

الخدمات الجراحية

مقدمة:

تعد الخدمات الجراحية فى أية منشأة صحية من أهم العناصر الحيوية للبنية الأساسية لنظام المستشفى. كما يساهم هذا العنصر فى استمرارية هذه المنشأة من خلال الأنشطة الجراحية التى تدر عائداً عليها. وإذا كان الهدف هو تنمية وازدهار الخدمات الجراحية، فيجب أن يلمس جمهور المرضى التقنية الحديثة وكذلك الرعاية ذات الجودة المرتفعة لهذه الخدمات الجراحية.

ويعد إيجاد نظام يوائم بين كل الوظائف الإدارية والفنية من الاعتبارات ذات الأولوية القصوى لتشغيل الخدمات الجراحية ويجب أن يشمل هذا النظام الأغراض والأهداف والوظائف الإدارية والهيكل التنظيمى وسياسات وأساليب وتقنيات تقييم التشغيل الصحيح للنظام.

كما يجب أن يتكون قسم الجراحة من عناصر متنوعة ومتراصة ومن عناصر جراحة خالية من الجراثيم وكافية لخدمة المرضى ووحدات رعاية مابعد التخدير أو مايعرف بغرف الإفاقة وقسم توريد إمدادات ومعالجة معقمة كما يجب أن يكون القسم تحت توجيه مدير الخدمات الجراحية ومديرة التمريض.

إن الغرض من نظام الخدمات الجراحية هو تحويل المعرفة والمهارات والتقنية إلى تقديم تدخلات جراحية علاجية عالية الجودة ضد المرض.

وتعتبر المهمة الأولى للعاملين بجناح العمليات هى ضمان تشغيل الفريق بصورة فعالة لتحقيق الأغراض والأهداف المطلوبة وكذلك تشجيع كل أعضاء الفريق لتقديم رعاية جراحية ذات مستوى عال.

وقد تم اعداد هذا النظام على نحو ملائم لجميع مستشفيات المشروع ويجب على كل مستشفى أن تراجع بانتظام السياسات والاجراءات الخاصة بها وتدخل التعديلات الملائمة عند الضرورة. قد يكون تطبيق هذا النظام أمراً يحتاج إلى وقت طويل وقد تنشأ بعض المعوقات بسبب عدم القدرة على التحول من الأنظمة السائدة أو الحاجة إلى تمويل اضافى ولذلك يجب وضع الأولويات الخاصة بالنظام وكذلك بنظم الإدارة الأخرى غير أنه من الأفضل أن تبدأ المستشفيات فى تطبيق النظام حتى تمهد السبيل لارسائه.

ويجب التأكيد على أهمية توفير التدريب المناسب للعاملين وسوف تساعد عملية التدريب على إيضاح مدى ملاءمة النظام للتطبيق.

الفصل الأول:

نظرة عامة على نظام الخدمات الجراحية

تتكون الخدمات الجراحية في المستشفيات التابعة لمشروع تطوير المستشفيات من رعاية سابقة لإجراء العملية التي يتلقاها المريض وذلك لتصحيح أو إزالة أية حالة أو وضع مرضى كما يتكون من الخدمات المساعدة الخاصة بإدارة المواد والقيام بالعمليات والإجراءات بصورة جيدة. ولكي يصير جناح العمليات كياناً قابلاً للنمو والتقدم وحتى يحقق عائداً مادياً للمستشفى فإنه يجب أن يعمل بكفاءة وأن يقدم رعاية صحية على مستوى عال ويوفر بيئة آمنة للمرضى وللعاملين وأن يرتبط مع الأقسام الأخرى بالمستشفى بعلاقة فعالة.

إن الاحترام المتبادل بين أعضاء الفريق الطبي والعاملين بجناح العمليات والتعاون والعمل جنباً لجنب سوف يؤدي إلى تحقيق الأهداف والأغراض المطلوبة. ويجب أن تدعم الوظائف في جناح العمليات بيان التكليف الصادر من المستشفى وعادة تحتاج الخدمات الجراحية إلى تكليف خاص بها وكذلك إلى أنشطة مكافحة عدوى وضمان جودة خاصة بها. وإذا اشتمل جناح العمليات على كل الخواص والصفات المذكورة عاليه بالإضافة إلى إدارة فعالة فسوف يؤدي هذا إلى زيادة احتمال استرداد تكاليف العلاج.

الرسالة:

- تقديم أعلى جودة من الخدمات الجراحية المناسبة للتعداد الكثيف للمرضى في بيئة محيطة وأمنة وذات كفاءة.
- إجراء العمليات الجراحية والإجراءات التشخيصية المتفق عليها على أيدي هيئة موثوق بها من العاملين الذين ينصب اهتمامهم الأول على صحة وسلامة أولئك الذين يرعونهم.

الغايات:

1. تقديم رعاية جراحية ذات جودة للمريض وذلك استناداً على معايير مهنية متفق عليها.
2. توفير بيئة آمنة وعلاجية للتدخل الجراحي.
3. التعاون مع الأعضاء الآخرين في فريق الرعاية الصحية والمهنيين لسد احتياجات الرعاية الصحية.
4. توفير أفراد عاملين وخدمات لتسهيل التدخل الجراحي.

الأهداف:-

1. التقدم بممارسة التمريض السريري (الإكلينيكي) داخل القسم.
2. تطوير معايير الرعاية لدى أفراد التمريض والتخدير والأطباء.
3. تطوير برنامج ضمان الجودة المصمم خصيصاً للخدمات الجراحية المرتبطة ببرنامج المستشفى.
4. توفير أفراد تمريض مؤهلين للوفاء باحتياجات المريض الذي يخضع لتدخلات جراحية.
5. توفير برامج تعليمية مناسبة وتدريب خاص للفريق الجراحي بغرض التقدم بالمعرفة التقنية.
6. إرساء برنامج لمقاومة العدوى مصمم خصيصاً للخدمات الجراحية المرتبطة ببرنامج المستشفى.
7. توفير معدات وتوريدات مناسبة لكل العمليات الجراحية وذلك عن طريق سياسات وأساليب مكتوبة لدى أقسام إدارة المواد والهندسة الطبية.
8. تطوير السجلات الطبية بغرض استمرار الرعاية عند خروج المريض من القسم الجراحي.
9. تطوير سياسات وأساليب خاصة بنقل المريض إلى خدمة أو إلى قسم آخر.
10. إيجاد برنامج توجيه للموظفين الجدد لضمان المعرفة الحقيقية بأساليب وسياسات الأقسام لتقييم وتعديل المعايير والأهداف طبقاً للممارسات والاحتياجات الحالية.
11. توفير آلية يتم بواسطتها اعتماد كل الأعضاء المهنيين بهيئة العاملين في قسم الجراحة.
12. استغلال وتوظيف نتائج الأبحاث لتطوير رعاية المرضى والمبادرة بالتغيير.

وظائف الخدمات الجراحية

1: الوظائف الفنية:

• الرعاية التمريضية:

فى قسم الجراحة تعد مسئولية الادارة هى العمل على ضمان تلقى المرضى الرعاية التمريضية ذات الجودة العالية أثناء الحالات الثلاثة التى يمر بها المريض فى مرحلة اجراء العملية (قبل اجراء العملية وأثناء العملية ذاتها وبعد اجراء العملية).

1. مرحلة ما قبل اجراء العملية:-

تبدأ العملية التمريضية مع مرحلة قبل اجراء العملية. سواء فى عنبر المرضى أو فى منطقة الاعداد قبل اجراء العملية والملحق بجناح العمليات وتنتهى عندما ينقل المريض إلى غرفة العمليات. وأثناء هذه الفترة تكون الممرضة مسئولة عن جمع بيانات التوجيه والتخصيص، وفحص النتائج المعملية السابقة لإجراء العملية، وفحص الموافقة الجراحية والموقعة، والبدء فى التلقين السابق للعملية وتقديم الدعم المعنوى.

2. مرحلة أثناء العملية:-

تبدأ هذه المرحلة عندما ينقل المريض إلى المنضدة العمليات وتنتهى بإدخال المريض إلى وحدة الرعاية التالية للتخدير (الإفاقة). فى جناح العمليات تكون الممرضة المناولة مسئولة عن أمان المريض. فهى يجب أن تتأكد من وضوح شخصية المريض ومن أنه تلقى دعماً عاطفياً أثناء فترة الاعداد وأنه فى الوضع السليم ، وأن تقنية التعقيم قد نفذت بالكامل، كما تكمل سجل المريض وتتأكد من أن الضمادات والإبر والمعدات موجودة بأعدادها السليمة وتؤدي واجبات المناولة الأخرى حسب المطلوب.

ممرض المسح والتنظيف:- يكفل تعقيم المنطقة الواجب أن تكون معقمة ويضمن تجهيز ووضع الأدوات المناسبة ويعاون الممرضة المناولة فى عملية العد.

3. مرحلة ما بعد اجراء العملية:-

تبدأ هذه المرحلة بمجرد دخول المريض إلى وحدة الرعاية التالية للتخدير (الإفاقة) وتنتهى عندما ينقل المريض إلى العنبر أو الرعاية المركزة أو إلى المنزل ويجب على الممرضة التى فى الرعاية التالية للتخدير (الإفاقة) أن تكفل استمرارية الرعاية وذلك بتلقيها تقرير واف من اخصائى التخدير وتقدير مرحلة وعى وتيقظ المريض،

كما يجب عليها أن تحافظ على تدفق هوائى ملائم للمريض المخدر وتقيم مستوى الألم وتعطى أدوية تخفيف الألم حسب الموصوف وتراقب العلامات الحيوية طبقاً لسياسة القسم وتحدد من حركة المريض كثير الانفعالات لتحمية من الاصابة وتعطى المريض التعليمات التالية للعملية وتتأكد من أن المرضى مستعدين للمغادرة وذلك قبل اعادتهم للعنبر أو المنزل.

ومن مسئولية الممرضات ملاحظة أن معايير الرعاية المذكورة فى هذا الدليل قد تم اتباعها بصورة كاملة ويجب أن يتلقى كل المرضى نفس نوعية العناية. ويعتمد رضا المريض وقناعاته بخدمات المستشفى الجراحية بدرجة كبيرة على الرعاية التمريضية التى يتلقاها.

• مقاومة العدوى:

تأخذ مقاومة العدوى الأولوية المطلقة فى جناح العمليات وتعتمد على الإجراءات والأساليب المستخدمة بصورة سليمة وعلى تنظيم المرور، والتقنية المعقمة وأساليب التعقيم السليم وصحة الموظفين والإشراف الإدارى على كل ذلك. وتعد هذه جميعاً الأسباب التى ترفع أو تنتقص من مقاومة العدوى. ويعتبر الالتزام الصارم بالسياسات والأساليب المقررة والمعلنة فى دليل الاستخدام أمر حتمى التنفيذ من جانب كل ممارسى العمل فى قسم الجراحة.

يجب أن تكون أهداف مقاومة العدوى ومنع حدوثها متطابقة فى كل منشآت الرعاية الصحية وهى:-

1. منع حدوث وانتشار العدوى للمرضى وللعاملين.
 2. اتباع برنامج مقاومة ووقاية ضد العدوى، علمى وعملى من حيث التكلفة.
- وسوف يكون للقسم لجنة نشطة لمقاومة العدوى تكون مسئولة عن وضع برنامج يتفق مع الامكانيات المتاحة ويجب ان تضم بنود البرنامج الخاصة بجناح العمليات وغرفة الافاقة النقاط التالية مع عدم الاقتصار عليها فقط:
1. وضع برنامج فعال لمقاومة العدوى تتم متابعته بواسطة لجنة تنظيمية متعددة تتسق أنشطة مقاومة العدوى فى المستشفى.
 2. تطوير سياسات وأساليب خاصة محددة ومكتوبة للخدمات الجراحية.
 3. اجراء مسح وقائى واتخاذ أساليب لمقاومة العدوى بالنسبة للبيئة المحيطة بجناح العمليات وغرفة الافاقة.
 4. النص على الدعم المعملى الصحيح والذي يتم فى وقته.
 5. وجود سياسات مكتوبة توضح المؤشرات الخاصة بالعزل والاجراءات الضرورية اللازمة له.
 6. ذكر تعريفات العدوى المصنفة لخدمة اغراض المسح الاحصائى بهدف التحديد المبكر والمنتظم للعدوى والتبليغ عنها.
 7. ايجاد نظام لتحرى معدلات العدوى بالمستشفى.
 8. التنسيق مع هيئة الأطباء بخصوص التصرف فى ضوء النتائج الواردة فى مراجعة الاطباء للاستخدام الكلينيكى (السريري) للمضادات الحيوية.
 9. اقرار مراجعة وتقييم كل تقنيات التحكم البيئية والمعقمة والخاصة بالعزل فى حدود أجنحة العمليات.
 10. توجيه الموظفين الجدد طبقاً للصحة والنظافة الشخصية وأهمية التحكم فى العدوى أثناء رعاية مرضى الجراحة.
 11. الوضع فى الاعتبار معايير صحة الموظف.
 12. رفع التقارير والتقييم والمحافظة على سجلات العدوى التى تحدث لمرضى الجراحة.

هناك جانب هام آخر فى مقاومة العدوى هو التهوية المقبولة. يجب أن يضمن هذا النظام دخول الهواء المرشح المحكوم غير معتمد على نوع العملية الجراحية التى تتم كبيرة أو صغيرة بتخدير كلى أو موضعى، لأن صحة وأمان المريض الجراحى يمكن أن تتعرض للخطر اذا كانت هذه الأنظمة غير ملائمة. وتعتمد التهوية على مبدئين هامين هما:

1. وجود هواء نقى ودرجة حرارته ورطوبته تحت التحكم.
2. وجود ضغط هواء ايجابى فغرفة العمليات لضمان عدم دخول الهواء اليها من الخارج.

الخدمات الجراحية - وظائف الخدمات الجراحية

يمكن التحكم فى نوعية الهواء بجناح العمليات بادخال هواء مبرد مرشح عن طريق فتحات تهوية سقفية بينما فى نفس الوقت تتم ازالة الاتربة والجزئيات الدقيقة المحتوية على البكتريا وتلك المتطايرة فى الهواء فى جناح العمليات عن طريق الفتحات التى عند مستوى الارضية وينصح باجراء تبديل كامل للهواء خمس وعشرين مرة كل ساعة على الاقل.

ومن الضرورى المحافظة على ضغط هواء ايجابى فى كل جناح عمليات للتحكم فى الكائنات الدقيقة.

إن الضغط الايجابى فى الحيز المغلق لغرفة العمليات يجبر الهواء على الخروج عند فتح الباب وبالتالي يمنع دخول البكتريا والملوثات من الغرف أو المناطق الأخرى ويعتبر الاهتمام بالمحافظة على ضغط ايجابى أمر حاسم ايضا بالنسبة للأطباء والعاملين ويجب المحافظة على كل الأبواب والنوافذ مغلقة طوال الوقت للمحافظة على الضغط السليم واستمرار فاعلية اجراءات مقاومة العدوى.

• الأمان:

يجب العمل على توفير بيئة آمنة فى قسم الجراحة ويعتمد الأمان فى جناح العمليات وغرفة الافاقة على عوامل عديدة:-

1. الامكانيات المتاحة بالمكان
2. السياسات والاساليب المتبعة فى المكان
3. الاتجاه الداخلى لدى أعضاء فريق العاملين
4. سياسات وعادات الموظفين والأطباء

ويجب أن توضع الأجهزة فى أماكنها لضمان أن المعدات يتم فحصها دورياً للتأكد من أداء وظائفها وكذلك توصيل القطب الأرضى بصورة صحيحة كما يجب أن يكون الأفراد متدربين بصورة ملائمة على استخدام الأجهزة الفنية وعلى العناية بها.

كما أن تثبيت المريض أثناء النقل بصورة سليمة يمكن أن يكون أيضاً مصدر أمان وإذا لم تكن للنقلات والأسرة احزمة تثبيت أو حواجز جانبية فيجب مراقبة جوانب الأسرة جيداً لمنع إصابة المرضى الذين تحت تأثير المخدر ويحتاج المرضى الأطفال أيضاً إلى اهتمام خاص.

ويجب مراعاة أن تكون وسائل الأمان المهني فى أماكنها حيث أن العاملين والأطباء من الممكن أن يتعرضوا للعديد من الأخطار بصفة يومية كما يجب تشجيع الممارسات الصحية الفردية وتدريب فريق العاملين على الاستخدام السليم للمعدات وتداول المواد والكيماويات الخطرة.

تشمل اجراءات الأمان الأخرى:

1. خطة لمواجهة الكوارث الداخلية: تشمل خريطة لمخارج اخلاء المكان والواجبات التى يجب أن يقوم بها كل موظف وكيفية تنفيذ اخلاء المكان بنظام.
2. الإبلاغ عن الحوادث يعد جانب هام آخر للأمان: يتم وضع نظاماً للتبليغ عن أى حادث فى جناح العمليات أو غرفة الإفاقة ويجب بحته بعناية كى يتم التعرف على سبب وقوعه.

• التسجيل والمستندات (السجلات الطبية):

يعتبر التسجيل الدقيق والصحيح للرعاية التى تم تقديمها فى جناح العمليات وغرفة الإفاقة أمر أساسى وجوهري. لأنه إثبات للرعاية والخدمات التى قدمت وهو السبيل الذى يتم التذاور والتشاور بين الأطباء على أساسه فيما يختص بوضع المريض الصحى.

ويجب أن تضم السجلات المعلومات الآتية:

- اسم المريض
- التاريخ
- اسم الجراح
- التشخيص قبل العملية
- الحساسيات
- المعدات المستخدمة
- وقت بدء التخدير
- وقت بدء العملية الجراحية
- وقت نهاية التخدير
- وقت نهاية العملية
- وضع المريض
- عدد الضمادات
- عدد الأدوات المستخدمة
- عدد الأدوات الحادة
- تقدير الدم المفقود
- العلاجات المعطاة
- رسم بياني للعلامات الحيوية
- نوع التخدير المستخدم
- العقاقير المخدرة المعطاة ومن الذى أعطاها
- موضع ونوع الغيارات
- المضاعفات
- توقعات كل أعضاء الفريق الذين اعتنوا بالمريض.

وفى غرفة الافاقة، من الضروري أيضا وجود لائحة متابعة لتسجيل سير حالة المريض بعد العملية والرعاية المقدمة له. وسوف يشمل السجل الطبى:

- حالة المريض عند الدخول
- مستوى الادراك والوعى
- حالة الجرح
- ملاحظات الممرضة عن الرعاية المقدمة
- الادوية المعطاة له واسم من اعطاها،
- توقيت الوصول،
- توقيت الخروج، وجهة الخروج،
- تعليمات الخروج
- جدول بياني للعلامات الحيوية،
- مجموع المحاليل التى اعطيت،
- توقعات كل من قدم رعاية للمريض.

الموافقات الجراحية تعد جانب هام آخر فى السجل الطبى فكل المرضى الذين يخضعون لعملية جراحية يجب ان تكون لهم موافقة جراحية مسبقة موقعة ومشهود عليها. هذا يضمن أن المريض قد أخطر بالعملية الجراحية واستوعب ما سيتم ومن مسئولية الخدمات الجراحية التأكد من أن هذه الاجراءات قد اكتملت.

2: الوظائف الادارية

• التخطيط:

أ. اعمال الميزانية:-

- يجب أن يقوم فريق الادارة باعداد ميزانية سنوية كل عام. وسوف تضم هذه الميزانية البنود التالية:
1. ميزانية كشوف أجور العاملين - بحيث تغطي الموارد البشرية وأعضاء الهيئة (موازنة الباب الاول).
 2. ميزانية لا تشمل كشوف أجور العاملين - تغطي التوريدات والمعدات الدورية، والأجهزة والأصناف المستهلكة(الباب الثانى).
 3. موازنة رأسمالية - تغطي المشتريات الكبيرة للمعدات(الباب الثالث)

ان الغرض من الميزانية السنوية هو ايجاد خطة رئيسية معبر عنها بمصطلحات مالية، تعكس كل الانشطة المخططة للسنة. وهى ترفع من مستوى ادراك كل المختصين بالحدود المالية التى يجب ان يعمل القسم فى اطارها. انها وسيلة تستطيع بها الادارة ان تقدر كيف يستخدم القسم الموارد بكفاءة وفعالية وتساعد الادارة فى تقييم الاداء وقياس التقدم نحو الأهداف والاعراض الخاصة بكل قسم.

ميزانية كشوف الأجور:-

تحدد بناءً على الاحتياجات عند تحديد نوعيات الموظفين ويمكن اعداد كشف يضم الاثنى عشر شهرا لمرتب كل موظف مبينة مرتب كل موظف عند كل مرة تصرف فيها المرتبات، ثم المجموع بعد ذلك ويضم ايضا كل ما يشمل الاجور الاضافية والحوافز وخلافة.

متابعة ميزانية الاجور تتم بمقارنة القيمة الواردة فى الميزانية مع القيمة المدفوعة كاجور فعلية، يجب ابلاغ مدير المستشفى بالفرق أو الاختلاف. ان الغرض من متابعة ميزانية الاجور هو (1) التعرف على الاتجاهات التى قد يكون لها تأثير ايجابى أو سلبى على الميزانية، (2) التعرف على الحاجة لزيادة التمويل أو التوظيف، (3) ادراك الحاجة لحظة عمل تختص بتقليص تكلفة العمالة.

الميزانية التى لا تشمل الاجور:-

تحدد بالاتفاق على تكلفة التوريدات والمعدات والمواد المستهلكة سنويا .ولحساب تكلفة هذه البنود، يجب تحديد ما يلى: حجم الحالات، وحجم الحالات المتخصصة التى تشمل زرع ترقيعى ، والعمليات الجديدة التى تشمل استخدام معدات أو توريدات جديدة ، والتكلفة المتوسطة للعملية المتخصصة (التكلفة الدقيقة)

عند حساب رقم فى الموازنة الأساسية التى لا تشمل الاجور، يجب اضافة معامل التضخم بالنسبة للتوريدات والمعدات لتغطية زيادات الاسعار على هذه المنتجات، وتكاليف النقل والتسليم والتكاليف الدورية الأخرى ويجب استغلال البيانات الخاصة بالأعوام السابقة لتحديد معامل التضخم.

تتم مراقبة الميزانية التى لا تشمل الأجور أيضا، ومقارنة تقدير الميزانية مع التكاليف الفعلية. واى تباين يجب فحصه وإذا لزم الامر يتم اجراء اعادة ضبط للميزانية.

الميزانية الرأسمالية:-

تحدد بالتعرف على المعدات الرئيسية المطلوبة للجراحات المتخصصة وحجم الحالات التى تستلزم استخدام المعدات المطلوبة، وتكلفة كل بند، وسبب طلبه ولزوم استخدام هذا البند.

قبل نهاية السنة المالية، يجب أن يتلقى مدير الجراحة الطلبات الخاصة بالمعدات الرئيسية من كل جراح يستخدم تسهيلات هذا القسم. إلى جانب طلبات المعدات الجديدة، يجب أن يحدد المدير المعدات القديمة التى قد تحتاج إلى استبدال. وعند تحديد كل المعدات،

الخدمات الجراحية - وظائف الخدمات الجراحية

يمكن وضع تسلسل أولويات البنود وتسلسل شرائها بطول العام. ان وضع وتطوير ميزانية القسم السنوية هو احد العناصر الرئيسية فى التخطيط الإدارى ويجب على كل اعضاء فريق الإدارة أن يشاركوا فى جمع وادخال البيانات وفى تحمل مسئولية مراقبة حدوث أى تباين.

ب: الاستهلاك / الانتاجية:-

ان الاستهلاك والانتاجية عنصران يرتبطان معا بشدة فى عملية التخطيط يجب ان يضع القسم الانتاجية فى الاعتبار عند وضع تقديرات استهلاكية سنوية.

ولتحديد قيم الانتاجية، يجب أن يكون المدير مدركا للوقت الذى يستغرقه أى من الموظفين فى انجاز أية مهمة روتينية، مثل ادخال مريض إلى القسم، أو اعداد مريض لجراحة أو نقل مريض إلى غرفة الافاقه، أو اعداد جناح العمليات للمريض التالى، الخ. يجب اعداد دراسات عن الانتاجية كل سنة لمراقبة التغيرات فى الكفاءة.

وبمجرد الالمام بالوقت الذى يستغرقه اداء المهام الروتينية وإدراك الوقت الذى تستغرقه العملية ذاتها يمكن استنتاج عدد العمليات التى يمكن اجراؤها فى كل تخصص، عند ربط ذلك بالمعلومات المتجمعة من الاعوام السابقة، يمكن الوصول إلى التقدير المطلوب.

يمكن تحقيق مراقبة الاستهلاك عن طريق التقارير شهرية أو سنوية، مثل رسوم بيانية تظهر استخدام غرفة معينة بالساعة كل يوم، واستخدام جناح العمليات بالساعة لكل تخصص، ولكل جراح بمفرده، وعرض بيانى للاستهلاك الشهرى، الخ. يمكن صياغة الاستهلاك الاجمالى الشهرى باستخدام المعادلة التالية:

الدقائق المستخدمة فعليا - الدقائق المتوفرة فعليا (المتاحة) = نسبة الاستهلاك %
عدد أيام العمليات/ شهر × عدد ساعات الجراحة التى تتم بصفة روتينية/ يوم × عدد
مدرجات الجراحة المتاحة × 60 دقيقة × 80% (تستخدم 80% كنسبة اسغلال واقعية) =
عدد الدقائق المتاحة / شهر.
العدد الاجمالى للدقائق المستغلة + متوسط الفاقد بالنسبة للوقت × عدد العمليات التى اجريت
فى ذلك الشهر = الدقائق المستخدمة فعليا.

لاستخدام تلك المعادلة ، يجب المحافظة على عمل سجل جراحى على أساس يومى تشمل البيانات المدونة فيه: طول زمن العملية ويتم متابعة التسجيل بالنسبة لكل عملية جراحية تمت، ويعتبر السجل الجراحى هو المصدر الرئيسى للمعلومات عند طلب بيانات تتعلق بالاعوام السابقة.

ج: الحجز :-

لقسم الجراحة حرية اختيار أي من طريقتى الحجز لاجراء جراحة، وهما الحجز بطريقة تخصيص وقت معين، والحجز بدون تخصيص. يعتمد الاختيار على: الامكانيات - أساليب ممارسة الأطباء - عدد المرضى - توقعات هيئة الأطباء - توافر الموارد البشرية - أنظمة تداول المواد ونوع تنظيم المستشفى. ويجب أن يراعى اختيار الطريقة الأكثر فعالية والأكثر راحة للجراحين الذين يستخدمون المكان.

الحجز بتخصيص وقت معين:

هو نظام يضمن لجراح معين اوتخصص جراحى أو قسم محدد وجود وقت مخصص له بصورة دائمة، ولسهولة الاستخدام وكما يمكن استخدام اسلوب "استقطاع الوقت" وذلك للسماح للجراحين الآخرين الاستفادة من الوقت غير المستغل بحيث يكون ذلك قبل اجراء الجراحة بفترة 24 - 72 ساعة). أى أنه اذا لم يحجز الجراح المخصص له هذا الوقت لاجراء جراحة فى ذلك الوقت قبل 24 - 72 ساعة من يوم الجراحة، فان هذا الوقت يصبح مفتوحا.

الحجز بدون تخصيص وقت:

يعمل هذا النوع بمبدأ من يأتي أولاً يعمل أولاً (الجدولة المفتوحة). ويتم أخذ الطلبات الجراحية بواسطة منسق القسم حتى يتم حجز كل الوقت المتاح. يمكن تحقيق ذلك بالجدولة الارتجالية بطول اليوم أو بالتتابع.

هناك عيب واحد في نظام الحجز بدون تخصيص وقت، وهو الميل إلى الحجز الزائد عن الحاجة وكذلك ارتفاع معدل الالغاء، وعند استخدام هذا النظام في الحجز، وتكون هناك حجوزات زائدة، يمكن الاطاحة بالحالات الطارئة خارج جدول ذلك اليوم تماماً. لذلك ينصح عند استخدام هذا النظام في الحجز بتوفير بعض الوقت المفتوح لمواجهة تلك الحالات الطارئة.

د: الجدولة:

يعتبر وجود جدول سلس لغرفة العمليات أمر في منتهى الحيوية بالنسبة للمرضى والمستشفى. فالمرضى يحبذون أن تجري الجراحة في الوقت المحدد لها تماماً وذلك للحد من الخوف والإثارة لديهم. ويجب أن تلتزم الإدارات باتباع سياسات يكون من شأنها الحد من تكرار تأجيل الجراحة وإن كان هناك بعض التأخيرات التي لا يمكن تجنبها مثل عندما يجب إضافة حالة طوارئ للجدول. يجب إنهاء جدول غرفة العمليات عند ظهر اليوم الذي يسبق اليوم المحدد في الجدول ويجب أن يشمل المعلومات الآتية:

- رقم غرفة العمليات
- توقيت البداية
- اسم المريض
- العملية المقترحة
- الجراح الذي يجري العملية
- نوع التخدير
- اختصاصي التخدير

بمجرد الانتهاء من اعداد الجدول، يتم توزيعه على باقى أقسام المستشفى، مثل عنابر المرضى والأشعة والمعمل ، وفى قسم الجراحة ذاته، يجب أن يطلع كل من يقدم رعاية لمرضى الجراحة على هذا الجدول.

• التنسيق

أ -الهيكل التنظيمي:-

إن الهيكل التنظيمي التقليدي لجناح العمليات يسير باتجاه رأسى مع وجود شخص منفرد يكون صانع قرار وصاحب سلطة له صلاحيات رئيسية، هذا التصميم الجاف يميل إلى تقليل مشاركة أعضاء الفريق الخلاقين ويحبط الدوافع. وتعتبر الصورة المناسبة لجناح العمليات، حيث الإبداعية والتفكير أمرين حاسمين، هي الصورة التي تسمح بتفويض سلطات ومهام لأعضاء الفريق. وهو يعد هيكل تنظيمى نصف مركزى.

فى هذه الصورة ، يفوض مدير الجراحة اتخاذ العديد من القرارات الإكلينيكية والمهام إلى مديرة الممرضات، مثل تشغيل العاملين من يوم ليوم، والجدولة وإدارة الاحتياجات اليومية من التوريدات، وتنسيق الرعاية مع أقسام المستشفى الأخرى والإجراءات التأديبية الابتدائية.

من ضمن هذا التنسيق أيضا أن تمنح السلطة إلى لجان متعددة لاتخاذ قرارات محددة خاصة بالقسم، يمكن أن تضم هذه اللجان، مقاومة العدوى، وضمان الجودة، والأمان، وتطور الأفراد والسياسات والأساليب المتبعة.

يتحمل مدير الجراحة المسؤولية كاملة عن كل الأنشطة الطبية الاكلينيكية والادارية فى جناح العمليات وغرفة الافاقه ويشمل هذا: التخطيط على المدى البعيد وزيادات العمليات السنوية والميزانية الرأسمالية، والتنبؤات بالاستهلاك، ودراسات الانتاجية والأتعاب، يتم عمل العديد من تلك الواجبات بالتعاون مع مديرة التمريض.

الخدمات الجراحية - وظائف الخدمات الجراحية

تعتبر مديرة التمريض مسئولة أمام مدير الجراحة وهى مسئولة عن كل الأنشطة الاكلينيكية يوما بيوم فى جناح العمليات وغرفة الافاقه ووحدات التجهيز المعقمة. يشمل هذا الإدارة اليومية للمواد، وإدارة الجدول، وإدارة الأفراد العاملين.

يتم تعيين اللجان الثابتة المذكورة عاليه للتعامل مع مجال متسع من القضايا المتعلقة بجناح العمليات وحجرة الافاقه و التجهيز المعقم وهى تتكون عادة من أعضاء بهيئة العاملين لاقرار التنظيمات المتنوعة بداخل القسم.

ب - توصيف الوظائف -

ان تطوير توصيف الوظائف (قائمة مكتوبة تضم المتطلبات والواجبات الخاصة بالوظيفة)، أمر جوهري فى تكوين البنية الأساسية لهذا النظام الإداري وأنه بتعريف مهام الوظيفة يكون لدى كل عضو بالفريق تفهما واضحا للواجبات والمسئوليات.

ج - ويجب أن يحصل كل موظف على توصيف كتابي للوظيفة الممنوحة له عند تعيينه ويمكن استخدام هذا التوصيف كأداة لتقييم الأداء ومن توصيفات الوظائف هذه يمكن اجراء تقسيماً للعماله.

د - انظر التوصيفات الوظيفية التالية لكل وظائف هيئة العاملين والوظائف الادارية

هـ - تعيين وتنسيق هيئة العاملين - إن جدولة الأفراد ترتبط ارتباطا وثيقا بالتنبؤات الخاصة بالاستهلاك والانتاجية ونتائج القسم ويكون مدير الجراحة مسئولا عن تطوير التقديرات الاستهلاكية بالتعاون مع مشرفة التمريض التى يجب عليها بدورها ان تحدد المطلوب من العاملين فى كل وردية (نوبة).

بتطوير "معادلة مكافئ الدوام الكامل" يمكن تحديد العدد والنوعية المطلوبة من العاملين ويتم استنباط طريقة استخدام صيغة معادلة مكافئ الدوام الكامل بمعرفة العدد الاجمالى من العاملين فى كل فئة وظيفية والمطلوبين لتشكيل فريق العاملين فى وردية معينة، ثم مضاعفة هذا الرقم على عدد الايام المطلوب فيها تشكيل هذا الفريق بذلك الأسلوب ويقسمه هذا الرقم على عدد الايام التى يجب ان يعملها الموظف كى يتم اعتباره موظفا بدوام كامل، طبقا للسياسات المعلنة الخاصة بالعاملين يتحدد عدد معادلة مكافئ الدوام الكامل المطلوب أسبوعيا لتلك الفئة الوظيفية، فيما يلي مثال لذلك:

• مطلوب 7 ممرضات لشغل النوبة النهارية.

تم جدولة مدرج العمليات لاجراء عمليات منتظمة لمدة 6 ايام اسبوعيا، 8 ساعات فى اليوم (النوبة النهارية).

• الموظف بدوام كامل هو من يعمل خمسة ايام اسبوعيا، 8 ساعات فى اليوم.

7 ممرضات $\times$ 6 ايام اسبوعيا = 42 يوم تمريض اسبوعيا مطلوبين لتغطية النوبة النهارية (336 ساعة تمريض).

$42 \div 5 = 8.4$ ممرضة (مكافئ الدوام الكامل) أو 8 ممرضات يعملن 40 ساعة أسبوعيا وممرضة واحدة تعمل 16 ساعة.

يمكن جدولة العاملين باستخدام طريقتين هما: الجدولة التقليدية والدورية.

فى الجدولة التقليدية:

ينقسم الجدول إلى مجموعة أسابيع تغطى فترة محددة من الوقت تكون عادة أربعة إلى ثمانية اسابيع يبدأ الجدول من المستوى صفر (فهو لا يتبع اسلوب معين ينتمى لفترة سابقة). الجدولة التقليدية مرنة فهى تسمح لمديرة الممرضات أن تبدأ انطلاقا من معرفة محددة عن سيكون متواجدا أثناء تلك الفترة لكنها قد تؤدي إلى تغطية غير مناسبة.

في الجدولة الدورية:

يتم التخطيط المسبق لأيام العمل أو أيام الأجازات لعدد معين من الأسابيع. يكرر الجدول الدورى نفسه أسبوعا بعد أسبوع وتتبع أيام عمل وأيام اجازة كل موظف أسلوب معلن وثابت. الجدولة الدورية أقل مرونة، إلا أنها تسمح للموظفين بوضع خططهم الشخصية مسبقا. وهى أقل أيضا فى استهلاك الوقت بالنسبة لمديرة التمريض لأن النظام المجدول يكرر نفسه ولا يحتاج إعادة تنظيم فى كل مرة يتم فيها اعداد هذا الجدول.

ان وجود جدول عمل مخطط مسبقا ومحدد، يشجع الموظفين ان يكونوا مسئولين عن حضورهم. فهم بذلك صاروا مدركين إلى أى مدى تكون مشاركتهم حاسمة ودرجة لتحقيق بيئة آمنة ومتسقة لجناح العمليات وأن اصدقاءهم وزملاءهم يعانون من ضغط عمل زائد عندما لا يأتونهم إلى العمل.

• المراقبة

(أ) إدارة المواد :

إن حركة انواع متنوعة من التوريدات والمعدات إلى ومن قسم العمليات تعد جزء حاسم فى تقديم رعاية للمرضى على درجة من الكفاءة، ويجب أن توضع تحت تحكم فريق ادارى. تبدأ إدارة التوريدات والمعدات مع عملية اعداد الميزانية السنوية، وتقدير الاستهلاك، التى يقوم بها مدير الجراحة. يمكن لهذا التقدير ايضا ان يتنبأ بأنواع وكميات التوريدات والمعدات التى سيحتاجون إليها فى السنة المقبلة.

يجب ان يلم مدير العمليات قبل ارساء التقديرات بالاتجاهات الجراحية الجديدة التى تؤثر فى الاستهلاك، وزيادة نمو الكثافة السكانية فى المنطقة التى يتم خدمتها، والتغير فى النسبة المئوية الاجمالية فى تكلفة التوريدات، والعقاقير والمعدات، ونسبة حدوث أمراض جراحية فى المنطقة التى يتم خدمتها. هذه الارقام إلى جانب بيانات الاستهلاك فى السنوات السابقة ستعطى رقم تشغيل مجد يجب ان يتم تحليله بعد ذلك. وإن هذه المعلومات عند ربطها بمعرفة طول الزمن الذى تستغرقه العملية سيساعد فى تقدير عدد الساعات الجراحية التى يجب التخطيط لها والتوريدات الضرورية لاداء تلك العمليات.

ستعد إدارة المخازن نظاما منسقا للتوريد والتوزيع والمراقبة. يمكن أن يتم ذلك بتعيين فرد فى قسم العمليات يكون مسئولا عن تلك المهام (معاون توريدات جراحية) تحت توجيه مدير الخدمات الجراحية.

قبل الأمر باحضار التوريدات من قسم المخازن العامة، يجب اعداد قوائم بكل التوريدات والصيدلانيات فى القسم. وحيث أنها مهمة صعبة وتستغرق وقتا، فهى أيضا مهمة حرجة وحاسمة بالنسبة لنظام المخازن. يجب وضع مستويات عدديه PAR Level لكل من التوريدات المطلوبة والمواد الصيدلية (مستوى PAR هو رقم كل بند، يجب ان يكون فى يد مخازن العمليات، ويتقرر بناء على بيانات الاستهلاك والزيادات والنقصان المتوقع حدوثها فى الاستخدام المستقبلى) ان مستوى PAR - الخاص بمخازنالعمليات سيتأثر بعوامل عدة، تشمل زمن تسليم التوريدات البديلة حجم المساحة المخصصة للتخزين، فى القسم للمواد الاستهلاكية والعقاقير. ان حجم المساحة المخصصة للتخزين ستؤثر ايضا على اختيار طريقة طلب توريدات للتخزين، مثل عربات التخدير، والتخزين باستخدام مستوى PAR وتسليم المواد المطلوبة أو اجهزة عربات الطوارئ. إنها عموما مسئولية إدارة المواد/ وقسم المشتريات بالمستشفى أن يقرروا طريقة توزيع التوريدات والمواد الصيدلية التى تلائم كل مكان على حدة كأفضل ما يمكن. وسيكون لقسم الجراحة نظام مراقبة داخلى متكامل يختص بادارة المواد. وستوضع السياسات والأساليب لدعم مهام المراقبة الضرورية لتحقيق متابعة مناسبة للمراجعة، وكذلك نظام محاسبة المريض.

تكون ادارة المعدات الرأسمالية من مسئوليات معاون التوريدات الجراحية ويشمل واجبه الشراء والصيانة والاستبدال. ويقوم معاون التوريدات الجراحية استلام العروض من موردي المشتريات الرأسمالية، واصدار الطلبات حسب اوامر مدير الجراحة، وينسق الخدمة البيوطبية على كل المعدات ويحافظ على سجلات الشراء وتاريخ الاصلاح لكل قطعة من المعدات بالنسبة للتوريدات والصيدلانيات والمعدات الرأسمالية.

(ب) إدارة شئون العاملين - يعتمد تحقيق الهدف المنشود لقسم الجراحة وهو تقديم رعاية ذات جودة عالية للمريض على أسلوب تعامل الإدارات مع موظفيها وأيضاً على العمل بروح الفريق وكذلك الاحترام المتبادل.

ويمكن تحقيق ذلك بواسطة نظام إدارة شئون عاملين منظم يشمل:

- 1- خطوط إرشادية تختص بالتعيين
- 2- برامج التوجيه
- 3- تقنيات للأداء
- 4- استمرار تعليم وتدريب أعضاء هيئة العاملين
- 5- إجراءات تأديبية

ويجب أن تقابل مديرية التمريض بالقسم المرشحين المؤهلين للوظيفة وتتلقى بعض منهم. وبعد التعاون مع مدير الجراحة، يتم الاختيار النهائي بحيث يستغل المؤهلات الواردة في توصيفات الوظائف.

كما يجب أن يتوافر لدى الممرضات اللاتي يعملن في قسم الجراحة معرفة واسعة عن المهام الفنية التي تنفذ داخل المدرج، لذا يجب وضع برنامج توجيه ممتد لهذه الفئة من الموظفين. بالإضافة إلى التوجيه ستتوافر فرص التعليم المستمر لكل الموظفين. بهدف الإلمام المستمر بالأساليب والتقنيات الجراحية الجديدة.

يتم إجراء تقييم أداء سنوي لكل موظف يقوم به المدير المسئول عن هذا الموظف وتحفظ مستندات التقييم الكتابية في ملفات الموظفين بمكتب شئون الأفراد ويتلقى مدير الجراحة تقريراً بذلك في ذلك الوقت و يجب التوجيه نحو أية توصيات خاصة بتغيير في السلوك مثل التصرفات العامة أو التغيب أو أسلوب الاداء.

يجب ألا تنتظر الاجراءات التأديبية حتى التقييم السنوي بل يجب أن يتم تنفيذها في الحال. ان مسؤولية المستشفيات تحديد اساليب التأديب وأسباب تلك الاجراءات في دليل الموظف. عموماً يجب أن تتوافر لقسم الجراحة نماذج خاصة بتلك الاحوال ليتم اكمالها بواسطة المشرف القائم على الموظفين في تلك اللحظة ثم يتم ايداعها في سجل الموظفين الدائم.

(ج) التقييم

إن أفضل طريقة فعالة لتقييم أداء النظام (الدخول، التعامل مع الحالة، الناتج) تتم من خلال أنشطة ضمان الجودة وسوف تعمل تقارير أنشطة اللجنة والأداء المدروس، ورضاء المرضى عن الخدمة، كأدوات تقييم للنظام.

ويجب على الإدارات المختلفة التأكد من تقديم رعاية مناسبة ومن أن الهيئات الطبية والمهنية الأخرى يعتمد عليها في الرعاية المقدمة.

الفصل الثالث:

قواعد تنظيم جناح العمليات

يجب اعتبار العناية بالمريض هي الأولوية المطلقة وتظل هي المهمة الأسمى في ذهن كل شخص له علاقة بجناح العمليات والذي يجب عليه أن يبذل كل محاولة لاستغلال عامل الوقت والموارد المتاحة بصورة فعالة وبكفاءة.

ولقد تم اعداد قواعد لتحقيق استخدام فعال ومريح لجناح العمليات و يقوم مدير الجراحة بتنظيم وملاحظة الممارسات والتقنيات داخل جناح العمليات.

اعداد جدول العمليات

1. تقع مسؤولية أعمال الإدارة والتنسيق اليومية لجدول العمليات على مدير الجراحة بالتشاور مع مدير التخدير ومشرقة التمريض.
2. يجب أن تبدأ الإجراءات الجراحية في التوقيت المحدد تماماً للحالة الأولى المحددة في اليوم.
3. يجب أن يتواجد الجراحون في جناح العمليات قبل بدء عملية التخدير حيث يتم اخطار الجراح بواسطة مشرفة التمريض عندما يكون المريض على وشك الدخول كي يتمكن الجراح من التواجد في الجناح قبل بدء عملية التخدير. (إذا لم يستطع الجراح الحضور أو التواجد خلال 20 دقيقة من التوقيت المحدد بالجدول فيمكن تأجيل الحالة إلى وقت لاحق في نفس اليوم يكون مناسب حسب الجدول).
4. يراعى ألا يتعطل جدول جناح العمليات انتظاراً للأطباء وفي حالة وجود مشاكل يتم تقديم حالة أخرى وهذا للمحافظة على استغلال الحجرة والوقت إلى أقصى مدى.
5. يراعى عند الغاء إحدى العمليات في الجدول اليومي أن تعطى الأولوية للعملية التالية حسب الجدول في تلك الحجرة أو تنقل حالة أخرى لها تقريباً نفس الزمن المقرر كي تأخذ مكان العملية الملغاة ويجب بذل كل جهد كي لا تتأخر الحالات المؤجلة فعلاً.

جدول العمليات الجراحية

1. يجب ان تتم الجدولة المعتادة بواسطة مكتب مدير الجراحة، فهي مسؤولية الجراح أن يحدد أو يلغي حالاته. وهو مسئول أيضاً عن اخطار غير التمريض والمريض. ومسئولية مشرف التمريض ان يخطر العاملين في التخدير وحجرة العمليات بأي تغيير في الجدول.
2. يستند جدول جناح العمليات على الجدولة بأسلوب "الوقت المحدد" أو طريقة "عملية تلو الأخرى في الجدولة. انها مسؤولية مدير الجراحة ان يستنبط الطريقة الانسب لامكانياته.
3. تخطط حالات التخدير الموضعي في نهاية الوقت المجدول للجراح لذلك اليوم. وهذا للمساعدة في القضاء على الوقت الزائد عن الحاجة بين الحالات والمخصص للعاملين في التخدير.
4. اذا تم استخدام طريقة الجدولة بأسلوب "الوقت المحدد" يستطيع الجراح ان يحدد عملية في الوقت المحدد له حتى 24-48 قبل ساعة يوم اجراء الجراحة. اذا كان الوقت المحدد له بدون استخدام يستطيع جراح اخر ان يحدد عمليات في نفس الوقت. فهذا الوقت سيصبح وقتاً مفتوحاً.
5. يجب بذل كل الجهود للتوفيق بين الجراحين بالنسبة لاختيار توقيت العمليات وذلك بهدف تحقيق أفضل استخدام للوقت المتاح بحجرة العمليات.
6. يجب أن يتأكد مدير الجراحة بالتشاور مع مدير التخدير ومشرف التمريض في الوقت المناسب من الرعاية السليمة المبدولة للمريض وكذلك من مراعاة آداب وأصول المهنة في جناح العمليات.
7. يجب اجراء اتصالات بين جراح وآخر عند حدوث حالة طارئة تتطلب عملية ستسبب تعارضاً في نظام الحالات المجدولة، وفي حالة عدم تمكن الجراحين من حل هذا التعارض بخصوص أولوية الحالات العاجلة سيأخذ مدير الجراحين أو من ينوب عنه القرار النهائي في الأمر.

8. يمكن لجراح ان يستبدل عملية طارئة محل أخرى مجدولة وتنقل الحالة المؤجلة عندئذ إلى نهاية جدول ذلك اليوم أو يعاد جدولتها ليوم آخر حسب اختيار الجراح على أن يبذل كل جهد للانتهاء من الحالة التي وقع عليها الاختيار في نفس جدول ذلك اليوم.

تعريف أنواع العمليات

1. عمليات طارئة:

عملية يجب إجراؤها في الحال (في ظرف ساعة) لأن أي تأخير في اجراء العملية سينتج عنه ضرر دائم أو فقد الأطراف أو فقدان الحياة.

2. عمليات عاجلة:

عملية تحتاج أن تجرى خلال 24 ساعة ولا يمكنها الانتظار حتى جدول اليوم التالي.

3. عمليات اختيارية:

عملية يمكن إجراؤها في أي وقت وتتم جدولتها حسب راحة المريض والطبيب بصورة مطلقة في خلال ساعات العمل اليومي المناسبة.

عمليات الطوارئ

يجب اجراء العمليات التالية في ظرف ساعة واحدة:

- إصابة رضية مصحوبة باضطراب العلامات الحيوية
- نزيف بعد اجراء عملية مصحوبا باضطراب العلامات الحيوية
- تعرض مجرى هوائى للخطر
- نزيف غير محكوم من أحد الأوعية الطرفية الرئيسية
- استئصال جزء من الجهاز التنفسي بسبب النزف من الرئة مع اضطراب في العلامات الحيوية.
- استئصال رضي لأطراف رئيسية واصابع
- إصابة تصادمية مع اصلاح عصب وتري
- ازالة نفايات الأنسجة من جرح عظمي نتيجة طلق ناري.
- بذل لمفاصل ملوثة.
- كسور داخلية مع تعرض عصب أو وعاء دموى للخطر.
- التواء الخصيه.
- إصابة رضية للمناطق البولية التناسلية.
- جرح نافذ بالجمجمة.
- ورم دموى حاد خارج أو تحت الأم الجافية مع تساؤل فى مستوى الوعى أو تغير فى الحالة العصبية.
- فتح فوهة فى القصبة الهوائية (الرغامى) بسبب التهاب لسان المزمار.
- أي نزيف خارج نطاق التحكم من الانف والزور والأذن بما فى ذلك نزف أنفى شديد.
- تهتكات شديدة مع نزيف.
- نزيف لا يمكن التحكم فيه.
- انفصال المشيمة.
- مشيمة متقدمة مع نزيف.
- تعرض الجنين للخطر.
- مضاعفات بعد الولادة مباشرة.
- تمزق الرحم.

- ولادة قيصرية متكررة فى حالة الوضع.
- اجهاض غير مكتمل وتحت تأثير صدمة.
- حمل خارج الرحم تحت تأثير صدمة.
- نزيف بعد عملية جراحية تحت تأثير صدمة.
- نزيف مهبلى تحت تأثير صدمة.
- عمليات جراحية باطنية حادة مصحوبة بإصابات مرضية فى الجهاز التناسلي الأنثوى.
- أية عملية يعتبرها مدير الجراحة أو من ينوب عنه عملية طارئة.

العمليات العاجلة

تصنف العمليات التالية في أولويتها كعمليات عاجلة:

في ظرف 2-3 ساعة

- نزيف بعد عملية جراحية مع ثبات العلامات الحيوية
- نزيف داخل المخ مع انخفاض درجة الوعي أو تغيير في الحالة العصبية
- انضغاط حاد للحبل الشوكى نتيجة كسر في العظام أو الاقراص العظمية أو اصابة رضية
- انفصال المشيمة
- اجهاض غير كامل
- حمل خارج الرحم
- نزيف مهبلى مع فقر دم
- تفريغ جنين كاذب يشبه العلقه الحويصليه
- خراج في غدة البارثولين
- انسداد الحالب
- أية عملية أخرى يوافق عليها مدير الجراحة أو من ينوب عنه

في ظرف 3-6 ساعات:

- زائدة دودية حادة
- التهاب حاد في الغشاء البريتوني يأتى نتيجة لاختراق الطبقة اللزجة
- وجود جسم غريب بالمرئ أو الممر الهوائي
- نزيف بعد اجراء عملية مع ثبات العلامات الحيوية
- انسداد بالدورة الدموية بأحد الأطراف
- انسداد الدورة الدموية فجزء تم تطعيمه بأنسجة من موضع آخر بعد اعادة بناء الشرايين به
- مرض يسبب انسداد دموى حاد مع الانذار بتوقف الدورة الدموية
- ادخال بالون في الأورطى مع ازالة ضغط خفيف داخل القلب
- ثقب في المرئ
- شق وبذل (سحب سوائل من) أحد الأطراف المصابة بعدوى
- تجبير رباط الركبة
- فحص كسور ومفاصل تحت تأثير المخدر
- وجود جسم غريب بالحلق أو المرئ بدون انسداد المجرى الهوائى
- استئصال جزء من القصبة الهوائية مع وضع أنبوب مكانه
- تركيب منظار للقصبة الهوائية لمعالجة نزف رئوي نشيط
- خرايج عميقة بالرقبة

- الم مستمر عسير العلاج بالاذن يستلزم شق طيلة الأذن للعلاج
- تمزق بجفن العين
- حالة تنذر بحدوث تسمم عام بها
- فقد دم موضعي حاد بأحد الأطراف
- جلطة وعائية ناتجة عن عملية تصوير أوعية بعد حقنها بمادة معتمدة في أحد الأطراف السليمة
- القابلة للنمو والحياة

في ظرف 6-12 ساعة:

- انسداد ميكانيكي للأمعاء حاد وبسيط بدون تعرض الأوعية الدموية للخطر ويحدث نتيجة التصاقات أو فتق مختنق
- فتق مختنق أو غير قابل للارتداد
- انفصال شبكية
- مياه زرقاء حادة بالعين
- كسور أسنان مفتوحة
- أية عملية أخرى يوافق عليها مدير الجراحة

في ظرف 24 ساعة:

- بذل تجمع صديدي
- فقد وعاء دموي القدرة على فصل المواد أو تمريرها عبر غشاءه
- تجبير مغلق لكسر مغلق
- أية عملية أخرى يوافق عليها مدير الجراحة

لجنة وحدة العمليات

التعريف:

هي فريق يضم ممثلين من التخصصات المختلفة من العاملين ومستخدمي وحدة العمليات من هيئة الأطباء والتمريض والخدمات المعاونة بهدف إدارة العمل بالوحدة بشكل فعال يضمن تقديم خدمات جراحية ذات جودة عالية.

