



Patient Safety Newsletter

خبرنامه ایمنی بیمار

آبان ۱۴۰۳ - شماره ۷

تهیه کنندگان:

فرزانه ابوالحسنی - کارشناس ایمنی بیمار
زهرا کفایش - سوپروایزر آموزشی

پنجم جمادی الاولی، روز پرستاران مهربان

زینب کبرا (س)، شیرزن صحرای کربلا است، زنی که توانست پیام آزادگی و شهامت عاشوراییان را به شیواترین شکل به گوش مردمان برساند. به جز این او از بازماندگان حادثه جانسوز عاشورا به نیکویی پرستاری کرد به طوری که او را «بزرگ پرستار همیشه تاریخ» نامیدند. پنجم جمادی الاولی روز تولد اوست. زنی که با دستان نوازشگر و قلب مهربان خود، درد بیماران را تسکین می‌داد. زینب (س) پس از گذشتن از دریای خونین کربلا استوار ایستاد، بیماران را تیمار کرد، با صدایی رسا سخن گفت و نماد رشادت و حق طلبی شد. روز پرستار زمانی برای ارج نهادن به این خصایص نایاب او و گرامیداشت زحمات پرستارانی است که تجسم استواری‌اند.



پرستار واژه‌ای آشنا

پرستار، عجب واژه‌اشناایی است. کلمه‌ای که ناخودآگاه هر شنونده‌ای را به یاد آرامش و بهبودی می‌اندازد. انسان‌هایی بی‌ادعا که به معنای واقعی کلمه، خالصانه کار می‌کنند تا بیمار روزهای تلخ بیماری را در آرامش بگذرانند و بهبود یابد. پرستار اما چیزهای دیگری را هم به یاد ما می‌آورد؛ ساعت‌های کار طولانی، تنهایی، بیداری‌های شبانه، دوری از خانواده و خستگی. پرستاران این همه مرارت را تاب می‌آورند تا هریک از بیماران بتوانند از بستر بیماری برخیزند و دوباره به زندگی برگردند.



در ادامه بررسی دستورات عملهای ایمنی بیمار در این شماره **راهنمای پیشگیری از زخم فشاری** یادآوری میگردد:

زخم فشاری جراحات موضعی پوست یا بافت زیرین بر روی زائده استخوانی در نتیجه فشار یا ترکیبی از فشار و نیروهای خردکننده می باشد. به عبارت دیگر مهم ترین اثر بی حرکتی بر روی پوست با ایجاد زخم فشاری مطرح می شود. در واقع هنگامی که بافت های نرم بدن انسان در میان دو لایه حمایت کننده خارجی (بستر یا صندلی) و لایه داخلی (اسکلت) مدت طولانی فشرده شود، زخم فشاری ایجاد می شود. حداقل زمان ایجاد زخم فشاری در مددجویان مختلف از نیم تا دو ساعت متغیر است. زخم های فشاری بر اساس عمق بافت صدمه دیده به دو دسته تقسیم می شوند: عمقی و سطحی.

زخم های فشاری عمقی که از بافت زیر جلدی برجستگی های استخوانی شروع شده و سپس به سمت لایه های فوقانی پوست گسترش می یابند با علائم ایجاد توده ای سفت در زیر پوست و تغییر رنگ پوست به صورت بنفش رنگ مشخص می شود.

زخم های فشاری سطحی که از پوست شروع شده و در صورت عدم درمان به بافت های زیرین گسترش می یابند، که به ۴ درجه تقسیم می شوند:

۱. زخم های فشاری درجه یک: پوست با اعمال فشار سفید نمی شود، احتقان و تورم موضعی پوست، افزایش درجه حرارت موضعی و درد علائم نشانه های زخم های فشاری درجه یک است

۲. زخم فشاری درجه دو: زخم فشاری درجه ۲ با تظاهر تاول، خراشیدگی، نکروز، ترومبوزیس، ادم و ارتشاح سلولی اپیدرم و تورم و قرمزی لبه های زخم مشخص می شود.

