



مرکز آموزشی پژوهشی درمانی
شهید دکتر بهشتی (ره)



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی درمانی قم

مجتمع آموزشی، پژوهشی، درمانی شهید بهشتی (ره) - امیرالمومنین (ع)

کتابچه توجیهی بدو ورود کارکنان



کد سند: GBHAEM0495/E3 تاریخ اولین ابلاغ: ۱۳۹۸/۱۰/۱۰ تاریخ آخرین بازنگری: ۱۴۰۱/۰۶/۱۰ تاریخ آخرین ابلاغ: ۱۴۰۳/۸/۲۰

بسم الله الرحمن الرحيم



مرکز آموزشی و ترویجی
شعبه کتب و بیسی (و)

کتابچہ توجیہی بدو ورود کارکنان

تہیہ کنندگان:

- ایوب میرزائی (رئیس ادارہ منابع انسانی)
- سمانہ پاک زبان قمی (سوپروایزر آموزش)
- زہرا کمیجانی (سوپروایزر آموزش)
- منیرہ قنبری افرا (کارشناس کنٹرل عفونت)
- فریبا طالبی (رئیس ادارہ بہبود کیفیت و ایمنی بیمار)
- نعیمہ افشین (سوپروایزر آموزش سلامت)
- الہام یزدی زادہ (سوپروایزر کنٹرل عفونت)
- طاہرہ صباغی قمی (سوپروایزر آموزش سلامت)
- محمدحسن رضایی افکار (کارشناس بہبود کیفیت)

فهرست صفحه

فصل اول: معرفی کلی مجتمع بیمارستانی

۲	مقدمه و تاریخچه مجتمع
۴	ویژگی‌های فرهنگی بومی مردم منطقه
۴	رسالت
۴	چشم انداز
۴	ارزش‌ها
۵	نمودار و سلسله مراتب سازمانی
۶	معرفی بخش‌ها و اطلاعات آماری مرکز
۸	حقوق گیرندگان خدمت
۹	مفاهیم و واژه‌ها
۱۶	ایمنی بیمار
۲۴	آموزش به بیمار
۳۰	کنترل عفونت
۵۱	آتش‌نشانی
۶۱	مدیریت بحران
۷۰	مدیریت خطر
۷۶	قوانین و مقررات

فصل دوم:

۸۷	اعتباربخشی ملی بیمارستانها
----	----------------------------------

مرکز آموزشی درمانی پژوهشی
شهید دکتر بهشتی (ره)



فصل اول

معرفی کلی مجتمع

مقدمه و تاریخچه:

همکار گرامی ورود شما را به جمع کارکنان این مجتمع خوش آمد می‌گوییم.

مجتمع آموزشی پژوهشی درمانی شهید بهشتی (ره) - امیرالمومنین (ع) متشکل از دو بیمارستان، کلینیک ویژه، بیمارستان دایمی تنفسی شهدای ارتش، مراکز تشخیصی و درمانی و سایر بخشهای مرتبط است. بعنوان بخش اصلی مجتمع، بیمارستان آموزشی پژوهشی درمانی شهید آیت‌الله دکتر بهشتی (ره) بزرگترین مرکز درمانی استان قم، دارای ۵۳۰ تخت مصوب است که در زمینی به مساحت ۲۴۰۰۰ متر مربع و ۲۷۹۹۷ متر مربع زیربنا در ۹ طبقه در تاریخ ۱۳۶۶/۱۲/۲۵ تأسیس و شروع به کار نموده و تا آبان ماه سال ۱۳۶۸ تحت نظر شبکه بهداشت فعالیت می‌کرده که در این تاریخ طبق مصوبه مجلس شورای اسلامی به بنیاد شهید واگذار گردید. بیمارستان در شهریور ماه سال ۱۳۷۴ به دانشگاه علوم پزشکی فاطمیه تحویل ولی در اواخر سال ۱۳۸۰ تعطیل شد. پس از دو سال مجمع تشخیص مصلحت نظام بیمارستان را به دولت واگذار نمود و سرانجام در سال ۱۳۸۴ پس از ۴ سال به دانشگاه علوم پزشکی قم تحویل گردید.

دولت نهم در راستای توجه به بخش سلامت و گسترش عادلانه امکانات بهداشتی و درمانی در سطح کشور، ۲۸۰ میلیارد ریال برای تکمیل ساختمان و تأسیسات این مرکز و تجهیز آن اختصاص دارد.

دانشگاه علوم پزشکی قم پس از این مصوبه، از آبان ۱۳۸۵ نسبت به بازسازی ساختمان اقدام نمود که حدود ۹۰٪ ساختمان و ۱۰۰٪ تأسیسات بازسازی و نوسازی شد و بیش از ۲۰۰ میلیارد ریال تجهیزات مدرن بیمارستانی برای این مرکز خریداری گردید. بخش‌های جدیدی به آن افزوده شد و بخش‌های موجود توسعه یافتند و در نهایت در تاریخ ۱۷ خرداد ۱۳۸۸ پس از بازسازی رسماً فاز اول بیمارستان توسط دانشگاه علوم پزشکی قم به بهره‌برداری رسید.

بیمارستان امیرالمومنین (ع) بعنوان مرکز مهم درمانی مجتمع در سال ۱۳۹۹ با دارا بودن ۲۲۰ تخت مصوب افتتاح گردید و در همان شروع کار بعنوان اصلی‌ترین مرکز پذیرش بیماران کرونایی در طول اپیدمی به ارائه خدمت به هموطنان پرداخت.

همچنین فاز اول کلینیک ویژه این مجتمع نیز به عنوان یکی از بزرگترین کلینیک‌های ویژه در ایران در تاریخ ۱۳۹۸/۴/۱۰ افتتاح و مورد بهره‌برداری قرار گرفت. در صورت راه‌اندازی کامل طبقات این کلینیک تمام خدمات سرپایی از جمله آزمایشگاه، رادیولوژی، آندوسکوپی و تمام تخصص‌ها و فوق تخصص‌ها برای مراجعین سرپایی ارائه خواهد شد.

مرکز آموزشی درمانی پژوهشی
شهید دکتر بهشتی (ره)

نمایی از بیمارستان شهید بهشتی (ره)



نمایی از بیمارستان امیرالمؤمنین (ع)



ویژگی‌های فرهنگی و بومی منطقه:

قم با بیش از یک میلیون نفر جمعیت (هشتمین کلان شهر ایران) و مساحت بیش از ۱۲۰۰۰۰ کیلومتر مربع و با آب و هوایی گرم و خشک، در منطقه حساسی از کویر مرکزی ایران واقع شده است. موقعیت جغرافیایی ویژه این شهر به دلیل نزدیکی به پایتخت ایران و قرارگیری بر سر راه جاده ترانزیتی که از طرفی رابط بین شهرهای صنعتی جنوب کشور با تهران و از سوی دیگر رابط بین مرکز استان های جنوبی و شمالی کشور می باشد. این شهر به دلیل وجود حرم حضرت معصومه (س) و مسجد مقدس جمکران و تاسیس حوزه علمیه قم، خاستگاه حوادث مهم و تاثیر گذاری در تاریخ معاصر کشور ایران بوده است. همچنین در سال های پس از انقلاب به دلیل مهاجرت هایی که هم از استان های مجاور و هم از کشورهای همسایه (افغانستان، عراق، پاکستان و...) و نیز ورود طلاب علوم دینی از اقصی نقاط دنیا باعث افزایش شدید جمعیت این شهر و لزوم نگاه جدی به زیر ساخت های اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و... این منطقه شده است.

فرهنگ عمومی حاکم بر مردم این شهر تا حدود زیادی تحت تاثیر تعالیم اسلامی که در طول سال های متمادی توسط علمای حوزه علمیه قم انتشار یافته، می باشد و همین امر سبب شده است که از قم به عنوان شهری با مردم مؤمن و متعصب نسبت به آموزه های شیعی با روحیه شجاع، مقاوم و سازش ناپذیر یاد شود.

یکی از ویژگی های مهم قم، بالا بودن شاخص استفاده از اینترنت و فناوری اطلاعات در سطحی وسیع و گسترده در بین اقشار مختلف خصوصا دانشجویان و طلاب علوم دینی می باشد که این شهر را به عنوان صادر کننده عمده محصولات فرهنگی در حوزه نرم افزاری به تمام نقاط جهان تبدیل کرده است. از این رو لقب «پایتخت مذهبی و قطب فرهنگی ایران» را به این شهر داده اند.

حضور جمعیت کثیری از پناهندگان کشورهای افغانستان و عراق در شهر مقدس قم و امکان ابتلا و شیوع بیماری های واگیر و بروز اپیدمی در این منطقه، نیاز به توجه بیشتر مسئولین کشور به حوزه بهداشت و درمان استان قم را بیش از پیش آشکار می کند.

رسالت:

مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی شهید دکتر بهشتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی قم، برای ارائه خدمات تخصصی و فوق تخصص به جامعه شریف استان قم و زائرین و مجاورین کریمه اهل بیت (س) تاسیس شده است و تلاش می کند با بهره مندی از کارکنان مجرب و تجهیزات به روز، با تاکید بر رعایت حقوق گیرندگان خدمت و بر مبنای استانداردهای بیمارستانی، سالم ترین خدمات را به ایشان ارائه دهد.

چشم انداز:

ما بر آنیم تا در استان قم و استان های همجوار:

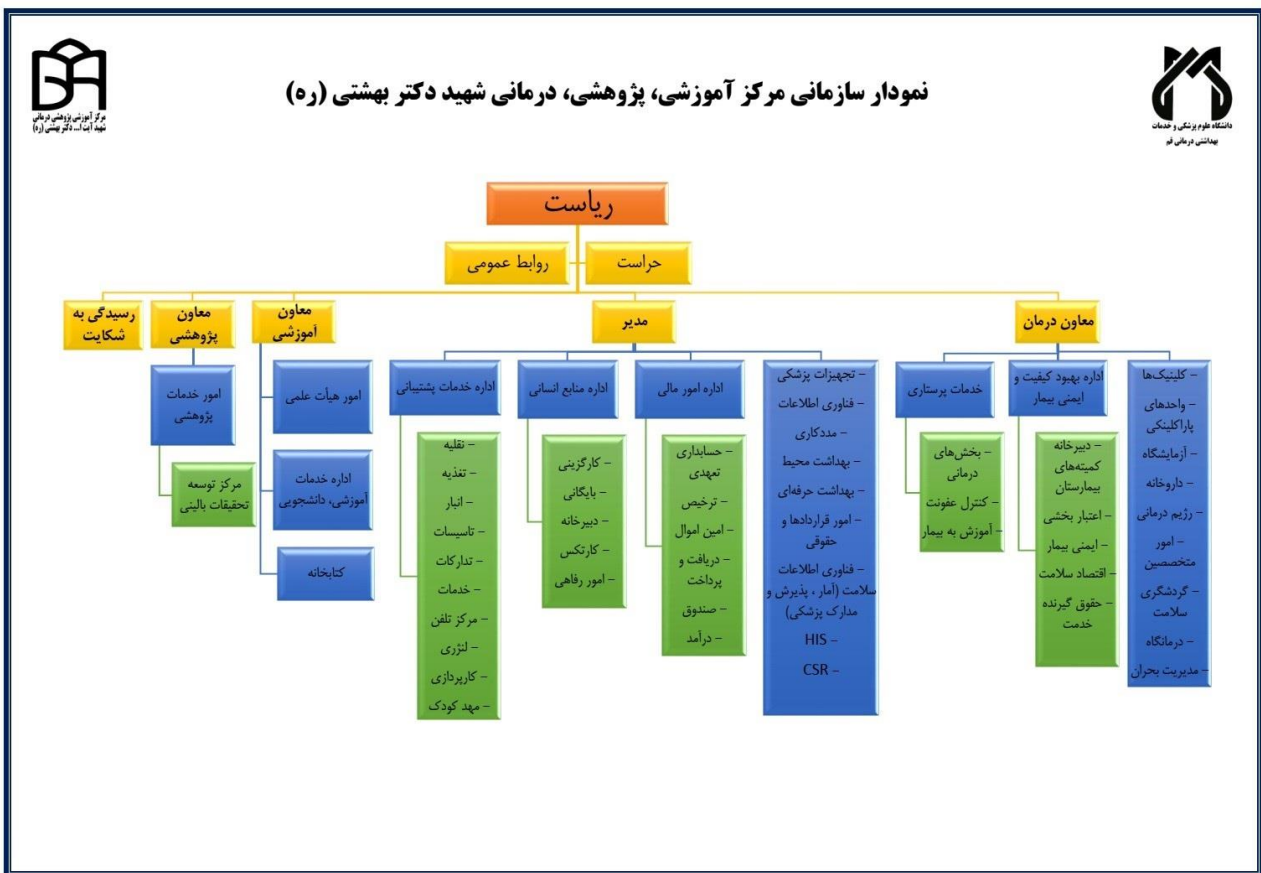
- ❖ با ارائه مراقبت های درمانی با کیفیت برتر و کمترین هزینه ها به عنوان برترین بیمارستان شناخته شویم.
- ❖ به عنوان بهترین بیمارستان ارایه دهنده مراقبت های درمانی با بالاترین استانداردها از نظر بیماران، پزشکان و کارکنان انتخاب شویم.
- ❖ پیشتاز استفاده از فناوری های نوین در خدمات درمانی و آموزشی باشیم.
- ❖ به عنوان برترین مرکز آموزشی ارائه دهنده خدمات آموزشی به دانشجویان و دستیاران و سایر گروه های پزشکی و رشته های وابسته شناخته شویم.
- ❖ به عنوان برترین مرکز پژوهشی و تحقیقاتی در زمینه پژوهش های کاربردی شناخته شویم.

ارزش ها:

- ❖ جلب رضایت خدای متعال
- ❖ نهادینه کردن ارزش های الهی و کرامت انسانی
- ❖ مشتری مداری و رعایت حقوق بیماران
- ❖ تعالی جوئی و بهبود مستمر

- ❖ مسئولیت پذیری در امور اجتماعی و محیط زیست
- ❖ همدلی، صداقت و مشارکت جویی
- ❖ آموزش مداری و دانش محوری
- ❖ وظیفه مداری، فرآیند محوری و ارتقای نتایج مطلوب
- ❖ مدیریت مالی و خرد مالی
- ❖ توسعه منابع انسانی و مدیران
- ❖ رعایت حقوق شرکاء و تأمین کنندگان و جامعه
- ❖ پاسخگویی، احترام به حقوق بیماران و سایر ذی نفعان
- ❖ نوآوری و بازآموزی، نوآوری و ابتکار، نظم و انضباط

نمودار و سلسله مراتب سازمانی:



معرفی بخش ها و اطلاعات آماری مرکز:

طبقه همکف: واحد اورژانس دارای بخش حاد ۱ و حاد ۲، اتاق CPR، اتاق گچ، اتاق سوچور، واحد تریاژ، مددکاری، تدارکات، کنترل عفونت، بهداشت حرفه ای، بهداشت محیط، خدمات و تاسیسات، امور مالی، رسیدگی به شکایات، دفتر پرستاری، ریاست، دبیرخانه، کارگزینی، امور اداری و حسابداری، درآمد حراست، واحد آزمایشگاه و رادیولوژی و سی تی اسکن، نمازخانه، ICU4

طبقه اول: اتاق عمل جنرال، اتاق عمل قلب، ICU قلب، جراحی قلب، آنژیوگرافی و CCU2، بخش پست آنژیوگرافی

طبقه دوم: ICU1 (تروما) - ICU2 (CVA) - ICU3 (داخلی)

طبقه سوم: جراحی مردان ۱ - جراحی مردان ۲

طبقه چهارم: داخلی مردان ۱ (نورولوژی) - داخلی مردان ۲

طبقه پنجم: داخلی زنان ۱ - داخلی زنان ۲

طبقه ششم: گوارش و جراحی زنان

طبقه هفتم: (A, B) ccu1، ب ccu2، post ccu، اکوکاردیوگرافی و تست ورزش

طبقه اول کلینیک ویژه: واحد بهبود کیفیت، واحد HIS، واحد آموزش، واحد IPD

طبقه دوم کلینیک ویژه: کتابخانه

محوطه: آنکولوژی، آمفی تئاتر، نقلیه، نگهبانی، امحا

طبقه زیر زمین: واحد MRI، انفورماتیک، HIS، انبار دارویی و ملزومات، واحد مدیریت دارویی، اکو کاردیوگرافی، تاسیسات فیزیوتراپی و بازتوانی قلبی، دیالیز، آشپزخانه مستقر می باشند.

بیمارستان امیرالمومنین (ع)

طبقه ششم: امور اداری شامل سالن کنفرانس سالن آموزش

طبقه پنجم: بخش بخش عفونی

طبقه چهارم: بخش ریه و روماتولوژی - بخش غدد و جراحی

طبقه سوم: بخش اطفال - بخش مغز و اعصاب

طبقه دوم: بخش جراحی زنان LDR - بخش تحت نظر زنان آی سی یو ۲

طبقه اول: ICU - POST ICU - اتاق عمل

همکف: اورژانس - درمانگاه - دفتر پرستاری - انتظامات

زیرزمین: آزمایشگاه - تصویربرداری - CSR

اطلاعات آماری تخت های بیمارستانی

تعداد تخت فعال / ثابت بخشهای بیمارستان شهید دکتر بهشتی به تفکیک بخش					
نام بخش	نوع تخت		نام بخش	نوع تخت	
	ثابت	فعال		ثابت	فعال
داخلی زنان (۱)	۲۷	۲۷	p.ccu	۳۱	۳۵
داخلی زنان (۲)	۳۶	۳۶	p.cath	۲۱	۲۱

۱۰	۱۰	ICU1	۲۷	۲۷	داخلی مردان(۱)
۷	۷	ICU2	۳۶	۳۶	داخلی مردان(۲)
۱۰	۱۰	ICU3	۲۸	۲۸	جراحی مردان(۱)
۱۰	۷	ICU4	۳۶	۳۶	جراحی مردان(۲)
۹	۷	ICU قلب	۳۶	۳۶	جراحی زنان
۱۲	۱۲	جراحی قلب	۳۱	۳۱	گوارش
۱۰	۱۰	اورژانس بستری	۱۸	۱۸	Ccu1
۶۶	۶۶	اورژانس	۷	۷	Ccu2
جمع کل تخت ثابت			جمع کل تخت فعال		
۴۷۲			۴۶۳		

تخت های فعال بیمارستان امیرالمومنین(ع)

تعداد تخت فعال	نام بخش
تخت ۲۵	بخش عفونی
تخت ۲۲	بخش نورولوژی
تخت ۲۴	بخش ریه- روماتولوژی
تخت ۲۳	بخش جراحی-غدد
تخت ۱۴	بخش ICU1
تخت ۸	بخش ICU2
تخت ۶	بخش POST ICU
تخت ۱۰	بخش MS
تخت ۶	بخش SCU
تخت ۴	اتاق عمل

حقوق گیرندگان خدمت



مرکز آموزشی درمانی پژوهشی
شهید دکتر بهشتی (ره)

حقوق گیرندگان خدمت

مفاهیم و واژه‌ها:

حقوق بیمار: حقوق بیمار رعایت نیازهای جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی مشروع و معقول بیمار است که به صورت استانداردها و قوانین و مقررات درمانی تبلور یافته و کادر درمان موظف به اجرای آن می‌باشد.

مقدمه:

باتوجه به اینکه سلامت جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی از مهمترین ابعاد وجودی هر فرد بوده و تأمین آن بر اساس اصل ۲۹ قانون اساسی از مهمترین تعهدات حاکمیت در جمهوری اسلامی ایران است و بر این اساس وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی خود را در قبال ارائه مطلوب خدمات سلامت برای آحاد جامعه مسئول می‌داند. بیمارستان‌ها و کلیه مراکز ارائه خدمات سلامت باید به جنبه‌های اخلاقی مراقبت واقف بوده و به آن احترام گذارند. در سایه تعامل مناسب ارائه‌دهندگان و گیرندگان خدمات سلامت نسبت به وظایف خود و احترام به حقوق دیگران، سلامت جامعه در بالاترین سطح ممکن قابل دستیابی خواهد بود.

نظام سلامت کارآمد نیازمند مشارکت فعالانه و تعامل مناسب میان گیرندگان و ارائه‌کنندگان خدمات سلامت است. مراکز ارائه‌ی خدمات سلامت، باید نهادی برای درک و احترام به حقوق و مسئولیت‌های گیرنده خدمت، خانواده‌ی آنان، پزشکان و سایر مراقبت‌کنندگان باشد.

رضایتمندی بیماران، یکی از مشخصه‌های اثربخشی خدمات بیمارستان محسوب می‌شود. لازمه دستیابی به رضایتمندی بیماران، در گام اول آگاهی از میزان رضایت بیماران است، در این راستا و برابر با استانداردهای اعتباربخشی، اداره بهبود کیفیت و ایمنی مرکز به صورت فصلی نسبت به سنجش میزان رضایت بیماران و همراهان آنها اقدام می‌نماید و نتایج اخذ شده را طی جلساتی با حضور ریاست و مدیران ارشد بیمارستان مورد بررسی قرار می‌دهد و اقدامات اصلاحی را جهت افزایش میزان رضایت مراجعه‌کنندگان عملیاتی می‌نماید.

حق شکایت توسط بیماران و همراهان آنها به عنوان بخش مهمی از منشور حقوق بیمار در مرکز به صورت پیوسته به رسمیت شناخته شده است و در این راستا واحد رسیدگی به شکایات مستقر در طبقه همکف بیمارستان بهشتی (ره) به صورت حضوری به شکایات کتبی و شفاهی بیمارستان رسیدگی می‌نماید و موارد مطروحه در صورت لزوم در کمیته‌هایی چون اخلاق پزشکی و رفتار حرفه‌ای طرح و رسیدگی می‌گردند.

اخذ رضایت آگاهانه نیز به عنوان بخش مهمی از پیاده‌سازی رعایت حقوق بیماران، روندی است که اهداف ذیل را دنبال می‌کند:

- مشارکت بیمار در تصمیم‌گیریهای بالینی
- رعایت حق تصمیم‌گیری آزادانه بیمار در مداخلات تهاجمی و نیمه تهاجمی
- کاهش عوارض حقوقی شکایات احتمالی

نکاتی مهم در خصوص اخذ رضایت آگاهانه که در استانداردهای اعتباربخشی بر آنها تاکید گردیده است:

۱. در تمام اعمال جراحی و اقدامات تشخیصی درمانی (پروسیجرهای) تهاجمی نیاز به اخذ رضایت آگاهانه می باشد.
۲. رضایت آگاهانه از حقوق گیرنده خدمت بوده و به هیچ وجه جایگزین یا معادل برائت از عواقب ارائه خدمات تشخیصی و درمانی نیست.
۳. مدت اعتبار هر رضایت آگاهانه در مورد عمل جراحی / پروسیجر تهاجمی معادل با حداکثر ۳۰ روز می باشد.
۴. هر لحظه ای که بیمار بخواهد می تواند رضایت خود را پس بگیرد.
۵. اخذ رضایت از بیماران جهت اقدامات حیاتی و اضطراری در وضعیتهای تهدیدکننده زندگی قبل از انجام پروسیجر الزامی نیست.
۶. عموماً قبل از هر مداخله جدید درمانی بایستی از بیمار/ ولی / وابسته درجه یک، رضایت آگاهانه اخذ نمود.

نکته:

- از بیمارانی که تحت برنامه های درمانی خاص نظیر شیمی درمانی، ترانسفوزیون مکرر خون، پلاسما فروز، دیالیز صفاقی و دیالیزخونی، به شرط ثابت ماندن شرایط می توان یک بار در ابتدای شروع دوره درمانی رضایت گرفت، این رضایت نامه مشروط بر عدم تغییر در شرایط بیمار، نحوه درمان، روشهای درمانی جایگزین، احتمال خطر و منافع ناشی از روش درمانی، عدم تغییر ظرفیت بیمار برای رضایت دادن، پس نگرفتن رضایت قبلی از سوی بیمار به مدت یک سال اعتبار دارد.
- گذاردن سوند فولی، باز کردن راه وریدی محیطی گذاردن لوله معده، تزریق وریدی از پروسیجرهای تهاجمی محسوب نمی شود.
- پروفیلاکسی بیماری بعد از مواجهه و پروفیلاکسی قبل / حین عمل جراحی نیاز به اخذ رضایت آگاهانه ندارد.

حداقل اطلاعات ضروری قبل از اخذ رضایت آگاهانه که بایستی به بیماران ارائه شود

- تشخیص یا مشکل اصلی
- درجه عدم قطعیت تشخیص یا مشکل
- خطرات توأم با درمان یا راهکار
- اطلاعات در خصوص زمان بهبودی مورد انتظار
- نام، سمت، صلاحیت فنی و تجربه کادر خدمات سلامت ارائه کننده مراقبت و درمان
- وجود و هزینه های خدمت یا داروهای مورد لزوم

مرکز تخصصی درمانی پژوهشی
شهید دکتر بهشتی (ره)

منشور حقوق بیمار

به عنوان سند مهمی جهت تضمین رعایت حقوق بیماران منشور حقوق بیمار از سوی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی تدوین و به مجموعه های زیر نظر این وزارت ابلاغ گردیده است و از طریق نظارت های اعتباربخشی بر روند اجرائی شدن آن نظارت می شود. این منشور با توجه به ارزشهای والای انسانی و مبتنی بر فرهنگ اسلامی و ایرانی و بر پایه برابری کرامت ذاتی تمامی گیرندگان خدمات سلامت و با هدف حفظ، ارتقا و تحکیم رابطه انسانی میان ارائه کنندگان و گیرندگان خدمات سلامت تنظیم شده است. مفاد کامل این منشور به شرح ذیل می باشد :

منشور حقوق بیمار در ایران

یکایک افراد جامعه متعهد به حفظ و احترام به کرامت انسانها می باشند. این امر در شرایط بیماری از اهمیت ویژه ای برخوردار است. بر اساس قانون اساسی توجه به کرامت والای انسانی از اصول پایه نظام جمهوری اسلامی بوده، دولت موظف است خدمات بهداشتی - درمانی را برای یکایک افراد کشور تأمین کند. بر این اساس ارائه خدمات سلامت باید عادلانه و مبتنی بر احترام به حقوق و رعایت کرامت انسانی بیماران صورت پذیرد.

این منشور با توجه به ارزشهای والای انسانی و مبتنی بر فرهنگ اسلامی و ایرانی و بر پایه برابری کرامت ذاتی تمامی گیرندگان خدمات سلامت و با هدف حفظ، ارتقا و تحکیم رابطه انسانی میان ارائه کنندگان و گیرندگان خدمات سلامت تنظیم شده است.

۱- دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است.

