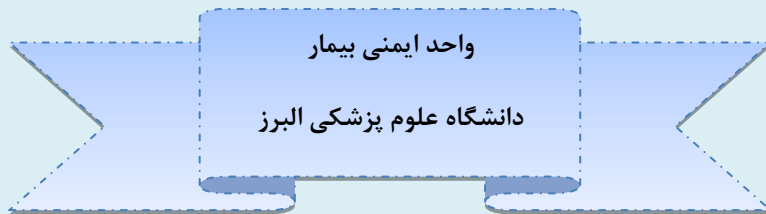


شماره ماهنامه ۱۱، تیرماه ۱۴۰۱

آدرس : بلوار طالقانی شمالی، روبه روی دادگستری، خیابان دیوسالار، بوستان پنجم، پلاک ۲۰

info@abzums.ac.ir – WWW.ABZUMS.AC.IR





واحد ایمنی بیمار
دانشگاه علوم پزشکی البرز

ماهنامه
البرز

جناب آقای دکتر امیرعباس واعظی

(معاون درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز)

مدیر مسئول

جناب آقای دکتر کوروش سلیمی شیوایی

(مدیر امور بیماریها و مراکز تشخیص درمانی)

مدیر مسئول

سرکار خانم الهام ابراهیم زاده

(کارشناس ایمنی بیمار، مدیریت امور بیماریها و مراکز تشخیص درمانی)

سر دبیر

جناب آقای دکتر شکیب (ریاست بیمارستان امام حسین (ع))

جناب آقای دکتر محمد سینا (ریاست بیمارستان ثارالله)

سرکار خانم ندا باستانی (کارشناس ایمنی بیمارستان امام حسین (ع))

سرکار خانم معصومه دهقان باغی (کارشناس ایمنی بیمارستان ثارالله)

هیئت تحریریه

سرکار خانم معصومه دهقان باغی (کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمارستان ثارالله)

سرکار خانم ندا باستانی (کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمارستان امام حسین)

ویراستار

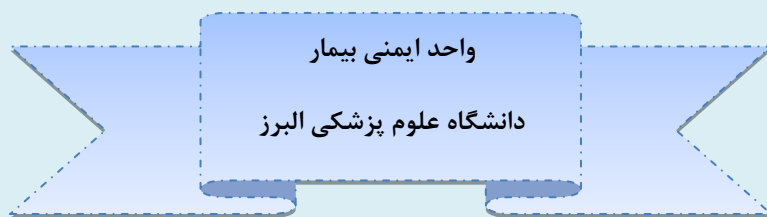
مقدمه

اهمیت ایمنی بیمار و وسعت حیطه ایمنی

همانطور که مستحضرید ایمنی بیمار **Patient Safety** حق بیمار و مسئولیت ما میباشد . در مراقبت سلامت کیفیت و ایمنی کاملاً" به یکدیگر مرتبط میباشد . ارائه مراقبت ایمن و با کیفیت بالا وظیفه حرفه ای، اخلاقی و قانونی تمامی متخصصین مراقبت سلامت است . تحقیق و بررسی بر روی موضوع ایمنی مانند پوست کندن پیاز است . هر چه بیشتر بررسی کنید یافته های بیشتری خواهید یافت و هر چه بیشتر می یابید بیشتر شگفت زده خواهید شد و نگرانی شما نیز فزونی می یابد .

تعریف سازمان بهداشت جهانی از ایمنی بیمار ، اجتناب و خلاصی از آسیب های بی مورد یا بالقوه در ارتباط با خدمات سلامت می باشد و به زبان ساده تر یعنی کاری کنیم که جراحات و آسیبی علاوه بر مشکلات اولیه در جریان ارائه خدمات سلامت به بیمار وارد نشود . سازمان بهداشت جهانی برای دستیابی به ایمنی بیمار از ابتکار بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار استفاده نموده است . رسیدن به این هدف در این استان دور از دسترس نیست و نیازمند تلاش همگانی و کوششی مداوم از جانب تک تک افرادی ست که در این دانشگاه مشغول به کار می باشند .





اخذ رضایت و برأت آگاهانه جهت اقدامات تشخیصی و درمانی

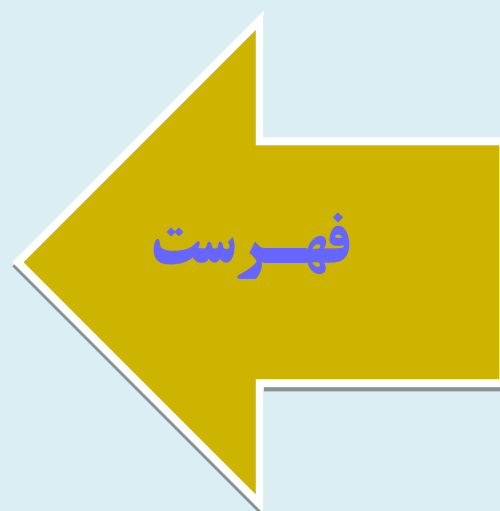
اختلالات دو قطبی

تریگرهای مراقبت سلامت

فوبیا

درس آموخته ها

۱۹-۲۲





خانم معصومه دهقان باغی (کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمارستان ثارا..)