۳. زخم فشاری درجه سه: فقدان کامل پوست و صدمه و نکروز زیرجلدی و ایجاد حفره ای عمیق در موضع مبتلا از شاخص ترین علائم و نشانه های زخم فشاری درجه ۳ است

۴- زخم فشاری درجه چهار: علائم و نشانه های زخم فشاری درجه ۴ عبارت است از فقدان کامل پوست، تخریب وسیع پوستی، نکروز بافتی درگیری عضلات، استخوان ها و ساختارهای حمایتی نظیر تاندون و یا کپسول مفاصل و سفلی، سختی و نکروز لبه های زخم.

بروز زخم های فشاری موجب از بین رفتن اولین خط دفاعی بدن، احتمال ابتلا به عفونت، عدم تعادل الکترولیتی (دفع پروتئین و مایعات غنی از الکترولیت از بدن)، درد شدید، افسردگی، تعادل منفی نیتروژن، سپتی سمی، استئومیلیت، آمیلوئیدوز و مرگ می شود.

برای شناسایی بیماران با ریسک بالای زخم بستر از دستبند زرد استفاده می شود.

مقیاس ارزیابی احتمال بروز زخم فشاری Scale Braden

این مقیاس متشکل از ۶ مورد ارزیابی هست که هر کدام در یک ستون بوده و به هر کدام نمره جداگانه ای تعلق می گیرد. مجموع نمرات ۶ جزء نمره کل محاسبه می گردد که می توان بر اساس آن میزان ریسک احتمالی بروز زخم فشاری را تعیین کرد.

اقدامات مراقبتی و پیشگیری

۱- ارزیابی پوست - در تمامی بیماران در بدو ورود به بخش انجام گرفته و در بیماران بستری با نمره برادن ۱۲ و یا کمتر هر نوبت کاری انجام می شود. (ارزیابی کامل پوست پشت بیمار و نواحی زیر تجهیزات و وسایل متصل به بیمار)

خبرنامه ایمنی بیمار

۲ - تغییر پوزیشن - در بیماران با ریسک بالا و خیلی بالا، و همچنین تمامی بیماران زیر دستگاه تهویه تنفسی، کمایی و با غیرقابل حرکت انجام می شود. در پوزیشنهای لترال بهتر است از بالش‌های کوچک مابین نواحی استخوانی استفاده نمود. (تمامی موارد، تغییر پوزیشن هر دو ساعت انجام می‌گیرد)

۳ - برطرف کردن فشار - علاوه بر تغییر پوزیشن می‌توان با اتخاذ روش‌هایی فشار را از مناطق تحت فشار برطرف نمود. در بیماران درازکش به مدت طولانی بهترین کار برای برطرف کردن فشار از ناحیه پاشنه پا قرار دادن بالش در زیر ساق پا می‌باشد. استفاده از بالش یا دستکش پر از آب در زیر پاشنه پا و همچنین در پشت بیمار مطلقاً ممنوع می‌باشد.

۴ - ماساژ پشت - در بیماران با ریسک بالا و خیلی بالا، تمامی بیماران زیر ونتیلاتور، کمایی و یا غیرقابل حرکت و نیز بیماران چاق یا با ادم ژنرالیزه و یا کاشکتیک انجام می‌شود.

✓ ماساژ آرام و نرم پوست صرفاً جهت گرم کردن پوست، بدون اعمال فشار بر بافت‌های زیرین.

✓ بر روی نواحی استخوانی ماساژ داده نمی‌شود.

۵ - کنترل ملحفه و البسه - در تمامی بیماران بخصوص در بیماران با ریسک متوسط و بالا و خیلی بالا انجام می‌شود. ملحفه‌ها و البسه خیس بلافاصله باید تعویض شود. وجود چین و چروک در ملحفه یا لباس‌های بیمار می‌تواند عامل فشار بوده و بایستی اصلاح گردد.

