کتابچه توجیهی کارکنان جدید الورود





فهرست

چشم انداز بیمارستان..... 7
رسالت بیمارستان..... 7
ارزش های بیمارستان..... 7
اهداف کلان..... 8
تاریخچه بیمارستان..... 9
چارت سازمانی..... 11
نقشه بیمارستان..... 12
بخش ها و واحدهای فعال..... 14
آشنایی با رییس، مدیر ومدیره پرستاری بیمارستان..... 15
آشنایی با سوپروایزر آموزشی و سوپروایزر کنترل عفونت..... 16
مرکز تحقیقات بیماری های غیر واگیر کودکان..... 16
آشنایی با کتابخانه..... 17
آشنای با تجهیزات پزشکی..... 17
آشنایی با بهداشت حرفه ای..... 17
آشنایی با بهبود کیفیت..... 17
واحد آزمایشگاه..... 18

واحد رادیولوژی.....18
واحد فیزیوتراپی.....18
واحد شنوایی سنجی و گفتار درمانی.....18
درمانگاه تخصصی.....18
بخش اورژانس.....19
اتاق عمل.....20
بخش همودیالیز.....20
بخش مراقبت های ویژه نوزادان.....21
بخش نوزادان.....22
بخش مراقبت های ویژه اطفال.....22
بخش جراحی،گوارش،اعصاب.....23
بخش داخلی 1.....23
بخش داخلی 2.....24
بخش پیوند مغز استخوان.....24
مدیریت خطر.....26
مدیریت بحران.....29
کنترل عفونت.....33
ایمنی بیمار.....41

گزارش خطاهای پزشکی.....75

حقوق گیرندگان خدمت.....80

آتش نشانی.....92





همکار محترم:

ورود شما را به جمع کارکنان مرکز فوق تخصصی کودکان شفیع زاده امیرکلا خیر مقدم می گوئیم.حال که به لطف ایزد منان توفیق خدمت به کودکان بیمار نصیبتان شد، موفقیت در مسیر خدمت رسانی به این فرشتگان کوچک را برایتان از خداوند بزرگ طلب می نمائیم.

کتابچه ای که در اختیار دارید جهت آشنایی شما به عنوان عضو جدید خانواده بزرگ مرکز آموزشی درمانی شفیع زاده امیرکلا، با فعالیتها ، قوانین و موارد مهم و ضروری در رابطه با کار در این مرکز تهیه شده و در اختیارتان قرار گرفته است.

خواهشمندیم این کتابچه را مطالعه نموده و هرگونه پیشنهاد در مورد آن را در جهت ارتقاء و بروز رسانی آن با ما در میان بگذارید.

چشم انداز:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی کودکان امیرکلا که محل استقرار گروه آموزشی کودکان دانشگاه علوم پزشکی بابل می باشد قصد دارد که طی 5 سال آینده یکی از مجهزترین و کامل ترین مراکز ارائه خدمات آموزشی، پژوهشی، درمانی و بهداشتی در سطح منطقه و کشور باشد.

رسالت:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی کودکان امیرکلا در نظر دارد در 5 سال آینده با ایجاد شرایط مناسب با توجه به گستردگی خدمات رسانی فوق تخصصی اطفال در سطح منطقه و استانهای مجاور با وجود بخش های متعدد فوق تخصصی جهت اطفال علاوه بر تربیت دانشجویان پزشکی و پرستاری ارشد به تربیت دستیاران تخصصی اطفال و دستیاران فوق تخصصی نوزادان در حیطه هماتولوژی، انکولوژی، نفرولوژی، عفونی، ایمونولوژی، غدد، قلب، گوارش، اعصاب، جراحی، PICU، NICU، نوزادان، اورژانس، درمانگاه، همودیالیز، تالاسمی، ژنتیک و بخش پیوند مغز استخوان و.. خدمت ارائه نماید. همچنین بسط و ایجاد مراکز تحقیقاتی مستقل و ارائه خدمات درمانی با استفاده از آخرین امکانات و تجهیزات به مراجعه کنندگان، به روز رسانی و تجهیز مرکز به آخرین امکانات تشخیصی و درمانی، جذب و بکارگیری نیروی انسانی کارآمد، متعهد و توانمند در رده های مختلف سازمانی و ارائه خدمات با کیفیت مطلوب در راستای افزایش رضایتمندی مراجعه کنندگان به همه بیماران داخلی و خارجی، رسالت اصلی این سازمان می باشد.

ارزش ها:

باور داشتن به ارزش گذاری انسان بعنوان جانشین خدا بر زمین، خدمت به همنوع، مشتری مداری، اولویت مقوله سلامت بعنوان زیربنای توسعه پایدار، توجه ویژه به ارتقاء کیفیت زندگی، ارتقاء مستمر کیفیت ارائه خدمات از طریق سیاست گذاری، برنامه ریزی، اجرا و نظارت پیوسته و عدالت محوری در ارائه خدمات جزء مهم ترین ارزش های سازمان می باشد.

اهداف کلان (Goals)



1. افزایش رضایت بیماران و همراهان
2. افزایش رضایت فراگیران
3. افزایش رضایت کارکنان
4. افزایش رضایت سازمان‌های بیمه‌گر
5. افزایش رضایتمندی دانشگاه
6. افزایش کیفیت خدمات
7. ارتقای ایمنی
8. ارتقای توانمندی کارکنان
9. مدیریت مالی و منابع
10. ارتقای هتلینگ بیمارستان
11. ارتقای سیستمهای اطلاعاتی

مختصری از تاریخچه بیمارستان کودکان (شفیع زاده) امیرکلا

بیمارستان فوق تخصصی کودکان امیرکلا در سال 1341 شمسی در زمینی به مساحت 10/000 متر مربع با زیربنای حدود 7/000 متر مربع شامل:

بخش های درمانی، اداری و تأسیسات، توسط فردی خیرخواه و نیک اندیش بنام مرحوم حاج محمدصادق شفیع زاده احداث و به جمعیت هلال احمر بابل واگذار گردید. این بیمارستان امدادی در اوائل سال 1342 فعالیت درمانی خود را با 36 تخت جراحی و با دو بخش اورژانس و اتاق عمل همراه با تجهیزات و امکانات مناسب آغاز نمود.

تعداد اعمال جراحی الکتیو ماهانه آن در حدود 60 عمل جراحی و اعمال جراحی اورژانس و تصادفات آن ماهانه قریب 7 عمل جراحی بوده که این روند تا سال 1357 همچنان ادامه داشته است.

پس از انقلاب شکوهمند اسلامی ایران، این مرکز در اردیبهشت ماه 1358 به شبکه بهداشت و درمان شهرستان واگذار گردید و در سال 1359 با افتتاح درمانگاه چشم پزشکی به تعداد اعمال جراحی آن افزوده گردید.

با شروع جنگ تحمیلی، بیمارستان اداری امیرکلا با دو بخش جدید، ارتوپدی و جراحی مغزواعصاب و همچنین یک بخش چشم پزشکی به کمک مجروحین جنگ تحمیلی شتافت.

این فعالیت تا سال 1370 همچنان ادامه داشت تا اینکه در نیمه دوم همان سال به لحاظ سیاستهای جدید سازمان منطقه ای بهداشت و درمان، این مرکز پس از یک وقفه فعالیتی کوتاه مدت با انجام تعمیرات اساسی و بازسازی های لازم و تغییرات ویژه در نوع وسایل و تجهیزات پزشکی و درمانی، از حالت بیمارستان امدادی خارج و به مرکز آموزشی درمانی کودکان تبدیل گردید. از آن سال به بعد همچنان بخش ها و ساختمان های جدیدی به بیمارستان اضافه شد و در حال حاضر بیمارستان کودکان امیرکلا با 144 تخت مصوب به بیماران خدمت رسانی می کند.

این مرکز علاوه بر درمان بیماران مراجعه کننده به عنوان یک پایگاه تحقیقات آموزش پزشکی و یک مرکز تعلیم و تربیت دانشجویان و دانشجویان رشته های پزشکی در سطح تخصصی و فوق تخصصی می باشد و همه ساله تعداد زیادی از

دانشجویان پزشکی و رشته های وابسته و دستیاران تخصصی و فلو شیپ نوزادان تحت نظر اعضای هیأت علمی و رؤسای بخش های مختلف این بیمارستان تحت آموزش های علوم بالینی قرار می گیرند.

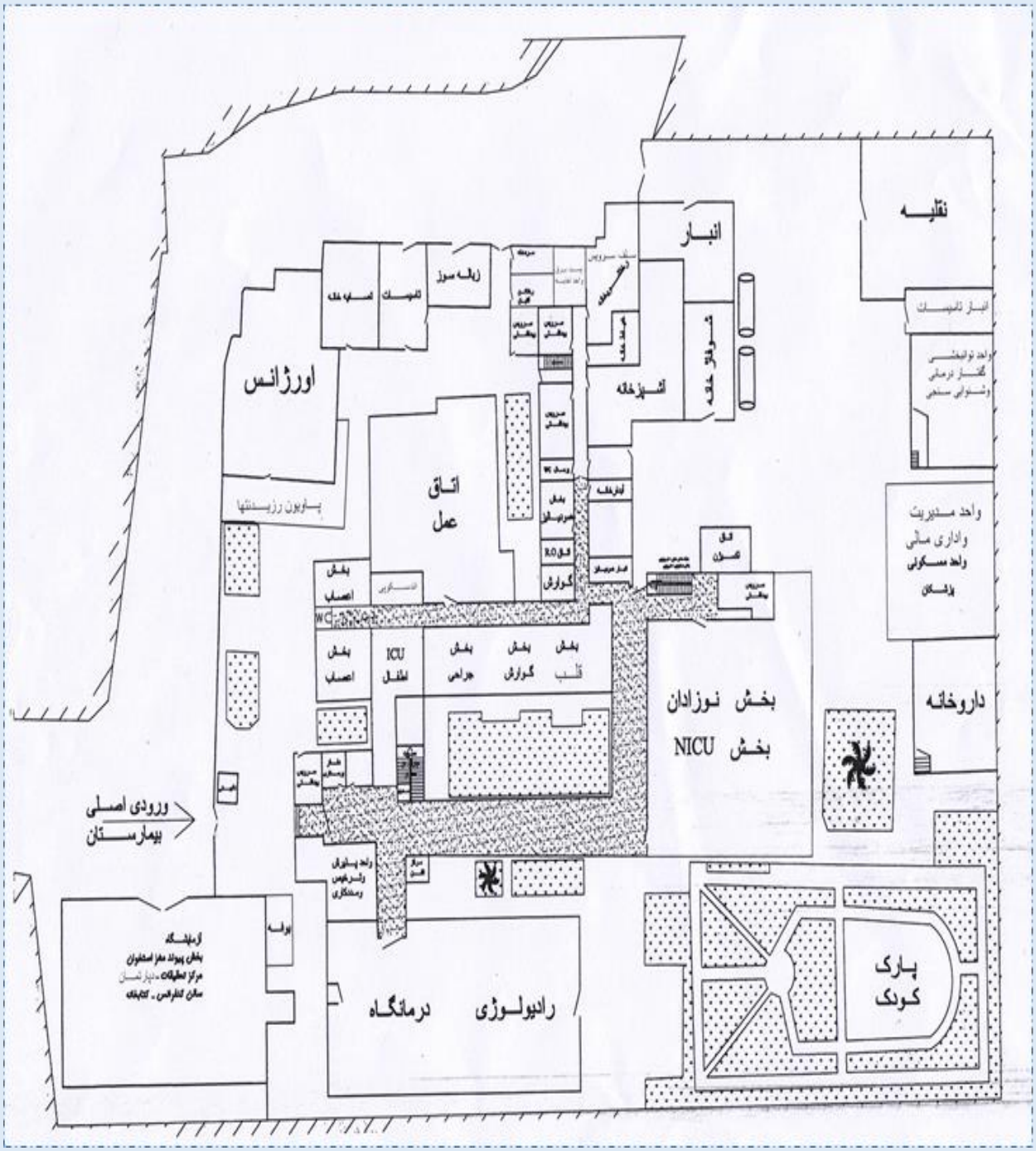
پوشش درمانی این بیمارستان نیز بسیار وسیع می باشد درمانگاه و بخش های اورژانس در مجتمع درمانگاهی این بیمارستان قرار دارد که بصورت شبانه روزی با حضور پزشکان متخصص و فوق تخصص رشته های مختلف اطفال و جراحی در ارائه خدمات درمانی به مراجعین فعال است. مجتمع درمانگاهی (پلی کلینیک) بیمارستان دارای درمانگاه های فوق تخصصی اطفال زیر می باشد: نوزادان، جراحی اطفال، گوارش، نفرولوژی، خون و انکولوژی، غدد و متابولیسم، اعصاب، عفونی اطفال، قلب، گفتاردرمانی، شنوایی سنجی، فیزیوتراپی، درمانگاه تالاسمی، رادیولوژی و سونوگرافی و شامل واحدهای اطلاعات سلامت ، اسناد پزشکی، کارشناسی امور بیمه گری و مددکاری اجتماعی که وظیفه خدمات حمایتی و اداری بیماران به عهده این واحدها می باشد.

در این بیمارستان علاوه بر دارا بودن مجتمع درمانگاهی بخش هایی نظیر بخش پیوند مغزاستخوان و دیالیز و ژنتیک همچنین رشته های مختلف اطفال بمنظور بستری نمودن بیماران نیازمند وجود دارد، وهمچنین واحد ژنتیک این مرکز که جهت انجام تحقیقات و آزمایشات تحقیقاتی ژنتیک دایر گشته که خدمات مورد نظر در کل مددجویان استان مازندران و استان های مجاور ارائه می گردد.

چارت سازمانی



نقشه بیمارستان













بخش های فعال بیمارستان عبارتند از:

1- بخش اورژانس
2- بخش جراحی
3- بخش عفونی
4- بخش ایمونولوژی
5- بخش گوارش
6- بخش اعصاب
7- بخش نفرولوژی
8- بخش هماتولوژی و انکولوژی
9- بخش غدد
10- بخش قلب
11- بخش نوزادان
12- بخش NICU
13- بخش PICU
14- بخش همودیالیز
15- بخش پیوند مغزاستخوان
16-بخش اتاق عمل
17-بخش CPR
18-درمانگاه تخصصی و فوق تخصصی
19- درمانگاه تالاسمی

بخش های پاراکلینیک عبارتند از:

1- آزمایشگاه تشخیص طبی
2- رادیولوژی
3- اکوکاردیوگرافی
4- سونوگرافی
5- آندوسکوپی
6- اسپیرومتری
7- یورودینامیک
8- شنوایی سنجی
9- گفتار درمانی
10- واحد ژنتیک
11- نوار مغز
12-فیزیوتراپی



ریاست بیمارستان

آقای دکتر موسی احمد پور از سال 1389 رییس بیمارستان کودکان شفیع زاده امیرکلا می باشند. ایشان متخصص اطفال و فوق تخصص نوزادان بوده و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی بابل می باشند.



مدیریت بیمارستان

آقای دکترحسن حسن نتاج از سال 1388 مدیر بیمارستان کودکان شفیع زاده امیرکلا میباشند.ایشان فارغ التحصیل رشته پزشکی عمومی بوده و دوره تحصیلات تکمیلی را در رشته MBA گذرانده اند.



مدیریت پرستاری

سرکار خانم مهری عمواقلی طبری از سال 1394 مدیریت پرستاری بیمارستان کودکان امیرکلا را به عهده دارند.اشان 19 سال سابقه کار دارند که از این مدت 8 سال به عنوان سوپروایزر بالینی در همین بیمارستان فعالیت داشته اند.



دفتر ریاست و مدیریت بیمارستان

این دفتر در طبقه دوم ساختمان اداری قرار دارد.

دفتر پرستاری

دفتر پرستاری بیمارستان کودکان امیرکلا در طبقه همکف ساختمان بیمارستان قرار دارد.که صبح ها توسط مدیره پرستاری و عصر و شب توسط سوپروایزران بالینی اداره می گردد.

اتاق سوپروایزر آموزشی

خانم ژاله اسدی شهمیرزادی سوپروایزر آموزشی بیمارستان می باشد.اتاق ایشان در طبقه دوم ساختمان آزمایشگاه قرار دارد.

اتاق سوپروایزر کنترل عفونت

خانم شهربانو گرجی نژاد مسئول کنترل عفونت بیمارستان می باشد.اتاق ایشان در طبقه دوم ساختمان آزمایشگاه قرار دارد.

مرکز تحقیقات بیماری های غیر واگیر کودکان

این واحد از سال 1386 تاسیس شده و در زمینه انجام پژوهشهای بنیادی، اپیدمیولوژیک و بالینی در جهت اصلاح نظام خدمات بهداشتی و درمانی کشور فعالیت می نماید. این واحد در طبقه سوم ساختمان آزمایشگاه قرار دارد.



کتابخانه

کتابخانه بیمارستان از سال 1376 تاسیس شده است.این واحد در طبقه دوم ساختمان آزمایشگاه قرار داشته و صبح ها آماده ارائه خدمات به افراد در زمینه کتاب، مجله، پایان نامه و CD کتابها و مجلات می باشد.

تجهیزات پزشکی

این واحد از تیر ماه 1394 در این بیمارستان شروع به فعالیت نموده و کالیبراسیون تجهیزات، پیگیری مشکلات آنها و تعمیر وهمچنین تهیه شناسنامه برای تجهیزات جزو وظایف مسئول این واحد می باشد.دفتر این واحد در طبقه سوم ساختمان اداری می باشد.

بهداشت حرفه ای

این واحد که در طبقه سوم ساختمان اداری واقع است، در سال 1393 احداث شده و در روزهای سه شنبه و چهارشنبه فعال می باشد.مسئول این واحد وظیفه تهیه پرونده بهداشتی پرسنل و معاینه دوره ای آنها و بررسی عوامل مخاطره آمیز در رابطه با شرایط کاری پرسنل و تعدیل این عوامل را به عهده دارد.

بهبود کیفیت

دفتر این واحد در طبقه سوم ساختمان اداری می باشد. مسئولیت این بخش بررسی نقاط ضعف و قوت بخش های مختلف با کمک رابطین هر بخش و برنامه ریزی جهت برطرف کردن نقاط ضعف می باشد.همچنین ممیزی واحد ها نیز به عهده این واحد می باشد که بازخورد آن به مدیریت ارائه می گردد.



آزمایشگاه

آزماشگاه تخصصی بیمارستان کودکان امیرکلا در طبقه همکف ساختمان ورودی قرار دارد و آماده ارائه خدمت به صورت شبانه روزی می باشد.

رادیولوژی

این واحد در طبقه همکف ساختمان بیمارستان قرار دارد و خدمات گرافی و سونوگرافی ارائه می دهد.

فیزیوتراپی

واحد فیزیوتراپی در طبقه دوم ساختمان بیمارستان قرار دارد و صبح ها آماده ارائه خدمت به بیماران می باشد.





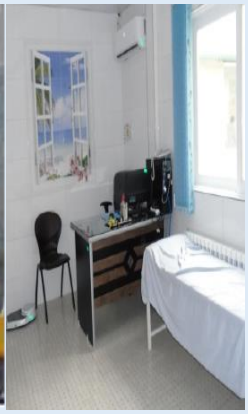
واحد شنوایی سنجی و گفتار درمانی

این واحد در طبقه همکف ساختمان اداری قرار داشته و با نوبت دهی تلفنی صبح ها به بیماران خدمت رسانی می کند.

درمانگاه تخصصی

این واحد در طبقه همکف ساختمان بیمارستان در کنار بخش رادیولوژی قرار داشته و شامل 20 درمانگاه تخصصی است.در این واحد علاوه بر ویزیت بیماران توسط پزشکان متخصص و فوق تخصص اکوکاردیوگرافی، نوارقلب، نوارمغز، نوار چشم وشیمی درمانی سرپایی انجام می شود.





بخش اورژانس

بخش توسعه یافته اورژانس که در تاریخ 1391/4/3 به همت خیرین نوسازی گردیده است به صورت ساختمان الحاقی در ضلع جنوبی بیمارستان به مساحت 70 متر مربع قراردارد. بخش اورژانس شامل 4 قسمت زیر می باشد.