اخذ رضایت و برائت آگاهانه جهت اقدامات تشخیصی درمانی

پزشک قبل از انجام هرگونه اقدام درمانی و تشخیصی تهاجمی ، کلیه خطرات ، منافع و عوارض جانبی احتمالی پروسیجر را به بیمار توضیح داده و با حضور و نظارت پرستار ، بیمار برگه رضایت نامه را امضا می نماید.

روش ارزیابی :

اگر بیمار پیش از هر عمل تهاجمی فرم رضایت نامه آگاهانه را امضا نماید و بیمار از تمام خطرات آن به طور کامل مطلع شوند ، امتیاز کامل تعلق می گیرد.

اگر بیمار پیش از هر عمل تهاجمی ، فرم رضایت نامه عمل را امضا نماید اما شواهدی از توجیه و ارائه اطلاعات به بیماران موجود نباشد، امتیاز نسبی تعلق می گیرد.

در صورت فقدان هرگونه شواهدی قبل از اعمال تهاجمی و یا وجود فرم های رضایت نامه امضا شده توسط بیماران ، امتیازی تعلق نمی گیرد.

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. اخذ رضایت از بیماران در وضعیت های تهدید کننده زندگی ، اختلالات هوشیاری الزامی نیست.

۳. در فرآیند رضایت آگاهانه لازم است نکات ذیل به بیمار گفته می شود:

* تشخیص یا مشکل اصلی

* درجه عدم قطعیت تشخیص یا مشکل

* خطرات همراه با درمان و یا راه کار

* اطلاعات در خصوص زمان بهبودی مورد انتظار

* نام، سمت، صلاحیت فنی و تجربه کادر خدمات سلامت ارائه کننده مراقبت و درمان

* هزینه های خدمت یا داروهای مورد لزوم

۴. مدت اعتبار هر رضایت آگاهانه در مورد عمل جراحی / پروسیجر تهاجمی حداکثر 30 روز می باشد.

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

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

پروسیجرهای تهاجمی نیازمند داشتن رضایت آگاهانه

اقدامات تشخیصی درمانی(پروسیجرهای) تهاجمی حداقل شامل موارد زیر است:

- هرگونه پروسیجر که انجام آن، با انسزیون پوست توام باشد
- مداخلات تشخیصی درمانی (پروسیجرهای) تهاجمی و تمامی اعمال جراحی
- هرگونه پروسیجر که انجام آن، با بی حسی موضعی، بیهوشی عمومی، مراقبت پایش شده بیهوشی و تسکین توام باشد.
- تزریق هرگونه ماده، مواد در فضای بین مفاصل، فضاها یا بدن
- آسپیراسیون زیرجلدی مایعات بدن یا هوا از طریق پوست (مانند: آرتروسینتریز، آسپیراسیون مغز استخوان، پاراسنتز، کاتتریزاسیون سوپراپیویک، گذاردن Chest Tube، LP)
- بیوپسی (مغز استخوان، پستان، کبد، عضلات، کلیه، پروستات، مثانه، پوست و اندام های تناسلی ادراری)
- پروسیجرهای قلبی (به عنوان مثال: مطالعه الکتروفیزیولوژیک قلبی، کاتتریزاسیون قلبی، گذاردن پیس میکر قلبی، آنژیوپلاستی، گذاردن استنت، گذاردن بالون داخل آنورتیک، کاردیوورژن الکتیو)
- آندوسکوپی (کولونوسکوپی، برونکوسکوپی، ازفاگوگاستریک اندوسکوپی، سیستوسکوپی، گاستروسکوپی آندوسکوپییک زیرجلدی، گذاردن لوله نفروستومی، گذاردن J-Tube)
- پروسیجرهای لاپاراسکوپی (به عنوان مثال: کله سیستکتومی لاپاراسکوپی، نفروکتومی لاپاراسکوپی)
- پروسیجرهای تهاجمی رادیولوژی (آنژیوگرافی، آنژیوپلاستی، بیوپسی زیر جلدی)
- پروسیجرهای درماتولوژی (بیوپسی، اکسزین و کرایوتراپی عمیق بافت های بدخیم)
- پروسیجرهای تهاجمی چشمی (به عنوان مثال: پروسیجرهای مختلفی که با ایمپلنت توام می باشد).
- پروسیجرهای دهانی شامل کشیدن دندان و بیوپسی لثه
- اعمال تهاجمی جراحی کودکان (کشیدن ناخن فرورفته، ...)
- دبریدمان پوست/ زخم در اتاق عمل/ مداخلات تشخیصی و درمانی انجام می شود.
- درمان الکتروشوک
- رادیوتراپی در بیماران انکولوژی
- سنگ شکنی (به عنوان مثال: سنگ های انسدادی کلیه، کبد، ...)
- گذاردن کنترا ورید مرکزی PICC
- گذاردن Peg
- لاواژ پریتوان
- تراکوستومی
- اکوی ترانس ازوفازیا
- شوک بیمار
- کولپوسکوپی، بیوپسی آندومتریال
- پروسیجرهای تهاجمی ناباروری

