

۱۴۰۱



دانشگاه علوم پزشکی خدمات بهداشتی درمانی ایران

پهارستان امام حسین (ع) بهارستان

# کتابچه توجیهی بدو ورود

کد سند: IHH-HRM-B-۰۸

شماره ویرایش: ۲

تهیه و تدوین:

واحد آموزش و واحد بهبود کیفیت

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۷/۱

## فهرست مطالب:

۲	معرفی کلی بیمارستان.....
۲	رسالت و چشم انداز.....
۲	ارزش ها.....
۳	رعایت حقوق گیرندگان خدمت.....
۶	ایمنی بیمار.....
۷	کنترل عفونت.....
۹	آتش نشانی.....
۱۲	مدیریت بحران.....
۱۳	مدیریت خطر.....
۱۷	نمودار و سلسله مراتب سازمانی.....
۱۸	مقررات بیمارستان.....
۳۱	بخش نامه ها، دستورالعمل ، ایین نامه ها.....
۴۲	تجهیزات اختصاصی بخش ها.....
۴۸	پروتکل تنظیم برنامه شیفت کاری پرسنل بالینی.....
۴۹	برنامه فعالسازی کدهای بیمارستان.....

## معرفی کلی بیمارستان :

بیمارستان امام حسین(ع) دارای بخش های بالینی داخلی ، جراحی ، زنان و زایمان، اطفال، اورژانس ، اتاق عمل ICU،CCU،NICU و واحدهای های پاراکلینیک(رادیولوژی و سونوگرافی ، سی تی اسکن ، داروخانه ، آزمایشگاه ) و درمانگاه تخصصی از جمله داخلی ، جراحی عمومی ، ارتوپدی، چشم پزشکی ، ENT ، ارولوژی ، طب فیزیکی و توانبخشی ، اطفال ، قلب ، پوست، جراحی پلاستیک و ... ارائه خدمت می دهد.

### مشخصات بیمارستان:

نام: بیمارستان امام حسین(ع)

نوع فعالیت: درمانی

تخت مصوب: ۲۰۰

تخت فعال: ۱۱۳

درجه ارزشیابی: ۱

مساحت کل زمین بیمارستان: بیست هزار متر مربع

آدرس: شهرستان بهارستان -سبزدهشت-بیمارستان امام حسین (ع) تلفن: ۵۶۳۱۰۹۰۵ فاکس: ۵۶۳۱۱۰۶۰

### • رسالت بیمارستان:

بیمارستان امام حسین (ع) با اعتقاد به ارزشهای والای انسانی و اسلامی و با در نظر گرفتن منافع مددجو،عدالت محوری ،ارتقا مستمر کیفیت خدمات و با استفاده از مدیریت دانش محور، مصمم به ارائه خدمات تشخیصی، مراقبتی و درمانی به بیماران و مراجعین با بالاترین کیفیت و ایمنی می باشد.

### • چشم انداز بیمارستان:

بیمارستان ما برا آن است تا با استعانت از خداوند متعال،سر آمد در ارائه بهترین خدمات بالینی و خوشنام در نزد گیرندگان خدمت در سطح منطقه باشد.

### • ارزش ها:

ارزش های این بیمارستان مشخص شده و تمامی تلاشها در راستای رسیدن به این ارزشها صورت میگیرد.

از جمله این ارزش ها:

۱- تحقق ایمنی بیماران و کارکنان

۲- بهبود مستمر کیفیت خدمات

۳- رعایت حقوق بیماران،همراهان و کارکنان

۴- رعایت موازین شرعی و اخلاق حرفه ای

۵- تعهد به تامین رضایت بیماران و تکریم ارباب رجوع

۶-احترام به کارکنان

تاریخ تدوین: ۱۳۹۶/۳/۲۶  
تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۳/۲۶  
شماره ویرایش: ۴

سیاست های آموزش به کارکنان  
کد سند: IHH-EDU-L-029



بیمارستان امام حسین (ع)

## سیاست های آموزش به کارکنان

آموزش و توانمندی کارکنان اقدامی راهبردی است که در سطح فردی باعث ارتقای کیفیت شغلی و در سطح سازمان عامل تعالی و توسعه سازمان و در سطح ملی موجب افزایش بهره وری می شود. بنابراین زیر بنایی ترین اقدامی است که تحول را در سازمانها پایه ریزی می نماید.

### الف: تعاریف

**آموزش:** آموزش و توانمندی مجموعه کنشهای هدفمند، از پیش اندیشیده شده ایی است که با هدف افزایش اثر بخشی فرد و سازمان، به طور مداوم و نظام مند به بهبود و ارتقای سطح دانش، فنون، مهارتها، تجارب و نگرشهای مربوط به بهبود عملکرد شغلی حال و آینده کارکنان می پردازد.

**آموزش کارکنان:** به تمامی تلاش ها و اقداماتی که بتواند تغییری در ساختارهای شناختی، ادراکی، حرکتی، نگرشی، و مهارتی کارکنان غیر از هیئت علمی یک سازمان ایجاد نماید اطلاق می گردد. سطح دانش و آگاهی مهارتهای فنی، حرفه ایی و شغلی پرسنل را ارتقا داده و رفتار مطلوب در آنها ایجاد می نماید تا وظایف و مسئولیتهای شغل خود را به نحو مطلوب انجام دهد. مجری آموزش در بیمارستان امام حسین (ع) در حیطه پرستاری سوپروایزر آموزشی می باشد.


**گروه آموزش کارکنان:** مجموعه ای آموزشی است که سطح دانش و مهارتهای شغلی مناسب برای انجام ماموریتها و دستیابی به اهداف دانشگاه را تعیین و با تدوین و اجرای برنامه های آموزشی کارکنان را در ارتقاء به سطح تعیین شده یاری می نماید.

**گروه هدف:** آموزشهای ضمن خدمت به صورت عمومی و شغلی برگزار می شود که برای تمامی همکاران شاغل در بیمارستان اجرا می شود. همکاران محترم رسمی-پیمانی-قراردادی در سامانه آدرخش پرتال آموزشی مربوط به خود را دارند و سالیانه شناسنامه آموزشی در صورت شرکت در کلاسهای ضمن خدمت که در سطح دانشگاه و بیمارستان برگزار می شود قابل رویت می باشد.

آموزشهای شغلی هم با توجه به مجوزها و نیازسنجی از کارکنان و بیمارستان و نظر مسئولین انجام می شود و هر رسته شغلی آموزش تخصصی شغل خود را مجاز به شرکت می باشد.

**کمیته های آموزش:** تمامی تصمیم گیری ها در کمیته مدیریت اجرایی بیمارستان مطرح می گردد.

**تامین منابع مورد نیاز:** پس از عنوان در کمیته توسط تیم مدیریت رهبری تأیید و در دستور کار قرار می گیرد.

تاریخ تدوین: ۱۳۹۶/۳/۲۶ تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۳/۲۶ شماره ویرایش: ۴	سیاست های آموزش کارکنان کد سند: IHH-EDU-L-029	 بیمارستان امام حسین (ع)
---	--	--

### رئوس مسئولیتهای گروه آموزش به کارکنان :

**تبیین اصول:** شامل برنامه ریزی استراتژیک آموزش و نیازسنجی آموزشی مشاغل و شاغلین است.

**برنامه ریزی:** که در راستای دستیابی به اهداف استراتژیک صورت می گیرد.

**اجراء:** شامل شناسایی ارزیابی و انتخاب اساتید و موسسات مجاز آموزشی و برگزاری برنامه های آموزشی و آزمونهای غیر حضوری است.

### اهداف سیاستهای آموزشی کارکنان پرستاری:

-توانمند سازی کارکنان جهت ایفای نقش موثر نقش ها و وظایف مدیریتی

-افزایش کیفیت خدمات درمانی و مراقبتی و ارتقای ایمنی بیمار از طریق توسعه دانش و مهارتهای علمی و عملی

-آماده سازی کارکنان جهت انتصاب به سطح شغلی بالاتر و یا پذیرش نقش های جدید

سیاستهای آموزشی کارکنان پرستاری بر اساس ۴ مرحله نیاز سنجی آموزشی/الویتبندی برنامه های آموزشی / تعیین شیوه های آموزشی/ ارزیابی برگزاری دوره های آموزشی انجام می شود.

### □ نیاز سنجی آموزشی کارکنان

سالانه یکبار و در ماه اسفند از اول ماه لغایت ۱۵ روز صورت می گیرد و نظر به اینکه اساسی ترین گام در تدوین و اجرای برنامه های آموزشی اجرای صحیح فرایند نیازسنجی می باشد نیازسنجی کارکنان پرستاری بر مبنای معیار های ذیل انجام می شود.

- بر مبنای توسعه فردی رده های پرستاری
- تعیین الویتهای آموزشی در هر بخش توسط سرپرستار و رابط آموزش کارکنان و کمک سوپروایزر با فرم pdp (توسعه فردی) برای افراد طرحی و شرکتی، و الکترونیکی جهت کارمندان رسمی و پیمانی از طریق سامانه آذرخش دانشگاه صورت می گیرد. و بعد از تکمیل توسط سرپرستاران مسئول برای هر فرد نیز تکمیل شده و الویتهای آموزشی بر اساس آن لیست شده و الویتهای آموزشی در کمیته اجرائی مطرح شده و توسط ریاست محترم بیمارستان تأیید و جهت برنامه ریزی آموزشی به کار گرفته می شود.
- برنامه های آموزشی بر اساس سیاستهای کلان آموزشی مدیریت پرستاری در موضوع مراقبتهای عمومی یا اختصاصی بر اساس نیاز در همان برهه زمانی (شیوع بیماری خاص) و یا نیاز بیمارستان با توجه به مشکلات به وجود آمده

تاریخ تدوین: ۱۳۹۶/۳/۲۶  
تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۳/۲۶  
شماره ویرایش: ۴

سیاست های آموزش کارکنان  
کد سند: I3I3-EDU-L-029



بیمارستان امام حسین (ع)

#### الویت بندی برنامه های آموزشی

- پس از انجام نیاز سنجی آموزشی الویتبندی برنامه های آموزشی برای کلیه کارکنان (پیراساس الویتهای مراقبتهای عمومی و اختصاصی، سیاستهای سازمان برنامه های الزامی در اعتبار بخشی، وظایف عمومی، تخصصی، و صلاحیت حرفه ایی و ارزشیابی سالانه کارکنان پرستاری و نیاز های مراقبتی در راستای ایمنی بیمار انجام می شود. و تقویم آموزشی بیمارستان تدوین می گردد.

#### تعیین شیوه های آموزشی

- آموزش درون بخشی
  - برگزاری دوره های آموزشی حضوری
  - برگزاری دوره های آموزشی غیر حضوری (الکترونیکی)
- مجری آموزش در بیمارستان سوپروایزر آموزش و در بخش ها و واحد ها مسئول آن بخش یا واحد می باشد.

#### ارزیابی برگزاری دوره های آموزشی حضوری

بررسی اثربخشی دوره های آموزشی براساس الگوی ارزشیابی کرک پاتریک انجام می شود. بر این اساس اثربخشی در ۴ سطح انجام میشود.

**۱-واکنش:** منظور از واکنش میزان عکس العملی است که فراگیران به کلیه عوامل موثر در اجرای یک دوره آموزش از خود نشان می دهند که در جام فردی به عنوان ارزیابی کارگاه توسط پرسنل فرم آن پر می شود.

**۲- یادگیری (دانش):** عبارت است از تعیین میزان فراگیری، مهارتها، تکنیک ها و حقایق اس که طی دوره آموزشی به شرکت کننده آموزش داده شده و برای آنان روشن گردیده است که از طریق آزمون قبل وبعد از کارگاه (پیش آزمون پس آزمون) انجام می شود.

**۳- رفتار:** منظور از رفتار چگونگی و میزان تغییراتی است که در رفتار شرکت کننده در اثر شرکت در آموزش حاصل می شود و آن را میتوان با ادامه ارزیابی در محیط واقعی کار روشن

تاریخ تدوین: ۱۳۹۶/۳/۲۶  
تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۳/۲۶  
شماره ویرایش: ۴

سیاست های آموزش کارکنان  
کد سند: IHH-EDU-L-029



بیمارستان امام حسین (ع)

ساخت. به طور معمول نهایتاً از 1 ماه تا حداکثر 2 ماه بعد از کلاس اثر بخشی آموزش ها توسط رابطین آموزش و سوپروایزر آموزش چک می شود.

**۴- نتایج:** منظور از نتایج میزان تحقق اهدافی است که به سازمان ارتباط دارد که از طریق تاثیر دوره ها بر شاخص های عملکردی مورد سنجش قرار می گیرد. ( مانند برگزاری کارگاه مهارت های ارتباطی و تاثیر آن بر رضایتمندی بیمار- و یا برگزاری کارگاه CPR و تاثیر آن بر میزان CPR موفق یا نا موفق که به طور معمول هر ۶ ماه پایش می شود. همچنین نحوه تامین منابع مورد نیاز جهت آموزش پرستاری توسط سوپروایزر آموزش پیشنهاد داده می شود و توسط مدیر پرستاری تایید و با تایید و دستور مدیریت بیمارستان و ریاست بیمارستان واحد مالی صورت می گیرد.



بیمارستان امام حسین (ع)

سیاست های آموزش به کارکنان  
کد سند: IHH-EDU-L-029

تاریخ تدوین: ۱۳۹۶/۳/۲۶  
تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۳/۲۶  
شماره ویرایش: ۴

### برنامه آموزشی جدیدالورود

با ورود نیروی جدیدالورود به بیمارستان توسط مدیریت محترم پرستاری با ایشان مصاحبه صورت می گیرد. بخش احتمالی فرد با توجه به سابقه و رزومه کاری ایشان مشخص می گردد. ۵ روز جهت آموزش به واحد آموزش معرفی می گردند. آزمون بدو ورود در حیطه های احیا پایه و پیشرفته، هموویژیلانس، کار با دفبریلاتور، کار با ونتیلاتور، ایمنی سلامت شغلی کنترل عفونت ایمنی بیمار احیا نوزاد آموزش به بیمار منشور حقوق گیرنده خدمت گرفته شده و تمامی فیلدها به صورت چهره به چهره آموزش داده می شود. و پس از آموزش، آزمون پس از یادگیری از نیرو گرفته می شود. حداقل نمره قابل قبول در این موارد حداقل ۸۰٪ می باشد. پس از کسب حداقل نمره نیروی جدید کار خود را در بخش مربوطه به صورت آزمایشی شروع می نماید. در صورت عدم کسب نمره ۸۰٪ در آموزش های پس از یادگیری، نیرو جدیدالورود مجددا مطالب را مطالعه کرده و مجددا در صورت آمادگی آزمون پس از یادگیری را شرکت می نماید.