۶ - حمام - در تمامی بیماران زیر ونتیلاتور، کمایی و یا غیرقابل حرکت، حمام در تخت به‌طور مرتب داده می‌شود. بیماران با ریسک بالا و بالاتر در صورت امکان با کمک به حمام برده شده، و در صورت عدم امکان حمام در تخت داده می‌شود. (حمام با آب ولرم و شامپوهای ملایم)

۷ - تشک مواج - استفاده از تشک مواج مناسب برای بیماران بستری با ریسک بالا و خیلی بالا ضرورت دارد.

چارت بررسی خطر برادن

Braden Scale برترین سیستم نمره گذاری است که خطر توسعه زخم فشاری را در بیمار ارزیابی می کند. این ابزار دارای ۶ معیار ارزیابی خطر است که در آن ابعاد اساسی ایجاد زخم فشاری مورد توجه قرار می گیرد. این ارزیابی سیستماتیک است و باید در زمان پذیرش و نهایتاً تا ۶ ساعت پس از پذیرش بیمار انجام شود.

حیطه های ابزار برادن

Sensory Perception	درک حسی	۱
Moisture	رطوبت پوست	۲
Activity	فعالیت	۳
Mobility	تحرك	۴
Nutrition	تغذیه	۵
Shear & Friction	اصطکاک و کشش	۶

هر حیطه در ابزار برادن از ۱ (خیلی بد) تا ۴ (خوب) نمره گذاری می شود. نمرات پائین نشانگر بالاترین شرایط خطر است.

ایمنی بیمار از حرف تا عمل



طبق برنامه بازدید تیم مدیریتی از بخشها و واحدها انجام و در شرایط دوستانه صحبتها و مشکلات همکاران در خصوص بیمارستان شنیده شد همچنین در مورد خطاهای رخ داده و راههای پیشگیری از وقوع مجدد آن با همکاران گفتگوگردید کلاس آموزش ایمنی بیمار ، آموزش احیای پیشرفته جهت کادر درمان و برگزار گردید.

شاخص های ۶ ماهه ایمنی بیمار بررسی و به مسئولین بخشها ابلاغ گردید .

بازدیدهای ایمنی به صورت ماهانه از تمامی بخشهای بالینی انجام و نتایج پایش ها به مسئولین مربوطه بازخورد داده شده است.

چک لیست ایمنی بیمار(شامل خط مشی ها و دستورالعملهای ایمنی بیمار) در مورد تمامی پرسنل تکمیل گردید.





همکاران گرامی علل خطاهای گزارش شده زیر از تجربیات سایر همکاران در بیمارستان می باشد.

۱. خستگی پرسنل به علت کار ممتد و طولانی
۲. بی انگیزگی پرسنل (بدلیل کمبود حقوق یا بکارگیری وی در بخشی که تمایل به کار در آنجا را ندارند).
۳. عدم تناسب بین تعداد پرسنل با تعداد بیمار
۴. بد خطی پزشک
۵. عدم نظارت پرستار هنگام دادن دستورات توسط پزشک معالج
۶. خطا در انتقال به کاردکس و از کاردکس به ترالی دارو
۷. عدم توجه به تداخلات دارویی توسط پزشک
۸. عدم تجویز صحیح دارو توسط پزشک
۹. خطا در روش جراحی

۱۰. سقوط از تخت
۱۱. دادن داروی اشتباه به علت تشابه ظاهری
۱۲. دادن داروی اشتباه به علت تشابه اسمی
۱۳. دادن داروی صحیح به بیمار اشتباه
۱۴. عدم آگاهی از حساسیت بیمار به داروی خاص و دادن همان دارو به بیمار
۱۵. شناسائی بیمار صرفاً از طریق شماره اتاق یا شماره تخت
۱۶. ارائه خدمات توسط دانشجوی و بروز خطا
۱۷. مشکلات برقراری ارتباط بین پرستار و بیمار (گوش یا زبانهای مختلف)
۱۸. استفاده از تلفن همراه
۱۹. عدم ارزیابی اولیه بیمار توسط پرستار (ارزیابی پرستاری یکی از اجزای مهم پرستاری جامع و اساس فرایند پرستاریست)
۲۰. مشکلات خانوادگی پرسنل
۲۱. عدم مراقبت و پیشگیری از اتصالات کاتترها و لوله ها
۲۲. عدم توجه به آسیبهای ناشی از مهار فیزیکی بیمار
۲۳. جایگزینی غلط دارو در قفسه دارویی
۲۴. عدم تطابق آزمایشات بالینی با وضعیت بیمار (وقتی جواب هموگلوبین بیمار هفت گزارش میشود و بیمار رنگ پریده نیست خطائی در میان است)

