

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان

مرکز آموزشی درمانی حضرت سیدالشهدا (ع)

ایمنی بیمار

تهیه و تنظیم:

کارشناس مسئول ایمنی بیمار

پاییز ۱۳۹۲

مقدمه:

اولین و مهمترین الزام در هر بیمارستان آسیب نرساندن به بیماران است.

مساله ایمنی بیمار جزء یکی از مهمترین موضوعات مورد توجه نظام های سلامت ، بخصوص در کشورهای توسعه یافته می باشد و این امر سبب گردیده که سایر کشورها در این خصوص اقداماتی را انجام دهند. آمارها حاکی از آن است که درصد غیر قابل اغماضی از بیماران در مواجهه با سیستم های بهداشتی بخصوص بیمارستان ها دچار عوارض و صدمات ناشی از ارائه خدمات می گردند و مشکلی بر مشکلات اولیه آنها افزوده می شود، اما فعالیتهای سیستمیک و نظام مندی در جهت کاهش این موارد بخصوص در کشورهای در حال توسعه موجود نمی باشد. بنابراین پیشنهاد سازمان بهداشت جهانی و سازمان های پیشرو در این خصوص ایجاد یک نظام جامع سیستمیک مبنی بر فرآیندهای ارتقای ایمنی بیمار جهت کاهش این عوارض و پاسخگویی مناسب به افراد صدمه دیده می باشد که از طریق استقرار فرهنگ ایمنی بیمار و ایجاد ساز و کارهای مناسب سازمانی امکان پذیر می باشد. این امر موجب کاهش هزینه ها، افزایش رضایتمندی در بین مشتریان و ایجاد یک جامعه سالم خواهد گردید.

تعاریف مختلفی از فرهنگ ایمنی بیمار ارائه شده است. فرهنگ ایمنی ماحصل ارزش های فردی و گروهی، نگرش ها، ادراک ها، صلاحیت ها و الگوهای رفتاری است که تعهد، روش و مهارت یک سازمان را از نظر مدیریت ایمنی بیان می نماید.

پژوهش های مبتنی بر جمعیت که در آمریکا، استرالیا، انگلستان، نیوزلند و کانادا انجام شده، نشان می دهند این حوادث بین ۲/۹ تا ۱۶/۶ درصد همه پذیرش های بیمارستانی رخ می دهند این بررسی ها به صورت گذشته نگر و بر پایه مرور اطلاعات بیماران، شامل یادداشت های پزشک، اطلاعات پرستاری و نوع و میزان تجویز دارو انجام شده، بنابراین میزان آنها احتمالاً کمتر از میزان واقعی موجود است. تقریباً نیمی از حوادث مضر و ناخواسته گزارش شده در این مطالعات، مربوط به جراحی بوده (بیمار اشتباهی، جراحی اشتباهی و محل اشتباهی جراحی) و گزارش های دارویی، دومین علت شایع حوادث هستند که ۲۰ درصد تمامی رخدادها را تشکیل می دهند. پرخطرترین مکان ها، اتاق های عمل و بعد بخش ها بودند. حداقل نیمی از حوادث گزارش شده در این مطالعات، به نظر قابل پیشگیری می رسیدند. اگرچه بیشتر این حوادث حداقل آسیب را به بیماران رسانده اند، یک سوم آنها عوارض دایمی بر جای گذاشتند. همچنین، عاقبت حدود ۱۰ درصد حوادث به مرگ بیماران منتهی شده است. بنابراین به نظر می رسد ایمنی بیماران، یک مشکل عمده سلامت و بهداشت عمومی باشد.

آمارها و مطالعات جهانی

- آمار انجمن پزشکی آمریکا IOM : مرگ سالیانه ۴۴ تا ۹۸ هزار بیمار در اثر خطاهای درمانی
- بعضی برآوردها بیش از ۱۹۵ هزار نفر در سال = سقوط روزانه ۶ فرزند جت مسافربری!
- ۵ تا ۶مین علت مرگ در آمریکا
- متوسط جهانی ۱۲-۱۰٪ موارد بستری

در صورت لحاظ جمعیت حدود یک سومی در کشورمان و به فرض تشابه امکانات و کیفیت ارائه خدمات برای کشور خود چه میزان تلفات برآورد می کنید؟!

تعاریف:

(Safety: ایمنی) فقدان وجود هرگونه صدمه و آسیب اتفاقی
(Error: خطا) عدم توفیق در تکمیل و انجام هر گونه کار و یا فعالیت بر طبق برنامه پیش بینی شده.
(Adverse event: رویداد ناگوار) صدمه مرتبط به سیردرمان مغایر با عوارض ناشی از بیماری.
(Near-miss: نزدیک به خطا) اشتباه یا رویداد ناگواری که توانایی بالقوه ایجاد حادثه یا اتفاق ناخواسته را دارد اما به علت شانس و یا توقف جریان روی نداده است.
رویداد ناخواسته: یک واقعه غیرمنتظره منجر به مرگ یا صدمه جدی فیزیکی یا فیزیولوژیک و یا خطر وقوع آن اگرچه منجر به مرگ یا صدمه جدی نشود.

پنج موضوع کلیدی از ایمنی بیمار

❖ عفونتهای بیمارستانی

❖ حوادث جدی و مهم که منجر به عوارض بسیار جدی و یا مرگ می انجامد.

❖ عوارض حین و بعد از عمل جراحی

❖ زنان و زایمان

❖ حوادث ناگوار که به سایر مراقبت های سلامت مرتبط هستند.

شاخص های ایمنی بیمار، مقیاسهایی هستند که به طور مستقیم یا غیر مستقیم حوادث ناگوار قابل پیشگیری و کیفیت و نتایج (Outcome) را پایش می کنند. این شاخص ها عبارتند از:

❖ عوارض بیهوشی

❖ مرگ در گروههای تشخیصی (DRG) با احتمال مرگ پایین

❖ زخم بستر

❖ شکست در نجات بیمار

❖ جسم خارجی بجا مانده در بدن بیمار به هنگام عمل جراحی

❖ پنوموتوراکس در اثر بی احتیاطی گروه درمانی

❖ عفونت اکتسابی به دلیل مراقبت درمانی

❖ شکستگی لگن بعد از عمل جراحی

❖ هماتوم یا خونریزی بعد از عمل جراحی

❖ اختلالات فیزیولوژیک و متابولیک بعد از عمل جراحی

❖ نارسایی تنفسی بعد از عمل

❖ آمبولی ریوی یا ترومبوز عمیق وریدی

❖ عفونت خون بعد از عمل جراحی

- ❖ جدا شدن زخم بعد از عمل جراحی در بیماران جراحی شکمی و لگنی
- ❖ پارگی و سوراخ شدگی تصادفی
- ❖ واکنش ناشی از انتقال خون
- ❖ آسیب حین تولد- آسیب به نوزاد
- ❖ ترومای زایمان طبیعی با ابزار
- ❖ ترومای زایمان طبیعی بدون ابزار
- ❖ ترومای زایمان -سزارین

ابزارهای سازمان WHO در مورد ایمنی بیمار

- ❖ راهنماهای بهداشت دست و تزریق ایمن

- ❖ چک لیست جراحی ایمن

هفت گام به سوی ایمنی بیمار

۱. ایجاد فرهنگ و بسترسازی

بستری باز و منصفانه برای دستیابی به ایمنی بیمار فراهم کنید.

۲. کارکنان خود را حمایت و رهبری کنید

بطور شفاف و محکم در سازمان خود بر ایمنی بیمار تاکید و تمرکز کنید

۳. عملیات مدیریت خطر را هم سو و یکپارچه کنید

برای مدیریت خطرات، سیستمها و فرایندهایی ایجاد کنید و خطاها را شناسایی و ارزیابی نمایید.

۴. گزارش دهی را تشویق کرده و ارتقاء دهید

به کارکنان خود این اطمینان را بدهید که می توانند به راحتی وقایع را در سطح محلی و ملی گزارش کنند.

۵. مردم و جامعه را در موضوع درگیر کرده با آنها ارتباط برقرار کنید

راههایی را برای برقراری ارتباط صریح با بیماران ایجاد و به حرف آنها گوش دهید.

۶. درسهای ایمنی را بیاموزید و به دیگران هم یاد دهید

کارکنان را به تحلیل ریشه ای علل تشویق کنید تا یاد بگیرند که چرا و چگونه حوادث رخ می دهند

۷. راه حلها را برای جلوگیری از بروز آسیب اجرایی کنید

درسهای را که آموخته اید با تغییر در عملیات، فرایندها یا سیستم نهادینه و عملی سازید.

مدیریت خطر

ارائه خدمات سلامت از پرخطرترین کارهای دنیا بشمار می رود ، بر اساس آمار، کارهایی که احتمال بروز خطا در آنها بیش از یک مورد از هزار مورد است خطرناک بشمار می روند بنابراین خدمات سلامت که با احتمال وقوع خطا 1 مورد از هر 311 مورد همراه است و احتمال آسیب ناشی از درمان بستری % 11 از پذیرشهای بیمارستانی در 7 کشور اروپایی و امریکا برآورد گردیده است بسیار پرخطر محسوب گردیده و انتظار می رود که این خطرات بگونه ای مناسب مدیریت شوند.

