



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کیران

دانشکده پرستاری و مامائی شهید بهشتی رشت

راهنمای توجیهی بدو ورود به کارآموزی

(ویژه دانشجویان کارشناسی پرستاری)



تاریخ تنظیم: شهریور ۱۴۰۱

تدوین و گردآوری:

دکتر معصومه ادیب، رئیس دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت
بیثا بادپروا، مسول امور بالینی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت

با همکاری:

پریوش نظرپور، مربی آموزشی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت
فائزه بهبودی، مربی آموزشی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت

با تشکر از :

معاون آموزشی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت، دکتر فاطمه جعفرزاده
مدیران گروه‌های آموزشی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت
(دکتر شهلا اسیری، دکتر نازیلا جوادی، طاهره خالق دوست، دکتر فریبا عسگری،
میترا غفارزاده، دکتر محمد تقی مقدم نیا، دکتر یاسمن یعقوبی)
سوپروایزر آموزشی مرکز آموزشی درمانی حشمت رشت، لاله گودرزوند

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

فهرست مطالب

پیشگفتار.....	۱
فصل اول: قوانین و ضوابط کارآموزی و کارآموزی در عرصه پرستاری.....	۲
مقدمه.....	۲
واحد کارآموزی پرستاری:.....	۲
اهداف اختصاصی واحد کارآموزی.....	۳
نحوه ارزشیابی واحد کارآموزی.....	۳
واحد کارآموزی در عرصه.....	۴
اهداف اختصاصی واحد کارآموزی در عرصه.....	۵
نحوه ارزشیابی واحد کارآموزی در عرصه.....	۵
مقررات حضور دانشجویان در کارآموزی و کارآموزی در عرصه.....	۶
مقررات مربوط به پوشش حرفه ای Dress Code:.....	۶
مقررات مربوط به اخلاق حرفه ای پرستاری.....	۸
منشور حقوق بیماران.....	۱۰
برقراری ارتباط موثر حرفه ای با بیمار.....	۱۳
عوامل کمک کننده به برقراری ارتباط مؤثر در یک ارتباط درمانی و حرفه‌ای:.....	۱۳
آشنایی با پرونده پزشکی بیمار.....	۱۵
برگه های موجود در پرونده پزشکی.....	۱۵
گزارش نویسی و مستند سازی در پرستاری.....	۱۸
اهداف گزارش نویسی در پرستاری.....	۱۸
چه مواردی باید در گزارش پرستاری ثبت شود.....	۱۸
خصوصیات یک ثبت درست و علمی.....	۱۹
تحریف در گزارش نویسی.....	۲۲
گزارش تغییر شیفت.....	۲۳
۶. حفظ ایمنی بیمار.....	۲۶

۲۶.....	۷. راه حل ایمنی بیمار.....
۳۲.....	دفع پسماندها.....
۳۳.....	کنترل عفونت در مرکز آموزشی، درمانی، پژوهشی.....
۳۳.....	توصیه هایی برای دانشجویان در زمینه کنترل عفونت.....
۳۵.....	شست و شوی دست.....
۳۷.....	استفاده از وسایل حفاظت فردی.....
۳۸.....	زخم سرسوزن یا نیدل استیک شدن (Needlestick):.....
۴۰.....	گزارش دهی خطا.....
۴۱.....	فصل دوم: معرفی ساختار فیزیکی و تشکیلاتی مرکز آموزشی، درمانی و پژوهشی حشمت رشت
۴۱.....	معرفی و تاریخچه مرکز آموزشی درمانی پژوهشی حشمت رشت.....
۴۲.....	چشم‌انداز مرکز آموزشی، درمانی و پژوهشی حشمت رشت.....
۴۲.....	رسالت مرکز آموزشی، درمانی و پژوهشی حشمت رشت.....
۴۳.....	ارزش‌های مرکز آموزشی، درمانی و پژوهشی حشمت رشت.....
۴۳.....	اهداف کلان مرکز آموزشی، درمانی و پژوهشی حشمت رشت.....
۴۳.....	سیاست‌های اصلی مرکز آموزشی، درمانی و پژوهشی حشمت رشت.....
.....	Error! Bookmark not defined.
۴۶.....	معرفی تیم مدیریت مرکز آموزشی درمانی پژوهشی حشمت رشت.....
۴۶.....	موقعیت فیزیکی مرکز آموزشی درمانی پژوهشی حشمت رشت.....
۴۶.....	بخش‌های مختلف مرکز آموزشی-درمانی حشمت پژوهشی رشت.....
۴۸.....	منابع مورد استفاده:.....

فهرست جداول

جدول کارآموزی دوره کارشناسی پیوسته رشته پرستاری.....	۳
جدول کارآموزی در عرصه دوره کارشناسی پیوسته رشته پرستاری.....	۵
نحوه چیدمان این داروها براساس دستورالعمل.....	۲۷
چارت تشکیلاتی مرکز آموزشی درمانی پژوهشی حشمت.....	۴۴
آدرس و راههای ارتباطی مرکز آموزشی درمانی پژوهشی حشمت رشت.....	۴۷
کدهای احضار اعلامی از طریق پیج.....	۴۷

پیش گفتار

دانشجویان گرامی

ورود شما را به دوره کارآموزی در مرکز آموزشی درمانی حشمت رشت خیر مقدم عرض می‌نماییم. در مجموعه‌ای که پیش‌رو دارید، سعی شده‌است به صورت خلاصه ضمن معرفی ساختار فیزیکی و تشکیلاتی مرکز آموزشی، درمانی، پژوهشی، شما را با برخی قوانین و مقررات و نیز استانداردهای آموزش بالینی شامل کارآموزی و کارآموزی در عرصه در این مرکز آشنا نماید. انتظار می‌رود با مطالعه‌ی این کتابچه با آمادگی هر چه بیشتر جهت ارائه‌ی خدمات مطلوب به بیماران در عرصه‌ی بالین حضور پیدا کنید و با رعایت مفاد آن، دوره‌ی کارآموزی خود را با موفقیت سپری نموده و به توانمندی‌های لازم در این دوره دست پیدا کنید.

دکتر معصومه ادیب

رئیس دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت

فصل اول: قوانین و ضوابط کارآموزی و کارآموزی در عرصه پرستاری

مقدمه

آموزش بالینی یکی از ارکان مهم آموزش پرستاری است که در شکل دهی هویت پرستاری نقش اساسی را بازی می‌کند. هدف اصلی آموزش بالینی کاربرد آموخته‌های نظری در بالین و محیط واقعی است. تاکید در این مرحله پرورش مهارت‌ها و تقویت تفکر انتقادی، قدرت تصمیم‌گیری، استدلال بالینی و افزایش اعتماد به نفس و خود اتکایی از طریق رویارویی مستقیم دانشجو با بیمار و واگذارن مسولیت مراقبت بیمار به دانشجو می‌باشد. آموزش بالینی در پرستاری شامل دو بخش کارآموزی و کارآموزی در عرصه می‌باشد. دوره‌های کارآموزی و کارآموزی در عرصه در شکل‌دهی مهارت‌های اساسی و توانمندی‌های حرفه‌ای دانشجویان پرستاری نقش کلیدی دارد و ۵۰ درصد از برنامه‌های آموزشی این رشته را تشکیل می‌دهد. در این راستا، شناسایی محیط آموزش بالینی و قوانین و مقررات حاکم بر آن در بهبود دستیابی به اهداف آموزشی، تربیت افراد ماهر و آرایه‌ی خدمات مراقبتی با کیفیت نقش مهمی را ایفا می‌کند.

واحد کارآموزی پرستاری

به بخشی از آموزش بالینی پرستاری اطلاق می‌شود که در آن دانشجو در سه سال اول دروس عمومی، پایه و تخصصی را به صورت نظری و عملی به پایان رسانده و مجاز به ورود به بخش بالینی برای کاربرد آموخته‌های نظری و عملی خود تحت نظارت اعضای هیات علمی و مدرسین دانشکده می‌باشد. در این راستا، کلیه‌ی کارآموزی‌ها همزمان با دروس تخصصی مربوطه در همان نیمسال طبق برنامه‌ی از پیش تنظیم شده از ترم دوم تا ششم، مجموعاً به ارزش ۱۸ واحد و طبق جدول زیر آرایه می‌شود.

حضور دانشجو در کارآموزی از ساعت ۷:۳۰ الی ۱۳:۳۰ می‌باشد ساعات غیبت دانشجو در هر درس کارآموزی و کارآموزی در عرصه از $\frac{1}{10}$ مجموع ساعت آن درس نباید تجاوز نماید. در غیر اینصورت نمره دانشجو در آن درس صفر محسوب می‌شود. در صورت یک جلسه غیبت غیرموجه، علاوه بر جبران آن ۲ نمره از نمره کارآموزی کسر می‌شود. در صورت غیبت دو روز و بیشتر نمره کارآموزی صفر منظور می‌شود.

جدول کارآموزی دوره کارشناسی پیوسته رشته پرستاری

ترم	عنوان کارآموزی	واحد	ساعت	عرصه‌ی کارآموزی
دوم	اصول و مهارت‌های پرستاری	۱	۵۱	۱. بخش جراحی و گوارش مرکز آموزشی درمانی رازی ۲. بخش ارتوپدی، اعصاب و جراحی مرکز آموزشی درمانی پورسینا
چهارم	پرستاری بهداشت مادر و نوزاد	۲	۱۰۲	بخش‌های مختلف مرکز آموزشی درمانی الزهرا(س)
سوم	پرستاری سلامت جامعه/فرد و خانواده/محیط	۲	۱۰۲	پایگاه‌ها و مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی
سوم	پرستاری بزرگسالان/ سالمندان (۱)	۲	۱۰۲	۱. بخش گوارش و جراحی مرکز آموزشی درمانی رازی ۲. ارتوپدی مرکز آموزشی درمانی پورسینا
چهارم	پرستاری بزرگسالان/ سالمندان (۲)	۲	۱۰۲	۱. بخش توراکس و ارولوژی مرکز آموزشی درمانی رازی ۲. بخش قلب زنان و قلب مردان مرکز آموزشی درمانی حشمت
پنجم	پرستاری بزرگسالان/ سالمندان (۳)	۲	۱۰۲	۱. بخش توراکس و ارولوژی مرکز آموزشی درمانی رازی ۲. بخش داخلی اعصاب و جراحی اعصاب مرکز آموزشی درمانی پورسینا
ششم	پرستاری در مشکلات شایع ایران	۱	۵۱	بخش‌های منتخب مراکز آموزشی درمانی حشمت و رازی و پورسینا
پنجم	پرستاری کودک سالم و پرستاری بیماری‌های کودکان	۲	۱۰۲	بخش نوزادان و کودکان مرکز آموزشی درمانی هفده شهریور
ششم	پرستاری بهداشت روان و پرستاری بیماری‌های روان	۲	۱۰۲	بخش اعصاب و روان مرکز آموزشی درمانی شفا
ششم	پرستاری مراقبت‌های ویژه	۱	۵۱	۱. ICU مراکز آموزشی درمانی رازی پورسینا ۲. CCU مرکز آموزشی درمانی دکتر حشمت ۳. دیالیز مرکز آموزشی درمانی رازی
دوم	فارمکولوژی بالینی	۱	۵۱	۱. بخش جراحی و گوارش مرکز آموزشی درمانی رازی ۲. بخش ارتوپدی اعصاب و جراحی مرکز آموزشی درمانی پورسینا
جمع واحد		۱۸		

اهداف اختصاصی واحد کارآموزی

- با بیماران، همراهان بیماران، خانواده، پزشک معالج و اعضای دیگر تیم سلامت ارتباط مناسب و مؤثر حرفه‌ای برقرار نمایند.
- نمونه خون، ادرار، مدفوع و ... را بررسی نماید و نتایج آزمایشات را تفسیر کند.
- نیازهای آموزشی بیمار را بررسی نموده و برنامه آموزشی مناسب را برای بیمار تدوین و به اجرا بگذارد.
- مراقبت‌های قبل، حین و بعد از اعمال جراحی در بخش‌های مربوطه را به بیمار ارایه دهد.
- با شناخت نیازها، مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی مددجویان، برنامه مراقبتی مناسب طراحی نموده و بر اساس آن مداخلات لازم را انجام دهد.

نحوه ارزشیابی واحد کارآموزی

ارزشیابی کارآموزی به صورت نظارت و مشاهده دانشجو بطور مستقیم و غیر مستقیم توسط مدرسین انجام می‌گیرد. برای این منظور از فرم‌های تدوین شده متشکل از معیارهای ارزشیابی متناسب با اهداف کارآموزی و فرم‌های

تدوین شده برای سنجش میزان رعایت موازین اخلاقی و رفتار حرفه‌ای استفاده می‌گردد. همچنین از تکالیف بالینی در قالب مطالعه موردی با کاربرد فرآیند پرستاری و از تکمیل لاگ بوک‌های مربوطه استفاده می‌شود. برای اطمینان از دستیابی به توانمندی‌های اختصاصی و عمومی دانشجویان، کلیه فعالیت‌های دانشجویان بطور کامل در طی دوره کارآموزی در Log Book درج می‌گردد و Log Book تکمیل شده‌ی دانشجوی، توسط مدیر گروه و استاد مربوطه بررسی و تایید می‌گردد.

واحد کارآموزی در عرصه

کارآموزی در عرصه به دوره‌ای اطلاق می‌شود که در آن دانشجو دوره عملی کارآموزی را به پایان رسانده باشد. هدف از کارآموزی در عرصه کسب مهارت‌های مناسب حرفه‌ای و کاربرد آموخته‌های نظری در عمل تحت نظارت مشترک مسئولین پرستاری مرکز آموزشی، درمانی، پژوهشی و اعضای هیات علمی و مدرسین دانشکده است. این کارآموزی مجموعاً ۲۱ واحد به شرح جدول زیر می‌باشد.

کارآموزی در عرصه به شیوه‌ی متفاوت از کارآموزی‌های سه سال اول تحصیلی ارایه می‌شود. به این ترتیب که ساعت حضور دانشجویان در عرصه تابع ساعت کار پرسنل شاغل در مرکز آموزشی، درمانی، پژوهشی است و دانشجو موظف به حضور در شیفت‌های عصر و شب و بعضاً روز تعطیل می‌باشد. از آنجایی که دانشجوی کارآموزی در عرصه تمام وقت محسوب می‌گردد، موظف است تمام برنامه‌های خود را با برنامه کارآموزی در عرصه تنظیم کند. دانشجو موظف است قبل از ورود به کارآموزی در عرصه در دوره‌های آموزشی پیش بینی شده توسط دانشکده شامل پنج کارگاه آموزشی تحت عناوین «ارتباط اثر بخش حرفه‌ای»، «ایمنی و موازین کنترل عفونت»، «گزارش نویسی»، «فرآیند پرستاری» و «نحوه‌ی محاسبه دارو» شرکت نماید.

جدول کارآموزی در عرصه دوره کارشناسی پیوسته رشته پرستاری

ترم	عنوان کارآموزی	واحد	ساعت	عرصه کارآموزی
هشت	پرستاری بهداشت مادر و نوزاد	۲	۱۰۲	بخش های مختلف مرکز آموزشی درمانی الزهرا(س)
هفت	پرستاری سلامت جامعه / فرد و خانواده/ محیط	۲	۱۰۲	پایگاه هاو مراکز مختلف بهداشتی درمانی شهری و روستایی
هفت و هشت	پرستاری بزرگسالان/ سالمندان (۳-) (۱) و پرستاری مراقبت در منزل	۸	۴۰۸	۱. بخش های مختلف غدد، پوست روماتولوژی، نفرولوژی و اتاق عمل مراکز آموزشی درمانی رازی ۲. سوختگی مرکز آموزشی درمانی ولایت ۳. جراحی قلب مرکز آموزشی درمانی دکتر حشمت (پورسینا) ۴. اتاق عمل مرکز آموزشی درمانی الزهرا(س)
هشت	پرستاری بیماری های کودکان	۲	۱۰۲	بخش های نوزادان و کودکان مرکز آموزشی درمانی هفده شهریور
هفت	پرستاری مراقبت های ویژه	۳	۱۵۳	ICU مراکز آموزشی درمانی رازی پورسینا CCU مرکز آموزشی درمانی دکتر حشمت
هشت	اصول مدیریت خدمات پرستاری	۲	۱۰۲	بخش های مختلف مرکز آموزشی درمانی پورسینا
هشت	پرستاری اورژانس در بحران ها و حوادث غیرمترقبه	۲		بخش های تریاژ، CPR و اورژانس تروما مرکز آموزشی درمانی پورسینا ۲. بخش قلب مرکز آموزشی درمانی دکتر حشمت ۳. بخش داخلی و مسمومیت مرکز آموزشی درمانی رازی
جمع		۲۱		

اهداف اختصاصی واحد کارآموزی در عرصه

انتظار می رود دانشجو علاوه بر دستیابی به اهداف دوره ی کارآموزی که شامل ارایه ی مراقبت های عمومی و اختصاصی به مددجویان می باشد، به اهداف اختصاصی زیر نیز در این واحد دست پیدا کند:

- با روتین و مقررات بخش های مختلف مرکز آموزشی، درمانی، پژوهشی آشنا شود.
- اثرات و عوارض دارودرمانی در بیمار را مورد تجزیه تحلیل و ارزشیابی قرار دهد.
- توانایی مراقبت از بیماران بد حال در بخش های ویژه (ICU, CCU و دیالیز) را کسب نماید.
- قادر به اداره مصدومین در حوادث و بلایا باشد.
- توانایی اداره مراقبت از بیماران بحرانی در بخش اورژانس را بدست آورد.
- با اصول مراقبت از مددجویان در عرصه های مختلف جامعه/منزل/مدارس/کارخانجات و مراکز بهداشتی درمانی آشنا شده و توانایی ارایه ی خدمات مناسب در این عرصه را کسب نماید.
- آموخته های خود را در زمینه مدیریت و رهبری جهت رفع مشکلات سلامتی مددجویان و سیستم های بهداشتی درمانی در راستای ارتقای کیفیت خدمات پرستاری بکار گیرد.

