



**کتابچه توجیهی بدو ورود فراگیران  
مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی  
علامه بهلول گنابادی**

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

## فهرست مطالب

۴	معرفی بیمارستان: عزت
۴	بیانیه رسالت و چشم‌انداز
۵	آشنایی با کادر اصلی مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی علامه بهلول گنابادی
۶	آنچه باید فراگیران در رابطه با سنجه‌های استاندارد اعتباربخشی بدانند:
۷	آیین‌نامه اجرای پوشش حرفه‌ای و اخلاق حرفه‌ای دانشجویان در محیط‌های بالینی
۱۰	استانداردهای ایمنی بیمار
۱۳	کنترل عفونت
۱۴	اخلاق پزشکی
۱۸	استدلال بالینی
۱۹	تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد

## معرفی بیمارستان:

بیمارستان ۳۲۰ تختخوابی علامه بهلول گنابادی با اعتبار بالغ بر ۸۰ میلیارد تومان با زیربنای ۲۳۸۳۵ مترمربع در زمین موقوفه آخوند ملا محمد جویمندی به عنوان بیمارستان جنرال در شهر گناباد با حضور وزیر بهداشت دکتر قاضی زاده هاشمی در فروردین ماه ۹۶ راه اندازی گردید. این بیمارستان ۷ طبقه ای دارای بخش های درمانی اورژانس و ۴ بخش جراحی و ۳ بخش داخلی و بخش اطفال، زایشگاه، مامایی، اتاق های عمل، همودیالیز، داروخانه، NICU، CCU، ICU و همچنین بخش های پاراکلینیک مشتمل بر آزمایشگاه مرکزی، رادیولوژی (شامل رادیولوژی دیجیتال، ماموگرافی، سونوگرافی، فلوروسکوپی، OPG، CT scan، MRI) می باشد. این مرکز با فضای جدیدالاحداث و طراحی مناسب مصمم است از تمام توان خود در جهت ارائه خدمات درمانی مطلوب و مناسب به عنوان تنها بیمارستان دولتی - دانشگاهی شهر گناباد استفاده نماید.

## بیانیه رسالت و چشم انداز

آشنایی با کادر اصلی مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی علامه بهلول گنابادی

نام و نام خانوادگی	سمت	نام و نام خانوادگی	سمت
دکتر مهدی پاسبان	رئیس بیمارستان	دکتر اکرم بختیاری شهری	معاون آموزشی، پژوهشی بیمارستان
اقای مهدی علیزاده	مسئول امور پشتیبانی	سعید هادی نژاد	مترون
دکتر سید مسلم مهدوی شهری	سوپروایزر آموزشی	اعظم رضی زاده	سوپروایزر آموزش سلامت همگانی
مریم فضل اللهی	سوپروایزر کنترل عفونت	حسین اعلی	مسئول واحد توسعه آموزش بالینی
اعظم زنگنه	کارشناس HIS	میترا توکلی زاده	کارشناس واحد توسعه تحقیقات بالینی
دکتر عباس عبادی	رئیس بخش اورژانس	مصطفی سعادت	سرپرستار بخش اورژانس
دکتر الهام پورسلطانی	رئیس بخش NICU	عزیزه محمدی	سرپرستار بخش NICU
دکتر محسن صاحبان ملکی	رئیس بخش ICU	رضا حسن نیا	سرپرستار بخش ICU
دکتر علی جاویدی	رئیس بخش جراحی ۱	فاطمه انصاری	سرپرستار بخش جراحی ۱
دکتر سعید قربانی	رئیس بخش جراحی ۲	حمید دهقان حقیقی	سرپرستار بخش جراحی ۲
دکتر سید بهزاد رضوی	رئیس بخش جراحی ۳	جواد سبحانی	سرپرستار بخش جراحی ۳
دکتر اکرم بختیاری شهری	رئیس بخش جراحی ۴	فاطمه معمار	سرپرستار بخش جراحی ۴
دکتر فرهنگ سلطانی	رئیس بخش داخلی ۱	زهره احراری	سرپرستار بخش داخلی ۲
دکتر فرناز شریفی مود	رئیس بخش داخلی ۳	محمد شمسی	سرپرستار بخش داخلی ۳
دکتر عالمه دوستدار	رئیس بخش دیالیز	امیر رفیع	سرپرستار بخش همودیالیز
دکتر ابراهیم صلواتی	رئیس بخش CCU	عشرت جمعیتی	سرپرستار بخش CCU
دکتر علی رضا محمودآبادی	رئیس بخش طب و تصویر	صادق حسینیان	سرپرستار بخش طب و تصویر
دکتر محمد نبی پور	رئیس بخش کودکان	زهرا قاسمی	سرپرستار بخش اطفال و نوزادان
دکتر اعظم السادات محمودیان	رئیس بلوک زایشگاه و مامائی	سیما سعیدی	ماما مسئول بلوک مامایی و زایشگاه
دکتر علی جاویدی	رئیس بخش اتاق عمل	اکبر قربانی	سرپرستار اتاق عمل
		مهدی کاظم نژاد	سرپرستار بخش داخلی ۱