باید بدانیم در شرایط موجود چه اتفاقات بدی ممکن است روی دهند؟ احتمال آنها چقدر است؟ چه میزان خسارت احتمالی خواهند داشت؟ در مورد آنها چه کاری می توان انجام داد؟

خطاها یا اشتباهاتی که توسط گروه پزشکی رخ میدهد و می تواند منجر به آسیب به بیمار گردند ، یا تا مرز آسیب به بیمار پیش روند خطاهای پزشکی نامیده می شوند . این خطاها شامل اشتباهات تشخیصی، اشتباهات در تجویز دارو و روشهای درمانی، اشتباه در پروسیجر جراحی ، اشتباه در استفاده از فناوری و تجهیزات، اشتباه در تفسیر تستهای پاراکلینیک می گردند.

قصور خدمت یا ارتکاب عمل اشتباه در برنامه ریزی یا اجرا که به طور بالفعل یا بالقوه منجر به یک نتیجه ناخواسته می شود خطای پزشکی بشمار می رود.

همه خطاها منجر به آسیب نمی شوند. به آنهایی که تا مرز آسیب پیش رفته ولی بخیر می گذرند موارد نزدیک خطا (NearMiss) یا بخیر گذشته، و به مواردی که اتفاق می افتند ولی منجر به آسیب نمی شوند بدون عارضه (No Harm) می گویند . اما مواردی که با وقوع عارضه ای جدی همراهند اصطلاحاً فاجعه آمیز (Sentinel) گفته می شوند و از آن رو که بیش از نیمی از آنها قابل پیشگیری هستند دارای اهمیت فراوان هستند . وقایع فاجعه آمیز (Sentinel) وقایع غیر منتظره ای هستند که منجر به مرگ یا صدمه جدی (Death/Harm)، فیزیکی یا فیزیولوژیک یا خطر وقوع آنها می شوند اگر چه منجر به مرگ یا صدمه جدی نشوند. بیش از 91% موارد خطا مربوط به مشکلات سازمانی نظیر رویه های مدیریت، ساختار، فرآیند و هماهنگی های درون بیمارستان است و کمتر از 11% با مشکلات فردی و تجهیزات رابطه دارد . بنابراین جا دارد که با شناسایی خطاها و طبقه بندی آنها به کشف عوامل خطر ساز سیستمی بپردازیم و از مچ گیری افراد و تنبیه آنها حذر کنیم.

تعاریف:

مدیریت خطر: فعالیت های بالینی و اجرایی انجام یافته برای شناسایی، ارزیابی و کاهش خطر صدمه به بیماران، کارکنان و مراجعه کنندگان و نیز خطر زیان به خودسازمان.

مخاطره: هر وضعیت واقعی یا بالقوه که می تواند باعث صدمه، بیماری یا مرگ افراد، آسیب یا تخریب یا از دست دادن تجهیزات و دارایی سازمان شود.

ریسک: احتمال مخاطره یا عواقب بد ، احتمال قرار گرفتن در معرض آسیب

شدت: نتیجه قابل انتظار از لحاظ درجه صدمه ، آسیب به اموال ، و یا دیگر موارد مضرى که می تواند اتفاق بیفتد.

7 مرحله در فرایند مدیریت ریسک

- زمینه سازی
- شناسایی ریسک
- تحلیل ریسک
- ارزیابی ریسک
- استراتژی جهت کاهش، حذف و یا انتقال ریسک
- بررسی و نظارت مداوم
- ارتباطات موثر و مشاوره

ضرورت های مدیریت ریسک

- ✓ در تمامی اقدامات سازمانی ، امکان تصمیم گیری متعدد است
- ✓ شرایط تصمیم گیری در زمانها و مکانهای مختلف ، متفاوت است
- ✓ عواقب تصمیم گیری در شرایط مختلف متفاوت است
- ✓ وقایع آینده عمدتاً غیر قابل پیش بینی و عدم قطعیت قاعده عام است
- ✓ درجه پیچیدگی سازمانها و میزان تعامل آنها با محیط، با میزان توجه به مدیریت ریسک ارتباط مستقیم

دارد

- ✓ همیشه می توان با اعمال مدیریت علمی و تحلیل ریسک احتمال ضرر و زیان به سازمان را به حداقل

رساند

- ✓ افزایش ایمنی بیمار
- ✓ افزایش انتظارات بیمار، متخصصان و کارکنان
- ✓ فشارهای رقابتی در بازار سلامت
- ✓ فشار مداوم هزینه های داخلی
- ✓ آرایه خدمات مطلوب توسط بیمارستانها که از سوی دولت مطالبه می شود
- ✓ افزایش سطح شکایات، ادعاها و شکایت های قانونی
- ✓ بررسی رضایت بیماران، نقاط ضعف و ذهنیت منفی را نشان می دهد
- ✓ تحقیقات بالینی نیاز به بهبود را نشان می دهد

چهار روش مدیریت ریسک

- ✓ اجتناب از خطر
- ✓ به حداقل رساندن و یا کاهش اثرات منفی خطر
- ✓ انتقال خطر
- ✓ پذیرش برخی یا تمامی عواقب ناشی از خطر

برای مدیریت خطاهای پزشکی گام های زیر پیشنهاد می گردد:

- برای مشارکت همه کارکنان و متخصصان در امر شناسایی و مدیریت خطاها فرهنگ سازی نمایید و عوامل مشوق سازمانی برای گزارش دهی و رفع خطاها در نظر بگیرید.
- به شناسایی خطاها و تشخیص موارد جدی آنها (Sentinel Event) بویژه در بخشهای پرخطر نظیر اورژانس بپردازید.
- موارد جدی آسیب را بطور جداگانه بررسی و برای آنها فرآیند رفع مشکل در مدت معین (کمتر از یک هفته) طراحی کنید.
- از پرسنل بخواهید خطاها را بدون ذکر نام و یا قصد تخریب افراد ثبت و گزارش دهی داوطلبانه یا اجباری نمایند
- گزارشات خطا را بطور مقطعی بخوانید، طبقه بندی و تحلیل کنید و عوامل کلیدی مسبب آنها را بویژه در ابعاد کاری و سیستمی شناسایی کنید.
- درصدد رفع عوامل مسبب و تاثیرگذار بر وقوع خطا و ایجاد آسیب برآیید.
- میزان تاثیر راه حل های خود را بر کاهش آسیب ها اندازه بگیرید.
- ایمنی بیمار " رهایی او از مخاطرات احتمالی بهنگام مواجهه با نظام سلامت در شرایط مختلف " تعریف گردیده است. رویکرد سنتی بیشتر موارد خطا متوجه بیماران را ناشی از خطاهای انسانی می داند اما رویکرد نوین، نقص سیستمی را سرمنشا وقوع خطا و نقض ایمنی بیمار بحساب می آورد و بر این اساس همه تلاشهای ارتقای ایمنی در بیمارستان را منوط به اصلاحات سیستمی با هدف ایمنی بیشتر مشتری می داند. برنامه های ایمنی بیمار برای محافظت بیماران در مقابل آسیبهای احتمالی ناشی از هرگونه تعامل آنان با سیستم خدمات سلامت طراحی می گردند. برای اعمال سیاستهای ایمنی در بیمارستان توجه به نکات زیر ضروریست:
- محیط حامی ایمنی که مدیریت و کارکنان بیمارستان را نسبت به ایمنی بیمار آگاه، مسئول و پاسخگو می شمارد، آموزش داده شده و ترویج یابد.
- کمیته ایمنی بیمار با رئوس کاری نظیر مدیریت خطا و ریسک، بازخوانی و تحلیل خطاها و تهیه گزارشات 6 ماهه وقایع ناخواسته، ایمنی تجهیزات و وضعیت ایمنی بیمار در بیمارستان تشکیل گردد.
- اهداف، برنامه ها و شاخص های ایمنی بیمار در بیمارستان تدوین و مستند گردند و شیوه ارزیابی و پایش آن مشخص گردد.
- فرآیند گزارش دهی خطا توسط فرد خطاکار و دیگر اعضای تیم بالینی تدوین و در فرمت مربوطه مرسوم و متداول گردد.
- برای گزارش دهی خطا ترس و واهمه ای از تنبیه افراد وجود نداشته باشد و پاسخگویی و تشویق تیم بالینی جایگزین تشویق، تنبیه و پاسخگویی فردی شود.
- اقدامات منتهی به اصلاح زمینه های خطاها را ثبت، ساماندهی و نتایج را در رفع مشکل پایش نمایید.

یکی از ابزارهای مهم در مدیریت خطر RCA می باشد:
تجزیه و تحلیل علت ریشه ای حوادث (RCA)

✓ روش تحقیقی که اجازه می دهد تا سازمان با روش گذشته نگر به شناسایی عوامل اساسی خطاها بپردازد و دریابد چرا برخی نتایج رخ داده اند

✓ همچنین می تواند در تحلیل رویداد های نزدیک بود که "Near misses" مورد استفاده قرار گیرد

هدف از تجزیه و تحلیل علت ریشه ای

• به منظور آگاهی از اینکه:

چه اتفاقی افتاده است؟

چرا اتفاق افتاد است؟

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

✓ تمرکز بر فرایند و سیستم ها به جای عملکرد فردی

• تجزیه و تحلیل علت ریشه ای (RCA)

✓ RCA بخشی از فرآیند ایمنی و کیفیت است

✓ یک فرایند پرسشی است Questioning Process

✓ سازمان را برای یادگیری و توسعه حمایت می کند.