نحوه ارزشیابی واحد کارآموزی در عرصه

ارزشیابی کارآموزی در عرصه توسط مدرسین و منتورها صورت می گیرد. برای این منظور علاوه بر استفاده از فرم های تدوین شده متشکل از معیارهای ارزشیابی متناسب با اهداف کارآموزی و فرم های تدوین شده برای سنجش

میزان رعایت موازین اخلاقی و رفتار حرفه‌ای، از مطالعه موردی با کاربرد فرآیند پرستاری، تکمیل لاگ‌بوک‌های مربوطه، رایحه گزارش بازدید از فیلد، تنظیم و رایحه برنامه آموزشی برای مددجو، تهیه پوستر و پمفلت و رایحه کنفرانس و سمینار هم استفاده می‌شود.

مقررات حضور دانشجویان در کارآموزی و کارآموزی در عرصه

دانشجو موظف است در کلیه محیط‌های آموزشی، آزمایشگاهی و بالینی مقررات مربوط به Dress Code، کدهای اخلاق پرستاری و منشور حقوق بیمار را مطابق با مفاد برنامه مفاد برنامه‌ی آموزشی دوره کارشناسی پیوسته رشته پرستاری مصوب پنجاه و چهارمین جلسه شورای عالی برنامه‌ریزی علوم پزشکی مورخ ۱۳۹۳/۰۲/۲۷ (پیوست شماره ۱۱ و ۱۲) را رعایت نماید.

مقررات مربوط به پوشش حرفه‌ای Dress Code

نحوه پوشش و رفتار تمامی خدمتگزاران در مشاغل علوم پزشکی باید به گونه‌ای باشد که ضمن حفظ شئون حرفه‌ای، زمینه را برای ارتباط مناسب و مؤثر حرفه‌ای با بیماران، همراهان بیماران، همکاران و اطرافیان در محیط‌های آموزشی فراهم سازد.

لذا رعایت مقررات زیر برای کلیه عزیزانی که در محیط‌های آموزشی بالینی و آزمایشگاهی در حال تحصیل یا ارائه خدمت هستند، الزامی است.

هدف از تعیین ضوابط و پوشش برای دانشجویان دستیابی به موارد زیر است:

- ۱) احترام به ارزش‌های دینی و فرهنگی جامعه
- ۲) جلب اعتماد مددجویان و آحاد جامعه به پرستاران
- ۳) رعایت موازین حرفه‌ای و حفظ اعتبار تاریخی پرستاری
- ۴) پیشگیری از انتقال عفونت
- ۵) حفظ سلامت و پیشگیری از آسیب

۱. لباس و نحوه پوشش

لباس دانشجویان جهت ورود به محیط‌های آموزشی به ویژه محیط‌های بالینی و آزمایشگاهی باید متحدالشکل بوده و شامل مجموعه ویژگی‌های زیر باشد:

- روپوش سفید بلند در حد زانو و غیرچسبان با آستین بلند
- روپوش باید دارای آرم دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان باشد.
- تمامی دکمه‌های روپوش باید در تمام مدت حضور در محیط‌های آموزشی بطور کامل بسته باشد.
- استفاده از کارت شناسایی معتبر عکس دار حاوی (حرف اول نام، نام خانوادگی، عنوان، نام دانشکده و نام رشته) بر روی پوشش، در ناحیه سینه سمت چپ که از فاصله ۱/۵ متری قابل دید باشد، در تمام مدت حضور در محیط‌های آموزشی الزامی می‌باشد.
- دانشجویان خانم باید تمامی سر، گردن، نواحی زیر گردن و موها را با پوشش مناسب بپوشانند.
- شلوار باید بلند متعارف و ساده و غیرچسبان باشد استفاده از شلوارهای جین پاره نظایر آن در شأن حرف پزشکی نیست.
- پوشیدن جوراب ساده که تمامی پا و ساق پا را بپوشاند ضروری است.
- پوشیدن جوراب‌های توری و یا دارای تزیینات ممنوع است.
- کفش باید راحت و مناسب بوده، هنگام راه رفتن صدا نداشته باشد.
- روپوش، لباس و کفش باید راحت، تمیز، مرتب و در حد متعارف باشد و نباید دارای رنگ‌های تند و زننده نامتعارف باشد.
- استفاده از نشانه‌های نامربوط به حرف پزشکی و آویختن آن به روپوش، شلوار و کفش ممنوع می‌باشد.
- استفاده و در معرض دید قراردادن انگشتر طلا، (به جز حلقه ازدواج)، دستبند و گردنبند و گوشواره در محیط‌های آموزشی ممنوع می‌باشد.
- استفاده از دمپایی و صندل در محیط‌های آموزشی به جز اتاق عمل و زایمان ممنوع می‌باشد.

۲. بهداشت فردی و موازین آرایش در محیط‌های آموزشی

- وابستگان به حرف پزشکی الگوهای نظافت و بهداشت فردی هستند، لذا، بدون تردید تمیزی ظاهر و بهداشت در محیط‌های آموزشی علوم پزشکی از ضروریات است.
- ناخن‌ها باید کوتاه و تمیز باشد آرایش ناخن‌ها و با لاک و برچسب‌های ناخن در هر شکلی ممنوع است استفاده از ناخن‌های مصنوعی و ناخن بلند موجب افزایش شانس انتقال عفونت و احتمال آسیب به دیگران و تجهیزات پزشکی می‌باشد.
- آرایش سر و صورت به صورت غیرمتعارف و دور از شئون حرفه پزشکی ممنوع می‌باشد.
- نمایان نمودن هرگونه آرایش بصورت تاتو و با استفاده از حلقه یا نگین در بینی یا هر قسمت از دست‌ها و صورت ممنوع است.

۳. موازین رفتار دانشجویان در محیط‌های آموزش پزشکی

- رعایت اصول اخلاق حرفه‌ای، تواضع و فروتنی در برخورد با بیماران، همراهان بیماران، استادان، فراگیران و کارکنان الزامی است.

- صحبت کردن در محیط‌های آموزشی باید به آرامی و با ادب همراه باشد و هرگونه ایجاد سر و صدای بلند و یا بر زبان راندن کلمات که در شأن حرفه پزشکی نیست، ممنوع است.
- استعمال دخانیات در کلیه زمان‌های حضور فرد در محیط‌های آموزشی، ممنوع می‌باشد.
- جویدن آدامس و نظایر آن در آزمایشگاه‌ها، سالن کنفرانس، راند بیماران و در حضور اساتید، کارکنان و بیماران ممنوع می‌باشد.
- در زمان حضور در کلاس‌ها، آزمایشگاه‌ها و راند بیماران، تلفن همراه باید خاموش بوده و در سایر زمان‌ها، استفاده از آن به حد ضرورت کاهش یابد.
- هرگونه بحث و شوخی در مکان‌های عمومی مرتبط نظیر آسانسور، کافی شاپ و رستوران ممنوع می‌باشد.

مقررات مربوط به اخلاق حرفه‌ای پرستاری

- هر حرفه‌ای که به طور مستقیم با ارباب رجوع برخورد دارد، نیازمند اخلاق می باشد. اخلاق حرفه‌ای برای همه مشاغل ضروری است اما در این میان در رشته های علوم پزشکی که رسالت آنها ارائه خدمات بهداشتی، مراقبتی، درمانی و توانبخشی در بالاترین سطح آن به مددجویان و افراد جامعه می باشد، ضرورت بیشتری دارد زیرا رفتار اخلاقی حرف علوم پزشکی در بهبود سلامتی افراد نقش موثری دارد. در این راستا لازم است:
- توانایی‌ها و محدودیت‌های خود را در خصوص ارائه خدمات بشناسید.
- با ارتقاء دانش و مهارت، شایستگی های خود را افزایش دهید.
- مسولیت‌های حرفه‌ای، قانونی و اخلاقی خود را بشناسید.
- در ارائه خدمات، وجدان کاری، از خودگذشتگی و مسئولیت پذیری داشته باشید.
- در ارائه خدمات، شان و منزلت مددجویان را حفظ کنید.
- در ارائه خدمات، صداقت، انصاف، احترام و ادب و مهربانی را رعایت نمایید.
- در ارائه خدمات، تفاوت‌های فرهنگی، آداب و رسوم، مذهب و زبان مددجویان را در نظر بگیرید و به دور از تبعیض رفتار کنید.
- اطلاعاتی که از مددجو به دست می آورید و اسرار وی را فاش نکنید و به وی بگویید که ممکن است برای مشاوره و درمان، برخی از اطلاعات با سایر اعضای تیم درمان در میان گذاشته شود.
- در ارائه خدمات، حریم خصوصی مددجویان را حفظ کنید.
- به استقلال فردی مددجویان احترام گذاشته و قدرت اختیار آنها را سلب نکرده و به رضایت آگاهانه پایبند باشید.
- همواره در ارائه خدمات به اصل عدم ضرر رساندن و برتری منافع مددجو توجه داشته باشید.
- همواره دانش خود را به روز کرده و مراقبت‌های خود را بر اساس تحقیقات معتبر ارائه دهید.
- بر اساس قوانین اخلاق شرع و شواهد علمی تصمیم گیری کنید.
- همواره محیطی امن برای مددجویان خود فراهم کنید.
- خدمات و مراقبت‌های خود را با بیشترین کیفیت ارائه دهید و به صورت دقیق ثبت و گزارش کنید.
- خدمات را به موقع انجام داده و پیگیر باشید.
- دریافت و اجرای دستورات پزشک را به صورت مکتوب انجام دهید.
- هنگام ارائه خدمات خود را معرفی کرده و با روی خوش با مددجویان رفتار کنید.

- با مددجویان و همراهان ارتباط موثر همراه با احترام برقرار کنید بطوری که اضطراب آنها کاهش یافته و نیازهای آنها برطرف شود.
- با زبانی ساده، روان و روشن و در سطح فهم و درک مددجو سوال بپرسید و در مورد پاسخهای مددجو قضاوت نکنید.
- اصل صداقت را در برخورد با مددجویان و همراهان رعایت کنید.
- خدمات و مراقبت‌های خود را صرف نظر از جنس، سن، نژاد، وضعیت اقتصادی، فرهنگ و باورهای سیاسی مددجو ارائه دهید.
- در مواردی که شاهد نقض حقوق بیماران یا همکاران خود هستید به مراجع مربوطه گزارش دهید.
- نیازهای آموزشی مددجو را به طور واضح برای وی و همراه توضیح دهید.
- با همکارانی ها، اساتید و همکاران بالینی ارتباطی همراه با احترام، همدلی، اعتماد، حمایت و به دور از استرس داشته باشید و در جهت ایجاد جوی سالم و اخلاقی کوشا باشید.
- به دانش، تخصص، تجربه، احساسات و عقاید هم گروهی ها، اساتید و همکاران بالینی احترام بگذارید.
- در محیط بالینی برای سایر حرفه‌ها احترام و ارزش قائل باشید.
- نسبت به حقوق مادی و معنوی خود آگاه باشید و در جهت احقاق آنها اهتمام بورزید.
- در حفظ سلامتی جسمی، روانی و اجتماعی خود کوشا باشید تا بتوانید خدمات را با کیفیت بهتری ارائه دهید.
- با موضوعات پژوهشی رشته خود آشنا بوده و در جهت انجام پژوهش‌های کاربردی و جلب نظر مسئولین جهت انجام آنها تلاش کنید.
- به افراد و گروه‌های آسیب پذیر کودکان، سالمندان، افراد ناتوان جسمی و ذهنی، بیماران روانی توجه ویژه کنید.
- به گونه‌ای رفتار کنید که اعتبار و حیثیت حرفه شما زیر سوال نرود.
- ضمن توجه به سلامت در سطح محلی، در راستای حصول اهداف سلامت در سطح ملی و جهانی نیز تلاش و همکاری کند.
- در بحران‌ها و حوادث طبیعی همچون جنگ، زلزله، سیل، همه‌گیری بیماری‌ها و مانند آنها مسئولیت‌ها و وظایف خود را با در نظر گرفتن احتیاطات لازم انجام دهید.
- از پذیرش هرگونه هدیه یا امتیازی از مددجو/ بیمار یا بستگان وی، که ممکن است موجب معذوراتی در حال یا آینده شود پرهیز کند.
- دانش و تجربه حرفه‌ای خود را با سایر همکاران در میان گذارید.
- با تیم درمان ارتباط متقابل مبتنی بر اعتماد برقرار کنید.
- رابطه استاد و دانشجو در محیط‌های علمی، آموزشی و تحقیقاتی، باید مبتنی بر شان و اخلاق حرفه‌ای توأم با احترام باشد.
- در موارد استفاده از بیمار در آموزش دانشجویان، حقوق بیمار و ملاحظات اخلاقی مرتبط، باید به طور دقیق و کامل رعایت شود
- در صورت عدم همکاری مددجو/ بیمار یا خانواده وی در آموزش دانشجو، نباید روند ارائه خدمات به او تحت تاثیر قرار گیرد.

- در صورت فعالیت در حوزه پژوهش، باید ضمن گذراندن دوره های آموزشی لازم از اصول و قواعد پژوهش مطلع و با راهنماهای اخلاق در پژوهش عمومی و اختصاصی کشوری آشنا و به آنها ملتزم باشید.

منشور حقوق بیماران

منشور حقوق بیمار در آبان ماه ۱۳۸۸ از سوی وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به مراکز تابعه ابلاغ گردید. منشور جامع حقوق بیمار در ۵ محور کلی و ۳۷ بند به همراه بینش و ارزش و یک تبصره پایانی تنظیم گردیده است.

محورهای پنج گانه منشور حقوق بیماران به شرح زیر می باشد:

محور اول: دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است

محور دوم: اطلاعات باید به نحو مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمار قرار گیرد.

محور سوم: حق انتخاب و تصمیم گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت باید محترم شمرده شود.

محور چهارم: ارائه خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار و رعایت اصل رازداری باشد.

محور پنجم: دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات حق بیمار است.

۱- دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است

ارائه خدمات سلامت باید:

- شایسته شان و منزلت انسان و با احترام به ارزش ها، اعتقادات فرهنگی و مذهبی باشد.
- بر پایه صداقت، انصاف، ادب و همراه با مهربانی باشد.
- فارغ از هرگونه تبعیض از جمله قومی، فرهنگی، مذهبی، نوع بیماری و جنسیتی باشد.
- بر اساس دانش روز باشد.
- مبتنی بر برتری منافع بیمار باشد.
- در مورد توزیع منابع سلامت مبتنی بر عدالت و اولویت های درمانی بیماران باشد.
- مبتنی بر هماهنگی ارکان مراقبت اعم از پیشگیری، تشخیص، درمان و توانبخشی باشد.
- به همراه تامین کلیه امکانات رفاهی پایه و ضروری و به دور از تحمیل درد و رنج و محدودیت های غیر ضروری باشد.
- توجه ویژه ای به حقوق گروه های آسیب پذیر جامعه از جمله کودکان، زنان باردار، سالمندان، بیماران روانی، زندانیان، معلولان ذهنی و جسمی و افراد بدون سرپرست داشته باشد.
- در سریعترین زمان ممکن و با احترام به وقت بیمار باشد.
- با در نظر گرفتن متغیرهایی چون زبان، سن و جنس گیرندگان خدمت باشد.
- در مراقبت های ضروری و فوری (اورژانس)، بدون توجه به تامین هزینه آن صورت گیرد. در موارد غیر فوری بر اساس ضوابط تعریف شده باشد.
- در مراقبت های ضروری و فوری (اورژانس)، در صورتی که ارائه خدمات مناسب ممکن نباشد، لازم است پس از ارائه خدمات ضروری و توضیحات لازم، زمینه انتقال بیمار به واحد مجهز فراهم گردد.
- در مراحل پایانی حیات که وضعیت بیماری غیر قابل برگشت و مرگ بیمار قریب الوقوع می باشد با هدف حفظ آسایش وی ارائه گردد. منظور از آسایش، کاهش درد و رنج بیمار، توجه به نیازهای روانی، اجتماعی،

معنوی و عاطفی وی و خانواده‌اش در زمان احتضار می باشد. بیمار در حال احتضار حق دارد در آخرین لحظات زندگی خویش با فردی که می خواهد همراه گردد.

۲- اطلاعات باید به نحو مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمار قرار گیرد.

۲-۱ محتوای اطلاعات باید شامل موارد ذیل باشد:

- مفاد منشور حقوق بیمار در زمان پذیرش
- ضوابط و هزینه های قابل پیش بینی مرکز آموزشی، درمانی، پژوهشی اعم از خدمات درمانی و غیر درمانی و ضوابط بیمه و معرفی سیستم های حمایتی در زمان پذیرش
- نام، مسئولیت و رتبه حرفه ای اعضای گروه پزشکی مسئول ارائه مراقبت از جمله پزشک، پرستار و دانشجو و ارتباط حرفه ای آنها با یکدیگر
- روش های تشخیصی و درمانی و نقاط ضعف و قوت هر روش و عوارض احتمالی آن، تشخیص بیماری، پیش آگهی و عوارض آن و نیز کلیه اطلاعات تاثیر گذار در روند تصمیم گیری بیمار.
- نحوه دسترسی به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی در طول درمان
- کلیه اقداماتی که ماهیت پژوهشی دارند.
- ارائه آموزش های ضروری برای استمرار درمان

۲-۲- نحوه ارائه اطلاعات باید به صورت ذیل باشد:

- اطلاعات باید در زمان مناسب و متناسب با شرایط بیمار از جمله اضطراب و درد و ویژگی های فردی وی از جمله زبان، تحصیلات و توان درک در اختیار وی قرار گیرد مگر اینکه تاخیر در شروع درمان به واسطه ارائه اطلاعات فوق سبب آسیب به بیمار گردد و یا بیمار علی رغم اطلاع از حق دریافت اطلاعات، از این امر امتناع نماید که در این صورت باید خواست بیمار محترم شمرده شود مگر اینکه عدم اطلاع بیمار، وی یا سایرین را در معرض خطر جدید قرار دهد.
- بیمار می تواند به کلیه اطلاعات ثبت شده در پرونده بالینی خود دسترسی داشته باشد و تصویر آن را دریافت نموده و تصحیح اشتباهات مندرج در آن را درخواست نماید.

