

ماهنامه ایمنی بیمار البرز

Health Worker Safty

A Priority For Patients Safty

ایمنی کارکنان سلامت ، الزامی برای ایمنی بیمار



شماره ماهنامه ۲۰، خرداد ماه ۱۴۰۲

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

info@abzums.ac.ir – WWW.ABZUMS.AC.IR



واحد ایمنی بیمار

دانشگاه علوم پزشکی البرز

ماهنامه
البرز

جناب آقای دکتر امیرعباس واعظی

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

مدیر مسئول

جناب آقای دکتر کوروش سلیمی شیوایی

(مدیر امور بیماریها و مراکز تشخیص درمانی)

مدیر مسئول

سرکار خانم الهام ابراهیم زاده

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

سردبیر

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

جناب آقای دکتر محمد سینا (ریاست بیمارستان ثارالله)

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

سرکار خانم معصومه دهقان باغی (کارشناس ایمنی بیمارستان ثاراله)

هیئت تحریریه

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

سرکار خانم معصومه دهقان باغی (کارشناس ایمنی بیمارستان ثاراله)

ویراستار

شماره ماهنامه ۲۰، خرداد ماه ۱۴۰۲

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

info@abzums.ac.ir – WWW.ABZUMS.AC.IR

خطاهای پزشکی

(۵-۸)

آزمی

(۹-۱۲)

ارزیابی درد در بیماران و معیار برادن

(۱۳-۱۷)

اختلال شیدایی

(۱۸-۲۰)

درس آموخته ها

(۲۱-۲۷)

فهرست

تعریف خطاهای پزشکی

معصومه دهقان باغی (کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار، بیمارستان ناراله)

خطاهای پزشکی به مواردی از عوارض ناخواسته درمان یا عدم موفقیت در درمان اطلاق میشود

که قابل پیشگیری بوده و ممکن است اتفاق افتاده یا نیافتاده باشد. خطا می تواند انسانی،

تجهیزاتی یا فرآیندی باشد. ارتکاب عمل اشتباه در برنامه ریزی یا اجرا که به طور بالفعل یا بالقوه

باعث یک نتیجه ناخواسته میشود و شامل خطاهای تشخیصی، درمانی، پیشگیری و سایر

خطاهای مرتبط با تجهیزات پزشکی و نقص در سایر سیستم ها میباشد.

خصوصیت مهم خطا:

* غیر عمد است.

* قابل اجتناب است.

* ممکن است باعث صدمه به بیمار شود یا نشود.

این اتفاقات ممکن است، غیر قابل پیش بینی یا پیشگیری باشند که به اتفاقات قابل پیشگیری

به طور معمول خطای پزشکی میگویند.

انواع طبقه بندی خطا بر اساس مرحله بروز

خطا	تعریف قابلیت	تشخیص خطا	نکاتی که باید مورد توجه قرار گیرد	مثال
برنامه ریزی و طراحی	استفاده از برنامه نادرست به منظور نیل به هدف	به آسانی قابل تشخیص نیست	اطلاعات بیمار، وضعیت موجود، چگونگی درمان و استفاده از تحقیقات مبتنی بر شواهد	تجویز آنتی بیوتیک از سوی پزشک برای بیمارانی که حساسیت دارند
اجرا	شکست در تکمیل قابل مشاهده است برنامه ی از قبل طراحی شده	قابل مشاهده است	استرس، حواس پرتی و فراموشی پرسنل	پرستار آنتی بیوتیک دیگری غیر از آن چه تجویز شده است را تزریق کند

نوع خطا	مکان/موقعیت خطا	قابلیت تشخیص خطا	عواقب خطا	مثال
خطای فعال	خطا در مواجهه با بیمار و توسط ارائه کننده خدمت اتفاق می افتد	به آسانی قابل مشاهده است	معمولا نتیجه فوری برای بیمار بدنبال دارد. شدت آسیب بستگی به نوع خطا دارد	داروساز داروی نادرستی را نسخه می پیچد.
خطای مخفی	خطا سیستمیک یا مدیریتی است	به ندرت قابل دیدن است	معمولا برای مدت طولانی در حالت کمون و مخفی باقی می ماند	عدم جداسازی داروهای با اشکال مشابه نبود سیاست یا رویه خاص در ارتباط با تعیین محل صحیح جراحی

خطاهای پزشکی را میتوان از دو دیدگاه کلی مورد بررسی قرار داد.

۱. دیدگاه سنتی یا رویکرد فردی به خطا :

صورت وقوع خطا در یک عمل جراحی، بدون در نظر گرفتن علل و عوامل زمینه ای آن، تنها فرد پاسخگو جراح و در صورت رخ دادن هر گونه اشتباه در مصرف داروی بیمار آن تنها کسی که مؤاخذه میشود، پرستار خواهد بود.

۲. دیدگاه جامعه نگر یا رویکرد سیستمی به خطا :

در این رویکرد به جای سرزنش افراد خطاکار، به خطاها به عنوان پدیده هایی اجتناب ناپذیر که میتوان از آنها جهت ارتقاء عملکرد سیستم بهره برد، نگریسته میشود .

این دو رویکرد در موارد ذیل با یکدیگر متفاوتند :

- نوع نگرش به علل و عوامل ایجاد کننده خطا
- نحوه مدیریت خطا

رویکردهای مختلف برای بررسی خطا در دیدگاه سیستمی

- واکنشی: پیشگیری از وقوع مجدد
- آینده نگرانه: پیشگیری قبل از وقوع

ابزارهای مختلف برای بررسی خطا در دیدگاه سیستمی رویکرد واکنشی

- سیستم های گزارش دهی وقایع ناخواسته
- تحلیل ریشه ای وقایع
- آنالیز علت و معلولی، نمودار استخوان ماهی

سیستم های گزارش دهی خطا

یکی از گامهای اساسی در جهت کنترل خطاهای پزشکی، کشف، شناسایی، ثبت و گزارش دهی خطاهای فرایند درمان بصورت آزادانه، داوطلبانه، عاری از سرزنش و افشا سازی است.

