



مرکز آموزش و درمانی طالقانی
و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

مرکز آموزشی و درمانی طالقانی

کتابچه توجیهی عمومی

بد خدمت

مرکز آموزش و درمانی طالقانی تبریز

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

کویند سلام طلسم ترینم کلید برلای صعود به تالار آشنایر هاست پس صمیمترینم سلام تقدیم شما باد

عرض خیر مقدم و خوش آمد گویر دلیریم خدمت شما عزیزان، جدید الورد

فهرست

۲	مقدمه
۳	تاریخچه مرکز
۴	شناسنامه کلی بیمارستان
۸	ضوابط اداری و آموزشی
۱۲	قانون ارتقاء بهره وری
۱۳	حقوق گیرندگان خدمت
۱۶	مدیریت شکایات
۲۱	عفونت های بیمارستانی
۲۴	بهداشت حرفه ای
۲۶	مدیریت بحران
۳۷	مدیریت خطر و ایمنی بیمار
۳۸	ایمنی بیمار
۴۰	مدیریت مواجهه
۵۴	اعتباربخشی
۵۶	اصول گزارش نویسی در پرستاری
۷۴	کاردکس نویسی
۷۷	وظایف

مقدمه:

کتابچه ای که در اختیار دارید با هدف آشنایی شما با فعالیت های این مرکز، قوانین و مقررات اداری، حقوق متقابل شما، بیماران و سازمان تهیه شده است. لذا ضمن خیر مقدم برای پیوستن به خانواده بزرگ بیمارستان طالقانی، مطالعه کامل و دقیق آن را به شما توصیه می نمائیم.

بی شک در بین منابع سازمانی، نیروی انسانی با ارزش ترین عامل تولید و مهم ترین سرمایه هر سازمان و به عبارتی منبع اصلی زاینده مزیت رقابتی و ایجاد کننده قابلیت های اساسی هر سازمان در دستیابی به اهداف استراتژیک می باشد. رسیدن به چشم انداز بیمارستان، بدون تغییر نگرش در مدیریت منابع انسانی و توجه ویژه به توسعه و توانمندسازی نیروها ممکن نخواهد بود و رکن اساسی برای ایجاد چنین تحول سازمانی آموزش به نیروی انسانی است.

آموزش ضمن خدمت فرایندی است که طی آن مجموعه ای از دانش های مرتبط و منظم همراه با عادات و مهارت های حاصل از آن انتقال می یابد.

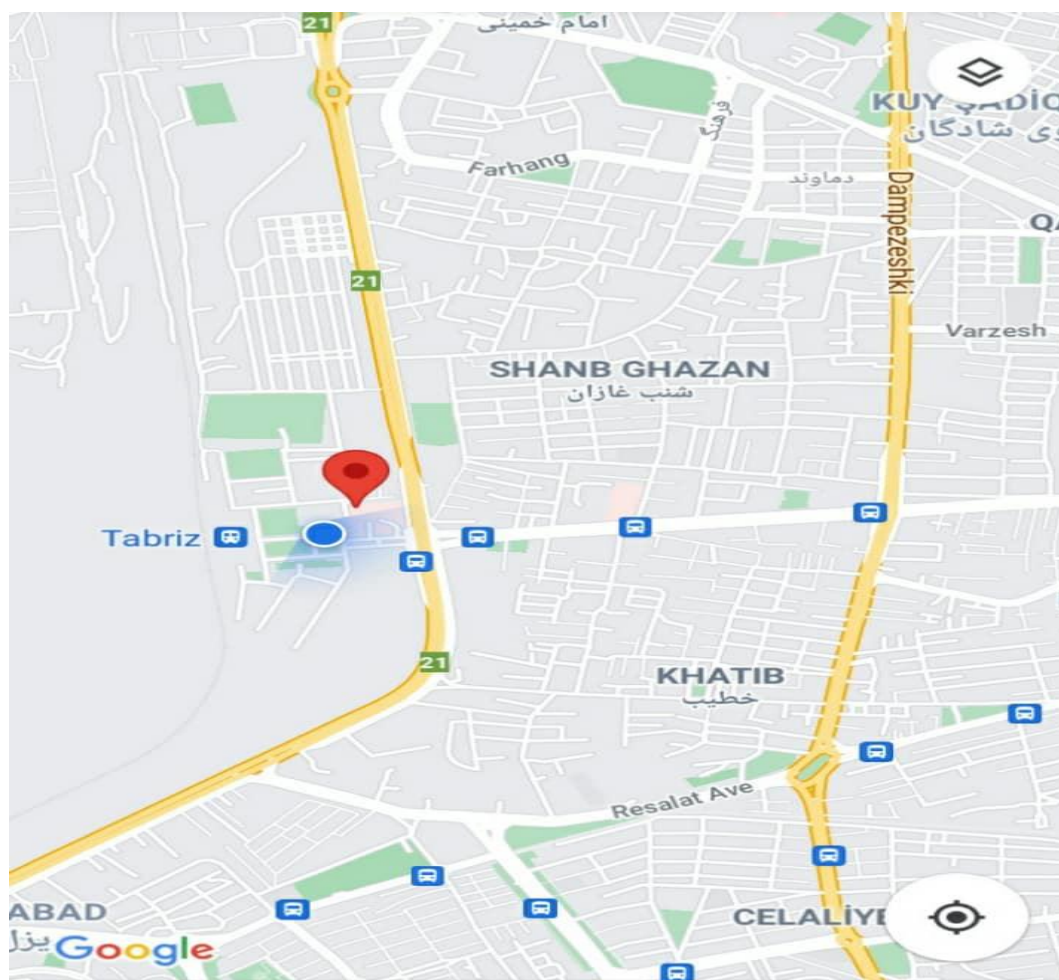
آموزش کارکنان جدیدالورود یکی از عناصر با اهمیت در این آموزش ها است که به منظور تغییر در ساختارهای شناختی، نگرشی و مهارتی کارکنان بیمارستان در بدو خدمت صورت می گیرد، به گونه ای که سطح دانش، آگاهی و مهارت های فنی و حرفه ای آنان را ارتقاء داده و رفتار مطلوب در آنها ایجاد نموده تا آماده انجام وظایف و مسئولیت های شغلی خود شوند. این آموزش ها جهت توجیه این نیروها در خصوص نوع خدمات قابل ارائه در مرکز، شرایط کار، حقوق کارمندان، اهداف و برنامه استراتژیک مرکز، قوانین و مقررات اداری و ... آغاز و با توسعه آموزش ها در حین خدمت تا رسیدن به بلوغ سازمانی ادامه می یابد.

بدیهی است نیروی انسانی کارآمد و توانمند نقش مهمی در تحقق اهداف سازمانی دارد و از طرفی آموزش، مؤثرترین ابزار سازمان جهت توانمندسازی کارکنان آن است. با عنایت به این موضوع واحد آموزش با همکاری واحد بهبود کیفیت بیمارستان طالقانی سعی دارد تا با برگزاری دوره های آموزشی مختلف مورد نیاز کارکنان خود، فرصتی را فراهم آورد تا کارکنان این مرکز بتوانند نسبت به توانمندسازی علمی و عملی خود اقدام نموده و ضمن برخورداری از امتیازات تشویقی از مؤثر بودن خدمات و مراقبت های خود اطمینان حاصل کنند. در همین راستا و به جهت ارتقاء سطح علمی و کیفی کارکنان دولت، کتابچه توجیهی کارکنان جدیدالورود توسط دفتر بهبود کیفیت که نخستین گام در راستای آموزش نیروهای بدو ورود است، برای مطالعه و آگاهی آنان تهیه و تدوین گردیده که با دریافت نظرات مدیران، مسئولان و پیشنهادات کارکنان به طور سالیانه مورد بازنگری و اصلاح قرار می گیرد از این رو نقطه نظرات و پیشنهادات همکاران محترم در غنای این مجموعه نقش به سزایی را خواهد داشت.

تاریخچه مرکز آموزشی درمانی طالقانی تبریز:

بنای این بیمارستان در سال ۱۳۴۶ که در منتهی الیه غرب تبریز واقع شده، به عنوان مهمانسرای جهانگردی احداث شده بود، در سال ۱۳۵۹ به عنوان بیمارستان جراحی های عمومی تغییر کاربری یافته و فعالیت های درمانی انجام یافته، در سال ۱۳۶۲ به مرکز تک تخصصی زنان و زایمان با ظرفیت ۱۰۵ تخت تحت نظارت بهداری وقت تبدیل گردید و از سال ۱۳۷۳ به عنوان مرکز آموزشی و درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تبریز علاوه بر فعالیت های درمانی به فعالیتهای آموزش پزشکی و پیراپزشکی پرداخته است. از سال ۱۳۸۴ جهت بکارگیری بهینه از منابع انسانی و مالی، بنا به اقتضای سیاست دانشگاه علاوه بر فعالیتهای تخصصی زنان مامایی به مرکز جنرال تبدیل گردیده است.

موقعیت جغرافیایی بیمارستان



شناسنامه کلی بیمارستان

نام بیمارستان: مرکز آموزشی درمانی طالقانی

درجه ارزشیابی بیمارستان: یک

شماره تلفنخانه: ۵-۳۴۴۲۴۴۲۱-۰۴۱

پروانه تأسیس: دارد

نوع فعالیت: آموزشی درمانی

نوع مرکز: جنرال

مساحت: ۹۶۵۰ متر مربع

تعداد تخت مصوب: ۱۵۰

تعداد تخت فعال: ۱۲۰

نام بخش های بیمارستان طبق پروانه تأسیس: زنان و زایمان، جراحی، نوزادان، NICU، ICU، داروخانه،

آزمایشگاه، سونوگرافی و رادیولوژی

تعداد طبقات: سه

مساحت فضای سبز: ۲۲۰۰ متر

سیستم اطفاء حریق مجهز به لوله کشی آب در بخش ها موجود بوده ولی بدلائل مشکلات فنی در

ساختمان قدیمی قابل استفاده نبوده و فقط در ساختمان اورژانس و کلینیک راه اندازی شده است.

سیستم پیچ: دارد

برق اضطراری: دارد

لوله کشی گازهای طبی: دارد

تعداد آسانسور نفربر: ۱

تعداد آسانسور بیماربر: ۳

تعداد سردخانه های ثابت زیر صفر: ۱

تعداد سردخانه های ثابت بالای صفر: ۱

سرد خانه جسد: ۳

تعداد اتوکلاو: ۲ عدد

قدرت کل ماشین های شستشویی نصب شده به کیلوگرم: ۸۰ کیلوگرم

خشک کن: دارد

سیستم فاضلاب بیمارستان: فاضلاب شهری

سیستم دفع پسماندهای بیمارستانی:

پسماندهای عادی: سازمان پسماند شهرداری

پسماندهای عفونی: در بیمارستان بی خطر سازی شده و تحویل شهرداری می گردد.

پسماندهای تیز و برنده: بعد از امحاء توسط خرد کن و بی خطر سازی تحویل شهرداری می گردد.
پسماندهای شیمیایی: طبق قرارداد با شرکت های صلاحیت دار از طرق قانونی دفع می گردند.

بیمه های طرف قرارداد بیمارستان:

تأمین اجتماعی، خدمات درمانی، نیروهای مسلح، روستایی، کمیته امداد، بیمه های مکمل (بیمه دی)

نشانی بیمارستان:

تبریز، میدان راه آهن، مرکز آموزشی درمانی طالقانی

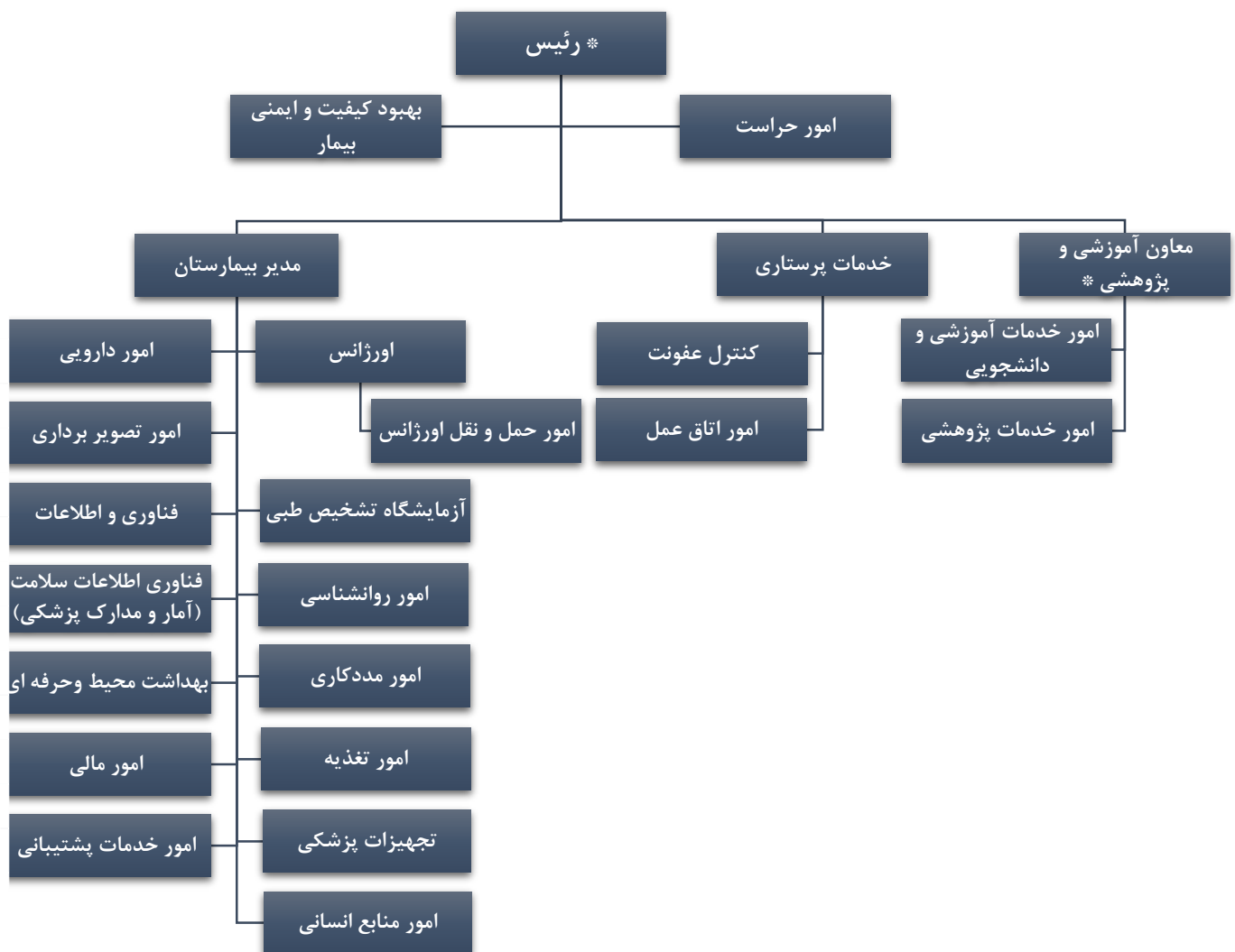
معرفی بخش های بیمارستانی:

- بلوک زایمان
- بخش مامایی
- بخش جراحی
- بخش ICU
- بخش نوزادان
- بخش NICU
- اورژانس
- اتاق عمل
- درمانگاه

تاریخ تهیه: ۱۳۹۸/۳/۱۹

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

نمودار سازمانی بر اساس تشکیلات تفصیلی مصوب مرکز آموزشی درمانی طالقانی تبریز



رسالت بیمارستان:

مرکز آموزشی و درمانی طالقانی تبریز بعنوان یک مرکز جنرال وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز با ارائه خدمات تشخیصی، درمانی بستری و سرپایی به کلیه مراجعه کنندگان محترم و آموزش دانشجویان علوم پزشکی در رده های مختلف فعالیت می کند. هم چنین این بیمارستان به عنوان مرکز برتر در زمینه ترویج زایمان طبیعی در راستای ارائه خدمات ایمن و اثربخش و ارتقای مستمر کیفیت خدمات ارائه شده با استفاده از پرسنل درمانی و اداری مجرب و تجهیزات و امکانات پزشکی خدمات خود را در زمینه های زیر ارائه می نماید:

- ارائه خدمات تخصصی و فوق تخصصی زنان ، بارداری و زایمان
- ارائه خدمات تخصصی و فوق تخصصی نوزادان
- ارائه خدمات جراحی عمومی به مراجعه کننده های مورد نظر
- مشارکت در آموزش دانشجویان علوم پزشکی در تمامی سطوح تحصیلی
- مشارکت در پژوهش های علوم پزشکی

چشم انداز:

- می خواهیم با ارائه خدمات ایمن، اثربخش و کیفی درجه عالی اعتباربخشی را کسب کنیم.

اهداف کلان:

- ۱) توسعه بخش های بالینی و پاراکلینیکی در بیمارستان
- ۲) دستیابی به درجه یک عالی در اعتبار بخشی وزارت بهداشت
- ۳) معرفی بیمارستان بعنوان بیمارستان دوستدار ایمنی
- ۴) ارتقاء کیفیت ارائه خدمات سلامت به طور مستمر در بیمارستان
- ۵) افزایش تعاملات بین بخشی با سازمانهای درگیر در سلامت و کشورهای همجوار
- ۶) نهادینه کردن مدیریت مبتنی بر عملکرد در بیمارستان
- ۷) توسعه برون سپاری واحدها و خدمات در بیمارستان

اهداف اختصاصی:

- ۱) ارتقای وضعیت بیمارستان در زمینه سنجه مدیریت کیفیت و اطمینان از نتایج در اعتبار بخشی وزارت بهداشت سالانه به میزان ۸۰٪ تا پایان برنامه
- ۲) ارتقاء استاندارد های الزامی ایمنی بیمار در حیطه حاکمیت و رهبری از ۹۲ درصد به میزان ۱۰۰ درصد به طور مستمر تا پایان برنامه
- ۳) ارتقاء و بهبود سلامت کارکنان بیمارستان سالانه به میزان ۱۰ درصد تا پایان برنامه
- ۴) افزایش تعاملات بین بخشی با سازمان های درگیر در سلامت مردم منطقه و کشورهای همجوار سالانه به طور مستمر به میزان ۲۰ درصد تا پایان سال ۱۴۰۰
- ۵) ارتقا سیستم ارزیابی عملکرد در بیمارستان تا پایان سال ۱۴۰۰

ضوابط اداری و آموزشی، آیین نامه های اداری، حقوق، مزایا و ارتقاء شغلی

آیین نامه اداری و استخدامی کارکنان دانشگاه علوم پزشکی تبریز

لازم است با مفهوم برخی از مفاهیم آشنا شویم:

کارمند: فردی است که بر اساس مقررات و ضوابط مربوط، به موجب حکم یا قرارداد مقام صلاحیت دار در مؤسسه به خدمت پذیرفته می شود.

حکم سازمانی: عبارت است از دستور کتبی مقامات صلاحیت دار مؤسسه که با رعایت مفاد این آیین نامه به منظور استخدام اشخاص حقیقی صادر شده است.

سابقه خدمت دولتی: عبارت است از مدت خدمت در وزارتخانه ها، مؤسسات و شرکت های دولتی که در اشتغال به صورت تمام وقت انجام شده و کسور مربوط را پرداخت نموده یا می نماید و مدت خدمت نیمه وقت بانوان مصوب سال ۱۳۶۲ و اصلاحات بعدی آن و تبصره ۱ ماده ۸۷ قانون مدیریت خدمات کشوری (مشروط بر اینکه پاره وقت و یا نیمه وقت کسور بازنشستگی به صورت کامل پرداخت شده باشد) و مدت خدمت نظام وظیفه و خدمت مشمولین قانون پزشکان و پیراپزشکان به عنوان سابقه خدمت محسوب می شود. ایام مرخصی استعلاجی و استحقاقی مشمولین این ماده و سوابق خدمتی غیردولتی که به موجب قوانین خاص، خدمت دولتی محسوب شده است و به عنوان خدمت دولتی لحاظ می شود.

طبق ماده ۴۹ آیین نامه ضوابط اداری، نظام پرداخت کارمندان مؤسسه بر اساس ارزشیابی عوامل شغل و شاغل و سایر ویژگی های مذکور در موارد آتی خواهد بود. امتیاز حاصل از نتایج ارزشیابی عوامل مذکور در این فصل ضرب در ضریب ریالی سالیانه، مبنای تعیین حقوق و مزایای کارمندان قرار می گیرد.

تبصره: ضریب ریالی مذکور در این ماده برای هر سال معادل ضریب ریالی اعلام شده از سوی دولت بوده که توسط وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ابلاغ می گردد.

طبق ماده ۵۰ آیین نامه ضوابط اداری مشاغل مشمول این آیین نامه به پیشنهاد معاونت توسعه مدیریت و منابع وزارتخانه بر اساس عواملی نظیر اهمیت، پیچیدگی وظایف و مسئولیت ها، سطح تخصص و مهارت های مورد نیاز به یکی از طبقات جدول یا جداول (حق شغل) اختصاص یافته و به تصویب هیات امنا خواهد رسید.

تبصره ۳: هر کدام از مشاغل متناسب با ویژگی ها، حداکثر در پنج رتبه: مقدماتی، پایه، ارشد، خبره و عالی طبقه بندی می شوند و هر کدام از رتبه ها به یکی از طبقات جدول یا جداول موضوع این ماده اختصاص می یابند. شاغلین مربوطه در بدو استخدام در رتبه مقدماتی و اولین طبقه شغلی مربوط قرار می گیرند و در طول دوره خدمت در قالب دستورالعمل تهیه شده از سوی معاونت توسعه مدیریت و منابع وزارتخانه بر اساس عواملی نظیر ابتکار و خلاقیت، میزان افزایش مهارت ها، انجام خدمات برجسته، طی دوره های آموزشی، میزان رضایت ارباب رجوع و ... متناسب با ویژگی های مشاغل، ارزیابی و حسب امتیازات کسب شده و طی حداقل مدت سنوات خدمت مورد نیاز به رتبه های پایه، ارشد، خبره و عالی ارتقاء می یابند. افرادی که طبق ضوابط مصوب به عنوان نخبه تعیین می شوند و افرادی که علاوه بر شرایط عمومی در بدو استخدام از تجربه و مهارت لازم برخوردار هستند، طبق دستورالعمل مربوط از طی نمودن برخی از رتبه ها معاف و در یکی از رتبه های بالاتر قرار می گیرند.

رتبه های خبره و عالی فقط به مشاغل کارشناسی و بالاتر اختصاص می یابد.

فوق العاده حق اشعه: فقط به کارمندانی که در شرایط محیط کار با اشعه در ارتباط هستند، بنا به تشخیص کمیته تخصصی موسسه و دستورالعملی که از سوی وزارتخانه ابلاغ می شود حداکثر تا ۳۰۰۰ امتیاز تعلق می گیرد.

فوق العاده نوبت کاری: به متصدیان مشاغلی پرداخت می شود که در نوبت های غیر متعارف ساعت اداری به صورت تمام وقت، مستمر و گردشی ملزم به انجام وظیفه می باشند.

- نرخ یک ساعت فوق العاده اضافه کاری کارمند موسسه به شرح ذیل محاسبه می شود:
مبلغ یک ساعت فوق العاده اضافه کاری = ۱۷۶ ÷ مبلغ (حق شغل + حق شاغل + فوق العاده مدیریت)
- میزان عیدی پایان سال کارمندان موسسه حداقل برابر مصوبات عمومی دولت که از سوی وزارتخانه اعلام می شود، خواهد بود.

طبق ماده ۷۱ آئین نامه، کارمندان رسمی و پیمانی مؤسسه، سالی سی روز حق مرخصی کاری با استفاده از حقوق و مزایای مربوط را دارند. حداکثر نیمی از مرخصی کارمندان در هر سال قابل ذخیره شدن است. طبق ماده ۷۲ آئین نامه کارمندان می توانند به هر میزان از ذخیره مرخصی استحقاقی خود پس از موافقت مسئول مربوط استفاده نمایند.

طبق ماده ۷۸ آئین نامه کارمندان رسمی، رسمی آزمایشی و پیمانی می توانند در طول مدت خدمت خود با موافقت مؤسسه حداکثر سه سال از مرخصی بدون حقوق استفاده نمایند و در صورتی که کسب مرخصی برای ادامه تحصیلات عالی در رشته مربوط به شغل کارمندان یا نیاز موسسه باشد، تا مدت دو سال دیگر قابل افزایش خواهد بود.

مصوبات کمیته نیروی انسانی مرکز بشرح ذیل جهت اقدام و رعایت موارد مذکور اعلام میگردد شایان ذکر است موارد مذکور منطبق بر مقررات موضوعه بوده و در راستای یکسان نمودن رویه های مربوط در واحدهای مختلف مرکز می باشد ضمناً" در صورت سؤال در هر کدام از موارد ذیل به واحد کارگزینی مراجعه فرمائید.

۱- با عنایت به اینکه تنها مرجع صدور گواهی انجام کار، گزارش تایمکس می باشد، در صورتی که به هر علتی تصویر چهره شما در دستگاه ثبت نگردید در همان زمان به واحد کارگزینی اعلام نمائید. ضمناً" در خصوص چگونگی استفاده از تایمکس موارد چند جهت اطلاع و رعایت آنها اعلام می گردد.

الف) زمان ورود به مرکز در شیفت صبح کاری ساعت ۷:۳۰ و زمان خروج ساعت ۱۴:۳۰ می باشد ضمناً مدت یک ربع در زمان ورود به علت تأخیر سرویس در نظر گرفته شده است در صورتی که بیش از یک ربع در زمان ورود تأخیر داشته باشید مدت تأخیر از ساعت ۷:۳۰ محاسبه خواهد شد و بعنوان کسر کار محسوب می گردد و تا ۲ ساعت کسر کار در ماه ۲ ساعت مرخصی ساعتی محاسبه خواهد شد و در صورتی که کسر کار در هر ماه بیش از ۲ ساعت باشد برابر مقررات رفتار خواهد شد.

ب) مابین وقت کاری برای استفاده از مرخصی ساعتی ابتدا درخواست مرخصی را به مسئول مربوطه ارائه و مسئول در صورت موافقت مرخصی ساعتی شما را از طریق اتوماسیون به کارتابل آقای زارع زاد (کارگزین) و نگرهبانی ارسال و بعد شما مجوز خروج از مرکز را خواهید داشت. در زمان خروج و همینطور در زمان برگشت از مرخصی ساعتی حتما تصویر چهره را در تایمکس ثبت نمائید.

۲- حداکثر مدت استفاده از مرخصی ساعتی در هر روز ۳:۵۹ ساعت می باشد و مجموع استفاده از این نوع مرخصی در هرماه نباید از ۸ ساعت تجاوز نماید.

۳- روزهای تعطیل ما بین روزهای در خواست مرخصی استحقاقی کارکنانی که از فوق العاده نوبت کاری برخوردارند بعنوان مرخصی استحقاقی محسوب می شود و در مواردی که در خواست مرخصی استحقاقی بیش از یک ماه باشد فوق العاده نوبت کاری از حکم کارگزینی آنان حذف و روزهای تعطیل مورد اشاره جزو مرخصی استحقاقی محسوب نمی شود.

۴- حداکثر مهلت ارائه مرخصی استعلاجی ۲۴ ساعت بعد از اولین روز مرخصی استعلاجی می باشد و به مرخصی هایی که بعد از مهلت تعیین شده ارائه گردد، ترتیب اثری داده نخواهد شد. ضمناً" قبل از ارائه مرخصی استعلاجی به واحد کارگزینی حتما" باید مرخصی مزبور به روئیت مسئول مستقیم رسیده باشد.

۵- مدت زمان استفاده از مرخصی زایمان ۹ ماه می باشد.

۶- استفاده از کسر ساعت کار حق شیر تا سن ۲۰ ماهگی نوزاد می باشد و روزانه (هر یک شیفت کاری) با هماهنگی مسئول مربوطه می توان به مدت یک ساعت از مرخصی حق شیر استفاده نموده و نیاز به ارائه برگه درخواست مرخصی نمی باشد.

مقررات پوشش پرسنل درمان:

کفش	مقنعه	شلوار	روپوش	جنسیت	پست
سرمه ای	سرمه ای	سرمه ای	سرمه ای	خانم	مترون
سرمه ای	----	سرمه ای	----	آقا	
سفید	سفید	سرمه ای	سرمه ای	خانم	سوپروایزر
سفید	----	سرمه ای	سفید	آقا	
سفید	سفید	سرمه ای	سرمه ای	خانم	سرپرستار
سفید	----	سرمه ای	سفید	آقا	
سفید	سرمه ای	سرمه ای	سفید	خانم	پرستار
سفید	----	سرمه ای	سفید	آقا	
سفید	سفید	آبی آسمانی	آبی آسمانی	خانم	پرستار بخش ویژه
سفید	----	آبی آسمانی	آبی آسمانی	آقا	
----	سبز	سبز	سبز	خانم	اتاق عمل و آنژیوگرافی
----	----	سبز	سبز	آقا	
----	سبز	سبز	سبز	خانم	ماما (بلوک زایمان)
----	مشکی	مشکی	سفید	خانم	ماما (درمانگاه)
سفید	سفید	سفید	سفید	خانم	بهیار
سفید	----	سفید	سفید	آقا	
سفید	طوسی	طوسی	سفید	خانم	کمک بهیار
سفید	----	کرمی	کرمی نیم تنه	آقا	
----	مشکی	سبز مغز پسته ای	سبز مغز پسته ای	خانم	منشی
----	----	سبز مغز پسته ای	سبز مغز پسته ای	آقا	

قانون ارتقاء بهره‌وری کارکنان بالینی نظام سلامت

ماده واحده - به منظور کارآیی و اثربخشی سرمایه‌های انسانی نظام سلامت شامل شاغلین بالینی رسته بهداشتی، درمانی در بخشهای دولتی (کشوری و لشکری) و غیردولتی:

۱- ساعت کار هفتگی شاغلین موضوع این قانون با توجه به صعوبت کار، سابقه خدمت و کار در نوبت‌کاریهای غیرمتعارف، به تناسب در هفته حداکثر تا هشت ساعت تقلیل می‌یابد.

۲- کارکنان بالینی بیمارستانهای روانی و سوختگی و مشمولین موضوع ماده (۱۶) قانون سازمان نظام پرستاری شاغل در بخشهای دولتی و غیردولتی از شمول ماده (۷۵) قانون کار مستثنی می‌شوند. دولت می‌تواند مشاغل مزبور را جزء مشاغل سخت و زیان‌آور محسوب و از مزایای مواد (۶۷) و (۶۸) قانون مدیریت خدمات کشوری برخوردار نموده و علاوه بر مرخصی استحقاقی سالیانه حداکثر تا یک ماه مرخصی کار در محیطهای غیرمتعارف به آنان اعطاء نماید.

۳- دولت می‌تواند ساعات کار بخشهای دولتی و غیردولتی در نوبتهای شب و ایام تعطیل را با ضریب ۱/۵ و در نوبت عصر با ضریب ۱/۲ محاسبه نماید و همچنین مشمولین این ماده اجازه کار بیش از دوازده ساعت متوالی را ندارند و می‌توانند حداکثر معادل نصف ساعت کار موظف ماهانه، با توافق کارفرما اضافه کار انجام دهند.

۴- مزایای این قانون به شاغلینی تعلق می‌گیرد که فقط در یکی از بخش‌های دولتی یا غیردولتی مشغول خدمت باشند. روش پرداخت حقوق و مزایای آنها نیز ترکیبی از دو روش ثابت و مبتنی بر عملکرد می‌باشد، به طوری که مبنای پرداخت در روش مبتنی بر عملکرد، تعرفه‌های خدمات به صورت کمی و کیفی براساس فهرستهای ارزیابی خدمات می‌باشد.

تعرفه خدمات کمی، مبتنی بر بسته خدمتی و شرح وظایف مشمولین این قانون بوده و تعرفه‌های کیفی مبتنی بر استانداردهای روشهای کار (پروسیجر) قابل ارائه در هر ساعت براساس کدهای اخلاقی و منشور ارتباط با بیمار می‌باشد.

۵- آئین‌نامه اجرائی این قانون حداکثر سه ماه پس از تصویب این قانون، توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری وزارتخانه‌های کار و اموراجتماعی، رفاه و تأمین اجتماعی، دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح و سازمانهای نظام پزشکی و نظام پرستاری تهیه و به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید و از روند اجراء این قانون سالی دو بار به کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی گزارش خواهد شد. قانون فوق مشتمل بر ماده واحده در جلسه علنی روز یکشنبه مورخ سی‌ام فروردین ماه یکهزار و سیصد و هشتاد و هشت مجلس شورای اسلامی تصویب و در تاریخ ۱۳۸۸/۲/۹ به تأیید شورای نگهبان رسید.

حقوق گیرندگان خدمت:

حقوق بیماران بازتابی است از حقوق بشر که از بعد از جنگ جهانی دوم جنبشی بین المللی را در این زمینه برانگیخت. در طی دو دهه اخیر در پی توجه روزافزون جوامع بین المللی به حقوق بشر، بحث پیرامون حقوق بیماران نیز اهمیت ویژه ای یافته است. بدنبال تغییرات ناشی از این پارادایم جدید، بسیاری از کشورها بیانیه ها و قوانینی در این زمینه به تصویب رساندند.