۳- حق انتخاب و تصمیم گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت باید محترم شمرده شود.

۳-۱. محدوده انتخاب و تصمیم گیری درباره موارد ذیل می باشد:

- انتخاب پزشک معالج و مرکز ارائه کننده خدمات سلامت در چارچوب ضوابط
- انتخاب و نظر خواهی از پزشک دوم به عنوان مشاور
- شرکت یا عدم شرکت در هرگونه پژوهش، با اطمینان از اینکه تصمیم گیری وی تاثیری در تداوم و نحوه دریافت خدمات سلامت نخواهد داشت.
- قبول یا رد درمان های پیشنهادی پس از آگاهی از عوارض احتمالی ناشی از پذیرش یا رد آن مگر در موارد خودکشی یا مواردی که امتناع از درمان شخص دیگری را در معرض خطر جدی قرار می دهد.

- اعلام نظر قبلی بیمار در مورد اقدامات درمانی آتی در زمانی که بیمار واجد ظرفیت تصمیم‌گیری می‌باشد ثبت و به عنوان راهنمای اقدامات پزشکی در زمان فقدان ظرفیت تصمیم‌گیری وی با رعایت موازین قانونی مدنظر ارائه‌کنندگان خدمات سلامت و تصمیم‌گیرنده جایگزین بیمار قرار گیرد.

۳-۲. شرایط انتخاب و تصمیم‌گیری شامل موارد ذیل می‌باشد:

- انتخاب و تصمیم‌گیری بیمار باید آزادانه و آگاهانه، مبتنی بر دریافت اطلاعات کافی و جامع (مذکور در بند دوم) باشد.
- پس از ارائه اطلاعات، زمان لازم و کافی به بیمار جهت تصمیم‌گیری و انتخاب داده شود.

۴- ارائه خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار(حق خلوت) و رعایت اصل رازداری باشد.

- رعایت اصل رازداری راجع به کلیه اطلاعات مربوط به بیمار الزامی است مگر در مواردی که قانون آن را استثناء کرده باشد.
- در کلیه مراحل مراقبت اعم از تشخیصی و درمانی باید به حریم خصوصی بیمار احترام گذاشته شود. ضروری است بدین منظور کلیه امکانات لازم جهت تضمین حریم خصوصی بیمار فراهم گردد.
- فقط بیمار و گروه درمانی و افراد مجاز از طرف بیمار و افرادی که به حکم قانون مجاز تلقی می‌شوند می‌توانند به اطلاعات دسترسی داشته باشند.
- بیمار حق دارد در مراحل تشخیصی از جمله معاینات، فرد معتمد خود را همراه داشته باشد. همراهی یکی از والدین کودک در تمام مراحل درمان حق کودک می‌باشد مگر اینکه این امر بر خلاف ضرورت - های پزشکی باشد.

۵- دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات حق بیمار است.

- هر بیمار حق دارد در صورت ادعای نقض حقوق خود که موضوع این منشور است بدون اختلال در کیفیت دریافت خدمات سلامت به مقامات ذیصلاح شکایت نماید.
- بیماران حق دارند از نحوه رسیدگی و نتایج شکایت خود آگاه شوند.
- خسارت ناشی از خطای ارائه‌کنندگان خدمات سلامت باید پس از رسیدگی و اثبات مطابق مقررات در کوتاه‌ترین زمان ممکن جبران شود.
- در اجرای مفاد این منشور در صورتی که بیمار به هر دلیلی فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری باشد اعمال کلیه حقوق بیمار مذکور در این منشور، بر عهده تصمیم‌گیرنده قانونی جایگزین خواهد بود. البته چنانچه تصمیم‌گیرنده جایگزین بر خلاف نظر پزشک، مانع درمان بیمار شود، پزشک می‌تواند از طریق مراجع ذیربط درخواست تجدید نظر در تصمیم‌گیری را بنماید.
- چنانچه بیماری که فاقد ظرفیت کافی برای تصمیم‌گیری است اما می‌تواند در بخشی از روند درمان معقولانه تصمیم بگیرد باید تصمیم او محترم شمرده شود.

برقراری ارتباط موثر حرفه‌ای با بیمار

در حرفه پرستاری ارتباطات وسیع بین حرفه‌ای با همکاران، بیماران و خانواده‌ها و دیگر حرفه‌ها وجود دارد که برای انجام کار تیمی الزامی است. استفاده از مهارت‌های ارتباطی، پرستاران را قادر می‌سازد تا نیازهای بیماران را درک نموده و برای رفع آن برنامه‌ریزی کنند.

عوامل کمک‌کننده به برقراری ارتباط مؤثر در یک ارتباط درمانی و حرفه‌ای:

- **تکرار کلمات کلیدی:** فراگیر باید در بین کلمات بیمار عبارات کلیدی را بیابد و از آنها برای ارتباط با او استفاده نماید. برای مثال بیمار می‌گوید (از وقتی پارسال عمل کردم هیچ چیز خوب پیش نمی‌رود دیگر نمی‌توانم مثل گذشته به انجمنی که دوست داشتم بروم) در اینجا عبارت کلیدی (از وقتی که پارسال عمل کردم) است.
- **پاسخ‌های کوتاه:** مثلاً گفتن کلمانی مانند (آهان فهمیدم) و یا (بله) با تکان دادن سر به نشانه تأکید به یک ارتباط مؤثر کمک می‌کند.
- **سکوت:** گاهی اوقات اگر فراگیر احساس کند که بیمار می‌خواهد حرفی به گفته‌های قبلی خود اضافه کند بهتر است چیزی نگویید.
- **لمس:** لمس به عنوان یکی از مؤثرترین راه‌های غیرکلامی جهت بیان احساسات مانند آسودگی، عشق، دلبستگی، امنیت و عصبانیت، محرومیت و پرخاش و هیجان و ... می‌باشد. ما از دست‌هایمان در بسیاری از اقدامات مراقبتی درمانی استفاده می‌کنیم. ولی باید با احتیاط استفاده شود زیرا بعضی آن را نشانه بی‌احترامی می‌دانند.
- **بازتاب احساسات:** به این طریق فراگیر علاقه و توجه خود را نشان می‌دهد.
- **استفاده از سؤالات باز:** اگر فراگیر بخواهد راجع به یک موضوع اطلاعات بیشتری بدست بیاورد می‌تواند از سؤالات باز استفاده نماید. مثلاً ممکن است بپرسد (شما گفتید که سال گذشته عمل داشتید، شاید بتوانید راجع به این موضوع بیشتر با من صحبت کنید)
- **درخواست برای روشنی و وضوح:** گاهی درک حرف‌های بیمار مشکل است. بنابراین سؤالاتی نظیر (منظور شما این بود که (مثلاً) احساس گناه می‌کردید؟ آیا درست متوجه شدم) به درک حرف بیمار کمک می‌کند.
- **یافتن راه‌حل‌ها:** آگاهی به برخی عوامل که مشکلات را ایجاد می‌کند و بیمار نسبت به آن آگاه نیست می‌تواند به فراگیر کمک نماید که راهکارهایی در پیش گیرد تا در جهت حل مشکل بیمار اقدام نماید. در عین حال باید مراقب باشد تا عقاید شخصی خود را تحمیل نکند.
- **دادن اطلاعات:** فراگیر باید همیشه به سؤالات بیمار پاسخ بدهد. پاسخ‌ها باید همیشه واضح باشد و نکات گفته شده در موارد قبل مورد توجه قرار گیرد برای مثال بیمار بپرسد "من شنیدم که آنها می‌خواهند فردا مرا عمل کنند می‌خواهم بدانم چه ساعتی مرا عمل می‌کنند؟" فراگیر می‌گوید "من لیست عمل فردا را دیده‌ام عمل شما فردا ۵ صبح است."
- **گوش دادن به بیمار:** در کلیه ارتباطات با بیمار، قبل از هرچیز باید مشکلات، علایق، احساسات و فعالیت‌های بیمار مورد توجه قرار گیرد. به منظور کمک به بیمار، باید به بیمار، گوش داد. برای گوش دادن، دانشجو باید روبه‌روی بیمار در فاصله ۳ فوتی قرار گرفته و موانع فیزیکی برداشته شده و ارتباط چشمی برقرار شود. یک موقعیت راحت به خود بگیرد و جهت بازخورد مختصری به جلو خم شود و با تکان سر تصدیق نماید. در بیشتر مواقع نیاز بیمار فقط گوش شنوا است.

- رعایت ادب و احترام و مهربانی: مانند گفتن سلام و خداحافظی، در زدن قبل از ورود، معرفی خود و بیان منظور، صدازدن با نام خانوادگی، گفتن لطفا و تشکر و ... اجتناب از اصطلاحات محبت آمیز نظیر (عزیز و ...). اجتناب از ارجاع بیمار با تشخیص و یا شماره اتاق و ...
- رازداری: دانشجو باید کسانی را که در دریافت اطلاعات برای بیمار سهمیم هستند را مشخص نماید.
- جلب اعتماد بیمار با درستی
- در دسترس بودن و اجتناب نکردن از بیمار
- همدلی نه همدردی: همدلی به معنی توانایی برای فهمیدن و پذیرش واقعی شخص دیگر و درک درست احساسات و نشان دادن آن است یعنی خود را به جای دیگران بگذاریم. همدردی غمگین بودن یا احساس ترحم و دلسوزی از طرف دانشجو برای بیمار است که مانع از بررسی تمام جوانب مشکلات بیمار می شود که روش درمانی محسوب نمی شود.
- آرزو و تشویق: البته باید در جایگاه مناسب استفاده گردد و از اطمینان دادن نامناسب خودداری کرد.
- شوخی: جهت کاهش احساسات نامناسب بیمار بوده و باید در جایگاه مناسب استفاده گردد.
- درک حساسیت های فرهنگی و جنسی
- گرمی و دوستی: مثل شروع آشنایی با یک سلام و احوال پرسی
- محیط راحت: مانند صندلی و نور و حرارت مناسب و جو آرام و بدون استرس
- حفظ خلوت و تعیین حریم بیمار: مثل کشیدن پاراوان، صحبت در محیطی خصوصی و ... یا در بعضی از بیماران تماس نزدیک موجب خشم بیمار می شود.
- حفظ بیمار محوری و نه فعالیت محوری
- حفظ تن مناسب صدا
- داشتن اطلاعات مناسب در هنگام گفتگو با بیمار
- قابلیت انعطاف در گفتگو با بیمار: اگر بیمار به موضوع گفتگو علاقمند نیست در یک زمان مناسب با بیمار صحبت کنیم.
- استفاده از جملات ساده و مختصر و نه اصطلاحات پیچیده پزشکی و یا دارای تعابیر مختلف
- مهارت های قاطعانه: که دارای ۴ جزء اصلی است: همدلی، توصیف احساسات یا موقعیت فرد، مشخص نمودن انتظارات، پیش بینی پیامدها
- خلاصه کردن: گاهی جهت مرور کلمات کلیدی استفاده می شود.

آشنایی با پرونده پزشکی بیمار

پرونده پزشکی بیمار، به عنوان یک سند پزشکی محسوب می‌شود و حاوی برگه‌هایی می‌باشد که کلیه فعالیت‌های درمانی تشخیصی انجام شده برای بیمار در آن مکتوب می‌گردد. مکتوبات موجود در پرونده هر بیمار می‌تواند بعنوان یک سند در محاکم قضائی مورد استناد قرار گیرد.

برگه‌های موجود در پرونده پزشکی

برگه‌ها شامل برگ مشخصات بیمار که توسط واحد پذیرش در بدو بستری تکمیل می‌گردد. برگ شرح حال، برگ دستورات پزشک، برگ سیر بیماری، برگ گزارش آزمایشات، برگ کنترل علائم حیاتی، برگ درخواست مشاور، برگ خلاصه پرونده، برگ گزارش پرستاری، برگ علائم حیاتی، فرم آموزش به بیمار/ همراه بیمار در بخش فرم آموزش حین ترخیص به بیمار/ همراه بیمار، فرم ارزیابی اولیه پرستاری، فرم رضایت آگاهانه

برگ شرح حال پزشکی (Medical History): شامل موارد زیر است:

(۱) اطلاعات دموگرافیک: نام و نام خانوادگی، سن، جنس، شغل، محل سکونت، تاریخ پذیرش، منبع اطلاعات و شرح حال و قابل اعتماد بودن آن

(۲) قبل از گرفتن شرح حال باید مشخصات بیمار در بالای صفحه تکمیل گردد

نشانه‌های فعلی بیمار Presenting Symptoms

اصلی‌ترین مشکلی که بیمار بخاطر آن به پزشک مراجعه کرده است که حتی الامکان باید جملات گفته شده توسط بیمار نوشته شود.

(۳) تاریخچه بیماری فعلی History of Present

شکایت اصلی بیمار به تفصیل مورد بررسی قرار می‌گیرد که در آن موارد زیر در مورد مشکل بیمار پرسیده می‌شود. زمان شروع: چگونه شروع (ناگهانی یا تدریجی)، مشخصات شامل: محل، انتشار و کیفیت (تیز یا مبهم) - تغییرات در طی شبانه‌روز چگونه بوده است؟ چه موقعی مشکل وجود داشته است؟ با چه عواملی کم یا زیاد می‌شود؟ اگر چند شکایت اصلی وجود داشته برای هر کدام، موارد بالا تکمیل می‌گردد.

(۴) تاریخچه بیماری‌های قبلی Past Diseases History

از بیماری‌های قبلی سؤال می‌شود. ابتدا بیماری‌های مهم که مزمن باشند از جمله بیماری‌های قلبی ریوی، فشار خون، دیابت و همچنین در مورد وجود سابقه‌ای از مشکل فعلی که در گذشته داشته است باید سؤال شود. سابقه بستری قبلی بیمار نیز سؤال شود. اگر بیمار کودک است موارد زیر باید بررسی شود: سابقه ناتال مثل نوع تولد، زمان تولد، مشکلات حین تولد و نوزادی، رشد و نمو، انجام کامل واکسیناسیون، تغذیه با شیر مادر و تغذیه کمکی.

(۵) سوابق پزشکی بیمار

• داروهای در حال مصرف و سایر اعتیادات (Current Drugtherapy & Other Addiction): -

سابقه مصرف داروها (داروهای مهم و یا داروهائی که بطور طولانی مدت استفاده می‌کند) و سابقه مصرف سیگار، الکل و مواد مخدر، قلیان و غیره.

- سابقه حساسیت Alergy to: دارویی، غذا و ...
- سابقه فامیلی Familia History : سابقه بیماری مهم در خانواده

۶) معاینه فیزیکی و بررسی‌های بالینی: Physical Examination & Clinical Investigation

شامل معاینه: پوست، جمجمه، چشم، گوش، بینی، دهان، گلو، گردن، غدد لنفاوی، قفسه سینه، پستان، قلب، ریه، عروق، شکم، اندام تناسلی، اندام تناسلی، مقعد، اعصاب، اندام‌ها (فوقنی، تحتانی)، استخوان، مفاصل، عضلات.

برگ دستورات پزشک

دستور درمانی یا تشخیصی توسط پزشک داده می‌شود. دستور درمانی یا تشخیصی می‌تواند کتبی یا شفاهی باشد. دستورات پزشک توسط سرپرستار و پرسنل پرستاری بخش اجرا می‌گردد. دستورات دربرگیرنده تمام داروها و درمان‌های غیردارویی بیمار می‌باشد.

برگ سیر بیماری Progress records/treatment progress/progress notes

اجزای تشکیل‌دهنده این برگ شامل:

۱) یادداشت زمان پذیرش Admission note

۲) یادداشت‌های روزانه شامل سیر بیماری fallow up note daily note

۳) یادداشت نهائی: یادداشت روز ترخیص final note or discharge note or off service note

این برگ توسط رزیدنت، اینترن، استاجر تکمیل می‌گردد و حاوی یادداشت‌های اختصاصی مربوط به سیر بیماری، پاسخ بیمار به درمان، وضعیت بیمار در موقع ترخیص می‌باشد. تمام درمان‌ها، پاسخ به درمان، عوارض دارویی و غیر دارویی باید ثبت گردد. نتایج گزارشات پاتولوژی، رادیولوژی، نور قلب، الکترومیوگرافی، مشاوره بر حسب زمان آنها باید ذکر شود.

در یادداشت روز آخر final note، وضعیت بیمار در موقع ترخیص (یا فوت) یا ارجاع، دستورات لازم و زمان پیگیری باید ذکر شود. اگر چند گروه در درمان بیمار دخالت مستقیم دارند باید جداگانه برگ مربوط به پیشرفت سیر بیماری را تکمیل نمایند.

۱. سیر روزانه شامل SOAP

Subjective: مسائلی که از طرف خود بیمار بیان می‌شود.

Objective: مسائلی که در مشاهده و معاینه وجود دارد.

Assessment: ارزیابی انجام شده براساس مسائل Subjective و Objective

Plan: برنامه درمانی یا تشخیصی که براساس ارزیابی بعمل آمده طراحی می‌گردد.

