

## فهرست عناوین:

### ۱. استانداردهای درون داد ..... ۳

#### استانداردهای کارکنان اورژانس روانپزشکی ..... ۳

تعداد ..... ۳

صلاحیت و آموزش ..... ۴

شرح وظایف ..... ۵

امکانات تفریحی، فرهنگی و مالی ..... ۶

ارزشیابی ..... ۶

### استانداردهای فضای فیزیکی و تجهیزات اورژانس روانپزشکی ..... ۷

#### کلیات فضا ..... ۷

مکان ..... ۷

ایمنی ..... ۷

دیوارها ..... ۸

کف ..... ۸

سقف ..... ۹

درب ها ..... ۹

پنجره ها ..... ۱۰

روشنایی ..... ۱۱

#### قسمت های مختلف فضای فیزیکی ..... ۱۲

ورودی اصلی از خارج بیمارستان ..... ۱۲

خروجی اضطراری ..... ۱۳

۱۳	اتاق تریاژ.....
۱۳	اتاق مصاحبه و پذیرش.....
۱۴	اتاق احیا.....
۱۶	محوطه انتظار بیماران.....
۱۶	ایستگاه پرستاری.....
۱۷	درب تردد به فضای داخلی بیمارستان.....
۱۸	اتاق های بستری.....
۱۹	اتاق انزوا.....
۲۱	سرویس های بهداشتی.....
۲۲	فضاهای پشتیبانی بخش فوریتهای روانپزشکی.....

## ۲. استانداردهای فرایند..... ۲۳

۲۳	انتقال بیمار به اورژانس روانپزشکی.....
۲۴	تریاز و تثبیت اولیه.....
۲۵	پذیرش.....
۲۶	ارزیابی کامل، تشخیص مقدماتی و ارائه طرح درمان.....
۲۸	اعزام بیمار به مرکز دیگر.....
۲۹	ثب مدارک.....
۳۰	ترخیص.....
۳۰	حقوق بیمار.....
۳۱	مدیریت.....
۳۲	نظارت.....
۳۲	مشاوره.....

# ۱. استانداردهای درون داد

استانداردهای کارکنان اورژانس روانپزشکی :

✓ تعداد

باید :

همواره یک روانپزشک در اورژانس حضور داشته باشد.  
به ازای هر تخت بستری ۰/۷ نفر پرستار در اورژانس حضور داشته باشند.  
در هر شیفت حداقل سه محافظ مشغول به کار باشند.  
در ساعات اداری ۲ کمک بهیار در اورژانس حضور داشته باشند.  
در ساعات اداری یک مددکار با اورژانس همکاری کند.  
در ساعات اداری یک روانشناس با اورژانس همکاری کند.  
در به کارگیری کارکنان سنخیت جنسیتی کارکنان با بیماران در نظر گرفته شود.

بهتر است:

مددکار به صورت شبانه روزی با اورژانس همکاری کند.  
روانشناس به صورت شبانه روزی با اورژانس همکاری کند.

ایده آل است:

در هر شیفت ۵ محافظ مشغول به کار باشند.

## ✓ صلاحیت و آموزش :

### باید:

کلیه پرسنل قبل از شروع به کار برای احراز صلاحیت روانی توسط یک روانپزشک با تجربه در اورژانس روانپزشکی مورد بررسی روانشناختی قرار گیرند.

اورژانس روانپزشکی دارای یک برنامه آشناسازی رسمی شامل آشنایی با قسمت های مختلف، سیستم امنیتی، مهار بیمار و نحوه مستند سازی برای تمام کارکنان جدید باشد.

هر کارشناس پرستاری متقاضی کار در اورژانس روانپزشکی، برنامه آموزشی مدون تریاژ بیماران روانپزشکی را با موفقیت پشت سر گذاشته باشند.

هر کارشناس پرستاری متقاضی کار در اورژانس روانپزشکی، حداقل ۲ ماه دوره کارآموزی در اورژانس روانپزشکی گذرانده باشد.

هر کارشناس پرستاری متقاضی کار در اورژانس روانپزشکی، حداقل سابقه ۶ ماه کار در اورژانس های عمومی داشته باشد.

هر بهیار متقاضی کار در اورژانس روانپزشکی سابقه ۶ ماه کار در اورژانسهای عمومی داشته باشد.

هر کارشناس روانشناسی بالینی متقاضی کار در اورژانس روانپزشکی، حداقل ۳ ماه دوره کارآموزی در اورژانس روانپزشکی را گذرانده باشد.

هر کارشناس روانشناسی بالینی، بر فنون "مداخله در بحران" مسلط باشد.

هر کارشناس مددکاری متقاضی کار در اورژانس روانپزشکی، حداقل ۱ ماه دوره آموزشی در اورژانس روانپزشکی را گذرانده باشد.

هر محافظ متقاضی کار در اورژانس روانپزشکی دوره ویژه مهار فیزیکی بیماران را گذرانده باشد.

کارکنان متناسب با پیشرفت دانش روانپزشکی به صورت مداوم آموزش ببینند.

کارکنان در رابطه با مسائل قانونی و حقوقی بیماران و خودشان آموزش ببینند.

### بهتر است:

روانپزشک متقاضی کار در اورژانس روانپزشکی دوره تکمیلی کار در اورژانس را گذرانده باشد.  
 از روانپرستاران استفاده گردد.  
 آموزش های دوره ای کارکنان به صورت سالانه برگزار گردد.  
 کارکنان با مسایل مربوط به جنس و فرهنگ و تأثیر آن بر بیمار آشنا بوده و از آموزشهای لازم برخوردار گردند.

### ایده آل است:

روانپزشک متقاضی کار در اورژانس روانپزشکی دارای فلوشیپ اورژانس باشد.

### ✓ شرح وظایف:

#### باید:

کلیه کارکنان دارای شرح وظایف مشخص باشند.  
 شرح وظایف به کارکنان تفهیم گردد.  
 شرح وظایف کارکنان در محل دید نصب گردد.  
 در تخصیص وظایف به توانمندی های جسمی و روانی کارکنان توجه شود.

### بهتر است:

سالانه کمیته ای از کارکنان شرح وظایف را مورد بازبینی قرار دهد.