## آنچه باید فراگیران در رابطه با سنج‌های استاندارد اعتباربخشی بدانند:

۱. آگاهی از رسالت، چشم‌انداز و ارزش‌های مرکز آموزشی درمانی علامه بهلول
۲. آگاهی و عمل به مفاد منشور حقوق بیمار
۳. پوشیدن لباس فرم و نصب اتیکت شناسایی (dress code)
۴. معرفی خود قبل از انجام هر اقدامی به بیمار یا همراه وی
۵. آگاهی و عمل به استانداردهای ایمنی بیمار و ۹ راه‌حل ایمنی
۶. آگاهی و عمل به استانداردهای پرونده نویسی
۷. آگاهی و عمل به خط‌مشی حداقل‌های قابل‌قبول شرح‌حال و خلاصه پرونده
۸. آگاهی از کنترل عفونت، ایمنی و مدیریت خطر، الزامات بیمه‌ای و ...
۹. آگاهی از شرح وظایف و محدوده فعالیت طبق خط‌مشی‌های معاونت آموزشی
۱۰. شرکت در دوره‌های مرتبط استانداردهای اعتباربخشی با هماهنگی واحد آموزش
۱۱. آگاهی از کتابچه‌های توجیهی عمومی و اختصاصی
۱۲. آگاهی از کتابچه‌های ایمنی و سلامت شغلی

## آیین نامه اجرای پوشش حرفه‌ای و اخلاق حرفه‌ای دانشجویان در محیط‌های بالینی

مقدمه: تمامی خدمتگزاران در مشاغل گروه پزشکی به‌عنوان مرهم آلام بیماران رنج‌کشیده و رازدار ایشان باید به طریقی رفتار نمایند که زمینه برای برقراری ارتباط مناسب و زدودن زنگار کدورت از چهره خسته و درون شکسته دردمندان فراهم آید. از آنجاکه هدف از آموزش دانشجویان در دانشگاه‌های علوم پزشکی در حقیقت تربیت نیروی ماهر جهت تصدی حرفه‌های حوزه سلامت و درمان و احتمالاً ورود به حریم خصوصی افراد است، از این‌رو به‌عنوان یک وظیفه شرعی و اخلاقی دانشجو موظف است رفتاری کاملاً حرفه‌ای و متناسب با شأن محیط‌های علمی و درمانی از خود نشان دهد و همواره به‌عنوان مشاوره‌ی رازدار به حریم خصوصی و شأن و مقام دیگران احترام بگذارد. در این راستا رفتار و نحوه پوشش و ظاهر دانشجویان عزیز در مراکز بالینی همگام با پزشکان، پرستاران و پیراپزشکان و کارکنان، که بر اساس وظایف خاص خود لباس فرم مخصوص بارنگ مخصوص را به تن دارند علاوه بر ایجاد محیطی مطمئن جهت بیماران باعث افزایش بهره‌وری ارائه خدمات بالینی، حفظ حریم شخصی و کرامت انسانی بیماران، رعایت موازین و ضوابط فرعی، شرعی و اجتماعی، افزایش ضریب ایمنی و سلامت بیماران، ایجاد تصویر مثبت از اخلاق حرفه‌ای و رعایت استانداردهای کنترل عفونت می‌گردد.

### فصل اول: کلیات

ماده ۱. منظور از محیط بالینی در این آیین‌نامه، تمامی فضاهایی است که در روند تشخیص، درمان و مراقبت‌های بهداشتی از آن‌ها بهره گرفته می‌شود و شامل بیمارستان‌ها، آزمایشگاه‌ها، مراکز و پایگاه‌های بهداشتی-درمانی، خانه‌های بهداشت، درمانگاه‌ها، داروخانه‌ها، مراکز آزمایشگاهی-تحقیقاتی، بخش‌های درمانی دانشکده‌ها و نیز محیط‌هایی نظیر کلاس درس، سالن کنفرانس، کتابخانه و محیط‌های عمومی در این مراکز همچون آسانسور، سلف‌سرویس و کافی‌شاپ و غیره می‌باشد.

ماده ۲. این آیین‌نامه در تمامی محیط‌های بالینی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی گناباد از ابتدای مهرماه ۱۳۹۴ لازم‌الاجرا می‌باشد.

ماده ۳. تمامی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گناباد جهت گذراندن دوره‌های بالینی و حضور در محیط‌های بالینی ملزم به اجرای مفاد این آیین‌نامه می‌باشند. ضمناً دانشجویان سایر مراکز آموزش عالی که در محیط‌های بالینی دانشگاه علوم پزشکی گناباد حضور یافته و یا از امکانات آن استفاده می‌کنند شامل این آیین‌نامه بوده و ملزم به اجرای مفاد آن می‌باشند.

ماده ۴. در کلیه موارد، رعایت مقررات و آیین‌نامه‌های کنترل عفونت‌های بیمارستانی لازم‌الاجرا و مورد تأکید و در اولویت می‌باشد.

ماده ۵. این آیین‌نامه تابعی از آیین‌نامه پوشش و اخلاق حرفه‌ای در محیط‌های آموزشی دانشگاه بوده و موارد مورد لزومی که در آن ذکر نشده، مطابق آن آیین‌نامه خواهد بود. همچنین مفاهیمی که در آیین‌نامه تعریف نشده است، مطابق آیین‌نامه انضباطی دانشجویان جمهوری اسلامی ایران مصوب سیصد و پنجاه و هشتمین جلسه مورخ ۱۳۷۴/۰۶/۱۴ شورای عالی انقلاب فرهنگی و شیوه‌نامه اجرایی انضباطی دانشجویان خواهد بود.

فصل دوم: لباس و نحوه پوشش دانشجویان لباس فرم دانشجویی جهت ورود به بیمارستان‌های آموزشی و سایر محیط‌های بالینی باید متحدالشکل بوده و شامل مجموعه ویژگی‌های زیر باشد:

ماده ۶. روپوش باید سفید، بلند در حد زانو، گشاد، آستین‌بلند و غیرچسبان باشد به طوری که لباس از سطح آن قابل‌رؤیت نباشد.

ماده ۷. روپوش از نظر شکلی باید مطابق نمونه معرفی شده از سوی معاونت آموزشی دانشگاه باشد.

