



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی تبریز



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز
مرکز آموزشی، درمانی و تحقیقاتی
امام رضا (ع) تبریز



May 26 to 29, 2021

۵ تا ۸ خرداد ۱۴۰۰

دارای امتیاز بازآموزی

اولین کنگره مجازی ایمنی بیمار و آموزش پزشکی
برگزار کننده: مرکز آموزشی، درمانی و تحقیقاتی امام رضا (ع) تبریز

First Virtual Congress of Patient Safety and Medical Education

Webinar Link : www.RoxanWebinar.ir



دبیرخانه علمی:

آدرس: تبریز- خیابان گلگشت، روبروی
سازمان مرکزی دانشگاه، مرکز آموزشی و
درمانی امام رضا، معاونت آموزشی و پژوهشی
تلفن: ۰۰۳۳۳۷۳۹۶۰-۴۱
ایمیل: imam_reza_er@tbzmed.ac.ir



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز
مرکز آموزشی، درمانی و تحقیقاتی
امام رضا (ع) تبریز

دبیرخانه اجرایی:

آدرس: تهران، امیرآباد شمالی، تقاطع جلال
آل احمد، کوچه چهارم، پلاک ۸، واحد ۶
تلفن: ۰۹۱۹۸۳۶۵۷۴۷-۰۹۰۳۲۲۲۵۷۴۷
ایمیل: info@roxancongress.com



www.RoxanWebinar.ir

هیئت رئیسه کنگره



دکتر فقیه دینوری دبیر علمی



دکتر صومی رئیس کنگره



دکتر سلیمانپور معاون آموزشی و پژوهشی



دکتر شیخ علیپور دبیر اجرایی

دکتر صومی

رئیس کنگره



به نام خداوند بخشنده مهربان

بی شک ارتقا سلامت، پیشگیری از بیماری و برگرداندن به حالت طبیعی بعد از بروز بیماری، رسالت بنیادین نظام سلامت است. به خاطر پیچیدگی متابولیسم بدن بروز عارضه در هر مداخله‌ای محتمل است لذا هوشیاری و تعهد در هر اقدامی بایستی عالمانه و با حداقل عارضه جانبی صورت پذیرد. کم نبودند کسانی که حین ورزش دچار سکته قلبی شدند، یا حتی با رعایت رژیم غذایی سخت زندگی خود را به خطر انداختند. لذا کسانی که به خاطر بیماری در مراجعه به مراکز درمانی سرپایی یا بستری تحت اقدامات تشخیصی یا درمانی و توانبخشی قرار می‌گیرند انتظار دارند اصول ایمنی توسط سیستم ارایه دهنده خدمت و تک تک افراد که در مورد جان و روح وی تصمیم می‌گیرند مراعات گردد.

اگرچه مطالعات انجام گرفته احتمال بروز خطا و یا تقصیر را در ده درصد بیماران بستری نشان داده است که سه چهارم آنها قابل پیشگیری هستند، اما کرامت انسان ایجاب می‌کند کسانی که در مورد وی تصمیم می‌گیرند از علم کافی و تبحر کامل برخوردار باشند. متأسفانه یک خطای راهبردی در نگرش کنشگران محیطهای آموزشی راه را برای خطاهای بعدی هموار کرده است و آن تکرار این جمله غلط است که به خاطر حضور آموزش گیرندگان احتمال خطا در مراکز آموزشی بیشتر است. مگر آموزش دهندگان گواهینامه رانندگی به خاطر حضور فراگیر مجاز هستند تخلف نمایند. قطعاً رسالت مراکز آموزشی ارایه بهترین روش‌های تشخیصی و درمانی می‌باشد که نیل به آن با حضور مداوم و متعهدانه استاد در بالین بیمار و مدیریت لحظه به لحظه مداخلات توسط آموزش گیرندگان میسر خواهد بود.

وظیفه‌ای مغفول که در طول زمان به توجیه شانس بروز خطای بیشتر در مراکز آموزشی نسبت به مراکز غیر آموزشی منجر شده است و اعتماد به مراکز آموزشی را تقلیل داده است. باید با این باور غلط که منجر به توجیه رفتارهای خودسرانه مخاطره آفرین در مراکز آموزش بالینی شده مبارزه کرد و محیطهای کم خطری را برای مردم تدارک دید. آگاه باشیم رفتار غیر عالمانه و قصور در رعایت استانداردها در هر مرحله‌ای میتواند جان انسانها را به خطر اندازد. این مثالهای ساده کمک کننده خواهد بود. استاد دلسوزی وقتی از نقش نورتریپتیلین در بیماریهای عملکردی دستگاه گوارش نام می‌برد با ناراحتی خاطره تلخ تجویز دارو به راننده جوان اتوبوس را ذکر می‌کرد که بدون آگاهی از شغل رانندگی شبانه به وی توصیه کرده بود دارو را شبها مصرف کند و نتیجه آن تصادفی خونین منجر به مرگ راننده و چند مسافر در نیمه شب بود یا کوچکترین

غفلت پرستار از تخلیه بموقع و کامل مجاری هوایی یک فرد جوانی که تحت تنفس مکانیکی گذرا می باشد میتواند هیپوکسمی شدید و عارضه مغزی و تبدیل یک انسان پویا به عضوی نباتی را موجب شود. اهمیت توجه به اصول ایمنی به حدی است که ما باید همیشه در فکر آن باشیم. آموزش کافی و مداوم تمام کادر سلامت و نظارت بر عملکردها قطعا نقش اساسی را در کاهش خطایا خواهد داشت.

اولین کنگره مجازی ایمنی بیمار و آموزش پزشکی در این راستا و با هدف جلب توجه همه دست اندرکاران آموزش پزشکی به مساله ایمنی بیمار شکل یافته است. در این کنگره سعی شده تا چالشهای آموزش پزشکی مرتبط با ایمنی بیمار با حضور اساتید صاحب نظر حوزه های مختلف پزشکی از جمله پزشکی، اخلاق، پزشکی قانونی، پرستاری و داروسازی ... مورد بحث قرار گرفته و راه حلهایی در جهت ارتقاء ایمنی بیمار پیشنهاد گردد. امید است برگزاری این کنگره گامی در جهت ارتقاء ایمنی بیمار مخصوصا در مراکز آموزشی و درمانی باشد.

لازم میدانم از تلاش ارزشمند همه همکاران که این فرصت را فراهم ساختند صمیمانه سپاسگزاری کنم و توفیق همگان در توسعه رفتار حرفه ای را از درگاه ربوبی مسئلت نمایم.

دکتر محمد حسین صومی
رئیس دانشگاه و رئیس کنگره



دکتر فقیه دینوری

دبیر علمی



به نام نامی ایزد منان

کسب رضای الهی و حراست از جان بیماران وظیفه مقدسی است که هدف غائی انتخاب رشته های پزشکی و ورود به صحنه ی ارائه مراقبت های ایمن سلامت می باشد. در این راستا مفتخر هستیم اولین کنگره مجازی ایمنی بیمار و آموزش پزشکی را در تاریخ های ۵ الی ۸ خرداد ماه ۱۴۰۰ در مرکز آموزشی، درمانی و تحقیقاتی امام رضا (ع) که مزین به نام امام هشتم شیعیان است با هدف ارتقاء آموزش و ارائه خدمات ایمن برگزار نموده و ضمن حساس سازی دست اندرکاران حوزه آموزش و درمان پزشکی به مساله ایمنی بیمار راهی را برای ریشه یابی مسائل مرتبط با ارتقاء ایمنی بیمار پیدا نموده و اقدامات پیشنهادی و اصلاحی را جهت حل معضلات و مشکلات ایمنی بیمار مرتبط با آموزش پزشکی را در اختیار مدیران و سیاستگذاران امر آموزش قرار دهیم. امید است علاوه بر ارائه یافته های جدید علمی و پژوهشی در حوزه های مختلف ایمنی بیمار و آموزش پزشکی امکان مشارکت حداکثری اساتید، صاحب نظران و دانشجویان در بحث ها و پانل ها فراهم شده و شاهد حضور شما فرهیختگان و متخصصین در رشته های علوم پزشکی در این کنگره باشیم. در نهایت از همه عزیزانی که ما را در برگزاری این کنگره یاری نمودند کمال تشکر را داریم.

با احترام

دکتر مسعود فقیه دینوری

رئیس مرکز آموزشی درمانی تحقیقاتی امام رضا (ع) تبریز

و دبیر علمی کنگره

دکتر شیخ علیپور

دبیر اجرایی



بنام خدا

با یاری خداوند متعال و با همراهی، همفکری و تلاش بی شائبه همکاران محترم در مرکز آموزشی، درمانی و تحقیقاتی امام رضا (ع)، اولین کنگره مجازی ایمنی بیمار و آموزش پزشکی از تاریخ ۵ الی ۸ خرداد ماه سال ۱۴۰۰ برگزار گردید. این کنگره با هدف جلب توجه صاحبان نظران و دست اندرکاران آموزش پزشکی به بحث ایمنی بیمار می‌پردازد. در این راستا مفتخر هستیم که اساتید محترم از رشته‌های مختلف آموزش پزشکی از جمله پزشکی، پرستاری، اخلاق، پزشکی قانونی، داروسازی، آموزش پزشکی و نیز متولیان ایمنی بیمار در معاونت درمان دانشگاه و وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی در این کنگره حضور داشته، ایراد سخنرانی نموده و مسایل ایمنی بیمار مرتبط با آموزش پزشکی را مورد بحث قرار دادند. همچنین مفتخر هستیم که اساتید مختلف علوم پزشکی از دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور در این کنگره مشارکت نموده و مقاله ارسال کردند که چکیده مقالات در کتابچه در اختیار علاقمندان قرار گرفته است. امید داریم که نتایج این کنگره به ارتقاء هر چه بیشتر ایمنی بیمار در مراکز آموزشی و درمانی کمک نماید. به عنوان دبیر اجرایی کنگره مایلم که اعلام دارم که موفقیت این کنگره نتیجه همکاری صمیمانه افراد بسیاری است که در هدف گذاری و برنامه ریزی‌ها ما را همراهی کردند. بویژه معاونت محترم آموزشی و پژوهشی مرکز، اعضای کمیته اجرایی، هدینگ بین المللی رکسان و حامیان مالی و معنوی کنگره که ما را در هرچه بهتر برگزار کردن این رویداد یاری نمودند و بر خود لازم می‌بینم که از همه آنها تقدیر و تشکر نمایم.

با احترام

دکتر زهرا شیخ علیپور

دبیر اجرایی کنگره

کمیته علمی

دکتر محمدحسین صومی	دکتر کمال قلیپور
دکتر قاسم جان بابائی	دکتر نادر مرکزی مقدم
دکتر علی اکبر حق دوست	دکتر لیلا دشمنگیر
دکتر مسعود فقیه دینوری	دکتر علی اکبری ساری
دکتر حسن سلیمانپور	دکتر علی محمد علی محمدی
دکتر علی استادی	دکتر مهدی فروزش
دکتر رضا غفاری	دکتر علی بناگذار
دکتر مهستی عزیزاده	دکتر افشین قره خانی
دکتر مهران سیف فرشد	دکتر محمد سلدوزیان
دکتر سکینه حاج ابراهیمی	دکتر فرهاد کیا فر
دکتر میرزائی	دکتر لیلا افشار
دکتر هادی همیشه کار	دکتر علیرضا پارساپور
دکتر هاله رضائی	دکتر ناز آفرین قاسم زاده
دکتر عطا محمودپور	دکتر عبدالله خرمی مارکانی
دکتر زهرا شیخ علیپور	دکتر امیر علی سهراب پور
دکتر صنم دولتی	دکتر سعیده غفاری فر
دکتر سعید صفیری	دکتر معصومه عباس آبادی
دکتر روزبه رجایی	خانم فرناز مستوفیان
دکتر مریم واعظی	دکتر کاووس شهنساری نیا
دکتر صادقی بازرگانی	خانم فرزانه علیخواه

کمیته اجرایی

دکتر زهرا شیخ علیپور (دبیر کمیته اجرایی)	دکتر حسن سلیمانپور
دکتر فاطمه علیپور یگانه	اعظم عبدالهی
ملیحه رشیدی	وحیده امجدی اسکویی
دکتر کاووس شهسواری نیا	الهام احمدی
کریم اکبرزاده	اکرم قبله
احد فردوسی خسروشاهی	مریم حسنخانی
مهدی محمدی	صادق رنجبر
دکتر نسرين جعفری	علی درخشی

کمیته اجرایی رکسان

مرکز آموزشی، درمانی و تحقیقاتی امام رضا (ع)

مدیر عامل هلدینگ بین المللی رکسان	دکتر امیر پویان طبیبی
مدیر رکسان کنگره و وبینار	سحر کمره
مدیر پروژه های رکسان وبینار	بنیامین نصیریان
مدیر دیجیتال مارکتینگ رکسان وبینار	نوشین جعفرنژاد
مدیر پروژه های رکسان در تبریز	فرزاد جوادی
مدیر مالی رکسان وبینار	امین عرب

با تشکر از حامیان کنگره



شرکت داروسازی عبیدی



شرکت داروسازی زهراوی

محورهای کنگره

۱	چالش ها و راهکارهای توسعه ایمنی بیمار در مراکز آموزشی درمانی
۲	درس آموخته ها از مدیریت خطر و راهکارهای کاهش خطا در مراکز آموزشی درمانی
۳	کوریکولوم های آموزشی در خصوص ایمنی بیمار و نحوه آموزش ایمنی بیمار به دانشجویان علوم پزشکی: مقایسه کوریکولوم های آموزشی ایران با سایر کشورها
۴	نقش آموزش از طریق فناوری های آموزشی از جمله شبیه سازی، نرم افزارهای کامپیوتری، مولاژها و... در پیشگیری از خطاها
۵	آموزش ارتقاء پیامدهای مراقبتی و درمانی به عنوان مفهوم مفقوده در ایمنی بیمار
۶	احترام به حقوق و کرامت انسانی بیمار و سایر ذینفعان

مرکز آموزشی، درمانی و تحقیقاتی امام رضا (ع)

مهمترین اهداف کنگره

۱	جلب توجه دست اندرکاران آموزش پزشکی به مساله ایمنی بیمار
۲	ارائه راهکارهایی جهت ارتقاء ایمنی بیمار در آموزش پزشکی
۳	ارائه راهکارهایی جهت ارتقاء اعتماد عموم جامعه به مراکز آموزشی - درمانی
۴	استفاده از تجارب اساتید علوم پزشکی صاحب نظر در جهت ارتقاء ایمنی بیمار در آموزش پزشکی

گروه های هدف کنگره

۱	رؤسای دانشگاه ها و معاونان آموزشی و درمان دانشگاه ها و دانشکده های علوم پزشکی
۲	رؤسای دانشکده ها و معاونان آموزشی دانشکده های وابسته به دانشگاه های علوم پزشکی
۳	مدیران مراکز آموزشی - درمانی وابسته به دانشگاه های علوم پزشکی
۴	کلیه اعضای هیات علمی رشته های علوم پزشکی اعم از علوم پایه و بالینی
۵	صاحب نظران، متخصصان و کارشناسان آموزش علوم پزشکی
۶	پژوهشگران علوم پزشکی
۷	دانشجویان مقاطع مختلف رشته های علوم پزشکی (ع)
۸	معاونت درمان و قسمت حاکمیت بالینی و ایمنی بیمار معاونت
۹	مسئولین بهبود کیفیت مراکز آموزشی و درمانی ۱۴۰۰
۱۰	مسئولین ایمنی بیمار مراکز آموزشی - درمانی



برنامه روزانه

برنامه روز اول

ساعت	موضوع	سخنران
۹:۰۰-۹:۱۵	تلاوت قرآن	
۹:۱۵-۹:۲۰	سرود جمهوری اسلامی	
۹:۲۰-۹:۴۰	سازمانهای بهداشتی ایمنی محور	آقای دکتر محمدحسین صومی ریاست کنگره
۹:۴۰-۱۰:۰۰	تحلیل علمی وضعیت خطاهای ایمنی در بیمارستان امام رضا (ع) / تبریز	آقای دکتر مسعود فقیه دینوری دبیر علمی کنگره
۱۰:۰۰-۱۰:۲۰	ایمنی بیمار در دوران پاندمی	آقای دکتر جان بابائی معاون درمان وزارت بهداشت
۱۰:۲۰-۱۰:۴۰	آموزش پزشکی در دوران پاندمی	آقای دکتر حق دوست معاون آموزشی وزارت بهداشت
۱۰:۴۰-۱۱:۰۰	ایمنی بیمار و آموزش پزشکی	دکتر رضا غفاری
۱۱:۰۰-۱۱:۲۰	شیوه های آموزش ایمنی بیمار به دانشجویان در بالین بیمار	دکتر امیر علی سهراب پور
۱۱:۲۰-۱۱:۳۵	موانع مربوط به گزارش خطاهای پزشکی توسط دستیاران	دکتر مریم واعظی
۱۱:۳۵-۱۱:۵۰	ایمنی بیمار و آموزش مبتنی بر شبیه سازی	دکتر سعیده غفاری فر
۱۱:۵۰-۱۲:۰۰	پرسش و پاسخ	

افتتاحیه

پانل اول:
ایمنی بیمار و آموزش
ایمنی بیمار به
دانشجویان

برنامه روز دوم

ساعت	موضوع	سخنران
۹:۰۰-۹:۱۵	پارادایم شیفت در ایمنی بیمارستان ها	دکتر کمال قلیپور
۹:۱۵-۹:۳۰	مدیریت خطاهای درمانی و وقایع ناگوار با بکارگیری ابزار GTT	دکتر نادر مرکزی مقدم
۹:۳۰-۹:۴۵	بروز و بار مالی خطاهای پزشکی ، چالش ها و مداخلات سیاستی پیشگیری از آنها	دکتر لیلا دشمنگیر
۹:۴۵-۱۰:۰۰	تازه های مدیریت خطر	دکتر علی اکبر ساری
۱۰:۰۰-۱۰:۲۰	مدیریت خطر و ایمنی بیمار در دوران کووید-۱۹	دکتر مهستی علیزاده
۱۰:۲۰-۱۰:۳۰	پرسش و پاسخ	
۱۰:۳۰-۱۰:۵۰	پذیرش و ترخیص ایمن بیماران	دکتر علی محمد علی محمدی
۱۰:۵۰-۱۱:۱۰	رضایت آگاهانه	دکتر مهدی فروزش
۱۱:۱۰-۱۱:۳۰	رازداری در آموزش پزشکی	دکتر علی بناگذار
۱۱:۳۰-۱۱:۵۰	ایمنی در بیماران با رفتار خشونت آمیز	دکتر علی استادی
۱۱:۵۰-۱۲:۰۰	پرسش و پاسخ	

پانل دوم:

درس آموخته ها از
مدیریت خطر و
راهکارهای کاهش
خطر در مراکز
آموزشی و درمانی

پانل سوم:

مسائل قانونی و ایمنی
بیمار و جایگاه آموزش
پزشکی

برنامه روز سوم

پانل چهارم: ایمنی بیمار و دارو	سخنران	موضوع	ساعت
	دکتر هادی همیشه کار	تلفیق داروئی و ایمنی بیمار	۹:۰۰-۹:۱۵
	دکتر افشین قره خانی	خطاهای داروئی و ایمنی بیمار	۹:۱۵-۹:۳۰
	دکتر محمد سلدوزیان	کار ایمن با داروهای خطرناک	۹:۳۰-۹:۴۵
	دکتر فرهاد کیافر	کیفیت دارو و ایمنی بیمار	۹:۴۵-۱۰:۰۰
	دکتر هاله رضایی	تداخلات دارویی و ایمنی بیمار	۱۰:۰۰-۱۰:۱۵
	پرسش و پاسخ		۱۰:۱۵-۱۰:۲۵
پانل پنجم: چالش های اخلاقی و حقوقی آموزش پزشکی در ایمنی بیمار	دکتر لیلا افشار	ایمنی بیمار یک قاعده اخلاقی در آموزش پزشکی	۱۰:۲۵-۱۰:۴۰
	دکتر علیرضا پارساپور	حقوق بیمار و کمیته اخلاق بالینی و ایمنی بیمار	۱۰:۴۰-۱۰:۵۵
	دکتر نازآفرین قاسم زاده	ملاحظات اخلاقی مبتنی بر ایمنی بیمار در آموزش دانشجویان گروه پزشکی	۱۰:۵۵-۱۱:۱۰
	دکتر عبدالله خرمی مارکانی	جنبه های سلامت معنوی در ایمنی بیمار	۱۱:۱۰-۱۱:۲۵
	دکتر مهران سیف فرشد	مسئولیت اخلاقی در خطاهای پزشکی و ایمنی بیمار	۱۱:۲۵-۱۱:۴۰
	دکتر حسن سلیمانپور	حضور خانواده در زمان احیاء	۱۱:۴۰-۱۱:۵۰
	پرسش و پاسخ		۱۱:۵۰-۱۲:۰۰

برنامه روز چهارم

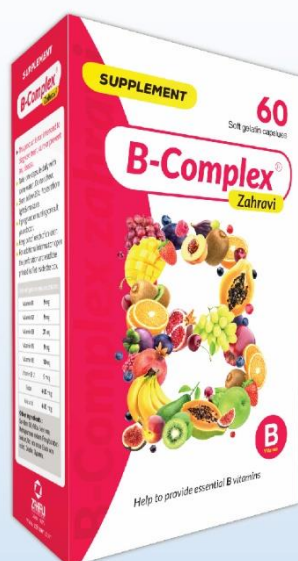
ساعت	موضوع	سخنران
۹:۰۰-۹:۲۰	دیدگاه مدیران ارشد به ایمنی بیمار و تاثیر آن در ارائه خدمات درمانی و مراقبتی ایمن	دکتر روزبه رجایی
۹:۲۰-۹:۴۰	شناسایی و اولویت بندی عوامل موثر بر خود اظهاری خطاهای پزشکی	خانم فرزانه علیخواه
۹:۴۰-۱۰:۰۰	جنبه های سلامت معنوی در ایمنی بیمار	دکتر سید محمد سادات
۱۰:۰۰-۱۰:۲۰	تجارب کشورهای موفق در توسعه ایمنی بیمار	دکتر معصومه عباس آبادی
۱۰:۲۰-۱۰:۴۰	استانداردهای ایمنی بیمار در بیمارستانهای دوستدار ایمنی بیمار	خانم فرناز مستوفیان
۱۰:۴۰-۱۱:۰۰	استقرار فرهنگ ایمنی بیمار در مراکز درمانی و چالش های آن	دکتر محمدرضا میرزائی
۱۱:۰۰-۱۱:۲۰	شاخص های ایمنی بیمار در اورژانس	دکتر زهرا شیخ علیپور
۱۱:۲۰-۱۱:۳۰	پرسش و پاسخ	
اختتامیه		

پانل ششم:
چالش ها و راهکارهای
توسعه ایمنی بیمار در
مراکز آموزشی و
درمانی



Zinc Plus[®]
Zahraui
B-Complex

GERIVITON
Multivitamin Mineral + Ginseng



B-Complex[®]
Zahraui

ZAHRAUI
PHARMACEUTICAL CO.

نئوتادین®

دس لوراتادین

اثر بخشی ماندگار



 **abidi**
Respiratory

 abidirespiratory.ir



هلدينگ بين المللى رکسان

در کنار سایر سازمان ها، انجمن ها و شرکت های معتبر با شناخت لازم از شرایط و نیاز های گوناگون جامعه محترم علوم پزشکی، همراه خوبی در مسیر رفع نیاز های آنان می باشد. فعالیت های زیرمجموعه های رکسان در حوزه سلامت در سطح کشوری و بین الملل همچون رنگین کمان با طراوت، رو به صعود، بی پایان و در چند موضوع مختلف اما مرتبط با یکدیگر می باشد.





خلاصه سخنرانی ها



شیوه های آموزش ایمنی بیمار به دانشجویان در بالین بیمار

دکتر امیرعلی سهراب پور

«ایمنی بیمار» مقوله ای بسیار مهم است و توجه ناکافی به آن با عواقب بالقوه ناگواری همراه است. این در حالی است که این مقوله در آموزش رسمی پزشکی تا حد زیادی مغفول مانده است. آموزش این مقوله به دانشجویان پزشکی باید در محیط بالینی و در قالب آموزش های بین حرفه ای انجام گیرد. دانشجویان باید بدانند که عملکرد هماهنگ تیم سلامت، از مهمترین عوامل موثر بر ارتقای ایمنی بیماران است. در تدوین کوریکولوم «ایمنی بیمار» باید در نظر داشت که اولاً آموزش ها باید به صورت طولی صورت گیرند، یعنی در مقاطع مختلف تکرار شوند، و ثانیاً از شیوه های متنوع آموزشی و نیز روشهای متناسب ارزشیابی باید در ارایه و ارزشیابی آنها استفاده شود.

در ترکیب محتوای این کوریکولوم بخشهای متنوعی باید گنجانده شود. برخی از عناوین محتوایی که توصیه می شود در کوریکولوم «ایمنی بیمار» برای دانشجویان پزشکی قرار گیرد عبارتند از: اشاره ای به اهمیت پرداختن به این مقوله با توجه به ارقام بالای صدمات و تلفات ناشی از آن در هر سال، مهارت های کار تیمی بین رشته ای، مدیریت زمان و استرس در خود و دیگران، شناسایی میکروسیستم های سلامت و چگونگی برقراری ارتباط میان آنها، آشنایی با سامانه های فناوری اطلاعات، پرونده های الکترونیکی و سایر تکنولوژی های مورد استفاده در مراقبت سلامت، آشنایی با ریشه های خطای انسانی و نیز عوامل انسانی و محیطی موثر بر آن، مهارت های ارتباطی، شیوه صحیح اقرار به خطا و توان گفتن «من نمی دانم» در زمان مقتضی، مدیریت خطا و تحلیل ریشه ای علل، طراحی و اجرای پروژه های بهبود کیفیت، و خطاهای مرتبط با تزریق و تجویز داروها.

و بالاخره این که در مسیر تدوین و استقرار کوریکولوم «ایمنی بیمار» در دروس دانشجویان پزشکی، موانعی هم وجود دارد. از جمله این که: (۱) بسیاری از پزشکان از نقص دانش خود نسبت به مقوله ایمنی بیمار مطلع نیستند، به طوری که یک سوم آنها تصور می کنند هرگز خطای پزشکی مرتکب نشده اند حال آن که آمار واقعی چنین نیست. از این گذشته بسیاری از پزشکان در اقرار به اشتباه و مدیریت خطا دچار ایرادات مهم هستند که نیازمند آموزش دیدن و ممارست است، (۲) مدل های معمول آموزشی در دوره پزشکی عمومی عمدتاً بر حفظیات و مطالعه کتب مرجع و آزمون های دانش پایه (از جمله تستهای چند جوابی) است، حال آن که مقوله «ایمنی بیمار» عمدتاً در محیط بالینی و با روش های مبتنی بر تیم آموزش داده و ارزشیابی می شود که دانشجویان با آنها نسبتاً غریبه هستند، و (۳) کوریکولوم پزشکی عمومی در حالت عادی هم انباشته و متورم است، و گنجانیدن یک موضوع جدید (ایمنی بیمار) در این کوریکولوم با مقاومت روبرو می شود. این در حالی است که اهمیت این بخش از کوریکولوم، از بسیاری از بخش های دیگر کوریکولوم پزشکی عمومی کمتر نیست. همچنین تدوین شیوه های ارزشیابی نوین با تمرکز بر شیوه های حل مساله و همکاری بین حرفه ای کاری وقت گیر و نسبتاً دشوار است.



موانع مربوط به عدم گزارش خطاهای پزشکی از دیدگاه دستیاران

دکتر مریم واعظی

خطاهای پزشکی به وقوع حوادث، صدمات و رویدادهای ناگواری میگویند که ممکن است حین ارائه خدمات به بیمار آسیب برساند. یکی از ابعاد مهم کیفیت مراقبت ها از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت، ایمنی بیمار است. در سالهای اخیر، کشورهای مختلف جهان بهبود ایمنی بیمار را به عنوان یک موضوع مهم به رسمیت شناخته اند. وقوع خطاهای پزشکی در مراکز آموزشی درمانی به دلیل ماهیت حساسی که از نظر تأمین سلامت و حفظ جان بیمار دارند، بسیار حائز اهمیت است.

به طور کلی در بررسی خطاهای انسانی که عمده ترین خطاهای بیمارستان می باشند، دو نگرش وجود دارد: نگرش شخصی و نگرش سیستمی. در نگرش شخصی، کانون توجه بر روی خطاهای در حالی که تمرکز نگرش سیستمی بر روی شرایطی است که افراد تحت آن شرایط کار می کنند.

یکی از اصول اولیه اخلاق در پزشکی بیان حقیقت است. در واقع آشکارسازی خطاها به عنوان پایه و اساس حفظ و ارتقای ایمنی بیمار شناخته شده است. این در حالیست که بسیاری از خطاها توسط ارائه دهندگان مراقبتهای سلامت گزارش نمی شود. شواهد موجود نشان میدهد که با افزایش میزان داده های در دسترس از طریق گزارش دهی خطاها، یادگیری از خطاها، افزایش یافته و باعث تغییراتی در فرایندهای بیمارستانی و بهبود نتایج سلامت میشود. بنابراین آگاهی از اینکه چه عواملی مانع گزارش دهی خطاست از پیش نیازهای مهم بهبود ایمنی بیمار است. عوامل موثر بر عدم گزارش خطاهای پزشکی به چهار دسته عوامل فردی و سازمانی، ماهیت خطا، سیاست ها و راهبردهای نامناسب آموزشی و ترس از واکنش ها و پیامدهای گزارش خطا طبقه بندی میشوند.

مهمترین موانعی که بر سر راه گزارش دهی خطاهای دستیاران وجود دارد، شامل موارد زیر می باشد:

- ۱- نگرانی دستیاران در مورد اقدامات انضباطی و قانونی
- ۲- وجود فرهنگ تنبیه و سرزنش در نتیجه انجام خطاها
- ۳- نبود تعریف واضح از خطاها
- ۴- ترس از دادخواهی بیمار و پیگرد قانونی
- ۵- از دست دادن اعتماد و اعتبار در بین سایرین و اساتید،
- ۶- خدشه و ضربه ای که از اظهار خطا به شخصیت و عزت نفس وی وارد می شود
- ۷- تحقیر توسط رزیدنت سال بالا و تحقیر در جمع بیماران و کارکنان
- ۸- نگرانی از ذهنیت منفی استاد به رزیدنت
- ۹- اشکالات ساختاری (انسانی و اطلاعاتی) در جلسات تجزیه و تحلیل علت ریشه ای بروز خطاهای پزشکی
- ۱۰- کاهش آگاهی و فرهنگ سازمانی نسبت به ایمنی

خطاهای پزشکی یکی از مهمترین و تأثیرگذارترین عوامل در کیفیت مراقبت و پیامدهای بالینی، دارای اثر اقتصادی قابل توجه است. با توجه به اینکه چرخه کنترل خطا از جایگاه پراهمیت برخوردار است، لذا وجود و ایجاد بستر فرهنگی برای بررسی خطا به عنوان رویداد چندعاملی و چند علتی، عدم تنبیه و سرزنش افراد، احترام به راست گویی، احساس همدلی و شفقت و حمایت از بیمار در موارد افشای خطا مورد نیاز است. با توجه به اهمیت ایمنی بیمار، ضروری است که با ارتقاء کیفیت آموزش و سطح آگاهی رزیدنتهای سال پایین، نظارت و پایش مستقیم اساتید، تأکید بر ارتقای ارتباطات حرفه ای و تغییر سیاستها و راهبردهای آموزشی در جهت کاهش خطاها و رفع موانع گزارش خطا گام برداشت.



مبانی و چالشهای ایمنی بیمار در بیمارستانهای آموزشی

دکتر رضا غفاری

هر نوع خطایی که در فرآیند ارائه مراقبت سلامت رخ میدهد چه باعث آسیب به بیمار گردد و چه هیچ آسیبی در پی نداشته باشد به خطای پزشکی موسوم است. ایمنی بیمار عبارتست از پرهیز و پیشگیری از وقوع نتایج ناگوار یا آسیب به بیمار ناشی از فرآیند مراقبت های پزشکی که شامل مولفههای کیفیت در خدمات سلامت می شود. از نتایج خطاهای پزشکی روی بیماران میتوان به معلولیت، مرگ و عوارض ماندگار روحی و روانی اشاره کرد. خطاهای پزشکی از منظر خاستگاه به سه نوع انسانی، سیستمی و تکنیکی قابل تقسیم بندی بوده و خود خطاهای انسانی نیز به انواع خطاهای تکنیکی، علمی، مهارتی و قانونی تقسیم میشود. خطاهای مربوط به انجام اشتباهی یک اقدام و خطاهای مربوط به عدم انجام اقدام لازم نیز در تقسیم بندی خطاهای انسانی است. براساس مدل (Reason) خطاهای پزشکی واقدامات غیر ایمن را می توان به دونوع عمدی و غیرعمدی تقسیمبندی کرد. با توجه به فراوانی خطاهای انسانی که قسمت عمده آن نیز ناشی از مشکلات مربوط به کمبود دانش و توانمندی می باشد بنابراین آموزش اصول ایمنی بیمار به دانشجویان می تواند نقش بسزایی در بهبود وضعیت و کنترل خطاها بعد از فارغ التحصیلی آنها گردد.

در مورد چالشهای آموزش ایمنی بیمار میتوان به قایل نشدن اهمیت توسط اساتید به موضوع آموزش ایمنی بیمار، عدم آشنایی بسیاری از اساتید و مربیان با موضوع ایمنی بیمار، عدم توجه برنامههای درسی به موضوع ایمنی بیمار، عدم تمایل اساتید به پرداختن به دانش غیرمرتبط به زمینههای تخصصی پزشکی نظیر تفکر سیستمی و روشهای بهبود کیفیت و ایمنی بیمار، تاکید تاریخی و سنتی بر درمان بیماری تا پیشگیری از بروز، نگرش رقابتی و سلسله مراتبی در برخی اساتید اشاره کرد.

در حال حاضر با عنایت به توسعه آگاهی مربوط به پیامدهای ایمنی بیمار در بین دست اندرکاران و مدیران آموزشی، ایجاد رشته تخصصی تحت عنوان ایمنی بیمار به یکی از الزامات آموزشی رشتههای مختلف علوم پزشکی تبدیل شده و گنجاندن دانش حاصله از کشفیات جدید مربوط به آن در همه رشتههای آموزشی مورد توجه قرار گرفته است. از سوی دیگر مطالعات متعددی نشان داده است که اکثر اساتید رشتههای علوم پزشکی با مفاهیم و موضوعات مربوط به ایمنی بیمار آشنایی کافی نداشته و ارائه برنامههای توانمندسازی و راهنماهای آموزشی برای آنها ضروری است.

برای آموزش ایمنی بیمار به دانشجویان در حال حاضر دونهادهای مهم بین المللی (APSEF, WHO) اقدام به تهیه راهنماهای آموزشی جامع کرده اند که تا حدود زیادی در عناوین و سرفصلهای آموزشی اشتراکنظر دارند. راهنماهایی آموزشی تدوین شده برای دستیابی و کسب مهارتهای لازم در کارکنان نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی بر چارچوب ارائه خدمات ایمن استوار است و بسته به موقعیت، نقش و مسئولیت بالینی افراد، دانش، نگرش و مهارت لازم را توصیف نموده است. عناوین مشترک آموزشی که در هر دو راهنمای مذکور مورد توجه واقع شدهاند عبارتند از تعریف ایمنی بیمار، نقش عوامل انسانی در ایمنی بیمار، درک سیستم و پیچیدگی آنها، نحوه کار سیستمی، درک و یادگیری از خطاها، مدیریت خطاها، بهبود کیفیت، تعامل با بیماران، کنترل عفونت، ایمنی در انجام مداخلات جراحی و ایمنی دارو.



ایمنی بیمار و آموزش مبتنی بر شبیه سازی

دکتر سعیده غفاری فر

در سالهای اخیر در راستای ارائه خدمات با کمترین میزان خطر و آسیب به بیماران و به منظور اجتناب از حوادث و مرگهای روز افزون ناشی از خطاهای پزشکی، تامین امنیت بیماران در صدر اولویتهای بسیاری از موسسات آموزشی-درمانی در دنیا قرار گرفته و بر افزایش میزان بکارگیری شبیه سازها در آموزش فراگیران علوم پزشکی تاکید شده است.

از اینرو، موسسات آموزشی بر آن شده اند با بکارگیری شبیه سازها، برخی یا تمام ویژگی های یک موقعیت و یا سیستم واقعی را بطور مصنوعی شبیه و یا همسان سازی کنند و در غیاب یک بیمار واقعی و دور از استرسهای حاکم بر محیطهای آموزشی و درمانی، فرصتهایی ارزشمند را جهت یاددهی- یادگیری و تمرین و تکرار پروسیجرهای پرخطر و یا مهارتهای پیچیده خلق نمایند.

بکارگیری شبیه سازها در آموزش، محدود به آموزشهای مهارتی در فراگیران نمی شود. در بسیاری از موسسات آموزشی در دنیا، ارزشیابی دانشجویان و تایید صلاحیتهای بالینی متقاضیان دریافت دانشنامه ها و گواهینامه ها نیز با استفاده از شبیه سازهای مختلف انجام می شود. بکارگیری شبیه سازها در آموزش در گذشته محدود به استفاده از مدلهای حیوانی و جسد های انسانی فیکس شده با فرمالین بود که به دلیل مشکلات اخلاقی در استفاده از مدلهای حیوانی و هزینه بالای تامین و نگهداری اجساد و راحت نبودن دسترسی به آنها، میزان استفاده از آنها در حال کاهش است. به یمن پیشرفتهای چشمگیر تکنولوژی، امروزه امکان استفاده از میزهای تشریح الکترونیکی، مانکن های کامپیوتری بخشی از بدن و یا کل آن که قادر به نفس کشیدن، صحبت کردن و تقلید صداهای قلب و ریه و ... نیز هستند فراهم شده است.

از سایر موارد بکارگیری شبیه سازها در آموزش می توان به استفاده از بازیگرانی که بعد از دریافت آموزشهای اصولی در قالب بیمار نما شبیه سازی می شوند و یا به بیماران واقعی، غیردحال و داوطلبی که آموزشهای استاندارد را برای ایفای نقش بیمار دریافت می کنند اشاره کرد. افزون بر این، امروزه با استفاده از فناوری های واقعیت مجازی و یا واقعیت افزوده فراگیران می توانند با استفاده از دستگاه های الکترونیکی مخصوص، مانند عینک و دستکش مجهز به سنسور، در یک محیط سه بعدی مصنوعی قرار بگیرند و با آن تعامل داشته و در محیط مصنوعی شبیه سازی شده تجربه ای واقعی را احساس کنند. بعبارتی، با استفاده از فناوری واقعیت مجازی و یا افزوده، فراگیران درون یک تجربه که در راستای اهداف آموزشی دوره طراحی شده قرار می گیرند و به جای مشاهده یک صفحه نمایش در مقابل خود، در تعامل با یک دنیای سه بعدی قرار گرفته و با غوطه وری در آن تجربه ای نزدیک به واقعیت را در یک فضای مصنوعی رقم می زنند. طراحی سناریوهای آموزشی متناسب و استفاده از بیماران سایبری در سالهای اخیر نیز مثالی دیگر از تلاشهای آموزشگران و دانش پژوهان در دنیا برای بکارگیری شبیه سازها بوده است.

اهمیت کلیدی بکارگیری شبیه سازها در آموزشهای علوم پزشکی را می توان در تامین امنیت بیماران، کاهش میزان خطاهای پزشکی و به تبع آن کاهش هزینه های سلامت و افزایش میزان دقت و کیفیت خدمات سلامت و افزایش رضایت بیماران و ارائه کنندگان خدمات سلامت خلاصه کرد.



تغییر پارادایم، رویکردها و روش ها در ایمنی بیمارستان ها

دکتر کمال قلی پور

ایمنی (Safety) جلوگیری از صدمه دیدن بیمار به واسطه ی مراقبت هایی که برای وی در نظر گرفته شده است. شرایط خطرناک و غیر ایمن ممکن است باعث آسیب های جسمی و روحی در گیرندگان خدمت شود و نیز باعث از بین رفتن اعتبار و شهرت مرکز ارائه دهنده ی خدمات گردد. ایمنی یک بعد مورد انتظار و ضروری کیفیت مراقبت های بهداشتی درمانی است. از سال ۱۹۹۹، موسسه پزشکی آمریکا، گزارشی را با عنوان «بشر، جایز الخطاست، پس بیایید سیستم سلامت ایمن تری بسازیم.» (To Err is Human: Building a Safer Health System (Kohn et al., 2000)) منتشر کرد و مدعی شد سالانه ۹۸ هزار بیمار در آمریکا به دلیل اشتباهات پزشکی فوت می کنند. توجه به ایمنی بیمار وارد مرحله ی تازه ای شد و ایمنی بیمار جزو اولویت های اصلی سازمان های بهداشتی و درمانی و بخصوص بیمارستان ها قرار گرفت.

واکنش به موضوعات مربوط به ایمنی بیمار در بیمارستان ها می تواند از رویکردهای ذیل تبعیت کنند: (۱) رویکرد انکار (Unmindful)؛ به معنی انکار بروز مشکلات در حوزه ایمنی، (۲) منفعلانه (Passive)؛ به معنی اکتفا به جمع آوری اطلاعات در حوزه ایمنی بیمار، (۳) واکنشی (Reactive)؛ به معنی پاسخ به اتفاقاتی که هم اکنون رخ داده اند، (۴) رویکرد پیش کنشی (Proactive)؛ به معنی شناسایی فعالانه موقعیت های مساعد ایجاد حوادث ایمنی در فرایندهای بیمارستان و (۵) رویکرد پیش بینی کننده (predictive)؛ به معنی تحلیلی فرایندهای سامان برای شناسایی مسائل آینده و احتمالی. در کنار رویکرد واکنش به موضوعات ایمنی برای بهبود و اصلاح ایمنی بیمار، مهم است بدانیم چرا خطاها اتفاق می افتند و عوامل خطر را بشناسیم. اشتباه و خطا، وقتی رخ می دهد که تکمیل یک عمل برنامه ریزی شده با شکست مواجه می شود (خطای اجرا) یا برای رسیدن به یک هدف، از برنامه ناصحیحی استفاده شود (خطای برنامه ریزی). خطا می تواند در سطح فردی و در سطح سیستم تحلیل شود. در رویکرد فردی، خطاها به وسیله متخصصان بهداشت و درمان مسامحه کار که از روش های غیرایمن استفاده می کنند، رخ می دهند. مذمت مردم و فرهنگ تنبیهی، از مشخصه های اصلی این رویکرد به شمار می آیند. بررسی های بیشتر نشان داده رویکرد خطای فردی برای کاهش اشتباهات به شکست انجامیده است.

رویکرد مبتنی بر سیستم فرض می کند که همه افراد ممکن است مرتکب اشتباه شوند و این گونه در نظر می گیرد که بیشتر خطاها توسط سیستم های معیوب ایجاد می شوند و آنها هستند که افراد را به سمت ارتکاب خطا یا ناتوانی در پیشگیری از آن رهنمون می کند، البته این موضوع به این معنا نیست که افراد می توانند بی دقت باشند، بلکه هر فردی باید پاسخگوی اعمال خویش باشد، بنابراین رویکرد مبتنی بر سیستم بر پایه توسعه و بهبود بسیاری از موانع، زنگ خطرها و تدابیر به منظور پیشگیری از رخداد خطا بنا شده است.

مطالعات مختلف نشان می دهد رویکرد واکنشی و مبتنی بر خطای فردی در سال های گذشته نتوانسته است تاثیر قابل قبولی در بهبود وضعیت ایمنی بیمار نداشته است. از این رو لازم است مدیران بیمارستان ها و مسئولین ایمنی بیمار برنامه های خود را به سمت رویکردهای فراکنشی و سیستمیک تغییر دهند. در این مسیر همچنین چند عامل می تواند تسهیل گردد دستیابی به اهداف ایمنی بیمار باشد. یکی از این موارد مسئولیت پذیری بیشتر و شفافیت در عملکرد در قالب برنامه ای نظیر انتشار عمومی اطلاعات عملکردی می باشد. در کنار آن مشارکت بیمار و خانواده ها در فرایندهای مراقبتی نیز یکی از اثربخش ترین روش ها در بهبود کیفیت خدمات و ایمنی بیمار می باشد که در زمینه های مختلف توانسته است تاثیرات مثبت خود را نشان دهد.

واژه های کلیدی: ایمنی بیمار، تغییر پارادایم، رویکرد سیستمیک، مشارکت بیمار، مسئولیت پذیری



مدیریت خطاهای درمانی و رویدادهای ناگوار با بکارگیری ابزار GTT

دکتر نادر مرکزی مقدم

ایمنی بیمار یک موضوع مدیریتی است و مدیریت خطاهای بالینی به عنوان جزء مهمی از مدیریت بیمارستان محسوب می شود. ارائه خدمات و مراقبتهای سلامت همواره با خطاها و اشتباهات درمانی بسیاری همراه بوده و این مسئله باعث مخاطرات جسمی و روحی فراوان و نیز افزایش طول اقامت و مرگ بیماران می گردد. کاهش خطاها در مراکز ارائه کننده خدمات سلامت به عنوان یک ضرورت برای بهبود کیفیت مراقبتهای سلامت، بهبود ارتباط بین کارکنان بیمارستان و کاهش شکایت بیماران شناخته میشود. با وجود تلاشهای فراوان کادر درمان در جهت کاهش رویدادهای ناگوار، متأسفانه تعداد زیادی از خطاهای درمانی با روشهای متداول گزارش دهی، به دلایل مختلف، شناسایی نمی شوند. ردیابی خطاها در بیمارستان بر مواردی تمرکز دارد که بصورت داوطلبانه گزارش میشوند، اما این موارد ۱۰ تا ۲۰ درصد خطاها را شامل می شوند و ۹۰ تا ۹۵ درصد آن سبب هیچ آسیبی به بیمار نمی شوند. ابزار سرخ عمومی (GTT) یک روش ساده، معتبر، مقرون به صرفه و توسعه یافته است که خطاها و میزان آسیب به بیمار را با استفاده از مرور مستندات پرونده بیماران شناسایی و ثبت می نماید. این مطالعه با هدف شناسایی رویداد های ناگوار و خطاهای درمانی اعمال جراحی و مراقبتهای ویژه با استفاده از ابزار سرخ عمومی انجام گردید.

طی دو دوره ۳ ماهه در سال های ۹۷ و ۹۸، از دو بیمارستان در شهر تهران که از یکی ۱۲۷ پرونده بیماران بستری در بخش مراقبتهای ویژه و از دیگری ۶۵ پرونده بیماران جراحی به صورت تصادفی با استفاده از چک لیست ابزار سرخ عمومی و توسط دو پرستار بصورت مجزا بررسی شد و مورد تایید نهایی پزشک متخصص قرار گرفت. ردیابی سرخ ها در ۴ حوزه جراحی، مراقبت عمومی، دارویی و مراقبت ویژه انجام گردید. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS تحلیل شد.

در بیماران بستری در بخش مراقبتهای ویژه یک بیمارستان، ۶۲۲ سرخ، ۲۷۷ رویداد ناگوار مرتبط با سرخها و ۱۲۱ رویداد ناگوار بدون سرخ و در مجموع ۳۹۸ مورد رویداد ناگوار شناسایی شد. از ۱۲۷ پرونده، ۹۳ پرونده دارای رویداد ناگوار و رخداد حوادث ۷۳/۲ درصد بود. میزان بروز رویداد ناگوار در هر بیمار ۳/۱۳، و در هر ۱۰۰ روز بیمار ۲۴/۸ مورد بود. از این تعداد بیشترین فراوانی آسیب به ترتیب در حوزه مراقبت عمومی، مراقبت ویژه، جراحی و دارویی بود. این در حالی است که گزارش داوطلبانه خطا در این دوره ۶/۱ درصد بود.

در بیمارانی که در بیمارستان دیگر تحت اعمال جراحی قرار گرفتند ۵۵ سرخ، ۳۴ رویداد ناگوار مرتبط با سرخها و ۱ رویداد ناگوار بدون سرخ و در مجموع ۳۵ رویداد ناگوار شناسایی شد. از ۶۵ پرونده، ۱۳ پرونده دارای رویداد ناگوار و رخداد حوادث ۱۳ درصد بود. میزان بروز رویداد ناگوار در هر بیمار ۰/۵۴ و در هر ۱۰۰ روز بیمار ۱۸/۳ مورد بود. بیشترین آسیب ها هم مربوط به حوزه جراحی بود. این در حالی است که هیچگونه گزارش داوطلبانه خطا در این دوره صورت نگرفته بود.

از آنجا که مدیریت بیمارستان با اداره سازمان پیچیده ای روبروست و واحدهایی مانند اتاق عمل و بخش مراقبت ویژه دارای پیچیدگی فرایندها، تجهیزات پیشرفته و پروتکل های درمانی متعدد میباشند، میتوان با استفاده از ابزار سرخ عمومی بطور دقیق تر و واقعی تری رویدادهای ناگوار را شناسایی نمود. رویدادهای ناگوار برای بیماران، بیمه گران و ارائه دهندگان خدمات هزینه بر هستند. گزارش دهی داوطلبانه خطاها، روشی غیرقابل اعتماد است، زیرا اغلب آسیب ها گزارش نمی شوند. با توجه به میزان بالای آسیب های وارده به بیمار که نیازمند مداخلات پزشکی بوده می توان اظهار داشت این ابزار، در مقایسه با سایر روش ها نظیر خوداظهاری، در شناسایی خطاها از درجه اطمینان بالاتری برخوردار است.

کلمات کلیدی: ابزار سرخ عمومی، رویدادهای ناگوار، خطاهای پزشکی، مراقبت های ویژه، اعمال جراحی



بروز و بار مالی ناشی از خطاهای پزشکی و مداخلات سیاستی مرتبط با آن

دکتر لیلا دشمنگیر، دکتر احسان احسنی

یکی از دغدغه های سیاست گذاران و برنامه ریزان نظام سلامت کشورهای مختلف پیشگیری و کنترل هزینه های نظام سلامت می باشد. عوامل متعددی در کلیه سطوح نظام سلامت بر ایجاد هزینه های متعدد از جمله هزینه های قابل پیشگیری تاثیر دارد. در سطوح درمانی یکی از عواملی که علاوه بر ایجاد هزینه، تاثیر قابل توجهی در شاخص های ارایه خدمات بویژه کیفیت ارایه خدمات و ایمنی بیمار و حصول به اهداف نظام سلامت دارد خطاهای پزشکی می باشد. تحقیقات بین المللی نشان می دهد که یکی از تهدیدات عمده در بحث ایمنی بیمار، خطاهای پزشکی هستند. که اغلب با اجرای سیاست های ایمنی بیمار قابل اجتناب است. دامنه خطاهای پزشکی از تصمیمات و روش درمان اشتباه، رها کردن بیمار تا خطاها و عوارض تجویز و یا عوارض جراحی گسترده است. در ایران مطالعات اندکی در خصوص شیوع و فراوانی خطاهای پزشکی صورت گرفته است. تاکنون مطالعه ای که به بررسی بار مالی ناشی از خطاهای پزشکی در ایران بپردازد، یافت نشد. با انجام مطالعه ای در این خصوص علاوه بر تعیین بار مالی خطاهای پزشکی، راهکارهایی را در جهت کنترل و کاهش خطاهای پزشکی، در اختیار برنامه ریزان و سیاستگذاران سطوح مختلف نظام سلامت قرار خواهد داد. جهت برآورد بروز و بار مالی ناشی از خطاهای پزشکی، روشهای مختلفی وجود دارد. جمع آوری داده از منابع ثبت شده از جمله بخش های بیمارستانی، معاونت درمان دانشگاه های علوم پزشکی، انجام مطالعه دلفی جهت برآورد میزان گزارش دهی، برآورد میزان بروز بر اساس مدل های طراحی شده و مرور متون از جمله این روش ها می باشد.

بیشترین خطای پزشکی به دست آمده از مرورهای نظام مند (۲۰۲۰) مربوط به خطای دارویی اطفال به میزان ۸٪ می باشد. از بین عوامل تاثیر گذار بر روی بروز خطاهای پزشکی، فصل بهار و شیفت کاری عصر اثر کاهنده و شیفت کاری صبح، نوع بیمارستان (آموزشی) و شدت خطای بدون آسیب اثر افزاینده در بروز خطاها داشته اند. نتایج یافته اخیر انجام شده در بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی تبریز نشان داد که بیشترین فراوانی خطا در بیمارستان های آموزشی، شیفت صبح، فصل پاییز، از نوع نارسایی در درمان و بدون آسیب بوده است. بروز خطاها به طور متوسط به میزان ۲۵/۵٪ تخمین زده شده است.

با توجه به شیوع بالای خطاهای پزشکی در نظام های ارائه مراقبت و هزینه هایی که از این باب به نظام سلامت تحمیل می گردد، می توان با ارائه راهکارهای مناسب از فراوانی این خطاها کاست و علاوه بر ارتقای ایمنی و سلامتی مراجعین به مراکز درمانی، نظام سلامت را در افزایش بهره وری و کاهش هزینه ها یاری نمود.



داروهای با نام و تلفظ مشابه در ایران با تمرکز بر ایمنی بیمار

دکتر علی اکبر ساری، دکتر نازنین ابوالحسنی

مقدمه و روش: این مطالعه به منظور بررسی شباهت املائی نام های تایید شده داروهای با نام تجاری (برند) در ایران از سال ۱۳۸۷ تا ۱۳۹۷ انجام شد. لیست ۱۱۶ مورد از داروهای نام گذاری شده توسط کمیته نام گذاری سازمان غذا و دارو و ۱۱۶ مورد تایید شده توسط اداره ثبت علائم تجاری انتخاب و بررسی شد.

یافته ها: از کل ۱۱۶ داروی مورد بررسی کمیته سازمان غذا و دارو، ۴۸٫۲۷٪ انطباق املائی (تشابه املائی بالا) و یا به عبارت دیگر دارای ریسک بالای اشتباه گرفتن نام دارو و به تبع آن احتمال بروز خطای دارویی بوده است، حال آنکه این رقم در خصوص اداره ثبت ۸۷٫۲۰٪ از داروهای مورد بررسی این اداره را شامل می شود که از لحاظ تعداد به طور قابل توجهی بیشتر از کمیته است. لازم به ذکر است که هیچ یک از دو نهاد متولی، جفت دارویی با انطباق املائی پایین تر از ۳۳٪ نداشته اند و سایر داروها یعنی ۵۱٫۷۲٪ از داروهای مورد بررسی کمیته دارای ریسک متوسط و ۱۲٫۸۰٪ داروهای مورد بررسی اداره ثبت دارای ریسک متوسط هستند. دلیل کمتر بودن این تعداد در خصوص اداره ثبت آن است که بیشترین درصد نام داروهای تایید شده توسط این اداره ریسک بالا داشته اند. به طور کلی، میانگین و انحراف معیار تطابق (تشابه) املائی نام های داروها با تاییدیه کمیته، $۶۵ \pm ۰,۱۴$ ٪ بوده که حاکی از ریسک متوسط می باشد، حال آنکه این ارقام در خصوص اداره ثبت علائم تجاری، $۷۶ \pm ۰,۱۰$ ٪ بوده که حاکی از ریسک بالای اشتباه املائی می باشد.



ایمنی بیمار و مدیریت خطر در پاندمی کووید-۱۹

دکتر مهستی علیزاده

پاندمی کووید-۱۹ تمامی ابعاد نظام سلامت را در سطوح مختلف تحت تاثیر قرار داده است و مداخلات تشخیصی و درمانی و همچنین سلامت و ایمنی بیمار و کادر سلامت از این امر مستثنی نیست. در این راستا درس آموخته های کشورهای مختلف و توصیه ها و پیشنهاداتی برای افزایش ایمنی بیمار و کادر سلامت می تواند در تصمیم گیری ها و سیاستگذاری های نظام سلامت کمک کننده باشد. راهکارهای پیشنهادی را می توان در قالب راهکارهای کلی و اختصاصی تقسیم نمود راهکارهای کلی شامل تشکیل تیم های مراقبتی در مراکز درمانی و بهداشتی و منازل، توانمندسازی کارکنان، دانشجویان و بیماران و اطرافیان آنها، حفظ محیط سالم در مراکز سرپایی، بستری، محیط کار و منزل می باشد و راهکارهای اختصاصی شامل اقدامات تشخیصی و مداخلات درمانی و دارویی برای حفظ ایمنی بیمار در پاندمی، اقدامات مراقبت در منزل برای حفظ ایمنی بیمار و اطرافیان وی، اقدامات حفظ ایمنی و مدیریت خطر کارکنان سلامت و حمایت های روانی از بیماران و اطرافیان و کادر سلامت می باشد. پایش و ارزشیابی این مداخلات نیز به منظور سنجش میزان اثربخشی آنها در سطوح مختلف می تواند مفید باشد. در مطالعات مختلف شاخص های فرآیند و پیامد در سطوح مختلف نظام سلامت برای ارزشیابی و پایش این مداخلات در نظر گرفته شده است که از آن جمله اند: میزان های مرگ و میر، میزان بستری، درصد بستری در ICU، درصد کارکنان آموزش دیده، درصد کارکنان مبتلا. همچنین عواملی که در مطالعات مختلف به عنوان تعیین گرهای ایمنی بیمار و مدیریت خطر در پاندمی کووید-۱۹ در نظر گرفته شده اند نیز عبارتند از: زیر ساخت های نظام سلامت، همکاری بین بخشی، بودجه بندی هدفمند در نظام سلامت، وجود نظام اطلاعات معتبر برای تصمیم گیری های مبتنی بر شواهد. در این سخنرانی به ابعاد و سطوح مختلف توصیه ها، ارزشیابی مداخلات و تحلیل عوامل تعیین گر ایمنی بیمار در پاندمی کووید - ۱۹ پرداخته خواهد شد.