با ورود نیروهای جدیدالورود به بخش مورد نظر در همان چند روز ابتدای کار آزمایشی عملکرد های عمومی، ارتباطی و تخصصی توسط چک لیست توسط منتور بخش که همان سرپرستار می باشد انجام می گردد. و برای آیتم های زیر ۸۰٪ اقدامات اصلاحی گذاشته می شود و مجدد اثر بخشی آموزش های داده شده طی یک ماه سنجیده می شود در صورت ارتقا نیرو مجوز کامل کار در بخش را دریافت می کند و در صورت عدم کسب حداقل نمره ۸۰٪ چک لیست های ارتباطی عمومی و تخصصی به مدیریت محترم پرستاری و واحد آموزش به صورت کارتابلی معرفی می گردد تا اقدامات اصلاحی لازم در خصوص نیرو انجام شود.

تهیه کنندگان :	تائید کنندگان :	تصویب کننده/ابلاغ کننده
سرکار خانم عباس زاده سوپروایزر آموزش کلیه سوپروایزرین کلیه سرپرستاران مسئولین واحد ها پشتیبانی و اداری	سرکار خانم همتمی مدیریت محترم پرستاری تیم مدیریت و رهبری	جناب آقای دکتر مطلب نژاد ریاست محترم بیمارستان



## رعایت حقوق گیرندگان خدمت

### منشور حقوق بیمار در ایران

- 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.

### محور اول: دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است

- ۱-۱) شایسته شان و منزلت انسان و با احترام به ارزش ها، اعتقادات فرهنگی و مذهبی باشد.
- ۲-۱) بر پایه ی صداقت، انصاف، ادب و همراه با مهربانی باشد.
- ۳-۱) فارغ از هرگونه تبعیض از جمله قومی، فرهنگی، مذهبی، نوع بیماری و جنسیتی باشد.
- ۴-۱) بر اساس دانش روز باشد.
- ۵-۱) مبتنی بر برتری منافع بیمار باشد.
- ۶-۱) توزیع منابع سلامت مبتنی بر عدالت و اولویت های درمانی بیماران باشد.
- ۷-۱) مبتنی بر هماهنگی ارکان مراقبت اعم از پیشگیری، تشخیص، درمان و توانبخشی باشد.
- ۸-۱) به همراه تامین کلیه امکانات رفاهی پایه و ضروری و به دور از تحمیل درد و رنج و محدودیت های غیر ضروری باشد.
- ۹-۱) 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.
- ۱۰-۱) در سریعترین زمان ممکن و با احترام به وقت بیمار باشد.
- ۱۱-۱) با در نظر گرفتن متغیرهایی چون زبان، سن و جنس گیرندگان خدمت باشد.
- ۱۲-۱) در مراقبت های ضروری و فوری اورژانس بدون توجه به تأمین هزینه ی آن صورت گیرد. در موارد غیرفوری یا الکتیو بر اساس ضوابط تعریف شده باشد.
- ۱۳-۱) در مراقبت های ضروری و فوری اورژانس در صورتی که ارائه خدمات مناسب ممکن نباشد، لازم است پس از ارائه ی خدمات ضروری و توضیحات لازم، زمینه انتقال بیمار به واحد مجهز فراهم گردد.

۱-۱۴) در مراحل پایانی حیات که وضعیت بیماری غیر قابل برگشت و مرگ بیمار قریب الوقوع میباشد 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 خانواده اش در زمان احتضار می باشد. بیمار در حال احتضار حق دارد در آخرین لحظات زندگی خویش با فردی که می خواهد همراه گردد. - احتضار به وضعیت بیماری غیر قابل علاج و غیر قابل برگشت اطلاق می شود که مرگ قریب الوقوع اجتناب ناپذیر است. .

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

۲-۱) محتوای اطلاعات باید شامل موارد ذیل باشد:

۲-۱-۲) مفاد منشور حقوق بیمار در زمان پذیرش

۲-۲-۱) ضوابط و هزینه های قابل پیش بینی بیمارستان اعم از خدمات درمانی و غیر درمانی و ضوابط بیمه و معرفی سیستم های حمایتی در زمان پذیرش

۲-۳-۱) نام، مسؤولیت و رتبه ی حرفه ای اعضای گروه پزشکی مسئول ارائه مراقبت از جمله پزشک، پرستار و دانشجوی و ارتباط حرفه ای آن ها با یکدیگر

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

۳-۱) محدوده انتخاب و تصمیم‌گیری درباره موارد ذیل می‌باشد:

۳-۱-۱) انتخاب پزشک معالج و مرکز ارائه‌کننده‌ی خدمات سلامت در چارچوب ضوابط

۳-۲-۱) انتخاب و نظر خواهی از پزشک دوم به عنوان مشاور

۳-۳-۱) شرکت یا عدم شرکت در پژوهش‌های زیستی با اطمینان از اینکه تصمیم‌گیری وی تأثیری در تداوم و نحوه دریافت خدمات سلامت ندارد.

۳-۴-۱) قبول یا رد درمان‌های 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 می‌دهد.

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

۳-۲-۱) انتخاب و تصمیم‌گیری بیمار باید آزادانه و آگاهانه، مبتنی بر دریافت اطلاعات کافی و جامع (مذکور در بند دوم) باشد.

۳-۲-۲) پس از ارائه اطلاعات، زمان لازم و کافی به بیمار جهت تصمیم‌گیری و انتخاب داده شود.

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

۴-۱) رعایت اصل رازداری راجع به کلیه‌ی اطلاعات مربوط به بیمار الزامی است مگر در مواردی که قانون آن را استثنا کرده باشد.

۴-۲) در کلیه‌ی مراحل مراقبت اعم از تشخیصی و درمانی باید به حریم خصوصی بیمار احترام گذاشته شود. ضروری است بدین منظور کلیه‌ی امکانات لازم جهت تضمین حریم خصوصی بیمار فراهم گردد.

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

۵-۱) هر بیمار حق دارد در صورت ادعای نقض حقوق خود که موضوع این منشور است، بدون اختلال در کیفیت دریافت خدمات سلامت به مقامات ذی صلاح شکایت نماید.

۵-۲) بیماران حق دارند از نحوه رسیدگی و نتایج شکایت خود آگاه شوند.

۵-۳) 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 ی تصمیم‌گیرنده ی قانونی جایگزین خواهد بود. البته چنانچه تصمیم‌گیرنده ی 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 .

## ایمنی بیمار:

### تعریف ایمنی بیمار

سازمان جهانی بهداشت معتقد است که میلیون‌ها بیمار در سرتاسر جهان سالانه از ناتوانی، آسیب یا مرگ ناشی از مراقبت غیر ایمن رنج می‌برند. عفونت‌های مرتبط با مراقبت بهداشتی، تشخیص‌های اشتباه، تأخیر در درمان، آسیب ناشی از استفاده نامناسب وسایل پزشکی و حوادث ناخواسته در نتیجه خطاهای دارویی از علل شایع آسیب‌های قابل پیشگیری به بیماران هستند، لذا می‌توان گفت که تامین ایمنی بیمار یک استراتژی مهم در حوزه ی سلامت است که با بکارگیری دانش و روش‌های علمی به روز برای دستیابی به سیستم ارائه مراقبت‌های درمانی قابل اعتماد و صحیح تلاش می‌کند .

پس ایمنی بیمار همان اجتناب، پیشگیری و بهتر شدن نتایج نامطلوب یا آسیب ناشی از فرآیند مراقبت سلامت است و در این میان ایمنی، فرهنگ، کیفیت و مدیریت در کنار هم تأثیر گذار می‌باشند. انجمن پزشکی آمریکا شش هدف را برای افزایش کیفیت در سیستم‌های بهداشتی درمانی در نظر گرفته است که شامل ایمنی بیمار، محور قرار دادن بیمار، اثربخشی، سودمندی، به موقع بودن و عدالت در ارائه ی خدمات می‌باشد. در همین راستا نیز مراکز بهداشتی درمانی باید برای حاکم کردن ایمنی بیمار در سیستم‌های خود گام‌های موثرتری بردارند .

ایمنی بیمار پرهیز، پیشگیری و کاهش نتایج ناگوار یا آسیب به بیمار ناشی از فرآیند مراقبت‌های پزشکی می‌باشد پس به عبارتی ، ایمنی بیمار ، حفظ بیمار از آسیب تصادفی به دلیل مراقبت‌های پزشکی و یا ناشی از خطاهای پزشکی می‌باشد .

آژانس ایمنی بیمار ۲۰۰۳ ایمنی بیمار را به عنوان فرایندی می‌داند که در طی آن یک سازمان مراقبت از بیمار را امن تر می‌کند و باید شامل:

۱. بررسی خطر

۲. تعیین و مدیریت خطر مربوط به بیمار

۳. گزارش و تجزیه و تحلیل حوادث

۴. فراهم کردن فرصت برای یادگیری به دنبال حوادث و پیاده سازی راه حل برای به حداقل رساندن خطر تکرار آنها دانست.

## نه راه حل ایمنی بیمار:

۱. توجه به داروهای با نام و تلفظ اشتباه

۲. شناسایی صحیح بیمار

۳. ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار

۴. انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار

۵. کنترل غلظت محلولهای الکتروولیت

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

۷. اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها

۸. استفاده از وسایل یکبار مصرف جهت تزریقات

۹. بهبود بهداشت دست

## کنترل عفونت

اهداف کمیته کنترل عفونت

۱. پیشگیری از عفونت های بیمارستانی

۲. احتیاطات استاندارد

۳. شستن دست ها

۴. واکسیناسیون کارکنان در بیمارستان

۵. اقدامات لازم در مواجهه های شغلی کارکنان

۶. پرونده های بهداشتی گروه های پرسنلی و پیراپزشکی شاغل در

بیمارستان

۷. ضد عفونی کننده ها، گندزداها و استریلیزاسیون ها

### کمیته کنترل عفونت:

کمیته کنترل عفونت بیمارستان، مسئولیت برنامه ریزی، ارزیابی و انجام تمام موارد مرتبط با کنترل عفونت را بر عهده دارد و تصمیم گیری های عمده و مهم در این زمینه از وظایف این کمیته می باشد.

### اهداف کمیته:

کاهش موارد عفونت بیمارستانی و در نتیجه کاهش هزینه های درمان و روزهای بستری بیماران در بیمارستان از طریق انتخاب روش های مناسب و برنامه ریزی جهت کنترل عفونت و پیشگیری از بروز و انتشار عوامل عفونت زا در بیمارستان بر اساس امکانات موجود.

رعایت نکات و شرایط استریل جهت پروسجیهای سونداژ بیمار، پانسمان زخم ها و ... الزامیست و در صورت بروز تب پس از ۴۸ ساعت از زمان بستری بیمار حتماً به پرستار کنترل عفونت جهت بررسی از نظر عفونت بیمارستانی اطلاع داده شود.

- مواردیکه باید هنگام تغییر و تحول شیفت رعایت گردد:
- تحویل بیماران از روی کاردکس (قدامات مراقبتی و دارویی) بر بالین آنها :
- کنترل وضعیت تنفس و هوشیاری بیمار
- کنترل بهداشت فردی بیمار
- کنترل آنژیوکت از نظر فیکس بودن، داشتن تاریخ ( کمتر از ۷۲ ساعت )، بررسی از نظر فلبیت
- کنترل سرم ها از نظر : حجم باقیمانده، حجم دریافتی ( براساس دستور و مطابق با برگه I&O ) ، داشتن برچسب سرم) تنظیم قطرات، ساعت شروع و پایان ( ، نام پرستار، نام و میزان داروی اضافه شده .
- کنترل میکروستها( داشتن برچسب سرم و تاریخ تعویض)

- کنترل سوند فولی از نظر فیکس بودن و بهداشت و حجم ادرار تخلیه شده و باقیمانده مثبت در برگه I&O
- کنترل NGT از نظر فیکس بودن و میزان ترشحات برگشتی و مثبت در برگه I&O
- کنترل کلیه کاتترها، پانسمان و رعایت بهداشت و نظافت آنها
- کنترل بیمار از نظر زخم بستر، کیبودی، راش، ورم، ادم در اندامها
- کنترل رل برگه علائم حیاتی از نظر مثبت مشخصات بیمار و علائم وی طبق دستور و مثبت علائم حیاتی در هنگام ادمیت
- کنترل بیمار از نظر پوزیشن، وضعیت استراحت، شیو و خونریزی.
- کنترل وضعیت درد بیمار و اقدامات انجام شده جهت تسکین درد.
- اطلاع از کلیه اقدامات درمانی انجام شده در شیفت قبل .
- کلیه موارد کنترل شده در حضور پرسنل دو شیفت باید مطرح شود و پس از اتمام تحویل هیچ مسئولیتی به عهده شیفت قبل نمی باشد .

## آتش نشانی

### آتش سوزی:

در آتش سوزی، سریع و دقیق فکر کردن حیاتی است. آتش به سرعت گسترش پیدا می کند. بنابراین اولین اولویت شما، آگاه کردن افراد در معرض خطر است. اگر در داخل ساختمان هستید، نزدیکترین آژیر حریق را فعال کنید. همچنین باید فوراً به خدمات اورژانس اطلاع دهید، اما اگر این کار، خروج شما را از محل به تاخیر می اندازد، امنیت خود را به خطر نیندازد، افرادی که در آتش گیر افتاده اند، به سرعت دچار هراس می شوند. شما به عنوان ارایه کننده کمک های اولیه، می توانید با آرام کردن افرادی که رفتارشان احتمالاً ترس و دلهره را در دیگران تشدید می کند، از میزان هراس بکاهید. افراد را برای ترک محل، تشویق و کمک کنید. هرگز برای برداشتن لوازم شخصی، مجدداً به ساختمان در حال سوختن وارد نشوید و یا خروج خود را به تاخیر نیندازید. تنها موقعی می تونید وارد ساختمان شوید که یک آتش نشان راه را برای این کار باز کرده باشد .

**هشدار:**

تحت هیچ شرایطی از آسانسور استفاده نکید.

پس از ورود به محل حریق یا اشتعال، یک لحظه صبر کنید، محل را زیر نظر گرفته و فکر کنید و به سرعت وارد صحنه نشوید. امکان دارد مواد قابل اشتعال یا انفجار (مثل گاز یا دودهای سمی) یا خطر برق گرفتگی وجود داشته باشد. یک آتش سوزی جزئی می تواند در عرض چند دقیقه گسترش یافته، تبدیل به یک حریق جدی شود. اگر خطری شما را تهدید می کند، تا رسیدن خدمات اورژانس منتظر بمانید.