## ✓ امکانات تفریحی، فرهنگی و مالی

### باید:

متناسب با ویژگی های کاری، دارای تسهیلات ویژه ای باشند.

### بهبتر است:

کارکنان از مرخصی اجباری بهره مند شوند.

### ایده آل است:

ساعت کار کارکنان کمتر باشد و سختی کار بیشتری نسبت به اورژانسهای عمومی دریافت کنند.

بامشارکت سازمانهای دیگر فرصت اردوهای یک یا چند روزه در نظر گرفته شود.

## ✓ ارزشیابی دوره ای

### باید:

کیفیت عملکرد کلیه کارکنان مورد ارزشیابی سالیانه قرار گیرد.

نتایج ارزشیابی در اختیار پرسنل و مسئولان قرار گیرد.

نتایج ارزشیابی در برنامه ریزی ها و اختصاص امکانات دخالت داده شود.

### بهبتر است:

ارزشیابی هم به صورت درونی و هم به صورت بیرونی انجام پذیرد.

### ایده آل است:

کمیته های تخصصی برای ارزیابی های مختلف تشکیل گردد.

## استانداردهای فضای فیزیکی و تجهیزات اورژانس روانپزشکی:

### کلیات فضا

#### مکان

##### باید:

برای اورژانس روانپزشکی فضای مستقلی در نظر گرفته شود.  
در طبقه همکف باشد.  
امکان دسترسی به سایر بخشهای بیمارستان را به ترتیب اهمیت و اولویت نوع ارتباط داشته باشد.  
مجاور با یک معبر اصلی (خیابان یا کوچه عریض) باشد.

##### بهتر است:

مکان اورژانس روانپزشکی در محدوده جلوی بیمارستان باشد.

##### ایده آل است:

مسیر ویژه ای منتهی به اورژانس در نظر گرفته شود که در آن اجازه تردد وسایل نقلیه عمومی مجاز شناخته نشود و تابلوهای راهنما در آن به حد کافی وجود داشته باشد در نظر گرفته شود.

### ۷ ایمنی

در طراحی و ساخت اورژانس روانپزشکی باید:  
از تعبیه راهروهای متعدد اجتناب شود.

حداقل پستو و گوشه در نظر گرفته شود.  
وسایل تهویه و تنظیم دما پنهان از دید طراحی گردند.

کلیه لوله ها و کانال های تهویه و سیم کشی ها تو کار بوده و با یک لایه سیمان یا گچ حداقل به قطر ۳ cm پوشیده شوند.  
هیچ گونه کلید و پریز در اتاقها در نظر گرفته نشود.  
از تعبیه هر گونه زائده، میله، نبشی، لوله و هر وسیله دیگری که بیمار بتواند خود را از آن آویزان نماید خودداری شود.  
کلیه شیر آلات از نوع اهرمی بوده و بدون ابزار امکان باز کردن اجزای آنها میسر نباشد.  
حتی الامکان از به کار بردن هر گونه پیچ خودداری شود و در غیر این صورت پیچ ها از نوع Robertson باشد.

## ✓ دیوارها

### باید:

با بلوک های بتونی یا آجری بسیار مستحکم ساخته شوند.  
بدون منفذ بوده و منافذ دیوار با ملات پرکننده پر شوند.  
پوشش گچی یاسیمانی بوده و حداقل ۳ cm قطر داشته باشد.  
حداقل تا ارتفاع ۱۲۰ cm با پوشش محکم و قابل نشستو نظیر سنگ یا سرامیک گرانیتی پوشیده شوند.  
در سطح گچی یا سیمانی خود با رنگ بدون حلال اپوکسی و در غیر این صورت با سه لایه رنگ آکرلیک پوشیده شوند.  
با رنگ روشن ، غیر محرک و آرامش بخش رنگ آمیزی شوند (سبز مغز پسته ای روشن ، زرد لیمویی روشن ، صورتی گلبهی روشن).

## ✓ کف

### کف باید:

با پوشش epoxy بدون حلال و ضد لیز خوردن با دانه های کوارتز مفروش گردد.  
یک شالوده Flash core داشته باشد.  
درمحل اتصال به دیوارها دارای قرنیز پیوسته ای از درزبندی (بتونه کاری) باشد.



## ✓ سقف

### باید:

حداقل ارتفاع cm ۳۲۰ داشته باشد.  
 از جنس بتون یا آجر محکم با اسکلت و شالوده فولادی باشد.  
 سقف کاذب آلومینیومی یا PVC در ارتفاع cm ۲۷۰ نصب گردد.  
 شالوده فولادی سقف کاذب به خوبی در محل خود مستحکم شود.  
 شالوده فولادی سقف کاذب به هیچ عنوان برای بیمار قابل دستیابی نباشد.  
 چراغهای سقفی اتاق کاملاً درون سقف کار گذاشته شده و به خوبی در محل خود محکم شده و پوشش ضد ضربه از جنس Lexan داشته باشند

## ✓ درب ها

### دربها باید:

به سمت فضای راهرو باز شوند.  
 به استثنای ورودی اصلی، حمام، دستشویی و توالت، از جنس چوب بسیار محکم و فشرده باشند.  
 ضخامت mm ۴۵ داشته باشد.  
 به استثنای ورودی اصلی، حمام، دستشویی و توالت، دارای پهنایی باشند که حد اقل یک برانکارد به راحتی از آنها عبور کند.  
 دارای چهار چوب فولادی محکم و بدون لبه باشند.  
 دارای چهار چوب هایی باشد که به خوبی در دیوار مستحکم شده اند  
 دارای اتصالاتی که توسط حرارت جوش خورده، باشند.  
 دارای دستگیره ای باشند که به خوبی در جای خود مستحکم شده باشد.  
 دستگیره در ارتفاع cm ۱۱۰ از کف نصب شده باشد.  
 دارای قفل ایمن و مستحکم باشند.

به استثنای ورودی اصلی، حمام، دستشویی و توالت، دارای قفلی باشند که فقط از خارج باز شود.

به استثنای درب های حمام، دستشویی و توالت دارای پنجره ای به ابعاد  $25 \times 35 \text{ cm}$  باشند.