اولین رویداد بین المللی با تمرکز ویژه بر حقوق بیماران با حمایت دفتر منطقه اروپای سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۹۴ در هلند تشکیل شد. نماینده از ۳۶ کشور عضو در این رایزنی شرکت داشتند. هدف این نشست تعریف اصول و استراتژی هایی برای ارتقاء حقوق بیماران بود این نشست بیانیه ای را در حمایت از حقوق بیماران در اروپا تصویب کرد که هنوز اهمیت خود را به عنوان چارچوب مشترکی برای عمل در کشورهای اروپایی حفظ کرده است.

اصول اساسی حقوق بیماران سازمان جهانی بهداشت دفتر منطقه ای اروپا ۱۹۹۴

اصول کلی مورد قبول عبارتند از :

حق توجه به منزلت و شأن انسان، حق در یافت مراقبت های بهداشتی، حق دسترسی به اطلاعات، حق انتخاب، حق مشارکت، حق محرمانه ماندن اطلاعات، حق شکایت و در خواست جبران خسارت. فراموش نکنیم.....

- بیمار انسان درد مندی ست که به کمک ما نیاز دارد.
- یکی از نقش های پرستار حمایت از بیمار است.
- در بسیاری از موارد حمایت از بیمار مستلزم ابزار ، تکنولوژی و امکانات ویژه ای نیست.
- تنها کافیست یک لحظه خود را جای بیمار بگذاریم از ارائه دهندگان خدمات چه انتظاری داریم؟
- همواره حق با بیمار است حتی اگر.....

منشور ۵ محوری حقوق بیمار در ایران

مصوبه دهم آبان ماه ۱۳۸۸ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

محور اول: دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است.

- شایسته شأن و منزلت انسان و با احترام به ارزشها، اعتقادات فرهنگی و مذهبی باشد.
- بر پایه صداقت، انصاف، ادب و همراه با مهربانی باشد.
- فارغ از هرگونه تبعیض از جمله قومی، فرهنگی، مذهبی، نوع بیماری و جنسیتی باشد.
- بر اساس دانش روز باشد.
- مبتنی بر برتری منافع بیمار باشد.
- توزیع منابع سلامت مبتنی بر عدالت و اولویت های درمانی بیماران باشد.
- مبتنی بر هماهنگی ارکان مراقبت اعم از پیشگیری، تشخیص، درمان و توانبخشی باشد.
- به همراه تأمین کلیه امکانات رفاهی پایه و ضروری و به دور از تحمیل درد و رنج و محدودیت های غیر ضروری باشد.
- توجه ویژه ای به حقوق گروه های آسیب پذیر جامعه از جمله کودکان، زنان باردار، سالمندان، بیماران روانی، زندانیان، معلولان ذهنی و جسمی و افراد بدون سرپرست داشته باشد.

- در سریع ترین زمان ممکن و با احترام به وقت بیمار باشد.
- با در نظر گرفتن متغیرهایی چون زبان، سن و جنس گیرندگان خدمت باشد.

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

- محتوای اطلاعات باید شامل موارد ذیل باشد:
 - مفاد منشور حقوق بیمار در زمان پذیرش
 - 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
 - نام، مسؤولیت و رتبه حرفه ای اعضای گروه پزشکی مسئول ارائه مراقبت از جمله پزشک، پرستار و دانشجو و ارتباط حرفه ای آنها با یکدیگر
 - روش های تشخیصی و درمانی و نقاط ضعف و قوت هر روش و عوارض احتمالی آن، تشخیص بیماری، پیش آگهی و عوارض آن و نیز کلیه اطلاعات تأثیرگذار در روند تصمیم گیری بیمار
 - نحوه دسترسی به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی در طول درمان
 - کلیه اقداماتی که ماهیت پژوهشی دارند.
 - ارائه آموزش های ضروری برای استمرار درمان
- نحوه ارائه اطلاعات باید به صورت ذیل باشد :
- اطلاعات باید در زمان مناسب و متناسب با شرایط بیمار از جمله اضطراب و درد و ویژگی های فردی وی از جمله زبان، تحصیلات و توان درک در اختیار وی قرار گیرد، مگر اینکه:
 - تأخیر در شروع درمان به واسطه ارائه اطلاعات فوق سبب آسیب به بیمار گردد، در این صورت انتقال اطلاعات پس از اقدام ضروری، در اولین زمان مناسب باید انجام شود.
 - بیمار علیرغم اطلاع از حق دریافت اطلاعات، از این امر امتناع نماید که در این صورت باید خواست بیمار محترم شمرده شود، مگر اینکه عدم اطلاع بیمار، وی یا سایرین را در معرض خطر جدی قرار دهد.
 - بیمار میتواند به کلیه تصویر اطلاعات ثبت شده در پرونده بالینی خود دسترسی داشته باشد و آن را دریافت نموده و تصحیح اشتباهات مندرج در آن را درخواست نماید.

محور سوم: حق انتخاب و تصمیم گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت باید

محترم شمرده شود.

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

- اعلام نظر قبلی بیمار در مورد اقدامات درمانی آتی در زمانی که بیمار واجد ظرفیت تصمیم گیری می باشد ثبت و به عنوان راهنمای اقدامات پزشکی در زمان فقدان ظرفیت تصمیم گیری وی با رعایت موازین قانونی مد نظر ارائه کنندگان خدمات سلامت و تصمیم گیرنده جایگزین بیمار قرار گیرد.

- شرایط انتخاب و تصمیم گیری شامل موارد ذیل می باشد:

- انتخاب و تصمیم گیری بیمار باید آزادانه و آگاهانه، مبتنی بر دریافت اطلاعات کافی و جامع مذکور در بند دوم باشد.

- پس از ارائه اطلاعات، زمان لازم و کافی به بیمار جهت تصمیم گیری و انتخاب داده شود.

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

- رعایت اصل رازداری راجع به کلیه اطلاعات مربوط به بیمار الزامی است مگر در مواردی که قانون آن را استثناء کرده باشد.

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

- فقط بیمار و گروه درمانی و افراد مجاز از طرف بیمار و افرادی که به حکم قانون مجاز تلقی می شوند می توانند به اطلاعات دسترسی داشته باشند.

- بیمار حق دارد در مراحل تشخیصی از جمله معاینات، فرد معتمد خود را همراه داشته باشد. همراهی یکی از والدین کودک در تمام مراحل درمان حق کودک می باشد مگر اینکه این امر برخلاف ضرورت های پزشکی باشد.

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

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

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

- خسارت ناشی از خطای ارائه کنندگان خدمات سلامت باید پس از رسیدگی و اثبات مطابق مقررات در کوتاه ترین زمان ممکن جبران شود.

در اجرای مفاد این منشور در صورتی که بیمار به هر دلیلی فاقد ظرفیت تصمیم گیری باشد، اعمال کلیه حقوق بیمار مذکور در این منشور بر عهده تصمیم گیرنده قانونی جایگزین خواهد بود. البته چنانچه تصمیم گیرنده جایگزین بر خلاف نظر پزشک، مانع درمان بیمار شود، پزشک می تواند از طریق مراجع ذیربط درخواست تجدید نظر در تصمیم گیری را بنماید.

چنانچه بیماری که فاقد ظرفیت کافی برای تصمیم گیری است، اما می تواند در بخشی از روند درمان معقولانه تصمیم بگیرد، باید تصمیم او محترم شمرده شود.

مدیریت شکایات

در سال های اخیر رویکرد سازمان ها به شکایات تغییر کرده و کم کم شکایات از حالت منفی و ناخوشایند که حتی الامکان باید بی سروصدا رفع و رجوع می شد، به یک منبع ارزشمند اطلاعاتی برای یادگیری سازمانی و اصلاح سیستم تبدیل شده است. با توجه به الزام رسیدگی به شکایات بصورت نظام کارآمد از سوی وزارت متبوع، بیمارستان با هدف جلب رضایت مشتریان و ذینفعان و مشارکت ایشان در نظام تصمیم گیری و اجرا، سیاست ارتقاء نظام رسیدگی به شکایات را درپیش گرفته است و در این راستا شکایات بیماران از سیستم درمانی می تواند با شناسایی نقاط ضعف، فرصت های بهتری را برای پاسخگویی به نیازهای بیماران فراهم آورد.

مقوله شکایت از کادر درمان در مواردی که پرسنل در اثر سهل انگاری یا تعمد، باعث ایجاد آسیب جسمی یا روحی و یا ایجاد دیگر مشکلات برای بیمار می شود، قابل انجام و پیگیری است. با این وجود شکایت بیمار از درمانگر، بیشتر در مواردی اتفاق می افتد که نارضایتی حادث شده است و این به معنای بروز صدمه و سوء درمان نمی باشد. روند فعلی در ارزیابی شکایات از بیمارستانها و مراکز درمانی بدین صورت است که کلیه شکایات دریافت شده توسط دفتر رسیدگی به شکایات بیمارستان در دو روش اورژانس و غیراورژانس قرار می گیرد.

امروزه رسیدگی به شکایات به عنوان جزئی ضروری از نظام مراقبت های سلامتی در جهت ارتقای استانداردهای سلامت شمرده شده است. باید علاوه بر قبول یا انکار شکایات، هر شکایت به عنوان فرصت ارزشمندی جهت یافتن راهی برای ارتقای کیفیت خدمتی که بیماران دریافت می کنند در نظر گرفته شود.

پاسخگویی به شکایات

پاسخگویی: عبارت است از پذیرش مسئولیت نتایج و پیامدهای حاصل از عملکرد دستگاه و ارائه پاسخ شفاف در قبال وظایف انجام شده و نشده به ذینفعان

شکایات: درخواست احقاق حق شهروندان از نقض یا نقص قوانین و مقررات، عدم اجرای ضوابط در دستگاه اجرائی و میزان کمیت و کیفیت ارائه خدمات در مقایسه با استانداردهای خدمات عمومی

استاندارد: حد مطلوب تعیین شده برای سنجش شاخصهای پاسخگویی به شکایات.

اهداف پاسخگویی به شکایات:

- ارتقاء سطح پاسخگویی به شکایات ارباب رجوع و کارکنان
- افزایش میزان رضایتمندی مراجعین و کارکنان از طریق پاسخگویی سریع، به موقع و جامع
- توسعه و بهبود استانداردهای ارائه خدمات
- سیاست گذاری برای کاهش عوامل بروز نارضایتی از طریق مستند سازی، طبقه بندی و اولویت بندی شکایات واصله
- آسیب شناسی سازمانی و رفع نقاط ضعف از طریق تجزیه و تحلیل شکایات و به تبع آن کاهش میزان شکایات

وظایف واحد پاسخگویی به شکایات:

- ۱- دریافت شکایات حضوری و مکتوب ارباب رجوع و کارکنان
- ۲- بررسی پیرامون صحت و سقم موضوع شکایت و پیگیری تا اخذ نتیجه نهائی به منظور پاسخگویی به شاکی

- ۳- پیگیری و اخذ نظریات و پیشنهادهای واحدهای تخصصی در ارتباط با شکایات واصله به منظور رسیدگی و اعلام پاسخ به شاکی
- ۴- جمع بندی شکایت در مقاطع یک ماهه و تجزیه و تحلیل علل بروز شکایت و ارائه گزارش برای بالاترین مقام مسئول بیمارستان به گونه ای که موجب کاهش شکایات گردد.
- ۵- ارسال پاسخ به شاکیان

قصور پزشکی

تعریف قصور پزشکی به بیان ساده به معنی کوتاهی و اهمال و بی احتیاطی میباشد که پزشک در درمان و طبابت خود مرتکب شده است. هرگونه فعل مثبت یعنی کاری که پزشک انجام داده است، یا هرگونه ترک فعل یعنی کاری که پزشک انجام نداده است، چنانچه منجر به ورود آسیب به بیمار شود، از مصادیق و انواع قصور پزشکی خواهد بود.

نکته: قصور پزشکی دربردارنده فرض عمد و قصد در تحقق نتیجه مجرمانه نمی باشد. یعنی اگر پزشک عامدانه و قاصدانه نسبت به انجام فعلی اقدام نموده باشد، مورد از موارد جنایت عمدی و داخل در احکام قصاص و قص علی هذا خواهد بود.

• تخلفات پزشکی شامل چه مواردی می شود؟

براساس قانون؛ تخلفات پزشکی شامل: سهل انگاری، فریب دادن بیمار و جذب وی از طریق تبلیغات دروغین، فاش کردن اسرار بیمار، رعایت نکردن موازین شرعی و قانونی توسط پزشک، برخورد نامناسب کادر پزشکی با بیمار، عدم پذیرش بیماران اورژانسی و.. می باشد. این تخلفات از طریق سازمان نظام پزشکی بررسی شده و مجازات هایی نظیر محرومیت از اشتغال (پزشکی) به مدت های متفاوت (با توجه به شدت فعل انجام شده) دارد.

• جرایم پزشکی شامل چه مواردی می شود؟

براساس قانون، جرایم پزشکی شامل اعمالی می شود که منجر به آسیب های جسمی، روحی و روانی به بیمار، نقص عضو و یا حتی فوت وی گردد. رسیدگی به جرایم پزشکی برعهده دادسرای جرایم پزشکی می باشد که با بررسی پرونده پزشکی بیمار و احضار پزشک و تیم پزشکی وی به پرونده شکایت رسیدگی کرده و حکم صادر می کند.

به طور خلاصه موارد زیر از جمله خطاهایی است که ممکن است از یک پزشک معالج سر بزند:

۱- بی احتیاطی توسط پزشک

بی احتیاطی پزشکی به مواردی گفته می شود که کاری توسط پزشک انجام گرفته که نباید انجام می شد. در این صورت خسارت یا آسیبی جسمی یا روحی و بیمار وارد می شود. از این موارد می توان به ایجاد جراحت در حین عمل جراحی و یا جا گذاشتن وسایل جراحی در بدن اشاره کرد.

۲- عدم رعایت قانون و مقررات پزشکی

در هنگام نیاز به عمل جراحی می بایست رضایت اولیا و سرپرستان بیمار و یا نمایندگان قانونی وی جلب شود؛ اگرچه در موارد فوری نیاز به اخذ چنین رضایتی وجود ندارد. اما در صورتی که پزشکی از انجام چنین کاری خودداری کند در حقیقت قوانین و مقررات را زیر پا گذاشته است.

۳- نداشتن مهارت کافی

از آنجا که شغل پزشکی با جان و روان انسان‌ها سر و کار دارد، داشتن تبحر از جمله ضروریات لازم برای این حرفه به شمار می‌آید. نداشتن سواد کاری و بهره‌وری لازم از دانش پزشکی باعث ضرر و آسیب بیمار خواهد شد.

۴- بی‌مبالاتی توسط پزشک

هنگامی که پزشکی از انجام کاری لازم برای بیمار خود خودداری می‌کند، بی‌مبالاتی در این حرفه نامیده می‌شود. به عنوان مثال عدم انجام آزمایشات و عکس برداری‌های لازم قبل از درمان و عمل جراحی از جمله موارد بی‌مبالاتی در حرفه پزشکی به شمار می‌آید.

قصور پرستاری (Nursing Malpractice)

به معنی کوتاهی از انجام استانداردهای مراقبتی و پرستاری می‌باشد. مبنای این استانداردها، وظایف و مسوولیت‌های مصوب وزارت بهداشت و درمان است که معمولاً در مسیر بررسی و رسیدگی به پرونده‌ها، میانگین اقداماتی که یک پرستار در وظایف محوله باید به کار بندد، در نظر گرفته می‌شود و چنانچه اعمال انجام گرفته از حد متوسط فوق کمتر و یا خارج از حد وظایف باشد، قصور تلقی می‌گردد. قصور پرستاری در دو شکل مورد بحث قرار می‌گیرد:

۱- سهل‌انگاری پرستاری

- بی‌مبالاتی
- بی‌احتیاطی
- عدم مهارت
- عدم رعایت نظامات دولتی

۲- تخلف انتظامی پرستاری

- بی‌مبالاتی

یعنی ترک فعلی که از نظر فنی و علمی انتظار انجام آن می‌رود. مثال: تزریق آمپول با سوزن سایز غیر استاندارد که منجر به نفوذ زیر پوستی دارو و التهاب محل و در نتیجه نکروز و نیاز به جراحی مکرر پیدا نموده است و یا تزریق واکسن به یک کودک بدون رعایت اقدامات حفاظتی منجر به شکستن سر سوزن با تحرک کودک شده و در نتیجه عمل جراحی برای خروج آن انجام شده است.

- بی‌احتیاطی

انجام فعلی که از نظر عملی انتظار انجام آن نمی‌رود. مثال: تزریق وریدی دارویی که کنتراندیکاسیون وریدی داشته و با ایجاد تشنج منجر به مرگ شده است و یا ارائه‌ی داروی اشتباه در سرنگ به پزشک بیهوشی، به دلیل عدم دقت در خواندن برچسب روی شیشه‌ی اصلی دارو .

- عدم مهارت

حالتی که مرتکب، تجربه و مهارت علمی و عملی کافی در انجام آن ندارد. مثال: تزریق سرم زیر پوست، که منجر به نکروز و در نهایت پیوند پوستی شده است و یا تزریق دارو به صورت وریدی با سرعت زیاد به رغم توصیه‌ی پزشک مبنی بر تزریق آهسته، که منجر به وقفه‌ی قلبی گردیده است.

- عدم رعایت نظامات دولتی

عدم رعایت و اجرای کلیه‌ی قوانین، بخشنامه‌ها و دستورالعمل‌های مقامات ذیربط مانند مسوولان وزارت بهداشت و درمان، رئیس دانشگاه، رئیس خدمات پرستاری دانشگاه، مدیر گروه، رئیس بخش، مترون بیمارستان و ... و بدیهی است که کلیه‌ی دستورها باید صریح و کتبی باشند. مانند: عدم اطلاع رسانی مناسب به پزشک اورژانس، توسط پرستاری بخش در ارتباط با وضعیت بحرانی بیمار و یا اجرای غیر مجاز وظایف پزشکی توسط پرستار

تخلف انتظامی پرستاری

از نظر قانونی، این تخلفات جرم محسوب نشده و مجازاتی در قانون برای آن مشخص نگردیده است ولی صاحبان حرفه‌ی پرستاری، براساس تعهدی که در سازمان نظام پرستاری به آن داشته‌اند، ملزم به رعایت آن جهت حفظ شئون حرفه‌ای می‌باشند.

رسیدگی به این تخلفات در هیئت‌های بدوی و تجدید نظر استانی صورت گرفته و مجازات‌های خاص خود مانند توبیخ شفاهی یا کتبی، محرومیت از انجام خدمات به صورت کوتاه مدت یا طولانی را خواهند داشت.

جهت احراز و اثبات قصور پرستاری تحقق چهار شرط اصلی ضروری است:

۱- وظیفه

۲- تخطی

۳- آسیب جسمی یا روانی

۴- ارتباط بین خطا و آسیب

ذکر مواردی از شایع‌ترین پرونده‌های قصور پرستاری در ایران در روشن شدن بیشتر توضیحات فوق و آگاهی همکاران پرستار در ارائه‌ی دقیق خدمات مفید خواهد بود:

الف- تجویز یا تزریق دارو بدون کسب نظر پزشک

ب- تزریق دارو در شریان و یا محلی که باعث آسیب اعصاب محیطی شود.

ج- تعبیه کاتتر وریدی به مدت طولانی

د- تهدید و یا بد رفتاری با بیمار به خصوص کودکان

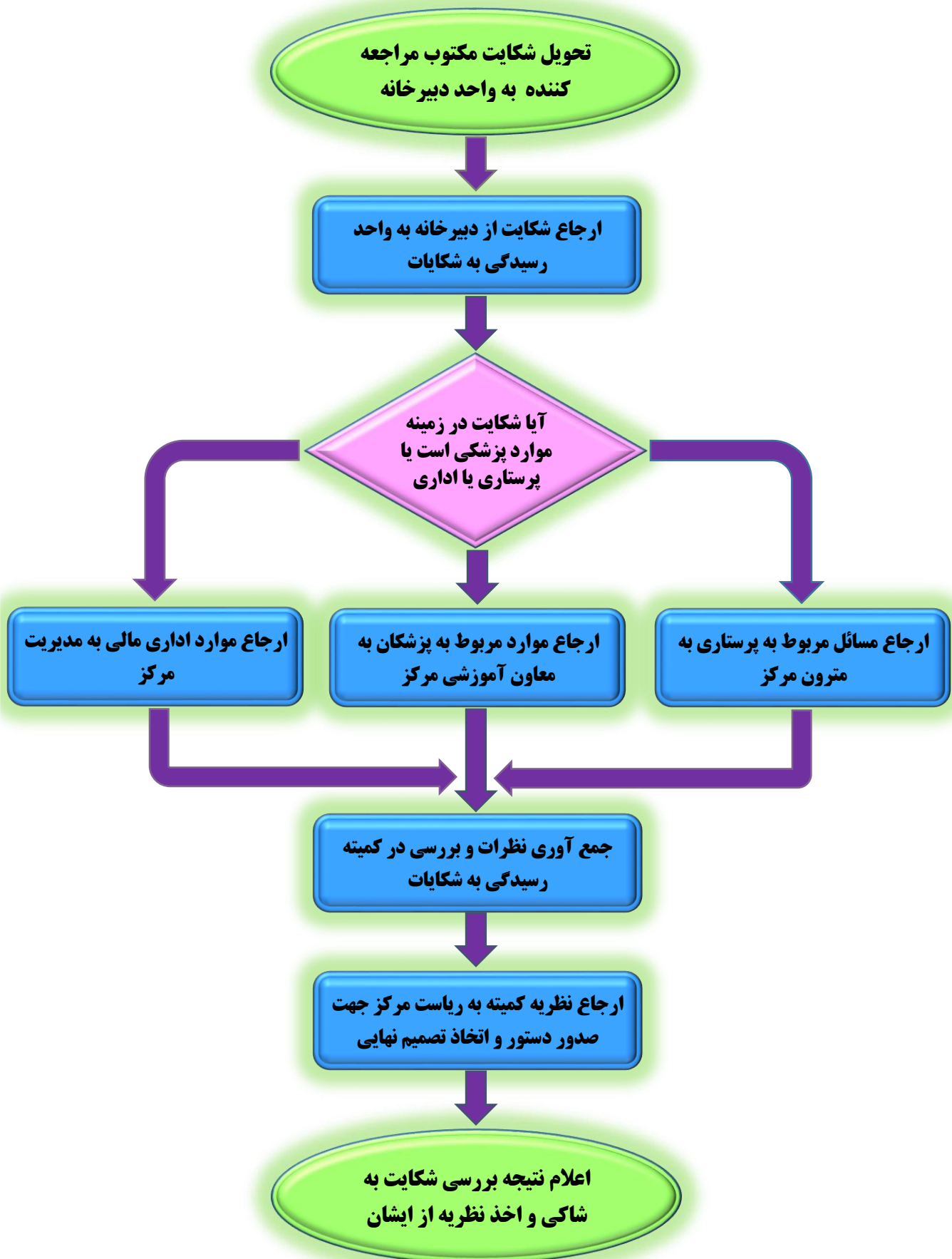
ه- همکاری در سقط جنین به صورت غیر مجاز

و- پایان دادن به زندگی بیمار (اتانازی)

ز- دستکاری در پرونده بیمار و افشای اسرار آنها

ح- خودداری از کمک به مددجویان اورژانس

فلوچارت رسیدگی به شکایات مرکز آموزشی درمانی طالقانی



عفونت های بیمارستانی

تعاریف نظام کشوری مراقبت عفونت های بیمارستانی

- عفونت: عفونت به معنای پدیده ای است که میزبان به دلیل تهاجم و رشد و تکثیر عامل بیماریزای عفونی دچار آسیب می شود.
- عفونت بیمارستانی: عفونتی است که به صورت محدود و یا منتشر و در اثر واکنش های بیماریزای مرتبط با خود عامل عفونی یا سموم آن در بیمارستان ایجاد می شود به شرطی که:
- حداقل ۴۸-۷۲ ساعت بعد از پذیرش بیمار در بیمارستان ایجاد شود.
 - در زمان پذیرش فرد علائم آشکار عفونت را نداشته باشد و بیماری در دوره نهفتگی خود نباشد.
 - معیارهای مرتبط با عفونت اختصاصی را جهت تعریف عفونت بیمارستانی داشته باشد.

مفاهیم:

- کلونیزاسیون:** رشد و تکثیر عامل عفونی در میزبان بدون ایجاد عفونت.
- ناقل:** افرادی که کلونیزاسیون آنها با میکرو ارگانیسم ها می تواند منجر به کلونیزاسیون و یا عفونت دیگران شود.
- وکتور:** منظور پشه، مگس و امثال آن است که گاهی منجر به انتقال عفونت می شود. گرچه این راه انتقال در مورد عفونت های بیمارستانی شایع نیست.
- مخزن:** محلی است که عامل عفونی می تواند در آنجا زنده بماند و رشد و تکثیر نماید مانند خود انسان، حیوان، خاک و آب و....
- منبع:** اشیاء، اشخاص و یا موادی که عوامل عفونی یا بیماریزا بلافاصله از آنها به پذیرنده منتقل می گردد، مانند آب برای تیفوئید و خاک برای سیاه زخم

اپیدمیولوژی عفونت های بیمارستانی:

از مطالعات انجام شده در سراسر دنیا چنین استنباط می شود که عفونت های بیمارستانی یکی از عوامل عمده مرگ و میر بیماران در بیمارستان ها می باشند.

فراوانی عفونت های بیمارستانی بیانگر کیفیت ضعیف ارائه خدمات بهداشتی درمانی و همچنین ایجاد هزینه های غیر قابل اجتناب می باشد. در حالیکه در زمینه پیشگیری از عفونت های بیمارستانی پیشرفت حاصل می گردد، تغییر در روش های درمانی به طور مداوم فرصت های جدیدی را برای ایجاد عفونت خلق می نمایند. عفونت های بیمارستانی یا عفونت های اکتسابی از بیمارستان به عفونت هایی اطلاق می گردد که در هنگام پذیرش بیمار وجود نداشته و در طول درمان در بیمارستان ایجاد گردیده اند. معمولاً عفونت هایی را که ۴۸ ساعت بعد از پذیرش بیمار اتفاق می افتد عفونتهای بیمارستانی در نظر می گیرند.

فاکتورهای مؤثر در ایجاد عفونت های بیمارستانی:

۱- عوامل میکروبی: افراد در محیط بیمارستانی همیشه در تماس با عوامل عفونی هستند ولی این به معنی ایجاد حتمی عفونت در آنها نیست. ایجاد عفونت بسته به شرایطی از میکروب مانند مقاومت به مواد ضد میکروبی، ویروالانس سویه و مواجهه با حجم مختلف از میکروب دارد.

بسیاری از باکتری ها، قارچ ها، ویروس ها و انگل ها می توانند مسبب عفونت باشند. اغلب عفونت های بیمارستانی توسط میکروب هایی که اکثر افراد جامعه به طور معمول به آن آلوده هستند و عوارض ضعیف و یا بدون عوارض هستند مانند استاف اورئوس، استرپتوکوک های کوآگولاز منفی، انتروکوک و انتروباکتریاسه ایجاد می شوند.

۲- حساسیت بیماران: فاکتور هایی شامل سن، وضعیت سیستم ایمنی، بیماری های زمینه ای (سرطان - دیابت) و همچنین استفاده از تجهیزات تشخیصی (جراحی - آندوسکوپ ها - انکوباتور - ونتیلاتور) در ایجاد عفونت موثر هستند.

۳- فاکتورهای محیطی: شامل شرایط محیطی بیمارستان، ازدحام افراد، میزان ترانسفر بیماران به بخش ها و تجمع افراد مستعد کسب عفونت در یک بخش (محل نگهداری نوزادان)

۴- مقاومت باکتریایی: مقاومت باکتریایی به آنتی بیوتیک ها و حتی ترکیبات ضد عفونی کننده نیز از عوامل دخیل در افزایش عفونت های بیمارستانی می باشد.

بیشتر از ۸۰٪ عفونت های بیمارستانی را عفونت های ادراری، زخم های جراحی، عفونت های تنفسی و سپسیس یا عفونت خون تشکیل می دهد و عفونت های ادراری شایع ترین نوع عفونت های بیمارستانی می باشد که ۸۰٪ از عفونت ها در ارتباط با استفاده از کاتترهای ادراری است. عفونت های ادراری نسبت به سایر عفونت های بیمارستانی از عوارض کمتری برخوردارند، اما گهگاه می توانند باعث ایجاد باکتری می و مرگ شوند. عفونت های محل جراحی متنوع می باشند و شیوع آنها از ۵٪ تا ۱۵٪ متفاوت بوده و وابسته به نوع عمل جراحی و شرایط بیمار دارد. این عفونت ها مشکل اساسی ایجاد کرده و می توانند در یک عمل جراحی سودمند محدودیت ایجاد نمایند. عفونت های محل جراحی باعث افزایش هزینه های بیمارستانی و افزایش اقامت بیمار در بیمارستان می شود.

پنومونی یا عفونت تنفسی بیشتر در مورد بیماران تحت ونتیلاتور اتفاق می افتد. میکروارگانیسم ها در معده و راه های هوایی فوقانی و برونش ها کلونیزه می شوند و باعث عفونت ریه می گردند. آنها اغلب فلور دستگاه گوارش، بینی و گلو می باشند، اما ممکن است فلور کسب شده از بیمارستان بوده و اغلب از طریق وسایل تنفسی آلودگی ایجاد شود. باکتری می بیمارستانی یا عفونت خون درصد کمی از عفونت های بیمارستانی را شامل می شود (تقریباً ۵٪) اما میزان مرگ و میر بالایی دارند که به بیش از ۵۰٪ در بعضی از میکرو ارگانیسم های عامل عفونت خواهد رسید. عفونت ممکن است در قسمتی از پوست که وسایل داخل عروقی در آنجا یا در قسمت های زیر جلدی در مسیری که کاتتر قرار گرفته است حاصل شود. ارگانیسم های کلونیزه شده درون مجرای کاتتر ممکن است بدون اینکه عفونت خارجی قابل مشاهده باشد باکتری می ایجاد نمایند. فلور مقیم یا گذرای پوست منبع عفونت می باشد عوامل موثر در این مورد سطح ضد عفونی در محل قرار گیری کاتتر و بهداشت دست و میزان مراقبت از کاتتر می باشد.

سایر عفونت های بیمارستان

چهار نوع عفونت ذکر شده غالب عفونت های بیمارستانی را تشکیل می دهند اما موارد دیگری از مکانهای دارای پتانسیل عفونت نیز وجود دارند مانند :

- عفونت پوست، بافت نرم و زخم باز (زخم سوختگی و زخم بستر)
- گاستروانتریت در مکان هایی که روتا ویروس پاتوژن اصلی است و در میان کودکان شایع است.
- سینوزیت و سایر عفونت های داخلی، عفونت های چشم و کنژکتیویت
- اندومتریت و سایر عفونت های دستگاه تناسلی در جریان زایمان

پیشگیری از عفونتهای بیمارستانی

پیشگیری از عفونت های بیمارستانی فعالیت ها و برنامه های دقیق و حساب شده ای را طلب می کند که در زیر به چند مورد کلیدی اشاره شده است.

۱- محدود نمودن انتقال میکروارگانیسم ها در بین بیماران تحت مراقبت از طریق شستشوی کافی دست ها و استفاده از دستکش و همچنین بکار گیری متدهای صحیح ضد عفونی ابزار و تجهیزات و استریلیزاسیون، روش های ایزولاسیون و همچنین شستشو و حمل صحیح وسایل ضد عفونی شده و نشده

۲- محدود نمودن عوامل محیطی موثر در ایجاد و انتشار عفونت ها

۳- حفاظت بیماران در مقابل عفونت های بیمارستانی بواسطه استفاده صحیح و به موقع از آنتی بیوتیک های مناسب بصورت پروفیلاکسی

۴- کاهش عفونت های ناشی از فلور نرمال بدن با محدود نمودن اقدامات تشخیصی و درمانی تهاجمی

۵- پیشگیری از آلودگی پرسنل به عفونت های بیمارستانی

۶- ارتقاء کیفیت مراقبت های پرستاری و آموزش های موثر جهت پرسنل

۶- آموزش به بیماران

اهمیت بهداشت دست در انتقال عفونت های بیمارستانی کاملا مشخص است و از طریق شستن دست ها به طریق صحیح خطر انتقال عفونت ها به حداقل می رسد. پوست طبیعی بدن با باکتری ها کلونیزه شده است. پوست بطور عمده دو نوع فلور موقت و دائم دارد. فلور موقت پوست لایه های سطحی پوست را می پوشاند و توانایی بیماریزایی بالایی دارد. در صورت تماس مستقیم پوست پرسنل با بیماران و سطوح آلوده محیطی مجاور بیمار این فلور اکتساب می گردد و اغلب عفونت های بیمارستانی ناشی از این فلور است. فلور دائم پوست (بطور عمده استافیلوکوک کواگولاز منفی، گونه های کورینه باکتریوم و گونه های میکروکوک) به لایه های عمیقتر پوست اتصال داشته و توانایی بیماریزایی کمی دارند مگر اینکه با وسیله تهاجمی به داخل بدن فرو روند. برخلاف فلور موقت، فلور دائم به سختی به طریق مکانیکی (شستن دست معمولی) از بین می رود.

