



# سلامة المرضى

## مشاكل وحلول

تأليف

سلطان المطيري

باحث ومدرب في سلامة المرضى

2016

## المحتوى

3	مقدمة
4	الباب الأول
4	مقدمة لسلامة المرضى
5	تعريف سلامة المرضى:
5	تاريخ سلامة المرضى:
6	تقارير عالمية عن حجم الأخطاء الطبية:
6	أسباب الأخطاء المرتبطة بالرعاية الصحية:
7	دور إدارة المنشأة الصحية في سلامة المرضى:
8	عوائق تطبيق نظام سلامة المرضى:
9	الباب الثاني
9	مشاكل مؤثرة على سلامة المرضى
10	المشكلة الأولى:
10	تعريف:
10	نبذة:
11	أبعاد ثقافة سلامة المرضى:
12	حلول لتحسين ثقافة سلامة المرضى:
15	المشكلة الثانية: عدم التعرف على المريض الصحيح:
15	التعريف:
15	نبذة:
15	الأضرار الناتجة:
16	الحلول:
17	المشكلة الثالثة: الإتصال غير الفعال بين العاملين في المرافق الصحية:
17	التعريف:
17	نبذة:
17	الأضرار الناتجة:

18	الحلول:
19	المشكلة الرابعة: الأخطاء الدوائية:
19	تعريف:
19	الأضرار الناتجة:
20	الحلول:
22	المشكلة الخامسة: العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية
22	تعريف:
22	نبذة:
22	الأضرار الناتجة:
23	الحلول:
25	المشكلة السادسة: سقوط المرضى:
25	التعريف:
25	نبذة:
25	الأضرار الناتجة:
25	الحلول:
31	المشكلة السابعة: تقرحات السرير
31	التعريف:
31	نبذة:
35	الباب الثالث
35	أنشطة لتحسين سلامة المرضى
37	النشاط الأول:
40	النشاط الثاني:
41	اهداف المشروع:
45	النشاط الثالث:
48	قائمة المراجع

## مقدمة

يعتبر مجال سلامة المرضى عنصر مهم في تطبيقات الجودة الشاملة وهو جزء من كل مجال يقدم رعاية صحية للمرضى، وبدأ عدد كبير من دول العالم يتجه الى تطبيق مظاهر سلامة المرضى وذلك لأن الأخطاء الطبية تعتبر مهدد خطير لسلامة المرضى، حيث تستنزف الملايين من الأموال وتهدر الطاقات البشرية نتيجة المضاعفات التي تنتج عنها مما يتطلب مدة بقاء اطول للمريض في المستشفى، تكاليف اكثر وجهود اضافية لعلاج تلك المضاعفات، والأهم من ذلك هو معاناة المرضى والألم الذي يشعرون به بسبب تلك الأخطاء. وتعتبر سلامة المرضى مؤشر مهم لقياس اداء العاملين في المنشآت الصحية وهي المحصلة النهائية لتطبيقات الجودة الشاملة في مجال الرعاية الصحية.

عندما بدأت العمل في مجال سلامة المرضى لاحظت عدد قليل من المراجع العربية المتعلقة بسلامة المرضى، ولأهمية هذا المجال وتزويد القاريء بمراجع عربية نشأت فكرة تاليف هذا الكتاب الذي يحتوي ثلاثة ابواب حيث ان الباب الأول أقدم من خلاله تعريف وتاريخ وعناصر سلامة المرضى بالاضافه الى معلومات توضح دور المنشأة في المحافظة على سلامة المرضى. وفي الباب الثاني أوضح المشاكل التي تهدد سلامة المرضى والحلول لتفادي تلك المشاكل، ونظرا لعدم توفر مراجع لإرشاد وتدريب العاملين على الأنشطة المتعلقة بسلامة المرضى في المنشآت الصحية فقد ألفت عدد من الأنشطة تشمل مشاريع وحملات تعنى بسلامة المرضى حيث ساقدمها في الباب الثالث.

السلامة للمرضى  
مقدمة لسلامة المرضى

## تعريف سلامة المرضى:

عرفت الوكالة الامريكية للجودة والبحوث سلامة المرضى بأنها حماية المرضى من الأخطاء المرتبطة بالرعاية الصحية.

## تاريخ سلامة المرضى:

عند الرجوع إلى تاريخ سلامة المرضى يوضح بأنها ليست وليدة الزمن الحالي، ولكن عرفت من الاف السنين حيث مارسها اليونانيين في القرن الرابع قبل الميلاد عندما اقسام الطبيب أبوقراط بأن يصف أفضل علاج دوائي وغذائي، ويقدم كل إمكانياته لحماية مرضاه من أي أذى أو ضرر. وفي بداية عصر الإسلام مارس الأطباء المسلمون سلامة المرضى بسبب تعاليم ديننا الحنيف بالإخلاص في العمل ومراقبة الله في السر والعلن، وهذا يعتبر حافظ مهم في إنجاز العمل بأعلى مستويات الجودة. أما في العصر الحديث فهناك احداث شجعت على تكثيف الجهود في مجال سلامة المرضى حيث كانت البداية عندما صعق الشارع الأمريكي في عام 1982م، بسبب مابثته قناة (ABC) في أحد برامجها عندما ذكرت مقدمة البرنامج بأن 6000 مريض يموتون سنويا أو يتعرضون لتلف في خلايا المخ بسبب الأخطاء المرتبطة بالتخدير وطلبت مقدمة البرنامج المسؤولين بأهمية التحرك السريع لمنع حدوث تلك الأخطاء، وفي عام 1983م تم التعاون بين جمعية الطب الملكية البريطانية وكلية الطب في جامعة هارفارد برعاية مؤتمر يتعلق بالأخطاء الطبية الناتجة عن التخدير، حيث نتج عن ذلك المؤتمر الإتفاق على الاشتراك بعمل دراسات يهدف من خلالها الحد من تلك الأخطاء. في عام 1984م أسست الجمعية الأمريكية لأخصائي التخدير هيئة سلامة المرضى والتي تعنى فقط بتطبيق سلامة المرضى في مجال التخدير وفي عام 1989 م تم تأسيس الجمعية الأسترالية لسلامة المرضى وانطلقت بعد ذلك عدة جمعيات ومؤسسات تعنى بسلامة المرضى.

## تقارير عالمية عن حجم الأخطاء الطبية:

1. دراسة نشرت في مجلة سلامة المرضى في عام 2013 بينت بان عدد الوفيات في امريكا بسبب الاخطاء الطبية في عام واحد وصل إلى 400 الف مريض.
2. دراسة معهد الطب في عام 1999 والتي اشارت إلى وفاة 98000 مريض في عام واحد بسبب الأخطاء الطبية.
3. التقرير الصادر من (Health Grade) في العام 2004م و اشار إلى وجود أكثر من مليون خطأ طبي خلال العام 2000-2002 م نتج عنه وفاة 195000 مريض سنويا في المستشفيات الأمريكية.
4. تقرير الجمعية الأسترالية لسلامة المرضى حيث أشار الى وفاة 18000 مريض بسبب الأخطاء الطبية في استراليا.
5. تقرير مجموعة خبراء الصحة في عام 2000م والذي اكد حدوث 850000 خطأ طبي في كل عام في المملكة المتحدة.
6. دراسة الأحداث الجسيمة الناتجة من الأخطاء الطبية في كندا وأشارت الى تعرض اكثر من 7% من المرضى المنومين إلى أحداث جسيمة مميتة مؤدية بذلك الى وفاة 9000-24000 مريض سنويا في كندا.

## أسباب الأخطاء المرتبطة بالرعاية الصحية:

(أ) أسباب مرتبطة بالإنسان:

1. قصور في التدريب والخبرة.
2. الشعور بالإحباط والارهاق.
3. زيادة مهام العمل.

(ب) أسباب مرتبطة بنظام المنشأة الصحية:

1. غياب الإتصال الفعال بين العاملين في المنشأة الصحية.
2. عدم توثيق أخطاء الرعاية الصحية مع عدم توفر قاعدة بيانات لتلك الأخطاء.
3. بيئة وطريقة تصميم المنشأة الصحية.
4. عدم توفر نظام التناسب فيما بين عدد المرضى وعدد التمريض.
5. عدم توفر دليل سياسات واجراءات تقديم الرعاية الصحية.

(ج) أسباب مرتبطة بالرعاية الصحية:

1. طول مدة بقاء المريض في المستشفى.
2. قوة مفاعيل بعض الأدوية.

