



"بسم الله الرحمن الرحيم"



تهیه کنندگان:

مریم امیدی، نرگس زارعی، سلماز مقصودی، ناصر فربود، مهدی کارگر، فرزانه کسرابی، طاهره زارع و آیسودا دهقانی

تایید کننده: دکتر مقیمی

بهار ۱۴۰۱



صفحه

عنوان

۱	.....	مقدمه
۲	.....	اصول کار در مراکز درمانی اعصاب و روان
۶	.....	رسالت بخشهای پرستاری
۷	.....	چارت تشکیلات مرکز
۸	.....	چارت تشکیلات پرستاری
۹	.....	قوانین جاری پرستاری در بیمارستان
۱۰	.....	سیاست های آموزش پرستاران
۱۴	.....	آموزش به بیمار
۱۵	.....	مبانی ایمنی
۱۸	.....	شناسایی بیمار
۱۹	.....	زخم فشاری
۲۰	.....	سقوط
۲۴	.....	معیار مورس
۲۵	.....	هامپی دامپی
۲۶	.....	بحران
۲۷	.....	پشتیبانی تجهیزات
۲۸	.....	مبانی کنترل عفونت
۳۲	.....	احیای قلبی ریوی
۳۴	.....	خلاصه داروهای جعبه اورژانس

۳۵	.....	تجهیزات پزشکی
۳۸	.....	خلاصه بیماری های اعصاب و روان
۴۳	.....	مهار فیزیکی
۴۴	.....	مهارشیمیایی
۴۵	.....	خود کشی
۴۸	.....	داروهای اعصاب و روان
۵۱	.....	شوک درمانی (ECT)
۵۲	.....	راهنمای گزارش نویسی در بخش اعصاب

این مرکز در سال ۱۳۵۶ احداث و در سال ۱۳۷۰ در زمینی به متراژ ۳۷۰۰ و زیر بنای ۱۳۷۴۰ متر مربع در ۵ طبقه شامل: زیرزمین، همکف و سه طبقه بهره برداری گردید. مبنای ساخت این مرکز جهت نگهداری از متکدیان بوده که پس از گذشت چند سال به مرکز نگهداری معتادین و بالاخره در سال ۱۳۷۱ به مرکز آموزشی درمانی جهت درمان بیماران اعصاب و روان تغییر کاربری داد. تعداد تختهای فعال آموزشی درمانی در ابتدای تأسیس ۷۲ تخت بوده است.

این مرکز تک تخصصی بوده و شامل بخشهای اعصاب و روان می باشد. خدمات بستری در بخشهای اتفاقات زنان و مردان، بخش زنان و ۵ بخش مردان و خدمات سرپایی توسط متخصص و فوق تخصص در درمانگاه صبح و با تلاش مسئولین محترم مرکز در شیفت عصر انجام می گیرید. تعداد تخت های مصوب ۱۸۸ تخت و تختهای فعال ۲۳۱ تخت می باشد، مرکز آموزشی و درمانی ابن سینا یک مرکز دولتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز و با دارا بودن ۲۳۱ تخت فعال، واحد های پاراکلینیک و درمانگاه تخصصی و فوق تخصصی آماده خدمات در زمینه اعصاب و روان به شهروندان گرامی میباشد. این مرکز با هدف ارائه خدمات باکیفیت و ایمن به بیماران دارای گواهینامه اعتبار بخشی با درجه یک می باشد.

اصول کار در مراکز درمانی اعصاب و روان

پرستار باید :

مطمئن شود که بیمار دارو ها و غذایش را مصرف کرده است / بازرسی بدنی و کنترل تخت و کمد بیماران از نظر وجود وسایل تیز و ویرنده ، دارو ، لباس شخصی و در هر شیفت انجام دهد / هر ۲۰ دقیقه نظارت مستقیم بر بیماران داشته باشد و هنگام خواب تنفس آنها را بررسی کند و در فرم مشاهدات ثبت کند و به سوپروایزر تحویل بدهد. / بیماران را بطور دائم از طریق دوربین تحت نظر داشته باشد / موظف است آموزش های لازم را در بدو پذیرش ، حین بستری و هنگام ترخیص به بیمار و همراهش بدهد. / درب اتاق های کنفرانس ، دارو ، انبار و را قفل کرده و کلید را دور از دسترس بیمار قرار دهد. / در صورتی که با تشخیص پزشک ، بیمار همراه داشته باشد ، وسایل شخصی وی را در کمدی مخصوص دور از دسترس بیمار قرار دهد. / هر ۱۵ دقیقه ، بیماری که مهار فیزیکی شده است را، تحت نظر داشته باشید. / در طول شیفت مراقب فرار بیمار باشید. / در بدو پذیرش ، مطمئن شوید که بیمار وسایل قیمتی و موبایل ندارد و از همراه وی تعهد بگیرد. / هنگام درگیری و پرخاشگری بیماران ، در صورت لزوم ، کد ۱۰۰ را فعال کند .

اصول ارتباط با بیماران اعصاب و روان :

برای برقراری ارتباط و ارائه یک طرح مراقبتی پرستاری در بیماران ، باید یک شرح حال کامل از بیمار گرفت و معاینه دقیق از وضعیت روانی او به عمل آورد. هنگام مصاحبه ابتدا شرایط محیطی (نور ، تهویه و) را در اتاقی با اندازه ی متوسط (اتاق بزرگ باعث از بین رفتن صمیمیت و اتاق کوچک باعث ترس و اضطراب خواهد شد) مهیا کنید . میزان خطر احتمالی را برای خود و دیگران ارزیابی کنید و به درب خروجی نزدیک باشید . بهتر است برای جلب اعتماد ، دست ها روی میز باشد و کمی به سمت جلو متمایل شوید و حتی الامکان از یادداشت برداری در حضور بیمار خودداری کنید . سپس با صدای واضح و آرام خود را معرفی کرده و هدف از مصاحبه را بیان کنید . آنگاه موارد زیر را بررسی کنید : اطلاعات شخصی / شکایت اصلی و ناخوشی کنونی / سوابق فردی و خانوادگی و مواد مخدر و داروهای مصرفی و آلرژی / وضعیت ظاهری و بهداشت / بینش به بیماری / وضعیت تکلم / خلق و عاطفه / افکار خودکشی و دیگرکشی و فرار / فعالیت و انرژی / خواب و اشتها / قضاوت و تفکر انتزاعی / حافظه و تمرکز / توهم و هذیان / خطاهای حسی / جهت یابی و سپس باتوجه به شناختی که از بیمار پیدا می کنید ، میتوانید ارتباط مناسبی برقرار کنید . در زیر به ذکر نکاتی از نحوه برقراری ارتباط در شرایط مختلف اشاره شده است :

- ۱- **خودکشی** : باید بطور مستقیم در مورد طرح و قصد خودکشی از بیمار سوال شود / تهدید به خودکشی جدی گرفته شود / بیمار هرگز تنها گذاشته نشود / هنگام خواب چراغی کم نور در اتاق روشن باشد / به سایر پرسنل شیفت بعدی اطلاع داده شود / حفظ امنیت بیمار و تشویق به شرکت در فعالیت / برقراری قرار داد منع خودکشی .
- ۲- **اعتیاد** : بیمار از نظر علائم ترک تحت نظر باشد .
- ۳- **خشونت** : نخستین اقدام تعیین علت آن رفتار می باشد / ضمن پذیرش و حق دادن به بیمار ، برخورد باید با ملایمت و بدون تهدید باشد / از نزدیک شدن و دست زدن به او اجتناب کنید / لازم است رفتار پرخاشگرانه تجزیه و تحلیل شود و مشخص شود که چه موقع و کجا بیمار خشمگین می شود .
- ۴- **هذیان** : نباید به او خندید، و از هرگونه بحث به منظور تغییر اعتقاد غلط اجتناب کنید / از صحبت در مورد جزئیات هذیان خودداری شود زیرا باعث تقویت آن می شود / هذیان رد یا تایید نشود بلکه بر واقعیت ها تاکید شود / شک و دودلی بیمار را نسبت به افکارش بیشتر کنید/ منحرف کردن فکر بیمار از هذیان باعث می شود کمتر به آن فکر کند.
- ۵- **توهم** : بدون آنکه توهم بیمار را انکار یا تقویت کنید به او نشان دهید که موافق ادراکات او نیستید / با شرکت دادن وی در فعالیت ها اجازه داده نشود که بیش از حد در دنیای خیال خود غرق شود . / محتوای توهمات و عوامل استرس زای قبل از شروع توهم شناسایی شود . / به بیمار توصیه شود از زمان و مکان تجربه ی توهم دوری کند
- ۶- **افسردگی** : تشویق به شرکت در فعالیت های گروهی به صورت تدریجی، و شناسایی موارد مثبت زندگی . / بایده بیمار فرصت پاسخ دادن، داد. / برای بیمار اهداف کوتاه مدت در نظر گرفته شود و کارهای سخت را در اواخر روز انجام دهد .
- ۷- **اضطراب** : باید توضیحات واضحی برای علائم جسمانی به بیمار بدهید/ عوامل تحریک کننده محیط مثل نور کم شود / تشویق به تنفس عمیق و آرام سازی عضلات / اجتناب ، مهمترین عامل تداوم ترس است ، بیمار باید تشویق شود که به موقعیت یا شی مورد اجتناب وارد شود .
- ۸- **بدبینی** : جلب اعتماد این بیماران مستلزم صبر و حوصله است . / برخورد صادقانه توأم با پذیرش بیمار ، اساس رابطه با این بیماران است. / مراقب پیامهای غیر کلامی مثل حرکات چهره و بدن و ... باشید. / در گوشی صحبت کردن در حضور بیمار موجب تشدید بدبینی می شود . / رفتارهای غیر رقابتی مانند حل جدول برایشان مناسب است.
- ۹- **اتروا** : باید در کنار بیمار نشست و در مورد مسائل روز مثل آب و هوا صحبت کنید یا حتی در سکوت او شریک شوید و برای شروع بر حسب علایق بیمار و با طرح سئوال های غیر مستقیم عمل کنید . / ارتباط یک نفره و کوتاه مدت برقرار شود .
- ۱۰- **مانیا** : برای برخورد با بیش فعالی از پرت کردن حواس استفاده شود . / اجتناب از فعالیت های گروهی و رقابتی . / محدود سازی و وادار کردن بیمار به رعایت مقررات . / ایجاد عادت خواب مناسب و تشویق به نوشیدن مایعات . / مکالمات مختصر و کوتاه مدت باشد و با روش آرام و قاطعانه حرف بیمار را در زمان پر حرفی قطع کنید .
- ۱۱- **خواب** : بهتر است بیمار را از خوابیدن در طول روز منع کرد . / برنامه ای منظم برای فعالیت های بدنی در نظر گرفته شود . / نوشیدنی های کافئین دار محدود شود . / استفاده از غذای سبک و مختصر و حمام قبل از خواب.
- ۱۲- **استرس** : نقش شنونده ی فعال را داشته باشید . / تشویق بیمار به شرکت در فعالیت های اجتماعی و تفریح درمانی و ورزشی.

۱۳- **نشانه های جسمانی** : پس از اطمینان از اینکه علت عضوی برای شکایت های جسمی بیمار وجود ندارد ، باید از توجه به ناتوانی های بیمار خودداری کنید. / کوچکترین بهبودی در علائم، باید مورد تشویق قرار گیرد.

۱۴- **اختلال شخصیت**: در شخصیت ضد اجتماعی وانمود کنید که نه تنها هیچ قضاوتی در مورد رفتار های بیمار نمی کنید ، بلکه اعمال گذشته او نیز خیلی مسئله بزرگی نبوده است . محدودیت های مشخص بگذارید و رفتاری محکم و استوار و ثابت داشته باشید . / در شخصیت مرزی باید سوالات باز مطرح شود و پاسخ صریح و روشن داده شود . / در شخصیت نمایشی باید روی موضوع های خاصی صحبت شود و برای کنترل رفتار های اغواگرانه با بیمار، قرارداد منعقد شود . / در شخصیت خودشیفته باید بیمار را در شناسایی محدودیت ها ی کمک کرد . / در شخصیت دروی گزین باید از گفت و گوهایی که ممکن است بیمار به عنوان انتقاد تلقی کند پرهیز شود . / در اختلال سلوک از طرح سئوالاتی که با «چرا» شروع می شود، خود داری کنید .

۱۵- **دلیریوم و زوال عقل** : از تعویض مکرر مراقبین و تغییرات محیط اجتناب شود / به طور مرتب بیمار را نسبت به محیط پیرامونش با عبارات ساده و محرک های بصری آگاه کنید. / فعالیت های تفریحی ساده در نظر گرفته شود و خاطرات گذشته مرور شود .

۱۶- **بیش فعالی و نقص توجه** : فعالیت های روزانه منظم باشد. / فعالیت هایی جهت تخلیه انرژی فراهم شود . / بایده اندازه کافی استراحت کرده و صبحانه را کامل میل نماید. / از قوانین محکم استفاده شود . / حجم تکالیف کاهش یابد و دوره های مکرر استراحت داشته باشد . / دروس تنوی صبح ها تدریس شود .

اصول اخلاقی و حقوقی در مرکز اعصاب و روان :

اخلاقی که در مراقبت های سلامت مطرح می گردد دارای پنج اصل می باشد :

- ۱- **سود رسانی و خیر خواهی** : مثلا صرف زمان بیشتر برای آرام کردن یک بیمار مضطرب
- ۲- **استقلال و خود گردانی** : یعنی احترام به حقوق دیگران ، مثلا بیمار حق رد درمان داشته باشد .
- ۳- **عدالت**: مراقبت از بیمار صرف نظر از نگرش های شخصی .
- ۴- **وفاداری و صداقت** : مثلا تعهد نسبت به بیمار و انجام ندادن کار اشتباه و حفظ تخصص در مهارت پرستاری از طریق آموزش
- ۵- **صحت و راستی** : ارتباط صادقانه و شرح عوارض و هدف از درمان و دارو ها .

*با توجه به اینکه قانون و اخلاق ارتباط نزدیکی با هم دارند ، ضمن رعایت ارزشهای اخلاقی ، نباید قوانین را نادیده بگیریم . بنابراین لازم است با برخی اصول آشنایی داشته باشیم ، از جمله آنها عبارت است از :

- **حق درمان** : بیمارانی که بستری می شوند ، از درمان روانپزشکی ، تحت معیار های زیر بهره مند شوند: محیط انسانی باشد ، کارکنان کافی و واجد شرایط باشند ، برنامه ی مراقبت داشته باشند .

- **حق رد درمان** : بیمار در هر زمانی می تواند از رضایت خود برای درمان صرف نظر کند. در این صورت باید پزشک معالج و روانشناس و سر پرست قانونی وی، رضایت داشته باشند .

- **محرمانه نگه داشتن شرایط بیمار** : بدون رضایت بیمار ، نمی توانیم اطلاعات موجود در مدارک پزشکی را به کسی نشان دهیم ، مگر به افرادی که برای اجرای برنامه ی درمانی لازم است . همچنین عکس از بیماران و مدارک ممنوع می باشد . در هر شرایطی مثلاً اثبات درمان، اسم نبردن و حتی پس از مرگ ، اطلاعات فاش نشود . اما طبق قانون تاراسوف میتوان به شخص ثالث هشدار داد که وظیفه ی هشدار شامل موارد زیر می باشد: الف) پیش بینی خطر خشونت ب) انجام اقدامات مناسب برای حفاظت از قربانیان
- **در معالجه غلط یا مسامحه یا اهمال**: هرپرستاری وظیفه دارد در صورت مشاهده ، به مقام بالاتر گزارش دهد. پرستار حق دفاع از حقوق بیمار را دارد ولی نمیتواند در رابطه ی پزشک-بیمار مداخله کند. همچنین زمانی که یک پرستار مراقبت از بیماری را به پرستاری دیگر واگذار می کند ، گزارش دقیق را ارائه دهد .
- برای پروسیچرهای تهاجمی مانند ECT و مهار فیزیکی باید از پدر یا جد پدری یا سرپرست قانونی بیمار ، رضایت گرفت شود ، در غیر این صورت باید به مسئول امور قضایی بیمارستان مراجعه شود .
- هنگام مهار فیزیکی بیماران خانم ، باید حتماً یک پرستار زن حضور داشته باشد .
- پرستاران باید در بدو ورود به کار، کد نظام پرستاری و بیمه مسئولیت داشته باشند . پرستاران بخش ECT و اتفاقات نیاز به بیمه ویژه دارند .
- در صورتی که بیمار با نامه قضایی بستری شده باشد ، باید هنگام ترخیص به مسئول قضایی بیمارستان اطلاع داده شود .
- طبق ماده ۴۹۵ و ۴۹۶ دستوری که پزشک به پرستار صادر کرده ، در صورت خسارت ، پزشک ضامن است ، مگر قوانین را رعایت کرده باشد اما در صورتی که دستور پزشک اشتباه باشد ، اگر پرستار آگاهانه انجام دهد و آسیبی بزند ، پزشک ضامن ندارد ولی پرستار ضامن دارد
- گزارش پرستاری ارزش حقوقی دارد و پرستار باید در نوشتن آن دقت کافی را داشته باشد .
- بیمار حق دارد از پزشک دوم برای معالجات خود مشورت بگیرد .
- از دادن هرگونه دارو بدون دستور پزشک خودداری کنید .
- از دادن اطلاعات شخصی خود به بیماران و همراهان و پذیرفتن هرگونه هدیه و مهمان نوازی خودداری شود .
- رمز های کامپیوتری را هرگز در اختیار دیگران قرار ندهید و پس از استفاده از برنامه خارج شوید .
- هرگز شیفت را ترک نکنید . مگر با اطلاع هدرنس و سوپروایزر و تعیین جایگزین .
- در صورتی که پژوهشی روی بیماران انجام شود باید رضایت گرفته شود .
- چنانچه بیمار خودکشی کند ، همراه وی می تواند شکایت کند .
- در صورتی که بیمار اعصاب و روان آسیبی به پرستار برساند ، پرستار نمی تواند از وی شکایت کند .

- هنگام ترخیص ، باید همراه بیمار به طور کتبی امضا کند که مدارک را تحویل گرفته است .

رسالت بخش های پرستاری مرکز آموزشی درمانی ابن سینا

➤ حفظ کرامت انسانی مددجویان و ارباب رجوع

➤ تعهد پرسنل به رعایت نظم و انضباط اداری و شئون اسلامی - آراستگی ظاهری - رعایت نزاکت و احترام به همکاران و بیماران وقت شناسی

و رعایت نظم و ترتیب در ارائه امور

➤ تعهد پرسنل به خدمت صادقانه و جلب رضایت بیماران؛ چراکه معتقدیم رضایت خالق وابسته به رضایت مخلوق است .

➤ داشتن صداقت - صمیمیت و خوشرویی توأم با برخورد مسوولانه نسبت به مراجعین و پاسخگو بودن در مقابل عملکرد

➤ رعایت منشور حقوق بیمار

➤ تلاش برای یادگیری فن آوری های نوین و استفاده بهینه از آن و آماده سازی فضای مطلوب به منظور ارائه خدمت مطلوب

➤ مشارکت در امر آموزش به بیماران و همراهان به صورت **face to face** و برگزاری کلاس های آموزش گروه و ارائه پمفلت های آموزشی

➤ ارائه و شرکت در کنفرانس های داخل بخشی و دوره های آموزشی ضمن خدمت به منظور بازآموزی دوره های شغلی پرسنل

➤ شرکت در جلسات دوره ای ماهیانه با همکاران جهت رفع مشکلات بخش

➤ مشارکت در امر آموزش دانشجوی

➤ اعتلای ارائه خدمات به بیماران اعصاب و روان از طریق مشارکت در طرح های پژوهشی - تحقیقاتی و آموزشی مرتبط بابخش

چارت تشکیلات پرستاری

مدیریت خدمات پرستاری

مریم امیدی

سوپروایزر آموزش سلامت
مهدی کارگر

سوپروایزر کنترل عفونت
زهرا حسینی

سوپروایزر بالینی در گردش
ناصر فربود

سوپروایزر آموزشی
سلماز مقصودی

سوپروایزر بالینی در گردش
علیرضا رضایی

سوپروایزر بالینی در گردش
و کارشناس ایمنی
زهرا حسینی

سوپروایزر بالینی در گردش
یوسفعلی نجمی

سوپروایزر بالینی در گردش
جواد رحیمی

بخش دو مردان
مهدی دهقان

بخش یک مردان
مهرداد سعیدی

سوپروایزر بالینی در گردش
نرگس زارعی

سوپروایزر بالینی در گردش
محمد حسینی

بخش زنان
هدی پرهمت

بخش پنج مردان
مهدی خیراندیش

بخش چهار مردان (اطفال)
مهدی بانسی

بخش سه مردان
یحیی حیدری

مسئول درمانگاه
لیلا مسیبی

بخش ECT
سعید خوش اندام

اتفاقات زنان
مریم دارنگ

اتفاقات مردان
احمد قیصری

بهیار / کمک پرستار بخش

پرستار بخش

قوانین جاری پرستاری در بیمارستان

مقررات جاری در پرستاری

- مرخصی کلیه کارکنان اعم از رسمی، رسمی آزمایشی، پیمانی و قراردادی و تبصره ۵ طرحی به ازاء هر یک ماه کارکرد ۲/۵ روز می باشد. که در مورد کادر درمان در بیمارستان های روانی ۵ روز می باشد ۲/۵ روز استحقاقی و ۲/۵ روز ارتقاء بهره وری)
- ذخیره مرخصی کلیه کارکنان به جز تبصره ۴ در طول سال ۱۵ روز می باشد.
- مرخصی کارکنان تبصره ۴، ۲۶ روز می باشد که در طول سال ۹ روز می توانند ذخیره نمایند.
- حداکثر مرخصی ساعتی به میزان نصف ساعت کاری روزانه است در صورت استفاده بیش از مدت ذکر شده یک روز مرخصی استحقاقی محاسبه می شود.
- مرخصی اضطراری شامل ازدواج دائم کارمند و ازدواج فرزند و فوت بستگان درجه ۱ می باشد و مدت آن هفت روز می باشد. که این مرخصی قابل بازخرید و ذخیره نمی باشد. مرخصی فوتی شامل: پدر، مادر، همسر، فرزند، خواهر، برادر و ازدواج: شامل کارمند و فرزندان می باشد.
- مرخصی استعلاجی در یک سال حداکثر ۴ ماه می باشد که باید به تأیید پزشک معتمد و شورای پزشکی برسد.
- مرخصی زایمان برای یک فرزند ۹ ماه و برای دوقلو و بیشتر یک سال می باشد. طبق بخشنامه دانشگاه کلیه کارکنان برای یک فرزند از ۹ ماه مرخصی زایمان میتوانند استفاده نمایند.
- مرخصی زایمان در خصوص مادرانی که فرزند آنها مرده به دنیا می آید ۲ ماه خواهد بود.
- به کارمندانی که همسر ایشان وضع حمل می نمایند مدت ۱۵ روز مرخصی اضطراری مراقبت از همسر تعلق می گیرد که این مرخصی قابل بازخرید و ذخیره نمی باشد.
- حقوق و مزایای کامندان مشمول صندوق تأمین اجتماعی در ایام مرخصی استعلاجی تا ۳ روز برعهده بیمارستان و بالاتر از ۳ روز برعهده سازمان تأمین اجتماعی می باشد.
- حقوق و مزایای کارمندان مشمول بیمه خدمات درمانی و کارمندان رسمی صندوق تأمین اجتماعی، رسمی، رسمی آزمایشی در ایام مرخصی استعلاجی برعهده بیمارستان است.
- کارمندان رسمی، رسمی آزمایشی و پیمانی می توانند در طول خدمت خود با موافقت مؤسسه حداکثر تا سه سال از مرخصی بدون حقوق استفاده نمایند و کارمندان قراردادی در سال یک ماه می توانند از مرخصی بدون حقوق استفاده نمایند
- مرخصی حج تمتع در طول خدمت ۳۰ سال فقط یک ماه و حج عمره ۱۰ روز و جهت عتبات عالیات ۷ روز خواهد بود که جزء مرخصی استحقاقی منظور نمی شود
- تعطیلات رسمی و روز جمعه بین مرخصی های استحقاقی جزء مرخصی محسوب نمی شود.
- تعطیلات رسمی و روز جمعه بین مرخصی بهره وری و اشعه جزء مرخصی محسوب می شود.