1- Screen اورژانس
2- واحد تریاژ
3- واحد CPR
4- بخش بستری اورژانس

ابتدا بیماران مراجعه کننده در واحد تریاژ پذیرش گردیده و براساس دستورالعمل تریاژ به واحد Screen هدایت می گردند و در این واحد بعد از ویزیت بیماران توسط دستیار تخصصی سال 1 با نظارت دستیار سال 2 تعیین تکلیف گردیده که یا بستری شده و یا بطور سرپایی ترخیص می گردند.

در صورتی که بیماران درتریاژسطح 1 قرار داشته باشند (بیماران بحرانی) سریعا به واحد CPR انتقال یافته و با عملیات لازم اقدامات پزشکی و پرستاری در کوتاه ترین زمان انجام می گردد.

بیماران تریاژ سطح 2 که نیاز به بستری و مراقبت های ویژه در بخش اورژانس خواهند داشت که در اسرع وقت اقدامات انجام میگردد.

بیماران تریاژ سطح 3 نیز در بخش اورژانس بستری می گردند و اقدامات لازم انجام می شود.

بیماران تریاژ سطح 4، پرونده بستری موقت تشکیل می گردد و اقدامات لارم انجام می شود.

بیماران سطح 5، با نسخه دارویی مرخص می گردند.

در بخش اورژانس بعد از اقدامات اولیه جهت بیماران تعیین کلیف شده و بعد از ویزیت Attend در صورت خالی بودن تخت بخش های اطفال بیماران براساس نوع بیماری منتقل می گردند.

بخش اورژانس این مرکز شامل 14 تخت فعال و 1 تخت تریاژ می باشد.





بخش همودیالیز

این بخش شامل 5 تخت دیالیز که بصورت صبح و عصر (12ساعته) فعال می باشد. در کشیک شب و تعطیلات (جمعه) بصورت آنکال می باشد بیماران از 2 سال تا زیر 35 سال در این واحد پذیرش می گردند.



اتاق عمل

این واحد بصورت شبانه روزی فعال می باشد که شامل 2و اتاق عمل فعال کودکان می باشد که جراحی های کودکان و نوزادان توسط 2 فوق تخصص جراحی لطفال انحام می گیرید.



بخش مراقبت های ویژه نوزادان(NICU)

بخش NICU بیمارستان کودکان امیرکلا در سال 1373 با 3 تخت توسط آقای دکتر زاهدپاشا فوق تخصص نوزادان راه اندازی شد و در حال حاضر با داشتن 16 تخت فعال در سطح 3 مراقبت های ویژه به نوزادان بیمار خدمت می کند.







بخش نوزادان

این بخش با داشتن 22 تخت فعال به صورت انکوباتور و وارمر حرارتی نوزادان با سن کمتر از یک ماه را پذیرش می کند.
در این بخش نوزادان توسط دستیار تخصصی اطفال با نظارت دستیار فوق تخصصی نوزادان و اتند مربوطه ویزیت شده و تحت درمان قرار می گیرند.



بخش مراقبت های ویژه اطفال(PICU)

بخش مراقبت های ویژه عمومی اطفال شامل 4 تخت فعال با امکانات و تجهیزات مورد نیاز می باشد.کودکان با میانگین سنی 1 ماه تا 18 سال که نیاز به مراقبت ویژه دارند در این بخش بستری می گردند.



بخش جراحی،گوارش،اعصاب

این بخش در طبقه همکف در مجاورت اتاق عمل و بخش همودیالیز وبخش PICU قرار دارد.
این بخش دارای 33 تخت فعال می باشد که از این تعداد 13 تخت مخصوص بیماران گوارشی و 10 تخت مخصوص بیماران جراحی و 10 تخت نیز مخصوص بیماران اعصاب می باشد علاوه بر این 1 تخت مختص آندوسکوپی و کولونسکوپی و 1 تخت ایزوله گوارش موجود می باشد.



بخش داخلی 1

این بخش در طبقه اول بیمارستان قرار دارد و شامل 4 بخش عفونی،ایمنولوژی، قلب و غدد می باشد. بخش داخلی 1 دارای 30 تخت فعال و 2 تخت اکسترا می باشد. که از این میان 15 تخت عفونی با 4 ایزوله، 7 تخت آلرژی، 4 تخت قلب و 4 تخت غدد می باشد.



بخش داخلی 2

بخش داخلی 2 در طبقه دوم قرار دارد و شامل دو بخش نفرولوژی و انکولوژی می باشد.



بخش پیوند مغز استخوان

این بخش که در سال 1389 افتتاح شد در طبقه چهارم ساختمان ورودی بیمارستان قرار دارد و شامل 4 تخت پیوند و 4 تخت post پیوند، یک اتاق جداسازی سلول و درمانگاه پیوند می باشد.



سهامداران، تأمین کنند گان و مشتریان:

بیمارستان کودکان امیرکلا، زیر مجموعه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه علوم پزشکی بابل می باشد و با سازمانهای بیمه نظیر بیمه خدمات درمانی، بیمه تأمین اجتماعی و سایر سازمانهای بیمه گر طرف قرارداد است.




RISK
MANAGEMENT



مدیریت خطر

مقدمه

درصد قابل توجهی از بیماران در برخورد باسیستم های بهداشتی درمانی به ویژه بیمارستانها دچار صدمات و عوارض ناشی از درمان می شوند در صورتی که یک مرکز درمانی بایستی برای بیمار اطمینان به ارمغان بیاورد لذا ضرورت وجود یک سیستم اثر بخش مدیریت ریسک (مدیریت خطر) جهت ردیابی نقایص موجود در فرآیند درمان و در نتیجه ارتقاء سطح ایمنی بیمار، همراهان و پرسنل احساس می گردد.

تعاریف مهم:

مخاطره: شرایطی که بالقوه باعث زیان، رنجوری و یا فوت افراد شود و یا بتواند باعث صدمه و یا از بین بردن تجهیزات و نقدینگی سازمان شود.

ریسک: احتمال وجود خطر یا عواقب ناگوار– احتمال قرار گرفتن در شرایط آسیب.

شدت: نتیجه مورد نظر در زمینه شدت صدمه، خسارت به اموال و موارد زیان آور دیگر.

احتمال: درصد وقوع یک رخداد

چرا در سیستم های بهداشتی درمانی نیاز به مدیریت ریسک احساس می‌شود؟

1. جهت بالابودن سطح ایمنی بیمار
2. بدلیل وجود رقابت در دنیای بهداشت
3. بالابردن هزینه های داخلی
4. درخواست دولت جهت ارائه خدمات مناسب از طرف بیمارستان ها
5. بالا رفتن تعداد شکایات و موارد قانونی
6. وجود نقاط ضعف و برداشت منفی در رضایت سنجی از بیماران

روشهای مدیریت خطر

1. دوری از خطر
2. کاهش خطر و یا تعدیل اثرات منفی آن
3. جابجا کردن خطر

4. قبول تمام یا بعضی عواقب ناشی از خطر

مراحل فرآیند مدیریت خطر

1. بسترسازی (آموزش و اطلاع رسانی)
2. شناسایی خطر
3. تحلیل خطر
4. ارزیابی خطر
5. برنامه ریزی جهت کاهش، حذف و یا جابجایی خطر
6. بررسی و نظارت دائمی
7. ارتباطات موثر و انجام مشورت




مدیریت بحران



مدیریت بحران

مقدمه

کشور جمهوری اسلامی ایران در معرض انواع مخاطرات طبیعی و انسان -ساخت قرار دارد .بنا بر گزارش جهانی کاهش خطر بلایا که در سال 2009 انتشار یافته، سطح خطر ایران تنها در برابر مخاطرات طبیعی بر اساس مرگ حدود 106 هزارنفر طی چهار دهه اخیر، 8 از 10 برآورد شده است .ایران کشوری بَلاخیز و یکی از کشورهای بسیار مستعد جهان برای وقوع حوادث وبلایاست .تقریباً از ۴۰ گونه حوادث طبیعی شناخته شده، ۳۱ گونهٔ آن در ایران واقع شده است .

براین اساس، ایران جزوِ ۱۰ کشور بلاخیز جهان است و ۹۰ درصدِ جمعیت آن درمعرض خطرهای ناشی از زلزله و سیل وسیع قرار دارند .به عبارت دیگر، ایران در آسیا،چهارمین کشور و در دنیا، مقام ششم را ازنظر وقوع حوادث طبیعی دارد و آسیب پذیری ایران دربرابر زلزله، ۱۰۰۰ برابر امریکا و ۱۰۰ برابر ژاپن است.

وقوع مخاطرات علاوه بر آسیب به جمعیت عمومی و زیر ساختها، سامانه های ارائه خدمت را نیز تحت تاثیر قرار میدهد .بطور اختصاصی اجزاء سازه ای، غیر ساز های و عملکردی بیمارستا نها میتوانند در وقوع مخاطرات و یا بلایای ناشی از آنها تحت تاثیر قرار گیرند و علاوه بر پیامدهای جانی به پرسنل و بیماران و همچنین خسارت به اموال و تجهیزات، عملکرد خود را برای پذیرش مصدومین از دست دهند و در نتیجه به بار مرگ ناشی از حادثه بیفزایند.

سالانه در سراسر جهان صدها بیمارستان و سایر انواع تسهیلات بهداشتی درمانی در نتیجه رخداد بلایای طبیعی تخریب شده یا کارآیی خود را از دست میدهند .این درحالیست که این تسهیلات در زمره سرمایه های عمده هر کشور محسوب میشوند و تخریب آنان پیامدهای سوء اقتصادی بسیاری را به دنبال دارد .علاوه بر بعد اقتصادی، تخریب یا غیر فعال شدن بیمارستان حس عدم امنیت و ناپایداری اجتماعی را صورت نبود تسهیلات جایگزین در پی خواهد داشت .البته توجه به این نکته نیز ضروری است که اختلال عملکرد بیمارستانها تنها در صورت آسیب فیزیکی روی نمیدهد .شواهد بسیاری وجود دارد که مخاطرات خفیف یا متوسط توانسته اند عملکرد بیمارستا نها را مختل نمایند. باتوجه به اینکه عمدتاً حوادث و بلایای طبیعی پیشگیری ناپذیرند؛ لذا باید با افزایش آمادگی سیستم بهداشتی درمانی، به خصوص بیمارستانها مرگ ومیر و صدمات ناشی ازآنها را کاهش داد .آمادگی به صورت عام، شامل داشتن برنامه و امکانات و کارکنان درمحل، برای ارائهٔ پاسخ مؤثر در زمان مناسب است.

هدف اصلی برنامۀ بیمارستانی در رویداد غیرمترقبه، کاهش تعداد مرگ ومیر، افزایش تعداد نجات یافتگان، کاهش یافتن عوارض معلولیتها و تسکین دردهای جسمانی و روانی حادثه دیدگان است.

ارزیابی خطر، شامل شناخت مخاطرات، آسیب پذیری و ظرفیت، اولین گام در ارتقاء آمادگی بیمارستا نها در برابر بلایاست .انجام مستمر این ارزیابیها میتواند اطلاعات لازم برای ارتقاء سیستم را فراهم آورد .
این ارزیابی در سه حوزه عناصرساز ه ای، غیر ساز ه ای و عملکردی قابل انجام است.

- عناصر ساز ه ای به بخشهایی از ساختمان اطلاق میشود که آن را حمایت نموده مانند(ستو نها، سقف، دیوار و کف) و در برابر جاذبه، زلزله، طوفان و سایر فشار های وارده مقاومت مینماید.
- عناصر غیر ساز ه ای شامل تاسیسات، تجهیزات و عوامل معماری بیمارستان میباشند .
- بعد عملکردی نیز جنبه های مدیریتی و دارا بودن طرح مقابله با بلایا را در بر میگیرد.

براین اساس، لازم است چرخۀ مدیریت حوادث و بلایا چهار مرحلۀ اصلی این برنامه را به شرح زیر پوشش دهد:

- کاهش آثار:شامل اقداماتی برای کاهش آثار سوء حوادث و بلایای پزشکی بر سلامت انسان و عملکرد جامعه بهمنظور کاهش میزان آسیب و صدمات ومعلولیتها و تلفات انسانی است.
- آمادگی :شامل اقداماتی است که بهصورت پیشگیرانه، برای ارائۀ پاسخی مؤثر وکارا به حوادث و بلایای پزشکی محتمل به شکل برنامه ریزی جامع صورت میگیرد .این برنامه براساس فرایند تحلیل خطر برای مخاطرات احتمالی و ارزیابی آسیبهای احتمالی آماده میشود.
- پاسخ : مرحلهای است که برنامۀ مقابله با حوادث به طور واقعی با **هدف** حفظ حیات انسانها، ارائۀ کمکهای اولیه، کاهش و ترمیم آسیبهای سیستمهای موجود و تأمین خدمات موردنیاز قربانیان، فعال میشود.
- توانبخشی /بازسازی : شامل تمام اقداماتی است که برای تثبیت و بازگردانیدن جامعه به وضعیت قبل ازحادثه صورت میگیرد .این فرایند شامل بازسازی ساختمانها وساختارهای موجود، بازسازی زیرساختها اسکان مجدد جامعه وتأمین خدمات موردنیاز بهداشت روان برای بازماندگان میباشد




CLEAN
HANDS
SAVE LIVES.

کنترل عفونت

کنترل عفونت (IC) یک استاندارد کیفی است و برای سلامت و ایمنی بیماران، کارکنان و ملاقات کنندگان، ضروری می-باشد. این مساله بر روی بیشتر بخش های بیمارستان اثر گذاشته و مقولات کیفیت، مدیریت خطر و اداره بالینی و سلامت و ایمنی را دربرمی گیرد.

واحد کنترل عفونت بیمارستان کودکان امیرکلا در طبقه فوقانی آزمایشگاه واقع شده و برای اجرای نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی و رسیدن به اهداف ذیل از سال 1387، بطور منسجم آغاز به فعالیت نموده است.

الف) ساختار تیم کنترل عفونت بیمارستان کودکان امیرکلا

پزشک کنترل عفونت	دکتر رحیم سوادکوهی	فوق تخصص عفونی کودکان
پرستار کنترل عفونت	شهربانو گرجی نژاد	کارشناس پرستاری

شماره تماس داخلی واحد کنترل عفونت: 179

اهداف کلی:

1) کاهش مرگ و میر، ابتلاء و عوارض ابتلاء به عفونت های بیمارستانی
2) کاهش هزینه های بیمارستانی از طریق کاهش میانگین بستری و کاهش مداخلات درمانی
3) تامین، حفظ و ارتقاء سلامت افراد جامعه و رضایتمندی آنان از طریق کنترل عفونت های بیمارستانی

توصیه های واحد کنترل عفونت به همکاران و پرسنل جدیدالورود:

1. هنگام شروع به کار جهت تشکیل پرونده بهداشتی و انجام واکسیناسیون هپاتیت B و... به واحد کنترل عفونت مراجعه نمایید. واکسیناسیون در 3 نوبت 6، 1، 0 ماه و انجام سرولوژی بعد از واکسیناسیون (2-1 ماه بعد) ضروری می باشد.
2. با توجه به اینکه عفونت بیمارستانی، عفونتی است که بعد از 48 ساعت بعد از بستری بیمار در بیمارستان اتفاق می افتد موارد مشکوک را طبق خط مشی گزارش دهی عفونت های بیمارستانی به واحد کنترل عفونت اطلاع دهید.
3. جهت افزایش سطح ایمنی در حین کار با وسایل تیز و برنده به دستورالعمل تزریقات ایمنی توجه نمایید و در صورت تماس با ترشحات آلوده با بریدگی های باز و ملتحمه و گازگرفتگی که منجربه پارگی اپیدرم می شود و فرو رفتن سرسوزن به دست اقدامات ذیل را انجام دهید.

الف) شستشوی اولیه فوری با آب و صابون

ب) کمک به خون روی در محل اولیه زخم

ج) خودداری از مالش موضعی چشم

د) شستشوی چشم ها و غشای مخاطی با مقادیر زیاد آب در صورت آلودگی

ه) گزارش فوری سانحه به مسئول کنترل عفونت و تکمیل فرم تماس با موارد عفونی یا اشیاء تیز آلوده و پیگیری مورد جهت مشاوره و راهنمایی

و)گرفتن 10-5 میلی لیتر خون از منبع تماس جهت بررسی هپاتیت C/B و HIV و 5 cc از فرد مورد تماس گرفته جهت تعیین HbsAb

4. با توجه به اینکه انتقال از طریق دست یکی از شایعترین روش های انتشار عوامل عفونی در واحدهای مراقبت سلامت است و شستن دست ها نقش مهمی در کاهش ریت عفونت های بیمارستانی دارد لذا خواهشمند است همیشه شستن دست ها را در اولویت قرار دهید، ضمناً در صورتیکه دست ها آلودگی واضح نداشته باشند می توان جهت ضدعفونی آنها از محلول ضدعفونی دست استفاده نمود به این ترتیب که اولاً دست ها خشک باشند. ثانیاً 3-5cc از محلول فوق را در کف دست ها ریخته و به مدت 15 الی 30 ثانیه مالش دهید.

پس از استفاده از دستکش دست ها را بشوئید و دستکش ها را جهت مراقبت از هر بیمار تعویض نمایید.

5. برای حفظ بهداشت فردی خود و همچنین کاهش ریت عفونتهای بیمارستانی همیشه ناخن ها را کوتاه نگهدارید و حتی المقدور زیورآلات و لاک ناخن و ... نداشته باشید.
6. موارد بیماریهای واگیردار قابل گزارش فوری و غیرفوری را طبق فرم ثبت بیماریهای واگیردار به واحد کنترل عفونت اطلاع دهید.
7. در خصوص ایزولاسیون (جداسازی بیماران یا افراد حامل میکروارگانیسم های عفونی از همدیگر با هدف مهار انتقال بیماری. طبق خط مشی ایزولاسیون موجود در بخش را رعایت نمایید و اگر در مورد نحوه انتقال بیماری های عفونی و ایزولاسیون آنها سؤالی دارید با واحد کنترل عفونت تماس بگیرید.
8. در هنگام مراقبت از بیمار، احتیاطات استاندارد را رعایت و در صورت نیاز از عینک، ماسک، گان و دستکش استفاده نمائید. کلیه نمونه های خون، مایعات بدن و مواد و ترشحات دفعی (بجز عرق) پرخطر و آلوده فرض گردد.
9. تفکیک زباله های عفونی و غیرعفونی را مطابق دستورالعمل وزارت بهداشت رعایت نمایید.
10. درصورت بستری بیمار عفونی در بخش بعد از ترخیص بیمار باید کلیه وسایل داخل اتاق (تخت و کمد و دیوار و ...) با محلولهای ضدعفونی سطوح رایج در بیمارستان ضدعفونی گردد.

11. از مخلوط کردن مواد شوینده مثل جرم گیر و پودرلباسشویی با وایتکس و سایر محلولهای ضدعفونی و ... توسط خود و نیروی خدماتی جداً خودداری نمائید.
12. جهت جلوگیری از نیدل استیک شدن خود و نیروی خدماتی از انداختن اشیاء نوک تیز (مثل سرسوزن، آنژیوکت، لانست، تیغ بیستوری و ویالهای شکسته و ...) در داخل سطل های زباله خودداری نمائید و آنها را داخل سفتی‌باکس بیاندازید و وقتی 3/4 سفتی باکس پر شد درب آن را ببندید و از سرپوش گذاری سرسوزن های آلوده جداً خودداری نمایید.
13. به هیچ عنوان از آنژیوکت بیماران خونگیری انجام نشود زیرا محل کلونیزاسیون باکتریهای فلورنرمال پوست است.
14. به بیماران توضیح دهید که جهت گرفتن نمونه ادرار، نمونه باید بعد از شستشوی پرینه با آب و صابون و از وسط ادرار گرفته شود.
15. شستشوی پرینه جهت بیمارانی که سوند فولی دارند در هر شیفت انجام شود و در محل دوشاخه شدن سوند فولی تاریخ نصب آن درج شود.