**دور إدارة المنشأة الصحية في سلامة المرضى**

1. وضع أهداف لسلامة المرضى ضمن الخطة الإستراتيجية للمنشأة.
2. تشجيع مشاركة الأقسام ذات العلاقة في تحقيق أهداف سلامة المرضى في الخطة الاستراتيجية.
3. توفير البنية التحتية لسلامة المرضى.
4. رفع مستوى ثقافة العاملين فيما يتعلق بسلامة المرضى.
5. إستحداث وتطوير نظام الإبلاغ عن الأخطاء الطبية وتحليل الأسباب.
6. تدريب العاملين في المنشأة على السياسات والاجراءات ذات العلاقة بسلامة المرضى.
7. تدريب العاملين على الأجهزة الطبية.



8. تحسين الرضاء الوظيفي للعاملين.

#### عوائق تطبيق نظام سلامة المرضى:

1. عدم مشاركة أوقصور في فهم إدارة المنشأة الصحية لأهمية تطبيق مظاهر سلامة المرضى.
2. إستخدام نظام معاقبة العاملين وتوجية اللوم لهم اثناء إرتكابهم اخطاء طبية.
3. عدم قدرة المنشأة الصحية على توفير تقنيات سلامة المرضى بسبب إرتفاع كلفتها المادية.
4. عدم توفير البنية التحتية لسلامة المرضى.
5. تدني ثقافة سلامة المرضى بين العاملين في المنشأة الصحية.

## الباب الثاني

### مشاكل مؤثرة على سلامة المرضى

## المشكلة الأولى:

### تدني ثقافة سلامة المرضى في المنشآت الصحية.

#### تعريف:

تعرف ثقافة سلامة المرضى بأنها مجموعة متكاملة من المعرفة والإعتقاد لدى الفئات العاملة في المنشآت الصحية سواء الرؤساء او المرؤسين عن أهمية وتحسين وإجراءات الحفاظ على سلامة المرضى.

#### نبذة:

يجب أن نعلم بأن الرعاية الصحية عبارة عن نظام يتأثر باداء العاملين في المنشأة الصحية حيث ان تدني مستوى ثقافة السلامة لدى العاملين لن يحقق أهداف المنشأة فيما يتعلق بتطبيقات سلامة المرضى، فتعزيز الثقافة يعتبر عنصر مهم في تغيير سلوك الأفراد، وهناك امثلة عديدة خارج مجال الرعاية الصحية فيما يتعلق بالعلاقة بين الثقافة وسلوك الافراد مثل قيادة السيارة بسرعة كبيرة على الطرق السريعة على الرغم من وضع ارشادات تحذيرية من قبل الجهات الأمنية توضح الحد الأعلى للسرعة على تلك الطرق، إلا اننا نلاحظ من بعض السائقين عدم الألتزام بتلك الإرشادات وهذا يدل على قصور في ثقافة هؤلاء السائقين عن مدى أهمية الألتزام بتلك الأرشادات. وهناك مثال في مجال الرعاية الصحية حيث يوجد سياسات موثقه ومعتمده متعلقه بمنع الأخطاء الدوائية، ولكن نجد ان بعض العاملين يرتكب تلك الأخطاء بسبب تجاهل محتوى تلك السياسات وهناك مثال اخر وهو الإبلاغ عن الأخطاء الطبيه فالبعض قد يرتكب اخطاء اثناء تقديم الرعاية الصحية ولا يتم الإبلاغ عنها وهذا يدل على تدني مستوى ثقافة سلامة المرضى وعدم المعرفة بأهمية الإبلاغ عن مثل تلك الحالات وتأثيرها على تقليل الأخطاء الطبية في المنشأة حيث ان الإبلاغ عن وقوع الأخطاء الطبية له دور كبير في منع حدوثها مرة اخرى من خلال دراسة أسباب وقوعها ووضع الحلول المناسبة من قبل اللجان المسؤولة في المنشأة ولهذه الاسباب فإن على المنشأة العمل على تحسين ثقافة سلامة المرضى لدى العاملين قبل القيام بأي جهود في مجال الحفاظ على سلامة المرضى.

## أبعاد ثقافة سلامة المرضى:

**البعد الأول :** ثقافة سلامة المرضى على مستوى القسم ويشمل:

1. شكر المرؤسين والإستماع الى مقترحاتهم فيما يتعلق بسلامة المرضى.
2. عمل مشاريع تحسين الجودة في القسم.
3. العمل كفريق واحد داخل كل قسم.
4. التواصل بشفافية بين الرؤساء والمرؤسين.
5. تقديم التغذية الراجعة للمرؤسين.
6. الحفاظ على كفاية عدد الموظفين في القسم.

**البعد الثاني :** ثقافة سلامة المرضى على مستوى المستشفى:

1. دعم إدارة المستشفى لسلامة المرضى.
2. التعاون فيما بين الأقسام في المستشفى.
3. تطبيق سياسة عدم توجيه اللوم للعاملين المبلغين عن الأخطاء الطبية.

## حلول لتحسين ثقافة سلامة المرضى:

البعد الأول: ثقافة سلامة المرضى على مستوى القسم:

1. شكر المرؤسين والإستماع الى مقترحاتهم فيما يتعلق بسلامة المرضى:

يجب على رئيس القسم توجيه عبارات الشكر والتقدير للعاملين الذين يؤدون دورهم على اكمل وجه. أيضا من الأهمية الإستماع الى اقتراحات المرؤوسين فيما يتعلق بتحسين سلامة المرضى في القسم، وينبغي على رئيس القسم متابعة المشاكل التي تواجه سلامة المرضى والعمل على الحد منها.

2. عمل إجراءات تحسين الجودة في القسم:

ينبغي على الرئيس والمرؤوسين في كل قسم القيام بإجراءات تحسن من مستوى الجودة، أيضا هذه الإجراءات يجب تقييمها لمعرفة فعاليتها في الحد من المخاطر التي تهدد سلامة المرضى.

3. العمل كفريق واحد داخل كل قسم:

كل فرد من العاملين يجب أن يكون متعاون مع الأفراد الآخرين في القسم، حيث يجب على جميع العاملين في كل قسم العمل كفريق واحد خصوصا عندما يكون هنالك كثافة في المهام المطلوب إنجازها.

4. التواصل بشفافية بين الرؤساء والمرؤوسين:

يجب على رئيس القسم تشجيع العاملين على التحدث بشفافية عن كل ما يؤثر على سلامة المرضى في القسم وطمأنتهم بان ذلك لن يؤثر عليهم.

5. تقديم التغذية الراجعة للمرؤوسين:

بعد أن يقوم المرؤوسين بالإبلاغ عن الأخطاء الطبية التي حدثت في القسم يجب على رئيس القسم إخبار المرؤوسين عن اجراءات التحسين للحد من تلك الأخطاء.

6. الحفاظ على عدد كافي من الموظفين:

ينبغي توظيف عدد كافي من العاملين فيما يتناسب مع احتياجات كل قسم من العاملين، حيث أن النقص في عدد العاملين يؤدي إلى زيادة المهام الموكلة لكل شخص مما يتسبب في حدوث أخطاء طبية ومثال على ذلك عندما يتولى كل فرد من افراد التمريض رعاية عدد من المرضى يتجاوز العدد المحدد الموصى به.

**البعد الثاني: ثقافة سلامة المرضى على مستوى المستشفى:**

1. دعم إدارة المستشفى:

يجب ان تكون سلامة المرضى أحد اولويات إدارة المستشفى ومن ضمن أهداف الخطة الإستراتيجية، وينبغي على إدارة المستشفى أن تحسن من العوامل المحفزة للحفاظ على سلامة المرضى مثل الرضا الوظيفي للعاملين فكلما كان الرضاء الوظيفي في أعلى مستوياته فإن ذلك يحسن من أدائهم محققا بذلك حماية المرضى من الأخطاء الطبية. أيضا توفير الوسائل والأجهزة الحديثة المتعلقة بتقديم الرعاية الصحية. دعم برامج تدريب العاملين في المستشفى. بالإضافة الى وضع نظام للإبلاغ عن الأخطاء الطبية ومعالجتها وتأسيس قاعدة بيانات عن تلك الأخطاء.

2. التعاون فيما بين الأقسام في المستشفى:

على إدارة المستشفى تشجيع التعاون بين الأقسام لتقديم أفضل رعاية صحية خالية من الأخطاء الطبية.