این پنجره در مرکز درب قرار داشته و لبه افقی آن  $140 \text{ cm}$  از کف فاصله داشته باشد. شیشه این پنجره دارای لایه ای از جنس پلی کربنات و با قطر  $10 \text{ mm}$  (lexan) باشد. دارای رنگی کاملاً متفاوت با رنگ دیوارها باشند (بژ).

دارای چارچوبی با رنگ کاملاً متفاوت با رنگ دیوارها و درب ها باشد. درب های ورودی اصلی، حمام، دستشویی و توالت از جنس فولاد گالوانیزه (gauge 12) محکم و بدون لبه های تیز باشند.

درب های حمام، دستشویی و توالت از سمت داخل توسط کاربر و از سمت خارج توسط کارکنان قابل قفل و باز شدن باشند.

درب های حمام، دستشویی و توالت از سمت خارج دارای عدسی چشمی با میدان دید کافی از محوطه داخلی باشد.

### دربها بهتر است:

جهت ایجاد حریم دیداری بر روی پنجره خود دارای کرکره قابل تنظیم قوی در سمت کارکنان باشند.

### ✓ پنجره ها

#### باید:

به گونه ای تعبیه گردند که مسایل لازم برای حفظ حریم خصوصی بیماران و کارکنان رعایت شود.

از فیلم های بازتابنده یا مات برای شیشه پنجره هایی که واسط فضای داخلی و فضای خارجی اورژانس هستند استفاده کرد. غیر قابل باز شدن و ثابت باشند.

دارای شیشه های محکم با لایه ای از جنس پلی کربنات و با قطر ۱۰ mm (lexan) باشند.

چهار چوب فولادی محکم و بدون لبه داشته باشند.

دارای چار چوب هایی باشند که به خوبی در دیوار مستحکم شده باشند.

حداقل ۱۲۰ cm از کف فاصله داشته باشند.

دارای طراحی و شبکه بندی ای باشند که خروج انسان از آن ممکن نباشد.

### بهتر است:

مساحت پنجره ها به اندازه یک هشتم مساحت کف فضای بسته ای که رو به آن قرار دارند باشد.

### ✓ روشنایی:

#### باید:

به صورت دو نوع روشنایی خواب و روشنایی معمولی وجود داشته باشد.

دارای شدت روشنایی بین ۱ تا ۳۰ لوکس برای روشنایی خواب باشد.

دارای شدت روشنایی بین ۴۰۰ تا ۱۸۰۰ لوکس برای روشنایی معمولی باشد.

## قسمت های مختلف فضای فیزیکی

### ۷ ورودی اصلی از خارج بیمارستان

باید یک ورودی اصلی اختصاصی برای فضای اورژانس روانپزشکی در نظر گرفته شود.

#### باید:

در سمت خارج با سایبان یا سقف محافظت شود.  
برای امکان تردد برانکارده، مجهز باشد.  
دارای زنگ اخبار و آیفون باشد.  
به شکل یک دهلیز با دو درب طراحی گردد.  
دارای درب هایی باشد که به سمت خارج از دهلیز باز شوند.  
دارای درب هایی عریض باشد، به نحوی که دو برانکارده در کنار هم به راحتی وبدون هیچ برخوردی عبور نمایند .  
دارای محلی برای بازرسی بدنی مراجعه کنندگان باشد.  
از راهروی اتاق های بستری فاصله داشته باشد.

#### بهبتر است:

ورودی اصلی دارای آیفون تصویری باشد.

## ✓ خروجی اضطراری

باید یک خروجی اضطراری برای مواردی مانند حریق در نظر گرفته شود.

## ✓ اتاق تریاژ

باید اتاقی برای انجام تریاژ در نظر گرفته شود.

### باید:

مساحتی برابر با ۸ متر مربع به ازای هر ۱۰۰۰ نفری که در سال خدمات دریافت می کنند یا حداکثر ۲۵ متر مربع داشته باشد.  
در محلی نزدیک به ورودی اصلی باشد.  
علاوه بر یک درب اصلی، درب دیگری برای خروج اضطراری کارکنان در مواقع ضروری داشته باشد.  
اثاثیه اتاق تریاژ از قبیل میز، صندلی، سطل و تلفن در محل خود ثابت بوده و دارای لبه های تیز و برنده نباشند.  
دارای وسایلی شامل تخت معاینه، سینی معاینه، فشارسنج دیواری، و زنگ اخبار باشد.  
وسایل معاینه اتاق تریاژ در دسترس بیمار نباشد.  
یک دستشویی داشته باشد.

## ✓ اتاق مصاحبه و پذیرش

باید اتاقی برای انجام مصاحبه و پذیرش در نظر گرفته شود.

### باید:

مساحتی برابر با ۸ متر مربع به ازای هر ۱۰۰۰ نفری که در سال خدمات دریافت می کنند یا حداکثر ۲۵ متر مربع داشته باشد.

مجاور اتاق تریاژ باشد.

علاوه بر درب اصلی، درب دیگری برای خروج اضطراری کارکنان در مواقع ضروری داشته باشد.

اثاثیه اتاق مصاحبه و پذیرش از قبیل میز، صندلی، سطل و تلفن در محل خود ثابت بوده و دارای لبه های تیز و برنده نباشند.

وسایل اتاق مصاحبه و پذیرش شامل تخت معاینه، سینی معاینه، فشارسنج، اتوسکوپ، افتالموسکوپ (سه مورد اخیر نصب شده بر دیوار) و زنگ اخبار باشد.

وسایل معاینه اتاق مصاحبه و پذیرش در دسترس بیمار نباشد.

یک دستشویی داشته باشد

## ✓ اتاق احیا

در بیمارستان های تک تخصصی باید اتاقی برای انجام عملیات احیا در اورژانس روانپزشکی در نظر گرفته شود.

### باید:

جهت ارائه خدمات به بیمارانی که دچار اختلال در دستگاههای تنفسی و قلبی شده اند و زندگی آنها در معرض تهدید است، تجهیز گردد.

مساحت مورد نیاز برای اتاق احیا حداقل ۲۵ متر مربع باشد.

مجاور اتاق تریاژ باشد.

دسترسی ایستگاه پرستاری به این اتاق به سهولت انجام گیرد.

