

دانشگاه علوم پزشکی کیلان

دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت

راهنمای مطالعه

کارورزی مدیریت خدمات پرستاری

تدوین: گروه مدیریت پرستاری

مهر ماه 1402

راهنمای مطالعه کارآموزی در عرصه خدمات پرستاری

مقدمه :

دانشجوی گرامی؛

راهنمای مطالعه یک دست نوشته ی مدون است که به فهم مطالب علمی موجود در کتاب مرجع کمک میکند. امروزه راهنماهای مطالعه بعنوان یک ابزار مدیریت آموزش و یادگیری، هم برای اساتید و هم برای دانشجویان بسیار ضروری به نظر میرسند. یک راهنمای مطالعه بالینی باید، شانه به شانه ی دانشجو قرار گرفته و او را در طی مسیر آموزش و یادگیری خود هدایت کند. در واقع به دانشجو کمک می کند تا بداند چه باید یاد بگیرد، چگونه یاد بگیرد و چگونه بفهمد که یاد گرفته است. بنابراین میتوان گفت، یک راهنمای مطالعه ی خوب باعث افزایش کیفیت یادگیری می شود.

راهنمای مطالعه تعیین میکند شما باید چه مطالبی را مطالعه کنید ، چگونه مطالعه کنید و ترتیب این مطالعه به چه صورت باشد. در واقع تاکید اصلی راهنمای یادگیری بر روش یادگیری است نه محتوای آن. براین اساس، راهنمای مطالعه کارورزی در عرصه مدیریت خدمات پرستاری به شما کمک می کند، با حضور فعال در عرصه های تعیین شده ، ضمن برقراری یک تعامل موثر کاری با بخش، بدانید که چه مطالبی را مطالعه کنید و بدانید کدام مهارت های مدیریت و رهبری را در موقعیت های واقعی تمرین نمایید.

هدف کلی:

دانشجویان با نقش و وظایف مدیر پرستاری در اداره امور بخش آشنا شده و مهارت های لازم را جهت ایفای موثر نقش مدیریت و رهبری کسب کنند، به نحوی که در آینده قادر باشند بعنوان پرستار مسئول بخش یا سرپرستار کارآمد به اداره امور بخش بپردازند.

اهداف ویژه:

1. بر اساس فرم موجود، اطلاعات مربوط به بررسی و شناخت بخش را کسب نموده و از امکانات و محدودیتها و روتین های موجود آگاه شود.
2. روزانه در ابتدای شیفت، با شرکت در راند بالینی بخش (تحویل شبکار به صبحکار) و بررسی گزارشات کتبی و کاردکس بیماران، اطلاعات لازم در مورد بیماران را کسب نماید.
3. به هنگام تغییر شیفت بخش، با استفاده از کاردکس و راند بالینی، بیماران را به طور شفاهی و بالینی تحویل گرفته و به شیفت بعد نیز تحویل دهد.
4. با هماهنگی سرپرستار، جهت کارکنان پرستاری و خدماتی بخش تقسیم کار روزانه انجام دهد و بر انجام کار آنان نظارت داشته باشد.
5. با هماهنگی مربی و با توجه به نیازهای بیماران، جهت دانشجویان پرستاری بخش، تقسیم کار روزانه انجام دهد و هدایت و راهنمایی آنان را برعهده گیرد.

6. روزانه وسایل بخش، داروهای نارکوتیک و ترالی اورژانس را از شیفت قبل تحویل گرفته و به شیفت بعد تحویل دهد و نواقص احتمالی را گزارش دهد.
7. در تنظیم آمار روزانه بیماران، تهیه لیست غذایی و تهیه انواع درخواستها از جمله درخواستهاست دارو، وسایل و تجهیزات از انبار و ... مشارکت نماید.
8. با انجام راند مکرر در بخش، در مورد بیماران، مراقبتهای پرستاری مورد نیاز، تشخیص، درمان و داروهای مورد استفاده آنان، اطلاعات کافی و جامع بدست آورد.
9. با انجام راند های مکرر برچگونگی ارائه مراقبتهای پرستاری و آموزش به بیمار، توسط پرسنل و دانشجویان پرستاری کنترل و نظارت داشته باشد.
10. بر اساس گزارشات شیفت قبل و ویزیت روزانه بیمار، موارد مورد نیاز نظیر انجام آزمایشات، رادیوگرافی، مشاوره و ... را پیگیری نماید.
11. بر اساس مشاهدات و راند مکرر و پیگیری مشکلات و مسائل بیمار، روزانه حداقل 3 گزارش پرستاری را به صورت صحیح و کامل در پرونده بیمار ثبت نماید.
12. با مسئول بخش در انجام چارت راند پرونده ها و تکمیل کاردکس همکاری و مشارکت نماید.
13. در انجام فرایندهای مربوط به پذیرش، انتقال و ترخیص بیماران مشارکت نماید.
14. با انجام راندهای مکرر بر بهداشت و نظافت بخش و امور تاسیساتی کنترل و نظارت داشته باشد.
15. اشکالات و موارد نقص مشاهده شده در راندهای بالین را به سرپرستار یا مسئول بخش گزارش نموده و جهت برطرف نمودن نواقص پیگیری لازم را انجام دهد.
16. فعالیتهای کنترل عفونت در بخش را بررسی کرده و پیشنهادات کاربردی جهت اجرای بهینه امور ارائه نماید.
17. با سوپروایزر درراند سوپروایزری مشارکت فعال داشته و گزارش مربوطه را کتباً منطبق با فرم موجود ارائه نماید.
18. همراه با پزشکان در ویزیت بیماران شرکت کرده و دستورات پرونده را در کاردکس و گزارش پرستاری منعکس نماید.
19. با مربی مربوطه در راند بالینی بخش شرکت کرده و گزارشات لازم را به مربی ارائه دهد.
20. با هماهنگی سرپرستار بخش، نیازهای آموزشی کارکنان پرستاری / بیماران را شناسایی نموده و ارائه دهد.
21. یکی از مشکلات مربوط به اداره بخش را شناسایی نموده و با استفاده از فرایند حل مشکل، راهکارهای احتمالی را ارائه دهد.
22. با مسئول بخش در تنظیم برنامه کاری ماهانه پرسنل، براساس ساعت موظفی، مشارکت نماید.
23. تعداد بیماران بخش را بر اساس سیستم چندگانه طبقه بندی بیماران، فهرست نماید.
24. در انجام امور مربوط به مراقبت از بیمار در سیستم HIS آشنا شود.
25. وضعیت بخش را از نظر شاخص های مدیریت ارتقاء کیفیت مورد بررسی قرار دهد (مدیریت ایمنی، مدیریت خطر)
26. در انجام مراقبت های پرستاری، برحسب نیاز بخش، مشارکت کند.
27. همواره در انجام تمامی امور مراقبتی با رعایت منشور حقوق بیمار، به بیمار و خانواده احترام بگذارد.

28. قادر به برقراری ارتباط حرفه ای با سرپرستارو معاون و سایر همکاران بخش براساس احترام متقابل بوده و همواره اصول اخلاقی را در تمامی امورات محوله بر اساس شرح وظایف رارعايت نماید.

توانمندیهای مورد انتظار از فراگیران :

- ✓ شناخت کامل واحد کارورزی
- ✓ کنترل تجهیزات پزشکی و ترالی اورژانس
- ✓ ارائه شفاهی گزارش شیفت
- ✓ ارائه گزارش شفاهی و کتبی از وضعیت بیمار
- ✓ پذیرش کردن بیمار
- ✓ ترخیص ایمن بیمار بستری
- ✓ تقسیم کار روزانه و ماهانه
- ✓ طبقه بندی بیماران
- ✓ تنظیم درخواست مشاوره، تغذیه، دارو، تجهیزات و ...
- ✓ تنظیم کاردکس
- ✓ چارت راند پرونده بیمار
- ✓ چک دستورات پزشکی
- ✓ مشارکت در تحویل گرفتن و تحویل دادن بخش
- ✓ مشارکت در تحویل وسایل غیرمصرفی بخش، داروهای نارکوتیک و ترالی اورژانس
- ✓ توانایی تصمیم گیری و قضاوت بالینی
- ✓ ارائه گزارش به استاد، پزشک و سوپروایزر
- ✓ مشارکت در نقش سوپروایزر
- ✓ شناسایی و ارائه راهکارهای حل مشکلات موجود در بخش
- ✓ شناسایی نیازهای آموزشی پرستاران و بیماران
- ✓ کنترل شاخص های مدیریت ارتقاء کیفیت مراقبتی (مدیریت ایمنی، مدیریت خطر)
- ✓ کنترل و نظارت بر عملکرد دانشجویان و پرسنل
- ✓ مستندسازی مراقبتهای پرستاری
- ✓ ارتباط موثر با بیماران، همراهان، همکاران و پزشکان
- ✓ کار با سیستم HIS

وظایف و مسئولیت های کارآموزان / کارورزان در دوره بالینی:

- دانشجویان ملزم به حضور به موقع در بخش های مربوطه می باشند:
 - شیفت صبح: 7:30 - 13:30
 - شیفت عصر: 13:30 - 18
- دانشجویان ملزم به حضور تمام وقت در بخش های مربوطه طی دوره آموزشی می باشند. تمام موارد عدم حضور در کارآموزی / کارآموزی در عرصه باید طبق هماهنگی با مسئول بخش و مربی بالینی صورت پذیرد. قابل ذکر است که غیبت موجه بیش از یک روز منجر به حذف درس و غیبت غیر موجه بیش از 1 روز منجر به اخذ نمره صفر می گردد.
- دانشجویان موظف به رعایت آیین نامه اجرایی کد لباس و کد اخلاقی مصوب دانشگاه می باشند.
- دانشجویان ملزم به رعایت کلیه قوانین و مقررات بیمارستان و بخش مربوطه می باشند.
- زمان در نظر گرفته شده برای استراحت دانشجویان 30 دقیقه می باشد. لازم است ترک بخش با هماهنگی مسئول بخش و مربی مربوطه صورت پذیرد.
- دانشجوی موظف است کلیه وظایف مربوط به نقش سرپرستار و سوپروایزر را، بر اساس فرم موجود، بر عهده گیرد.
- دانشجوی موظف است کلیه تکالیف مربوطه را تا حداکثر 10 روز بعد از اتمام دوره به دفتر مدیر گروه تحویل دهد.

تذاکرت مهم:

همکاری درمداخلات پرستاری داخل بخشی (medication, change dressing, iv round) باهماهنگی مدرس بالینی و متناسب با شرایط بخش های مربوط صورت خواهد گرفت.

شرح وظایف دانشجو در نقش سوپروایزر:

- شرکت در کلاس آمادگی سوپروایزر بالینی (ارائه شده توسط مدرس بالینی)
- کنترل حضور و غیاب پرسنل حاضر در شیفت کاری بخش ها و واحدهای بیمارستانی
- انجام راند بالینی بخش ها با حضور سوپروایزر بالینی کشیک
- مشارکت با سوپروایزر کشیک در راند بالینی بیماران با تابلوی همودینامیک ناپایدار در بخش مربوطه
- راند ساختار فیزیکی، ایمنی محیط (اتاق دارو، مداوا، ترالی احیاء و... و سایر تجهیزات پزشکی بر طبق چک لیست، پیگیری مواردی نظیر مشاوره پزشکی
- توانایی ارائه گزارش شفاهی و کتبی به سوپروایزر کشیک مقیم در دفتر پرستاری
- بررسی بیماران بستری در بخش ها از نظر رعایت اصول اخلاقی، رعایت موازین شرعی، رعایت ایمنی بیمار، رفتار مراقبتی با بیماران)
- گزارش موارد غیر منطبق با استانداردهای حرفه ای، اخلاقی، ایمنی و یا امنیتی در هر بخش یا واحدی را به سوپروایزر کشیک
- گزارش شفاهی راند اول و دوم بخش ها به سوپروایزر بالینی در دفتر پرستاری
- بررسی رفع اشکالات بالینی و مراقبتی یافت شده در بخش های مربوطه
- گرفتن آمار از بیماران تحت سرپرستی مسئول بخش در مورد بیماران (پذیرش شده (new patient, بدحال، بیماران ترخیصی، تعداد کل تخت های بخش، تخت های اشغال شده و...)
- نوشتن گزارش بیماران بدحال بخش ها در دفتر مربوطه
- آشنایی با برنامه ها و عملکرد سوپروایزر آموزشی و مشاوره ای و عفونی شاغل در دفتر پرستاری
- مشارکت در راند سوپروایزر آموزشی از بخش ها و واحدهای مربوطه

برنامه زمان بندی فعالیتهای دوره کارآموزی / کارآموزی در عرصه:

الف) ارائه محتوای آموزش کارگاهی

عنوان	زمان برگزاری
نقش ها و وظایف مدیر پرستاری در مستندسازی	روز دوم و سوم
نقش ها و وظایف مدیر پرستاری در اعتباربخشی	روز چهارم و پنجم
نقش ها و وظایف مدیر پرستاری در برقراری ارتباط حرفه ای	روز ششم
نقش ها و وظایف مدیر پرستاری در اداره تضاد	روز هفتم و هشتم
نقش ها و وظایف مدیر پرستاری در حل مشکل و تصمیم گیری	روز نهم
نقش ها و وظایف مدیر پرستاری در مدیریت منابع انسانی	روز دهم

ب) فعالیتهای دانشجویان

زمان آشنایی با شروع عملکرد دانشجویان در محیط بالینی	دانشجویان پرستاری در نقش سر پرستار / مسئول شیفت / سوپروایزر
روز اول	بررسی و شناخت بخش
روز دوم به بعد	مشارکت و همکاری در تحویل گرفتن و تعویض شیفت بیماران بر بالین بیمار
روز دوم به بعد	نوشتن کارهای روتین مراقبتی - درمانی بیماران در هر شیفت کارآموزی در هر بخش (پیگیری : آزمایشات ، مشاوره ها، درخواست خون، لیست غذا، لیست عمل، پانسمان روزانه و ..)
روز دوم به بعد	چک روزانه وسایل و تجهیزات بخش و ترالی اورژانس
روز سوم به بعد	مشارکت با مسئول بخش در تنظیم برنامه تقسیم کار روزانه پرسنل بخش
روز سوم به بعد	آمادگی ارائه گزارش شفاهی مشخصات بیماران بستری (طبقه بندی مراقبتی ، تعداد تختهای فعال و آشنایی با بیماران بستری، آشنایی با روش تقسیم کاردر بخش ، آشنایی وارائه بیماران با همودینامیک ناپایدار) ، آمادگی ارائه پیگیری های انجام شده در هر شیفت بطور روزانه
روز سوم به بعد	راند روزانه وظایف مدیریتی با مدرس بالینی
روز سوم به بعد	کنترل و نظارت بر وضعیت نظافت و امور تاسیساتی و فنی بخش
روز چهارم به بعد	همکاری و مشارکت در فرآیند پذیرش، انتقال یا برنامه ترخیص بیمار
روز چهارم به بعد	مشارکت در تنظیم و ارسال فهرست رژیم غذایی و دارویی بیماران به واحد های مربوطه
روز چهارم به بعد	مشارکت و همکاری در تنظیم وارسال فرمهای مشاوره، درخواست ترانسفیوژن و روشهای تشخیصی و پاتولوژی (آزمایشات و رادیوگرافی و..) پیگیری آنها از طریق HIS
روز پنجم به بعد	راند بیماران با مربی بالینی بر اساس فرآیند مراقبتی جامع نگر (2 مورد)
روز پنجم به بعد	کنترل و نظارت بر عملکرد پرستاران و دانشجویان پرستاری در زمینه مراقبت از بیمار و شناسایی نیازهای آموزشی
روز پنجم به بعد	مشارکت درانجام چارت راند پرونده بیماران و بررسی اصول صحیح ثبت مستندات
روز پنجم به بعد	مشارکت در تنظیم کاردکس بیماران
روز پنجم به بعد	تنظیم و ثبت گزارشات پرستاری در پرونده بیماران

روز ششم به بعد	همکاری و مشارکت مستمر و فعال در هنگام ویزیت تیم پزشکی از بیماران
روز ششم به بعد	همکاری و مشارکت در کنترل و اطلاع رسانی، آزمایشات بالینی و پاتولوژی به تیم پزشکی
روز ششم به بعد	ارائه گزارش شفاهی درراند بالینی به سوپروایزر کشیک
روز هفتم به بعد	مشارکت در تنظیم برنامه کاری ماهانه پرسنل بخش بر اساس ساعت موظفی
روز هفتم به بعد	ارائه فرایند حل مشکل و تصمیم گیری در زمینه مشکلات بخش
روز هشتم به بعد	مشارکت در راند سوپروایزری

روش آموزش:

در این کارورزی برای دستیابی به مهارتهای مدیریت و رهبری از روش های متنوع آموزشی استفاده می گردد که شامل موارد زیر می باشد.

role modeling /reflection /journaling /self-directed learning/ clinical debriefing / oral feedback/ /workshop /mentoring&coaching

علاوه بر موارد ذکر شده، به منظور کمک به یادگیری بهتر شما، غالب مهارتهای مورد نظر در قالب فرایندها و توضیحات تکمیلی در بخش دوم ارائه شده است. هم چنین فرم های ارزیابی موجود در لوگ بوک، به منزله راهنمایی برای مراحل مختلف انجام یک مهارت می باشد که می توانید از آنها نیز استفاده کنید.