- بلوک درمانی عصب
- ختنه
- ترانسفوزیون خون
- شیمی درمانی
- دیالیز صفاقی
- دیالیز خونی
- پلاسمافروز

توجه:

* گذاردن سوند فولی، باز کردن راه وریدی محیطی، گذاردن لوله معده، تزریق وریدی از پروسیجرهای تهاجمی محسوب نمی شود.

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

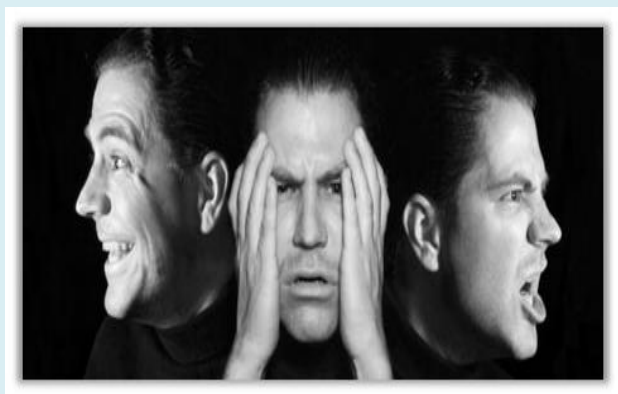
* از بیمارانی که تحت برنامه های درمانی خاص نظیر (شیمی درمانی، ترانسفوزیون مکرر خون، پلاسمافروز، دیالیز صفاقی و دیالیز خونی) بوده، به شرط ثابت ماندن شرایط ذیل می توان یک بار در ابتدای شروع دوره درمانی رضایت گرفت، که این رضایت نامه به مدت یکسال اعتبار دارد.

- 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

ردیف	نام بخشی	پروسیجرهای تهاجمی
1	تصویربرداری	• پروسیجرهای تهاجمی رادیولوژی (بیوپسی زیر جلدی، پاراستنز) • شوک بیمار • اسپیراسیون زیرجلدی مایعات بدن یا هوا از طریق پوست • لاواژ پریتوان • ساکشن
2	جراحی زنان	• شوک بیمار • بیوپسی پوست • دبریدمان پوست/ زخم • ترانسفوزیون خون • انسزیون پوست • ساکشن
3	جراحی عمومی	• شیمی درمانی • شوک بیمار • بیوپسی (مغز استخوان، پوست) • دبریدمان پوست/ زخم • ترانسفوزیون خون • پاپیل • انسزیون پوست • ساکشن
4	مادران پرخطر	• شوک بیمار • بیوپسی (مغز استخوان، پوست) • دبریدمان پوست/ زخم

• ترانسفوزیون خون • تعبیه پساری سرکلاژ • ساکشن		
• شوک بیمار • بیوپسی (مغز استخوان، پوست) • دبریدمان پوست/ زخم • ترانسفوزیون خون • ساکشن	Post Partum	5
• شوک بیمار • بیوپسی (مغز استخوان، پوست) • اسکوپ (گذاردن لوله نفروستومی) • درمان الکتروشوک • دبریدمان پوست/ زخم • LP • ترانسفوزیون خون • لاواژ پریتنون • انسزیون پوست • تزریق هرگونه ماده، مواد در فضای بین مفاصل، فضاهای بدن • ساکشن	داخلی	6
• تراکوستومی • شوک بیمار • بیوپسی (مغز استخوان، پوست) • اسکوپ (گذاردن لوله نفروستومی) • پلاسمافروز • درمان الکتروشوک • دبریدمان پوست/ زخم • گذاردن کنتور ورید مرکزی (CVP Line) • اسپیراسیون زیرجلدی مایعات بدن یا هوا از طریق پوست • گذاردن Chest Tube • LP • ترانسفوزیون خون • لاواژ پریتنون • انسزیون پوست • تزریق هرگونه ماده، مواد در فضای بین مفاصل، فضاهای بدن • ساکشن	ICU	7
• شوک بیمار • بیوپسی (مغز استخوان، پوست) • درمان الکتروشوک • دبریدمان پوست/ زخم • گذاردن Chest Tube • LP • ترانسفوزیون خون • ساکشن	CCU	8
• شوک بیمار • بیوپسی (مغز استخوان، پوست) • دبریدمان پوست/ زخم • گذاردن کنتور ورید مرکزی PICC • گذاردن Chest Tube • LP • ترانسفوزیون خون • تعویض خون نوزادان • انسزیون پوست • تزریق هرگونه ماده، مواد در فضای بین مفاصل، فضاهای بدن • ساکشن	NICU 1 & 2	9