اتاق احیا دارای تجهیزات زیر باشد:

۱- تخت احیاء با مشخصات زیر:

ارتفاع تخت از روی زمین با احتساب چرخها حدود ۶۰ سانتیمتر

طول تخت ۲ متر

عرض تخت حدود ۶۰ سانتیمتر

کف تخت محکم (فنری نباشد)

نرده دار

تشک کاملاً سفت و مانند تخت معاینه (زیر سر بلند نباشد) و قابل شستشو و ضد عفونی کردن

کرده بالای تخت جهت لوله گذاری و آمبو دادن قابل حرکت دادن و برداشتن باشد یک یا دو عدد پایه سرم در کنار تخت تعبیه شده باشد (به تخت متصل باشد) محل قرار دادن سیلندر اکسیژن پرتابل در بالای تخت تعبیه شده باشد. چهار چرخ قوی و محکم با ترمز داشته باشد.

محلی در زیر تخت برای قرار دادن ساکشن برقی کوچک و یا ساکشن پایبی داشته باشد.

قابلیت تغییر در دو قسمت زیر پا و زیر سر جهت تغییر حالت بیمار برای اقدامات مختلف را داشته باشد.

قابلیت اتصال به ضمائم اضافی را داشته باشد.

محلی برای قرار دادن کاست x-ray در زیر تشک داشته باشد.

دارای کنترل دستی و الکتریکی باشد.

۲- مانیتورینگ با تسهیلات ثبت و پیرینت - SPO2 - ECG-NIBP، حرارت سنج، فشار سنج و کنترل و نمایش CO2

۳- چراغ های روشنایی سقفی جهت روشن نمودن اتاق به اندازه ۸۰۰۰۰ لوکس به هنگام انجام عملیات احیاء

۴- کاستهای X-RAY ۴ کاست برای هر تخت احیاء

۵- ساعت کورنومتر دار جهت ثبت دقیق مدت عملیات احیاء

۶- دستگاه پرتابل تنفس مصنوعی (ونتیلاتور)

۷- دستگاه الکترو شوک DC

۸- سینی وسایل تراکتومی

۹- سینی وسایل لاواژ

۱۰- سینی وسایل معاینه ریه

۱۱- کاتترهای ادراری

۱۲- ست سرم

۱۳- ست خون

۱۴- ترمومتر، فشار سنج

۱۵- یک خط تلفن با گوشی بدون نیاز به تماس دست (HANDS FREE)

## ۱۶- زنگ اخبار

۱۷- توالی احیاء برای نگهداری داروها و وسایل احیاء

## ✓ محوطه انتظار بیماران

باید فضایی به عنوان محوطه انتظار بیماران در نظر گرفته شود.

باید:

مساحتی برابر با  $8/4$  متر مربع به ازای هر ۱۰۰۰ نفری که در سال خدمات دریافت می کنند، یا حداکثر ۵۰ متر مربع داشته باشد.

محوطه انتظار بیماران از محل ایستگاه پرستاری در دیدرس کامل باشد.

به ازای هر ۱۰۰۰ نفری که در سال خدمات دریافت می کنند حداقل دو عدد صندلی در محوطه انتظار بیماران موجود باشد.

صندلی های محوطه انتظار بیماران محکم، ثابت و کاملاً راحت باشد.

فضای مابین صندلی های محوطه انتظار بیماران به گونه ای طراحی شود که اجازه توقف ویلچر را فراهم نماید.

محوطه انتظار بیماران یک تلفن عمومی رایگان دیواری داشته باشد.

## ✓ ایستگاه پرستاری

باید فضایی به عنوان ایستگاه پرستاری در نظر گرفته شود.

باید:

به گونه ای طراحی شود که امکان دسترسی افراد دیگری غیر از کارکنان درمانی به این فضا وجود نداشته باشند.

در محلی قرار داشته باشد که کارکنان بتوانند به خوبی محوطه انتظار بیماران، درب ورودی اتاقهای تریاژ، مصاحبه و راهروها را تحت نظر داشته باشند.



نزدیک به اتاق تریاژ و اتاق پذیرش باشد. وسایل ایستگاه پرستاری شامل: میز، صندلی، پرونده دان، خطوط تلفن داخلی، خط تلفن آزاد، کامپیوتر، نگاتوسکوپ، قفسه دارو ها و کاپهای دارویی، جعبه های مرکزی برق، کلیدهای مرکزی کنترل روشنایی، کلیدهای مرکزی کنترل سیستم گرمایشی و سرمایشی، مونیتورهای متصل به سامانه های صوتی و تصویری مستقر در نقاط مختلف، آلارم زنگ اخبار کارکنان درمانی، قفسه وسایل مصرفی و تابلوی نمودار بیماران، باشد.

### بهتر است:

ایستگاه پرستاری با پنجره های کشویی و شیشه های محکم پلی کربنات lexan محصور گردد.

## ✓ درب تردد به فضای داخلی بیمارستان:

باید یک درب اختصاصی برای تردد به فضای داخلی بیمارستان در نظر گرفته شود.

### باید:

نزدیک به ایستگاه پرستاری باشد.  
مجهز به زنگ اخبار و آیفون باشد.  
در سمت خارج اورژانس روانپزشکی به فضای اورژانس عمومی بیمارستان باز شود.

### بهتر است

دارای آیفون تصویری باشد.

## ✓ اتاق های بستری

در راهرویی که به ایستگاه پرستاری منتهی می شود (راهرو اتاق های بستری) فضا هایی به عنوان اتاق بستری در نظر گرفته شود.