کنترل کیفیت مایعات تزریقی:

- همه مایعات باید از نظر تغییر رنگ، شکستگی یا سوراخ شدگی در ظرف و تاریخ expire کنترل شوند و در صورت وجود هر گونه مشکل استفاده نشوند.
- اگر یک ویال فقط برای یکبار استفاده است حتماً یکبار استفاده شود.
- برای ویالهای با دوزهای متعدد بعد از استفاده اولین بار، ویال در یخچال نگهداری شود و تاریخ بازشدن روی آن ثبت شود و قبل از هر بار مصرف دیافراگم ویال باید با الکل 70٪ تمیز شود. اگر استریلیتی ویال از بین برود نباید دیگر استفاده شود

توصیه های پیشگیری از عفونت در کاتترهای وریدهای محیطی

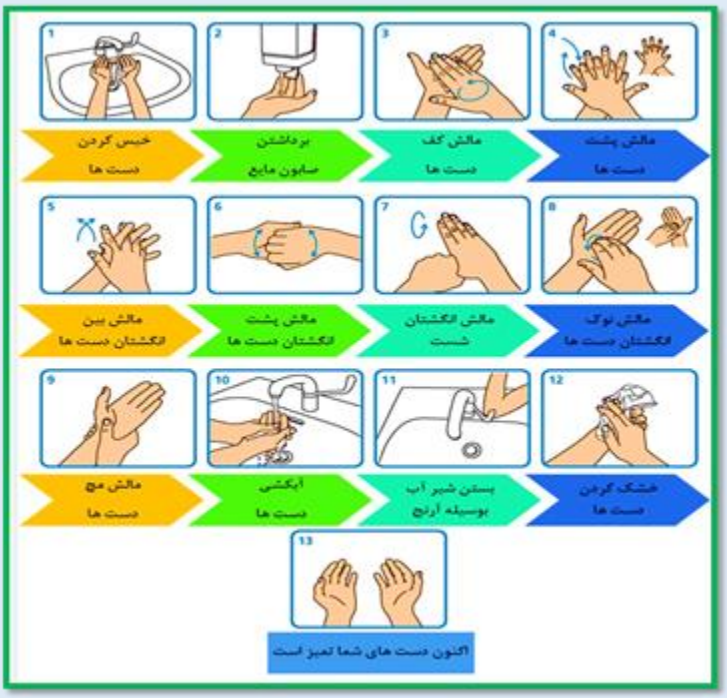
- ✓ انتخاب کاتتر محیطی باید براساس هدف و مدت استفاده، عوارض کاتتر (فلبیت، انفیلتراسیون) و تجربه فرد کاتتر گذار باشد.
- ✓ استفاده از اندام فوقانی ارجح است و در صورتی که کاتتر در اندام های تحتانی گذاشته شود بهتر است در اسرع وقت به اندم فوقانی منتقل شود. بهترین محل ها، دست، پشت پا و جمجمه است.
- ✓ کنترل روزانه محل کاتتر از نظر علائم التهاب باید صورت گیرد. اگر بیمار تندرنس یا علائم موضعی ندارد نیاز نیست پانسمان برداشته شود ولی اگر بیمار علائم درد موضعی یا علائم وابسته به عفونت خونی دارد باید پانسمان برداشته شود.
- ✓ اگر بیمار علائم فلبیت (گرمی، قرمزی، درد و ورید قابل لمس) دارد باید کاتتر وریدی خارج شود.
- ✓ تعویض کاتتر حداقل هر 72 ساعت باید انجام شود. ولی اگر بیمار محل دیگری برای رگ گیری ندارد با کنترل روزانه می توان کاتتر را طولانی تر نگه داشت.

پرسنل باید برای **شستن دستها** نکات ذیل را رعایت کنند:

1. **40**تا **60** ثانیه وقت صرف کنند.
2. همیشه از آب تمیز، روان و لوله کشی استفاده کنند.
3. پس از هنداواش کردن دست ها را با دستمال کاغذی یکبار مصرف یا کاغذ خشک کن کاملاً خشک کنند.
4. با همان دستمال کاغذی یکبار مصرف یا کاغذ خشک کن، شیر آب را بسته و دستمال را در سطل زباله انداخته. ودر صورتی که شیر آب اهرمی باشد، با آرنج آن را ببندند.
5. درصورت استفاده از حوله پارچه ای، از یک حوله پارچه ای فقط یک بار استفاده کنند و از یک حوله چند بار توسط یک فرد و یا افراد مختلف استفاده نکنند.

6 –به این نکته توجه کنند که دست مرطوب به سهولت آلوده می شود و میکروارگانیسم ها را گسترش می دهد بنابراین، خشک کردن مناسب دست ها جزء لاینفک فرآیند بهداشت دست می باشد.

پرسنل باید به روش تصویری ذیل دستها را بشویند و مراحل را برای هر دو دست اجرا کنند:

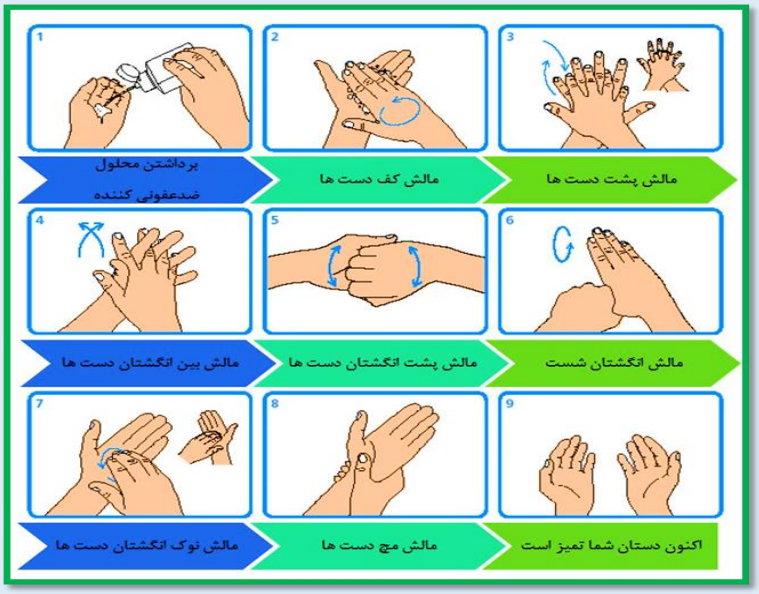


پرسنل باید برای **hand rub** کردن نکات ذیل را رعایت کنند:

1. **30** تا **40** ثانیه وقت صرف کنند.

2. مراحل هندراب را برای هر دو دست اجرا کنند.
3. مالش دست ها را تا خشک شدن محلول روی پوست دست ادامه دهند.
4. حداکثر بعد از 7–8 بار انجام هندراب، یک نوبت دستها را با آب و صابون بشویند.

پرسنل باید به روش تصویری ذیل دستهایشان را بشویند و مراحل را برای هر دو دست اجرا کنند:



پرسنل باید طریقه صحیح پوشیدن و درآوردن وسایل حفاظت فردی را به صورت ذیل رعایت نمایند:

طریقه پوشیدن:

رعایت بهداشت دست با آب و صابون یا محلول الکلی

پوشیدن گان

پوشیدن کلاه یا محافظت موهای سر

پوشیدن ماسک جراحی استاندارد(ولی اگر کاری مانند اینتوباسیون ، آسپیره کردن ناحیه تنفسی ، برونکوسکوپی، اتوپسی یا احیاء انجام می دهند که منجر به تولید آئروسل (قطرات ریز معلق در هوا) می شود ماسک N95 یا ماسک معادل آن را می پوشند).

پوشانیدن صورت ترجیحا با شیلد محافظ صورت یا عینک.

پوشیدن دستکش تا مچ دست به صورتی که آستین گان را می پوشاند

طریقه درآوردن وسایل حفاظت فردی:

پرسنل درمانی مواظب هستند تا خود، بیمار و محیط را آلوده نکنند .وسایلی که بیشتر آلوده شده است را اول درمی آورند.

گان و دستکش را از بدن خود طوری جدامیکنند که گان و دستکش را رو به بیرون بقچه پیچ می شود به صورتی که بخش داخلی آن رو به خارج قرار میگیرد،

سپس داخل سطل زباله عفونی می اندازند

بلافاصله پس ازدرآوردن دستکش، دست هارا میشویند.

درآوردن عینک یا محافظ صورت و قرار دادن آن در یک ظرف جدا جهت ضد عفونی و استفاده مجدد و در صورتیکه شیلد پوشیده اند آن را با کمک دسته یا بندی که در پشت دارد برمی دارند و داخل سطل زباله عفونی می اندازند.

درآوردن کلاه یا پوشش مو در صورت استفاده

در آوردن ماسک از پشت سر و دور انداختن آن در سطل زباله عفونی و شستن دستها





ایمنی بیمار

مساله ایمنی بیمار جزء یکی از مهمترین موارد مورد توجه نظام های سلامت بخصوص در کشورهای توسعه یافته می باشد و این امرسبب گردیده که سایر کشورها در این خصوص اقداماتی را انجام دهند. آمارها حاکی از آن است که درصد غیر قابل اغماضی از بیماران در مواجهه با سیستم های بهداشتی بخصوص بیمارستان ها دچار عوارض و صدمات ناشی از ارائه خدمات می گردند و مشکلی بر مشکلات اولیه آنها افزوده می شود، اما فعالیتهای سیستمیک و نظام مندی در جهت کاهش این موارد بخصوص در کشورهای در حال توسعه موجود نمی باشد بنابراین پیشنهاد سازمان بهداشت جهانی و سازمان های پیشرو در این خصوص ایجاد یک نظام جامع سیستمیک مبنی بر فرآیندهای ارتقای ایمنی بیمار جهت کاهش این عوارض و پاسخگویی مناسب به افراد صدمه دیده می باشد که از طریق استقرار فرهنگ ایمنی بیمار و ایجاد ساز و کارهای مناسب سازمانی امکان پذیر می باشد این امر موجب کاهش هزینه ها، افزایش رضایتمندی در بین مشتریان و ایجاد یک جامعه سالم خواهد گردید .

پژوهش های مبتنی بر جمعیت که در آمریکا، استرالیا، انگلستان، نیوزلند و کانادا انجام شده، نشان می دهند این حوادث بین 7 تا 9 درصد همه پذیرش های بیمارستانی رخ می دهند . تقریباً نیمی از حوادث مضر و ناخواسته گزارش شده در این مطالعات، مربوط به جراحی بوده(بیمار اشتباهی، جراحی اشتباهی و محل اشتباهی جراحی) و گزارش های دارویی، دومین علت شایع حوادث هستند که 77 درصد تمامی رخدادها را تشکیل می دهند. پرخطرترین مکان ها، اتاق های عمل و بعد بخش ها بودند . حداقل نیمی از حوادث گزارش شده در این مطالعات، به نظر قابل پیشگیری می رسیدند. اگرچه بیشتر این حوادث حداقل آسیب را به بیماران رسانده اند، یک سوم آنها عوارض دائمی بر جای گذاشتند. همچنین، عاقبت حدود 17 درصد حوادث به مرگ بیماران منتهی شده است . بنابراین به نظر می رسد ایمنی بیماران، یک مشکل عمده سلامت و بهداشت عمومی باشد.

پنج موضوع کلیدی از ایمنی بیمار

- عفونتهای بیمارستانی

- حوادث جدی و مهم که منجر به عوارض بسیار جدی و یا مرگ می گردند.
- عوارض حین و بعد از عمل جراحی
- زنان و زایمان
- حوادث ناگوار که به سایر مراقبت های سلامت مرتبط هستند .

شاخص های ایمنی بیمار، مقیاس هایی هستند که به طور مستقیم یا غیر مستقیم حوادث ناگوار قابل پیشگیری و کیفیت و نتایج (Outcome) را پایش می کنند . این شاخص ها عبارتند از :

1-سقوط بیمار منجر به آسیب پایدار یا مرگ

2-انجام عمل جراحی بر روی عضو یا بیمار اشتباه

3-مرگ یا عارضه نوزاد یا مادر بر اثر زایمان

4-ناسازگاری های عمده خونی ناشی از انتقال خون که موجب مرگ یا عارضه حاد گردد

5-جا ماندن جسم خارجی در بدن بیمار پس از عمل جراحی

6-تزریق یا مصرف خوراکی اشتباه داروهای پرخطر(با هشدار بالا) که منجر به مرگ یا عارضه پایدار بیمار گردد

7-عوارض بیهوشی یا جراحی منجر به مرگ یا عارضه پایدار

8-ایجاد زخم فشاری درجه 3 و یا 4 و یا زخم های فشاری تونلی در بیمار بستری

9-خونریزی یا هماتوم شدید بعد از عمل جراحی منجر به عارضه پایدار یا مرگ

10-آمبولی ریوی پس از اعمال جراحی

11-شوک آنا فیلاکسی ناشی از تزریق و یا مصرف خوراکی دارو که منجر به مرگ یا عارضه پایدار گردد

12-عفونت بیمارستانی شدید که منجر به مرگ یا عارضه پایدار گردد

13-تکرار مرگ یا عوارض شدید ناشی از یک نوع درمان دارویی یا جراحی در بازه زمانی کوتاه

14-سایر خطاهای درمانی یا وقایع ناخواسته ایمنی بیمار که منجر به مرگ یا عارضه پایدار گردد

در صورت وقوع وقایع فوق باید سریعا فرم مخصوص گزارش وقایع ناخواسته پر شود و ظرف کمتر از 24 ساعت به معاونت درمان ارسال شود.

هفت گام به سوی ایمنی بیمار

1.ایجاد فرهنگ و بسترسازی بستری باز و منصفانه برای دستیابی به ایمنی بیمار فراهم کنید .

2 . کارکنان خود را حمایت و رهبری کنید. بطور شفاف و محکم در سازمان خود بر ایمنی بیمار تاکید و تمرکز کنید .

3 . عملیات مدیریت خطر را هم سو و یکپارچه کنید. برای مدیریت خطرات، سیستمها و فرایندهایی ایجاد کنید و خطاها را شناسایی و ارزیابی نمایید .

4. گزارش دهی را تشویق کرده ارتقاء دهید. به کارکنان خود این اطمینان را بدهید که می توانند به راحتی وقایع را در سطح محلی و ملی گزارش کنند .

5. مردم و جامعه را در موضوع درگیرکرده با انها ارتباط برقرار کنید. راههایی را برای برقراری ارتباط صریح با بیماران ایجاد و به حرف انها گوش دهید .

6 . درسهای ایمنی را بیاموزید و به دیگران هم یاد دهید. کارکنان را به تحلیل ریشه ای علل تشویق کنید تا یاد بگیرند که چرا و چگونه حوادث رخ می دهند .

7 . راه حلهایتان را برای جلوگیری از بروز آسیب اجرایی کنید. درسهایی را که آموخته اید با تغییر در عملیات، فرایندها یا سیستم نهادینه و عملی سازید .

موضوعات کلی و عملی و برنامه های اجرایی مرتبط با ایمنی بیمار:

سازمان جهانی بهداشت دو چالش بزرگ را در مقابل ایمنی بیمار بر شمرده است که اولین آن عفونت های مکتسبه از خدمات سلامت و دیگری تهدید ناشی از انجام غیرایمن اعمال جراحی است . برای هر دوی این چالش ها چک لیست ها و راهنماهایی هم از سوی سازمان جهانی بهداشت ارائه شده که هم اکنون اجرای آن ها مانند برنامه بهداشت دست ها از سوی وزارت متبوع در بیمارستان ها و مراکز آموزشی درمانی تابعه پیگیری می شود.

همچنین این سازمان 9 راهکار اجرایی به عنوان راه حل هایی برای حصول و ارتقاء ایمنی بیمار ارائه نموده که عناوین آن ها عبارتند از:

(9) راه حل ایمنی بیمار

1. توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی
2. توجه به مشخصات فردی بیمار جهت جلوگیری از خطا
3. ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار
4. انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار
5. کنترل غلظت محلول های الکترولیت
6. اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارایه خدمات
7. اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها
8. استفاده صرفا یکباره از وسایل تزریقات
9. بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبت های سلامتی

1) توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی :

کلیه بخش های درمانی لیستی از داروهایی را که اسامی مشابه دارند و احتمال بروز خطا در آنها وجود دارد (چه از نظر نام و چه از نظر شکل و ظاهر آنها) در دسترس کارکنان قراردهند . در داروخانه سرپایی بیمارستان نیز مشابهت های دارویی در دست خط پزشکان و اشتباهات رایج در نسخه نویسی در دسترس کارکنان قرار گیرد.

موارد زیر باید انجام شود:

- داروهای شبیه به هم چه از نظر نام و چه از نظر شکل و ظاهر آنها (در باکسها و قفسه های جداگانه) چیدمان شود .
- درخصوص داروهای با غلظت بالا و خطرناک حتماً باید نام دارو با برچسب جداگانه مشخص شده باشد.
- رعایت فرآیند دارو دادن ازجمله تطبیق دارو با کارت دارویی در بالین بیمار، توجه به نام ژنریک داروها،آگاهی از نمونه های مشابه دارویی و ...

- قبل از اجرای فرآیند دارو دادن از اشکال دارویی و نوع دارو آگاهی کسب نمایید.
- هنگام دارو دادن، حتما " بیمار را با نام و نام خانوادگی" مخاطب قرار دهید.
- هنگام دارو دادن، یک بار دیگر مشخصات بیمار با کارت دارویی مطابقت داده شود .
- هنگام آماده کردن داروها، به دوز دارو، شکل دارویی، تاریخ انقضاء توجه شود.
- هنگام دارو دادن، نوع دارو، دوز دارو و ... مجددا" با کارت دارویی مطابقت داده شود .

2) شناسایی بیمار

اصول عمومی شناسایی صحیح بیماران:

1) مسئولیت اولیه کارکنان خدمات سلامت شناسایی بیماران و تطبیق بیمار صحیح با مراقبت / درمان صحیح قبل از ارائه خدمت / مراقبت است.

اکیدا یادآوری می شود که استفاده از دستبندهای شناسایی برای بیماران از مسئولیت کارکنان درمانی جهت کسب اطمینان از انجام اقدام درمانی، مراقبتی و تشخیصی صحیح بر روی بیمار صحیح نمی کاهد.

2) کلیه بیماران مورد پذیرش در بخش اورژانس، بیماران بستری و اقدامات روزانه بایستی در هنگام پذیرش و در مدت بستری باید به طور صحیح شناسایی شوند.

3) کلیه بیماران مورد پذیرش در بخش اورژانس، بیماران بستری و اقدامات روزانه بایستی باید دارای دستبند شناسایی باشند.

- به منظور پیشگیری از خطا، مشخصات بیماران بایستی به صورت خوانا و واضح به روش یکسان در کل بیمارستان بر روی دستبندهای شناسایی نوشته شود بدین منظور حداقل بایستی دو شناسه مشتمل بر نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد بیمار به روز، ماه و سال با رنگ مشکی یا آبی در پس زمینه سفید دستبند پرینت شود.
- در صورت مشابهت نام و نام خانوادگی دو بیمار بستری، ضروری است نام پدر بیمار نیز به عنوان جزیی از دو شناسه اصلی در دستبند شناسایی درج شود.
- به منظور هشدار در روی جلد پرونده بیماران با نام و نام خانوادگی مشابه عبارت " احتیاط: بیمار با اسامی مشابه " قید شود.

- سایر شناسه هایی که در صورت صلاحدید مراکز درمانی در گروه های خاص بیماران به ویژه در ارتباطات بین کارکنان خدمات سلامت برای مثال بیماران مجهول الهویه یا مبتلا به اختلالات روانی مازاد بر موارد یاد شده می تواند مورد استفاده قرار گیرد عبارتند از: 1- شماره پرونده بیمار 2- نام بخش در شناسه های نمونه های ارسالی به واحدهای پاراکلینیک اجباری است. 3- نام بیمارستان در انتقال بین بیمارستانی.
- تاکید می شود هیچگاه از شماره اتاق و تخت بیمار به عنوان شناسه شناسایی استفاده نشود.
- محل مناسب دستبند شناسایی بیماران بر روی بازوی دست غالب می باشد، به این دلیل که کمتر احتمال باز نمودن آن از بازوی بیمار به منظور انجام اقدامات درمانی وجود دارد.
- برای شناسایی بیماران مبتلا به آلرژی توصیه می گردد مشخصات شناسایی بیمار با رنگ مشکی در پس زمینه سفید نوشته شده و بر روی باند قرمز چسبانیده شود و برای شناسایی بیماران مستعد سقوط یا مبتلا به زخم فشاری یا ترومبوآمبولیسم وریدی توصیه می گردد مشخصات شناسایی بیمار با رنگ مشکی در پس زمینه سفید نوشته شده و بر روی باند زرد چسبانیده شود.