فرایند تجزیه و تحلیل علت ریشه ای

✓ سازماندهی تیم

✓ جمع آوری اطلاعات

✓ تعریف رویداد

✓ تعیین علل سطحی

✓ شناسایی علل ریشه ای

✓ شناسایی استراتژی های کاهش خطر

✓ استقرار استراتژیها

✓ ارزیابی اثربخشی اقدامات صورت گرفته

موانع تحلیل علل ریشه ای وقایع

✓ فرهنگ تنبیه

✓ تأثیر احساسی رویداد بر پرسنل

✓ اطلاعات ناکافی در مورد رویداد

✓ زمان کم پرسنل برای شرکت در فرایند RCA

✓ کمبود منابع لازم برای اجرای استراتژی های بهبود

✓ مقاومت در برابر تغییر

✓ عدم حمایت از طرف رهبران

✓ عدم حمایت سیاسی در رابطه با مقوله ایمنی و کیفیت بیماران

✓ غرور

✓ کمبود دانش

۹ راه حل ایمنی بیمار مطابق با توصیه سازمان جهانی بهداشت به شرح ذیل می باشد:

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

۲- شناسایی بیمار

۳- ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار

۴- انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار

۵- کنترل غلظت محلول های الکترولیت

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

۷- اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها

۸- استفاده یکبار مصرف از وسایل تزریقات

۹- بهبود بهداشت دست

۱. توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی:

کلیه بخش های درمانی بایستی لیستی از داروهایی را که اسامی مشابه دارند و احتمال بروز خطا در آنها وجود دارد (چه از نظر نام و چه از نظر شکل و ظاهر آنها) در دسترس کارکنان قرار دهند. در داروخانه بیمارستان نیز مشابهت های دارویی در دست خط پزشکان و اشتباهات رایج در نسخه نویسی در دسترس کارکنان قرار گیرد. برقراری ارتباط و تعامل موثر با داروخانه و مسئول فنی دارو در ارتباط با اصلاح فرایند توزیع و مصرف دارو در مرکز به منظور افزایش ایمنی بیمار باید صورت گیرد. لذا موارد زیر باید انجام شود:

- داروهای شبیه به هم (چه از نظر نام و چه از نظر شکل و ظاهر آنها) در باکسها و قفسه های جداگانه چیدمان شود.

- در خصوص داروهای با غلظت بالا و خطرناک حتماً باید نام دارو با برچسب جداگانه مشخص شده باشد.
- رعایت فرآیند دارو دادن از جمله تطبیق دارو با کارت دارویی در بالین بیمار، توجه به نام ژنریک داروها، آگاهی از نمونه های مشابه دارویی و...

- قبل از اجرای فرآیند دارو دادن از اشکال دارویی و نوع دارو آگاهی کسب نمایید.

- هنگام دارو دادن، حتماً "بیمار را با نام و نام خانوادگی مخاطب قرار می دهد (وی را به اسم می خواند).

- هنگام دارو دادن، یک بار دیگر مشخصات بیمار با کارت دارویی مطابقت داده شود.

- هنگام آماده کردن داروها، به دوز دارو، شکل دارویی، تاریخ انقضاء توجه شود.

- هنگام دارو دادن، نوع دارو، دوز دارو، و ... را مجدداً "با کارت دارویی مطابقت داده شود.

۲. شناسایی بیمار

کلیه گلوگاه هایی که توجه به مشخصات بیمار اهمیت حیاتی دارد مانند فرآیند تجویز داروها، اعمال جراحی، انتقال خون، اقدامات آزمایشگاهی و ... مدنظر قرار گیرد. و طبق دستورالعمل گایدلاین شناسایی صحیح بیماران در بخش بستری و سرپایی، انتقال خون، درمان دارویی، اعمال جراحی و اقدامات آزمایشگاهی بمنظور کاهش وقوع اتفاقات ناخواسته بهداشتی درمانی از خطاها جلوگیری شود. در بیمارستان جهت شناسایی بیماران از نام بیمار، کارت شناسایی، تاریخ تولد، (مچ بند یا گردن بند و یا بازو بند) و یا بارکد استفاده شود.

بمنظور به حداقل رسانیدن اتفاقات ناخواسته ناشی از عدم شناسایی صحیح بیماران، الزامی است کلیه بیماران بخش بستری بیمارستانی در دوره پذیرش در بیمارستان دارای باند شناسایی (مچ بند یا گردن بند و یا بازو بند) جهت دریافت اقدامات درمانی، تشخیصی و مراقبتی باشند:

۱- اکیداً یادآوری می شود که استفاده از (مچ بند یا گردن بند و یا بازو بند) شناسایی توسط بیماران از مسئولیت کارکنان درمانی جهت کسب اطمینان از انجام اقدام صحیح بر روی بیمار صحیح نمی کاهد.

۲- (مچ بند یا گردن بند و یا بازو بند) شناسایی بیماران در دو سایز بزرگسال تهیه شود. این (مچ بند یا- گردن بند و یا بازو بند)ها در بدو پذیرش بیماران اورژانس به صورت تحت نظر و بیماران بستری در بخشهای مختلف، پس از تشکیل پرونده توسط پرسنل محترم پذیرش، نام و نام خانوادگی بیمار، تاریخ تولد/بستری، تشخیص، نام بخش، نام پزشک و در صورت امکان بارکد مخصوص در مندرجات باند شناسایی (مچ بند یا گردن بند و یا بازو بند) نوشته شود.

۳- صحت اطلاعات مندرج در روی باند شناسایی (مچ بند یا گردن بند و یا بازو بند) بیمار در هنگام پذیرش با بیمار و یا در صورت ضرورت یکی از بستگان درجه یک وی کنترل شود.

۴- الزامیست مشخصات بیمار با رنگ مشکی یا آبی بر روی زمینه باند شناسایی (مچ بند یا گردن بند و یا بازو- بند) به رنگ سفید درج یا پرینت شود. در صورت امکان برای بیماران در معرض خطر که شامل بیماران دچار نقایص عضوی، خطر افتادن، آلرژیک، بیماران همودیالیزی دارای شانت، بیماران مسن و بی تحرکی که نیاز به تغییر وضعیت مداوم بدلیل مستعد بودن به زخم بستر دارند، مشخصات شناسایی بیمار با رنگ مشکی در پس زمینه سفید نوشته شده و بر روی باند قرمز چسبانیده می شود.

۵- پرستار بخش موظف است در ادمیت و یا هنگام تحویل بیمار وجود باند شناسایی (مچ بند یا گردن بند و یا- بازو بند) و صحت اطلاعات مندرج را چک نماید.

۶- بمنظور پیشگیری از خطا، مشخصات بیماران بایستی به صورت خوانا و واضح به یک روش یکسان در کل بیمارستان بر روی باند های شناسایی (مچ بند یا گردن بند و یا بازو بند) نوشته شوند و پرستار مسئول بیمار موظف است در صورت خدشه دار شدن نوشته، مجدداً برگ مندرجات را از پذیرش درخواست نماید.

۷- در صورتی که هر یک از اعضای تیم درمانی بمنظور ارائه یک خدمت درمانی، تشخیصی و یا مراقبتی باند- شناسایی (مچ بند یا گردن بند و یا بازو بند) را از یک بیمار باز نمود، ضروریست سریعاً پس از اتمام فرآیند درمانی

رأساً نسبت به بستن باند شناسایی به بیمار اقدام نماید. باند شناسایی بر روی میز، ترالی یا تخت بیمار بسته نشود.

۸- سرپرستار بخش موظف است در هنگام راند بالین بیماران هر روز صبح علاوه بر سایر وظایف، نسبت به وجود باند شناسایی (مچ بند یا گردن بند و یا بازو بند) و صحت اطلاعات مندرج در باند نیز حساسیت نشان داده و اطمینان حاصل فرماید.

۹- سوپروایزر شیفت در گردش موظف است در هنگام راند بالین در هر بخش به صورت راندم نسبت به وجود باند شناسایی (مچ بند یا گردن بند و یا بازو بند) و صحت اطلاعات مندرج در باند نیز حساسیت نشان داده و اطمینان حاصل فرماید.

۱۰- هر یک از پرسنل پرستاری به عنوان مسئول بخش در شیفتهای عصر و شب در هنگام تغییر و تحول بخش موظفند نسبت به وجود باند شناسایی (مچ بند یا گردن بند و یا بازو بند) و صحت اطلاعات مندرج در باند نیز حساسیت نشان داده و اطمینان حاصل فرماید.

۱۱- برای آموزش به بیمار در بدو ورود به بخشها و یا هنگام ادمیت بیمار، ضرورت وجود (مچ بند یا گردن بند و یا بازو بند) و مراقبت از آن در طول مدت بستری برای بیمار توضیح داده شود.

۱۲- تأکید می شود هیچگاه از شماره اتاق و تخت بیمار بعنوان شناسه وی استفاده نشود.