3. عدم توجيه اللوم للمبلغين عن الأخطاء الطبية:

يرتكب بعض العاملين في المنشآت الصحية أخطاء طبية ولا يتم الإبلاغ عنها خصوصاً تلك التي لا يمكن إكتشافها من قبل الرؤساء أو المشرفين مثل الأخطاء في اعطاء الأدوية وهذا بسبب قيام إدارة المستشفى بمحاسبة كل من يرتكب خطأ طبي. لذلك ينبغي على إدارة المستشفى عدم إتخاذ إجراءات لمحاسبة المرؤوسين في حالة الإبلاغ عن اخطاء طبية لتشجيعهم على الإبلاغ في المرات القادمة لأن الهدف من هذه البلاغات هو معرفة الأسباب التي أدت الى حدوث مثل تلك الأخطاء ووضع الحلول لها لتفاديها مستقبلاً.

## المشكلة الثانية: عدم التعرف على المريض الصحيح:

### التعريف:

هو عدم التعرف على المريض الصحيح من قبل العاملين في تقديم الرعاية الصحية من خلال قراءة الأسم ورقم الملف الطبي الموجودة في الإسواره الموضوعه على معصم يد المريض وذلك قبل القيام بأي إجراء طبي.

### نبذة:

التعرف على المريض الصحيح مطلب مهم أثناء أي إجراء طبي حيث ينبغي على العاملين في مجال الرعاية الصحية التأكد من هوية المريض من خلال المعلومات الموجودة في الإسواره الموضوعه في معصم يد المريض والتي تشمل (اسم المريض ورقم الملف) قبل القيام بأي إجراء مثل إعطاء الأدوية، العمليات الجراحية أو تسليم الأطفال حديثي الولادة لذويهم، ولا يتم التعرف على المريض الصحيح لأسباب مثل عدم وجود الإسواره، عدم وضوح الكتابة، إزالتها بالماء أو تجاهل قراتها، فعدم التعرف على المريض الصحيح يؤدي الى أخطاء في الإجراءات الطبية مثل: اخطاء في نقل الدم، الفحوصات المخبرية، إعطاء الأدوية وتسليم الأطفال الى غير ذويهم.

### الأضرار الناتجة:

عدم التعرف على المريض الصحيح ينتج عنه أخطاء طبية جسيمة وهذا اكدته اللجنة المشتركة في الولايات المتحدة الأمريكية حيث بينت بأن هنالك 5437 خطأ طبي جسيم (أدت للوفاة أو إصابات خطيرة) في المستشفيات منذ عام 1995م، وهذه الأخطاء ناتجة من عدة اسباب من ضمنها عدم التعرف على المريض الصحيح حيث تشكل من تلك الأسباب نسبة 13%. ونشرت وكالة سلامة المرضى البريطانية في أحد إحصائياتها بأنه في الفترة من 2003 الى 2005 تم تسجيل 236 خطأ طبي بسبب عدم التعرف على المرضى ووضحت دراسة قام بها احد الباحثين في كلية علماء الأمراض بان هناك أسباب للوفيات الناتجة بسبب الأخطاء الطبية من ضمنها عدم التعرف على المريض الصحيح، وفي إحصائية صادرة من المعهد



الطبي في الولايات المتحدة الأمريكية أكدت بان هناك 114706 مريض ماتو في العام 2004 بسبب اجراءات خاطئة ناتجة من عدم التعرف على المريض الصحيح، وفيما يتعلق بالخسائر المالية بينت الإحصائيات بان الأخطاء الطبية الناتجة بسبب عدم التعرف على المرضى تستنزف سنويا 200 مليون الى 400 مليون دولار سنويا في الولايات المتحدة الامريكية.

### الحلول:

1. وضع إسواره على معصم يد المريض تحتوي اسم ورقم ملف المريض وإستخدامها للتعرف على المريض الصحيح وعدم إستخدام رقم الغرفة أو السرير.
2. المعلومات في الإسواره يجب أن تكتب بخط واضح ويفضل إستخدام الحاسب الألي لكتابة ذلك. في حالة إستخدام القلم يجب استخدام حبر مضاد للماء حتى لا يتم إزالتها في حالة تعرضها للماء اثناء استحمام المريض أو غيره.
3. حث العاملين على التعرف على المريض الصحيح قبل القيام بأي إجراء يتعلق بالرعاية الصحية مثل إعطاء الأدوية، نقل الدم والعمليات الجراحية...الخ.
4. حث المريض على المشاركة في تعرف العاملين عليه من خلال التأكد من وجود الإسواره في معصم يده وإحتوائها على المعلومات المطلوبة.
5. في حالة سحب عينات الدم أو العينات الأخرى مثل البول، سوائل الجسم...الخ يجب على العاملين كتابة المعلومات المطلوبه على تلك العينات بوجود المريض والتأكد من صحة المعلومات من خلال مقارنتها مع إسواره المريض.
6. تدريب العاملين في مجال الرعاية الصحية على سياسات وإجراءات التعرف على المريض الصحيح من خلال البرنامج التعريفي للمستشفى أو البرنامج التعريفي للقسم.

## المشكلة الثالثة: الإتصال غير الفعال بين العاملين في المرافق الصحية.

### التعريف:

الإتصال الفعال هو الطريقة الصحيحة التي يتم من خلالها نقل وتبادل المعلومات المتعلقة بعلاج ورعاية المرضى بين العاملين وتشمل الإتصال المكتوب والهاتف والشفوي.

### نبذة:

يعتبر الإتصال بين العاملين أحد أهم الإجراءات التي يجب ان تتم بطريقة فعالة وصحيحة وذلك لأن أي فشل في تحقيق الإتصال الفعال يهدد سلامة المرضى ويؤدي إلى مضاعفات خطيرة. وهناك أمثله عديدة للإتصال بين العاملين مثل الإتصال بين الأطباء والتمريض وهذا ينقسم إلى ثلاثة أقسام هي الإتصال المكتوب مثل تعليمات الطبيب المكتوبه او ملاحظات التمريض، الإتصال الشفوي مثل تعليمات الطبيب اثناء حالات الطوارئ والاتصال بالهاتف وهذا يتم إستخدامه في حالات معينة.

### الأضرار الناتجة:

إن غياب الإتصال الفعال بين العاملين في مجال الرعاية الصحية يؤدي إلى أخطاء طبية خطيرة مثل الأخطاء الدوائية وإجراء العمليات الجراحية في أماكن خاطئة من جسم المريض أو تسليم الأطفال إلى غير ذويهم وهذا اكدته اللجنة المتحدة في الولايات المتحدة الأمريكية حيث بينت بان الإتصال غير الفعال كان أحد الاسباب الرئيسييه للاحداث المميتة في المستشفيات وذلك للفترة من 1995 الى 2006م ووضحت أحد الدراسات في استراليا بأنه تم تسجيل 25000 الى 30000 خطأ طبي وعند دراسة اسباب تلك الأخطاء تبين بأن الاتصال الغير فعال شكل نسبة 11% من أسباب تلك الأخطاء. وفيما يتعلق بالخسائر المالية فإن الإحصائيات في استراليا وضحت بأن الأخطاء الطبية الخطيرة تؤدي إلى خسائر مادية تقدر ب 2 مليون دولار سنويا في استراليا.

## الحلول:

1. التأكد بأن لدى المنشأة الصحية سياسات وإجراءات معتمدة للإتصال بين العاملين والأقسام ذات العلاقة لتقديم الرعاية الصحية وهذه السياسات تشمل سياسة وإجراءات تعليمات الطبيب المكتوبة، الشفوية وبالهااتف و نقل المريض من قسم إلى اخر أو إلى منشأة صحية اخرى.

2. إستخدام تقنية (SBAR) أثناء الإتصال بين العاملين لتبادل المعلومات المتعلقة بالمريض أثناء نقل المريض الى قسم أو مستشفى اخر وتعني:

1. Situation: S ويعني إعطاء معلومات متعلقه بوضع المريض الحالي.
2. Background: B وتعني إعطاء معلومات متعلقة بالمريض بشكل عام.
3. Assessment: A وتعني إعطاء معلومات عن التقييم السريري للمريض.
4. Recommendation: R تعني إعطاء معلومات عن التوصيات المعطاة من قبل الطبيب المعالج أو الفئات الأخرى ذات العلاقة برعاية المرضى.