### باید:

- حداکثر ۱۲ تخت بستری در هر راهرو اتاق های بستری موجود باشد.
- حداقل یک اتاق تک تخته برای هر جنسیت وجود داشته باشد
- مساحت اتاق تک تخته حداقل ۹ متر مربع باشد.
- عرض اتاق تک تخته کمتر از ۲/۵ متر نباشد.
- هیچ اتاقی بیش از سه تخت نداشته باشد.
- حداقل فضا برای هر تخت در اتاق های چند تخته ۷/۵ متر مربع باشد.
- عرض اتاق چند تخته کمتر از ۳ متر نباشد.
- اتاق ها بین دو جنسیت به گونه ای تقسیم شوند که نسبت تخت های خانم ها به آقایان ۱ به ۲ باشد.
- تخت ها از نوع بیمارستانی بوده و قابل تنظیم در ارتفاع ۶۰ cm باشند.
- تخت ها حتماً Bedside داشته باشند.
- هیچ قسمتی از تخت قابل جدا شدن نباشد.
- تشک ها از نوع بیمارستانی با رویه قابل شست و شو بوده و حداقل دارای از ۶ تا ۷ لایه قوی در هم دوخته باشند.
- اجزای تشک قابل جدا شدن نباشد.
- یک کمد شخصی کوچک به ازای هر تخت بستری وجود داشته باشد.
- یک صندلی راحت و محکم به ازای هر تخت بستری وجود داشته باشد.
- صندلی و کمد شخصی در جای خود ثابت باشند و یک سطل ثابت در هر اتاق موجود باشد.

## بهتر است:

اتاق های بستری هر جنسیت در یک سمت راهرو باشد.  
 اتاق های بستری دارای سامانه صوتی مانند آنچه که برای اتاق انزوا تعریف شده است باشند.  
 اتاق های بستری دارای سامانه تصویربرداری مانند آنچه که برای اتاق انزوا تعریف شده است باشند.

## ✓ اتاق انزوا :

هر اورژانس روانپزشکی باید حداقل یک اتاق انزوا داشته باشد.

## باید:

فاقد لبه، زاویه و کنج تیز باشد.  
 در محل تقاطع وجوه، زوایایی گرد داشته باشد.  
 دارای دیوارها پوشیده شده با فوم فشرده محکم و قابل شستشو باشد.  
 پوشش دیوارها کاملاً در جای خود مستحکم شده باشند.  
 پوشش دیوارها بدون درز قابل مشاهده به یکدیگر متصل باشند.  
 اتاق انزوا به جز پنجره درب ورودی، پنجره ای نداشته باشد.  
 اتاق تنها بوسیله نور سقفی مصنوعی روشن گردد.  
 نور اتاق از ایستگاه پرستاری در شدت های مختلف قابل کنترل باشد.  
 بیمار از داخل اتاق به جایی دید نداشته باشد.  
 عایق بندی صوتی کامل داشته باشد.  
 از تهویه مطلوبی برخوردار باشد (حداقل شش بار در ساعت).  
 شیب بندی مناسبی برای دفع فاضلاب داشته باشد.  
 کف اتاق با سرامیک سفید رنگ مقاوم به نفوذ مایعات پوشیده شود.  
 یک کف پوش (حصیر) ضخیم داشته باشد.  
 یک تشک طبی با پوشش چرمی محکم و قابل شست و شو داشته باشد.

دسترسی به شیر آب جهت شست و شوی اتاق، خارج از این فضا موجود باشد.  
مساحت اتاق حداقل ۱۲ متر مربع باشد.  
عرض اتاق حداقل ۳ m باشد.  
از محل ایستگاه پرستاری  
بین اتاق امن و ایستگاه پرستاری یک سامانه صوتی دو طرفه برای خبردار شدن از  
صدای داخل و انتقال صدای خارج وجود داشته باشد.  
این سامانه بر اساس دستورالعمل تولید کننده نصب گردد.  
سامانه صوتی امکان پایش پیوسته صدای بیمار را فراهم کند و به بیمار اجازه دهد تا با  
ایستگاه پرستاری به صورت دوطرفه گفتگو کند.  
سامانه صوتی با صدای بیمار فعال شود  
سامانه صوتی در ایستگاه پرستاری دارای Hands Free باشد.  
سامانه صوتی قابلیت تنظیم صدا را داشته باشد.  
یک سامانه تصویربرداری تلویزیون مدار بسته (CCTV) برای مشاهده مستمر درون اتاق  
از محل ایستگاه پرستاری وجود داشته باشد.  
این سامانه بر اساس دستورالعمل تولید کننده نصب گردد.  
دوربین این سامانه در اتاق انزوا تا حد ممکن همتراز سقف تعبیه شود.  
دوربین این سامانه اندازه فشرده داشته باشد.  
دوربین این سامانه قدرت وضوح بالا (سیاه و سفید) داشته باشد.  
دوربین این سامانه توانایی چرخش تا زاویه ۱۸۰ درجه داشته باشد.  
دوربین این سامانه کنترل کننده چرخش و pan tilt داشته باشد.  
دوربین این سامانه لنز و مردمک الکترونیکی که امکان تصویر برداری با نور کم را  
فراهم کند، داشته باشد.  
دوربین این سامانه محفظه گنبدی شکل شیشه ای از جنس پلی کربنات داشته باشد.  
مانیتور ایستگاه پرستاری سیاه و سفید با قدرت تفکیک بالا ۱۵" - ۹" باشد.  
مانیتور ایستگاه پرستاری در یک قاب چوبی بسته، طوری قرار گیرد که مانع دیده  
شدن توسط عابرین شود.

## ✓ سرویس های بهداشتی

### توالت، دستشویی و حمام بیماران باید :

در راهروی اتاق های بستری فضایی برای توالت، دستشویی و حمام در نظر گرفته شود. فضایی که برای توالت، دستشویی و حمام در نظر گرفته شده برای زنان و مردان مجزا باشند.

به ازای هر ۴ تخت بستری حداقل یک عدد توالت وجود داشته باشد. حداقل یکی از توالت ها برای هر جنسیت فرنگی باشد.

به ازای هر توالت یک دستشویی وجود داشته باشد.

برای هر دستشویی ظرف صابون مایع ثابت و داخل دیواری وجود داشته باشد.

حداقل یک حمام برای هر جنسیت وجود داشته باشد.

دوش حمام از نوع ثابت و داخل دیواری بوده و امکان آویزان شدن از آن وجود نداشته باشد.

در هر حمام یک توالت فرنگی بدون درب وجود داشته باشد.

از به کار بردن هر نوع آئینه اجتناب شود.

توالت و دستشویی کارکنان:

باید:

حداقل دو سرویس دستشویی و توالت مجزا ( با در نظر گرفتن جنسیت) برای کارکنان وجود داشته باشد.