۲۵. خطادرتعین هویت بیمار(بخصوص وقتی تشابه اسمی داشته باشند)

۲۶. عدم رعایت استریلیته در بخش یا اتاق عمل

۲۷. ندیدن نتیجه آزمایشات یا گزارش نکردن آن به پزشک در خواست کننده



درس آموخته ها در یک سازمان موفق، جزئی جدانشدنی از فرایندهای کاری است. افراد در سازمان شما، هر لحظه مشغول انجام فعالیت های متنوعی هستند؛ فعالیت هایی که در قالب فرایندها و وظایف روزمره تعریف شده اند. دست و پنجه نرم کردن با مشکلات متنوعی که در اجرای موفق این فعالیت ها وجود دارد، موجب می شود افراد نکات جدیدی یاد بگیرند. اگر این نکات جدید را در ابتدای فعالیت می دانستند سریعتر، کم هزینه تر و راحت تر آن را به انجام می رساندند. به این موارد درس آموخته گفته می شود.

طبق گزارش همکاران بخش A از مورخ ۷/۱۷ بیمار ۷ ساله با تب طول کشیده بستری و تحت درمان دارویی قرار داشته است بیمار به صورت روزانه ویزیت و وضعیت بالینی و آزمایشات بیمار بررسی می شده است. مورخ ۷/۲۰ پزشک جهت ویزیت بیمار مراجعه می کند که متوجه وجود آزمایشات بیمار دیگری از تاریخ ۷/۱۸ در پرونده بیمار می شود در حالی که بیمار ۲ روز با همان آزمایشات تحت درمان بوده است. عدم رعایت کیس متد - عدم نظارت منشی و مسئول بخش بر اوراق پرونده و بی دقتی پزشک معالج بر تفاوت گزارش آزمایشات بیمار دلیل بروز این خطا بوده است.



اورژانس	زهره خانی	فاطمه مرادی	نفرولوژی	فاطمه سلیمی
غدد	منیره فهیمی		نورولوژی	زهره سادات میری
جراحی	لیلا عالمی		عفونی ۲	الهه تلخابی
انکولوژی	فاطمه کرد		نوزادان	مریم اورعی
PICU	الهه ابراهیمی نیک		NICU	اعظم دارابی
داروخانه	-		اتاق عمل	زهره صدفی
آزمایشگاه	حامد کیان پیشه		رادیولوژی	بهزاد پور



فلورانس نایتینگل (۱۹۱۰-۱۸۲۰): یکی از معروف ترین و تأثیر گذار ترین پرستاران جهان گفته است: پرستاری هنر است و اگر هنر است، پرستار مانند هر هنرمند دیگری با تعهدی همه جانبه برای دوره های دشوار باید آمادگی داشته باشد. پرستاری یکی از هنرهای ظریف است و ظریف ترین آنها.

تاریخچه پرستاری داستانی طولانی و سرشار از احساسات مهیج است. حرفه ای است که در قرن نوزدهم میلادی شکل رسمی به خود گرفت و سرانجام با تلاش های مستمر خانم نایتینگل این حرفه رسمیت یافت. اما نقش مراقبت از بیماران، افراد زخمی، فقرا و بینوایان همواره بخشی از زندگی انسان از زمان پیدایش جوامع انسانی اولیه بوده است.

مراقبت های بهداشتی در دوران قبل از این، بر پایه خرافه پرستی و درمان های خاص بر اساس طلسم و جادو و دفع شیاطین بود. با پیشرفت تمدن های انسانی، نهادهای اجتماعی و قوانین حقوقی و مراقبت های بهداشتی شکل گرفتند.

