



دانشگاه علوم پزشکی ایلام

عنوان: کتابچه توجیهی فراگیران

شماره
ویرایش سوم

تاریخ آخرین
بازنگری:
۱۳۹۸/۰۲/۳۰



کتابچه توجیهی فراگیران

تهیه کننده: فاطمه صیادی، دکتر گلناز اعظمی، عباداله کاظمی

با تشکر از همکاری دانشجویان صلاح صاکی و رامتین مامی

بهار ۱۳۹۸

دانشجویان عزیز ورود شما را به مرکز آموزشی درمانی شهید مصطفی خمینی خیر مقدم می‌گوییم. سپاس پروردگار را که توفیق خدمت به بیماران را به ما داده است. امیدواریم که ظرفیت پذیرش این مسئولیت را نیز به ما اعطاء فرماید.

کتابچه ای که در اختیار دارید با هدف آشنایی شما با فعالیت این مرکز، مقررات و قوانین بیمارستان، حقوق ذی نفعان و اختیارات و حقوق شما به عنوان عضو جدیدی از خانواده بزرگ بیمارستان شهید مصطفی در نظر گرفته شده است.

خواهشمند است این کتابچه را با دقت مطالعه فرمایید.

موقعیت جغرافیایی و ویژگی های فرهنگی بومی بیمارستان شهید مصطفی خمینی

بیمارستان شهید مصطفی خمینی در قسمت تپه شاهد شهر ایلام واقع گردیده است. استان ایلام بر اساس سرشماری انجام گرفته در سال ۱۳۹۱، جمعیتی نزدیک ۶۰۰ هزار نفر و مرز مشترکی به طول ۱۴۰۰ کیلومتر با کشور همسایه عراق محدود است. از شمال به استان کرمانشاه، از جنوب به خوزستان و عراق، از شرق به لرستان و از غرب به عراق. مردم این استان به گویش های ایرانی گوناگونی سخن می گویند که از آنها گویش های کلهری، مهکی و پشتکوهی جزئی از گویش های کردی به شمار می آیند و گویش هایی مانند شوهرانی به عنوان گویش لری شناخته می شود. همچنین در جنوب استان در منطقه موسیان مردم به زبان عربی سخن می گویند.

کردی ایلامی که گاه آن رافیلی نیز نامیده اند در بیشتر مناطق استان ایلام رایج است. واژه فیلی در بین مردم ایلام معروفیت بسیار ندارد. این را کردهای ساکن عراق به مناسبت سلطه والیان لرستان موسوم به فیلی بر ایلام، رواج داده اند و آن از مقوله مجاز خاص و عام است.

گویش فیلی دارای لهجه های گوناگونی است که مهمترین آنها عبارتند از:

ملکشاهی در شهرستان های ایلام و مهران
خزلی در بخش های از شهرستان شیروان چرداول
آبدانانی در شهرستان های آبدانان، دهلران و دره شهر
ایلامی در شهرستان های ایلام، مهران، شیروان چرداول
بدره ای در بخش بدره از شهرستان دره شهر

تاریخچه بیمارستان

بنای اولیه مرکز آموزشی درمانی شهید مصطفی خمینی ایلام در زمان طاغوت برای هتل ایرانگردی ساخته شده بود، در سال ۱۳۶۹ توسط مرکز پزشکی بنیاد شهید با تغییرات کلی بیمارستان امام خمینی (ره) احداث و در سال ۱۳۷۴ با تغییر نام به شهید مصطفی خمینی با تجهیزات و پرسنل تحویل دانشگاه علوم پزشکی گردید، همچنین در سال ۱۳۸۲-۱۳۸۳ بیمارستان مورد تغییرات کلی قرار گرفت.

بیانیه رسالت

مرکز آموزشی درمانی شهید مصطفی خمینی ایلام بعنوان مرکز ریفرال (مرجع) بیماریهای داخلی، زنان و زایمان و قلب و عروق استان در پرتو عنایات الهی و بهره گیری از سرمایه های ارزشمند منابع انسانی و استراتژیهای مدیریتی و تکیه بر تعهد و تخصص کارکنان و پزشکان و با رعایت حقوق گیرندگان خدمت و ارتقاء مستمر کیفیت خدمات و تکریم ارباب رجوع، پزشکان، دانشجویان و کارکنان در امر خدمات دهی منطبق با وظایف آموزشی درمانی محوله و پیروی از دستورالعمل های وزارتی ارائه خدمت می نماید.

چشم انداز

مرکز آموزشی درمانی شهید مصطفی خمینی ایلام بعنوان مرکز ریفرال (مرجع) بیماریهای داخلی، زنان و زایمان و قلب و عروق استان بر آن است که در افق چشم انداز (۱۳۹۷-۱۳۹۳) با استفاده از فناوریهای نوین پزشکی موردنیاز، ضمن بهره گیری از حداکثر توان پرسنل و پزشکان متعهد و متخصص خود در راستای ارائه خدمات آموزشی، درمانی مطلوب و منطبق با فرهنگ و نیازهای بیماران منطقه فراهم نموده و در صدد است که در پایان افق چشم انداز به جایگاههای ذیل دست یابد:

- ۱- کسب رتبه کشوری بیمارستان دوستدار مادر و کودک و حفظ آن
- ۲- کسب رتبه عالی اعتباربخشی و بهبود کیفیت و حفظ آن
- ۳- کسب عنوان بیمارستان برتر ارتقاء کیفیت هتلینگ در غرب کشور
- ۴- کسب عنوان بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار
- ۵- تبدیل شدن به یکی از قطب های توریسم درمانی غرب کشور
- ۶- تربیت نیروی انسانی متخصص از طریق راه اندازی دوره های دستیاری تخصصی داخلی، قلب و زنان و زایمان

۷- ارتقاء جایگاه سازمانی از مرکز آموزشی، درمانی به مرکز آموزشی، درمانی و پژوهشی

فضای فیزیکی و نقشه ساختمان

تعداد تخت مصوب: ۲۰۰ تخت

تعداد تخت اورژانس بستری: ۱۸ تخت

تعداد تخت اورژانس تحت نظر: ۴ تخت

تعداد بخشهای بستری موجود بیمارستان: ۱۳ بخش

تعداد طبقات بیمارستان: ۴ طبقه

طبقه همکف شامل: بخش های اورژانس، ICU، رادیولوژی، آزمایشگاه، پذیرش، دفتر صدور گواهی ولادت، دفتر پرستاری، واحد لنزری و CSR، سی تی اسکن، داروخانه شیمی درمانی، باجه بانک ملتمی باشد.

