

اطلاعات

اصول

و قواعد

طراحی

در معماری

بخش شفاخانه ها



نمای اداری کمیونیتی شفاخانه 70 بستری معالجات برای شهر بندرستان

ترتیب دهنده:

داکتر مهندس حشمت الله اتمر



مقدمه

بنام ایزد متعال

شفاخانه از جمله اساس ترین و مهمترین بخش ساختمان های دنیا به شمار میرود. که معماران از ابتدا تا حال کوشیده اند تا ساختمان مهم و مرفوع غرض تداوی انسانها به وجه احسن و بهتر آن اعمار نمایند. در کشور های اسلامی کوشش به عمل می آید تا غرض جلب رضایت خداوند متعال در دیزاین و اعمار شفاخانه ها سعی و تلاش خسته گی ناپذیر داشته باشند. در معماری جدید نکات مهم چون توجه به ایمنی مریض و جلب رضایت مریض، اعتقاد به هویت و کرامت انسانی، رعایت منشور حقوق مریض، رعایت عدالت، دوستدار محیط زیست شایسته سالاری با بکار گیری و تشویق نیرو های متخصص و متعهد، مشارکت کارکنان در برنامه ریزی و تصمیم گیریها در نظر گرفته میشود. تلاش های معماران و انجینران بر آنست که تا ساختمان های زیبا، راحت جهت تداوی مریضان دیزاین و اعمار نمایند. موقعیت دهی از لحاظ جهت آفتاب، قرار دادن شفاخانه در موقعیت آرام و با محیط زیبا طبعی، پاک و مصون از خواست های دیگر معماری است. حرکت و تلاش برای سهولت، خواست های مریضان، دوکتوران، مراجعین و اعضای خانواده های مریضان در نظر گرفته میشود. کوشش به عمل می آید تا ساختمان ها را ستندر سازی نموده و طرح بهتر ارایه نمایند. مگر با پیشرفت تکنالوژی، خواسته های انسانی، سهولت ها ما را ازین اهداف کنار گذاشته نورم سازی و ستندر سازی را در معماری دشوار و غیر محدود میسازد. نظر به تجارب، فاکت های عملی در شفاخانه ها میتوان بخش های فهرست مندرجه را تا حدی معیار قرار داده تا یک طرح نسبتاً بهتر و خوب تر برای مریضان را داشته باشیم. همچنان کوشش نموده تا عکس های با تکنالوجی پیشرفته از شفاخانه های معتبر ساخته شده دنیا **(عکس ها سخن میگوید)** نسبت به متن نوشته که وقت معمار را ضایع ساخته و هم شاید برای بعضی معماران خسته کن و یا هم سوالات ایجاد نماید و از جانب دیگر فرهنگ مطالعه از بین رفته است بناً از متن صرف نظر گردیده و هم تماس درمورد شفاخانه های شهر کابل (دولتی) که به معیار و ستندردهای همان وقت دیزاین و اعمار گردیده صورت گرفته است. اما در مورد شفاخانه های شخصی که کاملاً غیر معیاری و در تعمیرات رهائشی، تجارتی و یا متصل جاده های عمومی بدون معیار و ستندر دفعالیت دارند خود داری گردیده است.

با عرض حرمت

داکتر مهندس حشمت الله اتمر

فهرست مطالب

شماره	توضیحات	صفحه
۱	مقدمه	۱
۲	فهرست	۳-۲
۳	بخش اول	۴
۴	دیا گرام های ضروری	۱۶-۵
۵	معماری شفاخانه ها	۱۹-۱۷
۶	زونبندی و تعیین محدوده ها	۲۱-۲۰
۷	انواع شفاخانه ها	۲۵-۲۲
۸	شفاخانه های کادری	۲۶
۹	مفهوم طرحریزی (موقعیت، جهت و تصویر)	۳۲-۲۷
۱۰	دهلیز ها	۳۴-۳۳
۱۱	دروازه ها	۳۶-۳۵
۱۲	زینه ها	۴۱-۳۷
۱۳	لفت های برقی	۴۵-۴۲
۱۴	جهت یابی (مسیر یابی)	۴۶
۱۵	اتاق بیهوشی	۴۸-۴۷
۱۶	اتاق مرخص شدن از شفاخانه	۴۹
۱۷	اتاق جراحی اصلی	۵۳-۵۰
۱۸	اتاق شستشو	۵۵-۵۴
۱۹	اتاق اشیای تعقیم	۵۸-۵۶
۲۰	اتاق تجهیزات	۵۹
۲۱	اتاق قبل از تعقیم	۶۰
۲۲	اتاق گچکاری (گچ گیری) بعد از شکسته گی استخوان	۶۲-۶۱
۲۳	فعالیت های کمکی	۶۴-۶۳
۲۴	اتاق پرستار (نرس)	۶۵
۲۵	محل کار پرستار	۶۷-۶۶
۲۶	اتاق گزارشات	۶۸
۲۷	دواخانه	۶۹
۲۸	اتاق نظافت (بهداشتی)	۷۰
۲۹	ذخیره چپرکت ها (تخت ها)	۷۲-۷۱
۳۰	پایشویه ها یا آبریزه ها	۷۳
۳۱	ملزومات اتاق بازگشت به هوشیاری (به هوش آمدن)	۷۶-۷۴
۳۲	رعایت نکات مصونیت (ایمینی) در جراحی	۷۸-۷۷

۸۵-۷۹	روشنایی	۳۳
۸۷-۸۶	تعقیم سازی مرکزی	۳۴
۸۸	مراقبت های ویژه	۳۵
۹۰-۸۹	ترتیب	۳۶
۹۳-۹۱	وظایف کمکی	۳۷
۹۵-۹۴	بخش های مراقبت	۳۸
۹۶	دبپارتمنت های مراقبت	۳۹
۱۰۱-۹۷	بخش های لازم در شفاخانه	۴۰
۱۰۴-۱۰۲	بخش عاجل	۴۱
۱۰۶-۱۰۵	بخش مراقبت جدی (سی سی یو)	۴۲
۱۰۹-۱۰۷	بخش مراقبت متمرکز (شدید) ای سی یو برای ۸ الی ۱۲ بستر	۴۳
۱۱۲-۱۱۰	عملیات خانه	۴۴
۱۱۴-۱۱۳	کلینیک	۴۵
۱۱۸-۱۱۵	رادیولوژی	۴۶
۱۲۲-۱۱۹	لابراتوار	۴۷
۱۲۳	اندازه های اتاق بستر	۴۸
۱۲۴	ملحقات مراقبت های جدی	۴۹
۱۵۲-۱۲۵	بخش ولادی و نسایی	۵۰
۱۶۵-۱۵۳	نمونه از شفاخانه (یو اس آی دی)	۵۱
۱۷۵-۱۶۶	بخش دندان	۵۲
۱۸۳-۱۷۶	بخش چشم	۵۳
۱۹۴-۱۸۴	بخش گوش، گلو، بینی	۵۴
۲۰۰-۱۹۵	شفاخانه ۴۰۰ چهار صد بستر اردو	۵۵
۲۰۴-۲۰۱	بخش اورتوپیدی	۵۶
۲۰۸-۲۰۵	شفاخانه وزیر اکبر خان	۵۷
۲۱۳-۲۰۹	انستیتوت (شفاخانه) صحت طفل اندرا گاندی	۵۸
۲۱۵-۲۱۴	آله اورتوپیدی که توسط دو افغان اختراع گردید	۵۹
۲۲۳-۲۱۶	بخش جلدی و زیبایی	۶۰
۲۲۵-۲۲۴	کمپلکس شفاخانه ۷۰ هفتاد بستر معتادین بدخشان (طرح خودم)	۶۱
۲۲۹-۲۲۶	شفاخانه شخصی بین المللی بلا سم (شگوفه) - (طرح خودم)	۶۲
۲۳۸-۲۳۰	اشکال و ابعاد بستر (تخت ها یا چپرکت های شفاخانه)	۶۳
۲۴۲-۲۳۹	قطره آخر	۶۴
۲۴۳	منابع (ماخذ)	۶۵

بخش اول

اصول وقواعد طراحی شفاخانه ها



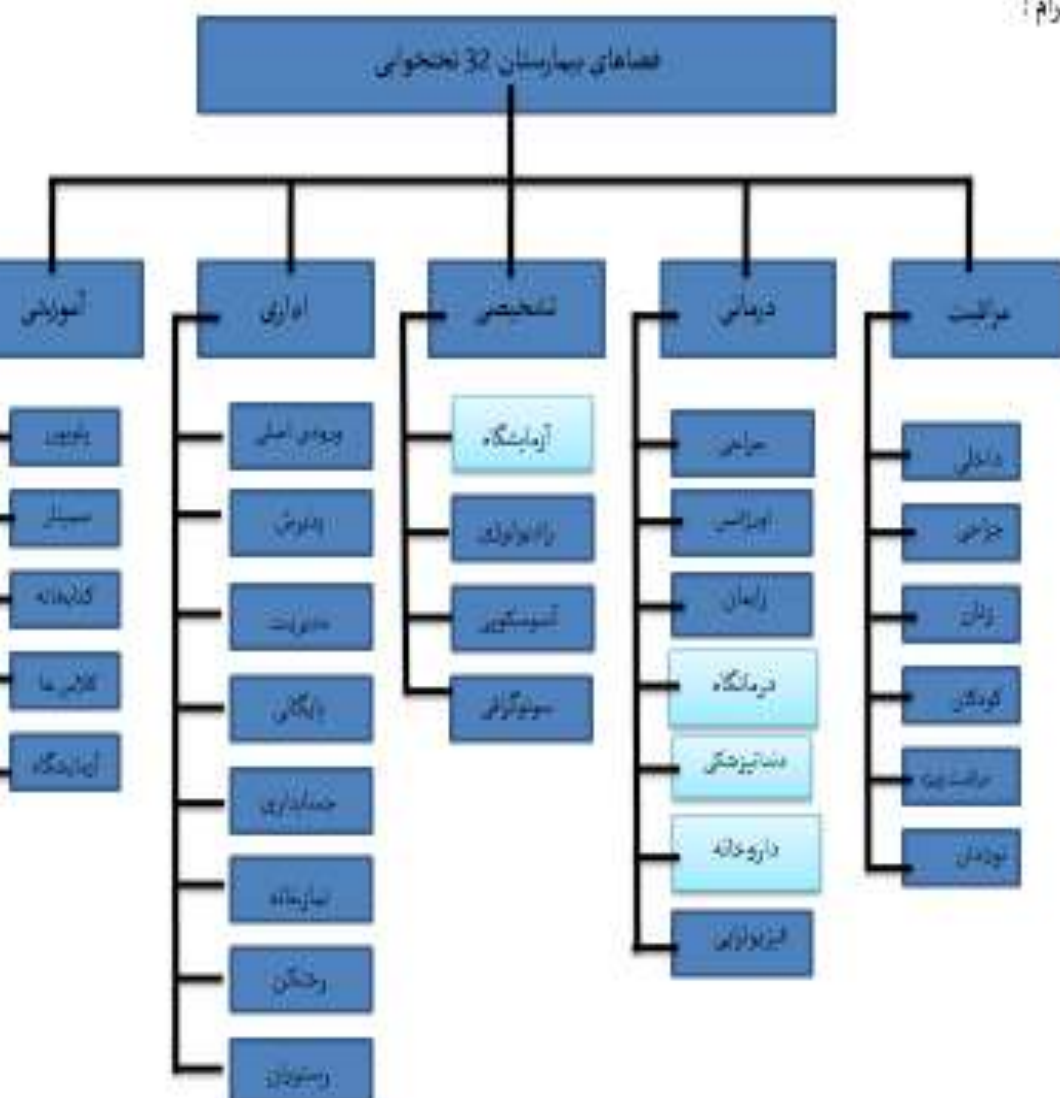
FARS

Photo : Najib bola mosafer

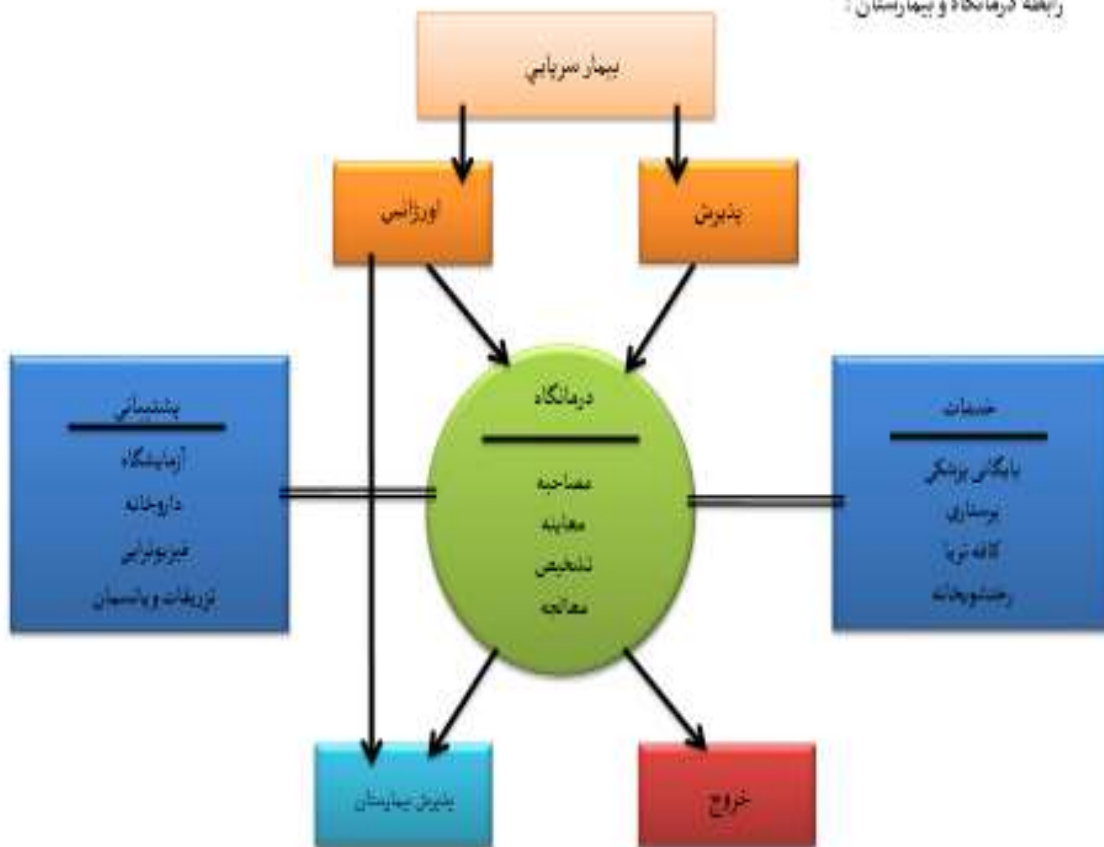
FARS NEWS AGENCY



دیاگرام :



رابطه درمانگاه و بیمارستان :



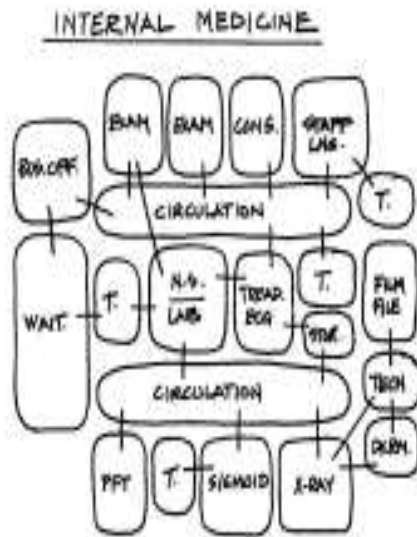
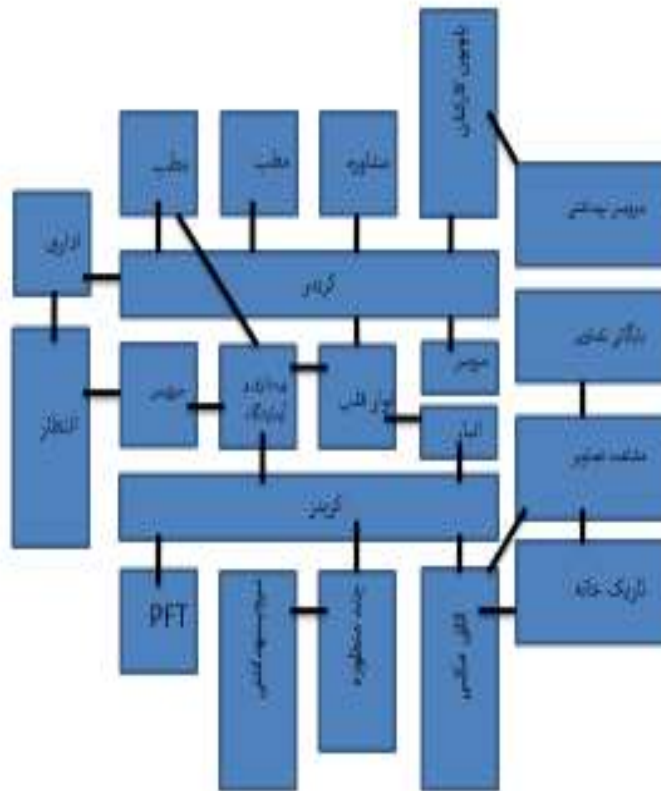


Figure 3-52. Schematic diagram of an internal medicine suite.



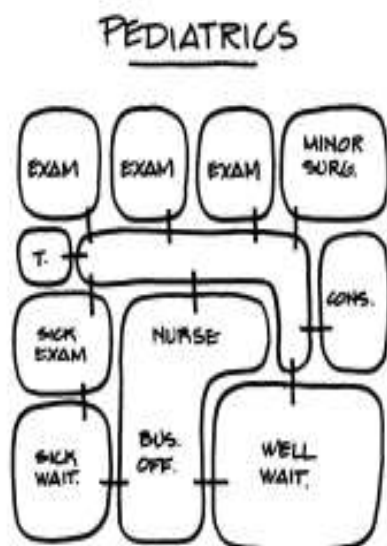
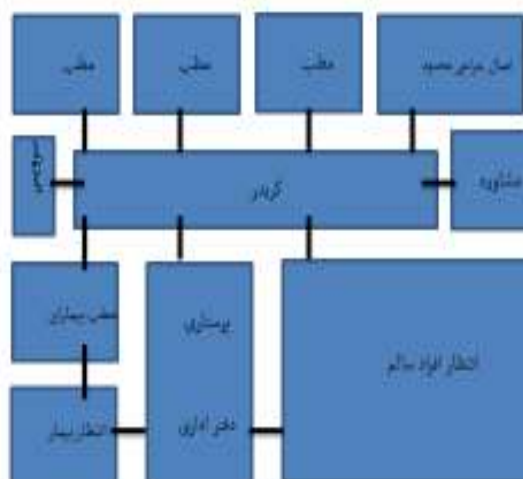
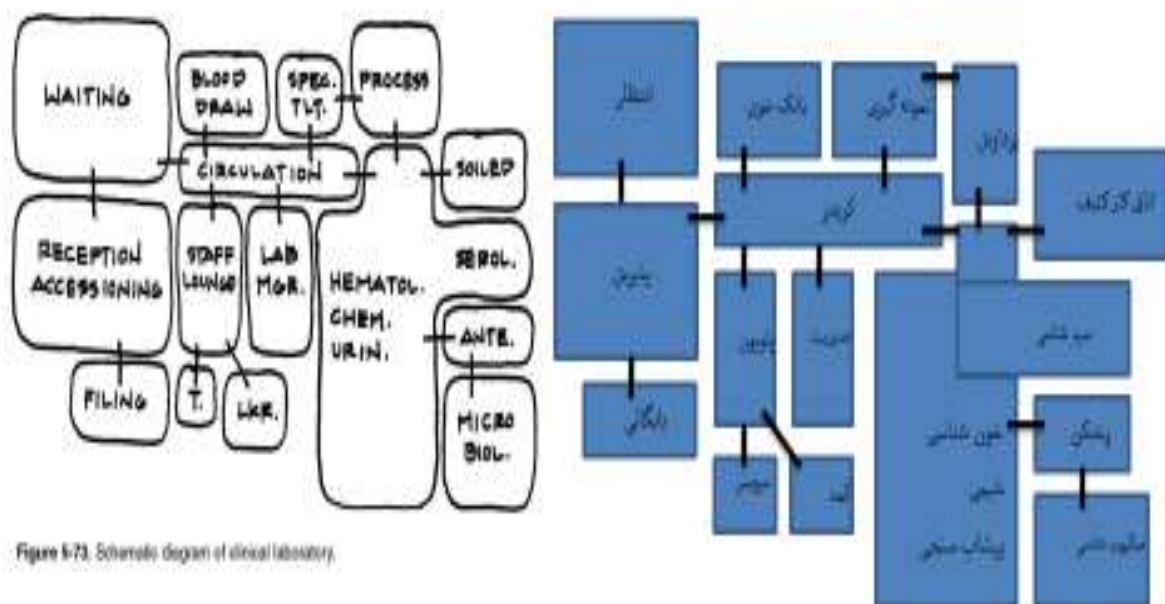


Figure 3-60. Schematic diagram of pediatric suite.



LABORATORY.

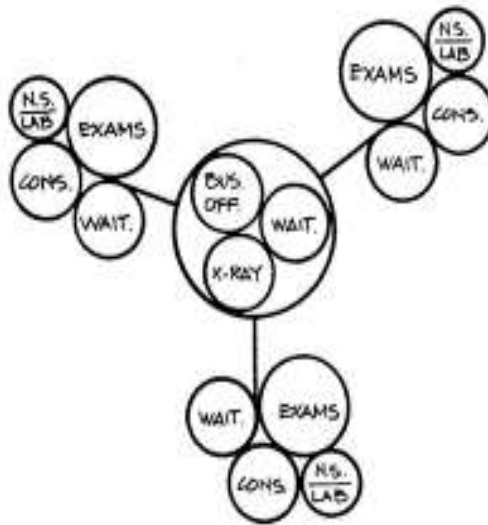


دیاگرام فضایی درمانگاه های تخصصی :



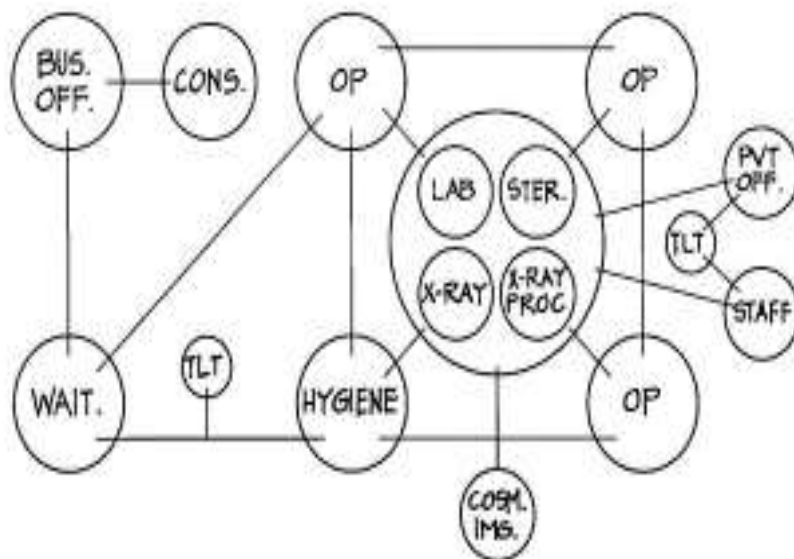
CENTRALIZED PLAN SINGLE SPECIALTY GROUP

Figure 6-9. Schematic diagram of a centralized plan for a single-specialty group.

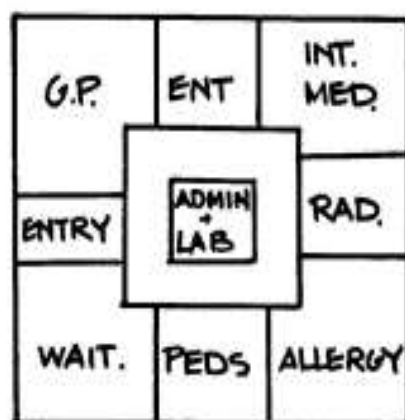
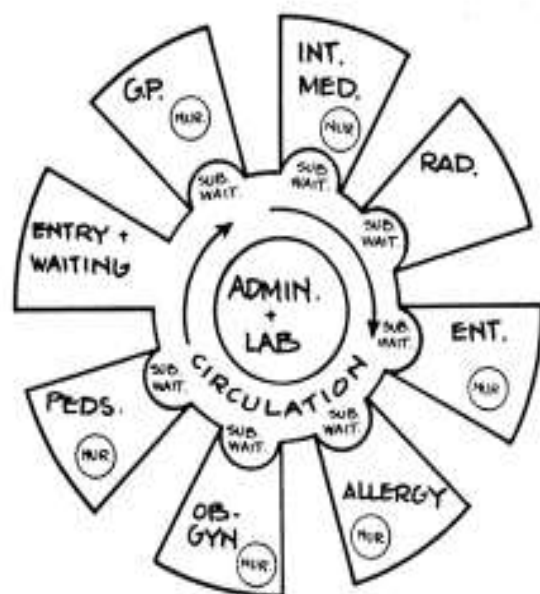


DECENTRALIZED PLAN SINGLE SPECIALTY GROUP

GENERAL DENTISTRY



دیاگرام فضایی درمانگاه های چندگانه :



MULTI-SPECIALTY GROUP

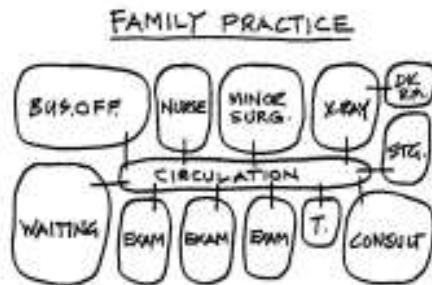
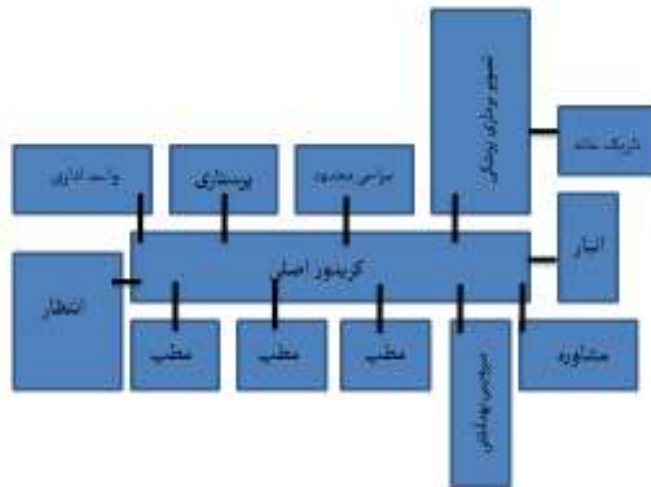


Figure 2-1. Schematic diagram of a family practice suite.



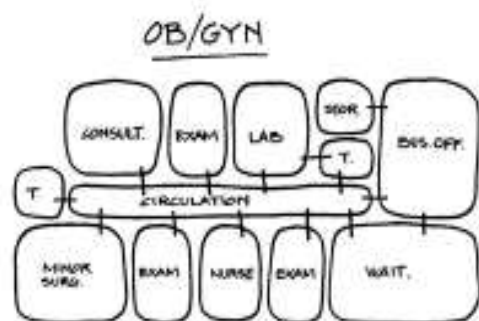
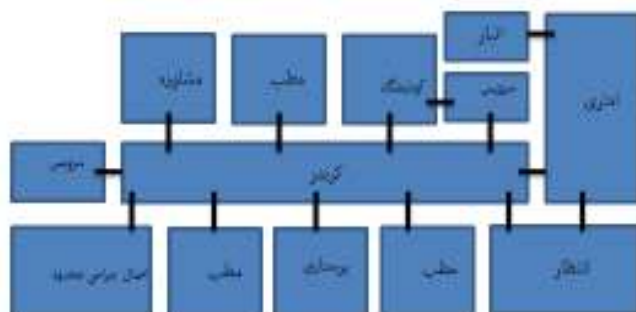
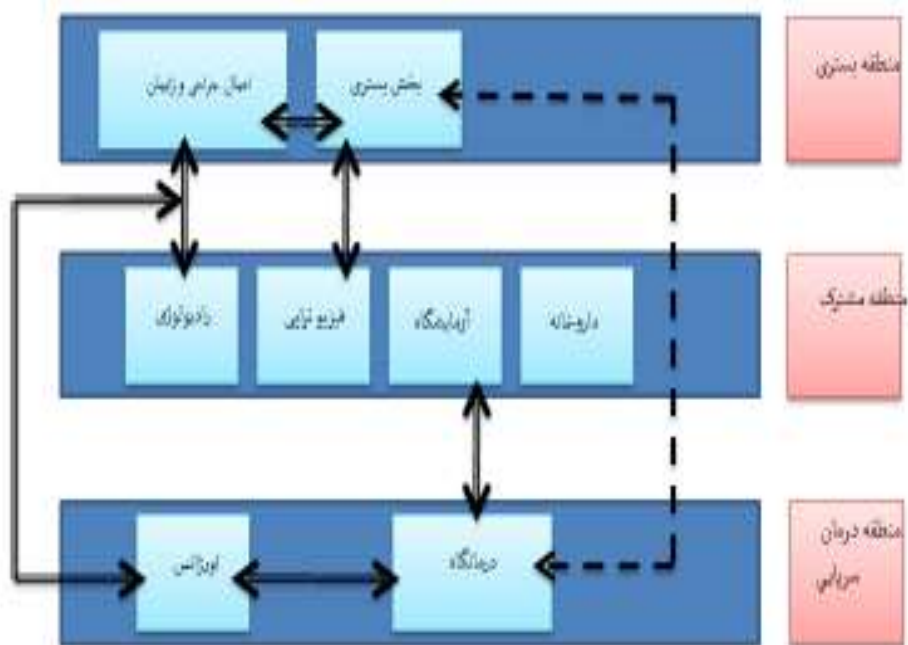


Figure 4-1. Schematic diagram of an OB-GYN suite.

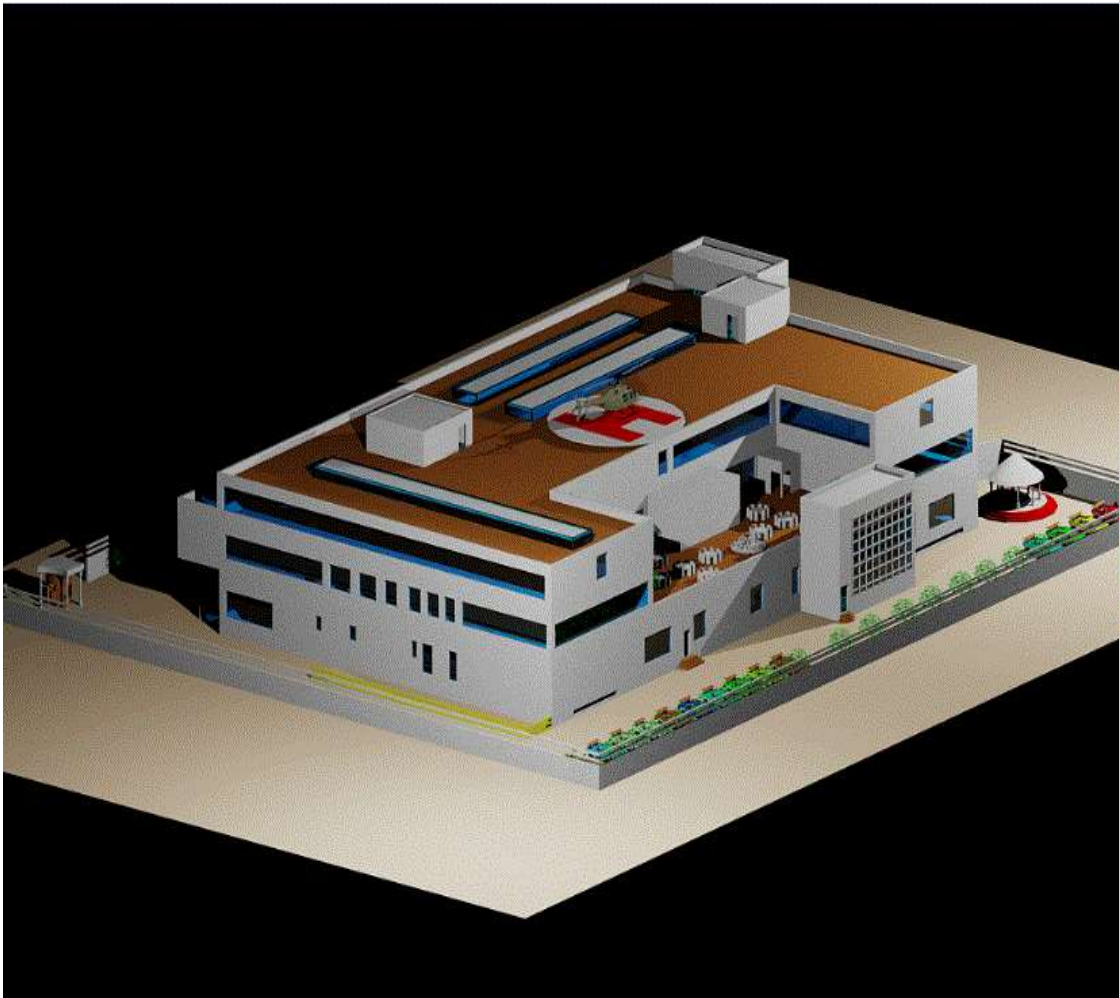


رابطه سه منطقه اصلی بیمارستان :

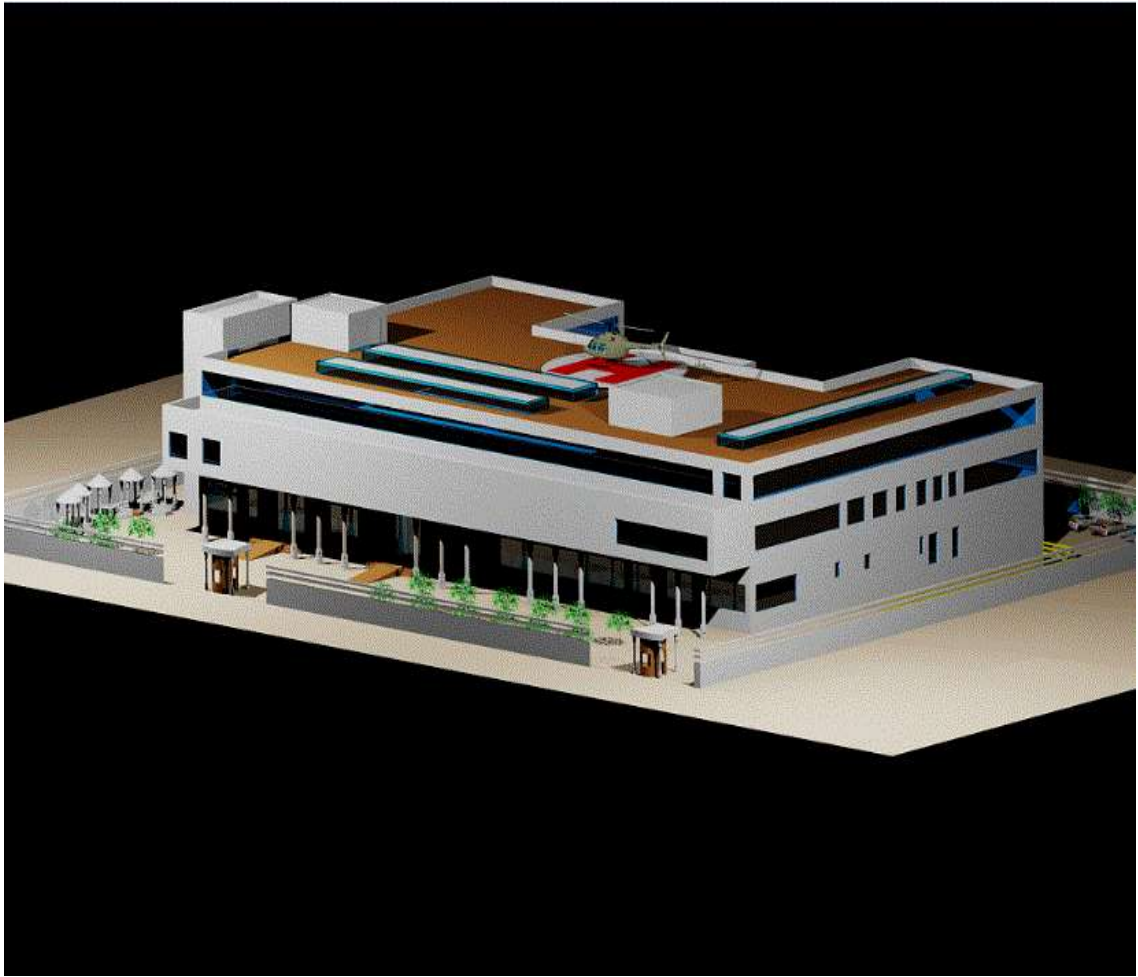


معماری شفاخانه ها :

در گذشته شفاخانه ها به خاطر تداوی و معالجه (صحت یابی) و جراحی دیزاین می شدند، ولی امروز میتوان شاهد تغییرات مثبت به سوی انسانگرایی در امکانات شفاخانه ها بود. شفاخانه های امروزی بیشتر به هتل ها شباهت دارند. وجود فضای اقامتی دارای اهمیت بیشتری نسبت به طرح های سرد بهداشتی در شفاخانه های گذشته است. مدت زمان بستری و اقامت مریض به طور پیوسته کوتاه تر می شود و علاقه به اتاق های یک بستر یا دو بستر (در خصوص مریض های خصوصی) بیشتر شده است.