تغییر و تحول نظام مراقبت های بهداشتی از آئین های دینی به روش منطقی از یونان باستان شروع شد. در روم باستان گروهی از مردان شاغل که نوزوکومی نامیده می شدند، در مقام پرستار انجام وظیفه می کردند. زنان در کنار بردگان در خانه از بیماران مراقبت می کردند.

اندیشه های بقراط و جالینوس تا قرن ها در اندیشه های پزشکی اروپائیان تأثیر داشت.

واژه پرستار **Nurse** از **Nutrire** به معنای تغذیه کردن مشتق شده است و به خانمی گفته می شد که از کودکان مراقبت می کرد و بعدها به کسانی اطلاق شد که از بیماران مراقبت می کردند. چون این وظایف بر عهده زنان بود، پرستاری به عنوان نقشی عمدتاً زنان پیشرفت کرد. با ظهور مسیحیت پرستاری در مقام یک حرفه مجزا از طبابت و پزشکان به وجود آمد.

در قرن هجدهم، پرستاری به حرفه ای اطلاق می شد که زیر نظر و با هدایت یک پزشک انجام می شد.

طی قرن ها و در سراسر جهان، دانش و مهارت و خرد پرستاران از هر نوعی رشد و پیشرفت کرده و طی گذر از نسل ها همواره توسعه یافته است. نقش پرستار در دوره معاصر همچنان رو به گسترش است و صدها عملکرد از جمله در آموزش بهداشت، ترویج بهداشت و سلامت و پژوهش های علمی، پیشگام بوده است.

در قرن بیست و یکم و با پیشرفت جوامع انسانی، نقش پرستاران موثرتر و مستقل تر و ارزشمند تر از پیش شده است. هر کجا از انسان نشانی باشد، پرستار هم حضور دارد.

مری ال اسنودگراس، تاریخ نگار پرستاری چنین نوشته است: تقاضای آینده هر چه باشد - چه بیماری های مسری ناشناس یا سقوط ساختارهای اجتماعی، خشونت و بلایای طبیعی - پرستاری همه شیوه های انسانی را به کار می گیرد تا با شکل دهی دوباره و نظمی تازه، به تعالی انسان کمک کند.

رسالت دینی پرستاری از ظهور مسیحیت همچون نیرویی راهنما وارد زندگی روزمره شد. یکی از آموزه های اساسی مسیحیت اولیه درباره اهمیت عشق و بخشش افراد بشر بود. مراقبت از کسانی که رنج می کشیدند به عملی معنوی بدل شد. ارتقای مراقبت از بیماران و فقرا به رسالتی معنوی، برای زنان موقعیتی فراهم کرد تا در خارج از خانه عملکردی قابل احترام داشته باشند.

در قرون وسطی آموزه های دینی و طبی آمیخته شده از یونان و روم به فراموشی سپرده شد و مردم علت بیماری ها را ارواح پلید و طلسم می دانستند و به باورهای خرافی دوره های بت پرستی روی آورده بودند.

با گسترش مسیحیت و نفوذ آن در اروپا، مقامات کلیسا به اشاعه باورها و دیدگاههای خود در مورد سلامت و بیماری پرداختند.

طبق آموزه های کلیسا، بدن انسان به خداوند تعلق داشت و باید به خوبی از آن مراقبت می شد. این باور سبب تأسیس مراکز رهبانی برای مراقبت از بیماران، فقرا و نیازمندان گردید.

فرقه مذهبی خواهان آوگوستینی بیمارستان اولیه ای را در پاریس راه اندازی کردند. مراقبت از بیماران را از هر کار دیگری مهم تر و واجب تر می دانستند.

اغلب مراقبت های پزشکی و پرستاری در موسسه های خارج از صومعه ها توسط راهبان و با کمک مردم انجام می گرفت.

