Archive of SID

# شناسایی صحیح بیماران در زمان ارائه ی خدمات تشخیصی درمانی و مراقبتی توسط کارکنان بالینی طبق دستورالعمل ابلاغی وزارتی

■ **مریم محمدی**/ کارشناسی ارشد پرستاری، مدیر خدمات پرستاری مرکز آموزشی درمانی الغدیر ابهر، ایران

**مشخصات محیط وقوع تجربه:** بیمارستان امدادی ابهر(عمومی)، دارای ۱۳۵ تخت و ۴۱۶ نفر نیروی انسانی

- **رده‌های نیروی انسانی:** پرستاری، مامایی، بیهوشی و اتاق عمل
- **مدت اجرای اعتباربخشی:** از سال ۹۱ تا ۹۵ (سه دوره)

**شرح نیاز به تغییر تشخیص داده شده (توصیف وضعیت موجود مشکل‌دار):** با توجه به بروز برخی خطاهای دارویی، پروسیجرها و اعمال جراحی بر روی فرد نادرست و موضع نادرست، خطاهای مرتبط با انتقال خون، خطا در زمینه ی آزمایشات تشخیصی و احتمال تحویل نوزاد به خانواده اشتباه که منجر به بی اعتمادی بیمار به بیمارستان می گردد و همچنین گاها منجر به بروز برخی حوادث ناگوار و آسیب و صدمات دائمی و غیر قابل جبران و حتی مرگ می شود.

شناسایی بیماران در بیشتر مواقع طبق شماره اتاق و تخت بیمار صورت می گرفت و نام و نام خانوادگی بیمار روی تابلو مشخصات و بالا سر بیمار نوشته می شد و شناسایی قبل از اقدامات مختلف از این طریق انجام می شد که احتمال خطا بالا می رفت. برای مثال گاها دیده می شد به دلیل Turn over بالای بیماران یا Load کاری بالای بخش یا سهل انگاری پرسنل، بیماری ترخیص شده ولی تابلو بالا سر بیمار پاک نشده و همچنان نام بیمار قبلی وجود دارد در حالیکه بیمار جدید پذیرش شده است که در نسل سوم اعتباربخشی سال ۹۵ طبق سنجه‌های اعتباربخشی نوشتن نام و نام خانوادگی و تشخیص بیمار از تابلوی بالا سر بیمار حذف گردید(جهت حفظ محرمانگی اطلاعات بیمار و کاهش بروز خطا). جابجایی بیماران درون بخشی یا بین بخشی یا گاها حتی خوابیدن همراه بیمار روی تخت بیمار احتمال خطا را بالا می برد. روشی برای شناسایی صحیح و سریع بیماران در معرض خطر زخم فشاری، سقوط و.. و همچنین آلرژی وجود نداشت. چک لیست جراحی ایمن برای هر بیمار قبل از جراحی در زمان تحویل بیمار در اتاق عمل تکمیل و ضمیمه پرونده می شد ولی اصول لازم مثل مارک کردن محل عمل (به جز اعمال جراحی چشم و ENT در این مرکز) انجام نمی‌شد که در نسل سوم تکمیل و ضمیمه نمودن آن در پرونده‌ها حذف و فقط بر اجرای آن تأکید شد.

**هدف تغییر:** مطابق سنجه ی ۱ از استاندارد ب ۱ ۶ زیر محور مراقبت‌های عمومی بالینی در محور مراقبت و درمان « قبل از هر گونه اقدام تشخیصی- درمانی شناسایی بیماران حداقل با دو شناسه مطابق با بخشنامه ابلاغی وزارت بهداشت صورت گیرد». این سنجه جزء سنجه‌های بسیار مهم و الزامی در این محور می باشد.