• گزارش دهی اجباری :

- موارد ۲۸ گانه وقایع ناخواسته تهدید کننده حیات در درمان بیماران
- اصولا شامل رویدادهای فاجعه آمیز و رویدادهای مهم است
- در قالب فرم گزارش دهی اجباری باید ظرف ۶ ساعت از زمان وقوع رخداد به معاونت درمان دانشگاه اعلام شود .
- انجام RCA ظرف دو هفته

• گزارش دهی داوطلبانه :

- گزارش خطا با رویداد متوسط یا میانه و حداقل و وقایع نزدیک به خطا
- نیاز به اعلام به سازمان های بالادستی نیست
- ثبت در فرم های گزارش دهی داوطلبانه خطا و جمع آوری و تحلیل توسط تیم ایمنی بیمارستان

ابزار بررسی خطا در دیدگاه سیستمی رویکرد پیشگیرانه

- ♦ FMEA رویکردی گام به گام برای شناسایی حالات بالقوه خرابی و شکست در فرآیند طراحی و تولید یک کالا یا ارائه یک خدمت (با هدف پیشگیری از وقوع این خرابی ها و حالات شکست) است.
- ♦ روشی ساختار یافته و سیستماتیک برای کمی کرده اثرات بالقوه بروز خطا است که امکان اولویت بندی اقداماتی را

برای کاهش یا حذف این حالات شکست به وجود می آورد.

❖ شناسایی و کاهش تعداد نقاط توأم با ریسک (Points Risk) در فرایندهای مراقبت های بهداشتی و درمانی که می

توانند بر بیماران، ارائه دهندگان خدمات و سازمان های بهداشتی و درمانی تاثیر سوء و منفی داشته باشند.

❖ به علاوه افزایش اثربخشی، افزایش کارایی و کاهش هزینه ها

علاوه بر اینکه خطا به بیمار آسیب میرساند میتواند عوامل زیر را هم درگیر کند:

* آسیب روانی به پرستار خطاکار

* تهاجم به فرد خطاکار توسط همراهان

* آسیب به نام و مقبولیت بیمارستان

* درگیر شدن مسئول فنی و سایر عوامل بیمارستان

اهمیت جلوگیری از خطا :

۱. کاهش مرگ و میر و صدمات تا ۹۰٪

۲. کاهش هزینه های درمانی بیمار

۳. عدم اشتغال بی مورد تختهای بیمارستان

۴. عدم ایجاد آشفتگی و اضطراب در پرسنل

منبع : کتابچه ایمنی بیمار و خطای پزشکی





کم خونی (آنمی)

(دکتر محمد سینا ، متخصص بیماری های داخلی / بیمارستان ثاراله)

آنمی یا کم خونی شرایطی است که در آن خون، فاقد تعداد کافی گلبول قرمز سالم برای

حمل اکسیژن مورد نیاز به بافت های بدن است. کم خونی که به آن هموگلوبین پایین نیز

گفته می شود، می تواند باعث احساس خستگی و ضعف شود. گلبول های قرمز و هموگلوبین

موجود در آن ها برای انتقال اکسیژن از ریه ها و رساندن آن به سایر نقاط بدن ضروری می باشد.

کم خونی می تواند موقتی یا طولانی مدت باشد و همچنین شدت بیماری می تواند خفیف، متوسط

یا شدید باشد. در اکثر موارد، بیش از یک عامل باعث ایجاد کم خونی است (چند عاملی است). در صورتی که مشکوک به کم خونی

یا آنمی هستید به پزشک مراجعه کنید. کم خونی می تواند نشانه ای از یک بیماری جدی باشد. آنمی بیماری نسبتاً رایج است که

تمام مردان و زنان در همه سن ها و نژادها را تحت تاثیر قرار می دهد.

انواع آنمی

علاوه بر آنمی ناشی از فقر آهن که شایعترین نوع آن است، آنمی آپلاستیک، کم خونی داسی شکل، آنمی پرنشوز و آنمی ناشی از

بیماری های مزمن نیز وجود دارند. درمان آنمی برحسب نوع و علت آن انجام می شود.

دلایل آنمی

هر یک از انواع آنمی به دلایل مختلف روی می دهد گلبول های قرمز خون نقش مهمی در این بیماری دارند. درحالیکه گلبول های

سفیدخون با عفونت ها مبارزه می کنند و پلاکت ها به انعقادخون کمک می کنند، گلبول های قرمز خون، اکسیژن را به تمامی اعضا

و بافت های بدن می فرستند. هموگلوبین یک پروتئین غنی از آهن است که در گلبول های قرمز خون یافت می شود. هموگلوبین این

امکان را برای گلبول های قرمز خون فراهم می کند تا اکسیژن را از ریه ها به سایر اعضا و بافت های بدن ارسال کند. هموگلوبین،

دی اکسیدکربن را از نقاط مختلف بدن حمل کرده و آن را به ریه ها می آورد تا ریه ها بتوانند هنگام بازدم، آن را از بدن خارج کنند.

مغز استخوان گلبول های قرمزخون را تولید می کنند.

با این حال ویتامین B12، فولات و سایر مواد مغذی که از خوردن مواد غذایی بدست می آیند، هموگلوبین و گلبول های قرمزخون را

تولید می کنند. اگر بدن‌تان فاقد این ویتامین ها و مواد مغذی است، ممکن است دچار آنمی شوید. علاوه بر نداشتن مقدار کافی از گلبول های قرمز خون، در صورتی دچار آنمی می شوید که سطح گلبول های قرمز خون در بدن‌تان کافی نباشد.

علائم آنمی

شایعترین علامتی که در تمامی آنمی ها یافت می شود، ضعف و بی حالی است.

شایعترین انواع آنمی

آنمی آپلاستیک

آنمی پلاستیک یک اختلال خونی است که در آن، مغز استخوان و بافت نرم در مرکز استخوان ها نمی تواند به قدر کافی گلبول های سالم خون را بسازد. به همین دلیل گاهی اوقات به این آنمی، نقص مغز استخوان نیز گفته می شود. در حالیکه این بیماری نادر است، هر ساله بین ۶۰۰ تا ۹۰۰ نفر در امریکا به آنمی آپلاستیک مبتلا می شوند نسبت مساوی از مردان و زنان را مبتلا می کند و اکثر افراد بین ۲۰ تا ۲۵ ساله و نیز افراد بالای ۶۰ سال به این بیماری مبتلا می شوند. دقیقاً مشخص نیست که چه عاملی باعث وقوع آنمی آپلاستیک می شود اما باورها نشان می دهد که این بیماری می تواند اکتسابی یا توارثی باشد.

آنمی آپلاستیک اکتسابی که شایعتر از آنمی آپلاستیک توارثی است، می تواند بدلائل زیر رخ دهد:

توکسین ها شیمی درمانی و پرتودرمانی برای درمان سرطان، بیماری های عفونی مثل هپاتیت، اچ.آی.وی، لوپوس، آرتریت روماتوئید یا سایر بیماری های خودایمن، بارداری، داروهای خاص مثل داروهای آنتی بیوتیک، داروهای سرکوب کننده ایمنی و برخی داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی (NSAID)، سرطانی که استخوان ها را درگیر می کند.