• شوک بیمار • بیوپسی (مغز استخوان، پوست) • دبریدمان پوست/ زخم • LP • ترانسفوزیون خون • تعویض خون نوزادان • تزریق هرگونه ماده، مواد در فضای بین مفاصل، فضاهای بدن • ساکشن	نوزادان 1 و 2	10
• ختنه • شوک بیمار • بیوپسی (مغز استخوان، پوست) • درمان الکتروشوک • دبریدمان پوست/ زخم • گذاردن کنتور ورید مرکزی (CVP Line) • ترانسفوزیون خون • انسزیون پوست • تزریق هرگونه ماده، مواد در فضای بین مفاصل، فضاهای بدن • ساکشن	اورژانس	11
• بیوپسی آندومتر • شوک بیمار • برداشتن پلیپ • کلپوسکوپی • پاپیل • سبینوسکوپی • تعبیه IUD • دبریدمان پوست/ زخم • تعبیه پساری سرکلاژ • ساکشن	کلینیک	12
• ترانسفوزیون خون • تعبیه پساری سرکلاژ • شوک بیمار • ساکشن	زایشگاه	13
• شوک بیمار • ساکشن	آزمایشگاه	14
• پروسیجرهای تهاجمی ناباروری • شوک بیمار • ترانسفوزیون خون • ساکشن	مرکز ناباروری	15



اختلال دوقطبی چیست؟

اختلال دوقطبی یا همان بیماری شیدایی - افسردگی نوعی اختلال خلقی است که باعث نوسانات شدید در خلق و خوی می شود. این نوسانات نه تنها روی خلق و خوی فرد بلکه روی فکر، رفتار و عملکرد فرد تاثیر می گذارد. این بیماری به صورت دوره ای است یعنی فرد در طول زندگی خود تجربه این را دارد که دوره هایی حداقل یک هفته را در فاز افسردگی و یا بالعکس در فاز شیدایی یا مانیا به سر برد. در میان این دوره ها فرد دوره هایی سالم دارد که ممکن است حتی سال ها طول بکشد. البته فراز و نشیب در خلق و خو ممکن است به صورت طبیعی در هر انسانی وجود داشته باشد ولی در بیماری دوقطبی دامنه این تغییرات و نوسانات بسیار شدید است. این بیماری اکثرا در اواخر سن بلوغ و شروع جوانی خودش را نشان می دهد هرچند ممکن است در سنین پایین تر هم وجود داشته باشد ولی غالبا با استرس های دوران نوجوانی اشتباه گرفته می شود و تشخیص داده نمی شود

انواع اختلال دوقطبی کدامند؟

بیماری دوقطبی نوع ۱: مانیا همراه یا بدون افسردگی

بیماری دوقطبی نوع ۲: هایپومانیا (حالت خفیفی از مانیا) به اضافه افسردگی

علائم بیماری دوقطبی در دوره مانیا:

در دوره مانیا فرد لزوما شادی بیش از حد و سرخوشی را تجربه نمی کند بلکه ممکن است بسیار پرخاشگر و تحریک پذیر باشد. در این دوره فرد حداقل سه تا از علائم زیر را دارد:

*انرژی بیش از اندازه (معاشرت بیش از حد در محل کار یا مدرسه، ممکن است فرد در مراحل اولیه مانیا، پروژه های زیادی را شروع کند و بازدهی بالایی داشته باشد ولی بعد از وخیم تر شدن مانیا، کارهایش را نیمه کاره رها می کند)

* سرخوشی و میل جنسی بالا (انجام فعالیت‌های جنسی پرخطر)

* ریسک‌پذیری بالا

* پرحرفی (بلند بلند و تند تند حرف زدن، علاقه به جک گفتن و تکرار کلمات به صورت ریتمیک، اگر کسی جلوشان را بگیرد عصبانی می‌شوند)