با وقوع جنگ های صلیبی نیاز به بیمارستان های بیشتر و نیاز به تعداد افراد بیشتر برای مراقبت از زواری که بین اروپا و سرزمین مقدس در سفر بودند بارزتر شد.

آسیب های ناشی از جنگ و بیماری هایی که در سراسر اروپا گسترش یافتند منجر به تأسیس بیمارستانها و پیدایش فرقه پرستاری نظامی گردید تا مراقبت از بیماران و مجروحان به درستی انجام شود.

در دوران جنگ های صلیبی، شوالیه های پرستار در مالت، ایتالیا و در اورشلیم بیمارستانهایی را تأسیس کردند. شاخه زنانه فرقه شوالیه های مهمان نواز، با نام "بانوان مهمان نواز فرقه یوحنا ی قدیس اورشلیم"

در بیمارستان زنانه خدمات چشمگیری ارائه می کردند که به واسطه هدایایی که بیماران برای سپاسگزاری آنها می دادند، بیمارستان توانگر شد. بعد از جنگ های صلیبی این فرقه بیمارستان در جزیره مالت تأسیس کردند که به یکی از بهترین بیمارستانهای اروپا بدل شد.

در اواسط سده چهاردهم میلادی در سراسر اروپا بیماری مرگ سیاه یا همه گیری بیماری طاعون گسترش یافت. این بیماری از چین شروع شد و با موش های آلوده با کاروان ها و کشتی های بازرگانی به سوی غرب انتقال داده شد. علائم بیماری هراس انگیز بود: تب بالا، درد شدید شکم، سرفه های شدید همراه با دفع خون و توده های بزرگ چرکی در زیر بغل و فمورال و در نهایت خونریزی و مرگ حادث می شد. به دلیل ترس از ابتلا، افراد بیمار طرد می شدند. طبیبان از کنترل بیماری ناتوان بودند. مجدد سحر و جادو در درمان بیماری قوت گرفت. مرگ سیاه اثر مهم بر چگونگی تفکر در مورد دین، طب و جامعه بر جای گذاشت. پرستاران غیر دینی به بیماران کمک می کردند. یک فرقه غیر دینی زنان، بگوئین نام داشت که در نزدیکی کلیسا زندگی می کردند و از بیماران در خانه و بیمارستان مراقبت می کردند.

در سده های پایانی قرون وسطی، تغییرات اجتماعی عظیمی روی داد. دانشگاهها و کرسی های آموزش و پژوهش پدید آمدند و موجب شکل گیری شیوه های جدید اندیشه در زمینه علوم، طب، سیاست، دین و بسیاری دیگر از جنبه های جوامع انسانی و جهان طبیعی شدند که به رنسانس این دوره گذار معروف شد. یکی از مهم ترین وقایع دوران رنسانس که در مراقبت های پرستاری تأثیر زیادی گذاشت، اصلاحات پروتستان ها بود. از سوی دیگر رشد سریع جمعیت منجر به بروز مشکلات بهداشتی و شیوع بیماریهای مختلف شد و بدون وجود بیمارستانها و فرقه های مذهبی پرستاری، کمبود مراقبت های بهداشتی مناسب بیشتر مشخص شد.

مری آدلاید ناتینگ و لاونیا لوید داک از تاریخ نگاران پرستاری چنین نوشته اند: "بیمارستانهای شهرها شبیه به زندان بودند، دیوارهای بدون تزئین و اتاق های کوچک تاریک، بدون نور. بخش هایی ملال انگیز که ۵۰ تا ۱۰۰ بیمار را در خود جای می دادند و از داشتن هر نوع امکانات آسایش یا حتی ضروری بی بهره بودند."