هدف اجرای صحیح «راهنمای شناسایی صحیح بیماران» در بخش‌های بیمارستان می باشد به این صورت که دو شناسه شامل نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد(به روز، ماه و سال)می باشد که با رنگ مشکی یا آبی در زمینه سفید دستبند پرینت می شود و همچنین ID code (کد رایانه‌ای پذیرش) درج می گردد. در صورت تشابه نام و نام خانوادگی، نام پدر نیز به عنوان جزیی از دو شناسه اصلی درج می گردد و در جلد پرونده نیز عبارت « احتیاط: بیمار با اسامی مشابه» قید می گردد.



www.SID.ir
Downloaded from ijnv.ir at 14:18 +0430 on Tuesday May 19th 2020
[ Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-04 ]

Archive of SID



دستبند شناسایی از لحظه پذیرش بیمار در واحد پذیرش و قبل از ورود به بخش تحویل بیمار داده می شود(همه ی بیماران بستری در بخش‌های عادی و ویژه و تحت نظر اورژانس) و در بخش لازم است که بیمار، دریافت دستبند شناسایی را در پرونده به صورت کتبی تایید و امضاء نماید همچنین در شناسایی بیماران نباید تنها به دستبند اکتفا نمود بلکه باید به صورت شفاهی از بیمار نیز نام او را بپرسیم و در مورد کودکان و بیمارانی که توانایی صحبت کردن ندارند باید از والدین یا همراهان آنها سوال شود. هدف از اجرای این اقدامات، ارتقاء ایمنی بیمار و کاهش خطر خطاهای احتمالی است که به دنبال عدم شناسایی صحیح بیماران اتفاق می افتد.

## مراحل اجرای برنامه به تفکیک

- **آیا پرسنل را آموزش دادید؟ کدام گروه‌ها؟ چگونه؟** بله، آموزش «راهنمای شناسایی صحیح بیماران» و همچنین «چک لیست جراحی ایمن» به پرستاران همه بخش‌ها انجام شد. مباحث کلیدی و مهم مورد پرسش و پاسخ و بحث قرار گرفت و از پرسنل فیدبک گرفته شد. اهمیت تکمیل فرم ارزیابی اولیه پرستاری از زمان ادمیت بیمار و همچنین گرفتن تاریخچه کامل (از نظر آلرژی و..) و تکمیل ابزار برادن(پایش زخم فشاری) و مورس(پایش خطر سقوط) نیز آموزش داده شد تا طبق این ابزار به بیمار از زمان پذیرش و همچنین در طول هر شیفت امتیاز داده و براساس نمره کسب شده دستبند شناسایی رنگی برای بیمار درخواست نماید.( دستبند قرمز رنگ برای بیماران مبتلا به آلرژی و دستبند زرد رنگ برای بیماران با احتمال سقوط، ابتلا به زخم فشاری یا ترومبوآمبولیسم وریدی) آموزش‌های دوره‌ای مصوبات جلسات RCA(Root Cause Analysis) یا تحلیل ریشه‌ای علل و اقدامات اصلاحی مطرح شده در کمیته‌های تیم مدیریت اجرایی بیمارستان و همچنین FMEA(Failure Mode Effects Analysis)ها به عنوان راههای پیشگیری از بروز خطرات احتمالی و همچنین موارد گزارش خطا که انجام گرفته و مواردی که مربوط به عدم شناسایی صحیح بیماران بودند در قالب خبرنامه‌های آموزشی یا جلسات آموزشی برای پرسنل و همچنین ارائه نتایج بازدیدهای مدیریتی ایمنی و میدانی ایمنی توسط تیم ایمنی بیمارستان و تیم مدیریت اجرایی و راهکارهای اصلاحی ارائه شده در این بازدیدها می باشد.
- **آیا دستورالعمل خاصی برای تغییر نیاز داشتید؟** بله، «راهنمای شناسایی صحیح بیماران» که بخشنامه ی ابلاغی وزارت بهداشت به شماره ی ۱۰۷۵۷/ د ۴۰۹ مورخ ۹۳/۶/۱۲ می باشد و همچنین چک لیست جراحی ایمن.
- **آیا نحوه ارتباط رسمی‌شما/ واحد پرستاری با سایر واحدهای بیمارستان تغییر نمود؟** بله. با واحد مدیریت و امور مالی بیمارستان در طول جلسات و کمیته‌های مدیریت اجرایی جهت تایید و پیگیری برای خرید دستبندهای شناسایی (سفید، قرمز، زرد، مخصوص کودکان و نوزادان) به دلیل بحث مالی گاها نیاز به برخورد جدی تر و پیگیرتر داشتیم.
- **آیا نیاز به هماهنگی با سایر واحدهای بیمارستان بوده است؟** به دلیل اینکه دستبندها از زمان پذیرش بیمار و در واحد پذیرش تحویل بیماران داده می شد و تعیین رنگ در صورت نیاز در بخش توسط پرستار مربوطه انجام می شد، نیاز به تعامل بیشتری با واحد پذیرش در این زمینه وجود داشت.
- **نحوه نظارت و کنترل شما/ واحد پرستاری درخصوص برنامه تغییر چگونه بود؟** به صورت مشاهده و یا از طریق چک لیست کنترلی. در دسترس قرار دادن چک لیست جراحی ایمن در اتاق عمل و پایش اجرای آن و همچنین ابزار برادن و مورس جهت تعیین میزان خطر زخم فشاری و سقوط برای بیمار در طول شیفت‌ها و استفاده از دستبند رنگی زرد در موارد مذکور و دستبند قرمز در صورت وجود آلرژی در بیمار. نظارت بر رعایت شناسایی صحیح بیماران از لحظه ی پذیرش تا ورود به بخش توسط مسئول بخش، مسئول شیفت، پرستار بیمار و سوپروایزرین بالینی و واحد بهبود کیفیت و رابطین ایمنی در طول شیفت‌ها.

