

به نام یگانه هستی بخشش





دانشگاه علوم پزشکی تهران
دانشکده پرستاری و مامایی

بررسی میزان رعایت اخلاق حرفه ای در اجرای دستورات دارویی توسط پرستاران بر اساس JCI

تهیه و تنظیم: دانشجوی کارشناسی پرستاری مریم اسماعیلی

گروه مدیریت سرکار خانم جعفر جلال

ترم ۸

۹۰-۹۱



JCI

اعتباربخشی بیمارستان به عنوان "یک فرایند خودارزیابی و ارزیابی بیرونی که توسط سازمان های مراقبت بهداشتی برای ارزیابی صحیح سطح عملکردشان در ارتباط با استانداردهای تدوین شده و بهبود مستمر" تعریف شده است. کاهش خطاهای پزشکی وظیفه ای کلیدی از فرایند اعتباربخشی است. بنابراین اعتباربخشی بیمارستان یکی از اجزاء حفظ ایمنی بیمار است



دو نوع از اعتباربخشی بیمارستان وجود دارد:

- ۱- اعتباربخشی بیمارستان و مراقبت‌های بهداشتی که در سطح ملی رخ می‌دهد.
- ۲- اعتباربخشی مراقبت‌های بهداشتی بین المللی

استانداردها ۱۳ حیطه را، در دو بخش مجزا، در بر می‌گیرد.

استانداردهای بیمار محور ۷ حیطه دارد:

- ۱- دسترسی به مراقبت و تداوم آن
- ۲- حقوق بیمار و خانواده
- ۳- بررسی بیمار
- ۴- مراقبت از بیماران
- ۵- مراقبت جراحی و بیهوشی
- ۶- مدیریت دارو
- ۷- آموزش بیمار و خانواده



مقدمه

فرآیند مراقبت از بیمار جزء اصلی در عملکرد پرستاران است و دستورات دارویی بخش مهمی از فرآیند درمان و مراقبت از بیمار میباشند. عدم توجه کافی به اصول صحیح در دادن دارو میتواند منجر به بروز مشکلات اخلاقی و حرفه ای متعددی گردد. خطاهای پزشکی و پرستاری یکی از مشکلات مهم سلامت عمومی هستند و تهدیدی جدی برای ایمنی بیمار محسوب میشوند. خطاهای پرستاری علاوه بر آسیبی که به بیمار وارد میکنند، میتواند همچنین به خودحرفه پرستاری نیز آسیب بزنند



خطای دارویی : هر گونه رویداد قابل جلوگیری که ممکن است باعث استفاده نامناسب از دارو یا به خطر انداختن ایمنی بیمار شود

دقیقترین دستورات دارویی، بدون برقراری ارتباط مناسب میان پزشک و پرستار و آموزش صحیح و کافی در مورد نحوه تجویز، ارایه، مصرف دارو، مراقبتهای خاص آن و... ممکن است نارسا و بیفایده (برای بیمار) باشد.



شش نوع شایع از خطاهای شناسایی شده در تجویز دارو عبارتند

- اشتباه در تجویز دارو
- عدم رعایت زمان صحیح دارو
- دادن دارو به میزان بیش از دستور درمانی تجویز شده
- اشتباه در غلظت دارو
- رعایت نکردن راه صحیح تجویز دارو
- تحویل دارو به بیمار دیگر به خاطر درست نشناختن بیمار



یافته های پژوهشی

- بیشترین درصد (۸۸/۲ درصد) خطاهای دارویی را زنان تشکیل داده اند و بیشترین درصد (۶۳/۳ درصد) مربوط به افراد مجرد بوده است.
- بیشترین درصد (۴۵/۷ درصد) دارای سابقه خدمت کمتر از ۵ سال در شغل پرستاری و کمترین آنها (۵/۴ درصد) دارای سابقه ۲۱ سال و بیش از آن بوده اند.
- بیشترین درصد (۸۵ درصد) در بخشهایی که بیماران حاد و مزمن در آن بستری بوده اند به کارپرستاری اشتغال داشته اند.
- بیشترین عملکرد نامطلوب (۴۹ درصد) مربوط به رده کارشناس پرستاری و حداکثر عملکرد مطلوب در دادن دارو (۳۳/۲ درصد) مربوط به واحدهای با مدرک تحصیلی کارشناسی ارشد پرستاری بوده است.