طبقه اول شامل: درمانگاه داخلی، آموزش (اتاق استراحت اساتید، کلاس آموزشی، اتاق میکروسکوپ ICU , CCU , پاپیون اینترن ها (خواهران و برادران)، اتاق استراحت ارشد پرستاری می باشد.

طبقه دوم شامل: بخش های داخلی زنان، آموزش، کتابخانه، POST CCU زنان، پاپیون دستیاری و مقیم می باشد.

طبقه سوم شامل: بخشهای داخلی مردان، Post CCU مردان و CCU2 می باشد.
ساختمان اداری مالی بیمارستان در داخل محوطه شامل: ریاست و مدیریت بیمارستان، حراست، دفتر کنترل عفونت، واحدهای مددکاری، تجهیزات پزشکی، روابط عمومی، دفتر خدمات، بهداشت محیط، بهداشت حرفه ای، دفتر حاکمیت بالینی، کنترل عفونت، واحد IT، تغذیه، حسابداری، تاسیسات، تدارکات، کارگزینی، دبیر خانه، بایگانی، آمار و مدارک پزشکی می باشد.

درمانگاه: کلینیک فجر

ساختمان درمانی داخل محوطه شامل: واحدهای داروخانه، انبار دارویی، ترخیص، نمایندگان مقیم بیمه ها می باشد.

بخش های بالینی بیمارستان

تعداد تخت	نام بخش	ردیف
۲۹ عدد	اورژانس	۱
۱۱ عدد	آی سی یو (۱)	۲
۴ عدد	آی سی یو (۲)	۳
۸ عدد	سی سی یو	۴
۱۶ عدد	پست سی سی یو مردان	۶
۲۶ عدد	پست سی سی یو زنان	۷
۲۳ عدد	داخلی زنان	۸
۲۳ عدد	داخلی مردان	۹
۲۰ عدد	دیالیز	۱۱
۱۱ عدد	تالاسمی	۱۲
۸ عدد	سی سی یو (۲)	۱۴
۲۰ عدد	شیمی درمانی	۱۵

امکانات تشخیصی-پاراکلینیکی

رادیولوژی، سی تی اسکن، سونوگرافی و داپلر رنگی، اکو کاردیو گرافی، تست ورزش، اسپرومتری، الکتروکاردیوگرافی، الکترو آنسفالوگرافی، آندوسکوپی، برونکوسکوپی، کلونوسکوپی، آزمایشگاه، آموزش مادران و کلاسهای آمادگی زایمان.

الزامات کارورزی دانشجویان در بخش های بالینی بیمارستان

دانشجویان باید به منظور رعایت استانداردهای حقوق خدمات گیرندگان و همراهان وی متون مصوب اخلاق پزشکی را مطالعه و به آن عمل نمایند.

از آنجاکه رعایت حریم شخصی و آرامش روحی بیمار در هر شرایطی برای دانشجویان الزامی است، بنابراین باید سعی کنند قبل از معاینه، آزمایش و یا تهیه شرح حال، رضایت بیمار را اخذ کنند.

دانشجویان باید به حقوق بیماران در رابطه با انتخاب درمانگر و روش درمانی در موارد غیر اورژانس احترام بگذارند.

هنگام معاینه باید حریم خصوصی بیماران رعایت شود.

دانشجویان باید به مذهب و فرهنگ بیماران احترام بگذارند.

دانشجویان باید اسرار بیماران را حفظ نمایند و از موقعیت ایشان و یا خانواده های آنها سوء استفاده ننمایند.

دانشجویان باید در حین انجام وظیفه و کارورزی در محیطهای بهداشتی درمانی، اتیکت شناسایی خود را به همراه داشته باشند.

خوردن و آشامیدن و استفاده از تلفن همراه بر بالین بیمار ممنوع است.

قوانین و مقررات حجاب و پوشش

- دانشجویان بالینی باید در طول مدت حضور در محیط های بهداشتی و درمانی از لباس فرم مخصوص به خود بر طبق استانداردهای تعریف شده از طرف دانشگاه و با رعایت کامل شئون اسلامی و دانشجویی استفاده کنند.

- استفاده از لباس مناسب و ضخامت پارچه ی لباس فرم و اندازه و سایز آن باید منطبق با مشخصات محیطهای آموزشی و پژوهشی باشد.

- پوشش دانشجویان در محیط های بالینی، آزمایشگاهی خاص مانند اتاق عمل و بخش های مراقبت های ویژه باید کاملاً بر طبق استاندارد تعریف شده در آن بخش و با رعایت حجاب و پوشش کامل اسلامی باشد.

- برای کاهش صدمه به پا و پیشگیری از انتقال عفونت، کفش دانشجویان باید جلو بسته باشد.

- اتیکت شناسایی ارائه شده از سوی معاونت آموزشی شامل: نام و نام خانوادگی، آرم بیمارستان و سمت دانشجو باید به صورت متحدالشکل بر روی لباس فرم، به طوری که قابل رویت باشد، نصب شود.

رفتار حرفه ای

الف: دانشجویان باید از ایجاد هر گونه اخلاق به هنگام تدریس خودداری نمایند. مصادیق اخلاق در هنگام تدریس مانند:

* ورود به کلاس بعد از استاد

* خوردن و آشامیدن

* بلند صحبت کردن، خندیدن و ایجاد سر و صدا

* استفاده از تلفن همراه و سایر وسایل صوتی و تصویری

ب: دانشجویان باید از اعمال و رفتار خلاف شئون اسلامی، دانشجویی و اخلاق حرفه ای از جمله موارد زیر خودداری نمایند:

* عدم رعایت ادب و احترام

* توهین و تمسخر زبانی و رفتاری، مشاجره و پرخاشگری

* عدم رعایت حقوق دیگران

* مصرف هر نوع ماده مخدر

* استفاده از هر نوع دارو یا ماده ای که باعث غیرعادی جلوه کردن حرکات و گفتار دانشجو شود.