اهداف اللجنة:

1. الالتزام بمستويات وخصائص الخدمات الجراحية المتميزة حتى يتم الاستدام الأمثل لدورة السرير ويمنع التكلفة الزائدة في التشغيل.
2. وضع غايات واهداف وحدة العمليات
3. وضع سياسات واجراءات العمل بالوحدة
4. وضع نظم ولوائح العمل بالوحدة
5. اعداد ومراجعة قائمة العمليات الجراحية التي يمكن اجراءها بالوحدة
6. تحديد الاحتياجات من أجهزة ومعدات وآلات ومستلزمات وأدوية بما يتمشى مع حجم ونوعية العمل بالوحدة
7. اعداد ومراجعة ومتابعة تطبيق برامج ضمان الجودة والتحكم في العدوى والأمن والسلامة والتدريب بالوحدة
8. حل المشاكل المتعلقة بجودة الخدمة الجراحية بالوحدة ورفعها للمسؤولين بإدارة المستشفى حتى يتم اتخاذ اللازم نحو حلها حلا سريعا.
9. حل مشاكل هيئة التمريض والأطباء والعاملين بالوحدة

تشكيل اللجنة:

- | | |
|--------|---|
| رئيساً | 1. مدير وحدة العمليات |
| اعضاء | 2. اثنان من اخصائي الجراحة |
| اعضاء | 3. اثنان من اخصائي التخدير |
| عضو | 4. رئيسة ممرضات وحدة العمليات ومساعدتها |
| عضو | 5. مسئول وحدة التعقيم |
| عضو | 6. ممرضة افاقة |

نظام الاجتماعات:

1. تجتمع اللجنة شهريا بصفة دورية ويمكن عقد اجتماعات استثنائية عند ظهور الاحتياج.
2. يكون مدير وحدة العمليات رئيس اللجنة وهو المسئول عن ادارة الاجتماعات وجداول العمل واعتماد المحاضر.
3. يجب أن يلتزم جميع الأعضاء بالحضور.
4. يجب أن توزع جداول العمل قبل الاجتماع مرفقا بها:
 - الأعمال التي سبق مناقشتها.
 - الأعمال التي ستتم مناقشتها.
 - تاريخ وميعاد ومكان ومدة الاجتماع.
5. يجب الالتزام بمواعيد الاجتماعات ومدتها.
6. يجب الاحتفاظ بملف (دوسيه) به جداول ومحاضر الجلسات.
7. ترفع جداول العمل ومحاضر الاجتماعات للسيد رئيس الهيئة الطبية للعلم واتخاذ اللازم.

نمط توزيع العاملين بغرف العمليات والافاقة

1. العوامل التي تؤثر على نمط توزيع العاملين:

- حجم ونوعية الجراحات التي تؤدي بصفة يومية.
- كفاءة الممرضات وخبراتهم التخصصية.
- مواعيد بدء وانتهاء العمل بوحدة العمليات.
- عدد ساعات العمل القانونية لكل ممرضة وتوزيعها على أيام الأسبوع.
- نظام توزيع ساعات عمل الممرضات بالورديات النهارية والمسائية والليلية.
- تطبيق نظام العمل والمكافآت خارج النصاب أو عدمه.
- عدد منضدات غرف العمليات الموجودة بالوحدة.
- التقسيم الجغرافي لوحدة العمليات (غرف العمليات / غرف الخدمات / الممرات وغرف الافاقة).
- الالتزام بتطبيق برنامج التحكم في العدوى وبرنامج الأمن والسلامة.

2. الفئات المختلفة للعاملين بوحدة العمليات وغرفة الافاقة:

- رئيسة ممرضات / مساعدة / مسئولة ودية.
- ممرضات غرف العمليات (معقمة / مناولة/تخدير).
- ممرضات غرف الافاقة.
- ممرضة امداد وتموين: أ- (تخزين/ صرف/ حساب مرضى/ استعواض).
- ب- (تجميع وتسليم مواد مستخدمة قذرة).
- عمال نظافة.
- معاون نقل المرضى (تومرجي).
- عامل أسانسير

3. نظام توزيع الكوادر المختلفة من العاملين بغرف العمليات والإفاقة:

تقوم رئيسة ممرضات وحدة العمليات أو مساعدتها بإعداد جدول شهري لتوزيع الوردية المختلفة على العاملين بالوحدة واضحة في الاعتبار أن يتوفر بكل وردية الكوادر السابق ذكرها بالبند (2) وأن يكون توزيع العاملين كالتالي:

- كل غرفة عمليات بها منضدة عمليات واحدة لا بد أن يخصص لها ممرضتان للعمل خلال الوردية الواحدة على أن تعمل إحداها كممرضة معقمة (Scrub Nurse) والأخرى كممرضة مناولة / (Circulating Nurse).
- ممرضة بمنطقة استقبال وتحضير المرضى قبل العملية.
- ممرضة مسئولة عن المخازن (صرف / حساب مستهلكات / استعواض من المخازن الرئيسية / تسلم الباكينات المعقمة من قسم التعقيم المركزي) تعمل غالبا بورديتي الصباح والمساء أما في الوردية الليلية تقوم الممرضة المسئولة عن الوحدة بعملها حيث يتم استكمال (تموين) دواليب المستلزمات بكل غرفة عمليات قبل نهاية الوردية المسائية.
- ممرضة بمنطقة تجميع الآلات / المفروشات والملابس المستخدمة / القمامة. تقوم بتسليم المواد المستخدمة إلى أقسام التعقيم / المغسلة كذلك التخلص السليم من القمامة إلى المحرقة.
- عاملة نظافة بالمنطقة الزرقاء وعاملة أخرى بالمنطقة الحمراء.
- عامل لنقل المرضى.
- سكرتيرة.
- ممرضة مسئولة عن الوحدة بكل وردية.

4. توزيع الممرضات بغرفة الإفاقة يجب أن يراعى به:

- عدد الأسرة (ممرضة لكل 2 مريض).
- ضرورة وجود أكثر من ممرضة بغرفة الإفاقة وذلك حتى يمكن التصرف في حالة حدوث طوارئ مثل توقف القلب المفاجئ ... الخ.
- ضرورة تخصيص ممرضة لكل مريض (طفل) أقل من 9 سنوات في مرحلة الإفاقة من المخدر العام.
- قيام ممرضة بملاحظة المريض الذي في حالة فقدان وعي كامل أي 1:1.

الجدول التالي يوضح احتياج وحدة العمليات من الكوادر العاملة خلال الوردية الصباحية والمسائية وذلك في حالة العمل بجدول عمليات به 10-12 عملية جراحية متوسطة + (2-4) عملية طارئة خلال الوردتين الصباحية والمسائية وتشغيل غرفتي عمليات بكل واحدة منضدة عمليات وغرفة إفاقة بها أربعة أسرة. كذلك يوضح توزيع الكوادر العاملة أثناء وردية الليل حيث يتم إجراء 2 - 4 عمليات طارئة.

الجدول التالي يوضح أعداد الفئات المختلفة بالقسم وتوزيعها بالوردتين الصباحية والمسائية خلال أيام الأسبوع على أساس حجم العمل التالي مع زيادة 25% احتياطي:

الوردية	رئيسة وحدة / وردية	ممرضات غرفة العمليات		ممرضة قبل العملية	ممرضة إفاقة	ممرضة (أ) - ت	ممرضة (ب) - ت	عاملة نظافة	معاون نقل المرضى	سكرتيرة	المجموع بالوردية
		معقمة	مناولة								
8 ص - 2 ظ	1	2	2	1	3	3	3	2	1	1	15
2 ظ - 8 م	1	2	2	1	3	1	1	2	1	1	15
8 م - 8 ص	1	1	1	-	1	-	-	1	1	-	6
المجموع	3	5	5	2	6	4	4	5	3	2	6

الجدول التالي يوضح توزيع الفئات المختلفة من العاملين بالاعداد المقترحة لتغطية حجم العمل الموضح بالجدول السابق. وجددير بالذكر ان نظام التعامل مع قسم التعقيم المركزي يتم بصورة مركزية أي ان مندوب من القسم يقوم بتوزيع الادوات المعقمة وكذلك يتم عمل مرور اخر لتجميع الادوات المستخدمة بواسطة مندوب من قسم التعقيم. اما في ايام العطلات فيقوم فرد من كل قسم / وحدة بالمستشفى باستلام وتسليم الباكينات من قسم التعقيم حيث ان القسم يعمل بطاقة 50% فقط.

ملحوظة:

1. مسئولة الوردية الليلية أو المناولة تعاون ممرضة الافاقه بحيث تقدم لها المساعدة عند الاحتياج أو في حالة حدوث الطوارئ.
2. كذلك الممرضة المعقمة في الوردية الليلية تقوم بواجبات ممرضة الامداد والتموين القذر (ب) بعد نهاية كل حالة.
3. عاملة النظافة في الفترة المسائية تنظف المنطقة الحمراء بعد نهاية كل حالة أما النظافة الدورية للمنطقة الزرقاء فتتم بنهاية الوردية الصباحية والمسائية بواسطة العمالة المتخصصة لذلك في تلك الفترتين..

الجدول السابق يوضح ان وحدة العمليات تحتاج الى 36 فرد من العاملين لتغطية احتياجات الوحدة في حالة العمل بنظام ثلاث ورديات مع اعتبار أن وحدة العمليات تعمل 6 ايام بالاسبوع بنظام الجدولة ويوم الجمعة بنظام الطوارئ.

في حالة العمل بنظام اليوم الطويل (12 ساعة) / 3 ايام يمكن ان يقل العدد من كل فئة بنسبة 30% حيث ان الفرد الواحد يعمل بواقع 1/3 1 فرد مثل النظام المتبع بوزارة الصحة.

يحتاج القسم إلى 23 فرد من مختلف الفئات + 2 احتياطي لتغطية الاجازات والغياب أي 25 فرد ولكن نظرا لوجود مشكلة نقص العاملين من فنيين أو ممرضات تعقيم هناك بعض الأنشطة الموضحة بالجدول السابق والتي يمكن ان يقوم بها فرد واحد مثل توزيع المعقم / تخزين وصرف حيث أنه سيكون مسئولا عن تشغيل وتدوين نوعية وكميات الباكينات المنصرفة لكل وحدة كذلك نشاط تجميع المتسخ وفرز وغسيل الآلات يمكن ان يكون لهم نفس الافراد كذلك المراجعة والتغليف ونشاط التعقيم (أي تشغيل الاتوكلاف) ايضا يمكن ان يقوم بهم نفس الافراد وهذا يوفر حوالى 40% من الاعداد المطلوبة.

نمط توزيع العاملين بوحدة التعقيم المركزي

1. العوامل التي تؤثر على نمط توزيع العاملين:

- حجم ونوعية العمل اليومى.
- كفاءة وخبرات العاملين بالوحدة.
- مواعيد بدء وانهاء العمل بوحدة العمليات.
- عدد ساعات العمل القانونية لكل فرد بالوحدة وتوزيعها على أيام الاسبوع.
- نظام العمل بالورديات المختلفة.
- تطبيق نظام العمل والمكافآت خارج النصاب أو عدمه.
- تقسيم مناطق العمل بوحدة التعقيم بما يخدم تطبيق برنامج التحكم في العدوى.
- نظام التعامل بين وحدة التعقيم والاقسام والوحدات التخصصية بالمستشفى.

2. الكوادر المختلفة للعاملين بوحدة التعقيم.

- مسئول الوحدة / مسئولة وردية.
- ممرضات / فنيون تعقيم مركزى.
- عمال نظافة.

3. نظام توزيع الكوادر المختلفة من العاملين بوحدة التعليم المركزي:

يقوم مسئول قسم التعقيم بإشراف من رئيسة وحدة العمليات والتعقيم بأعداد جدول شهري بتوزيع العاملين بالقسم على الوردتين الصباحية والمسائية - حيث أن قسم التعقيم لا يعمل خلال الوردية الليلية - ويمتد العمل بالقسم حتى الساعة العاشرة مساءً - أي ساعتين بعد بدء الوردية بالمستشفى حتى يمكن سد الاحتياجات التي قد تطرأ بعد تسلم الوردية الليلية هذا إلى جانب أن القسم يعمل خلال العطلات بطاقة 50% حيث أن العمل بالعمليات يقتصر على الطوارئ فقط.

الاحتياجات من الباكات									القسم/الوحدة	حجم العمل اليومي
الآلات	غيار قطن	شاش اسفنج	الآلات ولادة	فرش ولادة	باكت فرش عملية	الآلات خاصة	باكت جاونات	صينية الآلات أساسية		
-	100	200	-	-	25	15	25	25	عمليات طوارئ +	12 ع متوسطة + 8 طوارئ
10	10	25	-	-	-	-	5	-	وحدة الرعاية المركزة	5 أسرة
10	10	25	-	-	-	-	15	-	وحدة المبتسرين	5 حضانات
50	100	100	25	25	-	-	25	-	قسم الولادة	20 ولادة
15	100	200	5	5	15	-	15	15	وحدة الطوارئ	10 غيار + 10 غرز
25	25	25	-	-	-	-	-	-	عيادة جراحة	20 غيار
25	25	25	-	-	-	-	-	-	عيادة نسا	20 حالة
25	25	25	-	-	-	-	-	-	قسم جراحة	20 بعد عمليات
160	395	625	30	30	40	15	85	40	المجموع	

الوردية	توزيع معقم	تجميع متسخ	فرز وغسيل آلات	تحضير وتعبيئة	مراجعة وتغليف	تعقيم	تخزين وصرف	عامل نظافة	مسئول القسم	المجموع
الصباحية 2 - 3	2	2	2	2	2	1	1	1	1	14
المسائية 2 - 10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9

الفصل الرابع:

نظام إدارة تريض العمليات

نظام إدارة تريض العمليات

ان الإدارة هي توجيه الموارد البشرية والموارد المادية لتحقيق الهدف وذلك من خلال تطبيق عناصر الإدارة. عناصر الإدارة:

تتكون عناصر الإدارة من عدد من العناصر التي ترتبط ببعضها البعض لتكون العملية الادارية ويتكون كل عنصر من نشاطات مختلفة ترتبط ببعضها أيضا وذلك لتحسين الخدمة وتحقيق الهدف. تتلخص عناصر الإدارة في الآتي:

1. التخطيط
2. التنظيم
3. التنسيق
4. التقارير
5. التقييم

1. التخطيط:

التخطيط هو الخطوة الأولى في تطبيق نظام إدارة تريض العمليات وهو يعني وضع عناصر تحدد النشاطات لأداء العمل في المستقبل.

التخطيط في جناح العمليات يتضمن النشاطات الآتية:

- الجدول وتحديد المواعيد للعمليات.
- عمل جدول العمليات بتنوع التخصيص الطبي.
- تقسيم العمل بين الممرضات على حسب حجم العمل وكفاءة الممرضات ورسمه في جدول.
- تقسيم اوقات العمل بين الممرضات للفترة الصباحية والمسائية والسهر لمدة شهر وإطلاع الممرضات عليه قبل تنفيذه.
- عمل كروت للجراحين يسجل فيها مقاس القفاز والآلات التي يفضلون العمل بها اثناء الجراحة.

2. التنظيم:

ان تنظيم الموارد البشرية (أعضاء هيئة التمريض) والموارد المادية والأجهزة والآلات والمستهلكات له أهمية كبيرة في تنفيذ التخطيط وذلك لتحقيق الهدف من العمل.

ولتحقيق التنظيم في وحدة العمليات يوجد عدة نشاطات تقوم رئيسة وحدة العمليات منها بالآتي:

- تحديد الوظائف الإدارية بين رئيسة التمريض بوحدة العمليات ومساعدتها.
- توصيل الوصف الوظيفي لكل أعضاء هيئة التمريض بالوحدة والمحافظة عليه مكتوبا.
- التأكد من تنفيذ جدول توزيع العمل وجدول توزيع ساعات العمل بواسطة أعضاء هيئة التمريض بالوحدة.
- صرف العهدة المستديمة والمستهلكة دوريا.
- صرف عهدة الأدوية الخاصة بوحدة العمليات.
- ترتيب العهدة المستديمة والمستهلكة في أماكنها وتكون معروفة لكل هيئة التمريض بالوحدة.
- التأكد من عمل الأجهزة بالوحدة وذلك بمتابعة الصيانة الدورية لها مع إدارة الصيانة بالمستشفى.

- التأكد من سلامة أعضاء هيئة التمريض أثناء العمل.
- التأكد من فاعلية وسائل التعقيم المستعملة.
- التأكد من نظافة الوحدة.

3. التنسيق:

التنسيق هو التوفيق بين الخدمات المختلفة لكي يتم اداؤها بطريقة منتظمة.

ولكي يتحقق التنسيق يجب أن يكون هناك تداخل بين خدمات وحدة العمليات والوحدات الأخرى مثل:

- الأقسام الجراحية وذلك ليتم تسليم وتسليم المريض تبعاً للوائح المستشفى المتفق عليها في هذا الشأن.
- وحدة التعقيم وذلك لتنسيق المواعيد لتسليم وتسليم الآلات قبل وبعد تعقيمها واتباع التعليمات الخاصة بالتعقيم والتأكد من فاعليته - وكذلك يجب أن يتم التنسيق بين وحدة العمليات والوحدات الأخرى مثل المغسلة، المخازن، الصيدلية، وحدة الصيانة، وأية إدارة أخرى تتداخل في خدماتها مع خدمات وحدة العمليات وذلك لكي يتحقق الهدف من الخدمات.

4. التقارير:

التقرير هو تبادل المعلومات من شخص إلى آخر أو من شخص إلى آخرين.

يتم تبادل التقارير بين رئيسة التمريض بالوحدة بين أوقات العمل المختلفة على النحو التالي:

• تقرير الفترة الصباحية:

يتم تبادل هذا التقرير بين رئيسة التمريض بالوحدة والمرضة المسؤولة عن فترة بعد الظهر (النوبتية) ويتكون في حوالي الساعة الثانية بعد الظهر (وفي نهاية الفترة الصباحية وبداية فترة بعد الظهر).

• تقرير فترة بعد الظهر:

ويتم تبادل هذا التقرير بين المرضة المسؤولة عن فترة بعد الظهر (النوبتية) والمرضة المسؤولة عن فترة السهر ويكون في نهاية فترة الظهر وبداية فترة السهر (حوالي الساعة الثامنة مساءً).

• تقرير الفترة المسائية:

ويتم تبادل المعلومات بين المرضة المسؤولة عن فترة السهر ورئيسة وحدة العمليات ويكون الساعة الثامنة صباحاً ويتم استعمال استمارة التقرير الخاصة بوحدة العمليات وتبادلها في أوقات العمل المختلفة وذلك لتوصيل التقرير شفويًا وكتابةً.

5. التقييم:

التقييم هو تحديد مستوى أداء العاملين دورياً بالنسبة للمعايير المحددة للخدمة.

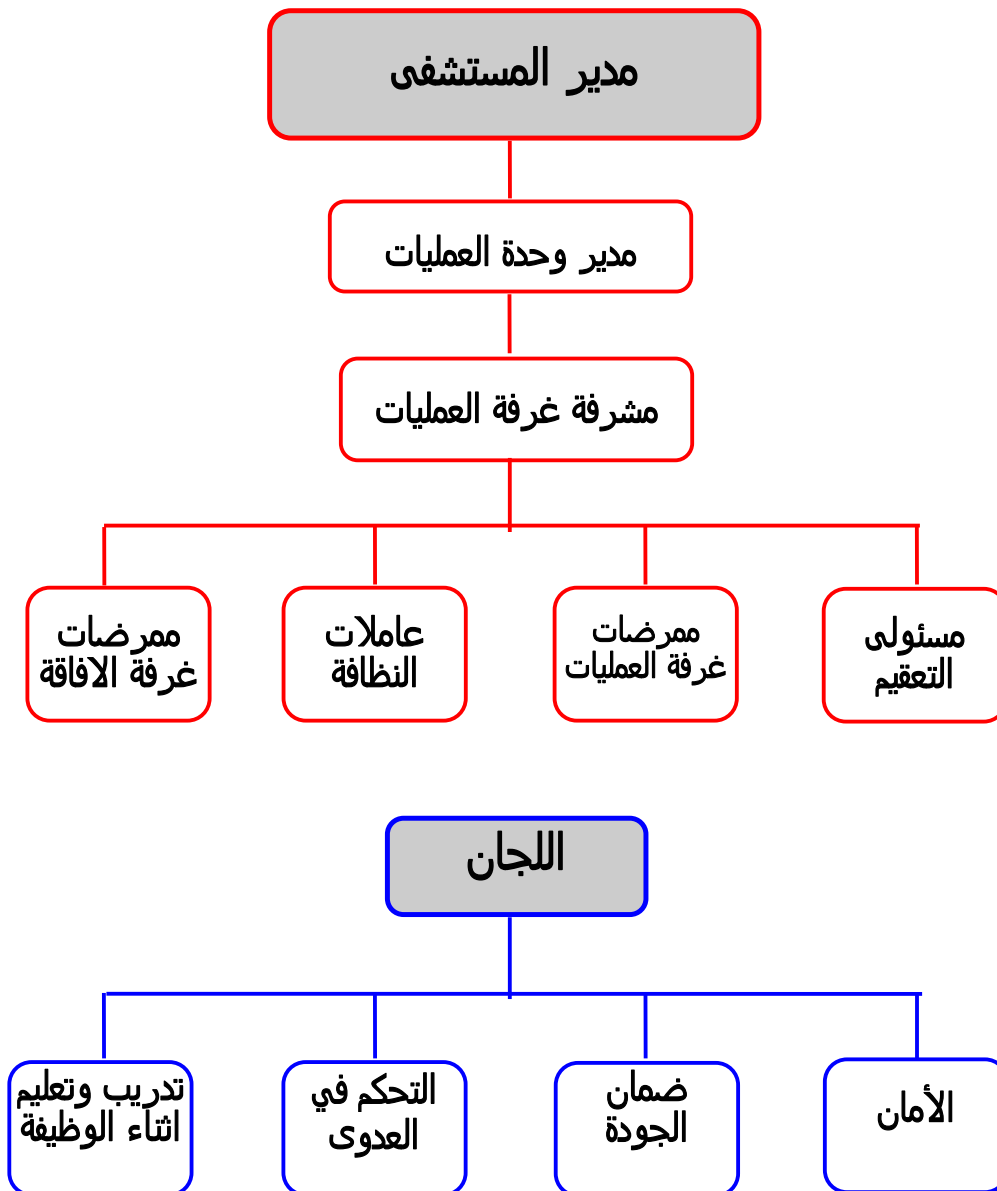
لكي يتم التقييم يجب أن يتوافر الآتي:

- معايير الرعاية التمريضية.
- استمارة التقييم التي يتم عملها على أساس معايير الرعاية التمريضية ويتم التقييم في وحدة العمليات على النحو التالي:
 - التقييم اليومي للممرضة المناولة.
 - التقييم اليومي للممرضة المعقمة.

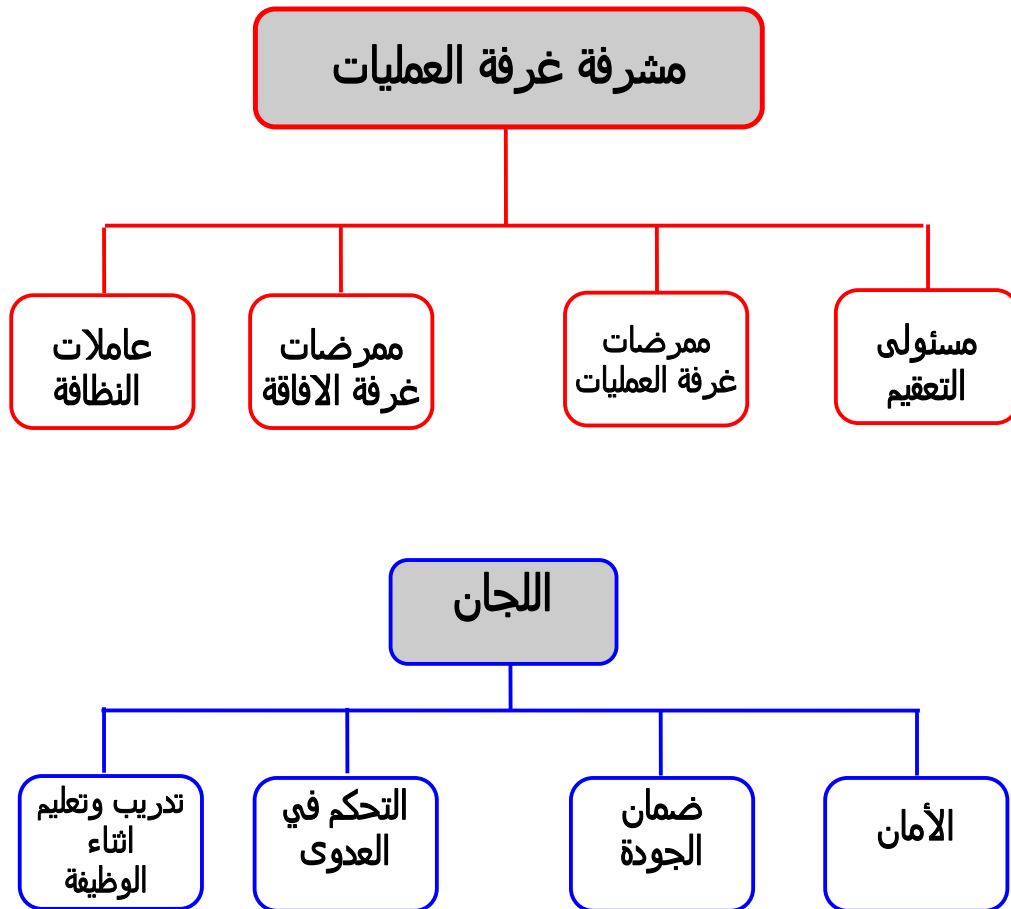
وذلك يتم باستعمال استمارة التقييم المتفق عليها والتي يجب أن يتعرف عليها أعضاء هيئة التمريض قبل استعمالها.

الهيكل التنظيمي والتوصيف الوظيفي للخدمات الجراحية

اللائحة التنظيمية لغرفة العمليات



اللائحة التنظيمية للخدمات التمريضية "جراحة"



اللائحة التنظيمية لغرف العمليات:-

1. مدير وحدة العمليات
2. وكيلة مدير التمريض لخدمات التمريض الجراحية
3. مشرفة تمريض وحدة العمليات
4. ممرضة وحدة العمليات
5. ممرضة غرفة الافاقة
6. ممرضة الامدادات والتموين
7. مشرفة التعقيم والتموين
8. عامل النظافة

1: بطاقة توصيف وظيفي مدير وحدة العمليات

1. اسم الوظيفة: مدير وحدة العمليات
2. القسم: وحدة العمليات
3. العلاقات التنظيمية:
 - يخضع لإشراف: نائب مدير المستشفى، رئيس الهيئة الطبية
 - يشرف على: جميع العاملين بوحدة العمليات
 - علاقات العمل: المرضى وهيئة التمريض والأطباء والفنيين والعمال
4. الغرض الأساسي من الوظيفة:

إدارة جميع الأنشطة بوحدة العمليات مما يساعد على ممارسة أعلى مستوى من الخدمات الجراحية والتأكد على الامتثال لمستوى ضمان الجودة والذي يتفق مع المواصفات الأكاديمية لوزارة الصحة.
5. المهام والمسؤوليات:
 - رئاسة لجنة وحدة العمليات
 - وضع غايات وأهداف وسياسات وإجراءات وحدة العمليات
 - وضع واقتراح ميزانية العمل بالقسم والتأكد من الالتزام بهذه الميزانية
 - عمل احصاءات وتقارير القسم والحفاظ عليها، تقديم تقارير دورية لإدارة المستشفى كلما طلب ذلك
 - إدارة وتنسيق والإشراف على جميع الأنشطة الجراحية والأكاديمية والإدارية بوحدة العمليات.
 - التأكد من اعداد جداول غرف العمليات وكذلك من وجود أعضاء الفريق الصحي اللازم بها.
 - التنسيق مع رئيسة ممرضات وحدة العمليات فيما يختص بتوفير هيئة التمريض والمشاكل العملية وكذلك تصرفات الموظفين.
 - التأكد من التزام جميع العاملين بوحدة العمليات بمستوى جودة الأداء وبرامج التحكم في انتشار العدوى.
 - متابعة أحدث التطورات في مجال الطب والجراحة.
 - الاشتراك في اللجان الإدارية والطبية بالمستشفى.
 - القيام بأية مهام أو واجبات أخرى تسند إليه في مجال العمل.
6. الحد الأدنى من المؤهلات:

درجة الماجستير في الطب مع تخصص في مجال الجراحة أو التخدير.
7. الخبرة العملية:
 - خبرة عملية لا تقل عن 8 سنوات في المجال العملي.
 - خبرة سابقة في مجال الإدارة.
8. المعارف والقدرات:
 - اتمام دراسات التعليم المستمر أو برامج التدريب للحفاظ على مستوى الأداء الوظيفي.
 - اظهار مهارات قيادية وإدارية والالمام بالمبادئ العامة للإدارة والإشراف.
 - توفر مهارات الاتصال الجيدة للتعامل مع المرضى والعاملين بالمستشفى.

9. يعمل بهذا التوصيف بدءاً من

التاريخ:
التاريخ:

اعداد:
اعتماد:

2: بطاقة توصيف وظيفي وكيلة مديرة التمريض لخدمات التمريض الجراحية

1. اسم الوظيفة: وكيلة مديرة التمريض لخدمات التمريض الجراحية

2. القسم: إدارة تمريض

3. العلاقات التنظيمية:

- يخضع لإشراف: مديرة التمريض
- يشرف على: جميع العاملين بوحدة العمليات والافاقية والتعقيم المركزي
- علاقات العمل: المرضى وهيئة التمريض والاطباء

4. الغرض الأساسي من الوظيفة:

الإشراف على جميع العاملين بهيئة التمريض والفئات المساعدة للتمريض وجميع الأنشطة الادارية والجراحية في غرف العمليات وغرف الافاقية والتعقيم. والالتزام بسياسات واجراءات العمل بالوحدة وأهدافه وبرامج ضمان الجودة والامان ومبادئ الحفاظ على البيئة واساليب التحكم في انتشار العدوى.

5. المهام والمسئوليات:

- المساعدة في تحديد احتياجات الوحدات من أفراد ومواد طبقاً لمقاييس الاداء وضماناً لجودة الخدمات الجراحية داخل الوحدة.
- مساعدة مدير وحدة العمليات في وضع واقتراح ميزانية العمل للخدمات الجراحية والتأكد من الالتزام بهذه الميزانية.
- اعداد جدول العمل وتوزيع العاملين وتقييم الأداء وتقديم الاقتراحات لشئون العاملين.
- توجيه العاملين والإشراف على الأنشطة في غرف العمليات وغرف الافاقية وتقديم الارشاد والنصح كما يلزم.
- تقييم اداء العاملين وتقديم الاقتراحات ولتقارير المناسبة لرئيسة هيئة التمريض أو من تتوب عنها.
- التأكد من وجود العناية التمريضية وسلامة البيئة لكل المرضى داخل الوحدات وذلك طبقاً لمقاييس الاداء وتحليل الاحتياجات واقتراح وتنفيذ التغييرات المناسبة.
- تنظيم جداول العمليات الجراحية لتفادي التضارب والإعداد لاجراءات فردية متخصصة. (حسب الاحتياج).
- المرور اليومي على جميع تقسيمات العمل بوحدة العمليات الجراحية لملاحظة جودة العناية التمريضية وحسن سير العمل والاستخدام الأمثل للأجهزة والمهمات والمواد.
- القيام بالربط بين الخدمات الجراحية والأطباء والممرضات وإدارة التمريض والمستشفى.
- الاشتراك مع رئيس أقسام الجراحة واللجان الطبية المناسبة في تطوير سياسات واجراءات العمل بالخدمات الجراحية والتأكد من اتباع هذه السياسات والاجراءات.
- تنسيق الخدمات الجراحية التمريضية مع أقسام التمريض الأخرى.
- تحليل الاحتياجات المستجدة الناتجة عن استخدام اجراءات أوآلات جديدة وعمل التغييرات المناسبة في توزيع هيئة التمريض.
- التأكد من دقة سجلات المرضى الطبية وسريتها.

الخدمات الجراحية - الهيكل التنظيمي والتوصيف الوظيفي لخدمات الجراحي

- المسؤولية الإدارية والفنية عن عهدة وحدة العمليات الجراحية والتعقيم من مواد ومهمات وأجهزة والتأكد من أن الأدوات والمهمات متاحة في كل الأوقات.
- القيام بدور ممرضة الجراحة إذا لزم.
- حضور الاجتماعات والاشتراك في اللجان كما يلزم.
- التأكد من عقد محاضرات التعليم المستمر أثناء العمل والاحتفاظ بسجلات دقيقة عنها.
- القيام بأية مهام أو مسؤوليات أخرى تسند إليها في مجال العمل.

6. الحد الأدنى من المؤهلات:

- دبلوم تمريض / شعبة فنيات تمريض
- أو بكالوريوس المعهد العالي للتمريض

7. الخبرة العملية:

- خبرة عملية لا تقل عن 15 سنة في مجال العمليات والتعقيم مع التدرج بالوظائف القيادية بالتمريض (بالنسبة لحاملي الدبلوم)
- خبرة 8 سنوات في مجال العمليات والتعقيم والتدرج بالوظائف القيادية بالتمريض (لدرجة البكالوريوس)

8. المعارف والقدرات:

- اتمام دورات متخصصة للمهارات الفنية والإدارية التمريضية بوحدة العمليات والتعقيم.
- العمل خلال الورديات المختلفة حسب الجدول المحدد من الرئيس المباشر.
- التمكن من انعاش القلب والتنفس إذا لزم الأمر

9. يعمل بهذا التوصيف بدءاً من :

- | | |
|---------|----------|
| اعداد: | التاريخ: |
| اعتماد: | التاريخ: |

3: بطاقة توصيف وظيفي : مشرفة تمريض وحدة العمليات

1. اسم الوظيفة: مشرفة تمريض وحدة العمليات

2. القسم: وحدة العمليات

3. العلاقات التنظيمية:

- يخضع لإشراف: وكالة مديرة التمريض للخدمات الجراحية.
- يشرف على: جميع العاملين بوحدة العمليات.
- علاقات العمل: المرضى وهيئة التمريض والأطباء.

4. الغرض الأساسي من الوظيفة:

الإشراف على جميع العاملين بهيئة التمريض والفئات المساعدة للتمريض وجميع الأنشطة الإدارية والجراحية في غرف العمليات وغرف الإفاقة والتعقيم. والالتزام بسياسات وإجراءات العمل بالوحدة وبرنامج ضمان الجودة والأمان ومبادئ الحفاظ على البيئة وأساليب التحكم في انتشار العدوى.

5. المهام والمسئوليات:

- المساعدة في تحديد احتياجات الوحدات من أفراد ومواد طبقا لمقاييس الاداء وضمانا لجودة الخدمات الجراحية داخل الوحدة.
- المساعدة في اعداد جداول العمل وتوزيع العاملين وتقييم الأداء وتقديم الاقتراحات لشئون العاملين.
- توجيه العاملين والإشراف على الأنشطة في غرف العمليات وغرف الإفاقة وتقديم الإرشاد والنصح كما يلزم.
- تقييم أداء العاملين وتقديم الاقتراحات والتقارير المناسبة لرئيس المباشر.
- التأكد من وجود العناية التمريضية وسلامة البيئة لكل المرضى داخل الوحدة وذلك طبقا لمقاييس الاداء وتحليل الاحتياجات واقتراح وتنفيذ التغييرات المناسبة.
- المساعدة في تنظيم جداول العمليات الجراحية لتفادي التضارب والاعداد لاجراءات فردية متخصصة. (حسب الاحتياج).
- المرور اليومي على جميع تقسيمات العمل بوحدة العمليات الجراحية لملاحظة جودة العناية التمريضية وحسن سير العمل والاستخدام الامثل للاجهزة والمهمات والمواد.
- الاشتراك مع رئيس أقسام الجراحة واللجان الطبية المناسبة في تطوير سياسات واجراءات العمل بالخدمات الجراحية والتأكد من اتباع هذه السياسات والاجراءات.
- تنسيق الخدمات الجراحية التمريضية مع أقسام التمريض الأخرى.
- تحليل الاحتياجات المستجدة الناتجة عن استخدام اجراءات أو آلات جديدة وعمل التغييرات المناسبة في توزيع هيئة التمريض.
- التأكد من دقة سجلات المرضى الطبية وسريتها.
- المسؤولية الإدارية والفنية عن عهدة وحدة العمليات الجراحية من مواد ومهمات وأجهزة والتأكد من أن الأدوات والمهمات متاحة في كل الاوقات.
- القيام بدور ممرضة الجراحة اذا لزم.
- حضور الاجتماعات والاشتراك في اللجان كما يلزم.
- التأكد من عقد محاضرات التعليم المستمر أثناء العمل والإحتفاظ بسجلات دقيقة عنها.
- القيام بأية مهام أو مسئوليات أخرى تسند إليها في مجال العمل.

6. الحد الأدنى من المؤهلات:

- دبلوم تمريض / شعبة فنيات تمريض أو
- بكالوريوس المعهد العالي للتمريض

7. الخبرات العملية:

- خبرة 15 سنة في مجال العمليات والتعقيم مع التدرج بالوظائف القيادية بالتمريض (لحاملى الدبلوم).
- خبرة 5 سنوات في مجال العمليات والتعقيم والتدرج بالوظائف القيادية بالتمريض (لحاملى البكالوريوس).

8. المعارف والقدرات:

- اتمام دورات تدريبية متخصصة للمهارات الفنية والادارية التمريضية بوحدة العمليات والتعقيم.
- التمكن من اداء انعاش القلب والتنفس إذا لزم الامر.

9. يعمل بهذا التوصيف بدءا من :

التاريخ:
التاريخ:

اعداد:
اعتماد:

4: بطاقة توصيف وظيفي: ممرضة بوحدة العمليات

1. اسم الوظيفة: ممرضة بوحدة العمليات
2. القسم: وحدة العمليات.
3. العلاقات التنظيمية:
 - يخضع لإشراف: مشرفة تمريض وحدة العمليات.
 - يشرف على: جميع الافراد بغرفة العمليات من المرضى وهيئة التمريض والخدمات المساعدة.
 - علاقات العمل: المرضى وهيئة التمريض والاطباء والخدمات المساعدة.
4. الغرض الأساسي الوظيفة:

توفير الخدمات التمريضية من مناولة أو معاونة خلال العمليات ومساعدة الفريق الجراحي حسب الحاجة. أو الالتزام بمعايير سياسات واجراءات العمل بالوحدة وأهدافه وبرنامج ضمان الجودة والأمان ومبادئ الحفاظ على البيئة واساليب التحكم فى انتشار العدوى.
5. المهام والمسئوليات:
 - اداء مهام الممرضة المناولة أو المعقمة بمهارة وسرعة.
 - اعداد المريض للاجراءات المقررة والمساعدة فى تقييم حالة المريض. معاونة الطبيب فى اجراء الفحوصات وأية اجراءات متعلقة بالعناية المباشرة بالمريض.
 - تقديم العناية التمريضية للمريض فى غرفة العمليات وتقييم النتائج والتشاور مع المتخصصين الآخرين وتعديل الاجراءات المتعلقة بالعناية التمريضية كما يلزم لتوفير أفضل عناية للمريض.
 - ملاحظة حالة المريض الصحية وابلاغ أية تغييرات للشخص المناسب.
 - مراعاة عد قطع الشاش والابر الجراحية والآلات بما يتفق مع الاجراءات المتبعة للتأكد من عدم فقد أي منها أثناء العمليات وتسجيل ذلك فى النموذج المقرر.
 - التأكد من استمرار العناية بالمريض خلال جميع مراحل العملية وذلك برفع تقرير بالمعلومات الضرورية للممرضة المسئولة عن المرحلة التالية فى العناية بالمريض.
 - توفير المساندة النفسية للمريض واطهار الاهتمام براحة المريض والمحافظة على خصوصيته خلال كل مراحل الاجراءات الجراحية.
 - كتابة التاريخ التمريضى المبدئى وتقييم حالة المريض ووضع خطة تمريضة خاصة لكل مريض بالوحدة.
 - التأكد من دقة المعلومات فى سجلات دخول المرضى الطبية.
 - القيام بالمهام الادارية المطلوبة واعداد جميع التقارير والسجلات والاحصائيات المطلوبة.
 - المسئولية الادارية والفنية عن العهدة الموجودة داخل غرفة العمليات من مواد ومهمات وأجهزة.
 - التأكد من توافر كميات مناسبة من المهمات المستخدمة والابلاغ وكتابة التقارير عن أي نقص فيها أو أية تلفيات.
 - التأكد من صلاحية جميع الأجهزة ومتابعة صيانتها.
 - تسجيل المهمات المستخدمة فى الاجراءات الجراحية فى سجل المريض أو حيثما طلب ذلك.
 - واستكمال النماذج المالية الخاصة بحسابات المرضى.
 - المعاونة فى برامج اعداد وتطوير العاملين بغرفة العمليات.
 - المشاركة فى نظام الاستدعاء العاجل والتواجد فى أوقات الطوارئ حينما تدعو الحاجة.
 - القيام بأية مهام أو مسئوليات أخرى تسند إليه فى مجال العمل.

6. الحد الأدنى من المؤهلات:

اتمام دراسة دبلوم تمريض / شعبة فنيات تمريض

7. الخبرات العملية:

يفضل سنة أو أكثر خبرة كممرضة غرفة عمليات أو تمام برنامج تدريبي للممرضات فى مهارات غرفة العمليات.

8. المعارف والقدرات:

- التمكن من أداء انعاش القلب والتنفس إذا لزم الامر.
- العمل خلال الورديات المختلفة حسب جدول ساعات العمل المقرر من رئيسة ممرضات الوحدة.

9. يعمل بهذا التوصيف بدءا من :

التاريخ:
التاريخ:

اعداد:
اعتماد:

5: بطاقة توصيف : وظيفى ممرضة غرفة الافاقه

1. اسم الوظيفة:ممرضة غرفة الافاقه

2. القسم: وحدة العمليات

3. العلاقات التنظيمية:

- يخضع لاشراف: مشرفة تمريض وحدة العمليات.
- يشرف على: هيئة التمريض والخدمات المساعدة بغرفة الافاقه.
- علاقات العمل:المرضى وهيئة التمريض والاطباء.

4. الغرض الأساسى من الوظيفة:

تقديم الرعاية التمريضية اللازمة فى غرفة الافاقه فيما بعد العمليات الجراحية. الالتزام بسياسات واجراءات العمل بالوحدة وأهدافه وبرنامج ضمان الجودة والأمان ومبادئ الحفاظ على البيئة وأساليب التحكم فى انتشار العدوى.

5. المهام والمسئوليات:

- تنفيذ تعليمات الطبيب والقيام بجميع المهام التمريضية المطلوبة.
- استخدام مهارات التقييم لتحديد الاحتياجات الجسمانية والنفسية والاجتماعية والروحية للمريض وعائلته واعداد خطة العناية التمريضية بحيث تلبى هذه الاحتياجات.
- ملاحظة حالة المريض الطبية وابلاغ الطبيب بأية تغييرات ذات قيمة ومعنى.
- الحفاظ على بيئة علاجية آمنة ونظيفة للمريض بمراعاة وسائل التعقيم وبملاحظة ومنع المواقف الخطرة وابعاد الآلات الخطرة عن المريض والتأكد من اعداد ونظافة غرفة الإفاقه فى جميع الأوقات.
- التأكد من استمرارية العناية بالمريض فى فترة ما بعد العمليات وذلك بالحصول على المعلومات الضرورية من الممرضة المسئولة عن المرحلة السابقة فى العناية بالمريض.
- مساعدة الطبيب فى الإجراءات التشخيصية اوالعلاجية كما يلزم.

الخدمات الجراحية - الهيكل التنظيمي والتوصيف الوظيفية لخدمات الجراحي

- القيام بالاجراءات التمريضية المناسبة مع اتباع التعليمات الخاصة بغرفة الافاقة بكل دقة.
- تسجيل خطوات العناية وتقدم حالة المريض بكل دقة فى سجل المريض.
- القيام بالمهام الإدارية المطلوبة وإعداد جميع التقارير والسجلات والاحصائيات المطلوبة.
- اختيار واعداد الادوات والمهمات المناسبة لاستخدامها فى العناية التمريضية فيما بعد العمليات الجراحية.
- المسئولية الإدارية والفنية عن جميع العهدة الموجودة داخل غرفة الافاقة من أجهزة ومهمات ومواد.
- التأكد من صلاحية جميع الأجهزة بغرفة الإفاقة ومتابعتها وصيانتها.
- تسجيل المهمات المستخدمة فى الاجراءات الجراحية فى سجل المريض أو حيثما طلب ذلك. مع استيفاء النماذج المالية الخاصة بحسابات المرضى.
- المعاونة فى برامج اعداد وتطوير العاملين بغرفة العمليات.
- المشاركة فى نظام الاستدعاء العاجل والتواجد فى أوقات الطوارئ حينما تدعو الحاجة.
- القيام بأية مهام أو مسئوليات أخرى تسند اليه فى مجال العمل.

6. الحد الأدنى من المؤهلات:

دبلوم تمريض / شعبة فنيات تمريض

7. الخبرات العملية:

يفضل أكثر من سنة خبرة كمرضة غرفة الافاقة أو اتمام برنامج تدريبى للممرضات فى غرف الافاقة.

8. المعارف والقدرات:

- معرفة وخبرة مكثفة فى العناية بمرضى الجراحة فيما بعد العمليات.
- معرفة مبادئ التخدير والعناية اللازمة.
- التمكن من أداء انعاش القلب والتنفس إذا لزم الامر.
- العمل بالورديات المختلفة حسب الجدول المحدد من الرئيس المباشر.

9. يعمل بهذا التوصيف بدءا من :

التاريخ:

اعداد:

التاريخ:

اعتماد:

6: بطاقة توصيف وظيفي: ممرضة الامدادات والتموين

1. اسم الوظيفة: ممرضة الامدادات والتموين
2. القسم: وحدة العمليات
3. العلاقات التنظيمية:
 - يخضع لاشراف: مشرفة تمريض وحدة العمليات.
 - تشرف على: -----
 - علاقات العمل: هيئة التمريض والاطباء والخدمات المساعدة وامناء مخازن المستشفى وموظفو المشتريات والحسابات.
4. الغرض الأساسي من الوظيفة:

المسئولة الفنية والادارية عن عهدة العمليات من خلال صرف وتخزين واستعواض عهدة وطلبيات العمليات من أدوية ومستلزمات ومحاليل وامدادات معقمة من قسم التعقيم المركزى والمفروشات من المغسلة مع الاحتفاظ بالسجلات المطلوبة ومتابعة حساب المستهلكات وتسجيلها بملف كل مريض. كذلك مسئولة عن الابلاغ عن أعطال الأجهزة ومتابعة اصلاحها وصيانتها مع الالتزام بتطبيق برامج ضمان الجودة والتحكم فى العدوى والامن والسلامة.
5. المهام والمسئوليات:

من خلال التنسيق مع والاشراف المباشر من مشرفة الوحدة تقوم بالاتى:

 - تحديد احتياجات الوحدة من الامدادات وضبط استخدامها.
 - صرف احتياجات غرف العمليات والافاقه للممرضة المسئولة عن الغرفة ووضع الضوابط اللازمة للتحكم في الاستهلاك.
 - تطبيق النظم الادارية الخاصة بادارة المواد.
 - التنسيق مع العاملين بالوحدة لمتابعة صرف وتسجيل الامدادات المستخدمة.
 - تنسيق العمل مع أمناء مخازن المستشفى بأسلوب مهني لائق حتى يتم انجاز العمل بالأسلوب الأمثل.
 - تطبيق نظام ادارة المواد من حيث التخزين / توزيع الامدادات / تحديد معدلات الاستهلاك / الحفاظ على كشوف العهدة / تجهيز كشوف الطليبات / تقديم الطلبات الخاصة بالمشتريات فيم يخص الوحدة.
 - الاستجابة لاحتياجات العمل التى يطلبها الأطباء وهيئة التمريض بما يساعدها على تحقيق أعلى جودة للخدمات الجراحية بالوحدة.
 - اعداد تقارير شهرية عن استخدامات الوحدة من الامدادات وتقديمها للرئيس المباشر.
 - حضور لجان المشتريات الخاصة بالفحص لافنى كلما طلب منها ذلك.
 - تقييم استخدام ومدى احتياج القسم لبعض أصناف الامدادات حتى تبقى على المستخدم وتستبعد غير المستخدم.
 - القيام بأية مهام أخرى تسند إليها من رئيسة ممرضات الوحدة أو مساعدتها.
6. الحد الأدنى من المؤهلات:

دبلوم تمريض / شعبة فنيات تمريض
7. الخبرات العملية: خبرة 5 سنوات بالعمليات

8. المعارف والقدرات:

- ان تتم بنجاح التدريب على نظام ادارة المواد المطبق بالمستشفى.
- العمل خلال الوردية الصباحية والمسائية.
- الالمام بأسماء واستخدمات جميع المواد المستخدمة بوحدة العمليات

9. يعمل بهذا التوصيف بدءا من :

اعداد:	التاريخ:
اعتماد:	التاريخ:

7: بطاقة توصيف وظيفي: مشرف التعقيم والتموين

1. اسم الوظيفة: مشرف التعقيم والتموين

2. القسم: التعقيم والتموين (المستشفى) أو خدمات التمريض (العيادة الشاملة)

3. العلاقات التنظيمية:

- يخضع لاشراف: مشرف غرفة العمليات (العيادة) أو مدير ادارة المهمات (المستشفى)
- يشرف على: العاملين بالتعقيم والتموين
- علاقات العمل: هيئة التمريض والاطباء والعاملين الفنيين

الغرض الاساسي من الوظيفة:

وضع سياسات لأعمال التعقيم والقضاء على التلوث وحفظها والتوصية بها والقيام بأعمال التعقيم والقضاء على التلوث (التطهير) والإشراف على العاملين بقسم التعقيم والتموين وكذلك قسم التعقيم المركزي.

4. المهام والمسؤوليات:

- وضع غايات القسم واهدافه واعداد وتطبيق اللوائح والإجراءات وبرامج مراقبة الجودة ومستويات السلامة والبيئة ومعايير مكافحة العدوى الخاصة بالقسم.
- اعداد الميزانية اللازمة لتشغيل القسم والتوصية باعتمادها والتأكد من أن القسم يعمل في حدود هذه الميزانية.
- المقدرة والدراية باجراءات التعقيم والقضاء على التلوث (التطهير).
- الدراية بمادى التحكم في العدوى.
- تشغيل المعدات الخاصة بالتعقيم والقضاء على التلوث (التطهير) بطريقة مأمونة مثل:
 - وحدة الغسيل الصوتية
 - الأوتوكلاف البخار
 - جهاز التعقيم
- استخدام قدراته ومهاراته اليدوية في العمل وفى أثناء الأعطال وإجراء الإصلاحات البسيطة وتشغيل المعدات والآلات.
- العمل على الحد من التكلفة بالنسبة لاحتياجات العمل بدون أن يمثل ذلك أية خطورة على المريض.
- ادارة جميع الانشطة داخل قسم التعقيم والتموين والتأكد من اتباع الفنيين لمبادئ التعقيم بأسلوب بناء ومنتج.

الخدمات الجراحية - الهيكل التنظيمي والتوصيف الوظيفية لخدمات الجراحي

- التأكد من التشغيل الصحيح لجميع المعدات واللجوء الى طلب مساعدة مهندس صيانة الأجهزة الطبية إذا لزم الامر.
- طلب جميع المهمات الهامة أسبوعيا وبصفة روتينية وفي حالات الطوارئ اذا لزم الامر.
- اعداد التقييم السنوي للفنيين العاملين بالتعقيم والتموين والتوصية بما يجب اتخاذه من اجراءات بشأنهم.
- وضع طرق محسنة والقيام بمراجعة السياسات وتغيير مستويات العمل داخل قسم التعقيم والتموين.
- المشاركة في برامج التعليم المستمر واجتماعات العاملين داخل القسم.
- القيام بأعمال فنى التعقيم والتموين حسب احتياجات العمل ومتطلباته.
- القيام بما يكلف به من أعمال أخرى مماثلة.

5. الحد الأدنى من المؤهلات: دبلوم فنى التمريض من أحد معاهد التمريض المعترف بها

6. الخبرة العملية:

- خبرة عملية لا تقل عن ثلاثة (3) سنوات في التعقيم والتموين
- خبرة اشرافية سابقة

7. المعارف والقدرات:

- التدريب على عمليات التعقيم والتموين.
- الدراية بمبادئ الادارة العامة والاشراف.

8. يعمل بهذا التوصيف بدءا من :

التاريخ: اعدات بواسطة:
التاريخ: اعتمدت:

8: بطاقة توصيف وظيفي: عامل نظافة - غرفة العمليات

1. اسم الوظيفة: عامل نظافة - غرفة العمليات

2. القسم: غرفة العمليات

3. العلاقات التنظيمية:

- يخضع لاشراف: مشرفة التمريض - الجراحة
- يشرف على: لا يوجد
- علاقات العمل: المرضى والهيئة الطبية والتمريض

4. الغرض الاساسى من الوظيفة:

القيام بأعمال النظافة المتخصصة للحفاظ على جميع مناطق الجراحة نظيفة ومرتبة وجذابة ومساعدة العاملين بالجراحة في مختلف الأعمال الاخرى كلما تطلب الامر ذلك.

5. المهام والمسئوليات:

- المحافظة على تطبيق اللوائح والاجراءات والاهداف وبرامج مراقبة الجودة ومستويات السلامة والبيئة ومعايير مكافحة العدوى الخاصة بالقسم.

الخدمات الجراحية - الهيكل التنظيمي والتوصيف الوظيفة لخدمات الجراحي

- المعرفة والدراية بمستويات التحكم في العدوى والتحكم في البيئة والالتزام بها.
- القيام بجميع أعمال النظافة بطريقة صحية ونظافة تامة بجميع المناطق المسندة اليه بقسم العمليات.
- جمع القمامة والاغطية المتسخة من مناطق العمل ووضعهم في أكياس أو أوعية خاصة بذلك.
- تنظيف وتطهير جميع الأشياء المثبتة والأسرة والأجهزة والأرضيات والنوافذ والأبواب والحوائط بمنطقة الجراحة على ان يتم ذلك بين كل حالة وأخرى وفى نهاية اليوم طبقا للاجراءات والجداول الموضوعه.
- نقل الأثاث والأجهزة والأشياء الثقيلة الأخرى كلما تطلب الأمر ذلك.
- القيام بتشغيل أجهزة غرفة العمليات والتعامل معها.
- المحافظة على خصوصية وسرية المعلومات الخاصة بالمريض.
- المحافظة على عدد أغطية الأسرة والمساعدة في إجراء الجرد واعادة طلب المهمات.
- مساعدة العاملين بالتمريض في الأعمال الأخرى كلما تطلب ذلك.
- ابلاغ مشرفة التمريض بالعمليات بالأشياء التى تتطلب التصليح.
- القيام بما يكلف به من أعمال أخرى مماثلة.