گزارش نتایج پایش‌ها و بازدیدهای ایمنی در کمیته‌های پایش و سنجش و ارائه ی راهکارهای اصلاحی در کمیته تیم



www.SID.ir

Downloaded from ijnv.ir at 14:18 +0430 on Tuesday May 19th 2020

[ Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-04 ]

of SID


مدیریت اجرایی بیمارستان و ارائه ی بازخورد مناسب به بخش‌ها طی آموزش‌های دوره‌ای یا موردی

- **نحوه ارزشیابی نهایی برنامه تغییر خود را شرح دهید.** طبق چک لیست تنظیم شده و میزان آگاهی پرسنل از بخشنامه ی مربوطه و همچنین بررسی در کمیته پایش و سنجش و مدیریت خطا

- **برای تداوم و تثبیت تغییر در سیستم پرستاری چگونه عمل کردید؟** پایش مستمر و دوره‌ای در این زمینه، ایجاد فرهنگ‌سازی برای گزارش خطا و خوداظهاری پرسنل در صورت بروز خطا در زمینه عدم شناسایی صحیح بیمار، در معرض دید قرار دادن پوسترهای ۸Right (بیمار صحیح، داروی صحیح، دوز صحیح، زمان صحیح، محل صحیح، تجویز صحیح، پاسخ مناسب به دارو، ثبت صحیح) و ۹ راه حل ایمنی در مکان تهیه و آماده‌سازی دارو و سرم برای بیمار، لیبل گذاری داروهای مشابه(زرد) و پرخطر(قرمز) و یخچالی(آبی) از مبدا (داروخانه) و سپس تحویل به بخش‌ها، در دسترس قرار دادن لیست داروهای با هشدار بالا و مشابه در بخش‌ها، اجرای فرایند شناسایی صحیح بیماران قبل از انتقال خون و مطابقت مشخصات بیمار طبق دستبند و پرسش از بیمار و اطلاعات پرونده، آموزش دستورالعمل گازهای طبی و رنگ بندی انواع گازهای طبی به پرسنل جهت کمک به ارتقاء ایمنی بیمار، بازدیدهای منظم و دوره‌ای مدیریتی ایمنی و میدانی ایمنی و مشارکت پرسنل در طول بازدید، ارائه ی خبرنامه ی آموزشی و آموزش دوره ای، دادن تشویقی به پرسنلی که گزارش خطا انجام می دهند(جهت ترویج فرهنگ‌سازی گزارش خطا بدون اشاره به نام فرد در محیطی عاری از سرزنش و تنبیه )، شناسایی گلوگاههای بروز خطا و ارائه ی راهکار اصلاحی در کمیته‌ها