الزامات دانشجوی بالینی

- رعایت کلیه ضوابط مندرج در بند الف و ب برای دانشجویان بالینی نیز الزامی است.
- دانشجویان باید به منظور رعایت استانداردهای حقوق خدمات گیرندگان و همراهان وی متون مصوب اخلاق پزشکی را مطالعه و به آن عمل نمایند.
- از آنجا که رعایت حریم شخصی و آرامش روحی بیمار در هر شرایطی برای دانشجویان الزامی است، بنابراین باید سعی کنند قبل از معاینه، آزمایش و یا تهیه شرح حال، رضایت بیمار را اخذ کنند.
- دانشجویان باید به حقوق بیماران در رابطه با انتخاب درمانگر و روش درمانی در موارد غیر اورژانس احترام بگذارند.
- دانشجویان باید در حین انجام وظیفه در محیط های بهداشتی درمانی، اتیکت شناسایی خود را به همراه داشته باشند.

مقررات مربوط به فراگیران

ساعت کارآموزی در بخش از ساعت ۷:۳۰ الی ۱۳:۳۰ و عصرها ۱۳:۳۰ الی ۱۹:۳۰ می باشد. هیچ گونه تاخیر و تعجیل در ورود و خروج از بخش قابل اغماض نیست. خروج از بیمارستان ممنوع می باشد. خروج از بخش با هماهنگی و کسب اجازه از استاد مربوطه امکان پذیر است. غیبت بیش از دو روز معادل با حذف کارآموزی و تجدید دوره است.

حضور و غیاب فراگیر

دانشجویان به هنگام ورود به بیمارستان باید در دستگاه تایمکس اثر انگشت گذاشته و حضور خود را در بیمارستان مشخص کنند. کلیه ورود و خروج های دانشجویان از طریق دستگاه تایمکس قابل مشاهده و بررسی می باشد. همچنین هر روز صبح بر اساس لیست تهیه شده از اسامی دانشجویان حضور و غیاب آنها در مورنینگ روزانه انجام می شود.

ساعات حضور دانشجو

ردیف	نام گروه	ساعت حضور	ساعت پایان
۱	اینترن	۷:۳۰	۱۳:۰۰
۲	استاژر	۷:۳۰	۱۲:۳۰
۳	کشیک	۱۲:۳۰	۷:۳۰ روز بعد

مقررات مربوط به بیماران و منشور حقوق بیمار

۱. بیمار حق دارد در اسرع وقت درمان و مراقبت مطلوب، موثر و همراه با احترام کامل را بدون توجه به عوامل نژادی، فرهنگی و مذهبی از گروه درمان انتظار داشته باشد.
۲. بیمار حق دارد محل بستری، پزشک، پرستار و سایر اعضای گروه معالج را در صورت تمایل بشناسد.
۳. بیمار حق دارد در خصوص مراحل تشخیص، درمان و سیر پیشرفت بیماری خود اطلاعات ضروری را شخصاً و یا در صورت تمایل از طریق یکی از بستگان از پزشک معالج درخواست نماید به طوری که در فوریت‌های پزشکی این امر نباید منجر به تاخیر در ادامه درمان یا تهدید جانی بیمار گردد.
۴. بیمار حق دارد قبل از معاینات و اجرای درمان اطلاعات ضروری در خصوص عوارض احتمالی و یا کاربرد سایر روشها را در حد درک خود از پزشک معالج دریافت و در انتخاب شیوه نهایی درمان مشارکت نماید.
۵. بیمار حق دارد در صورت تمایل شخصی و عدم تهدید سلامتی آحاد جامعه طبق موازین قانونی رضایت شخصی خود از خاتمه درمان را اعلام و یا به دیگر مراکز درمانی مراجعه نماید.
۶. بیمار حق دارد جهت حفظ حریم شخصی خود از محرمانه ماندن محتوی پرونده پزشکی، نتایج معاینات و مشاوره های بالینی جز در مواردی که براساس وظایف قانونی از گروه معالج استعلام صورت می گیرد اطمینان حاصل نماید.
۷. بیمار حق دارد از رازداری پزشک و دیگر اعضای تیم معالج برخوردار باشد لذا حضور بالینی افرادی که مستقیماً در روند درمان شرکت ندارند موقوف به کسب اجازه بیمار خواهد بود.

۸. بیمار حق دارد از دسترسی پزشک معالج و دیگر اعضای اصلی گروه معالج در طول مدت بستری، انتقال و پس از ترخیص اطمینان حاصل نماید.
۹. بیمار حق دارد با کسب اطلاع کامل از نوع فعالیتهای آموزشی و پژوهشی بیمارستان که بر روند سلامتی و درمان او موثرند تمایل و رضایت شخصی خود به مشارکت درمانی را اعلام و یا در مراحل مختلف پژوهش از ادامه همکاری خودداری نماید.
۱۰. بیمار حق دارد در صورت اعزام و ادامه درمان در سایر مراکز درمانی، قبلاً از مهارت گروه معالج، میزان تعرفه ها و پوشش بیمه های خدمات در مرکز درمانی مقصد مطلع گردد.

آشنایی با نحوه تکمیل پرونده بیماران

*فرم شرح حال و معاینات بدنی بیمار باید در مدت ۲۴ ساعت اول پذیرش، توسط پزشک معالج تکمیل گردد.

*شرح حال بیمار باید حاوی اطلاعات زیر باشد:

-شکایت اصلی حاوی شرح مختصری از ماهیت، عوارض و نشانه های بیماری و مدت زمانی که علائم ناراحتی وجود داشته و نوع و علتی که سبب مراجعه بیمار پزشک شده از زبان خود بیمار می باشد.

- در مورد بیماران مراجعه کننده به دلیل صدمه یا مسمومیت، نحوه بروز حادثه یا مسمومیت ثبت گردد، ثبت باید شامل: نوع صدمه (زخم باز، شکستگی، دررفتگی و ...) موضوع آنامومیکی دچار صدمه، مکانیسم حادثه (حادثه، سقوط از ارتفاع، مسمومیت، چاقو خوردگی، سوختگی و ...)، قصد حادثه (تصادفی، عمدی، نامشخص)، مکان وقوع حادثه (منزل، خیابان، کارخانه و ...)، فعالیت فرد هنگام حادثه (رانندگی، آشپزی، ورزش و ...) و نحوه انتقال مصدوم به بیمارستان باشد.

- بیماری فعلی: شرح کاملی از زمان پیدایش بیمار بر حسب تاریخ و پیشرفت بیماری از بروز نخستین علامت تا حال حاضر

- سابقه قبلی: خلاصه ای از کلیه بیماری های قبلی مانند: بیماری های عفونی حاد، سوانح، مسمومیت، جراحی ها، حساسیت ها، حساسیت های دارویی

*درمورد زنان متاهل، تعداد بارداری های قبلی، زایمان، تولد زنده و سقط جنین نیز باید ثبت گردد.