- ارائه خدمات سلامت باید:

- ۱-۱) شایسته شأن و منزلت انسان و با احترام به ارزشها، اعتقادات فرهنگی و مذهبی باشد؛
- ۱-۲) بر پایه ی صداقت، انصاف، ادب و همراه با مهربانی باشد؛
- ۱-۳) فارغ از هرگونه تبعیض از جمله قومی، فرهنگی، مذهبی، نوع بیماری و جنسیتی باشد؛
- ۱-۴) بر اساس دانش روز باشد؛
- ۱-۵) مبتنی بر برتری منافع بیمار باشد؛
- ۱-۶) در مورد توزیع منابع سلامت مبتنی بر عدالت و اولویتهای درمانی بیماران باشد؛
- ۱-۷) مبتنی بر هماهنگی ارکان مراقبت اعم از پیشگیری، تشخیص، درمان و توانبخشی باشد؛
- ۱-۸) به همراه تامین کلیه امکانات رفاهی پایه و ضروری و به دور از تحمیل درد و رنج و محدودیتهای غیرضروری باشد؛
- ۱-۹) توجه ویژه ای به حقوق گروههای آسیب پذیر جامعه از جمله کودکان، زنان باردار، سالمندان، بیماران روانی، زندانیان، معلولان ذهنی و جسمی و افراد بدون سرپرست داشته باشد؛
- ۱-۱۰) در سریع ترین زمان ممکن و با احترام به وقت بیمار باشد؛
- ۱-۱۱) با در نظر گرفتن متغیرهایی چون زبان، سن و جنس گیرندگان خدمت باشد؛

۱۲-۱) در مراقبت‌های ضروری و فوری (اورژانس)، بدون توجه به تأمین هزینه‌ی آن صورت گیرد. در موارد غیرفوری (الکتیو) بر اساس ضوابط تعریف شده باشد؛

۱۳-۱) در مراقبت‌های ضروری و فوری (اورژانس)، در صورتی که ارائه خدمات مناسب ممکن نباشد، لازم است پس از ارائه‌ی خدمات ضروری و توضیحات لازم، زمینه انتقال بیمار به واحد مجهز فراهم گردد؛

۱۴-۱) در مراحل پایانی حیات که وضعیت بیماری غیرقابل برگشت و مرگ بیمار قریب الوقوع می‌باشد با هدف حفظ آسایش وی ارائه گردد. منظور از آسایش کاهش درد و رنج بیمار، توجه به نیازهای روانی، اجتماعی، معنوی و عاطفی وی و خانواده‌اش در زمان احتضار می‌باشد. بیمار در حال احتضار حق دارد در آخرین لحظات زندگی خویش با فردی که می‌خواهد همراه گردد.

۲- اطلاعات باید به نحو مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمار قرار گیرد.

۲-۱) محتوای اطلاعات باید شامل موارد ذیل باشد:

۲-۲-۱) مفاد منشور حقوق بیمار در زمان پذیرش؛

۲-۱-۲) ضوابط و هزینه‌های قابل پیش بینی بیمارستان اعم از خدمات درمانی و غیر درمانی و ضوابط بیمه و معرفی سیستم‌های حمایتی در زمان پذیرش؛

۲-۱-۳) نام، مسئولیت و رتبه حرفه‌ای اعضای گروه پزشکی مسئول ارائه مراقبت از جمله پزشک، پرستار و دانشجویان و ارتباط حرفه‌ای آن‌ها با یکدیگر؛

۲-۱-۴) روش‌های تشخیصی و درمانی و نقاط ضعف و قوت هر روش و عوارض احتمالی آن، تشخیص بیماری، پیش‌آگهی و عوارض آن و نیز کلیه‌ی اطلاعات تأثیرگذار در روند تصمیم‌گیری بیمار؛

۲-۱-۵) نحوه‌ی دسترسی به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی در طول درمان؛

۲-۱-۶) کلیه‌ی اقداماتی که ماهیت پژوهشی دارند.

۲-۱-۷) ارائه آموزش‌های ضروری برای استمرار درمان؛

۲-۲) نحوه‌ی ارائه اطلاعات باید به صورت ذیل باشد:

۲-۲-۱) اطلاعات باید در زمان مناسب و متناسب با شرایط بیمار از جمله اضطراب و درد و ویژگی‌های فردی وی از جمله زبان، تحصیلات و توان درک در اختیار وی قرار گیرد، مگر این‌که:

- تأخیر در شروع درمان به واسطه‌ی ارائه‌ی اطلاعات فوق سبب آسیب به بیمار گردد؛ (در این صورت انتقال اطلاعات پس از اقدام ضروری، در اولین زمان مناسب باید انجام شود).

- بیمار علی‌رغم اطلاع از حق دریافت اطلاعات، از این امر امتناع نماید که در این صورت باید خواست بیمار محترم شمرده شود، مگر این‌که عدم اطلاع بیمار، وی یا سایرین را در معرض خطر جدی قرار دهد؛

۲-۲-۲) بیمار می‌تواند به کلیه‌ی اطلاعات ثبت‌شده در پرونده‌ی بالینی خود دسترسی داشته باشد و تصویر آن را دریافت نموده و تصحیح اشتباهات مندرج در آن را درخواست نماید.

۳- حق انتخاب و تصمیم‌گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت باید محترم شمرده شود.

(۳-۱) محدوده انتخاب و تصمیم‌گیری درباره موارد ذیل می‌باشد:

(۳-۱-۱) انتخاب پزشک معالج و مرکز ارائه‌کننده خدمات سلامت در چارچوب ضوابط؛

(۳-۱-۲) انتخاب و نظر خواهی از پزشک دوم به عنوان مشاور؛

(۳-۱-۳) شرکت یا عدم شرکت در هر گونه پژوهش، با اطمینان از اینکه تصمیم‌گیری وی تأثیری در تداوم و نحوه دریافت خدمات سلامت نخواهد داشت؛

(۳-۱-۴) قبول یا رد درمان‌های پیشنهادی پس از آگاهی از عوارض احتمالی ناشی از پذیرش یا رد آن مگر در موارد خودکشی یا مواردی که امتناع از درمان شخص دیگری را در معرض خطر جدی قرار می‌دهد؛

(۳-۱-۵) اعلام نظر قبلی بیمار در مورد اقدامات درمانی آتی در زمانی که بیمار واجد ظرفیت تصمیم‌گیری می‌باشد ثبت و به‌عنوان راهنمای اقدامات پزشکی در زمان فقدان ظرفیت تصمیم‌گیری وی با رعایت موازین قانونی مد نظر ارائه‌کنندگان خدمات سلامت و تصمیم‌گیرنده جایگزین بیمار قرار گیرد.

(۳-۲) شرایط انتخاب و تصمیم‌گیری شامل موارد ذیل می‌باشد:

(۳-۲-۱) انتخاب و تصمیم‌گیری بیمار باید آزادانه و آگاهانه، مبتنی بر دریافت اطلاعات کافی و جامع (مذکور در بند دوم) باشد.

(۳-۲-۲) پس از ارائه اطلاعات، زمان لازم و کافی به بیمار جهت تصمیم‌گیری و انتخاب داده شود.

۴- ارائه خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار (حق خلوت) و رعایت اصل رازداری باشد.

(۴-۱) رعایت اصل رازداری راجع به کلیه اطلاعات مربوط به بیمار الزامی است مگر در مواردی که قانون آن را استثنا کرده باشد؛

(۴-۲) در کلیه مراحل مراقبت اعم از تشخیصی و درمانی باید به حریم خصوصی بیمار احترام گذاشته شود. ضروری است بدین منظور کلیه امکانات لازم جهت تضمین حریم خصوصی بیمار فراهم گردد؛

(۴-۳) فقط بیمار و گروه درمانی و افراد مجاز از طرف بیمار و افرادی که به حکم قانون مجاز تلقی می‌شوند می‌توانند به اطلاعات دسترسی داشته باشند؛

(۴-۴) بیمار حق دارد در مراحل تشخیصی از جمله معاینات، فرد معتمد خود را همراه داشته باشد. همراهی یکی از والدین کودک در تمام مراحل درمان حق کودک می‌باشد مگر اینکه این امر بر خلاف ضرورت‌های پزشکی باشد.

۵- دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات حق بیمار است.

(۵-۱) هر بیمار حق دارد در صورت ادعای نقض حقوق خود که موضوع این منشور است، بدون اختلال در کیفیت دریافت خدمات سلامت به مقامات ذی صلاح شکایت نماید؛

(۵-۲) بیماران حق دارند از نحوه رسیدگی و نتایج شکایت خود آگاه شوند؛

(۵-۳) خسارت ناشی از خطای ارائه‌کنندگان خدمات سلامت باید پس از رسیدگی و اثبات مطابق مقررات در کوتاه‌ترین زمان ممکن جبران شود.

در اجرای مفاد این منشور در صورتی که بیمار به هر دلیلی فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری باشد، اعمال کلیه حقوق بیمار - مذکور در این منشور - بر عهده تصمیم‌گیرنده‌ی قانونی جایگزین خواهد بود. البته چنانچه تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین بر خلاف نظر پزشک، مانع درمان بیمار شود، پزشک می‌تواند از طریق مراجع ذیربط درخواست تجدید نظر در تصمیم‌گیری را بنماید. چنانچه بیماری که فاقد ظرفیت کافی برای تصمیم‌گیری است، اما می‌تواند در بخشی از روند درمان معقولانه تصمیم بگیرد، باید تصمیم او محترم شمرده شود.

مرکز آموزشی درمانی پژوهشی
شهید دکتر بهشتی (ره)

ایمنی بیمار



ایمنی بیمار

نحوه تامین ایمنی بیماران بستری در بیمارستان‌ها یک نگرانی بهداشتی جهانی است که همه مجموعه‌های بهداشتی درمانی را در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه تحت تأثیر قرار می‌دهد. مطالعات مختلف نشان داده‌اند که به طور میانگین حدود ۱۰٪ پذیرش‌های بیمارستانی منجر به نوعی آسیب غیر عمدی در بیمار می‌شود و این درحالی است که بیش از ۵۰٪ این خطاها قابل پیشگیری هستند. علاوه بر آسیب‌های کاملاً غیر قابل جبران انسانی، مراقبت غیر ایمن، هزینه‌های اقتصادی سنگینی را نیز تحمیل می‌نماید. تخمین زده می‌شود که بین ۵ تا ۱۰٪ هزینه‌ها در سیستم‌های بهداشتی در نتیجه‌ی فعالیت‌های غیر ایمن و آسیب رسان به بیمار به وجود می‌آید. در همین راستا سازمان بهداشت جهانی ۹ راه حل ایمنی بیمار را به عنوان ابزاری برای کاهش میزان بروز خطا در بیمارستان‌ها سراسر دنیا پیشنهاد نموده است .

این راهنما تحت عنوان "دستورالعمل راهنمای ایمنی بیمار" به شماره ۴۰۹/۱۰۷۵۷ مورخ ۱۳۹۳/۶/۱۳ توسط وزارت بهداشت و درمان به تمامی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور ابلاغ شده است و به شرح ذیل می باشد:

۱. توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی
۲. توجه به مشخصات فردی بیمار جهت جلوگیری از خطا
۳. ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار
۴. انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار
۵. کنترل غلظت محلول‌های الکترولیت
۶. اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارایه خدمات
۷. اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله‌ها
۸. استفاده صرفاً یکباره از وسایل تزریقات
۹. بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبت‌های سلامتی

در خصوص بند دو این دستورالعمل که در مورد شناسایی صحیح بیماران و به خصوص بیماران پرخطر می باشد در دستورالعمل‌های تکمیلی و مطابق با استانداردهای اعتبار بخشی سال ۱۳۹۸ جزئیات بیشتری نیز اضافه گردیده است که به شرح زیر است:

منظور از بیماران/ مراجعین پرخطر افرادی هستند که به دلیل شرایط موقت یا دائمی نیاز به دریافت خدمات تشخیصی درمانی یا تمهیدات پیشگیرانه ویژه در اولین فرصت را دارند و باید تحت نظر مستمر و منظم و با اولویت ویژه قرار گیرند.

بیماران/ مراجعین پرخطر غالباً شامل موارد ذیل است:

۱. بیماران در معرض سقوط (FA(FALLING)
۲. زخم فشاری (BS (BED SORE)

۳. خودکشی (SU(SUCIDE)

۴. سوء تغذیه (MN(Malnutrition)

۵. پلی فارمسی (PF (Polypharmacy)

۶. ترومبوز وریدهای عمقی (DVT(deep vein thrombosis)

۷. تشنج (CO(CONVULSION)

نکته:

- ✓ برای شناسایی و تعیین ریسک در بیماران در معرض سقوط ابزار مورس استفاده می شود.
- ✓ زخم فشاری با مقیاسهایی پیش بینی کننده معتبر مانند برادن و مانند آن ارزیابی می گردد
- ✓ در بیماران سالمند خطاهای شناسایی به علت اختلال در برقراری ارتباط مانند نقص شنوایی، بینایی، تکلم و ذهنی مانند آلزایمر و دمانس از یک سو و سقوط به علت مشکلات حرکتی و نیز عدم برقراری ارتباط مناسب در فرایند مراقبت و درمان مد نظر قرار می گیرند.
- ✓ برای هریک از بیماران در معرض خطر، میزان ریسک توسط رستار تخمین زده شده و به صورت مکتوب ثبت می گردد و با اطلاع و دستور پزشک معالج اقدامات مقابله با ریسک و طرح مراقبتی مشخص و در قالب دستورات پزشکی درج و توسط پرستار اجرا می شود.
- ✓ پلی فارمسی به مواردی اطلاق می گردد که بیمار بیش از ۴ دارو مصرف می نماید.
- در مجتمع شهید بهشتی(ره) - امیرالمؤمنین(ع) برای شناسایی هریک از ۷ گروه فوق (تنها برای خود کارکنان و نه برای بیماران) علاوه بر دستبند زرد از یک کد اختصاصی لاتین استفاده شده است که پس از ارزیابی اولیه پرستار به دستبند شناسایی الصاق می گردد.
- سیستم کد بندی رنگی و رنگ قرمز فقط برای شناسایی بیماران مبتلا به آلرژی شناخته شده توصیه می شود.

شناسایی صحیح بیمار

- ✓ مسئولیت اولیه کارکنان خدمات سلامت شناسایی بیماران و تطبیق بیمار صحیح با مراقبت/درمان صحیح قبل از ارائه خدمت/مراقبت است.
- ✓ استفاده از دستبند شناسایی بیماران از مسئولیت کارکنان درمانی جهت کسب اطمینان از انجام اقدام درمانی، مراقبتی و تشخیصی صحیح برای بیمار صحیح نمی کاهد.
- ✓ کلیه بیماران مورد پذیرش در بخش اورژانس ، بیماران بستری و اقدامات روزانه بایستی در هنگام پذیرش و در مدت بستری به طرز صحیح شناسایی شوند.
- ✓ بیمارستان از دو روش پرسش از بیمار و یا همراه وی به صورت شفاهی و دستبند مشخصات، بیماران را شناسایی می کند.
- ✓ برای کلیه بیماران هنگام پذیرش دستبند شناسایی با مشخصات شامل : نام و نام خانوادگی، تاریخ تولد، نام پدر و شماره پرونده جهت اقدامات تشخیصی درمانی و مراقبتی تهیه می شود.

- ✓ در روش شناسایی فعال بیماران از بیمار درخواست می نمایند که نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد و در صورت ضرورت نام پدر را بیان کند سپس آن را با مشخصات مندرج بر روی دستبند شناسایی تطبیق می دهند.
 - ✓ کارکنان خدمات سلامت در صورت مشابهت نام و نام خانوادگی دو بیمار، بیمار بستری با نام پدر بیمار به عنوان جزئی از دو شناسه اصلی در دستبند شناسایی توجه می کند.
 - ✓ در صورتی که بیمار کودک یا معلول ذهنی بوده و یا قادر به تکلم نبوده یا هوشیار نمی باشد، با پرسش مشخصات بیمار از والدین و یا بستگان درجه یک وی، بیمار را به طور صحیح شناسایی می نمایند.
 - ✓ برای شناسایی بیماران با اختلالات روانی از یک قطعه عکس ۳*۴ در صفحه اول پرونده (برگه پذیرش) که شامل اطلاعات شناسایی بیمار می باشد استفاده شود.
 - ✓ برای شناسایی بیماران با شکستگی و سوختگی و یا آمپوتاسیون اندام فوقانی از کارت شناسایی گردنی استفاده می شود.
 - ✓ در بخش اورژانس بر اساس ارزیابی بالینی بعمل آمده و در بخش های بستری طبق ارزیابی اولیه پرستاری رنگ دستبند تعیین خواهد شد.
 - ✓ بایستی در حین بستری بیماران دستبندهای آسیب دیده یا گمشده تهیه یا تعویض شوند.
- در مورد نحوه دارو دادن به بیمار دستورالعملی ۷ بندی تحت عنوان 7RIGHTS وجود دارد که شامل:
- ۱- بیمار صحیح (مشخصات بیمار با مشخصات مندرج در پرونده و کاردکس دارویی چک شود. برای شناسایی از دو شناسه نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد استفاده گردد)
 - ۲- داروی صحیح (کاردکس دارویی با داروی دستور داده شده و داروی آماده شده تطابق داده شود و قانون سه بار چک : زمان برداشتن دارو، قبل از باز کردن و آماده کردن دارو، هنگام تجویز دارو برای بیمار و برگرداندن دارو به قفسه انجام شود)
 - ۳- دوز مصرف صحیح (دوز دارویی آماده شده به بیمار بایستی با دوز دارویی دستور داده شده توسط پزشک مطابقت داشته باشد)
 - ۴- زمان صحیح (در زمان درست طبق دستور پزشک به بیمار داده شود)
 - ۵- روش تجویز صحیح (به روش صحیح طبق دستور پزشک به بیمار داده شود)
 - ۶- ثبت صحیح (مستند سازی صحیح دریافت دارو برای بیمار در گزارش پرستاری، هر گونه میزان آزمایش و یا علائم حیاتی که قبل از دارو دهی نیاز است را نیز ثبت نمایند).
 - ۷- دلیل صحیح (مطمئن شوید که داروی دستور داده شده دلیل صحیحی دارد)

روش تحویل صحیح بیمار

به منظور تضمین ایمنی بیمار، با حضور کلیه اعضای تیم سلامت بایستی اطلاعات مرتبط و کافی در خصوص بیماران مبادله شود. تکنیک SBAR، تکنیکی ساده، استاندارد و یک مدل ذهنی برای برقراری ارتباط موثر در تحویل بیمار است که جهت مبادله اطلاعات مربوط به بیمار، بین پزشکان و پرستاران و همچنین انتقال بیمار بین بخش ها صورت می گیرد. توانمندی در درک بهتر اطلاعات مورد تبادل و

چگونگی آن، تسهیل در انجام کار تیمی و پرورش فرهنگ ایمنی بیمار، فراهم سازی امکان تبادل اطلاعات کامل مرتبط با شرایط بیمار از ویژگی های تکنیک SBAR می باشد.

مراحل تکنیک SBAR

S بیان وضعیت (SITUATION)

B زمینه و سوابق (BACKGROUND)

A ارزیابی انجام شده (ASSESSMENT)

R پیشنهاد ها و توصیه ها (RECOMMENDATION)

گام اول بیان وضعیت (Situation): نام بیمار و مختصری از مسئله و مشکل بیان می شود

گام دوم زمینه و سابقه (Background):

- ✓ بیان تشخیص، دلیل پذیرش و تاریخ پذیرش
- ✓ بیان سابقه پزشکی بیمار و تاریخچه بیماری
- ✓ خلاصه مختصری از کارهای انجام شده و زمان انجام آن کارها به ترتیبی که انجام شده
- ✓ فهرستی از داروهای تجویز شده، رژیم ها و حساسیت های فرد، مایعات تزریق شده و غیره
- ✓ علایم حیاتی بیمار
- ✓ نتایج آزمایشگاهی: تاریخ و زمان تست های انجام شده و مقایسه با آزمایشات قبلی
- ✓ آخرین علایم و یافته های بالینی

گام سوم ارزیابی (Assessment):

- ✓ در این گام نتایج حاصل از ارزیابی بالینی انجام شده با فرد مقابل تسهیم و تشریح مساعی می شوند و اینکه چه چیزی باید مورد تحلیل بیشتر قرار بگیرد و آیا بروز این مسئله حیات فرد را تهدید می کند یا خیر؟
- ✓ در این مرحله موارد زیر بیان می شوند: آخرین علایم حیاتی، وضعیت ذهنی بیمار، تعداد تنفس و کیفیت آن تعداد نبض و کیفیت آن، تغییرات در ریتم قلبی، درد، تغییرات عصبی، رنگ پوست، سطح اکسیژن

گام چهارم: توصیه ها یا پیشنهادات (Recommendation)

- ✓ شامل موارد پیگیری بیمار است.
- ✓ در این گام بیان کنید که دنبال چه چیزی هستید؟ می خواهید برای این بیمار چه کاری را؟ و چه موقع انجام دهید؟ شما برای بهبود این وضعیت و حل مسئله چه نیازی به فرد مقابل دارید
- ✓ توصیه ها می توانند شامل موارد زیر باشند: انتقال بیمار، تغییر درمان، آمدن بر بالین بیمار همین حالا؟!، صحبت کردن با بیمار یا خانواده او در مورد موضوع خاص، تقاضا برای انجام مشاوره توسط پزشک و، سایر پیشنهادات (شامل CBC, ERG, ABG, CXR و یا.....)

ترخیص ایمن بیمار

ابزار SMART به عنوان ابزاری ساده برای ارتقاء کیفیت ایمنی و مراقبت بیمار و ترخیص ایمن طراحی و ارائه گردیده است که اساس آن مشارکت فعال بیمار، خانواده و مراقبین در برنامه ترخیص خود می باشد.

SMART

S علائم و نشانه ها و شکایت های مهم (SIGNS)

M داروها (MEDICATION)

A تعیین زمان ویزیت بعدی (APPOINTMENT)

R نتایج تست های معوقه (RESULTS)

T پرسش و پاسخ (TALK WITH ME)

Sign: علائم و نشانه ها و شکایت مهم و حیاتی

علائم و نشانه ها و شکایاتی که نیازمند توجه پزشکی هستند باید قبل از ترک بیمارستان توضیح داده شوند و این علائم توسط بیمار / خانواده وی در برگه آموزش حین ترخیص ثبت گردد .

بیمار باید بداند چه علائم و با چه شدتی نیاز به اقدام فوری دارد و با کجا باید تماس بگیرد.

Medications: نحوه استفاده از داروها زمان تغییر دارو و توقف و عوارض داروها آموزش داده شود. و در برگه ثبت گردد.

Appointment: تعیین زمان ویزیت بعدی و آزمایشات و پیگیری لازم از اطلاع بیمار و خانواده ئی از شماره تماس یا نحوه ارتباط با پزشک اطمینان حاصل شود .

Results: نتایج تست های معوقه پاراکلینیک اعم از انجام یافته یا در دست اقدام در هنگام ترخیص به منظور پیگیری را به بیمار یا خانواده آموزش داده و در برگه ترخیص ثبت گردد .

Talk with me: پرسش و پاسخ بین ارایه دهنده خدمت و گیرنده خدمت به طوری که بیمار بتواند سوالات و ابهامات خود را از کادر درمان بدون هیچ مانعی و بدون محدودیت زمانی و مکانی مطرح نماید.

مرکز آموزشی درمانی پژوهشی
شهید دکتر بهشتی (ره)

در زمینه حفظ ایمنی بیمار علاوه بر موارد گفته شده و در راستای صیانت از حقوق بیماران و توجه به ایمنی بیمار، موارد ۲۹ گانه تهدید کننده حیات بیمار تعیین شده اند که به هیچ وجه نباید در طول درمان برای بیمار اتفاق بیفتد و در صورت بروز باید بلافاصله گزارش شوند. این موارد در مجتمع شهید بهشتی (ره) - امیرالمؤمنین (ع) در فرم طراحی شده گزارش موارد ۲۹ گانه توسط بخش ها به دفتر بهبود کیفیت و ایمنی بیمار گزارش می شوند و ضمن بررسی علل ریشه ای و اقدامات اصلاحی برای پیشگیری از بروز موارد مشابه، به دانشگاه علوم پزشکی قم نیز بلافاصله گزارش می شوند.

موارد ۲۹ گانه تهدید کننده حیات بیمار (Never Event)

- ۱- انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی عضو سالم
- ۲- انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی بیمار دیگر
- ۳- انجام عمل جراحی با روش اشتباه بر روی بیمار
- ۴- جا گذاشتن هر گونه وسیله اعم از گاز و قیچی و پنس ... در بدن
- ۵- مرگ در حین عمل جراحی یا بلافاصله بعد از عمل در بیماران دارای سلامت طبیعی
- ۶- تلقیح مصنوعی با دهنده (DONOR) اشتباه در زوجین نابارور
- ۷- مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هرگونه استفاده از دارو و تجهیزات آلوده میکروبی
- ۸- مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال استفاده از دستگاه آلوده (مثال: وصل دستگاه دیالیز HBS Ag آنتی ژن مثبت به بیمار HBS Ag آنتی ژن منفی)
- ۹- مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هرگونه آمبولی عروقی
- ۱۰- ترخیص و تحویل نوزاد به شخص و اشخاص غیر از ولی قانونی
- ۱۱- مفقود شدن بیمار در زمان بستری که بیش از ۴ ساعت طول بکشد (مثال: زندانیان بستری...)
- ۱۲- خودکشی یا اقدام به خودکشی در مرکز درمانی
- ۱۳- مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه اشتباه در تزریق نوع دارو، دوز دارو، زمان تزریق دارو،
- ۱۴- مرگ یا ناتوانی جدی مرتبط با واکنش همولیتیک به علت تزریق گروه خون اشتباه در فراورده های خونی
- ۱۵- کلیه موارد مرگ یا عارضه مادر بر اثر زایمان طبیعی و یا سزارین
- ۱۶- مرگ یا ناتوانی جدی به دنبال هیپوگلیسمی در مرکز درمانی
- ۱۷- زخم بستر درجه ۳ یا ۴ بعد از پذیرش بیمار
- ۱۸- کرنیکتروس نوزاد ناشی از تعلل در درمان
- ۱۹- مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به علت هر گونه دستکاری غیر اصولی ستون فقرات (مثال: به دنبال فیزیوتراپی)

۲۰- مرگ یا ناتوانی جدی در اعضای تیم احیاء متعاقب هرگونه شوک الکتریکی به دنبال احیاء بیمار که می تواند ناشی از اشکالات فنی تجهیزات باشد.

۲۱- حوادث مرتبط با استفاده اشتباه گازهای مختلف به بیمار (اکسیژن با گازهای دیگر)

۲۲- سوختگی ها بدنال اقدامات درمانی مانند الکتروود های اطاق عمل (مانند: سوختگی های بدن به دنبال جراحی قلب)

۲۳- موارد مرتبط با نگهدارنده های اطراف تخت (مثال: گیر کردن اندام بیمار در محافظ، خرابی محافظ)

۲۴ - سقوط بیمار تنها در مواردی که منجر به فوت بیمار و یا عارضه منجر به مداخله درمانی و طولانی شدن زمان بستری (مثال: سقوط در حین جابجایی بیمار، در حین انتقال به بخش تصویربرداری، سقوط از پله و ...)