- در بحران مرخصی به پرسنل تعلق نمیگیرد و پرسنل باید در دسترس باشند.

مراحل شروع کار نیروی طرحی :

۱-مراجعه به کارگزینی و تکمیل فرم مشخصات پرسنل و دریافت چک لیست پرسنل بدو ورود

۲-تکمیل فرم بیمه عمر

۳- تکمیل فرم تعهدنامه قانون ارتقاء بهره وری مخصوص پرستاران، ماما، کاردان هوشبری و اتاق عمل، بهیار و کمک بهیار

۴- اخذ فرم چک لیست بدو ورود از کارگزینی

۵- ارائه شماره بیمه اخذ شده از تأمین اجتماعی

۶- اخذ نامه شروع به کار و مشخص نمودن بخش یا واحد مربوطه

۷- ارائه شماره حساب برای دریافت حقوق

۸- جهت ثبت نامه بیمه تکمیلی به سایت کارمند مراجعه فرمایید.

❖ گزیده ای از مقررات کارکنان بیمارستان:

۱. ساعت کار کارکنان اداری ۴۴ ساعت در هفته میباشد .

۲. ساعت کار موظف کارکنان بالینی به استناد قانون ارتقاء بهره‌وری مورخ ۱۳۸۹/۱۰/۱ به شرح زیر میباشد :الف. کسر ساعت کار کارکنان

بالینی به ازاء هر ۴ سال سنوات خدمت یک ساعت تا سقف ۵ ساعت در هفته از ساعت کار موظف هفتگی کسر خواهد شد .ب. در مورد

کارکنان شیفت در گردش مدت کسر ساعت کار بابت کار در شیفتهای غیر متعارف یک ساعت در هفته میباشد .ج. ساعت کار کارکنانی که

در شیفتهای شب و ایام تعطیل اشتغال دارند، با ضریب ۱/۵ محاسبه خواهد شد .د. مدت کسر ساعت کار بر اساس سختی کار حداکثر دو

ساعت در هفته میباشد.

سیاست های آموزشی پرستاران

مرکز آموزشی درمانی ابن سینا با توجه به الزامات اعتبار بخشی و با هدف ارتقاء سطح ارائه خدمات درمانی به بیماران و کاهش خطاها، سیاست های آموزشی کارکنان پرستاری را با هدف ارتقاء و به روزرسانی اطلاعات پرسنل از مسائل تخصصی، حرفه ای و غیر حرفه ای مرتبط با فرآیند کاری و محوریت شرح وظایف مصوب کارکنان پرستاری بر اساس ۴ مرحله نیازسنجی آموزشی، اولویت بندی، طراحی و برنامه ریزی و اجرا ارزیابی دوره های آموزشی برگزار می نماید.

* گروه های هدف برنامه های آموزشی کارکنان پرستاری:

گروه هدف شامل : گروههای مشمول(پرستار، بهیار، کمک پرستار، تکنسین بیهوشی ، کاردرمانگر)

❖ مجری برنامه آموزشی:

مجری برنامه آموزشی مرکز آموزشی- درمانی ابن سینا است که متولی انجام آن توسط سوپروایزر آموزشی بیمارستان است.

❖ استفاده از برنامه ها و مدرسین خارجی شامل:

- ✓ حضور همکاران در برنامه های اطلاع رسانی شده از سوی وزارت متبوع
- ✓ استفاده از مدرسین محترم وزارت بهداشت در صورت نیاز
- ✓ استفاده از مدرسین محترم دانشگاه علوم پزشکی شیراز مانند
- ✓ مدیریت پرستاری دانشگاه/ اداره اعتباربخشی / دفتر اخلاق پزشکی دانشگاه/ اورژانس ۱۱۵ / واحد بهداشت محیط واحد بهداشت حرفه ای/ واحد احیای بزرگسال ، اطفال و نوزادان واحد مشاوره دانشگاه / واحد واحد حقوقی دانشگاه و
- ✓ استفاده از مدرسین مورد تایید شاغل در سایر مراکز درمانی
- ✓ استفاده از مدرسین شرکتهای معتبر و مورد تایید دانشگاه
- ✓ استفاده از مدرسین مراکز آتش نشانی استفاده از مدرسین سازمان انتقال خون

❖ استفاده از مدرسین داخلی شامل

- ✓ گروه پزشکان متخصص / مدرسین محترم گروههای پرستاری ، بیهوشی - روانشناسی و.../ مدرسین محترم سایر گروههای شاغل در مرکز بسته به مبحث مورد لزوم

❖ نحوه انتخاب مدرس

- ✓ وجود مدرک مرتبط
- ✓ تسلط کافی و لازم به مطلب
- ✓ داشتن فن بیان
- ✓ توانایی انتقال مفاهیم
- ✓ داشتن سوابق تدریس معتبر علاقه مندی به تدریس
- ✓ داشتن حداقل ۵ سال سابقه خدمت
- ✓ داشتن مدرک ICDL
- ✓ داشتن کد مدرسی در سامانه آموزش ضمن خدمت دانشگاه

❖ اولویت های آموزشی کادر پرستاری:

به طور کلی اولویت های آموزشی واحد پرستاری به شرح زیر می باشد:

الف) سازمانی: که در اولویت اول می باشد و توسط دانشگاه علوم پزشکی تعیین می شوند.
ب) واحد: که در اولویت بعد قرار می گیرد که توسط پرسنل و بیمارستان نیازسنجی شده اند.

- ✓ احیاء قلبی ریوی پایه و پیشرفته
- ✓ آموزش مرتبط با ایمنی بیمار
- ✓ بیماریهای شایع روانپزشکی و پزشکی
- ✓ دستورالعمل های سازمانی (وزارتخانه)
- ✓ مباحث ایمنی بیمار
- ✓ مبانی کنترل عفونت و بهداشت محیط مراقبت های عمومی و اختصاصی بالینی
- ✓ اخلاق حرفه ای و قوانین در پرستاری
- ✓ بهداشت حرفه ای و ایمنی کار و.....

❖ نحوه تعیین نیازهای آموزشی گروه های هدف پرستاری با توجه به اولویت های آموزشی

- ✓ بر اساس توسعه فردی کارکنان پرستاری و مامایی
- ✓ بر اساس شرح وظایف مصوب هر گروه
- ✓ بر اساس نتایج ارزیابی عملکرد کارکنان
- ✓ بر اساس نیازهای آتی سازمان
- ✓ بر اساس شیوع بیماریهای باز پدید ، نو پدید
- ✓ بر اساس الزامات اعتبار بخشی
- ✓ نتایج حاصله از سیستم بررسی شکایات ، انتقادات و پیشنهادات
- ✓ نتایج حاصله از جمع بندی سیستم گزارش خطاها و وقایع ناخواسته رخ داده
- ✓ بر اساس خروجی و مصوبات کمیته های بیمارستان
- ✓ بر اساس ارزشیابی کارکنان

نحوه نیاز سنجی :

نیاز سنجی آموزشی بر اساس تقویم ارسالی از آموزش ضمن خدمت دانشگاه ، به صورت شش ماهه انجام می پذیرد. روش نیاز سنجی به صورت الکترونیک و از طریق سامانه آموزش ضمن خدمت (و یابه صورت دستی جهت پرسنل شرکتی و واحد های برون سپاری) انجام می پذیرد. به این صورت که

الف) تمامی پرسنل موظفند در بازه زمانی که از طریق دانشگاه علوم پزشکی شیراز ابلاغ می شود به سامانه یکپارچه کارمند علوم پزشکی شیراز مراجعه می کنند. و بعد از ورود به سامانه کارمند، در قسمت آموزش بر اساس نیاز آموزشی خود حداکثر ۳ نیاز فردی وارد سیستم می کنند و در پایان ثبت می نمایند.

آدرس : سایت دانشگاه سامانه کارمند آموزش نیازسنجی

ب) قبل از ارسال برنامه آموزشی بیمارستان به واحد آموزش دانشگاه، نیازهای آموزشی توسط واحد مدیریت ارزیابی می شود و بر روند نیازهای آموزشی نظارت و پیشنهادات خود را ارائه می نمایند.

❖ شیوه های اجرای برنامه های آموزشی:

جهت اجرای برنامه آموزشی، بعد از ثبت دوره در سیستم توسط رابط آموزشی از طریق گروه های مجازی، تلفن و همچنین به صورت حضوری به سرپرستاران و رابطین آموزشی اطلاع داده می شود تا به سایر همکاران اطلاع داده شود. بعضی از دوره ها به صورت اجباری برای عده ای از پرسنل ثبت نام می شود و عدم حضور پرسنل در کلاس هایی که برای آنها شیفت در نظر گرفته شده به منزله غیبت کاری محسوب می شود.

دوره ها به شیوه های زیر برگزار می شود:

- ✓ برگزاری کارگاه
- ✓ role playing

- ✓ برگزاری دوره ها به روش آسکی (Osce)
- ✓ برگزاری کلاس های حضوری
- ✓ آموزش های مجازی
- ✓ جلسات درون بخشی
- ✓ ارائه جزوه
- ✓ برگزاری دوره های آنلاین
- ✓ آموزش چهره به چهره
- ✓ آموزش در گروه های مجازی تشکیل شده (رابطین آموزشی بخشها، مسئولین درمانی...)
- ✓ ارسال پیام های آموزشی پرینت شده به بخشها

توجه : آموزش ها ممکن است درون بیمارستانی و یا برون بیمارستانی برگزار شوند و نیز ممکن دارای امتیاز آموزشی داخلی یا امتیاز آموزش ضمن خدمت و یا امتیاز آموزش مداوم داشته باشند و هر فرد موظف است حداقل ۶۰ ساعت آموزشی را بگذرانند.

❖ نحوه نظارت بر اجرای برنامه های آموزشی

- ✓ برگزاری کلاس ها در تاریخ و ساعت مقرر
- ✓ حضور سوپروایزر آموزشی یا فرد آگاه (بنا به صلاحدید) در کلاسهای آموزشی حضوری ، کارگاه و جلسات درون بخشی
- ✓ تکمیل فرم حضور و غیاب در دوره آموزشی حضوری و کارگاه با نظارت سوپروایزر آموزشی
- ✓ تکمیل فرم حضور و غیاب در جلسات درون بخشی با نظارت سرپرستار یا رابط آموزشی و ارسال به واحد آموزش
- ✓ نظارت از طرف دانشگاه علوم پزشکی شیراز به صورت تصادفی

❖ نحوه تامین منابع مورد نیاز

- ✓ بودجه پیش بینی شده جهت آموزش در اسفند ماه ، به واحد مالی فرستاده شده تا پس از بررسی در جلسات مدیران اجرایی بیمارستان ، در بودجه سال آینده پیش بینی شود. این بودجه شامل
- ✓ هزینه اساتید
- ✓ هزینه پذیرایی
- ✓ هزینه جزوه و سوالات
- ✓ هزینه ساعت کاری حضور پرسنل در کلاسهای آموزشی
- ✓ هزینه جهت تجهیزات احتمالی مورد نیاز آموزش مانند مولاژ

❖ ارزیابی:

بررسی اثر بخشی دوره های آموزشی بر اساس الگوی ارزشیابی (کرک پاتریک)، (krikpatrick) انجام می شود. بر این اساس اثر بخشی در چهار سطح انجام می شود

- ✓ واکنش: منظور از واکنش میزان عکس العملی است که فراگیران به کلیه عوامل موثر در اجرای یک دوره آموزش از خود نشان می دهند. این واکنش به صورت الکترونیکی توسط پرسنل پس از گذراندن دوره تکمیل می شود.

- ✓ یادگیری)دانش(یادگیری عبارت است از تعیین میزان فراگیری،مهارتها،تکنیک ها و حقایقی است که طی دوره آموزشی به شرکت کنندگان آموخته شده و برای آنان روشن گردیده است که از طریق آزمون قبل و بعد از شرکت در دوره آموزشی)پیش آزمون و پس آزمون(انجام می شود.
- ✓ رفتار: منظور از رفتار چگونگی و میزان تغییراتی است که در رفتار شرکت کنندگان در اثر شرکت در دوره آموزشی حاصل می شود و آن را میتوان با ادامه ارزیابی در محیط واقعی کار روشن ساخت.که از طریق چک لیست اثر بخشی،) به طور معمول سه ماه پس از برگزاری دوره آموزشی توسط مسئول مستقیم دوره (مورد سنجش و ارزیابی قرار می گیرد.
- ✓ نتایج: منظور از نتایج میزان تحقق اهدافی است که به طور مستقیم به سازمان ارتباط دارد.که از طریق تاثیر دوره ها بر شاخص های عملکردی مورد سنجش قرار می گیرد(مثلا برگزاری دوره آموزشی کنترل عفونت به چه میزان در شاخص کنترل عفونت نقش داشته است یا اینکه دوره آموزشی احیاء پیشرفته به چه میزان در شاخص احیا موفق بیمارستان نقش داشته است.



"آموزش" یکی از مهم ترین جنبه های حرفه ای کادر درمان و به خصوص پرستاران می باشد. اهمیت این موضوع وقتی بیشتر مشخص می شود که تحقیقات علمی نشان می دهند آموزشی از ارکان لاینفک ارتقاء خدمات به بیماران و جامعه می باشد.

در این میان آموزش پرستار به بیمار و خانواده اش از اهمیت دو چندانی برخوردار است. مطالعات نشان داده اند آموزش به بیماران تاثیر زیادی در کاهش بار مراقبتی خانواده ها، تاثیر بخشی بیشتر درمان های انجام شده و کاهش هزینه های درمان و پیگیری درمان دارد. همچنین آموزش به بیمار با کاهش اضطراب و نگرانی های خانواده ها و بیماران اطمینان آن ها به کادر درمان را دو چندان می نماید.

در این مرکز، آموزش به بیمار در قالب کارگروه آموزش در هر بخش با حضور سوپر وایزور آموزش سلامت، سرپرستار، رابط آموزش هر بخش و سوپر وایزور آموزش برگزار شده و بر اساس سیاست های آموزش به بیمار اولویت های آموزشی تعیین و اجرا می گردند.

هر پرستار با هر رده شغلی آموزش را باید به عنوان بخشی جدایی ناپذیر و اصلی از فعالیت های شغلی اش تلقی کند

سیاست های آموزش به بیمار بیمارستان

افزایش آگاهی، توانمندی و مشارکت بیماران و همراهان در تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت با استفاده از ظرفیت های بیمارستان

- ✓ شناسایی، اولویت بندی و اجرای برنامه های آموزشی در خصوص بیماری های شایع بیمارستان
- ✓ کمک به متولیان امر سلامت در خصوص ارتقا سلامت و افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماریهای شایع
- ✓ تهیه و بازنگری دستورالعمل های خود مراقبتی بیماری های شایع اعصاب و روان و توانمند سازی بیماران و همراهان در امر خود مراقبتی در برابر بیماریهای شایع اعصاب و روان پس از ترخیص بر اساس دستورالعمل ها
- ✓ تهیه و بازنگری طرح درس بیماریهای شایع بیمارستان و انجام آموزش گروهی به بیماران و همراهان بر اساس آنها

- ✓ فعالیت مستمر کارگروه آموزش به بیمار در بخشهای بستری جهت برنامه ریزی و نیازسنجی آموزشی، نظارت بر اجرای آموزشها در بخش و همچنین اثربخشی و در صورت لزوم انجام اقدام اصلاحی در حیطه آموزش به بیمار
- ✓ توانمند سازی پرسنل در امر آموزش به بیمار(بدو و حین بستری-حین و زمان پس از ترخیص) به صورت حضوری و غیرحضوری(آموزشهای مجازی) و با نظارت کارگروه آموزشی بخش
- ✓ تداوم اجرای طرح ویزیت در منزل جهت جلوگیری از عود مجدد بیماری و کاهش تعداد بستری های بیمار در راستای تقویت خود مراقبتی و



مدیریت هزینه ها(در حال حاضر بعلت شرایط کرونا بیماران تحت پوشش طرح با هماهنگی بیمارستان در درمانگاه توسط اساتید روان پزشکی ویزیت میشوند)
 امید است پرسنل جدیدالورد با انگیزه ای دوچندان آموزش به بیمار را به عنوان یکی از وظایف اصلی خود تلقی و در انجام آن اهتمام ورزند.
 دفتر آموزش سلامت در این راستا با همکاری رابطین آموزشی و سرپرستار بخش از این پرسنل برای انجام آموزش به بیمار کمک خواهد خواست.

مبانی ایمنی

مهمترین الزام در هر بیمارستان ایمنی بیمار می باشد

ایمنی بیمار از نظر WHO یعنی اجتناب و خلاصی از آسیب های بی مورد یا بالقوه مرتبط، با خدمات مراقبت سلامت است.

اقدامات این مرکز به منظور افزایش ایمنی شامل: فوم کوبی ایزوله ها ، استفاده از طلق (نشکن) به جای شیشه ، تجهیز قسمت ها به دوربین و کوتاه کردن پایه تخت ها، کاهش دسترسی به برق و...

9 راه حل ایمنی بیمار

- ۱- توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی
- ۲- توجه به مشخصات فردی بیمار جهت جلوگیری از خطا
- ۳- ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار
- ۴- انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار
- ۵- کنترل غلظت محلول های الکترولیت
- ۶- اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارایه خدمات
- ۷- اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها
- ۸- بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبت های سلامتی
- ۹- استفاده صرفاً یکباره از وسایل تزریقات

بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار patient safety walkround

موضوع بازدید های ایمنی : هر مسئله ای که به نوعی با ایمنی بیمار مرتبط باشد -خطاهای رخ داده دربخش -مطرح کردن موارد سقوط و خطاهای دارویی می باشد

با انجام مرتب بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار بصورت هفتگی یا ماهانه مدیران ارشد سازمان می توانند به کارکنان، تعهد سازمان را به ایجاد فرهنگ ایمنی نشان دهند. بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار از کلیه بخشهای بیمارستانی صورت می گیرد و در واقع شیوه ای غیر رسمی برای صحبت با کارکنان در رابطه با موضوعات مربوط به ایمنی بیمار در سازمان بوده و حمایت مدیران را از گزارش خطا نشان می دهد.

بازدید مدیریتی ایمنی بیمار، بازرسی و مچ گیری از پرسنل خاطی نیست. بازدید مدیریتی ایمنی بیمار با کاهش ریسک در بیمارستان، به راه حل های کاربردی دست می یابد. برنامه بازدید ایمنی یا **walk round** در تابلو اطلاع رسانی کلیه بخش ها موجود است کلیه پرسنل باید از زمان راند ایمنی بخش مربوطه آگاهی داشته باشند.

مدیریت خطر: فعالیتهای بالینی و اجرایی انجام یافته برای شناسایی، ارزیابی و کاهش خطر صدمه به بیماران، کارکنان و مراجعہ کنندگان و نیز خطر زیان، به خود سازمان.

به دنبال خطاها در هر بخش کارشناس ایمنی موارد را در قالب درس آموخته از خطا تدوین و به منظور پیشگیری از خطای مشابه و مجدد به بخش ها باز خورد می دهد. نحوه ثبت خطا به صورت تکمیل فرم ثبت خطا موجود در هر بخش بدون نوشتن نام، استفاده از صندوق ثبت خطا یا سایت بیمارستان می باشد. افراد شرکت کننده در راند ایمنی عبارتند از: مدیر= مترون- کنترل عفونت- کارشناس ایمنی و مسئول بهبود کیفیت

کارشناس هماهنگ کننده ایمنی، بحران و مدیریت خطا و خطر خانم امید و مسئول فنی ایمنی دکتر مقیمی می باشد.

نکته ۱: لیست داروهای حیاتی هر بخش شامل داروهای E.BOX و داروهای اختصاصی آن بخش می باشد باید دسترسی در تمام مدت شبانه روز به داروهای حیاتی موجود باشد
نکته ۲: شاخص های ایمنی: سقوط- فرار- خودکشی- آسیب حین مهار فیزیکی- عفونت بیمارستانی- زخم بستر می باشند.

خط مشی نتایج معوقه

بیماران زمان ترخیص قبل از تسویه حساب به آزمایشگاه ارجاع داده می شوند تا در صورت آماده نبودن جواب آزمایشات فرم مخصوص توسط پرسنل آزمایشگاه تکمیل شود و آموزش در رابطه با پیگیری جواب آزمایشات به همراه بیمار داده می شود.