*در مورد اطفال سابقه واکسیناسیون، ناهنجاری های مادرزادی، نارس بودن یا بیماری های دوران نوزادی ثبت گردد.

*در مورد اطفال کمتر از یک سال وزن هنگام تولد ثبت گردد.

- سابقه شخصی: وضعیت تاهل، عادات، سوابق اجتماعی، شغلی و محیط کار و زندگی فرد، به خصوص اگر این عوامل در ایجاد بیماری نقش داشته باشند.

* در مورد بیماران معتاد به مواد مخدر، مدت زمان اعتیاد به مواد مخدر، نوع مواد مخدر مصرفی، میزان مصرف ثبت گردد. در مورد معتادان تزریقی و آلودگی به ویروس هپاتیت یا ایدز ثبت گردد.

- سابقه خانوادگی: شرح بیماری های خانوادگی که در آنها وراثت نقش داشته، بیماری های روانی، سرطان ها و مسائل عمده سلامت بستگان درجه یک

* در مورد بیماران با تشخیص سرطان، وجود سابقه سرطان در بستگان درجه یک ثبت گردد.

* در مورد بیماری های وراثتی، وجود سابقه بیماری در بستگان درجه یک ثبت گردد.

- سابقه اجتماعی (مصرف الکل، سیگار، رژیم غذایی، ورزش و فعالیت های روزانه).

- سابقه دارویی (داروهای در حال مصرف و حساسیت ها).

باید توجه داشت که معاینه بدنی بیمار باید حاوی اطلاعات زیر باشد:

الف) بررسی سیستماتیک اعضای بدن شامل: T, BP,RR, HR

عمومی: شامل تغذیه، تب، عرق شبانه، ریزش مو، افزایش و یا کاهش وزن و هر نوع اشتغال یا عادتی که احتمالاً بر پیدایش و یا بروز بیماری موثر بوده است.

پوست: سابقه جوش، کبودی و سیانوز، زردی (یرقان) و سایر ناراحتی های پوستی

سر: سردرد، مدت، شدت، خصوصیت و محل آن

○ ورم ملتحمه: رنگ پریدگی، کاندجشن و ریدی و یا وجود پتشی

○ قرنیه: از نظر اثر زخم و جراحت

○ مردمک: از نظر اندازه، شکل کیفیت عملکرد، تطابق و واکنش در مقابل نور و

سایر تحریک کننده ها

- بینائی: شدت و قدرت دید، حوزه بینائی
- بیماری های چشمی: گرفتگی ها و دیسک های بینائی، عروق چشمی، ترشحات و خونریزی ها

- گوش ها: اندام تیمپانیک، کانال ها و مجاری، شنوائی، تخلیه و ترشح و...

-بینی: مجاری هوائی، مخاط، تیغه بینی، سینوس ها، ترشحات، خونریزی ها و بویائی

****پزشک باید پس از اخذ شرح حال و انجام معاینه بدنی، تشخیص اولیه یا موقت را به صورت کامل و به زبان انگلیسی در فرم شرح حال ثبت کند. ثبت تشخیص الزامی است. از ثبت علائم و نشانه ها به عنوان تشخیص اجتناب گردد.**

**** تا حد امکان کلیه مندرجات خواسته شده در محل مربوطه نوشته شوند.**

**** فرم شرح حال و معاینات بدنی توسط اینترن یا رزیدنت باید توسط پزشک متخصص مربوطه تایید (مهر و امضاء) گردد.**

فرم سیر بیماری

هدف تکمیل فرم سیر بیماری یعنی مستندسازی پاسخ بیمار به درمان مورد تاکید قرار گیرد و به این فرمت ارائه شود:

یادداشت های پذیرش بیمار (ذکر وضع عمومی بیمار در قالب اطلاعات subjective بیمار).

یادداشت های بعدی (کلیه درمان های ارائه شده و پاسخ بیمار به درمان مستند شود).

یادداشت های نهایی (وضعیت بیمار هنگام ترخیص)

توصیه های زمان ترخیص شامل: فعالیت بیمار، رژیم غذایی و در زمان مرگ علت مرگ، یافته های پس از ترخیص و یافته های بعد از انجام اتوپسی.

تکمیل سربرگ و ثبت مشخصات بیمار توسط منشی بخش الزامی است.

یادداشت های مربوط به پیشرفت بیماری باید در برگیرنده ی اظهارات مشخصی درباره ی جریان بیماری باشد، این یادداشت ها باید بر اساس تاریخ و همه روزه بوده (در مورد بیماران با وضعیت اورژانسی بنا به شرایط بیمار) و حتما وضعیت بالینی بیمار، طرح درمان و فرآیند پاسخ وی به درمان را نشان دهد.

یادداشت های مربوط به پیشرفت بیماری توسط پزشکان درگیر در امر درمان باید ثبت گردد.

جمله ی حال عمومی بیمار خوب است، جمله ی آغازین سیر بیماری است! در صورتی که حال عمومی خوب نباشد، این جمله مشخص کننده ی وضعیت بیمار از نظر اورژانسی بودن شرایط است، در مورد مسائل Legal ثبت این جمله مهم است!

در اولین یادداشت سیر بیماری باید وضع عمومی بیمار به هنگام پذیرش، بیان گردد.

در آخرین یادداشت سر بیماری باید وضعیت بیمار در هنگام ترخیص (فوت، بهبودی، انتقال به مراکز دیگر و غیره) و نکات عمده و مهم جهت پیگیری درمان شامل برنامه های مراقبتی بیمار بعد از ترخیص بیان شود.

هر پرونده باید لیستی از مشکلات بیمار داشته باشد تا بیماری ها و شرایط پزشکی مهم وی مشخص گردد و فرم سیر بیماری باید بر اساس فرمت SOAP مستند گردد.

اطلاعات ثبت شده در فرم سیر بیماری باید توسط پزشک مسئول نیز تایید (مهر و امضاء) گردد.

