

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



کارگاه توانمندسازی سرپرستاران بخش روانپزشکی

Patient safety in psychiatric wards

دکتر امین اجللی



اهمیت ایمنی بیمار

Definition: Patient safety is the Prevention of errors and adverse effects to patients associated with health care (WHO).

- ایمنی از ابعاد مهم کیفیت در مراقبت سلامتی و موضوعی بحث بر انگیز است (Emsile 2002).
- رخدادهای ایمنی عوارض نامطلوبی به دنبال دارد (Parks 2014).
- ایمنی بیمار و کارکنان در بخش های روان پزشکی ارتباط تنگاتنگی دارند (Brickell 2011).
- مداخلات در مورد ایمنی بیمار فوایدتوأمانی برای بیمار و کارکنان دارد (Braun 2012).
- ایمنی از صدمات و آسیب ها در محیط کار پرستاران به اندازه بیماران مهم است (WHO 2014).



بررسی ایمنی بیمار در بخش ها و مراکز روانپزشکی: یک مرور نظام مند
امین اجللی ، *مسعود فلاحي خشکناپ ، محمدعلی حسینی ، عیسی محمدی ، مسعود سیرتی نیر

جدول ۳: انواع رخدادهای مورد بررسی در مقالات

درصد	تعداد	مقالات مربوط به رخدادهای بخش های روان پزشکی
۶۵/۲۰	۱۵	خشونت و پیامدهای آن
۴/۲۵	۱	فرار
۴/۲۵	۱	آسیب به خود
۸/۷۰	۲	خودکشی
۴/۲۵	۱	انتقال بیماری های عفونی
۴/۲۵	۱	خطاهای دارویی
۸/۷۰	۲	سقوط
۱۰۰	۲۳	جمع کل

ارتباط مشخصات بیماران روانی با فرار آنان از مرکز روان پزشکی رازی

امین اجللی^۱، محمدرضا خدایی اردکانی^۲، مهناز گودرزی^۳، زهرا تمیزی^۴، مارال دیبایی^۵

جدول ۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی نوع تشخیص بیماران و رابطه بین نوع تشخیص و میزان فرار

تشخیص بیماری		سال		۱۳۸۹		۱۳۹۰		جمع	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
اختلالات اسکیزوفرنی		۳۵	۲۹/۹	۱۴	۱۲	۴۹	۴۱/۹		
اختلالات خلقی		۲۸	۲۳/۹	۱۸	۱۵/۴	۴۶	۳/۳۹		
اختلالات شخصیت		۲	۱/۷	۰	۰	۲	۷/۱		
سایر		۸	۶/۸	۱۲	۱۰/۳	۲۰	۱/۱۷		
جمع		۷۳	۶۲/۴	۴۴	۳۷/۶	۱۱۷	۱۰۰		
ارتباط تشخیص با میزان فرار بیماران		$\chi^2 = 54/45$ p-value=۰/۰۰۱							

بررسی وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار در مرکز روان پزشکی رازی تهران

امین اجللی^۱، *مسعود قلاچی خشکتاب^۲، مارال دیبایی^۳

جدول ۳: درصد پاسخ مثبت به ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار

ردیف	حیطه‌های فرهنگ ایمنی	مثبت	تعداد	خنثی	تعداد	منفی	تعداد
۱	کار گروهی درون واحدها	۵۸	۹۴	۱۰	۱۷	۳۲	۵۳
۲	انتظارات و اقدامات سرپرست واحد در راستای ایمنی بیمار	۳۸	۵۷	۱۷	۲۸	۴۵	۷۶
۳	یادگیری سازمانی، بهبود مداوم	۳۲	۸۲	۱۸	۳۰	۵۰	۵۲
۴	حمایت مدیریت از ایمنی بیمار	۵۹	۹۵	۱۷	۲۶	۲۴	۴۳
۵	درک کلی از ایمنی بیمار	۴۸	۸۶	۱۳	۲۱	۳۹	۵۷
۶	ارتباطات و ارائه بازخورد در مورد خطاها	۶۲	۱۰۳	۲۰	۳۲	۱۸	۲۹
۷	باز بودن مجاری ارتباطی	۳۲	۵۲	۲۶	۴۳	۳۲	۶۹
۸	فراوانی گزارش دهی وقایع	۴۴	۷۲	۴۷	۷۷	۹	۱۵
۹	کار گروهی مابین واحدها	۴۳	۷۰	۱۷	۲۸	۴۰	۶۶
۱۰	مسائل کاری مربوط به کارکنان	۳۴	۸۶	۱۴	۳۰	۵۲	۴۸
۱۱	تحويل و تحول در بیمارستان	۴۵	۶۵	۱۵	۲۵	۴۰	۷۴
۱۲	پاسخ غیر تنبیهی در موارد بروز خطاها	۸	۱۳۵	۱۰	۱۶	۸۲	۱۳

Dr Ajalli



ضرورت انجام پژوهش



فرار، خشونت فیزیکی و کلامی، صدمه به خود و خودکشی و مسائلی حول وحوش استفاده از اتاق جداسازی و ایزوله و خطاهای دارویی لغزش و افتادن... آمار بالایی دارد (Samuel 2012, Weber 2012).

بیشتر مطالعات در مورد ایمنی بیمار در بخش های عمومی است ایمنی بیمار در بخش های روان پزشکی ماهیت و عوامل متفاوتی دارد.

ایمنی بیمار فرآیند اجتماعی مهم و یکی از ارکان تأمین کیفیت در ارائه خدمات درمانی و مراقبتی است.



مفاهیم کلیدی ایمنی بیمار و آن چیزی که در محیط روان پزشکی در این مورد در جریان است واضح نیست و مدل اختصاصی ندارد.



روش تحقیق

قسمت اول مطالعه:

به منظور درک ابعاد مختلف تأمین ایمنی بیمار، از روش پژوهش کیفی و متدولوژی
گراندد تئوری استفاده شد.

قسمت دوم مطالعه:

از راهبرد واکر و اوانت (۲۰۱۱) جهت طراحی مدل استفاده گردید.

Dr Ajalli



روش های گردآوری و تولید داده ها

1. مصاحبه عمیق و بدون ساختار

2. مصاحبه گروهی متمرکز

3. یادداشت در عرصه

4. مشارکت در راندهای ایمنی

5. مشارکت در کمیته ایمنی

6. بررسی مدارک و مستندات



نمونه ای از سوالات که در مصاحبه ها پرسیده شد

✓ لطفاً کارهایی را که در شیفت گذشته انجام دادید توضیح دهید.

✓ آیا در شیفت‌های گذشته اتفاقی برای بیماران رخ داده است که بیماری آسیب ببیند (اگر جواب مثبت بود) در مورد آن توضیح دهید چه اتفاقی افتاد؟

✓ آیا تا به حال اتفاقی برای شما روی داده است که شما آسیب ببینید (اگر جواب مثبت بود) لطفاً آن را توضیح بدهید

✓ در طول شیفت چه کارهایی انجام می‌دهید تا اتفاقی برای بیماران روی ندهد؟

✓ چه کارهایی برای محافظت خودتان از احتمال آسیب از طرف بیماران انجام می‌دهید؟

✓ سؤال عمق دهنده: چگونه اتفاق افتاد؟ چگونه چه چیزی یا عاملی در این رابطه تأثیر داشت؟ چگونه تأثیر داشت؟ نتیجه این‌ها چه بود؟



۱- مصاحبه عمیق و بدون ساختار

کدهای استخراج شده

اولش که میام می بینم اوضاع چطوره از بچه ها می پرسم مخصوصا بچه هایی که از شیفت صبح مانده باشند می پرسم بخش چطوره مثلا بچه ها می گن که هشت تا مریض اوکی است ولی خواست به فلانی باشه بعد من می رم ببینم فلانی چجوری هست مثلا اگر بی قراره بی قراریش در چه حدی هست اگه بتونم با صحبت آرومش بکنم متقاعدش بکنم حالا با یه تلفن زدن اگه بتونم یه چیزی بهش بدم مثلا با بیرون رفتن آروم می شه آرومش می کنم اگر نه یه جوری می برمش تو تایم اوت حداقل اونجا مانیتور داریم می تونم تحت نظر بگیرمش اگر دیدم نه آدمی نیست که همکاری کنه برای موندن تو تایم اوت و بی قرار می کنه اون وقت دیگه مجبورم دستور پی آر ان را اجرا کنم ولی وقتی دیگه مریض خیلی بده فیکسش می کنم.



۲- یادداشت در عرصه

کدهای استخراج شده

همدستی بیماران

اذیت بیمار توسط
بیمار

مقاومت در مقابل
کارکنان

پرسنل در حال صحبت با سه بیماری بودند که در یکی از اتاق‌ها با همدیگر همدست شده بودند و سایر بیماران را اذیت می‌کردند. این سه بیمار با همدستی همدیگر سایر بیماران را اذیت کرده و از آن‌ها امتیاز می‌گرفتند در ضمن باند شدن این افراد کارکنان پرستاری را نگران کرده بود زیرا هرگونه برنامه‌ریزی و احتمال آسیب یا فرار از طرف آن‌ها وجود داشت. پرستاران بخش قصد داشتند هر کدام از بیمار را به یکی از اتاق‌ها منتقل نمایند و این سه بیمار کنار همدیگر و در یک اتاق نباشند که با مقاومت آن‌ها مواجه بودند.....