سرویس دستشویی و توالت کارکنان نزدیک اتاق استراحت آنان باشد.

توالت و دستشویی مراجعین:

باید:

دو سرویس دستشویی و توالت مجزا ( با در نظر گرفتن جنسیت) برای مراجعین وجود داشته باشد.

سرویس دستشویی و توالت مراجعین نزدیک به محوطه انتظار بیماران باشد.

## ✓ فضاهای پشتیبانی بخش فوریت‌های روانپزشکی

### باید :

فضاهایی برای امور خدماتی و پشتیبانی اورژانس روانپزشکی در نظر گرفته شود. یک انبار وسایل تمیز با فضای کافی جهت انبار نمودن وسایل استریل و تمیز وجود داشته باشد.

یک اتاق وسایل کثیف با فضای کافی با سینک مخصوص شستشوی ابزار کثیف، قفسه آویزان کردن لگنچه‌ها و کاسه‌های ادرار بیماران و قسمتی جهت استقرار نمونه‌های آزمایش ادرار و مدفوع و البسه کثیف بیماران وجود داشته باشد.

یک انبار ملزومات و تجهیزات برای نگهداری ملزومات و تجهیزات مورد نیاز با مساحتی به اندازه ۳/۲ متر مربع به ازای هر ۱۰۰۰ نفری که در سال خدمت دریافت می‌کنند، وجود داشته باشد.

محلی برای تی شوی (اتاق نگهداری ابزار تنظیف بخش) در نظر گرفته شود.

فضایی برای نگهداری ویلچر و برانکاردر در نظر گرفته شود.

فضایی با مساحت حد اقل ۴ متر مربع برای نمازخانه در نظر گرفته شود.

دو اتاق مجزا (با در نظر گرفتن جنسیت کارکنان) برای استراحت کارکنان با امکانات تهیه و سرو غذا و نوشیدنی و خواب در نظر گرفته شود.

در کنار اتاق استراحت کارکنان، فضایی با تعداد کافی کمد و قفسه برای رختکن کارکنان در نظر گرفته شود.

## ۲. استانداردهای فرایند

✓ انتقال بیمار به اورژانس روانپزشکی:

### باید:

برای اجرای فرآیند ارزیابی کامل، روندی مکتوب وجود داشته باشد. تمامی درخواست های انتقال بیمار به مرکز فوریت ها توسط مرکز ۱۱۵ مورد بررسی قرار گیرد.

اطلاعات مربوط به زمان، مکان، شخص تماس گیرنده و علت درخواست انتقال مستند سازی گردد.

در مورد بیماران با سابقه بستری روانپزشکی، به سابقه قبلی استناد گردد. دستور انتقال توسط پزشک صادر گردد.

یک پرستار و یک بادی گارد با لباس فرم بیمارستان و با آمبولانس بیمار را به بیمارستان منتقل کنند.

شکل ظاهری آمبولانس متمایز از شکل سایر آمبولانس ها نباشد.

آمبولانس دارای تجهیزات مناسب برای انتقال بیمار فوریت دار روانپزشکی باشد. شأن اجتماعی بیمار در هنگام انتقال به اورژانس روانپزشکی محفوظ بماند.

### بهبتر است:

برای اولین نوبت بستری هماهنگی قانونی انجام گردد.

انتقال بیمار با رعایت موازین شرعی و اصل همگونی جنسیتی صورت گیرد.

فرایند انتقال با حضور روانپزشک انجام گردد.

## ایده آل است:

خدمات سیار روانپزشکی، امکان مراقبت از بیمار را در محیط طبیعی زندگی وی فراهم سازد.

## ✓ تریاژ و تثبیت اولیه:

### باید:

تمام موارد درخواست خدمت از اورژانس مورد تریاژ قرار گیرد.  
 برای اجرای فرآیند تریاژ روندی مکتوب وجود داشته باشد.  
 برای تمام موارد کارت تریاژ صادر گردد.  
 تا زمانی که بیمار مورد تریاژ قرار می گیرد در فضایی منتظر بماند که به طور پیوسته تحت نظر کارکنان باشد.  
 حد اکثر ۵ دقیقه پس از ورود بیمار به اورژانس شروع شود.  
 حد اکثر ظرف مدت زمان ۱۰ دقیقه انجام شود.  
 توسط پرستارانی که در تریاژ آموزش دیده اند انجام پذیرد.  
 برنامه آموزشی مدون داشته باشد  
 پرستار تریاژ موارد زیر را ارزیابی و در کارت تریاژ ثبت نماید:

- مشخصات فردی، مطابق کارت تریاژ
- علایم حیاتی
- علایم شناختی شامل: جهت یابی زمانی، مکانی و فردی
- شدت خطر بیمار برای خود یا دیگران براساس مقیاس استاندارد

پرستار تریاژ وضعیت بیمار را براساس دستورالعمل، در یکی از سه حالت بحرانی، فوریت دار، یا تحت کنترل ثبت نماید.  
 پرستار تریاژ موارد بحرانی و فوریت دار را سریعاً به روانپزشک اطلاع دهد.  
 برای اجرای فرآیند رسیدگی به موارد بحرانی یا فوریت دار، روندی مکتوب وجود داشته باشد.



دستورالعمل هایی برای تثبیت ، تدوین گردد.  
 روانپزشک بلافاصله به موارد بحرانی رسیدگی نماید.  
 روانپزشک ظرف حداکثر ۱۰ دقیقه به موارد فوریت دار رسیدگی نماید.  
 روانپزشک ظرف حداکثر ۳۰ دقیقه به موارد تحت کنترل رسیدگی نماید.  
 روانپزشک تا زمان تثبیت وضعیت بیمار، بر اجرای فرآیند ها نظارت نماید.  
 روانپزشک اقدامات انجام شده برای تثبیت را در کارت تریاژ ثبت نماید.  
 در صورت نیاز به پذیرش، مراقبت از بیمار تا زمان پذیرش ادامه یابد.

### بهتر است:

انجام تریاژ توسط پزشک عمومی دوره دیده صورت گیرد.  
 انجام تریاژ به محض ورود بیمار به اورژانس صورت پذیرد.

### ایده آل است:

انجام تریاژ توسط روانپزشک صورت گیرد.