ایمنی بیمار

همواره باید مد نظر داشت که خطاهای درمانی به واسطه وجود سیستمهای نامناسب، فرصت بروز مییابند و نه به علت وجود افراد. از آنجا که کلیه فرآیندهای ارائه خدمات بهداشتی درمانی با درجه ای از عدم ایمنی و خطر توأم می باشد لذا ایمنی بیمار یکی از اساسی ترین اصول ارائه خدمات در مراکز بهداشتی درمانی می باشد.

ایمنی بیمار عبارت است از رهایی از جراحات تصادفی که در اثر مراقبت های پزشکی و در نتیجه خطاهای پزشکی ایجاد می شود.

بنابراین ایمنی بیمار شامل موارد زیر است:

ارزیابی ریسک

شناسایی و مدیریت ریسک های مرتبط با بیمار

گزارش دهی و تحلیل حوادث

ظرفیت یادگیری و پیگیری حوادث و پیاده سازی راه حلهایی برای به حداقل رساندن تکرار مجدد آن خط

۹ راه حل ایمنی بیمار به شرح ذیل می باشد:

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

نکات قابل توجه در مورد ایمنی بیمار

۱: شناسایی صحیح بیماران

عدم شناسایی صحیح بیماران در مراکز بهداشتی درمانی منجر به بروز اقدامات و مراقبت های درمانی اشتباه از جمله در فرآیند تجویز داروها، اعمال جراحی، انتقال خون، اقدامات آزمایشگاهی می شود. با توجه به زیان و آسیبهای حاصله از این امر، ضروریست کاهش و در صورت امکان حذف اشتباهات ناشی از عدم شناسایی صحیح بیمار اندر زمان ارائه خدمات درمانی، تشخیصی و مراقبتی، بهبود برنامه های ایمنی بیمار در بیمارستانها و مراکز بهداشتی درمانی قرار گیرد. از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت عدم شناسایی صحیح بیماران در حیطه های عمده فرآیند تجویز دارو، فلبوتومی، انتقال خون و مداخلات و اقدامات درمانی جراحی میتواند منجر به بروز اشتباهات مکرر گردند.

تزریقات ایمنی ۲:

تزریقات یکی از روشهای شایع در تجویز داروها و مشتقات دارویی میباشد و بدیهی است در صورت عدم رعایت استانداردهای درمانی، خطرات بالقوه و بالفعلی را بر ارائه کنندگان و مصرف کنندگان خدمات بهداشتی درمانی و نیز جامعه اعمال میکند. از مهمترین صدمات شغلی در کادر پزشکی و پیراپزشکی صدمات ناشی از فرو رفتن سوزن به دست کارکنان بهداشتی درمانی میباشد (needle stick).

به طور کلی جراحات ناشی از needle stick از درسه حالت ذیل رخ میدهد:

- ضمن در پوش گذاردن سرسوزن.
 انتقال مایعات بدن بیمار از سرنگ به داخل لوله های آزمایش.
 دفع نامناسب وسایل درمانی تیزوبرنده مصرف شده.
تزریقات ایمن به معنای تزریقی است که:
- ۱: به دریافت کننده خدمت (بیمار) آسیب نزنند.
 - ۲: به ارائه کنندگان /کارکنان خدمات بهداشتی درمانی صدمه ای وارد نسازد.
 - ۳: پسمانده ای آن باعث آسیب و زیان در جامعه نشود.
- تزریقات غیرایمن شامل:
- ۱: روش غلط تزریق
 - ۲: محل نامناسب تزریق
 - ۳: داروی اشتباه
 - ۴: حلال غلط
 - ۵: دز غلط دارو
 - ۶: دسترس یا فراد جامعه به سرنگ و سرسوزن استفاده شده (امحاء ناصحیح)

۳- رعایت بهداشت دست

عفونت های ناشی از ارائه مراقبت های بهداشتی درمانی یکی از شایع ترین علل مرگ و میر و افزایش معلولیت در بیماران بستری در بیمارستانها محسوب میگردد. مطابق آمار سازمان جهانی بهداشت در هر لحظه ۴۰۰۰۰۰ نفر از عوارض ناشی از عفونت های بیمارستانی رنج میکشند این در حالی است که هنوز هم رعایت بهداشت دست ۳ که روشی بسیار ساده میباشد.

به عنوان اساسی ترین موازین و یکی از بهترین تمهیدات در کاهش عفونتهای بیمارستانی و گسترش مقاومت ضد میکروبی و افزایش ایمنی بیمار محسوب میشود. جهت بهداشت دست از دو روش استفاده میشود. شستن دستها با آب و صابون و استفاده از محلول های بنیان الکی به روش Hand Rub.
 هر فردی که ممکن است باخون ویا ترشحات بدن تماس داشته باشد باید در جهت رفع آلودگی دست اقدام نماید.

موارد شستندستی با آب و صابون

- ۱- دستها به صورت آشکارا کثیف می باشد.
 - ۲- دستها به صورت مشهود آلوده به مواد پروتئینی نظیر خون ویا سایر مایعات بدن باشد.
 - ۳- دستها در معرض تماس احتمالی یا ثابت شده با ارگانسیمهای تولیدکننده اسپور باشند، از جمله در موارد طغیان های کلستریدیوم دیفیسیل.
 - ۴- بعد از استفاده از سرویس بهداشتی.
- موارد استفاده از محلولهای بنیان الکی به روش Hand Rub.

- ۱- قبل و بعد از تماس مستقیم دستها با بیمار.
- ۲- بعد از آوردن دستکش استریل یا غیر استریل از دستها.
- ۳- قبل و بعد از دست زدن به وسیله های مورد استفاده در ارائه مداخلات درمانی تهاجمی برای بیمار. صرف نظر از اینکه دستکش پوشیده اید یا خیر؟
- ۴- بعد از تماس با اعضاء مخاطی، پوست آسپیدیده، یا پانسمان زخم در بیمار.
- ۵- در صورتیکه در حین مراقبتی انجام اقدام درمانی، دست بعد از تماس با ناحیه یا موضع آلوده بیمار، با نواحی تمیز بدن او تماس خواهد داشت.
- ۶- بعد از تماس با اشیاء محیطی مجاور و نزدیک بیمار.