6. الحد الأدنى من المؤهلات:

شهادة محو الأمية

7. الخبرة العملية:

خبرة عملية لا تقل عن ثلاثة (3) سنوات في مجال العمل.

8. المعارف والقدرات:

- معرفة بأساليب وأجهزة التنظيف الصناعية والتجارية.
- معرفة بإحتياجات التحكم في العدوى والتعامل مع المخلفات المعدية.
- الانتهاء من خطة توعية خدمات الجراحة بنجاح.

9. يعمل بهذا التوصيف بدءا من :

التاريخ:

التاريخ:

اعداد بواسطة:

اعتمدت:

الفصل السادس:

مقاييس ومعايير الرعاية التمريضية بوحدة العمليات

معايير الرعاية في جناح العمليات

أولاً: الرعاية في المنطقة السابقة لمنطقة العمليات:

1. ينقل المريض إلى حجرة الانتظار السابقة لجناح العمليات بواسطة سرير ناقل أو تrolley .
2. يتم فحص سجل المريض للتأكد من شخصية ورقم الحالة المدون على الأسورة المربوطة على معصمه بواسطة الممرض ويطابقها مع بيانات المريض. ثم تفحص البيانات للحصول على المعلومات التالية:
 - معلومات ما قبل العملية.
 - اقرار موقع بالتخدير والجراحة
 - قائمة الفحوصات السابقة للعملية مكتملة وموقعة.
3. يظل الممرض المعين لنقل المريض في المنطقة السابقة للعمليات مع المريض حتى يصل أخصائي التخدير أو الممرض المناوب وينقل المريض إلى جناح العمليات المعين.
4. يكمل الممرض في منطقة الانتظار السابقة للعمليات كشف بيانات يشمل التالي:
 - أنواع الحساسية التي عند المريض
 - التعرف على شخصية المريض
 - التصريح بالعملية والتأكد من إدراك المريض لإجراء العملية الجراحية

ثانياً: الرعاية في جناح العمليات

أ: قبل إجراء العملية:

1. يتم تعيين طاقم لجناح العمليات يومياً لتوفير ممرض مناوول وممرض معقم جراحي لكل عملية جراحية.
2. ينقل المريض من السرير الناقل إلى سرير العمليات بمساعدة طاقم التمريض وأفراد التخدير والجراح.
 - يراعى التأكد من أن السرير الناقل متوازن وثابت بغرامل وأن سرير العمليات في وضع الثبات.
 - عند تحريك المريض توجه العناية بصورة خاصة للقسطرات وأنابيب البذل والأنابيب الممتدة داخل الوريد أو أي أنبوبة داخلية أو خارجية للمريض.
3. يوضع حزام أمان على الفور بارتفاع بوصتين فوق ركبتي المريض ويتم تأمينه.
4. تُمد ذراعي المريض سواء علي لوحين ذراعيين مبطنين أو يوضع على جانبي المريض ويتم تأمينهما.
5. يتم ضبط وضع المريض طبقاً للأوضاع الصحيحة للعمليات الجراحية.
6. يظل الممرض المناوول قرب المريض أثناء إعطائه المخدر وإدخال الأنابيب وذلك لمساعدة طاقم التخدير عند الضرورة وللتأكد من العناية بالمريض حتى يتم تخديره.
7. يتم إدخال قسطرة في المثانة باستخدام طريقة معقمة وذلك إذا لزم الأمر.
8. يتم تركيب ملحقات المنضدة المطلوبة وحسب نوع العملية.
9. يتم وضع وسادة القطب الأرضي الخاص بجهاز الكي على جلد المريض طبقاً لتعليمات الشركات المصنعة للجهاز.
10. يتم تركيز الأضواء الرئيسية فوق موضع الفتح وتكون المنطقة التي تجري بها العملية معرضة لأضوائها.
11. يسمح للممرض المناوول موضع العملية بمحلول من صابون مضاد للجراثيم عندما يأمر الجراحون بذلك. أو حسب سياسة العمل بالمستشفى.
12. يعاد ضبط وضع الأضواء الرئيسية إذا لزم الأمر وتوضع كل المنضدة الخلفية المعقمة وحامل الأدوات "مايو" وحوض النضح في المنطقة المعقمة. ويتم توصيل وتشغيل أجهزة الشفط والبذل والكي الكهربائي. ويتم توصيل المعدات المطلوبة طبقاً للعملية الجراحية.

ب: أثناء العملية:

1. يقوم الممرض المناول بالتعاون مع الجراح وأفراد التخدير بإكمال السجل الخاص بالعملية ذاتها.
2. يسجل الممرض المناول التشخيص قبل العملية، وتشخيص ما بعد العملية ذاتها.
3. يجب أن يبين في سجل العملية بيانات جهاز الكمثل: نوع الوحدة وعدد الوحدات وأسلوب التشغيل وضبط التجلط وضبط القطع المستخدم.
4. يبين سجل العملية ذاتها موضع كيس الضاغط الهوائي لوقف النزيف، إذا لزم ذلك أثناء العملية، والضغط وتوقيت الملء و التفريغ، والزمن الكلي ورقم الكيس الضاغط.
5. يتم تسجيل أماكن البذل ودخول القساطر البولية.
6. يتم تسجيل نوع وموضع الحشو في سجل العملية.
7. يتم تسجيل شطف الجرح إذا تم ذلك أثناء العملية.
8. يجب أن يبين في السجل تصنيف الجرح ما إذا كان نظيفاً أو ملوثاً.
9. يسجل الممرض المناوب عدد الأسفنج والأدوات والإبر والأدوات الحادة طبقاً للعملية.
10. يبلغ أخصائي التخدير الممرض المناول بكمية الدم المفقود المتوقعة وأي أنواع من منتجات الدم أو المحاليل الوريدية المعطاة للمريض، يسجل الممرض المناوب التقرير على سجل العملية.
11. تسجل كمية البول أثناء العملية.
12. تسجل الأدوية التي تم إعطاؤها بواسطة الممرض المناول أو الممرض المعقم أو ممرض التخدير. ويذكر نوع الدواء والكمية وموقع إعطائه وأسلوب وزمن الاعطاء.
13. تسجل وتحفظ العينات المأخوذة بغرض إجراء مزرعة ميكروبات أو فحوص خلوية أو أنسجة مريضة ثم ترسل إلى المعمل، وتفيد في دفتر تسجيل الأداء طبقاً للطريقة المتبعة في المعمل.
14. يتم تسجيل أي زرع جراحي (مفصل أو صمام صناعي أو شبكة) تم إدخاله أثناء الجراحة. ويذكر رقم تشغيله الجزء المزروع وتواريخ إنتهاء صلاحية الأجزاء المستخدمة.
15. يتم تسجيل مواضع الفتحة وأماكن وضع رقائق الرصاص الخاصة برسم القلب كهربائياً، ومواضع البذل والسحب والمناطق المعدة لذلك ومواضع الكيس الضاغط لوقف النزيف إلخ ... وذلك في سجل العملية.

ج: بعد العملية:

1. يوصف نوع الضمادة المستخدمة في السجل. وتوصف حالة الجلد عند نهاية العملية.
2. ينقل المريض إلى السرير النقال الخاص بحجرة الإفاقة تحت توجيه أخصائي التخدير والجراح وينقل إلى حجرة الإفاقة أو وحدة التمريض المناسبة.
3. يتم وضع عينة الأنسجة المريضة المأخوذة للفحص في وعاء مناسب عليه بطاقة تعريف ويوضع في المكان المخصص لنقل الأنسجة المريضة، حسب الطرق والأساليب التي يتبعها المعمل مع العينات.
4. يجب إرسال العينات الخلوية إلى المعمل لعمل مزرعة في الحال (إذا كان هناك أمر بذلك).

ثالثاً: معايير أخرى تتم أثناء العملية

1. يقوم الممرض المناول بمتابعة الأنشطة التالية:

- التوقع المسبق لاحتياجات الفريق الجراحي وإمدادهم بالأصناف المعقمة المطلوبة.
- متابعة عمليات التطهير وتبديل أي أصناف تلوثت أثناء التعقيم.
- تجميع الإسفنجات المستعملة الشاش وفوط البطن وعزلها كل صنف بمفرده وتقسيمها إلى عشرات (10)، والأربطة في مجموعات بكل منها خمسة (5) شاش ويفضل أن يكتب عدد الفوط والإسفنجات والالات على سبورة أو في دفتر خاص بذلك.
- تقديم المساعدة عند الحاجة لأفراد التخدير بما يحتاجونه.
- متابعة الفاقد من الدم وإخراج البول.
- عد (بمعاونة الممرضة المعقمة) الأدوات والشاش والإبر والأدوات الحادة قبل وعند نهاية العملية، باتباع طريقة الحصر.

الخدمات الجراحية - مقاييس ومعايير الرعاية التمريضية بالعمليات

2. يجب أن يتوافر الإدراك المستمر لأساليب لجنة مكافحة العدوى.
 3. يتم توفير الصيانة الوقائية لأدوات غرفة العمليات بواسطة قسم الهندسة الطبية أو عن طريق عقود صيانة مع الشركات المصنعة.
- تقدم كشوف الصيانة الوقائية المخططة لفرقة العمليات طبقاً لإرشادات الشركة المصنعة.
 - توثق نتائج المتابعة البيئية طبقاً للسياسة المتبعة.
 - يجب أن يكون هناك إدراك لأهمية استمرار التعليم لكل مستويات أفراد التمريض.
 - يجب أن يكون لكل من جناح العمليات وحجرة الإفاقة برنامج للمحافظة على جودة العمل يشمل تقييم وتطوير العناية المقدمة.

الفصل السابع:

تمرير العمليات

إرشادات عامة لتمرير العمليات

1. تعلمي والتزمي بمبادئ التعقيم التام.
2. اعلمي بروح الفريق مع بقية أعضاء جناح العمليات، وحجرة التعقيم والنظافة.
3. التزمي التحدث بصوت منخفض.
4. استعملي كل مادة أو بند بطريقة فعالة.
5. ليكن هدفك دائماً راحة وأمان المريض.
6. كوني على استعداد لتقبل أية نصيحة أو تصحيح دون تذمر.
7. تدريبي على العمل بسرعة خاصة في أوقات التوتر.
8. كوني مرنة وحساسة في معاملة الآخرين.

رئيسة التمرير بوحدة العمليات

يقع على عاتق رئيسة التمرير بوحدة العمليات مسؤولية كبيرة في إدارة وحدة العمليات فهي حلقة الوصل التي تتم بواسطتها العملية التمريرية والإدارة.

وتتلخص نشاطات مشرفة وحدة العمليات في الآتي:

1. التخطيط للعمل اليومي:
تحديد احتياجات الوحدة.
 - التأكد من كفاية قائمة العمليات.
 - عمل جدول توزيع العمل حسب نوع العملية وعدد الممرضات وكفاءتهن.
 - كتابة جدول ساعات العمل (جدول النوبتجات) قبل بداية كل شهر.
2. تنظيم العمل بالوحدة
 - تفويض بعض الأعمال الإدارية لمساعدة رئيسة التمرير بالوحدة.
 - الاحتفاظ بالوصف الوظيفي لكل ممرضة والتأكد من معرفتها به.
 - التأكد من تنفيذ الخطط المعدة مثل جدول توزيع العمل وجدول ساعات العمل.
 - الملاحظة الدقيقة لكل غرفة عمليات قبل البدء بها واختبار الآلات بها.
 - التأكد من وجود الآلات والفرش المعقم وإحتياجات كل عملية.
 - التأكد من سلامة التعقيم للآلات والفرش.
 - التأكد من وجود وسيلة للتعقيم بالوحدة.
 - التأكد من عمل جميع الآلات المستعملة في الوحدة يومياً.
 - التأكد من عدد الآلات في الوحدة بين أوقات العمل المختلفة (النوبتجات) وذلك باستعمال قائمة الآلات).
 - كتابة وصرف طلبات العهدة المستهلكة والأدوية دورياً.
 - تهيئة العهدة المستديمة وصرف الجديد منها دورياً.
 - التأكد من الأمان بجميع أشكاله لكل العاملين بالوحدة.

3. التنسيق بين خدمات الوحدة والخدمات الأخرى بالمستشفى:

- أقسام مرضي الجراحة بالمستشفى لتسليم وتسليم المريض.
- وحدة التعقيم المركزي بالمستشفى.
- وحدة المغسلة.
- المخازن.
- الصيدلية.
- السجلات الطبية.
- إدارة المستشفى
- حضور الاجتماعات المختلفة بالمستشفى.
- عقد اجتماعات دورية بالوحدة لمناقشة العمل والمشاكل.
- حضور دورات العمل والمؤتمرات العلمية.

4. تبادل التقارير داخل الوحدة وخارجها:

- تبادل التقارير عن أوقات العمل المختلفة (أحوال الوحدة)
- كتابة تقارير الحوادث.
- كتابة تقارير الإحصاء اليومية.
- كتابة تقارير الإحصاء الشهرية.

5. تقييم أداء الممرضات:

- عمل تقييم يومي للممرضة المناولة.
- عمل تقييم يومي للممرضة المعقمة.
- عمل تقييم نهائي (شهري) للممرضات.

6. رفع كفاءة الممرضات العملية والمهنية:

- تنفيذ برنامج توجيهي للممرضات الجدد.
- رفع كفاءة الممرضات من خلال التوجيه أثناء العمل.
- زيادة معلومات الممرضات من خلال اشتراكهن في حلقات العمل والاجتماعات العلمية.

الممرضة المعقمة (Scrub Nurse)

تتطلب هذه الوظيفة خبرة كبيرة مبنية على فهم كامل لطبيعة وخطوات كل عملية جراحية وملاحظة دقيقة وتحضير مبكر لكل مرحلة من مراحلها.

1. تأكد من عدد الآلات التي ستستخدم في العملية وقومي بمراجعة أسلوبها مقدماً.
2. افترحي الأدوات المختارة مع الممرضة المناولة (circulating nurse) إذا كانت ملفوفة كل بمفردها.
3. اعرفي نوع الغرز التي يستعملها كل جراح عادة ونوع الخيوط.
4. تعقمي واستعدي والتزمي بقواعد تحضير المنضدة.
5. استخدمني الشاش لإزالة بودرة القفازات.
6. عدي الشاش والإبر والآلات مع الممرضة المناولة.
7. تأكدي من وجود كل ما تحتاجينه من آلات وفي حالة جيدة.
8. توقعي حدوث بعض المشاكل الخاصة في كل عملية أو التغيير في خطواتها واحتياج الجراح لآلات أو خيوط خاصة.
9. جهزي الخيوط مقدماً لعدم تعطيل الجراح.

10. احتفظي بمنطقة الجراحة مرتبة، خالية من أية آلات زائدة أو شاش أو بقايا خيوط ... إلخ.
11. إجمعي الشاش المستعمل وبقايا الخيوط والأغلفة والورق في دلو (جردل) ولا تلقيها على الأرض.
12. إذا استعملتي المبعاد (retractor) فلا حظي جيداً وضعه في الجرح لتفادي الضغط على الأعصاب أو الأوعية الدموية.
13. احتفظي بالآلات نظيفة من أي بقع دم ظاهرة، عليك أن تمسحها جيداً قبل وضعها على المنضدة.
14. لا تميلي أثناء العمل ولا حظي وضع الأشخاص القريبة من الأعطية.
15. عليك أن تكتشفي أي قصور في عملية التعقيم. بلغني من ثقب قفازه أثناء الجراحة أو أخل بقواعد التعقيم لإصلاح الخطأ.
16. عند التحرك مري ظهراً بظهر مع أي شخص آخر معقم وواجهي دائماً مساحة معقمة.
17. احتفظي بالمشارط والإبر والأمبولات المكسورة في كيس خاص وبذلك يمكن تفادي الجروح أثناء تنظيف الجرادل أو إحداث قطع في الملابس والأغطية وفوط الجراحة.
18. عدي الشاش والآلات والإبر، قبل غلق الغشاء البريتوني أو أية فجوة كبيرة، وكرري ذلك عند خياطة الجلد.
19. ضعي الآلات في حوض في نهاية الحالة على أن توضع الآلات الحادة والحساسة منفصلة.
20. اخلي الرداء الخارجي (الجاون gown) قبل الخروج من حجرة العمليات. ويجب الاحتفاظ بالقفازات لحين وضع الآلات في مكان إزالة التلوث.
21. تعتبر كل الآلات الموضوعة على منضدة الآلات ملوثة كما يعتبر تحضير منضدة تعقيم واحدة احتياطية لكل حالات اليوم في حجرة العمليات أسلوباً غير حكيماً.

المرضة المناولة

هي الأكثر خبرة وهي وحدة الحركة لمعاونة كل الآخرين قبل وأثناء وبعد العملية. ولذلك فهي مفتاح النجاح لكل ما يتم في جناح العمليات.

1. تأكدي من النظافة العامة للحجرة وترتيبها قبل بدء قائمة عمليات اليوم. وامسحي حجرة العمليات بقطعة قماش مبللة بمادة قاتلة للجراثيم لإزالة الأتربة المتكونة على السطح أثناء الليل.
2. تأكدي من أن المصابيح والشفاف والأجهزة الأخرى تعمل بصورة جيدة.
3. راجعي اسم المريض مع الاسم المدون بقائمة العمليات.
4. عاملي المريض بدفء وبإحساس من الصداقة مما يمهّد لسهولة التفاهم. احمي مريضك من أي شيء يثير اضطرابه. حاولي من التقليل من الثثرة والضحك من حول المريض، وبذلك تكونين ذات عون كبير له.
5. عند صعود المريض لسرير العمليات فيجب أن تكون فترة تيقظه أقصر ما يمكن. لفي الرباط الذي يمنع سقوط ذراع المريض من على الذراع الجانبي للسريّر ووضحي له السبب.
6. ابقِي بجانب المريض طوال فترة بدء إحداث التخدير وقللي ما أمكن من الضوضاء وإذا اضطرت لتركه لفترة أو جدي بدلاً لك.
7. تأكدي من معرفة أي ناحية (اليمني أو اليسرى) ستجري للمريض بها العملية.
8. احصلي واحتفظي بأوراق المريض (التحاليل والأشعة) في حجرة العمليات.
9. تأكدي من تواجد الأجهزة والآلات المستخدمة فقط. واحتفظي بالأجهزة والآلات الاحتياطية في متناولك.
10. عند فك الآلات المعقمة الملفوفة، افتحي أولاً الجزء البعيد عنك ثم الجوانب ثم أخيراً الجزء القريب منك لتفادي لمس أي جزء معقم.
11. عدي الشاش والإبر والآلات مع ممرضة الجراحة Scrub Nurses ويعاد عدها عند غلق الغشاء البريتوني أو أية فجوة كبيرة وقبل خياطة الجلد.
12. اضبطي المصابيح قبل تحضير الجلد.
13. ابدأي بكشف المريض وتعقيمه عندما يسمح طبيب التخدير بذلك.
14. احضري مسند القدمين عند الحاجة. ضعي دلواً في مكان مناسب للممرضة المعقمة Scrub Nurse صلي خرطوم الشفاط وتوصيلة الكي الجراحي.

15. تنتهي دائماً إلى اللبس المناسب والتحرك وملاءمة تصرفات كل الموجودين للحفاظ على نطاق التعقيم.
16. استعملي الملاقط القديمة في تناول الأشياء المتسخة.
17. عليك أن تمدّي الممرضة المعقمة بكل ما تحتاجه قبل أن تطلبه.
18. اسكبي المحاليل حسب الإحتياج، حاذري أن تلمسي أية مساحة معقمة.
 - لاتدعي يدك تلمس حافة الزجاج أو الغطاء عند النزاع أو التغطية.
 - احملي الزجاج على بعد مناسب من الحوض الكلوي (± 20 سم) حتى لايجري المحلول في الحوض بعد أن يصيب رذاذه يدك أو الزجاج.
 - اطلبي من الممرضة المعقمة أن تضع الطبق أو الحوض عند حافة المنضدة حتى لا تقتربي من المنطقة المعقمة.
19. راجعي البيانات جيداً مع الممرضة المعقمة قبل استعمال أي محلول أو دواء.
20. أجعلي مشرفة العمليات دائماً على علم ب:
 - تطورات العملية.
 - أي تغيير في خطة العملية.
 - أي حدث غير معتاد.
 - الإصلاحات المطلوبة.
 - الأشياء التي تحتاج لتعويض (استعاضة أو إحلال).
21. كوني مستعدة لأي طلب تطلبه منك الممرضة المعقمة سواء مشورة أو آلات أو خلافه.
22. اكتبي البيانات الكاملة على العينة المرسلة للتحليل الباثولوجي.
23. عند المرور في المكان، واجهي المساحة المعقمة. ولا "تضعي نفسك" بين مساحتين معقمتين.
24. اعلمي جيداً أن الأدوات تفقد تعقيمها إذا سقطت على الأرض أو أصابها بلل.
25. غطي ضمادات الجرح (الدرسج) Dressing "بالبلستر" وبراغي عدم استعمال الشدة الزائدة لتترك فرصة للرشح من المنطقة المحيطة بالجرح.
26. لازمي طبيب التخدير أثناء نزع الأنبوبة الحنجرية ونقل المريض "للتروالي" (السريّر الناقل). ويولي اهتمام خاص بعدم اصطدام المريض بأي شئ أثناء عملية النقل.
27. اشرفي على عملية تنظيف حجرة العمليات بعد كل حالة.

عندما تنتهي من عملك في غرفة العمليات، تبيني إن كان أحد في القسم يحتاج لمساعدتك. تذكر دائماً في كل يوم أن كل مريض يستحق أن تبدلي من أجله كل ما تستطيعين.

تحضير جناح العمليات لإجراء جراحة

السياسة:

يعتبر طاقم تريض غرفة العمليات مسئول عن تحضير غرفة العمليات المخصصة لهم.

الغرض:

تحفيز العمل كفريق، استمرار الرعاية وتسهيل الجدول الجراحي.

معلومات عامة:

1. يتم تخصيص ممرضتين (2) لكل جناح (غرفة) عمليات.
2. يجب على العاملين بجناح العمليات الرجوع إلى جدول المرضى اليومي.
3. توضع زجاجة مادة قاتلة للجراثيم ومحلول بكل غرفة عمليات.
4. يوضع دلو المسح ومماسح في الممر الخاص بغرفة العمليات.
5. يتم الإحتفاظ بأكياس القمامة القطنيات في الدولاب الخاص بالملاحظ.

الإجراءات:

1. يتم الحصول على نسخة من جدول جناح العمليات.
2. تملأ زجاجة الرش بمحلول قاتل للجراثيم.
3. تنظف الأتربة بقطعة قماش مبللة بقاتل الجراثيم، بما في ذلك أضواء غرفة العمليات، وطاولة العمليات، وكل أثاث الغرفة بما في ذلك الدلو الخاص بالاسفنج.
4. تغسل الأيدي والأذرع بالكامل.
5. يحضر سرير جناح العمليات بالمفروشات (الملاءة الثابتة والملاءة المتحركة)، ثم تفحص ماكينة الشفط للتأكد من سلامة ظروف تشغيلها.
6. يتم مراجعة الجدول بخصوص الأجهزة المطلوبة.
7. يتم مراجعة البطاقة الخاصة بتفضيلات الطبيب للتأكد من أن كل التوريدات مناسبة للحالة.
8. تقوم الممرضة المناولة بفحص لفة المفروشات للتأكد من خلوها من أي قطع أو ثقوب ثم تقوم بوضع لفة المفروشات على منضدة غرفة العمليات وتفتحها باستخدام طريقة معقمة.
9. تقوم الممرضة المناولة بفحص العبوات، ثم تقوم بتجهيز جميع التوريدات اللازمة لإجراءات العملية.
10. تساعد الممرضة المعقمة في تجهيز غرفة العمليات للمريض.
11. تقوم الممرضة المعقمة بمسح وتنظيف "تعقيم" يديها وذراعيها بصابون مضاد للميكروبات.
12. تقوم الممرضة المعقمة بعد لبس الرداء والقفازات بتحضير الفرش الخاص بالعملية والأدوات على منضدة الأدوات باتباع طريقة معقمة للغاية.
13. تقوم كل من الممرضة المعقمة والممرضة المناولة بعد الأشياء - كما تم شرحه - قبل إجراء العملية.

دخول المريض إلى جناح العمليات

السياسة:

يجب أن يمر جميع المرضى الداخلين إلى جناح العمليات بإجراءات الدخول التي تقوم ممرضة مؤهلة بالقيام بها.

الغرض:

التأكد من التحقق الدقيق لشخصية المريض، وكفاية التحضيرات الخاصة بالمريض قبل العملية، وإتمام التسجيل. تقييم المشكلات الصحية المحتملة للمريض. إنشاء علاقة وثام وإمداد المريض بالتعصيد العاطفي.

معلومات عامة:

هناك أهمية قصوى للتعرف على كل المرضى الداخلين إلى جناح العمليات والتحدث معهم بصورة شخصية ويعتبر هذا الوقت الأمثل لمساندة احتياجات المريض سواء كانت احتياجات بدنية أو عاطفية وكذلك مراجعة البيانات الطبية بغرض تحري الدقة.

الإجراءات:

1. قدمى نفسك للمريض وناده باسمه.
2. تأكدى من شخصية المريض والعملية المزمع إجراؤها مع المريض شخصياً ومن واقع السجل الطبي.
3. راجعى حالة المريض.
4. إسألى المريض عن وجود تركيبات أسنان صناعية أو أسنان طبيعية مخلخلة وعن العدسات الملتصقة.
5. قومى بتقييم سلامة الجلد والنظر والسمع، ومدى القدرة على الحركة، وسلامة الضخ الوريدي (محلول الحقن الوريدي).
6. قومى بتقييم الحالة النفسية (العاطفية والذهنية) للمريض.
7. راجعى السجل الطبي للتأكد من إكمال التحضيرات الروتينية، اخطرى المشرف والجراح بأي اختلاف في البيانات.

8. راجعي اكتمال الموافقة الجراحية.
9. سجلي التقديرات وكل الإجراءات التمريضية التي تمت في منطقة الدخول.
10. إنقل المعلومات وثيقة الصلة بالعملية إلى الفريق الجراحي.
11. إبدأ بتعليق التعليمات الخاصة بفترة ما بعد العملية.

ضبط وضع المريض لإجراء الجراحة

السياسة:

يجب ضبط وضع المريض قبل إجراء الجراحة للسماح بأقصى درجة كشف وتعرض لموضع الجراحة.

الغرض:

توفير إمكانية مناسبة للجراح للوصول إلى الموضع الجراحي مع المحافظة على الوظائف الفسيولوجية الآتية:

1. التنفس
2. الدورة الدموية
3. الأعصاب
4. العضلات

معلومات عامة:

1. يختار الجراح الوضع الذي يثبت فيه المريض لإجراء العملية الجراحية.
 2. يتم التشاور مع أخصائي التخدير المسئول عن إعطاء المخدر
 3. فيما يلي معايير ضبط وضع المريض:
- تحقيق أقصى درجة أمان وراحة.
 - عدم حدوث أي تداخل مع التنفس
 - عدم حدوث أي تداخل مع الدورة الدموية.
 - عدم الضغط على أية أعصاب.
 - إمكانية الوصول إلى مواضع العملية.
 - إمكانية الوصول لمواضع إعطاء المخدر.
 - تلبية الاحتياجات والطلبات الفردية.

الإجراءات:

1- وضع الاستلقاء على الظهر

- تكون الرأس على نفس الخط مع الجسم
- تكون الذراعان ممدودتين بطول الجسم أو على مساند مبطنة مخصصة للذراعين.
- توضع وسائد تحت المرفقين.
- يثبت حزام أمان عبر جسم المريض.
- يستلقي المريض استلقاء تاماً (مفروداً).

2- وضع "ترند لنبرج"

- تكون رأس المريض في مستوى منخفض عن مستوى الركبتين.
- يوضع المريض على ظهره.
- تكون الذراعان على جانب الجسم أو ممدودتين على مساند مبطنة للذراعين.
- يثبت حزام أمان عبر جسم المريض.

3- وضع "ترند لنبرج" معكوس

- يوضع المريض على ظهره
- ب يثبت حزام أمان عبر جسم المريض
- ج يجب أن تكون الرأس أعلى من الطرفين السفليين

4- وضع "فولر / أو شبه فولر" (الجلوس / أو شبه الجلوس)

- تدعم رأس المريض بمسند رأسي، إذا لزم الأمر
- تثبت الذراعان في وضع مريح
- يثبت حزام أمان عبر جسم المريض

5- وضع "ليثوتومي"

- يوضع المريض بحيث تكون أردافه فوق الكايج (المفصل) الخلفي للمنضدة.
- توضع كل من الساقين في ركاب مبطن مع تثبيتهما في موضعهما بأحزمة (بسيور)
- توضع الذراعان على مساند للأذرع مثبتة لأسفل عند الجانبين أو تستقر على بطن المريض.
- يخفض الجزء المخصص للقدمين في المائدة.

6- وضع "كراسكة" أو "جاك نيف"

- يوضع المريض على وجهه بحيث تكون المؤخرة فوق الكايج (المفصل) المركزي للمنضدة، والرأس إلى أحد الجانبين.
- توجد مساند للأذرع لحمل الذراعين (لا تمتد الكتفين بصورة زائدة)
- توضع وسادة أسفل الكاحلين، وأسفل نهاية البطن، واسطوانات أسفل الصدر
- يثبت حزام الركبة عند منتصف الساق

7- الوضع الجانبي

- يوضع المريض على جانبه الأيمن أو الأيسر ويكون ظهره عند حافة الطاولة، والمؤخرة والكتفين على خط واحد.
- تثني الساق السفلي (عند مفصلي الحوض والركبة)، بينما تكون الساق العليا على نفس الخط مع الكتفين مع وضع وسائد بين الساقين
- توضع الذراعان بطول الجسم
- تدعم البطن والظهر بأكياس رملية أو أية أداة تدعيمه أخرى.
- يوضع حزام أمان فوق المريض

8 - الوضع منبطحاً

- يعطى المريض تخديراً كلياً في وضع الإستلقاء الظهرى ثم يقلب على البطن.
- توضع اسطوانات صدرية تحت جانبي الصدر لرفع ثقل الجسم من على الصدر
- تمتد الذراعان على مساند للأذرع
- تستقر القدمان والكاحلان على وسائد

تحضير جلد المريض

السياسة:

يجب تحضير جلد المريض حسب طلب الطبيب.

الغرض:

1. تنظيف الجلد بقدر الإمكان، وإزالة زيوت الجلد، وكل ما يمكن من ميكروبات من موضع العملية، حتى يتم شق الجلد بأقل نسبة خطر من تلوث يصدر من هذا الجانب.
2. ترك بقايا من مضادات الميكروبات على الجلد والتي تمنع تكاثر الميكروبات أثناء إجراء العملية.
3. تقليل نسبة تواجد الميكروبات في أقل فترة زمنية مع أقل نسبة في تهيج الجلد

معلومات عامة:

1. المعدات المطلوبة:

• الإعداد غير المعقم السابق "للتعقيم"

- شاش اسفنجي مقاس 4×14 بوصة أي $10 \text{ سم} \times 10 \text{ سم}$.
- ماء دافئ في حالة يقظة المريض أثناء هذا الإجراء
- صابون مضاد للميكروبات (فيسوهكس، هيبسليز، بيتادين)
- قفازات

• الإعداد المعقم السابق "للتعقيم"

- شاش اسفنجي معقم مقاس 4×4 معقمة ($10 \text{ سم} \times 10 \text{ سم}$).
- ماء معقم
- صابون مضاد للميكروبات (فيسوهكس، هيبسليز، بيتادين).
- قفازات معقمة

2. قد يحتاج تنظيف السرة إلى قضيب رفيع ملفوف بقطن أثناء عملية ما قبل "التعقيم" لإزالة أية بقايا.
3. يمكن إغلاق الفتحات الصغيرة حيث موضع العملية باستخدام غطاء من القماش (حسب تفضيل الطبيب). يتم إعداد هذه المنطقة في آخر مرحلة.
4. تعتبر الخرايج المفتوحة، وقرح الجلد، والمهبل، وفتحة الشرج مناطق ملوثة. لذلك يتم إعداد هذه المواضع في آخر مرحلة.
5. يجب ألا يسيل المحلول خارج منطقة الجلد إلى منضدة العمليات، حتى لا يترام تحت المريض.

الإجراءات:

1. ما قبل "التعقيم"

- تقوم الممرضة المناولة بمراجعة أوامر الطبيب بخصوص نوعية إجراءات ما قبل "التعقيم" (معقمة أو غير معقمة)، ونوعية الصابون المضاد للميكروبات الذي يجب استعماله، ومدة الزمن التي يتم فيها "التعقيم" ويتم مراجعة سجل المريض بخصوص تاريخ حساسيته قبل استعمال أية مواد كيماوية على جلد المريض.
- يوضع المريض على منضدة غرفة العمليات ويخدر، يتم تنظيف موضع العملية والمنطقة المحيطة به بشاش 14×4 ($10 \text{ سم} \times 10 \text{ سم}$) بحركة دائرية في دوائر تتسع وتبدأ من المركز إلى الأطراف.
- تبدأ الممرضة المناولة في تنظيف موضع العملية ثم تمر على المنطقة المحيطة، وتلقي قطعة الشاش الاسفنجي، لا يؤتى أبداً بشاش 14×4 ($10 \text{ سم} \times 10 \text{ سم}$) ملوثة تجاه المركز.
- يتم تكرار عملية "التعقيم" بشاش 14×4 ($10 \text{ سم} \times 10 \text{ سم}$) نظيفة في كل مرة.
- يتم تجهيز المنطقة التي يراد "تعقيمها" في مدة زمنية حسب الطلب.

2. نوع العملية:

1. الباطني

- فتح البطن - من الحلمة إلى أسفل العظم العاني
- الكامل - من خط الحلمة إلى فتحة الشرج
- نقطة خاصة - يتم تنظيف السرة جيداً بقصيب رفيع ملفوف على طرفه شئ من القطن.
- 2. مهيلي - يتم إزالة كل الشعر عند إلتفاء عظام العانة، والعانة، ومنطقة فتحة الشرج، والجزء الداخلي للفخذ، إذا تم طلب ذلك، لا تستعمل الكحول.
- 3. حالات الشرج - يتم إعداد المنطقة المحيطة بالشرج.
- 4. ربط وريدي (وريدي بالفخذ) - يتم حلاقة ومسح وتنظيف أصل الفخذ، والمهبل، ومنطقة العانة، وناحية الرجل حيث سيتم إجراء العملية، إذا طلب ذلك. في حالة وجود علامات موضوعة على الأرجل، برجاء عدم إزالة العلامات (حيث ستستعين بها الجراح أثناء العملية) (جهة العملية).
- 5. حالات الصدر - يتم حلاقة ومسح وتنظيف الذراع والصدر من الجهة المصابة بداية من أسفل خط الإبط الخلفي، إلى خط الحلمة للجهة غير المصابة ومن الترقوة إلى السرة، تأكد من حلاقة الإبط.
- 6. جراحة استئصال العظم الناتئ خلف الأذن والجراحات الدقيقة بالأذن - يتم حلاقة ومسح وتنظيف بوضعتين أعلى الأذن إلى آخر خط الشعر من الخلف. يتم صفر أو حلق كل الشعر الواقع في موضع العملية.
- 7. استئصال أورام - يتم تجهيز نصف قطر لمسافة ست بوصات (ماعدًا فروة الرأس) حول موضع الورم.
- 8. حويصلة شعرية (ناسور عصعصي) - يتم حلاقة ومسح وتنظيف من منتصف الظهر إلى أسفل فتحة الشرج. إذا طلب ذلك.
- 9. بتر - يتم تحضير ست بوصات من الجلد أسفل وست بوصات أعلى الموضع الذي سيتم بتره، سواء كان جزءاً خلفياً أو أمامياً.
- 10. إعداد لتعقيم العظم (لكل الجراحين الأخصائيين بتقويم الإعوجاج) - يتم تنظيف الموضع باستخدام اسفنجة (شاش) صابونية - حسب المنطقة المحددة. يتم وضع رغوة صابون وحلاقة المنطقة باستخدام ماكينة حلاقة، إذا طلب ذلك. تأكد من إزالة كل الشعر، بما في ذلك الشعيرات الرفيعة. يتم مسح وتنظيف الموضع لمدة عشر دقائق باستخدام اسفنجة (شاش) صابونية، ويترك ليحجف. يتم تغطية الموضع بمناشف معقمة وتثبت المنشفة باستخدام رباط من الشاش (يتم استخدام حزام لاصق إذا لزم الأمر، لا تستخدم دبوس). إذا تضمنت العملية يداً أو قدماً، تأكد من قص وتنظيف أطراف اليد أو القدم، ويتم أيضاً مسحها وتنظيفها باستخدام فرشاة. إذا كان هناك جزء مثبت بمشدات أو جبيرة، لاتقم بتحضيره إلا إذا طلب الطبيب ذلك.
- 11. فحص مفصل الركبة بالمنظار: - يتم التحضير من وسط الفخذ إلى الكعب بالجهتين الأمامية والخلفية.
- 12. جراحة القدم والكعب - يتم تحضير الرجل بداية من (6) ست بوصات أسفل الركبة إلى نهاية الأطراف يتم التنظيف وتقليم الأطراف.
- 13. جراحة اليد والمعصم - يتم تحضير الذراع بداية من (2) بوصتين أسفل المرفق إلى أطراف الأصابع.
- 14. تجبير مفتوح لعظم الزند وعظم الكعبرة - يتم تحضير الذراع من الإبط إلى المعصم.
- 15. تجبير مفتوح لعظم العضد - يتم تحضير الجزء العلوي من الذراع من الكتف إلى أسفل المرفق مباشرة.
- 16. جراحة الكتف (الترقوة) - يتم تحضير الكتف من الجزء الأوسط العلوي للذراع إلى الرقبة والجزء الأمامي والخلفي للصدر وحتى الخط الأوسط، ويتم حلاقة شعر الإبط.
- 17. نقاط خاصة يجب تذكرها:
- يتم دائماً التحقق من أوامر الطبيب الواردة على السجل الخاص بالمريض لمعرفة ما إذا تم طلب التحضير ولمعرفة أية أوامر خاصة متعلقة بتحضير الجلد.
- اجعل المريض يشعر بالثقة وناقش العملية معه في حدود المسموح به.
- تجنب جرح المريض بموس الحلاقة.
- تأكد من نظافة السرة.

- يتم حلاقة الذقن العادية في حالة المرضى الذين يجري لهم عمليات حول الوجه والرقبة.
- يتم تعقيم الأطراف في حالات تقويم اعوجاج.

3. الإعداد

1. تقوم الممرضة المناولة بمراجعة تفضيل الطبيب لنوعية المحلول والتحضير الذي يجب استعماله.
2. بعد انتهاء الممرضة المناولة من مرحلة ما قبل "التعقيم" ، وقبل تغطيتها، يقوم الطبيب أو المسنول عن عملية "التعقيم" باتباع أسلوب معقم لإضافة محلول مطهر إلى موضع العملية والمنطقة المحيطة به.
- يتم عصر المحلول الزائد من شاش أسفنجي
- يتم استخدام شاش أسفنجي على جلد المريض في حركة دائرية، بداية من موضع العملية في حركة تجاه المنطقة المحيطة، يتم التخلص من الأسفنجية، ممنوع استخدام اسفنجية ملوثة تجاه المركز.
3. كرر المرحلة السابقة بأسفنجية جديدة.

4. تسجيلات -

يتم تسجيل نوع المحلول المستخدم على السجل الخاص بالمريض.

تغطية المريض وخلق منطقة معقمة

السياسة:

يجب أن يتم تغطية موضع العملية والمناضد اللازمة والمعدات باستخدام طريقة معقمة وذلك بهدف خلق منطقة معقمة والمحافظة عليها ولمنع وصول ميكروبات من مناطق غير معقمة إلى المنطقة المعقمة.

معلومات عامة:

1. يتم استخدام الأغطية والملابس التي تتفق مع معايير إيجاد حواجز فعالة.
2. تستخدم المواد المتناسكة المتصلة فقط في التغطية.
3. تمسك الأغطية المعقمة باليد المرئية القفازات المعقمة و بأقل قدر ممكن.
4. يجب عدم هز الأغطية أو رجها أو تهويتها بمروحة.
5. تحمل الأغطية مطوية إلى المناطق التي يجب وضعها فيها.
6. يجب عدم إعادة ضبط الأغطية بعد وضعها في مكانها.
7. تتم حماية الأيدي المرئية القفازات من التلوث أثناء عمليات التغطية وذلك بثني أحرف الغطاء واتباع جميع الخطوات لمنع انتشار العدوى.
8. لا توضع الأغطية التي نزلت إلى أقل من مستوى الوسط أثناء فك طياتها على المنطقة المعقمة، بل يتم استبعادها.

الإجراءات:

1. توضع الأغطية على أسطح نظيفة وجافة فقط.
2. يجب تغطية أية معدات توضع في المنطقة المعقمة.
- يجب استخدام أغطية متخصصة لتغطية المعدات المتخصصة (أي الميكروسكوب، أو الكاميرا) إذا كان ذلك متاحاً.
- يتم تثبيت المعدات التي لا يمكن تغطيتها مثل جهاز الأشعة السينية فوق المنطقة المعقمة ويجب حماية المنطقة بحاجز معقم.
- يجب أن تسمح الأغطية المستخدمة في تغطية معدات تولد حرارة بالتهوية لتسريب الحرارة.

3. تتم الإجراءات التالية في موقع العملية:-

- تبدأ التغطية عند الإنتهاء من إعداد الجلد في موقع العملية.
- تعد أطراف ماسك الفوط المختزقة والمستخدم لتأمين الفوط والأغطية أو أي منهما ملوثة ولا يتم تحريكها حتى نهاية العملية.
- يجب ألا يلامس أي جزء معقم جزء غير معقم
- يجب التأكد من عدد بدون بلل لأن أي جزء مبلل لا يعتبر معقم بل يعتبر ملوث خاصة أسطح تراكيبات الآلات
- تستخدم ملاءات مفردة أو أغطية مثقبة أو مجموع من النوعين للتغطية بدءاً من موضع الفتح الجراحي إتجاهاً إلى المناطق المحيطة.
- تشمل المناطق الإضافية التي يجب تغطيتها:
 - أرجل المنضدة
 - لوجي الأذرع
 - حاجز التخدير وأطراف الحقن الوريدي المستخدمة في وصول التخدير إلى المريض

التعامل مع توقف القلب في جناح العمليات

السياسة:

يجب أن تتوفر لدى كل الممرضات والأطباء في جناح العمليات المعرفة الكافية بالطريقة السليمة الخاصة بإنعاش القلب والتنفس.

يجب أن تبدأ إجراءات إنعاش القلب والتنفس فور توقف وظائف القلب أو التنفس لدى مريض يخضع لتدخل جراحي.

معلومات عامة:

إن توقف القلب حالة يحدث فيها غياب لنشاط القلب والتنفس أو أي منهما. يمكن أحياناً إنقاذ المريض بواسطة تصرف فوري وسليم. إذا استمر خمول القلب لأكثر من 4 دقائق، يحدث ضرر لا يمكن إصلاحه في المخ بسبب نقص الإمداد بالأكسجين.

الإجراءات:

1. تطلب النجدة على الفور بمجرد ملاحظة اشتباه في توقف القلب.
2. تقوم الممرضة بالبقاء بجوار المريض لتقييم حالة المجري الهوائي والتنفس والقلب.
3. يتم طلب عربة الطوارئ
4. تقوم الممرضة بالبدا في إجراء التنفس الصناعي والضغط على الصدر وذلك في حالة عدم وجود طبيب على الفور.
5. تقوم الممرضة بإعطاء الطبيب عند وصوله تقريراً موجزاً عن الحالة وتكون مستعدة للمساعدة في محاولة الإنعاش.
6. يتم تسجيل دقيق لزمان التوقف (توقف القلب) والأدوية التي استخدمت تذبذب عضلة القلب (رجفان القلب) العضلي والعاملين الذين كانوا متواجدين والإجراءات التي أتتبع والوقت الذي تم إيقاف المحاولات فيه وبواسطة من ولماذا.

التعامل مع حالة وفاة في جناح العمليات

السياسة:

يجب أن يتلقى كل المرضى الذين يتوفون في جناح العمليات رعاية مناسبة بعد الوفاة مع الالتزام بالخطوط الإرشادية لوزارة الصحة في هذه الحالات.

معلومات عامة:

يمكن أن تحدث الوفاة في جناح العمليات في أي وقت. ويجب أن يكون كل العاملين ملمين بالبروتوكول السليم لهذه الحالة.

الإجراءات:

1. يتم عند حدوث وفاة في جناح العمليات إخطار طبيب المريض إذا لم يكن متواجداً.
2. تقع مسؤولية إخطار عائلة المريض على كاهل الطبيب.
3. يتم استدعاء أخصائي الباثولوجي بالمستشفى (أو أخصائي آخر) للتشاور مع الطبيب بخصوص سبب الوفاة وتوقيع شهادة الوفاة.
4. تقوم الممرضة بالعناية بالمريض بعد الوفاة وتشمل العناية ما يلي: ضبط وضع واستقامة الجسم، تنظيف الجسم، إزالة الخراطيم والقسطرات، غلق العينين، استبعاد الأسنان الصناعية. (يراعى انتماء المريض الديني).
5. يتم إكمال السجل الطبي وتسجيل الوفاة، وتسلسل الأحداث ووقت الوفاة واسم الطبيب الذي أعلن لأول مرة وفاة المريض، واسم أخصائي الباثولوجي أو (الأخصائي الآخر) الذي وقع على شهادة الوفاة ورعاية ما بعد الوفاة التي قدمت أو لم تقدم للمريض.
6. يتم إكمال صيغة تقرير حوادث بواسطة الممرضة المتواجدة وتقديمه إلى مدير الجراحة.
7. ينقل المريض بعدئذ إلى مكان مخصص بالمستشفى انتظاراً للعائلة.

الفصل الثامن:

التخدير

السياسة:

يجب أن يخضع إعطاء التخدير لقيادة رئيس التخدير وذلك بهدف ضمان إعطاء مأمون للمخدر للمرضى والسماح باستعادة سريعة للوعي مع أقل الأعراض الجانبية الممكنة.

معلومات عامة:

1. أنواع التخدير:

- تخدير سطحي
- تخدير موضعي (يرتشح من موضعه)
- ويمكن لطبيب الامتياز أن يقوم بإعطائهم:
- تخدير منطقة:
- في الوريد
- حصر أو إيقاف عمل عصب مفرد أو عدة أعصاب
- في الحبل الشوكي
- فوق الأم الجافية (ذنب)
- تخدير عام: بالاستنشاق المصحوب بإدخال أنبوب بالقصبة الهوائية أو لا يصاحبه ذلك. أو في الوريد
- ماسك (العناية بالتخدير باستخدام شاشة متابعة "مونيتر") (أي مثل إعطاء مسكن عن طريق الوريد).

ويقوم طبيب التخدير فقط بإعطاء هذه الأنواع

2. يعطى المخدر بواسطة:

أطباء:

- قد أكملوا فترة إقامتهم (ملازماتهم للمستشفى)
- أعضاء الهيئة الطبية الفرعية أو إتحاد الأطباء أو المناوبين على الحضور بالمستشفى
- تم منحهم الإمتياز في المستشفى
- بالتدرب والخبرة صاروا أكفاء في:
- الرقابة الطبية للمرضى الذين في حالة فقدان وعي أو فاقدين الإحساس بالألم والضغط على الأعصاب أثناء الجراحة والولادة والعمليات الطبية المعينة الأخرى.
- حماية الوظائف الحيوية والأعضاء الأساسية للحياة تحت ضغط عمليات التخدير والجراحة والعمليات الطبية الأخرى.
- إدارة الأزمات أثناء تسكين الألم
- قيادة عملية إعادة تنشيط القلب والرئتين

إدارة الأزمات أثناء العناية بالجهاز التنفسي

3. العوامل المتعلقة بالتخدير

(أ) كهربياً

- لا تستخدم أية مواد مخدرة قابلة للاشتعال أو ملتهبة أو متفجرة في مناطق التخدير.
- تستخدم المواد غير الملهبة في التحضير السابق للعملية في الحقل الجراحي.
- يتم توصيل القطب الأرضي لكل الأجهزة الكهربائية بصورة سليمة.
- تستعمل الملابس الخارجية المصنوعة من القطن فقط في موضع التخدير.
- تفحص الأسلاك والمفاتيح والأدوات الكهربائية والإلكترونية الأخرى بانتظام بواسطة قسم الهندسة الطبية. وتحفظ نسخة من نتائج الاختبارات والإجراءات التصحيحية لدى مدير الجراحة.

(ب) معدات التخدير

- تفحص معدات وأجهزة التخدير وتختبر قبل كل استعمال لها بواسطة الفرد الذي سيستخدم الجهاز.
- وأي عيب يجب إصلاحه قبل الإستخدام.
- يفحص ممثلو الشركة المصنعة الأجهزة كل ستة أشهر على الأقل ويقدمون تقريراً كتابياً لمدير الجراحة.
- يجب أن يكون لكل أجهزة التخدير أداة كاسحة للعوادم وجهاز أمان به مؤشر إبري وجهاز "تأمين ضد الإنخفاض الحاد" للأكسجين.

(ج) الجو المحيط

- يجب أن تتفق معايير الرطوبة ودرجة الحرارة مع تلك التي قررتها وزارة الصحة.

(د) المعدات غير الكهربائية

- تنظف كل المعدات المتكرر استخدامها طبقاً "لسياسة التحكم في العدوى" في جناح العمليات.
- تكون المعدات المخصصة للاستخدام مرة واحدة متوافرة للاستخدام في المكان والوقت المحددين.

العملية:

1. العناية قبل العملية

- يجب فحص كل المرضى قبل إعطائهم المخدر بواسطة طبيب التخدير ذو الصلاحية لذلك. وعندما يوجد مريض يجب إعطاؤه مخدر موضعي فالجراح الحاضر العملية مسئول عن أي تاريخ سابق للمريض بخصوص ردود الفعل العكسية الخاصة بالمادة المخدرة المقترحة.
- يتم تقييم حالة المريض في الأمور التالية على الأقل:
 - التاريخ الجراحي والتخديري السابق
 - تاريخ الأدوية التي تم تعاطيها
 - تاريخ الحساسية
 - المشاكل الأساسية المتعلقة بالتخدير، مثل أمراض أجهزة الجسم وتاريخ العائلة بخصوص مشاكل التخدير
 - الحالة الجسمانية
 - أنواع اختيارات التخدير المطروحة
 - الموافقة على تناول المخدر
- يجب أخذ موافقة مسبقة من أهل المريض إن كانت حالته لا تسمح أو منه إذا كانت حالته تسمح ويجب تعريفه ماسوف يتم معه والمضاعفات المحتمل حدوثها قبل وأثناء وبعد العملية

2. العناية أثناء إجراء العملية

- تتم ملاحظة كل المرضى المتلقين تخدير كامل أو جزئي أو مسكن وريدي بانتظام في غرفة العمليات بواسطة أخصائي تخدير.
- تعتبر المتابعة عن طريق شاشة عرض جزء أساسي في التعامل السليم مع المريض أثناء الجراحة.

معايير المتابعة الأساسية أثناء إجراء العملية

الدورة الدموية

السياسة:

يجب التأكد من إنتظام وسلامة عمل الدورة الدموية للمريض أثناء كل مراحل التخدير.

الإجراءات:

1. يتم إجراء رسم قلب كهربائي بصفة مستمرة لكل مريض يتلقى مخدر ويتم عرض ذلك منذ بداية التخدير وحتى الإستعداد لمغادرة موقع التخدير.
2. يتم تحديد ضغط الدم الوريدي ومعدل ضربات القلب لكل مريض يتلقى مخدر كل خمس دقائق على الأقل مع تقييم القراءات.
3. يتم تقييم وظائف الدورة الدموية باستمرار لكل مريض يتلقى مخدر بواسطة إحدى هذه الطرق: جس النبض - سماع أصوات القلب أو المتابعة عن بعد لضغط الدم داخل الأوردة أو متابعة النبض الطرفي بالموجات فوق الصوتية أو بقياس نسبة الأكسجين.

درجة حرارة الجسم

السياسة:

يجب المحافظة على درجة حرارة الجسم مضبوطة أثناء كل فترات التخدير.

الإجراءات:

تكون هناك وسيلة جاهزة لقياس درجة حرارة جسم المريض بصورة مستمرة عند حدوث تغيرات في درجة حرارة الجسم أو توقع حدوث ذلك أو الإشتباه فيه، وتقاس درجة الحرارة عندئذ.

3- العناية بعد إجراء العملية

يتم إعطاء الممرض المؤهل تقريراً شفويّاً عند إدخال المريض إلى حجرة الإفاقة ويشمل هذا التقرير:

1. اسم المريض
2. العملية التي تم إجراؤها
3. نوع المخدر وردود الفعل الداخلية
4. كمية ونوع المنوم المعطى
5. أهم نقاط التاريخ الطبي السابق للعملية وردود الأفعال غير المعتادة للتخديرات السابقة.
6. تاريخ أنواع الحساسية المتنوعة.
7. يقوم الممرض في الحال بقياس الظواهر الحيوية ويرفع تقريراً بذلك لأخصائي التمريض.
8. يراعى أن تكون الأصناف التالية متوافرة دائماً في غرفة الإفاقة:
9. أكسجين خارجي

10. جهاز شفط
11. عقاقير إعادة أجهزة الجسم للعمل
12. جهاز إيقاف الرجفان القلبي
13. يتم تقييم حالة المريض قبل الخروج بواسطة أخصائي التخدير ويجب أن يتأكد مما يلي:
14. عودة الظواهر الحيوية إلى مستويات ما قبل العملية.
15. عودة الوظائف العصبية إلى المستويات الكائنة قبل العملية.
16. القدرة على الرد بالكلمات عند دفعه لذلك.
17. يظل أخصائي التخدير متواجداً في القسم حتى يخرج كل المرضى من جناح العمليات وحجرة الإفاقة.