۳- مشاهده مدارک و مستندات (دست نوشته یکی از بیماران)

کدهای استخراج شده

اقدام به خود کشی

دسترسی به ابزار
خطر ساز

مهار بیمار

کتک کاری با بیمار

آسیب بیمار

شرح شکایت / انتقاد / پیشنهاد:
من ~~بیمار~~ قیچی را برداشتم و از اتاق صدمه کاری که خودم را
کشم و هیچ آر پرستش داخل اتاق ~~نبرد~~ نبودند و از
تا آنها از اتاق صدمه کاری خارج شدند، من رفتم
قیچی برداشتم که با لباس خود شستنی کنم اما تا آمدم
این کار انجام دادم کلیا آر پرستش آمد و دستم گرفت
و گذاشت خود شستنی کنم قیچی را که از من گرفتن پرستش
دید و با پرستاران من پنج نفری گرفتند و تا جایی ~~مورد~~
می تو نشن مرا کتک زدن و میسوم و سیاه و لبود و در



۴- مصاحبه گروهی

کدهای استخراج شده

عدم تحویل تک به تک
بیماران

نیاز به تحویل بیماران
مورددار

فراموشی موارد بیماران

یادداشت موارد بیماران

الزام گزارش موارد
مشاهده شده

من اولین بار از بیمارستان عمومی به این بیمارستان اومدم اول که شروع بکار کردم اونجا تو آی سی یو مریضارو تک به تک به هم تحویل میدادیم اومدم اینجا دیدم نیم ساعت هم دیر پیام کسی به کسی نیست دفتر گزارشو میخونم تموم میشه میره ... بعد از یکی دوماه دیدم که بخش تو دست من نیست میریم تو بخش ساعت یازده یه چیزی را می فهمیم ساعت دوازده یه چیزی را می فهمیم بعضی موقع ها نمی فهمیدیم..... (پرستار خانم صبح کار در بخش حاد زنان)

بله مشکلات تحویل بیمار را همین طوره تازه وقتی از پرسنل می پرسى که مریض بی خواب نداشتی تازه یادش می افته بگه بی خواب ها کیا بودند مثلاً پی آر ان نداشتید تازه یادش می افته بگه پی آر ان ها کیا بودند.....(سرپرستار آقا در بخش حاد مردان)



۵- مشارکت در کمیته ایمنی

کدهای استخراج شده

برچسب گذاری رنگی

داروهای مشابه

سقوط بیماران

نصب دستگیره اتکا

عوارض دارویی

عدم تعادل بیمار

یکی از موارد مطرح شده برچسب گذاری بارنگ‌های مختلف داروهای مشابه از نظر ظاهری و اسمی برای کاهش بروز خطاهای دارویی بود. داروهای مشابه از نظر شکلی می‌توانند منجر به اشتباه کارکنان در تجویز آن‌ها گردند لذا استفاده از برچسب‌های رنگی می‌تواند حساسیت ایجاد کرده و توجه پرستاران در مواقع دارو دهی را جلب و از دادن داروها با اسامی و شکل و تلفظ مشابه پیشگیری گردد. یکی دیگر از موارد مطرح شده سقوط بیماران به علت عدم تعادل ناشی از عوارض دارویی بود، اشکالات ساختاری موجود و نبود دستگیره اتکا در دستشویی بیماران از عوامل مؤثر در این حادثه تشخیص داده شد و تصمیمات لازم برای اصلاح آن در بخش‌ها گرفته شد.



۶- مشارکت در راندهای ایمنی

کدهای استخراج شده

کلیه فضاها و تجهیزات بخش مورد بازبینی قرار گرفت. در دفتر پرستاری روی میز سرپرستار شیشه داشت که به عنوان مورد خطر ساز مطرح گردید. لامپ های مهتابی سالن ها در دسترس بیماران قرار داشت مقرر گردید مسئول تأسیسات با همکاری تدارکات لامپ های ال ای دی تهیه و پس از تأیید اعضای کمیته ایمنی با لامپ های مهتابی موجود جایگزین گردد. در دستشویی ها سیم هواکش در دسترس بیماران بود که به عنوان مورد خطر ساز نیاز به اصلاح داشت. درب خروج اضطراری با چندین قفل آویز قفل گردیده بود که امکان استفاده در مواقعی همانند آتش سوزی ممکن نبود. برخی از تخت های بیماران بد سایه نداشتند. در اتاق تریتمنت برخی از وسایل از جمله کپسول اکسیژن به خوبی فیکس نگردیده بود.

Dr Ajalli

خطر شیشه روی میز

دسترسی لامپ مهتابی

دسترسی سیم های هواکش

تعویض لامپ ها

قفل نامناسب درب خروج

عدم وجود بد سایه

عدم فیکس تجهیزات پزشکی



روش تحلیل داده ها:
(کوربین و اشتراوس ، ۲۰۰۸)

۱- تحلیل داده ها برای مفاهیم:

- تجزیه و تحلیل مفاهیم
- برجسب مفهومی داده ها

نمونه گیری نظری
مرور انتخابی متون

۲- تحلیل داده ها برای زمینه:

توجه به شرایط موثر بر فرایند

۳- مرتبط ساختن فرایند با تحلیل داده ها:

- مرور و مقایسه مداوم طبقات و زیر طبقات
- تقلیل طبقات به طبقات انتزاعی
- ترسیم دیاگرام های اولیه

۳- یکپارچه سازی طبقات:

شناسایی متغیر مرکزی
نوشتن داستان نظری

استخراج تئوری

Dr Ajalli



کدهای باز	گزیده ای از متن های مصاحبه (کد گذاری)
شمارش بیماران	بعد از ظهرها که شیفت تحویل داده میشه من خودم شخصا میرم اول مریضارو میشمارم
حساسیت به رفتار بیماران	من خودم ۱۰ سال پیش که تو راهرو راه می رفتم فکرم این بودم که برسم ته بخش به اتاق ها اصلا توجه نمی کردم ولی الان تا می بینم این مریضو میدونم الان ممکنه اتفاقی بیفته مثلا می بینم مریض داره با خودش حرف می زنه یا یه کاری می کنه میگم چرا این کارو کرد
سرکشی مرتب به بیمار	مریضی هم که پی آر ان گرفته من و کمک بهیار ها هم نیم ساعت یک بار به مریض سر می زنیم
کنترل بیماران با دوربین	دوربین گذاشتن خیلی خوبه عالیه خیلی از کارهارو سبک کرد اصلا می بینم تو دستشویی چیکار می کنند تو اتاق چیکار می کنند فوری میریم دیگه
کنترل بیماران موقع خواب	بعد از ظهر دیگه فاز خوابشون هست این موقع هم من یکی دوبار میرم نگاه می کنم کنترل می کنم
لزوم مشاهده مرتب مانیتور	پارسال مریضش خودشو تو ایزوله دار زد پرسنل باید موظب باشن دوربین ها رو ببینند

