

۱-هدف: هدف از تدوین این خط مشی اجرای صحیح مهار فیزیکی ایمن و افزایش حمایت از بیمار و جلوگیری از خارج نمودن اتصالات یا سقوط یا صدمه به خود یا اطرافیان با رعایت ایمنی بیمار و در راستای سیاست ارائه خدمات ایمن و اثربخش در بیمارستان نیکان غرب می باشد. (این نوع از مهار با توجه به تناقض با شان انسانی بیماران) در آخرین رتبه مراقبتی بیمار و در صورت عدم اندیکاسیون مهار شیمیایی و در بیماران روانپزشکی استفاده می شود.

۲-دامنه کاربرد: اجرای این سند در کلیه بخش های بستری بیمارستان نیکان غرب الزامی است.

۳-تعاریف:

۳-۱-مهار فیزیکی: محدود کردن فیزیکی بیمار هنگامی که از نظر آسیب رسانی به خود و دیگران تهدید جدی محسوب می گردد و به گونه ای دیگر قابل کنترل نیست.

۳-۲-مهار کننده های فیزیکی: جلیقه، دستبند و دستکش مهار کننده و... در بیمارستان نیکان غرب بندهایی برای مهار بیماران تهیه شده که در اختیار بخش های مربوطه قرار گرفته است.

۴-سیاست اجرایی: بیمارستان موظف است در راستای اسناد ابلاغی وزارت بهداشت و استانداردهای اعتباربخشی و ایمنی بیمار اقدامات لازم را انجام دهد.

۵-مسئول پاسخگو: مسئول ایمنی بیمار-مدیر درمان

۶-مسئولیت ها و اختیارات:

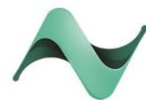
۶-۱-مدیر پرستاری-کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار مسئولیت تدوین، بازنگری در بازه زمانی مشخص و نظارت بر اجرای صحیح سند را تحت نظارت مدیر درمان بر عهده دارند.

۶-۲-مسئولیت ثبت دستور چگونگی استفاده از مهار فیزیکی بیمار را بر عهده دارد.

۶-۳-پرستار مسئولیت انجام مهار فیزیکی ایمن بیمار را طبق دستور پزشک معالج در حیطه وظایف و اختیارات خود برعهده دارد.

۷-شیوه انجام کار:

گام	مسئول اجرا
۷-۱-تامین ابزار و تجهیزات استاندارد مورد نیاز با لحاظ جلوگیری از کمترین آسیب به بیمار برای مهار فیزیکی	
۷-۱-۱-ابزار و تجهیزات مورد نیاز به لحاظ جلوگیری از کمترین آسیب به بیمار تهیه می شود.	سرپرستار



۷-۲-انجام مهار فیزیکی و مدت آن صرفا بر اساس دستور پزشک و ذکر اندام های لازم جهت مهار فیزیکی و مدت آن در دستور پزشک	
پرستار	۷-۲-۱-پزشک معالج پس از انجام ارزیابی بیمار با توجه به احتمال خطر آسیب به خود یا دیگران جهت حفظ ایمنی بیمار و دیگران اقدام به ثبت دستور کتبی، مبنی بر انجام مهار فیزیکی با ذکر مدت انجام مهار فیزیکی، ذکر اقدامهای لازم جهت مهار فیزیکی می نماید.
پرستار	۷-۲-۲-پس از چک دستور پزشک معالج، قبل از شروع مهار فیزیکی، توضیح کافی به بیمار و همراهان در زمینه علت انجام مهار فیزیکی را ارائه می دهد.
پرستار	۷-۲-۳-باید دلیل مهار فیزیکی بیمار در پرونده ثبت شود.
پزشک معالج	۷-۲-۴-در صورتی که بر اساس شرایط بیمار و ارزیابی وضعیت بیمار، پزشک معالج انجام مهار فیزیکی را به صلاح روال درمان بیمار نداند دستور کتبی مبنی بر مهار شیمیایی را در گزارش پرستاری ثبت می نماید و در صورت به صلاح نبودن انجام مهار شیمیایی، دستور عدم انجام مهار فیزیکی و شیمیایی را باید ثبت نماید.
۷-۳-استفاده از ایمن ترین روش جهت مهار فیزیکی و مهار اندام ها و اعضای مجاز با روش های استاندارد و بدون عوارض	
پرستار	۷-۳-۱-حداقل ۴ نفر جهت انجام مهار فیزیکی با نظارت پرستار مسئول بکار گرفته می شود.
پرستار	۷-۳-۲-قراردادن بیمار در وضعیتی که پاها از هم باز است و دست ها در پهلوی و سر کمی بالاتر قرار دارد جهت جلوگیری از آسیب پذیری و آسیب رسانیون انجام می شود؛ باید حریم خصوصی بیمار حین انجام مهار فیزیکی رعایت شود.
۷-۴-ثبت و کنترل سیستم عصبی عروقی اندام های مهار شده به صورت مستمر	
پرستار	۷-۴-۱-باید مهار فیزیکی طوری باشد که مانع از تزریق دارو، در صورت لزوم نشود و اثر فشاری روی سیستم اعصاب و عروق نداشته باشد.
۷-۵-آموزش اثربخش کارکنان مرتبط	
سوپروایزر آموزشی	۷-۵-۱-آموزش های لازم در خصوص نحوه انجام و برداشتن مهار فیزیکی به طور مرتب به پرسنل بخش ها داده شود.
۷-۶-ارزیابی مستمر و مجدد بیمار تحت مهار فیزیکی (بررسی شرایط بیمار قبل از شروع مهار فیزیکی و حین آن)	
پرستار	۷-۶-۱-باید کنترل عوارض ناشی از مهار فیزیکی به صورت مداوم هر یک ساعت از جهت ایمنی و راحتی بیمار انجام شود. (کنترل نبض و حرارت اندام و رنگ اندام)
۷-۷-تمهیدات ایمنی بیمار از قبیل احتمال سقوط، ایجاد زخم های فشاری و صدمه بافتی به بیمار، آسیب به خود و....	