۲۵ - موارد مرتبط با عدم رعایت و عدول از چهارچوب اخلاق پزشکی

۲۶ - هرگونه آسیب فیزیکی (ضرب و شتم و...) وارده به بیمار

۲۷ - ربودن بیمار

۲۸ - اصرار به تزریق داروی خاص خطر آفرین یا قطع تعمدی اقدامات درمانی توسط کادر درمانی

۲۹- کلیه موارد مرگ یا عارضه نوزاد بر اثر زایمان طبیعی و یا سزارین

با توجه به مطالبی که تاکنون بدانها اشاره شد، بیمارستان های پیشگام در ایمنی بیمار برای رسیدن به سطح یک باید با برنامه ریزی دقیق به تمامی معیارهای بحرانی دست یابند. رسیدن به این هدف در مجتمع شهید بهشتی (ره) - امیرالمؤمنین (ع) دور از دسترس نبوده و نیازمند تلاش همگانی و کوششی مداوم از جانب تک تک افرادی است که در این حیطه فعال می باشند.

گام های به سوی ایمنی بیمار:

تشکیلات ایمنی بیمار در این مرکز برای رسیدن به اهداف در راستای آماده سازی برای اجرای استانداردهای الزامی و آموزش پرسنل مطابق با استانداردهای ایمنی گام بر می دارد.

۱- ایجاد فرهنگ و بستر سازی بستری باز و منصفانه برای دستیابی به ایمنی بیمار

۲- حمایت و رهبری کارکنان بطور شفاف و محکم با تاکید بر ایمنی بیمار

۳- تشویق گزارش دهی و اطمینان دادن به کارکنان جهت گزارش وقایع به راحتی

۴- برقراری ارتباط صریح و مناسب با بیماران

۵- ایجاد سیستم و فرایندهای مناسب عملیات جهت شناسایی و ارزیابی خطر

۶- آموزش مباحث ایمنی و تحلیل ریشه ای حوادث

۷- اجرای راه حل ها، تغییر در عملیات، فرایندها برای جلوگیری از بروز آسیب

آموزش به بیمار



آموزش به بیمار

آموزش به بیمار فرایندی است که فرصت های یادگیری را برای بیمار و خانواده وی در زمینه بیماری، درمان، مکانیسم های سازگاری و افزایش مهارت ها فراهم می کند. آموزش به بیمار وظیفه تمام کارکنان درمانی از پذیرش، پزشک، پرستار، داروساز، کارشناس تغذیه، فیزیوتراپ و واحد های پاراکلینیک می باشد. آموزش های بیماران بر اساس خود مراقبتی پایه گذاری شده است و خود مراقبتی مجموعه ای از اعمالی است که فرد به صورت اکتسابی، آگاهانه و هدف دار برای خود، فرزندان و خانواده اش انجام می دهد تا از لحاظ جسمی، روانی، اجتماعی سالم بماند و همچنین در صورت ابتلاء به بیماری و بستری در بیمارستان بر اساس آموزش های دریافتی در حین بستری و پس از ترخیص از سلامت خود و خانواده اش حفاظت نماید.

آموزش به بیمار بخشی از مراقبت های پزشکی و پرستاری است و به هیچ وجه نبایستی با تعیین سوپروایزر آموزش بیمار، این ماموریت از وظایف تک تک پرشکان و پرستاران خارج شود. این مهم در امر پیشگیری و کنترل عفونت، ایمنی بیمار، کنترل کیفیت و سایر اصول مراقبت های درمان هم می شود.

هدف از آموزش به بیمار

- ۱- کمک به بیمار به منظور یادگیری برنامه مراقبت از خود، افزایش توانمندی و پذیرش مسئولیت در زمینه سلامت خود
- ۲- حفظ و ارتقاء سلامت و پیشگیری از بیماری
- ۳- افزایش رضایت مندی
- ۴- کاهش اضطراب
- ۵- کاهش دوره بستری
- ۶- کاهش موارد مراجعات مکرر
- ۷- کاهش هزینه های درمان
- ۸- بهبود کیفیت زندگی بیمار
- ۹- کاهش بروز عوارض

۱۰- افزایش کیفیت خدمات بالینی

۱۱- تکمیل برنامه های درمانی

۱۲-افزایش پذیرش درمان

۱۳-سازگاری با اختلال در عملکرد

۱۴-حفظ و ارتقاء ایمنی بیمار

روش انجام کار

جهت انجام فرایند آموزش به بیمار در ابتدا لازم است که نیازهای آموزشی بیماران و همراهیان با توجه به نوع فعالیت تخصصی و سطوح دانش گیرندگان خدمت و مراقبت های پرستاری مورد نیاز در بخش های مختلف از طریق تشکیل جلسات کارگروه آموزش به بیمار و بیماری های شایع گزارش شده توسط مدارک پزشکی تعیین شود. الویت های آموزشی بیماران و همراهان بر اساس چهارچوب بیماری های شایع، نتایج کارگروه آموزش به بیمار و فرم تکمیل شده نیاز سنجی آموزشی (نیاز سنجی آموزشی از بیماران و همراهیان) در برنامه های آموزشی لحاظ شده و همراه با حداقل موارد آموزشی پرستاران و پزشکان جهت اجرا به بخش ها ابلاغ می شود.

حد اقل موارد آموزشی برای بیماران توسط پرستاران و پزشکان

الف) حد اقل موارد آموزشی در بدو ورود بیماران:

- معرفی فرد آموزش دهنده و مراقبت کننده (پرستار) و پزشک معالج
- معرفی و آشنایی با فضای فیزیکی بخش (پله اضطراری، زنگ احضار، ساعت ملاقات، ساعت غذا، محل سرویس بهداشتی و سایر مقررات بخش و بیمارستان)
- معرفی خدمات غیر درمانی مثل نحوه احضار پرستار، منشور حقوق بیمار، نحوه رسیدگی به شکایات، ممنوعیت استعمال دخانیات، زمان توزیع غذا و ...
- آموزش در خصوص اهمیت وجود دستبند و نگهداری از آن
- آموزش در مورد کنترل عفونت (بهداشت دست ها، دهان و دندان، استحمام و تفکیک زباله ها و ...)

ب) حداقل موارد آموزشی حین بستری بیماران

- آموزش سیر بیماری، نحوه درمان و مراقبت
- افزایش آگاهی بیماران در مورد عوارض احتمالی و روش برخورد با عوارض
- اقدامات تشخیصی، درمانی و آزمایشات
- آموزش در مورد مصرف داروها، عوارض و تداخلات دارویی و غذایی
- تغذیه و رژیم غذایی
- نحوه مراقبت از خود با توجه ویژه به پیشگیری از سقوط
- مدیریت درد
- مراقبت از لوله ها و اتصالات به بیمار
- پوزیشن مناسب در بستر با ذکر دلیل
- میزان فعالیت و محدوده حرکتی با ذکر دلیل
- مراقبت های قبل و بعد از عمل
- استفاده صحیح از تجهیزات بیمارستان
- ایمنی و احتیاطات
- خواب و استراحت، الگوی دفع و مراقبت از زخم

ج) حداقل موارد آموزشی حین ترخیص بیماران

- نشانه های خطر پس از ترخیص
- نحوه مصرف داروهای پس از ترخیص
- میزان فعالیت پس از ترخیص
- رژیم غذایی پس از ترخیص
- زمان و مکان مراجعه به پزشک پس از ترخیص
- نحوه مصرف داروهای پس از ترخیص

موسسه تخصصی آموزشی درمانی پژوهشی
شید دکتر بهشتی (ره)

- برنامه خود مراقبتی و تکنیک های باز توانی در منزل
- آدرس منابع و مراکز حمایتی و سایت های آموزشی
- چگونگی دستیابی به مراقبت های اورژانس (ارائه تلفن های ضروری به بیمار) پس از ترخیص

در این مرکز واحدی به نام واحد پرستاری آموزش و پیگیری در درمانگاه تخصصی مستقر بوده که می توان بیماری های خاص و مزمن را به این واحد معرفی نمود. در این واحد طبق دستورالعمل اجرایی واحد پرستاری آموزش و پیگیری بیمار، ارائه آموزش های خود مراقبتی و پیگیری های پس از ترخیص بر اساس نیازهای آموزشی و مراقبتی به گیرندگان خدمت (بیماران بستری و سرپایی) انجام می گردد. بیماری های خاص و مزمن که قابل ارجاع می باشند شامل سرطان، دیالیز، دیابت؛ فشار خون، سکته مغزی، بیماری انسداد مزمن ریوی، نارسایی قلبی، سکته قلبی، آمپوتاسیون سوختگی و بیماری مزمن کلیوی می باشد.

لازم است که پس از ترخیص فرم ارجاع بیماران که در قسمت فوق ذکر شد از طریق سیستم HIS تکمیل و به واحد پرستار پیگیر انتقال داده شود تا پرستار مسئول این واحد آموزش بیمار/ خانواده در خصوص نحوه مدیریت بیماری در منزل و خود مراقبتی را انجام دهد.

جهت آموزش حد اقل موارد آموزشی به بیماران از روش های ذیل استفاده کرد:

- آموزش چهره به چهره- ارائه پمفلت، کتابچه و جزوه آموزشی- آموزش گروهی- فیلم آموزشی
- آموزش نحوه استفاده از سایت بیمارستان
- آموزش نحوه استفاده از نرم افزارهای آموزشی بیمارستان

لازم به ذکر است که پس از ترخیص فرم ترخیص ایمن بیمار که در پرونده الصاق می باشد به صورت کامل توسط پزشک و پرستار پر شده و در هنگام ترخیص پس از آموزش کامل از بیمار/ همراه، امضا/ اثر انگشت گرفته و تحویل بیمار/ همراه گردد. بعد از ترخیص کامل بیمار می تواند از طریق لینک (<https://bmc.muq.ac.ir>) یا اسکن بار کد از طریق گوشی به مطالب آموزش به بیمار دسترسی پیدا کند.

کار گروه آموزش به بیمار

جهت ارائه بهتر آموزش های خود مراقبتی به بیمار در حین بستری و ترخیص ارائه می شود. آموزش ها بایستی مختص زمان ترخیص نبوده و از زمان پذیرش بیمار شروع گردد.

برای برنامه ریزی و اجرای دقیق آموزش بیماران کار گروه آموزش در هر یک از بخش های بیمارستان بر اساس الویت های آموزشی تشکیل می گردد.

کار گروه های آموزش به بیمار باید در هر فصل از سال در موضوعات مرتبط با مبحث آموزش به بیمار و با حضور اعضای کارگروه (که شامل سرپرستار بخش، رابط آموزش، سوپروایزر آموزش و سوپروایزر آموزش به بیمار می باشد) تشکیل می شود و مصوبات آن در فرم کارگروه به تایید اعضا می رسد. در صورتی که مصوبه ای به تایید یکی از اعضا نرسد با درج دلیل در فرم مربوطه ذکر می گردد.

صورت جلسه در دو نسخه تکمیل و تا پایان هر فصل نسخه اصلی تحویل واحد آموزش سلامت می گردد.

موضوعات مطرح شده در کارگروه ها شامل تعیین الویت بندی های آموزشی، سیاست آموزش به بیمار درون بخشی، روند اثر بخشی آموزش های صورت گرفته، موانع و راهکارهای آموزش به بیمار، پیشنهادات سازنده و عملی در این حوزه در بخش مربوطه، موارد آموزشی مورد نیاز و ... می باشد.

گزارش شاخص آموزش به بیمار هر ماه به انضمام فعالیت های صورت گرفته در این حوزه در بخش (شامل شارژ پمفلت های آموزشی، کنفرانس های آموزشی داخل بخشی برای بیماران، طراحی و تولید موارد آموزشی و ...) در قسمت شرح جلسه کارگروه بایستی ثبت گردد.

شاخص اثر بخشی آموزش به بیمار

این شاخص از شاخص های ملی کیفیت مراقبت های پرستاری در بالین می باشد که بر اساس سیستم درمانی بیمارستان طراحی شده و از طریق چک لیست ارزیابی اثر بخشی آموزش پرستار به بیمار در بخش های بستری گردآوری می گردد. این چک لیست صرفاً از طریق مصاحبه با بیماران ترخیص شده یا بستری در طی دو روز در ماه (ابتدا و میانه هرماه) از ۱۰ تا ۱۵ درصد بیماران در طول یک ماه تکمیل و تحویل رابط آموزش هر بخش می گردد. رابط آموزش در انتهای هر ماه چک لیست ها را تحویل واحد آموزش به بیمار داده تا محاسبه شاخص آموزش صورت گیرد. شاخص کشوری آموزش به بیمار ۷۵ درصد می باشد. در صورت کاهش درصد شاخص اثر بخشی هر بخش کمتر از نرمال کشوری بایستی اقدامات اصلاحی از جمله تشکیل کارگروه برای بخش انجام گردد.

کنترل عفونت



مرکز آموزشی درمائی پژوهشی
شهید دکتر بهشتی (ره)

واحد کنترل عفونت بیمارستان که جزء ای از دفتر پرستاری می باشد مسئولیت برنامه ریزی، ارزیابی و انجام تمام موارد مرتبط با کنترل عفونت بیمارستان را بر عهده دارد و یکی از وظایف مهم این مرکز ایجاد شرایط مراقبت از بیمار به صورت ایمن و با کیفیت از طریق آموزش و پژوهش می باشد در همین راستا، در بخش پیشگیری از عفونت با استفاده از منابع علمی و عملی اثبات شده، کاهش عفونت های بیمارستانی را جهت کارکنان، بیماران و خانواده های آنان فراهم می کند. از طریق فعالیت های نظارتی، موارد احتمالی بروز عفونت بیمارستانی را که مرتبط با مراقبت های بهداشتی می باشند را شناسایی نموده و برنامه های علمی را با همکاری واحد های مختلف مانند پزشکی، پرستاری، اعتبار بخشی و واحدهای مرتبط برای کاهش این خطرات تنظیم و اجرایی می نماید. در ارتباطات خارج از مرکز، با مرکز کنترل بیماری ها (CDC)، سازمان جهانی بهداشت (WHO)، وزارت بهداشت و مرکز بهداشت در ارتباط بوده و از بروز اپیدمی بیماری های عفونی شایع کشور، منطقه و جهان مطلع گردیده و راهکار های مربوطه را اجرا می نماید.

برنامه کنترل عفونت بیمارستان:

واحد کنترل عفونت این مرکز در راستای آماده سازی برای اجرای استانداردهای الزامی و آموزش کلیه گروه ها مطابق با استانداردهای کنترل عفونت به شرح ذیل عمل می کند:

۱. شناسایی موارد عفونت بیمارستانی بر اساس تعاریف استاندارد NNIS برای چهار عفونت شایع و ارسال آمار موارد عفونت بیمارستانی شناسایی شده از طریق نرم افزار NNIS به وزارت بهداشت.
۲. بررسی نوع عفونت و میکروارگانیسم عامل آن.
۳. مشارکت در آموزش پرسنل درمانی و خدماتی در رابطه با راه های پیشگیری و کنترل عفونت های بیمارستانی.
۴. برنامه های آموزشی برای بیماران و همراهان آنها در زمینه های پیشگیری از عفونت های بیمارستانی از طریق توزیع پمفلت، پوستر و ارائه آموزش های چهره به چهره.
۵. شرکت در نظام مراقبت از عفونت های بیمارستان.
۶. آموزش و توجیه سرپرستاران بخش ها و سوپروایزر آزمایشگاه برای گزارش موارد مشکوک به عفونت بیمارستانی به تیم کنترل عفونت.
۸. مشارکت پژوهشی در زمان بروز اپیدمی.
۹. همکاری و مشارکت با کارشناس بهداشت محیط و کمیته کنترل عفونت بیمارستان و کارشناس کنترل عفونت دانشگاه برای انجام بازدیدهای نظارتی و ارزیابی.
۱۰. ارائه پروتکل های درمان با آنتی بیوتیک بر اساس مصوبات کمیته کنترل عفونت بیمارستان و دانشگاه به بخش های مختلف برای مقابله با مقاومت آنتی بیوتیکی.
۱۱. ارائه پیشنهادات اصلاحی برای پیشگیری از عفونت های بیمارستانی به کمیته کنترل عفونت بیمارستان.
۱۲. بازدیدهای روزانه از فعالیت های بخش های بیمارستان در زمینه اقدامات پیشگیری از عفونت های بیمارستانی و یا کشف موارد جدید احتمالی بر اساس چک لیست های نظارتی و پیگیری موارد گذشته

۱۳. آموزش مواجهات شغلی و رعایت احتیاطات استاندارد به کارکنان.
۱۴. پیگیری انجام اقدامات لازم پس از آسیب‌های ناشی از اجسام تیز و برنده آلوده در کادر بهداشتی.
۱۵. همکاری و هماهنگی با سایر کمیته‌های بیمارستانی در زمینه اهداف مشترک.
۱۶. ارائه نظرات مشورتی و کارشناسی مربوط به بهداشت.
۱۷. همکاری با نماینده مرکز بهداشت مرکز جهت گزارش بیماری‌های نظام سندرمیک
۱۸. شناسایی بیماران با بیماری‌های واگیر دار در بخش و ایزولاسیون بیماران و ارائه آموزش‌های لازم به پرسنل
۱۹. تشکیل کمیته کنترل عفونت در بیمارستان با نظارت ریاست بیمارستان بر اساس ساختار مصوب کمیته ای کشوری
۲۰. تشکیل کمیته ای استوارت شیب در بیمارستان با نظارت ریاست بیمارستان
۲۱. تهیه و تدوین دستورالعمل‌های کنترل عفونت بر اساس استانداردهای مراقبتی
۲۲. ارزیابی و نظارت بر نحوه ضد عفونی تجهیزات مرتبط با بیمار
۲۳. تهیه ای گزارش از شاخص‌های کنترل عفونت بیمارستانی () در پایان هر فصل و ارائه در کمیته ای کنترل عفونت و دادن باز خورد به تمام مسئولین و سرپرستاران بیمارستان
۲۴. ارسال نتایج آنالیز و تحلیل شاخص‌های کنترل عفونت و مصوبات کمیته ای کنترل عفونت در هر فصل به واحد کنترل عفونت دانشگاه

کمیته کنترل عفونت بیمارستان

به منظور رسیدن به اهداف کنترل عفونت و اجرایی شدن این اهداف بر اساس استانداردهای مراقبتی موجود در دنیا کمیته ای به نام کنترل عفونت در بیمارستان ها بر اساس ساختار مصوب کمیته ای کشور تشکیل می شود کمیته ای کنترل عفونت در این مرکز معمولاً در هر ماه تشکیل شده و مصوبات کمیته برای اجرا و پی گیری به تمام مسئولین زیربط ابلاغ می شود.

اعضا این کمیته عبارتند از :

- ❖ کارشناس کنترل عفونت
- ❖ پزشک کنترل عفونت
- ❖ رئیس و مدیر بیمارستان
- ❖ مسئول بهداشت محیط
- ❖ مسئول آزمایشگاه
- ❖ مترون بیمارستان
- ❖ معاونت درمان بیمارستان
- ❖ رئیس بخش ICU
- ❖ در صورت لزوم مسئولین واحدهای دیگر

عفونت بیمارستانی

عفونت بیمارستانی (Nasocomial Infections) به عفونتی اطلاق می‌شود که بیمار در زمان بستری بودن به آن دچار نبوده و ۴۸ تا ۷۲ ساعت بعد از پذیرش بیمار در بیمارستان ایجاد می‌شود به شرط آنکه در زمان پذیرش، فرد نباید علائم آشکار عفونت مربوطه داشته باشد و بیماری در دوره نهفتگی خود نباشد. در عفونت‌های زخم جراحی در طی ۳۰ الی ۹۰ روز پس از عمل جراحی نیز امکان وقوع وجود دارد یا در صورتی که به دنبال اعمال جراحی جسم خارجی در بدن بیمار کار گذاشته شود عفونت بیمارستانی می‌تواند تا یک سال پس از این گونه اعمال به وقوع بپیوندد.

چهار عفونت شایع بیمارستانی شامل عفونت ادراری، عفونت زخم جراحی، عفونت تنفسی پنومونی یا VAP و عفونت خون می‌باشد. پرسنل حاضر در بخش در صورت مشاهده تغییر در وضعیت بالینی (تب، تغییر زخم جراحی، ترشح و ...)، یافته‌های مثبت آزمایشگاهی، تغییر یا شروع آنتی بیوتیک و دستور پزشک معالج مبنی بر عفونت بیمارستانی را باید به سوپروایزر کنترل عفونت مرکز اطلاع دهند.

بهداشت دست

رعایت بهداشت دست یکی از موازین ثابت شده و موثر در پیشگیری از عفونت‌های ناشی از کارکنان خدمات سلامت و گسترش مقاومت میکروبی است بهداشت دست شامل:

- شستن دست Hand Washing: شستن دست با آب و صابون (مدت زمان کل فرایند ۶۰-۴۰ ثانیه)
- ضدعفونی دست Hand rub: ضدعفونی دست با مواد ضد عفونی کننده دست موجود در مرکز مدت زمان کل فرایند ۲۰-۳۰ ثانیه (۵ سی سی محلول یا سه بار پمپ کردن محلول)
- * در صورت استفاده از ضد عفونی کننده حداکثر بعد از ۸-۷ بار استفاده، باید دست‌ها را با آب و صابون بشویید و از محلول ضد عفونی کننده دست و شست و شوی دست به طور همزمان استفاده نشود.
- * دستکش جایگزین بهداشت دست نمی‌باشد.
- * برای حفظ بهداشت فردی خود و همچنین کاهش میزان عفونت‌های بیمارستانی همیشه ناخن‌ها را کوتاه نگهدارید و حتی المقدور زیور آلات و لاک ناخن و ناخن‌های کاشته شده و غیره استفاده ننمایید.

➤ پنج موقعیت رعایت بهداشت دست:

- قبل از تماس با بیمار: قبل از تماس با بیمار دست‌هایتان را تمیز کنید مثل کمک به بیمار برای حرکت، معاینه بالینی
- قبل از اقدام به کار آسپتیک: قبل از اقدام به کار آسپتیک دست‌هایتان را تمیز کنید. مثل دادن دارو، آسپیراسیون ترشحات تنفسی، پانسمان زخم، گذاشتن کاتتر
- بعد از تماس با مایعات بدن بیمار: بلافاصله بعد از تماس با مایعات بدن بیمار و بعد از درآوردن دستکش، دست‌هایتان را تمیز کنید. مثل آسپیراسیون ترشحات تنفسی، خون‌گیری و کار با نمونه‌های خونی، آزمایش



- بعد از تماس با بیمار: پس از لمس بیمار دست هایتان را تمیز کنید مثل دست دادن، کمک به بیمار برای حرکت، معاینه بالینی
- بعد از تماس با محیط اطراف بیمار: بعد از تماس با هر یک از وسایل دست هایتان را تمیز کنید، اطراف بیمار حتی بدون تماس با خود بیمار مثل تعویض ملحفه تخت

➤ **مراحل شستشوی دست:**

- ۱- ابتدا دست‌ها را با آب مرطوب کرده و کلیه سطوح دستها را باصابون بپوشانید.
- ۲- شستن دست را با حرکت مالشی و دورانی آغاز نمایید.
- ۳- سپس کف دست راست را به پشت دست چپ و بالعکس کاملاً کشیده شود.
- ۴- کف دستها به هم کشیده شود بطوریکه انگشتان بین هم قرار گیرند و کاملاً سائیده شوند.
- ۵- پشت انگشتان دست راست را در کف دست چپ بطوریکه انگشتان به حالت قفل شدن در هم قرار گیرند و با فشار شستشو شوند و بالعکس.
- ۶- شست چپ و بالعکس را در میان کف دست مقابل محکم گرفته و با حرکات چرخشی به هم بمالید.
- ۷- نوک انگشتان یک دست را در کف دست دیگر فشرده و با حرکت چرخشی کاملاً شستشو و تمیز شود و ۷ بالعکس.
- ۸- دستها و مچ را کاملاً آبکشی کنید.
- ۹- بادستمال کاغذی دست‌ها را کاملاً خشک نمایید.

- ۱۰- با همان دستمال کاغذی شیر آب را بسته و دستمال را در سطل زباله بریزید.

➤ **مراحل ضدعفونی دست:**

- ۱- مقدار کافی از محلول ضدعفونی دست با بنیان الکلی که تمامی سطوح دست را بپوشانید در کف دست خود بریزید.
- ۲- کف دست‌ها را با حرکات چرخشی به هم بمالید.



- ۳- کف دست راست را به پشت دست چپ و بین انگشتان بمالید، این عمل با دست دیگر نیز انجام شود.
 - ۴- کف دست ها و بین انگشتان را به هم بمالید.
 - ۵- پشت انگشتان را به حالت خم شده به کف دست دیگر بمالید.
 - ۶- شست دست چپ را به صورت چرخشی توسط کف دست راست بمالید، این عمل با دست دیگر نیز انجام شود.
 - ۷- پشت و کف انگشتان دست راست را به صورت چرخشی در کف دست چپ بمالید، این عمل با دست دیگر نیز انجام شود.
 - ۸- صبر کنید دست ها خشک شوند، دست شما تمیز است.
- هنگامی که دست ها بصورت مشهود آلوده و کثیف نمی باشند هندراب روش ارجح برای ضدعفونی روتین دستها بشمار می رود.

➤ مراحل اسکراب دست قبل از عمل جراحی

۱. قبل از اقدام برای آماده نمودن دست جهت اعمال جراحی، هرگونه زیورآلات از قبیل انگشتر، ساعت مچی و دستبند را در بیاورید. از زدن لاک و گذاردن ناخن مصنوعی اجتناب نمایید.
۲. کاسه روشویی باید به نحوی طراحی شده باشد که از پاشیدن آب و ترشحات بر روی البسه افراد پیش گیری شود.
۳. در صورتی که دست ها به صورت آشکارا کثیف است، قبل از آماده نمودن دست ها برای اعمال جراحی و پروسیجرهای تهاجمی آن ها را با آب و صابون ساده بشوئید و مواد موجود در زیر ناخن ها را ترجیحاً در زیر آب روان شیر به وسیله ناخن شور خارج نمائید.
۴. به دلیل صدمه به پوست و افزایش احتمال پوسته ریزی، استفاده از برس برای آماده نمودن دست ها برای جراحی توصیه نمی شود. در صورت لزوم از ناخن شور استریل که قابلیت اتوکلاو شدن و استریلیتی مجدد را داشته و در حال حاضر در بازار موجودند، استفاده کنید.
۵. برای اعمال جراحی، قبل از پوشیدن دستکش استریل باید ضدعفونی دست با استفاده از محلول ضدعفونی مناسب مانند ترکیبات ید دار یا کلرهگزیدین یا مالش دست با ترکیبات حاوی الکل (ترجیحاً با استفاده از محلول هایی با فعالیت پایدار) صورت پذیرد.
۶. در هنگامی که با استفاده از محلول ضدعفونی مناسب مانند ترکیبات ید دار یا کلرهگزیدین، دست ها را برای اعمال جراحی آماده می نمایید، مطابق با زمان توصیه شده شرکت سازنده معمولاً به مدت ۵-۲ دقیقه دست ها و آرنج را مطابق با مراحل ذیل اسکراب نمایید، اسکراب طولانی مدت (برای مثال به مدت ۱۰ دقیقه) توصیه نمی شود.
۷. اسکراب جراحی دست برای اقدام به اعمال جراحی:
 - با بالاتر نگاهداشتن دست ها از ساعد دست ها و ساعد تا آرنج را اسکراب نمائید. این عمل از آلوده شدن مجدد دست ها به وسیله آب ناحیه ساعد پیش گیری می نماید.
 - به مدت ۵-۲ دقیقه هر یک از انگشتان، بین انگشتان و پشت و روی هر دست خود را اسکراب نمایید.
 - رویه خلف و قدام ساعد را از ناحیه مچ تا آرنج به مدت ۱ دقیقه در هر دو دست اسکراب کنید.