خط مشی دستورات تلفنی/شفاهی

- ۱- پرستار مسئول بیمار در صورت نیاز به گزارش شفاهی وضعیت بیمار به پزشک معالج مسئول شیفت را مطلع می نماید.
- ۲- پرستار مسئول بیمار، در حضور مسئول شیفت با پزشک مربوطه تماس حاصل می نماید.
- ۳- پرستار مسئول بیمار در حضور مسئول شیفت طی تماس تلفنی شرح حال دقیقی در ارتباط با وضعیت بیمار، جواب اقدامات پاراکلینیکی، اطلاع از انجام مشاوره و... به پزشک گزارش می نماید.
- پرستار مسئول بیمار در حضور مسئول شیفت (با قرار دادن تلفن روی آیفون و یا تکرار دستورات پزشک با صدای بلند) دستورات لازم را از پزشک اخذ می نماید
- ۴- پرستار مسئول بیمار در حضور مسئول شیفت، دستورات ثبت شده شفاهی را طبق خط مشی چک دستورات پزشک کنترل هر دو مهر و امضاء می نماید
- ۵- پرستار مسئول بیمار در حضور مسئول شیفت دستورات را طبق خط مشی تکمیل کاردکس در کاردکس وارد می نماید
- ۶- پرستار مسئول بیمار، دستورات اخذ شده را به نحو صحیح و کامل جهت بیمار انجام می دهد
- ۷- پرستار مسئول بیمار دستورات اخذ شده شفاهی اجرا شده یا قابل پیگیری را در گزارش پرستاری با قید ساعت و تاریخ دقیق به طور کامل ثبت و مهر و امضاء می نماید

- ۸- پرستار مسئول بیمار در حضور مسئول شیفت فرم مربوط به دستورات شفاهی را تکمیل و هر دو مهر و امضاء می نمایند.
- ۹- مسئول شیفت، مسئول شیفت بعدی را در خصوص اخذ مهر و امضاء پزشک مربوطه جهت دستورات شفاهی ثبت شده (در صورتی که در همان شیفت انجام نشده باشد) مطلع می نماید.
- ۱۰- پزشک در اولین حضور خود بر بالین بیمار (حداکثر ۲۴ ساعت) دستورات شفاهی ثبت شده را مهر و امضاء می نماید.
- *در صورتی که در دستورات اخذ شده داروی پرخطر ذکر شده باشد طبق خط مشی داروهای پرخطر اقدام می شود.

اصل دارو دادن 8 Right

- ۱- بیمار صحیح- ۲- داروی صحیح- ۳- راه مصرف صحیح- ۴- زمان صحیح- ۵- دوز مصرف صحیح- ۶- ثبت صحیح- ۷- تجویز صحیح- ۸- پاسخ مناسب به دارو
- هفت مورد اول الزامی است و رعایت پاسخ مناسب به دارو توصیه می شود.

جمع آوری فرمهای خطا ماهانه و مکان فرم ثبت خطا برد بخش ها و صندوق ثبت خطا در سایت بیمارستان می باشد. بازخورد خطا ماهانه گزارش میگردد.

نتایج حیاتی panic value

با استفاده از خط یکطرفه یا **red line** آزمایشگاه نتایج بحرانی را به اطلاع پرسنل می رساند و پرسنل باید نام فرد گزارش دهنده را به همراه نتیجه آزمایش در گزارش بیمار ثبت نمایند و موضوع را فوراً به پزشک گزارش نمایند.

RED لاین یا کانال ارتباطی همواره آزاد : خطی است که به منظور اطلاع رسانی موارد بحرانی در نظر گرفته شده (صفر این خط قفل است) دبیر کمره مرگ و میر جناب آقای شتابی می باشد . و هرگونه رخداد مرگ بایستی به اطلاع سوپروایر رسانده شود.

- مدیریت خطر یعنی شناسایی ، ارزیابی و کنترل ریسک های بالقوه است.
- تعریف ریسک : احتمال قرار گرفتن در معرض خطا.
- تعریف مخاطره : وضعیتی که واقعی یا بالقوه می تواند ایجاد خطر کند.
- در فرم ثبت خطا نوع خطا ، زمان خطا و علت خطا ثبت شود.

خط مشی داروهای پرخطر

تمام مراحل چک دستور پزشک ، اجرای دستور پزشک ، تجویز دارو ، محاسبه دارو و ثبت دارو با حضور دو پرستار انجام شود . دارو های پرخطر با برچسب قرمز در محل نگهداری مشخص می شوند . داروهای پرخطر این بیمارستان شامل: هالوپریدول- لیدوکائین- گلوکونات کلسیم- انسولین- آتروپین- اپی نفرین- هپارین و مخدرها (مانند: متادون، بوپرو و.....) است.

خط مشی داروهای مشابه

- 1) با برچسب زرد مشخص شوند.
- 2) در باکس های جداگانه گذاشته شوند.

روش شناسایی فعال (خود اظهاری): از بیمار درخواست نمایید که نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد خود را بیان نماید. سپس آن را با مشخصات مندرج بر روی دستبند در صورت سایکوتیک بودن بیمار با اطلاعات پرونده بیمار تطبیق دهید.

۱- در صورت مشابهت نام و نام خانوادگی دو بیمار بستری، ضروریست نام پدر بیمار نیز به عنوان شناسه سوم علاوه بر دو شناسه اصلی در زمان شناسایی فعال بیمار مورد استفاده قرار گرفته و احتیاطات لازم مراقبتی از جمله عدم بستری دو بیمار در یک اتاق و نصب کارت هشدار بیمار با نام مشابه بر روی پرونده و یونیت بیماران، انجام گردد.

۲- در بخش های اعصاب و روان به دلیل اینکه امکان دارد بیماران دستبند را از دست خود جدا می کنند شناسایی بیمار بیشتر بصورت فعال صورت می گیرد و اظهارات بیماران با مشخصات ثبت شده در کاردکس و پرونده بیمار مطابقت داده می شود و زمان تحویل بیمار شناسایی چهره به چهره انجام می گردد

۳- دستبند شناسایی در سه رنگ سفید جهت بیماران عادی زرد جهت بیماران پرخطر و قرمز جهت بیماران با سابقه آلرژی در نظر گرفت شده است

۴- ریسک های بیماران در معرض خطر (سقوط، ترومبوز وریدی، زخم فشاری، خودکشی،) در بدو ورود به بخش توسط پرستار بر اساس ابزار علمی تخمین ریسک بررسی و با الصاق دستبند زرد مشخص میگردد نکته: با توجه به اینکه تمام بیماران اعصاب و روان در معرض خطر سقوط می باشند جهت مشخص شدن بیماران نیازمند به مراقبت بیشتر فقط به بیماران با ریسک بالای سقوط دستبند زرد داده می شود. جهت تمایز بیماران در معرض سقوط از بیماران در معرض خودکشی از علامت اختصاری S روی دستبند بیماران در معرض خودکشی استفاده می گردد

۵- جهت بیماران پلی فارمسی، اطفال در معرض خطر سقوط و سوء تغذیه نصب دستبند زرد الزامی نبوده و مدیریت پیشگیرانه خطر مد نظر قرار گیرد.

در بیماران سوء تغذیه، ارزیابی اولیه و تخصصی تغذیه و انجام اقدامات پیگیرانه کفایت می کند.

۶- در صورت کشف سابقه آلرژی در بیمار، از دستبند قرمز رنگ جهت بیمار استفاده می گردد

۷- هریک از اعضای کادر درمان پیش از انجام هر گونه اقدام مراقبتی و درمانی و یا تشخیصی، موظف است با استفاده از روش شناسایی فعال بیمار را شناسایی نمایند.

نکته: در صورتیکه بیمار هم سابقه آلرژی داشته و هم در معرض خطر باشد دستبند قرمز با لیبل زرد استفاده گردد

اطلاعات تکمیلی در خط و مشی شناسایی بیمار مطالعه گردد

گزارش وقایع ۲۸ گانه

در صورت وقوع هر کدام از حوادث (شایعترین در بیمارستان اعصاب و روان عبارتند از سقوط، اقدام به خودکشی، مفقود شدن بیش از ۴ طول بکشد، ضرب و شتن بیمار، زخم فشاری)

فرم گزارش حادثه تکمیل گردد و موضوع به اطلاع سوپروایزر رسانده شود فرم گزارش حادثه در دو نسخه نوشته می شود که توسط پرستار، پزشک و سوپروایزر تکمیل می گردد موضوع به اطلاع کارشناس ایمنی رسانده می شود تحلیل ریشه ای (RCA) حادثه انجام و اقدام اصلاحی صورت می گیرد.

زخم فشاری

آسیب محدود به پوست و یا بافت های زیرین در اثر فشار یا فشار همراه با نیروی اصطکاک و کشیدگی، زخم فشاری نام دارد و معمولاً برجستگی استخوانی را درگیر می کند.

نواحی مستعد ابتلا به زخم فشاری:

بخش تحتانی پشت و باتکس، برجستگی استخوانی نظیر شانه، لگن، زانو، پاشنه و آرنج در بیماران کم تحرک و در بیماران پرخاشگری که بسته می شوند نواحی بسته شده مانند مچ دست و پا.

درجه بندی زخم فشاری:

بر اساس عمق بافت صدمه دیده به دو گروه عمقی و سطحی تقسیم می شوند که زخم عمقی از بافت زیر جلدی برجستگی استخوانی شروع شده و سپس به سمت لایه های فوقانی پوست گسترش می یابد و با علائم ایجاد توده سفت زیر پوست و تغییر رنگ پوست به بنفش مشخص می شود. زخم فشاری سطحی از پوست شروع شده و به چهار درجه تقسیم می شود.

- ❖ **زخم فشاری درجه یک:** قرمزی و پر خونی پوست که با اعمال فشار سفید نمی شود. از علائم این زخم تورم موضعی پوست، درد و افزایش درجه حرارت موضعی پوست می باشد.
- ❖ **زخم فشاری درجه دو:** از دست دادن ضخامت نسبی پوست و تظاهر تاول، خراشیدگی، ادم و ارتشاح سلولی اپیدرم و تورم و قرمزی لبه های زخم از علائم زخم درجه دو می باشد.
- ❖ **زخم فشاری درجه سه:** فقدان کامل پوست و صدمه و نکروز زیر جلدی و ایجاد حفره در موضع صدمه دیده در زخم فشاری درجه سه اتفاق می افتد.
- ❖ **زخم فشاری درجه چهار:** علائم و نشانه های این زخم عبارت است از فقدان کامل پوست، نکروز بافتی پوست و درگیری عضلات و استخوانها و ساختار حمایتی نظیر تاندونها

وسعت زخم فشاری:

وسعت زخم فشاری بر اساس بیان ابتدا طول و سپس عرض زخم (طول × عرض) انجام میشود. طول زخم در امتداد سر بیمار اندازه گیری شده و برای 1 بیان عرض زخم از قسمت طول در جهت عقربه های ساعت حرکت نموده و اندازه گیری انجام می شود که این اندازه گیری میتواند بر اساس mm یا cm و با استفاده از خط کشها کاغذی یکبار مصرف انجام شود.

درمان زخم فشاری:

اگر بیماری دچار زخم فشاری باشد باید روزانه با سایلین زخم ها شسته و پانسمان شود برای پانسمان میتوان از پانسمانهای شفاف موجود در بازار استفاده کرد. در صورت نکروز شدن زخم نیاز به دبرید آن در اتاق عمل میباشد. برای زخمهای که دچار عفونت شده باشند، طبق تجویز پزشک آنتی بیوتیک شروع میشود.

معیار برادن:

دامنه ارزیابی ۶-۲۳	نیروی اصطکاک و از هم گسیختگی ۱-۳	وضعیت تغذیه ۱-۴	توانایی بیمار در تغییر وضعیت و جابجای ۱-۴	میزان فعالیت فیزیکی بیمار ۱-۴	رطوبت پوست بدن ۱-۴	سلامت درک حسی ۱-۴
خطر پایین ۱۵-۱۸						
خطر متوسط ۱۳-۱۴						
خطر زیاد ۱۰-۱۳						
خطر بسیار زیاد ۹ و کمتر						
امتیاز کل						

- ✓ بیمار و همراه او را در بدو ورود به محیط بخش آشنا نمایید
- ✓ به بیمار آموزش دهید از دمپایی غیر لغزنده با سایز مناسب استفاده نماید .
- ✓ در صورت نیاز در کنار تخت بیمار صندلی راحتی گذاشته شود
- ✓ از سهولت دسترسی بیمار به وسایل شخصی مانند عینک، دستمال کاغذی مطمئن شوید
- ✓ به روشنایی اتاق بیماران و راهرو بخش توجه نمایید . راهرو منتهی به توالت و دستشویی باید واجد نور کافی و فارغ از هرگونه مانع و اشیاء اضافی باشد .
- ✓ بیماران دارای اختلال هوشیاری و دلیریوس در صورت نیاز با دستور پزشک مهار شوند.
- ✓ در فرم ارزیابی اولیه ، بیمار در معرض سقوط را بر اساس معیار موریس در بزرگسال و هامپی دامپی در کودکان شناسایی نمایید
- ✓ برچسب زرد رنگ با ثبت نوع خطر را بر روی پرونده، کاردکس و پایین تخت بیمار با نمره موریس ۴۵ و معیار هامپی دامپی بیشتر از ۱۲ نصب نمایید .
- ✓ با توجه به اینکه تمام بیماران اعصاب و روان در معرض خطر سقوط هستند فقط بیماران با ریسک بالا لیبل نصب میگردند) اهمیت برچسب و علت نصب برچسب زرد را برای همراه توضیح می دهد .
- ✓ در صورتی که بیمار ریسک بالا دارد تشک بیمار در اتاق ایزوله و در صورت نیاز روی زمین قرار داده شود تا احتمال سقوط کم گردد.
- ✓ مام بیماران با سن بالای ۶۵ سال را در راندهای روتین ارزیابی مجدد نمایید
- ✓ ارزیابی خطر سقوط بایستی حداقل یک بار در روز و هنگام تغییر شرایط بیمار صورت گیرد
- ✓ بیمارانی که داروهای کاهنده فشار خون استفاده می کنند حتما فشار خون آنها چک گردد و نظارت بیشتری شوند
- ✓ بیماران با ریسک بالا نزدیک ایستگاه پرستاری قرار داده شوند.
- ✓ استفاده از وسایل کمک حرکتی به بیمار و همراه بیمار آموزش داده شود .
- ✓ آموزش بالا بودن نرده های کنار تخت زمان حضور بیمار در تخت داده شود
- ✓ آموزش نحوه پایین آوردن نرده کنار تخت و نحوه پایین آمدن از تخت (ابتدا لبه تخت نشسته و سپس به آرامی از تخت جارج شود) به بیمار داده شود .
- ✓ عدم استفاده از تخت ، برانکارد ، میز و کمد کنار تخت بیمار به عنوان تکیه گاه توسط پرستار به بیمار آموزش داده شود.
- ✓ کمک به بیمار زمان رفتن به سرویس بهداشتی توسط پرستار انجام م گیرد
- ✓ تکرار آموزش های مرتبط با ایمنی برای بیمار و همراه انجام گردد
- ✓ بیمارانی که داروهای کاهنده فشار خون ، مسکن ها ، خواب آورها و شل کننده ها ، دیورتیک ها ، داروهای اعصاب و روان مصرف می کنند و بیماران معتاد بیشتر از سایر بیماران در معرض خطر سقوط می باشند
- ✓ به مواردی از جمله وضعیت روحی روانی ، مشکلات حرکتی و تعادلی، بینایی ، شنوایی ، استرس ، NPO بودن بیمار توجه نمایید
- ✓ علائم بالینی ارتوستاتیک (فشار خون ، نبض و علائم بالینی) بیماران که در معرض خطر هیپوولمیا هستند را در وضعیت خوابیده به پشت ، ایستاده (در صورتی که قادر به ایستادن نیست در حالت نشسته با پاهای آویزان) بررسی نمایید
- ✓ در زمان OOB شدن بیمار پرستار در کنار بیمار حضور داشته باشد
- ✓ در اتاق درمان و یا واحدهای تشخیصی، بیماران در معرض خطر را تنها رها ننمایید
- ✓ نیاز بیمارانی که به دفع مکرر احتیاج دارند تا حد امکان اتاق نزدیک سرویس بهداشتی باشند
- ✓ اینچارج بخش در زمان تحویل و تحول بیماران سالم بودن side rail را بررسی نماید.
- ✓ اینچارج بخش تمیزی و خشک بودن کف بخش را بررسی می نماید.

- ✓ خدمات در صورتی که کف بخش خیس، کثیف یا لغزنده باشد بلافاصله تمیز و خشک نماید
- ✓ اطمینان از قفل بودن چرخ های تخت بیمار، برانکار و صندلی چرخدار وقتی در حالت سکون است، توسط کلیه پرسنل درمانی، خدمات، بیماربر در حین استفاده صورت گیرد.
- ✓ بیمارانی که مراقب دارند لازم می باشد پرستار برنحوه مراقبت آنها نظارت داشته و در صورت نیاز آموزش لازم به آنها داده شود

راهنمای بررسی ریسک سقوط بیمار

بررسی خطر سقوط چیست؟

معیار بررسی خطر سقوط مورس، یک ابزار بررسی خطر سقوط است که احتمال سقوط بیمار را پیش بینی می کند.

- بررسی با استفاده از این معیار باید حداقل روزی یک بار و با هر تغییر در وضعیت بالینی بیمار انجام شود.
- با استفاده از این ابزار، اطلاعات لازم مرتبط با ارائه مراقبت جهت پیشگیری از سقوط بیمار فراهم می شود.

حیطه های مورد بررسی توسط ابزار مورس کدامند؟

- سابقه سقوط
- تشخیص ثانویه
- سایل کمک حرکتی (نیاز به کمک جهت راه رفتن)
- سرم درمانی / هپارین لاک / سیلین لاک
- الگوی راه رفتن
- وضعیت روانی - ذهنی بیمار

سابقه سقوط

- آیا بیمار از زمان پذیرش در بیمارستان تاکنون سابقه سقوط داشته است؟
- آیا بیمار طی ۳ ماه گذشته سابقه سقوط داشته است؟
- اگر هر کدام از سوالات فوق مثبت باشد ۲۵ امتیاز تعلق می گیرد، در صورت منفی بودن هر دو سوال صفر امتیاز تعلق می گیرد.

تشخیص ثانویه

- الف) در صورتی که بیمار فقط یک تشخیص پزشکی فعال دارد صفر امتیاز تعلق می گیرد.
- ب) در صورتی که بیمار بیش از یک تشخیص پزشکی فعال برای این نوبت پذیرش داشته باشد، ۱۵ امتیاز تعلق می گیرد.

وسایل کمک حرکتی

الف) در صورتی که بیمار بدون وسایل کمک حرکتی راه می رود یا از صندلی چرخدار استفاده میکند یا استراحت مطلق است از تخت به هیچ عنوان بر نمی خیزد، صفر امتیاز تعلق می گیرد.

ب) در صورتی که بیمار از عصا و واگر جهت راه رفتن استفاده می کند ۱۵ امتیاز تعلق می گیرد.

ج (در صورتی که بیمار به هنگام راه رفتن به اثاثیه اطراف خود بعنوان کمک محکم چنگ می زند) بیمار به کمک نیاز دارد اما تقاضای کمک نمی کند یا از دستور استراحت در تخت تبعیت می کند(در صورت مثبت بودن پاسخ ۳۰ امتیاز تعلق می گیرد.

مایع درمانی (وریدی یا هپارین لاک)

الف (در صورتی که بیمار راه وریدی ، هپارین لاک یا سالین لاک ندارد یا به تجهیزاتی متصل نمیباشد صفر امتیاز تعلق می گیرد.

ب (در صورتی که بیمار راه وریدی یا هپارین لاک یا سالین لاک دارد یا به تجهیزاتی متصل باشد ۲۰ امتیاز تعلق می گیرد

الگوی گام برداشتن

الف (الگوی گام برداشتن نرمال است:

- آیا بیمار در زمان راه رفتن سرخود را در وضعیت عمودی نگه می دارد؟
- آیا بیمار در زمان راه رفتن دستهای خود را آزادانه حرکت می دهد؟
- آیا بیمار با اطمینان و بدون تردید قدم بر می دارد؟

***در صورتیکه پاسخ های فوق مثبت باشد صفر امتیاز تعلق می گیرد.**

ب (الگوی گام برداشتن زمان جابجایی ضعیف می باشد:

- سر بیمار خمیده است ، ولی بدون از دست دادن تعادل سرخود را بلند می کند؟-
- آیا بیمار جهت راه رفتن با تماس مختصر دست از اثاثیه اطراف خود کمک می گیرد؟
- گام کوتاهتر از حالت طبیعی است و پاهای خود را روی زمین می کشد ؟

***در صورتیکه پاسخ های فوق مثبت باشد ۱۰ امتیاز تعلق می گیرد.**

ج (الگوی گام برداشتن بیمار معیوب باشد

- آیا بیمار در زمان برخاستن از صندلی مشکل دارد ، نیاز به استفاده از دستان خود دارد ، چندین بار تلاش می کند تا برخیزد.
- آیا بیمار در زمان راه رفتن سرش حالت افتاده دارد و زمین را نگاه می کند؟
- آیا بیمار بدون چنگ زدن به اثاثیه و اشیاء اطراف خود نمی تواند راه برود ؟
- آیا بیمار قدم هایش کوتاه است و پاهایش را روی زمین می کشد؟

***در صورتی که پاسخ های فوق مثبت باشد و همچنین در صورت استفاده از ویلچر ، به هنگام سوار شدن و پیاده شدن الگوی قدم**

برداشتن مشابه موارد فوق باشد امتیاز ۲۰ تعلق می گیرد.

وضعیت روانی - ذهنی بیمار

جهت معاینه وضعیت روانی از بیمار سوال زیر را بپرسید:

آیا جهت رفتن به دستشویی به کمک نیاز دارد یا به تنهایی از عهده آن بر می آید؟

اگر پاسخ بیمار با وضعیت وی منطبق بود صفر امتیاز تعلق می گیرد. اما اگر در توانایی خود اغراق کرد یا محدودیت هایش را فراموش کرد ۱۵ امتیاز تعلق می گیرد.

مداخلات توصیه شده بر اساس ریسک های شناسایی شده از معیار مورس :

***در صورت مثبت شدن امتیاز سابقه سقوط :**

- احتیاطات مربوط به پیشگیری از سقوط را بکار ببندید
- سقوط بیمار به همه افرادی که به نحوی در مراقبت از بیمار نقش دارد گزارش داده شود.
- شرایطی که منجر به سقوط بیمار شده است در گزارش پرستاری ثبت گردد.

