



کتابچه خلاصه موارد

اولین همایش دانشجویی موارد اخلاق بالینی

دانشگاه علوم پزشکی البرز

۳ آبان ۱۴۰۲

دانشکده پرستاری و فوریت های پزشکی





به نام خداوند بخشنده مهربان

بهترین علم آن است که مفید باشد.

"حضرت علی (ع)"

آموزش علوم پزشکی اثربخش نمی تواند از محیط های حقیقی طبابت جدا باشد و باید هم راستا با نظام ارائه خدمات سلامت باشد. در عصر حاضر دانش آموختگان علوم پزشکی را نمی توان فقط در درون محیط و عرصه های دانشگاهی و آموزشی تربیت کرد، زیرا ارتباط برنامه آموزشی با واقعیت های عرصه محدود خواهد شد و دانش آموخته قادر نخواهد بود برای برآوردن نیاز جمعیتی که قرار است به آنها خدمت داده شود، آموزشی مناسب دریافت کند. این مهم که در سایه سیاست های کلان ابلاغی مقام معظم رهبری محقق شده، آموزش پزشکی کشور را به یک الگوی شناخته شده در منطقه و جهان تبدیل کرده است. این تغییرات در حد ادعا باقی نمانده و پیامدها و دستاوردهای آن، در قالب شاخص های پاسخگوئی به نیازها و انتظارات جامعه، قابل سنجش و ارزشیابی می باشد.

در همین راستا **اخلاق بالینی**، تخصصی عملی و ارائه دهنده رویکردی ساختاری برای تعریف، تحلیل و حل مسائل اخلاقی در پزشکی است. پزشکی حتی در فنی ترین و عملی ترین شکل خود، تقابل بین موجودات انسانی و کار پزشکان در تشخیص بیماری، پیشنهاد راهکار و ارائه درمان است که گاهی با چالش های اخلاقی و حقوقی روبه رو می شود

اینک ضمن قدردانی از تلاش و همت شایسته عوامل برگزاری اولین همایش گزارش موارد اخلاق بالینی، درود خالصانه خود را به شما عزیزان شرکت کننده تقدیم و توفیقشان را در دستیابی به اهداف این همایش و همچنین در جهت اعتلای توسعه سلامت محور از خداوند منان مسئلت می نمایم.

دکتر شهرام صیادی

رئیس دانشگاه علوم پزشکی البرز

رئیس اولین همایش گزارش موارد اخلاق بالینی دانشگاه علوم پزشکی البرز



به نام خداوندگار دانش و دانائی

هیچ صدقه ای که مردم دهند از علمی که منتشر شود برتر نیست.

" پیامبر اکرم (ص) "

معاونت آموزشی دانشگاه علوم پزشکی البرز با برنامه ریزی و هدایت و نظارت بر روند آموزش علوم پزشکی در دانشکده های تابع استان، به طور مستقیم و غیر مستقیم نقش حساسی در حفظ و ارتقای سلامت جامعه ایفا می کند. دانش پژوهی آموزشی، پژوهش در آموزش، فعالیت ها و برنامه های مرتبط با توانمند سازی اعضای هیات علمی، ارزشیابی برنامه ها و استادان، ارزیابی فراگیران، استفاده از فناوری های نوین آموزشی، روش های اثربخش تدریس، تجربیات آموزش پاسخگو و مبتنی بر جامعه و سایر موارد مشابه، موجب ارتقای کمی و کیفی آموزش علوم پزشکی می شود.

اولین همایش گزارش موارد اخلاق بالینی دانشگاه علوم پزشکی البرز، با گردهم آوردن صاحب نظران، پژوهشگران، استادان و دانشجویان محیط یادگیری ارزشمندی را فراهم می کند تا تجربه و دیدگاههای خود را در این زمینه به اشتراک گذارند. و برگزاری این چنین همایش هایی اقدامی اثرگذار در تشویق و سوق دادن هر چه بیشتر دانشجویان به سوی ارائه خدمت هرچه بهتر، افزایش رضایت بیماران، کاهش مشکلات و کاستی های موجود، رعایت موارد اخلاقی در بالین و رایج راهکارهای ارتقا خواهد بود.

در این همایش از میان ۵۰ مقاله ارسالی به دبیر خانه همایش، تعداد ۱۵ مقاله بصورت سخنرانی و ۱۳ خلاصه مقاله بصورت پوستر پذیرفته شد.

در پایان مراتب امتنان و سپاس خود را از تلاش های اعضای کمیته های برنامه ریزی علمی و اجرایی همایش، سخنرانان، ارائه دهندگان مقالات، اعضای پنل ها و نشست های تخصصی اعلام داشته و توفیقات روزافزونتان را از درگاه ایزد منان خواستارم.

دکتر شهروز یزدانی

معاون آموزشی دانشگاه علوم پزشکی البرز

دبیر اولین همایش گزارش موارد اخلاق بالینی دانشگاه علوم پزشکی البرز



ارکان اولین همایش دانشجویی موارد اخلاق بالینی:

رئیس علمی همایش: دکتر مرجان بناءزاده

دبیر علمی همایش: دکتر زهرا اسکندری

دبیر اجرایی همایش: خانم فاطمه بهمنش پور

همکاران بخش علمی اولین همایش دانشجویی موارد اخلاق بالینی:

دکتر علیرضا جشنی مطلق

دکتر مرتضی مطهری پور

دکتر سیما فیض اله زاده

دکتر روح انگیز نوروزی نیا

دکتر مرجان فیروزآبادی

دکتر سیامک امیری

دکتر سامان صابر

خانم صغری طاهر

دکتر عبدالرسول صداقت

دکتر علی جمال محمدی

دکتر لیلا ساداتی

دکتر سارا اسمعیل زاده

دکتر پردیس رحمت پور

دکتر رضا نبی امجد

خانم فاطمه بهمنش پور

دکتر محمد اسمعیلی آبدر

خانم زهرا طیبی میانه



هیات داوران خلاصه موارد و پوستره‌های اولین همایش دانشجویی موارد اخلاق بالینی:

دکتر عبدالرسول صداقت
دکتر علیرضا جشنی مطلق
دکتر علی جمال محمدی
دکتر مرتضی مطهری پور
دکتر لیلا ساداتی
دکتر سیما فیض اله زاده
دکتر سارا اسمعیل زاده
دکتر مریم آقابرای
دکتر محمد اسمعیلی آبدر
دکتر سیامک امیری
دکتر مرجان حاج فیروزآبادی
دکتر پردیس رحمت پور
دکتر رضا نبی امجد

همکاران بخش اجرایی اولین همایش دانشجویی موارد اخلاق بالینی:

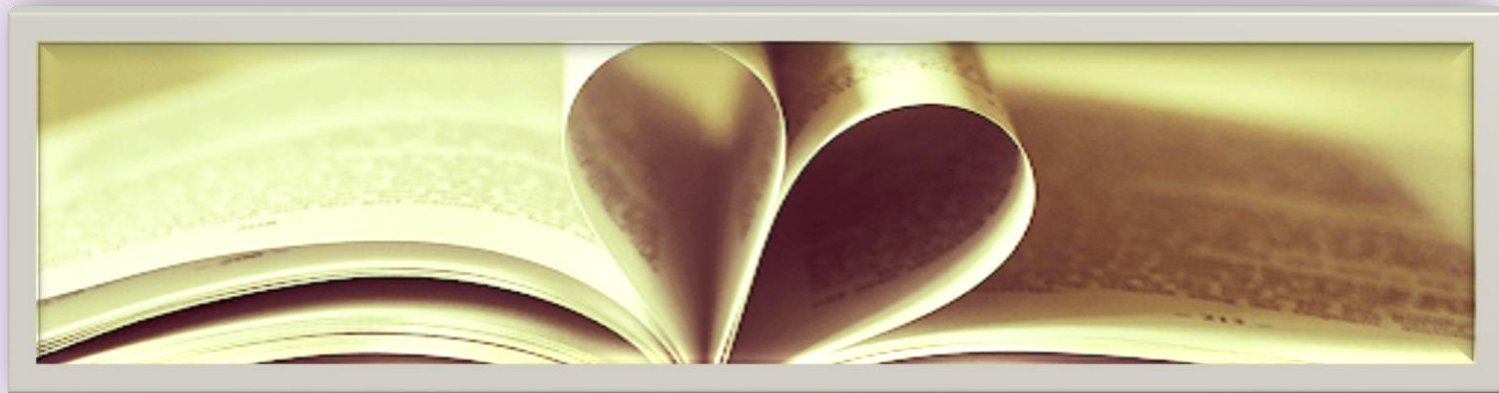
اشکان فرخی پور	دکتر مرجان بناءزاده
حمید درویشی	دکتر زهرا اسکندری
محسن محمدی	فاطمه بهمنش پور
سارا ارمندپیشه	فریبا آقاپور
محمد جدیدی	سید هادی پژوم
بهار نوریان	هانیه خدیو



فهرست

صفحه

۹	 اخلاق در تسکین درد بیمار با اعتیاد به مواد مخدر.....
۱۰	 تعهد حرفه ای و مسئولیت پذیری در یکی از مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی البرز
۱۲	 اطلاع رسانی صحیح و به موقع در عین رازداری و حقیقت گویی به بیمار مبتلا به بیماریهای عفونی در یکی از مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی البرز.....
۱۴	 انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی عضو سالم
۱۶	 امتناع از درمان در بیمار با سکنه حاد قلبی
۱۷	 تاثیر رعایت اصول تعهد حرفه ای ماما و پزشکان متخصص در پیشگیری از بروز آسفیکسی در نوزادان.....
۱۸	 چالش های مرتبط با بستری بیمار نوجوان در بخش مراقبت های ویژه.....
۲۰	 گزارش یک مورد عدم پیشرفت مرحله دوم زایمان طبیعی
۲۲	 تشخیص و مداخله غیر اصولی در زخم های عروقی
۲۴	 عدم رعایت حقوق اقشار آسیب پذیر
۲۵	 ارائه خدمات سلامت مطابق با شان و منزلت بیمار
۲۶	 خلاء حمایت و حمدهلی از خانواده در برابر سوءاستفاده از قدرت.....
۲۷	 چالش های اخلاقی بخش روان پزشکی



فهرست

صفحه

۲۹		تصمیم‌گیری اخلاقی و چالش‌های دندانپزشکان در بیماران دارای مشکلات اقتصادی
۳۱		نجات جان بیمار از مرگ ناشی از عوارض داروی زولپیدم و ملاتونین
۳۲		فوت بیمار بعد از عمل جراحی بدلیل عدم مسئولیت‌پذیری و رعایت شرح وظایف
۳۵		فوت بیمار بعد از عمل جراحی بدلیل عدم ارزیابی صحیح قبل و بعد از جراحی
۳۶		فوت کودک بدلیل تاخیر حضور و انجام اقدامات عملیات احیاء به صورت صحیح
۳۷		گزارش خطا دارویی توسط دانشجویان پرستاری
۳۸		ترخیص با رضایت شخصی
۴۱		ارزیابی کامل و تحویل استاندارد بیماران بعد از جراحی
۴۳		تزریق خون به بیمار اهل تسنن اورژانسی در فرآیند ارائه خدمت مراقبت‌های پس از جراحی قلب باز



عنوان: اخلاق در تسکین درد بیمار با اعتیاد به موادمخدر

نویسندگان :

نویسنده اول و اصلی: * مهدی عظیمیان زواره - اخلاق پزشکی - گروه فلسفه و اخلاق سلامت - دانشکده سلامت و دین - دانشگاه علوم پزشکی قم
نویسنده دوم: سارا خدایار - کارشناس ارشد سم شناسی - گروه میکروب شناسی - دانشکده پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی البرز - کرج - ایران)

مقدمه :

از جمله تکالیف ارائه کنندگان مراقبت و خدمات سلامت (بندهای ۸-۱ و ۱۴-۱ منشور حقوق بیمار جمهوری اسلامی ایران، و نیز مواد ۱۲، ۴۵، راهنمای عمومی اخلاق حرفه ای شاغلین حرف پزشکی و وابسته سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران) تلاش برای کاستن درد و رنج بیمار است.

معرفی کیس :

بیمار آقای م. الف ۵۴ ساله به دلیل شکستگی تیپا بدلیل تصادف با موتورسیکلت در بخش ارتوپدی بستری است امروز تحت عمل جراحی قرار گرفته است. ادیکت به اوپیوم میباشد. ۱۵ دقیقه پس از تحویل از OR اظهار درد در ناحیه عمل میکند. پرستار میگوید که شما تازه از اتاق عمل آمدید و امکان تزریق مسکن وجود ندارد. بعد از نیم ساعت با داد و فریاد بیمار مواجه می شود ۲۵ میلی گرم پتدین طبق دستور پزشک (PRN) به صورت وریدی برای بیمار تزریق می کند.

چالش های اخلاقی:

ذهنیت درمانگر نسبت به بیمار معتاد و میزان دردی که بیان میکند، حدود مسئولیت پرستار در تجویز داروی PRN و توصیه به مصرف اوپیوم در راستی آزمایی درد واقعی او را دچار چالش میکند.
استفاده متداول از دارونما منجر به کاهش اعتماد بیماران به تیم مراقبت در مدیریت درد میشود.

راهکارها و پیشنهادات:

قاعده اثر دوگانه میتواند در این مورد مطرح باشد. بر اساس آن، فاعل اخلاقی مجاز نیست عامدانه عمل بدی را برای رسیدن به نتایج خوب انجام دهد، اما گاهی مجاز است عمل خوبی انجام دهد، به رغم اینکه این عمل نتایج بدی را نیز بصورت ناخواسته به دنبال خواهد داشت.

بحث و نتیجه گیری:

لزوم تلاش برای کاستن درد و رنج بیمار از اصل سودرسانی (beneficence) از اصول چهارگانه اخلاق پزشکی و اصل نوع دوستی (altruism) از اصول شش گانه حرفه مندی هم استخراج میشود. اعتیاد بیمار نبایستی بر ذهنیت درمانگر در مراقبت تسکینی تاثیر بگذارد. اجرای فرایند منطبق با عدم اضرار باشد.

کلید واژه ها :

تسکین درد ، اخلاق پزشکی ، سودرسانی ، نوع دوستی ، اثر دوگانه



عنوان : تعهد حرفه ای و مسئولیت پذیری در

در یکی از مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی البرز

نویسنده اول و اصلی: فاطمه رحیمی (۱)

سایر نویسندگان: وجیهه میرزایی (۲) زهره رحمانی واسوکلایی (۳) فاطمه غلامی (۴) سارا ارمند پیشه (۵)

۱ و ۲) کارشناسی ارشد پرستاری، مرکز تحقیقات قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.

۴ و ۵) کارشناس پرستاری، واحد توسعه تحقیقات بالینی رجایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.

بیان مساله :

رازداری و محرمانه نگه داشتن اطلاعات و مستندات پرونده بیماران یکی از اصول بسیار مهم در حرفه پزشکی و پرستاری و از وظایف کادر درمان می باشد و دارای سابقه ای دیرینه در دنیای پزشکی می باشد. در سوگندنامه بقراط به اهمیت این موضوع اشاره شده است و از آن به مانند امری مقدس نام برده شده است. در اسلام نیز به موضوع رازداری اهمیت زیادی داده شده است و پر واضح است که اگر این موضوع مربوط به روابط کادر درمانی و بیمار باشد اهمیت آن دوچندان می شود. این مسئله در بیماران مبتلا به نقص ایمنی اکتسابی ، مبتلایان به بیماری های ویروسی و نادر و... از دیر باز چالش بزرگی بوده است. از اینرو جنبه های اخلاقی حفظ حقوق فردی و اجتماعی بیمار در ارتباط با افراد دیگر مرتبط با بیماران از اهمیت بالایی برخوردار است. محرمانه نگه داشتن مستندات پرونده پزشکی بیمار که از اصول اتونومی یا خودمختاری می باشد، بسیار مهم است و از طرفی به علت ویژگی های خاص برخی بیماریها ، اطلاع رسانی صحیح و به موقع همراه با حفظ امنیت سایر اعضای خانواده بیمار ضروری و اصول مهم پرستاری می باشد.

معرفی بیمار :

بیمار آقای ۵۲ ساله متاهل دارای ۶ فرزند و شغل آزاد با علام و نشانه های درد سینه، درد کتف و بازو همراه با سرفه و سابقه مراجعه به قبلی در ۲۴ ساعت گذشته به درمانگاه خصوصی و یکی از مراکز بیمارستانی تا مین اجتماعی داشته است بدلیل عدم بهبودی به اورژانس مرکز قلب مراجعه و توسط طب اورژانس و اینترن ویزیت با توجه کاهش درد و ضرورت آنژیوگرافی به بخش قلب جهت ادامه درمان انتقال داده میشود. در پیک اول کووید ۱۹ با توجه به محدودیت انجام اقدامات تشخیصی و آموزش ناکافی کادر پزشکی و درمانی و تمرکز بر مراکز و بخش های کووید و همچنین ناشناخته بودن کووید و ارتباط آن با آن اختلالات قلب و عروقی ، میزان مورتالیتی و موربیدیتی با حضور کووید بیشتر بود لذا بیمار مربوطه در بخش قلب قبل در حین فرایند آمادگی آنژیوگرافی بعد انجام اسکن ریه ارست قلبی نموده و کد ۹۹ بر بالینی بیمار اعام میگردد. با توجه به آماده نبودن گزارش و گرافی اسکن ریه و عدم آگاهی برخی اعضاء کد احیاء، فرایند احیاء شروع میشود . طبق دستورالعمل احیاء با توجه به ریتم VF شوک قلبی و ماساژ قلبی شروع میشود در همین زمان گزارش مثبت کووید بیمار اعلام میگردد . با توجه به ضرورت ادامه فرایند احیاء و ضرورت اینتوباسیون بیمار ، کادر پزشکی و درمانی تمایلی جهت اینتوباسیون نداشتند یکی از همکاران پرستاران با پوشش ماسک جراحی با عنایت به مسئولیت و تعهد حرفه ای اقدام به اینتوباسیون بیمار و برقراری فرایند تنفسی جهت بیمار میکنند پزشک بیهوشی تایید اینتوباسیون در را اعلام میکند و فرایند احیا ادامه پیدا کرده و فرایند درمانی و مراقبتی بیمار ادامه پیدا میکند. پس از با ثبات شدن وضعیت بالینی بیمار جهت انجام آنژیوگرافی به کت لب بیمارستان منتقل شده جهت مراقبتهای ویژه قلبی به بخش سی سی یو منتقل میشود . پرستار مربوطه با ویزی متخصص ریه داروهای پروفیلاکسی را جهت کووید شروع میکند و تا ۴۸ ساعت اول تماس با بیمار ، قرنطینه خانگی میشود.