برگ ترخیص یا خلاصه پرونده Discharge note

هدف از تکمیل این برگ و ارائه آن به بیمار در واقع کمک به سایر پزشکانی است که بیمار ممکن است پس از ترخیص به آنها مراجعه نماید. اطلاعاتی که در این برگ باید تست شود شامل موارد زیر است:

- مشخصات بیمار، شماره پرونده، تاریخ بستری، تاریخ ترخیص، تشخیص بیماری
- نام پزشک یا پزشکان معالج با ذکر تخصص و در صورت امکان تلفن تماس
- خلاصه‌ای از آزمایشات که در سیر بیماری از اهمیت خاص برخوردار بوده‌اند.
- اعمال جراحی و تشخیصی که برای بیمار انجام شده است و نتایج حاصل از آنها
- داروهای مصرفی
- شرایط فعلی بیمار
- دستوراتی که باید پس از ترخیص از آنها پیروی نماید
- برنامه مراجعه و پیگیری بیماری
- امضا و نام فردی که این اطلاعات را ثبت کرده است
- تاریخ

ثبت این اطلاعات و ارائه آن به هر پزشک و یا تیم پزشکی که در رابطه با همان بیماری و یا مورد دیگری مواجه شوند از انجام اقدامات تکراری و صرف وقت و هزینه بی‌مورد جلوگیری نموده و جریان درمان را تسریع می‌نماید.

برگ درخواست مشاوره Consultation request sheet

این برگ در دو نسخه تکمیل می‌گردد یک نسخه در پرونده بیمار باقی و نسخه دیگر توسط منشی گروه به پزشکی که از وی درخواست مشاوره شده است داده می‌شود. درخواست مشاوره توسط اتندینگ یا رزیدنتها صورت می‌گیرد و برگ آن توسط اینترنت/دستیار پر می‌شود در این برگ علاوه بر مشخصات دموگرافیک بیمار و نام پزشک معالج و درخواست کننده مشاور، نام پزشکی که از وی درخواست مشاوره شده است قید می‌گردد. در این برگ خلاصه‌ای از شرح حال بیمار و سیر بیماری و علت درخواست ذکر می‌گردد و در پایان علت درخواست مشاوره باید ذکر شود.

به طور کلی، تیم درمانی باید اطلاعات کاملی در زمینه اصطلاحات پزشکی داشته و با اختصارات و علائم استاندارد آشنایی داشته باشند. در صورت استفاده از اختصارات (بجز موارد استثناء) بهتر است برای بار اول به جای استفاده از اختصار، مطلب مورد نظر بطور کامل ثبت شده و در موارد بعدی از اختصار آن استفاده شود، چرا که ممکن است یک اختصار به چندین واژه پزشکی اطلاق شود و از طرفی استفاده کنندگان مختلف برداشت‌های متفاوتی از این اختصارات داشته باشند که پی بردن به واژه صحیح، ضمن اتلاف وقت گاهی غیرممکن است.

در این راستا، مستندسازی باید شامل موارد زیر باشد: شکایت اصلی یا دلیل مراجعه، تاریخچه، معاینه فیزیکی، یافته‌ها، نتایج آزمایشات تشخیصی اولیه، ارزیابی و تشخیص بالینی، برنامه مراقبت، تاریخ و هویت خوانای متخصص مراقبت بهداشتی درمانی. بعلاوه، امتناع بیمار از پیگیری توصیه‌های پزشکی باید ثبت شود. باید توجه داشت که هر مورد ثبت شده در پرونده باید دارای تاریخ و امضاء باشد و عنوان و سمت فرد امضاءکننده مشخص باشد. همچنین، مدارک پزشکی باید بطور کامل مطابق با الزامات اخلاق پزشکی و قوانین، محرمانه حفظ شود.

توجه داشته باشید که از نظر قانونی، یک پرونده ناقص انعکاس دهنده مراقبت و درمان ناقص است. از دیدگاه قانونی و حقوقی نظر بر این است که: آنچه در پرونده ثبت نشده: یعنی انجام نشده.

گزارش نویسی و مستند سازی در پرستاری

گزارشات پرستاران در پرونده نشان دهنده درمان های طبی و مراقبت های پرستاری و واکنش بیمار نسبت به این مراقبت ها می باشد. بنابراین گزارشات پرستاری باید دقیق، کامل و به موقع باشد. ثبت موارد مبهم و نامفهوم، ثبت در زمان نامناسب، نگارش نامناسب و ثبت استنباط شخصی از جمله مواردی است که گزارشات پرستاری را خدشه دار کرده و از لحاظ قانونی نیز مساله آفرین می باشد. گزارش پرستاری جامع و کامل عاملی برای رفع اتهام و تبرئه ی پرستاران است. گزارشات ناقص همواره باعث سوءظن و متهم شدن پرستاران در مراجع قانونی شده است چرا که عملکرد تیم پزشکی با ثبت قابل اثبات است و موردی پذیرفته می شود که کامل گزارش و ثبت شده باشد و تنها در این صورت است که به عنوان سندی محکم و مطمئن می توان در محاکم قضایی آنرا ارائه داد.

امروزه ثبت پرستاری و گزارشات پرستاری به عنوان یک چهارچوب فعالیتی و یک وسیله ی ضروری برای ارائه و ارزیابی مراقبت های پرستاری گسترش یافته است و اوراق ثبت مراقبت های پرستاری یکی دیگر از اوراق مهم و مکتوب در پرونده پزشکی بیمار محسوب می شود.

اهداف گزارش نویسی در پرستاری

- ۱) ارتباط: اعضای تیم مراقبتی در کارهای خود به وسیله گزارش نویسی با هم در ارتباط هستند.
- ۲) آموزش: ثبت گزارشات بیمار، اطلاعاتی در رابطه با تشخیص، ارتباط علائم بیماری با هم، موفقیت یا عدم موفقیت درمان و ... را ارائه می دهد.
- ۳) تحقیق: گزارشات منبعی برای جمع آوری اطلاعاتی در رابطه با تکرار یک بیماری، عوارض، استفاده از درمان یا پرستاری خاص، مرگ و بهبودی و عوارض دارویی می باشد.
- ۴) نظارت و ارزشیابی سیستم های بهداشتی و درمانی: با مطالعه گزارشات، نکات ضعف و قوت در اقدامات انجام شده مشخص می شود و اشتباهات تصحیح می گردد.
- ۵) تهیه صورت حساب مالی: از طریق ثبت کامل و صحیح گزارشات، صورت حساب مالی بیمارستان درست محاسبه می شود.
- ۶) ارزیابی و کسب اطلاعات اساسی در ارتباط با بیمار: با ارزیابی اطلاعات ثبت شده در گزارشات پرستاری، استراتژی های درمان پی گیری می شود و پیش بینی های لازم در مورد نیازهای درمانی و مراقبتی انجام می شود.
- ۷) گزارش نویسی مهارت های تفکر را تقویت می کند.

چه مواردی باید در گزارش پرستاری ثبت شود:

- ۱) دستورات روتین یا ثابت پزشک
- ۲) دستورات PRN
- ۳) دستورات تلفنی
- ۴) دستورات شفاهی
- ۵) دستورات پزشک مشاور
- ۶) ثبت رفتار بیمار
- ۷) عکس العمل بیمار نسبت به اقدامات درمانی و پرستاری
- ۸) ثبت حوادث غیر مترقبه

۹) ثبت موارد پاراکلینیک

۱۰) اقدامات درمانی که سایر اعضای تیم درمان انجام می‌دهند

۱۱) ویزیت‌های انجام شده و تعداد آن (توسط فیزیوتراپیست، مسئول تغذیه، بیهوشی و...)

۱۲) درد، غذا و اشتها، دفع، استراحت و خواب (مخصوصاً در شیفت شب)

۱۳) پیشرفت بیمار، آموزشهای داده شده به وی

۱۴) در بخش زنان و زایمان در مورد نوزاد نیز باید مطلبی نوشت حتی در صورت سالم بودن نوزاد

خصوصیات یک ثبت درست و علمی

فلسفه اصلی از ثبت دقیق جزئیات بیماری، فراهم ساختن امکان مراقبت بهتر از بیمار است. در نوشتن گزارش و مستندسازی، اصول زیر باید رعایت شود:

- **حقیقت:** گزارش صحیح بایستی حقایق را بیان نماید، اطلاعات واقعی منجر به درک اشتباه نمی‌گردد. گزارش باید شامل اطلاعات عینی و توصیفی درباره پدیده‌هایی باشد که پرستار می‌بیند، می‌شنود و احساس می‌کند. از کاربرد کلماتی که ایجاد شک، تردید و یا ابهام در فرد خواننده گزارش می‌نماید جدا خودداری شود و به هیچ عنوان از کلماتی چون به نظر می‌رسد، ظاهراً و ممکن است استفاده نشود.
- **دقت:** موارد ثبت شده درباره بیمار بایستی دقیق باشد تا اعضای تیم درمان بتوانند به آن اعتماد کنند. مثال: گزارش صحیح: بیمار ۳۶۰ cc مایعات (آب) مصرف نموده است.
- **گزارش غلط:** بیمار به میزان کافی مایعات دریافت کرده است.
- در تهیه گزارش از کاربرد علائم اختصاری (Abbreviation) غیراستاندارد خودداری نمایید. علائم اختصاری استاندارد را نیز دقیق هجی نمایید و سپس در گزارش نویسی استفاده کنید.
- در ثبت گزارشات پرستاری به هیچ عنوان نبایستی اقدامات مراقبتی و درمانی که توسط یک پرستار انجام می‌شود، توسط پرستار دیگری ثبت یا چارت گردد.
- در گزارشات پرستاری در ارتباط با اقدامات درمانی و مراقبتی بایستی به وضوح ذکر گردد چه کاری، توسط چه کسی و چه زمانی انجام شده است.
- چنانچه پرستار گزارشش دقیق و با اطمینان نباشد قانون دانان نیز در حیطه کاری خود و قضاوت دچار شک و ابهام می‌گردند.
- عامل دیگر جهت اطمینان از صحت و دقت گزارشات داشتن امضای گزارش دهنده می‌باشد. امضای شخص بایستی دارای مشخصات زیر باشد: نام و نام خانوادگی، سمت، رتبه، تاریخ و ساعت
- **کامل بودن:** اطلاعاتی که در گزارشات پرستاری ثبت می‌گردد بایستی کامل و در ضمن مختصر نیز باشد. نوشته‌های مختصر درک آسانی دارد و نوشته‌های طولانی خواندنش مشکل است و وقت را تلف می‌نماید. در تهیه گزارش پرستاری بایستی از کاربرد کلمات غیرضروری اجتناب نمود.
- **پویا بودن:** گزارش نویسی باید بصورت پویا و بدون تاخیر انجام شود. تاخیر در گزارش کتبی و شفاهی می‌تواند سبب بروز اشتباهاتی جدی گردد و در نتیجه نیازهای مراقبتی بیمار با تاخیر برطرف گردد. تصمیم‌گیری در ارتباط با مراقبت از بیمار باید براساس اطلاعات گزارش شده جاری صورت گیرد. اطلاعات مربوط به اقدامات تشخیصی و درمانی را باید بلافاصله بعد از انجام آنها ثبت کرد. چون حافظه انسان به آسانی دچار فراموشی

می‌شود، ثبت اطلاعات مراقبتی درمانی باید به هنگام رخداد حوادث انجام شود. بنابراین تا حد امکان بلافاصله بعد از ارائه مراقبت درمانی تجویز داروها و انجام درمان‌ها اطلاعات مربوطه را باید ثبت نمود. توجه داشته باشید که همیشه اقدامات بعد از انجام آن ثبت شود نه قبل از آن.

• فعالیت‌ها و وقایعی که بایستی به طور جاری و بدون وقفه ثبت گردد شامل:

- علائم حیاتی
- تجویز دارو و اقدامات درمانی
- آماده کردن بیمار برای تست‌های تشخیصی
- تغییر در وضعیت سلامت
- پذیرش، انتقال، ترخیص یا مرگ بیمار
- درمان تغییرات ناگهانی در وضعیت بیمار

• **سازماندهی گزارش:** اطلاعات ثبت شده بایستی دارای نظم بوده و سازماندهی شوند و بهتر است از فرمهای مخصوص استفاده گردد.

• **محرمانه بودن گزارش:** کلیه گزارشات باید محرمانه باشد و دور از دسترس همراهان و وابستگان بیمار قرار گیرد. مرکز آموزشی، درمانی، پژوهشی حق تکثیر هیچ یک از اوراق پرونده بدون اجازه بیمار را ندارد.

اصول صحیح گزارش نویسی در پرستاری

۱. پس از ثبت هرگونه اطلاعات در گزارش پرستاری با زدن مهر نظام پرستاری یا مهر مخصوص بخش نام خانوادگی، سمت و امضای خود را وارد نمایید.
۲. به منظور جلوگیری از اتلاف وقت، انتقال صحیح مطالب و سرعت بخشیدن به کارها، گزارش را خوانا و مرتب بنویسید.
۳. در برخی موسسات گزارش صبح درشیفت صبح با خودکار آبی، عصر قرمز و شب مشکی ثبت می‌شود. در این راستا بهتر است بر اساس مقررات موسسه اقدام نمایید.
۴. جهت ثبت دقیق اوقات شبانه روز در گزارش ساعات را بطور کامل با استفاده از اعداد ۱ تا ۲۴ بنویسید. بعنوان مثال ساعت ۱ بعداز ظهر را بصورت ۱۳:۰۰ و ساعت نه و ربع بامداد را بصورت ۱۵:۰۹ ثبت نمایید.
۵. علائم حیاتی ساعت ۶ صبح و ساعت ۶ بعداز ظهر (۱۸:۰۰) را علاوه بر ثبت در برگه کنترل علائم حیاتی پرونده در برگه چارت علائم حیاتی نیز رسم نمایید.
۶. هرگونه علائم حیاتی ساعتی باید در برگه کنترل علائم حیاتی پرونده نوشته شده و نام فرد کنترل‌کننده در محل مربوطه بصورت واضح و خوانا ثبت شود.
۷. نام و مشخصات بیمار باید در بالای صفحه به طور کامل تکمیل و ثبت شود.
۸. در صورتی که یک یا چند مورد از دستورات پزشک بنا به علتی اجرا نشده ضروری است دستورات اجرا نشده با ذکر علت آن در گزارش ثبت شود.
۹. مسئولیت درج صحیح دستورات پزشک در کاردکس با پرستار مسئول شیفت است و باید در این زمینه دقت کافی برای جلوگیری از بروز اشتباهات بعمل آید.

۱۰. کلیه اطلاعات ضروری در مورد دستورات دارویی باید ثبت شود (این موارد شامل: نام دارو، دوز دارویی، راه تجویز دارو، تاریخ و زمان دادن دارو می باشد).
۱۱. گاهی زدن علامت تیک روی ساعت تجویز دارو به منزله داده شدن دارو به بیمار و کشیدن دایره دور آن به معنی ندادن دارو به بیمار می باشد که در هر حالت باید نام دهنده دارو روی محل تیک یا دایره ثبت شود.
۱۲. در صورت ندادن دارو به هر علت و کشیدن دایره دور ساعت تجویز باید علت آن در بالای ساعت تجویز دارو به طور مختصر ذکر شده و در گزارش پرستاری نیز در مورد آن توضیح داده شود. (برخی از علل احتمالی عبارتند از: موجود نبودن دارو، پایین بودن فشار خون بیمار و....)
۱۳. با توجه به تشخیص اصلی یا افتراقی بیمار علائمی را که می تواند در تشخیص قطعی بیماری، سیر بیماری و تصمیم گیری برای درمان کمک کننده باشد به خصوص در گزارش پذیرش بیمار حتما قید نمایید.
۱۴. گزارش پذیرش بیمار باید بسیار کامل نوشته شده و شامل ساعت ورود بیمار، نحوه ورود (با پای خودش، با برانکار، توسط اورژانس ۱۱۵، توسط همراه و ...)، وضعیت هوشیاری بیمار، علائم حیاتی هنگام ورود و سایر موارد مهم مشاهده شده می باشد.
۱۵. با توجه به داروهایی که بیمار مصرف می کند، عوارض جانبی آن را مد نظر قرار داده و در صورت بروز بلافاصله گزارش نمایید.
۱۶. انواع آزمایشات پاراکلینیکی بیمار را در صورت انجام با ذکر ساعت و تاریخ گزارش نمایید.
۱۷. دریافت پاسخ آزمایشات را گزارش نموده و در صورت وجود موارد غیرطبیعی آنها را به طور کامل با ذکر اقدامات انجام شده نظیر اطلاع به پزشک و درمان های مربوطه گزارش نمایید.
۱۸. در صورتی که بیمار از طریق داخل وریدی مایع دریافت می کند میزان مایع دریافتی در شیفت خود را محاسبه نموده و در گزارش قید نمایید.
۱۹. در صورتی که بیمار دستور کنترل میزان جذب و دفع مایعات (I&O) را دارد، باید فرم کنترل جذب و دفع در پرونده گذاشته شده و میزان جذب و دفع در هر شیفت با ذکر نوع و روش دریافت مایعات همچنین مقدار و نوع هرگونه مواد دفعی به طور دقیق ثبت شود.
۲۰. شبکار باید در پایان شیفت خود جمع ۲۴ ساعته (I&O) را در برگه کنترل جذب و دفع و نیز در برگه چارت علائم حیاتی در ستون مربوطه ثبت نماید.
۲۱. ضروری است پرستار پس از مشاهده موارد غیر طبیعی در بیمار و یا انجام مراقبت های خاص برای بیمار، در اسرع وقت گزارش نماید.
۲۲. گزارش جاری و معاصر و پویا باشد. اطلاعات ثبت شده در پرونده نباید توأم با تاخیر باشد زیرا ممکنست از قلم بیفتد. یادداشت یک سری از موارد باید بدون هیچ تاخیری باشد مانند: دادن داروها، آمادگی برای عمل و کارهای تشخیصی، پذیرش، انتقال، ترخیص و تغییر ناگهانی در وضعیت بیمار، اندازه گیری علائم حیاتی و... اما ثبت مواردی مثل حمام دادن یا ماساژ و... را می توان به تاخیر انداخت.
۲۳. گزارش عملیات احیای قلبی ریوی (C.P.R) به طور کامل و جامع با ذکر کلیه مراحل احیا، باید در پرونده ثبت شود.
۲۴. از ثبت روش ها و مراقبت های پرستاری و درمانی قبل از اجرای آنها اجتناب نمایید.
۲۵. گزارش پرستاری باید در انتهای شیفت برای پرهیز از اشتباه و خط خوردگی نوشته شود.
۲۶. از تصحیح عبارات اشتباه در گزارش بوسیله لاک و یا سیاه کردن و نیز پاک کردن آنها اکیدا اجتناب شود.