کلمات کلیدی: ایمنی بیمار- مدیریت خطر- کووید-۱۹- نظام سلامت



اصول پذیرش و ترخیص های بیمارستانی

دکتر علی محمد علی محمدی

یکی از مشکلات عمده کادر درمان بحث پذیرش و ترخیص بیماران می باشد. در اینجا سعی شده به صورت فشرده به پرسش های زیر که عمده کادر درمان به نوعی با آنها برخورد نموده اند، پاسخ داده شود:

۱. پذیرش یا عدم پذیرش بیمار اورژانس
۲. پذیرش یا عدم پذیرش بیمار غیر اورژانسی
۳. درخواست بستری توسط بیمار یا بستگان علی رغم اندیکاسیون بستری
۴. عدم ترخیص بعد از بهبودی
۵. عدم رضایت به انجام درمان
۶. ترخیص با رضایت شخصی
۷. فرار از بیمارستان
۸. پذیرش یا عدم پذیرش بیمار اورژانس

بر اساس منشور حقوق بیمار، قوانین نظام پزشکی و ماده واحده مجازات خودداری از کمک به مصدومان و رفع مخاطرات جانی، کادر درمان حق ندارد بیماران در معرض خطر را پذیرش نکرده و به حال خود رها نماید. این قوانین به شرح زیر است:

منشور حقوق بیمار:

۱-۱۲) پذیرش بیمار، در مراقبت های ضروری و فوری (اورژانسی)، بدون توجه به تأمین هزینه آن صورت گیرد.
۱-۱۳) در مراقبت های ضروری و فوری (اورژانسی)، در صورتی که ارائه خدمات مناسب در مرکز مبدأ، ممکن نباشد، لازم است پس از ارائه خدمات ضروری و توضیحات لازم، زمینه انتقال بیمار به واحد مجهز فراهم شود.

آیین نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه ای شاغلان حرفه های پزشکی و وابسته

ماده ۲۷ - شاغلان حرفه های پزشکی مکلفند در موارد فوریت های پزشکی اقدامات مناسب و لازم را برای نجات بیمار بدون فوت وقت انجام دهند.

قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومان و رفع مخاطرات جانی

ماده واحد: ۱- هر کس شخص یا اشخاصی را در معرض خطر جانی مشاهده کند و بتواند با اقدام فوری خود یا کمک طلبیدن از دیگران یا اعلام فوری به مراجع یا مقامات صلاحیت دار از وقوع خطر یا تشدید نتیجه آن جلوگیری کند بدون اینکه با این اقدام خطری متوجه خود او یا دیگران شود و با وجود استمداد یا دلالت اوضاع و احوال بر ضرورت کمک از اقدام به این امر خودداری نماید، به حبس یکی از معطلات کادر درمان، **درخواست بستری توسط بیمار یا بستگان علی رغم اندیکاسیون بستری** وی می باشد. چون اندیکاسیون را پزشک، بعد از انجام شرح حال و معاینه کامل و در صورت نیاز اقدامات پاراکلینیک های تشخیصی، تعیین می کند. اگر اندیکاسیون وجود ندارد، نیاز به بستری نیست حتی اگر اصرار شود. حتما در این موارد مستن سازی کامل باشد. در صورتی که مستند سازی کامل نباشد ممکن است پزشک به بی مبالائی متهم گردد.

اصول کلی ترخیص، که حتما باید مد نظر پزشکان محترم باشد، شامل موارد زیر است:

۱. بهبودی بیمار و امکان ترخیص بیمار از نظر وضعیت بالینی
۲. انجام شدن مشاوره های ضروری
۳. آماده شدن آزمایشات و پاراکلینیک و رویت آن توسط پزشک
۴. تایید ترخیص از سرویس های دیگر
۵. آخرین ویزیت قبل از ترخیص بیمار و اعلام ترخیص به بیمار یا همراه وی
۶. بررسی امکان ترخیص بیمار بر اساس شرایط بعد از ترخیص
۷. نوشتن دستور ترخیص، خلاصه پرونده و نظارت بر تکمیل فرم های مربوطه جهت ترخیص



رضایت و برائت

دکتر مهدی فروزش

در خصوص رضایت و برائت گرفتن از بیمار، صحبت‌های فراوانی شده است و اختلاف نظرهای مختلفی نیز وجود دارد ولی موارد قانونی آن فقط به سه موضوع اشاره دارد:

الف - برای هر اقدام درمانی، از جمله موارد جراحی، باید از بیمار رضایت کتبی گرفته شود.

ب - در موارد اورژانسی که جان بیمار در خطر است، گرفتن رضایت لزومی ندارد. تعیین شرایط اورژانسی با پزشک است.

ج - در شرایطی که اخذ رضایت از خود بیمار به دلایل خاص (نبود هوشیاری، رشید نبودن و عاقل نبودن) امکان‌پذیر نباشد، رضایت از ولی بیمار گرفته می‌شود.

در خصوص ولی بیمار، مطالب گوناگونی ذکر شده است ولی در قانون، فقط به ولی خاص؛ یعنی پدر و ولی عام؛ یعنی ولایت فقیه اشاره شده است. در تفسیر ولی خاص، علاوه بر پدر و جد پدری، بعضی از حقوقدانان بر این عقیده هستند که از اولیاء دم، به ترتیب طبقات ارث می‌توان رضایت گرفت.

نکته: چون دسترسی به پدر و جد پدری در بسیاری از موارد، به خصوص افراد پیری که دچار صدمات مغزی و کاهش سطح هوشیاری یا عملکرد شناختی شده‌اند، امکان‌پذیر نیست، می‌توان از فرزندان و سایر بستگان نزدیک (وارث)، اخذ رضایت کرد؛ زیرا همین افراد هستند که می‌توانند بعد از به دست نیامدن نتیجه‌ی دلخواه، از پزشک معالج یا بیمارستان شکایت کنند.

انواع رضایت:

الف - رضایت تلویحی: یعنی بدون اینکه کلامی رد و بدل بشود، رفتار دو طرف نشان از رضایت بدهد؛ مانند دست دادن دو نفر با هم که در این عمل، هر دو رضایت به انجام این کار دارند و یکی نمی‌تواند بگوید من مجبور به این کار شدم. مراجعه بیمار به مطب یا درمانگاه یا بیمارستان برای دریافت خدمات یا بالا زدن آستین برای گرفتن فشار خون یا تهیه دارو برای مصرف، از موارد رضایت تلویحی به شمار می‌آیند.

ب - رضایت صریح که خود به دو دسته شفاهی و کتبی تقسیم می‌شود. در مواردی که فرآیند خطرناکی وجود ندارد ولی به دلایل خاص، پزشک، اقدام درمانی یا معاینه ویژه‌ای را انجام می‌دهد، از رضایت صریح به صورت شفاهی استفاده می‌شود؛ مثلاً به بیمار گفته می‌شود که تزریق داروی زیر جلدی، با درد همراه است یا من می‌خواهم که ناحیه تناسلی شما را معاینه کنم. در این موارد نیز آماده شدن بیمار برای معاینه، دلیل بر رضایت و همکاری نکردن با پزشک، دلیل بر نارضایتی است. در این موارد، برای اقدام درمانی اجازه گرفته می‌شود ولی در جایی ثبت نمی‌شود.

در مواردی که احتمال آسیب، خطر جانی یا نقص عضوی برای بیمار متصور است، رضایت صریح کتبی گرفته می‌شود تا در صورت اقامه دعوا به راحتی قابل ارائه و دفاع باشد.

رضایت صحیح چه شرایطی دارد؟

الف - بیمار توانایی پذیرش و تصمیم‌گیری در خصوص اطلاعات داده‌شده را داشته باشد. به همین دلیل، شرط بالغ، عاقل و هوشیاربودن برای بیمار در نظر گرفته شده است.

ب - اطلاعات به صورت صحیح و به طور کامل به بیمار داده شده و همه‌ی موارد برای بیمار روشن شود.

ج - بعد از دادن توضیحات، بیمار وقت کافی داشته باشد تا در خصوص موارد بیان شده، آزادانه تصمیم‌گیری کند.



رازداری در آموزش پزشکی

دکتر علی بناگذار محمدی

راز موضوعی است که محرمانه بیان شده و پزشک به مناسبت شغل خود از آن راز مطلع شده است و در صورت بازگوکردن آن موضوع از سوی پزشک به افراد دیگر باعث آزردهی بیمار و ضرر به بیمار شده و صاحب راز (بیمار) تمایل و رضایت به افشاء آن موضوع ندارد و منظور از افشاء راز، این است که پزشک راز بیمار را به افراد دیگر از هر طریقی مثل نوشتن، گفتن، اشاره و ... اطلاع می‌دهد. رازداری یکی از اساسی ترین وظایف انسانها در ارتباط با یکدیگر است و رازداری پزشکی طبق قوانین موجود در ایران از اصول فعالیت به حرفه پزشکی در ایران می‌باشد و مجازات کسی که راز پزشکی را افشاء نماید تا یکسال زندان می‌تواند باشد. افشاء راز بیمار بدون رضایت بیمار باعث میشود تا بیمار اعتماد خود به پزشک را از دست داده و در نتیجه یا به پزشک مراجعه نمی‌نماید و یا در صورت مراجعه به پزشک اطلاعات ناقص و یا حتی نادرست به پزشک ارائه میدهد که در این صورت آسیب جدی به سلامت بیمار وارد میشود همچنین افشاء راز بیماران باعث اختلال در سلامت روانی جامعه و عدم اعتماد مردم به پزشکان میشود. و به همین دلیل بایستی کادر پزشکی تمام سعی خود را در حفظ اسرار بیماران و عدم فاش شدن و اطلاع دیگران از آن راز بکارگیرند. البته طبق قانون در ایران در صورتی که مقام قضایی خواهان افشاء راز بیمار گردد پرسنل پزشکی ملزم به افشاء راز بیمار به قاضی می‌باشند.

بطور کلی موارد استثناء و موارد تصریح شده در قانون برای افشاء راز پزشکی در ایران شامل موارد زیر می‌شوند: ۱- گزارش بیماریهای عفونی واگیردار خطرناک به مسئولین بهداشتی کشور. ۲- در صورت درخواست کتبی مقام قضایی، دادن اطلاعات محرمانه به یک مرجع قضایی. ۳- گزارش تولد و فوت به واحدها و مراکز بهداشتی. ۴- بستری کودک آزار دیده و گزارش کودک آزاری علاوه بر رضایت والدین به گزارش آن. ۵- اطلاع راز بیمار به مسئولین جهت حفظ سلامتی جسمی و یا روحی افراد جامعه، در مواردی که مخفی نگه داشتن راز بیمار و وضعیت بیماری بیمار از مسئولین بهداشتی و درمانی باعث آسیب های تهدید کننده حیات برای سایر افراد جامعه می‌شود. ۶- مشاوره با سایر پزشکان تنها در جهت مصلحت و نفع خود بیمار ۷- رضایت صریح صاحب راز (بیمار) برای افشاء راز. قابل ذکر است که: پزشک ملزم به افشاء سرّ بیماران خود برای مامورین پلیس، نیروی انتظامی، وکلا و مسئولین حراست بیمارستانها نمی‌باشد و بجز کادر پزشکی معالج بیمار، سایر افراد همچون همسر بیمار، فرزندان بیمار، دوستان و آشنایان بیمار مجاز به دسترسی به اطلاعات پرونده بالینی بیمار نمی‌باشند. و بطور خلاصه در حین اخذ شرح حال یا معاینه بیمار؛ و در صورت عدم تمایل بیمار به حضور همراه، افراد زیر نمی‌توانند در کنار بیمار یا تخت بیمار حضور داشته باشند: ۱- پرستار غیر مسئول بیمار ۲- دانشجوی پزشکی غیر مسئول بیمار ۳- پزشکان غیر معالج بیمار ۴- بستگان بیمار.



Safety in patients with violent behavior

Dr. Ali Ostadi

The aggressive and/or violent patient presents unique challenges. Like suicidal patients, aggressive individuals are difficult to treat and they tend to elicit strong negative reactions in hospital personnel ranging from anger to fear. Workplace violence is unfortunately commonplace within the health care setting, and is particularly prominent in the inpatient psychiatry ward and emergency department settings. These statistics on workplace violence in health care settings are likely underestimates as events are often underreported to health care supervisors and administrators. Workplace violence occurs so frequently that there is a perception among health care workers that violence is “the norm” and an expected part of their job.

There are many causes of violent behavior; some are social, medical, or biological in nature. The most common characteristic of the violent patient is alteration in mental status.

Delirium from any underlying condition is a cause of aggression. Violence risk is also associated with cognitive dysfunction such as traumatic brain injury and dementia. The comprehensive evaluation of the violent patient include a complete physical examination with the intent of revealing the underlying cause of the violent behavior as well as ensuring the discovery of secondary patient injuries. It is important to attempt to differentiate toxicity or withdrawal, cognitive impairment, delirium, and mental illness as treatment differs depending on etiology.

There are 3 main approaches to controlling aggressive behavior in order of escalation: First and foremost, there is verbal de-escalation. When this has failed, medical anxiolysis and sedation will be the next approach. Finally, under the most extreme circumstances where there is significant risk for harming self or others, the use of physical restraints is indicated.

Haloperidol is safely used in the treatment of agitation and aggression in patients with psychoses and delirium. It can be administered orally, intravenously, or intramuscularly. Various benzodiazepines are quite effective for sedation; their use has been examined in patients with psychoses, stimulant toxicity, sedative-hypnotic and alcohol withdrawal, and postoperative agitation. Diazepam is given intravenously (IV) 5 to 10 mg, with rapid repeat dosing titrated to desired effect. Because diazepam is poorly absorbed from intramuscular (IM) sites, its preferred route of administration is either IV or oral.

Isolation and mechanical restraints are also used in the treatment of violent behavior. It is not indicated for patients with unstable medical conditions, delirium, dementia, self-injurious behavior such as cutting or head banging, or those who are experiencing extrapyramidal reactions as a consequence of antipsychotics such as an acute dystonic reaction. Mechanical restraint is used to prevent patient and staff injury, although it does occasionally lead to patient and staff injury itself. Attention is necessary to assess excessive restraint and excessive straining which may lead to sudden cardiac death.



تلفیق داروئی و ایمنی بیمار

دکتر هادی همیشه کار

یکی از علل عمده صدمه به بیماران به هنگام ارائه خدمات درمانی، وقایع مربوط به داروها هستند. خطاهای داروئی به هنگام تهیه، تجویز، توزیع و دادن دارو به بیمار و پایش آن رخ می دهند ولیکن میزان بروز خطا به هنگام تجویز دارو و دادن آن به بیمار شایعتر برآورد میگردد. تلفیق دارویی (Medicines Reconciliation - Medication Reconciliation) عبارتست از فرایندی که بر طبق آن، از به روز رسانی فهرست داروهای بیماران بستری در بیمارستان تا سر حد امکان اطمینان حاصل شود. این فرایند عمومًا توسط داروسازان بیمارستانی انجام میپذیرد، و اطلاعات مربوطه در جهت اعمال این خدمت نیز از منابع متعددی مانند بیمار، همراهان و بستگان وی، و همچنین پزشک مراقبتهای اولیه استخراج می شود.

بر طبق پژوهشهای صورتگرفته، بیماران بستری در بیمارستان به طور متوسط دستکم یک خطای دارویی را در روز تجربه میکنند؛ بیش از چهل درصد این خطاهای دارویی با انجام فرایند تلفیق دارویی در حین پذیرش، انتقال بی نبخشی و ترخیص بیماران قابل پیشگیری می باشد. مطالعات نشان میدهد به طور متوسط بین داروهای تجویز شده در حین پذیرش به بیمارستان و فهرست صحیح داروهای بیمار ۲۰ درصد ناهمخوانی وجود دارد؛ در ۱۱ درصد موارد، داروهای مزمن بیماران پس از جراحیهای الکتیو متوقف میشوند؛ مداخلات داروسازان در اینخصوص در راستای مستندسازی و اصلاح ناهمخوانیهای دارویی انجام میپذیرد

در بین داروهایی که در انجام تلفیق دارویی باید مورد توجه قرار گیرند داروهایی میباشند که در صورت قطع ناگهانی میتوانند منجر به سندرم ترک (Withdrawal Syndrome) در بیمار گردد. فلذا پایش این داروها و توجه به این مورد که این داروها برای بیماران در بیمارستان ادامه یابد بسیار مهم و ضروری است. بتا بلاکرها داروهای کنتراکت کننده فشار خون و بنزودیازپین ها جزو این دسته از داروها میباشند به نظر م ی رسد داروساز با گرفتن شرححال دقیق دارویی از بیماران میتواند در جلوگیری و مدیریت ناشی از سندرم ترک این داروها به صورت مؤثر مداخله نماید.



کار ایمن با داروهای خطرناک

دکتر محمد سلدوزیان

سازمان ملی سلامتی و ایمنی شغلی (National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH)) لیست داروهای آسیب زا و پروتکل کار ایمن با این داروها را فراهم می نماید. داروهای آسیب زا ممکن است عوارض سلامتی کوتاه و / یا بلند مدت بر روی کارکنان داشته باشد و اقدامات مناسب به منظور محدود نمودن مواجهه با این داروها و جلوگیری از این اثرات بایستی انجام شوند.

NIOSH داروهای آسیب زا را به عنوان دارویی تعریف می کند که: ۱. توسط سازمان غذا و دارو - مرکز ارزیابی و تحقیق دارو (CDER) به منظور استفاده در انسان تایید شده باشد؛ و ۲ به نحو دیگری توسط کمیسیون تنظیم هسته ای ایالات متحده طبقه بندی نشده باشد؛ و ۳ هر کدام از موارد ذکر شده در ادامه در رابطه با دارو صادق باشد: (الف) اطلاعات تجویز ذکر شده توسط سازنده دارو توصیه کننده شرایط کار ویژه به منظور محافظت از کارکنان در هنگام کار با دارو باشند، یا (ب) به عنوان یک آسیب سرطان زا، آسیب تکاملی، آسیب تولید مثلی، آسیب ژنتیکی یا دیگر آسیب های سلامتی در انسان ها، مدل های حیوانی و یا مطالعات *in-vitro* به صورتی که در ادامه ذکر شده است واجد تعریف باشد: سرطان زایی؛ سمیت تکاملی (شامل تراژونیسیته)؛ سمیت تولید مثلی؛ سمیت ارگانی در دوز های پایین؛ یا ساختار و پروفایل سمیت که مشابه داروهای شناخته شده به عنوان داروی آسیب زا، با ایجاد یکی از موارد ذکر شده، باشد. مگر آنکه دارو واجد ساختار مولکولی باشد که ممکن است منجر به محدود شدن احتمال عوارض جانبی مرتبط با سلامتی در شاغلین کادر درمان در پی مواجهه با دارو شود.

بسیاری از داروهای آسیب زای به کار رفته در درمان بدخیمی ها به DNA متصل می شوند (مانند داروهای آلکیل کننده) و به DNA آسیب وارد می کنند. دیگر داروهای آنتی نئوپلاستیک، برخی داروهای ضد ویروس، آنتی بیوتیک ها، و داروهای تولید شده از طریق مهندسی زیستی، با رشد و تکثیر سلول یا با سنتز DNA تداخل می کنند. در برخی از موارد، عملکرد غیر انتخابی این داروها منجر به آسیب به سلولهای سالم و بیمار، و در نهایت بروز عوارض جانبی در بیماران یا نوزادان آنها می شود. این اثرات غیر انتخابی، همچنین قادر به ایجاد عوارض جانبی در شاغلین حرفه های درمانی، در صورت مواجهه اتفاقی می باشد.

تمامی داروهای آسیب زا بایستی بر طبق اصول توصیه شده، به خصوص در صورت نیاز به آماده سازی به صورت اسپتیک، مورد استفاده قرار گیرند. برخی از داروهای آسیب زا، با توجه به فرمولاسیون ویژه آنها (برای مثال، قرص ها یا کپسول های واجد روکش که به صورت سالم و بدون تغییر برای بیماران مورد استفاده قرار می گیرند) ممکن است خطر بارز در صورت مواجهه شغلی ایجاد ننمایند. در هر حال، این فراورده ها ممکن است در صورت تغییر در فرمولاسیون، مانند شکستن یا خرد کردن قرص ها، تهیه محلول از داروها در خارج از هود شیمی درمانی و بدون اقدامات لازم، ایجاد خطر نمایند. در مواقع کار با چنین داروهایی و تغییر در فرمولاسیون داروها، کارکنان بایستی گان های غیر قابل نفوذ به تن کنند و از دو جفت دستکش استفاده نمایند.

لیست NIOSH به عنوان یک راهنمای کمکی می باشد و هر سازمان یا بیمارستان بایستی به صورت داخلی لیست داروهای آسیب زای مورد استفاده در آن را تدوین نماید.



کیفیت دارو و ایمنی بیمار

دکتر فرهاد کیافر

از آنجائیکه صنعت داروسازی جزو صنایع قانونمند (Regulated) می باشد، استانداردهای متعددی برای تولید دارو وجود دارد تا کیفیت، ایمنی و اثر بخشی آن تضمین شود. قوانین حاکم بر صنعت دارو را بطور کلی GXP (Good X Practice) می نامند که حوزه های مختلف شامل تولید (GMP)، آزمایشگاههای کنترل کیفیت (GLP)، فنی و مهندسی (GEP)، انبارش (GSP)، مستند سازی (GDP) و ... را شامل می شود. جهت اطمینان از تولید محصولات دارای کیفیت، ممیزی های مختلفی از صنایع داروسازی توسط سازمان های نظارتی بطور مرتب صورت می پذیرد.

در تولید دارو محافظت از بیمار (ایمنی بیمار) نسبت به محافظت از دارو، پرسنل و محیط زیست اهمیت بیشتری دارد. البته در داروسازی مباحث مربوط به SHE (Safety Health Environment) که مربوط به ایمنی، بهداشت و محیط می شود نیز بسیار مورد توجه بوده و استانداردهای متعددی نیز برای آنها تعریف شده است.

در فضاهای تولید کلاس های مختلفی از لحاظ میزان پارتيكل و همینطور بار میکروبی مجاز وجود دارد که بستگی به شکل دارویی تولید شده و مرحله تولید دارد. هوای مناسب برای این فضاها توسط سیستم های تهویه تحت عنوان Heating Ventilation Air (HVAC) Conditioning ایجاد می شود و برای حضور در هر فضا نیاز به پوشش مخصوص آن وجود دارد. این موضوع از آنجایی اهمیت پیدا می کند که در اغلب مراحل تولید بجز مرحله بسته بندی ثانویه (کارتونینگ) دارو در معرض هوای موجود می باشد (expose).

کنترل کیفیت (QC) از ارکان اصلی صنعت تولید دارو می باشد که شامل تست های مربوط به مواد اولیه، مواد بسته بندی، محصولات بینابینی و نهایی می باشد که قبل از تولید، حین تولید و پس از تولید انجام می پذیرد. منبع مورد استفاده برای آنالیز مواد اولیه و داروها فارماکوپه نام دارد که عمدتاً فارماکوپه ایالات متحده (USP)، اروپا (EP) و بریتانیا (BP) مورد استفاده قرار می گیرد. نتایج مربوط به تست ها در برگه ای تحت عنوان برگ آنالیز (Certificate of Analysis) (CoA) ثبت می گردد.

تضمین کیفیت (QA) در برگیرنده مجموعه ای از فعالیت هاست که با انجام آنها در فواصل زمانی مشخص و تعریف شده کیفیت داروی تولید و وارد بازار شده مورد تضمین کامل قرار می گیرد و شامل صلاحیت سنجی پرسنل و دستگاهها، آموزش، معیترسازی فرآیند، معیترسازی روشهای تمیزکاری، ارزیابی تامین کنندگان، مدیریت انحرافات و تغییرات، شکایات، اقدامات اصلاحی و پیشگیرانه (CAPA)، مونیتورینگ و ... می باشد. این فعالیت ها از تامین، خریداری، حمل و ورود مواد اولیه به کارخانه و انبارش تا خط تولید محصول و نهایتاً خروج محصول از درب کارخانه و ارسال به شرکت های توزیع دارو را در بر می گیرد.

منبع ماده اولیه تهیه شده (API) و خلوص مناسب آن اهمیت بسیار زیادی در کیفیت محصول تولید شده دارد. علاوه بر انجام تست های فیزیکیوشیمیایی و میکروبی روی مواد اولیه و محصولات تولیدی، تست های انحلال مقایسه ای، مطالعات هم ارزی زیستی (Bio equivalency) و مطالعات بالینی (Clinical trial) بر روی محصولات تولیدی بر حسب نیاز یا الزام مربوطه انجام می پذیرد تا کیفیت دارو تضمین شود.

کلمات کلیدی: کنترل کیفیت، تضمین کیفیت، GXP، ایمنی



تداخلات داروئی و ایمنی بیمار

دکتر هاله رضایی

یکی از موارد بسیار مهمی که در مورد ایمنی بیماران و داروها مطرح می باشد بحث تداخلات داروئی می باشد. تداخل داروئی به این صورت تعریف میگردد: "رویداد یا واکنشی که در اثر تغییر در تاثیر یا فارماکوکینتیک یک دارو در اثر مصرف همزمان یا مصرف قبلی داروی دوم رخ می دهد". تداخل دارو- دارو زیرمجموعه ای از مجموعه بزرگتر تداخلات داروئی می باشد که این مجموعه شامل : تداخلات دارو- دارو، تداخلات دارو-غذا، تداخلات دارو- گیاهان و تداخلات دارو و تستهای آزمایشگاهی می باشد.

تداخلات داروئی از نظر زمان شروع به دو دسته سریع و تاخیری تقسیم میشوند که در نوع سریع تداخل در عرض ۲۴ ساعت و در نوع تاخیری در عرض روزها یا هفته ها، تداخل داروئی بروز میکند. از نظر شدت، تداخلات داروئی به ۳ دسته ماژور و متوسط و مینور طبقه بندی میگردند. که تداخلات داروئی ماژور ممکن است باعث ایجاد آسیب دائم در بیمار شوند و یا تهدید کننده حیات بیمار باشند. تداخلات متوسط ممکن است وضعیت بیمار را کمی بدتر نمایند و تداخلات مینور معمولاً تاثیر ناچیزی در شرایط بالینی بیمار دارند.

از نظر مستندات و شواهد وقوع، تداخلات داروئی به ۵ دسته : Unlikely، Possible، Suspected، Probable، Established تقسیم بندی میگردند که در نوع Established، وجود و بروز تداخل داروئی در مطالعات کنترل شده مناسب، به اثبات رسیده است. در نوع Probable وجود تداخل بسیار محتمل است ولی به طور بالینی به اثبات نرسیده است. در Suspected یعنی ممکن است که تداخل وجود داشته باشد ولی نیاز به انجام مطالعات بیشتر برای اثبات تداخل وجود دارد. در نوع Possible احتمال وقوع تداخل مطرح است ولی اطلاعات بسیار کم و محدود می باشد و در نوع Unlikely در بروز تداخل جای تردید وجود دارد و احتمال آن بسیار غیرمحتمل است. از یک نگاه دیگر تداخلات داروئی به ۴ دسته : تداخلات سودمند، تداخلات آسیب رسان، تداخلات داخل بدن و تداخلات خارج از بدن تقسیم بندی میگردند.

مکانیسم های وقوع تداخلات داروئی شامل : مکانیسم های فارماکودینامیکی، مکانیسم های فارماکوکینتیکی و additive toxicity می باشد. در نتیجه تداخلات داروئی از نوع فارماکوکینتیکی، در مسیر جذب، توزیع، متابولیسم و دفع داروها، تغییر اتفاق می افتد. در تداخلات کینتیکی یکی از مهمترین مسیرهای تداخلات، تغییر در متابولیسم یک دارو توسط داروی دیگر می باشد که در این مسیر آنزیمهای سیستم سیتوکروم P-450 نقش بسیار مهمی دارند.

مکانیسم تداخلات داروئی از نوع فارماکودینامیکی می تواند شامل: تداخلات سینرژیستیک، additive، آنتاگونیستیک، تغییر در مکانیسم های مسیر انتقال دارو، ایجاد عدم تعادل در آب و الکترولیت و تداخلات فارماکودینامیکی غیر مستقیم باشد.

در ارتباط با نقش پاسخهای فردی در بروز تداخلات داروئی، فاکتورهایی همانند: سن، ژنتیک، بیماری های زمینه ای، مصرف سیگار و الکل، و رژیم غذایی، می توانند در میزان و شدت بروز تداخلات داروئی، تاثیر گذار باشند. جمعیت هایی همانند: افراد سالمند، بیمارانی که بیماری حاد دارند، بیمارانی که وضعیت بیماری شان ناپایدار است، بیمارانی که نارسائی کبدی یا کلیوی دارند و بیمارانی که توسط پزشکان متعددی ویزیت شده اند و در نتیجه تعداد داروهای مصرفی شان زیاد است، بیشتر مستعد بروز تداخلات داروئی می باشند.

لذا برای پیشگیری و کاهش میزان بروز تداخلات داروئی و حفظ ایمنی بیمار در نتیجه مصرف داروها، آگاهی از مکانیسم های فارماکوکینتیکی و فارماکودینامیکی داروها ضروری می باشد. همچنین آگاهی از بیماری های زمینه ای و شرایط فردی بیمار می تواند منجر به اقدام مناسب جهت تعدیل دوز داروها و رژیم درمانی، جهت پیشگیری از بروز عارضه و تداخلات داروئی در بیماران گردد.

کلمات کلیدی: تداخلات داروئی، ایمنی بیمار، فارماکوکینتیک، فارماکودینامیک



ایمنی بیمار یک قاعده اخلاقی در آموزش پزشکی

دکتر لیلا افشار

ایمنی بیمار به معنای پیشگیری از خطاهای پزشکی و عوارض ناخواسته، و انجام اقداماتی برای ایجاد فرهنگ ایمنی در فضاهای درمانی مورد توجه ویژه است. هدف از این توجه این است که به بیماران اطمینان داده شود ایمنی آنان یکی از مهم ترین دغدغه های نظام ارائه مراقبت است. در محیط های بالینی آموزشی نیز این اطمینان به دلایل گوناگون ضروری بوده و لازم است تا نظام های آموزشی - درمانی در حوزه سلامت از مواضع نهادی، موسسه ای، فرهنگی و اخلاقی به آن بپردازند هرچند هریک از این مواضع برای شکل دادن به فرهنگ ایمنی بیمار با چالش های خاص خود روبرو خواهند بود. در این مقاله تلاش خواهد شد تا با تکیه بر شواهد تجربی و مرور مطالعات نظری نشان داده شود که از منظر اخلاقی چگونه می توان ایمنی بیمار را در فرایند آموزش ارتقاء داد. در این مسیر به اهمیت ایمنی بیمار در فرایند آموزش، ایجاد فرهنگ ایمنی بیمار در فرایند آموزش و الزام اخلاقی به رعایت ایمنی بیمار به عنوان یک قاعده اخلاقی در فرایند آموزش اشاره خواهد شد و تلاش می شود تا نشان داده شود ابزار تامل و بازاندیشی اخلاقی در این حوزه می تواند از مسیرهای مختلف به کیفیت آموزش و ایمنی بیمار بیافزاید.



حقوق بیمار، کمیته‌های اخلاق بالینی و ایمنی بیمار

دکتر علیرضا پارساپور

از فعالیت کمیته‌های اخلاق بیمارستانی بیش از دو دهه می‌گذرد. در سال‌های اخیر در سطح سیاست‌گذاری نظام سلامت توجه ویژه‌ای به نقش این کمیته‌ها شده و با ایجاد کمیته‌های متناظر در سطح ستاد درمان دانشگاه‌ها و وزارت بهداشت شبکه کمیته‌های اخلاق بالینی در نظام ارائه خدمات درمانی شکل گرفته است. کمیته‌های اخلاق بالینی در نظام ارائه خدمات به‌عنوان سیاست‌گزار، ناظر و تصمیم‌ساز ایفای نقش کرده و افزایش میزان رعایت استانداردهای اخلاق حرفه‌ای در ارائه خدمات سلامت در محیط‌های بالینی به‌ویژه بیمارستان‌ها را دنبال می‌کنند. فلسفه وجودی این کمیته‌ها، تأمین و حفظ و ارتقای اعتماد میان ارائه‌کنندگان و گیرندگان خدمات سلامت و "پاسداری از حقوق بیمار و ارائه‌کنندگان خدمت و ارتقای اخلاق سازمانی" است. این کمیته تلاش می‌کند تا با ترکیبی متنوع، رسالت خود را به‌صورت همه‌جانبه به انجام برساند.

توجه به اصول و ارزش‌های انسانی - اسلامی در ارائه خدمات سلامت، آگاه‌سازی مردم از حقوق و مسئولیت‌های اجتماعی، پاسداشت کرامت انسانی و حقوق بیماران مندرج در منشور حقوق بیمار جمهوری اسلامی ایران و پایش، نظارت و ارزیابی آن در چارچوب نظام سامان‌مند، کمک به حل چالش‌های اخلاقی در محیط‌های بالینی بیمارستان، ارتقاء آگاهی و حساسیت اخلاقی همه ذی‌نفعان نسبت به جنبه‌های اخلاقی ارائه خدمات سلامت، تأمین و حفظ و ارتقاء اعتماد متقابل بین گیرندگان و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، حفظ اعتبار و شهرت بیمارستان به‌عنوان یک نهاد اجتماعی اخلاق مدار و ترویج مفاهیم تعهد حرفه‌ای از جمله اهدافی است که توسط شبکه کمیته‌های اخلاق بالینی دنبال می‌شود.

بالاترین سطح کمیته اخلاق بالینی، کمیته ملی اخلاق بالینی است که در معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی استقرار داشته و مسئولیت حوزه اخلاق بالینی را بر عهده دارد. سطح دوم شامل کمیته‌های اخلاق بالینی دانشگاهی مستقر در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور می‌باشد که مسئولیت ارائه خدمات سلامت در یک محدوده جغرافیایی را دارند. مسئولیت این کمیته‌ها بیشتر نظارت بر رعایت استانداردهای اخلاقی در محیط‌های بالینی و بیمارستان‌های تحت‌نظر هر دانشگاه علوم پزشکی و برنامه‌ریزی برای اجرای سیاست‌های کمیته ملی اخلاق بالینی است. سومین سطح کمیته‌های اخلاق بالینی شامل کمیته‌های اخلاق بالینی مستقر در مراکز ارائه خدمات سلامت به‌ویژه بیمارستان‌ها است. کمیته‌های اخلاق بیمارستانی ضمن نظارت بر رعایت هنجارهای اخلاق حرفه‌ای در محیط بالینی مربوطه، مجری سیاست‌های مصوب کمیته ملی اخلاق بالینی و کمیته‌های دانشگاهی مربوطه خواهند بود.

در این مجال ضمن مروری بر محورهای حقوق بیمار که صیانت از آن به‌نوعی فلسفه وجودی کمیته‌های اخلاق بالینی است نقشی که توجه به ابعاد مختلف حقوق بیمار بر ایمنی بیمار می‌تواند ایفا کند مورد بررسی قرار می‌گیرد.



ملاحظات اخلاقی مبتنی بر ایمنی بیمار در آموزش دانشجویان گروه پزشکی

دکتر نازآفرین قاسم زاده

هدف از برنامه‌های آموزش پزشکی، تربیت پزشکانی است که دانش و مهارت‌های لازم را برای ارائه خدمت در چارچوبی اخلاقی و قانونی بدست آورند. چرا که اگر پزشکی حاذق که از دانش کافی نیز برخوردار است، به شکلی غیراخلاقی طبابت کند، از نیل به هدف پزشکی که ارتقاء سلامت و بهبودی بیماران است، بازمانده است. با عنایت به این هدف، در برنامه‌های آموزش پزشکی تغییراتی ایجاد شده و تاکید بیشتری روی اخلاق پزشکی به عنوان بخش محوری در برنامه آموزش پزشکی شده است. از سوی دیگر، آموزش اخلاق را نمیتوان از فرایند آموزش پزشکی تفکیک کرد. با توجه به اینکه هم در طبابت و هم در آموزش پزشکی اولویت بر منافع و سلامتی بیمارست لذا توفیق و تمرکز اخلاق آموزش بر این است که اطمینان یابد دانشجویان پزشکی تجارب و مهارت‌های مورد نیاز خود را بدون ایجاد هرگونه خطری برای بیماران، چه از لحاظ جسمانی و چه از لحاظ نادیده گرفته شدن ترجیحات و آراء بیماران بدست آورند. در این راستا راهنماها و ملاحظات اخلاقی به منظور حفظ ایمنی بیمار در فرایند آموزش دانشجویان پزشکی در کشورهای مختلف تدوین شده است و هدف از این مقاله تبیین و پرداختن به برخی از این ملاحظات است. برخی از این راهکارها که در راستای تامین منافع بیمار، افزایش ایمنی بیمار و کاهش رخداد خطا در فرایند آموزش پزشکی است عبارتند از: آموزش از طریق استفاده از مدل‌ها و سیستم‌های کامپیوتری و سیمولاتورها و مراکز مهارت‌های بالینی، مانکن، مولاژ، حیوانات و اجساد؛ آموزش مبتنی بر جامعه و استفاده از افراد سالم و بیمارنا و همکلاسی؛ آموزش بر روی افراد سالم و سپس افراد آسیب پذیر و بیماران؛ الزام اخلاقی موسسات آموزشی در جهت ایجاد محیط ایمن آموزشی؛ تدوین استاندارد رفتاری؛ انتخاب صحیح بیمار؛ نظارت دقیق فراگیران؛ وقوف بر اهمیت چگونگی فرایند اخذ رضایت؛ حفظ محرمانگی و رازداری در آموزش؛ امکان و ایجاد فرصت برای امتناع دانشجو از شرکت در آموزش در شرایط خاص؛ ایجاد محیطی برای گزارش خطا (توسط استاد و دانشجو)؛ اهمیت بر سلامتی جسمانی و روانی دانشجویان و تاثیر آن بر ایمنی بیمار؛ ایجاد شرایطی برای درخواست کمک توسط دانشجویان و اعلام نگرانی و دغدغه آنان؛ تمرین عملی اولویت بر منافع بیمار در محیط آموزشی توسط استاد و دانشجو؛ تاکید بر الگو بودن اساتید؛ تعیین مهارت مورد نیاز یک ارائه دهنده خدمات؛ دقت بر خستگی بیماران و تاخیر نیافتادن در درمان آنان؛ تامین محیط آموزشی همراه با حفظ جنبه‌های انسانی و اخلاقی برای دانشجویان در دانشگاه‌ها و تقویت فرهنگ ایمنی و ایمنی فرهنگی در بستر آموزش پزشکی



جنبه های سلامت معنوی در ارتقای ایمنی بیمار

دکتر عبدالله خرّمی مارکانی

معنویت، ماهیت و جوهره زندگی انسان و سیاحتی مقدس و قابل احترام است. معنویت به انسان در کسب معنی، مفهوم و هدف زندگی کمک می کند. معنویت دارای ابعاد نه گانه روحانیت، رسالت در زندگی، عدم توجه به ارزشهای مادی، آرمانگرایی، معنا و هدف زندگی، مقدس شمردن زندگی، نועدوستی و ثمرات معنوی می باشد. سلامت معنوی یکی از زیرمفاهیم معنویت و فرآیند پیچیده ای از تکامل انسان است که بین نیروهای درونی انسان هماهنگی ایجاد کرده و به ثبات در زندگی، آرامش درونی، تناسب و هماهنگی با زندگی، ارتباط نزدیک با خدا، خود فرد، جامعه و محیط پیرامون منجر می شود. معنویت و سلامت معنوی با توجه به تاثیر آنها بر سلامت جسمی، روحی روانی و اجتماعی، در ایجاد نشاط و سلامت در حالات مختلف سلامتی و بیماری انسان نقش بسزایی دارند. طبق مطالعات متعدد انجام اعمال معنوی و مذهبی مانند اعتقاد به خدا و عبادت به سلامتی بهتر، افزایش امید و ایجاد حس رضایت از زندگی، پیدا کردن معنی و هدف زندگی، کاهش مرگ و میر، تسهیل تطابق با بیماری و افزایش طول عمر کمک می کند. با توجه به موارد فوق، بررسی معنوی و شناسایی نیازهای معنوی و نیز تاریخچه سلامت معنوی بیماران تاثیر بسزایی در تدوین برنامه های درمانی و مراقبتی بویژه در بیماران مزمن و تهدید کننده زندگی دارد. در همین راستا درمان و مراقبت معنوی بعنوان بخش یکپارچه و مهم رویکردهای درمانی در ارتقای کیفیت زندگی و فراهم سازی مراقبت موثر و ایمن در دنیا شناخته شده است. این موضوع مورد توجه جدی اداره تامین کیفیت و ایمنی بیماران سازمان بهداشت جهانی قرار گرفته است. در این رابطه تامین سلامت معنوی بیماران بعنوان یکی از مهمترین ابعاد درمان و مراقبت ایمن توسط سازمانهای بهداشتی درمانی دنیا مورد تاکید قرار گرفته است که در اصل سخنرانی به جتبه های مختلف آن اشاره خواهد شد.



مسئولیت اخلاقی در مواجهه با خطاهای پزشکی

دکتر مهران سیف فرشد

خطاهای پزشکی و نحوه مواجهه با آنها یکی از یکی از چالش‌های عمده در مراکز درمانی و ایمنی بیماران است. این موضوع در همراهی با آموزش پزشکی، تبعات و جنبه‌های متعددی را نیز به دنبال دارد. نکته بسیار مهم و اساسی در مواجهه اخلاقی با خطای پزشکی، بازشناسی جنبه‌های مختلف خطای پزشکی است و اینکه آن را تنها یک موقعیت پزشکی صرف لحاظ نکنیم. رویکرد جامع و نظام‌مند به خطای پزشکی این ضرورت را ایجاب می‌کند که از جنبه‌های معرفتی دیگر نیز به موضوع خطای پزشکی توجه شود.

در این رویکرد برای مواجهه با خطای پزشکی بهره‌گیری از علوم شناختی بسیار مغتنم خواهد بود و مسیر مواجهه اخلاقی و در حقیقت بهترین تصمیم‌گیری و اقدام در ست و اخلاقی را هموار خواهد ساخت. در زنجیره علل بروز خطای پزشکی جنبه‌های مختلفی بایستی مورد بررسی قرار گیرند: فرد، تعاملات بین فردی و تکنولوژی، پویایی گروه و تعامل بین گروهی، ساختارهای سازمانی، راهنماها و دستورالعمل‌های موسسه و نهایتاً قوانین ملی، عوامل شناختی موثر بر بروز خطاهای پزشکی هستند و تنها فرد، متهم و دلیل اصلی در بروز خطای پزشکی نخواهد بود و شناخت عوامل موثر در زنجیره علل خطای پزشکی به درک کامل و عمیق آنها کمک کرده و ضمن تسهیل مواجهه با خطای جاری، پیشگیری از خطاهای آینده را فراهم خواهد ساخت. عدم توجه به این مهم و برخورد فردی با خطای پزشکی نه تنها به پیشگیری از خطاهای آینده کمک نخواهد کرد بلکه هیچ گونه تاثیر آموزشی نیز به دنبال ندارد. گام مهم و حیاتی در پرداختن و حل مشکلات ناشی از خطاهای پزشکی ایجاد طبقه بندی شناختی است. دسته بندی انواع خطا، شناخت ارتباط هر نوع خطا با مکانیسم اصلی، شناسایی و توضیح دلایل و حتی پیش‌بینی زمان و مکان خطا و همچنین راهکارهای مداخله برای هر نوع خطا، از مزایای استفاده از طبقه بندی شناختی خطاهاست. در مباحث اخلاقی نیز الزامات و تعهدات شاغلین حرف پزشکی از جمله تعهد به ارائه کیفی خدمات، تعهد به مسئولیت پذیری، تعهد به صداقت، تعهد به مدیریت صحیح تعارض منافع و تعهد به صلاحیت حرفه‌ای، رویکرد سیستمی و همچنین شناخت عوامل موثر در خطای پزشکی را مورد توجه جدی قرار می‌دهد. این چنین رویکردی در سایه توجه و پایبندی به اصول و چارچوب‌های اخلاقی همانند احترام به اتونومی بیماران، حق دانستن و آگاهی از نتایج اقدامات پزشکی، رضایت آگاهانه برای مشارکت در درمان، احترام به حقوق بیماران، سودرسانی، ضرر نرساندن و عدالت میسر خواهد شد و افزایش رضایت و اعتماد بیمار را به دنبال خواهد داشت.

نتیجه گیری: برای درک خطاهای پزشکی و توسعه مداخلات اخلاقی و پسندیده، درک مکانیسم‌های شناختی خطاهای پزشکی و اتخاذ روش‌های شناختی در شناسایی، تحلیل و مداخله مناسب ضروری است. توجه به اصول و قواعد اخلاقی نه تنها مواجهه با خطای پزشکی و به ویژه ابراز یا افشای خطای پزشکی حاضر را تسهیل می‌نماید بلکه شرایط را برای پیشگیری از خطاهای آینده و ارتقای کیفیت مراقبت‌ها و خدمات سلامتی و نهایتاً ایمنی بیمار با تدوین برنامه‌ها یا سیاست‌های لازم و همچنین استفاده از آنها در آموزش دانشجویان علوم پزشکی فراهم می‌کند.



حضور همراهان هنگام احیا، یک چالش جهانی

دکتر حسن سلیمان پور

حضور خانواده و بستگان بیمار در طی مراحل احیا یک مسئله ی بحث برانگیز است و از بستگان بیمار به ندرت برای حضور در لحظات احیا در خواست می شود. FPDR (حضور خانواده بیمار در طی مراحل احیا) بستگی زیادی به نظر تیم پزشکی دارد. حضور همراهان در حین احیا در مطالعات مختلفی در سطح دنیا بررسی شده که با توجه به تفاوت در عقاید و باورهای هر ملتی نتایج متعددی را رقم زده است ولی زبان مشترک این مطالعات تمایل بالای حضور همراهان در حین احیا عزیزانشان است و نیز تاثیر مسلم و مستقیم حمایت های روحی و روانی در آینده همراهانی است که شاهد احیا بودند. نتایج بدست آمده در تحقیق ما نشان داد که تمامی همراهان بیمار حاضر و مایل بودند که در عملیات احیا حضور داشته باشند و نیز حمایتها و مداخلات انجام شده نیز در بین همراهیان نتایج موثری در پیشگیری از ایجاد اختلالات افسردگی و اضطرابی و PTSD داشت. مقوله حضور همراهان حین احیا در سه عنوان بررسی می گردد.

۱. تمایل به حضور (Being Present)

۲. Satisfaction

۳. تطابق (coping) یا عواقب و تأثیرات حضور

نتیجه اینکه انجام مداخلات و حمایت های روحی و روانی همراهان بیمار در جلوگیری از بروز اختلالات روانی آنها بسیار موثر بوده و در امر احیای بیماران لازم است تا کادر درمانی علاوه بر رسیدگی به امر احیا و بیمار، به وضعیت سلامت روانی همراه بیمار که شاهد و ناظر احیا میباشند نیز توجه ویژه ای مبذول نمایند.



دیدگاه مدیران ارشد به ایمنی بیمار و تاثیر آن در ارائه خدمات درمانی و مراقبتی ایمن

دکتر روزبه رجائی غفوری

ایمنی بیمار عدم وجود آسیب قابل پیشگیری برای بیمار در طی روند مراقبت های بهداشتی است. برای اطمینان از اجرای موفقیت آمیز استراتژی های ایمنی بیمار، سیاست های شفاف، مدیریت و رهبری توانمند، استانداردهای ایمنی، متخصصان ماهر مراقبت های بهداشتی و مشارکت موثر بیماران در مراقبت از آنها، مورد نیاز می باشد. مسئولیت پذیری و پاسخگویی مدیران ارشد در هر سازمان یکی از نشانه های توسعه سازمانی است که حداقل نتیجه آن الگوسازی و رهبری اثربخش آنها در انجام مأموریت های محوله است. براساس تحقیقات جهت رسیدن به ایمنی مطلوب ۷ گام اساسی شامل ۱. بنا نهادن فرهنگ مبتنی بر ایمنی بیمار، ۲. رهبری و حمایت کارکنان، یکپارچه سازی فعالیت های مدیریت خطر در بیمارستان، ۳. ارتقاء گزارش دهی وقایع، ۴. استقرار تفکر جلب مشارکت بیماران و برقراری ارتباط با بیمار و جامعه، ۵. استقرار تفکر درس گیری از وقایع رخ داده و به اشتراک گذاری تجربیات با دیگران، ۷. به کارگیری و اجرای راه حل هایی برای پیشگیری از بروز آسیب ها) می تواند مدیران ارشد را در راستای دستیابی به ایمنی بیمار و صیانت از آن هدایت کند تا از یک سو ارائه ایمن خدمات تضمین شود و از جانب دیگر در صورت بروز ناخواسته خطاها رویکرد صحیح اتخاذ شود. همچنین برنامه ریزی و اجرای بازدید های مدون ایمنی توسط مدیران ارشد، تعهد مدیران ارشد سازمان به ایمنی بیمار را به عنوان یک اولویت سازمانی نشان می دهد و باعث ایجاد فرصت یادگیری برای مدیران ارشد سازمان در ارتباط با ایمنی بیمار، شناسایی فرصت های بهبود ایمنی در سازمان، برقراری خطوط ارتباطی بین مدیران و کارکنان سازمان، ترویج گزارش دهی وقایع ناخواسته و حوادث نزدیک به خطا و ارائه راه حل های کاربردی به منظور کاهش ریسک می گردد. همچنین استفاده از رویکرد سیستمی به خطاها به جای رویکرد فردی، توسط مدیران ارشد موجب می شود به جای سرزنش افراد خطاکار، به خطاها به عنوان پدیده هایی اجتناب ناپذیر که می توان از آنها جهت ارتقاء عملکرد سیستم بهره برد، نگرسته 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 و موجب می شود خوداظهاری خطاهای پزشکی در سازمان ترویج و تشویق شود. داشتن سواد ایمنی برای مدیران سیستم های مراقبت های بهداشتی درمانی ضروری است. استقرار فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان و نشان دهنده تعهد آنان نسبت به ارائه خدمات ایمن به بیماران می باشد.

کلید واژه: مدیران ارشد، ایمنی بیمار، خدمات درمانی و مراقبتی ایمن



شناسایی و اولویت بندی عوامل موثر بر خوداظهاری خطاهای پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی تبریز

خانم فرزانه علیخواه

هدف کلی تحقیق حاضر شناسایی و اولویت بندی عوامل موثر بر خوداظهاری خطاهای پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی تبریز می باشد. برای این منظور عوامل موثر بر خوداظهاری خطاهای پزشکی با مطالعه کتب، مقالات و تحقیقات پیشین در ۳۲ عامل به صورت اولیه شناسایی گردید. جامعه آماری تحقیق حاضر پزشکان و پرستاران دانشگاه علوم پزشکی تبریز باشد که حجم نمونه آماری با استفاده از فرمول کوکران ۳۶۹ نفر برآورد و به روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای انتخاب شده است. ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه محقق ساخته ارزیابی عوامل موثر بر خوداظهاری خطاهای پزشکی با استفاده از تکنیک تحلیل عاملی و پرسشنامه خوداظهاری خطاهای پزشکی زابلی و همکاران (۱۳۹۴) است که پس از سنجش روایی و پایایی و اطمینان از آن در اختیار نمونه آماری قرار گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده های آماری از روشهای آماری توصیفی و استنباطی استفاده شد. بدین ترتیب که برای طبقه بندی، تلخیص و تفسیر داده های آماری از روش آمار توصیفی و در سطح استنباطی جهت شناسایی و اولویت بندی عوامل موثر بر خوداظهاری خطاهای پزشکی از تکنیک تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی و جهت اولویت بندی عوامل موثر بر خوداظهاری خطاهای پزشکی از آزمون فریدمن با نرم افزار SPSS و lisrel استفاده شد.

نتایج حاصل نشان می دهد میزان خوداظهاری خطاهای پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی تبریز در حد متوسط (۲۱٪) ارزیابی می شود. همچنین نتایج نشان داد که از بین ۳۲ عامل اولیه ۲۷ عامل با استفاده از تکنیک تحلیل عاملی شناسایی و در ۵ گروه عوامل آموزشی، عوامل فردی، عوامل سازمانی، عوامل محیطی، عوامل روانشناختی دسته بندی گردید. نتایج آزمون فریدمن نشان داد که از بین عوامل پنجگانه، عوامل آموزشی بیشترین و عوامل فردی کمترین تاثیر را در خوداظهاری خطاهای پزشکی دارد.



تجارب کشورهای موفق در توسعه ایمنی بیمار

دکتر معصومه عباس آبادی

ارائه خدمات سلامت همواره پرخطر بوده است و ایمنی بیماران را به خطر می اندازد. وقوع عوارض جانبی ناشی از مراقبت های غیر ایمن احتمالاً یکی از ۱۰ علت اصلی مرگ و ناتوانی در جهان است. هر ساله ۱۳۴ میلیون عارضه جانبی در بیمارستان های کشورهای کم درآمد و متوسط (LMIC) به دلیل مراقبت های غیر ایمن رخ می دهد که منجر به ۲,۶ میلیون مرگ می شود. نقطه عطف شروع ایمنی بیمار از سال ۱۹۹۹ با چاپ مقاله ای تحت عنوان "انسان جایز الخطا است" توسط مؤسسه IOM آمریکا بود که آمار خطاهای پزشکی سالیانه را اولین بار اعلام نمود. بعد از آن بقیه کشورها هم به موضوع حساس شدند و ایمنی بیماران را در دستور کار خود قرار دادند. از بین کشورها کانادا، استرالیا، آمریکا و انگلستان بیشترین فعالیتهای را در این زمینه داشته اند. تلاش ها و ابتکارات زیادی برای افزایش ایمنی بیماران در سطح جهانی انجام شده است که شامل ۹ راه حل ایمنی بیمار (9S)، برنامه بیمارستانی های دوستدار ایمنی بیمار (PSFH)، اهداف بین المللی ایمنی بیمار (IPSG)، استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی کشورها (AS) و استانداردهای برنامه های پیشگیری و کنترل عفونت سازمان بهداشت جهانی (IPC) و اختصاص روز جهانی ایمنی بیمار (۱۷ سپتامبر) با هدف ارتقای درک جهانی از ایمنی بیمار، افزایش مشارکت عمومی در ایمنی مراقبت های سلامت و اقدامات جهانی برای افزایش ایمنی بیمار و کاهش آسیب های بیمار بوده است. نقطه مشترک اقدامات تمام کشورهای پیشرو شامل: حمایت تیم مدیریت از کارکنان، ارتقاء فرهنگ ایمنی، استفاده از تجهیزات و فناوریهای نوین، تدوین استانداردها و گایدلاین ها، ارتقاء سیستم گزارش دهی خطاها، توانمندسازی کارکنان، مشارکت بیمار و جامعه، به اشتراک گذاری درس آموخته ها بوده است بطورمثال آمریکا اهداف بین المللی ایمنی بیمار (IPSG) را یکی از سه محور اصلی اعتباربخشی بیمارستانی قرار داده است و امتیاز بالایی را به آن اختصاص داده است. موسسه AHRQ در آمریکا اولین بار موضوع شاخصهای ایمنی بیمار (PSI) را به عنوان معرف عملکرد سیستمهای بهداشتی درمانی معرفی کرد و هر ساله آنها را بازنگری می نماید. سیستم NHS انگلستان پس از ایجاد مدل حاکمیت بالینی و توجه به مدیریت خطر و ایمنی بیمار، بر سامانه گزارش دهی (NRLS) در سطوح مختلف (ملی، منطقه ای، محلی) تمرکز زیادی کرد و با توسعه آن توانست اقدامات موثری را در ارتقاء ایمنی بوجود آورد. همچنین شاخصهای ملی ایمنی بیمار را تعریف نموده و در سطوح مختلف آنها را جمع آوری و تحلیل می نماید. برنامه ریزی های سیستم بهداشت و درمان بر اساس نتایج تحلیل ها اصلاح می گردد. استانداردهای ملی اعتباربخشی استرالیا ۱۰ استاندارد را به محور ایمنی و کیفیت خدمات (NSQHS) منوط کرده است که بطور جامع (IPSG) و (9S) را پوشش می دهد. کانادا در استانداردهای اعتباربخشی بین المللی (ACI) و ملی خود توجه ویژه ای به ایمنی بیمار نموده و بیشترین استانداردها را به محور ایمنی و کیفیت تخصیص داده است. اصول ارتقاء ایمنی بیمار در تمام کشورها یکسان است اما اجرای آن بسته به فرهنگ کشورها متفاوت است. کسب دانش و بومی سازی تجارب سایر کشورها در این زمینه می تواند سرعت بیشتری را در پیشبرد اهداف ایمنی بیمار ایجاد نماید.