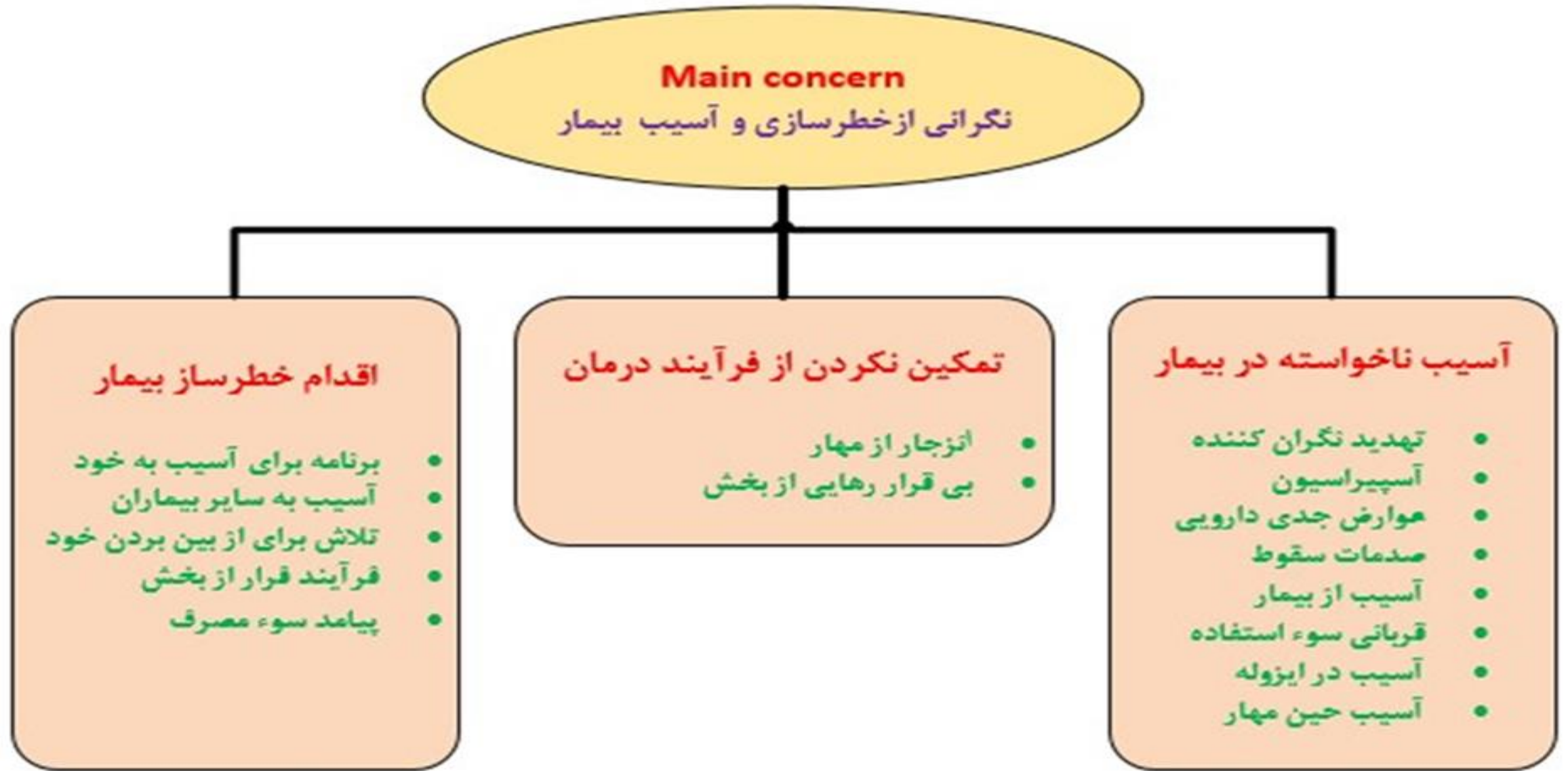


نمونه ای از شکل گیری طبقات

زیر طبقه	کدهای باز
تداوم در نظارت بیمار	شمارش بیماران
	مشاهده مسئولانه بیمار
	سرکشی مرتب به بیمار
	کنترل بیماران با دوربین
	کنترل بیماران موقع خواب

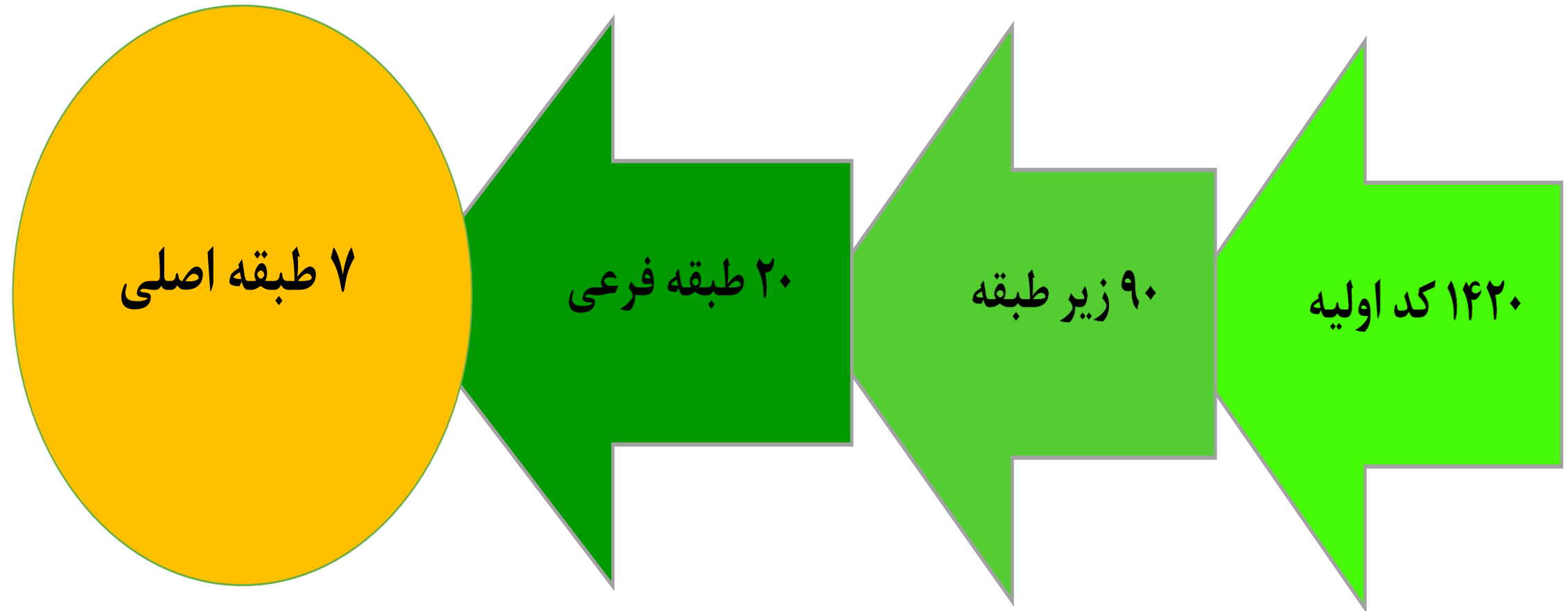


زیر طبقات	طبقات فرعی
مهار فیزیکی	تلاش برای کنترل بیمار
مداخلات غیرتهاجمی	
مداخلات دارویی	
ایزوله محافظتی	
اطمینان از خوردن دارو	
مداخلات دارویی	
مدیریت فرار بیماران	تحت نظر گرفتن زیرکانه
نظارت عینی	
ایمنی ملاقات	
تداوم در نظارت بیمار	
کنترل دسترسی	
پیشگیری از اختفا	
توجه کنجکاوانه	مراقبت از آسیب ناخواسته بیمار
هشدار بیماران پرخطر	
مراقبت از عوارض دارویی	
مراقبت از آسیب در ایزوله	
آسیب از سایر بیماران	
پیشگیری از سوءاستفاده	
مراقبت از آسیب پذیران	
اقدامات پیشگیری از سقوط	
اقدامات پیشگیری آسپیراسیون	
مراقبت حین مهار فیزیکی	
Dr Ajalli	





از ادغام زیر طبقات ۲۰ طبقه فرعی به دست آمد و ادغام طبقات فرعی منجر به ظهور ۷ طبقه اصلی گردید.