طرق إعطاء المخدر:

1. **الاستنشاق:**
تم الوصول إلى حالة اللاوعي بواسطة عقاقير متطايرة أو غازية يتم استنشاقها.
أمثلة: أكسيد النيتروز، الفلوثين، الهالوثين، الإريثين، السوبرين.
2. **الحقن في الوريد:**
يتم الوصول إلى حالة اللاوعي بواسطة عقاقير يتم إعطاؤها داخل الوريد.
أمثلة: بنتوثال الصوديوم، دايبروفان.
3. **عن طريق المستقيم:**
يتم الوصول إلى حالة اللاوعي بواسطة عقاقير يتم إعطاؤها عن طريق المستقيم.
أمثلة: بنتوثال الصوديوم
4. **جزئياً:**
يتم استخدام عقار بامتداد سريان عصب معين لإلغاء النبضات المختلفة والمنتقلة إلى أجزاء معينة من الجسم:
 - **بالحبل الشوكي:** يتم حصر عصب عند الجذور الأمامية والخلفية في المساحة تحت العنكبوتية.
أمثلة: بوتتوكاين وبروكاين وتوبركاين وسيكلين.
 - **تحت الأم الحانية:** يتم حصر الأعصاب في المساحة الواقعة تحت الأم الحانية حيث يكون للأعصاب غلاف الأم الحانية.
أمثلة: بوتتوكاين، بروكاين، زيلوكاين.
 - **بين الفقرات:** يتم حصر الأعصاب عند بروزها من الفجوات بين الفقرات.
أمثلة: بروكاين، زيلوكاين.
 - **ميداني:** يتم حصر الفروع الطرفية الكبيرة وذلك بحقن جدار من عقار مخدر موضعي على حافة المنطقة التي تغذيها هذه الفروع عند تفرعها مباشرة.
أمثلة: زيلوكاين، ماركين، بوتتوكاين.
 - **العصب:** يتم حصر الأعصاب الجسدية في منطقة معينة عبر خط سيرها قبل أن تتفرع إلى فروعها الطرفية.
أمثلة: بروكاين، زيلوكاين، ماركين.
 - **بالإرشاح:** يتم تخدير أطراف الأعصاب بحقن عقار في المنطقة التي تغذيها هذه الأطراف.
أمثلة: بروكاين وزيلوكاين.
 - **سطحياً:** يتم تخدير أطراف العصب بنشر العقار على المنطقة التي يغذيها العصب.
أمثلة: بوتتوكاين، كوكين، ماركين.

الفصل التاسع:

السياسات المنظمة لغرفة الإفاقة

دخول المريض إلى غرفة الإفاقة

السياسة:

يجب أن يمر جميع المرضى الذين يصلون إلى غرفة الإفاقة بإجراءات الدخول والتي ستقوم بتنفيذها ممرضة مؤهلة.

وذلك بهدف ضمان الانتقال الدقيق للمعلومات الخاصة بالتعامل مع المريض الذي تحت تأثير مخدر.

معلومات عامة:

هناك أهمية قصوى أن يقوم أخصائي تخدير خلاف أعضاء فريق الجراحة بخدمة المريض الذي يدخل غرفة الإفاقة بغرض استكمال الرعاية.

الإجراءات:

1. يتم تلقي تقريراً من أخصائي التخدير أو الجراح.
2. تفحص درجة الوعي
3. يتم القيام بعمل التقييم التمريضي الأولي
4. يؤخذ أدنى تقدير للعلامات الحيوية.
5. تفحص التركيبات الوريدية
6. تفحص الضمادات وموضع الجرح
7. تفحص بطن المريض الذي أجريت له جراحة داخل الغشاء البريتوني للتأكد من الليونة (الطراوة)
8. تفحص الأطراف للتأكد من صحة أوضاعها
9. يتم التسجيل في سجل غرفة الإفاقة

رعاية المريض بعد إجراء العملية

السياسة:

يجب ادخال كل المرضى الذين يتلقون أي نوع من التخدير إلى غرفة الإفاقة لفترة زمنية محددة سلفاً وذلك لضمان رعايتهم الرعاية الآمنة والسليمة بعد تلقي المخدر.

معلومات عامة:

1. تخدير كلي

يجب مراقبة كل المرضى الذين يتلقون تخديراً عاماً بانتظام حتى تصدر عنهم ردود أفعال. كما يجب تسجيل العلامات الحيوية كل 15 دقيقة وكذلك درجة الوعي. المرضى الذين لم يتلقوا أدوية تختص بألم ما بعد الجراحة يمكن أن يكونوا قادرين على الخروج بعد ساعة واحدة أو عندما تكون العلامات الحيوية مستقرة ومستوى الوعي لديهم مقبول.

2. تخدير جزئي

يجب مراقبة كل المرضى الذين يتلقون تخديراً جزئياً بنفس الأسلوب مثل مرضى التخدير الكلي. أو يجب أن يمكنوا بحجرة الإفاقة حتى تستقر العلامات الحيوية ويعود الإحساس والقدرة على أداء الوظائف إلى الطرف المصاب.

3. تخدير موضعي

يجب مراقبة كل المرضى الذين يتلقون تخديراً موضعياً بنفس أسلوب المرضى المتلقين تخديراً كلياً لكن يمكن خروجهم في ظرف 30 دقيقة إذا كانت العلامات الحيوية ثابتة، ومستوى تحمل الألم مقبول وحسب توجيهات الجراح أو أخصائي التخدير.

4. مسكنات الألم اللاحقة للعملية

يجب أن يمكث كل المرضى المتلقين أدوية منومة قاتلة للألم بعد العملية في غرفة الإفاقة لمدة ساعة بعد تعاطي الدواء وحتى تصبح العلامات الحيوية ثابتة ومستوى تحمل الألم أيضاً مقبول، وحسب توجيهات الجراح وأخصائي التخدير.

معايير الخروج من حجرة الإفاقة

السياسة:

يجب أن ينطبق على كل المرضى الذين تم إدخالهم إلى حجرة الإفاقة معايير المستشفى الخاصة بالخروج قبل العودة إلى حجراتهم أو إلى منازلهم بهدف ضمان أنهم في حالة مقبولة وأفاقوا من التخدير.

معلومات عامة:

يجب أن يخرج كل المرضى عن طريق أخصائي التخدير المناوب.

سياسات الأمان

السياسة:

يجب أن تسن إجراءات مناسبة لضمان أمان المرضى والعاملين في هذه المنشأة.

معلومات عامة:

1. يعتبر الالتزام بالمعايير الخاصة بتحقيق الأمان أمر جوهري لأخصائي الرعاية الصحية.
2. يجب أن تتقرر تلك المعايير بواسطة لجنة الأمان الجراحي
3. يجب أن يكون كل الأطباء والمرضات في جناح العمليات قادرين على القيام بتنشيط لاستجابة القلب

الإجراءات:

1. تراجع المرضات سجل وبيانات تحقيق شخصية المريض
2. يتم إكمال التاريخ الطبي للمريض والنتائج المعملية ونتائج الفحص
3. يتم فحص المريض من جهة متعلقاته الشخصية بما في ذلك الملابس والأموال والمجوهرات والشعر المستعار والأعضاء الصناعية مثل تركيبات الأسنان الصناعية والعدسات والأعين الزجاجية والسماعات الطبية. وتكون الممرضة مسئولة عن ضمان هذه الأشياء وترتيبها السليم.
4. تسجل الممرضة أو أخصائي التخدير بدقة شديدة أية أدوية أو محاليل أو دم أو بلازما تم إعطاؤها أو صدر الأمر بذلك.
5. يكون الممرضون مسئولين عن تثبيت الحواجز الجانبية أو الألواح المانعة واستخدام أدوات التحكم في الأسرة والنقلات لمنع سقوط أو إصابة المرضى أثناء تنقلهم أو نقلهم أو ضبط أوضاعهم ويجب الحرص ذلك.
6. لا يسمح باستخدام أية أدوات تنتج لها في غرفة العمليات.
7. يمنع استخدام الإيثير والسوائل الطيارة الأخرى في التنظيف والاستخدام العارض في المواضع التي يسبب ذلك خطر فيها.

8. يتم إصدار تعليمات لكل العاملين باستخدام ميكانيكية الجسم البشري بصورة جيدة لمنع السقطات المعتادة والإجهاد أو الشد العضلي عند توصيل أو نقل أو رفع أو تحريك المرضى ذوي الجسم ثقيل الوزن أو الأدوات الثقيلة.
9. يتم فحص كل أجزاء المعدات دورياً بواسطة مفتشين كهربائيين وبواسطة هيئة التمريض وقبل كل استخدام لضمان أداءها السليم لوظيفتها.
10. يراعى عدم ترك المرضى الغائبون عن الوعي بدون ملاحظة.
11. يتم إصدار تعليمات لكل العاملين بالإبلاغ عن أية أخطار قد تؤدي إلى حدوث إنزلاق أو سقوط أو حدوث صدمة كهربية أو حروق أو تسمم أو أية صدمات أخرى.
12. يتم وضع بطاقات تعريف سليمة على الكيماويات الخطرة وتداول بالأسلوب الصحيح
13. تُعد كل المخلفات البشرية الطبية مواد ملوثة وتعالج على هذا الأساس

مراجعة عربية الطوارئ

يجب مراجعة عربية الطوارئ أسبوعياً وبعد كل استخدام للتوريدات المستنفذة والعلاجات التي مر وقت استخدامها والمعدات التي لا تؤدي وظائفها. ويجب تنظيف العربية بأكملها شهرياً بهدف توفير طريقة منتظمة لمراجعة عربية الطوارئ والتأكد من أن المعدات الأساسية جاهزة ومتوافرة عند الحاجة إليها.

معلومات عامة:

1. يتم إيداع عربية الطوارئ مع جهاز مانع الإنقباض العضلي أو جهاز مراقبة (مونيتور) في جناح الجراحة.
2. يقوم أعضاء هيئة العاملين باستبدال أي بند تم سحبه من العربية فوراً.
3. تتم مراجعة محتويات العربية شهرياً على أساس دوري بين أعضاء التمريض.
4. يقوم الأفراد الذين يراجعون العربية كل شهر بتسجيل التاريخ والتوقيع على اللوحة المحفوظة على الرف السفلى بالعربية.

الإجراءات:

1. **جهاز المراقبة (المونيتور) أو جهاز مانع الإنقباض العضلي.**
 - يتم توصيل جهاز المراقبة أو جهاز فك الإنقباض العضلي بالوحدة القاعدية للطاقة حتى يكون مصباح البطارية مضاء ولا يعطي إضاءة متقطعة مستمرة.
 - تتم مراجعة طاقة البطارية يومياً (سواء تم فصل موصل التيار من الحائط أو دفع الوحدة بعيداً عن قاعدة الطاقة).
 - يتم التأكد من مراجعة وجود ورق كاف في المسجل
 - تتم مراجعة وجود وسادات رسم القلب الكهربائي، وأقطاب كهربائية ووسادات منع الإنقباض العضلي على قمة جهاز المراقبة وفي منطقة التخزين العليا
 - تتم مراجعة الأداء الوظيفي لجهاز منع الإنقباض العضلي طبقاً لتوجيهات دليل التشغيل

2. عربية الطوارئ

- تتم مراجعة كل درج بصورة منتظمة للتأكد من محتوياته، مع ملاحظة تواريخ انتهاء الصلاحية وحالة العبوات المعقمة، أي بند يحتاج إلى استبدال يجب أن يقوم به الشخص الذي يراجع العربية.
- يوضع جهاز تنظيم المجرى الهوائي في الدرج العلوي من عربية الطوارئ. وسوف تشمل المراجعة الشهرية مراجعة بطاريات منظار المرئي ومصابيح الإضاءة للتأكد من أن مصدر الطاقة سليم.
- يتم استبدال العقاقير والمعدات التي مضى تاريخ صلاحيتها عند نهاية شهر تاريخ إنتهاء الصلاحية.

الأمان الكهربائي

السياسة:

يجب إتباع الأسلوب الآمن في استخدام كل المعدات الكهربائية في غرفة العمليات.

معلومات عامة:

1. الفحص

- يتم فحص كل المعدات الكهربائية بواسطة مهندس الأجهزة الطبية قبل استخدامها في المعالجة الإكلينيكية.
- يجب تحديد الفحص الدوري والفحص الوقائي لكل جهاز على حدا وكتابة ذلك وعمل خريطة تبين جميع الأجهزة الكهربائية وتاريخ صنعها وتوريدها وبدء عملها وكذلك خصائص كل جهاز والطريقة المثلى لتشغيله.
- يجب أن تخضع كل المعدات الكهربائية لفحص روتيني دوري بواسطة مهندس الأجهزة الطبية طبقاً لبرنامج صيانة وقائية ثابت.
- تلصق بطاقة تعريف على كل الأجهزة الطبية تختص بالفحص وتشير إلى:
 - تاريخ الفحص
 - اسم من قام بالفحص
 - تاريخ الفحص التالي المطلوب
 - الرقم المميز للمعدة
- يتم استخدام المعدة التي تقرر انها آمنة فقط في أى موضع يتم فيه تعاطي غازات تخديرية حيث أن بعض الغازات التخديرية ملتهبة ويمكن أن تحدث انفجارات مثل الإيثير.
- يتم فحص كل المخارج ولوحات التوزيع قبل إدخال معدة كهربائية للتأكد من عدم وجود أي تلف أو خلل يصيب الشبكة الرئيسية.
- يتم فحص كل الوصلات الكهربائية بحثاً عن احتراق أية أجزاء بها أو وجود أية أضرار أخرى قبل استخدامها.
- يراعى ألا تكون الأسلاك الكهربائية أقصر أو أطول من اللازم عند مدها من موضع الاستخدام إلى المقبس الكهربائي المناسب.
- يتم تجنب استخدام وصلات تطويل كهربائية.
- لا يشجع استخدام المعدات الكهربائية الشخصية في جناح غرفة العمليات وخاصة الغلايات الكهربائية التجارية.
- يتم استخدام المعدات التي تعمل بالحجارة الجافة (البطاريات) كلما أمكن ذلك ولا يجب استخدام أي معدات تعمل بغاز البوتاجاز.
- يتم فحص المعدات الكهربائية الشخصية بنفس الأسلوب المتبع مع كل المعدات الأخرى دورياً وبشكل عاجل عند حدوث أي طارئ.

2. التسجيل والتوثيق

يتم تسجيل الأرقام المميزة للمعدات الكهربائية المستخدمة في رعاية المرضى، في سجل خاص يحفظ بقسم العمليات حتى يمكن الرجوع له في الصيانة والتغيير والتكهن وعمل أي ترميمات بالمباني أو شبكة المياه أو الكهرباء أو الغاز.

أمان وحدة الجراحة الكهربائية

السياسة:

يجب حماية العاملين والمرضى من الأخطار المصاحبة للجراحة الكهربائية والتي تشمل استخدام معدات جراحية كهربائية وذلك بهدف ضمان أمان المرضى والعاملين.

معلومات عامة:

1. تعد الحروق والصدمات الكهربائية مضاعفات معتادة يجب منعها عند استخدام وحدة كهربائية.
2. يجب توصيل أجسام المرضى بالقطب الأرضي بأمان والا يتلامسوا مع معدن.
3. يجب حلاقة الجلد قبل وضع وسادة توصيل القطب الأرضي.

الإجراءات:

1. الإعداد السابق للعملية

• المعدات

- يتم فحص كل الوحدات الجراحية الكهربائية بواسطة أفراد الهندسة الطبية قبل استخدامها في غرفة العمليات.
- يتم لصق بطاقة فحص على الوحدة الجراحية الكهربائية مبيناً بها تاريخ الفحص.
- يتم إجراء فحص الوحدة الجراحية الكهربائية مرة واحدة سنوياً على الأقل.
- يمكن استخدام وحدات جراحية كهربائية في فترة صلاحية فحصها فقط.
- لا يتم تشغيل وحدات جراحية كهربائية في وجود مواد ملتهبة.
- يكون الأفراد العاملون الذين يتداولون المعدات الجراحية الكهربائية معتادين على تشغيل المعدات والإحتياجات الأمنية الضرورية لها.
- يتم استخدام المعدات الجراحية الكهربائية التي تعمل بصورة صحيحة فقط.
- يتم تجربة أداء الوحدة الجراحية الكهربائية قبل إجراء العملية الجراحية.
- يتم التأكد من وجود بطاقة الفحص الساري تاريخه ملصقة على الوحدة الجراحية الكهربائية بواسطة مهندس الأجهزة الطبية.
- يتم فحص كل الأسلاك الكهربائية بواسطة مهندس الأجهزة الطبية.
- يتم فحص أنظمة الإنذار
- تضبط مفاتيح القوة لتكون أقل ما يمكن

2. الأمان أثناء إجراء العملية

- احتياطات أمنية يجب اتباعها أثناء وضع وسادة القطب الأرضي
 - يتم استخدام وسائد القطب الأرضي التي لم ينته تاريخ صلاحيتها فقط
 - يجب أن تكون وسادة القطب الأرضي ذات حجم مناسب لعمر المريض ووزنه ويجب إزالة التلوث.
 - يجب وضع وسادة القطب الأرضي بأمان على جسم المريض بعد ضبط وضع المريض حسب تعليمات الشركة الموردة.
 - يجب وضع وسادة القطب الأرضي على منطقة ذات تدفق دموي جيد مع تجنب
 - البروز العظمي
 - المناطق السميكة أو ذات الندوب
 - المناطق المزروع بها أجسام معدنية
- يجب استشارة الشركة المصنعة لمنظم ضربات القلب لتحديد الإحتياجات الأمنية اللازمة للجراحة الكهربائية (وهذا في حالة المرضى الذين يستخدمون المنظم أو سيتم زرعه لهم والذين سيخضعون لجراحة كهربائية).

- احتياطات أمنية تتم أثناء إجراء العملية
- يتم التأكد من تلامس وسادة القطب الأرضي عند إعادة تثبيت وضع المريض.
- يتم فحص توصيلات الأسلاك وتلامس وسادة القطب الأرضي عند ظهور إحتياج لضبط الجهاز على معدلات أعلى من الطبيعية.
- يتم الإحتفاظ بأقطاب نشطة في منطقة العملية في أوعية غير معدنية.

3. الأمان بعد العملية

- أمان المريض
- ترفع وسادة القطب الأرضي برقة بعد إجراء الجراحة.
- يتم فحص الجلد تحت وسادة القطب الأرضي للتأكد من سلامته
- المعدات
- يتم التخلص من كل أطراف الأقطاب النشطة بعد العملية وتحفظ في وعاء غير منفذ.
- تضبط مفاتيح قوة وحدة الجراحة الكهربائية على أقل درجة ممكنة.
- يتم فصل أسلاك القوة الكهربائية وتأمينها.
- تستبعد المعدات المعيبة في أداء وظائفها ويرفع تقرير بذلك للأفراد المعنيين

4. التسجيل

- يتم تسجيل البيانات التالية في سجل إجراء العملية:
- طراز صناعة ورقم مسلسل وحدة الجراحة الكهربائية.
- تحديد وسادة القطب الأرضي ورقم اللوط (التشغيلة) والأقطاب النشطة.
- موضع تثبيت وسادة القطب الأرضي
- حالة الجلد قبل تثبيت وسادة القطب الأرضي وحالته بعد إزالتها

إخلاء المريض

أصدرت كل مستشفيات وزارة الصحة إرشادات صارمة للإخلاء الإضطرابي للمرضى بداخل غرفة العمليات بهدف توفير طريقة آمنة وفعالة لإخلاء الغرفة من المرضى الذين تحت تأثير مخدر أثناء حالة طوارئ تستلزم الإخلاء.

معلومات عامة:

1. الإخلاء الإضطرابي هو الإحتياج غير المخطط له لإخلاء جناح العمليات ومبنى المستشفى (أي، في حالات الحريق، أو تهديد بانفجار قنبلة، إلخ).
2. ضرورة وجود أوكسجين يمكن حمله مع الخراطيم الخاصة به، وحقبة إسعاف، ومحاليل حقن وريدية، وخراطيم امتصاص بكل غرفة عمليات.
3. ضرورة وجود خرائط خاصة بالإخلاء الآمن في حالات الحريق بكل الأماكن.

الإجراءات:

1. يقوم المدير ومشرف غرفة العمليات أو أي منهما، بعد تقييم الموقف، باتخاذ قرار بإخلاء المكان.
2. تقوم الممرضة المناولة بغرفة العمليات بتنبيه الجراح وأخصائي التخدير بالإخلاء والزمن المتاح بالتقريب.
3. يقوم أخصائي التخدير بإبلاغ فريق غرفة العمليات باستعداد المريض للنقل.
4. تقوم الممرضة المناولة بتزويد نقالة المريض بالأوكسجين الذي يمكن حمله، أو حقبة الإسعاف، وأكياس إضافية من المحاليل، وخراطيم امتصاص.

5. ينقل المريض من منضدة غرفة العمليات إلى النقالة.
6. يتبع فريق العاملين طرق الإخلاء الموضحة بخريطة الحريق.

أمان الرباط الضاغط الهوائي

السياسة:

يجب فحص الأربطة الضاغطة الهوائية قبل الإستعمال ويمكن استخدامها فقط بواسطة شخص ذو خبرة من فريق الجراحة.

الغرض:

ضمان صيانة سليمة للجهاز.

معلومات عامة:

1. ما قبل إجراء العملية:

- يجب استخدام الأربطة الضاغطة الهوائية السليمة فقط في العمليات.
- يجب على الممرضة المناولة فحص كل أجزاء الرباط الضاغط الهوائي قبل كل استعمال من حيث:-
 - فحص مقياس الضغط.
 - معاينة رباط المعصم، والخرائطيم، والأسلاك، والوصلات للتأكد من سلامتها.

2. أثناء إجراء العملية

• التثبيت

- يكون الجراح هو المسئول عن موضع التثبيت، وحجم رباط المعصم، وضبط مستوى الضغط، وزمن الإنتفاخ.
- يجب أن يقوم أحد أعضاء فريق الجراحة الملمين بطريقة الوضع والتشغيل، بوضع الرباط الضاغط.
- يجب حماية النسيج الواقع تحت الرباط الضاغط بوضع وسادة (حشية) رقيقة.
- تقوم الممرضة المناولة بالتأكد من أن الجراح قد تم تنبيهه كل فترة بزم من الإنتفاخ.
 - يتم التنبيه الأولي بعد 45 دقيقة.
 - وكل 15 دقيقة بعد ذلك.
- التسجيل

تقوم الممرضة المناولة بتسجيل

- موضع تثبيت الرباط الضاغط

- زمن الإنتفاخ
- مقياس الضغط
- زمن الإنكماش
- حالة الجلد حيث تم وضع الرباط الضاغط قبل وبعد الإستعمال.

3. ما بعد إجراء العملية:

- يتم تطهير الرباط الضاغط والخرائطيم بدقة.
- يجب تنظيف أربطة المعصم التي يعاد استعمالها بمنظف ويتم مسحها بمادة مطهرة.

إجراءات العد الجراحي للأدوات والضمادات والإبر

معلومات عامة:

1. يجب عد الأدوات في كل عملية جراحية تشمل فتح للغشاء البريتوني ويتوقع أن يكون الفتح أكبر من ثلاثة بوصات.
2. يجب عد الأدوات في كل العمليات الأخرى التي لا تخترق الغشاء البريتوني لكن يتوقع أن يكون الفتح أكبر من ثلاثة بوصات.
3. يجب إجراء عد للضمادات والإبر في كل العمليات.
4. يجب عزل عبوات الضمادات غير السليمة في عدها وعدم استخدامها أثناء العملية.
5. يجب ألا تؤخذ الأدوات والضمادات والإبر المعدودة من غرفة العمليات لأي سبب أثناء إجراء العملية.
6. يجب عد الأدوات والإبر التي كسرت أو تفككت أثناء إجراء عملية على أنها في صورتها الكاملة.
7. يجب أن تحفظ الإبر المستخدمة في وسادة إبر لضمان الاحتفاظ بهم على المنضدة.

الإجراءات:

1. يقوم المسئول عن المسح والتنظيف والممرضة المناولة قبل أن تبدأ الجراحة بعد الأدوات والضمادات والإبر معاً وبصوت عال عند فصل كل صنف في عملية العد.
2. يتم تسجيل هذا العد الأساسي على الفور بعد أن تأخذ الممرضة المناولة في سجل عدد الأدوات والضمادات والإبر.
3. يتم عد كل الأدوات والضمادات والإبر المضافة إلى منطقة العملية أثناء إجراء الجراحة بواسطة الممرضة المسئولة عن المسح والتنظيف والممرضة المناولة وتسجلها الممرضة المناولة فوراً.
4. تقوم الممرضة المناولة أثناء إجراء العملية الجراحية بالتالي:
 - إجراء عد لكل الضمادات المستبعدة عن منطقة العملية بالاشتراك مع ممرضة المسح والتنظيف بصوت عال.
 - فصل الضمادات إلى وحدات
 - وضع الضمادات المعدودة حسب وحداتها في أوعية مخصصة لذلك.
5. تقوم الممرضة المناولة وممرضة المسح والتنظيف قبل البدء في إغلاق التجويف البريتوني بالعد معاً وبصوت عال للاتي:
 - كل الأدوات والضمادات والإبر الموجودة في منطقة العملية والتي تم عدها قبل إجراء الجراحة وتلك التي أضيفت أثناء الجراحة.
 - كل الأدوات والضمادات والإبر التي تم استبعادها من منطقة العملية والتي تم عدها قبل الجراحة وتلك التي أضيفت أثناء الجراحة.
 - تسجل الممرضة المناولة العدد في العمود المطلوب "قبل إغلاق الغشاء البريتوني"
 - ترفع الممرضة المناولة تقريرها للجراح بصوت عال عن نتائج العد
6. تقوم ممرضتي المناولة والمسح والتنظيف قبل البدء في إغلاق الجلد بإجراء عد بصوت عال معاً لكل الأدوات التي استخدمت بعد إغلاق الغشاء البريتوني وكل الأصناف الواردة في القسم من سجل عد الأدوات والضمادات والإبر:
 - يسجل هذا العد النهائي بواسطة الممرضة المناولة في العمود المطلوب بـ "العد النهائي".
 - تسجل نتيجة هذا العد سواء صحيحة أو غير صحيحة في الخانة الخاصة بها.
 - تكتب ممرضة المسح والتنظيف والممرضة المناولة اسميهما ومركز كل منهما في الخانة المخصصة لذلك في سجل العد.
 - يتم مقارنة العد المثبت قبل العملية وبعدها.

العد غير الصحيح:

إذا لم يتم العثور على بند معين يتم تسجيل ذلك في تقرير وقوع حادث ويخطر الجراح بالأمر.

عد الأدوات الجراحية

السياسة:

يجب أن يتم عد الأدوات في كل العمليات الجراحية التي تستلزم فتح التجويف البطني أو البريتوني الخلفي أو الصدري وذلك لضمان عدم ترك أية أدوات في جسم المريض.

معلومات عامة:

1. يجب عد الأدوات التي كسرت أو تفككت أثناء إجراء العملية على أنها أدوات بصورتها الكاملة.
2. يجب أن تظل الأدوات المستبعدة من المجال المعقم بداخل الغرفة وأن تدرج في عملية العد.

الإجراءات:

1. عدد مرات إجراء عد الأدوات
 - يتم إجراء عد مبدئي قبل إجراء الفتح الجراحي.
 - يؤخذ العد النهائي بعد إجراء عد الأدوات الحادة والضمادات وعند بداية عملية إغلاق الجرح.
2. مسؤوليات الشخص المسئول عن التعقيم والممرضة المناولة.
 - يجب إجراء عد الأدوات شفوياً وبالنظر بواسطة المسئول عن المسح والتنظيف والممرضة المناولة.
 - الممرضة المناولة مسئولة عن:
 - تسجيل عد الأدوات في لوحة تسجيل العدد
 - تسجيل نتائج عد الأدوات النهائي في سجل العملية
 - إخطار الجراح بنتائج العد
3. الاختلاف في عد الأدوات
 - عند الإبلاغ بوجود اختلاف:
 - يتم إخطار الجراح فوراً
 - يتم إجراء بحث دقيق كالتالي:
 - موضع العملية -
 - بواسطة الجراح والمساعدين
 - المنطقة المعقمة -
 - بواسطة المسئول عن التعقيم
 - غرفة العمليات -
 - بواسطة الممرضة المناولة
 - عندما لا يمكن تسوية الاختلاف
 - يقوم الشخص الذي يكتشف هذا الاختلاف بإكمال تقرير عن حدوث حادث.
 - يتم أخذ صورة بالأشعة السينية لموضع العملية قبل مغادرة المريض للغرفة.

4. التسجيل:

- يجب أن يوقع المسئول عن المسح والتنظيف والممرضة المناولة المشاركة في عمليات عد الأدوات على لوحة تسجيل العدد.
- يجب أن تسجل الممرضة المناولة نتيجة العد في سجل العملية.
- يوضع لوحة تسجيل العدد وسجل العملية في سجل المريض.

عد الأدوات الجراحية الحادة

السياسة:

يجب عد الأدوات الحادة والأصناف الأخرى الممكن عدها والمشار إليها هنا بوصفها أدوات حادة في كل العمليات الجراحية وذلك لضمان عدم ترك أية أصناف حادة في جسم المريض.

معلومات عامة:

فيما يلي الأصناف التي يجب عدها (لكن الحصر ليس قاصراً عليها فقط):

- الإبر غير التصادمية
- الإبر الحرة أو ذات الثقب
- إبر الحقن تحت الجلد
- مشارط فروة الرأس
- لواب خاصة بالأوعية الدموية والشرايط الخاصة بالسرة
- أطراف الكي
- أسلاك التثبيت

الإجراءات:

أولاً: مرات إجراء عد الأدوات الحادة

1. يتم إجراء عد الأدوات الحادة في المرات التالية:

- عد ختامي أول - عند إغلاق تجويف (مثل، التجويف البريتوني أو البلوري)
 - عد نهائي - عند البدء في إغلاق الجلد
 - مرات عد إضافية
 - عند فتح عضو أجوف (مثل الرحم) - يتم إجراء عد إضافي عند إغلاق ذلك العضو وقبل إغلاق البطن.
 - عند فتح التجويف البريتوني من الخلف - يتم إجراء عد إضافي عند إغلاق التجويف البريتوني من الخلف.
 - عند إجراء عمليتين متوازيتين - يجب إجراء عد منفصل في كل جانب
 - عند إجراء عملية متعددة المراحل - يتم إجراء عد عند كل مرحلة
 - عند استبدال المسئول عن التعقيم أو الممرضة المناولة - يقوم الفرد أو الأفراد الذين أخذوا مكانهم بإجراء العد.
 - عندما يطلب عضو بالفريق الجراحي عد أثناء إجراء العملية لشكه في عدد الأدوات المستعملة أو الفوط
2. يجب إجراء عد الأدوات الحادة بالنظر وشفوياً بواسطة المسئول عن التعقيم والممرضة المناولة معاً ويفضل كتابة ذلك على سبورة خاصة بالعمليات
3. يجب عد الأدوات الحادة التي كسرت أثناء إجراء العملية على أساس تكامل الأجزاء المكسورة.
4. يتم إجراء عد لعبوات الخياطة المتعددة للتأكد منها عند فتح عبوة وقت استخدامها
5. يجب أن تظل الأدوات الحادة المستعملة من المنطقة المعقمة في غرفة العمليات وتأخذ دورها في العد بعد اتخاذ إجراءات مكافحة العدوى المعتادة
6. تكون الممرضة المناولة مسئولة عن:
- تسجيل نتائج عد الأدوات الحادة على لوحة تسجيل العدد
 - تسجيل نتائج العد النهائي في سجل العمليات
 - إخطار الجراحين بنتائج العد

ثانياً: لإختلاف في عد الأدوات الحادة

1. عند الإبلاغ عن وجود إختلاف، يتم إخطار الجراح فوراً والقيام بالبحث الدقيق عن البند المفقود. سيشمل البحث:

- منطقة العملية - بواسطة الجراح
- المنطقة المعقمة - بواسطة المسئول عن التعقيم
- المناطق المحتملة في الغرفة - بواسطة الممرضة المناولة

2. عندما لا يمكن تسوية هذا الإختلاف

- يقوم الشخص الذي اكتشف الإختلاف بتحرير تقرير إبلاغ عن وقوع حادث ويتم التحقيق سواء كان الإبلاغ صحيحاً أو غير صحيح.
- تؤخذ للمريض صورة أشعة سينية لمنطقة العملية قبل مغادرته الغرفة بواسطة جهاز الأشعة السينية النقال ويتم تحميضها على الفور وإبلاغ نتيجتها كتابة للعمليات.
- تتخذ الإجراءات اللازمة لتلافي هذا الإختلاف لاحقاً بعمل حلقات تدريبية ووضع نظام صارم للعد يتبعه الجميع.

ثالثاً: التسجيل

1. يجب تسجيل نتائج عد الأدوات الحادة على لوحة تسجيل العدد وسجل العملية بواسطة الممرضة المناوبة.
2. توضع لوحة تسجيل العدد وسجل العملية في سجل المريض.
3. يجب أن يوقع كل الأشخاص الذين شاركوا في عد الأدوات الحادة على لوحة تسجيل العدد حيث أنها مستند هام.

عد الضمادات الجراحية

السياسة :

يجب أن يتم عد الضمادات في المرات التي يكون فيها عمق في موقع الجرح مما يتسبب في فقد أو ترك ضمادة في جسم المريض وذلك للتأكد من عدم بقاء أية ضمادات في جسم المريض.

معلومات عامة:

1. كل الضمادات المستخدمة في العمليات الجراحية يجب أن تحتوي على عنصر يمكن تحديده باستخدام الأشعة السينية.
2. مراعاة عدم استخدام الضمادات المعدودة في تضييد الجروح
3. الضمادات المستبعدة من المنطقة المعقمة يجب أن تظل في الغرفة ويتم الاحتفاظ بها بهدف عدها.
4. كل أوعية القمامة القطنية وأوعية القمامة العامة ومحتوياتها، المتواجدة في الغرفة في وقت إجراء العد المبدئي، يجب أن تظل في الغرفة حتى الانتهاء من العد النهائي
5. الضمادات المستخدمة والخارجة من المنطقة المعقمة أثناء إجراء العملية، يجب تداولها بالصورة الصحيحة.
6. عند عد الضمادات الملوثة لا يتم ذلك إلا باستعمال قفاز معد لهذا الغرض أو بعد إتخاذ جميع احتياطات مكافحة العدوى

الإجراءات:

1. يتم إجراء عمليات عد الضمادات في الأوقات التالية:
 - عد مبدئي قبل البدء في شق موضع الجراحة.
 - عد ختامي أول - عندما يكون التجويف قد أغلق (مثل التجويف البريتوني، البلوري).
 - عمليات عد إضافية
 - عند فتح عضو مجوف (مثل الرحم) - يتم إجراء عد إضافي بمجرد إغلاق العضو
 - عند فتح الغشاء البريتوني الارتجاعي - يتم إجراء عدّاً إضافياً بمجرد إغلاقه
 - عند إجراء عملية مزدوجة الموضع - يتم إجراء عدّاً منفصلاً لكل موضع
 - عند إجراء عملية متعددة المراحل - يتم إجراء عد منفصل لكل مرحلة
 - عند استبدال أي من الشخص المسئول عن التعقيم أو الممرضة المناولة - يقوم الفرد أو الأفراد الذين حل عليهم الدور بمباشرة العد
 - عندما يطلب أحد أعضاء الفريق الجراحي إجراء عد أثناء العملية
2. مسئوليات الشخص المسئول عن التعقيم والممرضة المناولة
 - يجب عد كل الضمادات بالنظر وشفاهة بواسطة الشخص المسئول عن التعقيم والممرضة المناولة معاً ومطابقة العد بينهما:
 - يجب أن يتأكد كل منهما من وجود المادة المعتمدة للأشعة
 - يجب التأكد من نوعية الفوط المستعملة
 - تكون الممرضة المناولة مسئولة عن:
 - تسجيل أعداد الضمادات في لوحة تسجيل العد
 - تسجيل نتائج عد الضمادات النهائي في سجل العملية
 - إخطار الجراح بنتائج العد
3. الاختلاف في نتائج عد الضمادات
 - عند الإبلاغ عن وجود اختلاف، يتم إخطار الجراح في الحال وإجراء بحث دقيق عن الصنف المفقود. سيشمل البحث:
 - منطقة العملية - بواسطة الجراح
 - المنطقة المعقمة - بواسطة المسئول عن التعقيم
 - كل القطنيات وصناديق القمامة وكل المناطق المحتملة بداخل الغرفة - بواسطة الممرضة المناولة
 - عندما لا يمكن توفيق هذا الاختلاف
 - يكتب الشخص الذي اكتشف هذا الاختلاف تقريراً بحدوث حادث
 - تؤخذ صورة بالأشعة السينية لموضع العملية قبل مغادرة المريض للغرفة
4. التسجيل
 - يجب تسجيل نتائج عد الضمادات على لوحة تسجيل العد وسجل العملية بواسطة الممرضة المناولة.
 - توضع لوحة تسجيل العد وسجل العملية في سجل المريض
 - يجب أن يوقع كل الأشخاص المشاركين في عد الضمادات على لوحة تسجيل العد

تداول العينات

السياسة:

كل العينات الخارجة أثناء الجراحة يتم:

1. استبعادها
2. إرسالها إلى معمل الأنسجة المريضة (الباثولوجي)
3. الاحتفاظ بها لدى المريض (غير المرضية فقط)

وذلك بهدف توفير أسلوب آمن وفعال في التخلص من العينات أو نقلها إلى المكان المجهز والمهيأ لاستقبالها وذلك بعد اتخاذ إجراءات مكافحة العدوى.

معلومات عامة:

1. إن التداول السليم للعينات هام لمنع إنتشار الجراثيم المرضية الصادرة عن الدم.
2. إن الحفظ السليم للعينات أساسي للفحص الباثولوجي المراد إجراؤه.
3. في أكثر من 10% من الحالات يتم استخدام الفورمالين.
4. المحاليل الأخرى تشمل محلول الملح الطبيعي ومثبت "سيستاسيين"
5. ضرورة وضع كل العينات في وعاء مانع للتسرب.
6. بعض العينات يكون التثبيت فيها باستعمال كحول بتركيز 70%

الإجراءات:

عينة من نسيج حي

1. توضع فوراً في وعاء يحتوي على 10% فورمالين، به ما يكفي لتغطية العينة، غطه جيداً فالهواء يميل إلى تجفيف الأنسجة بسرعة.
2. توضع بطاقة تعريف على الوعاء يذكر به اسم المريض، ورقم المستشفى واسم الجرح ونوع العينة والتاريخ وأية تعليمات خاصة من الجراح
3. تقوم الممرضة المناولة بتسجيل توزيع العينات في السجل الطبي

القسم المجمد

1. توضع العينة في وعاء مانع للتسرب
2. يضاف فورمالين
3. توضع بطاقة تعريف بالعينة كما ذكر من قبل
4. ترسل العينة مباشرة إلى أخصائي الأنسجة المريضة (الباثولوجي) لإتمام التشخيص بينما لا يزال المريض في جناح الجراحة.

الإستنبات:

1. يتم استخدام طبق الاستنبات الملائم، ويكون هوائي أو لا هوائي.
2. يتم تداول العينة بأسلوب معقم.
3. توضع بطاقة تعريف كما هو موضح عاليه.
4. توضع في التلاجة أو تؤخذ إلى المعمل في الحال
5. يسجل ذلك في السجل الطبي.

أمن التوريدات والأجهزة

السياسة:

يجب أن تكون كل التوريدات والأجهزة تحت حكم منسق التوريدات الجراحية وذلك للتأكد من عد وحفظ التوريدات والأجهزة بطريقة آمنة.

معلومات عامة:

ينحكم منسق التوريدات الجراحية في جميع التوريدات والأجهزة المحفوظة في جناح العمليات بغرض ضمان إمداد التوريدات الكافية والصيانة السليمة للأجهزة الجراحية، تمثل الإمدادات والأجهزة إنفاق مالي كبير بالنسبة لقسم الجراحة، لذا يجب حفظهم في منطقة آمنة وتوزيعهم عن طريق شخص مسئول.

الفصل العاشر:

السجلات الطبية

السياسة:

يجب أن يكون لكل مريض سجلاً تمريضياً كاملاً خاصاً بجناح العمليات وكذلك لوحة متابعة وذلك بهدف توفير تسجيل دقيق لكل الرعاية المقدمة في جناح العمليات.

معلومات عامة:

إن الغرض من التسجيل هو توفير سرد كامل للرعاية التي يتلقاها المريض وإن السجل الطبي للمريض عبارة عن مستند قانوني يجب أن يعكس البيانات الوثيقة الصلة بالموضوع التي تنقل معلومات هامة عن المريض إلى كل أعضاء فريق الرعاية الصحية.

وإن سجل جناح العمليات يعد مستند متعدد الأغراض يتم إكماله بواسطة الممرضة المسؤولة في وقت تقديم الرعاية.

إنه سجل للعملية يصف بالتفصيل:

- التشخيص السابق واللاحق للعملية
- العملية التي تم إجراؤها
- كل العاملين المسؤولين عن رعاية المريض أثناء إجراء العملية يجب ذكرهم في هذا النموذج
- كما يجب أن تشمل المعلومات الإضافية ما يلي، مع عدم الاقتصار عليه:
 1. حالة الجرح
 2. نوع التخدير
 3. المكان القادم منه المريض
 4. تاريخ إجراء الجراحة
 5. طول زمن الجراحة
 6. عينات الأنسجة السليمة والأنسجة المريضة والميكروبيولوجية التي تم الحصول عليها.
 7. نتائج عد الضمادات والإبر والأدوات
 8. الأصناف المنزرعة وأرقامها المسلسلة.
 9. وضع المريض
 10. البذل
 11. تقدير الدم المفقود
 12. موضع القطب الأرضي (أي موضع ملازمة القطب الأرضي لجهاز الكي الكهربائي لجسم المريض).
 13. موضع وضبط الرباط الضاغط الهوائي ومدة استخدامه.
 14. حالة المريض وقت نقله إلى غرفة الإفاقة.

تسجيل الرعاية التمريضية

السياسة:

يجب أن يتم تسجيل كل الرعاية الطبية والتمريضية التي نالها المريض الذي دخل إلى غرفة الإفاقة في تقرير غرفة الإفاقة وذلك لضمان استكمال الرعاية وتوافر وسيلة اتصال ما بين الأقسام الأخرى بالمستشفى

معلومات عامة:

يجب عمل تسجيل كامل لكل المعلومات في تقرير غرفة الإفاقة.

خطوط إرشادية تختص بتسجيل الرعاية التمريضية

السياسة:

يجب وجود سجل قانوني كتابي لكل مريض يدخل إلى جناح العمليات وذلك بهدف توفير المعلومات لتسهيل استمرارية الرعاية وتقديم آلية تعكس التقييم والتصرف والتخطيط التمريضي قبل إجراء العملية أو الرعاية أثناء إجراء العملية وتوفير آلية تقييم نتائج التدخلات التمريضية.

معلومات عامة:

1. يجب البدء في التسجيل بمجرد وصول المريض إلى منطقة الانتظار وجناح العمليات أو أي منهما.
2. في حالة حدوث خطأ في التسجيل، يشطب الخطأ بخط مستقيم عليه مع التوقيع عليه بالأحرف الأولى.

الإجراءات:

أولاً: تسجيل الرعاية السابقة للعملية

يجب تسجيل تقدير حالة المريض بمجرد وصوله إلى جناح العمليات عن طريق:-

1. التأكد من تحقيق الشخصية
2. البيانات الحيوية الأساسية
 - العلامات الحيوية
 - الدراسات التشخيصية التي لم تسجل بعد
1. أنواع الحساسية
2. درجة الوعي والتنبيه
3. الحالة النفسية
4. التطابق مع أوامر الصيام ليلة العملية التي يصدرها الطبيب
5. حالة الجلد
6. تنظيم المتعلقات الشخصية
7. تحديد الرعاية المسجلة للمريض

ثانياً: تسجيل الرعاية المقدمة أثناء العملية

1. يجب تحديد كل الأشخاص المساهمين في تقديم الرعاية بالاسم واللقب ويشمل ذلك:

- الجراح ومساعديه
- الممرضات المؤهلات
- أخصائيي التخدير ومعاونينهم
- آخرين

(فني مراقبة ومتابعة، فني أو أطباء التحويلات الجانبية كما في تحويل الدورة الدموية في عمليات القلب المفتوح).

2. يجب أن تسجل وتقيم الرعاية المقدمة أثناء العملية لتشمل:
 - وضع المريض أثناء العملية (تشمل أدوات وحواجز ضبط الوضع)
 - منطقة وضع ثنية (كيس هواء) الرباط الضاغط الهوائي، وجهاز الضغط وفترات الانتفاخ.
 - مكان وضع وسادة القطب الأرضي
 - حدوث عد جراحي متكرر ونتائجه
 - تحديد أدوات التحكم في درجة الحرارة ورقمها المسلسل
 - تحديد وذكر موقع أجهزة المراقبة
 - تحديد الوحدات الجراحية الكهربائية ورقمها المسلسل
 - المواد العلاجية التي قدمتها الممرضة للمريض
 - وضع قسطنطين أو خراطيم بذل أو حشو
3. يجب أن يشمل التسجيل الإضافي، مع عدم الاختصار على ذلك:
 - نوع وحجم وتحديد أية أشياء تم زرعها
 - تحديد أية معاونات خارجية وموضعها (مثل مثبتات منع الحركة)
 - العينات التي تم أخذها

ثالثاً: تسجيل الرعاية المقدمة بعد إجراء العملية

1. يجب أن يشمل تسجيل الرعاية المقدمة بعد إجراء العملية ما يلي، مع عدم الاختصار عليه:
 - حالة المريض
 - الإفرازات والدم المفقود إذا لزم الوضع
 - الحالة التنفسية
 - تم وضع خرطوم
 - تم نزع خرطوم
 - تصنيف الجرح
 - الضمادات
 - تقييم حالة الجلد
2. يجب أن تشمل معلومات الخروج
 - الوحدة التي سيخرج المريض إليها
 - غرفة الإفاقة
 - وحدة رعاية مركزة
 - وحدة الأطفال المبتسرين
 - وحدة الغسيل الكلوي
 - حجرة بالمستشفى
 - المنزل.
 - طريقة النقل
 - الأفراد الذين يقومون بالنقل
 - لمن ترفع التقارير
3. يجب أن توضع السجلات التي تضم كل ما يتعلق بالعملية في سجل المريض الطبي قبل خروج المريض من جناح العمليات.

التقارير

السياسة:

يجب أن يتم كتابة وحفظ تقارير أسبوعية، وشهرية، وسنوية، بمكتب مشرف جناح العمليات بهدف ضمان سلامة وحفظ التقارير الخاصة بالأنشطة المتنوعة التي تتم بداخل جناح العمليات.

معلومات عامة:

يتم عمل سجل وحفظه بواسطة مشرف جناح العمليات وهذا السجل يتضمن الآتي:

1. سجل مرضى الجراحة اليومي
2. الاستخدام الشهري بواسطة الجراحين
3. صيانة الأدوات
4. الرصيد ومعدلات الاستخدام
5. كشف حضور العاملين
6. تقييم الأداء السنوي للموظفين
7. تقارير بالأحداث
8. تقارير اللجان
9. أنشطة ضمان الجودة
10. تقرير الميزانية الشهري

الموافقة الجراحية

السياسة:

يجب أن يحصل كل المرضى الذين سيخضعون لعمليات جراحية أو تشخيصية على موافقة جراحية وذلك بهدف حماية المريض من الممارسات غير المصرح بها ولحماية الجراح والمكان من دعاوى تقديم رعاية غير مصرح بها أو غير صحيحة للمريض.

معلومات عامة:

1. من مسئولية الجراح المناوب أن يحصل على موافقة صريحة موقعة من المريض أو مرافقه القانوني.
2. إن التصريح عبارة عن مستند قانوني يضمن أن المريض أو مرافقه القانوني قد أحيط علماً بالتالي:

- نوع الجراحة
- المضاعفات المحتملة والمخاطر التي تتطوي عليها
- إعطاء الطبيب الإذن بإجراء العملية
- إعطاء إذن بتلقي التخدير

3. في حالة رفض المريض إجراء جراحة يجب أن يوقع هو ومرافقه القانوني على إقرار بذلك ويرفق بالتذكرة الطبية ويخرج المريض من المستشفى في التو.
4. في حالة طلب المريض أو مرافقه القانوني عمل العملية في مكان آخر فيتم إبلاغ النائب الإداري بذلك ويتم تحويله للمكان الآخر بواسطة عربة إسعاف بها طبيب مرافق من المكان الآخر ويشترط في هذه الحالة أن تكون حالة المريض تسمح بالتحويل والانتقال بعربة إسعاف من مكان لآخر.

تقارير وقوع حوادث

السياسة:

يجب إكمال تقرير وقوع حادث وإعادته إلى مشرف جناح العمليات عند حدوث أي أمر لم يكن مستهدفاً حدوثه لرفع تقرير هذا الحادث إلى المختصين المعنيين.

معلومات عامة:

1. يجب إكمال تقارير وقوع الحوادث في زمن وقوعها.
2. يجب إكمال تقارير وقوع الحوادث بواسطة الشخص الأكثر إلماماً ومعرفة بالحادث.
3. يعتبر تقرير وقوع حادث تقرير سري.
4. يجب عدم عمل أية نسخ أو صور من تقرير وقوع حادث.

الإجراءات: عند وقوع حادث:-

1. يتم الإبلاغ عن الحادث ويقوم الشخص الأكثر إلماماً ومعرفة بالحادث بكتابة تقرير عن وقوع حادث.
2. يمكن الحصول على نماذج تقرير وقوع حادث من مشرف جناح العمليات.
3. يتم إعادة النموذج بعد إكماله ، إلى مشرف جناح العمليات.
4. يقوم مشرف جناح العمليات بعمل تحريات للمتابعة بالاشتراك مع مدير الجراحة.

الفصل الحادي عشر:

السياسات المتعلقة بالتحكم ومقاومة العدوى

احتياطات عامة

السياسة:

تستخدم الاحتياطات الوقائية مع كل المرضى لحماية العاملين من تعرض الجلد والأغشية المخاطية للدم وسوائل الجسم الأخرى.

الغرض:

منع نقل فيروسات الكبد الوبائي والايذز والعوامل المرضية الأخرى الصادرة من الدم.

1. معلومات عامة:

2. المعدات الواقية المتوفرة لكل العاملين:

3. القفازات

4. الأقنعة

5. النظارات

6. أوعية المسح والتنظيف

7. المرايل

الإجراءات:

1. يجب ارتداء القفازات عند لمس الدم وسوائل الجسم والأغشية المخاطية أو جلد غير سليم وذلك بالنسبة لكل المرضى، وكذلك لتداول الأصناف أو الأسطح الملوثة بالدم أو سوائل الجسم ولإجراء شق وريدي أو أية عمليات أخرى تصل إلى الأوعية الدموية. كما يجب تغيير القفازات بعد التلامس مع كل مريض عند أي إجراء جراحي يتم لبس قفاز معقم.

2. يجب ارتداء أقنعة ونظارات حامية للعين أو حاجز واقٍ للوجه أثناء العمليات لحماية الأغشية المخاطية للأنف والحنجرة والعينين من التعرض المحتمل للدم أو سوائل الجسم الملوثة.

3. يجب على الأفراد الذين تلوّث ملابسهم بالدم أو سوائل من جسم أي مريض تغييرها بأخرى نظيفة قبل الانتقال إلى مريض آخر وأفراد غرفة العمليات المرتدون مريضة مسح وتنظيف، يستبعدون المريضة بعد كل حالة.

4. يجب أن يزال التلوث من الآلات والملابس قبل إرسالها للتعقيم أو المغسلة باستعمال محلول كلور نصف في المائة لمدة عشر دقائق

5. تلوّث الأرضيات والأسرة يزال باستعمال محلول كلور مخفف.

6. يجب غسل الأيدي وأسطح الجلد الأخرى فوراً وبصورة دقيقة إذا تلوّثت بدم أو سوائل جسمية أخرى. كما يجب غسل الأيدي فوراً بعد خلع القفازات.

7. يجب عدم تغطية الإبر بغطائها بعد الاستخدام، وتستبعد من بين الحقن التي يتم التخلص منها بعد الاستعمال أو أية أصناف يتم تداولها باليد. توضع الإبر التي لا يقصد التخلص منها بعد الاستعمال، في وعاء مقاوم للاختراق لنقلها إلى منطقة إعادة المعالجة والإبر التي سيتم التخلص منها تجمع في وعاء مماثل وترسل إلى المحرقة.

8. يجب ابتعاد العاملين في تقديم الرعاية الصحية الذين لديهم التهاب جلدي غزير الإفراز عن كل رعاية مباشرة للمرضى وعن تداول أدوات رعاية المرضى حتى تشفى حالتهم.

متطلبات صحة العاملين

السياسة:

يجب أن تكون صحة الأفراد الذين يوفرون الرعاية للمريض الجراحي بصورة لا تتعارض مع صحة وسلامة المرضى والعاملين الآخرين ولا تتداخل في أدائهم للوظيفة وذلك بهدف ضمان أمان المريض ومنع تعرض المرضى أو العاملين الآخرين للعدوى أو لأمراض معدية ويجب كذلك وضع منع انتشار العدوى للبيئة المحيطة بالمستشفى عن طريق التخلص من النفايات بصورة سليمة سواء النفايات العادية أو الخطرة أو الأقل خطورة.

معلومات عامة:

1. العدوى:

الأفراد الذين يعرف عنهم أو يشتبه في إصابتهم بعدوى، لن يسمح لهم بالعمل بدون إذن من مشرف غرفة العمليات ويتم إعطائهم أجازات لحين الشفاء وانتهاء فترة حمل العدوى ونقلها للمحيطين بهم وأن يكون الشفاء التام قد حدث.