### پذیرش : ✓

### باید:

پذیرش بیماران بر اساس معیارهای پذیرش صورت گیرد.  
 پذیرش با هدف ادامه فرآیند تثبیت انجام پذیرد.  
 طول مدت پذیرش از ۷۲ ساعت بیشتر نباشد.  
 برای اجرای فرآیند پذیرش روندی مکتوب وجود داشته باشد.  
 در مواردی که تخت های موجود کمتر از بیمارانی باشد که لازم است پذیرش شوند،  
 شاخص هایی برای اولویت بندی پذیرش تعریف شود.  
 بلافاصله پس از پذیرش به خانواده بیمار اطلاع داده شود.

مددکار بیمارستان برای بیماران بدون همراه هماهنگی های قانونی را انجام دهد (در ساعاتی که مددکار در اورژانس نیست فرد مسؤل این کار تعیین گردد).  
اقدامات پذیرش حداکثر ظرف مدت نیم ساعت پایان پذیرد.  
برای بیمارانی که امکان پذیرش آنها موجود نیست، فرآیندی جهت ارجاع به نزدیکترین واحد درمانی مرتبط پیش بینی گردد.

## ✓ ارزیابی کامل، تشخیص مقدماتی و ارائه طرح درمان :

### باید:

بیماران پذیرش شده، حداکثر ظرف مدت ۲ ساعت توسط روانپزشک مورد ارزیابی کامل قرار گیرند.

فرآیندهای ارزیابی شامل موارد زیر باشند:

- ۱- جسمی
- ۲- روانشناختی
- ۳- پاراکلینیک

ارزیابی جسمی شامل موارد زیر باشد:

- علایم حیاتی
- معاینه شناختی که اختلالات شناختی یا عصبی - روانی را غربالگری می کند.
- مرور نشانه ها
- سابقه پزشکی فرد

ارزیابی روانشناختی شامل موارد زیر باشد:

- مصاحبه جامع روانپزشکی
- جمع آوری شرح حال از منابع موازی

- بررسی سوابق درمان های گذشته تا حد ممکن
- شناسایی عوامل و وضعیتهای خطر ساز اجتماعی، محیطی و فرهنگی همزمان
- ارزیابی پاراکلینیک شامل موارد زیر باشد:
- CBC differentiated برای همه
- آزمایش حاملگی برای تمام زنان در سنین باروری
- U/A, FBS, BUN, Cr, Na, K, Ca, PO4, SGOT, SGPT برای موارد کاهش سطح هوشیاری
- اندازه گیری سطح لیتیوم در مصرف کنندگان جاری لیتیوم
- Brain CT Scan در موارد افت سطح هوشیاری، بروز علائم نورولوژیک حاد توامان، ضربه سر اخیر که منجر به بیهوشی شده باشد.
- EEG در موارد مشکوک به تشنج یا Cofusional State
- ارزیابی های پاراکلینیک دیگر، به تشخیص روانپزشک و با ثبت علت در خواست در پرونده باشد.

روانپزشک باید تشخیص مقدماتی خود را در پرونده ثبت نماید.  
تشخیص مقدماتی راهنمای انتخاب طرح درمان باشد.

طرح درمان شامل موارد زیر باشد:

- اولویت بندی درمان
- مراقبت های زمان بندی شده
- تغذیه
- مایع درمانی
- دارو درمانی
- دستور انزوا و مهار
- روان درمانی
- درخواست مشاوره
- درخواست پاراکلینیک
- برنامه مراقبت های بعدی
- مشخص کردن موانع مراقبت

## بهتر است:

در صورت تشخیص اولین حمله سایکوز، سن بالای ۵۰ سال و تغییر غیر معمول در سیر یک اختلال روانپزشکی شناخته شده نیز Brain CT Scan انجام پذیرد. به جای Brain CT Scan از روش Brain MRI استفاده شود.

## ایده آل است:

اندازه گیری سطح خونی داروها و مواد روانگردان امکانپذیر باشد.

## ✓ اعزام بیمار به مرکز دیگر:

### باید:

- برای اجرای فرآیند اعزام، روندی مکتوب وجود داشته باشد.
- جهت اعزام شرایط اورژانسی بیمار از نظر علایم حیاتی و خطر آفرینی، تثبیت شده باشد. در دو مورد زیر اعزام پیش از تثبیت امکانپذیر باشد:
- قییم قانونی بیمار علیرغم نظر روانپزشک مبنی بر خطر اعزام پیش از تثبیت، کتباً رضایت آگاهانه برای انتقال را اعلام نماید.
- روانپزشک مزیت درمان در مرکز دیگر نسبت به خطر اعزام پیش از تثبیت را تأیید و در پرونده ثبت نماید.
- پیش از اعزام پرستار تریاژ مرکز پذیرنده بیمار پذیرش تلفنی گرفته و نام پذیرش دهنده و ساعت تماس را در پرونده ثبت نماید.
- دستور اعزام توسط روانپزشک صادر گردد.
- مدارک و مستندات لازم همراه با بیمار فرستاده شود.
- یک پرستار با لباس فرم بیمارستان و با آمبولانس بیمار را به بیمارستان اعزام کنند.
- ظرف مدت نیم ساعت اعزام انجام پذیرد.

## ایده آل است:

امکانات بیمارستانی که مرکز فوریت های روانپزشکی در آن قرارداد در حدی باشد که نیازی به اعزام نباشد.

## ✓ ثبت مدارک :

### باید:

برای اجرای فرآیند ثبت مدارک، روندی مکتوب وجود داشته باشد. تمامی فرآیندها به طور کامل و بدون خدشه مستند سازی گردد. مسئولیت هر فرد در فرآیند ثبت مدارک مشخص گردد. کلیه مستندات بایگانی شود. اطلاعات مربوط به موارد منزوی سازی، مهار فیزیکی و شیمیایی، اعزام، فرار و مرگ و میر، توسط روانپزشک در اوراق مربوطه ثبت گردد. تمام دستورات به صورت کتبی بوده و کارکنان از اجرای دستورات شفاهی منع شوند. اطلاعات مربوط به منزوی سازی، مهار فیزیکی و شیمیایی، اعزام، فرار و مرگ و میر، هر هفته یکبار جمع آوری شده و به کمیته نظارت گزارش گردد.