ماده ۸. دانشجویان خانم باید تمامی سر و موها را با مقنعه بپوشانند به طوری که نواحی گردن و ناحیه یقه لباس نیز کاملاً پوشیده گردد. استفاده از مقنعه‌های مدل دار، کوتاه و یا بستن موها به هر صورتی که سبب جلب توجه شود مجاز نمی‌باشد.

ماده ۹. تمامی دکمه‌های روپوش باید در تمام مدت حضور در محیط‌های بالینی بطور کامل بسته باشد.

ماده ۱۰. استفاده از کارت شناسایی معتبر عکس دار در تمام مدت حضور در محیط‌های بالینی الزامی می‌باشد.

ماده ۱۱. شلوار باید از پارچه نخی، ساده و غیرچسبان، دارای اندازه متعارف و تک‌رنگ باشد. استفاده از انواع شلوارهای جین، شلوارهای تنگ یا خیلی گشاد، شلوارهای مجلسی و یا شلوارهای نامتعارف یا زنده از نظر طرح و شکل، اندازه و رنگ در محیط بالینی مجاز نمی‌باشد.

ماده ۱۲. شلوار و روپوش نباید نازک باشد.

ماده ۱۳. پوشیدن جوراب ساده که تمامی پا و ساق پا را بپوشاند در محیط بالینی ضروری است.

ماده ۱۴. پوشیدن جوراب‌های توری، نازک و یا دارای تزئینات مجاز نیست.

ماده ۱۵. کفش باید راحت و مناسب بوده هنگام راه رفتن صدای آزاردهنده نداشته باشد.

ماده ۱۶. به منظور کاهش صدمه به پا و پیشگیری از انتقال عفونت، کفش باید جلوبسته باشد.

ماده ۱۷. روپوش، لباس و کفش باید راحت، تمیز و مرتب، بدون پارگی و وصله و در حد متعارف بوده و نباید دارای رنگ‌های تند، زنده و نامتعارف باشد.

ماده ۱۸. استفاده از اقلام نامربوط و آویزان از روپوش و شلوار و کفش نظیر زنجیر، زیپ، علامت‌های گروه‌های افراطی و انحرافی و ... ممنوع می‌باشد.

ماده ۱۹. استفاده و در معرض دید قرار دادن هرگونه انگشتر طلا، دستبند، گردن بند و ... به جز حلقه ازدواج در محیط بالینی جهت دانشجویان مجاز نیست.

ماده ۲۰. استفاده از انواع چکمه، دمپایی و صندل در محیط‌های بالینی به جز اتاق عمل و مکان‌های مشخص شده ممنوع می‌باشد.

ماده ۲۱. لباس دانشجویان در اتاق عمل، زایشگاه و مکان‌های مشخص شده در محیط‌های بالینی - ضمن رعایت موارد این آیین‌نامه - باید مطابق قوانین مربوطه باشد.

فصل سوم: بهداشت فردی و موازین آرایش در محیط بالینی

ماده ۲۲. به جهت بهداشتی ناخن‌ها باید کوتاه و تمیز باشد. استفاده از ناخن‌های مصنوعی و ناخن بلند به دلیل افزایش شانس انتقال عفونت و احتمال آسیب به دیگران و تجهیزات ممنوع می‌باشد.

ماده ۲۳. آرایش ناخن‌ها بالاک و برچسب‌های ناخن و موارد مشابه در هر شکلی ممنوع است.

ماده ۲۴. دانشجویان جهت رعایت بهداشت نباید از هرگونه لوازم آرایش، ادوکلن و عطرها با بوی تند و حساسیت‌زا در محیط‌های بالینی استفاده کنند.

ماده ۲۵. دانشجویان خانم باید نسبت به رعایت پوشش کامل موی خود و رعایت دستورات شرعی اهتمام جدی داشته باشند. خارج ساختن و نمایان شدن موها از مقنعه به هر اندازه و شکلی مجاز نمی‌باشد.



ماده ۲۶ موهای دانشجویان آقا باید تمیز، آراسته و در حد متعارف باشد.

ماده ۲۷ آرایش موی سروصورت آقایان نباید به صورت غیرمتعارف و زننده باشد و هرگونه آرایشی که نشان از گروه‌های انحرافی و افراطی داشته باشد، ممنوع است.

ماده ۲۸ نمایان نمودن هرگونه آرایش به صورت تاتو یا هرگونه حلقه در بینی یا هر قسمت از دست‌ها و صورت ممنوع است.

ماده ۲۹ هرگونه آرایش صورت در خانم‌ها که نشان از خودنمایی و جلب نظر دیگران باشد ممنوع است.

فصل چهارم: موازین رفتار دانشجویان در محیط بالینی

ماده ۳۰ رعایت اصول اخلاق دانشجویی - حرفه‌ای، تواضع و فروتنی در برخورد با دانشجویان، اساتید، کارکنان و بیماران و نیز رعایت حقوق دیگران الزامی است. بنابراین دانشجویان باید متون مصوب اخلاق پزشکی و حرفه‌ای و منشورهای حقوق بیماران و مرجعان را مطالعه نموده و به آن عمل کنند.

ماده ۳۱ صحبت کردن در محیط‌های بالینی باید به آرامی و باادب همراه باشد و هرگونه ایجاد سروصدای بلند و یا بر زبان راندن کلمات رکبک ممنوع و پیگرد قانونی دارد.

ماده ۳۲ استعمال سیگار و سایر دخانیات و استفاده از هر نوع دارو و یا

مادهای که باعث غیرعادی جلوه نمودن حرکات و گفتار دانشجو شود در کلیه زمان‌های حضور فرد در محیط‌های بالینی ممنوع می‌باشد.

ماده ۳۳ دانشجویان بدون هماهنگی مسئول مربوطه مجاز به استفاده از تجهیزات نخواهند بود. ضمناً توجه به علائم هشداردهنده و راهنمای استفاده از وسایل و امکانات در محیط‌های بالینی از سوی دانشجویان الزامی است.

