



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



ACE Scanner

زیر نظر: دکتر رضا زندی (معاون درمان دانشگاه)

دکتر روشنک تیرداد (مدیر نظارت و اعتباربخشی معاونت درمان، دانشگاه)

ارائه دهنده: دکتر شیدا وحیدی

کارشناس وقایع ناخواسته درمانی ، معاونت درمان، دانشگاه

✓ از فاجعه تا فرصت: نقشه راه ملی برای حذف  
رویدادهای «هرگز» در نظام سلامت

هدف: فراهم آوری دانش تئوری، مثال‌ها و مرور متون در حیطه رویدادهای هرگز و ابزارهای ارزیابی و مدیریت ریسک برای توجه و استقرار بیشتر اصول و استانداردهای آن در سازمان‌های بهداشتی درمانی.

## ساختار کتاب در چهار بخش

بخش اول: مبانی ابتدایی رویدادهای هرگز  
بخش دوم: ابزارهای پیشگیرانه و واکنشی برای شناسایی، تحلیل و مدیریت خطاهای پزشکی  
بخش سوم: رویکرد حمایت‌طلبی و ایجاد اعتماد دوطرفه برای گزارش آزادانه مشکلات ایمنی  
بخش چهارم: رسانه‌های آموزشی و برنامه‌ریزی آموزشی برای پیاده‌سازی مفاد آموزشی در بیمارستان‌ها



ارزیابی ریسک وقایع ناخواسته مداخله درمانی  
با رویکرد حمایت‌طلبی



مؤلفین:

شیدا وحیدی - دکتر رضا زندی

دکتر خدیجه مالیر - دکتر یاسمین مولوی طالقانی

دکتر سید اسماعیل فضل‌هانی - سمیرا صادقی

دکتر احمدرضا احمدی آبدنسی

ویزاستار: دکتر یاسمین مولوی طالقانی

تحت نظارت: دکتر علیرضا زالی

۱۴۰۲

Assessing the Risk of Unwanted  
Events in Medical Centers:  
A Patronage Approach

By:

Sheida Vahidi

Dr. Reza Zandi

Dr. Khadije Malmir

Dr. Yasamin Molavi Taleghani

Dr. Seyyed Ismail Fazl Hashemi

Samira Sadeghi

Dr. Ahmadreza Ahmadi Abdashti

Editor:

Dr. Yasamin Molavi Taleghani

Dr. Alireza Zali

ISBN: 978-622-4868-15-9



ارزیابی ریسک وقایع ناخواسته مداخله درمانی با رویکرد حمایت‌طلبی

۱۳۰۳



ACE Scanner

## مخاطبین کتاب

- ✓ دانش‌آموختگان، دانشجویان و شاغلین مرتبط با آموزش بهداشت و مدیریت خدمات بهداشتی درمانی
- ✓ کلیه پرسنل درمانی به ویژه پرستاران، پزشکان عمومی و تخصصی و سایر کارشناسان بالینی
- ✓ برای ارائه خدمات با سطح ایمنی بالا، شناسایی و کنترل ریسک مرتبط با ایمنی بیمار
- ✓ مناسب برای تدریس دانشگاهی، انجام پروژه‌ها و پژوهش‌های کاربردی ارزیابی ایمنی و ریسک

## (خطاهای پزشکی (Medical Errors)

اعمال یا تصمیماتی که منجر به آسیب یا تهدید به سلامت بیمار می‌شود، اما عمدی نیستند. این خطاها معمولاً ناشی از ضعف در مدیریت و پایش سیستم، تصمیم‌گیری نادرست، یا اجرای نادرست دستورالعمل‌ها هستند.



Unsafe Act (عمل نایمن): هرگونه عمل یا تصمیمی که از آیین نامه / مقررات پروتکل‌های استاندارد تبعیت نکند یا اصلاً هیچ استاندارد وجود ندارد. نکته: این عمل "لزوماً" به آسیب منجر نمی‌شود، اما ریسک را بالا می‌برد. نقطه آغاز بسیاری از وقایع است.

Near Miss (خطای بالقوه یا حادثه نزدیک): یک عمل نایمن یا نقص سیستمی که "به شانس یا مداخله به موقع شناسایی و متوقف شده" و به بیمار آسیبی نرسیده است. در حقیقت بالفعل نشده است.

اهمیت: این موارد، طلایی‌ترین فرصت‌های یادگیری هستند. بررسی دقیق موارد "نزدیک به خطاها" (Near Misses) به ما اجازه می‌دهد تا با کشف آسیب‌پذیری‌های پنهان در فرآیندهای ایمنی بیمار، از بروز حوادث وخیم و جبران‌ناپذیر جلوگیری نماییم.

Adverse Event (واقعه ناخواسته): هرگونه آسیبی که در نتیجه مداخله پزشکی (و نه خود بیماری) به بیمار وارد شود. می‌تواند قابل پیشگیری یا غیرقابل پیشگیری باشد.

✓ مثال (قابل پیشگیری): ایجاد عفونت محل عمل به دلیل نقض پروتکل ضد عفونی.

✓ مثال (غیرقابل پیشگیری): یک واکنش آلرژیک نادر و غیرمنتظره به یک داروی استاندارد.

Serious Adverse Event (واقعه ناخواسته جدی): یک واقعه ناخواسته که منجر به یکی از این outcomes شود: مرگ، خطر مرگ، بستری طولانی‌تر، معلولیت یا نقص عضو دائم. مثل سقوط بیمار در بخش که منجر به شکستگی لگن و جراحی می‌شود.

Never event: تعریف در اسلاید بعدی

## Patient Safety Pyramid



## این رویدادها، منابع محدود را بر "پیشگیرانه ترین نقاط" متمرکز می کند

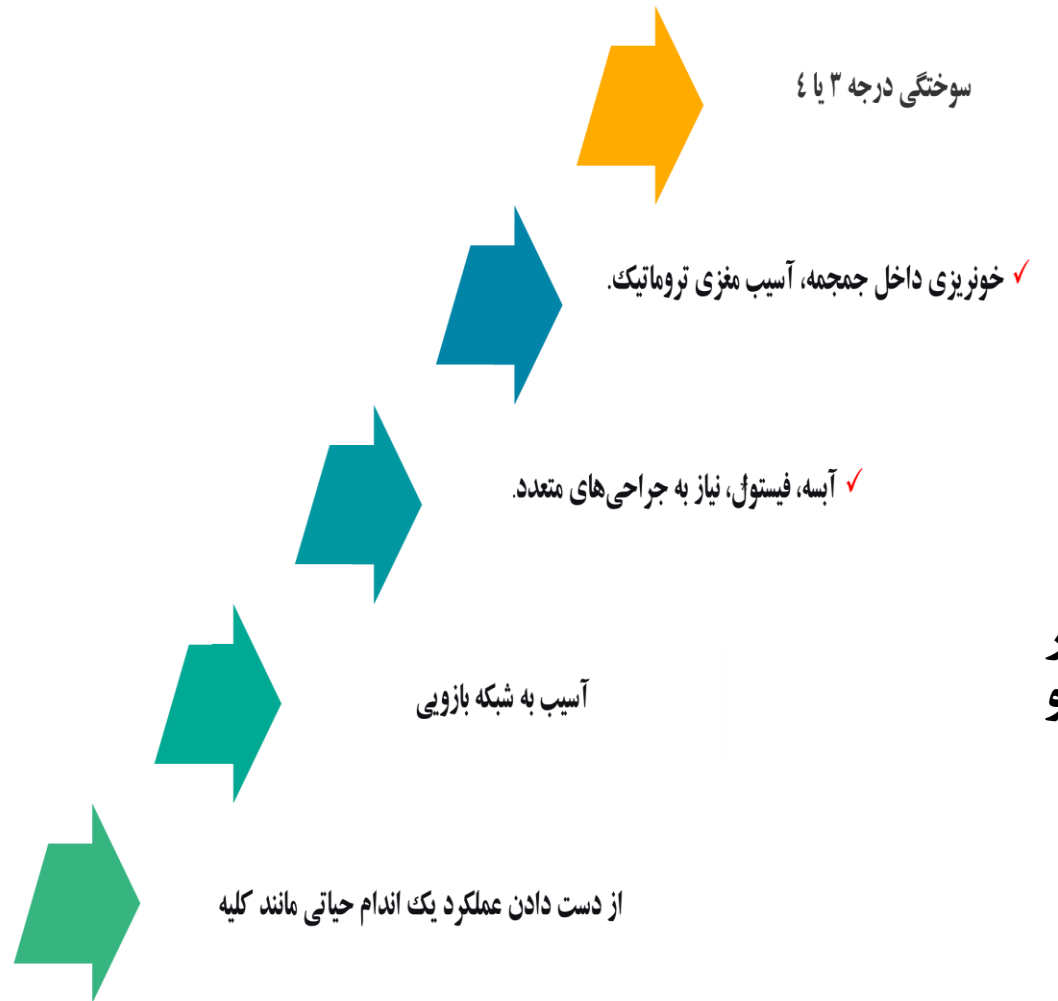


✓ منجر به آسیب شدید، معلولیت دائمی یا مرگ می شوند.  
✓ وقوع آن شفاف و انکارناپذیر است.

✓ با رعایت پروتکل های استاندارد ایمنی بیمار، می توان از وقوع آنها جلوگیری کرد.  
✓ اگر علل ریشه ای بر طرف نشوند، ممکن است دوباره اتفاق بیفتند.