۲۷. بر روی مورد اشتباه خط کشیده اما به نحوی که قابل خواندن باشد و در قسمت بالای مورد اشتباه بنویسید: اشتباه است.

۲۸. ثبت اطلاعات به صورت سازمان‌بندی شده در گزارش به راحتی قابل درک است. منظور از سازمان‌دهی این است که وقایع را به ترتیب زمان وقوع نوشته شوند. مثال: بیمار درد شدیدی در ربع تحتانی شکم بیان می‌کند که هنگام چرخیدن بدتر می‌شود و در حالت خوابیده به چپ به حداقل می‌رسد. شکم در لمس حساس و در دق مات می‌باشد صدای روده‌ها با گوشی شنیده نمی‌شود، به دکتر ... اطلاع داده شد. دستور ... جهت کاهش درد بیمار و انجام اسکن شکم داده شد.

۲۹. در گزارش نویسی انحصاراً مواردی را که خود انجام داده یا مشاهده نموده یا بر اجرای آنها نظارت داشته‌اید ثبت نمایید.

۳۰. در صورتی که نیاز به نقل قول از سوی بیمار است عین گفته‌های بیمار را گزارش نمایید.

۳۱. در صورتی که بیماری شفاها مسئولین درمانی بیمارستان را تهدید به تعقیب مواردی نماید دقیقاً گزارش کنید.

۳۲. از سوگیری در توصیف شخصیت بیمار با صفات ناخوشایند پرهیزید.

۳۳. از انتقاد از سایرین در گزارشات پرستاری خودداری نمایید.

۳۴. اطلاعاتی را که خودتان به پزشک معالج گزارش می‌نمایید (حضور، تلفنی) دقیقاً ثبت کنید.

۳۵. در بین و ابتدا و انتهای گزارش جای خالی باقی نگذارید.

۳۶. در پایان گزارش را با نام کامل و درج سمت خود امضا نموده و از مهر نظام پرستاری یا مهر بخش استفاده کنید.

۳۷. در خصوص مشاوره‌های پزشکی باید توجه شود که دستورات مشاوره فقط در صورتی که توسط پزشک معالج یا پزشک مقیم در پرونده دستور اجرای آنها داده شده قابل انجام می‌باشد و نباید هیچگاه به طور مستقیم و بدون اطلاع پزشک معالج اجرا گردد.

تحریف در گزارش نویسی

گزارش پرستاری ارزش حقوقی و قضایی دارد و بنا بر این هرگونه تحریف در آن پیگرد قانونی به دنبال خواهد داشت. تحریف گزارش پرستاری می‌تواند شامل موارد زیر باشد:

- اضافه نمودن مواردی به گزارش موجود، بی‌آنکه تعیین شود که موارد مذکور بعداً اضافه گردیده است.
- ثبت اطلاعات نادرست در گزارش پرستاری
- حذف نکات مهم گزارش
- ثبت تاریخ گزارش به نحوی که موید این مسئله باشد که گزارش در زمان قبلی ثبت شده است.
- دوباره نویسی و تغییر گزارش
- تخریب یا مخدوش نمودن گزارشهای قبلی یا موجود
- اضافه نمودن مواردی به گزارش های سایرین

گزارش تغییر شیفت

فرایند تحویل بیمار، مکانیسمی برای انتقال اطلاعات، مسوولیت و اختیار از یک شخص یا گروهی از ارائه‌دهندگان مراقبت به شخص و یا تیم بعدی ارائه‌دهنده مراقبت حین تغییر نوبت کاری یا انتقال بیمار (از بخشی به بخش دیگر و یا از یک واحد درمانی به واحد درمانی دیگر) به منظور استمرار و تداوم مراقبت می‌باشد که یکی از اجزای اصلی برقراری ارتباط در ارائه مراقبت سلامت و نکته کلیدی در راستای ارتقاء ایمنی بیمار است.

تغییر شیفت یکی از موقعیت‌های تحویل بیمار و تبادل اطلاعات در پرستاری است که طی آن اطلاعات ضروری مربوط به بیمار بین کادر پرستاری نوبت‌های کاری مختلف مبادله می‌شود. این مهم علاوه بر تداوم مراقبت با بررسی جامع بیمار در بالین، تعیین اولویت‌های مراقبتی، مشارکت فعال کادر پرستاری دو شیفت در امر تبادل اطلاعات و مرور اقدامات درمانی و دارویی بیمار باعث ذخیره وقت و زمان کادر پرستاری و ارائه خدمات با کیفیت می‌گردد.

• برای اطمینان از تبادل اطلاعات مرتبط و پرهیز از ارائه اطلاعات غیر ضروری، اطلاعات مربوط به بیمار با بهره‌گیری از مدل SBAR¹ و بر طبق آخرین اطلاعات مندرج در پرونده و کاردکس، به شرح ذیل ارائه می‌شود:

۱. وضعیت (Situation): ارائه اطلاعات مربوط وضعیت فعلی بیمار شامل وضعیت ذهنی، راه هوایی و اکسیژناسیون، گردش خون و همودینامیک، پوست و زخم فشاری، گوارش و تغذیه، راه وریدی و کاتترها، وضعیت حرکتی و محدودیت‌های بیمار مانند محدودیت در دریافت مواد غذایی از راه دهان، رژیم غذایی
۲. تاریخچه (Background): شرح بیماری‌های زمینه‌ای، سابقه پزشکی و داروهای مصرفی بیمار به اختصار
۳. بررسی (Assessment): ارائه یافته‌های مربوط به ارزیابی علائم حیاتی، درد، میزان خطر سقوط و زخم فشاری
۴. توصیه‌ها و پیگیری‌ها (Recommendation): پیشنهاد و توصیه برای اقدامات بعدی و آنچه در مراحل بعد نیاز به تکمیل، پیگیری یا انجام دارد مثل اجرای دستورات دارویی، انجام پروتکل سقوط و زخم فشاری و سایر موارد قابل گزارش و پیگیری مشاوره‌ها، آزمایشات، گرافی‌ها

- جهت تأمین کیفیت مطلوب و مبتنی بر استاندارد در هنگام تحویل بیمار باید اصول زیر که بر گرفته از اصول CUBA است در تمامی موارد تحویل کلامی بیمار رعایت شود:

۱. اصل محرمانگی Confidentiality:

در زمان تحویل بالینی بیمار به اطلاعات حساس و محرمانه بیمار توجه شود. این اطلاعات باید در محیطی دور از بالین بیماران و با صدای آهسته تبادل گردد. همچنین این قبیل اطلاعات نباید به خارج از محدوده مرکز آموزشی، درمانی، پژوهشی و محیط درمان انتقال یابد. اطلاعات حساس و محرمانه بیمار می‌تواند شامل نتایج مثبت آزمایشاتی مانند HIV، بیماری‌های قابل انتقال مانند هپاتیت، اختلالات روان، قرار داشتن بیمار در گروه پر خطر اجتماعی (کودک آزاری/ دختران فراری/ بارداری غیر متعارف/ زنان رها شده، نوزادان رها شده خشونت علیه زنان، سالمندان، معلولان/ اقدام به خودکشی) و سایر مواردی که بیماران می‌خواهند محرمانه بمانند. جهت حفظ حریم بیماران و حفظ اسرار آنها فرایند تحویل در بعضی از موارد می‌تواند خارج از اتاق بیمار انجام شود.

¹. Situation, Background, Assessment, Recommendation

۲. توالی و پیوستگی در ارائه گزارش: Uninterrupted

تحويل بیماران باید در محیطی آرام و بدون ایجاد وقفه انجام شود. در این زمینه می‌بایست شروع فرایند تحويل نوبت کاری به موقع و در زمان تعیین شده از قبل آغاز شود.

۳. خلاصه بودن گزارش Brife :

انتقال اطلاعات باید تا حد امکان به اطلاعات ضروری و مرتبط با وضعیت درمانی محدود گردد و از ارائه اطلاعات با حجم زیاد خودداری شود.

۴. صحت و دقت اطلاعات Accuracy :

باید اطمینان حاصل شود که تمام اطلاعات انتقال یافته در فرایند تحويل صحیح و دقیق بوده و در مورد هیچ بیماری سهل انگاری در حیطه انتقال اطلاعات نشده است. اطلاعات مراقبتی باید در ابتدا و انتهای هر نوبت کاری، به روز رسانی شده، شفاف و مختصر باشد و اطلاعات نباید با استفاده از لهجه خاص و یا اصطلاحات غیر معمول انتقال یابد.

۵. پرستار مسئول بیمار Named Nurse:

- بر اساس رعایت اصل استمرار مراقبت ضروری است پرستار مسئول بیمار تحويل بیمار را انجام دهد.
- کارکنان شیفت قبل باید از ارائه اطلاعات محرمانه و اطلاعات مربوط به ایمنی بیمار (احتمال سقوط، زخم فشاری و...) به کارکنان نوبت کاری بعد اطمینان حاصل نمایند.
- به هنگام تحويل بالینی راه وریدی، لوله و اتصالات بیمار از نظر درستی تعبیه و صحت کارکرد بررسی شود. این بررسی به کارکنان شیفت قبل فرصت میدهد در مورد مشکلات توضیحات بهتری ارائه دهند.
- باید فرصت تأیید و یا شفاف سازی اطلاعات به بیمار داده شود در صورت وجود هرگونه ابهام و یا سؤال آن را بیان نماید. در صورت تمایل بیمار، اعضای خانواده او نیز می توانند در هنگام تحويل بیمار حضور داشته باشند.
- کارکنان پرستاری تحويل گیرنده می توانند جهت روشن شدن بیشتر وضعیت بیمار سؤالات خود را مطرح نمایند.
- در طی فرایند تحويل بیمار، کارکنان پرستاری شیفت بعد باید از ایمن بودن تجهیزات و محیط بیمار از جمله در دسترس بودن و صحت کارکرد: زنگ احضار پرستار، دستگاه ساکشن، اکسیژن، و بقیه تجهیزات و نرده ایمنی بیمار، نظم محیط به منظور تأمین آسایش، راحتی حرکت و در دسترس بودن تجهیزات و ارتفاع تخت اطمینان حاصل نمایند.
- کارکنان کمک دهنده (رلیف)^۲ و دانشجویان پرستاری هم باید در فرایند تحويل شیفت حضور داشته باشند.
- اطلاعات مربوط به بیمارانی که در بخش حضور ندارند و جهت اقدامات درمانی یا تشخیصی به سایر واحدهای پاراکلینیکی مرکز آموزشی، درمانی، پژوهشی یا خارج از مرکز آموزشی، درمانی، پژوهشی منتقل شده اند نیز باید به کادر پرستاری شیفت بعد گزارش شود.

² relief

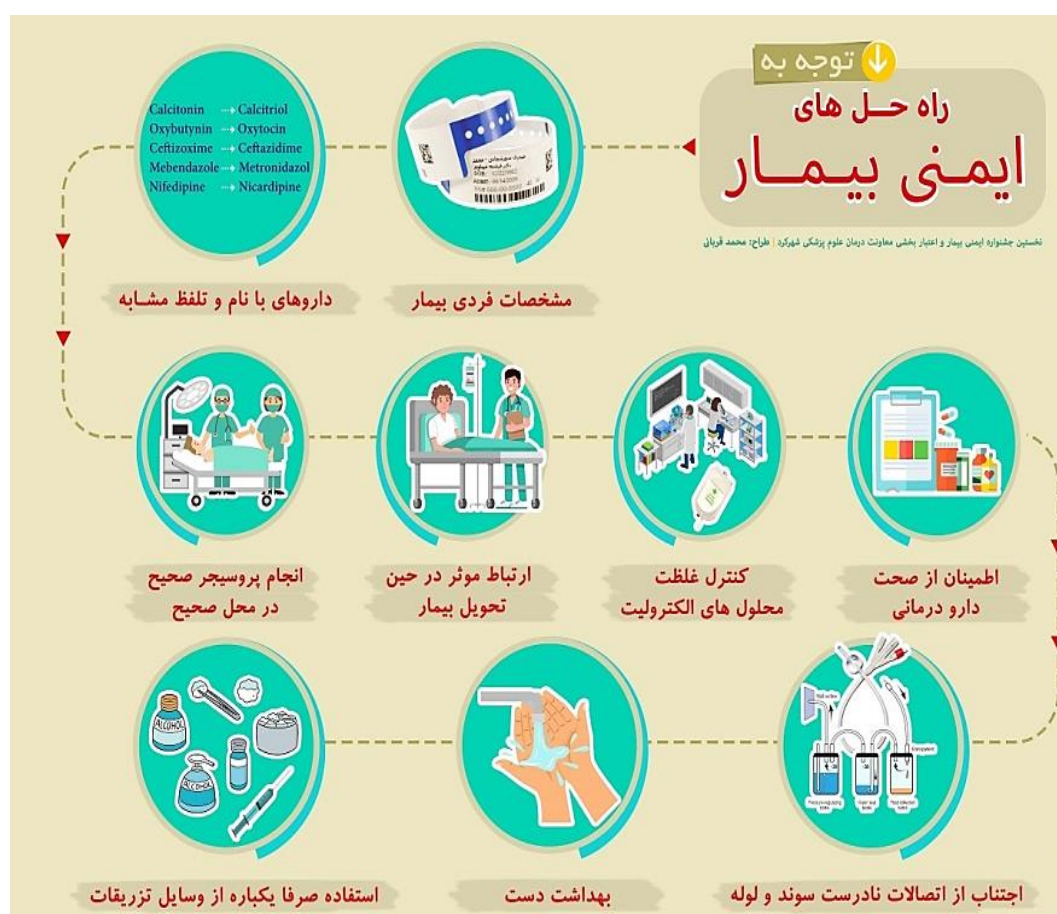
- در صورت همزمانی اعلام کد احیا با تحویل شیفت اولویت با حضور در تیم احیا است، نحوه حضور در تیم احیا در زمان تحویل شیفت (در نظر داشتن عدم وقوع تداخل و مشکل در فرایند تحویل بیمار) توسط مدیریت پرستاری مرکز آموزشی، درمانی، پژوهشی به بخش ها ابلاغ و اعلام می گردد.
- به منظور رعایت احتیاطات کنترل عفونت جهت بیماران ایزوله مستقیم یا معکوس و به حداقل رساندن تردد در محوطه ایزوله هنگام تحویل شیفت، ضروری است افراد حاضر در بالین به پرستاران مسئول بیمار در دو شیفت محدود شوند.
- به منظور اجرای درست و کامل فرایند تحویل شیفت ضروری است هنگام تحویل شیفت انتقال بیماران از اتاقهای عمل، بخش ها و سایر واحدها صرفا به موارد اورژانس و حیاتی محدود شود.
- در صورت عدم حضور پرستار مسئول (اعزام / پاس شیر / ماموریت) پرستار جانشین، موظف به تحویل بیمار می باشد.
- علاوه بر تحویل بیماران در بالین، موارد زیر تحت عنوان اطلاعات کلی بخش توسط سرپرستار/ مسئول شیفت قبل، به سرپرستار/ مسئول شیفت بعد تحویل می شود.
- آمار بیماران پذیرفته شده، ترخیص شده و تعداد کل بیماران بستری
- گزارش حوادث و وقایع خاص
- وسایل بیماران بستری در صورت نگهداری در ایستگاه پرستاری
- در صورت نگهداری داروهای مخدر در بخش های مجاز، نوع و تعداد داروها به همراه پوکه داروهای مصرفی توسط سرپرستار/ مسئول شیفت قبل، به سرپرستار/ مسئول شیفت بعد تحویل داده شود.
- تحویل بخش نیز از موارد مورد انتظار در تحویل شیفت است که ضروری است سرپرستار/ مسئول شیفت در هنگام تقسیم کار افراد مسئول موارد ذیل را تعیین نماید:
- کنترل تجهیزات پزشکی ضروری که در مواقع مخاطره حیات بکار می روند نظیر الکتروشوک
- تحویل ترالی کد مطابق دستورالعمل ابلاغی مرکز مدیریت حوادث و فوریتهای پزشکی کشور
- کنترل یخچال دارویی بخش بر طبق دستورالعمل های ابلاغی
- کنترل داروها و اقلام مصرفی موجود در استوک بخش از نظر تعداد و تاریخ مصرف
- کنترل نظافت و بهداشت پایه بخش
- تبادل اطلاعات مربوط به کلیه خرابی ها، تأسیسات، تجهیزات، قطعی آب و برق و گاز های طبی و تلفن، سیستم HIS و غیره.

۶. حفظ ایمنی بیمار

ایمنی بیمار شامل پرهیز، پیشگیری و کاهش نتایج ناگوار یا آسیب به بیمار ناشی از فرآیند مراقبت‌های پزشکی می‌باشد. در این زمینه دانستن چند اصطلاح زیر ضروری است:

- **حادثه:** اتفاق ناخواسته یا غیرقابل انتظار که منجر به آسیب بیمار یا کارکنان می‌شود شامل مرگ، ناتوانی، جراحات، بیماری یا هرگونه آسیب دیگر است.
- **شبه حادثه:** رویدادی که به اصطلاح به خیر گذشته است.
- **خطا:** اشتباه یا لغزش یا تخلف که منجر به حادثه شود.

