

چکیده پژوهش

این پژوهش یک مطالعه توصیفی است. روش گردآوری داده ها در این پژوهش، مشاهده و ابزار گردآوری داده ها برگه مشاهده (چک لیست) می باشد که مشتمل بر شش بخش است. که توسط آن شرایط و امکانات اتاقهای بهبودی و مراقبت های ارائه شده در رابطه با سیستم های تنفسی، قلبی عروقی، ادراری، عصبی و رعایت نکات ایمنی در رابطه با ۲۴۵ نفر از بیماران که تحت بی هوشی عمومی مورد عمل جراحی شکمی قرار گرفته و پس از خروج از اتاق عمل در اتاقهای بهبودی بیمارستانهای آموزشی شهر رشت تحت کنترل و مراقبت بودند، مورد مشاهده قرار گرفته است.

به منظور دستیابی به اهداف پژوهشی از آمار توصیفی (محاسبه فراوانی مطلق و نسبی) استفاده شده است و در رابطه با تک تک اهداف، کیفیت مراقبت ها به سه دسته ضعیف (۵۰-۰)، متوسط (۷۵-۵۰) و خوب (۱۰۰-۷۵) طبقه بندی شده است.

یافته های این پژوهش در رابطه با اولین هدف ویژه (بررسی کیفیت مراقبت های ارائه شده در رابطه با «سیستم تنفسی») بیانگر این است که بیشترین درصد (۷۰/۲٪) مراقبت ها در حد متوسط می باشد و در رابطه با دومین هدف ویژه (بررسی کیفیت مراقبت های ارائه شده، در رابطه با «سیستم قلبی عروقی») نشان می دهد که بیشترین درصد (۶۴٪) مراقبت های ارائه شده در حد ضعیف می باشد. در رابطه با سومین هدف ویژه (بررسی کیفیت مراقبت های ارائه شده در رابطه با «سیستم ادراری») بیشترین درصد (۵۱/۸٪) مراقبت های ارائه شده در حد ضعیف و در رابطه با چهارمین هدف ویژه (بررسی کیفیت مراقبت های ارائه شده در رابطه با «سیستم عصبی») بیشترین درصد (۴۶٪) مراقبت های ارائه شده در حد ضعیف و در ارتباط با پنجمین هدف ویژه (بررسی کیفیت مراقبت های ارائه شده در رابطه با «رعایت نکات ایمنی»)،

بررسی کیفیت مراقبت های پرستاری ارائه شده به بیماران بعد از عمل جراحی در اتاقهای بهبودی اتاق عمل های بیمارستانهای آموزشی شهر رشت

پژوهش از:

ساقی موسوی

کارشناس ارشد پرستاری

عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری مامائی رشت

بیشترین درصد (۶۷/۴۳٪) مراقبت‌های ارائه شده در حد متوسط می‌باشد. در رابطه با هدف کلی پژوهش (بررسی کیفیت مراقبت‌های پرستاری ارائه شده به بیماران بعد از عمل جراحی در اتاق‌های بهبودی اتاق عمل‌های بیمارستانهای آموزشی شهر رشت در سال ۱۳۷۵) یافته‌های پژوهش بیانگر این است که بیشترین درصد (۷۵/۱٪) مراقبت‌های پرستاری ارائه شده در حد متوسط و تنها در (۲/۴۵٪) موارد مراقبت‌های ارائه شده در حد خوب می‌باشند.

شناسایی دقیق عوارض و مداخلات سریع پرستاران به صورت چشمگیری به کاهش میزان مرگ و میر کمک خواهد کرد.

زمینه پژوهش

پرستاری از «انسانها» و توجه به ابعاد پیچیده وجود آنها که نشانی از عظمت خداوند باری تعالی است، بدون داشتن مایه غنی علمی امکان پذیر نیست. شرط لازم برای گام نهادن در راه مراقبت و مداخله در دستگاه پیچیده وجود «انسان» داشتن ره توشه‌ای از بصیرت و شناخت و طرح مراقبت‌های پرستاری براساس دیدگاههای علمی است (عظیمی، ۱۳۷۰).

