***بسمه تعالی***

**خلاصه 7 فصل ابتدائی تکنیک اتاق عمل**

**بری کهن**

**جلد اول : اصول کار در اتاق عمل**

**نویسنده : نانسی ماری فلیپس**

**مترجمان : لیلا ساداتی ، احسان گلچینی ، شایسته حقیقی ، ترانه تهمتنی ، محبوبه موسوی ، علیرضا بیرامی**

**ویراست سیزدهم**

**وجدان جراحی**

فلورانس نایتنگل ، تئوری محیطی مراقبت از بیمار را که براساس آن تمامی مراقبت های از بیمار حین جراحی پایه گزاری شده است ، مطرح کرد . طبق نظریه او ، ارائه دهنده خدمت مسئول ایجاد و حفظ بهترین شرایط محیطی ممکن به منظور کمک به التیام است .

او به آموزش و کار گروهی تاکید می کند به نظر او تیم نه تنها شامل ارائه دهنده خدمت بلکه مرکب از بیمار و خانواده بیمار نیز است . او اغلب قانون گزاری های خود را با نظرات قانونی طرح شده برای حمایت از بیمار و ارائه دهندگان سلامت شبیه می کرد . نامه ها ونوشته های متعدد او ، کار او را با شرح وقایع به ترتیب تاریخ بیان می کند .

**حقوق بیمار**

مانند یک مشتری ، بیمار خدماتی را از سیستم بهداشتی و درمانی برای تکمیل نیاز های سلامت خود تهیه می کند که تحت عنوان حقوق مسلم او نامیده می شوند . دستیابی به خدمات سلامت بعنوان یک حق شناخته شده است .

**اهمیت استاندارد سازی**

پرسنل جراحی باید قادر باشند باتمام موقعیت ها مواجه شوند و بهتربن دانش و مهارت خود را به بیمار ارائه کنند . اگر چه استفاده از تکنیک های مختلف ممکن است به نتایج مشابه ختم شود ، هرسازمان سیاست ها و روش هایی برای تمام پرسنل بر مبنای استاندارد ها ، عملکرد های شایسته و خط مشی هایی که توسط سازمان های حرفه ای بر مبنای تحقیقات علمی است را بنا می نهد . این سیاست های مکتوب ، روش ها و خط مشی ها ، از بی نظمی جلوگیری کرده و سبب افزایش همکاری در فعالیت ها می شوند . هدف خط مشی ها را راهنماها نشان دادند راهی برای عملکرد های یکپارچه در مراقبت از بیمار است . هدف عمده در استاندارد سازی فعالیت ها ، تامین امنیت و رفاه بیمار و پرسنل است .

یکپارچگی و استاندارد سازی روش ها به دلایل زیر در توسعه مهارت و کفایت کمک می کند :

* برای مربیان راحت تر است که روش های صحیح مراقبت از بیمار را تعلیم دهند .
* اگر همه اشخاص به یک روش عمل کنند ،یادگیری آسان تر می شود .
* با استفاده از شیوه های ارزیابی می توان عدم عملکرد مناسب را تشخیص داد و در صورت نیاز در روش ها بازبینی کنید .
* روش های یکپارچه، برررسی موثر را در طول آماده سازی برای هر روش جراحی فراهم می کنند .
* در صورت نیاز ، یک شخص می تواند در طول روش جراحی جایگزین شخص دیگری شود و جای وسایل و تجهیزات را دقیقا بداند .
* اجرای روش های روتین منجربه ایجاد عاداتی می شود که سرعت فکر و عمل را می افزاید .
* دانستن استاندارد ها به تصمیم گیری هوشمندانه در هنگام نیاز بیمار در تغییر روتین ها کمک میکند .

**منابع حرفه ای استاندارد ها**

استانداردهای تدوین شده از طرف سازمان های نظارتی مربوطه از نظر اجرا مدیریت می شوند . استاندارد های عملی برای مراقبت از بیمار در حوزه ی جراحی شامل استاندارد های حرفه ای و دقیق هستند . منابع متعددی از استاندارد های مراقبت از بیمار در این لیست معرفی شده اند :

* استاندارد های پرستاری جراحی . این استاندارد ها که از استاندارد های ANA برای کار در اتاق عمل در 1975 سرچشمه گرفته ، توسط AORN و ANAتایید شده و در اصل در سال 1981 منتشر شده اند . برحسب نیاز بازنگری ها بصورت سالانه انجام شده اند . این پنج استاندارد برای سطح بهینه پرستاری جراحی بصورت سالانه در استاندارد های AORN منتشر شده اند . قالب استاندارد در در کیفیت مراقبت از بیمار بیان شده است و شامل ساختار ، فرایند و بازده است . این سه مولفه ابزاری برای پرستاری در حوزه جراحی برای تجزیه و تفسیر مراقبت فراهم می کنند .
* استاندارد های اجرایی پرستاری . استاندار های ساختاری هستند که قالبی برای اجرا و سازماندهی عملکرد ها در موقعیت های متفاوت فراهم می کنند .
* استاندارد های بالینی در جراحی . استانداردهای فرایندی هستند که براساس تکنیک های حل مسئله و با استفاده از اصول و تئوری های علم رفتاری و بیوفیزیکی به نحوه بکارگیری فرایند پرستاری می پردازند .
* استاندارد های حرفه ای جراحی . استنادارد های فرایندی هستند که سطح رفتار حرفه ای پرستاری را توصیف می کنند .
* استاندارد های رشد کیفی و اجرایی . برای پرستاری در حوزه جراحی ، استاندارد های فرایندی برای توسعه روش ها بمنظور اندازه گیری ارزیابی و توسعه مراقبت از بیمار می باشند .
* نتایج مربوط به بیمار در حوزه جراحی . این استاندارد ها نتایج مطلوب قابل مشاهده در طول فازهای مراقبت از بیمار را در مراحل قبل ، حین و بعد از جراحی منعکس می کنند .

**استاندارد های نهاد هی نظارتی**

استانداردهای تنظیم شده توسط این سازمان ها بصورت قانونی قابل اجرا هستند :

* سازمان های بهداشتی درمانی ایالتی و سازمان های اجتماعی مرتبط با سلامت . این سازمان ها قوانین استانداردی جهت تامین سلامتی مردم وضع نموده اند . نیازهای اساسی در نیل به این موارد عبارت هستند از :
* قابلیت انتقال بیمه سلامت و توانایی پاسخگویی . کلیه مراکز بهداشتی و در مانی باید طرف قرارداد با سازمان های بیمه گر باشند . همچنین باید مجهز به سیستم ثبت مدارک به شکل رایانه ای باشند تا اخذ مدارک و ارسال به بیمه به راحتی صورت بگیرد .
* لیست های رایگان اقدامات پزشکی : براساس شرایط پذیرش بیمار ممکن است او مشمول استفاده از خدمات رایگان باشد .

در صورت وجود شرایط زیر نباید از بیمار وجه دریافت شود و بیمه نیز هزینه ای پرداخت نمی نماید :

1. زخم های فشاری
2. افتادن یا ایجاد تروما
3. عفونت مربوط به جایگذاری کاتتر داخل عروقی
4. باقی ماندن اجسام خارجی در بدن طی جراحی
5. عفونت ناحیه عمل
6. آمبولی هوا
7. ناسازگاری خونی
8. قندخون کنترل شده
9. ترومبوز عروق عمقی و آمبولی ریوی بعد از آرتروپلاستی زانو یا مفصل هیپ
10. عفونت مربوط به کاتتر ادراری
11. جراحی در محل اشتباه
12. جراحی برروی بیمار اشتباه
13. اجرای روش جراحی غلط بر روی یک بیمار

**شناسایی بیمار**

وقتی بیمار وارد بیمارستان می شود ،یک مچ بند پلاستیکی تعیین هویت در هنگام پذیرش به او داده می شود . مچ بند باید جایی بسته شود که با محل مورد عمل جراحی تداخل نداشته باشد . برای دقت درستی کار باید از بیمار بخواهیم نام خود را حرف به حرف گفته و نیز تلفظ آن را بگوید . سیرکولر و هوشبر مچ بند را با نام بیمار و جراح ، چارت بیمار و روش جراحی مطابقت می دهد . جراح قبل از عمل باید بیمار را ببیند و از هویت بیمار اطمینان حاصل نماید .

**تعیین محل جراحی**

محل جراحی با کنترل فرم رضایت توسط پرستار سیرکولر و تایید آن توسط بیمار تعیین می شود . روش های جهانی تعیین روش جراحی شامل سوال از بیمار برای توصیف اینکه او روش جراحی را فهمیده است یا نه ، می باشد . اگر قرار است پروسیجر جراحی روی طرف خاصی از بدن انجام شود باید بیمار با اشاره دست آن را نشان دهد تا علامت گذاری گردد . جراح باید محل جراحی را با جوهر پاک نشدنی علامت بزند تا در خلال آماده سازی پوست در مرحله پرپ جراحی پاک نشود علامت زدن به شکل X نامناسب است .

قبل از برش جراحی ، تمامی اعضای تیم جراحی به اتاق عمل جراحی مشخص شده را تایید نموده و بلند اعلام می کنند . هرنوع اسکن یا گرافی گرفته شده از عضو نیز همان محل را از نظر جهت قرارگیری نشان می دهد . در این مرحله وجود تجهیزات صحیح و ابزار مخصوص ضروریست .

جهت پیشگیری از انجام جراحی در محل و جای اشتباه باید هر مرکز جزاحی خط مشی استاندارد و دستورالعمل مکتوبی در اختیار کارکنان قراردهد . براساس استاندارد انجمن پرستاران اتاق عمل آمریکا ، پرستار سیرکولر موظف است نکات مربوط به اصول رعایت شده در مرحله قبل از برش جراحی را در پرونده بیمار ثبت نماید . موارد محل اشتباه ، بیمار اشتباه و روش جراحی اشتباه عبارتند از :

* موارد اورژانسی
* افراد دچار چاقی مفرط
* دفورمیتی جسمی
* تجهیزات غیر معمول اتاق عمل
* جراحان متعدد
* روش های متعدد
* بیماران علامت گذاری نشده
* عدم وجود چک لیست
* عدم بررسی بیمار
* مشکلات پرسنلی
* نزاع پرسنلی و ناهماهنگی میان اعضا
* فقدان اطلاعات در مورد بیمار
* فرهنگ سازمانی بیمارستان

**مسئولیت شمارش دقیق**

مسئولیت اولیه شمارش تمام گازها ، وسایل برنده و تجهیزات قبل و حین و بعد از هر روش جراحی بر عهده فرد اسکراب و سیرکولر است . هرگونه تنبلی یا بی اهمیتی باید کنار گذاشته شود به خصوص اینکه نباید گفت : برش آنقدر کوچک است که چیزی گم نمی شود ؛ حتی در کمترین احتمالات نیز ممکن است مساله ای پیش بیاید .