### بهتر است:

از سیستم الکترونیکی برای ثبت اطلاعات مستند شده استفاده گردد. کلیه اطلاعات هر سه ماه بررسی گردند و در جهت پیشرفت مدیریت اورژانس به کار روند. حداقل به صورت سالیانه، نحوه استفاده از تسهیلات منزوی سازی و مهار با اطلاعات علمی روز دنیا مقایسه شوند.

### ایده آل است:

برای هر بیمار پرونده الکترونیک تهیه شود. واحدی جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات بیماران تعیین گردد که به صورت دوره ای و پیوسته داده ها را مورد تجزیه و تحلیل قرار دهند.

## ✓ ترخیص :

### باید:

برای اجرای فرآیند ترخیص، روندی مکتوب وجود داشته باشد.  
 باید برای اجرای فرآیند ترخیص، تثبیت وضعیت جسمی / روانی بیمار توسط روانپزشک احراز گردد.  
 مسئولیت هر فرد در فرآیند ترخیص مشخص گردد.  
 بیمار بیش از حد لازم در اورژانس نماند.  
 به هنگام ترخیص برگه خلاصه پرونده حاوی مشخصات، چکیده علائم، آزمایشات، تشخیص و درمان به بیمار داده شود.

## ✓ حقوق بیمار:

### باید:

هر فرد با نشانه های فوریت دار روانپزشکی مورد ارزیابی کامل قرار گیرد.  
 برای هر فردی که مورد ارزیابی کامل قرار گرفته است، متناسب با شرایط اورژانسی تشخیص اولیه و طرح درمانی مناسب گذاشته شود.  
 خدمات اورژانسی برای بیماران در تمام سنین، بدون تبعیض مذهبی، ملیتی، نژادی یا موانع مالی قابل دستیابی باشد.  
 حداکثر تلاش برای پیشگیری از "برچسب خوردن" بیمار انجام شود.  
 بیمار و قیم قانونی وی از حق دانستن اسامی و مسئولیت کارکنان درمانی برخوردار باشند.  
 بیمار و قیم قانونی وی پس از پایان "مهار/منزوی کردن" از حق دانستن دلیل انجام مهار برخوردار باشند.  
 حریم خصوصی بیمار در زمان مصاحبه، معاینه، مهار/منزوی کردن و استراحت حفظ شود.  
 برای شرکت دادن بیمار در تحقیق تجربی از وی یا قیم قانونی او رضایت آگاهانه کتبی گرفته شود.

### بهرتر است:

بیمارستان نام، آدرس و شماره تلفن مراکز حکومتی را که بیمار می تواند به آنها شکایت کند یا سؤالات خود را از آنها پرسد در اختیار بیمار یا قیم قانون او قرار دهد.

بیمار و قیم قانونی وی از حق دانستن قوانین و مقررات مربوط به خود برخوردار باشند.

### ایده آل است:

حقوق بیمار، پس از پذیرش به بیمار و قیم قانونی او گوشزد شود.

### ✓ مدیریت:

#### باید:

رئیس اورژانس روانپزشکی یک روانپزشک باتجربه کار در اورژانس روانپزشکی باشد.

رئیس اورژانس روانپزشکی در مورد مسائل مدیریتی، بین بخشی و پشتیبانی اورژانس با رئیس بیمارستان در ارتباط مستقیم باشد.

سایر روانپزشکان شاغل در اورژانس روانپزشکی مسایل مربوط به اداره اورژانس را از طریق رئیس اورژانس پیگیری نمایند.

سرپرستار اورژانس روانپزشکی یک کارشناس ارشد روانپرستاری باتجربه کار در اورژانس روانپزشکی باشد.

سایر کارکنان شاغل در اورژانس روانپزشکی مسایل مربوط به اداره اورژانس را صرفاً از طریق سرپرستار اورژانس پیگیری نمایند.

### بهرتر است:

رئیس اورژانس فلوشیپ اورژانس روانپزشکی داشته باشد.

## ✓ نظارت:

### باید:

- رئیس اورژانس روانپزشکی مسئولیت نظارت را برعهده داشته باشد.
- کمیته ای از کارکنان اورژانس، برای نظارت بر عملکرد اورژانس روانپزشکی تشکیل گردد.
- برای اجرای فرآیند نظارت بالینی، روندی مکتوب وجود داشته باشد.
- نظارت بالینی هم در مورد فرآیند های درمانی و هم در مورد فرآیند های مدیریتی با اهداف زیر صورت پذیرد؛
- پایش نگرانی های کارکنان، بیماران و بستگان آنها
  - تجزیه و تحلیل اطلاعات مربوط به منزوی سازی، مهار فیزیکی و شیمیایی، اعزام، فرار و مرگ و میر بیماران
  - توسعه مهارت ها و آموزش کارکنان
  - حمایت از کارکنان در موارد استرس زا
  - پیشنهاد طرح های عملی
- کمیته نظارت حداقل هر ۲ هفته یک بار تشکیل جلسه دهد.
- نتایج این جلسات به صورت مکتوب به رئیس بیمارستان گزارش شود
- نتایج این جلسات در آموزش کارکنان و ارتقای کیفیت فرآیند ها به کار گرفته شود.

## ✓ مشاوره:

### باید

- هر اورژانس روانپزشکی دستورالعمل هایی برای ارتباط با دیگر سرویس های پزشکی طرف مشورت داشته باشد.
- دسترسی به سرویس مشاوره متخصصین نورولوژی، داخلی، جراحی و زنان زایمان در تمام اوقات شبانه روز ممکن باشد.
- مشخصات افراد مشورت دهنده و برنامه کاری یک ماهه آنان پیشاپیش در اختیار اورژانس روانپزشکی قرار داده شود.
- هر یک از متخصصین نورولوژی، داخلی، جراحی و زنان زایمان، حداکثر ظرف ۳۰ دقیقه پس از دریافت برگه درخواست بر بالین بیمار حاضر شوند.
- دسترسی به مشاوره با سایر سرویس های پزشکی ظرف حداکثر ۳ ساعت امکانپذیر باشد.