- **مشکلات پیش‌آمده در حین اجرا چه بودند؟** مشکلات مالی در خرید دستگاه چاپ دستبند و کارتریج‌های مخصوص دستبندهای رنگی و سایزهای بزرگسال، کودکان و نوزادان که با پیگیری‌های مستمر در کمیته مدیریت اجرایی و پایش و سنجش با تأکید بر اهمیت بسیار بالای موضوع ایمنی بیمار، واحد مدیریت، امورمالی و کارپردازی ملزم به تهیه دستبندها بدون ایجاد gap گردیدند( برای همه ی بیماران بستری در بخش‌های عادی، ویژه و تحت نظر اورژانس)

**نتایج برنامه تغییر:**

- شناسایی صحیح بیماران طبق دستبند شناسایی و پرسش از بیمار قبل از هر گونه اقدامات تشخیصی و درمانی
- کاهش بروز خطا در شناسایی بیمار و اجرای پروسیجرهای بیمار
- و آگاهی پرسنل از بخشنامه ی مربوطه و اهمیت آن

**مشکلات حل نشده و جدید رخ داده در پی ایجاد تغییر:**

- ایجاد gap در تهیه ی دستبند به دلایل مشکلات مالی که مدتی بیماران بدون دستبند پذیرش می شدند.
- نیاز به نیروی انسانی بیشتر در واحد پذیرش جهت پرینت دستبندها و کنترل آن و همچنین پرینت دستبند رنگی طبق نظر پرستار بخش و پرینت مجدد برای دستبندهای گم شده یا مخدوش با نظر پرستار بخش و..
- گاها بیمار بدون اینکه دستبند را خارج نماید از بخش خارج می شد که بایستی هنگام ترخیص دستبند شناسایی تحویل بخش و امحاء گردد.
- در برخی موارد دستبندها کیفیت مناسب نداشتند (باید ضدآب، قابل انعطاف و با قابلیت تمیز کردن مجدد باشد) یا اندازه نامناسب خصوصا در کودکان و نوزادان که پرسنل مجبور به برش و چسب زدن آن می شدند.
- در نوزادان طبق بخشنامه باید دو پابند برای شناسایی استفاده شود که گاها پرسنل دو مچ بند استفاده می کردند یا حین رگ گیری مجبور می شدند خارج کنند و یا توسط مادران جدا می شد.

Downloaded from ijnv.ir at 14:18 +0430 on Tuesday May 19th 2020
[ Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-04 ]


www.SID.ir

Archive of SID



- ثبت اطلاعات اشتباه در دستبند توسط پرسنل پذیرش

**درس‌های آموخته شده:**

- عدم شناسایی صحیح بیماران یکی از علل ریشه‌ای بسیاری از خطاها است
- قبل از اجرای هر پروسیجری نام بیمار را طبق دستبند و پرسش از خود بیمار کنترل نماییم
- اهمیت شناسایی بیماران با احتمال آلرژی، خطر زخم فشاری و سقوط و ...
- اهمیت شناسایی صحیح بیماران در کاهش بروز خطا و نارضایتی بیمار و موارد Legal
- و سیستم رنگ بندی، تشخیص سریع دیداری را فراهم و برخی مشکلات را می کاهد

Downloaded from ijnv.ir at 14:18 +0430 on Tuesday May 19th 2020

[ Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-04 ]



www.SID.ir