هرگز اقدام به خاموش کردن آتش نکنید مگر آنکه پیش از آن به خدمات اورژانس اطلاع داده باشید و مطمئن باشید که خود را در معرض خطر قرار نمی دهید

### نحوه برخورد با آتش سوزی

برای شروع و ادامه پیدا کردن حریق ۳ چیز باید وجود داشته باشد: جرقه آتش ( یک جرقه الکتریکی یا شعله)، یک منبع سوخت ( بنزین، چوب یا پارچه)، و اکسیژن (هوا). برای شکستن این «مثلث حریق» باید یکی از اجزا را حذف کنید.

به عنوان مثال: سویچ ماشین را خاموش کنید و یا شیر سوخت را در ماشین های دیزلی بزرگ خارج کنید .

شعله های آتش را با استفاده از پتو یا سایر مواد غیر قابل نفوذ، خفه کرده، مانع رسیدن اکسیژن به آن شوید .

### ترک ساختمان در حال سوختن

هنگامی که آتش را در یک ساختمان مشاهده می کنید یا به آن مشکوک می شوید، نزدیک ترین آژیر حریق را فعال کنید .

سعی کنید بدون آنکه خود را در معرض خطر قرار دهید، به افراد کمک کنید تا ساختمان را ترک کنند. درها را پشت سر خود ببندید تا از گسترش آتش جلوگیری شود. به دنبال راه های خروج از آتش و محل هایی برای تجمع بگردید. شما باید قبلاً عملیات تخلیه را در محل کار خود فرا گرفته باشید. وقتی با ساختمان های دیگری مواجه می شوید، نشانه های مربوط به راه های گریز اضطراری را دنبال کنید و دستورات ( روی آنها) را انجام دهید .

کمک به گریز از ساختمان در حال سوختن: افراد را تشویق کنید که خونسرد اما سریع، ساختمان را از طریق نزدیک ترین خروجی امن ترک کنند. اگر مجبور به استفاده از راه پله هستید ، مطمئن شوید که کسی عجله نخواهد کرد و خطر سقوط وجود ندارد.



## آتش گرفتن لباس

همیشه الگوی زیر را طی کنید: توقف، انداختن روی زمین و چرخاندن . در صورت امکان قبل از اقدام به چرخاندن مصدوم، وی را در یک پارچه کلفت بپیچید.

از وحشت زده شدن ، دویدن یا بیرون رفتن مصدوم جلوگیری کنید. هر گونه حرکت یا باد، مانند بادبزن به شعله ها دامن می زند.

مصدوم را به زمین بیندازید. در صورت امکان ، با یک یک کت، پرده، پتو( غیر از انواع نایلونی یا گشاد بافت)، فرش یا سایر پارچه های کلفت، مصدوم را محکم بپیچید.

مصدوم را روی زمین بچرخانید تا شعله ها خفه شوند.

اگر آب یا مایع غیر قابل اشتعال دیگری در دسترس است، مصدوم را طوری روی زمین بخوابانید که بخش در حال سوختن در بالا قرار گیرد و ناحیه سوختگی را با مایع خنک کنید.

**هشدار !**

هرگز از مواد قابل اشتعال برای خفه کردن شعله استفاده نکنید.

اگر لباس خودتان آتش گرفت و نیروی کمکی در صحنه حاضر نبود، با پیچاندن محکم پارچه مناسب به دور خود و چرخیدن روی زمین، آتش را خاموش کنید.

## دود و گاز

آتش سوزی در فضای بسته، جو خطرناکی ایجاد می کند که اکسیژن کمی دارد و ممکن است با مونوکسید کربن و گازهای سمی آلوده شده باشد. هرگز وارد ساختمانی که در حال سوختن یا پر از گاز است نشوید و هرگز دری را که به محل آتش سوزی ختم می شود، باز نکنید. این کارها را به گروه خدمات اورژانس واگذار کنید .

اجتناب از دود و گاز در صورتی که در داخل ساختمان در حال سوختن هستید، اقداماتی برای اجتناب از استنشاق دود و گازهای مضر انجام دهید. فضای باز زیر در را مسدود کنید و نزدیک به کف اتاق قرار بگیرید تا با دود کمتری مواجه شوید

## مدیریت بحران

### مدیریت بحران

- فرآیند پیش بینی و پیشگیری از وقوع بحران برخورد و مداخله در بحران و سالم سازی بعد از وقوع بحران را مدیریت بحران گویند .

- علمی کاربردی است که به وسیله مشاهده سیستماتیک بحرانها و تجزیه و تحلیل آنها در جستجوی یافتن ابزاری است که بوسیله آنها بتوان از بروز بحران ها ، پیشگیری نمود و یا در صورت بروز آن در خصوص کاهش اثرات آن آمادگی لازم امداد رسانی سریع و بهبودی اوضاع اقدام نمود .

امروزه عمده ترین نقاط ضعف مدیریت بحران عدم هماهنگی و همکاری سازمانها ، کمبود ضوابط و مقررات جامع و مانع و پراکندگی و نا کافی بودن قوانین و مقررات موجود ، محدودیت منابع مالی است، اما خوشبختانه نقاط قوت بسیاری نیز وجود دارد که خود شامل تجارب مفید در مدیریت بحران و روحیه تعاون و نودوستی در جامعه و مشارکت خوب و ارزشمند مردم و سازمانهای NGO همچون جمعیت هلال احمر است که می توان با مرتفع نمودن نقاط ضعف و توجه بیشتر به نقاط قوت راه را برای عملکرد هر چه بهتر و قویتر در امر مدیریت بحران هموار نمود . باید تهدیدها و فرصت ها را به خوبی شناخت و خود را برای مقابله با تهدیدها و استفاده از فرصتها آماده ساخت .

### ویژگی های بحران :

- ۱- بحران عموماً غیر قابل پیش بینی است ( یعنی نمی توان پیش بینی کرد که کی و در کجا اتفاق می افتد)
- ۲- بحران ها آثار مخربی دارند و مردمی که تا قبل از بحران نیازمند کمک نبودند به محض وقوع بحران نیازمند کمک می شوند .
- ۳- ماهیت و آثاری طولانی و استهلاکی دارند .
- ۴- در وضعیت بحرانی معمولاً تصمیم گیری تحت شرایط وخیم و در زمان محدود و اطلاعات مورد نیاز تصمیم گیرندگان ناقص است
- ۵- زمان موجود برای پاسخ دهی پیش از انتقال تصمیم را محدود کرده و اعضای واحد تصمیم گیری را به تعجب و حیرت وا می دارد
- ۶- محدودیت و فشردگی زمان ، غافلگیری ، استرس و مخدوش شدن اطلاعات.

## مدیریت خطر

### مدیریت خطر و مراحل آن :

وجود خطر یک جزو اجتناب ناپذیر از زندگی است و بطور کامل نمیتوان آن را حذف کرد ولی میتوان آنرا به حداقل رساند . همه جنبه های مراقبت های سلامتی نیز همراه با خطر است .

در گذشته مدیریت خطر در محیط بالینی با نگاه reactive یا واکنشی، بررسی می شد یعنی این که پس از بروز واقعه به تحلیل علل و عوامل آن پرداخته می شد تا از تکرار مجدد آن جلوگیری به عمل می آمد ولی اکنون تأکید بر شیوه پیشگیرانه یا proactive بوده که در این شیوه احتمال خطر پذیرفته شده و به طور مناسب قبل از وقوع خطر، مدیریت می شود . در واقع خطر ، احتمال ایجاد یک اتفاق، ناخوشی ویا از دست دادن بوده که به طور مداوم با آن مواجه هستیم. مانند مخاطرات موجود در جاده ها، محل کار، منزل و ..... و ما پیوسته تلاش میکنیم که از آنها اجتناب کرده و یا به حداقل برسانیم. فرایند مدیریت خطر بالینی درمورد طراحی، سازماندهی و تعیین مسیر یک برنامه است که شناسایی، ارزیابی و نهایتاً کنترل خطر را شامل می شود.

این فرایند شامل سلسله مراتبی است که می توانند با یکدیگر هم پوشانی داشته باشند و معمولاً یکپارچگی بین همه مراحل وجود دارد .

### مرحله اول : ایجاد زمینه مناسب

برای مدیریت خطر بایستی مشخص شود که چگونه این خطرات مدیریت شوند. برای مدیریت خطر باید مسایل اقتصادی، سیاسی و قانونی در نظر گرفته شود. معمولاً دینفعان متفاوتی با نیازهای متفاوتی وجود دارند. پس ضروری است که به نیازهای این افراد به طور مناسب پاسخ داده شود.

### مرحله دوم : شناسایی ریسک

متدهای زیادی جهت شناسایی ریسک وجود دارد و این متدها بصورت ترکیبی وجود دارد. در این مرحله در واقع پس از بررسی سیر فرایندها و فعالیت های لازم و نقش افراد در انجام آن ها و با توجه به شرح وظایف شغلی افراد، مبادرت به شناسایی خطراتی می نماییم که در هنگام اجرای این وظایف ممکن است رخ دهد و آن ها را لیست کرده و به احتمال و شدت وقوع خطرات توجه می نماییم. منطقی است که بلافاصله بعد از شناسایی ریسک آنرا بطور مناسب مدیریت کنیم . رویکرد معمول برای درنظر گرفتن حوادث ناخواسته، توجه به حوادث بعد از وقوع است. به طور مثال خطر عوارض استفاده از داروها، بعد از وقوع آن ها، توسط پرسنل درمانی و یا براساس اظهارات بیماران و جبران خسارت آنها بیان می شود. حوادثی که با خسارت مالی بیشتری همراه است، فراوانی کمتری نسبت به حوادثی دارند که توسط پرسنل و بیماران اظهار می شوند. بنابراین اگر فراوانی یا شدت خطا را به تنهایی در نظر بگیریم، احتمال تخمین کمتر یا بیشتر از حد، خواهیم شد.

## مرحله سوم: آنالیز خطر

پس از شناسایی خطر، به منظور تعیین فعالیتی برای کاهش آن، آنالیز صورت گیرد. ایده ال این است خطراز بین برود ولی معمولاً این هدف قابل دستیابی نیست و تلاشها باید در جهت کاهش آنها صورت گیرد. احتمال و شدت خطر را باید در نظر گرفت. خطرات بالینی نادر ولی جدی مثل دیسکرازی خونی که به دنبال برخی داروها رخ میدهد را باید در کنار خطرات شایع ولی کمتر جدی مانند واکنش آلرژیک پوستی، در نظر گرفت. به طور مثال ممکن است امکان پذیر نباشد، فردی را که احتمال دیسکرازی خونی به دنبال مصرف دارو دارد، را شناسایی کرد. پس باید احتمال بروز آن را پذیرفت. گرچه تعداد زیادی از حوادث خفیف ممکن است به عنوان خطرهای عمده و غیر قابل قبول در نظر گرفته شوند. در نتیجه گفته می شود که از مصرف این دارو باید اجتناب شود مگر اینکه استفاده از آنها اجباری باشد.

### پس فاکتورهایی را که باید در آنالیز خطر در نظر داشت عبارتند از:

- احتمال رخداد حادثه
- هزینه حادثه در صورت وقوع (چه مادی و چه غیر مادی)
- دردسترس بودن روشها برای کاهش احتمال رخداد یک حادثه
- هزینه راه حل های موجود کاهش خطر (مادی و غیره)

## مرحله چهارم: برخورد با خطر

دامنه ای از انتخابها برای مقابله با خطرات بالینی قابل دسترس است. تصمیم گیری باید براساس هزینه مالی مقابله با خطر و هزینه بالقوه جبران آن خطر، استوار باشد. هزینه جلوگیری از یک حادثه شدید ولی نادر ممکن است بسیار بیشتر از هزاران حادثه خفیف باشد.

### شیوه های متعدد برای مقابله با خطر:

#### الف- کنترل خطر:

در مورد خطرهای غیر قابل حذف، گامهای پیشگیرانه بایستی به منظور به حداقل رساندن احتمال بروز آن از طریق استفاده از راهنماهای بالینی، پروتکل ها و سیر مراقبت (care pathways) برداشته شود. مانند استفاده از گایدلاین برای پیشگیری از ترومبوز پیش از عمل جراحی به منظور کاهش خطر ترومبوز عروق عمقی و آمبولی ریه .

#### ب- پذیرش خطر:

در مواردی که وقوع خطر غیر قابل اجتناب باشد، حداقل این خطر باید شناخته شود و یک گام جلوتر از این گونه خطرات باشیم. یک مثال، خطر غیر قابل اجتناب خرابی هر گونه تجهیزات مانند پمپ انفوزیون و تدارک یک وسیله پشتیبانی در صورت بروز نقص فنی است .

### ج- اجتناب از خطر:

این امکان وجود دارد که با فهم علل بروز خطر و انجام عملکرد مناسب، از خطری اجتناب کرد. به طور مثال متوجه شویم که داروهای مختلف بسته بندی مشابهی داشته باشند مانند سرم های کلرید پتاسیم همراه با ۰.۵٪ گلوکز و سرم کلرید سدیم همراه با ۰.۱٪ گلوکز که بسته بندی یکسانی دارند. پس با بسته بندی دارویی به گونه ای که دارو ها به طور واضح از هم قابل تشخیص باشند، از بروز خطرات احتمالی اجتناب کنیم .

### د- کاهش و یا به حداقل رساندن خطر:

در مواقعی که نتوان خطری را حذف کرد می توانیم عواقب و عوارض بالقوه آن را محدود کنیم. این یک دیدگاه اساسی در مدیریت خطر محسوب می شود و شامل آموزش (هر دو گروه ارائه دهندگان خدمت و بیماران) و استفاده از راهنمای بالینی و خط مشی است. به طور مثال کاهش تجویز داروی نامناسب به وسیله استفاده از راهنماهای بالینی و آموزش به پزشکان .

### ه- انتقال خطر:

به معنی جابجایی خطر به موقعیت دیگر است. مانند انتقال بیماران مشکل دار و با احتمال خطر بالا به مراکز تخصصی و یا در مواقعی که خطرات به راحتی مدیریت نشوند با کمک بیمه ، می توان آنها را پوشش داد.

### مرحله پنجم: ارزیابی مدیریت خطر

در این مرحله اثربخشی رویکردهایی که برای شناسایی، آنالیز و مدیریت خطر به کاررفته است، مرور و ارزشیابی می شود. نقش ممیزی بالینی در این مرحله ضروری است چون استانداردهای مدیریت درمان، تعیین و پایش می شوند تا درجه تطابق با این استانداردها مشخص شود. پس از تعیین مشکل، مهم این است که یک محیط با حداقل سرزنش "low blame" ایجاد شود تا افراد بتوانند صادقانه عقیده خود را بیان کنند و پیشنهادهای را برای چگونگی کاهش خطر در آینده ارائه دهند. در نهایت کلیه مراحل بالا بایستی در تمامی سازمان و حتی در سازمان های مرتبط، اطلاع رسانی شده و منجر به یادگیری از درس های گرفته شده، شود .