✓ بررسی آنها می تواند منجر به بهبود سیستم و جلوگیری از خطاهای مشابه شود

آسیب جدی : عواقب فیزیکی، روانی یا عملکردی شدید و قابل توجه که مستقیماً و بدون واسطه ناشی از یک رویداد هرگز است و منجر به کاهش شدید کیفیت زندگی بیمار یا تهدید حیات او می شود



**نکته : آسیب به شبکه بازویی (آکسونوتمز شدید و به ویژه نوروتمزیس) :**  
همان انواع آسیب های عصبی هستند که اگر به دلیل کشش یا مانور نادرست در زایمان ایجاد شوند؛ در این شرایط آسیب شدید، دائمی و کاملاً قابل پیشگیری محسوب می شوند.

## تاریخچه مفهوم Never Event

- \* خاستگاه در دهه ۱۹۹۰ توسط دکتر کنت کیزر در آمریکا.
- \* هدف: ایجاد لیست مشخصی از خطاهای کاملاً قابل پیشگیری با عواقب فاجعه‌بار.
- \* اولین لیست رسمی ۲۷ موردی در سال ۲۰۰۲ منتشر شد.
- \* این مفهوم توسط کشورهایمانند انگلیس (NHS) اقتباس و گسترش یافت.

## تاریخچه سیاست عدم پرداخت Medicare

- \* زمینه‌سازی در اوایل دهه ۲۰۰۰ با پرسش درباره پرداخت برای خطاهای قابل پیشگیری.
- \* تصمیم تاریخی در سال ۲۰۰۸: Medicare اعلام کرد هزینه‌های اضافی ناشی از Never Events را پرداخت نمی‌کند.
- \* تأثیر: ایجاد شوک مالی و انگیزه برای سرمایه‌گذاری بیمارستان‌ها در سیستم‌های پیشگیری.

## تاریخچه جبران خسارت خطاهای پزشکی

- ✓ مدل سنتی: مبتنی بر دعاوی قضایی طولانی و مقابله جویانه که منجر به فرهنگ سرزنش می شد.
- ✓ مدل های نوین: شامل جبران خسارت بدون تقصیر (مانند سوئد و نیوزیلند) و سیستم افشا، عذرخواهی و پیشنهاد.
- ✓ هدف جدید: جبران سریع و منصفانه آسیب و یادگیری از خطا به جای مجازات فرد.

## جمع بندی و درس برای ایران

- ✓ جمع بندی: تحول جهانی در سه مرحله: تعریف مسئله، تغییر انگیزه های مالی و اصلاح مکانیسم جبران خسارت.
- ✓ درس برای ایران: امکان استقرار مستقیم یک نظام جامع مبتنی بر شفافیت، یادگیری و انگیزه های مالی هوشمند.

## درس‌هایی از تجربه جهانی

تجربه جهانی نشان می‌دهد: شفافیت و یادگیری، کلید کاهش فاجعه است.

### سرویس سلامت ملی انگلیس (NHS) – الگوی شفافیت:

✓ جمعیت ۵۵ میلیون نفر، سالانه ۴۵۰ مورد Never Event را به طور عمومی گزارش می‌کند.  
✓ سیاست آنها: «هر مورد یک فرصت یادگیری است.» انتشار آمار، نشانه قدرت نظام نظارتی است.

✓ پیام برای ایران: ما نیز می‌توانیم با ایجاد سامانه ملی گزارش‌دهی شفاف گام اول را برداریم.

### ایالات متحده – الگوی پاسخگویی مالی:

✓ هزینه یک نوع خطا: جا ماندن شیء در بدن، سالانه < ۱.۵ میلیارد دلار هزینه دارد.  
✓ سیاست تنبیهی مؤثر: سیستم پرداخت کننده اصلی (Medicare) هزینه درمان عواقب Never Events را پرداخت نمی‌کند. (در ایران قابلیت تفکیک و ردیابی ندارد).

✓ پیام برای ایران: می‌توان "سیاست‌های مالی هوشمند" (مانند ارتباط دادن پرداخت‌های بیمه‌ای به رعایت پروتکل‌های ایمنی) را طراحی کرد.

## درس‌هایی از تجربه جهانی

تجربه جهانی نشان می‌دهد: شفافیت و یادگیری، کلید کاهش فاجعه است

### سازمان جهانی بهداشت – نگاهی کلان:

✓ تخمین سازمان جهانی بهداشت نشان می‌دهد از هر ۱۰ بیمار، یک نفر در بیمارستان آسیب می‌بیند. بیش از ۵۰ درصد این آسیب‌ها قابل پیشگیری است.

✓ در محیط‌های ایمن، نرخ گزارش‌دهی خطاها از ۱۰ درصد به بیش از ۸۰ درصد افزایش می‌یابد.

✓ پیام نهایی برای ایران این است: حرکت از فرهنگ سکوت و سرزنش به سمت فرهنگ گزارش‌دهی و یادگیری، مهم‌ترین عامل موفقیت است. آمار بالای گزارش‌دهی در ابتدا نشانه بدی نیست، بلکه نشانه آغاز بهبود است.

## تجربه جهانی دو درس کلیدی به ما می دهد:

- ✓ "درس NHS انگلیس": شفافیت در گزارش دهی آمار
- ✓ "درس آمریکا": پیشگیری بعنوان ضرورت اقتصادی

پیام کلی: اجرای یک اقدام ملی که هم از الگوی شفافیت و هم از ابزارهای پاسخگویی مالی الهام بگیرد تا هم رنج انسانی و هم هزینه های نظام سلامت کاهش یابد.

شناسایی فهرستی از رویدادهای «هرگز نباید رخ دهند» در  
مراقبت‌های سلامت برای ایجاد تغییر سیستمی: یک مرور  
نظام‌مند و ترکیب روایی



کارا ال. بومن و همکاران  
۲۰۲۳

پژوهشگر خدمات بهداشتی –  
درمانی، انجمن حفاظت  
پزشکی کانادا



مرور سیستماتیک ۲۶۷ مقاله  
(2001–2021)



125 رویداد شناسایی

رویدادهای هرگز نباید رخ دهند



تعدد تعاریف و فهرست‌ها.



فهرست واحد  
و اجماع جهانی

# رویداد هرگز (Never Event)



## موارد ناخواسته تهدیدکننده حیات در درمان بیماران (29 Never Events)



### وقایع مرتبط با اعمال جراحی



- کد ۱. انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی عضو سالم
- کد ۲. انجام عمل جراحی بصورت اشتباه روی بیمار دیگر
- کد ۳. انجام عمل جراحی یا روش اشتباه بر روی بیمار
- کد ۴. جا گذاشتن هر گونه Device اعم از گاز و قیچی و پنس ... در بدن
- کد ۵. مرگ در حین عمل جراحی یا بلافاصله بعد از عمل در بیمار دارای وضعیت سلامت طبیعی

### وقایع مرتبط با تجهیزات پزشکی



- کد ۶. تلقیح مصنوعی یا دهنده (Donor) اشتباه در زوجین نایابور
- کد ۷. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال استفاده از دارو و تجهیزات آلوده میکروبی
- کد ۸. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال استفاده از دستگاه های آلوده
- کد ۹. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه آمیولی عروقی

### وقایع مرتبط با مراقبت بیمار



- کد ۱۰. ترخیص و تحویل نوزاد به شخص و یا اشخاص غیر از ولی قانونی
- کد ۱۱. قرار یا مفقود شدن بیماران نیازمند مراقبت امن و سطح بالا (مثل دمانس، سایکوز و سایر اختلالات سایکولوژیک و خطر خودکشی) که بیش از ۴ ساعت طول بکشد
- کد ۱۲. خودکشی یا اقدام به خودکشی در مرکز درمانی

### وقایع مرتبط با مدیریت مراقبتی



- کد ۱۳. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه اشتباه در تزریق نوع، دوز، زمان دارو و ...
- کد ۱۴. مرگ یا ناتوانی جدی در پی واکنش همولیتیک به علت تزریق اشتباه در فرآورده های خونی
- کد ۱۵. کلیه موارد مرگ یا عارضه مادر بر اثر زایمان طبیعی و یا سزارین
- کد ۱۶. مرگ یا ناتوانی جدی به دنبال هیپوگلیسمی در مرکز درمانی
- کد ۱۷. زخم یستر درجه ۲ یا ۴ بعد از پذیرش بیمار
- کد ۱۸. کورنیکتروسی نوزاد ناشی از تعلل در درمان
- کد ۱۹. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به علت هر گونه دستکاری غیر اصولی ستون فقرات
- کد ۲۹. کلیه موارد مرگ یا عارضه نوزاد بر اثر زایمان طبیعی و یا سزارین

### وقایع مرتبط با محیط درمانی



- کد ۲۰. مرگ یا ناتوانی جدی در اعضای تیم احیاء متعاقب هر گونه شوک الکتریکی به دنبال احیاء بیمار که می تواند ناشی از اشکالات فنی تجهیزات باشد.
- کد ۲۱. حوادث مرتبط با استفاده اشتباه گازهای مختلف به بیمار
- کد ۲۲. سوختگی های به دنبال اقدامات درمانی مانند الکترودهای اطلاق عمل
- کد ۲۳. موارد مرتبط با محافظ و نگهدارنده های اطراف تخت
- کد ۲۴. سقوط بیمار منجر به فوت بیمار یا عارضه منجر به مداخله درمانی یا طولانی شدن زمان بستری

### وقایع جنایی



- کد ۲۵. موارد مرتبط با عدم رعایت و عدول از چارچوب اخلاق پزشکی
- کد ۲۶. هرگونه آسیب فیزیکی، ضرب و شتم و ... وارده به بیمار
- کد ۲۷. ربودن بیمار
- کد ۲۸. اصرار به تزریق داروی خاص خطر آفرین یا قطع تعدمی اقدامات درمانی توسط کادر درمان

- ❖ در موارد فوق، فرم مربوطه بلافاصله تکمیل و در شیفت صبح به کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار و در شیفت عصر و شب به سوپروایزر کشیک اطلاع داده شود.
- ❖ سوپروایزر کشیک موظف به اطلاع رسانی به کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار می باشد.
- ❖ کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار موظف است مراتب را بلافاصله به مسئول فنی مرکز و معاونت درمان دانشگاه گزارش کند.
- ❖ وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات درمانی، محدود به ۲۹ کد دستورالعمل ابلاغی نیست و سایر موارد نیز باید بلافاصله گزارش شوند.