استانداردهای ایمنی بیمار در بیمارستانهای دوستدار ایمنی بیمار

خانم فرناز مستوفیان

ایمنی بیمار، ارزیابی، شناسایی و مدیریت، گزارش دهی و تجزیه و تحلیل خطرات و خطاها، به منظور کاهش احتمال وقوع مجدد وقایع ناخواسته و خطاها می باشد. تعهد برای ایمنی بیمار در سطح جهان از اواخر دهه ۱۹۹۰ افزایش یافته است. این امر با انتشار دو گزارش آغار شد: "انسان ممکن الخطاست، نوشته موسسه پزشکی در آمریکا در سال ۱۹۹۹ و یک سازمان با حافظه An Organization with a Memory". از زمان انتشار دو گزارش تاثیرگذار، تلاش برای ارتقاء ایمنی بیمار به یک حرکت جهانی تبدیل شده است. این امر موجب تغییر چشمگیر در نگاه به مسئله ایمنی بیمار شده و ایمنی بیمار که در بدو امر مسئله آکادمیک کم اهمیتی بوده، اکنون به اولویت اصلی سیستم های سلامت تبدیل شده است.

استانداردهای ایمنی بیمار، مجموعه ای از الزامات هستند که برای اجرای برنامه ایمنی بیمار در سطح بیمارستان حیاتی می باشند. این استانداردها قالبی عملیاتی ارائه می دهند که بیمارستان ها را برای ارزیابی مراقبت بیمار از منظر ایمنی بیمار، ظرفیت سازی کارکنان در این مقوله و مشارکت خدمت گیرندگان در ارتقای ایمنی خدمات درمانی توانمند می سازد. این استانداردها شامل ۵ گروه اصلی (حاکمیت و رهبری، جلب مشارکت و تعامل با بیمار و جامعه، خدمات بالینی ایمن و مبتنی برشواهد، محیط ایمن و آموزش مداوم) و ۲۴ زیرگروه می باشد. استانداردها در سه گروه الزامی، اساسی و پیشرفته جای گرفته اند. استانداردهای الزامی استانداردهایی هستند که برای یه رسمیت شناخته شدن بیمارستان به عنوان بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار، ضروری است و بایستی بصورت ۱۰۰٪ تحقق یابند. استانداردهای اساسی شامل حداقل استانداردهایی هستند که بیمارستان باید برای ایمنی بیماران از آنها تبعیت کند. اگرچه تعیین سطح بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار بستگی به درصد استانداردهای اساسی محقق شده دارد ولی دستیابی به ۱۰۰٪ استانداردهای اساسی برای دریافت عنوان بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار سطح یک، الزامی نیست. استانداردهای پیشرفته الزاماتی هستند که بیمارستان باید بسته به ظرفیت و منابع خود، در جهت دستیابی به آن ها به منظور تقویت خدمات ایمنی اقدام نمایند.

استانداردهای ایمنی بیمار، یک ابزار کلیدی جهت محک زنی نقاط ضعف و شناسایی نقاط قوت و برنامه ریزی برای برطرف نمودن نقاط ضعف می باشد. استقرار استانداردهای ایمنی بیمار، تعهد و پاسخگویی بیمارستان را در ارتباط با ایمنی بیمار به جامعه نشان می دهد. هدف نهایی برنامه، ارتقاء سطح ایمنی بیمار در بیمارستان ها و ایجاد شرایطی است که منجر به خدمات ایمن تر و متعاقبا محافظت جامعه از آسیب های قابل اجتناب و کاهش عوارض ناخواسته در محیط بیمارستان شود.



فرهنگ ایمنی بیمار و چالش های آن

دکتر محمدرضا میرزائی

فرهنگ به مجموعه ای از باورها، عقاید و ارزشهای گروهی گفته می شود که در رفتار افراد متجلی می گردد. فرهنگ ایمنی بیمار را میتوان پذیرش ایمنی بیمار به عنوان اولین اولویت و ارزش مشترک در سازمان و همچنین الگوی یکپارچه ای از رفتارهای فردی و سازمانی مبتنی بر اعتقادات و ارزشهای مشترک که به طور پیوسته دنبال حداقل سازی آسیبهای ناشی از فرایند ارائه مراقبت به بیمار هستند، تعریف نمود. مواردی از قبیل عدم پنهان سازی خطاها، استفاده از داده های سیستم گزارش دهی در جهت بهبود فرایندها، کاهش سرزنش افراد، وجود کار تیمی، ارتباطات شفاف بین واحدها و بخشها، همکاری افراد با یکدیگر در جهت منافع بیمار و توجه رهبری سازمان به امنیت، از ویژگیهای بارز چنین فرهنگی هستند. مطالعه حاضر از نوع توصیفی تحلیلی بوده و با استفاده از پرسشنامه استاندارد فرهنگ ایمنی بیمار (HSOPSC) اطلاعات جمع آوری و تجزیه و تحلیل داده ها بر اساس آمار توصیفی و آزمون های آماری انجام گرفت. نتایج نشان داد که کار تیمی درون بخش ها در حد متوسط و وضعیت رعایت ایمنی بیمار در بیمارستان محل خدمتشان قابل قبول و خیلی خوب است و درصد اندکی از آن ها، وضعیت ایمنی بیمارستان را نامناسب و ضعیف توصیف کرده اند. گزارش وقایع ناخواسته به عنوان ارزش سازمانی تا حد قابل قبولی نهادینه شده است. در مجموع از نظر سطح فرهنگ ایمنی، در سطح سه قرار گرفته و فرهنگ سازمانی مبتنی بر سیستم ها و ضوابط اداری و سیستم هایی برای مدیریت ایمنی وجود دارد. پس می توان نتیجه گرفت که استراتژی های عملی در ایجاد فرهنگ ایمنی ممکن است ساده به نظر برسد اما اجرای آن الزاما آسان نیست. مدیران مراقبت سلامت باید منابع و زیرساختهای لازم را برای همگامی با استانداردهای بین المللی مانند سیستم های بهبود کیفیت و ایمنی فراهم کنند. ضروری است آنان برای ایجاد تغییر در مراقبت سلامت و برای غلبه بر چالشهای نهادینه کردن فرهنگ ایمنی از سبک های نوین مدیریت و از قابلیت ها و باورهای فرهنگی و اجتماعی در راستای دستیابی به یک فرهنگ ایمنی موثر استفاده کنند.

کلید واژه: ایمنی بیمار، فرهنگ ایمنی بیمار، بیمارستان ایمن، مدیریت خطا



فرهنگ ایمنی بیمار و رعایت شاخص های آن توسط پرسنل شاغل در بخش های اورژانس مراکز

آموزشی و درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز

دکتر زهرا شیخ علیپور، دکتر مژگان لطفی، دکتر احمد میرزا آقازاده، ابوالفضل فرسرای

مطالعات انجام شده در حوزه ایمنی بیمار نشان می دهد که احتمال وقوع خطا و اشتباهات پزشکی در بخش اورژانس بیشتر از سایر بخش ها است. به همین دلیل ارزیابی عواملی که احتمالا با وقوع این مشکلات در بخش اورژانس مرتبط هستند، از اهمیت بالایی برخوردار است. لذا در مطالعه ای با هدف بررسی فرهنگ ایمنی بیمار و رعایت شاخص های آن توسط پرسنل شاغل در بخش های اورژانس مراکز آموزشی و درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام گردید. این پژوهش که یک مطالعه توصیفی بود که با استفاده از روش در دسترس انجام گرفت. افراد مورد پژوهش در این مطالعه شامل تمامی پرستاران شاغل در بخش های اورژانس مراکز آموزشی و درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز بودند. تمامی افراد پرسشنامه فرهنگ ایمنی را تکمیل نموده و بررسی میزان رعایت شاخص های ایمنی بیمار نیز از طریق چک لیست مشاهده ای طراحی شده بر اساس شاخص های ایمنی ابلاغ شده توسط وزارت بهداشت انجام شد. طبق نتایج این مطالعه اکثریت پرستاران شاغل در بخش های اورژانس در طول یکسال گذشته هیچ گونه خطایی را گزارش نکرده بودند و حدود نیمی از آنها میزان رعایت اصول ایمنی را در بخش قابل قبول اعلام نمودند. طبق نتایج بدست آمده نمره هشت بعد از دوازده بعد فرهنگ ایمنی بیمار پایین تر از حد متوسط بود. بعد کار تیمی درون بخش ها قوی ترین بعد و بعد پاسخ غیرتنبیهی به خطاها ضعیف ترین بعد فرهنگ ایمنی بیمار را تشکیل می داد. اما شاخص های ایمنی بیمار توسط پرستاران بصورت مطلوب رعایت می شد و در همه موارد نمره بالایی را کسب نمودند. با توجه به اینکه یکی از مهمترین یافته های این مطالعه عدم گزارش خطا از طرف پرسنل پرستاری اورژانس می باشد؛ به نظر می رسد که باید تمهیداتی اندیشیده شود تا کارکنان بدون ترس از سرزنش شدن خطاهای خود را گزارش دهند. توجه به نقش مدیریت و رهبری بعنوان یک نقش کلیدی در ایجاد چنین جوی بسیار حائز اهمیت می باشد. از طرفی با توجه به رعایت شاخص های ایمنی بیمار توسط پرستاران شاغل در بخش اورژانس باید زمینه سازی در رابطه با ایجاد فرهنگ ایمنی مثبت ایجاد شود.



خلاصه مقالات
پذیرفته شده
به عنوان پوستر



کاربرد شبیه سازی در آموزش علوم پزشکی و نقش آن در حفظ ایمنی بیماران

- مهسا قلی نژاد^۱، دکتر مژگان لطفی*^۲، دکتر احمد آقازاده^۳، دکتر زهرا شیخ علی پور^۴
۱. دانشجوی ارشد پرستاری داخلی جراحی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
۲. دانشیار گروه داخلی جراحی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
۳. دانشیار بخش آمار دانشکده پیرا پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
۴. دکتری پرستاری گروه داخلی جراحی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

مقدمه: خطاهای سیستمی و انسانی از دلایل مهم شناخته شده مرگ و میر بیماران هستند. سازمان WHO نیز تخمین زده است که حدود ۹۵ هزار مرگ و میر سالانه به علت خطاهای پزشکی است. در این باره باید گفت که پرستاران به طور کامل آماده تامین ایمنی بیمار نیستند و ایمنی باید در کوریکولوم آموزشی وارد شود. یکی از روش های آموزش به دانشجویان جهت کاهش این خطاها، شبیه سازی است. صرف نظر از فواید مطرح شده برای استفاده از محیط های شبیه سازی، یکی از مهم ترین نقش های آن تامین ایمنی بیمار می باشد. از این رو این مطالعه با هدف بررسی کاربرد شبیه سازی در آموزش علوم پزشکی و نقش آن در حفظ ایمنی بیماران انجام شد. **روش:** این مطالعه مروری، با واژه های کلیدی شبیه سازی، آموزش و ایمنی بیمار در پایگاه های اطلاعاتی google ، SID ، pubmed ، scholar ، بدون محدوده زمانی مورد جست و جو قرار گرفت. تعداد ۱۴۰ مقاله یافت شد ، ۱۴ مقاله که ارتباط مستقیم با هدف مطالعه داشتند، انتخاب شدند. از بین آن ها ۴ مقاله مروری سیستماتیک که مطالب مربوط به مقالات دیگر را نیز تحت الشعاع قرار میدادند، به صورت بررسی رفرنس های آن مقالات، مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته ها: یافته های حاصل از بررسی فوق نشان داد انواع روش های شبیه سازی معرفی شده شامل ایفای نقش، فعالیت های آنلاین، مانکن ها و قسمت هایی از بدن از جنس پلاستی، میباشند. این روش چند رشته ای برای بهبود کیفیت مراقبت و ایمنی بیمار توسط سازمان های حرفه ای مانند انجمن پزشکی حمایت میشود. بنا به یافته های سیستم آیزنبرگ و miller ، ایمنی بیمار در چهارچوب خود کارآمدی، صلاحیت، عملکرد پرستل و پیامد های مرتبط با بیمار است که میتوان از طریق آموزش کار تیمی، ارزیابی شایستگی ها، آموزش مهارت برای تازه کار ها، تکرار و تمرین و عملکرد مبتنی بر شواهد توسط شبیه سازی به آن دست یافت. همچنین مطالعاتی که در زمینه اتاق عمل انجام شده بیان میدارند شبیه سازی در مدیریت راه هوایی و روش های جراحی نقش موثری در تامین ایمنی بیمار داشته است.

بحث و نتیجه گیری: آموزش شبیه سازی یک استراتژی ضروری برای سیستم های مراقبت بهداشتی برای بهبود ایمنی بیمار است. شواهد زیادی وجود دارد که نشان میدهد آموزش شبیه سازی، خود کارآمدی و صلاحیت تیم بهداشتی را در جهت حفظ ایمنی بیمار بهبود می بخشد. بیان شده است که استفاده از شبیه سازی در زمینه آموزش تیم های چند رشته ای جهت افزایش ایمنی بیمار به رشد خود ادامه خواهد داد.

کلمات کلیدی: شبیه سازی، آموزش، ایمنی بیمار



وضعیت انتقال ایمن درون بیمارستانی بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه مرکز آموزشی درمانی سینا و امام رضا (ع) تبریز

رحیمه علیزاده شرفی^۱، دکتر اکرم قهرمانیان^۱، دکتر زهرا شیخ‌علیپور^۱، دکتر منصور غفوری فرد^۱
۱. گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

چکیده: مراقبت با کیفیت از مسائل اساسی در سازمان‌های سلامت محور و مراکز درمانی است. یکی از ارکان مهم مراقبت با کیفیت، حفظ ایمنی بیمار در ارائه مراقبت‌های سلامت می‌باشد. ارائه خدمات مراقبتی و درمانی در طی انتقال درون بیمارستانی بیمارانی که نیازمند بستری و مراقبت در بخش مراقبت‌های ویژه هستند فرآیندی است که می‌تواند منجر به بروز وقایع ناخواسته شده و ایمنی آن‌ها را تهدید نماید. هدف این مطالعه تعیین وضعیت انتقال درون بیمارستانی بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه است. این پژوهش یک مطالعه توصیفی-تحلیلی در مراکز آموزشی و درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال ۹۸-۱۳۹۷ بود که با مشارکت ۱۶۰ نفر پرستار ویژه کار و بررسی ۵۰ مورد انتقال درون بیمارستانی انجام شد. برای تعیین تجارب پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه در رابطه با انتقال درون بیمارستانی و بررسی وضعیت انتقال درون بیمارستانی در این مطالعه به ترتیب از پرسشنامه و چکلیست طراحی شده توسط برونسولد-ریندرس و همکاران در سال ۲۰۱۵ استفاده شد. داده‌ها به روش مصاحبه نیمه ساختاریافته و مشاهده جمع‌آوری و پس از آن با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و آمار توصیفی و در مورد سوالات باز پاسخ به روش تحلیل محتوای کیفی قراردادی مطرح شده توسط گرانهیم و لاندمن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. طبق خودگزارشی پرستاران مشارکت‌کننده در مطالعه، میانگین $\pm$ انحراف معیار احساس ترس، اطمینان و داشتن مهارت برای انجام یک انتقال درون بیمارستانی ایمن در مقیاس ۱۰ درجه‌ای به ترتیب (۲/۷۳) (۲/۶۶)، (۳/۱۶) (۶/۴۵) و (۱/۵۵) (۷/۷۵) بود. پرستاران بیشترین علل ترس از انتقال و عدم اطمینان برای آن را ناپایداری و احتمال بدتر شدن وضعیت بالینی بیمار، ارست قلبی، اکستوباسیون، افت سچوریشن و ناکارآمدی تجهیزات ذکر کردند. در هر سه مرحله پیش، حین و پس از انتقال از دیدگاه پرستاران، افت ساچوریشن، بیقراری و ناپایداری همودینامیکی از پرتکرارترین وقایع ناخواسته برای بیماران بودند. مهمترین راهکارهای پیشنهادی پرستاران برای پیشگیری از حوادث و ارتقاء فرآیند انتقال، توجه به وضعیت بالینی بیمار و اتصالات وی قبل، حین و پس از انتقال بود. نتایج حاصل از مشاهده ۵۰ مورد انتقال درون بیمارستانی بیماران نشان داد که میانگین و انحراف معیار افراد همراه بیمار در طی انتقال (۰/۸۱) (۳/۵) نفر بود. فقط از پالس‌اکسی‌متری پرتابل برای مانیتورینگ بیمار حین انتقال استفاده می‌شد. فراوانی تغییرات همودینامیک که نیاز به مداخله داشتند شامل تاقیکاردی (۶۳/۷۵)، افزایش فشارخون (۷۴/۳۷)، افت درصد اشباع خون شریانی (۵) (۸) و تاکی‌پنه (۱/۸۷) (۳) مورد بود. در کل ۱۶۰ مورد واقعه ناخواسته مشاهده گردید. در طی مصاحبه با پرستاران و مشاهده وضعیت انتقال درون بیمارستانی پروتکل یا چکلیست اختصاصی برای انتقال درون بیمارستانی که با اهداف تشخیصی یا درمانی انجام می‌گرفت وجود نداشت. توجه به رویکرد بیمار محوری در کنار فراگیری و بهبود مهارت‌های تکنیکی و تاکتیکی، تامین نیروی انسانی کافی، تجهیزات مناسب و زیرساخت‌ها، می‌تواند کیفیت انتقال درون بیمارستانی بیمار را بهبود بخشد. نتایج این مطالعه می‌تواند در تدوین برنامه استراتژیک و عملیاتی بخش‌های ویژه و به عنوان منبعی جهت بهبود عملکرد پرستاران ویژه کار در راستای ارتقای ایمنی بیمار استفاده گردد.

کلیدواژه‌ها: انتقال درون بیمارستانی، ایمنی بیمار، وقایع ناخواسته، مراقبت ویژه



بررسی میزان حساسیت اخلاقی در دانشجویان پرستاری: یک مطالعه توصیفی مقطعی

ملیحه داودی^۱، سید حسن قربانی^۲، آزاده آراسته، الناز یزدان پرست^{۴*}

۱. دانشجوی دکتری پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۲. کارشناسی ارشد پرستاری، مرکز آموزشی، درمانی و پژوهشی حضرت رسول (ص)، شهرستان فردوس، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

۳. کارشناسی ارشد مامایی، مربی آموزشی دانشکده پیراپزشکی و بهداشت فردوس، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

۴. کارشناسی ارشد پرستاری، مربی هیئت علمی دانشکده پیراپزشکی و بهداشت فردوس، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

*نویسنده مسئول: الناز یزدان پرست، کارشناسی ارشد پرستاری، مربی هیئت علمی دانشکده پیراپزشکی و بهداشت فردوس، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

مقدمه و هدف: پرستاری حرفه ای اخلاقی است که در آن پرستاران وظیفه ی مراقبت از بیماران را بر عهده دارند. در روند مراقبت اخلاقی، توجه به حقوق بیماران از اهمیت خاصی برخوردار است که باید توسط گروه ارائه دهنده ی مراقبت بهداشتی مد نظر قرار بگیرد. برای دستیابی به این هدف تنها آگاهی داشتن از حقوق بیماران کافی نیست و باید حساسیت اخلاقی نیز برای تصمیم گیری اخلاقی در شرایط مختلف مراقبت وجود داشته باشد. حساسیت اخلاقی همچنین یکی از معیارهای صلاحیت حرفه ای پرستاران محسوب می شود و بر عملکرد اخلاقی و ارتقای ارتباط بین پرستار و بیمار نیز مؤثر است. هدف مطالعه ی حاضر، بررسی میزان حساسیت اخلاقی دانشجویان پرستاری دانشکده پیراپزشکی و بهداشت فردوس در سال ۱۳۹۹-۱۴۰۰ بود.

روش کار: این پژوهش یک مطالعه توصیفی مقطعی است که از بین ۱۵۶ دانشجوی پرستاری دانشکده پیراپزشکی و بهداشت فردوس، ۱۴۴ نفر در آن شرکت کردند. از تمامی دانشجویان پرستاری دانشکده پیراپزشکی و بهداشت فردوس برای شرکت در پژوهش دعوت به عمل آمده و پس از موافقت و کسب رضایت آن ها، پرسشنامه ها در اختیار آن ها قرار گرفت. پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و حساسیت اخلاقی توسط دانشجویان تکمیل شد. پرسشنامه ی استاندارد حساسیت اخلاقی پرستاران در تصمیم گیری توسط لوتزن^۱ و همکاران در سوئد تدوین شد و سپس در کشورهای مختلف از جمله ایران به کار گرفته شده است. اعتبار این پرسشنامه در ایران توسط حسن پور و همکاران در کرمان بررسی و تأیید شده است. همچنین ضریب پایایی آن ۰/۸۱ محاسبه شده است. این پرسشنامه دارای ۲۵ سؤال است که وضعیت تصمیم گیری اخلاقی پرستاران را در هنگام ارائه ی خدمات بالینی اندازه گیری می کند. در پرسشنامه حساسیت اخلاقی پرستاران در تصمیم گیری لوتزن امتیاز هر سؤال به روش لیکرت به صورت کاملاً موافق [۴]، نسبتاً موافق [۳]، نسبتاً مخالف [۲]، کاملاً مخالف [۱] و بی نظر [۰] در نظر گرفته می شود و بیشترین امتیاز ۱۰۰ و کمترین امتیاز صفر در نظر گرفته می شود. بر این اساس در صورتی که امتیاز کل هر نمونه بین ۵۰-۵۰۰ باشد، دارای حساسیت اخلاقی کم، ۵۰-۷۵ حساسیت متوسط و ۷۵-۱۰۰ دارای حساسیت اخلاقی بالا محسوب می شود. برای تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (تی تست و آنالیز واریانس) استفاده شد. سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج: در مجموع، ۱۴۴ دانشجوی کارشناسی پرستاری در این مطالعه شرکت کردند. از این تعداد ۶۴ نفر (۴۴/۴ درصد) زن و ۸۰ نفر (۵۵/۶ درصد) مرد بودند. میانگین سنی دانشجویان نیز $21/8 \pm 2/3$ سال بود. بیشترین تعداد دانشجویان مجرد (۹۰/۳ درصد) و در ترم ۶ (۳۳/۳ درصد) مشغول به تحصیل بودند. میانگین نمره حساسیت اخلاقی در دانشجویان زن $58/87 \pm 9/74$ و در دانشجویان مرد $60/17 \pm 12/29$ بود و نتایج نشان داد که رابطه ی معنی داری بین متغیرهای جنسیت، وضعیت تأهل و ترم تحصیلی با حساسیت اخلاقی در دانشجویان پرستاری وجود نداشت ($P\text{-Value} > 0.05$). با توجه به نتایج همچنین ملاحظه گردید که میانگین کل حساسیت اخلاقی در دانشجویان پرستاری در سطح متوسط ($59/11 \pm 11/21$) بود.

نتیجه گیری: براساس یافته های مطالعه حاضر دانشجویان پرستاری از سطح متوسطی از حساسیت اخلاقی برخوردارند. این یافته نشان می دهد که دانشجویان پرستاری نسبتاً با مفاهیم اخلاقی مراقبت از بیمار آشنا هستند، اما به نظر نمی رسد کافی باشد، زیرا حساسیت اخلاقی یک عامل بسیار مهم در مراقبت از بیمار است و نقش بسزایی را در کیفیت و ایمنی خدمات درمانی ایفا می کند. بنابراین، لازم است برنامه های آموزشی مناسبی برای افزایش حساسیت اخلاقی دانشجویان پرستاری از ابتدای تحصیل در نظر گرفته شود.



تاثیر آموزش ایمنی بیمار به روش یادگیری مبتنی بر حل مسئله بر دانش، نگرش و ادراک از ایمنی بیمار در

دانشجویان پرستاری

حسین جمشیدی^۱، معصومه همتی مسلک پاک^۲، ناصر پریزاد^۳

۱ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

۲ دانشیار مرکز تحقیقات چاقی مادر و کودک دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ارومیه، ایران

۳ استادیار پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

مقدمه و هدف: ایمنی بیمار برای هر نظام مراقبت سلامتی که در پی تضمین و بهبود کیفیت مراقبت است در اولویت قرار دارد. اکثر دانشگاه های دنیا در پی یافتن روش های آموزشی هستند که بتوانند موجب گسترش و ارتقای ظرفیت های تصمیم گیری بالینی و یادگیری مداوم و خود محور دانشجویان گردند، و در این بین آموزش بر پایه حل مساله به عنوان یک شیوه آموزش جایگاه والایی در سطوح بالای آموزشی پیدا کرده است. لذا پژوهشی با هدف تعیین تاثیر آموزش ایمنی بیمار به روش یادگیری مبتنی بر حل مسئله بر بر دانش، نگرش، ادراک از ایمنی بیمار در در بین دانشجویان پرستاری طراحی و اجرا گردید.

مواد و روش کار: در این مطالعه نیمه تجربی تعداد ۷۸ نفر از دانشجویان سال چهارم پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه انتخاب و به دو گروه مداخله و کنترل تخصیص داده شدند. در گروه مداخله، محتوی آموزشی به روش یادگیری مبتنی بر حل مسئله در ۸ جلسه، ۴۵-۶۰ دقیقه ای برای دانشجویان ارائه شد. اطلاعات با پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی و پرسشنامه دانش، نگرش و ادراک از ایمنی بیمار جمع آوری و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و آزمون های آماری کای دو، تی مستقل و زوجی آنالیز شد.

یافته ها: آزمون آماری تی مستقل نشان داد که تفاضل میانگین نمره دانش ایمنی بیمار بعد از مداخله در بین دو گروه تفاوت آماری معناداری داشت ($p=0/0001$). همچنین آزمون آماری تی مستقل نشان داد نمرات نگرش ایمنی بیمار بعد از مداخله در بین دو گروه اختلاف معناداری باهم داشتند ($p=0/006$). میانگین نمرات ادراک ایمنی بیمار، بعد از آموزش یادگیری مبتنی بر حل مسئله در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل افزایش یافت که این افزایش از نظر آماری معنادار بود ($P=0/0001$).

نتیجه گیری: با توجه به یافته های این پژوهش می توان نتیجه گرفت که اجرای آموزش به روش یادگیری مبتنی بر حل مسئله بر روی دانش، نگرش و ادراک از ایمنی بیمار تاثیر مثبت دارد لذا توصیه می شود اساتید پرستاری در برخی واحد های درسی از این روش آموزشی استفاده کرده تا موجبات ارتقاء توانایی های بالینی و شناختی دانشجویان پرستاری را بیش از پیش فراهم گردد.

کلیدواژه ها: آموزش، یادگیری مبتنی بر حل مسئله، ایمنی بیمار، دانش، نگرش، ادراک



سقوط و مشخصه های آن در بیماران بستری در بیمارستان ها: یک مطالعه مروری

میترا موسوی شبستری^۱، سمانه علیزاده^۲

۱. میترا موسوی شبستری، دانشجوی دکتری، دانشکده پرستاری و ماماییف دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران

۲. سمانه علیزاده، دانشجوی دکتری، دانشکده پرستاری و ماماییف دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران

چکیده: سقوط به عنوان رویدادی تعریف شده است که در نتیجه افتادن ناگهانی فرد بر روی زمین یا سطوح دیگر پایین تر اتفاق می افتد و طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی بروز حادثه ای در ایمنی بیمار، رویداد یا شرایطی را ایجاد می کند که می تواند باعث ایجاد آسیب به بیمار شود. سقوط و زمین خوردن بیمار نیز همواره یکی از مشکلات اساسی ایمنی در خدمات بهداشتی و از شایع ترین حوادث در بیمارستان ها است، که به طور مرتب توسط پرستاران ثبت می شوند و می تواند مشکلات جدی را به دنبال داشته باشد، همچنین باعث هزینه های انسانی شده و افزایش عوارض و مرگ و میر را به دنبال دارد، سقوط بر اعضای خانواده و افراد مراقبت کننده از بیمارانی که سقوط می کنند نیز تاثیر می گذارد همچنین بر کیفیت زندگی، هزینه های مراقبت های بهداشتی تأثیر می گذارد.

در بررسی متون در سال های ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۰ از پایگاه های داده Science, SID, Magiran, Pubmed, Google scholar و Proquest با واژه های کلیدی سقوط، بیمار بستری، بستری و ترکیب آنها جستجو شد.

۴۳ مطالعه در این تحقیق مورد بررسی قرار گرفت. رایج ترین مکان های سقوط بیمار در بیمارستان به ترتیب، اتاق بیمار، حمام بیمار می باشد و ریسک فاکتورها شامل روشنایی ضعیف در زمان شب، سطوح نامناسب کف پوش، فضایی با دسترسی و نظارت محدود می باشند. اکثراً سقوط بیماران در اثر ترکیبی از عوامل متعددی اتفاق می افتد. همچنین سقوط بیمار با طول مدت بستری در بیمارستان، بستری شدن در بخش های سالمندان، کودکان و روانی، سابقه سقوط در گذشته، مصرف داروها، اختلالات حرکتی و تعادل، ابتلاء به بعضی بیماری ها، استفاده از وسایل کمک حرکتی، اختلالات ذهنی و شناختی، اختلالات بینایی، جنس مرد یا زن، محیط فیزیکی ناامن در بیمارستان ارتباط دارد، سابقه سقوط اخیر، ضعف عضلانی، اختلال رفتاری، آژیتاسیون یا گیجی، بی اختیاری یا تکرر ادراری، تجویز برخی داروها، افت فشار خون وضعیتی یا سنکوپ چندین بار به عنوان ریسک فاکتورهای سقوط شناسایی شده اند.

جهت بررسی ریسک فاکتورهای سقوط بیماران بستری در بخش ها، شناسایی عوامل خطر و شناسایی بیماران با بیشترین احتمال سقوط جهت پیشگیری از این رویداد مهم هستند. سقوط بیماران نشان دهنده کیفیت مراقبت های پرستاری می باشد. در این راستا به کار بردن مقیاسی جهت شناسایی بیماران با احتمال زیاد سقوط، و عوامل مربوط به فرایندهای کار مانند ارتباط بین کارکنان و بیماران نیز از عوامل کلیدی در شناسایی عوامل خطر هستند. لذا ارتقاء دانش پرستاران جهت پیشگیری از سقوط مهم می باشد.

با توجه به مطالعات انجام شده جهت کاهش سقوط بیمار، استفاده از یک اقدام مداخله ای مانند آموزش یا انجام ورزش کافی نمی باشد و به نظر می رسد انجام مداخلات مولتی فاکتوریل با رویکرد چند رشته ای، در کاهش سقوط بیمار و حفظ این وضعیت موثر تر خواهد بود.



تاثیر آموزش ایمنی بیمار به روش یادگیری مبتنی بر حل مسئله بر دانش، نگرش و ادراک از ایمنی بیمار در دانشجویان پرستاری

حسین جمشیدی^۱، معصومه همتی مسلک پاک^۲، ناصر پریزاد^۳

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

۲. دانشیار مرکز تحقیقات چاقی مادر و کودک دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ارومیه، ایران

۳. استادیار پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

مقدمه و هدف: ایمنی بیمار برای هر نظام مراقبت سلامتی که در پی تضمین و بهبود کیفیت مراقبت است در اولویت قرار دارد. اکثر دانشگاه های دنیا در پی یافتن روش های آموزشی هستند که بتوانند موجب گسترش و ارتقای ظرفیت های تصمیم گیری بالینی و یادگیری مداوم و خود محور دانشجویان گردند، و در این بین آموزش بر پایه حل مساله به عنوان یک شیوه آموزش جایگاه والایی در سطوح بالای آموزشی پیدا کرده است. لذا پژوهشی با هدف تعیین تاثیر آموزش ایمنی بیمار به روش یادگیری مبتنی بر حل مسئله بر بر دانش، نگرش، ادراک از ایمنی بیمار در در بین دانشجویان پرستاری طراحی و اجرا گردید.

مواد و روش کار: در این مطالعه نیمه تجربی تعداد ۷۸ نفر از دانشجویان سال چهارم پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه انتخاب و به دو گروه مداخله و کنترل تخصیص داده شدند. در گروه مداخله، محتوی آموزشی به روش یادگیری مبتنی بر حل مسئله در ۸ جلسه، ۶۰-۴۵ دقیقه ایی برای دانشجویان ارائه شد. اطلاعات با پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی و پرسشنامه دانش، نگرش و ادراک از ایمنی بیمار جمع آوری و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و آزمون های آماری کای دو، تی مستقل و زوجی آنالیز شد.

یافته ها: آزمون آماری تی مستقل نشان داد که تفاضل میانگین نمره دانش ایمنی بیمار بعد از مداخله در بین دو گروه تفاوت آماری معناداری داشت ($P=0/0001$). همچنین آزمون آماری تی مستقل نشان داد نمرات نگرش ایمنی بیمار بعد از مداخله در بین دو گروه اختلاف معناداری باهم داشتند ($P=0/006$). میانگین نمرات ادراک ایمنی بیمار، بعد از آموزش یادگیری مبتنی بر حل مسئله در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل افزایش یافت که این افزایش از نظر آماری معنادار بود ($P=0/0001$).

نتیجه گیری: با توجه به یافته های این پژوهش می توان نتیجه گرفت که اجرای آموزش به روش یادگیری مبتنی بر حل مسئله بر روی دانش، نگرش و ادراک از ایمنی بیمار تاثیر مثبت دارد لذا توصیه می شود اساتید پرستاری در برخی واحد های درسی از این روش آموزشی استفاده کرده تا موجبات ارتقاء توانایی های بالینی و شناختی دانشجویان پرستاری را بیش از پیش فراهم گردد.

کلیدواژه ها: آموزش، یادگیری مبتنی بر حل مسئله، ایمنی بیمار، دانش، نگرش، ادراک



بررسی تأثیر برنامه چند رسانه ای آموزشی بر دانش، نگرش و عملکرد پرستاران در زمینه تزریق ایمن

زهره علی مختاری^۱، شهلا درستی^۲، سولماز افشاری^۳، اشرف شریفی^۴، موسی شعبانی^۵

۱. کارشناس ارشد پرستاری، سوپروایزر بالینی، کارشناس ایمنی بیمار، مرکز آموزشی درمانی آیت الله خویی

۲. کارشناس ایمنی بیمار، بیمارستان قمر بنی هاشم

۳. سرپرستار بخش مراقبتهای ویژه مرکز آموزشی درمانی آیت الله خویی

۴. کارشناس پرستاری بخش مراقبتهای ویژه مرکز آموزشی درمانی آیت الله خویی

۵. مدیر مرکز آموزشی درمانی آیت الله خویی

زمینه: تزریقات یکی از شایع ترین پروسیجرهای پرستاری است و رعایت ایمنی در تزریقات توسط پرستاران دارای اهمیت می باشد. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر برنامه چند رسانه ای آموزشی بر دانش، نگرش و عملکرد پرستاران در زمینه تزریق ایمن صورت گرفت. **روش پژوهش:** در این مطالعه نیمه تجربی یک گروهی، ۸۰ نفر پرستار در یک بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ارومیه به روش سر شماری وارد مطالعه شدند. پرستاران، پرسشنامه دانش و نگرش را در مورد تزریق ایمن تکمیل کردند. و عملکرد آن ها در سه حیطه (حین آماده سازی، حین تزریق و بعد از تزریق) نیز توسط چک لیست مورد مشاهده قرار گرفت. سپس یک دوره برنامه چند رسانه ای آموزشی (سخنرانی با اسلاید، پوستر، پمفلت، نمایش فیلم و لوح فشرده) برای پرستاران به اجرا گذارده شد. شش هفته بعد از مداخله، مجددا پرسشنامه دانش و نگرش توسط پرستاران تکمیل گردید و عملکرد آن ها توسط چک لیست مورد مشاهده قرار گرفت. پس از جمع آوری داده ها، با SPSS نسخه ۱۸ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: نتایج نشان دادند که بین دانش و نگرش پرستاران قبل و بعد از مداخله تفاوت معنادار آماری وجود دارد ($p < 0.001$). هم چنین، عملکرد پرستاران به طور معنی داری در سه سطح قبل از آماده سازی، حین تزریق و پس از تزریق بهبود یافت. به طوری که بین عملکرد قبل و بعد از مداخله تفاوت معناداری وجود داشت ($p < 0.001$).

نتیجه گیری: نتایج این پژوهش نشان داد که اجرای برنامه چند رسانه ای آموزشی موجب افزایش دانش، ارتقاء نگرش و بهبود عملکرد پرستاران در مورد تزریق ایمن می شود، لذا با توجه به مشغله کاری پرستاران استفاده از برنامه چند رسانه ای آموزشی در شرایط کنونی کاری پرستاران، جایگزین مناسبی برای سایر شیوه های آموزشی می باشد، تا شاید گامی هر چند کوچک در جهت بهبود کیفیت ارائه خدمات به بیماران باشد. اما رسیدن به این مهم نیازمند برنامه ریزی، تخصیص منابع مالی و حمایت مدیران نظام سلامت است، تا خدمت رسانی به بهترین نحو ممکن فراهم شود.

کلید واژه ها: برنامه چند رسانه ای آموزشی، تزریق ایمن، دانش، نگرش، عملکرد، پرستار



بررسی رعایت ایمنی بیمار از نظر پیشگیری از اشتباهات دارویی توسط پرستاران مرکز آموزشی

درمانی شهید مطهری ارومیه

- نادر آقاخانی^۱، فرشاد محمدی^۲، منیره صمدی^۳، هاله زارع^۴، مریم افضلی^۴
۱. دانشیار، دکترای پرستاری، مرکز تحقیقات ایمنی بیمار، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ایران
۲. دانشجوی دکترای پرستاری، مرکز تحقیقات ایمنی بیمار، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ایران
۳. مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری ارومیه، مرکز تحقیقات ایمنی بیمار، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ایران
۴. مرکز آموزشی درمانی طالقانی ارومیه، مرکز تحقیقات ایمنی بیمار، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ایران

زمینه و هدف: یکی از مولفه‌های اصلی حاکمیت بالینی و کیفیت خدمات سلامت، ایمنی بیمار می‌باشد. ایمنی بیمار به معنای اجتناب از وارد شده هرگونه صدمه و جراحت به بیمار در حین دریافت خدمات مراقبت سلامت می‌باشد. به دلیل وجود خطرات بالقوه‌ای که در قسمت‌های مختلف سازمان‌های بهداشتی درمانی و به خصوص بیمارستان‌ها وجود دارد، پرداختن به مقوله‌ی ایجاد محیطی ایمن و به دور از خطا برای حفظ سلامت تمامی مددجویان مراکز درمانی ضروری می‌باشد. یکی از زیر ساخت‌های چنین محیطی، رعایت ایمنی بیمار از نظر پیشگیری از اشتباهات دارویی توسط پرستاران می‌باشد. هدف این پژوهش بررسی رعایت ایمنی بیمار از نظر پیشگیری از اشتباهات دارویی توسط پرستاران مرکز آموزشی - درمانی شهید مطهری ارومیه بود.

روش بررسی: این پژوهش به روش مقطعی و از نوع توصیفی انجام شد و جامعه آماری را پرستاران مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری ارومیه تشکیل می‌داد. متغیرهای مورد مطالعه شامل رعایت استانداردهای ایمنی از نظر رعایت ایمنی بیمار با پیشگیری از اشتباهات دارویی بود که همگی اجزای متغیر اصلی رعایت استانداردهای ایمنی محسوب می‌شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه ۱۴ گویه‌ای بود. نحوه امتیاز دهی به صورت، همیشه ۴، اکثراً: ۳، معمولاً: ۲ و گاهی: ۱ نمره در نظر گرفته شد و سپس میانگین امتیاز محاسبه شد. در نهایت اطلاعات وارد SPSS گردید و آنالیز گردید. برای آمار توصیفی از فراوانی و درصد استفاده شد. نقطه برش در این مطالعه ۴۲ بود که کمتر از آن نامطلوب و بیشتر از آن مطلوب برآورد شد.

یافته‌ها: جامعه پژوهش شامل ۹۰ پرستار شاغل در بخش‌های مختلف که ۷۲ نفر زن و ۱۸ نفر متاهل بودند. متوسط سابقه کار پرسنل نیز ۸/۶ سال بود. مشخص شد که موارد آماده سازی داروها به روش بیمار صحیح، دارو، دوز دارویی، راه تجویز دارو، زمان تجویز دارو و دستورات دارویی به علت خستگی یا بی دقتی، یا تعداد بالای بیماران به طور کامل انجام نمی‌شد. اکثراً داروها بعد از آماده شدن برچسب داشتند. لیست تداخلات دارویی در تمام بخش‌ها موجود نبود یا به آن توجه چندانی نمی‌شد که علت این امر اجرای دستور پزشک بیان می‌شد. زمان نگهداری داروها در یخچال نسبتاً مورد توجه قرار می‌گرفت، تاریخ انقضای داروها و درجه یخچال به طور روزانه چک می‌شد. کارگاه‌های تداخل دارویی برای اکثر نمونه‌ها برگزار شده بود ولی چندان کاربردی یا عملیاتی نبود. همچنین، مشخص شد که میانگین نمره رعایت استانداردهای ایمنی از نظر رعایت ایمنی بیمار ۲۴۳ بوده و بین رعایت استانداردهای ایمنی از نظر رعایت ایمنی بیمار و مشخصات دموگرافیک پرستاران ارتباط آماری معنی داری وجود نداشت ($p = 0/05$).

نتیجه گیری: با توجه به نتایج بدست آمده، نظر به اینکه رعایت ایمنی و مسئولیت ایمنی بسیار اهمیت دارد، اهتمام مدیران و کارکنان بیمارستان در ارتقای فرهنگ ایمنی ضروری بوده و برای این منظور می‌توان از راه کارهایی نظیر آموزش، نشان دادن تمایل مدیران به ایمنی، ایجاد سیستم گزارش حوادث و توسعه کار تیمی نام برد. همچنین پیشنهاد می‌گردد مسئولین دانشگاه و بیمارستان‌ها برای برگزاری دوره‌های آموزشی ایمنی در سطوح مختلف برای کارکنان برنامه ریزی کرده و پیگیری جدی و ایجاد اهرم‌های نظارتی و کنترلی صورت پذیرد.

واژه های کلیدی: ایمنی بیمار، پیشگیری، اشتباهات دارویی، پرستاران، ارومیه



ارزیابی دیدگاه پزشکان، پرستاران و بیماران بیمارستان‌های دولتی شهر رشت درباره رعایت مفاد منشور حقوق بیمار در سال ۱۳۹۹

دکتر زهرا بستانی خالصی^۱

۱. دانشیار بهداشت باروری، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان

منشور حقوق بیمار در ایران برای اولین بار در سال ۱۳۸۱ با هدف تبیین حقوق گیرندگان خدمات سلامت و رعایت موازین اخلاقی در عرصه درمان در ۵ محور کلی تدوین گردید. هدف منشور حقوق بیمار، دفاع از حقوق بیماران و اطمینان از مراقبت کافی از آنها می باشد. منشور حقوق بیمار موجب بهبود ارتباط بین بیماران و ارائه دهندگان مراقبت بهداشتی می گردد و کیفیت مراقبت های بهداشتی - درمانی را ارتقاء می دهد. هدف اصلی این مطالعه تعیین دیدگاه بیماران و پزشکان و پرستاران در خصوص ضرورت رعایت این جنبه از اخلاق پزشکی در بیمارستان‌های آموزشی - درمانی دولتی بوده است. مطالعه از نوع توصیفی - تحلیلی - مقطعی بوده و جمع آوری داده ها به روش مصاحبه مستقیم و از طریق پرسشنامه مشتمل بر دو بخش اطلاعات دموگرافیک و ۲۵ سوال اختصاصی در مورد ضرورت رعایت منشور حقوق بیمار تدوین شده توسط وزارت بهداشت و درمان، آموزش پزشکی کشور بود که توسط ۲۱۴ بیمار ۲۸ پرستار و ۱۱ پزشک پاسخ داده شد. معیار میزان ضرورت هر حق با استفاده از مقیاس لیکرت از صفر (کاملاً مخالف) تا پنج (کاملاً موافق) اندازه گیری شد. آنالیز اطلاعات با انجام آزمون های آماری آنوا یک طرفه و از طریق نرم افزار SPSS16 انجام گرفت.

کلیه گروه های مورد مطالعه نسبت به ضرورت رعایت قریب به اتفاق ابعاد حقوق بیماران اذعان داشته و بیش ترین اختلاف نظر در گروه های مورد مطالعه در حقوق مرتبط به حق دسترسی بیمار به اطلاعات و حق انتخاب و تصمیم گیری وی بود و ۲۳ / ۵۷ درصد از پزشکان، ۳۴ / ۷۲ درصد پرستاران و ۲ / ۹۸ درصد بیماران با منشور حقوق بیمار موافق بودند. در مجموع تمام گروه های مورد تحقیق با منشور حقوق بیمار موافق بودند. با این حال به نظر می رسد بهتر است دیدگاه ارایه کنندگان خدمات بهداشتی به ویژه گروه پزشکی در خصوص ضرورت ارایه اطلاعات به بیماران و توجه به حق انتخاب و تصمیم گیری آن ها مورد تجدید نظر قرار گیرد.



ایمنی بیمار با رعایت اصول صحیح دارودهی

طاهره فلاح نژاد^۱، بهمن آقایی^۲، خدیجه الوندی^۳

۱. ارشد پرستاری داخلی و جراحی، کارشناس پژوهش، واحد توسعه و تحقیقات بالینی بیمارستان امام حسن مجتبی (ع)، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

۲. دکترای پرستاری داخلی و جراحی، استادیار، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران

۳. ارشد پرستاری داخلی و جراحی، کارشناس پژوهش، واحد توسعه و تحقیقات بالینی بیمارستان امام حسن مجتبی (ع)، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

مقدمه: مساله ایمنی بیمار جز یکی از مهمترین موارد مورد توجه نظام سلامت بخصوص در کشورهای توسعه یافته می باشد و این امر سبب گردیده که سایر کشورها در این خصوص اقداماتی انجام دهند. آمارها حاکی از آن است که درصد غیرقابل اغمازی از بیماران در مواجهه با سیستم های بهداشتی بخصوص بیمارستانها دچار عوارض و صدمات ناشی از ارائه خدمات می گردند و مشکلی بر مشکلات اولیه آنها افزوده می شود

معرفی بیمار: در ساعت ۲۱ خانمی ۷۰ ساله با شکایت شکم درد به اتفاق همراه و با پای خودش به بخش اورژانس مراجعه می کند پس از ویزیت توسط پزشک اورژانس با تشخیص احتمالی آپاندیسیت آنتی بیوتیک تراپی جهت بیمار آغاز می شود پس از گذشت حدودا ۵ دقیقه پس از داروی درخواست شده توسط پزشک همراه بیمار به سمت اتاق پزشک دویده و اظهار می کند بیمارش نفس نمی کشد سریعاً پزشک بر بالین بیمار حضور یافته و با توجه به عدم هوشیاری بیمار و نبود تنفس در بیمار کد ۹۹ اعلام می شود. پزشک وقت با شک به اینکه احتمالا داروی تزریقی بیمار که مترونیدازول بوده است سریع جهت بیمار تزریق شده است و یال دارویی را بررسی کرده که متوجه می شود و یال تزریقی بیمار منیزیم سولفات بوده است که متاسفانه طی ۵ دقیقه تزریق شده و موجب ارست تنفسی شده است حدودا یک ساعت CPR انجام می شود که در نهایت بیمار فوت می کند بعلت شلوعی بخش اورژانس و تشابه و یال دارویی منشی اورژانس منیزیم سولفات را در باکس مربوط به مترونیدازول گذاشته بوده که پرستار مسئول بدون توجه به داروی صحیح آنرا به بیمار تزریق می کند

بحث و نتیجه گیری: اصول صحیح دارودهی به بیمار شامل: ۱- داروی صحیح ۲- راه صحیح ۳- زمان صحیح ۴- دوز صحیح ۵- بیمار صحیح ۶- مستندسازی ۷- حق کارکنان و بیمار و همراه بیمار است که در دارودهی به هر کدام از اصول نامبرده باید توجه ویژه شود. باکس داروهای پرخطر با علامتی مشخص شود و به دور از سایر داروها باشد و داروهای پرخطر و حتی و یال داروهای مشابه داروهای پرخطر هستند هنگام دارودهی تحت نظارت دو پرستار آماده شوند و طبق اصل داروی صحیح پس از آماده کردن دارو جهت تزریق حتما از صحت داروی تزریقی قبل از تزریق اطمینان حاصل شود

کلمات کلیدی: تشابهات دارویی، اصول دارودهی، ایمنی بیمار



تأثیر برگزاری کارگاه های ایمنی بیمار بر آگاهی و عملکرد دانشجویان علوم پزشکی

- شقایق رضائی کیا^{۱*}، مرضیه نصیری^۲، فاطمه محمدی زاده^۳، مریم آقامحمدی^۴، رضا پورمحمدی^۵، رضا صالحی نیا^۶
۱. دانشجوی کارشناسی ارشد اتاق عمل، دانشکده پیراپزشکی ساری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
 ۲. دانشجوی کارشناسی ارشد اتاق عمل، دانشکده پیراپزشکی ساری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
 ۳. دانشجوی کارشناسی ارشد اتاق عمل، دانشکده پیراپزشکی ساری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
 ۴. دانشجوی کارشناسی ارشد اتاق عمل، دانشکده پیراپزشکی ساری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
 ۵. دانشجوی کارشناسی ارشد اتاق عمل، دانشکده پیراپزشکی ساری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
 ۶. دانشجوی کارشناسی ارشد اتاق عمل، دانشکده پیراپزشکی ساری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

چکیده: ایمنی بیمار جزء بسیار ضروری سیستم های بهداشتی درمانی بوده و ارائه ی مراقبت های ایمن و با کیفیت خوب، وظیفه حرفه ای، اخلاقی و قانونی متخصصان مراقبت سلامت است. با توجه به آن که دانشجویان علوم پزشکی هم زمان با آموزش، بر بالین بیماران نیز حاضر می شوند، توانمندسازی و کسب مهارت های لازم در دانشجویان علوم پزشکی، بخش اساسی آموزش علوم پزشکی را تشکیل می دهد. هدف این مطالعه مروری تعیین تاثیر برگزاری کارگاه های ایمنی بیمار بر آگاهی و عملکرد دانشجویان علوم پزشکی است. برگزاری کارگاه های ایمنی دارای اهمیت بسیار بالا است که سبب کاهش خطای دانشجویان و افزایش ایمنی بیماران می شود. در این مطالعه مروری مقالات منتشر شده بین سال های ۲۰۲۱-۲۰۱۰ میلادی مورد بررسی قرار گرفتند. به این منظور پایگاه های Google, SID, Google Scholar, Scopus, Pubmed, Science Direct مورد جست و جو قرار داده شد. جهت جست و جو از کلمات کلیدی دانشجویان علوم پزشکی، ایمنی بیمار، آگاهی، عملکرد، کارگاه، استفاده شد. یافته های حاصل نشان داد برگزاری مداوم کارگاه های ایمنی بیمار، آگاهی و عملکرد دانشجویان علوم پزشکی را تقویت می کند و موجب افزایش ایمنی بیماران می شود. همچنین در برخی مطالعات نشان داد این افزایش آگاهی، موقتی است و باید به طور مستمر آن را تقویت نمود. به طوری که ایمنی بیمار در تمامی واحدهای عملی آموزش داده شود و در ارزشیابی عمومی به عنوان یک آیتم مورد ارزشیابی قرار گیرد تا تکرار مداوم آن باعث نهادینه شدن مفهوم ایمنی بیمار در دانشجویان علوم پزشکی شود.

کلید واژه: دانشجویان علوم پزشکی، ایمنی بیمار، آگاهی، عملکرد، کارگاه



تبیین دیدگاه مراقبین سلامت از سامانه های کنترل اپیدمی کووید ۱۹ وزارت بهداشت (یک مطالعه کیفی)

مهدی زنگنه بایگی^۱، مصطفی پیوند*^۲

۱-استادیار مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

۲-کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

زمینه و هدف: با شیوع پاندمی کرونا و به دنبال آن امرگ و میر گسترده این بیماری، فعالیت های زیاد و پراکنده ایی توسط نظام سلامت ایران برای مدیریت این بیماری انجام شده است، دست اندرکاران نظام سلامت خود را موظف دیدند تا علاوه بر اقدامات مستقیم پزشکی با استفاده از نرم افزارها و ابزارهای مختلف به کنترل این اپیدمی کمک کنند. یکی از کارهایی که توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ایران انجام شد، استفاده از سامانه های ۴۰۳۰، Salamat.gov، اپلیکشن ماسک، Qr code reader و سامانه سیب بود. به منظور تاثیر این سامانه ها در کنترل اپیدمی ۱۹ پژوهش حاضر با هدف تبیین دیدگاه مراقبین سلامت از سامانه های کنترل اپیدمی کووید ۱۹ وزارت بهداشت انجام شد.

مواد و روش ها: این مطالعه با روش تحقیق کیفی و با رویکرد تحلیل محتوا در سال ۱۳۹۹ در مراکز خدمات جامع سلامت شهرستان زاهدان انجام یافته است. جهت گردآوری اطلاعات به روش نمونه گیری هدفمند ۱۷ مراقب سلامت انتخاب و پس از رعایت موازین بهداشتی و پروتکل های بهداشتی با آنان مصاحبه نیمه ساختارمند تا اشباع داده ها به عمل آمد. مصاحبه ها ضبط، دست نویس و با روش Graneheim و Lundman مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: در این مطالعه ۱۰ نفر زن و ۷ نفر مرد وارد مطالعه شدند، پس از تحلیل مصاحبه ها تعداد ۴ درون مایه اصلی و ۲۴ درون مایه فرعی استخراج گردید. امکان ثبت اطلاعات در هر زمان از شبانه روز، دسترسی به یک بانک اطلاعاتی جامع، سهولت استفاده، امکان رهگیری بیماران، امکان نظارت مردم بر پروتکل های بهداشتی از جمله موضوعاتی بود که توسط مشارکت کننده گان مطرح شد.

نتیجه گیری: بسیاری از مشارکت کننده گان دیدگاه مثبتی نسبت به سامانه ها داشتند، و معتقد بودند، باعث تسریع در عملکرد و ثبت یکپارچه اطلاعات در کل کشور می شود، اما تعدد زیاد سامانه ها، مشکلات زیر ساختی، اینترنت و ثبت یک فعالیت در چند سامانه نیازمند ایجاد یک سامانه جامع سلامت می باشد. کرونا می تواند فرصتی برای شناسایی ضعف ها، کمبودها و نقص های زیرساختی در این زمینه و نمایان ساختن عدم توازن در توزیع زیرساخت های مورد نیاز در بخش اینترنت و سامانه های سلامت به خصوص در مناطق دور از دسترس و محروم و شناسایی این کمبودها و تلاش در جهت بر طرف کردن آنها باشد و این به مثابه رشد و تعالی در این زمینه و جنبه مثبت شرایط به وجود آمده و خود نقطه آغازی برای تداوم و ارتقاء کیفیت بحث خدمات مدرن سلامت در آینده است.