نیازهای اساسی برای یک مدیریت خطر بالینی موفق:

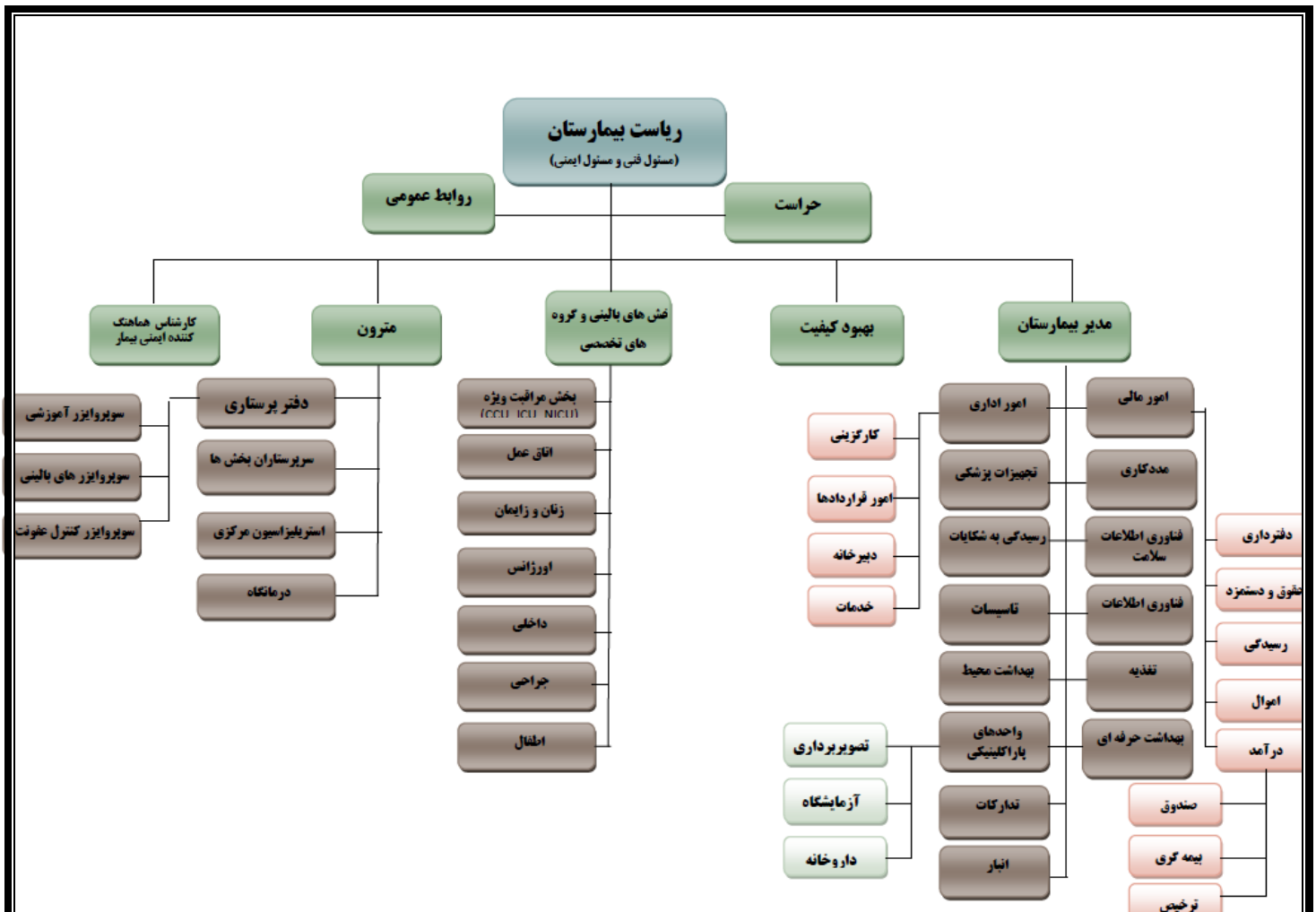
- رهبری همراه بالتزام به ارتقا ایمنی بیمار
- خط مشی و استراتژی واضح
- محیط سازماندهی شده با در نظر گرفتن ایمنی بیمار به عنوان یک مقوله مهم و پاسخگو اما بدون سرزنش

- منابع کافی برای حمایت فرایندها و پاسخگویی به فرایندها
- ارزشیابی به منظور اطمینان از اجرای مدیریت خطر

### یادگیری از خطاها:

یک جزء اساسی برای ارتقای ایمنی بیمار، گزارش حوادث است. گزارش حوادث به تنهایی ایمنی بیمار را ارتقا نمی بخشد. بلکه یادگیری از خطاهاست که امری اساسی است. این یادگیری هاست که باید انتشار یابد و اجرا شود تا از وقوع حوادث مشابه در آینده جلوگیری کند و بهتر است که این امر در تمامی سیستم مراقبت سلامت اجرا شود.

جهت شناسایی خطاها، روش های مختلفی وجود دارد. این روش ها می تواند شامل، بررسی پرونده ها، گزارش دهی خطاها، استفاده از تجربیات بیماران، بررسی شاخص های ایمنی بیمار، بررسی شکایات و نتایج رضایتمندی بیماران باشد. یکی از روش های شناسایی خطا همان گزارش دهی خطاها است که باید ارتباط آن با سطوح بالاتر، تعریف شود .



### نمودار سازمانی بیمارستان در سال ۱۴۰۰

## مقررات بیمارستان:

### قوانین و مقررات حجاب و پوشش:

- کلیه پرسنل رده های مختلف کادر پرستاری موظف به رعایت یونیفرم می باشند
- پرستار: مانتو و شلوارو مقنعه سورمه ای و کفش مشکی
- بهیار: مانتو ، شلوار و مقنعه و کفش سفید
- کارشناس و کاردان اتاق عمل و بیهوشی وماما : مانتو و شلوارو مقنعه آبی و یا سبز و کفش جلو بسته سفید

• رعایت نصب اتیکت الزامی است

### نحوه پذیرش بیمار:

در مورد بیماران اورژانسی باید بلافاصله بیمار پذیرش و اقدامات اولیه پرستاری مانند گذاشتن اکسیژن، شستن زخم و کنترل خونریزی، در صورت نیاز **CBR** نمودن بیمار و ... انجام شود و بلافاصله به پزشک اطلاع داده شود.

- در مورد بیماران سرپایی پس از ویزیت پزشک دستورات اجرا شود.
- آزمایشات بیمار از طریق **HIS** ثبت و سپس نمونه به آزمایشگاه ارسال شود.
- پس از انجام پروسیجرهای مورد نیاز بیمار کلیه وسایل مصرفی از طریق کامپیوتر ثبت گردد.
- به سرویس هایی که نیاز به ویزیت بیمار دارد اطلاع داده شود و زمان اطلاع و زمان حضور را در گزارش پرستاری ثبت نماید.
- در صورت انجام پروسیجرهای خاص و یا تزریق فرآورده های خونی حتماً برگ شرح عمل گذاشته شود.
- لازم است که پرسنل در هنگام پذیرش بیمار موارد ذیل را رعایت نمایند:
- از آماده بودن تخت بیمار مطمئن شوند.
- خود را با نام فامیل به بیمار معرفی نمایند.



- بیمار را به تخت مربوطه راهنمایی کنند.
- جهت قبله و محل مخصوص نگهداری وسایل انجام فرایض دینی را به او نشان دهند.
- خلوت بیمار را فراهم نمایند.
- اشیاء البسه بیمارانی که در وضعیت کاهش سطح هوشیاری بسر می برند جمع آوری و تحویل همراهان بیمار نمایند و در صورت عدم وجود همراه با سوپروایزر کشیک هماهنگی نمایند.
- نظارت نمایند تا بیمار در وضعیت راحت در تخت و یا صندلی قرار گیرد.
- درجه حرارت، نبض، تنفس و فشار خون بیمار را به روش صحیح اندازه گیری کنند.
- در صورت لزوم قد و وزن بیمار را اندازه گیری و ثبت نمایند.
- شرح حال دقیق از بیمار گرفته شود.
- در پایان گزارش پرستاری را تکمیل و نکات مهم و قابل پیگیری را ثبت نمایند

● **جابجایی شیفت ها و پاس ساعتی:**

جابجایی باید حتماً از طریق تکمیل فرم جابجایی و مهر و امضاء متقاضی، جانشین و مسئول بخش و تایید دفتر پرستاری صورت گیرد. در غیر اینصورت غیبت محسوب می شود. پاس ساعتی در ابتدا و انتهای شیفت ممنوع می باشد و برگه پاس باید حتماً دارای نام و نام خانوادگی متقاضی، امضاء متقاضی و تایید مقام مافوق باشد.

● **شماره تماس های ضروری:**

- تلفن خانه جهت پیج کد ۹۹ یا تماس با پزشکان : داخلی 420

پزشک اورژانس : داخلی 437

- سوپروایزر کشیک: داخلی 733

الزامیست که پرسنل جدیدالورود فتوکپی حکم کارگزینی مدارک و گواهی های آموزشی گذرانده شده را تحویل سرپرستار بخش نماید تا پرونده پرسنلی جهت وی تشکیل داده شود. مضافاً تکمیل فرم PDP ( برنامه توسعه فردی) الزامیست .

### آموزش به بیمار :

آموزش به بیمار در بدو پذیرش شروع شده و در حین درمان بیمار ادامه می یابد و بیمارانی که از این بخش ترخیص می شوند بسته به نوع بیماری باید توصیه های لازم در خصوص چگونگی مصرف دارو، مراجعه مجدد به پزشک به عنوان مثال زمان کشیدن بخیه یا درآوردن تامپون و... آموزش داده شود. آموزش بیمار باید در فرم آموزش به بیمار ثبت شده و مستند گردد و در گزارش پرستاری نیز به عنوان آموزش ارائه شده به بیمار حتماً اشاره شود .

توجه: جهت کلیه اعمال جراحی، ترانسفوزیون خون یا پروسیجرهای تهاجمی باید رضایت آگاهانه از بیمار گرفته شود که فرم آن در بخش موجود است.

### نحوه اطلاع مشاوره:

تمامی مشاوره های درخواستی ( اورژانس یا غیر اورژانس) باید بلافاصله به پزشک آنکال اطلاع داده شود و در صورت عدم موفقیت در تماس با پزشک آنکال حتماً به سوپروایزر کشیک جهت پیگیری اطلاع داده شود. شایان ذکر است ساعت اطلاع مشاوره حتماً باید در گزارش پرستاری قید گردد.

### آموزش HIS :

کلیه پرسنل بالینی که در بیمارستان مشغول به کار می شوند باید در ابتدا رمز ورود داشته باشند و دفترچه آموزش با کامپیوتر و HIS را به طور کامل مطالعه نمایند و هرگونه اشکال در نحوه استفاده را از سرپرستار بخش سوال نمایند.

### تحویل وسایل و تجهیزات بخش:

این کار در ابتدای هر شیفت و توسط مسئول شیفت یا پرستار تعیین شده انجام می شود و هر پرسنل موظف به آشنایی با تمامی وسایل بخش می باشد و در صورت هر گونه ابهام از سرپرستار سؤال نماید . تحویل کلیه دستگاههای بخش شامل ECG ، DC shock ، ونتیلاتور ، ساکشن، فشارسنج و ثبت در دفتر تحویل وسایل.

تحویل گرفتن و کنترل داروها ، لوازم مصرفی طبق لیست و در صورت کمبود سریعاً جایگزین

گردد .

کنترل و تحویل دفاتر بخش .

تحویل کامل کلیه ستها و وسایل موجود طبق لیست و در صورت کمبود سریعاً جایگزین گردد .

### **تحویل و کنترل کامل اتاق CPR :**

داروه ای ترالی ک د از نظر ر تع داد و بررسی ی کمبوده ا و ت اریخ انقض اء و طریق ه نگه داری آنه ا در داخل و خارج از یخچال چک گردد.

وسایل ترالی کد از نظر تعداد تاریخ انقض اء و توجه به سایز های مختلف اشاره ش ده در چک لیست .  
کنترل تجهیزات ترالی کد مانند لارنگوسکوپ، آمبویگ، چراغ قوه، از نظر صحت عملکرد ووجود باطری و لامپ اضافه.

توجه به نظافت کلی ترالی کد و سالم بودن چراغهای آن و باز و بسته شدن راحت دربهای آن .

کنترل ساکشن داخل اتاق CPR و آماده بودن آن .

وجود تخته CPR ، اکسیژن و مانومتر، داشتن ماسک اکسیژن، سوند رابط جهت آمبویگ.

آماده بودن کامل آمبویگ جهت CPR .

### **یخچال دارویی و واکسیناسیون:**

برای کنترل یخچال دارویی بایستی موارد زیر در نظر گرفته شود:

از گذاشتن هر گونه مواد غذایی در داخل آن پرهیز شود.

ترمومتر در یخچال نصب باشد و چارت مخصوص درج دمای یخچال ، بر روی درب یخچال نصب و در سه شیفت ثبت گردد.

وجود NGT و قالبهای یخ ( جهت ارسال ABG ) در فریزر یخچال درج تاریخ باز شدن ویالها، شربت‌ها بر روی آنها و توجه به مدت زمانیکه می توان آنها را در یخچال نگهداری نمود.

- **استوک دارویی:**

تعدادی دارو مانند ( انواع مسکنها و داروهای اختصاصی) در استوک دارویی موجود است که باید به تعداد و تاریخ انقضاء آنها توجه گردد و در صورت کمبود جبران شوند.(براساس لیست)

- **نظافت بخش:**

توجه به نظافت سطوح بالایی، میانی و گوشه های بخش ، سرویسهای بهداشتی، دربهای شیشه ای بخش، یونیت بیماران ( تخت، لاکر، bed tabe ، وسایل و تجهیزات اتاق مانند یخچال ، تلویزیون، دستگاههای پزشکی، ونتیلاتور، مانیتورها ، انواع پمپ ها) ، کاردکس، لوازم التحریر، ایستگاه پرستاری، تلفن و کامپیوتر، سطل های زباله و دقت در تفکیک زباله های عفونی از غیر عفونی ، safety box ، برانکارد، ویلچر، میزها.

کلیه موارد ذکر شده با محلول های ضد عفونی به صورت روزانه نظافت و ضدعفونی می گردد.