*در صورت مثبت شدن امتیاز تشخیص ثانویه:

- عواملی که احتمال سقوط بیمار را افزایش می دهند نظیر بیماری / زمان دارو و عوارض دارو از قبیل سرگیجه ، تکرر ادرار و عدم تعادل در برنامه مراقبتی بیمار لحاظ شوند.

*در صورت مثبت شدن امتیاز استفاده از وسایل کمک حرکتی :

- وسایل کمک حرکتی در اختیار بیمار قرار گیرد.
- مشاوره فیزیوتراپی انجام شود.

*در صورت داشتن سرم یا هپارین لاک

- نیاز بیمار به اجابت مزاج را بررسی کنید.
- به بیمار آموزش دهید جهت رفتن به دستشویی درخواست کمک کند.

*در صورت مثبت شدن گام برداشتن :

- جهت خارج شدن از تخت به بیمار کمک دهید.
- مشاوره فیزیوتراپی انجام شود.

* در صورت مثبت شدن وضعیت ذهنی - روانی

- بیمار در محل قابل رویت قرار دهید بطور مثال نزدیک به استیشن
- از همراه بیمار بخواهید کنار بیمار باقی بماند.
- مرتب به بیمار سر بزنید.

شاخص ها

شایع ترین آمار مورد استفاده اندازه گیری و رهگیری است که بشرح ذیل محاسبه می شود:

$$100 \times = \frac{\text{تعداد سقوط بیماران در یک دوره زمانی خاص}}{\text{کل بیماران در بستری یک دوره زمانی خاص}} = \text{درصد سقوط بیماران}$$

$$100 \times = \frac{\text{تعداد سقوط منجر آسیب بیماران در یک دوره زمانی خاص}}{\text{کل بیماران بستری در یک دوره خاص زمانی}} = \text{درصد سقوط منجر به آسیب در بیماران}$$

بررسی ریسک سقوط بیمار بزرگسال (معیار مورس)

امتیاز (Score)	معیار (Scale)	عوامل خطر (Risk Factor)
۰	ندارد	سابقه سقوط
۲۵	دارد	
۰	خیر (فقط یک تشخیص پزشکی فعل)	تشخیص ثانویه استفاده از چند دارو برای درمان (داروهایی که خطر سقوط را افزایش می دهد) (مخدر ها ، مسکن ها ، ضد افسردگی ها ، خواب آور ها ، ضد هایپر تانسیون و ...)
۱۵	بله (بیش از یک تشخیص پزشکی فعال برای هر نوبت پذیرش)	
۰	استراحت مطلق / استفاده از ویلچر / کمک گرفتن از پرستار	وسایل کمک حرکتی
۰	بدون وسایل کمک حرکتی راه می رود	
۱۵	استفاده بیمار از عصا و واکر	
۳۰	بیمار هنگام راه رفتن از اثاثیه (کمد ، صندلی و ..) اطراف خود کمک می گیرد .	
۰	ندارد	مایع درمانی وریدی یا هپارین لاک
۲۰	دارد	
۰	نرمال	الگوی گام برداشتن و حرکتی
۱۰	ضعیف (در اړه رفتن تلو تلو بخورد - نیاز به تکیه دادن برای بلند شدن)	
۲۰	معیوب (در راه رفتن نمی تواند سرش را بالا نگه دارد - اشیاء را می گیرد - بیقرار)	
۰	طبیعی (آگاه به توانایی ها و محدودیت های حرکتی خود)	وضعیت روانی / ذهنی
۱۵	اغراق در توانایی ها / فراموش کردن محدودیت ها	

امتیاز ریسک سقوط بیمار (معیار مورس)

ریسک بالا	۴۵ و بیشتر
ریسک متوسط	۲۵ تا ۴۴
ریسک کم	۰ تا ۲۴

زمان چک معیار مورس

- ۱- هنگام پذیرش یا انتقال بیمار
- ۲- روزانه (روتین)
- ۳- بعد از وقوع رویداد سقوط

معیار هامپی-دامپی: ارزیابی ریسک سقوط در اطفال و نوجوان مطابق جدول زیر که معیار هامپی- دامپی نام دارد، انجام میگیرد.

امتیاز	ضوابط	پارامتر
۴	کمتر از سه سال	سن
۳	سه تا هفت سال	
۲	هفت تا سیزده سال	
۱	سیزده سال و بزرگتر	
۲	پسر	جنسیت
۱	دختر	
۴	تشخیص های نورولوژیک (مانند صرع ، ضربه به سر ، هیدروسفالی، فلج مغزی و ...)	تشخیص بالینی اگر بیمار چندین تشخیص اولیه و یا ثانویه داشته باشد ، امتیاز دهی بر مبنای حادثترین تشخیص است . مثلا : برای بیماری که مبتلا به کم خونی داسی شکل است و سابقه فلج مغزی یا صرع دارد ، از این قسمت امتیاز ۴ دریافت می کند.
۳	اختلال در اکسیژن رسانی (تشخیص تنفسی ، دهیدراتاسیون، آنمی ، بی اشتهایی ، سنکوپ و ...	
۲	اختلالات روانی - رفتاری (اختلالات خلقی هم چون افسردگی شدید ، اختلال دو قطبی و ...)	
۱	تشخیص های دیگر که شامل موارد بالا نباشد .	
۳	بیمار به ناتوانی های جسمی خود آگاهی ندارد (بیمار شیر خوار است یا دچار آسیب مغزی است)	اختلال شناختی
۲	بیمار به ناتوانی های جسمی خود آگاهی دارد اما به دلیل مشکل فعلی که برایش ایجاد شده است (هایپوگلیسمی و یا ضعف) محدودیت ها و ناتوانی های خود را فراموش کرده است . یا کودک تحت درمان با آرامبخش یا تحت تاثیر بیهوشی است . یا کودک لجباز است .	
۱	بیمار به ناتوانی های جسمی خود آگاهی کامل دارد.	
۴	سابقه سقوط در بستری فعلی یا بستری قبلی دارد یا بیمار کودک نوپا یا شیرخواری است که در تخت مناسب کودک قرار نگرفته است.	فاکتور های محیطی
۳	بیمار از وسایل کم حرکتی مانند ویلچر ، عصا یا واکر استفاده می کند . یا بیمار کودک یا شیر خواری است که در تخت مخصوص کودک قرار گرفته است آمار در چند تخته ، با نور کم و وسایل و تجهیزات متعدد است .	
۲	بیمار بزرگتر از سه سال در تخت است.	
۱	بیماری که جهت انجام تست های تشخیصی به صورت سرپایی مراجعه کرده است .	
۳	تا ۲۴ ساعت بعد از عمل	
۲	تا ۴۸ ساعت بعد از عمل	پاسخ به جراحی ، مسکن و یا دارو های بیهوشی
۱	بیش از ۴۸ ساعت گذشته است یا اصلا انجام نشده است .	
۳	استفاده همزمان از دارو های زیر : - مسکن ها (به غیر از بیمارن بستری در بخش های مراقبت ویژه که کاملا بیهوش و فلج شده اند) خواب آور ها و آرامبخش ها باربیتورات ها فنتیازین ها ضد افسردگی ها ملین ها و یا دیورتیکها نارکوتیک ها	دارو های مصرفی
۲	فقط یکی از دارو های لیست بالا را دریافت کند	
۱	هیچ یک از دارو های بالا را دریافت نکند یا اصلا دارودریافت نکند.	

مدیریت بحران

براساس تعریف حوادث و بلايا اتفاقاتی هستند که ایجاد اختلال در فعالیت های معمول اجتماعی کرده، بیش از توان منطقه آسیب دیده برای مقابله بوده و آسیب های مالی و جانی به همراه دارند.

مواردی که نیاز است پرسنل بیمارستان در زمینه مدیریت بحران از آنها آگاهی داشته باشند به شرح زیر می باشد:

HICS:(Hospital Emergency Incident CommandSystem)

سامانه فرماندهی حادثه در بیمارستان می باشد که فعال سازی آن در ساعات اداری توسط مدیر و در ساعات غیر اداری توسط سوپروایزر می باشد. در صورت وقوع هر گونه حادثه ا بحران در بیمارستان بعد از تایید خبر توسط مدیریت بحران دانشگاه (EOC) سامانه فرماندهی حادثه فعال می گردد. و برنامه EOP (برنامه عملیاتی در حوادث) اجرا می گردد: HCC. اتاق بحران بیمارستان

EOC:(Emergency Operation Center): مرکز عملیات اضطراری

مرکز مدیریت بحران که واقع در ساختمان دانشگاه علوم پزشکی می باشد. فراخوان در بحران به معنی احضار پرسنل خارج از شیفت در زمان بحران است. فعال سازی در بحران: به معنی اطلاع به پرسنلی که در زمان بحران شیفت می باشند

کارتهای تریاژ

۱- کارت مشکی مربوط به بیماران فوت شده

۲- کارت قرمز مربوط به بیماران بد حال و نیاز به CPR

۳- کارت زرد مربوط به بیمارانی که نیاز به کمک دارند ولی اورژانسی نیستند.

۵- کارت سبز مربوط به بیمارانی که مشکل خاصی ندارند.

تمرین، مانور: جهت ارتقاء دانش و مهارت پرسنل برای پیاده کردن برنامه و استقرار آن در بیمارستان از ابزارهای زیراستفاده می شود. **تمرین های دورمیزی:** در این روش افراد مسئول با استفاده از سناریوهای سوانح و مرور مسئولیت ها و وظایف هر یک از جایگاه های مدیریتی به درک بهتری از مفاهیم موجود در برنامه می رسند. این روش برای رفع سوءبرداشت ها، برطرف نمودن همپوشانی های مسئولیتی و تفکیک حوزه های مسئولیتی افراد از یکدیگر بسیار مفید بوده و با هزینه بسیار اندک قابل اجراست. زمانی که کد بحران (کد ۵۵) بیچ شود پرسنلی که اعضاء تیم بحران هستند جهت شرکت در دفتر مدیریت حضور به هم می رسانند تاریخ آخرین برگزاری این مانورسال ۹۶ (کد اطفای حریق ۱۲۵ و کد بحران ۵۵ است).

دستورالعمل تخلیه در بحران

دستور تخلیه فقط توسط فرمانده حادثه صورت می گیرد که به دو صورت می باشد:

تخلیه افقی: تخلیه از یک بخش به بخش دیگر در یک طبقه

تخلیه عمودی: تخلیه از یک طبقه به طبقه دیگر

در صورت نیاز به تخلیه کل بیمارستان، کلیه بیماران به پارک جنب بیمارستان منتقل می شوند.

پشتیبانی تجهیزات پزشکی

دستورالعمل نحوه کارکرد با تجهیزات پزشکی در کنار همه دستگاههای موجود قرار دارد و در صورت نیاز میتوان از آن کمک گرفت. در صورتی که تجهیزات پزشکی بخش خراب باشد، آن بخش بایستی وسیله مورد نیاز را از بخش پشتیبانش تهیه کند. بخشهای پشتیبان تجهیزات حیاتی در مواقع اورژانس به صورت زیر می باشند:

بخش پشتیبان	نام بخش
کلید بخش ها	اتفاقات مردان
کلید بخش ها	اتفاقات زنان
بخش دو	بخش یک
بخش پنج	بخش سه
بخش سه	بخش پنج
بخش یک	بخش زنان
بخش یک	بخش ECT
بخش چهار(اطفال)	بخش پنج





مبانی کنترل عفونت

❖ موارد کنترل عفونت مرتبط با تجهیزات اورژانس:

- خروجی ساکشنها و گیج اکسیژن‌ها با پارافیلیم بسته شده باشد. (روی پارافیلیمها با ماژیک قرمز رنگی شود)
- در موارد نیاز تیوبها وصل شوند.
- ماسک به آمبو متصل و در زیپ کیپ نگهداری شوند.
- تیغه های لارینگوسکوپ و آمبو پس از هند راب در هر شیفت چک شوند.
- حتی در صورت عدم استفاده، مخزن آب گیج اکسیژن، تیغه لارینگوسکوپ و آمبوگ هفتگی ضد عفونی شوند.
- اکسیژن تراپی در حد چند ساعت با مخزن آب خشک برای بیمار استفاده شود.

❖ چرا محلول هند راب در اتاقهای بیماران موجود نیست؟

به علت ماهیت خاص مرکز ما که بیماران اعصاب و روان در آن بستری هستند، از لحاظ ایمنی امکان گذاشتن هند راب در اتاق را نداریم. اما در اتاقهای محفوظ مانند اتاق دارو و درمان و استیشن پرستاری محلول هند راب دیواری و بر بالین بیمار از **محلول هندراب جیبی** استفاده میکنیم.



❖ ۵ موقعیت بهداشت دست کدامند؟

- ✓ قبل از تماس با بیمار
- ✓ بعد از تماس با بیمار
- ✓ قبل از انجام پروسیجر آسپتیک
- ✓ بعد از تماس با خون و ترشحات بیمار
- ✓ بعد از تماس با محیط اطراف بیمار

دو شاخص مورد تاکید قبل از پروسیجر آسپتیک و قبل از تماس با بیمار است.

- ❖ نحوه ارزیابی: بازرس از شما میخواهد که کاری مثل چک تیغه لارینگوسکوپ، چک صحت آمبوگ، آماده سازی یک دارو، چک فشار خون و را انجام دهید و کنترل میکند که شما اصول بهداشت دست را رعایت میکنید یا نه؟

مهمترین راه پیشگیری از ایجاد عفونت بیمارستانی بهداشت دست میباشد.

❖ عفونت عمده بیمارستانی کدامند و عفونت شایع بیمارستان شما چیست؟

عفونتهای شایع بیمارستانی ۱۳ دسته هستند که مهمترین آنها **عفونت ادراری، خون، تنفسی و سایت جراحی** است و در بیمارستان ما عفونت ادراری (UTI) شایعترین عفونت (مخصوصا در بین زنان) و بعد از آن عفونتهای دهان و دندان بعلت عدم رعایت بهداشت دهان و داشتن زمینه بروز عفونت است. به صورت هفتگی سوپروایزر کنترل عفونت، عفونتها را با پزشک کنترل عفونت تایید می کند و نهایتا در سامانه ی مربوطه ثبت می کند.

پرسنل بایستی از روشهای اجرایی کنترل عفونت برای ۴ عفونت اصلی بیمارستانی مطلع باشند. روی دسک تاپ کامپیوتر جای آنرا بدانید. بیمار یابی برای عفونت بیمارستانی از طریق فرم هماهنگ که در فولدر دفتر پرستاری گذاشته شده است و نیز فرم شماره ۱ انجام می شود.

❖ طغیان به چه معناست و چه اقدامی انجام می دهید؟

طغیان در تعاریف همراه با اپیدمی بکار برده می شود که بیشتر برای گزارش بیماریهای فوری و غیر فوری کاربرد دارد. تعریف بسیار ساده یعنی بیش از حد انتظار. شایعترین موارد احتمالی طغیان عفونتهای تنفسی و گوارشی و پدیکلوزیس است. احتمال طغیان هر نوع بیماری باید به صورت فوری و تلفنی گزارش شود. برای کنترل طغیانها از نظام مراقبتهای سندرمیک استفاده می کنیم. پوستر مربوطه در بخش موجود است.

❖ برنامه استواردشیپ آنتی بیوتیکی چیست؟

به علت خطر جدی مقاومت میکروبی، و عدم تولید آنتی بیوتیک جدید، برنامه ی مصرف منطقی آنتی بیوتیکها توسط اکثر کشورهای جهان در دست اقدام است. در صورت بروز مقاومت میکروبی مانند سالهایی که بیماران گروه از طاعون می مردند، با حجم بالا بخاطر عفونتهای ساده میمیرند.

❖ در برنامه استواردشیپ بر تجویز داروی مناسب، نحوه دادن دارو و طول مدت مصرف آنتی بیوتیکها نظارت می شود.

هرگونه مصرف آنتی بیوتیک به سوپروایزر کنترل عفونت گزارش می شود. و توسط فارماسیست بالینی در راند هفتگی نظارت می شود. داروهای گران قیمت که در بیمارستان ما بیشتر ونکومایسین و ایمپینم مصرف دارد، در فرم مخصوص که در دفتر سوپروایزر موجود است ثبت شده و با مشاوره و مهر متخصص عفونی قابل تهیه است.

مواجهه شغلی

مواجهه شغلی، تماس خون و ترشحات آلوده ی بیمار با پوست آسیب دیده یا مخاط پرسنل درمانی می باشند. در بیمارستان اعصاب و روان غیر از نیدلینگ، مواردی مانند گاز گرفتگی و پاشیدن خون و ترشحات در صورت شامل مخاط چشم و دهان نیز جزو مواجهات شغلی حساب می شود. دندان گرفتگی توسط بیمار یکی از مواجهات شغلی رایج در بیمارستان ماست.

❖ در موارد مواجهه شغلی اولین اقدام شما چیست؟ دستورالعمل "شاد" را بخاطر بسپارید.

شستشو: مخاط ۱۰ دقیقه با آب یا نرمال سیلین و صدمه دیدن پوست مثل نیدلینگ و گاز گرفتگی ۳-۵ دقیقه شستشو با آب و صابون

اطلاع رسانی به سوپروایزر کشیک یا سوپروایزر کنترل عفونت

درمان و پیگیری اقدامات لازم

جهت اطمینان از ایمنی علیه هپاتیت ب، تیترا آنتی بادی پرسنل بایستی بالاتر از ۱۰ باشد و همه عدد تیترا خود را به یاد داشته باشند.

- اگر یکبار حتی سالها پیش تیترا چک کرده اید و بالای ۱۰ بوده، و بعد پایین آمده نیاز به واکسیناسیون مجدد ندارید.

توجه: واکسیناسیون بر علیه هپاتیت B شما را فقط بر علیه این بیماری واکسینه می کند و نه بر علیه هپاتیت C یا ایدز

❖ انواع احتیاطات استاندارد شامل هوایی / قطره ای / تماسی می باشد.

❖ وسایل حفاظت فردی کدامند و ترتیب پوشیدن و در آوردن آن کدام است؟

الف: پوشیدن: گان / ماسک / عینک / دستکش ب: درآوردن: دستکش / عینک / گان / ماسک
(جای وسایل را بدانید) و نکته مهم استفاده از هند راب بعد از درآوردن هر مورد است.

❖ موارد استفاده ی ماسک N95 کدام است؟

برای بیماریهایی که عامل آن از طریق هوایی انتقال می یابد و نیز در موارد همه گیری آنفلوانزا و کرونا کارکنانی که از بیماران مبتلا مراقبت می کنند بهتر است از این ماسک استفاده کنند.

❖ کدام بیماریها نیاز به گزارش فوری و تلفنی یا گزارش کتبی دارند؟

در صورتی که تشخیص احتمالی برخی بیماریهای واگیر داده شد، بیماریهایی که گزارش طغیان باشد یا اینکه واکسن داشته و باید ریشه کن شده باشد مثل فلج اطفال، سرخک، سیاه سرفه، دیفتری، کزاز نوزادان و همچنین مالاریا و بوتولسم و حیوان گزیدگی و تبهای خونریزی دهنده و ... شامل گزارش تلفنی و برخی موارد مانند سل، جذام، هپاتیت، ایدز ، پدیکلوزیس و ... شامل گزارش دهی کتبی میباشند. لطفا موارد جدید گزارش دهی تلفنی (فوری) و مکتوب (غیر فوری) آپدیت شده را در بخش مطالعه فرمایید.

❖ در صورتی که بیمار مبتلا یا مشکوک به آنفلوانزا یا کرونا در بخش داشته باشید چه می کنید؟

- بیمار را در اتاق ایزوله قرار میدهیم.
- به بیمار ماسک یکبار مصرف میپوشانیم تا میزان انتشار ائروسولهای آلوده هنگام صحبت، سرفه یا عطسه کم شود.
- خودمان ماسک جراحی میپوشیم و در صورت بروز اپیدمی آنفلوانزا یا کرونا (با اینکه انتقال بیماری از طریق قطره است) میتوانیم از ماسک N95 نیز استفاده کنیم.
- تا شعاع ۱-۱.۵ متری اطراف بیمار را آلوده فرض می کنیم.
- در صورت بروز دیسپنه یا تب شدید بیش از ۳۸.۵ درجه که بیش از سه روز طول کشیده باشد، پزشک را مطلع میکنیم تا در صورت نیاز ترانسفر بیمار یا دارو درمانی انجام شود.
- مهمترین راه پیشگیری از ابتلا به آنفلوانزا و کرونا شستشوی مکرر دستها می باشد.
- در موارد مشکوک به کوید تست PCR درخواست میدهیم (با نظر پزشک مربوطه)

❖ اقداماتی که در زمان بحران طغیان یک بیماری واگیر در مرکز شما انجام می شود چه هستند؟

- تخلیه بخش ۵ و اختصاص آن به بخش قرنطینه ی بیماران مبتلا
- استفاده از وسایل حفاظت فردی بصورت کامل و اضافه کردن موارد مورد نیاز از این تجهیزات از انبار واحد ECT
- گزارش دهی مکرر و دقیق
- استفاده از تعاریف نظام مراقبت سندرومیک

تعریف نظام مراقبت سندرمیک

به نظام گرد آوری منظم، تجزیه و تحلیل و تفسیر و انتشار اطلاعات مربوط به وضعیت سلامت جمعیت عمومی اطلاق می شود که هدف آن دستیابی به تشخیص های زود رس تهدیدات سلامتی و اعلام هشدار سریع بر اساس داده های بدست آمده برای جلوگیری و کنترل طغیان بیماری ها در جامعه و افزایش قابلیت پاسخگویی و واکنش سریع سیستم سلامت می باشد.

تفاوت سندرم و بیماری:

- یک سندرم ممکن است ، علایم و نشانه های چند بیماری مختلف باشد
- تایید و تشخیص افتراقی بیماریها، با روشهای پاراکلینیکی ، آزمایشگاهی و... صورت می گیرد
- درمان سندرمها بر اساس علامت درمانی است
- درمان بیماریها بر اساس علت بوجود آورنده بیماری و علامت درمانی است.