ماده ۳۴ ایراد خسارت به اموال موجود در محیط‌های بالینی و سایر اموال بیت‌المال مجاز نیست.

ماده ۳۵ از آنجایی که رعایت حریم شخصی و آرامش روحی بیمار در هر شرایطی برای دانشجویان الزامی است، لذا باید سعی نمایند قبل از معاینه، آزمایش و یا تهیه شرح‌حال، رضایت بیمار را اخذ نموده و ضمن رعایت حریم خصوصی بیماران، حافظ اسرار آن‌ها باشند.

ماده ۳۶ دانشجویان باید به حقوق بیماران در رابطه با انتخاب درمانگر و روش درمانی در موارد غیر اورژانسی احترام بگذارند.

ماده ۳۷ دانشجویان باید به مذهب و فرهنگ بیماران احترام بگذارند.

ماده ۳۸ دانشجویان نباید از موقعیت بیماران و یا خانواده‌های آنان سوءاستفاده کنند.

ماده ۳۹ دانشجویان در صورتی که دستورالعملی را به ضرر بیمار و یا ناقض مقررات بالینی و ایمنی مشاهده کنند، باید در ابتدا آن را با مسئول ارشد آموزش بالینی در میان بگذارند.

ماده ۴۰ در زمان حضور در آزمایشگاه‌ها و راند بیماران، تلفن همراه باید خاموش بوده و در سایر زمان‌ها استفاده از آن به حد ضرورت کاهش یابد.

ماده ۴۱ خوردن و آشامیدن در حضور بیماران ممنوع می‌باشد.

ماده ۴۲ هرگونه بحث و شوخی‌های نامناسب و خندیدن با صدای بلند در تمامی محیط‌های بالینی بخصوص در مقابل بیماران و یا محیط‌های عمومی نظیر کافیشاپها، رستوران‌ها و ... ممنوع می‌باشد.

ماده ۴۳. بلند کردن صدای موبایل یا هر رسانه دیگر به عنوان پخش صوت در محیط‌های بالینی مجاز نمی‌باشد.

ماده ۴۴. رعایت شئون اخلاقی، اجتماعی و دانشجویی در محیط‌های بالینی بسیار ضروری است.

فصل پنجم: نظارت بر اجرا و پیگیری موارد تخلف آئین‌نامه

ماده ۴۵. نظارت بر رعایت اصول این آیین‌نامه برای دانشجویان در تمام محیط‌های بالینی بر عهده معاونت آموزشی دانشگاه می‌باشد که می‌تواند از طریق اساتید کارآموزی، سوپروایزرهای آموزشی، مسئولین بخش‌ها و واحدهای بالینی و یا مدیران گروه‌های آموزشی اعمال شود. ماده ۴۶. افرادی که رعایت اخلاق حرفه‌ای و اصول آئین‌نامه را نمایند ابتدا با تذکر همراه بوده و در صورت اصرار بر انجام تخلف به شورای انضباطی دانشجویان دانشگاه ارجاع داده می‌شوند.

ماده ۴۷. این آیین‌نامه شامل یک مقدمه، پنج فصل و ۴۷ ماده در جلسه مورخ ۲۵/۱۲/۱۳۹۳ شورای فرهنگی دانشگاه به تصویب رسید و از تاریخ اجرا، لازم‌الاجرا بوده و از آن پس کلیه آیین‌نامه‌های مشابه غیرهمسو که در دانشگاه به تصویب رسیده است، فاقد اعتبار می‌باشد.

### استانداردهای ایمنی بیمار

چرا ایمنی بیمار مهم است؟ رسالت (مأموریت) بیمارستان ارائه خدمات پزشکی ایمن و اثربخش به مراجعین می‌باشد

Safe & Effective شواهد معتبر بین‌المللی نشان می‌دهد که ایمنی بیماران در مراکز بهداشتی و درمانی در وضعیت مطلوبی قرار ندارد.

۳۱٪ مردم نگران خطاهای پزشکی در بیمارستان‌ها هستند.

خطاهای پزشکی Medical Errors ایمنی بیمار پرهیز، پیشگیری و کاهش نتایج ناگوار یا آسیب به بیمار ناشی از فرآیند مراقبت‌های پزشکی می‌باشد. برآوردها نشان می‌دهند که در کشورهای توسعه‌یافته به ازای هر ده بیمار، یک بیمار در طول دریافت خدمات مراقبتی در بیمارستان صدمه‌دیده است. طیف وسیعی از خطاها یا حوادث شدید ممکن است مسبب بروز صدمه شده باشد. در کشورهای درحال توسعه، احتمال اینکه بیماران در بیمارستان‌ها صدمه ببینند بسیار بیشتر از احتمال آن در کشورهای صنعتی است. خطر احتمالی عفونت‌های اکتسابی در بیمارستان در برخی کشورهای درحال توسعه حدود ۱۱ برابر بیشتر از آمار این عفونت‌ها در کشورهای توسعه‌یافته می‌باشد.

مؤلفه‌های کیفیت در خدمات بهداشتی و درمانی

Safety Effectiveness Patient-centeredness

Timeliness Efficiency Equity

خطای پزشکی (Medical Error)

خطا: عدم موفقیت اقدامات برنامه‌ریزی شده برای دستیابی به اهداف مورد انتظار؛ ناشی از عدم پیشرفت اقدامات مطابق برنامه، و یا نقص در خود برنامه و یا هر نوع خطایی که در فرآیند ارائه مراقبت سلامت رخ دهد، چه باعث صدمه و آسیب به بیمار گردد و چه هیچ آسیبی در پی نداشته باشد.