بحث و نتیجه گیری :

تعهد و مسئولیت حرفه ای در پرستاری ابعاد گسترده ای و وسیعی دارد در و در واقع تضمین کننده شاخص های سلامت و بهبود کیفیت خدمات پرستاری است. مسئولیت در پرستاری فرآیندی پیچیده است که با مفاهیم پاسخگویی، تعهد، نعهدوستی و وجدان کاری مشخص می شود. زمانی که رعایت اخلاق حرفه ای در پرستاران با چاشنی معنابخشی و احساس معنویت در کار، تجلی و نمود پیدا کند، تأثیر قابل ملاحظه ای بر مسئولیت پذیری پرستاران خواهد داشت. پرستار مسئولیت پذیر در واقع فردی پاسخگو در برابر مراقبت است و هدف وی رضایت دریافت کنندگان خدمات پرستاری است. به عبارتی کار داوطلبانه و توجه به برابری در عرضه خدمات، احترام به خواسته ها و شخصیت افراد و سعی در ایجاد اعتماد مددجویان به عنوان ارزش های مسئولیت پرستاری است. در پاندمی کووید بسیاری از همکاران پرستاری با رعایت اصل تعهد و مسئولیت پذیری جان خود را در حفظ جان بیماران اهدا نمودند و بسیاری دیگر دچار چالش های اخلاقی شدند.

بحث و نتیجه گیری :

کلید واژه ها : مسئولیت، تعهد حرفه ای، کووید ۱۹



نویسنده اول و اصلی: فاطمه رحیمی (۱)

سایر نویسندگان: سمیه شاهواروقی (۲) زهره رحمانی واسوکلایی (۳) زهرا عابدی (۴) زهره خرسند (۵) طیبه گودینی (۶)

(۱ و ۲) کارشناسی ارشد پرستاری، مرکز تحقیقات قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.
(۳ و ۴ و ۶) کارشناس پرستاری، واحد توسعه تحقیقات بالینی رجایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.

عنوان : اطلاع رسانی صحیح و به موقع در عین رازداری و حقیقت گویی به بیمار مبتلا به بیماریهای عفونی در یکی از مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی البرز

بیان مساله :

رازداری و محرمانه نگه داشتن اطلاعات و مستندات پرونده بیماران یکی از اصول بسیار مهم در حرفه پزشکی و پرستاری و از وظایف کادر درمان می باشد و دارای سابقه‌ای دیرینه در دنیای پزشکی می باشد. در سوگندنامه بقراط به اهمیت این موضوع اشاره شده است و از آن به مانند امری مقدس نام برده شده است. در اسلام نیز به موضوع رازداری اهمیت زیادی داده شده است و پر واضح است که اگر این موضوع مربوط به روابط کادر درمانی و بیمار باشد اهمیت آن دوچندان می شود. این مسئله در بیماران مبتلا به نقص ایمنی اکتسابی ، مبتلایان به بیماریهای ویروسی و نادر و... از دیر باز چالش بزرگی بوده است. از اینرو جنبه های اخلاقی حفظ حقوق فردی و اجتماعی بیمار در ارتباط با افراد دیگر مرتبط با بیماران از اهمیت بالایی برخوردار است. محرمانه نگه داشتن مستندات پرونده پزشکی بیمار که از اصول اتونومی یا خودمختاری می باشد، بسیار مهم است و از طرفی به علت ویژگی های خاص برخی بیماریها ، اطلاع رسانی صحیح و به موقع همراه با حفظ امنیت سایر اعضاء خانواده بیمار ضروری و اصول مهم پرستاری می باشد.

معرفی بیمار :

بیمار آقای ۶۷ ساله متاهل ساکن کانادا و دارای ۲ فرزند و بازنشسته ارتش با رشته خلبانی که جهت پیگیری درمان به ایران برگشته و در یکی از بیمارستان های ایران بستری شده است. بیمار با سردرد و حالت تهوع و کاشکسی و ضعف و بیحالی شدید و سابقه ای از تومور مغزی مراجعه و با تشخیص احتمالی متاستاز تومور مغزی (گلیوما) در بخش micu تحت مراقبت و مداخلات درمانی قرار گرفته است. در زمان اخذ اطلاعات آزمایشگاهی پرستار مسئول مراقبت از بیمار متوجه مثبت شدن آزمایش های مرتبط با هپاتیت C، ایدز می گردد. در زمان ملاقات و در پاسخ سوالات همسر و خانواده بیمار در جهت پیشگیری و غربالگری از جهت احتیاطات استاندارد ، نتایج آزمایشات بیمار را در اختیار همسر و خانواده وی قرار میدهد. همسر و خانواده بیمار ابتدا از صحت و تایید آزمایشات بسیار عصبانی و ابراز نارضایتی میکنند و درخواست تکرار مجدد آزمایشات در خارج از بیمارستان را مطرح میکنند . با هماهنگی پرستار مسئول شیفت با پزشک معالج بیمار، نمونه خون جهت آزمایشگاهی در خارج از بیمارستان ارسال می گردد ولی همان نتایج بدست می آید و تغییری در نتایج نبوده است. بیمار به متخصص نورولوژی و عفونی جهت مشاوره ارجاع داده می شود. پزشک معالج و سرپرستار بخش همسر بیمار را جهت غربالگری آزمایشات هپاتیت سی و ایدز به مراکز مربوطه و بهداشت راهنمایی میکنند. بر اساس دستورالعمل بهداشتی برای تمام اعضای خانواده بیمار (همسر و دو

فرزندش) باید آزمایشات تکمیلی و ایدز انجام میشد بنابراین توصیه های لازم صورت گرفت. این موضوع باعث نگرانی خانواده و بستگان درجه یک بیمار شد . بیمار از عکس العمل خانواده همسرش و خودش بسیار ناراحت و مضطرب و استرس داشت. در طی فرایند درمان ، بیمار و همسرش بدلیل عکس العمل خانواده بیمار، درخواست رضایت شخصی و خروج از بیمارستان و بستری در بیمارستان خصوصی را داشتند و خود بیمار، جهت ملاقات بستگان و خانواده اش بسیار نگران و مضطرب بود. روش اطلاع رسانی پرستار مسئول مراقبت از بیمار باعث ناراحتی بیمار و نگاه های بد خانواده بیمار بعد از سال های دوری از کشور و با توجه به وجه نظامی بودن بیمار شده بود و جهت ادامه درمان و مراقبت از بیمار را



(همسر و دو فرزندش) باید آزمایشات تکمیلی و ایدز انجام میشد بنابراین توصیه های لازم صورت گرفت. این موضوع باعث نگرانی خانواده و بستگان درجه یک بیمار شد. بیمار از عکس العمل خانواده همسرش و خودش بسیار ناراحت و مضطرب و استرس داشت. در طی فرایند درمان ، بیمار و همسرش بدلیل عکس العمل خانواده بیمار، درخواست رضایت شخصی و خروج از بیمارستان و بستری در بیمارستان خصوصی را داشتند و خود بیمار، جهت ملاقات بستگان و خانواده اش بسیار نگران و مضطرب بود. روش اطلاع رسانی پرستار مسئول مراقبت از بیمار باعث ناراحتی بیمار و نگاه های بد خانواده بیمار بعد از سال های دوری از کشور و با توجه به وجه نظامی بودن بیمار شده بود و جهت ادامه درمان و مراقبت از بیمار را دچار مشکل نموده بود به طوری که از دریافت دارو و مراقبت ها امتناع میکرد و رفتارهای خودکشی و افسردگی شدید طبق نظر پزشکان در وی مشاهده میشد. بیمار با رضایت شخصی بیمارستان دولتی را ترک و در بیمارستان خصوصی بستری شد.

بحث و نتیجه گیری :

یکی از اصول مهم اخلاقی در مراقبت های پرستاری رازداری و حفظ محرمانگی اطلاعات و همراه با اطلاع رسانی صحیح و به موقع می باشد که در این مورد این بیمار در نظر گرفته نشده است. با توجه به دستورالعمل های احتیاطات استاندارد در خصوص بیماری ایدز و هپاتیت سی ، بهتر بود اطلاع رسانی از طریق پزشک معالج بیمار و براساس دستورالعمل های کنترل عفونت ، فقط به همسر بیمار و فرزندانش جهت پیشگیری و غربالگری اطلاع رسانی میشد

در زمان اطلاع رسانی محیط امن و جدا از یونیت بیمار جهت همسر و خانواده بیمار با رعایت وضعیت بالینی بیمار صورت می گرفت. بعد از اخذ نتایج آزمایشات منفی خانواده بیمار ، مداخلات انجام گرفته در جهت کاهش استرس و اضطراب بیمار ، به خود بیمار هم اطلاع رسانی میشد. از طرف دیگر با توجه به دوری خانواده بیمار (سکونت بیمار خارج از ایران به مدت ۱۰ سال) ذهنیت ابتلا خانواده بیمار امکان نداشته و دلیلی برای اطلاع و غربالگری آنان وجود نداشت . امامتاسفانه با توجه به ذهنیت قدیم مردم نسبت به بیماری ایدز و هپاتی با شنیدن اسم آن دچاری نگرانی و تشویش میشوند.

کلید واژه ها : اطلاع رسانی صحیح ، رازداری ، حقیقت گویی ، بیماریهای عفونی



عنوان: انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی عضو سالم

نویسندگان :

مرضیه صیدآبادی. کارشناس مسئول برنامه وقایع ناخواسته درمانی. معاونت درمان. دانشگاه علوم پزشکی البرز. کرج. ایران

ایمیل: Marziehs.94112@gmail.com

مقدمه :

ایمنی بیمار پیش گیری و تعدیل آسیب های ایجاد شده در اثر حذف خطاهای مربوط به مراقبت های بهداشتی می باشد که با به کارگیری شیوه ها و راهکارهای عملی، وقوع خطاها را به حداقل رسانده و باعث عدم تکرار آن در صورت وقوع حوادث می شود.

معرفی کیس : مددجو خانمی ۳۶ ساله در تاریخ ۱۴۰۱/۰۹/۲۹ ساعت ۱۰:۳۲ صبح با تشخیص تروما به انگشت چهارم دست چپ در اثر نزاع به اورژانس بیمارستان مراجعه نموده است. در ساعت ۱۲:۰۰ ظهر پس از تشکیل پرونده در سرویس ارتوپدی و بخش جراحی زنان بستری گردیده است. در ساعت ۲۱:۰۰ از بخش به اتاق عمل منتقل شده و در ساعت ۲۳:۳۰ پس از عمل پین گذاری انگشت دست چپ توسط پرسنل بخش از اتاق عمل تحویل گرفته شده است. در تاریخ ۱۴۰۱/۰۹/۳۰ ساعت ۶:۰۰ صبح به دستور پزشک معالج، گرافی کنترل از دست چپ بیمار انجام شده و پس از رویت گرافی توسط پرستار و اظهار خود بیمار و مستندات پرونده متوجه شدند که به جای انگشت چهارم، انگشت سوم دست بیمار تحت عمل پین گذاری قرار گرفته است. در ساعت ۷:۳۰ صبح پرستار بیمار با یکی از رزیدنت های ارتوپدی تماس گرفته و وقایع را به اطلاع ایشان رسانیده است که فرمودند عمل توسط ایشان انجام نشده ولی جهت بررسی و ویزیت بیمار در ساعت ۷:۵۰ به بخش مراجعه نموده و اشتباه همکارشان را تایید نمودند و طی هماهنگی با اتند مربوطه بیمار در لیست عمل ظهر همان روز قرار گرفته است و مجدداً جراحی هر دو انگشت انجام شده است.



چالش های اخلاقی:

۱. عدم تحویل صحیح بیمار بین تیم درمان براساس تکنیک SBAR
۲. عدم برقراری ارتباط موثر با بیمار
۳. عدم رعایت دستورالعمل جراحی ایمن در شروع، طی عمل جراحی و انتهای عمل جراحی توسط تیم جراحی و بیهوشی
۴. عدم توجه به علامت گذاری موضع عمل
۵. عدم دقت در خصوص ناحیه آسیب دیده توسط جراح معالج
۶. گزارش نادرست کتبی و بالینی بیمار توسط پرسنل بیهوشی و اتاق عمل بعد از عمل جراحی به مسئول ریکاوری
۷. عدم توجه به یافته های بالینی بیمار
۸. عدم ارتباط موثر بین رزیدنت با اتند مربوطه
۹. عدم حضور اتند مربوطه در اتاق عمل

راهکارها و پیشنهادات:

- تاکید و نظارت برانجام ارزیابی لازم و عملکرد تیم جراحی و بیهوشی مطابق دستورالعمل جراحی ایمن (قبل از القاء بیهوشی به بیمار، قبل از برش پوست بیمار و قبل از خروج بیمار از اتاق عمل)
- الزام چک چند مرحله ای ناحیه عمل جراحی با اظهارات بیمار، مستندات پرونده و ... از ابتدای ورود به اتاق عمل جراحی
- ضرورت آموزش عملیاتی برقراری ارتباط موثر با بیمار جهت کلیه کادر درمانی
- تاکید و نظارت در خصوص دقت به ناحیه آسیب دیده و یافته های بالینی بیمار
- الزام تحویل و تحول بالینی صحیح بیمار و ثبت گزارشات و مستندات پرونده مطابق مشاهدات بالینی
- عدم ثبت و تکمیل گزارشات پرستاری در ابتدای شروع هر پروسیجر و الزام ثبت در هر مرحله (ترياز، عمل جراحی و ریکاوری) پس از انجام هر پروسیجر
- تاکید و نظارت بر حضور اتندهای هیات علمی در اتاق های عمل جراحی و نظارت بر عملکرد دستیاران تخصصی

لزوم انجام صحیح کنترل و بررسی پرونده های بالینی بیمار و ثبتیات پرونده توسط مسئولین بخش های بالینی و انجام اقدامات اصلاحی اثربخش در صورت وجود موارد خطا/مشکل دار

بحث و نتیجه گیری:

یکی از راهکارهای بسیار مفید و سودمند در ایمنی بیمار استفاده از سیستم گزارش دهی، استفاده از تجربیات دیگران و درس آموخته های اخذ شده از خطاها و حوادث درمانی می باشد. لذا مدیریت خطاهای پزشکی، روشی است که اجازه می دهد تا سازمان با روش گذشته نگر به شناسایی عوامل اساسی خطاها پرداخته و تمرکز اصلی این روش بر اصلاح فرآیند در سازمان و رویکرد عاری از سرزنش باشد.

کلید واژه ها: ارتباط با بیمار - عمل جراحی اشتباه - عضو سالم



عنوان: امتناع از درمان در بیمار با سکته حاد قلبی

نویسندگان :

نویسنده اول و اصلی: اکرم زاکانی، کارشناس ارشد سالمندی، مرکز تحقیقات قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران
نویسنده دوم: سیما فیض اله زاده، دکتری تخصصی سلامت در بلایا و فوریت ها، هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

نویسنده سوم: فاطمه رحیمی، کارشناس ارشد پرستاری مراقبت ویژه، مرکز تحقیقات قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران
نویسنده چهارم: ربابه حق وردی، کارشناس ارشد پرستاری داخلی جراحی، واحد توسعه تحقیقات بالینی رجایی، مرکز آموزشی درمانی شهید رجایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران
نویسنده پنجم: لیلا شفیعی - کارشناس پرستاری - واحد توسعه تحقیقات بالینی رجایی، مرکز آموزشی درمانی شهید رجایی دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

مقدمه: از مفهوم رضایت، از اصل اخلاقی استقلال بیمار ناشی می‌شود. بیمار از این آزادی برخوردار است که قبل از انجام عمل جراحی، تصمیم بگیرد که چه اتفاقی باید روی بدنش بیفتد و اطلاعاتی را در این زمینه کسب نماید. هیچ کس دیگر (حتی پزشک) حق ندارد بیمار را وادار به این کار کند که به روشی خاص عمل نماید. اخذ رضایت از بیماران در شرایطی خاص مانند وضعیت‌های تهدید کننده زندگی الزامی نیست. **معرفی کیس:** مددجو آقای ۵۲ ساله، با شکایت درد قفسه سینه و با شک به سکته قلبی با آمبولانس ۱۱۵ به اورژانس بیمارستان (به اجبار همراهان و همکاران فوریت) منتقل شده و بیان میکند که پس از انجام نوار قلب جهت ادامه درمان به پزشک خود مراجعه خواهد کرد. پس از انجام نوار قلب تشخیص سکته حاد قلبی مسجل شد، اما بیمار همچنان از انجام آنژیوپلاستی اولیه ممانعت میکند. بیمار از اتاق CPR خارج شده و به هیچ وجه راضی به ادامه درمان نیست.

چالش‌های اخلاقی: ضرورت اخذ رضایت مبتنی بر اصل اخلاقی استقلال بیمار در تصمیم‌گیری می‌باشد از طرفی اگر بیمار اجازه داشته باشد از مرکز خارج شود احتمال آسیب جانی مطرح است و اصل دیگر اخلاق (آسیب نرساندن) نقض خواهد شد.