۱۳- پس از بستری شدن بیمار در بخش، در صورت مشابهت نام و نام خانوادگی دو بیمار بستری، ضروریست نام پدر بیماران نیز قید گردد.

۱۴- باندهای شناسایی (مچ بند یا گردن بند و یا بازو بند) به نحوی بسته شوند که سبب فشردگی پوست نشوند.

۱۵- در هنگام انتقال بیمار برای انجام کلیه پرویسجرهای درمانی و تشخیصی، وجود باند شناسایی بر روی بازوی غالب الزامی بوده و پرسنل تحویل گیرنده موظف به کنترل آن می باشد.

۱۶- پرسنل محترم آزمایشگاه، رادیولوژی، فیزیوتراپی و تغذیه موظفند در هنگام حضور بر بالین بیمار به منظور انجام اقدامات، مشخصات بیمار فوق را با باند شناسایی (مچ بند یا گردن بند و یا بازو بند) تطبیق داده و اطمینان حاصل نمایند.

۱۷- پزشکان محترم در هنگام راند بالین و معاینه بیمار ملزم به تطابق نام بیمار با مشخصات باند شناسایی (مچ بند یا گردن بند و یا بازو بند) می باشند.

۱۸- کارتهای شناسایی بیماران بالای تخت بیمار و در صورت امکان درب ورودی بخشها نیز حاوی مشخصات : نام و نام خانوادگی، تشخیص و نام پزشک معالج باشد.

۳. ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار

آموزش کلیه پرسنل پرستاری و پاراکلینیک توسط مسئولین بخشی و سوپروایزرین در خصوص مواردی که باید به هنگام تحویل بیمار به واحد های مختلف (از بخش به اتاق عمل و بالعکس، از بخش به واحدهای پاراکلینیک و بالعکس و ...) و یا از یک شیفت به شیفت دیگر به آن توجه کنند.

بطور کلی مقوله ارتباط با بیمار به چند بخش تقسیم می شود:

• ارتباط با بیمار قبل از بستری در بیمارستان (ارتباط نیروهای خدمات فوریت‌های پزشکی با مددجو، و یا مددجویانی که دریافت کننده خدمات بهداشتی در سطوح اولیه پیشگیری می باشد).

• ارتباط با بیمار در زمان بستری در بیمارستان که خود شامل بدو پذیرش، زمان بستری، موقعیت های ویژه، زمان ترخیص، ارتباط با همراهان بیماران بدحال و فوت شده و...

• ارتباط با بیمار بعد از ترخیص که بیشتر مربوط به زمان پیگیری بیماری و پرستاران بهداشت جامعه می شود.

از دسته بندی بالا تنها مورد دوم که مربوط به زمان بستری بیمار است جزء موارد تحت پوشش توسط پرسنل درمانی بوده و باید نکات مربوطه به آن را کاملاً رعایت نماییم.

✓ ارتباط به عنوان هسته اساسی، بین پرستار و بیمار و بر اساس اعتماد و احترام متقابل است.

✓ برقراری ارتباط صحیح، مهمترین عامل در ایجاد حس اعتماد و هر چه بهتر اجرا شدن فرایند درمان می باشد.

✓ گروه‌های مختلف درمانی و غیر درمانی که با بیمار در ارتباط می باشند به ترتیب شامل نیروهای انتظامات بیمارستان، پرسنل پذیرش، پرسنل تر یاز، پرسنل اورژانس، پزشک اورژانس، بخش‌های پاراکلینیک (آزمایشگاه، داروخانه، اکو، رادیولوژی و ...) بخش‌های بستری و بخش‌هایی مانند اتاق عمل و ... است.

الف: انتظامات و حراست بیمارستان:

در واقع اولین خط ارتباط با بیمار و همراهان بیمار در بدو ورود به بیمارستان پرسنل محترم این بیمارستان هستند. رعایت اصول ارتباط صحیح توسط همکاران انتظامات که در عین حال همراه با حفظ حریم و وظایف انتظامی شان می باشد، باعث پدیدار شدن بازخورد مثبت به بیمار و همراه وی می شود. این ارتباط بایستی دارای ویژگی‌های زیر باشد:

❖ برخورد محترمانه همراه با راهنمایی کامل جهت انجام ساده تر و سریعتر مراحل پذیرش در مواقع اورژانس

❖ پرهیز از هر گونه درگیری لفظی و فیزیکی با ارباب رجوع و مددجویان

❖ برقراری ارتباط صحیح بر اساس اصول مرتبط، با مددجو و همراه به منظور آرام سازی

❖ برقراری نظم و انضباط بخشها و کنترل ورود و خروج افراد، همراه با توضیحات کافی، روشن و قابل فهم

جهت جلوگیری از سوء تفاهم

❖ ایجاد حس اعتماد و همدلی و برخورد دوستانه، در عین حال جدی با همراهان

❖ خودداری از هر گونه رفتار و گفتار تهدیدآمیز و خشن که باعث ایجاد حس بی اعتمادی در فرد می شود.

ب: پذیرش بیمارستان:

• ارتباط بین واحد پذیرش و بیماران محدودتر از سایر بخشها می باشد.

• پرسنل محترم پذیرش موظفند به سئوالات بیمار پاسخ داده، فرم رضایت به بستری را به طور دقیق کنترل

نموده و در گرفتن اطلاعات شخصی بیمار اهمال نکنند.

● پرسنل پذیرش موظفند به هر بیمار بستری، (مچ بند یا گردن بند و یا بازو بند) شناسایی و پمفلت اصول و مقررات بیمارستان که شامل منشور حقوق بیمار نیز می باشد را تحویل دهند. اطلاعات مندرج در (مچ بند یا گردن بند و یا بازو بند) شناسایی با دقت و خوانا ثبت شود.

● پرسنل پذیرش بایستی در هر شرایط تنها با نیروی جایگزین، محل خدمت خود را ترک نمایند.

● در هنگام ازدحام خونسردی خود را حفظ نموده و در صورت بروز مشکل خاص اعم از مالی و ... حتماً سوپروایزر شیفت را در جریان امر قرار داده و در راه پیشبرد اقدامات بیمار وظایف خود را به نحو احسن انجام دهند و این میسر نمی شود مگر با ارتباط همراه با احترام و ارائه توضیحات کافی به بیمار.

ج: اورژانس بیمارستان:

معمولاً اولین بخش درمانی که بیمار با آن در ارتباط است، بخش اورژانس می باشد. بسته به شرایط بیمار مراجعه کننده (اورژانسی یا غیر اورژانسی بودن)، ارتباط در هر دو مقوله از حساسیت ویژه ای برخوردار است. مواردی که باید در ارتباط با بیمار در بدو ورود به بخش فوریتها در مواقع غیر اورژانس رعایت شود شامل:

● پذیرش بیمار و همراهان بیمار با روی باز و با احترام کامل؛ و راهنمایی آنها به بخش اورژانس

● معرفی خود به عنوان پرستار مسئول تریاژ

● گرفتن تاریخچه بیماری و پرسیدن مشکل اصلی بیمار بدون سوگیری

● ایجاد حس همدلی با بیمار یا همراهان وی

● احترام متقابل بین بیمار و پرسنل

● صدا کردن بیمار با نام خود

● حفظ شأن و منزلت بیمار در حین انجام اقدامات درمانی

● حفظ حریم شخصی بیمار در هر شرایطی از انجام اقدامات درمانی و تشخیصی

● زمانی که از بیمار می خواهید وظیفه ای را انجام دهد " خواهش میکنم و متشکرم " را فراموش نکنید.

● ارائه توضیحات کافی به بیمار در ارتباط با اقدامات درمانی و تشخیصی مورد نیاز

● اجازه گرفتن از بیمار، قبل از انجام پروسیجرهای درمانی و مراقبتی و رعایت طرح انطباق بیماران

● داشتن صداقت در هر مرحله از انجام کار، امری ضروری برای ادامه دار بودن ارتباط مناسب است.

● بیمار را به ابراز احساسات تشویق نمایید تا او بتواند به راحتی اضطراب پنهان خود را افشا نماید.

● رازداری باعث تقویت ارتباط و برقراری اعتماد خواهد شد.

● سئوالات باز می تواند نتایج فوق العاده ای را در استخراج اطلاعات در بر داشته باشد (سئوالات باز،

سئوالاتی است که بیمار را مجبور به دادن پاسخ های مفصل تر از بلی یا خیر می کند). مثلاً با چه مشکلاتی به عنوان مشکل اصلی روبرو هستید؟)

● ارائه توضیحات کافی، شفاف منطبق با شرایط سنی، فرهنگی و سطح تحصیلات بیمار

● انتخاب مناسب ترین کلمات برای بیمار و خودداری از بکار بردن اصطلاحات
● زمان عامل اساسی در ارتباط است به طور مثال بیمار در هنگام درد به سختی قادر به برقراری ارتباط می باشد.