خطاهای پزشکی دو نوع اند:

- روش درست ما آن طور که می‌خواهیم پیش نمی‌رود خطا در اجرای درمان "error of execution"
  - روش انتخابی ما از ریشه اشتباه است خطا در برنامه‌ریزی برای بیمار "error of planning"
- در هر مرحله از ارائه خدمات بالینی از تشخیص تا درمان حتی در فاز پیشگیری ممکن است خطای پزشکی رخ دهد.

### انواع خطاهای انسانی از نظر توانایی فردی:

#### • Human Commission

انجام اقدام اشتباه داروی اشتباه اندیکاسیون اشتباه روش انتقال اشتباه به بیمار مثلاً تزریق وریدی بجای عضلانی طول مدت درمان یا فواصل اشتباه نام بیمار یا اطلاعات اشتباه از او

#### • Human Omission

عدم اقدام اشتباه ناتوانی در تنظیم دوز عدم ذکر طول درمان یا دوز موردنیاز  
عدم تجویز روش استفاده توسط بیمار عدم ذکر اطلاعات قانونی موردنیاز مثل تشخیص بیماری  
خطا چگونه رخ می‌دهد؟

### تعریف خطای پزشکی

قصور خدمت یا ارتکاب عمل اشتباه در برنامه‌ریزی یا اجرا که به‌طور بالفعل یا بالقوه باعث یک نتیجه ناخواسته می‌شود. این تعریف به‌طور مشخص حیطه‌های کلیدی علل خطا (قصور یا ارتکاب، برنامه‌ریزی و اجرا) را دربرمی‌گیرد.

### استاندارد ایمنی بیمار

بیمارستان در مورد ایمنی بیمار برنامه استراتژیک دارد و آن را اجرایی و عملیاتی می‌کند. بیمارستان دارای مدیران و کارمندی می‌باشد که وظایف، مسئولیت و اختیاراتی در خصوص ایمنی بیمار دارند. مدیران به‌منظور ارتقاء فرهنگ ایمنی بیمار، شیوه‌های اجرایی سلامت بیمار را رهبری کرده و در مورد مدیریت ریسک آموزش دیده و روی فرصت‌های بهبود و ارتقاء ایمنی فعالیت می‌کنند. افراد به کار گرفته شده مدیریت ریسک و سلامت بیمار را کنترل می‌کنند.

بیمارستان به‌طور ماهیانه مورتالیتی و موربیدیتی را در کمیته‌های بیمارستانی بررسی می‌کند.

وسایل و لوازم ضروری در بیمارستان در دسترس، آماده و کالیبر می‌باشد.

بیمارستان برنامه و پروتکل مشخصی جهت پاک‌سازی لوازم پزشکی جهت استفاده مجدد آن‌ها دارد و بیمارستان تجهیزات کافی جهت پاک‌سازی و استریلیزه کردن سریع لوازم را دارد.

بخش CSR و استریل بیمارستان فعال بوده و دستورالعمل‌های جهت اجرای برنامه‌ها دارد پرسنل استخدام شده چه دائم و چه موقت مهارت کافی و دانش لازم جهت اجرای برنامه‌های فرایندی را دارند.

قبل از انجام هر پروسه تهاجمی از بیمار رضایت گرفته می‌شود و بیمار از تمام خطرات احتمالی پروسه اطلاع دارد. بیمارستان به‌اندازه کافی به بیمار اطلاعات داده و بیمار اجازه دخالت و تصمیم‌گیری در مراحل درمان را دارد.

تمامی بیماران از طریق مشخصات کامل، تاریخ تولد شناسایی می‌شوند ولی شماره اتاق و تخت وسیله شناسایی نمی‌باشد. بیمارستان کانال‌های ارتباطی برای بحران‌های ضروری دارد و دارای یک نظام و برنامه مشخص جهت شناسایی موارد مربوط به ایمنی بیمار می‌باشد.

بیمارستان برنامه مشخص و مناسبی در مورد نتایج آزمایشاتی که پس از ترخیص بیماران دریافت می‌شود را دارد.

بیمارستان گایدلاین‌ها و دستورالعمل‌هایی در خصوص کنترل و پیشگیری از عفونت دارد.

بیمارستان نظام و دستورالعمل مشخص در خصوص ضدعفونی تمام تجهیزات و لوازم بخصوص در شرایط بحران را دارد.

بیمارستان گایدلاین و دستورالعمل‌هایی در مورد ایمنی خون و فرآورده‌های آن را داشته که آن را عملیاتی و اجرایی می‌کند (گایدلاین در مورد پروسیجر خون، ترانسفوزیون خون، کراس مچ خون، خون ناسالم و حوادث غیرمنتظره و بیمارستان سیاست انجام تزریقات ایمن و جراحی ایمن را دارد.

بیمارستان یک سیستم دارو دهی ایمن دارد (وجود داروهای حیاتی ۴۲ ساعته در بیمارستان) بیمارستان برای مراحل انتخاب دارو، خرید و تأمین دارو، نگهداری و انبار دارو (order نویسی آماده کردن دارو و تجویز دارو به بیمار دستورالعمل مشخصی دارد).

بیمارستان دارای استانداردهای محیط ایمن می‌باشد. بیمارستان محیط فیزیکی ایمن برای بیماران، برای کارکنان و ملاقات‌کنندگان دارد.

کمیته ایمنی محیط در بیمارستان تشکیل می‌شود و امنیت بیمارستان بخصوص در بخش‌های اورژانس ویژه و .... در نظر گرفته می‌شود (بیمارستان دارای سیستم مدیریت دفع مناسب پس‌مانده‌های بیمارستانی می‌باشد.