۷. راه حل ایمنی بیمار



۱. توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی

لیست داروهای مشابه (آوایی، شنیداری، دیداری) در هر بخش مشخص و داروها در باکس‌های مجزا، با نور زرد رنگ از هم مجزا و مشخص شدند. در کلیه بخش‌های درمانی لیستی از داروهایی را که اسامی مشابه دارند و احتمال بروز خطا در آنها وجود دارد (چه از نظر نام و چه از نظر شکل و ظاهر آنها) به دیوار اتاق دارو و درمان هر بخش نصب گردیده است. داروهای شبیه به هم (از نظر نام، شکل و ظاهر آنها) در باکس‌ها و قفسه‌های جداگانه چیدمان شده‌اند. در خصوص داروهای با غلظت بالا و خطرناک نام دارو با برچسب جداگانه مشخص شده‌اند.

• داروهای پرخطر

در هر بخشی لیست داروهای پرخطر مشخص شده و به تأیید کمیته دارو و تجهیزات رسیده و لیست داروهای پرخطر به دیوار اتاق دارو و درمان هر بخش نصب گردیده است و نام این داروها با نوشته مشکی و پس زمینه قرمز مشخص گردیده است و در بین این داروها، ۱۲ دارو براساس دستورالعمل ارسالی از وزارت بهداشت به عنوان داروهای ۱۲ گانه هشدار بالا اعلام گردیدند.

• داروهای هشدار بالا (High-Alert)

داروهای با هشدار بالا شامل آن دسته از فرآورده‌های دارویی می‌باشند که بروز اشتباه در مصرف آنها با خطر بالایی از ایجاد آسیب‌های جدی حتی مرگ بیماران همراه می‌باشد.

نحوه چیدمان این داروها براساس دستورالعمل

ردیف	نام دارو	ردیف	نام دارو
۱	کلرید پتاسیم	۷	آتروپین
۲	سولفات منیزیم	۸	اپی نفرین
۳	پیکروینات سدیم	۹	هیپارین
۴	گلوکانات کلسیم	۱۰	رتیلاز
۵	هایپرسالین	۱۱	هالوپریدول
۶	لیدوکائین	۱۲	پروپراتولول

۱. توجه به مشخصات فردی بیمار برای جلوگیری از خطا

به منظور به حداقل رسانیدن اتفاقات ناخواسته ناشی از عدم شناسایی صحیح بیماران، الزامی است کلیه بیماران بخش بستری مرکز آموزشی، درمانی، پژوهشی در دوره پذیرش در مرکز آموزشی، درمانی، پژوهشی دارای باند شناسایی (مچ بند) دریافت اقدامات درمانی، تشخیصی و مراقبتی باشند.

در مرکز آموزشی، درمانی، پژوهشی دستبند شناسایی برای بیماران تعبیه گردیده که شامل: نام، نام خانوادگی، نام پدر، شماره پرونده بیمار درج گردیده است. دستبند شناسایی در نوزادان به صورت دو پابند شناسایی که به هر دو پای نوزاد بسته می‌شود که نام و نام خانوادگی مادر، نام پزشک، جنسیت نوزاد، تاریخ و ساعت تولد، شماره پرونده. دستبند شناسایی در بیماران کدبندی رنگی شده‌اند که هر رنگ نشان دهنده موضوعی می‌باشد.

رنگ زرد شامل بیمارانی است که در معرض خطر می‌باشند.

کد	تعریف
B,S=Brd Sorc	مستعد با مبتلا به زخم فشاری
F.R=Fall Risk	در معرض خطر سقوط
D.T=DVT/VT	در معرض ترومبو آمبولیسم
S.R=Suicidc Risk	ریسک خودکشی
S.Z-Scizurc	تشنج
Hb=Hcpatitis B	هپاتیت
H.V= Human immunodeficiency virus	ایدز

رنگ قرمز: شامل بیمارانی است که نسبت به دارویی حساسیت دارند.

بیماران در واحد پذیرش دستبند شناسایی به رنگ سفید دریافت می کنند و در زمان ارزیابی اولیه توسط پرستار چک و به دست غالب بیمار بسته می شود و در صورت دارا بودن شرایط براساس کدبندی، رنگی، نوار/ لیبل رنگی با درج کد ریسک به دستبند سفید بیمار الحاق می گردد و در زمان ترخیص توسط پرستار از دست بیمار خارج و در سطل زباله عفونی امحا می گردد.

۱. ارتباط مؤثر در زمان تحویل بیمار

ریشه بروز بسیاری از موارد خطای پزشکی تحویل نادرست بیمار از یک شیفت به شیفت بعدی یا انتقال بیمار از بخشی به بخش دیگر می باشد.

۲. انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح از بدن بیمار

اجرای دستورالعمل بیمار صحیح، پروسیجر صحیح به طور ویژه در اتاق عمل بسیار بااهمیت است:

گام اول: اطمینان از اخذ رضایت آگاهانه معتبر

به عنوان یک خط مشی، انجام اعمال جراحی، طبی، بیهوشی، رادیولوژی و پروسه های آنکولوژی، بدون اخذ رضایت آگاهانه غیرممکن می باشد. مشروط بر آنکه رضایت دهنده صلاحیت لازم را جهت اخذ رضایت دارا باشد. در صورت ناتوانی بیمار جهت اخذ رضایت، وجود حکم یا دستور قضایی (قیومیت) لازم می باشد. لذا الزامی است که فرم رضایت آگاهانه و خط مشی کامل آن در واحدهای درمانی موجود و در دسترس کلیه کادر درمانی قرار گیرد.

گام دوم: تأیید هویت بیمار

قبل از اجرای هرگونه داروی مؤثر بر وضعیت شناختی بیمار، یکی از اعضاء تیم درمانی موظف است که هویت بیمار را دقیقاً شناسایی نموده تا با طرح پرسش های ذیل از بیمار، فرآیند شناسایی صحیح بیمار به نحو احسن صورت گیرد. این پرسش ها شامل:

- نام کامل بیمار و تاریخ تولد (لازم به ذکر است که این مورد بایستی از بیمار پرسیده شود نه به گونه ای باشد که بیمار تأیید نماید)

- نوع درمان یا پروسیجر طراحی شده

- دلایل انجام روش درمان یا پروسیجر مورد نظر

- نشان دادن قسمت و محل عمل یا پروسیجر

گاهاً بسیاری از بیماران مزمن (از قبیل بیماران دیالیزی و یا بیماران تحت شیمی درمانی)، از دستبند شناسایی استفاده نمی کنند و نمی توان از این طریق قبل از انجام پروسیجر هویت بیمار را مورد شناسایی قرار داد. لذا اتخاذ تدابیری به منظور اطمینان از شناسایی صحیح این گونه بیماران الزامی است.

گام سوم: علامت گذاری محل عمل جراحی یا پروسیجر تهاجمی

محل عمل جراحی یا پروسیجر تهاجمی بایستی به صورت کاملاً مطلوب توسط فرد انجام دهنده پروسیجر و یا توس جراح نشانه گذاری شود اگر فرد مورد نظر، در هر زمانی احساس نماید که در خصوص محل عمل یا سمت عمل دچار ابهام و یا اشتباه گردیده و یا تجربه لازم جهت تقبل این وظیفه را ندارد، بایستی فوراً جراح و یا فرد

انجام دهنده پروسیجر را مطلع نماید. در هر صورت نبایستی هیچ بحرانی بیمار را تهدید کند، حتی اگر بروز هیچ اشتباهی هم ثابت نشده باشد.

پزشک مسئول بیمار باید مطمئن شود که محل عمل جراحی یا پروسیجر تهاجمی به درستی شناسایی و علامت گذاری شده و عمل جراحی یا پروسیجر تهاجمی در محل و سمت درست انجام می‌گردد.

گام چهارم: بررسی نهایی بیمار در محل انجام پروسیجر یا در اتاق عمل (به منظور بازبینی، تأیید نهایی و صحه گذاری پیش از عمل)

همزمان با ورود بیمار به اتاق عمل همه اعضاء تیم درمانی، تیم جراحی درگیر شامل: جراح، متخصص بیهوشی، دستیاران و پرستار، بایستی در بررسی نهایی بیمار به طور فعال شرکت نمایند. موفقیت در فرایند بررسی بیمار کاملاً وابسته به میزان ارتباط فعال بین همه اعضاء تیم درمان است.

گام پنجم: اطمینان از موجود بودن، صحیح بودن و در دسترس بودن تمام مدارک و گرافی‌های تشخیصی مرتبط
خطاهای پزشکی ناشی از نقص در مستندسازی و یا نادرست بودن لیبل گذاری روی تصاویر تشخیصی، یک واقعیت مخاطره آمیز در شناسایی بیمار صحیح می‌باشد.

۳. کنترل غلظت محلول‌های الکترولیت

محلول‌های الکترولیت تزریقی (کلرید پتاسیم، کلرید سدیم، سولفات منیزیم و ...) طبق استاندارد باید دستور رقیق‌سازی پیش از تزریق داشته باشد و در مدت زمان معین و به روش صحیح تزریق صورت پذیرد. توجه شود تزریق محلول‌های الکترولیت غلیظ عوارض جبران‌ناپذیر برای بیمار به همراه دارد. نسخه نویسی محلول‌های الکترولیتی با غلظت بالا بایستی خوانا باشد در هنگام نسخه‌نویسی نام دارو و میزان سرعت انفوزیون بایستی با استفاده از حروف درشت باشد.

۴. اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارائه خدمات

خطاهای داروئی به هنگام تهیه، تجویز، توزیع و دادن دارو به بیمار و پایش آن رخ می‌دهند ولیکن میزان بروز خطا به هنگام تجویز دارو و دادن آن به بیمار شایعتر برآورد می‌گردد. رعایت دستورالعمل تلفیق دارویی در بخش‌ها الزامی می‌باشد و بدنبال آن پایش تطابق دستور پزشک با گزارش پرستاری به صورت منظم روزانه چک شود. برای کلیه بیماران از فرم تلفیق دارویی برای جلوگیری از تداخلات دارویی و آموزش هنگام ترخیص استفاده شود.

۵. اصول دارو دهی صحیح بر اساس قانون هفت رایت (7 Right)



۱. بیمار صحیح
۲. داروی صحیح
۳. زمان صحیح
۴. دوز مصرف صحیح
۵. روش مصرف صحیح
۶. ثبت صحیح
۷. دلیل صحیح

۱. اجتناب از اتصالات نادرست سوندها و لوله‌ها

هرگونه دسترسی به محیط داخلی بدن از طریق انواع لوله و سوندها (لوله معده - لوله تراشه - کاتترهای وریدی) مرکزی و محیطی (انواع سوند، درن و ...) می‌بایست به روش صحیح و در محل صحیح و مخصوص به خود انجام گیرد. هرگونه عدم انطباق در این خصوص ایمنی بیمار را به مخاطره می‌اندازد.

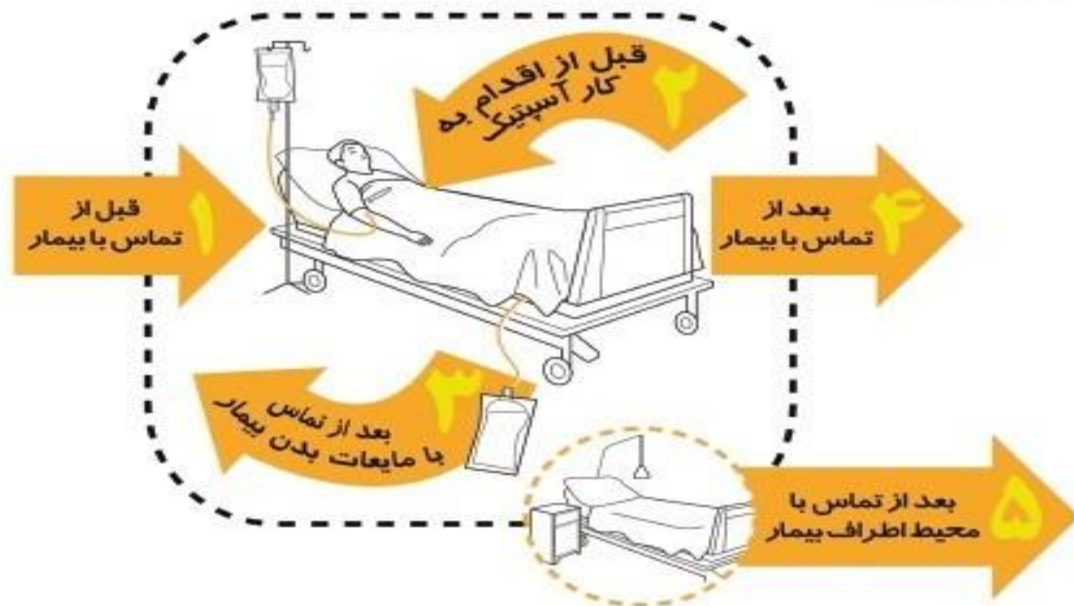
۲. استفاده صرفاً یکبارہ از وسایل تزریقات

کلیه اقلام و تجهیزاتی که به نوعی با محیط داخلی بدن در تماس هستند باید استریل و عاری از آلودگی باشد. این اقلام در صورتی که یکبار مصرف نباشند بلافاصله پس از استفاده وارد فرایند شستشو، ضدعفونی و استریل‌سازی می‌شوند و در صورتیکه یکبار مصرف باشند از قبیل: سرسوزن، لوله تراشه، لوله معده، انواع سوند و ... می‌بایست پس از استفاده به روش صحیح امحاء شده و هرگز مورد استفاده مجدد قرار نگیرد.

۳. بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت‌های مرتبط با مراقبت‌های سلامتی

• بهداشت دست به عنوان ساده‌ترین معیار در پیشگیری از عفونت‌های مرکز آموزشی، درمانی، پژوهشی می‌باشد. به طور کلی در پنج موقعیت زیر بایستی شست دست و ضدعفونی کردن آنها با استفاده از آب و صابون و یا مواد حاوی الکل انجام شود .. توجه داشته باشید که در صورت وجود آلودگی واضح و روشن بر روی دست مانند آلوده شدن دست به خون و ادرار و سایر ترشحات بیمار حتماً بایستی دست‌ها با آب و صابون شسته شوند.

۵ موقعیت برای بهداشت دست



دفع پسماندها

به منظور حفظ سلامت عمومی و محیط زیست در مقابل اثرات نامطلوب پسماندهای پزشکی، دفع زباله‌های مرکز آموزشی، درمانی، پژوهشی باید به شرح ذیل انجام گیرد:

تفکیک در مبدا پسماندها بر عهده کلیه کارکنان در قسمت‌ها و بخش‌های مختلف مراکز درمانی می‌باشد. اساس تفکیک پسماند کدبندی رنگی به شرح زیر است.

- پسماندهای عادی ناشی از واحدهای اداری و مدیریتی، محوطه، بخش‌ها، درمانگاه‌ها، واحدهای پاراکلینیک و سایر نقاط مرکز آموزشی، درمانی، پژوهشی می‌بایست در سطل‌هایی با کیسه مشکی رنگ قرار داده شود.

- کلیه پسماندهای عفونی باید در سطل‌هایی با کیسه زرد رنگ جمع‌آوری گردد.
- پسماندهای شیمیایی می‌بایست در سطل‌هایی با کیسه سفید رنگ ریخته شوند.
- پسماندهای حاوی فلزات سنگین خطرناک مانند ترمومترهای حاوی جیوه، باید به طور جداگانه و در ظروف درب داری که بدین منظور تعبیه شده است قرار گیرند.
- پسماندهای نوک تیز و برنده باید در همان محلی که تولید شده و مورد استفاده قرار گرفته‌اند داخل Safety Box قرار گیرند (سر سوزن‌های استفاده شده به هیچ عنوان نباید Recap شوند).



مخصوص اشیاء نوک تیز و برنده



مخصوص زباله عادی



مخصوص زباله عفونی

کنترل عفونت در مرکز آموزشی، درمانی، پژوهشی

یکی از مهمترین وظایف کارکنان و دانشجویان، انجام اقدامات ضروری به منظور پیشگیری از ایجاد و انتقال عفونت‌ها است. پرسنل و دانشجویان حاضر در مرکز آموزشی، درمانی، پژوهشی ضمن توجه به رعایت حقوق بیمار باید به فکر سلامت خود، همکاران و افراد خانواده نیز بوده و با رعایت کلیه موارد مرتبط، به کاهش خطر انتقال بیماری کمک نمایند.

اعضای تیم کنترل عفونت مرکز آموزشی درمانی حشمت رشت که لازم است شما با آنها آشنایی داشته باشید به شرح زیر است:

پزشک کنترل عفونت: آقای دکتر موسی دانش حکمتی، پزشک عمومی
کارشناس کنترل عفونت: خانم مریم بقایی، کارشناسی ارشد پرستاری
شماره تماس واحد کنترل عفونت: ۳۳۳۶۶۰۱۶

واحد کنترل عفونت کنترل عفونت مرکز آموزشی، درمانی، پژوهشی حشمت واقع در طبقه ۱، واحد اجرای نظام مراقبت عفونت‌های مرکز آموزشی، درمانی، پژوهشی و ارتقاء آگاهی پرسنل در مرکز آموزشی پژوهشی و درمانی حشمت رشت، دستورالعمل‌هایی تهیه و در اختیار بخش‌های درمانی قرار داده است که در صورت تمایل می‌توانید تهیه و مطالعه نمایید.