امروزه تکامل و پیشرفت در تمامی زمینه‌های پرستاری از جمله اتاقهای عمل و اتاق بهبودی بوضوح مشهود است و پرستاران اتاق‌های عمل و بهبودی با توجه به وظیفه و مسئولیت سنگین و حساسی که برعهده دارند، ناگزیرند دانستنی‌ها و مهارت‌های خود را افزایش دهند. زیرا ارائه مراقبت در اتاقهای بهبودی برای بیماران از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، چرا که نخستین ساعات بعد از بی‌هوشی، زمان بالقوه خطرناکی برای بیمار است و حتی اگر بیمار بیدار باشد هنوز تا حدی واکنش‌های حمایتی راههای هوایی ضعیف بوده و اثرات باقی مانده داروهای مصرفی ممکن است منجر به تضعیف تنفس شود.

(دابسون^۱، ۱۹۹۲)، لذا باید در طول این مدت بیماران در اتاق بهبودی تحت مشاهده، ارزیابی و مراقبت‌های دقیق جسمانی قرار گیرند تا تمام نارسائی‌های حاد حاصل از بی‌هوشی در آنان از بین رفته و وضعیت جسمانی آنان بحالت ثابت درآید و نسبت به رفع عوارض بعد از بی‌هوشی در این دوره بحرانی اقدامات لازم بعمل آید. (سلماسی، ۱۳۷۲).

در زمینه عوارض بعد از بی‌هوشی در اتاق‌های بهبودی نتایج تحقیق ۵ ساله فورمن^۲ (۱۹۸۷) که برزوی سی هزار بیمار انجام شده، نشانگر شیوع ایست قلبی بمیزان ۱/۱٪، مرگ و میر بعد از عمل در اتاق بهبودی ۱/۶٪، خونریزی از محل عمل ۱/۴٪، عوارض تنفسی ۱/۴٪ و شیوع عوارض گوارشی ۱/۳٪ موارد می‌باشد (نان^۳ و همکاران، ۱۹۸۹). نتایج تحقیق انتظاری (۱۳۷۲) در زمینه عوارض بعد از بی‌هوشی در اتاقهای بهبودی دریکی از بیمارستانهای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران حاکی از این است که ۳۹/۱ درصد عوارض بعد از بی‌هوشی مربوط به سیستم تنفسی، ۶/۵ درصد عوارض مربوط به سیستم قلبی عروقی، ۴۵/۲ درصد عوارض مربوط به سیستم عصبی و ۱۲/۱ درصد عوارض مربوط به سیستم گوارشی می‌باشد.

میلر^۴ (۱۹۹۴) احتباس ادرار را نیز به عوارض بعد از عمل اضافه نموده و میزان شیوع عارضه را به همراه تهوع و استفراغ ۱۵-۲۰ درصد ذکر کرده است. وی علت ۵۰ درصد موارد کاهش دفع ادرار بیماران در اتاق بهبودی را انسداد و پیچ خوردگی سند ادراری می‌داند. کارول^۵ و همکارانش (۱۹۹۴) اعلام می‌دارند که تهوع استفراغ بعد از عمل به تنهایی به مقدار قابل توجهی باعث تقبل هزینه

1- Dobson

2- Furman

3- Nunn & etal

4- Miller

5- Carol etal

اتاقهای بهبودی و همچنین آگاهی از این نکته که ارائه مراقبت صحیح و مطابق با استانداردهای از پیش تعیین شده موجب پیشگیری از عواقب ناشی از غفلت و مسامحه کاری و در نتیجه آفت کیفیت مراقبت پرستاری ارائه شده به بیماران می گردد، با این سؤال مواجه شد که کیفیت مراقبت های ارائه شده به بیماران در اتاقهای بهبودی بیمارستانهای شهر رشت چگونه است؟

نتایج پژوهش حاضر توصیفی است از وضعیت موجود کیفیت ارائه مراقبت های پرستاری در اتاقهای بهبودی بیمارستانهای آموزشی شهر رشت امید است که نتایج این تحقیق بتواند در برنامه ریزی صحیح و جامع ارائه تدابیر و مراقبت های پرستاری در اتاقهای بهبودی مورد استفاده قرار گیرد.

اهداف پژوهش:

هدف کلی: تعیین کیفیت مراقبت های پرستاری ارائه شده به بیماران بعد از عمل جراحی در اتاقهای بهبودی اتاق عمل های بیمارستانهای آموزشی شهر رشت در سال ۱۳۷۵.