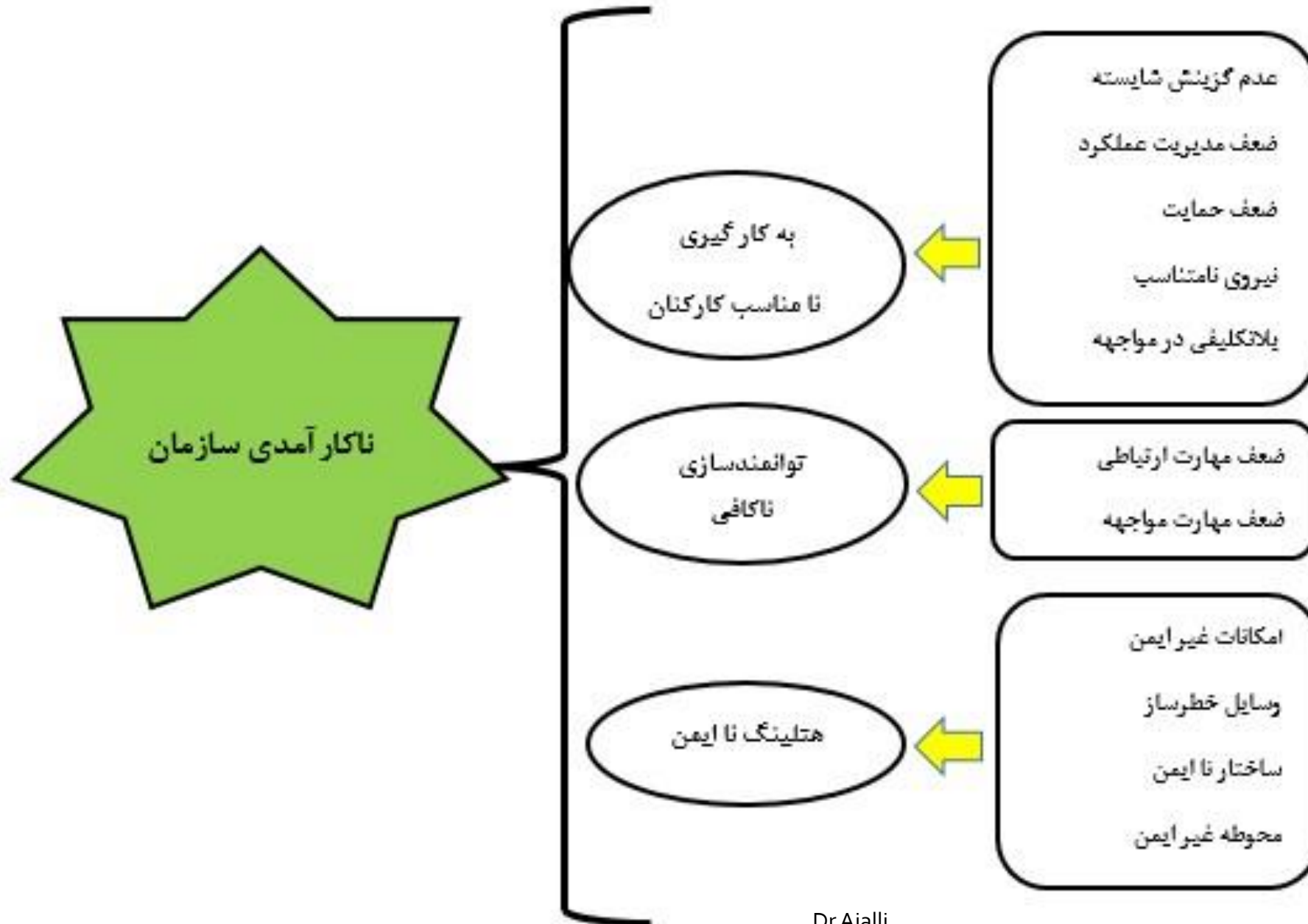
طبقات فرایندی

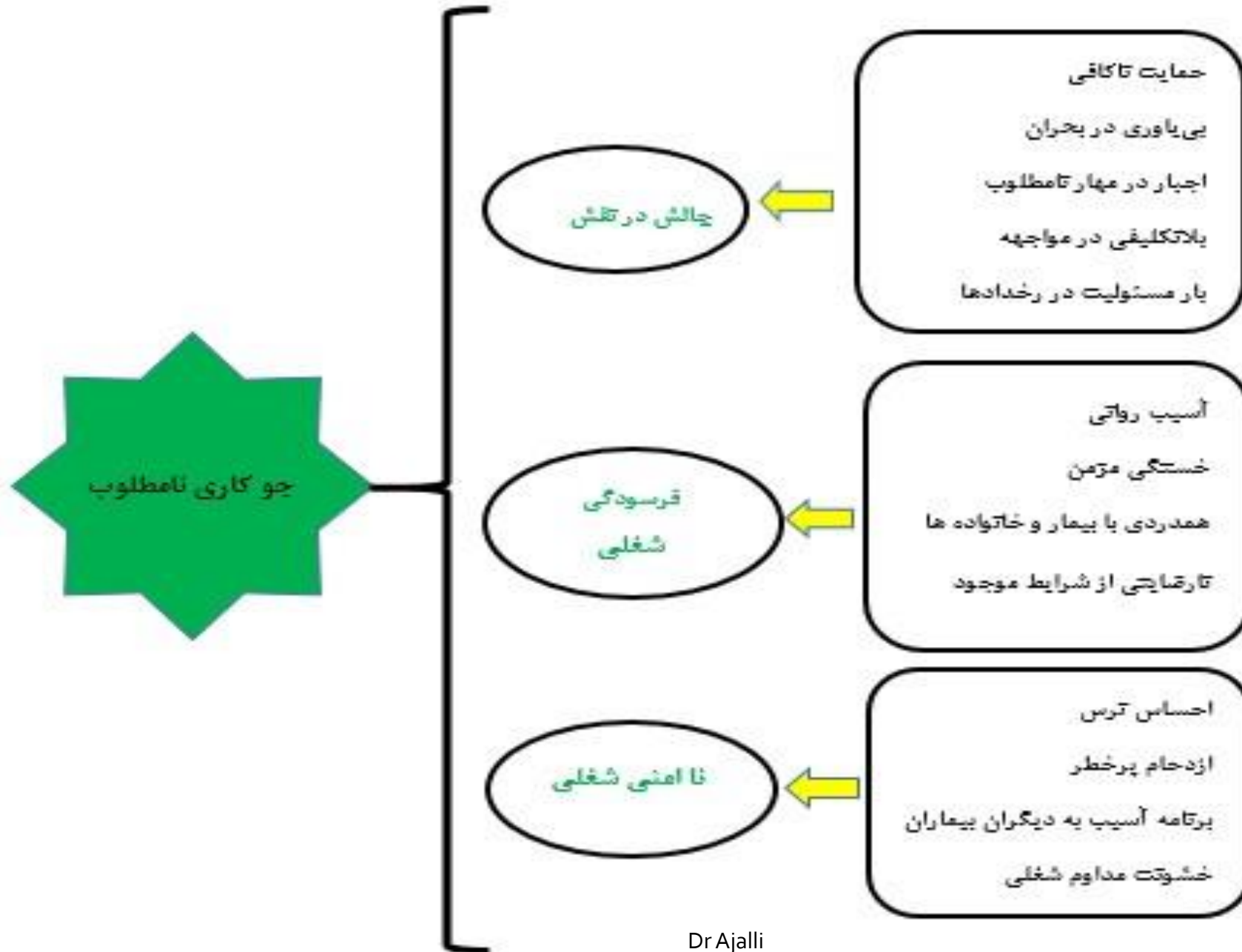
- ❖ مراقبت مقتدرانه
- ❖ ارتقاء فرهنگ ایمنی
- ❖ محافظت هوشمندانه

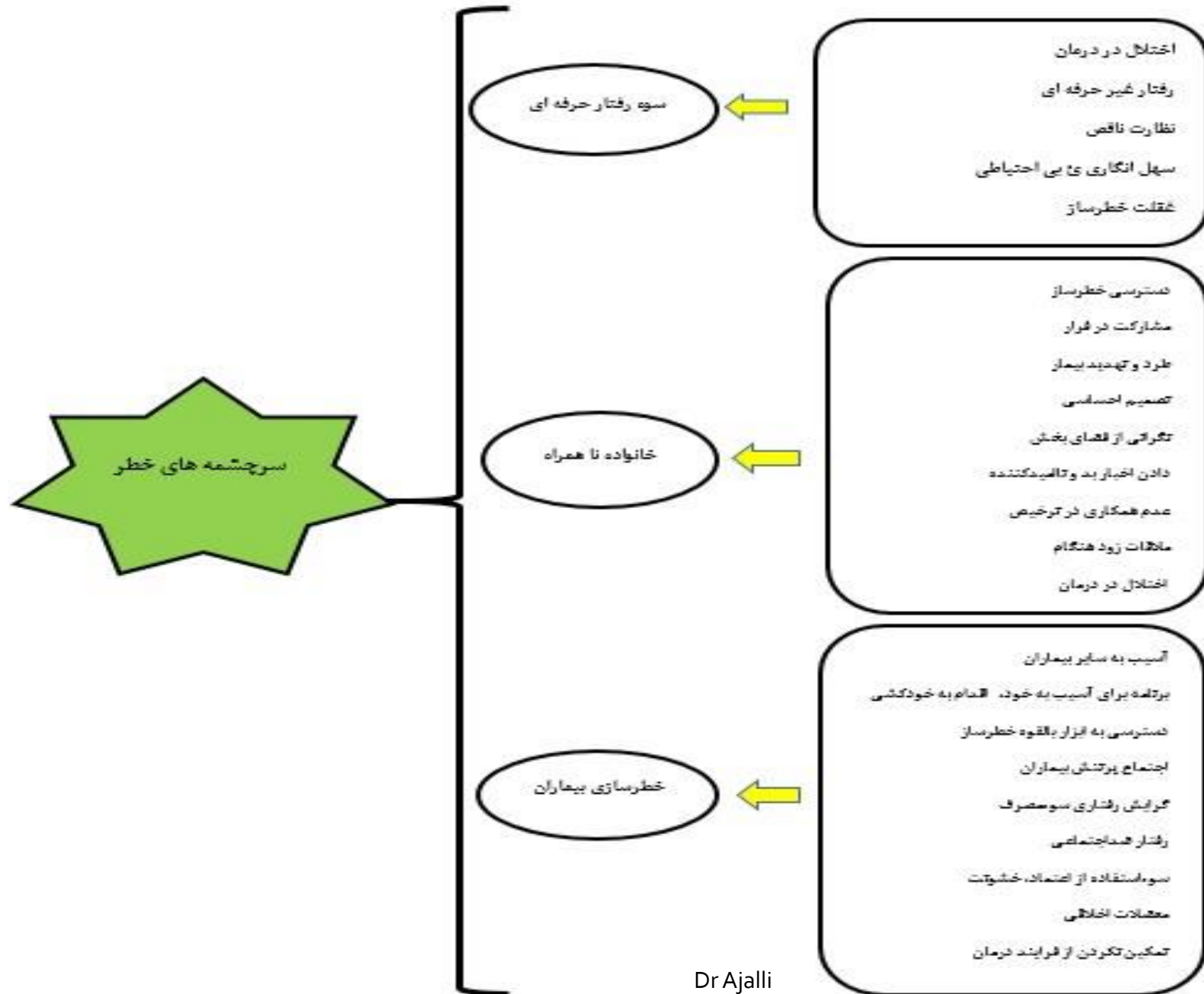
طبقات زمینه ای

- ❖ ناکارآمدی سازمان
- ❖ جوکاری نامطلوب
- ❖ سرچشمه های خطر

طبقات زمینه ای









۳- وارد کردن فرآیند به تحلیل

سوالاتی که در مورد فرآیند از داده‌ها پرسیده شد:

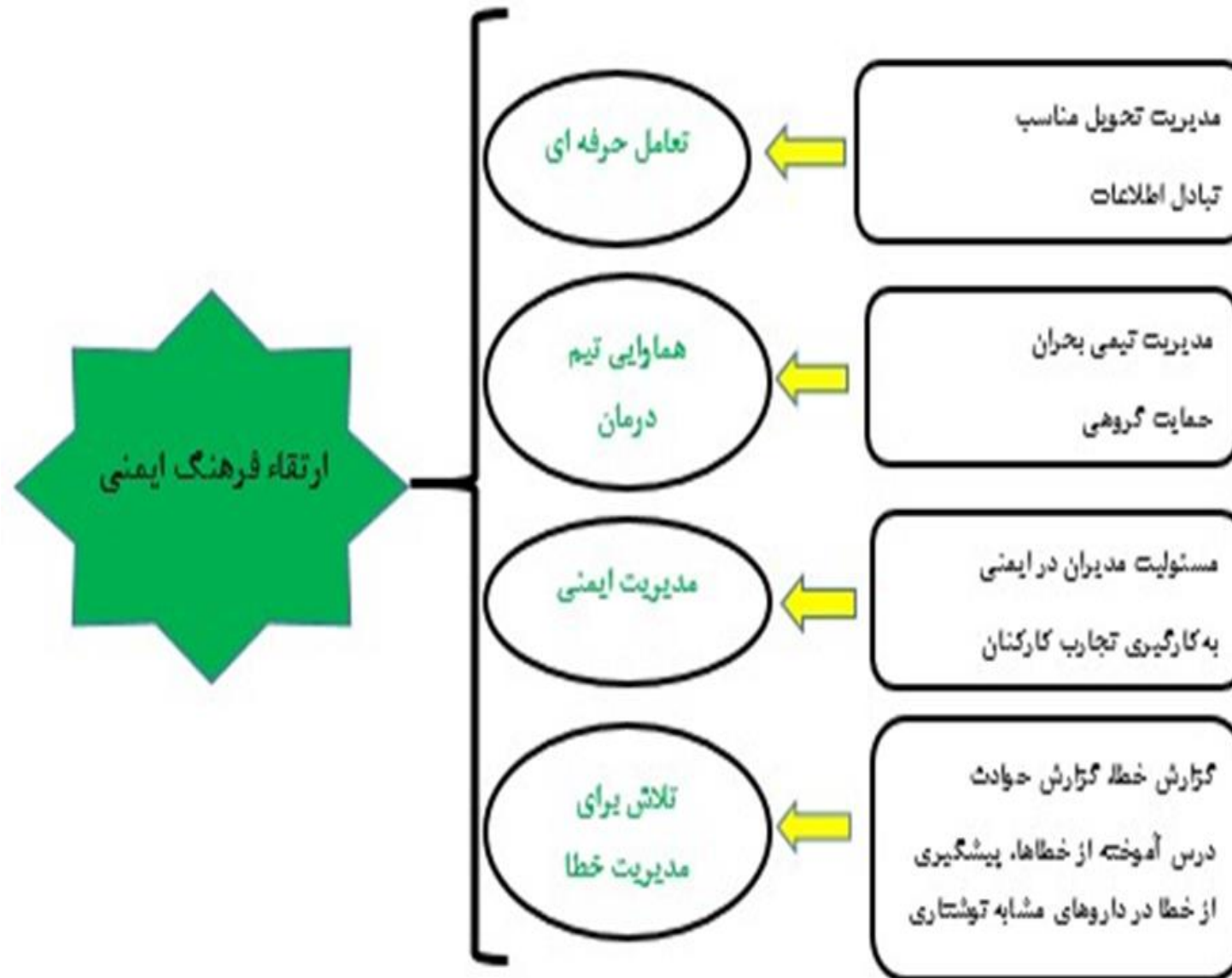
۱- اینجا چه روی می‌دهد؟

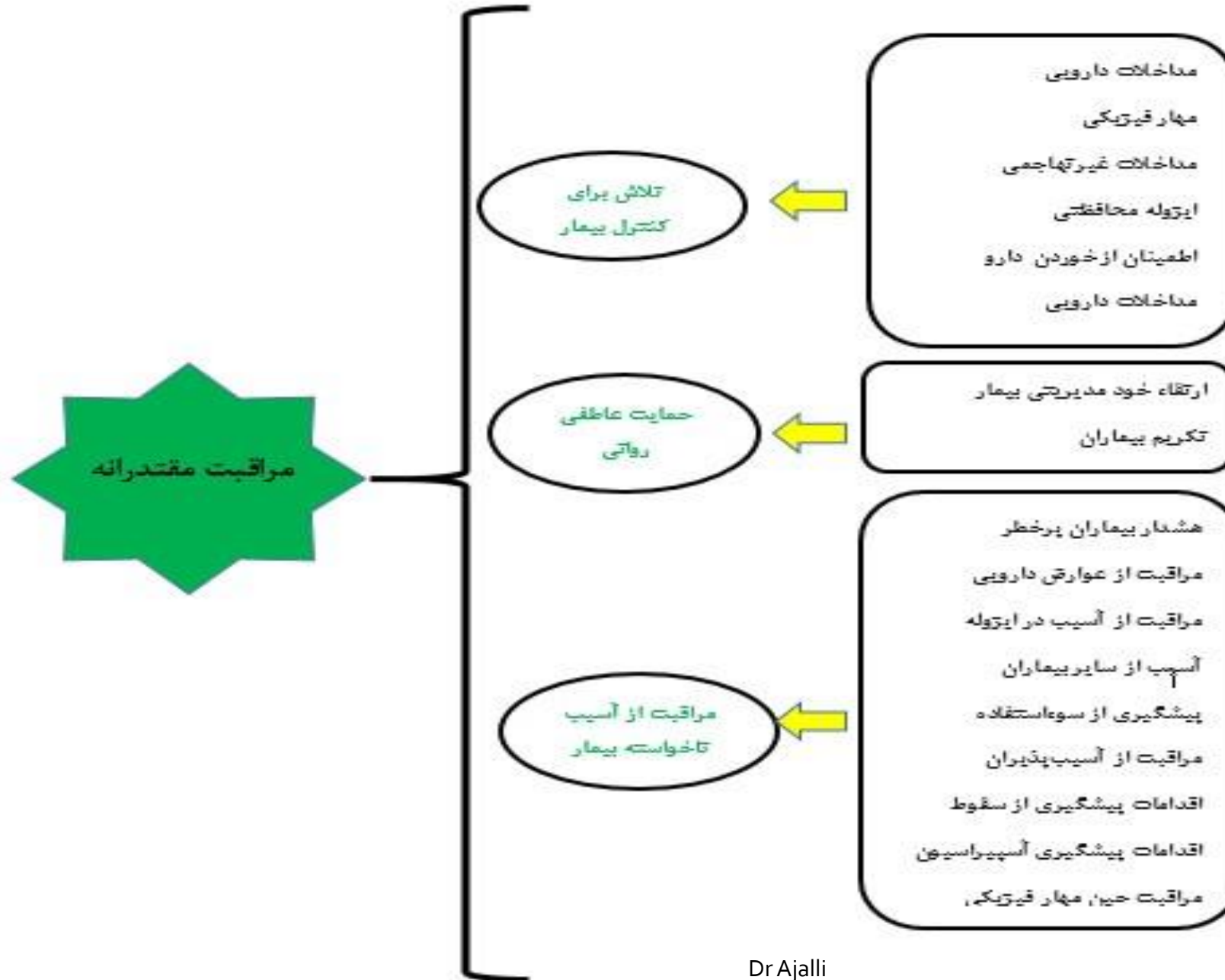
۲- چطور افراد با پاسخ‌های عاطفی و تعاملی به آسیب و خطر سازی در بیماران پاسخ می‌دهند؟