واژگان کلیدی: سامانه، کرونا، اپلیکشن



تجارب مبتلایان به بیماری های زمینه ای، از رعایت قرنطینه معکوس، در پاندمی کرونا

مهدی زنگنه بایگی^۱، مصطفی پیوند^{۲*}

۱. استادیار مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران
۲. کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

زمینه و هدف: با شیوع بیماری کرونا ویروس جدید (کووید ۱۹) برخی از اقشار جامعه در معرض آسیب بیشتری قرار دارند مادران باردار، بیماران دیابتی و فشار خون و نقص سیستم ایمنی از جمله این گروه ها می باشند، که می بایست به طور خاص مورد توجه قرار گیرند، این افراد به دلیل نقص سیستم ایمنی بدنشان مستعد، ابتلا به بیماری های مختلف هستند، قرنطینه معکوس شیوه ای جدید جهت مراقبت افراد غیر مبتلا در برابر بیماری کووید ۱۹ می باشد، به منظور بررسی تجارب مبتلایان به بیماری های زمینه ای، از رعایت قرنطینه معکوس، در پاندمی کرونا مطالعه حاضر انجام شد.

مواد و روش ها: مطالعه کیفی حاضر با رویکرد تحلیل محتوا در دانشگاه علوم پزشکی زاهدان در سال ۱۳۹۹ انجام شد. جامعه پژوهش شامل بیماران مبتلا بیماری های زمینه ای که قرنطینه معکوس بودند که در مجموع ۲۴ نفر از افراد به صورت هدفمند انتخاب شدند. در این مطالعه جهت گردآوری اطلاعات از روش مصاحبه فردی با رعایت پروتکل های بهداشتی تا اشباع داده ها (مشارکت کننده گان موضوع جدیدی را اشارع نکنند) انجام شد. همچنین از روش تحلیل محتوا برای تحلیل داده های مطالعه استفاده شد

یافته ها: در این مطالعه دیدگاه بیماران در پنج مضمون (۱- ترس از ابتلا، ۲- سلامت خانواده، ۳- مشکلات روانی و خلقی ۴- نیاز به اطلاعات مفید و بروز ۵- چالش های اقتصادی مرتبط با قرنطینه) تقسیم بندی شد. پیشنهاداتی نظیر ارائه دارو و سایر خدمات پزشکی به درب منازل ارائه شد تا از مراجعه مستقیم این بیماران به مراکز درمانی و جامعه پرهیز شود.

نتیجه گیری: در این پژوهش به بررسی دیدگاه گروه های آسیب پذیر نسبت به قرنطینه معکوس در دوران اپیدمی کرونا پرداخته شد. با توجه به شیوع جهانی این ویروس، پروتکل ها و مراقبت های بهداشتی اعمال شده برای سایر افراد می بایست، برای گروه های آسیب پذیر نیز اعمال شود. نیاز به دادن اطلاعات به موقع و پیگیری مستمر تیپ مراقبین سلامت همچنین لازم است اقدامات پیشگیرانه در سطح جامعه در ارتباط با این بیماران صورت گیرد تا به طور خاص این افراد تحت نظر و پیگیری های درمانی قرار گیرند.

واژگان کلیدی: قرنطینه معکوس، کرونا، بیماری مزمن



عدم قطعیت در تصمیم گیری بالینی پرستاران و اهمیت آن در ارتباط با ایمنی بیمار

میترا موسوی شبستری^۱، دکتر فرانک جبارزاده تبریزی^۲، دکتر فریبرز روشنگر^۳، دکتر وحید زمانزاد^۴، دکتر اکرم قهرمانیان^۵، دکتر پروین سربخش^۶

۱. دانشجوی دکترای پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۲. دانشیار، دانشکده پرستاری و مامایی تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۳. استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۴. استاد، دانشکده پرستاری و مامایی تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۵. دانشیار، دانشکده پرستاری و مامایی تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۶. دانشیار، دانشکده بهداشت تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

*این مقاله از پایان نامه دکتری با کد IR. TBZMED. REC. 1399. 148 استخراج شده است.

مقدمه: وضعیت عدم قطعیت به عنوان موقعیتی است که در آن فرد نمی تواند احتمال یا به عبارت دیگر درصد وقوع نتایج انتخاب راهکار احتمالی، حین تصمیم گیری بالینی را حدس بزند. انجام بهترین مراقبت ها توسط پرستاران بر اساس بهترین شواهد برای حفظ ایمنی مددجویان ضروری است. حال این سوال مطرح می شود که آیا عدم قطعیت پرستاران می تواند با ایمنی مددجویان مرتبط و تأثیر گذار باشد؟ مطالعه مروری حاضر با هدف پاسخ به سوال یاد شده انجام شده است.

روش کار: در مطالعه حاضر از طریق جستجوی الکترونیکی در ارتباط با مطالعات مرتبط، پایگاه های اطلاعاتی SID، magiran، google scholar، science direct، pubmed با کلید واژه عدم قطعیت، تصمیم گیری بالینی پرستار، ایمنی، مددجو، جستجو انجام شد. بعد از انجام جستجوی کلی، مقالات با قابلیت دسترسی متن به طور کامل جدا شدند. و در مطالعه وارد شدند و مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته ها: اگر چه عدم قطعیت می تواند بر آینده های ناخوشایندی (نظیر کاهش عزت نفس، ترس، استرس و ...) برای خود پرستار به همراه داشته باشد. اما در نهایت می تواند متعاقب انتخاب راهکار نامناسب منجر به خطا، کاهش کیفیت مراقبت ارائه شده یا عوارض جانی (حتی مرگ) برای مددجو گردد. در مطالعه ای بین فرهنگ ایمنی بیمار و عدم قطعیت پرستاران بخش ویژه همبستگی معنی دار و معکوس ذکر شده است. آگاهی مددجو از رخداد عدم قطعیت پرستار نیز می تواند منجر به احساس اضطراب و استرس در مددجو گردد. اغلب اوقات پرستاران از شهود خود برای مقابله با عدم قطعیت استفاده می کنند اما بهترین روش مقابله، بهره گیری پرستاران استفاده از فرایند حل مساله و تفکر انتقادی در مواجهه با موقعیتهای تصمیم گیری های پیچیده و بحرانی ذکر شده است. ضمن اینکه مواجهه با عدم قطعیت همیشه نامناسب نیست و برخی اوقات موجب تلاش بیشتر پرستاران برای افزایش دانش و در نهایت توسعه قطعیت در تصمیم گیری های آتی و ارائه مراقبت مبتنی بر شواهد و توسعه مراقبتهای ایمن می شود، اما این موضوع مستلزم آن است که پرستار نسبت به تجربه عدم قطعیت خود آگاه و در صدد مدیریت آن باشد.

نتیجه گیری: با توجه به اهمیت و نقش عدم قطعیت پرستار در ایمنی بیمار حین تصمیم گیری بالینی، ضروری است با انجام مداخلات مناسب از جمله تشویق پرستاران به خودآگاهی نسبت به رخداد وضعیت عدم قطعیت و بهره گیری از تفکر انتقادی و فرایند حل مساله و توسعه دانش و در نهایت بهره گیری از مراقبت مبتنی بر شواهد در کنترل و مدیریت عدم قطعیت تلاش گردد.



دیدگاه پرستاران کودکان در مورد چک مجدد داروهای پر خطر

معصومه رحیمی^۱ لیلا احمدی زاده^۲

۱. کارشناس پرستاری، پرستار بخش مراقبت ویژه کودکان بیمارستان کودکان تبریز.
۲. کارشناس ارشد پرستاری، دبیر کمیته پژوهش پرستاری بیمارستان کودکان تبریز.

مقدمه: خطاهای دارویی یکی از رایج‌ترین اشتباهاتی است که در حین تجویز دارو رخ می‌دهد لذا جهت جلوگیری از این امر چک مجدد داروها توسط همکار قبل از تجویز داروهای پرخطر به عنوان راهی برای به حداقل رساندن خطای دارویی است و یکی از مهمترین اصول اعتباربخشی در پانل ایمنی بیمار می‌باشد که در بیمارستان‌ها انجام می‌شود. مطالعه حاضر با هدف بررسی دیدگاه پرستاران کودکان در خصوص چک مجدد داروهای پرخطر توسط همکار انجام شده است.

روش: مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی مقطعی می‌باشد که در نیمسال دوم ۱۳۹۹ در بیمارستان کودکان تبریز انجام شد. جامعه مطالعه پرستاران مشغول بکار در بیمارستان کودکان می‌باشد که از بین آنها ۵۰ نفر به روش در دسترس وارد مطالعه شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه مشتمل بر ۳۰ سوال برگرفته از مطالعه Schwappach و همکاران در سال ۲۰۱۸ بود. این پرسشنامه دیدگاه پرستاران را در خصوص چک مجدد داروهای پرخطر در چهار حیطه مزایا و اثربخشی چک مجدد، خودکارآمدی، هنجارهای فعلی موجود در واحد و ایمنی بیمار مورد ارزیابی قرار می‌دهد. سوالات به روش لیکرت نمره‌گذاری شد و نتایج در نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین سنی پرستاران ۳۳/۶۴ و میانگین سابقه کاری آنها ۹/۹۸ سال گزارش شد. ۹۶٪ پرستاران دارای مدرک کارشناسی و ۴٪ کارشناسی ارشد بودند. در حیطه اعتقاد به اثربخشی چک مجدد داروها ۸۶/۱٪ پرستاران اعتقادات قوی در مورد تأثیر روش بررسی مجدد داروها بر ایمنی بیمار را داشتند و تصریح کردند که چک مجدد داروهای پرخطر، وظیفه اصلی در حفظ ایمنی تجویز دارو می‌باشد. ۷۹/۶۳٪ آنها از عملکرد خود در انجام صحیح چک مجدد داروها اطمینان داشتند. ۹۱/۲٪ پرستاران معتقد بودند که انجام چک مجدد داروها سبب حفظ ایمنی بیمار شده و خطاهای افراد می‌تواند با بررسی مجدد توسط همکار اصلاح گردد. ۶۸/۷۸٪ پرستاران اظهار داشتند که چک مجدد داروهای پرخطر در واحد آنها به درستی صورت می‌گیرد و قوانین موجود در این خصوص در بخش مورد توجه قرار دارد. در مقابل، برخی از محدودیت‌های چک مجدد نیز تشخیص داده شد، به عنوان مثال، ۲۶٪ از پرستاران گزارش دادند که بررسی مجدد باعث وقفه‌های مکرر می‌شود و ۱۴٪ گزارش دادند که بررسی مجدد به صورت سطحی در واحد آنها انجام شده است.

نتیجه‌گیری: اعتقاد گسترده و قوی به اثربخشی چک مجدد داروهای پرخطر با حفظ ایمنی بیمار مرتبط است، لذا با در نظر گرفتن معایب فعلی موجود در این روش از دیدگاه پرستاران پیشنهاد می‌گردد. مدیران پرستاری تمهیداتی را جهت سازگاری پرستاران با رویه‌های موجود اندیشیده و رفع ایرادات وارد به این روش را مدنظر قرار دهند. در حال باوجود وقت‌گیر بودن چک مجدد داروها به دلیل مشغله بالای کاری پرستاران، این روش یکی از مهمترین راه‌های افزایش ایمنی در تجویز داروهای پرخطر می‌باشد. لذا انجام صحیح آن ضروری به نظر می‌رسد. ارزیابی دیدگاه و اعتقادات در مورد ایمنی بیمار با استفاده از روش خود اظهاری ممکن است بینش محدودی را ایجاد کند، ولی با این حال سهم بسیار مهمی در زمینه شناسایی و رفع مشکلات موجود دارد.

کلید واژه: چک مجدد، پرستار، خطای دارویی، ایمنی بیمار



بررسی آگاهی بیماران مبتلا به کروناویروس بستری در بخش های غیر ویژه نسبت به منشور حقوق بیمار در بیمارستان امام رضا تبریز

مهدی خانبابایی گول^۱، لیلا مختاری^۲

۱. کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

۲. کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران (نویسنده مسئول)

مقدمه: منشور حقوق بیمار یکی از شاخص های تعیین کننده در تعیین استانداردها جهت اعمال حاکمیت خدمات بالینی است. با توجه به ضرورت رعایت مفاد منشور حقوق بیمار و همچنین افزایش شیوع مبتلایان به کووید ۱۹ بر آن شدیم تا این مهم را در این بیماران نیز بررسی نماییم؛ لذا هدف مطالعه حاضر بررسی آگاهی بیماران مبتلا به کروناویروس بستری در بخش های غیر ویژه نسبت به منشور حقوق بیمار در بیمارستان امام رضا تبریز بود.

روش کار: این مطالعه توصیفی مقطعی در سه ماهه سوم سال ۱۳۹۹ با مشارکت ۱۳۹ بیمار مبتلا به کووید ۱۹ بستری در بخش های غیر ویژه (برآورد بر اساس مطالعه پایلوت- نمونه گیری در دسترس) در بیمارستان امام رضا (تبریز-ایران) انجام شد. میزان آگاهی بیماران بر اساس پرسشنامه منشور حقوق بیمار (۵۳-۲۰) (پایایی برابر $r=0.75$) گردآوری شد و با آزمون های آمار توصیفی و استنباطی تحلیل شدند.

نتایج: ۸۴ درصد بیماران از مفاد منشور حقوق بیمار هیچ اطلاعی نداشتند و بقیه آنان اطلاعات کمی داشتند. نتایج حاکی از آن بود که میزان رعایت منشور حقوق بیمار در حد ضعیف ($50/42 \pm 3/12$) بود.

نتیجه گیری: میزان رعایت مفاد منشور حقوق بیمار و آگاهی بیمار از آن در بیماران مبتلا به کووید ۱۹ بستری در بخش های غیر ویژه در حد نامطلوبی بود که نیازمند بررسی های اپیدمیولوژی بیشتر می باشد.

کلیدواژه ها: کووید ۱۹، منشور حقوق بیمار، پرستار



تأثیر استفاده از شبکه های اجتماعی بر کیفیت مراقبت های پرستاری و ایمنی بیماران

پریسا آقایی^۱، حسین نامدار^۲

۱. کارشناس ارشد روان پرستاری

۲. دکترای پرستاری، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تبریز دانشکده پرستاری و مامایی

ایمنی بیمار هدف اصلی ارائه دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی و اصل اساسی مراقبت های بهداشتی می باشد که تحت تاثیر مراقبت های پرستاری قرار دارد. ایمنی بیمار یکی از مولفه های اصلی کیفیت مراقبت های پرستاری می باشد. مراقبت جزء اساسی در نظام بهداشتی و درمانی می باشد. ارائه خدمات با کیفیت و بهتر به مردم از سیاست های دولت می باشد به همین دلیل بهبود کیفیت مراقبت های پرستاری در اولویت می باشد. یکی از عواملی که کیفیت مراقبت های پرستاری را تحت تاثیر قرار می دهد، استفاده از شبکه های اجتماعی توسط پرستاران می باشد. این فناوری ارتباطات در دنیای کنونی را متحول ساخته و به یکی از محبوب ترین ابزار جهت ایجاد ارتباط تبدیل شده است. این مطالعه با هدف استفاده از شبکه های اجتماعی توسط پرستاران و ارتباط آن با کیفیت مراقبت های پرستاری و ایمنی بیماران در مراکز آموزشی درمانی تبریز انجام گردید.

روش کار: این مطالعه، یک مطالعه ی توصیفی همبستگی می باشد که با مشارکت ۱۹۷ پرستار و ۱۹۷ بیمار واجد شرایط در سال ۱۳۹۶ در هفده بخش داخلی بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام شد. ابزار جمع آوری داده ها پرسشنامه ی مقیاس کیفیت مراقبت از بیمار که شامل سه بخش مشخصات فردی اجتماعی، بعد روانی اجتماعی، بعد فیزیکی و بعد ارتباطی می باشد و پرسشنامه محقق ساخته استفاده از شبکه ها توسط پرستاران که در کل دارای ۳۲ سوال است که سیزده سوال در مورد استفاده پرستاران از شبکه های اجتماعی در بعد فیزیکی مراقبت از بیمار و نوزده سوال در بعد روانی اجتماعی و ارتباطی می باشد.

نتایج: نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که اکثر ۱ (۷۵٫۶۳٪) پرستاران شرکت کننده در پژوهش عضو شبکه های اجتماعی می باشند. میانگین استفاده از شبکه ها توسط پرستاران ۱۱٫۸۲+ ۴۵٫۰۱ از دامنه قابل کسب (۳۲-۹۶) و نمره ی کل کیفیت مراقبت های پرستاری و ایمنی ۱۶۹٫۷۱+ ۲۰٫۴۹ از دامنه قابل کسب (۶۷-۲۰۱) محاسبه گردید. نتایج نشان داد که بین استفاده از شبکه های اجتماعی با کیفیت مراقبت های پرستاری ارتباط معنادار وجود دارد.

نتیجه گیری: با توجه به عضویت اکثریت پرستاران در شبکه های اجتماعی و ارتباط معنی دار و مثبت استفاده از شبکه ها با کیفیت مراقبت های پرستاری به نظر می رسد با استفاده ی مناسب از شبکه های اجتماعی می توان کیفیت مراقبت های پرستاری را بهبود بخشید که با توجه به اینکه ایمنی بیمار از مولفه های اصلی بهبود کیفیت مراقبت ها می باشد در نتیجه ایمنی بیماران نیز با استفاده مناسب از شبکه های اجتماعی ارتقا می یابد. با توجه به نتایج، بیشتر پرستاران معتقد بودند که استفاده صحیح از شبکه های اجتماعی می تواند باعث بهبود عملکرد آنها شود اما گاهی برخی قوانین موجود در محیط کاری استفاده از شبکه ها در زمان کاری رو مناسب نمی داند. لذا بایستی سیاست گزاران نظام سلامت در جهت تعدیل برخی قوانین باشند تا همراه با پیشرفت فناوری و تکنولوژی ارتباطات، پرستاران همراه با بهترین استفاده از شبکه های اجتماعی، مطلوب ترین خدمات را ارائه دهند و از برنامه های آموزشی برای پرستاران در این شبکه ها استفاده گردد.



احترام به حقوق و کرامت انسانی بیمار

ثریا نجاتی^۱

۱. دانشکده پرستاری و مامائی دانشگاه علوم پزشکی تهران

خلاصه: خصوصیات اخلاقی در چهار حوزه باید نوع دوستی، وظیفه شناسی و مسؤولیت، شرافت و درستکاری، احترام به دیگران و در حوزه تعالی شغلی باشد. از طرفی اخلاق حرفه ای نوعی تعهد اخلاقی و وجدان کاری نسبت به هر نوع کار، وظیفه و مسؤولیتی است که صداقت در رفتار، گفتار در هر شغلی، نمادی از احترام به اخلاق است. سلامتی انسان امری اجتناب ناپذیر است. انسان بدون سلامتی نمی تواند به زندگی خود ادامه دهد بیماری آرامش انسان را می گیرد و فعالیت های طبیعی او را مختل می کند و توصیه های اخلاقی از دیر باز یکی از اجزاء علم طب، اخلاق پزشکان محسوب می شود و عالمان طب در کنار پرداختن به مسایل پزشکی و توصیه های دارویی، توصیه های اخلاقی نیز داشته اند. علم اخلاق پزشکی در حقیقت یک نوع امر به معروف در پزشکی است، یعنی امر به تشویق اعمال و رفتار و کردار پسندیده و نهی از اعمال نا صحیح که باید از آن ها اجتناب کرد. امر به وقار، به بی طمع، پاک چشمی، پاک دامنی، دلسوزی و محبت، مهربانی، صمیمیت، شکیبایی به همدردی با مردم و بیماران، امر به رازداری، به امانت و صداقت، امر به مطالعات و روزآمد نگاه داشتن دانش خود می باشد همچنین وظیفه شناسی تقریباً به عنوان معادل علم اخلاق پزشکی استعمال شده است و این به خاطراهمیت و پایبندی است که صاحبان حرفه پزشکی به وظایف خود دارند وجدان انسانی یعنی انسان ارزش کار خود را مشروط به امور مادی نکند بلکه به خاطر وجدان انسانی کاری را انجام دهد عمل او کاملاً اخلاقی است و ارزشمند بنابراین اگر کسی به انسان نیازمند کمک کند و صداقت داشته باشد، این یک عمل اخلاقی خواهد بود اما اگر این کمک کردن در ازای امور مادی باشد این عمل اخلاقی نیست بلکه یک عمل تاجرانه است. اصول اخلاقی چهار گانه ای که علوم پزشکی باید رعایت شود عبارتند از: اصل اتونومی و احترام به خود مختاری بیمار، اصل سودمندی یا ارائه اقدامات مفید و سودمند، اصل عدم ضرر رسانی یا جلوگیری از صدمه و آسیب، اصل عدالت یا رعایت توازن



بررسی تاثیر استرس و بی خوابی بر سیستم ایمنی بدن

علی احمدی

مقدمه: استرس هایی که منجر به بی خوابی شبانه می شود را دارند که مدار مغزی هم بر این عامل تاثیر گذار است این مدار همچنین با ضعیف تر شدن سیستم ایمنی ناشی از استرس در ارتباط است هدف از این مطالعه بررسی تاثیر استرس و بی خوابی بر سیستم ایمنی بدن میباشد. [۱، ۲]

روش کار: این مطالعه در سال ۱۳۹۹ با جستجوی کلید واژه هایی نظیر استرس، بی خوابی و سیستم ایمنی در پایگاه های داده معتبر از جمله: pub med و google scholar انجام شد که در نهایت ۱۵ مقاله پیدا شد که از این ۱۵ مقاله ۱۰ مقاله مورد استفاده قرار گرفت

یافته ها: براساس مطالعات حاصل از مقالات نتایج بدست آمده این است که ایمنی، استرس و خواب همگی میتوانند توسط مدار نورونی به هم مرتبط باشند و در انسان موجب پیشرفت تارگت های درمانی میشوند همچنین دانشمندان معتقدند که بیماران با استرس مزمن به طور معمول با روش های درمانی مختلف بدتر میشوند عقیده ها بر این است که هورمون استرس یا کورتیزول سبب اختلال خواب و آسیب به سیستم ایمنی میشود همچنین دستکاری کردن این مدار منجر به اختلال ترشح کورتیزول از مغز شده و در نهایت سلول های ایمنی تغییر کرده و ارتباط سیگنالینگ بین آنها از بین میرود.

نتیجه گیری: با توجه به یافته ها پس بهتر است که یک برنامه ای برای کاهش خطرپذیری تنظیم شود که عامل خطر برایمان خطرزا نباشد و پیشنهاد میشود که با ادامه دادن روند درمان و محافظت صحیح یک کار خوب از این بررسی انجام دهیم



بروز حوادث ناگوار طی فرایند انتقال داخل بیمارستانی و عوامل خطر مرتبط با آن در بیماران بخش های مراقبت های ویژه

دکتر محمدرضا دین محمدی*^۱، معصومه قدیمی^۱

۱. دانشگاه علوم پزشکی زنجان

مقدمه: انتقال داخل بیمارستانی بیماران بخش ویژه، همواره با بروز حوادث ناگوار همراه است. شناسایی و مدیریت این حوادث، ایمنی بیماران را تامین نماید. این مطالعه با هدف تعیین میزان بروز حوادث ناگوار طی فرایند انتقال داخل بیمارستانی و عوامل مرتبط با آن در بیماران ICU انجام شد.

روش کار: در این مطالعه مشاهده ای آینده نگر، پس از اخذ تاییدیه کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه (IR.ZUMS.REC.1397.325)، ۱۷۱ انتقال داخل بیمارستانی بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه در نیمه اول سال ۲۰۱۹ مورد بررسی قرار گرفتند. پس از اخذ تایید کمیته اخلاق پژوهش، داده های پژوهش (متغیرهای فردی، پارامترهای فیزیولوژیک و تجهیزات مربوط به انتقال) با کمک چک لیست محقق ساخته در طی فرایند انتقال جمع آوری و ثبت گردید. داده ها با آمارهای توصیفی و تحلیل رگرسیون لجستیک چند گانه با نرم افزار SPSS ver. 22 تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها: در ۷۹/۵۴ درصد از انتقال های داخل بیمارستانی ICU، حداقل یک مورد اتفاق ناگوار رخ داده بود. بیشترین حوادث ناگوار (۳۷/۳۹ درصد) در حین انتقال بوده است. کاهش اشباع اکسیژن خون شریانی (۴۳/۳۹ درصد) و کاهش سطح هوشیاری (۴۲/۱۵ درصد) به ترتیب بیشترین موارد حوادث را شامل می شدند. تحلیل رگرسیون لجستیک چندگانه نشان داد ۲ عامل مدت زمان انتقال و وضعیت بیمار در بروز افت فشارخون سیستولیک؛ ۳ عامل سن، جنس و اینتوباسیون در کاهش اشباع اکسیژن خون شریانی؛ ۳ عامل اتیولوژی، مدت انتقال (دقیقه) و وضعیت بیمار در افت دمای مرکزی بیمار و عامل اینتوباسیون در سطح هوشیاری بیمار نقش تعیین کننده داشته اند. در تحلیل کلی نیز اینتوباسیون در بروز حوادث ناگوار در فرایند انتقال به عنوان عامل خطر شناسایی شد.

نتیجه گیری: میزان بروز حوادث ناگوار طی فرایند انتقال داخل بیمارستانی بیماران بستری در ICU بالا است. بیماران بدحال دارای لوله داخل تراشه بیشتر در معرض خطر قرار داشتند. اتخاذ راهبردهای چون ترکیب تیم انتقال کارآمد و کافی، پایش مداوم وضعیت بیمار، استفاده از چک لیست های استاندارد و تجهیزات سالم تعیین کننده است.

کلمات کلیدی: انتقال داخل بیمارستانی، حوادث ناگوار بیمار، ایمنی، بخش مراقبت ویژه، بیمار بدحال



چالش‌های عمل ایمن: فاصله بین نسخه‌های تجویز شده تا واقعیت

سمانه علی زاده *، مجید براتی پور

چکیده: سالانه ده‌ها میلیون نفر در اثر خطاهای بالینی و فرآیندهای غیر ایمن جان خود را از دست داده و یا دچار آسیب می‌شوند. خطاهای بالینی یکی از چالش‌های مهم و تهدیدکننده سیستم سلامت در تمامی کشورهاست. تلاش برای بهبود وضعیت ایمنی بیماران یکی از اعمال کلیدی است که مورد توجه تمامی سیستم‌های سلامت قرار گرفته است، چراکه خطاهای بسیار زیادی در اعمال مراقبتی و درمانی رخ می‌دهد و علیرغم تلاش‌های فراوان سازمان‌های ارائه‌کننده خدمات سلامت جهت حفظ ایمنی بیماران، هنوز خطاهای بالینی پابرجاست و هزینه‌ها و خسارت‌های فراوان مالی و جانی قابل ملاحظه‌ای را به خود اختصاص می‌دهد. بنابراین بهبود ایمنی بیمار یک اولویت بین‌المللی مشترک است و باید علت این موضوع که چرا با وجود نسخه‌های فراوان و دستورالعمل‌های واضح، هنوز خطاهای بسیاری در سیستم سلامت رخ می‌دهد؛ شناسایی شود، لذا این مطالعه مروری با هدف استخراج چالش‌های عمل ایمن، فاصله بین نسخه‌های تجویز شده تا واقعیت انجام شد.

این مطالعه از نوع مروری مفهومی است که از الگوی پیشنهاد شده توسط Arksey و O'Malley پیروی می‌کند، که شامل پنج مرحله می‌باشد: شناسایی سوال تحقیق، شناسایی مطالعات مربوطه، انتخاب مطالعات، جدول بندی و خلاصه کردن داده‌ها و جمع بندی و گزارش نتایج.

در بررسی متون در سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۰، بانک‌های اطلاعاتی مختلف از جمله SID، IranDoc، Google scholar، PubMed، Medline، Scopus، Cochrane Library، Science Direct با واژه‌های کلیدی ایمنی بیمار، فرهنگ ایمنی بیمار، خطاهای پزشکی، بالین، چالش‌ها و ترکیب آنها جستجو شد. در نهایت ۱۴ مقاله در این مطالعه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. چالش‌های عمل ایمن، فاصله بین نسخه‌های تجویز شده تا واقعیت در ۴ طبقه تقسیم بندی شد: ارتباطات، تعاملات اجتماعی، شناسایی اهداف و مشکلات رایج و شناسایی شیوه‌های ایمن تر در محیط واقعی سازمان.

بر اساس مروری بر متون موجود می‌توان گفت چالش‌های انجام عمل حرفه‌ای ایمن، چندگانه و پیچیده بوده و مشکل در پیاده‌سازی این دستورالعمل‌ها، برنامه‌ها و استانداردها در واقعیت می‌باشد، که با واسطه‌های عواملی که ذکر شد تحت شعاع قرار می‌گیرد. نتایج این مطالعه می‌تواند در اختیار سیاست‌گذاران و مسئولین سازمان‌های سیستم سلامت قرار گیرد، تا با تمرکز بر موارد شناسایی شده در این مطالعه، به طرز صحیحی بر پیاده‌سازی دستورالعمل‌ها و استانداردها در عمل نظارت داشته باشند.

واژه‌های کلیدی: ایمنی بیمار، فرهنگ ایمنی بیمار، خطاهای پزشکی، بالین، چالش‌ها



ضرورت تدوین محتوای آموزشی ایمنی بیمار در کوریکولوم دوره کارشناسی پرستاری

ژیلا حیدرپور^۱

۱. هیات علمی گروه آموزشی کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران.

ایمنی بیمار یک دغدغه جهانی در زمینه سلامت است که بیماران را در تمامی عرصه‌های خدمات سلامت در کلیه کشورهای جهان اعم از توسعه یافته یا در حال توسعه متأثر می‌سازد. در سال ۱۹۹۹ گزارش موسسه پزشکی آمریکا با عنوان «انسان جایز الخطاست: ایجاد یک نظام سلامت ایمن‌تر» جامعه و دنیای پزشکی را با برآورد فوت ۴۴ الی ۹۸ هزار نفر در سال در اثر خطاهای پزشکی قابل اجتناب، به تامل واداشت و مقوله کیفیت و ایمنی مراقبت از همین زمان توجه تمام ذی‌نفعان مراقبت‌های بهداشتی درمانی را جلب کرد. مطالعات پژوهشی نشان داده‌اند که به طور متوسط حدود ۱۰٪ از بیماران بستری به درجات مختلف دچار آسیب می‌شوند و این در حالی است که ۷۵٪ از این خطاها با آموزش و یادگیری اصول ایمنی قابل پیشگیری می‌باشند. با توجه به ماهیت کاری پرستاران و نقش اساسی آنها در حفظ و ارتقای ایمنی بیماران، توجه به امر آموزش در قشر پرستاری اهمیت دوچندانی پیدا می‌کند. پرستاران از همان دوران دانشجویی در امر مراقبت از بیماران مشارکت فعال دارند. دانشجویان پرستاری به عنوان اعضای تیم مراقبت از بیمار در دوران دانشجویی و به عنوان پرستاران آینده سهم بزرگی در مدیریت و هدایت ایمنی بیمار را برعهده خواهند داشت بنابراین برای رسیدن به این هدف عالی بایستی آموزشهای لازم را در مورد راهکارهای ایمنی بیمار از همان دوران دانشجویی فراگیرند و مفهوم ایمنی بیمار به عنوان یکی از واحدهای درسی بصورت نظری و عملی در دوره ۴ ساله پرستاری برای آنها تدریس شود. بنابراین مطالعه حاضر با هدف تبیین ضرورت تدوین محتوای آموزشی ایمنی بیمار در کوریکولوم دوره کارشناسی پرستاری انجام گرفت.

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی می‌باشد که در سال ۱۳۹۹ در دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام گرفت. برای انجام این مطالعه برنامه آموزشی دوره کارشناسی پیوسته رشته پرستاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور ایران مصوب پنجاه و چهارمین جلسه شورای عالی برنامه ریزی علوم پزشکی در سال ۱۳۹۳ از سایت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور دریافت و بررسی شد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که علیرغم تأکید سازمان بهداشت جهانی در مورد آموزش ایمنی بیمار، متأسفانه این موضوع در کوریکولوم دوره کارشناسی پرستاری مصوب وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی کشورمان مورد توجه کافی قرار نگرفته است و در طی ۴ سال آموزش پرستاری آکادمیک فقط در نیمسال سوم تحصیلی کارگاهی ۴ ساعته تحت عنوان کارگاه ایمنی مددجو در برنامه درسی این رشته گنجانده شده است.

با در نظر گرفتن اهمیت حیاتی حفظ ایمنی بیمار، آموزش مفاهیم ایمنی بیمار به عنوان یکی از مهمترین اولویتهای آموزشی دانشجویان پرستاری می‌باشد. بنابراین تدوین واحد آموزشی ایمنی بیمار در کوریکولوم دوره کارشناسی پرستاری به عنوان ضرورتی اجتناب ناپذیر احساس می‌شود و انتظار می‌رود کارشناسان این امر با بازنگری کوریکولوم آموزشی به این مساله مهم توجه ویژه‌ای داشته باشند.

کلید واژه ها: ایمنی بیمار، کوریکولوم، دوره کارشناسی پرستاری



تبیین مراقبت ایمن در مراقبت توأم با حساسیت فرهنگی در بخش های کودکان: یک مطالعه کیفی

پروانه آقاجری^{۱*}، لیلا ولی زاده^۲، اکرم قهرمانیان^۳، وحید زمان زاده^۳، مینا حسین زاده^۴

۱. گروه پرستاری کودکان، دانشکده علوم پزشکی مراغه، مراغه، ایران (نویسنده مسئول)

۲. گروه پرستاری کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

۳. گروه پرستاری داخلی-جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

۴. گروه پرستاری سلامت جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

مقدمه: امروزه پرستاران با بیماران دارای تنوع فرهنگی روبرو هستند و ضروری است که با درک ارزشها و اعتقادات بیماران، بدون توجه به زمینه فرهنگی، امنیت آنان را تامین نمایند. آسیب نرساندن به بیمار، از مهمترین ضروریات مراقبت پرستاری بوده و مراقبت ایمن، به عنوان یکی از پیامدهای مراقبت توأم با حساسیت فرهنگی در کودکان بیمار است. هدف این مطالعه تبیین مفهوم مراقبت ایمن در مراقبت توأم با حساسیت فرهنگی در بخش های کودکان می باشد.

روش کار: مطالعه حاضر، یک مطالعه کیفی با استفاده از روش تحلیل محتوای قراردادی است. برای جمع آوری داده ها، ۲۵ پرستار و ۹ والد کودک بستری در بخش های کودکان سه مرکز آموزشی-درمانی در تبریز و تهران به صورت هدفمند و با حداکثر تنوع انتخاب شدند. داده ها با استفاده از مصاحبه چهره به چهره نیمه ساختار یافته و یادداشت در عرصه جمع آوری و بطور هم زمان با مراحل پیشنهادی Graneheim و Lundman تحلیل گردید.

نتایج: تجارب پرستاران و والدین از مراقبت ایمن در مراقبت توأم با حساسیت فرهنگی در بخش های کودکان، منجر به ظهور دو طبقه ارتباط موثر فرهنگ مدارانه و پیروی از برنامه مراقبتی گردید. در مراقبت توأم با حساسیت فرهنگی، ارتباط نزدیک بین پرستاران و والدین/کودک شکل می گیرد که منجر به درک مشترک بین آنها می گردد. توجه، احترام و پذیرش خواسته های فرهنگی والدین/کودک توسط پرستاران، موجب شناخت بیشتر والدین/کودک می شود و از طرف دیگر، توجه به فرهنگ خانواده، مراقبتهای دلخواه والدین را فراهم ساخته و نیازهای فرهنگی آنها را فراهم می نماید؛ در نتیجه از انجام درمانهای سنتی و فرهنگی خطرناک خودداری می نمایند.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج این مطالعه پیشنهاد می شود به منظور ارتقای ایمنی بیمار، آموزش پرستاران، جهت ارائه مراقبت توأم با حساسیت فرهنگی در مراقبت از کودک/خانواده، در برنامه های آموزش ضمن خدمت گنجانده شود.

کلمات کلیدی: مراقبت ایمن، مراقبت توأم با حساسیت فرهنگی، کودک، والدین، پرستاران



فرهنگ ایمنی بیمار و چالش های آن

دکتر محمدرضا میرزائی^۱، فرزانه علیخواه^۲، زهرا اسلامی^۳

۱. متخصص طب سنتی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز (نویسنده اصلی)

۲. کارشناس پرستاری، کارشناس ارشد مدیریت تحول، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۳. کارشناس مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشجوی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

چکیده: فرهنگ به مجموعه ای از باورها، عقاید و ارزشهای گروهی گفته می شود که در رفتار افراد متجلی می گردد. فرهنگ ایمنی بیمار را میتوان پذیرش ایمنی بیمار به عنوان اولین اولویت و ارزش مشترک در سازمان و همچنین الگوی یکپارچه ای از رفتارهای فردی و سازمانی مبتنی بر اعتقادات و ارزشهای مشترک که به طور پیوسته دنبال حداقل سازی آسیبهای ناشی از فرایند ارائه مراقبت به بیمار هستند، تعریف نمود. مواردی از قبیل عدم پنهان سازی خطاها، استفاده از داده های سیستم گزارش دهی در جهت بهبود فرایندها، کاهش سرزنش افراد، وجود کار تیمی، ارتباطات شفاف بین واحدها و بخشها، همکاری افراد با یکدیگر در جهت منافع بیمار و توجه رهبری سازمان به امنیت، از ویژگیهای بارز چنین فرهنگی هستند. مطالعه حاضر از نوع توصیفی تحلیلی بوده و با استفاده از پرسشنامه استاندارد فرهنگ ایمنی بیمار (HSOPSC) اطلاعات جمع آوری و تجزیه و تحلیل داده ها بر اساس آمار توصیفی و آزمون های آماری انجام گرفت. نتایج نشان داد که کار تیمی درون بخش ها در حد متوسط و وضعیت رعایت ایمنی بیمار در بیمارستان محل خدمتشان قابل قبول و خیلی خوب است و درصد اندکی از آن ها، وضعیت ایمنی بیمارستان را نامناسب و ضعیف توصیف کرده اند. گزارش وقایع ناخواسته به عنوان ارزش سازمانی تا حد قابل قبولی نهادینه شده است. در مجموع از نظر سطح فرهنگ ایمنی، در سطح سه قرار گرفته و فرهنگ سازمانی مبتنی بر سیستم ها و ضوابط اداری و سیستم هایی برای مدیریت ایمنی وجود دارد. پس می توان نتیجه گرفت که استراتژی های عملی در ایجاد فرهنگ ایمنی ممکن است ساده به نظر برسد اما اجرای آن الزاما آسان نیست. مدیران مراقبت سلامت باید منابع و زیرساختهای لازم را برای همگامی با استانداردهای بین المللی مانند سیستم های بهبود کیفیت و ایمنی فراهم کنند. ضروری است آنان برای ایجاد تغییر در مراقبت سلامت و برای غلبه بر چالشهای نهادینه کردن فرهنگ ایمنی از سبک های نوین مدیریت و از قابلیت ها و باورهای فرهنگی و اجتماعی در راستای دستیابی به یک فرهنگ ایمنی موثر استفاده کنند.

کلید واژه: ایمنی بیمار، فرهنگ ایمنی بیمار، بیمارستان ایمن، مدیریت خطا



جایگاه ایمنی بیمار در آموزش علوم پزشکی

مینا کهلانی^{۱*}، زهرا شیخ علیپور^۲، پروین رحمانی^۳، زهرا غیبی^۴، مریم جعفرزاده^۵، ویدا حسن زاده^۶، حسن ابهری^۷

۱. کارشناس پرستاری، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران

۲. استادیار، هیات علمی گروه پرستاری دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران

۳. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران

۴. دانشجوی کارشناس پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران

۵. دانشجوی کارشناس پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران

۶. دانشجوی کارشناسی ارشد روان پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ایران

۷. کارشناس پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران

مقدمه: برنامه حاکمیت خدمات بالینی برای بهبود کیفیت خدمات درمانی در نظر گرفته شده است و یکی از موارد مهم و مورد تاکید در این برنامه، توجه به ایمنی بیمار می باشد. ایمنی بیمار به معنای پرهیز از وارد شدن هرگونه صدمه و جراحت به وی، ناشی از ارائه خدمات بهداشتی درمانی و خطاهای پزشکی است. یکی از عواملی که نقش موثری در ارتقاء سطح ایمنی بیمار در مراکز آموزشی و درمانی دارد، آموزش اصول و چارچوب ایمنی بیمار به دانشجویان علوم پزشکی است.

روش کار: این مطالعه از نوع مروری روایتی می باشد که مقالات مرتبط با استفاده از کلید واژه های patient safety و medical student در پایگاه های علمی داخلی و خارجی Google Scholar، Scopus و PubMed در بازه زمانی ۲۰۱۰ تا ۲۰۲۰ مورد بررسی قرار گرفت که در نهایت براساس معیارهای ورود از بین ۲۰ مقاله مورد بررسی، ۱۰ مقاله انتخاب و مورد ارزیابی قرار گرفت.

یافته ها: براساس نتایج مقالات، دانشجویان گروه علوم پزشکی لازم است که در زمان تحصیل خود آموزش های استاندارد در رابطه با ایمنی بیمار را فرا بگیرند. از جمله این آموزش ها می توان به موارد زیر اشاره کرد. ۱- مفهوم ایمنی بیمار ۲- اهمیت عوامل انسانی در ایمنی بیمار ۳- اثربخشی کار گروهی برای ایمنی بیمار ۴- تشویق به گزارش خطا و پند گرفتن از آن ها ۵- شناخت و اداره کردن مخاطرات بالینی ۶- ارتقاء روش های بهبود کیفیت ۷- حفظ رابطه مناسب بیمار و مراقبین سلامت ۸- بهبود سیستم کنترل عفونت ۹- حفظ ایمنی بیمار در مداخلات تهاجمی

نتیجه گیری: نتایج مطالعات نشان داد ایمنی بیمار در دانشگاه های علوم پزشکی نیازمند توجه بیشتری است که با گنجاندن آن در برنامه درسی رسمی و مدون هم اهمیت آن برای دانشجویان روشن می شود و هم با آموزش آن، در محیط های پیچیده ای مثل بیمارستان امکان کاهش انواع خطاها میسر می گردد.

کلید واژه ها: patient safety, Medical student



بررسی روند شناسایی خطاهای پزشکی در مراکز درمانی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

دکتر محمدرضا میرزائی^۱، فرزانه علیخواه^۲

۱. متخصص طب سنتی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۲. کارشناس پرستاری، کارشناس ارشد مدیریت تحول، دانشگاه علوم پزشکی تبریز (نویسنده اصلی)

چکیده: مهمترین گام در مدیریت خطاهای پزشکی، شناسایی خطاها، تحلیل ریشه ای و انجام اقدامات پیشگیرانه در بروز مجدد خطا می باشد. گزارش خطای پزشکی به عنوان یک چالش مهم مورد توجه جامعه و مسئولین سلامت قرار گرفته است. این مطالعه با هدف شناسایی و تعیین خطاهای پزشکی در بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام شد. این مطالعه از نوع مطالعات پیمایشی بوده که به صورت تحلیلی در طول سه سال انجام شد. محیط پژوهش شامل بیمارستان های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تبریز می باشد. برای جمع آوری داده ها از فرم های گزارش خطاهای پزشکی تدوین شده توسط معاونت درمان استفاده شد. برای تحلیل داده از نرم افزار آماری SPSS و آمار توصیفی استفاده شد. نتایج تحقیق نشان داد که میزان خطاهای شناسایی شده در سال ۹۵ از ۱,۶ درصد به ۴,۰۳ درصد در سال ۱۳۹۸ به نسبت بیماران بستری، افزایش یافته و بیشترین موارد شناسایی شده در بیمارستان های دولتی بود. ۶۶,۰۹ درصد خطاها بدون آسیب به بیماران بوده و ۳۸ درصد خطاها در شیفت های صبح و شب شناسایی و بیشترین خطاها مربوط به خطاهای ثبت و اقدامات ناخواسته درمانی و مراقبتی شناسایی بود.

نتیجه گیری: افزایش شناسایی خطاها نشان داد که تیم مدیریت و رهبری بیمارستان ها با نگرش سیستمیک و بدون سرزنش و تنبیه، نقش بسزایی در فرهنگ سازی گزارش و شناسایی خطاهای پزشکی دارند که موجب درس آموزی و پیشگیری از بروز خطاهای مشابه می گردد.

کلیدواژگان: خطاهای پزشکی، وقایع ناخواسته، فرهنگ ایمنی



بررسی تاثیر آموزش ایمنی بیمار به روش یادگیری مبتنی بر حل مسئله بر مهارت های ارتباطی مبتنی بر ایمنی بیمار در

بین دانشجویان پرستاری در سال ۱۳۹۸

معصومه همتی مسلک پاک^۱، ناصر پریزاد^۲، حسین جمشیدی^۳

۱ دانشیار پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

۲ استادیار پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

۳ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

مقدمه و هدف: ایمنی بیمار یکی از موضوعات بحث برانگیز در حوزه مراقبت بهداشتی است و در حیطه های مختلف پرستاری از جمله آموزش و بالین اهمیت زیادی دارد. دانشجویان گروه پزشکی از زمان ورود به عرصه بالینی وارد خط مقدم درمان بیماران می شوند بنابراین به مانند سایر اعضای تیم مراقبت بهداشتی فرصت و وظیفه ی کمک به کیفیت و ایمنی مراقبت از بیمار را دارند. اخیراً، مفهوم مهارت های ایمنی (یعنی مهارت ها و رفتارهایی که باعث ایمن بودن مراقبت می شوند) در ادبیات مربوط به سیستم بهداشت و درمان پدیدار شده اند و در این بین آموزش پرستاری نقش مهمی در ایمنی بیماران در یک محیط پیچیده بهداشتی دارد و آموزش بر پایه حل مساله به عنوان یک شیوه آموزش جایگاه والایی در سطوح بالای آموزشی پیدا کرده است. لذا پژوهشی با هدف تعیین تاثیر آموزش ایمنی بیمار به روش یادگیری مبتنی بر حل مسئله بر مهارت های ارتباطی مبتنی بر ایمنی بیمار در بین دانشجویان پرستاری در سال ۱۳۹۸ طراحی و اجرا گردید.

مواد و روش کار: در این مطالعه نیمه تجربی تعداد ۷۸ نفر از دانشجویان سال چهارم پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه انتخاب و به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. سپس در گروه مداخله، محتوی آموزشی به روش یادگیری مبتنی بر حل مسئله در ۸ جلسه، ۴۵-۶۰ دقیقه ایی برای دانشجویان ارائه شد و گروه کنترل آموزشی دریافت نکرد. اطلاعات با پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی و پرسشنامه مهارت های ارتباط مبتنی بر ایمنی بیمار جمع آوری و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ سنجش و مقایسه شد.

یافته ها: نتایج این مطالعه نشان داد نمرات مهارت های ارتباطی مبتنی بر ایمنی بیمار قبل از مداخله در بین دو گروه اختلاف معناداری باهم نداشتند ($p=0/123$). ولی نمرات مهارت های ارتباطی مبتنی بر ایمنی بیمار بعد از مداخله در دو گروه اختلاف معناداری باهم داشتند ($p=0/001$). همچنین نمرات مهارت های ارتباطی مبتنی بر ایمنی بیمار در ابتدا و انتهای مطالعه در گروه کنترل اختلاف معناداری باهم نداشتند ($p=0/162$). ولی نمرات قبل و بعد مهارت های ارتباطی مبتنی بر ایمنی بیمار در گروه مداخله اختلاف معناداری باهم داشتند ($p=0/001$).

بحث و نتیجه گیری: با توجه به یافته های این پژوهش می توان نتیجه گرفت که اجرای روش آموزش به شیوه یادگیری مبتنی بر حل مسئله بر روی مهارت های ارتباطی مبتنی بر ایمنی بیمار موثر بوده است. بنابراین توصیه می گردد اساتید پرستاری در برخی دروس این روش آموزشی را جایگزین روشهای تدریس سنتی کرده تا موجبات ارتقای توانایی های بالینی و شناختی دانشجویان پرستاری را بیش از پیش فراهم گردد.

کلید واژه ها: آموزش، یادگیری مبتنی بر حل مسئله، ایمنی بیمار، مهارت های ارتباطی مبتنی بر ایمنی بیمار



Nursing Care Quality in the Cardiac Care Unit: A Cross-Sectional Study

Mahmood Motamedzadeh, Hosein Mahmoudi, Abbas Ebadi and Batool Nehrir

Background: Health care is inevitably associated with an increased risk of patient safety. Due to the complexity of attitude of care, the safety culture and the care of patients play a major role in safe care.

Objectives: The present study aimed to assess the quality of safe nursing care in the Cardiac Care Unit.

Methods: This is a descriptive study conducted in the Cardiac Care Unit of Baqiyatallah Hospital in 2018. All nursing staff working in the cardiac care unit comprised the sample of the study. Safe nursing care was measured using a tool designed by Rashvand et al. in 2015. Data were analyzed by SPSS version 21. This study was approved by the ethics committee in BMSU.

Results: The results showed that the majority of the research sample (55%) was male with an average age of 42.85_9.66 years and a working experience of 19.05_8.4 years. The mean score of the ethical dimension was 17.47_1.92.

Conclusions: The results of this research can be used in educational planning at the undergraduate level of nursing to educate the students from the beginning of education, especially in the first semester, regarding patient safety, in particular, ethics, and safe care, in order to make it easier to use in the future and to reduce the need for in-service training programs. This develops safe care in healthcare settings.

Keywords: Quality, Safe Care, Nursing



مراقبت های پرستاری فراموش شده و ارتباط آن با ایمنی بیمار

- پروین رحمانی^{۱*}، مژگان بهشید^۲، زهرا شیخ علیپور^۳، امید زادی آخوله^۴، فاطمه ملائی توانی^۵، مینا کهلانی^۶
۱. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران
۲. استادیار، هیات علمی گروه پرستاری دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران
۳. استادیار، هیات علمی گروه پرستاری دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران
۴. مربی، هیات علمی گروه پرستاری داخلی جراحی و اتاق عمل، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران
۵. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران
۶. کارشناس پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران

مقدمه: امروزه ارتقاء کیفیت خدمات درمانی و ایمنی بیماران یکی از دغدغه های اصلی در سیستم ارائه خدمات بهداشتی- درمانی محسوب می شود. از طرفی یکی از حقوق بیماران بستری در بیمارستان نیز اطمینان از برآورده شدن نیازها، دریافت مراقبت ایمن و همه جانبه از نظام سلامت است. یکی از شاخص های مهم بررسی کیفیت مراقبت های پرستاری، مراقبت های پرستاری فراموش شده است، که به هر جنبه ای از مراقبت ها اطلاق می شود که مورد نیاز بیمار است، ولی بنا به دلایلی فراموش یا حذف می شود. لذا این مطالعه با هدف بررسی مراقبت های پرستاری فراموش شده و ارتباط آن با ایمنی بیمار انجام شد.

روش کار: این مطالعه از نوع مروری روایتی می باشد که مطالعات مرتبط با استفاده از کلیدواژه های patient safety, nursing care missed nursing care در پایگاه های علمی داخلی و خارجی Google Scholar, Scopus و PubMed در بازه زمانی ۲۰۱۰ تا ۲۰۲۰ مورد بررسی قرار گرفت که در نهایت بر اساس معیارهای ورود از بین ۳۰ مقاله مورد بررسی، ۲۰ مقاله انتخاب و مورد ارزیابی قرار گرفت.

یافته ها: براساس نتایج مقالات، مراقبت های پرستاری فراموش شده در ۹ زمینه متفاوت اشاره شده است که در آن مراقبت های مورد نیاز و ضروری برای بیمار انجام نمی پذیرند که شامل: ۱- راه رفتن بیمار، ۲- تغییر وضعیت بیمار، ۳- تأخیر در تغذیه بیمار و یا غفلت از آن، ۴- آموزش به بیمار، ۵- آموزش هنگام ترخیص، ۶- حمایت های روحی، ۷- بهداشت دهان، ۸- سرزدن و بررسی شرایط بیمار و ۹- مستندسازی شرایط بیمار بود. همچنین در مقالات به عوارض ناشی از مراقبت های پرستاری فراموش شده اشاره شده است که برخی از آن ها عبارتند از: ۱- سقوط از تخت، ۲- عفونت های بیمارستانی، ۳- پذیرش و بستری مجدد بیماران، ۴- افزایش طول بستری، ۵- کاهش رضایت و امنیت بیمار، ۶- افزایش هزینه های بیمار.

نتیجه گیری: براساس یافته های موجود مراقبت های پرستاری فراموش شده علاوه بر از ایجاد پیامدهای منفی بر پرستار و سازمان، باعث ایجاد عوارضی برای بیمار از جمله سقوط از تخت و عفونت های بیمارستانی می شود که در واقع ایمنی بیمار را به خطر انداخته و باعث آسیب به بیمار می شود. ادغام علم ایمنی با مراقبت های روزانه از بیمار باعث کاهش خطاهای درمانی و عوارض جانبی شده و بالتبع میزان ضرر و آسیب را کاهش خواهد داد. لذا توصیه می گردد با شناسایی به موقع مراقبت های فراموش شده و ارائه آن به بیمار کیفیت مراقبت ها و نیز ایمنی بیمار را ارتقاء دهیم.

کلیدواژه ها: missed nursing care, patient safety, nursing care



نقش تکنولوژی واقعیت مجازی در آموزش شاخه های مختلف پزشکی

فرشید فتح آبادی^۱

۱. مرکز تحقیقات علوم آزمایشگاهی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان

چکیده: واقعیت مجازی (VR) محیطی طراحی شده توسط کامپیوتر است که توانایی مشاهده اشیا و مدل های سه بعدی و تعامل چند حسی (دیداری-شنیداری-لمس مجازی) با آنها را توسط ابزار مخصوص به کاربران میدهد. با وجود نوپا بودن این تکنولوژی در حیطه پزشکی، امروزه کاربرد و نقش واقعیت مجازی در آموزش پزشکی بر کسی پوشیده نیست. در مطالعه حاضر سعی بر این است آخرین و جدیدترین تحقیقات پیرامون این حوزه مورد بررسی قرار گیرد.

این مقاله به صورت مروری بوده و مستندات آن با جستجوی کلمات کلیدی "واقعیت مجازی" و "آموزش پزشکی" در پایگاه های اینترنتی "PubMed" و "Google Scholar" طی ۳ سال اخیر به دست آمد.

با توجه به مقالات بررسی شده، در پژوهشی اثبات شد یادگیری آناتومی کاردیاک در دانشجویانی که از واقعیت مجازی بهره گرفته بودند نسبت به گروه کنترل که از این ابزار استفاده نکرده بودند بهتر بود. در تحقیقی، دانشجویان یادگیری مبحث آناتومی و رادیولوژی با واقعیت مجازی را عاملی برای انگیزه بیشتر و علاقه بالاتر به موضوعات میدانستند. تمرین بوسیله واقعیت مجازی در حیطه جراحی، باعث استفاده بهینه از زمان، کاهش استرس و بهبود مهارت ها در دانشجویان شد. در تمام مطالعات واقعیت مجازی در آموزش پزشکی باعث افزایش انگیزه و علاقه در دانشجویان میشد و به آنها کمک میکرد دانش خود را در دنیای مجازی به کار گرفته و از اشتباهات خود تجربه های مفید کسب کنند.

از آنجایی که در زمینه ی پزشکی تمرین کردن و آموزش دیدن همیشه روی مدل های زنده و واقعی ممکن نیست (به دو دلیل عمده ایمنی بیمار و هزینه های مربوطه)، نتیجه میگیریم واقعیت مجازی بعنوان ابزاری کارآمد و قدرتمند میتواند در زمینه آموزش و تمرین شاخه های پزشکی به ویژه جراحی مفید واقع شود.

Keywords: Virtual Reality, Medical Education, 3D Models



نیازهای آموزشی دانشجویان علوم پزشکی در ارتباط با ایمنی بیمار: یک مطالعه مروری یکپارچه

سمانه علی زاده*، میترا موسوی شبستری

چکیده: ارتقاء ایمنی بیمار یکی از مهم ترین چالش های سیستم سلامت در تمامی کشور های جهان محسوب می شود، که بر افزایش کیفیت خدمات بهداشتی- درمانی موثر است. مطالعات متعدد نشان می دهند که خطاهای درمانی در سیستم های بهداشتی-درمانی شایع و هزینه های مربوطه قابل توجه هستند، لذا به منظور ارتقاء ایمنی بیمار و کاهش تبعات جانی و اقتصادی ناشی از آن لازم است به دانشجویان علوم پزشکی آموزش های لازم و کافی در ارتباط با ایمنی بیمار داده شود، تا قبل از ورود به سیستم در این زمینه توانمندی های لازم را کسب کرده باشند، چرا که اولین گام جهت پیشرفت در زمینه ایمنی بیمار، آموزش کارکنان سیستم سلامت می باشد و بدون محیط آموزشی مناسب و آموزش و یادگیری صحیح، پاسخ به نیازهای جامعه و سیستم سلامت مقدور نخواهد بود. در این مطالعه مروری به بررسی نیازهای آموزشی دانشجویان علوم پزشکی در ارتباط با ایمنی بیمار پرداخته شده است.