۴- داروهای ناموشکلمشابه

داروهای هستند که از لحاظ بسته بندی و دارویی با داروهای مورد اشاره تفاوت بسیار شبیه به هم میباشند. این داروها یکی از شایعترین علل خطاهای دارویی تهدیدکننده سلامت و یک مشکل جهانی محسوب میگردند که باعث افزایش مرگ و میر و هزینه های بیمارستانی میشود: مثل hydroALazine و hydroXYzine

در شرایط ذیل خطاهای دارویی در مورد داروهای باشکل و نام مشابه افزایش می یابد:

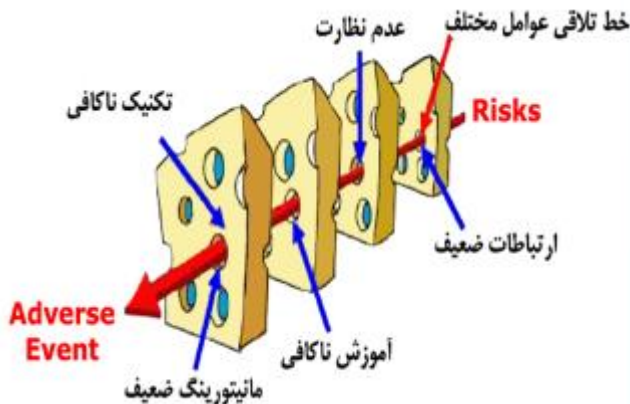
خوانا نبودن دستورات دارویی در نسخ پزشکی
 دستور شفاهی دارو بدون تکرار
 انبار کردن و یا در کنار هم قرار دادن بسته های دارویی مشابه
 اختصارات دارویی مشابه بدون تعریف آن در نسخ پزشکی و در سطح بیمارستان

مدیریت خطر

مدیریت ریسک سیستمی است که پرسنل را موظف به مدیریت و پایش ایمنی و سلامت نموده، و همچنین منجر به شکایت و همکاری ریسک بالینی در سازمان می شود. این موضوع یک فرایند استاندارد شده مورد استفاده در صنعت و کسب و کار برای کاهش جراحات، خطاها، اشتباهات و تصادفات بوده و به صورت همزمان منجر به بهبود کیفیت خواهد شد.

در هر سیستم، نواقص متعددی وجود دارد ولی این نواقص همیشه منجر به بروز خطا نمی شوند. بلکه خطا تنها زمانی روی می دهد که: نقص های موجود در قسمت های مختلف سیستم، به صورت پیش بینی نشده و هم زمان با یکدیگر رخ دهند و زنجیره ای از این نواقص منجر به پیدایش یک حادثه شوند.

در واقع، حوادث بزرگ غالباً نتیجه تجمع زنجیره ای از نواقص کوچک ولی متعدد موجود در سیستم می باشند که توانسته اند از سد های دفاعی و تمهیدات امنیتی در نظر گرفته شده، عبور نمایند. توالی رویدادهای فوق را که بیاتر اثر تجمعی نواقص موجود در سیستم (نقص در عوامل سازمانی، تکنیکی و انسانی) در ایجاد انواع خطا می باشد به مدل پنیر سوئیسی تشبیه کرده اند.



این مدل نشان می‌دهد چگونه تجزیه و تحلیل وقایع بزرگ و مهم و نارسائی های سیستم های فاجعه بار و مصیبت زا باعث آشکار شدن نارسائیهای متعدد کوچکتر منجر به خطرات واقعی در سیستم میشود.

هر لایه از این پنبیرنماینده ای از یک احتیاط و مانع ایمنی و وابسته به موارد ذیل است :

۱. مرور سوابق پزشکی

۲. چک کردن پرتکل درمانی (محل علامت گذاری شده عمل جراحی در اتاق عمل)

هر کدام از آن ها منافذ و سوراخهایی (نقص هایی) دارند. جهت برخی وقایع جدي (عمل جراحی روی محل اشتباه یا افراد اشتباه) این منافذ به شکل غیرمعمول و نادر به یک خط و در یک ردیف قرار می گیرند.

بر اساس این مدل، هر لایه به شکل مستقل عمل می کند (با مهار یکی از لایه ها مانع از ایجاد حادثه میشود)

نکته: هنگامی که یک رخداد نامطلوب اتفاق می افتد، مهم این نیست که دراییم چه کسی مرتکب اشتباه شده است، بلکه باید بررسی کنیم علت شکست مکانیسم های دفاعی در برابر پیدایش خطا چه بوده است.

مدیریت بحران crisis management

بحران عبارتست از واقعه پیش بینی نشده که به دلیل اضطراب فوریت آن، باید مورد توجه فوری قرار گیرد زیرا عدم توجه به آن به وخیم تر شدنش می افزاید. به عبارت دیگر بحران حادثه ای است که به طور ناگهانی رخ می دهد و اثرات آن در جامعه به حدی شدید است که لازم است با حسابگری خاص و استثنایی به آن پاسخ داد.

مدیریت بحران: فرآیند پیش بینی و پیشگیری از وقوع بحران، برخورد و مداخله در بحران و سالم سازی بعد از وقوع بحران را مدیریت بحران گویند.

در مراکز درمانی مانند بیمارستانها هر گونه حادثه غیر مترقبه به عنوان بحران تلقی شده و می بایست به صورت صحیح مدیریت و کنترل گردد تا از تبدیل آن به فاجعه جلوگیری گردد.

انواع بحران: به طور کلی انواع بحران های معمول مطرح در دنیا، بدین قرار می باشند: زمین لرزه، آتشفشان، موج های دریایی ناشی از زلزله، گردبادهای استوایی (طوفان)، طغیان، شکافتن زمین، آتش سوزی طبیعی جنگل ها و بیشه ها، خشکسالی، بیماری های شایع، تصادفات عمده و بحران های ناشی از جنگ.

کدهای بحران

هنگام بروز حادثه یا بحران در بیمارستان جهت اطلاع رسانی به عموم کارکنان یک کد از طریق pager بیمارستان اعلام می گردد. کد شروع بحران عدد ۱۰۰ و کد خاتمه حادثه یا بحران عدد ۲۰۰ می باشد. سایر کدها و حوادث مربوط به آن در بردهای اطلاع رسانی بخشها و راهرو های بیمارستان نصب شده است و نحوه واکنش بر اساس حوادث اضطراری اتفاق افتاده در بیمارستان و پیرو مصوبات کمیته های بحران و بلایا، لیست کامل کدهای بحران بیمارستان تعریف شده است که یک نمونه لیست آن در تابلوی اعلانات بخش های بستری نصب شده است. ضمناً وضعیت بحرانی در بیمارستان با اعلام کد ۱۰۰ شروع شده و با اعلام کد ۲۰۰ خاتم می یابد.