نحوه ارزشیابی دانشجو در طول دوره کارآموزی/کارآموزی در عرصه:

• ارزیابی تکوینی:

از طریق نظارت مربی بر ایفای نقشهای سرپرستار، و سوپروایزر توسط دانشجو با هدف ارایه بازخورد اصلاحی و رفع نقاط ضعف و تقویت نقاط قوت دانشجو در هفته اول و تاثیر عملکرد وی بر ارزشیابی از هفته دوم به بعد

• ارزیابی تراکمی:

با هدف ارزشیابی عملکرد دانشجو در طی دوره آموزشی و ارائه بازخورد اصلاحی جهت رفع نقاط قابل بهبود وی

روش ارزشیابی دانشجو در طول دوره کارآموزی/کارآموزی در عرصه:

✓ ارزشیابی شفاهی عملکرد دانشجو در طی راند بالینی روزانه با استفاده از یادداشت های روزانه

- ✓ ارزشیابی کتبی عملکرد با استفاده از لوگ بوک
- ✓ ارزشیابی 360 درجه (خودارزیابی، ارزیابی سرپرستار، ارزیابی مربی)

ارزشیابی در حیطه عملکردی

میزان امتیاز کسب شده	میزان حداکثر امتیاز قابل کسب	عملکرد در حیطه وظایف
	25	بررسی و شناخت بخش
	12	ثبت عملکرد دانشجویان در زمینه کنترل تجهیزات پزشکی و ترالی اورژانس
	14	راهنمای گزارش شیفت
	12	ش مشارکت در تحویل گرفتن و تحویل دادن بخش
	3	ثبت تقسیم کار روزانه
	4	طبقه بندی مراقبتی بیماران
	30	راهنمای گزارش کتبی بیمار
	9	ثبت عملکرد دانشجویان در زمینه پذیرش بیمار
	17	ثبت عملکرد دانشجویان در زمینه ترخیص ایمن بیمار بستری
	10	ثبت عملکرد در زمینه تنظیم درخواست مشاوره
	10	ثبت عملکرد دانشجویان در زمینه تنظیم کاردکس
	20	ثبت عملکرد دانشجویان در زمینه چارت راند پرونده بیمار (گزارش نویسی)
	19	ثبت عملکرد دانشجویان در زمینه چارت راند پرونده بیمار (چک دستورات پزشکی)
	10	تجربه همراهی با پزشک یا تیم پزشکی هنگام ویزیت
	15	حل مشکل و تصمیم گیری
	20	گزارش سوپروایزر کشیک
	20	گزارش شاخصهای مدیریت ارتقا کیفیت
	250	جمع امتیازات

**ارزشیابی عملکردی بر مبنای تکمیل فرم های موجود در لوگ بوک کارآموزی توسط دانشجو و تایید عملکرد توسط سرپرستار محترم و مدرس بالینی مربوطه صورت می پذیرد.

**لازم به ذکر است که ارزیابی در حیطه عملکردی بر مبنای دانش قبلی دانشجویان در زمینه مراقبت از بیمار و اصول مدیریتی و رهبری صورت میگیرد.

ارزشیابی در حیطه عاطفی

میزان امتیاز کسب شده از مدرسی بالینی	میزان امتیاز کسب شده از سرپرستار بخش	میزان حداکثر امتیاز قابل کسب	معیارها	صفات عمومی
		3	در ساعت مقرر در بخش حضور دارد.	وقت شناسی
			تکالیف تعیین شده را در موعد مقرر تحویل می دهد.	
			در مراقبت از بیمار و انجام محوله در بخش زمان را رعایت می نماید.	
		2	داشتن یونیفرم بر طبق کد لباس در مردان و زنان	وضعیت ظاهر و لباس
			قراردادن کارت شناسایی در محل تعیین شده	
		3	به نقش مددجویان در تصمیم گیری توجه می نماید.	رعایت اصول اخلاقی حرفه ای در پرستاری
			اطلاعات مربوط به مددجویان را محرمانه حفظ تلقی می نماید.	
			از حقوق بیماران آگاهی دارد و از آنها حمایت می کند.	
		3	وظایف و مسئولیت های خود را در قبال بیمار بخوبی انجام میدهد	مسئولیت پذیری
			در انجام وظایف محوله احساس مسئولیت می کند.	
			وظایف و مسئولیت های مدیریتی خود را با نظارت مربی به خوبی انجام می دهد.	
		2	به ایمنی بیمار در طول مراقبت توجه می نماید	حفظ ایمنی
			به وضعیت ایمنی خود و همکاران توجه میکند	
		2	وظایف را با علاقه مندی انجام می دهد.	علاقه مندی بکار در بخش
			به یادگیری مهارت های مدیریتی و رهبری تمایل دارد.	
		1	انتقادات را پذیرفته و جهت بر طرف شدن آن تلاش می نماید.	انتقاد پذیری
		1	وظایف مربوطه را با دقت انجام می هد.	دقت و سرعت عمل
		3	همکاری و رفتار احترام آمیز با پرسنل و همکاران را در محیط کارآموزی رعایت می کند. 0	ارتباط مناسب
			همکاری و رفتار احترام آمیز با مدرس و سایر دانشجویان را ارائه رعایت می نماید	
			با بیمار و همراهان ارتباط حرفه ای برقرار می نماید.	
		20		جمع امتیازات

نمره ارزشیابی:

نمره	ارائه تکالیف (2)	عاطفی (2)	عملکردی (7)	حیطه ارزشیابی
	//////////////////// ////////////////////			سرپرستار
				مدرس بالینی

	////////// //////////	////////// //////////	////////// //////////	جمع کل
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------

***توجه: مجموع نمره دریافتی از سرپرستار بر مبنای نمره 9 محاسبه می گردد.

***توجه: مجموع نمره دریافتی از مدرس بالینی بر مبنای نمره 11 محاسبه می گردد.

منابع :

- Huber, Diane. (2021) Leadership and nursing care management. 6th Ed. Elsevier, USA
 - Marquis, B. L., Hustone, C.J. (2021) Leadership roles and management functions in nursing. 9th Ed
 - Sullivan, E.J. (2021) Effective Leadership and Management in Nursing. 9th Ed. New York: Pearson Education International. 5
 - Murray, Elizabeth J., (2022). Nursing Leadership and Management. 2nd ED. Philadelphia: F.A. Davis Company.
-
- یعقوبیان، نیره. مدیریت پرستاری و مامایی: بر اساس جدیدترین سرفصل تعیین شده واحد درسی اصول مدیریت و کاربرد آن در پرستاری و مامایی ، نشر و تبلیغ بشری، چاپ 4 سال 1394 .
 - رحیمی مدیسه، محمد. ایازی، زهرا. رحیمی مدیسه، سجاد. اصول مدیریت خدمات پرستاری و مامایی، تاران، انتشارات جامعه نگر.
 - دهقان نیری، ن. صالحی، ت. اصول مدیریت پرستاری ، نشر بشری، 1388 .
 - مسعودی اصل، ایروان. اصول مدیریت خدمات پرستاری. انتشارات جامعه نگر، 1394 .

بخش دوم:

مطالب تکمیلی یادگیری مهارتها

*فرایندهای تشخیصی / مراقبتی / درمانی در مراکز درمانی:

فرایندها مسیر و جریانی است که طی می شود تا ورودی ها به خروجی ها تبدیل شوند. در این مسیر؛ عملیات و فعالیت هایی اتفاق می افتد تا بر ورودی ها اثر گذاشته و آنها را معطوف و مرتبط به هدف و نتیجه که همانا خروجی یا برون داد سیستم است، می رساند. هر آنچه که در این مسیر اتفاق می افتد تا بهترین محصول نصیب مرکز درمانی شود، فرایند نام دارد.

بعبارت دیگر فرایندها در هر مرکز درمانی متناسب با امکانات زیر ساخت و ساختاری طراحی میگردد، تا در یک فرایند سیستماتیک تمامی امورات مربوط به تشخیص، مراقبت و درمان در چارچوب اعتبار بخشی و بطور ایمن و با حداکثر کیفیت مراقبتی برای بیمار و خانواده بیمار ارائه گردد. در هر مرکز درمانی متناسب با نوع بیمارستان و امکانات زیر ساختی و ساختاری، فرایندهای مراقبتی - درمانی، طراحی و بازطراحی میگردد.

تعدادی از فرایندها که برای هر بیمار بعد از ورود به مرکز درمانی جهت پیشبرد برنامه تشخیصی / مراقبتی / درمانی لحاظ میگردد:

- فرایند پذیرش اورژانس
- فرایند پذیرش
- فرایند درخواست آزمایش خون
- فرایند درخواست مشاوره های داخلی
- فرایند درخواست مشاوره های برون مرکز درمانی
- فرایند درخواست سی تی اسکن
- فرایند درخواست MRI
- فرایند درخواست ترانسفیوژن
- فرایند مشاوره پزشک قانونی
- فرایند درخواست تعمیر تجهیزات پزشکی
- فرایند درخواست خرید تجهیزات بخش
- فرایند درخواست بازدید دوره ای تجهیزات پزشکی
- فرایند درخواست سونو گرافی
- فرایند ترخیص زود بهنگام / ترخیص
- فرایند انتقال بیمار به اتاق عمل، بخشها یا مراکز دیگر
- ...

فرایند پذیرش بیماران بستری :

مراجعه بیمار بصورت اورژانسی پورسینا

مراجعه بیمار به پزشک کلینیک امام رضا و گرفتن دستور بستری

دستور بستری توسط پزشک اورژانس

مراجعه همراه به واحد پذیرش

ثبت سیستمی اطلاعات بیمار توسط واحد پذیرش

تشکیل پرونده و اخذ رضایت آگاهانه از بیمار و یا همراه و تحویل دستبند

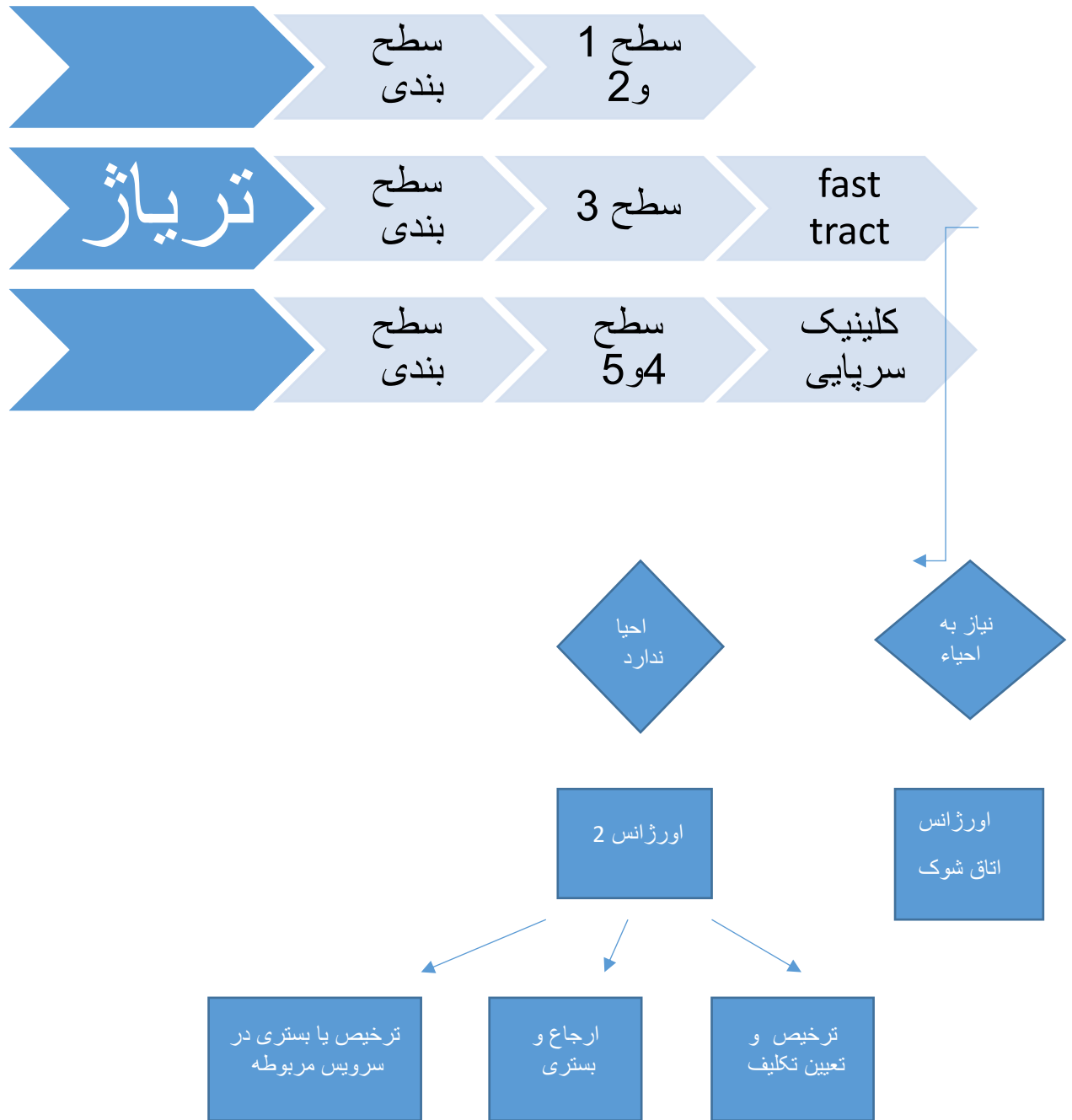
آیا بیمار بصورت اورژانسی به اتاق عمل برود بلی / خیر

ورود بیمار به اتاق عمل و پس از اتمام عمل تحویل

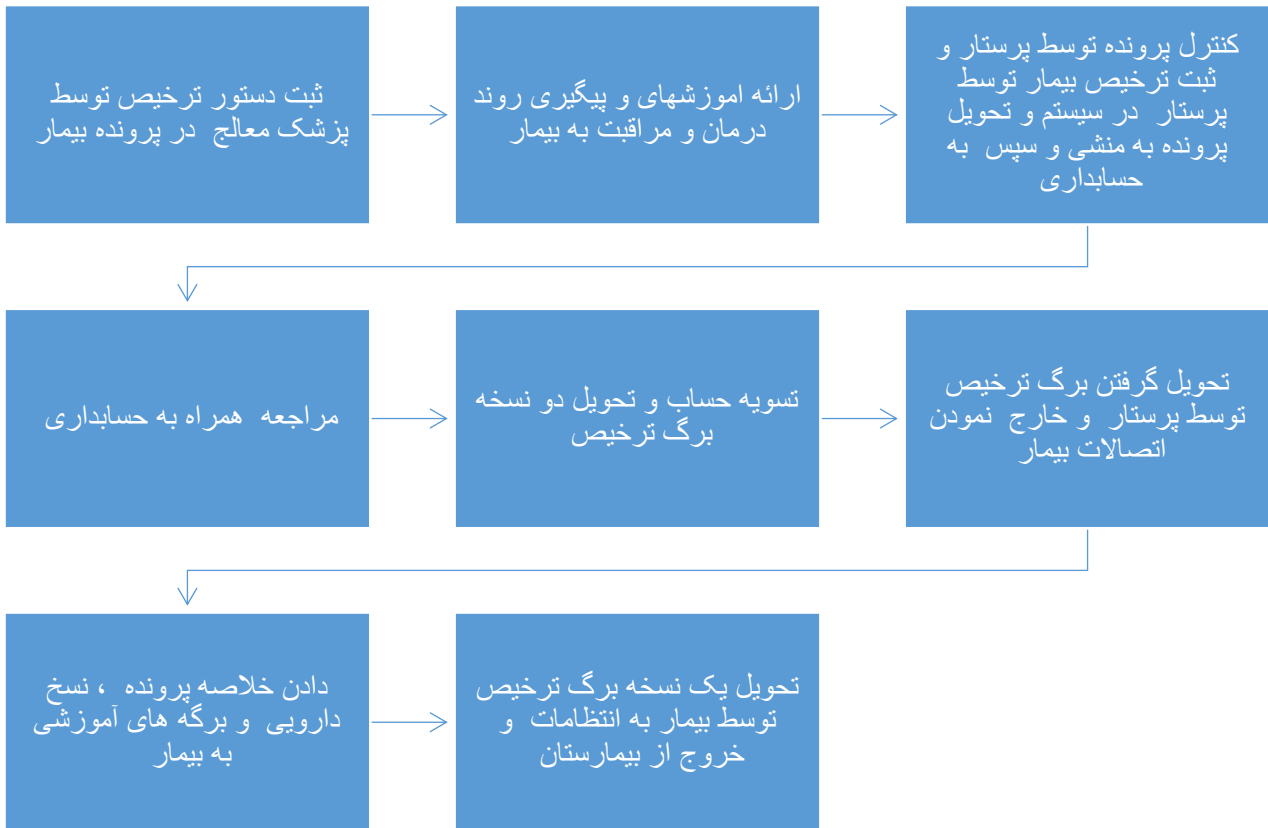
تحویل پرونده و بیمار به بخش ها و تعیین تحت در بخش