## متن پیامک ارسالی

بیمار ایکس ۶۶ ساله مورخ ۱۴۰۴/۰۷/۲۷ تحت عمل فیکو چشم چپ ساعت ۱۵:۱۶ قرار می گیرد و لنز شماره مثبت دوازده برای بیمار گذاشته می شود مورخ ۱۴۰۴/۰۸/۲۷ جهت جراحی چشم راست به مرکز خصوصی مراجعه می نماید در آنجا بعد از معاینه معلوم می شود لنز اشتباه جاگذاری شده و لنز شماره ۱۲ مثبت به جای لنز شماره ۱۲ منفی گذاشته شده در تاریخ ۱۴۰۴/۰۹/۰۲ تحت عمل تعویض لنز قرار می گیرد.

کد احتمالی: ۱

# نحوه گزارش دهی وقایع ناخواسته درمانی

## 1 Supervisory Structure



## 2 Immediate Reporting

Notify within **6 hours**  
Call: 1923995534 • System: 190



## 3 Expert Review



**72 hours**



## 4 Legal Follow-up & RCA

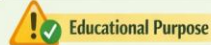


Root Cause Analysis (RCA) – 2 months

## 5 Media Management



## 6 Near Miss Reporting



Educational Purpose

## 7 Enforcement & Accreditation



Key Principles: Speed • Transparency • Learning



### ساختار سازمانی و مسئولیت‌ها

- ✓ تشکیل تیم‌های نظارتی تخصصی زیر نظر ریاست دانشگاه.
- ✓ تعیین مسئول انکال وقایع در هر مرکز درمانی به عنوان مسئول پیگیری و گزارش.

### فرآیند گزارش دهی فوری

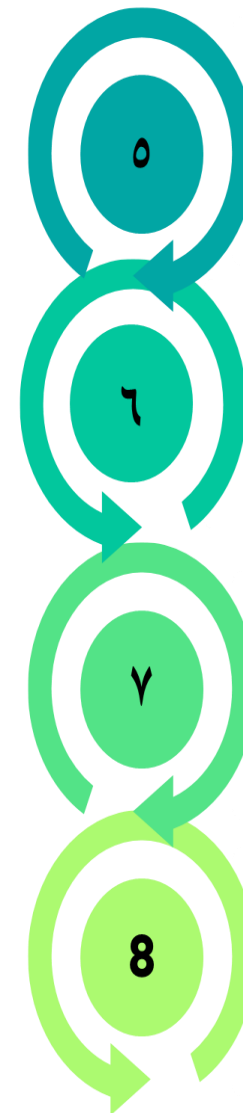
- ✓ مراکز درمانی: اطلاع‌رسانی بلافاصله پس از رویداد.
- ✓ معاونت درمان دانشگاه:
- ✓ اطلاع به وزارت بهداشت تا ۶ ساعت.
- ✓ از طریق تلفن (۱۹۲۳۹۹۵۵۳۴) یا سامانه ۱۹۰.

### بررسی تخصصی میدانی

- ✓ اعزام تیم بررسی ویژه حداکثر تا ۷۲ ساعت.
- ✓ استفاده از متخصصان قطب دانشگاهی در صورت نیاز.

### اقدامات قانونی و اصلاحی

- ✓ ارسال پرونده به مراجع قضایی و انتظامی (دادسرای پزشکی، نظام پزشکی).
- ✓ ارائه گزارش تحلیل ریشه‌ای (RCA) به وزارت ظرف ۲ هفته



### مدیریت رسانه و ارتباطات:

- ✓ مسئولیت اصلی با دانشگاه/دانشکده.
- ✓ ارائه پاسخ هماهنگ با همکاری روابط عمومی در کوتاه‌ترین زمان

### ثبت رویدادهای Near Miss:

- ✓ گزارش خطاهای بالقوه که به موقع شناسایی شده‌اند.
- ✓ استفاده از این گزارش‌ها در آموزش و پیشگیری.

### -ضمانت اجرایی

نظارت مستمر بر اجرای دستورالعمل.

### پیامدهای عدم اجرا:

- ✓ گزارش خطاهای بالقوه که به موقع شناسایی شده‌اند.
- ✓ استفاده از این گزارش‌ها در آموزش و پیشگیری.

# قربانیان وقایع ناخواسته درمانی و اهم عوارض آنها

سازمان درگیر واقعه:

- ✓ انگ اجتماعی (خداشه دار شدن اعتماد عمومی)
- ✓ هزینه‌های حقوقی و جبران خسارت ناشی از پرونده‌های قضایی طولانی و پرداخت دیه.
- ✓ افت کارآیی و ازدست رفتن اعتماد مردم

بیمار/خانواده وی:

یک فاجعه جسمی و روانی که منجر به درد، بی‌اعتمادی و اضطراب بلندمدت می‌شود. هزینه‌های درمانی مضاعف

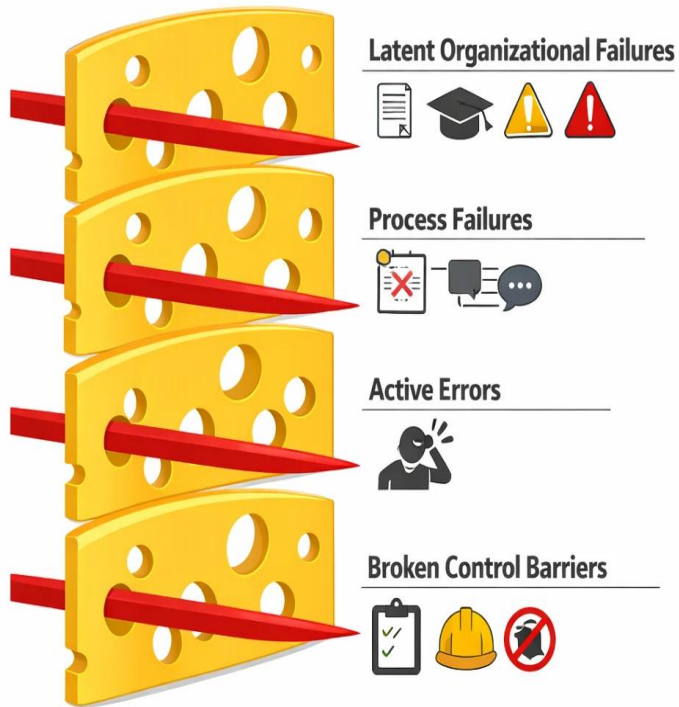


ارائه دهنده خدمات:

عذاب وجدان شدید، فشار روانی و ترس از پیامدهای انتظامی و اجتماعی، در تضاد با انگیزه اولیه کمک‌رسانی.

ماموریت ما بستن سوراخ‌های سیستم  
(لایه‌های ۱ و ۲) است، نه محاکمه افرادی که  
از آخرین سوراخ گذر کردند.»

### The Swiss Cheese Model of System Failure



### لایه اول: نارسایی سیستمی (System Delivery Problem – Latent Failure)

- ✓ سیاست‌های ناکارآمد
- ✓ آموزش ناکافی
- ✓ فرهنگ سرزنش
- ✓ تصمیمات مدیریتی غلط

### لایه دوم: عوامل مؤثر بر عملکرد (Performance Influencing Factors – PIFs)

- ✓ - خستگی مفرط تیم جراحی
- ✓ - تغییر ناگهانی پرسنل
- ✓ - وقفه و آشفتگی در اتاق عمل
- ✓ - کمبود تجهیزات استاندارد در آن روز
- ✓ - درخواست فوری برای تجهیزات اضافی
- ✓ - استرس ناشی از وضعیت بحرانی بیمار
- ✓ یکی از جراح‌های اصلی از اتاق عمل خارج می‌شود

### لایه سوم: مشکل حین ارائه مراقبت / خطای فعال (Care Delivery Problem / Active Failure)

تنها لایه‌ای است که معمولاً «فرد» در آن دیده می‌شود.