## کنترل عفونت

هدف از رعایت اصول کنترل عفونت از سال ۱۹۸۷ دستورالعملی مبنی بر رعایت (CDC) به جهت پیشگیری از انتقال عفونت‌های بیمارستانی

مرکز

کنترل بیماری‌ها جهت کنترل عفونت برای تمامی کشورها صادر (Universal standard precautions) حداقل‌ها به نام

احتیاطات استاندارد نمود. این موارد شامل:

۱. بهداشت دست‌ها

۲. استفاده از محافظت‌کننده‌های شخصی (مثل: دستکش، گان، ماسک، کلاه، عینک و چکمه)

۳. روش‌های تزریقات ایمن، ضدعفونی و بهداشت لوازم و محیط بیمار،

۴. بهداشت تنفسی، و به شکل تخصصی‌تر آن در انواع ایزولاسیون‌ها مطرح گردیده است.

بهداشت دست‌ها:

بهداشتی نمودن اصولی دست‌ها، CDC، شستشوی اصولی دست‌ها، مهم‌ترین راه کنترل عفونت است. طبق گزارشات اخیر یکی از مهم‌ترین

راه‌های کنترل عفونت بیمارستانی است. به‌طور خلاصه بهداشت دست به‌منظور پیشگیری از ۴ رویداد انجام می‌شود که عبارت‌اند از: (۱)

کلونیزاسیون در بیماران (۲) عفونت‌ها با منشأ درونی و بیرونی در بیماران (۳) عفونت در کارکنان مراقبت‌های بهداشتی (۴) کلونیزاسیون پرسنل

و محیط مراقبتی: (SSI) پیشگیری از عفونت محل عمل جراحی عفونت‌های محل عمل جراحی بخشی از عفونت‌های بیمارستانی را تشکیل

می‌دهند. سن، دیابت، چاقی، مصرف سیگار، طول مدت بستری قبل از عمل، تزریق فرآورده‌های خونی و .... بیماران را مستعد عفونت محل

عمل می‌کند.

## اخلاق پزشکی

### منشور حقوق بیمار در ایران

#### بینش و ارزش

یکایک افراد جامعه متعهد به حفظ و احترام به کرامت انسان‌ها می‌باشند. این امر در شرایط بیماری از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. بر اساس قانون اساسی توجه به کرامت والای انسانی از اصول پایه نظام جمهوری اسلامی بوده، دولت موظف 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 ارزش‌های والای انسانی و مبتنی بر فرهنگ اسلامی و ایرانی و بر پایه برابری کرامت ذاتی تمامی گیرندگان خدمات سلامت و باهدف حفظ، ارتقا و تحکیم رابطه انسانی میان ارائه‌کنندگان و گیرندگان خدمات سلامت تنظیم شده است.

#### حقوق بیمار

۱- دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است.

- ارائه خدمات سلامت باید:

۱-۱) شایسته شأن و منزلت انسان و با احترام به ارزش‌ها، اعتقادات فرهنگی و مذهبی باشد؛

۲-۱) بر پایه‌ی صداقت، انصاف، ادب و همراه با مهربانی باشد؛

۳-۱) فارغ از هرگونه تبعیض از جمله قومی، فرهنگی، مذهبی، نوع بیماری و جنسیتی باشد؛

۴-۱) بر اساس دانش روز باشد؛

۵-۱) مبتنی بر برتری منافع بیمار باشد؛

۶-۱) در مورد توزیع منابع سلامت مبتنی بر عدالت و اولویت‌های درمانی بیماران باشد؛

۷-۱) مبتنی بر هماهنگی ارکان مراقبت اعم از پیشگیری، تشخیص، درمان و توان بخشی باشد؛

۸-۱) به همراه تأمین کلیه امکانات رفاهی پایه و ضروری و به‌دوراز تحمیل درد و رنج و محدودیت‌های غیرضروری باشد؛

۹-۱) توجه ویژه‌ای به حقوق گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه از جمله کودکان، زنان باردار، سالمندان، بیماران روانی، زندانیان، معلولان ذهنی و جسمی و افراد بدون سرپرست داشته باشد؛

۱۰-۱) در سریع‌ترین زمان ممکن و با احترام به وقت بیمار باشد؛

۱۱-۱) با در نظر گرفتن متغیرهایی چون زبان، سن و جنس گیرندگان خدمت باشد؛

۱۲-۱) در مراقبت‌های ضروری و فوری (اورژانس)، بدون توجه به تأمین هزینه‌ی آن صورت گیرد. در موارد غیر فوری (الکتیو) بر اساس ضوابط تعریف شده باشد؛

۱۳-۱) در مراقبت‌های ضروری و فوری (اورژانس)، در صورتی که ارائه خدمات مناسب ممکن نباشد، لازم است پس از ارائه‌ی خدمات ضروری و توضیحات لازم، زمینه انتقال بیمار به واحد مجهز فراهم گردد؛

۱-۱۴) در مراحل پایانی حیات که وضعیت بیماری غیرقابل برگشت و مرگ بیمار قریب‌الوقوع می‌باشد باهدف حفظ آسایش وی ارائه گردد. منظور از آسایش کاهش درد و رنج بیمار، توجه به نیازهای روانی، اجتماعی، معنوی و عاطفی وی و خانواده‌اش در زمان احتضار می‌باشد. بیمار در حال احتضار حق دارد در آخرین لحظات زندگی خویش با فردی که می‌خواهد همراه گردد.