آموزش بدو ورود به بیمار و یا همراه

فرایند پذیرش بیماران اورژانس:



فرایند ترخیص :

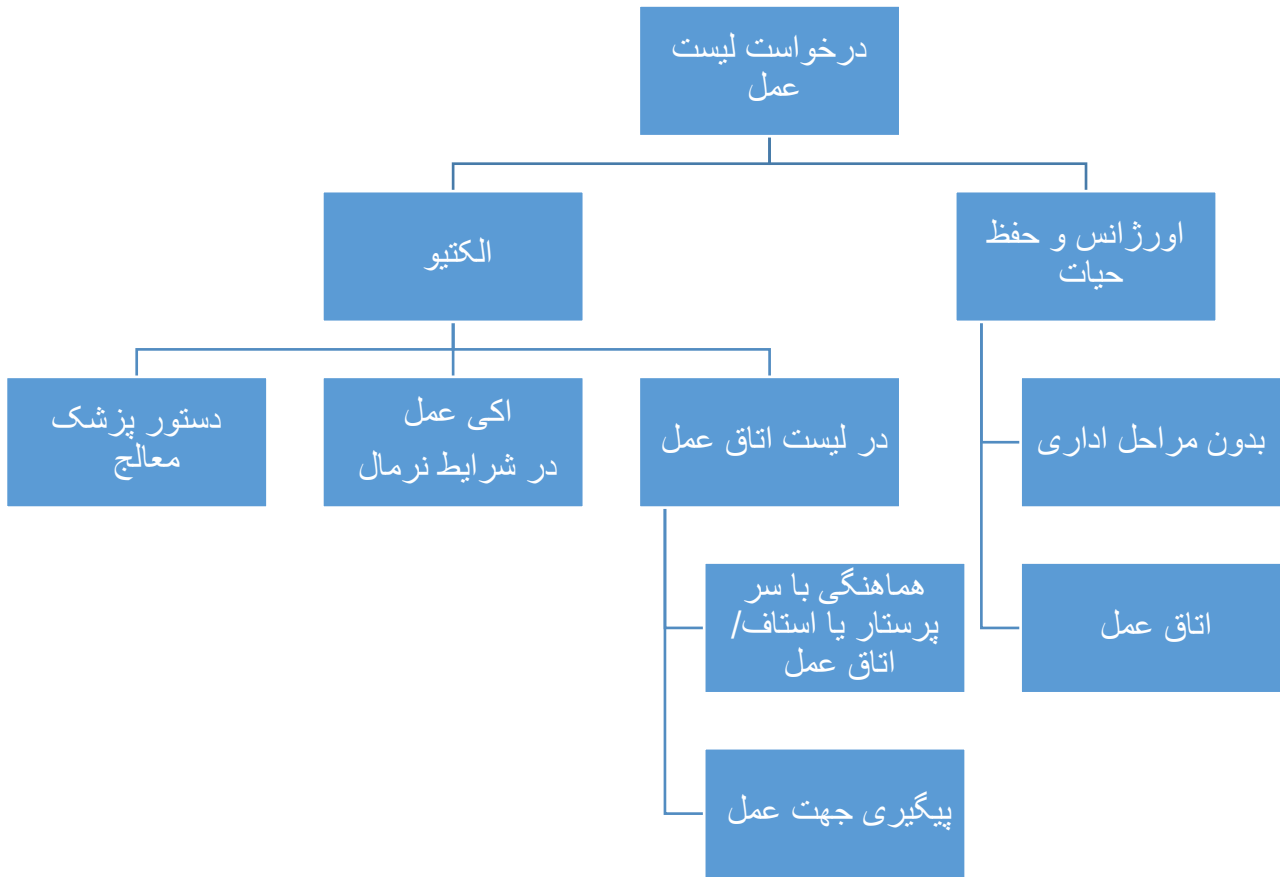


فرایند ترخیص : در شیفت های صبح و عصر فعال است

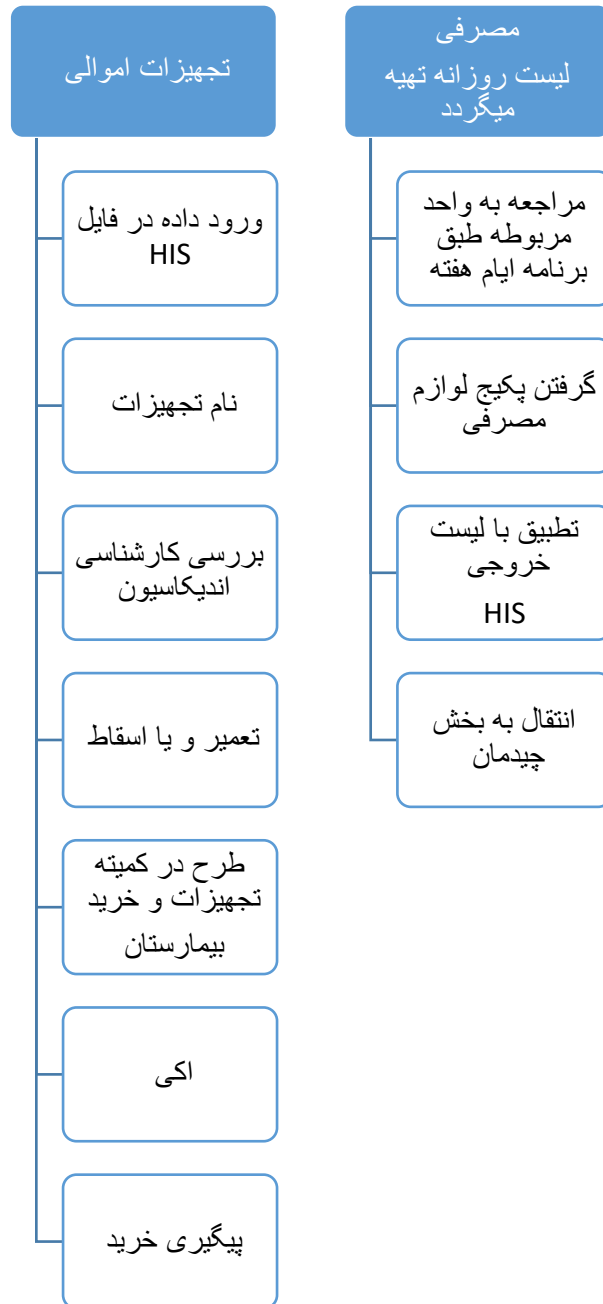
در صورتی که بیمار در شیفت شب ، با رضایت آگاهانه قصد ترخیص داشته باشد . در جدول به قسمت صندوق مراجعه نموده و اگر بیمه داشته باشد - ترخیص

اگر بیمار بیمه نداشته باشد - منشی بخش بعد از پذیرش بیمار بیمار و همراه را جهت ثبت نام در بیمه سلامت راهنمایی خواهد نمود و در صورت وجود مشکل به هر دلیلی سوپروایزر بالینی مداخله خواهد نمود.

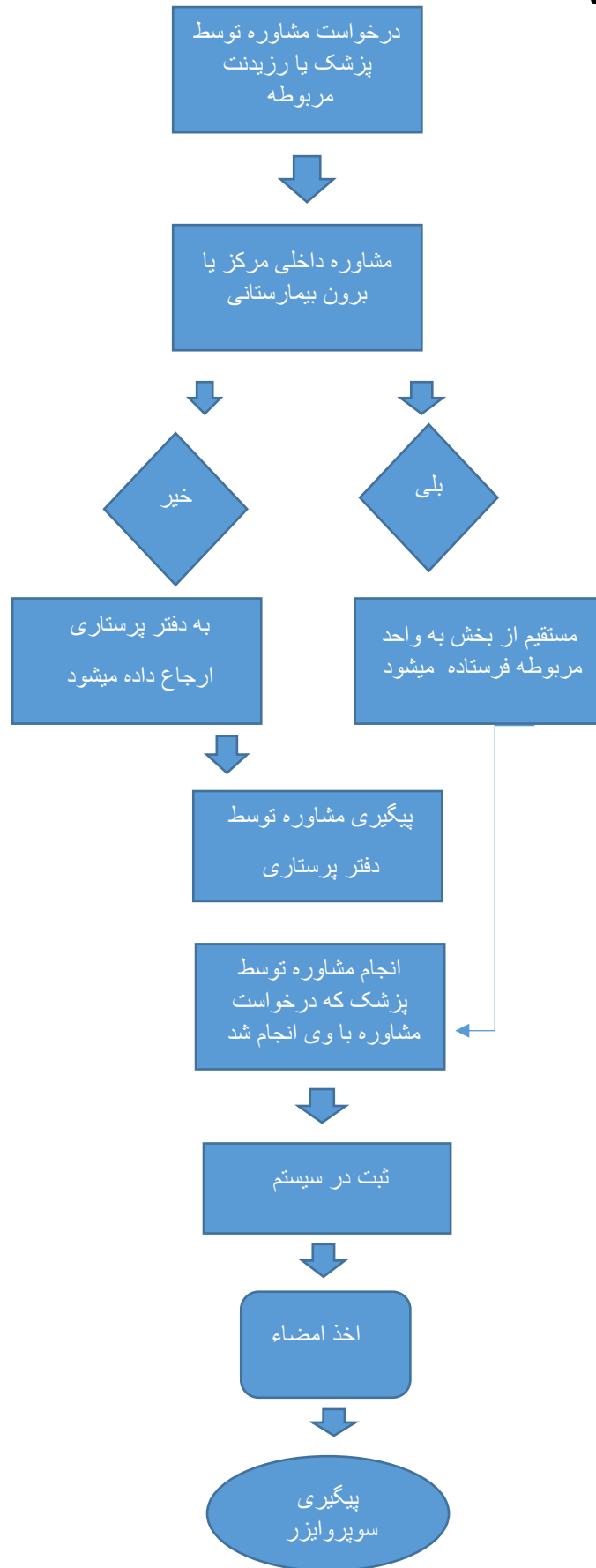
فرایند درخواست لیست عمل :



گرفتن تجهیزات پزشکی



فرایند مشاوره پزشکی :



ثبیت مستندات و

گزارش نویسی

الگوی گزارش نویسی در بخش های داخلی – جراحی :

ثبت و گزارش نویسی در برگیرنده نوشتن یا چاپ کردن مطالبی است ، که به عنوان گزارش یا دلیل و مدرک برای بررسی صلاحیت افراد تلقی می شود. ثبت گزارشات پزشکی و بالینی بیمار یکی از جنبه های فعالیت پرستاری است. مطالب گرد آوری شده پیش رو مخاطب گرامی، بر گرفته از آخرین منابع گزارش نویسی تهیه و تنظیم شده معاون محترم پرستاری وزارت بهداشت و درمان، می باشد.

فرم های رایج گزارش نویسی :

- NURSING PLAN OF CARE
- KARDEX
- NURSING PROGRESS NOTE
- FLOWSHEET
- ADMISSION ENTRIES
- Nursing discharge summary
- Medication record
- Incident report

نمونه ای از الگوی حداقل های کلی گزارش نویسی بدو ورود :

- ساعت و تاریخ پذیرش بیمار.
- نحوه ورود بیمار به بخش (به طور مثال با صندلی چرخ دار و برانکاردر...)
- شکایت فعلی بیمار و دلیل بستری شدن
- نتایج ارزیابی وضعیت هوشیاری بیمار.
- نتایج حاصل از ارزیابی وضعیت سلامت جسمی و روحی بیمار
- نتایج ارزیابی بیمار از نظر شرایط تهدید کننده ایمنی از قبیل: احتمال سقوط، زخم بستر، آسیب به خود
- غیره ... به همراه اقدامات پیشگیری کننده

ثبت گزارش پرستاری: nursing plan of care

*وضعیت عمومی بیمار

*سطح هشیاری (TPP)

*وضعیت حرکتی (CBR, RBR, OOB)

*تغذیه بیمار

*وضعیت راحتی

*ظاهر عمومی:

رنگ ظاهری پوست (FLUSHING, CYANOSIS, YELLOWISH, PALE)

وجود لرز ، تعریق ، بی حالی، ضعف، خستگی

*وضعیت درد

*گزارش علائم حیاتی:

درجه حرارت (تغییرات درجه حرارتی، اقدامات انجام شده، نتیجه اقدام همراه با ذکر ساعت)

فشار خون (تغییرات فشار خون، اقدام انجام شده، نتیجه اقدام همراه با ذکر ساعت)

نبض (مشخصات کامل نبض ، تغییرات نبض، اقدامات انجام شده، نتیجه اقدام همراه با ذکر ساعت)

تنفس (مشخصات کامل تنفس، تغییرات تنفس، اقدامات انجام شده، نتیجه اقدام همراه با ذکر ساعت)

*سیستم تنفسی:

سرفه، (مشخصات سرفه، مشکلات تنفسی و اقدامات انجام شده، نتیجه اقدامات)

الگوی تنفسی

صدای تنفسی

اتصالات بیمار

پروسیجر ساکشن

*سیستم قلبی و عروق:

درد قفسه سینه

وجود ادم

*سیستم گوارشی:

رژیم بیمار

اشتهای بیمار

مشکلات گوارشی همراه با اقدامات انجام شده

مشکلات دفعی و اقدامات انجام شده، نتیجه اقدامات

*سیستم ادراری:

کنترل برون ادراری (کمیت و کیفیت ادرار)

اتصالات سیستم ادراری با ذکر مشخصات

مشکلات سیستم ادراری، اقدامات انجام شده، نتیجه اقدامات

*سیستم حرکتی:

وجود تراکشن، گچ و مراقبت های مربوطه، عوارض و مشکلات و اقدامات انجام شده، نتیجه اقدامات

*یافته های غیر طبیعی پوست

*اقدامات پرستاری و درمانی صورت گرفته در صورت تغییرات همودینامیکی و تشخیصی

۷٪ نوع سرم، تعداد قطرات، میزان سرم در 24 ساعت، محل iv

* پیگیری آزمایشات، موارد کلینیکی، پیگیری، پاراکلینیکی

نمونه هایی از الگوی گزارش نویسی در خصوص مراقبت های خاص که باید در انتهای گزارش هر سیستم باید نوشته گردد.

• راهنمای ثبت برخی اقدامات پرستاری در بخش ها:

✚ اکسیژن تراپی:

• ثبت دلایل شروع (علائم اختلال تنفسی)، زمان شروع، طول مدت، روش، میزان و واکنش فرد نسبت به اکسیژن درمانی

✚ ناحیه زخم:

- وسعت و اندازه زخم، نزدیک بودن لبه های زخم، وجود یا عدم وجود ترشح، رنگ و نوع و میزان ترشح، وجود درن، نوع محلول شستشو، واکنش مددجو و علائم مهم همراه زخم؛ مانند تب و درد و احساس نگرانی، داشتن درن و توجه به خونریزی و عملکرد مناسب درن، چگونگی تحمل بیمار به پانسمان و داروی به کار برده شده در موضع، آموزشهای ارائه شده.
- مثال: پانسمان محل ماستکتومی برداشته شد. در محل پانسمان ترشحات خونی سرریزی وجود داشت. بخیه ها سالم است.