3. أثناء نقل المريض إلى قسم أو مستشفى اخر او في حالة التسليم والإستلام بين المناوبات يجب تخصيص وقت كافي لتبادل المعلومات بدون مقاطعتهم ويجب إعادة تلك المعلومات من قبل المتلقي وتصحيحها من قبل المرسل.

4. التأكد من أن المنشأة الصحية لديها سياسة وإجراءات معتمدة متعلقة بخروج المريض من المستشفى والتي تؤكد على تقديم معلومات كافية للمنشأة الصحية الأخرى التي ينقل إليها المريض للعلاج.

5. تدريب العاملين على السياسات والإجراءات المتعلقة بالإتصال بين العاملين داخل القسم أو مع الأقسام الأخرى.

## المشكلة الرابعة: الأخطاء الدوائية:

### تعريف:

هو الخطأ في وصف الدواء، إعطاء الدواء لمريض خاطيء، إعطاء جرعة خاطئة، الخطأ في وقت إعطاء الدواء أو الخطأ في الطريقة التي يعطى فيها المريض الدواء أو الخطأ في عدد مرات إستخدام الدواء.

### نبذة:

تعتبر الأخطاء الدوائية أحد المخاطر التي تهدد سلامة المرضى ومن الأمثلة على هذه الأخطاء هو وصف دواء خاطيء أو إعطاء دواء لمريض اخر غير المقصود، ايضا إعطاء المريض جرعة أكثر أو أقل من الموصوفه للمريض او إعطاء المريض دواء في مكان خاطيء مثل إعطاء الأدوية التي تعطى عن طريق الفم بالخطأ عن طريق الوريد. وهناك أسباب للاخطاء الدوائية حيث يعتبر اللاتباس الذي يتعلق باسماء الأدوية أحد اكثر أسباب إرتكاب الأخطاء شيوعا في اعطاء الأدوية حيث يوجد عشرات اللاف من الأدوية في الأسواق حاليا والتي تتشابه في التغليف ونطق إسمها واشكال الجرعات مع أدوية اخرى. وتحدث الأخطاء الدوائية في المنشآت الصحية بشكل ملحوظ حيث اشارت الدراسات بان هنالك 200000 خطأ دوائي تم تسجيلها في 482 مستشفى في الولايات المتحدة الأمريكية في عام 2002م.

### الأضرار الناتجة:

الأخطاء الدوائية لها أضرار خطيرة على سلامة المرضى حيث ذكرت أحد الدراسات بان 1.7% من 200000 خطأ دوائي أدت إلى مضاعفات خطيرة للمرضى بينما اشارت دراسة في احد المستشفيات في الولايات المتحدة الأمريكية بان هنالك 854 مريض ماتو داخل المستشفيات من ضمنهم مريض واحد بسبب الأخطاء الدوائية. وتدفع الولايات المتحدة مايعادل 3.5 بليون دولار سنويا بسبب الأخطاء الدوائية.

## الحلول:

1. يجب ان يكون لدى المنشأة الصحية سياسات وإجراءات معتمدة ومتعلقة بمنع الأخطاء الدوائية والتي

تحتوي التالي:

- I. تحديد مسؤوليات ودور كل فئة لها علاقة بوصف وصرف وإعطاء الأدوية في منع حدوث الأخطاء الدوائية.
- II. القائمة التي تحتوي على الأدوية الموصوفة للمريض تكون في مكان مناسب مثل ملف المريض حتى يتسنى للطبيب المعالج وافراد التمريض الوصول اليها بسهولة.
- III. قبل وصف أدوية للمريض يجب الطلب من المريض إحضار قائمة بأسماء الأدوية التي استخدمها مسبقا وما زال على ذلك.
- IV. مقارنة الأدوية التي يستخدمها مسبقا مع الأدوية الحديثه لتجنب التكرار في وصف الدواء والتفاعلات الدوائية ومناسبتها لحالة المريض الصحية.
- V. قبل إعطاء الأدوية يجب التعرف على المريض الصحيح من خلال (إسم المريض ورقم الملف الطبي).
- VI. إستخدام السبعة الخطوات الصحيحه لإعطاء الأدوية وتشمل (المريض الصحيح، الدواء الصحيح، الجرعة الصحيحة، الوقت الصحيح، الطريق الصحيح، التكرار الصحيح والتوثيق الصحيح).
- VII. في حالة إعطاء المريض ادوية عالية الخطوره يجب التأكد من إسم الدواء والجرعة وطريق إعطاء الدواء بواسطة اثنين من افراد التمريض.

2. تدريب الفئات ذات علاقه على السياسات والإجراءات المتعلقة بمنع الأخطاء الدوائية.

3. تحضير الأدوية في مكان مخصص ويجب أن يكون نظيف وبه إضاءة كافية وبعيد عن الإزعاج.

سلامة المرضى مشاكل وحلول

## المشكلة الخامسة: العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية

### تعريف:

هي العدوى بالميكروبات التي يصاب بها المريض بعد دخوله المستشفى بمدة 72 ساعة ولم تكن موجودة قبل أو اثناء دخوله المستشفى.

### نبذة:

تعتبر العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية احد اهم المشاكل التي تهدد سلامة المرضى في عدد كبير من دول العالم بسبب المضاعفات التي تحدثها حيث تؤدي احيانا إلى الوفاة وهناك أمثلة عديدة على هذه العدوى من أهمها: عدوى المسالك البولية، العدوى التي تحدث بعد العمليات الجراحية، وعدوى حديثي الولادة. وتشير الإحصائيات العالمية بأن العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية تحدث في جميع دول العالم ولكن تختلف معدلاتها من دول إلى أخرى حيث سجلت الإحصائيات نسبة 1% من عدوى المستشفيات في كلا من دول أوروبا وأمريكا بينما وصلت إلى أكثر من 40% في دول آسيا وأفريقيا وأمريكا اللاتينية. وفي إحصائية أخرى شملت 55 مستشفى في 14 دولة متقدمة في منظمة الصحة العالمية سجلت معدل الإصابة بالعدوى المرتبطة بالرعاية الصحية في تلك المستشفيات بنسبة 8.7%.

### الأضرار الناتجة:

تعتبر العدوى بالميكروبات سريعة الإنتشار بين الأشخاص وتؤثر على أعضاء في جسم الانسان بالتالي قد تؤدي إلى تلف الأعضاء وفقد وظيفتها. كما تعتبر عدوى المستشفيات أحد أسباب الوفاة حيث ذكرت أحد الدراسات بأن هنالك 1400 وفاة سنويا في الولايات المتحدة الأمريكية بسبب عدوى الجهاز التنفسي المكتسبة من المستشفيات. وعند النظر في الأضرار الأخرى مثل الخسائر المالية وزيادة العبء على العاملين في المستشفيات نجد بأن المرضى الذين يصابون بعدوى المستشفيات تزيد مدة إقامتهم وذلك لتلقي العلاج والرعاية الصحية اللازمه للعلاج من تلك العدوى مما يكلف المستشفيات تكاليف باهظة حيث بينت

أحد الأحصائيات في الولايات المتحدة الأمريكية بأن التكلفة المالية لعلاج المصابين بعدوى الجهاز التنفسي المكتسبة من المستشفيات كانت 17677 دولار أمريكي في الفترة من 1990م إلى 2000م.

### الحلول:

1. منع العدوى التي تنتشر باللامسة:

- أ. غسل الأيدي ويعتبر أحد الإجراءات المهمة في منع انتقال العدوى.
  - ب. يجب على فريق الرعاية الصحية لبس القفازات والملابس الخاصة في حالة ملامسة الدم أو سوائل الجسم.
  - ج. يجب استخدام التعقيم عند القيام بأي إجراء طبي أو العناية بالجروح.
2. منع العدوى التي تنتشر بواسطة الأجهزة الطبية وبيئة الرعاية الصحية:
- أ. التعقيم المستمر للأجهزة الطبية.
  - ب. المحافظة على البيئة التي تتم فيها تقديم الرعاية الصحية نظيفه.
  - ج. التخلص من النفايات الطبية بالطرق الصحيحة.
3. منع العدوى التي تنتقل عن طريق الهواء:
- أ. عزل المرضى بالأمراض المعدية في غرف خاصة.
  - ب. التقليل من الأزدحام في غرف المرضى.
4. تثقيف المريض لحماية نفسه من الإصابة بالعدوى أثناء إقامته في المستشفى ويشمل:
- أ. توعية المريض بغسل اليدين أو استخدام السائل المعقم الموجود في غرف المرضى أو في جميع أماكن المستشفى.
  - ب. توعية المريض بالطلب ممن يزوره استخدام السائل المعقم قبل دخولهم إلى غرفته ومره أخرى عند مغادرتهم.