- ✓ (نقص در اجرای پروتکل شمارش ابزار اسکراب)
- ✓ خطای انسان: شمارش نادرست ابزار توسط پرستار و دستور زودهنگام جراح برای بستن

### لایه چهارم: موانع کنترلی (Control Barriers)

- ✓ - عدم اجرای پروتکل استاندارد و اجباری شمارش (قبل از شروع عمل و پایان عمل)
- ✓ - عدم ثبت کتبی و تأیید دوطرفه شمارش (کنترل شناسایی)
- ✓ - انجام نشدن جستجوی فیزیکی بدن بیمار توسط جراح (کنترل فیزیکی)
- ✓ - نبود رادیوگرافی داخل اتاق عمل (کنترل تکنولوژیک)

- ✓ - بیمارستان برای این نوع عمل الزامی برای شمارش ابزار تعریف نکرده

## انواع مسؤلیت های حرفه ای

✓ **مسئولیت اخلاقی** مثل عدم

توضیح عوارض احتمالی  
آرام بخش ها به بیمار یا  
همراهان پیش از اقدام

✓ **مسئولیت انتظامی** یا

حرفه ای مثل کوتاهی در  
نظارت مستمر و مدیریت  
عوارض داروهای تزریقی

✓ **مسئولیت قانونی** مثل تأخیر در

پاسخگویی به افت اکسیژن  
خون

### مسئولیت اخلاقی

این مسئولیت  
مربوط به وجدان،  
انسانیت و اصول  
درونی است.  
این ها چیزهایی  
هستند که اگر  
انجام ندهید،  
ممکن است جریمه  
قانونی نشوید،

### مسئولیت انتظامی یا حرفه ای

مسئولیت مربوط به  
قوانین داخلی و صنف  
(مانند نظام پزشکی،  
سازمان پرستاری یا  
وزارت بهداشت  
قوانین بیمارستان)  
است.

### مسئولیت قانونی

این مسئولیت جدی ترین نوع  
است و مربوط به قوانین  
کشوری (مانند قانون مجازات  
اسلامی و مدنی) است. اگر  
خطا آنقدر بزرگ و جدی  
باشد که منجر به صدمه یا فوت  
شود و دلیل آن تقصیر باشد،  
دادگاه فرد را مجرم  
می شناسند. نتیجه این  
مسئولیت می تواند پرداخت  
دیه، جریمه نقدی یا حتی  
زندان باشد.

## تفاوت مسؤلیت پذیري و پاسخگويي

تعريف

تمرکز

زمانبندی

دامنه

گزارش دهی

### مسئولیت پذیری

تعهد به وظایف

- ✓ درونی و اخلاقی
- ✓ قبل از رویداد
- ✓ پیشگیری و دقت
- ✓ غیر رسمی

### پاسخگویی

الزام به توضیح عملکرد

- ✓ بیرونی و ساختاری
- ✓ بعد از رویداد
- ✓ پاسخ به پیامدها
- ✓ رسمی

# تحقق شبه‌عمد در خطاهای پزشکی (Never Events)



کد ۱: عمل جراحی روی عضو/بخش سالم بدن به جای عضو/بخش بیمار  
(Wrong-Site Surgery)

کد ۲: عمل جراحی روی بیمار  
(Wrong-Patient Surgery)

کد ۳: انجام عمل یا روش جراحی اشتباه بر روی بیمار  
(Wrong-Procedure Surgery)

کد ۴: باقی ماندن اشیاء خارجی در بدن بیمار پس از عمل (Retained Foreign Object)

تعریف: انجام یک مداخله جراحی بر روی قسمت اشتباه از بدن بیمار، مانند جراحی زانوی چپ به جای زانوی راست، برداشتن کلیه سالم به جای کلیه بیمار، یا تزریق در مهره اشتباه ستون فقرات.

انجام یک مداخله جراحی بر روی فردی غیر از بیمار مورد نظر دو بیمار با نام‌های مشابه "محمد حسینی" و "محمد حسنی" در یک بخش بستری هستند. بیمار "محمد حسینی" نیاز به آپاندکتومی دارد، اما به دلیل اشتباه پرستار در هدایت بیمار و تأیید نادرست هویت توسط تیم جراحی، بیمار "محمد حسنی" که برای مشکل کلیوی بستری شده، به اشتباه به اتاق عمل برده میشود.

تعریف: انجام یک روش یا عمل جراحی متفاوت از آنچه برنامه‌ریزی شده و مورد رضایت بیمار است، مانند تعویض مفصل لگن به جای تعویض مفصل زانو، یا برداشتن تخمدان به جای برداشتن آپاندیس.

تعریف: جا گذاشتن غیرعمدی هرگونه وسیله یا ماده مورد استفاده در حین عمل (اعم از گاز استریل، پنس، قیچی، سوزن، تیغ، یا حتی قطعاتی از کاتتر یا درن) در حفره بدن یا بافت بیمار پس از اتمام جراحی و بستن زخم.

کد ۵-مرگ در حین عمل  
جراحی یا بلافاصله بعد از عمل  
در یک بیمار

کد ۶. تلقیح مصنوعی با  
دهنده (DONOR)  
اشتباه در زوجین نابارور

کد ۷. مرگ یا  
ناتوانی جدی بیمار  
به دنبال هر گونه  
استفاده از دارو و  
تجهیزات  
آلوده  
میکروبی

کد ۸. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار  
به دنبال استفاده از دستگاه های  
آلوده (مثال: وصل دستگاه دیالیز  
HBS Ag آنتی ژن مثبت به  
بیمار HBS Ag آنتی ژن  
منفی

تعریف: وقوع مرگ  
غیرمنتظره‌ی بیمار با  
ASA=1-3 که برای انجام  
عمل جراحی برنامه‌ریزی می  
شود. در طی عمل یا در دوره  
فوری بهبودی (معمولاً ۲۴-۴۸  
ساعت اول) عارضه رخ می  
دهد.

تعریف: استفاده از اسپرم یا  
تخمک یک فرد اهداکننده  
نامربوط و اشتباه (به جای  
اهداکننده تعیین شده) برای  
لقاح مصنوعی، که منجر به  
بارداری و تولد فرزندی با  
توارث ژنتیکی کاملاً متفاوت از  
آنچه مورد توافق زوج نابارور  
بوده است، می‌گردد.

تعریف: وقوع آسیب شدید  
(مرگ یا معلولیت پایدار) به  
دلیل تجویز داروی آلوده، یا  
استفاده از تجهیزات پزشکی  
غیراستریل که منجر به عفونت  
سیستمیک کشنده یا عوارض  
جبران‌ناپذیر در بیمار  
می‌شود.

TASS (Toxic Anterior  
Segment Syndrome)

وضعیت زمانی رخ می‌دهد  
که استفاده از دستگاه‌های  
پزشکی آلوده منجر به عفونت  
شدید، ناتوانی دائمی یا مرگ  
بیمار شود. این آلودگی  
می‌تواند ناشی از نقص در  
فرآیند شستشو، ضدعفونی و  
استریل کردن دستگاه‌ها و یا  
استفاده نادرست باشد.

# American Society of Anesthesiologists

<b>ASA-1</b>	بیماران عادی سالم تناسب اندام، غیر چاق (BMI زیر ۳۰)، بیمار غیرسیگاری با تحمل ورزش خوب
<b>ASA-2</b>	بیماران با بیماری سیستمیک خفیف بدون اثر قابل توجه بر فعالیت های روزمره بیمار بدون محدودیت عملکردی و یک بیماری درمان شده (مانند فشار خون بالا درمان شده)، چاقی با BMI زیر ۳۵، مصرف مکرر الکل یا سیگاری
<b>ASA-3</b>	بیماران با بیماری سیستمیک شدید با اثرات قابل توجه بر فعالیت های روزمره بیمار با برخی محدودیت های عملکردی به دلیل بیماری (به عنوان مثال، فشار خون بالا یا دیابت درمان نشده، چاقی مرضی، نارسایی مزمن کلیه، بیماری COPD، آئزین صدری پایدار، پیس میکر).
<b>ASA-4</b>	بیماران با بیماری سیستمیک شدید که بیماری وی تهدیدی پایدار برای زندگی است بیمار مبتلا به محدودیت عملکردی ناشی از بیماری شدید و تهدید کننده زندگی (مانند آئزین ناپایدار، COPD با کنترل ضعیف، CHF علامتدار، سکت قلبی اخیر (کمتر از سه ماه پیش) یا سکت مغزی).
<b>ASA-5</b>	بیماران بدحالی که بدون عمل جراحی قابلیت حیات ندارند مانند بیماران پیوندی مثلاً: پارگی آنوریسم آئورت شکمی، ترومای وسیع و خونریزی داخل جمجمه وسیع
<b>ASA-6</b>	بیمار مرگ مغزی که اعضای بدنش به قصد پیوند به بیمار دیگر برداشته می شود.

کد ۹. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه آمبولی عروقی

کد ۱۰. ترخیص و تحویل نوزاد به شخص و یا اشخاص غیر از ولی قانونی

کد ۱۱. مفقود شدن بیمار در زمان بستری که بیش از ۴ ساعت طول بکشد (مثال: زندانیان بستری....)

کد ۱۲. خودکشی یا اقدام به خودکشی در مرکز درمانی

تعریف: وقوع مرگ یا آسیب شدید و پایدار به دلیل ورود یک توده خارجی (آمبولی) به جریان خون که مستقیماً ناشی از خطا یا سهل انگاری در فرآیند مراقبت پزشکی بوده و منجر به انسداد ناگهانی عروق حیاتی می شود.

تعریف: یک رویداد امنیتی و ایمنی که در آن نوزاد، بدون رعایت پروتکل های دقیق شناسایی و احراز هویت، به شخصی غیر از پدر، مادر یا سرپرست قانونی که حق دریافت نوزاد را دارد، تحویل داده می شود یا از بخش/بیمارستان خارج می گردد.