توصیه‌هایی برای دانشجویان در زمینه کنترل عفونت

- با توجه به اینکه عفونت مرکز آموزشی، درمانی، پژوهشی، عفونتی است که بعد از ۴۸ ساعت بعد از بستری بیمار در مرکز آموزشی، درمانی، پژوهشی اتفاق می‌افتد موارد مشکوک را طبق خط مشی گزارش دهی عفونت‌های مرکز آموزشی، درمانی، پژوهشی به واحد کنترل عفونت اطلاع دهید.
- خط اول مبارزه با انتقال عفونت در مرکز آموزشی، درمانی، پژوهشی شستشوی صحیح دستان است. شستشوی دست ساده‌ترین و مؤثرترین روش برای جلوگیری از انتقال عفونت محسوب می‌شود. لذا شستشوی مداوم دست با آب و صابون در کلیه بخش‌ها و واحدهای بیمارستانی الزامی است و در صورت وجود آلودگی مشهود شستن دستها ۴۰ تا ۶۰ ثانیه به روش صحیح با آب و صابون توصیه می‌شود.
- ضدعفونی کردن دست‌ها با محلول‌های با پایه الکلی (محلول‌های Hand rub و دیسپنسرهای مخصوص آن در مکان‌های متفاوت مرکز آموزشی، درمانی، پژوهشی مانند ایستگاه‌های پرستاری، درمانگاه‌ها، ورودی اتاقک‌های بیماران، اتاق‌های پانسمان، اتاق‌های معاینه و بخش‌های ویژه مانند لیبر و ICU و ... وجود دارد)
- جهت افزایش سطح ایمنی در حین کار با وسایل تیز و برنده به دستورالعمل تزریقات ایمنی توجه نمایید تفکیک زباله‌های عفونی و غیرعفونی را مطابق دستورالعمل وزارت بهداشت رعایت نمایید.
- جهت جلوگیری از مواجهات شغلی خود و نیروی خدماتی از انداختن اشیاء نوک تیز (مثل سرسوزن، آنژیوکت، لانس، تیغ بیستوری و ویالهای شکسته و ...) در داخل سطل‌های زباله خودداری نمائید و آنها را داخل ظروف ایمنی (سیفتی باکس) بیاندازید و وقتی ۳/۴ سیفتی باکس پر شد درب آن را ببندید و از سرپوش گذاری سرسوزن‌های الوده (Recap) جداً خودداری نمایید.
- در فواصل تماس با بیماران و زمانی که دسترسی به آب و صابون کم است و یا زمانی که فرصت برای انجام اقدامات درمانی کم است می‌توان از روش Hand rub با استفاده از محصولات حاوی الکل استفاده نمود. در عین حال باید به خاطر داشت که حتماً بعد از پنج تا شش بار Hand rub دست‌ها با آب و صابون شسته شوند.

- در صورت تماس با بیماران پرخطر ناخن مصنوعی استفاده نشود (مانند: ICU و اتاق عمل)
- برای حفظ بهداشت فردی خود و همچنین کاهش میزان عفونت‌های مرکز آموزشی، درمانی، پژوهشی همیشه ناخن‌ها را کوتاه نگهدارید و زیورآلات، لاک یا کاشت ناخن و ناخن‌های مصنوعی و ... نداشته باشید و بلندی ناخن‌ها کمتر از یک اینچ باشد.
- توجه داشته باشید که استفاده از دستکش نباید جایگزین شستن دست‌ها شود و همواره باید بدون در نظر گرفتن پوشیدن دستکش یا تعویض آن، دست‌ها شسته شوند.

برای hand rub کردن نکات ذیل را رعایت کنند:

۱. ۲۰ تا ۳۰ ثانیه وقت صرف کنند.
۲. مراحل هندراب را برای هر دو دست اجرا کنند.
۳. مالش دست‌ها را تا خشک شدن محلول روی پوست دست ادامه دهند.
۴. حداکثر بعد از ۷-۸ بار انجام هندراب، یک نوبت دست‌ها را با آب و صابون بشویند.

شست و شوی دست

تصاویر زیر مراحل شستشوی دست و هند راب را نشان می‌دهد:

چگونه از محلول مالش دست استفاده کنیم؟

برای پیدایش دست‌ها از مواد مالش دهنده دست استفاده کنید. دست‌ها را فقط زمانی با آب و صابون بشویید که بطور قابل مشاهده کثیف باشند. مدت زمان برای مالش دست‌ها ۲۰ تا ۳۰ ثانیه است.



چگونه دست‌ها را بشوئیم؟

دست‌ها را فقط زمانی با آب و صابون بشویید که بطور قابل مشاهده کثیف باشند! در غیر این صورت از محلول مالش دست استفاده کنید.



مدت زمان برای شستن دست‌ها با آب و صابون ۶۰ تا ۹۰ ثانیه است.



صرفاً پوشیدن دستکش نمی‌تواند جایگزین مناسب و کاملی به جای شست‌شوی دست‌ها باشد. بنابراین به پوستر زیر توجه کنید که موارد استفاده از دستکش‌های مختلف را به شرح ذیل توضیح می‌دهد:

به هیچ وجه پوشیدن دستکش جایگزین شستن با آب و صابون با استفاده از محلول‌های الکلی نمی‌شود.
موارد استفاده از دستکش استریل



استفاده نامناسب از دستکش باعث انتقال پاتوژن‌ها می‌شود.

استفاده از وسایل حفاظت فردی

پوشیدن لوازم محافظت کننده شخصی و یا (PPE (Personal Protection Equipment نظیر گان، کلاه، ماسک، چشم‌بند (عینک) و ... در پیشگیری از ایجاد آسیب‌های احتمالی پرسنل به بیمار و بالعکس کمک کننده می‌باشد. رعایت توالی در پوشیدن و خارج کردن آن‌ها به شرح ذیل می‌باشد:

روش استاندارد پوشیدن و درآوردن وسایل حفاظت فردی SEQUENCE FOR DONNING AND REMOVING PERSONAL PROTECTIVE EQUIPMENT (PPE)

پوشیدن

استفاده از وسایل حفاظت فردی پایه رعایت احتیاطات استاندارد بوده و مانع از انتقال آلودگی‌ها از طریق تماس، قطرات و هوا می‌شود

- گان**
ابتدا قسمت بالایی گان و آستین‌ها را به طور کامل پوشیده و قسمت پشت را کاملاً بپوشانید.
بند های دواخی گردن و کمر را ببندید.
- ماسک یا فیلتر تنفسی**
بند های نگهدارنده باید در ناحیه عابین سر و گردن بسته شوند.
قسمتی که روی بینی قرار می‌گیرد را به خوبی ثابت نمایید.
مطمئن شوید که قسمت های دیگر به خوبی بر روی صورت و زیر چانه قرار گرفته اند.
در مورد فیلتر تنفسی نیز از پوشیده بودن تمامی قسمت‌ها اطمینان حاصل نمایید.
- عینک یا شیلد**
عینک یا شیلد را بر روی صورت قرار داده و بخوبی آن را ثابت نمایید.
- دستکش‌ها**
دستکش را باید طوری بپوشید که بر روی آستین گان قرار بگیرد.

مواردی که پرسنل باید برای حفاظت خود و کاهش احتمال انتشار آلودگی‌ها رعایت کنند
تماس یا سطوح را به حداقل برسانید
زمانی که دستکش‌ها پاره یا آلوده می‌شوند باید تعویض شوند

اصول بهداشت دست را رعایت کنید
همواره دست‌ها را دور از قسمت سر و صورت نگه دارید

درآوردن

- دستکش‌ها**
ابتدا قسمت بالایی دستکش را توسط دست مخالف گرفته و طوری آن را در بیابید که پشت و رو شود.
دستکش در آورده شده را در دستی که دارای دستکش می‌باشد نگه دارید.
انگشتان دستی که بدون دستکش می‌باشد را زیر دستکش دست مخالف ببرید.
از قسمت بالایی دستکش را طوری درآورید که پشت و رو شود و سپس داخل سطل زباله بیندازید.
- عینک یا شیلد**
عینک یا شیلد را بر روی صورت قرار داده و بخوبی آن را ثابت نمایید.
- گان**
گیره بندها را باز کنید.
از قسمت گردن و شانه شروع به درآوردن گان کنید و فقط با قسمت داخلی گان تماس داشته باشید.
طوری گان را درآورید که پشت و رو شده و آلودگی‌ها داخل قرار گیرد.
- ماسک یا فیلتر تنفسی**
بند ها یا کشی‌ها را آزاد کرده و ماسک را درآورید و داخل سطل زباله بیندازید.
احتیاط کنید که هرگز قسمت جلویی ماسک یا فیلتر تنفسی را به علت آلوده بودن لمس نکنید.

پلافاصله پس از درآوردن وسایل حفاظت فردی (PPE) بهداشت دست را بجا آورید

زخم سوزن یا نیدل استیک شدن (Needlestick):

نیدل استیک شدن به مفهوم آسیب نفوذی جلدی ناشی از وسایل پزشکی نوک تیز در صورت آلوده بودن به خون یا ترشحات بدن و پاشیدن خون و مایعات بدن بیماران به صورت (چشم) در هنگام مداخلات پزشکی یا پرستاری می‌باشد. نیدل استیک توسط یک سرنگ نو و استریل به خودی خود هیچ خطری را بدنبال ندارد. بزرگترین نگرانی زمانی بروز می‌کند که سوراخ شدن پوست توسط یک سرنگ استفاده شده و آلوده به خون بیمار باشد که در این میان بیشترین خطر برای ابتلا به ویروس هپاتیت B (HBV)، هپاتیت C (HCV) و HIV یا ایدز منجر به نگرانی خواهد شد.

محافظت نخستین اقدام پیشگیری است. کارکنان و دانشجویان باید اقدامات احتیاطات استاندارد را به کار برند:

- دست‌ها به طور کامل قبل و بعد از مراقبت بیمار با آب و صابون بشویند.
- از وسایل حفاظت فردی مناسب با وضعیت مراقبت بیمار استفاده کنند (استفاده از دستکش، گان، عینک محافظ و ماسک برای مواردی که خطر پاشیدن خون و ترشحات وجود دارد).
- در زمان هر نوع رگ گیری شامل شریانی یا وریدی باید دستکش بپوشند.
- در هنگام کار کردن با وسایل تیز به موارد زیر توجه کنند:
- فراهم کردن فضای امن با دسترسی راحت به ظرف مخصوص دور انداختن وسایل تیز
- دور انداختن وسایل نوک تیز استفاده شده در Safety Box
- عدم سرپوش گذاری مجدد سوزن‌ها
- استفاده از وسایل ایمنی مناسب
- همه کارکنان و دانشجویان باید واکسیناسیون HBV را دریافت کنند و آزمایش پاسخ به واکسن HBV یک تا دو ماه بعد از تکمیل دوره را انجام دهند.

در صورت مواجهه با اجسام تیز و برنده برای فرد مصدوم شده اقدامات زیر ضروری است:

- محل ورود شیء را زیر آب روان قرار دهید تا زمانی که خونریزی متوقف شود
- اگر آب روان در دسترس نیست محل را با محلول‌ها یا ژل شوینده دست تمیز کنید.
- از محلول‌های قوی مانند مایع سفید کننده استفاده نکنید.
- از فشردن و مکیدن محل آسیب خودداری کنید
- در صورت پاشیدن خون یا مایعات بدن به چشم اقدامات زیر را انجام دهید:
- فوراً چشم مواجهه یافته را با آب معمولی یا نرمال سالین بشویید. روش کار به این ترتیب است که مواجهه یافته را روی یک صندلی بنشانید، سر او را به عقب خم کنید، چشم را از آب یا نرمال سالین پر کنید و سپس پلک‌ها را بالا و پایین بکشید.
- در صورت داشتن لنز روی چشم، آنها را خارج کنید و طبق روش فوق آنها را بشویید
- در چشم از صابون یا مواد ضد عفونی استفاده نکنید.
- در صورت پاشیدن خون یا مایعات بدن به دهان:
- فوراً خون یا مایع را به بیرون بریزید با آب یا سرم نمکی دهان را کامل بشویید و بیرون بریزید و چندین بار تکرار کنید. در دهان صابون یا مواد ضد عفونی کننده بکار نبرید.

خطاهای پزشکی (Medical Malpractice)

منظور از خطاهای پزشکی، قصور در ارائه خدمات درمانی و تشخیص با ارتکاب عمل اشتباه در برنامه‌ریزی یا اجرا می‌باشد که به طور بالفعل و بالقوه باعث نتیجه ناخواسته می‌شود. یا اعمال غیرعمدی و ناخواسته کادر مرکز آموزشی، درمانی، پژوهشی است که مطابق با استاندارد درمانی نبوده و می‌تواند منجر به صدمه جانی، مالی یا روانی بیمار شود.

۱. قصور پزشکی Medical Negligence عبارت است از کوتاهی در استاندارد. مراقبت‌های پزشکی که باید در امر درمان بیمار به عمل آید.

۲. سوء رفتار حرفه‌ای Professional Misconduct: عدم رعایت اصول رفتار حرفه‌ای (کیفیت کادر درمانی کمتر از حدی بوده است که از ایشان انتظار می‌رود) مانند سوء رفتار با بیماران یا انجام اعمال خلاف عفت پزشکی.

خطاهای ۲۸ گانه

خطاهای ۲۸ گانه که به صورت وقایع ناخواسته تهدیدکننده حیات در درمان بیماران تعریف می‌شوند. عبارتند از:

۱. انجام عمل جراحی که به صورت اشتباه روی عضو سالم
۲. انجام عمل جراحی با روش اشتباه روی بیمار دیگر
۳. انجام عمل جراحی با روش اشتباه بر روی بیمار (مثال در بیماری که مبتلا به توده‌های متعدد بافتی در یک عضو از بدن است و می‌بایست یکی از توده‌های بافتی را که اثر فشاری ایجاد کرده است برداشته شود، به اشتباه توده دیگری مود عمل جراحی قرار گیرد)
۴. جا گذاشتن هرگونه device اعم از گاز، قیچی، پنس و ... در بدن
۵. مرگ در حین عمل جراحی یا بلافاصله بعد از عمل در بیمار دارای وضعیت سلامت طبیعی (کلاس یک طبقه‌بندی ASA، انجمن بیهوشی آمریکا)
۶. تلقیح مصنوعی با دهنده اشتباه در زوجین نابارور
۷. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هرگونه استفاده از دارو و تجهیزات آلوده میکروبی
۸. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال استفاده از دستگاه‌های آلوده (مثال: وصل دستگاه دیالیز HBSAg آنتی‌ژن مثبت به بیمار HBSAg آنتی‌ژن منفی)
۹. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هرگونه آمبولی عروقی
۱۰. ترخیص و تحویل نوزاد به شخص و یا اشخاص غیر از ولی قانونی
۱۱. مفقود شدن بیمار در زمان بستری که بیش از ۴ ساعت طول بکشد (مثال زندانیان بستری ...)
۱۲. خودکشی یا اقدام به خودکشی در مرکز درمانی
۱۳. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هرگونه اشتباه در تزریق نوع دارو، دوز دارو، زمان تزریق دارو و ...
۱۴. مرگ یا ناتوانی جدی مرتبط با واکنش همولیتیک به علت تزریق گروه خون اشتباه در فرآورده‌های خونی
۱۵. کلیه موارد مرگ یا عارضه مادر و نوزاد بر اثر زایمان طبیعی یا سزارین
۱۶. مرگ یا ناتوانی جدی به دنبال هیپوگلیسمی در مرکز درمانی
۱۷. زخم بستر درجه ۳ یا ۴ بعد از پذیرش بیمار
۱۸. کرنیکتروس نوزاد ناشی از تعلل در درمان

کد ۱۹. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به علت هرگونه دستکاری غیراصولی ستون فقرات (به دنبال فیزیوتراپی و ...)
کد ۲۰. مرگ یا ناتوانی جدی در اعضای تیم احیاء متعاقب هرگونه شوک الکتریکی به دنبال احیای بیمار که می‌تواند ناشی از اشکالات فنی تجهیزات باشد.

کد ۲۱. حوادث مرتبط با استفاده اشتباه گازهای مختلف به بیمار (اکسیژن با گازهای دیگر)
کد ۲۲. سوختگی‌های به دنبال اقدامات درمانی (سوختگی‌های بدن به دنبال استفاده از الکترودها حین جراحی)
کد ۲۳. موارد مرتبط با محافظ و نگهدارنده‌های اطراف تخت (مثال: گیرکردن اندام بیمار در محافظ و ...)
کد ۲۴. سقوط بیمار (مثال: سقوط در حین جابجایی بیمار در حین انتقال به بخش تصویربرداری و ...)
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 خطرآفرین یا قطع تعمیدی اقدامات درمانی توسط کادر درمان

گزارش دهی خطا

بمنظور ارتقا ایمنی بیمار و پیشگیری از بروز خطای مشابه ترویج فرهنگ گزارش دهی خطا و برخورد سیستمی به جای برخورد فردی در مواجهه با موضوع خطای پزشکی در مرکز مورد توجه قرار دارد. بدین منظور کلیه پرسنل و دانشجویان مکلف به گزارش دهی خطاهای پزشکی هستند. بنابراین دانشجویان در صورت مشاهده خطاهای ۲۸ گانه باید در اسرع وقت به استاد مربوطه یا سرپرستار و سوپروایزر گزارش دهند.

فصل دوم: معرفی ساختار فیزیکی و تشکیلاتی مرکز آموزشی، درمانی و پژوهشی حشمت رشت



معرفی و تاریخچه مرکز آموزشی درمانی پژوهشی حشمت رشت

این بیمارستان در قسمت جنوب غربی شهرستان رشت در استان گیلان با مساحت ۱۶۱۳۲ مترمربع واقع شده است. زمین آن در سال ۱۳۴۲ توسط شخص نیکوکاری بنام بیانی در اختیار جمعیت شیر و خورشید قرار گرفت و در سال ۱۳۴۹ با زیر بنای ۷۷۴۵ مترمربع به نام بیمارستان کوروش کبیر تأسیس و بعنوان یک بیمارستان جنرال مورد بهره برداری قرار گرفت. پس از انقلاب شکوهمند اسلامی در سال ۱۳۵۸ بعنوان مرکز آموزشی درمانی به ادامه فعالیت پرداخت.