یافته های پژوهشی

- بیشترین احتمال وقوع اشتباهات دارویی (۵۲/۳ درصد) مربوط به نوبت کاری شب و کمترین آن (۲/۵ درصد) مربوط به نوبت کاری صبح بوده است.
- بیشترین احتمال وقوع اشتباهات دارویی (۷۰/۴ درصد) مربوط به بخش اورژانس و کمترین آن (۱/۹ درصد) مربوط به بخش ویژه بوده است.
- از نظر راههای تجویز دارو، بیشترین درصد (۵۸ درصد) مربوط به داروهای تزریقی و کمترین آن (۰/۴ درصد) مربوط به داروهای موضعی است.
- بیشترین علت اشتباهات دارویی (۴۰ درصد) مربوط به حجم کاری بالای کارکنان و کمترین آن با (۰/۳ درصد) مربوط به تشابه داروها گزارش شده است.



اقدامات پرستاری در مواجهه با خطاهای دارویی

- عمده اقداماتی که پرستاران متعاقب بروز اشتباهات دارویی انجام میدهند بیشترین اقدام انجام شده (۲۷/۵ درصد) گزارش شفاهی به سر پرستار و کمترین آنان (۱/۳ درصد) پنهان کاری بوده و یا نسبت به آن برخورد بیتفاوت داشته اند.
- بیشترین اقدام سر پرستاران درخصوص اشتباهات دارویی دیگر همکاران با (۷۷/۵) درصد مربوط به تذکر شفاهی به فرد و کمترین آن (۴ / ۰ درصد) گزارش توأم به پزشک و دفتر پرستاری و یا تذکر شفاهی به همراه اقدامات دیگر بوده است.



معمولترین عامل
خطا و اشتباه مربوط به فقدان
دانش یا اطلاعات،
حجم کاری بالا، استرس کاری
و فقدان
حمایتهای شغلی مدیران
ارشد از زیر دستان میباشد



ارتباط مشخصات دموگرافیک و عملکرد فرد در رعایت اخلاق حرفه ای در زمینه دادن دارو

- متغیرهایی نظیر سن، وضعیت تأهل، جنس، سابقه خدمت و میزان حقوق دریافتی واحدهای مورد پژوهش و وضعیت بیماران بستری در بخش محل خدمت واحدها از نظر سیر بیماری نوبت کاری کارکنان، و رضایتمندی کاری و ذکر سابقه، با اشتباه دارویی ارتباط معناداری وجود ندارد.
- عملکرد فرد بامیزان تحصیلات وی و نوع بخش محل خدمتی او ارتباط معنادار دارد. همچنین بین سطح اطلاعات دارویی و سن پرستاران رابطه مستقیم وجود دارد به طوری که با افزایش سن سطح آگاهی اطلاعات دارویی آنان کاسته میشود.



روش های کاهش خطای دارویی در پرستاران

- داروهای شبیه به هم (چه از نظر نام و چه از نظر شکل و ظاهر آنها) در پاکسها وقفسه های جداگانه چیدمان شود
- در خصوص دارو های باغلظت بالا و خطرناک حتما باید نام دارو با برچسب جداگانه مشخص شده باشد
- رعایت فرآیند دارو دادن از جمله تطبیق دارو با کارت دارویی دربالین بیمار ، توجه به نام ژنریک داروها، آگاهی از نمونه های مشابه دارویی و...
- قبل از اجرای فرآیند دارو دادن از اشکال دارویی و نوع دارو آگاهی کسب نمایید
- هنگام دارو دادن ، حتما " بیمار را با نام و نام خانوادگی مخاطب قرار می دهد (وی را به اسم می خواند)