2. الأمراض المعدية:

الأفراد الذين يعرف عنهم أو يشتبه في إصابتهم بمرض معد، لن يسمح لهم بالعمل بدون إذن من مشرف غرفة العمليات إلا بعد عمل التحاليل اللازمة وانتهاء الأطوار المعدية تماما بحيث يكون تشغيلهم آمنا لهم ولزملائهم والمرضى كذلك.

3. الجروح المفتوحة:

الأفراد الذين لديهم إصابات أدت إلى جروح مفتوحة لوقت ممتد أثناء العمل يجب عليهم الإبلاغ عن إصابتهم ويتم فحصها بواسطة مشرف غرفة العمليات للعلاج المناسب.

بالإضافة إلى ذلك، فالأفراد الذين لديهم إصابات تولدت عنها جروح مفتوحة لوقت ممتد والذين يشمل تخصصهم الوظيفي التلامس اليدوي مع:

- المرضى
- متعلقات المرضى
- التوريدات الجراحية
- المعدات،

يطلب منهم الحصول على موافقة من القسم قبل مباشرة العمل.

4. الطفح:

كل أنواع الطفح يجب الإبلاغ عنها لمشرف غرفة العمليات أو من ينوب عنه ويقوم طبيب مسئول بتقييم الطفح قبل منح الموظف موافقة القسم لمباشرة أو الاستمرار في العمل ويتم منع جميع المصابين بطفح جلدي التهابي أو به التهابات ثانوية من التعامل مع المرضى والزملاء والتوريدات الجراحية والمعدات المعقمة والألات الجراحية المعقمة.

5. البثور:

تعتبر البثور مصدر مفتوح للتلوث البكتيري ولذا يتم التعامل معه بحرص شديد لمنع انتشار العدوى.

الأفراد الذين يشمل تخصصهم الوظيفي التلامس اليدوي مع المرضى أو متعلقاتهم أو الذين يشمل عملهم

الخدمات الجراحية - سياسات التحكم في العدوى

التلامس مع التوريدات والمعدات الجراحية أو أي منها يجب عدم السماح لهم بذلك في حالة إصابتهم بها.

هيئة العاملين

السياسة:

يجب على كل العاملين الداخلين إلى المناطق المحظورة أو شبه المحظورة في جناح العمليات ارتداء رداء مناسب بهدف توفير بيئة آمنة لمرضى الجراحة وذلك لتقليل مصادر التلوث الخارجية إلى أقل مدى.

معلومات عامة:

1. معايير انتقاء الملابس:

- يجب ارتداء الملابس الخاصة بالتعقيم والتنظيف التي توافق عليها المستشفى فقط. ويتم إزالة التلوث منها والغسيل والي بواسطة المستشفى.
- يجب أن تغسل ملابس التعقيم والتنظيف التي يعاد استخدامها في مغسلة ذات إمكانيات توافق عليها المستشفى.

2. الملابس المناسبة:

- تشمل الملابس الصحيحة في المناطق شبه المحظورة في غرفة العمليات البنود التالية الموردة بمعرفة المستشفى:
 - غطاء رأس
 - غطاء للوجه (للعاملين الذين لديهم شعر في وجوههم).
 - سروال وقطعة ملابس علوية خاصين بالتعقيم والتنظيف.
 - زي خاص بالتعقيم.
 - سترة تدفئة.
 - أغطية للحذاء (للاارتداء فوق الأحذية الخاصة)
 - أو أحذية يتم ارتداؤها فقط في جناح العمليات.
 - عند ترك جناح العمليات لأي سبب يتم ارتداء بالطو أبيض فوق ملابس العاملين ويتم خلع غطاء الرأس والوجه وأغطية الأحذية ويتم استبدالهم عند العودة لجناح العمليات مرة أخرى.
- تشمل الملابس الصحيحة التي يتم ارتداؤها في المنطقة المحظورة في غرفة العمليات نفس الملابس التي يتم ارتداؤها في المنطقة شبه القاصرة، وتشتمل أيضا كمادة للوجه.
- يتم استبعاد الملابس التي تصبح مبللة أو ملوثة بأي أسلوب آخر وتصرف ملابس جديدة بدلا منها.
- يتم استبعاد الملابس والمفروشات إذا أصابها أي قطع أو بدأت في التهاك.
- يتم تبديل الكمادات (الأقنعة) فيما بين العمليات.
- يتم تبديل ملابس التعقيم والتنظيف وسترات التدفئة يوميا أو بمعدل أسرع من ذلك إذا لزم الأمر أي بين كل حالة وأخرى.
- إزالة التلوث هام جدا.

3. بمجرد مغادرة غرفة العمليات:

- يجب استبعاد ملابس التعقيم والتنظيف عند ترك جناح الجراحة.
- عندما يكون من المستحيل استبعاد ملابس التعقيم والتنظيف، فالإجراء المقبول عندئذ يشمل:
 - تغطية ملابس التعقيم بمعطف معمل نظيف يتم إقفال أزراره أو بمريلة تغطية.
 - تغيير ملابس التعقيم بمجرد العودة الى جناح الجراحة.

تداول الفضلات الطبية

السياسة:

يجب اعتبار كل الفضلات الطبية ملوثة وبالتالي يتم تداولها والتخلص منها بصورة سليمة بهدف منع انتشار مرض الى مرضى أو موظفين بسبب التداول غير السليم للفضلات الطبية.

معلومات عامة:

3. تشمل الفضلات الطبية:

- كل سائل الجسم
- الأنسجة
- العظم
- الأجزاء الحادة
- الأكياس والخرائط الخاصة بالحقن داخل الوريد
- أي بند يتلوث بدم أو سائل المريض

4. يجب التخلص من الفضلات السائلة بصيها بحرص في حوض تصريف طبي أو وعاء صرف مخصص لذلك ويجب ارتداء قفازات بواسطة الأفراد الذين يتخلصون من الفضلات توخي الحرص كي لا يحدث أي تطاير لرداذ.

5. يجب التخلص من الفضلات الصلبة سواء في وعاء مانع للتسرب وتنقل إلى محرقة أو جهاز تعقيم بالبخر لقتل الفيروسات والبكتيريا والمتحوصلات.

6. يجب أن توضع كل الأجزاء الحادة (أسلحة المشارط، الإبر، الدبابيس، الخ) والتي استخدمت في عملية جراحية وتحتاج إلى التخلص منها في وعاء مضاد للاختراق أو التمزق لتجنب الجرح العرضي واحتمال انتقال مرض ما.

7. يجب عند وجود شك في تلوث بند معين اعتباره ملوثا وينظف أو يتم التخلص منه بصورة سليمة.

8. يجب أن تقوم الممرضة المناوبة ومسئولة المسح والتنظيف بحماية المرضى والأفراد المساعدين من احتمال التعرض الفضلات الطبية الخطيرة.

9. على العاملات والعمال الذين يعملون في جناح العمليات أثناء تنظيف الأرضيات والحوائط والمعدات لبس الأحذية الواقية المطاطية ذات الرقبة العالية وكذلك لبس قفازات الخدمة الشاقة السميكة حتى لا يتعرضوا للإصابة الفضلات الحادة أو الفضلات الطبية الخطرة أو لمس الأدوات أو المعدات أو الآلات الجراحية قبل إزالة التلوث منها.

10. عند نقل مفروشات أو آلات معقمة من قسم التعقيم المركزي إلى العمليات يراعى اتخاذ كافة احتياطات مكافحة العدوى ومنع انتشارها والتأكد من إغلاق علب التعقيم المعدنية بطريقة سليمة وأن الأشياء المعقمة في عبوات ورقية (باككات) سليمة وغير مصابة بأي قطع

11. ويتم بعد ذلك حفظها في مكان عالي جاف محمي من التلوث للمدة المقررة لصلاحية التعقيم ثم يعاد تعقيمها بالطريقة المعتادة.

التقنية المعقمة

السياسة:

يجب أن يتم الالتزام الصارم بالمبادئ الأساسية للتعقيم والتقنية المعقمة لخلق منطقة معقمة والمحافظة عليها لكل عملية جراحية بهدف توفير بيئة آمنة للمريض الجراحي عن طريق التحكم في مصادر التلوث التي قد تسبب عدوى للجرح بعد العملية.

معلومات عامة:

1. كل أداة تستخدم في عملية جراحية معقمة يجب أن تكون معقمة:

- الطرق المتفق عليها للتعقيم تشمل:
 - بخار ماء مشيع تحت ضغط
 - التعقيم بالكيمويات السائلة
 - بالغاز (مثل أكسيد الإيثيلين)
 - بالحرارة الجافة
 - بأشعة جاما
- الأدوات التي تستخدم في منطقة معقمة يجب أن تكون إما معبأة مسبقاً ومعقمة بواسطة المصنع أو معقمة في المستشفى قبل استخدامها. مؤشرات عملية التعقيم على العبوة تضمن أن الأصناف المعبأة قد مرت بعملية تعقيم.
- إن أي صنف يكون إما معقماً أو غير معقماً. عند نشوء شك يتعلق بتعقيم صنف ما، يعتبر هذا الصنف غير معقم ولا يتم استخدامه. الأوضاع التي تنشئ شك بخصوص تعقيم صنف تشمل:
 - عبوة ذات مظهر يدل على التعقيم موجودة في منطقة غير معقمة أو مختلطة مع أصناف غير معقمة أثناء العمل.
 - عدم التأكد بخصوص عمل المادة أو الجهاز المسئول عن التعقيم أو فترة التعرض له.
 - عبوة معقمة قد تعرضت لرطوبة
 - صنف مغلف في عبوة بها ثقوب أو تمزقات
 - غياب تاريخ التعبئة من على عبوة معقمة
 - أصناف معقمة متروكة بدون حماية (غطاء) في منطقة معقمة
- قبل فتح عبوات معقمة، من مسئوليات الممرضة المناولة أن:
 - تفحص سلامة العبوة
 - تتأكد من تاريخ الصلاحية
 - تراجع مظهر الشريط الذي يبين التعقيم
- من مسئوليات الممرضة المعقمة أن:
 - يراجع مؤشر التعقيم في العبوة المعقمة لتحديد ما إذا كان هذا الصنف قد تعرض للتعقيم أم لا.

2. الأشخاص المرتدون الزي المعقم يلمسون فقط الأصناف المعقمة:

الأشخاص المرتدون زي معقم ويعدون منطقة معقمة أو يفرشون سطح غير معقم لتغطيته يواجهون دائماً المنطقة التي يعدونها. الأشخاص المرتدون زي معقم لا يديرون ظهورهم إلى منطقة معقمة. الأيدي المرتدية القفازات يتم حمايتها أثناء التغطية بعمل ثنية في طرف الغطاء المعقم. الأشخاص المرتدون زي معقم لا يميلون بأجسادهم للوصول فوق أسطح غير معقمة (غير مغطاة بفرش معقم).

3. الأشخاص المرتدون زي غير معقم يلمسون فقط أدوات غير معقمة:

الأشخاص المرتدون زي غير معقم يتجنبون الوصول إلى أو لمس المنطقة المعقمة عند توصيل توريدات معقمة إلى المنطقة المعقمة ونقل محتويات معقمة لعبوة ما، يفتح الفرد غير المعقم العبوة على بعد مناسب آمن من المنطقة المعقمة، ويحمي اليد غير المعقمة باستخدام عبوة التغليف

الخدمات الجراحية - سياسات التحكم في العدوى
الخارجية، ويمد اليد المحمية إلى حافة المنطقة المعقمة أو إلى الشخص المعقم.

4. **المناد التي تم تغطيتها بأغطية معقمة تكون معقمة فقط عند سطح المنضدة:-**
يقوم الأشخاص المعقمون بأداء كل العمل على الأسطح المعقمة للمناد أو منطقة العملية. المواد (مثل أدوات الخياطة وشرائط تطيبن عمليات فتح البطن) التي تعلق فوق حافة المنطقة المعقمة لا تعد معقمة ويتم استبعادها. الأصناف التي تسقط أسفل مستوى المنطقة المعقمة لا تعاد إلى المنطقة المعقمة.

5. **المريلة معقمة من مستوى السرة إلى مستوى الذراعين إلى الأمام.**
وتعتبر الأكمام معقمة حتى بوصتين فوق المرفق: لا يعتبر ظهر المريلة معقمة. مناطق المريلة التي تقع خارج الحدود المذكورة لا تلامس المنطقة المعقمة أو الأدوات المعقمة. الأدوات التي تسقط تحت مستوى السرة بالمريلة يتم استبعادها. لا توضع الأيدي تحت الذراعين في منطقة الإبط.

6. **حافة الأوعية المحتوية على أصناف معقمة لا تعد معقمة بمجرد فتح الوعاء:**
• تشمل الأوعية المحتوية على أصناف معقمة، عبوات إرجاع الثياب، والأوعية المعدنية المحتوية على أغذية، والزجاجات والضمادات. يجب تعريف الحدود بين المناطق المعقمة وغير المعقمة.
• يعد وجود هامش أمان مقداره بوصة واحدة معيار ثابت لتغليف العبوات.
• يبدأ الهامش عند حافة الطاولة بالنسبة لمواد التغليف المستخدمة في تغطية الطاولة.
• تعد الحافة الداخلية للتغليف المانع للحرارة هي الحد المعقم في عبوات إرجاع الثياب.
• عند تعليق (إستخدام) سوائل معقمة، يتم استخدام محتويات العبوة بالكامل أو التخلص من المتبقي.

7. **ضرورة بقاء الأشخاص المعقمين بداخل المنطقة المعقمة:**
تتم المحافظة على هامش أمان عند المرور في مناطق معقمة. تطبق القواعد التالية على تحرك الأشخاص المعقمين:

- يواجه الأشخاص المعقمون المنطقة المعقمة.
- يقف الأشخاص المعقمون على مسافة آمنة من طاولة العمليات عند تغطية المريض.
- يمرر الأشخاص المعقمون بعضهم البعض إما وجها لوجه أو ظهرا لظهر.
- يدير الأشخاص المعقمون ظهورهم إلى الأشخاص غير المعقمين أو المنطقة غير المعقمة عند المرور بها أو بهم.
- يطلب الأشخاص المعقمون من الأشخاص غير المعقمين التنحي جانبا، بدلا من التزاحم، عند المرور بهم.
- يظل الأشخاص المعقمون بالقرب من المنضدة المعقمة الخلفية أثناء التجهيزات للبدء في الجراحة والتي يقوم بها الأشخاص غير المعقمين.

8. **الأشخاص غير المعقمين يجب أن يحافظوا على مسافة آمنة بعيدا عن المناطق المعقمة:**

9. **الملابس والمفروشات المعقمة والتي تم اختراقها ستعتبر ملوثة:**

- الملابس والمفروشات المعقمة مثل المرايل والأغطية يجب فحصها قبل وأثناء الجراحة للتأكد من سلامتها. وعند اختراق الحواجز المعقمة، يجب استبدالها أو تقويتها.
- عند تشرب الرطوبة أو البلل عبر ملابس أو مفروشات معقم من سطح إلى سطح غير معقم. يعد السطح المعقم عندئذ ملوثا.
- لمنع التلوث:

- يجب وضع كل العبوات المعقمة على سطح جاف نظيف.
- عند استخدام محاليل أثناء الجراحة، يبذل كل مجهود للمحافظة على المحاليل ولمنع الرطوبة من اختراق الحواجز المعقمة. مثل الأغذية والأسطح الملامسة غير المعقمة.
- عندما تتشرب الرطوبة أو البلل عبر حاجز معقم، لا يعتبر ذلك الحاجز معقما بعد ذلك ويستبدل أو تتم تقويته.

10. **عند حدوث تلوث يجب تطبيق الإجراءات التصحيحية على الفور**

الخدمات الجراحية - سياسات التحكم في العدوى
وعندما يكون هناك أي شك في تعقيم صنف أو سطح معين، فسوف يعتبر ملوثاً.

العناية بالأدوات وتنظيفها

السياسة:

يجب أن يتم تطهير كل الأدوات الجراحية وتنظيفها والمحافظة عليها وتخزينها بصورة صحيحة بهدف التأكد من أن الأدوات تؤدي وظائفها بصورة جيدة كما أن عملية التعقيم تطيل من عمر الأدوات الجراحية. وأيضاً لحماية المرضى والعاملين من الأخطار المحتملة.

معلومات عامة:

1. العناية أثناء إجراء العمليات:

- يجب تداول الأدوات بعناية واستخدامها في الأغراض المخصصة لها.
- يجب المحافظة على الأدوات نظيفة بقدر الإمكان أثناء العمليات
- تنظف الأدوات بماء معقم.
- تغسل التجاويف بماء معقم.
- لا تقذف الأدوات في أحواض الماء المعقم، بل توضع في الأحواض.

2. العناية بعد اتمام العمليات:

- يتم تعقيم الأدوات بعد الانتهاء من العملية مباشرة.
- تفتح الأدوات وتفكك.
- توضع الأدوات على قمة الأدوات الأثقل.
- تنقع الأدوات الملوثة بكتل مرئية من الدم أو الأنسجة أولاً في منظف.
- تغمر الأدوات التي ينصح بتنظيفها (إذا كان ذلك الصنف قابل للغمر) في منظف مقبول لدى المستشفى، وتنظف تحت سطح المحلول ويشطف.
- تشمل الملابس التي يرتديها العاملون في تنظيف الأدوات ما يلي:
 - نظارة واقية أو عادية
 - قفازات
 - قناع
 - مريلة غير منفذة

3. بعد الغسيل اليدوي

- تعد الأدوات للتعقيم أو التخزين حسب ما هو مناسب.
- تفحص الأدوات بعد التعقيم لبيان إذا كان بها عيوب، وللتأكد من التشغيل المضبوط ومدى النظافة.
- يتم تزييق الأدوات التي تحتوي على أجزاء متحركة بمادة مزقة قابلة للذوبان في الماء حسبما هو مناسب.
- تخزن الأدوات بعد ذلك في منطقة تخزين معقمة نظيفة أو تعبأ للتعقيم.

تنظيف أجهزة التخدير

السياسة:

يجب أن يتم تنظيف كل أجهزة التخدير في نهاية اليوم وإزالة التلوث بها أو تعقيمها قبل إعادة استخدامها وذلك بهدف توفير معيار ثابت لتنظيف آمن لأجهزة التخدير متكررة الاستخدام ولتقليل كمية الكائنات الدقيقة إلى أقل درجة ممكنة تمنح الأمان.

معلومات عامة:

من مسئولية أفراد جناح الجراحة تنظيف أجهزة التخدير المستخدمة يوميا في نهاية كل يوم، ويجب توافر محلول معد حديثا قاتل للجراثيم ومخفف للنقع في النهاية.

الإجراءات:

1. تغسل الأجهزة الملوثة (ارتد قفازات) كالآتي:-
 - توضع الأقنعة المستخدمة ودوائر التنفس وأحواض التقبوء ، الخ .. في حوض
 - توضع الأصناف التي تغسل يدويا في منطف متوسط القوة وتشطف بعناية.
 - توضع الأقنعة ودوائر التنفس والوصلات ومنظار المريء وألواح اللسان في قاتل للجراثيم لمدة 10 دقائق.
 - تشطف الأجهزة بماء.
 - تجفف بغطاء على طاولة.
2. تعاد الأصناف النظيفة إلى مناطق التخزين.

تنظيف أجهزة التعقيم البخارية

السياسة:

يجب تنظيف كل أجهزة التعقيم البخارية على أساس دوري بهدف المحافظة على النظافة ومنع تجمع التراكومات المعدنية المحتملة من الماء المستخدم في عملية التعقيم.

معلومات عامة:

- يتم تعليق جدول تنظيف أجهزة التعقيم في جناح العمليات.
- يجب توافر المواد الآتية لاتمام عملية التنظيف
1. محلول التنظيف المناسب
 2. القماش الخالي من الكتان
 3. ماء الصنبور

الإجراءات:

1. يترك جهاز التعقيم ليبرد حتى درجة حرارة الغرفة.
2. يغسل الجزء الداخلي من الغرفة باستخدام محلول مناسب وقطعة قماش خالية من الكتان.
3. يشطف بماء الصنبور.
4. ترفع شاشة الترشيح ويتم تنظيفها شهريا.

مواد واقية معقمة

السياسة:

يجب تقييم جميع الخامات المستخدمة في الملابس والسترات الجراحية قبل استخدامها في جناح الجراحة بهدف المساعدة على منع تلوث الجروح وخلق نطاق (مجال) معقم والمحافظة عليه.

معلومات عامة:

1. يتم اختيار خامات الملابس والسترات الجراحية بحيث تكون واقية ومن مادة تسمح بامتصاص العرق.
2. يجب أن تكون الخامات:
 - ضد اختراق السوائل
 - ضد التمزق والخرق
 - خالية من الضمادات الكتانية
3. يجب أن تكون الخامات ذات خاصية الوقاية مع الغسل المتعدد والتعقيم.
4. ما قبل الاستخدام:
 - يجب استخدام خامات جاهزة سليمة لخلق نطاق معقم والحفاظ عليه.
 - يجب فحص الخامات قبل استخدام الملابس والسترات من حيث:
 - سلامتها
 - وجود علامة خرق
 - كفاءة العزل

الإجراءات:

1. يتم فحص عبوة الضمادات (القطنيات) قبل فتحها.
2. يتم فحص جزئيات العبوة من حيث:
 - سلامتها
 - وجود ما يدل على اختراقها
 - كفاءة المادة الواقية
3. تعتبر العبوة ملوثة ويتم استبعادها عند ملاحظة أي قطع في سلامة العبوة أو كفاءة المادة الواقية.

تعقيم الأصناف الجراحية

السياسة:

يمكن تعقيم الأصناف الجراحية التي تدخل تحت الغشاء المخاطي قبل الاستخدام في العملية الجراحية بهدف توفير معدات خالية من كل الكائنات الدقيقة فيما عدا الجراثيم المتحوصلة.

معلومات عامة:

1. يتم استخدام مادة معقمة توافق عليها المستشفى وذات جودة عالية.
2. يتم تحضير السوائل المعقمة طبقاً لتعليمات المصنع.
3. يتم وضع بطاقة تعريف كل محاليل التعقيم المعدة بواسطة الشخص الذي قام بتحضير المحلول. ويجب أن تشمل البطاقة:
 - تاريخ التحضير
 - تاريخ انتهاء الصلاحية

- اسم الشخص الذي قام بتحضير المحلول

الإجراءات:

1. يجب أن تكون الأصناف نظيفة وخالية من الدم والأنسجة الجافة التي يمكن رؤيتها بالعين المجردة وذلك قبل التعقيم.
2. يجب أن تتلامس كل الأسطح عند غمرها، بما في ذلك التجايف، مع المادة المعقمة ويتم فتح الآلات إذا كانت مغلقة.
3. يجب أن تتطابق طول فترة الغمر مع إرشادات المصنع لتحقيق قتل الكائنات الدقيقة بنسبة 100% باستثناء الجراثيم المتحوصة.
4. تشطف المعدات بعد التعقيم في ماء معقم بواسطة الممرضة المعقمة.

ارتداء المرايل والقفازات

السياسة:

يجب أن يرتدى كل الأفراد الذين اغتسلوا (تعقموا) مرايل وقفازات معقمة عند المشاركة في إجراء جراحة وذلك بهدف خلق منطقة معقمة (حول مكان العملية) والمحافظة عليها ولمنع تلوث الجروح.

معلومات عامة:

1. المرايل

- يتم ارتداء المرايل الجراحية المعقمة فقط والمصنوعة من مادة ثبت فعاليتها كواق ضد مرور الكائنات الدقيقة من المناطق غير المعقمة إلى تلك المعقمة.
- يفضل استعمال مرايل واقية ذات الاستعمال مرة واحدة ويتم التخلص منها بالطريقة المعتادة. بعد اتخاذ كافة احتياطات منع انتشار العدوى.
- يجب على كل الأشخاص الذين يقومون بالتعقيم استعدادا للجراحة ارتداء مرايل معقمة.
- المريلة المبلولة غير معقمة
- يعتبر الجزء الأمامي من المريلة الجراحية بعد ارتدائها معقما من مستوى الإبط إلى مستوى المائدة والكمين إلى ارتفاع بوصتين فوق المرفق ولا يعتبر الجزء الخلفي منها معقما كذلك أساور المريلة لا تعد معقمة بمجرد مرور يد من خلالها ويجب أن يغطيها القفاز المعقم.
- يتم تغيير المرايل التي تصبح ملوثة.
- يتم إزالة التلوث بعد الاستعمال وقبل الغسيل والتعقيم

2. القفازات:

- يجب على كل الأشخاص الذين يقومون بالتعقيم استعدادا للجراحة ارتداء قفاز معقمة.
- يجب لبس القفاز بدون لمس سطحه الخارجي. Non touch technique
- على ممرضة العمليات تلبس الأطباء القفازات المعقمة باستخدام طريقة القفاز المفتوح
- يجب أن تغطي القفازات أساور أكمام المريلة.
- يستخدم الأفراد المعقمون طريقة القفازات المقفلة لارتداء سليم لقفازات معقمة.
- يتم تغيير القفازات التي يظهر بها ثقوب أو تصير ملوثة بأسرع ما يمكن باستخدام تقنية القفاز المفتوح وبدون لمس السطح الخارجي.

مراقبة عملية التعقيم

السياسة:

يجب اتباع كل إجراءات مراقبة التعقيم بصورة منتظمة بالنسبة لكل أجهزة التعقيم المستخدمة في جناح العمليات بهدف التأكد من كفاءة وفعالية عملية التعقيم.

معلومات عامة:

1. إجراءات مراقبة ميكانيكية:

- يمكن استخدام أجهزة التعقيم المزودة بمؤشرات وأدوات تسجيل والتي تعمل بصورة سليمة وتبين درجة الحرارة وزمن التعرض لعملية التعقيم.
- يراعى عند حدوث تباين بين درجة الحرارة المضبوط عليها جهاز التعقيم وزمن التعرض من جهة وبين درجة الحرارة وزمن التعرض المبينين على شاشة المؤشر من جهة أخرى عدم إدخال الأصناف التي تم معالجتها في هذا الجهاز إلى المنطقة المعقمة.
- يقوم الشخص الذي يكتشف هذا التباين بوضع علامة معطل على جهاز التعقيم ويبلغ الممرضة المسؤولة بذلك.
- يمكن استخدام أجهزة التعقيم التي تم إصلاحها فقط بعد اختبارها طبيا والاطلاع على نتائج الاختبار.

- تسجل درجة الحرارة وزمن التعرض ويتم الاحتفاظ بهما.
- يتم صيانة كل أجهزة التعقيم سنويا على الأكثر ويحتفظ دائما بدليل مسجل به الصيانة المقدمة.

2. إجراءات مراقبة كيميائية:

- يجب اختبار أجهزة التعقيم التي تعمل بتفريغ الهواء باستخدام عبوة اختبارية.
- يجب فحص المؤشرات الكيميائية الموجودة خارج العبوات المعقمة بمجرد خروجها من جهاز التعقيم لبيان التغيرات اللونية المناسبة.

3. إجراءات مراقبة بيولوجية:

- يتم إجراء التجارب البيولوجية لكل أجهزة التعقيم أسبوعيا على الأقل، وقد تزيد عن ذلك عند ظهور الحاجة إليها.
- يقوم الأفراد الملمون بإجراءات المراقبة البيولوجية فقط بهذا الاختبار.

إجراءات الصحة العامة بجناح العمليات

السياسة:

يجب المحافظة على نظافة غرفة العمليات من خلال عملية تنظيف ثابتة ومستمرة وتكون إجراءات وطرق التنظيف متماثلة بالنسبة لكل العمليات الجراحية

وذلك بهدف تحقيق بيئة نظيفة والمحافظة عليها وتقليل إمكانية حدوث نقل للعدوى بين المرضى من جهة وبين طاقم العاملين بغرفة العمليات من جهة أخرى.

معلومات عامة:

1. يجب أن تعكس كل الإجراءات مبادئ الحيطة والاحتواء (الوقاية ومنع الانتشار لحماية الفريق الطبي والمرضى والبيئة الخارجية).
2. يجب أن يضاف مطهر مقبول لدى المستشفى إلى كل عملية نظافة تشمل مسح عام.

3. محلول الكلور المخفف هام جدا لازالة التلوث

الإجراءات:

النظافة اليومية:

1. يجب مسح كل الأسطح الأفقية في غرفة العمليات قبل فتح التوريدات (الآلات والمفروشات) الخاصة بأول عملية في جدول ذلك اليوم.

2. يتم إجراء النظافة أثناء إجراء العملية كالتالي:

- المناطق الواقعة خارج نطاق المنطقة المعقمة (مثل أرضية غرفة العمليات) والتي تتلوث بمخلفات عضوية أو بدم يتم تنظيفها بسرعة.
- الأشياء التي تصبح ملوثة بمخلفات عضوية أو بدم يتم تنظيفها قبل خروجها من الغرفة.

3. يشمل التنظيف بين الحالات على ما يلي، مع عدم الاقتصار عليه:

- إزالة المخلفات والقطنيات.
- إجراء مسح لكل الإفرازات (المخلفات العضوية) من السلال والدلو ذو الغطاء الذي يفتح بالقدم ومساند القدمين.
- تنظيف مائدة غرفة العمليات.
- مسح حوامل المحاليل ، وحامل "مايو" والمعدات وموائد التحضير، وأضواء غرفة العمليات.
- مسح المصابيح المعلقة على الحوائط.
- مسح الأرضية بالماء.

4. تعتبر كل الأشياء التي تلامست مع المريض أو المنطقة المعقمة بعد الانتهاء من العملية أشياء ملوثة.

- ينقل صندوق القمامة حيث يتم تنظيفه.
- توضع القطنيات التي يعاد استخدامها في وعاء خاص بالمغسلة ويغلق.
- توضع ذوات الأطراف الحادة والحقن في أوعية مقاومة للتمزق.
- تغطي الأدوات والصواني الحاملة والأحواض بحاجب وتنقل إلى منطقة المعالجة الخاصة بها.
- تؤخذ خراطيم الشفط المحتوية على دم أو سوائل أخرى من الجسم إلى منطقة ملائمة للتخلص منها.

5. يشمل التنظيف الذي يتم في نهاية اليوم الإجراءات التالية، ولكنه غير قاصر عليها:

- تنظيف دقيق للأثاث والمعدات.
- تنظيف وتطهير أوعية القمامة التي تفتح بالقدم.
- تنظيف أبواب الخزانات (الدواليب) وأبواب غرفة العمليات.
- تنظيف حوض المسح.
- تنظيف عربات النقل والمرافق.
- مسح الأرضيات بالماء.
- تنظيف أدوات النظافة ذاتها.

6. يشمل التنظيف الدوري على الأقل ما يلي، لكنه غير قاصر على ذلك:

- تنظيف أسبوعي للخزانات والأرفف والجدران والأسقف والممرات الثابتة وفتحات تهوية أجهزة التكييف.
- تنظيف كل أسبوعين للمكاتب والردهات وغرف التخزين المجاورة.

معايير تحديد إصابة جرح بعدوى

السياسة:

يجب على المستشفى وضع معايير تحديد العدوى التي تحدث بداخلها وذلك بهدف المساعدة على تصنيف العدوى التي تحدث داخل المستشفى وتقليل اللبس في تحديد عدوى الجروح.

معلومات عامة:

1. تعريف العدوى التي تحدث داخل المستشفى: - هي العدوى التي يتم تشخيصها أثناء أو بعد إجراء عملية ولم تكن موجودة أو في مرحلة الحضانة عند وقت دخول المستشفى. عموماً العدوى التي تحدث في ظرف 72 ساعة بعد الجراحة، والتي تتفق مع تلك المعايير يجب اعتبارها صادرة من المستشفى.
 - يجب أن تفي عدوى الجرح السطحية بالمعايير التالية: تحدث العدوى عند موضع الفتح الجراحي في ظرف (30) ثلاثين يوماً بعد إجراء الجراحة وتشمل الجلد والأنسجة تحت الجلدية أو العضلات الواقعة فوق الطبقة السطحية بالإضافة إلى أي مما يلي:
 - تشخيص الجراحون أو الأطباء المتابعون للعدوى.
 - وجود إفرازات غزيرة من الفتح الجراحي أو خرطوم البذل الموجود فوق الطبقة السطحية.
 - وجود كائنات مجهرية تم عزلها من مزرعة أجريت لسائل خارج من جرح كان قد التأم من أول مرة.
 - فتح الجراح للجرح متعمداً ، إلا إذا كانت مزرعة الجرح سلبية.

2. يجب أن تفي عدوى الجرح الجراحي العميق - بالمعايير التالية: تحدث العدوى عند موضع العملية في ظرف (30) ثلاثين يوماً بعد إجراء الجراحة إذا لم يترك في هذا الموضع أي جزء مزروع أو في ظرف عام إذا كان هناك زرع في هذا الموضع وتشمل العدوى الأنسجة أو المساحات الواقعة عند أو تحت الطبقة السطحية بالإضافة إلى أي مما يلي:
 - تشخيص الجراح للعدوى.
 - وجود إفراز غزير من خرطوم البذل الموضوع تحت الطبقة السطحية.
 - تتفق الجرح بمفرده أو فتحه عمداً بواسطة الجراح عند إصابة المريض بحمى (أكثر من 38°م) ووجود احمرار أو ألم موضعي، أو أي منهما إلا إذا كانت مزرعة الجرح سلبية.
 - وجود خراج أو عدوى شديدة يمكن رؤيتها بالفحص المباشر أثناء الجراحة أو بواسطة الفحص الباثولوجي للأنسجة المريضة.

3. يجب أن تفي عدوى مجرى البول بأي من المعايير التالية:
 - حمى (أكثر من 38°م) أو الوصول إلى درجة الطوارئ أو معدل التبول أو احتباس البول أو وجود احمرار فوق العانة وتكون نتيجة مزرعة البول أكثر من 5-10 مستعمرة جرثومية لكل مليلتر من البول مع عدم وجود أكثر من نوعين من الجراثيم.
 - تشخيص الطبيب.
 - تقرير الطبيب باستخدام جرعات علاجية مناسبة مضادة للميكروبات.

الفصل الثاني عشر:

السياسات المتعلقة بالإمداد والتوريد الطبي

تدبير وصيانة المعدات / التوريدات

السياسة:

يجب أن تتوفر كمية مناسبة من التوريدات والمعدات طوال الوقت لدعم الرعاية ذات المستوى الجيد للمريض الجراحي.

معلومات عامة:

يجب الحصول على كل المعدات والتوريدات من معاون التوريد الجراحي ويكون مسئولاً عن انتاج وتخزين وصيانة كل التوريدات والمعدات.

الاجراءات:

1. التوريدات المعتادة:-

- تحفظ قائمة بكل التوريدات المعتادة في القسم.
- يثبت المنسوب المتوسط المناسب لكل التوريدات المعتادة.
- يكون هناك شخص معين لمراجعة المنسوب المتوسط لكل التوريدات المعتادة والقيام بعمل طلبيات لإحلال المستهلك على أساس يومي أو أسبوعي حسبما هو مناسب.
- تقدم طلبيات إحلال التوريدات المعتادة إلى قسم إدارة المواد حسبما هو مناسب.
- يجب تقديم طلبات الأصناف التخصصية لمعاون توريد الجراحة ومدير العمليات أو أي منهما.

2. المعدات الجديدة:

- يتم فحص المعدات الجديدة بواسطة مهندس طبي قبل إدخال المعدات إلى غرفة العمليات.
- يتم تسجيل المعدات الجديدة بهدف العناية والتداول السليم لها، بالإضافة إلى تسجيل نصائح وإرشادات المصنع، ويحفظ كل هذا في ملف يكون في متناول القسم.
- تقدم المستندات إلى قسم "التشغيل المركزي" (القسم الهندسي أو الصيانة) فيما يتعلق بالأصناف التي تستلزم التشغيل.
- يتم تدريب أفراد غرفة العمليات على استخدام ورعاية وتداول المعدات الجديدة قبل استخدامها.

3. إصلاح المعدات:

- يكون كل أعضاء فريق الجراحة مسئولين عن التعرف على المعدات المحتاجة إلى إصلاح.
- تستبعد الأصناف المبلغ عن حاجتها إلى إصلاح من الخدمة فوراً ويتم تحويلها إلى قسم الهندسة الطبية.
- يتم فحص المعدات التي تم إصلاحها بواسطة أي فرد لا يتبع قسم الهندسة الطبية بواسطة قسم الهندسة الطبية بمجرد عودتها وقبل استخدامها في غرفة العمليات.
- يتم الاحتفاظ في القسم بسجل عن الخدمة التي تم تقديمها وتاريخ الإصلاح.
- يتم تسجيل وحفظ الفحص الذي يتم بمعرفة الهندسة الطبية.

4. عدم توافر معدات أو توريدات:

- يتم إخطار مديرة ترميض غرفة العمليات ومعاون الجدولة والتنظيم (المسئول عن الحجز بالعمليات) عند استبعاد معدات من الخدمة أو انخفاض مخزون أصناف أساسية أو انتهاء رصيدها.
- يتم إخطار الجراحين بعدم توافر معدات أو أدوات أساسية قبل وضع أية عملية على الجدول.

طلب توريدات أو معدات رأسمالية

السياسة:

يجب تطوير آلية معينة لأفراد هيئة العاملين واتحاد موردي مواد الرعاية الصحية لاتباعها عند طلب توريدات ومعدات رأسمالية أو أي منها بهدف ضمان أن الطلبات كتابية وأن الأصناف المشتراة هي الصحيحة.

معلومات عامة:

1. تُعرف التوريدات والمعدات الرأسمالية على أنها أي صنف يتم شراؤه وله عمر افتراضي.
2. يجب أن يوافق مدير الجراحة ومدير المستشفى على التوريدات والمعدات الرأسمالية أو أي منها.
3. يجب تقديم طلبات الحصول على التوريدات والمعدات الرأسمالية أو أي منها قبل نهاية السنة المالية لضبط وضع الميزانية.

الإجراءات:

1. يستلزم تقديم الطلبات المعلومات التالية:
 - إقرار كتابي مقدم من الطبيب الذي يطلب ذلك يبرر هذه المشتريات.
 - تقديم قائمة كاملة بالبند أو البنود المطلوبة وتشمل القائمة:
 - اسم المصنع
 - رقم الكatalog
 - اسم الجهاز
 - السعر الحالي له
 - الإجمالي
 - إكمال صيغة طلب "رأسمالي"
2. يتم تقديم الطلب إلى مدير الجراحة للنظر في طلب الشراء.
3. تقدم الطلبات بعد الموافقة المبدئية إلى مدير المستشفى للموافقة.
4. يقدم الطلب إلى قسم المشتريات للتنفيذ بعد الموافقة النهائية من مدير المستشفى.
5. يخصص رقم "طلب شراء" لكل استمارة طلب شراء.
6. تحفظ نسخة من الطلب المقدم إلى قسم المشتريات في ملف.
7. تسحب نسخة طلب الشراء من الملف وتطابق مع المعدات والتوريدات عند استلامها.

قائمة عهدة التوريدات

السياسة:

يجب أن تقوم الممرضة المناوبة أو الممرضة المسؤولة بمراجعة جميع التوريدات المستهلكة التي استخدمت في إجراء عملية على قائمة عهدة التوريدات بهدف التأكد من محاسبة المريض على جميع التوريدات وتغطية تكلفة التوريدات التي استخدمت وكوسيلة لتسجيل المنصرف والداخل على مستوى الرصيد.

معلومات عامة:

1. يتم تخصيص قائمة توريدات لكل المرضى الذين تجرى لهم إجراءات جراحية في جناح العمليات.
2. تتضمن قائمة التوريدات جميع التوريدات المستهلكة في جناح العمليات.
3. يتم استكمال قائمة التوريدات وإرجاعها إلى منسق التوريدات الجراحية.
4. يكون منسق التوريدات الجراحية مسؤولاً عن إرسال قيد حساب إلى مكتب العمل ويقوم بتسجيل الرصيد المستخدم على كشف الخارج.

استلام التوريدات والأدوات المطلوبة

السياسة:

يجب المحافظة على نظام كفاء لاستلام التوريدات المطلوبة.

معلومات عامة:

1. يجب إرجاع نموذج طلب التوريد الخاص بالتوريدات والأدوات المطلوبة عند التوريد.
2. يقوم منسق التوريدات الجراحية بملء نموذج طلب التوريد ويصدق عليه مدير الجراحة.
3. يتم الاحتفاظ بنسخة من نموذج طلب التوريد في جناح العمليات حتى وصول التوريدات المطلوبة.

الإجراءات:

1. يقوم منسق التوريدات الجراحية بتلقي واستلام التوريدات.
2. يتم مراجعة التوريدات ومحتوياتها ومقارنتها مع طلب التوريدات الأصلي مع ملاحظة الطلبات الراجعة والمحذوفات.
3. يقوم الشخص الذي يسلم بند ما إلى المبنى بتوقيع نموذج طلب التوريد وتأريخه.
4. يتم حفظ جميع نماذج طلبات التوريد في ملف خاص وتوضع حسب تاريخ كتابتها. تقرير نهاية العام.
5. يتم تخزين التوريدات في مواضعها المناسبة.

صيانة الأجهزة الطبية

السياسة:

يجب عند حدوث قصور بجهاز ما عمل صيانة بواسطة فني طبي بناء على طلب من منسق التوريدات الجراحية بهدف إعادة الجهاز إلى وضع العمل الأمثل والأمن في وقت مناسب.

الإجراءات:

- عند حدوث قصور بجهاز ما، يجب اتباع الخطوات التالية:
1. يتم مراجعة إجراءات التشغيل الصحيح للجهاز.
 2. يتم الاتصال بمشرف غرفة العمليات ومنسق التوريدات الجراحية في حالة القصور بالجهاز.
 3. يتم ملء نموذج إصلاح الأدوات / الأجهزة.
 4. توضع علامة على الجهاز الذي به القصور على أنه معطل ويتم استبعاده من الخدمة.

تخزين التوريدات المعقمة وغير المعقمة (تواريخ انتهاء الصلاحية / فترة الصلاحية)

السياسة:

1. يجب أن تقوم المستشفى بتسهيل تخزين كل التوريدات المستخدمة في المبنى سواء معقمة أو غير معقمة.
2. يجب أن يتم عمل مراجعة شهرية لتاريخ صلاحية جميع التوريدات المعقمة ومستلزمات العلاج.

معلومات عامة:

1. يتم تخصيص أماكن للتخزين.
2. يتم تخزين كل المعدات المعقمة في مناطق خاصة بالتوريدات المعقمة فقط.
3. تكون فترة صلاحية المعدات المعقمة والمغلقة في ورق مزدوج أو كتان هي شهر واحد. أما إذا كانت مغلقة بإحكام في عبوة بلاستيكية، فتكون مدة الصلاحية 6 أشهر. أما فترة الاسطوانات المعدنية فهي 48 ساعة.

الإجراءات:

1. يتم تخزين كل التوريدات المعقمة (سواء كانت تستعمل ثم يتم التخلص منها أو تستعمل بصفة متكررة) في منطقة توريدات معقمة.
 2. يتم كتابة تاريخ التعقيم وتاريخ نهاية الصلاحية على كل بند.
 3. يتم إجراء فحصاً شهرياً لتواريخ جميع التوريدات المعقمة.
 4. تكون فترة صلاحية جهاز التعقيم الذي يعمل بالضغط البخاري - المعبأ في غطاء رمادي مصنوع من البلاستيك - هي ستة أشهر.
 5. يتم تحريك أماكن جميع الأشياء المعقمة بحيث توضع تلك التي لها تواريخ أقدم في المقدمة أو فوق تلك التي لها تواريخ أحدث.
 6. يقوم أحد العمال المخصصين لذلك بتنظيف الخزانات الخاصة بجميع التوريدات والأجهزة سواء كانت معقمة أو غير معقمة بصفة دورية ويبين ذلك في سجلات نظافة شهرية.
 7. يتم إعادة تغليف أو إجراء معالجة فورية لأية عبوة معقمة تكون:
 - ذات ملمس رطب. أو
 - بها علامة تدل أنها:
 - مبللة
 - ملطخة
 - سقطت
 - مقطوعة
 - ممزقة
- مع وضع ختم يجعل هذه العبوة موضع فحص.

تعبئة وتغليف الأدوات والتوريدات

السياسة:

يجب تجهيز وتعبئة وتغليف كل الأشياء من أجل تعقيمها بطريقة تسمح بتحقيق التعقيم التام وذلك لضمان خلو الأشياء المستخدمة في الجراحة من الجراثيم الحية والمساعدة على توفير بيئة معقمة لإجراء العمليات الجراحية.

معلومات عامة:

1. الأغطية:

- يجب استخدام الأغطية (والأغلفة) والأوعية المصرح بها من قبل المستشفى بغرض تعبئة الأشياء التي يجب تعقيمها.
- تتضمن معايير الاختيار البنود الآتية:
 - يجب أن تكون جميع الأغطية والأوعية متناسبة مع عملية التعقيم.
 - البخار: يجب أن يسمح باستبعاد الهواء ودخول وخروج البخار.
 - الغاز: يجب أن يسمح باختراق الغاز وخروج الغاز والرطوبة.
- يجب أن تحتوي الأقمشة التي يعاد استخدامها على طبقتين، على أن تحتوي كل طبقة على 140 خيط كحد أدنى لكل بوصة مربعة أو ما يعادلها.
- يجب غسل الأقمشة التي يعاد استخدامها والتي تستخدم لتغليف الأشياء ما بين كل عملية تعقيم وأخرى.
- يجب أن تكون كل الأغطية سليمة وخالية من الثقوب.
- يجب تغطية العبوات - التي تغطي بأقمشة يعاد استخدامها أو تلك التي يتخلص منها بعد الاستعمال - بأغطية مزدوجة على التوالي.

2. التجميع والتعبئة والتغليف:

- يجب تطهير جميع الأشياء المعبأة والمغلقة بغرض التعقيم.
 - يجب أن تكون جميع الأشياء المعبأة والمغلقة نظيفة وجافة.
 - يتم تغليف الأصناف الزجاجة كل على حدة.
 - يتم ترتيب الأدوات فى الأوعية حسب ترتيب استخدامها ويتم تعبئتها ومفصلاتها مفتوحة كما يتم فكها حيثما يوجد أجزاء منفصلة:
 - يتم وضع الأجزاء المطاطية بحيث تكون منفصلة عن المعادن.
3. يجب احتواء كل عبوة على مؤشر كيميائي.
4. يجب احتواء كل الأشياء المغلفة على مؤشر كيميائي يظهر من الخارج.
5. يجب إيضاح طبيعة الشيء وتاريخ انتهاء الصلاحية على البند ذاته من الخارج.
6. يبلغ أقصى حجم للأكياس المصنوعة من القماش 12 × 12 × 20 بوصة والحد الأقصى للوزن 12 رطل.
7. يبلغ الحد الأقصى لوزن الأكياس الخاصة بالمعدات 16 رطلا.

الجزء الأول:

نظرة عامة

مقدمة

من المهم جدا ملاحظة المريض الذي أجري له أي نوع من التخدير لفترة من الوقت قبل انتقاله الى العنبر أو البيت. لذلك فإن العناية التمريضة لمريض الجراحة بعد اجراء العملية الجراحية مباشرة يجب أن تتم في غرفة افاقة مجهزة وبها عدد كاف من العاملين.

ومع اعتبار ان توقع ومنع المضاعفات المحتملة من الجراحة أو التخدير هو الهدف الأساسي في هذه الوحدة، يجب أن تركز الممرضة العناية التمريضة على النحو التالي:

- ملاحظة المريض تحت التخدير والعناية به مما يشجع افاقة مناسبة من التخدير والجراحة.
- توفير بيئة مناسبة للمريض الذي يعاني من نقص في الوظائف الجسدية أو الذهنية أو النفسية.
- محاولة تجنب أية مضاعفات تحدث بعد التخدير مباشرة أو علاجها.
- الحفاظ على حق المريض في الكرامة والخصوصية والسرية.

ان العناية التمريضية المتخصصة مطلوبة في غرفة الإفاقة. فكتيرا ما تحدث مضاعفات بعد العمليات الجراحية حيث لا يكون الطبيب متواجدا ويجب على الممرضة أن تتقن بعض المهارات لتبدأ العلاج. هذا المقرر التدريبي مصمم ليكسب الممرضات المهارات اللازمة للعناية التمريضية الأساسية في غرفة الإفاقة سواء في قسم الجراحة في مستشفى كبير أو في عيادات جراحة اليوم الواحد.

أهداف الدليل:

- معرفة الأدوات الأساسية المطلوبة في غرفة الإفاقة، مرحلة 1 ومرحلة 2.
- فهم ترميز غرفة الإفاقة كأحد تخصصات العناية الحرجة.
- معرفة المستويات المختلفة للعناية في غرفة الإفاقة.
- القدرة على تقييم المريض في غرفة الإفاقة.
- المحافظة على ممر الهواء في المريض فاقد الوعي.
- القيام بالشفط من الفم والحلق.
- القيام بالعناية التمريضية الأساسية في غرفة الإفاقة.
- ملاحظة الوظائف الحيوية.
- التعرف على نبضات القلب الغير منتظمة على جهاز رسم القلب.
- التعرف على أصوات التنفس الغير طبيعية.
- التعرف على توازن السوائل والإلكتروليت.
- التعرف على الألم والتعامل معه.
- التعرف على الغثيان والقيء والتعامل معه.
- القدرة علىادراك المضاعفات الرئيسية بعد الجراحة وبدء العلاج.
- ابداء فهم للمحاذير العامة والتحكم في العدوى في غرفة الإفاقة.
- تسجيل العناية.
- القيام بالتنظيف بعد الجراحة.
- التعرف على المخاطر.

الجزء الثاني:

التمريض في غرفة الإفاقة كنخصص

التمريض في غرفة الإفاقة

تعريف التمريض:

التمريض فن وعلم قائم على المعرفة والمهارات والاتجاهات التي تهدف إلى مساعدة الفرد والعائلة والمجتمع في الصحة والمرض للمحافظة على الصحة وتجنب المرض وتخفيف الألم الجسدي والبيولوجي والسيكولوجي، وكذلك تجنب المضاعفات وتحقيق الاعتماد على النفس في الوفاء بالاحتياجات الصحية اليومية.

أولاً: عملية التمريض:

عملية التمريض هي محاولة منظمة لتطبيق التمريض باستخدام وسائل حل المشكلات. وهي عملية ديناميكية ومتواصلة تقود أفعال التمريض. وتتكون عملية التمريض من أربعة عناصر:

- التقييم المبدئي
- التخطيط
- التطبيق
- التقييم

1. التقييم المبدئي

يبدأ التقييم المبدئي بدراسة الحالة الصحية والتاريخ الصحي للمريض، وينتهي بالتعرف على مشكلات المريض أو المشكلات المحتملة.

الغرض من التقييم المبدئي هو التعرف والحصول على البيانات الخاصة بالمريض مما يساعد الممرضة في إعداد خطة للعناية بالمريض. يجب القيام بتقييم مبدئي للحالة النفسية والاجتماعية أيضاً.

2. التخطيط

لكل مريض مشاكل واحتياجات مختلفة. وعن طريق البيانات من التقييم المبدئي يتم إعداد خطة للعناية بالمريض وحل مشكلاته الفردية.

كذلك توجد ضرورة لإعداد خطة لمساعدة عائلة المريض في التعامل التمريضي والعناية بالمريض.

3. التطبيق

التطبيق هو العنصر الثالث في عملية التمريض. يبدأ التطبيق عند تنفيذ خطة التمريض. توجه كل الأفعال إلى المريض وتقوم على أهداف محددة. وتؤثر الأفعال التمريضية بصورة مباشرة على المريض.

4. التقييم

التقييم هو مقارنة ما بين النتائج الفعلية والنتائج المرجوة. وتقاس الفاعلية ومدى مناسبة الأهداف والخطط والأفعال باستجابة المريض ونتائج التدخل التمريضي.

ثانيا: مجال ممارسة التمريض في غرفة الإفاقة

إن مجال ممارسة التمريض في غرفة الإفاقة مأخوذ من عملية التمريض ويتفق معها. ويصف هذا المجال:

- أساس التمريض في غرفة الإفاقة (الأساس)،
- الأدوار الرئيسية والتصرفات والخطوات المتضمنة في تمريض غرفة الإفاقة (جوانب)،
- كذلك الحدود الداخلية والخارجية (الحدود).

1. الأساس

يتضمن مجال التمريض في غرفة الإفاقة التقييم المبدئي، والتشخيص والعلاج والتقييم للمشاكل الجسدية أو النفسية سواء المتوقعة أو الفعلية والتي قد تنتج عن التخدير أو الجراحة.

وتعطى الأولوية للاحتياجات الأساسية للحفاظ على الحياة، ويلزم الملاحظة المستمرة لأن المريض في غرفة الإفاقة لا يستطيع العناية بنفسه.

2. الجوانب

التمريض في غرفة الإفاقة له جوانب متعددة. هذه الجوانب تتكون من المسؤوليات والأدوار والمهارات التي تتضمن معرفة محددة وتنفيذ من خلال عملية التمريض في غرفة الإفاقة.

تنقسم العناية التمريضية في غرفة الإفاقة إلى ثلاثة مراحل. ويختلف دور الممرضة في كل مرحلة.

- مرحلة ما قبل التخدير: وتتضمن إعداد المريض للجراحة. وهنا تستخدم مهارات المراقبة الشخصية والتقييم المبدئي للتعرف على أية مشكلات متوقعة أو واقعية. إذا لم تتمكن ممرضة غرفة الإفاقة من مراقبة المريض مباشرة قبل العملية يمكن استخدام خطة العناية التي تطورها ممرضة ما قبل العملية الجراحية في غرفة الجراحة.

- مرحلة ما بعد التخدير - تركز العناية التمريضية المقدمة في هذه الفترة على توفير فترة انتقالية ما بين حالة التخدير الكامل إلى حالة تتطلب قدر أقل من الملاحظة والعناية.
- تركز العناية التمريضية في هذه المرحلة على إعداد المريض للخروج من غرفة الإفاقة إلى العنبر أو المنزل.