- اگر به هر علتی و در هر زمانی دست شما با هر چیزی به جز برس تماس یافت، ناحیه آلوده شده را به مدت ۱ دقیقه طولانی تر اسکراب نمایید.
- با حرکت یک سویه دست ها و آرنج از میان جریان آب، دست ها را از نوک انگشتان تا ناحیه آرنج آبکشی نمایید. دست های خود را در میان جریان آب به عقب و جلو حرکت ندهید.
- در کل فرایند اسکراب دست ها توجه نمایید که آب به لباس جراحی که بر تن دارید نپاشد.

۸. در اتاق عمل قبلا از پوشیدن گان، کلاه و دستکش استریل دست ها و ساعد را با استفاده از حوله استریل و تکنیک آسپتیک خشک نمایید.
۹. هنگامی که از محلول های جراحی مالش دست با بنیان الکلی با فعالیت پایدار استفاده می نمایید، مطابق با زمان توصیه شده شرکت سازنده عمل نمایید. محلول را بر روی دست های خشک بریزید. قبل از مالش دست ها با ماده ضدعفونی کننده با بنیان الکلی، اسکراب دست با ترکیبات ید دار یا کلرهگزیدین ضرورت ندارد.
- ۱۰- در هنگام استفاده از محلول های مالش دست با بنیان الکلی مقدار محلول بایستی به حدی باشد که در کل مدت آماده سازی دست برای اعمال جراحی، دست ها و ساعد تا ناحیه آرنج ها کاملاً مرطوب باقی بمانند (بر اساس مطالعات تجربی این مقدار کمتر از ۱۶ CC می باشد).
- ۱۱- بعد از استفاده از محلول های مالش دست با بنیان الکلی و قبل از پوشیدن دستکش استریل، بگذارید دست و ساعدها تا ناحیه آرنج ها کاملاً خشک شوند.
- ۱۲- تمامی تکنیک های تهاجمی مانند گذاشتن کاتتر عروق مرکزی و ... که در بخش های ویژه انجام میشوند حتما باید توسط پزشک اسکراب جراحی انجام شده و پزشک وسایل حفاظت فردی بپوشد و در محل موضع انجام تکنیک شان پرفوره قرار گیرد.

دستورالعمل جداسازی



دستورالعمل های جدید بر رعایت دو نوع احتیاط تکیه دارند:

۱. احتیاط های استاندارد (Standard precautions)

۲. احتیاط های مبتنی بر روش انتقال بیماری ها

(Transmission-based precautions)

✓ احتیاط های استاندارد: به منظور پیشگیری از انتقال عفونت برای کلیه پرسنل، بیماران و همراهان بیمار از منابع مشخص یا نامشخص تدوین شده و استراتژی آن به حداقل رساندن انتقال عفونت می باشد. احتیاطات استاندارد را باید برای کلیه بیماران تحت مراقبت در بیمارستان صرف نظر از نوع بیماری و تشخیص، عفونی بودن یا نبودن بیمار رعایت نمود.

این اقدامات شامل:

۱- وسایل حفاظت فردی (پوشیدن دستکش، شستن دست ها بلافاصله بعد از خروج دستکش و قبل و بعد از تماس با هر بیمار،

استفاده از گان، محافظ چشم، ماسک یا محافظ صورت)

۲- بهداشت دست

۳- تزیقات ایمن (پیشگیری از آسیب اجسام تیز یا ورود سوزن آلوده)

۴- مدیریت پسماند (دفع بی خطر زباله)

۵- ضد عفونی کردن ابزار و تجهیزات

۶- محل استقرار بیمار

۷- مدیریت اقدام پارچه ای

۸- بهداشت محیط (تمیز کردن محیط)

۹- رعایت بهداشت تنفسی و آداب سرفه

✓ احتیاط ها بر اساس راه انتقال بیماری شامل :

۱- احتیاط های هوایی Air borne Precautions

۲- احتیاط های قطرات Droplet Precautions

۳- احتیاط تماسی Contact Precautions

احتیاطات هوایی:

علاوه بر رعایت احتیاطات های استاندارد برای بیماران دچار عفونت یا مشکوک به عفونت با میکروارگانیزم های منتقله از راه قطرات هوایی با اندازه ی ۵ میکرون یا کمتر رعایت این احتیاط توصیه می شود.

- ✓ بیمار در اتاق ایزوله تک تختی با امکانات در نظر گرفته شده (از نظر حفاظت فردی بسته به نوع بیماری) بستری گردد .
- ✓ در صورت عدم دسترسی به اتاق تک تختی قرار دادن چند بیمار دارای عفونت مشترک و فاقد آلودگی یا عفونت با سایر میکروارگانیزم ها در یک اتاق
- ✓ وجود فشارهوای منفی در داخل اتاق در مقایسه با محیط اطراف و حداقل ۱۲ بار تعویض هوا در ساعت (برای اتاق هایی که قبلاً ساخته شده حداقل ۶ بار)
- ✓ درب اتاق همیشه بسته باشد.
- ✓ ورود کلیه افراد مراقب بیمار و همراهان بر بالین بیمار با ماسک N95 مقذور و محدود باشد.
- ✓ موارد استفاده از ماسک N95 شامل :
 - ۱-سل ریوی اسمیر مثبت یا سل حنجره
 - ۲-وجود سل پوستی فعال و انجام اقداماتی مانند شستشو و ایجاد برش و تخلیه ی ترشحات پوستی که باعث ایجاد آیروسول های حاوی باسیل زنده می گردند.
 - ۳- در زمان انجام اقدامات مراقبتی که آیروسول تولید می کنند مانند برونکوسکوپی، انتوباسیون و ساکشن باز ترشحات تنفسی برای بیماران مبتلا به سل، آنفولازای پرندگان ، آنفولانزای پاندمیک یا سندرم تنفسی شدید حاد با کورونایروس (SARS)
- ✓ جابجایی بیمار مگر در موارد ضروری محدود می شود و در صورت نیاز به جابجایی بیمار حتماً ماسک جراحی استاندارد بپوشد و مسیر تردد بیمار خلوت گردد.
- ✓ عفونت هایی که رعایت احتیاطات هوایی برای آن ها ضرورت دارد: سل ریه یا حنجره، سرخک، زونا، منتشر، آبله، آبله مرغان، آبله میمونی، سندرم تنفسی حاد، تب های خونریزی دهنده ویروسی.

احتیاط قطرات:

- علاوه بر احتیاطهای استاندارد برای بیمار دچار عفونت یا مزنون به عفونت با میکروارگانیزم های منتقله از طریق قطرات با اندازه ی بزرگتر از ۵ میکرون که از طریق سرفه، عطسه، صحبت یا ساکشن کردن منتقل می گردند رعایت احتیاط قطرات ضروری است.
- ✓ بیمار در اتاق ایزوله بستری می شود و در صورت لزوم چند بیمار با یک بیماری را در یک اتاق بستری نمایید.
 - ✓ نیازی به بستن درب اتاق نمی باشد.
 - ✓ کارکنان در صورت ورود به فاصله کمتر از یک متر از بیمار ماسک جراحی استاندارد بپوشند.
 - ✓ کارکنان اصول احتیاطات استاندارد را بر بالین بیمار رعایت نمایند.

✓ عفونت هایی که رعایت احتیاطات قطرات برای آن ها ضرورت دارد: آدنوویروس، دیفتتری حلقی، مننژیت ناشی از اپی گلویتیت یا هموفیلوس آنفلوانزا، پنومونی ناشی از هموفیلوس، ویروس آنفلوانزا، عفونت های منگوکوکوی، اوریون، مایکوپلاسما پنومونیه، سیاه سرفه، سرخچه، پاروویروس ، عفونت های تنفسی با عامل استرپتوکوک.

احتیاط تماسی:

برای بیمار دچار عفونت، مشکوک به عفونت یا کلونیزاسیون با میکروارگانیزم با اهمیت همه گیرشناسی که می توانند از طریق دست یا تماس پوست با پوست یا تماس غیرمستقیم با سطوح محیطی یا وسایل مراقبت از بیمار در اتاق بیمار منتقل شوند علاوه بر احتیاط استاندارد رعایت احتیاط تماسی ضروری است.

- ✓ بیمار در اتاق ایزوله بستری شود و در صورت لزوم چند بیمار با یک بیماری را در یک اتاق بستری نماید.
- ✓ کارکنان اقداماتی از جمله استفاده از وسایل حفاظت فردی (شامل ضدعفونی و بهداشت دست، پوشیدن دستکش، گان)، درآوردن وسایل حفاظت فردی قبل از ترک اتاق بیمار و گندزدایی وسایل اتاق بیمار رعایت نمایند.
- ✓ تا حد امکان از جابجایی و حمل و نقل بیمار اجتناب گردد.
- ✓ عفونت هایی که رعایت احتیاطات تماسی برای آن ها ضرورت دارد: آبه ای که ترشح دارد، آدنوویروس، سلولیتی که ترشح دارد، وجود ترشح بیش از حد زخم که با پانسمان کنترل نشود، اسهال با عامل کلستریدیوم دیفیسیل، زخم بستر عفونی، دیفتتری جلدی، عفونت ناشی از شیگلا، زرد زخم.

ترتیب پوشیدن و درآوردن وسایل حفاظت فردی

ب: ترتیب درآوردن:

الف: ترتیب پوشیدن:



شهید دکتر بهشتی (ره)

مواجهات شغلی

هر گونه آسیبی که در حین کار متوجه کارکنان مراقبت بهداشتی شود را مواجهات شغلی گفته می شود اما از آنجا که بعضی از مواجهات ممکن است کارکنان مراقبت بهداشتی را در معرض عفونت های مانند HIV/ HBV/ HCV همانند نیدل استیک و پاشش خون و ترشحات قرار دهد در این قسمت به این مواجهات و اقدامات لازم اشاره می شود.

در صورت آسیب پرکوتانئوس (نیدل استیک، بریدگی با اجسام تیز و برنده)، پاشیده شدن خون و سایر ترشحات آلوده به زخم های باز، مخاطات (چشم، دهان)، پوست غیر سالم و تماس پوستی با خون و سایر ترشحات آلوده باید اقدامات زیر انجام شود:

۱. شستشوی محل آسیب دیده با آب و صابون حداقل به ۳-۵ دقیقه

۲. جلوگیری از فشار دادن محل زخم در جهت خونروی به دلیل آسیب بافتی

۳. خودداری از ماساژ چشم ها در صورت تماس ترشحات با چشم ها

۴. شستشوی چشم ها و غشاء مخاطی با مقادیر زیاد آب در صورت آلودگی

۵. اطلاع به سوپروایزر کنترل عفونت / بهداشت حرفه ای در شیفت صبح و سوپروایزر بالینی در شیفت عصر و شب تکمیل فرم مواجهه شغلی در اولین فرصت ممکن و تحویل فرم به واحد کنترل عفونت / بهداشت حرفه ای جهت پی گیری آزمایشات بیمار برای فرد مواجه یافته

۶. انجام ریپید تست HIV جهت بیمار

۷. مشخص نمودن وضعیت آلودگی بیمار با استفاده از پرونده و یا ارسال نمونه و در صورت مشخص نبودن دقیق تاریخچه بیماری ارسال نمونه آزمایش HBSAg-HCVAB-HIVAB برای بیمار (گرفتن ۵ سی سی نمونه لخته) حتما روی نمونه گرفته شده علاوه بر زدن شماره HIS با برجسب مشخص شود نمونه مربوط به مواجهه شغلی می باشد.

در صورتی که بیمار HBS مثبت باشد:

✓ در صورتی که تیتراژ آنتی بادی پرسنل بالاتر از ۱۰ باشد، نیاز به اقدام دیگری نیست.

✓ اگر پرسنل واکسیناسیون انجام دادند و تا به حال تیتراژ آنتی بادی خود را چک نکرده اند و یا تیتراژ آنتی بادی بالای ۱۰ نداشته اند یک دوز ایمونوگلوبولین هپاتیت B (زمان تجویز ایمنی گلوبولین در زودترین زمان ممکن و حداکثر ۷ روز) و یک دوز واکسن هپاتیت B تزریق شود. ۳ ماه بعد تیتراژ آنتی بادی چک شود، در صورت تیتراژ آنتی بادی کمتر از ۱۰، دوزهای دوم و سوم واکسن هپاتیت B را دریافت کند و ۴۰ روز بعد از تکمیل واکسیناسیون تیتراژ آنتی بادی چک شود.

✓ اگر پرسنل واکسیناسیون هپاتیت B انجام نداده اند، ابتدا از نظر HBSAg (ابتلای قبلی به هپاتیت B) بررسی شوند و در صورت عدم ابتلا یک دوز ایمونوگلوبولین هپاتیت B و ۳ نوبت دوز واکسن را طبق برنامه (۶-۱-۰) دریافت کند، و ۴۰ روز بعد از تکمیل واکسیناسیون تیتراژ آنتی بادی چک شود.

تذکر: HBSAB (تیتراژ آنتی بادی) و HBSAg (آنتی ژن) ۳ ماه بعد از تزریق چک شوند، در صورتیکه تیتراژ آنتی بادی کمتر از ۱۰ باشد واکسیناسیون ادامه یابد. اما اگر تیتراژ آنتی بادی بالای ۱۰ باشد، نیازی به ادامه واکسن نیست. در افراد HIV مثبت و نارسایی

کلیه باید ۴ نوبت واکسن تزریق شود. (۱۲-۶-۱-۰)

✓ در صورتی که بیمار HCV مثبت باشد مشاوره غیر اورژانس (طی یک هفته) با متخصص عفونی و تصمیم گیری جهت انجام آزمایش HCVAb در روز مواجهه ۳ و ۶ ماه بعد از مواجهه و شروع درمان در صورت نیاز

✓ در صورتی که ریپید تست HIV مثبت شد و یا بیمار قبلاً مثبت بوده است، اطلاع به سوپروایزر کنترل عفونت و ارجاع به مرکز بیماری های رفتاری و مشاوره بامتخصص عفونی و شروع پروفیلاکسی دارویی در اسرع وقت (ایده آل ساعت اول) (تایم طلایی شروع داروهای پروفیلاکسی ۷۲ ساعت)

*لازم بذکر است در صورت مثبت شدن ریپید تست، مجدداً از ریپید تست استفاده نکنید و بیمار را مثبت تلقی کرده و آزمایش HIVAB چک شود.

نحوه استفاده از ریپیدتست:

استفاده از ریپید تست برای بیمار جهت اطلاع سریع از وضعیت ابتلای بیمار به HIV می باشد. ریپید تست در دفتر پرستاری موجود است. بعد از پوشیدن دستکش و ضدعفونی پوست بیمار، بوسیله لانس یک قطره از خون بیمار را توسط لوله موئینه بر روی قسمت گرد روی کیت ریپید تست بریزید و سپس طبق دستورالعمل شرکت سازنده چند قطره بافر را با دقت روی خون در همان قسمت بریزید. دقت کنید قطره چکان بافر آلوده نشود. سپس ریپید تست را بمدت ۱۵ الی ۲۰ دقیقه روی سطح صاف قرار دهید. اگر فقط خط کنترل C رنگی شد تست سالم و جواب تست منفی است. اگر دو خط C و T رنگی شد بیمار مبتلا به HIV می باشد. در صورت مثبت شدن ریپید تست ارجاع به مرکز بیماریهای رفتاری و شروع پروفیلاکسی HIV انجام می شود. حتماً نمونه خون جهت آزمایشات سرولوژی جهت بیمار ارسال شود.



* در شیفت عصر و شب و روزهای تعطیل کیت ریپید تست در دفتر پرستاری موجود می باشد. در روزهای تعطیل در صورت HIV مثبت بودن بیمار پزشک آنکال مرکز مبارزه با بیماری های رفتاری بصورت ۲۴ ساعته جوابگوی تلفن و تحویل داروهای ضد HIV می باشد.

* واحد بهداشت حرفه ای برای کلیه کارکنان در قسمت های مختلف بیمارستان و همچنین کارکنان جدید الورود، پرونده پزشکی تشکیل می دهد و در صورت مواجه کارکنان واحد کنترل عفونت/ بهداشت حرفه ای جواب آزمایشات بیمار را پیگیری می کند و اقدامات لازم در صورت نیاز به ارجاع مرکز بیماری های رفتاری را برای فرد مواجه یافته انجام می دهد.

* در صورت مواجه پرسنل اتاق عمل بیمارستان امیرالمؤمنین با توجه به وجود جراحی الکتیو و احتمال ترخیص بیمار در همان روز و در صورت موجود نبودن آزمایش آنتی ژن ها در پرونده بیمار در قبل از عمل حتما در زمان مواجه نمونه با مشخصات گفته شده اخذ شده و پس از هماهنگی به آزمایشگاه ارسال شود.

* جهت جلوگیری از نیدل استیک شدن خود و نیروی خدماتی از انداختن اشیاء نوک تیز (مثل سرسوزن، اسکالپ، لانس و...) در داخل سطل‌های زباله خودداری نمائید و آنها را داخل سفتی باکس بیاندازید. و از گذاشتن سرپوش سرسوزن خودداری بفرمایید. (NO recapping) با دست خود سوزن مصرف شده را از سرنگ یکبار مصرف جدا یا دستکاری نکنید. حتما از ترالی دارو (دارای سفتی باکس) و یا سینی تزریق که دارای سفتی باکس جیبی و یک لیتری می باشد، استفاده نماید.

بیماری های نظام سندرمیک

ترکیبی از نشانه ها و علایمی (نشانگان) که می توانند وجود یک یا چند بیماری را یا اختلال سلامتی را مطرح کنند سندرم گفته می شود. ممکن است یک سندرم علایم و نشانه های چند بیماری مختلف باشد. یکی از راه های مبارزه با بیماری ها (مخصوصا بیماری های واگیردار) گزارش موارد بیماری می باشد تا مسئولان بهداشت محلی، منطقه ای و ملی بتوانند بر اساس آمار های واقعی اقدامات پیشگیری را برنامه ریزی کنند. سیر پیشرفت نظام مراقبت رایج بیماری ها باعث پیدایش نظام مراقبت سندرمیک شده است در نظام مراقبت سندرومیک، مراقبت وضعیت سلامت جمعیت عمومی به وسیله نرم افزارهای مخصوص و سیستم شبکه تلفنی و کامپیوتری

جامع کشوری، طبق جدول زمانبندی معلوم (روزانه، هفتگی، ماهانه)، براساس علائم و نشانه های اولیه و بدون توجه به تشخیص بیماری صورت می گیرد. در نظام مراقبت سندرمیک بر اساس اهمیت بیماری اطلاع رسانی

در سه مرحله زیر صورت می گیرد:

گزارش فوری (در کمتر از ۲۴ ساعت):
فلج شل حاد - تب و یثورات حاد جلدی ماکولوپاپولر - سل ریوی - سیاه سرفه - دیفتری - کزاز - سندرم سرخچه مادرزادی - مننژیت - مالاریا - اسهال خونی - تب دنگی - تب راجعه - تب زرد - جذام - سیاه زخم جلدی - کزاز یا لغین - شیسستوزومیازیس بستری در بیمارستان یدنبال واکسیناسیون

گزارش آنی و بلافاصله (کمتر از ۶ ساعت):
هاری - آنفلوآنزای پرندگان - تولارمی - طاعون - وبا - سیاه زخم تنفسی - بوتولیسم - زیکا - چیکونگونیا - ایبولا - تب های خونریزی دهنده - کرونا - تیفوئید مقاوم به درمان - هرگونه افزایش ناگهانی موارد بیماریها (طغیان یا اپیدمی)

گزارش هفتگی (معمول):
سایر انواع سل (بجز سل ریوی) - انواع هیپاتیت های ویروسی - تیفوئید - بروسلوز - لیشمانیوز جلدی (سالک) و لیشمانیوز احشایی (کالا آزار) - شیگلوزیس - سفلیس - سوزاک - HIV/AIDS - کیست هیداتیک - توکسوپلاسموزیس - فاسیولیازیس - لپتوسپیروزیس - پدیکلوزیس و مال

* پرسنل درمانی موظف هستند در صورت مشاهده هر یک از بیماری های موجود در پوستر نظام سندرمیک و بر اساس مرحله اطلاع رسانی، به خانم سیدی رابط بهداشت مجتمع با کد ۸۹۹ اطلاع دهند.

* با توجه با ارزیابی دوره ای پرسنل توسط مسئولین دانشگاه و مرکز بهداشت، پرسنل موظف هستند، مراحل اطلاع رسانی و بیماری های شایع هر حوزه را آگاه باشند.

نحوه صحیح گرفتن کشت خون



جهت تهیه نمونه کشت خون، ضروری است جهت ضدعفونی کردن محل نمونه گیری دقت بیشتری صورت گیرد. برای ضدعفونی کردن موضع نمونه گیری، کلرهگزیدین گلوکونات جهت نوزادان ۲ ماهه و بزرگتر و همچنین بزرگسالان دارای حساسیت نسبت بد، پیشنهاد می شود. ابتدا موضع با الکل ۷۰ درصد تمیز شده و سپس با محلول **povidone – iodine** ۱ تا ۱۰ درصد یا کلرهگزیدین گلوکونات ضدعفونی شده (حداقل ۱ دقیقه صبر کرده تا محل ضدعفونی شود، رعایت زمان ذکر شده الزامی است) و پس از خشک شدن، مجدد موضع با الکل جهت حذف ید و کلرهگزیدین تمیز می گردد. در صورت نیاز به تماس مجدد پوست جهت لمس ورید مناسب، باید دوباره موضع ضدعفونی گردد. پس از نمونه گیری خون را مستقیماً و بدون تعویض سوزن به درون شیشه کشت خون که درپوش پلاستیکی آن قبلاً با الکل ۷۰ درصد ضدعفونی و خشک شده است تلقیح کرده و شیشه را به ملایمت تکان دهید تا خون با ماده ضد انعقاد مخلوط شود.

- * پس از ریختن نمونه، یک پد الکلی روی شیشه ای محیط کشت قرار گرفته و علاوه بر شماره HIS نام و نام خانوادگی گیرنده نمونه نیز روی شیشه ثبت شده سپس به آزمایشگاه فرستاده شود.
- * نمونه باید از عروق محیطی اخذ شود مگر در بیماران بد رگ و یا در صورت دستور پزشک نمونه از کاتتر عروقی مرکزی گرفته شود. در این صورت نیز باید سر کاتتر حتماً با محلول های موجود در مرکز ضد عفونی شود (محلول حاوی کلرهگزیدین)
- * فاصله ای دو نمونه ۱۵ الی ۲۰ دقیقه باشد و نباید هر دو نمونه همزمان اخذ شود.
- * نمونه اخذ شده بلافاصله به آزمایشگاه ارسال شود و در صورت مصرف آنتی بیوتیک حتماً به آزمایشگاه اطلاع داده شود در صورت وجود کشت مثبت با نشانه عفونت بیمارستانی حتماً به اطلاع سوپروایزر کنترل عفونت رسانده شود.

دستورالعمل استوارت شیپ یا آنتی بیوتیک های پرهزینه

با توجه به اهمیت مصرف آنتی بیوتیک در مراکز درمانی و جهت پیشگیری از مقاومت میکروبی و آنتی بیوتیکی در بیمارستان مصرف آنتی بیوتیک های پرهزینه بر اساس دستورالعمل استوارت شیپ ارسالی از وزارت خانه صورت می گیرد.

پزشک متخصص (به جز پزشک متخصص عفونی) طبق این دستورالعمل (**Steward Ship**): (دستورالعمل تجویز و مصرف منطقی آنتی بیوتیک های پرهزینه شامل مروینم/ایمی پنم - ونکوماپسین/تیکوپلانتین - آمفوتریسین (داکسی کولات (معمولی)/لیپوزومال) - کلستین - لینزولید - تیگسیکلین - کسپوفانزین - وریکونازول - پوساکونازول) ادامه ی تجویز این آنتی بیوتیک ها بیش از ۵ روز صرفاً براساس کامل کردن (فرم تجویز منطقی آنتی بیوتیک) توسط پزشک معالج می باشد و توصیه می شود این فرم ظرف ۵ روز از شروع آنتی بیوتیک مذکور پر شده و توسط متخصص عفونی یا پزشک فوق تخصص مرتبط مشورت انجام گردد. این فرم برای مدت ۵ روز اعتبار دارد و در صورت نیاز به ادامه مصرف، می بایست فرم مذکور مجدداً کامل گردد. (لازم به ذکر است که اگر این آنتی بیوتیک های پرهزینه توسط پزشکان فوق تخصص تجویز شود نیازی به اجرای این دستورالعمل نمی باشد).

پزشک در هنگام ویزیت فرم تجویز منطقی آنتی بیوتیک طبق فرآیند تکمیل فرم آنتی بیوتیک های پرهزینه تکمیل می نماید.

دستورالعمل اتصالات

هر ۷۲ ساعت یکبار-در صورت وجود اندیکاسیون (مثل:تلبیت، درد قمرزی،نشستی و...)زودتر تعویض شود.	آنژیوکت
هر ۲۴ ساعت یکبار-بعد از تزریق فرآورده های چربی و آمینواسیدی با هر فرآورده تعویض شود.	ست سرم - ست K
هر ۷۲ ساعت یکبار، پس از (TPN)و شیمی درمانی بلافاصله دور انداخته شود.	میکروست
هر ۲۴ ساعت یکبار	سه راهی -حپارین لاک
با هر بار ترانسفوزیون	ست خون
در صورت وجود اندیکاسیون بالینی (علامت:عقونوت،انسداد...) و با نظر پزشک معالج	کات دان
در صورت وجود اندیکاسیون بالینی (علامت:عقونوت،انسداد...)و یا بروز تب بدون منشا و یا با نظر پزشک معالج	کاتر ورید مرکزی
در صورت وجود اندیکاسیون بالینی (علامت:عقونوت،انسداد...)و با نظر پزشک معالج	کاتر شریان محیطی
با اتمام داروی داخل سرنگ	سرنگ متصل به پمپ انفوزیون
۱۰-۷روز و بر حسب شرایط بیمار (در صورت نشت و انسداد و...) و با نظر پزشک معالج	سوند فولی
بنا به نیاز بیمار	فولی اکسرنال
در صورت نشت یا آلودگی ، به شرط سالم بودن و حفظ شرایط استریل آن با تعویض سوند فولی	کیسه ادراری
بلافاصله بعد از استفاده خارج شود	سوند نلاتون
در صورت وجود اندیکاسیون بالینی (انسداد لوله تراشه، نشت و...) با دستور پزشک	لوله تراشه
اختصاصی برای هر بیمار و تعویض هر ۲۴ ساعت یکبار	لوله ساکشن
کاتر ساکشن یکبارمصرف بوده و بعد از هر بار ساکشن باید دور انداخته شود.	کاتر ساکشن
اختصاصی برای هر بیمار- در نوع بسته در صورت آلودگی واضح یا کارکرد معیوب تعویض شود. (در استفاده طولانی مدت هر ۱۰ روز یکبار)	لوله خرطومی و تیلاتور
اختصاصی برای هر بیمار- هر ۴۸ ساعت در صورت آلودگی واضح تعویض شود.	فیلتتر HME
در صورت وجود اندیکاسیون بالینی (انسداد و آلودگی واضح و...) و (در استفاده طولانی مدت هر ۱۰ روز یکبار)	سوند معده
هر ۲۴ ساعت یکبار و در صورت وجود اندیکاسیون (جداشدن،کثیف شدن و عدم کارایی و...)تعویض شود.	چست لید
هر ۷-۱۰ روز یکبار و براساس شرایط بیمار و با دستور پزشک	سوزن پورت

* حتما در ابتدای شیفت و در هنگام تحویل بیمار تمام اتصالات بیمار را جهت اطمینان از عدم خروج اتصالات و تاریخ دار بودن آن چک بفرمایید.