در بررسی متون در سال های ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۰، کلیه سایتهای CINAHL.SID، Chochran، Pubmed، Google Scholar، Proquest، Scopus، Scindirect و Magiran با واژه های کلیدی ایمنی بیمار، آموزش ایمنی بیمار، آموزش، نیازهای آموزشی، دانشجویان علوم پزشکی و ترکیب آنها جستجو شد. نسخه اصلاح شده مرور یکپارچه پنج مرحله ای کوپر برای مرور و ترکیب دانش موجود در زمینه نیازهای آموزشی دانشجویان علوم پزشکی در ارتباط با ایمنی بیمار مورد استفاده قرار گرفت.

۱۵ مطالعه در این تحقیق مورد بررسی قرار گرفتند. بر اساس مروری بر متون نیازهای آموزشی دانشجویان علوم پزشکی در ارتباط با ایمنی بیمار در سه طبقه: نیازهای مرتبط با دانش، مهارت و نگرش قرار گرفتند. در زمینه دانش، آموزش تعریف خطاهای پزشکی، انواع حوادث ناگوار در سیستم سلامت، طبقه بندی انواع خطاها، عوامل موثر بر بروز خطاهای پزشکی و مکانیسم های یادگیری از خطاها باید صورت گیرد. در زمینه مهارت، آموزش نحوه تشخیص خطاها، نحوه برخورد با خطاها، گزارش دادن خطاها و یادگیری از آنها و حمایت از افرادی که مرتکب خطا شده اند، باید مد نظر قرار گیرد. در ارتباط با نگرش، آموزش تمرکز بر علت بروز خطا نه تمرکز بر مقصر، تمایل به یادگیری از خطاها، آمادگی برای روبه رویی با خطاها، آمادگی برای انعکاس آموخته ها در عمل و اعتماد و احترام به ایمنی بیمار باید مدنظر قرار گیرد.

بر اساس نتایج این مطالعه می توان گفت تمام کوریکولوم های آموزشی جهت آموزش ایمنی بیمار به دانشجویان علوم پزشکی باید توانایی توانمندسازی دانشجویان در سه حیطه دانش، مهارت و نگرش را داشته باشند. نتایج این مطالعه می تواند در اختیار برنامه ریزان آموزشی جهت اصلاح و بازبینی کوریکولوم های آموزشی جهت آموزش ایمنی بیمار به دانشجویان قرار گیرد.

واژه های کلیدی: ایمنی بیمار، آموزش ایمنی بیمار، آموزش، نیازهای آموزشی، دانشجویان علوم پزشکی



تأثیر تریاژ به روش تیمی بر مدت زمان انتظار اولین ویزیت بیماران و رضایت مندی آنان

یوسفی ژیل^۱، فیض اله زاده حسین^۲، شهسواری نیا کاووس^۳

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، دانشکده پرستاری و مامایی

۲. عضو هیات علمی و دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تبریز، دانشکده پرستاری و مامایی

۳. عضو هیات علمی و دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تبریز، دانشکده پزشکی

چکیده: تریاژ در اورژانس، موجب ویزیت بموقع و الویت بندی دقیق بیماران، ارائه مراقبت های لازم، افزایش کارایی و ایمنی می شود. سیستم تریاژ به روش تیمی از روش های جدید و موثر می باشد. این پژوهش با هدف بررسی تأثیر تریاژ به روش تیمی بر شاخص های بالینی اورژانس انجام گرفت و طی آن ۱۰۰ نفر از بیماران مراجعه کننده به اورژانس بیمارستان سینای تبریز در سال ۱۳۹۸ بمدت یکماه با استفاده از این روش ارزیابی و سطح بندی شدند. برای جمع آوری اطلاعات از فرم تریاژ پنج سطحی شدت شاخص اورژانس و پرسشنامه رضایت مندی *press-ganey* استفاده شد. داده ها در محیط نرم افزار آماری *SPSS 21* تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد، در سطح بندی بیماران بین تیم تریاژ و پزشک اورژانس توافق و همپوشانی ۱۰۰ درصدی وجود دارد و میانگین مدت زمان انتظار برای اولین ویزیت پزشکی و دریافت اولین مراقبت پرستاری به ترتیب برابر با ۳/۵ دقیقه و ۷/۷ دقیقه و در مقایسه با مقادیر استاندارد قابل قبول می باشد ($p > 0/05$). همچنین میانگین نمره رضایت مندی بیماران در مقایسه با حداکثر مقدار ممکن ۱۰۵، برابر با ۱۰۱/۵ بود ($p > 0/05$). بنابراین با استقرار سیستم تریاژ به روش تیمی در اورژانس می توان گام مهمی در جهت بهبود ایمنی، کیفیت خدمات و افزایش رضایتمندی بیماران برداشت.

کلید واژه ها: تریاژ، مدت زمان انتظار برای اولین ویزیت، رضایتمندی بیمار، مدت زمان انتظار برای دریافت اولین مراقبت پرستاری



مدیریت ویزیت و درمان خانگی بیماران مبتلا به کووید ۱۹ جهت افزایش ایمنی بیماران در شهر خامنه

همزمان با پیک سوم کرونا در فصل پاییز

رقیه رنجبری^۱

۱. سوپر وایزر آموزش سلامت همگانی بیمارستان فاطمیه شبستر

چکیده: مدیریت خانگی بیماری کرونا در پیک سوم کرونا از الویتهای کادر درمانی بیمارستان شبستر بود هر فرد در منطقه خودش اقداماتی را جهت راهنمایی و مراقبت بیماران انجام می داد. من هم با همکاری فوکال پوینت کرونا دکتر اسدی اقدامات موثری را در جهت مدیریت خانگی بیماران انجام دادیم کلیه بیمارستانها از بیماران کرونایی اشباع شده بود. بیمارستان شبستر هم علی رغم اختصاص ۴۸ تخت معمولی و ۶ تخت ویژه پاسخگوی همه مراجعین نبود. یکی از راهکارهای اصلی کنترل، درمان و مراقبت خانگی بیماران بود. با توجه به اینکه شهر خامنه از توابع شهرستان شبستر دائما با پایخت در ارتباط بود تعداد مبتلایان به کوید ۱۹ هم بیشتر بود. لذا مدیریت خانگی بیماری از اهمیت زیادی برخوردار بود بنده با شناختی که از اهالی این شهر داشتم و خودم ساکن این شهر بودم و با توجه به سطح فرهنگی بالا امکان اجرای پروتکل ها و پایش بیماران راحتتر بود مسئولیت این امر را با همکاری دکتر اسدی بر عهده گرفتم. دکتر اسدی ضمن ویزیت در منزل و پاسخگویی ۲۴ ساعته به تلفن نقش اساسی را اجرا نمودند و بنده هم ضمن پالس اکسی متری بیماران و تزریق سرم در منزل و هماهنگی دریافت اکسیژن در منزل در مدیریت بیماران کرونایی نهایت توان خود را به کار گرفتم. هر روز عصر پس از شیفت کاری در بیمارستان، بیماران تحت مراقبت در منزل را پایش نموده و نتیجه را به دکتر اسدی اطلاع می دادم و در صورت تشدید وضعیت بیماران بلافاصله به بیمارستان ارجاع داده می شد. دستگاههای اکسیژن ساز، کپسولهای اکسیژن در بهبود وضعیت بیماران نقش اساسی داشت که همه این ها را مدیون خیرین نیک اندیش خامنه بودیم.



چالش‌های فرهنگ ایمنی بیمار: یک مطالعه مرور نظام‌مند

نرگس رمضان‌زاده^{۱*}، سمانه علی‌زاده^۲

۱. نرگس رمضان‌زاده، دانشجوی دکتری پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
۲. سمانه علی‌زاده، دانشجوی دکتری پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

چکیده: یکی از عواملی که نقش موثری در ارتقاء سطح ایمنی بیمار در سیستم‌های سلامت دارد، وجود فرهنگ ایمنی است. فرهنگ ایمنی، انواع رفتارهای یادگرفته شده همراه با تعهد مشترک به تفکر و رفتار ایمن و اعتماد و اعتقاد به اینکه ایمنی توسط سازمان اندازه‌گیری می‌شود، می‌باشد. فرهنگ ایمنی بیمار را می‌توان پذیرش ایمنی بیمار به عنوان اولویت اول و ارزش مشترک سازمان‌ها تعریف کرد، که پیوسته به دنبال حداقل‌سازی آسیب‌های ناشی از فرآیند مراقبت از بیمار است. با وجود تلاش‌های سازمان‌ها و مسئولین مربوطه، استقرار و ارتقاء فرهنگ ایمنی بیمار در هر سازمانی دارای یکسری چالش‌هاست. این مطالعه با هدف استخراج چالش‌های فرهنگ ایمنی بیمار در زمینه‌های مختلف فرهنگی انجام شده است.

در این مطالعه مروری نظام‌مند، کلیه مقالات چاپ شده در طی سال‌های ۲۰۲۱-۲۰۰۰ به دو زبان فارسی و انگلیسی در زمینه چالش‌های فرهنگ ایمنی بیمار، مورد بررسی قرار گرفتند. بدین منظور سایت‌های Chochran, Pubmed, Google Scholar, SID, CINAHL, Scopus, Proquest, Magiran و با واژه‌های کلیدی ایمنی بیمار، فرهنگ ایمنی بیمار، چالش‌ها و خطاهای پزشکی جستجو شد.

به منظور جمع‌آوری داده‌ها، از فرم استخراج داده‌ها که بر اساس هدف پژوهش طراحی شده بود، استفاده گردید. نتیجه این جستجو دستیابی به ۳۳ مقاله مرتبط با موضوع بود، که از این میان ۱۱ مقاله به علت دارا نبودن معیارهای ورود از مطالعه حذف و نهایتاً ۲۲ مطالعه وارد پژوهش شدند.

تجزیه و تحلیل داده‌ها ۳ بخش اصلی را در رابطه با چالش‌های فرهنگ ایمنی بیمار آشکار ساخت: تفاوت بین نسخه‌های تجویز شده در سیستم تا عمل واقعی، چالش‌های منابع مادی و تأثیر آن‌ها بر مراقبت و چالش‌های منابع انسانی و تأثیر آن‌ها بر مراقبت. ساختار فیزیکی، امکانات ناکافی، کمبود منابع مادی، پایین بودن کیفیت مواد استفاده شده و منابع انسانی ناکافی به عنوان چالش‌های عمل ایمن شناسایی شدند، که باید در جهت ارتقاء ایمنی سازمان‌ها مد نظر قرار گیرند. به طور کلی می‌توان گفت چالش‌های انجام عمل ایمن شامل چالش‌های منابع مادی و انسانی است، اما عمدتاً به واسطه وجود تفاوت بین نسخه‌های تجویز شده تا عمل واقعی تحت تأثیر قرار می‌گیرد؛ لذا توجه به ارتقاء فرهنگ ایمنی و جستجوی راهکارهایی برای رفع این چالش‌ها توسط مسئولین امری ضروری بوده که این کار به برنامه‌ریزی، انجام مداخلات لازم و همت مضاعف تمام ذی‌نفعان نیازمند است.

واژه‌های کلیدی: ایمنی بیمار، فرهنگ ایمنی بیمار، چالش‌ها، خطاهای پزشکی



ایمنی بیمار در اتاق عمل (جسمی و روحی روانی)

رضا پورمحمد، رضا صالحی نیا، فاطمه محمدی زاده، مرضیه نصیری، شقایق رضایی کیا، مریم آقامحمدی

یکی از مواردی که در سیستم های بهداشتی و درمانی مورد توجه ویژه ای بوده و همواره موضوعی ضروری در نظر گرفته شده بحث ایمنی بیمار است. در واقع یکی از اولویت های نظام سلامت در جهت افزایش کیفیت درمان و دیگر برنامه های مراقبتی ایمنی بیمار است. با توجه به اینکه اتاق عمل یکی از مهمترین محیط های کاری در بیمارستان محسوب می شود که ارتباطی مستقیم با سلامت و ایمنی بیمار دارد، لذا در این رابطه دارای اهمیت بخصوصی می باشد. اتاق عمل یکی از مهمترین و در عین حال پیچیده ترین محیط های کاری در سیستم های مراقبتی درمانی است که از مجموعه تجهیزات وسیع الکتریکی، گازی و اشعه تشکیل شده که نسبت به سایر بخش های بیمارستانی بیشتر مستعد وقوع حادثه می باشد. هدف اصلی از رعایت نکات ایمنی در اتاق عمل ها تامین ایمنی بیماران تحت عمل جراحی قرار دارد است. از این رو باید ایمنی بیمار را از جهاتی مورد ارزیابی قرار دهیم: ۱- ایمنی جسمی قبل از عمل (تخت اتاق عمل، پریز برق، دیدن بیمار و اطمینان از هویت او، عدهم آویزان بودن اندام بیمار از تخت عمل، برداشتن پروتزها و وسایل ارزشمند بیمار قبل از انتقال) حین عمل (ملاحظات ایمنی در استفاده از پرتوهای یونیزان به علت اثرات تجمیعی، رعایت اصول استفاده از الکتروکوتر، استفاده صحیح از داروهای بیهوشی) بعد از عمل (کنترل عفونت، هیپوترمی، شمارش گاز و تجهیزات) ۲- ایمنی روحی و روانی جراحی به عنوان یک روش درمانی، تجربه ای استرس آور است. ناراحتی، ترس از درد بعد از عمل، تغییرات در شکل یا اعمال بدن، افزایش وابستگی، نگران خانواده بودن و یا تغییرات بالقوه در شیوه زندگی از عواملی هستند که منجر به اضطراب می شوند که آموزش و دادن اطلاعات لازم به بیمار یک راه اساسی در این زمینه است. همچنین حرمت و حفظ پوشش بیمار از اهمیت بالایی برخوردار است. حریم دارای ابعاد فیزیکی، اطلاعاتی و اجتماعی است که بایستی به این موارد توجه شود.

واژه های کلیدی: اتاق عمل، ایمنی بیمار، حریم خصوصی، آموزش به بیمار



ایمنی بیمار و حساسیت دارویی

زهرا محمدی^۱، زهرا بهرامی دوتپه سفلی^۲، طاهره فلاح نژاد^۳

۱. کارشناس پرستاری، کارشناس پژوهش واحد توسعه و تحقیقات بیمارستان امام حسین (ع) بهارستان دانشگاه علوم پزشکی ایران تهران

۲. کارشناس پرستاری، کارشناس پژوهش واحد توسعه و تحقیقات بیمارستان امام حسین (ع) بهارستان دانشگاه علوم پزشکی ایران تهران

۳. کارشناس ارشد پرستاری داخلی جراحی، کارشناس پژوهش واحد توسعه و تحقیقات بالینی بیمارستان امام حسن مجتبی (ع) دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

مقدمه: حساسیت دارویی یک واکنش فوق العاده سیستم ایمنی بدن نسبت به یک دارو می باشد، به دو نوع تقسیم می شود. نوع A) ۸۰٪ ADR - عوارض قابل پیش بینی شامل مسمومیت ها، اثرات جانبی و... و نوع B) ۱۰-۱۵٪ ADR عوارض غیر قابل پیش بینی مثل شوک آنافیلاکسی) می باشد.

معرفی بیمار: خانم ۳۹ ساله با سابقه آسم و حساسیت دارویی، به دیکلوفناک و کدئین و ایبوپروفن به علت حمله آسم به کلینیک عفونی بیمارستان مراجعه می نماید. متخصص عفونی بیمار را ویزیت و دستور بستری را در دفترچه وی یادداشت نموده ولی مددجو تمایلی به بستری نداشته با رضایت شخصی بدون تشکیل پرونده بیمارستان را ترک می کند. در شیفت عصر همان روز مجدد به مرکز درمانی مراجعه و با دستور قبلی در بخش داخلی بستری می شود. وضعیت بیمار به اطلاع پزشک معالج می رسد و دستورات به صورت تلفنی اخذ می گردد.

در ارزیابی اولیه پرستار A) (پرستار مسئول بیمار)، حساسیت دارویی بیمار را در برگه ارزیابی ثبت می نماید ولی در کاردکس، آلارمی از این جهت ثبت نمی شود و دستبند یا لیبل قرمز نیز به دست بیمار الصاق نمی شود. به علت شکایت بیمار از سردرد، پرستار A با پزشک معالج تماس می گیرد و پزشک مربوطه دستور تلفنی تزریق آمپول دیکلوفناک عضلانی میدهد. پرستار A آقا بوده پس از کشیدن آمپول جهت رعایت طرح انطباق سرنگ حاوی دارو را به پرستار B می دهد. پرستار B بدون سوال از بیمار برای سابقه حساسیت دارویی و بدون ارائه توضیح خاصی به بیمار، دارو را تزریق می کند. بعد از تزریق، بیمار دچار تنگی نفس می شود. ابتدا به پزشک عمومی مستقر در بیمارستان اطلاع داده شده و کد CPR اعلام می گردد. پس از انجام عملیات احیاء بیمار با سطح هوشیاری پایین (GCS:4) به بخش ICU منتقل می شود. بیمار پس از دو ماه بستری در بخش ICU درحالی که قادر به تکلم نبوده و اطرافیان خود را به خوبی نمی شناخت از بیمارستان ترخیص شد و طبق پیگیری های بعدی، بعد از ۶ ماه وضعیت بیمار رو به بهبود است و با انجام توانبخشی قادر به تکلم و راه رفتن می باشد.

نتیجه گیری: ویزیت اولیه در بخش توسط پزشک معالج بر بالین بیمار انجام شود، ارزیابی اولیه به صورت صحیح توسط پزشک و پرستار انجام گیرد و ثبت گردد. قبل از انجام هرگونه اقدام تشخیصی/درمانی، شناسایی بیماران حداقل با دو شناسه و توجه نمودن به رنگ دستبند به صورت فعال انجام شود، (در صورت داشتن حساسیت دارویی دستبند قرمز الصاق شود) و در گزارش پرستاری و در کاردکس دارویی، حساسیت ثبت گردد، قانون ۷ راه صحیح دارودهی رعایت گردد، پرسنل درمانی با یکدیگر و با بیمار ارتباط موثر برقرار کرده و توضیحات کافی در مورد پروسیجرهای درمانی به بیمار داده شود. دستورالعمل های ایمنی در دوره های آموزشی درون بخشی و بیمارستانی گنجانده شود.

لغات کلیدی: حساسیت دارویی، ایمنی بیمار، دارو دهی



بررسی مقیاس های عوامل پیشگویی کننده خطر سقوط در بیماران بالغ بستری در بیمارستان: مطالعه مروری

معصومه اکبر بگللو^۱، مهناز سنایی فر^۲

۱. دکتری تخصصی پرستاری، دانشکده علوم پزشکی خوی، ارومیه، ایران.

۲. کارشناسی ارشد مراقبت ویژه نوزادان، دانشکده علوم پزشکی خوی، ارومیه، ایران.

چکیده: سقوط بیمار در سیستم مراقبت های درمانی یکی از عوامل مهمی است که ایمنی بیمار را تهدید می کند. متعاقب زمین افتادن ممکن است، اثرات روانی اجتماعی مانند از دست دادن احساس استقلال و اطمینان به خود، صدمات فیزیکی و حتی مرگ برای بیمار رخ دهد. ضروری است متخصصان سلامت عوامل خطر سقوط را شناسایی کنند تا از آن جلوگیری کنند. اندازه گیری سطح خطر بیماران ممکن است در انتخاب مداخلات پیشگیرانه تأثیر بگذارد. لذا بررسی بیماران از نظر عوامل خطر سقوط با استفاده از ابزارهای بررسی مناسب و پیشگیری از وقوع آن مهم می باشد. این مطالعه با هدف بررسی مقیاس های پیشگویی کننده عوامل خطر سقوط در بیماران بستری در بیمارستان انجام شده است. در این مطالعه مروری، جستجوی الکترونیک به زبان انگلیسی و فارسی با استفاده از کلیدواژه patient safety, patient fall, fall prevention, falls assessment scale or tool در پایگاه های اطلاعات PubMed, Scopus, Science Direct, Web of Science و در پایگاه اطلاعات فارسی SID, Iranmedex, Magiran در فاصله سال های ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۰ صورت گرفت. ۷۰ مقاله بررسی شد و در نهایت ۱۰ مقیاس به عنوان عوامل پیشگویی کننده خطر سقوط در بیماران شناسایی گردید. عوامل خطر پیشگویی کننده برای سقوط در این بررسی مربوط به ۱- عوامل داخلی (بیماران) از قبیل تاریخچه سقوط؛ اختلالات ذهنی، حرکتی و حسی، استفاده از دارو؛ مشکل در راه رفتن؛ ناهنجاری های ادراری؛ نقص در ارتباطات؛ کفش نامناسب سن؛ درمان داخل وریدی و استراحت طولانی مدت در تخت، ۲- عوامل خارجی (محیط بیمارستان و روند کار متخصصان بالینی به ویژه پرستاران) مانند سقوط بیمار به هنگام انتقال از تخت به روی صندلی یا برانکارد یا بالعکس، سقوط بیمار در سرویس های بهداشتی، سقوط بیمار زمان راه رفتن در سالن و سقوط بیمار از صندلی چرخدار بود. لذا می توان نتیجه گیری کرد عوامل خطر داخلی در پیش بینی خطر سقوط مهم هستند. با این حال، عوامل مرتبط با فرایندهای کاری، مانند رابطه کارکنان و بیماران نیز حیاتی هستند. غربالگری سیستماتیک فاکتورهای خطر سقوط به عنوان عاملی موثر در کاهش این آسیب شناسایی شده و به عدم وقوع این رویداد کمک می کند، که علیرغم قابل پیشگیری بودن، می تواند عواقب جدی از جمله مرگ داشته باشد.

کلید واژگان: سقوط، بیماران بستری، ایمنی بیمار، مقیاس.



بررسی محتوای کوریکولوم کارشناسی پرستاری در ارتباط با ایمنی بیماران در بیمارستان

مریم رحیم پور^۱

۱. کارشناسی ارشد پرستاری اورژانس (نویسنده مسؤول)

مقدمه: بخش اورژانس جزء بخش‌های مهم و پرمخاطره بیمارستان است. جلوگیری از حوادث ناگوار و افزایش ایمنی بیمار در مراقبت‌های بهداشتی از اهداف اصلی آموزش پرستار است. رعایت استانداردهای ایمنی به‌طور قابل توجهی به افزایش رضایتمندی بیماران و کیفیت خدمات این بخش کمک می‌نماید. طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی (WHO) از هر ۳۰۰ بیمار در بیمارستان‌ها حداقل یک بیمار حین دریافت مراقبت‌های درمانی پزشکی در اثر خطاهای پزشکی در معرض مرگ قرار می‌گیرند. هدف این مطالعه ارزیابی ابعاد ایمنی بیماران در بخش اورژانس می‌باشد. ایمنی بیمار در عصر حاضر یکی از مؤلفه‌های اصلی کیفیت خدمات سلامت و حاکمیت بالینی است و از مهمترین اهداف بخش سلامت، تأمین ایمنی بیماران می‌باشد. بسیاری از نهادهای معتبر، نیاز فوری به آموزش ایمنی بیمار برای دانشجویان مراقبت‌های بهداشتی را تشخیص داده‌اند، اما تا به امروز به ایمنی بیماران در مقطع کارشناسی / کارشناسی ارشد توجه پراکنده شده است. پاسخگویی محتوای درسی کارشناسی پرستاری در توانمندسازی پرستاران اورژانس در حفظ و ارتقای ایمنی بیماران مهم است و مطالعه حاضر با هدف ارزیابی دقیق محتوای درسی کارشناسی پرستاری در ارتباط با توانمندسازی پرستاران در حفظ و ارتقای ایمنی بیماران انجام گرفت.

روش کار: این پژوهش توصیفی - تحلیلی می‌باشد. که به صورت بررسی کوریکولوم درسی کارشناسی پرستاری و متون مربوطه انجام گرفت.

یافته‌ها: محتوای کوریکولوم درسی کارشناسی پرستاری در ارتباط با ایمنی بیماران مورد نقد قرار گرفت. پرستاران برای مراقبت از بیماران باید به اصول ایمنی بیماران آگاه بوده و تسلط کامل داشته باشند. در حالیکه در کوریکولوم درسی کارشناسی پرستاری به‌طور واضح به اهمیت ایمنی بیماران و لزوم حفظ ایمنی بیماران آن‌طور که باید پرداخته نشده است.

بحث و نتیجه‌گیری: با پرستاران اورژانس در بررسی و مراقبت از بیماران کاملاً پاسخگو نیست. که این می‌تواند مورد تجدید نظر واقع شود. دوره آموزش‌های ضمن خدمت در رابطه با ایمنی بیماران بعد از فارغ التحصیلی پرستاران و شروع بکار در بخش اورژانس و سایر بخش‌ها می‌تواند کمک کننده باشد. توجه به مرور متون انجام گرفته محتوای درسی کارشناسی پرستاری در ایران برای ایمنی بیماران و توانمندسازی

کلمات کلیدی: کوریکولوم درسی کارشناسی پرستاری، پرستاران، آموزش پرستاری، ایمنی بیماران



راهکارهای آموزشی به دانشجویان اتاق عمل برای افزایش ایمنی بیمار در حین جراحی

مریم آقامحمدی^{۱*}، رضا صالحی نیا^۱، رضا پورمحمد^۱، فاطمه محمدی زاده^۱، شقایق رضایی کیا^۱، سحر قربان شمسی^۱، مرضیه نصیری^۱
۱. دانشجوی کارشناسی ارشد اتاق عمل دانشگاه علوم پزشکی مازندران

یکی از بخش‌ها که براساس نیازهای سازمانی، آموزشی، محیطی و تکنولوژیکی از پرخطرترین بخشهای بیمارستان است و پروسه‌های مختلف در آن انجام می‌شود، اتاق عمل می‌باشد. با توجه به اینکه دانشجویان نیز در طی کارآموزی‌ها در اتاق عمل حضور یافته و تحت آموزش هستند، احتمال خطا در بین آنها وجود دارد و این خطاهای درمانی از شاخص‌های مهم ایمنی بیمار محسوب شده و موجب آسیب بیمار، افزایش نرخ مرگ و میر، مدت اقامت و هزینه، نارضایتی و کاهش اعتماد می‌شوند لذا مطالعه حاضر به صورت مروری، در جهت ارائه راهکارهای آموزشی به دانشجویان اتاق عمل برای افزایش ایمنی بیمار در حین جراحی انجام شده است. مطالعه حاضر به شیوه مطالعه منابع کتابخانه‌ای و جستجوی منابع از طریق Google Scholar, Medlib, Ovid, Pubmed, Iranmedex از سال ۲۰۲۱-۲۰۱۰ با استفاده از کلیدواژه‌های دانشجویان اتاق عمل، ایمنی بیمار، آموزش به دانشجویان اتاق عمل و آموزش در اتاق عمل انجام پذیرفت. یافته‌های این مطالعه نشان داد عملکرد بالینی دانشجویان نیازمند تقویت برنامه‌های آموزشی، تامین محیط‌های مناسب آموزشی و ایجاد انگیزه در دانشجویان به رشته خود می‌باشد و هر چه انگیزه دانشجویان بالاتر باشد میزان خودکارآمدی و عملکرد بالینی آنان بالاتر و خطای آنها کمتر خواهد بود و بکارگیری شیوه آموزشی چون منتورینگ به ارتقاء صلاحیت بالینی دانشجویان اتاق عمل و افزایش رضایتمندی و دقت آن‌ها و افزایش رعایت ایمنی بیمار توسط دانشجویان اتاق عمل در حین جراحی‌ها می‌شود.

واژه‌های کلیدی: دانشجویان اتاق عمل، ایمنی بیمار، آموزش به دانشجویان اتاق عمل، آموزش در اتاق عمل.



چالش‌های پیش رو در انتقال ایمن داخل بیمارستانی بیماران نیازمند مراقبت‌های ویژه

- کریم جوانمردی^۱، عباس داداش زاده^۲، جواد دهقان نژاد^۳، جابر نجفی احمد آباد^۴
۱. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری اورژانس، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
۲. استادیار، دکترای تخصصی پرستاری، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
۳. دکترای تخصصی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
۴. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری اورژانس، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

مقدمه: انتقال ایمن بیماران نیازمند به مراقبت‌های ویژه به علت شرایط تهدیدکننده حیات و وضعیت ناپایدار فیزیولوژیکی آنها از اهمیت خاصی برخوردار است. تثبیت وضعیت بیمار، سازماندهی خوب و ارائه مراقبت‌های استاندارد در طول انتقال باعث دستیابی به نتایج بهتر درمانی می‌گردد. عوامل خطر، وقایع ناخواسته و حوادث ناگوار زیادی در طول انتقال، ایمنی بیمار را تهدید می‌کند. پیش بینی و پیشگیری از خطر و عوارض نامطلوب در طول انتقال برای حفظ ایمنی بیمار از اولویت‌های اساسی می‌باشد لذا این مطالعه با هدف شناسایی عوامل خطر و چالش‌های پیش رو مرتبط با ایمنی بیمار در طول انتقال انجام شد.

روش کار: این مقاله به صورت مروری بر متون انجام شد. بدین منظور در پایگاه‌های اطلاعاتی فارسی شامل Iranmedex, SID, Magiran و انگلیسی PubMed, Science Direct, Scopus, google scholar با کلید واژه‌های انتقال بیمار، انتقال داخل بیمارستانی، ایمنی بیمار، inter-hospital, patient transport, safety مربوط به سال‌های ۲۰۰۵ تا ۲۰۲۰ انجام گردید. به طور کلی از بین مقالات بدست آمده، مقالات مربوط برگزیده و مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد چالش‌ها و حوادث ناگوار در طول انتقال شامل؛ مربوط به بیمار (آسپیراسیون، افت ساچوریشن، ارست تنفسی، آریتمی، ارست قلبی، تغییرات فشارخون، افزایش فشار داخل جمجمه، و تشدید آسیب‌های نخاعی)، مربوط به پرسنل (بی تجربگی، نا آشنایی با تجهیزات، ناهماهنگی و ارتباط ضعیف، کوتاهی در نظارت، کوتاهی در ارائه مراقبت درمانی، خارج شدن لوله تراشه به طور ناخواسته، ونتیلاسیون کم یا بیشتر، اختلال در چست تیوپ، احیاء مایعات کم یا بیشتر، از دست دادن رگ بیمار) مربوط به تجهیزات (خرابی برق مانیتور، قطع یا خرابی دستگاه مانیتور، تمام شدن اکسیژن، اشکال در پروپ پالس اکسی متری، انسداد یا پیچ خوردن لوله-ها، قطع لیدهای الکترو کاردیو گرام) بود. و برای پیشگیری از این عوامل خطر به توجه به وضعیت بالینی بیمار و اتصالات وی در تمام فرآیند انتقال (قبل، حین و پس از انتقال) به عنوان یک راهکار اساسی تاکید شده است. در این مطالعه بررسی متون نشان داد پرسنل بیشترین چالش و ترس از انتقال را؛ شرایط پر استرس و وقوع اشتباهات انسانی، احتمال بدتر شدن وضعیت بالینی بیمار، ارست قلبی، مشکلات تنفسی و ناکارآمدی تجهیزات بیان نمودند.

بحث و نتیجه گیری: بر اساس نتایج بدست آمده مشخص شد عوامل مربوط به بیمار، پرسنل و تجهیزات از عوامل خطرزا و تهدید-کننده ایمنی بیمار در طول انتقال هستند. در این راستا توجه به رویکرد بیمار محوری و تثبیت وضعیت آن، آموزش و تامین نیروی انسانی ویژه انتقال، اختصاص تیم تخصصی انتقال برای بیماران نیازمند به مراقبت ویژه، تقویت زیر ساخت‌ها و تامین تجهیزات مناسب، می‌تواند کیفیت مراقبت و ایمنی در انتقال درون بیمارستانی بیماران را بهبود بخشد.

واژگان کلیدی: انتقال بیمار، انتقال داخل بیمارستانی، ایمنی بیمار، inter-hospital, patient transport, safety



اهمیت نحوه آموزش در دانشجویان علوم پزشکی در ارتقا شاخص های ایمنی بیماران

- مرضیه نصیری^{۱*}، شقایق رضایی کیا^۲، فاطمه محمدی زاده^۳، مریم اقامحمدی^۴، رضا صالحی نیا^۵، رضا پورمحمد^۶
۱. دانشجوی کارشناسی ارشد اتاق عمل، دانشکده پیراپزشکی ساری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد اتاق عمل، دانشکده پیراپزشکی ساری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۳. دانشجوی کارشناسی ارشد اتاق عمل، دانشکده پیراپزشکی ساری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۴. دانشجوی کارشناسی ارشد اتاق عمل، دانشکده پیراپزشکی ساری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۵. دانشجوی کارشناسی ارشد اتاق عمل، دانشکده پیراپزشکی ساری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۶. دانشجوی کارشناسی ارشد اتاق عمل، دانشکده پیراپزشکی ساری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

ایمنی بیمار یا پیشگیری از آسیب رساندن به بیمار به عنوان یک مسئله نگران کننده در سیستم ارائه مراقبت های بهداشتی و درمانی مطرح بوده و خطا علاوه بر اینکه مهم ترین عامل تهدید کننده ایمنی بیمار می باشد به عنوان یک شاخص مهم کیفیت مراقبت های بهداشتی در نظر گرفته می شود. از آن جا که آموزش و درمان مکمل هم می باشند و تغییر در هر کدام بر دیگری تاثیرگذار است کیفیت آموزش نقش تعیین کننده ای بر سلامت جامعه و بهبود کیفیت مراقبت از بیماران دارد. مطالعه حاضر به صورت مروری با جست و جو در پایگاه های اطلاعاتی Iranmedex, PubMed, Google Scholar از سال ۲۰۱۰ تا ۲۰۲۱ با استفاده از کلید واژه های آموزش، دانشجویان علوم پزشکی، شاخص های ایمنی بیمار، انجام شده است. خطا می تواند در هر مرحله از فرایند مراقبت از بیمار رخ داده و سبب آسیب رساندن و حتی مرگ بیمار گردد. هر ساله ده ها میلیون نفر از بیماران در سراسر جهان به دلیل مراقبت های سلامت نا ایمن از آسیب های ناتوان کننده رنج می برند و تقریباً ۱ بیمار از هر ۱۰ بیمار در حال دریافت مراقبت های بهداشتی در بیمارستان های دارای تکنولوژی پیشرفته دچار آسیب های جبران ناپذیر می شوند. در گزینش کمیته وزارتخانه متعلق به انجمن اروپا با عنوان مدیریت ایمنی بیمار و پیشگیری از حوادث ناگوار با تمرکز بر آموزش بیان شده است که بهبود ایمنی بیمار به طور قابل ملاحظه ای با آموزش عجین است. بنابراین دانشگاه های علوم پزشکی وظیفه دارند فارغ التحصیلانی را تحویل جامعه بدهند که صلاحیت علمی و حرفه ای مورد نیاز برای ایفای نقش خود در آینده را کسب کرده باشند. آموزش دانشجویان علوم پزشکی در مورد فرایند های استدلال بالینی و استراتژی جلوگیری از بروز خطاهای مرتبط می تواند اثرات مثبتی بر ایمنی بیمار داشته باشد. استدلال بالینی باید در اوایل دوره با استفاده از چهارچوب ها و دانش تشریحی آموزش داده شود. این روش با استفاده از موارد شبیه سازی شده در طول سال های پیش بالینی دانشجویان را مجهز به درک درست از روند استدلال بالینی خواهد کرد. افزایش مهارت های علمی و عملی دانشجویان برای کاهش احتمال خطا در آینده ضروری است که در این راستا استفاده از مربیان با تجربه، اجتناب از پاسخ های مخرب به دانشجویان در برابر خطا، تشویق فرهنگ گزارش دهی خطا و عدم تاثیر آن بر ارزشیابی نهایی دانشجویان و ایجاد کلاس های باز آموزی برای مربیان پیشنهاد می شود.

کلید واژه: نحوه آموزش، دانشجویان علوم پزشکی، ارتقا، شاخص های ایمنی بیماران



مقایسه کیفیت مراقبت ایمن پرستاری در بخش های کرونایی و غیر کرونایی

محمود معتمد زاده*^۱، هادی سروری، عباس عبادی
۱. کارشناس ارشد پرستاری مراقبت های ویژه، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله

مقدمه و هدف: مراقبت ایمن یکی از دغدغه های اساسی در مراقبت از بیماران مبتلا به کرونا است، بنابراین ارائه مراقبت ایمن می تواند در ارتقاء سلامت بیمار نقش مهمی ایفا کند. مطالعه حاضر با هدف مقایسه کیفیت مراقبت ایمن پرستاری در بخش های کرونایی و غیرکرونایی انجام شد.

مواد و روش ها: پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی و از نوع توصیفی تحلیلی بوده که در آن وضعیت ارائه مراقبت های ایمن توسط پرستاران شاغل در بخش های کرونایی و غیرکرونایی بیمارستان بقیه الله الاعظم (عج) شهر تهران در سال ۱۳۹۹ مورد مقایسه قرار گرفت. نمونه گیری به صورت تمام شماری انجام گرفت و جامعه آماری شامل کلیه پرستاران شاغل در بخش های کرونایی و غیرکرونایی بود. تکمیل پرسشنامه ها توسط سرپرستاران و با استفاده از دو پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی پرستاران و ابزار مراقبت ایمن بیمار رشوند و همکاران انجام گرفت.

نتایج: عملکرد پرستاران در مراقبت از بیماران در بخش های کرونایی و غیر کرونایی در سطح متوسط بود. ابعاد مختلف کیفیت مراقبت (مهارت های پرستاری، ایمنی روانی، نیازهای جسمی و کار تیمی) در بخش کرونایی و غیر کرونایی تفاوت معناداری نشان نداد ($P > 0.05$).

نتیجه گیری: علیرغم واگیر دار بودن بیماری و ترس از ابتلا، پرستاران در همه شرایط انجام وظیفه می کنند. از طرف دیگر باتوجه به متوسط بودن کیفیت مراقبت ایمن در بخش های کرونایی و غیر کرونایی اهمیت توجه به این بخش ها جهت ارتقاء مراقبت بسیار حائز اهمیت است و توجه مسئولین و برنامه ریزان جهت افزایش نیرو، افزایش انگیزه پرستاران جهت تداوم مراقبت و ارتقا آن بسیار حائز اهمیت است.

کلید واژه ها: کیفیت، مراقبت ایمن، پرستار، کرونا



بررسی ارتباط بین تعداد تخت‌های بخش‌های ICU با وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار از دیدگاه پرستاران

مریم دهقانی^۱، نوشین موسی زاده^۲، حمیده حکیمی^۳
ایران همدان، همدان، پزشکی علوم دانشگاه نهاوند، پیراپزشکی کودکان، دانشکده پرستاری ۱، مربی
ایران ساری، مازندران، پزشکی علوم دانشگاه آمل، پرستاری دانشکده پرستاری ۲، استادیار، گروه
ایران لاهیجان، لاهیجان، واحد اسلامی از اد دانشگاه پرستاری، گروه ۳، مربی،

مقدمه و هدف: ایمنی بیمار یکی از مهم‌ترین ابعاد کیفیت مراقبت است و هیچ مسئله‌ای به مانند آسیب رسیدن به بیمار با فلسفه مراقبت‌های بهداشتی مغایرت ندارد اما اقدامات و رویه‌های درمانی همیشه بی‌خطر نیست و امکان رخداد خطاهای پزشکی و وقایع تهدید کننده ایمنی بیمار همواره وجود دارد. یکی از عوامل مؤثر در ارتقای سطح ایمنی بیمار، وجود فرهنگ ایمنی بیمار در مراکز بهداشتی درمانی است. کمیسیون سلامت و ایمنی انگلستان فرهنگ ایمنی را بصورت تولید ارزش‌ها، نگرش‌ها، درک، صلاحیت و الگوهای رفتاری فردی و گروهی که تعهد، سبک، مهارت و مدیریت ایمنی و سلامت یک سازمان را تعیین می‌کند، توصیف می‌کند. هدف از این مطالعه تعیین ارتباط بین تعداد تخت‌های بخش‌های ICU با وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار از دیدگاه پرستاران بخش‌های ICU می‌باشد.

روش کار: این مطالعه توصیفی- مقطعی بر روی ۶۰ پرستار بخش‌های ICU بیمارستان‌های منتخب گیلان و مازندران با روش نمونه-گیری خوشه‌ای- تصادفی در سال ۱۳۹۸ انجام شد. داده‌ها با پرسشنامه سنجش فرهنگ ایمنی بیمار جمع‌آوری و با نرم‌افزار SPSS ۲۰ و آمار توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل شد.

نتایج: از بین ۱۲ بعد فرهنگ ایمنی، کار تیمی درون بخش (۶۲/۷۲٪) و یادگیری سازمانی، بهبود مداوم (۵۰/۲۳٪) بیشترین میانگین پاسخ مثبت و ابعاد پاسخ غیرتنبیهی در موارد بروز خطا (۶٪) و مسائل کاری مربوط به کارکنان (۶/۸٪) کمترین میانگین پاسخ مثبت را به خود اختصاص دادند. نمره پرستاران به رعایت ایمنی در بخش‌های ICU، ۴۳/۶ درصد عالی و خیلی خوب، ۴۵/۵ درصد قابل قبول، ۱۰/۹ درصد ضعیف بود. بین تعداد تخت‌های بخش‌های ICU با ابعاد کار تیمی درون بخش ($P=0/024$ و $r=-0/30$) و حمایت مدیریت از ایمنی بیمار ($P=0/033$ و $r=-0/28$) ارتباط معنی‌دار منفی مشاهده شد.

بحث و نتیجه گیری: به جزء بعد کار تیمی درون بخش، اکثریت ابعاد فرهنگ ایمنی نیاز به بهبود دارند و نحوه پاسخ به اشتباهات، می‌تواند تعیین کننده فرهنگ ایمنی در بیمارستان باشد. همچنین تفاوت درک پرستاران از فرهنگ ایمنی بیمار در بخش‌های کوچک‌تر با بزرگ‌تر، نشان دهنده اهمیت کار گروهی در بخش‌بزرگ‌تر است، به عبارتی یافته‌های این مطالعه نشان دهنده اهمیت تمرکز بر کارگروهی به عنوان مقدمه‌ای برای بهبود کیفیت در ICU های بزرگ‌تر است.

کلمات کلیدی: فرهنگ ایمنی، پرستاران، بخش مراقبت‌های ویژه



فرهنگ ایمنی بیمار در نظام سلامت ایران: یک مطالعه مروری

حمید حمزه زاده^۱، مهناز خلفه نیل ساز*^۲، نازنین بیات^۳

۱. جهاد دانشگاهی علوم پزشکی شهید بهشتی. تهران. ایران. دانشکده مجازی، آموزش پزشکی و مدیریت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی. تهران. ایران
۲. دکترای آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، جهاد دانشگاهی علوم پزشکی شهید بهشتی. تهران. ایران
۳. کارشناس ارشد پرستاری، جهاد دانشگاهی علوم پزشکی شهید بهشتی. تهران. ایران

مقدمه: در طی یکسال اخیر، بیماری Covid 19 دغدغه ها و چالش های بسیاری عمده ای برای مدیران و سیاست گذاران نظام سلامت از جمله حفظ ایمنی و رعایت حقوق بیماران فراهم آورده است. یکی از مهمترین معیارهای حقوق بیماران، حق ایمن بودن از هر نوع خطر و آسیب ابتلا به بیماری، هنگام دریافت خدمات سلامت در بیمارستان ها می باشد. با توجه به اهمیت این موضوع، این مطالعه با هدف مروری بر وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان ها و سایر مراکز مراقبتی ایران انجام شد.

روش: در مطالعه مروری-سیستماتیک حاضر، مقالات داخلی و خارجی با موضوع وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستانها و مراکز درمانی کشور ایران (مقالات منتشر شده از سال ۲۰۱۸ تا ۲۰۲۱) بررسی شدند. مطالعه حاضر منطبق با دستورالعمل مطالعات مروری نظاممند پریزما (PRISM) انجام شد. پس از غربالگری مقالات یافت شده، از پایگاه های SID, Pub Med, Google Scholar, Patient safety culture, Web of science, MagIran, Iran Medex, Scopus با استفاده از کلید واژه های Covid 19 hospitals, Nurses, caring مطابق با هدف مطالعه انتخاب و ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار، اطلاعات مربوطه به ۲۰ مقاله استخراج گردید.

یافته ها: نتایج ۲۰ مقاله منتخب بیانگر، نمرات متفاوت ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان های مختلف است. مهمترین حیطه های فرهنگ ایمنی بیمار در مطالعات بررسی شده، شامل مواردی چون حیطه های آموزش مداوم و ارتقای مستمر، واکنش غیر تنبیهی به اشتباهات، فراوانی گزارش دهی وقایع، ارتباطات باز، حمایت مدیریت از ایمنی بیمار، ارتباط و بازخورد دادن خطاها از مهمترین ابعاد فرهنگ ایمنی بودند. در مطالعات انجام شده در ایران نمرات فرهنگ ایمنی بیمار در حد پایین و متوسطی در پرسنل سلامت گزارش شده بودند. همچنین یافته های برگرفته از مطالعات نشان داد ارتباط معنی داری بین درک کارکنان بیمارستان از ایمنی بیمار و افزایش خطاهای پزشکی وجود داشت. همچنین مواردی چون اقدامات مدیران پرستاری در جهت ایمنی بیمار و جابجایی اطلاعات مهم بیمار، کار تیمی درون سازمانی بیشترین سهم از امتیازها و همچنین تناوب در گزارشدهی حوادث ناخواسته، در نظر نگرفتن تنبیه برای خطاها و درک کارکنان از مفاهیم فرهنگ ایمنی بیمار کمترین امتیاز را به خود اختصاص داده بودند.

نتیجه گیری: سطح کلی فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان های ایران در سطح پایینی قرار دارد و این امر می تواند منجر به افزایش خطاهای احتمالی پزشکی به ویژه در شرایطی که بیمارستان ها و مراکز درمانی با میزان بالایی از بیماران بستری به دلیل بیماری کرونا هستند، شود. وجود یک کمیته مدیریت خطر برای اولویت بندی فعالیت ها، کاهش و یا حذف خطرات احتمالی و اتخاذ تصمیمات کاربردی در این زمینه لازم می باشد. بنابراین توجه بیشتر و برنامه ریزی سیاست گذاران نظام سلامت جهت توسعه فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان ها ضروری به نظر می رسد.

کلید واژه ها: فرهنگ ایمنی، ایمنی بیمار، پرستاران، بیماری کرونا، آموزش ایمنی



مقایسه آموزش ایمنی بیمار در نظام آموزشی مقطع کارشناسی پرستاری ایران و واشنگتن

جواد دهقان نژاد^۱، وحید زمان زاده^۲، عباس داداش زاده^۳

۱. دکتری پرستاری، عضو هیات آموزشی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، (نویسنده مسئول)

۲. استاد، عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۳. استادیار، عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

مقدمه: ایمنی بیمار یک دغدغه جهانی و یکی از ارکان اصلی کیفیت مراقبت می باشد. آموزش پرسنل یکی از راهکارهای بهبود ایمنی بیمار است و پرستاران جزء پرسنلی هستند که نقش بسزایی جهت ایمنی بیمار ایفا می کنند. ارتقای برنامه ی آموزش پرستاری از جهت بهبود ایمنی بیمار یک مسئله مهم است و مقایسه نظام های مختلف آموزشی موجب ارتقاء کیفیت برنامه های آموزشی می شود. هدف این مطالعه مقایسه نظام آموزشی پرستاری ایران در حیطه ایمنی بیمار با دانشگاه واشنگتن امریکا می باشد.

روش: پژوهش حاضر به شیوه توصیفی- تطبیقی انجام شد. پس از جستجوی اینترنتی در ارتباط با برنامه آموزشی کارشناسی پرستاری در دانشگاههای معتبر جهان، دانشگاه واشنگتن آمریکا بدلیل تشابه نسبی رشته انتخاب گردیده و سپس دو برنامه آموزشی در حیطه ایمنی بیمار با استفاده از الگوی Beredy در چهار مرحله توصیف، تفسیر، همجواری و مقایسه، تطبیق برنامه ها انجام شد.

نتایج: نظام آموزشی دانشگاه واشنگتن در اهداف یکی از هدف ها را تامین ایمنی بیماران و بهبود کیفیت مراقبت بیان کرده است و یک درس ۴ واحدی به نام انفورماتیک، ایمنی بیمار و بهبود کیفیت را در برنامه های درسی قرار داده است و در ارزیابی پیشرفت تحصیلی توسط کمیته هماهنگی، دانشجو برای ارائه مراقبتها به بیمار به گونه ای که ایمنی بیمار به خطر نیفتد مورد ارزیابی قرار می گیرد. در نظام آموزشی ایران اهداف به طور کلی بیان شده و اشاره ای به ایمنی بیمار نشده است و واحد اختصاصی با نام ایمنی بیمار در برنامه های درسی مشاهده نشد و در ارزیابی های دانشجویان نیز پرداختن به این مساله به وضوح دیده نمی شود.

نتیجه گیری: به منظور بهبود کیفیت آموزشی در جهت ایمنی بیماران یک واحد درسی اختصاصی در جهت ایمنی بیمار در برنامه های درسی پرستاری گنجانده شود و وجود ارزیابی های دقیق برای کسب مهارت دانشجویان در جهت حفظ ایمنی بیمار بسیار حائز اهمیت است.



بررسی سقوط از تخت بیماران بستری در بیمارستان آیت اله حجت کوه کمری در سال ۱۳۹۹

مهرناز اسم خانی^۱، معصومه عابدینی^۲

۱. کارشناس ارشد پرستاری، مجتمع آموزش عالی سلامت مرنده، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز، ایران
۲. کارشناس پرستاری، مدیر خدمات پرستاری بیمارستان آیت اله حجت کوه کمری مرنده، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز، ایران

مقدمه و هدف: در بیمارستان یکی از بارزترین شاخص های ذکر شده در مورد ایمنی بیمار میزان بروز حوادث ناگوار است. سقوط از تخت و پیامدهای ناشی از آن منجر به افزایش هزینه های خدمات بهداشتی و درمانی شده است. سقوط بیمار یک مشکل شایع برای بیماران بستری در بیمارستان هاست که منجر به ترس و درد یا صدمات جدی و افزایش مدت اقامت در بیمارستان و به طور بالقوه کیفیت زندگی بیماران را کاهش می دهد. این مطالعه با هدف تعیین میزان بروز سقوط در سال ۱۳۹۹ در بیمارستان انجام شده است. تا بتوان با مداخلات به موقع میزان بروز را کاهش داد.

مواد و روش ها: این مطالعه از نوع توصیفی مقطعی می باشد که در بیمارستان انجام شد. پس از گزارش سقوط مراجعه به بخش مربوطه و مطالعه پرونده بیمار، دفاتر بخش، اطلاعات پرستاران و اقدام به مصاحبه با پرستاران کشیک در شیفتی که افتادن از تخت اتفاق افتاده بود، شد. این اطلاعات در فرم های مربوطه وارد و جمع بندی شد. داده ها با استفاده از آمار توصیفی (فراوانی مطلق، فراوانی نسبی، میانگین و انحراف معیار) گزارش گردید.

یافته ها: در مجموع ۱۰ بیمار از تخت سقوط کردند که متأسفانه یک مورد بیمار مرد ۹۰ ساله به دنبال بی قراری سقوط از تخت داشت و ۵ ساعت بعد فوت شد. وقوع سقوط بیمار در مراقبت پرستاران اجتناب ناپذیر است و حتی اگر پرستاران از تعهد حرفه ای بالایی برخوردار باشند، توانایی کنترل کلیه موارد را برای حفظ ایمنی بیمار ندارند و لازم است راهکارهای نظام مند در این زمینه اتخاذ گردد.

بحث و نتیجه گیری: افتادن از تخت یکی از مشکلاتی است که برای بیماران اتفاق افتاده و بیمارستان ها و پرستاران با آن مواجه می باشند. بیماران نیازمند بازتوانی می شوند. هزینه های زیادی برای سیستم دارد. علاوه بر هزینه درمان عواقب اقتصادی و اجتماعی آن تا مدتها در جامعه وجود دارد. بررسی سقوط می تواند در سازماندهی محیط از نظر تجهیزات و نیروی انسانی و کاهش آن و ایجاد محیط ایمن به کار گرفته شود.

کلیدواژه ها: سقوط از تخت، بیمارستان، ایمنی بیمار



بررسی وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار از دیدگاه پرستاران در مرکز آموزشی درمانی پژوهشی رازی رشت در سال ۱۳۹۹

فروغ سمیع پور^۱، لیلا گلشن مزدهی^۱، صدیقه عبدالهی^۱، پروانه بابکیان^۱، شیرین صیاد^۱، رقیه جنت خواه^۱

۱. گروه پرستاری، مرکز آموزشی درمانی و تحقیقاتی رازی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

مقدمه: ایمنی بیمار جزء بسیار مهم و حیاتی کیفیت مراقبت های سلامت است. یکی از ابتدایی ترین و مهم ترین شرط لازمه ارائه خدمات بهداشتی و درمانی، نرساندن آسیب به بیمار در حین ارائه مراقبت است. پرستاران از تاثیر گذارترین گروه های کادر بهداشتی هستند که تاثیر بسزایی در بهبودی و امنیت بیماران دارند.

روش کار: این مطالعه توصیفی تحلیلی مقطعی بر روی ۱۵۰ پرستار مرکز آموزشی درمانی پژوهشی رازی به روش سرشماری انجام شد. ابزار مورد استفاده پرسشنامه استاندارد فرهنگ ایمنی بیمار بود که بخش اول پرسشنامه شامل اطلاعات دموگرافیک پرستاران و بخش دوم دارای ۴۲ سؤال که ۱۲ بُعد فرهنگ ایمنی بیمار را مورد ارزیابی قرار میداد. داده های جمع آوری شده با استفاده از آزمون های آماری توصیفی و ضریب همبستگی پیرسون در نرم افزار SPSS 22 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: از میان ابعاد مورد بررسی کار تیمی درون واحدهای بیمارستانی با میانگین و انحراف معیار $2/84 \pm 15/11$ بالاترین امتیاز و باز بودن مجاری ارتباطی و صداقت در برقراری ارتباطات با میانگین و انحراف معیار $1/78 \pm 8/42$ پایین ترین امتیاز را کسب کردند. در طی یکسال گذشته ۲۷ نفر (۱۸٪) از پرستاران هیچ گزارش وقوع خطایی ارائه ندادند و ۱۲ نفر (۸٪) بیش از ۲۱ مورد گزارش خطا ارائه دادند. همچنین بین وضعیت فرهنگ ایمنی پرستاران با نوع شیفت کاری ارتباط آماری معنادار وجود داشت ($P=0.02$).

بحث و نتیجه گیری: به نظر می رسد فرهنگ ایمنی بیمار در بعد ارتباطی نیازمند اصلاح است و مدیران باید فضای ارتباطی مناسب تری در اختیار پرستاران قرار دهند تا با صداقت و بدون ترس از تنبیه بتوانند محیط بالینی امن تری برای بیماران فراهم کنند.

واژه های کلیدی: ایمنی بیمار، فرهنگ ایمنی بیمار، بیمارستان آموزشی، پرستار



تاثیر آموزش گامهای صحیح شستن دست بر عملکرد دانشجویان پرستاری در راستای ارتقای ایمنی بیمار

ژیلایا حیدرپور دامن‌آباد^۱

۱. هیات علمی گروه آموزشی کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران.

یکی از بارزترین عوامل تهدید کننده ایمنی بیماران بستری در بیمارستان، عفونتهای بیمارستانی است که مهمترین راه انتقال آن تماس مستقیم با بیمار بخصوص از طریق دستها می‌باشد. سازمان بهداشت جهانی در تاکید بهداشتی کردن دست، شعار "مراقبت تمیزتر، مراقبت ایمن‌تر" را مطرح می‌کند و یکی از اصول ۹ گانه ایمنی بیمار را رعایت بهداشت دست معرفی می‌کند. در حال حاضر، بهترین، موثرترین و کم هزینه‌ترین روش پیشگیری و کنترل عفونت طبق توصیه مرکز پیشگیری و کنترل بیماریهای عفونی رعایت بهداشت دست، به خصوص شستن دست قبل و بعد از تماس با هر بیمار می‌باشد همچنین سازمان ملی سلامت بیماران، رعایت بهداشت دست توسط مراقبین بهداشتی را عامل کلیدی سلامت بیماران معرفی کرده است. بنابراین تمام افرادی که در امور مراقبتی بیمار دخیل هستند باید بهداشت دست را رعایت و اجرا کنند. همراه با پرسنل درمانی، دانشجویان پرستاری نیز در محیط بالین در تماس نزدیک و مداوم با بیماران قرار دارند و در کارهای مراقبتی بیماران شرکت می‌کنند، بنابراین رعایت بهداشت دست توسط آنان نقش بسزایی در کنترل عفونتهای بیمارستانی را دارد. با توجه به اهمیت تاثیر بهداشت دست بر ایمنی بیماران، دانشجویان باید گامهای صحیح و استاندارد شستن دست را آموزش ببینند تا از همان دوران دانشجویی اهمیت و نحوه رعایت بهداشت دست در آنها نهادینه شود. لذا مطالعه حاضر با هدف تاثیر آموزش گامهای صحیح شستن دست بر عملکرد دانشجویان پرستاری در راستای ارتقای ایمنی بیمار انجام گرفت تا با اجرای صحیح آن ایمنی بیمار به مخاطره نیفتد.