پرستار	۷-۷-۱- در هنگام برداشتن مهار فیزیکی بهتر است دو مهار آخر را با هم برداشت زیرا نگهداشتن بیمار فقط با یک اندام مهار شده خطرناک است.
پرستار	۷-۷-۲- تمهیدات ایمنی بیمار از قبیل احتمال سقوط، ایجاد زخم فشاری و آسیب و برخورد به کارگرفته شود.
پرستار	۷-۷-۳- مهار فیزیکی در مادران باردار به دلیل امکان آسیب به مادر و نوزاد و در بیماران اختلال حرکتی ممنوع است.
۷-۸- قطع مهار فیزیکی در کوتاه ترین زمان ممکن	
پزشک/ پرستار	۷-۸-۱- با توجه به شرایط بالینی بیمار باید مهار فیزیکی در کوتاهترین زمان ممکن برداشته شود. <u>تبصره ۱:</u> در صورت اسنفاده از مهر دستکش برای اندام فوقانی در راستای رعایت بهداشت فردی در هر ۲۴ ساعت یکبار تمام باندها تعویض میشود.
۷-۹- نحوه بررسی وقایع ناخواسته/آسیب ناشی از مهار فیزیکی بیمار	
کارشناس هماین کننده ایمنی بیمار	۷-۹-۱- در صورت بروز عوارض ناخواسته ناشی از انجام مهار فیزیکی، این عوارض با حضور کادر درمان دخیل در فرایند بررسی و RCA گردد.
۷-۱۰- حفظ حریم خصوصی بیمار در حین زمان مهار فیزیکی	
پرستار	۷-۱۰-۱- در طول مدت زمان مهار فیزیکی حریم بیمار از نظر پوشش، پرستار همگن و احتمال دید سایرین به بیمار در نظر گرفته شود.
۷-۱۱- ثبت زمان شروع، زمان خاتمه مهار فیزیکی و عوارض احتمالی در گزارش پرستاری	
پرستار	۷-۱۱-۱- در مدت زمان مهار فیزیکی بیمار را از نظر کنترل مایعات خوراکی و تغذیه کمک و حمایت می کنند و کلیه مراحل انجام شامل زمان شروع مهار، علت مهار، دستور پزشک، وضعیت بالینی بیمار، زمان خاتمه مهار و عوارض احتمالی در گزارش پرستاری ثبت می گردد. در صورت صدمه به علت استفاده از مهار فیزیکی در همان شیفت به اطلاع سوپروایزر بالینی رسیده و گزارش خطا ثبت میشود.
۷-۱۲- تکرار مهار فیزیکی صرفاً منوط به دستور مجدد پزشک و عدم امکان تکرار مهار فیزیکی بدون دستور مجدد پزشک حتی با وجود دستور در صورت لزوم	
پرستار	۷-۱۲-۱- تکرار مهار فیزیکی منوط به دستور مجدد پزشک باید انجام شود.