روش های کاهش خطای دارویی در پرستاران

- هنگام دارو دادن ، يك بار ديگر مشخصات بیمار را با کارت دارویی مطابقت داده شود.
- هنگام آماده کردن داروها ، به دوز دارو ، شکل دارویی ، تاریخ انقضاء توجه شود.
- هنگام دارو دادن ، نوع دارو ، دوز دارو ، و ... را مجدداً با کارت دارویی مطابقت داده شود.
- **کنترل غلظت محلول های الکترولیت**
- پتاسیم کلراید با غلظت 2 meq/ml یا بیشتر؛ فسفات پتاسیم ؛ سدیم کلراید با غلظت ۹ درصد یا بیشتر و سولفات منیزیم منیزیم با غلظت ۵۰ درصد یا بیشتر، حتی الامکان داروهای با غلظت بالا در بخش نگهداری نشود



روش های کاهش خطای دارویی در پرستاران

- داروهای موردنظر از دیگر دارو ها به صورت واضح جدا شود
- کلیه داروهای یادشده با اتیکت قرمز جدا شود
- هنگام مصرف دارو به دستور پزشك دوباره چك شود
- نحوه مصرف ورقیق کردن آن در معرض دید همکاران قرار گیرد
- علائم حیاتی بیمار در حین مصرف دارویی به صورت متوالی چك و ثبت گردد
- دستورالعمل نحوه رقیق سازی و تهیه دوز موردنظر بیمار طبق دستور پزشك در دسترس باشد
- در صورت تشابه شکلی با اتیکت رنگی از هم جدا شود
- برای کلیه بیماران از فرم تلفیق دارویی برای جلوگیری از تداخلات دارویی و آموزش هنگام ترخیص استفاده شود



توجه توجه توجه

اهمیت رضایت کارکنان پرستاری در زمینه رضایت از شغل و امکانات رفاهی و فنی و برنامه تأمین نیروی انسانی بر اساس متوسط اشغال تخت در بخش از مواردی است که بایستی مورد توجه کافی قرار گیرد. از آنجا که کثرت کارهایی مانند گزارشات و پیگیریها در بخشها ملموس است، به نظر میرسد این امر باعث کم توجهی به فرآیند دادن دارو میشود.



منايع:

- 1- Tappen R, Weiss S, Whitehead D. Essential of nursing leadership and management. Philadelphia: FA. Davis. Co;2001.p 179.
- 2 - Malmsten K. Reflective assent in basic care. Sweden: Elanders Gotab; 1999. P. 77.
- 3 - Zervekh J, Claborn JC. Nursing today, transition and trends. Philadelphia: W.B Saunders Co; 1997. P. 352.
- 4 - Grober ED, Bohnen JM. Defining medical error. Can J Surg. 2005 Feb; 48(1): 39-44.



منابع:

5 - Smeltzer SC, Bare BG, Brunner LS, editors. Brunner and Suddarth's textbook of medical-surgical nursing. New York: Lipincott, Philadelphia; 2001.

6- Benner P, Sheets V, Uris P, Malloch K, Schwed K, Jamison D. Individual, practice, and system causes of errors in nursing: a taxonomy. J Nurs Adm. 2002 Oct; 32(10): 509-23.



منابع:

7-Woods A, Doan-Johnson S. Executive summary: toward a taxonomy of nursing practice errors. Nurs Manage. 2002 Oct; 33(10): 45-8.

8-مقدم علیا علیرضا، بررسی میزان اطلاعات دارویی کادر پرستاری بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، پایاننامه جهت اخذ درجه دکترای داروسازی، دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۱۳۷۶

9-مبانی حاکمیت بالینی



با تشکر و سپاس فراوان
از زحمات بی دریغ
سرکار خانم جعفرجلال

پایان