*در هنگام تعویض پانسمان جهت جلوگیری از مواجهات شغلی، وسایل حفاظت فردی مناسب بپوشید، تمام نکات آسپتیک را رعایت فرمایید. تعویض پانسمان بر اساس دستور پزشک صورت می گیرد. تعویض پانسمان باید با ترالی مخصوص حاوی سطل زرد با پلاستیک زرد مخصوص زباله های عفونی صورت بگیرد. پس از تعویض پانسمان روی آن تاریخ زده شود و جهت نشان دادن انجام کار در شرایط استریل اندیکاتور کلاس شش داخل پگ و برچسب کد رهگیری روی پگ داخل گزارش پرستاری چسبانده شود. در

صورت استفاده از تک پیچ های آماده شده توسط واحد CSR اندیکاتور کلاس ۴ موجود در تک پیچ حتما در گزارش پرستاری حسابانده شود.

* پانسمان روی کاتتر عروق مرکزی باید هر روز تعویض شود محل با محلول حاوی کلر هگزیدین موجود در مرکز تمیز شده مجدد پانسمان شود و روی آن تاریخ نصب شود.

* کد رهگیری روی پگ های پانسمان حاوی اطلاعات زیر می باشد که همکاران بایسد در جریان این اطلاعات باشند:

✓ تاریخ زمان استریل شدن پگ

✓ تاریخ انقضاء پگ با توجه به این که جنس پگ ها از نانون می باشد و دو لایه است به مدت دو ماه تاریخ دارد .

✓ (بیمارستان امیر المؤمنین) یک عدد پنج رقمی در روی پگ که سه رقم اول این عدد از سمت چپ نشان دهنده دستگاهی

است که پگ با آن استریل شده، عدد چهارم که معمولا با ۰ یا ۱ نشان داده می شود کد کاربر دستگاه و عدد پنجم سیکلی از دستگاه که پگ در آن سیکل استریل شده است.

✓ (بیمارستان شهید بهشتی)

* در صورت آلودگی و یا خونی شدن چسب آنژیوکت تعویض شود.

*مراقبت از سوند فولی باید در هر شیفت یک نوبت و پس از انجام هر بار اجابت مزاج در بیماران حاوی سوند فولی انجام شود.

*مراقبت از دهان، انجام دهانشویه باید در هر شیفت انجام شود.

* ساکشن لوله تراشه در بیماران باید بر اساس خط مشی های موجود و جهت جلوگیری از عفونت تنفسی در بیمارستان به صورت استریل انجام شود.

تفکیک پسماند

در بیمارستان و بر اساس زباله تولید شده تفکیک پسمان به شکل ذیل می باشد :

✓ زباله های عفونی در سطل زرد با پلاستیک زرد

• زباله های عفونی پس از پر شدن ۳/۴ کیسه و در انتهای هر شیفت تخلیه می گردند.

کلیه پسماندهای اتاق ایزوله - کلیه پسماند بیماران مشکوک و یا مبتلا به بیماری کووید - محیط کشت های میکروبی آزمایشگاه، ظروف یکبار مصرف حاوی کشت میکروبی نمونه، پلیت، لوله ها، باندهای آلوده به خون، نخ بخیه آلوده و استفاده شده - کیسه استوما، کیسه ادرار، سوند ادرار و سوند رکتال، چست باتل (Chest Bottle)، نوار ادرار استفاده شده، لوله تراشه، سوند نلاتون، لوله ساکشن، هموواگ، Airway، بک کلستومی، گان یکبار مصرف، زیر انداز، ماسک، دستکش استفاده شده، لباس های یکبار مصرف جراحی، ست سرم به جز سرسوزن، کانونلای آنژیوکت، میکروست، ست انفوزیون

• باتل های سرم در صورتیکه حاوی داروهای سایتوتوکسیک و خطرناک باشند به عنوان پسماند شیمیایی و دارویی محسوب می شوند.

✓ زباله های غیر عفونی در سطل آبی با پلاستیک مشکی

- زباله های غیر عفونی پس از پر شدن $\frac{3}{4}$ کیسه و در انتهای هر شیفت تخلیه می گردند.
- کلیه پسماندهایی که بصورت معمول از فعالیت روزمره انسان ها در بیمارستان تولید می شود مانند مواد غذایی، پوست میوه، ظروف کمپوت، ظروف یکبار مصرف غذا، کارتن ها

✓ زباله های شیمیایی در سطل قهوه ای با پلاستیک قهوه ای

- حداکثر پس از پر شدن $\frac{1}{2}$ کیسه تخلیه می شوند.
- ویالهای داروها، باتل داروها، ظرف های حاوی باقیمانده داروها، باتل های سرم حاوی داروهای شیمی درمانی، واکسن ها، مخدرها، هر گونه وسایل آلوده به مواد شیمیایی مثل سرنگ و رابط، محصولات ناشی از آزمایشگاه، پسماندهای ناشی از فلزات سنگین مثل جیوه، پسماندهای ناشی مواد ضد عفونی کننده مثل فرمالدئید، پسماندهای ناشی از تجهیزات پزشکی مانند باطری، پنل های حاوی سرب، استفراغ و یا ادرار حاوی مواد سایکوتکسیک، داروهای حاوی آرسنیک

✓ زباله های تیز و برنده داخل سفتی باکس

- (پس از پر شدن $\frac{3}{4}$ حجم سفتی باکس و با توجه به آلودگی سفتی باکس حداکثر مهلت زمانی ۷ رور در بخش ها و ۵ روز در بخش های ویژه و اتاق عمل باید سفتی باکس ها توسط خدمات از بخش ها جمع آوری شوند)
- سر سوزن به همراه سرنگ، پوکه آمپول، سوزن اسپینال، سوزن آنژیوکت، ویال دارویی شکسته شده، چاقو و تیغ جراحی، تیغ بیستوری، لام و لامل آلوده آزمایشگاهی، لانتست، شیشه های شکسته سرم و فرآورده های خونی و دارویی

* قبل از انداختن سرم های حاوی مایع، بگ های ادراری **Urine Bags**، چست باتل ها **Chest Bottle** به داخل سطل های زباله به منظور جلوگیری از انتشار آلودگی و کاهش حجم، مایعات داخل آن ها در جایگاه مخصوص (مدیکال سینک) تخلیه گردد.

مرکز آموزشی درمانی پژوهشی
شهید دکتر بهشتی (ره)

تجهیزات مراقبت از بیمار: به وسایل و لوازم پزشکی اطلاق می شود که به عنوان کمک در درمان و مراقبت از بیمار استفاده می شود و بعد از استفاده به دلیل آلودگی شستشو و ضدعفونی می گردد تا به مصرف سایر بیماران برسد. این تجهیزات عبارتند از: دستگاههای ونتیلاتور، ساکشن، نیولایزر، تیغه لارنگوسکوپ، آمیوبگ، ترمومترهای دهانی و... با توجه به نکات فوق وسایل پزشکی و مراقبتی بیماران و بر اساس تقسیم بندی مرکز پیشگیری و کنترل بیماری های آمریکا وسایل و تجهیزات مراقبتی بیمار به سه گروه تقسیم می شوند:

✓ **وسایل حیاتی (Critical):** وسایلی که در تماس مستقیم با جریان خون یا نواحی استریل بدن می باشد مانند چاقوها و وسایل و ابزار جراحی، فورسپس های بیوپسی، سوزن های تزریق، کاتترهای ادراری و قلبی وایمپلنت ها در صورتی که به حرارت مقاوم باشند بهترین روش، سترون سازی یا Sterilization با بخار است زیرا بیشترین ضریب اطمینان را دارد. جهت وسایل حساس به حرارت و رطوبت استفاده از گاز پلاسمای پراکسید هیدروژن و اسیدپراستیک توصیه می شود.

✓ **وسایل نیمه حیاتی (Semicritical):** وسایلی هستند که در تماس با سطوح مخاطی بدن (مخاط تنفسی فوقانی، تناسلی و ادراری و...) یا پوست آسیب دیده می باشند این وسایل باید عاری از تمام میکروارگانیسم ها باشند تجهیزات بیهوشی، آندوسکوپها، تیغه های لارنگوسکوپ، پروپ های مانومتري مری، کاتتر های ادراری اسپکولوم های معاینه زنان این وسایل بایستی ترجیحاً سترون سازی شوند اما گندزدایی سطح بالا نیز برای آنها قابل قبول است.

✓ **وسایل غیر حیاتی (Noncritical):** وسایلی هستند که در تماس با پوست سالم هستند مانند گوشی معاینه، الکترودهای قلبی، کاف فشار خون و معافظ های تخت، ملحفه ها، میز کنار تخت بیمار مبلمان بیمار، کف زمین این وسایل با انواع مواد گندزدای در سطح پایین گندزدای می شوند

محلول های ضد عفونی مرکز

✓ وایتکس

وایتکس با دو غلظت تهیه میشود :

(۱) ۲٪ (آب ۱ lit برای cc۲۰ وایتکس)

وایتکس با غلظت ۲٪ برای چهار کار عمده روزانه استفاده میشه :

سطل و بین ها - تی ها - روشویی ها - سرویس های بهداشتی

(۲) ۱۰٪ (آب ۱ lit برای cc۱۰۰ وایتکس)

وایتکس با غلظت ۱۰٪ برای ضدعفونی باتل ساکشن و مانومتر و لگن

* ضمناً به دلیل اینکه در این محلول گاز کلر تزریق میشود ظروف محتوی وایتکس باید در بسته باشند و از محلول رقیق شده، حداکثر تا ۲۴ ساعت استفاده شود.

* هر وسیله ای که قرار است ضدعفونی شود در ابتدا باید آلودگی زدایی انجام شود یعنی با یک محلول دترجنت که در حال حاضر در بیمارستان دکونکس ۳۶ می باشد که به صورت ۲٪ رقیق میشود ابزار به همراه برس کشی شست شو داده و آبکشی می شود. سپس بسته به نوع وسیله داخل محلول ضد عفونی قرار می گیرد مثلاً باتل ساکشن در وایتکس ۱۰٪ به مدت ۲۰ دقیقه قرار گرفته سپس آبکشی شده و روی آبچکان های اتاق کار کثیف برعکس قرار میگیرد تا آب اضافی خارج

شده و به صورت کاملا خشک در محل قرار می گیرد. لازم به ذکر می باشد به هیچ وجه نباید باتل های ساکشن با دستمال نظیف یا گاز خشک شود مانومتر های اکسیژن نیز بعد از خشک شدن روی فلومتر اکسیژن کنسول های بالا سر تخت به صورت برعکس قرار می گیرد و از بستن آن خودداری شود در صورت مشاهده جرم گرفتگی داخل باتل ساکشن و یا مانومترهای اکسیژن حتما داخل سرکه غوطه ور شود. فلومترهای اکسیژن با محلول های سریع الاثر موجود در مرکز تمیز و ضد عفونی شود.

✓ اسپری های سریع اثر موجود در مرکز

۱. سارفوسپت فوم (فاقد الکل)

برای ضد عفونی تجهیزات پزشکی مانیتوری، صفحات پلکسی گلاس و صفحه مانیتور و نتیلاتورهای سعادت و... مناسب است. از پاشش محلول به طور مستقیم بر صفحه خودداری شود و ابتدا روی دستمال نظیف پاشیده شده و روی صفحه کشیده شود.

۲. سپتی سرفیس (الکلی)

برای ضد عفونی تمام سطوح تخت، یخچال، لاکر، میز تخت ها، استیشن، بدنه دستگاه ها و تجهیزات پزشکی و... به جز صفحات مانیتور مناسب است ابتدا اسپری شده و پس از ۲ دقیقه دستمال کشی شود.

۳. های ساید

برای ضد عفونی سطوح آلوده به خون و ترشحات عملکرد مناسبی دارد که در زمان ضد عفونی در صورتیکه امکان شستشو آن سطح نباشد، باید طی دو نوبت ضد عفونی شود.

✓ محلول های High Level مرکز (فقط در بخش های ویژه، اتاق عمل و اورژانس)

که معمولا به صورت محلول آماده به مصرف موجود می باشد و نیاز به رقیق سازی ندارد و جهت ضد عفونی تیغه های لارنگسکوپ ها، در صورت نیاز آموبگ ها، فلوسنسور و ولو بازدمی دستگاه ونتیلاتورها و... استفاده می شود قبل از ضد عفونی وسایل با محلول High Level ابتدا باید وسیله آلودگی زادی انجام شود، یعنی با یک محلول دترجنت که در حال حاضر در بیمارستان دکونکس ۳۶ می باشد که به صورت ۲٪ رقیق میشود ابزار به همراه برس کشی شست شو داده و آبکشی می شود. سپس داخل محلول High Level به مدت ۱۵ الی ۲۰ دقیقه قرار می گیرد بعد از خارج کردن از محلول آبکشی شده کاملا خشک شود و با دست های هندراب شده داخل زیپ کیف قرار بگیرد. روی ظرف حاوی محلول سطح بالا باید نام محلول، تاریخ زمان ریخته شدن محلول و تاریخ انقضاء بر اساس زمان اعلام شده توسط شرکت سازنده ثبت شود بهتر است ظرف حاوی محلول شفاف بوده که محلول قابل رویت باشد و درب دار باشد در حال حاضر سه نوع محلول در مرکز موجود می باشد:

۱- دکونکس ۵۴ (مدت ماندگاری ۳۵ روز)

۲- اسپورسیدین (مدت ماندگاری ۲۸ روز)

۳- TGS (مدت ماندگاری ۲۸ روز)

*در مجتمع شهید بهشتی تمامی آمبویگ ها توسط واحد CSSD ضدعفونی می شود و قبل از دادن آمبویگ برای ضدعفونی در صورت وجود آلودگی باید طبق موارد گفته شده آلودگی زدایی انجام شود پس از ضدعفونی توسط واحد CSSD داخل زیپ کیف قرار می گیرد، لطفا پس از تحویل آمبویگ حتما با دست هندراب شده آمبویگ چک شود، داخل زیپ کیف کنار ترالی کد قرار گیرد. در بخش های ویژه علاوه بر ترالی، بالای سر هر بیمار یک آمبویگ موجود می باشد که تا زمانی که بیمار در بخش ویژه بستری می باشد. در صورت نیاز از آمبویگ مخصوص همان تخت برای بیمار استفاده شده و پس از هر بار استفاده پراب الکل شده و مجددا داخل زیپ کیف قرار بگیرد و پس از ترخیص و یا جابه جایی بیمار پس از آلودگی زدایی جهت ضدعفونی و استفاده برای بیمار بعدی به واحد CSSD تحویل داده شود.

*دسته ای لارنگسکوپ باید با محلول سپتی سرفیس ضدعفونی شود و از غوطه وری آن خودداری شود سپس داخل زیپ کیف قرار بگیرد زیپ کیف آن یک ماه تاریخ دارد.

*تیغه های لارنگوسکوپ هم قابلیت ضدعفونی توسط CSSD مرکز را دارد و پس از ضد عفونی وی پگ می شوند که اگر وی پگ ها یک لایه باشد دو ماه تاریخ و اگر دو لایه باشد ۶ ماه تاریخ دارد. در بخش های ویژه و اتاق عمل با توجه به استفاده مداوم باید تیغه را با محلول ضد عفونی سطح بالا طبق مراحل گفته شده ضد عفونی کرده، سپس داخل زیپ کیف قرار بگیرد، زیپ کیف ها یک ماه تاریخ دارد.

*تمامی وسایل پانسمان پس از استفاده در بخش باید شست و شو و آلودگی زدایی شده (برس کشی و شست و شو با دکونکس ۳٪) سپس برای ضد عفونی به واحد CSSD ارسال شود.

* در صورت بستری بیمار عفونی در بخش و یا اتاق ایزوله بعد از ترخیص بیمار باید کلیه وسایل داخل اتاق (تخت و کمد و دیوار و...) با محلول ضد عفونی کننده، ضدعفونی و سپس در داخل اتاق بیمار با هماهنگی واحد بهداشت و کنترل عفونت از نوکواسپری (مه پاش) استفاده شود.

نکته : پرسنل جدیدالورود باید در هنگام شروع به کار در این مرکز، جهت تشکیل پرونده پزشکی و بررسی وضعیت واکسیناسیون و چک تیر آنتی بادی به واحد بهداشت حرفه ای مراجعه نمایند.

نکته : جهت دریافت اطلاعات لازم و کافی در زمینه کنترل عفونت و پوستهای موجود در بخش ها به فایل کنترل عفونت بارگذاری شده در سرور درمان مراجعه فرمایید. لازم به ذکر می باشد تمامی مطالب عنوان شده از روی خط مشی های تدوین شده از سمت تیم مدیریتی بیمارستان با همکاری دفتر بهبود کیفیت می باشد و در پوشه ای کنترل عفونت موجود است.

نکته : سه کتابچه ای که توسط ارزیابان اعتبار بخشی از همکاران سوال می شود، در سرور درمان در پوشه ای کنترل عفونت موجود می باشد.

• کتابچه MSDS

یا برگه اطلاعات ایمنی مواد به برگه یا ورقه ای اطلاق می شود که اطلاعات ایمنی ماده روی آن درج شده باشد. هنگامی که با مواد MSDS شیمیایی مختلف کار می کنیم امکان بروز حوادث مختلف نظیر تماس پوستی، بلع، استنشام، آزاد یا ریخته شدن مواد در محیط و غیره وجود دارد. بنابراین بسیار مهم است که بدانیم در مقابله با این حوادث چگونه باید عمل نمود. اطلاعات لازم برای این منظور در کتابچه ای به نام MSDS جمع آوری گردیده که در موارد اضطراری می توان از آنها استفاده نمود. این کتابچه در پوشه ای کنترل عفونت در پابلیک موجود می باشد و باید پرسنل با این نام آشنایی داشته باشند.

• کتابچه ای ایمنی و سلامت شغل

در این کتابچه تمام عوامل زیان آور فیزیکی، شیمیایی محیط کار، نحوه بهداشت دست مواجهات شغلی و ... عنوان شده است که باید پرسنل از آن آگاهی داشته باشند

• دستورالعمل تزریق ایمن

این دستورالعمل توسط وزارت بهداشت تدوین شده و نحوه انجام تزریقات، مواجهات شغلی و بیماری های منتقله از راه خون بیان شده و پرسنل باید از آن آگاهی داشته باشند.

مرکز آموزشی درمانی پژوهشی
شهید دکتر بهشتی (ره)

آتش نشانی



موضوعات آتش نشانی

آتش نشانی

آتش سوزی از حوادثی است که هر آن ممکن است اتفاق افتاده و جان و مال فرد، افراد یا موسسه را در عرض چند ساعت بر باد دهد. اغلب بی‌مبالاتی و بی‌دقتی در کار و کم اهمیت جلوه دادن حریق و مسائلی از این قبیل موجب ایجاد حریق می‌شود. با پیش‌بینی‌های لازم و به کار بردن دستورالعمل‌های ایمنی و بهداشت حرفه‌ای می‌توان جلوی بسیاری از آتش سوزی‌ها را گرفت. نتایج بررسی‌های آماری نشان داده که قریب ۸۰-۷۵ درصد آتش سوزی‌ها قابل پیش‌بینی و پیشگیری هستند. در مورد ۲۰-۲۵ درصد باقیمانده نیز می‌توان با اتخاذ تدابیری میزان خسارت وارده را به حداقل رسانید. و این تنها با به‌کار بردن موثرترین ادوات و تجهیزات آتش نشانی و آموزش‌های مداوم که هر روزه در جهان در حال تکامل و تحول می‌باشند، امکان پذیر است.

چرا نیاز به سیستم آتش نشانی و اطفای حریق داریم؟

پیشگیری از بروز آتش سوزی

حفاظت از ساختمان در برابر حریق

تامین سلامت کارکنان در ساختمان

به حداقل رساندن خسارت‌های مالی

مثلث حریق:

همین طور که می‌دانید برای ایجاد یک آتش سوزی باید سه عامل حرارت، ماده سوختنی و اکسیژن کافی در محل حضور داشته باشند تا یک مثلث کامل تشکیل دهند.

علل و شرایط بروز حریق:

آتش گیری مستقیم

افزایش تدریجی دما

واکنش‌های شیمیایی

اصطکاک

الکتریسیته جاری وساکن

تراکم بیش از حد ماده سوختنی

انفجار ناشی از مواد منفجره

تمرکز پرتوهای مرئی و غیر مرئی

صاعقه

علل و شرایط بروز حریق در ساختمان:

مرکز آموزشی درمانی پژوهشی
شهید دکتر بهشتی (ره)

عیب ساختمانی و عدم وجود دیواره آتش در ساختمان
عیب نگهداری و انبارداری چینش نامناسب ملزومات و داروها
عیب عدم پیش بینی و پیشگیری از آتش سوزی و عدم آمادگی
عیب عدم اطلاع از طرق مختلف اطفاء آتش

عیب تاخیر در اطلاع یافتن از آتش به دلیل ناکارآمدی سیستم اعلان حریق
کاغذهای پاره و بی مصرف که می توانند به عنوان ماده سوختی مناسبی باشند
مشتعل شدن روغن های داغ

سیگار، کبریت، فدک و به خصوص سیگارهای خاموش نشده
نشت مایعات از ظروف
سمباده و سنگ سمباده
جوشکاری و برش فلزات

محل و مناطقی که دارای خطرات آتش سوزی بالا هستند (پر خطر):

انبارهای اصلی و قسمت های فعال بیمارستان
بخش جراحی
بخش مراقبت های ویژه
بخش تاسیسات
بخش بایگانی مدارک

مناطق فوق باید از سایر قسمت های ساختمان جدا شده و ساختمان آنها مقاوم در برابر آتش سوزی باشد.

دسته بندی انواع حریق:

آتش دسته: A

این نوع آتش سوزی از سوختن مواد معمولی قابل احتراق عموماً جامد است. شامل کاغذ، پارچه، پلاستیک و امثال آن که پس از سوختن خاکستر بر جای می گذارد. خاموش کننده هایی که برای آنها استفاده می شود علامتی مثلث شکل سبز رنگ با نشان دارند. مبنای اطفای آنها سرد کردن است.

آتش دسته: B

این آتش سوزی در اثر سوختن مایعات قابل اشتعال یا جامداتی که به راحتی قابلیت تبدیل شدن به مایع را دارند پدید می آید. برخی از این مواد ممکن است حلال در آب نیز باشند. بنابراین استفاده از آب برای اطفای آنها مناسب نیست. خاموش کننده آنها مربع قرمز رنگ با علامت است. اطفای این حریق مبتنی بر خفه کردن است.

آتش سوزی مایعات به علت تبخیر سریع از نظر سهولت و ادامه اشتعال خطرناک‌تر از جامدات است و به علت اینکه دارای شکل ثابتی نیستند احتمال جاری شدن در محیط وجود دارد و موجب ازدیاد شعله می‌گردد. خاموش کننده مناسب کف و پودر است.

آتش دسته: C

این آتش سوزی ناشی از گاز یا مایع و یا مخلوطی از آنهاست که به راحتی قابلیت تبدیل شدن به گاز را دارند. مانند گاز شهری و گاز مایع. خاموش کننده آنها مربع آبی رنگ با علامت است. مبنای اطفاء خفه کردن و سد کردن مسیر نشت است.

اگر چنین اتفاقی در مکان بسته اتفاق افتاد با رعایت موارد زیر از انفجار جلوگیری کنید:

از قطع و وصل کلیدهای برق خوداری کنید. فقط می‌توان از کنتور که در خارج از محل نشت قرار دارد برق را قطع کرد.

بستن شیر گاز

خاموش کردن تمام وسایل حرارتی مانند بخاری، چراغ و...

اجتناب از روشن و خاموش کردن چراغ قوه

استفاده از حداقل نفرات برای برطرف نمودن عامل آتش

استفاده از ماسک و لباس ضد حریق

استفاده از سرلوله آب آماده برای انفجار و حریق احتمالی

آتش دسته: D

این نوع حریق ناشی از فلزات سریعاً اکسید شونده است. خاموش کننده آنها ستاره زرد رنگ با علامت است.

آتش دسته: E

این دسته شامل حریق‌های الکتریکی است مانند سوختن کابل تابلوهای برق یا وسایل برقی و حتی سیستم‌های کامپیوتری. راه اطفاء این دسته قطع برق و خفه کردن حریق با گاز کربن دی‌اکسید یا هالوژن است.

آتش دسته: F

این دسته شامل حریق آشپزخانه و مواد سوختنی مهم مانند روغن و چربی.

روش‌های عمومی اطفاء حریق:

سرد کردن: با آب و کربن دی‌اکسید

خفه کردن: با پوشاندن روی آتش به جز مواردی که در اثر سوختن اکسیژن آزاد می‌شود.

حذف مواد سوختنی: توسط دیوار حائل یا خاکریز

کنترل و اکنش‌های زنجیره ای: استفاده از هالن و جایگزین‌های آن

تجهیزات خاموش کننده:

الف- تجهیزات متحرک:

وسایل ساده مثل سطل شن، سطل آب، پتوی خیس و پتوی نسوز آتش نشانی خاموش کننده‌های دستی با ظرفیت حداکثر ۱۴ کیلوگرم یا ۱۴ لیتر خاموش کننده در انواع مختلف خاموش کننده‌های چرخ‌دار تا ظرفیت ۹۰ کیلوگرم خاموش کننده‌های بزرگ خودرویی یا قابل حمل توسط قایق، کشتی، هلی کوپتر و هواپیما

ب- تجهیزات ثابت:

جعبه اطفاء حریق (شلنگ با آب تحت فشار)
 شبکه ثابت خاموش کننده مبتنی بر آب، کف، پودر، کربن دی اکسید و ترکیبات هالوژنه
 شیرهای برداشت آب آتش نشانی (ایستاده و دریچه‌دار)
 تجهیزات جعبه آتش نشانی:
 شیر برداشت با قطر ۵/۱ اینچ به صورت فلکه‌ای یا اهرمی
 شلنگ برداشت آب از جنس لاستیک یا کتانی با قطر ۱-۵/۱ اینچ
 طول شلنگ ۲۰-۱۷ متر که روی قرقره نصب باشد
 سر لوله مناسب برای جت یا اسپری آب
 فاصله هر دو جعبه در حدود ۳۰ متر
 دارای یک شستی اعلام خطر باشد
 ترجیحاً دارای پرریز تلفن برای ارتباط با مرکز عملیات
 وجود یک خاموش کننده دستی و یک پتوی نسوز در آن می‌تواند بسیار مفید باشد
 خاموش کننده‌های دستی:
 برای لحظات اولیه آتش سوزی مناسب است.
 ساده، سبک و ارزان می‌باشد.