اهداف ویژه:

- ۱- تعیین کیفیت مراقبت های پرستاری ارائه شده به بیماران بعد از عمل جراحی در رابطه با «سیستم تنفسی» در اتاقهای بهبودی اتاق عمل های بیمارستانهای آموزشی شهر رشت
- ۲- تعیین کیفیت مراقبت های پرستاری ارائه شده به بیماران بعد از عمل جراحی در رابطه با «سیستم قلبی عروقی» در اتاقهای بهبودی اتاق عمل های بیمارستانهای آموزشی شهر رشت

زیاد از سوی بیمار می شود. علاوه بر این در صورت عدم توجه نسبت به ارائه مراقبت ها در رابطه با عوارض شایعی که در اتاق بهبودی اتفاق می افتد و خطر از دست رفتن حیات و مرگ بیمار مطرح میگردد (کومار^۱، ۱۹۹۰).

نخستین ساعات بعد از بیهوشی، زمان بالقوه خطرناکی برای بیمار است.

وارن^۲ (۱۹۹۵) نیز در مورد مرگ و میر ناشی از بی هوشی می نویسد: نتیجه مطالعات انجام شده روی ۳/۵ میلیون بیمار که طی سالهای ۱۹۹۰-۱۹۸۴ تحت بی هوشی قرار گرفته بودند، حاکی از این است که از ۱۷۲ بیماری که فوت کرده اند، ۴۸ نفر بعلت عوارض بی هوشی جان سپرده اند. همچنین طی مطالعات وسیعی که توسط مجمع متخصصین بی هوشی روی بیماران در مرحله بهبودی انجام شده، $\frac{1}{5}$ علت مرگ و میر بیماران سهل انگاری در مراقبت های بعد از بی هوشی گزارش شده است (نان و همکاران، ۱۹۸۹). لذا در کل می توان عنوان کرد که بی هوشی عامل ۲ درصد کل مرگ و میرها در اعمال جراحی است و دلایل آن بترتیب شامل؛ کاهش خون در گردش، تضعیف مرکز تنفسی، گرفتاری ایجاد شده ناشی از لوله گذاری در نای و بالاخره عوارض ناشی از مداخلات مراقبتی ناکافی بعد از عمل می باشد (سعادت، ۱۳۷۰).

این آمارها بدان معناست که ۷۵-۵۰ درصد مرگ و میرهای ناشی از بی هوشی قابل پیشگیری است و با رعایت شرایط استاندارد در ارائه مراقبت های ویژه برای بیمار، امید می رود که میزان مرگ و میر ناشی از خطاهای انسان به حداقل برسد (حقیقی ۱۳۷۴ به نقل از استولیتینگ^۳).

ریپر^۴ (۱۹۹۴) معتقد است: شناسائی دقیق عوارض و مداخلات سریع پرستاران به صورت چشمگیری به کاهش میزان مرگ و میر بیماران کمک خواهد کرد.

پژوهشگر باتوجه به پژوهش های بعمل آمده و نیز با تجربه و برخورد متمادی و طولانی با بیماران بستری در

1- Komar

2- Waren

3- Stoliting

4- Ripper

۳- تعیین کیفیت مراقبت‌های پرستاری ارائه شده به بیماران بعد از عمل جراحی در رابطه با «سیستم ادراری» در اتاقهای بهبودی اتاق عمل‌های بیمارستانهای آموزشی شهر رشت

۴- تعیین کیفیت مراقبت‌های پرستاری ارائه شده به بیماران بعد از عمل جراحی در رابطه با «سیستم عصبی» در اتاقهای بهبودی اتاق عمل‌های بیمارستانهای آموزشی شهر رشت

۵- تعیین کیفیت مراقبت‌های پرستاری ارائه شده به بیماران بعد از عمل جراحی در رابطه با «رعایت نکات ایمنی» در اتاقهای بهبودی اتاق عمل‌های بیمارستانهای آموزشی شهر رشت

روش پژوهش:

نوع پژوهش: این پژوهش توصیفی تک متغیری و نوع داده‌ها که از اندازه‌گیری این متغیر بدست می‌آید، کیفی و برحسب مقیاس سنجش اسمی و رتبه‌ای است. این مطالعه تک گروهی و تک مرحله‌ای است و داده‌ها در یک مرحله از آزمودنیها گردآوری شده است.