4) قبل از ارائه هرگونه اقدامات و خدمات درمانی، تشخیصی و مراقبتی بایستی تمامی بیماران به طرز فعال به شرح ذیل شناسایی شوند و مشخصات آنان با شناسه های مندرج بر روی دستبند شناسایی تطبیق دهید.

- روش شناسایی فعال بیماران: از بیمار درخواست نمایید که نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد خود را و در صورت ضرورت نام پدر را بیان نماید. سپس آن را با مشخصات مندرج بر روی دستبند شناسایی تطبیق دهید.
- در صورتی که بیمار کودک یا معلول ذهنی بوده یا قادر به تکلم نبوده یا هوشیار نمی باشد، یا با پرسش مشخصات بیمار از والدین و یا وابستگان درجه یک وی، ایشان را به طور صحیح شناسایی نمایید.
- به منظور پیشگیری از وقوع حوادث ناگوار در تراسفوزیون خون، تغذیه مکمل وریدی و تمامی مراحل نسخه نویسی، نسخه پیچی در داروخانه بستری، آماده سازی و دادن داروهای با هشدار بالا به بیماران، الزامی است بیمار صحیح با اقدام درمانی صحیح توسط دو نفر از کادر حرفه ای واجد صلاحیت ذیربط به صورت مستقل از یکدیگر کنترل شود.
- دستبند شناسایی بیماران توسط بخش پذیرش تهیه و در هنگام پذیرش و قبل از ورود به بخش در اختیار بیماران قرار گیرد.
- در هنگام پذیرش صحت اطلاعات مندرج در روی دستبند شناسایی با بیمار یا در صورت ضرورت با یکی از بستگان درجه یک وی کنترل می شود.
- ضروریست بیمار دریافت باند شناسایی را در پرونده به صورت کتبی تایید و امضاء نماید.

- اندازه دستبند شناسایی بیماران بایستی متناسب با ساختار بدنی آنان باشد و طول آن از اندازه بسیار کوچک تا بسیار بزرگ متناسب با سایز نوزاد تازه متولد تا بیماران بسیار چاق و لنفادماتو و یا دارای بانداژ و سایر اختلالات تهیه گردد.
- بایستی در حین بستری بیماران دستبندهای آسیب دیده یا گم شده، فورا توسط مرجع ذی صلاح منشی بخش یا ... تهیه و تعویض شوند.
- جنس دستبندهای شناسایی از مواد قابل انعطاف، نرم، ضدآب با قابلیت تمیز کردن مجدد باشد و هوا نیز از آن عبور نماید به نحوی که باعث تحریک پوست و آلرژی نشده و کاربرد آن برای بیمار راحت باشد.
- بایستی دستبندهای شناسایی به نحوی بسته شوند که سبب فشردگی پوست نشوند.
- نوشته های بر روی دستبند شناسایی بایستی برای مدت طولانی دوام داشته باشند.
- در صورتیکه هر یک از اعضای تیم درمانی به منظور ارائه یک خدمت درمانی، تشخیصی یا مراقبتی دستبند شناسایی بیمار را باز نمود، ضروریست سریعا" بعد از اتمام مورد، راسا" نسبت به بستن آن اقدام نماید. اگر دستبند شناسایی در صورت باز شدن و یا در آوردن فورا" بسته نشود، الزامی است بیمار دوباره شناسایی و دستبند پس از کسب اطمینان از صحت مشخصات، به بیمار متصل شود.

اقدامات پیشگیری:

فرایند شناسایی صحیح نوزادان

1) بر روی دستبند شناسایی زائو درج حداقل شناسه های زیر ضروری است:

- نام و نام خانوادگی (نام پدر در مورد اسامی مشابه)
- تاریخ تولد به روز، ماه و سال
- شماره پرونده

2)در اسرع وقت بعد از تولد نوزاد و قبل از ترک بلوک زایمان برای نوزاد دو دستبند تهیه کرده و پس از چک مجدد با مشخصات مادر به مچ پاهای وی ببندید.

3) نوشتن موارد ذیل بر روی دستبند شناسایی نوزاد الزامی است:

- نام و نام خانوادگی مادر (نام پدر در مورد اسامی مشابه)
- جنسیت نوزاد

- تاریخ تولد نوزاد به روز، ماه و سال
- ساعت تولد
- شماره پرونده مادر

4) در صورتیکه نوزاد دو قلو یا سه قلو است بر روی دسبند شناسایی قید شود.

5) دستبندهای شناسایی نوزادان بایستی در طی هر شیفت بررسی شود. در صورتیکه فقط یکی از دستبندهای نوزاد مفقود گردد، برای نوزاد دستبند جدید تهیه کرده و به مچ پای او ببندید.

6) در صورتیکه هر دو دستبند شناسایی نوزاد مفقود شود، کلیه دستبندهای شناسایی نوزادان بستری در بخش را چک کرده و در صورتیکه مغایرتی در این زمینه مشاهده نگردید، برای نوزاد دستبند جدید تهیه کنید.

7) در هنگام انجام اقدامات درمانی، تشخیصی و مراقبتی برای نوزادان و یا ترخیص و تحویل آنان به خانواده به دستبند شناسایی آنها توجه نمایید.

فرایند شناسایی صحیح بیماران قبل از عمل جراحی

1)دقیقا قبل از ورود بیمار به اتاق عمل، ضروریست یکی از اعضای تیم جراحی طبق وظایف محوله از بیمار درخواست نماید که نام، نام خانوادگی، موضع عمل، نوع اقدام جراحی را به طور کلامی بیان و با تطبیق آنها با پرونده و دسبند شناسایی، بیمار صحیح را شناسایی نماید.

2)در اتاق عمل و قبل از شروع پروسیجر / عمل جراحی، در صورتی که بیمار هوشیار است:

- از بیمار درخواست نمایید که نام و نام خانوادگی، نوع اقدام جراحی برنامه ریزی شده، موضع عمل خود را به زبان آورد. جهت کسب اطمینان از شناسایی صحیح بیمار، مشخصات مندرج بر روی دستبند شناسایی و پرونده وی را با هم و با خوداظهاری او تطبیق دهید.
- نوع اقدام جراحی برنامه ریزی شده و موضع عمل جراحی مندرج در برگه رضایت آگاهانه بیمار و چارت عمل را با خود اظهاری وی تطبیق دهید.

شناسایی صحیح بیمار در فرایند نسخه نویسی، نسخه پیچی، آماده سازی و دادن دارو به بیمار

1)به منظور پیشگیری از وقوع حوادث ناگوار در تمامی مراحل نسخه نویسی، نسخه پیچی، آماده سازی و دادن داروهای با هشدار بالا به بیماران، الزامی است بیمار صحیح با اقدام درمانی صحیح توسط دو نفر از کادر حرفه ای واجد صلاحیت ذیربط به صورت مستقل از یکدیگر کنترل شود.

2) با استفاده از حداقل دو روش ذیل به صورت توامان بیمار صحیح را شناسایی نمایید:

- پرسش نام و نام خانوادگی از بیمار
- دستبند شناسایی بیماران

3) به منظور کاهش اتفاقات ناخواسته دارویی دستورات شفاهی دارویی را محدود نموده و فقط در ارائه خدمات درمانی اورژانس به کار بندید.

4) قبل از تجویز دارو به بیمارموارد ذیل را کنترل نمایید.

- نام و نام خانوادگی و در صورت نیاز نام پدر بیمار
- نام ژنریک دارو
- دوز و دفعات تجویز دارو
- تاریخ و راه تجویز دارو
- بررسی بیمار از نظر وجود آلرژی

فرایند شناسایی صحیح بیماران قبل از انتقال خون

1) انتقال صحیح خون و فرآورده خونی در بیماران شامل زنجیره ای از فرایندهای مختلف : اخذ نمونه خون وریدی، آماده نمودن گیرنده خون، انتقال خون و فراورده های خونی از بانک خون به بخش، آمادگی خون و یا فراورده های خونی برای انتقال و تجویز آن به بیمار می باشد. به منظور کسب اطمینان از دانش و صلاحیت حرفه ای کارکنان خدمات سلامت ذیربط، کاهش وقوع احتمالی اتفاقات ناخواسته و تضمین انتقال خون و فراورده های خونی ایمن به بیماران تبعیت از راهنماهای سازمان انتقال خون الزامی است.

2) به منظور اطمینان از اینکه خون صحیح به بیمار صحیح انتقال می شود، ضروریست پرستار قبل از انتقال خون از بیمار درخواست نماید نام و نام خانوادگی و نام پدر خود را به صورت کلامی ادا نماید و سپس نام و نام خانوادگی بیمار را با مشخصات مندرج بر روی باند شناسایی و یا پرونده بیمار مطابقت دهد.

3) در صورتیکه بیمار بیهوش و یا نوزاد است و یا قادر به بیان کلامی نام و نام خانوادگی خود نمی باشد، پرستار موظف است قبل از انتقال خون اطلاعات مندرج بر روی باند شناسایی بیمار را با مشخصات پرونده بیمار مطابقت دهد.

4) به یاد داشته باشید به منظور انتقال خون در بیماران بیهوش و نوزادان داشتن مچ بند شناسایی برای بیماران ضروری میباشد.

5) در تطابق خون / فراورده های خونی ضروری است حداقل موارد زیر با پرونده / دستبند شناسایی یا بیمار مورد بررسی قرار گیرند:

- نام و نام خانوادگی بیمار به صورت کامل
- نام پدر بیمار
- تاریخ تولد به روز ماه و سال
- شماره پرونده
- شماره خون / فراورده خونی

فرایند شناسایی صحیح بیماران در آزمایشگاه

1) الزامیست در آزمایشگاه خط مشی و ضوابط مکتوب و مدون در ارتباط با نحوه نام گذاری و مدیریت نمونه های خونی و سایر نمونه ها موجود باشد که عملکرد کادر درمانی، خدماتی و دفتری را در هنگام بروز اتفاقات ناخواسته در آزمایشگاه تشریح نماید.

2) در هنگام بروز اتفاقات ناخواسته در آزمایشگه ضروریست فرایند اشتباه مشخص شود و کادر متخصص مسئول توجیه گردد تا از بروز موارد مشابه پیشگیری شود.

3) برچسب کلیه نمونه ها بایستی واجد نام و نام خانوادگی، نام پدر، تاریخ تولد بیمار یا مددجو، نام بخش، شماره پذیرش / شماره پرونده و نام آزمایشات مورد درخواست باشد و برچسب ها در بالین بیمار بر روی لوله های نمونه چسبانده شوند.

4) الزامیست در بیماران بستری برچسب نمونه ها بعد از گرفتن نمونه از بیمار و قبل از ترک بالین بیمار صورت گیرد.

5) برگه درخواست آزمایشات بایستی در قبال شناسه های اصلی بیمار کنترل شود و پس از کسب اطمینان از نوع آزمایشات درخواستی برچسب مشخصات بیمار به لوله / ظرف نمونه گیری به نحوی الصاق شود که از بروز اشتباه پیشگیری نماید و از چسباندن برچسب به درب ظرف نمونه گیری اجتناب شود.

6) برچسب مشخصات را مستقیما بر روی جداره لوله / ظرف نمونه گیری بچسبانید.

7) در صورت وجود هر گونه ابهامی در ارتباط با برچسب نمونه ها، بهتر است که نمونه گیری مجدد انجام شود و فرایندی که منجر به اشتباه شده است بررسی گردد.

3) ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار

آموزش کلیه پرسنل پرستاری و پاراکلینیک توسط مسئولین بخشی و سوپروایزرین در خصوص مواردی که باید به هنگام تحویل بیمار به واحدهای مختلف(از بخش به اتاق عمل و بالعکس، از بخش به واحدهای پاراکلینیک و بالعکس و ..) و یا از یک شیفت به شیفت دیگر به آن توجه کنند.

بطور کلی مقوله ارتباط با بیمار به چند بخش تقسیم می شود :

- ارتباط با بیمار قبل از بستری در بیمارستان ارتباط نیروهای خدمات فوریتهای پزشکی با مددجو، و یا مددجویانی که دریافت کننده خدمات بهداشتی در سطوح اولیه پیشگیری می باشد .
- ارتباط با بیمار در زمان بستری در بیمارستان که خود شامل بدو پذیرش، زمان بستری، موقعیت های ویژه، زمان ترخیص، ارتباط با همراهان بیماران بدحال و فوت شده و ....
- ارتباط با بیمار بعد از ترخیص که بیشتر مربوط به زمان پیگیری بیماری و پرستاران بهداشت جامعه می شود.

از دسته بندی بالا تنها مورد دوم که مربوط به زمان بستری بیمار است جزء موارد تحت پوشش توسط پرسنل درمانی بوده و باید نکات مربوطه به آن را کاملاً رعایت نماییم .

گروههای مختلف درمانی و غیر درمانی که با بیمار در ارتباط می باشند به ترتیب شامل : نیروهای انتظامات بیمارستان، پرسنل پذیرش، پرسنل ترياژ، پرسنل فوریت، تحت نظر اورژانس، پزشک اسکرین، بخشهای پاراکلینیک (آزمایشگاه، داروخانه، اکو، رادیولوژی و ...) بخشهای بستری و بخشهایی مانند اتاق عمل و ... است .

الف : انتظامات و حراست بیمارستان :

در واقع اولین خط ارتباط با بیمار و همراهان بیمار در بدو ورود به بیمارستان پرسنل محترم این بیمارستان هستند. رعایت اصول ارتباط صحیح توسط همکاران انتظامات که در عین حال همراه با حفظ حریم وظایف انتظامی شان می باشد، باعث پدیدار شدن بازخورد مثبت به بیمار و همراه وی می شود. این ارتباط بایستی دارای ویژگیهای زیر باشد:

- برخورد محترمانه همراه با راهنمایی کامل جهت انجام ساده تر و سریعتر مراحل پذیرش در مواقع اورژانس
- پرهیز از هر گونه درگیری لفظی و فیزیکی با ارباب رجوع و مددجویان
- برقراری ارتباط صحیح بر اساس اصول مرتبط، با مددجو و همراه به منظور آرام سازی
- برقراری نظم و انضباط بخشها و کنترل ورود و خروج افراد، همراه با توضیحات کافی، روشن و قابل فهم جهت جلوگیری از سوء تفاهم
- ایجاد حس اعتماد و همدلی و برخورد دوستانه، در عین حال جدی با همراهان
- خودداری از هر گونه رفتار و گفتار تهدیدآمیز و خشن که باعث ایجاد حس بی اعتمادی در فرد می شود .

ب : پذیرش بیمارستان

- ارتباط بین واحد پذیرش و بیماران محدودتر از سایر بخشها می باشد .
- پرسنل محترم پذیرش موظفند به سئوالات بیمار پاسخ داده، فرم رضایت به بستری را به طور دقیق کنترل نموده و در گرفتن اطلاعات شخصی بیمار اهمال نکنند .
- پرسنل پذیرش موظفند به هر بیمار بستری مچ بند یا گردن بند و یا بازو بند شناسایی و پمفلت اصول و مقررات بیمارستان که شامل منشور حقوق بیمار نیز می باشد را تحویل دهند . اطلاعات مندرج در مچ بند یا گردن بند و یا بازو بند شناسایی با دقت و خوانا ثبت شود .
- پرسنل پذیرش بایستی در هر شرایط تنها با نیروی جایگزین، محل خدمت خود را ترک نمایند .
- در هنگام ازدحام خونسردی خود را حفظ نموده و در صورت بروز مشکل خاص اعم از مالی و .... حتماً سوپروایزر شیفت را در جریان امر قرار داده و در راه پیشبرد اقدامات بیمار وظایف خود را به نحو احسن انجام دهند و این میسر نمی شود مگر با ارتباط همراه با احترام و ارائه توضیحات کافی به بیمار .

ج : بخش فوریت ها یا اورژانس بیمارستان

معمولاً اولین بخش درمانی که بیمار با آن در ارتباط است، بخش فوریتها می باشد . بسته به شرایط بیمار مراجعه کننده (اورژانسی یا غیر اورژانسی بودن)، ارتباط در هر دو مقوله از حساسیت ویژه ای برخوردار است. مواردی که باید در ارتباط با بیمار در بدو ورود به بخش فوریتها در مواقع غیر اورژانس رعایت شود شامل :

- پذیرش بیمار و همراهان بیمار با روی باز وبا احترام کامل؛ و راهنمایی آنها به بخش فوریتها
- معرفی خود به عنوان پرستار مسئول تریاژ
- گرفتن تاریخچه بیماری و پرسیدن مشکل اصلی بیمار بدون سوگیری
- ایجاد حس همدلی با بیمار یا همراهان وی
- احترام متقابل بین بیمار و پرسنل
- صدا کردن بیمار با نام خود
- حفظ شأن و منزلت بیمار در حین انجام اقدامات درمانی
- حفظ حریم شخصی بیمار در هر شرایطی از انجام اقدامات درمانی و تشخیصی
- زمانی که از بیمار می خواهید وظیفه ای را انجام دهد " خواهش میکنم و متشکرم " را فراموش نکنید .
- ارائه توضیحات کافی به بیمار در ارتباط با اقدامات درمانی و تشخیصی مورد نیاز
- اجازه گرفتن از بیمار، قبل از انجام پروسیجرهای درمانی و مراقبتی و رعایت طرح انطباق بیماران
- داشتن صداقت در هر مرحله از انجام کار، امری ضروری برای ادامه دار بودن ارتباط مناسب است
- بیمار را به ابراز احساسات تشویق نمایید تا او بتواند به راحتی اضطراب پنهان خود را افشا نماید.
- رازداری باعث تقویت ارتباط و برقراری اعتماد خواهد شد .
- سئوالات باز می تواند نتایج فوق العاده ای را در استخراج اطلاعات در بر داشته باشد) سئوالات باز، سئوالاتی است که بیمار را مجبور به دادن پاسخ های مفصل تر از بلی یا خیر می کند . مثلاً با چه مشکلاتی به عنوان مشکل اصلی روبرو هستید؟
- ارائه توضیحات کافی، شفاف منطبق با شرایط سنی، فرهنگی و سطح تحصیلات بیمار
- انتخاب مناسب ترین کلمات برای بیمار و خودداری از بکار بردن اصطلاحات
- زمان عامل اساسی در ارتباط است به طور مثال بیمار در هنگام درد به سختی قادر به برقراری ارتباط می باشد.
- تشویق به برقراری ارتباط با برقراری فضای صمیمی و دوستانه و پذیرش بیمار به روز رسانی ارائه اطلاعات به بیمار، از روند بیماری
- شنونده خوب بودن هنری است که کلید اصلی باز کردن قفل ارتباط با بیمار می باشد .

ارتباط با بیمار اورژانسی و همراهیان وی به مراتب سخت تر از مراجعین دیگر می باشد زیرا بیمار در شرایط خوبی نبوده و قادر به برقراری ارتباط نیز نمی باشد . از طرفی همراهیان بیمار نیز بدلیل نگرانی و اضطراب، قادر به برقراری ارتباط مناسب نیستند لذا در این شرایط علاوه بر رعایت کلیه موارد فوق بخصوص ایجاد حس همدلی، صبر و خویشتن داری، احترام و وظیفه شناسی بیش از پیش نمود خواهد کرد .