تعریف: ناپدید شدن بیمار از محدوده تحت پوشش و نظارت مرکز درمانی (بیمارستان، مرکز روانپزشکی، مرکز نگهداری) برای مدت زمانی بیش از ۴ ساعت، بدون اطلاع یا مجوز از کادر درمانی و مسئولان مرکز.

تعریف: وقوع مرگ (خودکشی کامل) یا اقدام به آسیب عمدی به خود با قصد خودکشی (اقدام به خودکشی) توسط یک بیمار، در محیط یک مرکز درمانی (بیمارستان، کلینیک، مرکز روانپزشکی) که تحت نظارت و مراقبت کادر پزشکی بوده است.

کد ۱۳. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه اشتباه در تزریق نوع دارو، دوزدارو، زمان تزریق دارو،.....

کد ۱۴. مرگ یا ناتوانی جدی مرتبط با واکنش همولیتیک به علت تزریق گروه خون اشتباه در فرآورده های خونی

کد ۱۵. کلیه موارد مرگ یا عارضه مادر و نوزاد بر اثر زایمان طبیعی و یا سزارین

کد ۱۶. مرگ یا ناتوانی جدی به دنبال هیپوگلیسمی در مرکز درمانی

تعریف: وقوع آسیب شدید یا مرگ بیمار در نتیجه اشتباه قابل پیشگیری در فرآیند تجویز، آماده سازی یا تزریق دارو، که شامل خطا در نوع دارو، دوز (مقدار)، غلظت، مسیر تزریق، سرعت تزریق یا زمان تجویز می شود.

تعریف: وقوع آسیب شدید، ناتوانی پایدار یا مرگ در بیمار، که مستقیماً ناشی از یک واکنش ایمنی حاد و شدید (واکنش همولیتیک) است. این واکنش بلافاصله پس از تزریق خون یا فرآورده های آن (مانند گلبول قرمز متراکم) رخ می دهد و علت آن، ناسازگاری در گروه های خونی اصلی (سیستم ABO) بین خون اهداکننده و گیرنده است. این ناسازگاری منجر به تخریب گسترده و سریع گلبول های قرمز بیمار (همولیز) می گردد.

تعریف: وقوع مرگ یا آسیب شدید و قابل توجه (مانند ناتوانی ماندگار) در مادر باردار که مستقیماً و به طور قابل پیشگیری با فرآیند زایمان (طبیعی یا سزارین) یا مراقبت های پیرامون آن مرتبط است.

تعریف: وقوع آسیب جبران ناپذیر یا مرگ بیمار به دلیل افت شدید و خطرناک قند خون (هیپوگلیسمی) که طی بستری یا دریافت خدمات در یک مرکز درمانی روی داده و ناشی از خطا، تأخیر یا شکست سیستم در پایش، پیشگیری یا درمان به موقع این وضعیت بوده است.

کد ۱۷. زخم بستر درجه ۳ یا ۴ بعد از پذیرش بیمار

کد ۱۸. کرنیکتروس نوزاد ناشی از تعلق در درمان

کد ۱۹. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به علت هر گونه دستکاری غیر اصولی ستون فقرات (مثال: به دنبال فیزیوتراپی..)

کد ۲۰. مرگ یا ناتوانی جدی در اعضای تیم احیاء متعاقب هر گونه شوک الکتریکی به دنبال احیا بیمار که می تواند ناشی از اشکالات فنی تجهیزات باشد.

تعریف: ایجاد زخم فشاری عمقی (درجه ۳ یا ۴) در پوست و بافت های زیرین بیمار، که پس از پذیرش در مرکز درمانی و در طول مدت بستری شکل گرفته باشد. این رویداد نشان دهنده شکست سیستماتیک در ارزیابی خطر، پیشگیری و مراقبت استاندارد از بیمار است.

تعریف: بروز کرنیکتروس (آسیب مغزی دائمی ناشی از زردی شدید و درمان نشده) در نوزاد، که به دلیل تأخیر غیرقابل توجیه در تشخیص، پایش یا درمان به موقع زردی (هیپربیلیروبینمی) رخ داده است. این آسیب، نتیجه مستقیم یک شکست سیستماتیک در فرآیندهای استاندارد مراقبت نوزادان است.

تعریف: وقوع آسیب جبران ناپذیر یا مرگ بیمار که مستقیماً به دنبال یک مانور یا دستکاری فیزیکی روی ستون فقرات (اعم از ناحیه گردنی، پشتی یا کمری) توسط یک ارائه دهنده خدمات درمانی (مثال فیزیوتراپیست، کایروپراکتور، یا حتی پزشک) رخ داده است. این دستکاری به دلیل نقص در مهارت، ارزیابی ناکافی یا عدم رعایت منع مصرف ها، به صورت غیر اصولی انجام شده است.

تعریف: وقوع آسیب شدید، ناتوانی دائم یا مرگ یک یا چند نفر از کادر درمانی (پزشک، پرستار، تکنسین) که در حال انجام عملیات احیای قلبی-ریوی یا استفاده از دفیبریلاتور/شوک دهنده بر روی بیمار هستند، به دلیل برق گرفتگی ناشی از نقص فنی، نگهداری نادرست یا استفاده ناصحیح از تجهیزات الکتریکی در محیط احیاء.

کد ۲۱. حوادث مرتبط با استفاده اشتباه گازهای مختلف به بیمار (اکسیژن با گاز های دیگر...)

کد ۲۲. سوختگی های به دنبال اقدامات درمانی مانند الکتروود های اطاق عمل (مانند: سوختگی های بدن به دنبال جراحی قلب)

کد ۲۳ موارد مرتبط با محافظ و نگهدارنده های اطراف تخت (مثال: گیر کردن اندام بیمار در محافظ، خرابی محافظ،..)

کد ۲۴. سقوط بیمار (مثال: سقوط در حین جابجایی بیمار در حین انتقال به بخش تصویر برداری، سقوط از پله، ...)

تعریف: وقوع آسیب جبران ناپذیر یا مرگ بیمار به دلیل انتقال یا تحویل گازی غیر از گاز مورد نظر یا مخلوط گازی نادرست به بیمار، که ناشی از خطا در اتصال، برچسب گذاری، شناسایی یا تنظیم سیلندرها و سیستم های توزیع گاز می باشد.

تعریف: وقوع سوختگی در پوست یا بافت های داخلی بیمار، که به طور مستقیم و قابل پیشگیری ناشی از استفاده از تجهیزات الکتریکی یا الکترومغناطیسی در حین یک اقدام تشخیصی یا درمانی (مانند جراحی، مانیتورینگ، دفیبریلاسیون) است. این سوختگی ها اغلب در اثر تمرکز جریان الکتریکی، نقص در تجهیزات، یا روش نادرست استفاده رخ می دهند.

تعریف: هرگونه آسیب فیزیکی به بیمار که به دلیل طراحی نامناسب، نقص فنی، نصب نادرست یا استفاده غیرایمن از تجهیزات محافظتی اطراف تخت (مانند نرده های تخت، کمربندهای محدود کننده، پوشش های محافظ یا حتی ملحفه های نامنظم) رخ دهد.

نکته کلیدی: سوختگی با کوتر ممکن است از بیرون کوچک به نظر برسد، اما مثل کوه یخ است: آسیب اصلی در داخل و زیر پوست است و بسیار خطرناک تر می باشد.

• سقوط بیمار، رویدادی ناخواسته است که در آن بیمار به طور ناگهانی و غیر عمدی روی زمین یا سطح پایین تر قرار می گیرد و ممکن است منجر به آسیب شدید یا مرگ شود.

<p>کد ۲۹. کلیه موارد مرگ یا عارضه نوزاد بر اثر زایمان طبیعی و یا سزارین</p>	<p>کد ۲۸. اصرار به تزریق داروی خاص خطر آفرین یا قطع عمدی اقدامات درمانی توسط کادر درمان</p>	<p>کد ۲۷. ربودن بیمار</p>	<p>کد ۲۶. هرگونه آسیب فیزیکی (ضرب و شتم و ...) وارده به بیمار</p>	<p>کد ۲۵. موارد مرتبط با عدم رعایت و عدول از چارچوب اخلاق پزشکی</p>
<p>• هرگونه مرگ یا عارضه جدی نوزاد که مستقیماً مرتبط با فرآیند زایمان (طبیعی یا سزارین) باشد.</p>	<p>تجویز یا اصرار بر تزریق داروی پرخطر با وجود آگاهی از عوارض جدی، یا قطع عمدی و غیر ضروری اقدامات درمانی حیاتی توسط کادر درمان.</p>	<p>ربودن بیمار به معنای انتقال اجباری یا بدون رضایت وی از محیط درمانی به مکانی دیگر است.</p>	<p>هرگونه آسیب فیزیکی عمدی یا غیر عمدی به بیمار در محیط مراقبت سلامت، مانند ضرب و شتم، کشیدن، فشار نامناسب یا استفاده نادرست از تجهیزات.</p>	<p>عدم رعایت اصول اخلاق پزشکی، مانند نقض رضایت آگاهانه، افشای اطلاعات محرمانه، تبعیض در درمان، یا ارائه مراقبت غیر ضروری با انگیزه‌های مالی.</p>



## حمایت طلبی :

فرآیندی است که در آن افراد و سازمان‌ها تلاش می‌کنند تا بر تصمیم‌گیری‌های مرتبط با سیاست‌های عمومی تأثیر بگذارند. در این فرآیند، برای ایجاد تغییر اجتماعی یا سازمانی و تأثیرگذاری بر سیاست عمومی یا خصوصی، از رویکردها، فرآیندها، دستورالعمل‌ها، منابع و راهکارهای اختصاصی یک گروه یا جمعیت خاص استفاده می‌شود.