جامعه پژوهش:

جامعه مورد پژوهش در این مطالعه کلیه بیمارانی می‌باشند که در اتاقهای بهبودی اتاق عمل‌های بیمارستانهای آموزشی شهر رشت بعد از عمل جراحی مورد مراقبت قرار گرفته‌اند.

نمونه پژوهش:

در این تحقیق نمونه‌های پژوهش بیمارانی هستند که در زمان گردآوری اطلاعات در شیفت فعال اتاق عمل‌ها (صبح) با بی‌هوشی عمومی تحت عمل جراحی شکمی قرار گرفته و بعد از عمل در اتاقهای بهبودی تا زمان برگشت هوشیاری کامل و یا انتقال به بخش‌های مربوطه مورد مراقبت قرار گرفته‌اند.

محیط پژوهش:

محیط این پژوهش یک محیط طبیعی و مشتمل بر اتاقهای بهبودی واقع در اتاق عمل‌های بیمارستانهای آموزشی شهر رشت می‌باشد.

روش گردآوری داده‌ها:

روش گردآوری داده‌ها مشاهده و ابزار گردآوری داده‌ها برگه مشاهده (چک لیست) می‌باشد که مشتمل بر شش بخش است و در آن شرایط و امکانات اتاق بهبودی و مراقبت‌های ارائه شده در رابطه با سیستم‌های (تنفسی، قلبی عروقی، ادراری، عصبی) و رعایت نکات ایمنی در رابطه با واحدهای مورد پژوهش مورد بررسی قرار گرفته است.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها:

در تجزیه و تحلیل اطلاعات گردآوری شده از روش‌های آمار توصیفی (محاسبه فراوانی مطلق و نسبی) استفاده شده است و در رابطه با تک تک اهداف پژوهش مراقبت‌ها برای تک تک واحدهای مورد پژوهش محاسبه شده و نسبت تعداد مراقبت‌های ارائه شده در هر یک از موارد به تعداد کل مراقبت‌های ارائه شده محاسبه و برحسب آن کیفیت مراقبت‌ها به سه دسته ضعیف (۵۰-۰)، متوسط (۷۵-۵۰) و خوب (۱۰۰-۷۵) طبقه‌بندی شده است.

بحث و بررسی یافته‌ها:

در این پژوهش داده‌ها جمعاً در ۱۵ جدول و ۷ نمودار بصورت توزیع فراوانی مطلق و نسبی خلاصه شده است. یافته‌های این پژوهش در پاسخ به اولین سؤال پژوهش نشان داد که بیشترین درصد (۷۰/۲٪) مراقبت‌های ارائه شده در رابطه با سیستم تنفسی در اتاقهای بهبودی بیمارستانهای آموزشی شهر رشت در حد متوسط می‌باشد و در رابطه با دومین سؤال پژوهش بیانگر این است که بیشترین درصد مراقبت‌های ارائه شده (۶۴٪) در رابطه با سیستم قلبی عروقی

کمبودها می توان محیط آموزشی مناسبی برای آموزش دانشجویان فراهم آورد (راس^۱، ۱۹۹۰) از طرف دیگر نتایج این پژوهش علاوه بر فراهم نمودن محیط مناسب آموزشی جهت دانشجویان می تواند در برنامه ریزی آموزشی نیز مورد استفاده قرار گیرد.

در ارائه خدمات پرستاری: ارزشیابی عملکرد به کارکنانی که عملکرد آنان مطلوب است، کمک می کند تا کار بهتری ارائه دهند و به پرستارانی که عملکرد نارسا دارند، کمک میکند تا نقاط ضعف خود را دانسته و نواقص کار خود را رفع کنند (رجبی نژاد، ۱۳۷۱).