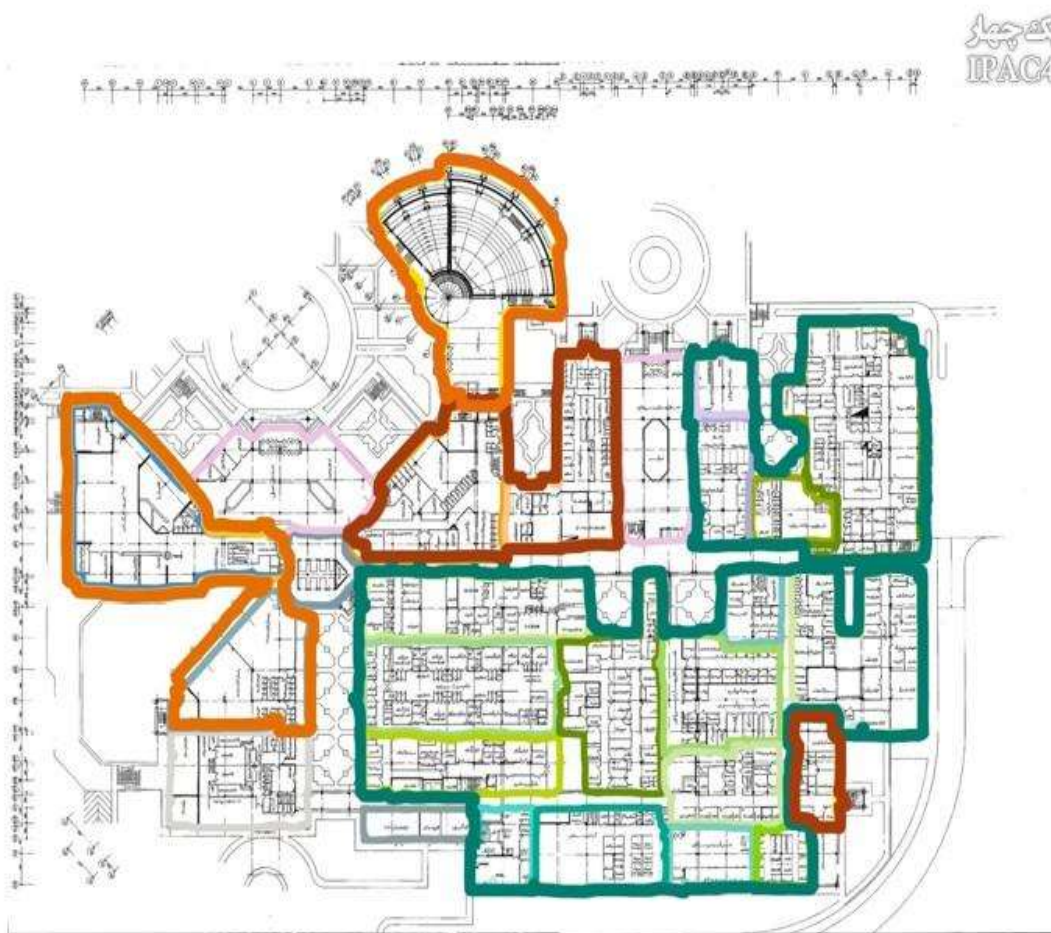


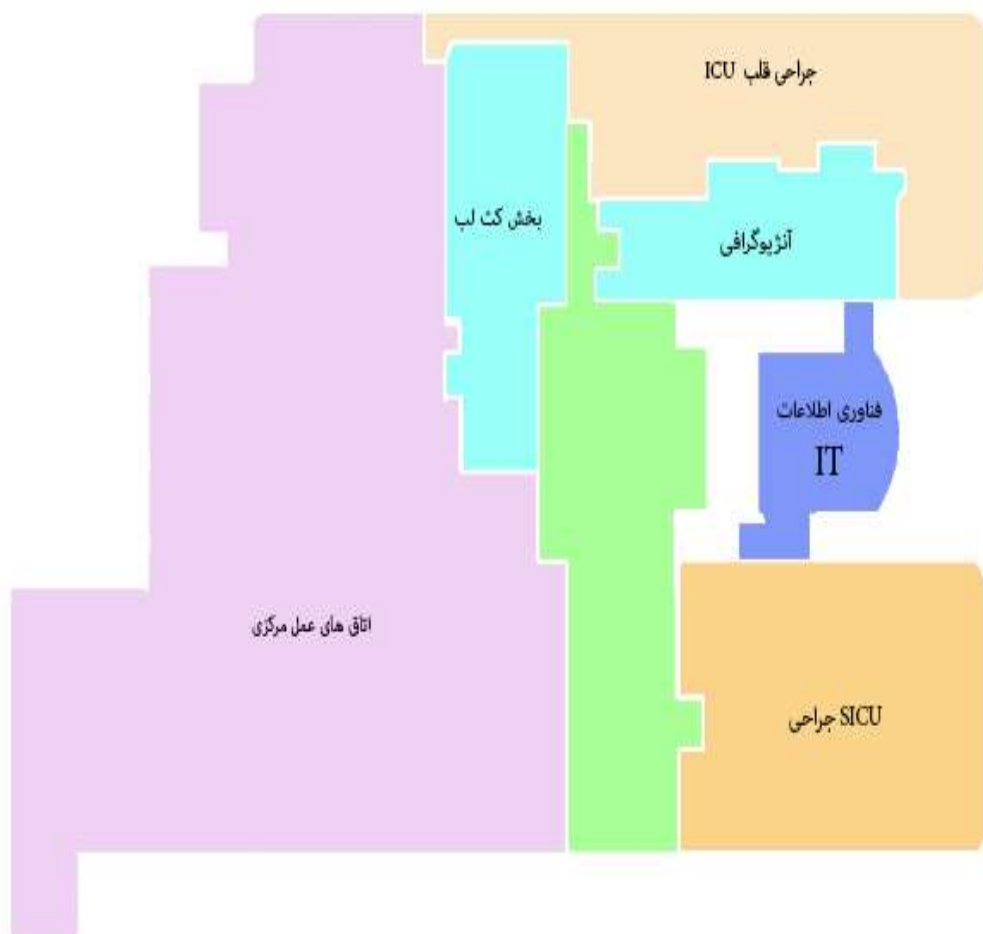


زون بندی و تعیین محدوده ها :

یک شفاخانه عمومی به بخشهای ذیل زونبندی میگردد :

مراقبت، معاینه و تداوی، ذخیره و محل نگهداری موقت زباله، اداری و فن آوری تقسیم می شود. قسمت های اقامتی و احتمالا بخش های آموزشی و تحقیقاتی و همچنین بخش های حمایتی برای عملیاتی های خدماتی نیز در یک شفاخانه عمومی وجود دارند.

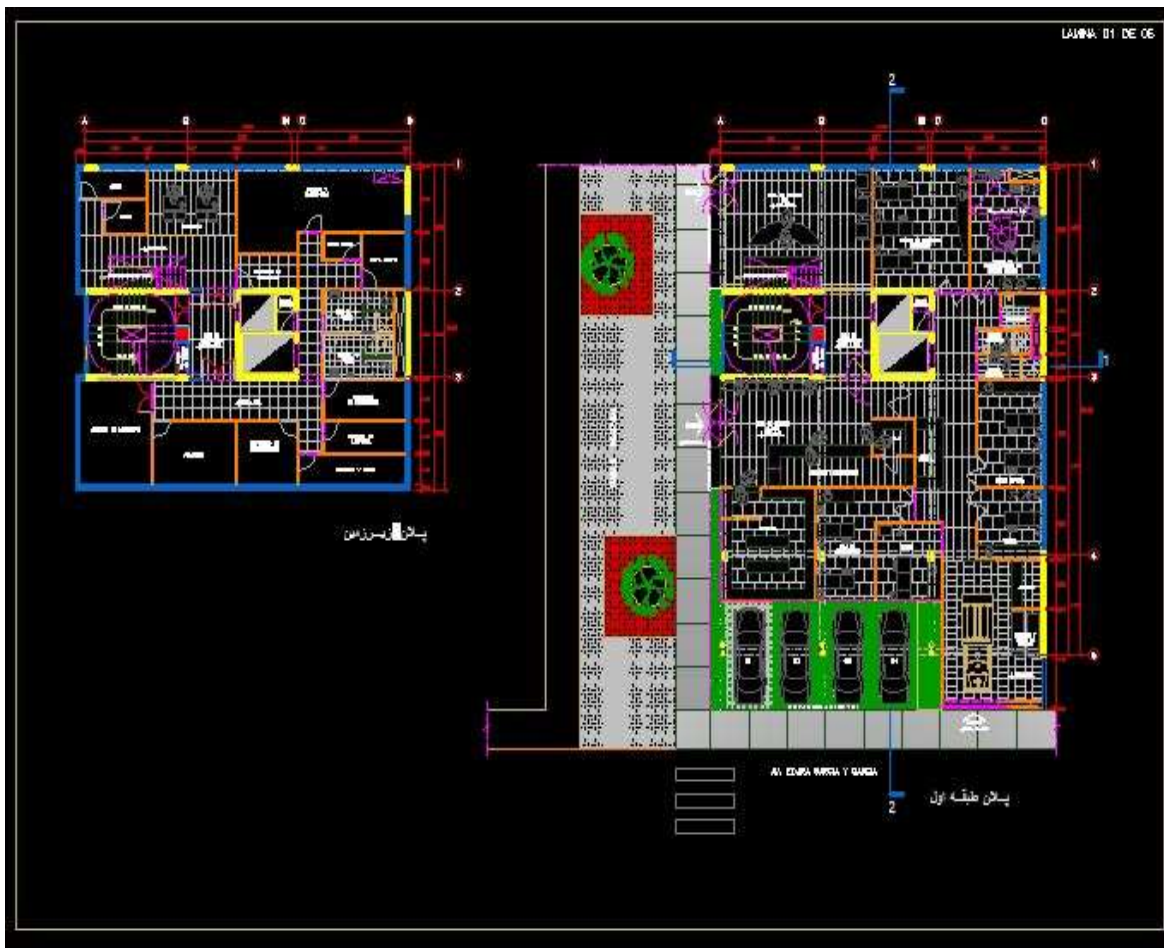




انواع شفاخانه ها:

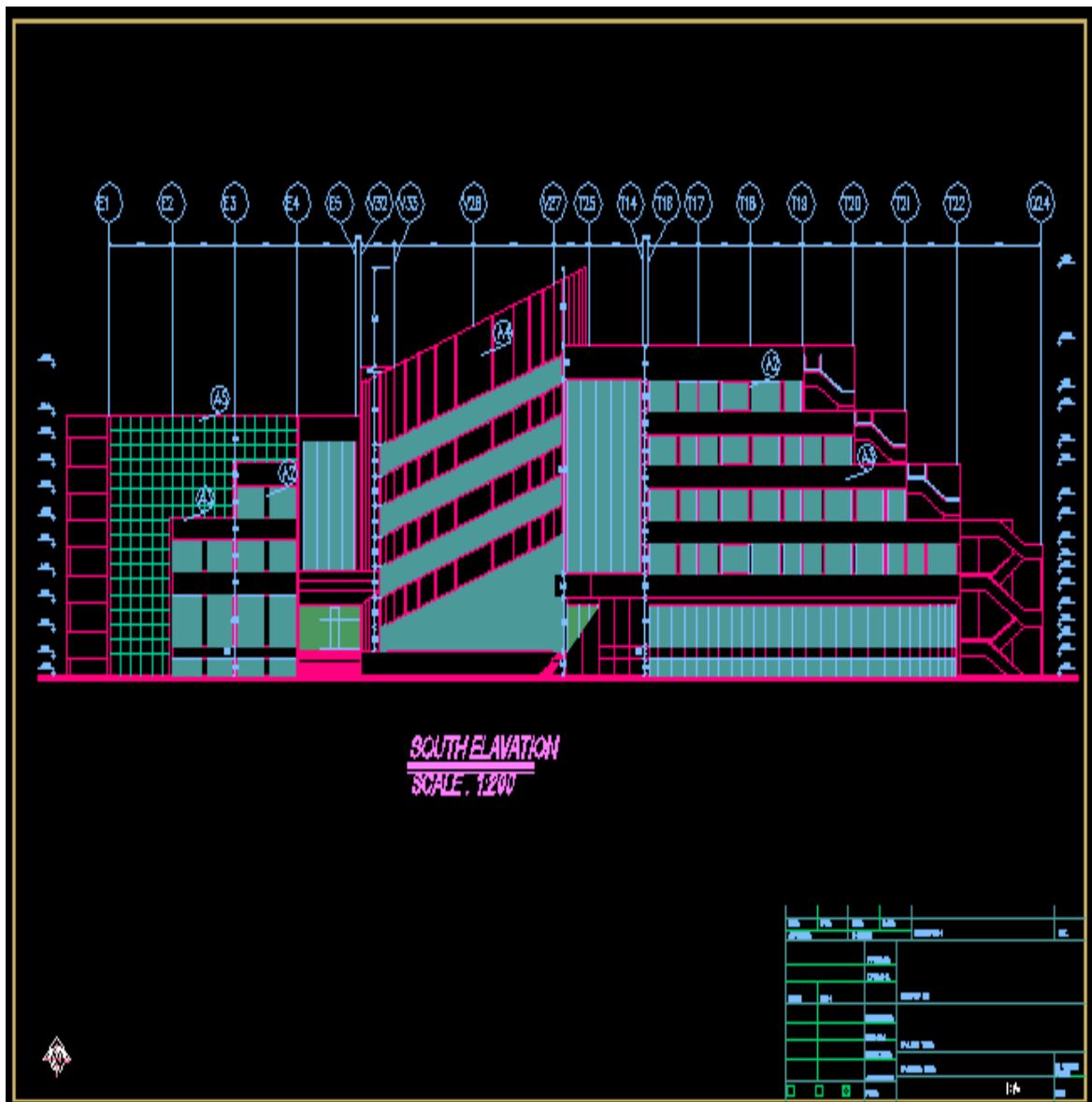
شفاخانه ها را میتوان به گروپهای ذیل تقسیم کرد:

کوچکترین (تا ۵۰ بستر)، کوچک (تا ۱۵۰ بستر) استاندارد (تا ۶۰۰ بستر) و بزرگ (بالا تر از ۶۰۰ بستر). حمایت کنند ه گان مالی شفاخانه ها ممکن است دولت، بنیادهای خیریه یا خصوصی یا هم ترکیبی از اینها باشند. شفاخانه ها را میتوان از جهت نوع فعالیت به شفاخانه های عمومی، تخصصی و کادری تقسیم کرد. درین بخش خواستیم به طور نمونه از شفاخانه کادری که امروز بر سر زبانها است ، بیشتر و درشتر به سر زبانها است تحت مطالعه قراردهم.









شفاخانه های کادری:

شفاخانه های کادری با بیشترین ظرفیت خدماتی را میتوان برابر با دانشکده های طبی و شفاخانه های عمومی بزرگ دانست. آنها امکانات تشخیص و تداوی گسترده ای دارند و به طور اصولی تحقیقات و آموزش را به پیش می برند. سالون های سخنرانی و اتاقهای سیمینار باید طوری گنجانده شوند که فعالیت شفاخانه ها توسط ناظرین مختل نشوند. بخش ها باید بزرگ باشند تا هم ملاقات کنندگان و هم ناظران را در خود جای دهند. امکانات و نیازهای خاص شفاخانه های طبی ایجاب می کند که اتاقها به صورت خاص طراحی شوند.



مفهوم طرح ریزی :

۱- موقعیت:

محل پروژه باید دارای فضای کافی برای بخشهای اقامتی ، مستقل و دیپارتمنت های مختلف شفاخانه باشد. باید در منطقه آرام باشد و در آینده نیز احتمال ساختمان ها در اطراف آن وجود نداشته باشد ، مگر اینکه توسط محل های مجاور تفکیک و مستثنی شده باشد. تجهیزات نباید بر اثر مهتاب گرفتگی، باد شدید، گردوغبار، دود، بو و حشرات آسیب ببینند. زمین نباید آلوده باشد و برای گسترش فضا، زمینهای آزاد اطراف نیز در نظر گرفته شوند.

بخش ها و قسمت ها در طبقه همکف



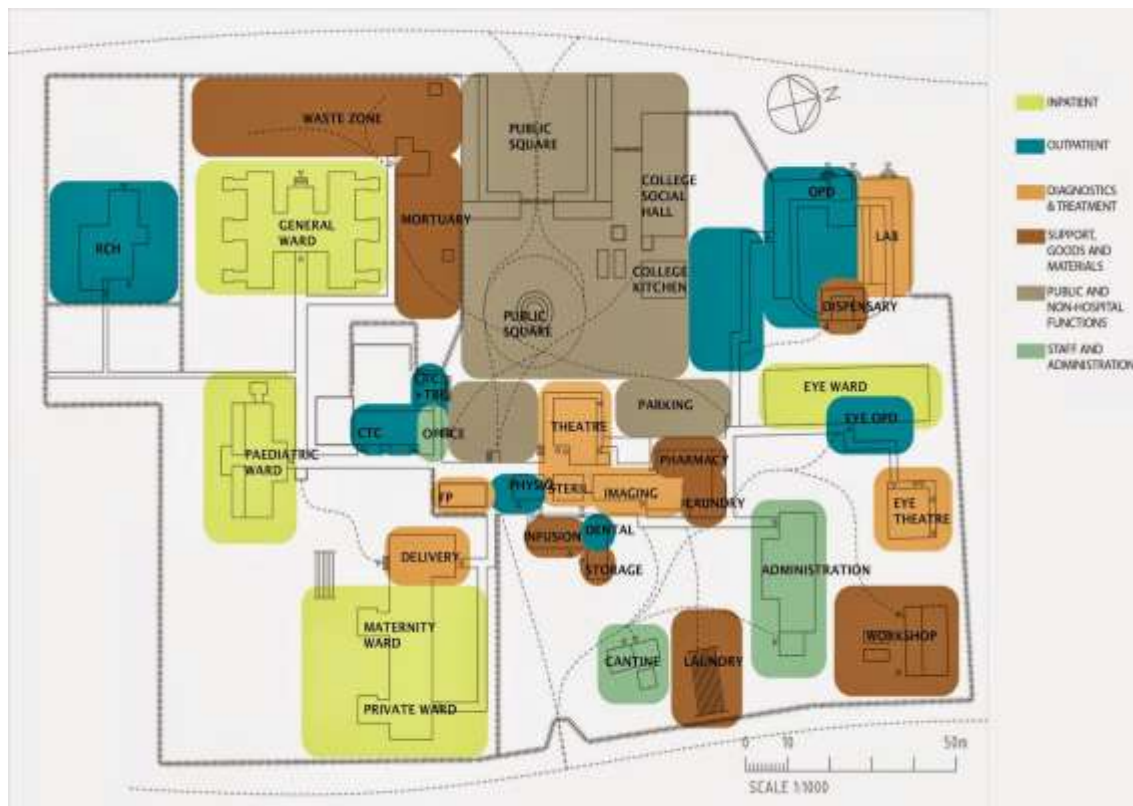
۲- جهت:

بهترین جهت برای اتاق بستر ها (صحت یابی) و جراحی بین شمال غرب و شمال شرق است. نمای بخش پرستاری در جهت جنوب و جنوب شرق مناسب است ، آفتاب صبحگاهی دلپذیر، گرمای کم، مزاحمت کم نور آفتاب (احتیاج به تاریک کردن اتاق نیست)، هوای ملایم در عصر ها، اتاقهایی که رو به شرق و غرب هستند به نسبت دارای آفتاب گیری بیشتر هستند اگر چه از آفتاب زمستانی بهره کمتری می برند. جهت بخشهای شفاخانه ها که دارای اقامت متوسط کوتاهی هستند ، مهم نیست برخی مقررات انضباطی ، تخصصی حکم می کنند که مریضان در معرض نور مستقیم خورشید قرار نگیرند، که اتاقهای رو به شمال برای آنها مناسب است.

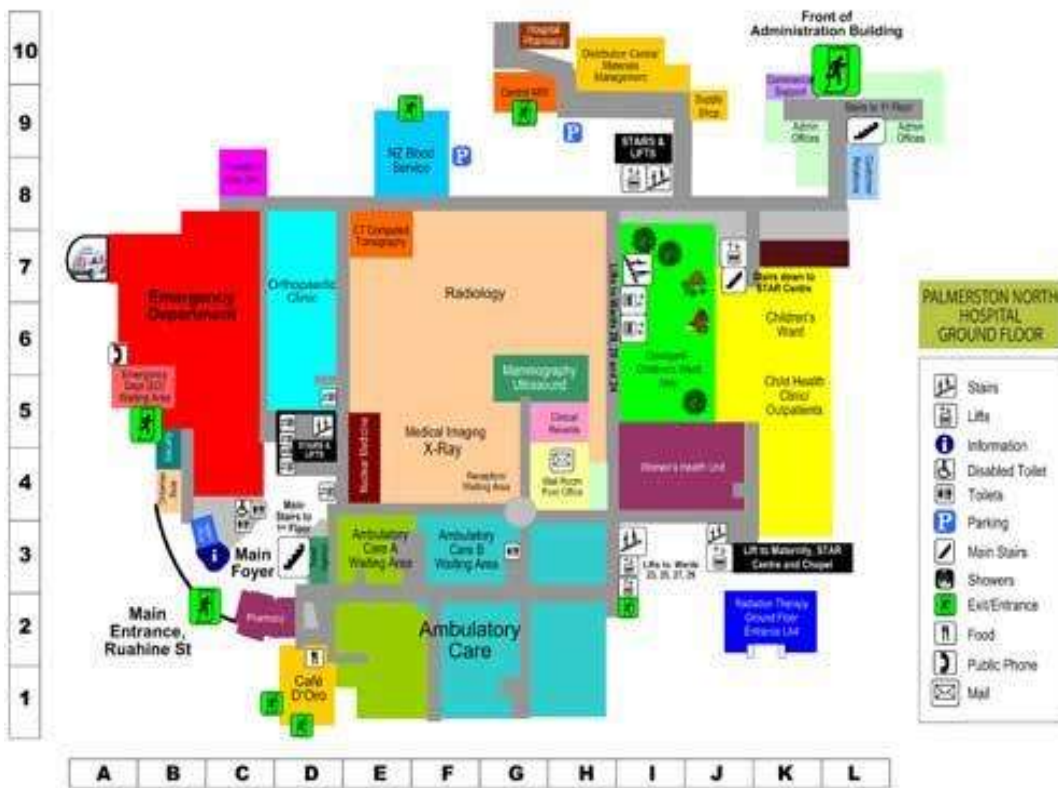
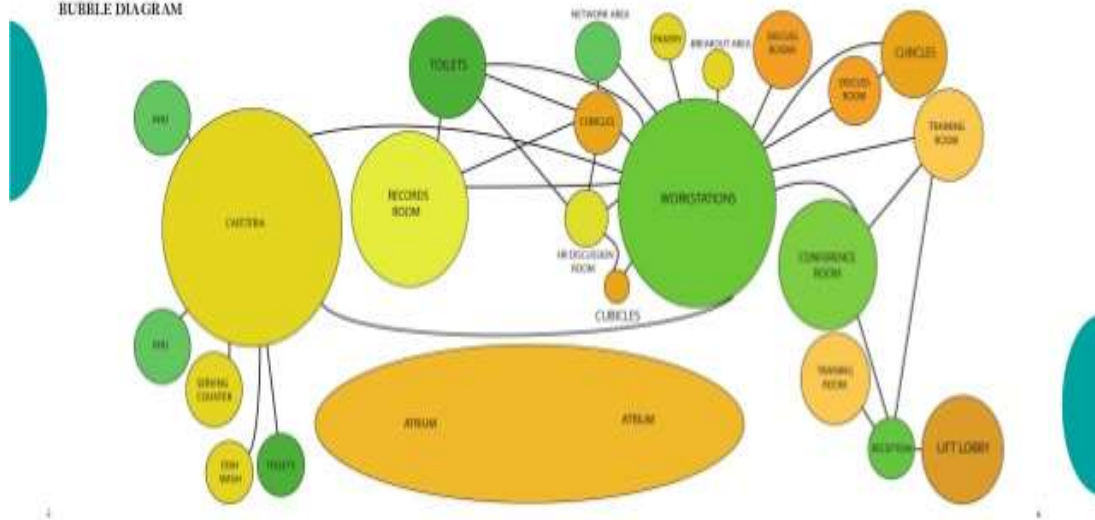


۳- تصویر:

یک شفاخانه قرار است انکشاف یابد، طراحی آن شامل چهار فاز سازنده گی می‌شوند، محیط بسته بزرگ که شامل یک پارک ساخته خواهد شد که کلکین ها بتوانند رو به آن باز شوند، بدون آنکه صدا مزاحمت ایجاد کند.



BUBBLE DIAGRAM





اشکال پلان صحت یابی مریضان موقتی (سرپایی) :



محل صحت یابی مریضان موقتی (سر پایی) دارای اهمیت ویژه‌ای است. جداسازی مسیر مریضان موقتی (سرپایی) و مریضان بستر شونده باید در اوائل برنامه ریزی مد نظر قرار گیرد. با این حال راه دسترسی به دیپارتمنت های پرتو ایکس و جراحی باید نزدیک باشد. امور مربوط به مریضان موقتی (سرپایی) هر روز مهمتر می‌شوند. بنابراین به اتاق‌های انتظار بزرگتر و اتاقهای معاینه بیشتری نیاز است.



دهلیز ها:

دهلیز ها باید برای بیشترین جریان رفت و آمد طراحی شوند. در کل، دهلیز های ارتبائی باید حداقل دارای ۱۵۰ سانتی متر عرض داشته باشند. دهلیز های که مریضان را با چپرکت متحرک جابجا می کنند ، باید حداقل دارای عرض مفیده (موثر) ۲۲۵ سانتی متر باشند. سقف معلق (آویزان) در دهلیز ها می توانند تا ۲۴۰ سانتی متر ارتفاع داشته باشند. کلکین های نورگیر و هواگیر نباید بیش از ۲۵ متر از یکدیگر فاصله داشته باشند. عرض دهلیز ها نباید توسط برآمده گیهای دیوار، پایه ها، نیمه پایه ها و عناصر دیگر ساختمان مختل (تکر خور) و محدود شود. در دهلیز های بخش باید با توجه به مقررات داخلی دروازه برای خروج افراد عملی سگرت توصیه شود.

<u>Sr.no</u>	Area	Corridor width
		(in Meters)
1	ICU	2.3
2	Nursing area (IPD)	2.25
3	Surgical area	2.5
4	Service areas (storage of medical equipment)	3.5 to 4
5	Medical service corridor (only for medicine storage and staff circulation)	1.5 to 2.25
6	Lift lobby	4.7
7	OPD	2.25



دروازه ها: در طراحی دروازه ها ، بهداشت باید در نظر گرفته شود. رویکش (لایه سطحی) دروازه باید دارای مقاومت بلند مدت در برابر نظافت مداوم توسط پاک کننده (صفاکار) و میکروب کشها باشد و باید طوری طراحی شود که مانع انتقال صدا، بوی های نامطبوع و جریان هوا باشند. دروازه ها نیز باید دارای همان استاندارد عایق بندی در برابر صدا باشد که دیوارهای اطراف از آن برخوردارند. چوب رویکش دروازه باید حداقل توانایی کاهش صدا تا ۲۵ دسی بل را داشته باشد.

ارتفاع دقیق دروازه ها به نوع و عمل آنها بسته گی دارد.

۱- ارتفاع دروازه های معمولی ۲۱۰ ای ۲۲۰ سانتی متر

۲- ارتفاع دروازه های عبور وسایل نقلیه ۲۵۰ سانتی متر

۳- ارتفاع دروازه های ورودی انتقالات (موتر با داشتن بار) ۲۷۰ ای ۲۸۰ سانتی متر

حداقل ارتفاع درادخال های عمومی (احاطه) ۳۵۰ سانتی متر باشد.





زینه ها:

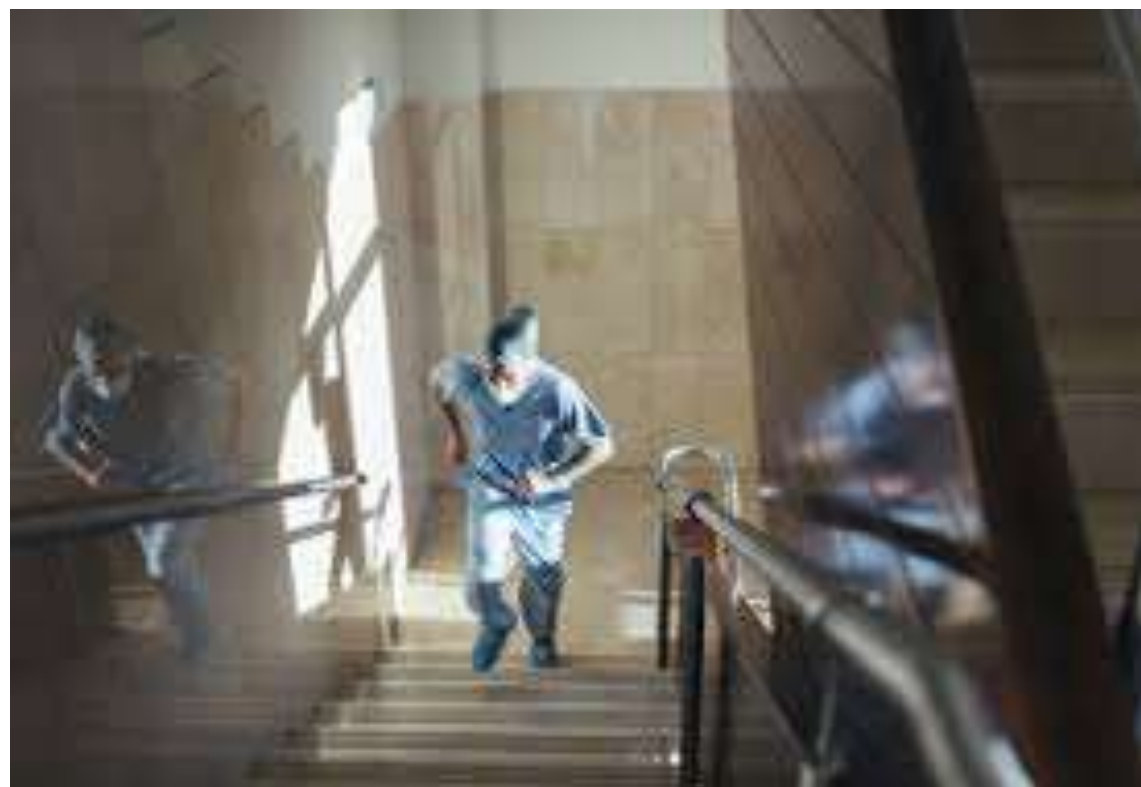
به خاطر دلایل سلامتی، زینه ها باید طوری طراحی شوند که در موقع لزوم ظرفیت تمام عابرین (عبور و مرور) عمومی را داشته باشند. البته مقررات ساختمان سازی مروجه نیز باید در نظر گرفته شوند. کتاره ها باید در هر دو طرف مارش زینه وجود داشته باشند و بدون بر آمده گی پیشین باشند (بدون لبه برآمده) زینه های دورانی یا دایره وی (حلزونی) نمی تواند در مقررات مربوط به صفت زینه گنجانده شوند. (مجاز نیست) فاصله موثر عرض مارش ها (پاگردها) باید حداقل دارای ۱۵۰ سانتی متر باشند و از ۲۵۰ سانتی متر تجاوز نکنند. دروازه ها نباید فاصله مفید مارش (پاگردها) را اشغال و محدود کنند و با توجه به مقررات شفاخانه، دروازه های ادخال تعمیر باید به طرف بیرون باز شوند. میتوان حد اعظم خیز زینه به ارتفاع ۱۷ سانتی و حد اقل عرض پت ۲۸ سانتی باشد. بهتر است خیز زینه را ۱۵ سانتی و عرض پت را ۳۰ سانتی در نظر گرفت.

نوت :

ابعاد زینه ها نظر به نوعیت استفادوی تعمیر بادر نظر داشت فنکشن قد، تعداد استفاده کنندگان و سن اشخاص در نظر گرفته میشود.