کد اختصاصی	وضعیت هشدار	
۹۹	فراخوان احیاء قلبی ریوی	
۲۲	فراخوان پرسنل انتظامات	
۳۳	تخلیه سریع بخش	
۱۲۵	بروز آتش سوزی در بیمارستان	
۱۰۰	کد شروع وضعیت بحران در بیمارستان	
۲۰۰	کد خاتمه وضعیت بحران در بیمارستان	
۱	پرسنل خدماتی و کمکی	کد
۲	پرسنل خدماتی، کمکی پرستاری و پرستاری (درمانی)	فراخوان
۳	فقط نیروی درمانی (پرستاری)	پرسنل

مانور

مانور مجموعه ای است از راهکارهای مناسب که از قبل از وقوع فاجعه یا حوادث به منظور بالابردن سطح آگاهی و آموزش مهارت های عملی کارکنان در بیمارستان انجام می گردد و واقعیت نداشته و یک نوع آزمایش شبیه سازی شده است. در بیمارستان می بایست هر سال یکبار مانور برگزار گردد تا میزان آمادگی کارکنان مورد ارزیابی قرار گرفته و نواقص شناسائی و رفع گردند.

آتش نشانی

آتش چیست و چگونه خاموش می شود؟

آتش یک فعل و انفعال سریع مواد سوختنی با اکسیژن هوا (اکسیداسیون)، همراه با نور و حرارت می باشد. البته تنها اکسیداسیون موادی (ترکیب ماده با اکسیژن) که نور و حرارت به همراه داشته باشند، حریق نامیده می شود. بنابراین اکسید شدن فلزات مثل زنگ زدن که فاقد نور و حرارت می باشد حریق نامیده نمی شود. اجتماع سه عنصر اکسیژن و سوخت و حرارت، مثلث حریق را تشکیل می دهند که با اجتماع این سه عامل حریق تشکیل می شود و با از بین رفتن یکی از آن ها حریق خاموش می شود.

روشهای عمومی اطفاءحریق: با مهار نمودن یک از اضلاع (حرارت، اکسیژن و مواد سوختنی) آتش مهار میشود.

الف- سردکردن: این روش با آب و یا دی اکسید کر بن انجام میشود.

مزایای استفاده از آب: فراوان و ارزان است و غیر قابل تجزیه توسط حرارت است و معایب آن این است که سنگین است و هادی الکتریسیته و تخریب کننده می باشد.

ب- خفه کردن: خفه کردن، با پوشاندن آتش به وسیله خاک و شن و ماسه و پتوی خیس انجام میشود.

ج- حذف ماده سوختنی: در ابتدای آتش سوزی موثر است و با قطع جریان و یا ریختن خاکریز انجام پذیر است

د - کنترل واکنشهای زنجیره ای: با استفاده از تر کیبات هالن و یا جوش شیرین انجام میشود.

بهداشت محیط

مدیریت پسماند های (زباله ها) بیمارستان بخش جدایی ناپذیر بهداشت محیط و کنترل عفونت در بیمارستان میباشد. دانشجویان نقش مهمی را در تفکیک و جداسازی پسماند های بیمارستان و کاهش عفونت و حفظ و ارتقای سطح سلامت جامعه دارند، بیمارستانها مسولیت ویژه ای را در ارتباط با پسماند های که تولید می کنند دارند زیرا مخلوط نمودن پسماند های عفونی، دارویی و شیمیایی، با پسماند های معمولی موجب آلودگی زباله های عادی شده و در نهایت آلودگی آب، خاک و سبب اشاعه بیماری خواهد شد.

۱- پسماند های عفونی در سطل زرد - کیسه زباله زرد جمع آوری و توسط دستگاه زباله سوز شرکت طرف قرارداد یا بیمارستان خرد و اتوکلاو می شوند.

۲- زباله های تیز و برنده در سفتی باکس جمع آوری و به همراه پسماند های عفونی امحاء و بی خطر می شوند.

۳- پسماند های دارویی و شیمیایی در سطل سفید - کیسه زباله سفید جمع آوری و توسط شرکتهای معتمد وزارت بهداشت و محیط زیست امحاء و خنثی سازی می شوند.

۴- پسماند های معمولی در سطل آبی - کیسه زباله مشکی جمع آوری و توسط شهرداری به جایگاه دفن زباله های عادی شهر انتقال داده می شوند.

کنترل عفونت

عفونت بیمارستانی

عفونت بیمارستانی (Nasocomial Infections) به عفونتی اطلاق میشود که بیمار در زمان بستری به آن دچار نبوده و 48 تا 72 ساعت بعد از پذیرش بیمار در بیمارستان ایجاد می شود به شرط آنکه در دوره کمون آن هم نبوده باشد.

پیشگیری از عفونتهای بیمارستانی

هدف از جداسازی بیماران در بیمارستان جلوگیری از انتقال میکروارگانیسمها از بیماران (چه مبتلا به عفونت و چه کلونیزه با عفونت) به سایر بیماران، عیادت کنندگان، پرسنل پزشکی است.

اصول جداسازی مشتمل بر دو قسمت "احتیاطهای استاندارد" و "احتیاط براساس راه انتقال بیماری" می باشد.

در احتیاط های استاندارد رعایت موارد زیر در این بیمارستان ضروری است:

۱. پوشیدن دستکش

۲. شستن دستها بلافاصله پس از خروج دستکش- در فواصل تماس بین بیماران
۳. استفاده از گان، محافظ چشم، همراه باماسک بامحافظ صورت
۴. عدم دستکاری سوزن و وسایل نوک تیز
۵. جمع آوری وسایل نوک تیز در ظروف مقاوم به سوراخ شدگی

در زمان مواجهه با موارد نیدل استیک اقدامات ذیل را انجام دهید.

الف) شستشوی فوری محل آسیب با آب و صابون و در مورد تماس با مخاطات شستشوی ناحیه با N/S فراوان

ب) گرفتن دو نمونه خون لخته به میزان هر کدام ۵cc از منبع تماس و نمونه دیگر خون لخته ۵cc از فرد نیدل استیک شده و جدا کردن سرم این نمونه ها توسط آزمایشگاه.