علائم دیگر آنمی آپلاستیک می تواند شامل خونریزی، عفونت، تهوع و راش پوستی است. سایر علائم شامل ضعف، تنفس تند و درد سینه، سرگیجه بخصوص وقتی که فرد از حالت نشسته یا دراز کشیده به حالت ایستاده تغییر وضعیت می دهد، سردرد، بی رنگ شدن پوست، کبودی، خون ریزی از بینی و لثه، مدفوع خونی یا خونریزی شدید قاعدگی، سردی دست ها و پاها، تب بدلیل عفونت، ابتلای مکرر به عفونت یا علائم شبه آنفلوآنزا، ظاهر شدن دانه های کوچک قرمز رنگ روی پوست که نشانه خونریزی زیرپوستی است، بالا بودن تپش قلب می باشد. تشخیص این بیماری نیازمند بایوپسی مغز استخوان است.



کم خونی داسی شکل

کم خونی داسی شکل یک اختلال خونی توارثی است که با کمبود گلبول های قرمز سالم و دوره های دردناک بنام دوره های بحرانی گلبول داسی شکل شناخته می شود. این بیماری ناشی از جهش ژنی است که به بدن می گوید تا هموگلوبین بسازد. در نتیجه جهش، بدن شکل معیوبی از هموگلوبین بنام هموگلوبین S را تولید می کند که باعث می شود گلبول های قرمز خون به شکل داس یا هلالی در بیایند.

گلبول های داسی شکل سفت و چسبنده هستند و جریان خون را در عروق اندام و بافت ها مسدود

کرده و باعث درد و افزایش خطر عفونت می شوند. این گلبول ها عمر کوتاهتری نسبت به گلبول های قرمز

سالم دارند که این منجر به کمبود گلبول های قرمز خون و در نهایت آنمی می شود. برای اینکه فرد دچار کم خونی داسی شکل شود، باید دو ژن هموگلوبین داسی شکل را از والدین به ارث ببرد.

درمان و عوارض آنمی سیکل سل

علایم کم خونی داسی شکل معمولاً بعد از ۵ یا ۶ ماهگی ظاهر می شود. علایم این بیماری شامل درد، تورم دست ها و پاها بخصوص

در نوزادان، ابتلای مکرر به عفونت بخصوص ذات الریه می باشد. بهبود روش های درمانی، روزنه ای برای افراد مبتلا به کم خونی

داسی شکل است. قبل از رسیدن به ۴۰ سالگی، تقریباً ۱۵ درصد از کودکان دچار کم خونی داسی شکل قبل از ۲ سالگی جان خود را

از دست می دهند و بیشتر این کودکان در سن نوجوانی از بین می روند. امروزه بدلیل بهبود روش های درمانی و مراقبت ها، افراد

مبتلا به کم خونی داسی شکل می توانند تا دهه ۴۰ و ۵۰ زندگی عمر کنند و به زندگی خود ادامه دهند.

آنمی ناشی از فقر آهن

آنمی ناشی از فقر آهن، نوع شایعی از آنمی است و زمانی رخ می دهد که خون بقدر کافی از گلبول های قرمز سالم برخوردار نباشد.

این آنمی شایعترین اختلال تغذیه ای در دنیاست و سازمان بهداشت جهانی بیان می کند که این نوع آنمی باعث شده تا بیش از ۳۰

درصد جمعیت جهان به این آنمی مبتلا شوند. اگر تعداد گلبول های قرمز خون کافی نباشد، منجر به خستگی و تنگی نفس می شود.

آنمی ناشی از فقر آهن معمولاً به مرور زمان ظاهر می شود و بدن، آهن ذخیره شده را جذب می کند و سرانجام این ذخایر نیز به

اتمام می رسند. کاهش سطح آهن ممکن است ناشی از یک رژیم غذایی نامناسب و فاقد آهن باشد.

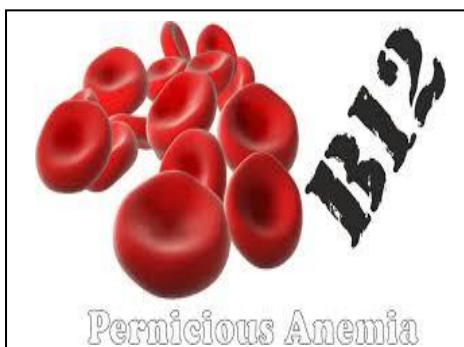
گوشت، مرغ، ماهی، لوبیا، میوه های خشک، سبزیجات برگدار تیره مثل اسفناج و چغندر، غذاهای غنی شده با آهن مثل نان ها و غلات، خوردن غذاها و نوشیدنی های غنی از ویتامین ث مثل آب پرتقال، بروکلی، فلفل و غیره می تواند به بدن در جذب آهن کمک کند.



آنمی پرنشیوز

آنمی کشنده زمانی رخ می دهد که بدن فاقد ویتامین B12 باشد که این ویتامین برای ساختن گلبول های قرمز خون و سالم نگه داشتن و کارکرد صحیح سیستم عصبی مورد نیاز می باشد. اگر مبتلا به آنمی پرنشیوز هستید، بدن نمی تواند ویتامین B12 را به مقدار کافی از طریق مواد غذایی جذب کند زیرا بدن فاقد یک پروتئین بنام فاکتور درونی است که در معده وجود دارد. اگر فاقد این فاکتور هستید، نمی توانید برای پیشگیری از آنمی پرنشیوز کاری انجام دهید. آنمی پرنشیوز می تواند در بین خانواده ها ارثی باشد بنابراین اگر اعضای خانواده دچار آنمی پرنشیوز هستند، شما نیز در معرض خطر ابتلا به این بیماری خواهید بود. در موارد نادر، آنمی پرنشیوز زمانی رخ می دهد که شما ویتامین B12 را به مقدار کافی مصرف نمی کنید. در چنین مواردی، خوردن غذاهای غنی از ویتامین B12 می تواند به درمان این بیماری کمک کند. گوشت گاو، جگر، مرغ و ماهی، تخم مرغ و محصولات لبنی، نوشیدنی های حاوی سویا و برگ های سبزیجات، غلات صبحانه غنی شده با ویتامین B12 از منابع آن هستند. کمبود ویتامین B12 می تواند ناشی از سایر عوامل و بیماری ها مثل عفونت، جراحی، داروها و رژیم غذایی رخ دهد که ممکن است با آنمی پرنشیوز مرتبط باشد. بیماری هایی مثل کرون و سلیاک می توانند در جذب ویتامین B12 اختلال ایجاد کنند.