برنامه کنترل عفونت:

۱. تعیین میزان عفونت های بیمارستانی
۲. بررسی و تجزیه و تحلیل علل و عوامل ایجاد کننده
۳. ارائه راهکار های اجرایی مناسب
۴. کاهش موارد عفونت بیمارستانی و بدنبال آن کاهش روز های بستری ناشی از آن
۵. پیشگیری از بروز و انتشار عوامل عفونت زا در بیمارستان

بهداشت حرفه ای

این واحد در طبقه دوم ساختمان درمانگاه بیمارستان واقع شده و شرح وظایف آن به شرح زیر می باشد:

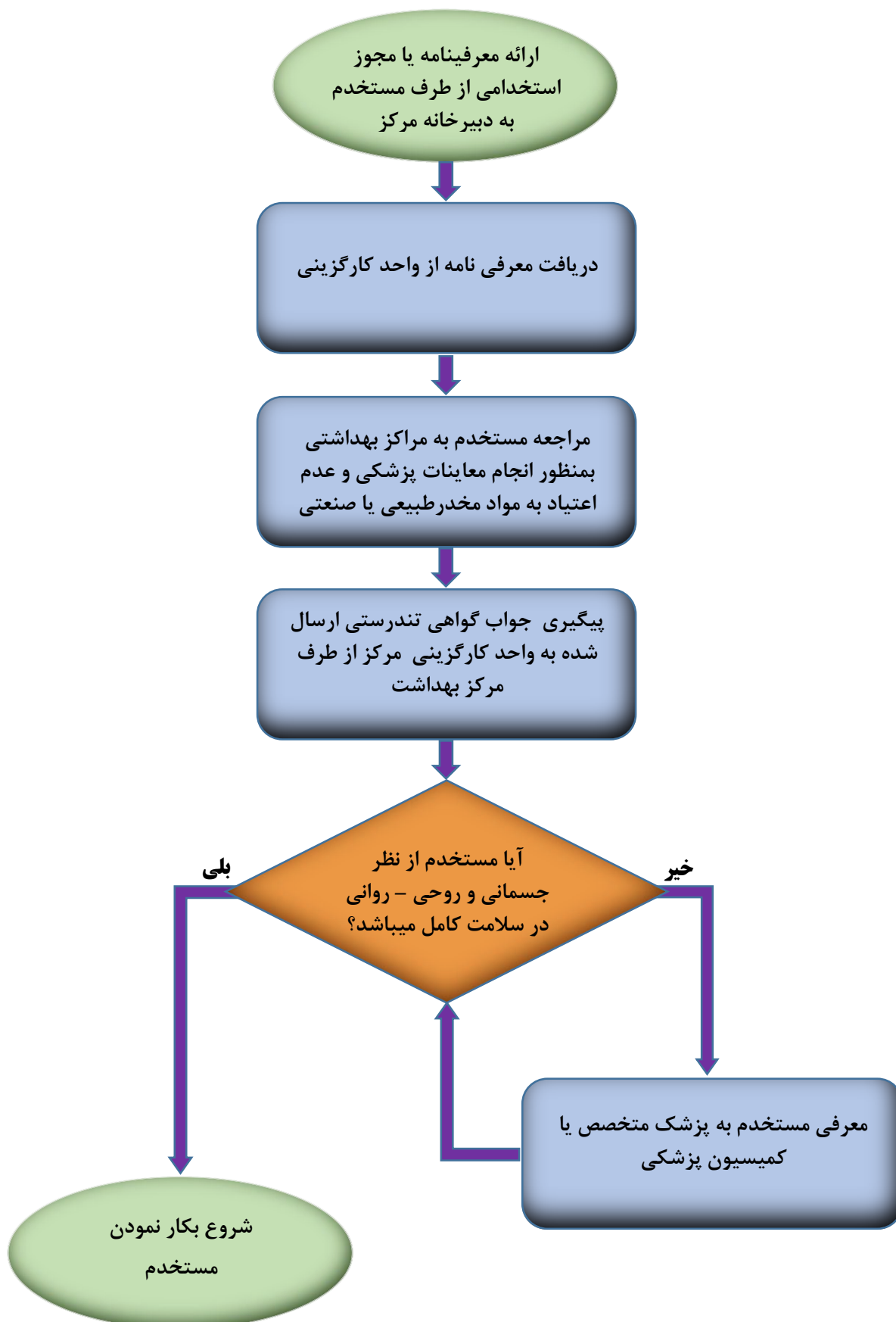
ارزیابی ریسک کلیه مشاغل، تحلیل نتایج ارزیابی (شناسایی، اندازه گیری و ارزشیابی کلیه عوامل زیان آور فیزیکی، شیمیایی، ارگونومیکی، بیولوژیکی و روانی محیط کار) و تهیه گزارش - تهیه و تعیین برنامه ها و اقدامات اصلاحی و پیشگیرانه براساس ارزیابی ریسک و معاینات شغلی انجام شده - بازدید روتین واحدها و بخش های بیمارستان براساس سطح ریسک آنها، پرکردن چک لیست مربوطه و تهیه گزارش برای واحدهای ذیربط جهت پیگیری و اجرا - برنامه ریزی و تشکیل کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار با همکاری سایر اعضای مصوب، تهیه صورتجلسه کمیته، پیگیری مصوبات، ارسال یک نسخه از صورتجلسه به مراجع قانونی شامل ادارات کار و مراکز بهداشت مربوطه - اجرای برنامه آموزشی و ارزشیابی مستمر و مصوب برای کلیه شاغلین بیمارستان با همکاری واحد آموزش - برنامه ریزی برای اجرا و نظارت برانجام معاینات شغلی (قبل از استخدام، دوره ای و اختصاصی) - تشکیل پرونده سلامت شاغلین، آنالیز نتایج معاینات شغلی و تهیه برنامه ها و اقدامات اصلاحی - تعیین اقدامات، اهداف و برنامه های اصلاحی و پیشگیرانه به منظور افزایش ایمنی پرسنل و محیط کار، کنترل و کاهش بیماری ها و حوادث شایع ناشی از کار در بیمارستان ها - نظارت بر فرآیند ثبت بررسی، آنالیز و گزارش دهی حوادث و بیماری های ناشی از کار و ارسال گزارش به مراجع ذیربط (اداره کار، تأمین اجتماعی) - تعیین و نظارت بر نصب تابلوها و علائم ایمنی و هشداردهنده و پوستره های اطلاع رسانی و آموزشی بهداشت حرفه ای در بیمارستان - تعیین نوع وسایل حفاظت فردی متناسب هر شغل براساس ارزیابی ریسک انجام شده، همکاری و نظارت بر کیفیت آنها براساس فرایند انتخاب و خرید با واحد مربوطه - آموزش و نظارت بر استفاده مستمر و نگهداری صحیح از وسایل حفاظت فردی - تهیه لیست کلیه مشاغل و پرسنل موجود در بیمارستان، شناسایی و گردآوری فرایندها و شرح وظایف به تفکیک بخش و واحدهای بیمارستانی - شناسایی و ارزیابی مواد شیمیایی موجود، تهیه برگه اطلاعات ایمنی مواد (MSDS) برای کلیه مواد شیمیایی مورد مصرف و استفاده از این برگه ها در کلیه مکان ها - آموزش کلیه موارد (MSDS) به شاغلینی که در کلیه مراحل انبار کردن، نگهداری، مصرف و دفع بهداشتی در معرض مواد شیمیایی قرار می گیرند، به منظور کنترل آلودگی محیط کار، پرسنل و محیط زیست - نظارت و ارزیابی به منظور انتخاب و عملکرد پیمانکاران (ارائه دهنده خدمات مهندسی بهداشت حرفه ای و طبکار) با واحد مربوطه در بیمارستان - برنامه ریزی برای اجرا و نظارت بر برنامه های بهداشت حرفه ای شامل:

مدیریت پسماندها، برنامه بهداشت پرتوها، ارگونومی، روشنایی، صدا، ایمنی شیمیایی، وسایل اطفاء حریق و سیستم های هشداردهنده و سایر برنامه های مرتبط با بهداشت حرفه ای که از طریق وزارت بهداشت و یا دانشگاه ابلاغ می شود.



هزاران دلیل وجود دارد که ما ایمن کار کنیم

فلوجارت فرايند معاینات کارکنان جدید الاستخدام



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. در مراکز درمانی مانند بیمارستان ها هر گونه حادثه غیر مترقبه به عنوان بحران تلقی شده و می بایست به صورت صحیح مدیریت و کنترل شده تا از تبدیل آن به فاجعه جلوگیری گردد. لذا ضروری است که هر بیمارستانی بر اساس منابع، امکانات و ویژگی های خاص خود، دارای یک ساختار مدیریت بحران و یا طرح آمادگی فوری باشد. بر این اساس ساختار مدیریت بحران در بیمارستان طالقانی مطابق با تشکیلات مدیریت بحران وزارت کشور، تشکیل گردیده که شامل یک فرمانده و چندین واحد و معاونت بوده و این اعضا علاوه بر کارهای روزمره وظیفه مدیریت بحران را در حوادث خارج و داخل بیمارستانی برعهده دارند.

استانداردهای برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستانی:

مطالعات بسیاری در زمینه محتوای برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستانی صورت گرفته است. یکی از معتبرترین استانداردهای موجود برای محتوای این برنامه استاندارد آمادگی بیمارستانی است که توسط کمیته مشترک اعتبارسنجی سازمان های ارائه خدمات سلامت (JCAHO) ارائه شده است.

براساس این استاندارد حوادث غیرمترقبه بیمارستانی باید تمهیدات لازم را در موارد زیر به کار گیرد:

- ◀ ارزیابی خطر - آسیب پذیری (Hazard Vulnerability Assessment)
- ◀ شیوه فعال شدن برنامه (Activation)
- ◀ تلفیق برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستانی با برنامه حوادث غیرمترقبه جامعه
- ◀ آگاه نمودن مسئولین خارج از بیمارستان از رخداد حادثه
- ◀ اعلام هشدار به پرسنل بیمارستان در مورد فعال شدن برنامه
- ◀ شناسایی پرسنل بیمارستان
- ◀ اسکان و نقل و انتقال پرسنل
- ◀ فراهم نمودن حمایت از خانواده پرسنل بیمارستان
- ◀ حفظ مدیریت منابع (مانند دارو، تجهیزات پزشکی، غذا، آب و ...)
- ◀ کنترل دستی، ازدحام و ترافیک بیماران
- ◀ حفظ ارتباط با رسانه ها
- ◀ جابجایی (Evacuation) و تعیین محل جایگزین برای درمان بیماران در صورت نیاز
- ◀ پیگیری بیماران و مدیریت درمان و مدارک پزشکی آنها در جریان جابجایی
- ◀ ایجاد و حفظ پشتیبانی ارتباطات و تسهیلات
- ◀ ایجاد شرایط و وسایل مقابله و قرنطینه بیماران آلوده با مواد خطرنا

- ◀ تعیین مسئولیت‌های پرسنل در جریان حوادث غیرمترقبه
- ◀ استفاده از یک ساختار فرماندهی منطبق یا ساختار فرماندهی محلی در جریان حوادث غیرمترقبه
- ◀ آموزش
- ◀ ارزیابی سالیانه برنامه و به روز نمودن آن

کمیته برنامه ریزی اجتماعی حوادث غیرمترقبه: (Community Disaster Planning Committee)

یکی از نکات مهم در طراحی برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستانی اطلاع از وجود یا عدم وجود کمیته برنامه ریزی حوادث غیرمترقبه منطقه ای یا کشوری است. چرا که بسیاری از مشکلات در ارتباط با پاسخ به حوادث غیرمترقبه از نبود هماهنگی و ارتباطات بین سازمانی ناشی می‌گردد. در صورت عدم وجود چنین کمیته ای باید برای تشکیل آن اقدام نمود. تمامی سازمان‌ها و افرادی که به نوعی با مسئله برنامه ریزی حوادث غیرمترقبه مرتبط هستند باید نماینده ای در این کمیته داشته باشند. این کمیته می‌تواند علاوه بر ایجاد و تقویت برنامه‌های آمادگی، تعدیل (Mediation)، پاسخ و بازسازی (Recovery) حوادث غیر مترقبه و افزایش همکاری و هماهنگی بین سازمانی موجب تشکیل برنامه‌های آموزشی مشترک گردد. با عضویت در چنین کمیته ای هر یک از سازمان‌ها از قوانین، سیاست‌گذاری‌ها و خط مشی‌های ملی و منطقه ای آگاهی یافته و از آنها در برنامه ریزی حوادث غیرمترقبه سازمان خود استفاده نمایند.

تعیین اهداف برنامه :

- برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستانی باید با هدف مشخص نگاشته شود. اینها مثالهایی از اهداف این برنامه هستند:
- تعیین خط مشی بیمارستان در پاسخ به هر نوع حادثه غیرمترقبه که پرسنل، بیماران، بازدیدکنندگان و یا اجتماع را تحت تاثیر خود قرار می‌دهد.
 - تعیین مسئولیت‌های افراد و بخش‌های بیمارستان در هنگام وقوع حوادث غیرمترقبه
 - تهیه گایدلاین‌های استاندارد و عملی برای پاسخ بیمارستان به حوادث غیرمترقبه

موقعیت‌های بروز حادثه (Situation) :

هر مرکز مراقبت پزشکی و از جمله بیمارستان‌ها باید برای پاسخ در مقابل دو موقعیت غیرمترقبه عمده آمادگی لازم را داشته باشند این دو موقعیت عبارتند از:

۱- حوادث غیرمترقبه خارجی (External Disasters) : طبق تعریف به حوادثی اطلاق می‌گردد که از خارج از فضای فیزیکی بیمارستان منشاء می‌گیرند و با ایجاد تعداد زیاد بیماران موجب توقف عملکرد طبیعی بیمارستان می‌شوند. مثال‌هایی از حوادث غیرمترقبه خارجی عبارتند: ازسیل، نشت مواد مضر، آتش سوزی وسیع، مواجهه با پرتو رادیواکتیو، حوادث با تلفات متعدد، هر اتفاقی که خارج از بیمارستان رخ داده و تعدادی از بیماران را ایجاد نماید که به هر دلیلی از توان پاسخگویی بیمارستان خارج است.

۲- حوادث غیرمترقبه داخلی (Internal Disasters): بر طبق تعریف هر حادثه ای است که در فضای فیزیکی بیمارستان رخ دهد و تهدیدی از نوع بیماری، جراحی و یا تخریب به بیمارستان، بیماران، پرسنل و بازدیدکنندگان وارد نماید. نمونه‌هایی از حوادث غیرمترقبه داخلی در زیر آورده شده است: بمب گذاری، گروگان گیری قطع ارتباطات، قطع برق یا آب آتش سوزی، مواد مضر/ پرتوهای رادیواکتیو، نقص سیستم گرمایشی، قطع گازهای درمانی، قطع سیستم HIS

موقعیت وقوع حوادث غیرمترقبه بیمارستانی را می‌توان براساس شدت و میزان تاثیر بر بیمارستان تقسیم بندی کرد. بر این اساس پنج موقعیت قابل تصور است که عبارتند از:

۱. حوادث غیرمترقبه داخلی: مانند آتش سوزی، انفجار، نشت یا آزاد شدن مواد مضر
۲. حوادث غیرمترقبه خارجی جزئی: تعداد محدودی مصدوم ایجاد می‌کند
۳. حوادث غیرمترقبه خارجی عمده: تعداد زیادی مصدوم ایجاد می‌کند
۴. تهدیدات ناشی از حوادث غیرمترقبه متوجه بیمارستان یا جامعه می‌باشد: مانند آتش سوزی در نزدیکی بیمارستان و طوفان، سیل یا انفجار قریب الوقوع
۵. حوادث غیرمترقبه ای که در منطقه ای دیگر رخ می‌دهد

مراحل اجرایی برنامه حوادث غیر مترقبه:

تهیه برنامه (Preparation phase): شامل ایجاد و پیاده کردن برنامه می‌باشد و مهم ترین مباحث مطرح در آن عبارتند از:

- ✓ مرحله آمادگی (Preparation phase)
- ✓ مرحله اعلام خطر (Alert Phase)
- ✓ مرحله پاسخ اورژانس (Emergency Response Phase)
- ✓ مرحله توقف برنامه (Termination Phase) و ارزیابی بعد از حادثه

ایجاد کمیته حوادث غیرمترقبه بیمارستانی:

هر بیمارستان باید کمیته حوادث غیرمترقبه را با هدف تهیه، توزیع، پیگیری و به روز کردن برنامه حوادث غیرمترقبه تشکیل دهد. این کمیته همچنین مسئولیت آموزش پرسنل و هماهنگی با دیگر سازمان‌های دخیل در بخش سلامت را بر عهده دارد. ترکیب ثابتی برای اعضای کمیته حوادث غیرمترقبه بیمارستان وجود ندارد لذا در این بیمارستان بر اساس تصمیمات اتخاذ شده مسئولین زیر و یا نمایندگان آنها در ترکیب این کمیته حضور دارند:

- ریاست بیمارستان
- مدیر بیمارستان
- مدیر خدمات پرستاری
- مسئول بهبود کیفیت

- مسئول کمیته های بیمارستانی
- مسئول بهداشت محیط و حرفه ای
- کارشناس ایمنی بیمار
- مسئول تجهیزات پزشکی
- کارشناس کنترل عفونت
- مسئول تأسیسات
- سرپرستار اورژانس
- کارشناس مدیریت خطر

جلسات کمیته حوادث غیرمترقبه بیمارستانی به صورت فصلی برگزار شود. مباحث مطروحه در جلسه باید مکتوب شده و اهم آنها به اطلاع تمام پرسنل بیمارستان برسد. این کمیته باید مصوبات خود را در قالب پیشنهادات معین به کمیته اجرایی بیمارستان ارائه نموده و پیاده شدن آنها را پیگیری نماید. برقراری ارتباط با دیگر مؤسسات فعال در بخش سلامت و همکاری و هماهنگی با آنها از وظایف این کمیته است. بیمارستان باید از ظرفیت عملکرد دیگر بیمارستانها و مؤسسات از جمله پلیس، آتش نشانی، EMS و مؤسسات داوطلب مطلع باشد. برنامه بیمارستانی حوادث غیرمترقبه باید بتواند در هماهنگی با دیگر مؤسسات پاسخ بیمارستان را هدایت نماید.

تعیین زنجیره مسئولیت حوادث غیرمترقبه:

فردی که مسئولیت اعلام خطر و اجرای برنامه حوادث غیرمترقبه را بر عهده دارد باید از قبل مشخص گردد. این فرد که به عنوان فرمانده حادثه (Incident Commander) انتخاب می گردد، دارای مسئولیت مشخص می باشد و از بین با سابقه ترین و مجرب ترین افراد موظف در بیمارستان برگزیده می شود. این فرد به طور مستقیم در فرآیندهای اجرایی و درمانی بیمارستان دخالت ندارد تا بتواند فرماندهی و هماهنگی تمامی واحدهای بیمارستان را انجام دهد. این فرد وظیفه تقسیم مسئولیتها را در مرکز فرماندهی حوادث بیمارستان بر عهده دارد. همانطور که بعداً اشاره خواهد شد وظیفه اعلام خطر و هشدار به پرسنل و اعلام اتمام پاسخ بیمارستان نیز بر عهده این فرد می باشد. در مواردی که فرد یا افرادی از پیش تعیین شده در دسترس نباشند افراد زیر به ترتیب مسئولیت فرماندهی پاسخ بیمارستان را بر عهده می گیرند. (این مسئولیتها برحسب موقعیت و نوع بیمارستان قابل تغییر هستند و توسط کمیته حوادث غیرمترقبه بیمارستانی تعیین می شوند)

- رئیس بیمارستان
- مدیر بیمارستان
- مترون بیمارستان
- سوپروایزر مسئول در هنگام وقوع حادثه
- ریاست اورژانس بیمارستان

تعیین مرکز عملیات اضطراری (Incident Command Center): مسئولین حوادث غیرمترقبه بیمارستان

در مرکز عملیات اضطراری بیمارستان گرد هم می‌آیند. این مرکز محلی از پیش تعیین شده در محل امنی از بیمارستان می‌باشد که حداکثر امکانات ارتباطی با دیگر بخش‌های بیمارستان و واحدهای خارج از آن را دارد. مرکز عملیات اضطراری بیمارستان به طور خاص باید با مسئولین بخش پذیرش بیماران، بخش اورژانس، بخش‌های داخلی و جراحی، آزمایشگاه‌ها، داروخانه، بانک خون، مدارک پزشکی، امنیت (حراست)، خدمات عمومی بیمارستان در ارتباط باشد. در ضمن این مرکز باید با دیگر بیمارستان‌های منطقه و نیز کمیته محلی دفاع شهری ارتباط داشته و هماهنگی‌های لازم را صورت دهد.

تعیین علائم و نشانه‌ها (signs): بیمارستان باید دیاگرام‌های مربوط به ساختمان و علائم خروجی‌های اضطراری

برای جابجایی بیماران را به طور واضح تهیه و در محل‌های مناسب نصب نماید. علائم ترافیکی برای ماشین‌ها و آمبولانس‌ها نیز باید در محل‌های قابل رؤیت نصب شوند.

فراهم کردن ذخایر دارویی و تجهیزات پزشکی: تمام بیمارستانها باید ذخیره ای از داروهای ضروری (Essential Drugs) و تجهیزات پزشکی مورد نیاز برای حوادث غیرمترقبه گسترده را تهیه نمایند. این ذخایر باید بصورت دوره ای بازرسی شده و در صورت اتمام تاریخ مصرف داروها جایگزین شوند. این ذخایر باید شامل خون کامل (Whole Blood) و ابزار مورد نیاز برای جراحی عمومی، سوختگی‌ها و جراحی‌های ارتوپدی باشد.

برقراری ارتباط داخلی و خارجی: ارتباطات نقش حیاتی در جریان حوادث غیر مترقبه دارند و بیمارستان باید

سیستم‌های جایگزین ارتباطی را در اختیار داشته باشد تا در صورت بروز مشکل بتواند از آنها استفاده نماید. سیستم ارتباطی داخلی بین بخش‌های مختلف بیمارستان باید برقرار شود. بلندگوها، خطوط تلفن داخلی (بی سیم رادیویی دوسویه) از دیگر ابزارهای ارتباطی جایگزین محسوب می‌شوند. در ضمن وسایل ارتباطی برای فراخوانی پرسنلی که در حال انجام وظیفه نیستند نیز باید مدنظر قرار گیرد. در این مورد می‌توان برنامه از پیش تعیین شده ای را اجرا نمود تا هر فرد پس از اطلاع از بروز حادثه دو یا سه نفر از همکاران نزدیک به خود را آگاه نماید.

فراهم کردن منابع جایگزین برای آب، برق و سوخت: هر چند چنین منابعی باید به هنگام ساخت بیمارستان

در نظر گرفته شده باشند ولی تجربه نشان می‌دهد که برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستان باید برای فراهم کردن این منابع جایگزین در جریان حوادث غیرمترقبه اقدامی جدی انجام دهد.

هر بیمارستان باید فهرست کاملی از تعداد آمبولانس‌ها، واحدهای سیار و دیگر وسایل نقلیه در خدمت خود را که قادر به ارائه خدمات مؤثر هستند بصورت دوره ای تهیه نماید چرا که این مسئله بر ظرفیت پاسخ دهی بیمارستان تأثیر مستقیم دارد. برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستان باید به طور واضح اولویت استفاده از این وسایل نقلیه، تخصیص سوخت به آنها و افراد مسئول در قبال هر یک را مشخص نماید. از وسایلی که برای جابجایی بیماران مورد استفاده قرار می‌گیرند مانند برانکاردر، صندلی چرخدار، باید فهرست تهیه شود و محل نگهداری و انبار شدن آنها دقیقاً معلوم گردد.

تهیه و توزیع کتابچه‌ها و دستورالعمل‌های اجرایی: نیروهای اجرایی برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستانی و رؤسای بخش‌های بیمارستان باید کتابچه‌های خاصی برای هر بخش و مسائل ویژه آن در جریان پاسخ به حوادث غیرمترقبه داشته باشند. این کتابچه‌ها باید حاوی دستورالعمل‌های واضح و قابل اجرا برای تعیین افراد مسئول، سلسله مراتب فرماندهی، جانسین‌های مسئولین و ارتباط با دیگر بخش‌ها باشند. این دستورالعمل‌ها می‌تواند بصورت کارتهای معینی در تمام اتاق‌های بیمارستان تعبیه شود و چگونگی فعال نمودن زنگ خطر آتش سوزی، استفاده از وسایل اطفای حریق و شیوه تخلیه بیمارستان را به افراد نشان دهند.

آموزش پرسنل: هیچ برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستانی نمی‌تواند مؤثر واقع شود مگر اینکه مشارکت کامل پرسنل را به همراه داشته باشد. آموزش مداوم پرسنل باید حاوی تمامی اجزای برنامه بویژه نقش و مسئولیت‌های خاص افراد در موقعیت‌های اضطراری باشد. برگزاری مانورها حداقل بصورت سالانه می‌تواند در ارزیابی و ارتقاء کیفیت برنامه به کمیته حوادث غیرمترقبه کمک کند.

مرحله اعلام خطر (Alert Phase): این مرحله شامل هشدار (Notification) به پرسنل، آماده شدن برای فعالیت‌های قریب الوقوع، توسعه ظرفیت پاسخ‌دهی بیمارستان، سازماندهی بخش پذیرش بیماران، اطمینان از نقل و انتقال امن آنها و فراهم آوردن اطلاعات لازم برای پاسخ مناسب می‌باشد. مهمترین فعالیت‌هایی که باید در این مرحله مدنظر قرار گیرند عبارتند از:

هشدار حوادث غیرمترقبه: هشدار در مورد حوادث غیرمترقبه می‌تواند از طریق منابع متعددی مانند پلیس، آتش‌نشانی، بخش اورژانس، سیستم EMS و یا افراد به بیمارستان برسد. کاربر یا فرد دریافت‌کننده هشدار باید اطلاعات زیر را در این رابطه تقاضا نماید:

- ۱) نام و سازمان متبوع فرد هشدار دهنده
- ۲) شماره تلفن تماس فرد یا سازمان مربوطه
- ۳) تشریح موقعیت حادثه غیرمترقبه طبیعت (Nature)، شدت (Magnitude)، محل (Location) و زمان (time)
- ۴) برآوردی از تعداد بیماران (در صورت امکان تعداد بیماران تریاژ شده با برچسب‌های قرمز، زرد، سبز، تعداد سوختگی‌ها، تعداد بیماران دچار آلودگی با مواد مضر)
- ۵) برآورد زمانی تا شروع انتقال بیماران از محل حادثه
- ۶) برآورد زمانی برای رسیدن مجروحین به بیمارستان

واحد تلفن مرکزی (switchboard) باید هشدار دریافت شده را سریعاً به مهم‌ترین فرد مسئول در بیمارستان منتقل نماید. سپس وی اقدام مقتضی را در جهت فعال شدن مرکز عملیات اضطراری انجام می‌دهد.

ارزیابی شدت حادثه غیرمترقبه (Assessment of Disaster Servery):

یکی از اولین وظایف بالاترین مسئول فرماندهی حوادث غیرمترقبه بیمارستان پیش از فعال شدن برنامه که مرحله بعدی پاسخ بیمارستان می باشد تصمیم گیری سریع در مورد شدت حادثه براساس داده های اولیه می باشد. عواملی که می تواند فرد مسئول را در این تصمیم گیری یاری نماید عبارتند از:

- ۱) برآوردی از تعداد بیماران
 - ۲) برآوردی از شدت جراحی و بیماری آنها
 - ۳) وضعیت کنونی فعالیت دپارتمان اورژانس
 - ۴) وضعیت کنونی پرسنل (تعداد و ترکیب) دپارتمان اورژانس
 - ۵) سرشماری تعداد بیماران و پرسنل بیمارستان
 - ۶) وضعیت کنونی پرسنل ICU و اتاق عمل
 - ۷) نیاز بیماران حادثه دیده به خدمات تخصصی مانند آلودگی با مواد مضر، مواجهه با پرتوهای رادیواکتیو
 - ۸) شرایط ویژه بیمارستان مانند بیمارستان تخلیه شده
- حوادث غیرمترقبه مختلف سطوح آمادگی و پاسخ متفاوت بیمارستان را می طلبند. بر پایه ارزیابی فوق سطح فعال شدن برنامه (Levels of Plan Activation) توسط مسئول فرماندهی بیمارستان تعیین می گردد که می تواند پس از فعال شدن مرکز عملیات اضطراری بیمارستان با دریافت اطلاعات دقیقتر به اصلاح تصمیم خود مبادرت نماید.

عملیات واحد تلفن مرکزی بیمارستان: واحد تلفن مرکزی بیمارستان بلافاصله پس از انتقال هشدار حوادث غیرمترقبه باید برنامه ارتباطات داخلی و خارجی بیمارستان را اجرا نماید. خطوط تلفن باید برای تماس های اضطراری آزاد باشند و تماس های خارج از بیمارستان در اختیار این مرکز قرار می گیرد. برای ارتقاء خدمات ارتباطی توصیه می شود تماس های تلفنی براساس اولویت به سه دسته زیر تقسیم شوند:

- ۱) تماس هایی که در ارتباط با حادثه غیرمترقبه می باشند.
- ۲) تماس هایی که از طرف مطبوعات برای دریافت اطلاعات انجام می شود.
- ۳) تماس هایی که از طرف بستگان بیماران انجام می گیرد.

سازماندهی فضای پذیرش بیماران: (Area Patient Incoming)

فرد مسئول تریاژ (جراح) باید فضای پذیرش بیماران را براساس طبیعت حادثه غیرمترقبه و برآورد تعداد مددجویانی که به مداوا نیاز خواهند داشت سازماندهی نماید. یک یا چند محل فیزیکی باید برای دریافت بیماران مد نظر قرار گیرد. اقداماتی مانند ترخیص انتخابی بیماران بستری، به تعویق انداختن اعمال جراحی الکتیو و قطع ویزیت سرپایی بیماران باید برای توسعه ظرفیت پذیرش بیمارستان مدنظر قرار گیرد. در این بخش بیماران پس از انجام تریاژ برحسب نیاز به درمان، بستری شدن، ترخیص و یا ارجاع به واحدهای دیگر انتقال می یابند.

مشخص نمودن پرسنل: تمامی پرسنلی که در فضای پذیرش بیماران و نیز در بخش های کلیدی بیمارستان مشغول به فعالیت هستند باید برای سازماندهی و همچنین حفظ امنیت از یونیفرمها و یا علائم متحدالشکلی استفاده کنند. اعضای کمیته حوادث غیرمترقبه بیمارستان، جراح مسئول تریاژ و پرسنل کلیدی حتماً باید از بازوبند یا آرم مشخص استفاده کنند.

تخصیص منابع به فضای پذیرش بیماران: توزیع و سازماندهی منابع مناسب در فضای محل پذیرش بیماران برای پاسخ مؤثر این واحد لازم است. پرسنل باید در تیم هایی متشکل از یک جراح، یک پزشک داخلی، یک پرستار و دو نفر بهیار سازماندهی شوند. ترکیب این تیم ها به پرسنل موجود بیمارستان بستگی دارد و قابل تغییر است.

آماده سازی لوازم و تجهیزات پزشکی: لوازم پزشکی و تجهیزات پایه باید در جعبه ای با برچسب مشخص قرار گیرند تا انتقال آنها را به فضای پذیرش بیمارستان تسهیل نماید. محتویات این جعبه ها می تواند شامل تجهیزات اولیه تنفسی و کپسول های اکسیژن، وسایل پانسمان و مایعات ضد عفونی کننده، داروهای اورژانس، وسایل اولیه جراحی، مایعات داخل وریدی، وسایل گچ گیری و آتل گذاری، فرمها، برچسب های تریاژ، کارت های تشخیص هویت و تجهیزات اداری دیگر باشد. فضای پذیرش بیماران باید طوری طراحی شود که امکان استفاده از دستگاه عکسبرداری سیار اشعه X و وسایل جراحی و بیهوشی را فراهم نماید. در مرکز فضای پذیرش بیماران باید محلی برای قرارگیری برانکاردها و صندلی های چرخ دار در نظر گرفته شود.

آماده سازی بخش جراحی: در جریان مرحله هشدار حوادث غیرمترقبه اتاق عمل جراحی بیمارستان باید آمادگی های لازم را فراهم نماید. تمامی اعمال جراحی غیراورژانس باید کنسل شوند و اتاق ریکاوری باید به سرعت آماده شوند. بخش جراحی باید پرسنل ذخیره خود را به نحوی سازماندهی کند که امکان فعالیت ۲۴ ساعته را داشته باشد. ریاست بخش جراحی باید از وجود تعداد کافی گان ها و پوشش های اتاق عمل و وسایل استریل جراحی برای اعمال جراحی مورد نیاز اطمینان یابد.

آماده سازی بخش اورژانس: معمولاً ریاست بخش اورژانس فرد مسئول تریاژ و سازماندهی فضای پذیرش بیماران است. پرسنل بخش اورژانس با سازماندهی در تیم های اضطراری به انجام تریاژ و خدمات اورژانس می پردازند. در جریان مرحله اعلام خطر بخش اورژانس فعالیت عادی خود را متوقف نموده، اولویت درمان بیماران پذیرش شده قبلی را تعیین کرده، اتاق انتظار بخش را تخلیه می نماید و پرسنل بخش جعبه های حاوی تجهیزات و لوازم پزشکی را به فضای پذیرش بیماران منتقل می کنند. پس از هشدار حوادث غیرمترقبه ریاست بخش اورژانس باید تماس و هماهنگی نزدیک با دیگر بخش های بیمارستان بویژه مرکز عملیات اضطراری، بخش جراحی و بخش امنیت (حراست) داشته باشد.