این مرکز در ابتدا شامل بخش‌های جراحی عمومی، ارتوپدی، گوش و حلق و بینی و جراحی ترمیمی بوده و به مرور بخش‌های داخلی قلب و مراقبت ویژه قلبی در آن فعال شده‌اند و تدریجاً با توسعه بخش‌های ویژه اورژانس قلب، اتاق عمل جراحی قلب، ICU OH، آنژیوگرافی، آنژیوپلاستی و الکتروفیزیولوژی به تنها مرکز فوق تخصصی قلب و عروق در استان تبدیل گردید.

شایان ذکر است که از سال ۱۳۷۳ بیمارستان حشمت با افتتاح واحد آنژیوگرافی و بخش فوق تخصصی جراحی قلب باز و بعنوان تنها مرکز فوق تخصصی دولتی قلب و عروق در استان ایفای نقش نماید.

در حال حاضر این مرکز علاوه بر ارائه خدمات تخصصی به بیماران و مراجعه کنندگان، به عنوان یک پایگاه تحقیقاتی آموزشی و مرکز تعلیم و تربیت دانشجویان پزشکی و پیراپزشکی در سطح تخصصی به فعالیت می‌پردازد. این مرکز از سال ۱۳۸۶ در رشته‌های تخصصی قلب عروق نیز، دستیار تخصصی، می‌پذیرد

علاوه بر فعالیتهای عمومی در واحدهای آزمایشگاه، داروخانه، بانک خون، رادیولوژی، این مرکز دارای فعالیت‌های تخصصی و فوق تخصصی شامل آنژیوگرافی، آنژیوپلاستی، والوپلاستی، اکوکاردیوگرافی، هولتر مانیتورینگ ریتم و فشار، تست ورزش، پیس گذاری دائم و موقت، اسکن قلب و اسپیرومتری می‌باشد.

ساختمان جدید بخش اورژانس نیز در سال ۱۴۰۰ به همت ریاست محترم دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان و نیز تیم مدیریتی بیمارستان راه اندازی گردید.

با توجه به شیوع روزافزون بیماریهای قلبی عروقی و ضرورت توجه به بیماران نیازمند درمان فوری و مراقبتهای ویژه قلبی، فعال نمودن واحد آنژیوگرافی و اتاق عمل قلب شرایطی ایجاد نمود که منجر به تشخیص و درمان به موقع بیماران گردیده و از عوارض ناخواسته و مرگبار بیماریهای قلبی عروقی در استان به مقدار قابل توجهی کاسته است و کمک شایان توجهی به بیماران نیازمند این استان و استانهای همجوار نموده و دریچه روشنی در راه ارتقای ارائه خدمات درمانی به بیماران قلبی در منطقه شمال کشور گشوده است.

چشم‌انداز مرکز آموزشی، درمانی و پژوهشی حشمت رشت

برترین بیمارستان شمال کشور در زمینه آموزش، پژوهش و ارائه مراقبت‌های درمانی تخصصی و فوق تخصصی با کیفیت در محیط ایمن با مناسب ترین هزینه

رسالت مرکز آموزشی، درمانی و پژوهشی حشمت رشت



رسالت مرکز آموزشی درمانی و پژوهشی قلب دکتر حشمت

مرکز قلب دکتر حشمت یک مرکز آموزشی، پژوهشی، درمانی در زمینه بیماریهای قلب و عروق وابسته به دانشگاه علوم پزشکی گیلان است که از نظر آموزشی و پژوهشی تابع ضوابط کلی آموزش عالی و تخصصی پزشکی می باشد. رسالت این مرکز در چهار حوزه اصلی عبارتند از:

حوزه آموزشی:

تربیت بخشی از نیروی انسانی متخصص، کارآمد و متعهد از طریق ارائه خدمات آموزشی سلامت محور و توانمند سازی مداوم سرمایه انسانی مرکز

حوزه پژوهشی:

حمایت و اجرای طرحهای پژوهشی مرتبط با بیماریهای قلب و عروق و همکاری در طرحهای استانی، ملی و تولید علم با حفظ ارزشهای انسانی و اخلاقی

حوزه درمان:

ارائه خدمات تخصصی و فوق تخصصی قلب و عروق با حفظ ایمنی و شان و کرامت انسانی

حوزه پیشگیری:

ارائه خدمات پیشگیری از بیماریهای قلب و عروق و مشارکت در ارتقا سلامت جامعه

ارزش‌های مرکز آموزشی، درمانی و پژوهشی حشمت رشت

- احترام به حقوق بیماران و سایر ذینفعان
- رعایت ایمنی بیماران و کارکنان
- قانونمندی و رعایت ارزش‌های اخلاقی
- مسئولیت‌پذیری، پاسخگویی و صداقت در کار
- نوآوری در خدمات آموزشی و پژوهشی

اهداف کلان مرکز آموزشی، درمانی و پژوهشی حشمت رشت

- افزایش رضایت بیماران و همراهان
- افزایش رضایت فراگیران
- افزایش رضایت کارکنان
- افزایش کیفیت خدمات
- ارتقاء ایمنی
- ارتقاء توانمندی کارکنان
- مدیریت مالی و منابع
- ارتقاء هتلینگ مرکز آموزشی، درمانی، پژوهشی
- ارتقاء سیستم‌های اطلاعاتی

سیاست‌های اصلی مرکز آموزشی، درمانی و پژوهشی حشمت رشت

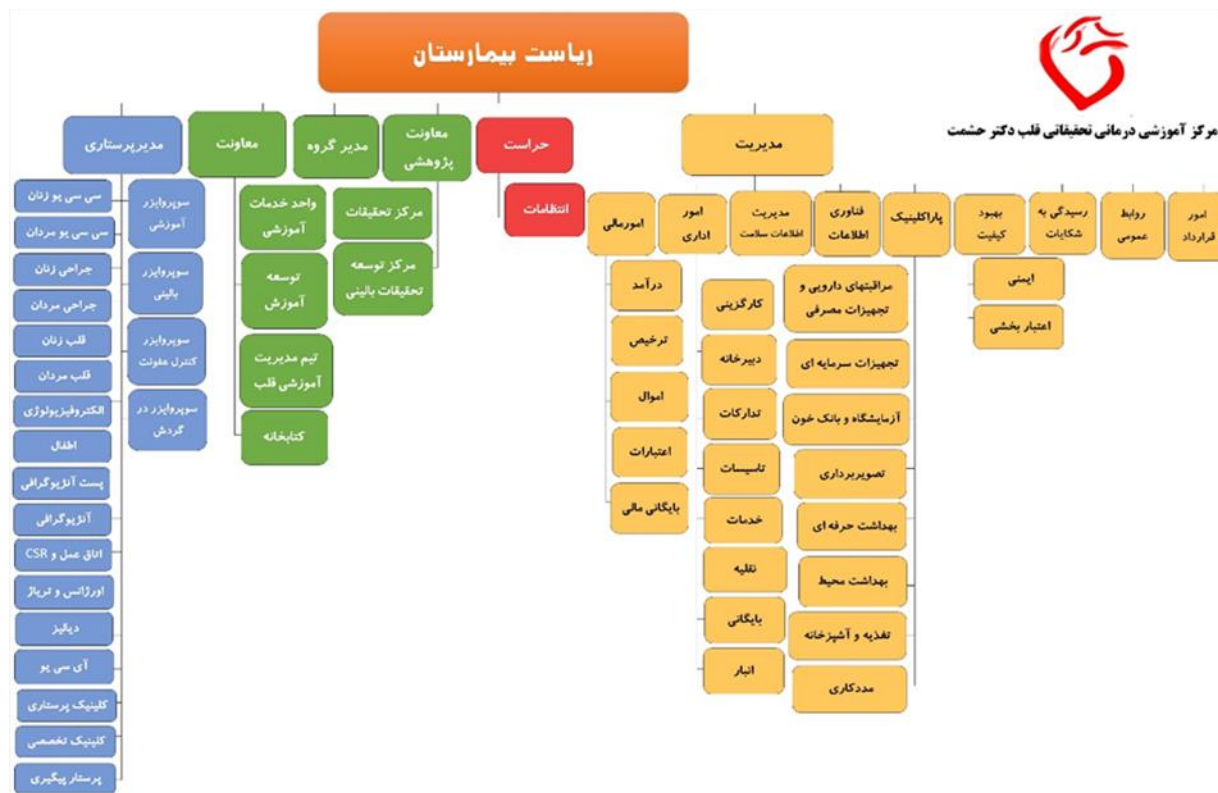
۱. ارتقاء ایمنی بیماران، بهبود مستمر کیفیت ارائه خدمات
۲. ارتقاء رضایت کارکنان، بیماران و فراگیران
۳. ارتقاء سطح فعالیت‌های آموزشی و پژوهشی
۴. ارتقاء جذب، بکارگیری و توانمندسازی نیروی انسانی
۵. جلب مشارکت خیرین
۶. توجه ویژه به اقتصاد مقاومتی و مدیریت منابع در مرکز آموزشی، درمانی، پژوهشی

معرفی تیم مدیریت مرکز آموزشی درمانی پژوهشی حشمت رشت

سمت	نام	تحصیلات و راههای دسترسی	عکس
رئیس مرکز آموزشی درمانی	دکتر عباس صدیقی نژاد	تحصیلات : دکتری تخصصی بیهوشی /فلوشیپ بیهوشی قلب تلفن : ۰۱۳۳۳۶۶۹۰۶۴ فکس : ۳۳۶۶۸۷۱۸ ایمیل : heshmat@gums.ac.ir	
مدیر مرکز آموزشی درمانی	سجاد متقی	تحصیلات : کارشناس ارشد مدیریت دولتی تلفن : ۰۱۳۳۳۶۶۹۰۶۴ ایمیل : heshmat@gums.ac.ir	
مدیر پرستاری	مرجان حاجتی	تحصیلات : کارشناس پرستاری تلفن : ۰۱۳۳۳۶۶۹۰۶۴ ایمیل : heshmat@gums.ac.ir	
سوپروایزر آموزشی	خانم لاله گودرزوند	تحصیلات : کارشناسی ارشد پرستاری تلفن : ۰۱۳۳۳۶۶۹۰۶۴ ایمیل : heshmat@gums.ac.ir	
کارشناس کنترل عفونت	خانم مریم بقائی	تحصیلات : کارشناسی ارشد پرستاری تلفن : ۰۱۳۳۳۶۶۹۰۶۴ ایمیل : heshmat@gums.ac.ir	
معاون آموزشی مرکز آموزشی درمانی	دکتر سید ابوذر فخر موسوی	تحصیلات : متخصص قلب و عروق تلفن : ۰۱۳۳۳۶۶۹۰۶۴ ایمیل : fakhrmousavi@gums.ac.ir	

مسول واحد آموزش زینب السادات حسینی تحصیلات :
 تلفن : ۰۱۳۳۳۶۶۹۰۶۴
 ایمیل : heshmat@gums.ac.ir

چارت تشکیلاتی مرکز آموزشی درمانی پژوهشی حشمت



موقعیت فیزیکی مرکز آموزشی درمانی پژوهشی حشمت

ساختمان	طبقه	نوع واحد	واحد ها
ساختمان قدیم	طبقه اول	واحد های کلینیکی	پست آنژیو گرافی ، آنژیوگرافی ، الکتروفیزیولوژی ، قلب مردان ، قلب زنان ، CCU مردان ، اطفال ،
		واحد های پاراکلینیکی	داروخانه دارویی ، داروخانه سربایی ، آزمایشگاه ، کلینیک پرستاری و پرستار پیگیری ، تصویربرداری ، اسکن قلب ، آنالیز ، اسپرومتری ، اکوکاردیوگرافی ، تست ورزش
		واحد های پشتیبان	اطلاعات سلامت و مدارک پزشکی ، نگهبانی ، کارشناسان بیمه و کسورات ، درآمد
		واحد های کلینیکی	ICU ، اتاق عمل ، CSR ، جراحی زنان ، جراحی مردان ، سی سی یو زنان (فعالاً غیر فعال)
		واحد های پشتیبان	دفتر پرستاری ، ریاست ، مدیریت ، حراست ، بهبود کیفیت و ایمنی ، تجهیزات ، کارگزینی ، حسابداری ، دبیرخانه ، آبدارخانه ، کتابخانه ، آموزش ، آمفی تئاتر ، بیمه گری ، فناوری اطلاعات
ساختمان جدید اورژانس	طبقه همکف	واحد های کلینیکی	اورژانس تحت نظر ، CPR ، اتاق عمل سربایی (فعالاً غیر فعال)
		واحد های پاراکلینیکی	تریاز ، نوار قلب ، پزشک درمانگاه ، پذیرش ، صندوق
	طبقه اول	واحد های کلینیکی	اورژانس بستری ، سی سی یو زنان
		واحد های پشتیبان	پایون های پرستاری ، پایون های پزشکی ، آبدارخانه
	طبقه دوم	واحد های کلینیکی	سی سی یو مردان (فعالاً غیر فعال)

این مرکز دارای ۱ ساختمان شامل بخش های زیر می باشد:

بخش های مختلف مرکز آموزشی-درمانی حشمت پژوهشی رشت

نام بخش	رئیس بخش	سرپرستار	شماره داخلی
CCU مردان	دکتر محبوبه قلی پور	خانم زینب پاک نعمت	۲۶۰
CCU زنان	دکتر محبوبه قلی پور	خانم یلدا صدر کبیر	۳۶۸
اورژانس	دکتر محبوبه قلی پور	خانم نرگس باقری	۲۳۴-۲۳۳
قلب زنان	دکتر محبوبه قلی پور	خانم احمدی	۲۰۷
قلب مردان	دکتر محبوبه قلی پور	خانم شهناز رضانی	۲۰۸
پست آنژیو	دکتر ارسلان سالاری	خانم شهین معقول	۲۸۵
جراحی مردان	دکتر غلامرضا کنعانی	خانم رقیه مولایی	۲۲۱
جراحی زنان	دکتر حیدر دادخواه	خانم لیلا با انصاف	۲۲۳
Icu OH	دکتر علی میر منصوری	خانم صدیقه مسافر	۲۷۹-۲۷۳
اطفال	دکتر حامد خرازی	خانم	۲۱۱
الکتروفیزیولوژی	دکتر سید جلال خیر خواه	خانم سیده محدثه خیر خواه	۲۱۵-۲۱۶
آزمایشگاه	دکتر عادل منتظری	خانم آمنه دین پرست	۰۱۳۳۳۶۶۹۰۶۴
رادیولوژی	دکتر فریبرز روشن	-	۳۷۸
داروخانه	دکتر مرضیه جعفری	-	۲۴۱
اتاق عمل	دکتر علی محمد صادقی میبدی	خانم معصومه قریب	۲۷۵
کلینیک قلب	دکتر محمد رضا آقاجوانخواه	خانم فرشته باقری	۰۱۳۳۳۶۶۹۰۶۴
کلینیک قلب اطفال	دکتر حامد خرازی	-	۰۱۳۳۳۶۶۹۰۶۴
آنژیوگرافی	دکتر رضا پوربهادر	خانم فرخنده ظهوری	۲۸۰
دفتر پرستاری		خانم سیده معصومه موسوی	۲۲۵-۲۲۶

نام بخش	رئیس بخش	سرپرستار	شماره داخلی
ریاست	دکتر سید ابودر فخر موسوی		۲۴۶
کتابخانه			۲۵۰
مرکز تحقیقات		خانم زهرا احمدنیا	۲۹۰

آدرس و راه‌های ارتباطی مرکز آموزشی درمانی پژوهشی حشمت رشت

نشانی	رشت - خیابان ۱۵ خرداد - جنب سازمان مدیریت و برنامه ریزی استان گیلان
مرکز تلفن مرکز آموزشی درمانی	۰۱۳۳۳۶۶۹۰۶۴
فاکس	۳۳۶۶۸۷۱۸
ایمیل	heshmat@gums.ac.ir

کدهای احضار اعلامی از طریق پیج

کدهای اعلام وضعیت در مرکز آموزشی درمانی پژوهشی حشمت	
۹۹	کد CPR بزرگسالان (تیم ۱)
۸۸	کد CPR بزرگسالان (تیم ۲)
۴۴	کد CPR نوزادان
۶۶	کد سوپروایزر اورژانس
۷۷	کد سوپروایزر کشیک
۱۲۵	کد اعلام حریق / آتش نشانی
۱۱۰	کد اغتشاش
۲۲۰	کد بحران
۲۲۱	کد بحران سطح یک
۲۲۲	کد بحران سطح دو
۲۲۳	کد بحران سطح سه
۱۲۳	کد تخلیه بیمارستان
۵۵	کد شستشوی دست
۷۲۴	کد CVA
۲۴۷	کد MI

منابع مورد استفاده:

۱. راهنمای جامع استانداردهای اعتباربخشی ملی مرکز آموزشی، درمانی، پژوهشی‌های ایران (نسخه مورد استناد دور پنجم اعتباربخشی ملی ۱۴۰۱۹. دفتر نظارت و اعتباربخشی معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
۲. دستورالعمل مدیریت مواجهه‌ی شغلی با HIV/AIDS ، ویرایش پنجم ۱۳۹۹، دفتر مدیریت بیماری‌های واگیر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
۳. برنامه آموزشی دوره کارشناسی پیوسته رشته پرستاری، مصوب پنجاه و چهارمین جلسه شورای عالی برنامه ریزی علوم پزشکی مورخ ۱۳۹۷/۲/۲۷.
۴. عابدی سید حسن، سلیمانان صدیقه، سعادت پیام، اولادی سمیه. راهنمای توجیهی بدو ورود فراگیران مرکز آموزشی درمانی آیت الله روحانی. معاونت آموزشی پژوهشی و دفتر توسعه آموزش بالینی مرکز آموزشی درمانی آیت الله روحانی، فروردین ۱۴۰۱.
۵. نیکروان مفرد ملاح، ضوابط و قوانین حضور در کارآموزی در عرصه. دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی تهران، ۱۳۹۶.