راهکارها و پیشنهادات: با همسر بیمار صحبت شد و این توضیح که حتی نیازی به رضایت به دلیل مخاطره جان بیمار، نیست داده شد، اما رضایت بیمار توسط همراه نیز جلب نشد، در نهایت سوپروایزر اورژانس با هدایت بیمار به اتاق CPR و دعوت به آرامش و ارائه توضیحات لازم و نهایتاً علیرغم میل باطنی با تهدید بیمار به مرگ (حاصل عدم ادامه درمان) موفق به اخذ رضایت بیمار شد. حال این سوال مطرح می‌شود: آیا تهدید کلامی بیمار جایز است؟

بحث و نتیجه‌گیری: گرچه در این مورد اصل سود رسانی، اصل احترام به خود مختاری را تحت الشعاع خویش قرار میداد از سویی تأخیر اقدام درمانی منجر به آسیب بیمار میشد، با اینحال اقدام درمانگر ولو با نیتی خیر خواهانه، قابل قبول نمی‌باشد اما میتواند زاینده تعهدی باشد که درمانگر جهت تقویت مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری درمانی حس کند، بیان شفاف مسأله کمک زیادی به تصمیم‌گیری بیمار میکند.

کلید واژه‌ها: رضایت آگاهانه - سکته حاد قلبی - اصول اخلاق حرفه‌ای



عنوان : تاثیر رعایت اصول تعهد حرفه ای ماما و پزشکان متخصص در پیشگیری از بروز آسفیکسی در نوزادان

نویسندگان : * هدی سعیدی کیا، کارشناس ارشد پرستاری، سوپروایزر ارتقاء سلامت و کارشناس اخلاق حرفه ای، واحد توسعه و تحقیقات بالینی مرکز آموزشی درمانی کمالی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، استان البرز، ایران
تلفن همراه ۰۹۰۲۱۲۳۲۶۲۴

لیلا چوبدار خوشخو کارشناس پرستاری، مدیریت پرستاری، واحد توسعه و تحقیقات بالینی مرکز آموزشی درمانی کمالی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، استان البرز، ایران

طیبه سنگ سفیدی کارشناس پرستاری نوزادان، واحد توسعه و تحقیقات بالینی مرکز آموزشی درمانی کمالی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، استان البرز، ایران

مقدمه : عملکرد بر اساس اخلاق حرفه ای، یکی از عوامل اصلی در ارائه مراقبتهای درمانی با کیفیت میباشد و لازم است کادر درمان در جایگاه ارائه خدمت به مادران باردار و نوزادان، فعالیت های خود را بر اساس ارزش های مشترک تعهد به مددجویان و تخصص کاریشان ارائه دهند.

معرفی کیس : مددجو خانم ۱۸ ساله G1 ۴۰ هفته ۱۴۰۲/۰۱/۱۰ ساعت ۰۴:۴۵ به اورژانس مراجعه و در معاینه واژینال external loose بود. قلب جنین ۱۳۰ گزارش شده است. در ساعت ۸ صبح وارد لیبر شد. TV:2F-20% بوده است. در ساعت ۱۲ ظهر راپر خود به خود ایجاد شده است که 3- TV 3CM 30% با درد های خودبه خودی پیشرفت کرد. ساعت ۰۱:۳۰ افت قلب شنیده شد. به متخصص زنان اطلاع داده شد فرمودند دستورات اجرا گردد. ساعت ۰۲:۱۵ بر بالین تشریف آوردند دوبار وانتوز شد. حاصل زایمان ND نوزاد پسر با اپگار ۳/۱ ساعت ۰۲:۲۰ متولد شد. اینتوبه توسط متخصص نوزادان شد.

چالش های اخلاقی: هرگونه اختلال در رعایت کدهای اخلاق حرفه ای میتواند در ارائه علمی ترین و کاملترین مراقبت های درمانی تاثیر گذار باشد. مشکلات حین زایمان میتواند منجر به آسفیکسی نوزادی و متعاقباً نیاز به حمایت جدی در دقایق اولیه زندگی شود. عملکرد صحیح در ارزیابی اولیه دقیق، توجه مسئولین شیفت بر عملکرد پرسنل زیر مجموعه، آگاهی ماما مسئول از سیر زایمان و اجرای اقدامات ضروری در فاز فعال لیبر و همکاری و مشارکت بین پزشکان متخصص در شرایط اورژانس یا افت قلب جنین از چالشهای اخلاقی موجود میباشد.

راهکارها و پیشنهادات: با توجه به اینکه مشکلات بارداری و زایمان های سخت، خطر تولد نوزاد با آسفیکسی را افزایش می دهد، لذا باید به کارشناسان مامایی و پزشکان متخصص تأکید شود تا با رعایت کدهای اخلاق حرفه ای در جهت فراهم آوردن محیطی امن و سالم برای مددجو کوشا باشند.

بحث و نتیجه گیری: تشکیل کمیته های اخلاق پرستاری با ایجاد فرصت بحث و گفتگو بین کارکنان و پزشکان، هماهنگی بیشتر در امور حرفه ای و رصد عملکرد اخلاقی کارکنان جهت رفع چالشهای موجود میتواند در ارتقاء اخلاق حرفه ای کارکنان موثر باشد.

کلید واژه ها : ماما، اخلاق حرفه ای، تعهد حرفه ای، آسفیکسی



عنوان : چالش های مرتبط با بستری بیمار نوجوان در بخش مراقبت های ویژه

نویسندگان :

نویسنده اول و اصلی: اشکان فرخی پور، دانشجوی رشته پرستاری، دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران، ۰۹۱۲۸۶۶۳۷۷۸،
Ashkanfarokhinursing@gmail.com

نویسنده دوم: بهار نوریان، دانشجوی پرستاری، دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

نویسنده سوم: زهرا طیبی میانه، هیات علمی، دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی البرز، ایران

مقدمه :

معرفی کیس : مددجو، پسر ۱۶ ساله که از دو سال قبل با تشخیص تومور مغزی (گلیوما) در ناحیه لوب گیجگاهی تحت عمل جراحی قرار گرفته بوده است و مجدداً به علت رشد مجدد تومور، تحت عمل جراحی مجدد قرار گرفته است. مددجو پس از جراحی در بخش مراقبت های ویژه بستری شده، CBR بوده و خانواده امکان ملاقات با وی را جز در ساعات خاص نداشتند و در کنار آن مددجوی نوجوان در بخشی جدید میان بیماران بسیار بدحال و بدون هوشیاری بستری شده که این امر بر بی قراری و ناخوشی بیشتر مددجو می افزود. در کنار این مسئله، پرسنل بخش ویژه در کنار بی توجه به نیاز های بیمار، از جمله عدم تعبیه سوند به دلیل عقاید بیمار و در نتیجه عدم خروج ادرار، عدم توجه به نیاز های تغذیه ای مددجو، عدم توجه به نیاز های روانشناختی بیمار و در کنار همه اینها، بی احترامی و تهدید مددجوی نوجوان، بر ناخوشی و بی قراری بیشتر وی می افزودند.

چالش های اخلاقی:

در این کیس اولین چالش اخلاقی که به نظر میرسد بی احترامی و نادیده گرفتن شان انسانی مددجو است. پرسنل بخش با تهدید های لفظی و بی احترامی و بدون در نظر گرفتن شرایط بیمار سعی در ساکت کردن مددجو داشتند. مسئله ی دوم، عدم رعایت طرح انطباق در بخش مراقبت های ویژه است. مددجوی نوجوانی که جراحی استرس زایی را پشت سر گذاشته است و توان پایین آمدن از تخت را ندارد و بنابر شرایط و نظر پزشک وی باید برای او سوند تعبیه شود ولی بدلیل نبود پرستار آقا در بخش و اجازه ندادن مددجو به پرستاران خانم حاضر در بخش بدلیل نقض پرایوسی، اقدامی در این زمینه صورت نگرفته و این شرایط منجر به تجمع ادرار گردیده که برای مددجو بسیار سخت و دردناک شده بود.

مسئله سوم، تاثیر منفی ایست که بودن در کنار دیگر بیماران ICU که اکثراً ناهوشیار هستند، روی مددجوی هوشیار میگذارد و حالات بد آنها و پروسیجرهای بعضاً تهاجمی روی آنها را نظاره گر است.

مسئله چهارم، عدم مدیریت ملاقاتی ها و عدم وجود امکانات کافی برای برقراری ارتباط با خانواده برای مددجوی هوشیار در بخش مراقبت های ویژه است. در این شرایط که برای مددجو ناآشنا است، مددجو بشدت احساس تنهایی و ترس داشته ولی پرسنل بخش توجهی به درخواست های مکرر او برای ارتباط با مادرش حتی بصورت تلفنی نداشته و با بی احترامی و الفاظ ناسزا وی را ساکت می کنند.



راهکارها و پیشنهادات:

درباره چالش اول؛ در ابتدا باید ریشه های بی تفاوتی و بی احترامی پرسنل پرستاری، که بیشترین ارتباط را با مددجویان دارند جست و جو کرد و تا حد ممکن پرسنلی که تحت فشار های روحی و فکری هستند را از شیفت های مکرر تا زمان بهبود اوضاع بازداشت. همچنین بهتر است قبل از به کارگیری افراد، از نظر روانشناختی بررسی شده تا از رسیدن آسیب های کلامی و جسمی ناشی از اختلالات روانشناختی کادر پرستاری به مددجویانی جلوگیری شود. در کنار این امر، بازدید های دوره ای و سرزده رده های بالاتر بیمارستان، جهت شناسایی پرسنل بی تفاوت نسبت به مددجویان و دادن هشدار و یا تغییر بخش خدمت نیز می تواند در بهبود اوضاع موثر باشد.

درباره چالش دوم؛ باید در نظر داشت که مددجویان هوشیار طبق عقایدی که دارند نوع پروسیجرها و پرستاران و پزشکانی که آن اعمال را انجام می دهند زیر نظر دارند و در شرایطی که با پراپوسی و عقاید مذهبی مددجو در تضاد باشد امتناع خواهند کرد. گرچه که حتی اگر بیمار هوشیار هم نباشد اعمالی مانند سوندگذاری که با ناحیه تناسلی افراد در ارتباط است تا حد ممکن باید توسط فرد همجنس انجام شود. بنابراین در هر شیفت باید پرسنل هم خانم و هم آقا حضور داشته باشند. اگر در شرایطی پرستار همجنس در بخش نبود میبایست با در جریان گذاشتن سوپروایزر بالینی و یا مسئول شیفت، از بخش های دیگر در این زمینه کمک گرفت. درباره چالش سوم؛ بهتر است مددجویان را از نظر تخی که در بخش به آنها اختصاص داده میشود بررسی کرد. مددجویانی که هوشیار هستند و وضعیت بهتری نسبت به دیگر بیماران دارند بهتر است در کنار هم باشند تا از نظر روانی ارتقا یابند و اثر منفی ای از دیگر افراد بستری دریافت نکنند.

درباره چالش چهارم؛ برای مددجویانی که کودک و نوجوان هستند، اگر اتفاقی باشد که بتوان شرایط ملاقات بصورت ایزوله برای آنها و همراهانشان فراهم شود میتواند بسیار در روند بهبودی آنها موثر باشد. اگر به هر دلیلی این کار ناممکن بود، میتوان با استفاده از تماس تلفنی، بیمار و همراهش را آسوده خاطر کرد. راه حل دیگر برای این مسئله، اختصاص دادن تختی نزدیک به درب ورود و خروج و وضع قوانینی جهت همراهی مداوم یک نفر از بستگان مددجوی کودک یا نوجوان، با شرایط و لباس مخصوص به مانند گان است تا از این طریق به بهبود شرایط روانشناختی مددجوی خود کمک کرده و در عین حال کمترین رفت و آمد در بخش ویژه را داشته باشد.

بحث و نتیجه گیری:

در پایان، باید در نظر داشت شرایط روانشناختی مددجویان، طرز برخورد پرسنل و توجه مناسب به نیاز های مددجویان از نظر جسمانی و روانشناختی و اعتقادی، علل الخصوص در کشور ما که فرهنگ و مذهب ریشه های قوی در اکثر امور دارد، می تواند بسیار در آرامش خاطر بیماران و بهبود شرایط بیماری آن ها موثر باشد که این امر مستلزم انتخاب پرسنل متعهد و دارای دغدغه نسبت به مددجویان، و کاهش چالش های پرسنل می باشد تا بتوانند در آرامش خاطر به مددجویان خود پرداخته و نیاز های آن ها را مرتفع نمایند و باید در نظر داشت بستری بودن در بیمارستان به اندازه کافی موجب اذیت مددجویان میشود پس بهتر است ما بعنوان پرستار سعی کنیم دردی از بیمار کم کنیم و نه اینکه بخاطر راحتی خودمان دردی به مددجویان اضافه کنیم.

کلید واژه ها :

اخلاق، بخش مراقبت های ویژه، نوجوان، چالش های روانشناختی



عنوان : گزارش یک مورد عدم پیشرفت مرحله دوم زایمان طبیعی

نویسندگان : عذرا پرهیزگار، مهسا خوشنام راد

نویسنده اول و اصلی:

۱- دکترای بهداشت باروری، عضو گروه مامایی دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.
کارشناسی ارشد مامایی، مامای بخش مادران پرخطر و زایمان، مجتمع آموزشی، و درمانی امام علی (ع) کرج، ایران.

مقدمه :

تولد یک نوزاد سالم همواره برای مادران یک آرزوی شیرین است به خصوص برای مادرانی که در سنین بالا و یا به سختی باردار می‌شوند. ساختن یک تجربه موفق و خوشایند برای مادر که به تولد نوزاد منتهی شود، وظیفه اصلی ارائه‌دهندگان خدمت در بخش زایمان است. این مقاله با هدف گزارش یک مورد اخلاقی در اتاق زایمان تهیه شد.

معرفی کیس : خانمی ۴۲ ساله گراوید یک با شکایت پارگی کیسه آب به بیمارستان مراجعه کرد. پس از بستری و ادمیت به دستور پزشک کنترل سیر و تسریع لیبر با اینداکشن برای وی شروع شد. در طول کنترل سیر لیبر، ماما متوجه عدم پیشرفت زایمان مددجو در مرحله دوم زایمان (از دیلاتاسیون ۱۰ سانت تا خروج سر جنین) طبق پارتوگراف می‌شود و با پزشک تماس می‌گیرد و اعلام می‌کند مددجو فول است ولی استیشن مدت یک ساعت است بدون تغییر مانده است. پزشک زنان به ماما می‌گوید من حال خوب نیستم و شما به بیمار کمک کنید تا زایمان کند. نیم ساعت بعد ماما مجدد با پزشک تماس می‌گیرد و بیان می‌کند، مادر هیچ پیشرفتی نداشته است. پزشک با اکراه بر بالین بیمار حاضر می‌شود و انجام حدود نیم ساعت حرکات ورزشی و حرکاتی که به نزول جنین کمک کند را با راهنمایی ماما برای مددجو تجویز می‌کند. متأسفانه بعد از نیم ساعت علی‌رغم همه تلاش‌ها، قدرت انقباضی خوب و پوشینگ مناسب تغییری روی نمی‌دهد. پزشک اصرار به انجام فوندال و سپس اقدام به وانتوز کرد و استفاده از آن‌ها مفید نبود اما ایشان بیان کرد که از صبح زایمان الکتیو زیادی داشته و واقعا خسته است و به نظرش این بیمار می‌تواند زایمان طبیعی کند. در نهایت پس از سه بار وانتوز بی‌فایده و افت زایمان قلب پزشک تصمیم به سزارین اورژانسی می‌گیرد و متأسفانه نوزاد IUFD از رحم مادر خارج می‌شود. مادر که مدت دو سال منتظر بارداری بود، از کادر درمان و بیمارستان شکایت می‌کند.



چالش های اخلاقی:

- عدم پایبندی کافی مسئولیت حرفه‌ای و تعهد حرفه‌ای توسط پزشک
- خستگی پزشک و بار کاری
- عدم توجه به دستورالعمل و ارائه خدمات بر طبق گایدلاین علمی (به عنوان مثال، حداکثر مدت مجاز برای نگهداشتن مادر در مرحله دوم زایمان، (full arrest) در مادران مولتی پار ۲ ساعت است.
- عدم توجه به ایمنی بیمار و اخذ تصمیم به موقع برای او (سن بالای ۴۰ سال و Golden baby)

راهکارها و پیشنهادات:

پیشنهاد می‌شود همه ماماها و پزشکان در بخش زایمان به اجرای دقیق راهنماهای بالینی پایبند باشند و دیدگاه سلسه مراتبی و ترجیحات شخصی بر تشخیص درست و اقدام به هنگام تیمی غالب نشود. ماما ساعت‌ها با مددجو همراه بوده است و زمانی تشخیص به عدم پیشرفت گرفته و آن را به پزشک انتقال داده است. پزشک می‌توانست با دید جدی‌تری به قضیه تشخیص ماما نگاه کند. همچنین پیشنهاد می‌شود پزشکان در تعداد عمل انتخابی که انجام می‌دهند جانب اعتدال را نگه دارند تا برای موارد اورژانسی در همه طول کشیک انرژی داشته باشند.

بحث و نتیجه گیری: با توجه به مهم بودن امر زایمان ماماها و پزشکان، باید در کنترل و مدیریت سیر زایمان دقت کافی داشته باشند و در صورت مشاهده هر گونه انحراف از پارتوگراف و سیر طبیعی، اقدام مناسب و علمی را مطابق راهنماهای بالینی انجام دهند.