د- بخش بستری بیمارستان

نحوه معرفی اولیه بیمار به بخش از طرف بخش اورژانس و ایجاد ذهنیت مثبت و بدون سوگیری مطلب بسیار مهمی است که متأسفانه در اکثر موارد پذیرش بیمار رعایت نمی شود. بیمار به طور کامل به پرستاران بخش معرفی شده و پس از بررسی کامل بیمار توسط پرستار بخش، قوانین و مقررات درون بخشی و درون بیمارستانی به بیمار گفته می شود . منشور حقوق بیمار را بطورکامل برای وی توضیح دهید . به اضطراب پنهانی بیمار بدلیل ناشناخته بودن محیط، کاملاً توجه داشته باشید . عوامل مخربی را که باعث اختلال در خواب و آرامش بیمار می شود، حذف نمایید . کلیه پرسنل مرتبط با بیمار (مانند نیروهای خدمات، پرسنل آزمایشگاه، پرسنل رادیولوژی و ...) نیز موظف به حفظ شأن و منزلت بیماران در هر شرایط می باشند .

به همین منظور از پرستار انتظار می رود آگاهی و مهارت کافی در برقراری ارتباط موثرداشته و موارد ذیل را مورد توجه قرار دهد:

1) نیازهای ارتباطی بیماران را از زمان پذیرش، ارزیابی و ثبت نماید.

2) در برقراری ارتباط با بیمار، به فرهنگ، زبان، مذهب، سبک زندگی، باورها و شیوه های ارتباطی بیمار احترام گذاشته و توجه نماید.

3) حین هرگونه ارتباط با بیمار (ارائه مراقبت پرستاری، انجام دستورات پزشک و ...) بطور شمرده و واضح با بیمار صحبت نماید، و از تبادل پیام ارتباطی (فرستنده و گیرنده) بطور کامل و صحیح مطمئن گردد.

4) هر گونه اقدام تشخیصی، درمانی و یا مراقبتی را که برای بیمار انجام می دهد، بصورت کاملاً قابل درک و به زبان بسیار ساده برای بیمار / خانواده توضیح دهد، و از بیان اصطلاحات تخصصی پزشکی خودداری نماید.

5) برقراری ارتباط با بیمار، حد و مرز و قلمرو بیمار را در نظر گرفته، و حریم بیمار راحفظ نماید.

6) اهمیت محرمانه ماندن اطلاعات مربوط به بیمار آگاه بوده، و از افشای اطلاعات خصوصی بیمار خودداری کند.

7) هنگام تردید در مورد محدوده ارتباط مراقبتی با بیمار، با همکاران و افراد تیم درمانی مشورت نماید.

8) اطمینان یابد که عدالت و تساوی در دسترسی به خدمات بیمارستانی، برای بیمار فراهم شده است.

9) دسترسی کافی بیماران غیر فارسی زبان، به خدمات درمانی و مراقبت های پرستاری اطمینان یابد .

10) دسترسی کافی بیماران با مشکلات خاص، از جمله مشکلات شنوایی یا بینایی، به خدمات مورد نیاز درمانی / مراقبتی اطمینان حاصل نماید.

11) توجه کافی، به هنگام و عادلانه ای، به شکایات و خواسته های بیمار داشته باشد.

12) در برخورد با رفتار های ناسازگارانه و مشکلات ارتباطی بیمار، روش ارتباطی صحیح، مناسب و موثری را اتخاذ نماید.

13) ضمن برقراری ارتباط موثر درمانی با بیمار، (به سیاستها و دستورالعمل های سازمانی) بیمارستانی متعهد باشد.

رفتارهایی که باعث اختلال در زنجیره ارتباط شده و در نتیجه باعث قطع ارتباط و عدم اعتماد فرد به پرستار و تیم درمان خواهد شد. شامل: قوت قلب دادن بیجا، پاسخهای تکراری و کلیشه ای، خصومت، تحمیل ارزشهای خود به بیمار، نصیحت کردن، کنجکاوی، تحقیرکردن و طرد کردن به صورت کلامی و غیر کلامی است.

راهکارهای بهبود ارتباط، نهادینه کردن فرهنگ ارتباط و نحوه تدوین اجرای این برنامه، نتیجه در پیشرفت هرچه بیشتر کیفیت مراقبت بیمار خواهد داشت.

1)آموزش تخصصی ارتباط با بیمار و همراهان جهت پرسنل درمانی از طریق برگزاری سمینار، پانل ، فیلمهای آموزشی و جزوات مربوطه انجام گیرد .

2) تأکید بر اهمیت مبحث ارتباط به عنوان یک کلید اصلی در چک لیستها، گایدلاینها و یا سیاست گذاری های کلی بیمارستان لحاظ گردد .

3) تأکید بر ارتباط به عنوان یکی از آیتم های ارزشیابی پرسنل منظور گردد .

4) نظارت دقیق تر مسئولان بخش و سوپروایزر های محترم در مورد استفاده عملی اصول ارتباط توسط پرسنل با بیمار و همراهان بیمار صورت پذیرد .

5) استفاده الزامی از کارت های شناسایی جیبی (اتیکت) مناسب که نشان دهنده نام، نام خانوادگی و سمت فرد می باشد، به عنوان یکی از راهکارهای ارتباط اولیه شناخته شده است . معرفی خود به بیمار به عنوان عضوی از تیم درمان بایستی قبل از شروع هرگونه اقدام درمانی ، انجام پذیرد .

6) تهیه پمفلت آموزشی در مورد بیمارستان و هر بخش به صورت جداگانه و اختصاصی، که مشخصات بخش و قسمت های مختلف آن را برای آگاهی بیمار توضیح داده باشد .

7) استفاده از آموزشهای گروهی برای بیماران با حال عمومی بهتر و بیمارانی که از نظر بیماری در یک دسته بندی قرار می گیرند .

8) تهیه کارتهای تصویری جهت برقراری ارتباط با بیمارانی که از نظر شنوایی، گویایی دچار مشکل بوده یا بیمار به هر دلیل قادر به برقراری ارتباط به صورت گویا نمی باشد. (مثال بیمار اینتوبه شده تحت درمان با دستگاه ونتیلاتور)

انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار

اجرای دستورالعمل بیمار صحیح، محل صحیح، پروسیجر صحیح به طور ویژه در اتاق عمل بسیار با اهمیت است . لذا همزمان با اجرای پروتکل مذکور در بخش های مختلف درمانی و اتاق عمل رعایت چک لیست جراحی ایمن در اتاق عمل الزامی است .

در تدوین خط مشی و پروتکل" بیمارصحیح، محل صحیح، پروسیجر صحیح" پنج مرحله کلیدی تحت عنوان "پنج گام"در نظر گرفته شده ،که به طور مختصر به شرح ذیل است .

گام اول– اطمینان از اخذ رضایت آگاهانه معتبر :

هدف از اخذ رضایت آگاهانه، کسب مجوز جهت انجام مداخلات طبی و جراحی، و اعلام خطرات جسمانی به بیمار می باشد. به عنوان یک خط مشی؛ انجام اعمال جراحی، طبی، بیهوشی، رادیولوژی و پروسه های انکولوژی، بدون اخذ رضایت آگاهانه غیرممکن می باشد . مشروط بر آنکه رضایت دهنده صلاحیت لازم را جهت اخذ رضایت دارا باشد. کسب رضایت از بیمار به منظور انجام مداخلات درمانی مورد نیاز جزء نکات اصلی و ضروری در سیستم های ارزیابی سلامت می باشد. در صورت ناتوانی بیمار جهت اخذ رضایت، وجود حکم یا دستور قضایی– قیومیت– لازم می باشد.لذا الزامی است که فرم رضایت آگاهانه و خط مشی کامل آن در واحدهای درمانی موجود و در دسترس کلیه ی کادر درمانی قرار گیرد .

گام دوم – تایید هویت بیمار :

بیمار جزء لاینفک و جدایی ناپذیر تیمی است که آن تیم متعهد به رسیدگی به فرآیندهای درمانی او می باشد. از زمانی که بیمار برای درمان و یا انجام پروسیجری آماده می شود ، درگیر اولین مراحل فرآیند پنج گانهٔ " بیمارصحیح، محل صحیح، پروسیجر صحیح " می گردد.

قبل از اجرای هر گونه داوری مؤثر بر وضعیت شناختی بیمار، یکی از اعضاء تیم درمانی موظف است که هویت بیمار را دقیقاً شناسایی نموده تا با طرح پرسش های ذیل از بیمار، فرآیند شناسایی صحیح بیمار به نحو احسن صورت گیرد .

این پرسش ها شامل :

- نام کامل بیمار و تاریخ تولد (لازم به ذکر است که این مورد بایستی از بیمار پرسیده شود نه به گونه ای باشد که بیمار تأیید نماید .)
- نوع درمان یا پروسیجر طراحی شده
- دلایل انجام روش درمان یا پروسیجر مورد نظر
- نشان دادن قسمت و محل عمل یا پروسیجر

پرستار بایستی پاسخ های بیمار را با مشخصات دستبند شناسایی، فرم رضایت آگاهانه و سایر اطلاعات موجود در پروندۀ پزشکی او مطابقت دهد. درصورتی که بیمار از بخشی به بخش دیگر منتقل می شود و به تنهایی یا در معیت همراه، قادر به شرکت در مراحل انتقال نمی باشد، پرستار بخش مقصد موظف است که بیمار را به طور کامل تحویل گرفته و او را در تمامی پروسیجرها همراهی نماید. در صورت ناتوانی بیمار به شرکت در پروسه های مورد بررسی به دلیل عدم ظرفیت عصبی و یا به علت موانع زبانی، فرد مناسب دیگر و یا مصاحبه گر با صلاحیت، بایستی پاسخ گوی سئوالات تیم درمان در خصوص شناسایی بیمار باشد . که در این خصوص، جزئیات گفتگو و نام شرکت کنندگان، بایستی در پرونده ی پزشکی بیمار ثبت شود .

گاها " بسیاری از بیماران مزمن (از قبیل بیماران دیالیزی و یا بیماران تحت شیمی درمانی)، از دستبند شناسایی استفاده نمی کنند و نمی توان از این طریق قبل از انجام پروسیجر هویت بیمار را مورد شناسایی قرار داد . خصوصا " که بسیاری از این بیماران ممکن است در طول مدت بستری، علاوه بر مشکل اصلی زمینه ای تحت چندین پروسیجر تهاجمی دیگر از جمله: B.M.A، LP و ... هم قرار گیرند . لذا اتخاذ تدابیری به منظور اطمینان از شناسایی صحیح این گونه بیماران، الزامی است . خصوصاً در زمانی که بیمار قادر به بیان نام خویش نبوده و یا قادر به درک زبان و برقراری ارتباط مناسب در خصوص آنچه روی داده است، نمی باشد .

گام سوم- علامت گذاری محل عمل جراحی یا پروسیجر تهاجمی:

محل عمل جراحی یا پروسیجر تهاجمی بایستی به صورت کاملاً مطلوب توسط فرد انجام دهندۀ پروسیجر و یا توسط جراح، نشانه گذاری شود .

سازمان ممکن است این وظیفه را به فرد باصلاحیت دیگری- بنابه صلاحدید- واگذار نماید . در هر صورت این فرد بایستی علاوه بر تعهد کاری، کاملاً در زمینهٔ بیماری یا پروسیجر مورد نظر از اطلاعات و آگاهی کافی برخوردار باشد.

اگر فرد مورد نظر، در هر زمانی احساس نماید که در خصوص محل عمل یا سمت عمل دچار ابهام و یا اشتباه گردیده و یا تجربهٔ لازم جهت تقبل این وظیفه را ندارد، بایستی فوراً جراح و یا فرد انجام دهندهٔپروسیجر را مطلع نماید . در هر صورت نبایستی هیچ بحرانی بیمار را تهدید کند، حتی اگر بروز هیچ اشتباهی هم ثابت نشده باشد .

در مواردی که بیمار از انجام علامت گذاری امتناع می ورزد، علاوه بر ثبت گزارش در پروندهٔ پزشکی بیمار و گزارش پرستاری چک لیست جراحی ایمن نیز توسط تیم جراحی تکمیل شود . پزشک مسئول بیمار باید مطمئن شود که محل عمل جراحی یا پروسیجر تهاجمی به درستی شناسایی و علامت گذاری شده و عمل جراحی یا پروسیجر تهاجمی در محل و سمت درست انجام می گردد . در صورتی که پزشک مسئول این وظیفه را به شخص دیگری)رزیدنت ارشد (واگذار نماید امکان بروز اشتباه در تعیین محل صحیح عمل جراحی یا پروسیجر تهاجمی قابل پیش بینی است .

فرآیندهای مرتبط با علامت گذاری محل عمل:

در زمان علامت گذاری محل عمل جراحی یا پروسیجر درمانی، به منظور اطمینان از عدم آسیب به بیمار توجه به راهکارهای ذیل الزامیست :

- محل مورد نظر انسزیزیون (خط عمل و یا محل جایگذاری وسیله) بایستی به طور کاملاً شفاف نشانه گذاری شود .
- در صورت وجود چندین عمل یا چندین پروسیجر، مکان هر کدام بایستی به صورت جداگانه علامت گذاری شود. محل های غیر پروسیجر علامت گذاری نشوند .
- همه ی سطوح درگیر از جمله سطوح جانبی؛ ساختار های چندگانه(از قبیل انگشتان، مچ ها، جراحات و یا سطوح چندگانه)از قبیل طناب نخاعی بایستی به طور واضح علامت گذاری شوند .
- علامت گذاری باید قابل رؤیت و ماندگار باشد به طوری که در هنگام آماده سازی بیمار برای انجام عمل و در زمان پوشاندن محل عمل (**drapping**) هم چنان قابل رؤیت بماند . علامت گذاری بایستی، با یک علامت گذار مارکر(غیر قابل پاک شدن) صورت گیرد .
- علامت گذاری محل عمل باید به گونه ای باشد که حتی در هنگام تغییر پوزیشن بیمار و یا چرخیدن وی به روی شکم، همچنان برای کلیه ی اعضاء تیم درمانی قابل رؤیت باشد .
- علامت گذاری باید در زمان بیداری بیمار و قبل از انتقال وی به اتاق عمل صورت گیرد .
- جز در موارد اورژانسی، نبایستی بیمار بدون علامت گذاری وارد اتاق عمل شود .

- نوشتن سمت عمل (راست یا چپ) به طور کامل در همه ی اسناد بیمار ضروری است .
- همه ی علائم اختصاری قابل استفاده و نیز روش علامت گذاری باید به تأیید مرکز درمانی رسیده و سپس اطلاع رسانی شود .
- در واحد های تصویر برداری، اعضاء تیم درمانی موظفند که تصاویر را به طور کامل لیبل گذاری نموده و از ارائهٔ تصویر) گرافی صحیح به بیمار صحیح مطمئن شوند .
- درصورتی که اطلاعات تصویر برداری جهت تعیین محل علامت گذاری مورد استفاده قرار می گیرد، اعضاء تیم درمان موظف به تأیید صحت تصویر صحیح – بیمارصحیح می باشند .
- به منظور کاهش بروز عفونت های مکتسبهٔ بیمارستانی از قبیل استافیلوکوک آرئوس مقاوم به متی سیلین، توصیه می شود که از (مارکرهای علامت گذاری یکبار مصرف) در صورت امکان استفاده شود . بعد از انجام رویهٔ علامت گذاری به صورت مناسب، مراتب در پرونده پزشکی بیمار ثبت گردیده و مستند شود .

موارد استثناء جهت علامت گذاری محل عمل یا انجام پروسیجر :

- مواردی که محل قرار دادن سوند یا وسیله از قبل مشخص نشده است. مثل: کاتتریزاسیون قلبی، بی حسی و بیهوشی اپیدورال یا اسپانیال (پروسیجرهای انجام شده برروی ارگان های خط وسط (**Mid line**) از قبیل) نواحی **umblical**، **perineal**، **anal** (در این مورد یک استثناء وجود دارد و آن تعیین سطح طناب نخاعی در موارد نیاز به عمل جراحی است که حتماً بایستی علامت گذاری صورت گیرد .
- موارد آندوسکوپی یا پروسیجرهایی که از طریق دهان یا آنوس انجام می شوند .
- موارد منفرد از قبیل:) برش سزارین (، لاپاروسکوپی، لاپاروتومی یا اورتروتومی .
- در مواردی که محل پروسیجر قابل علامت گذاری نباشد) مثل : دندان (
- در گرافی ها و یا دیگر اسکن های بیمار تا حد امکان بایستی محل انجام گرافی علامت گذاری شود و در غیر این صورت، یک دیاگرام کاملاً واضح که نشانگر محل و سمت انجام تصویر برداری است، بایستی تهیه شده و در پرونده ی پزشکی بیمار ثبت گردد .
- در کودکان نارس که انجام علامت گذاری می تواند منجر به تتوی دائمی شود .
- در مواردی که محل انجام پروسیجر، محل اصلی تروما باشد.
- در زمان انجام پروسیجرهای تصویربرداری داخلی از قبیل **MRI** ، پروسیجرهای رادیولوژیکی.
- در موارد اورژانسی نیاز به عمل جراحی .

- انجام علامت گذاری در خصوص آماده سازی بیماران کاندید جراحی چشم، تأکید ویژه صورت گرفته است . در این گونه موارد حتی الامکان بایستی چشم مورد نظر در بخش توسط متخصص چشم علامت گذاری شود.
- در مورد جراحی های چشم ثبت نوع پروسیجر و سمت صحیح محل عمل(راست یا چپ) به طورکامل در فرم رضایت بیمار و برگه گزارش قبل از عمل و هم چنین علامت گذاری محل عمل، الزامی است.

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

هم زمان با ورود بیمار به اتاق عمل (همه اعضاء تیم درمانی و تیم جراحی درگیر) شامل : جراح ، متخصص، بیهوشی ، دستیاران و پرستار (بایستی در بررسی نهایی بیمار) به طور فعال شرکت نمایند. موفقیت در فرآیند بررسی بیمار کاملا وابسته به میزان ارتباط فعال بین همه اعضاء تیم درمان است. براساس خط مشی تعریف شده بیمارستان، این مرحله بررسی ممکن است قبل و یا بعد از بی هوشی بیمار صورت گیرد .

فرآیندهای مورد بررسی در این زمینه:

قبل از شروع به انجام پروسیجر، همه اعضاء تیم درمانی بایستی در بررسی نهایی بیمار شرکت نموده و به صورت مستقل از هم آیتم های زیر را بررسی نمایند .

- بررسی حضور بیمار صحیح در محل انجام پروسیجر
- بررسی صحت نوع پروسیجر (در حال اجرا) طراحی شده
- علامت گذاری محل صحیح انجام پروسیجر
- در دسترس بودن پروتزهای صحیح و یا هر تجهیز ویژه ی دیگر

بررسی نهایی، بایستی در محل انجام پروسیجر و بلافاصله قبل از هر گونه اقدام به انجام پروسیجر صورت گیرد. مراحل انجام بررسی و نتیجه آن به صورت مستند، ثبت شده و یک نسخه از آن در پروندۀ پزشکی بیمار نگهداری می گردد .

گام پنجم– اطمینان از موجود بودن، صحیح بودن و در دسترس بودن تمام مدارک و گرافی های تشخیصی مرتبط

خطاهای پزشکی ناشی از نقص در مستند سازی و یا نادرست بودن لیبل گذاری روی تصاویر تشخیصی، یک واقعیت مخاطره آمیز در شناسایی بیمار صحیح می باشد .

فرآیند های مورد بررسی در زمان تأیید محل انجام پروسیجر از طریق یافته های تصویر برداری :

- حداقل **7** نفر یا بیشتر از اعضاء تیم درمانی، قبل از شروع به انجام پروسیجر، از وجود این یافته ها مطمئن شوند.

- همه اسناد مربوطه از قبیل؛ گرافی ها، گزارشات تصویربرداری، گزارشات پاتولوژی و دیگر موارد کلینیک را با دقت بررسی نموده و از صحت لیبل گذاری آن ها مطمئن شوند .
- از صحت بیمار صحیح گزارش صحیح اطمینان یابند.
- بعد از تأیید صحت گرافی ها و سایر گزارشات، موارد به صورت مستند در پرونده پزشکی بیمار ثبت گردد .
- در صورت بروز اختلاف و یا عدم توافق در شناسایی بیمار، انجام پروسیجر تا زمان رفع مشکل، بایستی به تعویق افتد . این تصمیم به میزان اورژانسی بودن پروسیجر بستگی دارد . و در صورت صدور مجوز جهت انجام پروسیجر، حتی با وجود اختلاف نظر در موارد اورژانسی، مراتب باید در پرونده پزشکی بیمار ثبت شده و گزارش گردد.