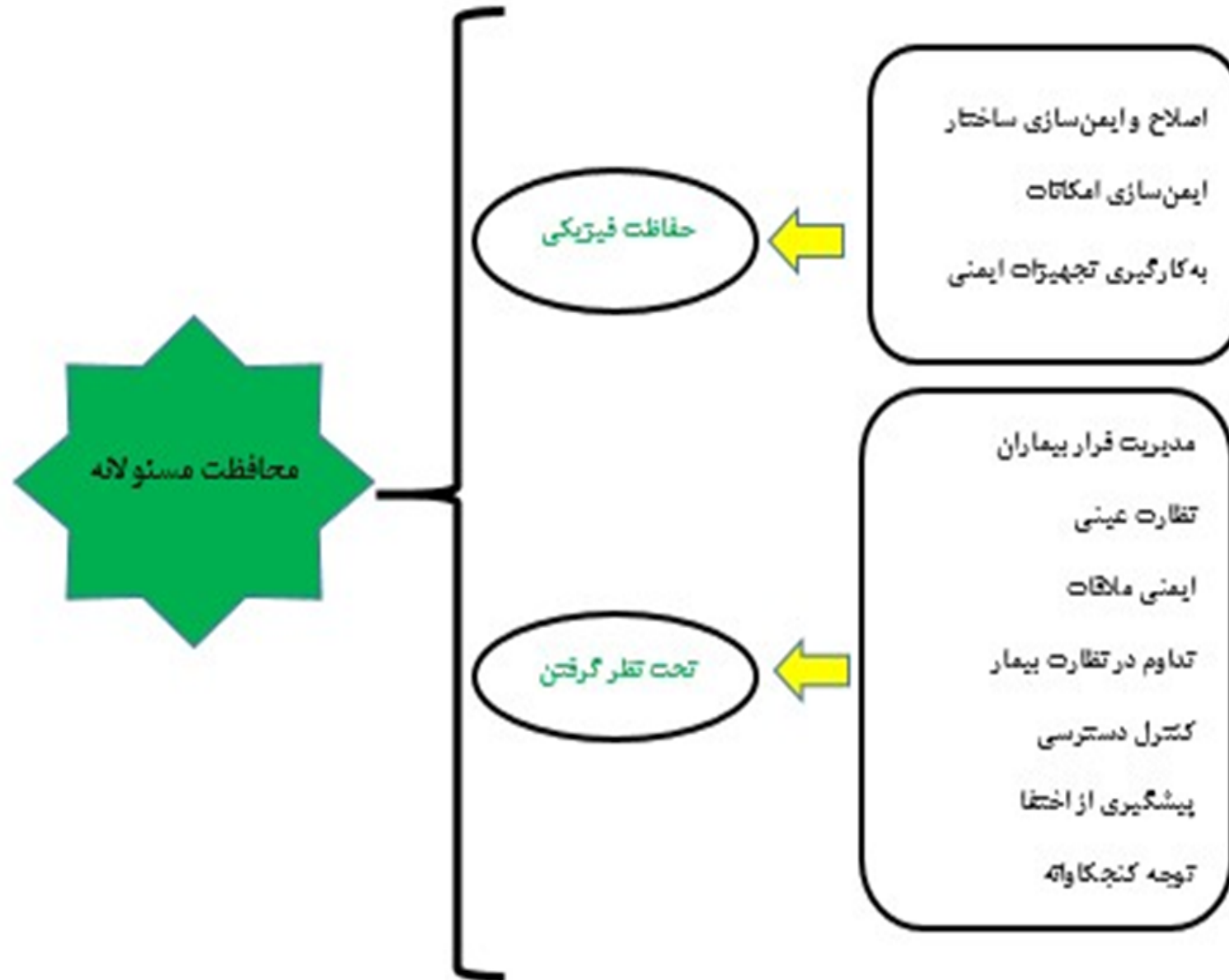
۳- تعامل یا عواطف ناشی از مشکلات یا تغییرات غیرقابل پیش‌بینی، چه فرقی با تعاملات معمول دارند؟

۴- تغییر ناخواسته عواطف و تعاملات چه نقشی در جریان بعدی تعاملات دارد؟

طبقات فرآیندی



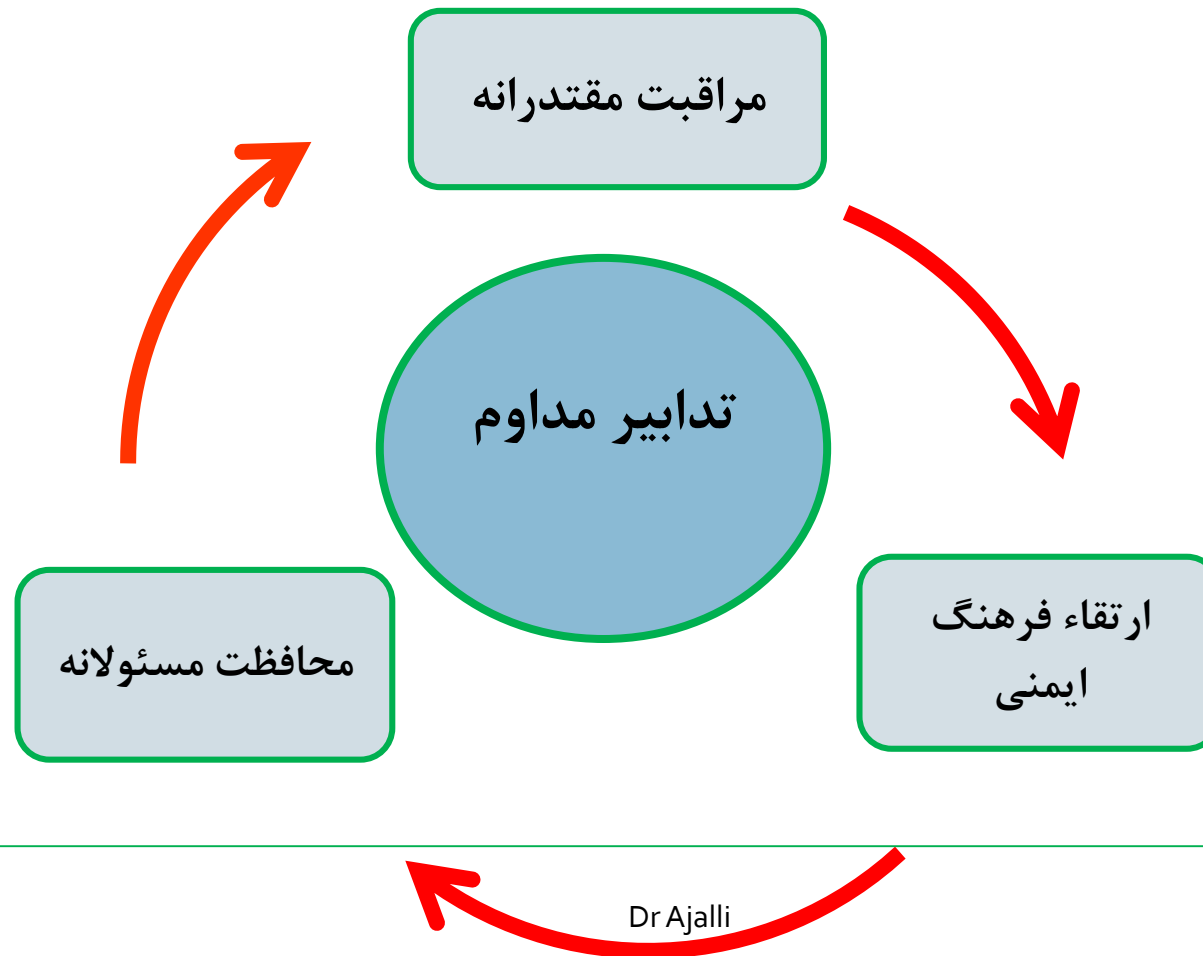






۴- یکپارچه سازی طبقات

نوشتن داستان تحلیلی ، مرور یادآورها و ترکیب دیاگرام ها و تأمل در طبقات ، جهت انتخاب طبقه مرکزی و چینش طبقات و مفاهیم منتج از مطالعه پیرامون طبقه مرکزی صورت گرفت.





نظریه «تدابیر مداوم»

جهت تأمین ایمنی بیمار در بخش‌های روان‌پزشکی "نگرانی از آسیب و خطرسازی بیماران" وجود دارد. یکی از عوامل زمینه‌ای که این نگرانی را ایجاد می‌کند "سرچشمه‌های خطر" می‌باشد که از عوامل "سوء رفتار حرفه‌ای" در کارکنان، "خانواده نا همراه" بیماران و "خطرسازی بیماران" تشکیل شده است. "سازمان ناکارآمد" و "جوکاری نامطلوب" ایجاد شده برای کارکنان از سایر عوامل زمینه‌های هستند که منجر به ایجاد نگرانی از آسیب و خطرسازی بیماران می‌گردند.