- تتضمن الأدوار التمريضية في غرفة الإفاقة ما يلي: تقديم العناية، الإدارة، التنقيف، التشاور(مع أعضاء الفريق الطبي الآخرين)، والتعصيد. يتضمن التمريض في غرفة الإفاقة استخدام عملية التمريض، واتخاذ القرار، التفكير العلمي والتحليلي والتساؤل. يتضمن السلوك التمريضي في غرفة الإفاقة تطبيق المعرفة والمهارات المتخصصة، تحمل المسؤولية، والاتصال الجيد، والاعتماد على النفس، وعلاقة الزمالة مع القائمين بالعناية الصحية.

3. الحدود

إن مجال ممارسة التمريض في غرفة الإفاقة له حدود داخلية وخارجية. تتضمن الحدود الخارجية العمل مع قوانين وزارة الصحة، ومتطلبات المجتمع للرعاية الصحية الجيدة، وكذلك البيئة الاقتصادية للمجتمع.

الحدود الداخلية هي الحدود التي يضعها قادة التمريض في الدولة، (اللوائح والقوانين)، وأيضا مراقبة تأكيد الجودة، والإجراءات والسياسات الخاصة بالمستشفى والقسم.

ثالثاً: فلسفة التمريض وأسس العناية

فلسفة التمريض هي تعريف يميز ممارسة التمريض في غرفة الإفاقة. يجب أن يكون لكل مستشفى أو عيادة تعريفها الخاص. وتعكس هذه الفلسفة الاعتقاد الأساسي وقيم ممارسة التمريض في القسم. فهي إعلانهم عن العناية المقدمة للمريض. والتي يجب أن تكون متوافقة مع الفلسفة العامة للمستشفى أو العيادة.

فيما يلي مثال لفلسفة. وهي مأخوذة من قسم جراحة اليوم الواحد في المركز الطبي بكفر الدوار، وحدة جراحة اليوم الواحد، محافظة البحيرة، جمهورية مصر العربية.

فلسفة ممرضات ما قبل الجراحة

إن المهمة الرئيسية للممرضة قبل الجراحة هي تقييم المرضى بهدف تطوير وتنفيذ وتقييم خطة تمريضية فعالة بأقل التكاليف، وهذه تبنى على أسس العناية المتعارف عليها. سوف نعامل كل المرضى كأفراد، واضعين في الاعتبار خلفية المريض الدينية والثقافية والاجتماعية. وسنعمل معاً باحترام متبادل ولطف وندمج المعرفة الفنية مع المهارات الوظيفية. وسوف نكرس أنفسنا لتقديم بيئة عناية آمنة للمريض. ونحن نؤمن أن:

1. مسئوليتنا الوقوف بجانب المريض والتأكد من حصوله على حقوقه في جميع الأوقات.
2. إن العناية التمريضية قبل العمليات الجراحية ضرورية للعناية الفعالة بمريض الجراحة.
3. إن الجراحة لا تغير فقط الوظائف الجسدية، بل قد تزيد من الضغوط والقلق ومصادر عدم الراحة التي قد تسبب اضطراباً للمريض والمقربين.
4. علينا أن نسهم في استمرار العناية بالمريض بالتعاون مع أخصائيي العناية الصحية الآخرين.
5. علينا أن ندعم البرامج التي تمكن العاملين بالعناية الصحية من تقديم أفضل ما يمكن.
6. نحن مسئولين عن تطوير برامج تدريب أثناء الخدمة لتحسين أدائنا للتمريض.
7. علينا أن نطور برنامج تأكيد الجودة في هذا القسم لكي نؤكد للمريض أنه سينال العناية الجيدة في كل الأوقات.
8. نحن ملتزمون باتباع سياسات وإجراءات القسم.
9. نحن ملتزمين بتوفير بيئة آمنة للمريض ونحافظ على خصوصيته.

أسس العناية مشتقة من عناصر عملية التمريض، ومن مجال التطبيق، ومن الفلسفة الخاصة. وهي توفر النموذج الأساسي لقياس كفاءة العاملين ونوعية العناية بالمريض، وهي متسعة في مجالها، وقابلة للتطبيق، ويمكن تحقيقها وواضحة. وهي تقوم إما على التركيب، أو العملية أو النتائج.

1. الأسس الإنشائية مصممة لتعريف عمليات الإدارة التي يجب أن تتوفر والمطلوبة لتحقيق أي نشاط، مثال ذلك: الفلسفة والأهداف، الصفات التنظيمية، إدارة الموارد البشرية والمالية، وحالة القسم.
2. أسس العملية تختص بكل الأنشطة التي تقوم بها الممرضة في توفير العناية.
3. أسس النتائج تختص بكل ما يحدث للمريض كنتيجة للعناية التمريضية. وفي إعداد أسس النتائج يجب أن تحدد هيئة التمريض ما هي النتائج المرجوة.

توضح الأسس لكل من الممرضة والمريض نوعية العناية الصحية وهي تستخدم كمؤشرات لتقييم نوعية العناية المقدمة للمريض.

في ما يلي نماذج لكل نوع من الأسس:

- التركيب: المحافظة على بيئة آمنة ومريحة وعلاجية للمريض والعاملين والزوار في غرفة الإفاقة.
- العملية: يقوم طبيب التخدير المتخصص الماهر فقط بإعطاء المخدر العام أو الموضعي أو الوريدي.
- النتائج: المريض غير مصاب بالعدوى عند الخروج من قسم الجراحة.

غرفة الإفاقة - التمريض في غرفة الإفاقة كنخصص

الأسس التالية مأخوذة من قسم التمريض في المركز الطبي بكفر الدوار، وحدة جراحة اليوم الواحد، محافظة البحيرة، جمهورية مصر العربية. وهي تحدد نوعية العناية المقدمة.

مبدأ (1): حماية حقوق الإنسان والمحافظة على الأخلاقيات:

سوف تؤسس العناية التمريضية في غرفة الإفاقة على مفهوم إن كل المرضى (وعائلاتهم) يجب أن يعاملوا كأفراد لهم كرامتهم.

سوف تقوم بالعناية التمريضية ممرضات يتحلين بأعلى مستوى من الأخلاقيات، وكذلك يساندن وثيقة حقوق المريض.

مبدأ (2): المحافظة على بيئة آمنة:

يعمل التمريض في غرفة الإفاقة على المحافظة على بيئة آمنة مريحة وعلاجية للمريض والعاملين والزوار.

1. يتم إعداد إرشادات مكتوبة في ما يتصل بالحريق، والأمان، والتحكم في العدوى وحالات الطوارئ.
2. يتم إتباع المحاذير المتعارف عليها عالمياً.
3. يجب وجود نظاماً لتحديد واستلام المواد والأدوات المناسبة.
4. يجب وجود نظاماً لتحديد ومنع أو معالجة المخاطر المحتمل وقوعها في غرفة الإفاقة.

مبدأ (3): يتم إدارة العاملين بكفاءة وفاعلية

وجود عدد كاف من الممرضات المؤهلات للعناية بالمريض بعد الجراحة لمواجهة احتياجات المرضى وعائلاتهم.

1. يجب وجود توصيفاً وظيفياً مكتوباً ومتوفراً لكل ممرضات غرفة الإفاقة مما يحدد خط السلطة ودور وعمل كل وظيفة.
2. توضح خطة تعريف مكتوبة للتمريض في غرفة الإفاقة لتحسين مستوى المهارات.
3. يجب وجود نظاماً لتقييم الأداء للتأكد من مراجعة وتسجيل الأداء التمريضي.

مبدأ (4): أنشطة ضمان الجودة واضحة في غرفة الإفاقة

يتم ملاحظة وتقييم التمريض في غرفة الإفاقة بصورة مستمرة. وتعريف المشكلات وحلها من خلال خطة ضمان الجودة الخاصة بالقسم.

1. تقوم أنشطة ضمان الجودة في غرفة الإفاقة بتحديد المشاكل وتنفيذ الحلول وتقييم النتائج من خلال أنظمة الملاحظة.
2. يوجد نظام للتأكد من أن موضوعات ضمان الجودة جزء من خطة الإدارة الكلية للخدمات الجراحية في وحدة جراحة اليوم الواحد بكفر الدوار.
3. تؤكد أنشطة ضمان الجودة على نوعية العناية التمريضية، العناية بالتخدير، العناية الطبية، بيئة آمنة، ووسيلة لقياس رضا المريض أو عائلته.

مبدأ (5): تنسيق العناية بالمريض مع فريق العناية الصحية واضح في غرفة الإفاقة.

تعاون ممرضات غرفة الإفاقة في استمرار العناية مما يؤكد إن احتياجات المريض والعائلة معروفة ويتم تلبيتها من خلال التنسيق مع أفراد الفريق الصحي الآخرين في العيادة وفي المجتمع إذا لزم.

1. يوجد وسيلة لكي تقوم ممرضات غرفة الإفاقة بالاتصال بزملائهم من أعضاء الفريق الصحي إذا استدعى الأمر.
2. يجب توفير الفرصة لكي تشارك ممرضات غرفة الإفاقة في اللجان المعنية بالعناية بالمريض.

مبدأ (6): تقييم حالة المريض واضح في غرفة الإفاقة.

تتضمن الأنشطة التمريضية في غرفة الإفاقة التقييم المنتظم والمستمر لحالة المريض. هذا التقييم يتم تسجيله في السجلات الطبية.

1. توجد سياسات وإجراءات مكتوبة وأوامر ثابتة وبروتوكولات للمريض المخدر للتأكد من تقديم رعاية جيدة في غرفة الإفاقة.
2. يوجد نظام لتحديد أولويات العناية بالمريض بناء على احتياجات المريض الفردية.
3. تتضمن السياسات تعريف عناصر ومرات التقييم التمريضي.
4. يوجد سجل طبي للتأكد من أن التقييم والتقدم لكل مريض يتم تسجيلها بطريقة صحيحة وفي متناول كل العاملين بالفريق الصحي.

مبدأ (7): قياس تقييم تقدم المريض نحو الخروج باستمرار.

تقوم ممرضة غرفة الإفاقة بقياس تقدم المريض باستمرار نحو النتائج المرجوة (المحددة في خطة ضمان الجودة) وتراجع خططها للعناية بالمريض كلما لزم.

1. يتم تقييم حالة المريض المخدر وتقدمه ويتم تسجيل هذا وفق مقياس إجراءات غرفة الإفاقة.
2. يتم تسجيل احتياجات المريض الفردية في خطة العناية بالمريض ويتم مراجعتها كلما لزم.
3. عندما يغيب المريض بمتطلبات الخروج. يتم إبلاغ طبيب التخدير عن حالة المريض وأنه جاهز للخروج.
4. يكون خروج المريض دائما مسؤولية طبيب التخدير أو الطبيب المعالج.

رابعاً: السياسات والإجراءات

إن دليل السياسات والإجراءات لهو إضافة مهمة للتسجيل في غرفة الإفاقة. يوضح الدليل الاتجاه المتوقع للعمل وطرق الممارسة. وهو ضروري لاستمرار وثبات العمل. يجب أن يوجد في كل غرفة إفاقة نسخة كمرجع للعاملين ويجب أن تتم مراجعتها وتطويرها على أساس سنوي.

السياسات:

هي إرشادات للتفكير والعمل. فهي توضح ما هو مطلوب وما هو ممنوع وما هو مقترح للعمل. تؤكد السياسات أن يتم التصرف في المواقف المعينة بنفس الطريقة. يجب أن تكون ثابتة وتؤكد على أن تكون أهداف القسم وأغراضه واسعة المجال.

الإجراءات:

هي أيضا إرشادات للأفعال. وهي بصفة عامة قائمة بالمهام المطلوبة لإتمام العمل مرتبة ترتيبا زمنيا. يتم تطوير وكتابة الإجراءات للتأكد من تنفيذها بنفس الطريقة في كل مرة. يجب أن تكون الإجراءات واضحة ومحددة ولا تحتاج إلى شرح كثير.

إن كتب دليل السياسات والإجراءات لها وظائف عديدة:

- زيادة كفاءة الأداء وتجنب الارتباك.
- إطلاع المستخدمين باستمرار على التطورات والتكنولوجيا والمواد والأدوات الحديثة.
- تثقيف الموظفين الجدد. هذه الكتيبات جزء هام من برنامج التعريف بالعمل.
- المساهمة في خفض التكاليف بأن تضمن أداء العمل بطريقة صحيحة من المرة الأولى.
- تقليل الأخطاء والارتباك في اتخاذ القرار لأنها تحدد كتابة الخطوات اللازم اتخاذها.
- التأكد من إتباع خطوات متتالية مناسبة.
- تحديد السلطة وتوزيع المسؤوليات وماذا يحدث في حالة الخلاف بين العاملين.
- تدعيم تقييم أداء الموظفين.
- تشجيع العمل الجماعي بين فريق العاملين.

السياسات والإجراءات المقترحة لغرفة الإفاقة:

- هدف وتركيب الوحدة
- فلسفة التمريض في الوحدة
- أهداف الوحدة وأغراضها
- المرضى (مجال الخدمة)
- اشتراطات الدخول والخروج
- إجراءات الدخول والخروج
- بروتوكول التوظيف
- ساعات العمليات
- توصيف وظيفي
- إجراءات التمريض
- الإجراءات المحددة
- بروتوكولات
- حالات الطوارئ
- إجراءات خاصة، الآلات والأدوات
- الصيانة والأمان
- الأمان الكهربائي
- التحكم في المواد المشعة
- دور الهندسة الطبية
- خطة الكوارث الداخلية
- خطة الكوارث الخارجية
- احتياطات عالمية
- العزل التنفسي
- خطة التعرض في الوحدة
- التحكم في المرور في الوحدة
- الزوار
- الزر
- إجراءات معملية
- أوامر الطبيب
- الأوامر الثابتة
- الأدوية الوريدية
- المحاليل الوريدية
- نقل الدم أو مكوناته
- تثقيف العاملين
- التعريف بالعمل
- التعليم المستمر
- برامج الإسعاف الأولي وشهادته
- شهادات التخصص
- تحسين الجودة
- ملاحظي الوحدة
- خطة تحسين الجودة المستمرة في الوحدة

خامسا: التوظيف

إن أهم عنصر في غرفة الإفاقة هو هيئة التمريض. لذا يجب أن تتكون هيئة التمريض من أفراد على قدر عال من التعليم والمهارة كما يتحلون بالحماس والاستقلالية ولهم خلفية قوية في مجال الفسيولوجي والإجراءات الجراحية والتخدير وعلم الأدوية والعناية بالحالات الحرجة.

فعلي الممرضة التي تختار العمل في غرفة الإفاقة أن تكون ملتزمة بتوفير عناية فائقة بالمريض، وتكون قادرة على تكوين علاقات عمل جيدة مع كل أفراد فريق العناية الصحية، كما تكون قادرة على اتخاذ القرارات الذكية المستقلة وأن تبدأ الخطوات المناسبة للعمل كما يلزم. قد تحدث للمريض مضاعفات بعد العمليات الجراحية حين لا يكون الطبيب متواجدا، لذلك يجب أن تكون الممرضة على دراية وثقة بقدر كاف للاستجابة لحاجة المريض.

بالإضافة إلى هيئة التمريض فإن الوحدة تحتاج إلى رئيسة تمريض والتي تعمل في العادة تحت إشراف مشرف غرفة العمليات. وهي مسئولة عن تخطيط وتنظيم وتنفيذ وتقييم أنشطة كل من هيئة التمريض ووظائف العناية بالمريض. وهي مسئولة عن الحفاظ على أسس العناية وأنشطة ضمان الجودة بالوحدة.

تحتاج الممرضة التي تدير غرفة الإفاقة إلى مهارات في تنظيم الوقت واتخاذ القرار والتنظيم واستخدام المواد والعلاقات الشخصية وحل المشكلات. كذلك من المهم أن يكون لديها خلفية في المهارات التمريضية في غرفة الإفاقة.

يجب تطوير نمط التوظيف وفقا لاحتياجات المرضى في المستشفى أو العيادة. تم إعداد الدليل التالي ليساعد مديرة التمريض عند تعيين هيئة التمريض.

مرحلة 1

مستوى 1: 3

ممرضة لكل ثلاث مرضى في كامل وعيهم، وفي حالة صحية مستقرة بلا مضاعفات.

مستوى 1: 2

ممرضة لكل اثنين من المرضى:

- فاقد الوعي، حالة مستقرة بدون تنفس صناعي، أكبر من 9 سنوات.
- واعين، حالة مستقرة، تحت 11 سنة من العمر مع وجود أحد أفراد العائلة أو مرافق.

مستوى 1: 1

ممرضة لكل مريض:

- في وقت الدخول
- في حالة الاحتياج إلى أجهزة الحفاظ على الحياة أو التنفس الصناعي.
- أي مريض فاقد الوعي تحت سن 9 سنوات.
- يجب توافر ممرضة أخرى للمساعدة عند الحاجة.

مرحلة 2:

مستوى 1: 5

ممرضة لكل 5 مرضى:

- أكبر من 5 سنوات جاهزين للخروج.
- خمس سنوات أو أصغر جاهزين للخروج مع وجود مرافق.

مستوى 1: 4

- أكبر من 5 سنوات في كامل الوعي وبحالة مستقرة.
- أصغر من 5 سنوات في كامل الوعي وبحالة مستقرة مع وجود مرافق.

مستوى 3:1

ممرضة لكل 3 مرضى:

- أكبر من 5 سنوات وباقي نصف ساعة من الإجراءات أو الخروج من مرحلة 1.
- أصغر من 5 سنوات وباقي نصف ساعة من الإجراءات أو الخروج من مرحلة 1 مع وجود مرافق.

مستوى 2:1

ممرضة لكل 2 مرضى:

- أصغر من 5 سنوات بدون وجود مرافق أو زميلة في العمل.
- عند دخول المريض بعد العملية.

مستوى 1:1

ممرضة لكل مريض:

حالة غير مستقرة في أي مرحلة عمرية ويتطلب نقل.

سادسا: الخاتمة:

إن تمريض غرفة الإفاقة لهو تخصص حديث نسبيا في جميع أنحاء العالم. لقد تمكنت الممرضات في غرفة الإفاقة من توسيع دورهن ليشمل كل مراحل العناية ما بعد التخدير، ومن المقابلة ما قبل العملية وحتى الخروج.

إن العناية التمريضية بالمريض ما بعد العمليات الجراحية هي جزء هام في قسم الخدمات الجراحية ويجب أن تكون الممرضة ذات مرونة بقدر يمكنها من التعامل مع أي موقف تتعرض له. وعن طريق إرساء أسس العناية، والسياسات والإجراءات، وأنماط التوظيف المناسبة، فإن الممرضات يكون لديهن الأساس لتوفير نوعية جيدة من العناية التمريضية بعد الجراحة. هذه العناية يمكن فقط الحصول عليها عن طريق الممرضات اللواتي:

- يساعدن المريض، بأسرع ما يمكن، لاسترداد حالته قبل إجراء الجراحة وكذلك العودة إلى عائلته في أقرب وقت ممكن.
- يترقبن حدوث المضاعفات ويساعدن في تجنبها حيثما أمكن.
- يعملن على خروج المريض إلى عنبر المستشفى أو إلى بيته في حالة واعية، وبلا ألم يذكر، وبدون إحساس بالغثيان بقدر الإمكان.
- يتأكدن أن كل مريض يعامل بكرامة كشخص مهم وخاص.

من خلال المعرفة العلمية المؤسسة على الخبرة، والتعليم المستمر، والالتزام بتلبية احتياجات المريض بعد الجراحة، فإن الممرضات يمكن أن يتوقعن نمو وتطور تخصصهن.

الجزء الثالث:

نظام غرفة الإفاقة (غرفة العناية ما بعد التخدير)

أولاً: التصميم:

- يجب أن يتم تصميم غرفة الإفاقة بحيث:
- تسهل الملاحظة البصرية لكل مريض.
- تضمن المراقبة الفسيولوجية المناسبة.
- توفر الأمان للمريض.
- تحقق سيرا فعالاً للمهام التي تقوم بها الممرضة والمعاونين.
- يجب أن تكون غرفة الإفاقة مجاورة لغرفة العمليات فيكون زمن الانتقال بين الودنتين قصيراً ولا تؤجل العناية الحرجة.
- يجب أن تكون الأماكن المعاونة مثل المعمل والصيدلية والأشعة قريبة أيضاً.
- يجب أن يراعى في تخطيط مساحة غرفة الإفاقة التوازن بين الحاجة لكفاءة العاملين، وأمان المريض، والحفاظ على خصوصية المريض بالإضافة إلى التحكم في الضغوط التي يتعرض لها المريض (تقليل الخوف، تجنب الضوضاء).
- يجب أن تكون المسافة بين الأسرة كافية لتسمح بالعناية التمريضية من الأربعة جهات للترولي، وطاولة بجانب السرير، وأجهزة الملاحظة، أو الشفط، وحامل المحاليل الوريدية والأجهزة الضرورية الأخرى. في وحدة جراحة اليوم الواحد فإن مسافة 6-8 أقدام تكون كافية.
- يحدد عدد الأسرة بعدد غرف العمليات وطول المدة التي يبقى فيها المريض.
- عادة ما يكون العدد 1-5 أسرة لكل غرفة عمليات. وفي حالة جراحة اليوم الواحد حيث تكون العمليات أقصر قد تكون هناك حاجة لعدد أكبر.
- يجب أن يكون ممر الدخول والخروج من الوحدة خالياً من المعوقات، أو من الممرات الملتوية أو المنحنيات، أو الارتفاعات الغير منتظمة، أو الأبواب الضيقة وأية حواجز يمكن أن تعوق الدخول أو الخروج من غرفة الإفاقة.

بالإضافة إلى الأماكن الخاصة بالمريض، يجب توافر بعض مناطق العمل الأخرى:

1. غرفة أو منطقة للعزل.
2. منطقة عمل حيث يمكن أن تطهر الأدوات الملوثة، أو تخزن البياضات الملوثة أو النفايات قبل جمعها.
3. مكان لتخزين الأجهزة والأدوات والبياضات.
4. محطة للممرضات.

اعتبارات خاصة أخرى:

1. أرفف للمونيتور بجوار السرير
2. أكسجين حائطي وشفط
3. تكييف هواء
4. الأرضيات تكون سهلة التنظيف، مقاومة للخدش، لا تسبب التزحلق عندما تكون مبتلة.
5. طفايات الحريق
6. أحواض لغسل اليدين
7. عربة الطوارئ
8. اضاءة مناسبة للمريض
9. مخارج كهرباء مناسبة

10. ستائر فاصلة حول كل سرير
 11. نظام استدعاء طوارئ
- كل التوصيات السابقة خاصة بمرحلة 1 أو غرفة الإفاقة الحرجة. أما في وحدة جراحة اليوم الواحد فتستخدم غرفة إفاقة مناسبة لمرحلة 2.

الإعتبارات الخاصة بهذه الغرفة هي:

1. قريبة من مرحلة 1 بالنسبة للمريض القادر على الحركة
2. نفس نوع أرضيات مرحلة 1
3. أكسجين حائطي
4. ستائر حول كل سرير أو وحدات منفصلة
5. دورات مياه
6. مخرج الى خارج الوحدة
7. مكان لغسل اليدين
8. سهولة الوصول الى أجهزة الطوارئ
9. نظام استدعاء للطوارئ
10. ثلاجة
11. مكان لتغيير الملابس
12. مكان للأدوات
13. مكان لتخزين الأدوات والبياضات
14. مكان للنفايات والبياضات الملوثة
15. مكتب ممرضات

ثانيا: أجهزة غرفة الإفاقة:

مرحلة 1

1. على الأقل 1-5 أسرة لكل غرفة عمليات
2. بجانب كل سرير:
 - سرير أو ترولي بحواجز جانبية
 - وسيلة لتوصيل الأكسجين
 - شفط متقطع
 - جهاز قياس ضغط الدم
 - وسيلة لضمان خصوصية المريض
 - جهاز رسم القلب
 - جهاز قياس النبض
 - اضاءة قابلة للتعديل
3. توفر أجهزة قياس الضغط الأذيني و الوريدي المركزي والشرياني للمرضى الذين يتطلبونه.
4. وسيلة لقياس الحرارة
5. وسيلة لتدفئة المرضى الذين يعانون من فقد حرارة الجسم.
6. جهاز ترطيب الأكسجين.
7. جهاز تنفس صناعي للطوارئ في عربة الطوارئ.
8. أجهزة أكسجين وشفط ورسم قلب متنقلة للحالات الحرجة التي تحتاجها.
9. وسيلة لطلب المعاونة.
10. حوامل للسوائل الوريدية.

مرحلة 2

1. لكل مريض:

- وسيلة لتوصيل الأكسجين مع مرطب الأكسجين.
- جهاز شفط
- جهاز قياس ضغط الدم
- اضاءة مناسبة
- وسيلة للحفاظ على خصوصية المريض
- وسيلة لقياس درجة الحرارة
- كرسي مريح
- كرسي للمرافق
- 2. جهاز رسم القلب عند الحاجة
- 3. جهاز تنفس للطواريء
- 4. عربة طواريء
- 5. حامل السوائل الوريدية
- 6. تروولي

ثالثا: المواد/ الأدوات الطبية لمرحلة

1. أدوات الحقن الوريدي

- محاليل مختلفة
- أحجام مختلفة من الإبر والقسطر الوريدية
- أنابيب محاليل
- غيارات
- كحول أو مطهر آخر
- 2. حواجز للمريض
- 3. مواد اضافية
- غيارات
- مناديل ورقية
- قفاز (جوانتي) غير معقم
- قفاز (جوانتي) معقم
- مبدلة
- حوض كلوي
- بياضات
- اسفنجة بالكحول
- أكياس ثلج
- نصل اللسان
- مجموعة قسطر فولي
- فوط صغيرة
- فوط
- رباط لاصق
- بلاستر
- قناع أكسجين

- أنابيب أكسجين
- قساطر شفط
- أوعية صلبة للإبر والأشياء الحادة
- وسائد (مخدات) لرفع الأطراف
- محلول قاتل للجراثيم
- أقطاب كهربية للمونيتور

4. أدوية:

- مضادات حيوية
- أدوية للتحكم في ضغط الدم، سرعة النبض، والتنفس
- مضادات القيء
- أدوية الإفاقة من التخدير
- مسكنات الألم
- باسطات العضلات
- أدوية ستيرويدية
- مهدئات

المواد لمرحلة 2 مطابقة لمرحلة 1

رابعاً: مستويات العناية:

مرحلة 1

غرفة الإفاقة لمرحلة 1 متاحة لجميع المرضى الذين تم تخديرهم بأي نوع من مواد التخدير. الغرض الرئيسي لهذه الغرفة هو التقييم الدقيق للمرضى بعد العمليات الجراحية مع التركيز على توقع ومنع مضاعفات ما بعد الجراحة.

ان الفترة التي تعقب العمليات الجراحية هي فترة حرجة بالنسبة للمرضى. فهم غير قادرين على العناية بأنفسهم وقد تحدث ظروف كثيرة غير مستحبة. في غرفة الإفاقة لمرحلة 1، يكون المرضى تحت العناية المستمرة للممرضة وفي بعض الأحيان طبيب التخدير. بالنسبة للمريض فاقد الوعي يجب أن تكون نسبة الممرضات 1:1. العناية التمريضية في غرفة الإفاقة لمرحلة 1 مماثلة لنظيرها في وحدة العناية المركزة.

هنا تتم ملاحظة المريض حتى يستجيب ويتحرك. في خلال فترة عدم الوعي، يجب على الممرضة أن تلاحظ الآتي باستمرار: ضغط الدم، التنفس، النبض، مستوى الوعي، سلامة مجرى الهواء، الدورة الدموية ودرجة الحرارة. بعد أن يسترد المريض وعيه يجب أن تستمر الممرضة في الملاحظة كالسابق ولكن على فترات 15 دقيقة إذا كانت الإفاقة طبيعية. يجب أن يظل المرضى في غرفة الإفاقة مرحلة 1 حتى تنطبق عليهم شروط الخروج. وهذه في العادة ساعة للمرضى الذين يتم تخديرهم كلياً أو نصفياً، وعلى الأقل 30 دقيقة للذين يتم تخديرهم موضعياً.

مرحلة 2

لقد أضافت وحدات جراحة اليوم الواحد الي العناية بمرضى الجراحة، غرفة افاقة ثانوية حيث يمكن للمرضى الذين تمت افاقتهم ان يبدأوا في الحركة، ويتناولوا السوائل، ويستعدون للذهاب الى المنزل. عادة ما تتمثل العناية بالمرضى في هذه الوحدة بنسبة 1:4،5 من المرضى البالغين.

المرضى القادرين على الجلوس ومعهم مرافق. في المرحلة 2 يبدأ التشقيف ما بعد العملية الجراحية. تقرأ الممرضة تعليمات الخروج المكتوبة والموصى بها للمريض وعائلته.

وبمجرد أن تستقر العلامات الحيوية ويتم إيقاف المحاليل الوريدية، وتطبق على المريض شروط الخروج، تستدعي الممرضة طبيب التخدير ليكتب أمر الخروج. العناية التمريضية في مرحلة 2 تكون أقل كثافة. ويبلغ طول المدة ساعة أو ساعتين.

الخاتمة

لكي نضمن نجاح غرفة الإفاقة بوحدة جراحة اليوم الواحد يجب أن تكون العناية الجيدة بعد العمليات الجراحية لها أهمية قصوى. ويجب أن تقوم الإدارة بتوظيف وتدريب ممرضات تتميزن بذكاء عال ومهارات في العناية. لأن توفر العناية أو نقصها يمكن أن تؤثر على المريض وعلى سمعة الوحدة.

ان ممرضات غرفة الإفاقة هن مزيج خاص من التخصص واللف في العناية. يجب أن تكون الممرضة مرنة بكفاية بحيث تتعامل مع أي موقف يواجهها بكفاءة واقتدار. ونرجو أن تكون هذه الدراسة قد ساهمت في تنوير وتشجيع الممرضات لكي يصبحن جزء من تخصص جديد له أهمية حيوية للمرضى والمجتمع.

الجزء الرابع:

العناية التمريضية بالمريض بعد الجراحة

تركيز العناية في غرفة ما بعد التخدير بالنسبة لمريض الجراحة

أساسي

- المحافظة على ممر الهواء مفتوحا
- ملاحظة ودعم الأجهزة التنفسية والدورية (أكسجين، تعديل الوضع، التنفس العميق، السوائل الوريدية، العلامات الحيوية... الخ.)
- تشجيع استعادة الوعي والإدراك
- حماية المريض من الإصابة
- منع أو معالجة الألم والغثيان والقيء
- منع أو معالجة البرد والارتعاش
- منع أو معالجة الغيبوبة الطارئة
- توفير العناية المناسبة
- ملاحظة موضع الجراحة تحسبا للمضاعفات
- خاص بالمرضى القادرين على الحركة
- تركيز خاص على تجنب الألم والغثيان والقيء
- تشجيع إحساس المريض بالمعافاة
- تشجيع عنايته بنفسه
- تجنب المهدئات الثقيلة
- تشجيع الحركة
- تشجيع العائلة على العناية المبكرة

أولا: التقييم المبدئي/ تخطيط العناية

1. التقييم ما قبل الجراحة

التقييم ما قبل الجراحة هام جدا في كل جوانب العناية بالمريض في قسم الجراحة. فمن هذه البيانات التي نحصل عليها يمكن للممرضات في غرفة الاعداد للجراحة وغرفة الجراحة وغرفة الإفاقة أن يعدوا خطة العناية. وهي تقدم لكل القائمين بالعناية أساس حول حالة المريض الصحية قبل اجراء الجراحة.

هذا التقييم ما قبل الجراحة يجب أن يشمل تاريخ المريض، وفحص يقوم به طبيب التخدير والطبيب الباطني. يجب أن تسجل الممرضة أيضا الحالة الجسمانية والنفسية الراهنة ومستوى القلق والعلامات الحيوية والحساسيات والاعاقات واسم المرافق ومستوى الإدراك والذكاء وأي معلومات أخرى خاصة بالمريض.

2. التقييم أثناء الجراحة

تمشيا مع خطة العناية التي تضعها الممرضة قبل الجراحة، فإن ممرضة غرفة العمليات تقوم ثانية بتقييم حالة المريض الجسمانية والنفسية. يمكن اجراء تعديلات في الخطة الأصلية في هذه المرحلة.

بعد نهاية فترة الجراحة، يجب أن تقوم الممرضة بتقييم حالة المريض الجسمانية وتعطي تقريرا شفويا لممرضة غرفة الإفاقة.

غرفة الإفاقة - العناية التمريض بالمريض بعد الجراحة مرحلة (1)

3. غرفة الإفاقة - التقييم المبدئي (عند الدخول)

- العلامات الحيوية
 - مجرى الهواء مفتوح، معدل التنفس، صوت التنفس، نوع التنفس الصناعي، ضبط جهاز التنفس الصناعي، وتشبع الأكسجين.
 - ضغط الدم
 - النبض
 - درجة الحرارة: فميه، شرجية، ميكانيكية، (درجة الحرارة الفعلية غير هامة للإجراءات القصيرة المدى)
- مستوى الوعي
- وضع المريض
- حالة ولون الجلد
- أمان المريض
- نبض الأوعية العصبية (إذا لزم) - النبض السطحي والإحساس في الأطراف
- حالة الغيارات
- نوع وصلاحيه أنابيب التصريف، والقساطير
- نوع وكمية التصريف
- استجابة العضلات وقوتها
- استجابة حدقة العين
- العلاج بالمحاليل الوريدية
- نوع المحلول
- كمية المحلول (منذ الدخول)
- مكان القسطرة والإبرة
- حالة المكان
- مستوى الدعم الجسماني والنفسي المطلوب
- مقياس غرفة الإفاقة

4. التقييم المستمر

- التقييم المستمر يجب أن يشمل التالي على الأقل:
- ملاحظة الوظائف التنفسية والمحافظة عليها أو تحسينها.
 - ملاحظة الوظائف الدورية والمحافظة عليها أو تحسينها.
 - تشجيع الراحة النفسية والجسدية والمحافظة عليها.
 - ملاحظة مكان الجراحة.
 - تفسير وتسجيل كل البيانات من التقييم المبدئي
 - تسجيل الأفعال التمريضية و/أو التدخل مع نتيجة التدخل.
 - إبلاغ ممرضات المرحلة 2 عندما يكون المريض مستعد للنقل.

5. تقييم الخروج من غرفة الإفاقة مرحلة 1

يتم جمع البيانات وتسجيلها لتقييم حالة المريض للخروج:

- ممر الهواء مفتوح، وظيفة التنفس، والتشبع بالأكسجين
- استقرار العلامات الحيوية بما فيها درجة الحرارة
- مستوى الوعي وقوة العضلات

غرفة الإفاقة - العناية التمريض بالمريض بعد الجراحة مرحلة (1)

- القدرة على الحركة
- سلامة الأنابيب، والقسطر، وقسطر التصريف وأنابيب المحاليل
- لون وحالة الجلد
- حالة الغيارات و/أو مكان الجراحة
- التغذية
- الراحة
- القلق

ثانيا: دخول غرفة الإفاقة

عندما ينقل المريض من غرفة الجراحة الى غرفة الإفاقة يجب أن يكون برفقته طبيب التخدير وممرضة غرفة العمليات. وعند وصوله الى غرفة الإفاقة يجب أن يعطي طبيب التخدير تقريراً للممرضة التي تقوم بإجراءات دخوله يتكون من:

1. الحالة قبل إجراء العملية بما فيها العلامات الحيوية، ورسم القلب، ونتائج الأشعة، ونتائج المعمل، ودرجة التشبع بالأكسجين، والإعاقات، والقصور الجسماني أو العقلي، ومعوقات القدرة على الحركة، والتاريخ المرضي، وفي حالة الأطفال تاريخ الولادة واضطرابات النمو.
2. الأدوية التي كان المريض يتعاطاها قبل الجراحة.
3. أسلوب التخدير (عام، نصفي، موضعي)
4. غازات وأدوية التخدير، باسقاط العسرت، المنبهات، ومادة الإفاقة المستخدمة.
5. زمن الاستجابة للمخدر ولمواد الإفاقة.
6. نوع العملية الجراحية.
7. تقدير كمية الدم أو السوائل المفقودة.
8. مضاعفات أثناء الجراحة - سواء خاصة بالتخدير أو الجراحة وكيفية علاجها.
9. حالة المريض النفسية عند وصوله الى غرفة العمليات.

تعطي ممرضة غرفة العمليات تقريراً عن:

1. خطة العناية الموضوعية قبل العملية.
2. العناية التمريضية المقدمة في غرفة العمليات.
3. السوائل الداخلة والخارجة.
4. أي تغييرات في حالة المريض الجسمانية بخلاف مكان الجراحة.
5. أي تعليمات مباشرة من الجراح بعد الجراحة (يجب أن تكون مكتوبة).

في أثناء تقديم التقارير يجب أن تقوم ممرضة غرفة الإفاقة بتوصيل أجهزة الملاحظة بالمريض، وأن تفحص ممر الهواء، وضغط الدم، والنبض التنفس. يجب أن تطلع طبيب التخدير بالعلامات الحيوية للمقارنة بحالتها في أثناء العملية.

1. أصوات التنفس.
2. إعطاء الأكسجين.
3. تحديد مستوى الوعي.
4. مراجعة وضع المريض، يجب أن يكون مستلقياً على جنبه أو ظهره.
5. قياس درجة حرارة المريض.
6. فحص مدخل الحقنة الوريدية والأنابيب.
7. فحص قسطرة التصريف وأنابيبها.
8. فحص الغيارات أو الجرح.
9. التأكد من وضع الأطراف.
10. في حالة جراحة البطن، التأكد من شد البطن.

غرفة الإفاقة - العناية التمريض بالمريض بعد الجراحة مرحلة (1)

11. إذا كانت الجراحة فب القدم، يتم رفع القدم ووضع كمادات باردة او ثلج (جسب أمر الطبيب).
12. تسجيل كل البيانات السابقة في السجل الطبي.

في حالة المريض فاقد الوعي، أو في حالة وجود تنفس صناعي يجب أن تظل الممرضة الى جانب فراش المريض حتى يتم التخلص من الممر الهوائي ويبدأ المريض في الإستجابة. هذه فترة حرجة من الوقت، ويجب أن تكون الممرضة مترقبة لحدوث مضاعفات. يجب فحص العلامات الحيوية وتسجيلها كل 15 دقيقة.

إذا حدث قيء يحرك المريض الى جانبه يسرعة ويتم الشفط. يجب ملاحظة وظائف القلب والتنفس عن كتب في هذه الفترة. يتم استدعاء طبيب التخدير المسئول في حالة حدوث أي تغييرات هامة في حالة المريض.

بمجرد أن يبدأ المريض في الإستجابة للتعليمات الشفهية، وتتم إزالة ممر الهواء، يمكن للممرضة أن تترك جانب الفراش، ولكن تبقى قريبة منه. يستمر فحص العلامات الحيوية كل 15 دقيقة. أيضا في هذا الوقت يمكن رفع رأس السرير 15-30 درجة بعد استشارة طبيب التخدير.

ثالثا: العناية العامة في غرفة الإفاقة:

1. مواد التخدير العامة:
أثارها على المريض (أنظر الرسم التوضيحي المرفق)
2. المراقبة
مراقبة الوظائف الجسمية للمريض من المهام الأساسية التي تقوم بها ممرضة الإفاقة. يمكن أن تتم هذه المراقبة اما بطريقة ميكانيكية أو يدوية بالملاحظة أو التسمع، أو الجس أو النقر.

يمكن للأجهزة الحديثة اليوم مراقبة مختلف العلامات الحيوية بجهاز واحد مثل:

- ضغط الدم
- الأكسجين في الدم
- الحرارة
- التنفس

يمكن الحصول على بيانات أخرى من أجهزة أخرى:

- جهاز قياس التنفس
- جهاز تحليل غازات الدم
- جهاز قياس نسبة ثاني أكسيد الكربون في الزفير

1: الوظائف التنفسية

اختبر أغلب المرضى بعد الجراحة درجة ما من التدخل في الجهاز التنفسي. ان الحفاظ على تبادل مناسب للغازات لهو جزء هام جدا من التمريض في غرفة الإفاقة. ومن أهم المشاكل التنفسية التي يجب أن تلاحظها الممرضة هي:

- بطء التنفس
- انسداد ممر الهواء
- النهجان
- توقف التنفس

الملاحظة:

ان معدل التنفس في حالة الاسترخاء في الشخص البالغ هو 16 - 20 مرة في الدقيقة، وبالنسبة للأطفال 18-30 مرة في الدقيقة، والرضع 30-40 مرة في الدقيقة.

غرفة الإفاقة - العناية التمريض بالمريض بعد الجراحة مرحلة (1)

يجب أن يكون التنفس هادئا، وسلسا بمعدل وإيقاع منتظمين. يجب أن يتحرك الصدر بحرية كوحدة والاتساع يجب أن يكون متساويا من الجانبين. يجب تقييم أية تغييرات في التنفس الطبيعي.

من علامات اضطراب التنفس:

- التنفس المزعج (النهجان)
 - انقباض الصدر
 - فتحتي الأنف منتسعتين
 - تنفس سريع
 - لون الجلد أو الأغشية المخاطية مائل للزرقة
 - تنفس سطحي أو بطيء أو غير منتظم
 - شعور بعدم الاستقرار، الإضطراب، والقلق
 - غياب التنفس
- إذا وجدت أي من هذه الحالات يجب أن تحدد الممرضة السبب. يمكن أن يكون العلاج الفوري هو إعطاء الأكسجين، ادخال ممر هواء أو قصبه تنفس (بواسطة طبيب التخدير فقط)، احداث التنفس باستخدام جهاز تنفسي أو الإنعاش الفمي (فما لفم).
- الجس (التحسس)
- إذا كان من الصعب قياس التنفس بالنظر، يجب أن تضع الممرضة يدها على صدر المريض لتشعر باتساعه عند التنفس. وايضا يمكن أن تكون درجة الحرارة والانتفاخ أو الورم، أو وجود ادما (سوائل بالجلد) دليلا على اضطراب التنفس.
- السمع
- ان وجود تردد الصوت هو الحالة الطبيعية للصدر. أما اذا كان الصوت غير مترددا (غير رنانا) فهذا قد يعني وجود سوائل في حجرة الهواء بالرئة أو بالأغشية.
- الطرق (النقر)
- عند الدخول الى غرفة العمليات، يجب أن تستمع الممرضة بجهاز التسمع الى صوت تنفس المريض. فالصوت الطبيعي للتنفس تكون نبرتها منخفضة وهادئة. أما الأصوات التي تدل على حدوث مشاكل هي:
- الإنسداد الجزئي،
 - انقباض الشعب الهوائية،
 - انقباض الحنجرة
 - الصرصرة (صوت حاد يسمع أحيانا عند الزفير)
 - الكحة
 - الصياح
 - الشخير

علامات وجود افرازات:

- الغرغرة
- الخرخرة (صوت غير سوي يصاحب التنفس)
- الكحة

غياب أصوات التنفس من احد الجوانب قد يدل على وجود هواء أو غازات في التجويف الغشائي الجنبى، أو احتباس السوائل أو الدم في الأغشية.

2: وظائف القلب والدورة الدموية

تسبب الكثير من مواد التخدير تثبيطا لوظائف الدورة الدموية. لذلك يجب أن تراقب الممرضة بدقة نشاط القلب، ضغط الدم، والدورة الدموية في المرحلة التالية للجراحة مباشرة.

1. التقييم المعمل:

ملاحظة الحالة العامة للمريض خاصة لون الجلد أو تورمه. قد يشير ميل لون الجلد الى الزرقة، أو وجود ادمة أو انبساط أوردة الرقبة وقصر النفس الى وجود مشاكل بالقلب أو الأوعية الدموية. كذلك تتم مراقبة وظائف الدورة الدموية من خلال ملاحظة نزيف الدم من الجرح وأيضا قياس كمية الدم المفقودة أثناء الجراحة وكذلك تحليل حديث لنسبة الهيموجلوبين بالدم.

2. ضغط الدم:

مراقبة ضغط الدم يجب أن تتم عند دخول المريض ثم كل 15 دقيقة بعد 1ك حتى الخروج من مرحلة 1. ان ضغط الدم هو صورة ملموسة لعدة عوامل هي: تدفق الدم من القلب، وكثافة الدم بالشرايين والمقاومة السطحية للأوردة، ومرونة جدار الشرايين.

يجب أن يقاس ضغط الدم للمريض قبل الجراحة حتى يمكن وضع أساس للهدف المطلوب قبل الجراحة. ان المعدل المتوسط للبالغين هو بصورة عامة 100 - 140 مم للقيم السيستولية (الانقباضية) و 60-95 مم للقيم الدياستولية (الانبساطية). أما المستويات بالنسبة للأطفال فهي أكثر تفاوتاً. (أنظر الجداول في الصفحة التالية).

في الوقت الحالي يتم قياس ضغط الدم الشرياني اما بطريقة مباشرة أو غير مباشرة. تشمل الوسائل الغير مباشرة استخدام جهاز التسمع و جهاز المضغاط اما يدوي أو كهربائي. أما الوسائل المباشرة تتم في الغالب عن طريق كانيولا للشريان الكعبري. وبسبب الإحتمال الكبير لحدوث مضاعفات تستخدم هذه الطريقة فقط في حالة الممرضة الذين لا يمكن تحديد ضغط الدم المباشر.

3. النبض:

يجب قياس النبض لمعرفة العدد واليقاع والقوة. قد يشير ضعف النبض أو غيابه أو اضطرابه الى نقص كثافة الدم، قلة الدم المتدفق من القلب، أو الذبحة القلبية الحادة أو اضطرابات القلب أو وجود مشكلة في الشرايين الذي يتم فحصه.

قد تشير النبضات المتسارعة الي الإثارة، ارتفاع ضغط الدم، أو سيادة السوائل. معدل النبض الطبيعي للبالغين هو 60-80 نبضة في الدقيقة. وكما هو الحال بالنسبة لضغط الدم فان النبض لدى الأطفال يختلف وفقا لأعمارهم.

معدل النبض لدى الأطفال في السنوات المختلفة من العمر

معدل النبض (نبضة في الدقيقة)			
العمر	المستوى الأدنى	المتوسط	المستوى الأعلى
حديث الولادة	70	120	170
1-11 شهر	80	120	160
سنتين	80	110	130
4 سنوات	80	100	120
6 سنوات	75	100	115
8 سنوات	70	90	110
10 سنوات	70	90	110

متوسط ضغط الدم لدى الأطفال

العمر	الإنقباضي	الإنبساطي
حديث الولادة	85 - 75	50 - 40
أسبوعين - 4 سنوات	85	60
5 سنوات	87	60
6 سنوات	90	60
7 سنوات	92	62
8 سنوات	95	62
9 سنوات	98	64
10 سنوات	100	65
11 سنة	105	65
12 سنة	108	67
13 سنة	110	67
14 سنة	112	70
15 سنة	115	72
16 سنة	118	75

هناك 9 مواقع يمكن جس النبض بها:

- الشريان الصدغي
- الشريان السباتي
- الشريان العضدي
- الشريان الزندي
- الشريان الفخذي
- الشريان القدمي الخلفي
- الشريان المأبضي (باطن الركبة)
- الشريان الساق الخلفي

4. رسم القلب الكهربائي

يجب أن يكون لدى ممرضة غرفة الإنعاش فهما أساسيا لملاحظة وظائف القلب ويجب أن تكون قادرة على تفسير ضربات القلب الأساسية والإضرابات أيضا. لأن اضطراب نبضات القلب قد يحدث في أي وقت أثناء الرعاية بعد العمليات الجراحية، لذلك من المهم أن تتوفر أجهزة الملاحظة بجوار كل سرير في مرحلة 1 ومتوفرة عند الاحتياج في مرحلة 2.

يجب تسجيل كل النبضات الغير طبيعية على الجهاز، وتطيع على الورق، وتسجل في السجلات الطبية. وأية نبضات غير واضحة يجب أن يتم متابعة فحصها بجهاز رسم القلب الكهربائي ذو الاثني عشر طرفا. (انظر اضطرابات ضربات القلب، أسبابها وعلاجها في الملحق).

وضع الأطراف (أنظر الرسم) - يجب أن يكون الجلد مكان وضع الطرف الموصل نظيفا وجافا وناعما. يجب أن يزال الشعر الزائد والدهون من الجسم وكحت الجلد قليلا لكي يلتصق الطرف جيدا. يتم عادة استخدام شكل توصيل الأطراف المعدل رقم 2 . وهو يفيد في تقييم موجات النبضات وإيقاعاتها واضطرابات الضربات الأذينية.

غرفة الإفاقة - العناية التمريض بالمريض بعد الجراحة مرحلة (1)

يستخدم شكل توصيل الأطراف المعدل رقم 1 في تقييم الانسداد في الحزم المتجمعة واطصرابات ضربات القلب البطينية. ويفيد شكل Lewis عندما يكون من الصعب تمييز موجات النبض.

3: مستوى الوعي

لا يجب ترك المريض فاقد الوعي بمفرده اطلاقا. فهو يعتمد على الممرضة كليا في أمانه حتى تعود اليه ردود الأفعال الوقائية والادراك.

من الحقائق المسلم بها ان حاسة السمع هي أولى الحواس التي يستردها المريض عند الإفاقة. لذلك يجب استخدامها لمساعدة المريض على الإدراك والإفاقة. فاستخدام اسم المريض والحديث بصوت منخفض هو أفضل طريقة للإفاقة. يجب تجنب الأصوات العالية والضحك لأن ذلك قد يجعل المريض مضطرب ويختلط عليه الأمر أو قد يثار غضبه.

يجب القيام بمحاولات متعددة هادئة لإيقاظ المريض النصف واع. ولكن اذا تعرض المريض للكحة أو اضطراب الجهاز التنفسي العلوي أو القيء يجب تعديل وضع المريض لتجنب احتباس التنفس، ويعطى له أكسجين وتبقى الممرضة الى جانبه باستمرار ويترك لكي يفيق ببطء لتجنب احتمال حدوث تقلصات بالحجرة. أيضا قد يتبع استخدام مادة الكيتامين نعرض المريض للهلوسات أو الكوابيس، لذلك تبقى الممرضة بجانبه في هدوء. يجب خفض من أية مسببات بيئية للإثارة الى أقل مستوى ممكن.

قد يحدث هذيان طارئ أثناء فترة الإفاقة. وتتراوح الأعراض ما بين عدم الاستقرار، التلويح بالأطراف، الصراع، البكاء، الأنين، الصراخ، الكلام الغير مفهوم، وقد تحدث إصابة للمريض ما لم تتخذ الممرضة الاحتياطات الفورية. يمكن أن تمسك عدة ممرضات بالمريض للحد من حركته وحمايته دون التسبب في هياجه.

تأخير الإفاقة: قد يرجع السبب في تأخير الإفاقة الى نوع الأدوية والمخدر الذي أعطي للمريض. يمكن أن تتسبب العديد مواد الاستنشاق، والمخدرات، والمسكنات في تأخير الإفاقة، خاصة اذا كانت وظائف الهضم أو التنفس أو الدورة الدموية لا تعمل بالشكل الطبيعي. من الأسباب الأخرى لتأخير الإفاقة انخفاض درجة حرارة الجسم، ارتفاع درجة حرارة الجسم الضار، امراض التمثيل الغذائي، ومشاكل القلب والأوعية الدموية مثل ارتفاع ضغط الدم، أو ارتفاع كثافة الدم، أو نقص وصول الدم الى عضلة القلب.

4: عملية التنبيه

عملية التنبيه هي أهم مهمة تقوم بها ممرضة غرفة الإفاقة. هذه العملية تهدف الى منع حدوث المضاعفات. وتتكون من خمسة خطوات رئيسية:

1. تمارين التنفس العميق
2. الكحة
3. وضع المريض
4. الحركة
5. التعامل مع الألم

تدريبات التنفس العميق:

ان ملء الرئتين بالكامل بالهواء يساعد في طرد الغازات المخدرة التي تم استنشاقها ويساعد في الإفاقة. يجب أن يدفع المريض لأخذ 3 أو 4 نفس عميق كل 5-10 دقائق. فمن المهم تمديد الرئتين لأكثر قدر ممكن. يجب أن يأخذ المريض شهيقا بقدر اتساع الرئتين ويحتفظ به لمدة 3-5 ثوان. هذا الأسلوب يمكن أن يتعلمه المريض قبل اجراء الجراحة.

غرفة الإفاقة - العناية التمريض بالمريض بعد الجراحة مرحلة (1)

الكحة:

يجب أن يوجه المريض للكحة في أثناء تمارين التنفس العميق. هذا يساعد في التخلص من الإفرازات المتراكمة. الكحة الفعالة تعتمد على كمية هواء الشهيق والقود التي يطرد بها. يجب أن يوجه المريض لأخذ نفس عميق متتالي ليزيد من كمية الهواء في الرئتين وتمدد الممرات الهوائية. هذا يسمح بدخول الهواء لمستوى أعمق من الإفرازات، وعند الزفير يجب أن يكح المريض عدة مرات.

إن الجلوس هو أفضل وضع تتم فيه الكحة لتنقية ممرات الهواء. إذا لم يكن المريض قادراً على الجلوس باستقامة، يجب أن يوضع على جنبه مع ثني الركبتين والفخذين ووضع مخدات لتساند الرأس والكتفين.

إذا لم تتمكن الكحة الفعالة من طرد الإفرازات من الممرات الهوائية يستدعى طبيب التخدير ليقوم بعملية الشفط العميق من القصبة الهوائية.

وكما في حالة تدريبات التنفس العميق، فإن أفضل طريقة لضمان تعاون المريض هو تلقينه المطلوب قبل إجراء الجراحة.

وضع المريض:

أفضل الأوضاع بالنسبة لمريض الجراحة هي إما وضع شبه نائم، بأن يستلقي على ظهره ووضع مخدة صغيرة تحت رأسه، أو على جانبه مع مخدة صغيرة تحت الرأس. كلا الوضعين يساعدان على المحافظة على الممرات الهوائية مفتوحة، ويمنعان انسداد الهواء، ويسمحان بأقصى تهوية ممكنة للجزء السفلي من الرئتين. من المهم تغيير وضع المريض بكثرة (على الأقل كل ساعة) لمنع تصلب العضلات.