● تشویق به برقراری ارتباط با برقراری فضای صمیمی و دوستانه و پذیرش بیمار
● به روز رسانی ارائه اطلاعات به بیمار، از روند بیماری
● شنونده خوب بودن هنری است که کلید اصلی باز کردن قفل ارتباط با بیمار می باشد.
ارتباط با بیمار اورژانسی و همراهیان وی به مراتب سخت تر از مراجعین دیگر می باشد زیرا بیمار در شرایط خوبی نبوده و قادر به برقراری ارتباط نیز نمی باشد. از طرفی همراهیان بیمار نیز بدلیل نگرانی و اضطراب، قادر به برقراری ارتباط مناسب نیستند لذا در این شرایط علاوه بر رعایت کلیه موارد فوق بخصوص ایجاد حس همدلی، صبر و خویشتن داری، احترام و وظیفه شناسی بیش از پیش نمود خواهد کرد.

د بخش بستری بیمارستان

نحوه معرفی اولیه بیمار به بخش از طرف بخش اورژانس و ایجاد ذهنیت مثبت و بدون سوگیری مطلب بسیار مهمی است. بیمار به طور کامل به پرستاران بخش معرفی شده و پس از بررسی کامل بیمار توسط پرستار بخش، قوانین و مقررات درون بخشی و درون بیمارستانی به بیمار گفته شود. منشور حقوق بیمار را بطور کامل برای وی توضیح دهید. به اضطراب پنهانی بیمار بدلیل ناشناخته بودن محیط، کاملاً توجه داشته باشید. عوامل مخربی را که باعث اختلال در خواب و آرامش بیمار می شود، حذف نمایید. کلیه پرسنل مرتبط با بیمار (مانند نیروهای خدمات، پرسنل آزمایشگاه، پرسنل رادیولوژی و ...) نیز موظف به حفظ شأن و منزلت بیماران در هر شرایطی می باشند. به همین منظور از پرستار انتظار می رود آگاهی و مهارت کافی در برقراری ارتباط موثر داشته و موارد ذیل را مورد توجه قرار دهد:

- ۱- نیازهای ارتباطی بیماران را از زمان پذیرش، ارزیابی و ثبت نماید.
- ۲- در برقراری ارتباط با بیمار، به فرهنگ، زبان، مذهب، سبک زندگی، باورها و شیوه های ارتباطی بیمار احترام گذاشته و توجه نماید.
- ۳- در حین هرگونه ارتباط با بیمار (ارائه مراقبت پرستاری، انجام دستورات پزشک و ...) بطور شمرده و واضح با بیمار صحبت نماید، و از تبادل پیام ارتباطی (فرستنده و گیرنده) بطور کامل و صحیح مطمئن گردد.
- ۴- هرگونه اقدام تشخیصی، درمانی و یا مراقبتی را که برای بیمار انجام می دهد، بصورت کاملاً قابل درک و به زبان بسیار ساده برای بیمار / خانواده توضیح دهد، و از بیان اصطلاحات تخصصی پزشکی خودداری نماید.
- ۵- در برقراری ارتباط با بیمار، حد و مرز و قلمرو بیمار را در نظر گرفته، و حریم بیمار را حفظ نماید.
- ۶- به اهمیت محرمانه ماندن اطلاعات مربوط به بیمار آگاه بوده، و از افشای اطلاعات خصوصی بیمار خودداری کند.
- ۷- در هنگام تردید در مورد محدوده ارتباط مراقبتی با بیمار، با همکاران و افراد تیم درمانی مشورت نماید.

- ۸- اطمینان یابد که عدالت و تساوی در دسترسی به خدمات بیمارستانی، برای بیمار فراهم شده است.
- ۹- از دسترسی کافی بیماران غیر فارسی زبان، به خدمات درمانی و مراقبت های پرستاری اطمینان یابد.
- ۱۰- از دسترسی کافی بیماران با مشکلات خاص، از جمله مشکلات شنوایی یا بینایی، به خدمات مورد نیاز درمانی / مراقبتی اطمینان حاصل نماید.
- ۱۱- توجه کافی، به هنگام و عادلانه ای، به شکایات و خواسته های بیمار داشته باشد.
- ۱۲- در برخورد با رفتار های ناسازگارانه و مشکلات ارتباطی بیمار، روش ارتباطی صحیح، مناسب و موثری را اتخاذ نماید.
- ۱۳- ضمن برقراری ارتباط موثر درمانی با بیمار، به سیاستها و دستورالعمل های سازمانی (بیمارستانی) متعهد باشد.
- رفتارهایی که باعث اختلال در زنجیره ارتباط شده و در نتیجه باعث قطع ارتباط و عدم اعتماد فرد به پرستار و تیم درمان خواهد شد شامل: قوت قلب دادن بیجا، پاسخهای تکراری و کلیشه ای، خصومت، تحمیل ارزشهای خود به بیمار، نصیحت کردن، کنجکاوی، تحقیرکردن و طرد کردن به صورت کلامی و غیر کلامی است.
- راهکارهای بهبود ارتباط، نهادینه کردن فرهنگ ارتباط و نحوه تدوین اجرای این برنامه، نتیجه در پیشرفت هر چه بیشتر کیفیت مراقبت بیمار خواهد داشت.
- تأکید بر اهمیت مبحث ارتباط به عنوان یک کلید اصلی در چک لیستها، گایدلاینها و یا سیاست گذاری های کلی بیمارستان لحاظ گردد.
- تأکید بر ارتباط به عنوان یکی از آیتم های ارزشیابی پرسنل منظور گردد.
- نظارت دقیق تر مسئولان بخش و سوپروایزر های محترم در مورد استفاده عملی اصول ارتباط توسط پرسنل با بیمار و همراهان بیمار صورت پذیرد.
- استفاده الزامی از کارت های شناسایی جیبی (اتیکت) مناسب که نشان دهنده نام، نام خانوادگی و سمت فرد می باشد، به عنوان یکی از راهکارهای ارتباط اولیه شناخته شده است. معرفی خود به بیمار به عنوان عضوی از تیم درمان بایستی قبل از شروع هرگونه اقدام درمانی، انجام پذیرد.
- تهیه پمفلت آموزشی در مورد بیمارستان و هر بخش به صورت جداگانه و اختصاصی، که مشخصات بخش و قسمت های مختلف آن را برای آگاهی بیمار توضیح داده باشد.
- استفاده از آموزشهای گروهی برای بیماران با حال عمومی بهتر و بیمارانی که از نظر بیماری در یک دسته بندی قرار می گیرند.
- تهیه کارتهای تصویری جهت برقراری ارتباط با بیمارانی که از نظر شنوایی، گویایی دچار مشکل بوده یا بیمار به هر دلیل قادر به برقراری ارتباط به صورت گویا نمی باشد.

۴. انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار

اجرای دستورالعمل بیمار صحیح، محل صحیح، پروسیجر صحیح به طور ویژه در اتاق عمل بسیار با اهمیت

است. لذا همزمان با اجرای پروتکل مذکور در بخش های مختلف درمانی و اتاق عمل رعایت چک لیست جراحی ایمن در اتاق عمل الزامی است.

در تدوین خط مشی و پروتکل «بیمار صحیح، محل صحیح، پروسیجر صحیح» پنج مرحله کلیدی تحت عنوان «پنج گام» در نظر گرفته شده، که به طور مختصر به شرح ذیل است:

گام اول: اطمینان از اخذ رضایت آگاهانه معتبر

هدف از اخذ رضایت آگاهانه، کسب مجوز جهت انجام مداخلات طبی و جراحی، و اعلام خطرات جسمانی به بیمار می باشد.

به عنوان یک خط مشی؛ انجام اعمال جراحی، طبی، بیهوشی، رادیولوژی و پروسه های انکولوژی، بدون اخذ رضایت آگاهانه غیرممکن می باشد. مشروط بر آنکه رضایت دهنده صلاحیت لازم را جهت اخذ رضایت دارا باشد.

کسب رضایت از بیمار به منظور انجام مداخلات درمانی مورد نیاز جزء نکات اصلی و ضروری در سیستم های ارزیابی سلامت می باشد.

در صورت ناتوانی بیمار جهت اخذ رضایت، وجود حکم یا دستور قضایی قیومیت لازم می باشد.

لذا الزامی است که فرم رضایت آگاهانه و خط مشی کامل آن در واحدهای درمانی موجود و در دسترس کلیه ی کادر درمانی قرار گیرد.

گام دوم: تأیید هویت بیمار

بیمار جزء لاینفک و جدایی ناپذیر تیمی است که آن تیم متعهد به رسیدگی به فرآیندهای درمانی او می باشد. از زمانی که بیمار برای درمان و یا انجام پروسیجر آماده می شود، در گیر اولین مراحل فرآیند پنج گانه می گردد «بیمار صحیح، محل صحیح، پروسیجر صحیح» قبل از اجرای هر گونه داوری مؤثر بر وضعیت شناختی بیمار، یکی از اعضاء تیم درمانی موظف است که هویت بیمار را دقیقاً شناسایی نموده تا با طرح پرسش های ذیل از بیمار، فرآیند شناسایی صحیح بیمار به نحو احسن صورت گیرد.

این پرسش ها شامل:

● **نام کامل بیمار و تاریخ تولد** (لازم به ذکر است که این مورد بایستی از بیمار پرسیده شود نه به گونه ای باشد که بیمار تأیید نماید).

● **نوع درمان یا پروسیجر طراحی شده.**

● **دلایل انجام روش درمان یا پروسیجر مورد نظر**

● **نشان دادن قسمت و محل عمل یا پروسیجر**

پرستار بایستی پاسخ های بیمار را با مشخصات دستبند شناسایی، فرم رضایت آگاهانه و سایر اطلاعات موجود در پرونده پزشکی او مطابقت دهد.