باتوجه به نتایج پژوهش که بیانگر کمبود تجهیزات اختصاصی در اتاقهای بهبودی بیمارستانهای مورد بررسی و نیز پائین بودن میزان بکارگیری استانداردهای مراقبتی به منظور ارائه مراقبت های پرستاری به بیماران بعد از عمل جراحی است، پژوهشگر امیدوار است که یافته های این پژوهش توجه مسئولین سطوح بالای سیستم بهداشتی درمانی و مسئولین و مدیران بیمارستانها و کارشناسان دفاتر پرستاری را به نکات زیر جلب نماید:

- * بکارگیری هرچه بیشتر استانداردها در جهت تأمین تجهیزات مدون، کافی و مورد نیاز اتاقهای بهبودی
- * ایجاد کمیته های نظارت و ارزشیابی و تضمین کیفیت، متشکل از کادر آموزش، درمان و مدیران پرستاری.
- * تهیه و تنظیم یک الگوی مراقبتی استاندارد جهت استفاده توسط پرسنل کلیه اتاقهای بهبودی

- * ارائه مراقبت های پرستاری براساس نیاز فردی هر بیمار
- * اقدام لازم جهت مجهز نمودن هرچه سریعتر اتاقهای بهبودی و فراهم نمودن تجهیزات اختصاصی نظیر دستگاه مانیتورینگ، الکترو شوک، و پالس اکسی متری جهت کنترل دقیق تر و ارائه مراقبت های پرستاری در مقطع بهبودی از سوی مسئولین سیستم درمانی، مدیران و رؤسای بیمارستانها، مدیریت خدمات پرستاری و مسئولین اتاق های عمل.

در حد ضعیف می باشد. پاسخ به سؤال سوم پژوهش نشان می دهد که مراقبت های ارائه شده در رابطه با «سیستم اداری» در بیشتر موارد (۵۱/۸٪) در حد ضعیف است و در رابطه با سؤال چهارم پژوهش نتایج نشان می دهد که بیشترین درصد (۴۶٪) مراقبت ها در رابطه با «سیستم عصبی» در حد ضعیف است. یافته های این پژوهش در پاسخ به پنجمین سؤال پژوهش بیانگر این است که بیشترین درصد (۴۳/۶۷٪) مراقبت های ارائه شده در رابطه با «رعایت نکات ایمنی» در حد متوسط است (جدول شماره ۳-۱).

نهایت اینکه: یافته های این پژوهش در کل بیانگر این است که تنها در ۲/۴۵٪ موارد مراقبت های ارائه شده، به بیماران در اتاق های بهبودی بیمارستانهای آموزشی شهر رشت در سال ۱۳۷۵ از کیفیت خوب برخوردار است.

موارد استفاده در پرستاری:

نتایج این پژوهش می تواند در سطوح مدیریت، آموزش و ارائه خدمات پرستاری کاربرد داشته باشد.

در مدیریت: یکی از وظایف کلی مدیر، کنترل و ارزشیابی عملکرد کارکنان و پاسخ به این سؤال است که کار با چه کیفیتی انجام شده و نحوه انجام کار تا چه اندازه با معیارهای تعیین شده مطابقت دارد. (قبادزاده (۱۳۷۴) به نقل از علاقمند). لذا نتایج بدست آمده از این پژوهش می تواند مدیریت بیمارستانها را در مورد نیاز به اصلاح و رفع نواقص موجود و برنامه ریزی به منظور ارتقاء کیفیت ارائه مراقبت ها هشدار دهد و مبنائی برای تجدید نظر در اداره واحدهای ریکاوری و استفاده از پرستاران متخصص، کنترل عملکرد آنان و اجرای اقدامات اصلاحی و در زمینه گام برداشتن جهت ارتقاء کیفیت ارائه مراقبت هادر اتاقهای بهبودی گردد.

در آموزش: با توجه به اینکه بین آموزش و فضای آموزشی و کیفیت ارائه مراقبت در آن ارتباط وجود دارد و دانشجویان در واحدهائی با کیفیت بالای مراقبتی، از آموزش مناسب تری برخوردار خواهند شد، لیکن با ارزشیابی و کنترل کیفیت مراقبت و اقدام جهت رفع