لفت های برقی:

لفت برای انسانها، ادویه جات، البسه (روحایی، بالشت، دوشک، کمپل) و چپرکت های شفاخانه ها را بین طبقات جابجا می کنند. به خاطر مسائل بهداشتی و زیبایی بهتر است لفت های جداگانه ای را برای هر کدام این اهداف در نظر گرفت. در ساختمان هایی که مراقبت، معاینه و درمان در طبقات بالایی انجام می گیرند، حداقل دو لفت برای انتقال چپرکت (تخت) لازم است. کابین لفت باید به اندازه ای باشد که جای برای یک چپرکت و دو همراه وجود داشته باشد. سطوح داخلی کابین باید صاف، قابل شستشو و به راحتی قابل ضد عفونی باشد. کف آن نباید لغزنده و لشم باشد. خالیگاه (دکت) لفت باید ضد آتش باشد. برای هر صد چپرکت (تخت) یک لفت چند منظوره توصیه میشود. تعداد این لفت ها در شفاخانه های کوچکتر حداقل دو دستگاه باید باشد، بر علاوه حداقل دو لفت کوچکتر برای تجهیزات قابل حمل، کارکنان و ملاقات کننده گان نیز وجود داشته باشد:

ابعاد دقیق کمترین لفت : ۹۰ در ۱۲۰ سانتی متر

ابعاد دقیق خالیگاه (دکت) کمترین لفت : ۱۲۵ در ۱۵۰ سانتی متر





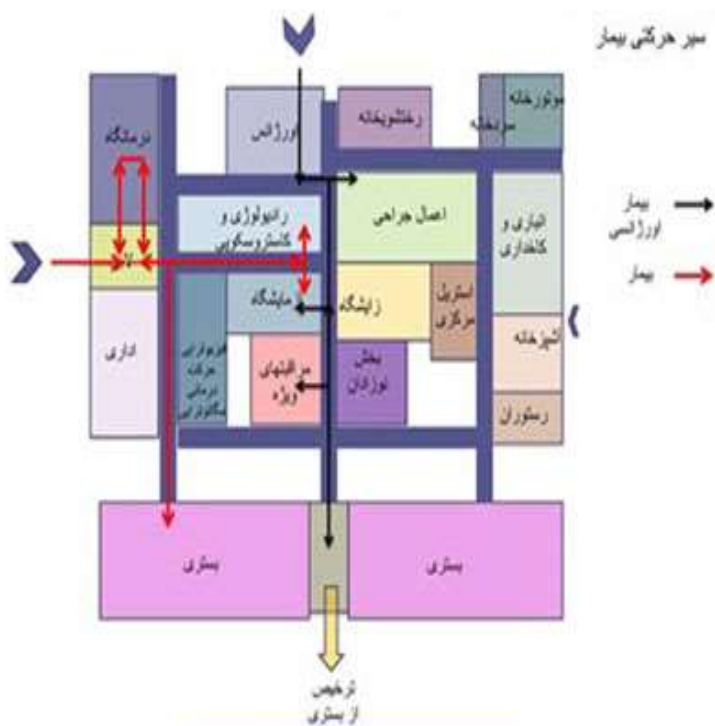


دید داخلی فضای لفت (سترکچر لفت)



جهت یابی (مسیریابی) :

برای جلوگیری از انتقال میکروب بر اثر تماس، فعالیت‌های مختلف جداگانه باید صورت گیرد. سیستم دهلیز های که در آن بیماران جراحی شده و بیماران آماده جراحی، کارکنان آماده جراحی و کارکنان پس از انجام عملیات و حمل وسایل پاک و کثیف از یک دهلیز استفاده می‌کردند، دیگر معیار (استاندارد) نیست. بهتر است دو دهلیز داشته باشیم که در آن بیماران و کارکنان یا بیماران و وسایل ناپاک از یکدیگر جدا باشند. هنوز بهترین نوع این موارد مشخص نشده است و بنابراین به صورت جداگانه در نظر گرفته می‌شوند. یک راهبرد موثر، جدا کردن جریان مریض از محل کار مورد استفاده کارکنان گروه جراحی است.



اتاق بیهوشی (اناستیزی) :

اندازه اتاق بیهوشی باید تقریباً ۳۸۰ در ۳۸۰ سانتی متر باشد و دروازه های آن نیز کشکی (سلاپدنگ) و یا برقی باشد و به اتاق عملیات باز شوند (عرض دروازه عملیاتخانه ۱۴۰ سانتی متر) این دروازه ها باید دارای دریچه و شیشه ای باشند تا بتواند با اتاق جراحی ارتباط تصویری داشت. اتاق باید مجهز به یخچال ، دستشویی آب ، سیستم آبرسانی و کانالیزاسیون، کابینت جهت نگهداری پیپ های مخصوص جراحی ،اتصالات تجهیزات بیهوشی بالون های اکسیجن و برق اضطراری باشد.





"You'll be discharged quickly after surgery and placed in our mobile recovery unit: a taxi home."

اتاق ترخیص بیهوشی (مرخص شدن از بیهوشی):

این اتاق به اتاق بیهوشی شباهت دارد. دروازه ورودی به دهلیز کاری باید یک پله‌ی به عرض ۱۲۵ سانتی متر باشد.



اتاقهای جراحی اصلی :

تعدادی اتاق ، ملزومات و کار در مجاورت مستقیم اتاق جراحی هستند. اتاق جراحی باید به گونه‌ای طراحی شود تا هر چه بیشتر به شکل مربع شباهت داشته باشد ، تا کار در هر جهت از تخت (میز) جراحی به راحتی انجام گیرد. اندازه مناسب می‌تواند ۶۵۰ در ۶۵۰ سانتی متر با ارتفاع ۳ متر و اضافه ارتفاع ۷۰ سانتی برای تهویه و خدمات دیگر باشد. اتاقهای جراحی بهتر است یکسان باشد تا حداکثر انعطاف پذیری را داشته باشند و عملیات ها روی میز متحرک (موبایل) صورت گیرد که بر روی پایه ای ثابت در وسط اتاق قرار گرفته باشد. نور طبیعی از نظر روانشناسی دارای امتیاز خاصی است که جلوگیری از آن تقریباً غیر ممکن می باشد. و اگر هم امکان آن وجود داشته باشد باید سیستمی وجود داشته باشد که به طور کامل جلوی نفوذ این نور را بگیرد (به طور مثال : عملهای جراحی چشم در فضای خیلی تاریک انجام می‌گیرد) امروز اتصالات خدماتی و وسایل فنی معمولاً از طریق تجهیزات بیهوشی معلق تأمین می‌شود. در غیر این صورت ، اتصالات خطوط خلاء ، اکسید نیتروس و برق اضطراری باید حداقل ۱۲۰ سانتی متر بالاتر از سطح فرش اتاق قرار گیرند. جدا کردن بخشهایی که در حد بالای میکروب زدایی شده اند (استریل) و وسایل استریل نیز به آنجا ارسال می‌شود بسیار مهم است. تقسیم اتاق عملیات به دو قسمت عفونی و غیر عفونی یک بحث طبی است ، اما عمل هوشیارانه و منطقی است. فرش اتاق و سطح دیوارها باید بسیار صاف و قابل شستشو باشند. از نصف برآمده گیهای تزئینی و دیکوراتیوی باید جداً جلوگیری کرد.







اتاق شستشو:

تقسیم اتاق شستشو به بهداشتی و معمولی دلخواه (ایده ال) است ، اما از نقطه نظر بهداشت یک اتاق مجهز کافی است. حداقل عرض اتاق باید ۱۸۰ سانتی متر باشد. برای هر اتاق جراحی باید سه دستشویی (سینک) مخصوص که آب را به اطراف نمی پاشد وجود داشته باشد ، که از طریق پایدل کنترل و یا هم اتومات باشد. باید دارای دریچه دید باشند و اگر هم برقی هستند باید با پایدلهای پای باز شوند. اگر صرفه جویی در الویت دارد میتوان از دروازه های پایپ چرخش استفاده کرد.

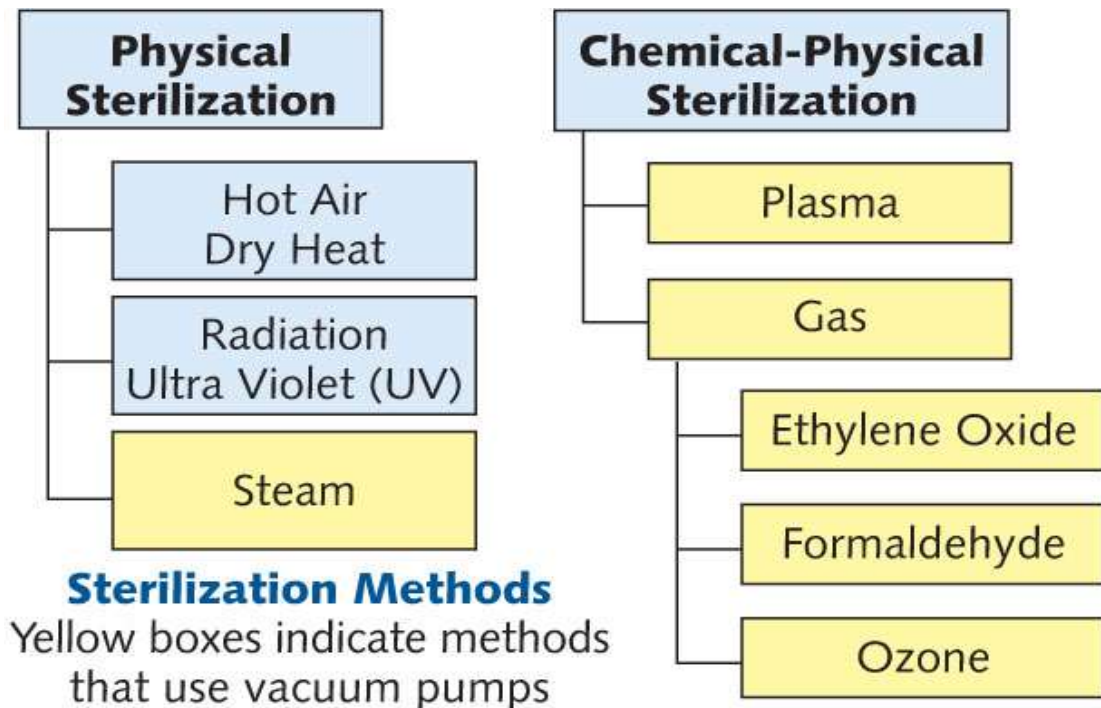




اتاق اشیاء تعقیم (استریل):

اندازه این اتاق دارای انعطاف پذیری بیشتری است ، اما باید به اندازه کافی فضای قفسه و کابینت وجود داشته باشد که بتوان به طور مستقیم از اتاق عملیات به آن دسترسی داشت. برای هر اتاق عملیات اشیاء تعقیم (استریل) به مساحت تقریبی ۱۰ متر مربع نیاز است.







اتاق تجهیزات:

اگر چه دسترسی مستقیم به اتاق عملیات ترجیح داده میشود مگر این کار همیشه ممکن نیست. اگر دسترسی مستقیم امکان پذیر نباشد، اتاق تجهیزات باید تا حد امکان نزدیک به اتاق عملیات باشد تا مدت انتظار کمتر شود. اتاق وسایل به اندازه ۲۰ متر مربع باید در نظر گرفته شود.



اتاق قبل از تعقیم (استریل):

این اتاق را میتوان مستقیم یا غیر مستقیم به بخش تعقیم (استریل) اتاق عملیات مرتبط کرد. این اتاق شامل یک بخش بهداشتی برای اشیاء تعقیم شده و یک بخش معمولی برای اشیاء غیرتعقیم (استریل) است. تجهیزات آن باید شامل دستشوی (سینک)، سطح ذخیره (انبار)، سطح کار و تعقیم (استریل) کننده‌های بخار باشد. وصل کردن یک اتاق زیر مجموعه تعقیم (سب استریل) به چندین اتاق عمل می‌تواند مشکلات بهداشتی بوجود آورد که این کار نباید صورت گیرد. توجه داشته باشید که ابزار جراحی در واحد استریلیزه مرکزی آماده می‌شوند که خارج از محوطه جراحی قرار دارد.



اتاق گج کاری (گیری):

به خاطر مسائل بهداشتی، این اتاق نباید در محوطه جراحی باشد بلکه در محوطه مریضان موقتی (سرپایی) باید قرار گیرد. در واقع مریض عاجل باید از لابی‌های مختلف عبور کند تا به اتاق عملیات برسد. تجهیزات شرایط پس از علم فناوری اتاق بهداشت و تهویه هوا: سیستم تهویه هوا جزئی حیاتی از فناوری اتاق بهداشت است. نمونه معمولی آن از جابجایی کم، لرزش (دارای لرزه کم) با سرعت ثابت حرکت هوا ۴۵ متر بر ثانیه استفاده می‌کند که تمام میکروبها و ذرات رها شده را به خارج می‌راند. یک سیستم دمنده جهت دار هوا نیز برای به حداقل رساندن جریان هوا و یکنواختی آن، هوا را به داخل اتاق عملیات می‌دمد. بنابراین می‌توان به مقدار زیاد از ترکیب هوای آلوده و هوای تازه (هوای اتاق بهداشت) جلوگیری کرد. برای حفظ بهداشت و پاکی تجهیزات جراحی به مسافتی به ابعاد تقریبی $3/00 \times 3/00$ متر نیاز است. همچنین سیستم تهویه هوا پیش از آماده کردن مقدار هوا مورد نیاز، از طریق تهویه، رقیق و فشرده کردن هوا سطح اجرام زنده هوایی را می‌کاهد. به طور مثال برای اطمینان از آلودگی زدایی هوا بین اتاقهای عملیات به ۱۵ تا ۲۰ بار تعویض هوا در ساعت نیاز است. ایجاد منطقه‌ای در اتاق عملیات که تا حد امکان فاقد جرم ذره باشد. از ورودی کنترل نشده هوا از طریق اتاقهای مجاور به داخل اتاق عملیات باید جلوگیری کرد. این کار را می‌شود از طریق هوا بندی اتاق عملیات (تمام درزها در طی ساخت باید پر شوند) و با تغییر فشار انجام داد (یعنی بالاترین فشار که در اتاق عملیات است به تدریج در اتاق بیهوشی کمتر و در اتاقهای دیگر به حداقل می‌رسد تا با بوجود آمدن تفاوت فشار هوا از اتاق عملیات به اتاقهای که به مراقبت کمتر احتیاج دارند حرکت کند) بنابراین کلکین های اتاق عملیات باید دارای پله (دریچه) های مشبک تهویه هوا با قابلیت هوا بندی کامل باشند.





فعالیت‌های کمکی (جنبی):

اتاقهای فعالیت‌های کمکی ضروری نیست که در نزدیکترین مجاورت اتاقهای عملیات قرار گیرند. این اتاقها بوسیله دهلیز های که مورد استفاده مریض نباشد جدا شوند.





اتاق پرستارها (نرس ستیشن):

ابعاد این اتاقها بستگی به بزرگی دیپارتمنت جراحی شفاخانه دارد. باید فرض شود که در هر تیم جراحی هشت عضو دارد (دوکتوران، پرستار(نرس))های اتاق عملیات، پرستار(نرس) های بیهوشی، اگر واحد جراحی دارای بیش از دو اتاق عملیات باشند مناسب است که افراد عملی سگرت از افراد غیر عملی سگرت جدا گردد. این اتاق راحتی باید دارای تعداد چوکی کافی، کابینت و یک دستشوی باشد.



محل کار پرستارها :

این اتاقها باید دارای موقعیت مرکزی باشند و دارای شیشه‌های بلند تا دهلیزکاری از آن طریق دیده شود. علاوه بر میز تحریر آنها باید دارای میز کاری بادر نظر داشت شکل زیر، کابینت و دیوارهای بلند برای نصب برنامه‌ها باشند.





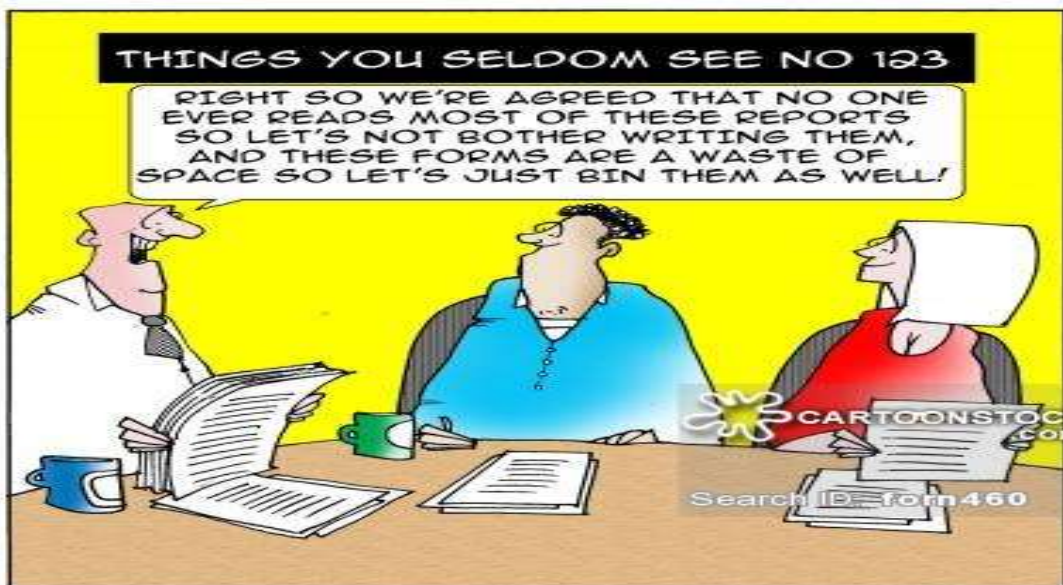
اتاق گزارشات:

این اتاقها که نیاز آنها حتمی نیست ، نباید بیش از ۵ متر مربع باشند در این اتاقها جراحان پس از عمل جراحی گزارشات شانرا آتیه می کنند.



shutterstock

IMAGE ID: 42782088
www.shutterstock.com



دواخانه :

یک دواخانه به مساحت ۲۰ متر مربع می‌تواند انواع مواد بیهوشی ، دوا های جراحی و مواد دیگر را در خود جای دهد .بلخصوص دارای الماری ها (قفسه‌های) گردشی باشد.



اتاق نظافت (بهداشتی) :

مساحت ۵ متر مربع برای چنین اتاقی کافی است ،این اتاقها باید به اتاق عملیات نزدیک باشند زیرا پس از عملیات میکروب زدایی (ضد عفونی) کردن ابزار صورت می‌گیرد.



ذخیره چپرکت ها (تختها) پاک:

در نزدیکی محدوده لابی مریضان باید فضای کافی جهت قرار دادن چپرکت ها (تختهای) پاک، تمیز شده و آماده وجود داشته باشد. مقدار مورد نیاز عبارتست از یک چپرکت (تخت) پاک اضافی برای هر میز جراحی.

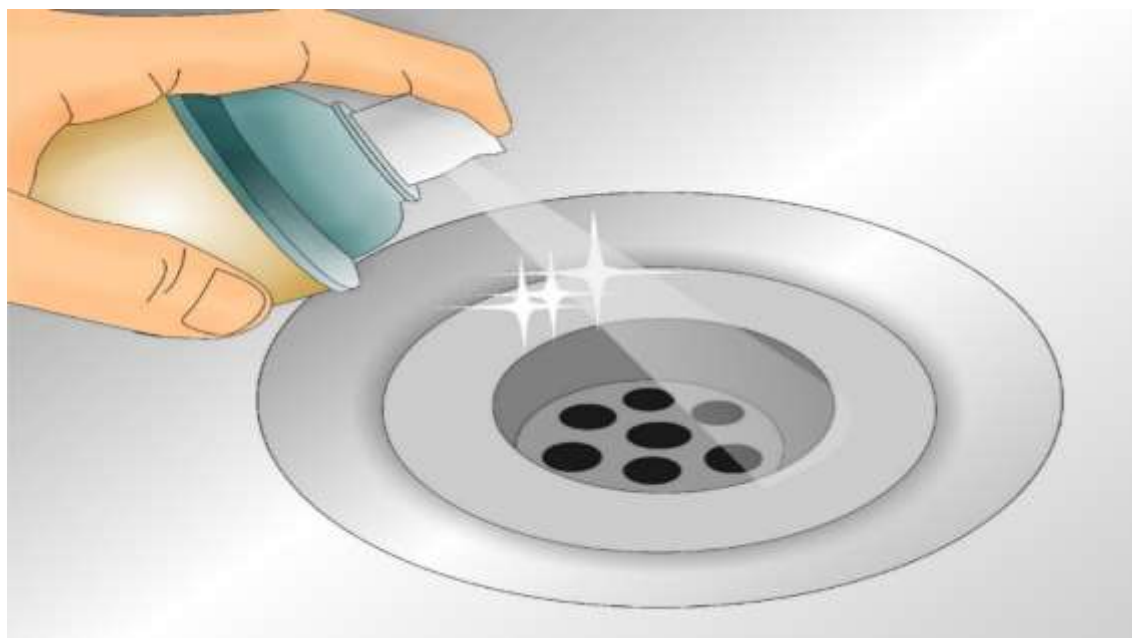
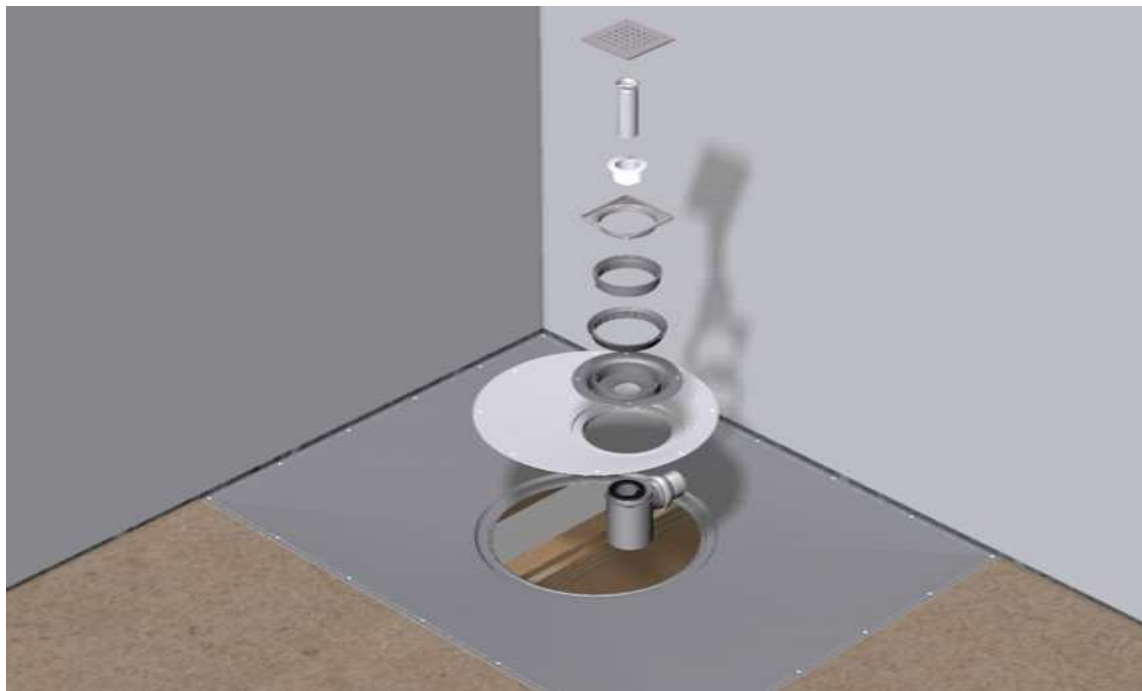


Toll Free 1-800-803-1083



پایشویه ها یا آبریزه ها (درینج):

به خاطر مسائل بهداشتی بهتر و استندرد باید خارج از محدوده جراحی و فقط در سرسرای (لابی) مریضان قرار گیرد.



ملزومات اتاق بازگشت هوشیاری (اتاق احیای دوباره):

Recovery

Recovery unit A suite in a hospital next to the surgical suites, where recently operated Pts are monitored for a period of hrs to ensure recovery from anesthesia, physiologic stress of surgery, prevent post-surgical complications—eg, aspiration and suffocation, identify arrhythmias, hypotension, and other conditions and/or acute decompensation of pre-existing conditions

اتاق احیای دوباره :

واحد بازیابی یک مجموعه در یک شفاخانه در کنار مجتمع های جراحی که در آن به تازگی تحت عمل جراحی قرار گرفته اند به مدت یک ساعت برای اطمینان از بهبود بی حسی، استرس فیزیولوژیکی جراحی، جلوگیری از عوارض بعد از جراحی مانند آسپیراسیون و خفگی، تشخیص آریتمی، هیپوتانسیون و سایر شرایط و / یا اختلال حاد شرایط پیش از ازدواج .

اتاق بازگشت هوشیاری باید بتواند چندین مریض عملیات شده از اتاقهای جراحی مختلف را در خود جا دهد. تعداد چپرکت (بستر) یا تختهای محاسبه شده باید ۱/۵ برابر تعداد اتاقهای عملیات باشند. اتاق مجاور آن اتاق شستشو با چند دستشوی است. اتاق پرستار (نرس ستیشن) باید دارای یک جایگاه نظارتی باشد که از آن بتواند بر همه مریض ها تسلط داشته باشد. طراحی اتاق باید طوری باشد که نور طبیعی بتواند وارد آن شود تا مریضان بتوانند خود را با ساعات شبانه روز اعیار سازند.





featurePics

FeaturePics.com - I2505722



رعایت نکات مصونیت (ایمنی) در جراحی :

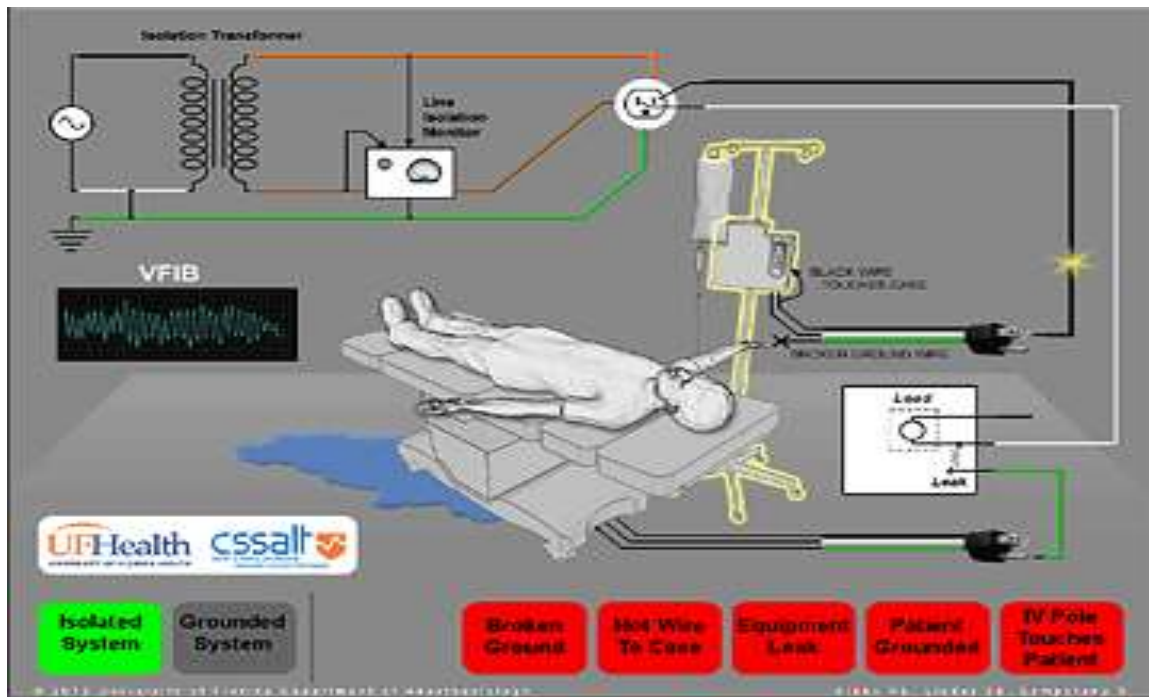
اتاق جراحی باید از طریق دروازه های کشکی ساده و یا برقی (سلایدنگ) به اتاقهای بیهوشی، ترخیص، شستشو و اشیاء تعقیم (استریل) ارتباط داشته باشند. این دروازه ها باید در خارج از اتاق عملیات نصب شوند تا فضای اتاق را اشغال نکنند. به خاطر مسائل بهداشتی، سیستم باز کردن دروازه ها باید با پایدهای پای و یا هم اتومات کنترل شود. در اتاق فعالیتهای جنبی دروازه های یک پله یی (بدون جفت) با عرض یک متر تا ۱,۲۵ متر کافی است. این نکته باید در نظر گرفته شود که اتاقهای اصلی بیهوشی دارای ترکیبی انفجار کننده از گازها هستند (بخارها، اکسیجن، اکسید نایتروجن) این گازها ممکن است به محدوده جراحی اتاقهای آماده کردن مریض و گچ گیری رخنه کنند. برای مقابله با جمع شدن گازهای بیهوشی در اتاق اتصالات الکتریکی و الکتروپزشکی باید حداقل در ارتفاع ۱,۲۰ متر از سطح فرش اتاق قرار گیرند. به وسیله فرش رسانای اتاقها را با هم برابر کنید. رطوبت هوا را بین ۶۰٪ تا ۶۵٪ حفظ کنید. اتاقهایی که جهت نگهداری مواد بیهوشی به کار می روند باید عایق آتش باشند و به اتاقهای عملیات، زایمان و بیهوشی راه نداشته باشند.

Surgical Safety Checklist		World Health Organization	Patient Safety A Global Alliance for Patient Safety
Before induction of anaesthesia (with at least nurse and anaesthetist)	Before skin incision (with nurse, anaesthetist and surgeon)	Before patient leaves operating room (with nurse, anaesthetist and surgeon)	
Has the patient confirmed his/her identity, site, procedure, and consent? ☐ Yes Is the site marked? ☐ Yes ☐ Not applicable Is the anaesthesia machine and medication check complete? ☐ Yes Is the pulse oximeter on the patient and functioning? ☐ Yes Does the patient have a: Known allergy? ☐ No ☐ Yes Difficult airway or aspiration risk? ☐ No ☐ Yes, and equipment/assistance available Risk of >500ml blood loss (7ml/kg in children)? ☐ No ☐ Yes, and two IV/central access and fluids planned	☐ Confirm all team members have introduced themselves by name and role. ☐ Confirm the patient's name, procedure, and where the incision will be made. Has antibiotic prophylaxis been given within the last 60 minutes? ☐ Yes ☐ Not applicable Anticipated Critical Events To Surgeon: ☐ What are the critical or non-routine steps? ☐ How long will the case take? ☐ What is the anticipated blood loss? To Anaesthetist: ☐ Are there any patient-specific concerns? To Nursing Team: ☐ Has sterility (including indicator results) been confirmed? ☐ Are there equipment issues or any concerns? Is essential imaging displayed? ☐ Yes ☐ Not applicable	Nurse Verbally Confirms: ☐ The name of the procedure ☐ Completion of instrument, sponge and needle counts ☐ Specimen labelling (read specimen labels aloud, including patient name) ☐ Whether there are any equipment problems to be addressed To Surgeon, Anaesthetist and Nurse: ☐ What are the key concerns for recovery and management of this patient?	

This checklist is not intended to be comprehensive. Additions and modifications to fit local practice are encouraged.

Revised 1 / 2009

© WHO, 2008



روشنایی:

روشنایی در اتاق عملیات باید قابل تنظیم باشد تا با توجه به موقعیت عمل جراحی، نور را با زاویه‌های مختلف بتواند. متداول ترین سیستم روشنایی چراغهای جراحی سقفی متحرک هستند. این سیستم متشکل از یک روشنایی اصلی است که دارای حرکت چرخشی و زاویه‌هایی است و یک چراغ (لامپ) کمکی که بر روی یک بازوی ثانوی غرض روشنایی نصب میگردد نیز ضرور است. که از تعداد زیادی چراغ های کوچک ساخته شده است تا از ایجاد سایه‌های خیلی تاریک جلوگیری شود. امروز اتاقهای عملیات تخم مرغی شکل با روشنایی داخل سقفی نیز گاهی ساخته میشوند. مقررات روشنایی شفاخانه ها شدت اسم روشنایی برای اتاقهای عملیات را 1000 LUX و اتاقهای کمکی عملیات را 500 LUX معرفی می‌کنند.













SPECIAL ADVANTAGE OF USING LED LIGHTS IN INDIA



LEDs are energy efficient as they emit 10 times less heat than CFLs



LEDs last at least 25 times longer than Incandescent bulbs



LEDs are energy efficient as they emit 10 times less heat than CFLs



On/Off cycling has no effect on the lifespan of LED bulb



تعقيم سازی مرکزی :

این مکان جایی است که تمام ابزار را آماده می‌کند. بیشتر این وسایل توسط دیپارتمنت جراحی (۴۰٪) و مراقبتهای ویژه، جراحی و داخلی (هر کدام ۱۵٪) استفاده می‌شود. به همین دلیل اتاق تعقيم سازی و مرکزی باید در نزدیکی این حوزه‌های تخصصی قرار گیرد. توصیه می‌شود که مکانهای تعقيم سازی در جاهایی که دارای رفت و آمد کم (انسان و مواد) است قرار گیرند. تعداد تعقيم خانه ها بستگی به بزرگی شفاخانه ها و دیپارتمنت های جراحی دارد و ممکن است مساحت تقریبی ۴۰-۱۲۰ متر مربع را اشغال کنند.





HiDoctor.ir



بخش مراقبت های ویژه :

وظیفه بخش مراقبت های ویژه (ICU) جلوگیری از اختلالات خطرناک فعالیتهای حیاتی بدن است: به طور مثال ،اختلالات تنفسی، دگرگشت (سوخت وساز بدن) و قلب وعروق ،عفونتها، درد شدید و ازکارافتاده گی اعضاء (کبد، کلیه) خدمات بخش مراقبت های فشرده کنترل ودرمان وهمچنین مراقبت از مریض است. درشفاخانه های عادی که فاقد تخصص طبابت خاصی هستند مرسوم است که مراقبت های ویژه را به دوبخش جراحی و معالجه داخلی تقسیم بندی کرد.



ترتیب:

دبپارتمنت مراقبت‌های جدی باید یک بخش جداگانه باشد که فقط (بخاطر مسائل بهداشتی) از طریق لابی‌ها قابل دسترس باشد. توجه داشته باشید که براساس قوانین شفاخانه‌ها، هر بخش مراقبت‌های جدی، باید دارای بخش آتش‌نشانی جداگانه باشد. به غیر از سرسرای کارکنان و بیماران، ملاقات‌کنندگان فقط باید از طریق سرسرای ملاقات‌کنندگان (اتاق انتظار) به این واحد دسترسی داشته باشد. در مرکز یک واحد مراقبت‌های خاص باید یک جایگاه کاری باز مراقبت قرار داشته باشد که به همه اتاق‌ها مشرف باشد. اتاق بازگشت هوشی (به هوش آمدن) بخش جراحی معمولاً در قسمت مراقبت‌های خاص (جدی) قرار دارد تا مریضان بستر تحت مراقبت همان کارکنان قرار گیرند. (توجیه اقتصادی) تعداد بیماران هر بخش مراقبت‌های ویژه باید بین شش تا ده باشد تا از انباشته شدن حجم کارکنان داکتر و نرس جلوگیری شود و بهترین خدمت به مریضان ارائه شود. برای هر واحد (که دارای شش تا ده بستر) (چپرکت) است، باید جایگاه وظیفه نرسان، جایگاه تعقیم (داروها و آماده‌سازی خون) یک اتاق مواد و یک اتاق تجهیزات در نظر گرفته شود. فضای لازم بستر را می‌توان در ترتیب باز، بسته یا ترکیبی از آن دو قرار دارد. در ترتیب باز فضای فرش اتاق باید بسیار زیاد باشد. تمام بسترها باید در معرض دید و نظارت جایگاه نرس‌ها باشند و دیوارهای (پارتیشن‌هایی) سبک و متحرک، مریضان را از یکدیگر جدا کند. این دیوارها باید دارای وزن کم و ارتفاع آنها نصف سقف اتاق باشد. در ترتیب بسته اتاق‌های جداگانه‌ای برای بیماران در نظر گرفته شود، که باز هم باید تحت نظارت جایگاه مرکزی پرستارها یعنی نرس ستیشن‌ها باشند. از نقطه نظر بهداشتی و روانشناسی ترجیح داده می‌شود زیرا بیماران در این مرحله بسیار آسیب‌پذیر هستند. یک راه حل میانی که بسیار متداول است قرار دادن دو یا سه بستر در اتاق‌های جداگانه است. ایده آل‌ترین طرح نقشه‌ستره‌ای است که در آن اتاق مریض از جایگاه نرسان در مرکز منشعب می‌شود. اما به خاطر محدودیت فضا روش‌های سنتی متداول‌تر است.