* ولخرجی و تصمیم‌های ناگهانی (در قضاوت دچار مشکل می‌شوند به همین دلیل ممکن است تصمیم

های ناگهانی بگیرند و یا دست به کارهایی بزنند که به عواقب آن فکر نکنند این امر می‌تواند منجر به

معامله‌های اشتباه، شکست در روابط و ورشکستگی شود)

* دست زدن به کارهای پرخطر ، میل به مصرف مواد مخدر

* اعتماد به نفس کاذب

* تحریک‌پذیری و پرخاشگری

* توهم (جدا شدن از واقعیت، حتی ممکن است صداهایی بشنوند)

* نیاز به خواب کم (به طوری که با حدود ۳ یا ۴ ساعت خواب در روز بسیار پر انرژی هستند و یا حتی روزها نمی‌خوابند)

دوره‌های مانیا در صورت عدم درمان ممکن است ۲ یا ۳ ماه ادامه داشته باشد.

عوامل تشدیدکننده اختلال دوقطبی

مهمترین عوامل تشدیدکننده اختلال دوقطبی، عدم دریافت درمان به موقع و یا قطع داروها می‌باشد،

در زنان این بیماری ممکن است خودش را در دوران بارداری یا پس از زایمان با نشانه‌های افسردگی پس از زایمان نشان دهد.

این بیماری به صورت ژنتیکی در فرد بیمار وجود دارد و عوامل بیرونی تنها مانند تریگتری باعث بروز آن می‌شوند، عواملی مانند:

استرس‌های شدید ، شکست عشقی، مصرف مواد مخدر ، از دست دادن عزیزان و ...

روش‌های درمان بیماری دوقطبی

بهترین روش درمان بیماری دوقطبی استفاده از داروهای تثبیت‌کننده خلق است. داروهایی مانند:

والپرات سدیم، لیتیم، لاموتریژین، کاربامازپین و ... داروها بسته به تشخیص پزشک و فازی که بیمار در آن قرار دارد تجویز می‌شوند.

البته ممکن است پزشک از ترکیب روان درمانی و دارودرمانی برای درمان استفاده کند.



خانم مرضیه جرسوزه (کارشناسی ارشد بالینی)

فوبیا

در واقع فوبیا به واکنش و یا ترس بیش از حد و غیر منطقی از ترس های افراطی، غیر منطقی و مداوم نسبت به یک شی یا یک وضعیت خاص گفته می شود. نوعی اختلال روانشناسی از زیر شاخه های اختلال اضطرابی است که در آن فرد بیش از دارای اضطراب بوده و در موقعیت های استرس زا بطور غیر معمول و غیر منطقی دارای اضطراب است.

ملاک های تشخیص فوبیای خاص :

- الف) ترس یا اضطراب محسوس در مورد موضوع یا موقعیتی خاص "مثل پرواز کردن، ارتفاع، حیوانات، تزریق شدن، دیدن خون"
 - ب) موضوع یا موقعیت فوبیک تقریباً همیشه ترس یا اضطراب فوری را تحریک میکند.
 - ج) از موضوع یا موقعیت فوبیک بطور فعال با ساترس یا اضطراب شدید اجتناب می شود.
 - د) این ترس یا اضطراب با ایجاد خطر واقعی توسط موضوع یا موقعیت خاص و زمینه اجتماعی و فرهنگی تناسب ندارد.
 - ه) این ترس اضطراب یا اجتناب مداوم است و معمولاً شش ماه یا بیشتر ادامه میابد.
 - و) این اختلال با نشانه های اختلال روانی های دیگر بهتر توجیه نمی شود.
- شکل گیری و روند اختلال فوبی خاص: گاهی فوبی خاص بعد از واقعه آسیب زا "مثل مورد حمله حیوان قرار گرفتن یا گرفتار شدن در اسانسور" مشاهده دیگران حمله وحشت زدگی غیرمنتظره در موقعیتی که فرد از آن میترسد "مثل حمله وحشت زدگی غیرمنتظره درحالی که فرد در مترو سوار شده است"
- یا انتقال اطلاعاتی "مثل پوشش گسترده رسانه ای در مورد سقوط هواپیما" ایجاد میشود. با این حال خیلی از افراد مبتلا به فوبی خاص نمی توانند دلیل خاص شروع فوبی خود را به یاد آورند. فوبی های خاص معمولاً در سال های اوایل کودکی ایجاد میشوند. متوسط سن به هنگام شروع بین 7 تا 11 سالگی بامیانگین تقریباً 10 سالگی است.