III. توعية المريض بأن يطلب من الزوار تأجيل زيارتهم له في حالة إصابتهم بأعراض العدوى مثل الرشح، وإحتقان الحلق وإرتفاع درجة الحرارة.

IV. إخبار المريض بأن الميكروبات تنتقل من مريض إلى آخر عن طريق العاملين في مجال الرعاية الصحية، لهذا السبب يجب أن لا يتردد في الطلب من هؤلاء العاملين بغسل ايديهم.

سلامة المرضى مشاكل وحلول

## المشكلة السادسة: سقوط المرضى:

### التعريف:

حدث غير مرغوب فيه بسبب سقوط المرضى على الارض أو غيرها من الأسطح السفلى.

### نبذة:

يعتبر سقوط المرضى أحد الأحداث التي تؤثر على سلامة المرضى وإستنزاف للطاقات البشرية العاملة والمصادر المالية في المنشآت الصحية وتواجه العديد من تلك المنشآت تحدي للحد من سقوط المرضى. تشير الإحصائيات بأن معدل سقوط المرضى في المستشفيات يتراوح ما بين 1.7 إلى 25 حالة سقوط وأكثت أحد الدراسات في الولايات المتحدة الأمريكية بأنه تم تسجيل أكثر من مليون حالة سقوط من بين 37 مليون مريض يتم تنويمهم في المستشفيات سنويا.

### الأضرار الناتجة:

بينت الإحصائيات في الولايات المتحدة الأمريكية بان سقوط المرضى يشكل أحد أهم الأسباب التي تؤدي للإصابات الخطيرة في الفئة العمرية الأكبر من 65 سنة. أيضا من بين المرضى الذين تعرضوا إلى السقوط هناك 65% الى 44% اصابوا نتيجة السقوط وتعتبر إصابات الراس وكسر عظمة الفخذ أحد أخطر الإصابات الناتجة من السقوط وتشكل نسبة 8% من الإصابات الناتجة من السقوط وتساوي 9000 إصابة خطيرة لكل سنة في الولايات المتحدة بينما تشكل نسبة الوفيات السنوية الناتجة من السقوط في الولايات المتحدة الأمريكية 1% وتساوي 11000 وفاة. من ناحية أخرى يعتبر سقوط المرضى احد أهم الأحداث التي تستنزف الموارد المالية للمستشفيات حيث تم تأكيد ذلك بالأحصائيات السنوية في الولايات المتحدة الأمريكية والتي وضحت بان سقوط المرضى يكلف سنويا 19.16 مليون دولار.

### الحلول:

1. يجب أن يكون لدى المنشأة الصحية سياسة وإجراءات لمنع سقوط المرضى.
2. تدريب العاملين على سياسة وإجراءات منع سقوط المرضى.

3. معرفة المرضى المعرضين للسقوط بأستخدام مقياس مورس.
4. تخصيص سراير مناسبة للمرضى تسمح لهم بمغادرة السرير بسهولة.
5. وضع طاولة الطعام ومفتاح الجرس ومفتاح الإضاءة بالقرب من المريض حتى لا يحتاج المريض للتحرك من فوق السرير للحصول على تلك الأدوات.
6. يجب أن تكون إضاءة الغرفة والممرات كافية لتسمح للمريض بالتحرك برؤية واضحة.
7. إزالة كل ما يعيق حركة المريض مثل الأسلاك الكهربائية والكراسي المتحركة... الخ.
8. وضع لوحات تحوي كتابات وصور لإرشاد المرضى إلى ابواب دورات المياه والمخارج.
9. تثبيت كراسي و سراير المرضى المتحركة.
10. تثبيت مقابض يدوية في جدار غرف المرضى والممرات ودورات المياه تساعد المريض اثناء الحركة في تلك الممرات.
11. تخصيص غرف المرضى القريبه من محطة التمريض للمرضى المعرضين لخطر السقوط حتى يتم ملاحظتهم عن قرب.
12. تعليم المريض على إستخدام الأجهزة المساعدة للحركة مثل العكازات أو الكراسي المتحركة ووضعها بالقرب من المريض.
13. وضع قطع من الموكيت أو الجلد المانع للإنزلاق على الأرض بالقرب من سرير المريض لمنع الإنزلاق أثناء مغادرة المريض للسرير.
14. أثناء تغيير ملابس المرضى يجب عدم وضعها على الأرض.
15. تعريف المرضى بالموقع الذي يتواجدون فيه مثل مكان وجود دورات المياه والممرات والمخارج والأجهزة المساعدة... الخ.
16. إخبار المريض عن الأدوية التي تسبب النعاس أو تؤثر على ثبات المريض أثناء الحركة.

17. تقييم مستوى النظر أو المشاكل الصحية التي تؤثر على ثبات وتوازن المريض مثل الدوار وإنخفاض ضغط الدم...الخ. وعلاج المريض من هذه المشاكل الصحية إن وجدت.

18. المرضى الذين هم في خطر السقوط بسبب كبر السن لوجود مشاكل صحية أو إستخدام الأدوية التي تؤثر على التوازن والثبات يجب وضع جهاز واقى حول المرض لتجنب كسر عظمة الفخذ بسبب السقوط.

19. تعليم المريض عن كيفية طلب المساعدة.

#### مقياس مورس لمعرفة المرضى المعرضين للسقوط:

هو مقياس يشتمل على متغيرات ذات علاقة بسقوط المريض وبناء على هذه المتغيرات يتم تحديد اذا كان المريض في خطورة عالية أو متوسطة للسقوط أو انه ليس معرض لذلك (انظر الجدول رقم 1).

متى يستخدم مقياس مورس؟

1. أثناء تنويم المريض في المستشفى.
2. كل مناوبة تمريضية.
3. عند حدوث تغيرات في حالة المريض الصحية أو تغيير في الأدوية التي يستخدمها المريض.
4. عند نقل المريض إلى قسم آخر.
5. بعد سقوط المريض.

## متغيرات مقياس مورس:

### 1. الأحداث السابقة للسقوط (History of falling):

حدد لهذا المتغير 25 درجة ويستخدم هذا المتغير لتقييم المريض فيما يتعلق بأحداث السقوط السابقة التي تعرض لها المريض فإذا لم يسقط المريض فإنه يحصل على درجة تقييم صفر وإذا سقط فإن المتغير يعطى 25 درجة.

### 2. التشخيص الثانوي (Secondary Diagnosis):

إذا كان هناك أكثر من تشخيص طبي فإن المريض يعطى درجة 15 أما إذا كان يوجد تشخيص طبي واحد فقط فإنه يعطى صفر.

### 3. استخدام مساعدات الحركة (Ambulatory Aid):

في حالة إن المريض يمشي بدون استخدام مساعدات الحركة فإنه يعطى لهذا المتغير درجة صفر. وفي حالة استخدام العكازات والأجهزة المساعدة على المشي فإن المريض يقيم بـ 15 درجة أما إذا استخدم الاثاث أو المقابض المثبتة في جدران الغرف أو الممرات فإنه يقيم بـ 30 درجة.

### 4. القسطرة أو المحاليل الوريدية (IV or IV access):

إذا المريض موصل بالقسطرة أو المحاليل الوريدية فإنه يعطى 20 درجة أو صفر في حالة اذا لم يوصل بذلك.

## 5. القدرة على المشي (Gait):

ينقسم الى ثلاثة أقسام:

- المشية الطبيعية (Normal gait): يقيم هذا المتغير بدرجة صفر اذا كان يمشي وجسمه مستقيم ويديه للأسفل وتتحرك بحرية ويمشي بدون تردد.
  - المشية الضعيفة (Weak gait): يعطى لهذا المتغير عشرة درجات عندما يمشي المريض ثم يتوقف ويستطيع ان يحرك راسه بدون أن يؤثر ذلك على توازنه. أيضا في حالة اذا كان المريض يمشي بخطوات قصيرة.
  - عدم القدرة على المشي: يعطى هذا المتغير (20 درجة) عندما لا يستطيع المريض النهوض من على الكرسي حيث يضع يديه على ذراعي الكرسي للمساعدة على النهوض مع القيام بعدة محاولات للنهوض ويكون وضع الراس مائل للأسفل. وتعتبر اللحظة التي ينتقل فيها المريض من الكرسي المتحرك الى السرير هي أفضل طريقه يمكن فيها تقييم المريض لهذا المتغير.
6. الحالة العقلية (Mental status): في هذا المتغير يقيم المريض لمعرفة مستوى حالته العقلية حيث يسأل المريض إذا كان بإمكانه الذهاب للحمام بمفرده فاذا أجاب المريض بطريقه توضح انه في حالة عقلية جيدة فيعطى هذا المتغير درجة (صفر) أما إذا أجاب المريض بطريقه توضح انه لا يستطيع فأن هذا المتغير يعطى (15 درجة).