آماده سازی سیستم پرستاری بیمارستان: پرستاران و بهیاران نه تنها نقش مهمی را در رابطه مستقیم با بیماران ایفا می کنند بلکه به علت آشنایی بیشتر با خدمات ارائه شده، گردش کار بخش ها و محل قرارگیری تجهیزات و منابع می توانند در پیاده شدن برنامه حوادث غیرمترقبه بسیار مؤثر باشند. پرستاران باید در زمینه اجزا و فرایندهای برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستان و مراقبت از بیماران آسیب دیده در جریان حوادث غیرمترقبه آموزش های خاص دیده باشند.

آماده سازی بخشهای پاراکلینیک: داروخانه، آزمایشگاه، بانک خون و رادیولوژی باید فعالیت عادی خود را متوقف نموده و مواد و تجهیزات لازم جهت فعالیت ۲۴ ساعته را فراهم نمایند. داروخانه باید امکان پشتیبانی دارویی و تجهیزاتی خدمات اورژانس بیمارستان را در جریان حادثه غیرمترقبه با استفاده از ذخایر بیمارستان فراهم نماید و فهرست اقلام توزیع شده را نگهداری کند. آزمایشگاه فقط باید آزمایشات بسیار اورژانس را انجام دهد. نقش اصلی آزمایشگاه در جریان حادثه غیرمترقبه تعیین گروه خونی و RH و آماده کردن واحدهای خون برای تزریق می باشد. ریاست بخش رادیولوژی باید از حضور تعداد پرسنل و تکنسین های کافی جهت انجام خدمات ثابت و سیار تصویربرداری اطمینان یابد.

آماده سازی بخش های اداری: نقش های اصلی بخش اداری بیمارستان در جریان حوادث غیرمترقبه عبارتند از حمایت از بخش های پاراکلینیک، اطمینان از حضور افراد در پست های مسئولیتی، تسهیل مسائل مالی و اقتصادی و فراهم کردن امکانات رفاهی و تغذیه ای، هماهنگی در زمینه مسائل مرتبط با بیمه و دیگر هزینه های بیماران باید توسط این واحد تسهیل شود.

آمادگی واحد امنیت (حراست) بیمارستان: نقش واحد حراست بیمارستان در جریان حادثه غیرمترقبه نه تنها حفظ امنیت داخل و اطراف بیمارستان است بلکه مسئولیت کنترل ترافیک منتهی به بیمارستان جهت دسترسی مناسب آمبولانس های حاوی مجروحین به فضای پذیرش بیماران نیز بر عهده این واحد است. حفاظت از تأسیسات حیاتی بیمارستان و سیستم های ارتباطی آن نیز بر عهده واحد حراست می باشد. این واحد ارتباط نزدیکی با مرکز عملیات اضطراری و بخش اورژانس بیمارستان دارد. در صورت ناکافی بودن پرسنل این واحد باید برای انجام مسئولیت خود از پلیس درخواست کمک نماید.

آمادگی واحد ارتباط مردمی و ارتباط با مطبوعات: تقاضای متعدد مردم، بستگان قربانیان و نمایندگان مطبوعات برای دریافت اطلاعات گاهاً فعالیت بیمارستان را دچار اختلال می کند. برای ساماندهی امر اطلاع رسانی برنامه حوادث غیرمترقبه باید دو اتاق مجزا را یکی برای مردم و بستگان قربانیان و یکی را برای نمایندگان مطبوعات در

نظر بگیرید. اتاق اطلاع رسانی به مطبوعات حتماً باید از بخش درمانی بیمارستانی فاصله داشته باشد. واحد ارتباطات مردمی می‌تواند اطلاعات را از طریق بولتن‌های ساده ای تهیه و توزیع نماید.

آمادگی خدمات عمومی بیمارستان: بخش‌های نگهداری (Maintenance)، لاندری، استریلیزاسیون، آشپزخانه و دیگر خدمات باید خود را برای پاسخ دهی به نیازهای ایجاد شده در جریان حادثه غیرمترقبه آماده کنند. عدم ایجاد آمادگی و هماهنگی این واحدها ممکن است کارایی کلی بیمارستان را کاهش دهد. هماهنگی لازم جهت حضور پرسنل ذخیره برای ارائه مستمر این خدمات باید صورت گیرد.

مرحله پاسخ اورژانس (Phase Response Emergency): فعال شدن برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستانی براساس شدت حادثه غیرمترقبه در این مرحله اتفاق می‌افتد. در واقع در این مرحله با استفاده از آمادگی‌های ایجاد شده در مرحله اعلام خطر برنامه حوادث غیرمترقبه فعال و پاسخ بیمارستان را هدایت می‌کند. همانطور که اشاره شده شیوه پاسخ بیمارستان به سطح فعال شدن برنامه بستگی دارد. برای مثال در حوادث غیرمترقبه سطح ۱ تغییرات عمده در پرسنل بیمارستان رخ نمی‌دهد حال آنکه در حوادث سطح ۳ چینش و فعالیت‌های آنها بطور کلی تغییر می‌یابد. مسائل مهمی که در این مرحله پیش روی مجریان برنامه قرار دارد عبارتند از:

الف) تریاژ در بدو ورود بیماران به بیمارستان: بیماران ممکن است توسط آمبولانس، وسایل نقلیه شخصی و یا با پای خود به بیمارستان مراجعه نمایند. و یا ممکن است قبلاً در محل حادثه تریاژ شده و با برچسب‌های معین به بیمارستان انتقال یابند. در تمام این موارد تیم‌های تریاژ بیمارستان که بیماران را در بدو ورود به فضای پذیرش بیمارستان دریافت می‌کنند باید سریعاً وضعیت بیمار را مورد ارزیابی مجدد قرار داده و در صورت نیاز برچسب‌های تریاژ آنها را تغییر دهند. تریاژ در بدو ورود به بیمارستان حتی الامکان باید توسط یک جراح یا فرد آموزش دیده انجام گیرد. فضای پذیرش بیماران باید تنها مجرای ورود بیمار به بیمارستان باشد.

ب) تشخیص هویت و ثبت اطلاعات: برنامه حوادث غیرمترقبه باید مکانیسمی را جهت تشخیص هویت و ثبت دقیق اطلاعات بیماران در شرایط اضطراری تعیین نماید چرا که ازدحام بیش از اندازه بیماران در چنین وضعیتی ممکن است باعث سهل انگاری یا نقص در ثبت و نگهداری اطلاعات مربوط به بیماران شود. فرم‌های ثبت اطلاعات، کارت‌های تشخیص هویت و کارت‌های تریاژ باید تهیه و در دسترس باشد. این فرمها که برای مستندسازی سابقه بالینی و درمان‌های دریافتی بیمار مورد استفاده قرار می‌گیرند باید جهت جمع‌آوری ضروری‌ترین اطلاعات طراحی شده باشد. کارت‌های تریاژ از هر سیستمی که تبعیت نمایند باید برای پرسنل بیمارستان مفهوم و شناخته شده باشند.

ج) فضاهای درمانی بیمارستان: بیمارستان باید فضاهای بستری و درمان بیماران را براساس اولویت درمانی آنها از پیش تعیین نماید. اکثر بیمارستانها جهت تعیین اولویت درمانی از همان برچسب‌های رنگی تریاژ استفاده می‌کنند. رنگ قرمز به معنی بیمارانی که به توجه فوری نیازمندند، رنگ زرد به معنی آنهایی که آسیب جدی دارند ولی به توجه فوری نیاز ندارند، رنگ سبز به معنی بیمارانی که مرگ آنها مسجل شده است. علاوه بر سیستم اولویت بندی

رنگی باید فضاهایی که برای هر دسته از بیماران مشخص شده است باید با نوارهای رنگی مشخص شود تا گردش بیماران بین بخش های درمانی، بستری و اتاق عمل را تسهیل نماید. ارائه خدمات بیماران در هر یک از این بخش ها باید در حداقل زمان ممکن انجام گیرد.

د) سیستم ارجاع بیماران: با وجود اینکه بیمارستان باید تمام تلاش خود را برای توسعه ظرفیت درمانی و پذیرش قربانیان حادثه غیرمترقبه انجام دهد در بسیاری از موارد بیماران به مراقبت های تخصصی و فوق تخصصی نیازمندند که امکانات و تخصص لازم برای آنها در بیمارستان موجود نیست. در چنین مواردی ارجاع بیمار به مراکز درمانی دیگر باید مدنظر قرار گیرد. ارتباط نزدیک بیمارستان ها در جریان حوادث غیرمترقبه و شبکه قوی نقل و انتقال بیمار می تواند این امر را تسهیل نماید.

ر) نگهداری و تشخیص اجساد: بخش پاتولوژی مسئول سازماندهی تشخیص هویت بیمارستان می باشد. در صورت وجود واحد یا بخش پزشکی قانونی بیمارستان این واحد را ساا این مسئولیت را بر عهده می گیرد. در صورتیکه سردخانه بیمارستان ظرفیت پذیرش اجساد را نداشته باشد باید محل موقتی برای نگهداری آنها در نظر گرفته شود. در صورتیکه امکانات تخصصی و تجهیزات لازم برای تشخیص هویت قربانیان در اختیار نباشد بخش پاتولوژی بیمارستان باید از بیمارستان های تابعه یا پلیس درخواست کمک نماید.

برنامه های حوادث غیرمترقبه خاص: برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستان باید دارای برنامه های مکمل برای موقعیت های خاص چون آتش سوزی، پرتوهای رادیواکتیو، مسمومیت های دسته جمعی، آلودگی با مواد مضر و... باشد. **مرحله توقف برنامه و ارزیابی بعد از حادثه غیرمترقبه (Termination Phase):** فرمانده حادثه غیرمترقبه از طرف مرکز عملیات اضطراری بیمارستان تمام بخش ها و پرسنل را در جریان به اتمام رساندن و توقف اجرای برنامه قرار می دهد. این امر از طریق واحد تلفن مرکزی یا سیستم ارتباط داخلی بیمارستان انجام می گیرد. پس از توقف برنامه فعالیت بیمارستان باید به حالت عادی بازگردد. تمامی مسئولین و رؤسای بخش های بیمارستان باید گزارشی از جنبه های مثبت و منفی فعالیت خود را به کمیته حوادث غیرمترقبه بیمارستان ارائه دهند. در نهایت این کمیته باید جلسه ای را با حضور افراد مسئول جهت نقد و بررسی پاسخ کلی بیمارستان تشکیل دهد. این جلسه باید شیوه های تصحیح و ارتقاء برنامه را مدنظر قرار دهد.

مدیریت خطر و ایمنی بیمار (safety patient & Risk management)

مدیریت خطر (ریسک):

شناسایی، بررسی، تجزیه و تحلیل، و ارزیابی خطرات و انتخاب با صرفه ترین روش تصحیح کاهش یا حذف خطرات قابل شناسایی

تحلیل ریشه ای وقایع: (RCA: root cause analysis)

یک تکنیک است برای درک سیستماتیک علت وقوع یک حادثه که فراتر از درگیر کردن شخص یا اشخاص بوده و علل زمینه‌ای و محیطی که حادثه در آن رخ می‌دهد را نیز در برمی‌گیرد.

فرایند تجزیه و تحلیل علت ریشه ای:

تشکیل تیم، تعریف رویداد (حادثه)، جمع آوری و نگاشت (بازنمایی) اطلاعات، شناسایی مسائل، تحلیل اطلاعات، ارائه راه حل ها

دلایل پیدایش خطاهای پزشکی:

۱- مشکلات اساسی در مراقبت‌های پزشکی ۲- خطاهای فردی پزشک ۳- خطاهای بیمار ۴- خطاهای آزمایشگاه و پاتولوژی ۵- خطاهای صنایع دارویی مثلاً" داروهایی با شکل مشابه و تلفظ مشابه ۶- اشتباهات دارویی

یادگیری از خطاها:

یک جزء اساسی برای ارتقای ایمنی بیمار، گزارش حوادث است. گزارش حوادث به تنهایی ایمنی بیمار را ارتقا نمی‌بخشد، بلکه یادگیری از خطاهاست که امری اساسی است. جهت شناسایی خطاها، روش‌های مختلفی وجود دارد. این روش‌ها می‌تواند شامل: بررسی پرونده‌ها، گزارش دهی خطاها، استفاده از تجربیات بیماران، بررسی شاخص‌های ایمنی بیمار، بررسی شکایات و نتایج رضایتمندی بیماران باشد. یکی از روش‌های شناسایی خطا همان گزارش دهی خطاها است که باید ارتباط آن با سطوح بالاتر، تعریف شود.

نظام گزارش دهی خطاهای پزشکی در بیمارستان طالقانی

خطای تشخیصی، درمانی، دارویی، پزشکی و پرستاری و.... در صورت انجام یک پروسیجر خطا، یا مشاهده خطا و یا اطلاع از وقوع خطا در فرم تنظیم شده به همین منظور توسط کادر درمانی ثبت شده و در صندوق جمع آوری خطاهای پزشکی انداخته می‌شود. خطاهای جمع آوری شده در توسط مسئول مربوطه دسته بندی و آنالیز شده و بعد از طرح در کمیته مربوطه جهت انجام مداخلات تصمیم گیری خواهد شد. گزارش خطا بدون ذکر نام و مشخصات فرد یا افراد عامل انجام دهنده خطا می‌باشد.

ایمنی بیمار:

تعریف ایمنی بیمار از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت، اجتناب از آسیب‌های بی‌مورد یا بالقوه مرتبط با خدمات مراقبت سلامت است. بررسی‌ها نشان داده است که خدمات درمانی یکی از پرخطرترین فعالیت‌ها در عرصه خدمات هستند. با توجه به حجم استفاده کنندگان از این خدمات، به طور سمبلیک تلفات روزانه ناشی از وقایع ناخواسته در حیطه درمان معادل سقوط یک جت بوئینگ ۷۴۷ پر از مسافر در هر ۳۶ ساعت (با تطبیق بر گزارش مؤسسه پزشکی آمریکا) تخمین زده می‌شود. همواره باید مد نظر داشت که هر فردی که خطایی از او به عنوان آخرین حلقه زنجیره خطا و لبه تیز آن سر زده الزاماً فرد بدی نیست.

شاخص‌های ایمنی بیمار:

در کشور ما براساس نظر خبرگان ۱۵ شاخص به عنوان شاخص‌های کشوری ایمنی بیمار برگزیده شده اند که عبارتند از:

۱ - سقوط بیمار ۲- زخم بستر (زخم فشاری) ۳- عفونت‌های مکتسبه بیمارستانی ۴- عوارض بیهوشی ۵- عوارض انتقال خون ۶- بازشدن زخم بعد از عمل جراحی ۷- خونریزی یا هماتوم بعد از عمل ۸- جا ماندن اجسام خارجی طی اعمال جراحی ۹- پارگی یا بریدگی اتفاقی ۱۰- مرگ به دنبال زایمان ۱۱- آمبولی ریه یا ترومبوز ورید عمقی به دنبال جراحی ۱۲- عفونت محل عمل جراحی ۱۳- مرگ به دنبال انفارکتوس قلبی یا عمل جراحی پیوند عروق کرونر ۱۴- ترومای به نوزاد حین تولد ۱۵- ترومای زایمانی شامل: زایمان طبیعی بدون وسیله و زایمان طبیعی با وسیله

با توجه به نقش مهم کارکنان در حصول به ایمنی بیمار و جلوگیری از بروز مخاطره برای بیماران، از سوی مؤسسه ارتقاء سلامت آمریکا نیز ۵ رفتار حیاتی برای ارتقاء ایمنی بیمار توصیه شده است.

۱. از پروتکل‌های مکتوب ایمنی تبعیت کنید.
۲. در مواقعی که احساس نگرانی از احتمال بروز خطا دارید دغدغه خود را بیان کنید. (Speak up)
۳. به صورت شفاف ارتباط برقرار نمایید.
- a. به سخنان بیماران خود گوش فرا دهید.
- b. مطمئن شوید که درست متوجه موضوع شده‌اید.
- c. برای انتقال مطالب و برقراری ارتباط با کادر درمانی از تکنیک SBAR استفاده کنید. (مخفف کلمات ذیل)

Situation: توضیح شرح حال و وضعیت فعلی بیمار

Background: توضیحی در خصوص بیماری زمینه‌ای و سابقه پزشکی.

Assessment: ارزیابی از وضعیت جاری بیمار، تشخیص‌های محتمل و میزان وخامت حال وی

Recommendations: پیشنهاد و توصیه‌هایی در مورد اقدامات بعدی

۴. خودتان بی احتیاطی نکنید و نگذارید دیگران بی احتیاطی کنند.
۵. مواظب خودتان باشید: از مواجهه با شرایط پرخطر و موقعیت هایی که شما را در معرض خطا قرار می دهند مانند اضافه کاری علی رغم خستگی، کوتاهی در استفاده از تجهیزات ایمنی و... خودداری کنید.
- موضوعات کلی و عملی و برنامه های اجرایی مرتبط با ایمنی بیمار:
- سازمان جهانی بهداشت ۹ راهکار اجرایی به عنوان راه حل هایی برای حصول و ارتقاء ایمنی بیمار ارائه نموده که عناوین آن ها عبارتند از:
 - ۱- توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی ۲- توجه به مشخصات فردی بیمار جهت جلوگیری از خطا ۳- ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار ۴- انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح در بدن بیمار ۵- کنترل غلظت محلول های الکترولیت در هنگام تزریق ۶- اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارایه خدمات ۷- اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها ۸- استفاده صرفا یکباره از وسایل تزریقات ۹- بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبت های سلامتی

برنامه های بیمارستان طالقانی در راستای مدیریت خطر و ایمنی بیمار بطور خلاصه :

- ۱- راه اندازی سیستم ثبت خطاهای پزشکی و پرستاری
- ۲- لیست کردن کلیه خطاهای پزشکی و پرستاری و بازخورد آنها به مسئولین برای مداخلات
- ۳- تکمیل چک لسیت جراحی ایمن در اتاق های عمل
- ۴- چک کردن انجام موارد پیش از عمل جراحی
- ۵- تهیه دستبند شناسایی صحیح بیماران
- ۶- تدوین خط مشی شناسایی صحیح بیماران و اجرای آن
- ۷- نصب تابلوی طریقه شستشوی صحیح دست ها در بخش ها و اتاق های عمل
- ۸- تدوین خط مشی و تهیه لیست داروهای با نام و تلفظ مشابه و تحویل به بخش ها
- ۹- تشکیل منظم کمیته کنترل عفونت
- ۱۰- چک کردن و سرزدن مرتب پرستاران به بیماران
- ۱۱- فیکس کردن تمامی تخت ها بواسطه ترمز
- ۱۲- استفاده از برانکارد های حفاظدار
- ۱۳- تجهیز تمامی تخت ها به نرده کنار تخت (Bed Side) و اتاق بیماران مجهز به زنگ اخبار
- ۱۴- استفاده از ویلچر دارای ترمز
- ۱۵- استفاده از اکسیژن سانترال در لیبر و اتاق زایمان و واحد ادمیت و بخش نوزادان و NICU (اکسیژن های پرتابل موجود در بخش نیز در محل مشخص توسط زنجیر به دیوار محکم شده اند)
- ۱۶- استفاده از گیره مخصوص نگهداری کیسه ادرار در جهت پایین تر از سطح سونداژ برای جلوگیری از تماس با زمین و سطوح

- ۱۷- استفاده از محلول های ضد عفونی و نظارت دقیق به نحوه رقیق کردن آنها و استفاده از آن در ضدعفونی محیط و یونیت بیماران
- ۱۸- استفاده از اشعه اولترا ویوله جهت ضد عفونی اتاقهای عمل و اتاق زایمان پس از اتمام پاکسازی محیط در هر شیفت شب و اتاق ایزوله پس از ترخیص بیمار و انجام پاکسازی محیط آن
- ۱۹- استفاده از قلاب های آمیوتومی در هنگام پاره کردن کیسه آب در جهت جلوگیری از آسیب به سر نوزاد
- ۲۰- حفظ حریم خصوصی بیمار برای امنیت روانی
- ۲۱- استفاده از اندیکاتور های کلاس ۴ و ۶ داخل ست های جراحی
- ۲۲- استفاده از لباس های یکبار مصرف
- ۲۳- استفاده از ترمومترهای شخصی برای بیماران
- ۲۴- تدوین خط مشی ترانسفوزیون خون و اجرای آن
- ۲۵- مدیریت خطا در دارو دادن
- (دستورالعمل نگهداری اشکال دارویی و روش استاندارد برداشت محلول های تزریقی از اشکال دارویی)

مدیریت مواجهه

تعریف واژه ها:

- مواجهه:** یک آسیب پوستی precutaneous (نیدل استیک یا بریدگی با شیء تیز و برنده) یا تماس بافت مخاطی یا پوست غیر سالم کارکنان با خون، بافت و سایر ترشحات بدن بیمار که بطور بالقوه عفونی هستند را در این دستورالعمل به طور خلاصه مواجهه می نامیم.
- کارکنان مراقبت سلامت:** شامل تمام افرادی هستند که با حقوق یا بدون حقوق در مراکز مراقبتی و درمانی کار می کنند و در معرض مواجهه با مواد عفونی (مثل خون، بافت و مایعات بدن)، ابزار و تجهیزات آلوده و سطوح محیطی آلوده هستند. این افراد شامل:
- پرستاران، کارکنان آزمایشگاه، پزشکان، تراپیست ها و دانشجویان هستند.
- احتیاطات استاندارد:** مجموعه ای از اقدامات است که برای پیشگیری از انتقال میکروارگانیسم ها به کارکنان و بیماران انجام می شود.
- احتیاطات استاندارد، بنیادی برای ایمنی مراقبت از بیمار و کاهش خطر انتقال عفونت است. این مفهوم در هر مکانی که از بیمار مراقبت می شود، برای کلیه بیماران و در تمام اوقات لازم الاجرا است. پیشگیری از مواجهه با خون و ترشحات بیمار یکی از اجزاء مهم احتیاطات استاندارد است. از جمله سایر اجزاء احتیاطات استاندارد عبارتند از:
- رعایت بهداشت دست (مهم ترین مورد)
 - استفاده از وسایل حفاظت فردی
 - آداب سرفه
 - مدیریت پسماندهای پزشکی
 - شستشو، ضدعفونی و استریل کردن ابزارهای مربوط به مراقبت
 - نظافت و ضدعفونی محیط

مقدمه:

آمار مواجهات شغلی از طریق نیدل استیک و آسیب با اشیاء تیز و برنده در ایالت متحده آمریکا ۳۸۴۰۰۰ مورد در سال است. مواجهات شغلی اغلب در خصوص انتقال HIV, HBV, HCV اهمیت می یابند اما بیش از ۲۰ پاتوژن دیگر هم شامل این مواجهات می شوند. هر مورد مواجهه شغلی باید به عنوان یک اورژانس پزشکی در نظر گرفته شود. بدیهی است پیشگیری از مواجهه با خون و مایعات بدن بیمار، مهم ترین استراتژی برای محافظت کارکنان مراکز درمانی از ابتلا به بیماریهای منتقل شونده از طریق خون و ترشحات است، هر چند در تمام مراکز درمانی در سراسر جهان کارکنان دچار مواجهه با خون و ترشحات بیمار می شوند. آمار مواجهات در مراکز درمانی دنیا اهمیت آگاهی کارکنان از اقدامات پس از مواجهه را صد چندان می کند.

اقدامات پیشگیرانه پس از مواجهه

الف) مداوای محل مواجهه:

اقدامات ضروری در صورت وجود بریدگی پوست با سرسوزن یا شیء تیز و برنده:

- فوراً محل آسیب را با آب و صابون بشویید.
- محل ورود شیء را زیر آب روان قرار دهید تا زمانی که خونریزی متوقف شود.
- اگر آب روان در دسترس نیست محل را با محلول ها یا ژل شوینده دست تمیز کنید.
- از محلول های قوی مانند مایع سفید کننده استفاده نکنید.
- از فشردن یا مکیدن محل آسیب خودداری کنید.

اقدامات ضروری در صورت پاشیدن خون یا مایعات بدن به مخاطات یا پوست ناسالم:

- فوراً محل را با آب روان بشویید.
- اگر آب روان در دسترس نیست از محلول نرمال سالین استفاده کنید.
- از پانسمان موضع خودداری کنید.

اقدامات ضروری در صورت پاشیدن خون یا مایعات بدن به چشم:

- فوراً چشم را با آب معمولی یا نرمال سالین بشویید. فرد مواجهه یافته را روی صندلی بنشانید، سر او را به عقب خم کنید، چشم را از آب یا نرمال سالین پر کنید و سپس پلک ها را به بالا و پایین بکشید.
- در صورت داشتن لنز روی چشم، آنها را خارج کرده و طبق روش فوق بشویید.
- در چشم از صابون یا مواد ضدعفونی کننده استفاده نکنید.

اقدامات ضروری در صورت پاشیدن خون یا مایعات بدن به دهان:

- فوراً خون یا مایع را بیرون بریزید.
- با آب یا سرم نمکی دهان را کامل بشویید و بیرون بریزید. این کار را چندین بار تکرار کنید.
- در دهان از صابون یا مواد ضدعفونی کننده استفاده نکنید.

ب) ثبت و گزارش دهی:

- گزارش موارد مواجهه به تیم کنترل عفونت
- ثبت اطلاعات منبع و فرد مواجهه یافته در پرونده پرسنلی فرد (اطلاعات باید محرمانه بماند)
- مراجعه سوپروایزر و فرد مواجهه یافته به کلینیک بهداشت حرفه ای
- شروع اقدامات در سریع ترین زمان ممکن پس از مواجهه

سئوالات مهمی که باید در خصوص منبع مواجهه (بیمار) مشخص شود:

- آیا فرد منبع به HIV .HBV.HCV مبتلا است یا نه؟
- اگر فرد منبع مبتلا به HIV بود، مرحله بیماری، تعداد سلول CD4، بار ویروسی و تاریخچه درمان وی پرسیده و یادداشت شود.

سئوالات مهمی که باید در خصوص فرد مواجهه یافته مشخص شود:

- وضعیت واکسیناسیون هپاتیت B و پاسخ وی به واکسن
- سابقه قبلی ابتلا وی به HIV.HBV.HCV و سایر بیماری ها
- وضعیت بارداری و شیردهی فرد سؤال شده و ثبت شود.
- اقدامات انجام شده پس از مواجهه برای فرد مواجهه یافته ثبت شود.
- در صورتی که فرد مواجهه یافته دریافت PEP را نپذیرد، باید در پرونده پزشکی وی ثبت شود.

فرم گزارش موارد مواجهه

در گذشته بیمارستان ها اغلب از یک فرم برای گزارش انواع حوادث (سقوط، خطاهای پزشکی، نیدل استیک و...) استفاده می کردند. اما این فرم ها فقط شامل آمار توصیفی بوده و فاقد جزئیات برای تجزیه و تحلیل اطلاعات هستند. فرم گزارش دهی موارد مواجهه باید شامل جزئیات مواجهه، پیگیری و درمان باشد. فرم گزارش دهی باید حداقل حاوی این اطلاعات باشد: کد برگه - تاریخ و ساعت مواجهه - شغل فرد - محل کار - پروسیجر یا اقدام درمانی انجام شده - چگونگی واقعه - منطقه مواجهه روی بدن - نوع ترشحات - حجم ترشحات - عمق تماس - نوع وسیله - نام شرکت سازنده (به نمونه فرم ضمیمه مراجعه شود).

بیمارستان باید کارکنان را تشویق به گزارش دهی هرگونه اقدام خطرناک و خطای احتمالی (miss near) کنند. اطلاعات مربوط به مواجهه می تواند به صورت دستی یا کامپیوتری جمع آوری شود. این اطلاعات به روش های ساده آماری مثل کشیدن نمودارها، نمایش و تفسیر می شود.

ج) ارزیابی مواجهه:

- ارزیابی مواجهه که معمولا توسط متخصص عفونی انجام می گردد شامل موارد ذیل است:
- نوع مواجهه (آسیب پوستی، مواجهه مخاطی، مواجهه پوست ناسالم، گاز گرفتگی و...)
- نوع مایع/بافت (خون، مایع یا بافت بالقوه عفونی، تماس مستقیم با ویروس در آزمایشگاه)
- شدت مواجهه (مقدار خون یا ترشحات، عمق مواجهه در تماس پوستی، حجم ترشحات در تماس مخاطی)

ارزیابی مواجهه در منبع (بیمار):

الف - در صورت مشخص بودن منبع مواجهه (بیمار):

- بیمار مربوطه از نظر Ab HIV, Ab HCV, Ag HBS بررسی شود. در صورتی که نتایج این آزمایشات در سوابق بیمار موجود نیست، انجام آزمایشات فوق پس از کسب رضایت آگاهانه هر چه سریع تر اقدام شود. توصیه می شود با در نظر گرفتن پروتکل کشوری تشخیص HIV از تست های تشخیص سریع الایزای نسل چهار مورد تأیید وزارت بهداشت نیز استفاده نمود. شرط استفاده از این وسیله تشخیصی، تهیه آن از مراکز بهداشت یا مرکز مدیریت بیماری های واگیر وزارت بهداشت است.

- اگر آزمایش منبع از نظر HIV مثبت باشد، این تست مثبت اولیه باید تأیید شود اما تجویز پروفیلاکسی برای فرد مواجهه یافته در صورت وجود اندیکاسیون، نباید تا زمان تأیید تشخیص، به تاخیر بیفتد.

- در صورتی که منبع از نظر HIV.HBV.HCV منفی است، آزمایش پایه، تجویز رژیم پیشگیری و یا پیگیری بعدی فرد مواجهه یافته ضرورتی ندارد.

- در صورتی که به هر دلیل امکان انجام آزمایش برای منبع وجود ندارد، تشخیص طبی، عالیم بالینی و سابقه رفتارهای پرخطر وی در نظر گرفته شود. افرادی دارای رفتار پرخطر محسوب می شوند که یکی از شرایط ذیل را داشته باشند:

مصرف مواد تزریقی، سابقه زندان، سابقه رفتارهای جنسی پرخطر، همسر یا شریک جنسی افراد فوق، افرادی که در مناطقی زندگی می کنند که شیوع Ag HBs positivity بیش از ۲٪ باشد.

ب - در صورت مشخص نبودن منبع مواجهه:

- با توجه به شیوع پاتوژن های منتقل شونده از راه خون در جمعیت مورد نظر تصمیم گیری شود.
- آزمایش سوزن های دور ریخته شده برای پاتوژن های خونی ارزش تشخیصی ندارد و ممنوع است.

ارزیابی فرد مواجهه یافته:

- سابقه ابتلا به HIV.HBV.HCV سؤال شود.

- سابقه واکسیناسیون هپاتیت B و وضعیت پاسخ به آن چک شود.

- در صورتی که وضعیت فرد مواجهه یافته از نظر ابتلا به HIV.HBV.HCV مشخص نیست، در صورت موافقت فرد مواجهه یافته، آزمایش پایه برای Ab HIV, Ab HCV, Ab HBs, Ag HBs, Ab HBc در اسرع وقت و ترجیحاً طی ۷۲ ساعت انجام شود (چون بهترین زمان برای تجویز ایمونوگلوبولین ۲۴ ساعت اول است، لذا آزمایشگاه مسئول است ظرف کمتر از ۲۴ ساعت، تیترا آنتی بادی واکسن هپاتیت B را انجام دهد).

- سابقه بیماری خاص یا حساسیت دارویی فرد سؤال شود.

د) مدیریت عفونت های مختلف:

الف - هپاتیت B (HBV)

در سال ۱۹۸۵، تعداد موارد مبتلا به HBV در بین کارکنان درمانی ایالات متحده آمریکا حدود ۱۲۰۰۰ نفر تخمین زده شد. در سال ۱۹۹۷، این تعداد به ۵۰۰ نفر رسید. این کاهش ۹۵ درصدی بیشتر بدلیل واکسیناسیون کارکنان درمانی بوده است. بیشتر کارکنان در حال حاضر در برابر این بیماری واکسینه شده و ایمن هستند اما

کارکنانی که به واکسن پاسخ نمی دهند در معرض بیماری هستند. بدون اجرای سیاست های پیشگیرانه، خطر مواجهه کارکنان با HBV، ۶ تا ۳۰ درصد است. اگر بیمار Ag HBe مثبت باشد، این خطر در بالاترین حد قرار می گیرد.

اقدامات در مواجهه با HBV:

- اقدامات ترجیحا طی ۲۴ ساعت اول و حداکثر ظرف ۱۴ روز انجام شود.
- اقدامات پیشگیرانه در مواجهه با HBV طبق جدول ضمیمه یک انجام شود.

پیگیری پس از مواجهه با HBV:

- آزمایشات پیگیری مطابق جدول ضمیمه دو انجام گردد.
- فرد مواجهه یافته لازم است مشاوره شده و اطلاعات صحیح در اختیار وی قرار گیرد.
- به فرد مواجهه یافته توصیه می شود در دوره پیگیری، از اهدای خون، بافت و مایعات بدن خودداری کند.
- به فرد مواجهه یافته توصیه می شود تا تکمیل دوره ارزیابی از روش مناسب پیگیری از بارداری استفاده نماید.
- به فرد مواجهه یافته توصیه میشود از اشتراک در وسایل تزریق و سایر وسایل برنده مثل تیغ تراشی و سایر رفتارهای پرخطر خودداری نماید.
- آزمایش تیتراژ HBs anti، ۱ تا ۲ ماه بعد از آخرین نوبت واکسن باید انجام شود.
- مشاوره روانی فرد مواجهه یافته در صورت لزوم باید انجام شود.