شیوع اختلال فوبی :

نسبت زنان مبتلا به مردان مبتلا تقریباً 2 به 1 است. هرچند نرخ شیوع، بسته به نوع شی فوبیک تفاوت دارد. یعنی زنان بیشتر

فوبیای حیوانات. فوبی محیط های طبیعی و فوبیای موقعیتی دارند. در حالی که هر دو جنس به طور تقیبا مساوی فوبیای خون و زخم و آمپول را تجربه میکنند.

شایع ترین فوبیاهای خاص: 1- فوبیای حیوانات 2- فوبیای اجتماعی 3- فوبیای دندانپزشکی 4- فوبیای آب های عمیق 5- فوبیای ارتفاع 6- فوبیای محیط بسته 7- مجموعه فوبیای خون و زخم و آمپول

علت ابتلا به فوبیا

یکی از عوامل ابتلا به فوبیها ، ژنتیک افراد و محیط اطرافشان است. کودکانی که یکی از افراد نزدیکشان به فوبیا و یا اختلالات اضطرابی مبتلا شدند ، نسبت به بقیه کودکان بیشتر در معرض خطر ابتلا به فوبیا هستند. همچنین رویداد های ناراحت کننده مانند غرق شدن می تواند ، فوبیا را همراه خود داشته باشند. قرار گرفتن در فضاهای محدود ، ارتفاعات شدید و یا نیش حشرات نیز از مواردی هستند که بیشترین میزان ابتلا به فوبیا را تشکیل می دهند. البته در نظر داشته باشید که افرادی که در زندگی خود استرس ، اضطراب و افسردگی را تجربه کردند و یا به طور ژنتیکی پیش زمینه ابتلا به این موارد را دارند نیز ، احتمال بیشتری برای داشتن انواع فوبیا خواهند داشت. افرادی که در شرایط خاص پزشکی هستند و یا از نظر سلامتی باید به طور مداوم از خود مراقبت کنند نیز ریسک بالایی برای ابتلا به فوبیا را دارند. برای افراد ، پس از آسیب های مغزی بسیار شایع است که دچار انواع مختلف فوبیا بشوند. همچنین سوء مصرف مواد و افسردگی نیز رابطه مستقیم با این مورد دارد.

البته در نظر داشته باشید که فوبیا با بیماری های روانی جدی مانند اسکیزوفرنی بسیار متفاوت هستند. برای مثال در بیماری اسکیزوفرنی افراد دچار توهمات بینایی و شنوایی می شوند. ممکن است غیرمنطقی باشد، اما افراد مبتلا به فوبیا در آزمایشات مربوط به تشخیص واقعیت شکست نمی خورند. علاوه بر موارد ذکر شده ، جنسیت و وضعیت اقتصادی نیز بر ابتلا به فوبیا تاثیر گذار

علائم فوبیا

شایع ترین و ناتوان کننده ترین علامت، حملات پانیک است. ویژگی های حملات پانیک عبارتند از:

ضربان قلب بالا و تپش قلب ، تنگی نفس

تکلم سریع یا ناتوانی در صحبت کردن

خشک شدن دهان

درد معده ، حالت تهوع

بالا رفتن فشار خون ، احساس درد یا گرفتگی در قفسه سینه و ریه ها

احساس خفگی و ناتوانی در نفس کشیدن به طور صحیح

سرگیجه یا سردرد ، بالا رفتن شدت تعریق

درمان انواع فوبیا

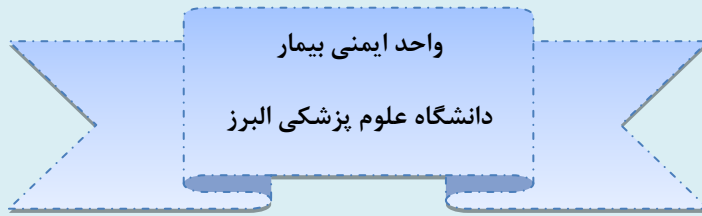
برای درمان انواع فوبیا ، افراد در اولین قدم باید به روانشناس خوب و با تجربه مراجعه کنند. به تشخیص روانشناس ، درمان شما می تواند ترکیبی از جلسات مشاوره ، تمرینات ریلکسیشن ، رفتار درمانی و دارو درمانی باشد. یکی از انواع روش ها ، قرار گرفتن در محیط ترس به صورت کنترل شده می باشد.