## تصنيف حالة المريض:

بعد تقييم حالة المريض بناء على المتغيرات ذات العلاقة بسقوط المرضى توضع درجة لكل متغير ثم تجمع الدرجات ويصنف المريض إلى احد الثلاث مستويات (انظر الجدول رقم 2).

Variables	Numeric value	Value	score
History of falling	No	0	
	Yes	25	
Secondary diagnosis	No	0	
	Yes	15	
Ambulatory aid	Bed rest/nurse assist	0	
	Crutches/cane/walker	15	
	Furniture	30	
IV or IV access	No	0	
	Yes	20	
Gait	Normal/bed rest/immobile	0	
	Weak	10	
	Impaired	20	
Mental status	Oriented to own ability	0	
	Overestimates or forgets limitations	15	
<b>Total</b>			

الجدول 1: مقياس مورس

Risk level	Score	Action
No risk	0-24	Provide good basic nursing care
Low to moderate risk	25-45	Implement standard fall prevention interventions
High risk	46+	Implement high-risk fall prevention interventions

الجدول 2: مستويات الخطورة المتعلقة بسقوط المرضى

## المشكلة السابعة: تقرحات السرير

### التعريف:

جروح مفتوحة ناتجة من تهتك سطح الجلد بسبب الضغط على الجلد الناتج من بقاء المريض لمدة اطول على السرير.

### نبذة:

تعتبر تقرحات السرير مشكلة تهدد سلامة المرضى حيث يعاني عدد كبير من المرضى في دول مختلفة من العالم بإصابتهم بهذه التقرحات التي لها اثر سلبي على حياة المريض وعائلته بالإضافة إلى زيادة التكلفة المالية لعلاج المرضى المصابين بتلك التقرحات. وتشير الإحصائيات الأمريكية بان هنالك مليون مريض سنويا يصابون بتقرحات السرير حيث ارتفعت نسبة المصابين إلى 80% ما بين الأعوام 1993م إلى 2006م. وتنتج تقرحات السرير من عدة اسباب من أبرزها التقصير في الرعاية التمريضية حيث يجب تحريك المريض المعرض لتقرحات السرير وتغيير وضعه من جانب إلى اخر كل ساعتين.

### الأضرار الناتجة:

إن لتقرحات السرير تأثير على راحة المريض حيث يشعر المريض بألم شديد نتيجة تهتك سطح الجلد. أيضا فإنه ينتج من هذه التقرحات مضاعفات منها الإصابة بالعدوى بسبب تلوث القرحة بالميكروبات. وفيما يتعلق بالأضرار المادية فأن تقرحات السرير هي أحد الأحداث التي تستنزف الموارد المالية والطاقات البشرية في المستشفيات لمدة اطول يقدم فيها تدخل علاجي ورعاية صحية وأشارت الدراسات بأن مدة إقامة المريض بعد أن يصاب بتقرحات السرير تزيد إلى أربعة أيام وفي دراسة اخرى احتاج المرضى المصابين إلى ثمانية أيام إضافية وذلك للعلاج من تلك التقرحات مما يزيد التكلفة المالية للعلاج حيث أكدت الإحصائيات في الولايات المتحدة الأمريكية بأن تكلفة علاج المصابين تزيد عن مليون دولار سنويا وهذا يعتبر 2.5 ضعف التكلفة المالية المخصصة للوقاية من تقرحات السرير.



## الحلول:

1. يجب أن يكون لدى المنشأة سياسات وإجراءات معتمدة متعلقة بمنع تقرحات السرير.
2. تدريب العاملين على تلك السياسات.
3. معرفة المرضى المعرضين لتقرحات السرير باستخدام مقياس برادين (Braden scale).
4. إزالة أو تقليل العوامل المسببة لتقرحات السرير مثل ضغط السرير على الجلد و إحتكاك جلد المريض بالسرير ورطوبة الجلد وقصور الدورة الدموية.
5. تحريك المريض كل ساعتين من جانب إلى اخر مع ملاحظة عدم وضع المريض على الجزء المصاب بالتقرحات او الجزء الذي يحتوي الأنابيب الموصلة بالمريض بالأجهزة الطبية أو الاجزاء التي فيها بروز عظمي.
6. وضع أدوات خاصة أو مخدات تحت اجزاء الجسم المعرضة للإصابة بالتقرحات.
7. إستخدام سراير تحتوي على أكياس هوائية لتقليل ضغط السرير على جلد المريض.
8. تقييم جلد المريض كل يوم.
9. عند إستحمام المريض يجب إستخدام الماء المعتدل الحرارة والصابون المحتوي على أقل مواد كيميائية.
10. الحفاظ على جلد المريض نظيف.
11. وضع كريم مرطب على جلد المريض لتقليل إحتكاك جلد المريض مع سطح السرير.
12. تقييم الحالة الغذائية للمريض من قبل اخصائي التغذية وعمل خطة وتوصيات للحفاظ على مستوى الحالة الغذائية.
13. إستشارة أخصائي العلاج الطبيعي فيما يتعلق بالتمارين الخاصة للمرضى.
14. إستخدام سراير تحتوي على أكياس هوائية لتقليل ضغط السرير على جلد المريض.

15. في حالة إصابة المريض بتقرحات السرير من الدرجة الأولى يجب منع تطورها إلى درجات أعلى من خلال استخدام الغيار المناسب للجروح.

16. في حالة تلوث تقرحات السرير يجب استخدام مضاد حيوي مناسب.

### مقياس بريدين لمعرفة المرضى المعرضين لخطر تقرحات السرير:

هو مقياس يشتمل على متغيرات ذات العلاقة بتقرحات السرير وبناء على هذه المتغيرات يتم تحديد إذا كان المريض في خطورة عالية أو متوسطة لتقرحات السرير أو أنه ليس معرض لذلك (انظر الجدول رقم 3).

### متى يستخدم مقياس بريدين؟

1. أثناء تنويم المريض في المستشفى.

2. عند حدوث تغيرات في حالة المريض الصحية.

3. عند نقل المريض إلى قسم آخر.

### متغيرات مقياس بريدين:

#### الإدراك الحسي (Sensory perception):

في هذا المتغير يتم تقييم المريض فيما يتعلق باستجابة المريض للألم حيث ينقسم هذا المتغير إلى أربعة أقسام لكل قسم خصائص مختلفة معتمدة على مدى إستجابة المريض للألم وكل قسم درجة محددة تتراوح من واحد إلى أربعة.

## الرطوبة (Moisture):

في هذا المتغير يتم تقييم جلد المريض فيما يتعلق مدى تعرضه للرطوبة وينقسم هذا المتغير إلى اربعة اقسام بناء على تعرض الجلد للرطوبة ولكل قسم درجة تتراوح من واحد إلى أربعة.

## النشاط (Activity):

يستخدم هذا المتغير لتقييم نشاط المريض وينقسم إلى أربعة اقسام بناء على مستوى نشاط المريض ولكل قسم درجة محددة تتراوح من واحد إلى أربعة.

## الحركة (Mobility):

يستخدم هذا المتغير لتقييم قدرة المريض على تغير وضعيات الجسم مثل تغيير وضع الجسم من اليمين إلى اليسار أو العكس أو القيام باوضاع اخرى وينقسم إلى أربعة اقسام ولكل قسم درجة محددة تتراوح من واحد إلى أربعة.

التغذية (Nutrition): في هذا المتغير يقيم المريض بناء على عدد الوجبات التي يتناولها يوميا وكمية الأكل في كل وجبة وينقسم إلى أربعة أقسام كل قسم له درجة محددة تتراوح من واحد إلى أربعة.