سندرمهای هدف برنامه نظام مراقبت سندرمیک در کشور جمهوری اسلامی ایران:

*سندرم اسهال حاد (غیر خونی)

* سندرم اسهال خونی

* سندرم زردی حاد

*سندرم فلج شل حاد

*سندرم شوک عفونی

*سندرم سرفه مزمن

*سندرم تب و خونریزی

*سندرم تب و راش

* سندرم شبه آنفلوانزا

*سندرم اختلال شدید تنفسی

* سندرم تب و علایم نورولوژیک

*سندرم تب طول کشیده

انجام تست PCR برای بیماران

- ثبت دستور PCR توسط رزیدنت سال ۳-۴ یا اتندینگ در پروند بیمار
- ثبت مشخصات و هیستوری بیمار توسط پرسنل شبکار و آگاه به علایم و شرایط بیمار در فرم درخواست تست کوید در فرم اکسل (در پوشه دفتر پرستاری- فرمهار کنترل عفونت) قبل از ساعت ۷:۱۵
- ثبت کد مربوطه در HIS برای بیمار شامل کد ۹۳۲۲۰۹ در قسمت بین بیمارستانی بنام والفجر
- ثبت در سامانه کرونا لب توسط دفتر کنترل عفونت بین ساعت ۷:۱۵ تا ۸
- آموزش در آوردن دندان مصنوعی، صبحانه نخوردن و پاک کردن بینی به بیمار، قبل از حضور در اتاق تست (فقط با دستمال کاغذی و نه با آب)
- آوردن بیمار به اتاق تست PCR راس ساعت مقرر پس از هماهنگی تلفنی با دفتر کنترل عفونت (راس ساعت ۸)
- ارسال تستها قبل از ساعت ۸:۳۰
- پیگیری جواب تست بیمار از دفتر کنترل عفونت در روز بعد توسط منشی هربخش
- مراجعه به دفتر کنترل عفونت جهت دریافت پرینت مهمور به مهر کنترل عفونت
- درج مهر پاتولوژیست آزمایشگاه و درج جواب در پرونده

انجام تست PCR برای پرسنل

- ✓ پرکردن فرم درخواست تست کوید و اطلاعات مربوطه در فرم اکسل واقع در فولدرشیر دفتر پرستاری تا قبل از ساعت ۷ هرروز توسط پرسنل متقاضی (کادر درمان) و فرم کاغذی (توسط کادر اداری)
- ✓ ثبت مشخصات و هیستوری پرسنل در سامانه کرونا لب توسط دفتر کنترل عفونت تا ۷:۴۵ الی ۸
- ✓ پاک کردن بینی قبل از حضور در اتاق تست (فقط با دستمال کاغذی و نه با آب)
- ✓ حضور در اتاق تست (راس ساعت ۸)
- ✓ آف کردن شیفت افراد علامت دار با هماهنگی دفتر سوپروایزر یا مسئول مربوطه پس از تست

بازگشت به کار پرسنل مبتلا به کوید:

- ۱- کارکنان علامت دار در مرکز بایستی سریعا جهت انجام تست Real Time-PCR معرفی شوند.
 - ۲- تا زمان تعیین تکلیف بر اساس علایم و نتیجه تست طبق پروتکل ابلاغی از شیفت کاری خود خارج و قرنطینه شوند.
 - ۳- مدت زمان قرنطینه کارکنان در صورت مثبت بودن از تاریخ شروع علائم و خروج از برنامه در نظر گرفته شود.
 - ۴- در صورت منفی بودن تست نیز در صورتی که علائم فرد به نفع بیماری کرونا باشد با نظر پزشک معتمد در شیفت حضور نداشته باشند.
 - ۵- برای بازگشت به کار نیاز به PCR مجدد یا تست سرولوژی نمی باشد .
 - ۶- در موارد تست مثبت، پرسنل طبق دستورالعمل ابلاغی ، با شرط اینکه سه روز بدون دارو، بدون علامت باشند، قرنطینه خواهند بود.
 - ۷- در موارد تست منفی و با نظر پزشک معتمد مرکز تا زمان لازم و با شرط اینکه سه روز بدون دارو، بدون علامت باشند، قرنطینه خواهند بود.
 - ۸- پرسنل به محض اطلاع از استعلاجی، موارد را به کارگزینی اطلاع می دهند.
- منابع:
- ۱- راهنمای نظام مراقبتهای سندرمیک ۲- سنجه های اعتبار بخشی ۳- صورتجلسات کمیته

پروتکل CPR طبق گایدلاین 2020



تقسیم بندی گروه سنی :

Neonatal : ۰ تا ۲۸ روزگی / Infant : ۲۸ روزگی تا ۱ سالگی / Child : یک سالگی تا قبل از بلوغ

Adult : از شروع علائم بلوغ (آقایان : رویش مودر قفسه سینه و زیر بغل - خانم ها : هر گونه رشد سینه) به بعد

زنجیره حیات خارج از بیمارستان در بزرگسالان :

در خواست کمک (تماس با ۱۱۵) / شروع احیا با تاکید بر فشردن قفسه سینه / استفاده از AED / رسیدن آمبولانس و رسیدن تیم و احیا پیشرفته / انتقال به بیمارستان جهت مراقبتهای بعد از احیا Post cardiac arrest care / ریکاوری

زنجیره حیات داخل بیمارستان در بزرگسالان:

پیشگیری از ایست قلبی تنفسی با پایش همو دینامیک دقیق بیماران

RRT : Rapid Respose team تیم واکنش سریع به منظور حضور بر بالین بیماران با همودینامیک ناپایدار . جهت پیشگیری از

ایست قلبی ریوی/فعال کردن کد ۹۹ /شروع احیا با تاکید بر فشردن قفسه سینه/ D/C shok /مراقبتهای پس از احیا/ریکاوری

مانورهای بازکردن راه هوایی:

1- Head tilt : سر به عقب / Chin Lift : چانه به بالا

2- Jaw thrust : در آسیب به ستون فقرات یا شک به آسیب استفاده می شود .امداد گر انگشت اشاره و میانی خود را بر روی انتهای استخوان فک قرار داده به سمت داخل و بالا کشیده و همزمان انگشت شست را روی چانه به سمت پایین فشار می دهد . (برای بر طرف کردن انسداد راه هوایی به دلیل افتادن زبان به ته حلق)

AED : Automated external Defibrillator دستگاه الکترو شوک قابل حمل و خودکار جهت استفاده عموم بخصوص در محیط خارج از بیمارستان

مراحل احیاء

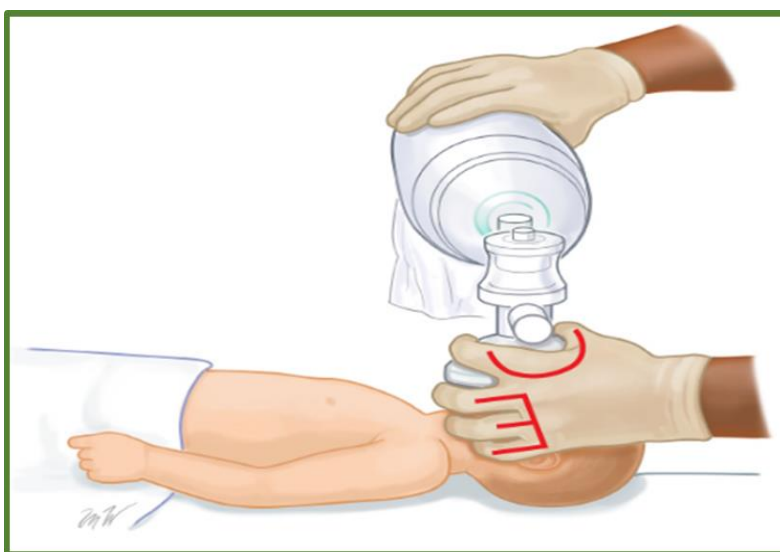
- بررسی ایمنی صحنه /بررسی پاسخدهی بیمار : ۲ تا ۳ ضربه به روی شانه ها و بلند صدا زدن و فرصت پاسخ دهی /تقاضای کمک
- بررسی Resp & pulse همزمان در ۵ تا ۱۰ ثانیه در بزرگسالان /در صورت عدم وجود Pulse و تنفس کد ۹۹ را فعال می کنیم ..
- ❖ محل قرار دادن دست جهت فشردن قفسه سینه ۱/۲ تحتانی استرنوم ، بیمار خوابیده به پشت و صورت رو به بالا باشد .
- ❖ در بزرگسالان : عمق ماساژ 5- 6 cm (۱/۳ قطر قدامی خلفی قفسه سینه)
- ❖ رعایت Recoil مهم است (اجازه بازگشت قفسه سینه به حالت اول) و در زمان فشردن قفسه سینه باید شمارش توسط امدادگر انجام شود . یک روش ارتباطی بین اعضای تیم می باشد.

➤ در بزرگسالان در صورت عدم وجود راه هوایی پیشرفته نحوه احیاء قلبی ریوی به صورت زیر می باشد :

- ✓ ۳۰ ماساژ به ۲ تنفس که ۵ بار تکرار می شود که ۲ دقیقه طول می کشد و سپس ارزیابی مجدد به مدت ۱۰ ثانیه .
- ✓ در صورت داشتن advanced air way : یعنی ETT یا لارنژیال ماسک یا تراکیاستومی یک نفر ۲ دقیقه با سرعت ۱۲۰-۱۰۰ بار فشردن قفسه سینه را انجام می دهد و یک نفر هر ۶ ثانیه یک تنفس می دهد (۲۰۰۱ تا ۲۰۰۶) به مدت ۲ دقیقه و سپس ارزیابی مجدد بیمار به مدت ۱۰ ثانیه انجام می شود.
- ✓ بعد از رسیدن تیم ،اولین کار مانیتورینگ کردن بیمار و دادن D/C شوک در صورت لزوم می باشد. در زمان کووید برای شروع CPR تا قبل از رسیدن تیم احیا ، جهت تهویه بیمار کافی است که آمبوبگ متصل به اکسیژن بر روی صورت بیمار فیکس شود و نیازی به آمبو زدن نمی باشد. بعد از رسیدن تیم احیا توسط مسئول A , B مدیریت راه هوایی صورت می گیرد. جهت نگه داشتن ماسک بر روی صورت از مانور EC Clamp استفاده می شود.
- اعضای تیم CPR بصورت استاندارد باید ۶ نفر باشد

C : Compressor / AB : breathing , airway , IV med / medication : I.V & / D/C choc - monitor

Team leader:T/ Timer recorder:T



خلاصه دارو های EMB



- **اپی نفرین (آدرنالین)**: جهت افزایش فشار خون ، محرک قلب و برونکودیلاتور استفاده می گردد . شروع اثر آنی است
- **آتروپین**: جهت برادی کardia و مسمومیت با ارگانوفسفات ها و کاهش اثرات پاراسمپاتیک استفاده می گردد. نیازی به رقیق کردن نمی باشد و شروع اثر آنی دارد.
- **آمیودارون**: جهت پیشگیری و درمان VF و VT مقاوم به دیفیبریلاتور کاربرد دارد و با D/W رقیق می شود
- **لیدوکائین**: در آریتمی های بطنی (PVC) استفاده می گردد هرگاه نیاز به مقدار دارو که بر حسب درصد نوشته شده است ، بود از رابطه زیر می توان استفاده کرد:

با حذف علامت درصد و گذاشتن رقم صفر جلوی آن دارو ، ۱ سی سی آن دارو حاوی این عدد است . به طور مثال :

لیدوکائین ۱٪: ۱ سی سی آن حاوی ۱۰ میلی گرم لیدوکائین است و **لیدوکائین ۲٪**: ۲ سی سی آن حاوی ۲۰ میلی گرم لیدوکائین است.

- **آدنوزین**: ضد آریتمی است و تبدیل VT به ریتم سینوسی . نیازی به رقیق کردن ندارد . شروع اثر ، آنی است.
- **نیتروگلیسرین**: پروفیلاکسی در مقابل حملات مزمن آنژین و حملات کوچک آنژین ، هایپرتانسیون . سردرد عارضه شایع است در صورت تاری دید و خشکی دهان و راش در بیمار قطع گردد . محلول تزریقی باید در ظروف شیشه ای نگهداری شود. یک امپول معادل 5mg را در 100cc حل می کنیم
- **دوپامین**: محرک قلب و تنگ کننده عروق است و در درمان هایپوتانسیون استفاده می گردد.
- **دوبوتامین**: جهت افزایش برون ده قلب استفاده می گردد
نکته : با سدیم بیکرینات ناسازگاری دارد.
- **هپارین سدیم**: ضد انعقاد ست . در تزریق وریدی شروع اثر ، آنی است . از تزریق در شعاع ۵ سانتی متری ناف خودداری شود.
آنتی دوت آن سولفات پروتامین است.
- **وراپامیل**: در آریتمی های فوق بطنی استفاده می گردد و نیازی به رقیق کردن ندارد.

- **پروپرانولول** : در آریتمی های قلبی (تاکی کاردی) و هایپرتانسیون استفاده می گردد . این دارو در حملات اسم و COPD ممنوعیت دارد چک ECG و BP در خلال درمان ضروری است.
- **دیگوکسین** : در درمان آریتمی های دهلیزی (تاکی کاردی و فلوتر و فیبریلاسیون دهلیزی) استفاده می گردد. در صورتی که نبض کمتر از ۶۰ باشد نباید داده شود . قبل از اولین دوز و به طور دوره ای بعد از آن لازم است الکترولیت ها از جمله K (پتاسیم) مرتب چک شود . رژیم غذایی باید کم سدیم باشد . در صورت بروز موارد زیر باید سریعاً به پزشک اطلاع داده شود. کاهش اشتها ، اسهال ، درد معده ، تاری دید ، تنگی نفس.
- **فروزماید** : دیورتیک و ضد فشار خون . مهمترین علائم مسمومیت با دارو : دهیدراتاسیون ، هیپوتاسیون و اختلال الکترولیتها.
- **نالوکسان** : آنتاگونیست ناکوتیک هاست . عوارض : افزایش BP ، اضطراب ، استفراغ.
- **میدازولام** : ضد اضطراب و آرام بخش
- **دیازپام** : ضد تشنج ، خواب آور ، در حین تجویز وریدی احتمال ایست تنفسی وجود دارد.
- **فنی توئین (دیلانین)** : ضد صرع است . باید در N/S رقیق شود.
- **فنوبار بیتال** : ضد تشنج ، آرام بخش و خواب آور
- **هالوپریدول** : آنتی سایکوتیک
- **کلسیم گلوکونات** : در درمان اورژانسی هایپوکلسمیا استفاده می شود . درمان هایپر کالمی و هایپر منیزمی نیز استفاده میگردد در تزریق وریدی به بیمار ، باید احتیاطات مربوط به حملات تشنج در بیمار مد نظر قرار گیرد.
- **هیدروکورتیزن** : ضد التهاب استرئیدی است. این دارو نباید S.Q تزریق گردد چون باعث آسیب بافتی می گردد . سولفات منیزیم : ضد تشنج است و جهت کنترل تشنج های خطر ناک در پره اکلمشیا و اکلمشیا (مسمومیت حاملگی
- جهت مطالعه بیشتر به جزوه خلاصه داوهای جعبه اورژانس بخش مراجعه شود.
- منبع: ویرایش هفتم دراوهای اورژانس

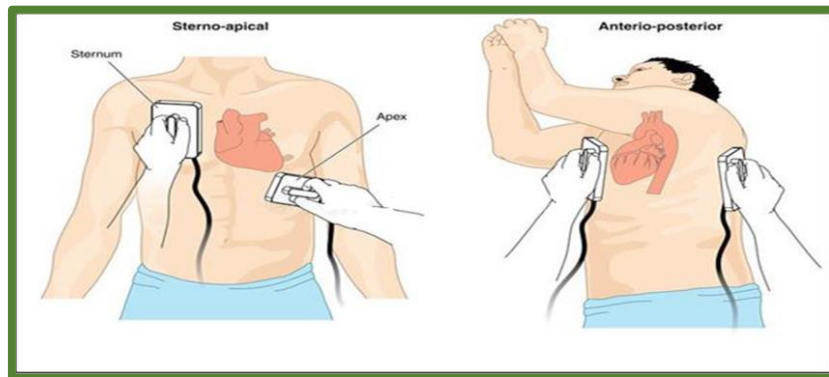
تجهیزات پزشکی

- ❖ دستگاه چه زمانی باید در حالت Synchron باشد؟ زمانی که در نوار قلب بیمار هنگام تخلیه شوک ، موج R مشاهده شود
- ❖ دستگاه چه زمانی باید در حالت Asynch باشد؟ در صورتی که قادر به تشخیص موج R در نوار قلب بیمار نباشیم
- ❖ بیشترین موارد کاربرد : ID/C Shock احیای قلب ، بر طرف کردن آریتمی های بدخیم و سکنه مانند V.T و V.F (فیبریلاسیون بطنی و تاکی کاردیای بطنی)
- ❖ دکمه AED برای چیست ؟ Skin Pace Maker (پیس پوستی ، شوک اتوماتیک)
- ❖ در صورت انصراف از شوک دادن ، با استفاده از دکمه DIS ARMS انرژی شارژ شده تخلیه می گردد که این کار توسط دستگاه به صورت اتوماتیک انجام می گیرد.
- ❖ برای آغشته کردن پدال ها به ژل ، ژل را روی پدال ریخته و سطح دو پدال به هم مالیده شود.
- ❖ چرا نباید ژل به سینه بیمار مالیده شود ؟ زیرا باعث می شود انرژی حاصل از تخلیه به جای وارد شدن به صورت عمودی ، در سطح پوست به صورت افقی تخلیه شود و باعث ایجاد سوختگی در پوست شود.

- ❖ دکمه Basic Check برای چه مواردی به کار می رود؟ جهت کنترل تخلیه دستگاه ، باتری ، ثبت ، آلام ، صدا.
- ❖ دکمه Setup برای چه موادی به کار می رود؟ برای تنظیمات انواع شوک -نوار قلب ECG Setup -Paddle Setup
- ❖ جهت تخلیه دستگاه هنگام تست هرگز پدال ها را از جای خود بیرون نیاورده و انرژی را روی خود دستگاه خالی کنید
➔ جهت اطلاع بیشتر از جزئیات نحوه دشارژ دستگاه به دستورالعمل مربوطه موجود در بخش مراجعه نمایید.

پدال استرنوم Sternum : در سمت راست استرنوم و در سطح دومین فضای بین دنده ای زیر استخوان کلاویکل

پدال اپکس Apex : فضای پنجم بین دنده ای (نوک قلب) در امتداد خط جلو زیر بغل



حدود ۱۰ - ۱۲ کیلوگرم فشار بر روی پدال وارد می کنیم تا تماس مناسب پدال با پوست برقرار شود ، در زمان شوک دادن باید مقاومت پوست کم شود (بهتر است شیو باشد) . در زمان شوک باید با صدای بلند اعلام شود که همه از بیمار و تخت بیمار دور شوند ، بر روی پدال ها ژل مخصوص زده می شود .

در صورت عدم دسترسی به ژل مخصوص D/C Shock می توان از گاز آغشته با نرمال سالین استفاده کرد ، بدین صورت که گاز آغشته به نرمال سالین در محل قرار گیری پدهای D/C Shock قرار داده می شود و سپس پدها بر روی گاز قرار داده شده و شوک داده شود.

انتخاب پدال های مناسب : طول تقریبی پدال بزرگسالان 13 cm – کودکان 8 cm – نوزادان 4/5 cm

فاصله پدال شوک با CRT یا ICD حدود ۲ inch (حدود ۵ سانتی متر) فاصله داشته باشد .

در زمان دادن شوک با یستی فشار کافی بر روی پدها وارد کرده به نحوی که صفحه پدهای D/C Shock در تماس کامل با chest بیمار باشد .

میزان ژول جهت تخلیه انرژی بستگی به نوع بی نظمی دارد . در زمان احیا در صورت Shockable بودن ریتم یعنی دو ریتم VT بدون نبض و VF در بزرگسالان بالینی از حداکثر انرژی دستگاه استفاده کرد و در کودکان میزان انرژی لازم در زمان احیا 2 j/kg دوز دوم 4 j/kg و شوک های بعدی بیشتر یا مساوی 4 j/kg تا حداکثر 10 j/kg می باشد.

برای شوک کاردیوژن :

رضایت از بیمار/ بیمار NPO باشد / مسیر وریدی سالم / توضیح تکنیک به بیمار برای کاهش اضطراب / استفاده از داروی آرام بخش قبل از شوک با تجویز پزشک / در دسترس بودن E.Box ، ساکشن و اکسیژن / وصل بودن به لید II دستگاه D/C شوک در زمان تخلیه شوک

انواع شوک و ریتم ها :

۱ - Defibrillation : شوک غیر هماهنگ یا دفیبریلاسیون برای ریتم های (VT بدون نبض و V.F)

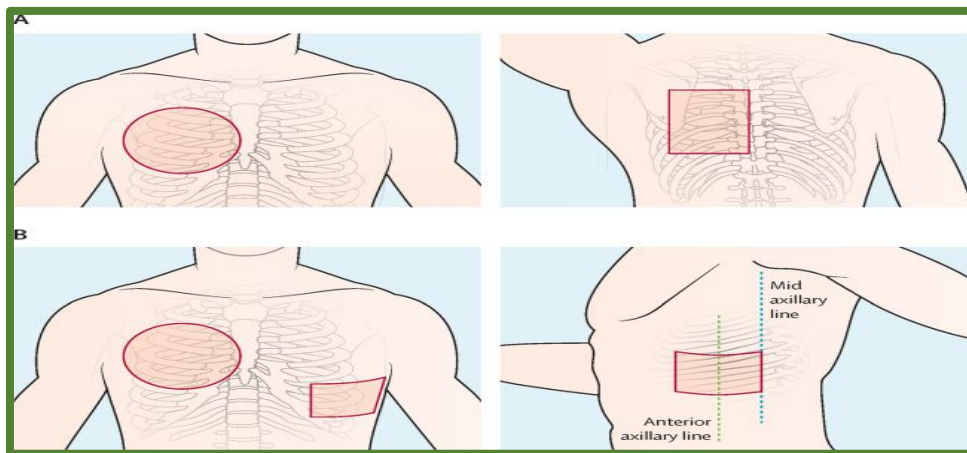
۲ - Cardioversion : شوک هماهنگ یا سینکرونیزه

از پدهای اکسترنال pace می توان برای pace کردن و همچنین تخلیه شوک در صورت لزوم استفاده کرد ، محل قرار دادن پدها به دو صورت می باشد .