منبع : مجله دانشگاه مایو کلینیک





ندا باستانی (کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار، بیمارستان امام حسین (ع))

ارزیابی و مقیاس درد چیست ؟

مقیاس درد ابزاری است که پزشکان برای کمک به ارزیابی میزان درد بیمار استفاده

می کنند. یک فرد معمولاً خودش درد را با استفاده از یک مقیاس مخصوص طراحی شده،

گاهی اوقات با کمک یک پزشک، والدین یا سرپرست خود گزارش می دهد. مقیاس

اندازه گیری درد ممکن است موقع پذیرش به بیمارستان، به هنگام ویزیت پزشک، به هنگام فعالیت فیزیکی یا پس از جراحی استفاده شود.

چه نوع مقیاس دردی وجود دارد؟

دو نوع طبقه بندی مقیاس ، برای اندازه گیری درد وجود دارد که شامل چندین نوع مقیاس درد است :

مقیاس درد تک بعدی

این نوع مقیاس، روشی ساده برای افراد برای نرخ شدت درد است. در این روش از کلمات، تصاویر یا صفات برای اندازه گیری درد یا تسکین درد استفاده می کنند. بعضی از مقیاسهای تک بعدی درد رایج شامل موارد زیر است:

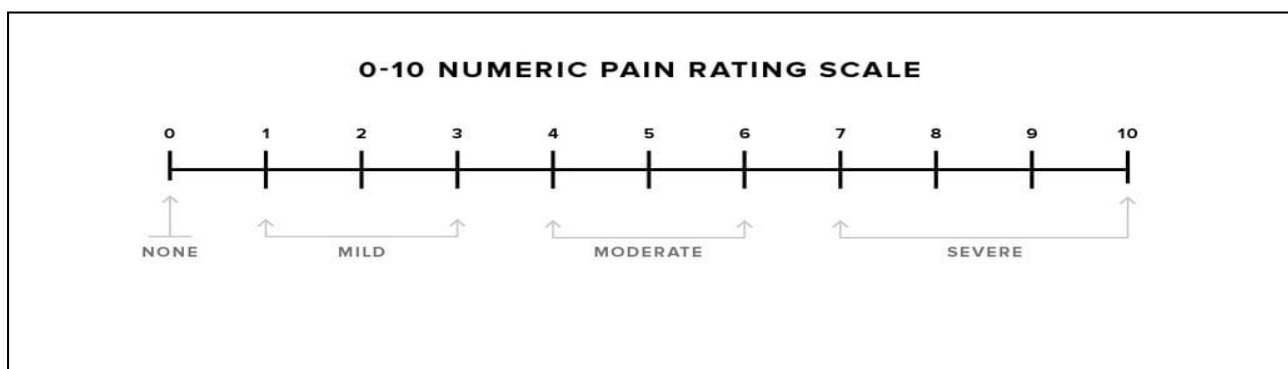
مقیاس های تک بعدی بررسی درد

- Visual analogue scales
- Verbal rating scales
- Graphic rating scales
- Numerical rating scales
- Verbal descriptor scales
- Body diagrams
- Computer graphic scales
- Picture scales
- Coin scales

<http://aiaaghar.sums.ac.ir>

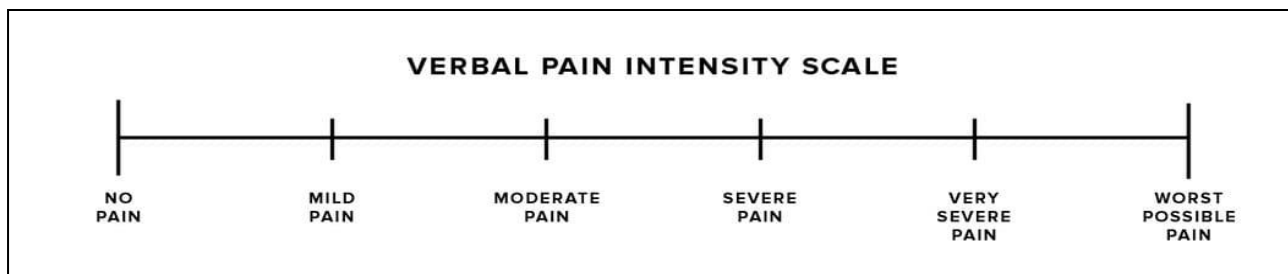
مقیاس عددی نرخ بندی درد (NRS)

این مقیاس برای درد از بقیه متداول تر است، شخص درد خود را با استفاده از یک مقیاس ۰ تا ۱۰ نرخ بندی می کند. صفر به معنی بدون درد است و ۵ یا ۱۰ به معنی بدترین وضعیت درد است. این سطوح شدت درد ممکن است پس از درمان اولیه یا به صورت دوره ای پس از درمان آورد شود



مقیاسهای طبقه بندی

این مقیاس روشی ساده برای نرخ گذاری حساسیت درد افراد را با استفاده از توصیف کلامی و بصری از دردشان توضیح دهند. بعضی از مثالها عبارتند از خفیف، ناراحت کننده، مضطرب کننده، وحشتناک و مشقت بار.