منابع:

۱) روان پزشکی بالینی / ویرایش ششم ۲۰۱۹ ، بنجامین سادوک ، سامون احمد، ویرجینیا سادوک

ترجمه : دکتر فرزین رضاعی / انتشارات ارجمند

۲) آسیب شناسی روانی بر اساس DSM-5 گنجی ؛ نشر ساوالان



ندا باستانی (کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمارستان امام حسین)

تریگرهای مراقبت سلامت

IHI Global Trigger Tools (ابزار جهانی تریگر)

تریگر

آسیب یا تریگر هر آنچه را نباید اتفاق بیافتد بررسی می کند در صورتی که خطا اشکال در انجام فرایند است و آنچه که باید انجام میشد و درست انجام نشده است مثلاً فرایند صحیح دارو دهی درست انجام نمیشود و منجر به خطا میشود در کل هدف کلی ارتقاء ایمنی در نظام سلامت ناشی از آسیب و یا صدمه به بیمار است که همین امر اهمیت تفاوت مابین خطا و صدمات را کاهش می دهد.

خطا هر اشکال در فرآیند مراقبت است که اکثر اوقات موجب ضرر نمی شود

آسیب، ضرر رخ داده در اثر خطا است

GTT آسیب ها را رصد می کند نه خطا ها را

GTT آنچه نباید رخ می داد را می شمرد نه آنچه باید رخ می داد

Commission versus Omission

مثال عدم درمان فشار خون و وقوع سکته

Categories of Triggers

- Care
- Medication
- Surgical
- Surgical
- ICU
- Emergency
- Perinatal

تریگر های مراقبت سلامت

- ۱- انتقال خون یا استفاده از فرآورده های خونی
- ۲- زدن کد احیاء، سکتة قلبی ریوی، یا فعالیت تیم واکنش سریع
- ۳- دیالیز حاد
- ۴- کشت خون مثبت
- ۵- بررسی رادیوگرافی و یا داپلر برای احتمال آمبولی یا ترومبوز ورید عمقی
- ۶- کاهش ۲۵٪ یا بیشتر در هموگلوبین یا هماتوکریت
- ۷- سقوط بیمار
- ۸- زخم فشاری
- ۹- بستری مجدد بیمار در طی ۳۰ روز پس از ترخیص
- ۱۰- استفاده از مهار کننده ها
- ۱۱- عفونت های ناشی از مراقبت / خدمات سلامت
- ۱۲- سکتة بیمار در داخل بیمارستان
- ۱۳- انتقال به سطوح بالاتر مراقبت های سلامت
- ۱۴- هر نوع عوارض ناشی از مداخلات تشخیصی درمانی

قوانین و روش ها / تیم بررسی کننده

- دو بررسی کننده اصلی (پرستاران ماهر و مجرب ، داروسازان)
- یک پزشک که سوابق را بررسی نمی کند، اما نظر دو بررسی کننده اصلی پرونده ها را تایید می کند.

نمونه برداری از پرونده های بیمار

- پرونده پزشکی ۱۰ بیمار از کل جمعیت بیماران بزرگسال ترخیص شده،
- هر دو هفته یک بار در کل ماه ۲۰ پرونده را به عنوان نمونه انتخاب کنید.
- برای هر دوره ۲ هفته ای به صورت جداگانه نمونه گیری کنید
- تعدادی پرونده اضافی را نیز به جای پرونده ای که برای مرور واجد شرایط نیست، انتخاب کنید.

فرآیند بررسی

- دو بررسی کننده اصلی باید تمامی پرونده های بیماران منتخب را بطور جداگانه بررسی کنند
- در طول بررسی، پزشک باید به منظور پاسخگویی به سوالات احتمالی در دسترس باشد.

- تمامی پرونده ها بیمار باید در خصوص تریگر ها در مازول های مراقبت سلامت و دارویی مورد بررسی قرار گیرد.
- دیگر مازول ها بایستی تنها در صورت کاربرد و ضرورت بررسی شوند
- یک محدودیت ۲۰ دقیقه ای برای بررسی پرونده هر بیمار تعیین کنید.
- نه کمتر نه بیشتر زیرا کمتر باعث می شود مرورگر سعی کند سراغ پرونده های کوچک تر برود و بیشتر هم باعث معطلی زیاد در پرونده های بزرگتر می شود چرا که این ابزار برای شناسائی تک تک آسیب ها درست نشده است
- به دنبال تریگر های مثبت بگردید.
- به منظور شناسایی وقایع ناخواسته پرونده ها را بررسی کنند .
- دو فرد بررسی کننده باید بعد از اینکه کار بررسی را بطور جداگانه انجام دادند با هم ملاقات کنند تا یافته های شان را با هم مقایسه کرده و به اجماع نظر برسند .
- پزشک باید این اجماع را همراه با دو فرد بررسی کند و بر سر نوع، تعداد و شدت وقایع توافق کنند.