کلید واژه ها : زایمان - عدم پیشرفت - توقف نزول - وانتوز - ماما و پزشک



عنوان : تشخیص و مداخله غیر اصولی در زخم‌های عروقی

نویسندگان :

جواد قربانی*، دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، پردیس ارس دانشگاه تهران، تهران، ایران، 09123650191،
محدثه یونسی، دانشجوی پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران
سمیه زندی، کارشناس ارشد پرستاری علوم پزشکی شهید بهشتی، رتبه مربی، تهران، ایران
سارا پارسایی، دانشجوی پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و فوریت های پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران
هومن سوری، کارشناس فوریت های پزشکی، درمانگر زخم کلینیک زخم کرج، کرج، ایران

مقدمه :

زخم‌های عروقی شامل زخم های وریدی، شریانی و میکس هستند که در اثر اختلال در وضعیت گردش خون ایجاد می شوند. یافته های تشخیصی در هر کدام از این زخم ها متفاوت بوده و نیاز به تخصص دارد. معاینه فیزیکی و انجام بررسی های پارکلینیک مثل سونوگرافی داپلر عروق ، آنژیوگرافی CT,ABPI,MRI و بررسی ظاهر پوست و زخم برای تشخیص گذاری دقیق، کمک کننده است و اقدام درمانی برای هر نوع از زخم ،کاملا متفاوت از یکدیگر است.

معرفی کیس :

بیمار آقای ۴۵ ساله با شکایت درد و واریس پای چپ به عطاری مراجعه کرده و در آنجا بدون بررسی علت ایجاد درد و فقط توجه به واریس، اقدام به بانداژ فشاری غیر اصولی شده است. بیمار فردای آنروز، بدنبال درد شدید غیرقابل تحمل به بیمارستان مراجعه می نماید و بعد از بازکردن بانداژ، با نكروز وسیع پا از انگشتان تا زیر زانو مواجه می شوند. بلافاصله بیمار بستری شده و اقدامات حیاتی جهت حفظ عضو صورت می پذیرد. درمان بیماران با کمک تیم چند تخصصی شامل متخصصین عفونی، ارتوپدی، جراحی، فوق تخصص جراحی عروق و کارشناسان زخم ادامه یافت و نهایتاً با آماده شدن بستر زخم با گرفت پوستی درمان پایان پذیرفت.

چالش های اخلاقی:

عدم تشخیص نوع زخم عروقی توسط فردی که صلاحیت علمی ندارد، می تواند منجر به اقدام نامناسب شود و عوارض جبران ناپذیری برای بیمار به همراه دارد. مراجعه بیمار به فردی که صلاحیت علمی در درمان بیماری را ندارد می تواند خطرناک باشد و فرد را تا مرز از دست دادن عضو پیش ببرد.

راهکارها و پیشنهادات:

ایجاد و اجرای برنامه آموزش همگانی در خصوص برخی بیماری ها و راه های درمانی آنها، به پیشگیری از ایجاد چنین خطراتی کمک می کنند. نظارت دقیق بر عملکرد صنوف مرتبط با سلامت ، کمک کننده خواهد بود.

بحث و نتیجه گیری:

مراجعه به افراد متخصص با صلاحیت علمی لازم، حائز اهمیت بوده و اشتباه یا سهل انگاری در انتخاب فرد مناسب برای درمان، می تواند موجب بروز آسیب های گسترده و تهدیدکننده حیات شود. افزایش آگاهی جامعه در این خصوص، می تواند از تبعات جبران ناپذیر پیشگیری کند.

کلید واژه ها : زخم های وریدی، زخم های شریانی، بانداژ فشاری، زخم های عروقی، درمان غیرعلمی





عنوان: عدم رعایت حقوق اقشار آسیب پذیر

نویسندگان: شیرین نجف خانی

نویسنده اول و اصلی: شیرین نجف خانی دانشجوی دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی البرز

مقدمه: حقوق بشر از الزامات حیات بشری در هر جامعه ای است که در منشور حقوق بشر اسلامی و نیز حقوق شهروندی اغلب کشورها و نهادها بر مواد آن تکیه شده است. تامین سلامت افراد جامعه یکی از اهداف اصلی موسسه های ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی است پرستاران به واسطه نقشی که در نظام سلامت دارند باید در قبال بیماران مسئولیت داشته باشند از این رو می توان گفت مسئولیت پذیری یک اصل مهم در ارائه مراقبت های پرستاری محسوب می شود. مسئولیت پذیری اجتماعی پرستاران سبب ارائه خدمات پرستاری جامع تر به بیماران می شود. لزوم رعایت حقوق شهروندی ایجاب می کند که کادر درمان به ویژه پرستاران در برخورد با بیماران مخصوصاً بیماران آسیب دیده با مشکلات اجتماعی توجه و احترام ویژه ای داشته باشند و هرگونه برخورد خارج از کرامت انسانی می تواند تبعات گسترده اجتماعی ایجاد نماید.

معرفی کیس: مددجو ۶۵ ساله دارای اعتیاد به مواد مخدر با تشخیص COPD در بخش داخلی بستری شده بود مددجو دارای سوء پیشینه و از زندان ارجاع داده شده بود بعد از گذشت چند روز از بستری دچار افت سطح هوشیاری و وابسته به دستگاه تهویه مکانیکی مصنوعی شد اتاق بیمار دور از ایستگاه پرستاری بود مددجو دچار افت فشارخون و ضربان قلب شده بود، پرستار با تأخیر بر بالین بیمار حاضر شد و متوجه عدم وجود نبض شد بعد از گذشت دقایقی به پزشک اطلاع داده شد کد ۹۹ اعلام شد تا رسیدن گروه کد ماساژ قلبی تنها سه بار انجام شد گروه احیا هم صرفاً برای زدن مهر و اعلام حضور بر بالین بیمار حاضر شدند و برای بیمار اقدامی انجام نشد و فوت شد.

چالش های اخلاقی: اخلاق در حرفه پزشکی و پرستاری بیش از حرفه های دیگر مطرح بوده و نیازمند پایبندی و تعهد بیشتری است رفتارهای نامناسب تبعیض آمیز و پرخاشگرانه برخی از همکاران نظام سلامت از رفتارهایی است که بعضاً باعث چالش های جدی می شود که در برخورد با زندانیان چهارچوب های تدوین شده در برخورد با بیمار با توجه به برنامه های ابلاغی برای رعایت اخلاق در نظام سلامت توجه نمی شود و برخورد با معتادین بسیار تحقیرآمیز و بدون رعایت اصول اخلاقی می باشد و همچنین نبود بیمارستان های تخصصی و بخش های درمانی مخصوص معتادین نیز بر مشکلات آنها افزوده است.

راهکارها و پیشنهادات: ایجاد بیمارستان های تخصصی زندانیان به ویژه معتادین، آموزش کادر پرستاری در راستای افزایش فرهنگ برخورد با بیماران خاص، فعال نمودن بخش نظارتی قوی در ارزیابی بهره وری کادر درمان، تدوین سند سلامت برای مدیریت و درمان اعتیاد در کشور.

بحث و نتیجه گیری: سلامتی بزرگترین و ارزشمندترین ثروت نه فقط برای فرد بلکه برای یک جامعه است و سالم بودن نظام سلامت و برقراری عدالت اجتماعی در زمینه ی بهداشت و درمان موضوع بسیار مهمی است که همه ی موارد اشاره شده بدون نظارت و رسیدگی دچار مشکلات اساسی خواهد شد.

کلید واژه ها: فشر آسیب پذیر، اخلاق در نظام سلامت، زندانیان معتاد



عنوان: عدم ارائه خدمات سلامت مطابق با شان و منزلت بیمار

Failure to provide health services in accordance with the dignity of the patient/

نویسندگان: * فریبا نعمتی، سپهر مهین دهقان، صبا رجبی شیرزی

نویسنده اول و مسئول: فریبا نعمتی، رشته پرستاری مقطع کارشناسی، دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران، تلفن همراه

نویسنده دوم: سپهر مهین دهقان، رشته پرستاری مقطع کارشناسی، دانشکده پرستاری و فوریت های پزشکی دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

نویسنده سوم: صبا رجبی شیرزی، رشته پرستاری مقطع کارشناسی، دانشکده پرستاری و فوریت های پزشکی دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

مقدمه: از آن جا که افراد بستری در بخش روان، قسمت آسیب پذیری از اجتماع را تشکیل می دهند، برخورداری از دانش لازم درباره حقوق آنان، ضروری است تا بتوان با رعایت هرچه بهتر این موارد، علاوه بر پیشبرد اهداف درمانی، برخوردی توأم با احترام و آنچه درخور مقام انسان است را به نمایش گذاشت.

معرفی کیس: اواسط اردیبهشت، روز پنجشنبه، حدود ساعت ۱۶، در بخش مردان بیمارستان امام حسین (ع)، بعد از اتمام مصاحبه با یکی از بیماران از اتاق خارج شدیم و در راه رو بودیم که یکی از بیماران حدوداً ۴۰ ساله که به دلیل ترک اعتیاد در بیمارستان روان بستری بود، جلوی درب خروج با اجازه ی حراست بخش در حال صحبت کردن با پدر و مادرش بود. حراست بخش چندین بار به بیمار تذکر داد که مکالمه اش را تمام کند و در را ببندد و هر دفعه بیمار درخواست کرد تا چند دقیقه بیشتر پدر و مادرش را ببیند و در نهایت نگهبان سر بیمار فریاد کشید و گفت: "مگه با تو نیستیم تمومش کن" و یقه ی بیمار را گرفت و او را هل داد و در را محکم بست.

چالش های اخلاقی: (۱) ملاقات بیمار با خانواده اش در وقت غیرقانونی

(۲) عدم رعایت اصل عدالت بین بیماران

(۳) خشونت کلامی، رعایت نکردن شان و منزلت بیمار و صحبت کردن با صدای بلند و نامحترمانه با بیمار

(۴) خشونت فیزیکی، گرفتن یقه ی بیمار و هل دادن او

راهکارها و پیشنهادات: (۱) نظارت مستقیم و غیر مستقیم سوپروایزرین از طریق سرکشی و کنترل دوربین ها

(۲) آموزش نگهبانان درمورد منشور حقوق بیمار

(۳) تشویق و تنبیه نگهبانان برای رفتارهای مناسب و نامناسب آنان با بیماران

(۴) آگاه سازی بیماران در منشور حقوق بیمار، فرایند شکایت و معرفی مکان و فرد مسئول رسیدگی به شکایات

بحث و نتیجه گیری: تعهد اخلاقی در روابط کادر بیمارستان با بیماران یک وظیفه ی بسیار مهم، جهت بهبود کیفیت مراقبت از بیماران می باشد که به شیوه های مختلفی از جمله آموزش ها و پیگیری های متعدد میتوان آن را کنترل و بررسی کرد.

کلید واژه ها: منشور حقوق بیمار، خشونت فیزیکی



عنوان: خلاء حمایت و همدلی از خانواده در برابر سوءاستفاده از قدرت

The void of providing family with empathy support and sympathy against the misuse of power

نام و نام خانوادگی نویسنده اول: دانشگاه علوم پزشکی البرز، پرستاری، دانشکده پرستاری، علوم پزشکی البرز، کرج، ایران، فاطمه

اسدی، fatemeh36117@gmail.com

نام و نام خانوادگی نویسنده دوم: : دانشگاه علوم پزشکی البرز، پرستاری، دانشکده پرستاری، علوم پزشکی البرز، کرج، ایران ، مرجان بناءزاده ،استادیار

مقدمه:

منشور حقوق بیمار بر حقوق دریافت کنندگان خدمات مطلوب سلامت مبتنی بر منزلت انسان با احترام به ارزش ها، اعتقادات فرهنگی و مذهبی و رعایت موازین اخلاقی تاکید می کند (1). این حقوق در مورد افسار آسب پذیر اهمیت می یاب (2). کودکان جزء افسار آسب پذیر هستند و رعایت حقوق آنان در زمان بیماری با شرایط مزمن یا تهدید کننده حیات اهمیت می یابد. در این شرایط کودک و خانواده، نیازمند دریافت مراقبت تسکینی هستند. هدف این مراقبت افزایش کیفیت زندگی بیمار از طریق تسکین درد و علائم کودکان و حمایت معنوی، عاطفی، روانی، اجتماعی و سوگ و داغداری به خانواده به عنوان استاندارد طلایی مراقبت تسکینی است (3). علی رغم اهمیت مراقبت تسکینی تیم درمان و مراقبت آمادگی کافی برای ارائه مراقبت به بیماران واجد شرایط را ندارند. این مسئله بر کیفیت زندگی بیمار و خانواده تاثیر گذار است (4).

معرفی بیمار/کیس: کودک بیمار در یکی از بخش های کودکان، یکی از بیمارستان های کرج، با سابقه لوسمی و شکایت تب و بی حالی در اتاق ایزوله بستری بوده است. شب قبل مادر و پدر در اتاق فرزند خود حضور داشته اند، علی رغم تذکرات پی در پی به والدین جهت وجود یک همراه در بیمارستان، توجهی به پرستاران شیفت شب نشده بود و مادر مضطرب و پر خاشگر بوده و پس از مشاجره لفظی با کارکنان بخش پدر، از بخش بیرون شده بود. صبح روز بعد هنگام معرفی کودک به همکاران، مادر دوباره بحث دیشب را پیش می کشد و پرستار شیفت با صدای بلند حین خروج از اتاق و در راهرو بخش در حضور دانشجویان و مربی به همکاران خود با لحن نه چندان درستی اتفاقات دیشب را توضیح می داد و باعث ادامه بحث بین خود و مادر شد. در حین این مشاجره پرستار شیفت صبح نیز واکنش نشان می دهد، با صدای بلند گفت "عرضه نگه داشتن تنهایی به بچه رو هم نداری" سپس پرستار استاف برای ساکت کردن مادر با نگیان تماس می گیرد...

راهکارها و پیشنهادات:

- معرفی افراد خانواده کودکان با بیماری مزمن برای ارائه خدمات مشاوره روان
- ایجاد بخش مراقبت تسکینی کودکان و فراهم کردن امکانات حضور خانواده و قوانین ملاقات آزاد تر
- نظارت سرپرستاران و سوپروایزران و نظرسنجی از همراهان بیمار در مورد تعامل و ارتباط کارکنان با همراهان و بیماران
- آموزش کارکنان تیم درمان و مراقبت در مورد اصول مراقبت تسکینی، نحوه برقراری ارتباط و تعامل، منشور حقوق بیمار و چالش های اخلاقی در شرایط بیماری تهدید کننده حیات
- همدلی با خانواده و استفاده از قدرت نگیانی به عنوان آخرین راه حل

بحث و نتیجه گیری:

خانواده کودکان با بیماری مزمن تنش ناشی از بیماری فرزند را تجربه می کنند و نیازمند دریافت حمایت و همدلی تیم درمان و مراقبت هستند. آگاهی ناکافی کارکنان از نیازهای خانواده و اصول مراقبت تسکینی منجر به احساس ناامیدی و تشدید تنش و پر خاشگری در خانواده می شود.

کلیدواژه ها:

مراقبت تسکینی، سوء استفاده از قدرت، حمایت خانواده، منشور حقوق بیمار



موضوع : چالش های اخلاقی بیماران روان پزشکی

عنوان : سه مورد از چالش های اخلاقی بخش روان پزشکی

نویسندگان : فائزه غلامی، دانشجوی کارشناسی پرستاری دانشگاه علوم پزشکی البرز..... خانم دکتر مرجان حاجی فیروزآبادی عضو هیات علمی دانشکده پرستاری
مقدمه: اگر از نظر منابع جهانی به ویژه WHO به وضعیت بیماران روان بنگریم، درمی یابیم بیشترین فشار در جامعه جهانی متوجه بیماران روانی است؛ زیرا علاوه بر اینکه به آنها انگ بیمار روانی زده می شود، مزایای شهروندی از آنان سلب می شود، خدمات درمانی مناسب ندارند و حتی مورد سوءاستفاده جسمی و جنسی قرار می گیرند....

چالش اخلاقی: عدم حمایت کامل مددکاری اجتماعی

در بخش شاهد این بودیم که پدران تنی یک دختر ۲۲ ساله به او تجاوز کرده بود و متأسفانه آن دختر از پدرناتنی خود باردار شد و در حال حاضر نوزادی دارد که در بهزیستی نگهداری می شود.

در رابطه با وضعیت آن خانم و نوزادش هیچ پیگیری انجام نشده و مددکاری اجتماعی آن ها را حمایت نمی کند. نوزادشان حتی شناسنامه هم ندارد. در این شرایط بهتر بود نیروی انتظامی و سیستم های حمایت کننده دست به کار شوند. درست نیست مردی که طبق گفته های مددجو بارها هم به خودش و هم به دیگران تجاوز کرده مجازات نشود و در جامعه زندگی کند و باز هم به دیگران آسیب برساند. حتی ممکن است بعد از ترخیص باز هم به مددجو از طرف ناپدری اش تجاوز شود. در نتیجه عملاً درمان مددجو (که در اصل بدلیل خودکشی با آمبولانس منتقل شده بودند) هم هیچ فایده ای ندارد. در رابطه با شناسنامه نداشتن و بلا تکلیفی نوزاد هم باید پیگیری های لازم انجام شود درست نیست انسان بی گناه دیگری زندگی حال حاضر و آینده اش بلا تکلیف و تباه شود.