ارزیابی درد در کودکان

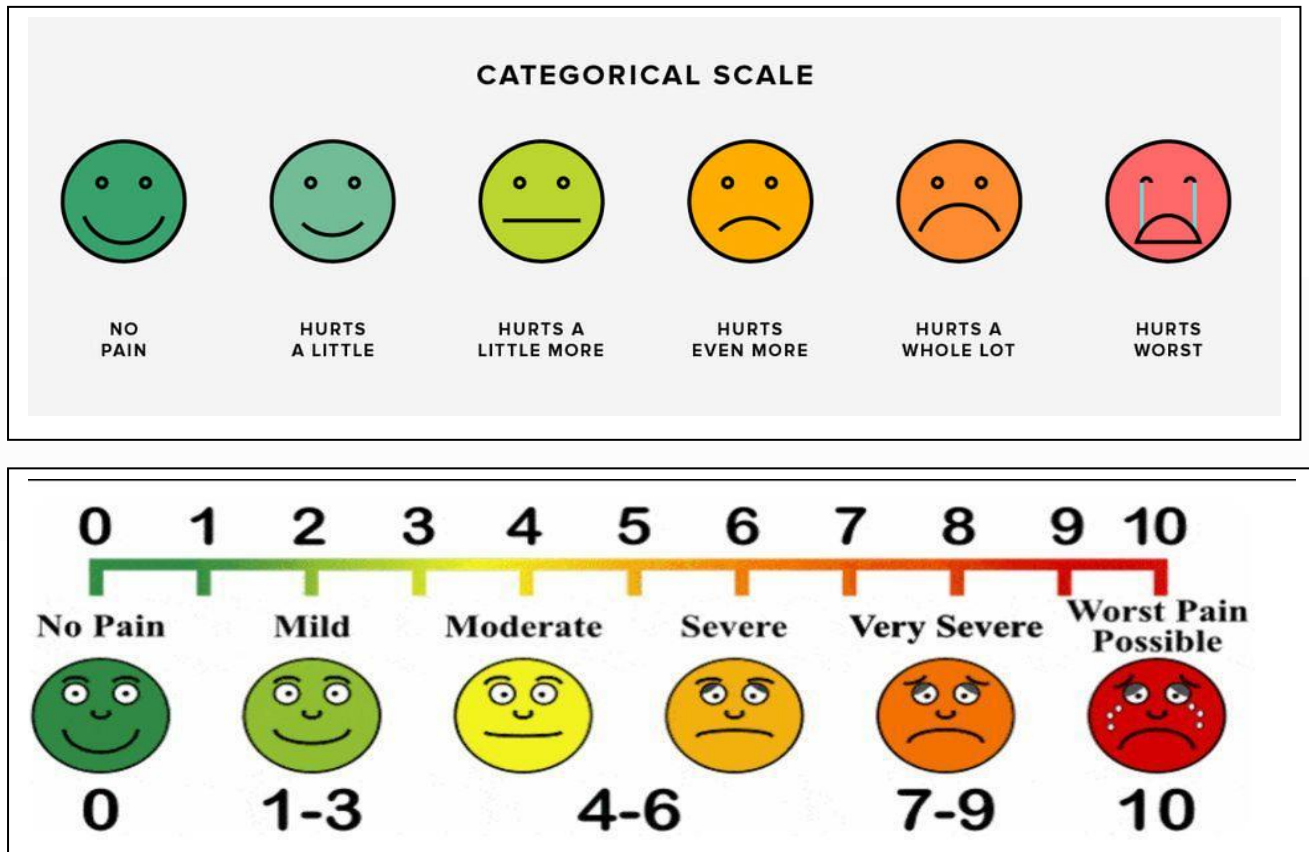
ارزیابی درد در کودکان زیر ۳ سال مشکل بوده، زیرا نمی توانند درد خود را با عبارت رایج بیان کنند. در این مواقع از روش های مشاهده ای ابزار مانند (FLACC) استفاده می شود. اگرچه این روش معتبر است ولی عوامل دیگری چون گرسنگی، ترس و اضطراب روی آن تاثیر می گذارند.

در مقیاس ارزیابی FLACC یا **Face, Legs, Activity, Cry, Consolability scale** میزان درد با استفاده از صورت، پاها، فعالیت، گریه، تسکین پذیری در کودکان در بازه سنی ۲ ماه تا ۳ سال استفاده می شود. این مقیاس در محدوده ۱ تا ۱۰ نمره گذاری می شود و دارای ۵ شاخص است که به هر کدام، یکی از نمرات ۰، ۱ یا ۲ اختصاص داده می شود.

Face , Leg, Activity , Cry , consolability Scale			
شخص	نمره ۰	نمره ۱	نمره ۲
صورت	عدم وجود حالت خاص یا در حال لبخند زدن	لبخندهای گاه به گاه یا اخم، پس زدن	لرزیدن دائمی و مکرر چانه یا فک بهم فشرده
پاها	حالت طبیعی یا آرام	ناراحت، بیقرار، سفتی	لگد زدن، پاهای گشیده شده
فعالیت	دراز کشیدن آرام، حالت طبیعی، به آسانی حرکت می کند	پیچ و تاب خوردن، بی ثبات، عقب و جلو شدن، سفتی	خمیده شدن، سفت و سخت یا حرکات سریع
گریه	بدون گریه (خواب یا بیدار)	نالاه یا زاری کردن، شکایت های گاه و بیگاه	پیوسته گریه می کند، جیغ میکشد، مکرراً شکایت میکند
تسکین پذیری	خشنود، آرام	با لمس گاه به گاه در آغوش کشیده شدن تسلی پیدا میکند	دلداری دادن و آرام کردن او دشوار است

FLACC	
توصیف وضعیت	امتیاز
فقدان ناراحتی	۰
درد خفیف	۱ - ۳
درد متوسط	۴ - ۶
درد شدید	۷ - ۱۰

در کودکان بالای ۳ سال، معمولاً از مقیاس صورتک های ونگ بیکر که ۶ صورتک دارد را به کار می برند (از خنده تا گریه).



مقیاس درد در بیماران تحت تهویه ی مکانیکی در بخش مراقبت های ویژه

مقیاس شدت درد (CPOT) Critical Care Pain Observation Tool

مقیاس رفتاری درد (BPS) Behavioral Pain Scale

در بیماران اینتوبه ارجح است ابزار CPOT برای ارزیابی درد استفاده شود .

Critical Care Pain Observation Tool (CPOT)			
شاخص	امتیاز	توصیف وضعیت	
چهره	با آرامش ، طبیعی	هیچ تظاهر و انقباضی حاکی از درد ندارد	
	تخت تنش و فشار	ابروی درهم کشیده و انقباض عضلات بالابرنده و اطراف اوربیت	
	شکلک	تمام علائم چهره بالا + پلک های بسته و بهم فشرده	
حرکات بدن	فقدان حرکت	اصلا حرکتی ندارد (الزاماً" به معنای فقدان درد نیست) و یا وضعیت طبیعی	
	مراقبت	آهسته ، حرکات توام با احتیاط ، لمس کردن یا مالش محل درد ، توجه در میان حرکات	
	بیقراری	کشیدن کاتتر و سوندها ، پرخاشگری ، آسیب به کارکنان ، تلاش برای پایین آمدن از تخت	
ظرفیت با دستگاه تهویه (در بیماران لوله گذاری شده) با تکلم (صحبت در بیماران بدون لوله گذاری)	تهویه به خوبی تحمل می شود	علائم هشدار دهنده فعال و در حال هشدار	
	سرفه وجود دارد ولی قابل تحمل است	زنگ هشدار خود به خود متوقف می شود	
	با تهویه سر جنگ و ناسازگاری دارد	ریتم تنفس و تهویه تطبیق پیدا نکرده لذا عمل تهویه مسدود می شود و علائم هشدار مکرر فعال می شود .	
قوام یا تون عضلانی ارزیابی با خم کردن یا باز کردن اندام های فوقانی توسط فرد دیگر (PASSIVE)	صحبت با تون طبیعی یا بدون صدا	با تون طبیعی صحبت می کند یا اصلا صحبتی ندارد	
	گریه و ناله	آه و ناله	
	گریه و ناله	آه و ناله	
	شل و تحت استراحت	هیچ مقاومتی در مقابل حرکات PASSIVE ندارد	
	تحت اسپاسم و سفت	مقاومتی در مقابل حرکات PASSIVE ندارد	
	به شدت منقبض و سفت	مقاومت در مقابل حرکات PASSIVE و ناتوانی در تکمیل این حرکات	

امتیاز این معیار از ۰ تا ۸ است ، امتیاز ۳ و بالاتر نشانه درد است .