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی می‌باشد که در دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال ۹۹-۱۳۹۸ با شرکت ۱۵۰ نفر از دانشجویان ترم ۸ پرستاری به روش سرشماری انجام گرفت. برای جمع‌آوری داده‌ها از دستورالعمل گامهای صحیح شستن دست توصیه شده توسط سازمان بهداشت جهانی به صورت چک لیست (۱۴ آیتم) استفاده شد. تک تک دانشجویان قبل از ورود به بخش به صورت انفرادی دستهای خود را با آب و صابون شستند و چک لیست توسط پژوهشگر به روش مشاهده مستقیم تکمیل شد. سپس گامهای صحیح شستن دست و اهمیت اجرای آنها توسط پژوهشگر به صورت انفرادی به روش چهره به چهره به دانشجویان آموزش داده شد و هر جلسه تمام دانشجویان قبل از ورود به بخش دستهای خود را طبق گایدلاین می‌شستند. پایان جلسه کارورزی مجدداً تک تک دانشجویان، طبق گایدلاین، شستشوی دست انجام داده و چک لیست توسط پژوهشگر به روش مشاهده مستقیم تکمیل شد. در پایان پژوهش نتایج بدست آمده از چک لیست قبل و بعد در نرم افزار SPSS، با در نظر گرفتن سطح معنی داری $P \geq 0.05$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

مقایسه اختلاف میانگین نمرات عملکرد، قبل و بعد از آموزش ($3/02 \pm 1/83$) نشان داد که آموزش گامهای صحیح شستن دست، عملکرد دانشجویان را به صورت معنی داری $P=0.00$ بهبود بخشیده است. با توجه به اهمیت ایمنی بیمار و نتایج حاصل از مطالعه، آموزش دانشجویان پرستاری در دوران تحصیل، عامل مهمی در بهبود عملکرد بهداشت دست می‌باشد بنابراین توصیه می‌شود به امر بهداشت دست به عنوان کلیدی‌ترین عامل حفظ ایمنی بیمار در راستای کنترل عفونت اهمیت داده شود و با آموزش عملی و اجرای دقیق و مستمر آن در واحدهای بالینی باعث نهادینه شدن این رفتار بهداشتی مهم در دانشجویان گردد تا در دوران دانشجویی و بعد از آن به عنوان پرستاران آینده حافظ ایمنی بیمار باشند.

واژگان کلیدی: شستن دست، عملکرد، دانشجویان پرستاری، ایمنی بیمار



تاثیر آموزش اصول ایمنی بیمار بر دانش دانشجویان پرستاری

ژایلا حیدرپور دامن‌آباد^۱

۱. هیات علمی گروه آموزشی کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران.

یکی از بارزترین حقوق انسانها، حق ایمن ماندن از خطرات و آسیبها هنگام دریافت خدمات بهداشتی- درمانی است. ارائه خدمات سالم و ایمن، وظیفه حرفه‌ای، اخلاقی و قانونی کارکنان سیستم بهداشت و درمان می‌باشد. سازمان بهداشت جهانی نه راه حل ایمنی بیمار را به عنوان ابزاری برای افزایش ایمنی بیمار و کاهش احتمالی بروز خطا در انجام مراقبتهای درمانی پیشنهاد نموده است که شامل مواردی نظیر توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی، توجه به مشخصات فردی بیمار جهت جلوگیری از خطا، ارتباط موثر با بیمار، انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار، کنترل غلظت محلولهای الکترولیت، اطمینان از صحت دارو درمانی، اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله‌ها، استفاده صرفاً "یکباره از وسایل تزریقات و بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبتهای سلامتی می‌باشند. آموزش در جهت افزایش ایمنی و پیشرفت کیفیت خدمات به بیماران امری ضروری می‌باشد. دانشجویان پرستاری در دوره کارورزی در عرصه در امر مراقبت از بیماران دخیل هستند و بسیاری از امور مراقبتی را به صورت مستقل انجام می‌دهند و همچنین بعد از فارغ التحصیلی که وارد محیط بالین می‌شوند به عنوان مهمترین عضو تیم مراقبت از بیمار در ارائه خدمات مراقبتی مشغول به کار خواهند شد، بنابراین در جهت ارتقا کیفیت خدمات به بیماران و جلوگیری از بروز خطا و به حداقل رساندن آن باید از همان دوران دانشجویی با اصول ایمنی بیمار آشنا بوده و آموزشهای لازم در این زمینه را ببینند تا ضمن احترام گذاشتن به حقوق بیماران در جهت توسعه راهکارهای ایمنی بیمار کوشا باشند. لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی تاثیر آموزش اصول ایمنی بیمار بر دانش دانشجویان پرستاری انجام گرفت.

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی- مقطعی بود که در دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال ۹۹-۱۳۹۸ با شرکت ۱۵۰ نفر از دانشجویان ترم ۸ پرستاری به روش سرشماری انجام گرفت. برای جمع آوری داده‌ها، مربی بالینی به منظور اطلاع از دانش دانشجویان در زمینه اصول ۹ گانه ایمنی بیمار، چک لیست مرتبط با دستورالعمل اصول نه گانه ایمنی بیمار توصیه شده توسط سازمان بهداشت جهانی که مورد تایید وزارت بهداشت و درمان کشور نیز می‌باشد را به روش مشاهده و مصاحبه برای تک تک دانشجویان تکمیل کرده و سپس اصول ۹ گانه ایمنی بیمار را بصورت سخنرانی برای دانشجویان آموزش داد و در طی دوره کارورزی دانشجویان تحت نظارت مربی قرار گرفته و توصیه‌های لازم در زمینه رعایت اصول ایمنی به آنان داده می‌شد و در پایان جلسه کارورزی در بخش مجدداً "چک لیست مربوطه برای هر دانشجو توسط مربی تکمیل شد. این چک لیست محقق ساخته و شامل ۶۳ آیتم در مورد اصول ۹ گانه ایمنی بیمار بود. در نهایت داده‌ها جمع آوری شد و در نرم افزار SPSS با در نظر گرفتن سطح معنی داری $P \geq 0.05$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. مقایسه اختلاف میانگین نمرات دانش، قبل و بعد از آموزش $(8/50 \pm 5/21)$ نشان داد که آموزش اصول ایمنی بیمار، دانش دانشجویان را به صورت معنی داری $P=0.00$ بهبود بخشیده است.

با توجه به اهمیت ایمنی بیمار و نتایج حاصل از مطالعه، توصیه می‌شود به مفهوم ایمنی بیمار به عنوان یکی از مهمترین پایه‌های پرستاری اهمیت داده شود و علاوه بر آموزش نظری آن، در واحدهای بالینی نیز به طور مستمر به آموزش این امر مهم پرداخته شود تا تکرار آن بتواند باعث نهادینه شدن این مفهوم مهم در دانشجویان گردد تا در دوران دانشجویی و بعد از آن به عنوان پرستاران آینده حافظ ایمنی بیمار باشند.

واژگان کلیدی: آموزش، اصول ایمنی بیمار، دانش، دانشجویان پرستاری



فرسودگی شغلی و ارتباط آن با عملکرد شغلی در پرستاران

مینا حسین زاده^۱، طاهره جوادی شریف^۲، پروانه آقاجری^۳، فرانک جبارزاده^۱
۱. عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران
۲. ارشد پرستاری سلامت جامعه، مرکز آموزشی درمانی الزهراء، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران
۳. عضو هیات علمی دانشکده علوم پزشکی مراغه، مراغه، ایران

مقدمه و هدف: پرستاران در سراسر جهان در شرایط سخت مشغول به کار هستند، این شرایط دشوار می تواند تاثیر زیادی بر عملکرد شغلی پرستاران داشته باشد. عملکرد شغلی مطلوب پرستاران میتواند منجر به مراقبت ایمن از بیمار شود. یکی از واکنش های روانی که در پاسخ به منابع مدامی از استرس داده می شود، فرسودگی شغلی می باشد که می تواند بر نحوه عملکرد پرستاران تاثیرگذار باشد. هدف از پژوهش حاضر، تعیین فرسودگی شغلی و ارتباط آن با عملکرد شغلی پرستاران شاغل در مراکز آموزشی-درمانی شهر تبریز بود.

روش کار: در این مطالعه توصیفی تحلیلی که در سال ۱۳۹۷ انجام گرفت، ۳۴۴ نفر از پرستاران شاغل در مراکز آموزشی-درمانی شهر تبریز شرکت نمودند. نمونه گیری به روش تصادفی طبقه ای نسبتی انجام گرفت. جمع آوری داده ها براساس پرسشنامه سه قسمتی (اطلاعات جمعیت شناختی، فرسودگی شغلی و عملکرد شغلی پرسون) انجام یافت. داده ها با استفاده از SPSS ۱۶ و با روش های آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار و فراوانی نسبی) و استنباطی (همبستگی پیرسون) مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته ها: میانگین نمره فرسودگی شغلی برابر با $14/5 \pm 66/0$ (دامنه نمرات ۰-۱۰۸) و میانگین نمره عملکرد شغلی ایمن برابر با $7/5 \pm 37/0$ دامنه نمرات (۰-۴۵) بدست آمد. بین متغیر فرسودگی شغلی و عملکرد شغلی پرستاران ارتباط معنی دار معکوس مشاهده گردید ($r=-0.43, p=0.03$).

نتیجه گیری: با توجه به نتایج بدست آمده درباره ارتباط معکوس فرسودگی شغلی و عملکرد شغلی ایمن پرستاران پیشنهاد می شود مدیران با تلاش جهت کاهش اضطراب و افسردگی و سایر عواطف منفی مرتبط با فرسودگی و با ایجاد فیدبک مثبت روانشناسی به منظور افزایش رضایت کارکنان/پرستاران از کار، بتوانند از آثار آن در ارتقای عملکرد پرستاران و ارائه مراقبت ایمن به بیماران استفاده نمایند.

کلمات کلیدی: فرسودگی شغلی، عملکرد ایمن، پرستاران، ایران



نقش برنامه های مبتنی بر فناوری در پیشگیری از سقوط: یک مطالعه مروری

دکتر اکرم قهرمانیان^۱، دکتر علیرضا حاجی اسکندری^۲، دکتر امیررضا نبی قدیم^۳، مهندس سیمین قهرمانیان^۴
۱. گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
۲. گروه کامپیوتر، واحد بناب، دانشگاه آزاد اسلامی، بناب، ایران
۳. گروه اورولوژی، مرکز تحقیقات اورولوژی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۴. گروه کامپیوتر، واحد بناب، دانشگاه آزاد اسلامی، بناب، ایران

چکیده: در سالهای اخیر، طیف فزاینده‌ای از برنامه‌های مبتنی بر فناوری با هدف کمک به ارائه مداخلات موثرتر و کارآمدتر برای پیشگیری از سقوط و آسیب‌های آن ایجاد شده است. هدف از این مطالعه، شناخت برنامه‌های مبتنی بر فناوری و کاربر آنها در حوزه پیشگیری از سقوط می‌باشد. این مطالعه از نوع کتابخانه‌ای است و به بررسی کتب و مقالات علمی که طی سالهای ۲۰۲۰ - ۲۰۰۵ میلادی، در مجلات معتبر به چاپ رسیده اند، با کلید واژه های سقوط، ایمنی بیمار، پیشگیری، مداخلات مبتنی بر فناوری و مراقبت سلامت در ترکیب با عملگرهای منطقی و تگ‌های فیلد جستجو می‌پردازد. بدین منظور پایگاه‌های اطلاعاتی ISI، SID، Magiran، PubMed، ScienceDirect، CIVILIC، به زبان انگلیسی و فارسی جستجو گردید. داده‌های استخراج شده مطابق با معیارهای مطالعه توسط دو نفر به صورت مستقل بازبینی گردید. ۱۰۳ پژوهش یافت شد که از ۴۸ مورد آن استفاده گردید. طبق یافته‌های مطالعه، مداخلات پیشگیری از سقوط در چهار دسته شامل: (۱) بررسی خطر سقوط، (۲) بررسی محیط منزل/ تجهیزات کمکی، (۳) مداخلات آموزشی و تمرینات ورزشی (تحت نظارت و بدون نظارت) قرار گرفته بود که مداخلات مبتنی بر تکنولوژی (Technology-based interventions)، خود شامل چهار نوع بوده و در هر چهار دسته قابل توسعه و عملیاتی شدن هست.

سیستم‌های مداخله پیشگیری از سقوط قبل از سقوط (Pre-FPI: Pre-fall prevention intervention systems) برنامه‌های کاربردی فناورانه هستند که بر حمایت از بیمارانی تمرکز دارند که هنوز سقوط را تجربه نکرده‌اند، اما ممکن است در معرض خطر سقوط قرار گیرند. آنها از طریق توسعه برنامه های کاربردی، که از ارائه فعالیت های بدنی هدفمند، تمرینات و برنامه های آموزشی که آگاهی از خطرات ناشی از سقوط را افزایش می دهند، عمل می کنند سیستم های مداخله پیشگیری پس از سقوط (Post-FPI: Post-fall prevention intervention systems) کاربردهای فناوری است که بر روی افرادی که قبلاً سقوط را تجربه کرده‌اند متمرکز است و هدف آنها کمک به ارزیابی و ارائه مداخلات برای کاهش خطر ابتلا به سقوطهای مکرر در آینده است. سیستم‌های مداخله پیشگیری از آسیب ناشی از سقوط (FIPI: Fall injury prevention intervention systems) توجه را بر روی بیمارانی متمرکز می‌کنند که احتمالاً انتظار می‌رود در آینده دچار سقوط شوند. هدف بسیاری از این سیستم‌ها تشخیص سقوط در هنگام وقوع و جلوگیری یا به حداقل رساندن آسیب‌هایی است که ممکن است پس از سقوط رخ دهد. بنابراین، FIPI ها اغلب تشخیص سقوط را انجام می‌دهند. سیستم‌های مداخله پیشگیری از سقوط متقاطع (CFPI: Cross fall prevention intervention systems) برنامه های کاربردی فناوری هستند که سعی در پشتیبانی و ارائه ترکیبی از مداخلات پیشگیری از صدمات قبل از سقوط، پس از سقوط و سقوط دارند. مداخلات مبتنی بر فناوری در طیف وسیعی از زمینه‌های پیشگیری از سقوط به کار گرفته شده‌اند و شامل تشخیص و درمان خطرات سقوط، افزایش پایداری به مداخلات، تشخیص سقوط و هشدار به پرسنل مراقبتی در صورت سقوط است. با این حال، تشویق به پذیرش فناوری یکی از مناطق اصلی تمرکز به ویژه در میان افراد سالمند است.



طراحی و روانسنجی مقیاس بررسی و پیشگیری از سقوط بزرگسال بر اساس زبان‌های استاندارد پرستاری: تشخیص‌های

پرستاری ناندا، طبقه‌بندی پیامدهای پرستاری و طبقه‌بندی مداخلات پرستاری

دکتر اکرم قهرمانیان^۱، دکتر وحید زمان زاده^۱، دکتر امیررضا نبی قدیم^۲، دکتر فرزانه باقریه^۱
^۱گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
^۲گروه اورولوژی، مرکز تحقیقات اورولوژی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

چکیده: سقوط و آسیب‌های ناشی از آن، از مشکلات شایع سلامت بیماران بستری در بیمارستان بخصوص سالمندان است که باعث ناتوانی و نقص عملکرد طولانی، افزایش مرگ و میر، نارضایتی بیمار و تحمل هزینه به فرد و جامعه می‌شود. پرستاران می‌توانند با شناسایی افراد پرخطر اقدامات و آموزش‌های مربوط به پیشگیری از سقوط را برای افراد پرخطر به کار گیرند و هم فرآیند پیشگیرانه خود را به راحتی ارزیابی کنند. شناسایی بیماران در معرض سقوط در محیط‌های بالینی توسط ابزارهای پیش‌بینی‌کننده خطر سقوط در کشورهای دیگر انجام می‌گیرد. زبانهای استاندارد پرستاری شامل طبقه بندی تشخیص‌های پرستاری ناندا، طبقه بندی پیامدهای پرستاری و طبقه بندی مداخلات پرستاری می‌توانند برای طراحی مقیاس‌های بالینی مورد استفاده قرار گیرند و هم در بررسی خطر سقوط و هم در هدایت پرستار برای انجام اقدامات پرستاری و ارزشیابی اقدامات انجام شده راهگشا باشند. این مطالعه با هدف طراحی و انجام مراحل اولیه روانسنجی مقیاس بررسی و پیشگیری از سقوط بر اساس تشخیص خطر سقوط بزرگسالان، پیامدها و مداخلات مرتبط انجام شد. با جستجو در سیستم‌های استاندارد پرستاری شامل طبقه بندی تشخیص‌های پرستاری ناندا، طبقه بندی پیامدهای پرستاری و طبقه بندی مداخلات پرستاری با کلیدواژه سقوط و سقوط بزرگسال، نشانگرهای تشخیصی خطر سقوط بزرگسال شناسایی شد. سپس در اقدامات پرستاری پیشگیری از سقوط، اقدامات مرتبط با سقوط بزرگسال استخراج گردید و نشانگرهای ارزشیابی مداخلات از پیامدهای مرتبط با سقوط استخراج گردید. نشانگرهای تشخیصی، اقدامات پرستاری و نشانگرهای ارزشیابی پیامد، در دو دور دلفی با شرکت ۶ نفر از صاحب‌نظران و محققان در بحث ایمنی بیمار مورد ارزیابی و نظرسنجی قرار گرفت و موارد مورد توافق آنها در یک مقیاس بالینی مرتب‌سازی شد. نشانگرهای تشخیصی یا عوامل خطر سقوط بزرگسال در ۵ عامل شامل عوامل فیزیولوژیکی، روانشناختی و محیطی، شرایط همراه و جمعیت در معرض خطر طبقه بندی شد. صاحب‌نظران در پانل با درصدهای توافق بالاتر از ۸۹ درصد با ۵۰ نشانگر تشخیصی (از ۸۵ نشانگر اولیه)، ۲۵ اقدام پرستاری (از ۵۸ اقدام پرستاری اولیه) و دو پیامد پرستاری شامل وقوع سقوط با ۴ نشانگر ارزیابی و رفتار پیشگیری از سقوط با ۱۰ نشانگر ارزشیابی موافقت کردند. این مقیاس بالینی برای بررسی و پیشگیری از خطر سقوط در بزرگسالان مبتنی بر زبان‌های استاندارد پرستاری بوده و می‌تواند در محیط‌های بالینی استفاده گردد تا شواهد اثربخشی آن و نیز امکان‌پذیری و سودمندی استفاده از آن از دید پرستاران در بلندمدت مورد ارزیابی قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: سقوط بزرگسال، نشانگر تشخیصی، تشخیص پرستاری، طبقه بندی پیامدهای پرستاری، طبقه بندی مداخلات پرستاری، مقیاس بالینی، ایمنی بیمار



مقایسه میزان رعایت ایمنی بیمار در بخش های بستری کننده بیماران کرونایی با بخش های عادی در بزرگترین مرکز

شمال غرب ایران

مهدی خانبابایی^۱، لیلا مختاری^۲

^۱. کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

^۲. کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران (نویسنده مسئول)

مقدمه: ایمنی بیمار در کشورهای جهان سوم به عنوان دغدغه ای فراتر از دغدغه جهانی به شمار می رود. با توجه به افزایش شیوع بیماری کرون، به نظر می رسد میزان رعایت ایمنی این بیماران به دلایل مختلف نسبت به سایر بیماران متفاوت باشد؛ لذا در این مطالعه بر آن شدیم تا میزان رعایت ایمنی بیمار در بخش های بستری کننده بیماران کرونایی با بخش های عادی در بزرگترین مرکز شمال غرب ایران را مقایسه نماییم.

روش کار: در این مطالعه توصیفی همبستگی که در نیمه دوم سال ۱۳۹۹ در بخش های بستری کننده بیماران مبتلا به کرونا (چهار بخش) و بخش های عادی (چهار بخش) بیمارستان امام رضا (تبریز-ایران) بر اساس چک لیست استاندارد کشوری ایمنی بیمار انجام شد، نتایج بخش های مختلف با یکدیگر به کمک آزمون های آمار توصیفی و استنباطی با در نظر گرفتن میزان p کمتر از ۰/۰۵ مقایسه شدند. **نتایج:** میزان رعایت استانداردهای ایمنی بیمار در بخش های بستری کننده بیماران کرونایی ($71/23 \pm 3/19$) نسبت به بخش های عادی ($49/61 \pm 3/31$) به صورت معناداری بالاتر بود ($p=0/003$) که این فاکتور با میزان سابقه پرستار ($69/8 \pm 0/6$)، مدرک بالاتر پرستار ($61/1 \pm 0/6$) تعداد کمتر بیماران تحت مراقبت ($71/9 \pm 0/7$) همبستگی مستقیم و قوی داشت.

نتیجه گیری: میزان رعایت ایمنی بیماران در بخش های بستری کننده بیماران مبتلا به کرونا بالا می باشد و هرچه سابقه پرستار و مدرک تحصیلی پرستار در کنار تعداد کمتر بیماران تحت مراقبت بالاتر باشد، میزان ایمنی بیمار بالاتر می رود.

کلیدواژه ها: کرونا، ایمنی بیمار، پرستار



بررسی عوامل مؤثر بر بروز خطا از دیدگاه پرستاران شاغل در مرکز آموزشی درمانی کودکان تبریز

هانیه نشاط^۱، سامره شهیدی^{۱*}، لیلا احمدی زاده^۲

مرکز آموزشی درمانی کودکان تبریز (نویسنده مسئول) NICU^۱. کارشناس پرستاری. پرستار بخش

^۲. کارشناس ارشد پرستاری. دبیر کمیته پژوهش پرستاری مرکز آموزشی درمانی کودکان تبریز

^۳. دانشجوی دکترای پرستاری، دانشکده پرستایی مامایی تبریز

مقدمه: بیمارستان ها نقش مهمی در ارائه خدمات بهداشتی با کیفیت دارند. ایمنی بیمار یکی از مولفه های اصلی تاثیرگذار بر کیفیت خدمات سلامت بوده و به معنای پرهیز از وارد شدن هر گونه صدمه و آسیب به بیمار در حین ارائه مراقبتهای سلامتی می باشد. با وجود تلاشهای مداوم برای کاهش خطاهای انسانی در سیستم های مختلف، اشتباهات و رفتار نا ایمن علت اصلی وقوع حوادث در محیط کار می باشد. با توجه با اینکه پرستاران از اصلی ترین عوامل انسانی ارائه دهنده خدمات سلامت در مراکز بهداشتی درمانی میباشند، این مطالعه با هدف بررسی عوامل مؤثر بر بروز خطا از دیدگاه پرستاران شاغل در مرکز آموزشی درمانی کودکان تبریز در سال ۱۳۹۹ انجام شد.

روش: مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی مقطعی می باشد که در نیمسال دوم ۱۳۹۹ در بیمارستان کودکان تبریز انجام شد. جامعه مطالعه پرستاران مشغول بکار در بیمارستان کودکان می باشد که به روش در دسترس وارد مطالعه شدند. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه پژوهشگر ساخته شامل دو قسمت مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه مربوط به عوامل مؤثر در بروز خطای پزشکی بر گرفته از مطالعه پاسگال کارایون و همکاران در سال ۲۰۰۷ بود. سوالات به روش لیکرت نمره گذاری شده و نتایج در نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها: میانگین سن پرستاران در این مطالعه ۳۶ و میانگین سابقه کاری ۱۰/۹ سال گزارش شد. همه پرستاران دارای مدرک کارشناسی بودند. تمام پرستاران کمبود وقت را یکی از مهمترین دلایل بروز خطا دانستند. ۹۴٪ پرستاران به حجم کاری بالینی بالا و ۶۴٪ آنها به حجم بالای امور شناختی و آموزشی مانند برگزاری کلاسهای متعدد در محیط کار و در نتیجه ایجاد دغدغه ذهنی اشاره کردند. سایر موارد مهم از دید پرستاران عبارت بود از: فضای محدود بین تختها و تجهیزات، تغییر در حجم کاری با بروز موارد خارج از روتین مانند اعزام و انتقال بیمار، خشونت های کلامی و جسمی و ایجاد تنش.

نتیجه گیری: نتایج مطالعه حاضر نشان داد که از دیدگاه پرستاران عوامل مختلفی می تواند سبب بروز خطا در ارائه مراقبت به بیمار شود. این عوامل می توانند به حیطه های مختلفی مانند زمان، تعدد وظایف، عوامل فیزیکی، ارگونومی، جسمی و عاطفی مربوط باشند. شناخت این عوامل و ارائه راهکارهایی مانند تنظیم ساعات کاری و نسبت پرستار به بیمار، معاینات دوره ای و امکانات تفریحی و ورزشی می تواند سبب کاهش بروز خطا شود.

کلید واژه: ایمنی، پرستار، خطای پزشکی



بررسی اقدامات پیشگیری کننده از سقوط بیمار در بخش های اورژانس بیمارستان های آموزشی

وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال ۱۳۹۹

سیده لیلا سجادی ، حسین فیض اله زاده*

امروزه در نظام های مراقبت سلامت، حفظ، نگهداری و بهبود ایمنی بیمار یکی از اهداف اساسی مراکز بهداشتی- درمانی است. در این مراکز سقوط بیمار یکی از عواملی است که ایمنی بیمار را به خطر انداخته و از چالش های اساسی است. این مطالعه توصیفی با هدف بررسی میزان به کارگیری اقدامات پیشگیری کننده از سقوط در بخش های اورژانس بیمارستان های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال ۱۳۹۹ و به روش سرشماری انجام شد. در دو نوبت مشاهده هر بخش اورژانس، در مجموع ۲۴۷ تخت مورد بررسی و مطالعه قرار گرفت که ۱۹۹ تخت (۸۰.۵۷٪) خالی و ۴۸ تخت (۱۹.۴۳٪) دارای بیمار بود. به منظور جمع آوری داده ها از چک لیست پژوهشگر ساخته استفاده شد که شامل اطلاعات دموگرافیک و اقدامات پیشگیری کننده از سقوط در چهار بعد عوامل مرتبط با محیط اورژانس، تخت بیمارستانی، بیمار و عوامل مرتبط با عملکرد پرسنل بود. جهت آنالیز داده ها از نرم افزار SPSS و روش های آماری توصیفی و استنباطی استفاده شد.

بر اساس نتایج آنالیز داده های پژوهش از بین اقدامات پیشگیری کننده از سقوط به ترتیب عدم وجود دستگیره در راهروها (۱۰۰٪)، عدم آشناسازی بیمار با محیط اورژانس (۱۰۰٪)، عدم استفاده پرسنل از معیار سقوط برای ارزیابی خطر سقوط بیمار (۱۰۰٪)، عدم ارائه تخت کم ارتفاع (۶۳،۱۶٪) و عدم وجود چهارپایه کنار تخت بیمار (۴۷،۷۷٪) شایع ترین موارد نقض ایمنی بود. بنابراین با توجه به یافته های پژوهش حاضر، برخی موارد نقض ایمنی در بخش های اورژانس بیمارستانهای سطح شهر تبریز وجود دارد که با شناسایی و رفع آنها می توان از آسیب و ناتوانی های احتمالی پیشگیری نموده و سطح ایمنی بیمار را ارتقا داد.

کلیدواژه ها: ایمنی بیمار، سقوط بیمار، اورژانس



شناسایی و اولویت بندی عوامل موثر بر خوداظهاری خطاهای پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی تبریز

دکتر مهدی نظری بیلوردی^۱، دکتر حجت پورفتحی^۲، فرزانه علیخواه^۳

۱. متخصص بیهوشی و مراقبتهای ویژه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز،

۲. دانشیار بیهوشی و مراقبتهای ویژه

۳. کارشناس پرستاری، کارشناس ارشد مدیریت تحول، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

هدف کلی تحقیق حاضر شناسایی و اولویت بندی عوامل موثر بر خوداظهاری خطاهای پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی تبریز می باشد. برای این منظور عوامل موثر بر خوداظهاری خطاهای پزشکی با مطالعه کتب، مقالات و تحقیقات پیشین در ۳۲ عامل به صورت اولیه شناسایی گردید. جامعه آماری تحقیق حاضر پزشکان و پرستاران دانشگاه علوم پزشکی تبریز باشد که حجم نمونه آماری با استفاده از فرمول کوکران ۳۶۹ نفر برآورد و به روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای انتخاب شده است. ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه محقق ساخته ارزیابی عوامل موثر بر خوداظهاری خطاهای پزشکی با استفاده از تکنیک تحلیل عاملی و پرسشنامه خوداظهاری خطاهای پزشکی زابلی و همکاران (۱۳۹۴) است که پس از سنجش روایی و پایایی و اطمینان از آن در اختیار نمونه آماری قرار گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده های آماری از روشهای آماری توصیفی و استنباطی استفاده شد. بدین ترتیب که برای طبقه بندی، تلخیص و تفسیر داده های آماری از روش آمار توصیفی و در سطح استنباطی جهت شناسایی و اولویت بندی عوامل موثر بر خوداظهاری خطاهای پزشکی از تکنیک تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی و جهت اولویت بندی عوامل موثر بر خوداظهاری خطاهای پزشکی از آزمون فریدمن با نرم افزار SPSS و lissrel استفاده شد.

نتایج حاصل نشان می دهد میزان خوداظهاری خطاهای پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی تبریز در حد متوسط (۲۱٪) ارزیابی می شود. همچنین نتایج نشان داد که از بین ۳۲ عامل اولیه ۲۷ عامل با استفاده از تکنیک تحلیل عاملی شناسایی و در ۵ گروه عوامل آموزشی، عوامل فردی، عوامل سازمانی، عوامل محیطی، عوامل روانشناختی دسته بندی گردید. نتایج آزمون فریدمن نشان داد که از بین عوامل پنجگانه، عوامل آموزشی بیشترین و عوامل فردی کمترین تاثیر را در خوداظهاری خطاهای پزشکی دارد.

واژگان کلیدی: خطاهای پزشکی، خوداظهاری خطاهای پزشکی، عوامل موثر بر خوداظهاری خطاهای پزشکی



Structural and Executive Disputes
A Challenge of Care for patients with Coronavirus: A Qualitative Study
Nader Sharifi

Background: In the coronavirus epidemic, nurses are at the forefront of dealing with and providing services to patients and the most work stress is directed to this high-risk group.

Aim: To explain the view of nurses in caring for patients with Coronavirus.

Methods: In this qualitative descriptive study, 18 participants were purposefully selected and included into the study. In total, the data were obtained through semi-structured interviews. Participants included staff of selected hospitals affiliated to Shahid Beheshti University of Medical Sciences. The interviews continued until the data were saturated, that is, until more new information was not obtained. The interview lasted between 10 and 20 minutes. We used MAXQDA 10 software to record, transcribe and analyze information.

Results: The results of the data with the final theme of structural and executive disputes had two categories of educational and managerial structure reform and care difficulty with 10 subcategories. The reform of the educational and managerial structure of the first category was the final theme with 6 sub-classes: increase in workload, insufficient training, managerial deficiency, lack of facilities and equipment, disorder, financial incentive and protection and health.

Implication for Practice: Considering the position of nursing, expressing their views on the care of patients with Coronavirus can be an important step to improve the management of care in these conditions.

Keyword: Challenge, Nursing care, Qualitative study



تأثیر اجرای برنامه آموزشی مدیریت خطا برای مدیران پرستاری بر فراوانی خطاهای گزارش شده در

بیمارستانهای آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

تابنده صادقی (نویسنده مسئول)^۱، ناهید حاجی محمدی^۲، سیدحبيب الله حسینی^۳

۱. دانشیار، گروه پرستاری کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات بیماریهای غیر واگیر، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران

۲. کارشناس ارشد پرستاری، بیمارستان افضل پور، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۳. استادیار، گروه پرستاری مدیریت، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت سالمندی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران

مدیریت دریافت اطلاعات در خطاها که به عنوان "فرهنگ گزارش خطا" تعریف می شود یک گام اولیه در جهت ایمنی است. جهت برطرف نمودن یا کاهش موانع گزارش دهی خطا، باید توجه، اقدام و تلاش مدیران در جهت بهبود فرهنگ گزارش خطا باشد و نیازمند رویکرد متفاوت در سیاست های اجرایی مدیران بیمارستان جهت استقرار نظام گزارش دهی است. بنابراین این مطالعه با هدف تعیین تأثیر اجرای برنامه آموزشی مدیریت خطا برای مدیران پرستاری بر فراوانی خطاهای گزارش شده در بیمارستانهای آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان انجام شد.

در این مطالعه نیمه تجربی، جامعه پژوهش کلیه مدیران پرستاری شاغل در بیمارستانهای آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان بودند، نمونه گیری به صورت سرشماری انجام شد. ابزار جمع آوری اطلاعات شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک مدیران و چک لیست ثبت گزارش خطا بود. ابتدا بر اساس اطلاعات موجود در دفاتر بهبود کیفیت بیمارستان ها، تعداد موارد گزارش خطا در دوره ۳ ماهه قبل از مداخله بررسی و ثبت شد. سپس مداخله آموزشی اجرا شد. در این برنامه در مورد اهمیت گزارش دهی خطا، فرهنگ گزارش خطا، اهمیت تحلیل ریشه ای خطاها، رهبری و نقش آن در گزارش دهی خطا سخنرانی صورت گرفت. از گزارش موارد و بحث گروهی نیز استفاده شد. راهکارهای عملی جهت بهبود گزارش خطا مانند در نظر گرفتن تشویقی برای پرسنلی که خطا را گزارش می کنند، نصب پوستر موارد خطایی که باید گزارش شوند در ایستگاه پرستاری و اتاق استراحت پرسنل بخش، مطرح نمودن موضوع توسط مدیران در جلسات گروهی بخش و تشویق پرسنل به گزارش خطا نیز مطرح گردید. پس از اجرای برنامه آموزشی با هماهنگی مدیریت بیمارستان تعداد صندوقهای جمع آوری گزارش خطا در بخشها اضافه شد و در بالای هر صندوق موارد قابل گزارش به صورت پوستر نصب شد. بعد از اتمام برنامه، به مدت ۳ ماه مجدداً تعداد موارد گزارش خطا بررسی و ثبت گردید. در نهایت داده های به دست آمده توسط نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

بر اساس نتایج، در بیمارستان شماره ۱ قبل از مداخله، بیشترین خطای گزارش شده مربوط به خطاهای آزمایشگاهی بود، اما بعد از مداخله گزارش خطای سقوط از تخت بیشتر بود و بعد از آن اشتباهات آزمایشگاهی، دارویی و مدیریتی بودند. در بیمارستان شماره ۲ قبل از مداخله گزارش خطا فقط در مورد سقوط از تخت بود، اما بعد از مداخله تجویز داروی اشتباه، انجام تست آزمایشگاهی با تاخیر، تصویر برداری نادرست، الصاق مدارک اشتباه به پرونده نیز گزارش شدند. در بیمارستان شماره ۳ قبل از مداخله هیچ گزارش خطایی وجود نداشت، اما بعد از مداخله تجویز دارو و دوز داروی اشتباه، نمونه گیری مکرر، انجام تستهای آزمایشگاهی با تاخیر، سقوط از پله و تخت، گزارش شد. بر اساس بخش محل گزارش و نوع خطای گزارش شده نیز قبل و بعد از مداخله اختلاف آماری معناداری وجود داشت.

نتایج این مطالعه می تواند به کارکنان نظام سلامت به خصوص پرستاران در ارتقای فرهنگ خود گزارش دهی خطا کمک کند. اجرای برنامه های آموزشی مشابه این برنامه و یا با استفاده از سایر روشهای آموزشی می توان سبب تقویت و بهبود فرهنگ گزارش دهی خطا شود.



نقش تکنولوژی واقعیت مجازی در آموزش شاخه های مختلف پزشکی

فرشید فتح آبادی^۱

۱. مرکز تحقیقات علوم آزمایشگاهی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان

چکیده: واقعیت مجازی (VR) محیطی طراحی شده توسط کامپیوتر است که توانایی مشاهده اشیا و مدل های سه بعدی و تعامل چند حسی (دیداری-شنیداری-لمس مجازی) با آنها را توسط ابزار مخصوص به کاربران میدهد. با وجود نوپا بودن این تکنولوژی در حیطه پزشکی، امروزه کاربرد و نقش واقعیت مجازی در آموزش پزشکی بر کسی پوشیده نیست. در مطالعه حاضر سعی بر این است آخرین و جدیدترین تحقیقات پیرامون این حوزه مورد بررسی قرار گیرد. این مقاله به صورت مروری بوده و مستندات آن با جستجوی کلمات کلیدی "واقعیت مجازی" و "آموزش پزشکی" در پایگاه های اینترنتی "PubMed" و "Google Scholar" طی ۳ سال اخیر به دست آمد.

با توجه به مقالات بررسی شده، در پژوهشی اثبات شد یادگیری آناتومی کاردیاک در دانشجویانی که از واقعیت مجازی بهره گرفته بودند نسبت به گروه کنترل که از این ابزار استفاده نکرده بودند بهتر بود. در تحقیقی، دانشجویان یادگیری مبحث آناتومی و رادیولوژی با واقعیت مجازی را عاملی برای انگیزه بیشتر و علاقه بالاتر به موضوعات میدانستند. تمرین بوسیله واقعیت مجازی در حیطه جراحی، باعث استفاده بهینه از زمان، کاهش استرس و بهبود مهارت ها در دانشجویان شد. در تمام مطالعات واقعیت مجازی در آموزش پزشکی باعث افزایش انگیزه و علاقه در دانشجویان میشد و به آنها کمک میکرد دانش خود را در دنیای مجازی به کار گرفته و از اشتباهات خود تجربه های مفید کسب کنند. از آنجایی که در زمینه ی پزشکی تمرین کردن و آموزش دیدن همیشه روی مدل های زنده و واقعی ممکن نیست (به دو دلیل عمده ایمنی بیمار و هزینه های مربوطه)، نتیجه میگیریم واقعیت مجازی بعنوان ابزاری کارآمد و قدرتمند میتواند در زمینه آموزش و تمرین شاخه های پزشکی به ویژه جراحی مفید واقع شود.

Keywords: Virtual Reality, Medical Education, 3D Models



تأثیر آموزش راهکارهای ایمنی بر فرهنگ ایمنی بیمار: مطالعه مروری

- فاطمه ملانی توانی*^۱، مژگان بهشید، آرزو شایخ علیپور^۲، امید زادی آخوله^۳، پروین رحمانی^۴، مریم جعفرزاده^۵
۱. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران
۲. استادیار، هیئت علمی گروه پرستاری داخلی جراحی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران
۳. استادیار، هیئت علمی گروه پرستاری داخلی جراحی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران
۴. مربی (کارشناس ارشد اتاق عمل)، هیئت علمی گروه پرستاری داخلی جراحی و اتاق عمل، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران
۵. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران
۶. دانشجوی کارشناسی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران

مقدمه: ایمنی بیمار نشان دهنده کیفیت مراقبت‌های ارائه شده است و پیچیدگی مراقبت‌های پزشکی مدرن، خطر خطا و آسیب را افزایش می‌دهد. وقوع خطاها در بیمارستان علاوه بر خطرات تهدید کننده جانی برای بیمار، هزینه‌های زیادی هم برای بیمار، خانواده و سازمان ایجاد می‌کند و بنابراین توسعه راهکارهای ایمنی بیمار، عامل اصلی برای بهبود کیفیت مراقبت از بیمار و کاهش خطرات و هزینه‌ها می‌باشد. یکی از عواملی که نقش موثری در ارتقا سطح فرهنگ ایمنی بیمار دارد، آموزش راهکارهای ایمنی بیمار به کارکنان خدمات سلامت می‌باشد لذا با توجه به تاکید سازمان جهانی بهداشت به آموزش در جهت ارتقاء ایمنی بیمار و تاکید بر بهبود کیفیت مراقبت‌ها، این مطالعه با هدف بررسی تأثیر آموزش راهکارهای ایمنی بر فرهنگ ایمنی بیمار انجام شد.

روش کار: این مطالعه از نوع مروری روایتی می‌باشد که با هدف بررسی تأثیر آموزش راهکارهای ایمنی بر فرهنگ ایمنی بیمار انجام شده است. به منظور دستیابی به این هدف، مقالات مرتبط بین سال‌های ۲۰۱۰ تا اواخر ۲۰۲۰ که در پایگاه داده‌های PubMed، Web of Science، Scopus، ProQuest نمایه شده بودند، با کلیدواژه‌های Patient Safety، education، medicine، Patient Safety Culture، مورد بررسی و جست و جو قرار گرفتند که پس از مطالعه و نقد مقالات براساس چک لیست استروب و معیار های ورود به مطالعه، دوازده مقاله انتخاب شده و مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها: مطالعات بررسی شده نشان دادند که مداخلات آموزش در زمینه ایمنی بیمار می‌تواند سبب ارتقا ابعادی از فرهنگ ایمنی بیمار از جمله افزایش میزان گزارش دهی حوادث ناگوار و خطاها، جو ایمنی بیمار در بین کارکنان، آگاهی و عملکرد در رابطه با عوامل محیطی و آموزش سلامت، روش صحیح جابه جایی بیمار، فرهنگ کار تیمی و درس آموختن از خطاها، دانش محاسبات دارویی، کاهش عوارض مرتبط با مراقبت و ایمنی بیمار نظیر زخم بستر، مدت اقامت بیمار، گردد و به طور کلی بر تمامی ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار تأثیر بگذارد.

نتیجه گیری: براساس نتایج مطالعات، آموزش در ارتقا دانش درک شده توسط کادر درمان و ایمنی بیمار در مراقبت سلامت و کاهش خطاهای پزشکی موثر می‌باشد و سبب پایدار ماندن ادراک و تصورات فراگیران از اهمیت ایمنی بیمار می‌گردد. بنابراین توصیه می‌شود که مدیران سلامت با بهره مندی از آموزش پزشکی و سایر راهکارهای مدرن آموزشی و ادغام آن در برنامه درسی دانشجویان، سبب بهبود کیفیت مراقبت، افزایش رضایتمندی و به حداقل رساندن خطاها در درمان بیماران شوند.

کلیدواژه‌ها: education، medicine، Patient Safety



دیدگاه بیماران در خصوص مشارکت در ایمنی بیمار در بیمارستان: یک مطالعه کیفی

زهرا چگینی*^۱، علی جنتی^۱، فرناز مستوفیان^۲

۱. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران
۲. قطب علمی و آموزشی مدیریت سلامت ایران، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
۳. گروه مدیریت کیفیت، ایمنی بیمار و ارتقاء پیامدهای خدمات سلامت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ایران

سپاسگزاری: مطالعه حاضر حاصل طرح پژوهشی مصوب دانشگاه علوم پزشکی تبریز (IR.TBZMED.REC.1397.617) می‌باشد. لذا نویسندگان از دانشگاه برای حمایت مالی این طرح و نیز بیماران مشارکت‌کننده به جهت مساعدت در انجام مطالعه، تشکر و قدردانی به عمل می‌آورند.

تعارض منافع: در انجام مطالعه حاضر، نویسندگان هیچگونه تضاد منافی نداشته‌اند.

دیدگاه بیماران در خصوص مشارکت در ایمنی بیمار در بیمارستان: یک مطالعه کیفی

چکیده

مقدمه: مراقبت‌های سلامت به طور غیرقابل اجتنابی با حوادث تهدیدکننده ایمنی بیمار همراه است. رویکرد اخیر سازمان بهداشت جهانی جهت ارتقای ایمنی بیمار، درگیر کردن بیماران به عنوان عضوی از تیم درمان است.

روش‌ها: مطالعه حاضر از نوع کیفی است. در این مطالعه ۲۵ نفر از بیماران بستری و همراهان آنها در بخش‌های داخلی-جراحی بیمارستان منتخب تبریز به شیوه آسان و در دسترس وارد مطالعه شدند. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از مصاحبه‌های فردی و نیمه‌ساختاریافته صورت گرفت. داده‌ها به شیوه تحلیل محتوا و به روش دستی تحلیل شدند.

یافته‌ها: بر اساس یافته‌های مصاحبه با بیماران و همراهان آنها، سه درون‌مایه اصلی بدست آمد: «ادراک از ایمنی بیمار»، «عوامل موثر بر مشارکت بیمار در ایمنی بیمار» و «مسئولیت‌پذیری در قبال ایمنی بیمار». بسیاری از بیماران با مفهوم ایمنی بیمار بیگانه بودند. سطح سلامت جسمی-روانی، سطح دانش و آگاهی و تردید بیماران از عوامل موثر بر مشارکت آنها در ایمنی بیمار بود. همچنین، گروهی از بیماران معتقد بودند که در قبال ایمنی بیمار مسئولیت دارند در حالیکه از نظر گروه دیگر، کارکنان نظام سلامت مسئول تامین ایمنی بیمارند و بیماران نقشی در ارتقای ایمنی ندارند.

بحث: ارتقای ایمنی بیمار از طریق مشارکت بیماران نیازمند افزایش آگاهی و دانش بیماران است. انجام مطالعات بیشتر جهت شناسایی استراتژی‌های جلب مشارکت بیماران ضروری است.

واژگان کلیدی: مشارکت بیمار، ایمنی بیمار، بیمارستان



مراقبت های پرستاری فراموش شده و ارتباط آن با ایمنی بیمار

پروین رحمانی*^۱، مژگان بهشید^۲، زهرا شیخ علیپور^۳، امید زادی آخوله^۴، فاطمه ملانی توانی^۵، مینا کهلانی^۶
دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران^۱
استادیار، هیات علمی گروه پرستاری دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران^۲
استادیار، هیات علمی گروه پرستاری دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران^۳
مربی، هیات علمی گروه پرستاری داخلی جراحی و اتاق عمل، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران^۴
دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران^۵
کارشناس پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران^۶

مقدمه: امروزه ارتقاء کیفیت خدمات درمانی و ایمنی بیماران یکی از دغدغه های اصلی در سیستم ارائه خدمات بهداشتی- درمانی محسوب می شود. از طرفی یکی از حقوق بیماران بستری در بیمارستان نیز اطمینان از برآورده شدن نیازها، دریافت مراقبت ایمن و همه جانبه از نظام سلامت است. یکی از شاخص های مهم بررسی کیفیت مراقبت های پرستاری، مراقبت های پرستاری فراموش شده است، که به هر جنبه ای از مراقبت ها اطلاق می شود که مورد نیاز بیمار است، ولی بنا به دلایلی فراموش یا حذف می شود. لذا این مطالعه با هدف بررسی مراقبت های پرستاری فراموش شده و ارتباط آن با ایمنی بیمار انجام شد.

روش کار: این مطالعه از نوع مروری روایتی می باشد که مطالعات مرتبط با استفاده از کلیدواژه های patient safety، nursing care و missed nursing care در پایگاه های علمی داخلی و خارجی Google Scholar، Scopus و PubMed در بازه زمانی ۲۰۱۰ تا ۲۰۲۰ مورد بررسی قرار گرفت که در نهایت بر اساس معیارهای ورود از بین ۳۰ مقاله مورد بررسی، ۲۰ مقاله انتخاب و مورد ارزیابی قرار گرفت.

یافته ها: براساس نتایج مقالات، مراقبت های پرستاری فراموش شده در ۹ زمینه متفاوت اشاره شده است که در آن مراقبت های مورد نیاز و ضروری برای بیمار انجام نمی پذیرند که شامل: ۱- راه رفتن بیمار، ۲- تغییر وضعیت بیمار، ۳- تأخیر در تغذیه بیمار و یا غفلت از آن، ۴- آموزش به بیمار، ۵- آموزش هنگام ترخیص، ۶- حمایت های روحی، ۷- بهداشت دهان، ۸- سرزدن و بررسی شرایط بیمار و ۹- مستندسازی شرایط بیمار بود. همچنین در مقالات به عوارض ناشی از مراقبت های پرستاری فراموش شده اشاره شده است که برخی از آن ها عبارتند از: ۱- سقوط از تخت، ۲- عفونت های بیمارستانی، ۳- پذیرش و بستری مجدد بیماران، ۴- افزایش طول بستری، ۵- کاهش رضایت و امنیت بیمار، ۶- افزایش هزینه های بیمار.

نتیجه گیری: براساس یافته های موجود مراقبت های پرستاری فراموش شده علاوه بر از ایجاد پیامدهای منفی بر پرستار و سازمان، باعث ایجاد عوارضی برای بیمار از جمله سقوط از تخت و عفونت های بیمارستانی می شود که در واقع ایمنی بیمار را به خطر انداخته و باعث آسیب به بیمار می شود. ادغام علم ایمنی با مراقبت های روزانه از بیمار باعث کاهش خطاهای درمانی و عوارض جانبی شده و بالتبع میزان ضرر و آسیب را کاهش خواهد داد. لذا توصیه می گردد با شناسایی به موقع مراقبت های فراموش شده و ارائه آن به بیمار کیفیت مراقبت ها و نیز ایمنی بیمار را ارتقاء دهیم.

کلیدواژه ها: missed nursing care، patient safety، nursing care



بررسی عملکرد دانشجویان پرستاری در رابطه با اجرای اصول صحیح تجویز دارو در جهت توسعه ایمنی بیمار

ژیلا حیدرپور دامن آباد^۱

۱. هیات علمی گروه آموزشی کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران.

ایمنی بیمار به عنوان یکی از مولفه‌های اصلی کیفیت خدمات سلامت، به معنای پرهیز از وارد شدن هر گونه صدمه و آسیب به بیمار در حین ارایه مراقبت‌های بهداشتی است. از مصادیق تهدید ایمنی بیمار می‌توان به اشتباهات دارویی اشاره کرد. دارو دادن، یکی از مهارت‌های پایه پرستاری است که نیاز به مهارت، دانش به منظور حصول اطمینان از امنیت بیمار دارد. اجرای دستورات دارویی احتمالا "خطرناکترین وظیفه پرستار و مسئولیتی کلیدی و مهم می‌باشد که خطا در انجام آن، باعث بروز پیامدهای بسیار نامطلوب و تهدیدی برای امنیت بیمار می‌باشد.

اشتباهات دارویی یکی از شایعترین اشتباهات بهداشتی است که امروزه به عنوان شاخصی برای تعیین میزان ایمنی بیمار در بیمارستانها به کار می‌رود برای اطمینان از تجویز دارو با روش استاندارد، باید اصول ۷ گانه تجویز صحیح دارو که شامل بیمار صحیح، داروی صحیح، دوز صحیح، زمان صحیح، روش صحیح، مستند کردن صحیح داروهای داده شده و حق کارکنان، بیمار و همراهان در مورد اطلاع داشتن از علت تجویز دارو هستند؛ رعایت شوند. دانشجویان در برنامه‌های آموزشی حرفه پرستاری، نحوه دادن دارو را از طریق دروس داروشناسی، پرستاری و کتابهای مرجع یاد می‌گیرند همچنین در مرکز مهارت‌های بالینی با استفاده از دارونما و بیماران فرضی، تمرینات تجویز دارو را انجام می‌دهند و برای کسب تجارب بالینی، به دادن دارو تحت نظارت مربی بالینی با رعایت قوانین تجویز دارو، اقدام می‌نمایند. ولی با وجود تلاشهای مربیان بالینی باز هم اشتباهات دارویی در بین دانشجویان به میزان قابل توجهی بروز می‌کند که با علت‌یابی و ارائه راهکارهای عملی تا حدود زیادی می‌توان از بروز چنین اشتباهاتی پیشگیری کرد. لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی عملکرد دانشجویان پرستاری در رابطه با اصول صحیح تجویز دارو در جهت توسعه ایمنی بیمار انجام گرفت.

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی- مقطعی بود که در دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال ۹۹-۱۳۹۸ با شرکت ۱۵۰ نفر از دانشجویان ترم ۸ پرستاری به روش سرشماری انجام گرفت. برای جمع آوری داده‌ها، مربی بالینی چک لیست مرتبط با دستورالعمل اصول صحیح و ایمن تجویز دارو توصیه شده توسط سازمان بهداشت جهانی که مورد تایید وزارت بهداشت و درمان کشور نیز می‌باشد را به روش مشاهده‌ای برای تک تک دانشجویان تکمیل کرده و سپس خطای هر دانشجو قبل از اجرای دستور دارویی بیمار شناسایی و توسط مربی اصلاح شد. در نهایت داده‌ها جمع آوری شد و در نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بیشترین خطای شناسایی شده در رابطه با اصول صحیح تجویز دارو مربوط به دوز صحیح بود که ۵۳/۳۳ درصد دانشجویان (۸۰ نفر) در انجام محاسبه دوز دارویی اشکال داشتند و بعد از آن ۳۳/۳۳ درصد از دانشجویان (۵۰ نفر) در اصل توجه به شناسایی بیمار صحیح بی دقت بودند.

با توجه به اینکه یکی از مشکلات شایع دانشجویان در رابطه با اصول صحیح تجویز دارو اشکال در محاسبه دوز دارویی می‌باشد، بنابراین توصیه می‌شود در محیط‌های بالینی زمان بیشتری برای آموزش اصول صحیح تجویز دارو بخصوص تمرین محاسبات دارویی اختصاص داده شود تا گامی کوچکی در جهت توسعه ایمنی بیمار برداشته شود.

کلید واژه‌ها: دانشجویان پرستاری، اصول صحیح تجویز دارو، ایمنی بیمار



کاربرد شبیه ساز در آموزش جراحی

Application of simulator in surgical education

رضاصالحی نیا^۱، رضاپور محمد^۱، فاطمه محمدی زاد^۱، مرضیه نصیری^۱، شقایق رضایی کیا^۱، مریم آقامحمدی^۱
۱. دانشجویان کارشناسی ارشد تکنولوژی جراحی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

پیشرفت تکنولوژی باعث افزایش ارتقا کیفیت و راحتی زندگی در چند دهه اخیر شده است که علم پزشکی هم از آن بی نصیب نبوده به خصوص در حیطه جراحی که از شبیه سازهای جراحی که کمک بسیاری در اعمال جراحی مختلف از قبیل جراحی های لاپاراسکوپی، اورولوژی، نوروسرجری، اکوکاردیو گرافی و... می کند. در آموزش سنتی کارآموزان مبتنی بر کارآموزی که به طور مستقیم و غیر مستقیم مهارت‌ها و دانش لازم را از استادان می آموزند و با مشکل کاهش زمان، یادگیری و تجربه رو به رو شدن با اعمال جراحی شده است. فراگیران برای یادگیری پروسیجر عمل اگر بخواهند در اتاق عمل حضور داشته باشند، در اتاق عمل باعث شلوغی اتاق عمل و افزایش عفونت در فیلد جراحی می شود. می توان از شبیه ساز هایی از قبیل VR: Virtual Reality و AR: augmented reality، و نرم افزار های تلفن همراه استفاده کرد. جراحی با VR یک برنامه یادگیری جامع است، که تجربه آموزش جراحی از نزدیک و بدون وقفه را فراهم می کند و با استفاده از یک هدست واقعیت مجازی که یک کنترل کننده ابزار های سه بعدی است انجام می شود. و AR یک نمای فیزیکی زنده، مستقیم یا غیرمستقیم (و معمولاً در تعامل با کاربر) است، که عناصری را پیرامون دنیای واقعی افراد را اضافه می کند. این عناصر بر اساس تولیدات کامپیوتری که از طریق دریافت و پردازش اطلاعات کاربر توسط سنسورهای ورودی مانند صدا، ویدئو، تصاویر گرافیکی یا داده های GPS می باشد، ایجاد می شود. استفاده از شبیه ساز ها باعث عدم تماس با بیمار، افزایش ایمنی بیمار، و تاثیر یادگیری و یاددهی مهارت های فنی و غیر فنی کارآموزان می شود. با توجه به تحقیقات انجام شده استفاده از روش شبیه ساز به کارآموزان این امکان را میدهد که چندین بار یک عمل را تجربه و باعث کاهش خطاهای کارآموز و افزایش اعتماد به نفس آنها در انجام آن پروسیجر جراحی شود و باعث می شود کارآموز بدون ترس در اعمال جراحی حاضر شود. این تکنولوژی هم اکنون با کاستی هایی از قبیل هزینه بالا، نبودن تعداد لازم برای کارآموزان و کاهش دامنه حرکتی در انجام پروسیجر جراحی روبرو است و این تکنولوژی جای پیشرفت زیادی دارد و تحقیقات زیادی برای افزایش ارتقا آن در حال انجام است.