**آماده سازی نمونه ها**

در حداقل زمان ممکن باید بافت های برداشته شده از بدن بیمار به آزمایشگاه فرستاده شود . اگر یک نمونه گم شود در صورت امکان انجام جراحی دیگری برای برداشتن نمونه مورد نیاز است . برچسب گذاری نادرست نمونه ممکن است سبب تشخیص نادرست نمونه بیمار می شود . ممکن است جلوی تصمیم گیری مناسب و دذمان مشخص را بگیرد .

نگهداری نمونه می تواند برای پرسنل خطرناک باشد . تجربه نشان می دهد که یک ظرف استریل با اندازه مناسب برای نگهداری نمونه در فیلد جراحی مناسب بوده و خطر در معرض بودن آن را برای پرسنل از بین می برد . قبل از تحویل نمونه به سیرکولری که دستکش محافظ به دست دارد ، اسکراب باید به خوبی نمونه را در ظرف خود جای دهد . اسکراب نباید نمونه را در ظرفی که در دست سیرکولر است ،پرت کند . این امر قابل اجتناب است .

**فاز قبل از جراحی**

این مرحله از جراحی ، زمانی شروع می شود که تصمیم گیری در مورد لزوم جراحی مطرح می شود و اتمام آن زمانی است که بیمار روی تخت جراحی منتقل می شود .

**فاز حین جراحی**

این فاز با قرارگیری بیمار روی تخت اتاق عمل شروع شده و تا زمان انتقال بیمار به واحد مراقبت های ویژه پس از جراحی (PACU) خاتمه می یابد . اقدامات پرستاری و ارزیابی آن ها در این مرحله تداوم می یابد . در این مرحله ، پرستار اتاق عمل با خودبرنامه مراقبتی از بیمار را اجرا می نماید، یا به ارزیابی مراقبت های انجام شده توسط سایر اعضای اتاق عمل نظارت می نماید تا اطمینان حاصل نماید که مراقبتی ایمن ، صحیح و موثر از بیمار به عمل می آید . براساس نیاز ممکن است در طول این مرحله تغییراتی در طرح اولیه مراقبتی بیمار اعمال گردد.

**فاز بعد از عمل**

این فاز با پذیرش بیمار در واحد مراقبت های پس از بیهوشی( (PACو ریکاوری یا واحد مراقبت های ویژه (ICU)شروع می شود .

**استاندارد های عملی پرستاری اتاق عمل**

استاندارد اول : بررسی

در مرحله بررسی و شناخت ، پرستار اتاق عمل کلیه داده های مربوط به سلامت بیمار را که جهت تعیین تشخیص های پرستاری لازم است ، جمع آوری می نماید .

استاندارد دوم : تشخیص

پرستار اتاق عمل داده های جمع آوری شده در مرحله بررسی و شناخت را جهت تعیین تشخیص های پرستاری مورد تجزیه و تحلیل قرار می دهد .

استاندارد سوم : تعیین پیامد ها و نتایج مورد انتظار

پرستار حوزه جراحی نتایج قابل انتظار برای هر بیمار را به شکل خاص و منحصر به همان بیمار تعیین می کند .

استاندارد چهارم : برنامه ریزی

پرستار حوزه جراحی یک برنامه ریزی مراقبتی جهت تعیین اقدامات لازم برای دستیابی پیامد های مورد انتظار طراحی می نماید .

استاندارد پنجم : اجرا

پرستار حوزه جراحی تمامی اقدامات طراحی شده در برنامه مراقبتی را به شکل مستقیم یا غیر مستقیم اجرا می نماید .

استاندارد ششم : ارزیابی

پرستار حوزه جراحی پیشرفت بیمار را در نیل به پیامدهای مورد انتظار بر اساس استاندارد های PNDS ارزیابس می نماید .

**مسائل قانونی**

وجدان نقش اعظمی در انجام اقدامات حرفه ای در زمینه حفاظت از ایمنی و حقوق بیماران دارد . بیمار در روند جراحی در معرض صدمات و خطرات زیادی است . این فاکتور هارهمچنین در ارتباط با مسائل اخلاقی و قانونی هستند که در رابطه با عملکر اعضای تیم مراقبتی پیش می آیند . احترام به استقلال و حقوق بیماران باید رعایت شود. در تمامی امور رضایت آگاهانه آنها شرط اصلی انجام مداخله باشد و در مواقع حیاتی منفعت ها و ضرر های ناشی از انجام یک مداخله برای بیمار در نظر گرفته شود و سلامتی بیمار ملاحظه گردد.

**مسئولیت فردی**

منظور از این واژه مسئولیت هر فرد در مقابل اعمالش در ارتباط با فرد دیگر است . تمام اعضای تیم بهداشتی درمانی باید بدانند که موظف اند تنها براساس چارچوب شرح وظایف مدون و مصوب تعیین شده از طرف وزارت متبوع و سازمان کاری خود عمل نمایند و نمی توانند خارج از این شکل ها ، قوانین و خط مشی ها کار کنند ، زیرا در صورت بروز اشتباه پشتوانه قانونی برای کار خود نخواهند داشت .

**رها سازی ( ترک بیمار )**

واژه رهاسازی به معنی ترک بیمار در شرایطی است که بیمار به وجود فرد مراقبت دهنده نیاز دارد. اگر این فرد (پرستار) بیمار را در شرایطی که احتمال نیاز به او بر بالین وجود دارد، در اتاق تنها بگذارد، حتی اگر به درخواست پزشک باید اتاق را ترک کند، مسئولیتش برعهده خودش است و در صورت بروز مشکل برای بیمار، باید پاسخگو باشد.

اگر شرایط اورژانسی و اجباری پیش آمد که به عنوان پرستار سیرکولر باید اتاق را ترک کنید، باید وظیفه خود را به فردی درآن اتاق بسپارید و سپس اتاق را ترک نمایید. درشرایطی که امکان جایگزینی وجود ندارد ، حتماٌ باید با هماهنگی مسئول بخش و سرپرستار ، اتاق عمل را ترک کنید. به هر حال بیمار نباید بدون حضور کسی و به تنهایی رها شود . هیچ کسی حتی پزشک نمیتواند مسئولیت پرستار در مقابل بیمار را سلب نماید . بیماران با سطح هوشیاری پایین یا کودکان ، نباید روی تخت به تنهایی و بدون محافظ بمانند . نباید آنها را در اتاق به تنهایی رها نمود و لازم است از آنها در مقابل صدمات سقوط و سوختگی مراقبت و محافظت شود . فرد سیرکولر نباید در پایش و ارزیابی بیماران در اتاق عمل سهل انگاری نماید و باید در طول جراحی در اتاق حضور داشته و در موارد اورژانسی تیم بیهوشی کمک نماید .

**قانون عدم پرداخت مالی به بیمارستان های مسئول سهل انگاری**

براین اساسبه پزشکان ومراکزی که به دلیل سهل انگاری موجب بروز صدمه و آسیب جدی و حتی مرگ بیماران شده اند ، پرداخت مالی صورت نمی پذیرد . این تصمیم توسط مرکز خدمات پزشکی اتخاذ شده است . براساس این قانون ، هزینه های مربوط به جبران اشتباهات و سهل انگاری انجام شده توسط تیم درمانی به وسیله دولت و بیمه به مراکز پرداخت نمی شود > صدماتی که شامل این قانون می شوند و از سال 2009 اجرائی شده اند ، موارد زیر می باشند :

1. آمبولی هوا
2. تزریق خون ناسازگار
3. عفونت مربوط به کانتر اداری
4. کنترل نامطلوب قند خون بیمار
5. سقوط و تروما هنگام انجام مراقبت
6. بروز ترومبوزورید عمقی و آمبولی ریه بعد از جراحی زانو یا توتال هیپ
7. باقی ماندن وسیله جراحی در داخل بدن بیمار
8. زخم بستر
9. عفونت محل زخم جراحی به خصوص بعد از جراحی ارتوپدی و چاقی
10. عفونت محل زخم جراحی بعد از جراحی بای پس قلبی
11. عفونت مربوط به محل کاتتر گذاری داخلی عروقی

**مسئولیت اخذ رضایتنامه آگاهانه قبل از انجام یک پروسیجر جراحی**

جراح مسئول اخذ رضایتنامه آگاهانه از بیمار است که باید در این خصوص در مورد خطرات ، منافع و عوارض احتمالی پروسیجر جراحی به بیمار توضیحات کافی ارائه نماید .

توضیحات ارائه شده باید شامل این موارد باشد : عضو برداشته شده در طول جراحی ، یا تغییر حالت و تغییر شکل رخ داده شده ی احتمالی در عضو ، عوارض ناخواسته احتمالی بعد از عمل که بیمار باید انتظار آن را داشته باشد و احتمال بروز ناتوانی و معلولیتی که بعد از جراحی می تواند رخ دهد .

اطلاع رسانی به بیمار در مرحله قبل از عمل باید شامل نحوه مصرف دارو ، رعایت رژیم غذایی ، شرایط دوش گرفتن ، سیگار کشیدن و سایر فاکتور هایی که می توانند در بازتوانی بیمار تاثیر بگذارد ، باشد .

جراح بعنوان مسئول اطلاع رسانی به بیمار و اخذ رضایتنامه آگانه از او باید تمام موارد اطلاع رسانی شده و فعالیت خود در این زمینه را در پرونده بیمار ثبت کند .