در صورتی که بیمار از بخشی به بخش دیگر منتقل می شود و به تنهایی یا در معیت همراه، قادر به شرکت در

مراحل انتقال نمی باشد، پرستار بخش مقصد موظف است که بیمار را به طور کامل تحویل گرفته و او را در تمامی پروسیجرها همراهی نماید.

در صورت ناتوانی بیمار به شرکت در پروسه های مورد بررسی به دلیل عدم ظرفیت عصبی و یا به علت موانع زبانی، فرد مناسب دیگر و یا مصاحبه گر با صلاحیت، بایستی پاسخ گوی سئوالات تیم درمان در خصوص شناسایی بیمار باشد. که در این خصوص، جزئیات گفتگو و نام شرکت کنندگان، بایستی در پرونده ی پزشکی بیمار ثبت شود.

گاهها "بسیاری از بیماران مزمن (از قبیل بیماران دیالیزی و یا بیماران تحت شیمی درمانی)، از دستبند شناسایی استفاده نمی کنند و نمی توان از این طریق قبل از انجام پروسیجر هویت بیمار را مورد شناسایی قرار داد. خصوصاً" که بسیاری از این بیماران ممکن است در طول مدت بستری، علاوه بر مشکل اصلی زمینه ای تحت چندین پروسیجر تهاجمی دیگر از جمله B.M.A.، و ... هم قرار گیرند.

لذا اتخاذ تدابیری به منظور اطمینان از شناسایی صحیح این گونه بیماران، الزامی است. خصوصاً در زمانی که بیمار قادر به بیان نام خویش نبوده و یا قادر به درک زبان و برقراری ارتباط مناسب در خصوص آنچه روی داده است، نمی باشد.

گام سوم علامت گذاری محل عمل جراحی یا پروسیجر تهاجمی :

محل عمل جراحی یا پروسیجر تهاجمی بایستی به صورت کاملاً مطلوب توسط فردانجام دهنده پروسیجر و یا توسط جراح، نشانه گذاری شود.

سازمان ممکن است این وظیفه را به فرد باصلاحیت دیگری بنابه صلاحدید واگذار نماید. در هر صورت این فرد بایستی علاوه بر تعهد کاری، کاملاً در زمینه بیماری یا پروسیجر مورد نظر از اطلاعات و آگاهی کافی برخوردار باشد.

اگر فرد مورد نظر، در هر زمانی احساس نماید که در خصوص محل عمل یا سمت عمل دچار ابهام و یا اشتباه گردیده و یا تجربه لازم جهت تقبل این وظیفه را ندارد، بایستی فوراً جراح و یا فرد انجام دهنده پروسیجر را مطلع نماید. در هر صورت نبایستی هیچ بحرانی بیمار را تهدید کند، حتی اگر بروز هیچ اشتباهی هم ثابت نشده باشد. در مواردی که بیمار از انجام علامت گذاری امتناع می ورزد، علاوه بر ثبت گزارش در پرونده پزشکی بیمار و گزارش پرستاری چک لیست جراحی ایمن نیز توسط تیم جراحی تکمیل شود. پزشک مسئول بیمار باید مطمئن شود که محل عمل جراحی یا پروسیجر تهاجمی به درستی شناسایی و علامت گذاری شده و عمل جراحی یا پروسیجر تهاجمی در محل و سمت درست انجام می گردد.

در صورتی که پزشک مسئول این وظیفه را به شخص دیگری (رزیدنت ارشد) واگذار نماید امکان بروز اشتباه در تعیین محل صحیح عمل جراحی یا پروسیجر تهاجمی قابل پیش بینی است.

فرآیندهای مرتبط با علامت گذاری محل عمل:

در زمان علامت گذاری محل عمل جراحی یا پروسیجر درمانی، به منظور اطمینان از عدم آسیب به بیمار توجه به راهکارهای ذیل الزامیست:

● محل مورد نظر آنسزیزبون (خط عمل) و یا محل جایگذاری وسیله بایستی به طور کاملاً شفاف نشانه گذاری شود.

● در صورت وجود چندین عمل یا چندین پروسیجر، مکان هر کدام بایستی به صورت جداگانه علامت گذاری شود. محل های غیر پروسیجر علامت گذاری نشوند.

● همه ی سطوح درگیر از جمله سطوح جانبی؛ ساختارهای چندگانه (از قبیل انگشتان، مچ ها، جراحات) و یا سطوح چندگانه (از قبیل طناب نخاعی) بایستی به طور واضح علامت گذاری شوند.

● علامت گذاری باید قابل رؤیت و ماندگار باشد به طوری که در هنگام آماده سازی بیمار برای انجام عمل و در زمان پوشاندن محل عمل (Draping) هم چنان قابل رؤیت بماند. علامت گذاری بایستی، با یک علامت گذار (مارکر) غیر قابل پاک شدن صورت گیرد.

● علامت گذاری محل عمل باید به گونه ای باشد که حتی در هنگام تغییر پوزیشن بیمار و یا چرخیدن وی به روی شکم، هم چنان برای کلیه ی اعضاء تیم درمانی قابل رؤیت باشد.

● علامت گذاری باید در زمان بیداری بیمار و قبل از انتقال وی به اتاق عمل صورت گیرد.

● جز در موارد اورژانسی، نبایستی بیمار بدون علامت گذاری وارد اتاق عمل شود.

● نوشتن سمت عمل (راست یا چپ) به طور کامل در همه ی اسناد بیمار ضروری است.

● همه ی علائم اختصاری قابل استفاده و نیز روش علامت گذاری باید به تأیید مرکز درمانی رسیده و سپس اطلاع رسانی شود.

● در واحد های تصویر برداری، اعضاء تیم درمانی موظفند که تصاویر را به طور کامل لیبل گذاری نموده و از ارائه تصویر (گرافی) صحیح به بیمار صحیح مطمئن شوند.

● در صورتی که اطلاعات تصویر برداری جهت تعیین محل علامت گذاری مورد استفاده قرار می گیرد، اعضاء تیم درمان موظف به تأیید صحت تصویر صحیح بیمار صحیح می باشند.

● به منظور کاهش بروز عفونت های مکتسبه بیمارستانی از قبیل استافیلوکوک آرتوس مقاوم به متی سیلین، توصیه می شود که از مارکرهای علامت گذاری یکبار مصرف (در صورت امکان) استفاده شود. بعد از انجام رویه علامت گذاری به صورت مناسب، مراتب در پرونده پزشکی بیمار ثبت گردیده و مستند شود.

موارد استثناء جهت علامت گذاری محل عمل یا انجام پروسیجر:

● مواردی که محل قرار دادن سوند یا وسیله از قبل مشخص نشده است. مثل:

(کاتتریزاسیون قلبی، بی حسی و بیهوشی) (اپیدورال یا اسپانیال)

● پروسیجرهای انجام شده بر روی ارگان های خط وسط (Mid Line) از قبیل:

(نواحی Anal, Perineal , Umbilical)

در این مورد یک استثناء وجود دارد و آن تعیین سطح طناب نخاعی در موارد نیاز به عمل جراحی است که حتماً بایستی علامت گذاری صورت گیرد.

- موارد آندوسکوپی یا پروسیجرهایی که از طریق دهان یا آنوس انجام می شوند.
- موارد منفرد از قبیل: برش سزارین، لاپاروسکوپی، لاپاروتومی یا اورتوتومی.
- در مواردی که محل پروسیجر قابل علامت گذاری نباشد (مثل: دندان)
- در گرافی ها و یا دیگر اسکن های بیمار تا حد امکان بایستی محل انجام گرافی علامت گذاری شود و در غیر این صورت، یک دیاگرام کاملاً واضح که نشانگر محل و سمت انجام تصویر برداری است، بایستی تهیه شده و در پرونده ی پزشکی بیمار ثبت گردد.

- در کودکان نارس که انجام علامت گذاری می تواند منجر به تتوی دائمی شود.
- در مواردی که محل انجام پروسیجر، محل اصلی تروما باشد (محل انجام جراحی)
- در زمان انجام پروسیجرهای تصویربرداری داخلی (از قبیل: MRI، پروسیجرهای رادیولوژیکی، استریوتاکسی)
- در موارد اورژانسی نیاز به عمل جراحی.

انجام علامت گذاری در خصوص آماده سازی بیماران کاندید جراحی چشم، تأکید ویژه صورت گرفته است. در این گونه موارد حتی الامکان بایستی چشم موردنظر در بخش توسط متخصص چشم علامت گذاری شود. در مورد جراحی های چشم ثبت نوع پروسیجر و سمت صحیح محل عمل (راست یا چپ) به طور کامل در فرم رضایت بیمار و برگه گزارش قبل از عمل و هم چنین علامت گذاری محل عمل، الزامی است.