واژه های کلیدی: شبیه ساز، تکنولوژی، اعمال جراحی، واقعیت مجازی



بررسی موانع گزارش خطا از دیدگاه پرسنل پرستاری شاغل در بیمارستان شهدا لردگان سال ۱۳۹۹

حجت الله امیری *^۱، مهرداد محمدی ارمندی^۲

۱. کارشناس ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران

۲. کارشناس ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران

زمینه و هدف: در سالهای اخیر از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت ایمنی بیمار یکی از ابعاد مهم کیفیت مراقبت ها محسوب می شود و این در صورتی است که وقوع خطا در کار بالینی امری اجتناب ناپذیر است اما می توان آن را از نظر میزان و شدت به حداقل رساند که ثبت موارد خطا، گزارش به موقع و بررسی آنها در این زمینه می تواند کمک کننده باشد. لذا این مطالعه با هدف بررسی موانع گزارش خطا از دیدگاه پرسنل پرستاری شاغل در بیمارستان شهدا لردگان در زمستان سال ۱۳۹۹ طراحی و انجام شد.

روش بررسی: در این مطالعه ی مقطعی - توصیفی ۱۵۰ نفر از پرسنل بیمارستان شهدا لردگان که بصورت سرشماری انتخاب شدند حضور پیدا کردند و برای جمع آوری داده ها، از پرسشنامه ۲۰ سوالی موانع گزارش خطا مردانی و شهریکی استفاده شد. که روایی و پایایی آن توسط طراحان آن در چند مطالعه مختلف مورد بررسی و تأیید قرار گرفته بود. پس از جمع آوری پرسشنامه ها داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS ۱۷ و روش های آماری توصیفی و استنباطی و آزمون های آماری ضریب همبستگی و مجذور کای تحلیل شد.

یافته ها: تعداد ۶۰ نفر از شرکت کننده گان مرد و مابقی زن بودند تعداد ۵ نفر از مشارکت کننده گان بهیار و ۵ نفر کارشناسی ارشد و بقیه تحصیلات کارشناسی داشتند. میانگین کل برای موانع گزارش خطا در سطح متوسط می باشد. ترس از پیامدهای گزارش دهی و نگرش کارکنان بعنوان مهمترین و کم اهمیت ترین موانع گزارش دهی خطا شناسایی شدند. موانع گزارش دهی خطا با شیفت کاری رابطه معناداری داشت به طوری که موانع گزارش دهی در افراد شیفت شب بیشتر بود.

نتیجه گیری: در این مطالعه ترس از پیامدهای گزارش دهی، مهمترین مانع گزارش دهی خطا می باشد که می تواند بیان کننده ی موانع جدی مدیریتی در گزارش دهی خطا باشد و ضرورت توجه و اقدام مدیران در جهت برطرف نمودن یا کاهش موانع گزارش دهی خطا بر اساس اولویت آنها برای بهبود فرهنگ ایمنی بیمار را می رساند و در این رابطه ایجاد یک محیط امن و دوستانه برای گزارش دهی و ارتقاء جو سازمانی می تواند بسیار موثر واقع گردد.



SBAR و ایمنی بیمار یک مطالعه مروری

مهرداد محمدی ارمنندی*^۱، حجت الله امیری^۲

۱. کارشناس ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران

۲. کارشناس ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران

زمینه و هدف: ارتباط موثر، عنصر حیاتی در مراقبت کارآمد از بیمار بحساب می آید به گونه ای که خطاهای ارتباطی بین ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی می تواند عواقب جدی مانند تأخیر در درمان، خطاهای دارویی، افتادن بیمار، حوادث انتقال خون، عفونت های بیمارستانی و حتی فوت را برای بیمار به همراه داشته باشد. سازمان های مراقبت سلامت سعی دارند جهت ارتقای کیفیت خدمات و ایمنی بیمار از مدل های ارتباطی مانند SBAR که زمینه ساز یک ساختار قابل پیش بینی رایج برای ارتباطات هستند استفاده نمایند. لذا این مطالعه با هدف مروری بر پژوهش های انجام شده درباره ی تاثیر مدل ارتباطی SBAR بر ایمنی بیمار انجام شد.

روش بررسی: در این مطالعه به منظور یافتن مطالعات مرتبط جستجو از طریق پایگاه های اطلاعاتی معتبر فارسی شامل بانک اطلاعات نشریات کشور و پایگاه مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی و بانک اطلاعات مقالات علوم پزشکی ایران و پایگاه های انگلیسی شامل Google Scholar، Wiley، Scopus، Elsevier، PubMed، ScienceDirect با کلید واژه های SBAR و ایمنی بیمار در بین سال های ۲۰۱۷ تا ۲۰۲۱ انجام شد. از مجموع ۳۱ مقاله بدست آمده با توجه به هدف پژوهش، ۱۶ مقاله (۴ مقاله به زبان فارسی و ۱۲ مقاله به زبان انگلیسی) که به طور مستقیم در عنوان آنها موضوع SBAR و ایمنی بیمار وجود داشت وارد مطالعه شدند.

یافته ها: استفاده از SBAR باعث ایجاد یک زبان مشترک برای حفظ ارتباط موثر بین ارائه دهندگان خدمات سلامت بخصوص پزشکان و پرستاران، یکپارچگی سازمان، افزایش اعتماد به نفس ارائه دهندگان خدمات درمانی و شناسایی و اصلاح خطاهای درمانی می گردد و همچنین استفاده از SBAR با تمرکز بیشتر بر گزارش ها و بررسی های مرتبط با بیمار در هر شیفت، افزایش حجم اطلاعات رد و بدل شده مفید، کاهش زمان صرف شده برای اطلاعات غیر مرتبط و در کل زمان صرف شده برای دادن و دریافت گزارش باعث بهبود کارایی و دقت عملکرد ارائه دهندگان خدمات سلامت می شود و در واقع از ارتباط ناقص بین ارائه دهندگان خدمات سلامت که منجر به حذف اطلاعات مهم در مورد مراقبت از بیمار می شود جلوگیری می کند و نهایتاً ایمنی بیمار را بهبود می بخشد و فرهنگ ایمنی بیمار را با ایجاد انتظارات مشترک برای ارائه دهندگان خدمات سلامت ارتقا می دهد.

نتیجه گیری: با توجه این مطالعه مزایای مدل ارتباطی SBAR را می توان به دو دسته تقسیم کرد اول استاندارد سازی فرآیند گزارش دهی و دوم مزایایی مانند تأثیر SBAR بر موانع سلسله مراتبی، اعتماد به نفس کاربران، زمان و صحت اطلاعات رد و بدل شده که با ویژگی های خاص ابزار SBAR حاصل می شوند و باعث تقویت درک و ارتباط موثر بین ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی بخصوص پزشکان و پرستاران می شود. پیشرفت در ارتباطات بین حرفه ای منجر به سود مثبت و قابل ارزیابی در ایمنی بیمار می شود. بنابراین، نیاز است مدل SBAR به صورت سیستماتیک و فراگیر اجرا شود تا شاهد تأثیرات آن بر ایمنی بیمار و پیشرفت فرهنگ ایمنی سازمان های بهداشتی و درمانی باشیم.



نقش گزارش دهی در پیشگیری از خطاهای منجر به مرگ مادری

دکتر زهرا بستانی خالصی^۱، دکتر مهشید بکایی

۱. دانشیار بهداشت باروری، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان

کاهش نسبت مرگ و میر مادران به دلیل عوارض بارداری و زایمان از مهمترین شاخص ها و اولویت ها برای جوامع است با وجود تلاش های انجام شده این نسبت هنوز در کشورهای در حال توسعه قابل توجه است. این مطالعه با هدف تعیین نقش گزارش دهی در پیشگیری از خطاهای منجر به مرگ مادری انجام گرفت.

این مطالعه یک مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوا انجام شده در رشت، ایران بود. این مطالعه کیفی با نمونه گیری به روش هدفمند با ۱۸ نفر از مطلعین کلیدی به صورت مصاحبه عمیق فردی (۴ متخصص زنان، ۳ دکتری بهداشت باروری و ۹ ماما شاغل در بیمارستان، ۲ ماما شاغل در معاونت درمان) و یک بحث گروهی متمرکز (۱ متخصص زنان، ۱ دکتری بهداشت باروری و ۲ ماما شاغل در بیمارستان) انجام شد. تمام مصاحبه ها ضبط و تایپ گردید. داده ها با استفاده از روش تحلیل محتوای قرار دادی و نرم افزار MAXqda تجزیه و تحلیل شدند. به منظور بررسی داده ها این مطالعه از معیارهای کوبا و لینکلن (۱۹۸۹) شامل اعتبار، انتقال پذیری، همسانی و تایید پذیری استفاده شد.

از تحلیل دیدگاه ها و تجربیات مشارکت کنندگان دو طبقه اصلی شامل: (۱) طراحی ایده ال برای یک سیستم گزارش دهی خطا (با سه زیر طبقه شامل: نبود یک طرح واحد، چالش در جمع آوری داده، چالش در تحلیل داده ها) و (۲) پیامدهای نبود آموزش سیستم گزارش دهی (با دو زیر طبقه شامل: پیامدهای فردی و پیامدهای اجتماعی) پدیدار شد.

یک جزء اساسی در پیشگیری از خطاهای منجر به مرگ مادری، گزارش حوادث است. گزارش حوادث به تنهایی ایمنی مادری را ارتقا نمی بخشد بلکه یادگیری از خطاهاست که امری اساسی است. این یادگیری هاست که باید انتشار یابد و اجرا شود تا از وقوع حوادث مشابه در آینده جلوگیری کند و بهتر است که این امر در تمامی سیستم مراقبت سلامت اجرا شود.



بررسی اصول ایمنی در تحویل بیمار از اورژانس پیش بیمارستانی به اورژانس بیمارستانی

۴. اباذر فتح الله زاده^۳، جواد دهقان نژاد^۲، عباس داداش زاده لکرم جوامردی
۱. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری اورژانس، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
۲. استادیار، دکترای تخصصی پرستاری، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
۳. دکترای تخصصی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
۴. دانشجوی دکترای تخصصی مدیریت سلامت در حوادث و بلایا، دانشگاه علوم پزشکی یزد

مقدمه: انتقال بیمار از یک تیم مراقبتی به تیم مراقبتی دیگر که در اصطلاح فرآیند تحویل (handover) نامیده می شود، نقش مهمی در ایمنی بیمار و کیفیت مراقبت دارد. وجود هر گونه کاستی در زمان تحویل بیمار از پرسنل اورژانس پیش بیمارستانی به بخش اورژانس بیمارستان می تواند تهدید کننده ایمنی و آغازگر مشکلات بعدی برای بیمار باشد. بر اساس مروری بر متون فرآیند صحیح تحویل بیمار در بخش های اورژانس، نقش کلیدی در ارتقاء کیفیت مراقبت و تسریع در رسیدگی به وضعیت بیماران دارد. هدف از این مطالعه بررسی اصول ایمنی در تحویل بیمار از اورژانس پیش بیمارستانی به اورژانس بیمارستانی می باشد.

روش کار: این مقاله به صورت مروری بر متون انجام شد. بدین منظور در پایگاه های اطلاعاتی فارسی شامل Iranmedex, SID, Magiran و انگلیسی PubMed, Science Direct, scopus, google scholar با کلید واژه های تحویل بیمار، تحویل و تحول، ایمنی، pre-hospital emergency, emergency department, handover hand off مربوط به سال های ۲۰۰۵ تا ۲۰۲۰ انجام گردید. به طور کلی از بین مقالات بدست آمده، مقالات مربوط برگزیده و مورد بررسی قرار گرفت.

یافته ها: با تجزیه و تحلیل اطلاعات در تیم های درمانی و وجود شکاف های ارتباطی بین گروه های مختلف، بیشترین عوامل دخیل در فرایند تحویل دادن و تحویل گرفتن غیر ایمن بیمار، اطلاع کم و شناخت ناکافی پرسنل هر دو گروه از استانداردها و پروتکل های موجود در این زمینه و نیز وجود مشکلات در مورد ارتباطات بین فردی می باشد، همچنین فقدان استاندارد و عدم وجود زبان مشترک در حین تحویل بیمار، وجود پروتکل های مختلف، فاصله بین پروتکل و شرایط بالینی بیماران، جایگزینی ضوابط با روابط و کمبود آموزش درباره مهارت های ارتباطی از موارد موثر در ایمنی بیمار در زمان تحویل و تحول می باشند. در مقالات بر فرآیند تحویل (سرعت عمل در تحویل، پاسخگو بودن و مسئولیت پذیری، مشارکت تیمی و همکاری بین بخشی، داشتن رفتار محترمانه، حفظ حریم خصوصی بیمار)، استفاده از تسهیلات مناسب در تحویل (تخت مناسب، ویلچر، تخته پشتی)، ایمنی (پیشگیری از آسیب به بیمار و سقوط)، گزارش شفاهی، گزارش کتبی، ثبت و تکمیل چک لیست ها به عنوان اصول ایمنی بیمار توصیه شده است.

بحث و نتیجه گیری: نتایج نشان داد فرآیند تحویل بیمار نقشی فراتر از ایمنی بیمار را شامل می شود. با توجه به مطالعات انجام شده؛ استاندارد سازی روش های تحویل و تحول و آموزش آنها به پرسنل، وضع پروتکل های کاربردی مطابق با شرایط بالین، عملیاتی کردن پروتکل ها و برگزاری جلسات مشترک برای بهبود تعاملات فردی از راهکار های اساسی تحویل ایمن بیمار می باشند، تا بیمار و اطلاعات آن به صورت اصولی بین پرسنل اورژانس پیش بیمارستانی و بیمارستانی تحویل شود.

واژگان کلیدی: تحویل بیمار، اورژانس پیش بیمارستانی، اورژانس بیمارستانی، ایمنی pre-hospital emergency, emergency department, handover hand off



استفاده از دستیار دیجیتال شخصی توسط پرستاران: راهی برای کاهش خطاهای دارویی

طیبه احمدی^۱، شریف پرا^۲

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد فناوری اطلاعات سلامت، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد فناوری اطلاعات سلامت، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

سابقه و هدف: خطاهای دارویی از علل اصلی آسیب به بیماران به شمار می‌رود لذا پیش‌گیری و کاهش خطاهای دارویی به یک نگرانی و اولویت مراکز بهداشتی- درمانی در سطح بین‌المللی تبدیل شده است. پرستاران از اعضای اصلی درگیر در مدیریت فرآیند دارویی بیماران هستند و استفاده از فناوری‌ها خصوصاً دستیار دیجیتال شخصی (PDA) می‌تواند موجب دسترسی به اطلاعات مؤثق، محاسبات دارویی و بهبود خوانایی شود لذا هدف از این مطالعه، مرور و بررسی مقالات در زمینه‌ی استفاده از دستیار دیجیتال شخصی توسط پرستاران و تأثیر آن بر خطاهای دارویی بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه به صورت مروری با استفاده از کلیدواژه‌های personal digital assistant, PDA, handheld و ME در پایگاه‌های web of science, science direct و موتور جستجوی PubMed و Google Scholar انجام شد. در هنگام جستجو بدون لحاظ نمودن محدودیت زمانی، مقالاتی انتخاب شدند که به به‌کارگیری دستیار دیجیتال شخصی توسط پرستاران و بررسی اثر آن بر خطاهای دارویی پرداخته بودند و متن کامل آن‌ها نیز در دسترس بود. بر اساس بیانیه PRISMA و با استفاده از یک چک لیست، مقالات مرتبط با تأیید هر دو نفر از نویسندگان جهت استخراج داده‌های مطالعه انتخاب شدند.

یافته‌ها: نتایج حاصل از بررسی مقالات نشان داد عوامل مختلفی می‌توانند منجر به بروز خطاهای دارویی شوند از جمله می‌توان به دست‌خط ناخوانا، پیاده‌سازی سیستماتیک IT، بهبود گزارش‌دهی خطاها، ادغام اجزای سیستم‌های اطلاعاتی در نظام بهداشتی- درمانی، تیزهوشی بیمار، حواس پرتی پرستار، حجم کاری پرستار، وقفه‌های ایجاد شده حین تجویز داروها، پیچیدگی محاسبات و روش‌های تجویز دارو، عدم پایبندی پرستاران به دستورالعمل‌ها و غیره را نام برد. در این میان استفاده از دستیار دیجیتال شخصی که از آن به عنوان مغز محیطی یاد می‌شود می‌تواند به طرز مؤثری خطاهای دارویی را کاهش دهد، موجب سرعت دسترسی و خوانایی شود و هم‌چنین بازیابی اطلاعات را در محل مراقبت ساده کند.

نتیجه‌گیری: استفاده از فناوری‌هایی که قادر باشد خطاهای دارویی را کاهش دهد موجب افزایش ارتقای ایمنی بیمار شده و کاهش هزینه‌های مراقبتی را در پی دارد. از آن‌جا که پرستاران بیش‌ترین تعامل را با بیماران دارند و زمان زیادی را با بیماران خود سپری می‌کنند استفاده از دستیار دیجیتال شخصی گزینه مناسبی محسوب می‌شود. زیرا قادر است در زمان صرفه‌جویی کند و خطاهای دارویی را کاهش دهد، بار مالی حاصل از وقوع خطاهای دارویی را کم کند و موجب افزایش دانش پرستاران شود.

واژه‌های کلیدی: دستیار دیجیتال شخصی، PDA، فناوری، خطای دارویی، پرستار



بررسی دانش، نگرش، درک و عملکرد پرستاران در مورد استفاده از وسایل حفاظت فردی در بیمارستان های بستری

کننده مبتلایان به کووید-۱۹ در شهرستان خوی در سال ۱۳۹۹

معصومه اکبریگلو^۱، شهین علیپور^۲، سمیه قربانی ثانی^۳

۱. دکتری تخصصی پرستاری، عضو هیات علمی دانشکده علوم پزشکی خوی، ارومیه.

۲. کارشناسی ارشد پرستاری، عضو هیات علمی دانشکده علوم پزشکی خوی، ارومیه.

۳. کارشناس پرستاری، بیمارستان آیت الله خویی، دانشکده علوم پزشکی خوی، ارومیه.

در اپیدمی بیماری های عفونی، مانند کووید-۱۹، کارکنان مراقبت های سلامت به دلیل تماس با مایعات آلوده بدن بیماران در معرض خطر بالاتری از ابتلا به عفونت قرار دارند. تجهیزات حفاظت فردی با پوشاندن قسمت های در معرض خطر بدن، می تواند خطر ابتلا را کاهش دهد. شاید صدمات شغلی در پرستاران از نظر کمی به ظاهر پایین باشد لیکن هزینه های درمان مصدومان سالانه بالغ بر میلیون ها دلار می گردد، لذا حفاظت پرستاران در برابر مخاطرات شغلی واقعیتی است که توجه خاص طلب می کند. با توجه به اهمیت وسایل حفاظت فردی در پیشگیری از کووید-۱۹ و سلامت پرستاران به عنوان سرمایه ملی، این پژوهش با هدف بررسی دانش، نگرش و درک و عملکرد پرستاران در مورد استفاده از وسایل حفاظت فردی در بیمارستان های بستری کننده مبتلایان به کووید-۱۹ در شهرستان خوی انجام شد. این پژوهش از نوع توصیفی - تحلیلی می باشد. جامعه پژوهش شامل کلیه کادر پرستاری شاغل در بیمارستان های بستری کننده بیماران مبتلا به کووید-۱۹ خواهد بود که حجم نمونه مورد نیاز برای مطالعه با استناد به مطالعات مشابه ۲۵۰ نفر در نظر گرفته شد. جهت جمع آوری داده ها از روش نمونه گیری سهمیه ای متناسب با حجم جامعه و پرسشنامه دانش، نگرش و درک نسبت به وسایل حفاظت فردی (Knowledge, Attitudes and Perceptions toward PPE tool) که توسط Lee و Kim (۲۰۱۶) طراحی شده است. پرسشنامه سازمان بهداشت جهانی در مورد سنجش عملکرد پرستاران در زمینه وسایل حفاظت فردی استفاده شد همچنین از دستورالعمل سازمان بهداشت جهانی در مورد استفاده از وسایل حفاظت فردی جهت بررسی عملکرد پرستاران استفاده شد که مشتمل بر ۳۸ سؤال در ۵ حیطه می باشد. نمره بالاتر نشان دهنده عملکرد بهتر می باشد. روایی صوری و محتوایی پرسشنامه های مذکور توسط ۱۰ نفر از اساتید گروه پرستاری دانشکده علوم پزشکی خوی و پایایی آن نیز به روش ضریب آلفای کرونباخ ($\alpha=0.87$) بررسی شد. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS ۱۶ و آمارهای توصیفی و استنباطی استفاده شد. بین دانش، نگرش و درک همبستگی معنی داری وجود نداشت، با این وجود همبستگی مثبت بین نگرش و ادراک از PPE وجود داشت. همچنین نتایج نشان داد که کارکنان مراقبت های بهداشتی نسبت به دستورالعمل های استفاده از وسایل حفاظت فردی به علت تغییر مداوم آن ها اعتماد نداشتند. ولی ۹۶/۴ درصد از مشارکت کنندگان از وسایل حفاظت فردی استفاده می کردند. احساس خستگی و بار کاری اضافی بدنال استفاده از وسایل حفاظت فردی، عدم آموزش در مورد عفونت و نحوه استفاده از وسایل حفاظت فردی، نبود فضای کافی در ارتباط با ایزولاسیون صحیح و اختیاری بودن آموزش از موانع تبعیت کارکنان از دستورالعمل های کنتری عفونت محسوب می شود.

کلیدواژه ها: دانش، نگرش، درک، عملکرد، پرستاران، وسایل حفاظت فردی، کووید-۱۹



بررسی تأثیر آموزش مبتنی بر شبیه‌سازی بر میزان خطاهای دارویی پرستاران

مرضیه پاکیان*، فاطمه حداد
*عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

مقدمه و هدف: استفاده از روش شبیه‌سازی در پرستاری می‌تواند منجر به گسترش دانش، مهارت و عملکرد پرستاران شود. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر آموزش شبیه‌سازی بر میزان خطای دارویی پرستاران در بخش اورژانس بیمارستان منتخب وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران در سال ۱۳۹۷ انجام شد.

روش: پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه‌تجربی بود که طی یک دوره شش ماهه انجام شد. جمعیت مطالعه شامل ۵۲ نفر از پرستاران شاغل بخش اورژانس بیمارستان امام حسین (ع) بودند که از طریق تمام‌شماری وارد مطالعه شدند. ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها شامل پرسشنامه‌ی جمعیت شناختی و پرسشنامه‌ی خطای دارویی ویکفیلد ۲۰۰۵، که بعد از تایید روایی و پایایی در اختیار پرستاران قرار گرفت. آموزش شبیه‌سازی با استفاده از سناریوهای بالینی برای پرستاران بخش اورژانس در بیمارستان برگزار شد. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری تحلیلی من ویتنی، ویلکاکسون، کای دو و تی مستقل با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج آموزش شبیه‌سازی در زمینه‌ی خطاهای دارویی غیرتزریقی و تزریقی بر اساس نتایج آزمون ویلکاکسون نشان داد میانگین دفعات خطاهای دارویی غیرتزریقی شامل: دادن داروی اشتباه، اشتباه در مقدار و محاسبات دارویی و خطاهای دارویی تزریقی شامل: اشتباه در زمان دادن دارو، بیمار و داروی اشتباه، اشتباه در مقدار و محاسبات دارویی، اشتباه در سرعت تزریق دارو و عدم توجه به تداخل دارویی در تجویز همزمان کاهش یافت. میانگین و انحراف معیار دفعات خطای دارویی غیرتزریقی قبل از مداخله به‌ترتیب از چپ به راست $2/06 \pm 2/75$ و بعد از مداخله $1/51 \pm 2/44$ و در خطای دارویی تزریقی قبل از مداخله $2/03 \pm 2/77$ و بعد از مداخله $1/42 \pm 2/34$ بدست آمد. تفاوت قبل و بعد میانگین و انحراف معیار دفعات خطاهای دارویی غیرتزریقی $0/55 \pm 0/31$ و خطاهای دارویی تزریقی $0/61 \pm 0/18$ بود. بین متغیر جمعیت شناختی سن با سابقه‌ی کاری پرستاران ارتباط معناداری یافت شد بدین صورت که با افزایش هر سال سابقه میانگین خطاهای دارویی به میزان $1/73$ - کاهش یافت.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر نشان داد آموزش‌های شبیه‌سازی با استفاده از سناریوهای بالینی برای پرستاران، گامی موثر جهت پیشگیری از خطاهای دارویی است. بنابراین بکارگیری این روش آموزشی در رده‌های مختلف پرستاری می‌تواند در جهت کاهش خطاهای انسانی بخصوص خطای دارویی که بیشترین شیوع را دارد کارآمد باشد.

کلیدواژه‌ها: بخش اورژانس، خطای دارویی، پرستاران و آموزش شبیه‌سازی.



راهکارهای حفظ ایمنی تیم جراحی در اعمال جراحی مختلف در برابر بیمار مبتلا به کووید-۱۹

فاطمه محمدی زاده^۱، مریم آقا محمدی^۱، رضا پور محمد^۱، شقایق رضایی کیا^۱، رضا صالحی نیا^۱، مرضیه نصیری^۱
۱. دانشجویان کارشناسی ارشد اتاق عمل، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

چکیده: ویروس کرونا (۲۰۱۹) ناشی از ویروس سارس تهدیدی جدی برای سلامتی مردم جهان است. حالت های مختلف انتقال این ویروس باعث انتشار سریع و جهانی آن شده است. حالت اصلی انتقال از طریق تماس با قطرات تنفسی (بزرگتر از ۲۰ میکرون) می باشد. که باعث انتشار سریع در محیط و آلوده کردن سطوح می شود. با شیوع ویروس کرونا شاهد یک اپیدمی شدیم که بسیاری از سرویس های خدمات رسانی ضروری را از جمله سیستم سلامت و درمان را تحت تاثیر قرار داده است در دوره شیوع ویروس کرونا تقاضای تخت بیمارستانی چهارصد درصد افزایش یافته است. که باعث افزایش نیاز مراکز درمانی به کادر درمان شده است. در این پژوهش به بررسی ابزار و شیوه های مناسب برای حفاظت تیم جراحی در برابر بیمار مبتلا به کوید-۱۹ پرداخته می شود. این پژوهش یک مطالعه ی مروری است که در آن، داده ها از طریق جستجو در پایگاه های اطلاعات علمی، PubMed، google scholar، scopus، Ovid و sciencedirect جمع آوری شده است.

نتایج نشان داده که تیم جراحی در مواجهه با بیمار مبتلا به کووید-۱۹ باید اقدامات حفاظتی پیشگیرانه برای خود و بیمار انجام دهد تا انتقال ویروس به پرسنل کاهش یابد. راهکارهایی از قبیل استفاده از ماسک، تهویه مناسب اتاق عمل، طریقه اینتوبه بیمار، وسایل حفاظتی پرسنل، روش مناسب جراحی، تریاژ بیماران تا کنون بررسی و انجام شده است. نتایج مطالعات نشان می دهد که استفاده از تجهیزات حفاظتی شخصی برای پرسنل، تهویه هوای اتاق عمل، ضد عفونی تجهیزات در بین اعمال جراحی و روش جراحی اندوسکوپی جایگزین لاپاراتومی خطر انتقال کووید-۱۹ را کاهش می دهد. **کلید واژه ها:** حفاظت، کووید-۱۹، پرسنل اتاق عمل



Digital Health: A New Opportunity for Better Health Care Delivery in COVID-19 Pandemic Crisis Era

Nader Aghakhani¹, and Samereh Eghtedar^{1*}

¹ Associate Professor, Patient Safety Research Center Clinical Research Institute, Urmia University of Medical Sciences

² Assistant Professor, Patient Safety Research Center Clinical Research Institute, Urmia University of Medical Sciences

***Corresponding author: Assistant Professor, Patient Safety Research Center Clinical Research Institute, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran**

The coronavirus disease 2019 pandemic has rapidly evolved into a worldwide problem. However, there is no completely effective drugs or vaccines have been officially approved to prevent or treat it. The highly infectious disease may lead to psychological and physical dysfunction in affected patients who are isolated to limit the spread of pandemic (1). In the care of the patients, the essential goal is to decrease the risk of infection transmission between health care providers, patients and their family members. Therefore, WHO has declared infection control and patient education as a necessity for the treatment of the patients with confirmed or suspected COVID-19 (2).

Nowadays, digital health technology has changed all aspects of human life and health with a significant effect on improving the quality of health care, health education, clinical research, lowering the cost of the health-care settings and follow-ups. health-care systems a great opportunity to improve health, health education, and follow-ups by overcoming geographical barriers by using digital health³. This technology encompasses telemedicine, Augmented reality (AR), virtual reality (VR), wearable biosensors and devices, artificial intelligence (AI), mobile health (mHealth), electronic health records (EHRs), and machine learning. Augmented reality (AR) and virtual reality (VR) are other kinds of digital health⁴.

Because of the lack of enough resources, the problems of COVID-19 patients' lifestyles in all ways lead the health care systems to put "Digital Health" into consideration to fight against pandemic in different ways including: prevention and primary care, screening, monitoring, and surveillance⁵. Using mobile health mhealth and telemedicine for patient education and distance consultation and using health gadgets like pulse oximetry may be another use of digital health to fight against the pandemic. Controlling the pattern of the disease by using contact-tracing applications for isolating the suspected people can prevent the spread of disease can be recommended⁶.

CONCLUSION

With the rapid prevalence of COVID-19, health care settings are facing many challenges due to impossibility of hospitalization of all patients and the shortage of health care workers and equipment. Digital health can be a new opportunity in pandemic crisis era to decrease these problems and medical costs and transmitting the infection.

Whereas, digital health will support the future needs of careful patient monitoring, promoting quality of care, reducing the need for visits and medical costs, observing of standards of care, involving of patient and family members in care decisions and adherence to treatment and transforming routine disease-centered medical methods toward better health-care delivery to the patients to help them feel better and live longer.



کارشناسی ارشد بهبود کیفیت و ایمنی بیمار: ضرورتی مغفول مانده در جهت ارتقای کیفیت مراقبت

Master of Science in Nursing (MSN) Patient Safety and Quality

جواد دهقان نژاد*^۱، هادی حسنخانی^۲، منصور غفوری فرد^۳

۱. دکتری پرستاری، عضو هیأت آموزشی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۲. استاد، عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۳. استادیار، عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

در حال حاضر، پرستاران حرفه ای در مراکز آموزشی، در زمینه های تخصصی متنوع (مراقبتهای قلبی، اورژانس، سالمندی و...) تربیت میشوند. تحقیقات نشان داده اند که وجود پرستاران حرفه ای در یک زمینه موجب بهبود کیفیت مراقبت و افزایش دانش و آگاهی سایر پرستاران شده و در نهایت میزان رضایتمندی بیماران را از دریافت خدمات بیشتر می کند. یکی از ابتدایی ترین و مهمترین شروط الزم ارائه خدمات بهداشتی و درمانی نرساندن آسیب به بیمار در حین ارائه مراقبت است. ایمنی بیمار برای هر نظام مراقبت سلامت که در پی تضمین بهبود کیفیت مراقبت است در اولویت قرار دارد و فراهم کردن مراقبت ایمن و بدون خطا هدف والای همه سازمان های مراقبت سلامت است.

در بیمارستان ها واحدی به نام واحد بهبود کیفیت و ایمنی بیمار وجود دارد که افرادی که در این واحد ها مشغول انجام وظیفه هستند معمولاً پرستاران عمومی هستند که در این حیطه مدرک تخصصی خاصی ندارند و به طور روتین یک سری کارهای محوله را انجام می دهند همچنین بررسی کوریکولوم های آموزشی پرستاری در مقطع ارشد در کشور ما نیز حاکی از آن است که افراد تخصصی در این حیطه تربیت نمی شود که بتواند در بالین به صورت یک فرد تخصصی عمل کرده و در جهت بهبود ایمنی و کیفیت مراقبت بیمار گام بردارند. این در حالی است که در بیشتر دانشگاه های جهان از جمله بیرمنگام، منچستر، واشینگتن دی سی، کلمبیا، پنسیلوانیا، شیکاگو، ویرجینیا و مریلند مقطع کارشناسی ارشد ایمنی و بهبود کیفیت وجود دارد.

از آنجا که در کشور ما ارائه دوره های تخصصی پرستاری در مقطع کارشناسی ارشد، سابقه کمی دارد، به نظر می رسد تشکیل کمیته ای از متخصصان به منظور بررسی نیاز به مقطع کارشناسی ارشد بهبود کیفیت و ایمنی بیمار ضروری می باشد. بدیهی است که قبل از انجام هر اقدامی مطالعات نیازسنجی ضروری است و به برنامه ریزان پرستاری پیشنهاد می گردد که به نیازسنجی عمیقتر به نوع خدمات مورد نیاز پرستاری در سیستم بهداشتی- درمانی کشور توجه کرده و برنامه های آتی دوره کارشناسی ارشد را بر اساس آن نیازها پایه ریزی کنند که یکی از این موارد تربیت افراد متخصص در زمینه ایمنی بیمار می باشد.



بررسی فراوانی و درس آموزی از انواع خطاهای دارویی پرستاران بیمارستان آیت اله حجت کوه کمری در سال ۱۳۹۹

معصومه عابدینی^۱، مهرناز اسم خانی^۲

۱. کارشناس پرستاری، مدیر خدمات پرستاری بیمارستان آیت اله حجت کوه کمری مرند، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز، ایران

۲. کارشناس ارشد پرستاری، مجتمع آموزش عالی سلامت مرند، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز، ایران

مقدمه و هدف: حوادث خطرناک ناشی از خطاهای دارویی یکی از بزرگترین چالشها در بیمارستان ها می باشند. بیماران با اعتماد به تیم پزشکی در بیمارستان بستری می شوند و قادر به تحمل آسیبهای ناشی از این خطاها نیستند. خطاهای دارویی از علل مهم مرگ و ابتلا بیماران هستند و علاوه بر بیماران، خانواده بیماران و افراد تیم درمانی و مراقبتی را نیز تحت تأثیر قرار میدهد. این مطالعه با هدف تعیین فراوانی انواع خطاهای دارویی پرستاران در سال ۱۳۹۹ در بیمارستان حجت کوه کمری مرند انجام شده است.

مواد و روش ها: این مطالعه از نوع مقطعی می باشد که در بیمارستان انجام شد. ابزار گردآوری داده ها در این مطالعه پرسشنامه خودگزارش دهی خطاهای دارویی و عوامل مرتبط با آن توسط پرستاران بود. داده ها با استفاده از آمار توصیفی (فراوانی مطلق، فراوانی نسبی، میانگین و انحراف معیار) گزارش گردید.

یافته ها: خطاهای گزارش شده توسط پرستاران در طی سال به طور میانگین ۲۳/۵ می باشد. خطاهای دارویی گزارش شده به طور میانگین در طی سال ۶ مورد می باشد. بیشترین خطای دارویی مربوط به دوز اشتباه و داروی اشتباه می باشد. در ارتباط با پیامد خطاها ۹۵ درصد از خطاهای دارویی غیر تزریقی برای بیماران پیامدی نداشت.

بحث و نتیجه گیری: با توجه به نتایج، بکارگیری راهبردهایی از جمله افزایش دانش داروشناسی پرستاران حضور و بازدید کارشناسان دارویی بالینی در بیمارستان ها به صورت ۲۴ ساعته جهت پاسخ گویی به سؤالات دارویی و فراهم نمودن شرایط استاندارد در محیط های کاری از جمله تناسب نسبت پرستار به بیمار، آموزشهای ضمن خدمت کافی، بهبود ارتباط بین پرستاران و پزشکان، برای محدود کردن خطاهای دارویی توصیه می شود. علاوه بر این از شرکت های داروسازی درخواست کرد داروها را در شمل ها و بسته بندی های متفاوت تولید نمایند و لیبل گذاری شوند تا از عوارض خطرناک ناشی از خطاهای دارویی پیشگیری شود.

کلیدواژه ها: خطاهای دارویی، پرستاران



بررسی عملکرد پرستاران در خصوص رعایت اصول جراحی ایمن در اتاق عمل

مژگان لطفی^۱، زهرا شیخ علی پور^۲، ابراهیم نصیری فرمی^۳، پروین رحمانی^۴، فاطمه توانی ملایی^۵، امید زادی آخوله^{۵*}

۱. دانشیار، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

۲. استادیار، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

۳. استادیار، گروه اتاق عمل و بیهوشی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۴. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

۵. مربی، گروه پرستاری داخلی جراحی و اتاق عمل، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

زمینه و هدف: در راستای بهبود ایمنی بیمار، مراکز درمانی میزان رعایت ایمنی بیمار را در قسمت‌های مختلف پایش می‌کنند. از آنجایی که ایمنی جراحی، بخش مهمی از ایمنی بیمار به حساب می‌آید، این پژوهش با هدف تعیین عملکرد پرستاران در خصوص رعایت اصول جراحی ایمن در اتاق عمل انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه از نوع توصیفی مقطعی بوده که در سال ۱۳۹۸ و در اتاق‌های عمل بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مازندران انجام شد. جامعه پژوهش شامل ۱۵۰ پرستار حوزه جراحی و ۱۲۱ پرستار بیهوشی (جمعاً ۲۷۱ نفر) بود که با استفاده از نمونه گیری تصادفی طبقه‌ای وارد مطالعه شدند. در این پژوهش، عملکرد پرستاران حوزه جراحی در دو نقش سیرکولار و اسکراب، طی انجام سه عمل در تخصص جراحی عمومی و عملکرد پرستار بیهوشی طی انجام سه عمل جراحی در بیماران تحت بیهوشی عمومی، با استفاده از چک لیست جراحی ایمن سازمان جهانی بهداشت مورد ارزیابی قرار گرفت. این چک لیست شامل سه قسمت بود که بخش مربوط به پرستار سیرکولار شامل ۱۴ عبارت (نمره ۱۴ تا ۲۸)، چک لیست مربوط به پرستار اسکراب شامل ۱۱ عبارت (نمره ۱۱ تا ۲۲) و چک لیست مربوط به پرستار بیهوشی نیز شامل ۱۷ عبارت (نمره ۱۷ تا ۳۴) بود. داده‌ها پس از گردآوری با نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ آنالیز شدند.

یافته‌ها: میانگین (انحراف معیار) نمره عملکرد پرستاران اتاق عمل در نقش سیرکولر و اسکراب و پرستاران بیهوشی در خصوص رعایت اصول جراحی ایمن به ترتیب برابر با $23/1 \pm 2/3$ ، $33/4 \pm 1/8$ و $5/2 \pm 2/8$ که سطح عملکرد هر سه مورد در حد متوسط بود. یافته‌ها نشان داد که بین نمره عملکرد با سطح تحصیلات تفاوت معنی داری وجود داشت و میانگین نمره عملکرد پرستاران با مدرک کارشناسی به طور معنی داری بیشتر از کاردان‌ها بود ($p < 0/05$).

نتیجه گیری: با توجه به اینکه عملکرد پرسنل اتاق عمل در خصوص رعایت اصول جراحی ایمن، در سطح مطلوبی نبود، و از طرفی سطح تحصیلات رابطه معنی داری با عملکرد داشت، لذا به نظر می‌رسد افزایش دانش پرسنل می‌تواند نقش اساسی در رعایت اصول ایمن جراحی داشته باشد که نیاز است تا برنامه ریزی برای آموزش پرسنل صورت گیرد.

واژه‌های کلیدی: ایمنی بیمار، جراحی، عملکرد، پرستار



Managing falls in psychiatric patient in Razi Hospital, Tabriz, Iran: a best practice implementation project

Maryam Soleimanpour, Community Medicine Specialist, Research Center for Evidence-based medicine, Iranian EBM Center: A Joanna Briggs Institute (JBI) Center of Excellence, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

Objectives: The aim of this project was to promote evidence-based practice with regard to fall prevention and management, by implementing the recommendations from the best available evidence to reduce fall rates among psychiatric patients

Introduction: Falls are a main cause of disability in older people and the most common adverse event in all hospital patients. Admission to a hospital is often associated with a change in physical or cognitive condition in older individuals which, when combined with an unfamiliar environment, presents a high risk for falls. It is essential to implement the recommendations from evidence-based interventions to reduce these events.

Methods: A pre and post implementation audit method was used in a Psychiatry ward, which employed the Joanna Briggs Institute Practical Application of Clinical Evidence System (JBI PACES) and Getting Research into Practice (GRiP) module. The 12-month project evaluated between 50 patients from a sample at each audit (baseline in 25 February 2020 and during one follow-up cycles in 09 January 2021). The data were inputted into an informatics system from nursing records and audited according to evidence-based processes and outcomes criteria.

Results: The baseline outcomes identified five barriers: 1) incomplete fall risk assessment on ward transition 2) lack of an established fall prevention protocol for at-risk patients 3) lack of patients participate in the fall risk assessment and education about that 4) limited knowledge about the fall prevention protocol 5) lack of multifactorial individual plans for fall prevention.

Strategies were carried out and implemented following GRiP and all the criteria improved from baseline.

Conclusions: The project successfully increased evidence-based practice on falls and provided mechanisms for sustaining evidence-based practice changes. Further audits are needed to improve some outcomes.

Keywords Evidence-based practice; falls; falls prevention; implementation.



تأثیر تریاژ به روش تیمی بر مدت زمان انتظار اولین ویزیت بیماران و رضایت مندی آنان

یوسفی ژیلدا فیض اله زاده حسین^۲ * و شهسواری نیا کاووس^۳

دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، دانشکده پرستاری و مامایی^۱

عضو هیات علمی و دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تبریز، دانشکده پرستاری و مامایی، تماس: تبریز، خیابان شریعتی، دانشکده پرستاری و مامایی^۲

عضو هیات علمی و دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تبریز، دانشکده پزشکی^۳

تریاز در اورژانس، موجب ویزیت بموقع و الویت بندی دقیق بیماران، ارائه مراقبت های لازم، افزایش کارایی و ایمنی می شود. سیستم تریاز به روش تیمی از روش های جدید و موثر می باشد. این پژوهش با هدف بررسی تأثیر تریاز به روش تیمی بر شاخص های بالینی اورژانس انجام گرفت و طی آن ۱۰۰ نفر از بیماران مراجعه کننده به اورژانس بیمارستان سینای تبریز در سال ۱۳۹۸ بمدت یکماه با استفاده از این روش ارزیابی و سطح بندی شدند. برای جمع آوری اطلاعات از فرم تریاز پنج سطحی شدت شاخص اورژانس و پرسشنامه رضایت مندی *press-ganey* استفاده شد. داده ها در محیط نرم افزار آماری *SPSS 21* تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد، در سطح بندی بیماران بین تیم تریاز و پزشک اورژانس توافق و همپوشانی ۱۰۰ درصدی وجود دارد و میانگین مدت زمان انتظار برای اولین ویزیت پزشکی و دریافت اولین مراقبت پرستاری به ترتیب برابر با ۳/۵ دقیقه و ۷/۷ دقیقه و در مقایسه با مقادیر استاندارد قابل قبول می باشد ($p > 0/05$). همچنین میانگین نمره رضایت مندی بیماران در مقایسه با حداکثر مقدار ممکن ۱۰۵، برابر با ۱۰۱/۵ بود ($p > 0/05$). بنابراین با استقرار سیستم تریاز به روش تیمی در اورژانس می توان گام مهمی در جهت بهبود ایمنی، کیفیت خدمات و افزایش رضایتمندی بیماران برداشت.

کلید واژه ها: تریاز، مدت زمان انتظار برای اولین ویزیت، رضایتمندی بیمار، مدت زمان انتظار برای دریافت اولین مراقبت پرستاری



شیوع مواجهه شغلی و عوامل مرتبط با آن در بین پرسنل شاغل در بیمارستان مرجع شهداء تبریز در سال ۱۳۹۹

علیرضا صادقیپور^۱، زهرا احمدیان^۲، آرزو علمی^۳، حسین عزیزی^۴، اعظم رموزی^۵، حسن اسراری^۶، یوسف اشرفی^۷
۱. دکترای تخصصی ارتوپدی (استاد راهنما) بیمارستان شهدا تبریز
۲. کارشناس ارشد آموزش پرستاری (نویسنده مسئول) * بیمارستان شهدا تبریز
۳. کارشناس ارشد آموزش پرستاری بیمارستان شهدا تبریز
۴. دکترای اپیدمیولوژی (استاد آمار) بیمارستان رازی تبریز
۵. کارشناس ارشد پرستاری بیمارستان شهدا تبریز
۶. کارشناس ارشد پرستاری ارشد بیمارستان شهدا تبریز
۷. کارشناس ارشد مدیریت پرستاری بیمارستان شهدا تبریز

زمینه و هدف: مواجهه شغلی طبق تعریف عبارتست از تماس پوست، چشم، مخاط یا درون پوست با خون یا دیگر مایعات بدن که به هنگام انجام وظایف شغلی رخ بدهد و انتظار رخداد آن منطقی بنظر برسد. در محیط بیمارستان ها مهمترین منبع انتقال عفونت های بیمارستانی مثل هپاتیت B و HIV می باشد. هدف از مطالعه حاضر تعیین شیوع مواجهه شغلی و عوامل مرتبط با آن در بین پرسنل شاغل در بیمارستان مرجع شهداء تبریز در سال ۱۳۹۹ بود.

مواد و روش کار: در این مطالعه مقطعی (پایلو) تعداد ۴۰ نفر از پرسنل بخش های مختلف بیمارستان به روش تصادفی انتخاب گردید. برای جمع آوری داده ها از یک چک لیست مبتنی بر داده های دموگرافیک-اجتماعی و عوامل خطر مرتبط با مواجهه شغلی به روش مصاحبه حضوری با پرسنل استفاده گردید.

یافته ها: از مجموع ۴۰ نفر شرکت کننده ۳۷/۵٪ مرد و ۶۲/۵٪ زن بود. شیوع کلی مواجهه شغلی در بین شرکت کنندگان ۳۵٪ سهم کسانی بود که در طی یک سال اخیر دچار مواجهه شغلی شده بودند بخش اتاق عمل با ۶۵٪ و پرستاران با ۴۵٪ بیشترین شیوع مواجهه شغلی را داشتند.

شایعترین مواجهه شغلی آسیب دست (۲۶٪) ۱۳٪ بود. به لحاظ عامل مواجهه شغلی، ۴۰٪ درصد از شرکت کنندگان فرورفتن اجسام نوک تیز را ذکر نمودند. همچنین حدود ۳۰٪ از پاسخ دهندگان بیش از دو بار سابقه مواجهه شغلی را ذکر کردند.

از کل شرکت کنندگان، تنها ۴۷،۵ درصد از پرسنل بیمارستان مواجهه شغلی خود گزارش کرده بودند. براساس مصاحبه و خوداظهاری شرکت کنندگان، ۵۰٪ خطای انسانی را عامل مواجهه شغلی ذکر کرده اند. همچنین ۹۷،۵٪ از شرکت کنندگان واکسیناسیون کامل هپاتیت B و ۶۰ درصد تیتراژ آنتی بادی بالای ۱۰ داشتند اما ۳۷،۵ درصد از تیتراژ آنتی بادی خود اطلاعی نداشتند.

نتیجه گیری: مطالعه اولیه ما نشان داد که شیوع مواجهات شغلی در این بیمارستان بالا می باشد. پیشگیری از مواجهات شغلی به عنوان یک اولویت اجتناب ناپذیر در محیط کار بیمارستان ها بخصوص در شرایط اپیدمی بیماری کروناویروس، ضروری و حیاتی است. پیشنهاد می شود آموزش ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی در مورد شیوه های ایمنی، واکسیناسیون، و نیز ثبت الکترونیک مواجهات شغلی به منظور حفظ و ارتقاء سلامت کارکنان و پیشگیری از عفونت های بیمارستانی باید در اولویت مراکز درمانی قرار گیرد.

واژه های کلیدی: مواجهه شغلی، بیمارستان، رایج دهندگان خدمات سلامت، شیوع، تبریز



بررسی شیوع خطاهای دارویی اظهار شده در پرستاران شاغل در مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی

ارومیه، سال ۱۳۹۷

محمد یوسفی اصل^۱، رحیم بقایی^۲، رویا نادری^۳، حمیدرضا خلخالی^۴، روزیتا چراغی^۵
۱. استادیار، گروه معارف اسلامی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران 1
ایران ارومیه، پزشکی علوم دانشگاه مامایی، و پرستاری دانشکده مرکز تحقیقات و ایمنی بیمار، ۲. دانشیار،
ایران ارومیه، پزشکی علوم دانشگاه پزشکی، دانشکده فیزیولوژی، ۳. استادیار، گروه
۴. استاد، گروه آمار زیستی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران
ایران ارومیه، پزشکی علوم دانشگاه مامایی، و پرستاری دانشکده جراحی، داخلی پرستاری گروه ۵. مربی،

زمینه و هدف: امروزه یکی از چالش های مهم در سیستم ارائه خدمات بهداشتی و درمانی، حفظ ایمنی بیمار می باشد و خطاهای پزشکی از موضوعات مهم و تهدیدکننده ایمنی بیمار در تمامی کشورها محسوب می شود که بعنوان رایج ترین خطای پزشکی و یکی از عناصر دخیل در ایمنی بیمار بشمار می آید و می تواند گاه عوارض جبران ناپذیری را ایجاد کند. در این میان خطای دارویی به عنوان یک اشتباه رایج از خطاهای پزشکی شناخته می شوند و این خطا بدلیل نقش پرستاران در اجرای دستورات دارویی پزشک در بین این دسته از پرسنل بهداشتی دارای اهمیت بالایی است که می تواند ایمنی بیمار را به تهدید نموده و عوارض جانبی خطرناکی را بدنبال داشته باشد. آگاهی از میزان شیوع خطاهای دارویی پرستاران می تواند راهکار مناسبی برای پیشگیری از وقوع این خطاها باشد. بنابراین مطالعه حاضر با هدف تعیین شیوع خطاهای دارویی اظهار شده در پرستاران مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه در سال ۱۳۹۷ انجام شد.

مواد و روش ها: مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی مقطعی بود که در طی آن تعداد ۳۲۶ پرستار شاغل در پنج مرکز آموزشی درمانی شهر ارومیه با روش نمونه گیری مرحله ای و با استفاده از پرسشنامه خطاهای دارویی اظهار شده محقق ساخته و در مورد بررسی قرار گرفتند. در نهایت پس از جمع تمامی آوری پرسشنامه ها؛ داده ها پس از کد بندی بوسیله نرم افزار SPSS18 با استفاده از آمارهای توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: نمونه ها اکثرا مونث (۷۱/۸٪) با مدرک کارشناسی (۸۸/۷٪) بودند. همچنین ۶۲/۳ درصد از پرستاران دارای سابقه خدمتی ۱ تا ۱۰ سال و ۸/۹ درصد دارای سابقه بالای ۲۱ سال بودند. میانگین وقوع خطای دارویی در سه ماهه گذشته بنا بر اظهار پرستاران برابر با $1/64 \pm 1/11$ برای هر پرستار بود. بیشترین نوع خطای اظهار شده؛ دادن دوز اشتباه، ثبت اشتباه و داروی اشتباه به بیمار بودو بیمار اشتباه، عدم توجه به تداخل دارویی، روش اشتباه، زمان اشتباه و تجویز اشتباه بترتیب در رده های بعدی خطاهای اظهار شده قرار داشتند. بیشترین خطاها در روش تجویز خوراکی و وریدی و کمترین خطا در روش تزریق عضلانی و استنشاقی اتفاق افتاده بود. اکثر خطاها نیز در پرستاران با سابقه کم (زیر ۱۰ سال) رخ داده بود. ۲۹/۵ درصد خطاها از نظر اهمیت رخداد خطا در سطح متوسط و بالا بودند که ۲۶/۷ درصد منجر به آسیب در بیماران شده بود. بر اساس تجزیه و تحلیل آماری ارتباط معنی داری بین سابقه کار و میزان خطای اظهار شده مشاهده شد ($p=0.01$).

بحث و نتیجه گیری: بر اساس یافته های مطالعه و نیز با توجه به اینکه خطاهای پزشکی حاصل اثر ترکیب دو عامل انسانی و عامل سیستمی می باشد، بنظر می رسد نقش عوامل سازمانی در ایجاد خطاهای دارویی پر رنگ تر می باشد. بنابراین در کنار اهتمام بیشتر به رفع عوامل فردی در جهت کاهش خطاهای دارویی، ضرورت دارد که مدیران و مسوولین بهداشتی در جهت ارتقاء و بهبود عوامل سازمانی در جهت کاهش خطای دارویی و افزایش ایمنی بیمار تلاش نمایند.

کلید واژه ها: خطای دارویی، پرستاران، ایمنی بیمار



Barriers to and Facilitators of Medication Error Reporting from the Viewpoints of Nurses and Midwives Working in Gynecology Wards of Tabriz Hospitals

Mojgan Mirghafourvand^a, Khadije Hajizadeh^b, Jafar Kondori^{c*}, Mahin Kamalifard^d

^a Associate Professor, Social Determinants of Health Research Center, Tabriz University of Medical Sciences, Iran.

^b PhD of Midwifery, Midwifery Department, Tabriz University of Medical sciences, Tabriz, Iran.

^c MSc of nursing, Nursing Department, Tabriz University of Medical sciences, Tabriz, Iran.

^d MSc, Instructor, Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

*Corresponding author: Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

Medication error reporting (MER) is an effective way to prevent their repetition in the future. The present study aimed to determine the frequency and factors associated with the causes of MEs and to identify barriers to and facilitators of MER. This descriptive-analytical cross-sectional study was conducted with proportional random sampling on 220 midwives or nurses working in public and private hospitals in Tabriz, Iran. In this study, data were collected using Haddon's matrix. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics. The prevalence of MEs in this study was 36.2%. The most common causes of MEs related to weakness of nurses, wards, management and physicians were nursing staff shortage (30.5%), ward work density (51.8%), low ratio of nurses and midwives per patient (70.7%), and illegible prescriptions (76.4%), respectively. Major barriers to MER reported by nurses and midwives were blaming the individual rather than the system (67.7%). Facilitators of MER were anonymous MRE system and feeling safe about working environment. Staff also reported that if reporting is beneficial (preventing future errors, correcting practice, increasing accountability), the odds of reporting MER will increase (54.5%). Given the underlying cause of MEs from the participants' point of view (staff shortage, fear of reprisal and reprimand), it is suggested that the system and health managers adopt appropriate strategies to reduce these important factors (reducing work density and creating a friendly environment).

Key words: Barrier, Facilitator, Medication Error, Viewpoint, Iran.



بررسی نگرش ایمنی پرسنل اورژانس پیش بیمارستانی شهرستان تبریز

زهرا شیخ علیپور^۱، مینا حسین زاده^۲، جواد دهقان نژاد^۳، رسول گیاهی^۴، پروانه آقاجری^۴
۱. عضو هیات علمی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
۲. دکتری پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
۳. کارشناس پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
۴. عضو هیات علمی، دانشکده علوم پزشکی مراغه، مراغه، ایران

مقدمه: شرایط پر استرس و چالش برانگیز فیلد اورژانس پیش بیمارستانی احتمال وقوع عوارض و حوادث ناایمن را افزایش می دهد. یکی از روش های بررسی ایمنی محیط کار، بررسی نگرش کارکنان می باشد. مطالعه حاضر با هدف تعیین نگرش ایمنی پرسنل اورژانس پیش بیمارستانی استان آذربایجان شرقی انجام گرفته است.

مواد و روش ها: در این مطالعه مقطعی، ۲۰۰ نفر از تکنسین های عملیاتی اورژانس پیش بیمارستانی تبریز در طی سال های ۹۷-۹۸ شرکت نمودند. نمونه گیری به روش تصادفی ساده بود. جهت جمع آوری داده ها از چک لیست اطلاعات دموگرافیک (۱۰ سوال) و پرسشنامه نگرش ایمنی (۵۶ گویه) استفاده شد. داده ها با نرم افزار SPSS ۱۶ و با استفاده از آمار توصیفی (فراوانی، درصد و میانگین و انحراف معیار) و تحلیلی (تی تست، آنوا و همبستگی پیرسون) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: میانگین نگرش ایمنی پرسنل اورژانس پیش بیمارستانی ۱۵۵/۹۹ با انحراف معیار ۲۲/۹۵ (دامنه نمرات ۰-۲۳۵) بدست آمد که در سطح متوسطی می باشد. از بین ابعاد مختلف پرسشنامه نگرش ایمنی حوزه ایمنی بیمار بیشترین میانگین (3.61 ± 1.11) و ایمنی جاده ای کمترین میانگین (3.38 ± 1.03) را داشت.