ب- هیپاتیت C (HCV)

قبل از استقرار احتیاطات استاندارد و کشف HCV در سال ۱۹۹۰، مطالعات نشان داد افرادی که در مراکز درمانی کار می کنند بیشتر به هیپاتیت B-non A-non مبتلا می شوند. کارکنان درمانی که در محیط کار با خون و ترشحات مواجه شده اند، ۲ تا ۴ درصد کل عفونت های HCV را سالانه در آمریکا تشکیل می دهند. میزان خطر انتقال HCV بعد از مواجهه پوستی با یک منبع مبتلا، به طور میانگین ۱/۸ درصد است. (۰-۷ درصد)

اقدامات پیشگیرانه پس از مواجهه با HCV:

- در حال حاضر هیچ توصیه ای برای پروفیلکسی، بعد از مواجهه با HCV وجود ندارد.
- ایمنوگلوبولین موثر نیست و واکسن نیز وجود ندارد.
- برای کارکنان مواجهه یافته باید مشاوره مناسب، آزمایش و پیگیری انجام شود.
- در صورت ابتال به HCV، فرد مواجهه یافته کاندید درمان است.

ج- سندرم نقص ایمنی اکتسابی (HIV)

اولین مورد انتقال HIV از یک بیمار به یکی از کارکنان بیمارستان در سال ۱۹۸۶ گزارش شد. در سال ۲۰۰۱، ۱۴۰ مورد گزارش در ایالات متحده آمریکا انجام شد. از جمله عوامل تسهیل کننده ابتلا، تماس با حجم زیاد از خون بیمار، آسیب با وسیله ای که بطور واضح آلوده به خون است، ورود مستقیم نیدل آلوده به رگ، آسیب عمیق، بدحال بودن بیمار، تیتراژ بالای ویروس در خون بیمار می باشد. میانگین خطر انتقال HIV بعد از تماس پوستی با خون آلوده، تقریبا ۰/۳ درصد و بعد از تماس با بافت مخاطی ۰/۹ درصد است. احتمال انتقال بیماری کم اما خطرات و هزینه آن جدی و واقعی است. هزینه های آن شامل هزینه های مستقیم مربوط به شروع و پیگیری درمان که ۷۰ تا ۵۰۰۰ دلار

(بسته به دوره درمان) و هزینه های غیر مستقیم مثل هزینه های عاطفی، ترس، اضطراب، هزینه های عوارض دارویی و زمان از دست رفته کارکنان است.

اقدامات پیشگیرانه پس از مواجهه با HIV شامل:

- معیارهای شروع پروفیلاکسی: مواجهه در ۷۲ ساعت اخیر اتفاق افتاده باشد و
- فرد مواجهه یافته مبتلا به عفونت HIV نیست یا در زمان تصمیم گیری وضعیت نامشخصی دارد و
- مخاط یا پوست آسیب دیده در تماس با مایعات بالقوه عفونی بدن قرار گرفته اند و
- منبع (بیمار) مبتلا به عفونت HIV است یا جزء گروههای پرخطر قرار دارد.
- نامشخص بودن وضعیت HIV در فردی که دچار مواجهه شده، مانعی برای شروع پروفیلاکسی نیست. نتیجه آزمایش، تصمیم برای ادامه درمان را مشخص خواهد کرد.
- پروفیلاکسی بعد از تماس با HIV باید بلافاصله شروع شود. شروع درمان پس از ۷۲ ساعت توصیه نمیشود. در موارد مواجهه پرخطر شروع پروفیلاکسی ممکن است تا یک هفته هم انجام شود.
- در صورت وجود تردید درباره میزان خطر بعد از مواجهه، شروع پروفیلاکسی بهتر از تأخیر در آن است.
- فرد باید ظرف ۴۸ ساعت با فردی متخصص مشاوره نموده و اطلاعات صحیح در اختیار وی قرار گیرد.
- در صورتی که بر اساس عوامل خطر تصمیم گیری انجام شده است، ادامه درمان بر اساس نتیجه آزمایشات انجام شود. در صورتی که آزمایش HIV منبع (بیمار) منفی است PEP باید متوقف شود. در صورتی که دسترسی به منبع وجود ندارد، دوره درمان باید کامل شود.
- انتخاب رژیم درمانی و کنترل عوارض جانبی داروها طبق نظر متخصص عفونی انجام می شود.
- به فرد مواجهه یافته توصیه می شود در دوره پیگیری، از اهدای خون، بافت و مایعات بدن خودداری کند.
- به فرد مواجهه یافته توصیه می شود از روش مناسب پیشگیری از بارداری استفاده نماید.
- به فرد مواجهه یافته توصیه میشود از اشتراک در وسایل تزریق و سایر وسایل برنده مثل تیغ تراشی و سایر رفتارهای پرخطر خودداری نماید.

پیگیری بعد از مواجهه با HIV:

- در همه مواجهه یافتگان، آزمایش Ag/Ab HIV در هفته ۶-۴ و ماه سوم بعد از مواجهه انجام شود. اگر منبع به HCV هم مبتلا است، این آزمایش را باید تا شش ماه بعد از مواجهه نیز تکرار نمود.
- در ویزیت اول باید علائم هشدار (مثل تب، ضعف، لنفادنوپاتی و بثورات جلدی) به فرد مواجهه یافته گفته شود تا در صورت بروز علائم فوراً (بدون قطع یا تغییر داروی پروفیلاکسی) به متخصص مراجعه نمایند.
- در صورت تجویز دارو، فرد باید از نظر مسمومیت دارویی پایش شود. CBC، کراتینین و آزمایش های کبدی (AST, ALT) باید قبل از شروع دارو انجام و طبق دستورالعمل کشوری تکرار شود.

• کدام گروه حرفه ای، در چه زمان و چه مکانی بیشتر در معرض مواجهه هستند؟

- گروه حرفه ای: مطالعات نشان داده که پرستاران بالاترین موارد مواجهه و آسیب پوستی را دارند. اما سایر کارکنان مثل پزشکان، تکنسین ها، کارکنان آزمایشگاه و نیروهای خدمات هم در معرض خطر هستند.

- مکان: اکثراً (۳۹ درصد) صدمات در بالین بیمار اتفاق افتاده مخصوصاً در بخشهای بالینی، بخشهای ویژه و اتاق عمل (۲۳ درصد از کل مواجهات و آسیب های پوستی در ایالت متحده آمریکا در اتاقهای عمل اتفاق میافتند).
- زمان: حدود ۴۰ درصد موارد، مواجهه بعد از استفاده از وسیله و قبل از دور انداختن شیء تیز اتفاق میافتد.
- نوع ابزار: مطالعات نشان داده که شش نوع ابزار زیر بیشترین علت آسیب پوستی کارکنان هستند:
 - سر سوزن سرنگهای یکبار مصرف (۳۰ درصد)، سوزنهای بخیه (۲ درصد)، سوزنهای پروانه ای (۱۲ درصد)، اسکالپل (۸ درصد)، کاتترهای داخل وریدی (۵ درصد)، سوزنهای فله بوتومی (۳ درصد).
 - در مجموع سوزنهای توخالی باعث ۵۶ درصد تمام موارد صدمات پوستی کارکنان هستند. این سوزنها حاوی خون باقیمانده بوده و ریسک انتقال بیماریها از طریق آنها بیشتر است.

استراتژی های پیشگیرانه از مواجهه:

- رعایت احتیاطات استاندارد بیشترین نقش را در کم کردن آمار مواجهات دارد.
- اولویت اول پیشگیری از مواجهات، کاهش استفاده از سوزن ها و اشیاء تیز و برنده در حد امکان است. ۷۰ درصد بیمارستانهای ایالت متحده آمریکا، استفاده های غیرضروری از سوزن و اشیاء تیز را کاهش داده اند. مثال از وسیله piggy back برای تزریق وریدی دارو استفاده کردند.
- اولویت بعدی جداسازی یا ایزوله کردن شیء تیز است. مثال استفاده از سیفتی باکس و یا از طریق مهندسی ابزار و استفاده از ابزاری که پس از استفاده، بخش تیز آن به نحوی پوشیده و دور از دسترس قرار میگیرد. ابزار مهندسی شده خوب، معمولاً یکپارچه است و قطعات آن جدا نمیشوند، کاربری ساده دارد، اتوماتیک و ارزان است.
- در صورتی که امکان استفاده از ابزار مهندسی شده وجود ندارد، الزم است بر انجام صحیح مراقبتهای و استفاده از وسایل حفاظت فردی بیشتر تاکید شود.

اقدامات پیشگیرانه از مواجهه در اتاقهای عمل:

- همانطور که گفته شد، کارکنان و پزشکان شاغل در اتاقهای عمل بیشتر در معرض آسیب پوستی و مواجهه با خون و ترشحات بیمار هستند. انجام اقدامات ذیل جهت پیشگیری از مواجهات در اتاقهای عمل ضروری است:
 - به جای انگشت، از ابزار برای نگه داشتن سوزنها و اشیاء تیز و بافت استفاده شود. مثال ابزار grasp needle یا retractor.
 - هنگام دست به دست کردن اشیاء تیز، با صدای بلند اعلام شود.
 - به جای دست به دست کردن نیدلها از basin یا neutral zone (ظرف مخصوص حمل ابزار) استفاده شود.
 - ترجیحاً از الکتروکوتری و لیزر برای کات کردن بافت بیمار استفاده گردد.
 - حتی الامکان از جراحی های بسته به روش آندوسکوپی به جای جراحی باز استفاده شود.
 - از تیغ هایی که نوک گرد دارند (round-tipped blade) به جای تیغ نوک تیز استفاده شود.
 - از سوزن بخیه کند (blunt) استفاده شود.
 - گروه استریل جراحی دو دستکش بپوشند.

اقدامات پیشگیرانه از مواجهه در تمامی بخش ها:

- هنگام انجام پروسیجرها، هر زمان که احتمال تماس با خون و ترشحات بیمار وجود دارد، از دستکش استفاده کنید.
- در صورت پارگی یا آلودگی، دستکش را تعویض کنید.
- هر زمان که احتمال پاشیده شدن یا اسپری شدن خون و ترشحات بیمار به مخاط (دهان، بینی و چشم) وجود دارد، ماسک و محافظ چشم بپوشید.
- هر زمان که احتمال پاشیده شدن یا اسپری شدن خون و ترشحات بیمار به بدن وجود دارد، گان یا پیش بند پلاستیکی بپوشید.
- دست یا هر نقطه از بدن که در تماس با خون و ترشحات بیمار بوده را فوراً با آب و صابون بشویید.
- در هنگام کار کردن با سوزن ها و اشیاء تیز، احتیاط کنید. در صورت امکان حتماً اشیاء تیز را با فورسپس جابجا کنید.
- اشیاء تیز استفاده شده را در سیفتی باکس مناسب بیندازید.
- اگر روی دست خود زخمی دارید، قبل از تماس با بیمار یا اشیاء آلوده روی زخم را پوشانده و سپس دستکش بپوشید.
- در محیط کار، خوردن، آشامیدن، سیگار کشیدن و دستکاری لنز تماسی ممنوع است. این امور را در اتاق استراحت و به دور از محیط بخش انجام دهید. مواد غذایی و آشامیدنی را در یخچال یا قفسه های بیماران قرار ندهید.
- پس از خارج کردن دستکش یا سایر وسایل حفاظت فردی، دستها را با آب و صابون بشویید.
- کارکنانی که دارای زخم های مترشحه هستند، از انجام مراقبتهای مستقیم به بیماران منع شوند.
- اشیاء تیز یکبار مصرف را بلافاصله بعد از استفاده داخل سیفتی باکس بیندازید.
- اشیاء تیز با قابلیت استفاده مجدد مثل قیچی ها را به محض اتمام پروسیجر، در ظرف مناسب قرار داده و به اتاق شستشو ببرید.
- از شکستن، خم کردن و درپوش گذاری سوزنهای استفاده شده جدا خودداری کنید. در صورتی که لازم است روی سوزن درپوش گذاشته شود، از تکنیک یک دست استفاده کنید.
- جابجایی سوزنها و اشیاء تیز را حتی الامکان با استفاده از فورسپس یا ظرف های خاص این کار انجام دهید.

مدیریت برنامه های پیشگیری از مواجهه:

جهت موفقیت در برنامه های پیشگیری از مواجهه در مراکز درمانی ابتدا باید تیم مدیریت مواجهه تشکیل شود. تیم مدیریت مواجهه باید رهبری مشخصی داشته باشد. اعضای تیم می توانند افرادی از گروه های ذیل باشند: کنترل عفونت - اپیدمیولوژی - بهداشت حرفه ای - مدیریت کیفیت - مسئول آموزش - بهداشت محیط - مدیریت مواد - آزمایشگاه، تیم یک هسته مرکزی و اعضای ثابت دارد. در جلسات بنا به ضرورت، افرادی از بخش های بالینی، ویژه، همودیالیز، رادیولوژی و... دعوت می شوند. حضور مدیر ارشد بیمارستان در تیم بسیار مهم است. در این صورت کارکنان اطمینان حاصل می کنند که مدیران مرکز درمانی، به اجرای برنامه های پیشگیری متعهدند.

برنامه های پیشگیری از مواجهه شامل موارد ذیل است:

- ایجاد فرهنگ ایمنی (فرهنگ ایمنی به معنی تعهد مدیریت و کارکنان به ایمن سازی محیط کار است).
- ایجاد سیستم مناسب برای گزارش دهی موارد مواجهه

- تحلیل اطلاعات رسیده و برنامه ریزی برای پیشگیری
- استفاده از ابزار ایمن
- آموزش کارکنان در خصوص پیشگیری از مواجهه

مشخصات یک مؤسسه ایمن:

- مدیریت مؤسسه، اقداماتی برای ایمن سازی محیط کار انجام می دهند.
- کارمندان در برنامه های ایمن سازی مشارکت می کنند.
- دستورالعمل های کتبی برای ایمن سازی در دسترس کارکنان است.
- ایمنی یک اولویت است.
- افراد مسئول ایمنی رتبه بالایی دارند.
- برنامه های آموزشی در زمینه ایمنی بطور قوی اجرا می شود.
- تمرکز بر روی بهبود سیستم اجرا است و نه سرزنش کردن افراد.
- موضوع ایمنی در mission, vision, values, goals, objects مؤسسه مشهود است.
- کمیته های ایمنی فعال هستند.
- سیستمی برای بازخورد موارد ایمنی وجود دارد.
- افراد برای گزارش موارد مواجهه تشویق می شوند.

تحلیل گزارشات مواجهه و برنامه ریزی برای پیشگیری:

- در تحلیل گزارشات مواجهه باید به سوالات مهم ذیل پاسخ داد:
- چه ابزاری بیشتر باعث صدمه شده است؟
- چه گروه شغلی بیشترین مواجهه و آسیب را داشته اند؟
- بیشتر در حین انجام چه پروسیجرهایی صدمه اتفاق افتاده است؟
- آیا خط مشی خاصی برای پیشگیری از مواجهه در مرکز وجود دارد؟
- آیا سiftی باکس ها در جای مناسب قرار دارند؟
- چه کسی مسئول جمع آوری سiftی باکس ها است؟

تعیین اولویت ها و اهداف در برنامه ریزی برای پیشگیری از مواجهه:

- پس از تحلیل گزارشات مواجهه و پاسخ دادن به سوالات فوق، الزم است اولویتهای برنامه پیشگیری از مواجهه تعیین شود. اولویت ممکن است بر اساس موضوعات مختلف و بر اساس وضعیت مرکز درمانی تعیین گردد. چند مثال پیشنهادی از اولویت های این برنامه شامل موارد ذیل است:
- بر اساس اهمیت مواجهه - ممکن است اصلاح فرآیند در مواجهاتی که بیشترین خطر انتقال ویروس را دارند (مثال مواجهه با آنژیوکت) به عنوان اولویت های برنامه پیشگیری از مواجهه انتخاب شود.
 - بر اساس دفعات مواجهه - اصلاح فرآیند در مواجهاتی که بیشتر اتفاق افتاده اند، می تواند به عنوان اولویت های برنامه پیشگیری از مواجهه انتخاب شود.

- بر اساس زمان مواجهه - مثال اگر هنگام حمل و نقل اشیاء تیز بیشترین مواجهه اتفاق افتاده باشد، اصلاح این فرآیند به عنوان اولویت های برنامه پیشگیری از مواجهه انتخاب شود.
- بر اساس لیست اولویت ها، اهدافی برای کاهش نوع خاصی از صدمه در یک بازه زمانی (۱ ماهه یا یکساله) در نظر گرفته شود.
- این اهداف باید در قالب انتظارات منطقی و بر اساس مداخلات قابل دسترسی باشد که احتمال موفقیت بالایی دارند.

تعیین مداخلات در برنامه ریزی برای پیشگیری از مواجهه:

- مداخلات زیر می تواند در جهت کاهش مواجهات اجرا شود:
 - ابزار غیر تیز جایگزین ابزار تیز شود.
 - از ابزار مهندسی شده به جای ابزار معمولی استفاده شود.
 - در نحوه انجام اقدامات پزشکی و پرستاری بازنگری و تغییر ایجاد شود.
 - خط مشی ها تغییر داده شود.
 - به کارکنان آموزش داده شود.
- مداخلات باید در راستای استراتژی های بیمارستان، همراه با توصیف گام ها، زمان اجرا و تعیین مسئول اجرای گام باشد.

تعیین شاخص در برنامه ریزی برای پیشگیری از مواجهه:

- شاخص، ابزاری برای اندازه گیری پیشرفت برنامه است. فاصله زمانی اندازه گیری شاخصها باید تعیین شود (ماهانه، فصلی، شش ماهه یا سالانه). در برقراری شاخص ها باید به سوالات ذیل پاسخ داد:
 - چه کسی شاخص ها را اندازه بگیرد؟
 - این شاخص ها را چه کسی تحلیل کند؟
 - چه زمانی به هدف رسیده ایم؟
 - در حین تحلیل شاخص ها در خصوص نقاط قوت و ضعف مؤسسه صحبت شود.

آموزش کارکنان در خصوص پیشگیری از مواجهه:

- آموزش کارکنان در خصوص پیشگیری از مواجهه باید در بدو استخدام و سپس بطور سالانه انجام شود. تحقیقات نشان داده کارکنان در صورتی رفتار خود را تغییر می دهند که:
 - احساس کنند در معرض خطر هستند.
 - احساس کنند خطر قابل توجه است.
 - احساس کنند تغییر رفتار، وضعیت را تغییر خواهد داد.
 - احساس کنند تغییر احتمالی، ارزش تلاش کردن را دارد.

تفاوت آموزش بزرگسالان با کودکان:

- بزرگسالان اطلاعات، باورها و نگرش هایی دارند که در آموزش موارد جدید تاثیر گذار است.
- بزرگسالان زمانی خوب آموزش میبینند که:
- موضوع در زندگی آنها مشهود باشد.
- انگیزه یادگیری داشته باشند.
- به جای آموزش تئوری صرف، موضوعات به صورت عملی برای ایشان آموزش داده شود تا بتوانند آموخته ها را بلافاصله اجرا کنند.
- تجربه ای در خصوص موضوع داشته باشند.
- در فرآیند یادگیری مشارکت داده شوند.
- با آنها به احترام رفتار شود.
- در بسیاری از موارد مشاهده می شود که بزرگسالان انگیزه و علاقه کمی به شرکت در سخنرانی ها دارند. احتمال زیادی وجود دارد که اقدام به آموزش انجام شود اما یادگیری حاصل نشود.
- بیان تجربیات و مسائلی که در محیط کار کارکنان ایجاد شده می تواند یادگیری ایشان را افزایش دهد. مثال آمار مواجهات سال گذشته، نوع وسیله ای که بیشتر باعث مواجهه شده است، نوع پروسیجر، شایع ترین علل مواجهه و اقدامات انجام شده.
- اگر آموزش به صورت سخنرانی است، تشویق حاضرین به شرکت در بحث و ارائه راه حل و استفاده از وسایل کمک آموزشی کمک کننده خواهد بود.

جدول ضمیمه یک: جدول اقدامات پیشگیرانه توصیه شده برای مواجهه با HBV

درمان مورد نیاز با توجه به وضعیت منبع			وضعیت واکسیناسیون و پاسخ آنتی بادی فرد مواجهه یافته
منبع ناشناس است یا امکان آزمایش وی وجود ندارد	منبع HBs Ag منفی است	منبع HBs Ag مثبت است	واکسن زده/غیر ایمن
شروع دوره واکسیناسیون هپاتیت B-مگر در مورد منبع پرخطر، در صورتی که منبع پرخطر بوده فرض را بر HBs Ag مثبت منبع بگذارید	شروع دوره واکسیناسیون هپاتیت B	تزریق یک نوبت ایمونوگلوبولین هپاتیت B، شروع دوره واکسیناسیون هپاتیت B	قبلا واکسن زده، پاسخ داده است
درمانی نیاز ندارد	درمانی نیاز ندارد	درمانی نیاز ندارد	قبلا واکسن زده، پاسخ نداده است
درمانی نیاز ندارد - مگر در مورد منبع پرخطر، در صورتی که منبع پرخطر بوده فرض را بر HBs Ag مثبت منبع بگذارید.	درمانی نیاز ندارد	تزریق دونوبت ایمونوگلوبولین هپاتیت B به فاصله یک ماه	قبلا واکسن زده، پاسخ است
درمانی نیاز ندارد -مگر در مورد منبع پرخطر، در صورتی که منبع پرخطر بوده فرض را بر HBs Ag مثبت منبع بگذارید.	درمانی نیاز ندارد	تیتراژ HBs Ab اندازه گیری و بر اساس آن عمل شود	قبلا واکسن زده، پاسخ آنتی بادی نامشخص است
تکمیل دوره واکسیناسیون-مگر در مورد منبع پرخطر، در صورتی که منبع پرخطر بوده فرض را بر HBs Ag مثبت منبع بگذارید	تکمیل دوره واکسیناسیون	تزریق یک نوبت ایمونوگلوبولین هپاتیت B، تکمیل دوره واکسیناسیون	اگر هنوز دوره واکسیناسیون کامل نشده است

جدول ضمیمه دو: جدول اقدامات پیگیری توصیه شده برای مواجهه شغلی

توصیه در زمان پیگیری			توصیه در حین درمان	زمان
۶ ماه بعد از تماس	۳ ماه بعد از تماس	۴-۶ هفته بعد	آزمایش پایه	آزمایش
بله	بله	بله	بله	HIV Ab/Ag
بله	خیر	خیر	بله	HBs Ab, HBs Ag, HBcAb
بله	خیر	خیر	بله	HCV Ab
خیر	خیر	بله	بله	Cr, CBC
خیر	خیر	بله	بله	ALT, AST

نمونه فرم مواجهه شغلی

الف - اطلاعات زیر توسط پرسنل مورد مواجهه تکمیل شده و به دفتر کنترل عفونت یا واحد بهداشت حرفه‌ای تحویل گردد.

مشخصات فرد مورد مواجهه		
نام و نام خانوادگی:	جنس:	سمت / شغل:
سابقه کار:	شیفت کاری:	تحصیلات:
سن:	بخش مربوطه:	عضو / محل آسیب دیده:
زمان مواجهه: <input type="checkbox"/> در زمان برقراری IV line <input type="checkbox"/> در زمان تزریق عضلانی <input type="checkbox"/> در زمان خونگیری <input type="checkbox"/> حین عمل جراحی <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> حین کار با بیستوری <input type="checkbox"/> جابه جایی زباله <input type="checkbox"/> سایر موارد		
حجم ترشحات: زیاد <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> کم <input type="checkbox"/>	سابقه ایمنی فرد مورد مواجهه: تیتراژ آنتی بادی HBSAg:	
وضعیت جسمانی: بارداری <input type="checkbox"/> شیردهی <input type="checkbox"/>	وضعیت واکسیناسیون هپاتیت B: کامل <input type="checkbox"/> ناقص <input type="checkbox"/>	
مشخصات منبع (بیمار)		
نام و نام خانوادگی:	سابقه بیماری: HIV+ <input type="checkbox"/> HBS+ <input type="checkbox"/> HCV+ <input type="checkbox"/>	
شماره پرونده:	وضعیت آلودگی بیمار مشخص نیست	
آدرس و شماره تلفن منبع مواجهه:		
منبع نامشخص <input type="checkbox"/>	اقدامات انجام شده: شستشوی موضع با آب ولرم و صابون یا نرمال سالین <input type="checkbox"/> زدن بخیه <input type="checkbox"/> شستشوی چشم با آب یا نرمال سالین <input type="checkbox"/> شستشوی داخل دهان با آب یا نرمال سالین <input type="checkbox"/>	
ب - اطلاعات زیر توسط سوپروایزر کنترل عفونت تکمیل می شود		
نتایج آزمایشات منبع (بیمار):	نتایج آزمایشات فرد مورد مواجهه:	اقدامات انجام شده توسط دفتر کنترل عفونت:
.....HIVAbHIVAb	ارجاع به متخصص عفونی <input type="checkbox"/> شروع درمان
.....HBSAgHBSAg	پروفیلاکسی <input type="checkbox"/>
.....HCVAbHCVAb	تزریق HBIG <input type="checkbox"/>
		تزریق واکسن <input type="checkbox"/>
		تزریق تتانوس <input type="checkbox"/>
		ارجاع جهت تکمیل دوره واکسیناسیون <input type="checkbox"/>
		سایر:
توضیحات:		

مهر و امضاء فرد مورد مواجهه:

مهر و امضاء کارشناس کنترل عفونت:

شرح وظایف سوپروایزر کنترل عفونت در ارتباط با مدیریت مواجهه با خون و ترشحات بیمار

- ۱- آموزش کارکنان در خصوص رعایت احتیاطات استاندارد، نحوه استفاده صحیح از وسایل حفاظت فردی، اقدامات اولیه بعد از مواجهه با خون و ترشحات بیمار، گزارش دهی مواجهه و پیگیری اقدامات بعدی
 - ۲- نظارت بر تکمیل فرم مواجهه شامل اطلاعات منبع (بیمار) و فرد مواجهه یافته، نگهداری فرم های تکمیل شده در واحد کنترل عفونت
 - ۳- ارجاع به متخصص عفونی جهت تصمیم گیری در خصوص شروع و ادامه داروهای پروفیلاکسی و انجام آزمایشات پیگیری
 - ۴- توصیه به انجام آزمایشات پایه برای منبع (بیمار) و فرد مواجهه یافته (دستورکتبی پزشک برای آزمایش بیمار الزامی است).
 - ۵- تهیه داروهای پروفیلاکسی
 - ۶- توصیه به انجام آزمایشات پیگیری در فرد مواجهه یافته
 - ۷- پیگیری انجام واکسیناسیون هپاتیت B (در بیمارستان های دارای مرکز بهداشت، ارجاع کارکنان جدید الاستخدام و مواجهه یافته نا ایمن به مرکز بهداشت جهت تزریق واکسن - در بیمارستان های فاقد مرکز بهداشت، تهیه و انجام واکسیناسیون)
 - ۸- پیگیری انجام تیتراژ آنتی بادی هپاتیت B برای کارکنان
 - ۹- ارسال آمار موارد مواجهه با خون و ترشحات بیمار به واحد بهداشت حرفه ای بیمارستان
 - ۱۰- ارسال آمار موارد مواجهه با خون و ترشحات بیمار به مرکز بهداشت مربوطه
 - ۱۱- مطرح نمودن موارد مواجهه با خون و ترشحات بیمار در کمیته کنترل عفونت ماهانه، تحلیل داده ها، هدف گذاری و برنامه ریزی جهت کاهش مواجهات شغلی کارکنان.
- (لازم به ذکر است که کلیه اقدامات فوق بایستی طبق دستورالعمل کشوری مدیریت مواجهه شغلی با HBV،HCV، HIV - مرداد ۱۳۹۳ انجام شود).

منابع مورد استفاده:

- دستورالعمل مدیریت مواجهه شغلی با HCV, HBV, HIV - توصیه هایی برای پروفیلاکسی پس از تماس - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، مرکز مدیریت بیماری های واگیر - ویرایش چهارم - تابستان ۱۳۹۶.
- Workbook for Designing, Implementing and Evaluating a Sharps Injury Prevention Progra- CDC - ۲۰۰۹
- FDA, NIOSH & OSHA Joint Safety Communication: Blunt-Tip Surgical Suture Needles Reduce Needlestick Injuries and The Risk of Subsequent Bloodborne Pathogen Transmission to Surgical Personnel. ۲۰۱۲
- Bloodborne Pathogens Exposure Control Plan, University of North Dakota, Finance & Operations Policy Library, Latest Review / Revision: September ۹, ۲۰۱۶

اعتبار بخشی

(Accreditation)

تاریخچه اعتبار بخشی

کالج جراحان آمریکا توسط فرانکلین مارتین و کودمن در سال ۱۹۱۳ راه اندازی و در سال ۱۹۱۷ برای اولین بار حداقل استانداردهایی را برای بیمارستان ها تنظیم نمود. در سال ۱۹۵۱ کالج پزشکان آمریکا، انجمن بیمارستان های آمریکا، انجمن پزشکی آمریکا و انجمن پزشکی کانادا به کالج جراحان آمریکا ملحق شدند و کمیته مشترک ارزیابی بیمارستان ها JCAH تشکیل شد. از سال ۱۹۸۷ به بعد این سازمان به عنوان کمیته مشترک اعتبار بخشی سازمان های مراقبت بهداشتی (JCAHO=Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations) تغییر نام یافت. از سال ۱۳۹۰ نیز این مدل به عنوان جایگزین نظام ارزشیابی قدیمی ایران انتخاب شد. از سال ۱۳۹۲ کلیه بیمارستان ها با این مدل ارزشیابی و تعیین اعتبار شدند.

تعریف

- فرآیندی است که در آن یک گروه یا سازمان اعتبارسنج بر اساس معیار های استاندارد، درجه اعتبار و رسمیت را به منظور توانایی انجام خدمات خاصی به یک بیمارستان اعطا می کند. اعتبارسنجی از طریق ارزیابی کیفیت فرآیندهای سازمانی و عملکرد آن طبق استانداردهای مکتوب، مصوب و منطبق با استانداردها به وسیله افراد مجرب و متخصص انجام می شود.

- ارزیابی سیستماتیک مراکز ارائه خدمات سلامت با استانداردهایی که بر بهبود مداوم کیفیت، بیمار محور بودن و بهبود امنیت بیمار و کارکنان تاکید دارد، انجام می شود.

- اعتبار بخشی برای تشریح کیفیت خدمات بهداشتی درمانی و به عنوان مبنای تفکر آن به کار گرفته می شود.

- فرایند خود ارزیابی و ارزیابی خارجی سازمان های بهداشتی و درمانی است که جهت ارزیابی دقیق سطح عملکرد آنها در رابطه با استانداردهای معین و راه های اجرای بهبود مستمر صورت می گیرد. اعتبار بخشی، تنها به وضع استاندارد نمی پردازد، بلکه دارای ابعاد تحلیلی، مشاوره ای و بهبودی باشد.

روش و ابزار اعتبار بخشی

اعتبار بخشی از طریق تکمیل چک لیست چگونگی انجام خدمات در بیمارستان ها صورت می گیرد. این چک لیست بر اساس استانداردهای تعیین شده در "کتاب استانداردهای اعتبار بخشی در ایران" که از طرف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه گردیده است، صورت می گیرد که پس از تجزیه و تحلیل یافته ها، درجه انطباق و پیروی از استانداردها به سازمان ها اعلام می شود.

✓ جلب اعتماد جامعه

✓ جایگزینی مدل اعتبار بخشی به جای ارزشیابی بیمارستان های تک تخصصی

✓ ارتقای مستمر کیفیت تمام خدمات قابل ارائه در بیمارستان

✓ تضمین ایمنی گیرندگان و ارائه دهندگان خدمت

- ✓ اجرای فرآیندهای درمانی مبتنی بر استاندارد و در نظر گرفتن پیامدهای سلامت
- ✓ یاری رساندن به مدیران و رهبران بیمارستان در عمل به وظایف خطیر خود و در حوزه مراقبتی
- ✓ ارائه الگوی نظارتی یکپارچه جهت اطمینان از ارائه خدمات مراقبتی کیفی، ایمنی و مبتنی بر شواهد علمی روز
- ✓ ایمنی و بیمار محوری در کنار ارتقای کیفیت خدمات
- ✓ پیگیری مراتب اجرایی پیاده سازی استانداردهای اعتباربخشی در سطح بیمارستان
- ✓ بازدید و پایش اقدامات انجام شده واحدهای بیمارستان از نظر مستندات اعتباربخشی

محور های اصلی استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان

- امکانات و ملزومات
- مدیریت و توانمندسازی منابع انسانی
- مدیریت و سازماندهی
- ایمنی، بهبود کیفیت و جمع آوری داده ها

ارکان اعتباربخشی بیمارستان

- همکاری ریاست و مدیریت بیمارستان در بهبود فرآیندها و مراقبت های انجام شده در بیمارستان
- حفظ و ارتقای ایمنی بیمار و کارکنان
- توانمندی نیروی انسانی و استفاده از تکنولوژی های مدرن
- تضمین بهبود کیفیت به طور مستمر

مهم ترین برنامه های آموزشی مورد نیاز در استقرار استانداردهای اعتباربخشی

- برنامه عملیاتی
- برنامه بهبود کیفیت و جمع آوری و تحلیل داده ها
- برنامه مدیریت خطر
- خط مشی ها و روش کارها
- فرآیندها
- شاخص ها
- (سایر مستندات....) شرح وظایف، پرونده پرسنلی، کتابچه ها، کمیته ها، چک لیست ها و ...