همچنین بسیاری از مددجویان در خانواده ای زندگی می کنند که یک یا چند نفر دیگر از اعضای خانواده نیاز به بستری یا درمان دارند؛ مثلاً یکی از مددجویان ذکر می کرد که هر روز با همسرش دعوا می کند و هر دو بارها با چاقو به یکدیگر حمله کرده اند، اما در این مورد برای بررسی روانی و درمان همسرش هیچ پیگیری صورت نمی گیرد. یا بسیاری از مددجویان که همسر یا پدرشان اعتیاد داشت و بعد از ترخیص از طرف آنها در خطر بودند و یکی از دلایل عود مجدد بیماریشان همین بود. یا کیس اسکیزوفرنی که پس از بارها مصاحبه ذکر کرد هر روز از طرف پدرش مورد ضرب و شتم قرار می گیرد و به حدی از پدرش می ترسید که دوست داشت در بیمارستان بماند. در این موارد ما تمرکز را به روی درمان آن فرد قرار می دهیم فارغ از این که بعد از ترخیص با ادامه رفتار های سابق پدر مددجو، مددجو دوباره به همان حالت سابق حتی بدتر دچار می شود و تمام تلاش های کادر درمان و خود مددجو هیچ فایده ای ندارد.

متأسفانه در این موارد اصلاً حمایتی صورت نمی گیرد یا در موارد محدودی حمایت می کنند. تعداد مددکاران اجتماعی بیمارستان بسیار کم است و خیلی کم وارد عمل می شوند، در صورتی که بیشترین بیمارانی که به آن ها نیازمند هستند، بیماران روان هستند.

راهکارها:

همکاری و نقش بیشتر مددکاران اجتماعی در بیمارستان های روان

برخورد قانونی با متجاوزان و رسیدگی مناسب به این قبیل پرونده ها

چالش اخلاقی : کمبود امکانات رفاهی و تجهیزات

طبق منشور حقوق بیماران، ارائه خدمات سلامت به مددجویان می بایست شایسته شان و منزلت انسان و بر پایه انصاف و ادب باشد. بیماران مدت زیادی را در بخش بستری هستند و قطعاً باید یک سری امکانات رفاهی مورد نیاز آنان در بخش وجود داشته باشند. آب و غذا سطحی ترین نیاز انسان است اما حتی همین امکانات سطحی و ساده را هم از بیماران دریغ می کردند! در بخش روان زنان برای بیماران آب سردکن وجود نداشت و بیماران برای اینکه آب بخورند مجبور بودند وارد اتاق مصاحبه شوند تا از روشویی اتاق مصاحبه آب بخورند و یا اینکه از روشویی های سرویس بهداشتی استفاده کنند! و این از نظر اخلاقی اصلاً درست نیست، شان و منزلت انسان باید در هر شرایطی حفظ شود. همچنین بیماران نیاز دارند حین مصاحبه راحت باشند اما حضور مداوم بیماران دیگر دائماً بین مصاحبه وقفه می انداخت. بیماران ذکر می کردند که مایع دستشویی در بخش وجود ندارد زیرا هر بار که مایع دستشویی تمام می شود تا دوباره آن را جایگزین کنند چندین روز بلکه هفته! طول می کشد.



بین وعده های ناهار و شام هیچ میان وعده ای توزیع نمی شد و با توجه به اینکه بعضی از بیماران وضع مالی مناسبی نداشتند یا خانواده شان حتی یک بار هم برای دیدنشان نیامده بود و حمایتشان نمی کرد این کار از نظر اخلاقی اصلا درست نیست، بعضی از بیماران تا وعده شام گرسنگی زیادی را متحمل می شوند و سلامتی شان را به خطر می افتند. بعضی از بیماران میوه و خوراکی مثل بیسکویت داشتند که بوی میوه ها باعث می شد بقیه هم دلشان بخواهد و در بخش روان مردان هم گاهی سر این مسئله دعوا و مشاجره پیش می آمد (خوراکی های یکدیگر را می خوردند) از نظر بهداشت و نظافت حمام و سرویس بهداشتی ها هم با مشکل مواجه بودند.

علل: بودجه ی ناکافی

بی توجهی به بخش روان

احترام نگذاشتن به حقوق بیمار

شکایت نکردن بیماران یا بی توجهی به شکایت آنان

استاندارد نبودن بخش های بیمارستان

راهکار ها: توجه به بخش روان و اصلاح کمبود امکانات رفاهی

استاندارد سازی محیط بخش

احترام به جایگاه و منزلت بیمار

پیگیری و شکایت جدی توسط مددجویان

چالش اخلاقی: نگرش ها و طرز برخورد با بیماران (انگ)

یکی از مددجویان نگران زمان بعد از ترخیص خود بود و می گفت آبرویم رفته و کل خانواده می گویند من دیوانه شدم. چند نفر از بیماران هم خودشان می گفتند اینجا تیمارستان است و ما هم روانی هستیم...

هیچ انسانی در برابر امراض روانی مصونیت ندارد. در تمام کشورها اختلالات روانپزشکی بسیار شایع هستند که در صورت تشخیص و درمان به موقع قابل کنترل هستند. نحوه رفتار جامعه، اعضای خانواده، اطرافیان و دوستان با فرد دارای اختلالات روانی نقش بسیار مهمی در بهبود و کاهش عوارض بیماری دارد. بسیاری از بیماران برای درمان خود و استفاده از خدمات درمانی، بدلیل "انگ"، تمایلی ندارند و برای درمان خود اقدام نمی کنند. انگ برچسبی است که موجب تحقیر یا تبعیض فرد یا گروه دارنده آن در جامعه می شود، درصد قابل توجهی از مردم بدلیل انگ، حتی در کشورهای پیشرفته برای درمان مراجعه نمی کنند؛ بنابراین انگ به افزایش بیماری هایی که برای درمانشان اقدام نمی کنند و پیرو آن اذیت و آزار خود بیمار و اطرافیان بیمار منجر می شود.

راهکار ها:

افزایش آگاهی از نقش تخریبی کاربرد کلماتی مانند دیوانه، روانی، تیمارستان و... در گفت و گوهای عادی، رسانه ای، فیلم و سریال

تقویت نقش رسانه برای افزایش آگاهی های عمومی



عنوان: تصمیم‌گیری اخلاقی و چالش‌های دندانپزشکان در بیماران دارای مشکلات اقتصادی

نویسندگان: نسترن پرویز *

نویسنده اول و مسئول: نسترن پرویز

دندانپزشکی، دانشجوی عمومی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

تلفن همراه ۰۹۱۲۹۴۹۸۲۰۰

ایمیل Nparviz78@gmail.com

چکیده مقاله: وضعیت اقتصادی یکی از علل اصلی عدم مراجعه‌ی افراد جهت دریافت درمان‌های دندانپزشکی است. با توجه به تعرفه‌ی بالاتر درمان‌های اندو و پروتز، در مواردی بیماران درخواست کشیدن دندان‌های قابل نگهداری را دارند. در صورت تداوم این مشکلات، سلامت دهان و دندان افراد جامعه دچار مشکلات جدی می‌شود. در این گزارش مورد، بیمار خانم جوانی اصرار بر کشیدن دندان‌ها داشتند. درمان پیشین دندان‌های بیمار توسط دندانپزشک تجربی انجام شده و بیمار از درد شدید و تحلیل استخوان به دلیل درمان‌های غیراصولی پروتز و اندو رنج می‌برد. علت مراجعه‌ی بیمار به دندانپزشک تجربی، صرفاً هزینه‌ی پایین‌تر درمان‌ها بود؛ اما اکنون تصحیح مشکلات بیمار به مراتب هزینه‌ی بیشتری لازم داشت. پوسیدگی‌های دندان‌های قدامی از زیبایی‌ی ایشان کم کرده بود؛ اما کشیدن دندان‌ها سبب مشکلات زیبایی بیشتری و از دست رفتن ساپورت لبی و کاهش طول تحتانی صورت بیمار می‌گردید. علاوه بر این، حفظ دندان‌ها در سلامت سیستمیک و گوارشی دارای اهمیت است. ابتدا باید پروتز غیراصولی بیمار خارج می‌شد؛ سپس دندان‌های قدامی مندیبل و تمام دندان‌های شکسته و ریشه‌های باقی‌مانده کشیده می‌شدند. برخی دندان‌ها نیازمند اندو/اندوی مجدد و یا ترمیم پوسیدگی‌ها بودند. در نهایت ساخت پروتز پارسیل برای حفظ زیبایی و فانکشن دهان توصیه می‌گردید. در این مورد، بیمار قادر به پرداخت هیچ هزینه‌ای نبود. تصمیم‌گیری اخلاقی در این موارد بسیار دشوار است؛ تا حدی که برخی دانشجویان هزینه‌ی درمان برخی بیماران را خودشان پرداخت می‌کنند.

برخی بیماران دانسته یا نادانسته به دندانپزشکان تجربی مراجعه می‌کنند. در این خصوص اطلاع‌رسانی به جامعه در خصوص عوارض درمان‌های غیراصولی و اهمیت جستجوی نام پزشکان در سازمان نظام پزشکی کمک کننده است. به این ترتیب بیماران هزینه‌ی خود را در مراکز آموزشی-درمانی، خانه‌های بهداشت و یا مراکز خیریه صرف می‌کنند و درمان‌های اصولی‌تر با کیفیت بالاتری دریافت می‌کنند.

مراکز خیریه کمک بسیار بزرگی می‌کنند؛ اما در مواردی، عضویت در مراکز خیریه شرایط خاصی را می‌طلبد که ممکن است بیمار شامل آن‌ها نباشد. با ایجاد امکان جهت تشخیص بیماران با مشکلات مالی شدید در دانشکده‌ها توسط خود دانشجویان و معرفی آن‌ها به ریاست دانشکده جهت در نظر گرفتن امکان انجام درمان‌های رایگان با کمک‌هزینه‌ی دولتی، قدم بزرگی در تحول سلامت دهان و دندان بیماران برداشته می‌شود.



مقدمه : تصمیم‌گیری اخلاقی در موارد ضعف مالی بیمار، می‌تواند بسیار دشوار باشد. خدمات دندانپزشکی نیازمند مواد و تجهیزات گران قیمت بوده و هزینه‌ی برخی درمان‌ها حتی در دانشکده‌های دندانپزشکی از توان بیماران خارج است. توجه بیماران دارای مشکلات مالی و پوشیدگی‌های متعدد، جهت انجام درمان اصولی، مشکل است.

معرفی کیس : بیمار خانم ۲۸ ساله در تاریخ ۱۰ اردیبهشت ۱۴۰۱ با شکایت اصلی درد شدید دندان‌ها به بخش بیماری‌های دهان دانشکده دندانپزشکی البرز مراجعه نمود. بیمار پروتزی غیراصولی با بریج تمام دندان‌های مندیبل را داشت و سابقه‌ی درمان دندان‌ها توسط دندانپزشک تجربی را گزارش کرد. بعد از معاینه‌ی رادیوگرافی، پوشیدگی‌های متعدد، تحلیل شدید استخوان و لقی دندان‌های قدامی مندیبل مشاهده شد. کیفیت اندوی دندان‌ها پایین بود و طول کارکرد مناسب نداشتند و تقریباً در تمام موارد پاکسازی و شکل‌دهی مناسب کانال انجام نشده بود. تعدادی از دندان‌های اندو شده دارای ضایعه‌ی پری اپیکال بوده و به درمان مجدد احتیاج داشتند. گوتاپرکای دندان پرمولر بالا سمت راست از اپکس دندان رد شده بود. بیمار به دلیل مشکلات مالی خواستار کشیدن فوری تمام دندان‌ها و ساخت پروتز کامل دو فک بود. در خصوص اهمیت حفظ دندان‌ها و نقش آن‌ها در سلامت و زیبایی به بیمار توضیح داده شد اما مؤثر واقع نگردید.



چالش‌های اخلاقی: در دانشکده‌های دندانپزشکی در صورت امکان حفظ دندان، حتی با وجود اصرار بیمار، کشیدن انجام نمی‌شود. در این مورد بیمار متحمل درد شدید است و ممکن است به دلیل مشکلات اقتصادی مجدداً برای کشیدن دندان‌ها به دندانپزشک تجربی مراجعه کند و مشکلات بیشتری گریبان‌گیر وی شود.

راهکارها و پیشنهادات: با توجه به پروگنوز ضعیف، دندان‌های فک پایین کشیده و بیمار به حفظ دندان‌های ماگزیلا با اولویت بندی مشکلات تشویق شود. در مورد بعضی بیماران، پرداخت اقساطی و یا معرفی بیمار به مراکز خیریه جهت درمان رایگان، لحاظ گردد. برگزاری اردوهای جهادی متعدد توسط دانشجویان کمک‌کننده است.

بحث و نتیجه‌گیری: مشکلات اقتصادی بیماران نباید موجب دریافت خدمات غیراصولی با کیفیت پایین شود. در چنین مواردی، اهمیت پیشگیری و رعایت بهداشت دندان‌ها بیش از پیش حائز اهمیت است. با آموزش‌های سلامت دهان از طریق دانشکده، برگزاری فیلدها و آموزش از طریق رسانه‌های جمعی، هزینه‌ی دریافت خدمات دندانپزشکی کاهش می‌یابد.

کلید واژه‌ها : پروتز، اندو، پوشیدگی، تحلیل استخوان



عنوان: نجات جان بیمار از مرگ ناشی از عوارض داروی زولپیدم و ملاتونین

زهرا احمدی، دانشجوی کارشناس ارشد پرستاری اورژانس دانشکده پرستاری استان البرز

نویسنده همکار: خانم دکتر مرجان بناءزاده عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری استان البرز

مقدمه منشور حقوق بیمار در ۵ محور کلی ارائه شده است. یکی از محورهای آن حق دریافت اطلاعات به نحو مطلوب و کافی است (۱).

انتقال اطلاعات باید دو طرفه، همراه با گوش دادن فعال و با استفاده از سؤالات باز توسط کارکنان بهداشت و درمان انجام شود (۲).

معرفی کیس: در ساعت دو بامداد بیمار خانمی جوان که با شکایت خونریزی و عمل جراحی اورژانسی از ریکاوری به بخش جراحی زنان منتقل شد.

بیمار با تحصیلات لیسانس که سابقه بیماری و مصرف دارویی خاص، اعتیاد به دارو یا مواد خاص و بیماری های روانی ندارد و سابقه دو جراحی سزارین را بیان میکند و دارای دو فرزند است.

طبق شرح حال اخذ شده از وی، بیمار در حمام با تیغ لایبای مینور خود را بریده و بعد از چندی توسط همسر خود که از غیبت طولانی مدت او در حمام نگران شده، با خونریزی شدید به مرکز درمانی آورده شده است و تحت عمل اورژانسی لابیوپلاستی قرار گرفته است.

طی بستری بیمار، حرکات، رفتار و برخورد بیمار با همسرش در زمان ملاقات مورد توجه قرار گرفت و رفته رفته رابطه ای مبنی بر اعتماد با بیمار ایجاد شد تا اگر موردی خاص را بیمار کتمان کرده است بیان کند اما بیمار مورد خاصی را بیان نمی کند. در طی روز بیمار دچار بی خوابی و سر درد و کسلی است، در بررسی انجام شده بیمار بیان کردند که داروی زولپیدم و ملاتونین مصرف می کنند و این اظهارات جرقه احتمال ارتباط وقوع حادثه با عوارض این داروها را در ذهن پرستار روشن میکند. طی شرح حال دقیقتر، مشخص شد در شبی که بیمار به خود آسیب رسانده است، یک عدد ملاتونین میخورد اما خوابش نمیبرد و مجدد دو عدد زولپیدم ده میلی گرم مصرف می کند وقتی به سرویس بهداشتی می رود احساس میکند لایبای مینور وی بسیار بزرگ و دراز شده است و تصمیم میگیرد با تیغ آن را کوچک کند.

چالش های اخلاقی

با وجود آن که سابقه مصرف دارو توسط پرستار به پزشک اطلاع داده شد، اقدامی در جهت ارائه اطلاعات کافی در مورد عوارض داروها و ارجاع بیمار برای انجام مشاوره روانپزشکی و بررسی بیشتر از نظر احتمال عوارض این داروها از جمله توهم، انجام کارهایی بدون آگاهی و فراموشی انجام نشد. مساله بیمار به صورت ریشه ای بررسی نشد و فقط به رفع مشکل جاری پرداخته شد. در این مورد به منشور حقوق بیمار از نظر دریافت اطلاعات کافی و دریافت خدمات بر اساس دانش روز توجه نشده است. متأسفانه در ارزیابی اولیه بعمل آمده توسط پرستار و پزشک این مورد قید نشده است.

راهکارهای پیشنهادی

با توجه به عوارض جدی این دو دارو لازم است بیمار مصرف کننده مورد آموزش قرار گیرد تا از رخداد حوادث بعدی خودداری شود.

ارزیابی بدو ورود دقیق بیماران و آموزش عوارض این داروها به بیماران

آموزش عوارض این داروها به عموم جامعه از طریق رسانه ها و شبکه های اجتماعی

بازاندیشی و گفتگوی کارکنان بر روی این گونه موارد در جلسات درون بخشی

ارائه ژورنال کلاب ماهیانه در مورد عوارض دارو ها

نظارت بیشتر بر داروهای (OCT) over the counter

آموزش بیماران در بدو ورود درباره منشور حقوق بیمار و محورهای آن

نظارت بیشتر رابطین آموزش به بیمار بر آموزش های بدو ورود

برگزاری آموزش ضمن خدمت برای کارکنان درمان در مورد دارو ها



عنوان: فوت بیمار بعد از عمل جراحی زیبایی بدلیل عدم مسئولیت پذیری و رعایت شرح وظایف

نویسندگان:

مرضیه صیدآبادی. کارشناس مسئول برنامه وقایع ناخواسته درمانی. معاونت درمان. دانشگاه علوم پزشکی البرز. کرج. ایران

همراه: ۰۹۱۲۷۱۳۱۸۳۰

ایمیل: Marziehs.94112@gmail.com

مقدمه:

ایمنی بیمار پیش گیری و تعدیل آسیب های ایجاد شده در اثر حذف خطاهای مربوط به مراقبت های بهداشتی می باشد که با به کارگیری شیوه ها و راهکارهای عملی، وقوع خطاها را به حداقل رسانده و باعث عدم تکرار آن در صورت وقوع حوادث می شود.