موارد اطلاع رسانی شده به بیمار بر اساس سیاست ها و خط مشی هر سازمان ممکن است لازم باشد توسط بیمار یا قیم او امضاء شود و بعنوان یک مستند در اوراق پرونده حفظ و ضبط گردد . هنگام پذیرش بیمار در بدو ورود به اتاق عمل پرستار سیرکولر و مسئول بیهوشی موظفند تا از موارد زیر اطمینان کسب نمایند :

* رضایتنامه آگاهانه برای بیمار تکمیل شده و به امضای او رسیده است و دارای تاریخ امضاء نیز است .
* اطلاعات موجود در این فرم مطابق با وضعیت بیمار ، نوع جراحی و پرسنل جراحی بیمار است .

**اعتبار رضایتنامه**

بیمار باید بطور مستقل خودش رضایتنامه عمل را امضا نماید ، مگراینکه از نظر سنی به شرایط قانونی نرسیده باشد ، یا دچار مشکلات ذهنی و روانی باشد ، یا در موقعیت تهدید کننده حیات قرار گرفته باشد . چنانچه به دلایل فوق بیمار خودش نتواند برگه رضایتنامه را امضاء نماید ،باید قیم او یا افراد دیگری که مسئولیت اورا بر عهده دارند برگه را امضاء نمایند . پزشکان به والدین اطفال که به جای کودکشان برگه را امضاء می نمایند و به افراد قیمی که مسئولیت افراد مبتلا به مشکلات

ذهنی و مغزی را به عهده دارند و برگه رضایتنامه آنها را به جای آنها امضاء میکنند ، توضیحات کاملی در خصوص جراحی ارائه می نمایند . برگه رضایتنامه باید شامل نام کامل والدین ، نام جراح ، نوع پروسیجر جراحی که قرار است انجام شود ، امضای بیمار و شهود و تاریخ امضاء باشد .

**فواید مستندسازی در مراکز**

دلایل زیادی غیر از مباحث قانونی برای انجام مستند سازی دقیق و صحیح وقایع و حوادث در مراکز درمانی وجود دارد . تعدادی از مراکز درمانی با استفاده از بازنگری اطلاعات جمع آوری شده ، گام های موثری در جهت اصلاح و بهبود خدمات ارائه شده توسط مراکز درمانی برمی دارند . از فواید مستندسازی صحیح در مراکز می توان به موارد زیر اشاره نمود ؛ هرچند این فواید تنها به موارد زیر ختم نمی کردد :

* ثبت دائمی موارد قانونی
* صدور صورتحساب یا بازپرداخت ها
* بهبود عملکرد و کارایی مرکز
* ارزیابی و سنجش خدمات ارائه شده
* طراحی اقتصادی و بودجه بندی مرکز
* تخمین نیروی انسانی مورد نیاز
* تدوین پروتکل های تحقیقی
* انجام بازنگری در امور
* مدیریت خطر
* برآورد و سرشماری تعداد بیماران مراجعه کرده به مرکز

**شرایط غیرطبیعی که باید آنهارا گزارش داد**

* سقوط یا افتادن بیمار یا سایر پرسنل
* ایجاد جراحت و صدمه به بیمار وسایر پرسنل
* ضربه و آسیب با سوزن
* آتش سوزی و یا مسمومیت با دود
* سرقت یا از دست دادن اشیای شخصی
* نقص عملکرد تجهیزات
* مزاحمت از طرف پرسنل
* خطای دارویی
* واکنش دارویی
* جاماندن گاز یا ابزار داخل شکم در طول جراحی
* ماندن یک شی داخل بدن بیمار

**اعضای تیم استریل و غیر استریل**

تیم جراحی براساس عملکرد اعضایش به زیر گروه هایی تقسیم می شود :

* تیم غیر استریل
* متخصص بیهوشی
* پرستار سیار
* پرستار بیهوشی
* افراد دیگر (مثل دانشجویان ، نمایندگان فروش وسایل ، پرسنل آزمایشگاه و رادیولوژی )
* تیم استریل
* جراح
* دستیار اول (در صورت لزوم دستیار دوم )
* فرد اسکراب

**سطح دانش و مهارت کمک جراح اول**

آناتومی و فیزیولوژی جراحی

بدن بیمار یک سیستم زیستی پیچیده محسوب می شود . هر عمل جراحی ، سبب اختلال در سطوح آناتومیکی و عملکرد فیزیولوژیکی بیمار می گردد . عدم دانش کافی نسبت به هریک از ساختار های آناتومیکی و عملکرد آنها می تواند سبب آسیب آنها گردد . یک آسیب واحد ، جنبه های مختلف نتیجه جراحی را تحت تاثیر قرار داده و می تواند سبب ناتوانی دائمی یا مرگ گردد . آناتومی و فیزیولوژی ارتباط تنگاتنگی باهم دارند و بعنوان اجزای جدانشدنی بدن انسان محسوب می گردند .

دانش آناتومی برای کمک جراح اول ضروری است . دستکاری بافت با ابزار ها ، نیازمند دانش تخصصی در خصوص اینکه چه چیزی قابل مشاهده است و چه چیزی از دید پوشیده است ، می باشد . کنار زدن ناصحیح بافت هایی که دارای ساختارهای عصبی و عروقی در خود هستند ، می تواند سبب عوارضی مانند اختلالات عصبی یا انسداد عروقی و در نتیجه ترومبوز یا آمبولی شود .

کمک جراح اول باید به تمامی پیامدهای هریک از وظایفی که برعهده دارد و نیز تاثیر آن بر بیمار ، کاملا آگاه باشد . عملکردهای کمک جراح اول باید بازتاب دهنده توانایی اش در خصوص تشخیص ساختار های طبیعی و غیرطبیعی موضع جراحی بوده و بتواند در خصوص ایمنی بیمار ، تصمیم آگاهانه و هوشمندانه بگیرد . هرکمک جراح ، مسئولیت کار خود را برعهده دارد و باید دارای صلاحیت و مدرک باشد .

**دانش نسبت به جراحی و تکنیک ها**

جراح ممکن است از کمک اول بخواهد تا عمل buzz the forceps را انجام دهد که به معنی چسباندن نوک قلم کوتر به کلمپی است که بافت توسط آن گرفته شده است ، جهت اینکار ، باید ابتدا نوک قلم کوتر را به کلمپ تماس داد و سپس جریان را برقرار نمود . قبل از برقراری جریان ، باید حداقل تماس دست ها با وسیله برقرار باشد . این کار ، میزان جریان ورودی به دستان فرد گیرنده وسیله را کاسته و مانع از تجمع الکتریسیته در نقطه ای از دست می گردد . جریان را باید در زیر دست فرد گیرنده و با حداقل فاصله نسبت به بافت انجام داد تا خطر تغییر مسیر جریان ، به حداقل برسد . جهت جلوگیری از سوختگی سایر بافت های بدن بیمار باید هنگام برقراری جریان ، از تماس فورسپس با سایر بافت های بدن بیمار یا سایر وسایل خودداری نمود .

آگاهی از چگونگی و زمان انجام هرواکنش ، بخشی از دانش پایه ی کمک اول است . کلمپ یا کوتر نمودن تصافی بافت ها سبب آسیب جدی به آنها می گردد .

**وظیفه کمک جراح اول چیست ؟**

پوزیشن ، پرپ و درپ بیمار

کمک اول معمولا مسئولیت پوزیشن دهی بیمار روی تخت جراحی را به عهده دارد . در موارد عدم حضور کمک جراح اول سایر اعضای تیم جراحی ، سایر اعضای تیم جراحی ممکن است این مسئولیت را برعهده گیرند . ایجاد یک اکسپوز ایمن در موضع جراحی ، بدون اختلال فیزیولوژیکی بیمار ، کلید موفقیت جراحی است .

بعد از پوزیشن دهی نهایی بیمار ، پلیت کوتر را به او متصل می نمایند . چسباندن پلیت قبل از پوزیشن دهی بیمار می تواند سبب جابجایی یا جداشدگی پلیت و در نتیجه عدم تماس کامل آن با پوست شود . همچنین به هر دلیلی نباید پلیت کوتر را برداشت یا جابجا نمود باید از نفوذ محلول پرپ به زیر پلیت جلوگیری نمود . محلول های پرپی که برپایه ی الکل هستند ، قابل اشتعال بوده ، بنابراین باید از خشک بودن کامل منطقه ی پرپ قبل از درپ بیمار اطمینان حاصل نمود . تسمه محافظ تخت را باید روی پتوی بیمار بست .

بخاطر داشته باشید که ارتفاع تخت اتاق عمل باید با حوزه دسترسی بلندقدترین فرد تیم استریل سازگاری داشته باشد . افراد کوتاه قد باید روی زیرپایی بایستند تا از لحاظ ارگونومیک احساس راحتی نموده و نیز دید مناسبی به موضع جراحی داشته باشند . نشستن افراد تیم اشتریل ، فقط زمانی قابل قبول است که همه افراد تیم استریل ، در حالت نشسته قرار داشته باشند و سطح حوزه استریل را تغییر ندهند .

**تحویل دادن ابزار**

یکی از نقش های کمک اول ، دانش مهارت در تحویل ابزار حین جراحی است ؛ عملکرد یک کمک جراح اول ماهر می تواند ساده بنظر برسد ، ولی در حقیقت مهارت او بازتابی از عملکرد دقیق اوست . دستپاچگی می تواند بیانگر فقدان دانش یا مهارت باشد . استاندارد مراقبتی برای استفاده از تجهیزات یا ابزار کاربردی کمک جراح اول عبارتند از :

* دانش تجهیزات و ابزار
* دانش چگونگی و زمان استفاده کردن از تجهیزات و ابزار
* مهارت در نگهداری و استفاده از ابزار پایه
* مهارت در استفاده یا هدایت تجهیزات و دستگاه ها
* دانش در خصوص عدم آسیب به بافت های زیرین و اطاف

**هموستاز**

جلوگیری از خونریزی ، بخش مهمی از هر عمل جراحی است . جراح باید دقت کند تا در طول دایسکشن بافتی ، از آسیب عروق و ارگان ها خودداری نماید ، زیرا خون و مایعات بدن ، دید موضعی جراحی را محدود نموده و همچنین از دست دادن خون برای بیمار خطرناک است . متاسفانه برخی از مانور های حین جراحی سبب خونریزی شده که این خونریزی ها باید کنترل شوند . پاک کردن موضع جراحی از خون بخشی از فرایند اکسپوز بافتی است . کنترل خونریزی هموستاز نام دارد . در هنگام بستن زخم ، باید از یک فضای مرده در زخم جلوگیری نمود زیرا این فضا به عنوان محلی برای تجمع خون و سرم و در نتیجه عفونت ، به حساب می آید .