اهداف اعتبار بخشی

- ◀ به رسمیت شناختن آن دسته از بیمارستان هایی که اثبات می کنند در حال ارزیابی و ارتقاء کیفیت و ایمنی مراقبت هستند.
- ◀ بهبود مستمر کیفیت مراقبت سلامت
- ◀ افزایش اعتماد عمومی به مراقبت سلامت بیمارستان ها

اصول گزارش نویسی در پرستاری

تعریف گزارش نویسی:

تعویض و تبادل اطلاعات درمورد بیمار به صورت نوشتاری و یا گفتاری بین گروه مراقبت کننده بهداشتی درمانی را گزارش گویند.

برقراری ارتباط حرفه ای موثر بین اعضاء گروه بهداشتی - درمانی به وسیله گزارش - دهی به یکدیگر صورت می گیرد. گزارش بیماران از طریق ثبت در پرونده (Record)، گزارش شفاهی (Report) یا مشاوره (Consultation) صورت می گیرد.

اهداف گزارش نویسی:

۱. برقراری ارتباط

اولین هدف ثبت گزارش بیماران، در جریان قرار دادن دیگر افراد گروه بهداشتی، درمانی از وضعیت بیمار و اقدامات درمانی است.

۲. برنامه ریزی مراقبتی

براساس اطلاعات ثبت شده در گزارش، وضعیت بیمار و پیشرفت برنامه درمانی و مراقبتی ارزیابی و برنامه مراقبتی جدید طراحی می شود.

۳. برآورد کیفیت

براساس گزارش ثبت شده در پرونده بیمار، به کیفیت مراقبت از وی پی برده می شود. در صورت وجود مشکلات، برای بهبود کیفیت مراقبت از بیمار، آموزش های ضمن خدمت برگزار می گردد.

۴. پاسخ گویی به مسائل قانونی و مالی

گزارشات ثبت شده در پرونده بیمار، به عنوان مدرک قانونی است. در صورتی که بیمار یا خانواده وی شکایتی در مورد کیفیت مراقبت داشته باشند، بهترین منبع و مدرک، پرونده بیمار می باشد. بنابراین ثبت گزارش بایستی دقیق، صحیح و به موقع صورت گیرد. بیماران هزینه درمانی خود را براساس گزارشات ثبت شده در پرونده که چه نوع مراقبت هایی را دریافت نموده اند، حساب و پرداخت می نمایند.

۵. آموزشی

گزارشات موجود در پرونده بیمار، برای آموزش دانشجویان گروه پزشکی استفاده می گردد.

۶. تحقیقی

پژوهشگرانی که در زمینه حل مشکلات بهداشتی - درمانی فعالیت دارند، به بررسی و مطالعه پرونده بیماران می پردازند و اطلاعات لازم را کسب می نمایند و راهکارهای مناسب را ارائه می دهند.

۷. تاریخی

اطلاعات و یافته های بهداشتی - درمانی بیمار، ممکن است در سال های بعد مورد نیاز باشد. به همین دلیل اطلاعات درج شده در پرونده بیمار، ارزش تاریخی دارد.

روش های گزارش نویسی:

سیستم های ثبتي متعددی برای گزارش اطلاعات مددجو وجود دارند، که این سیستم ها معمولاً توسط سرویس های پرستاری و با توجه به سیاست های سازمان انتخاب می شوند. در یک موسسه باید یک سیستم ثبت یکسان مورد استفاده قرار گیرد. برخی از روش های متداول گزارش نویسی عبارتند از:

الف: گزارش نویسی به روش سنتی یا بیمارستانی: در این روش گزارش نویسی اطلاعات طبقه بندی شده؛ و پزشک، پرستار، مسول آزمایشگاه و رادیولوژی هر کدام در برگه خاص خود گزارش را می نویسند. در این صورت برگه های متعددی در پرونده بیمار دیده می شود.

ب: گزارش نویسی به روش SOAPIE :

S = Subjective Data (مشاهدات ذهنی یا نظر بیمار): این بخش گزارش شامل مشکلات، علائم یا نشانه هایی است که بیمار با زبان خود بازگو می کند. در این قسمت باید عین کلمات و عبارات بیمار نوشته شود نه این که مشاهده کننده حرف های بیمار را تعبیر کند. در صورتی که بیمار قادر به بیان احساسات و افکارش نمی باشد این بخش از گزارشات خالی می ماند.

O = Objective Data (مشاهدات عینی): این بخش از گزارشات شامل مشاهداتی (اطلاعاتی) است که دیده، شنیده و احساس می شوند، به وسیله بوئیدن و لمس کردن به دست می آیند یا با استفاده از ابزارهای مختلفی مانند درجه حرارت یا گوشی، یافته های رادیولوژی، آزمایشگاهی و سایر اقدامات درمانی و تشخیصی به دست می آیند. در این قسمت به الگوهای ارتباطی بیمار نیز توجه می شود. مثلاً بیمار ناراحت یا گوشه گیر است یا پرخاشگری می کند، یا این که با دیگران تعامل و ارتباط خوبی دارد.

A = Assessment (بررسی اطلاعات به دست آمده): این بخش از گزارش شامل اطلاعات و یافته های عینی و ذهنی دیگران از طریق شرح و درک و نوشتن نتایج است. تمام افرادی که در تهیه گزارشات کمک می کنند باید نظر خودشان را درباره بررسی ها صادقانه در سطح مهارت و درک خود از وضعیت بیمار بنویسند.

P = Planning (برنامه ریزی): پس از بررسی نیازهای بیمار و اولویت بندی آنها، برنامه ریزی جهت رفع نیازهای بیمار انجام می گیرد. این بخش از گزارش شامل برنامه ریزی های انجام شده می باشد.

I = Intervention (اجرا): بعد از جمع آوری اطلاعات، تجزیه و تحلیل، شناخت مشکل و برنامه ریزی، برنامه ها اجرا می شوند که در گزارش ثبت می شوند.

E = Evaluation (ارزشیابی): ارزشیابی برنامه های طراحی شده که آیا در اجراء موفق بوده اند یا نه، در گزارش ثبت می شوند.

ج: گزارش نویسی بر اساس شیوه مشکل مدار: (P.O.M.R problem-oriented medical record)

در این روش، تاکید روی مشکل طبی بیمار و مراقبت از اوست، در این روش نه تنها درمان های بیمار ثبت می شوند، بلکه دلایل معالجات و مراقبت ها نیز ذکر می شوند. در این روش یک گزارش باید شامل موارد زیر باشد: اطلاعات پایه، لیست مشکلات، طرح های اساسی، گزارش پیشرفت بیماری

د: گزارش نویسی به روش گام به گام: این گزارش در واقع شامل گزارشات زیر است که به ترتیب اولویت و بر اساس شرایط بیمار نوشته می شود: گزارش پذیرش بیمار، گزارش بدو ورود، گزارش تغییر شیفت، گزارش قبل از عمل، گزارش ریکاوری، گزارش بعد از عمل، گزارش آموزش به بیمار، گزارش ترخیص، گزارش فوت

ه: گزارش نویسی براساس تشخیص پرستاری: در این روش گزارشات بر اساس تشخیص های پرستاری نوشته می شوند. تشخیص اساساً جمله یا عبارتی است که وجود وضعیت نامطلوبی را مشخص می کند. پرستاران براساس قوانین کار پرستاری، مسئول تشخیص و درمان واکنش های بیماران به مشکلات بهداشتی هستند. تشخیص های پرستاری عمدتاً به قسمت هایی مربوط می شوند که به عنوان اعمال مستقل پرستاری شناخته شده اند و بدون همکاری پزشک یا دیگر اعضاء تیم مراقبت های بهداشتی انجام می شوند. تشخیص های پرستاری سه نوع هستند: موجود، بالقوه، احتمالی

خ: گزارش داستانی: در گزارش داستانی کلیه وقایع، مراقبت ها و گفته های بیمار بدون آن که از فرایند خاصی در نوشتن گزارش استفاده شود، به ترتیب ثبت می شوند.

خصوصیات یک گزارش علمی و صحیح:

رعایت ۶ نکته در ثبت گزارش صحیح جهت پیشگیری از اشتباهات احتمالی و اجرای مناسب مراقبت های پرستاری الزامی است.

۱. حقیقت در گزارش نویسی:

گزارش صحیح بایستی حقایق را بیان نماید، اطلاعات واقعی منجر به تفسیر و درک اشتباه نمی گردد. گزارش باید شامل اطلاعات عینی و توصیفی درباره پدیده هایی باشد که پرستار می بیند، می شنود، می بوید و احساس می کند. از استفاده کلماتی چون به نظر می رسد، ظاهراً و ممکن است که ایجاد شک، تردید و یا ابهام در فرد خواننده گزارش می نماید جدا خودداری نمایید.

مثال: گزارش صحیح: بیمار اظهار می دارد دچار اختلال در خواب است، قادر به انجام کارهای خود نیست، حوصله صحبت با دیگران را ندارد، اشتهاى خوبی به غذا ندارد.

گزارش غلط: بیمار افسرده به نظر می رسد.

۲. دقت در گزارش نویسی:

موارد ثبت شده درمورد بیمار بایستی دقیق باشد تا اعضاء تیم درمان بتوانند به آن اعتماد کنند.

مثال: گزارش صحیح: بیمار ۳۶۰ CC مایعات (آب) مصرف نموده است. گزارش غلط: بیمار به میزان کافی مایعات دریافت کرده است.

گزارش صحیح: زخم ایجاد شده در ربع تحتانی سمت راست شکم ۵ CM طول دارد. گزارش غلط: زخم ناحیه شکم بزرگ و شکافدار می باشد.

۳. کامل بودن گزارش:

اطلاعاتی که در گزارشات پرستاری ثبت می گردد بایستی کامل و در ضمن مختصر باشد. نوشته های مختصر درک آسانی دارد و نوشته های طولانی خواندنش مشکل است و وقت را تلف می نماید.

۴. پویا بودن گزارش :

گزارش نویسی باید بصورت پویا و بدون تأخیر انجام شود. تأخیر در گزارش کتبی و شفاهی می تواند سبب بروز اشتباهاتی جدی گردد و در نتیجه نیازهای مراقبتی بیمار با تأخیر برطرف گردد. فعالیت ها و وقایعی که بایستی بطور جاری و بدون وقفه ثبت گردد شامل:

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

۵. سازماندهی گزارش :

اطلاعات ثبت شده بایستی دارای نظم بوده و سازماندهی شوند و بهتر است از فرم های مخصوص استفاده گردد.

۶. محرمانه بودن گزارش:

کلیه گزارشات باید محرمانه و دور از دسترس همراهان و وابستگان بیمار باشد. بیمارستان حق تکثیر هیچ یک از اوراق پرونده بدون اجازه بیمار را ندارد.

قوانین ثبت گزارش

• مندرجات: (Content)

- اطلاعات باید کامل، صحیح، مناسب، دقیق و حقیقی باشد. یافته های بیمار ثبت شود و از تفسیر آن خودداری گردد.
- از به کار بردن کلماتی که ممکن است برای خواننده معانی مختلفی ایجاد کند (مانند خوب، متوسط، کافی، طبیعی و...) خودداری شود.
- از به کار بردن کلمات کلی مانند « امروز به نظرم بهتر است » خودداری شود. برای ثبت گزارش می توان از معیار یک تا ده استفاده نمود.
- ثبت مشکلات بیمار و مداخلات پرستاری و پاسخ بیمار از نظر نظم و توالی رخداد آن بایستی انجام شود.
- کلیه مشاوره های طبی بایستی ثبت گردد تا پرستاران دیگر نیز از آن آگاهی یابند.
- از به کار بردن کلمات کلیشه ای و یا مبهم در هنگام نوشتن گزارش بیمار باید خودداری نمود.
- در صورتی که پرستار نسبت به دستورات و معالجات نامناسب پزشک، تذکر و یا سئوالی را مطرح می نماید، باید زمان و تاریخ واکنش و توجه پزشک را دقیقاً ثبت نماید.
- اگر از طریق تلفن مشکل مورد نظر مطرح می گردد، پرستار شاهد که به هنگام مکالمه حضور داشته، نیز گزارش را باید امضاء نماید. همچنین اگر جهت حل مشکل با مدیر پرستاری نیز تماس گرفته شده باید ثبت گردد. ثبت این نوع گزارش در موارد قانونی موجب حمایت از پرستار و سایر مراقبت کنندگان مرکز درمانی می گردد.

• زمان بندی (Timing)

همزمان با مشاهده و انجام مداخلات پرستاری، تاریخ و ساعت آن در پرونده درج گردد. در صورتی که وضعیت بیمار وخیم باشد، ثبت گزارش به طور مکرر بر پایه خط مشی مرکز درمانی صورت می گیرد ثبت دقیق زمانی مداخلات پرستاری اهمیت دارد. ساعت باید به صورت چهار فاکتوره ثبت گردد. مثال (۱۲:۰۱)

• چارچوب برگه ها (Format)

ثبت گزارش باید بر روی برگه های طراحی شده مناسب صورت گیرد. برای نوشتن می توانید از خودکار سیاه و یا آبی استفاده نمایید. نوشته باید خوانا باشد. در مواردی که بیمار نکته یا حساسیت خاصی دارد که باید مورد توجه قرار گیرد، از خودکار قرمز استفاده شود. از لغات صحیح و استاندارد، اختصارات و علامت های مشترک استفاده شود. تاریخ و ساعت هر ثبت گزارش باید نوشته شود. مداخلات پرستاری با توجه به زمان انجام آن، بر روی خطوط پی در پی نوشته شود و فضای خالی با یک خط پر شود.

• امضاء مسئول و یا پاسخ گویی (Accountability)

پس از یادداشت در پرونده بیمار، فرد ثبت کننده باید نام و نام خانوادگی و عنوان خود را نوشته و امضاء نماید. بر روی هر صفحه، نام و مشخصات بیمار ثبت شود. قبل از ارسال پرونده بیمار به مدارک پزشکی، از کامل بودن آن اطمینان حاصل شود.

• رازداری (Confidentiality)

بیماران از نظر قانونی و اخلاقی انتظار دارند، اطلاعات موجود در پرونده آن ها محرمانه بماند. دانشجویان پرستاری باید از خط مشی مرکز درمانی و قوانین موجود در مورد دستیابی به پرونده بیماران آگاهی داشته باشند. در مراکز آموزشی - درمانی، دانشجویان می توانند از پرونده بیماران در محدوده حرفه ای خود استفاده نمایند. از نظر اخلاقی، تمام اطلاعات خوانده شده را باید محرمانه تلقی کنند.

گزارشات شفاهی

گزارش شفاهی یک ارتباط سیستماتیک است که هدف آن انتقال اطلاعات ضروری برای مراقبت از بیماران می باشد. در این نوع گزارش، پرستار خلاصه ای از فعالیت ها و شرایط بیمار را (در زمان ترک بخش برای استراحت و یا پایان شیفت) به پرستار دیگر منتقل می نماید. ارائه گزارش شفاهی به اشکال مختلف صورت می گیرد.

۱. گزارش مشکل بیمار

ارائه گزارش به واحد یا بخش های مورد نیاز بیمار صورت می گیرد. این گزارش ها تأکید بر مشکل بیمار دارد. هر نوع مشکل بیمار به صورت ذیل باید ارائه شود:

- مشکل مراقبتی بیمار همراه با تشخیص پزشکی و پرستاری
- یافته هایی که مشکل را کاملاً شرح می دهد.
- مداخلات انجام شده در روز و میزان موفقیت آن برای حل مشکل

۲. گزارش تغییر وضعیت بیمار

بسیاری از گزارشات پرستار در طول نوبت کاری، مربوط به تغییر وضعیت بیمار می باشد که به سرپرستار و یا دیگر پرستاران گزارش می شود. راهنمای اصلی گزارش تغییر وضعیت بیمار، بر مبنای یافته های قابل اندازه گیری است و نشان دهنده میزان تغییر وضعیت می باشد.

مواردی که می باید در این گزارش ارائه شود عبارت است از:

- ۱- مشخصات فردی بیمار که تغییر وضعیت داشته است.
- ۲- میزان تغییر وضعیت بیمار با توجه به یافته های قابل اندازه گیری اولیه ارائه شود.
- ۳- علائم و نشانه های عوارض بالقوه بیان گردد.
- ۴- هر گونه مداخله انجام شده همراه با نتایج آن بیان شود.

۳. گزارش به پرستار دیگر

در این نوع گزارش، گزارش دهنده و گیرنده هر دو پرستار می باشند. برای این گزارش از فرآیند پرستاری استفاده می شود.

۴. گزارش به پزشک

هنگامی که پرستار به پزشک گزارش می دهد باید از تشخیص های پزشکی استفاده نماید. قبل از گزارش به پزشک، پرستار یافته های عینی و ذهنی و تغییرات بیمار را بررسی می کند سپس وضعیت بیمار را شرح می دهد. یافته های به دست آمده به گونه ای شرح داده شود که پزشک را در تعیین تشخیص پزشکی و معالجات مناسب کمک نماید.

چهار نوع گزارش شفاهی توسط پرستاران استفاده می شود :

۱. گزارش تعویض شیفت change of shift reports
۲. گزارش تلفنی Telephone reports
۳. گزارش انتقالی Transfer reports
۴. گزارش حوادث اتفاقی Incident reports

گزارش تعویض شیفت :

یکی از مهمترین کاربردهای گزارش شفاهی گزارش تعویض شیفت است که ممکن است بصورت کنفرانس و یا به صورت راند بالینی بخش در کنار تخت بیماران انجام شود. راند بالینی دارای مزایای متنوع و قابل توجهی می باشد زیرا به پرستاران اجازه می دهد تا در مورد سئوالات مطرح شده در ذهن خویش بازخوردی فوری دریافت نمایند. در طی مدت راند بالینی ممکن است نکات هشداردهنده ای از سوی بیماران یادآوری گردد. در هنگام راند بالینی علاوه بر گرفتن اطلاعاتی که ما را در طراحی مراقبت پرستاری یاری می دهد فرصت مناسبی جهت ارزیابی مراقبت پرستاری دریافت شده را نیز به ما می دهد و همچنین به بیمار این امکان را می دهد که در ارتباط با مراقبت های دریافت شده بحث نماید.

گزارشات تلفنی

گزارشات تلفنی راه سریع و مناسب انتقال اطلاعات می باشد. اشخاصی که در گزارشات تلفنی نقش دارند باید مطمئن باشند:

اطلاعات واضح، صحیح، دقیق و خلاصه است. درموقع گزارش تلفنی به پزشک حتما پرونده بیمار در دسترس پرستار باشد تا هرگونه سوال پزشک از جمله علائم حیاتی قبلی بیمار، رژیم درمانی و غیره با توجه به آن پاسخ داده شود.

راهنمای دستور تلفنی

۱. به عنوان یک دستور کلی، دستورات تلفنی فقط در شرایط اورژانسی قابل قبول هستند.
۲. دستورات تلفنی باید توسط پرستار مجرب و با گزارش صحیح شرح حال بیمار به روش ISBAR باشد.
۳. دستورات تلفنی باید به طور کامل در برگ دستورات پزشک تحت عنوان Tell order با ذکر نام پزشک تاریخ و زمان دستور داده شده، ثبت شده و جهت صحت درک دستور، مجدداً توسط پرستار مستمع بازگو گردد و پس از اطمینان از صحت دستور تلفنی، چک و اجرا گردد.
۴. دستورات تلفنی بایستی توسط دو پرستار سمع، کنترل و امضا شود.
۵. براساس مقررات بیمارستان پزشک مسئول دستورات تلفنی دستورات نوشته شده را بایستی امضا کند (حداکثر تا ۲۴ ساعت پس از دستورات تلفنی).

گزارش انتقالی:

هنگام انتقال بیمار از یک بخش به بخش دیگر و یا مرکز درمانی دیگر لازم است پرستار خلاصه ای از وضعیت وی و مراقبت های انجام شده را در برگه انتقال بنویسد. مثلاً موقع انتقال بیمار از بخش های ویژه و یا ریکاوری به بخش های دیگر.

گزارش انتقال به صورت تلفنی و یا حضوری نیز داده می شود. پرستار به ترتیب موارد زیر را باید در هنگام ارائه گزارش انتقال مورد توجه قرار دهد:

۱. نام و نام خانوادگی بیمار، نام پزشک معالج و تشخیص های پزشکی بیمار، زمان و تاریخ انتقال
۲. وضعیت سلامتی فرد در حال حاضر
۳. برنامه مراقبتی در حال حاضر
۴. هر نوع بررسی و مداخله ویژه مورد نیاز بیمار در کوتاه مدت تا استقرار کامل در بخش جدید
۵. وسایل خاص مورد نیاز بیمار (مثل لوله ها و وسایل طبی)
۶. توجهات خاص (مثلاً احیاء قلبی ریوی و یا وضعیت ایزولاسیون)
۷. نوشتن نام پرستار تحویل گیرنده

گزارش حوادث:

هدف از گزارش حوادث، شناسایی خطرات و پیشگیری از آن در آینده می باشد و برای ارتقاء کیفی کار پرستاران استفاده می شود.

در نوشتن گزارش حوادث موارد زیر باید رعایت شود:

۱. نوشتن نام پرستاری که حادثه را دیده و با آن روبرو شده است.
۲. به طور مختصر و دقیق و کاملاً عینی حادثه شرح داده شود.
۳. هرگونه اقداماتی که توسط پرستار، پزشک و یا سایر همکاران برای حادثه دیده صورت گرفته گزارش داده شود.
۴. برای حادثه تفسیر و تعبیر نوشته نشود.
۵. حادثه باید هرچه سریع تر به مسئول مربوطه گزارش شود.
۶. حادثه باید در دفتر گزارش بخش نیز ثبت شود.

گزارش بدو ورود :

- ساعت و تاریخ ورود به بخش
 - وضعیت هوشیاری بیمار حین ورود به بخش (با هوشیاری کامل، خواب آلود، گیج، بدون پاسخ)
 - نحوه ورود به بخش (سرپایی، با ویلچر، با برانکارد و ...)
 - شکایت اصلی بیمار (به زبان بیمار) و علت بستری (تشخیص یا تشخیص های پرستاری)
 - در صورت داشتن خط وریدی یا هر گونه اتصالات (استومی، لوله تراشه، گچ گیری، بخیه) با ذکر محل دقیق آن ثبت شود.
 - ثبت علائم حیاتی زمان تحویل
 - ثبت ارتقاء سلامت شامل سابقه بستری، بیماری زمینه ای، سابقه خانوادگی بیماری، سابقه عمل جراحی، چاقی، مصرف مواد مخدر و دخانیات
 - ثبت حساسیت دارویی و غذایی و مصرف داروی خاص یا داشتن بیماری خاص در بخش توصیه های ISBAR (در هر شیفت)
 - ثبت تهدید کننده های ایمنی مانند زخم فشاری، سقوط، ترومبوآمبولی، سوختگی ناشی از کوتر بر اساس نوع بخش، در مورد سقوط (خطر سقوط بیمار با ابزار موری ارزیابی گردید در ریسک متوسط قرار دارد اقدامات پیشگیرانه از قبیل آموزش نحوه خارج شدن از تخت، بالا نگهداشتن بدساید دوطرفه و زدن مچ بند زرد با کد سقوط انجام شد. در مورد زخم فشاری (خطر زخم فشاری با ابزار برادن ارزیابی گردید در ریسک بالا قرار دارد اقدامات پیشگیرانه از قبیل تغییر پوزیشن هر دو ساعت، تغییر محل پروب هر دو ساعت، استفاده از تشک موج، جلوگیری از خیس و مرطوب و چروک بودن ملحفه بیمار انجام شد) تهدید کننده های ایمنی در هر شیفت باید ثبت شود).
 - ثبت وضعیت روحی بیمار و خلق و خو در بدو پذیرش و در هر شیفت. (در بیمار علائمی دال بر اختلال خلقی مشاهده نشد یا اگر مشاهده شد باید علامت رفتاری مشاهده شده و اقدامات صورت گرفته ثبت شود)
 - ثبت حمایت خانواده و مددکاری اجتماعی (در صورت داشتن مشکل، ثبت در گزارش پرستاری برای پیگیری و ثبت در HIS) (با عنوان جملاتی مانند نیاز به مددکار اجتماعی دارد یا تحت حمایت خانواده است)
 - ثبت رژیم غذایی و میزان تحمل آن
 - نام پزشک، محل ارجاع، ثبت ساعت اطلاع به پزشک، ثبت ساعت ویزیت پزشک.
 - ثبت دستورات داده شده.
 - ثبت اقدامات پاراکلینیک انجام شده به همراه ساعت شامل (آزمایشات، گرافی ها، مشاوره ها و EKG و ...)
 - ذکر مشکلات بر اساس علائم حیاتی، علائم عینی و ذهنی و تشخیص های پرستاری.
 - ثبت اقدامات مراقبتی انجام شده
 - ارزیابی مجدد و ثبت نتایج اقدامات انجام شده
 - ثبت آموزش های داده شده به بیمار و ارزیابی اثر بخشی آن
- نحوه ثبت در گزارش بدو ورود بیمار: آموزش در موارد ... داده شد و اثر بخشی آموزش های ارئه شده ارزیابی گردید موثر بود یا موارد ... مجدد آموزش داده شد.

نحوه ثبت در گزارشهای بعدی: اثر بخشی آموزش های داده شده در شیفت قبل ارزیابی شد موثر بود یا موارد ...
مجدد آموزش داده شد.

- ثبت گزارش تحویل به شیفت بعدی بر اساس ISBAR

گزارش بیماران بستری

- ساعت تحویل بیمار و وضعیت بیمار حین تحویل بالینی از جهت شناسایی، هوشیاری و وضعیت خلقی و علائم حیاتی و اتصالات
- ثبت هرگونه تغییر در وضعیت بیمار و ساعت اطلاع به پزشک و نام پزشک ویزیت کننده
- ثبت دستورات داده شده توسط پزشک
- ثبت پروسیجرهای انجام شده
- ارزیابی مجدد و ثبت نتایج مداخلات صورت گرفته
- ذکر مشکلات بر اساس علائم حیاتی، علائم عینی و ذهنی و تشخیص های پرستاری
- ثبت تهدید کننده های ایمنی (تعیین میزان خطر بر اساس ابزار مورد استفاده و اقدامات پیشگیرانه)
- ذکر موارد آموزش داده شده به بیمار و ثبت اثر بخشی آموزش های داده شده
- ثبت گزارش تحویل به شیفت بعدی و در صورت انتقال به بخش دیگر بر اساس ISBAR شامل: (Identification شناسایی بیمار) ، (Situation توضیح وضعیت فعلی) ، (Background توضیح بیماری زمینه ای) ، (Assessment ارزیابی میزان وخامت حال بیمار و تشخیص های محتمل) ، (Recommendations توصیه در مورد اقدامات بعدی و پیگیری ها)

گزارش قبل از عمل :

- ثبت علائم حیاتی نهایی قبل از تحویل بیمار به اطاق عمل
- ثبت وضعیت هوشیاری بیمار حین تحویل
- ثبت تمام لاین ها و اتصالات بیمار
- آمادگی های قبل از عمل مانند شیو، دستبند شناسایی، NPO و ...
- ثبت ساعت تحویل بیمار به اطاق عمل و وسیله انتقال (سرپایی، ویلچر و یا برانکارد)
- ثبت دستورات دارویی (پریمید) قبل از عمل
- ثبت نام و نام خانوادگی پرستار و امضاء گزارشات فوق با قید ساعت و تاریخ
- ثبت برگ رضایت آگاهانه، جواب آزمایشات، گرافی ها، ECG و ...

گزارش ریکاوری :

- ثبت ساعت ورود به ریکاوری
- سطح هوشیاری و نوع بیهوشی داده شده
- علائم حیاتی
- بررسی درد (شدت و محل آن) و اقدامات در جهت مدیریت و کاهش درد

- دامنه حرکتی بیمار و نیز کلیه قسمت های بدن از نظر سوختگی با کوتر و یا سایر عوارض حین عمل
- ثبت نوع عمل انجام شده
- مشکلات و عوارض مانند خونریزی، تهوع، استفراغ و آژیتاسیون و اقدامات مراقبتی برای حل مشکلات
- ثبت لوله ها، درن ها و سایر اتصالات بیمار
- میزان برون ده ادراری و درناژ لوله ها
- ثبت تحویل نمونه های بیوپسی به پرسنل یا همراه بیمار همراه با درخواست

گزارش بعد از عمل :

- ساعت تحویل و یا ورود به بخش
- ثبت نوع عمل جراحی انجام شده
- ثبت وضعیت هوشیاری، علائم حیاتی و ارزیابی درد
- ثبت اتصالات بیمار شامل لاین ها و لوله ها و درن ها و ذکر عملکرد آنها و میزان درناژها
- ثبت چگونگی پانسمان محل عمل
- کنترل میزان برون ده ادراری از نظر حجم، رنگ و ...
- دستورات پزشکی اجرا شده
- ذکر مشکلات بیمار بر اساس علائم حیاتی و علائم عینی و ذهنی و تشخیص های پرستاری
- اقدامات مراقبتی انجام شده
- ارزیابی مجدد
- ذکر موارد آموزش داده شده به بیمار و ارزیابی اثر بخشی آن

گزارش CPR

- زمان و نوع ایست (فقدان نبض یا تنفس)
- زمان شروع احیاء قلبی و ریوی CPR
- ریتم قلبی در زمان شروع دارو درمانی و پس از اجراء دارو درمانی
- ریتم قلبی در زمان شروع دفیبریلاسیون و پس از دفیبریلاسیون
- لوله گذاری و اکسیژن درمانی و تجزیه گازهای خون شریانی ABG
- تعداد و وات دفیبریلاسیون و واکنش بیمار نسبت به دفیبریلاسیون
- دارودرمانی (نوع و دز و زمان و اسم فردی که دارو را برای بیمار تجویز و تزریق می نماید.
- واکنش مردمک ها
- افراد عضوتیم احیاء
- زمان خاتمه CPR

گزارش فوتی

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

- ثبت ساعت بد حال شدن (در موارد نا گهانی)
- ثبت ساعت فوت، نحوه صدور گواهی فوت (گواهی فوت یا توسط پزشک مربوطه صادر گردیده یا توسط پزشک قانونی صادر می گردد)
- ذکر این نکته در پرونده که جسد به چه کسی تحویل شد یا در سردخانه بیمارستان گذاشته شد.
- باید نام و نام خانوادگی جسد، سن، بخشی که بستری بوده و تاریخ فوت نوشته شده و روی کاور یا روی بدن وی و روی ملحفه چسبانیده شود.

گزارش ترخیص :

- ثبت علائم حیاتی و حال عمومی
- ثبت خارج نمودن لاین ها و اتصالات بیمار
- آخرین آزمایشات و رؤیت آن توسط پزشک
- آموزش های حین ترخیص شامل: رژیم غذایی، فعالیت، دارو، مراقبت از زخم و علائم هشدار دهنده که باید به پزشک مراجعه کند.
- ساعت ترخیص و خروج از بخش
- در خصوص کودکان و بیماران با مشکل فکری - شناختی حتما قید شود که به بستگان درجه یک تحویل داده شد.
- در موارد ترخیص با رضایت شخصی ثبت دستورات پزشک مبنی بر ترخیص با رضایت شخصی و گرفتن اثر انگشت الزامی است.
- در صورتی که بیماری بدلیل مشکلات مالی ترخیص نمی شود باید تمامی اقدامات درمانی دارویی طبق دستور پزشک ادامه یافته و ثبت گردد.

ثبت پروسیجرها

- اکسیژن تراپی
- دلایل شروع اکسیژن درمانی (علائم اختلال تنفسی)
- زمان شروع اکسیژن درمانی و طول مدت اکسیژن درمانی
- روش اکسیژن درمانی
- میزان اکسیژن درمانی
- واکنش فرد نسبت به اکسیژن درمانی (ارزیابی مجدد)

• مراقبت از زخم و برش ناحیه جراحی

- 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
- توجه به خونریزی و عملکرد مناسب درن

• سندازمthane

- هدف از سندازمthane
- نوع سند جهت سنداز
- سایز سند
- ثبت مانورها قبل از سنداز
- حجم مایع مورد استفاده جهت فیکس کردن بالون
- حجم و رنگ و مواد خارجی موجود در ادرار پس از سندازمthane
- در صورت شستشو: حجم و نوع محلول شستشو و حجم و رنگ مواد برگشتی و واکنش مددجو

• گذاشتن سوند معده:

گاواژ:

- دلایل لوله گذاری معده
- نوع گاواژ: متناوب و مداوم
- حجم و نوع محلول گاواژ
- حجم مایع موجود در معده قبل از گاواژ
- رنگ ترشحات برگشتی از معده
- واکنش مددجو

لاواژ:

- دلایل لاواژ
- نوع و حجم محلول لاواژ
- حجم و رنگ موارد برگشت
- واکنش مددجو

گزارش درمان 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.