۸- پایش و نظارت:

۸-۱- پایش: فرمت و روش گزارش پایش اجرای سند با همکاری با کارشناس هانگ کننده ایمنی بیمار، توسط دفتر بهبود کیفیت بیمارستان، به صورت الکترونیکی طراحی و مطابق فرایند مربوط، تصویب و ابلاغ خواهد شد. گزارش پایش اجرای سند هر ۳ ماه یکبار توسط کارشناس هانگ کننده ایمنی بیمار به مسئول فنی و هر ۶ ماه در کارگروه ایمنی بیمار بیمارستان مطرح خواهد شد.

۸-۲- نظارت: نظارت بر اجرای خط مشی و روش به شرح ذیل خواهد بود:

۸-۲-۱- نظارت بر عملکرد سرپرستاران، پرستاران در اجرای درست سند به ترتیب بر عهده سوپروایزران بالینی، سوپروایزر آموزشی، **کارشناس هماهنگ کننده** ایمنی بیمار خواهد بود.

۸-۲-۲- نظارت بر عملکرد سوپروایزران بالینی، سوپروایزر آموزشی و پزشکان در اجرای درست سند بر عهده مدیر پرستاری و مدیر درمان خواهد بود.

۹- مرجع تایید، تصویب، ابلاغ، نگهداری، توزیع و بازنگری:

۹-۱- تایید: پس از تایید اولیه مدیر درمان، کارگروه ایمنی بیمار مرجع تایید این سند خواهد بود.

۹-۲- تصویب و ابلاغ: رئیس بیمارستان، مرجع تصویب و ابلاغ این سند خواهد بود.

۹-۳- نگهداری و توزیع: نسخه اصل این سند در دفتر سنجش و بهبود کیفیت نگهداری خواهد شد و توزیع نسخ این خطی مشی و روش اجرائی توسط دفتر سنجش و بهبود کیفیت صورت خواهد گرفت.

۹-۴- بازنگری: این سند توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار با دفتر سنجش و بهبود کیفیت به صورت سالانه مورد بازنگری قرار خواهد گرفت. رئیس بیمارستان، مدیر درمان، دفتر سنجش و بهبود کیفیت میتوانند پیشنهاد بازنگری در این سند را خارج از بازه زمانی عادی بازنگری، مطرح نمایند.

۱۰- منابع و مستندات مرجع:

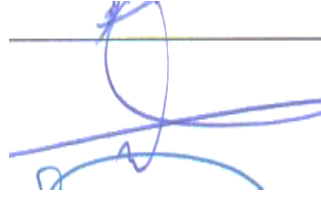
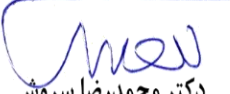
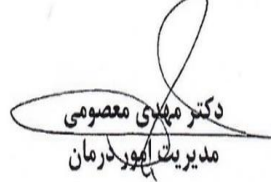
۱-۱۰- استانداردهای خدمات پرستاری - فصل چهاردهم- روان پرستاری

۲-۱۰- مهوش صمصالی ودیگران، ویراستار- راهنمای بالینی پرستاری جلد دوم- ۱۳۸۸

۳-۱۰- راهنمای شناسایی صحیح بیماران - فرناز مستوفیان - مرداد ۱۳۹۲

۴-۱۰- استانداردهای اعتباربخشی- ویرایش پنجم- سال ۱۴۰۱



هلم دلیری راد-مدیر پرستاری  هلم دلیری راد	عبداله فلاحي - کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار  عبداله	الهام محمودی - سوپروایزر آموزش 	تهیه کنندگان		
دکتر محمدرضا سروش رئیس بیمارستان 	تصویب و ابلاغ کننده	مصوب کارگروه ایمنی بیمار مورخ ۱۴۰۴/۱۱/۱۸  دکتر مهدی معصومی مدیر بیمارستان	تأیید کننده	دکتر مهدی معصومی-مدیر درمان  دکتر مهدی معصومی مدیر بیمارستان	تایید اولیه
نسخه کپی تاریخ بازنگری بعدی بیمارستان نیکان غرب ۱۴۰۵/۱۰/۰۱ کنترل شد بیمارستان نیکان غرب ۱۴۰۴/۱۱/۲۹	دفتر سنجش و پایش کیفیت 	توزیع نسخ			