🚑 سونداژ مثانه:

- هدف از سونداژ مثانه، نوع سوند جهت سونداژ، سایز سوند، ثبت مانورها قبل از سونداژ، حجم مایع مورد استفاده جهت فیکس کردن بالون، حجم و رنگ و مواد خارجی موجود در ادرار پس از سونداژ مثانه.
- در صورت شستشو: حجم و نوع محلول شستشو و حجم و رنگ مواد برگشتی و واکنش مددجو.

🚑 سوند بینی - معدی:

- دلایل NGT گذاری، نوع گاوآژ (متناوب و مداوم)، حجم و نوع محلول گاوآژ، حجم مایع موجود در معده
- قبل از گاوآژ، رنگ ترشحات برگشتی از معده، واکنش مددجو.
- لاواژ: دلایل لاواژ، نوع و حجم محلول لاواژ، حجم و رنگ موارد برگشتی، واکنش مددجو.

🚑 نکات اساسی در ثبت گزارش CPR:

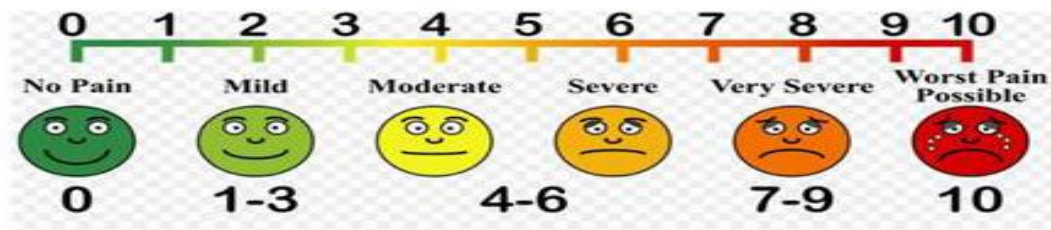
- ثبت زمان و نوع ایست، فقدان نبض یا تنفس، زمان شروع احیاء قلبی و ریوی، ریتم قلبی در زمان شروع و
- پس از دفیبریلاسیون، تعداد و مقدار (ژول) دفیبریلاسیون، تزریق دارو (نوع، دوز و زمان)، لوله گذاری،
- اکسیژن درمانی و واکنش بیمار نسبت به آنها، تجزیه گازهای خون شریانی، واکنش مردمکها، زمان حضور
- تیم احیا، زمان خاتمه ی احیاء.

🚑 گزارش درد:

- Pain score
- Visual Analog Scale (VAS) (مقیاس دیداری درد)
- در بیمارانی که داروی آرامبخش (sedative) دریافت نکرده اند، ارزیابی درد (Pain) با معیار "ونگ" از طریق مصاحبه، مشاهده بیمار تکمیل می گردد.

- در مواردی که بیمار اینتوبه و هوشیار باشد با نشان دادن صورتکها به بیمار و در صورت نداشتن هوشیاری با مقایسه چهره بیمار با صورتکها، میزان شدت درد در بیمار تعیین می گردد.

مقیاس	عنوان	توضیح
+4	پرخاشگر	خشمگین - آسیب به پرسنل
+3	شدیدا اشفته	لوله و اتصالات را به صورت پرخاشگرانه می کشد.
+2	آشفته	بی قراری با ونتیلاتور و حرکات متناوب و بی هدف
+1	بی قرار	مضطرب - حرکات بدون پرخاشگری
0	هوشیار - آرام	توجه به مراقبت دهنده
-1	خواب آلودگی	کاملا هوشیار نیست ولی با صدا چشم باز می کند و ارتباط بیش از 10 ثانیه است.
-2	بیهوشی ضعیف	به طور مختصر به صدا جواب می دهد ولی ارتباط برقرار نمی کند.
-4	بیهوشی عمیق	به تحریکات فیزیکی جواب می دهد.
-5	بیدار نمی شود	به صدا و تحریکات فیزیکی پاسخ نمیدهد.



صورتک شماره	نشانهگر	برابر یا
صفر	فقدان ناراحتی	صفر
۱	درد خفیف	۲
۲	درد اندکی بیشتر	۴
۳	درد باز هم بیشتر	۶
۴	درد شدید	۸
۵	بدترین درد	۱۰

دارو درمانی:

- اسم دارو، نوع دارو، راه مصرف دارو، دوز مصرف به طور کامل، تاریخ و زمان مصرف و واکنشهای دارویی در صورت بروز
- داروهای اختصاصی: طول مدت تجویز دارو
- تزریق عضلانی و داخل جلدی: مکان تزریق
- تزریق داخل وریدی: تاریخ و موضع وارد نمودن سوزن، وسایل مورد استفاده مثل آنژیوکت یا اسکالپ وین، میزان قطرات و حجم سرم انفوزیون شده، در صورت تغییر محل آنژیوکت علت تغییر محل و یا عوارض مایع درمانی و موارد آموزش داده شده به بیمار باید در گزارش پرستاری ثبت شود.
- تزریق زیرجلدی: دوز مصرفی، موضع و واکنش نسبت به دارو
- گزارش تغذیه کامل غیر از راه خوراکی (TPN) سوند بکار رفته، حجم و میزان محلول تجویز شده و وضعیت ورود کاتتر
- داروهای پرخطر/هشدار بالا توسط دو کارشناس پرستاری چک ثبت و امضاء شود.
- در هنگام نسخه نویسی و نسخه برداری داروهای هشدار بالا که دارای اسامی مشابه هستند، حتما، از روش نگارش Tall Man Lettering به منظور تأکید بر روی اختلاف اسامی دارویی، استفاده شود.

- اشتباهات دارویی: هر گونه اشتباه در تزریق دوز، روش تجویز، زمان اجرا، حذف دوز، اجرای داروی تاریخ گذشته و همچنین طریقه اطلاع به پزشک مسئول، مداخلات و واکنش بیمار باید ثبت گردد.
- امتناع از مصرف دارو: به هر دلیلی بیمار از مصرف دارو امتناع نمود باید ثبت و به اطلاع پزشک معالج رسانده شود.
- گزارش مانیטورینگ قلب: تاریخ و ساعت شروع مانیטورینگ، ریتم های خوانده شده و اقدامات انجام شده باید ثبت شود.

✚ گزارش ترانسفوزیون خون:

- خون یا فرآورده های خونی باید همزمان توسط دو کادر بالینی بررسی شده و اطلاعات آن ثبت شوند . نام بیمار، شماره پرونده، نوع و گروه خون، یافته های کراس ماچ، شماره شناسایی بانک خون مندرج روی فرآورده خونی باید دقیقاً بررسی شده و مورد توجه قرار گیرند . در تزریق خون موارد زیر باید در نظر گرفته شده و ثبت شوند :
- بررسی تاریخ انقضا کیسه و مخدوش بودن اطلاعات روی آن پیش از تزریق خون و فراورده های خونی
- توجه به سوابق تزریق خون بیمار و بررسی هرگونه عدم انطباق
- بررسی وضعیت ظاهری کیسه از نظر کدورت، تغییر رنگ، وجود لخته، همولیز، حباب گاز و هرگونه نشتی پیش از تزریق خون و فراورده های خونی
- نوع و میزان فرآورده خونی، شماره کیسه و نوع گروه خونی
- تاریخ و ساعت شروع و اتمام تزریق خون
- نام پرستار شاهد که اطلاعات را تایید کرده است
- نوع و اندازه سوزن مورد استفاده
- علائم حیاتی قبل، حین و پس از تجویز خون
- در صورت استفاده از وارمر جهت گرم کردن خون قید آن ضروری است .
- اگر تزریق خون به صورت اتو ترانسفیوژن باشد، موارد زیر باید ثبت شوند :
- مقدار خون گرفته شده از بیمار و مقدار خونی که به وی تزریق شده
- نتایج آزمایشات در حین و پس از تزریق خون
- تستهای انعقادی، هماتوکریت، گازهای شریانی ، هموگلوبین، کلسیم
- علائم حیاتی قبل، حین و پس از تزریق خون

* نکته : در صورتی که بیمار نسبت به تزریق خون واکنش نشان داد ، سریعاً تزریق را متوقف نمود ه و

گزارش را با ذکر موارد ذیل می نویسیم :

- نوع و مقدار خون یا فراورده های خونی تزریق شده
- زمان شروع و توقف تزریق خون
- تاریخ و ساعت واکنش و علائم مشاهده شده در بیمار
- درمان هایی که برای واکنش بیمار انجام شده و نتایج آن

✚ گزارش قبل از عمل :

- 1- ثبت ساعت تحویل بیمار به اتاق عمل و نحوه انتقال (برانکارد و صندلی و غیره) .
- 2- ثبت علائم حیاتی نهایی قبل از تحویل به اتاق عمل و ثبت وضعیت عمومی بیمار .
- 3- ثبت وسائل و تجهیزات متصل به بیمار (سوند ها و غیره ...) .
- 4- ثبت دستورات دارویی (پریمد) .
- 5- ثبت آمادگی لازم داده شده (انما ، شیو و غیره ...) .

✚ گزارش بعد از عمل :

- 1- ثبت ساعت تحویل و یا ورود به بخش، ثبت نوع عمل انجام شده .
- 2- ثبت وضعیت عمومی بیمار و سطح هوشیاری و درد و غیره ...
- 3- ثبت وضعیت در ن ها و تیوب ها و سایر اتصالات بیمار از نظر کارکرد صحیح و ترشحات و پانسمان .
- 4- ثبت علائم حیاتی و برون ده ادراری در ساعات اولیه 0
- 5- ثبت اقدامات انجام شده و قابل پیگیری
- (چارت OR در بالای برگه علائم حیاتی با رنگ قرمز به بلندی حدود 2 سانت)
- 6- ثبت روزهای بعد از عمل بعد از تاریخ روز عمل در محل های مربوطه .

✚ گزارش ترخیص :

1. وضعیت عمومی بیمار در حین ترخیص ، ساعت ترخیص و خروج از بخش با قید وضعیت همراه
2. ثبت آموزش های مربوطه داده شده چه به صورت شفاهی ، پمفلت که ممکن است شامل (رژیم ، دارو و فعالیت و

غیره باشد) .

3. دادن کارت مراجعات بعدی (کارت ترخیص)

* در مورد بیمارانی که با رضایت شخصی مرخص شده اند حتما قید شود " علیرغم توصیه به ادامه درمان با رضایت رفته است " .

* در مورد بیمارانی که به دلیل مشکلات مالی ترخیص نمی شوند اقدامات دارویی و درمانی طبق دستور پزشک باید ادامه داشته و ثبت گردد، بهتر است که پرونده از قسمت مالی برگشت داده شود در غیر اینصورت پرونده ثانویه تشکیل گردد .

✚ گزارشی فوتی

1- وضعیت عمومی قبل از فوت (علائم حیاتی ، علائم ذهنی ، عینی با قید ساعت و تاریخ)

2- ثبت سیر علائم حیاتی بیمار

3- ثبت ساعت بد حال شدن بیمار در موارد ناگهانی و اقدامات انجام شده به تفصیل (در مورد CPR ثبت مراحل آن با قید لوله تراشه ، داروی مصرف شده و یا ماساژ قلبی) ثبت شود .

4- ثبت ساعت فوت ، نحوه گواهی فوت (صادر گردیده و یا توسط پزشکی قانونی صادر خواهد شد) .

✚ کاردکس:

• منبعی برای دستیابی سریع به اطلاعات و گزارشات در هنگام تغییر شیفت و راند پرسنل پرستاری در بسیاری از مراکز درمانی دنیا و بعضی از مراکز درمانی ایران، تدوین کاردکس بصورت دیجیتال است.

راهنمای عمومی:

کلیه بخش های بیمارستانی به کاردکس جهت ثبت برنامه مراقبتی نیاز دارند و رعایت اصول نظم و ترتیب ، خوش خط و خوانابودن کاردکس الزامی است.

1. برای ثبت مطالب در کاردکس می توان از سه قلم آبی ، قرمز و مداد استفاده نمود.

الف) خودکار آبی: برای ثبت مواردی که می خواهیم همیشه در برگه کاردکس باقی بماند مثل نام و نام خانوادگی

بیمار، سن، شماره پرونده، تاریخ پذیرش ، نوع عمل، تاریخ عمل، نوع بیمه درمانی.

ج) مداد: برای ثبت موارد متغیر مانند دستورات پزشکی و پرستاری از جمله: داروهای تجویز شده ، درخواست

آزمایشات، تصویر برداری های تشخیصی، زمان انجام ساکشن، تغییر وضعیت، ماساژ پشت، علائم حیاتی و ...

ب) خودکار قرمز: برای ثبت موارد مهم و ثابت مانند حساسیت به پنی سیلین، خطر خودکشی، تزریق عضلانی ممنوع

... و

2- به طور کلی در کاردکس کارهایی را که باید انجام گردد و در پرونده اقداماتی که انجام شده باید ثبت شود.

3- هنگام ثبت در کاردکس برای رعایت اصل اختصار، نیازی به نوشتن کلماتی از قبیل (انجام شود) نمی باشد و تنها باید به ذکر تاریخ تجویز دستور مربوطه اکتفا گردد.

4- در جلوی I & O ساعات محاسبه قید گردد مانند: 8M - 2PM - 8PM

5- در هنگام نوشتن هر دستوری باید تاریخ دستور قید شود، در مواردی که تاریخ اتمام یا انقضاء دارد تاریخ اتمام نیز باید قید گردد.

6- از گذاشتن ایضا در کاردکس خودداری گردد و همه دستورات بطور کامل ثبت شود

7- دستورات stat در کاردکس وارد شده و پس از اجرا تیک زده و در گزارش پرستاری ثبت گردد و پس از 24 ساعت از کاردکس پاک شود.

8- در محل NGT و F.C تاریخ گذاشتن قید گردد.

9- در محل TPR ساعات کنترل علائم حیاتی ثبت گردد مثال در کنترل QID نوشته شود: 6-12-6-12

10- در محل وزن زمان کنترل وزن ثبت گردد مثلا روزانه یا شنبه ها

11- در محل موارد ویژه اعتیاد، آنتی ژن مثبت، تزریق عضلانی ممنوع، فیستول دست راست یا چپ، سابقه بیماریهای خاص مثلا قلبی و ... ذکر شود.

12- در حساسیتهای دارویی و غذایی ثبت گردد

13- نوع سونوگرافی و آزمایشات انجام شده کاملا مشخص باشد مثلا سونوگرافی شکم، آزمایش PT یا FBS با قید ساعت و تاریخ

14- در مورد داروهایی که در بخش موجود نیست و باید توسط همراهان تهیه شود، در کاردکس با ذکر تاریخ ثبت گردد. و پس از خریداری زمان شروع دارو نیز نوشته شود

15- تشخیص بیماری نوشته شود نه علائم بیماری، هر چند در ابتدا ممکن است تشخیص مشخص نباشد و تنها به علائم اکتفا نمود، اما پس از تشخیص قطعی، تشخیص نوشته شود

16- در هنگام نوشتن هر دستوری باید تاریخ دستور قید شود در مواردی که تاریخ اتمام یا انقضاء وجود دارد تاریخ اتمام باید قید گردد. مثلا 85/10/10 تا تاریخ 85/10/14

17- آزمایشات و رادیوگرافی انجام شده پس از گزارش به پزشک (پس از 24 ساعت) پاک گردد . جز در موارد لزوم که پشت کاردکس میتوان ثبت کرد و در مورد CT-SCAN و تستهایی که فقط یک بار در طول بستری بیمار انجام می شود در طرف راست کاردکس نوشته شده و پاک نمی گردد .

18- در مورد داروهای PRN، حتما باید ساعت قید گردد.

🚑 گزارش شفاهی :

به این منظور انجام شود که همه اعضای تیم مراقبتی بتوانند به درستی اطلاعات مربوط به بیمار را منتقل می کنند.

- مهم است که برای ارایه گزارش شفاهی:
- رعایت زمان مناسب
- دقت
- تناسب مطالب در نظر گرفته شود.

🚑 گزارش تغییر شیفت

هدف از این گزارش ارائه تداوم ارایه مراقبتها در بین پرستارانی است که با بیمار کاری کنند.

مثال : اگر پرستاری در مورد تسکین درد بیمار یک ارزیابی مؤثر انجام دهد مهم است که این اطلاعات در اختیار پرستار بعدی که از بیمار مراقبت می کند قرار گیرد تا مداخلات کنترل درد تداوم داشته باشد.