Health and Recovery Plans (HARPs)

- New type of Medicaid Managed Care Plan
- Designed for people with serious mental health conditions and substance use disorders
- Covers all benefits provided by Medicaid Managed Care Plans, including expanded behavioral health benefits
- Also provides additional specialty services to help people live better, go to school, work and be part of the community

 Department of Health | Office of Mental Health | Office of Alcoholism and Substance Abuse Services

HURRICANE MARIA: 90 DAYS OF HEALTH RESPONSE AND RECOVERY IN PUERTO RICO



3,037
personnel
deployed



31,011
patients
cared for



100%
hospitals
are open

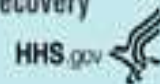


94%
dialysis
centers open



99%
federally
funded health
clinics open

HHS continues to work with leaders in Puerto Rico on health system recovery



وظایف کمکی:

برای وظایف کمکی بخشهای ذیل باید در نظر گرفته شود. اتاق عملیات برای جراحی‌های صغیره (جزئی) ۲۵ الی ۳۰ متر فضای آزمایشگاهی، آشپزخانه، و ملحقات است ۲۰ متراتاق مواد بهداشتی، اتاق معمولی، اتاق بهداشت، اتاق مهمانها، اتاق داکترنوکریوال، اتاق مدارک و در صورت امکان یک اتاق مشاور و امکانات بهداشتی (با هماهنگی بخش بهداشت) بخش جراحی از نظر امکانات طبابت باید خود کفا و مستقل باشد. در کنار تمام بسترها باید بالونهای اکسیجن، هوای فشرده و پمپ خلاء وجود داشته باشد و علاوه بر (سیگنال) پریزهای برق متداول، پریزهای کم ولتاژ (برای سیستم فراخوانی پرستاران) و پریزهای پر فشار (مثلا برای تجهیزات پرتو ایکس) نیز باید توصیه شود. بخش جراحی ویژه باید نزدیک و تا آنجا که می‌شود هم سطح با دیپارتمنت های جراحی و مریضان معالجه داخلی ویژه باشد. این بخش همچنین باید به پذیرش و مرکز خدمات عملیات عاجل نیز نزدیک باشد. باید با بخشهای مریضان موقتی (سرپایی) و جراحی مرتبط باشد همچنین توصیه می‌شود که راههای دسترسی به آزمایشگاه کلینیکی و بانک خون کوتاه باشد.





www.shutterstock.com · 309998684



THERAPY



MEDICAL RESEARCH

MEDICAL

ICON AND
ILLUSTRATION SET

3/8

بخش‌های مراقبت :

بخش‌های مراقبت مریضان باید در فضای بسته باشد و ترافیک انسانی آن با طرح ریزی درست راه‌ها را به حداقل برسد. بخشها باید دارای کلکین هایی جهت ورود نور طبیعی باشد. اما بخش‌های علاج، اتاق پرستارها، دواخانه و غیره را می‌توان با چراغ روشن کرد.

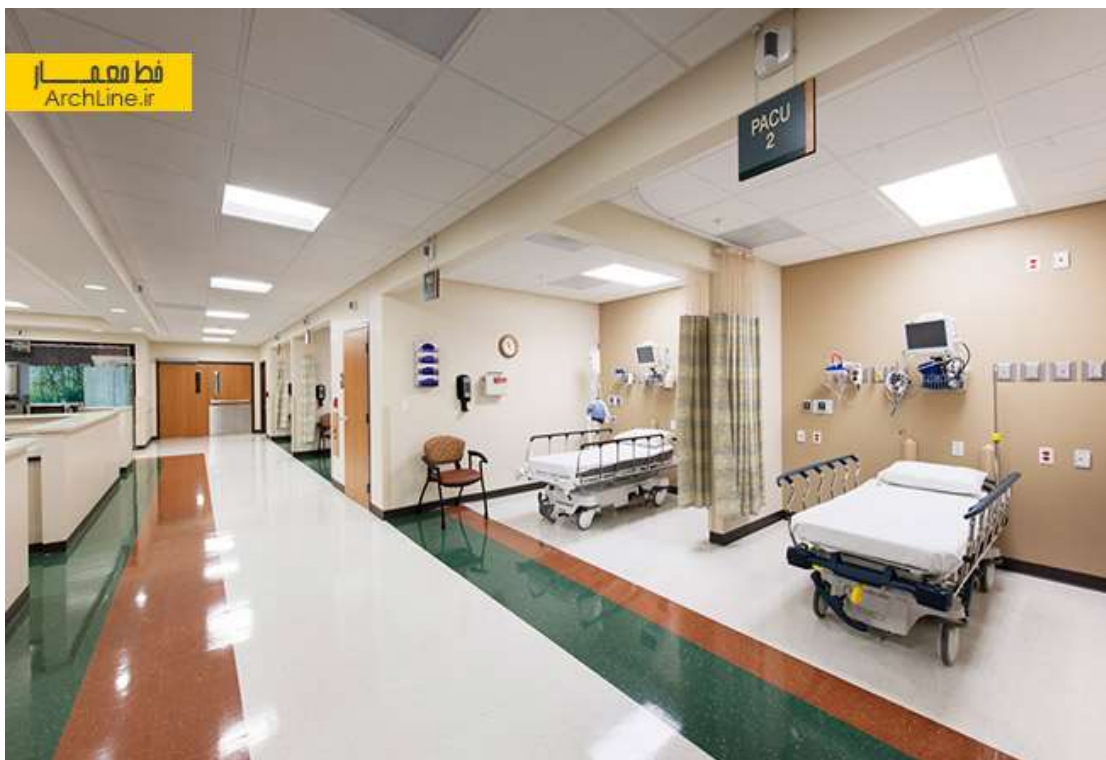




دییارتمنت های مراقبت :

دییارتمنت های مراقبت هر کدام به تخصصی ویژه تقسیم می‌شوند و اینها نیز دارای بخش های خود می باشند. برای ایجاد مراقبت و نظارت کافی تعداد بستر های هر بخش نباید بیش از ۱۶ تا ۲۴ عدد باشد، به خاطر استفاده صحیح از کارکنان معمولاً دو جایگاه کاری در کنار هم قرار داده و به بخش بزرگی از ناحیه خدماتی نرس ها متصل می‌کنند (برای مراقبت حدود ۳۰ تا ۳۴ مریض). ترتیب اتاقها به وضعیت، نوع و درجه حاد بودن مریضی بستگی دارد. نواحی نرس نیز باید متمایز باشند: پرستاری عادی، مراقبت ویژه و فشرده تعداد بستر برای هر گروه مراقبتی در بخش مراقبت جدی و فشرده کمتر است (بین ۶ تا ۱۲ بستر بسته گی به بزرگی شفاخانه) اتاقها باید به گونه ای قرار گیرد که در کناره‌های بستر (دو طرف و قسمتهای تحتانی) فضای کافی برای حرکت و دسترسی وجود داشته باشد. تعداد الماری با روک ها (کابینت‌ها و کمد ها) برای وسایل شخصی بیمار باید کافی باشد.

عکس نمونه وی از انتریرشفاخانه عصری:



بخش های لازمه در شفاخانه ها

بخش خانم ها و آقایان

- ۱- بخش ذخیره یا انبار ۱۵ مترمربع.
- ۲- اتاق معاینه خانم ها و آقایان ۳۶ مترمربع.
- ۳- سرویس بهداشتی به اندازه ضرورت .
- ۴- نرس ستیشن ۲/۵ در ۳/۰ مترمربع.
- ۵- اتاق استراحت خدمه ۸ مترمربع.
- الف : کادر ۵ مترمربع
- ب : مریضان ۱۵ متر مربع
- ۶- اتاق استراحت برای خانم ها و آقایان ۳۶ متر مربع.
- ۷- اکو (به اندازه ضرورت)
- ۸- حد اقل یک اتاق معاون داکتر برای معاینات جزیی ۱۶ الی ۲۰ متر مربع.
- ۹- اتاق شستشو
- الف :لباس شویی ۲در۲ متر
- ب :روجایی شویی ۳ در ۳ متر
- ۱۰- اتاق تخنیکي برق ۸ متر مربع .
- ۱۱- آشپز خانه ۱۵ متر مربع
- ۱۲- اتاق بخش (یک بستره ۱۵ متر مربع) و انفرادی برای هر بستر مساحت ۸ متر مربع ،عرض حد اقل اتاق ۳۲۰ سانتی متر ، دروازه اتاق ۱۲۶ در ۲۱۳ سانتی متر ، اتاق استراحت برای مریضان ۲۲ الی ۲۵ متر مربع جهت ملاقات های عادی ، مریضان با یکدیگر اندازه اتاق ۲۱۳ در ۱۲۶۰ سانتی متر عایق بندی صوتی انها ،

کابینیت کاهش صدا تا ۳۲ دیسی بل ارتفاع کاسه کمود به ارتفاع ۴۹ سانتی متر از سطح زمین .

در هر بخش و جود کمود برای کار کنان و ملاقات کننده گان و معلولین ضروری است .

در صورت امکان هر اتاق شاور و سرویس جداگانه اما وجود دستشوی و کمود استاندارد شفاخانه های امروزی (۸۶ سانتی متر ارتفاع تا معلول که از ویلچر استفاده میکند نیز بهرهمند شود)





Two men, both seriously ill, occupied the same hospital room.
 One man was allowed to sit up in his bed for an hour each
 afternoon to help drain the fluid from his lungs.





Download from
Dreamstime.com

This watermark-free image is for previewing purposes only.



56792926

Cloudfocus | Dreamstime.com





بخش عاجل :



بخش اورژانس



الف : عاجل (ایمرجنسی)

- ۱- اتاق داکتر ۷ الی ۹ متر مربع
- ۲- نرس ستیشن ۲/۵ در ۳ متر
- ۳- فضا برای بستر (محوطه بستر ها برای هر بستر ۵ متر مربع)
- ۴- اتاق پذیرش - ترخیص ۱۲ متر مربع
- ۵- سی دی آر ، احیای قلبی ، ریوی ، شوک ، تنفس ، و
- ۶- اتاق استراحت پرسونل برای خانم ها و آقایان ۳۶ مترمربع.
- ۷- اتاق مطالعه اضطراری (شامل تخت جراحی ، کمود ، دستشوی) ۲۰ الی ۲۵ متر مربع.
- ۸- شستشو ۹ متر مربع
- ۹- سرویس بهداشتی برای بیماران ۱۰ متر مربع و برای پرسونل ۱۰ متر مربع .
- ۱۰- اتاق پایوازان ۹ متر مربع

ب : بخش بستر (بید)

۱- پایوازان

الف : خانم ها ۸ متر مربع

ب : آقایان ۸ متر مربع

۲- ذخیره برای البسه و ملحفه مریضان ۱۵ متر مربع

۳- نرس ستیشن ۲/۵ در ۳ متر

۴- سرویس بهداشتی

الف: پرسونل ۲۰ متر مربع

ب : بخش ها ۲۰ متر مربع

۵- ذخیره (انبار) ادویه جات ۲۰ متر مربع

۶- بخش بستر ها (هر بستر با مانیتور و دستگاه آکسیجن) ۵ متر مربع



بخش مراقبت جدی

CCU- Critical Care unit

CCU = Critical Care Unit. Despite the exciting name, it's normally seen as a 'step down' from ICU, or as part of the ICU reserved for the less critically unwell. Normally CCU will be for patients who require more nursing input than is possible on a regular ward, and are at risk of deterioration; for example, non-invasive ventilation. Nursing input may be anywhere between two-to-one to four-to-one, depending on their patients.

- ۱- نرس ستیشن ۲/۵ الی ۳ متر مربع
- ۲- بهداشتی نظر به ضرورت
- الف : کادر ۱۴ متر مربع
- ب : مریضان ۱۴ متر مربع
- ۳- شستوشوی زیر پیراهنی ها ۴ متر مربع
- ۴- اتاق نگهداری ادویه جات ضروریات بخش ها ۱۲ متر مربع
- ۵- ذخیره لباس و ملحفه ها ۱۵ مترمربع
- ۶- بخش اتاق عملیات (پاس) گذاری
- الف : اتاق عملیات ۱۲ متر مربع
- ب : حمام و سرویس ۱۴ مترمربع
- ج : نوشابه و جوس ۶ متر مربع
- ۷- بخش یونت ها : ابعاد پیشنهادی برای هر یونت ۵ متر مربع
- ۸- استراحت کارکنان برای خانم ها و آقایان ۳۶ مترمربع

۹- لباس تبدیلی (رختکن) ۱۶ متر مربع

۱۰ - ظرفشوی ۲ مترمربع

بهترین نوشته های در دیوار های (سی سی یو)

جاپان: بهتر از گذشته باز خواهی گشت.
هالند: با نیروی علم به جنگ درد آمدم، پس نگران نباش هموطن.
ناروی: شغل ما آبروی ماست و هدف ما درمان توست.
ایران: هر گونه توهین به کادر بیمارستان، هشتاد ضربه شلاق.
و سه سال زندان مجازات دارد به همراه جریمه نقدی



بخش مراقبت های متمرکز (شدید) برای ۸ الی ۱۲ بستر

ICU-Intensive care unit for 8-12 beds

ICU = Intensive Care Unit. Reserved for the most severely unwell patients who are not able to maintain their own internal body environments, and thus require 'intensive' therapy (e.g. fluid resuscitation, inotropes to control blood pressure and heart rate, artificial ventilation, etc.). Patients will normally be managed one-to-one with nursing, with constant review and monitoring to ensure they are recovering.

۱- نرس ستیشن ۲/۵ در ۳ متر مربع

۲- سرویس بهداشتی

۳- تبدیلی لباس پرسونل برای خانم ها و آقایان ۱۶ مترمربع

الف : برای کادر ۵ متر مربع

ب : مریضان ۱۵ متر مربع

۴- اتاق نوشابه و جوس ۹ متر مربع

۵- اتاق سر نرس و یا سر خدمه (منشی) ۹ مترمربع

۶- اتاق عایق شده برای مریضان عفونی ۱/۵ در ۲ متر

۷- استراحت کادر ۱/۵ در ۲ متر

۸- ذخیره (انبار) تجهیزات ۲۰ متر مربع

۹- اتاق شستشو

الف : زیرپیراهنی ها ۲ در ۲ متر

ب : بستر ۳ در ۳ متر

۱۰- اتاق گاز های طبی ۶ متر مربع

۱۱- اتاق معاینه داکتر ۳ در ۴ متر

۱۲- بخش یونت با ابعاد تقریبی ۲ در ۳ متر

۱۳- اطفایه ۱/۵ در ۲/۵ متر

۱۴- اتاق عملیات برای جراحی صغیره ۲۵ الی ۳۰ متر مربع

۱۵- اتاق تدارک ۹ متر مربع

۱۶- اتاق مشاور ۱۲ متر مربع

۱۷- فضای آزمایشگاه ۹ متر مربع

۱۸- اتاق مواد بهداشتی و ادویه جات ۱۲ مترمربع





عملیاتخانه:

- ۱- اتاق عملیات حد اقل ۳۶ متر مربع
- ۲- اتاق قسمت نشستن ۹ متر مربع
- ۳- اتاق وسایل تعقیم ۱۰ متر مربع
- ۴- اتاق تبدیلی لباس ۹ متر مربع
- ۵- محل وسایل استفاده شده ۹ متر مربع
- ۶- آماده کردن مریض برای عملیات ۱۸ متر مربع
- ۷- بستر یا (تخت) عوض کردن بعد از عملیات ۱۸ مترمربع
- ۸- لباس تبدیلی ، شاورها ، وکمود ها ۱۴ متر مربع
- ۹- اتاق جونک کننده بدن ۱۸ متر مربع
- ۱۰- اتاق آماده کردن مریض ۱۸ متر مربع
- ۱۱- اتاق پرسونل بخش جراحی ۲۸ متر مربع
- ۱۲- اتاق دفتر بخش ۲۲ متر مربع
- ۱۳- پرستار پذیرش مریض ۳۲ متر مربع
- ۱۴- ذخیره گاه چپرکت های پاک و کثیف ۲۰ مترمربع
- ۱۵- ریکوری برای ۵ بستر ۳۲ متر مربع
- ۱۶- اتاق عملیات بزرگ ۴۹ متر مربع
- ۱۷- محل شستشو قبل از عملیات ۱۰ مترمربع
- ۱۸- محل تعقیم وسایل روزمره ۱۰ متر مربع
- ۱۹- محل شستشو بعد از عملیات ۱۰ متر مربع
- ۲۰- محل نگهداری وسایل کثیف ۱۰ متر مربع
- ۲۱- محل نوشابه و جوس ۹ متر مربع
- ۲۲- اتاق مطالعه و جلسات بخش جراحی ۱۲ مترمربع

۲۳- اتاق وسایل ضد عفونی ۱۴ متر مربع

۲۴- محل وسایل استرازیسیون جراحی ۴۰ متر مربع





کلینیک

۱- اکو کاردوگرافی ۶۰ متر مربع

الف :

پروگرام چارچ بطری قلب . این قسمت به فضای خیلی بزرگ نیاز ندارد ، زیرا مراجعه کننده گان و مریضان کمتر دارند.

ب: دستگاه هولیتر مانیتورینگ و دستگاه مشخص کننده ضربان نا منظم قلب.

ج : قسمت دوخت یا کوکبه لسان عامیانه (بخیه) و گرفتن کوک یعنی دورکردن بخیه از روی پوست (جلد) مریض.

د : گرفتن گراف قلب (ای سی جی)

ه : دستگاه اکو

فضای حدود ۹ متر مربع ، یک بستر (تخت) یک چوکی و دستگاه اکو شامل میشود.

۲- اتاق ثبت و پذیرش ۹ متر مربع

۳- اتاق کارشناسان بیمه بیشتر از ۲۰ متر مربع

۴- بوفه محل غذا خوری برای کارکنان نظر به تعداد نفر

۵- سرویس (وارد)

الف : پرسونل ۵ متر مربع

ب : مریضان ۱۰ متر مربع

۶- ذخیره (انبار) یا گدام وسایل و دوسیه ها (پرونده ها) ۱۲ متر مربع

۷- اتاق آرشیف

۸- اتاق دوکتوران

۹- اتاق تست ورزشی



رادیو لوژی:

- ۱- ثبت - راجستر و پذیرش مریضان ۲۰ الی ۳۰ متر مربع
- ۲- اتاق رادیو گرافی ۳۶ متر مربع
- ۳- لباس تبدیلی ۳۶ متر مربع
- ۴- اتاق فرمان یا اکسپوز ۸ متر مربع
- ۵- نوشابه و جوس ۹ متر مربع
- ۶- اتاق تاریک ۱۲ متر مربع
- الف : دستگاه تشخیص و ثبت
- ب : میز کار
- ج : دستشوی
- ۷- اتاق استراحت پرسونل ۲۰ متر مربع
- ۸- سرویس نظافت (بهداشتی) ۵ متر مربع
- ۹- سالون انتظار مریضان ۲۰ متر مربع
- ۱۰- ذخیره یا انبار ۱۵ متر مربع
- ۱۱ - وجود یک دروازه به عرض ۱۲۵ سانتی یا بزرگتر برای عبور چپرکت (تخت) ضرور است .





لابراتوار ها :

الف : اتاق نمونه گیری ۱۰ متر مربع

ب : اتاق میکروب شناسی ۱۲ متر مربع

۱- هواکش (هود) ابعاد ۰/۵ در ۱ متر

۲- یخچال ۰/۵ در ۰/۵ متر

۳- دستگاه سانتری فیوژ

ت : قسمت باز آزمایشگاه :

۱- گواگولومتری (تست های انعقادی)

۲- دستگاه تشخیص هورمونی

مانند گوانر و ایدز

۳- (سل کونتر) دستگاه گلوبل شماری

۴- دستگاه اتو آنالیز ۰/۵ در ۰/۵ در ۱/۷ متر

۵- فلم فوتومتر (دستگاه اندازه گیری سودیم ، پتاشیم خون و ادرار) ۰/۵ در ۰/۵ در ۱ متر

۶- دستگاه استریل خشک (فور)

۷- اتوکلاو ، دستگاه استریل با بخار

۸- دستگاه (ای اس تی) سرعت رسوب کرویات سرخ خون.

ث : سرویس بهداشتی

ج : فایل های وسیله پرسونل

چ : اتاق استراحت پرسونل خانم ها و آقایان ۴۰ الی ۱۲۰ متر مربع

ح : اتاق شستشو آبکشی (استریلازیسیون) از ۴۰ الی ۱۲۰ مترمربع

خ : اتاق های عفونیت زدایی ۱۲ متر مربع

د : اتاق سرد ۱۲ مترمربع

ه : پذیرش ۹ متر مربع.







اندازه اتاق های بستر :

شماره	نوع اتاق	طول به (متر)	عرض به متر
۱	یک بستره	۳/۴	۳/۱۵
۲	دو بستره	۵/۳۵	۳/۵
۳	سه بستره	۷	۳/۵
۴	چهار بستره	۵/۳۵	۴/۴
۵	شش بستره	۵/۳۵	۶/۴
۶	هشت بستره	۵/۵۵	۶/۴ * ۲
۷	دوازده بستره	۷/۲	۶/۴ * ۲
۸	عرض دهلیز برای اتاق های چهار بستره	۶/۴ بین ۲/۴ تا ۳/۱	۴/۱



ملحقات مراقبت های جدی

Post CCU- Poste Critical Care Unite

- ۱- سرویس بهداشتی : برای کادر و مریضان ۳۰ متر مربع
- ۲- ذخیره (انبار) ملحفه ولباس مریضان مانند روجایی ،پوش بالشت ،پوش کمپل و غیره ۲۰ مترمربع
- ۳- اتاق آرشیف :مریضان انجیو گرافی قسمت مراقبت های (پوست سی سی یو) حد اقل برای هر بستر (تخت) ۱۰ متر مربع.
- ۴- نرس ستیشن مرکزی ۳/۵ در ۳ متر.
- ۵- تبدیل لباس پرسونل (خانم ها و آقایان) نظربه تعداد نفر
- ۶- اتاق تی شوی (پیراهن مخصوص شفاخانه قول لوچ) ۴ متر مربع
- ۷- اتاق نگهداری ادویه جات مورد ضرورت ۱۲ متر مربع
- ۸- نوشابه و جوس ها ۹ متر مربع
- ۹- استراحت کادر ۳۶ متر مربع
- ۱۰- بخش یونت ها (ابعاد پیشنهادی ۵ متر مربع برای هر یونت)

بخش نسایی و ولادی



بخش جراحی زنان و ولادت (زایمان) اکثر آدرساختمان های یک منزله در نظر گرفته میشود که دارای ۲۵ بستر و ۱۹ اتاق می باشد که ۶ اتاق دو بستره و بقیه يك بستره است. این بخش با بهره گیری از تجهیزات مدرن و نیز دانش روز دکتوران و پرسونل با تجربه، تلاش می کنند تا خدمات طبی مورد نیاز مادران حامله (باردار) را به بهترین شکل ممکن ارائه کند.





photo :Javad Seyed Jalali

بهداشت زنان، به‌خصوص زنان حامله همواره مورد توجه دست اندرکاران امور بهداشتی بوده است. زنان حامله از يك سو در معرض خطرات فراوان مربوط به حامله گی مثل دكولمان، پره اكلامپسی و اكلامپسی هستند و از سوی دیگر مادر باردار جنینی در رحم دارد كه صحت او نیز با خطرات بالقوه فراوان روبه‌رواست.



علاوه بر آن اتاق های معاینه و اتاق کار در بخش جراحی زنان موجود می‌باشد. تجهیزات اتاق معاینه نوزاد شامل رآنیماتور - گرم کننده (وارمر) انکی باتور - تجهیزات جهت حمام نوزاد - ترازوی دیجیتالی میباشد.

از تعداد اتاق های موجود در بخش دو اتاق مربوط به بیماران ایزوله و مجهز به فیلتر تهویه هوا و سایر امکانات عایق ها می‌باشد،

یک اتاق نیز مختص بیماران اكلامپسی و پره اكلامپسی است و یک اتاق دو بستره جهت مادران در گرفته شده است، كه مجهز به چپركت عاجل، HMR تحت عنوان High risk در نظر دستگاه پالس اكسی متر، دستگاه فتال مانیتورینگ و دستگاه سونی كید می‌باشد. همچنین یک اتاق جهت آموزش شیردهی به مادران اختصاص داده شده است كه مجهز به تلویزیون مرکزی و سایر امکانات رفاهی برای مادران می‌باشد.

اتاق های بیماران شامل یک بستر الكترونیکی، سرویس بهداشتی اختصاصی، تلویزیون رنگه تخت نوزاد، یخچال، یک تلفون ارتباطی (ریموت دار) و نیز امکانات رفاهی VCD همراه با جهت پایواز مریض می‌باشد. تمام بستر های بیماران مجهز به سیستم اكسیجن و همچنین سیکشن مرکزی می باشند.



همچنین بصورت حضوری توسط CD به هرمریض بستر در بخش آموزش های لازم به کمک قابله مربوطه آموزش های شیردهی و مراقبت از نوزاد داده می شود. در بخش جراحی زنان در در دسترس مریضان و پرسونل NICU برای طول ۲۴ ساعت داکتر زنان مقیم و اطفال در می باشد. بعد از مرخص نوزاد، به مادران جهت انجام اقدامات بعدی مثل شنوایی سنجی، ویزیت داکتران آموزش داده می شود.

جراحی زنان یکی از بخش های NICU بخش ولادی در طبقه دوم بیمارستان و در جوار بخش عاجل شفاخانه های فوق تخصصی می باشد که قادر است جهت ولادت طبیعی، سزارین و سایر اشیای ضرورت عاجل زنان و قابله به بیماران سرویس دهد.

- اتاق معاینه:

دارای تخت معاینه، اکسیجن و تهویه مرکزی، سونی کیت و سایر تجهیزات معاینه می باشد.

- اتاق آماده سازی مریض:

مجهز به تخت معاینه، تخت ژینکولوژی کنترل دار، اکسیجن و تهویه مرکزی می باشد.

- اتاقهای لیبر ۱ و ۲ (اتاق درد یا اتاق قبل از ولادت):

هر اتاق دارای دو تخت الکتروهایدرولیک بیمار، سونی کیت، کپسول انتونوکس (جهت زایمان بی درد)، اکسیجن و تهویه مرکزی، پمپ سیروم و سایر تجهیزات مورد نیاز جهت زایمان می باشد.



دارای دو تخت ولادی کنترل دار، دو عدد گرم کننده (وارمر) جهت نوزاد، اکسیجن و تهویه دستگاه الکتروشوک، واکيوم، ميز تاير دار عاجل، كيف احياء نوزاد، NST مرکزی، دستگاه چراغ سيالتيك و ساير تجهيزات لازم می باشد.

- اتاق ولادت ايزوله:

دارای یک تخت ولادی کنترل دار، یک عدد گرم کننده (وارمر) نوزاد، اکسیجن و تهویه NST مرکزی، جاروب برقی (واکيوم) ، چراغ سيالتيك و دستگاه می باشد.

- اتاق ايزوله:

دارای یک تخت الکتروهايډروليك مريض ، کات نوزاد، کراچی (ترالی) ادويه جات ، اکسیجن و تهویه مرکزی می باشد.

Haigh Risk Room:

- اتاق عملیات:

دارای یک تخت عملیات، کراچی (ترالی) ادویه جات، دستگاه بیهوشی، تهویه و اکسیجن مرکزی، تهویه سیار و ۲ دستگاه چراغ سیالتیک می باشد.

- اتاق ریکوری:

- اتاق پست پارتوم:

دارای چهار تخت الکتروهایدرولیک، دو عدد کت نوزاد، اکسیجن، تهویه مرکزی، کراچی (ترالی) ادویه جات و دستگاه شیردوش برقی می باشد.
از تعداد اتاقهای موجود در بخش، دو اتاق مربوط به مریضان ایزوله و مجهز به فیلتر تهویه هوا می باشد. دو اتاق نیز مختص بیماران اکلامپسی و پره اکلامپسی است که در آن به هر بیمار بستر در بخش آموزشهای لازم به کمک سی دی CD های آموزشی و پمفلت داده می شود.
با توجه به وجود کلینیک ولادی بدون درد در شفاخانه ها، امکان انجام ولادت بدون درد در بخش ولادی فراهم می باشد.



معرفی بخش:

در این بخش تعداد ۸ بستر (تخت) موجود می باشد .
دو اتاق سه بستره (تخته) جهت آماده گی برای سزارین پره اکلامپسی و دو اتاق یک بستره (تخت) جهت ولادت طبیعی.



خصوصیات بخش :

بخش شب‌نم دارای دو اتاق خصوصی جهت ولادت طبیعی (LDR) و یک اتاق آماده سازی جهت سزارین و یک اتاق پره اکلامپسی جهت تحت نظر گرفتن حامله گی های پر خطر می باشد .

در این بخش ولادت طبیعی جهت مادرانی که ولادت طبیعی دارند و آماده سازی ، مادرانی که جراحی سزارین دارند و مادرانی که پر خطر هستند جهت تحت نظر بستری می شوند .





قوانین بخش شب‌نم :

۱. هرگونه ورود بدون هماهنگی با پرسونل بخش ممنوع می باشد.
۲. حضور تنها یک همراه آموزش دیده فقط در موارد ولادت طبیعی بر اساس تشخیص مسئول شیفت امکان پذیر می باشد.
۳. جهت حضور قابل‌ه همراه داشتن قرارداد کاری وی با شفاخانه حتمی است.
۴. صدور شهادت (گواهی) ولادت فقط در ساعات اداری امکان پذیر میباشد. (مدارک لازم جهت اخذ شهادت (گواهی) ولادت : اصل تذکره پدر و مادر و شماره کارت دولتی)
۵. صنفهای آموزش حامله‌گی (بارداری) و بعد از ولادت در روزهای یکشنبه و سه شنبه ساعت ۹ الی ۱۱
۶. مادرانی که در بخش شب‌نم بستر می شوند ،لاکت – آرایش ،زیورات و لنز چشمی نداشته باشند .
۷. سونوگرافی و آزمایشات قبلی به همراه مادر باشد .

تجهیزات بخش :

- دستگاه NST : ۲ عدد (گراف قلب و حرکت جنین)
- دستگاه ECG : ۱ عدد (گراف قلب)
- دستگاه سونیکت : ۲ عدد (شنیدن صدای قلب جنین)
- دستگاه مانیتورینگ : ۱ عدد (دستگاه اتومات کنترل فشار خون و نبض مادر)
- دستگاه انفوزیون دارویی : ۱ عدد (دستگاه اتومات تزریق دوا)



مراقبت از نوزاد نارس در منزل :

نوزاد نارس به نوزادی گفته می شود که با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرام به دنیا آمده باشد. در بیشتر موارد وزن کم هنگام تولد، به دلیل نارسایی (یعنی سن حامله گی کمتر از ۳۷ هفته حامله گی) است. البته این امکان نیز وجود دارد که به دلایل مشکلات حامله گی نوزاد رسیده نیز با وزن کم به دنیا بیاید که به آن تاخیر رشد داخل رحمی گفته میشود.

دلایل زیادی برای تولد نوزاد نارس بیان شده است که میتوان به افزایش سن حامله گی (بخصوص اولین حمل (بارداری))، شیوه زنده گی مدرن، اشتغال، عصبانیت (استرس)، بیماری و عفونت مادر اشاره کرد. نارسایی نوزادان یکی از سه تا چهار علت مرگ و میر هنگام تولد است. طبابت امروز در زمینه مراقبت های مادران باردار به موفقیت های چشمگیری دست یافته اند. مواردی که در گذشته باعث سقط جنین می شد، امروز به حامله گی منتهی می شود، اما به تولد نوزاد نارس می انجامد. یعنی شرایط مراقبت از مادران بهبود یافته و نوزاد به حدی می رسد که از بین نمی رود، اما نارس متولد می شود.

بنابراین با پیشرفت در زمینه طبابت، تولد نوزاد نارس بیشتر دیده می شود و مرده زایی کمتر شده است، همچنین می توان به روش های القای حامله گی و شیوه های آزمایشگاهی حامله گی اشاره کرد. در این موارد چند گانه زایی بیشتر دیده می شود و چندگانه ها معمولاً زودتر و نارس به دنیا می آیند. میزان خطر بیماری در نوزادان نارس با توجه به زمان تولد و مرض های زمینه ای که دارند، متفاوت است. این نوزادان در معرض خطر بیشتری هستند و به مراقبت های خاص نیاز دارند، لطمه پذیری آنان نسبت به نوزادان طبیعی بیشتر است و بعضی از آنان باید در بخش مراقبت های خاص، تحت مراقبت های فوق تخصصی قرار گیرند. این نوزادان یا بیماراند یا بسیار نارس به دنیا آمده اند. به عنوان مثال، در کمتر از ۳۲ هفته گی به دنیا آمده اند یا بسیار کم وزن (زیر ۱۵۰۰ گرم) هستند که باید در بخش مراقبت های ویژه نگهداری شوند.

علل تولد نوزاد نارس :

تولد نوزاد نارس چند عامل داشته و شامل واکنش های متقابل پیچیده ای بین عوامل جنینی، رحمی و مادری است. مشکلات جفتی، بارداری دوگانه یا بیشتر، عفونت در مادر، مشکلات رحم یا گردن رحم، مصرف الکل، سیگرت، مواد مخدر، داروهای غیرمجاز حین بارداری و سبک زنده گی مادر جز این عوامل هستند.

این عوامل از طریق میکانیسم های مختلف نظیر کاهش خون رسانی رحمی - دوگانگی، ناتوانی رحم در نگهداری جنین مانند: اختلالات دهانه رحم، مشکلات ساختاری رحم، پاره گی پیش از موعد پرده های جنینی (که می تواند به دلایلی مانند: عفونت های دوران بارداری و ضربه های فیزیکی باشد)، شغل مادر (به دلیل بلندکردن اجسام سنگین، تماس با مواد شیمیایی و...) نبود مراقبت کافی در دوران حاملگی و... ایجاد می شود. بررسی هر یک از این علل و مکانیسم های مربوط به آنها نیازمند صرف وقت بسیار است که در این محدوده نمی گنجد.

عوارض و مشکلات نوزادان نارس:

نارسی نوزاد یکی از مشکلات عمده بهداشتی محسوب می شود و از شایع ترین علل مرگ های نوزادی است. این نوزادان در معرض عوارض زیادی از جمله سندرم زجر تنفسی، بیماری های مزمن ریوی، خونریزی داخل بطنی مغزی، عوارض ذهنی و عصبی درازمدت، آنتروکولیت نکروزان و اختلال تکامل حسی - عصبی قرار دارند و به دلیل عدم کارایی و تکامل سیستم های بدن دچار رنگ پریده گی، مشکلات تنفسی، تشنج، ناتوانی در تغذیه، زردی و... می شوند؛ لذا نیاز به توجه و مراقبت بیشتری دارند.



دشواری تنفس:

نوزادان نارس پس از تولد دچار مشکلات عده ای می شوند که مهم ترین آنها مشکلات تنفسی است که به دلیل عدم بلوغ ریوی پس از تولد نمی توانند بخوبی تنفس کنند و احتمال نیاز به

بستری در بخش نوزادان یا بخش مراقبت های ویژه نوزادان وجود دارد.