گام چهارم: بررسی نهایی بیمار در محل انجام پروسیجر یا در اتاق عمل (به منظور بازبینی، تأیید نهایی و صحت گذاری پیش از عمل)

هم زمان با ورود بیمار به اتاق عمل همه اعضاء تیم درمانی تیم جراحی درگیر (شامل: جراح، متخصص بیهوشی، دستیاران و پرستار) بایستی در بررسی نهایی بیمار به طور فعال شرکت نمایند. موفقیت در فرآیند بررسی بیمار کاملاً وابسته به میزان ارتباط فعال بین همه اعضاء تیم درمان است. براساس خط مشی تعریف شده بیمارستان، این مرحله بررسی ممکن است قبل و یا بعد از بی هوشی بیمار صورت گیرد.

فرآیندهای مورد بررسی در این زمینه:

قبل از شروع به انجام پروسیجر، همه اعضاء تیم درمانی بایستی در بررسی نهایی بیمار شرکت نموده و به صورت مستقل از هم آیتم های زیر را بررسی نمایند.

- بررسی حضور بیمار صحیح در محل انجام پروسیجر
- بررسی صحت نوع پروسیجر در حال اجرا (طراحی شده)
- علامت گذاری محل صحیح انجام پروسیجر.
- در دسترس بودن پروتزهای صحیح و یا هر تجهیز ویژه ی دیگر.

بررسی نهایی، بایستی در محل انجام پروسیجر و بلافاصله قبل از هر گونه اقدام به انجام پروسیجر صورت گیرد. مراحل انجام بررسی و نتیجه آن به صورت مستند، ثبت شده و یک نسخه از آن در پرونده پزشکی بیمار نگهداری می گردد.

گام پنجم: اطمینان از موجود بودن، صحیح بودن و در دسترس بودن تمام مدارك و گرافی های تشخیصی مرتبط
خطاهای پزشکی ناشی از نقص در مستند سازی و یا نادرست بودن لیبل گذاری روی تصاویر تشخیصی، یک واقعیت مخاطره آمیز در شناسایی بیمار صحیح می باشد.

فرآیند های مورد بررسی در زمان تأیید محل انجام پروسیجر از طریق یافته های تصویر برداری:

• حداقل ۲ نفر یا بیشتر از اعضاء تیم درمانی، قبل از شروع به انجام پروسیجر، از وجود این یافته ها مطمئن شوند.

• همه اسناد مربوطه از قبیل؛ گرافی ها، گزارشات تصویربرداری، گزارشات پاتولوژی و دیگر موارد کلینیک را با دقت بررسی نموده و از صحت لیبل گذاری آن ها مطمئن شوند.
• از صحت بیمار صحیح - گزارش صحیح اطمینان یابند .

بعد از تأیید صحت گرافی ها و سایر گزارشات، موارد به صورت مستند در پرونده پزشکی بیمار ثبت گردد. در صورت بروز اختلاف و یا عدم توافق در شناسایی بیمار، انجام پروسیجر تا زمان رفع مشکل، بایستی به تعویق افتد. این تصمیم به میزان اورژانسی بودن پروسیجر بستگی دارد. و در صورت صدور مجوز جهت انجام پروسیجر، حتی با وجود اختلاف نظر در موارد اورژانسی، مراتب باید در پرونده پزشکی بیمار ثبت شده و گزارش گردد.

۵. کنترل غلظت محلول های الکترولیت

یک مسئله متداول که درمورد ایمنی داروها از آن ذکر می شود، توزیع سهوی الکترولیتها است (برای مثال: پتاسیم کلراید با غلظت ۲ meq/ml یابیشتر؛ فسفات پتاسیم؛ سدیم کلراید با غلظت ۹ درصد یا بیشتر و سولفات منیزیم با غلظت ۵۰ درصد یابیشتر) جهت جلوگیری از خطاها خصوصاً مواقع بکارگیری نیروی انسانی استخدام جدید، کارورزو یا طرحی به نکات ذیل باید توجه شود.

حتی الامکان داروهای باغلظت بالا دربخش نگهداری نشود.

داروهای موردنظر از دیگر دارو ها به صورت واضح جدا شود .

کلیه داروهای یادشده با اتیکت قرمز جدا شود .

هنگام مصرف دارو به دستور پزشک دوباره چک شود .

نحوه مصرف و رقیق کردن آن در معرض دید همکاران قرار گیرد .

علائم حیاتی بیمار در حین مصرف دارویی به صورت متوالی چک و ثبت گردد .

دستورالعمل نحوه رقیق سازی و تهیه دوز موردنظر بیمار طبق دستور پزشک در دسترس باشد .

درصورت تشابه شکلی با اتیکت رنگی از هم جدا شود .

۶. اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارائه خدمات

یکی از علل عمده ایراد صدمه به بیماران به هنگام ارائه خدمات درمانی، وقایع مربوط به داروها هستند. خطاهای دارویی 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 می گردد. رعایت دستورالعمل تلفیق دارویی دربخشها الزامی می باشد و بدنبال آن پایش تطابق دستور پزشک با گزارش پرستاری به صورت منظم روزانه چک شود. برای کلیه بیماران ازفرم تلفیق دارویی برای جلوگیری از تداخلات دارویی و آموزش هنگام ترخیص استفاده شود. به منظور اجتناب از تلفیق دارویی لازم است:

- ثبت تاریخچه مصرف دارویی بیمار در گزارش پرستاری پذیرش بیمار توسط پرستار مسئول بیمار
- پرستار مسئول بیمار باید در صورت مصرف داروهای شخصی با دستور پزشک معالج، این داروها را در کاردکس دارویی بیمار با نام دارو و دوز مصرف مشخص کند.
- هنگام ویزیت بر بالین بیمار لازم است تاریخچه مصرف دارویی بیمار توسط پرستار متذکر گردد و پزشک آن را ثبت کند.
- برگه شرح حال بیمار باید توسط پزشک اینترن و رزیدنت مربوطه بطور کامل با تاکید بر تاریخچه مصرف دارویی بیمار تکمیل و امضا و مهر شود.
- میبایست در هر بخش لیستی از متداولترین تداخلات دارویی تهیه شده توسط واحد حاکمیت بالینی بیمار نگهداری و در محل مناسب و قابل رویت پرستاران نصب گردد.
- در صورت نیاز به انتقال به بخش دیگری، علاوه بر گزارشات کتبی پرستاری، ضروریست بطور شفاهی توسط پرستار مسئول بیمار بر مصرف داروهای شخصی بیمار تاکید گردد.

۷. اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها

هنگام تحویل بالینی بیمار به شیفت بعد لازم است تمام اتصالات اعم از سوندها، کتترها و لوله ها از جهات زیر توسط پرستار مسئول بیمار مورد بررسی قرار گیرند:

- بررسی از لحاظ فیکس بودن تمام کتترها، سوندها و لوله ها
- بررسی عملکرد صحیح تمام اتصالات
- کنترل پارگی یا خروج از محل اتصال اصلی
- بررسی میزان درناژ باتلها
- بررسی out put ادراری و یورین بگ بیمار
- بررسی لوله تراشه و NGT از جنبه قرار گیری در محل خود
- کنترل تاریخ فیکس اتصالات

در بازدیدهای سوپروایزری این گزینه بصورت یکی از سوالات چک لیست مطرح می باشد و روزانه در بخش هایی که مورد بازدید قرار می گیرد کنترل می گردد. توجه به ساینز، تاریخ انقضاء، مدت زمان استفاده از آن و

دستور پزشک از الزامات کنترل آن می باشد.

۸. استفاده صرفاً یکباره از وسایل تزریقات

کلیه وسایل تزریق در بیمارستان یک بار مصرف می باشد. تزریق یکی از روشهای شایع در تجویز داروها می باشد. بدیهی است که در صورت عدم رعایت استانداردهای آن، خطرات زیادی برای ارائه دهنده خدمت- گیرنده خدمت و جامعه خواهد داشت. لذا توجه به دستورالعمل تزریقات ایمن از الزامات می باشد انجام تزریقات بر اساس استانداردهای زیر صورت گیرد:

۱. استفاده از وسایل استریل.

۲. برای هر تزریق، از یک سرنگ یکبار مصرف جدید استفاده کنید.

۳. از یک سرنگ و سر سوزن استریل یکبار مصرف جدید، برای هر بار تلقیح هر نوع واکسن و یا دارو استفاده کنید.

۴. از آلودگی وسایل (سرنگ سرسوزن و ویالها) پیشگیری کنید .

۵. روی یک میز یا سینی تمیز که مخصوص تزریقات می باشد و احتمال آلودگی سرنگ و سر سوزن وجود ندارد، وسایل تزریق را آماده نمایید.

۶. حتی المقدور از ویالهای تک دوزی دارو استفاده کنید.

۷. در صورتی که ملزم به استفاده از ویالهای چند دوزی دارو هستید برای هر بار کشیدن دارو از سر سوزن استریل استفاده نمایید.

۸. هنگامی که سر آمپول را می شکنید، با قرار دادن لایه نازک گاز تمیز مابین انگشتان دست خود و جدار آمپول، انگشتان خود را از آسیب و صدمه محافظت نمایید.

۹. قبل از اقدام برای تزریق به بیمار، کلیه داروهای تزریقی را از نظر کدورت، شکستگی جداره آنها و تاریخ انقضاء بررسی نموده و در صورت مشاهده هر یک از این موارد، آنها را به نحوه صحیح دفع نمایید.

۱۰. توصیه های اختصاصی کارخانه سازنده را در ارتباط با نحوه استفاده، نگهداری و جابجایی دارو مورد توجه قرار دهید.