گزارش تغذیه کامل غیر از راه خوراکی (TPN)

سوند بکار رفته، حجم و میزان محلول تجویز شده و وضعیت ورود کاتتر

گزارش مانیتورینگ قلب

تاریخ و ساعت شروع مانیتورینگ، لیدهای استفاده شده، ریتم های خوانده شده ، اقدامات انجام شده

گزارش ترانسفوزیون خون

خون و فرآورده های خونی باید توسط دو پرستار بررسی و اطلاعات آن ثبت شوند. شناسایی صحیح بیمار؛ شماره پرونده؛ نوع و گروه خون، یافته های کراسمچ؛ شماره شناسایی بانک خون مندرج روی فرآورده خونی باید دقیقاً بررسی شده و مورد توجه قرار گیرند. در انتقال خون موارد زیر باید در نظر گرفته شده و ثبت شوند:

- ۱- نوع و میزان فرآورده خونی
 - ۲- تاریخ و ساعت شروع و اتمام انتقال خون
 - ۳- نام پرستاری که اطلاعات را تایید کرده است.
 - ۴- نوع و اندازه سوزن مورد استفاده
 - ۵- علائم حیاتی قبل، حین و پس از تجویز خون
 - ۶- وسایل مورد استفاده برای تزریق
 - ۷- در صورتی که خون گرم شده یا رقیق شده قید آن ضروری است.
- نحوه ثبت پیگیری بیمار تا ۲۴ ساعت پس از شروع تزریق: ۱- باید در کاردکس بیمار در قسمت توجهات پرستاری ثبت شود و ۲- در قسمت پیگیری ها یا R در گزارش تحویل بیمار به روش ISBAR ثبت شود.

نکته: در صورتی که بیمار نسبت به انتقال خون واکنش نشان داد گزارش را به صورت ذیل می نویسیم:

- ۱- نوع و مقدار خون یا فرآورده های خونی تزریق شده
- ۲- زمان شروع و توقف انتقال خون
- ۳- تاریخ و ساعت واکنش و علائم مشاهده شده در بیمار
- ۴- ساعت اطلاع به پزشک
- ۵- درمان هایی که برای واکنش بیمار انجام شده و نتایج آن
- ۶- ثبت تکمیل برگ عوارض خون

رژیم غذایی

در ذکر رژیم غذایی ۴ مورد حتما باید رعایت شود:

- ۱- در کاردکس بیمار ثبت شود.
 - ۲- بالای سر بیمار ثبت شود.
 - ۳- به بیمار آموزش داده شود.
 - ۴- در گزارش پرستاری ثبت شود.
- در گزارش باید نوع رژیم، اشتهای بیمار، علت امتناع از خوردن، مقدار غذای خورده شده و تحمل یا عدم تحمل تغذیه ثبت شود.

دفع

در گزارش کارکرد روده و دفع ادرار ثبت شود و موارد غیر طبیعی از جمله عدم کارکرد شکم، تغییر در رنگ و حجم ادرار یا مدفوع، نبود صداهای روده و .. ثبت شود.

درد

میزان درد (از ۱-۱۰ نمره داده شود)، محل و شدت درد، عوامل افزایش دهنده و کاهنده، اقدامات پرستاری انجام شده جهت کاهش درد و پاسخ بیمار باید ثبت شده و به اطلاع پزشک مربوطه رسانده شود.

وضعیت خواب و استراحت

بی خوابی ناشی از اضطراب، هر گونه اختلال در وضعیت خواب و استراحت بیمار، اقدامات پرستاری انجام شده جهت بهبود وضعیت خواب و پاسخ بیمار باید ثبت شده و به اطلاع پزشک مربوطه رسانده شود.

تغییرات رفتار بیمار

مشاهده رفتار بیمار در رابطه با مشکلات سلامتی یا در رابطه با بیماری اوست. رفتار شامل عکس العمل های جسمی، تغییرات خلق و خوی مثل افسردگی و گوشه گیری، تغییر در ارتباط کلامی و غیر کلامی و عکس العمل های فیزیولوژیک می شود. در شرح ارتباط کلامی با بیمار باید عین کلمات و جملات بیمار ثبت شود.

ثبت گزارش آموزش:

- نیازهای آموزشی بیمار، برنامه ریزی برای آموزش، کاربرد وسایل سمعی و بصری مختلف
- فرد آموزش دهنده، افراد آموزش گیرنده و... (اثر انگشت و امضاء) محتوای آموزش
- بکار بردن عبارات و جملاتی که موید فهم و دریافت آموزش توسط فراگیر باشد (نشان دادن، بیان کردن، بکار بردن صحیح وسایل)
- آموزش در مورد داروهای مصرفی، اثر، عوارض و اقدامات خاص و...
- ثبت تحویل مواد آموزشی از قبیل پمفلت، کتاب و ..
- آموزش در مورد محدودیت های خاص

نکات کلیدی در گزارش نویسی

- نظر به اهمیت گزارش پرستاری در فرآیند درمان بیماران و ارزش حقوقی و قضایی آن، نکات مهم در مورد نوشتن گزارش پرستاری یادآوری می گردد.
- به منظور جلوگیری از اتلاف وقت، انتقال صحیح مطالب و سرعت بخشیدن به کارها گزارش را خوانا و مرتب بنویسید.
- مشخصات بیمار را در بالای اوراق گزارش بطور کامل درج نمایید.
- در صورت استفاده از هر گونه وسایل مکانیکی (ونتیلاتور، مانیتورینگ، پیس میکر و.....) جهت مراقبت از بیمار توضیحات لازم را یادداشت نمایید.
- بیانات و نشانه هایی را که بیمار عنوان نموده است با استفاده از کلمات خود بیمار یادداشت کنید.

- تمام اقدامات دارویی و درمانی را همراه با ساعت اجرای آنها و ذکر واکنش های بیمار نسبت به اقدامات مربوطه ثبت نمایید.
- ضروری است کلیه موارد ثبت شده در گزارش پرستاری با ثبت دقیق ساعت مشاهده یا اجرای آن باشد.
- با توجه به داروهایی که بیمار مصرف می کند، عوارض جانبی آن را مد نظر قرار داده و در صورت بروز بلافاصله گزارش نمایید.
- از ثبت اقدامات پرستاری قبل از اجرای آنها اجتناب کنید.
- پس از مشاهده هر گونه وضعیت غیر عادی یا ارائه مراقبت های خاص (ایزولاسیون) در اسرع وقت اقدام به گزارش نویسی نمایید.
- انحصاراً در گزارش، مراقبت هایی را که خود ارائه نموده و یا بر اجرای آنها نظارت داشته اید ثبت نمایید.
- اقداماتی را که باید در شیفتهای بعدی انجام و یا پیگیری شوند گزارش نمایید. (آمادگی جهت آزمایشات پاراکلینیکی، تشخیصی، جواب مشاوره ها و....)
- انواع آزمایشات پاراکلینیکی بیمار را در صورت انجام با ذکر ساعت و تاریخ گزارش نمایید.
- شبکار باید در پایان شیفتهای خود جمع ۲۴ ساعته را در برگه کنترل جذب و دفع و نیز در برگه چارت علائم حیاتی در ستون مربوطه ثبت نماید.
- هرگونه علائم و نشانه ای که به پزشک اطلاع داده می شود را ثبت نمایید.
- ثبت هر گونه حادثه یا اتفاقی که سلامتی بیمار را به مخاطره انداخته (سقوط، اشتباهات دارویی و.... ضروری است)
- مسئولیت درج صحیح دستورات پزشک در کاردکس با پرستار مسئول است و باید در این زمینه دقت کافی برای جلوگیری از بروز اشتباهات بعمل آید.
- دستورات اجرا نشده پزشکان را با ذکر علت ثبت نمایید.
- کلیه اطلاعات ضروری در مورد دستورات دارویی اجرا شده را ثبت کنید (نام دارو، دوز دارو تاریخ و ساعت شروع، زمان و راه تجویز)
- در صورت ندادن دارو به هر علت باید علت آن در بطور مختصر ذکر شده و در گزارش پرستاری نیز در مورد آن توضیح داده شود.
- از تصحیح عبارات اشتباه در گزارش به وسیله لاک گرفتن یا سیاه کردن آنها اجتناب کنید.
- جهت تصحیح موارد اشتباه در گزارش شرایط زیر را بطور کامل رعایت کنید:
- بر روی مورد اشتباه فقط یک خط بکشید به نحوی که قابل خواندن باشد.
- در قسمت بالا و یا جلوی مورد اشتباه کلمه «اشتباه» یا Error را نوشته و گزارش صحیح را بعد از کلمه «اشتباه» یا Error ادامه دهید.
- از مواردی که منجر به تحریف گزارش می شود اجتناب کنید از جمله:
- اضافه نمودن مواردی به گزارش بدون آنکه تعیین شود که موارد مذکور بعداً اضافه شده است.
- ثبت اطلاعات نادرست در گزارش پرستاری
- دوباره نویسی و یا تغییر گزارش

- اضافه نمودن مواردی به یادداشت های سایرین
- تخریب یا مخدوش نمودن گزارش های قبلی یا موجود
- در بین مطالب مندرج در گزارش پرستاری و ابتدا و انتهای گزارش جای خالی وجود نداشته باشد.
- در صورت استفاده از اختصارات در گزارش پرستاری، اختصارات قابل قبول بین المللی را بکار ببرید.
- آموزش های ارائه شده به بیمار و اثر بخشی آن را در گزارش پرستاری ذکر نمایید.
- در صورتی که بیماری شفاهاً مسئولین درمانی بیمارستان را تهدید به تعقیب مواردی نماید دقیقاً گزارش نمایید.
- در خصوص مشاوره های پزشکی باید توجه شود که دستورات مشاوره فقط در صورتیکه توسط پزشک معالج یا پزشک مقیم در پرونده دستور اجرای آنها داده شده قابل انجام می باشد و نباید هیچگاه بطور مستقیم و بدون اطلاع پزشک معالج اجرا گردد.
- در روش case method گزارش پرستاری باید به صورت پیوسته ثبت گردد و در انتهای شیفت بسته شده و مهر و امضا گردد، مگر در مواردی که پرستار بالین بیمار را به قصد اعزام یا شیفت استراحت و ... ترک می کند در این موارد باید قبل از ترک، به پرستار جانشین خود تحویل دهد و در گزارش پرستاری ثبت کند.
- انتهای گزارش پرستاری و اقدامات دارویی به طور کامل بسته شود، نام، نام خانوادگی و سمت پرستار مربوطه به طور خوانا ثبت شود.
- گزارش را ممهور به مهر اسمی خود به همراه شماره نظام پرستاری نموده و امضاء نمایید.

ISBAR

از روش ISBAR در زمان Hand-offs استفاده می شود.

Hand - offs چیست؟

انتقال مراقبت از یک ارائه کننده مراقبت به دیگری می باشد. مکانیسمی برای انتقال اطلاعات و مسئولیت ها و اختیارات از یک فرد یا گروه مراقبت بیمار به فرد یا گروه دیگری می باشد.

اهداف اجرایی بکارگیری ISBAR :

- ۱- ارتباط شفاف، مختصر، دقیق و کامل مربوط به اطلاعات کلیدی بالینی بیمار
- ۲- بهبود ایمنی بیماران و نتایج بالینی مراقبت از آنها
- ۳- اجرای الزامات استانداردسازی در زمینه ارتباط مناسب برای تحویل بیمار در موارد پذیرش، انتقال بیمار، گزارش و تحویل شیفت ها و راندهای روزانه
- ۴- بهبود ارتباط پزشکان، پرستاران در مراقبت ها در موارد بحرانی و غیر بحرانی
- ۵- بحث و تبادل نظر و تشریح مساعی با سایر بخش ها و واحدها در راستای تقویت همکاری بین بخش ها و واحدهای مرتبط با مراقبت بیمار

گام های اصلی ISBAR

گام اول:

شناسایی: Identification

در این گام ابتدا فرد نام و بخش خود را بیان می کند سپس نام بیمار و شماره اطلاق آن را ذکر می کند و در نهایت دلیل اینکه تماس گرفته است را اظهار می نماید.
گام دوم:

بیان وضعیت: Situation

در این گام مختصری از مسئله و مشکل بیان می شود.
گام سوم:

سابقه / زمینه: Background

- ۱- بیان تشخیص، دلیل پذیرش و تاریخ پذیرش
 - ۲- بیان سابقه پزشکی بیمار
 - ۳- خلاصه و مختصری از کارهای انجام شده و زمان انجام آن کارها به ترتیبی که انجام شده اند
 - ۴- فهرستی از داروهای تجویز شده / آلرژی ها و حساسیت های فرد / مایعات تزریق شده و غیره
 - ۵- علائم حیاتی بیمار
 - ۶- نتایج آزمایشگاهی : تاریخ و زمان تستهای انجام شده و مقایسه با آزمایشات قبلی
 - ۷- آخرین علائم و یافته های بالینی بیمار
- گام چهارم:

ارزیابی: Assessment

در این گام نتایج حاصل از ارزیابی بالینی انجام شده با فرد مقابل تسهیم و تشریح مساعی می شوند و اینکه چه چیزی باید مورد تحلیل بیشتر قرار بگیرد و آیا بروز این مسئله حیات فرد را تهدید می کند یا خیر در این مرحله موارد زیر بیان می شوند:

- ۱- آخرین علائم حیاتی (V.S)
 - ۲- وضعیت منتال بیمار
 - ۳- تعداد تنفس و کیفیت آن / تعداد نبض و کیفیت آن
 - ۴- تغییرات در ریتم قلبی
 - ۵- درد
 - ۶- تغییرات عصبی
 - ۷- رنگ پوست
 - ۸- سطح اکسیژن
- گام پنجم:

توصیه ها یا پیشنهادات: Recommendation

در این گام بیان کنید که دنبال چه چیزی هستید؟ می خواهید برای این بیمار چه کاری را و چه موقع انجام دهید؟ شما برای بهبود این وضعیت و حل مسئله چه نیازی به فرد مقابل دارید؟
توصیه ها می توانند شامل موارد زیر باشند:

- ۱- انتقال بیمار
- ۲- تغییر درمان

- ۳- آمدن بر بالین بیمار همین حالا؟!۱
- ۴- صحبت کردن با بیمار یا خانواده او در مورد موضوع خاص
- ۵- تقاضا برای انجام مشاوره توسط پزشک و ...
- ۶- سایر پیشنهادات (شامل CBC,ERG,ABG,CXR و یا ...)
- ۷- اگر نوع و یا روند درمان تغییر کرده است سوال کنید "هر چند وقت یکبار؟"
- ۸- سوال کنید: اگر بیمار بهبود پیدا نکرد چه موقع دوباره تماس بگیرم؟

چک لیست پایش و ارزیابی اطمینان از ثبت صحیح نتایج حاصل از ارزیابی های مجدد و مستمر پرستاری

- ۱- تشخیص های پرستاری براساس مشکلات موجود بیمار ثبت می گردد.
- ۲- ارزیابی نهایی پس از انجام اقدامات پرستاری در گزارش ثبت می گردد.
- ۳- توالی ثبت اقدامات پرستاری در ثبت نتایج ارزیابی های مجدد رعایت می شود.
- ۴- نوع و ساعت کلیه اقدامات درمانی ، مراقبتی ، تشخیصی ،انجام مشاوره توسط پرستار ثبت گردد.
- ۵- نتایج ارزیابی مجدد پس از تجویز مسکن ها ثبت می شود.
- ۶- نتایج ارزیابی مجدد پس از تحویل بیمار از اتاق عمل ثبت می شود.
- ۷- نتایج ارزیابی مجدد پس از تغییر رژیم غذایی ثبت می شود.
- ۸- ثبت نتایج ارزیابی مجدد تغییرات در خلق و خوی مثل افسردگی و گوشه گیری و تغییر در ارتباط کلامی و غیر کلامی و عکس العمل های فیزیولوژیک انجام شده است.
- ۹- در صورتیکه دارو hold شده در قسمت مداخلات نوشته می شود.
- ۱۰- کلیه آماده سازی های مربوط به هر بیمار قبل از هر تست تشخیصی ثبت می شود.
- ۱۱- هرگونه تغییر ناگهانی در وضعیت بیمار در گزارش پرستاری ثبت می شود.
- ۱۲- اقداماتی را که باید در شیفت های بعدی انجام و یا پیگیری شوند ، گزارش و ثبت گردد (آمادگی جهت آزمایشات پاراکلینیکی ، تشخیصی ، جواب مشاوره و...)
- ۱۳- ساعت اطلاع به پزشک و هنگام ویزیت بیمار ثبت شده است .
- ۱۴- در صورت تزریق خون یا فرآورده های خونی ، زمان و تاریخ شروع ترانسفوزیون ، مقادیر ، علائم حیاتی قبل - حین و پس از ترانسفوزیون ثبت می شود.
- ۱۵- پیگیری انجام و دریافت آزمایشات کلینیکی و پاراکلینیکی و مشاوره های بیمار و اطلاع آن به پزشک در گزارش پرستاری ثبت می گردد.

منابع:

- ✓ گزارش نویسی در پرستاری (قطب علمی آموزش الکترونیکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز با همکاری سازمان نظام پرستاری جمهوری اسلامی ایران)
- ✓ گاید لاین گزارش نویسی
- ✓ قالب گزارش نویسی

کاردکس نویسی

پروتکل ثبت اطلاعات در کاردکس پرستاری

کاردکس: به کاربرگی اطلاق می شود که در آن مراقبت های پرستاری روزانه بستری در بخش، ثبت می گردد. این کاربرگ یک برگه منفرد برای هر بیمار است که در ابتدای پذیرش بیمار در بخش تشکیل شده و پس از هر ویزیت، به روز رسانی شده و پرستاران بخش با مراجعه به آن اطلاعات لازم در خصوص اجرای برنامه مراقبتی و داروئی بیمار را بطور خلاصه و در کوتاه ترین زمان ممکن دریافت می نمایند.

کاردکس از بخش های مختلفی نظیر اطلاعات ضروری بیمار، درخواست پزشک، رژیم داروئی بیمار، مهم ترین مراقبتهای پرستاری و رژیم غذایی تشکیل شده است.

هدف اصلی از تنظیم کاردکس برای هر بخش، ایجاد سرعت عمل در مراقبت از بیمار و به حداقل رساندن اشتباهات داروئی احتمالی است. همچنین استفاده از کاردکس امکان ملاحظه مجموعه اطلاعات یک بیمار در بخش را در کنار هم میسر می سازد.

نحوه تکمیل کاردکس: برای ثبت در کاردکس از سه قلم (خودکار قرمز، خودکار آبی، مداد) استفاده می شود.

خودکار قرمز: از خودکار قرمز برای ثبت موارد مهم و ثابت مانند: حساسیت داروئی، خطر خودکشی، بیمار هموفیلی، بیمار دیالیزی، بیمار ایزوله، معلولیت، عوامل خطر، سقوط، ترومبوز وریدهای عمقی، تشنج، سوء تغذیه، وجود زخم یا هر گونه آسیب پوستی، زخم فشاری، تزریق عضلانی ممنوع، قطع نمودن دارو DC استفاده می گردد. **خودکار آبی:** از خودکار آبی برای ثبت موارد ثابت در کاردکس مانند اطلاعات فردی و مواردی مانند داروهای وریدی، آزمایش ها و مشاوره استفاده شود.

مداد: از مداد برای ثبت دستورات پزشک (مثل سرم ها) و مشخصات قابل تغییر بیمار استفاده می گردد. به طور مثال به مواردی همچون تشخیص، تخت، پزشک معالج، علائم حیاتی، رژیم غذایی، وضعیت حرکتی، تغییر پوزیشن می توان اشاره کرد.

داروهای Stat به مدت ۲۴ ساعت با مداد در کاردکس باقی می ماند و بعد از آن پاک می شود. داروهایی که تغییر می یابند و یا قطع می شوند با خودکار قرمز روی آنها خط صاف کشیده شده و در سمت راست تاریخ و در سمت چپ کلمه DC نوشته می شود.

داروهایی که تغییر دوز دارند، بعد از DC نمودن در کاردکس، دوز جدید نوشته می شود. مواردی که دارو Hold می شود، با ذکر تاریخ در قسمت مراقبت های پرستاری با استفاده از خودکار قرمز قید گردد.

برای سرم های KVO نیز ساعت شروع قید گردد. منظور از زمان برای سرم مقدار حجمی که بیمار در شبانه روز دریافت میکند. مثال (۶-۱۲-۱۸-۲۴)

در قسمت داروهای تزریقی: سرم، آمپول ها و ویال ها و سایر داروهای تزریقی توسط پرستار نوشته شود. ضمن اینکه شکل دارویی و نیز احتیاطات لازم مثل SLOW و... شکل دارویی (AMP و Vial و Ser) و داروهای خوراکی در صورت تمایل انگلیسی نوشته شود.

توجه: داروهای تزریقی PRN در انتهای قسمت داروهای تزریقی نوشته شود و توجهات خاص بیماری قید شود.

شکل داروها: oral-ophtalmic-drop nazal-oint –powder-tab-supp-Spray-Syr

- دوزاژ دارو بر حسب ml,mg, gtt, و نیز راه تجویز دارو IM و IV و SC و Infusion و... نوشته شود.
- راه تجویز دارو (PO,IV,IM,SC,SL, گواژ، موضعی) و... ثبت شود.
- توجهات خاص دارویی حتما قید شود: مثلا قرص دیگوکسین روزهای جمعه داده نشود. یا دارو با کنترل BP,PR,RR و... داده شود یا دارو قبل از غذا مثلا پلازیل، همراه غذا مثل دایمیتیکون، بعد از غذا مثل ایبوپروفن و... داده شود و نیز در برخی از داروها پس از خوردن دارو در چه پوزیشنی باشد. مثل داکسی سایکلین

توجه: داروهای خوراکی PRN در انتهای قسمت داروهای PRN نوشته شود.

نکات مهم: مداخلات پرستاری به ترتیب ذیل با ذکر تاریخ و ساعت انجام در کاردکس ثبت گردد:

- ۱) نحوه کنترل علائم حیاتی
- ۲) نحوه کنترل وضعیت هوشیاری
- ۳) نحوه گرفتن اکسیژن همراه با نام وسیله و مقدار فلوی اکسیژن
- ۴) نوع راه هوایی مصنوعی و نحوه ونتیلاسیون بیمار (مد تنفسی)
- ۵) راه تغذیه در صورت داشتن NGT، گاستروستومی و یا ژژنوستومی
- ۶) نوع لوله ادراری (فولی کاتتر F/C یا اکسترنال E/C)
- ۷) کنترل I&O با ساعت محاسبه مانند ۶-۱۴-۲۲
- ۸) درخواست انواع مشاوره ها و ثبت زمان انجام آنها
- ۹) در ردیف های بعدی مواردی همچون چست تیوب، وریدهای مرکزی، آرتری لاین، دستور تغییر پوزیشن، ماساژ، فیزیوتراپی و نوع آن و موارد دیگر ذکر گردد.
- ۱۰) کنترل FHR، کنترل کنتراکشن، NST، کنترل VB و... را می توان به قسمت توجهات و مراقبت پرستاری اضافه کرد.

نکته: در نوشتن کاردکس از اختصارات و اصطلاحات مجاز پزشکی استفاده شود.

در بخش مربوط به گرافی ها تمامی موارد سونوگرافی، رادیوگرافی، اسکن و MRI و... با ذکر تاریخ درج گردد. دور تاریخ دستور آزمایش پس از اخذ نمونه و نیز دور تاریخ دستور انجام رادیوگرافی یا سونوگرافی و... پس از انجام، خط کشیده شود. کشیدن خط دور تاریخ مربوطه به این معنی است که نمونه جهت انجام آزمایش مربوطه اخذ و به آزمایشگاه فرستاده شده است و یا رادیوگرافی مربوطه انجام شده است و بعد از اخذ جواب نمونه آزمایش، رادیوگرافی یا سونوگرافی علامت تیک زده شود.

- زمان ارسال و نتایج انواع کشت ها (خون، زخم و...) ثبت شود.
- درخواست انواع مشاوره ها و زمان انجام آنها ثبت شود.
- استفاده از حروف بزرگ در نوشتن نام داروهای مشابه اسمی مثل دوپامین و دوبوتامین و... با حروف انگلیسی بزرگتر ثبت شود.
- از حروف بزرگ جهت نوشتن نام داروهای مخدر در هنگام دستورات دارویی استفاده شود.
- طبق سنجه های اعتباربخشی خوانا بودن دستورات و نسخ دارویی و متون نوشته شده توسط کارکنان بالینی مانند نوشتن نسخ یا دستورات داروئی پزشک و نیز انتقال نسخه برداری دستورات داروئی از پرونده به کاردکس / سامانه اطلاعات بیمارستان بسیار حائز اهمیت است.

توجهات

- ◀ در صورت پاکنویس نمودن کاردکس، کاردکس قبلی پانچ و در فایل پرونده گذاشته می شود ضمناً نام و مشخصات فرد پاکنویس کننده در قسمت مشخص شده در کاردکس (پائین و سمت چپ صفحه اول) با ذکر تاریخ باید قید گردد.
- ◀ در صورت استفاده از کاردکس دوم، هر صفحه کاردکس باید با ذکر شماره مشخص گردد.
- ◀ به طور کلی در کاردکس کارهایی که باید انجام گیرد و در پرونده کارهایی که انجام شده، ثبت می گردد.
- ◀ کاردکس باید تمیز نگه داشته شود و مطالب آن به صورت منظم قید گردد و همه پرستاران از الگوی هماهنگ استفاده کنند.

وظایف

مقدمه

هدف اصلی و غایی حرفه پرستاری تأمین بهبودی و سلامت بشریت است. تحقق این امر نه تنها از طریق علمی، بلکه از روش‌های اخلاقی صحیح و برقراری ارتباط با مددجو، قابل دسترسی می‌باشد.

موضوع نارضایتی، شکایت و دادخواهی بیماران از کادر درمانی به دلیل تخلفات و خطاهای تشخیصی، درمانی و مراقبتی از مسایل مهم و مورد بحث جامعه می‌باشد که در مراکز پزشکی و حقوقی مورد بحث قرار می‌گیرد.

افزایش حیطه اختیارات و مسئولیت پرستاران نسبت به گذشته ایجاب می‌نماید که پرستار دارای دانش و مهارت بالایی بوده و توانایی تصمیم‌گیری داشته باشد. در این صورت پرستاران باید قانون را به عنوان عنصر کلیدی کار خود بشناسند تا در فرایند تصمیم‌گیری در موارد حقوقی حمایت و در صورت نیاز محافظت شوند.

آشنایی با قوانین و مقررات و ضوابط حاکم بر پرستاری از اولویت‌های برنامه‌های آموزشی پرستاری است و از این جهت، حرکت در چارچوب ضوابط و شرح وظایف پرستاری از اهم اموری است که باید آنان را مورد توجه قرار دهند. قرار گرفتن پرستار در خط مقدم ارتباط با بیمار از جهت زمان و مکان و نوع خدمات ارائه شده، ضرورت قرار گرفتن گروه پرستاری را به عنوان الگوی ارائه اصول اخلاقی نشان می‌دهد که این موضوع در اعتلاء و بهبود سلامتی (به ویژه از نظر روانی)، پیشگیری از بیماری‌ها و تسکین درد مددجویان، نقش اولیه و اصلی را ایفا خواهد نمود. از این جهت آشنایی با محتویات قوانین و دستورالعمل‌های پرستاری و تغییرات آن می‌تواند به عنوان راهنما جهت هدایت در برقراری مناسبات حین انجام وظیفه، مد نظر قرار گیرد و مسئولیت‌های محوله منطبق و سازگار با اخلاق حرفه‌ای و با کیفیت مطلوب ارائه گردد. زمانی که پرستاران مطابق با علوم روز پرستاری، خدمات خود را به بیماران ارائه می‌نمایند، بایستی نسبت به ثبت آن و واکنش‌هایی که بیمار نسبت به درمان و خدمات فوق‌ارایه می‌دهد، بدون نگرانی اقدام نمایند تا بدینوسیله بتوانند با دانش پرستاری، به پزشک در مسیر تشخیص و درمان بیماری کمک نمایند. پرستاران و کادر درمانی در هر مقام و موقعیتی در قبال بیمار بطور مستقیم و غیر مستقیم مسئول خطاهای خود می‌باشند. بنابراین اگر غفلت، عدم مهارت و سهل‌انگاری آنان در مسیر درمان و مراقبت و یا عدم رعایت نظامات دولتی و موازین پزشکی، باعث خسارت و ضرر بیماران گردد، باید به جبران آن بپردازند و از این رهگذر نیز امکان دارد علاوه بر پرداخت جریمه نقدی و یا خسارت مادی محکومیت جزائی نیز پیدا کنند. در نقطه مقابل، چنانچه پرستار، پیراپزشک و ... اقدامات درمانی و یا وظایف محوله را مطابق موازین پزشکی و بر اساس دستورالعمل‌ها و بخشنامه‌های وزارت تابعه خود و مطابقت با استانداردهای حرفه‌ای کشور انجام داده و یا احساس مسئولیت، حسن نیت و بر اساس اصول اخلاقی عمل نماید، موقعیتی برای طرح شکایت از طرف بیمار باقی نمی‌ماند و در صورت طرح موضوع شکایت نیز بدون نتیجه خواهد ماند.

امروزه علیرغم تلاش پزشکان، پرستاران و سایر کارکنان بخش بهداشت و درمان و با وجود امکانات وسیع، میزان نارضایتی و شکایت بیماران رو به افزایش گذاشته است. علل گوناگون در ارتباط با بروز این پدیده در دو گروه علل خاص و عام قابل بررسی می‌باشند.

علل خاص

۱- رفتار به عنوان مهم ترین عامل، همواره مورد بحث می باشد. علم اخلاق پزشکی (L cihTE lacideM L) به عنوان یکی از زیربنایی ترین موضوعات آموزش حرفه پرستاری، فارغ التحصیل این رشته را موظف به رعایت اصولی می نماید که در کنار آن مددجو با اطمینان و اعتماد و برخورد مناسبی از سوی پرستار خود، اقدامات مراقبتی و پرستاری را دریافت می کند و در این راستا هر گونه خلل در نحوه رفتارهای بین فردی، می تواند علمی ترین و بهترین مراقبت پرستاری را تحت الشعاع خود قرار دهد.

۲- افزایش هزینه درمان بخصوص در بیمارستان های خصوصی باعث ایجاد توقع در ارائه سرویس پرستاری بیش از حد استانداردهای تعریف شده و درخواست خدمات کامل و ایده آل از سوی بیمار و همراهان وی می گردد که این موضوع زمینه بروز شکایت را فراهم می نماید.

۳- نیاز اقتصادی و عدم تأمین مالی پرستاران با حضور در چند شیفت متوالی، با ایجاد خستگی جسمی و روحی، سبب واکنش های غیر متعارف و ناهنجار در پاسخ به خواسته های منطقی و مشروع بیماران می گردد که خود زمینه ساز بروز شکایت خواهد بود.

۴- ذهنیت منفی و بدبینی بیماران به ارائه خدمات ضعیف در بیمارستان های دولتی و عدم رعایت استانداردهای پزشکی، منجر به ترک بدون رضایت از بیمارستان می گردد و بیماران در این صورت از چگونگی ارائه خدمات مطلوب در طی مدت بستری خود آگاهی نداشته و در این شرایط همواره با نگرش انتقادی به مجموعه نگریسته می شود.

۵- موقعیت نسبتاً ایده آل اقتصادی و اجتماعی کادر پزشکی، منجر به سوء استفاده بیماران سودجو و تهدید ایشان به آبروریزی می گردد. این گروه از بیماران یا همراهان وی از کم بودن اطلاعات قانونی پرسنل مطلع بوده و لذا از این مسیر اقدام به تهدید می نمایند که بدیهی است می توان با آگاهی و آموزش کادر پرستاری سبب ثبات و تقویت عملکرد صحیح و مقاومت در مقابل مشکلات ایجاد شده گردید.

۶- دخالت های غیر مجاز در امور درمانی و پرستاری یکی از اقدامات رایج در سطح کشور می باشد به نحوی که برخی از پرستاران با انجام اقدامات پزشکی درمانی و حتی جراحی های سرپایی، خارج از حیطه وظایف با ایجاد عارضه در بیمار منجر به طرح شکایت و محکومیت صد در صد در مقابل اقدام انجام گرفته می گردد و از سوی دیگر رده های پایین کادر پرستاری که متأسفانه در برخی از موارد یا درخواست و آگاهی مستقیم خدمات پرستاری بیمارستان ها می باشد، با آسیب به بیمار، درگیر پرونده های قصور پرستاری در محاکم قضایی می گردند.

۷- اشتغال پرستاران در اطلاق عمل به عنوان عضوی از تیم جراحی و یا بیهوشی منجر به درگیر شدن ایشان در پرونده های شکایت از اقدامات انجام شده در اتاق عمل می گردد. راهنمایی بیماران توسط دیگر همکاران پرستار، جهت طرح شکایت، ... از علل خاص دیگر در ایجاد و طرح پرونده های قصور پزشکی در مراجع قضایی و انتظامی می باشند.

علل عام

۱- افزایش سطح آگاهی مردم و آشنایی با منشور حقوق بیمار و از سوی دیگر اطلاع رسانی در موارد تخلفات و بی‌مبالاتی‌های پزشکی و اعلام آن توسط رسانه‌ها و جراید، منجر به دقت بیشتر مردم در نوع خدمات بیمارستانی گردیده است و بدیهی خواهد بود که عدم رعایت استانداردهای مراقبتی و درمانی منجر به طرح شکایت خواهد گردید.

۲- پایین آمدن در آمد نسبی مردم و مشکلات اقتصادی جامعه، زمینه‌های رویکرد به کسب درآمد از طریق مذکور را ایجاد می‌نماید.