معرفی کیس: ۱۴۰۰/۰۹/۰۶ ساعت ۰۹:۰۰ مددجو خانم ۶۶ ساله که در ساعت ۰۹:۰۰، NPO و هوشیار با همراه جهت عمل لیفت سینه و شکم با نامه بستری جراح بستری شد. ساعت ۱۱:۰۰ به دکتر تلفنی اطلاع داده شد و گفتند: NPO باشد، مشاوره بیهوشی و قلب شود و... دستورات انجام شد و طبق دستور بیهوشی رزرو ICU داشته باشد. نرده کنار تخت بسته و دیورز داشته است. راه وریدی برقرار و حساسیت دارویی و غذایی ندارد. EKG و کراس های خون انجام شد. رضایت عمل و بیهوشی ضمیمه است. علائم حیاتی بدو ورود: BP:120/80, PR:80, RR:20, T:37. سابقه جراحی: C/S - کله سیستکتومی - رینوپلاستی. داروی مصرفی: زولپیدم برای خواب. حساسیت دارویی: کدئین (احساس تنگی نفس و خفگی). ارزیابی سابقه دارویی: زولپیدم - میرتازاپین. وزن: 53KG - قد ۱۴۹

دستور بستری از مطب: جهت جراحی ماستوپکسی و ابدومینوپلاستی بستری شود. (برداشت پوست زیرشکم، ترمیم عضلات، ناف گذاری - لیپولیز و تخلیه چربی شکم - لیفت سینه، تزریق باتکس)

مطابق شرح حال ثبت شده توسط جراح معالج: بیمار با اصرار خود جهت عمل ابدومینوپلاستی و لیفت سینه مراجعه نموده است. ... بیهوش شدن در اتاق عمل گفت، داروهای مرفین و غیره بعلت فیبرومیالژیا مصرف میکند. پسر بیمار ۷ ماه قبل فوت نموده است.

مددجو با برانکارد و تحت شرایط ایمن به همراه تکنسین بیهوشی به اتاق عمل ۷ وارد شد. راه وریدی و V/S چک شد. شرح حال از مددجو گرفته شد. مددجو حساسیت به کدئین را ذکر میکند. سپس مددجو تحت بیهوشی G.A قرار گرفت و به ونتیلاتور وصل شد. (پره اپ: ۲ گرم، کلگزان ۴۰ میلی گرم، سوند فولی، باند الاستیک ساق پاها). بعد از انجام بیهوشی سوند فولی برای مددجو فیکس شد. مددجو در ابتدا ۵۰ سی سی دیورز داشت. یک راه وریدی با آنژیوکت سبزرنگ برای مددجو گذاشته شد تا در صورت تزریق احتمالی خون رگ مناسب در اختیار داشته باشیم. مددجو در ابتدا تحت پوزیشن سوپاین قرار گرفت. در طول جراحی سرم تراپی و مانیتورینگ انجام شد و مددجو مشکل خاصی نداشت و ساعت ۱۶:۰۰ به همکار عصرکار تحویل شد. مددجو در ساعت ۱۶:۰۰ با علائم حیاتی: O2SAT:99%, PR:61, BP:90/60 بیهوش تحویل گرفته شد. ۲ لیتر سرم گرفته شده بود و... در ساعت ۰۰:۰۰ پوزیشن Pron قرار گرفت و ساکشن و تزریق باتکس انجام شد. مددجو هوشیار و بدون هیچ مشکل خاصی و در شرایط ایمن و با علائم BP:110/70, HR:80, O2SAT:99% تحویل ریکاوری شد. ۱ واحد P.C بدستور جراح در ریکاوری گرفت. ۱ واحد در ICU تزریق شود.

دستورات پس از جراحی (مورخ ۱۴۰۰/۰۹/۰۶ ساعت ۲۲:۰۵): ۴ ساعت NPO - Pethedin - Ketrolac PRN - Apotel PRN - cefazolin 1 gr - Ser 1/3 2/3 - 25 prn - دستور چک CBC (06:00- 10:00- 14:00) ... CBC. انفوزیون پکسل: 2 U Hb<8 - 1U Hb<9 - پماد جهت محل جراحی - اناکسپارین ۴۰ - ۲ واحد پکسل رزرو - ویزیت قلب فردا (مورد خط خورده است)

دستورات متخصص بیهوشی مورخ ۱۴۰۰/۰۹/۰۶ ساعت ۲۱:۰۰: انتقال به ICU - چک VBG

گزارش شیفت شب مورخ ۱۴۰۰/۰۹/۰۶: بیمار هوشیار از پرسنل ریکاوری تحویل گرفته شد. HR:88, BP:115/65, SPO2:97%, T:36.7، ریتم قلبی سینوسی نرمال. پمپ درد برقرار است - NPO است - اکسیژن تراپی از طریق نازل برقرار است - پوزیشن V دارد - پانسمان تمیز و دو عدد درن هموواگ دارد - هر دو پا بانداز کشی دارد - شکم بند دارد - آزمایشات ۰۶:۰۰ ارسال شد. با جراح تماس و فرمودند CBC فردا صبح ارسال شود. با علائم: HR:90-100, BP:90/60, SPO2:96% تحویل صبحکار شد.



گزارش پرستاری ICU (شیفت صبح مورخ ۱۴۰۰/۰۹/۰۷): هنگام تحویل مددجو در ساعت ۰۷:۰۰، مددجو کاملاً Pale می باشد. هوشیار است. GCS:15 و صحبت میکند. مردمکها قرینه می باشد. مانیتورینگ میشود و ریتم قلبی سینوسی تاکیکارد (HR:110, SPO2:98%) و اکسیژن تراپی از طریق نازال به میزان 3-5 lit/min -BP:70/40- درن هموواگ سمت راست ۵۰۰ سی سی ترشحات خونی و درن هموواگ سمت چپ خونی دارد- پانسمان تمیز است- پمپ درد باتوجه به BP پایین قطع شده است. فولی فیکس و 10cc دیورز بصورت Clear دارد. باتوجه به اطلاع آزمایشگاه و Hb:2.9 و تماس سوپروایزر بالینی با جراح معالج، ایشان در دسترس نبودند که سریعاً با متخصص بیهوشی تماس و متخصص بیهوشی در بیمارستان نبودند و سریعاً با پزشک اورژانس در ساعت ۰۷:۰۰ صحبت و گفتند ۲ واحد پکسل ترانسفوزیون و به جراح اطلاع داده شود. طی هماهنگی با آزمایشگاه، واحد P.C آماده شد و به مددجو وصل و ترانسفوزیون شد. در طی این مدت به تلفنخانه گفته شد که هر ۵ دقیقه با جراح تماس گرفته شود متأسفانه در دسترس نبودند. واحد اول پکسل در ساعت به اتمام رسید. باتوجه Hb:2.9 اولیه و دستور متخصص بیهوشی (در ساعت ۰۸:۰۰ بصورت تلفنی)، CBC مجدد بعد از تزریق واحد اول ارسال شد و جواب Hb:5.4 می باشد. مددجو همچنان تاکیکارد: HR, BP:86/59, GCS: 15, SPO2:97% واحد دوم پکسل در ساعت ۰۸:۰۰ وصل و ساعت ۰۹:۰۰ به اتمام رسید. در ساعت ۰۸:۱۵ با حضور سوپروایزر صبح در بخش به متخصص بیهوشی جهت ویزیت اطلاع داده شد. بی قرار و احساس تشنگی دارد. دیورز 30cc/h- همچنان Pale و تاکیکارد است. در ساعت ۰۸:۳۰ در حضور مدیر عامل بیمارستان با مدیر گروه جراحی تماس و وضعیت مددجو اطلاع و اینکه جراح معالج در دسترس نمی باشند اطلاع داده شد. در ساعت ۰۹:۰۰ توسط متخصص بیهوشی ویزیت شد، مددجو دیس پنه دارد. اکسیژن با ماسک رزروال به میزان 10-12 lit/min گذاشته شد. SPO2:95% دارد. دستورات اجرا شد (پکسل و FFP تزریق شد)- در ساعت ۰۹:۳۰ طی تماس تلفنی با جراح و اطلاع وضعیت مددجو، مشاوره داخلی و قلب اورژانسی درخواست شد. واحد چهارم پکسل در ساعت ۱۰:۰۰ وصل شد و جراح در ساعت ۱۰:۰۰ بر بالین حاضر شدند. بیمار تاکیکارد، دیس پنه دارد، صحبت میکند و اظهار درد میکند. بدستور جراح پانسمان در حضور ایشان باز شد. ترشحات خونابه ای از نواحی عمل.... دکتر فرمودند 2mg مورفین رقیق شده بصورت وریدی تزریق شد و در حضور سوپروایزر و همکار پرستار دیگر، مورفین رقیق شد. موقع تزریق از دست چپ بدلیل خرابی رگ بیمار و خروج دارو، مجدد 2mg از دست راست تزریق شد. پزشک داخلی در بخش حضور داشتند و مشاوره توسط ایشان انجام شد (BP:100/60- HR=110-120). بیمار طی چند دقیقه دچار BP=6 و افت شدید BP شد). مددجو در ساعت ۱۰:۱۵ و درحال انجام مشاوره داخلی دچار گسپینگ شد. فاقد BP و HR:50 شد که کد ۹۹ اعلام و عملیات احیا انجام شد. (دو متخصص بیهوشی حضور داشتند). مریض اینتوبه و آتروپین ۴ عدد و آدرنالین ۹ عدد و درپ نوراپی نفرین و دوپامین شروع شد. یک واحد FFP HR:62, GCS:3 و میدریاز دوبل. در ساعت ۱۰:۴۵ باتوجه به حضور متخصص قلب، اکوی پرتابل انجام شد. - EF:20-25%-Effusion (+) داشت. احیا تا ساعت ۱۱:۱۵ انجام و درنهایت ختم احیا اعلام و بیمار Expier

چالش های اخلاقی:

۱. انجام همزمان چند عمل زیبایی در خانم ۶۶ ساله
۲. عدم اخذ شرح حال گیری مناسب و ارزیابی صحیح بیمار توسط پزشک معالج قبل از جراحی (داروهای مصرفی، حساسیت دارویی، Hb=10.7)
۳. عدم ثبت صحیح برگه مشاوره بیهوشی قبل از عمل جراحی: جهت مشاوره بیهوشی، فقط برگ درخواست تکمیل و درخصوص کلاس ASA و OK عمل جراحی و ریسک جراحی بیان نشده است
۴. عدم ویزیت بیمار پس از عمل جراحی در بخش توسط جراح معالج
۵. عدم چک VBG در بخش علیرغم دستور متخصص بیهوشی پس از جراحی
۶. عدم چک CBC در شیفت شب پس از عمل جراحی باتوجه به اعمال جراحی و دریافت ۱ واحد پکسل در ریکاوری
۷. عدم انجام ویزیت قلب پس از جراحی، علیرغم داشتن دستور پس از عمل
۸. عدم پیگیری تزریق دوم واحد پکسل در بخش در شیفت شب
۹. عدم ارزیابی صحیح پرستاری بیمار در طول شیفت شب (در شیفت صبح با علائم پره شوک تحویل داده شده است)
۱۰. عدم ویزیت متخصص بیهوشی در بخش پس از انتقال به ICU
۱۱. عدم پاسخگویی جراح معالج در شیفت صبح بدنبال بدحالی بیمار و تماس های مکرر بخش
۱۲. عدم حضور متخصص بیهوشی تا ساعت ۰۹:۰۰ در بیمارستان



۱۳. عدم ویزیت بر بالین بیمار توسط پزشک اورژانس/ جراح دیگری علیرغم تماس با مدیر گروه جراحی، پزشک اورژانس و اطلاع وضعیت بیمار و عدم پاسخگویی جراح معالج
۱۴. تغییر دستورات ثبت شده قبلی در پرونده توسط جراح
۱۵. ثبت ناقص گزارشات پرستاری، اتاق عمل و هوشبری (وجود فضای خالی در گزارش اتاق عمل، بدون مهر و مشخصات، ثبت ناقص موارد و...)
۱۶. عدم تکمیل صحیح ساعات دریافت پکسل از آزمایشگاه توسط بخش و ثبت ساعت تزریق به بیمار همزمان با ساعت تحویل آزمایشگاه
۱۷. ثبت متناقض شرح حال در پرونده بیمار- ثبت متناقض وضعیت بالینی بیمار در پرونده توسط جراح پس از حضور در بالین با گزارشات پرستاری
۱۸. عدم ثبت دقیق میزان I&O در شیت ICU در شیفت شب

راهکارها و پیشنهادات:

- تاکید و نظارت بر انجام ارزیابی اولیه و اخذ دقیق شرح حال از بیماران توسط پزشک معالج و پرستاران قبل از انتقال به OR
- مکاتبه و تاکید بر جراحان در تمامی گروه های تخصصی درخصوص ارزیابی و پیگیری دقیق وضعیت بالینی بیماران پس از اعمال جراحی بصورت ویزیت بر بالین در بخش و درخواست انجام آزمایشات بعد از جراحی باتوجه به نوع جراحی، حجم خون از دست رفته و...
- ضرورت انجام ارزیابی های لازم برای آمادگی قبل از عمل جراحی و قبل از مراجعه بیمار به مرکز. براساس دستورالعمل "ارزیابی پیش از عمل بیماران جراحی" پذیرش بیماران بایستی پس از انجام اقدامات لازم قبل از عمل جراحی (پره آپ) صورت پذیرد.
- مکاتبه و تاکید بر مدیر گروه ها در تمامی گروه های تخصصی، درخصوص هماهنگی به موقع و بهنگام درخصوص ویزیت بر بالین بیماران بدحال توسط یکی از پزشکان مرتبط آنکال/مقیم، در زمان عدم دسترسی به پزشک معالج
- مکاتبه و تاکید بر مدیر گروه بیهوشی درخصوص الزام حضور متخصصین بیهوشی در مرکز (در زمان تحویل و تحول شیفت) و حضور به موقع بر بالین بیماران بدحال در بخش مراقبت های ویژه
- نظارت بر انجام ویزیت بر بالین و به موقع بیماران توسط متخصص بیهوشی پس از انتقال بیمار به ICU، مطابق دستورالعمل ویزیت
- نظارت بر انجام ویزیت بر بالین بیماران بدحال توسط پزشک اورژانس در زمان عدم دسترسی به پزشک معالج
- آموزش اثربخش گزارش نویسی و ثبت پرونده جهت تمامی کادر درمانی از طریق ارائه سناریوهای آموزشی و چک تمامی پرونده های بیماران توسط سرپرستار بخش ها
- آموزش اثربخش مراقبت های قبل و بعد از اعمال جراحی جهت تمامی کادر پرستاری بصورت آموزش در بالین و تاکید بر سوپروایزران بالینی و سرپرستاران به نظارت جدی بر این امر
- آموزش اثربخش و نظارت بر انجام مراقبت های پرستاری بصورت صحیح و ثبت صحیح در پرونده در بیماران پس از اعمال جراحی (وضعیت ناحیه جراحی، ثبت دقیق میزان ترشحات درن ها و توجه به کاهش/افزایش نسبت به زمان پذیرش بیمار از اتاق عمل، میزان برون ده ادراری و توجه به افزایش/کاهش حجم ادراری باتوجه به حجم دریافتی و وضعیت بالینی بیمار، مانیتورینگ دقیق و کنترل صحیح علائم حیاتی و...)
- تاکید بر گروه های پرستاری درخصوص چک صحیح و انجام به موقع دستورات پزشک و ثبت دلایل عدم انجام در پرونده
- نظارت دقیق سوپروایزر آزمایشگاه بر فرایندهای بانک خون و پیگیری دقیق کمبود فرآورده ها در بانک خون در شیفت های بالینی و اطلاع و پیگیری موارد کمبود فرآورده های رزو شده به پزشک معالج، سوپروایزر بالینی
- تاکید بر پزشکان مبنی بر عدم خط زدن دستورات در پرونده و در صورت ثبت اشتباه دستورات و نیاز به اصلاح (در همان لحظه و عدم تغییرات در ساعت و... دیگر)، ثبت مطابق دستورالعمل در پرونده و الزام ثبت صحیح تاریخ و ساعات در دستورات
- آموزش اثربخش درخصوص علائم خونریزی داخلی و شوک همورائیک در بیماران پس از اعمال جراحی جهت تمامی گروه های درمانی
- آموزش اثربخش دستورالعمل های ایمنی بیمار به کلیه پرسنل مرکز و چک اثربخشی و میزان آگاهی و عملکرد پرسنل بصورت دوره ای
- تقویت Team work در کلیه قسمت های مرکز

بحث و نتیجه گیری:

یکی از راهکارهای بسیار مفید و سودمند در ایمنی بیمار استفاده از سیستم گزارش دهی، استفاده از تجربیات دیگران و درس آموخته های اخذ شده از خطاها و حوادث درمانی می باشد. لذا مدیریت خطاهای پزشکی، روشی است که اجازه می دهد تا سازمان با روش گذشته نگر به شناسایی عوامل اساسی خطاها پرداخته و تمرکز اصلی این روش بر اصلاح فرآیند در سازمان و رویکرد عاری از سرزنش باشد.

کلید واژه ها: فوت بیمار- اقدامات درمانی- عدم مسئولیت پذیری



عنوان: فوت بیمار بعد از عمل جراحی بدلیل عدم ارزیابی صحیح قبل و بعد از جراحی

نویسندگان : مرضیه صیدآبادی. کارشناس مسئول برنامه وقایع ناخواسته درمانی. معاونت درمان. دانشگاه علوم پزشکی البرز. کرج. ایران

مقدمه :

ایمنی بیمار پیش گیری و تعدیل آسیب های ایجاد شده در اثر حذف خطاهای مربوط به مراقبت های بهداشتی می باشد که با به کارگیری شیوه ها و راهکارهای عملی، وقوع خطاها را به حداقل رسانده و باعث عدم تکرار آن در صورت وقوع حوادث می شود. از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت، ایمنی بیمار اجتناب و خلاصی از آسیب های بی مورد یا بالقوه و مرتبط با مراقبت است. آمارها حاکی از آن است که درصد غیرقابل 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 آنها افزوده می شود. در این راستا اگر بستری مناسب برای پرداختن به ایمنی بیمار در سازمان مهیا نباشد و فرهنگ ایمنی بیمار نهادینه نشده باشد امید به اجرای موفق برنامه های ایمنی امری بیهوده است.