جهت هموستاز ، از روش های مکانیکی ، شیمیایی ، گرمایی استفاده می شود . تصمیم گیری در خصوص انتخاب روش ، دانش و مهارت بالایی می طلبد . نمونه ای از روش های هموستاز در زیر آورده شده اند : (اما تنها محدود به همین موارد نیستند )

1. هموستاز دستی (مکانیکی ) . در این روش ، از فشار مستقیم بر روی یک یا فشار غیر مستقیم بر روی بخش های اطراف استفاده می گردد .

* کلیپس (فلزی ، پلاستیکی ، موقتی ، دائمی ، قابل جذب )
* بخیه ( لیگاتور ، نخ تای )
* کلمپ و نخ تای ( هموستات : تروماتیک / آتروماتیک )
* تورنیکه ( Rummel عروقی ، لوپ عروقی ، نوار بند ناف ، درن پنروز ، تورنیکه بادی ) . زمان مسدود کردن گردش خون بافتی باید در حد امکان در کمترین میزان بطول انجامد تا بدین ترتیب از آسیب بافتی جلوگیری گردد .
* استفاده از انگشتان جهت اعمال فشار ، جهت اینکار گازی را روی موضع قرار داده و فشار می دهند . لخته هایی که به تازگی تشکیل می شوند را برندارید زیرا سبب ادامه یافتن خونریزی خواهند شد .

1. هموستاز شیمیایی . داروها و موادی که بصورت موضعی روی سطح خونریزی دهنده قرار داده شده و خونریزی را متوقف می نمایند . باید دقت کرد که ماده هموستاتیک درون گردش خون بیمار وارد نشود . مواد هموستاتیک نباید وارد سیستم های Cell-saver شوند ، زیرا این خون برگشتی می تواند سبب تشکیل آمبولی شود . داروهای هموستاتیک شیمیایی بصورت موضعی مصرف می گردند (مثل : مایع ، ژلاتین ، اسپانج ، فیدها یا اسپانج کلاژن ، سلولز ، چسب فیبرین یا آلبومین ) . اپی نفرین بخاطر خاصیت تنگ کنندگی عروقی که دارد ، معمولا به ماده هموستاتیک اضافه می گردند .
2. هموستاز گرمایی . الکتروکوتر و لیزر رایجترین روش های هموستاز گرمایی هستند . ایمنی ، فاکتور مهمی در استفاده از اینگونه تجهیزات است . پرسنلی که با اینگونه دستگاه ها سروکار دارند باید آموزش های مناسبی را در این خصوص دیده باشند .

* الکتروسرجری (ESU ) کوتر تک قطبی نیازمند استفاده از الکترود برگشتی است . الکترود فعال (قلم کوتر) ، بطور مستقیم به بافت یا فورسپس که بافت را نگه داشته است تماس می یابد بعضی از دستگاه های کوتر دارای سیستم انعقادی با گاز آرگون نیز هستند که جهت کنترل سطوح خونریزی دهنده وسیع مفیدند . نوک منعقد کننده ی گاز آرگون را نباید بطور مستقیم با سطح خونریزی دهنده تماس داد . زیرا ممکن است به آن بچسبد. گاز آرگون یک ماده غیر قابل اشتعال است و جهت هموستاز سطوح خونریزی دهنده از آن استفاده می گردد .
* لیزر . همیشه حین استفاده از لیزر باید نهایت احتیاط را به خرج داد . همه افراد تیم جراحی و بیمار باید از عینک محافظ استفاده نمایند . محیط اتاق عمل باید به حد کافی ایمن باشد تا از آسیب غیر عمدی ناشی از پرتوهای لیزر پیشگیری گردد .

**دستکاری بافتی با ابزار**

کمک جراح اول باید همیشه با تمامی بافت های بدن و وسیله مناسب جهت دستکاری آنها آشنا باشد . دانش فرد در خصوص ابزار و کاربرد آنها حائز اهمیت است . بعضی از ابزارها تروماتیک هستند و از آنها نباید در لومن های ظریف استفاده نمود . لبه های پوست می توانند با استفاده نامناسب از فورسپس ها دچار آسیب گردد .

فورسپس هارا باید با دقت در بافت ها استفاده نمود . محکم گرفتن بافت ، احتمال سوراخ شدگی بافت و وقوع اسکار یا دیفکت بافتی و عدم ترمیم صحیح را بدنبال داشته باشد . کلمپ ها را هرگز نباید در هر بخشی از بافت که امکان دارد ، قرار داد ، زیرا این کار ممکن است سبب آسیب بافتی شود . انگشتان را داخل حلقه های وسیله قرار گرفته و انگشت اشاره بر روده ی بدنه ی کلمپ قرار داده می شود .

**دایسکشن**

روش های در دست گرفتن تیغ بیستوری :

1. در دست گرفتن اسکالپل به شکل مداد به گونه ای که انگشت اشاره روی لبه ی فوقانی (غیر برنده)تیغ قرار بگیرد ؛ از این روش جهت ایجاد برش های خطی کم عمق و با انجام حرکات لغزشی ، استفاده می شود. مچ روی سطح برش قرار داده شده و لبه برنده تیغ ، تماما با سطح پوست تماس نمی یابد .
2. در دست گرفتن اسکالپل به شکل مداد به گونه ای که انگشت اشاره روی لبه ی فوقانی تیغ قرار بگیرد (جهت ایجاد یک برش فشاری ) با تغییر فشار انگشتان ، می توان میزان ورود تیغ به درون بافت را تغییر داد .
3. اسکالپل ، همانند یک کمان ویولون در دست گرفته می شود . از این روش جهت ایجاد یک برش عمیق با حداکثر میزان تماس لبه ی برنده تیغ با پوست استفاده می شود . دست را روی اسکالپل قرار داده ، ولی مچ در تماس با بدن بیمار قرار نمیگیرد استفاده از حرکت اره ای ، خطر نکروز بافت چربی را می افزاید .
4. اسکالپل همانند یک مداد در دست قرار داده می شود ، بگونه ای که نوک اسکالپل در تماس مستقیم با بافت قرار گرفته و دسته آن بر بدن بیمار عمود است . این روش جهت ایجاد یک سوراخ کاربرد دارد .
5. اسکالپل بطور مستقیم در دست گرفنه می شود . که این روش جهت حجم زدایی یا دبرید بافتی کاربرد دارد .

قیچی ها با استفاده از برش مقطعی بافت را باز می نمایند باید از وارد کردن تمامی انگشتان به درون حلقه قیچی خودداری کرد . برقراری یک تعاذل ظریف بین نوک انگشتان و اولین مفصل انگشتان 1 ،2 ،3 ،4 ، ازگیر کردن انگشتان درون حلقه ها پیشگیری خواهد نمود . جهت ثبات بیشتر ، انگشت اشاره باید در پشت تیغه ها قرار گیرد .

می توان نوک قیچی را بین لایه های بافتی قرار داد و با باز و بسته کردن نوک قیچی ، لایه های بافتی را از یک دیگر جدا نمود . انحنای قیچی ها معمولا با انحنای دست مطابقت دارد و جهت برش موثر ، نوک به سمت بالا قرار داده می شود . جهت برش ها ی رو به عقب ، انحنای قیچی برخلاف انحنای دست قرار داده می شود . معمولا از قیچی های مستقیم (راست) جهت برش بافتی استفاده نمی شود .

جهت بلانت دایسکشن ، معمولا از لبه کند ابزار یا انگشت (پوشیده با گاز ) استفاده می شود .

تبزار هایی که جهت جداسازی لایه ای طراحی شده اند از روش بلانت جهت جدا نمودن بافت ها استفاده می کنند . در نواحی کوچک می توان از انتهای بلانت اسکالپل جهت جداسازی بافت ( به روش بلانت ) استفاده نمود .

**بخیه (سوچور)**

یکی از وظایف کمک جراح اول ، بخیه زدن و بریدن نخ هاست . بخیه زدن ، روشی برای بستن زخم است که جهت این کار می توان از نخ و سوزن ، کلیپ های فلزی قابل جذب ، استابلر ، نوار چسب های پوستی ، چسب زخم ، وایر (سیم) و سایر اقلام استفاده کرد . بخیه زدن حین جراحی ، جهن هموستاز ، ثابت نمودن یک بخش ،تراکشن یا سایر دستکاری های بافتی انجام می شود . در انتهای جراحی ، انسیزیون را با یکی از روش های توضیح داده شده می بندند . گره زدن بخیه ها ، نیازمند مهارت و تمرین زیاد است . شل بودن گره می تواند سبب خونریزی بیمار و در نتیجه تشکیل هماتوم بعد از جراحی شود . از یکی از روش های زیر جهت گره زدن حین جراحی استفاده می شود :

* گره زدن به روش دو دستی
* گره زدن توسط ابزار
* گره زدن به روش یک دستی

**اعمال وظایف اجرایی**

درطول فرآیند انجام یک پروسیجرجراحی برای بیمار ،تیم جراحی حوزه جراحی بیمار را حمایت می نمایند . تیم مراقبت از بیمار در حیطه جراحی بر اساس محدوده قوانین اتاق عمل انجام وظیفه می نمایند که بخشی از امکانات و مراقبتهای جسمی مربوط به عمل جراحی را شامل می شود . بخشهای دیگر حوزه جراحی شامل واحد پذیرش قبل عمل بیمار ، واحد خدمات سرپایی و واحدمراقبت پس از بیهوشیاست . در واقع ،تیم مراقبت از بیمار در اتاق عمل تنها بخشی از مراقبت های مربوط به بیمار تخت جراحی را بر عهده دارند .