## هدف حمایت طلبی در وقایع ناخواسته درمانی:

در حوزه **وقایع ناخواسته درمانی**، حمایت طلبی به معنای تلاش سازمان‌یافته برای ایجاد تغییرات سیستمی و قانونی است که از وقوع خطاهای پزشکی پیشگیری کند، از حقوق بیماران و کارکنان بهداشتی محافظت نماید و محیطی امن و یادگیرنده در مراکز درمانی ایجاد کند.



## راهکار کلان: نظام ملی حمایت طلبی و یادگیری

**این نظام بر سه پایه استوار است:**

- حمایت: تشکیل تیم‌های فوری برای مدیریت بحران و حمایت از بیمار، خانواده و کارکنان.
- یادگیری: اجرای اجباری تحلیل ریشه‌ای با تمرکز بر علل سیستمی.
- بهبود: اجرای اقدامات اصلاحی و اشتراک اجباری درس‌های آموخته در سطح ملی.
- هدف نهایی: تبدیل هر رویداد به یک سرمایه اطلاعاتی برای جلوگیری از تکرار.



در بیمارستان فرضی «امید»، خانم رضایی برای جراحی ترمیم رباط زانوی راست بستری شد. در روز عمل، رزیدنت بخش مریم، با وجود وجود چک‌لیست استاندارد ایمنی، محل عمل را به درستی علامت‌گذاری نکرد و دکتر احمد جراح ارشد نیز پیش از بیهوشی، مرحله حیاتی «تایم‌اوت» برای تأیید نهایی بیمار و محل جراحی را نادیده گرفت. در نتیجه، جراحی به اشتباه روی زانوی چپ سالم آغاز شد و این خطا تنها پس از به هوش آمدن بیمار آشکار گردید. دکتر احمد بلافاصله با شفافیت کامل موضوع را به بیمار و مسئول فنی بیمارستان، آقای دکتر یوسفی، گزارش داد. این رویداد، موجی از پیامدهای فوری و گسترده را ایجاد کرد: برای خانم رضایی، درد و آسیب جسمی مضاعف و نیاز به جراحی مجدد؛ برای بیمارستان، مواجهه با شکایت قانونی، خسارت مالی سنگین و آسیب شدید به اعتبار عمومی در پی بازتاب رسانه‌ای؛ و برای دکتر احمد و مریم، فشار روانی سنگین به عنوان «قربانیان دوم» و مواجهه با فرآیند انتظامی نظام پزشکی. این حادثه، نمونه‌ای کلاسیک از یک «رویداد هرگز» شد که نقص سیستماتیک در اجرای پروتکل‌های ایمنی ساده و فرهنگ سازمانی را آشکار ساخت و ضرورت بازنگری اساسی در فرآیندها و ایجاد محیطی امن برای گزارش‌دهی خطاها را به شکلی تلخ نمایان کرد.

**حمایت‌طلبی " در این بحران، اجرای مجموعه اقدامات منظم و هدفمند برای مدیریت همه‌جانبه بحران، حمایت قاطع از حقوق و رفاه تمام آسیب‌دیدگان (بیمار، خانواده و کارکنان درگیر) و پیگیری اصلاحات ساختاری در سیستم به منظور ریشه‌کن کردن علل خطا و تضمین عدم تکرار آن در آینده است.**

# حمایت‌طلبی در بحران بیمارستان امید



مداخله فوری



تعیین اهداف استراتژیک



اهداف کوتاه مدت.

اهداف بلندمدت.



مداخله فوری



شناسایی ذی‌نفعان کلیدی  
(اجرای مذاکره و ترضیب)



نقش رساله و افکار عمومی



جایگاه نیم درمان (فرایان نانویه)



نقش سازمان نظام پزشکی



نقش مسئول فنی بیمارستان



پیام نهایی





## حمایت طلبی در بحران بیمارستان امید

**مرحله اول:** تشکیل فوری یک تیم حامی متشکل از وکیل، مددکار اجتماعی، پزشک معتمد و روابط عمومی آغاز می‌شود تا از خانم رضایی حمایت جامع کرده و روند قانونی و رسانه‌ای را مدیریت کند.

## مرحله دوم، اهداف استراتژیک:

اهداف کوتاه‌مدت شامل تضمین درمان مناسب و دریافت غرامت منصفانه برای بیمار، اهداف بلندمدت شامل وادار کردن بیمارستان به بازنگری اجباری در چک‌لیست‌های ایمنی، ایجاد سیستم گزارش‌دهی بدون مجازات و شفافیت عمومی درباره اصلاحات است.

## مرحله سوم: شناسایی ذی‌نفعان کلیدی:

۱- خانم رضایی و خانواده (ذی‌نفع اصلی و آسیب‌دیده)  
نیازها: درمان فوری و تخصصی، جبران خسارت مالی و عاطفی، احقاق حق و جلوگیری از تکرار خطا  
اقدامات حمایتی: تأمین وکیل متخصص دعاوی پزشکی، همراهی مددکار اجتماعی در مراحل درمانی و اداری، مشاوره روانشناسی برای مقابله با تروما، شفاف‌سازی کامل درباره حقوق و فرآیندهای قانونی

## ۲. رسانه‌ها و افکار عمومی (ذی‌نفع تأثیرگذار)

نقش: ایجاد شفافیت، تحت فشار قرار دادن سیستم، آموزش عمومی  
راهبرد ارتباطی: انتشار کنترل‌شده و زمان‌بندی‌شده اطلاعات، تأکید بر مسئله سیستماتیک به جای شخصی‌سازی، ارائه مستندات و مصاحبه‌های تنظیم‌شده، جلوگیری از هیجان‌زدگی و احساسی شدن فضای رسانه‌ای



۳. سازمان نظام پزشکی (ذی نفع نظارتی- حرفه‌ای)

نقش: رسیدگی انتظامی، حفظ استانداردهای حرفه‌ای، یادگیری سازمانی  
راهبرد تعامل: ارائه مستندات کامل که نشان دهد خطا ناشی از شکست در سیستم بوده است، حمایت از دکتر احمد و مریم به عنوان قربانیان دوم سیستم معیوب، پیشنهاد همکاری برای بهبود پروتکل‌های ملی ایمنی بیمار

۴. مسئول فنی بیمارستان امید (ذی نفع پاسخگو و تصمیم‌گیر)

منافع: حفظ اعتبار سازمان، کاهش خسارات مالی، بهبود سیستم  
راهبرد مذاکره: استفاده از احتمال شکایت سنگین قضایی و رسانه‌ای گسترده به عنوان اهرم فشار، پیشنهاد توافق بر سر غرامت منصفانه در ازای شفافیت و اصلاحات، ایجاد امکان تبدیل بحران به فرصت برای تبدیل شدن به بیمارستان پیشرو در ایمنی بیمار، پیشنهاد کمک فنی برای طراحی سیستم‌های جدید ایمنی

۵. دکتر احمد و مریم (ذی نفعان ثانویه یا قربانیان دوم)

وضعیت: تحت فشار روانی شدید، ترس از پیامدهای شغلی و اجتماعی  
حمایت‌ها: حمایت حقوقی در فرآیندهای انتظامی، مشاوره روانشناسی تخصصی برای مقابله با استرس پس از حادثه، کمک برای تبدیل شدن از وضعیت متهم به شاهد و همکار در اصلاح سیستم



## مرحله چهارم - اجرای برنامه با ترکیب مذاکره و ترغیب:

ارائه راه حل برد-برد که شامل جبران خسارت بیمار و همکاری در اصلاحات سیستم است و همزمان با نهادهای نظارتی مانند وزارت بهداشت هماهنگی می‌شود تا فشار لازم برای تغییر ایجاد شود.

در ترغیب عموم و رسانه، داستان رنج خانم رضایی و دکتر احمد به گونه‌ای روایت می‌شود که همدلی ایجاد کند، اما تمرکز اصلی بر توضیح منطقی این موضوع است که این خطا نشانه شکست سیستم چک‌لیست ایمنی است، نه صرفاً بی‌دقتی فردی. به عنوان مثال، به جای گفتن "این جراح بی‌دقت بود"، گفته می‌شود "این فاجعه نشان می‌دهد چگونه نادیده گرفتن یک مرحله ساده تأیید می‌تواند منجر به آسیب جبران‌ناپذیر شود".

برای دکتر احمد و مریم نیز حمایت می‌شود تا در فرآیند اصلاحی مشارکت کنند. به جای طرد شدن، از آنان خواسته می‌شود در طراحی پروتکل جدید ایمنی بر اساس تجربه عملی خود کمک کنند و به این ترتیب از وضعیت "متهم" به "متخصص شاهد" تبدیل شوند که به بهبود سیستم یاری می‌رسانند.

هدف نهایی این است که این شکست دردناک، به یک درس عمومی تبدیل شود که با حفظ احترام تمام افراد درگیر، زمینه همکاری جمعی برای ایمن‌تر کردن سیستم درمانی برای همه را فراهم کند.