- 1- Carrol-N. miederhoff-P and etal. Costs in Carried by outPatient' Surgical' Centers-in managing post operative neusea and Vomiting. Jurnal. Clin. Anesthesia. VOL:6 NO:5.1994 PP:364-369
- 2- Dobson-Miechael. Anesthesia at the district hospital. WHO.1992
- 3- Kamar Bankul. Working in the operating theatre. Churchill. Living ston.1990.
- 4- Miller, Ronald stochtey. Roburt. K. Basic of anesthesia. Newyork charchill. Living ston. Co1994
- 5- Nunn. utting. Brown. General Anesthesia. fifth edition Butter Worht(publishers) Ltd.1989)
- 6- Riperis. "Basic cardiac errly. The man, are view for post anesthesia care unit Nurses" Journal-post-Anesthesia-Nurses. VOL:9 NO:1-feb:1994. PP:2-13

منابع:

- ۱- استولتینگ: رابرت. ک. میلر رونالد. ر. اصول بی هوشی. ترجمه محمد حقیقی و محمد عباسی، چاپ تابش تهران ۱۳۷۴
- ۲- انتظاری، احمد. بررسی عوارض پس از بی هوشی در اتاق بهبودی در بیمارانی که بصورت الکثرون تحت عمل جراحی قرار می گیرند در یکی از بیمارستانهای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد بی هوشی. تهران ۱۳۷۱
- ۳- رجیبی نژاد، طاهره. ارزشیابی عملکرد پرستاری، انتشارات صدوق. تهران ۱۳۷۱
- ۴- سلماسی. منیر؛ حسن زاده. پرستاری اتاق عمل. انتشارات رسالت. تبریز ۱۳۷۲
- ۵- قبادزاده، بلقیس. بررسی نحوه ارائه مراقبت های دوران نقاس به مادران و نوزادان و بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی تهران. ۱۳۷۴

جدول شماره (۱)

توزیع فراوانی مطلق و نسبی بیماران مورد پژوهش در اتاقهای بهبودی اتاق عملهای بیمارستانهای آموزشی شهر رشت

بیمارستان	تعداد	درصد
پورسینا	۱۴۷	۶۰
وازی	۶۵	۲۶/۵
الزهراء	۳۳	۱۳/۵
جمع	۲۴۵	۱۰۰

جدول شماره (۲)

توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش بر حسب نحوه ارائه کل مراقبت ها

نحوه ارائه مراقبت							
خوب		متوسط		ضعیف		جمع	
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
مراقبت ها							
۱- مراقبت های ارائه شده به بیماران در رابطه با سیستم تنفسی							
۱۹	۷/۷۵	۱۷۲	۷۰/۲۰	۵۲	۲۲/۰۵	۲۴۵	۱۰۰
۲- مراقبت های ارائه شده به بیماران در رابطه با سیستم قلبی عروقی							
۳۶	۱۵	۵۲	۲۱	۱۵۷	۶۴	۲۴۵	۱۰۰
۳- مراقبت های ارائه شده به بیماران در رابطه با سیستم ادراری							
۸۲	۳۳/۵	۳۶	۱۴/۷	۱۲۷	۵۱/۸	۲۴۵	۱۰۰
۴- مراقبت های ارائه شده به بیماران در رابطه با سیستم عصبی							
۳۱	۱۳	۱۰۱	۴۱	۱۱۳	۴۶	۲۴۵	۱۰۰
۵- مراقبت های ارائه شده به بیماران در رابطه با رعایت نکات حفاظت و ایمنی							
۵۸	۲۳/۶۷	۱۰۷	۴۳/۶۷	۸۰	۳۲/۶۵	۲۴۵	۱۰۰

جدول شماره (۳): توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش بر حسب امتیازات کسب شده در رابطه با کل مراقبتها.

درصد	تعداد	امتیاز
۲۲/۴۵	۵۵	ضعیف (۵۰-۰ درصد)
۷۵/۱	۱۸۴	متوسط (۷۵-۵۰ درصد)
۲/۴۵	۶	خوب (۱۰۰-۷۵ درصد)
۱۰۰	۲۴۵	جمع

جدول شماره (۴): توزیع فراوانی مطلق و نسبی امکانات پرسنلی و تجهیزاتی در اتاقهای بهبودی اتاق عمل های بیمارستانهای شهر رشت بر حسب میزان کاربرد استانداردها