نکات مهم در به کار گیری خاموش کننده‌های دستی:

نوع آنها متناسب با نوع حریق باشد.
 فاصله دو کپسول نبایستی بیش از ۳۰ متر باشد.
 ارتفاع مناسب قرار گیری کپسول تا سطح زمین ۱/۱ متر باشد.
 برای هر محل بیش از یک دستگاه خاموش کننده پیش بینی شود.
 بلا فاصله پس از هر بار استفاده از کپسول باید آنها را شارژ نمود.

پرسنل تیم عملیاتی با کارکنانی که برای اطفاء در نظر گرفته شده‌اند باید تحت آموزش مداوم قرار گیرند.

خاموش کننده محتوی آب:

برای آتش نوع اول استفاده نمایند.
برچسب یا نوار قرمز رنگ داشته باشد.
آب تحت فشار می‌باشد.
آمپر فشار داشته باشد.

خاموش کننده محتوی پود خشک:

برای انواع آتش کاربرد دارد.
برچسب یا نوار آبی رنگی دارد.
ذرات پودر تحت فشار می‌باشند.
نشانگر فشار سنج دارد.

خاموش کننده محتوی فوم:

برای آتش‌های نوع اول و دوم استفاده می‌شود.
برچسب یا نوار کرم رنگی دارد.

طوری استفاده می‌شود که همانند یک پتو روی سطح آتش را می‌پوشاند و از دوباره شعله‌ور شدن آن جلوگیری می‌کند و خاصیت سرد کنندگی نیز دارد.

خاموش کننده محتوی پودر شیمیایی تر:

برای حریق آشپزخانه کاربرد دارد.
دارای برچسب یا نوار زرد رنگ است.

با روغن واکنش شیمیایی انجام می‌دهد و از شعله‌ور شدن آن جلوگیری می‌کند.

خاموش کننده‌های محتوی کربن دی اکسید:

خاصیت خنک کنندگی و خفه کنندگی توام را دارد.
اثری از خود به جا نمی‌گذارد.
به دستگاه‌ها صدمه نمی‌زند.

برای وسایل الکتریکی مناسب است.

کپسولی با اطمینان بالا و طول عمر زیاد است.

دارای لوله شیپوری شکل می‌باشد. (برای جلوگیری از یخزدگی هنگام خروج گاز)

با وزن ۹-۱ کیلوگرمی ساخته می‌شوند. (۱ کیلوگرم آن به ۵/۰ متر مکعب گاز تبدیل می‌شود).

مرکز آموزشی درمانی پژوهشی
شهید دکتر بهشتی (ره)

۶۷۰ کیلوگرم مایع CO₂ برای یک متر مکعب فضای حریق لازم است.

طول پرتاب ۲-۴ متر است.

حداکثر زمان تخلیه ۱۶۰-۶۰ ثانیه.

مناسب برای حریق‌های F-E-C-B-A یا با کد Total می‌باشد.

نحوه استفاده از خاموش کننده‌های پودر و گاز فشنگ خارج:

در نزدیکی محل آتش سوزی خاموش کننده را بر روی زمین گذاشته و لوله لاستیکی را از گیره خارج و آن را با دستگیره با هم نگه دارید. بدون این که بدن یا سر و صورت خود را در مسیر سوپاپ ایمنی خاموش کننده قرار دهید شیر گاز را با چرخاندن فلکه شیر، فشار و کشیدن اهرم باز کنید.

پس از آماده کردن خاموش کننده به آتش سوزی نزدیک می‌شویم و موارد زیر را با دقت انجام می‌دهیم:

در فاصله حدود سه متری از آتش قرار می‌گیریم.

در صورتی که آتش سوزی بر روی سطح زمین یا نزدیک به سطح زمین واقع شده است پودر را با زاویه مناسب به صورت مایل در حدود ۳۰ درجه بر روی آتش هدایت کنید.

در صورتی که پودر با زاویه تند به صورت مستقیم پاشیده شود علاوه بر آن که به زیر مایع رفته و اثری نخواهد داشت بلکه در اثر فشار به سطح مایع باعث بیرون ریختن مایع و گسترش آتش می‌شود.

سعی کنید ابتدا قسمت جلو را اطفاء کنید.

هنگام خروج پودر سر لوله را به صورت جارویی حرکت دهید.

پس از اطفاء چند دقیقه به اطفاء ادامه دهید و مراقب برگشت شعله باشید.

نحوه استفاده از خاموش کننده‌های پودر و گاز فشنگ داخل:

در این نوع خاموش کننده فشنگ گاز کربن دی اکسید در داخل و زیر درپوش قرار دارد که هنگام عمل با ضربه زدن و با فشار اهرم راه خروج گاز از داخل فشنگ باز و گاز وارد بدنه می‌شود.

عملیات اطفاء مانند حالت قبل است.

طریقه استفاده از خاموش کننده دی اکسید کربن:

با توجه به فشار زیاد دستگاه و به علت طرح خاص سرلوله حداکثر پرتاب ۲-۴ متر است. بنابراین باید بیشتر به آتش نزدیک شویم.

در فاصله دورتر از آتش ضامن را آزاد و سرلوله را در دست گرفته و در موقعیت مناسب با فشار بر روی اهرم گاز را به محل هدایت می‌کنیم.

حداکثر زمان تخلیه بین ۶۰ تا ۱۶۰ ثانیه است که باید در این مدت حداکثر استفاده را به عمل آورد.

این خاموش کننده قابل کنترل است و در صورتی که بیش از ۱۰ درصد آن استفاده نشده باشد می‌توان برای حریق‌های دیگر استفاده کرد.

در صورتی که از پر بودن دستگاه اطمینان دارید و عمل نمی‌کند احتمالاً سرلوله یخ زده است. برای چند لحظه شیر را ببندید و مجدد باز کنید.

نحوه خاموش کردن آتش:

ضامن را بکشید:

این به شما اجازه می‌دهد که دسته آنرا فشار دهید تا مواد خاموش کننده از آن خارج شود.

ریشه آتش را هدف قرار دهید:

وسط آتش را هدف قرار دادن خوب نیست.

عامل آتش را در نظر بگیرید.

دسته را به پایین فشار دهید:

این عمل باعث خارج شدن مواد اطفای کننده می‌شود.

آتش را جارو کنید از یک سمت به سمت دیگر:

روی آتش را بپوشانید تا زمانی که آتش خاموش شود.

محل خاموش شده را به خوبی نگاه کنید تا دوباره آتش نگیرد.

بخاطر داشته باشید پشت به آتش بیایستید.

نکات ایمنی در هنگام بروز آتش سوزی:

در آتش سوزی، سریع و دقیق فکر کردن حیاتی است.

دستپاچه نشده و خونسرد باشید.

آتش به سرعت گسترش پیدا می‌کند. بنابراین اولین اولویت ما، آگاه کردن افراد در معرض خطر است.

منبع برق و گاز را سریعاً قطع کنید.

اگر در داخل ساختمان هستیم، نزدیک‌ترین آژیر حریق را فعال کنیم یا به آتش نشانی اطلاع دهیم همچنین باید فوراً به خدمات اورژانس اطلاع دهیم و تا آن جا که می‌توانید اطلاعات کامل در مورد حریق به آن‌ها بدهید. اما اگر این کار، خروج ما را از محل به تأخیر می‌اندازد، امنیت خود را به خطر نیندازیم.

افرادی که در آتش گیر افتاده‌اند، به سرعت دچار هراس می‌شوند. ما به عنوان ارائه‌کننده کمک‌های اولیه، می‌توانیم با آرام کردن افرادی که رفتارشان احتمالاً ترس و دلهره را در دیگران تشدید می‌کند، از میزان هراس بکاهیم.

تحت هیچ شرایطی از آسانسور استفاده نکنید.

افراد را برای ترک محل، تشویق و کمک کنیم.

هرگز برای برداشتن لوازم شخصی، مجدداً به ساختمان در حال سوختن وارد نشوید و یا خروج خود را به تأخیر نیندازید.

قبل از فرار از اتاقی که در آن بسته است ابتدا دستگیره را لمس کنید اگر داغ بود از خروجی دیگر استفاده کنید.

اگر در ساختمان آتش گرفته گرفتار شدید وارد اتاقی شوید که پنجره داشته باشد و با فرش یا پتو زیر در را بگیرید به طوری که آتش وارد اتاق نشود و از پنجره تقاضای کمک کنید.

اگر دود یا حرارت مسیر خروجی را مسدود کرده بود در اتاق بمانید.

تمام تهویه‌های ساختمان را خاموش کنید تا از ورود اکسیژن اضافی جلوگیری شود.

افرادی که در جریان حریق قرار گرفته‌اند باید لباس‌های با الیاف مصنوعی و پلاستیکی را از خود دور کنند.

در فرو نشاندن آتش سوزی مواد نفتی آب به کار نبرید.

هیچ گاه برای مبارزه با یک حریق هر چند کوچک و جزئی یک خاموش کننده را به محل حریق نبرید و حداقل دو یا سه دستگاه اطفایی در محل داشته باشید. لازم نیست همه آن‌ها را آماده کار کنید. با یکی شروع کنید و اگر به هر علتی عمل نکرد از دستگاه‌های دیگر استفاده کنید و به این صورت از هدر رفتن وقت جلوگیری می‌شود.

در آتش سوزی‌های روی سطح زمین خاموش کردن را از جلو شروع کرده و با به عقب راندن آتش پیشروی کنید و در حریق‌های روی دیوار و مکان‌های مشابه آتش را از پایین به بالا اطفاء کنید.

هنگام استفاده از خاموش کننده لازم نیست به حریق نزدیک شوید زیرا قدرت پرتاب خاموش کننده‌ها به جز CO₂ بین ۴-۶ متر است.

در حریق‌های جامدات مواد را با آب کاملاً خیس کنید.

در کپسول‌های پودری حتماً قبل از استفاده کپسول را سر و ته کنید با اینکار اگر پودر کلوخه شده باشد برای انجام عملیات آماده می‌شود.

فقط ریشه آتش را هدف بگیرید.

در هوای آزاد پشت به باد بایستید.

قانون نهایی این است که همیشه قبل از تلاش به منظور اطفاء حریق خودتان را در وضعیتی قرار دهید که از پشت راه خروج یا موقعیت فرار داشته باشید (خودتان را در تله نیندازید).

نکات ایمنی بعد از وقوع آتش سوزی:

یک طناب نجات به کمر خود ببندید و آن را به دست یکی از حاضران بدهید.

بستن دستمال خیس به دور دهان و بینی، باعث محافظت شما در برابر گازهای سمی و دود خواهد شد.

ابتدا مطمئن شوید که برای نجات جان مصدوم، ایمنی خود را به خطر نمی‌اندازید.

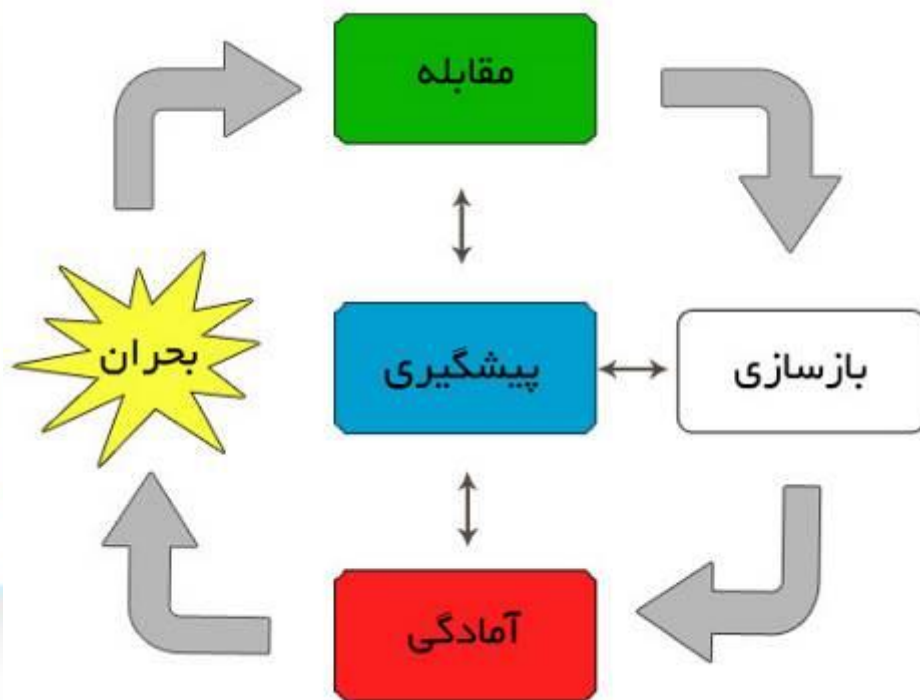
برای نجات جان مصدوم از اتاق آتش گرفته‌ای که در آن بسته است، باید قبل از ورود با لمس در اتاق میزان آتش را بسنجید. اگر داغ بود وارد اتاق نشوید و اگر داغ نبود، قبل از ورود به اتاق چند نفس عمیق بکشید تا خون شما پر از اکسیژن شود. سپس با شانه خود از پهلو به در ضربه بزنید، آن را باز کنید و در همین حال صورت خود را برگردانید. اتاق ممکن است پر از هوای سوخته فشرده باشد

و ممکن است هر لحظه انفجاری رخ دهد. اگر دود کاملاً متراکم است، روی زمین سینه خیز بروید. چون با توجه به اینکه هوای داغ بالا می‌رود ممکن است لایه‌ای از هوای تمیز وجود داشته باشد.

مصدوم را بگیرید و با توجه به تمام جنبه‌های ایمنی او را به سرعت به سمت در خروجی بکشید. لباس سوخته مصدوم را خاموش کنید. اگر مصدوم هوشیار است از او مراقبت کنید چون ممکن است به علت نیم سوز شدن اشیای داخل اتاق گاز منوکسید کربن در اتاق پراکنده شده باشد که بر هوشیاری مصدوم تاثیر می‌گذارد. اگر تنفس مصدوم قطع شد به او تنفس مصنوعی بدهید.

مرکز آموزشی درمانی پژوهشی
شهید دکتر بهشتی (ره)

مدیریت بحران



مرکز آموزشی درمائی پژوهشی
شهید دکتر بهشتی (ره)

مدیریت بحران

علمی کاربردی است که به وسیله مشاهده سیستماتیک بحران‌ها و تجزیه و تحلیل آنها در جستجوی یافتن ابزاری است که به وسیله آنها بتوان از بروز بحران‌ها، پیشگیری نمود؛ و یا در صورت بروز آن، در خصوص کاهش اثرات آن، آمادگی لازم، امداد رسانی سریع، و به بهبودی اوضاع اقدام نمود.

سازمان مسئول: سازمانی که در شرایط عادی و بحرانی مسئولیت یکی از امور ۱۴ گانه مدیریت بحران را بر عهده دارد.
سازمان همکار: سازمانی که دارای تخصص، توان و امکاناتی باشد که بتواند در شرایط بحرانی در انجام وظیفه مدیریت بحران، سازمان مسئول را یاری نماید.

سازمان پشتیبان: سازمانی که در شرایط بحرانی خدمات جانبی و غیر تخصصی به سازمان مسئول و سازمان‌های همکار ارایه نماید.
سازمان جانشین: سازمانی با تخصص مشابه سازمان مسئول که در شرایطی که به هر دلیل سازمان مسئول توانایی مدیریت بحران را نداشته باشد، وارد عمل می‌گردد.

فوریت (Emergency): رویدادی است که مدیریت آن، فرآیند یا امکاناتی غیر از مدیریت جاری را می‌طلبد.

بلا (Disaster): فوریتی است که پاسخ به آن به توانی فراتر از توان جامعه آسیب دیده نیاز دارد.

بحران (Crisis): این واژه در حوزه سلامت معمول نیست و کاربرد آن در مسائل اجتماعی و اقتصادی است. به هر حال در محاوره فارسی گاهی به جای واژه‌های فوریت و بلا استفاده می‌شود.

فاجعه (Catastrophe): بالاترین سطح فوریت نسبت به تحمل جامعه است.

نمای شماتیک ارتباط فوریت، بلا و فاجعه



دیزاستر (Disaster) چیست؟

بحث کردن پیرامون آمادگی برای دیزاستر و یا پاسخ به دیزاستر مستلزم این است که تعریف دقیقی از آن داشته باشیم. دیزاستر حادثه‌ای است که باعث اختلال جدی در عملکرد یک جامعه شده و یا باعث از دست رفتن وسیع منابع انسانی، محیطی و یا امکانات آن جامعه شود که خارج از توان جامعه آسیب دیده جهت مدیریت آن با استفاده از صرفا منابع خود آن جامعه باشد. مثلا حادثه سونامی اقیانوس هند در سال ۲۰۰۴ میلادی با ۲۰۰ هزار کشته قطعا یک دیزاستر بود و یا حادثه زلزله بم در دی ماه ۱۳۸۲ نیز یک دیزاستر بود چون تعداد حادثه دیدگان از توان پاسخگویی بیمارستان‌های بم خارج بود و کمک‌های امدادی را نیاز داشت. حتی تصادف اتوبوس در ایالت Baharampur هند در سال ۲۰۰۵ که منجر به کشته شدن ۴۸ نفر شد نیز یک دیزاستر نامیده شد. تقسیم‌بندی برحسب محل وقوع حادثه:

۱- Internal disaster: هر اتفاقی که فعالیت روتین بیمارستان را مختل کند مثل آلوده شدن آب بیمارستان یا قطع برق آن.

۲- External disaster: حادثه‌ای که در خارج بیمارستان اتفاق می‌افتد مثل یک تصادف بزرگ.

البته بسیاری از دیزاسترها می‌توانند هم داخلی و هم خارجی باشند مثل زلزله‌ای که بیمارستان شهر را هم ویران کرده است. تقسیم‌بندی آن به دو نوع طبیعی (Natural) و انسان ساخت (Man made) است که البته این تقسیم‌بندی دیگر به ندرت استفاده می‌شود چون منشأ و دلیل ایجاد بسیاری از دیزاسترها (مثلا شیوع یک بیماری اپیدمیک و یا حتی وقوع یک سیل) تا مدت‌ها مبهم باقی می‌ماند.

تقسیم‌بندی بر اساس تعداد قربانیان نیز صحیح نیست چون همان طور که قبلا نیز در تعریف دیزاستر گفته شد تعداد مطلق قربانیان مهم نیست بلکه مهم این است که آیا از منابع موجود برای پاسخ دهی فراتر رفته است یا خیر.

سطوح حوادث غیرمترقبه بر اساس نیاز به پاسخ

محلی (Local): حوادث غیرمترقبه‌ای هستند که منابع و سازمان‌های محلی قادر به پاسخ دهی مناسب به آنها بوده و می‌توانند تبعات فوری ناشی از آن را مدیریت نمایند.

ناحیه‌ای (Reginal): حوادث غیرمترقبه‌ای هستند که برای کنترل آنها نیاز به کمک‌های مشترک منطقه‌ای وجود دارد.

ملی (State Wide , International): حوادث غیرمترقبه‌ای هستند که از توان پاسخ نیروهای محلی و منطقه‌ای خارج است و کمک‌های ملی و حتی بین‌المللی برای کنترل آنها مورد نیاز است.

انواع بحران‌ها از نظر سازمان‌های خدماتی

۱) بحران‌های خارج سازمانی: حوادث و بحران‌هایی که در سطح جامعه به وقوع پیوسته است. در اغلب موارد ساختار داخلی سازمان‌ها نیز تهدید شده و آسیب می‌بیند؛ در این حوادث در حالی که ساختار سازمان دچار آسیب شده است این نهاد مجبور به ارائه خدمت به تعداد زیادی از آسیب‌دیدگان جامعه است مانند زلزله

۲) بحران‌های داخلی سازمانی: حوادث و بحران‌هایی که داخل سازمان اتفاق افتاده است و ساختار سازمان یا نیروی انسانی سازمان دچار آسیب شده و عملکرد روزمره آن دچار آسیب می‌شود مانند آتش سوزی، اعتصاب و..

داخلی	خارجی	
قطع برق قطع آب آتش سوزی / انفجار سیل زلزله شیمیایی / هسته‌ای خشونت فقدان گازهای طبی خرابی آسانسور اعتصاب کارکنان	انسان ساخت:	طبیعی:
	جنگ حوادث تروریستی آتش سوزی شیمیایی میکروبی هسته‌ای تصادفات جاده‌ای حوادث صنعتی سقوط هواپیما حوادث قطار، کشتی، هواپیما آوار ساختمانی مهاجرت‌های دسته جمعی (آوارگان) تجمعات (نظیر حادثه استادایوم) Mass Gathering	زلزله سیل طوفان صاعقه بهمن گرد باد آتش سوزی آتشفشان

چرخه مدیریت خطر بلایا



کاهش آسیب و پیشگیری (Mitigation): اقدامات سازه‌ای و غیرسازه‌ای که برای محدودسازی آثار ناگوار مخاطره‌های طبیعی، تخریب زیست محیطی و مخاطره‌های فناورزاد انجام می‌شود.

آمادگی (Preparedness): عبارتست از فعالیت‌ها و اقداماتی که پیشاپیش برای اطمینان از پاسخ موثر به آثار سوء مخاطره‌ها انجام می‌گیرند. در این فاز دو اقدام مهم انجام می‌گیرد:

(۱) استقرار سامانه هشدار اولیه و (۲) تدوین برنامه آمادگی.

آموزش و تمرین اجزای اصلی برنامه آمادگی هستند.

پاسخ (Response): عبارتست از کمک رسانی یا انجام مداخلات حین یا بلافاصله بعد از بلا به منظور حفظ جان و تأمین نیازهای اولیه مردم آسیب دیده.

پاسخ می‌تواند فوری، کوتاه یا طولانی مدت باشد.

بازیابی (Recovery): شامل بازسازی و توانبخشی (جسمی، روانی و اجتماعی) بوده و عبارت از تصمیم‌ها و اقداماتی است که پس از وقوع بلا برای بازگرداندن جامعه آسیب دیده به وضعیت قبل یا وضعیت ارتقاء یافته انجام می‌گیرد، ضمن اینکه اقدامات لازم برای کاهش خطر بلا را نیز تشویق و تسهیل می‌کند.

«بازیابی، فرصتی برای توسعه پایدار و به کارگیری اقدامات کاهش خطر بلایا است.»

کارکردهای فاز پیشگیری و کاهش آسیب در حوزه سلامت

- ❖ ارزیابی خطر تسهیلات بهداشتی درمانی (شناسایی خطرهای احتمالی تهدید کننده عملکرد حوزه سلامت)
- ❖ کاهش آسیب پذیری سازه‌ای و غیرسازه‌ای تسهیلات بهداشتی درمانی
- ❖ مشارکت در ارزیابی خطر در جامعه (شناسایی خطرهای تهدید کننده جامعه)
- ❖ مشارکت در آگاه سازی عمومی در خصوص اهمیت و راهکارهای کاهش خطر بلایا در سطح جمعیت عمومی، سیاستگذاران و مدیران
- ❖ جلب همکاری سایر بخش‌ها به منظور اجرای برنامه‌های پیشگیری و کاهش آسیب بلایا با رویکرد سلامت همگانی

کارکردهای فاز آمادگی

- ❖ مشارکت در آگاه سازی عمومی در خصوص راهکارهای آمادگی در برابر بلایا
- ❖ تدوین برنامه آمادگی تسهیلات بهداشتی درمانی در برابر بلایا
- ❖ آموزش تخصصی به مدیران و کارکنان بهداشتی درمانی
- ❖ طراحی، اجرا و ارزشیابی تمرین‌ها و مانورها
- ❖ استقرار سامانه‌های هشدار اولیه
- ❖ تدوین بسته‌های خدماتی حوزه سلامت در بحران

❖ تشکیل، سازمان‌دهی، تجهیز و به روز رسانی تیم‌های DMAT

کارکردهای فاز پاسخ

- ❖ تایید وقوع فوریت
- ❖ ارزیابی سریع
- ❖ فعالسازی سیستم فراخوان
- ❖ فرماندهی و کنترل
- ❖ هماهنگی
- ❖ مدیریت اطلاعات
- ❖ ارتباطات
- ❖ مشارکت در جستجو و نجات
- ❖ تخلیه
- ❖ پشتیبانی
- ❖ تریاژ
- ❖ تغییر وظایف کارکنان
- ❖ ترخیص بیماران الکتیو
- ❖ تغییر وظایف کارکنان ستادی
- ❖ تسهیلات انتقال بیماران
- ❖ تغییر کاربری فضاهای غیر درمانی، داخل و اطراف بیمارستان
- ❖ کنترل ورود و خروج توسط انتظامات
- ❖ امنیت
- ❖ اطلاع رسانی
- ❖ ارزیابی مستمر نیازهای سلامتی
- ❖ مشارکت و پایش اقدامات امدادی انبوه (اسکان اضطراری و موقت، تامین و توزیع آب، غذا، تسهیلات بهداشتی مانند توالت و حمام، سایر اقلام اساسی
- ❖ مدیریت مصدومین متعدد (خدمات اورژانس پیش بیمارستانی و بیمارستانی)
- ❖ اقدامات بهداشت عمومی (مدیریت بیماری‌های واگیر و غیرواگیر، بهداشت محیط، آب و اجساد، بهداشت روانی اجتماعی، بهداشت باروری، تغذیه)

کارکردهای فاز بازیابی

- ❖ بازتوانی جسمی و روانی
- ❖ بازسازی در راستای توسعه پایدار
- ❖ جلب مشارکت مردمی و سایر بخش‌ها در بازیابی جامعه آسیب دیده

چرا HICS ایجاد شد؟

تعریف **HICS: Hospital Incident Command System** به سامانه فرماندهی حادثه بیمارستانی اطلاق می‌گردد.

- ❖ سازمان‌های متعددی در یک سانحه دخیل بودند!
- ❖ هیچ سازماندهی و ارتباط منظمی بین این سازمان‌ها نبود!
- ❖ مسئول اصلی کنترل سانحه مشخص نبود!
- ❖ هر سازمان با عبارات و اصطلاحات خود سخن می‌گفت!
- ❖ هر سازمان دستورالعمل خاص خود را داشت!
- ❖ هر سازمان راساً آمار و اطلاعات منتشر می‌کرد!