5- کنترل غلظت محلول های الکترولیت

یک مسئله متداول که درمورد ایمنی داروها از آن ذکر می شود، توزیع سهوی الکترولیتها است (برای مثال: پتاسیم کلراید باغلظت **7meq/lit** یا بیشتر؛ فسفات پتاسیم؛ سدیم کلراید با غلظت **9** درصد یا بیشتر و سولفات منیزیم با غلظت **1 7** درصد یابیشتر) جهت جلوگیری ازخطاها خصوصاً مواقع بکارگیری نیروی انسانی استخدام جدید، کارورزو یا طرحی به نکات ذیل بایدتوجه شود.

- حتی الامکان داروهای باغلظت بالا دربخش نگهداری نشود
- داروهای موردنظر از دیگر دارو ها به صورت واضح جدا شود
- کلیه داروهای یادشده با اتیکت قرمز جدا شود
- هنگام مصرف دارو به دستور پزشک دوباره چک شود
- نحوه مصرف و رقیق کردن آن در معرض دید همکاران قرار گیرد
- علائم حیاتی بیمار در حین مصرف دارویی به صورت متوالی چک و ثبت گردد
- دستورالعمل نحوه رقیق سازی و تهیه دوز موردنظر بیمار طبق دستور پزشک در دسترس باشد.
- درصورت تشابه شکلی با اتیکت رنگی از هم جدا شود.

6- اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارایه خدمات

یکی از علل عمده ایراد صدمه به بیماران به هنگام ارائه خدمات درمانی، وقایع مربوط به داروها هستند. خطاهای داروئی به هنگام تهیه، تجویز ، توزیع و دادن دارو به بیمار و پایش آن رخ می دهند ولیکن میزان بروز خطا به هنگام تجویز دارو و دادن آن به بیمار شایعتر برآورد می گردد . رعایت دستورالعمل تلفیق دارویی دربخشها الزامی می باشد و بدنبال آن پایش تطابق دستور پزشک با گزارش پرستاری به صورت منظم روزانه چک شود . برای کلیه بیماران ازفرم تلفیق دارویی برای جلوگیری از تداخلات دارویی و آموزش هنگام ترخیص استفاده شود .

به منظور اجتناب از تلفیق دارویی لازم است :

- ثبت تاریخچه مصرف دارویی بیمار در گزارش پرستاری پذیرش بیمار توسط پرستار مسئول بیمار.
- پرستار مسئول بیمار باید در صورت مصرف داروهای شخصی با دستور پزشک معالج، این داروها را در کاردکس دارویی بیمار با نام دارو و دوز مصرف مشخص کند .
- هنگام ویزیت بر بالین بیمار لازم است تاریخچه مصرف دارویی بیمار توسط پرستار متذکر گردد و پزشک آن را ثبت کند .
- برگه شرح حال بیمار باید توسط پزشک اینترن و رزیدنت مربوطه بطور کامل با تاکید بر تاریخچه مصرف دارویی بیمار تکمیل و امضا و مهر شود .
- می بایست در هر بخش لیستی از متداولترین تداخلات دارویی تهیه شده و در محل مناسب و قابل رویت پرستاران نصب گردد.
- در صورت نیاز به انتقال به بخش دیگری، علاوه بر گزارشات کتبی پرستاری، ضروریست بطور شفاهی توسط پرستار مسئول بیمار بر مصرف داروهای شخصی بیمار تاکید گردد.

7- اجتناب ازاتصالات نادرست سوند و لوله ها

هنگام تحویل بالینی بیمار به شیفت بعد لازم است تمام اتصالات اعم از سوندها، کتترها و لوله ها از جهات زیر توسط پرستار مسئول بیمار مورد بررسی قرار گیرند :

- بررسی از لحاظ فیکس بودن تمام کتترها، سوندها و لوله ها
- بررسی عملکرد صحیح تمام اتصالات
- کنترل پارگی یا خروج از محل اتصال اصلی
- بررسی میزان درناژ باتلها
- بررسی **out put** ادراری و یورین بگ بیمار
- بررسی لوله تراشه و **NGT** از جنبه قرار گیری در محل خود
- کنترل تاریخ فیکس اتصالات

در بازدیدهای سوپروایزری این گزینه بصورت یکی از سوالات چک لیست مطرح می باشد و روزانه در بخش هایی که مورد بازدید قرار می گیرد کنترل می گردد . توجه به سایز، تاریخ انقضاء، مدت زمان استفاده از آن و دستور پزشک از الزامات کنترل آن می باشد.

8- استفاده صرفاً یکباره از وسایل تزریقات

در بیمارستان کلیه وسایل تزریق یک بار مصرف می باشد . تزریق یکی از روشهای شایع در تجویز داروها می باشد. بدیهی است که در صورت عدم رعایت استانداردهای آن، خطرات زیادی برای ارائه دهنده خدمت – گیرنده خدمت و جامعه خواهد داشت. لذا توجه به دستورالعمل تزریقات ایمن از الزامات می باشد. انجام تزریقات بر اساس استانداردهای زیر صورت گیرد :

- استفاده از وسایل استریل .
- برای هر تزریق، از یک سرنگ یکبار مصرف جدید استفاده کنید .
- از یک سرنگ و سر سوزن استریل یکبار مصرف جدید، برای هر بار تلقیح هر نوع واکسن و یا دارو استفاده کنید .
- از آلودگی وسایل(سرنگ سرسوزن و ویالها) پیشگیری کنید .
- روی یک میز یا سینی تمیز که مخصوص تزریقات می باشد و احتمال آلودگی سرنگ و سر سوزن وجود ندارد، وسایل تزریق را آماده نمایید .
- حتی المقدور از ویالهای تک دوزی دارو استفاده کنید .
- در صورتی که ملزم به استفاده از ویالهای چند دوزی دارو هستید برای هر بار کشیدن دارو از سر سوزن استریل استفاده نمایید .
- هنگامی که سر آمپول را می شکنید، با قرار دادن لایه نازک گاز تمیز مابین انگشتان دست خود و جدار آمپول، انگشتان خود را از آسیب و صدمه محافظت نمایید .
- قبل از اقدام برای تزریق به بیمار، کلیهٔ داروهای تزریقی را ازنظر کدورت، شکستگی جدارهٔ آنها و تاریخ انقضاء بررسی نموده و در صورت مشاهدهٔ هر یک ازاین موارد، آنها را به نحوه صحیح دفع نمایید .
- توصیه های اختصاصی کارخانه سازنده را در ارتباط با نحوهٔ استفاده، نگهداری و جابجایی دارو مورد توجه قرار دهید.
- در صورت تماس سر سوزن با سطوح غیر استریل، آن را به نحوه صحیح دفع نمایید .
- قبل از آماده کردن دارو و تزریق، دستهای خود را با آب و صابون بشویید و یا با استفاده از الکل ضد عفونی کنید.
- در صورتی که بین تزریقات، دست شما کثیف یا آلوده به خون و مایعات بدن بیمار گردید، رعایت بهداشت دست ضروری است.
- از تزریق به بیمار در نواحی نا سالم پوستی اجتناب نمایید .
- نیازی به ضد عفونی کردن سر ویال جدید نیست ولی در صورت نیاز، از سوآپ تمیز والکل 20 درجه تازه استفاده نمایید.
- از گلوله های پنبهٔ آغشته به الکل موجود در ظرف پنبه الکل استفاده نکنید .
- از کاربرد مادهٔ ضد عفونی در زمان تزریق واکسن ویروس زندهٔ ضعیف شده برای تلقیح اجتناب نمایید.
- قبل از تزریقات اگر محل تزریق بصورت مشهود کثیف باشد، حتما پوست را بشویید .

- سرنگ وسر سوزن را از نظر وجود پارگی بسته بندی چک کنید و به تاریخ انقضاء آن توجه نمایید .
- اگر سر پوش گذاری سر سوزن لازم باشد ، تکنیک استفاده از یک دست را بکار ببرید .

9- بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبت های سلامتی

اجرای دستورالعمل بهداشت دست در مراکز درمانی تدوین شده توسط وزارت بهداشت ، درمان وآموزش پزشکی در بخشها رعایت و کنترل پایش قرار گیرد . باید توجه داشت که شستن دست ها به تنهایی مهمترین راه پیشگیری از عفونت های بیمارستانی به شمار میآید. شستن دست ها توسط صابون های معمولی یا انواع ضدمیکروبی صورت توصیه می گردد . شستن دست با صابون های معمولی و آبکشی باعث می شود تا میکروارگانیسم ها به روش مکانیکی از روی پوست زدوده شوند و شستن دست با محصولات ضد میکروبی علاوه بر زدودن مکانیکی میکروبها باعث کشته شدن میکروارگانیسم ها یا مهار رشد آن ها نیز می گردد .

پوست دست کارکنان پزشکی دارای میکروارگانیسم های مقیم و انواع موقت است . اکثر میکروب های مقیم پوست در لایه های سطحی قراردارند ولی حدود 17 تا 77 ٪ آن ها در لایه های عمقی اپیدرم قرار دارند که بدنبال شستشوی دست ها با صابون های معمولی پاک نمی شوند ولی معمولا بوسیله مواد ضد میکروبی، کشته شده یا رشدشان مهار می گردد . شستن دست ها با صابون معمولی باعث زدودن میکروب های موقتی پوست خواهد شد.

اصول عمومی بهداشت دست

در صورت کثیفی آشکار دستها، آلودگی با مواد پروتئینی نظیر خون یا سایر مایعات و ترشحات بدن، بعد از استفاده از توالت و در صورت مواجهه با ارگانیسم های بالقوه تولید کننده اسپور از جمله در موارد طغیان کلستریدیوم دیفیسیل دستها را با آب و صابون بشویید.

برای ضدعفونی معمول دستها در تمامی دیگر ارائه خدمات بالینی به شرح ذیل مالش دستها با استفاده از محلول های مالش دست با پایه الکلی توصیه می شود:

- قبل و بعد تماس مستقیم بیماران.
- بعد از درآوردن دستکش استریل و غیر استریل.

- قبل از دست زدن به یا هرگونه جابجایی وسیله مورد استفاده در ارائه مداخلات درمانی تهاجمی برای بیمار (صرف نظر از پوشیدن دستکش).
- بعد از تماس با مایعات یا ترشحات غشاء مخاطی، پوست آسیب دیده یا پانسمان زخم بیماران.
- در صورت احتمال تماس دست با نواحی تمیز بدن بعد از تماس با ناحیه و یا موضع آلوده بدن در حین مراقبت از یک بیمار.
- بعد از تماس با اشیاء و سطوح بی جان محیطی مجاور و نزدیک بیمار(مشتمل بر تجهیزات پزشکی).
- قبل از آماده سازی دارو و غذای بیماران بهداشت دست به روش شستشو با آب و صابون ساده یا آنتی میکروبیال یا مالش توصیه می شود.
- برای رعایت بهداشت دست به طور هم زمان از محلول های مالش دست با پایه الکلی و صابون استفاده نکنید.



روشهای رعایت بهداشت دست عبارتنداز:

الف– روش Hand rub:

به منظور ضد عفونی دست با استفاده از محلول های مایع با بنیان الکلی جهت **Hand rub** مقدار کافی از محلول را در کف دست خود ریخته و طبق پوستر آموزشی نصب شده کنار روشویی ها تا زمانی که دستها کاملاً خشک شوند آنها را بهم بمالید. مدت زمان کل فرایند **70** تا **30** ثانیه است.

ب – روش صحیح شستن دست با آب و صابون:

در صورت امکان همیشه از آب تمیز، روان و لوله کشی استفاده نمائید. ابتدا دستها را با آب مرطوب کنید سپس با استفاده از صابون دستشویی دستها را بهم بمالید بنحوی که کلیه سطوح دستها را بپوشاند. با استفاده از حرکات چرخشی طبق پوستر آموزشی نصب شده کنار روشویی ها کف دستان و بین انگشتان را محکم بهم بمالید. دستها را کاملاً آبکشی نمائید. با حوله

پارچه ای تمیزو یا حوله کاغذی یکبار مصرف دستها را کاملاًخشک نمائید. با همان حوله یا دستمال کاغذی استفاده شده شیر آب را ببندید و سپس جهت شستشوی مجدد حوله را به بین مخصوص لاندری کثیف و یا در صورتی که دستمال یکبار مصرف است آن را در سطل آشغال بیندازید.

مدت زمان کل فرایند 40 تا 10 ثانیه است

استانداردهای ایمنی بیمار:

به دلیل اهمیت موضوع ایمنی بیمار، برنامه بیمارستان دوستدار ایمنی – که یک پروژه سازمان جهانی بهداشت بوده و هدف آن کمک به مؤسسات درمانی برای شروع یک برنامه جامع ایمنی بیمار در کشورها است– در حال اجرا می باشد. در همین راستا دفتر مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت، برنامه بیمارستانهای دوستدار ایمنی بیمار را بر اساس استانداردهایی آغاز نموده است. استانداردهای ایمنی بیمار مجموعه ای از الزامات هستند که برای اجرای ایمنی بیمار درسطح بیمارستان حیاتی می باشند.

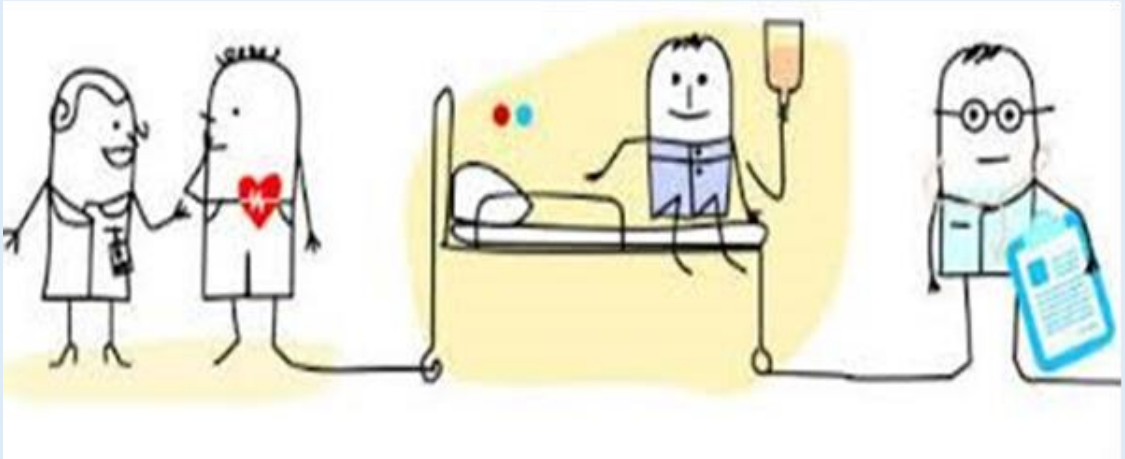
این استانداردها در سه سطح تعریف شده اند:

1– استانداردهای الزامی که برای به رسمیت شناخته شدن بیمارستان به عنوان بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار ضروری است به صورت 100 درصد تحقق یابند.

2–استانداردهای اساسی شامل حداقل استانداردهایی هستند که بیمارستان باید برای ایمنی بیمار از آن تبعیت کند؛ استانداردهای اساسی جهت محک زنی داخلی برای مستند نمودن میزان پیشرفت در طی زمان حائز اهمیت می باشد.

3– استانداردهای پیشرفته الزاماتی هستند که بیمارستان باید بسته به ظرفیت و منابع خود در جهت دستیابی به آنها به منظور تقویت خدمات ایمن اقدام نماید.

از سال 1389 تاکنون وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ایران نیز در صدد اجرای طرح ایمنی بیمار برآمده است.




Medical
Error





گزارش خطاهای پزشکی

امروزه، پیشگیری از خطاهای پزشکی بسیار مورد توجه قرار گرفته است، چرا که اگر تشخیص و درمان بیماری عاری از اشتباه و خطا باشد، مطمئنا مراقبت های بهداشتی به بهترین شکل ممکن انجام خواهد گرفت و مشکل، تنها زمانی پدید می‌آید که بیماری موجود، فراتر از مرزهای دانش پزشکی روز باشد.

خطاهای پزشکی، انواع مختلفی دارند. برخی از شایع‌ترین انواع آن شامل :

- اشتباه در تشخیص
- اشتباهات دارویی
- اشتباهات جراحی
- اشتباهات آزمایشگاهی
- اشتباهات مدیریتی
- عفونت های بیمارستانی

تعریف خطاهای پزشکی

خطا ها یا اشتباهاتی که توسط گروه پزشکی رخ میدهد و می توانند منجر به آسیب به بیمار گردند ، این خطاها شامل اشتباهات تشخیصی، اشتباهات در تجویز دارو و روشهای درمانی، اشتباه در پروسیجر جراحی ، اشتباه در استفاده از فنآوری و تجهیزات ، اشتباه در تفسیر تستهای پاراکلینیک میباشند.

خطاهای پزشکی جزو مهمترین علل مرگ‌ومیر هستند و باید در فهرست مهمترین علل مرگ ومیر دنیا قرار بگیرند .

انواع خطا از نظر رفتار انسانی

- خطای انسانی Human Error
- خطای علمی knowledge-based
- خطای مهارت :Skill-base
- خطای قوانین: Role- based

رویکرد خطاهای پزشکی:

خطاهای پزشکی را می توان از دو دیدگاه کلی مورد بررسی قرار داد.

1. دیدگاه سنتی یا رویکرد فردی **Person Approach** به خطا
2. دیدگاه جامع نگر یا رویکرد سیستمی **System Approach** به خطا.

این دو رویکرد در موارد ذیل با یکدیگر متفاوتند:

- نوع نگرش به علل و عوامل ایجاد کننده خطا
- نحوه مدیریت خطا،

رویکرد فردی

به طور معمول برخورد اولیه با یک خطا، پیدا کردن فرد خطا کار و سرزنش کردن وی است.

رویکرد ساده ایست که طبق آن رخداد نامطلوب و علت ایجاد آن (فرد خطاکار) کاملاً مشخص است.

با تأکید بر این اصل که هر فردی به تنهایی پاسخگوی عمل خویش است،

دارای سابقه ای طولانی در دنیای طبابت می باشد.

بر اساس چنین استدلالی، در صورت وقوع خطا در یک عمل جراحی، بدون در نظر گرفتن علل و عوامل زمینه ای آن، تنها فرد پاسخگو جراح و در صورت رخ دادن هر گونه اشتباه در مصرف داروی بیماران تنها کسی که مؤاخذه می شود، پرستار خواهد بود.

رویکرد سیستمی

در این رویکرد به جای سرزنش افراد خطاکار، به خطاها به عنوان پدیده هایی اجتناب ناپذیر که می توان از آنها جهت ارتقاء عملکرد سیستم بهره برد، نگریسته می شود.

بر خلاف رویکرد فردی به خطا که منحصر به یافتن فرد خطاکار و مجازات وی می باشد، رویکرد سیستمی کوششی در جهت تغییر سیستم به گونه ای است که احتمال وقوع خطا در آن کم شود.

برای این منظور، باید به بررسی و تحلیل عوامل زمینه ای تأثیر گذار بر پیدایش خطا در داخل سیستم پرداخت.

گزارش خطاهای پزشکی

آشکارسازی خطاها به عنوان اساس حفظ و ارتقای ایمنی بیمار شناخته شده است. با وجود تعهد اخلاقی و حرفه ای ارائه دهندگان خدمات به افشای موارد خطا، گزارش خطاها در بین پرستاران بسیار کمتر از میزان واقعی آن است.در یک پژوهش انجام شده علل عدم گزارش خطا در چهار دسته طبقه بندی شده است. طبق نتایج، ترس از مواخذه سرپرست مستقیم، حجم کار بالا، در معرض اتهام بودن فرد و بی فایده دانستن گزارش خطا از اهمیت بالایی برخوردار بودند. همچنین ایجاد کار اضافی برای فرد (برای گزارش دادن) و از دست دادن شهرت و یا شغل دارای بیشترین اهمیت بودند.