- **آشنایی با دفاتر بخش:**

- **دفتر تحویل و تحول وسایل:**

این دفتر در ابتدای هر شیفت و توسط پرستار مسئول تکمیل می شود و شامل انواع تجهیزات ، وسایل و تعداد آنها می باشد در این دفتر صحت کارکرد تجهیزات یا اینکه در دست تعمیر بودن آنها باید ثبت می گردد.

- **دفتر ثبت مواد مخدر:**

در صورت استفاده از مواد مخدر برای بیمار این دفتر توسط پرستار مسئول تکمیل می گردد.

تاریخ و شیفت ، نام بیمار ، تشخیص ، نام پزشک، شماره پرونده، نوع ماده مخدر، دوز مصرفی آن، باقیمانده ماده مخدر، تعداد پوکه خالی، نام و امضاء پرستار تحویل گیرنده به همراه برگه کامل ثبت شده به همراه مهر و امضاء پزشک و پرستار تزریق کننده در شیفت .

#### • دفتر گزارش پرستاری:

این دفتر در پایان هر شیفت توسط مسئول شیفت تکمیل و نکات مهم و قابل پیگیری در آن ثبت می شود: در ابتدای دفتر تاریخ و شیفت ، آمار تعداد کل بیماران بستری، تعداد پذیرش و ترخیص، تعداد انتقال و اعزام ، تعداد فوتی ها و موارد قابل پیگیری و رویدادها ثبت می شود.

#### • دفتر CPR :

در صورت CPR بیمار باید حتماً تمامی وقایع بالینی و اقدامات صورت گرفته در زمان احیاء بیمار براساس اطلاعات خواسته شده در این دفتر ، ثبت شوند و به مهر و امضاء اعضای کد برسد .

#### • دفتر پذیرش:

در صورت بستری بیمار جدید باید مشخصات بیمار در بدو بستری در این دفتر ثبت شوند و وضعیت نهایی بیمار (ترخیص ، انتقال، اعزام یا فوت) نیز در پایان حتماً در این دفتر قید گردد.

#### • دفتر تقسیم کار:

این دفتر باید در تمامی شیفت ها توسط مسئول شیفت در ابتدای شیفت تکمیل شود و مراقبت ها براساس تقسیم صورت گرفته به عمل آید.

#### • جهت انتقال بیماران بین بخش ها:

- حضور پرستار در زمان تحویل دادن و تحویل گرفتن بیمار .
- تحویل پرونده ، کاردکس، به صورت کامل و مرتب و کنترل منشی بخش یا مسئول شیفت از نظر ثبت گزارش و وسایل .
- انجام موارد stat و پروسیجرهای اورژانس در بخش مبدا
- تمیز و مرتب بودن بیمار( نظارت بر عهده پرستاری است که بیمار را تحویل میدهد)
- در صورت دستور داشتن IV Line باید تاریخ و شیفت روی آن نوشته و بدونعارضه باشد .
- در صورت داشتن پانسمان، پانسمان تمیز با تاریخ و نام پرستار باشد.
- گزارش پرستاری کامل نوشته شده و موارد خاص در آن قید گردد.
- پرونده، گرافی ها و به طور کل وسایل بیمار با دفتر تحویل و از بخش مقصد امضاگرفته شود .

**تذکر:** بخش های ویژه در صورت اورژانسی بودن وضعیت بیمار ملزم به پذیرش و انجام کارهای درمانی بیمار با هر شرایطی می باشند ولی در صورتی که بیمار در رزرو بخش های ویژه در بخش ها بستری باشد براساس دستورالعمل بالا تحویل داده شود .

**تذکر:** بعد از اتمام تحویل بخش مقصد حق هیچگونه اعتراضی ندارد و تمام موارد باید قبل از تحویل کنترل گردد

- **تذکر:** انتقال بیمار به **ICU** منوط به اخذ پذیرش از آنکال بیهوشی توسط پزشک معالج خواهد بود .

حضور پرسنل خدماتی در کنار بیماران ناتوان الزامی می باشد.(کار این بیماران با اولویتانجام می شود)

حضور پرستار در کنار بیماران بدحال الزامی می باشد.(کار این بیماران با اولویت انجام میشود)

تذکر: پرونده در پایان سونوگرافی و اکو بلافاصله تحویل داده می شود و زمان انتقال و تحویل بیمار در گزارش قید گردد .

#### • **کاردکس:**

هدف اصلی از در نظر گرفتن کاردکس ایجاد سرعت عمل در مراقبت از بیمار به حداقل رساندن اشتباهات احتمالی است،

همچنین استفاده از کاردکس امکان ملاحظه مجموعه اطلاعات همه بیماران بخش را در کنار هم به ما می دهد.

برای ثبت از ۳ خودکار ، قرمز (ثبت موارد مهم و ثابت مثل حساسیت دارویی و ...) آبی ( ثبت موارد ثابت مثل شماره پرونده ...) و مداد ( ثبت موارد متغیر مثل مراقبتهای پرستاری و ...) استفاده می شود.

مراقبت های پرستاری باید با ذکر تاریخ و ساعت انجام در کاردکس ثبت شوند. به طور کلی در کاردکس تمام کارهایی

که باید انجام بگیرد قید می شود و در پرونده کارهای انجام شده ثبت می شود.

#### • **گزارش نویسی در پرستاری :**

نظر به اهمیت گزارش پرستاری در فرآیند درمان بیماران و ارزش حقوقی و قضایی آن ، نکات

مهم در مورد نوشتن گزارش پرستاری جهت همکاران محترم یادآوری می گردد. امید است

همکاران محترم پرستار و بهیار بیش از پیش در ثبت دقیق گزارش پرستاری دقت لازم را مبذول نمایند .

۱. پس از ثبت هر گونه اطلاعات در گزارش پرستاری با زدن مهر نظام پرستاری، نام خانوادگی سمت و امضاء 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. جهت ثبت دقیق اوقات شبانه روز در گزارش ساعات را بطور کامل با استفاده از اعداد ۱ تا ۲۴ بنویسید. بعنوان مثال ساعت ۱ بعدازظهر را بصورت ۱۳:۰۰ و ساعت نه و ربع بامداد را بصورت ۰۹:۱۵ ثبت نمایید.
۴. علائم حیاتی بیماران را هر ۶ ساعت در برگه کنترل علائم حیاتی پرونده ثبت نمایید.
۵. هر گونه علائم حیاتی ساعتی باید در برگه کنترل علائم حیاتی پرونده نوشته شده و نام فرد کنترل کننده در محل مربوطه بصورت واضح و خوانا ثبت شود.
۶. چنانچه نام و مشخصات بیمار در بالای صفحه نوشته نشده قبل از نوشتن گزارش باید توسط اولین فرد نویسنده گزارش بطور کامل تکمیل و ثبت شود.
۷. در صورتیکه 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.
۸. 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.
۹. 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).
۱۰. 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.
۱۱. در صورت ندادن دارو به هر علت و کشیدن دایره دور ساعت تجویز باید علت آن در بالای ساعت تجویز دارو بطور 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 ...)
۱۲. 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 بخصوص در گزارش پذیرش بیمار حتماً قید نمایید.
۱۳. گزارش پذیرش بیمار باید بسیار کامل نوشته شده و شامل ساعت ورود بیمار، نحوه ورود (با پای خودش، با برانکارد، توسط اورژانس ۱۱۵، توسط همراهان و ...)، وضعیت هوشیاری بیمار، علائم حیاتی هنگام ورود و سایر موارد مهم مشاهده شده می باشد.

۱۴. با توجه به داروهایی که بیمار مصرف می کند، عوارض جانبی آن را مد نظر قرار داده و در صورت بروز بلافاصله گزارش نمایید.

۱۵. انواع آزمایشات پاراکلینیکی بیمار را در صورت انجام با ذکر ساعت و تاریخ گزارش نمایند.

۱۶. دریافت پاسخ آزمایشات را گزارش نموده و در صورت وجود موارد غیرطبیعی آنها را بطور کامل با ذکر

اقدامات انجام شده نظیر اطلاع به پزشک و درمان های مربوطه گزارش نمایید.

۱۷. در صورتیکه بیمار از طریق داخل وریدی مایع دریافت می کند میزان مایع دریافتی در شیفت خود

را محاسبه نموده و علاوه بر تنظیم سرم بیمار میزان مایع دریافتی وی را در گزارش قید نمایید.

۱۸. در صورتیکه 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 هر گونه مواد دفعی بطور دقیق ثبت شود.

۱۹. 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.

۲۰. ضروویست پرستار پس از مشاهده موارد غیر طبیعی در بیمار ویا انجام مراقبت های خاص برای بیمار، در اسرع

وقت گزارش نماید.

۲۱. ضروری است کلیه موارد ثبت شده در گزارش پرستاری با ثبت دقیق ساعت مشاهده یا اجرای آن

باشد.

۲۲. گزارش عملیات احیاء قلبی ریوی (CPR) بطور کامل و جامع با ذکر کلیه مراحل احیاء باید در پرونده ثبت

شود.

۲۳. از ثبت روشها و مراقبت های پرستاری و درمانی قبل از اجرای آنها اجتناب نمایید.

۲۴. گزارش پرستاری باید در انتهای شیفت برای پرهیز از اشتباه و خط خوردگی نوشته شود.

۲۵. از تصحیح عبارات اشتباه در گزارش بوسیله لاک و یا سیاه کردن و نیز پاک کردن آنها اکیداً اجتناب نمایید.

#### • دستورالعمل تصحیح موارد اشتباه در گزارش پرستاری:

الف) بر روی مورد اشتباه خط کشیده اما بنحوی که قابل خواندن باشد.

ب) در قسمت بالای مورد اشتباه بنویسید: اصلاح شد و در پایان گزارش تعداد موارد اصلاحی با

حروف اشاره نموده و مهر و امضاء نمایید.

۶۲. گزارش پرستاری همانطور که در ابتدا ذکر شد ارزش حقوقی و قضایی دارد و بنابراین هر

گونه تحریف در آن پیگرد قانونی بدنبال خواهد داشت.



- مواردی که بعنوان تحریف در گزارش پرستاری محسوب می شود عبارتند از :
  - (الف) اضافه نمودن مواردی به گزارش موجود بی آنکه تعیین شود که موارد مذکور بعداً اضافه گردیده است.
  - (ب) ثبت اطلاعات نادرست در گزارش پرستاری
  - (ج) حذف نکات مهم گزارش
  - (د) ثبت تاریخ گزارش بنحوی که امید این مسأله باشد که هنگام زارش در زمان قبلی ثبت شده است
  - (د) دوباره نویسی و تغییر گزارش
  - (ر) تخریب یا مخدوش نمودن گزارشهای قبلی یا موجود
  - (ز) اضافه نمودن مواردی به گزارشهای سایرین
- ۷۲. در گزارش نویسی انحصاراً مواردی را که خود انجام داده یا مشاهده نموده یا بر اجرای آنها نظارت داشته اید ثبت نمایید.
- ۸۲. در صورتیکه نیاز به نقل قول از سوی بیمار است عین گفته های بیمار را گزارش نمایید.
- ۹۲. در صورتیکه بیماری شفاهاً مسئولین بیمارستان را تهدید به تعقیب مواردی مینماید دقیقاً گزارش کنید.
- ۱۰۳. از سوگیری در توصیف شخصیت بیمار با صفات ناخوشایند بپرهیزید.
- ۱۳. از انتقاد سایرین در گزارشات پرستاری خودداری نمایید.
- ۲۳. اطلاعاتی را که خودتان به پزشک معالج گزارش می نمایید (حضور، تلفنی) دقیقاً ثبت کنید.
- ۳۳. در بین و ابتدا و انتهای گزارش جای خالی باقی نگذارید.
- ۴۳. در پایان گزارش از مهر شخصی نظام پرستاری استفاده کنید.
- ۵۳. در خصوص مشاوره های پزشکی باید توجه شود که دستورات مشاوره فقط در صورتیکه توسط پزشک معالج دستوراجرای آنها داده شده قابل انجام می باشد و نباید هیچگاه بطور مستقیم و بدون اطلاع پزشک معالج اجرا گردد.

• نکاتی که پرستار بخش باید بداند:

۱. رعایت فرم پرستاری و ظاهری آراسته
۲. رعایت مقررات و انضباط اداری

۳. رفتار مناسب با ارباب رجوع و همکاران و مسئولین
۴. نحوه ادمیت بیمار و ثبت موارد مورد لزوم
۵. اجرای به موقع دستورات و پیگیری تا کسب نتیجه و انتقال معلومات به دیگران
۶. تشخیص مشکلات و ارائه راه حل مناسب ، داشتن انگیزه و پیش قدم بودن در کارها
۷. تکمیل بودن بالانویسی کلیه اوراق مصرفی در بخش و پرونده
۸. رعایت اصول گزارش نویسی
۹. تحویل و تحول بخش با حضور کلیه پرسنل
۱۰. نحوه کنترل دستورات پزشک، کاردکس و اجرای آن
۱۱. نحوه صحیح تحویل و تحول داروی مخدر و نحوه استفاده
۱۲. نحوه درست استوک نمودن داروها و تجهیزات پزشکی
۱۳. آشنایی با وسایل بخش و نحوه نگهداری آنها
۱۴. کنترل ستهای پانسمان
۱۵. نظارت بر رعایت اصول نظافت بخش و جمع آوری زباله ها
۱۶. رعایت موازین کنترل عفونت
۱۷. آموزش به بیماران و همراهان
۱۸. وجود ویلچر و برانکاردر سالم در بخش
۱۹. نظارت و کنترل در نحوه توزیع غذا و آموزش به بیماران
۲۰. تسلط کامل به تمام اقدامات پرستاری
۲۱. در صورت بروز خطای بالینی ( انواع خطا اعم از نزدیک به وقوع ، خطای صورت گرفته بدون عارضه ، خطای صورت گرفته ایجاد کننده عارضه در بیمار) می توانید بدون ذکر نام فرم گزارش خطای موجود را در سامانه بهکیمیا به آدرس [eh.behkima.ir](http://eh.behkima.ir) تکمیل نمایید تا ضمن ریشه یابی خطای صورت گرفته از وقوع مجدد آن پیشگیری شود و درس های آموخته شده به اشتراک گذاشته شود

### نحوه چک کردن ORDER پزشک:

۱۰. چک کردن حتماً با خود کار قرمز انجام شود.
۱۱. دو طرف order و بالا و پایین آن باید بسته شود تا امکان اضافه کردن موردی وجود نداشته باشد.

۱۲. مهر چک شد را در پایین order زده و موارد چک شده به حروف نوشته شود. تاریخو ساعت به طور کامل نوشته شود و نام پرستار حتماً قید شود. سپس پرستار باید در کنار مهر امضاء هم بزند.