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

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

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

۲-۱-۲) ضوابط و هزینه‌های قابل پیش‌بینی بیمارستان اعم از خدمات درمانی و غیر درمانی و ضوابط بیمه و معرفی سیستم‌های حمایتی در زمان پذیرش؛

۲-۱-۳) نام، مسؤولیت و رتبه‌ی حرفه‌ای اعضای گروه پزشکی مسئول ارائه مراقبت از جمله پزشک، پرستار و دانشجو و ارتباط حرفه‌ای آن‌ها با یکدیگر؛

۲-۱-۴) روش‌های تشخیصی و درمانی و نقاط ضعف و قوت هر روش و عوارض احتمالی آن، تشخیص بیماری، پیش‌آگهی و عوارض آن و نیز کلیه‌ی اطلاعات تأثیرگذار در روند تصمیم‌گیری بیمار؛

۲-۱-۵) نحوه‌ی دسترسی به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی در طول درمان؛

۲-۱-۶) کلیه‌ی اقداماتی که ماهیت پژوهشی دارند.

۲-۱-۷) ارائه آموزش‌های ضروری برای استمرار درمان؛

۲-۲) نحوه‌ی ارائه اطلاعات باید به صورت ذیل باشد؛

۲-۱-۱) اطلاعات باید در زمان مناسب و متناسب با شرایط بیمار از جمله اضطراب و درد و ویژگی‌های فردی وی از جمله زبان، تحصیلات و توان درک در اختیار وی قرار گیرد، مگر این‌که:

- تأخیر در شروع درمان به واسطه‌ی ارائه‌ی اطلاعات فوق سبب آسیب به بیمار گردد؛ (در این صورت انتقال اطلاعات پس از اقدام ضروری، در اولین زمان مناسب باید انجام شود).

- بیمار علی‌رغم اطلاع از حق دریافت اطلاعات، از این امر امتناع نماید که در این صورت باید خواست بیمار محترم شمرده شود، مگر این‌که عدم اطلاع بیمار، وی یا سایرین را در معرض خطر جدی قرار دهد؛

۲-۲-۲) بیمار می‌تواند به کلیه‌ی اطلاعات ثبت‌شده در پرونده‌ی بالینی خود دسترسی داشته باشد و تصویر آن را دریافت نموده و تصحیح اشتباهات مندرج در آن را درخواست نماید.

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

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

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

۳-۱-۲) انتخاب و نظرخواهی از پزشک دوم به‌عنوان مشاور؛

۳-۱-۳) شرکت یا عدم شرکت در هرگونه پژوهش، با اطمینان از اینکه تصمیم‌گیری وی تأثیری در تداوم و نحوه دریافت خدمات سلامت نخواهد داشت؛

۳-۱-۴) قبول یا رد درمان‌های پیشنهادی پس از آگاهی از عوارض احتمالی ناشی از پذیرش یا رد آن مگر در موارد خودکشی یا مواردی که امتناع از درمان شخص دیگری را در معرض خطر جدی قرار می‌دهد؛

۳-۱-۵) اعلام نظر قبلی بیمار در مورد اقدامات درمانی آتی در زمانی که بیمار واجد ظرفیت تصمیم‌گیری می‌باشد ثبت و به‌عنوان راهنمای اقدامات پزشکی در زمان فقدان ظرفیت تصمیم‌گیری وی با رعایت موازین قانونی مدنظر ارائه‌کنندگان خدمات سلامت و تصمیم‌گیرنده جایگزین بیمار قرار گیرد.

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

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

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

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

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

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

۴-۳) فقط بیمار و گروه درمانی و افراد مجاز از طرف بیمار و افرادی که به‌حکم قانون مجاز تلقی می‌شوند می‌توانند به اطلاعات دسترسی داشته باشند؛

۴-۴) بیمار حق دارد در مراحل تشخیصی از جمله معاینات، فرد معتمد خود را همراه داشته باشد. همراهی یکی از والدین کودک در تمام مراحل درمان حق کودک می‌باشد مگر اینکه این امر برخلاف ضرورت‌های پزشکی باشد.

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

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

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

۵-۳) خسارت ناشی از خطای ارائه‌کنندگان خدمات سلامت باید پس از رسیدگی و اثبات مطابق مقررات در کوتاه‌ترین زمان ممکن جبران شود.

در اجرای مفاد این منشور در صورتی که بیمار به هر دلیلی فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری باشد، اعمال کلیه‌ی حقوق بیمار- مذکور در این منشور- بر عهده‌ی تصمیم‌گیرنده‌ی قانونی جایگزین خواهد بود. البته چنانچه تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین برخلاف نظر پزشک، مانع درمان بیمار شود، پزشک می‌تواند از طریق مراجع ذی‌ربط درخواست تجدیدنظر در تصمیم‌گیری را بنماید.



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

## استدلال بالینی

استدلال بالینی توانایی رسیدن به تشخیص باهدف ارائه‌ی یک استراتژی درمانی مناسب بر اساس اطلاعات ارائه‌شده و به‌دست‌آمده از بیمار است. آموزش‌دهندگان معتقدند که این مهارت یک مهارت اصلی در مورد توانمندی‌های پزشکان می‌باشد. اهمیت استدلال بالینی: استدلال بالینی جزء اصلی توانمندی‌های یک پزشک محسوب می‌شود. استدلال بالینی را باید به فراگیران پزشکی، آموزش داده و به‌عنوان یک مهارت مورد آزمون قرارداد. انواع استدلال بالینی: استدلال فرضیه‌ای از جزء به کل (استدلال رو به عقب) نیز می‌گویند. مثال: بیماری با سیانوز مراجعه نموده است. فراگیر فهرست تمام بیماری‌هایی را که می‌توانند درد قبلی ایجاد کنند را استخراج و مشخصات تک‌تک بیماری‌ها را با وضعیت بیمار مطابقت می‌دهد تا درنهایت به تشخیص برسد. استدلال از کل به جزو مبتنی بر نقشه کلی (استدلال روبه‌جلو) در استدلال از کل به جزو و مبتنی بر نقشه کلی، فراگیر برای رسیدن به تشخیص از یک رویکرد روبه‌جلو و الگوریتم وار تبعیت می‌کند تا به تشخیص برسد. شناسایی الگو: یعنی مجموعه‌ای از علائم و نشانه‌ها الگویی را ایجاد می‌کنند که فرد آن‌ها را به دلیل تجربه‌ی زیاد (توأم بادانش لازم) شناسایی می‌کند. ارزیابی مهارت استدلال بالینی: برای ارزیابی این مهارت و توانایی رسیدن به تشخیص می‌توان از فهرست اندیشیدن تشخیص استفاده نمود. این فهرست یک پرسشنامه‌ای است که فرد خود به آن پاسخ می‌دهد و استدلال بالینی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد.