- به طور سریع، مفید و مؤثر ارایه شود.
- وضعیت سلامتی بیمار را شرح داده و به پرسنل شیفت بعد اجازه می دهد که بدانند بیمار به چه مراقبت هایی احتیاج دارد
- نباید تنها با خواندن از روی اطلاعات ثبت شده به پایان برسد بلکه باید اطلاعات مهم و مورد توجه در مورد بیماران مرور شود (به عنوان مثال وضعیت زخم یا وجود دوره هائی از درد قفسه سینه).
- اطلاعات پایه برای مقایسه در طی شیفت بعد تأمین کند
- اطلاعات در مورد نیازهای مددجو باید جدید، عینی و مختصر باشد.

باید ها و نبایدها در گزارش تغییر شیفت:

○ باید ها:

- فقط اطلاعات ضروری را در مورد مددجو ذکر کنید(نام، جنس، سن، تشخیص پزشکی و تاریخچه پزشکی)
- تشخیص های پرستاری مددجو یا مشکلات بهداشتی و علل مربوط به آن را توضیح دهید.
- نشانه های عینی یا مشاهدات خود در مورد شرایط مددجو و پاسخ وی به مسائل بهداشتی را ذکر کنید. بر روی تغییرات اخیر بیشتر تمرکز کنید.

* به طور مداوم برنامه ترخیص بیمار را مرور کنید، نیاز به منابع مختلف، سطح آمادگی بیمار برای رفتن به منزل

*توجه به تغییرات مهم در شیوه درمان(نظیر تغییر وضعیت برای تسکین درد بیمار، داروهای جدید)

- روش های آموزش به بیمار و واکنش وی را توضیح دهید
- نتایج ارزیابی مراقبت پزشکی یا پرستاری را بررسی کنید(تاثیر ماساژ پشت یا تجویز مسکن ها)

* به اولویت های اجرای کار توسط پرسنل پرستاری دقت کنید

○ نباید ها

- تمام روش های روتین مراقبتی را دوباره تکرار نکنید.
- تمام اطلاعات بیوگرافی بیمار که به صورت مکتوب وجود دارد را دوباره بیان نکنید.
- از بیان مطالب حساس به مددجو نظیر "آقا، شما باید یک وصیتنامه بنویسید" اجتناب کنید.
- از پیش داوری در مورد ارتباط اعضاء خانواده اجتناب کنید.
- پشت سر بیمار بدگوئی نکنید.
- مراحل ابتدایی یک روش را توضیح ندهید.
- از ذکر جزئیات خودداری کنید مگر اینکه همکاران آن را سؤال کنند.
- هیچگاه نتایج را با کلمات «خوب» یا «ضعیف» توصیف نکنید.
- * پرسنل را وادار نکنید که حدس بزنند چه چیز در اولویت قرار دارد.

یکی از استراتژی های مهم ارتباطی کلامی بین پزشک و پرستار، که در همه تعاملات ارتباطی از جمله زمان تحویل شیفت در بخش های جنرال استفاده میشود، ارتباط با الگوی SBAR و اصل CUBAN میباشد.

- **SBAR and ISBAR as Verbal Communication Tools**

- *Situation*

معرفی خود و بیمار و بیان مختصر وضعیت بیمار

- *Background*

تشخیص بیمار، تاریخ پذیرش، درمان انجام شده

- *Assessment*

خلاصه وضعیت بیمار و بیان مشکل

- *Recommendation*

تعیین درمان جدید یا تغییر اردرها و ارائه نظرات برای اقدام بعدی

- *Introduction*

معرفی فرد، نقش او و واحد تماس گیرنده

- **CUBAN**

- 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 بیمارستان و محیط درمان انتقال یابد. اطلاعات حساس و محرمانه بیمار می تواند شامل نتایج مثبت آزمایشاتی مانند HIV، بیماری های 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 می خواهند محرمانه بماند. جهت حفظ حریم بیماران و حفظ اسرار آنها فرایند تحویل در بعضی از موارد می تواند خارج از اتاق بیمار انجام شود.

- توالی و پیوستگی در ارائه گزارش: Uninterrupted

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

- خلاصه بودن گزارش: Brief

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.

• صحت و دقت اطلاعات: Accuracy

باید اطمینان حاصل شود که تمام اطلاعات انتقال یافته در فرایند تحویل 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 اصلاحات غیر معمول انتقال یابد..

• نام پرستار مسئول بیمار

✚ فرایند شناسایی بیمار

عدم شناسایی صحیح بیماران در مراکز ارائه کننده خدمات سلامت منجر به بروز خطاهای دارویی، پروسیجرها و اعمال جراحی بر روی فرد نادرست و موضع نادرست، خطاهای مرتبط به انتقال خون، خطا در زمینه آزمایشات تشخیصی و تحویل نوزاد به خانواده اشتباه می شود که نه تنها سبب بی اعتمادی بیمار به نظام ارائه کننده خدمات می گردد بلکه طیف بسیار وسیع و متفاوتی از عواقب را نیز در پی دارد تا حدی که در برخی موارد حوادث ناگوار 19 و آسیب و صدمات دائمی و غیر قابل جبران و حتی مرگ بیماران نیز گزارش شده است. ایمنی بیمار، اتفاقات و حوادث نزدیک به خطای ناشی از عدم شناسایی صحیح بیمار را به عنوان چالش جهانی مطرح می نماید. و با توجه به زیان و آسیب های حاصله از این امر، اجتناب از بروز اشتباهات ناشی از عدم شناسایی صحیح بیماران هدف کلیدی و نقطه ثقل بهبود برنامه های ایمنی بیمار تمامی انجمن ها، اتحادیه ها و آژانس های عمده ایمنی بیمار در سراسر جهان قرار گرفته است.

حیطه های اصلی که شناسایی نادرست بیماران ممکن است حادث شود مشتمل بر دادن دارو به بیماران،، فلبوتومی، ترانسفوزیون و اقدامات و اعمال جراحی است. افزایش تحویل و تحول بیماران (بین شیفت ها، بین بخشی، بین بیمارستانی و سایر مشکلات برقراری ارتباط، عدم بکار بستن چک لیست های قبل از عمل و عدم رعایت روش های صحیح کنترلی از جمله عوامل مؤثر و همراه در افزایش احتمال بروز خطا در شناسایی صحیح بیماران می باشند.

این در حالیست که در تعدادی از کشور ها به صورت سنتی از دستبند های شناسایی برای تشخیص بیماران بستری استفاده می شده است و گم شدن و یا وجود اطلاعات غلط بر روی آن ها منجر به کاهش کارآیی و اثر بخشی این نظام شده است. گرچه سیستم رنگ بندی تشخیص ربع دیداری را فراهم و برخی مشکلات را می کاهد، لیکن فقدان وجود سیستم استاندارد رنگ بندی شناسایی بیمار بروز خطا در شناسایی صحیح بیماران را برای کارکنانی که در چندین جای متعدد کار می کنند، باعث گردیده است.

اصول عمومی شناسایی صحیح بیماران :

1. مسئولیت اولیه کارکنان خدمات سلامت، شناسایی بیماران و تطبیق بیمار صحیح با مراقبت / درمان صحیح است.
 - *اکیدا یاد آوری می شود که استفاده از دستبندهای شناسایی برای بیماران از مسئولیت کارکنان درمانی جهت کسب اطمینان از انجام اقدام درمانی، مراقبتی و تشخیصی صحیح بر روی بیمار صحیح نمی کاهد .
 2. کلیه مجموعه های ارائه کننده خدمات سلامت به منظور ارائه اقدامات و خدمات درمانی ، تشخیصی و مراقبتی دارای راهنمای شناسایی بیمار مصوب و مدون باشند، راهنمای مزبور بایستی حداقل شامل بندهای این راهنما باشد.
 3. کلیه بیماران مورد پذیرش در بخش اورژانس، بیماران بستری و اقدامات روزانه بایستی در هنگام پذیرش و در مدت بستری به طرز صحیح شناسایی شوند.
 4. الزامی است کلیه بیماران بستری شامل بیماران تحت نظر بخش اورژانس و اقدامات روزانه، دارای دستبند شناسایی باشند.
- استفاده از دستبند شناسایی در بیماران با اختلالات روانی با شرایط خاص بالینی، منجمله سوختگی و شکستگی موضعی اندام های فوقانی، تابع دستورالعمل داخلی بیمارستان است.
 - به منظور پیش گیری از خطا، مشخصات بیماران بایستی به صورت خوانا و واضح به روش یکسان در کل بیمارستان بر روی دستبندهای شناسایی نوشته شود بدین منظور حداقل بایستی دو شناسه مشتمل بر نام و نام خانوادگی ، نام پدر و تاریخ تولد بیمار (به روز، ماه و سال) با رنگ مشکی یا آبی در پس زمینه سفید دستبند پرینت شود.
 - در صورت مشابهت نام و نام خانوادگی دو بیمار بستری ، ضروریست نام پدر بیمار نیز به عنوان جزئی از دو شناسه اصلی در دستبند شناسایی درج شود.
 - به منظور هشدار در روی جلد پرونده بیماران با نام و نام خانوادگی مشابه عبارت " احتیاط: بیمار با اسامی مشابه " قید شود.
 - سایر شناسه هایی که در صورت صلاحدید مراکز درمانی در گروه های خاص بیماران به ویژه در ارتباطات بین کارکنان خدمات سلامت (برای مثال بیماران مجهول الهویه یا مبتلا به اختلالات روانی) مازاد بر موارد یاد شده می تواند مورد استفاده قرار گیرد عبارتند از:
 - شماره پرونده بیمار
 - نام بخش : در شناسه های نمونه های ارسالی به واحد های پاراکلینیک اجباری است
 - نام بیمارستان : در انتقال بین بیمارستانی
 - تأکید می شود هیچ گاه از شماره اتاق و تخت بیمار به عنوان شناسه شناسایی استفاده نشود .
 - محل مناسب دستبند شناسایی بیماران بر روی بازوی دست غالب می باشد ، بدین دلیل که کمتر احتمال باز نمودن آن از بازوی بیمار به منظور انجام اقدامات درمانی وجود دارد.
 - سیستم کد بندی رنگی و رنگ "قرمز" فقط برای شناسایی بیماران مبتلا به آلرژی شناخته شده توصیه می شود . مشخصات این بیماران با رنگ مشکی یا آبی در پس زمینه سفید پرینت شده و بر روی دستبندی به رنگ قرمز چسبانیده می شود .

- سیستم کد بندی رنگی و رنگ "زرد" برای شناسایی سایر گروه بیماران در معرض خطر منجمله بیماران مستعد سقوط، یا ابتلاء به زخم فشاری یا ترومبوآمبولیسم وریدی توصیه می شود. مشخصات این بیماران با رنگ مشکی یا آبی در پس زمینه سفید پرینت شده و بر روی دستبندی به رنگ زرد چسبانیده می شود.

5. قبل از ارائه هر گونه اقدامات و خدمات درمانی، تشخیصی و مراقبتی بایستی تمامی بیماران به طرز فعال به شرح ذیل شناسایی شوند و مشخصات آنان با شناسه های مندرج بر روی دستبند شناسایی تطبیق داده شود.

- روش شناسایی فعال بیماران: از بیمار درخواست نمایید که نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد خود را و در صورت ضرورت نام پدر را بیان نماید. سپس آن را با مشخصات مندرج بر روی دستبند شناسایی تطبیق دهید.
- در صورتی که بیمار کودک یا معلول ذهنی بوده یا قادر به تکلم نبوده با هوشیار نمی باشد، یا با پرسش مشخصات بیمار از والدین و یا وابستگان درجه یک وی، ایشان را به طور صحیح شناسایی نمایید
- به منظور پیش گیری از وقوع حوادث ناگوار در ترانسفوزیون خون، تغذیه ی مکمل وریدی و تمامی مراحل نسخه نویسی، نسخه پیچی در داروخانه بستری، آماده سازی و دادن داروهای با هشدار بالا به بیماران، الزامی است بیمار صحیح با اقدام درمانی صحیح توسط دو نفر از کادر حرفه ای واجد صلاحیت ذیربط به صورت مستقل از یکدیگر کنترل شود.

6. دستبند شناسایی بیماران توسط بخش پذیرش تهیه و و در هنگام پذیرش و قبل از ورود به بخش در اختیار بیماران قرار گیرد

7. در هنگام پذیرش صحت اطلاعات مندرج از روی دستبند، شناسایی با بیمار یا در صورت ضرورت با یکی از بستگان درجه یک وی کنترل می شود.

8 ضروریست بیمار دریافت باند شناسایی را در پرونده به صورت کتبی تأیید و امضاء نماید.

۹. اندازه دستبند شناسایی بیماران بایستی متناسب با ساختار بدنی آنان باشد و طول آن از اندازه بسیار کوچک تا بسیار بزرگ متناسب با سایز نوزاد تازه متولد تا بیماران بسیار چاق و لنفادماتو و یا دارای بانداژ وسایر اختلالات تهیه گردد.

10. بایستی در حین بستری بیماران دستبند های آسیب دیده یا گم شده، فوراً توسط مرجع ذی صلاح (منشی بخش یا طبق صلاحدید مسئولین هر مرکز ارائه کننده خدمات سلامت) تهیه و تعویض شوند.

11. جنس دستبند های شناسایی از مواد قابل انعطاف، نرم، ضد آب با قابلیت تمیز کردن مجدد باشد و هوا نیز از آن عبور نماید به نحوی که باعث تحریک پوست و آلرژی نشده و کاربرد آن برای بیمار راحت باشد و منجر به خارش، حساسیت و تعریق نشود و به پوست بیمار ولو هر چند که حساس و ظریف و آسیب پذیر نیز باشد، صدمه نزند.

12. بایستی دستبند های شناسایی به نحوی بسته شوند که سبب فشردگی پوست نشوند.

13. نوشته های بر روی دستبند شناسایی بایستی برای مدت طولانی دوام داشته باشد.

14. در صورتی که هر یک از اعضای تیم درمانی به منظور ارائه یک خدمت درمانی، تشخیصی یا مراقبتی دستبند شناسایی بیمار را باز نمود، ضروریست سریعاً پس از اتمام مورد، رأساً نسبت به بستن آن اقدام نماید.

*اگر دستبند شناسایی در صورت باز شدن و یا در آوردن فوراً، بسته نشود، الزامی است بیمار دوباره شناسایی و دستبند پس از کسب اطمینان از صحت مشخصات، به بیمار متصل شود.

15. اکیدا یاد آوری می شود که بخش های بیمارستانی دارای ضوابط و مقررات مکتوب و مدون به منظور تحویل بیماران حین تعویض شیفت باشند.

16. در هنگام ترخیص دستبند شناسایی بیماران تحویل بخش و امحاء می شود.

✚ خطای پزشکی

به هر نوع خطایی که در فرایند ارائه مراقبت سلامت رخ دهد، چه باعث صدمه و آسیب به بیمار گردد و چه هیچ آسیبی در پی نداشته باشد، خطای پزشکی (Medical Error) گفته می شود. عوامل مستعد کننده بروز خطا در بیمارستان به دو دسته زیرساختی (منابع انسانی و تجهیزات) و فرایندی (روش های ارائه مراقبت و درمان) تقسیم میشوند.

هدف از ارزیابی پیشگیرانه خطای پزشکی :

- پیشگیری از بروز مجدد خطاهای پزشکی
- توسعه فرهنگ بیمار محوری و اولویت بخشی به ایمنی بیماران در فرهنگ سازمانی بیمارستانی
- پیشگیری از تکرار مجدد خطاهای پزشکی از طریق تحلیلی ریشه ای علل بروز
- پیشگیری از بروز مجدد خطاهای پزشکی تجربه شده در بیمارستان
- شناسایی عوامل مستعد کننده بروز خطای پزشکی احتمالی آینده

✚ فرآیند گزارش خطاهای پزشکی

داروهای با هشدار بالا (پر خطر) بر اساس منابع معتبر زمانی که "داروهای با هشدار بالا" به اشتباه مورد استفاده قرار میگیرند، باعث مرگ یا آسیب شدید بیماران میشوند. اگر چه ممکن است میزان تکرار خطا در مصرف و تجویز این داروها شایع نباشد، لیکن عوارض به جای مانده ناشی از خطاهای دارویی برای بیماران بسیار شدید، پایدار و غیر قابل جبران و بازگشت است. این داروها که میتوان از میان آنها، به داروهای ضد انعقاد، نارکوتیکها، اویپوئیدها، انسولین و آرام بخشها اشاره نمود، بیشتر توأم با عوارضی نظیر کاهش فشارخون، خونریزی، کاهش قند خون، دلیریوم، لتارژی و برادیکاردی بوده که هر یک از این عوارض میتوانند آسیب و ضرری جبران ناپذیر را برای بیماران باعث شوند.