الحركة:

لمنع تصلب الأوعية الدموية أو حدوث تجمعات دموية في الأوردة يجب تشجيع المريض على تحريك ساقيه وذراعيه بطريقة منتظمة. يجب أن يقوم بثني ومد أطرافه. الحركة وثني العضلات تساعد على مرور الدم في الأوردة وبالتالي يساعد التنفس العميق، بالإضافة إلى تحسين وظائف القلب.

التحكم في الألم:

يتوقف نجاح عملية التنبيه على مدى تعاون المريض. إذا كان هناك ألم شديد سوف لا يستجيب المريض. يجب أن تقوم الممرضة بتقدير درجة الألم بعد الجراحة وتقديم العلاج المناسب. مع الأخذ في الاعتبار أن مسكنات الألم تسكن الكحة وحركة الأهداب، وقد تقلل من التهوية السخية بأن تؤثر على مركز التنفس بالمخ.

5: التحكم في مجرى الهواء

تقييم مجرى الهواء والتحكم فيه هما مهارتان مطلوبتان في كل ممرضة بغرفة الإفاقة. وكما ذكرنا في الجزء الخاص بالتنظيم، فإن سلامة مجرى الهواء لها الأولوية عند الدخول إلى غرفة الإفاقة.

انسداد مجرى الهواء هو عارض شائع في المريض فاقد الوعي إذا لم يتم وضع أنبوب هوائي. هذا الانسداد يرجع إلى تغيير وضع الأنسجة الرخوة. أحياناً يسقط اللسان إلى الخلف في الحلق وبذلك يسد مجرى الهواء. هناك عدة طرق لمعالجة هذه المشكلة:

- وضع المريض على جانبه
- تعديل وضع الفك
- رفع الذقن
- رفع الرأس
- سحب اللسان يدوياً
- وضع أنبوب

غرفة الإفاقة - العناية التمريض بالمريض بعد الجراحة مرحلة (1)

ان وضع المريض مستلقيا على جانبه هو أفضل طريقة لمنع ابتلاع الإفرازات أو القيء. كلما تحرك المريض أو كلما تم تعديل وضعه، يجب أن تعيد الممرضة تقييم مجرى الهواء. يجب إعطاء الأكسجين واستخدام جهاز الترطيب في حالة التخدير الكامل عند دخول المريض الى غرفة الإفاقة. يجب شفط السوائل من الفم والحلق بلطف اذا لزم لسحب الإفرازات المتجمعة. يجب الحذر من اثارة البلعوم لأن الكحة في المريض فاقد الوعي يمكن أن تتسبب في تقلصات بالحنجرة.

قد تتسبب تقلصات الحنجرة في انسداد مجرى الهواء مما يؤدي الى ضيق التنفس. وتحدث تقلصات الحنجرة عندما تنقبض عضلات الحنجرة وتسبب رد فعل باغلاق الأحبال الصوتية كوسيلة وقاية لمنع دخول الأجسام الغريبة الى الحنجرة والقصة الهوائية. وتشمل الأعراض التالية: غياب التنفس، نقص وصول الأكسجين للمخ، زيادة نسبة الكربون، الزرقة، غياب أصوات التنفس.

يجب بدء علاج تقلصات الحنجرة فورا، يجب على الممرضة أن:

- تستدعي طبيب التخدير
- تزيل بلطف أية عوائق (افرازات ، مجرى هواء)
- تقوم بالشفط اذا لزم
- تمدد الرقبة
- تحافظ على ابعاد الفكين
- تقلل حركة الرأس والرقبة لمنع زيادة المضايقة
- تعطي للمريض أكسجين رطب
- تبقى هادئة

في الحالات الحرجة:

- تعطي أكسجين رطب تحت الضغط
- تعطي مهدئات وريدية
- تعيد وضع الأنبوب

إذا استمر الحال على ما هو عليه بعد اجراء كل ما سبق، تكون هناك ضرورة لإجراء شق حنجري. لذلك يجب أن تكون كل غرف الإفاقة مزودة بعربة طوارئ بها صينية الأدوات اللازمة للشق الحنجري. سوف نناقش المشاكل الأخرى المتعلقة بالتحكم في مجرى الهواء في الجزء الخاص بمضاعفات ما بعد الجراحة.

6: توازن السوائل والأملاح

ان تقييم توازن السوائل والأملاح لدى المريض يتطلب تقييما شاملا للمريض. فقد يحدث اختلال بالتوازن في المريض بعد الجراحة لعدة أسباب:

- الصيام عن السوائل والأطعمة قبل اجراء الجراحة
- الضغط والقلق تسبب احتباس الماء والصوديوم
- اضطرابات الجهاز الهضمي (القيء، الشفط الأنفي أو اعداد الأمعاء) قد تسبب فقدان البوتاسيوم والصوديوم
- النزيف الحاد يمكن أن يؤثر على السوائل والإلكتروليت
- زيادة افراز البول

الحالات الطبية الشائعة التي تؤثر في توازن السوائل والأملاح في غرفة العناية بعد التخدير

الحالة الطبية	تأثيرها على توازن السوائل والأملاح
الألم التخدير الخوف الصدمة	زيادة الاستجابة للضغط. احتباس الماء والصوديوم.
الفشل الكلوي الحاد	عجز في ميكانيزم تنظيم الأساس الحمضي.
فقدان الدم عدم القدرة على الحركة	عجز دورة السوائل.
الشفط الأنفي النزيف القيء	فقدان السوائل بدرجة كبيرة بطرق غير طبيعية. نقص البوتاسيوم والصوديوم.
استئصال الغدة الدرقية علاج الحموضة في الدم اعطاء دم به أحماض عالية	نقص الكالسيوم

من أعراض عدم توازن السوائل والأملاح: الاستثارة العالية، الغثيان والقيء، عدم ادراك الزمان والمكان، الضعف، قلة البول، هبوط في قراءة ضغط الدم السيستولي، ارتفاع نسبة الهيماتوكريت، الصدمة، الخفقان، اضطراب النبض، انخفاض الضغط، الاضطراب النفسي، تقلص العضلات.

أفضل طريقة لمنع اختلال توازن السوائل والأملاح يكون بإعطاء المريض سوائل مناسبة. يحتاج الشخص البالغ متوسط 2000 الى 2500 مل من الماء لتعويض الفاقد من السوائل عن طريق البول أو أي طريقة أخرى. يجب تجنب السوائل عن طريق الفم حتى تعود وظائف الحنجرة والبلعوم. ابدئي بكميات قليلة من السوائل لتجنب الإحساس بالغثيان والقيء. وقبل اعطاء المريض سوائل بالفم يجب المحافظة على توازن السوائل عن طريق السوائل الوريدية. من المهم وجود خط وريدي ليس فقط لإعطاء السوائل ولكن لإعطاء الأدوية أيضا.

كثرة السوائل يمكن أن تؤدي أيضا الى عدم توازن السوائل الأملاح.

6: تنظيم درجة الحرارة

درجة الحرارة الطبيعية هي توازن بين انتاج الحرارة وفقدانها وتقوم غدة الهيپوثالاموس بدور منظم الحرارة للجسم، ما بين 36 درجة مئوية و37,5 درجة مئوية. حوالي 25% من حرارة الجسم ناتجة عن العضلات، 50% من الكبد، و15% من المخ. ويحدث فقدان حرارة الجسم في المريض بعد العمليات الجراحية نتيجة لعدة أسباب.

انخفاض درجة الحرارة هو حالة كون الحرارة الأساسية أقل من 35% مئوية. ويمكن أن تشكل مشكلة خطيرة لو لم تقدم العناية اللازمة. يمكن تعديل درجة حرارة الغرفة للمرضى المعرضين لفقدان حرارة الجسم، يمكن وضع بطانيات دافئة أو اعطاء محاليل وريدية دافئة. يجب قياس درجة الحرارة الأساسية عند دخول المريض الى غرفة الإنفاقة، و بما ان انخفاض درجة الحرارة يمكن أن يتسبب في اضطرابات القلب يجب استمرار المراقبة حتى تصبح درجة حرارة جسم المريض في الحدود العادية.

غرفة الإفاقة - العناية التمريض بالمريض بعد الجراحة مرحلة (1)

أحيانا يصاب المريض بالرعشة بعد العمليات الجراحية. هذا قد يشير أو لا يشير الى انخفاض درجة الحرارة. أحيانا ما يكون هذا مجرد رد فعل لأدوية التخدير. اذا كانت الرعشة عنيفة قد تتسبب في ارتفاع ضغط الدم، أو إصابة مكان الجراحة أو الأسنان وتزيد من الحاجة للأكسجين (حوالي 5 مرات).

يجب أن يكون العلاج كما في حالة فقدان حرارة الجسم، والملاحظة الدقيقة لمنع الإصابة. قد يتسبب الارتعاش العنيف في آلام بالعضلات بعد الجراحة لمدة يوم أو أكثر. يمكن لتثقيف المريض بعد الجراحة أن يساعد المريض في فهم هذا.

عوامل مؤثرة في درجة حرارة المريض في غرفة العناية بعد التخدير:

- التخدير
- الأدوية قبل الجراحة
- عمر المريض
- مكان ودرجة حرارة السوائل الوريدية
- انقباض الأوعية الدموية (ثانوي بعد فقدان الدم ومادة التخدير)
- تمدد الأوعية الدموية (ثانوي بعد التخدير النصفى أو استخدام الهالوثان)
- تعرض سطح الجسم
- درجة حرارة القساطر
- درجة حرارة الغرفة
- عدم حركة العضلات
- تعرض الأعضاء الداخلية

ارتفاع درجة حرارة الجسم هي حالة متسببة عن التعرض للتلوث قبل الجراحة. يمكن للملاحظة الدقيقة قبل الجراحة أن تمنع هذا.

ارتفاع درجة الحرارة الضارة هي حالة زيادة قاتلة في الدورة الهضمية أساسها الجينات وتثار ببعض مواد التخدير أو باسطات العضلات. اذا لم يتم علاجها في الحال يمكن أن يموت المريض في وقت قليل.

7: الوظائف العصبية

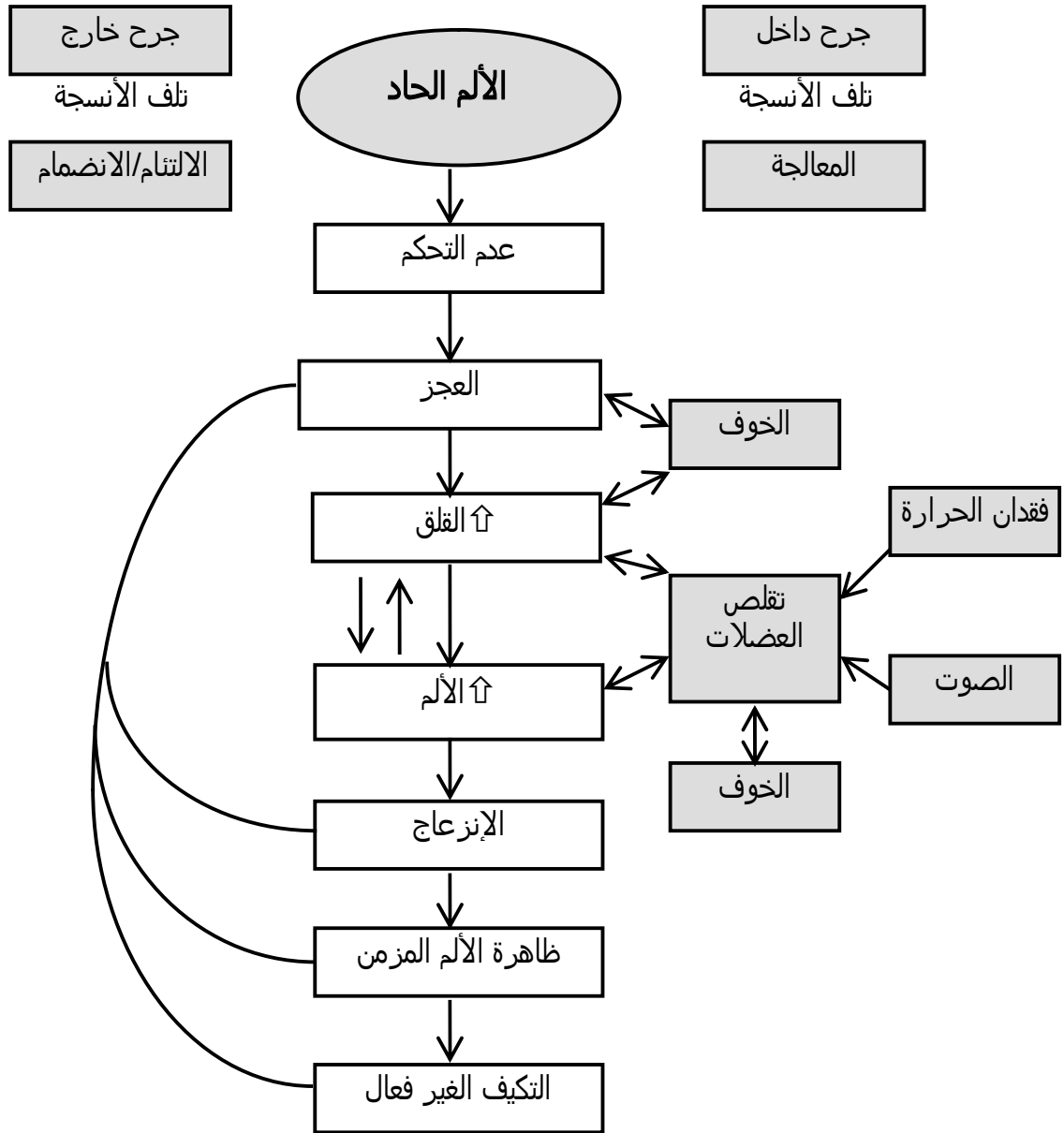
يجب ملاحظة المريض عن كثب حتى تبدأ علامات عودة الوظائف العصبية في الظهور وذلك لمنع الإصابة والحوادث. يمكن أن تسبب مواد التخدير النصفى والموضعي في اطالة مدة البقاء في غرفة الإفاقة.

نظرا للتأثير على الجهاز العصبي السمبثاوي، يمكن أن يحدث انخفاض في ضغط الدم، وهبوط في الأحماض الساكنة، والاعماء بعد اعطاء التخدير في سلسلة الظهر. يجب توخي الحذر الشديد عندما يتحرك المريض لأول مرة بعد الإفاقة.

8: التعامل مع الألم بعد الجراحة

ان الألم الذي يعقب الجراحة هو جانب متوقع من الجراحة. ويمكن أن يسبب قلقا وخوفا لدى المريض قبل الجراحة. أحيانا يفيد أن نعلم المريض أساليب التنفس العميق والاسترخاء وكيفية الحفاظ على الوضع السليم للجسم قبل اجراء الجراحة. أيضا الإشارة الى الألم على انه عدم راحة قد يغير من نظرة المريض اليه.

(أنظر الرسم التوضيحي التالي.)



ينتج الألم بعد الجراحة عن تلف الأنسجة أو عدة عوامل أخرى بما فيها أسلوب التخدير أو مواد التخدير بالإضافة الى عمر وشخصية وثقافة المريض وحالته النفسية.

تتوقف فعالية التحكم في الألم بعد الجراحة على مدى دقة التقييم الذي قامت به الممرضة. ان تقديم وسيلة تخفيف الألم المناسبة للمريض جزء هام من العناية بعد العمليات الجراحية.

ان التحدي الذي تواجهه ممرضة غرفة افاقة هو توفير الراحة دون اعطاء جرعات زائدة. يجب اعطاء جرعات صغيرة على مرات متتالية أفضل من اعطاء جرعة واحدة كبيرة. اعطاء المريض جرعة من المهدئات للتحكم في الألم ينتج عنه قضاء المريض فترة أطول في مرحلة 1 لأن فترة ملاحظة العلامات الحيوية تزيد أيضا.

غرفة الإفاقة - العناية التمريض بالمريض بعد الجراحة مرحلة (1)

يمكن معالجة الألم بعد الجراحة بعدة أساليب. إعطاء المسكنات فميا أو وريديا أو في العضل أو شرجيا هي أكثر الطرق شيوعا. ولكن يمكن أيضا إعطاؤها تحت الجلد أو عن طريق الأنف.

طريقة أخرى شائعة في جراحة اليوم الواحد لتقليل أو تخفيف الألم تكون بوضع ماركين على مكان الجراحة. وهذا القغار هو مخدر موضعي طويل المفعول، يمكن أن يظل مفعوله قائما حتى 12 ساعة. هذا يساعد المريض على اجتياز الفترة التالية للجراحة مباشرة.

9. التحكم في الغثيان والقيء

ان الشعور بالغثيان مع أو بدون القيء هو أحد المضاعفات الغير مستحبة بعد الجراحة حيث يمكن أن يؤدي الى غياب التنفس الذي يشكل بدوره خطرا على المريض فاقد الوعي، أو الذي لم يسترد وعيه بالكامل. يمكن أن تتأثر مدة البقاء في غرفة الإفاقة بزيادة الشعور بالغثيان أو القيء. لا يجب خروج أي مريض من قسم جراحة اليوم الواحد حتى تتلاشى كل علامات الغثيان ويتمكن المريض من تناول السوائل والاحتفاظ بها.

أسباب الغثيان بعد الجراحة متعددة منها: الألم، والخوف، ارتفاع أو انخفاض الضغط، وجود دم أو إفرازات في المعدة، نتيجة أدوية التخدير، الدوار، رفع الرأس بسرعة، الحركة بسرعة، استثارة مركز التقيؤ في المخ، اضطراب الأعضاء الداخلية، زيادة الضغط داخل البطن، المرضى الذين يشعرون بالغثيان من ركوب السيارات (يمكن معرفة هذا من التقييم الأولي قبل العملية الجراحية)، زيادة الضغط في الجمجمة، الخفقان، ومحتويات المعدة قبل الجراحة (لهذا يطلب من المريض أن يأتي صائما للجراحة).

علاج الغثيان والقيء يكون عن طريق إعطاء الأدوية المضادة للقيء مع أدوية التخدير، وتجنب المناظر أو الروائح أو الأصوات حول المريض في الإفاقة، وبأن نسمح للمريض أن يفيق ببطء دون إثارة قوية، وتوفير المسكنات المناسبة، ومقدار قليل من السوائل للشرب مع تجنب منتجات الألبان، العصائر الحمضية والقهوة، وتقليل استثارة الجهاز العلوي التنفسي لتقليل الرغبة في القيء ومنع احتمال ابتلاع الدم.

يجب أن تحافظ الممرضة على خصوصية المريض الذي يعاني من الغثيان أو القيء بعيدا عن عيون الآخرين. يجب وضع حوض كلوي ومناديل ورقية في متناولته.

إذا استمر الشعور بالغثيان يجب أن تطلب الممرضة من طبيب التخدير أمرا باستخدام مضاد للقيء. ولكن يجب أن تستمر ملاحظة المريض بعد إعطاؤه الدواء لاحتمال حدوث دوار أو هبوط في ضغط الدم. وضع المريض مستلقيا على ظهره وزيادة السوائل الوريدية وإعطاؤه أكسجين رطب يساعد في علاج هذه الحالة.

رابعا: تسجيل العناية

يجب أن يكون هناك سجل في غرفة الإفاقة لكل مريض. يجب أن تسهل الاستمارات تسجيل البيانات خاصة في حالة مرضى جراحة اليوم الواحد الذين يبقون فيها لفترة قليلة. يجب أن تتضمن السجلات ما يلي:

- وضع علامة أمام العناية الروتينية
- مكان لكتابة الملاحظات التي تركز على استجابات المريض وعلاجها
- رسم بياني للعلامات الحيوية
- مقياس تقييم لغرفة الإفاقة
- الأدوية والسوائل
- السوائل الداخلة والخارجة
- الحساسية
- توقيع الممرضة القائمة بالعناية
- (أنظر المثال المرفق في الملحقات)

خامسا: الخروج من مرحلة 1

قبل أن يخرج المريض من مرحلة 1، يجب أن تكون حالته تسمح بما يتفق الاشتراطات الموضوعة للخروج. هذه الاشتراطات يجب أن تقيس الإفاقة الجسدية والإدراكية. يتطلب الخروج حصول المريض إلى 9-10 نقاط بمقياس ألدرت أو مقياس غرفة الإفاقة ليخرد إلى مرحلة 2. (أنظر المثال التالي)

مقاييس غرفة الإفاقة

نظام مقاييس غرفة الإفاقة

الحركة	تحريك الأطراف الأربعة بمفرده أو عندما يطلب منه = 2 تحريك طرفين بمفرده أو عندما يطلب منه = 1 غير قادر على تحريك أي من الأطراف بمفرده أو عندما يطلب منه = 0
التنفس	قادر على التنفس بعمق والسعال بحرية = 2 ضيق التنفس أو تنفس ضعيف = 1 غياب التنفس = 0
الدورة الدموية	ضغط الدم $\pm 20\%$ من المستوى السابق للتخدير = 2 ضغط الدم $\pm 20 - 50\%$ من المستوى السابق للتخدير = 1 ضغط الدم $\pm 50\%$ من المستوى السابق للتخدير = 0
الإفاقة/الإدراك	إفاقة كاملة = 2 يستجيب للنداء = 1 لا يستجيب = 0
اللون	لون طبيعي = 2 شاحب = 1 مائل للزرقة = 0

الجزء الخامس:

العناية التمريضية بعد الجراحة غرفة الإفاقة مرحلة 2 (جراحة اليوم الواحد)

أولاً: التصميم / الدخول / التقييم

يتطلب مريض جراحة اليوم الواحد عناية إضافية حتى تتم الإفاقة الكاملة. لذلك ما إن يصل المريض الى مرحلة الخروج من غرفة الإفاقة مرحلة 1 يتم نقله الى غرفة الإفاقة مرحلة 2. هذه الغرفة يمكن تسميتها وحدة الخروج، وحدة الجلوس، أو وحدة العناية المتقدمة.

في وحدة المرحلة 2، يجب أن تكون البيئة طبيعية الى حد ما، لكي يستعد المريض لمغادرة المستشفى الى المنزل، وهذا يشجع لديه الاحساس بالصحة والمعافاة. يجب أن يتضمن هذا المكان مكان للتغذية، دورات مياه للمرضى، مكان لتغيير الملابس، ويكون قريباً من باب الخروج.

رغم أن المرحلة 2 ليست مرحلة عناية حرجة، فقد يكون المريض بعد الجراحة في حالة دقيقة صحياً بعد التعرض للتخدير والإجراءات الجراحية، لذلك على الممرضة أن تلاحظ باستمرار احتمال حدوث المضاعفات، التي قد تحدث فجأة.

يجب أن تتميز الممرضات العاملات بهذا القسم بالتنظيم والمرونة والتفكير المستقل. يجب أن يكون لهن تفكير منطقي، وتعملن بكفاءة. من المهم أيضاً أن ممرضة مرحلة 2 تتميز بمهارات التقييم الاكلينيكي العالية، ولها مقدرة على التعليم وذات طبيعة حانية.

يجب أن تكون أدوات الطوارئ المذكورة في الجزء الثالث متوافرة ولكن بعيدة عن العيون. وهذا بهدف التشجيع على احساس المريض أنه معافى وطبيعي. يجب أن تخطط العناية التمريضية للمريض بصورة فردية مع وضع هذه الأهداف في الاعتبار:

- توفير تقييم واهتمام قريبين لاحتياجات المريض الجسدية والنفسية والتعليمية ما بعد الجراحة.
- توفير بيئة وعاملين مجهزين للتدخل في حالة الطوارئ في أي وقت.
- توفير عناية موجهة للعائلة والتي تركز على مفهوم الصحة وتضع في اعتبارها العلاقات بين المريض والعائلة أو المرافق.
- تشجيع المريض ليعتني بنفسه قدر الإمكان، بناء على نوع الجراحة والتخدير المستخدم.
- احترام حقوق المريض في الخصوصية والسرية والعناية التمريضية المحترمة والمتعاطفة.
- الحفاظ على سجلات دقيقة للعناية بالمريض والبيئة.
- التعامل مع الأطباء والعاملين الآخرين بالفريق الصحي بأسلوب مهني مما ينتج عنه تقديم عناية ذات مستوى عال.
- توفير مرجع لإجابة أسئلة المرضى وعائلاتهم وتعليقاتهم وتوفير المعلومات التمريضية أثناء فترة بقاء المريض وبعد الخروج مباشرة.
- توفير بيئة تشجع النمو المهني لبيئة التمريض.
- من الأهداف الأخرى توفير تغذية مناسبة وسوائل، توفير علاج مناسب للألم، علاج الغثيان والقيء، ملاحظة مكان الجراحة، تشجيع الحركة.
- بعد نقل المريض الى الوحدة على التروولي، أو الكرسي المتحرك، أو على قدميه يجب أن توفر له الراحة. تقوم ممرضة المرحلة 2 بقراءة سجل المريض وتأخذ تقريراً من ممرضة المرحلة 1

غرفة الإفاقة - العناية التمريض بالمريض بعد الجراحة مرحلة (2)

- ثم تقوم ممرضة المرحلة 2 بقراءة سجل المريض وتأخذ تقريراً من ممرضة المرحلة 1.

من المهم أن تقوم الممرضات بقراءة كل بيانات المريض (خاصة الحالات السابقة على الجراحة أو الحالات أو الاحتياجات الخاصة) حتى يمكنها أن تخطط العناية المناسبة للمريض. يجب أن يتضمن التقرير:

العلامات الحيوية عند الخروج من مرحلة 1

- نوع الجراحة
 - نوع التخدير
 - الأدوية قبل مرحلة 2
 - مكان ونوع الغيارات، القساطر، الأنابيب، والأجهزة
 - الأمراض السابقة للجراحة
 - الحواس المفقودة
 - الاحتياجات النفسية الخاصة
 - أوامر الطبيب الخاصة
 - احتمال المريض لرفع الرأس والحركة
 - كمية السوائل الداخلة (بالفم أو الوريد)
- بعد اكمال اجراءات وتقرير الدخول يجب على الممرضة أن تبدأ التقييم لمرحلة 2.

ثانياً: العناية التمريضية العامة في مرحلة 2

بعد التأكد من راحة المريض، يجب على الممرضة أن تقدم له بعض السوائل (عصائر، ماء، شاي). إذا كان المريض يعاني من الغثيان أو القيء يجب تأجيل تناول السوائل بالفم. إذا كان المريض صائماً لفترة طويلة قبل الجراحة فقد يطلب طعاماً.

إذا وافق الطبيب الجراح على هذا فيمكن تقديم قطعة من الخبز أو البسكويت المملح في البداية. بعد أن يتمكن المريض من تناول السوائل مع عدم الشعور بالغثيان يجب أن تساعد الممرضة على الحركة والمشي في داخل الوحدة. يجب أن يتم هذا ببطء بسبب احتمال احساسه بالدوار، أو الاغماء، أو الهبوط.

في أثناء فترة التعامل مع المريض، يجب على الممرضة أن تقوم بتقييم استعدادده للذهاب الى المنزل وتحديد مستوى تثقيفه الصحي بعد الجراحة.

ثالثاً: الاحتياجات النفسية الاجتماعية:

لأن الاهتمام باتجاه المريض للمعافاة مهم جداً في مرحلة 2، يجب أن يسمح للمريض بارتداء ملابسه في أقرب وقت ممكن. ولكن في حلة وجود غثيان أو قيء أو نزيف يجب على أن تؤجل تغيير الملابس. أيضاً إذا كانت ملابس المريض ضيقة أو متسخة يفضل ارتداؤها قبل الخروج مباشرة.

ان اشترك العائلة أو المرافق في مرحلة 2 مهم جداً. يجب أن يبدأ هذا مبكراً في مرحلة 2 بقدر الإمكان. فالأطفال أو الرضع أو المعاقين جسدياً أو ذهنياً قد يحتاجون للمساعدة من العائلة بمجرد الإفاقة من التخدير. لتجنب الزحام يجب أن يحد عدد أفراد العائلة الذين يسمح لهم بمرافقة المريض. عادة يكتفى بفرد واحد. إذا رغب أكثر من فرد البقاء مع المريض فيمكن لهم أن يتبادلوا الأماكن فيما بينهم بجانب المريض في مرحلة 2.

جدول: البيانات المطلوبة للتقييم المبدئي والمستمر وعند الخروج

مرحلة 2

التقييم المبدئي: مرحلة 2

التقييم المبدئي يتضمن تسجيل:

1. العلامات الحيوية
 - معدل وكفاءة التنفس
 - ضغط الدم
 - النبض
 - درجة الحرارة
2. مستوى الإدراك
3. وضع المريض
4. احتياجات سلامة المريض
5. حالة ولون الجلد
6. تقييم الأوعية العصبية حسب الحالة
7. حالة الغيارات، القساطر، والأنابيب بحسب الحالة
8. استجابة وقوة العضلات
9. العلاج بالسوائل، مكان الابز، حالة الانابيب الوريدية، نوع ومقدار السوائل المعطاة
10. مستوى الراحة النفسية والجسمانية
11. التقييم الرقمي في حالة استخدامه

التقييم المستمر: مرحلة 2

التقييم والعناية المستمرة للمريض يجب أن تتضمن ولكن لا تقتصر في الآتي:

1. تعريف المريض والاسم الذي تتاديه به العائلة عادة
2. استلام التقرير من ممرضة غرفة الإفاقة مرحلة 1
3. ملاحظة الوظائف التنفسية والمحافظة عليها وتحسينها
4. ملاحظة وظائف الدورة الدموية والمحافظة عليها وتحسينها
5. العمل على توفير الراحة الجسمانية والنفسية
6. ملاحظة موضع الجراحة
7. تفسير وتسجيل البيانات التي تحصل عليها من خلال التقييم
8. اعطاء المريض المسكنات بحسب الحاجة وتسجيل النتائج
9. اعطاء الأدوية وفقا لأمر الطبيب وتسجيل النتائج
10. توفير أكبر قدر من الخصوصية
11. توفير الأمان
12. التأكد من سرية البيانات المسجلة
13. تشجيع تناول السوائل بالفم
14. الحركة مع مساعدة
15. تغيير وضع المريض تدريجيا من وضع الاستلقاء لوضع فاولر
16. توجيه المريض التبول قبل الخروج
17. مراجعة خطة الخروج مع المريض وعائلته أو اقرباؤه أو الوصي عليه واعطاؤه تعليمات مكتوبة للعناية بالمنزل
18. توفير العناية والمتابعة الممتدة حسبما يلزم: ينصح باجراء متابعة تليفونية في اليوم التالي لتقييم الحالة

التقييم النهائي قبل الخروج: مرحلة 2
يتم جمع البيانات الحالية وتسجل لتقييم حالة المريض قبل العودة للبيت

1. وظائف تنفسية سليمة
2. ثبات العلامات الحيوية بما فيها درجة الحرارة
3. مستوى الإدراك وقوة العضلات
4. القدرة على الحركة بما يتناسب مع العمر
5. القدرة على ابتلاع السوائل بالفم، والسعال
6. القدرة على الاحتفاظ بالسوائل التي يتناولها المريض
7. لون وحالة الجلد
8. ألم قليل
9. حالة مناسبة لأعصاب الطرف الذي أجريت له الجراحة
10. المريض والشخص الذي يعتني به في المنزل يفهمان كل التعليمات للعناية بالمنزل
11. تعليمات مكتوبة للمريض وعائلته عند الخروج
12. التأكد من مناسبة وسيلة انتقاله للبيت لضمان سلامته
13. توفير مصدر يمكن الرجوع إليه في حالة الطوارئ

رابعاً: تسجيل العناية

كما هو الحال في أية وحدة أخرى في المستشفى، فيجب تسجيل العناية التمريضية. يجب ملء سجل خاص بالعناية التمريضية لمرحلة 2 لكل مريض ويصبح هذا جزءاً من سجله الطبي. يجب أن تشمل هذه الاستمارة ما يلي:

- مكان لتسجيل العلامات الحيوية وتقييمها
- السوائل الداخلة والخارجة
- ملاحظات الممرضة الوصفية
- الأدوية والعلاج
- محكات الخروج
- مكان لتسجيل التعليمات
- كيفية الخروج (سيراً، على كرسي متحرك)
- توقيع الممرضة

خامساً: الخروج من الوحدة

ان خروج المريض الى المنزل بعد التخدير والجراحة هو مسؤولية كبيرة. لهذا يجب أن تتمتع ممرضة مرحلة 2 بمهارات الملاحظة والتقييم الخاصة.

يجب أن تحدد لجنة غرفة العمليات أو فريق الإدارة في وحدة جراحة اليوم الواحد المحكات المناسبة التي تدل على الإفاقة الكاملة من المخدر. وهذه تشمل:

- عودة رد الفعل
- كفاءة التنفس والدورة الدموية
- مستوى الإدراك
- حالة مكان الجراحة
- قلة الشعور بالغثيان أو القيء
- وجود شخص بالغ مسئول ليرافق المريض الى المنزل ويعتني به
- اعطاء التعليمات بعد الجراحة والتأكد من فهمه لها
- تحمل الألم بدرجة مناسبة

استلام :

نوع المخدر:

كلي ☐ موضعي ☐ + موضعي ☐

ظهري ☐ حزني ☐

5

غرفة الإنفاقة - العناية التمريض بالمريض بعد الجراحة مرحلة (2)

						التوقيع الكامل للممرضة	
						التوقيع الكامل للممرضة	
كتب وفقا لتعليمات							
الكلام: نعم ☐ لا ☐	ملاحظات	لا ينطبق	لا	نعم	محكات أو شروط الخروج		
الفهم					العلامات الحيوية مستقرة		
الخروج بواسطة: الممرضة:					الجلد دافئ وجاف		
الوقت:					ألم قليل مع المسكنات الفمية		
طريقة الخروج					الغيارات سليمة وجافة		
على الأقدام					التحكم في الغثيان، لا قيء		
					القدرة على تحمل السوائل الصافية		
					القدرة على الحركة بدون دوار		
					القدرة على الإخراج (إذا لزم)		
					وجود أشخاص مسؤولين يرافقون المريض للمنزل		

جدول أمور توضع في الاعتبار كشروط للخروج

مؤشر الخروج	المحكات المألوفة	تعليق
العلامات الحيوية	ثابتة لمدة 30-60 دقيقة قبل الخروج، لا مشاكل تنفسية	يتطلب قياس العلامات الحيوية أكثر من مرة ومقارنتها بمثلتها للمريض قبل الجراحة
مستوى الوعي	واعي ومدرك لما حوله	يصعب تحديد مستوى المنومات وغالبا ما تعتمد على نوعية الاشراف في المنزل
التغذية والسوائل	قادر على احتمال السوائل بالفم والاحتفاظ بها	يوجد خلاف حول ما اذا كان هذا مهما بالنسبة للبالغين، مهم في حالة كبار السن، أو الأطفال أو العاجزين أو العمليات المعقدة
الراحة	يستجيب للمسكنات الفمية أو بدونها، احساس ضعيف بالغثيان أو القيء	توقع الراحة التامة ليس منطقيا، ولكن لا يجب أن يخرج المريض بأعراض حادة، يجب مراعاة مستوى الراحة بالنظر الى طول رحلة العودة للمنزل وامكانية الحصول على الأدوية الموصوفة
الحركة	قادر على المشي وارتداء ملا بسه بنفسه	اذا كان هذا مناسباً لحالة المريض قبل الجراحة ونوع الجراحة، التأكد من المقدرة على استخدام العكاز أو مسند المشي، مساعدة المريض في السير قبل الخروج للتعرف على المشاكل مثل انخفاض ضغط الدم أو الإغماء
مكان الجراحة	لا أعراض سلبية أو نزيف، تصريف مناسب للعملية، الغيارات ثابتة، الدورة الدموية سليمة في الأطراف	يجب أن يفهم المريض المقاييس الطبيعية وغير الطبيعية وكيف يفحص الدورة الدموية
تعليمات	يجب أن يعطى المريض وعائلته أو الشخص المرافق له تعليمات شفوية وتحريرية	يجب أن يوقع كليهما على نسخة للاحتفاظ بها في السجلات الطبية لكل مريض
اشراف شخص بالغ مسئول	المريض مع الشخص المرافق له للمنزل والذي يعتني به لمدة 24 ساعة قادمة. بعد المخدر الموضعي بدون منومات يمكن أن يسمح الطبيب بخروج المريض بدون إشراف	يجب أن تضع الهيئة/ المستشفى سياسة لما هو مقبول كمرافق بالغ (سائق التاكسي، سائق سيارة (مستشفى، شخص قاصر؟) وما الذي تفعله الممرضة اذا رغب المريض في الخروج رغما عن النصيحة الطبية

قامت بعض وحدات جراحة اليوم الواحد بوضع أسس تقييم خاصة للخروج. وأيما كانت المحكات المستخدمة، فيجب استدعاء طبيب التخدير لفحص المريض قبل الخروج وكتابة أمر الخروج.

وحدة جراحة اليوم الواحد

الشروط العامة للخروج بعد التخدير العام أو الجزئي

1. الحصول على 9-10 في مقياس الإفاقة
2. العلامات الحيوية ثابتة لمدة نصف ساعة قبل الخروج
3. قادر على البلع والسعال
4. لا مشاكل تنفسية
5. أقل نسبة من الغثيان أو القيء أو الألم
6. يتعرف على الوقت والمكان والناس
7. لا يوجد نزيف يذكر أو تصريف من مكان الجراحة
8. تمت ملاحظته لمدة ساعة على الأقل بعد الجراحة
9. قادر على الحركة والسير المناسب لعمره وحالته الجراحية
10. يوجد معه مرافق ليأخذه الى المنزل
11. أعطيت له التعليمات الشفاهية والمكتوبة للخروج وقد أبدى المريض (أو المرافق له) فهمه لها بالكلام

شروط الخروج بعد التخدير في العمود الفقري

1. تطابق الشروط السابقة عليه
2. استعادة قوة العضلات، والتوازن والاستقرار
3. استعادة الاحساس الطبيعي
4. لا مشاكل في البول

شروط الخروج بعد العمليات البولية

1. تطابق الشروط العامة للخروج
2. عدم وجود مشاكل في التبول (الا اذا اتفق هذا وتقرير الطبيب المعالج)

شروط الخروج بعد عمليات المناظير

1. تطابق الشروط العامة للخروج
2. الجزء الأسفل - عدم وجود علامات النزيف أو الألم أو التقلصات
3. الجزء الأعلى - قادر على البلع، عدم وجود ألم

شروط الخروج بعد عمليات العظام

1. تطابق الشروط العامة للخروج
2. عدم وجود دليل لحدوث قصور في الدورة الدموية في مكان الجراحة أو في الطرف المصاب

شروط الخروج بعد التخدير الموضعي

1. تطابق الشروط العامة للخروج
2. امكانية الخروج بعد نصف ساعة بعد موافقة الجراح أو طبيب التخدير

بعد أن يكون المريض مستعدا للخروج، يجب أن تعطى له تعليمات للعناية بالمنزل وأن يحصل على معلومات للعناية الطارئة اذا لزم. يجب أن يعد كل طبيب تعليماته الخاصة لكل نوع من العمليات الجراحية بالإضافة الى التعليمات العامة الأساسية.

(أنظر أمثلة التعليمات الخاصة في الملحق المأخوذ من مستشفى فيرفاكس بأمريكا)

غرفة الإفاقة - العناية التمريض بالمريض بعد الجراحة مرحلة (2)

يجب أن يكون عضو العائلة المرافق للمريض متواجدا عند اعطاء التعليمات. ففي أحيان كثيرة وبسبب الجراحة أو التخدير أو أسباب أخرى قد ينسى المريض أو لا يفهم هذه التعليمات. لذلك من الحكمة وجود شخص بالغ مسئول يتلقى التعليمات بالإضافة الى المريض. أيضا يجب أن تعطى للمريض نسخة من التعليمات المكتوبة حتى تقلل من الأسئلة بعد الخروج.

لتسجيل عملية التنقيف وضمانها يجب على الممرضة أن تملأ استمارة تنقيف المريض / العائلة التي تصبح جزءا من السجل الطبي للمريض. هذه الاستمارة مصممة لتقييم التنقيف بعد العمليات الجراحية مع الوضع في الاعتبار المتغيرات وطريقة التعليم ونتائج التعليم. يجب على كل فرد يتلقى هذا التعليم أن يوقع على الاستمارة.

(أنظر المثال في الملحق)

بعد أن يتلقى المريض التعليمات الشفهية والمكتوبة وأمر الخروج، تكون مسئولية الممرضة النهائية هي اصطحاب المريض خارج الوحدة حيث تنتظره وسيلة المواصلات التي تنقله الى البيت. اذا لم تتمكن الممرضة من ترك وحدة المرحلة 2، يجب أن يصطحب المريض شخص يرافقه للخارج.

1. حدد موعدا مع الطبيب _____ الميعاد هو _____
2. يجب أن يبقى معك شخص بالغ مسئول اليوم. استرح بهدوء باقي اليوم.
3. لاحظ موضع العملية الجراحية لوجود علامات على حدوث نزيف (إفراز بطيء ينتشر في الغيار بكامله، أو نزيف واضح) في كلتا الحالتين، اضغط على الجرح وارفع المكان بقدر الامكان واتصل بالطبيب فورا
4. لا تتناول مشروبات كحولية، أو تقود سيارة، أو تتخذ قرارات قانونية، تقوم بطهي الطعام، أو تدير الآلات الثقيلة لمدة 24 ساعة بعد التخدير العام أو المهدئات الوريدية أو تناول مسكنات الألم.
5. لاحظ مكان الجراحة لوجود علامات الالتهاب: احمرار، تورم، رائحة كريهة، افرازات، أو درجة حرارة أكبر من 100 درجة فهرنهايت. هذه الأعراض تظهر بعد 36 - 48 ساعة بعد الجراحة. اتصل بالطبيب فورا اذا وجدت أحد هذه الأعراض.
6. للحد من التلوث، اغسل يديك جيدا قبل لمس مكان الجراحة وحافظ على نظافة الغيارات وجفافها.
7. تناول غذاء خفيفا اليوم. وزد كمية الغذاء بحسب احتمالك.
8. قد تسبب بعض مضادات الألم أو مواد التخدير حدوث غثيان أو قيء. اذا استمرت هذه الحالة اتصل بالطبيب
9. تناول المسكنات والأدوية التي يصفها لك الطبيب.
10. اتبع أية تعليمات شفهية أو مكتوبة أعطاها لك الطبيب.

اتبع الخطوات التي عليها علامة:

- | | |
|--|--|
| ☐ ارفع _____ لمدة 24 - 48 ساعة. | ☐ لا ترفع الغيارات الا حسب أوامر الطبيب. |
| ☐ ضع كمادات ثلج على _____ | ☐ _____ |
| ☐ لاحظ الدورة الدموية أو إصابة الأعصاب في الطرف المصاب: بلغ الطبيب عن أي تغيير في اللون أو التشنج المستمر، أو ألم زائد. | ☐ تجنب العطس أو التمخط بالأنف. |
| ☐ تجنب التحميل على _____ | ☐ قم بتغيير فوطة التنقيط الأنفي حسب الحاجة وحسب شرح الطبيب. |
| ☐ تجنب الضغط على الغرز (الضغط أو الشد) | ☐ لا تدخل الماء في الأذنين. |
| | ☐ راحة الصوت لمدة _____ |
| | ☐ حافظ على جفاف منطقة الجراحة عند الاستحمام. |

إذا واجهتك أية مشكلة أو كان لديك تساؤلات اتصل بالطبيب فوراً. إذا لم تتمكن من الاتصال بالطبيب ولكن تشعر أن الأعراض التي تراها وتشعر بها تحتاج لعناية الطبيب، اتصل أو اذهب إلى أقرب قسم طوارئ. تعليمات أخرى:

تسلمت استمارة تعليمات الطبيب.
وبهذا أقبل وأفهم وأستطيع أن أكرر هذه التعليمات شفويا.

(توقيع المريض)	(توقيع الممرضة)	(التاريخ)
(قريب أو مرافق المريض)		

تعليمات خروج مرضى الأطفال من العيادات الخارجية

- تعليمات الخروج الخاصة بـ _____ لكي تضمن أمان وسلامة شفاء طفلك من العملية الجراحية تأكد من أن يحد حركته لمدة 24 ساعة مقبلة. ما لم ينصح الطبيب المعالج بغير هذا:
1. يمكن أن يتناول الطفل مأكولات خفيفة (مناسبة لعمره) مثل السوائل الصافية، الشورية الخفيفة، الخبز، حتى يزول احساسه بالغثيان أو القيء. إذا استمر احساس الطفل بالغثيان أعطه سائل صافياً كالماء فقط، أو الشاي أو المياه الغازية.
 2. شجع الطفل على الشرب بكثرة طالما لا يوجد قيء. قد يرفض الأطفال الذين أجريت لهم جراحة بالحنجرة تناول السوائل، ولكن هذا مهم لتجنب حدوث الجفاف. يجب أن يتناول الطفل حوالي 8 أكواب من السوائل في خلال الـ 24 ساعة الأولى.
 3. أعط الطفل الأدوية التي يصفها الطبيب فقط. قد تسبب بعض الأدوية التلعاس أو الدوار.
 4. إذا أصبح غيار الجرح مبللاً بالدم الأحمر الناصع، ضع غيار آخر فوقه. لا تنزع الغيارات، واتصل بالجراح أو اذهب إلى أقرب مركز طوارئ.
 5. اتصل بالجراح أو اذهب إلى أقرب مركز طوارئ إذا كان لديك أي سؤال أو إذا لاحظت أي من هذه الأعراض.

- أولاً: تورم شديد حول الجرح
ثانياً: حدوث الرعشة و/ أو ارتفاع درجة الحرارة عن 38 درجة مئوية.
ثالثاً: الألم الشديد.
رابعاً: افرازات كثيرة أو نزيف من الجرح.
خامساً: استمرار الشعور بالغثيان و/أو القيء.

تعليمات إضافية:

موعد زيارة المتابعة مع الدكتور _____ هو _____
لقد راجعت وفهمت هذه التعليمات.
توقيع: _____ صلة القرابة: _____
تعليمات من _____
التاريخ _____

وحدة جراحة اليوم الواحد تعليمات الخروج

تعليمات الخروج الخاصة بـ:

- 1 - لأنك كنت تحت تأثير البنج، فقد يكون تفكيرك وردود أفعال عضلاتك متأخرة قليلاً. نرجو أن تلاحظ الآتي خلال الـ 24 ساعة القادمة.
أولاً: تناول الدواء الذي وصفه لك الطبيب فقط. تجنب تناول الأسبرين.
ثانياً: لا تتخذ أية قرارات مهمة.
ثالثاً: لا تقود سيارة.
رابعاً: لا تتعرض للبرودة أو الدفء الشديد.
2 - ما لم ينصحك الطبيب بغير هذا:
أولاً: تناول الأطعمة الخفيفة (السوائل الصافية، الشوربة الخفيفة، الخبز) حتى يزول تماماً الاحساس بالغثيان أو القيء.
ثانياً: تناول الكثير من السوائل مثل الماء أو الشاي (8 أكواب).
ثالثاً: إذا أصبح الغيار مبلاً بالدم الناصع، ضع غيار آخر فوقه (لا تنزع الغيار الأصلي) واتصل بالطبيب أو الجراح أو اذهب إلى أقرب غرفة طوارئ.
رابعاً: قد تسبب مسكنات الألم احساس بالدوار. كن حذراً.
خامساً: لا تتحرك كثيراً لمدة 24 ساعة على الأقل.
سادساً: اتصل بالطبيب الجراح أو اذهب إلى أقرب غرفة طوارئ إذا لاحظت أي من الأعراض التالية.

تعليمات إضافية:

موعد زيارة المتابعة مع الدكتور _____ هو _____
لقد راجعت وفهمت هذه التعليمات.

توقيع: _____ صلة القرابة: _____
تعليمات من

التاريخ _____

سادسا: المتابعة بعد الخروج:

رغم خروج المريض من وحدة جراحة اليوم الواحد، إلا أن مسؤولية الممرضة مستمرة. من المهم أن يكون المريض على اتصال بمن يقدم له العناية. يشعر أغلب المرضى أن العناية المقدمة بعد الخروج مفيدة وتترك لديهم انطبعا إيجابيا أن العاملين بالوحدة يهتمون بما هو في صالحهم.

أهداف الاتصال لمتابعة المريض بعد الخروج:

- تتمكن الممرضة من التعرف على جوانب المشاكل الصحية وتساعد المريض في مواجهة وحل هذه المشاكل. (المعلومات التي تحصل عليها، النصيحة المقدمة، وما تفعله الممرضة تجاهها هي انعكاس لنوعية الرعاية المقدمة من وحدة الجراحة المتحركة).
- يقدم للمريض مثال آخر لجو العناية التي تأسس أثناء خبرته الجراحية.
- يمكن أن تكون هذه الاتصالات لها تأثير دعاية جيدة للوحدة الجراحية.
- تشعر الممرضة بأحاساس اكتمال المهمة ونجاحها.
- تتفق المتابعة مع أسس تقديم الرعاية الأساسية.
- ترغب وحدة الجراحة في التعرف على المشاكل المحتملة وتقوم بحلها في أقرب وقت.

يجب أن تقدم المتابعة بطرق مختلفة. عادة عن طريق الاتصال الهاتفي بالمريض أو عائلته في اليوم التالي لكي يتم التعرف على حالة المريض بعد الجراحة. طريقة أخرى للحصول على معلومات في خلال الـ 24 ساعة الأولى هو زيارة الممرضة للمريض بالمنزل.

هناك عدة أسباب تؤيد الاتصال بالمريض للمتابعة. فإن الممرضة وكذلك وحدة جراحة اليوم الواحد لديهم مسؤولية توفير أفضل مستوى من العناية للمرضى. هذا يتضمن المتابعة بعد الخروج للتأكد من سلامة وصحة المريض. وعن طريق الحصول على معلومات عن المريض بعد الخروج يمكن تقييم تقدمه. إذا كانت هناك مضاعفات محتملة، يجب تحويل المريض إلى العناية المناسبة له فورا.

بالإضافة إلى المعلومات التي تجمعها الممرضة عن حالة المريض، يوفر الاتصال بالمريض بعد العمليات الجراحية معلومات مفيدة لتطوير العمل، والمراجعة الطبية، والإحصائيات. أحيانا ما تكون هذه هي الطريقة الوحيدة التي نحصل بها على هذه البيانات ما لم يكن الطبيب متعاوناً.

عندما تقوم الممرضة بالاتصال الهاتفي للمتابعة يجب أن تعرف المريض باسمها وتتكلم ببطء وبوضوح. يجب أن تشجع المريض على تقديم استجابته للأسئلة ولا تقدم اقتراحات له. من المهم أن تتعلم ممرضة المتابعة

مهارات إجراء مقابلات شخصية.

يجب أن يتم تسجيل كل مكالمة تليفونية على استمارة مكتوبة حتى توجه نفس الأسئلة لكل مريض. وتتضمن هذه الأسئلة:

1. حالة المريض العامة.
2. حالة مكان الجراحة أو الغيار.
3. وجود نزيف أو إفرازات.
4. لون الأطراف (حسب الحالة)
5. مستوى الإحساس بالراحة وفاعلية مسكنات الألم.
6. الأحساس بالغثيان أو القيء أو الدوار.
7. الشهية للطعام، والمقدرة على الاحتفاظ بما يتناوله من السوائل والأطعمة.
8. الحمى أو علامات الإصابة الأخرى
9. مدى الحركة والاحتمال

10. تغير الصوت التهاب الحنجرة أو السعال
11. آلام العضلات.
12. الالتزام بخطة العناية
13. فهم التعليمات
14. أسئلة المريض
15. مشاكل غير متوقعة اكتشفت بالمنزل
16. أي شكوى أو شكر

يجب أن تقوم الممرضة بمتابعة أي مضاعفات تعرض لها المريض. يجب أن تطلب من المريض أن يتصل بطبيبه. ثم تتأكد فيما بعد من أن المريض قد قام بالفعل بالاتصال به. إذا لم يقوم المريض بهذا يجب أن تخبر الطبيب عن الاتصال التليفوني لكي يقوم الطبيب بمتابعته.

إذا كانت المشكلة تبدو حادة، يجب أن تلاحظ الممرضة هذا وتتصل في اليوم التالي وتستمر في متابعة المريض حتى تنتهي المشكلة. اظهر الاهتمام بالمريض هو أفضل وسيلة دعائية للوحدة.

من الأساليب الأخرى للحصول على المعلومات هو أن يطلب من المريض ملء استبيان مكتوب وإعادته للوحدة بعد أسبوعين من الجراحة وهذا يترك انطباعا إيجابيا عن الوحدة والعاملين بها لدى المريض. يجب أن يحتوي الاستبيان على أسئلة خاصة بالعدوى بعد الجراحة، عملية الإفاقة والرضا عن الخدمة المقدمة. هذه البيانات يمكن استخدامها فيما بعد في دراسة توكيد الجودة وإرسال خطاب بخصوص أية شكاوى إلى المريض أو العائلة.

هذه الاتصالات هي أيضا طريقة ليعرف المرضى أن الوحدة تهتم بهم. فهي تجعل المريض يشعر بأهميته كإنسان. وتعطي الاستبيانات المكتوبة الفرصة للمريض أو عائلته أو زائريه وسيلة للتعبير عن مشاعرهم تجاه الوحدة. وبهذا تصبح وسيلة دعائية جيدة. يجب الرد على جميع الاستبيانات أو الخطابات كتابة من طرف فريق إدارة الوحدة. إذا أخذ شخص وقتا لكتابة مدح أو شكوى يجب أن يتلقوا اجابة.

تستفيد الممرضات أيضا من أنشطة المتابعة. فتكون لهن الفرصة في مشاركة المريض في انتقاله السلس إلى بيئته المنزلية. وتكون لهن الفرصة أيضا لمعرفة أن الرعاية الصحية الجيدة التي قدمتها ساعدت المريض لكي يستعيد صحته، وتشعرن بأهمية عمل الفريق الصحي. كما أن هذا يساعد في تعزيز صورة الممرضة في المجتمع.

(أنظر المثال في الملحق)

الجزء السادس:

التحكم في العدوى

ان التحكم في العدوى في غرفة الإفاقة له أهمية قصوى. فكل المرضى بعد الجراحة يكونون أكثر عرضة للعدوى حيث تقل مناعة الجسم. ولكي نمنع انتشار الأمراض، يجب أن نضع في الاعتبار ثلاثة أمور رئيسية: الهواء، ناقل العدوى البشري، الأشياء التي قد تكون ملوثة.