علاوه بر وضعیت وحشتناک بیمارستانها، کمبود نیروهای پرستاری هم مشکل دیگری بود و به دلیل حقوق ناکافی، انگیزه کافی برای ارائه مراقبت های بهداشتی مناسب نبودند. کار پرستار کاری دشوار بود و می بایست ساعات طولانی و بدون استراحت کار می کردند. علاوه بر مراقبت، سایر وظایف هم بر عهده آنان بود. هیچ خانمی اگر می توانست راه درآمد دیگری بیابد، به حرفه پرستاری رو نمی آورد. مراقبت های پرستاری را عمدتاً زنان بی سواد، بی تجربه و آموزش ندیده انجام می دادند. این دوره به دوران تاریک پرستاری معروف شد و از ۱۵۵۰ تا پایان قرن هجدهم ادامه داشت. شیوه های نو و علمی تفکر و آموزش طب که در دوران رنسانس آغاز شده بود، به پرستاری توجهی نداشت. از آن زمان اصلاحگران برای تغییر و پیشرفت مراقبت های بهداشتی و پرستاری گام هایی برداشتند.

محیط در حال تغییر پرستاری

در سده ۱۶ میلادی، تلاش هایی برای اصلاحات صورت گرفت. در انگلستان قوانینی تصویب شده بود که تعیین می کرد چه کسانی می توانند پرستار شوند و پرستاران باید چه عملکردی داشته باشند. فرقه پرستاری "خواهران خیریه" در سال ۱۶۳۳ میلادی در فرانسه تأسیس شد. این خیریه ۱۱ عضو داشت که از زنان جوان پاریس بودند و بیماران را در خانه هایشان و در بیمارستانهای پاریس ویزیت می کردند و خدمات پرستاری با کیفیتی ارائه می دادند و آنها را تسلی روحی می دادند. تأسیس این فرقه اقدام انقلابی در زمینه پرستاری بود. افراد باید دوره ۵ ساله آموزشی را می گذراندند و لباس فرم های مشخصی به تن می کردند. مراقبتی سازمان یافته، منظم و منسجم به بیماران ارائه می کردند. به زودی ۴۰ خانه خواهران خیریه در فرانسه ایجاد شد و به کشورهای دیگر گسترش یافت و تا به امروز فعال باقی مانده است. سپس انجمن خواهران پرستار ایجاد شد که وظیفه آنها عیادت از بیماران در خانه بود.

سرآغاز پرستاری جدید

قرن نوزدهم میلادی دوره گذار از دوران تاریک و سرآغاز تفکرات جدید، پیشرفته و امروزی تر در مورد پرستاری است که عصر روشنگری یا خرد نامیده می شود. در دوره آموزشی ۳ ساله، پرستاری از بیماران بستری، بیماران سرپایی، نظام اخلاقی پرستاری و داروشناسی آموزش داده می شد. این تغییرات الهام بخش ایجاد نظام پرستاری جدیدی بود که فلورانس نایتینگل پایه گذار آن بود و سبب بروز انقلابی در حرفه پرستاری گردید که تا به امروز ادامه دارد.

علاقه مخالفت شدید خانواده جهت ادامه تحصیل در پرستاری، نایتینگل معتقد بود که خداوند خواسته که او پرستار باشد و مخالفت با این رسالت الهی را جایز نمی دانست. طی یک سفر به دور اروپا، او این فرصت را پیدا کرد تا در مورد وضعیت داخل بیمارستانها و نحوه مراقبت از بیماران اطلاعاتی بیابد. سپس به لندن بازگشت و سرپرست بیمارستان خیریه ای به نام "موسسه ای برای بانوان محترم در دوران بیماری" شد. به مدت یک سال آنجا کار کرد. در این زمان انگلیس درگیر جنگ شده بود. سیدنی هربرت، وزیر جنگ وقت، که از دوستان نزدیک نایتینگل بود، تصمیم گرفت تا گروهی از زنان پرستار را به منظور مراقبت از سربازان به مناطق جنگی اعزام کند. با توجه به شرایط سخت مناطق جنگی مخالفت شدید صاحب منصبان نظامی، هربرت احساس می کرد که نایتینگل بهترین کسی است که می تواند سرپرستی گروه را بر عهده بگیرد. او در نامه ای به نایتینگل از ایشان درخواست کمک کرد و وعده حمایت و همکاری با اعضای تیم پزشکی نظامی را اعلام کرد.