دشواری تغذیه:

مشکل دیگر شروع تغذیه با شیر مادر است که احتمال عدم توانایی در شروع و تداوم تغذیه با شیر مادر یا شیر مصنوعی وجود دارد و گاه لازم است در بیمارستان بستری شوند. اگر نوزاد قادر به تغذیه نباشد، باید از راه ورید تغذیه شود. حضور مادران در کنار نوزاد اهمیت خاصی دارد و با توجه به امکانات درمانی و تشخیص داکتر زمان و تعداد دفعات حضور مادر بر بالین نوزاد مشخص می شود.

مادر و جنین در تماس با یکدیگر قرار می گیرند. این تماس به قدری مهم است که کارشناسان می گویند تماس بین مادر و نوزاد در ساعات اولیه بعد از ولادت در بهبود نوزاد و افزایش شیردهی بسیار مهم است.



حرارت پایین بدن:

مشکل دیگر نوزادان نارس و کم وزن، تنظیم درجه حرارت مطلوب بدن است. این نوزادان مستعد هیپوترمی یا کاهش حرارت بدن هستند. یک شیوه از مراقبت های ویژه نوزادان نارس مراقبت به شیوه کانگرویی است. این شیوه خاص نوزادان نارس است که به هر دلیلی زودتر از زمان طبیعی به دنیا آمده اند و بهترین جا برای مراقبت از نوزاد نارس آغوش مادر است و این طور به نظر می آید که طبیعت هم به بقای نوزاد کمک می کند.

حفظ حرارت بدن نوزاد در این شیوه بخوبی انجام می گیرد و وقتی نوزاد را به صورت عمودی در آغوش مادر قرار می دهند، مشکلات تنفسی نوزاد کمتر می شود و چون در آغوش مادر قرار دارد، هر زمان که نیاز به تغذیه داشته باشد و قادر به مکیدن شیر باشد، می تواند از شیر مادر استفاده کند. محققان با بررسی هایی که در خصوص این شیوه نگهداری نوزادان نارس انجام داده اند، متوجه شدند این روش جان بسیاری از نوزادان را نجات داده است. در کشور ما نیز در بعضی از شهرها این روش نگهداری انجام می شود و با تشخیص داکتر اگر نوزاد مشکل تنفسی نداشته باشد و قادر به تغذیه از شیر مادر باشد، مادر و نوزاد را در وضع کانگرویی قرار می دهند.

گاهی ممکن است مادر و نوزاد زودتر از شفاخانه مرخص شوند. در این شرایط به مادر آموزش می دهند که چطور نوزاد را در آغوشی مخصوص روی سینه اش قرار دهد، در این شیوه مادر باید نوزاد را همیشه همراه خود داشته باشد و به حالت نشسته بخوابد. در مواردی که مادر باید از نوزاد جدا شود، او را به آغوش فرد دیگری می سپارد تا حرارت بدن نوزاد کاهش پیدا نکند. این روش مراقبت از نوزاد نارس، ساده ترین روشی است که برای مکان هایی که وسایل و تجهیزات پیشرفته طبابت برای نگهداری از نوزاد نارس وجود ندارد، مورد استقبال و استفاده قرار می گیرد.



تداوی :

نوزادان نارسى که به واحد مراقبت های ویژه نوزادان (NICU) منتقل می شوند، به دقت از لحاظ عفونت و تغییرات تنفس و ضربان قلب تحت مراقبت قرار می گیرد. تا زمانی که این نوزادان نتوانند درجه حرارت بدنشان را حفظ کنند، در انکوباتور (تخت های مخصوصی برای گرم نگه داشتن، اکسیجن رسانی و...) تحت مراقبت قرار می گیرند و در صورتی که منبع تغذیه از راه دهان را نداشته باشند، می توانند تغذیه با شیر مادر را شروع کنند، اما به دلیل ضعف و ناتوانی نوزاد، مدت زمان شیردهی طولانی تر بوده و نیازمند صبر و حوصله مادر است. توصیه می شود مادر نوزاد را حتی در زمانی که تغذیه دهانی انجام نمی شود، در آغوش گرفته یا حداقل تماس پوستی با او داشته باشد. هر چه تماس پوستی بین مادر و نوزاد بیشتر باشد، به آرامش در کودک منجر شده و باعث ثبات علائم حیاتی نوزاد می شود.

تحقیقات بسیاری بیانگر این مطلب بوده اند که لمس نوزاد توسط مادر باعث تنظیم ضربان قلب، تنفس و آرامش نوزاد می شود. در شرایطی که نوزاد قادر به تغذیه دهانی نباشد، معمولاً از راه لوله بینی یا تزریق داخل وریدی تغذیه می شود. تغذیه از راه لوله تا زمانی که نوزاد آنقدر بالغ شود که بتواند نفس بکشد، بمکد و بلعد و از راه پستان یا بطری تغذیه شود، ادامه پیدا می کند. نوزادان بسیار نارس و بیمار با توجه به نوع مشکل به درمان اختصاصی نیاز دارند. نوزادانی را که نمی توانند خود به خود نفس بکشند زیر اکسیجن یا ونتیلاتور (دستگاهی که به ورود و خروج هوا به ریه ها کمک می کند) قرار می دهند. البته ممکن است درمان های دارویی و جراحی با توجه به شرایط نوزاد هم لازم باشد.



مراحل بعد مرخص شدن از شفاخانه:

این نوزادان در مقایسه با نوزادان رسیده و ترم، تعداد دفعات بیداری بیشتری دارند و این موضوع نگران کننده نیست و مادران برای تغذیه آنها باید وقت بیشتری بگذارند. نوزادان نارس بیشتر از نوزادان هم سن و سال خود، بیمار می شوند. بنابراین باید بیشتر مراقبت شوند. خانواده ها بهتر است برای معاینات دوره ای و واکسیناسیون منظم با مراکز بهداشتی یا داکتر در ارتباط منظم باشند.

هنگامی که نوزاد نارس را به خانه می برید، از این که نوزادتان در دوره های کوتاه تر از انتظار شما می خوابد، ناراحت نشوید. نوزادان نارس نسبت به نوزادان رسیده اغلب جز دو سه های کوتاهی بیدار نیستند، اما دفعات بیدار شدن شان از نوزادان دیگر بیشتر است. چنین نوزادانی را روی شکم خوابانید. نشانگان مرگ ناگهانی نوزاد در حالت خوابیده به پشت کاهش می یابد. هدف از تغذیه، فراهم کردن کالوری، مایع و مواد غذایی کافی برای رشد مناسب نوزاد است. در مورد نوزادان نارس، هدف آن است که رشد نوزاد با همان روند داخل رحمی ادامه یابد.

میزان رشد جنین داخل رحم در طول دوران بارداری بتدریج زیاد می شود و از هفته ۳۷ بارداری، وزن گیری روزانه به حداکثر خود یعنی حدود ۳۵ گرم در روز می رسد. در این دوران، همچنین توانایی های تکاملی برای مکیدن، بلعیدن، هضم و جذب مواد غذایی بتدریج به

وجود می آید. در نوزادان نارس، رفلکس مکیدن از ابتدای محدوده قابلیت زنده ماندن (۲۳ هفته) و حتی پیش از آن وجود دارد، اما هماهنگی بین مکیدن و بلعیدن تقریباً در ۳۴ هفتگی برقرار می شود.

تکامل این هماهنگی تا حد زیادی به سن داخل رحمی بستگی دارد. البته در برخی از نوزادان این هماهنگی در کمتر از ۳۲ هفتگی کامل می شود. نیاز به پروتئین در نوزادان نارس بیش از نوزادان ترم است. هضم و جذب چربی در نوزادان نارس کامل نیست و نیاز به سودیم، کلسیم، فسفر، آهن و برخی ویتامین ها در نوزادان نارس بیشتر است. ترکیب شیر مادری که نوزاد نارس به دنیا آورده است با شیر مادر نوزاد رسیده تفاوت دارد. به طوری که شیر مادر نوزاد نارس تا حدود زیادی نیازهای تغذیه ای این نوزادان را تأمین می کند.

در شیر مادر نوزاد نارس، مقدار نایتروجن، پروتئین، اسیدهای چرب، اسیدهای چرب غیراشباع شده با زنجیره بلند، سودیم، کلور، منیزیم و آهن بیشتر است. بهترین تغذیه برای نوزاد نارس، شیر مادر است. عوامل رشد و اجزای سلولی سیستم ایمنی موجود در شیر مادر نوزاد نارس از شیر مادر نوزاد رسیده بیشتر است.

سیستم ایمنی (روده ای - پستانی) مکانیسمی است که از طریق آن، شیرخواری که شیرمادر می خورد قسمتی از قدرت دفاعی مادر را کسب می کند. تماس پوست نوزاد با پوست مادر، غلظت پادتن های تکامل سیستم عصبی در شیر مادر را تحت تاثیر قرار می دهد که باعث افزایش ضریب هوشی نوزادان می شود. تغذیه با شیر مادر ارتباط عاطفی مادر و شیرخوار را که در نوزادان کم وزن در معرض خطر است، بهبود می بخشد. شیر مادر دمای مناسب دارد و همیشه در دسترس است. با وجود فواید فراوان بالقوه ای که در تغذیه نوزاد نارس با شیر مادر وجود دارد، (بویژه نوزادان باوزن تولد کمتر از ۱۵۰۰ گرم) ممکن است گاهی شیر مادر تمام نیازهای غذایی نوزاد را فراهم نکند. بنابراین لازم است از مغذی کننده های شیر مادر در تغذیه نوزادان استفاده کرد.

حدود ۸ تا ۱۰ درصد نوزادان متولدشده، نارس هستند یعنی قبل از هفته ۳۷ بارداری متولد می شوند. با توجه به این که بسیاری از این نوزادان پیش از این که آمادگی کامل برای زنده گی خارج رحمی پیدا کنند متولد می شوند، دچار مشکلاتی خواهند شد و به همین سبب به توجه خاص طبابت و کمک فوری بعد از ولادت احتیاج دارند.

معلولیت های نوزادان نارس :

اگر نوزاد هنگام تولد بسیار نارس است (پیش از هفته ۲۶ حاملگی به دنیا آمده) یا وزنش بسیار کم است (۸۰۰ گرم یا کمتر) بیشتر ممکن است دچار معلولیت شدید شود. در مورد نوزادان بسیار نارس یا با وزن بسیار کم، این معلولیت ها ممکن است رخ دهد: معلولیت ذهنی، فلج مغزی، نابینایی، ناشنوایی. برخی از نوزادانی که با وزن بین ۱۵۰۰ تا ۲۵۰۰ گرم متولد می شوند، در مقایسه با نوزادان طبیعی بعدها دچار تفاوت در ضریب هوش می شوند، اما این تفاوت ها معمولاً کم است. نوزادان نارس که با وزن بالای ۲۵۰۰ گرم متولد می شوند، فقط در معرض خطر اندک معلولیت های رشدی هستند.

اقدامات پیشگیری کننده برای تولد نوزاد نارس و کم وزن :

ولادت زودرس و نارس نوزاد براحتی توسط مادر قابل کنترل و پیشگیری است. به طور مثال سبک زنده گی مادر که شامل تغذیه، فعالیت های فیزیکی، مصرف سیگرت، الکول، مواد مخدر، کنترل عصبانیت (استرس) و مراقبت از خود حتماً باید اصلاح شود. حامله گی ها باید برنامه ریزی شده باشد و مادر سه ماه پیش از حامله گی زیر نظر متخصص زنان یا قابله باشد. مراقبت های حامله گی به صورت دوره ای و منظم و اقدامات غربالگری و مشوره های ژنتیک در صورت لزوم نیز اقدامات آزمایشگاهی و تصویربرداری (سونوگرافی، بیوفیزیکال و...) طبق نظر متخصص زنان انجام شود. ولادت باید در شفاخانه مجهز صورت گیرد که در صورت وجود مشکل برای مادر و نوزاد، امکانات لازم برای نوزاد نارس فراهم باشد.

توصیه هایی بسیار مهم برای تغذیه نوزادان



نوزادان نارسى که بسیار کوچک یا بیمار هستند ممکن است نیاز به دریافت مواد غذایی و مایعات از طریق تغذیه وریدی داشته باشند. با قوی تر شدن نوزاد او قادر خواهد بود شیر یا اش می رود. این نوع فورمولا را از طریق لوله ای دریافت کند که از دهان یا بینی او به معده تغذیه گاوآژ نامیده می شود. مقدار گاوآژ به تدریج افزایش می یابد. این روند تدریجی احتمال بروز عفونت روده در نوزاد را کاهش می دهد. نوزادانی که از شیر مادر تغذیه می شوند کمتر در معرض عفونت روده قرار می گیرند. نوزادانی که در هفته ۳۴ یا بعد از آن متولد می شوند، معمولاً می توانند از شیشه شیر یا شیر مادر استفاده کنند. با این حال شیر مادر برای آن ها در

ابتدا آسان تر است؛ زیرا با استفاده از شیشه شیر ممکن است نتوانند جریان شیر شیشه را تحمل کنند و دچار وقفه تنفسی شوند.

مشکلات دیگری ممکن است با مکیدن شیر مادر نوزاد تداخل داشته باشد که شامل موارد زیر است:

مشکلات تنفسی

سطح پایین اکسیژن

مشکلات جریان خون

عفونت خونی

نیازهای تغذیه ای:

نوزادان نارس دارای ناتوانی حفظ تعادل مایعات بدن خود هستند. این نوزادان ممکن است دچار کم آبی یا پرآبی شوند.

این نوزادان ممکن است آب بیشتری از طریق پوست یا سیستم تنفسی خود به نسبت نوزادان دیگر از دست دهند

کلیه های نوزادان نارس به حدی رشد نکرده است که تعادل آب را در بدن حفظ کند

گروه بخش مراقبت های خاص نوزادان میزان ادرار نوزاد را از طریق توزین پوشک نوزاد تحت نظر می گیرند تا از تعادل دفع آب از بدن نوزاد و دریافت مایعات نوزاد اطمینان حاصل نمایند انجام می گیرد تا سطح الکترولیت های خون نوزاد کنترل شود.

نوزادانی که در هفته ۳۴ یا بعد از آن متولد می شوند، معمولاً می توانند از شیرچوشک یا شیر مادر استفاده کنند. با این حال شیر مادر برای آن ها در ابتدا آسان تر است؛ زیرا با استفاده از شیرچوشک ممکن است نتوانند جریان شیرچوشک را تحمل کنند و دچار وقفه تنفسی شوند.

نوزادانی که زود متولد می شوند و وزن تولد آن ها بسیار کم است شیر مادر نوزاد بهترین نوع تغذیه است :

شیر مادر نوزاد باعث حفاظت نوزاد در مقابل عفونت و مرگ ناگهانی می شود •

فورمولهای (شیرخشک) مخصوص نوزادان نارس به کار می رود. این فورمولها دارای چربی و پروتئین بیشتر است تا نیازهای نوزاد نارس در حال رشد را تامین کند.

نوزادان نارس بزرگتر (۳۴ تا ۳۶ هفته) ممکن است فرمولی معمولی را تحمل کنند

نوزادان نارس به اندازه کافی در رحم نمانده اند تا مواد غذایی را که نیاز

دارند ذخیره کنند. بنابراین نیاز به مکمل های غذایی دارند:

نوزادانی که از شیر مادر استفاده می کنند نیاز به استفاده از مکمل غنی کننده شیر مادر دارند که با شیر مادر مخلوط شود. این مکمل به آنها پروتئین، کالری، آهن، کلسیم و ویتامین بیشتری می

نوزادانی که از فرمولا برای آنها استفاده می شود نیاز به دریافت مکمل های ویتامین های

فولیک اسید دارند

بعضی نوزادان حتی بعد از مرخص شدن از بیمارستان نیاز به دریافت مکمل های غذایی دارند. برای نوزادانی که شیر مادر می خورند، دریافت مکمل ها به معنای دریافت ۱ تا ۲ بطری شیر مادر غنی شده است. بعضی نوزادان برای رشد نیاز به دریافت مکمل های بیشتری به نسبت بقیه دارند. بعد از هر بار شیر دادن به نوزاد او باید احساس راحتی کند. نوزادان باید ۶ تا ۸ بار دفع مدفوع و ۶ تا ۸ پوشک خیس شده در روز داشته باشند. مدفوع آبکی یا خونی، یا استفراغ نشانه وجود مشکل است.

شرایط نگهداری از کودکان نارس:

نوزادان نارس تا زمانی که اضافه وزن مداوم و ثابت روزانه در محیط خارج از انکوباتور (گرمخانه) را نداشته باشند از شفاخانه مرخص نمی شوند. بعضی شفاخانه ها قانونی دارند که مشخص می کند کودک چه مقدار افزایش وزن قبل از مرخص شدن باید داشته باشد. به طور کلی نوزاد باید قبل از مرخص از شفاخانه حداقل ۱/۸ یک اعشاریه هشت کیلوگرم وزن داشته باشد.









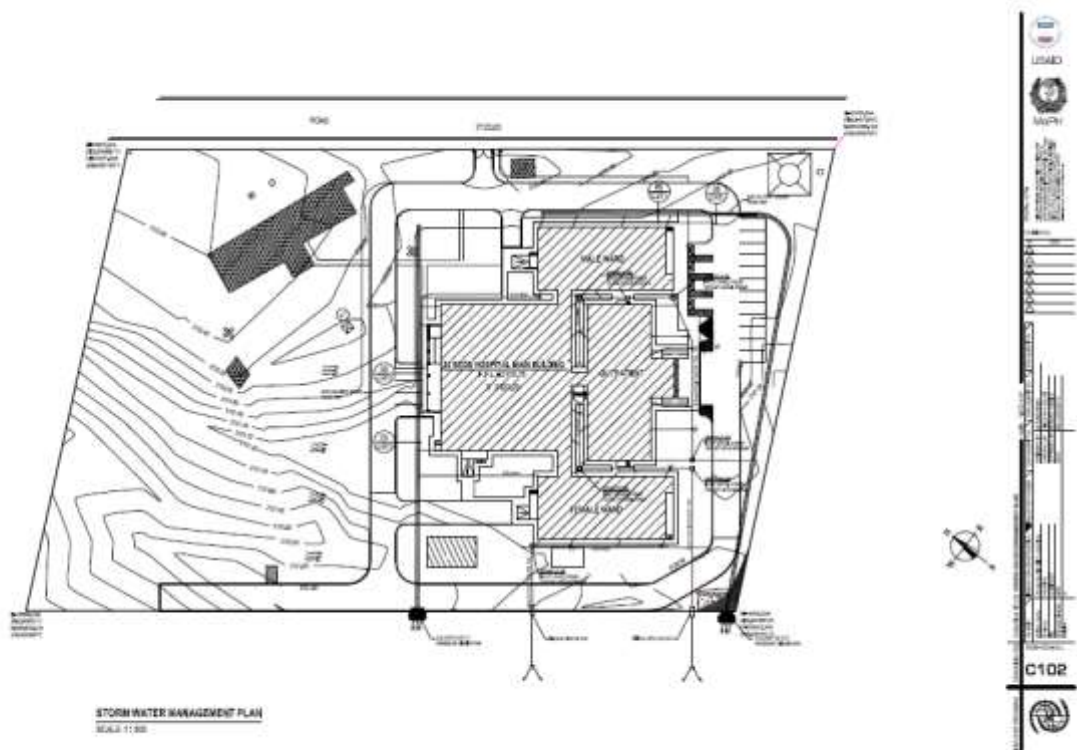
پاشگاه خبرنگاران



سایت پلان و نقشه های یکی از شفاخانه های که توسط

USAID

برای شرایط افغانستان دیزاین گردیده است.



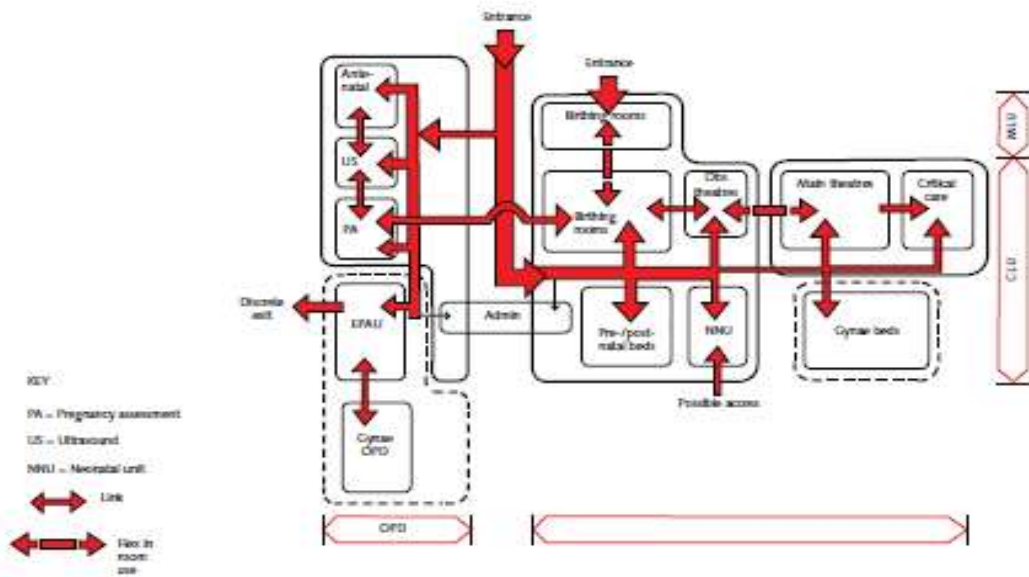


Figure 2 Combined CLU and MLU – key functional relationships

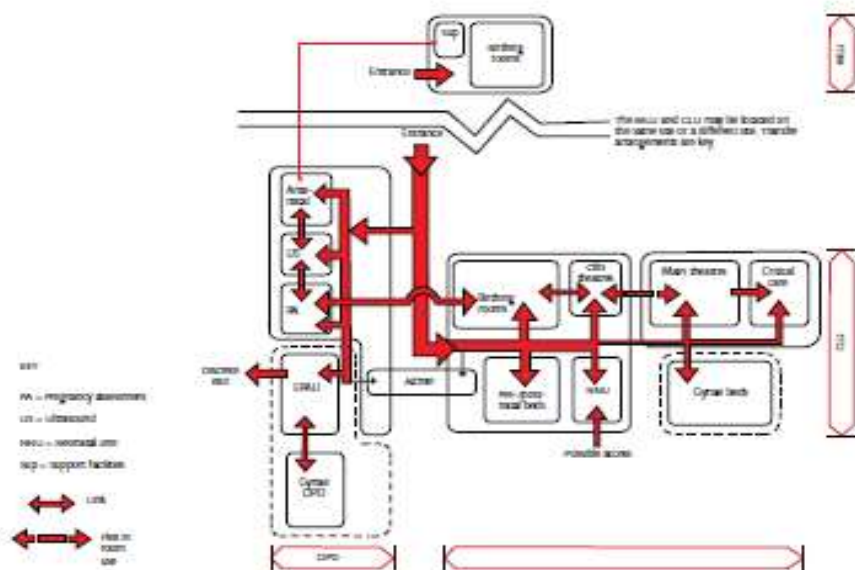
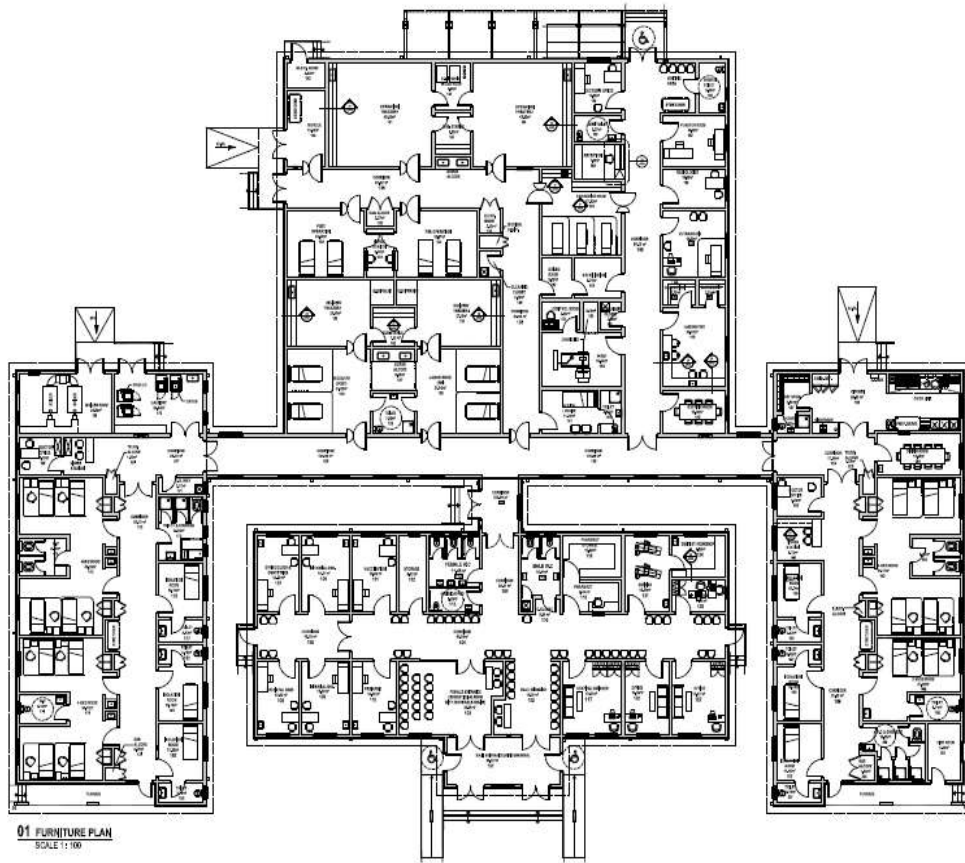
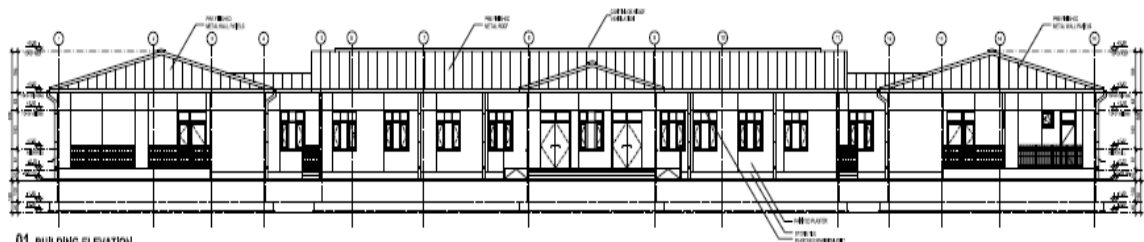


Figure 3 Separate CLU and MLU – key functional relationships

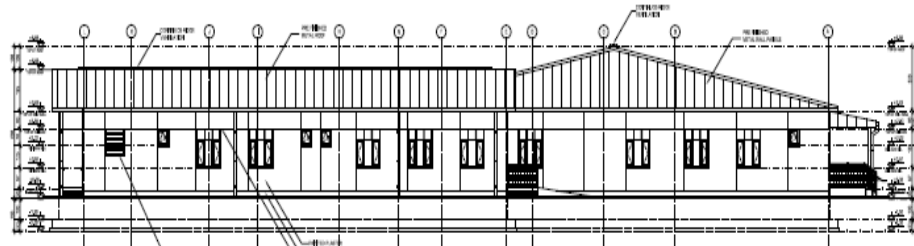
پلان منزل شفاخانه



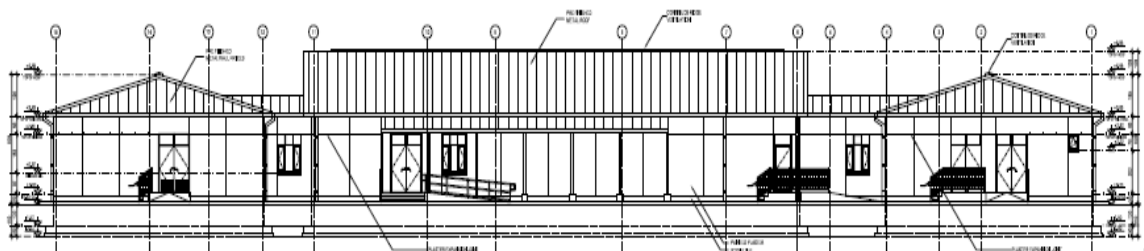
نما های شفاخانه



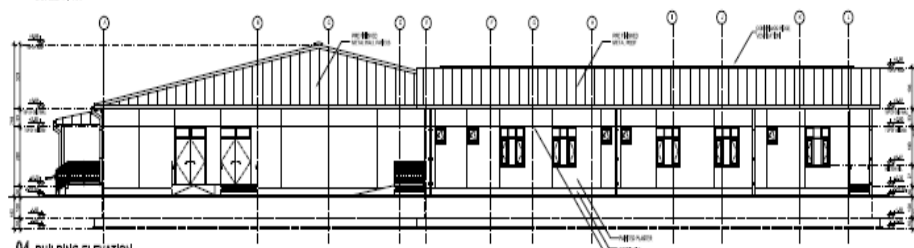
01 BUILDING ELEVATION
SCALE 1:100



02 BUILDING ELEVATION
SCALE 1:100



03 BUILDING ELEVATION
SCALE 1:100



04 BUILDING ELEVATION
SCALE 1:100



REPUBLIC OF IRAN
MINISTRY OF HEALTH
TEHRAN
HOSPITAL
BUILDING
ELEVATION
SCALE 1:100
DATE: 1395/05/01
DRAWN BY: A201
CHECKED BY: A201
APPROVED BY: A201

REPUBLIC OF IRAN
MINISTRY OF HEALTH
TEHRAN
HOSPITAL
BUILDING
ELEVATION
SCALE 1:100
DATE: 1395/05/01
DRAWN BY: A201
CHECKED BY: A201
APPROVED BY: A201

REPUBLIC OF IRAN
MINISTRY OF HEALTH
TEHRAN
HOSPITAL
BUILDING
ELEVATION
SCALE 1:100
DATE: 1395/05/01
DRAWN BY: A201
CHECKED BY: A201
APPROVED BY: A201

REPUBLIC OF IRAN
MINISTRY OF HEALTH
TEHRAN
HOSPITAL
BUILDING
ELEVATION
SCALE 1:100
DATE: 1395/05/01
DRAWN BY: A201
CHECKED BY: A201
APPROVED BY: A201

REPUBLIC OF IRAN
MINISTRY OF HEALTH
TEHRAN
HOSPITAL
BUILDING
ELEVATION
SCALE 1:100
DATE: 1395/05/01
DRAWN BY: A201
CHECKED BY: A201
APPROVED BY: A201

REPUBLIC OF IRAN
MINISTRY OF HEALTH
TEHRAN
HOSPITAL
BUILDING
ELEVATION
SCALE 1:100
DATE: 1395/05/01
DRAWN BY: A201
CHECKED BY: A201
APPROVED BY: A201

REPUBLIC OF IRAN
MINISTRY OF HEALTH
TEHRAN
HOSPITAL
BUILDING
ELEVATION
SCALE 1:100
DATE: 1395/05/01
DRAWN BY: A201
CHECKED BY: A201
APPROVED BY: A201

REPUBLIC OF IRAN
MINISTRY OF HEALTH
TEHRAN
HOSPITAL
BUILDING
ELEVATION
SCALE 1:100
DATE: 1395/05/01
DRAWN BY: A201
CHECKED BY: A201
APPROVED BY: A201

REPUBLIC OF IRAN
MINISTRY OF HEALTH
TEHRAN
HOSPITAL
BUILDING
ELEVATION
SCALE 1:100
DATE: 1395/05/01
DRAWN BY: A201
CHECKED BY: A201
APPROVED BY: A201

LONG SECTION



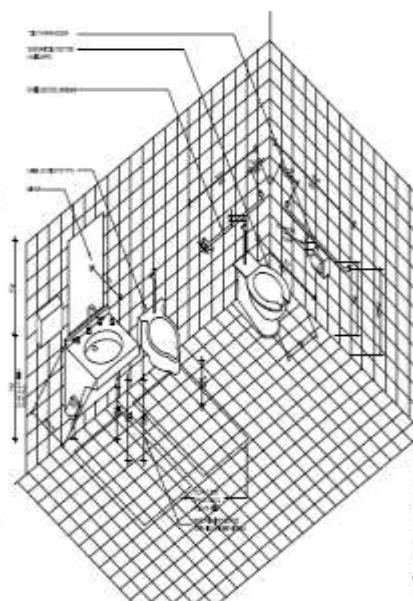
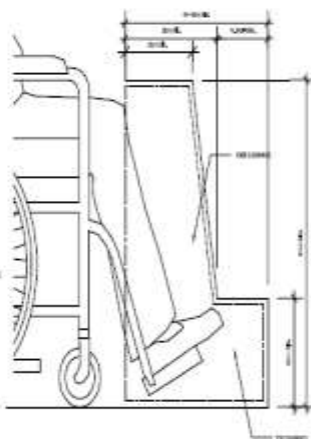
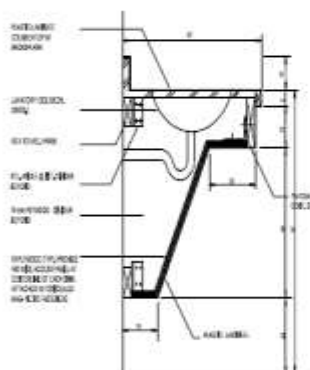
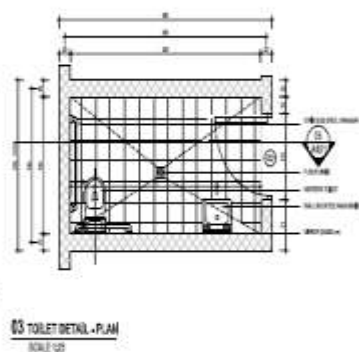
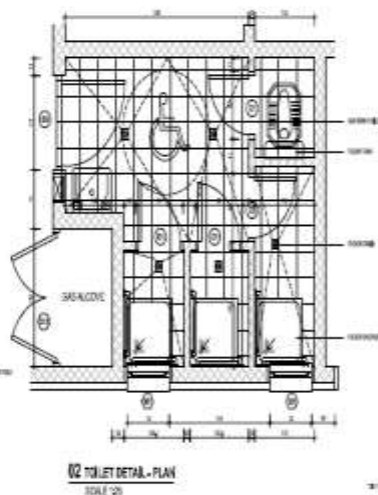
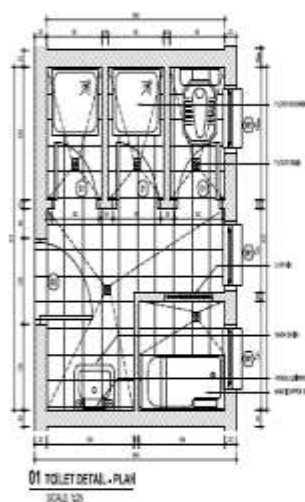
USAID