****نکات ذیل جهت اجرای داروهای هشدار بالا (پر خطر) ضروری است:**

- نگهداری ایمن (انبار، داروخانه، بخش شناسایی داروها) به عنوان داروی هشدار بالا ، تجویز ایمن داروهای با هشدار بالا
- برچسب گذاری تمام داروهای با هشدار بالا در انبار دارویی و قبل از توزیع (لصاق نوار قرمز رنگ بر روی ویال یا آمپول داروهای دوازده گانه)
- درج نام دارو با فونت حداقل 48 که از دور قابل خواندن باشد ، بر روی ظروف نگهداری
- داروهای با هشدار بالا که دارای اسامی و یا اشکال مشابه میباشند در محل نگهداری در بخش، در سبدهای قرمز رنگ گذارده شده، نام دارو به زبان فارسی با فونت حداقل 48 که از دور قابل خواندن باشد، بر روی آن نصب شود .
- ویال پتاسیم دور از سایر داروها و در جایگاه مجزا نگهداری شود.
- بر روی وسایل مورد استفاده برای تزریق داروهای پرخطر مانند سرنگ مورد استفاده در پمپ هوشمند و میکروست ، برچسب قرمز رنگ، حاوی نام دارو با فونت مناسب الصاق گردد.
- آموزشهای لازم به بیماران در خصوص ملاحظات و مخاطرات مصرف داروهای با هشدار بالا و لزوم توجه به دستورات پزشکی ارائه شود.

*****فهرست 12 قلم داروی با هشدار بالا، مشمول الصاق برچسب گذاری روی هر آمپول یا ویال فرآورده تزریقی:**

کلرید پتاسیم / آتروپین / سولفات منیزیوم / اپی نفرین / بیکربنات سدیم / هپارین سدیم / گلوکونات کلسیم / رتپلاز / هایپرسالین / هالوپریدول / لیدوکائین / پروپرانولول هست.

داروهای مشابه

به داروهای با شکل، نام و تلفظ مشابه (Look-Alike, Sound-Alike Medication Names) اطلاق می گردد.

****نکات ذیل جهت اجرای داروهای مشابه ضروری است:**

- نگهداری ایمن
- تجویز ایمن
- محدود نمودن دستور تلفنی و شفاهی در خصوص داروهای مشابه و در صورت لزوم استفاده از تکنیک بازخوانی مجدد
- برچسب داروهای با اسامی و اشکال مشابه به رنگ زرد است و بایستی به نحوی بر روی ویال دارویی الصاق گردد که نام و مشخصات دارو قابل خواندن باشد.
- الصاق برچسب زرد رنگ و نام دارو با فونت حداقل 48 که از دور قابل خواندن باشد ، بر روی ظروف نگهداری ویال
- جعبه محتوی ویال ها و آمپولها
- جلب مشارکت بیماران و خانواده یا مراقبین آنان در مراقبت دارویی به منظور کاهش خطر
- تعیین فضای فیزیکی اختصاصی جهت انبارش الکترولیتهای هیپرتونیک با اشکال مشابه
- نسخه نویسی و نسخه برداری داروها به روش نگارش TALL MAN LETTERING

- استفاده از حروف بزرگ در نوشتن نام داروهای مشابه اسمی به عنوان مثال DOPamine در مقابل DoBUTamine

🚑 الزامات اخذ رضایت آگاهانه و درمانی - تشخیصی :

استاندارد 1.1.1 .B2: از استانداردهای الزامی بیمار ، حیطة مشارکت و تعامل با بیمار و جامعه است که روش ارزیابی آن به شرح ذیل است:

عنوان استاندارد: 1.1.1 . 2 : B پزشک قبل از انجام هر گونه اقدام درمانی و تشخیصی تهاجمی؛ کلیه خطرات، منافع و عوارض جانبی احتمالی پروسیجر را به بیمار توضیح داده و با حضور و نظارت پرستار، بیمار برگه رضایت نامه را امضاء می نماید .

الزامات و نحوه اخذ رضایت آگاهانه از بیماران از منظر ایمنی بیمار:

1. در تمامی اعمال جراحی و اقدامات تشخیصی درمانی و پروسیجرهای تهاجمی نیاز به اخذ رضایت آگاهانه می باشد.

2. اخذ رضایت از بیماران در وضعیت های تهدید کننده زندگی، اختلالات هوشیاری الزامی نیست.

3. در فرآیند رضایت آگاهانه لازم است نکات ذیل به بیمار گفته شود:

. تشخیص یا مشکل اصلی

. آدرجه عدم قطعیت تشخیص یا مشکل

. iii خطرات توأم با درمان و یا راه کار

. iv اطلاعات در خصوص زمان بهبودی مورد انتظار

. v نام، سمت، صلاحیت فنی و تجربه کادر خدمات سلامت ارائه کننده مراقبت و درمان

vi وجود و هزینه های خدمت یا داروهای مورد لزوم

4. مدت اعتبار هر رضایت آگاهانه در مورد عمل جراحی پروسیجر تهاجمی، معادل با حداکثر 3۰ روز می باشد.

5. هر لحظه ای که بیمار بخواهد می تواند رضایت خود را پس بگیرد.

6. عموماً قبل از هر مداخله جدید درمانی بایستی از بیمار / ولی / وابسته درجه یک وی رضایت آگاهانه اخذ نمود.

*** اقدامات تشخیصی درمانی و پروسیجرهای تهاجمی حداقل شامل موارد ذیل است:

1 مداخلات تشخیصی درمانی ، پروسیجرهای ، تهاجمی و تمامی اعمال جراحی

2 هر گونه پروسیجرى که انجام آن، با انسزیون پوست توأم باشد.

3 هر گونه پروسیجرى که انجام آن، با بیحسی موضعی / بیهوشی عمومی ، مراقبت پایش شده بیهوشی و تسکین توأم باشد.

- 4 تزریق هر گونه ماده / مواد در فضای بین مفاصل / فضاهای بدن
- 5 آسپیراسیون زیر جلدی مایعات بدن یا هوا از طریق پوست مانند: آرترو سینتریس، آسپیراسیون مغز - استخوان، LP، پاراستنز، توراستنز، کاتتریزاسیون سوپرا پوییک، گذاردن chest tube
- 6 بیوپسی مغز استخوان، پستان، کبد، عضلات، کلیه، پروستات، مثانه، پوست و اندام های تناسلی ادراری
- 7 پروسیجرهای قلبی به عنوان مثال: مطالعه الکترو فیزیولوژیک قلبی، کاتتریزاسیون قلبی، گذاردن پیس میکر قلبی، آنژیوپلاستی، گذاردن استنت 28، گذاردن بالون داخل آئورتیک 29، کاردیو ورژن الکتیو / گاسترستومی آندوسکوپیک زیر جلدی، گذاردن لوله نفروستومی، گذاردن J-tube
- 9 پروسیجرهای لاپاراسکوپیک بعنوان مثال: کله سیستکتومی لاپاراسکوپیک، نفروکتومی لاپاراسکوپیک
- 10 پروسیجرهای تهاجمی رادیولوژی به عنوان مثال: آنژیوگرافی، آنژیوپلاستی، بیوپسی زیر جلدی
- 11 پروسیجرهای درماتولوژی بیوپسی، اکسزیون و کرایو تراپی عمیق بافت های بدخیم -
- 12 پروسیجرهای تهاجمی چشمی به عنوان مثال: پروسیجرهای مختلفی که با ایمپلنت توام می باشند.
- 13 . پروسیجرهای دهانی شامل کشیدن دندان و بیوپسی لثه
- 14 . اعمال تهاجمی جراحی کودکان، کشیدن ناخن فرورفته، و غیره
- 15 . دبریدمان پوست / زخم که در اتاق عمل / مداخلات تشخیصی درمانی انجام می شود.
- 16 درمان الکتروشوک
- 17 رادیوتراپی در بیماران انکولوژی
- 18 سنگ شکنی (به عنوان مثال : سنگ های انسدادی کلیه، کبد...
- 19 گذاردن کاتتر ورید مرکزی - PICC
- 20 گذاردن Peg
- 21 لاواژ پریتوان
- 22 تراکوستومی
- 23 اکوی ترانس ازوفازیال
- 25 کولپوسکوپی، بیوپسی آندومتريال
- 26 پروسیجرهای تهاجمی ناباروری
- 27 بلوک درمانی عصب

28 ختنه

29 ترانسفوزیون خون

30 شیمی درمانی

31 دیالیز صفاقی

32 دیالیز خونی

33 پلاسما فروز

***توجه:

1 گذاردن سوند فولی، باز کردن راه وریدی محیطی، گذاردن لوله معده، تزریق وریدی از پروسیجرهای تهاجمی محسوب نمی شود.

2. پروفیلاکسی بیماری بعد از مواجهه و پروفیلاکسی قبل / حین عمل جراحی نیاز به اخذ رضایت آگاهانه ندارد.

3. از بیمارانی که تحت برنامه های درمانی خاص نظیر شیمی درمانی، ترانسفوزیون مکرر خون، پلاسما فروز، دیالیز صفاقی و دیالیز خونی بوده، به شرط ثابت ماندن شرایط ذیل می توان یک بار در ابتدای شروع دوره درمانی رضایت گرفت، که این رضایت نامه به مدت یک سال اعتبار دارد.

. اشرایط بیمار،

. آنحوه درمان،

. آآروش های درمانی جایگزین

. احتمال خطر و منافع ناشی از روش درمانی،

. ظرفیت بیمار برای دادن رضایت تغییر نکند.

. بیمار رضایت قبلی خود را پس نگیرد.

🏆 مهارت ارتباط حرفه ای

هنر توانایی ساختن و انتقال پیام به روشی که دیگران به راحتی بتوانند آن را بفهمند و یا بپذیرند. در واقع ارتباط از لحظه ای شروع می شود که دو یا چند نفر از حضور یکدیگر آگاه هستند. از دیدگاه صاحب نظران، لرتباطات موثر، مایه حیات یک سازمان موفق است. چشم انداز سازمان را تقویت می کند، کارکنان را به کسب و کار متصل می کند، فرآیندها را بهبود و تقویت می کند، تغییر را تسهیل می کند و با تغییر کارمندان، نتایج کسب و کار و رفتار اخلاقی محور را هدایت می کند.

○ متغیرهای تاثیرگذار بر ارتباط سازمانی شامل موارد زیر می باشد:

ساختار سازمانی رسمی، جنسیت، قدرت، وضعیت، تفاوت در جنسیت. قدرت و وضعیت به طور قابل توجهی بر انواع و کیفیت ارتباط تاثیر گذار خواهد بود.

○ ارتباطات در سطح واحد سازمانی:

انواع شیوه های ارتباطی در هر سازمان؛ ارتباط کلامی، ارتباط غیر کلامی بیان شده است. بیش از 79 درصد نفوذ یک رهبر به ارتباط غیر رسمی وی با کارکنان وابسته خواهد بود.

از انواع شیوه های ارتباط غیر کلامی شامل مواردی چون: سکوت، فضا، رابطه صمیمی، تعامل شخصی، تبادل اجتماعی، فاصله عمومی، فضای شخصی سرزمینی، محیط، ظاهر، ارتباط چشمی، وضعیت بدن، حرکات، حالت چهره و زمان بندی، بیان صوتی نامبرده شده است.

○ انواع سبک مهارت ارتباطی کلامی:

- ارتباط کلامی که شامل ارتباط چهره به چهره و ارتباط تلفنی می باشد.
- ارتباط نوشتاری؛ مثل ارتباط از طریق ایمیل بیان شده است.

از سبک های ارتباط کلامی در هر سازمانی؛ ارتباط قاطعانه، ارتباط پرخاشگرانه، ارتباط غیر فعال و ارتباط غیر فعال- پرخاشگرانه را میتوان نام برد.

***یکی از ویژگی های مهارت های ارتباطی حرفه ای پرستاران، **ارتباط قاطعانه** هست. در این نوع ارتباط با کارکنان مواردی چون:

- بکارگیری کلمه " من " در زمان برقراری ارتباط
- تماس مستقیم چشمی
- ارتباط با صدای آرام
- همخوانی بین پیام های شفاهی و غیر کلامی
- بازخورد صادقانه
- ارتباط قاطعانه شامل انتقال پیامی است که اصرار بر شنیده شدن دارد.

***الگوی مهارت ارتباطی پرستار با بیمار:

- تماس چشمی با بیمار
- احترام گذاشتن به نیاز های بیمار

- درخواست محترمانه و واضح از بیمار
- عدم پرخاشگری زمان پاسخ به بیمار یا درخواست از بیمار
- بیان اطلاعات بطور واضح
- متواضعانه سلام کردن
- اجتناب از نقطه نظرات تند
- لبخند زدن
- حل نمودن مشکل بیمار
- اداره مشکلات بیمار
- آرامش و صبوری
- توجه به حریم خصوصی
- اطلاعات لازم و مورد نیاز بیمار را با در نظر گرفتن موضوعات اعتقادی - اخلاقی در اختیار بیمار قرار دهید.
- بیمار و اعضای خانواده را در طرح مراقبتی مشارکت دهید.
- به نیازهای بیمار بعد از برقراری ارتباط پاسخ دهید.
- در هنگام طرح مراقبتی به نیازهای بیمار محترمانه گوش دهید .
- به نیازهای آموزشی بیمار به موقع پاسخ دهید.
- به حقوق بیمار در هنگام مداخلات مراقبت پرستاری توجه نمایید .
- نیازها و الویت های بیمار را در اختیار تیم مراقبتی قرار دهید.
- بطور حرفه ای مسئولیت کارهای محوله مراقبتی بیمار را رعایت نمایید.

*****توجه به چند اصل در ارتباط با سایر گروه های حرفه ای، الزامی است:**

- با سایر اعضای گروه مراقبتی کاملا محترمانه برخورد نمایید .
- با چهره باز - ژست های گویای برقراری ارتباط با دیگران را استفاده نمایید.
- در هنگام صحبت سایر اعضای تیم مراقبتی فعالانه و با توجه گوش فرا دهید .
- بطور صحیح و دقیق اطلاعات مورد نیاز را با ذکر تاریخ و ساعت در اختیار سایر اعضا تیم مراقبتی قرار دهید .

- با سایر اعضای تیم مراقبتی با زبان گفتاری مشخصی صحبت نمایید .
- در مواجهه با سایر اعضای تیم مراقبتی درمانی بازخورد ساختار مند ارائه دهید.

○ ممنوعیت های مهارت های ارتباطی حرفه ای :

- بکار بردن اسم کوچک افراد
 - با لقب صدا زدن
 - بی احترامی به افراد
 - سلام نگفتن در زمان مواجهه با همکاران و پزشکان
 - ورود در حریم خصوصی همکاران
 - عدم رعایت حفظ حریم خصوصی بیمار
- ***توجه داشته باشید که کسب اجازه از بیمار برای برقراری ارتباط با بیمار و همراه بیمار الزامی است.

○ نکات ارتباطی در درون بخشی های درمانی

- از باز خورد عمومی بعنوان روشی برای یادگیری دیگران استفاده نمایید .
- به کارکنان، در هنگامی که کارکرد صحیح انجام ندادند، بازخورد دهید.
- هرگز انتقاد مستقیم نکنید.
- یادمان باشد که بازخورد منفی باید نسبت به عملکرد فرد باشد و هرگز شخصیت افراد را مورد انتقاد قرار ندهید.
- هرگز افراد را سرزنش نکنید.
- با هر باز خوردی (مثبت و یا منفی) دریافت کننده باید حس کند که شما احساس خوبی نسبت به وی دارید.
- در ابتدا نقاط مثبت عملکرد فرد را به او گوشزد نموده و سپس از او انتقاد کنید.
- در زمان تحویل شیفت، از تک تک پرسنل شیفت قبل قدردانی کنید.

○ حل تعارضات

- بطور مسئولانه و با اطمینان در قبال مشکلات با سایر اعضای تیم مراقبتی صحبت نمایید.
- در قبال مخالف سایر اعضای تیم مراقبتی درمانی، بطور سریع و مودبانه فکر کرده و پاسخگو باشید.
- در قبال سایر اعضای تیم مراقبت درمانی رفتاری ساختارمند و برای حل تعارضات اندیشمندانه صحبت نمایید .