۳- نقش رسانه‌های عمومی بویژه جراید در طرح موضوع، دامن زدن به آن و بزرگنمایی بیش از حد می‌تواند در ایجاد بدبینی و فراهم کردن شکایت‌های بی‌مورد مؤثر باشد. اگر چه تا سالیان اخیر، با وجد پیشرفت‌های روز افزون علم پرستاری و همگانی آن با دانش نوین، اصل بر مسئولیت پزشک بوده و خطای حرفه‌ای پرستاری در مسیر درمان، به عنوان پدیده مستقل نگریسته نمی‌شده است، ولی با اعتقاد و باور جامعه پرستاری بر جایگاه والای علمی و موقعیت مستقل خود در روند درمان، با افتتاح سازمان نظام پرستاری سر فصل جدیدی در این امر گشوده شده و بر این اساس، پرستاران باید قانون را به عنوان اصل و ابزار جدی کار خود تلقی نموده تا قادر باشند در برخورد با مشکلات حرفه‌ای، قانونی یا اخلاقی با اطمینان بیشتری به حل آن اقدام نمایند. در این میان جایگاه سازمان نظام پرستاری در آشناسازی جامعه خود با وظایف و تکالیف قانونی، شرح مسئولیت‌های مراقبتی و بیان جایگاه ویژه ایشان، نقش بسزایی ایفا خواهد نمود.

اشاره به برخی از وظایف محوله بر اساس دستورالعمل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که عدم رعایت آن می‌تواند به نوعی منجر به طرح شکایت از قصور پرستاری در پرونده‌های قضایی گردد، اهمیت آشنایی و رعایت مسئولیت‌های فوق را بیش از پیش روشن می‌نماید.

مدیر پرستاری

الف) برنامه‌ریزی برای بهبود فعالیت‌های آرایه خدمات مددجویی: عدم برنامه ریزی و حضور نیروهای سرگردان در بخش‌های مختلف، حتی در صورت کافی بودن تعداد، می‌تواند باعث از دست رفتن بیمار به علت عدم تدوین برنامه مناسب مراقبتی گردد.

ب) بکارگیری نیروهای انسانی بر اساس توانایی افراد: استفاده از نیروی کارشناس ولی بدون تجربه به عنوان مسئول در یک بخش حیاتی و فعال مانند ICU و عدم سنجش قابلیت وی در اداره این بخش، منجر به آسیب بیماران خواهد گردید.

ج) تأمین نیازهای آموزشی و آشنایی با شرح وظایف پرسنل: اذعان پرستاران یک بیمارستان مبنی بر عدم آشنایی با شرح دقیق وظایف در توجیه عارضه حادث شده برای یک بیمار می‌تواند مدیر پرستاری را به عنوان مسئول در یک حادثه به مراجع قضایی بکشاند.

سوپروایزر

الف) کنترل حضور و غیاب: عدم نظارت بر ورود و خروج پرسنل و ارایه مرخصی به کارکنان واحدهای حیاتی مانند اورژانس می‌تواند در یک بحران غیر مترقبه، کمبود پرسنلی و عدم پوشش مناسب خدمات به بیماران را روشن نماید. بدیهی است در این صورت مسئول مربوطه در این زمینه مرتکب قصور شده است.

ب) کنترل نحوه مراقبت های پرستاری از بیماران (به ویژه بیماران بدحال): متأسفانه نقشی است که برخی از پرستاران سوپروایزر برای خود قائل نبوده و بی توجه از کنار آن عبور می‌نمایند.

ج) جلسات پرستاری برای رفع مشکلات: عدم ارائه مشکلات به مسئول مربوطه و عدم اقدام در جهت رفع آن می‌تواند در صورتی که کمبود فوق منجر به آسیب بیمار گردد، سوپروایزر وقت را درگیر نماید.

د) نظارت بر چگونگی مصرف و نگهداری تجهیزات و داروها: یکی از اصلی ترین وظایفی است که معمولاً در برخی از پرونده‌های قصور پرستاری می‌توان دید. بدیهی است نظارت بر عملکرد صحیح تجهیزات بخش‌ها اعم از الکتروکاردیوگرافی، ساکشن، لوله‌های اکسیژن، مانیتورها، فشارسنج، و... همچنین وجود داروهای اورژانس، می‌تواند در صورت بروز موارد بحرانی، اطمینان کامل برای حمایت قانونی از پرستاران بخش و سوپروایزر وقت ایجاد نماید.

سر پرستار

الف) برنامه‌ریزی برای استانداردهای مراقبتی

ب) تعیین وظایف کارکنان تحت نظارت: عدم تدوین برنامه منظم برای پرستاران شیفت شب یک بخش پرکار، می‌تواند باعث جابجا شدن افراد مراقب، عدم دقت در پیگیری وضعیت یک بیمار بدحال و از دست رفتن وی گردد.

ج) کنترل عملکرد تجهیزات مورد استفاده در بخش: کنترل دقیق تجهیزات و اعلام سلامت با عیب آن به سوپروایزر وقت از وظایف مهم و اولیه سرپرستار می‌باشد.

د) همراهی با پزشکی در زمان ویزیت: که متأسفانه واگذاری این وظیفه به افراد غیر مسئول و عدم درک تأکید و جدیت دستور پزشکی توسط وی، سر پرستار بخش را درگیر خواهد نمود.

ذ) مراقبت پرستاری در شرایط اورژانس: حضور سرپرستار در بالین بیماران بدحال همگام با پرستار مربوطه ضروری است.

پرستار

الف) جلب اعتماد و اطمینان مددجو: عدم برقراری ارتباط مناسب با بیمار، می‌تواند سبب شود حتی در صورت ارایه مناسب‌ترین خدمات، رضایت وی فراهم نشود که خود زمینه‌ساز بروز شکایت خواهد بود و در نقطه مقابل، در صورت جلب اطمینان مددجو و رعایت اصول انسانی و اخلاقی، حتی در صورت خطا و سهل‌انگاری از سوی پرستار، می‌تواند با چشم‌پوشی و بخشش بیمار و عدم طرح شکایت توأم گردد.

ب) کسب اطلاع از وضعیت سلامت مددجو و ثبت در پرونده بیمار: بر اساس استانداردهای جهانی در یک تریاژ در شرایط بحرانی ۶۰٪ عملکرد پرسنل به ثبت خدمات ارایه شده و ۴۰٪ آن به ارائه عملی خدمات محدود می‌شود که این میزان در شرایط عادی ۵۰٪ می‌باشد. این مهم در سیستم درمانی و پرستاری کشور ما، مورد توجه جدی قرار نگرفته است و این در حالیست که مستندسازی و ثبت دقیق شرایط بیمار و خدمات ارایه شده، اولین نتیجه مثبت را برای پرستار مسئول در شرایط حقوقی در پی خواهد داشت، بگونه‌ای که تنها حامی وی در مقابل مراجع قضایی و راهنمای قاضی و اعضای کمیسیون، مندرجات پرونده بالینی می‌باشد که توسط پرستار ثبت گردیده است.

ج) همکاری در انجام آزمایشات کلینیکی و پاراکلینیکی

د) اقدامات پرستاری در فوریت‌ها تا حضور پزشک: ارایه خدمات احیاء، ماساژ قلبی، بازکردن راه هوایی تا قبل از رسیدن پزشک از وظایف پرستاری است و بدیهی است در صورت عدم حضور پزشک و در صورت رو به اتمام بودن زمان طلایی، اقدامات تهاجمی شامل تزریق دارو و تعبیه لوله تراشه بایستی انجام شود.

ه) اقدامات مراقبتی بر اساس استانداردهای حرفه پرستاری و نظارت بر اقدامات همکاران دیگر: بروز خطای فاحش توسط یک پرستار در واحد اورژانس و سلب مسئولیت توسط دیگر نیروهای موجود بر این اساس هیچوقت پذیرفته نبوده و در این شرایط تذکر و راهنمایی همکاران برای جلوگیری از بروز خطا ضروری است.

ز) کنترل و مراقبت از جسد

ح) انجام اقدامات ضروری برای پیشگیری از عفونت‌ها

خطای پرستاری

به معنی کوتاهی از انجام استانداردهای مراقبتی و پرستاری می‌باشد. مبنای این استانداردها، وظایف و مسئولیت‌های مصوب وزارت بهداشت و درمان است که معمولاً در مسیر بررسی و رسیدگی به پرونده‌ها، میانگین اقداماتی که یک پرستار در وظایف محوله باید به کار بندد در نظر گرفته می‌شود و چنانچه اعمال انجام گرفته از حد متوسط فوق کمتر و یا خارج از حد وظایف باشد، قصور تلقی می‌گردد. بر این اساس قصور پرستاری در دو شکل مورد بحث قرار می‌گیرد:

۱- سهل انگاری پرستاری:

الف) بی‌مبالاتی، ب) بی‌احتیاطی، ج) عدم مهارت، د) عدم رعایت نظامات دولتی

۲- تخلف انتظامی پرستاری

که توضیحات مربوطه بصورت کامل در قسمت شکایات بیان گردیده است.

نتیجه‌گیری

همچنان که در بخش شکایات گفته شد، جهت احراز و اثبات قصور پرستاری تحقق چهار شرط اصلی ضروری است.

۱- وظیفه

۲- تخطی

۳- آسیب جسمی یا روانی

۴- ارتباط بین خطا و آسیب

۱- وظیفه: به محض قبول پرستاری از بیمار به هر صورت، کشیک در بخش، خصوصی و در منزل، رایگان و یا در مقابل دریافت وجه، این وظیفه برقرار می‌گردد که این مسئولیت می‌تواند کامل یا نسبی باشد. بدیهی است اثبات این بخش، نیاز به بررسی دقیق گزارشات پرستاری پرونده‌ها، گزارش دفتر خدمات پرستاری و برنامه شیفت موظف خواهد داشت. با توجه به بروز اکثر خطاهای پرستاری در حد فاصل تعویض شیفت های بیمارستانی بر اساس آمار موجود، تعیین فرد موظف در قبال بیمار و بررسی عملکرد وی، معمولاً با مشکل صورت می‌گیرد.

۲- تخطی: کوتاهی یا سهل انگاری در انجام وظیفه می‌باشد. همانگونه که توضیح داده شد این خطا در چهار شکل بی‌مبالاتی، بی‌احتیاطی، عدم مهارت و عدم رعایت نظامات دولتی بروز می‌نماید که در آراء حقوقی نیز بر همین اساس ارزیابی می‌گردد. مشخص نمودن حدود وظایف افراد و تعریف استانداردهای آن در علم پرستاری، تعیین و تفکیک عوارض اقدامات پرستاری از خطا و قصور بایستی با دقت کافی در احراز و اثبات تخطی صورت گیرد.

۳- آسیب جسمی یا روانی: در صورت بروز صدمه جسمی یا روحی به بیمار و توانایی در مشخص نمودن حدود دقیق این آسیب، عمل انجام شده در ایجاد آن را می‌توان قصور تلقی نمود. بدیهی است مواردی همچون سردرد گذرا، سرگیجه، ضعف جسمانی و.. واژه‌های هستند که تا پاتولوژی دقیق ایجاد کننده آن مشخص نشود در حد یک شکایت تلقی گردیده و نمی‌توان در اثبات قصور از آن استفاده نمود.

۴- ارتباط بین خطا و آسیب: اثبات ارتباط بین خطای انجام شده با آسیب مورد ادعای بیمار در برخی موارد به راحتی صورت نمی‌گیرد و بررسی کارشناسانه و علمی آن ضروری است مثلاً تزریق غیر استریل در ناحیه سرین و بروز دیسک کمر یک سال بعد از تزریق، نمی‌تواند از نظر علمی عارضه پذیرفته شده‌ای تلقی گردد.

ذکر مواردی از شایع‌ترین پرونده‌های قصور پرستاری در سازمان پزشکی قانونی در روشن شدن بیشتر توضیحات فوق و آگاهی همکاران پرستار در ارائه دقیق خدمات مفید خواهد بود.

الف) تجویز یا تزریق دارو بدون کسب نظر پزشک

ب) تزریق دارو در شریان و یا محلی که باعث آسیب اعصاب محیطی گردد.

ج) تعبیه کاتتر وریدی به مدت طولانی

د) تهدید و یا بدرفتاری با بیمار بخصوص کودکان

ر) همکاری در سقط جنین به صورت غیر مجاز

م) پایان دادن به زندگی بیمار (اتانازی)

و) دستکاری در پرونده بیمار و افشای اسرار آنها

ز) خودداری از کمک به مددجویان اورژانس

جامعه پرستاری کشور، با برخورداری از همکاری مؤمن و دلسوز و با هدف قرار دادن خدمت صادقانه به بیماران و مددجویان که رضایت خداوند متعال را بدنبال خواهد داشت و با استعانت از ذات حق، مطابق موازین فنی و علمی و استاندارد روز دنیا و مطابق ضوابط و قوانین کشوری، می‌توانند عملکردی مبرا از قصور و خطا را به جامعه ارائه نمایند.

شرح وظایف ماما در مؤسسات بهداشتی درمانی (دولتی - خصوصی)

بند الف: تعریف ماما

ماما به شخصی اطلاق می شود که تحصیلات مامائی را در حد کارشناسی و کارشناسی ارشد برابر مقررات در مراکز آموزشی داخلی و خارجی به پایان رسانیده و موفق به اخذ پروانه رسمی مامائی از مقامات صلاحیت دار مربوطه شده باشد. او باید قادر به نظارت مراقبت و توصیه به زنان در طی دوران حاملگی، زایمان و دوره بعد از زایمان، هدایت زایمان ها به مسئولیت خود و مراقبت نوزاد و شیرخوار و کودک زیر شش سال باشد. این مراقبت شامل پیشگیری، کشف حالات غیرطبیعی در مادر و کودک فراهم ساختن کمک های پزشکی و اجرای اقدامات اورژانس در نبود کمک پزشکی می باشد.

او وظیفه مهمی در مشاوره و آموزش بهداشت نه تنها برای زنان بلکه برای خانواده و جامعه دارد. کار ماما باید شامل آموزش دوران بارداری، آماده کردن والدین برای پذیرش وظایف پدری و مادری بوده و به تنظیم خانواده و مراقبت های کودک و بعضی از موارد بیماری های زنان گسترش یابد. او می تواند در بیمارستان ها، درمانگاه ها، واحدهای بهداشتی، منازل (مشاوره مامائی و زایمان در منزل) و هر شکل دیگری از ارائه خدمات مامائی کار کند. با عنایت به تعریف فوق، ماما موظف است در حیطه شرح وظایف ذیل در جایگاه خود انجام وظیفه نماید. **تبصره:** وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی مجاز است بنا به نیاز سیستم شبکه و واحدهای تابعه زیر نظر مدیریت شبکه و متخصصین زنان و مامائی و کارشناسان مامائی پروانه دار از وجود کاردان های مامائی استفاده خدمتی مورد نیاز را بعمل آورد.

بند ب: شرح وظایف در دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان

دوران بارداری:

گرفتن شرح حال و انجام معاینات فیزیکی کامل به همراه مانورهای لئوپولد و معاینات ارزیابی لگن، توزین، اندازه گیری فشار خون، بررسی ارتفاع رحم و رشد جنین و سمع صدای قلب بصورت دوره ای درخواست آزمایش تشخیص حاملگی (خون، ادرار) و آزمایشات معمول حین حاملگی کامل ادرار و کشت ادرار (BUN , HBSAG , VDRL , FBS , CBC , DIFF , HCT , HB , RH , BLOOD , GROUP , HBSAB) و نیز تیتراژ سرخچه، کومبس غیرمستقیم در صورت لزوم و ارجاع موارد غیر طبیعی به پزشک متخصص درخواست سونوگرافی (جهت تعیین سن حاملگی و بررسی سلامتی جنین) مشاوره و آموزش در مورد مشکلات و بیماری های دوران بارداری داروها، سیگار، الکل و مواد مخدر و عوامل خطر محیطی و شغلی، ژنتیک، تغذیه، فعالیت ها، بهداشت دهان و دندان و بهداشت فردی و نیز آمادگی جسمی و روحی دوران بارداری، ترویج تغذیه با شیر مادر، مراقبت از نوزاد در منزل و پیشگیری از هیپوترمی و ...

ارزیابی سلامت جنین (بررسی حرکات جنین، NST) تجویز داروهای مجاز در حاملگی طبق لیست پیوست و برابر دستورالعمل های مربوطه تشخیص موارد غیر طبیعی در دوران بارداری و ارجاع به پزشک متخصص حین زایمان:

- معاینه فیزیکی و مامائی و در صورت لزوم معاینات واژینال و تشخیص موارد غیر طبیعی و ارجاع به پزشک مطابق موارد ذکر شده در (بند ج)
- تصمیم گیری و دستور پذیرش و تشکیل پرونده و گرفتن شرح حال مطابق فرم مربوطه در مورد مراجعه کنندگان کاملاً طبیعی درخواست آزمایشات (خون، ادرار، فرن تست، نیتراژین تست و خون)
- درخواست روش های پاراکلینیکی (سونوگرافی - رادیوگرافی - NST) در ختم حاملگی در صورت عدم وجود پزشک متخصص
- دستور و نظارت بر انجام شیو و انما
- پذیرش زانو در اتاق درد و زایمان توسط مامای کشیک
- کنترل صدای قلب جنین و ثبت آن
- کنترل علائم حیاتی مادر
- گرفتن رگ و مایع درمانی وریدی و انواع تزریقات
- ادامه معاینات مکرر و ثبت پیشرفت های زایمانی در فرم مخصوص و اطلاع به پزشک فوریت های پزشکی در صورت لزوم اینداکشن (تحریک زایمانی) و تقویت و تشدید در دهان زایمان (AUGMENTATION) با نظر پزشک متخصص زنان و زایمان
- در صورت امکان استفاده از مانیتورینگ خارجی با حضور پزشک
- در بیماران سزارین، تشکیل پرونده و درخواست آزمایشات مورد لزوم HCT-HB و رزرو خون و تعیین گروه و RH قند و اوره و ...، سونداژ مثانه
- انجام مراحل مختلف زایمان با نمایش سر (سه مرحله زایمانی) دادن بی حسی موضعی و انجام اپی زیاتومی و ترمیم پارگی درجه یک و دو و ترمیم اپی زیاتومی در صورت لزوم
- انجام زایمان با نمایش ته در شکم سوم و بالاتر (در مواقع اورژانس و عدم حضور متخصص)
- سنجش آپگار و بررسی سلامت ظاهری نوزاد
- انجام کوراژ در صورت لزوم
- انجام فوریت های مامائی در مراکزی که متخصصان زنان و زایمان حضور ندارد (در حد امکانات) به جز گذاردن انواع فورسپس احیای مادر و نوزاد تجویز داروهای مجاز در صورت لزوم طبق لیست پیوست و برابر دستورالعمل موجود بعد از زایمان، قرار دادن مادر در وضعیت راحت و کنترل و نظارت بر انجام ثبت اثر انگشت مادر، کف پای نوزاد در پرونده و بستن دستبند نوزاد.
- درخواست آزمایشات کومبس مستقیم و غیرمستقیم و تجویز آمپول رگام در صورت لزوم
- درخواست آزمایشات مورد نیاز برای نوزادان متولد شده از مادران دچار ناسازگاری های خونی
- تکمیل پرونده مادر و نوزاد و صدور گواهی ولادت و اجازه انتقال مادر به بخش کنترل کامل وضع عمومی مادر تا ۲ ساعت بعد از زایمان و ثبت در پرونده (کنترل علائم حیاتی مشاهده هر نوع ترشحات پس از زایمان و گزارش هرگونه موارد غیر طبیعی به پزشک - کنترل میزان خونریزی و عیت رحم و پرینه، معاینه پستان و کنترل مثانه در صورت اتساع اقدام در جهت تخلیه نمودن آن)
- آموزش به مادر در مورد مراقبت های بهداشتی مادر و نوزاد (مراقبت از پستان و نحوه شیردادن، تغذیه استحمام و روش های جلوگیری از بارداری، واکسیناسیون و توجه به بند ناف و پیشگیری از هیپوترمی)

- اجازه ترخیص در مورد مادران با زایمان طبیعی پس از انجام معاینات لازم
- تجویز داروهای مجاز در صورت لزوم طبق لیست پیوست و برابر دستورالعملهای موجود

بند ج : موارد غیر طبیعی که در بند ب اشاره شده و بایستی حتماً پزشک حضور یابد:

- ۱ - نمای غیر از قله سر و قرارهای غیرطبیعی چند قلوئی
- ۲ - پیدایش علائم زجر جنین و نامرتب بودن صدای قلب جنین و یا شنیدن صدای قلب جنین
- ۳ - پاره بودن کیسه آب به مدت بیش از ۱۲-۶ ساعت و وجود تب در شروع دردهای زایمانی
- ۴ - پائین یا بیرون افتادن بند ناف
- ۵ - طولانی شدن مراحل لیبر و زایمان و انقباضات پشت سر هم
- ۶ - وجود هرگونه توده و انسداد در مسیر کانال زایمان
- ۷ - هرگونه سابقه جراحی (سزارین قبلی) حاملگی غیر طبیعی و سقط های مکرر و نازائی
- ۸ - وجود هرگونه خونریزی غیر طبیعی
- ۹ - فشار خون بالا و حملات تشنجی
- ۱۰ - فشار خون پایین و بروز علائم شوک
- ۱۱ - وجود بیماری های داخلی (گوارش، صرع، کلیه، قلب، ریه، خونی، دیابت، روانی و ضعف مفرط و ...)
- ۱۲ - اولین حاملگی در سنین کمتر از ۱۸ سال یا بیش از ۳۵ سال
- ۱۳ - وجود علائم پره اکلامپسی و اکلامپسی
- ۱۴ - زایمان پیش از موقع کمتر از ۲۸ هفته، پارگی زودرس کیسه آب و سایر موارد مشابه
- ۱۵ - زایمان بعد از ۴۲ هفته
- ۱۶ - مادران RH منفی و حساس شده
- ۱۷ - تب و لرز پس از ۲۴ ساعت از زایمان، خونریزی خارج از اندازه، عدم برگشت رحم به حالت عادی، ترشحات غیرطبیعی و بدبو، تورم و سرخی دردناک پستانها، عدم توانایی دفع ادرار پس از ۱۲ ساعت، تورم پای مادر و سایر موارد مشابه

بند د : شرح وظایف ماما در دوران غیر بارداری

انجام مشاوره و آموزش شامل :

- گرفتن شرح حال و تشکیل پرونده
- آموزش و مشاوره در مورد نوجوانان بلوغ و مسائل و مشکلات آن
- آموزش و مشاوره قبل و بعد از ازدواج و آمادگی برای بارداری
- مشاوره و آموزش در خصوص استفاده از روش های مختلف پیشگیری از بارداری با زوجین (اعم از مشاوره آموزشی قبل و بعد از بستن لوله ها در زن و مرد ، IUD ، نورپلنت و ...)
- مشاوره و آموزش روشهای تنظیم خانواده پس از زایمان و سقط با زوجین
- آموزش مردم جهت جلب مشارکت آنان در برنامه های بهداشتی بخصوص مشارکت مردان در برنامه های تنظیم خانواده

- مشاوره و آموزش خودآزمایی پستان و بیماریهای پستان علی الخصوص در ارتباط با دوران شیردهی
- آموزش در مورد واکسیناسیون مادر، نوزاد، شیرخوار و کودک زیر شش سال
- مشاوره و آموزش در مورد روش شیردهی و شروع به موقع و صحیح غذاهای کمکی
- آموزش در مورد هرگونه مشکلات رشد کودک
- آموزش بهداشت دهان و دندان و بهداشت فردی مادر و کودک
- مشاوره و آموزش در خصوص بیماریهای مقاربتی، ایدز، هپاتیت، سرطان ها و ناباروری با زوجین
- مشاوره و آموزش در خصوص مسائل و مشکلات جنسی
- مشاوره و آموزش در مورد بهداشت و مسائل و مشکلات یائسگی

انجام معاینات لازم شامل:

- انجام معاینات فیزیکی و آزمایشات غربالگری
- انجام معاینات دوره ای پستان و غربالگری بیماریهای مربوطه و ارجاع به پزشک در صورت لزوم
- انجام معاینات دستگاه تناسلی و غربالگری بیماریها و ارجاع به پزشک در صورت لزوم
- انجام دوره ای پاپ اسمیر و نیز بررسی سیتولوژیک نمونه در صورت گذراندن دوره‌های مربوطه
- معاینه نوزاد ، کودک و شیرخوار شامل (معاینه دهان و دندان ، وضعیت تکامل کودک ، بررسی بهداشت فردی کودک ، مراقبت و بهداشت بند ناف و ...)
- ارائه خدمات شامل: درخواست آزمایشات لازم قبل از تجویز روش های پیشگیری از بارداری و آزمایش کشت ترشحات واژن در صورت لزوم (در حال حاضر درخواست آزمایش FBS و بررسی چربی های خون قبل از تجویز قرص برای داوطلبینی که سن بالای ۳۵ سال یا سابقه دیابت در دوران بارداری و غیر آن دارند و یا چاق می باشند، طبق دستورالعمل های موجود الزامی است) درخواست سونوگرافی در صورت لزوم پیش از گذاردن IUD یا جهت بررسی وضعیت آن
- گذاردن IUD و خارج کردن آن
- تجویز کاندوم
- تجویز قرص های خوراکی ضد بارداری
- تجویز آمپول های پروژسترونی
- کاشت نورپلنت
- تجویز سایر روش های پیشگیری از بارداری به غیر از موارد ذکر شده در بندهای فوق
- درمان عفونتهای واژن و سرویکس در حد مجاز
- نظارت و انجام واکسیناسیون زنان قبل از ازدواج و حین بارداری و نیز انجام واکسیناسیون شیرخواران و کودکان زیر شش سال، توزین و اندازه گیری دوره ای فشار خون جهت مراجعین تنظیم خانواده پایش رشد شیرخواران و کودکان زیر شش سال شامل توزین، اندازه گیری قد، دور سر و ... ثبت در نمودار رشد کودک و تفسیر آن
- تشخیص و درمان بیماری های اسهالی طبق دستورالعمل ها و نمودارهای آموزشی موجود در مورد عفونت های حاد تنفسی و آموزش به مادر در جهت پیشگیری و مراقبت در منزل از کودک مبتلا طبق دستورالعملها و نمودارهای آموزشی موجود
- تجویز داروهای مجاز به شرح لیست پیوست و براساس دستورالعمل های مربوطه

بند هـ: سایر موارد

برنامه ریزی، نظارت و آموزش سایر پرسنل تیم بهداشتی در صورت نیاز
برنامه ریزی مدیریت و نظارت بر بخش های مراقبت های مادر و کودک
برقراری ارتباط مناسب با سایر همکاران و مسئولین محل کار و همکاری با دیگر اعضای تیم بهداشتی
ارائه خدمات مامائی در منازل
حمایت روحی، عاطفی و روانی زن، کودک و خانواده در تمام ابعاد خدمتی
رعایت کلیه اخلاقیات، مقررات و قوانین حرفه ای مامائی
انجام پژوهش و شرکت در طرحهای ملی - تحقیقاتی
تبصره:

باتوجه به تغییرات احتمالی و پیشرفت های علمی در زمینه کلیه علوم و از جمله رشته مامائی (از قبیل دارو درمانی، روش های تشخیصی کلینیکی، پاراکلینیکی و ...) پیشنهاد می گردد، در صورت لزوم و احساس نیاز این شرح وظایف حداکثر هر ۵ سال یک بار مورد بررسی و تجدید نظر قرار گیرد.

شرح وظایف ماماها در دفتر کار:

- ۱- آموزش بهداشت و ارائه خدمات بهداشتی و مامائی به جامعه زنان با درک نیازهای فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی خانواده به منظور کمک کردن در کاهش میزان مرگ و میر مادر و نوزاد
- ۲- مشاوره و راهنمایی در زمینه بهداشت و آموزش شیردهی در حین و بعد از بارداری، بهداشت ازدواج، نسل، بهداشت و تنظیم خانواده
- ۳- انجام کلیه مراقبت های دوران بارداری و زایمان و پس از آن و پی بردن به موارد غیر طبیعی در مادر و جنین
- ۴- تشخیص زود رس بیماریهای دوران بارداری و پی بردن به موارد غیر طبیعی و معرفی بیمار به مراکز دارای پزشک متخصص زنان و زایمان
- ۵- انجام اقدامات اولیه در فوریت های مامائی در صورت عدم دسترسی به پزشک و معرفی سریع زائو به مراکز درمانی که پزشک متخصص در آن حضور دارد.
- ۶- شروع درد زایمان به طور مصنوعی با استفاده از سرم سنتوسینون منحصراً در بیمارستان ها با هماهنگ نمودن و قبول مسئولیت توسط یک تن از پزشکان متخصص زنان و زایمان با عنایت به اینکه ماما اجازه دارد زائو را در مراکز مجاز بستری و مسئولیت زایمان او را برعهده گیرد.
- ۷- انجام زایمان طبیعی با پرزانتاسیون سفالیک و یا سیر طبیعی در بیمارستان ها و منازل و معرفی زائو در هرگونه نمای غیرطبیعی به پزشک متخصص (انجام زایمان طبیعی در دفاتر کار غیر قانونی است مگر در موارد اورژانس و در شرایط طبیعی)
- ۸- انجام اپی زیاتومی صرفاً مدیولترال با استفاده از بی حسی موضعی
- ۹- انجام اقدامات اولیه در مورد فوریت های نوزاد (ASTHVXIA) مثل ساکشن، دادن اکسیژن، اعزام سریع به مراکز پزشکی و انجام کلیه مراقبت های نوزاد سالم با مسئولیت خود در بیمارستان ها و منازل
- ۱۰- گرفتن پاپ اسمیر از دهانه رحم و انجام معاینه پستان و ارجاع موارد مشکوک به پزشک متخصص
- ۱۱- معاینه زنان و بیمار یابی از طریق گرفتن شرح حال و معاینه واژن

۱۲- درخواست و یا انجام آزمایش گراویندکس و درخواست انجام (BHCG) به منظور تشخیص حاملگی
۱۳- درخواست آزمایشات معمولی حین حاملگی شامل: کامل ادرار و کشت آن و آزمایش خون (BG, RH, HB, CR, BUM, HBSAB, AB HBSAG, VDRL, FBS, DIFF, CBC, HCT) در مورد بیمار RH منفی جهت تشخیص حساس بودن و درخواست انجام کومبس غیر مستقیم، کشت و ترشحات واژن و تیتراژ سرخجه

۱۴- درخواست سونوگرافی به تعداد مجاز در حد تشخیص و سن حاملگی و بررسی وضعیت سلامت جنین (در موارد غیر حاملگی وضعیت IUD و مشکلات مربوطه)

۱۵- گذاشتن IUD و کلیه مراقبتهای قبل و بعد از آن

۱۶- درمان واژینیتهای با داروهای مجاز

۱۷- درمان ماستیت پس از زایمان با آنتی بیوتیک و اقدامات درمانی تا قبل از تشکیل آبسه و در مورد (آبسه به پزشک ارجاع شود)

۱۸- انجام کلیه روشهای مجاز تنظیم خانواده که از لحاظ وزارت بهداشت در حیطه وظایف ماما قرار گیرد

۱۹- ماماها می توانند حاملگی های پرخطر را با مشارکت پزشک متخصص تحت نظر بگیرند

تجویز داروهای مجاز توسط ماما طبق لیست پیوست و برابر دستورالعمل های موجود:

۱ - انواع ویتامین ها (خوراکی) ویتامین های گروه B به صورت آمپول و کپسول قرص و شربت، قطره و پماد ویتامین A+D

۲ - ترکیبات آهن و مواد معدنی به صورت قرص و کپسول

۳ - واکسن ضد کزاز و یا توأم بالغین

۴ - داروهای ضد درد قرص و شیاف و آمپول و مسکن هایی مانند هیوسین، استامینوفن، مگنمیک اسید، دیکلوفناک، ایبو بروفن

۵ - محلولهای ضد عفونی

۶ - سرم های قندی ۵٪، قندی نمکی، لینگر لاکتات

۷ - قرص و شربت آنتی اسید و ضد نفخ (آلومینیوم ام دی، ام جی اس، پانکراتین، دی ژیستو، دای میتکون)

۸ - ملینهای مجاز دوران بارداری

۹ - سنتوسینون

۱۰ - داروهای بی حسی موضعی به صورت پماد و آمپول (مثل لیدر کائین برای ترمیم اپی زیاتومی)

۱۱ - پماد و شیاف آنتی هموروئید

۱۲ - آمپول پروژسترونی

۱۳ - قرص و آمپول مترژن (داخل عضله) و یا در نظر داشتن شرایط بیمار

۱۴ - آنتی بیوتیک ها مثل پنی سیلین و مشتقات آن، آمپی سیلین (خوراکی و تزریقی)، سفالکسین خوراکی، داکسی

سیکلین، آموکسی سیلین خوراکی) با رعایت ملاحظات تشخیصی مثل حساسیت به پنی سیلین و گرفتن سابقه

آلرژی

۱۵ - آمپول روگام

- ۱۶ - سولفات منیزیم (دوز اولیه در واحدهای تسهیلات زایمانی و در موارد اورژانس)
- ۱۷ - داروهای مورد نیاز جهت احیاء
- ۱۸ - کرم، ژل پماد، قرص خوراکی و شیاف و قرص واژینال، گیلوترلی مازول، نیستاتین، بتادین، تریپل سولفا، مترونیدازول، میکونازول و ترکیبات مشابه
- ۱۹ - داروهای ضد خارش SAFE در حاملگی و مانند لوسیون ژرانیوم
- ۲۰ - انواع قرصهای بارداری
- ۲۱ - باتوجه به رواج داروهای گیاهی و ورود آن به دسته داروهای کشور و بی خطر تشخیص دادن آنها انواع داروهای گیاهی مجاز در بارداری و شیردهی قابل تجویز است.