جهت مواجهه با دغدغه اصلی راهبردهای متعددی بکار گرفته می‌شوند، این راهبردها شامل (تعامل حرفه‌ای، هماوایی تیم درمان، مدیریت ایمنی و تلاش برای مدیریت خطا) با مفهوم کلی "ارتقاء فرهنگ ایمنی" و (تلاش برای کنترل بیمار، مراقبت از آسیب ناخواسته بیمار و حمایت عاطفی روانی) با مفهوم کلی "مراقبت مقتدرانه" و (حفاظت فیزیکی و تحت نظر گرفتن زیرکانه) با مفهوم کلی "محافظت مسئولانه" می‌باشد. تمامی این راهبردها را می‌توان با متغیر اصلی "تدابیر مداوم" توضیح داد، زیرا تک‌تک این راهبردها تدابیر پیوسته و مداومی هستند که بر اساس شرایط بیماران و بخش در راستای تأمین ایمنی بیمار به کار گرفته می‌شوند. محصول نهایی و پیامد این راهبردها ایمنی مرزی است که بیانگر ایمنی بیمار است که در مرز با نایمنی برای بیمار قرار دارد و هر لحظه می‌توان انتظار به خطر افتادن ایمنی بیمار در بخش‌های روان‌پزشکی را داشت.

طراحی مدل





تعیین فاکتورهای مرتبط و ارتباطات با استفاده از مرور متون

- ✓ کارکنان برای تأمین ایمنی بیمار از راهبرد نظارت هوشمندانه در بخش‌های روان‌پزشکی استفاده می‌نمایند. (تئوری زمینه‌ای)
- ✓ ارتقاء خود مدیریتی در بیمار یکی از راهبردهای مؤثر در ایمنی بیمار در بخش‌های روان‌پزشکی است. (تئوری زمینه‌ای)
- ✓ راهبرد حمایت عاطفی روانی از بیمار در بخش‌های روان‌پزشکی منجر به ارتقاء ایمنی بیمار می‌گردد. (تئوری زمینه‌ای)
- ✓ مداخلات غیرتهاجمی از راهبردهای مؤثر در ایمنی بیمار در بخش‌های روان‌پزشکی است. (تئوری زمینه‌ای)
- ✓ ارتقاء فرهنگ ایمنی یکی از راهبردهای اصلی در تأمین ایمنی بیمار در بخش‌های روان‌پزشکی است. (تئوری زمینه‌ای)
- ✓ ایمن‌سازی اقامت شامل ساختار و تجهیزات در بخش‌های روان‌پزشکی راهبردی اساسی برای تأمین ایمنی بیمار است. (تئوری زمینه‌ای)
- ✓ شرایط کاری پرستاران جزو عوامل بیرونی مؤثر در تأمین مراقبت پرستاری ایمن است (۶۲).



تعیین فاکتورهای مرتبط و ارتباطات با استفاده از مرور متون

- ✓ اشتباهات پرستاری منجر به خطر افتادن ایمنی بیمار می‌گردد (۶۲).
- ✓ عقاید فردی و انگیزه‌های درونی پرستاران در تأمین مراقبت پرستاری ایمن نقش دارد (۶۲).
- ✓ ابزار و تکنولوژی در تعامل با سازمان در ایمنی بیمار تأثیرگذار است (۶۹).
- ✓ محیط فیزیکی با تأثیر بر افراد و شرایط کاری با ایمنی بیمار رابطه دارد (۶۹).
- ✓ فرآیند کاری شامل فرآیند مراقبت جریان اطلاعات و فرآیند ارتقاء فعالیت‌ها بر ایمنی بیمار تأثیرگذار است (۶۹).
- ✓ روش‌های بازخورد در سیستم مراقبت سلامتی رابطه مستقیمی با ایمنی بیمار دارد (۷۰).
- ✓ روش‌های ارتقاء مداوم در سیستم‌های درمانی بر ایمنی بیمار در مراقبت سلامتی مؤثر می‌باشد (۷۰).
- ✓ وجود لایه‌های محافظ در مقابل خطاها و قصور منجر به حفظ ایمنی بیمار می‌گردد (۷۱).



تعیین فاکتورهای مرتبط و ارتباطات با استفاده از مرور متون

- ✓ لایه‌های محافظت در مقابل خطاها از جمله دانش، آلارم و اخطار و ترمیم سیستم در حفظ و تأمین ایمنی بیمار مؤثر است (۷۱).
- ✓ نواقص در لایه‌های محافظ (نقض قانون، نظارت ناکافی، منابع ناکافی، بی تجربگی) منجر به بروز خطاها می‌گردد (۷۱).
- ✓ تعهد و حمایت مدیریت ارشد، استقرار مدیریت خطر، تشویق در گزارش وقایع و استفاده از تجربیات و نظرات بیماران و خانواده‌ها از گام‌های مؤثر در ایمنی بیمار است (۷۱).
- ✓ تولید دانش و آگاهی برای عمل برای اطمینان از ایمنی بیمار ضروری و مهم می‌باشند (۷۲).



تعیین فاکتورهای مرتبط و ارتباطات با استفاده از مرور متون

کارکنان برای تأمین ایمنی بیمار از راهبرد مراقبت مقتدرانه در بخش‌های روان‌پزشکی استفاده می‌نمایند. (تئوری زمینه‌ای)

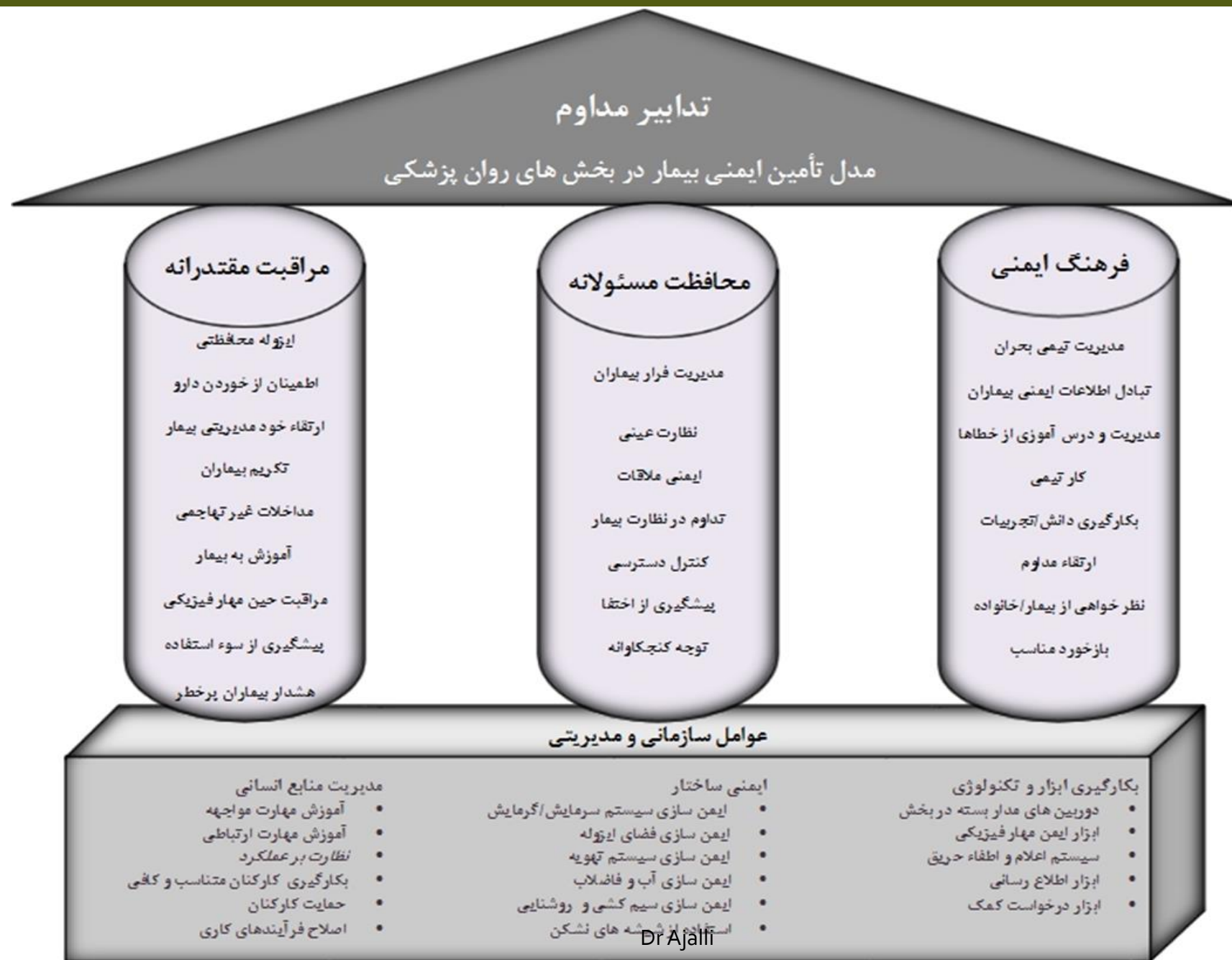
شرایط کاری پرستاران جزو عوامل بیرونی مؤثر در تأمین مراقبت پرستاری ایمن است (ویس مرادی).

ابزار و تکنولوژی در تعامل با سازمان در ایمنی بیمار تأثیرگذار است (کارایون ۲۰۰۵).

روش‌های بازخورد در سیستم مراقبت سلامتی رابطه مستقیمی با ایمنی بیمار دارد (هنریسکن ۲۰۰۸).