- برای حل مشکلات بطور اثر بخشی با سایر اعضاء تیم مراقبتی درمانی مشارکت نمایید .
- برای حل مشکلات مربوط به بیمار، از چند نفر مشورت بگیرید .

*** به یاد داشته باشد که کلید اصلی حل تعارضات، میزان مهارت شما در برقراری ارتباط موثر با همکاران، پزشکان و بیماران می باشد. پس به تقویت و یادگیری مهارت برقراری ارتباط موثر بپردازید.

🚦 قضاوت بالینی :

استدلال بالینی، روندی متفکرانه است که تیم پزشکی را برای برداشتن قدم های عاقلانه در تشخیص مراقبتی - درمانی بیماران رهنمون میکند و در تمام مراحل ارزیابی بیمار از مراحل اولیه بررسی و شرح حال کامل تا تکمیل اقدامات مراقبتی - درمانی بیمار و پیگیری آن حضور دارد. استدلال بالینی یک فرامهارت برای حرفه ای شدن تیم پزشکی بوده که برای ارتقاء کیفی عملکرد گروه آموزش پزشکی و رسیدن به بالاترین کیفیت مراقبتی - درمانی امری اجتناب ناپذیر محسوب میگردد. استدلال بالینی یک فرایند شناختی است که در آن اطلاعات بیمار وجود دارد، پردازش شده و با دانش و تجربه در هم آمیخته شده و در جهت تشخیص و حل مشکل بیمار استفاده می شود.

گام های کلی پردازش اطلاعات :

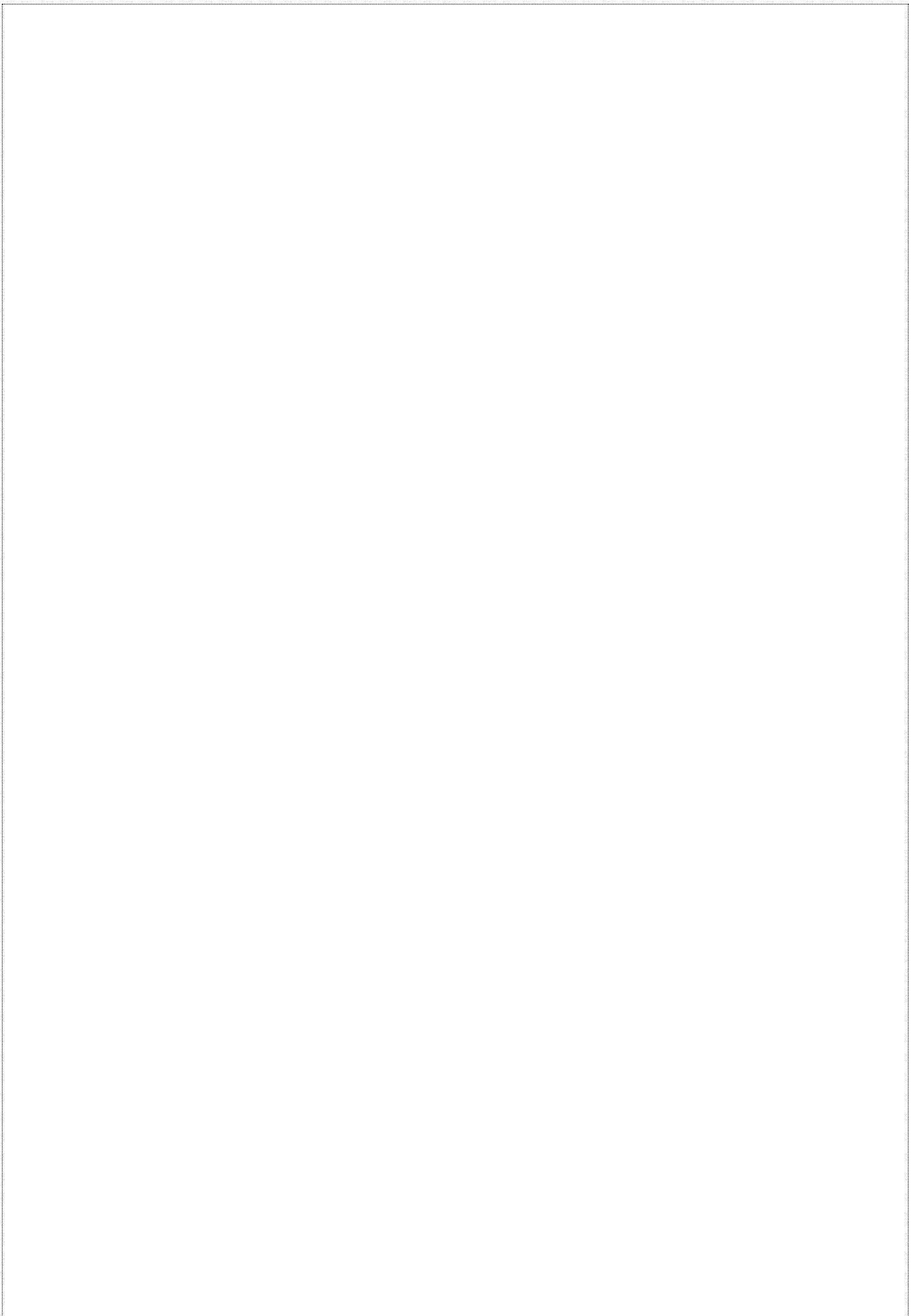
- بدست آوردن اطلاعات از بیمار
- ذخیره و حفظ و پردازش اطلاعات جهت ارائه دادن
- تجزیه
- حل مسئله اصلی (مراقبت / درمان)

الگوی اول : مراحل عملی فرایند استدلال بالینی :

مثال	توضیحات	گام های تفصیلی
بیمار آقای 60 ساله که به دلیل آنوريسم شکمی تحت عمل جراحی قرار گرفته است.	توضیح / فهرستی از رویدادها / زمینه ای / افراد	ملاحظات / موقعیت بیمار
بیمار سابقه پرفشاری خون داشته و از داروی بتا بلوکر استفاده می نماید.	مرور؛ بر اطلاعات جاری / گزارشات / تاریخچه بیماری	جمع آوری اطلاعات / نشانه های مهم
فشار خون بیمار 1 ساعت پیش: BP: 145/ 86 بود.	بررسی؛ چارت بیمار / نتایج تحقیقات پزشکی / پرستاری قبلی	

<p>فشار خون بیمار بعد از مصرف 6 میلی گرم مرفین ، به حدود 110/ 60 خواهد رسید</p>	<p>بدست آوردن اطلاعات جدید و مهم بیمار</p>	
<p>میزان فشارخون بیمار به مایعات بدن وابسته هست، داروی مخدر برگشادی عروق وریدی و فشار خون موثر خواهد بود مصرف مخدر در واحد ICU بصورت دستورات عمل تجویز میگردد.</p>	<p>یاد آوری اطلاعات (فیزیولوژی / پاتولوژی / فارماکولوژی / اپیدیمولوژی / درمانی / زمینه مراقبتی / فرهنگی / درمانی / حقوقی / اخلاقی ..</p>	
<p>بیماری که پر فشار خون دارد دچار کاهش فشار خون خواهد شد.</p>	<p>فرایند اطلاعات ؛ تفسیر، آنالیز داده ها، جهت درک نشانه ها و علائم نرمال از غیر نرمال</p>	
<p>درجه حرارت بیمار بالا هست. اما نگران کننده نخواهد بود. من بر فشار خون و نبض بیمار متمرکز خواهم شد. بهتر است که O2 SAT , I/O بیمار را کنترل نمایم.</p>	<p>متمایز کردن اطلاعات؛ تشخیص مرتبط از غیر مرتبط / شناسایی ناسازگاری ها/ تشخیص مهمترین مشکل / جمع آوری نشانه ها</p>	
<p>بیمار دچار پر فشاری خون، تکیکاردی، اولیگوری بوده که نشانه های شوک محسوب می شود. فشار خون بیمار بعد از مصرف مخدرات خواهد کرد.</p>	<p>مرتبط نمودن ؛ کشف ارتباطات / الگوی های جدید / برقراری ارتباط بین نشانه های خوشه ای بیمار</p>	
<p>بیمار بعد از عمل جراحی ، خونریزی، مصرف مخدر دچار کاهش فشار خون خواهد شد.</p>	<p>نتیجه گیری / استنباط کردن؛ با استفاده از داده های عینی و ذهنی بیمار و استدلال به نقطه نظر برسیم . داشتن پیشنهادات متفاوت</p>	
<p>معمولا بیمار بعد از عمل جراحی دچار افت فشار خون خواهد شد.</p>	<p>همانگ نمودن ؛ تطابق موقعیت قبلی با وضعیت فعلی بیمار (فرایند حرفه ای)</p>	

<p>اگر بیمار به میزان مناسب مایعات دریافت نکند، دچار شوک خواهد شد.</p>	<p>پیش بینی نتیجه برای وضعیت موجود بیمار</p>	
<p>بیمار احتمالاً دچار شوک هیپوولمیک خواهد شد. مخدرها به دلیل گشادی عروق سبب کاهش کاذب فشار خواهند شد.</p>	<p>با سنتز رویدادها و تشخیص قطعی، میتوان مشکل بیمار را شناسایی نمود.</p>	<p>شناسایی مشکل / موضوع</p>
<p>وضعیت همودینامیک باید تقویت شود و فشار خون بیمار باید بالا بماند. برون ده ادراری بیمار بعد از 1 ساعت نرمال و پایدار خواهد شد.</p>	<p>بیان تفسیری اتفاق پیش آمده و توضیح نتایج در بازه زمانی مشخص</p>	<p>هدف نهایی</p>
<p>درخصوص دوز دارو با پزشک معالج تماس گرفته و اگر دستوری هست پیگیری انجام خواهد شد</p>	<p>انتخاب اقدامات مناسب</p>	<p>نتایج اقدامات</p>
<p>فشار خون بیمار بتدریج بالا رفته اما ممکن است که به دارو نیاز داشته و برون ادراری به 30 سی سی در ساعت رسیده باشد..</p>	<p>اثر بخشی فعالیت ها و برآیند اقدامات بررسی شده و موقعیت فعلی بیمار ارتقاء پیدا خواهد کرد</p>	<p>ارزشیابی</p>
<p>دفعه بعد اگر این مشکل (.....) پیش آمد؟ من بایستی چه کاری را انجام دهم؟ اگر همچنان مشکل وجود داشت؟..... حالا فهمیدم چه کاری را برای انجام دهم؟</p>	<p>اندیشیدن به اینکه چه مواردی را در کدام موقعیت ها فراگرفتم .</p>	<p>بازتاب فرایند و یاد گیری</p>



فرم شماره 1: بررسی و شناخت بخش

- نام بخش
- تعداد کل تخت ها
- مشخصات بخش با تفکیک تعداد تخت های هر اتاق و مشخص کردن سایر قسمت ها (سرویس های بهداشتی، انبار و ...)
- بخش در کدام طبقه بیمارستان و در چه جهتی واقع است؟
- اسامی سرپرستار بخش، پرستار ارشد و منشی بخش را بنویسید.
- بطور کلی چند پرستار، بهیار و کمک بهیار در این بخش کار می کنند؟
- در هر شیفت چند پرستار، چند بهیار و چند کمک بهیار کار می کنند؟ با ذکر نام شیفت ها
- این بخش معمولاً چند بیمار دارد؟ ضریب اشغال تخت() با توجه به آمارهای موجود چند می باشد؟
- میانگین عمل های جراحی روزانه بخش چه تعداد است؟
- عمل های جراحی رایج و یا پروسیجرهای اختصاصی در این بخش را با ذکر اصطلاح کامل لاتین و معنی فارسی آن ها بنویسید.
- بیماران معمولاً با چه تشخیص های پزشکی در این بخش بستری می شوند؟ درج تشخیص به لاتین و معنی فارسی آن ها ضروری است.
- بیماران ایزوله معمولاً در کدام اتاق ها بستری می شوند؟
- طول مدت هر شیفت و ساعات شروع و پایان شیفت های مختلف را بنویسید؟
 - ✓ صبح : از ساعت لغایت به مدتساعت
 - ✓ عصر : از ساعت لغایت به مدتساعت
 - ✓ شب : از ساعت لغایت به مدت ساعت
- روش تقسیم کار در این بخش به چه صورت است؟
- شرح وظایف هر یک از پرسنل پرستاری زیر در بخش شما چیست؟
 - ✓ سرپرستار، پرستار ارشد، پرستاران، بهیار
- ساعات ویزیت پزشکان، ساعات ملاقات، شماره تلفن بیمارستان و بخش و امکان استفاده بیماران از تلفن را بنویسید.

فرمها و چک لیستهای مرتبط با مهارتهای مدیریتی

فرم شماره 2: گزارش ثبت عملکرد دانشجویان در زمینه کنترل تجهیزات پزشکی و توالی اورژانس

ارزیابی استاد	خودارزیابی دانشجو	ردیف
		تاریخ انجام
		شیفت کاری
		کنترل صندلی چرخ دار و برانکارد
		کنترل دستگاه ساکشن
		کنترل دستگاه الکتروشوک و ECG آماده استفاده
		کنترل لارنکوسکوپ سالم و روشن آماده استفاده
		لوله تراشه و کانکشن مناسب در سایز های متفاوت
		Air way در سایز های متفاوت
		کنترل داروهای اصلی CPR در توالی اورژانس به تعداد کافی
		توجه به تاریخ انقضا دارو در توالی اورژانس و باکس دارویی
		کنترل کپسول O2 بر همراه مانومتر متصل به توالی
		کنترل یخچال دارو
		کنترل سینی معاینه
		ثبت در دفاتر مربوطه
		نمره ارزشیابی
		تایید سرپرستار / پرستار ارشد
		تایید مدرس بالینی

- لیست وسایل مصرفی رایج بخش را با ذکر محل محل قرار گرفتن آن ها فهرست کنید.
- لیست وسایل غیر مصرفی (تجهیزات اموالی) را با ذکر تعداد و محل قرار گیری آنها فهرست کنید. (وجود نقص دستگاه و کمبودها را ذکر کنید)
- لیست داروها و وسایل موجود در توالی اورژانس را به تفکیک هر طبقه با ذکر تاریخ انقضاء داروها را بنویسید. کمبودها را ذکر کنید.
- لیست داروهای تخصصی بخش و آنتی دوت آنها را بنویسید.
- نیازهای آموزشی پرسنل بخش را مشخص کنید.
- چالش های مربوطه به زیرساخت بخش را مشخص کنید. (فضای فیزیکی، و..)
- چالش های ساختاری (ساختار مدیریتی، تعداد پرسنل، نحوه تقسیم کار، توزیع پرسنل در شیفت های مختلف و..) بخش را مشخص کنید.
- اگر مسئول بخش بودید، کدامیک از اقدامات مدیریت تغییر را پیشنهاد می کردید؟

فرم شماره 3: راهنمای گزارش شیفت

تاریخ:

شیفت:

تعداد کل بیماران: تعداد بیماران پذیرش شده:

تعداد موارد ترخیص شده: تعداد تخت های اکسترا:

تعداد بیماران لیست عمل:

تشخیص بیماران در لیست عمل:.....

تعداد بیماران با سطح مراقبتی 3 و 4:

موارد پیگیری آزمایشات بالینی

موارد پیگیری عکس رادیولوژی

موارد پیگیری موارد پاراکلینیکی.....

موارد پیگیری هماهنگی با رزیدنت بخش

موارد پیگیری هماهنگی برای مشاوره پزشکی

موارد پیگیری هماهنگی با سوپروایزر بالینی.....