به منظور افزایش سطح آگاهی مسئولین و کارکنان بیمارستان ها نسبت به وقوع خطاها، نظام گزارش دهی خطاهای پزشکی طراحی گردیده است .

اساس این نظام بر پایه گزارش دهی اختیاری بنا شده و مواجه با خطاها به روش سیستماتیک و در جهت پیش گیری از تکرار وقوع خطاها صورت می پذیرد .

افراد دارای نقش در گزارش دهی خطا شامل :

پزشکان (اعضاء هیئت علمی – دستیاران – پزشکان عمومی)، کادر پرستاری، کادر پیراپزشکی، سایر کارکنان، دانشجویان، بیماران و همراهان ایشان می باشند .

اطلاع وآگاهی از وقوع یک خطای تشخیصی، درمانی، دارویی، پرستاری و.... همواره می تواند در جلوگیری از تکرار دوباره آن خطا مؤثر باشد.

به منظور کاهش اثرات غیر قابل جبران خطاهای پزشکی، خواهشمند است در صورت ارتکاب خطا در حین اجرای وظایف محوله، مشاهده یا اطلاع از وقوع خطا به یکی از روش های زیر اقدام گردد :

1. تکمیل فرم اختیاری گزارش خطا و قرار دادن در صندوق جمع آوری گزارش خطاها .
2. گزارش موارد خطا به سرپرستار یا مسئول واحد
3. گزارش حضوری یا تلفنی موارد خطا به کارشناس ایمنی بیمار بیمارستان
4. گزارش موارد خطا در ساعات شبانه روز به سوپروایزر بیمارستان .

توجه : ثبت و یا گزارش موارد خطا بدون نام و مشخصات فرد یا افراد عامل انجام دهنده خطا می باشد .

با توجه به نقش مهم کارکنان در حصول به ایمنی بیمار و جلوگیری از بروز مخاطره برای بیماران، از سوی موسسه ارتقاء سلامت آمریکا نیز 5 رفتار حیاتی برای ارتقاء ایمنی بیمار توصیه شده است.

- ✓ از پروتکل های مکتوب ایمنی تبعیت کنید .
- ✓ در مواقعی که احساس نگرانی از احتمال بروز خطا دارید دغدغه خود را بیان کنید.
- ✓ به صورت شفاف ارتباط برقرار نمائید .
- ✓ به سخنان بیماران خود گوش فرا دهید .
- ✓ مطمئن شوید که درست متوجه موضوع شده اید .

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 زمینه ای و سابقه پزشکی

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

Recommendations : پیشنهاد و توصیه هایی در مورد اقدامات بعدی

خودتان بی احتیاطی نکنید و نگذارید دیگران بی احتیاطی کنند.
مواظب خودتان باشید ! از مواجهه با شرایط پر خطر و موقعیت هایی که شما را درمعرض خطا قرار می دهند مانند اضافه کاری علی رغم خستگی ، کوتاهی در استفاده از تجهیزات ایمنی و .... خودداری کنید .


Patients'
Rights


Patient Rights

حقوق گیرنده خدمت:

مفاهیم و واژه ها

بیمار:کسی که خود را به ارائه دهنده خدمت جهت دریافت خدمات بهداشتی درمانی معرفی می کند.

حقوق: مجموعه قواعد و مقررات حاکم بر یک جامعه که امتیازات و اختیارات خاصی را برای افراد به رسمیت می شناسد.

حقوق در تمام زبانها به معنی آنچه راست و سزاوار است تعریف می شود.

تاریخچه

انگیزه حرکت برای تدوین منشور حقوق بیمار با انتشار اعلامیه جهانی حقوق بشر در سال 1947 آغاز شد که در آن مردم خواستار برابری حقوق برای دسترسی به خدمات بهداشتی و اجتماعی شدند.

اولین گروه حرفه ای که اعلامیه حقوق بیمار را منتشر کرد اتحادیه ملی پرستاری در سال 1959 بود.

در سال 1973 انجمن بیمارستان های آمریکا لایحه حقوق بیماران به همراه مثال های اجرایی و مستند را تحت عنوان لایحه حقوق بیماران منتشر کرد.

حقوق بیمار در ایران

- منشور حقوق بیمار در سال 1380 توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین گردید که شامل 10 بند بود.

این منشور دارای کاستی هایی بود لذا بررسی مجدد در زمینه ی محورهای حقوق بیمار صورت گرفت و منشور جدید در آبان ماه سال 1388 توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به تمامی دانشگاه ها ابلاغ گردید.

مقدمه:

نظام سلامت کارآمد نیازمند مشارکت فعالانه بین گیرندگان و ارائه کنندگان خدمات سلامت می باشد. ارتباط مناسب و صادقانه، احترام به ارزش های شخصی و حرفه ای و حساسیت نسبت به تفاوت های موجود، لازمه ی مراقبت مطلوب از بیمار است. به عنوان یکی از ارکان ارائه ی خدمات سلامت، بیمارستان ها باید نهادی برای درک و احترام به حقوق و مسؤولیت های بیمار، خانواده ی آنان، پزشکان، پرستاران و سایر مراقبت کنندگان باشند. بیمارستان ها باید به جنبه های اخلاقی مراقبت واقف بوده و به آنان احترام گذارند.

- اثر بخشی مراقبت و بهره مندی بیمار از نتایج مثبت درمان تا حدودی بستگی به مسؤولیت پذیری بیمار داردو شایسته است بیماران اطلاعات مربوط به سابقه ی بیماری ها، بستری شدن در بیمارستان ها، مصرف داروها و سایر مطالب مربوط به وضعیت سلامتی را به طور صادقانه گزارش دهند و از هرگونه تغییر در روند درمانی بدون اطلاع پزشک مسئول خود بپرهیزند.
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی امیدوار استدر سایه تعامل مناسب ارائه دهندگان و گیرندگان خدمات سلامت نسبت به وظایف خود و احترام به حقوق دیگری، سلامت جامعه در بالاترین سطح ممکن تأمین گردد. بر این اساس منشور حقوق بیمار با هدف تبیین حقوق گیرندگان این خدمات و به شرح ذیل تنظیم گردیده است.

بینش و ارزش

- یکایک افراد جامعه متعهد به حفظ و احترام به کرامت انسان ها می باشند. این امر در شرایط بیماری از اهمیت ویژه ای برخوردار است. براساس قانون اساسی توجه به کرامت والای انسانی از اصول پایه نظام جمهوری اسلامی بوده و دولت مؤظف است خدمات بهداشتی درمانی را برای یکایک افراد کشور تأمین کند. بر این اساس ارائه خدمات سلامت باید عادلانه و مبتنی بر احترام به حقوق و رعایت کرامت انسانی بیماران صورت پذیرد.
- این منشور با توجه به ارزش های والای انسانی و مبتنی بر فرهنگ اسلامی و ایرانی و برپایه برابری کرامت ذاتی تمامی گیرندگان خدمات سلامت و با هدف حفظ، ارتقاء و تحکیم رابطه انسانی میان ارائه کنندگان و گیرندگان خدمات سلامت تنظیم شده است.

منشور حقوق بیمار در ایران

محور اول: دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است.

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

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

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

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

محور اول: دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است.

ارائه خدمات سلامت باید :

- شایسته شان و منزلت انسان و با احترام به ارزش ها، اعتقادات فرهنگی و مذهبی باشد.
- برپایه ی صداقت، انصاف، ادب و همراه با مهربانی باشد.
- فارغ از هرگونه تبعیض از جمله قومی، فرهنگی، مذهبی، نوع بیماری و جنسیتی باشد.
- براساس 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 محدویت های غیر ضروری باشد.
- توجه ویژه ای به حقوق گروه های آسیب پذیر جامعه از جمله کودکان، زنان باردار، سالمندان، بیماران روانی، زندانیان، معلولان ذهنی و جسمی و افراد بدون سرپرست داشته باشد.
- در سریعترین زمان ممکن و با احترام به وقت بیمار باشد.
- با در نظر گرفتن متغیرهایی چون زبان، سن و جنس گیرندگان خدمت باشد.
- در مراقبت های ضروری و فوری (اورژانس)، بدون توجه به تأمین هزینه ی آن صورت گیرد. در موارد غیرفوری (الکتیو) براساس ضوابط تعریف شده باشد.
- در مراقبت های ضروری و فوری (اورژانس)، در صورتی که ارائه خدمات مناسب ممکن نباشد، لازم است پس از ارائه ی خدمات ضروری و توضیحات لازم، زمینه انتقال بیمار به واحد مجهز فراهم گردد.
- در مراحل پایانی حیات که وضعیت بیماری غیرقابل برگشت و مرگ بیمار قریب الوقوع می باشد با هدف حفظ آسایش وی ارائه گردد. منظور از آسایش کاهش درد و رنج بیمار، توجه به نیازهای روانی، اجتماعی،

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

(احتضار به وضعیت بیماری غیرقابل علاج و غیرقابل برگشت اطلاق می شود که مرگ قریب الوقوع اجتناب ناپذیر است.)

محور دوم:

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

- ✓ 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 غیردرمانی و ضوابط بیمه و معرفی سیستم های حمایتی در زمان پذیرش

2-1-3) نام، مسؤولیت و رتبه ی حرفه ای اعضای گروه پزشکی مسئول ارائه مراقبت از جمله پزشک، پرستار و دانشجو و ارتباط حرفه ای آن ها 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 ی اطلاعات تأثیرگذار در روند تصمیم گیری بیمار
- ✓ نحوه ی دسترسی به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی در طول درمان
- ✓ کلیه ی اقداماتی که ماهیت پژوهشی دارند.

2-1-7) ارائه آموزش های ضروری برای استمرار درمان

- ✓ نحوه ی 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 ی اطلاعات فوق سبب آسیب به بیمار گردد. (در این صورت انتقال اطلاعات پس از اقدام ضروری، در اولین زمان مناسب باید انجام شود).
- ✓ بیمار علی رغم اطلاع از حق دریافت اطلاعات، از این امر امتناع نماید که در این صورت باید خواست بیمار محترم شمرده شود، مگر اینکه عدم اطلاع بیمار، وی یا سایرین را در معرض خطر جدی قرار دهد.

- ✓ بیمار می تواند به کلیه ی تصویر اطلاعات ثبت شده در پرونده ی 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 مراکز ارائه کننده ی خدمات سلامت در چارچوب ضوابط
- ✓ انتخاب و نظرخواهی 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 نخواهد داشت .

3-1-4)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.

3-1-5) 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 مدنظر ارائه کنندگان خدمات سلامت و تصمیم گیرنده جایگزین بیمار قرار گیرد

- 3-) شرایط انتخاب و تصمیم گیری شامل موارد ذیل می باشد:
- 3-2-1) انتخاب و تصمیم گیری بیمار باید آزادانه و آگاهانه، مبتنی بر دریافت اطلاعات کافی و جامع (مذکور در بند دوم) باشد.
- 3-2-2) 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 یاطلاعات 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 ی 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 ی حقوق بیمار، مذکور در این منشور–بر عهده ی تصمیم گیرنده ی قانونی جایگزین خواهد بود. البته چنانچه تصمیم گیرنده ی جایگزین برخلاف نظر پزشک، مانع درمان بیمار شود، پزشک می تواند از طریق مراجع ذیربط درخواست تجدیدنظر در تصمیم گیری را نماید.

- ❖ 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.

رفتار با کودکان در بیمارستان

با توجه به این که تجربه بستری شدن در بیمارستان بسیار استرس زا و ناخوشایند است، کودکان بیشتر از بزرگسالان در خلال این تجربه آسیب می بینند و این امر در روند رشد طبیعی آنان اختلال ایجاد می کند. والدین و مراقبان کودک باید بدانند که می توانند با به کارگیری تکنیک هایی ساده و کاربردی، حتی بدون کمک گرفتن از متخصصان و هزینه های زیاد و تنها با استفاده از راهکارهایی علمی و خلاقیت خود، کودکان را امیدوار نگاه دارند و دستیابی به سلامتی جسمی کودکان را تسهیل نمایند.

1-کودک را با بیمارستان آشنا کنید. این امر بهتر است توسط والدین و بخصوص مادر انجام گیرد. در صورتی که والدین قادر به انجام این کار نباشند ، پرستاران می توانند کودک را با بیمارستان آشنا کنند. ارائه اطلاعاتی در مورد قوانین غذا خوردن، خوابیدن یا کارهایی که در بیمارستان برای کودک انجام می شود با کمک تصاویر و به زبان کودک موجب کاهش اضطراب او می شود. می توان از یک جزوه یا بروشور هم برای این کار استفاده نمود.

2-با لبخند و رویی گشاده از کودک استقبال کنید.

3-خود را معرفی کنید. معرفی شما باید متناسب با سن کودک/نوجوان و سطح درکی و شناختی او باشد.

4-در اولین ملاقات می توانید از اسباب بازی یا هدیه کوچکی که متناسب با سن کودک باشد برای یک شروع خوب در ارتباط کمک بگیرید(مانند خوراکی، کتاب، مجله و...). این موضوع می تواند بعنوان پاداش برای همکاری و رفتار مناسب کودک نیز مورد استفاده قرار گیرد.

5-با لحنی آرام و مطمئن با کودک صحبت کنید(با داد و فریاد صحبت کردن کودک را می ترساند و مضطربش می کند. زیر لب صحبت کردن و زمزمه کردن نیز باعث گیجی و سردرگمی کودک و والد می شود).

6-بر اساس میزان ترس، اضطراب و راحتی کودک فاصله خود را با او تنظیم کنید. از راه دور با کودک صحبت نکنید، به او نزدیک شوید و تا حد چشمان کودک پایین بیایید. شاید لازم باشد بنشینید تا هم سطح او شوید. به او از بالا به پایین نگاه نکنید. اگر کودک از برقراری تماس نزدیک واهمه دارد، فاصله ی مناسب را رعایت کنید و تماس جسمی با او را به تعویق بیندازید.

7-وقتی می خواهید به وی نزدیک شوید و یا او را معاینه کنید حتما به او بگویید که می خواهید چه بکنید(حالا می خواهم کمی نزدیک بیایم، الان میخواهم پیراهنت را بدم بالا و صدای قلبت را گوش بدهم و...).

8-در صورتیکه که کودک/نوجوان از شما سوالی دارد و یا در مورد اینکه چه خواهید کرد توضیحی می خواهد با ارامش و صداقت به او پاسخ دهید.

9-سعی کنید با کلام و صحبت خود به او آرامش دهید. به او بگویید که می خواهید کمکش کنید.

10-از تهدید و ترساندن کودک خودداری کنید(اگر بخواهی گریه کنی، نمی گذارم مادرت اینجا بماند و ...)

11-حتی الامکان کودک را از والد جدا نکنید(مگر در مواقعی که مجبورید، مانند: موقعیت های اورژانسی که واکنش شدید عاطفی والدین مانع از انجام اعمال صحیح و بموقع پزشکی می شود).

12-هنگام معاینه و انجام اعمال تشخیصی والدین را تشویق کنید تا در کنار کودک بمانند و او را حمایت کنند.

13–در بسیاری از موارد لازم است که قبل از اقدامات درمانی خاصه در مورد اقدامات تهاجمی که همراه با درد هستند، ابتدا والدین را مورد آموزش قرار داده و به آنان کمک کنیم واکنش های خود را نسبت به درد و گریه کودک خود شناسایی کرده و روش های مواجهه صحیح با این استرس را بیاموزند.

14– به نیاز کودک برای حفظ حریم خصوصی او اهمیت قائل شوید. اطلاعات مربوط به کودک و خانواده ی او باید خصوصی تلقی شود و در مجامع عمومی و با افراد غیر گروه درمانی مطرح نشود. بغیر از گروه درمانی کسی حق دسترسی به پرونده بیمار را ندارد. اگر از دوربین های مدار بسته برای کنترل بخش استفاده می شود، این موضوع باید به اطلاع کودک و خانواده او برسد.

15–اگر می خواهید کودک را از نظر دستگاه تناسلی معاینه کنید این کار باید با اجازه والدین، در مکانی امن و با حفظ حریم خصوصی کودک انجام گیرد و باید توضیحات لازم و قابل فهم در مورد این معاینه به والد کودک داده شود(شامل چگونگی معاینه، لزوم و هدف از آن و ...).

16–به کودک واقعیت را بگویید و با او صادق باشید. برای ممانعت از واکنش های هیجانی شدید کودک متوسل به دروغ و تحریف واقعیت نشوید. مثلا به جای آنکه در زمان تزریق یا بخیه زدن به او بگویید: اصلا درد ندارد، گریه نکن، زود تموم میشه بهتر است بگویید: آره یک کمی درد داره ولی من سعی می کنم به ارامی این کار را انجام بدهم که کمتر دردت بیاد و...

17–اگر قرار است بصورت داخل مقعد از دارویی استفاده شود، باید از والد و کودک اجازه گرفته شود و کودک برای اینکار آماده شود..

18–هنگام انجام هر عمل تشخیصی و درمانی باید به زبانی قابل فهم و متناسب با سطح رشدی و شناختی کودک و سطح درک والدین توضیحات لازم به آنها داده شود و باید اطمینان حاصل شود که مخاطبین آنرا درک کرده اند.

19– در صورتی که کودک نابالغ است و برای جابجایی، تزریق و ...نیاز به کمک داشته باشد، حتی الامکان از کارکنان مونث و در مورد کودکان بزرگ و نوجوانان، از کارکنان همجنس کمک بگیرید.

منابع:

1–رفتار با کودکان در بیمارستان، اما ان. پلانک، مترجم نسترن رزمجو موسسه چاپ و انتشارات آستان قدس رضوی، ۱۳۷۲.

2–دستورالعمل مراقبت و رفتار با کودک در مراکز بهداشتی–درمانی (مراکز سرپایی)، دکتر فریبا عربگل،دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

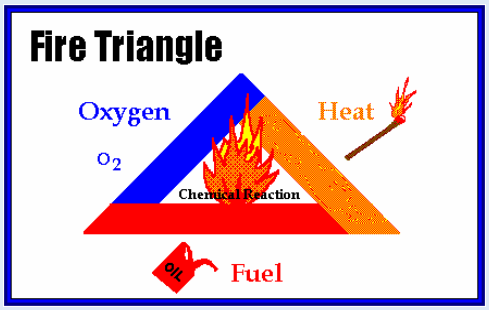


آتش نشانی

روش های عمومی اطفاء حریق:

اصولاً اگر بتوان یکی از اضلاع هرم حریق (حرارت، اکسیژن، مواد سوختنی یا واکنش های زنجیره ای) را کنترل و محدود نموده یا قطع کرد، حریق مهار می شود.

روش های عمومی براساس ماهیت حریق به اشکال زیر می باشد:



1. سرد کردن
2. خفه کردن
3. سد کردن یا حذف ماده سوختنی
4. کنترل واکنش های زنجیره ای

سرد کردن:

یک روش قدیمی و متداول و مؤثر برای کنترل حریق، سرد کردن است. این عمل عمدتاً با آب انجام می گیرد. یکی از خواص گاز دی اکسید کربن نیز سرد کردن آتش می باشد. میزان و روش بکارگیری آب در اطفاء حریق اهمیت دارد، این روش برای حریق های دسته مناسب A می باشد.

خفه کردن:

خفه کردن، پوشاندن روی آتش با موادی است که رسیدن اکسیژن به محوطه آتش گردد. این روش اگرچه در همه حریق ها مؤثر نیست ولی روش مطلوبی برای اکثر حریق ها می باشد. مورد استثناء موادی است که در حین سوختن اکسیژن تولید می کنند، مانند: نیترات و زنجیره های آلی اکسیژن دار مثل پراکسیدهای آلی R-O-O-H یا 3R-NO, R-COOR همچنین موادی که سرعت آتش گیری در آنها زیاد است مانند دینامیت، سدیم، پتاسیم که از این قاعده مستثنی هستند. موادی که برای خفه کردن بکار می روند بایستی سنگین تر از هوا بوده و یا حالت پوششی داشته باشند. خاک، شن، ماسه، پتوی خیس نیز این کار را می توانند انجام دهند.