نایتینگل همراه با ۳۸ پرستار داوطلب دیگر لندن را به مقصد بیمارستان نظامی در استانبول ترک کردند. همه این زنان را نایتینگل آموزش داده بود. بیمارستان نظامی برای ۱۷۰۰ بیمار طراحی شده بود ولی ۳۰۰۰ تا ۴۰۰۰ بیمار در آنجا نگهداری می شدند. شرایط بیمارستان وحشتناک بدون امکانات بهداشتی و تجهیزات پزشکی و جراحی اولیه بود. میزان مرگ و میر

۴۲/۷ درصد بود. اداره کردن بیمارستان نظامی بسیار سخت و با مخالفت هایی روبرو می شد. پرستارانی که از اوضاع شکایت می کردند را به انگلستان باز فرستاد و پرستاران جدیدی را جایگزین کرد. تعهد او به انجام دادن آنچه درست می دانست، سبب شد تا به او لقب خانم مدیر داده شود. نایتینگل با تهیه تجهیزات و فراهم کردن وضعیت مناسب تغذیه و سایر امکانات رفاهی، با گشت های شبانه در بخش های بیمارستان، به بانوی چراغ به دست نیز معروف شد. تنها طی ۶ ماه میزان مرگ و میر به ۲/۲ کاهش یافت.

با بهبود شرایط در بیمارستان، نایتینگل از دربار سیاه گذشت و از دو بیمارستان نظامی دیگر بازدید کرد. اما دچار تب و بیماری شد و در آستانه مرگ قرار گرفت. بهبود پیدا کرد اما هیچ گاه توان اولیه اش را به دست نیاورد. او پس از ۴ ماه از پایان جنگ به انگلستان بازگشت و بقیه عمرش را صرف بهبود آموزش پرستاری در انگلستان و پیشرفت مراقبت های پزشکی نظامی کرد.

میراث فلورانس نایتینگل

سهم نایتینگل در حرفه پرستاری به اقدامات و تلاش های او در جنگ محدود نمی شود. بعد از جنگ او به شکلی خستگی ناپذیر برای اصلاح و پیشرفت نظام مراقبت های بهداشتی نظامی تلاش کرد و اندیشه هایش را در کتابی تحت این عنوان نگاشت: یادداشت هایی درباره آنچه روی سلامت، عملکرد و مدیریت بیمارستانی ارتش انگلستان موثر است.

نایتینگل خواستار بازنگری کلی در آموزش پزشکی بریتانیا شد. تلاش های او منجر به تشکیل کمیسیون سلطنتی سلامت در ارتش در ۱۸۵۷ و ساخت اولین مدرسه طب نظامی در بریتانیا در ۱۸۶۰ میلادی شد.

بیماران و پرستاری در سلامت را تعریف کرد و معمولاً به ترویج سلامت بیشتر اهمیت می داد. نایتینگل در نحوه آموزش پرستاری نیز تأثیری همیشگی گذاشت. رویکرد او به آموزش پرستاری رویکردی علمی بود و بر این باور بود که حرفه پرستاری باید متفاوت و متمایز با طبابت باشد. از نظر او آموزش پرستاری، یک روند منظم و تعریف شده بود و دریافت که گاه ابتدا باید دانشجویان یاد بگیرند چگونه در مورد آموزش فکر کنند. آنها باید آموزش ببینند چگونه یاد بگیرند.

در سال ۱۸۸۲ فلورانس نایتینگل نوشت: مشاهده وضعیت بیمار به ما می گوید، شرح حال بیمار به ما می گوید چه کاری باید انجام شود، آموزش به ما نشان می دهد که این کار چگونه صورت می گیرد. آموزش و تجربه برای یادگیری ما لازم اند، چگونگی مشاهده، آنچه باید مشاهده شود، چگونگی تفکر و آنچه باید راجع به آن فکر کنیم، با آموزش و تجربه به دست می آیند.

منبع: تاریخ پرستاری لیزابت کریگ ترجمه فاطمه شاداب - انتشارات ققنوس ۲۰۱۴