فرهنگ ایمنی بیمار باید در تمام اجزاء سازمان اعم از مدیریت و کارکنان ساری و جاری باشد. به همین دلیل پیشگیری از آسیب های مرتبط با مراقبت های بهداشتی، درمانی بعنوان یک اصل کلیدی و کلی در مراقبت از بیمار مطرح می باشد. لذا مدیریت خطاهای پزشکی از جمله تحلیل ریشه ای، روشی است که اجازه می دهد تا سازمان با روش گذشته نگر به شناسایی عوامل اساسی خطاها پرداخته و تمرکز اصلی این روش بر اصلاح فرآیند در سازمان و رویکرد عاری از سرزنش باشد.

معرفی کیس : بیمار خانمی ۵۹ ساله بودند که در تاریخ ۰۱/۵/۱۹ بدلیل بزرگی سینه ها که به گردن فشار می آورد، به صورت الکتیو جهت مامو پلاستی دوطرفه بستری میشود (قد ۱۵۵ و وزن ۹۵). بیمار سابقه آسم و مصرف اسپری سالبوتامول داشته و در تاریخ ۰۱/۵/۲۰ ساعت ۸:۳۰ به OR منتقل شده و بیهوشی و جراحی بدون مشکل انجام می شود. بیمار ساعت ۱۶:۱۸ به SICU منتقل می شود و تحت مانیتورینگ قرار می گیرد. علائم حیاتی stable و $SPO2 = 96\%$ بوده و برای بیمار هپارین طبق پروتکل از صبح روز عمل شروع شده و بانداز الاستیک پاها در اتاق عمل و قبل از شروع جراحی بسته می شود. روز بعد از جراحی در تاریخ ۰۱/۵/۲۱ ساعت ۱۰:۵۰ توسط رزیدنت جراحی ویزیت شده و دستور RBR داده می شود که بیمار با احتیاط کامل و با کمک OOB می شود. ساعت ۱۱:۲۰ بیمار دچار تنگی نفس شدید شده که اسپری سالبوتامول زده و اکسیژن تراپی انجام می شود و به متخصص بیهوشی اطلاع داده می شود که بلافاصله بر بالین بیمار حاضر می شوند. همان موقع بیمار برادیکارد شده که کد ۹۹ اعلام و عملیات احیا انجام می شود ولی متأسفانه بعد از ۴۵ دقیقه CPR ناموفق بیمار ساعت ۱۲:۲۰ فوت می کند.

چالش های اخلاقی:

۱. عدم ارزیابی و اخذ شرح حال گیری صحیح از بیمار قبل از عمل جراحی
۲. عدم انجام مشاوره بیهوشی قبل از عمل جراحی
۳. عدم ارزیابی صحیح بیمار بعد از عمل جراحی توسط دستیاران تخصصی و پرستار مسئول بیمار
۴. عدم ارزیابی و معاینه بالینی دقیق بعد از جراحی توسط جراح معالج و متخصص بیهوشی مقیم ICU
۵. عدم ثبت تزریق ۲۰۰ میلی گرم هیدروکورتیزون در گزارش بیهوشی بیمار در پرونده
۶. عدم ثبت و تعیین تکلیف مصرف داروهایی که بیمار در منزل مصرف می کند (اسپری سالبوتامول - قرص ایروکست)

راهکارها و پیشنهادات:

- نظارت برانجام پره آب صحیح تمامی بیماران قبل از عمل جراحی (انجام مشاوره بیهوشی- اخذ رضایت آگاهانه توسط پزشک معالج و...)
- آموزش عملیاتی ثبت صحیح پرونده بالینی بیماران توسط کلیه کادر درمان و چک راند پرونده های بیماران و گزارش بازخورد به پرسنل درخصوص موارد عدم تطبیق و...
- تاکید و نظارت بر انجام ارزیابی و اخذ شرح حال گیری صحیح و دقیق توسط پزشک معالج و پرستار مسئول بیمار
- تاکید و نظارت بر انجام ویزیت بر بالین به موقع بیماران توسط جراحان معالج پس از اتاق عمل
- لزوم ارزیابی عملکرد دستیاران تخصصی توسط اعضاء هیات علمی
- تاکید مجدد و آموزش درخصوص انجام تلفیق دارویی جهت کلیه بیماران و تصمیم گیری درخصوص مصرف/عدم مصرف داروهای منزل و ..

بحث و نتیجه گیری:

یکی از راهکارهای بسیار مفید و سودمند در ایمنی بیمار استفاده از سیستم گزارش دهی، استفاده از تجربیات دیگران و درس آموخته های اخذ شده از خطاها و حوادث درمانی می باشد. لذا مدیریت خطاهای پزشکی، روشی است که اجازه می دهد تا سازمان با روش گذشته نگر به شناسایی عوامل اساسی خطاها پرداخته و تمرکز اصلی این روش بر اصلاح فرآیند در سازمان و رویکرد عاری از سرزنش باشد.

کلید واژه ها : فوت بیمار- عمل جراحی- ارزیابی و شرح حال گیری



عنوان: فوت کودک بدلیل تاخیر حضور و انجام اقدامات عملیات احیاء بصورت صحیح

نویسندگان: مرضیه صیدآبادی. کارشناس مسئول برنامه وقایع ناخواسته درمانی. معاونت درمان. دانشگاه علوم پزشکی البرز. کرج. ایران
مقدمه:

ایمنی بیمار پیش گیری و تعدیل آسیب های ایجاد شده در اثر حذف خطاهای مربوط به مراقبت های بهداشتی می باشد که با به کارگیری شیوه ها و راهکارهای عملی، وقوع خطاها را به حداقل رسانده و باعث عدم تکرار آن در صورت وقوع حوادث می شود.

معرفی کیس: مددجو کودک ۳ ماهه در تاریخ ۱۹/۰۷/۱۴۰۱ در ساعت ۰۶:۱۹ با تشخیص گاستروانتریت در بخش اطفال بستری گردیده است. بنا به اظهار مادر کودک سابقه بیماری خاصی ندارد و سابقه حساسیت دارویی ندارد از دو روز پیش اسهال داشته. پس از بستری در بخش اطفال علائم حیاتی چک شد. BP: 37 T: 80/P PR;132 RR; 32 SPO2: 97% . دستورات کتبی پزشک معالج اجرا شد. آزمایشات خون و ادرار و مدفوع درخواست و سرم تراپی شروع شد. رژیم غذایی NPO بوده است که از صبح روز بعد در صورت عدم استفراغ میتواند PO باشد و شیر مادر بخورد. سونوگرافی شکم و لگن درخواست شده است. جذب و دفع کنترل میشود.

در تاریخ ۱۴۰۱/۰۷/۲۱ ساعت ۰۳:۳۰ یک نوبت استفراغ داشته که به مادر توصیه شد برای جلوگیری از استفراغ مجدد فعلاً NPO بماند. کودک بی قرار بود و گریه داشته. در ساعت ۰۷:۰۵ پرستار مسئول بیمار، کپسول یوموگی (دارو) را در صورت حل شده در سرنگ کشیده و بر بالین کودک دارو داده شده. ساعت ۰۷:۲۳ بصورت ناگهانی دچار آپنه تنفسی و کاملاً سیانوز گردیده که بلافاصله در ساعت ۰۷:۲۴ توسط مرکز تلفن کد احیا اعلام شده است. بلافاصله تیم احیا حاضر و در این فاصله پرسنل اطفال عملیات احیا را شروع کرده و مرتباً ماساژ قلبی داده شده است. پزشک بیهوشی در ساعت ۰۷:۲۹ بر بالین کودک حاضر شده و بنا به گزارش در ساعت ۰۷:۳۶ متخصص بیهوشی اقدام به اینتوباسیون کرد که موفقیت آمیز نبوده است و متخصص نوزادان در ساعت ۰۷:۳۸ بر بالین کودک حاضر و در ساعت ۰۸:۰۰ اقدام به اینتوباسیون کرده اند. داروی اپی نفرین دوز اول تزریق و توسط دکتر متخصص قلب اکو انجام که علی رغم پالس ریت ۱۷۰-۲۰۰ عملیات احیا همچنان ادامه داشت ولی متأسفانه در ساعت ۰۸:۳۵ توسط متخصص اطفال و بیهوشی و قلب ختم CPR اعلام شد و کودک فوت و جسد به سردخانه منتقل شده است.

چالش های اخلاقی:

۱. تاخیر در حضور بموقع اعضاء گروه کد (پزشک متخصص بیهوشی و پزشک اطفال و نوزادان) بر بالین کودک
۲. تاخیر در اینتوباسیون و شروع دستور تزریق دارو توسط پزشک بیهوشی
۳. عدم انجام صحیح عملیات احیا مطابق دستورالعمل توسط کادر درمان
۴. عدم مهارت کافی کادر درمان در انجام اینتوباسیون اطفال
۵. عدم ارزیابی و معاینه بالینی صحیح کودک

راهکارها و پیشنهادات:

- آموزش عملیاتی اثربخش عملیات احیاء قلبی ریوی در بزرگسالان، کودکان و... برای تمامی کادر درمان و بررسی مستمر میزان مهارت پرسنل در انجام عملیات احیاء
- آموزش عملیاتی مدیریت راه هوایی و نحوه انجام صحیح انتوباسیون بر روی مولاژ بصورت دوره ای جهت کادر درمانی و بررسی مستمر میزان مهارت پرسنل
- تاکید و نظارت بر حضور به موقع اعضاء گروه کد بر بالین بیماران و برگزاری مانورهای آزمایشی آمادگی و حضور اعضاء در بیمارستان بصورت دوره ای (ارزیابی زمان حضور اعضاء
- تاکید و نظارت بر انجام ارزیابی و معاینه بالینی صحیح توسط پزشکان معالج
- تهیه نوار احیاء اطفال در ترالی های احیاء

بحث و نتیجه گیری:

یکی از راهکارهای بسیار مفید و سودمند در ایمنی بیمار استفاده از سیستم گزارش دهی، استفاده از تجربیات دیگران و درس آموخته های اخذ شده از خطاها و حوادث درمانی می باشد. لذا مدیریت خطاهای پزشکی، روشی است که اجازه می دهد تا سازمان با روش گذشته نگر به شناسایی عوامل اساسی خطاها پرداخته و تمرکز اصلی این روش بر اصلاح فرآیند در سازمان و رویکرد عاری از سرزنش باشد.

کلید واژه ها: فوت کودک- عملیات احیاء- تاخیر در حضور



عنوان: گزارش خطا دارویی توسط دانشجویان پرستاری

(Medication Administration Error- reporting By Nursing Students)

چکیده مقاله:

خطای دارویی از شایع ترین خطاهای قابل پیشگیری پرستاری است که می تواند برای بیماران آسیب زا باشد و حتی منجر به مرگ آنها گردد. بنابراین در آموزش اصول صحیح دارودهی به دانشجویان پرستاری در بالین باید محتاط بود و بر اجرای آن نظارت داشت. در یک کارآموزی، دانشجویان پرستاری به صورت گروهی به دارودهی می پردازند. دانشجویان از قبل داروها را آماده کرده و چیده اند. یکی از دانشجویان به سایر بچه ها می گوید که کاپ داروی تخت یک را بدهید و بقیه هم سایر تختها را رسیدگی می کنند، از قضا این کاپ دارویی تخت یک نبوده و متعلق به تخت یازده بوده است که خطای دید اتفاق افتاده بود، در ابتدا متوجه نمی شوند تا اینکه دانشجوی با چک کاردکس متوجه متفاوت بودن داروها و جابه جا بودن کاپ داروها می شود، اینکار باعث شد از خطای بیشتر جلوگیری شود. قبل از اینکه کاردکس چک شود، بیمار قرص های خوراکی را مصرف کرده بود. دانشجوی بلافاصله به استاد خبر می دهد و همه داروها و تداخل ها چک می شود؛ که خوشبختانه آن چنان خطای تهدید کننده ی حیات بیمار نبود. رعایت هشت اصل صحیح دارودهی برای دانشجویان و هم برای پرسنل امری ضروری است که مانع از ضرر رسیدن به بیمار می شود. در صورت وقوع خطا، گزارش آن باعث شناسایی و اصلاح عوامل ساختاری و عملکردی مسبب خطا می شود. هم چنین تشویق پرسنل به گزارش هر گونه خطا اعم از اخلاقی و دارویی و بالینی و در نظر گرفتن سیستم پاداش در این مورد ایده ی کارآمدی می باشد.

نویسندگان:

نویسنده اصلی: *مونا گودرزی: دانشجوی کارشناسی پرستاری پیوسته، دانشکده پرستاری و فوریت های پزشکی البرز، دانشگاه علوم پزشکی البرز، شهر کرج، استان البرز، ایران.

مقدمه:

خطای دارویی از شایع ترین خطاهای پرستاری است که می تواند برای بیماران آسیب هایی بر جای بگذارد و حتی منجر به مرگ آنها گردد. بنابراین در آموزش اصول صحیح دارودهی به دانشجویان پرستاری در بالین باید محتاط بود و بر اجرای آن نظارت داشت.

معرفی کیس:

در یک کارآموزی، استاد دانشجویان پرستاری را به دو گروه برای دارودهی تقسیم می کند. دانشجویان گروه اول با توالی دارودهی وارد اتاق مورد نظر می شوند، قبل از آن داروها را آماده کرده و چیده اند. یکی از دانشجویان به سایر بچه ها می گوید که کاپ داروی تخت یک را بدهید و بقیه هم سایر تختها را رسیدگی می کنند، از قضا این کاپ دارویی تخت یک نبوده و متعلق به تخت یازده بوده است، در ابتدا متوجه نمی شوند تا اینکه دانشجوی با چک کاردکس متوجه متفاوت بودن داروها می شود و می بیند این داروها برای تخت یک نیست و اشتباهی رخ داده ،اینکار باعث شد از خطای بیشتر جلوگیری شود. قبل از اینکه کاردکس چک شود، بیمار قرص های خوراکی را مصرف کرده بود. دانشجوی بلافاصله به استاد خبر می دهد و همه داروها و تداخل ها چک می شود؛ تهدید کننده ی حیات بیمار نبود.

چالش های اخلاقی:

در کیس معرفی شده، رعایت نکردن 8 rights در دارودهی که از اصول ایمنی لازم در عدم آسیب رسانی به بیمار- از اصول چهار گانه اخلاق پزشکی- اتفاق افتاده است. دانشجوی در گزارش خطای خود صداقت داشته که در این مورد مسئولیت کار خود را به عهده گرفته است.

راهکارها و پیشنهادات:

هر دانشجوی مسئولیت یک بیمار را اختصاصا به عهده بگیرد و در مواقع گروهی یا انفرادی اصول دارودهی رعایت شو و اتکا به گفته ی همکار کفایت نمی کند. گزارش خطای سریع و صادقانه می تواند از عواقب جدی پیشگیری نماید و در کنترل اوضاع کمک کننده باشد.

بحث و نتیجه گیری:

خطای دارویی از شایع ترین خطاهای قابل پیشگیری است؛ رعایت هشت اصل صحیح دارودهی برای دانشجویان و هم برای پرسنل امری ضروری است که مانع از ضرر رسیدن به بیمار می شود. در صورت وقوع خطا، گزارش آن باعث شناسایی و اصلاح عوامل ساختاری و عملکردی مسبب خطا می شود.

کلید واژه ها: خطای دارویی، 8 rights، اخلاق پزشکی، مسئولیت پذیری، گزارش خطا



عنوان: ترخیص با رضایت شخصی

نویسنده: مریم بختیاری

مقدمه:

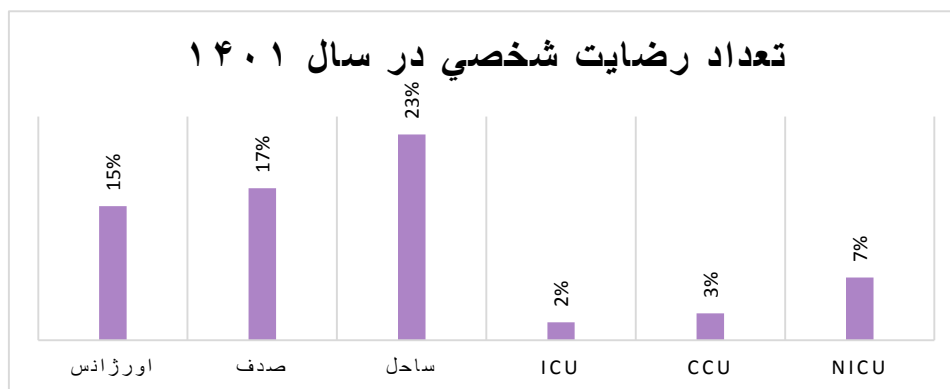
از آنجا که بیمارستان مسئول تامین سلامت بیماران مراجعه کننده به آن می باشد و کیفیت خدمات بیمارستانی براساس نیازها و رضایت بیماران ارزیابی می شود، ارزشیابی براساس نظر بیماران و رضایت آنها از خدمات ارائه شده به دلیل رقابتهای درمانی بیمارستانها و پذیرش بیشتر بیمار در سالهای اخیر رونق بیشتری یافته است. می توان گفت که یکی از معضلاتی که در پی نارضایتی بیماران ایجاد می شود، ترخیص بیمار با رضایت شخصی است، که در نهایت موجب رکود کارها و وضعیت نامناسب مالی مراکز شده و صدمات جبران ناپذیری به بیمارستانها وارد می سازد. یکی از جهت گیریهای مدیریت نوین توجه به اصل مشتری گرایی و جلب رضایت خدمت گیرندگان می باشد. مدیر بیمارستان باید بتواند در هر مقطع از زمان به اطلاعات روزآمد دسترسی داشته، آنها را تحلیل و تفسیر نماید با و اتخاذ تصمیم درست و به موقع کیفیت خدمات بیمارستانی را براساس نیازها و رضایت بیماران جهت دهی کند. ترک بیمارستان با مسئولیت شخصی، فرایندی است که طی آن بیمار بدون تکمیل دوره درمان با وجود توصیه های پزشکی، با میل خود بیمارستان را ترک میکنند و میتواند نشانگر نارضایتی بیماران و یک معضل قابل توجه مدیران نظام سلامت باشد.