## تصنيف حالة المريض:

بعد الإنتهاء من تقييم المريض بناء على المتغيرات المتعلقة بتقرحات السرير ووضع درجة لكل متغير والحصول على مجموع الدرجات لكل المتغيرات فإنه يتم تصنيف حالة المريض فيما يتعلق بمدى اصابته بتقرحات السرير فاذا حصل المريض على درجة 18 أو أقل فإن ذلك يعني بأن المريض في عرضة للإصابة بتقرحات السرير ويجب استخدام إجراءات منع تقرحات السرير.

## الباب الثالث

### انشطة لتحسين سلامة المرضى

نظرا لأهمية القيام بعمل أنشطة في مجال سلامة المرضى والتي تهدف إلى تحسين سلامة المرضى والحد من الأخطاء المرتبطة بالرعاية الصحية ولندرة المراجع المتخصصة في أنشطة سلامة المرضى فقد إبتكرت عدد من الأنشطة المتعلقة بتحسين سلامة المرضى في المنشآت الصحية حيث تم إعتقاد هذه الأنشطة من الإدارات ذات العلاقة وتم تنفيذها في عدد من المستشفيات التابعة لوزارة الصحة في المملكة العربية السعودية حيث إن بعض الأنشطة نفذتها شخصيا بينما واحد من تلك الأنشطة تم تنفيذه من خلال لجنة جودة الرعاية التمريضية وسلامة المرضى في الإداره العامة للتمريض في وزارة الصحة. جميع هذه الانشطة سيتم شرحها في هذا الباب وتشمل:

النشاط الأول: مشروع الحد من سقوط المرضى وتقرحات السرير في مستشفيات وزارة الصحة.

النشاط الثاني: مشروع تطبيق اهداف سلامة المرضى في مستشفى الملك فهد العام في جدة.

النشاط الثالث: الحملة التوعوية لسلامة المرضى والموجهة للمرضى.

## النشاط الأول:

مشروع الحد من سقوط المرضى وتقرحات السرير في مستشفيات وزارة الصحة.

المؤلف: سلطان المطيري

المنفذ: لجنة جودة الرعاية التمريضية وسلامة المرضى في إداره العامة للتمريض في وزارة الصحة.

المكان: 18 مستشفى تابعة لوزارة الصحة في جميع مناطق المملكة العربية السعودية.

## أهداف المشروع:

- 1- الرفع من المستوى العلمي والعملية لمنسوبي التمريض في المستشفيات فيما يتعلق بالرعاية التمريضية المقدمة للمرضى المعرضين لحوادث السقوط و تقرحات السرير.
- 2- التقليل من حوادث سقوط المرضى في المستشفيات.
- 3- التقليل من تقرحات السرير في المستشفيات.
- 4- تطبيق إجراءات تمريضية موحدة في مستشفيات وزارة الصحة منبثقة من مراجع علمية عالمية معتمدة متماشية مع إمكانيات وزارة الصحة ومتعلقة بمنع سقوط المرضى وتقرحات السرير.

المدّة: ستة أشهر

## طريقة تنفيذ المشروع:

ينقسم المشروع إلى مرحلتين وهي كالتالي:

1. مرحلة الإعداد:

في هذه المرحلة يتم إختيار فرد واحد من منسوبي التمريض من كل مستشفى عام في كل منطقة من مناطق المملكة بناء على شروط معينة وضعتها الإدارة العامة للتمريض للإلتحاق بدورة تأهيلية (دورة سلامة المرضى) للعمل على تنفيذ المشروع في مستشفياتهم حيث تشمل هذه الدورة محاضرات وورش عمل وتطبيق ميداني في مستشفى الملك فهد العام في جدة.

## 2. مرحلة التنفيذ:

تم تحديد ستة أشهر لتحقيق أهداف المشروع تبدأ وتنتهي في مدة زمنية موحدة لجميع المستشفيات حيث تنقسم هذه المدة إلى ثلاث أجزاء لكل جزء آلية تنفيذ مختلفة يتم العمل خلالها بتوعية منسوبي التمريض بالإجراءات التمريضية المتعلقة في منع سقوط المرضى وتقرحات السرير وتدريبهم على طريقة استخدام النماذج الخاصة بذلك ثم تطبيقها في المستشفيات. أيضا يتم عمل إحصائيات عن سقوط المرضى وتقرحات السرير في كل مستشفى. أيضا توعية منسوبي التمريض بالإجراءات التمريضية المتعلقة في منع سقوط المرضى وتقرحات السرير.



## النشاط الثاني:

مشروع تطبيق الستة أهداف العالمية لسلامة المرضى

المؤلف والمنفذ: سلطان المطيري

المكان: مستشفى الملك فهد العام في جده

سلامة المرضى مشاكل وحلول

## نبذة:

لتحقيق سلامة المرضى تم وضع أهداف عالمية لسلامة المرضى من قبل خبراء في الهيئة المشتركة في الولايات المتحدة الأمريكية وهي مؤسسة مسؤولة عن تقييم المستشفيات بناء على معايير محددة وتم تخصيص فصل واحد يحتوي على معايير متعلقة بالسنة أهداف لسلامة المرضى وتختلف المنشآت الصحية في دول العالم في الطريقة التي يتم فيها تطبيق تلك الأهداف في أرض الواقع. ونظرا لأهمية هذه الأهداف في الحفاظ على سلامة المرضى قمت بتأليف وتصميم مشروع تطبيق أهداف سلامة المرضى من خلال حملة حملت شعار "سلامة المرضى من أولوياتنا" وذلك لحماية المرضى من الأخطاء الطبية وهذا المشروع يتكون من عدة أبعاد وكل بعد ينقسم إلى أجزاء حيث أن المشروع يركز على تطبيق الستة الأهداف لسلامة المرضى.

## اهداف المشروع.

1. تقليل الأخطاء الطبية.
2. حماية المرضى من الشعور بالألم نتيجة الأخطاء الطبية.
3. الحفاظ على الموارد المالية والطاقات البشرية.
4. تطبيق السياسات والإجراءات المتعلقة بالسنة الأهداف لسلامة المرضى.
5. تثقيف أفراد التمريض عن أهمية تطبيق أهداف سلامة المرضى.

مدة المشروع: أسبوعين

## فكرة المشروع:

تتلخص فكرة المشروع في تقييم جميع أقسام التمريض في مستشفى الملك فهد بناء على تطبيق تلك الأقسام للأهداف الستة لسلامة المرضى حيث تم تقييمها من خلال بعدين تشمل:

البعد الأول: تقييم معلومات منسوبي التمريض عن السياسات والإجراءات المتعلقة بالستة الأهداف لسلامة المرضى : الدرجة المخصصة لهذا البعد (200 درجة):

في هذا البعد يتم تقييم معلومات ومعرفة أفراد التمريض عن سياسات وإجراءات الممارسة التمريضية المكتوبة والتي يجب على أفراد التمريض إتباعها عند القيام بأي إجراء تمريضي حيث أن لكل إجراء تمريضي له سياسة وإجراءات مكتوبة توضح دور التمريض والخطوات الواجب إتباعها لكل إجراء وهناك ملف موجود في كل قسم من أقسام التمريض في المستشفى يحتوي على جميع سياسات وإجراءات الممارسة التمريضية مثل إجراء إعطاء الأدوية ، إجراء نقل الدم، إجراء منع سقوط المرضى، منع تقرحات السرير.... الخ، وهذه السياسات والإجراءات تم إعدادها من قبل مختصين في قسم التمريض مستخدمين مراجع علمية معتمدة، وتحدث هذه السياسات والإجراءات كل سنتين وبعد اعتمادها من قبل الجهات المسؤولة في المستشفى يتم توجيه أفراد التمريض لقراءتها و العمل بها. حيث أن عدم قراءة أو عدم الإلتزام بالعمل بمحتوى تلك السياسات والإجراءات يؤدي إلى إرتكاب أفراد التمريض أخطاء في الإجراءات مثل الأخطاء الدوائية، أخطاء في نقل الدم أو سقوط المرضى نتيجة عدم معرفة أفراد التمريض بالطرق الصحيحة والخطوات المطلوبة لتلك الإجراءات ولهذا السبب استخدمت هذا البعد كجزء من المشروع لحث أفراد التمريض على قراءة سياسات وإجراءات العمل التمريضي وتقييم أفراد التمريض في كل قسم من خلال هذا البعد والذي يشمل الأجزاء التالية:

الجزء الأول (المقابلة الشخصية): زيارة الأقسام واختيار اثنين من أفراد التمريض عشوائيا بالإضافة إلى رئيسة التمريض في القسم وعمل مقابلة شخصية معهم، وتم تخصيص (100 درجة) لهذا الجزء وتم تقييم الذين تم اختيارهم بواسطة نماذج ابتكرتها مخصصة لتقييم أفراد التمريض من خلال المقابلة الشخصية.