جمع		ج				ب				الف				بیمارستان
		غیر استاندارد		استاندارد		غیر استاندارد		استاندارد		غیر استاندارد		استاندارد		وضعیت
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	امکانات پرسنلی و تجهیزاتی
۱۰۰	۳	۰	۰	۱۰۰	۱	۰	۰	۱۰۰	۱	۰	۰	۱۰۰	۱	۱. سیلندر کنترل شده اکسیژن در کنار هر تخت
۱۰۰	۳	۱۰۰	۱	۰	۰	۱۰۰	۱	۰	۰	۱۰۰	۱	۰	۰	۲. دستگاه میکنده در کنار هر تخت
۱۰۰	۳	۱۰۰	۱	۰	۰	۱۰۰	۱	۰	۰	۱۰۰	۱	۰	۰	تخت های مخصوص اتاق بهبودی متناسب با اتاق های عمل (۵/۱ تخت به ازاء هر اتاق عمل)
۱۰۰	۳	۱۰۰	۱	۰	۰	۰	۰	۱۰۰	۱	۰	۰	۱۰۰	۱	۴. فرای داروهای اورژانس، سولفات آتروپین، آدرنالین، مسکن، هیدروکورتیزون...
۱۰۰	۳	۱۰۰	۱	۰	۰	۰	۰	۱۰۰	۱	۰	۰	۱۰۰	۱	۵. لارنگوسکوپ همراه با تیغه های مختلف
۱۰۰	۳	۱۰۰	۱	۰	۰	۰	۰	۱۰۰	۱	۰	۰	۱۰۰	۱	عینس مگیل
۱۰۰	۳	۱۰۰	۱	۰	۰	۱۰۰	۱	۰	۰	۱۰۰	۱	۰	۰	۷. انواع سرم ها، ست سرم، ست ترانسفوزیون خون
۱۰۰	۳	۱۰۰	۱	۰	۰	۰	۰	۱۰۰	۱	۰	۰	۱۰۰	۱	۸. انواع سند (فولی و ساکشن)
۱۰۰	۳	۱۰۰	۱	۰	۰	۰	۰	۱۰۰	۱	۰	۰	۱۰۰	۱	۹. وسایل بانسمان (ست، محلولهای بانسمان، دستکش استریل)
۱۰۰	۳	۱۰۰	۱	۰	۰	۱۰۰	۱	۰	۰	۱۰۰	۱	۰	۰	۱۰. دستگاه شوک الکتریکی
۱۰۰	۳	۱۰۰	۱	۰	۰	۰	۰	۱۰۰	۱	۰	۰	۱۰۰	۱	۱۱. اپیروی در اندازه های مختلف
۱۰۰	۳	۱۰۰	۱	۰	۰	۱۰۰	۱	۰	۰	۱۰۰	۱	۰	۰	۱۲. دستگاه مونیتورینگ
۱۰۰	۳	۱۰۰	۱	۰	۰	۱۰۰	۱	۰	۰	۱۰۰	۱	۰	۰	۱۳. پالس اکسی متری
۱۰۰	۳	۱۰۰	۱	۰	۰	۰	۰	۱۰۰	۱	۰	۰	۱۰۰	۱	۱۴. کیسه آبگرم و آب سرد
۱۰۰	۳	۱۰۰	۱	۰	۰	۰	۰	۱۰۰	۱	۰	۰	۱۰۰	۱	۱۵. پنبه، ملافو...
۱۰۰	۳	۱۰۰	۱	۰	۰	۱۰۰	۱	۰	۰	۱۰۰	۱	۰	۰	۱۶. وجود میز انحراره دیواری (برای تعیین درجه حرارت محیط)
۱۰۰	۳	۱۰۰	۱	۰	۰	۱۰۰	۱	۰	۰	۱۰۰	۱	۰	۰	۱۷. وجود دستگاه فشارسنج و گوشی در کنار هر تخت
۱۰۰	۳	۰	۰	۱۰۰	۱	۰	۰	۱۰۰	۱	۰	۰	۱۰۰	۱	۱۸. تعداد پرسنل متناسب با تعداد بیمار (به ازاء هر ۳ بیمار یک پرستار)
۱۰۰	۵۴	۸۸/۸	۱۶	۱۱/۲	۲	۴۴/۵	۸	۵۵/۵	۱۰	۴۴/۵	۸	۵۵/۵	۱۰	جمع