و هدف از مداخلات، کاهش میزان درد کمتر از ۲ میباشد .

یکی از ابزارهای شناسایی بیماران مستعد زخم فشاری ابزار برادن است ، از دیگر ابزارهای شناسایی می توان به واترلو ، نورتون ، داگلاس اشاره نمود .

مقیاس برادن (Braden Scale)						
امتیاز	درک حسی	رطوبت	فعالیت	تحرك	تغذیه	برش / اصطكاك
۴	فاقد اختلال	به ندرت مرطوب	اغلب راه می رود	بدون محدودیت	عالی	
۳	محدودیت جزئی	گهگاه مرطوب (نیاز به تعویض روزانه ملحفه)	گهگاه راه می رود	محدودیت جزئی	کافی	راحت در تغییر پوزیشن و حرکت
۲	خیلی محدود	خیلی مرطوب (نیاز به تعویض ملحفه در هر شیفت)	وابسته (محدود) به صندلی	خیلی محدود	احتمالا" ناکافی	حداقل کمک را برای جابه جا شدن در تخت نیاز دارد
۱	کاملا" محدود	به طور مداوم مرطوب (تعریق ، بی اختیاری مدفوع و ادرار)	وابسته (محدود) به تخت	کاملا" بی حرکت	خیلی ضعیف	فرد برای حرکت نیاز به کمک دیگران دارد

۱۸ - ۱۶ : کم خطر

۱۵ - ۱۳ : خطر متوسط

۱۲ - ۱۰ : پر خطر

< ۹ : خیلی پرخطر



منبع : راهنمای شیت نویسی ICU ،

, Pediatr Nurse ، S Merkel and others, 1997



دکتر محمد امین ستاری (متخصص اعصاب و روان ، بیمارستان امام حسین(ع))

اختلال دوقطبی (Bipolar Disorder)

که پیشتر با نام افسردگی شیدایی **manic depression** : شناخته می شد؛
نوعی اختلال روانی است که با دوره های افسردگی، شیدایی و خلق غیرطبیعی مشخص می شود
و باعث تغییرات شدید در خلق و خو، سطوح انرژی، الگوهای تفکر و رفتار می شود .

شیدایی

یکی از ویژگی های اصلی اختلال دوقطبی، دوره های شیدایی است. اینکه یک دوره شیدایی در زندگی بیمار برای حداقل یک هفته با یا بدون تجربه یک دوره افسردگی وجود داشته باشد. شیدایی وضعیتی است که در آن بیماران ممکن است یک دوره خلق و خوی غیرعادی یا تحریک پذیری بیش از حد و همچنین رخ دادن تغییرات شدید در احساسات، افکار، انرژی، پرحرفی و داشته باشند.

علائم شیدایی

- انجام برخی فعالیت های پر خطر
- داشتن پرش افکار
- کاهش نیاز به خواب
- تکلم و صحبت بسیار سریع
- هیجان یا تحریک پذیری بالا
- عدم تمرکز
- داشتن فعالیت های سنگین بیش از حد معمول
- افزایش اشتها در فرد
- انجام کارها بدون خستگی
- افزایش بیش از حد اعتماد به نفس



افرادی که در حالت شیدایی هستند اغلب در فعالیت هایی که ممکن است به آنها آسیب جسمی، اجتماعی یا مالی وارد کند، افراط می کنند، مانند خرج کردن ناگهانی یا قمار کردن مقادیر زیاد پول یا بی احتیاطی در رانندگی. آنها همچنین گاهی اوقات علائم روان پریشی مانند هذیان و توهم را از خود نشان می دهند که می تواند در تشخیص اختلال دوقطبی از سایر اختلالات مانند اسکیزوفرنی یا اختلال اسکیزوافکتیو مشکل ایجاد کند.

داروهای تثبیت کننده خلق و خو چیست؟

تثبیت کننده های خلق، داروهایی هستند که حالت های اوج (شیدایی) و افسردگی (افسردگی) را درمان و از آن پیشگیری می کنند.

- کاربامازپین (کاربامترول، اپیتول، اکوترو، تگرتول)
- دیوالپروکس سدیم (دپاکوت)
- لاموتریژین (لامیکتال)
- لیتیوم
- والپروئیک اسید (دپاکین)

برخی از این داروها به عنوان ضد تشنج شناخته می شوند که برای درمان اختلالات تشنج نیز استفاده می شوند، از جمله

کاربامازپین، لاموتریژین و والپروئیک اسید برخی (مانند لیتیوم) در درمان شیدایی بهتر هستند. برخی دیگر (مانند لاموتریژین)

ممکن است برای افسردگی مفیدتر باشند.



منبع: خلاصه روان پزشکی (بنجامین جیمز سادوک، ویرجینا آلکوت سادوک) جلد اول
راهنمای آموزش و کاربرد DSM-5 (دونالد بلک، دکتر جان گرانت)