۱۱. در صورت تماس سر سوزن با سطوح غیر استریل، آن را به نحوه صحیح دفع نمایید.

۱۲. قبل از آماده کردن دارو و تزریق، دستهای خود را با آب و صابون بشویید و یا با استفاده از الکل ضد عفونی کنید. در صورتی که بین تزریقات، دست شما کثیف یا آلوده به خون و مایعات بدن بیمار گردید، رعایت بهداشت دست ضروری است.

۱۳. از تزریق به بیمار در نواحی نا سالم پوستی اجتناب نمایید.

۱۴. نیازی به ضد عفونی کردن سر ویال (جدید) نیست ولی در صورت نیاز، از سوآپ تمیز والکل ۷۰ درجه تازه استفاده نمایید. از گلوله های پنبه آغشته به الکل موجود در ظرف پنبه الکل استفاده نکنید.

۱۵. از کاربرد ماده ضد عفونی در زمان تزریق واکسن و ویروس زنده ضعیف شده برای تلقیح اجتناب نمایید.

۱۶. قبل از تزریقات اگر محل تزریق بصورت مشهود کثیف باشد، حتما پوست را بشوید.
۱۷. سرنگ و سر سوزن را از نظر وجود پارگی بسته بندی چک کنید و به تاریخ انقضاء آن توجه نمایید.
۱۸. اگر سر پوش گذاری سر سوزن لازم باشد، تکنیک استفاده از یک دست را بکار ببرید.

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

اجرای دستورالعمل بهداشت دست در مراکز درمانی تدوین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در بخشها رعایت و کنترل پایش قرار گیرد. باید توجه داشت که شستن دست ها به تنهایی مهمترین راه پیشگیری از عفونت های بیمارستانی به شمار می آید. شستن دست ها توسط صابون های معمولی یا انواع ضد میکروبی صورت توصیه می گردد. شستن دست با صابون های معمولی و آبکشی باعث می شود تا میکروارگانسیم ها به روش مکانیکی از روی پوست زدوده شوند و شستن دست با محصولات ضد میکروبی علاوه بر زدودن مکانیکی میکروبها باعث کشته شدن میکروارگانسیم ها یا مهار رشد آن ها نیز می گردد. پوست دست کارکنان پزشکی دارای میکروارگانسیم های مقیم و انواع موقت است. اکثر میکروب های مقیم پوست در لایه های سطحی قرار دارند ولی حدود ۱۰ تا ۲۰٪ آن ها در لایه های عمقی اپیدرم قرار دارند که بدنبال شستشوی دست ها با صابون های معمولی پاک نمی شوند ولی معمولا بوسیله مواد ضد میکروبی، کشته شده یا رشدشان مهار می گردد. شستن دست ها با صابون معمولی باعث زدودن میکروب های موقتی پوست خواهد شد.

مواردی که باید دستها شسته شوند عبارتند از:

- در فواصل تماس با بیماران و قبل از تهیه داروهای بیماران
- قبل از مراقبت از بیماران آسیب پذیر مانند نوزادان و افراد دچار سرکوب شدید سیستم ایمنی
- قبل از انجام اقدامات تهاجمی
- بعد از دست زدن به اشیایی که احتمال آلودگی آن ها با میکروب های بیماری زا وجود دارد و یا پس از مراقبت از بیمارانی که احتمال دارد با میکروب هایی که از لحاظ اپیدمیولوژی اهمیت خاصی دارند کلونیزه شده باشند مانند باکتری های مقاوم به چند نوع آنتی بیوتیک
- قبل و بعد از تماس با زخم
- پس از در آوردن دستکش ها از دست.

روشهای رعایت بهداشت دست عبارتند از:

الف: روش Hand rub

بمنظور ضد عفونی دست با استفاده از محلول های مایع با بنیان الکلی جهت Hand rub مقدار کافی از محلول را در کف دست خود ریخته و تا زمانی که دستها کاملاً خشک شوند آنها را بهم بمالید.

ب: روش صحیح شستن دست با آب و صابون

● در صورت امکان همیشه از آب تمیز، روان و لوله کشی استفاده نمائید.

- ابتدا دستها را با آب مرطوب کنید سپس با استفاده از صابون دستشویی دستها را بهم بمالید بنحوی که کلیه سطوح دستها را بپوشاند.
- با استفاده از حرکات چرخشی کف دستان و بین انگشتان را محکم بهم بمالید.
- دستها را کاملاً آبکشی نمائید.
- با دستمال کاغذی دستها را کاملاً خشک نمائید.
- با همان دستمال کاغذی استفاده شده شیر آب را ببندید و سپس آن را در سطل آشغال بیندازید.

۲۰ استاندارد ضروری در برنامه ایمنی بیمار

- ۱- بیمارستان درمورد ایمنی بیمار برنامه استراتژیک دارد و آن را اجرایی و عملیاتی می کند.
- ۲- بیمارستان دارای مدیران و کارمندانی می باشد که وظایف ، مسئولیت و اختیاراتی در خصوص ایمنی بیمار دارند.
- ۳- مدیران به منظور ارتقاء فرهنگ ایمنی بیمار، شیوه های اجرایی سلامت بیمار را رهبری کرده و درمورد مدیریت ریسک آموزش دیده و روی فرصت های بهبود و ارتقاء ایمنی فعالیت می کنند.
- ۴- افراد به کار گرفته شده مدیریت ریسک و سلامت بیمار را کنترل می کنند
- ۵- بیمارستان به طور ماهیانه مورتالیتی و موربیدیتی را در کمیته های بیمارستانی بررسی می کند.
- ۶- وسایل و لوازم ضروری در بیمارستان در دسترس ، آماده و کالیبر می باشد
- ۷- بیمارستان برنامه و پروتکل مشخصی جهت پاک سازی لوازم پزشکی جهت استفاده مجدد آنها دارد.
- ۸- بیمارستان تجهیزات کافی جهت پاک سازی و استریلیزه کردن سریع لوازم را دارد. (بخش CSR و استریل بیمارستان فعال بوده و دستور العمل های جهت اجرای برنامه ها دارد)
- ۹- پرسنل استخدام شده چه دائم و چه موقت مهارت کافی و دانش لازم جهت اجرای برنامه های فرایندی را دارند.
- ۱۰- قبل از انجام هر پروسه تهاجمی از بیمار رضایت گرفته می شود و بیمار از تمام خطرات احتمالی پروسه اطلاع دارد بیمارستان به اندازه کافی به بیمار اطلاعات داده و بیمار اجازه دخالت و تصمیم گیری در مراحل درمان را دارد.
- ۱۱- تمامی بیماران از طریق مشخصات کامل ، تاریخ تولد شناسایی می شوند ولی شماره اتاق و تخت وسیله شناسایی نمی باشد (بیمارستان بهترین سیستم را جهت شناسایی بیماران دارد)
- ۱۲- بیمارستان کانالهای ارتباطی برای بحرانهای ضروری دارد و دارای یک نظام و برنامه مشخص جهت شناسایی موارد مربوط به ایمنی بیمار می باشد.
- ۱۳- بیمارستان برنامه مشخص و مناسبی در مورد نتایج آزمایشاتی که پس از ترخیص بیماران دریافت می شود دارد.
- ۱۴- بیمارستان گایدلاین ها و دستور العمل هایی در خصوص کنترل و پیشگیری از عفونت دارد.

۱۵- بیمارستان نظام و دستور العمل مشخص در خصوص ضد عفونی تمام تجهیزات و لوازم بخصوص در شرایط بحران را دارد.

۱۶- بیمارستان گایدلاین و دستورالعمل هایی در مورد ایمنی خون و فرآورده های آن دارد که آن را عملیاتی و اجرایی می کند (.گایدلاین درمورد پروسیجر خون ترانسفوزیون خون کراس مچ خون خون ناسالم و حوادث غیر منتظره و ... دارد)

۱۷- بیمارستان سیاست انجام تزریقات ایمن ، تزریقات واکسن و infusion ایمن -جراحی ایمن را دارد .

۱۸- بیمارستان یک سیستم دارو دهی ایمن دارد(وجود داروهای حیاتی ۲۴ساعته در بیمارستان) (بیمارستان برای مراحل انتخاب دارو ، خرید و تامین دارو ، نگهداری و انبار دارو، order نویسی آماده کردن دارو و تجویز دارو به بیمار دستور العمل مشخصی دارد)

۱۹- بیمارستان دارای استاندارد های محیط ایمن می باشد.(بیمارستان محیط فیزیکی ایمن برای بیماران ، برای کارکنان و ملاقات کنندگان دارد . کمیته ایمنی محیط در بیمارستان تشکیل می شود و امنیت بیمارستان بخصوص در بخش های اورژانس ،ویژه و...در نظر گرفته می شود.

۲۰- بیمارستان دارای سیستم مدیریت دفع مناسب پس مانده های بیمارستانی می باشد(.بیمارستان دارای

گایدلاین برای دفع بهداشتی زباله های عفونی و غیر عفونی وسایل برنده و نوک تیز و ... است)

ارانه مراقبت ایمن و با کیفیت بالا، وظیفه حرفه ای، اخلاقی و قانونی متخصصین مراقبت سلامت

است.