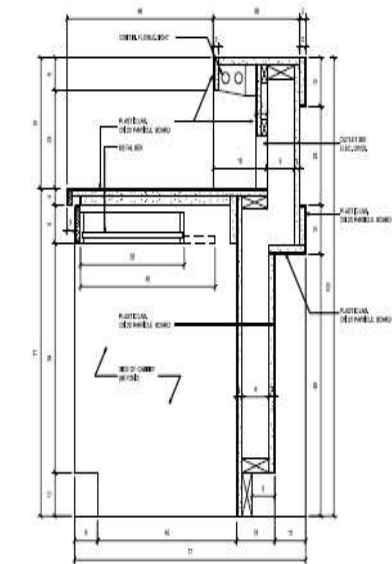
MoPH

Ministry of Health and Family Welfare
 National Institute of Health
 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 540, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570, 571, 572, 573, 574, 575, 576, 577, 578, 579, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 586, 587, 588, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 610, 611, 612, 613, 614, 615, 616, 617, 618, 619, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 627, 628, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638, 639, 640, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 648, 649, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 657, 658, 659, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666, 667, 668, 669, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 680, 681, 682, 683, 684, 685, 686, 687, 688, 689, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 698, 699, 700, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 709, 710, 711, 712, 713, 714, 715, 716, 717, 718, 719, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736, 737, 738, 739, 740, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 750, 751, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 768, 769, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778, 779, 780, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 790, 791, 792, 793, 794, 795, 796, 797, 798, 799, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 836, 837, 838, 839, 840, 841, 842, 843, 844, 845, 846, 847, 848, 849, 850, 851, 852, 853, 854, 855, 856, 857, 858, 859, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 866, 867, 868, 869, 870, 871, 872, 873, 874, 875, 876, 877, 878, 879, 880, 881, 882, 883, 884, 885, 886, 887, 888, 889

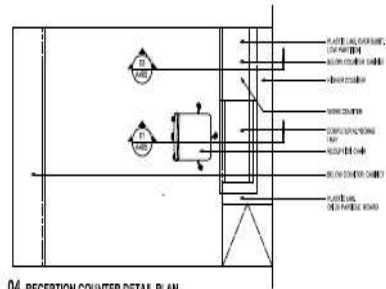
پلان تشریحی تشناب ها



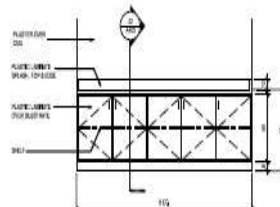
دیتايل ها



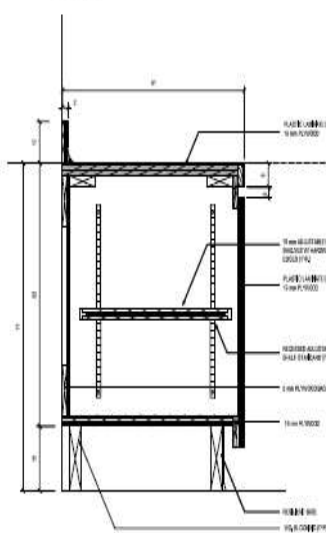
01 RECEPTION COUNTER DETAIL
SCALE 1:20



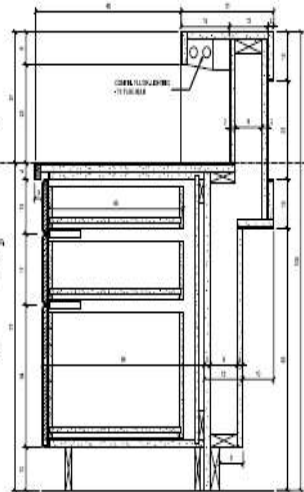
04 RECEPTION COUNTER DETAIL PLAN
SCALE 1:20



05 RECEPTION BACK-COUNTER ELEVATION
SCALE 1:20



02 RECEPTION BACK-COUNTER DETAIL
SCALE 1:20



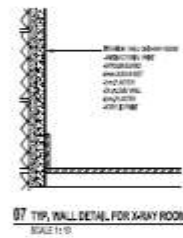
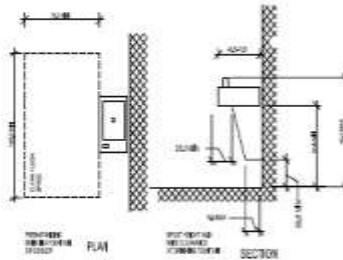
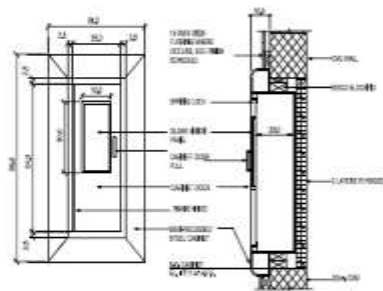
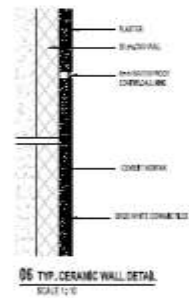
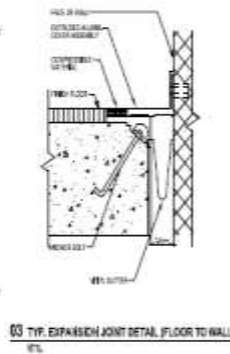
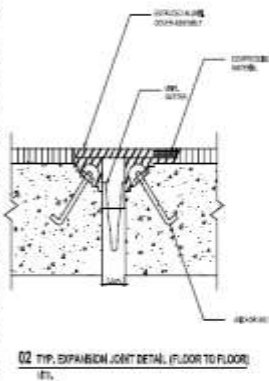
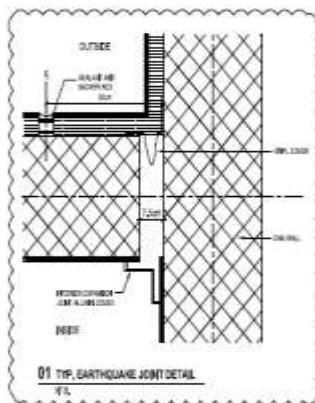
03 RECEPTION COUNTER DETAIL
SCALE 1:20

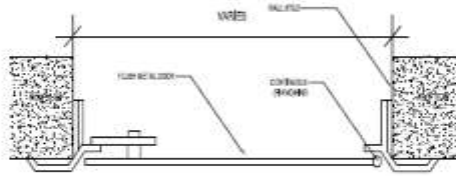
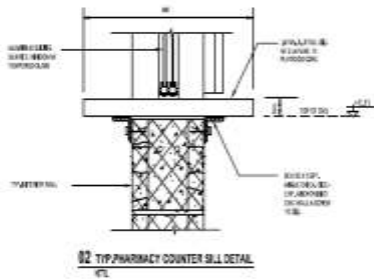
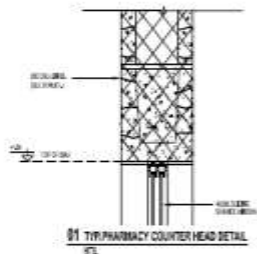
USAID
MoPH

REVISIONS

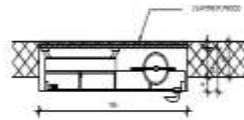
NO.	DATE	DESCRIPTION
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

STANDARD
A405

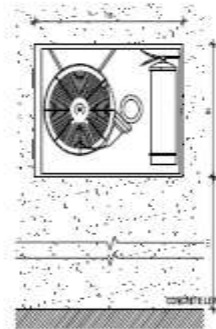




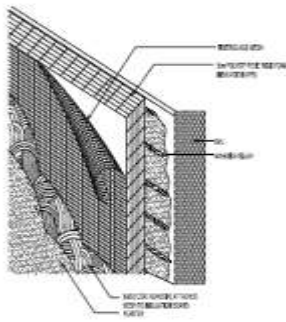
03 TYP. ROOF ACCESS DOOR DETAIL
K/L



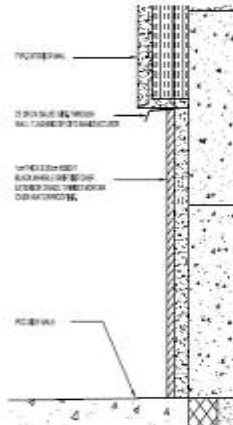
04 TYP. FIRE HOSE + FIRE EXTINGUISHER PLAN
K/L



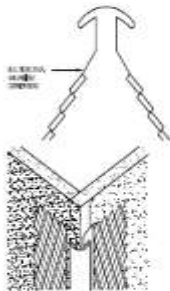
05 TYP. FIRE HOSE + FIRE EXTINGUISHER ELEVATION
K/L



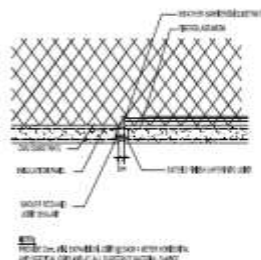
01 TYP. DETAIL OF INSULATION PLASTER DIAGRAM
YES



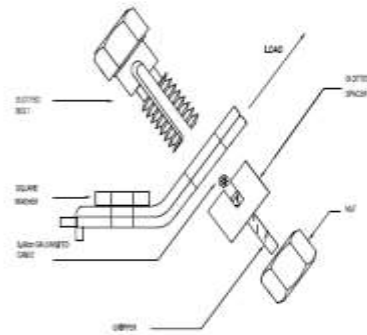
02 TYP. DETAIL OF STONE MASONRY DETAIL
YES



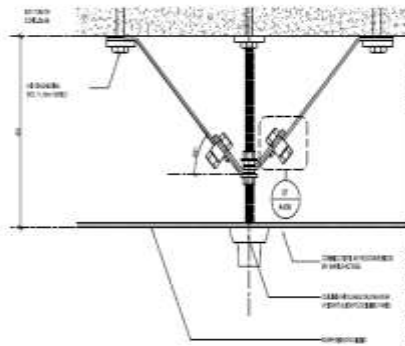
03 TYP. DETAIL OF EXT. PLASTER MANUFACTURED CORNER BEAD JOINT
YES



04 TYP. DETAIL OF EXT. PLASTER EXPANSION JOINT
YES

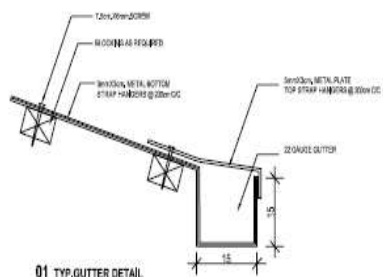


07 DETAIL
YES

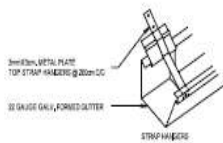


06 TYP. DETAIL OF FIXING OF ALL CEILING FIXTURE
YES

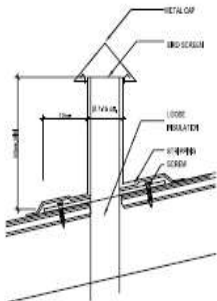




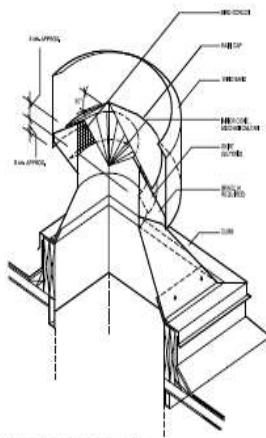
01 TYP. GUTTER DETAIL
NTS.



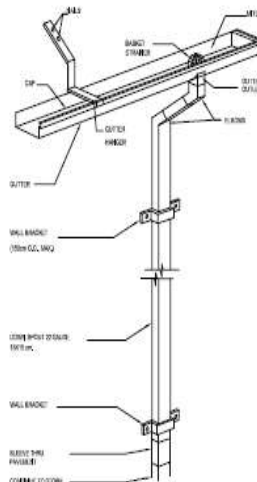
04 TYP. GUTTER DIAGRAM
SCALE 1:10



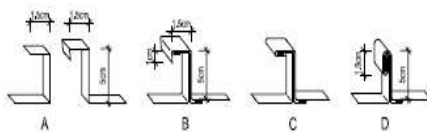
05 TYP. VENT PIPE DETAIL
NTS.



02 KITCHEN EXHAUST HOOD DETAIL
NTS.



03 TYP. GUTTER WITH DOWN SPOUT DIAGRAM
NTS.



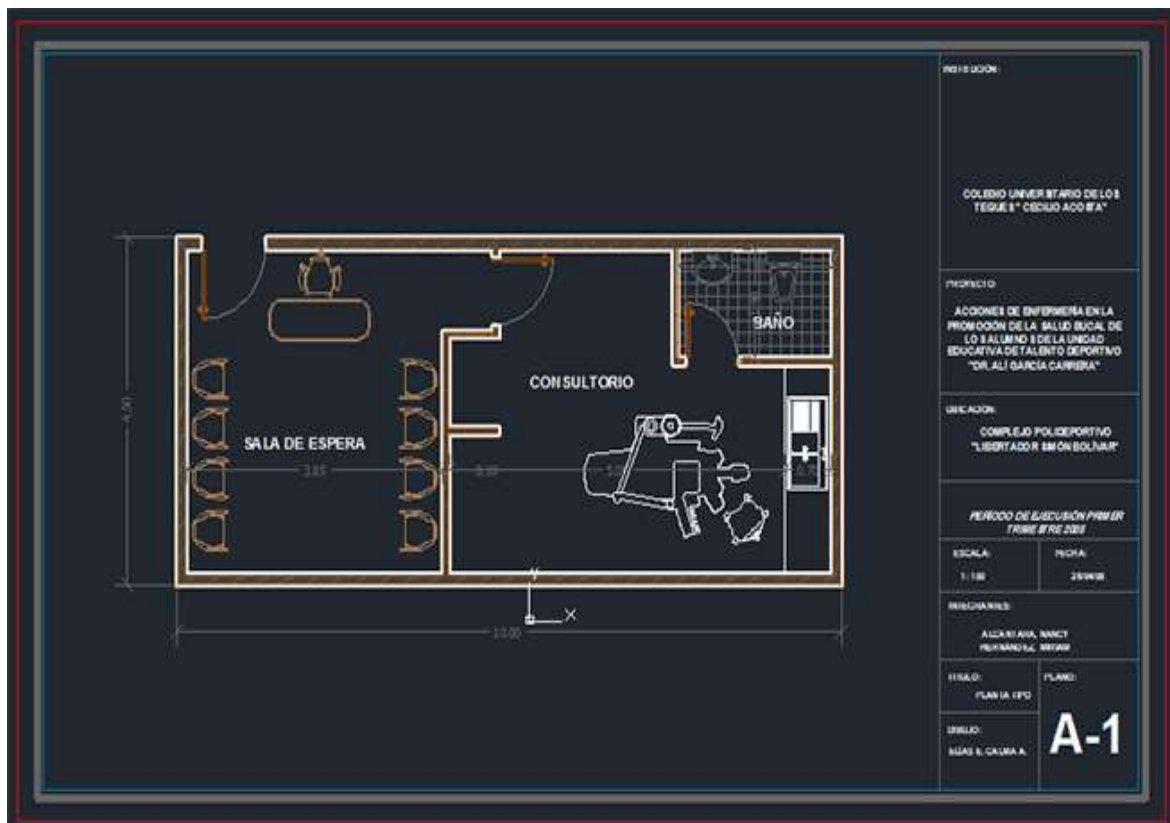
06 TYP. STANDING SEAM DETAIL @ ROOF
NTS.



بخش دندان

در این بخش برای معماران گرامی که به دنبال پلان اندازه گذاری یک معاینه خانه دندان هستند، پلان معاینه خانه دندان با متراژ ۴۵ مترمربع را آماده نموده ام. این پلان شامل اتاق داکتر دندان به همراه تجهیزات (یونیت)، اتاق انتظار، ثبت و راجستر و سرویس بهداشتی می باشد. در این پلان فضایی در حدود ۲۲ مترمربع برای اتاق داکتر دندان و سرویس بهداشتی و فضایی در حدود ۱۷ مترمربع برای بخش ثبت و راجستر، در نظر گرفته شده است.

بخش دندان برای یک مریض در یک وقت



بخش دندان برای سه مریض در یک وقت



معرفی مختصری از کلینیک تدریسی ستوماتولوژی

کلینیک تدریسی ستوماتولوژی در ماه سرطان سال ۱۳۸۶ هجری شمسی افتتاح گردیده. این کلینیک اهداف و استراتیژی پوهنحی طب دندان پوهنتون علوم طبی کابل را برای اصول نتایج مطلوب تطبیق و عملی مینماید. کلینیک تدریسی ستوماتولوژی دارای دو دسیپلین داخله ستوماتولوژی و جراحی ستوماتولوژی که شامل دیپارتمنت داخله ستوماتولوژی، پریدنتولوژی و اطفال ستوماتولوژی بوده. دسیپلین جراحی ستوماتولوژی شامل دیپارتمنت جراحی ستوماتولوژی پروستودنتیکس و اورتودنسی است می باشد.

OPG همچنان بخش رادیولوژی دندان شامل اکسری پری اپیکال و

شعبه لابراتوار ساخت دندان شامل پروتیز دندان میباشد

شعبه سنتر سپلای تعقیم کلیه وسایل جهت وقایه از انتان•

شعبه عملیات خانه جراحی وجه

وظایف و مکلفیت های کلینیک ستوماتولوژی

به صورت عموم مسئولیت اداره و رهبری کارکنان خویش را به عهده دارد وظایف و فعالیت های آتی را به صورت مشخص انجام میدهد:

تطبیق قانون و مقررات - فرمان - حکم - لوايح - طرز العمل - رهنمود ها - تدویر کنفرانس ها - شرکت در جلسات پوهنتون و کنفرانسهای علمی و تحقیقی

عملکرد بر مبنی تصاویر شورای علمی - تصاویر بورد اجرائیوی و سایر هدايات مطابق اهداف اداره پوهنتون طی کابل در راستای رشد و ارتقای سطح علمی و مسلکی استادان، محصلان، ستاژران، دوکتوران ترینی وظایف عمده کلینیک - تدریس ستوماتولوژی

- حصول نتایج مطلوب از تلاش بخش های مربوط فنی و سیستم اداری منسجم و هماهنگ از وظایف این نهاد است.

-کارهای علمی و تحقیقی در سطح کلینیک و تصامیم اکادمیک برای اعضای کادر علمی دیپارتمنت های مربوط و فراهم ساختن زمینه برای اجرای آن.

-تعیین و تدویر کنفرانس های علمی توسط اساتید ،دوکتوران ترینی وستاژران دیپارتمنت های مختلفه برای رشد ارتقای سطح علمی ومسلکی.

-نظارت و کنترول از اجراءات دوکتوران ترینی و میتودهای تدریس عملی برای ستاژران و محصلان ستوماتولوژی.

-عرضه خدمات صحی موثر وبا کیفیت در بخش های مختلف ستوماتولوژی برای مریضان.

در سرطان سال ۱۳۹۲ به اثر سعی و تلاش آمریت کلینیک تدریسی و ریاست پوهنتون علوم طبی کابل

مطابق استراتیژی ملی و اداره طبق پلان انکشافی فعالیت های ذیل صورت گرفت

-ایجاد سرویس جراحی وجه فک در کلینیک تدریسی ستوماتولوژی با داشتن ۶ بستر برای مریضان وجه فک و نوکریوال ۲۴ ساعته

آغا زیروگرام تخصص بتا ریخ ۱۳۹۲/۱۲/۲۵ صورت گرفت.

برای رشد استعداد محصلان جوان و فارغان جوان نهاد دوکتوران جوان ورزیده کارآگاه عازق ستوماتولوژی در جامعه پزشکی وطن عزیز تقدیم مینماید.

فعالیت تمام بخش های بصورت هفته وار جمع آوری و به مقام ریاست پوهنتون طبی کابل در جلسه بورد اجرائیوی ارایه میگردد.

Prosthodontic معرفی مختصر دیپارتمنت:

دیپارتمنت پروستودونتیکس از جمله دیپارتمنت های اختصاصی پوهنهی ستوماتولوژی بوده که شامل چهارده کریدیت در هفت سمستر تدریس می باشد که از صنف دوم سمستر دوم آغاز می یابد و الی سمستر دوم صنف چهارم ادامه می یابد و شامل هشت هفته دوره ستاژ برای داکتر ستاژران می باشد.

اساتید بزرگوار که تهداب گذار دیپارتمنت بودند عبارتند از پوهنمل داکتر عبدالحمید روفی، داکتر فوت داکتر کشور آلمان که در بخش انکشاف و پیشرفت طبابت ستوماتولوژی افغانستان خدمات شایان نموده است، می باشند.

دیپارتمنت پروستودونتیکس در عرصه تدریس:

سمستر اول اساسات پروستودونتیکس یک کریدیت نظری یک کریدیت عملی

دو کریدیت نظری دو کریدیت عملی Partial fixed prosthesis سمستر دوم و سوم

دو کریدیت نظری دو Partial removable prosthesis سمستر چهارم و پنجم کریدیت عملی

دو کریدیت نظری دو کریدیت عملی Complete denture سمستر ششم و هفتم

"در این دیپارتمنت چهار تن اساتید مصروف تدریس می باشند.

در بخش معالجوی دیپارتمنت پروستودونتیکس

ساختن دندان مصنوعی کامل

ساخت دندان مصنوعی به قسم صورت پارشیال

ترمیم دندان مصنوعی

استر نمودن دندان ها مصنوعی-

در بخش ستاژ داکتر ستاژران

اساتید دیپارتمنت با داکتر ستاژران همکاری همه جانبه نموده و تحت نظر ایشان داکتر ستاژران مریضان که جهت ساخت دندان به کلینیک تدریسی ستوماتولوژی مراجعه می نمایند تداوی میگردند

بخش تخصص داکتران ترینی:

قبلا تهیه شده همکاری جدی می نمایند Log Book استادان با استفاده از

(Operative Dentistry & Endodontics) معرفی مختصر از دیپارتمنت داخله ستوماتولوژی

دییارتمنت داخله ستوماتولوژی یکی از دییارتمنت های پوهنهی ستوماتولوژی بوده ، (Operative Dentistry) که سه مضمون را تحت عنوان دندانپزشکی ترمیمی تدریس می نماید Oral Medicine و (Endodontics) اندودنتیک

استادان این دییارتمنت بر علاوه تدریس برای محصلان ستوماتولوژی پرگرام تخصص را نیز برای دوکتوران ترینی به پیش می برند.

در دییارتمنت داخله ستوماتولوژی فعلا ۶ تن از اساتید

که مصروف تدریس محصلان صنوف مختلفه یعنی دوم، سوم، چهارم و دوره ستاژ در بخش های عملی و نظری می باشند.

Periodontics معرفی مختصر دییارتمنت:

دییارتمنت پریودونتیکس از جمله دییارتمنت های اختصاصی پوهنهی ستوماتولوژی بوده که به بررسی، تشخیص و تداوی امراض انساج احاطه کننده دندان می باشد که در صنف چهارم برای دو سمستر تدریس می شود (در نصاب جدید درسی شامل سه سمستر می باشد) و شامل شش هفته دوره ستاژ برای داکتر ستاژر می باشد.

پوهندوی دکتور ولید "نجرابی تهداب گذار دییارتمنت است.

دییارتمنت پریودونتیکس در عرصه تدریس فعالیت های ذیل انجام میدهد.

سمستر اول اناتومی نارمل پریودنشیوم، اساسات پریودنتولوژی و امراض بیره یک کریدت نظری یک کریدت عملی

سمستر دوم امراض پریودنتال و تداوی های امراض پریودنتال یک کریدت نظری یک کریدت عملی می باشد.

در این دییارتمنت سه تن اساتید مصروف تدریس می باشند.

در بخش معالجوی دییارتمنت پریودنتکس فعالیت های ذیل انجام میدهد

شخیص و تداوی امراض پریودنتال

Scaling and Root planning برداشتن پلک و کلکولس

تداوی های جراحی پریودنتال شامل تداوی افزایش حجم بیریه و برداشتن کتلات بیریه ای

در بخش تخصص داکتران ترینی شامل دو تن ترینی می باشد.

قبلاً تهیه شده با دوکتوران ترینی همکاری جدی Log Book استادان با استفاده از می نمایند.

دیپارتمنت اطفال ستوماتولوژی:

دیپارتمنت اطفال ستوماتولوژی در سال ۱۳۵۷ در چوکات پوهنتون طبی کابل منحیث یک مضمون شروع به فعالیت نمود که بعداً در اثر توجه هیت رهبری پوهنتون طبی کابل در ۱۳۹۰ منحیث دیپارتمنت شناخته شد.

امور این دیپارتمنت قبلاً توسط دوتن از استادان هر یک پوهندوی دوکتور احسان الله ناصری و پوهنمل دوکتور سید شعیب غفاری پیش برده می شد. در سال ۱۳۹۱ دوتن استادان جوان هر یک پوهیالی دوکتور مرغنا الیاس خیل و پوهیالی دوکتور محمد آصف صدیقی بعد از سپری نمودن امتحان کادر شامل این دیپارتمنت گردیدند.

یکی از شاخه های مهم pediatric dentistry دیپارتمنت ستوماتولوژی اطفال ستوماتولوژی بوده که به تدریس پروگرام های وقایوی و معالجوی امراض دهن و دندان اطفال از زمان تولد الی دوره بلوغیت می پردازد. این دیپارتمنت دارای سه سمستر لکچر بوده از صنف سوم آغاز می یابد. هکذا دیپارتمنت متذکره پروگرام دو ماهه برای آموزش کارهای عملی دوره ستاژ محصلان ستوماتولوژی دارا می باشد.

اهداف دیپارتمنت اطفال ستوماتولوژی

- آموزش داکتران جوان در راستای وقایه و تداوی امراض دهن و دندان اطفال بشکل نظری و عملی.

- آموزش مراجعین شفاخانه در زمینه وقایه و محافظت دندان های اطفال ایشان

- فراهم نمودن زمینه یادگیری خودی برای محصلان عزیز پوهنهی ستوماتولوژی

- پیشبرد امور علمی و تخصصی ترینی های دیپار نمند

- عرضه خدمات معالجوی مریضان اطفال

معرفی مختصر دیپارتمند جراحی ستوماتولوژی:

دیپارتمند جراحی از جمله دیپارتمند های اختصاصی پوهنهی ستوماتولوژی بوده که شامل چهار سمستر تدریس می باشد که از صنف دوم سمستر دوم آغاز می یابد و الی سمستر اول صنف چهارم ادامه می یابد و شامل هشت هفته دوره ستاژ برای داکتر ستاژران می باشد.

اساتید بزرگوار که تهداب گذار این دیپارتمند بودند عبارتند از پوهندوی دوکتور رسته داکتر فوت آلمانی، دوکتور حبیب نذیری، دوکتور سخی صدیقی، که در بخش انکشاف و پیشرفت طبابت ستوماتولوژی افغانستان خدمات شایان نموده است، می باشند.

دیپارتمند جراحی در عرصه تدریس:

سمستر دوم صنف دوم انستیزی موضعی و پروسیجر های جراحی صغیره جوف دهن یک کریدیت نظری یک کریدیت عملی
سمستر اول صنف سوم ترضیضات و انتانات نواحی وجه دو کریدیت نظری یک کریدیت عملی

سمستر دوم صنف سوم تومور ها و سیست های نواحی وجه، جراحی قبل از پروتیز، لب چاک و کام چاک ، تراجمینل نیورالجیا یک کریدیت نظری یک کریدیت عملی
سمستر اول صنف چهارم امراض غدوات لعابیه ، تشوشات مفصل صدغی فکی، امپلانت دندان، جراحی ارتوگنیتییک یک کریدیت نظری یک کریدیت عملی
در این دیپارتمند پنج تن اساتید مصروف تدریس می باشند.

در بخش معالجوی دیپارتمند پروستودننتیکس

کشیدن دندان ها

برداشتن کتلالت نواحی وجه فک

تداوی ترَضیضات نواحی وجه

پروسیجر های جراحی صغیره جوف دهن

تداوی انتانات نواحی وجه

خدمات شفاخانه

در بخش معالجوی دیپارتمنت پروستودنتیکس

ساختن دندان مصنوعی کامل

ساخت دندان مصنوعی به قسم صورت پارشیال

ترمیم دندان مصنوعی

استر نمودن دندان ها مصنوعی-

در بخش معالجوی دیپارتمنت پریودنتکس فعالیت های ذیل انجام میدهد

شخیص و تداوی امراض پریودنتال

Scaling and Root planning برداشتن پلک و کلکولس

تداوی های جراحی پریودنتال شامل تداوی افزایش حجم بیره و برداشتن کتلالت بیره ا

در بخش معالجوی دیپارتمنت پروستودنتیکس

کشیدن دندان ها

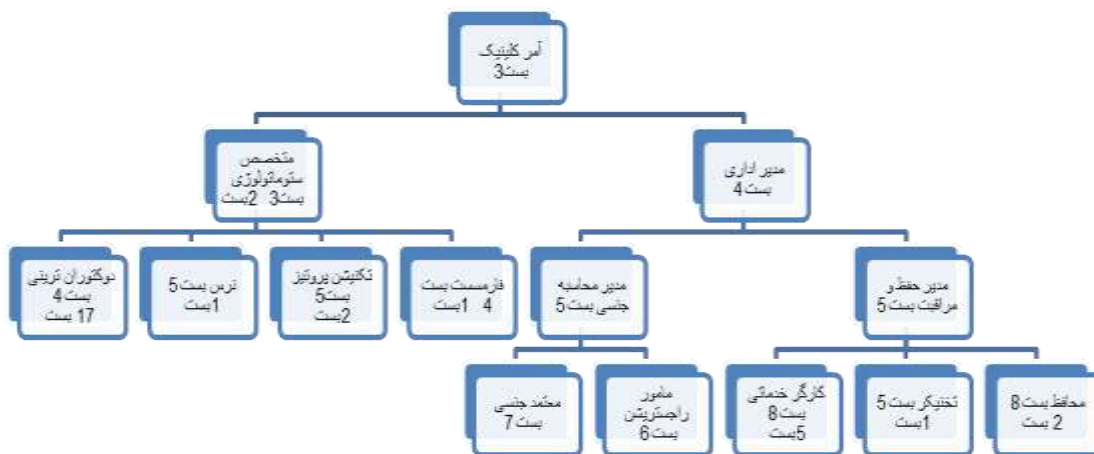
برداشتن کتلالت نواحی وجه فک

تداوی ترَضیضات نواحی وجه

پروسیجر های جراحی صغیره جوف دهن

تداوی انتانات نواحی وجه

دیاگرام تشکیلاتی



جدول تشکیلاتی

شماره	وظیفه	تعداد	ذکور	اناث
۱.	استاد کادری	۲۵	۱۵	۱۰
۲.	متخصص سوماتولوژی	۲	۲	۰
۳.	داکتر تربیتی	۱۷	۸	۹
۴.	فارسست	۱	۱	۰
۵.	نرس	۱	۱	۰
۶.	رادیولوگ	۱	۱	۰
۷.	پروتیز	۲	۱	۱
۸.	مدیر اداری	۱	۱	۰
۹.	مدیر حفظ و مراقبت	۱	۱	۰
۱۰.	مدیر جنسی	۱	۱	۰
۱۱.	مامور راجسترشن	۱	۱	۰
۱۲.	معمد	۱	۱	۰
۱۳.	محافظ	۲	۲	۰
۱۴.	کارگر	۵	۵	۰
۱۵.	تختیکر	کمبود		
	مجموع	۶۱	۴۱	۲۰

بخش چشم

معرفی و تاریخچه شفاخانه تدریسی چشم پوهنتون طبی کابل

این شفاخانه در سال ۱۳۱۵ هـ.ش (واقع شفاخانه ابن سینا) تحت نام دیپارتمنت چشم ایجاد و در سال ۱۳۴۰ هـ.ش به شفاخانه مستورات (نام اسبق شفاخانه میوند)، بعداً به شفاخانه نورکابل، در سال ۱۳۷۳ هـ.ش در استاک مرکزی و شفاخانه ۵۲ بستر خیرخانه، ۱۳۷۴ هـ.ش به شفاخانه چهارصدبستر اردو و شفاخانه امنیت ملی منتقل و به اساس تفاهمنامه مورخ (۱۳۷۸-۱۳۷۹ هـ.ش) میان وزارت تحصیلات عالی، پوهنتون علوم که به مدت ده (International Assistance Mission, IAM) طبی کابل و سال به امضاء رسیده بود در تعمیر پولی کلینیک صحتی پوهنتون کابل (واقع دهبوری) با تعداد ۱۳ تن پرسونل فنی و اداری و ۲۰ بستر، تحت نام شفاخانه تدریسی آغاز به فعالیت نمود. در سال ۱۳۸۲ از تعمیر Eye Teaching Hospital چشم پولیکلینیک صحتی پوهنتون کابل به تعمیر پوهنتون علوم طبی کابل انتقال و الی تاریخ ۱۳۹۱/۱۱/۱۸ در آن محل فعالیت نمود، در ۱۸ دلو ۱۳۹۲، به اساس هدایت ریاست پوهنتون، از محوطه پوهنتون علوم طبی کابل به تعمیر اسبق نسائی و ولادی (واقع شهر آرا) نقل مکان نمود و تا اکنون به فعالیت تدریسی و معالجوی خویش ادامه داده است. به اساس سعی و تلاش پوهنتون، تشکیل شفاخانه به ۳۱ تن پرسونل درچوکات پوهنتون علوم طبی کابل ارتقاء یافته است. شفاخانه تدریسی چشم، منحیث مرکز ارائه خدمات آموزشی برای دانشجویان پوهنتون طبی در سطوح محصلان، ستاژان، دوکتوران ترینی، متخصصین چشم و معالجه هموطنان عزیز، طور ۲۴ ساعته فعالیت می نماید. در ۲۲ جدی سال ۱۳۹۱، نظر به نیازمندی جهت تداوم ارائه خدمات تدریسی و معالجه با کیفیت، تفاهم نامه میان وزارت تحصیلات عالی، ریاست (Medical Management & Research Centre For Afghanistan (MMRCFA) پوهنتون علوم طبی کابل و موسسه امضاء گردید. در سال ۱۳۹۲ (از Fred Hollowed ۸/۱/۲۰۱۳ الی ۹/۳۱/۲۰۱۶) تفاهم نامه میان نهاد و پوهنتون علوم طبی کابل - وزارت تحصیلات عالی، راجع به Foundation انکشاف ارائه خدمات صحتی و مرکز تدریس و آموزش در شفاخانه تدریسی چشم یک نهاد خیریه (FHF) پوهنتون علوم طبی کابل، امضاء گردید. قابل یاد آوریست، مربوط کشور استرالیا بوده که در بخش کمک نا بینایان در سطح جهان عرضه خدمات مینماید.

دیدگاه

عرضه خدمات صحی باکیفیت وبامعیارات جهانی درسطوح آموزشی ومعالجوى،ارتباطات نزدیک وهمکارى دوجانبه جهانی،در عرصه آموزش،وقایه وتداوى امراض چشم (جهت کاهش نابینایی)باشیوه های نوین،برای نیازمندان درسطح کشور عرضه میدارد.

رسالت

شفاخانه تدریسی چشم، منحیث مرکز آموزشی وتخصصي پوهنتون طبى کابل بوده که آموزش محصلان،ستازران ومتخصصین چشم بامعیارات عالی،انجام تحقیقات علمى،ارائه خدمات صحى بهتربرای همشریان صورت گرفته وهمچنان بهبودخدمات صحى،حمایت ازطرح ها وارتقاء ظرفیت کارکنان باتکنالوژى وانکشافات روزراازجمله رسالت خود میداند.