افراد زیادی دیگری در ارتباط غیر مستقیم با بیمار بوده و خدمات حمایتی حیاتبخشی را حهت رسیدن به یک هدف مشترک که همانا ایجاد محیط امن جراحی ، راحت و موثر است ، ارایه می دهند . میزان ارتباط و نوع وظایف پرسنل شاغل در حوزهجراحی بر اساس اندازه و وسعت موسسات و تعداد پرسنل استخدام شده متفاوت است . هیچ یک از حرفه های که با سلامت انسان سروکار دارند ،ناچیز و بی اهمیت تلقی نمی شوند و هر یک از اعضای حرفه ای بر اساس وظایف محوله ، نقش خود را در گروه ایفا می نمایند و نسبت به وظایف محوله به خود احساس مسولیت می کنند .

**بخش های مراقبت از بیمار**

بیمارات بطور مستقیماز یک واحد مراقبت از بیمار خانگی ،از واحد مراقبت کوتاه مدت ( اورژانس )یا از یک واحد مراقبتی سرپائی به اتاق عمل انتقال داده می شوند . کانال هایارتباطی بین پرسنل جراحی و پرسنل مراقبت از بیمار در واحد دیگر باید کاملا باز نگه داشته شود . هماهنگی جهت آمادگی فبل از عمل جراحی و انتقال بیمار به اتاق عمل ، از اتلاف وقت جلوگیری می نماید . در بعضی از بیمارستان ها و موسسات از سیستم چک لیست جامع جهت اطمینان از آماده بودن کامل بیماران جراحی به روش زمانی استفاده می نمایند . این چک لیست در سرتاسر زمان عمل جراحی و پس از انجام جراحی همراه بیمار خواهد بود . پرستار استخدام شده یاپرستار حرفه ای یا بالینی پس از تایید هر مورد انجام شده در چک لیست ،آن را امضا نموده و تا وقتی بیمار اتاق عمل را به قصد انتقال به واحد مراقبتی مربوطه ترک می نماید ، تمام موادرد و آمادگی های لازم باید تکمیل و انجام شده باشد.

**بخش های ارایه دهنده خدمات به بیمار**

**بخش طب هسته ای و رادیولوژی**

از پرسنل بخش های رادیولوژی و طب هسته ای جهت انجام پروسیجرهای تشخیص و درمانی در اتاق عمل استفاده می شود . در بعضی شرایط لازم است که پرسنل جراحی جهت کمک به جراحی برای انجام یک پروسیجر مداخله ای ، که نباز به شرایط استریل دارد ، به بخش بخش رادیولوژی مراجعه نمایند . البته بعضی از بخشهای جراحی دارای یک اتاق رادیولوژی در همان محل نیز می باشند که جهت انجام پروسیجرهای داخل عروقی مثل آنژیوگرافی یا استنت گذاری داخل عروقی استفاده می شود .

چنانچه انجام یک پروسیجر تشخیصی یا جراحی نیاز به استفاده از تجهیزات رادیولوژی یا کاشت وسیله رادیواکتیو داشته باشد، حداقل از روز قبل از انجام پروسیجر به کلیه بخش ها اطلاع داده می شود که این مساله باعث تسهیل برنامه ریزی جهت حضور پرسنل و تعدیل فشار کاری در بخش ها خواهد شد . در همین زمینه ، پیش بینی های جهت نحوه استفاده از مواد پر خطر و آسیب رسان انجام می شود .

**تقسیمات بخش خدماتی**

**بخش اسناد پزشکی**

اسناد پزشکی مشتمل بر تشخیص هنگام پذیرش ،شکایت اصلی بیمار ، یافته های کامل معاینات فیزیکی و تاریخچه شرح حال ، نتایج آزمایش ها و طرح های مراقبتی ارئه شده توسط پرستاران و پزشکان است . بیشتر بیمارستان ها در حال مجهز شدن به ثبت پزشکی الکترونیکی هستند که در اینصورت برای مراقبین از طریق کامپیوتر و اینترنت قابل دسترسی است . تمامی اسناد و موارد ثبت شده بیان کننده ی نوع درمان بکار برده شده ، پروسیجر جراحی ، یادداشت های پیشرفت ، نتایج مشاوره ها ، وضعیت بیمار در حال ترخیص ، و مشاهدات هنگام مرگ . خلاصه ای از شرح حال بستری بودن در بیمارستان نیز باید تکمیل شود . تمامی این اسناد و مدارک توسط پزشکان و پرستاران در گیر مراقبت از بیمار به صورت کتبی یا الکترونیکی امضا می شوند .

گزارشات نحوه انجام پروسیجر جراحی باید صریح و واضح و کلمه به کلمه بلافاصله پس از اتمام پروسیجر جراحی ثبت و در برگه های اسناد و مدارک مربوط به بیمار قرار داده شوند . بسیاری از بیمارستان ها جهت تسهیل در انجام این روند توسط جراح مجهز به دستگاه های دیکته کننده هستند ، یا میکروفون هایی که درون واحد اتاق عمل و معمولا در محل تعویض البسه یا اتاق استراحت جراح قرار داده می شوند و با مدارک پزشکی مرتبطند . در اینگونه ثبت های الکترونیکی می توان از نرم افزار تشخیص صدا جهت دیکته نمودن کلمات مربوط به شرح انجام عمل توسط جراح استفاده کرد .

مواردی مانند تشخیص قبل و بعد از عمل جراحی و نحوه انجام پروسیجر جراحی از اهمیت پزشکی و قانونی زیادی برخوردار است . یکی از مسئولیت های مهم بخش اسناد پزشکی نسخه برداری از دستورات جراح و حفظ چارت مربوط به بیمار پس از ترخیص وی از بیمارستان است . چارت چاپ شده از مدارک بیمار روی یک میکروفیلم ، یا بصورت الکترونیکی ذخیره یا نگهداری می شود .

**مروری بر توصیه های SCIP در خصوص پیشگیری از عفونت های موضع جراحی :**

**آنتی بیوتیک پروفیلاکسی** (فقط در صورت لزوم )

یک ساعت قبل از برش –فلوروکویینولون (سیپروفلوکساسین)

دو ساعت قبل از زدن برش – وانگومایسین(در صورت نباز )

به جز آنتی بیوتیک های فوق ، مابقی آنتی بیوتیک های مصرفی باید 24 ساعت قبل از جراحی ؛ قطع گردد . (در بیماران قلبی، 48 ساعت قبل از جراحی باید قطع گردد . )

**حفظ درجه حرارت طبیعی بدن :**

حفظ درجه حرارت طبیعی بدن در دمای 36-38 درجه سانتیگراد چ

**برداشت مناسب موها :**

در صورت لزوم ، موهای بیمار باید توسط ماشین موزن ،در خارج اتاق عمل زده شود .

**کاتترهای ادراری :**

کاتترهای ادراری یک تا دو روز بعد از جراحی ،خارج می شود .

**سطح گلوکز خون:**

در بیماران قلبی ، سطح گلوکز خون باید بین 80 تا 100 میلی گرم حفظ گردد. در سایر بیماران سطح گلوکز باید کمتر از 200 میلی گرم حفظ گردد.

**کمیته اخلاق**

کمیته اخلاق با مقررات چندگانه نشاندهنده بیمارستان و جامعه است که به آن خدمت می کند . نماینده این کمیته شامل پزشکان ، پرستاران ، کارگران اجتماعی ، وابستگان بیمار ، افراد روحانی ،وکلا و افراد دیگری در سطح جامعه هستند .هدف اولیه این افراد آموزش کارکنان وو جامعه در رابطه با اصول اخلاقی و فرایندهای تصمیم گیری اخلاقی در مورد مسائل گوناگونی که در امر مراقبت از بیماران با شرایط بحرانی پیش می آید ،است . این افراد به کارکنان مشاغل مختلف ،بیماران و خانواده های آنان مشاوره داده وخط مشی هایی مثل کسب رضایت آگاهانه ، انجام پرتوکل های تحقیقاتی و موارد دیگری را آموزش می دهند .

**کمیته امنیت بیمارستان**

نمایندگانی از اداره کل ، سرویس پرستاری ، کارکنان پزشکی ، واحد کنترل عفونت ؛بخش تعمیرات ، سرویس های خانه داری و نظافت محیط و مدیریت امنیت ،هسته اصلی کمیته امنیت بیمارستانی را تشکیل می دهند . این گروه پروسیجرها و سیاست هایی را طراحی و جهت افزایش امنیت در بیمارستان ثبت و ارائه می دهند . همچنین اطلاعات خود را با مدیریت بحران و خطر و نیز کمیته های بهبود کیفیت تبادل نموده و برنامه های نظارت بر خطرات احتمالی را هدایت می نمایند . این کمیته حداقل دو بار در ماه تشکیل جلسه می دهند تا بتواند میزان های شیوع گزارش شده را بررسی و ارزیابی کند . در شرایطی که وضعیت پرخطری رخ دهد که باعث آسیب پرسنل یا تجهیزات و امکانات موجود شود، اقدامات ضروری و فوری انجام می شود .

**کمیته برنامه ریزی بلایا و حوادث**

موسسه های مراقبت های سلامتی باید دارای یک برنامه سازمانبندی شده جهت مراقبت از افراد در زمان وقوع حوادث و بلایا ،یا یک حادثه در سطح وسیع باشد . بلایا و حوادث طبیعی خارج بیمارستانی در بیرون از موسسه مراقبتی رخ می دهند ، مانند حملات تروریستی ، سوانح هوایی ، یا حوادث طبیعی مثل سیل و طوفان .

حوادث داخلی مثل آتش سوزی یا انفجار درون موسسه مراقبتی سلامتی رخ می دهند . طراحی برنامه های از طرف کمیته حوادث درون بیمارستانی شامل مشاوره با افراد حقوقی و نمایندگان موسسه پزشکی دیگریجهت یکسری دستورات و ایجاد آمادگی و توانایی های اداری و حقوقی مناسب است . وجود چنین طراحی های تسهیل انجام تریاژ در محل حادثه جهت جدا سازی و تقسیم نمودن بیمارن به منظور اطمینان از بهترین روش استفاده از خدمات و امکانات موجود است .

تمرینات مربوط به حوادث به منظور آزمایش نمودن طراح های برنامه ریزی شده توسط کمیته و یافتن مواردی جهت اصلاح و توسعه آنها و آشنایی پرسنل با این موارد ، دو بار در سال انجام می شود .

**مدیریت خدمات جراحی**

وجود بخش مدیریت خدمات جراحی جهت موفقیت موسسه به منظور کسب ارزش و اعتبار بالا ، بسیار ضروری است .