سایر هماهنگی مراقبتی و درمانی بیماران در 1 شیفت کاری صبح / عصر :

تایید سرپرستار /پرستار ارشد

تایید مدرس بالینی:

فرم شماره 4: گزارش مشارکت در تحویل گرفتن و تحویل دادن بخش

تاریخ:

تجربه	خودارزیابی	ارزیابی استاد
پرسنل به موقع در شیفت حضور می یابند.		
تمامی پرسنل هر دو شیفت اعم از پرستار و خدمات در تحویل حضور دارند.		
پرسنل از یونیفرم و کفش مصوب استفاده می کنند .		
تمامی پرسنل از اتیکت شناسایی استفاده می نمایند.		
تحویل بیمار بر بالین با حضور پرسنل دو شیفت انجام می شود.		
پرسنل خود را بصورت شفاهی به مددجو و همراه معرفی می نمایند.		
تحویل IV، سرم، اتصالات بیمار حین تحویل انجام می پذیرد.		
ارزیابی بیمار توسط پرستار انجام می پذیرد/از بیمار نیز سوال می شود.		
مراقبت های پرستاری بر اساس فرایند پرستاری و کاردکس انجام می پذیرد.		
نکات مهم توسط مسئول شیفت یادداشت می شود.		
یونیت اطراف بیمار کاملا تمیز و مرتب ، تحویل گرفته می شود .		
نکات ایمنی بیمار رعایت شده است بیماران از ارتباط کارکنان رضایت دارند.		
پرسنل به موقع در شیفت حضور می یابند.		
نمره ارزشیابی		
تایید سرپرستار /پرستار ارشد		
تایید مدرس بالینی		

تاریخ:

شیفت:

ارزیابی خودارزیابی		ردیف
		تاریخ
		شیفت کاری
		روش تقسیم کار، ذکر نام و علت انتخاب آن
		مشخص کردن وظایف یا تخت های مربوط به هر فرد با ذکر نام آنها
		ثبت در برد یا دفاتر مربوطه حداقل در 30 دقیقه اول نوبت کاری ضمن رساندن به امضاء مسئول بخش
		نمره ارزشیابی
		تایید سرپرستار/پرستار ارشد
		تایید مدرس بالینی

تاریخ:

شیفت:

تاریخ	سطح 1	سطح 2	سطح 3	سطح 4	سطح 5	جمع بیماران

تایید سرپرستار/پرستار ارشد

تایید مدرس بالینی

فرم شماره 7: راهنمای گزارش کتبی بیمار

تاریخ:
نام بیمار:
تاریخ پذیرش:
شماره اتاق:
پزشک معالج:
تشخیص بیماری:
وضعیت بهداشت بیمار:
حساسیت ها (دارو و غذا):
رژیم غذایی:
دستورات دارویی:
احتمال جداسازی (نکات ایزوله):
نیاز به همراه:
بررسی ایمنی بیمار:
پوست بیمار و بررسی زخم بستر:
بررسی اتصالات بیمار:

شیفت:
سن بیمار:
شماره تخت:
پرستار مربوطه:
سطح مراقبتی:

بررسی نیاز به مشاهده مستقیم و مستمر و بررسی آخرین وضعیت علائم حیاتی و دستورات پزشکی:

بیان وضعیت فعلی بیمار در مقایسه با سیر بیماری و دستورات درمانی:

بیان حوادثی که در شیفت قبل رخ داده است:

یافته های غیرطبیعی نتایج پاراکلینیکی و آزمایش های تشخیصی:

موارد نیازمند پیگیری شیفت بعد:(زمان آزمایشات، پروسیجرها، پیگیری جواب آزمایش، اخذ رضایت...)

اطلاعات مربوط به ترخیص و یا انتقال بیمار:

**** توجه: فرایند مراقبتی در مورد فوق، در قالب فرایند پرستاری (3 تشخیص پرستاری) ارائه گردد.**

تایید مدرس بالینی:

فرم شماره 8: ثبت عملکرد دانشجویان در زمینه پذیرش بیمار

ردیف	خودارزیابی	ارزیابی استاد
	شماره تخت / نام بیمار	
	تشخیص	
	تاریخ پذیرش / تحویل گرفتن بیمار	
	گرفتن شرح حال بالینی بد ورود از بیمار (پرستاری)	
	کنترل چارت علائم حیاتی در هنگام پذیرش	
	ثبت کامل مشخصات بیمار در تمامی اوراق پرونده	
	بازکردن یک برگ کاردکس و تکمیل آن	
	نوشتن کارتهای بالا سر بیمار	
	تماس با پزشک جهت ویزیت بیمار	
	نوشتن کارت بدو ورود	
	معرفی بخش و دادن آموزش بدو ورود به بیمار	
	گزارش وضعیت بیمار به پزشک	
	نمره ارزشیابی	
	تایید سرپرستار / پرستار ارشد	
	تایید مدرس بالینی	

فرم شماره 9: ثبت عملکرد دانشجویان در زمینه ترخیص ایمن بیمار بستری

ردیف	خودارزیابی	ارزیابی استاد
	شماره تخت / نام بیمار	
	تشخیص	
	حداقل محتوای آموزش های حین ترخیص را می داند.	
	محتوای آموزش های ارائه شده در برگه آموزش حین ترخیص ثبت و آموزش داده میشود.	
	تکنیک SMART در برگه آموزش حین ترخیص اعمال شده است.	
	آموزش ها برای همراه بیمار اثربخشی دارد.	
	در برگه آموزش به بیمار، به نتایج معوقه اشاره میشود و از بیمار یا همراهش امضا و اثر انگشت گرفته میشود.	
	نتایج معوقه و مستندات تحویلی هنگام ترخیص در یک دفتر، در بخش به درستی ثبت میشود.	
	در صورت لزوم، اطلاعات مورد نیاز جهت استفاده از سیستم یکپارچه تصویربرداری به بیمار داده میشود.	
	آدرس مکان مراجعه بعدی به بیمار داده می شود.	
	نحوه نوبت گیری در کلینیک، درمانگاه و مطب پزشک معالج به بیمار آموزش داده می شود.	
	محتوای آموزشی حین ترخیص (پمفلت، تراکت و ...) متناسب با مشکل بیمار، به او داده می شود.	
	در گزارش پرستاری آخرین وضعیت بیمار هنگام ترخیص و شرح اقدامات پرستاری به درستی ثبت شده است.	

فرم شماره 10: ثبت عملکرد در زمینه تنظیم درخواست مشاوره

ردیف	خودارزیابی	ارزیابی استاد
	نام بیمار	
	تشخیص	
	تاریخ درخواست مشاوره	
	نوع مشاوره درخواست شده (مشاوره، تغذیه، نفرولوژی، قلب، عفونی و ..)	
	ثبت مشاوره درخواست شده با ذکر تاریخ و ساعت در کاردکس	
	ثبت مشخصات کامل بیمار بر روی برگه مشاوره	
	ثبت نوع مشاوره و نام پزشک درخواست کننده بر روی برگه مشاوره	
	ثبت نام بیمار، تاریخ درخواست و نوع مشاوره در دفتر ثبت مشاوره	
	هماهنگی با دفتر پرستاری در صورت نیاز به انجام مشاوره توسط پزشکان خارج از بیمارستان	
	ارسال برگه درخواست مشاوره توسط خدمات (HIS)	
	تحويل گرفتن جواب مشاوره و ضمیمه کردن آن به پرونده بیمار	
	تیک زدن دستور مشاوره در کاردکس بعد از دریافت جواب مشاوره	
	پاک کردن دستور مشاوره از کاردکس بعد از گزارش دادن جواب مشاوره	
	نمره ارزشیابی	
	تایید سرپرستار/پرستار ارشد	
	تایید مدرس بالینی	

		کلیه اطلاعاتی که به بیمار وصل است، جدا شده و ناحیه به درستی از نظر خونریزی کنترل و چسب زده می شود.
		هنگام خروج بیمار از بخش، دستبند شناسایی بیمار، از دست وی خارج و امحاء می گردد.
		نمره ارزشیابی
		تایید سرپرستار/پرستار ارشد
		تایید مدرس بالینی

الگوی SMART:

S: علایم و اقدامات اولیه در زمان بروز آن تا زمان رسیدن به اورژانس

M: سوال یا نکته مهمی در زمینه داروها (زمان، شرایط مصرف، عوارض جانبی)

A: زمان مراجعات بعدی: (خدمات سرپایی _ زمان / مکان / مراجعه به پزشک)

R: نتایج تست ها و اقدامات تشخیصی: (زمان / مکان / اخذ نتایج تست های معوقه)

T: صحبت‌های موردنیاز با بیمار در زمینه سایر موارد خود مراقبتی بیمار در منزل (تغذیه، رژیم غذایی، محدودیت های فعالیت حرکتی، مراقبت از لوله های اتصالی)

فرم شماره 11: ثبت عملکرد دانشجویان در زمینه تنظیم کاردکس

ردیف	خود ارزیابی	ارزیابی استاد
	نام بیمار / شماره تخت	
	تشخیص	
	تاریخ بستری / تاریخ اقدام	
	ثبت موارد ثابت مانند مشخصات بیمار، تشخیص و نام پزشک با خودکار آبی	
	ثبت موارد مهم با خودکار قرمز	
	وارد کردن موارد متغیر با مداد	
	درج تاریخ دستور، تاریخ شروع و پایان، اجرا برای هر اقدام	
	همه‌نگی با واحد پاراکلینیک و مشخص کردن تاریخ نوبت آن	
	نوشتن ساعت انجام دستورات بجای فاصله زمانی	
	خط کشیدن زیر دارو های PRN	
	توجه به زمان داروهای stat	
	توجه به زمان کلیه تستهای تشخیصی	
	ثبت مداخلات پرستاری بر اساس فرآیند پرستاری	
	نمره ارزیابی	
	نایب سرپرستار / پرستار ارشد	
	نایب مدرس بالینی	

فرم شماره 12: ثبت عملکرد دانشجویان در زمینه چارت راند پرونده بیمار (گزارش نویسی)

ردیف	خود ارزیابی	ارزیابی استاد
	نام بیمار / شماره تخت	
	تشخیص	
	تاریخ بستری / تاریخ اقدام	
	مشخصات بیمار روی اوراق پرونده ثبت شده است.	
	اوراق پرونده به ترتیب و طبق استاندارد تنظیم شده است.	
	گزارشات پرستاری مطابق استاندارد گزارش نویسی (خوانا، جامع و بدون فاصله، بدون خط خوردگی و ... ثبت شده است.	
	خط مشی آماده سازی و اجرای داروهای پرخطر توسط دو پرستار رعایت شده است.	
	در صورت قلم خوردگی کلمه (اصلاح شد) و تعداد موارد خط خوردگی ثبت شده است.	
	زمان انجام تمام اقدامات بصورت دقیق ثبت شده است.	
	پایان گزارش دارای مهر و امضای پرستار و تاریخ و ساعت میباشد.	
	گزارشات با خط ممتد بسته شده بصورتی که امکان اضافه کردن موردی وجود نداشته باشد.	
	انجام اقداماتی مانند تعبیه سوند فولی و سوند معده و ... با ذکر دقیق ساعت ثبت شده است.	
	تغذیه، دفع، فعالیت و استراحت بیمار در گزارش بررسی، ثبت و رعایت شده است.	
	در صورت غیرطبیعی بودن علائم حیاتی یا جواب آزمایشات اقدامات انجام شده و اطلاع به پزشک با ذکر ساعت در پرونده ثبت شده است.	
	در گزارش پرستاری روش PIE (مشکل، مداخله، ارزیابی) رعایت شده است.	
	در گزارش پرستاری به ایمنی و حفاظت بیمار اشاره شده است.	

فرم شماره 13: ثبت عملکرد دانشجویان در زمینه چارت راند پرونده بیمار (چک دستورات پزشکی)

تجربه دانشجو	خود ارزیابی	ارزیابی استاد
نام بیمار / شماره تخت		
تشخیص		
تاریخ بستری / تاریخ اقدام		
مشخصات سربرگ دستورات پزشک ثبت شده است.		
دستورات پزشک خوانا می باشد و با خودکار آبی یا مشکی ثبت شده است.		
دستورات دارویی به صورت لاتین ثبت شده است.		
دستورات پزشک فاقد قلم خوردگی می باشد.		
مهر دستورات پزشک ثبت شده است.		
تاریخ دستورات پزشک ثبت شده است.		
ساعت دستورات پزشک ثبت شده است.		
امضاء دستورات پزشک ثبت شده است.		
تعداد دستورات پزشک توسط پرستار چک و قید شده است.		
تاریخ و ساعت چک دستورات پزشک ثبت است.		
مهر پرستار چک کننده ثبت شده است.		
امضاء پرستار چک کننده ثبت شده است.		
ساعت و تاریخ دستورات پزشک با چک پرستار مطابقت دارد.		
دستورات پزشک با کاردکس مطابقت دارد.		
اجرا دستورات توسط پرستار با دستورات پزشک مطابقت دارد.		

		به فرایند آموزش به بیمار در گزارشات پرستاری اشاره شده است.
		O&A به طور کامل کنترل و چارت شده است.
		در گزارش پرستاری به حوادث ناخواسته که برای بیمار اتفاق افتاده اشاره شده است.
ردیف	خود ارزیابی	ارزیابی استاد
		برگه چارت علایم حیاتی بالای سر بیمار تکمیل شده است.
		برگه های مشاوره بعد از انجام توسط پرستار چک و مهر و امضا و ساعت زده شده و به پزشک اطلاع داده شده است.
		برگه های مشاوره بعد از انجام توسط پزشک معالج رؤیت و در صورت نیاز Reorder شده است.
		به انجام گرافی ها و رییورت آنها و دریافت جواب آزمایشات و پیگیری آنها اشاره شده است.
		نمره ارزیابی
		تایید سرپرستار/پرستار ارشد
		تایید مدرس بالینی

فرم شماره 14: تجربه همراهی با پزشک یا تیم پزشکی هنگام ویزیت

تجربه دانشجوی		ارزیابی استاد
خود ارزیابی	ارزیابی استاد	
	نام بیمار / شماره تخت	
	تشخیص	
	تاریخ ویزیت	
	همراهی با پزشک هنگام ویزیت با ذکر نام پزشک	
	گزارش وضعیت بیمار به پزشک	
	قرار دادن وسایل معاینه و جواب آزمایشات در دسترس پزشک	
	وارد کردن دستورات پزشک در کاردکس	
	شماره زدن، تیک زدن و بستن دستورات با رنگ متفاوت	
	خط کشیدن فضا های خالی بین خطوط و انتهای موارد	
	ذکر مواردچک شده در پرونده با عدد و حروف	
	نوشتن تاریخ و ساعت در پرونده	
	ثبت اسم، سمت و امضاء	
	وارد کردن دستورات از کاردکس به کارت دارویی	
	نمره ارزشیابی	
	تایید سرپرستار/پرستار ارشد	
	تایید مدرس بالینی	

تجربه دانشجو	خود ارزیابی	ارزیابی استاد
مهر مخصوص چک دستورات در انتهای دستورات ثبت و آیتمهای موجود پر شده است.		
موارد مربوط به قلم خوردگی و error باخودکار دو رنگ توسط پرستار ثبت شده است.		
انتها و ابتدای هر بند دستورات پزشک بسته شده است.		
دستورات پزشک با خودکار قرمز رنگ چک شده است.		
نمره ارزشیابی		
تایید سرپرستار/پرستار ارشد		
تایید مدرس بالینی		

فرم شماره 15: حل مشکل و تصمیم گیری

مشکل:

تعریف مشکل:

علل بروز مشکل:

1.

2.

3.

راه حل‌های پیشنهادی:

1.

2.

3.

راه حل	زمان	هزینه	اثر بخشی	قابلیت اجراء	قانونی / انسانی بودن	جمع

امتیاز معیارها: 1= بسیار نامناسب 2= نامناسب 3= تا حدودی مناسب/متوسط 4= مناسب 5= بسیار

مناسب

بهترین تصمیم گیری بالینی:

تایید مدرس بالینی

فرم شماره 15: گزارش سوپروایزر کشیک

1. تاریخ راند، تعداد تخت موجود، تعداد تخت اشغال شده و تعداد بیماران پذیرفته شده در کل بیمارستان، گزارش شود.

2. تشخیص بیماران خاص، بیماران فوت شده، بیماران قابل انتقال و ترخیص شده، بیماران نیازمند احیاء، بیماران بد حال و پر خطر و نیازمند جراحی و سطح مراقبتی آن ها گزارش شود.

3. تعداد بیماران ایزوله هر بخش گزارش شود.

4. وضعیت نظافت بیماران و بخشها گزارش شود.

5. چالش های مربوط به کیفیت ارائه مراقبت های پرستاری در بخش های بازدید شده گزارش شود.

6. مشکلات عمده و راهکارهایی که نیاز به مداخله سوپروایزر داشته است، گزارش شود.

8. کنترل توالی اورژانس بر اساس چک لیست موجود و گزارش نقایص آن در بخشهای گزارش شود.

9. کیفیت آموزشهای داده شده به بیمار توسط پرستاران را ارزیابی کنید.

10 . بیان حوادثی که در شیفت قبل رخ داده است.

11 . گزارش وضعیت ایمنی بیماران را بنویسید.

12 . گزارش موارد پر خطر برای پرسنل را بنویسید.

تایید مدرس بالینی:

تایید سوپروایزر:

فرم شماره 16: گزارش شاخص های مدیریت ارتقا کیفیت

.....

.....

.....

تایید مدرس بالینی