ویژگی‌های HICS:

- ❖ زبان و ساختار مشترک
- ❖ وجود زبان مشترک در ساختار مدیریتی
- ❖ وجود شرح وظایف مشخص و تفکیک شده
- ❖ امکان برقراری ارتباطات موثر و مداوم
- ❖ لزوم تصدی هر پست توسط یک نفر به نحوی که هیچ پستی خالی نمانده، برای هر نفر هم دو نفر جایگزین معرفی شده است
- ❖ سازماندهی با الگوی مشخص
- ❖ اصالت کار (شامل فرد مسئول و افراد جانشین)
- ❖ سیستم ارتباطی منسجم
- ❖ طرح‌های عملیاتی حادثه به شکل متمرکز
- ❖ حوزه مدیریتی قابل کنترل
- ❖ اماکن و پایگاه‌های مشخص
- ❖ سیستم فرماندهی واحد
- ❖ انعطاف پذیری

مراحل طراحی HICS

- ❖ تدوین چارت
- ❖ تعیین و ابلاغ شرح وظایف
- ❖ ثبت آدرس، تلفن و سایر مشخصات اعضا
- ❖ برگزاری مانور و تمرین چگونگی فعال سازی سامانه

مرکز آموزشی درمانی پژوهشی
شهید دکتر بهشتی (ره)

ساختار سامانه فرماندهی حادثه (HICS)



جهت ارتقای سطح آمادگی بیمارستان در مقابل حوادث و بلایا اقدامات زیر در حال انجام می‌باشد:

راهاندازی کمیته حوادث و بلایا

۱- کمیته حوادث و بلایا پس از تعیین اعضای آن به صورت ماهانه تشکیل جلسه داده و با مطرح کردن پیشنهادات و تصویب آنها در جهت افزایش آمادگی در برابر حوادث گام بر می‌دارد.

اعضای کمیته حوادث و بلایا تشکیل شده است: ریاست بیمارستان- مدیر بیمارستان- معاونت درمان- مدیر خدمات پرستاری- کارشناس حوادث بیمارستان- کارشناس EOC دانشگاه- مسئول فنی اورژانس- رییس گروه جراحی - سرپرستار اورژانس - کارشناس ایمنی بیمارستان و دبیر کمیته‌ها

۲- تحلیل خطر به منظور برآورد خطر ناشی از مخاطرات داخلی و خارجی:

❖ استخراج مخاطرات (بر اساس دستور العمل و الگوی ابلاغی)

❖ ارزیابی آسیب پذیری (بر اساس دستور العمل و الگوی ابلاغی)

❖ رایجه راه کارهای عملیاتی به منظور کاهش آسیب پذیری با مشارکت تمامی افراد ذی نفع

۳- تدوین برنامه پاسخ مقابله با حوادث و بلایا برای بیمارستان بر اساس دستور العمل و الگوی ابلاغی که شامل موضوعات زیر است:

❖ تحلیل مشکلات محتمل و مرتبط با مخاطره خاص

❖ تحلیل منابع موجود

❖ تشریح وظایف و مسئولیت‌ها

❖ تشریح ساختار مدیریتی

۴- تدوین سامانه فرماندهی حادثه مبتنی بر مخاطره

❖ مرحله اقدام فوری

❖ مرحله میانی

❖ مرحله توسعه یافته

- ❖ مرحله بازگشت به وضعیت عادی
 - ❖ تدوین نمودار سامانه فرماندهی حوادث
 - ❖ تدوین راهنمای برنامه‌ریزی
 - ❖ تدوین راهنمای پاسخ
 - ❖ تهیه شرح وظایف موقعیت‌ها
 - ❖ تبیین فرایند فعال کردن سامانه فرماندهی حوادث بیمارستان شامل هشدار و اعلام وضعیت - بررسی وضعیت - فعال کردن برنامه - فعال کردن سامانه فرماندهی حوادث بیمارستان - فراخوان کادر مدیریتی سامانه و جایگزینی افراد بر اساس بررسی انجام شده و برنامه قبلی و تدوین برنامه پاسخ بر اساس بررسی وضعیت
 - ❖ تبیین ارتباط مرکز فرماندهی در محل حادثه و مرکز هدایت عملیاتی محلی
- ۵- آموزش تمامی کارکنان درگیر در اجرای برنامه به صورت کارگاهی
- ۶- اجرای مانور دور میزی و در ادامه مانور عملیاتی با نظارت کمیته حوادث و بلایا و حداقل دو بار در سال بر اساس سناریوهای استخراج شده از فرایند تحلیل در خطر

مرکز آموزشی درمانی پژوهشی
شهید دکتر بهشتی (ره)

مدیریت خطر



مرکز آموزشی درمانی پژوهشی
شهید دکتر بهشتی (ره)

مدیریت خطر (ریسک):

ارائه خدمات سلامت از پرخطرترین کارهای دنیا به شمار می‌رود. بنابراین باید بدانیم در شرایط موجود چه اتفاقات بدی ممکن است روی دهند؟ احتمال آنها چقدر است؟ چه میزان خسارت خواهند داشت؟ در مورد آنها چه کاری می‌توان انجام داد؟
تعاریف:

- ❖ مخاطره: هر وضعیت واقعی یا بالقوه که می‌تواند باعث صدمه، بیماری یا مرگ افراد، آسیب یا تخریب یا از دست دادن تجهیزات و دارایی سازمان شود.
- ❖ ریسک: احتمال مخاطره یا عواقب بد، احتمال قرار گرفتن در معرض آسیب.
- ❖ شدت: نتیجه قابل انتظار از لحاظ درجه صدمه، آسیب به اموال، و یا دیگر موارد مضر که می‌تواند اتفاق بیفتد.
- ❖ احتمال: احتمال رخ دادن یک رویداد.

خطاها شامل اشتباهات تشخیصی، اشتباهات در تجویز دارو و روش‌های درمانی، اشتباه در پروسیجر جراحی، اشتباه در استفاده از فن آوری و تجهیزات، اشتباه در تفسیر تست‌های پاراکلینیکی می‌باشد.
مدیریت خطر (Risk Management): شناسایی و بررسی و تجزیه و تحلیل و ارزیابی خطرات و خطاها و انتخاب باصرفه‌ترین روش تصحیح و کاهش و یا حذف خطرات قابل شناسایی

مدیریت خطر در حوزه سلامت: انجام فعالیت‌های بالینی و اداری برای شناسایی ارزیابی و کاهش خطر آسیب به بیماران و کارکنان و همچنین ملاقات‌کنندگان و خطر از دست دادن خود سازمان (Joint commission 2007)

ضرورت‌های مدیریت خطر:

- ❖ در تمامی اقدامات سازمانی امکان تصمیم‌گیری متعدد است
- ❖ عواقب تصمیم‌گیری در شرایط مختلف متفاوت است
- ❖ وقایع آینده عمدتاً غیرقابل پیش‌بینی و عدم قطعیت قاعده‌عام است
- ❖ درجه پیچیدگی سازمان‌ها و میزان تعامل آنها با محیط با میزان توجه به مدیریت ریسک ارتباط مستقیم دارد
- ❖ همیشه می‌توان با اعمال مدیریت علمی و تحلیل ریسک احتمال ضرر و زیان به سازمان را به حداقل رساند

علل نیاز به مدیریت ریسک در نظام سلامت:

- ❖ افزایش ایمنی بیمار
- ❖ افزایش انتظارات بیمار و متخصصان و کارکنان
- ❖ فشارهای رقابتی در بازار سلامت

- ❖ فشار مداوم هزینه‌های داخلی
- ❖ ارایه خدمت مطلوب توسط بیمارستان که از سوی دولت مطالبه می‌شود
- ❖ افزایش سطح شکایات، ادعاها و شکایت‌های قانونی
- ❖ بررسی رضایت بیماران نقاط ضعف و ذهنیت منفی را نشان می‌دهد
- ❖ تحقیقات بالینی نیاز به بهبود را نشان می‌دهد

استراتژی‌های مدیریت ریسک

- ❖ اجتناب از ریسک: ریسک‌هایی را که تاثیر جانبی بر اهداف سازمان ندارند می‌توان حذف نمود، احتمالا باید از آن‌ها اجتناب نمود.
- ❖ پذیرش ریسک: استراتژی پذیرش، یعنی قبول زیان وقتی که آن رخ می‌دهد.
- ❖ کاهش ریسک: استراتژی کاهش، یعنی به کارگیری شیوه‌هایی که باعث کاهش شدت زیان می‌شود.
- ❖ انتقال ریسک: یکی دیگر از تکنیک‌های مدیریت ریسک در برخورد با آن انتقال ریسک می‌باشد.

برنامه بیمارستان شهید بهشتی در ارتباط با مدیریت خطر:

بیمارستان شهید دکتر بهشتی (ره) برنامه خود را در راستای مدیریت خطر در ۴ مرحله به شرح زیر اجرا می‌نماید: (مطابق با نمودار مفهومی مدیریت خطر)

۱. فرهنگ سازی
۲. شناسایی خطا یا خطر
۳. تحلیل و بررسی علل
۴. به اشتراک گذاری نتایج تحلیل‌ها و خطرات موجود

فرهنگ سازی:

در این مرحله با هدف آشناسازی عموم کارکنان با مباحث و اهداف مدیریت خطر و ایمنی بیمار و گزارش دهی خطا و اهمیت آن در سازمان پمفلت‌ها و پیام‌های آموزشی با موضوع مدیریت خطر و ایمنی بیمار تدوین و در اختیار کارکنان می‌گذارد و با برگزاری کلاس‌های آموزشی سعی در افزایش آگاهی آنان در این خصوص دارد.

شناسایی خطا و خطرات:

شناسایی خطاها و خطرات به دو دسته کلی گذشته نگر و آینده نگر تقسیم می‌شود:

الف) گذشته نگر

ب) آینده نگر

شناسایی گذشته نگر: در شناسایی خطاهایی که رخ داده شده و سپس کشف و گزارش شده است کاربرد دارد لذا شامل خطرات نمی‌شود. در این خصوص بیمارستان یک سیستم بدون تنبیه و عاری از سرزنش به منظور فرایند گزارش دهی منظم خطاها و حوادث ناخواسته ایجاد نموده است.

شناسایی آینده نگر: در شناسایی خطاهایی که هنوز رخ نداده و احتمال آن وجود دارد کاربرد دارد که ممکن است خطایی باشد که احتمال انجام آن وجود دارد و یا خطری باشد که احتمال بروز آن می‌باشد.

روش‌های شناسایی خطا به صورت گذشته نگر:

۱. گزارش دهی اختیاری خطا

۲. نتایج حاصل از بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار (گزارشات ارائه شده در راند توسط کارکنان و بیماران)

۳. واحد شکایات

روش‌های شناسایی خطرات به صورت آینده نگر:

Failure Mode and Effects Analysis – FMEA

رویکردی گام به گام برای شناسایی حالات بالقوه خطا و خطرات در فرایند طراحی و ارائه خدمات (با هدف پیشگیری از بروز این خطاها و خطرات و حالات شکست) است.

بیمارستان با استفاده از مدل شناسایی مخاطرات FMEA در ۶ موضوع ذیل مخاطرات موجود را ارزیابی و اقدامات اصلاحی انجام می‌دهد

مشکلات ساختمان

❖ از بین رفتن خدمات رایانه‌ای و بخش فناوری اطلاعات

❖ خرابی تجهیزات اصلی پزشکی و غیر پزشکی

❖ کمبود یا اتمام اعتبارات

❖ برنامه و بیمه مسئولیت حرفه‌ای

❖ غفلت و اشتباهات کارکنان

تحلیل و بررسی علل:

در این مرحله بیمارستان گزارشات خطا و خطرات را بررسی و تجزیه و تحلیل نموده و متناسب با علل ایجاد آن راه‌کارهایی جهت اصلاح علل ارائه می‌نماید. یکی از ابزارهای مهم در بررسی گزارشات خطا و حوادث رخ داده شده RCA می‌باشد.

تجزیه و تحلیل علت ریشه‌ای حوادث (Root Cause Analysis-RCA):

تحلیل ریشه‌ای فرایند بررسی و تحقیق ساختار یافته‌ای است که هدفش شناختن علت (علل) واقعی یک مسئله و پیدا نمودن راه‌هایی جهت حذف این علت (علل) می‌باشد.

Anderson & Fagerhaug 2000 .

فرایند تجزیه و تحلیل علت ریشه‌ای:

- ❖ سازماندهی تیم
- ❖ جمع‌آوری اطلاعات
- ❖ تعریف رویداد
- ❖ تعیین علل سطحی
- ❖ شناسایی علل ریشه‌ای
- ❖ شناسایی استراتژی‌های کاهش خطر
- ❖ استقرار استراتژی‌ها
- ❖ ارزیابی اثربخشی اقدامات صورت گرفته

به اشتراک گذاری نتایج تحلیل خطا و خطرات موجود:

پس از اجرای ۳ مرحله فرهنگ سازی، شناسایی خطر و تحلیل ریشه‌ای علل نتایج حاصل از مطالعات انجام شده بر روی خطاهای گزارش شده و مخاطرات شناسایی شده برای آشنایی کارکنان از آنها و جلوگیری از بروز مجدد آن از طریق شناساندن خطاها و علل آن با استفاده از ابزارهای مثل سرور درمان، اتوماسیون اداری، پمفلت آموزشی برای کلیه کارکنان اشتراک گذاری می‌شود.

مرکز آموزشی درمانی پژوهشی
شهید دکتر بهشتی (ره)

قوانین و مقررات



مرکز آموزشی درمانی پژوهشی
شهید دکتر بهشتی (ره)

قوانین و مقررات

استانداردهای پوشش کارکنان

به استناد مواد ۸۵ و ۸۸ قانون برنامه چهارم توسعه و شیوه نامه اجرایی ضوابط رفتار و پوشش اسلامی و حرفه ای مصوب شورای امر به معروف و نهی از منکر دانشگاه علوم پزشکی قم (آبان ماه سال ۱۳۹۹) و به منظور ارتقاء مستمر کیفیت خدمات سلامت، تعالی عملکرد خدمات بالینی، افزایش بهره‌وری و حفظ کرامت انسانی، رعایت موازین و ضوابط عرفی و اجتماعی، حفظ سلامت ایمنی کارکنان و بیماران، ایجاد تصویر مثبت از اخلاق حرفه‌ای، افزایش ضریب امنیت فردی و شغلی کارکنان و شناسایی سریع آنان در محیط کار، استانداردهای پوشش افراد به شرح زیر می‌باشد:

۱-۱) کلیات:

۱. در اجرای مواد این دستورالعمل رعایت مفاد راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی الزامی است.
۲. لباس فرم کارکنان آموزشی و بهداشتی - درمانی مونث شامل روپوش، شلوار، مقنعه (به طوری که موها و گردن کاملاً پوشیده شوند)، کفش و جوراب می‌باشد.
۳. لباس فرم کارکنان آموزشی بهداشتی، درمانی مذکر شامل روپوش، شلوار، کفش و جوراب می‌باشد.

۱-۲) ضوابط پوشش:

۱. لباس فرم بایستی متناسب با حرفه و در رده‌های مختلف، متحدالشکل باشد.
۲. در درون بخش‌های بیمارستانی استفاده از هرگونه پوشش غیر حرفه‌ای روی لباس فرم مصوب، ممنوع است.
۳. در بخش‌های ویژه، اتاق عمل، آنژیوگرافی و فضاهاستریل، کارکنان مکلف به پوشیدن لباس مخصوص این بخش‌ها می‌باشند.
۴. روپوش باید سالم، تمیز، دکمه‌ها بسته، اتو کشیده، گشاد و حداقل تا حد زانو با ضخامت مناسب باشد به نحوی که لباس زیر روپوش، قابل رویت نباشد. شلوار نباید تنگ، چسبان، کشی یا کوتاه (بالتر از مچ) باشد.
۵. کفش باید تمیز، جلو بسته، قابل شستشو، با پنجه و پاشنه‌ی پهن باشد و نکات ایمنی متناسب با حرفه، در آن لحاظ شود و هنگام راه رفتن صدا ندهد.
۶. زیورآلات در نواحی از بدن که در معرض آلودگی میکروبی یا محیطی هستند نباید استفاده شوند.
۷. استفاده از هرگونه ماده بودار تند یا حساسیت‌زا در محل کار ممنوع می‌باشد.
۸. ناخن‌ها باید کوتاه و تمیز و مرتب باشد. استفاده از لاک و رنگ ناخن و ناخن مصنوعی در محیط‌های ارائه خدمات درمانی ممنوع است.
۹. الصاق کارت شناسایی، حاوی نام خانوادگی کامل و حرف اول نام و سمت فرد، در جلوی لباس به نحوی که براحتی از فاصله‌ی ۲ متری قابل خواندن باشد، برای تمامی کارکنان در محیط‌های درمانی الزامی است.

قوانین اداری مالی

طبق قانون، میزان ساعت کار برای کلیه مستخدمین دولت ۴۴ ساعت در هفته می‌باشد.

کلیه کارکنان موظفند هنگام ورود و خروج از سازمان نسبت به ثبت ورود و خروج خود در واحد کارتکس اقدام کنند، به طوری که هیچ یک از کارکنان نباید بدون ثبت ساعت خروج سازمان را ترک کنند. همچنین چنانچه فرد قصد خروج از سازمان در ساعات اداری به منظور انجام امور شخصی و یا اداری را داشته باشد، باید نسبت به تحویل برگه استفاده از مرخصی ساعتی و یا ماموریت اداری کمتر از یک روز به واحد کارتکس اقدام و سپس از سازمان خارج شود. بدیهی است در صورت عدم ارائه برگه‌های مذکور مراتب به عنوان ترک محل خدمتی تلقی و حسب مقررات برخورد خواهد شد. همچنین در صورتی که کارمند قصد استفاده از مرخصی روزانه را داشته باشد، باید نسبت به دارا بودن استحقاق مرخصی خود اطمینان حاصل نموده و قبل از استفاده ابتدا به صورت شفاهی و سپس در سامانه حضور و غیاب نسبت به ثبت درخواست خود اقدام نماید.

دستورالعمل مرخصی‌های استحقاقی، استعلاجی، مراقبت، شیردهی و بدون حقوق (مصوب ۹۱/۰۷/۰۳ هیأت امناء دانشگاه)

اجرا از ۹۱/۰۸/۳۰

- ۱- کارمندان در صورت ازدواج خود و یا فرزندان خود، از هفت روز مرخصی اضطراری که بازه زمانی قابل قبول آن از تاریخ عقد لغایت ۲ سال می‌باشد می‌توانند استفاده کنند (کارمند موظف به ارائه مستندات می‌باشد).
- ۲- همچنین در صورت فوت بستگان درجه یک (همسر-فرزند-پدر-مادر-خواهر-برادر) کارمند می‌تواند از ۷ روز مرخصی اضطراری که بازه زمانی قابل قبول آن از زمان فوت لغایت چهل روز می‌باشد استفاده کند.
- ۳- در صورتی که مشمولین قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان در حین انجام طرح به خدمت پیمانی پذیرفته شوند، مدت مرخصی استحقاقی استفاده نشده آنان قابل ذخیره خواهد بود.
- ۴- کارمندان موظف هستند در صورت ابتلا به بیماری که مانع از خدمت آنان می‌شود مراتب را آنی و در همان روزهای ابتدایی به مسئول بخش و اداره کارگزینی اطلاع دهند و برگه گواهی پزشک را در اولین روز حضور در محل خدمتی به واحد منابع انسانی ارائه نمایند برای مرخصی بیش از سه روز برگه گواهی پزشکی جهت ارسال به مراجع ذیصلاح در کمیسیون پزشکی دانشگاه و یا سازمان تامین اجتماعی در حین استفاده از مرخصی استعلاجی حداکثر تا پایان روز دهم به اداره منابع انسانی ارائه نمایند.
- ۵- در صورت عدم تأیید گواهی استعلاجی مدت مذکور از مرخصی استحقاقی کسر و در صورت عدم وجود مرخصی استحقاقی، مرخصی بدون حقوق منظور خواهد شد.
- ۶- بانوان کارمندی که از طریق زایمان دارای فرزند می‌شوند با رعایت قوانین می‌توانند از مرخصی معذوریت زایمان استفاده نمایند. (مربوط به کارمندانی که تحت پوشش صندوق خدمات درمانی می‌باشند).
- ۷- تاریخ شروع استفاده از مرخصی اضطراری مراقبت از همسر، از تاریخ ولادت فرزند با احتساب ایام تعطیل (پیوسته) خواهد بود و کارمندانی که همسر آنان فرزند مرده به دنیا می‌آورند استفاده از این مرخصی جهت مراقبت از همسر بلا مانع می‌باشد. مدت استفاده از این مرخصی ۱۵ روز بوده و قابل ذخیره و یا بازخرید نمی‌باشد.

۸- مادران کارمند در صورت انجام نوبت کاری در شیفت شب ۲ ساعت و در شیفت‌های مضاعف (LONG) به ازای هر شیفت کاری یک ساعت می‌توانند از مرخصی شیر دهی استفاده نمایند.

۹- مرخصی کمتر از یک روز (پاس ساعتی) جزئی از مرخصی استحقاقی بوده و حداکثر مدت استفاده دوازده روز در یک سال می‌باشد.

۱۰- کارمند جهت مرخصی بدون حقوق باید تقاضای خود را با ذکر علت و مدت به مسئول واحد (مسئولین) ارائه نماید و قبل از موافقت مسئول و صدور حکم، مجاز به ترک خدمت نمی‌باشد.

۱۱- حفظ پست سازمانی کارمندان در زمان مرخصی بدون حقوق الزامی نمی‌باشد.

۱۲- مدت مرخصی بدون حقوق از لحاظ بازنشستگی به جز برای ادامه تحصیل جزو سابقه محسوب نخواهد شد. (صندوق خدمات درمانی)

۱۳- پرسنلی که در حال استفاده از مرخصی بدون حقوق می‌باشند، نمی‌توانند از مرخصی استعلاجی استفاده نمایند.

۱۴- مدت مرخصی بدون حقوق کارکنان مشاغل کارگری حداکثر به مدت یک ماه (در سال) می‌باشد.

مدت مرخصی بدون حقوق مشمولین قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان در طول تعهد حداکثر ۲ ماه و این مدت به زمان تعهدات اضافه می‌شود.

۱۵- برای بهره‌مندی از مرخصی بدون حقوق فرد نباید مرخصی استحقاقی داشته باشد.

۱۶- براساس ماده ۱۷ قانون جوانی جمعیت و حمایت از خانواده احکام ذیل نسبت به همه مستخدمین و کارکنان در کلیه بخشهای دولتی و غیردولتی لازم‌الاجراء می‌باشد:

الف - مدت مرخصی زایمان با پرداخت تمام حقوق و فوق‌العاده‌های مرتبط به نه ماه تمام افزایش یابد. در صورت درخواست مادر تا دو ماه از این مرخصی در ماه‌های پایانی بارداری قابل استفاده است. مرخصی مزبور برای تولد دو قلو و بیشتر، دوازده ماه می‌باشد. در مواردی که مرخصی زایمان موجب اختلال در کار بخش خصوصی گردد، پس از تأیید وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی هزینه تحمیل شده توسط دولت جبران خواهد شد.

ب - نوبت کاری شب برای مادران شاغل باردار و هم‌چنین مادران دارای فرزند شیرخوار تا دو سال و پدران تا یک ماهگی نوزاد، در مشاغل و فعالیت‌هایی که نیازمند نوبت کاری شب می‌باشند، اختیاری است. شمول این بند شامل بخش خصوصی مشمول قانون کار نمی‌شود.

پ - اعطای دورکاری به درخواست مادران باردار، حداقل به مدت چهارماه در دوران بارداری در مشاغلی که امکان دورکاری در آنها فراهم است، الزامی است.

ت - مادران شاغلی که از زمان لازم‌الاجراء شدن این قانون فرزند یا فرزندان به دنیا خواهند آورد به ازای هر فرزند، می‌توانند از یک سال کاهش در سن بازنشستگی برخوردار شوند و برای فرزند سوم و بیشتر میزان کاهش یک و نیمسال به ازای هر فرزند خواهد بود. حداقل سن بازنشستگی مشمولین این بند، برای مادران دارای یک فرزند چهل و دو سال، دارای دو فرزند چهل و یک سال و

دارای سه فرزند و بیشتر چهل سال و حداقل با بیست سال سابقه بیمه است. برقراری مستمری یا حقوق بازنشستگی متناسب با سنوات پرداخت حق بیمه در زمان اشتغال می‌باشد.

آئین‌نامه حضور و غیاب کارکنان دولت

(تصویب نامه شماره ۸۱۴۵۰ مورخ ۶۵/۱۱/۲۷ هیأت وزیران) هیأت وزیران در جلسه ۱۰/۲۸/۱۳۶۵ بنا به پیشنهاد شماره ۳۴۳۵/د مورخ ۱۳۶۵/۱۰/۱ سازمان امور اداری و استخدامی کشور آئین‌نامه مربوط به حضور و غیاب کارکنان دولت را به شرح زیر تصویب کردند:

ماده ۱- کلیه کارکنان دستگاه‌های اجرایی مکلفند ساعات تعیین شده برای ورود به محل خدمت و خروج از آن را رعایت نموده، ساعات ورود و خروج خود را در سامانه حضور و غیاب ثبت نمایند مگر آنکه از سوی مقام ذیصلاح برای ورود و خروج هریک از آنان کتباً ترتیب دیگری مقرر شده باشد.

ماده ۲- ورود به محل خدمت بعد از ساعت مقرر و بدون کسب مجوز قبلی تأخیر ورود محسوب گردیده و با مستخدمی که تأخیر ورود داشته باشد به شرح زیر رفتار می‌شود:

الف - تأخیر ورود تا ۴ ساعت در هر ماه قابل اغماض بوده و در مرخصی استحقاقی منظور می‌گردد.

ب - تأخیر ورود بیش از ۴ ساعت در ماه مستلزم کسر فوق‌العاده شغل و در نهایت معرفی به هیأت تخلفات خواهد بود ضمناً به میزان تاخیر از استحقاقی فرد کسر خواهد گردید.

ماده ۳- خروج از محل خدمت زودتر از ساعات مقرر نیز تعجیل در خروج محسوب گردیده و حسب مورد مشمول حکم قسمت‌های «الف» و «ب» ماده ۲ خواهد بود.

ماده ۴- تأخیر ورود در موارد زیر موجه محسوب گردیده و مدت تأخیر در هر صورت جزو مرخصی استحقاقی منظور خواهد شد:

الف - وقوع حوادث و سوانح غیرمترقبه برای مستخدم، همسر و فرزندان تحت تکفل و نیز سایر افراد خانواده در صورتی که تحت تکفل وی باشند.

ب - احضار مستخدم توسط مراجع قضائی و انتظامی با ارائه گواهی مرجع احضار کننده.

تبصره- تشخیص موارد مذکور در این ماده با مدیر واحد ذیربط خواهد بود.

ماده ۵- به مستخدمی که در هر ماه بیش از ۴ بار تأخیر ورود یا تعجیل خروج غیرموجه داشته باشد و جمع مدت تأخیر مزبور به بیش از ۴ ساعت در ماه برسد در قبال مجموع تأخیر برای ماه اول و دوم کتباً اخطار داده خواهد شد و برای ماه سوم فوق‌العاده شغل مستخدم خا طی به میزان ۳۰ درصد و برای ماه چهارم به میزان ۵۰ درصد و برای ماه پنجم به میزان صددرصد و به مدت یک ماه کسر خواهد شد و در صورت تکرار پرونده مستخدم جهت رسیدگی به «هیأت رسیدگی به تخلفات اداری» ارجاع خواهد گردید.

تبصره ۱- تأخیر ورود یا تعجیل خروج بیش از ۴ ساعت در هر ماه در هر حال مشمول حکم این ماده خواهد بود.