حذف مواد سوختنی:

این روش در ابتدای بروز حریق امکان پذیر بوده و با قطع جریان، جابجا کردن مواد، جدا کردن منابعی که تاکنون حریق به آنها نرسیده، کشیدن دیوارهای حائل و یا خاکریز و همچنین رقیق کردن ماده سوختنی مایع را شامل می گردد.

کنترل واکنش های زنجیره ای:

برای کنترل واکنش های زنجیره ای استفاده از برخی ترکیبات هالن مانند $CBrclf_2(1211)$ و $CBrf_3(1301)$ و جایگزین های آن و برخی ترکیبات جامد مانند جوش شیرین K_2co_3 مؤثر می باشد. این عمل برای کنترل حریق مشکل تر و گرانتر از سایر روش هاست ولی می تواند بصورت مکمل برای مواد پرارزش بکار رود.

مواد خاموش کننده آتش موادی که بعنوان خاموش کننده آتش بکار می روند در 4 دسته قرار می گیرند. بدلیل لزوم سرعت عمل و افزایش پوشش خاموش کننده ها، می توان از دو یا چند عنصر خاموش کننده بطور همزمان استفاده نمود.

طبعاً هر کدام از مواد یاد شده در اطفاء انواع حریق ها دارای مزایا و معایبی می باشند. این گروه شامل گروه های زیر است:

الف- مواد سرد کننده (آب، CO_2)

ب- مواد خفه کننده (کف، CO_2، خاک، ماسه)

ج- مواد رقیق کننده هوا (CO_2، N_2)

د- مواد محدود کننده واکنش های زنجیره ای شیمیایی (هالن و پودرهای مخصوص)

استفاده از آب برای کنترل حریق یکی از ساده ترین و در عین حال مؤثر ترین روشی است که تمام افراد با آن آشنا می باشند. همان اندازه که استفاده از آب می تواند در خاموش کردن آتش مفید باشد به همان اندازه هم می تواند در استفاده نابجا ایجاد مخاطره و گسترش حریق یا خسارت نماید.

مزایای آب

1) فراوان و ارزان است، خصوصاًکه برای این منظور تصفیه کامل آن لازم نیست.

2) ویسکوزیته پایین و قابلیت انتقال آسان داشته و در مجاری فلزی، لاستیکی و برزنتی براحتی جاری می شود.

3) دارای ظرفیت گرمایی ویژه بالایی بوده که آن را بصورت یک سرد کننده مطلوب مطرح می کند. ظرفیت گرمایی آب 5 برابر آلومینیوم و 10 برابر روی و مس می باشد. مهمتر از آن اینکه گرمای نهان تبخیر آب بسیار بالا بوده و گرمای زیادی هنگام تبخیر جذب می کند.

4) غیر قابل تجزیه بر اثر حرارت است، حتی در دمای بالا نیز تجزیه نمی شود. بطوری که در 2000 درجه سانتیگراد تنها یک دهم مولکول هایش تجزیه می شوند.

5) توان سرد کنندگی بالایی دارد بطوری که در حجم مساوی، 5/6 برابر سرد کننده تر از CO_2 است. هر لیتر آب می تواند هنگام تبخیر حدود 550 کیلو کالری گرما جذب نماید و هر متر مکعب آب نیز برای افزایش دمایی به اندازه 10 درجه گرمایی حدود 10000 کیلوکالری گرما جذب می کند.

معایب آب

1) سنگین وزن است لذا حمل و نقل آن در اطفاء متحرک مشکل است.
2) هادی الکتریسیته است، در محل هایی که جریان برق وجود دارد، خطر برق گرفتگی را افزایش می دهد.
3) آب دارای خطر تخریب است، زمانی که آب تحت فشار پاشیده شود قدرت تخریب بالینی دارد که گاهی کمتر از خود حریق نیست.
4) هنگام اطفاء حریق مواد و محصولات در اثر ترکیب با آب دچار خسارت می گردند. مانند دیوارها، اثاثیه، کارتن های بسته بندی، رنگ ها و محصولات تولیدی.
5) به خاطر افزایش حجم آب هنگام تبخیر در هنگام پاشیدن به روی مایعات قابل اشتعال مثل نفت یا روغن باعث پرتاب شدن مایعات، انفجار و پاشش آن شده و گسترش حریق را باعث می شود.
6) بدلیل کشش سطحی آب نفوذ آن به داخل تل مواد (تل ذغال سنگ، خاک اره و مانند آن) محدود است. کف آتش نشانی کف بصورت محلول تهیه می گردد. کف در هنگام پاشیده شدن توسط سر لوله کف ساز با هوا و آب مخلوط شده و حباب سازی می گردد. کف در هنگام استفاده، با گسترش فراوانی که دارد می تواند روی حریق را پوشانده و مانع رسیدن اکسیژن و صعود گازهای ناشی از حریق می گردد.

نکته مهم در استفاده از کف، توسعه خوب آن و پخش شدن روی سطح ماده احتراقی مخصوصاً مایعات قابل اشتعال بدلیل سبکی آن می باشد.

پودرهای خاموش کننده استفاده از برخی از مواد شیمیایی که معمولاً دارای نیان کربنات، سولفات یا فسفات می باشند یکی از راه های متداول و ساده برای خاموش کردن آتش از طریق خفه کردن آن است. این ترکیبات براحتی برای اطفاء

انواع حریق A, B, C بکار می روند. به همین دلیل در استفاده های عمومی معمولاً این ترکیب خاموش کننده توصیه می شود. به این ترکیبات پودر شیمیایی گفته می شود. پودر شیمیایی اگرچه برای حرق دسته A کاربرد دارد ولی بدلایل اقتصادی توصیه نمی گردد مگر اینکه مواد در حال اشتعال پر بها باشند یا استفاده از آب ماهیت آنها را تغییر دهد. پودر شیمیایی روی حریق پاشیده شده و باعث پوشاندن آتش و جلوگیری از رسیدن اکسیژن می گردد.

پودرها در حرارت بالای 60 درجه سانتیگراد پایداری خوبی ندارند و امکان چسبندگی آنها در کپسول زیاد می گردد. قطر دانه های پودر بسته به نوع مواد و شرکت سازنده حدود 10-75 میکرون می باشد. هر چه قطر ذرات ریزتر باشد پودر مؤثرتر است. پودر شیمیایی تحت فشار ازت یا CO_2 در سطح قاعده حریق به صورت جارویی پاشیده شده و در صورتی که افراد آموزش کافی دیده باشند براحتی آتش را خاموش می نمایند. پودر خشک این پودر برای خاموش کردن حریق فلزات قابل اشتعال مثل سدیم، پتاسیم، منیزیم و مانند آن بکار می رود.

گاز CO_2 دی اکسیدکربن گازی است غیرقابل احتراق، بی بو، غیرسمی و سنگین تر از هوا که دارای چگالی 5/1 بوده و هادی الکتریسیته نیست. مکانیسم عمل آن هنگام حریق به سه صورت است:

اول خفه کردن آتش با تشکیل یک لایه سنگین مقاوم در مقابل عبور هوا، دوم رقیق کردن اکسیژن هوا در اطراف محوطه حریق و سوم سرد کردن آتش.

یکی از خصوصیات مهم گاز CO_2 این است که باعث خسارت به مواد موجود در محیط حریق نمی شود لذا در مواردی که مواد با ارزش دچار حریق می شوند مناسب تر از آب است CO_2 برای حریق های الکتریکی و الکترونیکی بسیار مناسب است زیرا بدلیل عدم هدایت برق و عدم وجود مواد باقیمانده باعث اتصال یا خرابی در حساس نمی گردد.

ترکیبات هالوژنه (هالن) مواد هالوژنه از مشتقات CH_4 یا $6H_2$ C می باشند که بجای یک یا چند عنصر هالوژنه (شامل I، Br، CL، F) جایگزین شده است.

هالن در هنگام اطفاء بدون بجای گذاشتن اثرات تخریبی و باقیمانده بر روی مواد و دستگاه ها می تواند بطور بسیار مؤثری ایفای نقش نماید. مکانیسم اثر هالن تا حدودی مشابه CO_2 بوده و چون سنگین تر از هوا هستند می توانند بسرعت روی حریق را پوشانده و مانع رسیدن اکسیژن گردند. بعلاوه پاشش این مواد بر روی حریق می تواند باعث رقیق شدن اکسیژن هوا در اطراف حریق شده و آن را مهار نماید. این مواد با نسبت افزایش حجم حدود برابر هنگام تغییر فاز از حالت مایع به بخار بیش از برابر افزایش حجم بیشتری نسبت به دی اکسیدکربن دارند. به همین دلیل در وزن مساوی قدرت خاموش کنندگی آنها 2-3 بر ابر CO_2 می باشد. هالن می تواند در هنگام مجاورت با آتش از سرعت واکنش های زنجیره ای بکاهد و بصورت مؤثر تری آتش را مهار نماید به همین دلیل در شرایط یکسان برای خاموش کردن

آتش میزان مورد نیاز هالن کمتر از یک چهارم میزان CO_2 مورد نیاز برای اطفاء است. خاموش کننده هالن برای محدوده های کوچک ولی مهم تجهیزات یا مواد قابل اشتعال مانند ماشین های الکترونیکی و الکتریکی، حریق های مواد جامد پرارزش، سایت های دیسپاچینگ، مراکز مخابراتی و مانند آن کاربرد دارد.

آتش سوزی

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

هشدار!

تحت هیچ شرایطی از آسانسور استفاده نکنید.

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

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

نحوه برخورد با آتش سوزی

برای شروع و ادامه پیدا کردن حریق 3 چیز باید وجود داشته باشد: جرقه آتش (یک جرقه الکتریکی یا شعله)؛ یک منبع سوخت (بنزین، چوب یا پارچه)؛ و اکسیژن (هوا). برای شکستن این «مثلث حریق» باید یکی از این اجزا را حذف کنید. به

عنوان مثال: سوییچ ماشین را خاموش کنید و یا شیر سوخت را در ماشین های دیزلی بزرگ خارج کنید. تمام مواد سوختنی را که می توانند به عنوان منبع سوخت برای آتش عمل کنند (مثل کاغذ و مقوا) از مسیر آتش دور کنید.

درها را به روی آتش ببندید تا منبع اکسیژن آن قطع شود.

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

ترک ساختمان در حال سوختن

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

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

آتش گرفتن لباس

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

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

مصدوم را به زمین بیندازید.

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

مصدوم را روی زمین بچرخانید تا شعله ها خفه شوند.

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

هشدار!

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

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

دود و گاز

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

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

انواع آتش:

- کلاس **A**: جامدات از جمله کاغذ، چوب، پلاستیک، فرش و اثاثیه
- کلاس **B**: مایعات قابل اشتعال از جمله پارافین، بنزین، روغن
- کلاس **C**: گازهای قابل اشتعال از جمله پروپان، بوتان
- کلاس **D**: فلزات از جمله آلومینیوم، مگنزیم
- کلاس **E**: الکتریکی (برق)
- کلاس **F**: روغن های خوراکی و چربی ها

انواع مختلف اطفا کننده ها

هر کدام از خاموش کننده ها مخصوص خاموش کردن بعضی از انواع آتش می باشند مهم است ماهیت خطرات آتش سوزی را بدانیم قبل از اینکه تصمیم به اطفای آن کنیم.

چهار نوع مشهور آن:

- ✓ آب
- ✓ گاز دی اکسیدکربن
- ✓ فوم
- ✓ پودر خشک

استاندارد علامت گذاری کپسول های اطفا حریق بر حسب نوع کاربرد کپسول های اطفا حریق نشانه گذاری می شوند.

آب

- ✓ برای آتش کلاس A استفاده نمایید.
- ✓ برچسب یا نوار قرمز رنگ داشته باشد.
- ✓ آب تحت فشار می باشد.
- ✓ آمپر فشار داشته باشد.

دی اکسید کربن

- ✓ برای آتش های کلاس B, C, E استفاده نمایید
- ✓ برچسب یا نوار مشکی دارد
- ✓ نازل سخت و پلاستیکی دارد
- ✓ نشانگر فشار ندارد



پودر خشک

- ✓ برای آتش های کلاس A,B,C,D,E استفاده می شود
- ✓ برچسب یا نوارآبی رنگی دارد

- ✓ ذرات پودر تحت فشار می باشند
- ✓ نشانگر فشارسنج دارد

فوم

- ✓ برای آتش های کلاس A,B استفاده می شود.
- ✓ برچسب یا نوار کرم رنگی دارد
- ✓ طوری استفاده می شود که همانند یک پتو روی سطح آتش را می پوشاند و از دوباره شعله ور شدن آن جلوگیری می کند و خاصیت سرکنندگی نیز دارد.
- ✓ شیمیایی تر
- ✓ برای آتش نوع F استفاده نمایید
- ✓ دارای برچسب یا نوار زرد رنگ است
- ✓ با روغن واکنش شیمیایی انجام می دهد و از شعله ورشدن آن جلوگیری می کند



انتخاب صحیح نوع خاموش کننده با توجه به کلاس آتش

انواع مواد اطفا حریق

خاموش کننده های پودری:

در گذشته نحوه استفاده از پودر شیمیایی بدین ترتیب بود که تعدادی قوطی یا ظروف به اشکال مختلف را از پودر پر می کردند و در جاهای مناسب قرار می دادند و به محض شروع آتش سوزی افراد مسئول درب قوطی ها را باز کرده و پودر آن را بر روی آتش می پاشیدند که در اغلب این موارد این تکنیک با ناکامی مواجه می شد ولی با گذشت زمان برای پاشیدن پودر بر روی آتش دستگاه های خاموش کننده پودر طراحی و ساخته شد. پودر شیمیایی و پودر خشک عبارتند از گرد بعضی از مواد شیمیایی مانند کربناتها، سولفات ها و فسفاتها که جهت خاموش کردن حریق ها به کار می رود.

خاموش کننده های گازکربنیک:

از سالها قبل گازکربنیک (CO_2) به عنوان یک گاز آتش نشانی در دستگاه های ثابت اتوماتیک، خاموش کننده های دستی و چرخدار مورد استفاده قرار گرفت و اکنون نیز مصرف فراوانی دارد. گاز CO_2 غیر قابل احتراق، بی بو، خنثی، خنک و غیرسمی است و هادی الکتریسیته نمی باشد.

وزن آن سنگین تر از هواست، لذا در صورت پرتاب روی حریق، اکسیژن را خارج و خود جانشین آن می گردد. در حقیقت با تقلیل درصد اکسیژن هوا موجب اطفای حریق می شود CO_2. جامد یا یخ خشک در 100- درجه زیر صفر به دست می آید که در 79- درجه به سرعت از حالت جامدی بدون اینکه به حالت مایع درآید به صورت بخار گاز در می آید.

خاموش کننده های مولد کف:

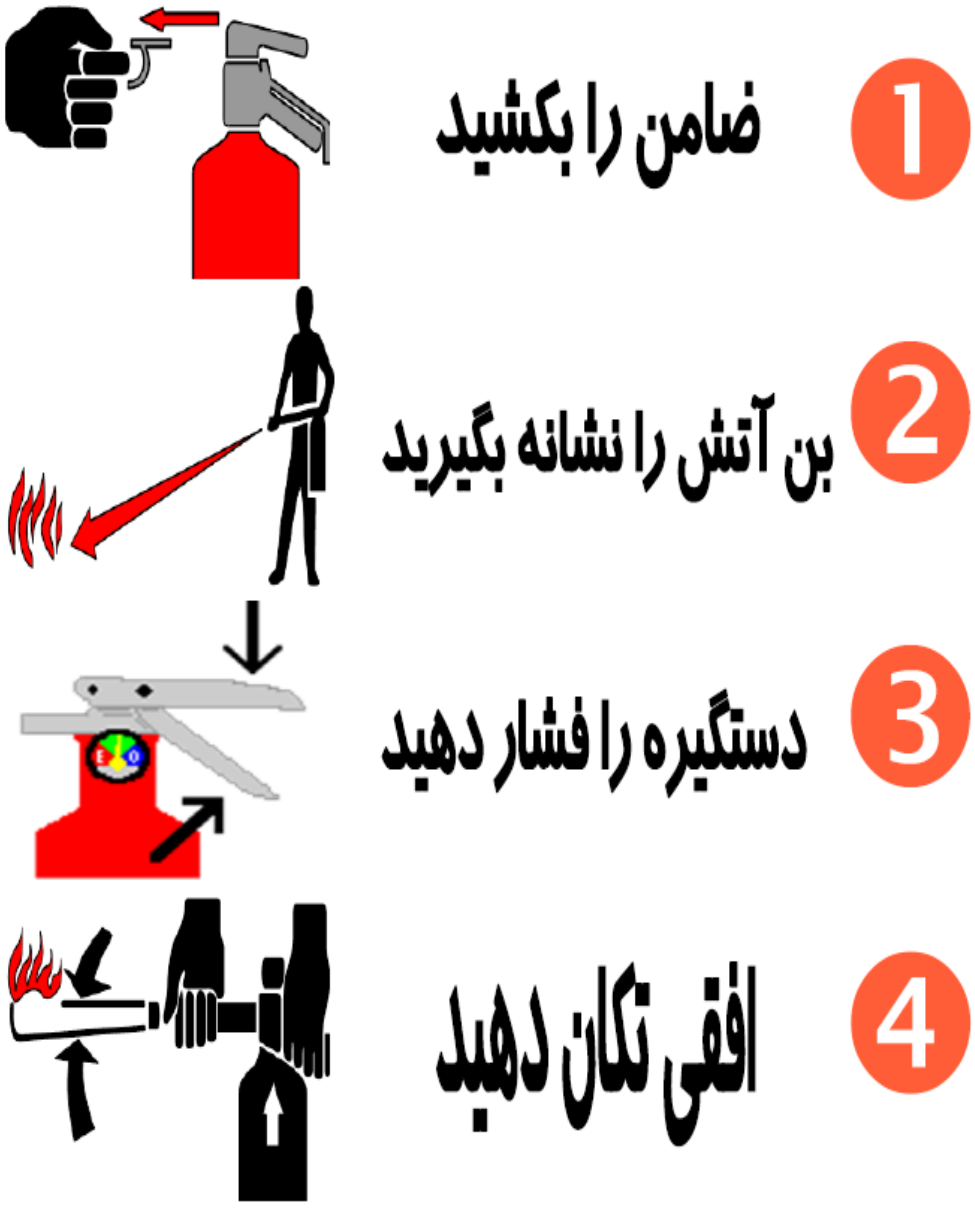
کف مورد مصرف برای اطفای حریق، مایعی است که در صورت پرتاب آن بر روی مواد در حال اشتعال به سرعت روی آتش را پوشانده و مانع برخاستن گاز قابل اشتعال از روی مواد می گردد، و با پوشاندن سطح ماده در حال اشتعال از رسیدن اکسیژن هوا به آتش جلوگیری به عمل می آورد. وزن مخصوص آن کمتر از وزن مخصوص مواد و مایعات قابل اشتعال است لذا در سطح آن شناور گشته و پایین نمی رود.

خاموش کننده های هالوژنه:

مواد هالوژنه خاموش کننده هایی هستند که مکانیسم خاموش کردن آن شباهت زیادی به گاز CO_2 دارد، بدین معنی که بعلت سنگین تر بودن از هوا به سرعت روی حریق را پوشانده و جانشین هوا می شود و ماده سوزان را از اکسیژن محیط محروم می سازد. این مواد وقتی از خاموش کننده خارج و در محیط ریخته می شود به سرعت تبدیل به بخار و تبخیر می شود.



طریقه استفاده از کپسول اطفاء حریق



با تشکر از افراد ذیل که دربازنگری این مجموعه ما را یاری دادند:

- دکتر موسی احمدپور (ریاست بیمارستان)
- دکتر حسن حسن نتاج (مدیریت بیمارستان)
- مهری عمواقلی طبری (مدیریت پرستاری)
- ژاله اسدی شهمیرزادی (سوپروایزر آموزشی)
- زینب حاجی تبار (کارشناس بهبود کیفیت)
- مریم بهکار (کارشناس ایمنی)
- شهربانو گرجی نژاد (سوپروایزر کنترل عفونت)
- مهدخت فلاح (دبیر تخصصی کمیته خطر حوادث و بلایا)
- مهسا مقدری(ویراستار)