**صفات رهبری و مدیریت**

تعریف رهبری مشکل بوده و بدون برقراری همکاری ،و بدون برقراری همکاریو تعاون امکان پذیر نیست. نحوه عملکرد مدیر ، توانایی وی ، میزان دانش و تجربه کاری عملی به وی در تنظیم خط مشی ها جهت پیشرفت موقعیت کمک خواهد نمود . در این زمینه مهارت افراد نقش مهمی دارد تعدادی از نشانه های صلاحیت رهبری شامل موارد زیر هستند :

* دارا بودن مهارت تفکر انتقادی
* واقعیت پذیری
* استفاده از منابع معتبر
* توانایی ارائه طرح
* قابلیت انعطاف
* دارا بودن خلاقیت
* توانایی کنترل احساسات
* دارابودن مهارت مذاکره و گفتگو

مدیریت بصورت غیر رسمی موجب آسیب موسسسه می شود زیرا باعث می شود که کارکنان در خلاف مسیر رسالت واحد اتاق عمل جهت دهی شوند . مدیریت غیر رسمی در زمانی که ارتباط بین گروه ها دچار اختلال شده ، مخرب و آسیب رسان میباشد .

***برگزاری جلسات***

بعضی از جلسات نیازمند شرکت افرادی از حوزه های مختلف است و باید به دقت طراحی شود پیشنهاد برگزاری جلسات در مکان های نا مشخص بمنظور جلوگیری از ایجاد اختلال در جلسات از طریق تماس های تلفنی ، یا مراجعه حضوری در دفتر کار و ایجاد شلوغی و سروصدا می تواند موثر باشد .

رئیس جلسه باید اهمیت آغاز نمودن و پایان دادن به جلسه را در سر ساعت مقرر متذکر شود . دریافت موارد مطرح شده در جلسه از شرکت کنندگان قبل از شروع جلسه باعث می شود که رئیس جلسه از قبل در رابطه با موارد مطرح شده آمادگی ذهنی داشته باشد و از ایجاد انحراف در مباحث جلسه جلوگیری نماید .

***مدیریت پرسنل***

ایجاد انگیزش کاری و اتحاد در پرسنل

جلسات برگزار شده توسط کارکنان محل مناسبی برای تبادل ایده ها ، ارائه گزارشات و مطرح نمودن موارد نگران کننده برای افراد است . براین اساس ، مدیر باید جلسات منظم و برنامه ریزی شده ای را جهت کارکنان برگزار نماید .

در مواردی که یک واحد شامل چندین منطقه با عملکرد های ویژه و جدا از مناطق دیگر می باشد ، برگزاری جلسات کوچکتر و در منطقه مربوطه جهت صحبت در مورد مواردی که مربوط به مناطقی دیگر نمی باشد مفید و موثر می باشد . برای مثال ، پرسنل واحد مراقبت ویژه پس از بیهوشی ممکن است مسائل مختلف و متفاوتی نسبت به تیم درگیر در حیطه جراحی مثل پرستاران سیار و اسکراب داشته باشند . از طرفی برگزاری جلسات بصورت کلی جهت ارائه موارد و موضوعات مشترک قابل بحث برای تمامی واحد ها و مناطق نیز مفید و ضروریست .

***استخدام کارکنان***

تامین نیروی انسانی به تعداد کافی و شامل افراد لایق و کاردان بمنظور ارائه مراقبت موثر و ایمن از بیمار طی انجام پروسیجر های جراحی ، وظیفه مشکل و با اهمیتی است طبق قوانین ، یک فرد نباید بیش از 12 ساعت در روز و بیش از 60 ساعت در هفته کار کند . هر فرد در روز های بدون شیفت خود ، باید حداقل 8 ساعت بخوابد .

فشار کاری بیش از حد مدیریت به کار کنان ، سبب افزایش اقتدار مدیریت نخواهد شد بلکه اقتدار مدیریت در گرو رضایت کارکنان است . باید زمان هایی جهت استراحت پرسنل ، فراهم گردد . حفظ کارکنان روشی برای کاهش هزینه هاست ؛ البته نباید جهت کاهش هزینه ها ، از استخدام نیروهای مورد نیاز و خوب امتناع کرد ایمنی بیمار و تمامی اعضای تیم جراحی ، باید در استخدام پرسنل لحاظ شود .

***اختلاف نظر های مدیریتی***

از آنجا که محیط اتاق عمل محیطی بسته و دارای جو شکننده ای است ، هنگامی که پرسنل بصورت مداوم و در ارتباط نزدیک با یکدیگر انجام وظیفه می کنند ، ممکن است دچار کشمکش ها و عدم توافق های کوچک ، یا مخالفت های جزئی و روزانه شوند . در بعضی شرایط ممکن است دخالت مدیریت ضروری باشد . در اینگونه موارد قبل از اقدام به هرگونه تصمیم گیری باید به صحبت های طرفین گوش داده و با رفتار های تخریب کننده با متانت و بصورت حرفه ای برخورد شود . برخی از مراکز جهت جلوگیری از خشونت ، عصبانیت ، قولدری ، فحاشی و .... قوانینی را تدوین نموده اند .

***ارزشیابی تجهیزات و وسایل جدید***

مصرف کنندگان یک کالا ، با کفایت ترین افراد جهت اظهار نظر در رابطه با امنیت ، کفایت و میزان کاربرد آن کالا هستند . قبل از تصمیم برای خرید یک کالا ، باید بررسی و ارزشیابی بالینی کاملی از اعضای تیم استفاده کننده در رابطه با آن کالا صورت گیرد . اعضای این تیم شامل جراح ، بیهوشی دهنده ، پرستاران بخش جراحی، و تکنولوژیست های جراحی هستند . ضروری است قبل از ارزیابی استفاده از وسیله مورد نظر ، آموزش نحوه استفاده صحیح از آن ارائه شده باشد . بنمایندگان فروش نیز باید این اجازه داده شود که در بررسی وارزیابی وسیله ، یا تنظیم و نصب آن دخالت داشته باشند . اگرچه این افراد در بخش اتاق عمل ارائه مراقبت مستقیم از بیمار را برعهده ندارند ، اما پیشنهادات و توصیه های مفیدی برای استفاده کنندگان خواهند داشت .

***بیمار***

بیماران ، دلیل اصلی گرد هم جمع شدن اعضای تیم سلامتی و مراقبتی هستند . بیماران به اعضای تیم جراحی بعنوان افرادی که مسئول مراقبت آنها در مرحله قبل حین و پس از جراحی می باشند توجه می نمایند بیمار نه فقط زمانی که زیر چراغ سیالتیک و روی تخت جراحی اتاق عمل ، بلکه باید همواره مرکز توجه افراد باشد . بیمار بعنوان یک فرد دریافت کننده مراقبت از سیستم های سلامتی در مانی تعریف می شود که باید به طریق ویژه مورد توجه قرار بگیرد .

افرادی که از نظر سنی در گروه سنی کودکان یا سالمندان هستند ، یا بیمارانی که همراه با بیماری های زمینه ای خاص برای جراحی کاندید شده اند ، در برنامه مراقبتی ، باید بطور ویژه تر مورد توجه قرار گیرند . جهت فهم نیاز های مراقبتی مورد نیاز بیمار ، تمامی پرسنل باید دانش و مهارت لازم در زمینه تشخیص مشکلات و نیاز های بیماران و مداخله خاصی که بمنظور تامین سلامتی آنها باید مد نظر قرار بگیرد را داشته باشند . توجه به این مسئله که جراحی چه اثری برسبک زندگی بیماران خواهد داشت ، بسیار مهم است و باید پرسنل این اطلاعات را داشته باشند و بشکل صحیح به بیمار منتقل کنند .

***نیاز های پایه و اساسی بیماران***

نیازها ، فاکتورها و عواملی هستند که به منظور حفظ عملکرد ارگان های بدن ، یا بازگرداندن بخشی از عملکرد از دست رفته بدن مد نظر قرار می گیرند .تشخیس های پرستاری بر اساس دانش و فهم مربوط به نیاز بیماران و چگونگی بر آوردن آنها پایه ریزی میشوند . بیماری که تحت جراحی است که نبازهای اساسی او را بر اساس هرم مازلو (نیازهای فیزیولوژیک ،امنیت ،روان شناختی ،احساسی و معنوی ) تحت تاثیر قرار می دهد .

***سلسله مراتب نیازها***

بر اساس نیازهای مازلو ، پایین ترین سطح نیازها مربوط به نیازهای اساسی و اولیه حیات است که شامل نیازهای فیزیولوژیک است .

در شرایط بیماری ، نیاز بیماران تحت تاثیر عوامل مختلفی از جمله موضع و محل عضو تحت عمل جراحی ، نوع پرسیجر جراحی و اثرات درمانی آن قرار می گیرد .

بیماریهای زمینه ای ، وضعیت تغذیه ای ،اضطراب و مسایل روانی بیمار جزو مواردی هستند گه می توانند بیمار را با چالش مواجه نموده و تحت تاثیر قرار دهند . در مرحله حین جراحی ، تمرکز و توجه تیم جراحی بر نیازهای فیزیولوژیک بیماران است تا اکسیژن و جریان خون مناسب تامین گردد و از بروز شوک و عفونت پیشگیری شود . در مرحله بعد از عمل ، اعضای تیم جراحی به منظور پیشگیری از عوارض جراحی بیمار را به سمت خود مراقبتی تشویق می کنند . اگر نیاز بیماران تامین نشود ،وقایعی رخ خواهد دادکه مورد نظر و رضایت بیماران و پرسنل نیست .

***واکنش بیماران نسبت به بیماری***

در جمع آوری اطلاعات در خصوص بررسی نیازبیماران ،اعضای تیم درمانی و سلامتی باید نسبت به احساس بیمار در خصوص بیماری که دارند ، حساس با شند و به آن توجه کنند . واکنش بیمار به بیماری اش تحت تاثیر ویژگی های رفتاری وی است، همچنین ممکن است در پاسخ به رفتار کارکنان درمانی ،عکس العمل های مختلفی از خود بروز دهند . افرادی که مسئولیت مراقبت از بیمار را برعهده دارند ، باید با مکانیسم های سازگاری فرد در مواجهه با شریط بیماری آشنایی داشته باشند تا برنامه مراقبتی مناسبی جهت سازگاری بیمار و کمک به بهبودی سریع تر وی طراح ریزی کنند .