نتیجه گیری: با توجه به یافته های بدست آمده پیشنهاد می شود مدیران و مسئولان از تدابیری مانند چینش مطابق با استاندارد شیفیت های پرستاری، پرهیز از اضافه کاری های اجباری و استفاده از الگوهای تعاملی موثر با کارکنان استفاده نمایند و به منظور افزایش ایمنی در جاده ها تدابیری مانند افزایش مهارت های رانندگی و پایش وضعیت رانندگی آنان پیشنهاد می شود.

کلمات کلیدی: ایمنی، نگرش، اورژانس پیش بیمارستانی



ارتقا ایمنی بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی در دوران پاندمی کووید-۱۹: یک مطالعه اقدام پژوهی مشارکتی

فرناز رحمانی*^۱، سید غلامرضا نورآذر^۲، ناهیده سیزی^۳، سمیه جانهمدی^۴

۱. دکترای پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

۲. دانشیار گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

۳. کارشناس ارشد پرستاری بهداشت جامعه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

۴. کارشناس ارشد روان پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

مقدمه: بیماران روان پزشکی بویژه در مراکز بستری بدلائل مختلف مانند کمبود فضای بخش و کارکنان، محدودیت در استفاده از وسایل حفاظت فردی و ناتوانی بیماران در رعایت پروتکل های بهداشتی در معرض خطر فزاینده ابتلا به عفونت کووید-۱۹ هستند. پذیرش این بیماران در بخش هایی با سیستم درهای بسته که امکان تهویه را کمتر می نماید، مدیریت این بحران را در مراکز روان پزشکی با تهدید جدی روبرو کرده است. از این رو شناخت عوامل، تدابیر و راهکارهای ارتقا ایمنی این بیماران می تواند گام مهمی در کنترل و مدیریت این همه گیری در مراکز روان پزشکی باشد. فلذا، این تحقیق به منظور ارتقا ایمنی بیماران مبتلا به اختلالات روان پزشکی در دوران پاندمی کووید-۱۹ در بیمارستان رازی تبریز انجام شد.

روش کار: این پژوهش یک مطالعه اقدام پژوهی به صورت کیفی بود. در اولین مرحله مطالعه اقدام پژوهی حاضر، تحلیل وضعیت موجود با بررسی معانی مشترک ایمنی در دوران پاندمی کرونا و موانع ارتقا آن از دیدگاه تیم درمانی از طریق مصاحبه های گروهی متمرکز، مصاحبه های فردی و یادداشت های در عرصه، مورد تحلیل محتوای کیفی قراردادی گرفت. سپس جهت اولویت بندی مشکلات، از ماتریکس تصمیم گیری استفاده شد. مشکلات بدست آمده از تحلیل مصاحبه ها جهت ارایه راه کار در اختیار مشارکت کنندگان قرار داده شد. مشارکت کنندگان از ۲۲ راه کار پیشنهادی خود با توجه به قابلیت کاربرد، هزینه- اثر بخش و زمان اجرا، ۱۲ راه کار را در دستور کار قرار دادند. مرحله دوم یعنی مداخله و تغییر بر طبق راه کارهای در نظر گرفته شده به مدت ۸ ماه از مرداد ۹۹ تا اسفند ۹۹ اجرا شد. در این مرحله با توجه به بازخورد دریافت شده در هر گام، تیم تحقیق اقدام به اصلاح و بازنگری راه کارها نمود. در مرحله سوم، از طریق ارزشیابی کمی جهت سنجش سطح ایمنی (با استفاده از تحلیل تعداد موارد کووید ۱۹ مثبت در بیماران و نیاز به غربالگری کل بخش) و کیفی جهت تبیین نظرات تیم درمانی در خصوص اثرگذاری برنامه اجرا شده، ارزشیابی صورت گرفت. در مرحله چهارم یعنی مرحله نهایی تحقیق، نتایج مرحله قبل مورد بررسی قرار گرفت. سپس گزارشی از فرایند کار فراهم گردید و بازنگری های لازم جهت شروع چرخه بعدی اقدام پژوهی صورت گرفت.

یافته ها: بر اساس یافته های حاصل از مرحله اول مطالعه، مشارکت کنندگان سه مشکل ازدحام بیماران، خطر فزاینده احتمال انتقال عفونت کووید-۱۹ به علت شرایط خاص فضای فیزیکی بخش های درمانی و ناتوانی بیماران روان پزشکی در رعایت پروتکل های بهداشتی مربوط به عفونت کووید-۱۹ با معانی مشترک موانع ارتقا ایمنی بیماران در نظر گرفته شد. راه کارهای ابقا شده و پیشنهادی بر اساس سه مشکل الویت بندی شده توسط مشارکت کنندگان، با در نظر گرفتن بازخوردهای ارائه شده در هر مرحله اجرا شد. این راه کارها شامل موارد زیر بودند: (۱) بازنگری معیارهای بستری در بخش اورژانس، (۲) کاهش طول مدت بستری، (۳) مصاحبه با خانواده های بیماران از طریق فضای مجازی، (۴) تعبیه اتاق قرنطینه یا زون خاکستری برای قرنطینه کردن بیماران جدیدال بستری در هر بخش و اخذ PCR از آنها، (۵) برگزاری کلاس های آموزشی در مورد راه های انتقال عفونت کووید-۱۹ برای تمامی اعضای تیم درمان، (۶) غربالگری پرسنل و بیماران سه بار در روز از نظر علائم کووید-۱۹، (۷) ممنوعیت هر گونه فعالیت دسته جمعی نظیر خوردن و آشامیدن گروهی در بخش های بستری، کلاسها و جلسات درون بخشی و مواردی نظیر اینها، (۸) آموزش چهره به چهره تمامی بیماران در مورد موازین بهداشت دست و استفاده از ماسک (۹) صرف غذا در گروه های کم تراکم در چندین نوبت (۱۰) ملاقات بیماران با اعضای خانواده با رعایت پروتکل های بهداشتی و (۱۱) ضد عفونی تمام قسمتهای بخش ۲ بار در روز بود.

بحث و نتیجه گیری: مطالعه حاضر نشان داد که استفاده از راه کارهای برگرفته از نظر خود مشارکت کنندگان در تحقیق و اجرایی کردن این راه کارها با کمک خود افراد تاثیرات مثبتی در کنترل همه گیری کووید-۱۹ در مراکز روان پزشکی در بر داشت. تاثیرات مثبتی که در این مطالعه مشاهده شد، لزوم توجه سیاست گذاران مراقبت های بهداشتی را در مورد چالش ها و نیازهای مستمر مالی و پشتیبانی از بیماران مبتلا به اختلالات روان پزشکی و مراکز روان پزشکی در دوران پاندمی کرونا و تداوم این برنامه را نشان می دهد. حفظ و ارتقا ایمنی نیازمند سیاست گذاری و برنامه ریزی موثر سیستم سلامت جهت گسترش فرهنگ کار تیمی، آموزش و توانمند سازی اعضای تیم درمان و حمایت سیستم خدمات رسانی سلامت روانی از تیم درمان در شرایط کنونی است که بالطبع ارتقا ایمنی بیماران روان پزشکی را در دوران پاندمی کووید-۱۹ و بهبود کیفیت مراقبت را در پی خواهد داشت. در نهایت نتایج حاصل از ارزشیابی برنامه در دو مطالعه کمی و کیفی در مراحل انتهایی حاکی از تاثیر مثبت اجرای این راه کارها در ارتقا ایمنی بیماران روان پزشکی در دوران کرونا بوده است.

واژه های کلیدی: ایمنی، اقدام پژوهی، بیمار روان پزشکی، کووید-۱۹، راه کار



ایجاد مرکز مهارت‌های بالینی و آموزش مداوم مستمر رزیدنت‌ها و پرستاران بیمارستان امام رضا (ع)

تبریز جهت افزایش ایمنی بیماران

دکتر مسعود فقیه دینوری^۱، دکتر صمد بهشتی روی^۱، دکتر نسرين جعفری^۱، دکتر فیروز طوفان^۱، دکتر حسن سلیمان پور^{۱*}
^۱ بیمارستان امام رضا (ع) تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

خطاهای بالینی، جزو مهم ترین عوامل تهدید کننده سلامت بیماران هستند. لذا انجام اقداماتی در جهت کاهش خطر وقوع مجدد وقایع ناگوار گریزناپذیر است. تکنیک تحلیل ریشه ای علل، یکی از مدل های مدیریت خطر می باشد که برای تحلیل گذشته نگر داده ها به صورت سیستماتیک با هدف تعیین علت یا دلایل اصلی خطا و ضعف در سیستم یا فرآیندهای مرتبط با آن خطا به کار می رود. در این مطالعه ابتدا بر اساس انالیز علل مورتالیتیه و خطا که در جلسات کمیته مرگ و میر و تحلیل ریشه ای خطا ابتدا علل قابل پیشگیری اصلی مرگ و میر و همچنین خطاهای منجر به مرگ و میر بیماران بررسی شد. جهت تحلیل خطا از خبرگان رشته های ذینفع دعوت به مشاوره گردید. در نهایت سه علت نقصان در دانش، مهارت و تجربه در اداره راه هوایی، احیای قلبی-ریوی- مغزی و تهویه مکانیکی از علل اصلی قابل پیشگیری مورتالیتیه و موربیدته در بیماران شناخته شد. بر اساس تحلیل فوق مرکز مهارت‌های بالینی بیمارستان تاسیس و کلاسهای مداوم آموزش اداره راه هوایی، احیای قلبی-ریوی- مغزی و تهویه مکانیکی توسط اساتید مرکز بصورت مستمر و هفتگی برای همه دستیاران و پرستاران مرکز برگزار شد.



بررسی میزان شستشوی دست در موقعیتهای شستشوی دست در دانشجویان پرستاری دانشگاه

آزاد اسلامی مرند

زینب هنرور^{۱*}، لیلی شعبانی اسکویی^۲، فریبا علیزاده^۳

۱ کارشناسی ارشد پرستاری داخلی جراحی، هیات علمی گروه پرستاری، واحد مرند، دانشگاه آزاد اسلامی، مرند، ایران
۲ کارشناسی ارشد روان پرستاری، هیات علمی گروه پرستاری، واحد مرند، دانشگاه آزاد اسلامی، مرند، ایران
۳ کارشناسی ارشد روان پرستاری، هیات علمی گروه پرستاری، واحد مرند، دانشگاه آزاد اسلامی، مرند، ایران

مقدمه: عفونت های ناشی از ارائه مراقبتهای بهداشتی درمانی یکی از شایعترین علل مرگ و میر و افزایش معلولیت در بیماران بستری در کشورهای در حال توسعه و پیشرفته محسوب می شود و رعایت بهداشت دست قبل و بعد از تماس با بیمار از جمله راههای اساسی کنترل عفونت است که در بیشتر دستورالعملهای کنترل عفونت ملی و جهانی به آن پرداخته شده است. از آنجا که انجام اقدامات سازمان یافته در جهت ارائه خدمات ایمن ضروری بنظر می رسد، لذا این مطالعه با هدف بررسی میزان شستشوی دست در موقعیتهای شستشوی دست در دانشجویان انجام شده است.

مواد و روش کار: مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی - مقطعی است که در بین ۹۰ نفر از دانشجویان پرستاری در سال ۱۳۹۸ انجام شده است. نمونه ها به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و داده ها با استفاده از پرسشنامه دموگرافیک و چک لیست موقعیتهای شستشوی دست وزارت بهداشت جمع آوری انجام Spss گردید. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آزمون های توصیفی و آخرین ورژن نرم افزار گرفت.

یافته ها: در بین دانشجویان بیشترین میزان شستشوی دست مربوط به موقعیت تماس با ترشحات بیمار با ۹۸ درصد و کمترین میزان شستشوی دست مربوط به موقعیت تماس با محیط اطراف بیمار با ۳۵ درصد بود. همچنین بر اساس یافته ها میزان شستشوی دست در میان دانشجویان ترمهای مختلف هم متفاوت بود. بیشترین میزان شستشوی دست مربوط به دانشجویان ترم دوم با ۷۵ درصد و کمترین میزان شستشوی دست مربوط به دانشجویان ترم هشت با ۴۰ درصد مشاهده گردید.

نتیجه گیری: بنظر می رسد دلیل اصلی شستشوی دست توسط دانشجویان محافظت از خود در برابر خطر انتقال عفونت آشکار پس از تماس با ترشحات بیمار می باشد و در دانشجویان ترم پایین هم مهمترین دلیل شستشوی زیاد دست مربوط به عدم عادت به عادی انگاری تماس با منابع آلوده و عادت نکردن به محیط کاری است. از آنجا که سطح آگاهی دانشجویان پرستاری در ارتباط با پیشگیری و کنترل عفونت پایین بوده و کمبود دانش و آگاهی بر عملکرد آنها تاثیر می گذارد، پس انجام آموزش مناسب و کافی لازم و ضروری بنظر می رسد. بنابراین مسئولین مربوطه خصوصاً مربیان محترم پرستاری می توانند با ارائه راهکارهای مناسب، سبب افزایش دانش و آگاهی و ترویج و نهادینه کردن شستشو و بهداشت دست قبل و بعد از تماس با بیمار جهت کنترل عفونت گردند.

کلمات کلیدی: شستشوی دست، عفونت، موقعیتهای شستشودست



ایمنی بیمار و دسترسی سریع به پزشک

خدیجه الوندی^۱، طاهره فلاح نژاد^۲

۱. ارشد پرستاری داخلی و جراحی، کارشناس پژوهش، واحد توسعه و تحقیقات بالینی بیمارستان امام حسن مجتبی (ع)، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج
ایران
۲. ارشد پرستاری داخلی و جراحی، کارشناس پژوهش، واحد توسعه و تحقیقات بالینی بیمارستان امام حسن مجتبی (ع)، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج
ایران

مقدمه ایمنی بیمار به عنوان یکی از مولفه های اصلی کیفیت خدمات سلامت، به معنای پرهیز از وارد شدن هرگونه صدمه و جراحت به بیمار در حین ارائه مراقبت های سلامت است. هدف اصلی مراقبت در سیستم های بهداشتی درمانی، حفظ و ارتقای سلامتی است و ایمنی بیمار یکی از دغدغه های اصلی این حوزه محسوب می شود.

معرفی بیمار: بیمار خانم ۷۰ ساله که ساعت ۱۱:۲۱ به اورژانس مراجعه نموده است. بیمار سابقه دیابت و فشارخون داشته علائم حیاتی بدو ورود شامل $SpO_2=85\%$ - $P=78$ - $R=16$ - $T=37$ - $BP=60/P$ بوده است. در ECG گرفته شده از بیمار ST Elevation در لید های V1 تا V3 داشته است. متخصص قلب بر بالین بیمار حاضر شده و از نظر قلبی نیاز به اقدام خاص اورژانسی نبوده است BS بیمار چک شد.

که ۱۶۱ بوده است. متخصص داخلی تلفنی فرموده اند در صورتیکه فشار بیمار به $Sbp>70$ رسید جهت انجام سی تی اسکن ریه و مغز به رادیولوژی منتقل گردد. با دریافت دوپامین فشار بیمار به ۸۰ رسیده و همراه با پرستار و وسایل احیا با برانکارد جهت انجام سی تی منتقل گردید. در زمان بازگشت از سی تی بیمار دچار آپنه شده است. برون ده ادراری بیمار ۳۰ سی سی بوده و $Sbp=60/p$ داشته است. در ساعت ۱۲:۵ مشاوره داخلی انجام شد.

بیمار همی پلژی راست و میدریاز مردمک راست داشته Brain CT توسط نورولوژ رویت شد. بیمار تحت اکسیژن درمانی با ماسک قرار داشته است که با هماهنگی بیمار در صورت نداشتن کووید به مرکز دیگری اعزام گردد. با نرمال بودن Post ECG و Right بیمار از سرویس داخلی ترخیص شد و نیاز به بررسی قلبی داشت. بیمار مجدداً دچار کاهش فشارخون شده. تروپونین بیمار مثبت گزارش گردید. با افزایش دوز دوپامین فشار بیمار به ۶۰ / ۱۰۰ رسید. متخصص قلب مرکز دیگری نوار قلب را دیدند که بیمار MI وسیع دارد و احتمالاً در شوک کاردیوژنیک است و نیاز به کت لب دارد اما با توجه به شرایط ناپایدار بیمار امکان اعزام ندارد و بهتر است در همین مرکز در سرویس قلب بستری گردد. مجدداً با متخصص قلب تماس گرفته شد و بیمار با هماهنگی ریاست بیمارستان در CCU بستری گردید. ۲۰:۳۰ بیمار دچار برادیکاردی شد. کد ۹۹ اعلام گردید. بیمار اینتوبه شد. عملیات CPR تا ساعت ۲۱:۳۵ بطول انجامید ولی متأسفانه ریتم قلبی برنگشت و ختم CPR اعلام گردید.

بحث و نتیجه گیری: بکارگیری استراتژی های تهاجمی بویژه در حوزه حاکمیت و رهبری، می تواند ایمنی بیمار را به عنوان الویت استراتژیک بیمارستان در نظر گرفته و آن را ارتقاء دهد. طبق برخی مطالعات انجام شده کمترین بعد رضایت دسترسی به پزشک است. فراهم کردن پرسنل کافی و تهیه استانداردهای کاری برای پرسنل و تخصیص منابع کافی برای بهبود کیفیت و مراقبت از طرف مدیران می تواند به ارتقای فرهنگ ایمنی در مراکز بهداشتی درمانی کمک کند.

کلمات کلیدی: ایمنی بیمار، دسترسی به پزشک



ایمنی بیمار و پیشگیری از سقوط بیمار

خدیجه الوندی^۱، نرگس صلواتی^۲

۱. ارشد پرستاری داخلی و جراحی، کارشناس پژوهش، واحد توسعه و تحقیقات بالینی بیمارستان امام حسن مجتبی (ع)، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

۲. کارشناس پرستاری، مدیریت پرستاری، واحد توسعه و تحقیقات بالینی بیمارستان امام حسن مجتبی (ع)، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

مقدمه: سقوط بیمار از عوامل تهدید کننده ایمنی جسمی و روحی بیماران محسوب میشود و یکی از عوامل افزایش مدت زمان بستری بیماران و هزینههای درمانی است. از آنجا که سقوط در بخشهای بستری بیمارستانی قابل اجتناب می باشد، آسیب های ناشی از سقوط در این بخش نیز جزء اتفاقی است که هرگز نباید رخ بدهند.

معرفی بیمار: بیمار کودک ۲۰ ماهه که در ساعت ۳:۴۵ با تورم یکطرفه گردن و کاملاً هوشیار و با علائم حیاتی نرمال داشته است. بیمار در ساعت ۱۵ با تشخیص آدنیت: $hgb:1.wbc$ به اورژانس مراجعه کرده داشته است. در آزمایشات ۱۳:۳۰ چرکی در بخش اطفال بستری میگردد. در سونوگرافی گردن توده کیستیک به نفع کالکشن گزارش گردیده است. جهت بیمار با ویلچر به درمانگاه فرستاده می شود. ساعت ۱۱:۳۰ درحین معاینه، کمر بند ویلچر باز بوده و بیمار ENT انجام مشاوره بی قرار بوده است و برای آرام کردن، مادر کودک ویلچر را عقب و جلو می برده است در این زمان کودک با دست به زمین برخورد می کند که خوشبختانه آسیبی وارد نشد و اقدامی نیاز نبود.

بحث و نتیجه گیری: با توجه به شیوع بالای وقوع سقوط بیماران ضروری است تا مدیران با ارائه راهکارهای موثر و پیش بینی عوامل مهم در سقوط بیماران، زمینه مراقبت ایمن در بیماران را فراهم آورند. علل قابل حل در این مورد بستن کمر بند ویلچر، انتقال بیمار بر روی تخت معاینه، انجام مشاوره بر بالین بیمار، دادن آموزش به همراه بیمار، وجود ویلچر مخصوص اطفال می باشد.

کلمات کلیدی: ایمنی بیمار، سقوط بیمار



Coronavirus crisis: A Challenge for Patient Safety

رقیه خلیلی^{۱*}، زینب هنرور^۲، ثریا سهیلی^۳

۱. کارشناس ارشد پرستاری، بیمارستان استاد عالی نسب، تبریز، سازمان تامین اجتماعی، آذربایجان شرقی، ایران

۲. گروه پرستاری، واحد مرنده، دانشگاه آزاد اسلامی، مرنده، ایران

۳. گروه پرستاری، واحد مرنده، دانشگاه آزاد اسلامی، مرنده، ایران

مقدمه: زمانی که این مقاله را می نویسیم، جهان تحت تاثیر هجوم ناشی از ویروس کوئید ۱۹ قرار گرفته است. بیماری همه گیر کروناویروس به شکل ناگهانی بسیاری از سیستم های مراقبت های بهداشتی را به چالش کشیده است. برای پاسخگویی به این بحران، سیستم های مراقبت های بهداشتی مجبور شدند بلافاصله سازماندهی مجدد شوند و وقت کمی برای تامل در نقش های اختصاص داده شده به متخصصان ایمنی بیمار و بهبود کیفیت وجود داشت. بنابراین هدف از این مطالعه تهیه اطلاعاتی در مورد اقدامات و چالش هایی هست که در زمان همه گیری کوئید ۱۹ بر ایمنی مداخله دهنده تاثیر گذاشته است.

مواد و روش ها: یک جستجوی سیستماتیک در ERIC, Scopus, PubMed, Web of Science به دنبال اسناد مربوطه به دنبال ترکیبی از اصطلاحات کلیدی: ایمنی مداخله دهنده، کوئید ۱۹ انجام شد.

یافته ها: یافته های این مطالعه نشان می دهد که یکی از مهمترین عوامل ایجاد آسیب به بیمار سهل انگاری های بالینی بحران می باشد. اعزام دانشجویان پرستاری و پزشکی و دانشجویان بالینی پا را فراتر از مرزهای انضباطی و تخصصی گذاشته و از کلیه پرستاران، ماماها و متخصصان بهداشت که در حال حاضر در نقش های غیربیمار هستند، خواسته می شود تا عمل بالینی مستقیم را پشتیبانی کنند. آنچه واضح است این است که، در بحران فعلی، ما نمی توانیم ایمنی بیمار و مدیریت خطر را پشت پا بزنیم و بی اهمیت بدانیم.

نتیجه گیری: از نظر پزشکی، ما بحران را به عنوان تشدید ناگهانی علائم یک بیماری تعریف می کنیم. از نظر تاریخی، بحران فرصتی برای زیر سوال بردن وضعیت موجود در کل جوامع است. بحرانها فرصت هایی برای بازآفرینی خودمان و در نتیجه پیشرفت به سمت به طور مثال، یک سیستم بهتر، یک سازماندهی بهتر، تحمل پذیرتر، فراگیرتر و مراقبت از بشريت را فراهم می آورند.

کارکنان تلاشهای قهرمانانه دارند. با این حال، مسائل ایمنی بیمار هرگز نباید فراموش شود و حتی در شرایط بحران سیستمی دست کم گرفتن مشکلات وجود.

واژه های کلیدی: کوئید ۱۹ (کروناویروس)، ایمنی مداخله دهنده



ملاحظات ایمنی بیمار در اعمال جراحی مغز

دکتر علی مشکینی^۱

۱. استاد گروه جراحی مغز و اعصاب

در مطالعه ای در هاروارد در سال ۱۹۹۱، ۴۴۰۰۰ تا ۹۸۰۰۰ آمریکایی سالانه بعلت خطاهای پزشکی فوت کرده اند که در یک مطالعه دیگر این تخمین به ۲۱۰۰۰۰ تا ۴۴۰۰۰۰ فوت رسیده است. هزینه خطاهای پزشکی سرپایی سالانه ۵ بلیون دلار و خطاهای پزشکی بستری سالانه ۱۹/۴ بلیون دلار حدس زده می شود. متأسفانه عوارض جراحی شایع هستند. ۳٪ همه بیماران جراحی شده در زمان عمل از یک عارضه جانبی رنج می برند و بطور واضح از هر ۱۰۰۰۰۰ عمل یک نفر بیمار اشتباه یا محل عمل اشتباه بوده در ۲/۲ از ۱۰۰۰۰ کرانیوتومی طرف عمل اشتباه بوده است. در یک نظر سنجی از جراحان اعصاب در طول دوره کاریشان گزارش کرده اند که ۲۵٪ انسزیون در طرف اشتباه سر انجام داده اند. باقیماندن وسیله یا پنبه در حدود یک در ۵۵۰۰ تا ۱۰۰۰۰ عمل اتفاق افتاده است. هزینه اقتصادی این خطاها بالاست. هزینه یک جراحی محل اشتباه ۱۲۷۱۵۹ دلار و هزینه باقیماندن جسم خارجی ۸۶۱۴۷ دلار بوده است. عفونت یک منبع دیگر آسیب های قابل پیشگیری است. از هر ۱۰ بیمار یک بیمار از یک عفونت ایاتروژنیک رنج می برند. مرگ ناشی از عفونت های ایاتروژنیک سالانه ۱۰۰۰۰۰ است که هزینه ۴۰ بلیون دلاری را دارد. علت این عوارض چیست و چگونه می توان پیشگیری کرد. انسان جائز الخطا (To Err is human) در یک بررسی تحلیلی تنها ۲۳/۷٪ تا ۲۷/۹٪ مربوط به مهارت تکنیکی جراح بوده است. بقیه ۷۵٪ بعلت عوامل مختلفی که در مراقبت از بیمار مشارکت دارند می باشد که شامل پرستاران، بیهوشی، تکنسین های اطاق عمل و غیره می باشد. لذا تفکر سیستمی system thinking حیاتی است. ابزارهایی که برای یافتن خطاها و عوارض طراحی شده اند که شامل (۱) گزارش حوادث (incident reports، ۲) کنفرانس های مورتالیتته و موریبدته، (۳) گزارش های اتوماتیک در ثبت الکترونیکی پزشکی، (۴) دادخواهی ها و شکایات پزشکی، (۵) رجیستری ها و database های گذشته نگر اگر چه همه مفید و لازم هستند ولی کافی برای پیشگیری از خطاها و عوارض نمی باشند. فرایندها، ابزارها و نظاماتی که ایجاد کنند اکوسیستم ایمنی بیمار باشد بایستی طراحی و اجرا شوند که تحلیل ریشه ای علت، چک لیست هایی برای تعیین هویت بیمار و محل عمل و طرف عمل نوع عمل، وسایل مورد نیاز، نوع بیهوشی در قالب (sign in – time out – sign out) و همچنین پروتکل های مدون برای پیشگیری از عفونت های اطاق عمل (SS1) را شامل می شود. در نهایت تاثیر ارتباط Volume – outcome و learning curve effect در پیشگیری از عوارض و بهبود ایمنی بیمار امروزه بخوبی مشخص شده است. پیشگیری از عوارض شامل مجموعه ای اقدامات قبل از عمل، حین عمل و بعد از عمل می باشند. که اقدامات قبل از عمل مشتمل بر رعایت دقیق اندیکاسیون ها و کنترااندیکاسیون های عمل و اجتناب از over diagnosis و under diagnosis و دید جامع به بیمار و بیماری می باشد و اقدامات حین عمل اعم از رعایت موازین اصولی در رابطه با پوزیشن های حین عمل (supine, prone, lateral, sitting) و استفاده از ابزارآلات استاندارد برای پیشگیری از عوارض مربوط به هر کدام از پوزیشن ها می باشد. مانیتورینگ حین عمل، دقت در فیکساسیون کرانیال روی تخت عمل، اقدامات لازم از پیشگیری از آمبولی هوایی، DVT، خونریزی های ماسیو و عوارض مربوط به ترانسفوزیون، عوارض مربوط به زخم محل عمل می باشد. اقدامات پیشگیرانه از تشنج های بعد از عمل، ادم و افزایش فشار انتراکرانیال بعد از عمل بویژه در اعمال جراحی کرانیوتومی های سوپراتانت، فوس خلفی، ترانس اسفنوئیدال، قاعده مغز، اعمال استریوتاکتیک مغز همگی در ایمنی بیمار تاثیر بسزایی دارد.



ملاحظات ایمنی بیمار در اعمال جراحی ستون فقرات

(Patient safety in spine surgery)

دکتر علی مشکینی^۱

۱. استاد گروه جراحی مغز و اعصاب

عوارض جراحی متأسفانه شایع هستند و ۳٪ همه بیماران جراحی شده در زمان عمل از یک عارضه جانبی رنج می‌برند که بسیاری از آنها قابل پیشگیری است. در بیماران با جراحی اعصاب ۱۴/۳٪ حداقل از یک عارضه رنج می‌برند. بطور واضح از هر ۱۰۰۰۰۰ عمل یک نفر محل عمل اشتباه یا بیمار اشتباه را در بر می‌گیرد. یکی از شایعترین عوارض حین عمل دیسک کمر اکسپلوراسیون منفی یا جراحی ستون فقرات در سطح اشتباه است. در یک بررسی نشان داده شده که جراحی فقرات کمری در سطح اشتباه در یک میزان ۴/۵ در هر ۱۰۰۰۰ عمل اتفاق می‌افتد که این خیلی مهم است. Ammerman و همکارانش نشان داده‌اند که سن بالای بیمار (> ۵۵ سال) و پاتولوژی بالاتر از L5/S1 از عوامل خطر برای جراحی کمر در سطح اشتباه هستند. در یک نظرسنجی از جراحان اعصاب در طول دوره کاری خود گزارش کردند که ۳۵٪ از آنها در سطح اشتباه کمر عمل انجام داده‌اند. باقیماندن وسیله یا پنبه در حدود یک در هر ۵۵۰۰ یا ۱۰۰۰۰ عمل اتفاق افتاده است. هزینه اقتصادی این خطاها بالاست. هزینه یک جراحی در محل اشتباه ۱۲۷۱۵۹ دلار و هزینه باقیماندن جسم خارجی ۸۶۲۴۷ دلار بوده است. متأسفانه تعداد این عوارض در طول زمان افزایش می‌یابد. عفونت یکی دیگر از منابع آسیب قابل پیشگیری است. از هر ۱۰ بیمار یک نفر از یک عفونت ایاتروژنیک رنج می‌برند. ملاحظات ایمنی بیمار شامل اقدامات و الزامات قبل از عمل، حین عمل و بعد از عمل می‌باشد از مجموعه اقدامات قبل از عمل رعایت اندیکاسیون‌ها و کنترااندیکاسیون‌های عمل و همچنین دقت در انتخاب بیمار و بیماریه‌های همراه علاوه بر مشکل ستون فقرات و دیسک بیمار می‌باشد. بایستی وجود همزمان MS، ALS، پلی نوروپاتی، تومورهای نخاعی، آسیب اعصاب پریفرال علاوه بر دیسک در نظر گرفت. اقدامات حین عمل با در نظر گرفتن محل، سطح و طرف عمل و همچنین دقت در پوزیشن بیمار و استفاده از پدهای محافظ نقاط حساس مثل چشم‌ها، سینه‌ها، اندام‌های تناسلی، آرنج‌ها، شبکه بازویی، زانوها خیلی مهم است. برای پیشگیری از خطاهای فوق پروتکل‌های مختلفی توسط انجمن جراحان ارتوپد آمریکا، انجمن جراحان ستون فقرات آمریکا (NASS) تحت عنوان برنامه Sign mark، SMAX، Sign your site، پروتکل جهانی تحت عنوان And Xray program (طراحی و اجرا می‌شود. طی بررسی Joint commission international پروتکل جهانی تحت عنوان IPSG (International patient safety goal) با زیر عناوین IPSG1 تا IPSG4 معرفی شده است که در برگیرنده correct sign in – Time out – procedure، correct site و correct Patient surgery می‌باشد همچنین WHO گایدلاین sign out را معرفی کرده است که با اجرای چک لیست گایدلاین WHO در بیمارستان‌های مختلف جهانی میزان مورتالیتته از ۱/۵٪ به ۰/۸٪ و میزان عوارض از ۱۱٪ به ۷٪ کاهش پیدا کرده است. علیرغم پروتکل‌ها و گایدلاین‌های مختلف همچنان جراحی محل اشتباه و عوارض مربوطه به حد مطلوب نرسیده است که عمل مختلفی ذکر شده است که مهمترین آنها موانع ارتباطی بین بیمار و پزشک و فامیل بیمار و پزشک می‌باشد و در بیمارستان و اطاق عمل مهمترین علت خطاهای پزشکی ناتوانی ارتباط و هماهنگی است. همه کارکنان پزشکی بایستی ارتباط فعال در اطاق عمل داشته باشند. انجام گایدلاین‌های فوق الذکر مهم است ولی مهمترین تلاش در حذف سلسله مراتب در اطاق عمل است. در اطاق عمل جو حاکم بایستی آن باشد که همه نظرات بطور آزادانه در صورت ضرورت بیان شود لذا همه افراد اطاق عمل مسئول و پاسخگو باید باشند حل باستانی خطاها بصورت name – blame – shame در پیشگیری از جراحی محل اشتباه و هر گونه خطای پزشکی دیگر صحیح نمی‌باشد و بایستی تلاش در کار تیمی و تاکید بر مسئولیت پذیری و پاسخگویی تیمی باشد.



شیوع مواجهه شغلی و عوامل مرتبط با آن در بین پرسنل شاغل در بیمارستان مرجع شهداء تبریز در سال ۱۳۹۹

- علیرضا صادقیپور^۱، زهرا احمدیان^۲، آرزو علمی^۳، حسین عزیزی^۴، اعظم رموزی^۵، حسن اسراری^۶، یوسف اشرفی^۷
۱. دکترای تخصصی ارتوپدی (استاد راهنما) بیمارستان شهدا تبریز
۲. کارشناس ارشد آموزش پرستاری (نویسنده مسئول) * بیمارستان شهدا تبریز
۳. کارشناس ارشد آموزش پرستاری بیمارستان شهدا تبریز
۴. دکترای اپیدمیولوژی (استاد آمار) بیمارستان رازی تبریز
۵. کارشناس ارشد پرستاری بیمارستان شهدا تبریز
۶. کارشناس ارشد پرستاری ارشد بیمارستان شهدا تبریز
۷. کارشناس ارشد مدیریت پرستاری بیمارستان شهدا تبریز

زمینه و هدف: مواجهه شغلی طبق تعریف عبارتست از تماس پوست، چشم، مخاط یا درون پوست با خون یا دیگر مایعات بدن که به هنگام انجام وظایف شغلی رخ بدهد و انتظار رخداد آن منطقی بنظر برسد. در محیط بیمارستان ها مهمترین منبع انتقال عفونت های بیمارستانی مثل هپاتیت B و HIV می باشد. هدف از مطالعه حاضر تعیین شیوع مواجهه شغلی و عوامل مرتبط با آن در بین پرسنل شاغل در بیمارستان مرجع شهداء تبریز در سال ۱۳۹۹ بود.

مواد و روش کار: در این مطالعه مقطعی (پایلو) تعداد ۴۰ نفر از پرسنل بخش های مختلف بیمارستان به روش تصادفی انتخاب گردید. برای جمع آوری داده ها از یک چک لیست مبتنی بر داده های دموگرافیک-اجتماعی و عوامل خطر مرتبط با مواجهه شغلی به روش مصاحبه حضوری با پرسنل استفاده گردید.

یافته ها: از مجموع ۴۰ نفر شرکت کننده ۳۷/۵٪ مرد و ۶۲/۵٪ زن بود. شیوع کلی مواجهه شغلی در بین شرکت کنندگان ۳۵٪ سهم کسانی بود که در طی یک سال اخیر دچار مواجهه شغلی شده بودند بخش اتاق عمل با ۶۵٪ و پرستاران با ۴۵٪ بیشترین شیوع مواجهه شغلی را داشتند. شایعترین مواجهه شغلی آسیب دست (۲۶٪) ۱۳٪ بود. به لحاظ عامل مواجهه شغلی، ۴۰٪ درصد از شرکت کنندگان فرورفتن اجسام نوک تیز را ذکر نمودند. همچنین حدود ۳۰٪ از پاسخ دهندگان بیش از دو بار سابقه مواجهه شغلی را ذکر کردند. از کل شرکت کنندگان، تنها ۴۷،۵ درصد از پرسنل بیمارستان مواجهه شغلی خود گزارش کرده بودند. براساس مصاحبه و خوداظهاری شرکت کنندگان، ۵۰٪ خطای انسانی را عامل مواجهه شغلی ذکر کرده اند. همچنین ۹۷،۵٪ از شرکت کنندگان واکسیناسیون کامل هپاتیت B و ۶۰ درصد تیتراژ آنتی بادی بالای ۱۰ داشتند اما ۳۷،۵ درصد از تیتراژ آنتی بادی خود اطلاعی نداشتند.

نتیجه گیری: مطالعه اولیه ما نشان داد که شیوع مواجهات شغلی در این بیمارستان بالا می باشد. پیشگیری از مواجهات شغلی به عنوان یک اولویت اجتناب ناپذیر در محیط کار بیمارستان ها بخصوص در شرایط اپیدمی بیماری کرونا و ویروس، ضروری و حیاتی است. پیشنهاد می شود آموزش ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی در مورد شیوه های ایمنی، واکسیناسیون، ونیزیت الکترونیک مواجهات شغلی به منظور حفظ و ارتقاء سلامت کارکنان و پیشگیری از عفونت های بیمارستانی باید در اولویت مراکز درمانی قرار گیرد. واژه های کلیدی: مواجهه شغلی، بیمارستان، ارایه دهندگان خدمات سلامت، شیوع، تبریز



برنامه عملیاتی سازمان جهانی بهداشت برای ارتقای ایمنی بیمار در ۲۰۲۱ تا ۲۰۳۰: مروری اجمالی بر

آخرین گایدلاین ها، استراتژی ها، و راهکارها

دکتر منصور غفوری فرد^{۱،۲}، دکتر جواد دهقان نژاد^۱
۱. استادیار گروه داخلی جراحی دانشکده پرستاری و مامایی تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

در هفتاد و دومین مجمع جهانی بهداشت قطعنامه WHA 72.6 "اقدام جهانی در مورد ایمنی بیمار" را در ۲۵ می ۲۰۱۹ تصویب کرد. این قطعنامه ایمنی بیمار را به عنوان یک اولویت جهانی بهداشت به رسمیت شناخت و مقرر شد که هر ساله ۱۷ سپتامبر به عنوان «روز جهانی ایمنی بیمار» برگزار شود. اهداف روز جهانی ایمنی بیمار شامل افزایش آگاهی و تعامل عمومی، افزایش درک جهانی، و تحریک همبستگی جهانی و اقدام برای ارتقای ایمنی بیمار بیان شده است. بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، پاندمی کووید-۱۹ از چالش ها و خطرات بزرگی که کارکنان بهداشتی در سطح جهانی با آن روبرو هستند، پرده برداری کرده است، از جمله عفونت های مرتبط با مراقبت های بهداشتی، خشونت، استیگما، اختلالات روانی و عاطفی، بیماری و حتی مرگ. از طرف دیگر، کار کردن در محیط های استرس زا باعث می شود که کارکنان خدمات بهداشتی بیشتر در معرض خطاهایی قرار بگیرند که می تواند ایمنی بیمار را به خطر بیندازد. در این راستا، اخیراً سازمان جهانی بهداشت اقدام به تدوین برنامه عملیاتی برای ارتقای ایمنی بیمار در سال های ۲۰۲۱ تا ۲۰۳۰ نموده است و خواستار همبستگی جهانی و اقدام هماهنگ همه کشورها و شرکای بین المللی برای بهبود ایمنی بیمار شده است. در این مقاله مروری اجمالی بر اهمیت ایمنی بیمار، چالش های مرتبط با پاندمی کووید ۱۹، و راهکارهای عملیاتی برای ارتقای ایمنی بحث خواهد شد.

شعار اصلی برنامه عملیاتی ایمنی بیمار، «به صفر رساندن خطاها در سیستم ها مراقبت بهداشتی» قید شده است. این برنامه دارای ۷ اهداف استراتژیک است که از طریق ۳۵ استراتژی خاص قابل دستیابی است. هفت برنامه استراتژیک شامل موارد زیر است:

- ۱- ایده «صدمات قابل اجتناب را به صفر برسانید» را همیشه در ذهن خود نگه داشته و به عنوان یک اصل در برنامه ریزی و ارائه مراقبت های بهداشتی در نظر بگیرید.
 - ۲- سیستم ها و سازمان های بهداشتی قابل اطمینان ایجاد کنید که به طور روزانه بیماران را از آسیب محافظت می کنند.
 - ۳- از ایمنی هر یک از فرآیندهای بالینی اطمینان حاصل کنید.
 - ۴- بیماران و خانواده ها را برای کمک و پشتیبانی از مراقبت های بهداشتی ایمن ترغیب و توانمند کنید.
 - ۵- به کارکنان بهداشتی آموزش داده و مهارت دهید تا در طراحی و ارائه سیستم های مراقبتی ایمن سهیم باشند.
 - ۶- از جریان مداوم اطلاعات و دانش برای کاهش خطر، کاهش سطح آسیب های قابل پیشگیری و بهبود ایمنی مراقبت ها، اطمینان حاصل کنید.
 - ۷- هم افزایی، همبستگی و مشارکت چند بخشی و چند ملیتی را برای بهبود ایمنی بیمار ایجاد و تداوم بخشید.
- در ادامه استراتژی های مرتبط با هر یک از این اهداف و راههای دستیابی به این اهداف بحث شده است.



Theory of Planned Behavior and Health Care Waste Segregation Behavior among Health Workers: An Integrative Review of Literature

Sheida vahidi¹, Bahram Chouban Qaleh juqe², Mehrmoosh Abtahi³, Marzieh Noorbakhsh⁴

1. Health education and promotion PhD candidate Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2. MD, Technical Deputy of Treatment Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran,

3. Assistant professor Department of Environmental Health Engineering, School of Public Health and Safety, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Environmental and Occupational Hazards Control Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4. Director of Clinical Excellence and Hospital Services, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran, Treatment Affairs

Introduction: Waste management standard is a one of patient safety domain. Health care waste segregation is an essentially concern. All health care activities generate waste, and the Health Care Waste Management Systems (HCWMS) with segregation means placing the various categories of waste into different color-coded bins with liners have some failure which results to health and environmental problems. Ajzen's TPB as theoretical framework to systematically examine the factors associated with health workers' HCW segregation behaviors. Not only has this theory been proven to be one of the most powerful, influential, and predictive models for explaining human behaviors, but also it provides a useful guide for designing intervention strategies to change or maintain behavior. This integrative review aimed to review the results of studies on theory of planned behavior (TPB) constructs predict intentions and delivery mode among Waste Segregation Behavior Health Workers.

Materials and Methods: This review article included 30 English language studies about behavior change in healthcare waste management and segregation, an application of Theory of planned behavior, barriers to medical waste management from 2016 to 2020.

Result: The possible barriers reported in managing medical waste among health care worker included lack of knowledge, lack of color-coding material such as plastic bags and lack of proper waste management as a concern and organizational duty among employees. The theory of planned behavior model explained variance in health workers' segregation behavior. When external variables were added.

Discussion: The TPB significantly aim at strengthening of health workers' perceived behavioral control and intentions could be effective in improving health workers' HCW segregation behaviors.

Key Words: Health care waste Segregation Behavior, Theory of planned behavior, Health workers



اعمال جراحی کنسل شده در مرکز آموزشی درمانی کودکان تبریز - فراوانی، علل و راهکارهای پیشگیری

سکینه موسویان^۱، حاجیه حسین پور نورانی^۲، دکتر داریوش شیخ زاده^۳
۱. کارشناس پرستاری و سرپرستار اتاق عمل مرکز آموزشی درمانی کودکان تبریز
۲. کارشناس بیهوشی و عضو گروه پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
۳. متخصص بیهوشی و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

مقدمه: کنسل شدن عمل جراحی، با توجه به اینکه باعث افزایش درصد اشغال تخت در بخشها، نارضایتی بیماران و افزایش هزینه های بیمار و بیمارستان می شود، حائز اهمیت است. منظور از فراوانی عملهای جراحی کنسل شده، تعداد عمل های کنسل شده در بیماران کاندید جراحی در همان روز تعیین شده به علل مربوط به خود بیمار، موارد پزشکی و سیستم بیمارستان است. در سال ۱۳۹۳ این میزان در مرکز آموزشی درمانی کودکان تبریز از ۷۱۱۵ مورد کاندید عمل ۲۸۸ (۴/۰۴٪) گزارش شد. این مطالعه با هدف بررسی فراوانی و علل کنسل شدن عمل های جراحی پس از انجام اقدامات پیشگیری کننده و بررسی اثر بخشی اقدامات مذکور در سال های ۱۳۹۵-۱۳۹۸ صورت گرفت.

روش: این مطالعه یک مطالعه در جهت ارتقا کیفیت در طول زمان می باشد بدین صورت که پس از گزارش نتایج سال ۱۳۹۳ توسط همکاران اقدامات زیر در سال ۱۳۹۴ پایه ریزی و انجام شد که شامل موارد ذیل می باشد:

- ۱- راه اندازی درمانگاه بیهوشی و ویزیت بیماران حداقل یک روز قبل از عمل توسط اساتید بیهوشی
- ۲- انجام ویزیت بیمار مستقیماً توسط خود پزشک به جای دستیاران جهت پیشگیری از بستری بیماران بدون اندیکاسیون
- ۳- افزایش تعداد تخت های PICU از ۸ مورد به ۱۵ مورد
- ۴- آموزش به بیمار به صورت مدون قبل از عمل
- ۵- افزایش آگاهی پرسنل با برگزاری کلاسهای آموزشی

تعداد عمل های کنسل شده و علل کنسل شدن آن در سالهای ۱۳۹۵ تا ۱۳۹۸ پس از انجام اقدامات مذکور با استفاده از مستندات بیمارستان استخراج شد. نتایج با استفاده از نرم افزار spss16 تحلیل و آنالیز شد.

نتایج: از ۲۶۸۸۵ مورد عمل در طول ۴ سال ۱۰۵۸ (۳/۹۳٪) مورد کنسل شد. علل کنسل شدن اعمال جراحی عبارت بودند از: NPO نبودن بیمار ۲۱ مورد (۱/۹۸٪) - عدم رضایت والدین ۲۲ مورد (۲/۰۷٪) - عدم رضایت والدین به دلیل ریسک بالای عمل ۱۰ (۰/۹۴٪) - صلاحدید اساتید ۱۰۵ مورد (۹/۹۲٪) - پایین بودن HB ۲۴ مورد (۲/۲۶٪) - مختل بودن PT, PTT ۲۹ مورد (۲/۷۴٪) - اختلال الکترولیت ها ۲۱ مورد (۱/۹۸٪) - عدم انجام مشاوره ۱۲ مورد (۱/۱۳٪) - تب دار بودن بیمار ۲۳ مورد (۲/۱۷٪) - سرماخوردگی ۱۶ مورد (۱/۵۱٪) - اشتباه کاربر ۲۷ مورد (۲/۵۵٪) - آماده نبودن سونوگرافی ۹ مورد (۸/۵٪) - عدم انجام اسکن ۱۷ مورد (۱/۱۶٪) - خستگی جراح ۳۲ مورد (۳/۰۲٪) - نبود تخت PICU ۶ مورد (۵/۶٪) - نبود کاتتر ۲۴ مورد (۲۶/۲٪) - عدم نیاز به عمل ۱۵ مورد (۱/۴۱٪). در جمع بندی کلی علل کنسل شدن عمل جراحی در سه محور خود بیمار، موارد پزشکی و سیستم بیمارستان بوده است.

بحث و نتیجه گیری: نتایج مطالعه نشان می دهد با انجام برنامه های مداخله ای میزان کنسل شدن اعمال جراحی نسبت به سال ۱۳۹۳ کاهش چشمگیری داشته است و به شرح زیر می باشد:

کاهش NPO نبودن بیمار از ۸/۶۸٪ به ۱/۹۸٪ - عدم رضایت والدین از ۵/۹۵٪ به ۲/۰۷٪ - عدم رضایت والدین به دلیل ریسک بالای عمل از ۱/۳۸٪ به ۰/۹۴٪ - صلاحدید اساتید از ۳۲/۶٪ به ۹/۹۲٪ - پایین بودن HB از ۳/۴۷٪ به ۲/۲۶٪ - مختل بودن PT, PTT از ۴/۵۱٪ به ۲/۷۴٪ - اختلال الکترولیت ها از ۳/۸۱٪ به ۱/۹۸٪ - عدم انجام مشاوره از ۲/۷۷٪ به ۱/۱۳٪ - تب دار بودن بیمار از ۵/۲۰٪ به ۲/۱۷٪ - سرماخوردگی از ۲/۷۷٪ به ۱/۵۱٪ - اشتباه کاربر از ۳/۸۱٪ به ۲/۵۵٪ - آماده نبودن سونوگرافی از ۱/۳۸٪ به ۲/۵۵٪ - عدم انجام اسکن از ۳/۱۲٪ به ۱/۱۶٪ - خستگی جراح از ۸/۳۳٪ به ۳/۰۲٪ - نبود تخت PICU از ۱/۳۸٪ به ۵/۶٪ - نبود کاتتر از ۲۶/۲٪ به ۲/۲۶٪ - عدم نیاز به عمل از ۲/۸۹٪ به ۱/۴۱٪. لذا برنامه های مذکور موثر بوده و گامی در جهت افزایش رضایت بیماران و کاهش هزینه های بیمارستان می تواند باشد، ولی با اینحال بر اساس یافته ها قسمت عمده دلیل کنسل شدن جراحی ها مربوط به موارد پزشکی و خود بیمار می باشد که با ارائه آموزش مناسب به بیمار و مدیریت و هماهنگی موارد پزشکی میتوان این میزان را نیز کاهش داد.



طراحی، اجرا و گسترش دستورالعمل حفاظتی تیم درمانی ارائه دهنده خدمات به بیماران مبتلا به COVID-19

لیلا واحدی^۱، زهرا شیخ علیپور^۲، تورج اسودی کرمانی^۳
۱. مرکز تحقیقات بیماری های گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
۲. دانشکده پرستاری مامایی، گروه داخلی- جراحی و اتاق عمل، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
۳. دانشکده پزشکی، گروه جراحی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

این دستورالعمل به منظور ارتقاء ایمنی و حفاظت تیم درمانی در برابر انتشار ویروس COVID-19 در حین ارائه مراقبت های درمانی، تشخیصی و سایر موارد پشتیبانی تهیه گردیده است. حفظ سلامتی نیروهای استراتژیک خط اول مراقبت و درمان در این مرحله از زمان از ضرورت ها و اولویت های سیستم بهداشت و درمان می باشد. جهت تدوین این پروتکل از تجارب گروه های مختلف بهداشتی و درمانی و بر اساس شواهد علمی و ارزیابی های میدانی استفاده شده است.

این دستورالعمل شامل دو بخش راهنمای گام به گام استفاده از وسایل حفاظت فردی و دستورالعمل حفاظت زیستی، محیطی و سبک کار و زندگی در محیط های آلوده می باشد. بخش اول شامل انواع وسایل و ترتیب پوشیدن و خارج کردن وسایل حفاظت فردی است. بخش دوم شامل ساختار و نحوه ضدعفونی کردن رختکن و سایر اتاق های مورد استفاده، تغذیه، خواب و استراحت، لباس های محافظتی، مسائل روحی روانی، مدیریت همراهان و ملاقات کنندگان و شرایط اولیه برای بکارگیری پرسنل ارائه دهنده خدمات به بیماران مبتلا به COVID-19 می باشد. با کمک این پروتکل، راهنمایی لازم در اختیار مدیران و پرسنل برای بکارگیری اقدامات لازم در این راستا قرار داده شده است تا با بهره گیری از اصول ارائه شده در این پروتکل بتوان قدمی برای ارتقاء ایمنی و حفاظت این اقشار خدمات درمانی برداشت.

کلمات کلیدی: دستورالعمل، تیم درمانی، ایمنی، ویروس COVID-19



ایمنی بیمار در بخش مراقبتهای ویژه نوزادان (NICU)

افسانه ارزانی^۱

۱. دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بابل

نوزادان بستری در بخش مراقبت ویژه با توجه به شرایط فیزیولوژیکی خود، مستعد آسیب می‌باشند. نیاز است تلاش‌ها و توجهات خاصی برای پیشگیری از آسیبهای ناخواسته برای این جمعیت آسیب پذیر انجام شود. یکی از موضوعات بسیار مهم که در بخش مراقبتهای ویژه نوزادان مورد توجه قرار گرفته، خطاهای دارویی می‌باشد که در همه حیطه های مراقبتهای بهداشتی اتفاق می‌افتد، اما وقوع مکرر آن در NICU بیشتر است. مطالعات نشان داده اند که بیمارانی که مراقبت در سطح بالاتری را احتیاج دارند در خطر بیشتری از اشتباهات دارویی هستند. محاسبات دارویی در بخش نوزادان بسیار پیچیده است. دوز دارو بر اساس وزن می‌باشد، لذا باید دوز هر دارویی برای هر بیمار جداگانه محاسبه گردد. همچنین دوز دارویی باید بر اساس سن جنینی و مطابق با عملکرد کبد و کلیه در نظر گرفته شود. از سوی دیگر، به منظور حفظ سطح درمانی دارو نیاز هست روزانه دوز دارو براساس میزان وزن گیری و تغییرات عملکرد کبد و کلیه مجدداً محاسبه گردد. از موارد دیگر، اشتباه در رقم اعشار دوز دارویی در بخش نوزادان که دوزهای بسیار پایین مدنظر است بسیار دیده میشود (۱۰ بار بیشتر از سایر بخشها). لذا ارائه آموزش دارویی و حضور فارماکولوژیست بالینی در راندهای روزانه جهت بررسی دوز داروها منجر به کاهش خطاهای دارویی می‌شود. توزیع داروها نیز میتواند منجر به خطا شود، بسیاری از داروهای در دسترس در غلظت بزرگسالان هستند و باید برای دوز نوزادان رقیق شوند. عوامل موثر در خطاهای دارویی شامل: عدم آگاهی در مورد فارموکینیتیک، دوز، عوارض جانبی دارو، در دسترس بودن اطلاعات مربوط به داروهای پرخطر در NICU مانند انسولین، دیگوکسین و هپارین. عدم آگاهی در مورد بیمارانی که در ریسک عوارض جانبی دارویی هستند بطور مثال نوزادان نارس وقتی ایندومتاسین برای بستن PDA استفاده میکنند، باید از نظر میزان پلاکت غربالگری شوند چراکه در معرض خطر خونریزی داخل مغزی هستند. عدم تبعیت و پایبندی از بهترین شواهد موجود، عدم وجود سیستم هشداردهنده و یادآور برای بهبود خوانایی و توجهات دارویی، بطور مثال وقتی فورسماید دستور داده میشود سیستم در ارتباط با میزان پتاسیم و نظارت بر الکترولیت‌های سرم هشدار دهد. راههایی برای پیشگیری از این خطاها پیشنهاد میشود: (۱) گزارش خطاها، حتی اگر آسیبی را برای نوزاد در پی نداشته است چراکه میتواند مشکلات مسبب خطا را در سازمان مشخص کند و موقعیتهای نیاز به آموزش را هدایت نماید. (۲) راه اندازی و تاسیس سیستم گزارش دهی خطا بطوری که فرد خاطی از بی نامی و مجازات مصون بماند (۳) کنترل و چک مکرر داروهای خاص با دوزهای حیاتی و مرزی مانند هپارین، انسولین، دیگوکسین، پتاسیم و داروهای بلوک کننده عصبی عضلانی انجام شود. همچنین استفاده از نام استاندارد دارو و برنامه الکترونیکی برای نوشتن دستورات دارویی بجای نوشتن دستی می‌تواند اشتباهات دارویی را کاهش و ابزار ارزشمندی را برای خوانایی دستورات دارویی فراهم کند و بمنظور کاهش خطاهای رونویسی این سیستم می‌تواند طوری برنامه ریزی شود که اختصارات خاصی را نپذیرد. با عنایت به پیشنهادات فوق و آموزش آنها به کادر درمان انتظار میرود با کاهش خطاهای دارویی، ایمنی نوزادان در خصوص تجویز و مصرف دارو توسعه یابد و بدین جهت بیماران سطح بالاتری از مراقبت را دریافت نمایند که پیامد مثبتی را برای نوزاد، خانواده و ایجاد اعتماد به کادر درمان به همراه خواهد داشت.