درس آموخته ها

کد سند: EH/QI/FO/11		سناریو خطاهای پزشکی		 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران	
		Medical Errors Scenario			
کد ۱۴ (سقوط بیمار)		عنوان			
مددجو آقای ع. ک. ۳۲ ساله مورخ ۱۴۰۲/۰۱/۲۹ ساعت ۰۰:۰۲ با همراه با شکایت تشنج به اورژانس مراجعه کرده است، سابقه بیماری حساسیت دارویی و غذایی ذکر نمیکند، علائم حیاتی: BP: 151/101, SPO2:95% HR:148 مردمک ها میوتیک است، ساعت ۰۰:۱۵ توسط پزشک عمومی ویزیت شد تحت مانیتورینگ قلبی ریوی با ریتم سینوس تاکی کارد قرار گرفت، لاین وریدی اخذ و آزمایشات درخواستی به آزمایشگاه ارسال شد، جهت انجام نمونه ادرار در تخت به علت احتمال تشنج به بیمار آموزش داده شد، ولی بیمار توجهی نکرد و با پای خود دو نوبت به سرویس بهداشتی رفت ولی دیورز برقرار نشد، به بیمار در ارتباط با نلاتون گذاری آموزش داده شد ولی مقاومت و خودداری نمود، آموزش لزوم CBR بودن به مددجو داده شد ولی مقاومت نمود و گفت در تخت قادر به برقراری دیورز نمی باشد. ساعت ۰۲:۵۴ بیمار جهت گرفتن نمونه ادرار کنار تخت ایستاده، پرده های تخت بیمار توسط کمک پرستار کشیده و بسته میباید و کمک پرستار پشت پرده ایستاده است، بیمار ساعت ۰۲:۵۵ دچار فالینگ شده و تروما به صورت (بینی و ابروی چپ) شده است، سطح هوشیاری بیمار افت کرده فوراً بیمار بر روی تخت قرار گرفت برادیکارد میباید، کد ۹۹ اعلام شد پس از اینتوباسیون بیمار و ۱۵ دقیقه احیای قلبی ریوی با ریتم سینوس برگشت. پس از stable شدن جهت انجام Brain Ct به تصویربرداری ارجاع داده شد سی تی اسکن نکته پاتولوژیک نداشت، مشاوره نروسرجری با (آنکال بیمارستان مدنی) انجام شد فرمودند مشکل اورژانسی ندارد. بیمار دو نوبت تشنج به مدت ۲ ثانیه داشته که با آمپول دیازپام کنترل شد. جهت مشاوره نرولوژی ساعت ۰۴:۱۵ با (آنکال بیمارستان رجائی) تماس گرفته شد پاسخگو نبودند، جواب اسکرین ادراری ترامادول میباید. با آنکال مسمومیت تماس گرفته شد فرمودند بیمار اعزام شود. ناحیه بالای ابروی بیمار سوچور شد، ساعت ۰۸:۰۹ بیمار اینتوبه با ونتیلاتور و همکاران آمبولانس با به بیمارستان مسمومیت اعزام شد. فنی توپین به میزان یک گرم انفوزیون شد، پیگیری از بیمارستان کوثر جهت اعزام در طی بستری بیمار انجام شد، مورخ ۱۴۰۲/۰۲/۰۲ ساعت ۲۱:۰۰ بیمار فوت نمود.		شرح حادثه			
- عدم سرکشی به بیمار حین جابه جایی از تخت - عدم توجه به ارزیابی مورش در بیماران با ریسک سقوط - عدم ارتباط صحیح و موثر با بیمار - تاکید بر ضرورت درخواست مهار شیمیایی توسط پزشک - آموزش ناکافی بیمار / همراه در ارتباط با نحوه خروج از تخت - عدم مانیتورینگ مستمر بیمار و لزوم CBR بودن برای بیمارانی که داروهای کاهنده فشارخون و هشدار بالا دریافت کردند.		علل رویداد حادثه			
- سرکشی به بیمار حین جابه جایی از تخت - توجه به ارزیابی مورش در بیماران با ریسک سقوط - ارتباط صحیح و موثر با بیمار - درخواست مهار شیمیایی توسط پزشک و اجرای آن توسط پرستار - آموزش مستمر بیمار / همراه در ارتباط با نحوه خروج از تخت - مانیتورینگ مستمر بیمار و لزوم CBR بودن برای بیمارانی که داروهای کاهنده فشارخون و هشدار بالا دریافت کردند.		اقدامات اصلاحی پیشنهادی			

سناریو خطاهای پزشکی Medical Errors Scenario		 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
کد سند: SH/QI/ME/01		عنوان کد ۱۴ (سقوط بیمار)
شرح حادثه بیمار کودک سه ساله می باشد که در بخش بستری بوده است. در ساعت ۲۱:۱۵ مادر کودک اظهار میکند که کودکش ساعت ۱۶ از روی تخت با وجود بالا بودن نرده کنار تخت سقوط داشته است. اما به پرستار آن شیفت اطلاع نداده بود و در ساعت ۲۱:۱۵ به دلیل داشتن سه نوبت عطسه و خونریزی لخته مانند از بینی به پرستار شیفت بعدی اطلاع می دهد و این موضوع به اطلاع پزشک معالج رسید و ایشان خواستار انجام CT از سر کودک و معاینه توسط پزشک اورژانس شدند که بعد رویت CT توسط پزشک اورژانس مورد خاصی مشاهده نشد و کودک فقط به صورت سرپایی به متخصص ENT مراجعه نماید.		
علل رویداد حادثه * کودک بودن بیمار و احتمال سقوط وی * عدم آموزش مناسب به مادر کودک جهت جلوگیری از سقوط * مخفی نمودن سقوط کودک توسط مادر و احتمال آسیب بیشتر به وی		
اقدامات اصلاحی پیشنهادی * آموزش به مادر کودک در هنگام بدو ورود و همچنین یادآوری مجدد در زمان تحویل و تحول بیمار و صحبت با بیمار * آگاه سازی مادر و جلوگیری از مخفی نمودن سقوط کودک و جلوگیری از آسیب بیشتر به وی		



عنوان

کد ۱۱ (مفقود شدن بیمار در زمان بستری بیش از ۴ ساعت = فرار بیمار)