پد اکسترنال پیس :

وضعیت قدامی - خلفی : درست در جلو قفسه سینه و الکتروود خلفی در محل بین دو کتف قرار می گیرد .

وضعیت قدامی - جانبی : الکتروود منفی روی خط جلو زیر بغل چپ در چهارمین فضای بین دنده ای و الکتروود مثبت در زیر استخوان ترقوه سمت راست



در زمان استفاده از پدهای اکسترنال جهت تخلیه شوک الکتریکی کابل چند کاره دستگاه D/C Shock که به پدل (Apex (paddle) وصل است را جدا کرده و سوکت انتهای پدها را به آن وصل کرد.

در صورت استفاده از External pacemaker بایستی تنظیمات دستگاه را ، توسط دو معیار تنظیم کرد H.Rate. و دیگری میزان انرژی که تخلیه و موجب تحریک می شود و به میلی آمپر بیان می شود .

معمولا H.Rate بین ۷۰-۸۰ ضربان در دقیقه تنظیم شده و میزان برون ده انرژی از صفر شروع شده و افزایش پیدا می کند تا زمانی که Spike کمپلکس QRS بر روی مانیتور دستگاه مشاهده شود پس از یافتن مقدار برون ده لازم مقدار out put را ۱۰ درصد افزایش دهید.

خلاصه بیماری های اعصاب و روان



افسردگی

اختلال افسردگی: افسردگی یکی از اختلالات خلقی است که به صورت احساس غمگینی و بی حوصلگی و بی علاقه می باشد که اگر شدت این نشانه ها به حدی باشد که باعث اختلال در عملکرد شود و بر نگرش خود و آینده تاثیر بگذارد حکم افسردگی دارد. به علت شیوع فراوان آن در میان اختلالات روانپزشکی به سرماخوردگی روانی شهرت دارد. در زنان دوبرابر مردان است.

❖ علائم:

خلق افسرده (احساس غم و ناامیدی، غمگینی و بی ارزشی) / کاهش علاقه و لذت به فعالیت های روزمره / کاهش انرژی / اختلال در خواب (بیخوابی، پر خوابی و...) / افزایش یا کاهش اشتها، افزایش یا کاهش وزن / عدم تمرکز / کندی حرکت و تکلم / افکار خودکشی / سرزنش خود / کاهش میل جنسی و...

❖ انواع اختلالات افسردگی:

- اختلالات افسردگی اساسی : (MDD) (بروز ۵ علامت به مدت دوهفته که با کاهش عملکرد فرد همراه باشد و یکی از نشانه ها: خلق افسرده، از دست دادن علاقه و احساس لذت باشد).
- اختلال افسرده خویی (Dysthymia disorder): (نوع خفیف افسردگی، وجود دو علامت افسردگی حداقل با تداوم دو سال).
- اختلال بی نظمی خلقی مخرب: (اختلال افسردگی کودکان ۶ تا ۱۲ سال، دوره های خشم مکرر به صورت کلامی و رفتاری، حداقل هفته ای سه بار یا بیشتر)
- اختلال ملال پیش از قاعدگی و....

❖ اتیولوژی: اختلال در عملکرد انتقال دهنده های عصبی (سروتونین، نوراپی نفرین و دوپامین) / عوامل بیوشیمیایی / عوامل ژنتیک / نظریه های روانشناختی، عوامل فرهنگی و.....

❖ درمان:

- ✚ ضد افسردگی سه حلقه ای TCA : (ایمی پیرامین، آمی تریپتیلین، دوکسپین و.....)
- مهار کننده با جذب منوآمین اکسیداز MAOI : (سلژیلین، موکلوبامید و.....)
- مهار کننده با جذب سروتونین SSRI : (سرتالین، سیتالوپرام، فلوکسیتین و...)
- سایر دارو های ضد افسردگی : (ترازدون، مارپروتیلین و...)

❖ اقدامات پرستاری:

- ❖ **مداخلات مربوط به تغذیه و الگوی دفع** (آموزش به بیمار در مورد اهمیت نقش تغذیه سالم در روند بهبود بیماری، تشویق به مصرف سبزیجات و مایعات، تشویق بیمار به خوردن غذا در دفعات زیاد با حجم کم و...)
- ❖ **مداخلات مربوط به اعتماد به نفس پایین** (تشویق بیمار به انجام دادن کارهایش و شستشوی دست و صورت و تعویض لباس، تشویق بیمار به شرکت در فعالیت های گروهی، پرستار تماس های مختصر و مکرر در طول روز با بیمار داشته باشد، تحسین بیمار برای تمام تلاشهایش جهت برقراری ارتباط با کارکنان و ...)
- ❖ **مداخلات مربوط به کاهش مراقبت از خود** (کمک به بیمار جهت حفظ بهداشت فردی، لباس پوشیدن، حمام کردن و...)
- ❖ **مداخلات مربوط به اختلال الگوی خواب** (دوش آب گرم، محدودیت خواب روز، پرهیز از خوردن نوشیدن چای، قهوه و ...)
- ❖ **مداخلات مربوط به ناامیدی** (صحبت با بیمار در مورد احساس ناامیدی وی بدون ترغیب حس گناه در فرد، تشویق بیمار به شناسایی جنبه های مثبت زندگی بیمار، ...)
- ❖ **مداخلات مربوط به افکار خودکشی و دگرکشی** (ایمن کردن محیط بیمار و بررسی محیط و دور کردن تمام وسایل تیز و برنده و صدمه آفرین، تشخیص خطر خودکشی با ارزیابی رفتار بیمار، توجه به تغییرات خلق بیمار و حالات انزوا طلبی، ارزیابی خطر خودکشی با مشاهده رفتار بیمار، پرهیز از نصیحت بیمار، تقویت هایی جهت کاهش اضطراب بیمار مانند صحبت کردن، ورزش و فعالیت های جمعی و...)
- ❖ **مداخلات مربوط به اختلال در الگوی تعاملی خانواده** (حمایت روحی و روانی خانواده و کاهش اضطراب آنها در ارتباط با بیماری فرد، برگزاری جلسات آموزش خانواده و...)
- ❖ **مداخلات مربوط به اختلالات در تعاملات اجتماعی** (تشویق بیمار به بیان احساسات، تشویق به شرکت در فعالیت های گروهی، تشویق بیمار به ملاقات و ایجاد تماس تلفنی با افرادی که در زندگیش موثر هستند و...)

اختلالات دو قطبی

نوعی اختلال خلقی و یک بیماری روانی است. افراد مبتلا به این بیماری دچار تغییرات شدید خلق می شوند. و معمولاً در آخر دوره نوجوانی یا اوایل دوره بزرگسالی تظاهر پیدا می کند. مشخصه اختلال دو قطبی نوع یک (BID)، وقوع دستکم یک اپیزود مانیای اولیه (primary) است. گرچه وقوع دوره افسردگی برای تشخیص اختلال دو قطبی نوع یک ضروری نیست، بیشتر بیماران دوره افسردگی ماژور را که از دوره های مانیا نیز شایعتر است، تجربه میکنند. مشخصه اختلال دو قطبی نوع دو (BIID)، وقوع یک یا بیش از یک دوره افسردگی ماژور اولیه همراه با دست کم یک دوره هایپومانیا یا اولیه است.

علائم: خلق بالا (شیدایی): گاهی اوقات این افراد حالتی به نام شیدایی تجربه می کنند. در زمان شیدایی بیماران ممکن است ناگهان از اوج شادی و خوشحالی به اوج غم و اندوه فرو روند و ارتباطی بین خلق بیمار و آنچه که واقعاً در زندگی بیمار رخ می دهد وجود ندارد. بیمار در زمانی که مانیک می باشد ممکن است علائم زیر را تجربه کند،

* بی قراری، افزایش انرژی و میزان فعالیت/خلق خیلی بالا و احساس نشاط شدید همراه با احساس خودبزرگ بینی/تحریک پذیری مفرط/صحبت کردن بی وقفه، مسابقه افکار، پریدن از موضوعی به موضوع دیگر با سرعت خیلی زیاد/عدم توانایی برای تمرکز، حواس پرتی کاهش نیاز به خواب/فضاوت ضعیف/ولخرجی/ افزایش تمایلات جنسی/سوء مصرف داروها و مواد مخدر، الکل و داروهای محرک

خلق پایین (افسردگی): افسردگی می تواند قبل یا بعد از دوره شیدایی در این بیماران ایجاد شود. درصد کمی از بیماران ممکن است در طول بیماری خود اصلاً افسردگی را تجربه نکنند.

علائم و نشانه های افسردگی شامل موارد زیر می باشد:

• اضطراب یا ناخشنودی پایدار/خلق پایین/احساس ناامیدی یا بدبینی/درماندگی و بی ارزشی/احساس گناه/از دست دادن علاقه و عدم لذت از فعالیت هایی که قبلا برای فرد لذتبخش بوده اند از جمله ارتباط جنسی / کاهش انرژی احساس خستگی یا کند شدن حافظه و تصمیم گیری /اختلال در تمرکز/احساس بیقراری یا تحریک پذیری/خواب زیاد یا عدم توانائی خوابیدن/تغییر در اشتها و افزایش یا کاهش وزن بصورت نا خواسته/احساس درد مزمن یا سایر نشانه های بدنی مقاوم که در اثر بیماری جسمانی یا جراحی ایجاد نشده باشد/افکار مرگ یا خودکشی یا اقدام به خودکشی.

❖ **اتیولوژی:** اختلال در عملکرد انتقال دهنده های عصبی(سروتونین،نوراپی نفرین و دوپامین)/عوامل غدد درون ریز عصبی /عوامل ژنتیک و.....

درمان اختلال دو قطبی:

دارو درمانی / تشنج درمانی با الکتروسیته (ECT) /درمان های روانی

اسکیزوفرنیا

اسکیزوفرنیا یا روان گسیختگی مجموعه ای از اختلالاتی است که با آشفتگی در گفتار ، ادراک (توهم ، تفکر(هذیان)، عاطفه، اراده و افت فعالیت های اجتماعی مشخص می گردد.

علائم:

علائم در بیماران اسکیزوفرنیا ممکن است بسیار متنوع باشد برخی دچار رفتارهای اجتماعی نابهنجار ، اشتغال ذهنی و انزوا طلبی می شوند برخی بیقرار و پر سروصدا بوده و یا رفتارهای ناگهانی و غیر منتظره از خود نشان می دهند. از نظر خلق و عاطفه شایعترین حالت عاطفی در اسکیزوفرنیا، کاهش واکنش هیجانی، فقدان احساس،عدم لذت، هیجانان بسیار خشم، اضطراب، تمرکز مختل و افت اقدامات اجتماعی می باشد. این بیماران دچار اختلال در درک به صورت توهم (دیدن یا شنیدن چیزهایی که وجود خارجی ندارند) می باشند . بیماران ممکن است دچار اختلال در محتوای فکر به صورت هذیان (عقاید نادرست درباره وقایع یا اشخاص) باشند . هذیانها بسیار متنوعند مانند: هذیان های گزند و آسیب (فکر می کند افرادی قصد اذیت و آزار وی را دارند)، هذیان بزرگ منشی(تصور می کند دارای رسالتی است و یا شخصیت مهمی است) ، هذیان جسمی و کنترل (تصور می کند از طریق ماهواره و یا دوربین مخفی وی را کنترل می کنند). بیماران اسکیزوفرنیادار مراحل حاد ممکن است کنترل اندکی بر رفتار خود داشته باشند ۵۰% این بیماران اقدام به خودکشی می کنند و خودکشی در اثر احساس پوچی، افسردگی و توهمات آمرانه تسریع می شود.

❖ **اتیولوژی:** اختلال در عملکرد انتقال دهنده های عصبی(دوپامین، سروتونین، گابا و...)/عوامل آناتومیک عصبی/عوامل ژنتیک و غیر ژنتیکی و..

درمان

- ۱- بستری شدن در بیمارستان در مواردی از قبیل : شروع درمان دارویی ، بررسی افکار خودکشی و دیگر کشی ، رفتارهای اجتماعی ضعیف که بیمار در برآورده ساختن نیازهای اولیه خود (غذا، لباس و محل زندگی) ناتوان است.
- ۲- استفاده از داروهای ضد جنون
- ۳- الکتروشوک و درمان های روانی اجتماعی مانند رفتار درمانی ، گروه درمانی، خانواده درمانی و روان درمانی حمایتی است.

اقدامات مناسب در مرحله بحرانی

- ۱- تا جایی که می توانید آرام باشید.
- ۲- اگر بیمار به دلیل درک اشتباه از شیء خاصی دچار توهم می شود، می توان آن شیء را از محیط اطراف بیمار حذف کرد و محیط اتاق را برای بیمار روشن نمود و از اینکه بیمار به وسیله ای دسترسی ندارد که با به کار بردن آن بتواند به خودش و یا اطرافیان صدمه بزند، مطمئن شوید.
- ۳- در صورت هذیان (اعتقاد غلط) بدبینی از هرگونه بحث و گفتگو به منظور تغییر اعتقاد بیمار، پرهیز کنید، زیرا او فعلاً ظرفیت لازم برای قبول دلایل شما را ندارد.
- ۴- در این مرحله بحرانی مواظب پیام های غیرکلامی خود مانند خندیدن، نگاه کردن، نحوه ایستادن، نشستن، فاصله خود با او، تماس فیزیکی، حرکات چهره و بدن و باشید، پیچ پیچ کردن و در گوشی صحبت کردن، شک بیمار را تشدید می کند، لذا از اینگونه کارها اجتناب نمایید.
- ۵- از بیان جملاتی مانند «چرا مثل بچه ها رفتار می کنی»، «این چه کارهایی است که انجام می دهی» اجتناب کنید.
- ۶- تا جایی که مقدور است در شرایط بحرانی بیمار، با وی تماس چشمی برقرار نکنید.
- ۷- مسیر خروجی منزل را در مقابل او سد نکنید.
- ۸- او را تشویق کنید با شما و یا فردی که رابطه خوبی با او دارد به بیمارستان برود.
- ۹- اگر نتوانستید بیمار را آرام کنید، ممکن است شرایط خطرناکی برای دیگر اعضای خانواده یا خود بیمار پیش آید، در این صورت با پلیس، اورژانس ۱۱۵ یا اورژانس اجتماعی تماس بگیرید.

اضطراب

اضطراب احساسی طبیعی در انسان است، که هرکسی در شرایطی از زندگی آن را تجربه می کند. خیلی از افراد زمانی که در کار دچار مشکل شده، قبل از امتحان دادن و یا قبل از گرفتن تصمیم های حساس عصبی و مضطرب می شوند. باین حال افراد مبتلا به اختلالات اضطراب ترس غیرمنطقی و نگرانی بیش از حد نسبت به شرایط روزمره دارند. این احساسات باعث اختلال در زندگی روزمره شده، بسختی کنترل می شوند و برای مدت طولانی باقی می مانند.

انواع اختلال اضطراب:

1-Panic disorder | اختلال هراس:

این افراد دچار حملات اضطرابی ناگهانی می شوند که معمولاً چند دقیقه یا گاهی بیشتر به طول می انجامد. این حملات بسیار اتفاقی بوده و طوری رخ می دهند که عامل تحریک کننده اصلی مشخص نیست. افراد مبتلا به این نوع اضطراب اغلب جوان هستند. احساس تنگی و فشردگی در قفسه سینه، تپش شدید قلب، عرق کردن، لرزش، گیجی، احساس از دست دادن تعادل از علائم آن هستند.

۲- اختلال اضطراب فراگیر یا منتشر:

این حالت در افرادی دیده می شود که به طور مداوم نگران وقوع اتفاقی هستند. موضوع این نگرانی ها می تواند بسیار متنوع باشد: نگرانی از بیمار شدن فرزندان، نگرانی از مرگ یکی از آشنایان، نگرانی از ته گرفتن غذا، این حالت به مرحله مقاومت استرس شباهت دارد و خطر چندانی ندارد. از علائم آن می توان تپش قلب، بی قراری، خستگی، بی خوابی، تنگی نفس، اختلال در تمرکز و حافظه را نام برد.

علائم ابتلا به اضطراب:

• احساس هراس، ترس و تشویش/افکار وسواسی غیرقابل کنترل/بیادآوری مکرر تجربیات ناراحت کننده/کابوس های شبانه/رفتارهای تشریفاتی، مانند شستن مکرر دست/دست های (پاها) سرد و یا عرق کرده/تنگی نفس، تپش قلب و خشکی دهان/بی حسی و یا سوزن سوزن شدن اندامها/تهوع، سرگیجه و احساس ناتوانی/تنفس عمیق و سریع و احساس خستگی یا ضعف

درمان: دو درمان اصلی برای اختلالات اضطراب شامل رفتار درمانی (روان درمانی) و درمان دارویی و ترکیبی از هر دو وجود دارد.

✓ **روان درمانی:** این نوع درمان که به رفتار درمانی، گفتار درمانی و یا مشاوره روانی معروف است شامل صحبت با یک روانشناس و یا روانپزشک برای کمک به بیمار در کاهش اضطراب می شود. درمان رفتار شناختی یکی از موثرترین شکل های روان درمانی برای درمان اختلالات اضطراب می باشد. در طی این درمان بیمار می تواند فعالیت هایی را که بدلیل اضطراب رها کرده است را دوباره شروع کرده و کم کم اضطراب شروع به بهبود نماید.

✓ **دارو درمانی:** از داروهای ضدافسردگی و کاهش دهنده اضطراب برای درمان این مشکل استفاده می شود

❖ جهت مطالعه ی بیشتر به فایل خلاصه ی بیماری ها در فولدر دفتر پرستاری مراجعه کنید.

❖ منابع: بهداشت روان ۱ و ۲ / کاپلان / فورتیناش

جداسازی بیماران پرخطر در بخش های روانپزشکی

➤ ایزولاسیون بیمار

در این مرکز بدلیل وجود بیماران اعصاب و روان در صورت نیاز روانپزشک دستور ایزوله برای بیمار مینویسد :

- ۱- پزشک یا روانپزشک دستور کتبی جداسازی کامل بیمار یا ایزوله ی بیمار را می نویسد.
- ۲- پرستار دستور پزشک را چک و در کاردکس بیمار ثبت می نماید.
- ۳- پرستار در صورت مشاهده رفتار پرخاشگری ابتدا با بیمار صحبت می کند. (انزوا نبایستی به عنوان تنبیه به کار رود).
- ۴- پرستار مسئول شیفت در صورت آرام نشدن بیمار، وی را به روانشناس معرفی می کند.
- ۵- روانشناس با بیمار صحبت و در صورت عدم کنترل رفتارهای پرخطر و پرخاشگرانه به مسئول شیفت گزارش می دهد.
- ۶- پرستار مسئول شیفت در صورت مقاومت از سوی بیمار جهت انتقال به اتاق انزوا، با پرسنل حفاظت فیزیکی شیفت هماهنگی می کند.
- ۷- پرستار در صورت عدم کنترل رفتارهای پرخاشگری و تهاجمی ، علت جداسازی را برای بیمار توضیح می دهد و بیمار را با کمک دو یا چند نفر از پرسنل همراهی می کند. (هیچگاه به تنهایی این کار نبایستی انجام گیرد).
- ۸- پرستار تمامی وسایلی را که ممکن است آسیب رسان باشند مثل وسایل تیز، برنده، خطرناک، ملحفه و روسری، سیگار، فندک و غیره را از دسترس او دور می کند و تا زمانی که او کنترل خود را بدست آورد در یک مکان امن قرار می دهد.
- ۹- پرستار در صورت تشخیص نیاز بیمار به استفاده از دارو، داروی آرامبخش PRN (با دستور پزشک) تزریق می کند و در فرم دارویی امضا می کند.
- ۱۰- پرستار در اتاق امن را تمام مدت قفل نگه می دارد.
- ۱۱- پرستار جهت پیشگیری از کم آبی، به بیمار مایعات کافی می دهد و جذب و دفع او را کنترل می کند. اگر شرایط بیمار اجازه می دهد، بایستی برای غذا خوردن اتاق را ترک کند در غیر اینصورت هر گونه خوردن و آشامیدن بیمار در اتاق انزوا بایستی در حضور پرستار و کنترل مستقیم وی از لحاظ آسپیریشن صورت گیرد.
- ۱۲- پرستار وضعیت بیمار را از نظر روحی و جسمی هر ۱۵ الی ۳۰ دقیقه کنترل می کند و هر ۲ ساعت درباره نیاز بیمار به ادامه حضور در ایزوله بررسی و تصمیم میگیرد.
- ۱۳- پرستار به محض اینکه وضعیت روحی بیمار مناسب باشد او را از اتاق امن بیرون می آورد .
- ۱۴- پرستار مواردی از قبیل : تاریخ و علت جدا کردن بیمار، زمان شروع و پایان ایزوله ، وضعیت بیمار ، صدمات احتمالی و تزریق داروی PRN و پاسخ بیمار به درمان را در پرونده ثبت می نماید و بیمار را مرتب تحت نظر می گیرد.
- ۱۵- پرستار مسئول شیفت گزارشی کامل از وضعیت بیمار را به شیفت بعد و سوپروایزر بالینی کشیک ارائه میدهد.