• نکاتی که باید در زمان ترخیص بیمار به آن توجه کرد:

۱. طبق گزارش پرستاری داروهای بیمار درخواست داده شود.
۲. آخرین order پزشک کنترل شده و گزارش پرستاری ترخیص با ذکر ساعت و مشخص کردن نوع ترخیص (توسط پزشک یا با رضایت شخصی) نوشته شود.
۳. پس از جمع شدن پرونده پرستار مسئول شیفت باید پرونده را کنترل کند (کلیه دستورات پزشک از نظر مهر و امضای پزشک، مهر چک شد پرستاری، برگ خلاصه پرونده، شرح حال پیش رفت معالجات، برگ صفحه اول پرونده از نظر کامل بودن و ...  
بررسی شود)
۴. در صورت ترخیص بیمار با رضایت شخصی باید به سوپروایزر کشیک اطلاع داده شود و حتماً اثر انگشت بیمار یا سرپرست قانونی وی و دو نفر از بستگان درجه یک بیمار گرفته شود.

• مراقبت های قبل از تزریق فرآورده های خونی :

۱. در کلیه مراحل تزریق خون و فرآورده های خونی (درخواست، نظارت بر تزریق و گزارش عارضه) باید از فرم های هموویژلانس موجود در بخش استفاده شود که توضیح نحوه تکمیل فرم ها و ارسال به آزمایشگاه در ذیل فرم ها به صورت واضح داده شده است.
۲. خون باید از نظر ABO و RH با گیرنده سازگار باشد ولی می توان خون کامل Rh منفی را به بیماران Rh مثبت تزریق نمود.
۳. در FFP سازگاری از نظر ABO و RH کافی است ،
۴. پلاکت متراکم نباید قبل از تزریق در یخچال نگهداری شود زیرا سبب کاهش عملکرد پلاکت می شود و این فرآورده باید در عرض ۳۰ دقیقه تزریق شود. خون و فرآورده های خونی تا ۴ ساعت پس از شروع باید تزریق شوند.
۵. چنانچه فرآورده ای بیش از ۳۰ دقیقه در دمای اتاق باشد نباید تزریق شود.
۶. چنانچه واحد خون (RBC) باز نشود و در دمای اتاق باشد در عرض ۳۰ دقیقه به بانک خون برگردانده و قابل استفاده است .

۷. خون نباید در ظرف آب داغ قرار بگیرد زیرا باعث همولیز گلبول های قرمز و آزاد شدن پتاسیم شده که خطرناک است.
۸. فراورده ای ذوب شده نباید دوباره منجمد شده و باید مصرف شود، در صورت تاخیر در تزریق باید در دمای محیط نگهداری شده و در عرض ۴ ساعت مصرف شود.
۹. اگر کیسه خون یا فراورده دارای هر یک از شرایط زیر باشد به بانک خون عودت داده می شود: هر گونه نشت از کیسه ، رنگ غیر طبیعی ، همولیز و وجود لخته ، دمای نامطلوب ، برچسب ناسالم، گذشتن تاریخ انقضاء یا وجود حباب گاز در کیسه
۱۱. قبل ، حین و بعد از تزریق خون علائم بیمار مطابق فرم های هموویژلانس کنترل شود.
۲۱. مشخصات بیمار و گروه خونی و برگه درخواست را با مشخصات و گروه خونی فراورده کنترل کنید.
۳۱. واکنش های شدید اغلب در ۱۵ دقیقه اول تزریق بروز می کند ، مراقب بیمار باشید و در صورت بروز واکنش بلافاصله ترانسفوزیون را قطع نموده ، سطح هوشیاری و علائم حیاتی بیمار را چک کرده و مجدداً بیمار را شناسایی و با مشخصات فراورده تزریقی مطابقت دهید و پزشک معالج بیمار و سوپروایزر کشیک را مطلع نمایید و در پایان فرم مخصوص عوارض انتقال خون بر اساس موارد درخواستی در فرم تکمیل شود.
۴۱. فراورده های خونی باید توسط ست خون تزریق شود و در صورت نیاز به رقیق کردن از سرم نرمال سالین استفاده شود.
۵۱. پلاسما و Redcell که در معرض دمای بالاتر از ۴۰ قرار بگیرند ایجاد واکنش های شدیدی می کنند.

## راهنما در رابطه با ساعات همپوشانی و ارائه خدمات بی وقفه و مستمر مراقبتی و درمانی

- پرستار جانشین بیماران در هر شیفت توسط سرپرستار/ مسئول شیفت در دفتر تقسیم کار برای مواقع خاص مشخص می گردد.
- در مواقع تاخیر پرستار جانشین بیماران مشخص گردیده و بیماران به صورت بالینی به پرستار جانشین تحویل داده می شوند. حداکثر زمان یک ساعت می باشد. در صورت بیشتر شدن زمان پرستار مسئول بیمار توسط سرپرستار بخش مشخص می گردد.
  - به دلیل تحویل تحول بالینی بیمار با مرخصی ساعتی اول شیفت مگر در مواقع ضروری و با نظر سوپروایزر کشیک موافقت نمی گردد. و در صورت استفاده از پاس اول وقت حداکثر یک ساعت و پرستار جانشین توسط سرپرستار/مسئول شیفت مشخص گردیده و اقدامات درمانی و مراقبتی و ثبت گزارشات انجام می گردد.
  - در صورت استفاده از مرخصی ساعتی (حداکثر ۲ ساعت) در حین شیفت یا پایان شیفت بیماران به صورت بالینی به پرستار جانشین تحویل داده شده و پرستار جانشین موظف به ثبت گزارش پرستاری و اقدامات مراقبتی از زمان تحویل می باشد.
  - در صورت ترک بخش پرستار مسئول بیمار به دلیل اعلام کد پرستار جانشین بیمار ، اقدامات درمانی را برای بیماران برای طول مدت کد فراخوان شده ،انجام و در گزارش پرستاری ثبت می نماید.
  - جهت استراحت در شیفت های شب ، تمامی بیماران به پرستار جانشین تحویل داده شده و در صورت نیاز بیمار به مراقبت درمانی صورت گرفته و در گزارش پرستاری ثبت می گردد.

# فصل دوم

بخشنامه ها، دستورالعمل ها و آئین نامه ها

## دستورالعمل پیشنهادی تخفیف خدمات ارائه شده در بیمارستان

۱. در جهت انجام وظایف مددکاری، ارتباط درمانی و شناسایی مشکلات، مددکار موظف است روزانه به بخش‌ها مراجعه نموده و ضمن مشاوره با بیماران محترم نسبت به شناخت بیماران بی بضاعت احتمالی به صورت غیرمستقیم اقدام نماید.
۲. مددکار می‌تواند بر حسب شرایط بیمار حداکثر تا ۵۱ درصد فرانشیز پرونده را تخفیف دهد.
۳. ریاست و مدیریت بیمارستان می‌توانند بر حسب شرایط بیمار حداکثر تا ۰۵ درصد فرانشیز پرونده را تخفیف دهند.
۴. در صورت نیاز به تخفیف بیش از ۰۵ درصد فرانشیز، مراتب پس از طرح در کمیته ای متشکل از رئیس یا مدیر یا نماینده وی مسئول حراست و مدیر عامل مالی و با حضور مددکار ( بدون حق رای ) اجرایی خواهد بود. امضاء حداقل دو نفر از سه نفر ضروری است و گزارش آن باید به صورت ماهیانه به معاونت درمان و ریاست دانشگاه ارسال گردد.
۵. سوپروایزر در شیفت‌های غیر متعارف ( عصر ، شب و روزهای تعطیل ) می‌تواند بر حسب شرایط حداکثر تا ۱۵ درصد فرانشیز پرونده را تخفیف دهد.
۶. به خدمات سرپایی ( آزمایشگاه، رادیولوژی ، سی تی اسکن و داروخانه ) و پرونده‌های نزاعی و نسخ آزاد تخفیف تعلق نمی‌گیرد.
۷. تخفیف به اعمال زیبایی و کلیه مواردی که تحت پوشش بیمه نباشد تعلق نخواهد گرفت.
۸. بر روی هر پرونده علت تخفیف توسط تخفیف دهنده ذکر شود.
۹. هر موردی که به جز موارد یاد شده باشد ممنوع بوده و در صورت مشاهده تخلف برابر با مبلغ از حقوق مختلف کسر خواهد شد.
۱۰. مسائلی که در موارد فوق پیش بینی نشده در اختیار کمیته ویژه خواهد بود.

## دستورالعمل تحویل و تحول بالینی بخش و بیماران

یکی از مهم‌ترین اقدامات بالینی که نقش بسیار مهمی در پیگیری اموردرمان و ایجاد ارتباط بین کارکنان مراقبت کننده دارد گزارش تعویض شیفت است که به شکل راند بالینی بخش و بیماران در کنار تخت و گزارش موارد محرمانه در ایستگاه پرستاری انجام می‌شود.

در یک بررسی زمان راند بالینی در یک بخش از تا چند دقیقه متغیر بوده است. گزارش تعویض شیفت بصورت شفاهی و براساس پرونده بیمار در طول راند بالینی بخش در کنار تخت بیماران و ایستگاه پرستاری ( ذکر موارد محرمانه، راهنمایی و تذکرات مسئول و ...) داده می‌شود و دفاتر موجود ( گزارش پرستاری، تجهیزات، مخدر، و...) تحویل و امضا می‌گردد.

راند بالینی دارای مزایای متنوع و قابل توجهی می باشد.

- راند بالینی به مراقبت کنندگان اجازه می دهد تا در مورد سوالات مطرح شده در ذهن خویش بازخوردی فوری دریافت نمایند. در طی مدت راند بالینی ممکن است نکات هشدار دهنده ای از سوی بیماران یادآوری شود.
- با توجه به این امر که پرستاران مسئولیت های زیاد و متنوعی را دارند این مساله بسیار مهم است که گزارش تعویض شیفت با دقت و کفایت انجام شود .
- در هنگام راند بالینی علاوه بر گرفتن اطلاعاتی که ما را در طراحی مراقبت بالینی یاری می دهد فرصت مناسبی جهت ارزیابی مراقبت دریافت شده توسط بیمار را نیز به ما می دهد و هم چنین این امکان را به بیمار می دهد که در ارتباط با مراقبت های دریافت شده بحث نمایند.
- یکی از اثرات مهم دیگر آن برقراری ارتباط درمانی، روانی روحی با بیماران و استقرار سیستم آموزش به بیمار می باشد.

روش کار:

- کلیه کارکنان پزشکی - پرستاری و پاراکلینیک ۳۰ دقیقه زمان قانونی، جهت تحویل و تحول بالینی بیماران و بخش را رعایت و اجرا نمایند.
- به منظور اجرای دقیق تحول و تحویل بالینی ضروری است کلیه کارکنان شیفت قبل و بعد در هنگام تغییر شیفت مشترک به مدت ۳۰ دقیقه در بخش حاضر و نسبت به تحول و تحویل بخش و بیماران اقدام نمایند
- براساس این دستورالعمل حضور به موقع همکار شیفت بعد ، مجوزی برای خروج همکار حاضر در شیفت بعد نمی باشد
- براساس قانون ، مدت زمان منظور شده برای تحویل بخش و بیماران جز ساعت حضور نیروها محسوب و برای آن دسته از افرادی که تاخیر ورود یا تعجیل در خروج دارند برابر قانون اقدام می گردد.
- میزان محاسبه شیفت با احتساب زمان تحویل و تحول ، ۷ ساعت می باشد.
- تحویل بالینی شامل موارد زیر است: تحویل بالینی بیماران براساس پرونده و کاردکس ، مطابقت کاردکس با پرونده ، تحویل گزارشات و مستندات ثبت شده یا قبل پیگیری در پرونده پزشکی بیمار ، تحویل بالینی تجهیزات پزشکی و تراسی اورژانس ، داروهای مخدر ، بهداشت و نظافت بخش و...



## فرایند تحول و تحویل تجهیزات پزشکی در بخش های مختلف بیمارستان

ثبت کلیه تجهیزات پزشکی موجود در بخش در دفتر چک لیست وسایل

بررسی و اطمینان از سالم بودن هر یک از وسایل در شیفت صبح توسط مسئول بخش بصورت روزانه و ثبت در دفتر مربوطه

تحویل تجهیزات و لوازم موجود در بخش بصورت سالم توسط مسئول بخش به مسئول شیفت عصر و امضای آن

ارزیابی عملکرد پرسنل و کارکرد تجهیزات پزشکی در بخش ها در طول شیفت عصر توسط سوپروایزر عصر

ثبت موارد خرابی تجهیزات و یا مغایرت های موجود در دفتر گزارش سوپروایزرین

تحویل تجهیزات و لوازم موجود در بخش بصورت سالم توسط مسئول شیفت عصر به مسئول شیفت شب و ثبت موارد خرابی

در دفتر گزارش بخش جهت پیگیری و تعمیر

ارزیابی عملکرد پرسنل و کارکرد تجهیزات پزشکی بخش ها در طول شیفت شب توسط سوپروایزر شب ثبت موارد خرابی

تجهیزات و یا مغایرت های موجود در دفتر گزارش سوپروایزرین

تحویل تجهیزات و لوازم موجود در بخش بصورت سالم توسط مسئول شیفت شب به مسئول شیفت صبح

تحویل تجهیزات و لوازم معیوب در بخش که در ۴۲ ساعت گذشته دچار خرابی و یا عدم کارکرد شده اند، توسط مسئول

شیفت شب به مسئول بخش

پیگیری مسئول بخش جهت علت یابی خرابی تجهیزات وارائه گزارش به دفتر پرستاری و کوشش در جهت تعمیر و تحویل

سالم آن به شیفت عصر

مطالعه و بررسی گزارشات سوپروایزرین و مسئولین بخش ها و پیگیری موارد خرابی تجهیزات پزشکی و علت یابی آن

توسط مترون بیمارستان برخورد قانونی با افراد خاطی و سهل انگار

پیگیری، تعمیر، سرویس و یا جایگزینی تجهیزات معیوب در اسرع وقت

آیین نامه اجرایی قانون ارتقاء بهره وری کارکنان بالینی نظام سلامت موضوع مصوبه شماره

۸۶۱۲۲۲/ت/۶۱۶۳۴۵ مورخ ۱۱/۱۱/۸۸ هیات محترم وزیران

هیئت وزیران در جلسه مورخ ۱۱/۰۲/۸۸ بنا به پیشنهاد مشترک وزراتخانه های بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی ،

کار و امور اجتماعی ، رفاه و تامین اجتماعی ، دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح ، سازمانها نظام پزشکی و نظام پرستاری و

با استناد بند ۵ قانون ارتقاء بهره وری کارکنان بالینی نظام سلامت مصوب ۸۸۳۱ آیین نامه اجرایی قانون یاد شده را به

شرح زیر تصویب نمود.