الجزء الثاني (الاختبار التحريري): حيث قمت بإعداد أسئلة تتعلق بالسياسات والإجراءات المتعلقة بالسنة الأهداف لسلامة المرضى حيث تم اختيار عضو من أفراد التمريض عشوائيا من كل قسم لحضور إمتحان شمل جميع الذين تم إختيارهم من الأقسام في وقت واحد وخصص لهذا الجزء ( 100 ) درجة.

البعد الثاني:

الملاحظة (الدرجة المخصصة لهذا البعد 100 درجة لكل قسم تمريض). ينقسم هذا البعد إلى جزئين تشمل:

الجزء الأول: الملاحظة لتقييم الممارسة العملية لأفراد التمريض ومدى تطبيق الإجراءات التمريضية بالطريقة الصحيحة. الدرجة المخصصة لهذا البعد (50 درجة) لكل قسم تمريض:

في هذا الجزء تم ملاحظة أفراد التمريض عند أدائهم للإجراءات التمريضية المتعلقة بالأهداف السنة لسلامة المرضى مثل ملاحظتهم عند إعطاء الأدوية للمرضى، غسل الأيدي قبل وبعد ملامستهم للمرضى، ملاحظة تغيير وضعيات المرضى حيث يجب على أفراد التمريض تغيير وضعيات المرضى كل ساعتين لمنع تقرحات السرير، ملاحظة تطبيق السياسات والإجراءات الخاصة بمنع سقوط المرضى و القدرة على إستخدام جميع الأجهزة الطبية مثل عربة الإنعاش القلبي الرئوي و جهاز الصدمات الكهربائية والذي يستخدم لإنقاذ حياة المرضى في حالة توقف القلب... الخ.

الجزء الثاني: الملاحظة لتقييم بيئة العمل. الدرجة المخصصة لهذا البعد (50 درجة) لكل قسم تمريض.

في هذا الجزء تمت الملاحظة لتقييم بيئة العمل ومدى ملاءمتها لان تكون بيئة يتم فيها الحفاظ على سلامة المرضى مثل ملاحظة عدم وجود الأشياء التي تعيق حركة المريض وتؤدي إلى سقوطه مثل وجود الأسلاك الكهربائية على سطح الأرض، الكراسي المتحركة والأسرة في الممرات، أيضا يتم التأكد من كفاية اضاءة الغرفة لتسمح للمريض التحرك داخل الغرفة برؤية واضحة وتم أيضا تقييم موقع وأداء الجرس الذي يستخدمه المريض لمناداة أفراد التمريض وتقييم المكان الذي يستخدمه أفراد التمريض لتحضير الأدوية....الخ. ولقد أبتكرت نموذج مخصص للبعد الثاني (الملاحظة).

التحليل وجمع الدرجات:

يتم جمع درجات البعد الأول والبعد الثاني واحتساب متوسط النسبة المئوية و قسم تمريض الذي يحقق أعلى درجة يعتبر القسم الأكثر سلامة (انظر المرفق د).

### النشاط الثالث:

الحملة التوعوية لسلامة المرضى والموجهة للمرضى

المؤلف والمنفذ: سلطان المطيري

المكان: مستشفى الملك فهد العام في جده

سلامة المرضى مشاكل وحلول

## نبذة:

على الرغم من الجهود التي تبذل من قبل العاملين في المنشآت الصحية للحفاظ على سلامة المرضى إلا هناك حاجة كبيرة لمشاركة المريض في الحفاظ على سلامته أثناء الحصول على الرعاية الصحية وهنا يأتي دور التثقيف الصحي للمريض فيما يتعلق بالمخاطر المرتبطة بتقديم الرعاية الصحية والتي تهدد سلامة المريض حيث ان الثقافة الصحية المتدنية لبعض المرضى تعرضهم إلى مخاطر مثل الإستخدام الغيرامن للأدوية أو الإصابة بالعدوى ولهذا السبب إبتكرت وصممت حملة تعنى بتثقيف المرضى في مجال سلامة المرضى وتركز الحملة على أكثر خمسة مخاطر تهدد سلامة المرضى ويمكن للمرضى المشاركة في تجنبها وتشمل:

1. عدم التعرف على المريض.
2. الأخطاء الدوائية.
3. عدوى المستشفيات.
4. سقوط المرضى.
5. تقرحات السرير.

## الأهداف:

1. الحفاظ على سلامة المرضى.
2. توعية المرضى عن المخاطر التي تهدد سلامتهم اثناء إقامتهم في المستشفى.
3. تشجيع المرضى على مشاركة العاملين في المستشفى لتجنب تلك المخاطر.

المدّة: خمسة ايام

طريقة التنفيذ: التثقيف الصحي للمرضى مع توزيع مطويات تحتوي على معلومات عن معرفة وتجنب  
الخمسة مخاطر والمهددة لسلامتهم.

سلامة المرضى مشاكل وحلول



## قائمة المراجع

- ABDOU, H. AND SABER, K. 2011. A Baseline Assessment of Patient Safety Culture among Nurses at Student University Hospital. World Journal of Medical Sciences, 6 (1), pp.17-26.
- AGENCY FOR HEALTH CARE RESRACH AND QUALITY, 2012. Patient safety network. Agency for Health Care Research and Quality. <http://psnet.ahrq.gov/glossary.aspx#P> (Accessed on 08.10.12).
- AUSSERHOFER, D. et al., 2012. Nurse-reported patient safety climate in Swiss hospitals. The European Journal of Medical sciences. 142, pp. 1-9.
- BALLANGRUD, R. et al., 2012. Nurses' perceptions of patient safety climate in intensive care units: A cross-sectional study. Intensive and Critical Care Nursing, 10 (1016), pp.1-11.
- CARDIFF UNIVERSITY, 2012. Critical Appraisal Checklists. Information Services. <http://www.cardiff.ac.uk/insrv/libraries/sure/sysnet/criticalappraisalchecklist.html> (Accessed on 20.09.12)
- DEPARTMENT OF HEALTH AND CHILDREEN, 2008. Building a culture of patient safety. Department of Health and Children. [www.cpsqa.ie/publications/pdf/patientsafety.pdf](http://www.cpsqa.ie/publications/pdf/patientsafety.pdf) (Accessed on 08.10.12).
- HAMMER, A. et L., 2011. Psychometric properties of the Hospital Survey on Patient Safety Culture for hospital management (HSOPS\_M). BMC Health Services Research, 11(165), PP. 1-10.
- KIM, J. et al., 2007. Nurses' Perception of Error Reporting and Patient Safety Culture in Korea Western Journal of Nursing Research, 29 (7), pp. 827-844.
- LIU, Y. et al., 2009. Perception of Safety Culture by Nurses in Hospitals in China. Journal of Nursing Care Quality, 24 ( 1), pp. 63–68.
- MORELLO, R. et al., 2012. Strategies for improving patient safety culture in hospitals: a systematic Review. BMJ Quality and Safety, 10 (1136), pp.1-8.
- PARKM, S. et al., 2011. Survey of Factors Associated with Nurses' Perception of Patient Safety. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 12(1), pp. 2129-2132.
- THE HEALTH FOUNDATION, 2011. Measuring safety culture. The health Foundation. <http://www.health.org.uk/publications/measuring-safety-culture/>(Accessed on 08.10.12).
- VINCENT, C., 2006. Patient Safety. 2nd ed. United Kingdom:Chichester.

WILSON, D. et al., 2012. Differences in perceptions of patient safety culture between charge and noncharge nurses: implications for effectiveness outcomes research. Nursing Research and Practice,1, pp. 1-7.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004. World alliance for patient safety. World Health Organization. [www.who.int/patientsafety/en/brochure\\_final.pdf](http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf) (Accessed on 08.10.12).

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005. WHO Draft guidelines for adverse event reporting and learning system. World Health Organization. [www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting\\_Guidelines.pdf](http://www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting_Guidelines.pdf) (Accessed on 08.10.12).

ZAKARI, N., 2011. Attitude of Academic Ambulatory Nurses toward Patient Safety Culture in Saudi Arabia. Life Science Journal, 8(3), pp. 230-237.

سلامة المرضى  
مشاكل وحلول