الهواء النظيف:

يجب أن يكون هواء غرفة الإفاقة نظيفا مثل غرفة العمليات. ولكي نحصل على هذا هو أن لا نسمح بدخول هواء خارجي (يتم إغلاق النوافذ بإحكام). يجب أن يكون مكيف الهواء مزودا بفلتر، وأن يتم تغيير هذا الفلتر أو تنظيفه بصفة دورية.

ناقل العدوى البشري:

يجب أن يعزل المرضى عن الذين يحملون العدوى أو يعانون من أمراض معدية. يجب أن تقوم الممرضات بغسل أيديهن بعد لمس كل مريض وقبل العناية بغيره. يجب اتباع المحاذير الدولية في كل وقت.

يجب أن يحافظ العاملون (الأطباء، والممرضات، وعمال النظافة) على نظافتهم، ويكونون على وعي بالنظافة الشخصية. يجب أن يظل أي فرد من الفريق الصحي مصاب بمرض في الجهاز التنفسي العلوي أو بمرض معد بعيدا عن أماكن المرضى. أيضا لا يجب أن يقتربوا من المرضى إذا كان لديهم أي جرح أو إصابة مفتوحة.

الألات والأدوات والمواد:

يجب أن تكون كل الأشياء المستخدمة في العناية بالمريض اما صالحة للاستخدام مرة واحدة أو يتم تنظيفها وتطهيرها /تعقيمها بصورة صحيحة قبل استخدامها مع المريض التالي.

يجب استخدام أساليب التنظيف الصحيح في غرفة الإفاقة. بعد أن ينتقل المريض الى وحدة المرحلة 2، يجب نزع البياضات عن الفراش (ووضعها في شئالة بغطاء) ويسمح السرير بقماشة نظيفة وملول مطهر وتوضع بياضات نظيفة على السرير. في نهاية اليوم يجب تنظيف كل عربات التروولي بعناية بما فيها العجلات بقماش نظيف ومحلول مطهر. يجب مسح الأرضيات بممسحة نظيفة ومحلول (يجب تحريك التروولي حتى يمكن مسح جميع الأسطح) يجب تنظيف سلات المهملات من الداخل والخارج بمطهر. يجب تنظيف الحوائط والسقف مرة في الاسبوع، وكذلك فلتر جهاز التكييف.

أيضا، غرفة الإفاقة مرحلة 2 يجب أن يكون لها خطة للتحكم في العدوى. ورغم أن أفراد العائلة قد يرافقون المريض في هذه الغرفة، إلا أن الوحدة يجب أن تكون نظيفة بقدر الإمكان. يمكن اعتبار هذه المنطقة منطقة خط أزرق أي أقل درجة من الخط الأحمر أو المنطقة المعقمة مثل غرفة العمليات أو غرفة الإفاقة مرحلة 1. بعد خروج المريض، يجب تطهير الكرسي ووضع أية بياضات مستخدمة في سلة الغسيل والتخلص من أية مهملات في كيس بلاستيك.

في نهاية اليوم يجب تنظيف غرفة الإفاقة مرحلة 2 تنظيفا نهائيا، تماما مثل مرحلة 1.

للتأكد من نظافة البيئة يجب أن يتضمن دليل سياسات وإجراءات غرفة الإفاقة خطة التحكم في العدوى.

الجزء السابع:

الأمان

يجب أن يكون توفير الأمان للمريض والعاملين في الفريق الصحي في غرفة الإفاقة له أهمية قصوى. يجب أن تكون الممرضة على وعي وإدراك بالمخاطر الأمنية وتعمل على إزالتها. يتوقع المرضى العاجزين أن يجدوا عناية صحية آمنة. ومن العوامل الأمنية التي يجب أن تكون الممرضة على وعي بها في جميع الأوقات ما يلي:

1. احكام عجلات التروولي قبل نقل المريض.
2. تقليل المخاطر البيئية مثل الأرضيات المبللة المزدحمة
3. تواجد عدد كاف من المساعدين عند تحريك المرضى
4. عدم ترك المريض فاقد الوعي بمفرده أبدا
5. حماية المريض الغير مستقر من الاصابة
6. استخدام الحواجز الجانبية دائما
7. تجنب فقدان حرارة الجسم
8. الاحتفاظ بالمواد الكيماوية الخطرة في مكان آمن، والتأكد من وضع لاصق عليها وابعادها عن متناول المريض.
9. التأكد من وجود طفايات الحريق وأجهزة الانذار من الدخان في داخل أو قرب غرفة الإفاقة.
10. وجود خطة للكوارث أو الاخلاء. التدريب عليها بصفة دورية.
11. التأكد من توصيل كل مخارج الكهرباء بالأرضي.
12. الاستغناء عن الأدوات المكسورة وتصليحها فورا.
13. ضرورة تعامل السياسات والاجراءات بالقسم مع أسس الحفاظ على الأمان.
14. الأمان جزء من ضمان الجودة.

كما هو الحال مع التحكم في العدوى فيجب كتابة سياسة واجراءات الأمان ومراجعتها سنويا.

مرفقات

1. المهام اليومية لمرضات غرفة الإفاقة (مثال من مستشفى كفر الدوار)
2. التأثيرات الدورية والتنفسية لمواد التخدير
3. اضطرابات ضربات القلب الشائعة - الأسباب والعلاج - أمثلة من رسم القلب
4. السجل الطبي لغرفة الإفاقة
5. تعليمات ما بعد الجراحة لعمليات جراحية معينة
 - منظار الشعب الهوائية / الحنجرة
 - أنف وأذن وحنجرة أطفال
 - جراحة عامة / تقويمية
 - جراحة الكتاراكت
 - أنف / أذن / حنجرة
6. استمارة تثقيف المريض والعائلة
7. استبيان رأي المريض
8. مراجع

المهام اليومية لممرضات غرفة الإفاقة

1. في بداية اليوم:

- غسل اليدين لمدة 5 دقائق
- تشغيل مكيف الهواء / التدفئة لضمان راحة المريض (يجب أن تكون درجة حرارة الغرفة ما بين 23-24 درجة مئوية).
- تلميع التروولي والأثاث بمادة مطهرة.
- وضع بياضات نظيفة على التروولي
- فحص أجهزة الأكسجين والمونيتور والشفط للتأكد من سلامتها.
- وضع أحواض كلوية ومناديل ورقية بجانب كل سرير.
- مراجعة جدول الجراحة، والتأكد من وجود المواد المطلوبة لليوم.

2. العناية بالمريض:

- استقبال المريض من غرفة العمليات، وأخذ تقرير من طبيب التخدير وممرضة العمليات
- توصيل المريض بجهاز المونيتور
- بدء الأكسجين للمرضى فاقد الوعي
- بدء تشغيل المونيتور وتسجيل العلامات الحيوية في السجل الطبي.
- مقارنة قياس العلامات الحيوية بمثلثتها قبل الجراحة وأثناءها.
- فحص مجرى الهواء لدى المريض، وتعديل وضع الرأس أو الذقن كما يلزم.
- شفط الإفرازات من الفم إذا لزم.
- ملاحظة المريض حتى يفيق.
- إزالة مجرى الهواء، إذا لزم.
- البقاء بجانب المريض حتى يستعيد وعيه والتأكد من عدم حركته بحيث يؤدي نفسه بأي طريقة
- والتأكد من سلامة مجرى الهواء.
- بعد أن يفيق المريض من تأثير البنج، تبقى الممرضة على مسافة تسمح بملاحظته وتقوم بقياس وتسجيل العلامات الحيوية كل 15 دقيقة.
- عندما تنطبق على المريض شروط الخروج، يستدعى طبيب التخدير ليأمر بنقله الى منطقة الانتظار. ينتظر المريض هناك حتى يستطيع تناول السوائل ويتلقى تعليمات العناية ما بعد الجراحة.
- عندما يستعد المريض للخروج من الوحدة، تقرأ له وللمرافق تعليمات الخروج، والتأكد من فهمهم لها. يوقع المرافق عليها وتعطى لهم نسخة، ويحتفظ بنسخة للسجلات الطبية.
- يكتب طبيب التخدير أمر الخروج.
- ترافق الممرضة المريض والعائلة حتى السيارة.

3. ما بين المرضى:

- إزالة البياضات المتسخة من التروولي ووضعها في كيس بلاستيك كبير.
- مسح التروولي بمطهر، وتجفيفه ووضع بياضات نظيفة عليه.
- تنظيف أية أجهزة استخدمت للمريض (الأكسجين، الأحواض الكلوية، أو أنابيب أو زجاجات الشفط)
- استعاضة أية مواد مستهلكة.

غرفة الإفاقة - مرفقات - المهام اليومية لمرضات غرفة الإفاقة

4. في نهاية اليوم:

- وضع كل البياضات المتسخة أو النهملات في أكياس بلاستيك منفصلة وأخذها الى غرفة المهملات.
- تطهير التروالي بمادة مطهرة.
- ملاحظة عمال النظافة أثناء التنظيف النهائي.
- التأكد من نظافة الغرفة.
- استعواض المواد المستهلكة.
- مراجعة جدول اليوم التالي.

غرفة الإفاقة - مرفقات - تأثير مواد التخدير على الجهاز التنفسي والجهاز الدوري

تأثير مواد التخدير على الجهاز التنفسي والجهاز الدوري

المادة	التصنيف	ملاحظات خاصة	تأثير على الجهاز الدوري	تأثير على الجهاز التنفسي	محاذير أو احتياطات
Nitrous Oxide تيترات الأوكسيد	غاز مخدر	ضعيف - لا يحقق التخدير الجراحي. يقوي من فاعلية العناصر الأخرى، وبالتالي يقلل نسبة المواد الأخرى. مسكن ضعيف.	انقباض أوعية دموية معتدل	ضيق تنفس معتدل	مرتبط بالاجهاض عند التعرض المزمن له
Halothane (fluothane)	مخدر سائل سريع التطاير	مسكن ضعيف	قد يسبب انخفاض ضغط الدم خاصة عند مزجه مع الكيورار. اضطرابات عقدية في ضربات القلب، توتر في الضربات البطينية خاصة عند استخدام الأدرينالين على الجرح.	هبوط في التنفس ويكون التنفس عادة سطحيًا وسريعًا. موسع للشعب الهوائية - مفيد في حالة ضيق التنفس أو المرضى الذين يعانون من التهاب مزمن في الشعب الهوائية.	قد يسبب التعرض المتكرر له الإصابة باعراض شبيهة بالصفراء. يسبب انبساط الرحم - يستخدم بحذر مع الحوامل. يستخدم ليدوكاين للبطيني
Enflurane (Ethrane)	مخدر سائل سريع التطاير	تأثير أسرع قليلًا من هالوثان. يسبب نوعًا من انبساط العضلات.	الاضطرابات البطينية أقل شيوعًا عن هالوثان. تفاعل متفاوت مع الاصابات الموضعية من الأدرينالين. هبوط أكثر قليلًا في الأوعية الدموية عن هالوثان	هبوط نأند في التنفس	يستخدم بحذر مع مرضى الكلى

غرفة الإفاقة - مرفقات - تأثير مواد التخدير على الجهاز التنفسي والجهاز الدوري

المادة	التصنيف	ملاحظات خاصة	تأثير على الجهاز الدوري	تأثير على الجهاز التنفسي	محاذير أو احتياطات
Isoflurance (forane)	مخدر سائل سريع التطاير	خواص جيدة لانبساط العضلات. يزيد من فاعلية باسطات العضلات. لم يستدل على أية سمية كلوية أو صفراوية	أقل نسبة هبوط قلبي من ثلاثة سوائل طيارة. قد يقلل انقباض القلب. قد يسبب انخفاض مقاومة الأوعية الدموية لحدوث هبوط في ضغط الدم. لا يوجد زيادة في اضطراب الأذيني. لا يتفاعل مع الأدرينالين.	هبوط متوسط في التنفس. تأثير سريع جدا	
Thiopental (Pentothal)	سريع التأثير	تأثير لطيف، لا مسكنات، باربيتورات قصيرة المفعول جدا.	هبوط في ضغط الدم نتيجة هبوط بعضلة القلب، هبوط في عمل مركز حركة الأوعية بالمخ، وتجمع الأوردة الطرفية. ألم وتلف بالأنسجة الموضعية مع ارتشاح الدم.	هبوط في مركز التنفس بالمخ يسبب تقلصات في الشعب الهوائية في مرضى الأزمات التنفسية نتيجة إطلاق الهيستامين.	الحذر في حالة أمراض القلب. لا ينصح به في حالات الربو أو اللتهاب الشعبي الحاد ونقص إفراز الغدة الدرقية أو الحساسية المعروفة للشعب الهوائية
Methohexital (Brevital)	سريع التأثير	تأثير تجمعي أقل مع الجرعات المتكررة عنه في حالة ثيوبنتال. أفاقة سريعة جدا، زيادة الحركة العضلية الارادية بالمقارنة مع ثيوبنتال.	انخفاض ضغط الدم التهاب الوريد الخثري ألم وتلف بالأنسجة مع ارتشاح الدم.	هبوط بالتنفس، وقد يحدث توقف للتنفس حسب الجرعة، زيادة السعال والزغطة قد يحدث تقلص في الحنجرة أو الشعب الهوائية	لا ينصح به في حالة المرضى المعروف حساسيتهم الباربيتورات

غرفة الإفاقة - مرقات - تأثير مواد التخدير على الجهاز التنفسي والجهاز الدوري

المادة	التصنيف	ملاحظات خاصة	تأثير على الجهاز الدوري	تأثير على الجهاز التنفسي	محاذير أو احتياطات
Ketamine (Ketalar)	سريع التأثير، مخدر فاصل	حالة انفصال مع الغمغمة التخشبي، التنويم، مسكن فعال، يستخدم للعمليات المؤلمة	يثير الأوعية الدموية. قد يزيد ضربات القلب بنسبة 30 - 40 % قد يزيد ضغط الدم بنسبة 20 - 40	زيادة توسيع الشعب الهوائية، مفيد لحالات الربو، لا فقدان لرد الفعل بالحنجرة، عادة ما يحتفظ المريض بمجرى الهواء مفتوحاً، زيادة إفرازات ممرات الهواء.	لا ينصح به في حالات ارتفاع ضغط الدم، أمراض القلب، تحدث هلوسة أو كوابيس عند الإفاقة، يعطى ديازيبام 5-10 مجم لمنع أو معالجة الهلوسة، غرفة هادئة مظلمة مع أقل إثارة ممكنة خلال الإفاقة.
Droperidol (Inapsine)	مهديء عام، مسكن للأعصاب	يسبب الانفصال عن القدرات المعرفية، مضاد للقيء قوي التأثير، يزيد من فاعلية المهدئات الأخرى ومثبطات الجهاز العصبي المركزي.	خواص موقفات الالفا يمكن أن تسبب انخفاض نسبي في ضغط الدم.	تقلص القصبة الهوائية، انقباض الشعب الهوائية قد يحدثان، ولكنهما ليسا شائعين. قد يحدث ضيق تنفس عند استخدامه مع عناصر مثبطة أخرى	يمكن أن يسبب الغضب، القلق، زيادة الحركة عند استخدامه بمفرده. تقليل جرعة المخدرات عند مزجها مع دروبيريدول. قد يسبب تصلب عضلات
Morphine	مسكن/ مخدر	بالنسبة للجهاز العصبي المركزي له تأثير مخدر ومنشط. تضيق حدقة العين من الأعراض الجانبية الشائعة. زيادة القيء والشعور بالغثيان عند سير المريض. الجرعة المعتادة 10-15 مجم عضل أو 2-1 مجم ورید	لا يثبط انقباض عضلة القلب. تأثير عصبي قليل في وضع الاستلقاء ولكن زيادة الضغط الاستاتيكي عند قيام المريض للحركة نتيجة زيادة اتساع الأوردة والشرابين.	يسبب تقلصات الشعب الهوائية. يعمل على تثبيط مركز التنفس فب المخ وبالتالي نقص الأكسجين. يقلل من معدل التنفس، يقلل معدل التنفس في الدفيفة، لا ينقص عدد المرات. ينقص التنهد، ينقص السعال.	يجب الحذر من تقلصات الشعب الهوائية لدى مرضى الربو والتهاب الشعب الهوائية نتيجة إطلاق الهيستامين، لا ينصح به في حالة عدم كفاية التنفس قد يسبب ألم شديد بالصفراء .

غرفة الإفاقة - مرفقات - تأثير مواد التخدير على الجهاز التنفسي والجهاز الدوري

المادة	التصنيف	ملاحظات خاصة	تأثير على الجهاز الدوري	تأثير على الجهاز التنفسي	محاذير أو احتياطات
Meperidine (Deremo)	مسكن/ مخدر	يسبب جفاف الفم، ضيق حدة العين ولكن أقل من سلفات المورفين . تبلغ شدة فعاليته 1:10 بالنسبة للمورفين. الجرعة المعتادة 75 - 100 مجم عضل و 10 - 15 مجم وريد	انقباض عضلة القلب زيادة النبض مع الجرعة الوريدية	هبوط التنفس	لا يعطى في حالة اعطاء المريض مثبطات في خلال الـ 14 يوما السابقة والا يحتمل حدوث ارتفاع حاد في ضغط الدم
Fentanyl (Sublimaze)	مسكن/ مخدر	تأثير فوري تقريبا عند اعطاؤه بالوريد. يبلغ ذروة التأثير في خلال 2-8 دقائق؛ الانتظار قبل تكرار الجرعة، أقوى من سلفات المورفين 100 مرة. الجرعة المعتادة 25-50 مجم وريدي	انخفاض في ضربات القلب (يعالج باعطاء أتروبين). انخفاض ضغط الدم عند اعطاؤه مع المهدئات	هبوط في التنفس قد يستمر أطول من المسكنات. انخفاض في الحساسية للإثارة بالأكسجين. ضيق تنفس مرحلي (يتكرر حدوثه) نقص تنفس	الحذر في حالات أمراض الكلى والصفراء، وأمراض القلب. افراز الهيستامين نادر، قد يتسبب في تصلب عضلات الرأس، صعوبة في التنفس، لا ينصح به للمرضى في حالة نقص التنفس
Alfentanil (Alfenta)	مسكن/ مخدر	تأثير فوري	انخفاض ضربات القلب انخفاض ضغط الدم	هبوط التنفس توقف التنفس،	الحذر في حالات أمراض الكلى والصفراء، وأمراض القلب. قد يتسبب في تصلب عضلات الرأس

غرفة الإفاقة - مرفقات - تأثير مواد التخدير على الجهاز التنفسي والجهاز الدوري

المادة	التصنيف	ملاحظات خاصة	تأثير على الجهاز الدوري	تأثير على الجهاز التنفسي	محاذير أو احتياطات
Succinylcholine (Anectine)	باسط للعضلات / يزيل الاستقطاب	تأثير قصير المدى، لا يوجد عامل عاكس ولا ضرورة لذلك. يسبب زيادة إفراز اللعاب - الألم بعد الجراحة ثانوي بالنسبة تشنجات العضلات يستخدم في حالات شلل الأربطة خلال الحقن	إضطرابات القلب، عادة تزيد ضربات القلب في البالغين. قد تبطيء ضربات القلب أو تخفت إذا أعطيت الجرعة الثانية في خلال 10 دقائق، يمكن تجنب هذا باعطاء أتروبين	شلل عضلات التنفس يتطلب تنفس صناعي. قد يعاني مريض الصفراء الكاذبة من تأخر عودة قوة العضلات	قد يسبب الحمى الضارة. يزيد من الضغط في المعدة و القيء. يزيد مفعوله إذا كان المريض يتعاطى أكوثيوبات (علاج الجلوكوما) أو أدوية نيوستيامين، أو مضادات تسمم الخلالي. قد تسبب أدوية تسمم الخلايا الى توقف التنفس. لا ينصح به في حالات تنقص تغذية العضلات. زيادة ضغط العين يجب الحذر مع جروح العين المفتوحة. تشنج العضلات يمكن منعه باعطاء جرعة صغيرة من باسط للعضلات قبل اعطاء العقار سكينليكولين. زيادة تركيز البوتاسيوم في الدم.
d-tubocurane	باسط للعضلات / غير مزيل الاستقطاب	يتطلب عكس التأثير	انخفاض الضغط الشرياني خاصة في كبار السن، أو العاجزين، متزامنا مع هالوثان نظرا لإفراز الهيستامين وانسداد العقد العصبية السمبثاوية.	شلل عضلات التنفس - يتطلب تنفس صناعي	الحذر مع مرضى الأزمات الربوية، أو مرضى التهاب الشعب الهوائية.

غرفة الإفاقة - مرفقات - تأثير مواد التخدير على الجهاز التنفسي والجهاز الدوري

المادة	التصنيف	ملاحظات خاصة	تأثير على الجهاز الدوري	تأثير على الجهاز التنفسي	محاذير أو احتياطات
Pancuronium (Pavlon)	باسط للعضلات / غير مزيل الاستقطاب	أغلب باسطات العضلات الأكثر قوة 5 مرات من كيورار تحتاج انعكاس لمفعولها	زيادة نبضات القلب مع أو بدون ارتفاع ضغط الدم . ارتفاع ضغط الدم شائع مع الأدوية الوريدية.	شلل عضلات التنفس - يتطلب تنفس صناعي - افراز قليل من الهيستامين	يعتمد على افراو الكلى
Diazepam (Valium)	مهديء ثانوي - بنزوديازيبين	خواص تحليلية عالية - يشجع تخزين الدهون ويطء الإخراج - مضاد للتشنجات، باسط لعضلات الجمجمة.	ألم في موضع الحقن من الشائع وجود التهاب وريدي يلاحظ عدم وجود آثار على الأوعية الدموية انخفاض قليل في ضغط الدم.	هبوط في التنفس، وفقا للجرعة	تقليل الجرعات في كبار السن والعاجزين.
Midazolam (Versed)	مهديء ثانوي - بنزوديازيبين	تتخلص الصفراء منه سريعا (10 مرات أسرع من ديازيبام أنوليبيتيك	فرصة أقل لحدوث التهاب وريدي والم عند الحقن عنه في حالة ديازيبام. أثر قليل على الأوعية الدموية. قد يحدث انخفاض في الضغط ولكن هذا نادر - ممكن مع العمليات الجراحية	هبوط في التنفس أو توقف التنفس، وفقا للجرعة، يجب ملاحظته بدقة	اعطاء الحقن الوريدية ببطء، تقليل الجرعة في المسنين والعاجزين. لا ينصح به في حالة انخفاض الضغط، أو جلوكوما حادة، يجب أن يتم تحذي المرضى عند الحركة من الأنشطة الخطرة أثناء الإحساس بادوار لمدة 24 ساعة - له تأثير على الذاكرة

اضطراب ضربات القلب - الأسباب والعلاج

الضربات ومميزاتها	العوامل المؤثرة	العلامات والاعراض الاكلينيكية	العلاج / ملاحظات
بطء ضربات القلب 60 ضربة / دقيقة P wave لكل QRS ترتيب منتظم	الرياضيين والذين يتعاطون مثبطات البيتا قد يعانون من بطء ضربات القلب ← وضع طبيعي. إذا لم يكن أحد من هذه الأسباب فيكون الايقاع غير منتظما: فقدان حرارة الجسم نقص افراز الغدة الدرقية بعد MI miotic سطحي (مثل: Timoptic, Betagan, pilocarpine) ↑ الايقاع أو الاثارة المواد المخدرة والمنومة: Elphantyl, fentanyl. فرط الحساسية الكاروتيدية اعادة اعطاء جرعة succinylcholine. ظاهرة التجويفات المرضية (لها دلالتها حيث قد لا يستطيع المريض الاستجابة للضغط مع ↑ سرعة القلب كما يجب)	الاعضاء، الدوار الاجهاد انخفاض ضغط الدم ↓ تدفق الدم من القلب ↓ نبضات القلب قد يسبب PVC	لا علاج في حالة الرياضيين أو مثبطات البيتا العلاج في حالة: ظهور أعراض، PVC متكرر، النبض ↓ 50/دقيقة أو إذا تلقى المريض علاج MI حديثاً: أتروبين 5, مجم - 1مجم وريدي يمكن تكرارها كل 5 دقائق × 2 (بحد أقصى 2 مجم) الجرعات > 5, مجم قد تتسبب في زيادة حدة بطء ضربات القلب إذا لم تحدث استجابة: isoproterenol (مع الحذر الشديد) 1مجم / 500 مل D5/W تعطى بمعدل 1-5 مجم /دقيقة منظم ضربات: في حالة عدم الاستجابة واستمرار الأعراض تجنب المورفين ومثبطات البيتا ملاحظة: إذا عانى المريض من بطء ضربات القلب قبل الجراحة يمكن اختباره بالتمرينات (أو الأتروبين إذا كان ملازماً للفراش) للتحقق من قدرة القلب على زيادة الضربات نتيجة للضغط. إذا لم تحدث استجابة يستخدم منظم القلب الوريدي قبل الجراحة.

الضربات ومميزاتها	العوامل المؤثرة	العلامات والاعراض الاكلينيكية	العلاج / ملاحظات
سرعة ضربات القلب < 100 /دقيقة وحتى 160/دقيقة P wave لكل QRS إيقاع منتظم ميكانيزم الانتظام الطبيعي: SA يتم اثارته نتيجة catecholamines نتيجة الضغط من أي نوع.	الألم، القلق، الخوف، نقص الكثافة الحمى الرعشة CHF أدوية: succinylcholine, epinephrine, ketamone, pancuronium, naloxine	خفقان انخفاض ضغط الدم	من المهم علاج الأسباب أولاً المسكنات، المهدئات، المساندة النفسية استعادة ائزان السوائل والاملاح من الخطر استخدام علاج بالأدوية بدون بروبانولول في حالة اسكيميا القلب لا تستخدم منبهات القلب الا في حالة CHF
الانقباضات المبتسرة P wave لكل QRS Pwaves تختلف في شكلها وفي علاقتها مع QRS النبضة تنشأ خارج SA node Pwaves تنشأ مبكرة وقد تكون مختبئة إيقاع غير منتظم	عقد التجويف القلبي لا تعمل بانتظام, عدم توازن الأملح، COPD ، كافيين، نيكوتين، قلق، تسمم دوائي	نادرا ما يكون ذا دلالة أو خطورة	غالبا لا يحتاج علاج استبعاد السبب، مهدئات، استبعاد الدواء اذا كان يسبب تسمم استخدام رسم قلب اذا كان الشخص يعاني من مرض بالقلب ، استخدام dixogin, quindine or procaminamide ملاحظة: اذ كانت النبضات الشادة في البطين قد يصعب تمييزها من PVC، في PAC عادة ما يكون Pwave سابقة والانعكاس المبدئي ل QRS في نفس اتجاه ضربات القلبية، ولا توجد سكتات تعويضية.

الضربات ومميزاتها	العوامل المؤثرة	العلامات والاعراض الاكلينيكية	العلاج / ملاحظات
الخفقان الأذيني المفاجيء (PSVT) قد يكون شرياني أو عقدي معدل 140-220 / دقيقة Pwave لكل QRS ولكن قد لا تكون ملحوظة نبضات دورية متكررة ما بين الأذين والبطين أو تكون صادرة بصورة متلاحقة من بؤرة خارجية قد تكون 1:2 AV block في حالة زيادة جرعات تنبيه القلب	يمكن ملاحظة هذا في حالة أمراض القلب العضوية (CAD) أو في حالات وولف، أو باركنسون، أو أمراض الرئة المزمنة، أو تسمم الغدة الدرقية يمكن وجود الحالة لدى الأصحاء عند تناول الكافيين، أو التعرض للقلق أو الضغوط أو تعاطي النيكوتين	شكوى من الخفقان، القلق، ضيق التنفس، الدوار، انقباض الصدر، CHF ، أو هبوط ضغط الدم	الهدف هو تقليل AV conduction قد تتحسن الحالة فجأة بدون علاج Valsalva, carotid massage اختيار أدوية: 5 verapamil IV bolus, 2 - 10 مجم (حتى 10مجم) الاختيار التالي: 5 propanolol IV, 2-1 Ivq مجم (حتى 5 مجم) إذا لم تأت هذه بنتيجة وكانت هناك علامات لحدوث myocardial ischemia, CHF, ضغط الدم فيصبح من المناسب إجراء emergency cardioversion
Multifocal Atrial Tachycardia نبضات متعددة وسطحية Pwaves مختلفة 120 - 180 / دقيقة	في حالات أمراض الرئة المزمنة ومصاحبة لحالات نقص الأكسجين	هبوط ضغط الدم، ضيق الصدر	لا يوجد علاج دوائي يجب علاج الحالة التنفسية المسببة لكي ↑ Sao2 - أكسجين - تهوية - إعادة وضع الأنبوب التنفسي، موسعات الشعب الهوائية
Atrial Filbrilation لا يوجد Pwaves النقص QRS غير منتظم F waves قد تكون 350 / دقيقة أو أكثر خط أساس غير منتظم	حالة مرضية في القلب WPW نتيجة زيادة الارتباط بين A , V تسمى bundle of kent	قد تؤدي لحدوث CHF نبض غير منتظم (40-160) ضيق في الصدر، ↓ ضغط الدم، CHF في حالة الاستجابة البطيئة	العلاج في حالة الإصابة المفاجئة في حالة المريض بعد MI أو في حالة ظهور أعراض myocardial ischemia, CHF أو هبوط في ضغط الدم

الضربات ومميزاتها	العوامل المؤثرة	العلامات والاعراض الاكلينيكية	العلاج / ملاحظات
قد يكون النبض سريعا (حتى 160 - 220/دقيقة) أو بطيئا وفقا للاستجابة V	يمكن أن يكون في حالة الأصحاء أو في حالات: COPD, ASHD, pulmonary embolism, CHF, MI, الغدة الدرقية	قد يكون عيب في النبض (ضربات سطحية أقل من القمية نتيجة عدم انتظام كميات الدم التي تضخ من الضربات البطينية الغير منتظمة	الهدف الأول هو ابطاء الاستجابة البطينية ثم الاهتمام بانتظام الضربات Propanolol هو الاختيار الأول 5, مجم Ivq كل 1-2 دقيقة (حتى 5 مجم) Verapamil 10-5 مجم ويريدي على مدى دقيقة وتكرر مرة أخرى بعد 30 دقيقة Digoxin للعلاج طويل المدى Cardioversion اذا كان المريض معرضا للخطر اذا كان الانقباض الأذيني طويل المدى، فإن التحويل الى sinus rhythm يمكن أن ينتج عنه thromboemboli مضاعفات من echocardiogram وفي هذه الحالة يعطى المريض مضادات التجلط أولا.
Atrial Flutter Fwaves منشارية < 250/دقيقة (أحيانا 300) QRS عادة منتظم مع AV block بمعدل 2:1 1:3, 1:4 النبض عادة منتظم ولكن قد يكون غير منتظم	أقل شيوعا من انقباض القلب الحركة والاثارة قد تتسبب في تغيير المعدلات	النبض 150 عادة ما يكون من سمات Atrial flutter قد يشعر المريض بالدوار، أو الدوخة مع زيادة النبض، وانخفاض ضغط الدم و CHF و ↓ الخارج من القلب.	نفس علاج Atrial Fibrillation
1st degree AV Block فترات PR مطولة تبلغ < 20, دقيقة (مربع كبير من مربعات رسم القلب)	نظام IC conduction المرضي	عادة لا توجد أعراض	علاج فقط في حالة ظهور الأعراض أثروبين 5, - 1 مجم ويريدي ببطء

الضربات ومميزاتها	العوامل المؤثرة	العلامات والاعراض الاكلينيكية	العلاج / ملاحظات
2nd degree AV Block (Wenckebach) فترات PR أطول تدريجيا حتى يسقط QRS ثم يكرر	غالبا ما يكون السبب node ischemia نظام IC conduction المرضي	AV مع inferior MI عادة لا يوجد	كما في الحالة السابقة
2nd degree AV block (Mobitz II) كل P wave غير متبوعة ب QRS P waves منتظمة الشكل الفترات ما بين PR ثابتة كل ثاني وثالث ورابع ضربة متوقفة عند AV node	نظام IC conduction المرضي عند node	AV قد يظهر ضعف، دوار، اجهاد	أثروبين لرفع النبض عند ظهور أعراض منظم القلب اذا كان بعد MI حاد
3rd degree AV block AV block كامل لا توجد علاقة ما بين P waves و QRS فهي مستقلة أحدها عن الآخر فترات PP عادة منتظمة يعتمد المعدل على ما اذا كان القلب يعمل تبعا للمنطقة البطينية أو العقدية و 40 - 50 في الحالة العقدية	نظام IC conduction المرضي عند node قد يتواجد مع ظاهرة الجيوب المرضية التسمم حالات hyperkalemia حادة	AV ضعف، دوار، اجهاد انخفاض ضغط الدم	منظم القلب الميكانيكي هو العلاج المفضل. Isoproterenol حتى يتاح استخدام المنظم في حالة وجود أعراض 2-20 مجم/دقيقة تيترات حتى الوصول الى الاستجابة المطلوبة (معدل ضربات القلب)

الضربات ومميزاتها	العوامل المؤثرة	العلامات والاعراض الاكلينيكية	العلاج / ملاحظات
Premature Ventricular Contractions (PVC) تركيبات QRS غريبة ومنتسعة (12,) ثانية أو أكثر ، لا توجد Pwaves سابقة على QRS نمط غير منتظم يأتي أسرع من توقع الضربة التالية غالبا ما يتبعه سكتة تعويضية (فترة دورتين طبيعيتين) Twave في اتجاه مقابل QRS ل	أمراض القلب، تناول الكحوليات، القلق، الألم، الكافيين، نقص وصول الأكسجين الى خلايا الجسم، النيكوتين، succinylcholine, digitalis toxicity, Halothane, ببطء ضربات القلب.	بعد MI يكون ذا دلالة أكبر بسبب استثارة عضلة القلب.	لا علاج اذا لم تتكرر الحالة كثيرا. العلاج في حالة: MI أكبر من 10/دقيقة مضاعف أو متعدد البؤرة (ما لم تكن حالة مزمنة بالنسبة للمريض) يعالج اذا كانت R تصطمح بـ T من الضربة السابقة (قد تتسبب في حدوث اضطرابات أشد خطورة) العلاج لتجنب تطور الحالة علاج العوامل المسببة أولا... أكسجين، مسكنات، الكتروليت Lidocaine (العلاج المفضل) 150-50 مجم وريدي أو 1مجم/كجم من الوزن، يتبع بـ 1: 4 مجم /دقيقة. واذا لم يأت بنتيجة يستخدم Procainamide ببطء في الوريد 50-25مجم/دقيقة حتى تتوقف PVC يمكن إضافة 1-4مجم/دقيقة Bretylium اذا لم تحدث استجابة (له آثار جانبية أكثر من Lidocaine أو Procainamide) 5مجم/كجم وريدي ببطء على مدى 5-10 دقائق ثم 1-2 مجم /دقيقة. في حالة Digitalis toxicity قد يحتاج المريض الى بروبانولول أو فنتينول في حالة بطء ضربات القلب، يعطى أتروبين أولا لتجنب إبطاء الضربات أكثر.

غرفة الإفاقة - مرفقات - اضطراب ضربات القلب - الأسباب والعلاج

الضربات ومميزاتها	العوامل المؤثرة	العلامات والاعراض الاكلينيكية	العلاج / ملاحظات
Ventricular Tachycardia معدل 180-220/دقيقة 3 أو أكثر PVC بالتتابع QRS متسع (< 120 ثانية) Pwaves غير ملحوظة (قد تكون موجودة وتعمل مستقلة ولكن مخبأة في QRS)	PVC هابط على Twave نتيجة لزيادة PVC توتر عضلة القلب	خفقان، ارتفاع ضغط الدم احساس باقتراب الموت فقدان الوعي	Lidocaine كما في حالة PVC الانعاش في حالة فقدان الوعي
Ventricular Fibrillation لا يمكن تمييز أي P, QRS waves موجات غير منتظمة لا علاقة تربطها	توتر عضلة القلب ظاهرة R on T	لا حركة ضخ فقدان الوعي، غياب ضغط الدم أو النبض الموت خلال 3 دقائق	انعاش القلب (200 وات/ثانية في البداية ترفع الى 300-400) يمكن بدء bretylium 5مجم/كجم وريدي أو 500 مجم في D5/W 500 سريع ثم الانعاش
Asystole لا ضربات خط مستقيم أو متعرج قليلا	Alfentanyl toxicity قد تكون حالة طارئة مع الجرعة الثانية من succinylcholine	انعاش القلب والتنفس Epinephrine 1-5, 1مجم وريدي q5 دقائق Bicarbonate 1mEq/kg مبدئيا ثم نصف الجرعة على فترات 10 دقائق أو بحسب ABG Isuprel	

تعليمات هامة في بعض العمليات الجراحية

1. عليك اتباع التعليمات التي أمامها علامة:

بيانات المريض	تعليمات الخروج لعمليات مناظير الحنجرة والشعب الهوائية
معلومات عامة: ☐ لا تقود سيارة أو تعمل على الآلات الثقيلة لمدة 24 ساعة. ☐ لا تتناول الكحوليات، أو المهدئات، منومات، أو أية أدوية لم يصفها لك الطبيب لمدة 24 ساعة. ☐ برجاء أن يبقى معك شخص مسئول الليلة	
النشاط: ☐ راحة لمدة 24 ساعة	
العلاج: ☐ راحة الصوت: هذا يعني لا كلام أو همس، الهمس أصعب لصوتك من الكلام ☐ خاطب الآخرين بالكتابة ☐ لا توجد موانع	
الأدوية: ☐ لا تتناول الأسبرين أو أدوية تحتوي على الأسبرين ما لم ينصح الطبيب ☐ يمكن تناول تيلنول 650 مجم كل 4 ساعات حسب الحاجة لدرجة الحرارة أكثر من 100 درجة خلال 12-18 ساعة بعد الجراحة	
التغذية: ☐ عدم تناول طعام أو شراب لمدة _____ ساعة ☐ البدء في تناول سوائل باردة، التدرج حتى تناول الطعام العادي	
الاتصال بالطبيب في حالة: ☐ استمرار الغثيان والقيء ☐ إذا استمر ارتفاع درجة الحرارة أكبر من 100 درجة فعرنهيت طوال اليوم التالي للجراحة ☐ نزيف أو زيادة صعوبة التنفس أو البلع	
المتابعة: ☐ اتصل بالطبيب _____ في _____ لأخذ ميعاد ☐ إذا احتجت للعناية الفورية ولا يمكنك الاتصال بي اطلب غرفة الطوارئ بالمستشفى رقم () في حالة الطوارئ.	
تعليمات خاصة:	

☐ تم اعطاؤه استمارة تعليمات الطبيب أيضا.

توقيع الطبيب _____ التاريخ _____
توقيع المريض / المرافق _____ التاريخ _____

2. عليك اتباع التعليمات التي أمامها علامة:

بيانات المريض	تعليمات الخروج لعمليات النساء
معلومات عامة: ☐ لا تقود سيارة أو تعمل على الآلات الثقيلة لمدة 24 ساعة. ☐ لا تتناول الكحوليات، أو المهدئات، منومات، أو أية أدوية لم يصفها لك الطبيب ☐ لا تتخذ قرارات هامة أو توقع أوراق هامة في خلال 24 ساعة قادمة ☐ برجاء أن يبقى معك شخص مسئول الليلة	
النشاط: ☐ استئناف النشاط العادي ☐ راحة لباقي اليوم ☐ يمكن أخذ دش بعد 24 ساعة ما لم ينصح بغير ذلك ☐ يمكن أن شعري بألم في الكتف أو الصدر، إذا حدث هذا استلقي على ظهرك لمدة 5-6 ساعات. ☐ تجنبني الدش المهلي أو التامبونات أو الجماع الجنسي لمدة _____ أسبوع أو حتى يسمح الطبيب:.	
العلاج: ☐ يمكن إزالة الغيار اللاصق في خلال 24 - 48 ساعة بعد الجراحة ما لم ينصح الطبيب بغير ذلك. ☐ يمكن أن يحدث نزيف لعدة أيام بعد الجراحة. لا يجب أن يكون النزيف أكثر في الكمية من الدورة الشهرية. ☐ تجنبني استخدام المعطرات النسائية أو البودرة ☐ ابدئي الجلوس _____ مرة في اليوم، بدءا من _____ ، باستخدام محاليل _____ ☐ استخدمني كمادات ثلج لمدة _____ ساعة ☐ استخدمني زيلوكابين جيلي كما يلزم لتسكين الألم الموضعي أو حسب إرشادات الطبيب	
الأدوية: ☐ لا تتناول الأسبرين أو أدوية تحتوي على الأسبرين ما لم ينصح الطبيب ☐ يمكن تناول مسكنات الألم حسب إرشادات الطبيب	
التغذية: ☐ البدء في تناول سوائل باردة، التدرج حتى تناول الطعام العادي ما لم شعري بالغثيان، تجنبني الدهون والأطعمة الحريفة	
الاتصال بالطبيب في حالة: ☐ استمرار الغثيان والقيء ☐ ارتفاع درجة الحرارة أكبر من 101 درجة فهرنهايت ☐ نزيف أكثر من المتوقع ☐ فتح الجرح ☐ تصريف من الجرح أكثر من المتوقع ☐ ألم لا يستجيب للمسكنات ☐ عدم القدرة على التبول	
المتابعة: ☐ اتصل بالطبيب _____ في _____ لأخذ ميعاد ☐ إذا اختجت للعناية الفورية ولا يمكنك الاتصال بي اطلب غرفة الطوارئ بالمستشفى رقم () في حالة الطوارئ.	
تعليمات خاصة: ☐ تم إعطاؤها استمارة تعليمات الطبيب أيضا. توقيع الطبيب _____ التاريخ _____ توقيع المريض / المرافق _____ التاريخ _____	

3. عليك اتباع التعليمات التي أمامها علامة:

بيانات المريض	تعليمات الخروج لعمليات الأنف والأذن والحنجرة
معلومات عامة: ☐ لا تقود سيارة أو تعمل على الآلات الثقيلة لمدة 24 ساعة. ☐ لا تتناول الكحوليات، أو المهدئات، منومات، أو أية أدوية لم يصفها لك الطبيب لمدة 24 ساعة. ☐ لا تتخذ قرارات هامة أو توقع أوراق هامة في خلال 24 ساعة قادمة ☐ برجاء أن يبقى معك شخص مسئول الليلة	
النشاط: ☐ لا موانع ، استأنف نشاطك الطبيعي ☐ راحة باقي اليوم ☐ راحة تامة للصوت ☐ رفع الرأس في الفراش	
العلاج: ☐ تغيير الفوطة حسب الحاجة ☐ اترك البك مكانه حتى يزيلها الطبيب ☐ اترك غيار الأذن مكانه ما لم ينصح الطبيب بغير ذلك ☐ لا تنزع جبيرة الأنف. حافظ على جفافها ☐ يمكن استخدام مرطب جو للراحة	
الأدوية: ☐ لا تتناول الأسبرين أو أدوية تحتوي على الأسبرين ما لم ينصح الطبيب ☐ يمكن تناول مسكن حسب إرشادات الطبيب	
التغذية: ☐ عدم تناول طعام أو شراب بالغم لمدة _____ ساعة ☐ البدء في تناول سوائل لمدة 24 ساعة ☐ زيادة الطعام والشراب حسب الاحتمال ☐ تجنب الغرغرة	
الاتصال بالطبيب في حالة: ☐ استمرار الغثيان والقيء ☐ إذا استمر ارتفاع درجة الحرارة أكبر من 101 درجة فهرنهايت ☐ نزيف أكثر من المتوقع ☐ عدم القدرة على التبول بعد 6-8 ساعات ☐ ألم لا يستجيب للمسكنات ☐ زيادة صعوبة البلع أو التنفس	
المتابعة: ☐ اتصل بالطبيب _____ في _____ لأخذ ميعاد ☐ إذا احتجت للعناية الفورية ولا يمكنك الاتصال بي اطلب غرفة الطوارئ بالمستشفى رقم () في حالة الطوارئ.	
تعليمات خاصة:	

☐ تم اعطاؤه استمارة تعليمات الطبيب أيضا.

☐ توقيع الطبيب _____ التاريخ _____
☐ توقيع المريض / المرافق _____ التاريخ _____

4. عليك اتباع التعليمات التي أمامها علامة:

بيانات المريض	تعليمات الخروج للجراحات العامة والتعويضية
معلومات عامة: ☐ لا تقود سيارة أو تعمل على الآلات الثقيلة لمدة 24 ساعة. ☐ لا تتناول الكحوليات، أو المهدئات، منومات، أو أية أدوية لم يصفها لك الطبيب لمدة 24 ساعة. ☐ لا تتخذ قرارات هامة أو توقع أوراق هامة في خلال 24 ساعة قادمة ☐ برجاء أن يبقى معك شخص مسئول الليلة ☐ تعليمات الطبيب توقيع الطبيب _____ تم اعطاؤه ورقة تعليمات الطبيب _____ التاريخ _____ اتبع التعليمات التي أمامها علامة	النشاط: ☐ راحة باقي اليوم ☐ العودة للعمل أو الدراسة خلال _____ يوم أو حسب أوامر الطبيب ☐ يمكن قيادة سيارة بعد _____ يوم أو حسب أوامر الطبيب العلاج: ☐ وضع ثلج على الجرح لمدة _____ ساعة ☐ عدم أخذ حمام لمدة _____ يوم ☐ عدم أخذ دش لمدة _____ يوم ☐ المحافظة على جفاف ونظافة الغيارات ☐ عدم إزالة الغيارات الا بأمر الطبيب ☐ يمكن نزع الغيارات _____ ☐ العناية بالجرح _____ ☐ عدم إزالة الغرز الأدوية: ☐ لا تتناول الأسبرين أو أدوية تحتوي على الأسبرين ما لم ينصح الطبيب ☐ يمكن تناول مسكن حسب إرشادات الطبيب التغذية: ☐ البدء في تناول سوائل صافية ثم التدرج حتى تناول الطعام العادي ما لم تشعر بالغثيان، تجنب الدهون والأطعمة الحريفة الاتصال بالطبيب في حالة: ☐ استمرار الغثيان والقيء ☐ إذا استمر ارتفاع درجة الحرارة أكبر من 101 درجة فهرنهايت ☐ نزيف أو تورم مكان الجرح ☐ عدم القدرة على التبول بعد 6-8 ساعات ☐ ألم لا يستجيب للمسكنات

المتابعة:

☐ الموعد في _____

☐ الاتصال بالطبيب في تليفون _____

☐ للعناية الفورية اتصل بالجراح. إذا لم تتمكن من الاتصال به اتصل بغرفة الطوارئ رقم _____

توقيع الجراح _____ التاريخ _____

توقيع المريض أو المرافق _____ التاريخ _____

5. عليك اتباع التعليمات التي أمامها علامة:

بيانات المريض	تعليمات الخروج للجراحات الأنف والأذن والحنجرة للأطفال
معلومات عامة: قد يحمر لون وجه الأطفال لعدة ساعات لا تترك الطفل بمفرده بقية اليوم ☐ تعليمات الطبيب توقيع الطبيب _____ اتبع التعليمات التي أمامها علامة	☐ تم اعطاؤه ورقة تعليمات الطبيب التاريخ _____ تعليمات خاصة
النشاط: ☐ يمكن استئناف الحركة العادية ☐ لعب هادئ بقية اليوم ☐ ينصح ببدء حركة الطفل وجعل الطفل يرتاح باقي اليوم. ابدأ بأنشطة خفيفة غدا تم تزداد الحركة تدريجيا ما لم ينصح الطبيب بغير هذا.	
العلاج: ☐ ترك القطن مكانه باقي اليوم. اذا سقط القطن لا تغيره. ☐ يمكن تغيير القوطة حسب الحاجة. ☐ ترك غيار الأذن ما لم ينصح الطبيب بغير ذلك. ☐ جعل الطفل ينام على الجانب المقابل للعملية ☐ جعل الطفل ينام على عدة مخدات ☐ يمكن وضع كمادات ثلج على الرقبة ☐ يمكن استخدام جهاز ترطيب اذا لزم.	
الأدوية: ☐ لا يتناول الطفل الأسبرين أو أدوية تحتوي على الأسبرين ما لم ينصح الطبيب ☐ يمكن تناول مسكن حسب إرشادات الطبيب	
التغذية: ☐ يمكن تناول الغذاء المناسب لسنه. ☐ ليس من غير الطبيعي أن لا تكون شهية الطفل عادية في هذا اليوم ثم التدرج حتى تناول الطعام الخفيف مثل الجيلي حتى يزول الغثيان. ☐ سوائل أو أطعمة خفيفة لمدة 48 ساعة.	
الاتصال بالطبيب في حالة: ☐ استمرار الغثيان والقيء ☐ اذا استمر ارتفاع درجة الحرارة أكبر من 101 درجة ☐ نزيف أو تورم مكان الجرح ☐ أي سلوك غير طبيعي ☐ صعوبة في التنفس ☐ عدم القدرة على التبول بعد 6-8 ساعات ☐ ألم لا يستجيب للمسكنات	

المتابعة:

☐ الموعد في _____

☐ الاتصال بالطبيب في تليفون _____

☐ للعناية الفورية اتصل بالجراح. اذا لم تتمكن من الاتصال به اتصل بغرفة الطوارئ رقم _____

توقيع الجراح _____ التاريخ _____

توقيع ولي الأمر أو الشخص المرافق _____ التاريخ _____

بيانات المريض	تعليمات الخروج لحالات الكتاركت
معلومات عامة لتعليمات الخروج / كتاركت: ☐ لا تقود سيارة أو تعمل على الآلات الثقيلة لمدة 24 ساعة. ☐ لا تتناول الكحوليات، أو المهدئات، منومات، أو أية أدوية لم يصفها لك الطبيب لمدة 24 ساعة. ☐ لا تتخذ قرارات هامة أو توقع أوراق هامة في خلال 24 ساعة قادمة ☐ برجاء أن يبقى معك شخص مسئول الليلة	

☐ تعليمات الطبيب توقيع الطبيب _____ اتبع التعليمات التي امامها علامة	☐ تم اعطاؤه ورقة تعليمات الطبيب التاريخ _____ تعليمات خاصة
النشاط: ☐ راحة لمدة 24 ساعة ☐ موانع: يمكن الانحناء فقط، تجنب الميل للأمام ☐ تجنب الشد ورفع أشياء ثقيلة ☐ يمكن الحركة ومشاهدة التلفزيون، والكتابة، والقراءة	
العلاج: ☐ احتفظ بالغيار على العين التي تم اجراء الجراحة بها. ☐ النوم على مخدة واحدة أو اثنتين ☐ النوم على الناحية المقابلة للعملية أو على الظهر ☐ المحافظة على غطاء العين في مكانه حتى مراجعة الطبيب ☐ أخذ غيار العين الى الطبيب غذا.	
الأدوية: ☐ تناول دياموكس حسب ارشادات الطبيب ☐ لا تتناول الأسبرين أو أدوية تحتوي على الأسبرين ما لم ينصح الطبيب ☐ يمكن تناول مسكن حسب ارشادات الطبيب	
التغذية: ☐ تغذية طبيعية	

المتابعة:

- ☐ الموعد في _____
- ☐ الاتصال بالطبيب في تليفون _____
- ☐ للعناية الفورية اتصل بالجراح. اذا لم تتمكن من الاتصال به اتصل بغرفة الطوارئ رقم _____
- توقيع الجراح _____ التاريخ _____
- توقيع المريض أو المرافق _____ التاريخ _____

بيانات المريض:

تثقيف المريض / العائلة

الهدف التعليمي	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠	١١	١٢	١٣	١٤	١٥	١٦	١٧	١٨	١٩	٢٠	٢١	٢٢	٢٣	٢٤	٢٥	٢٦	٢٧	٢٨	٢٩	٣٠	٣١	٣٢	٣٣	٣٤	٣٥	٣٦	٣٧	٣٨	٣٩	٤٠	٤١	٤٢	٤٣	٤٤	٤٥	٤٦	٤٧	٤٨	٤٩	٥٠	٥١	٥٢	٥٣	٥٤	٥٥	٥٦	٥٧	٥٨	٥٩	٦٠	٦١	٦٢	٦٣	٦٤	٦٥	٦٦	٦٧	٦٨	٦٩	٧٠	٧١	٧٢	٧٣	٧٤	٧٥	٧٦	٧٧	٧٨	٧٩	٨٠	٨١	٨٢	٨٣	٨٤	٨٥	٨٦	٨٧	٨٨	٨٩	٩٠	٩١	٩٢	٩٣	٩٤	٩٥	٩٦	٩٧	٩٨	٩٩	١٠٠																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
وصف الطريقة الامنة والسليمة للايخدام الأدوية																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														

التوقيع والحروف الأولى:

المفاتيح	م / ع	المتغيرات	الطريقة	النتيجة
م = مريض ع = عائلة	ث = ممارسات ثقافية ودينية ح = حدود حسمانية وادراكية ن = عوائق نفسية العناية	ل = عوائق لغوية ر = رغبة ودافع للتعلم م = دلالات مادية لاختيارات	د = درس ت = توضيح عملي م = مناقشة	ت = تعلم لا = لا دليل على التعلم ي = يحتاج تعزيز للتعلم

الخاتمة

لكي نضمن نجاح غرفة الإفاقة بوحدة جراحة اليوم الواحد يجب أن تكون العناية الجيدة بعد العمليات الجراحية لها أهمية قصوى.

يجب أن تقوم الإدارة بتوظيف وتدريب ممرضات تتميزن بذكاء عال ومهارات في العناية. توفر العناية أو نقصها يمكن أن تؤثر على المريض وعلى سمعة الوحدة.

ان ممرضات غرفة الإفاقة هن مزيج خاص من التخصص واللف في العناية. يجب أن تكون الممرضة مرنة بكفاية بحيث تتعامل مع أي موقف يواجهها بكفاءة واقتدار.

ونرجو أن تكون هذه الدراسة قد ساهمت في توفير وتشجيع الممرضات لكي يصبحن جزء من تخصص جديد له أهمية حيوية للمرضى والمجتمع.