ماده ۱: شاغلین بالینی به کارکنان رشته بهداشتی درمان اطلاق می شود که در بیمارستانها و مراکز درمانی شبانه روزی دولتی ( کشوری و لشکری ) و غیر دولتی به بیماران بستری به طور مستقیم ارائه خدمت می دهند و شامل پرستاران ، بهیاران ، کمک بهیاران ، ماماها، پزشکان ، کاردان ها و کارشناسان اتاق عمل، کاردان ها و کارشناسان هوشبری و شاغلین رشته شغلی فوریت‌های پزشکی می باشد .

ماده ۲: میزان ساعت کار کارکنان سیاست بیمارستان در اجرای این خط مشی استفاده از دستورالعمل وزارتخانه در رابطه با چگونگی اجرای دستورات شفاهی می باشد. ساعت در هفته می باشد و با توجه به صعوبت کار، سلیقه خدمت و کار در نوبت کاری ها غیرمتعارف ، بر طبق دستورالعملی که به تفکیک مشاغل و نوع فعالیت توسط وزارتخانه های بهداشت درمان و آموزش پزشکی و دفاع و پشتیبانی‌های مسلح تعیین و ابلاغ می گردد. حداکثر تا ۸ ساعت در هفته تقلیل می یابد این دستورالعمل در بخش های دولتی ( کشوری و لشکری) و غیر دولتی لازم الاجرا خواهد بود.

ماده ۳: کارکنان بالینی بیمارستانهای روان و سوختگی موضوع ماده ۱ این آیین نامه و همچنین کارشناسان امور روانی، مددیاران و کار درمانگران این بیمارستان ها علاوه بر مرخصی استحقاقی سالیانه، حداکثر تا یکماه از مرخصی کار در محیط های غیرمتعارف استفاده خواهند نمود. این مرخصی قابل ذخیره یا خرید نمی باشد.

تبصره: کارکنان بالینی که در بخش های روانی و سوختگی بیمارستانهای عمومی به طور مستمر اشتغال داشته باشند مشمول مفاد این ماده خواهند بود.

ماده ۴: مشاغل کارکنان بالینی بیمارستانهای روانی و سوختگی و مشمولین موضوع ماده ۶۱ قانون سازمان نظام پرستاری شاغل در بخش های دولتی و غیردولتی از جمله مشاغل سخت و زیان آور محسوب می شود.

ماده ۵: ساعات کار کارکنان بالینی در بخش های بالینی در بخش های دولتی و غیر دولتی ونوبت های شب وایام تعطیل یا ضریب ۱/۵ محاسبه می گردد مشمولین این ماده اجازه کار بیش از ۲۱ ساعت متوالی را نداشته و می توانند در صورت نیاز ماهانه حداکثر ۸۰ ساعت براساس دستورالعمل ماده ۲ این آیین نامه با توافق کارفرما اضافه کاری انجام دهند. با اعمال این ضریب هیچ یک از کارکنان مجاز به صرف زمان جهت خوابیدن در طی شیفت های شب و ایام تعطیل نمی باشند.

تبصره : در تعویض نوبت های کاری یک ساعت صرف تغییر و تحول امور جاری بخش و بیماران بستری می گردد .

ماده ۶: روش پرداخت حقوق و مزایای شاغلین خدمت در بخش ها دولتی و غیردولتی در واحد های مطرح در ماده ۱ این آیین نامه ترکیبی از دو روش ثابت و مبتنی بر عملکرد می باشد . پرداخت در روش ثابت ، براساس قوانین و ضوابط مورد

عمل در بخش های مذکور و پرداخت روش مبتنی بر عملکرد تا تعیین نرخ تعرفه های خدمات، در بخش دولتی براساس طرح نظام نوین بیمارستانها و در بخش غیردولتی طبق روال حاکم خواهد بود.

ماده ۷: مزایای این آیین نامه فقط شامل شاغلینی است که در یکی از بخش های دولتی و غیر دولتی به کار بالینی در رشته شغلی مرتبط اشتغال دارند. مشمولین این آیین نامه موظف به ارائه ی تعهد نامه ای که طی آن فرد متعهد به انجام خدمت در یک بخش می شود، می باشند. متن تعهد نامه توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی تنظیم و ابلاغ خواهد شد.

### دستورالعمل کسر ساعت کار کارکنان بالینی

در اجرای ماده ۲ آیین نامه اجرایی قانونی ارتقاء بهره وری موضوع مصوبه شماره ۲۲۲۱۶۸/ت/۴۳۶۱۶ مورخ ۸۸/۱۱/۱۱ هیئت محترم وزیران دستورالعمل کسر ساعت کارکنان بالینی شاغل در مراکز درمان و بیمارستانها که شامل پرستاران ، بهیاران، کمک بهیاران، کاردان ها و کارشناسان اتاق عمل، کاردان ها و کارشناسان بیهوشی ، ماما ها و شاغلین رشته فوریت های پزشکی می باشد به شرح ذیل در چهار ماده و سه تبصره تهیه و جهت اجرا ابلاغ می گردد .

ماده ۱: مدت کسر ساعت کار بر مبنای سنوات خدمت کسر ۵ ساعت در هفته برابر جدول شماره ۱ می باشد .

تبصره: ملاک محاسبه سنوات خدمت در بخش دولتی برای کارکنان رسمی و پیمانی سنوات مندرج در احکام کارگزینی می باشد و مبنای محاسبه سنوات خدمت در بخش خصوصی و کارکنان قراردادی در بخش دولتی میزان پرداخت حق بیمه یا کسور بازنشستگی خواهد بود.

ماده ۲: مدت کسر ساعت کار براساس صعوبت کار حداکثر دو ساعت در هفته و مطابق جدول شماره ۲ محاسبه خواهد شد.

### جدول شماره یک ساعت کار ناشی از سنوات خدمت

سنوات خدمات		ماه	سال	ماه	سال	ماه	سال	ماه	سال
		-	۴ تا ۰	۱	۴ تا ۸	۱	۸ تا ۱۲	۱	۱۲ تا ۱۶
میزان کسر ساعت در هفته		۱	۲	۳	۴	۵			

جدول شماره ۲ کسر ساعت کار ناشی از صعوبت کار

۱۰۰٪ تا ۷۶٪	۷۵٪ تا ۵۱٪	۲۶٪ تا ۵۰٪	۸٪ تا ۲۵٪	صعوبت کار به استناد قانون نظام هماهنگ
۱۰۰۰ امتیاز به بالا	۷۵۱ تا ۱۰۰۰ امتیاز	۳۷۶ تا ۷۵۰ امتیاز	۰ تا ۳۷۵ امتیاز	صعوبت کار به استناد قانون مدیریت خدمات کشوری
دو ساعت	یک ساعت و نیم	یک ساعت	نیم ساعت	کسر ساعت کار در هفته

تبصره: در حال حاضر فوق العاده سختی کار کارکنان بالینی بر مبنای درصد های تعیین شده در نظام هماهنگ پرداخت برقرار می گردد بنابراین تا وصول دستورالعمل جدید و تعیین امتیاز فوق العاده سختی کار مشاغل در چارچوب بند ۳ ماده ۶۸ قانون مدیریت خدمات کشوری به همان مبنا قابل احتساب می باشد و پس از اعمال امتیازات فوق العاده سختی کار بر حسب امتیاز مندرج محاسبه خواهد شد. بدیهی است در صورت نیاز و تشخیص به تغییر و میزان امتیازات متعاقباً مراتب تغییرات ابلاغ خواهد شد.

ماده: ۳ مدت کسر ساعت کار بابت کار در نوبت کاری های غیرمتعارف یک ساعت در هفته تعیین می گردد و صرفاً کارکنانی که بصورت نوبت کاری در گردش اشتغال دارند از کسری ساعت مذکور بهره مند خواهند شد .

تبصره: ساعت کار کارکنانی که در نوبت های شب و ایام تعطیل اشتغال دارند با ضرایب ۱/۵ محاسبه خواهد شد .

ماده: ۴ مشاغل مدیران و روسای پرستاری سوپروایزرها و سرپرستاران که از جمله رشته های شغلی پرستاری محسوب می شوند حداکثر از دو ساعت کار در جدول صعوبت کار (جدول شماره ۲) استفاده خواهند نمود .

#### اصول ده گانه قانونی، علمی و اخلاق در گزارش پرستاری

۱. ثبت وضعیت عمومی: شرح عملکرد سیستم های حیاتی، چگونگی خلق و خوی، هوشیاری، تفاوت علائم ذهنی و

عینی، بررسی از نظر درد و مدیریت درد

۲. ثبت داروهای تجویز شده: رعایت ۸ اصل دارو دادن صحیح، چنانچه استفاده از دارویی میسر نبود با ذکر دلیل گزارش شود.

۳. ثبت وضعیت دفع و جذب: چگونگی غذا خوردن، اشتها وضعیت ادرار و مدفوع گزارش شود.

۴. ثبت فعالیتها: خواب و استراحت، استراحت نسبی، استراحت مطلق

۵. ثبت دستورات و تغییرات حاد: کلیه دستورات پزشک اعم از کتبی، شفاهی، تلفنی باید با شرح حال در گزارش ذکر

شده و بازتاب اقدام انجام شده نیز مورد توجه و گزارش گردد و در طول شیفت هر گونه تغییر قابل توجه که رخ

بدهد باید بطور کامل و دقیق گزارش شده و ثبت گردد. اطلاع به پزشک اقدامات انجام شده و تاثیر آن نیز با ذکر

دقیق ساعت گزارش و ثبت گردد. زیرا از نظر قانونی و حقوقی بسیار مهم تلقی می شود.

۶. ثبت موارد قابل پیگیری: ثبت کلیه اقداماتی که در شیفت های بعدی باید صورت پذیرد. مثل پیگیری آزمایشات

، رادیو گرافی ها، مشاوره ها و ...

۷. ثبت یافته های پاراکلینیکی: با توجه به اینکه تشخیص بیماری می تواند با یافته های پاراکلینیک مثل گزارشات

آزمایشگاه، رادیولوژی، سی تی اسکن و غیره صورت بگیرد لذا پرستاران موظف اند تمامی موارد خاص، مشکوک یا

غیرطبیعی را در شفت خود گزارش و ثبت نمایند.

۸. ثبت علائم حیاتی: عملکرد سیستم های حیاتی که به وسیله ارزیابی تنفس، نبض، فشارخون، درجه حرارت محک زده می شود.

۹. ثبت برنامه ترخیص: بیمارانی که در شیفت های کاری ترخیص یا انتقال می یابند باید با شرح حال کامل در گزارش پرستاری ثبت گردد مثل: وضع به هنگام ترخیص، آموزش به بیمار در خصوص رژیم دارویی، رژیم غذایی، میزان فعالیت ها، عوارض بیماری و پیگیری مراجعات بعدی.

۱۰. ثبت مشخصات نویسنده گزارش: در انتهای گزارش باید نام و نام خانوادگی، تاریخ، ساعت و امضا و مهر دارای شماره نظام پرستاری درج گردد.

### مقررات و انضباط مربوط به بخش های بالینی

۱. تحویل و تحول بیماران بر بالین انجام شود و وسایل بخش نیز در دفتر مربوطه با قید تاریخ و نام پرستار باید تحویل داده شود.

۲. اطلاع رسانی به موقع و فوری به پزشک در صورت وجود هر گونه مشکل درمانی برای بیماران

۳. رفتار با ارباب رجوع باید به بهترین نحو ممکن انجام شده و به مقررات خاص ملاقات بیماران توجه گردد.

۴. گزارش پرستاری در پرونده باید کامل و دقیق بوده و بخصوص گزارش پذیرش بیمار که اولین گزارش پرونده می

باشد باید دارای ساعت ورود بیمار، اقدامات انجام شده، نحوه پذیرش بیمار(با برانکارد، توسط همراهیان، توسط اورژانس ۵۱۱، در وضعیت ایست قلبی - تنفسی و ...) ممهور به مهر بخش با ذکر تاریخ و نام پرستار باشد. توجه شود که گزارش یک سند حقیقی و حقوقی محسوب شده و در صورت بروز مشکلات قانونی به آن استناد خواهد شد.

۵. تحویل بیمار به اتاق عمل باید توسط پرسنل پرستاری انجام شود.

۶. تحویل بیمار از اتاق عمل به بخش ها نیز باید توسط پرسنل پرستاری و با کنترل دقیق سطح هوشیاری بیمار انجام شده و همچنین برگه ریکاوری باید تکمیل بوده و دارای مهر ریکاوری باشد.

۷. در هنگام پذیرش، ترخیص، انتقال اعزام مشاوره بیماران دقت لازم انجام شود.

۸. تقسیم کار پرسنل بخش، با نظارت سرپرستار با دفتر مربوطه انجام پذیرد.

۹. در ابتدای شروع به کار در هر بخش باید با موارد روتین آن بخش آشنایی لازم انجام شود( نحوه انجام انواع آزمایشات، رادیوگرافی ها و سونوگرافی ها، آمادگی های قبل از عمل، کنترل علائم حیاتی و)...

۱۰. کنترل ترالی اورژانس و تجهیزات پزشکی بخش در ابتدای هر شیفت و چک کلیه وسایل آن بطور دقیق در دفتر ترالی اورژانس با ذکر نام و امضا انجام شود.

۱۱. نظارت بر نحوه سرو غذا جهت بیماران و توجه به رژیم های خاص غذایی با دقت کامل انجام شود
۱۲. کنترل و نظارت بر بهداشت بخش ، وسایل، پرسنل و بیماران و همراهیان و در صورت لزوم گزارش موارد خاص به سوپروایزر کنترل عفونت
۱۳. رعایت اصول کنترل عفونت و استفاده از وسایل حفاظتی جهت انجام مراقبت های درمانی بخصوص در مورد بیماران مشکوک به عفونت های ویروسی و با کتریال نظیر ایدز، هپاتیت و مننژیت و..
۱۴. رعایت صرفه جویی در مصرف آب ، برق و سایر لوازم مصرفی
۱۵. گزارشات پرستاری بخش ها صرفاً لبا خودکار آبی نوشته شود.