***مکانیسم های متداول برخورد با وقایع***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***مکانیسم*** | ***وسیله*** | ***ارزیابی هدف*** | ***مثال*** |
| انکار | عدم قبول مسئولیت ،عدم توانایی یا علاقه به قبول واقعیت | لکنت ،وجود یا عدم ارتباط چشمی ، بهانه گیری | من سرطان ریه ندارم |
| واگذاری مسئولیت به دیگران | سرزنش اشخاص ضعیف تر | قدرت نمایی | دکتر چیزی نگفت . احتمالا آزمایشگاه اشتباه کرده . |
| شناسایی | عملکرد شبیهه قهرمان | نمود علایم ظاهری و کاهش اعتماد به نفس | من و خواهرم مریضیم . من شرط می بندم. بیماریهردو ما یکی است . |
| توجیه نمودن | رفتار غیر قابل قبول | مظنون به سایرین ،اتخاذ کردن حالت دفاعی | تولیدکننده های سیگار باعث سیگاری شدن من شده اند . |
| تطابق و سازگاری | تنظیم رفتار با رضایت با وضعیت احتمالی | حالت دفاعی ،سعی در حفظ حالت عادی، ایجاد دشمنی | چون خانواده ام سرطان دارند من هم مریض شدم . |
| واکنش | واکنش خلاف احساس درونی | گیج ، نامعقول ،حالت نوسانی | این اشک ناراحتی نیست، بلکه اشک شوق است ، چون بزودی خواهم مرد . |
| بازگشت به قبل | برگشت به وضعیت اولیه | حالت بچه گانه ،دست به سینه ، سر پایین ،گریه ،سکوت طولانی | من مادرم را می خواهم |
| سرکوب | تفکرات و احساسات غیر قابل قبول و تدافعی | خیره شدگی ،نگاه پرسشی | نمی دونم چه مشکلی دارم . چرا اینجا هستم |

***استرس***

استرس بعنوان یک فاکتور حسی ، شیمیایی یا فیزیکی که باعث تنش گردد ، تعریف می شود که ممکن است علت بروز بیماری نیز باشد .

استرس به دو شکل روانی و فیزیولوژیکی وجود دارد . استرس می تواند اشتها و بخشی از عملکرد و فعالیت های بدن از جمله هضم و گوارش ، متابولیسم و تعادل مایعات و الکترولیت ها را به شدت تحت تاثیر قرار دهد . ترشحات هورمون آدرنوکورتیکال روند ترمیم زخم را به تاخیر انداخته و مقاومت در برابر عفونت را می کاهد . علاوه براین نیاز های حسی بیمار حین افزایش استرس ، نمود ظاهری پیدا کرده و به شکل ستیز ، گریز و پرخاشگری نمایان می شود . توانایی بیمار برای سازگاری به مداخله موثر بستگی دارد .

دلهره بیش از حد نرمال ، موجب کاهش توانایی تفکر و تصمیم گیری در موارد بحرانی شده و ممکن است منجربه پاسخ دهی اغراق آمیز شود . هنگام در خطر بودن عضوی از بدن یا عملکرد بخشی از فرد ، بیماران حس آسیبب پذیری خواهند داشت . اتاق عمل ( صداها ، بوها و وسایل ) به خودی خود یک محیط ناآشنا و نا مانوس است .

***سوء تغذیه***

بیماران کاندید جراحی در معرض سوء تغذیه متعاقب دریافت نامناسب کالری ها و پروتئین ها در مرحله قبل ، یا بعد از عمل جراحی هستند . عدم تعادل بین میزان جذب مواد و میزان مورد تقاضا و نیاز بدن منجربه بروز سوء تغذیه و در نهایت بروز اختلالات در برخی از ارگان ها و عملکرد های بدن می شود .

بیماران کاندید جراحی عمدتا قبل جراحی ناشتا نگه داشته می شوند تا بیهوشی ایمن داشته باشند و در مرحله بعد از عمل ، دچار استفراغ و آپیراسیون نشوند . بیماران بیماران دچار اختلالات تغذیه ای ، وزنی زیر 70 تا80 درصد وزن نرمال را دارند و به میزان بیشتری از کمبود و فقدان کالری رنج می برند . بیماران دچار سوء تغذیه ممکن است موارد زیر را تجربه نمایند :

ضعف در تحمل دارو های بیهوشی

کاهش متابولیسم داروهای شیمیایی از طریق کبد

* دفع نامناسب مواد سمی از کلیه ها
* غیر ثابت بودن علائم حیاتی

1. تغییر در التیام زخم

* کاهش پروتئین سنتز شده بعد از عمل
* افزایش پروتئین تلف شده ناشی از شکسته شدن ماهیچه های اسکلتی بعد از وارد شدن تروما و صدمات جدی
* تعادل نیتروژن منفی همراه با کم شدن آلبومین سرم کمتر از gr/dl 3 ، اوره خون و نیتروژن یا BUN کمتر از 10 گرم در سی لیتر .

1. کاهش سطح الکترولیت های سرم به دنبال بی اشتهایی الکلیسم و سایر اختلالات متابولیکی مزمن

* هایپو کالمی یا کاهش پتاسیم خون
* هایپو منیزیمی یا کاهش منیزیم خون
* هایپو کلسمی یا کاهش کلسیم خون

1. افزایش عفونت ناشی از اختلالات سیستم ایمنی و شمارش لنفوسیت ها کمتر از 1500در میلیمتر مکعب
2. پیدایش اختلالاتی که بطور همزمان چند سیستم را درگیر می کنند .

* دهیدراتاسیون
* شرایط غیر نرمال در تنظیم گلوکز خون
* شرایط غیر نرمال در مکانیسم لخته خون
* نارسایی کلیوی
* نارسایی قلبی ریوی

1. افزایش آمار عوارض و مرگ ومیر ناشی از سوء تغذیه .

با استفاده از نتایج تست های آزمایشگاهی که مربوط به سرم خونی است ، می توان وضعیت تغذیه ای بیمار را ارزیابی کرد . یکی از این موارد اندازه گیری پروتئین خون است . نسبت آلبومین به گلوبولین و اندازه گیری سطح BUN در این مورد ارزیابی می شود . برای فرد بالغ برای جلوگیری از کاتابولیسم پروتئین بدن ، روزانه حداقل 1500 کالری نیاز است .

افزایش میزان متابولیسم نیاز به کالری را دو برابر کرده و تا حدود 3000کالری در روز می رساند . اگر کالری دریافتی کمتر از نیاز بدن باشد ، برای تامین انرژی در بدن پروتئین به قند تبدیل خواهد شد . سپس پروتئین تولیدی برای ذخیره در بافت های بدن به میزان کافی نخواهد بود .

***رفتار های قابل اجتناب در جهت پیشگیری از بروز سرطان***

بیماران باید در خصوص عواملی که می تواند باعث بروز سرطان شوند و در مورد مواردی که می تواند احنمال سرطان را به حداقل برساند اطلاعات کافی کسب کنند . این نکات شامل موارد زیر است :

* اجتناب از مصرف سیگار : ثابت شده 83درصد از بیمارانی که مبتلا سرطان ریه اند در معرض دود سیگار بوده اند .
* اضافه نمودن فیبر در رژیم غذایی روزانه و کم کردن چربی ها و استفاده از از غذاهای کم چرب .
* فرد باید شرایط وزنی مناسب داشته باشد و آن را حفظ کند و از چاغ شدن اجتناب نماید .
* مدت زمانی که فرد در معرض نور خورشید قرار دارد ( بخصوص از 10صبح تا 3/5 بعد از ظهر ) کاهش یابد .
* فرد برای پیشگیری از سرطان باید بطور مرتب خود را کنترل کند ، این رفتار کنترلی بعد از 40سالگی باید هرسال تکرار شود .
* پوست ، پستان ، بیضه و پروستات در صورت خود آزمایی منجر به کشف سریع تر علائم سرطان شده و درمان آغاز می شود .

***وسعت بیماری***

کارسینوما

معمولا در مراحل اولیه در کارسینومای سلول های نرمال با سلول های آناپلاستیک جایگزین شده اند ، ولی اختلال رشدی در سطح اپی تلیال مشاهده نشده و شواهدی دال بر تهاجم سلول ها و متاستاز وجود ندارد . شایع ترین محل های کارسینئما عبارتند از :

* گردنه رحم
* اندومتر رحم
* واژن
* مقعد
* آلت تناسلی
* لب
* سلول های مخاطی
* ریه
* مری
* چشم
* پستان

***سرطان لوکالیزه شده یا موضعی***

سرطانی که فقط در یک ارگان منشا دارد و در همانجا باقی می ماند . ( یعنی به بخش های دیگر متاستاز نمی دهد . )

***سرطان ناحیه ای***

در این حالت ، سرطان به بافت ها و ارگان های اطراف گسترش پیدا می کند ، مانند مواردی که غدد لنفاوی در یک منطقه گرفتار می شوند .

***سرطان متاستاتیک***

در سرطان متاستاتیک ، تومور بواسطه سیستم لنفاوی یا گردش خون به ارگان های دورتر نیز گسترش پیدا می کند .

***سرطان منتشر***

در سرطان منتشر ، کانون های متعددی از تومور های سلول های سرطانی در کل بدن پخش می شوند .

***رزکسیون جراحی***

برداشتن تومور به شکل جراحی ، روش منتخب در تومور های سفت و توده ای محسوب می شود . برداشتن تومور بد خیم در بیماری سیستمیک یک درمان موضعی است . هربیمار باید بطور خاص ارزیابی شده و تحت درمان قرار گیرد . براساس موضع تومور و میزان انتشار ، جراح نوع جراحی درمانی یا تسکینی را انتخاب میکند .