مهار فیزیکی بیماران اعصاب و روان

بعضی اوقات لازم است برای جلوگیری از آسیب بخود یا دیگران وارزیابی کافی، دست وپای بیمار بسته شوند این امر بخصوص در مواقعی که بیمار شدیداً تحریک پذیر بوده ویا دارای افکار تهاجمی یا خودکشی می باشد، ضرورت

می یابد. مهار فیزیکی باید با دستور کتبی پزشک باشد برای بستن بیمار حضور تیم آماده ضروریست. تعداد افراد همکاری کننده در این امر باید حداقل ۴ یا ترجیحاً ۵ نفر باشد اگر بیمار زن است حضور یکی از کارکنان هم جنس او به منظور کاهش ترس بیمار از احتمال سوء رفتار جنسی لازم است. بسته شدن بیمار باید با نظارت سرپرستار یا مسئول شیفت باشد تا از سلامت کار و بیمار مطمئن گردد. سالمترین و مطمئن ترین نوع مهار، استفاده از بندهای چرمی نسبتاً پهن برای چهار اندام است. بهتر است بیمار را روی تخت خوابانده یک دست در یکطرف و دست دیگر بالای سر با بند مهار گردد و پاها را از هم باز کرده و هر یک جداگانه بسته شود. سر اندکی بالاتر از بدن قرار گیرد تا خطر آسیب راسیون و همچنین احساس آسیب پذیری و نگرانی بیمار کاهش یابد. علت بسته شدن دست و پای بیمار را بعد از مهار باید برای او به آرامی توضیح داد تا از ترسش کاسته شود و احساس نکند که این امر جنبه تنبیهی یا خصمانه دارد. نحوه بسته شدن باید طوری باشد که به عروق و اعصاب بیمار صدمه ای وارد نشود به شکلی که در صورت لزوم بتوان مایعات وریدی را به او تزریق کرد. بندها باید بطور منظم کنترل شوند تا اختلال در جریان خون بیمار ایجاد نشود و اگر دیگر نیازی به مهار بیمار نباشد در اولین فرصت ممکن، بندها باز شوند. بیمار مهار شده را نباید رها کرد، به طور منظم و به شکل دقیق به او سر زد و علائم حیاتی او را کنترل نمود. بندها بدون نظارت درمانگر یا سرپرستار نباید از دست و پای بیمار باز شود. پس از آن که بیمار کاملاً تحت کنترل در آمد، با رعایت احتیاط در فواصل ۵ دقیقه ای یکی از اعضاء بسته شده باید آزاد شوند تا زمانی که فقط دو عضو از بدن بسته بماند و آنها هم نهایتاً با هم باز شوند چرا که عاقلانه نیست فقط یک عضو بیمار بسته بماند. علت مهار فیزیکی، نحوه درمان و داروهای تجویز شده باید در پرونده بیمار ثبت شوند.

کنترل دیکانسیونهای (موارد منع) مهار فیزیکی:

- ۱- شرایط شدیداً "وخیم جسمی و روانی" (مگر با مراقبت کافی و مستقیم)
- ۲- بیماران دلیریومی یا مبتلا به دمانس که کاهش محرک های محیطی موجب وخامت حالشان میشود (مگر با مراقبت کافی و مستقیم)
- ۳- بیمارانی که در انجام خودکشی شدیداً "مصرند".
- ۴- بیمارانی که وابستگی شدید به دارو و مواد دارند دچار مسمومیت شدید شده یا به کنترل دقیق دوز اثر داروئی نیاز دارند (مگر با مراقبت کافی و مستقیم)
- ۵- برای تنبیه بیماران یا راحتی و آسودگی کارکنان

مه‌ار شیمیایی بیماران اعصاب و روان



استفاده صحیح از داروهای آرام بخش تزریقی طبق دستور روانپزشک معالج در شرایط بحرانی .موارد استفاده از مه‌ار شیمیایی: هرگونه بیقراری، پرخاشگری، شرایط احتمال آسیب به خود و دیگران توسط بیمار، تهدید بیمار به خودکشی و دیگرکشی و در فوریت ها جهت آرام سازی بیمار از آمپول هالوپریدول یا الانزاپین بصورت تزریق عضلانی طبق دستورپزشک استفاده می شود . تزریق هالوپریدول را می توان هر ۳۰ تا ۶۰دقیقه تا آرام شدن بیمار طبق دستور پزشک تکرار کرد اکثرا یک تا سه تزریق بیمار را آرام میکند.در سنین زیر ۶۰ سال معمولا هالوپریدول با بی پریدین تزریق می شود(توجه: در دوسرنگ جداگانه کشیده و تزریق گردد).

نکات مهم در مه‌ار شیمیایی:

- ✓ استفاده از مه‌ار شیمیایی تنها با دستور پزشک مجاز است و تمدید آن برای مدت محدود دیگر نیاز به دستور پزشک معالج دارد .
- ✓ ارزیابی علایم حیاتی، راه تنفسی و سیستم گردش عصبی و عروقی قبل از تزریق داروهای آرام بخش توسط پرستار صورت گیرد.
- ✓ بعد از اجرای مه‌ار شیمیایی عوارض احتمالی را بررسی نماید .
- ✓ در صورت استفاده از مه‌ار شیمیایی،در حالت خواباندن بیمار برای مدت طولانی(بیمار از نظر زخم بستر کنترل شده هر ۲ ساعت تغییر پوزیشن انجام گردد و از تشک موج استفاده شود.
- ✓ پس از تزریق دارو بیمار از نظر سطح هوشیاری-وضعیت همودینامیک-تهویه -اکسیژن رسانی -آپنه-افت فشار خون-اغما-ضعف تنفسی کنترل میشود
- ✓ درصورت بروز کم فشاری خون طبق دستور پزشک تجویز داروهای آرام بخش قطع و مایعات و داروهای وریدی مانند فنیل افرین یا افرین را جهت بالا بردن فشار خون تا سطح پایه توسط پرستار استفاده میشود .
- ✓ پس از تزریق داروهای آرام بخش حفاظ تخت بیمار باید بالا برده شود و تا بازگشت سطح هوشیاری بیمار تحت پایش قرار گیرد
- ✓ کلیه اقدامات فوق در پرونده و گزارش پرستاری ثبت میگردد و تمام داروهای سداتیو مورد استفاده شده در آرام بخشی متوسط و عمیق توسط دو کارشناس پرستاری چک و اجرا میشود.

راهنمای پیشگیری از خودکشی بیماران بستری در بخشهای اعصاب و روان

خودکشی: (SUICIDE)

خودکشی به معنای خاتمه آگاهانه زندگی به دست خود فرد است. مرگی که به طور مستقیم یا غیر مستقیم بر اثر اقدامی که خود فرد میکند و در عین حال به رفتار آگاهی دارد. اگر کسی دست به خودکشی بزند ولی زنده بماند به این رفتار اقدام به خودکشی می گوئیم.

پیشگیری از خودکشی در بیمار از مهمترین وظایف پرستار در بخش اعصاب و روان میباشد. ارزیابی خطر خودکشی بیمار از طریق مصاحبه با بیمار، مشاهده و در نظر گرفتن علائم و نشانه ها و تاریخچه ی بیمار است.

اهداف مورد انتظار:

- ✓ ایجاد ارتباط با بیمار
- ✓ احتمال و خطر خودکشی در بیمار شناسایی و ضمن تعیین نوع مداخله بر اساس میزان خطر خودکشی ، هر گونه آسیب به خود از سوی بیمار کنترل و پیشگیری شود.
- ✓ میل به زندگی در بیمار افزایش یابد.

عوامل مربوط به خطر خودکشی:

- رفتاری: سابقه تلاش برای خودکشی در گذشته، ذخیره و جمع کردن داروها، اهدا کردن وسایل خود، سرخوشی ناگهانی در کسی که افسردگی مازور دارد، تغییر در رفتار و حالات
- روانی: سابقه خودکشی در خانواده، سابقه اقدام به خودکشی ناموفق در فرد، اختلالات روانی مانند افسردگی، اختلالات شخصیت (ضد اجتماعی، مرزی، صفات تکانشگری، پرخاشگری و تغییرات خلقی)؛ سوء مصرف مواد و الکل؛ اسکیزوفرنیا (وجود توهم شنوایی)؛ اختلالات روانپزشکی ناشی از علل عضوی؛
- موقعیتی: وابستگی به دیگران، نامناسب بودن وضعیت اقتصادی
- کلامی: تهدید به خودکشی (مستقیم و غیر مستقیم)، بیان میل به مردن
- اجتماعی: اختلال در زندگی خانوادگی، سیستم های ضعیف حمایتی، ایزولاسیون اجتماعی، سوگ
- جمعیت شناختی: از نظر سنی پسران در سن بلوغ و نوجوانی – افراد مسن، افراد مطلقه
- فیزیکی: بیماریهای جسمی صعب العلاج و دردهای مزمن
-

نحوه برقراری ارتباط با بیمار

۱. قدم اول یافتن مکان مناسبی است که در آن گفتگویی آرام و به طور خصوصی انجام شود.
۲. قدم بعد اختصاص دادن زمان کافی است. بیماران مستعد خودکشی برای کاهش دردهای درونی خود نیاز به زمان بیشتری دارند و با دادن فرصت بیشتر به آنها باید از نظر ذهنی آماده شوند.
۳. مهم ترین کار، گوش دادن مؤثر به آنها است. گوش دادن مؤثر، قدم مهمی در کاهش ناامیدی آنهاست. با مهربانی ، پذیرش و بدون قضاوت برخورد کنید . از پند و اندرز و قضاوت زود هنگام در مورد بیمار بپرهیزید.
۴. به بیمار فرصت دهید افکار و احساسات خود را آزادانه بیان کند و با وی همدلی نمایید و ادعاهایش را جدی بگیرید



۵. به بیمار کمک کنید تا تفکر معطوف به مرگ را به تفکر زندگی محور تغییر داده و وی را در مسیر حل مسئله و مشکلاتی که موجب افکار و میل به خودکشی شده، قرار دهید.

همچنین، بخاطر داشته باشید که در طی کار روی خودکشی باید دیدگاه های شخصی، اخلاقی و مذهبی خود را در مورد خودکشی کنار بگذارید، چون مانع از ایجاد ارتباط با مراجع شده و او را از شما دور می کند.

چگونه خطر خودکشی را ارزیابی کنید؟

وقتی پرسنل بهداشتی به رفتارهای خودکشی مشکوک می شوند موارد زیر باید بررسی شوند:

• افکار و احساسات فعلی فرد درباره مرگ یا خودکشی

• نقشه فعلی فرد برای خودکشی

میزان خطر خودکشی از طریق تکمیل چک لیست "آزمون جهانی پرستاران برای ارزیابی خودکشی" بررسی و اقدامات مقتضی صورت بگیرد. از افکار خودکشی باید با صراحت و مستقیم پرسید. برنامه ای که فرد برای خودکشی دارد از نظر میزان خطرناک بودن و دسترسی روش و نیز زمان مورد نظر باید بررسی شود.

خطر خودکشی ایستا نیست. بنابراین در بیمارانی که تمایلات خودکشی دارند، خطر خودکشی باید مرتب پایش شود.

در نظر داشته باشید همیشه پیش بینی خودکشی امکان پذیر نیست ولی ارزیابی دقیق خطر خودکشی و اجرای مداخلات فوری، کوتاه مدت و مناسب می تواند به فرد کمک کند تا به جای مرگ، زندگی را انتخاب کند .

کی سؤال کنید؟

- وقتی شخص احساس می کند طرف مقابل درکش می کند.
- وقتی شخص با صحبت درباره احساساتش ، احساس راحتی می کند.
- وقتی شخص درباره احساسات منفی اش مثل تنهایی یا بیچارگی صحبت می کند.

چه سؤالی بپرسید؟

برای اینکه بفهمید فرد تصمیم قطعی برای خودکشی دارد باید این سؤالات را بپرسید:

➤ آیا احساس می کنید زندگی ارزش زنده بودن ندارد؟

➤ آیا قصد دارید به زندگی تان خاتمه دهید؟

➤ آیا در مورد این که چگونه این کار را انجام دهید فکری کرده اید؟

برای این که متوجه شوید که فرد ابزاری برای خودکشی دارد یا نه باید این سؤالات را بپرسید:

➤ آیا ابزار جهت خودکشی در اختیار دارید ؟

برای اینکه متوجه شوید آن شخص زمان مشخصی را برای خودکشی در نظر گرفته است یا نه این سؤالات را بپرسید:

➤ تصمیم گرفته اید کی به زندگیتان خاتمه دهید؟

➤ تصمیم دارید کی برای آن برنامه ریزی کنید؟

مراقبتهای عمومی در پیشگیری از خودکشی

- ❖ به پیا مهای کلامی و غیر کلامی فرد توجه کنید و مراقب علامتهای هشدار دهنده باشید
- ❖ محیط بیمار را امن نگه داشته و اطمینان حاصل کنید که فرد دارو و یا وسیله آسیب زا در دسترس ندارد.(نظیر قیچی، چاقو، کمر بند، کبریت، ناخن گیر و وسایل شیشه ای ، داروها ، سموم ، مواد شوینده و شیمیایی، کمر بند، کبریت و مواد اشتعال زا/روسی در زنان /و هر نوع وسیله تیز و برنده)
- ❖ به بیمار بگوئید هر گاه دچار تفکرات و عقاید خودکشی شد نزد پرسنل بیاید
- ❖ پرونده ، کاردکس و کارت بالای تخت بیمار در معرض خطر suicide با علامت مخصوص مشخص شود.
- ❖ پرستار بایستی به نشانه های خطر خودکشی از قبیل نشانه های کلامی(ای کاش مرده بودم)/ نوشتن وصیت نامه /منزوی و افسرده شدن /رفتارهای جسورانه و بی پروا/بخشیدن دارایی های با ارزش /بروز تغییراتی در رفتار و ظاهر فرد/رنج بردن بیمار از یک تغییر در زندگی و یا از دست دادن یک چیز بزرگ توجه و در صورت مشاهده ، گزارش نمایید.
- ❖ بی توجهی و چشم پوشی نکنید، از وی عصبانی نشوید. با خشونت وی را از خودکشی نهی نکنید.

- ❖ در زمان ملاقات بیمار با خانواده به ایشان خطر خودکشی را گوشزد کرده و ضمن جلب حمایت خانواده، آنها را از در اختیار قرار دادن وسایل و مواد خطرناک نظیر کمر بند، وسایل تیز و برنده (شیشه، قیچی و ژیلت) دارو و مواد مخدر منع نمایید. بایستی قبل از ورود بیمار به بخش بازدید بدنی صورت گرفته و از همراه نداشتن وسایل خطرناک مطمئن شوید.
 - ❖ در طول روز تماس های مختصر و مکرر با بیمار داشته باشید
 - ❖ فعالیت های را ایجاد نمایید که بیمار از شرکت در آنها احساس رضایت کند
 - ❖ از بلع داروهای بیمار به جهت تاثیر بر درمان و جلوگیری از جمع آوری دارو به قصد خودکشی و نیز عدم دستیابی او به ذخائر دارویی بخش اطمینان حاصل کنید.
 - ❖ سرکشی به تمام نقاط بخش و نقاط کور از جمله دستشویی و حمام انجام شود
 - ❖ در تمام مدت شب در قسمت های مختلف بخش موقع خواب یک چراغ کم نور گذاشته شود تا قصد او برای خودکشی مشخص شود
 - ❖ در زمان تعویض شیفت ها دقت و مراقبت بیشتری بر بیمار انجام شود
 - ❖ وسایل بیمار از لحاظ تهیه و نگهداری وسایل خطرناک در زمان های نامشخص و غیر قابل پیش بینی (حداقل یکبار در روز) بررسی شود
 - ❖ رفتارهای بیمار را هر ۳۰ دقیقه کنترل کنید. توجه کنید کنترل بیمار تحت الگوی خاصی نباشد و با فاصله های نامنظم انجام گردد.
 - ❖ با هدف جلوگیری از انزوای بیمار، او را برای شرکت در فعالیت ها تشویق کنید.
 - ❖ به بیمار نوشتن گزارش روزانه را پیشنهاد دهید
 - ❖ مهارت انطباقی نظیر تخلیه خشم بیمار در محیطی عاری از خشونت (با صحبت کردن با بیمار) و سازشی نظیر یافتن نقاط مثبت در بیمار و تاکید بر آنها (تقویت روحیه استقامت بیمار) با بیمار کار شود.
 - ❖ بیمار را به ملاقات و ایجاد تماس تلفنی با افرادی که در زندگیش موثر هستند تشویق نمائید.
 - ❖ پرستار اقدامات انجام شده و شرایط بیمار را در پرونده پزشکی بیمار ثبت نماید و به شیفت بعد گزارش دهد.
- توجه : حتی الامکان بیماران از مداخلات پیشگیرانه پرستاران مطلع نشوند.**

مراقبتهای ویژه در پیشگیری از خودکشی

- ❖ تدابیر و اقدامات پیشگیرانه برای خودکشی طبق استانداردهای نظارتی شامل : اطلاع فوری به همه اعضاء تیم درمان (روانپزشک، روانشناس، مددکار اجتماعی) و سایر پرسنل مرتبط با بیمار نظیر پرسنل خدمات و انتظامات بخش به جهت دور نگهداشتن بیمار از مواد و شرایط خطرناک، تمرکز مراقبتهای پرستاری بر آرامش و امنیت بیمار، درمانهای روانپزشکی و دارویی، درمانهای روانشناختی
- ❖ فرد را در یک محیط امن و حمایت گر قرار دهید و او را تنها رها نکنید
- ❖ بی توجهی و چشم پوشی نکنید، از وی عصبانی نشوید. با خشونت وی را از خودکشی نهی نکنید.
- ❖ با بیمار قرارداد (شفاهی و کتبی) ببندید که در زمان تجربه میل به صدمه به خود، پرستار بخش را آگاه کند
- ❖ به بیمار اطلاع دهید که پرسنل در همه حال در مقابل این افکار از او حمایت می نمایند
- ❖ در صورت درخواست بیمار در کنار وی بمانید
- ❖ بیمارانی که در خطر جدی خودکشی هستند را بطور مداوم حتی هنگام رفتن به دستشویی کنترل نمائید
- ❖ رفتارهای بیمار را هر ۱۵ دقیقه کنترل کنید. توجه کنید کنترل بیمار تحت الگوی خاصی نباشد و با فاصله های نامنظم انجام گردد.
- ❖ به منظور تضمین ایمنی فرد، در هر شیفت مسئولیت تماس منظم با وی را به یک پرسنل شناخته شده و مورد وثوق بسپارید و تداوم مراقبت را تضمین کنید.
- ❖ خانواده، دوستان، سایر افرادی که نگران وضعیت بیمار هستند و همچنین منابع در دسترس جامعه را برای مراقبت از فرد و حمایت از او در دوره ای که خطر بیشتری او را تهدید می کند بسیج کنید.

داروهای اعصاب و روان



ردیف	دسته دارویی
۱	داروهای ضد اضطراب
۲	داروهای ضد جنون
۳	داروهای تثبیت کننده خلق
۴	داروهای آنتی کولینرژیک
۵	داروهای ضد افسردگی

❖ داروهای ضد اضطراب:

Benzodiazepines

Buspiron

الف: بنزودیازپین ها

ب: باسپرون

* بنزودیازپین ها

- بنزودیازپین ها ، معروف ترین و پر مصرف ترین داروهای آرام بخش ، خواب آور و ضد اضطراب می باشند .
موارد استفاده از بنزودیازپین ها:

- ۱- خواب آور (فلورازپام ، کلونازپام و...)
- ۲- درمان اضطراب
- ۳- افسردگی ؛ تنها داروی مورد استفاده در افسردگی آلپرازولام است .
- ۴- اختلال پانیک
- ۵- اختلال دو قطبی نوع یک
- ۶- اختلال وسواس جبری
- ۷- سوء مصرف مواد ؛ در ترک الکل که از داروی کلردیازپوئوکساید استفاده می شود .
- ۹- اختلال صرع ؛ دیازپام

❖ مکانیسم اثر: تقویت اثر انتقال دهنده عصبی گابا

➤ عوارض شایع: خواب آلودگی، سرگیجه، آتاکسی

➤ توجه: در مصرف همزمان با داروهای مسکن (خواب آلودگی شدید و ضعف تنفسی)

❖ داروهای ضد جنون (آنتی سایکوتیک):

الف: داروهای ضد جنون قدیم ، کلاسیک یا تپیک : کلرپرومازین ، پرفنازین ، تیوریدزین ، فلوفنازین ، هالوپریدول ، اسکازینا . پیموزاید ، تیوتوکسین

ب: داروهای ضد جنون جدید یا غیر تپیکال ؛ ریسپریدون ، کلورزاپین (لپونکس) ، الانزاپین ، کوئیتاپین ، آرپیزازول

❖ مکانیسم اثر: کاهش اثر دوپامین و مسدود کردن گیرنده های دوپامین

➤ عوارض شایع: علائم اکستراپیرامیدال، خواب آلودگی، سندروم نورولپتیک بدخیم، خشکی دهان و....

➤ توجه: توجه ویژه به علائمی مانند لکوپنی / کاهش یا افزایش اشتها/واکنش های آلرژیک/آگرانولوسیتوز و.... با توجه به

دسته دارویی مورد مصرف

❖ تثبیت کننده خلق:

***لیتیوم:** خط اول درمان در این دسته دارویی لیتیوم می باشد /لیتیوم در صورت وجود علائم خفیف خلقی ، همراه با بنزودیازپین و در صورت علائم شدید همراه با آنتی سایکوتیک مصرف می شود.

❖ مکانیسم اثر:

عمل دقیق آن اثبات نشده، اما به نظر می رسد که اثرات خود را از طریق سیستم های پیام رسان ثانویه اعمال میکند که باعث تغییراتی در فرایندهای با واسطه پروتئین کیناز و کلسیم می شوند.

➤ عوارض شایع: لرزش ، افزایش فعالیت حرکتی ، عدم تعادل ، پرنوشی ، پراداراری ، استفراغ و.....

➤ توجه: بررسی سطح لیتیم و توجه به علائم مسمومیت با لیتیوم

❖ **دیگر تثبیت کننده ها:** کاربامازپین ، سدیم والپروات ، لاموتریژین ، توپیرامات

❖ **مکانیسم اثر:** مهار آنزیم های دخیل در کاتابولیسم گابا و در نتیجه مهار تحریک پذیری نورونی.

❖ **آنتی کولینرژیک ها:** بیپردین ، تری هگزی فنیدیل (آرتان ، آمانتادین)

❖ **مکانیسم اثر:** مسمود کردن گیرنده های استیل کولین

❖ دارو های ضد افسردگی

این دارو ها به چهار دسته تقسیم می شوند :

۱- **ضد افسردگی سه حلقه ای TCA:** ایمپیرامین ، آمی تریپتیلین ، دوکسپین ، دیسپرامین ، آموکسا پین ، کلومیپیرامین ، نورتیتیلین

❖ **مکانیسم اثر:** ممانعت از باز جذب نوراپی نفرین

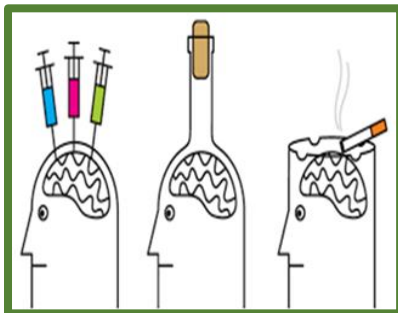
۲- **مهار کننده با جذب منوآمین اکسیداز MAOI:** سلژیلین و موکلوبومیدو...