درس آموخته ها

کد سند: 01/SH/QI/ME	سناریو خطاهای پزشکی Medical Errors Scenario	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
	عنوان	سقوط بیمار در سرویس بهداشتی
	شرح حادثه	بیمار آقای 69 ساله با تشخیص زخم انگشت سبابه دست چپ در سرویس عفونی از تاریخ 01/2/21 در بخش مردان بستری و تحت آنتی بیوتیک تراپی می باشد. تعویض پانسمان روزانه انجام می گردد. سابقه بیماری دیابت، فشارخون، هایپرلیپیدمی و بزرگی پروستات و مصرف داروهای لوزارتان، آسپرین، آتروواستاتین و انسولین را ذکر میکند. مددجو ساعت 13 در سرویس بهداشتی دچار سقوط بدلیل دمپایی نامناسب شد که بلافاصله به اطلاع پزشک معالج رسید. درخواست مشاوره ارتوپدی شد. مددجو ساعت 13:05 با ویلچر به همراه کمک پرستار به کلینیک منتقل و مشاوره ارتوپدی شد پس از معاینه توسط ارتوپد فرمودند در ناحیه لگن و زانو مورد خاصی وجود ندارد.
	علل رویداد حادثه	* نداشتن همراه در بخش * استفاده از دمپایی نامناسب در بخش * عدم آموزش مناسب به بیمار جهت جلوگیری از سقوط
	اقدامات اصلاحی پیشنهادی	*داشتن همراه و یا استفاده از نیروی کمک پرستار هنگام خروج بیمار از تخت *استفاده از دمپایی مناسب در بخش *آموزش به بیمار در هنگام بدو ورود و همچنین یادآوری مجدد در زمان تحویل و تحول بیمار و صحبت با بیمار

کد سند: 01/SH/QI/ME	سناریو خطاهای پزشکی Medical Errors Scenario	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
	عنوان	تجویز داروی اشتباه
	شرح حادثه	در تاریخ 01/3/28 بیمار آقای 43 ساله با تشخیص پنومونی در بخش مردان بستری بود. بیمار دستور تزریق آمپول سفوتاکسیم داشت که اشتباها آمپول سفنازیدیم در سیستم زده شده بود و برای بیمار یک دوز تزریق شد. به محض متوجه شدن جهت دوز بعدی داروی درست در سیستم زده و جایگزین شد.
	علل رویداد حادثه	* عدم دقت و حواس پرتی پرستار در خواندن دستور پزشک و ثبت اشتباه در سیستم * عدم رعایت اصول 7 رایت دارو توسط پرستار
	اقدامات اصلاحی پیشنهادی	* افزایش دقت پرستار در خواندن دستور پزشک و ثبت اشتباه در سیستم * رعایت اصول 7 رایت دارو با دقت و توجه بیشتر توسط پرستار



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

سناریو خطاهای پزشکی

کد سند: 01/SH/QI/ME

Medical Errors Scenario

عنوان	عدم تحویل و تحول صحیح بیماران
شرح حادثه	الف (بیمار خانم ر . ح در مورخ 1401/02/11 توسط پرستار از اورژانس به علت زخم پای دیابتی بستری و تحویل بخش داده میشود و ایشان در گزارش پرستاری پیگیری B/C و U/C مددجو را قید میکنند ولی پرستار تحویل گیرنده وارد کاردکس نکرده و در گزارش پرستاری قید نکرده و به شبقت بعد تحویل نداده است . ب) بیمار خانم ن . م به علت هایپو ناترمی و اختلال الکترولیت در بخش یاس در مورخ 1401/02/16 توسط پزشک معالج ویزیت شده است و فرمودند که امروز نیاز به دیالیز اوژانسی ندارد و فردا مجدداً از نظر نیاز به دیالیز بررسی شود ولی داخل کاردکس مددجو وارد نشده است . ج (مددجو آقای و . ع 39ساله است که در مورخ 1401/02/19 به علت جراحی دیسک کمر به اتاق عمل منتقل شده است که جهت دریافت پکسل از مددجو یا همراهان رضایت آگاهانه اخذ نشده است .
علل رویداد حادثه	-عدم چک صحیح دستورات پزشک و ورود به کاردکس - عدم تحویل و تحول صحیح بیماران - عدم چک صحیح پرونده در چک راند ها - عدم توجه به موارد نیازمند اخذ رضایت آگاهانه
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	- تحویل و تحول بیماران بر اساس P5 و SBAR - در اولین چک راند پرونده در بخش پرونده تحت نظر نیز چک شود . - استفاده از دفتر تحویل بیماران بین بخشی و ذکر پیگیری ها در آن - دستورات پزشک دابل چک شود . - نظارت دقیق تر سرپرستاران در چک راند ها - آموزش دستورالعمل اخذ رضایت آگاهانه به پرسنل