دودسته توانمندی در این ابزار اندازه‌گیری می‌شود: الف - انعطاف‌پذیری در اندیشیدن (منظور استفاده از روش‌ها و فرآیندهای مختلف اندیشیدن در حین فرآیند تشخیصی است. ب- ساختار داشتن حافظه) منظور در دسترس بودن اطلاعات داخل حافظه در هنگام فرآیند تشخیصی است برخی منابع توصیه می‌کنند که ترکیب نمودن استدلال رو به عقب و استدلال روبه‌جلو به‌گونه‌ای که از استدلال رو به عقب آغاز و با استدلال روبه‌جلو پایان دهیم. بهترین حالت برای آموزش استدلال بالینی است. برخی دیگر نیز روش شناسایی الگوها و آموزش بیماری‌ها بر اساس تظاهرات بالینی آن‌ها را توصیه می‌کنند.

## تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد

تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد شامل گام‌های زیر است:

پرورش روح پژوهش‌نگرشی است که در آن پرسش‌گری درباره اقدامات معمول<sup>۱</sup> مورد تشویق قرار گرفته و اجازه می‌دهد تا ارائه‌دهندگان خدمات پرستاری در پرسش‌گری روش‌های فعلی و به چالش کشیدن این شیوه‌ها در ایجاد پیشرفت و تغییر آن‌ها جسور باشند.

پرسش‌های بالینی برپای الگوی پیکوت (PICOT) که سرنام انگلیسی در قالب‌بندی پرسش‌ها به صورت جامعه بیمار (population)، روش درمانی یا مداخله (intervention)، مقایسه گروه کنترل و آزمون (Comparison)، دستاورد یا نتیجه مطلوب (Outcome) و در پایان چارچوب زمانی (Time frame) در نظر گرفته می‌شود.

جستجو و جمع‌آوری شواهد مربوط با استفاده از الگوی یادشده و سپس بررسی برای انتخاب کارآمدترین شواهد به دست آمده. ارزیابی انتقادی شواهد و در آغاز این فرآیند ارزیابی انتقادی، سه پرسش برای تعیین روایی (اعتبار)، پایایی (قابلیت اطمینان) و کاربردپذیری (انطباق) منبع شواهد ممکن است پیش آید.

آیا نتایج این پژوهش روا و معتبر است؟ برای این منظور نتایج حاصل از مطالعه باید به حقیقت محض نزدیک باشد و همچنین مطالعه باید با استفاده از بهترین روش تحقیق موجود انجام شود.

نتایج حاصل چه هستند؟ این پرسش پایایی یا قابل اعتماد بودن تحقیق را می‌سنجد. مثلاً در تحقیق درباره یک مداخله پزشکی، قابل اطمینان بودن برابری با پاسخ به این پرسش که آیا مداخله مؤثر بوده، میزان تأثیر و اینکه آیا یک پرستار دیگر نیز می‌تواند تحقیقی با نتایج مشابه را تکرار کند. برای یک مطالعه کیفی، قابل اطمینان بودن یک تحقیق<sup>۲</sup> می‌تواند از طریق سنجش میزان ارضای هدف مطالعه توسط تحقیق صورت گرفته<sup>۳</sup> اندازه‌گیری شود.

آیا نتایج<sup>۴</sup> در روند پرستاری یا مراقبت از بیمار<sup>۵</sup> قابل استفاده و کاربرد هستند؟

پس از بررسی این سه پرسش و پاسخ‌های آن، ارزیابی شواهد همچنان ادامه یافته تا پس از مقایسه<sup>۶</sup> تطابق و سازگاری آن‌ها مشخص گردد. یکپارچه‌سازی شواهد که پس از ارزیابی شواهد، لازم است آن‌ها را با مهارت‌های دیگر متخصصان و همچنین اولویت‌های بیمار یکپارچه یا ادغام نماییم چراکه حتی اگر نتایج مطالعه موفقیت‌آمیز باشد، بیمار ممکن است حاضر به دریافت درمان مورد مطالعه نباشد یا حتی یافته‌های بررسی‌شده و تاریخچه بیمار ممکن است موارد منع درمان بیشتری را نسبت به یک درمان ویژه که از راه مبتنی بر شواهد به دست آمده را نشان دهد. و در پایان، ممکن است دسترسی به منابع خدمات درمانی موجود در هر منطقه‌ای<sup>۷</sup> پیاده‌سازی یا اجرای یک درمان خاص را محدود کند حتی اگر در یک مطالعه برای بیمار<sup>۸</sup> مؤثر شناخته شود.

ارزیابی بازده گام بعدی در فرآیند مبتنی بر شواهد<sup>۹</sup> ارزیابی تأثیر درمان از نظر بازده و آوت‌کام (outcome) بیمار بوده و در ارزیابی کیفی خدمات پرستاری ارائه‌شده استفاده می‌گردد.

انتشار ارزیابی‌ها آخرین گام است در به اشتراک‌گذاری اطلاعات به دست آمده<sup>۱۰</sup> به‌ویژه اگر نتایج به دست آمده مثبت باشند.