وجود لایه‌های محافظ در مقابل خطاها و قصور منجر به حفظ ایمنی بیمار می‌گردد (پرنگر ۲۰۰۵).

تولید دانش و آگاهی برای عمل برای اطمینان از ایمنی بیمار ضروری و مهم می‌باشند (مارگارت ۲۰۱۲).



با تشکر از صبر و حوصله شما



Dr Ajalli

بحث و نتیجه گیری





طبقه زمینه ای « ناکارآمدی سازمان »

- برنامه ریزی و بکار گیری کارکنان پرستاری بر اساس شرایط بخش بر ایمنی بیمار تاثیر گذار است (تافتگن ۲۰۱۵، سیلاکسمی ۲۰۱۵)
- مدیریت نامتناسب پرستاران با میزان استرس در آنها رابطه دارد (دیلاته ۲۰۱۷)
- به کارگیری نیروهای کافی با ایمنی پرستاران و بیماران مرتبط است (کول ۲۰۱۴)
- مدیریت در ایجاد محیط کار بهتر نقش زیادی دارد (اجلی ۲۰۱۵)
- عوامل انسانی و سازمانی با رخدادهای ایمنی ارتباط دارند (راسچیلد ۲۰۰۷، هالت ۲۰۱۴)
- الزام آموزش کارکنان وجود دارد (بونر ۲۰۱۲، سونیا ۲۰۱۷).



طبقه زمینه ای "جوکاری نامطلوب"

- عدم حمایت کافی و مدیریت خطر از عوامل مرتبط با جوکاری هستند (دیپلانه ۲۰۱۷، رضانی ۲۰۱۲)
- سلامتی و رفاه کارکنان در کارکرد و ایمنی آنها تأثیر دارد (استیونسون ۲۰۱۴، کالابرو ۲۰۰۸)
- سلامت روان کارکنان بر انگیزش شغلی آنها موثر است (رضانی ۲۰۱۲)
- کارکنان استرس بالا و احساس ناامنی دارند (بونر ۲۰۱۲، استیونسون ۲۰۱۴، تینکارا ۲۰۱۲، کالابرو ۲۰۰۸، بازارقندی ۲۰۱۲) که منجر به افت کیفیت زندگی و کاری آنان می گردد (زنگ ۲۰۱۳، پیچ ۲۰۰۴)



طبقه زمینه ای «سرچشمه های خطر»

- خشونت در بیماران بستری وجود دارد (باورز ۲۰۰۷)
- فرار در بیماران اتفاق می افتد و تأثیر سوئی دارد (اجلی ۲۰۱۷)
- آسیب به خود و خودکشی در بیماران روان پزشکی بستری در بخش ها روی می دهد (کاپور ۲۰۱۳، میلز ۲۰۱۳)
- تعداد زیادی از بیماران روان پزشکی مجرم هستند (صابری ۲۰۱۳)
- مصرف مواد مخدر در بیماران تأثیرات سوئی دارد (ریدای ۲۰۱۴)
- بیماران از فرآیند درمان تمکین نمی نمایند (اصفهانی ۲۰۰۸، ام سی شری ۲۰۱۴)



طبقه فرآیندی "ارتقاء فرهنگ ایمنی"

درک فرهنگ ایمنی بیمار لازمه ایمنی بیمار در سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات سلامتی است (سولن ۲۰۱۰)؛ و یکی از عناصر اصلی ارتقای ایمنی و بهبود کیفیت مراقبت از بیمار است (موقری ۲۰۱۳).

فرهنگ ایمنی کارکنان سلامت بهداشت و سازمان‌ها و بیماران را درگیر می‌نماید (هوگز ۲۰۰۸) علی‌رغم این‌که تعدادی از مراکز درمانی در ایران از سال ۲۰۱۰ به جمع بیمارستان‌های دوستدار ایمنی پیوسته‌اند، فرهنگ ایمنی در مراکز درمانی ایران مناسب نیست (اجلی ۲۰۱۵، موقری ۲۰۱۳).



طبقه "مراقبت مقتدرانه"

نظارت بر بیماران یک روش مهم برای پیشگیری از خودکشی در بیماران است (باورز ۲۰۱۱)

انتقال اطلاعات در کارکنان در ایمنی بیمار تأثیرگذار است (کانروا ۲۰۱۳)

نیاز به تداوم بر نظارت بیماران وجود دارد (پرکینز ۲۰۱۱، مردانی ۲۰۱۳) نیاز به کنترل دسترسی در بیماران وجود دارد (باورز ۲۰۱۱، استنلی ۲۰۱۲)

از دارو برای کنترل بیماران استفاده می شود (الشوگاری ۲۰۱۴).

صدمات ناخواسته: مراقبت از عوارض دارویی (بریکل ۲۰۱۱، بریکل ۲۰۰۹، راستچیلد ۲۰۰۷) صدمات مهار (استینرت ۲۰۱۰، مقدم ۲۰۱۴)، و سقوط بیمار و یا سوءاستفاده از آنان



طبقه «مراقبت مقتدرانه»

ارتباط با بیمار و رفتار مناسب در کنترل بیماران تأثیر دارد (هالت ۲۰۱۴)

- نیاز به آموزش در بیماران وجود دارد (امسیل ۲۰۰۳، فلیچر ۲۰۰۸)
- آموزش در بیماران روان پزشکی در ایمنی آن ها تأثیر دارد (کرستیانسن ۲۰۱۸)
- بیماران به تکریم نیاز دارند (غفاری ۲۰۱۲)
- بیماران نیاز به مراقبت دلسوزانه دارند (زمانزاده ۲۰۱۸).



بحث نظریه تدابیر مداوم

- ✓ مراقبت پرستاری ایمن در بیماران (ویس مرادی ۱۳۹۱): در این مدل ایمنی بیمار در مراقبت پرستاری مدنظر بوده است، تمرکز آن بر عوامل بیرونی و انگیزه دهنده‌های درونی مؤثر بر اشتباهات و خطاهای پرستاران است.
- ✓ مدل ابتکار سیستم مهندسی برای ایمنی بیمار (کرایون ۲۰۰۶): توجه بر عوامل سیستم کاری از جمله شخص، وظایف، ابزار و تکنولوژی، محیط فیزیکی عدم توجه به فرهنگ ایمنی
- ✓ مدل ارتقاء مداوم کیفیت (هنریکسون ۲۰۰۸): عدم توجه بر مسائل ساختاری و موارد مربوط به فرهنگ ایمنی مختص محیط روان‌پزشکی موردبررسی قرار نگرفته است
- ✓ هفت گام ایمنی بیمار (وودوارد ۲۰۰۵): توجه تنها بر عوامل فرآیندی و فرهنگی ایمنی بیمار
- ✓ مدل پنیر سویسی (پرنگر ۲۰۰۵): توجه بر خطاهای آشکار و پنهان انسانی



نتیجه گیری

تأمین ایمنی بیمار در بخش های روان پزشکی تفاوت های زیادی با مراکز عمومی دارد.

نیاز است به عوامل فرسودگی شغلی کارکنان، چالش در نقش و نامنی شغلی آنان توجه گردد

به کار گیری مناسب و توانمند سازی کارکنان و هتلینگ ایمن بیماران مورد نیاز است.

سوء رفتار حرفه ای کارکنان و خطر سازی بیماران و خانواده بیماران سرچشمه های خطر در بخش های روان پزشکی هستند

با تلاش برای کنترل بیمار و حمایت عاطفی روانی و مراقبت از آسیب ناخواسته بیمار بایست مراقبت مقتدرانه از بیماران انجام شود.

در بخش های روان پزشکی با حفاظت فیزیکی و تحت نظر گرفتن زیرکانه نیاز به محافظت مسئولانه از بیماران وجود دارد.

تعامل حرفه ای، هماوایی تیم درمان، تلاش برای مدیریت خطا و مدیریت ایمنی برای ارتقاء فرهنگ ایمنی مورد نیاز است.



پیشنهادهای برای مطالعات بعدی

- بررسی جزییات ساختار ایمن بخش‌های روان‌پزشکی، نحوه آموزش مهارت مواجهه با بیماران پرخطر برای کارکنان پرستاری، مسائل حقوقی در مواجهه با بیماران روان، جزییات بیشتر در مورد نحوه محافظت مسئولانه از بیماران، نحوه آموزش خانواده‌ها برای تأمین ایمنی بیمار و کارکنان در بخش‌های روان‌پزشکی و سایر نقش‌های سازمان و مدیریت می‌تواند در مطالعات بعدی مدنظر باشد.

نوآوری و مفاهیم جدید در این پژوهش

✓ارایه نظریه تدابیر مداوم

✓ارائه مدل تدابیر مداوم

مفاهیم:

✓مراقبت مقتدرانه

✓ایمن سازی اقامت

✓حمایت ناکافی

✓خانواده ناهمراه

✓خرده فرهنگ نامناسب بخش روان پزشکی

✓حفاظت فیزیکی

✓ایمنی مرزی