## نمونه‌های موفق برنامه حمایت از قربانیان ثانویه در سازمان‌های بهداشتی-درمانی

### دانشگاه میزوری: برای شما

مدل: حمایت هم‌تایان آموزش دیده

ویژگی: ۵۰ داوطلب متخصص از رشته‌های مختلف، دوره آموزشی ۲۰ ساعته، اطلاع‌رسانی گسترده در بیمارستان

### دانشگاه ایلینوی شیکاگو

مدل: ادغام در فرآیند مدیریت رویدادهای ناگوار

ویژگی: تشکیل تیم موازی هم‌زمان با بررسی رویداد، شناسایی و رسیدگی فوری به نیازهای کارکنان درگیر، رویکرد پیشگیرانه و سیستماتیک



## بیمارستان بریگام و زنان بوستون

همکار: مؤسسه MITSS

ابزار: جعبه ابزار تخصصی

ویژگی: طراحی برنامه با استفاده از منابع عملی، تمرکز همزمان بر نیاز بیمار و ارائه‌دهنده خدمت، بنیان‌گذاری توسط بیمار آسیب‌دیده و پزشک

## بیمارستان جانز هاپکینز

روش: برنامه مبتنی بر پژوهش

یافته‌های کلیدی:

- ۵۰٪+ کارکنان پریشانی عاطفی را گزارش کردند

- نیاز اصلی: حمایت غیررسمی، اطلاعات واضح، محیط امن

- استفاده کم از خدمات روانشناسی رسمی



## Kaiser Permanente

مدل: ساختار حمایتی سیستماتیک

اجرا: خطوط تلفن ویژه و تماس‌های پیگیری منظم، مقیاس‌پذیری در شبکه بزرگ بهداشتی، تعهد سازمانی در سطح کل سیستم

### بیمارستان کودکان بوستون

برنامه RISE: پاسخ همدلانه و حمایتی به رویدادها

ویژگی: تیم واکنش سریع چندرشته‌ای، حضور فیزیکی بلافاصله پس از رویداد بحرانی، حمایت عاطفی فوری و همدلانه

پیام اصلی: حمایت از سلامت عاطفی کارکنان، بخش ضروری رویکرد مواجهه با وقایع ناخواسته درمانی و عملکرد سازمان است.

# Root Cause Analysis (RCA): A Systematic Approach to Patient Safety









**Root Cause Analysis (RCA)** is a structured, systematic, retrospective process used to **identify the fundamental causes of adverse events** (such as medical errors) in order to **prevent recurrence**, not individual blame.



**Goal:** Sustainable system changes to improve safety and quality of care.

# RCA vs. FMEA

For Patient Safety Managers

RCA Root Cause Analysis	FMEA Failure Mode & Effects Analysis
 Reactive	 Proactive
 After incident	 Before incident
 Why did it happen?	 What could go wrong?
Tools: Fishbone, 5 Whys	 Failure Modes, <b>RPN</b> • $RPN = Severity \times Occurrence \times Detection$
 Root causes & corrective actions	 Risk prioritization & preventive controls

## Clinical Example: Retained Surgical Item



RCA explains the past. FMEA protects the future.

- 5 چرا مانند یک مته‌ای است که یک نقطه را عمیق می‌کند تا به ریشه برسد.
  - نمودار استخوان ماهی مانند یک نقشه گسترده است که تمام مسیرهای ممکن را نشان می‌دهد.
- اغلب این دو روش به صورت تکمیلی استفاده می‌شوند: ابتدا با استخوان ماهی علل کلی شناسایی می‌شوند، سپس برای هر علت از ۵ چرا برای تحلیل عمقی استفاده می‌گردد.



CDP بالینی/اجرای	سیستمی SDP	ویژگی
فردی / تیمی	سازمانی / فرآیندی	سطح رخداد
کارکنان مستقیم درمان	مدیریت و ساختار بیمارستان	مسئولیت
بهبود عملکرد بالینی	اصلاح سیستم و فرآیند	هدف مداخله

## عوامل تأثیرگذار: Contributing Factors

تعریف: عواملی که به طور غیرمستقیم یا جزئی در وقوع یک رویداد نقش داشته‌اند. این عوامل معمولاً به تنهایی باعث وقوع رویداد نمی‌شوند، اما محیط یا شرایطی را فراهم می‌کنند که احتمال وقوع رویداد افزایش یابد. ویژگی‌ها:

- زمینه‌ساز وقوع خطا هستند.
- معمولاً بر عوامل انسانی، محیطی یا سیستمی تأثیر می‌گذارند.
- می‌توانند خطر خطا را تشدید کنند یا شناسایی خطا را دشوار سازند.

- ✓ شلوغی مزمن و ازدحام اورژانس
- ✓ فرهنگ ایمنی ضعیف
- ✓ سیاست‌های ناکافی برای مدیریت داروهای پرخطر
- ✓ نبود سیستم کارآمد برای مدیریت بیماران تحت سدیشن در اورژانس

## عوامل سببی: Causal Factors

### عوامل سببی: Causal Factors

• تعریف: عواملی که به طور مستقیم باعث وقوع رویداد شده‌اند. این عوامل، در صورت حذف یا اصلاح، می‌توانند به جلوگیری از وقوع مجدد رویداد منجر شوند.  
• ویژگی‌ها:

- به طور مستقیم به رویداد منجر می‌شوند.
- بدون وجود این عوامل، رویداد رخ نمی‌دهد.
- در تحلیل ریشه‌ای، بر شناسایی این عوامل تمرکز ویژه‌ای می‌شود.
- ✓ . تزریق دوز بالا و ترکیب خطرناک داروهای سرکوب‌کننده تنفس
- ✓ مانیتورینگ ناکافی و غیرمستقیم پس از تزریق داروهای پرخطر
- ✓ تأخیر در شناسایی فوریت و شروع مداخلات احیای پیشرفته

## ۱. عوامل سازمانی

- نبود سیاست‌ها و رویه‌های شفاف برای گزارش و بررسی وقایع
- تخصیص ناکافی منابع (نیروی انسانی، مالی، زمانی)
- ساختار تصمیم‌گیری متمرکز و کند در تغییر فرآیندها
- عدم وجود مکانیزم ارزیابی مستمر عملکرد ایمنی بیمار
- نبود شرح شغل تعریف شده در بعضی از حوزه‌ها
- نبود فرآیندی برای برقراری ارتباط با بیماران ترک و عرب زبان یا بیماران توریسم درمانی

## ۲. عوامل وظیفه‌ای

- مأموریت‌ها و شرح وظایف نامشخص یا متداخل
- نبود دستورالعمل‌های اجرایی استاندارد (SOP) ویژه جلوگیری از خطا
- فرایندهای دستوری طولانی و پیچیده برای ثبت و پیگیری وقایع
- عدم به‌روزرسانی شرح وظایف
- نقص در توجیه افراد در خصوص شرح وظایف محوله

وظایف ابلاغی در بستر بیمارستان، جراحی محدود و سرپایی و... در بعضی از حوزه‌ها

### ۳. عوامل آموزشی

- عدم پوشش موضوعات ایمنی بیمار و Never Event در دوره‌های توجیهی
- فقدان آموزش مبتنی بر خطا (Case-Based/PBL) برای کارکنان جدید و کارکنان قدیمی
- نبود سیستم بازخورد ساخت یافته به کارکنانی که خطا کرده‌اند
- کمبود دوره‌های «آموزش مداوم» با تمرکز بر درس آموخته‌ها

### ۴. عوامل تیمی

- ضعف فرهنگ همکاری بین اعضای بین رشته‌ای
- سردرگمی در نقش‌ها و مسئولیت‌های مشترک تیم درمان
- عدم برگزاری نشست‌های قبل و بعد از (شیفت)
- نبود سازوکار حل تعارض

## ۵. عوامل ارتباطی

- خطوط گزارش دهی ناکارآمد یا نامشخص
- انتقال ناقص اطلاعات در حین تحویل کاری (Hand-off)
- نبود بازخورد دوطرفه بین سطوح مدیریتی و عملیاتی
- کانال های غیررسمی (گفت و گو شفاهی بدون ثبت مستند)
- استفاده از اختصارات پزشکی غیرمعمول
- نبود مترجم یا رابط چند زبانه
- نبود هماهنگی بین بخش های مراکز یا معاونت های دانشگاه

## ۶. عوامل محیطی

- طراحی نامناسب فیزیکی بخش (مسیرهای رفت و آمد، نورپردازی، سر و صدا)
- کمبود فضا و تداخل عملکردهای درمانی در یک بخش
- اضطراب و فشارهای محیطی (نگرانی بیماران/مراجعین)
- شرایط بهداشتی و ایمنی فیزیکی ناپایدار

## ۷. عوامل تجهیزاتی

- نقص یا عدم کالیبراسیون به موقع تجهیزات
- نبود چک لیست عملکردی تجهیزات عمومی - تخصصی (اشتباه با چک لیست وجود)
- نبود موجهی قطعات یدکی و لوازم مصرفی ضروری
- عدم آموزش کافی کارکنان برای کار با دستگاه های نوین

فرآیندهای نگهداری و تعمیرات بشکله ناکاف

## ۸. عوامل بیمار

- پیچیدگی بالینی یا چندبیماری همزمان در بیمار
- نقص در همکاری یا پیروی ناقص از دستورات درمانی
- افزایش محدودیت‌های جسمی یا شناختی مسبب خطر خطا
- شرایط اضطراری

عوامل مرتبط با ارتباطات :  
کلامی  
غیر کلامی  
نوشتاری  
الکترونیک

عوامل مرتبط با وظیفه:  
گایدلاینها  
پرسیجرها  
پروتکلها  
سیستمهای کمک به تصمیمگیری  
طرح وظیفه