ج) مراجعه به واحد کنترل عفونت جهت مشاوره و راهنمایی و معرفی به مرکز مشاوره مرکز بهداشت و پزشک کنترل عفونت

باتوجه به اینکه شستن دست ها نقش مهمی در کاهش ریت عفونت های بیمارستانی دارد لذا خواهشمند است همیشه شستن دست ها را در اولویت قرار دهید، ضمناً در صورتیکه دست ها آلودگی واضح نداشته باشند می توان جهت ضدعفونی آنها از محلول های الکلی ضد عفونی کننده دست استفاده نمود به این ترتیب که

اولاً" دست ها خشک باشند

ثانیاً" ۵cc-۳ از محلول فوق را در کف دست ها ریخته و به مدت ۲۰ الي ۴۰ ثانیه مالش دهید.

برای حفظ بهداشت فردي خود و همچنین کاهش ریت عفونتهای بیمارستانی همیشه ناخن ها را کوتاه نگهدارید و حتی المقدور زیور آلات و لاک ناخن و ... نداشته باشید.

در هنگام مراقبت از بیمار و در صورت نیاز از عینک، ماسک و دستکش استفاده نمائید.

زباله های عفونی (پانسمن بیمار، ست سرم، یورین بگ، NGT و ...) را در سطل زباله عفونی (زردرنگ) و زباله های غیر عفونی مثل کاغذ و ... را در سطل زباله غیر عفونی بیندازید.

جهت جلوگیری از نیدل استیک شدن خود و نیروی خدماتی از انداختن اشیاء نوك تیز (مثل سرسوزن و ...) در داخل سطل هاي زباله خودداري نمائيد و آنها را داخل سيفتي باكس بياندازيد.

الزامات بیمه ای جهت فراگیران

عواملی که منجر به کسورات می شود:

- ۱- عدم تاریخ اعتبار برگ بیمه، پارگی تاریخ اعتبار، عدم مهر ارجاع برگه بیمه روستایی
- ۲- خط خوردگیها و مغایرت امضاء برگ بیمه ها توسط پزشک؛ فاقد مهر و امضاء پزشک
- ۳- کامل نبودن شرح عمل، شرح حال، خلاصه پرونده، مشاوره و دستورات پزشکی توسط پزشک در برگه شرح حال تمامی جراحی ها، درج زمان شروع و پایان جراحی با تایید جراح الزامی است و جز اسناد مثبتة حساب می شود و در صورت عدم درج زمان در شرح عمل ۱ درصد حق العمل جراح به صورت غیرقابل برگشت کسر می گردد.
- ۴- در جراحی های متعدد به وسیله یک یا دو جراح درصد کدهای جراحی باید مطابق دستور العمل بیمه ها اعمال گردد که دستور العمل پیوست می باشد.
- ۵- اعمال کدهای تعدیلی بیهوشی باید مطابق دستور العمل بیمه ها اعمال گردد.
- ۶- ویزیت های منجر به جراحی برای جراح قابل مقایسه و اخذ نخواهد بود (قبل و بعد از عمل جراحی).
- ۷- ویزیت منجر به بیهوشی در پرونده بستری برای متخصص بیهوشی قابل محاسبه و اخذ نخواهد بود.
- ۸- برای بیمارانی که در بخش ویزیت می شوند فقط یک ویزیت برای یک روز تعلق می گیرد. چنانچه پزشک معالج تشخیص دهد که پزشک دیگری بیمار را ویزیت نماید درخواست مشاوره کند تا برای پزشک دوم مشاوره حساب شود و حداکثر مشاوره قابل

پرداخت جهت یک بیمار ۶ مشاوره با تخصص های مختلف و حداکثر ۳ مشاوره از یک تخصص و مشاوره های بیش از تعداد مجاز به صورت ویزیت مشاوره درخواست گردد.

۹- عمل هایی که جنبه زیبایی داشته باشد در تعهد بیمه نیست.

آشنایی فراگیران با استدلال بالینی

استدلال بالینی توانایی رسیدن به تشخیص با هدفا رائه ي یک استراتژی درمانی مناسب براساس اطلاعات ارائه شده و بدست آمده از بیمار است . آموزش دهندگان معتقدند که این مهارت یک مهارت اصلی در مورد توانمندی های پزشکان میباشد.

اهمیت استدلال بالینی:

استدلال بالینی جزء اصلی توانمندیهای یک پزشک محسوب میشود . استدلال بالینی را باید به فراگیران پزشکی، آموزش داده و به عنوان یک مهارت مورد آزمون قرار داد.

انواع استدلال بالینی :

استدلال فرضیه ای از جزء به کل (استدلال رو به عقب) نیز می گویند . مثال : بیماری با سیانوز مراجعه نموده است . فراگیر فهرست تمام بیماریهایی را که می توانند درد قبلی ایجاد کنند را استخراج و مشخصات تک تک بیماری ها را با وضعیت بیمار مطابقت می دهد تا در نهایت به تشخیص برسد . استدلال از کل به جزو مبتنی بر نقشه کلی (استدلال رو به جلو) در استدلال از کل به جز و مبتنی بر نقشه کلی ، فراگیر برای رسیدن به تشخیص از یک رویکرد رو به جلو و الگوریتم وار تبعیث میکند تا به تشخیص برسد . شناسایی الگو : یعنی مجموعه ای از علائم و نشانه ها الگویی را ایجاد می کنند که فرد آنها را به دلیل تجربه ی زیاد (توام با دانش لازم) شناسایی می کند.

ارزیابی مهارت استدلال بالینی:

برای ارزیابی این مهارت و توانایی رسیدن به تشخیص می توان از فهرست اندیشیدن تشخیص استفاده نمود . این فهرست یک پرسشنامه ای است که فرد خود به آن پاسخ میدهد و استدلال بالینی را مورد ارزیابی قرار میدهد.

دودسته توانمندی در این ابزار اندازه گیری میشود:

الف – انعطاف پذیری در اندیشیدن (منظور استفاده از روشها و فرآیندهای مختلف اندیشیدن در حین فرآیند تشخیصی است.

ب - ساختار داشتن حافظه (منظور در دسترس بودن اطلاعات داخل حافظه در هنگام فرآیند تشخیصی است

برخی منابع توصیه میکنند که ترکیب نمودن استدلال روبه عقب و استدلال روبه جلو به گونه ای که از استدلال روبه عقب آغاز و با استدلال روبه جلو پایان دهیم بهترین حالت برای آموزش استدلال بالینی است . برخی دیگر نیز روش شناسایی الگوها و آموزش بیماریها بر اساس تظاهرات بالینی آنها را توصیه میکنند.