❖ **مکانیسم اثر:** ممانعت از متابولیز منوآمینو اکسیداز

۳- **مهار کننده با جذب سروتونین SSRI:** فلوکستین ، سرتالین ، فلووکسامین ، سیتالوپرام

❖ **مکانیسم اثر:** ممانعت از باز جذب سروتونین

۴- **سایر دارو های ضد افسردگی :** ترازدون ، نفازدون ، ونلافاکسین ، بوپروپیون و.....



➤ عوارض شایع: خواب آلودگی ، سرگیجه ، تهوع ، استفراغ ، هیپوتانسیون ، خشکی دهان

➤ توجه: توجه ویژه به علائم مشکلات قلبی /تنفسی /فشارخون با توجه به دسته دارویی

مورد مصرف

فوریت های مربوط به مصرف دارو ها و مواد

عوارض ناشی از مصرف بعضی از داروهای ضد جنون و سوء مصرف مواد ممکن است عاملی برای مراجعه به بخش فوریت ها باشد که در زیر به پاره ای از شایعترین آنها اشاره می شود.

Neuroleptic Malignant Syndrome (NMS):

سندرم بدخیم نورولپتیک ها ، عارضه تهدید کننده زندگی داروهای ضد سایکوز است که در هر مرحله ای از دوره درمان احتمال وقوع دارد .علائم اصلی آن شامل افزایش درجه حرارت (بالای ۴۱/۵ درجه سانتیگراد) ورژیدیتی شدید عضلانی است . در بررسی آزمایشگاهی آنزیم CPK افزایش چشمگیر دارد. سایر علائم این سندرم شامل : تعرق (۶۰٪ موارد) ، لرزش ، تاکیکاردی، فشار خون بالا یا متغییر ، دیسفاژی ، بی اختیاری ادرار ، دیستونیا ، آکینزیا ، موتیسم و تغییر سطح هوشیاری از کنفوزیون تا اغماء می باشد. در تست های پارا کلینیکی بیمار ، لکوسیتوز و مدارکی از آسیب عضلانی (CPK بالا) ورا بدومیولیز دیده می شود . علائم در عرض ۲۴ الی ۷۲ ساعت گسترش یافته و ۱۰ الی ۱۴ روز ادامه می یابد و ۱۰ تا ۲۰ درصد مرگ و میر دارد.

اقدامات لازم

۱- تشخیص صحیح بر اساس: مصرف دارو های ضد سایکوز و وجود تب ، رژیذیتی عضلانی و CPK افزایش یافته (نظر به مرگ زا بودن این سندرم، هر یک از علائم فوق لزوم پیگیری تشخیصی و قطع داروی ضد سایکوز را ایجاب می کند)

- ۲- بررسی تشخیص های افتراقی شامل سایر علل هیپوترمی ناشی از دارو ، بیماریهای نورولوژیک مثل آنسفالیت ویروسی ، سایر علل عفونی هیپوترمی ، بعضی سندروم ها و بیماری های روانی مثل کاتاتونیا و بیماری های خلقی .
- ۳- قطع فوری داروی ضد سیکوز ۴- بیمار لازم است بستری شود و سریعاً درمان آغاز گردد. ۵- کنترل علائم حیاتی ۶- حمایت طبی برای پایین آوردن درجه حرارت و درمان علامتی تب. ۷- تعادل مایع و OUT PUT کلیوی (سوند ادراری و حداقل ۴ لیتر مایع روزانه از طریق ورید در صورت سلامت قلبی بیمار و جلوگیری از نارسایی کلیوی.
- ۸- Dantrolen (۳ تا ۱) هر ۶ ساعت خوراکی یا تزریقی (بهبودی جالب توجه گاهی با تزریق وریدی این دارو در عرض چند ساعت ۹- تجویز بر موکریپتین خوراکی (آگونیست گیرنده دو پامینی و موجب افزایش دو پامین و کاهش علائم می شود) ۱۰- آمانتادین ، لوودوپا و سایر دارو های ضد پارکینسون می توانند رژیدتی را کاهش دهند.
- ۱۱- انفوزیون lisuride (۱/۰ تا ۲/۰) ۱۲- کنترل مرتب CPK ۱۳- مشاوره با متخصصین داخلی

Substance abuse سوء مصرف مواد

این اختلال به تنهایی یا همراه سایر بیماریهای روانی به وفور در بخش فوریت دیده می شود. آمارهای بالایی از مراجعین به بخش فوریت روانپزشکی ، سوء مصرف مواد دارند. این اختلال در مردها شایعتر است. اکثراً تشخیص داده نشده و از نظر دور می ماند. در هر مردی که در بخش فوریت حاضر شده و آسیب ناشی از دعوا یا تصادف یا صدمه به خود داشته است باید به جستجوی سوء مصرف مواد هم بود. گاهی همرا با بیماریهای دیگر روانی است که شایعترین آن ها حملات هراس، اختلالات اضطرابی، افسردگی و اختلال شخصیت ضد اجتماعی می باشند.

علائم: مربوط به ماده ای است که مصرف شده

درمان: در صورتی که مصرف موجب مسمومیت شده باشد، درمان اختصاصی مربوط به آن ماده ضرورت دارد. سپس ارجاع برای پیگیری درمان صورت می گیرد.

❖ اقدامات درمانی:

تشخیص صحیح در بر اساس: تریاد بالینی اغما، مردمک ته سنجاقی و کندی تنفس (چنان که ذکر شد در مسمومیت های شدید ممکن است گشادی مردمک دیده شود. به علت مرگ زود بودن (Overdose) مواد شبیه مرفینی هر بیماری که به علت اغما به واحد فوریتها آورده شود. اقدامات فوری درمان مسمومیت با مرفین باید انجام شود. در معاینه جسمی باید به دنبال محل تزریق در بازو ، ساق، مچ پا و سایر نقاط جستجو کرد. ۱- مطمئن شدن از وجود راه های هوایی کافی ۲- اسپیراسیون ترشحات نای و حلق ۳- قرار دادن Airway در صورت لزوم ۴- و نتلیه کردن مکانیکی در صورت لزوم ۵- تزریق آهسته نالوکسان وریدی شروع با ۸/۰ میلی گرم برای ۷۰ کیلوگرم وزن بدن به تکرار پس از چند دقیقه در صورت عدم پاسخ (نیمه عمر نالوکسان کوتاه است و احتمال دارد حتی بعد از بهبودی بخصوص در مسمومیت با مواد طولانی اثر مثل متادون، نیاز به تکرار تنظیم نالوکسان باشد) عدم تاثیر منجر به تکرار تزریق ۵ تا ۱۰ دقیقه بعد ۵- علائم بهبودی با افزایش نبض و گشادی مردمک مشخص میشود در معتادین به opioids تزریق نالوکسان منجر به علائم شدید ترک می گردد. ۶- در صورت عدم پاسخ عدم پاسخ دهی ، هر ۳۰ تا ۴۵ دقیقه ، نالوکسان به میزان ۴/۰ میلی گرم وریدی تکرار شود. ۷- ارجاع به مراکز درمانی مخصوص معتادین پس از بهبود علائم مسمومیت

آنتی دوت ها

پادزهر: (Antidote) ماده ایست که قادر به بی اثر کردن نوع خاصی از مسمومیت ها است. اذهرها برای مقابله با مصرف بیش از حد داروها و مواد سمی به کار می رود. هدف پادزهرها کاهش عوارض سیستمیک داروها و سموم بوده تا حمایت کافی از عملکردهای حیاتی به عمل آید. برخی از مهمترین آنتی دوت های مورد استفاده در بخش اعصاب و روان در جدول زیر ذکر شده است.

❖ جهت مطالعه بیشتر در مورد داروها و آنتی دوت ها به جزوه داروهای اعصاب و روان مراجعه شود.

دارو	بنزو دیازپین ها (دیازپام ، اگزازپام و ..)	متو کلو پرامید	وارفارین	هپارین	استاومینوفن	سموم حشره کش	MMS (حساسیت به داروهای اعصاب)	مورفین
آنتی دوت	فلومازیل	بایپریدین	ویتامین K	پروتامین سولفات	استیل سیستین	آتروپین	آمانتادین	نالوکسان



الکتروشوک درمانی، یکی از موثرترین درمان‌های روانپزشکی می‌باشد که در درمان برخی بیماری‌های روانپزشکی از جمله افسردگی شدید، حمایت شیدایی، اختلال اسکیزوفرنی و اختلال دو قطبی مقاوم به درمان کاربرد دارد. این روش بهترین درمان در خانهای باردار و افرادی که عوارض درمان دارو در آنان زیاد است به حساب می‌آید. بسیاری از افرادی که دارای افکار خودکشی بوده و یا از غذا خوردن امتناع می‌ورزند، با این روش سریعتر علائم آنان بهبود می‌یابد. اثر الکتروشوک

درمانی، در درمان بیماران بسیار سریعتر از درمان دارویی ظاهر می‌شود. کارکرد الکتروشوک درمانی عبارت است از عبور دادن جریان خفیف الکتریکی کنترل شده از سر بیمار، که به تغییرات شیمیایی در مغز منجر می‌شود. در ابتدای شوک، داروهای شل کننده عضلانی و هوشبری به بیمار تزریق می‌شود. در این صورت بیمار طی درمان چیزی را حس نخواهد کرد و متوجه روند درمان نخواهد شد. سپس دو الکتروفلزی را که به دستگاه ECT وصل است در دو طرف شقیقه‌های بیمار گذاشته می‌شود و به بیمار شوک داده می‌شود. تعداد جلسات شوک درمانی بطور معمول یک دوره درمان ECT شش تا دوازده جلسه بوده که هر هفته دو تا سه بار انجام می‌گیرد، اما برخی از افراد ممکن است نیاز به جلسات درمانی بیشتر داشته باشند. ECT ممکن است یک طرفه و یا دو طرفه باشد. در دو طرفه دو الکتروفلزی روی شقیقه بیمار گذاشته می‌شود و در یک طرفه یکی از الکتروفلزی‌ها روی شقیقه و الکتروفلزی بعدی روی سر بیمار قرار داده می‌شود.

عوارض الکتروشوک درمانی

عوارض الکتروشوک درمانی را به میزان یک درصد گزارش کرده‌اند، که در صورت بروز کوتاه مدت و گذرا می‌باشد. از مهمترین این عوارض گیجی، سردرد، درد های عضلانی، تغییرات حافظه، دندان درد و تهوع و استفراغ می‌باشد.

گیجی: در بیشتر افراد در عرض یک ساعت پس از شوک از بین می‌رود.

دردهای عضلانی: این دردها با گرم نگه داشتن عضلات با استفاده از مسکن مانند بروفن و مفنمیک اسید یا استامینوفن بر طرف می‌شود. **تغییرات حافظه:** معمولاً بسیار کوتاه مدت بوده و خود بخود رفع می‌شود برای بهبود آن مطالعه و ورزش های فکری مانند حل جدول و شطرنج توصیه می‌شود.

سردرد: گاه بعضی از سردرد بعد از ECT شکایت می‌کنند ممکن است از سردرد در نواحی پیشانی بیشتر حس شود، معمولاً با مسکن ها مانند بروفن و مفنمیک اسید یا استامینوفن جواب می‌دهد.

تهوع و استفراغ: تهوع و استفراغ در برخی بیماران ممکن است ایجاد شود که با داروهای ضد بهبود می‌یابد.

لطفاً به نکات زیر توجه فرمائید. ۱- بیمار صبح روز ECT باید ناشتا باشد. ۲- در صورتی که دندان مصنوعی یا پروتز دارید به پزشک معالج اطلاع دهید. ۳- در صورتی که حساسیت به داروهای بیهوشی دارید پزشک معالج را آگاه کنید.

منابع:

- کوشان ۱ و ۲

❖ جهت مطالعه بیشتر به جزوه خلاصه ECT در بخش مراجعه شود.

راهنمای گزارش نویسی در بخشهای اعصاب و روان



بر طبق آخرین دستورالعمل ارسالی از دانشگاه علوم پزشکی شیراز گزارشات پرستاری بر اساس فرمت سیستم به سبب به ترتیب زیر نوشته می شود. لازم به ذکر است در زمان پذیرش بیمار در گزارش بدو ورود بیمار (گزارش پذیرش بیمار) وضعیت عمومی بیمار نیز ذکر می شود.

❖ **وضعیت عمومی:** سن بیمار/اهل کجاست/ساعت بستری یا پذیرش /وضعیتی که بیمار وارد بخش شد مثلا با پای خودش یا برانکارد یا ویلچر / همراه داشت یا نداشت چه کسی همراه وی بود / ساعت اطلاع به رزیدنت روان قید شود / اگر اشیاء قیمتی داشت و به کسی تحویل دادیم قید شود/شکایت اصلی بیمار قید شود /سابقه مشکلات جسمی و روانی قبلی/همچنین ظاهری آراسته و یا آشفته اگر دارد نوشته شود/درمورد خانمها باردار بودن قید شود/حساسیت غذایی و دارویی/محدودیت حرکتی و ناتوانی خاص/در صورت وجود هرگونه زخم(نوع و دلیل ایجاد زخم ،ترشحات و.....

❖ سیستم های مورد بررسی :

❖ وضعیت عمومی(ذکر در گزارش اولیه و پذیرش بیمار)۱- مغز اعصاب ۲ - تنفس ۳- قلب و عروق ۴- پوست ۵-ادراری- تناسلی ۶- گوارشی ۷-عضلانی- اسکلتی ۸-وضعیت روانی ۹- سایر مداخلات

❖ **سیستم عصبی CNS:** هوشیار و آگاه بودن به زمان مکان / مقدار GCS / ناآشنا به زمان ، مکان ، شخص و

❖ **سیستم تنفس:** ریتم و الگوی تنفسی بیمار(منظم یا نامنظم)،تعداد تنفس در دقیقه،سرفه،ترشحات/رنگ ترشحات/در صورت اکسیژن تراپی نوع و شرایط اکسیژن تراپی /در صورت داشتن ABG نتایج آن و پیگیری های انجام شده قید شود و.....

❖ **سیستم قلبی و عروقی:** وضعیت نبض، فشار خون، سابقه بیماری قلبی / اگر EKG گرفته شده / داشتن مشاوره قلب / انژیوکت یا هر نوع سرم تراپی /در صورت درد قفسه سینه ذکر شود و.....نکته : جواب آزمایشات در برگ آزمایشات ثبت شود.در صورت وجود آزمایش غیر طبیعی اقدامات درمانی ذکر شود.

❖ **سیستم پوستی:**

تورگور پوستی،انواع زخم،اسکار،دمای بدن،رنگ پوست ،معیار برادن و....

❖ **سیستم تناسلی و ادراری:**

ادرار داشت یا نداشت /دفعات ادرار/ تکرر ادرار /هماچوری/رنگ ادرار/اگر سوند دارد تاریخ سوند و

❖ **سیستم گوارشی:**

نوع تغذیه/نوع رژیم غذایی/تهوع/ استفراغ/خونریزی معده ورودهد /مشکلات گوارشی و معده/مقدار غذایی که در هر وعده می خورد به صورت درصد.

✓ نکته:بیماری که بعد از ect غذا خورد باید در گزارش پرستاری ثبت شود که :تغذیه دهانی بعد از برگشت رفلکس گگ صورت گرفت و تحمل کرد.

❖ **سیستم عضلانی - اسکلتی:**

دامنه حرکتی مفاصل/فعال بودن یا نبودن/مشکل حرکتی یا معلولیت خاص / رنگ اندام محیطی(سیانوز ،سردی یا گرمی اندام ها)،معیار مورس و.....

❖ **وضعیت روانی - حرکتی:(اعصاب و روان):**

عاطفه بیمار متناسب با خلق/ قادر به برقراری ارتباط چشمی و کلامی /از نظر محتوی فکر هذیانی از نوع بزرگ منشی،انتساب و...../از نظر توهم شنوایی،بینایی ،و.. /حافظه دور و نزدیک /حافظه فوری / تفکر انتزاعی /بیش / قضاوت / تمرکز بیمار/ خلق /افکار خودکشی/ظاهر بیمار و

❖ حداقل نکاتی که باید در گزارش قبل و بعد ECT ثبت شود:

✓ **علایم حیاتی/ توانایی راه رفتن /هوشیاری /رفلکس گگ /تحمل غذا/سردرد و عوارض بعد از ECT / زمان رفتن و باز گشت از ECT**

❖ **موارد عمومی در ثبت گزارش پرستاری:**

۱- از خودکار آبی یا مشکی جهت ثبت گزارش پرستاری استفاده نمایید

۲- جهت ثبت دقیق اوقات شبانه روز در گزارش، ساعات را به صورت کامل با استفاده از اعداد ۱ تا ۲۴ بنویسید. **مثال ساعت ۱ بعد از ظهر را به صورت 13:00.**

۳- با توجه به تشخیص اصلی یا تشخیص افتراقی بیمار، علائمی را که می تواند در تشخیص قطعی بیمار، سیر بیماری و تصمیم گیری برای درمان (شروع، ادامه، قطع دارو و... کمک کننده باشد حتماً گزارش نمایید.

قبل از نوشتن گزارش باید توسط فرد نویسنده نام و مشخصات بیمار در بالای صفحه گزارش، بطور کامل تکمیل و ثبت شود ۴-

۵- گزارش پذیرش بیمار باید بسیار کامل نوشته شده و شامل ساعت ورود بیمار، نحوه ورود (با پای خودش، بابرانکارد، توسط اورژانس ۱۱۵ و...)، ثبت مشکل اصلی از زبان بیمار، وضعیت هوشیاری بیمار، علائم حیاتی هنگام ورود و سایر موارد مهم مشاهده شده می باشد.

۶- در صورتیکه مددجو نیاز به دریافت مایعات وریدی و یا رگ باز دارد، تعداد قطرات سرم را در دقیقه محاسبه، تنظیم و کنترل نمایید و در پایان گزارش پرستاری در هر شیفت میزان سرم دریافتی مددجو را در برگ دخول و خروج ثبت نمایید.

۸- ضروری است پرستار پس از مشاهده وضعیت غیر طبیعی در مددجو و یا ارائه مراقبت خاص پرستاری به مددجو، در اسرع وقت اقدام به ثبت گزارش نماید

گزارش حوادث از جمله فرار، سقوط، حساسیت و آلرژی، ایست قلبی تنفسی، خودکشی و ... ۹- با ذکر ساعت و توضیحات کامل و اقدامات انجام شده و در جریان قرار دادن مسئولین ثبت گردد

۱۰- از تصحیح عبارات اشتباه در گزارش به وسیله لاک و یا سیاه کردن و نیز پاک کردن آنها اکیداً اجتناب نمایید دستورات عمل جهت تصحیح موارد اشتباه در گزارش:

الف) بر روی مورد اشتباه خط کشیده اما به نحوی که نوشته قابل خواندن باشد.

ب) در قسمت بالای مورد اشتباه بنویسید (اشتباه است)

ج) تاریخ و سمت خود را پس از ثبت مورد فوق در گزارش بنویسید.

۱۱- انحصاراً در گزارش پرستاری مراقبتهایی را که خود ارائه نموده اید و یا بر اجرای آن نظارت داشته اید ثبت نمایید

۱۲- به منظور جلوگیری از اتلاف وقت، انتقال صحیح مطالب و سرعت بخشیدن به کارها گزارش را خوانا و مرتب بنویسید

۱۳- مسئولیت درج صحیح دستورات پزشک در کاردکس با پرستار مسئول شیفت است و باید در این زمینه دقت کافی برای جلوگیری از بروز اشتباهات به عمل آید

۱۴- در صورتی که دارویی با شرایط خاص تجویز شده باشد مانند کنترل Bp و ... حتماً باید در متن گزارش پرستاری میزان عددی آن ذکر گردد.

۱۵- در صورت عدم انجام آزمایشات یا سایر پروسیجرهای پاراکلینیک، علت دقیق آن را ثبت نمایید.

۱۶- گزارش عملیات احیای قلبی ریوی (CPR) به طور کامل و جامع با ذکر کلیه مراحل احیا باید در پرونده ثبت شود.

۱۷- در صورتیکه نیاز به نقل قول از سوی بیمار است عین گفته های بیمار را گزارش نمایید. (نقل قول مستقیم)

۱۸- اطلاعاتی را که خودتان به پزشک معالج گزارش می نمایید (حضوری، تلفنی) دقیقاً ثبت کنید.

۱۹- در بین، ابتدا و انتهای گزارش جای خالی باقی نگذارید.

۲۰- در خصوص مشاوره های پزشکی باید توجه شود که دستورات مشاوره فقط در صورتیکه توسط پزشک معالج یا پزشک مقیم دستور اجرای آنها داده شده قابل انجام می باشد و نباید هیچگاه به طور مستقیم و بدون اطلاع پزشک معالج اجرا گردد

۲۱- از نوشتن کلمات عمومی نظیر "حال عمومی بیمار خوب است یا بیمار روز خوبی داشته است" خودداری کنید

۲۲- انتهای گزارشات را با خط ممتد تا انتهای سطر ببندید تا جلوی هر گونه سوء استفاده و اضافه نمودن مطلب به آن نوشته را بگیرد.

۲۳- از دستورات تلفنی و شفاهی حتی الامکان خودداری شود، در صورت لزوم باید: الف) - دستورات تلفنی: در این مورد پرستار، دستور، نام پزشک، ساعت و دوز دستور داده شده را با امضا و نام خود (پرستار) در برگ دستورات می نویسد و در اولین فرصت ممکن به امضای پزشک می رساند. بهتر است در این موارد گیرنده پیام دو نفر باشد تا احتمال خطا کمتر شود.

۲۴- چنانچه لازم شد ادامه گزارش پرستاری را در پشت صفحه یا در یک برگه دیگر ادامه دهید، عبارت "ادامه در صفحه بعد یا پشت صفحه" را در پایین صفحه اول نوشته و مجدداً در صفحه بعد تاریخ و ساعت و مشخصات بیمار و شماره پرونده وی را ثبت نمایید و سپس ادامه گزارش را بنویسید و در ضمن در بالای صفحه به این نکته "ادامه از صفحه قبل" اشاره کنید.

۲۵- پس از ثبت هر گونه اطلاعات در گزارش پرستاری با زدن مهر پرستاری، نام، نام خانوادگی، سمت و امضاء خود را وارد نمایید

❖ جهت مطالعه بیشتر به جزوه گزارش نویسی در بخش اعصاب و روان موجود در بخشها و یا فولدر دفتر پرستاری مراجعه شود.