عوامل فردی (کارکنان):  
مسائل فیزیکی  
مسائل روانی  
شخصیت  
خانوادگی / اجتماعی

عوامل استراتژیک و  
سازمانی:  
ساختار سازمانی  
اهداف، سیاستها و استانداردها  
فرهنگ ایمنی  
اولویتها  
ریسکهایی که از محیط خارج سازمان  
به سازمان تحمیل میشوند

عوامل مرتبط با بیمار:  
وضعیت بالینی  
عوامل اجتماعی  
عوامل فیزیکی  
عوامل ذهنی / روانی  
روابط بین فردی

تجهیزات و منابع :  
نحوه نمایش بصری  
استحکام و بی نقصی  
محل قرارگیری  
قابلیت استفاده  
PDF Scanner ACE Scanner

عوامل مرتبط با محیط کار  
محیط  
طرح محیط فیزیکی  
اجرایی  
زمان / فشار کاری  
کارکنان و تعداد آنها

عوامل مرتبط با آموزش  
شایستگی  
تناسب  
دسترسی  
فراهمی  
نظارت

عوامل مرتبط با تیم :  
نقش  
ابهام در نقش  
رهبری  
حمایت +  
عوامل فرهنگی

مساله یا مشکل

## تعریف کلی رسانه‌های الکترونیک و چاپی

### ۱- رسانه‌های چاپی

رسانه‌های چاپی به ابزارهایی اطلاق می‌شود که اطلاعات را به صورت فیزیکی و روی کاغذ (یا مواد مشابه) منتشر می‌کنند.

مثال‌ها: بروشور، پوستر، کتاب، روزنامه، مجله، جزوه

ویژگی‌ها: ملموس بودن، ماندگاری فیزیکی، نیاز به توزیع حضوری، قابلیت مطالعه بدون نیاز به دستگاه الکترونیکی

### ۲- رسانه‌های الکترونیک

رسانه‌های الکترونیک به ابزارهایی گفته می‌شود که اطلاعات را از طریق فناوری‌های دیجیتال و الکترونیکی ارائه می‌دهند.

مثال‌ها: فیلم کوتاه آموزشی، موشن گرافی، بازی‌سازی دیجیتال، داستان‌گویی دیجیتال، وبسایت، اپلیکیشن

ویژگی‌ها: قابلیت چندرسانه‌ای (ترکیب صدا، تصویر، متن)، تعاملی بودن، دسترسی سریع و گسترده، قابلیت به‌روزرسانی آسان

بروشور (پمفلت)	پوستر	فیلم کوتاه آموزشی	گرافیک متحرک (موشن گرافی)	بازی سازی (گیمیفیکیشن)	داستان گویی دیجیتال	هدف اصلی
ارائه اطلاعات کامل و سازمان یافته	یادآوری و هشدار دائمی	آموزش عملی یک مهارت خاص	ساده سازی مفاهیم پیچیده	افزایش مشارکت و انگیزه	انتقال تجربه و ایجاد همدلی	
متن و تصویر با جزئیات بیشتر	تصویر و متن مختصر در معرض دید	نمایش مستقیم مراحل کار	استفاده از انیمیشن و متن متحرک	استفاده از المان های بازی مانند امتیاز و رقابت	روایت یک داستان واقعی یا شبیه سازی شد	شیوه کار
برای آموزش عمیق تر	برای تأکید بر نکات حیاتی	برای یادگیری مهارت های عملی	برای درک سریع اطلاعات فنی	برای تغییر رفتار و ایجاد عادت های مثبت	برای آموزش ارزش ها و نگرش ها	مخاطب هدف
بروشور عوارض داروها و نحوه مصرف	پوستر "قبل از تزریق، بیمار را شناسایی کن	فیلمی که نحوه صحیح شستن دست را نشان می ده	انیمیشنی که مراحل چک لیست ایمنی را نشان می دهد	اپلیکیشنی که به پرستاران برای گزارش خطا امتیاز می دهد	فیلمی از تجربه یک بیمار که دچار خطای دارویی شده	مثال مشخص
اطلاعات جامع، قابلیت مطالعه در زمان فراغت	حضور مداوم، تأثیر ناخود آگاه	کاربردی و مستقیم، قابلیت تکرار	جذابیت بصری بالا، انتقال سریع پیام	تعامل فعال، ایجاد رقابت سالم	تأثیر عاطفی قوی، ماندگاری در حافظه	ویژگی متمایز

## انتخاب ابزار مناسب آموزش و ارتباط



برانگیختن احساسات  
→ داستان گویی دیجیتال



ایجاد ایجاد مشارکت  
→ بازی سازی



ساده سازی مفاهیم  
→ گرافیک متحرک



آموزش مهارت  
→ فیلم کوتاه



هشدار دائمی  
→ پوستر



ارانه اطلاعات کامل  
→ بروشور

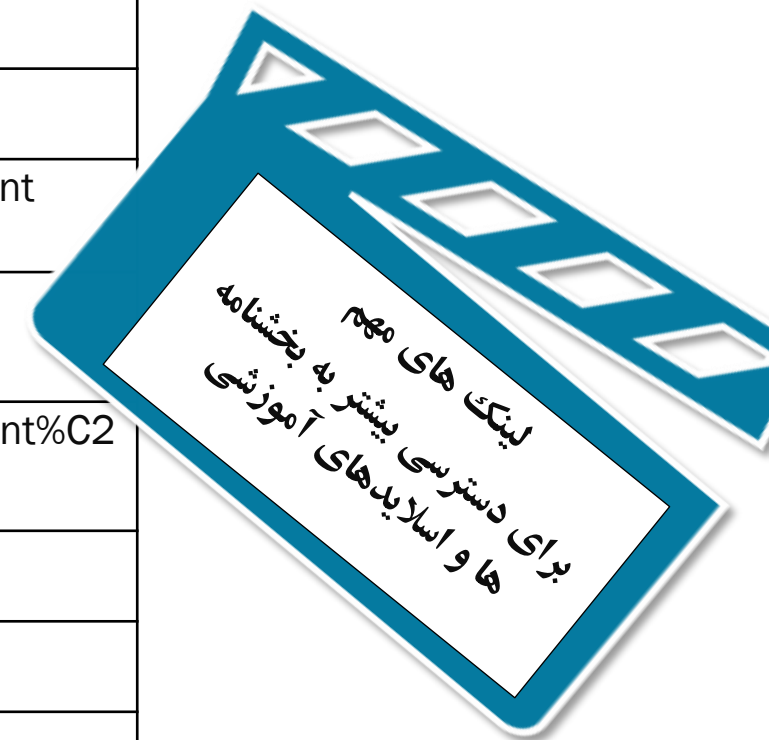
# Call to Action

. ابلاغ دستورالعمل اجباری گزارش‌دهی رویدادهای ناخواسته درمانی به صورت غیرمجازات محور.

ساختارسازی: الزام به ایجاد پست سازمانی «کارشناس/مدیر رویدادهای ناخواسته درمانی»  
در چارت تشکیلاتی تمام بیمارستان‌های وابسته.

پایش: ادغام شاخص‌های عملکرد نظام حمایت‌طلبی در فرآیند اعتباربخشی بیمارستان‌ها

لینک های مهم معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی	
وقایع ناخواسته	<a href="https://treatment.sbmu.ac.ir/Adverse-therapeutic-events">https://treatment.sbmu.ac.ir/Adverse-therapeutic-events</a>
ایمنی بیمار	<a href="https://treatment.sbmu.ac.ir/Patient-safety--treatment-unit">https://treatment.sbmu.ac.ir/Patient-safety--treatment-unit</a>
آزمایشگاه	<a href="https://treatment.sbmu.ac.ir/Laboratory-supervision-department">https://treatment.sbmu.ac.ir/Laboratory-supervision-department</a>
مرکز جراحی محدود	<a href="https://treatment.sbmu.ac.ir/Clinics-Treatment-Supervision-Department">https://treatment.sbmu.ac.ir/Clinics-Treatment-Supervision-Department</a>
ستاد فوریت ها و اورژانس	<a href="https://treatment.sbmu.ac.ir/Medical-accidents-and-emergencies">https://treatment.sbmu.ac.ir/Medical-accidents-and-emergencies</a>
پرستاری	<a href="https://treatment.sbmu.ac.ir/https:%E2%81%84%E2%81%84treatment%C2%B7sbmu%C2%B7ac%C2%B7ir%E2%81%84Nursing">https://treatment.sbmu.ac.ir/https:%E2%81%84%E2%81%84treatment%C2%B7sbmu%C2%B7ac%C2%B7ir%E2%81%84Nursing</a>
مامایی	<a href="https://treatment.sbmu.ac.ir/Guidelines-for-midwifery-department">https://treatment.sbmu.ac.ir/Guidelines-for-midwifery-department</a>
اعتباربخشی	<a href="https://treatment.sbmu.ac.ir/Hospital-Accreditation-Department">https://treatment.sbmu.ac.ir/Hospital-Accreditation-Department</a>
تجهیزات پزشکی	<a href="https://treatment.sbmu.ac.ir/Medical-equipment-needs-assessment">https://treatment.sbmu.ac.ir/Medical-equipment-needs-assessment</a>
مدیریت اقتصاد سلامت و آمار	<a href="https://treatment.sbmu.ac.ir/Health-economy-management">https://treatment.sbmu.ac.ir/Health-economy-management</a>



# باتشكر خسته نباشيد