ارزش ها

احترام متقابل و پابندى به حفظ کرامت انساني
التزام عملی به سه اصل صداقت، صراحت و شفافیت
ارزش گذاری براساس دانش، خلاقیت ونو آوری
حفظ و ارتقاء سلامت

مریضان

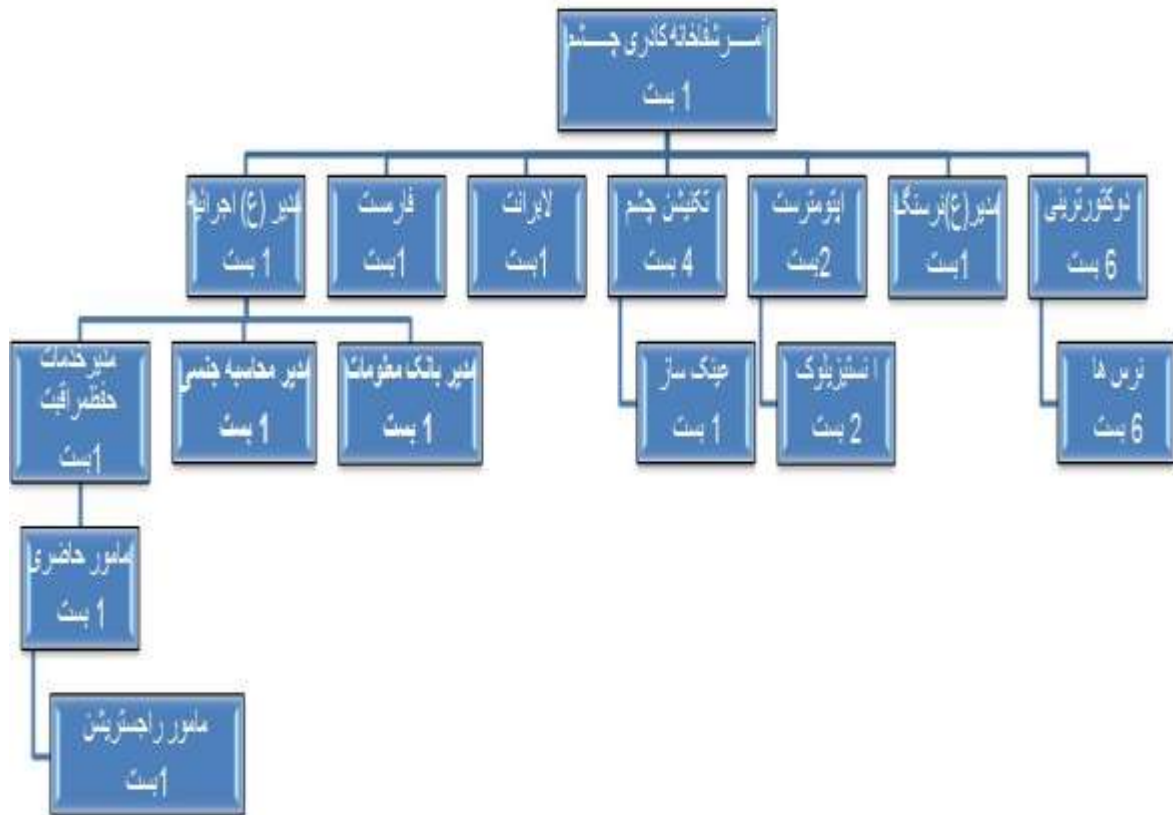
توانمندسازی

دوکتوران،مریضان

وکارکنان از طریق

برنامه های آموزش

دیاگرام تشکیلاتی



چارت تشکیلاتی

شماره	نوع وظیفه	تعداد بست					
		۷	۸				
۱	متعمد جنسی	۱					
۲	محافظ		۲				
۳	کارکن خدماتی		۳				
۴	دوبی	۱					
۵	برقی	۱					
۶	استیز	۱					
۷	دریور	۱					
	مجموع	۵	۵				

خدمات شفاخانه

- ((Academic بخش اکاد میک
- (OPD) معاینه مریضان سراپا
- (Inpatient) خدمات داخل بستر
- (Operation) بخش عملیات
- (Biometry) بایومتری
- (YAG_Laser) بخش لیزر
- (Laboratory) بخش لابراتوار
- (Spectacles) بخش عینک سازی
- (Pharmacy) بخش دواخانه
- (Emergency) واقعات عاجل

بخش کلینیک سراپا



بخش داخل بستر



بخش عملیات



بخش لیزر



بخش لابراتوار



بخش عینک سازی



بخش دواخانه



بخش گوش – گلو و بینی

معرفی مختصر شفاخانه میوند

شفاخانه میوند از مدت هفت دهه قبل در قلب کابل به فعالیت آغاز نموده که ابتداء به نام شفاخانه قلعه باقرخان مسمی بوده و بعدها بنام مستورات مسمی گردید. در زمان حکومت جمهوری دموکراتیک افغانستان، بنام میوند مبدل شد، و مراحل مختلف فعالیت های انکشافی، تغییرات و تحولات ناشی از شرایط اجتماعی، سیاسی، و نابه سامانی ها و جنگ های داخلی را پیموده است.

دیپارتمنت ها:

شفاخانه میوند دارای پنج دیپارتمنت، دو آمریت و چهار مدیریت عمومی بوده که ذیلاً توضیح میگردد:

دیپارتمنت گوش و گلو: شامل شف دیپارتمنت، اعضای دیپارتمنت، متخصصین و دوکتوران معالجوی بوده، مجموعاً ۳۰ تن داکتر در این دیپارتمنت مصروف عرضه خدمات صحی و تدریسی میباشد که از جمله ۵ تن اعضای کادر علمی، ۴ تن متخصص و ۲۱ تن دوکتور معالجوی اند.

دیپارتمنت جلدی:

شامل شف دیپارتمنت، اعضای دیپارتمنت، متخصصین و دوکتوران معالجوی بوده، مجموعاً ۱۸ تن داکتر در این دیپارتمنت مشغول عرضه خدمات صحی و تدریسی هستند که از جمله ۵ تن اعضای کادر علمی، ۴ تن متخصص و ۹ تن دوکتور معالجوی میباشد.

دیپارتمنت داخله اطفال:

شامل شف دیپارتمنت، اعضای دیپارتمنت، استادان نیونتاالوژی، متخصصین و دوکتوران معالجوی است. در این دیپارتمنت ۲۳ تن داکتر مصروف عرضه خدمات صحی و تدریسی میباشد، که از جمله ۱۰ تن اعضای کادر علمی، ۵ تن متخصص و ۸ تن دوکتور معالجوی اند.

ديپارتمنت جراحي پلاستيک:

شامل شف ديپارتمنت، متخصصين و دوکتوران معالجوی بوده و متشکل از ۷ تن دوکتور، که ۱ تن استاد کادری، ۲ تن متخصص و ۴ تن دوکتور معالجوی میباشد.

ديپارتمنت جراحي اطفال: شامل شف ديپارتمنت، استادان کادری، متخصصين و دوکتوران معالجوی است. در اين ديپارتمنت ۷ تن دوکتور مصروف عرضه خدمات صحتی و تدریسی اند، که از جمله ۳ تن اعضای کادر علمی، ۲ تن متخصص و ۲ تن دوکتور معالجوی میباشد.

اين شفاخانه دارای ۳۵۰ بستر میباشد:

ديپارتمنت گوش و گلو ۱۰۰ بستر (۵۰ بستر زنانه و ۵۰ بستر مردانه)

ديپارتمنت جلدی ۷۰ بستر (۳۵ بستر زنانه و ۳۵ بستر مردانه)

بستر مراقبت، ۱۰ بستر نوزاد، ۲۰ بستر (10) ديپارتمنت داخله اطفال ۱۲۰ بستر ، چهل بستر برای مريضان CDD ، ده بسترARI ساری، ۲۰ بستر تغذی، ۱۰ بستر داخله

(ديپارتمنت جراحي اطفال ۳۰ بستر (۵ بستر جراحي اعصاب، ۱۰ بستر ریکوری، ۱۵ بستر جراحي) ديپارتمنت جراحي پلاستيک ۳۰ بستر (۱۴ بستر مردانه، ۱۴ بستر زنانه، ۲ بستر ریکوری)

پالیسی شفاخانه

استقامت کاري شفاخانه در سه بخش تنظيم گردیده است:

آماده ساختن شرایط مناسب جهت دروس عملي محصلان پوهنتون طبي کابل تهیه و تدارك تجهيزات طبي و ادويه جات لازم جهت استفاده مريضان و تحقیقات علمی استادان پوهنتون طبي عرضه خدمات صحي با کیفیت.

کنفرانس ها

کنفرانسها توسط استادان، دوکتوران ترینی و همچنان کنفرانس های بخش نرسنگ بصورت دوامدار و منظم دایر میگردد.

کتابخانه

کتابخانه این شفاخانه از بدو تاسیس شفاخانه تا فی الحال فعالیت داشته ولی متأسفانه در جنگهای داخلی، قسماً تخریب گردیده که در اثر سعی و تلاش اداره شفاخانه تا حدی فعالیت خویش را حفظ نموده، فعلاً کتب مختلف جراحی، داخله، گوش و گلو و غیره موجود است.

خدمات معالجوی و تشخیصیه شفاخانه شامل خدمات ذیل میباشد:

سرویس عاجل دارای شعبات گوش و گلو، داخله اطفال، جلدی، جراحی اطفال، جراحی پلاستیک و شعبه واکسین میباشد، که طور ۲۴ ساعته در خدمت هموطنان عزیز قرار دارند.

، و ECG، ECHO بخش های تشخیصیه این شفاخانه شامل اکسریز،
Ultrasound. میباشد.

در آمریت نرسنگ به تعداد ۸۵ نرس طور ۲۴ ساعته فعالیت داشته که شامل ۲۷ تن طبقه اناث و ۵۸ تن طبقه طبقه ذکور و یک تن واکسیناتور بوده که به تعداد شش تن به سویه لسانس، ۱۰ تن به سویه فوق بکلوریا و ۶۹ تن آنها بکلوریا میباشد.

آمریت مالی و اداری شامل مدیریت های ذیل میباشد: خدمات، منابع بشری، محاسبه نقدی، حفظ و مراقبت، ترانسپورت و غیره میباشد.

مدیریت انستزی و احیای مجدد، شامل ۷ تن دوکتور و پرسونل متوسط میباشد.

مدیریت فارمسی، به تعداد ۵ تن فارمسست بوده، مشغول تهیه و تدارکات و منجمت ادویه جات برای مریضان اند.

مدیریت لابراتوار دارای ۸ تن پرسونل بوده و دارای شعبات باکتریولوژی، سیرولوژی، بیوشیمی و پرازیتولوژی است.

مدیریت رادیولوژی دارای ۶ تن پرسونل بوده خدمات ۲۴ ساعته تشخیصیه را برای مریضان فراهم مینماید.

سه باب اتاق کنفرانس هر یک با ظرفیت ۵۰ تن اشتراک کننده را در یک وقت دارا بوده، مجهز با وسایل ملتی میدیا، پروجکتور، الماریهای کتب و غیره میباشد که به اثر سعی و تلاش هیات رهبری شفاخانه احیاء و مورد استفاده قرار دارد.

کارکنان خدماتی

بتعداد ۱۰۹ تن از کارگران که % ۷۰ ان ذکور و % ۳۰ ان اناث میباشد، مشغول خدمات شبانه روزی برای مریضان اند.

















شفاخانه ۴۰۰ بستر اردو



مفکوره ایجاد و اعمار یک شفاخانه مجهز و مرکزی اردو برای تداوی اعضای فامیل سلطنتی و افسران عالیرتبه اردوی افغانستان در سال ۱۳۵۴ هـ ش نزد مقامات مسئول بوجود آمد و پروتوکول ساختمان آن بین دولتین افغانستان و اتحاد شوروی رسماً در سال ۱۳۴۸ آغاز گردید.

کار اعمار شفاخانه مرکزی اردو (چهارصد بستر) مورد توجه خاص دولت وقت و مواظبت سران دولتی قرار داشت چنانچه روز سه شنبه ۱۲ جدی ۱۳۵۱ محمد ظاهر شاه پادشاه افغانستان از جریان اعمار شفاخانه دیدن نموده و محمد موسی شفیق صدر اعظم وقت بتاريخ ۱۹ جدی سال مذکور از کار ساختمانی شفاخانه دیدن نمود.

در ساحه خدمات صحیه و کار شفاخانه مذکور قبل از افتتاح آن نقش محترم تورن جنرال دوکتور محمد قاسم عسکریار ، برید جنرال نور محمد خلمی فوق العاده با ارزش بود و بلاخره شفاخانه در ۲۷ عقرب ۱۳۵۵ افتتاح گردید.

این پروژه در زمان سلطنت اعلیحضرت محمد ظاهر شاه بنام (ظاهر شاهی مرکزی روغتون) مسمی گردید. چون کار ساختمان عمارت روغتون دوام داشت که کودتای

نظامی ۲۶ سرطان ۱۳۵۲ صورت گرفته و رژیم سلطنتی ختم و اداره دولت و حکومت را محمد داؤد پسر کاکای اعلیحضرت محمد ظاهر در یک نظام نو تاسیس جمهوریت بدست گرفت . مرحوم محمد داؤد خان که به اعمار آبادی و وارتقای کشور شوق و علاقه خاصی داشت ، به این پروژه علاقه ودلچسپی زیادی پیدا کرد و به وزارت دفاع وقت هدایت داد تا کمیسیونی مرکب از دوکطوران به اشتراک انجیران ساختمانی وزارت دفاع ایجاد شده و بالای تشکیل آینده و فعالیت شفاخانه غور نمایند و پیشنهاد خود را علماً و عملاً نظر به استندرد آنوقت جهان و خصوصاً کشور های منطقه ترتیب و عیار سازند.

در سال ۱۳۵۴ که کار ساختمانی شفاخانه در حدود ۸۰ در صد پیشرفته بود ، شفاخانه بنام (د اردو مرکزی روغتون) مسمی گردید . این نام و طرز فعالیت آینده شفاخانه به شکل روغتون و پیشبرد تنها پروسه معالجوی ، مورد قبول رئیس صحیۀ اردو (مرحوم دوکتور نور محمد خلمی) واقع نشده ، به وزارت دفاع و از طریق آن به ریاست دولت آنوقت مکرراً پیشنهاد نمود که در چوکات شفاخانه یک بیز علمی ، تحقیقاتی و تدریسی نیز فعال گردد و نام روغتون به (اکادمی علوم طبی قوای مسلح) با مفهوم کامل آن تعدیل و تبدیل گردد. همان بود که ریاست دولت و وزارت دفاع وقت این پیشنهاد را قبول نموده و به ریاست صحیۀ اردو هدایت داد که یک کمیسیون علمی تشکیل داده و در آن بالای طرز فعالیت آیندۀ علمی - تحقیقاتی و معالجوی اکادمی مطالعه و در ختم نتایج کار خود را از طریق وزارت دفاع به ریاست دولت بسپارند. اعضای کمیسیون که مرکب از علماء و دانشمندان مسلکی وزارت صحت عامه و پوهنتون کابل و دوکتوران و متخصصین کتگوری های مختلف ریاست صحیۀ اردو بود ، تشکیل و از طرف ریاست دولت اعضای آن تأیید و کار خود را آغاز نمودند . کار کمیسیون در جوزای سال ۱۳۵۴ آغاز گردیده ، جلسات کاری کمیسیون در روز های پنجشنبه هر هفته یک روز تقریباً مدت یکسال ادامه یافت تا آنکه تشکیل یک شفاخانه با تعداد ۴۰۰ بستر تصویب و هستۀ اکادمی علوم طبی طوری گذاشته شد که آمر مسئول هر سرویس معالجوی از با تجربه ترین دوکتوران انتخاب گردد تا در حین اجرای وظیفه معالجوی پروسه تدریسی را پیش برده بتواند که در عین زمان افتخار شمولیت کادر اکادمی را نیز داشتند.

به این ترتیب شفاخانه اکادمی علوم طبی با تشکیل نامکمل و غیر رسمی در ماه سرطان ۱۳۵۵ به کار آغاز نمود ، پرسونل قبل از افتتاح رسمی آن در محلات کار خود مصروف صفائی و ترتیب و تنظیم سرویس ها ، شعبات و بخش های مربوطه

خود شدند. در ماه عقرب همان سال شفاخانهٔ اکادمی علوم طبی به اشتراک رئیس دولت (مرحوم محمد داود خان) ، وزیر صحنه آنوقت افغانستان (مرحوم پوهاند دوکتور نظر محمد سکندر) ، وزیر صحنه آنوقت شوروی ، وزیر دفاع کشور و تمام اعضای کابینه با قطع نوار در پهلوی دیوار مرمری (دیوار دوستی) در حالیکه ۴ نفر مریض داخله در سرویس داخله عمومی بستر گردیده بود ، رسماً افتتاح شد. بطور عنعنوی در طی سالیان متمادی در ماه عقرب سالگرد آغاز کار و فعالیت اکادمی تجلیل شده و یک تعداد از پرسونل پرکار و زحمت کش اکادمی تقدیر می شوند.

طی مدت ۲۷ سال کار و فعالیت عملی و علمی خود اکادمی علوم طبی با وجود تغییرات و تحولاتیکه در کشور رخداد ، در بدترین شرایط یک لحظه از فعالیت معالجوی و تدریسی خود باز نماند و همانطور بدون توقف و تأخیر ، استوار و بدون در نظر داشت تبعیض و تفاوت ، صرف نظر از ملحوظات رتبوی ، قومی ، لسانی و غیره دوامدار و با جدیت فعالیت نموده و می نماید و در طی این مدت ، صد ها هزار مریض و زخمیان جنگ را مداوی نموده است که اسناد احصائیوی آن در آرشیف این موسسه بزرگ معالجوی موجود میباشد.

تجارب مسلکی و مواد علمی تهیه شده از کار های پراکتیکی و تحقیقاتی اکادمی علوم طبی در ده ها تیزس علمی دوکتوران و متخصصین این موسسه معتبر علمی انعکاس یافته و بشکل مونوگراف دفاع و یا منیث آثار علمی در منابع نشراتی طبی داخل کشور طبع گردیده است ، در بخش نظامی طی ۲۷ سال گذشته بیش از شصت افسر به رتبه عالی برید جنرال و تورن جنرال ترفیع نموده اند که پروسه آموزش طبی و نظامی در یک تعادل منطقی تکامل قرار داشته و به پیش میرود.

موسسات و یا ملحقاتیکه در پهلوی این موسسه بصورت ضمیموی تحت اداره اکادمی علوم طبی فعالیت می نمایند عبارت اند: از سرویس نسائی ، سرویس انتانی ، سرویس اطفال و همچنان پولی کلینیک مرکزی که در عمارات جداگانه فعالیت می نماید.

همچنان پوهنهی طب نظامی در سال ۱۳۶۴ در تشکیل اکادمی علوم طبی تاسیس و به فعالیت آغاز کرد.

فعالیت های علمی مسلکی این موسسه بزرگ معالجوی سبب گردید تا موسسات صحنی و علمی داخل و خارج کشور نیز حیثیت یک موسسه بزرگ و با اعتبار

معالجوی را به این مرکز قایل شوند. لذا با اعتمادی که در ارتباط با کیفیت تداوی در این شفاخانه دارند تمام واقعات صعب العلاج و پرابلماتیک از نظر تشخیص و تداوی مشتمل از اقشار مختلف جامعه و همچنان اعضای کابینه، دیپلمات ها، کارمندان اپرات ریاست جمهوری و افسران عالی رتبه نظامی، پولیس و امنیت درین مرکز معرفی و معالجه میگردند.

اداره وزارت دفاع ودولت انتقالی اسلامی در زمرة ده ها پیشنهاد، منظوری فاکولته طب نظامی و تکامل و اختصاص را نیز در چوکات این موسسه بزرگ داده اند که این خود نماینده گی از حیثیت و پرستیژ این موسسه علمی می نماید.

تا سال ۱۳۵۷ یعنی دو سال بعد از تاسیس اکادمی علوم طبی فعالیت های اورتوپیدی در اکادمی خلاصه میشد به تداوی تروما های زمان صلح و اصلاح سوء اشکال ولادی بطور محدود و آنهم صرف در ارتباط به بخش نظامی و استثنائاً واقعات دلچسپ و اکادمیک غیر حربی. تعداد بستر های فعال اورتوپیدی درین زمان از ۵۰ تا ۷۰ بستر در حال نوسان بود. تحولات ۷ ثور سبب گردید تا در روز واقعه و تا امروز با شروع جنگ های داخلی افغانستان در رژیم های مختلف و جنگ ها به بهانه های مختلف، اکادمی علوم طبی اکثریت نزدیک به تمام مجروحین، مصدومین جنگ را تداوی نماید. در آخرین احصائیه که از آرشیف اکادمی در سال ۱۳۸۱- ۱۳۸۳ (زمانیکه مؤلف قوماندان اکادمی بود) ارقام درشت و دقیق فعالیت های گذشته اکادمی علوم طبی را مختصراً یاد آوری می نمایم.

در طی ۲۵ سال جنگ در حدود ۱۲ میلیون مریض، مصدوم و مجروح جهت تداوی به اکادمی علوم طبی مراجعه و بصورت سراپا و یا داخل بستر تحت تداوی قرار گرفته اند. و نزد تقریباً ۱۱۰۰۰۰ مجروح، مصدوم و یا مریض عملیات های مختلف جراحی اجراء شده است. این کمیت بالا نشان دهنده حجم فعالیت های اکادمی علوم طبی را که در حقیقت تمام بار جنگ داخلی ۲۵ ساله را بر دوش کشیده است، نشان میدهد.

در اولین ساعات روز ۷ ثور سال ۱۳۵۷ امام الدین خان یکی از فعالین انقلاب که جرحه ناریه عضد داشت به اکادمی آورده و تداوی گردید. یک تعداد از زخمی های خاندان محمد داؤد رئیس جمهور وقت افغانستان نیز به اکادمی علوم طبی جهت تداوی آورده شده و تداوی گردیدند.

مخالفت در مقابل دولت به ظاهر کمونستی آهسته آهسته اوج گرفت و سبب گردید تا واقعات انفرادی، جروحات ناروی و به واقعات متعدد کتلوی مجروحین تبدیل گردد و مرکز معالجوی مناسب تر از اکادمی علوم طبی موجود نبود تا این مجروحین را پذیرفته و تداوی کند، زیرا موسسات ملکی کابل از یکطرف معلومات کافی تیوریکی و تجارب پراکتیکی برای تداوی چنین تیپ تروما (جروحات جنگ) نداشتند و از طرف دیگر نسبت نظامی بودن و محرم بودن واقعات از نظر کمی و کیفی سبب گردید تا اکادمی علوم طبی به یگانه موسسه پذیرش مجروحین سراسری در کشور تبدیل گردد.

بعد از سال ۱۳۵۷ با بیشتر شدن واقعات جروحات ناروی و با در نظر داشت این حقیقت که از هر صد مجروح و یا مصدوم مراجعه کننده ۷۵ فیصد آنها جروحات و کسور اطراف تشکیل میداد، گرداننده گان اداره اکادمی را وادار ساخت تا تعداد سرویس های تروماتولوژی حربی و اورتوپیدی را بیشتر سازند.

برای جروحات و B و A بدین ترتیب منزل دوم دارای ۱۶۰ بستر فعال در دو سمت کسور اطراف سفلی و منزل شش با ۱۶۰ بستر فعال و ۴۰ بستر نیمه فعال (به اساس ضرورت) برای جروحات اقسام رخواه و کسور اطراف علوی و منزل چهارم اکادمی که دارای عملیات خانه مستقل در خود سرویس و یک عملیات خانه ریزرف در منزل اول یا قید قبول، برای عملیات مریضان گاز گانگرن داشت، که در ۱۲۰ بستر خود تمام مجروحین با اختلاط سپتیک صدر، بطن، اطراف، و غیره حالات را تداوی می نمود. در این سرویس و Specific و غیر Specific انتانی تقیحی سرویس های مختلف اورتوپیدی و تروماتولوژی با در نظر داشت تجارب قبلی مسلکی و معلومات تیوریکی اورتوپیدی مدرن، اساس و بنیاد مکتب امروزی تروماتولوژی حربی و اورتوپیدی افغانستان توسط پروفیسور محمد موسی وردک و همکاران نزدیک وی گذاشته شد. البته رهنمایی و همکاری مستقیم و دلسوزانه مشاورین اتحاد شوروی وقت در تهداب گذاری مکتب اورتوپیدی رول سازنده و اساسی داشت.

انکشافات بعدی این بخش و دست آورد های آن در سطح افغانستان و جهان مربوط بود به دو فکتور عمده و اساسی که اولی را میتوان در موجودیت زمینه پراکتیکی مساعد برای کار های علمی با نو آوری های آن و دومی را در فعالیت های هدفمندانه پروفیسور وردک و شاگردانش دانست که صرف نظر از هر نوع تبعیض شب و روز در خدمت مریضان قرار داشتند، اعضای این کلکتیف نه تنها منحیث

یک دوکتور معالج ، بلکه منحيث یک متجسس و محقق همیشه در فکر آن بودند از شرایط موجود بصورت عمومی برای طبابت آینده افغانستان و بالاخص برای مکتب نو بنیاد تروماتولوژی حربی و اورتوپیدی زمینه رشد و انکشاف سیستماتیک و قانونمند را فراهم سازند.

نقش افراد در تحولات و تغییرات مثبت و منفی جوامع ، پدیده ها ، و بخش ها مختلف علمی مسلکی را نمیتوان نادیده گرفت . کار و عمل ، قهرمانانه صورت نخواهد گرفت تا شخصی و یا اشخاصی قهرمانی نکنند. مردم افغانستان فعالیت ها و عرضه خدمات صحتی اکادمی علوم طبی را برای مجروحین ، مصدومین و مریضان در دوران جنگ ۲۵ ساله ، هرگز فراموش نه مینمایند.

بخش اورتوپیدی

پیشینه مختصر اورتوپیدی در افغانستان

با وجود آنکه دنیا در شروع قرن بیست و قبل از آن شاهد پیشرفت های سریع، در بخش های مختلف طبابت و منجمله اورتوپیدی بود، بدبختانه در مملکت ما خبری از طب و طبابت علمی - مسلکی وجود نداشت.

با وجودیکه طبابت سیر تکاملی خو را میپیمود، اما طوریکه هویدا است در زمان امیر عبدالرحمن خان به انکشاف طبابت و دوا سازی توجه مبذول نگردید ولی امیر حبیب الله تهداب معارف و فرهنگ جدید را در افغانستان گذاشت که طبابت همزمان با آن قدم های به پیشرو برداشت. امیر حبیب الله در سال ۱۹۰۲ هنگامی که کولرا و خشک سالی مردم افغانستان را تهدید می نمود لقب سراج الملت و الدین را اختیار نمود و در یک مجلس عام گفت که « ترقی یک دولت و یک ملت بدون علم امکان ندارد. من مصمم هستم که در مملکت مکتب ها بنیاد نهاده شود.

امیر حبیب الله خان در شروع سلطنت خود دو نفر دوکتور هندی بنام غلام نبی و غلام محمد را به کابل استخدام نمود، که مصروف تداوی مریضان خاندان شاهی بودند. قبل از سلطنت امیر حبیب الله جراحی توسط سلمانی ها به صورت غیر فنی و عنعنوی تطبیق میگردید. این دو نفر جراح می توانستند عملیات های بسیط از قبیل سنگ مثانه، کترکت و غیره را اجرا نمایند. حسین قلی خان که از پدر شکسته بندی کسور عظمی را فرا گرفته بود، تحت نظر این دو نفر تجارب بیشتر را آموخت. همان بود که یک کورس ابتدائی جراحی تحت نظر حسین قلی خان افتتاح و و در همان زمان تعداد شاگردان این کورس به چهل نفر رسید.

در سال (۱۲۹۰) ۱۹۱۱ شفاخانه ملکی در کابل تأسیس گردید و توسط دوکتوران هندی بکار انداخته شد. ((در زمان سلطنت امیر حبیب الله خان شفاخانه ملکی در کابل تأسیس و توسط دوکتوران ترکی شروع بکار کرد)). اما یک شفاخانه کوچک نظامی نیز وجود داشت که در آن هندی ها کار میکردند. البته این شفاخانه ها در کابل بودند و حتی برای مردم دور و نزدیک، استفاده از آن میسر نبود.

در اواخر سلطنت امیر حبیب الله یک طبیب هندی بنام علی جويا خان به افغانستان استخدام شد که در حقیقت طبیب دربار و مصروف معالجه خاندان سلطنتی و بعضی اشخاص معتبر (سرشناس وقت) بود.

در عصر نادر شاهی تغییرات چشمگیری در بخش صحیه رونما گردید اعمار شفاخانه های علی آباد، سناتوریم رفقی و تاسیس فاکولته طب یکی از دست آورد های مهم این دوره است. همچنان تاسیس مکتب طبی معاون دوکتوری، مکتب کمپودری، تاسیس مکتب پرستاری و استخدام دکتوران متخصص از دولت دوست ترکیه را نیز میتوان از انکشافات و اولین گام در راه احیای طبابت در افغانستان محاسبه کرد. شفاخانه علی آباد در دامنه کوه علی آباد با ۶۰۰ بستر دارای بخش های داخله، جراحی، سناتوریم، جلدی، چشم، عقلی عصبی، گوش و گلو و انتانی در سال ۱۳۱۱ افتتاح گردید. و برای طبقه اناث شفاخانه مستورات (میوند امروزی) با شعبات مربوطه آن تاسیس گردید که بعد از تاسیس فاکولته طب به حیث شفاخانه های تدریسی و بنام موسسات صحی پوهنتون فعالیت می نمود.

در سال ۱۳۱۱ فاکولته طب تاسیس شد که در پهلوی آن مکتب عالی دوا سازی نیز در همین سال تأسیس گردید. این پوهنهی و مکتب عالی توسط ۱۷ نفر پروفیسوران ترکی و یک استاد داخلی کیمیا بنام انور علی در دارالامان که بنام دارالفنون معروف بود، مصروف تدریس شدند، که از جمله ۱۷ نفر پروفیسوران ترکی ۱۱ نفر آن استادان دوا سازی و رشته کیمیا بودند.

اولین دسته فارغان در سال ۱۳۱۶ به تعداد هشت نفر از فاکولته طب و دو نفر از مکتب دوا سازی به جامعه تقدیم شد.

تاسال ۱۳۴۲ که هنوز شفاخانه های بزرگ دیگر در مرکز موجود نبود شفاخانه های علی آباد و مستورات یگانه شفاخانه های ملکی بودند که تمام مریضان را می پذیرفتند. مریضان تراوماتولوژی و ارتوپیدی مانند سایر مریضان در همین دو شفاخانه تداوی میگردید. استادان، متخصصین و دکتوران زیادی در این شفاخانه ها تربیه و تقدیم جامعه گردید.

محترم پوهاند مهرمحمد اعجازی در مورد گذشته اورتوپیدی در شفاخانه علی آباد و فاکولته طب کابل می گوید که:

در آن سال ها هیچ نوع تفکیکی در شعبات اختصاصی امروزی منجمله اورتوپیدی « موجود نبود و همه تحت عنوان جراحی فعالیت می نمودند. مریضان اورتوپیدی و تراوماتولوژی در سرویس های جراحی شفاخانه علی آباد و مستورات توسط ستاف جراحی که عموماً استادان پوهنخی طب بودند تداوی میگردیدند، و سرویس جداگانه اورتوپیدی وجود نداشت اما در سرویس های جراحی اطاق های اختصاص داده شده جهت تداوی مریضان اورتوپیدی موجود بود.

حتی از یک تعداد شکسته بند های با تجربه همان زمان که در پلاستر ها و ارجاع بسته کسور کمک می نمود که میتوان از ماما عزیز الله و یک تعداد دیگر که توسط « مکتب ترک ها فن شکسته بندی را در همان سال آموختند نام برد.

استادان فاکولته طب در آنزمان چون پوهاند کرام الدین کاکر، پوهاند حسینی، پوهاند لودین، دکتور عمر درمان، دکتور ایوب اکبر در بخش اورتوپیدی بیشتر همکاری داشته و هم این بخش را تدریس می نمودند.

در مورد اینکه چه زمانی و به چه علتی دوکتوران برای یک دوره تخصصی دو ساله به ایتالیا فرستاده شدند، موصوف خاطرات خود را چنین بیان نمود : «در سال که به گمان اغلب (۱۹۶۱) اعلیحضرت محمد ظاهر خان در اثر حادثه کسر بند دست برداشت ، وی را به علی آباد انتقال دادند و از (Colle's Fractur یک

امریکایی که جراح عمومی بود و در شفاخانه ابن سینای همان وقت Sha پروفیسور ایفای وظیفه می نمود دعوت نمودند تا در پروسه معالجوی وی اشتراک نماید .

دوکتور معالج در آنزمان پروفیسور کرام الدین خان کاکر ، رئیس موسسات صحی پوهنتون انتخاب گردید ، کسر دست شاه تحت ناکوز با ایتر ارجاع و پلاستر شد. در رادیو گرافی کنترولی دیده شد که حالت بیجا شده گی تالی و یا هم ارجاع ناموفق در محراق مکسوره موجود است ، شاه ناخرسند از پروسه معالجوی خود جهت تداوی به کشور ایتالیا سفر نمود و توسط پروفیسور معروف اورتوپیدی ایتالیا پروفیسور

معالجه گردید . بعد از عودت به وطن شاه از پروفیسور مذکور دعوت Skadettie نمود تا به افغانستان بیاید . نامبرده به افغانستان سفر نموده و دو نفر از دوکتوران جوان بنام دوکتور احسان الله رشتیا و دوکتور محمد عظیم سدوزی را جهت ترینگ به ایتالیا فرستاد. ایشان بعد از ختم دوره دو ساله ترینگ اورتوپیدی دوباره به شفاخانه علی آباد آمده و یک بخش جداگانه را بنام سرویس اورتوپیدی با دوازده بستر تأسیس نمودند. بعد از سقوط دولت شاهی ، این پروسه بدون تکامل باقی ماند زیرا

محمد عظیم سدوزی وفات نمود و دوکتور احسان الله رشتیا به خارج از افغانستان سفر نمود ، درین سال ها یعنی بعد از سقوط ظاهر خان و جمهوری داؤد خان دوکتور محمد عمر درمان و دوکتور محمد ایوب اکبر و پوهاند لودین تحت نظر پوهاند سید محمد حسینی ، واقعات تروماتولوژی و امراض اورتوپیدی را در علی آباد معالجه می نمودند. تا اینکه در سال ۱۳۴۳ شفاخانه وزیر اکبر خان افتتاح و بخش اورتوپیدی نه چندان تکامل یافته آن به وزیر اکبر خان انتقال داده شد.

یکی از اقدامات علمی و قابل تحسین آنزمان نشر افغان طبی مجله در بین سال های (۱۳۳۵) در هر سه ماه به صاحب امتیازی فاکولته طب وقت بود که با محتویات علمی بسیار عالی در شرایط همان زمان نشر میگردید.

و آنچه دلچسپ است نظم و سیستماتیک بودن توزیع این مجلات بود.

خدمات صحنی اورتوپیدی در افغانستان از سال ۱۳۳۰ به بعد بطور کاملاً استثنائی و محدود توسط دوکتوران ترکی و بعداً فرانسوی در فاکولته طب البته در بخش جراحی علی آباد اجراء میشد.

در بین سال های ۱۳۳۶-۱۳۵۷ محترم پوهاند سید محمد حسینی(اخیراً در کشور آلمان منحیث مهاجر زنده گی میکند) یک کتابی قطور آفات ترضیضی را که در حدود ۹۰۰ صفحه بود ترجمه و تألیف و شامل کوریکولوم درسی فاکولته طب نموده بود.

درین سال ها پوهاند ایوب اکبر ، پوهاند لودین ، نیز یک تعداد عملیات های اورتوپیدی را اجراء می نمودند و محترم استاد ایوب اکبر بیشتر به اورتوپیدی بخش اطفال مصروف بود که آن هم شکل ابتدائی را داشت . پوهاند لودین یک بخش از مضمون جراحی را تحت عنوان (تومور بلانش مفصل زانو) که در حقیقت همان واقعات توبرکلوز مفاصل زانو بود که از نظر کمیت در آنزمان فوق العاده زیاد تصادف سمیگردید ، و اصطلاح تومور بلانش از لسان فرانسوی گرفته شده بود که مفهوم آن تومور سفید بود ، را تدریس می نمود.