شرح حادثه

مددجو خانم ش. ش ۳۱ ساله مورخ ۱۴۰۲/۰۲/۰۵ ساعت ۱۳:۴۵ با همسر و نامه قضایی با شکایت پرخاشگری به کلینیک روان مراجعه کرده است. سابقه بستری و بیماری جسمی و روانی، جراحی را ذکر نمیکند. به گفته همسر مددجو و با ۳ گزارش کتبی از مددکاری اجتماعی به علت ضرب و شتم به فرزند اولش به این مرکز ارجاع داده شده است، توسط اینترن روان ویزیت شد، اسموکر و ادیکت نمی باشد، افکار خودکشی و آسیب به دیگران ندارد، خلق پایین دارد؛ توهم و هذیان دیده نشد، insight به بیماری خود ندارد و میگوید شوهرش به او خیانت کرده و قرار است مال و اموال او را بالا بکشد و به این دلیل من را به بیمارستان آورده است. پس از هماهنگی با آنکال روانپزشکی در سرویس مربوطه بستری شد؛ دستورات ایشان اجرا شد: اسکرین ادراری: منفی می باشد، حق خروج از بخش به تنهایی ندارد، پرونده مددکاری اجتماعی و علت ارجاع بیمار بررسی شود. با توجه به توضیحات و تناقض گوئی میان گفتگوی مددجو و همسر وی، پزشک معالج مصاحبه با خانواده درجه یک بیمار و پسر وی را توسط روانشناس درخواست نمودند و فرمودند فعلاً "تحت نظر باشد و هیچ دارویی دریافت نکند. مورخ ۱۴۰۲/۰۲/۱۰ مصاحبه با خواهر، مادر و همسر بیمار به طور جداگانه توسط روانشناس انجام شد. کمیسیون پزشکی قانونی توسط دو روانپزشک به طور همزمان انجام شد، با توجه به معاینه مددجو و اخذ شرح حال از وی، در معاینه فعلی اختلال اصلی روانپزشکی وجود نداشت و شرح حال از فرزند مددجو توصیه می شود. مورخ ۱۴۰۲/۰۲/۱۶ ساعت ۱۳:۴۵ مددجو توسط پزشک معالج ویزیت شد، مددجو به شدت بیقرار بوده و درخواست یک ساعت مرخصی از پزشک و پرستار داشته است و در ارتباط با بیقراری نیز با پزشک صحبت نمود. به مدت ۱۰ دقیقه در اتاق ایزوله قرار گرفت، پس از آرام شدن به اتاق خود منتقل شد، ساعت ۱۵:۳۰ هنگام هواخوری بیماران در محوطه، مددجو از شلوغی راهرو سواستفاده نموده و اقدام به فرار نموده است. پس از پیگیری های چندروزه و متوالی توسط مسئول حراست و نیروهای مربوطه، بیمار مورخ ۱۴۰۲/۰۲/۲۴ هوشیار و آرام به بیمارستان بازگردانده شد و در بخش روان زنان بستری گردید.

علل رویداد حادثه

- سرکشی ناکافی به بیمار حین جابه جایی
- نظارت ناکافی بر بیماران دارای نامه قضایی
- لباس بیمار، پوششی غیر از لباس استاندارد بیمارستان بوده است (لباس منزل)
- توجه ناکافی به بیمار بی قرار و اجازه هواخوری به بیمار مذکور
- کمبود نیروهای کمک پرستار و حراست با توجه به تعداد بالای بیماران جهت هواخوری
- استفاده از پوشش هایی غیر از پوشش های استاندارد بیمارستانی (لباس منزل)

اقدامات اصلاحی پیشنهادی

- هواخوری بیماران دارای نامه قضایی با تایید پزشک معالج باشد.
- مسئول شیفت بر بیماران دارای نامه قضایی نظارت داشته باشد
- روزهای هواخوری بیماران، با هماهنگی سوپروایزر کشیک یک نیروی مازاد کمک پرستار در نظر گرفته شود
- بیماران روان به استفاده از پوشش استاندارد بیمارستانی ملزم شده و لباس منزل به خانواده بیمار تحویل گردد.
- سرکشی مداوم به بیمار حین جابه جایی انجام شود.
- تعداد بیماران روان جهت هواخوری در هر نوبت، حداکثر تا ۱۰ نفر باشد.
- هواخوری بیماران بیقرار و با انگیزه ترک با مسئولیت شخصی توسط پزشک معالج و سرپرستار تأیید شود.

کد سند: SH/QI/ME/01	سناریو خطاهای پزشکی Medical Errors Scenario	
	عنوان	آسیب به پیشانی بیمار در اثر برخورد با بد سایید
	شرح حادثه	بیمار آقای ۸۷ ساله در ساعت ۱۳:۳۰ با تنگی نفس به بیمارستان مراجعه نموده است. بیمار بسیار بیقرار و تمایل به رفتن به منزل داشته است. جهت انجام CT با برانکارد و به همراه کمک پرستار از تخت خارج شده پس از بازگشت به تخت در زمان کشیدن سایید تخت توسط کمک پرستار، سرش را برای پایین آمدن از تخت جلو آورده که باعث برخورد سایید به گوشه ابروی سمت راستش شده خراشیدگی بدون خونریزی به اندازه ۰.۵ سانت ایجاد شد. توسط پزشک ویزیت شده دستور پانسمان کوچک در محل گذاشته و بیمار کنترل گردید هیچ گونه عارضه ای دیده نشد علایم حیاتی ثابت بود. بیمار جهت پیگیری درمان تنگی نفس به بخش داخلی منتقل شده است.
	علل رویداد حادثه	* بیقراری و آژیته بودن بیمار * عدم دقت و توجه کمک پرستار هنگام بالا کشیدن بدساید
	اقدامات اصلاحی پیشنهادی	* صحبت کردن با بیمار و آرام کردن وی * افزایش دقت و توجه کمک پرستار هنگام بالا کشیدن بدساید

کد سند: SH/QI/ME/01	سناریو خطاهای پزشکی Medical Errors Scenario	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
کد ۱۴ (سقوط بیمار)		عنوان
بیمار خانمی ۶۲ ساله در تاریخ ۱۶/۲/۰۲ ساعت ۷:۲۵ در دستشویی زنگ احضار پرستار را به صدا درآورده بلافاصله بر بالین بیمار حضور یافته طبق اظهارات بیمار دچار سرگیجه شده است. پرستار مددجو را در حالت نشسته رویت نموده است. طبق اظهارات مددجو سرش به جایی برخورد نکرده بود و مشکلی نداشته بیمار به تخت منتقل شد تحت مانیتورینگ قرار گرفت و مددجو مشکلی نداشت.		شرح حادثه
* ضعف و بی حالی بیمار در سرویس بهداشتی * عدم آموزش راهکارهای پیشگیری از سقوط بیمار		علل رویداد حادثه
* عدم اجازه جهت خروج از تخت در صورت ضعف و بی حالی * آموزش راهکارهای پیشگیری از سقوط به بیمار		اقدامات اصلاحی پیشنهادهای

کد سند: SH/QI/ME/01

سناریو خطاهای پزشکی
Medical Errors Scenario



عنوان	سقوط
شرح حادثه	بیمار آقای ۷۸ ساله در تاریخ ۰۲/۲/۲۰ ساعت ۱۳:۳۰ حین جابجایی از روی ویلچر به تخت به علت جابجا شدن زیر پایه تخت دچار سقوط بر روی زمین به پهلوی راست شد. سریعاً بیمار بلند شد و از نظر درد و کبودی اندام‌ها بررسی شد. مددجو مشکلی نداشت.
علل رویداد حادثه	* ضعف و بی حالی بیمار در سرویس بهداشتی * عدم آموزش راهکارهای پیشگیری از سقوط بیمار
اقدامات اصلاحی پیشنهادهای	* عدم اجازه جهت خروج از تخت در صورت ضعف و بی حالی * آموزش راهکارهای پیشگیری از سقوط به بیمار