### استانداردهای پرستاری

اهداف اصلی از تدوین استانداردهای حرفه ای پرستاری شامل موارد زیر است:

- تنظیم، هدایت و راهنمایی عملکرد پرستاری
  - ارتقا عملکرد پرستاری حرفه ای
  - تسهیل و بسترسازی در جهت ارزشیابی عملکرد پرستاری
  - توانمندی سازی بیمار/مددجو جهت قضاوت در مورد کفایت مراقبت پرستاری
- ✓ بطور کلی ۸ استاندارد حرفه ای برای عملکرد پرستاران تدوین شده است و برای هر

استاندارد شاخص هایی در نظر گرفته شده است:

- استاندارد ۱- مسئولیت پذیری و پاسخگویی
- استاندارد ۲- تداوم در تبحر و کار آمدی
- استاندارد ۳- کاربرد دانش، مهارت و چگونگی انجام قضاوت
- استاندارد ۴- اخلاقیات حرفه ای
- استاندارد ۵- ارتباطات و مشارکت حرفه ای
- استاندارد ۶- مدیریت و رهبری حرفه ای
- استاندارد ۷- کیفیت مراقبت
- استاندارد ۸- خودکنترلی و ارزیابی عملکرد

## استانداردهای فرآیند پرستاری

۱- بررسی و ارزیابی

۲- تشخیص و شناسایی برآیندها

۳- برنامه ریزی

۴- اقدامات بالینی/اجرا

۵- ارزشیابی

۶- حمایت و آسایش بیمار

۷- ارتباط موثر

۸- حساسیت های فرهنگی

۹- ثبت و گزارش نویسی

۱۰- تحریک مددجو

۱۱- استانداردهای تغذیه و آب و الکترولیت ها

۲۱- بهداشت فردی

۳۱- ایمنی و ارزیابی خطر



# فصل سوم

اطلاعات مربوط به تجنیزات پزشکی

## ۱. دستگاه پالس اکسی متر

عملکرد دستگاه: اندازه گیری درصد اشباع هموگلوبین با اکسیژن (SPO<sub>2</sub>)

### قسمت های جانبی دستگاه:

- سنسور ( پروپ )
- صفحه ی نمایشگر
- کلیدهای نرم افزاری
- منبع تغذیه:
- جریان برق مستقیم
- باتری ذخیره

### توجهات خاص:

- اطمینان از سالم بودن پروپ
- اطمینان از متناسب بودن اندازه گیری پروپ با عضو
- گردش خون کافی عضو و بستر مویرگی

## ۲. دستگاه الکتروکاردیوگرافی عملکرد دستگاه:

ثبت ضربانات التکریکی قلب

### قسمت های جانبی دستگاه:

کابل بیمار

پوار ۶ عدد

دستبند ۴ عدد

کابل برق

منبع تغذیه: جریان مستقیم برق - باتری ذخیره

توجهات خاص: اتصالات کابل به بیمار بصورت کامل باشد

هرگونه عایق می تواند باعث عدم انتقال جریان باشد

حدالمقدور در هنگام اخذ EKG از باتری ذخیره استفاده شود.

بعد از اتمام کار، دستگاه و اتصالات تمیز گردد و به جریان مستقیم برق اتصال یابد.

### ۳. دستگاه الکتروشوک

عملکرد: ایجاد شوک الکتریکی با ولتاژ بالا در کسری از ثانیه را بوجود می آورد.

موارد کاربرد:

درمان بی نظمی های فوق بطنی (PSVT) بر طبق نظر پزشک

درمان بی نظمی های بطنی

ایجاد ضربان از طریق پدهای تماس پوستی

قسمت های جانبی دستگاه:

- صفحه LCD و نمایشگر (پانل)

- کابل اتصال به بیمار

- پدال

- پدهای تماسی

منبع تغذیه:

- برق سیستم

- باتری قابل شارژ

نوع کاربرد: درمانی تشخیصی

روش نگهداری:

- پیشگیری از سقوط دستگاه در راستای جلوگیری از آسیب

- تمیز نگه داشتن سطح خارج پدال ها در جهت جلوگیری از ایجاد عایق الکتریکی

- حفاظت از کابل

### ۴. مانیتور قلبی ( ثابت و پرتابل)

عملکرد: با استفاده از یک رشته سیم (۳ عدد) و اتصال به قفسه ی صدری بیماری توسط چست لید امکان

نمایش یک سیکل قلبی را فراهم می آورد .

کاربرد:

نمایش ریت قلبی ( کاهش و یا افزایش ضربان در دقیقه)  
نمایش ریتم قلب ( منظم و یا بی نظمی و اکتراستول)

#### قسمت های اصلی دستگاه :

صفحه LCD و نمایشگر

کابل بیمار ( ۳ لید یا ۵ لید)

کابل برق

پروپ پالس اکسی متر، سنسور درجه حرارت

کاف فشار خون

منبع تغذیه: برق سیستم

نوع باتری: قابل شارژ

روش کاربری: تشخیصی

#### نگهداری:

- حفاظت دستگاه در مقابل هر گونه ضربه احتمالی
- ممانعت از هرگونه کشیدگی و گره خوردگی وایرها
- نظافت دستگاه با استفاده از پارچه نرم نمدار سطوح خارجی دستگاه
- اجتناب از غوطه ور کردن سیم ها و پروپ و اتصالات در مواد شیمیایی

## ۵. دستگاه تنفس مصنوعی یا ونتیلاتور

ونتیلیاتور دستگاهی است که کار تنفس را برای بیمارانی که به طور موقت یا دائم دچار اشکالات تنفسی هستند انجام می دهد تاریخچه استفاده از این دستگاه در ایران حدود ۰۵ سال است و اولین دستگاه های ونتیلیاتور ساخت شرکت بنت آمریکا مورد استفاده قرار گرفت.

### انواع ونتیلیاتور:

۱. ونتیلیاتور فشار منفی

۲. ونتیلیاتور فشار مثبت

ونتیلیاتور فشار مثبت چهار دسته اند

• فشار ثابت

• حجم ثابت

• زمان ثابت

• فرکانس بالا

### طرز کار ونتیلیاتور

کار ونتیلیاتور وارد کردن هوا به درون شش ها با استفاده از یکسری محاسبات که میزان ترکیب فشار و اکسیژن را در هوای ورودی به ششها تنظیم می نماید و می توان سرعت تنفس و حجم و مقدار مواد مصرفی را تغییر داد.

### منبع تغذیه:

جریان مستقیم برق و باطری داخلی

معیارهای آزمایشگاهی استفاده از ونتیلیاتور

$PaO_2 < 55 \text{ mmHg}$  علیرغم اکسیژن تراپی

•  $PaO_2 < 55 \text{ mmHg}$

•  $PH < 7.32$

### چه بیمارانی به ونتیلیاتور وصل می شوند

• نارسایی تنفسی

• آپنه یا ایست تنفسی

• تهویه نامناسب ( حاد و مزمن )

• اکسیژناسیون نامناسب

• اختلال در عملکرد عصبی

### ۶. نبولایزر

دستگاهی است که جهت رساندن دارو به قسمت های مختلف دستگاه تنفس از طریق استنشاق مورد استفاده قرار گیرد.

مواد کاربرد: بیماریهای تنفسی از جمله آسم ؛ برونشیت حاد و مزمن

### قسمت های مختلف دستگاه نبولایزر اولتراسونیک

• تبدیل کننده اولتراسوند ( کرشیال )

• محفظه کوپلینگ

• کاپ دارو

- فن جهت خروج هوا

## روش کار

- دستگاه به جریان برق مستقیم اتصال یابد
- محفظه کویلینگ توسط آب مقطر آبگیری گردد
- دارو در کاپ دارو ریخته شود
- تنظیمات دستگاه انجام شود
- کلید پارو در وضعیت ON قرار داده شود.

**نکته:** امواج صوتی با فرکانس ۱-۲ مگاهرتز کویلینگ ایجاد می شود و هر چه فرکانس بالاتر باشد ذرات با اندازه کوچکتر (حدود ۲ میکرون) به بیرون پرتاب می شود.

**منبع تغذیه:** جریان مستقیم برق

**قسمت های جانبی:** ترالی حمل دستگاه لوله خرطومی، ماسک و شیپوری

## ۷. ساکشن پرتابل

### عملکرد دستگاه:

- خروج ترشحات از حلق لوله تراشه و فضای دهان
- خروج ترشحات فضای شکم در حین اعمال جراحی

### قسمت های دستگاه:

- کمک به تخلیه ترشحات در پونوموتوراکسی و هموتوراکس
- پمپ و کیوم
- مخزن ترشحات کلید پاور و پدال ولوم حجمی
- شناور فیلتر آنتی باکتریال **منبع تغذیه:**
- جریان برق مستقیم
- باتری ذخیره ( در ساکشن آمبولانس) **توجهات خاص:**
- بعد از هر بار استفاده و نظافت از صحت کار دستگاه اطمینان حاصل نمائید
- اطمینان از نشت هوا در اتصالات ( شامل شیشه فیلتر) و پیشگیری از کاهش قدرت مکش دستگاه
- مخازن ترشحات بعد از هر بار استفاده می بایست تخلیه و بصورت خشک بعد از ضدعفونی نگهداری شوند.

## پروتکل تنظیم برنامه شیفت کاری پرسنل در بیمارستان

- پرسنل درخواست کشیک های ماه بعد خود را از ۱۵ تا ۲۰ ماه به سرپرستار اعلام می نمایند.
- از ۲۱ تا ۲۵ ماه برنامه کشیک ها توسط سرپرستار تنظیم می شود
- از ۲۶ تا ۲۸ برنامه کشیک ها به صورت پیش نویس در اختیار پرسنل و دفتر پرستاری قرار داده می شود تا تغییرات احتمالی لحاظ گردد.
- ۲۹ ماه برنامه نهایی در بخش و دفتر پرستاری قرار خواهد گرفت و هرگونه تغییر در آن با هماهنگی سرپرستار و دفتر پرستاری امکان پذیر می باشد.
- کشیک ها بر اساس درخواست فرد، نیاز بخش، سابقه کاری و شرایط خاص (بارداری، شیردهی، فرزند زیر دو سال) تنظیم می گردد
- درخواست مرخصی بر اساس درخواست فرد، شرایط بخش، تعداد افراد متقاضی مرخصی و مرخصی های ماه های گذشته فرد مورد موافقت یا عدم موافقت واقع می شود.
- اضافه کار به ترتیب زیر بین پرسنل پرستاری تقسیم می گردد:
- ابتدا تعداد کشیک مورد نیاز بخش در کل ماه محاسبه می شود
- به طور مثال: صبح ها ۸ نفر + عصر ۶ نفر + شبها ۶ نفر (شیفت شب دو کشیک محاسبه می شود) ضربدر تعداد روزهای ماه = تعداد کشیک های مورد نیاز ماهانه در بخش  $(۸+۶+۱۲=۲۶) * ۳۱ = ۸۰۶$  (کشیک)
- تعداد مرخصی موافقت شده به این میزان اضافه می شود (به طور مثال در صورتیکه با ۵ مرخصی موافقت شده باشد):  
 $۸۱۱=۵+۸۰۶$
- عدد به دست آمده بر تعداد کل پرستاران تقسیم می گردد و تعداد شیفتی که هر فرد باید بپاید محاسبه می شود.  
 $۳۲ = ۲۶/۸۱۱$  کشیک
- اما بر حسب سابقه کار و شرایط خاص این عدد با رنج مثبت یا منفی ۵ کشیک تغییر خواهد داشت. به طور مثال بالاترین فرد در برنامه بعد از سرپرستار در بخش ملزم است حداقل ۲۷ کشیک و پایین ترین فرد در برنامه حداکثر ۳۷ کشیک خواهد داشت.

### نحوه تقسیم شبکاری بین پرسنل:

- ابتدا تعداد کشیک کل ماه محاسبه می شود.
- کشیک های پرسنل درخواست کننده شیفت شب نوشته و شمارش می شود و تعداد آن از کل کشیک های شب ماه کسر می شود
- مابقی شب ها بر تعداد پرسنلی که معذوریت شبکاری ندارند تقسیم شده و بر حسب سابقه و با حفظ داشتن حداقل تعداد شبکاری برای حفظ نوبت کاری شیفت در گردش، شیفت های شب به افراد تخصیص می یابد.
- در مورد تعیین شیفت کاری صبح یا عصر برای افراد، سرپرستار بر طبق برنامه درخواستی پرسنل و با توجه به شرایط بخش و مهارت بالینی تصمیم خواهد گرفت.
- در هر شیفت کاری (صبح - عصر - شب) باید حداقل دو نفر از ۱۴ نفر اول برنامه جهت مسئولیت شیفت حضور داشته باشند.
- در صورتیکه پرسنلی، به هر علتی به جز موارد ذکر شده در پروتکل نتواند کشیک های تعیین شده خود را بپاید یا به ازای هر کشیک کمتر مرخصی استحقاقی رد کند و یا پس از کسب موافقت دفتر پرستاری از کارانه وی کسر می گردد.  
(شیفت شب و LD دو شیفت محسوب می شوند)

برنامه کد فعال سازی گروه‌های مورد نیاز در مواقع بحران

وضعیت	شماره کد	موارد	گروه پاسخگو	افراد مجاز اعلام کد
کد احیا قلبی تنفسی بزرگسالان	۹۹	هر گونه موارد ایست قلبی تنفسی بزرگسالان	یزشکان و پرستاران	کلید کارکنان
کد احیا قلبی تنفسی اطفال	۸۸	هر گونه موارد ایست قلبی و تنفسی اطفال	یزشکان و پرستاران	کلید کارکنان
کد مادر پرخطر	۶۶	هر گونه شرایط بحرانی برای مادر پر خطر	یزشکان و پرستاران	کلید کارکنان
کد احیا نوزاد	۴۴	هر گونه شرایط بحرانی نوزاد	یزشکان و پرستاران	کلید کارکنان
کد آتش سوزی	۱۲۵	آتش سوزی	گروه کد : تاسیسات و رابطین آتش نشانی	کلید کارکنان
کد تخلیه واحد یا بخش	۳۳	هر گونه آسیبی که سبب تخلیه قسمتی یا تمام بیمارستان شود	فرماندهی حادثه و سامانه مدیریت بحران	فرماندهی حادثه و سامانه مدیریت بحران
کد نزاع درگیری	۱۱۰	نزاع و درگیری و خشونت	انتظامات و حراست	سوپروایزر ، مسئولین واحدها، مسئول بخش ها ، انتظامات
بحران در کلید موارد	55	مانند: برق گرفتگی ، ریزش دیوار یا سقف ، احتمال تخریب ساختمان ، افزایش تعداد مجروحین ، احتمال قطع منابع حیاتی ، مسدود شدن راه های دسترسی به بیمارستان ، مجروح یا کشته شدن تعدادی از بیماران یا پرستل ، سیل ، زلزله ، زمین لرزه ، طوفان و ....	فرماندهی حادثه و سامانه مدیریت بحران	کلید کارکنان

همکاران محترم

در شیفت های صبح و عصر برای اعلام کد با تلفنخانه (۴۲۰) و در شیفت های شب با منشی اورژانس (۷۳۱) تماس گرفته شود.