شفاخانه وزیر اکبر خان



شفابخانه وزیر اکبر خان در سال ۱۳۴۳ در یک ساحه ۳۴ جریب زمین با موجودیت شروع به فعالیت نمود. پلان اساسی و نقشه complex ۱۸۰ بستر بصورت ساختمانی این شفابخانه را مهندسین ایتالوی طرح نمودند که بعداً توسط کمپنی هوختیف المانی اعمار گردید. مصارف تعمیراتی بالغ به ۵۲ میلیون افغانی از بودیجه انکشافی دولت وقت هزینه برداشت. لوازم بستر سامات آلات طبی آن از کمک های بلاعوض کشور اتحاد جماهیر شوروی وقت اکمال گردیده بود.



وظایف شفابخانه وزیر اکبر خان از همان ابتدای تاسیس در پهلوی معالجه و تداوی مریضان بحیث یک مرکز تربیه دکتوران جوان اورتوپیدی عیار گردیده بود. به منظور تحقق اهداف معالجوی و تدریسی در ماه عقرب سال ۱۳۴۳ قرار داد استخدام یک تیم متخصصین طبی با سفارت کبرای کشور چکوسلواکیا در کابل منعقد گردید و به اساس متن قرارداد مشاورین مذکور در اوایل سال ۱۳۴۴ در کابل مواصلت و در شفابخانه وزیر اکبرخان شروع به فعالیت نمودند. این تیم متشکل از شش پروفیسور در رشته های اورتوپیدی، جراحی عمومی، داخله، گوش و گلو، چشم، رادیولوژی،

دو نرس عملیاتخانه، سه نرس وارد، یک نفر انستیزیلوگ، یک آشپز و یک نفر تکنیشن برق بود.



F.Bezency سرویس اورتوپیدی تحت نظر مستقیم پروفیسور چکوسلواکیایی فعالیت می نمود. این پروفیسور اورتوپیدی فارغ التحصیل یونیورسیتی شهر پراگ پراگ و بعداً من حیث charle بود که مدت ده سال پروفیسور اورتوپیدی یونیورسیتی پروفیسور اورتوپیدی در شهر برلین، پاریس و زوریخ ایفای وظیفه نموده بود و هم در سال ۱۹۶۳ ریاست کانگه بین المللی اورتوپیدی منعقد وینا را به عهده داشت. که نظریات و میتودهای عملیاتی این مولف در لیتراتور جهانی اورتوپیدی و آثار مشهور این مسلک در سطح جهان به نشر رسیده و مورد استفاده قرار میگرفت. همراه با این پروفیسور اورتوپیدی، متخصص اورتوپیدی افغان به اسم شفیق احمد خان ارسلا به حیث شف و دو نفر دوکتوران جوان به اسم شیرمحمد سلطانی و دوکتور حفیظ الله زمریالی به حیث اسپستانت ایفای وظیفه می نمودند.

شفاخانه وزیر اکبر خان اولین شفاخانه اختصاصی اورتوپیدی در سطح کشور است که خدمات آن در بخش اورتوپیدی و تروماتولوژی به هموطنان ملکی ما محدود گردیده اما در واقعات غیر مترقبه استثنائی، و در دوران جنگ های داخلی مجروحین و مریضان بخش های نظامی را نیز البته به کمیت نه چندان چشم گیر میپذیرفت.

در این مرکز معالجوی و آموزشی با اعتبار کشور عملیات های فوق العاده مغلق اورتوپیدی و تروماتولوژی صورت میگیرد. این شفاخانه بر علاوه خصلت معالجوی خود تدریسی نیز بوده که نه تنها برای محصلین پوهنتون طب بیز تیوریکی و پراکتیکی مسلک اورتوپیدی محسوب میشود بلکه برای شفاخانه های ملکی ولایات در چوکات وزارت صحت عامه افغانستان متخصص اورتوپیدی تربیه می نمایند. از سال ۱۳۶۶ به این طرف پروفیسور دوکتور نجیب الله وزیری رهبری و اداره بخش اورتوپیدی این شفاخانه را بعهده دارد.



انستیتوت (شفاخانه) صحت طفل اندرا گاندی

یکی از مراکز اختصاصی اورتوپیدی و تروماتولوژی کشور انستیتوت صحت طفل اندرا گاندی است. سنگ تهاب آن در سال ۱۳۴۵ توسط مرحوم ذاکر حسین رئیس جمهور وقت هند گذاشته شد و یک دیپارتمنت مجهز اورتوپیدی اطفال را دارا میباشد، که مؤسسين آن پروفیسور دوکتور عبدالسلام جلالی و دوکتور چندک از کشور هند بود. این شعبه بعداً بصورت یک دیپارتمنت اکادمیک ارتقاء نمود که در آن کورس مافوق لیسانس تخصصی

که همه ساله محصلین و All India Institute of Medical Science توأمیت با دوکتوران جوان را بعد از طی امتحان شمول، می پذیرفت و برای چهار سال مسلسل تحت آموزش قرار میداد که در ختم آن دیپلوم تخصص اورتوپیدی اطفال را بدرجه ماستری بدست می آوردند، که از طرف شورای طبی هند برسمیت شناخته شده و فاکولته طب وقت و بعداً انستیتوت طب کابل آنرا برسمیت شناخت. فارغین زیادی از این کورس به جامعه تقدیم شد که میتوان از دوکتور سعدالدین انصاری و دوکتور سونارام (به اساس لزوم دید وزارت صحت عامه وقت دوکتور سونارام در دو کنگره بین المللی اورتوپیدی در سال ۱۹۸۲ در جاкарتا و در سال ۱۹۸۹ در سویس اشتراک نماید.) و دوکتور محمد ظاهر غازی علم که برای گرفتن دیپلوم های تحصیلی عالی به هند نیز اعزام شدند و موفق به اخذ دیپلوم گردیدند نام برد.

همچنین دوکتور عبدالهادی جلال زی، دوکتور سید شریف حسین، دوکتور عبدالقادر پوپل، دوکتور غلام محمد، دوکتور سهیلا، دوکتور رحیم زی و دیگران All India درین کورس آموزش دیده و تخصص گرفته اند. علاوه از همکاری جراح مشهور اکادمیک Care Medico از تیم Institute of Medical Sciences نیز بحیث ترینر و استاد کورس اورتوپیدی اطفال، Fouls کانادائی بنام دوکتور صحت طفل اندرا گاندی و در شعبه اورتوپیدی بزرگسالان شفاخانه وزیر اکبر خان Care پروگرام های تخصصی اورتوپیدی را پیش میبردند. تا سال ۱۳۵۷ که همکاری خود را خاتمه داد این پروگرام اکادمیک دوام نمود، که دوکتور Medico عبدالسلام جلالی در راس این پروگرام قرار داشت.

بعد از سال ۱۳۵۷ تا سال ۱۳۷۱ باز هم پروگرام تخصصی اورتوپیدی اطفال در انستیتوت اندرا گاندی تحت نظر پروفیسور دوکتور عبدالسلام جلالی با توأمیت انستیتوت صحت طفل همراه انستیتوت طب کابل دوام نمود و دوکتوران جوان و

متخصص را به جامعه تقدیم نمود. دوکتور جلالی در عین زمان وظیفه شف دیپارتمنت جراحی و اورتوپیدی اطفال را بعهده داشت.

بعد از سال ۱۳۷۱ که متخصصین هندی انستیتوت صحت طفل را ترک نمودند پراگنده گی و مهاجرت به خارج کشور شروع شد و دوکتور جلالی نیز وطن را ترک نمود و قرار معلوم بعد از یک دوره نا به سامانی ها که در تمام ابعاد علمی - مسلکی افغانستان تاثیرات منفی بر جای گذاشت پروگرام تخصصی این انستیتوت نیز به تعویق افتاد که بعد از تأسیس ریاست اکمال تخصص در وزارت صحت عامه پروگرام تخصصی اورتوپیدی انستیتوت صحت طفل اندراگانندی نه به طور مستقل بلکه در چوکات ریاست اکمال تخصص دوباره شروع بکار نمود. پوهاند عبدالسلام جلالی که یک عمر را در خدمت طبابت افغانستان گذشتانده است از جمله استادان مجرب و یکی از خدمتگزاران صادق وطن بوده خدمات خستگی ناپذیر شان در راه ارتقای مسلک اورتوپیدی مخصوصاً در بخش اطفال ماندگار و فراموش ناشدنی است.









بخش جلدی و زیبایی

شفاخانه جلدی و زیبایی روز

Rose dermatology and cosmetic hospital



برای لیفت و سفت (HIFH) امواج پر توان مافوق صوت متمرکز یا هایفو تراپی کردن پوست صورت و گردن بدون نیاز به عمل جراحی استفاده می شود. از زمان معرفی در سال ۲۰۱۲، استفاده از این روش درمانی به سرعت گسترش پیدا کرد و هم اکنون متخصصان در سراسر جهان از دستگاه های پیشرفته هایفو تراپی برایبیماران خود استفاده می کنند



تداوی لکه های صورت

طوری که میدانید لکه های صورت یک حالت بسیار شایع است و عده کثیری از جوانان هم از خانمها و وقایع از آن رنج میبرند که از سبب عوامل مختلف بوجود آمده اند و در بسیاری حالات استفاده از کریمها نمیتواند سبب بهبود چنین لکه ها گردد بخاطر حل این معضل کلینیک ما همیشه در تلاش آن بوده تا روش های روز دنیا را که امروزه در کشورهای اروپایی ، آمریکایی و آسیایی استفاده میشود.



خدمات جراحی پلاستیک (زیبایی) در شفاخانه روز

عمل جراحی پلاستیک معمولاً برای جوانسازی و بهبود شکل ظاهری صورت (خطوط بینی، چشم ها، گونه ها، چانه، پیشانی و گوش ها) صورت می گیرد. انواع جراحی پلاستیک که در شفاخانه جلدی و زیبایی روز اجرا می گردد

جراحی های پلاستیک صورت

لیفت ابرو که به لیفت پیشانی هم شناخته میشود عمل جراحی پلاستیک نسبتاً ساده ای است که باعث کشیده شدن پیشانی و رفع خطوط عمیق و چین و چروک پیشانی می شود.

لیفت کلی صورت نوع از جراحی پلاستیک صورت است که باعث از بین بردن چروک

...



آیا راجع به ریزش مو اطفال میدانید ؟

ریزش مو ویا آلوپسی فقط مشکل بزرگسالان نیست. ریزش مو در اطفال در حدود ۳ درصد است. از دست دادن مو در هر سنی میتواند ترسناک باشد. خبر خوب این است که با تشخیص مناسب بیشتر موارد ریزش مو می تواند باموفقیت تداوی شود.

امروزه سرطان پوست خیلی شایع است و هریک نفر از میان پنج امریکایی به این بیماری دچار میشوند. احتمال ابتلا به سرطان پوست ارتباط خیلی نزدیکی با میزان قرار گیری در برابر اشعه ماورابنفش دارد. خوشبختانه با مصرف کریم های ضد آفتاب به سادگی میتوان شدت اثر این پرتو ها بر پوست را کاهش داد و از بروز سرطان پوست پیشگیری نمود. ولی کریمهای ضد آفتاب دارای ویژگی های متفاوتی میباشد و باید متناسب با پوست فرد انتخاب شوند.



التهاب فولیکول های مو یا فولیکولیت

فولیکولیت به التهاب فولیکول های مو گفته میشود که نظر به علت آن متفاوت میباشد. التهاب می تواند سطحی و یا با در گیری سطح و عمق فولیکول باشد. فولیکولیت عمیق غالباً ضایعات مزمن هستند که در اثر دستکاری ضایعات سطحی ایجاد میشوند.



التهاب فولیکول های مو یا فولیکولیت

Rose
191
پارمنتولوژیست و متخصص زیبایی
در بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی

0796363640

بلفاروپلاستی یا جراحی زیبایی پلک ها

بلفاروپلاستی شامل جراحی زیبایی است که برای برطرف کردن افتادگی پلک ها استفاده میشود که طی آن پوست، عضله و چربی اضافه برداشته میشود. بلفاروپلاستی معمولاً بصورت سرپایی انجام میشود. برای اینکه بدانید آیا بلفاروپلاستی مناسب شماست یاخیر، مطلب ذیل را بخوانید.

با بالا رفتن سن پلک ها کشیده شده و عضلات که از آنها محافظت می کنند ضعیف میشوند. در نتیجه چربی اضافه ممکن است.



بلفاروپلاستی یا
جراحی پلک ها

Role
191

0796363640

چگونه می‌توانید موهایی سالم و انبوه داشته باشید

همه ما خواهان موهایی سالم و انبوه هستیم. در ذیل معلومات لازم را برای محافظت از مو و داشتن موهایی سالم را در اختیارتان می‌گذاریم. برای کسب اطلاعات بیشتر در خصوص تدای ریزش مو در شفاخانه جلدی و زیبایی روز می‌توانید تماس حاصل فرمایید.

برای داشتن موهای سالم، مقاوم و زیبا این دستورات را رعایت کنید و ورزش کنید.

روزانه وقتی را به ورزش اختصاص دهید حتی برای چند دقیقه ورزش جریان خون را در پوست سر افزایش داده و موجب می‌گردد اکسیژن و مواد غذایی به پیاز مویی که باعث سلامت مو می‌شوند انتقال یابد.

از کاهش وزن سریع اجتناب کنید

حقیقت تلخ این است که رژیم به هر حال باعث ریزش مو می‌شود. کاهش وزن سریع همچون شوکی برای بدن است که تغییراتی در متابولیسم بدن داده و در رشد مو تأثیر می‌گذارد. اگر در عرض یک ماه بیش از ۱۰ درصد وزن بدن خود را کم کنید. (حدوداً ۷ کیلو) ریزش مو پیدا خواهید کرد. به علاوه کمبود مواد غذایی سبب ضعیف شدن و شکنندگی تارهای مو می‌شود و رشد مجدد مو را متوقف می‌کند.

از رژیم‌های کم پروتئین دوری کنید

درصد مو را پروتئین تشکیل داده است. بناء مصرف یک رژیم غذایی متعادل ۹۷ حاوی منابع غذایی پروتئینی کمک می‌کند تا موهای سالم و زیبا داشته باشید.

از فشار عصبی بپرهیزید

فشار عصبی با ریزش مو رابطه مستقیم دارد. استرس مزمن در جریان خون پوست سر، اختلال ایجاد کرده و باعث می‌شود اکسیژن و مواد مغذی به پیاز مویی نرسد. فشار چه جسمی و چه روحی از رشد مو جلوگیری می‌کند. و در عرض دو تا سه ماه ریزش مو به اوج خود می‌رسد. خوشبختانه با بهبود شرایطی روحی این ریزش و از دست دادن مو دوباره جبران می‌شود.

تغذیه سالم

همانند پوستتان، موهای شما نشانگر وضعیت تغذیه‌تان است پشت هر موی زیبایی یک تغذیه مناسب نهفته است. هیچ محصولی مناسب مو به اندازه تغذیه مناسب برای سلامت و جلوگیری از آسیب و شکنندگی مو وجود ندارد. برخلاف پوست، مو قادر به ترمیم خود نیست پس اگر موهایتان دچار آسیب و شکنندگی شده است بهتر است به جای خرید شامپوها و محصولات گران قیمت مشکل خود را با تغذیه مناسب و از لحاظ درونی حل کنید.

سیگار را ترک کنید

سیگار رادیکال‌های آزاد تولید می‌کند، سموم را در خون جاری کرده و در انتقال مواد غذایی به مو و پوست سر اختلال ایجاد می‌نماید.

کمپلکس شفاخانه ۷۰ بستر معتادین بدخشان

طرح سال ۱۳۷۰ بنده در انستیتوت پروژه سازی (پما)

Complex of 70 beds hospital for addicts in Badakhshan province

My designed project in 1991(Central planning project Institute)

PAMA

این پروژه شامل ۲ بخش یعنی تعمیر اساسی و تعمیرات کمکی میباشد.

تعمیر اساسی شامل:

ثبت و راجستر، اکسری، لابراتوار، معاینه خانه، بستر های مردانه، بستر های زنانه، بستر های طفلانه، کلینیک روز، تفریح دماگی، دواخانه، لکچرخانه، گروپ سروی، شاورها، تشناب ها و دهلیز ها با پلان عمومی (ای-انگلیسی) مانند در یک و دومنزل میباشد.

تعمیرات کمکی:

جنریتورخانه، ورکشاپ، طعام خانه، آشپز خانه، دویی خانه، ذخیره، چاه آب، چاه بدرفت، ساحه کارهای فزیک، ساحات تفریحی سر پوشیده و غیره ملحقات لازمه با دیوار های احاطه و محافظوی.

ساحه باز:

ساحه سبز، ساحات تفریحی، باغچه، فواره ها، سیستم های ضد حریق، جا های ملاقات، پارکینگ های وسایط برای شفاخانه، پرسونل و پایوازان.

نقشه ها :

تمام نقشه های آن در مدت یک سال با دست و بروی کاغذ تریس تکمیل گردیده است.

پروگرام آن با مشوره دهی داکتر روانشناس وقت دوکتور برنا در مدت دوماه ترتیب شده است که نقشه های متذکره اولاً در کاغذ سکیچ و بعد از موافقه دوکتور نامبرده طرح ، ترتیب و تکمیل گردید.

بودیجه دیزاین و ساختمان آن از کمک های ملل متحد و وزارت صحت عامه بوده کاپی نقشه ها در همان سال غرض تطبیق ارسال و اصل آن در آرشیف پما وقت (وزارت شهر سازی و مسکن) موجود میباشد.



نمای اساسی کمپلکس شفاخانه 70 بستر معتادین بنوای شهر بدخشان

نمای اساسی کمپلکس شفاخانه ۷۰ بستر معتادین بدخشان

شفاخانه بلاسم (شگوفه)

این شفاخانه را در سال ۲۰۰۳ میلادی طراحی ، دیزاین ، نامگذاری و لوگوی انرا انتخاب نموده ام.

شفاخانه فوق در سرک مسجد شریف حضرت حنظلہ (رض) شهر نو کابل - موقیعت دارد.

تعمیر آن در سال ۲۰۰۴ رسماً به بهره برداری سپرده شد و از آنزمان تا حال به همان اسم و لوگو فعالیت مینماید. بلاسم از جمله نخستین شفاخانه انترنشنل شخصی بوده که در قلب شهر کابل و در جای نسبتاً آرام و ساحه رهائشی قرار دارد. این شفاخانه دارای ۳۰ بستر بوده و خدمات ذیل را برای مریض داران محترم ارائه میدارد. آی سی یو ۷/۲۴ ساعته ، رادیو لوژی ، سی تی سکن ، ام آر آی ، الٹراسوند ، سیرویس داخله عمومی ، جراحی عمومی ، لابراتوار مجهز ، منجمنت دردها ، بخش سیسارین ، جلدی ، لمیتد ویزیتنگ ، او پی دی ، او تی ، تیلی میدیسن ، سرویس امبولانس ، او میزون ، مشوره دهی ، بخش دندان ، سرویس روزانه ، بوتوکس و فلرز ، میزوتراپی ، میکرودرمابریزن ، سال دانه ، موی رفتگی ، و انواع زخ ها.

بلاسم با شفاخانه های معتبر ذیل روابط کاری دارد:

شفاخانه مکس هیلد کیپر میدیکل سنتر کشور هندوستان

رحمن میدیکل انستیتوت کشور پاکستان

بلاسم خدمات صحی را برای اورگان های غیر دولتی ذیل نیز ارائه میدارد:

بی بی سی افغانستان

دیموکراسی انترنشنل

بی بی سی نیوزگترینگ

اتصالات

ام تی ان

ای اس اس سیف - نیت

تایلر انتر نشنل

اس اس اس آی

ای آی

سفارت پاکستان و

سفارت اسپانیا

از تعمیر آن بعد از ۱۳ سال دیدن نمودم ساختمان آن به همان شکل و نصب اعلانات حفظ گردیده مگر ساختمان های دیگر به سایت پلان آن افزوده شده که ساحه تفریح ، سر سبزی برای مریضان از بین برده شده و هم تعدیلاتی در نقشه به ملاحظه میرسد. همچنان بعضی مواد ساختمانی از نما ها و فرش ها خصلت خود را از دست داده که ایجاب ترمیمات جدی و اساسی رامینماید.







اشکال و ابعاد بستر (تخت)

شماره	موضوع	فاصله به سانتی متر
۱	طول تخت (بستر)	۲۰۰
۲	عرض تخت	۹۰
۳	ارتفاع تخت (از فرش تا محل خوابیدن)	۶۵
۴	فاصله سر تخت تا دیوار	۱۰
۵	فاصله تخت تا کلکین	۸۰
۶	فاصله تخت تا دیوار دهلیز	۲۰۰
۷	فاصله دو تخت از پله کلکین	۷۵
۸	فاصله انتهای دو تخت	۲۰
۹	فاصله پایه تخت از دیوار	۵









تخت معاینه سرشکن

مشخصات:

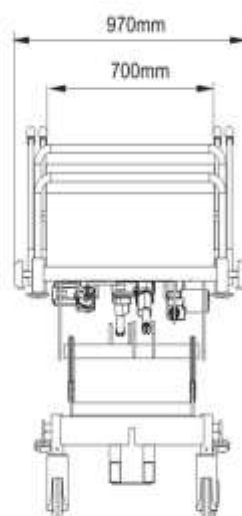
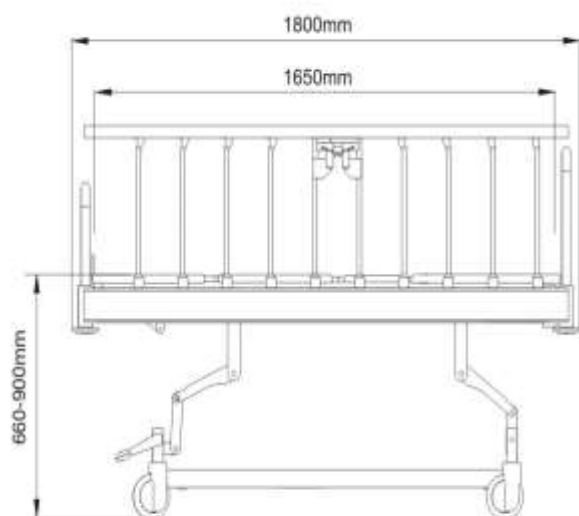
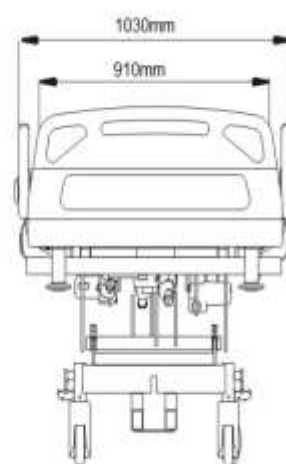
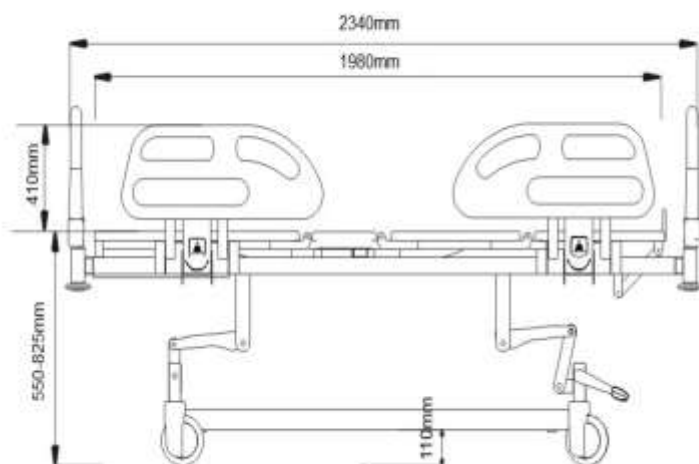
- دارای یک شکن
- حرکت پشی توسط عملگر چک دستی
- دارای دو کتو
- پوشش بدنه رنگ الکترو استاتیک بودری

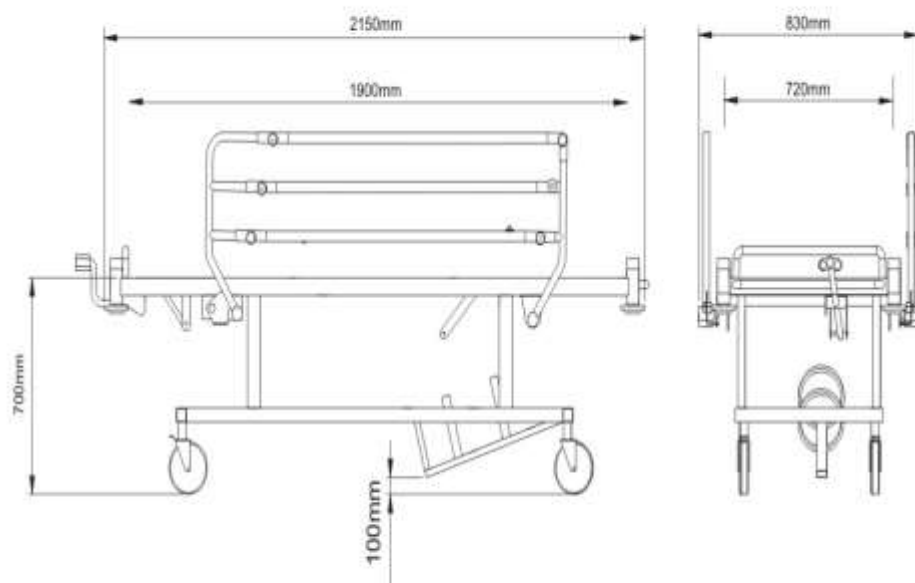
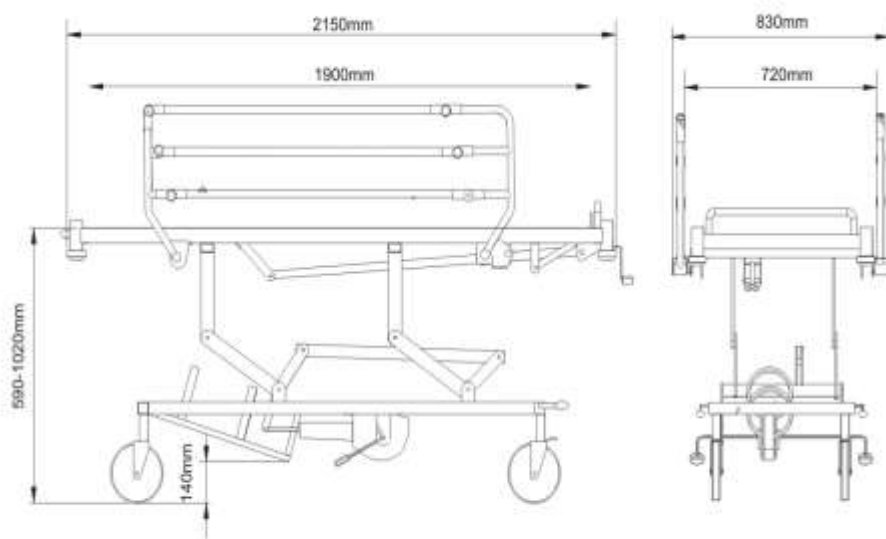
مشخصات فنی:

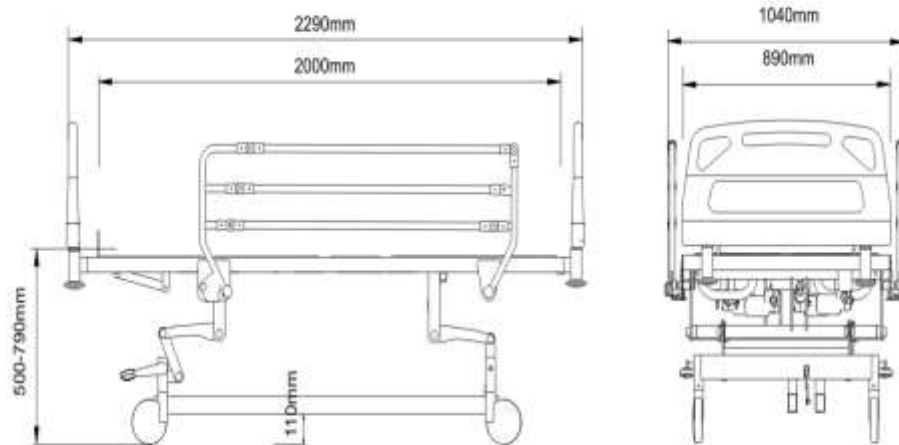
- ابعاد بیرونی (۱۸۰ X ۶۰)
- ارتفاع (۶۵ سانتیمتر)
- زاویه پشی (۶۰ درجه)











قطره آخر به شکل خلاصه:

شفاخانه های مرکزی اکثراً برای ۸۰۰ الی ۱۰۰۰ نفر در نظر گرفته میشوند.

موقعیت شفاخانه ها در ساحه آرام و دورتر از جاده های عمومی در نظر گرفته میشود.

شفاخانه های امراض ساری باید دورتر از مرکز شهرها در دامنه تپه ها و ساحات سبز در نظر گرفت.

ساحه برای شفاخانه باید وسیع در نظر گرفته و کوشش گردد تا ۲۰ الی ۲۵٪ ساحه برای ساختمان و متباقی ساحات سبز، پیاده رو ها، پارکینگ، ساحات تفریحی، مسجد شریف، دوبي خانه، ساحات سپورتي، تزیني، فواره های آب، ذخیره آب، چاه بدرفت و غیره باشد.

IPD (In Patient Department)

بخش صحت یابی داخلی: شامل بخش ها(واردها)، عملیاتخانه، رادیولوژی، پتالوژی، بخش معالجه، حادثات، لابراتوار ها، بخش روانی، تشناب ها، و غیره باید توسط یک ادخال مرکزی تعمیر شفاخانه به تمام نقاط در ارتباط باشد.

OPD (Out Patient Department)

بخش صحت یابی خارجی: شامل حال انتظار، بخش مشورتي، کلینک روز، دفتر ها، ذخیره خانه ها، تشناب ها، عاجل با ملحقات آن میتواند راه های جداگانه به تعمیر شفاخانه داشته باشد.

طول اتاق معاینه چشم با در نظر داشت آینه های کثیر استفاده سه ونیم-۳،۶ متر در نظر گرفت.

مساحت اتاق معاینه را میتوان ۷ متر مربع در نظر گرفت.

مساخت برای هر مریض در شفاخانه ۱۰ الی ۱۲ متر مربع.

حال انتظار در شفاخانه برای هر مریض ۱/۴ متر مربع.

مساحت حال انتظار از ۳۶ متر مربع کم نباشد.

عرض ادخال عمومی ۳ الی ۵ متر.

بخش عاجل از ۱۰ الی ۱۵ متر مربع کم نباشد.

بخش عاجل ۲۰ الی ۳۰ متر مربع بهتر است.

مساحت برای هر بستر ۸ الی ۱۰ متر مربع در نظر گرفته شود.

فاصله اعظمی از بستر آخری الی تشناب ۱۲ متر.

فاصله اعظمی از بستر آخر الی نرس ستیشن ۲۰ متر.

مریضان باید تحت دید نرس ستیشن باشند یعنی ۵۰٪

آواز از طرف روز در شفاخانه ها ۴۰ ای ۴۵ دی سی بل زیاد نباشد.

آواز از طرف شب در شفاخانه ها باید از ۳۵ الی ۴۰ دی سی بل زیاد نباشد.

بخش ها (وارد ها) باید دارای تهویه باشد.

مساحت کلکین در بخش ها (واردها) ۲۰٪ مساحت فرش لازم است.

مساحت های ارتباطی یک بخش (وارد) ۲۵٪ الی ۴۰٪ مساحت مجموعی وارد باشد.

نرس ستیشن باید دارای مساحت ۱۰ الی ۱۲ متر مربع باشد.

روشنایی غیر طبعی در بخش ها (وارد ها) ۱۰۰ لکس در نظر گرفته میشود .

مساحت عملیاتخانه کوچک ۲۰ ای ۳۰ متر مربع است.

عرض دهلیز عملیاتخانه ۳ الی ۴ متر است.

عرض دهلیز های کمکی ۱/۵ متر است.

تمام مواد رویکش های شفاخانه اعم از دیوار ها جینت ها و فرش ها قابل شستشو و تعقیم باشد.

مساحت اتاق تعقیم ۸ الی ۱۰ متر مربع.

مساحت اتاق انستیزی ۱۰ الی ۱۲ متر مربع.

مساحت اتاق داکتر ۱۰ الی ۱۲ متر مربع.

IPD Sanitary

کمود ۱ عدد برای ۸ نفر.

دستشوی ۱ عدد برای ۱۵ نفر.

ظرفشوی ۱ عدد برای هر بخش (وارد) یا ۱ عدد برای هر منزل.

حمام (شاور) ۱ عدد برای ۸ بستر.

ظرفشوی آشپز خانه ۱ عدد برای ۸ بستر.

OPD Sanitary

کمود ۱ عدد برای ۱۰۰ نفر مرد.

بولدانی (یورینل) ۱ عدد برای ۵۰ نفر مرد.

دستشوی ۱ عدد برای ۱۰۰ نفر مرد.

نل (فواره آب آشیامیدنی) ۱ عدد برای ۵۰۰ نفر مرد.

کمود ۱ عدد برای ۵۰ خانم.

دستشوی ۱ عدد برای ۵۰ خانم.

نل (فواره آب آشیامیدنی) ۱ عدد برای ۵۰۰ نفر خانم.

بخش اداری

کمود ۱ عدد برای ۲۵ نفر مرد.

دستشوی ۱ عدد برای ۲۵ نفر مرد.

نل (فواره آب آشیامیدنی) ۱ عدد برای ۱۰۰ نفر مرد.

ظرفشوی ۱ عدد برای تمام بخش و یا ۱ عدد در هر منزل برای مردان.

بولدانی ۱ عدد برای ۷ الی ۲۰ نفر.

بولدانی ۲ عدد برای ۲۱ الی ۴۵ نفر.

بولدانی ۳ عدد برای ۴۶ الی ۷۰ نفر.

بولدانی ۴ عدد برای ۷۱ الی ۱۰۰ نفر.

بولدانی ۵ عدد برای ۱۰۱ الی ۲۰۰ نفر.

دوکتوران

کمود ۱ عدد برای ۱۵ نفر مرد.

کمود ۱ عدد برای ۴ خانم.

دستشوی ۱ عدد برای ۸ نفر مرد.

دستشوی ۱ عدد برای ۴ خانم.

نرس ستیشن.

کمود ۱ عدد برای ۴ نفر.

دستشوی ۱ عدد برای ۸ نفر.

شاور ۱ عدد برای ۴ الی ۶ نفر.

منابع (ماخذ) :

- ابعاد انسانی و فضا های داخلی - نیوفرت ۲۰۰۶-۲۰۱۴
- سایت های تخصصی طبی انتر نت برای به دست آوردن عکس ها
- طراحی و برنامه ریزی ساختمان ها (داکتر: ن.کمارا سوامی)

References:

- Human Dimensions and Interior Spaces (Neufert - Architect Data 2006-2014)
- Special medical Internet sites for pictures
- Building planning and Drawing(DR.N. Kumara Swamy)

ادامه مطالب :

بخش دوم – مکاتب

To be continued:

Second theme - Schools

رسيهنب

رسيهنب

رسيهنب

اي

شوی خوشنویس