دیبالکینگ (سیتوریداکشن ) جراحی ، بکعنای برداشت بخشی از تومور است که بعنوان یک پروسیجر انتخابی در برخی از بدخیمی های قابل درمان از طریق جراحی ، محسوب می شود . دیبالینکینگ جراحی ، یک روش درمانی قطعی به حساب نمی آید ، بلکه همراه با رادیوتراپی ، داروها یا سایر روش های تسکینی ، تاثیر مضاعفی دارد . در پلان این جراحی ، جراح بدنبال افزایش زمان زنده ماندن بیمار ، پیش آگهی مداخله ای جراحی و تاثیر بیماریهای دیگر بر روی نتایج بعد از جراحی ، است .

***توجهات در مراقبت حین عمل***

تومور های بدخیم بدلیل دستکاری حین عمل به سرعت قابلیت انتشار دارند . از آنجا که بیماران سرطانی وضعیت تغذیه ای و فیزیولوژیکی مناسبی ندارند ، نسبت به عوارض بعد از عمل بخصوص عفونت مستعد ترند . برای اینکه این خطرات بالقوه به حذاقل برسد احتیاطات زیر لازم است تا بتوان جراحی و درمان بیمار را کنترل نمود :

1. پوست ناحیه ای که بافت تومور در آن قرار دارد باید به ملایمت لمس شود . ممکن است حین شیو و پرپ یا اسکراب شدید ناحیه عمل ، سلول های سرطانی حرکت کنند .
2. ممکن است بعد از نمونه برداری و قبل از برداشت کامل تومور ، گان ، دستکش ها ، درپ ها و ابزار ، تعویض یا جابجا شوند . برای نمونه برداری ناحیه ی تومور به آرامی بریده می شود .
3. بعضی از جراحان ابزاری را که بطور مستقیم در تماس با تومور قرار گرفته است ، بلافاصله کنار می گذارند . ترجیح می دهند به منظور پیشگیری از انتشار و جابجاییسلول های سرطانی از طریق ابزار فقط یکبار از آنها استفاده کنند اکثر سرطان ها حتی زمانی که تومور ها به نظر لوکالیزه شده بودند ، پیشرفت کرده اند .
4. بعضی جراحان برای شستشو ناحیه عمل بمنظور از بین بردن سلول های سرطانی ترجیح می دهند از آب استریل به جای نرمال سالین استریل استفاده کنند ؛ زیرا سالین ممکن است باعث تخریب سلول های سرطانی شود . این کار بیشتر در اعمال ماستوکتومی انجام می شود .
5. به منظور پیشگیری از عفونت در مراحل قبل ، حین و بعد از عمل به بیمار آنتی بیوتیک داده می شود تا یک سطح آنتی باکتریال مناسب برای جلوگیری از ایجاد عفونت به وجود آید .
6. دقت در عدم دستکاری زیاد ، پیشگیری از بروز خونریزی ، لمس آرام بافت و جلوگیری از طولانی شدن عمل جراحی بر نتایج و پیامد های جراحی اثر می گذارد . حین اعمال جراحی طولانی ، پرستار سیرکولر پیام ها را به خانواده و یا همراهان وی می رساند تا بدانند از عزیزشان به خوبی حین عمل مراقبت می شود . . این پیام ها شامل زمان های آغاز جراحی ، اتمام بخش اصلی جراحی (مثل خارج کردن تومور ) و زمان بستن زخم می باشد . صحبت کردن فوری با خانواده بلافاصله بعد از انتقال بیمار به ریکاوری ، می تواند اطمینان بخش باشد .

***مراقبت از بیمار در حال مرگ***

ممکن است مرگ بعد از یک شوک به دلیل آسیب شدید ، پارگی آنوریسم آئورت ،احیائ قلبی ریوی ناموفق بعد از ایست قلبی ، یا دلیل دیگر اتفاق بیفتد . وظایف فرد سیر کولر در مورد بیماری که حین عمل جراحی فوت می کند ، شامل موارد زیر است :

1. به شکل مناسب از جنازه مراقبت کرده یا قبل از دادن جنازه به افراد ذی صلاح از پروتکل مربوطه در مراقبت از جسد مطمئن شود .

* پروتکل و خط مشی سازمانی را در این مورد دنبال کند .
* مطمئن شود که هویت متوفی صحیح است .
* جسد متوفی را در یک راستا دراز کرده و یک بالش زیر سر او قرار دهد . این کار انتقال مایعات به بافت ها را می کاهد .
* هویت فرد را حفظ کند
* اگر شواهد و مدارکی روی بدن وجود دارد نباید شسته شود

1. برای انتقال جسد از اتاق عمل به سرد خانه همهنگی لازم را به عمل آورد .

* طبق سیاست مرکز ، جنازه را از اتاق عمل به سرد خانه تحویل دهد .
* باید دقت کرد که خانواده و سایر بیماران شاهد انتقال جنازه نباشند .
* اگر فرهنگ یا مذهب فرد یا خانواده وی شناخته شده است ، در صورت امکان روحانی یا شخص مذهبی بعد از مرگ در کنار جسد حاضر شود .

1. برگه و پرونده مربوط به عمل و برگه های مربوط به جنازه طبق سیاست های مرکز کامل شود .

ممکن است سیاست های مرکز درمانی به خانواده فرد فوت شده اجازه دهد تا قبل از انتقال به سرد خانه جنازه را مشاهده کنند اتاقی که بتوانند اینکار را انجام دهند ، باید تمیز و ساکت و خصوصی باشد . پرستار کنار خانواده متوفی باقی می ماند . والدین امید داشتند تا فرزند مرحومشان را از دست ندهند . در اتاق باید صندلی و دستمال کاغذی وجود داشته باشد . اگر شواهد و مدارکی همراه جسد وجود دارد ، پرستار نباید تحت هیچ شرایطی جسد را ترک کند . باید مراقب بود چنین جملاتی به خانواده وی گفته نشود :

* خواست خدا بود
* عزیز شما جای بهتری قرار دارد
* خداوند انسان های خوب را زودتر می برد
* همه چیز به یک دلیل اتفاق می افتد
* با گذر زمان التیام خواهید یافت
* شما باید بخاطر او قوی باشید
* عزیز شما نمی خواهد که شما ناراحت باشید
* حداقل دیگر درد ندارد
* شما نباید ناراحت باشید، برای همه خوبان اتفاق می افتد
* حداقل عزیزتان زندگی خوبی داشت .

بعد از مرگ در اتاق عمل ، به هر دلیلی به افراد زمان داده می شود تا با غم و اتفاق ناگوار پیش آمده کنار آیند . اشک ها و ناراحتی ها واکنش های طبیعی است و نباید مورد انتقاد قرار گیرند . تیم جراحی که شامل گروه بیهوشی و جراح و دستیار است باید تحت حمایت روانی یکدیگر قرار گیرند .

***اصطلاحات و تعاریف کلیدی***

***Profession*** *:* حرفه ای که نیاز به آموزش و دانش خاص دارد .

***Standard :*** بیان مقتدرانه که مشارکت ارزش ها و اولویت ها را توصیف می کند .

***Taxonomy***  *:* طبقه بندی منظم براساس روابط متقابل .

***Autonomy***  *:* استقلال و خودکفایی

***Defendant*** *:* مددجو یا واخواه

***Negligence*** *:* غفلت و بی دقتی در انجام وظیفه

***Anesthesia******provider*** *:* عضوی از تیم غیر استریل که طی عمل جراحی از داروهای بیهوشی استفاده می کند ، این فرد می تواند یک پزشک یا دستیار بیهوشی یا یک پرستار بیهوشی با پروانه رسمی و گواهینامه که آموزش خاصی دیده است ، باشد .

***Circulating******nurse*** *:* پرستار استخدام شده حین عمل جراحی ، عضوی از تیم غیر استریل که وظیفه هماهنگی فعالیت های محیط حین عمل را طی انجام پروسیجر های جراحی بر عهده دارد : وظیفه این فرد انجام بررسی و شناخت بیمار برنامه ریزی و مهارت های تفکر انتقادی است . تایید نمودن و به رسمیت شناختن حرفه شخص مانند مدرک یا یک گواهینامه .

***Nosterille******team*** *:* افراد ارائه دهنده مراقبت حین عمل که وظیفه مراقبت مستقیم از حوزه استریل و محیط عمل را بر عهده دارند ؛ این افراد نیازی به پوشیدن لباس استریل ندارند . ( مثل تکنسین رادیولوژی)

***Scrub******person*** : عضوی از تیم استریل که وسایل را حین انجام عمل جراحی در اختیار جراح قرار می دهد و موجب تسهیل در انجام عمل جراحی می شود .

***Surgical******Assistant***: عضوی از تیم استریل که وظیفه ایجاد دید در محل عمل و هموستاز حین عمل جراحی را دارد . این فرد می تواند پزشک ، پرستار دارای پروانه رسمی ، دستیار اول ، کمک جراح ، دستیار پزشکی باشد .

***Anastomosis***: برقراری ارتباط مناسب *بین دو* ساختار لوله ای (توبولار ) با استفاده از بخیه یا استاپل های تخصصی .

***Dissection***: جدا نمودن صفحات بافتی توسط جدا کننده های تیز یا کند .

***Hemostasis***: جلوگیری از خونریزی . متوقف کردن جریان خون .

***Ligation***: عمل گره زدن یا مسدود کردن یک ساختار آناتومیک .

***Suction***: اعمال فشار منفی که جهت تمیز کردن موضع جراحی از خون و ترشحات استفاده می شود . از انواع گوناگونی از سری های محافظ استفاده می گردد . از یک سر ساکشن ریژید به طور همزمان می توان جهت برداشت مایعات و کنار زدن بافت ها استفاده نمود .

***Suture***: اگر بصورت فعل بکار رود به معنای بخیه زدن است ؛ اگر بصورت اسم بکار رود به معنای بخیه ( سوچور) است .

***Transection***: ایجاد برش در امتداد خطوط آناتومیکی طبیعی . می توان از شارپ دایسکشن یا کوتر استفاده نمود .

***Body******mass******index****(****BMI****)* : شاخص توده بدنی . تقسیم وزن بدن بر حسب کیلوگرم بر مجذور قد بر حسب متر .

***Comorbidity***: وجود چند بیماری بطور همزمان در یک فرد .

***Homeostasis***: هموستاز . ویژگی ای از یک سامانه است که محیط داخلی خود را تنظیم کرده و تمایل به حفظ وضعیت ثابت و پایدار دارد .