هدف: بررسی میزان رضایت شخصی

روش کار: پژوهش حاضر به روش مقطعی از سال ۱۴۰۱ تا کنون به منظور بررسی علل ترخیص بیماران با رضایت شخصی در بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی آرام انجام گرفت. جامعه آماری این پژوهش شامل همه بیماران بستری بود که در طول دوره پژوهش بیمارستان را با میل شخصی ترک کردند. جمع آوری داده ها براساس چک لیست بوده است. تمام بیمارانی که با رضایت شخصی در فاصله زمانی ابتدای سال ۱۴۰۱ از بیمارستان ترخیص شده بودند، وارد مطالعه شدند. برای گردآوری داده ها از چک لیست استفاده شد. پیامد بیماران، یک هفته بعد به صورت تلفنی تکمیل شد.

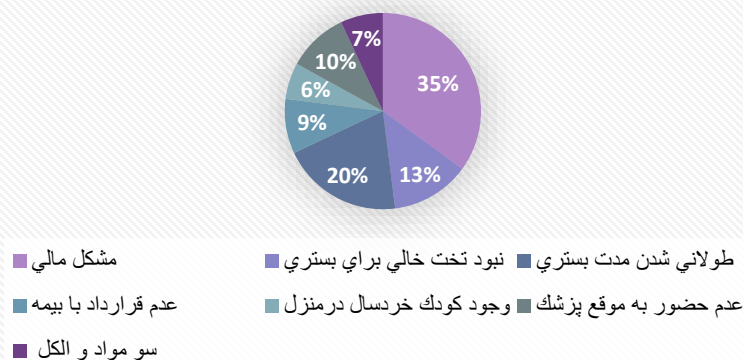
یافته:

آمار رضایت شخصی در طی یک سال از کل بخش های بیمارستان طبق گزارش و پایش های هفتگی و ماهانه از بخش ها انجام شده است.





علل رضایت شخصی در سال ۱۴۰۱



در مطالعه حاضر، اکثر بیماران ترخیص شده، با رضایت شخصی از بخش ساحل و بعد از آن با تعداد بسیار کمتر از بخش ICU بودند که این موضوع دو نکته را مطرح میکند: اکثر افراد در ساعات یا روزهای اول بستری، اقدام به ترخیص بیمار خود با رضایت شخصی کرده بودند شاید نبود فرصت مناسب در اورژانس و در نتیجه توجیه نشدن درست بیمار و همراهان وی در مورد بیماری، خطرات تهدیدکننده و ضرورت بستری، موج بی اعتمادی افراد یا عدم درک درست از شرایط میشود که این امر با انتقال به بخش و ایجاد شرایط پایدارتر برای بیمار و پرسنل و دریافت تدریجی اطلاعات توسط بیمار میتواند منجر به حصول درک بهتری از شرایط توسط وی شود. شایعترین علل ترخیص با رضایت شخصی در مطالعه حاضر، بیشترین نارضایتی از مشکل مالی، عدم قرارداد با بیمه، نبود تخت خالی برای بستری، تاخیر در حضور به موقع پزشک، طولانی شدن مدت بستری، سوء مواد و الکل و وجود کودک خردسال در منزل بوده است. میزان ترک بیمارستان با رضایت شخصی در مردان بیشتر از زنان بود و همچنین در این مطالعه علل اصلی رضایت شخصی، نداشتن درک درست از احساس سلامتی توسط بیمار، مشکلات مالی، مشکلات خانوادگی، کمبود توجه از جانب پزشکان و پرستاران است. شب زمانی است که از نظر بیماران بیشترین مشکل در درمان و مراقبت از آنها وجود دارد، میزان نارضایتی از خدمات پرستاری و پزشکی در شیفت شب به طور چشمگیری بیشتر می باشد و همین امر موجب گشته عصر و شب بیشترین آمار ترخیص با میل شخصی را داشته باشد. بیشتر بیماران ترخیص شده با میل شخصی بر این عقیده اند که به بهبودی نسبی نرسیده اند ولی ترجیح می دهند برای ادامه درمان به بیمارستان دیگری مراجعه نمایند نرخ ترخیص با رضایت شخصی در کشور ما نسبت به سایر کشورها بیشتر است. دلیل عمده آن مسایل مربوط به بیماران است.



چالش اخلاقی:

خانم ۲۶ ساله بر اثر شکستگی انگشت دست به اورژانس مراجعه کرده بودند و همراهان وی انتظار داشتند که بیمارشان سریعاً مشاوره ارتوپدی شود و اگر نیاز به جراحی دارد به اتاق عمل برود با توجه به اینکه متخصص ارتوپدی در بیمارستان حضور نداشتند باعث نارضایتی آنها شده و حاضر به ادامه درمان نشدند و درصدد رضایت شخصی بودند که با دخالت سوپروایزر و هماهنگی با متخصص ارتوپدی سریعاً کار انتقال بیمار به اتاق عمل انجام شد و همراهان از انجام رضایت شخصی منصرف شدند.

بحث و نتیجه گیری:

خلاصه یافته ها بیانگر آن است که: بیشتر افراد ترخیص شده با رضایت شخصی مذکر، متأهل با مدرک تحصیلی دیپلم و از نظر سنی بین ۲۰ تا ۳۰ سال میباشند. بیشترین ترخیص شدگان با رضایت شخصی دارای بیمه تأمین اجتماعی بوده اند اکثریت افرادی که با تمایل خود ترخیص شده اند ۱ روز و کمتر بستری بوده اند و بخش ساحال بیشترین آمار ترخیص با میل شخصی را در میان بخشهای بیمارستان دارا می باشد. در مورد رضایتمندی بیماران به این نتیجه می رسد که با افزایش مدت بستری، میزان رضایت بیمار کاهش یافته و بین بیماران بیمه شده و غیر بیمه اختلاف معنی داری مشاهده نشده است.

این پژوهش به رابطه میان رضایتمندی بیماران و سبک مدیریت پرداخته که رابطه خوب و صمیمی مسئولان بیمارستان با پزشکان و پرستاران در تکریم بیماران و رضایت آنان بسیار مؤثر است. او می گوید: نارضایتی بیماران از هزینه پرداختی بسیار چشمگیر می باشد. **راهکارها:** استقرار مددکاران بالینی در بیمارستانها، افزایش آگاهی بیماران از عوارض احتمالی رضایت شخصی، طراحی برنامه درمانی سرپایی برای این بیماران، ایجاد فضای مناسب برای استراحت بیماران، طراحی فضای سبز و ایجاد محیطی خوشایند پیشنهاد میگردد. از جمله محدودیتهای این مطالعه این است که با توجه به اینکه اغلب بیماران، دلایل شخصی را برای ترخیص بیان کرده اند، احتمالاً بیماران به علت ملاحظات نتوانسته اند یا نخواسته اند علت واقعی را بیان کنند. بدین منظور انجام مطالعات کیفی و مصاحبه عمیق با بیماران جهت دسترسی به دلایل بیشتر و واقعی در این زمینه پیشنهاد میشود.

کلیدواژه: رضایت شخصی بیماران بیمارستان، امتناع از درمان، درمان اجباری، ترخیص با رضایت شخصی، رضایت آگاهانه، ارتباط پزشک و بیمار
منبع: آمار رضایت شخصی بیمارستان - مجله حکیم



عنوان: ارزیابی کامل و تحویل استاندارد بیماران بعد از جراحی

نویسندگان: جواد قربانی*، دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، پردیس ارس دانشگاه تهران، تهران، ایران، 09123650191، امیرمحمد احمدپور ترکمانی، دانشجوی پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران

سمیه زندی، کارشناس ارشد پرستاری علوم پزشکی شهید بهشتی، رتبه مربی، تهران، ایران
 سارا پارسایی، دانشجوی پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و فوریت های پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران
 مهدیه السادات میرزائیان، دانشجوی پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و فوریت های پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

مقدمه:

اتصال نامناسب پلیت کوتر در اتاق عمل، یکی از خطاهای بیمارستانی است که سلامتی بیماران را تحت تاثیر قرار می دهد. رسالت کادر درمانی، حفظ و تامین سلامت کلی بیماران مراجعه کننده در تک تک مراحل بستری تا ترخیص، بوده و تلاش می شود که بیماران، علاوه بر دریافت باکیفیت ترین خدمات درمانی از خطاهای بیمارستانی مصون بمانند.

معرفی کیس:

مددجو آقای ۶۲ ساله، با درد شکمی حاد به یکی از مراکز درمانی مراجعه می نماید و بعد از اقدامات تشخیصی اولیه، باتشخیص آپاندیسیت، تحت جراحی اورژانسی آپاندکتومی قرار می گیرد و پس از طی کردن دوره نقاهت، از مرکز درمانی ترخیص می شود. بیمار در حین استحمام در خانه متوجه وجود زخم های سیاه رنگ در ناحیه قدامی ران پا و ناحیه باتکس می شود. با مراجعه مجدد به همان مرکز درمانی، ایشان از دلیل بروز این زخم ها ابراز بی اطلاعی می نمایند و بیمار را به متخصص عفونی ارجاع می نمایند. بیمار مجدداً با تشخیص متخصص عفونی، بدلیل سلولیت ناشی از سوختگی محل اتصال پلیت و باتکس، در مرکز درمانی دیگری بستری شده و تحت درمان قرار می گیرد.





چالش های اخلاقی:

بنا بر اصل شماره سه اصول اخلاق پزشکی یعنی ضرر نرساندن در مراحل درمانی، درجاتی از خطر یا عوارض جانبی در این بیمار وجود دارد. از این رو این اصل به پزشکان و کادر درمان یادآوری می کند تا شرایط و احتمال صدمه رساندن را سنجیده و بر مبنای آن تصمیم بگیرند. برای مثال در بیمار فوق عدم رعایت استانداردهای حین جراحی، ارزیابی بالینی ناکافی و عدم توجه به شکایت از درد بیمار، سبب شد تا بیمار برخی صدمات را متحمل شود و برخی آسیب ها به وی وارد شود.

راهکارها و پیشنهادات:

- ۱_ بالا بردن مهارت و رعایت پروتکل های استفاده از تجهیزات پزشکی
- ۲_ ارزیابی بالینی پوست و ارگان های بیمار پس از جراحی و در طول مدت زمان بستری
- ۳_ توجه به نیاز های بیمار و جویایی علت ایجاد درد
- ۴_ استفاده از air ring جهت جلوگیری از ایجاد زخم در حین عمل جراحی
- ۵_ تقویت حس مسئولیت پذیری در قبال ایجاد موارد سهوی صدمات، در بدن بیمار

بحث و نتیجه گیری:

در بازه بستری تا ترخیص بیمار، شاهد یک سری اشتباهات و بی توجهی ها بودیم که به ذکر چند مورد می پردازیم:

- ۱_ ایجاد سوختگی ناشی از اتصال نامناسب پلیت کوتر بدلیل عدم رعایت استانداردها در حین عمل جراحی
- ۲_ عدم انجام ارزیابی پوست بیمار حین تحویل بیمار از اتاق عمل و در مدت زمان بستری در بخش
- ۳_ عدم پذیرش مسئولیت و خطای صورت گرفته توسط بیمارستان پس از ترخیص

عدم پای بندی به استانداردها و رعایت اصول اولیه مراقبتی، در قبل، حین و بعد از عمل جراحی در این بیمار، منجر به بروز یک خطای پزشکی شد. اگر این سوختگی زودتر تشخیص داده می شد، می توانست از میزان آسیب ایجاد شده بکاهد و حتی ممکن بود از بستری و عمل جراحی مجدد بیمار نیز جلوگیری کند.

اینگونه کوتاهی ها، می توانند خطرات غیر قابل جبرانی را برای بیماران به همراه داشته باشند. با برگزاری کارگاه های آموزشی و نظارت بیشتر، می توان کمتر شاهد این گونه خطاها بود و اشتباهات را به حداقل رساند.

کلید واژه ها :

عوارض جراحی، پلیت کوتر، استانداردهای جراحی، تحویل بیمار



عنوان: تزریق خون به بیمار اهل تسنن اورژانسی در فرآیند ارائه خدمت مراقبت های پس از جراحی قلب باز

نویسندگان: نویسنده اول* (۱) نویسنده دوم (۲) نویسنده سوم (۳)

• شهربانو اکبری، کارشناسی پرستاری، سرپرستار بخش داخلی قلب ۱، بیمارستان شهید رجایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز

پریسا اسمعیل زاده، کارشناسی پرستاری، مدیر پرستاری، بیمارستان شهید رجایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز

شقایق حیدری، کارشناسی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مسئول بهبود کیفیت، بیمارستان شهید رجایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز

چکیده: خون بخش مهمی از مراقبتهای پزشکی و یک جزو مهم از احیا در بیماران محسوب می شود که استفاده صحیح از آن می تواند نجات دهنده حیات باشد با این وجود تزریق خون و فراورده های آن عاری از عوارض نبوده و نیاز به توجه خاص بخصوص در شرایط اورژانسی دارد. در بیماران کاندید جراحی قلب باز این امکان وجود دارد که بیمار پس از عمل در زمان ارائه مراقبتهای پس از جراحی دچار افت هموگلوبین می گردد طبق دستور پزشک معالج تزریق خون جهت بیمار صورت می پذیرد.

بیمار آقای ۴۰ ساله تبعه افغان و با مذهب سنی پس از آنژیوگرافی به دلیل گرفتگی عروق اصلی قلب کاندید عمل باز قلب می گردد. که پس از عمل باز قلب در بخش ICU OH در زمان عدم هوشیاری، بیمار دچار افت هموگلوبین می گردد طبق دستور پزشک معالج تزریق خون به بیمار صورت می پذیرد. پس از هوشیاری بیمار در بخش ICU OH در حین تحویل و تحول بیمار از اظهارات پرستار تحویل دهنده متوجه دریافت خون در زمان عدم هوشیاری می گردد. بخش را با چالش های متعددی مواجه می کند و آرامش بخش را سلب می نماید که بدون توجه به مذهب تزریق خون صورت گرفته است. که این اتفاق به علت تعصب های بی مورد بیمار می باشد.

پس از بررسی فتوای فقهای اهل تسنن توضیحات لازم به بیمار ارائه گردید که: اگر ضرورت خون دادن باشد یعنی از نظر پزشک ماهر بغیر از تزریق خون چاره ای نیست و خطر هلاکت بیمار یا شدت بیماری است خون دادن و تزریق آن جایز است و مقصد از تزریق زینت و زیبایی نیست و تزریق خون کافر در بدن مسلمان جایز است.

مقدمه / بیان مساله: رضایت آگاهانه مبتنی بر این اصل است که بیمار مطابق با اخلاق و قوانین پزشکی باید پیش از درمان، اطلاعات کافی دریافت کرده و بتواند آگاهانه به ادامه درمان رضایت دهد و معمولاً مسئولیت حصول اطمینان از آگاهانه بودن رضایت بیمار بر عهده درمانگر است.

معرفی بیمار: بیمار آقای ۴۰ ساله تبعه افغان و با مذهب سنی پس از آنژیوگرافی به دلیل گرفتگی عروق اصلی قلب کاندید عمل باز قلب می گردد. که پس از عمل باز قلب در بخش ICU OH در زمان عدم هوشیاری، بیمار دچار افت هموگلوبین می گردد. با توجه به عدم هوشیاری بیمار و ممنوعیت حضور همراه در بخش ویژه به دلیل رعایت پروتکل های کنترل عفونت طبق دستور پزشک معالج تزریق خون به بیمار صورت می پذیرد.

چالش های اخلاقی: عدم ارائه توضیحات قبل از بیهوشی و عمل جراحی به بیمار در خصوص نیاز به تزریق خون حین یا بعد از اعمال جراحی قلب توسط پزشک معالج و عدم ارائه توضیحات به بیمار بعد از هوشیاری در خصوص پروسیجرهای صورت گرفته در زمان ناآگاهی وی با توجه به مذهب و نژاد بیمار،

راهکارها و پیشنهادات: با توجه به اینکه یکی از محورهای منشور حقوق بیمار ارائه اطلاعات به بیمار می باشد و ارائه توضیحات، مزایا و معایب، روش جایگزین، خطرات و عوارض اقدامات و پروسیجرهای تهاجمی و جلب مشارکت بیمار در روند درمان و ارائه توضیحات به بیمار در خصوص طرح درمان تنها راه کاهش تعارضات کادر درمان می باشد.

بحث و نتیجه گیری: پزشک به عنوان محور اصلی ارائه خدمت به بیماران مسئولیت بیشتری در ارائه توضیحات و اخذ رضایت آگاهانه از بیمار دارد که متأسفانه پزشکان مشارکت مطلوبی در این مورد ندارند و اکثر موارد نارضایتی از پزشکان با تمام تلاشی که در بهبود حال بیماران دارند در این آیت می گنجد.

کلید واژه ها: رضایت آگاهانه، منشور حقوق بیمار، مذهب