تبصره ۲- در مورد مستخدمینی که قبلاً به علل دیگری به جز موارد فوق‌الذکر، فوق‌العاده شغل آنان قطع گردیده از سومین ماهی که تأخیر ورود یا تعجیل خروج آنان به حد نصاب فوق برسد، پرونده ایشان به هیأت رسیدگی به تخلفات اداری ارجاع خواهد شد.

ساعات ورود و خروج کارکنان

کارکنان گروه پرستاری و آزمایشگاهی

شیفت صبح:	ورود: ۷ صبح	خروج: ۱۴
شیفت عصر:	ورود: ۱۳	خروج: ۲۰
شیفت شب:	ورود: ۱۹	خروج: ۸ صبح روز بعد

کارکنان در گردش

شیفت صبح:	ورود: ۷ صبح	خروج: ۱۳:۳۰
شیفت عصر:	ورود: ۱۳	خروج: ۱۹:۳۰
شیفت شب:	ورود: ۱۹	خروج: ۷:۳۰ صبح روز بعد

کارکنان ثابت صبح

شیفت صبح:	ورود: ۷ صبح	خروج: ۱۴:۰۰
پنج‌شنبه‌ها:	ورود: ۷ صبح	خروج: ۱۳:۰۰

قانون ارتقای بهره‌وری

کارکنان گروه بالینی پرستاری و آزمایشگاهی که در بخش خصوصی به امر پرستاری بر بالین بیمار اشتغال ندارند و فرم تعهد مربوطه را نیز تکمیل و به واحد امور اداری تحویل نموده‌اند، شامل قانون بهره‌وری می‌شوند. این‌گونه کارکنان از حداقل ۱۱ ساعت و حداکثر ۳۱ ساعت تقلیل ثابت ساعت کار موظف ماهیانه برخوردار می‌باشند و به ازای هر شیفت صبح یا عصر ایام تعطیل، به شرط حضور کامل در شیفت تعیین شده ۳ ساعت و به ازای هر شیفت شب از ۶ ساعت کارکرد مازاد برخوردار خواهند بود. عزیزی که در بخش خصوصی بر بالین بیمار اشتغال دارند (دو جا کار) مشمول قانون بهره‌وری نمی‌شوند و همواره ساعت کار موظف آنان کامل و معادل ۴۴ ساعت در هفته می‌باشد.

اضافه کار

وفق تبصره ۱ ماده ۸۷ آیین نامه اداری و استخدامی کارمندان غیر هیات علمی، تمامی کارمندان موسسه موظفند در ساعات تعیین شده به انجام وظایف مربوط بپردازند و در صورتی که در مواقع ضروری، خارج از وقت اداری مقرر و یا ایام تعطیل به خدمت آنان نیاز باشد، بر اساس اعلام نیاز موسسه، مکلف به انجام وظایف محوله در محل کار یا خارج از محل کار (حسب مورد برابر مقررات مربوطه) خواهد بود.

نحوه محاسبه اضافه کار

۱- پیمانی / رسمی / قراردادی

یک ساعت اضافه کاری = (حق شغل + حق شاغل + فوق العاده مدیریت + ضریب تعدیل + بند ی)

۱۷۶

۲- قراردادی مشاغل کارگری:

یک ساعت اضافه کاری برابر با ۱/۴ نرخ مزد روزانه می باشد.

نحوه ارتقاء کارمندان

ارتقاء طبقه:

شاغلین مجموعه مشاغلی که شرایط احراز تحصیلی آنها مدرک تحصیلی پایان دوره ابتدایی بوده است حداکثر تا طبقه ۷ ارتقاء می یابند.
 شاغلین مجموعه مشاغلی که شرایط احراز تحصیلی آنها مدرک تحصیلی پایان دوره راهنمایی بوده است حداکثر تا طبقه ۸ ارتقاء می یابند.
 شاغلین مجموعه مشاغلی که شرایط احراز تحصیلی آنها مدرک تحصیلی دیپلم می باشد حداکثر تا طبقه ۹ ارتقاء می یابند.
 شاغلین مجموعه مشاغلی که شرایط احراز تحصیلی آنها مدرک تحصیلی کاردانی می باشد حداکثر تا طبقه ۱۰ ارتقاء می یابند.
 شاغلین مجموعه مشاغلی که شرایط احراز تحصیلی آنها مدرک تحصیلی کارشناسی می باشد حداکثر تا طبقه ۱۲ ارتقاء می یابند.
 شاغلین مجموعه مشاغلی که شرایط احراز تحصیلی آنها مدرک تحصیلی کارشناسی ارشد می باشد حداکثر تا طبقه ۱۳ ارتقاء می یابند.
 شاغلین مجموعه مشاغلی که شرایط احراز تحصیلی آنها دکترای حرفه ای می باشد حداکثر تا طبقه ۱۴ ارتقاء می یابند.
 پزشکان متخصص و همچنین شاغلین مجموعه مشاغلی که شرایط احراز تحصیلی آنها مدرک تحصیلی دکترای تخصصی PhD می باشد حداکثر تا طبقه ۱۵ ارتقاء می یابند.

ارتقاء رتبه:

برای شاغلین مجموعه مشاغلی که تا سطح کاردانی می باشند مدت تجربه لازم برای کسب رتبه پایه ۸ سال می باشد.
 برای شاغلین مجموعه مشاغلی که تا سطح کاردانی می باشند مدت تجربه لازم برای کسب رتبه ارشد ۱۶ سال می باشد.
 برای شاغلین مجموعه مشاغلی که تا سطح کاردانی می باشند مدت تجربه لازم برای کسب رتبه خبره ۲۴ سال می باشد.
 برای شاغلین مجموعه مشاغلی که تا سطح کارشناسی و بالاتر می باشند مدت تجربه لازم برای کسب رتبه پایه ۶ سال می باشد.
 برای شاغلین مجموعه مشاغلی که تا سطح کارشناسی و بالاتر می باشند مدت تجربه لازم برای کسب رتبه ارشد ۱۲ سال می باشد.
 برای شاغلین مجموعه مشاغلی که تا سطح کارشناسی و بالاتر می باشند مدت تجربه لازم برای کسب رتبه خبره ۱۸ سال می باشد.
 برای شاغلین مجموعه مشاغلی که تا سطح کارشناسی و بالاتر می باشند مدت تجربه لازم برای کسب رتبه عالی ۲۴ سال می باشد.
 برای شاغلین مجموعه مشاغلی که تا سطح پایین تر از کاردانی می باشند مدت تجربه لازم برای کسب رتبه پایه ۸ سال می باشد.
 برای شاغلین مجموعه مشاغلی که تا سطح پایین تر از کاردانی می باشند مدت تجربه لازم برای کسب رتبه ارشد ۲۰ سال می باشد.
 جهت ارتقاء به رتبه پایه برای شاغلین مجموعه مشاغل کسب حداقل ۶۰ درصد امتیاز نمره ارزیابی لازم است.

جهت ارتقاء به رتبه پایه برای شاغلین مجموعه مشاغل، گذراندن ۳۰۰ ساعت دوره آموزشی در چارچوب نظام آموزشی کارمندان دولت لازم است.

جهت ارتقاء به رتبه ارشد برای شاغلین مجموع مشاغل، کسب حداقل ۷۰ درصد امتیاز نمره ارزیابی لازم است.

جهت ارتقاء به رتبه ارشد برای شاغلین مجموعه مشاغل گذراندن ۲۵۰ ساعت دوره آموزشی در چارچوب نظام آموزشی کارمندان دولت لازم است.

جهت ارتقاء به رتبه خبره برای شاغلین مجموعه مشاغل کسب حداقل ۸۰ درصد امتیاز نمره ارزیابی لازم است.

جهت ارتقاء به رتبه خبره برای شاغلین مجموعه مشاغل گذراندن ۲۰۰ ساعت دوره آموزشی در چارچوب نظام آموزشی کارمندان دولت لازم است.

جهت ارتقاء به رتبه عالی برای شاغلین مجموعه مشاغل کسب حداقل ۸۵ درصد امتیاز نمره ارزیابی لازم است.

جهت ارتقاء به رتبه عالی برای شاغلین مجموعه مشاغل گذراندن ۱۵۰ ساعت دوره آموزشی در چارچوب نظام آموزشی کارمندان دولت لازم است.

فرم خلاصه اطلاعات پرسنلی مربوطه توسط واحد کارگزینی در اختیار کارکنان واجد شرایط قرار داده می‌شود.

تکالیف عمومی کارکنان دولت

مستخدم مکلف است در حدود قوانین و مقررات احکام و اوامر رؤسای مافوق خود را در امور اداری اطاعت نماید. اگر مستخدم حکم یا امر مقام مافوق خود را بر خلاف قوانین و مقررات تشخیص دهد مکلف است کتباً مغایرت دستور را با قوانین و مقررات به مقام مافوق اطلاع دهد. در صورتی که بعد از این اطلاع مقام مافوق کتباً اجرای دستور خود را تأیید کرد مستخدم مکلف به اجرای دستور صادره خواهد بود.

مستخدم دولت باید از هر نوع عملی که موجب ایجاد وقفه در امور اداری کشور شود خودداری نماید.

خروج از تابعیت ایران و یا قبول تابعیت بیگانه به شرط گواهی وزارت امور خارجه موجب انفصال خدمت می‌شود.

مستخدم رسمی می‌تواند با یک ماه اعلام قبلی از خدمت دولت استعفا کند. در هیچ مورد استعفای او رافع تعهداتش در برابر دولت نخواهد بود. استعفا از تاریخی تحقق می‌یابد که وزارتخانه یا مؤسسه دولتی به موجب حکم رسمی با آن موافقت کند.

ظرف یک ماه باید جواب کتبی داده شود. عدم جواب کتبی یعنی قبول استعفا

مرجع رسیدگی به شکایت: دیوان عدالت اداری

قوانین و مقررات استخدامی

نمی‌توان جز در موارد مصرح در قانون، مستخدم رسمی را از پست سازمانی وی برکنار کرد مگر آنکه بلافاصله او را به پست سازمانی دیگری منصوب نمود.

در صورتی که به علت حذف پست سازمانی یا انحلال وزارتخانه یا شرکت یا مؤسسه دولتی به وجود یک یا عده‌ای از مستخدمین رسمی احتیاج نباشد، مستخدم یا مستخدمین مزبور به حال آماده به خدمت در می‌آیند.

هرگاه مستخدم به وزارتخانه، شرکت یا مؤسسه دیگری برود و پست او به دیگری واگذار شود، بعد از برگشتن تا زمانی که به پستی منصوب شود آماده به خدمت می‌گردد.

مدت قرارداد استخدام پیمانی بنا به تشخیص دستگاه ذیربط یک تا سه سال می‌باشد و تمدید آن تا زمان بازنشستگی در صورت وجود اعتبار و رضایت از خدمات مستخدم و طی دوره آموزشی مربوط برای ارتقای سطوح علمی و توانمندی و جلب رضایت مدیران ذیربط و ارباب رجوع بلامانع خواهد بود.

فسخ قرارداد استخدام پیمانی توسط هر یک از طرفین قرارداد با یک ماه اعلام قبلی قابل انجام می‌باشد، مگر آنکه در قرارداد مدت کمتری تعیین شده باشد.

مستخدمین پیمانی از نظر بیمه و بازنشستگی و نظایر آن مشمول مقررات قانون تأمین اجتماعی می‌باشند و سوابق خدمتی این‌گونه مستخدمین در دستگاه‌های دولتی و غیر دولتی از نظر بیمه و بازنشستگی با رعایت مقررات مربوط جزو سوابق مورد قبول محسوب می‌گردد.

کلیه ضوابط و مقررات اداری و استخدامی مربوط به مستخدمین رسمی در مورد مستخدمین پیمانی نیز ملاک عمل می‌باشد، موارد استثنا در اعمال مقررات و ضوابط فوق با تصویب شورای امور اداری و استخدامی کشور امکان‌پذیر است.

مستخدمین پیمانی می‌توانند در صورت نیاز با موافقت دستگاه استخدام کننده، متناسب با مدت قرارداد از مرخصی بدون حقوق استفاده نمایند.

اشتغال مستخدم پیمانی در سایر وزارتخانه‌ها و مؤسسات دولتی و نیز مؤسسات غیردولتی که طرف معامله با دستگاه دولتی متبوع مستخدم قرار دارند، ممنوع است.

با عنایت به عدم امکان ذخیره و یا بازخرید مرخصی مازاد بر ۱۵ روز کارکنان رسمی - پیمانی و قراردادی تبصره ۳ و همچنین مازاد بر ۹ روز کارکنان قراردادی مشاغل کارگری کارکنان می‌بایست، ضمن استفاده از مرخصی در طول ده ماهه اول سال، از موکول نمودن استفاده از مرخصی به ۲ ماه پایان سال خودداری نمایند.

انواع خدمات رفاهی (خدمات رفاهی جهت استفاده کارکنان رسمی، پیمانی، قراردادی و شرکتهای تامین نیرو می‌باشد.)

استفاده کارکنان از سرویس ایاب و ذهاب

تهیه لباس فرم مناسب برای کارکنان

سهمیه نهار به کارکنانی که به دلیل نیاز مرکز، حداقل تا ساعت ۱۶ می‌بایست در محل کار حاضر باشند.

وجود امکانات اقامتی در یکی از هتل‌های مشهد، جهت استفاده همکاران

استفاده از پارکینگ

اعطای تسهیلات به پرسنل در صورت نیاز آنها و براساس سهمیه و اولویت

استفاده از بیمه تکمیلی درمان کلیه کارکنان

امکان تقسیط مبلغ بیمه شخص ثالث خودرو

استفاده کارکنان خانم از مهد کودک جهت فرزندان زیر ۷۲ ماه

امکان استفاده کارکنان با هزینه کم از امکانات ورزشی (استخر، باشگاهها و...) استفاده کارکنان از خدمات رفاهی جانبی نظیر امکانات تخفیف رنگین کمان، تخفیف اغذیه و پوشاک ...

تأیید هسته گزینش

تبدیل وضعیت از آزمایشی رسمی به قطعی به کارمندانی که شرایط ورود به استخدام رسمی را کسب می‌نمایند قبل از ورود به خدمت رسمی یک دوره آزمایشی را که مدت آن حداقل یک و حداکثر دو سال است را طی می‌نمایند، سپس پس از کسب حداقل ۷۰٪ از جدول با شرایط لیاقت علمی-کاردانی شغلی-علاقه به کار-خلاقیات و نوآوری-روحیه خدمت به مردم-تکریم ارباب رجوع و رعایت نظم و انضباط اداری و تأیید هسته گزینش به استخدام قطعی تبدیل می‌گردد.

برخی از تخلفات اداری

- ۱- رفتار و گفتار خلاف شئون شغلی یا اداری
- ۲- ترک خدمت در خلال ساعات موظف اداری بدون هماهنگی با مافوق و بدون ثبت مرخصی
- ۳- تسامح در حفظ اموال و اسناد و وجوه دولتی و ایراد خسارات به اموال دولتی
- ۴- سرپیچی از اجرای دستورات مقامات بالاتر در حدود وظایف اداری
- ۵- ارائه گواهی یا گزارش خلاف واقع
- ۶- رعایت نکردن حجاب اسلامی
- ۷- غیبت غیرموجه به صورت متناوب یا متوالی
- ۸- داشتن شغل دولتی دیگر به استثنای سمت آموزش
- ۹- سوء استفاده از مقام و موقعیت اداری
- ۱۰- کارشکنی و شایعه پراکنی، وادار ساختن یا تحریک دیگران به کارشکنی یا کم‌کاری

ارزیابی عملکرد به عنوان یک ارزیابی دوره‌ای، رسمی و مکتوب از عملکرد شغلی کارکنان است، ارزیابی عملکرد در دوره‌های مشخص سالانه به صورت منظم و بر اساس شاخص‌های عمومی و اختصاصی مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. هدف از این امر سنجش

میزان تحقق اهداف سازمانی و افزایش بهره‌وری عملکرد کارمندان می‌باشد، گروه هدف ارزیابی عملکرد شامل کلیه مستخدمین غیرهیأت علمی مؤسسه (با حداقل ۶ ماه کارکرد) از جمله کارمندان رسمی، پیمانی، قراردادی (کارمعین، کارگری و ...) طرحی، مأمورین و .. می‌باشند شاغلین مؤسسه در چهار گروه مدیران میانی - مدیران پایه - کارکنان - کارکنان پشتیبانی - طبقه‌بندی می‌شوند.

تبدیل وضعیت کارمندان

کارمندان پیمانی شاغل که حداقل سه سال از استخدام پیمانی آنها گذشته باشد، می‌توانند به رسمی آزمایشی تبدیل شوند و چنانچه مدت ۵ سال از تاریخ استخدام پیمانی سپری شده باشد، مسئولین مربوطه مراتب را کتباً به مدیریت منابع انسانی دانشگاه ستاد ارسال می‌نمایند. شرایط تبدیل وضع به آزمایشی رسمی با احراز شرایط ذیل امکان‌پذیر می‌باشد: ۱. داشتن حداقل سه سال و حداکثر ۶ سال سابقه خدمتی پیمانی ۲. کسب حداقل ۶۰ درصد میانگین نمره ارزیابی عملکرد و سه سال آخر منتهی به سال تبدیل وضعیت خدمت به رسمی آزمایشی و گواهی آموزش توجیهی بدو خدمت.

مرکز آموزشی درمانی پژوهشی
شهید دکتر بهشتی (ره)

فصل دوم



اعتبار بخشی ملی بیمارستانها

سلامت یکی از مهم ترین نیازها و اساسی ترین حقوق مردم و همچنین از اولویت های اصلی به رسمیت شناخته شده است. نظر به اهمیت نظام سلامت در هر جامعه، بررسی و اعتبار بخشی خدمات بهداشتی درمانی از نظر کیفیت ارائه خدمت، روش و فرایند کار، تجهیزات و... از اهمیت ویژه ای برخوردار است. اعتبار بخشی به عنوان یکی از معتبرترین و شناخته شده ترین روش های ارزیابی نظام مند مبتنی بر کیفیت و ایمنی مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت در راستای دستیابی به اهداف متعالی خود و در نهایت تعیین درجه اعتبار هر مرکز، نیازمند به ارزیابی صحیح و با کیفیت است.

روش ارزیابی اعتباربخشی

با توجه به اهمیت استقرار نظام مستمر اعتباربخشی در سیح بیمارستان ها، اعتباربخشی بیمارستانها، در راستای نهادینه سازی و استقرار پایدار استانداردهای ابلاغی و ارتقا عملکرد بیمارستانها شامل سه مرحله به شرح زیر است:

الف- ارزیابیهای ادواری و سرزده اعتباربخشی

ب- ارزیابی جامع و ممیزی نهایی شامل مراحل:

ب-۱ خود ارزیابی بیمارستانها و بارگذاری مستندات

ب-۲ ارزیابی جامع طبق برنامه زمان بندی ستاد، صدور کارنامه و گواهینامه

ب-۳ رسیدگی به اعتراضات و در صورت تایید دانشگاه مربوطه و کمیته اجرایی ارزیابی مجدد

الف- ارزیابیهای ادواری و سرزده اعتباربخشی

پیرو ابلاغ استانداردهای نسل نوین اعتباربخشی بیمارستانها و استقرار و اجرای آن در بیمارستانهای کشور و همچنین ابلاغ مقام عالی وزارت پیرو بخشنامه شماره ۱۵۵۶/۱۰۰ مورخ ۱۳۹۹/۱۰/۰۳ و همچنین نامه شماره ۴۰۰/۲۳۷۶۵ مورخ ۱۳۹۶/۱۰/۰۱ در خصوص اجرای اعتباربخشی جامع بیمارستانها در بازه زمانی دو ساله، به منظور نظارت بر روند استقرار استانداردها و کسب اطمینان از بهبود مستمر کیفیت خدمات و نیز حفظ آمادگی بیمارستانها جهت اعتباربخشی جامع در روند دو ساله، برنامه ریزی و اجرا بازدیدهای ادواری مورد تاکید می باشد. این بخش از فرایند اعتباربخشی مبتنی بر بازدیدهای مستمر با هدف کسب اطمینان از بهبود کیفیت خدمات، با مشارکت ارزیابان آموزش دیده، کارشناسان ستادی دانشگاهها و وزارت متبوع تدوین و در دانشگاههای علوم پزشکی (حداقل یکبار در سال) لازم الاجرا می باشد. نتایج بازدیدهای ادواری مطابق با چک لیستهای ارزیابی ادواری که پس از بازنگری متعاقباً ابلاغ می گردند و همچنین گزارش بازخورد بر اساس شاخصهای کلیدی از نتایج بازدیدهای سرزده اعتباربخشی که توسط سرپرست تیم ارزیابی و با محوریت مرکز نظارت و اعتباربخشی معاونت درمان برنامه ریزی و اجراء می گردد، در سامانه اعتباربخشی بیمارستانها به عنوان سوابق بیمارستان ثبت و در صورت تایید آن توسط کمیته اجرایی ستاد در نتایج نهایی بیمارستانها لحاظ خواهد شد.

ب- ارزیابی جامع و ممیزی نهایی

ب-۱ خود ارزیابی بیمارستان‌ها و بارگذاری مستندات

تمامی بیمارستان‌ها مشمول خود ارزیابی می‌باشند. این مرحله از فرایند ارزیابی با هدایت تیم رهبری و مدیریت بیمارستان انجام می‌شود. توصیه می‌شود هر یک از بیمارستان‌ها خود ارزیابی‌های مکرر را با رویکرد بازنگری و بهبود مستمر کیفیت برنامه ریزی و انجام داده و نسبت به ثبت نتایج آخرین خود ارزیابی در سامانه ملی اعتباربخشی مطابق تقویم زمانی اعلام شده، اقدام نمایند. این مرحله از ارزیابی شامل تکمیل بسته خود ارزیابی در سامانه و بارگذاری مستندات شامل تمامی روش‌ها، دستور العمل‌ها، صورتجلسات، شاخص‌ها و نتایج آن‌ها، اطلاعات پرسنلی، اطلاعات قراردادهای و برون سپاری‌ها و... در بازه زمانی تعیین شده از سوی وزارت متبوع می‌باشد. مسئولیت صحت و محرمانگی اطلاعات و مستندات ثبت شده با رئیس / مدیرعامل بیمارستان بوده و پس از ثبت نهایی قابل ویرایش نخواهد بود. دانشگاه علوم پزشکی مربوطه با بررسی سوابق عملکردی بیمارستان‌های تحت پوشش خود در صورت تایید، نتایج خود ارزیابی را از طریق سامانه ارسال و در صورت لزوم نسبت به اصلاح و تایید مجدد اقدام می‌نماید. بدیهی است با عنایت به اینکه فرایند خود ارزیابی بیمارستان‌ها از طریق یک ارزیابی درون سیستمی توسط چک لیست‌های فراهم شده منطبق با استانداردهای مدون، به عنوان پیش نیاز فرایند اعتباربخشی، باعث تغییرات اساسی در فعالیت‌های مدیریتی، درمانی و بهداشتی سازمان می‌گردد و متعاقب آن روند بهبود کیفیت مستمر، شناسایی، توسعه، طراحی، اقدام و اجرا می‌گردد.

تبصره ۱- هرگونه روند منجر به ارتقاء از وضعیت کیفی نتایج خود ارزیابی بیمارستان‌ها نسبت به ارزیابی جامع و همچنین وجود فاصله امتیازی کم بین ارزیابی داخلی و ارزیابی جامع انجام شده، در کارنامه عملکردی بیمارستان‌ها به عنوان نتایج مثبت، ثبت و تحلیل خواهد شد.

تبصره ۲- با توجه به اینکه **سنجه‌های غیر قابل ارزیابی (NA)** مواردی هستند که مطابق آیین نامه تاسیس و اداره بیمارستان‌ها در مأموریت‌های بیمارستان پیش بینی نشده، در مرحله خود ارزیابی توسط بیمارستان در سامانه اعتباربخشی اعلام می‌شود. در این خصوص بسته‌های ارزیابی سنجه‌های غیر قابل ارزیابی تدوین و آموزش این سنجه‌ها برای کلیه ذی نفعان انجام گرفته است. بدیهی است دانشگاه علوم پزشکی مرتبط؛ مسئولیت تایید و ارسال نهایی سنجه‌های غیر قابل ارزیابی بیمارستان‌ها از طریق سامانه اعتباربخشی را برعهده دارد.

شهید دکتر بهشتی (ره)

ب-۲ ارزیابی جامع طبق برنامه زمان بندی ستاد، صدور کارنامه و گواهینامه

اعتباربخشی بیمارستان‌ها با استفاده از ارزیابان کشوری و دانشگاهی با محوریت مرکز نظارت و اعتباربخشی معاونت درمان وزارت متبوع برنامه ریزی و اجراء می‌گردد. با توجه به رویکرد ارزیابی مستمر اعتباربخشی، مطابق تقویم کشوری اعتباربخشی با لحاظ شرایط جغرافیایی و منطقه ای، آب و هوایی، فصلی، سوابق ارزیابی و اعتبار گواهینامه‌ها و ... به تدریج تمامی بیمارستان‌ها ارزیابی و پس از صدور کارنامه، گواهی‌نامه‌های دو ساله صادر می‌گردد.

تبصره ۱- ارزیابی نهایی بیمارستان براساس تعداد تخت و تنوع تخصصی طی یک الی سه روز برنامه ریزی و اجراء می‌شود.

تبصره ۲- ترکیب تیم ارزیابی شامل:

۱. ارزیاب ارشد (از بین ارزیابان آموزش دیده مدیریتی یا بالینی اعزامی توسط مرکز نظارت و اعتباربخشی امور درمان)
۲. ارزیاب مدیریتی (اعزامی توسط مرکز نظارت و اعتباربخشی امور درمان)
۳. ارزیاب بالینی (اعزامی توسط مرکز نظارت و اعتباربخشی امور درمان)
۴. ارزیاب بهداشتی (از دانشگاه ارزیابی شونده)

تبصره ۳- در بیمارستانهای بالای ۳۰۰ تختخواب به فراخور شرایط، با تایید ستاد وزارت متبوع، ارزیابان بالینی و مدیریتی از بین ارزیابان دانشگاهی/قطبی/کشوری افزوده خواهند شد.

تبصره ۴- سرپرست تیم ارزیابی وظیفه ارزیابی مجوزهای قانونی مرتبط با تاسیس و بهره برداری از بیمارستان را قبل از ورود بیمارستان به فرایند ارزیابی جامع، بررسی شواهد و مستندات بارگذاری شده از طریق سامانه، بررسی اولیه سنجه‌های مرتبط با مستندات، بررسی نتایج خود ارزیابی بیمارستان‌ها و برنامه‌ریزی و هماهنگی و طراحی نقشه ارزیابی را بر عهده دارد. سرپرست تیم ارزیابی همچنین وظیفه نظارت و ارزیابی کیفیت کار سایر ارزیابان و جمع بندی گزارش نهایی جهت ارائه به بیمارستانها بر عهده دارد.

تبصره ۵- ارزیابان اعزامی موظف به انجام فرآیند ارزیابی طبق آموزش‌ها و راهنماهای ارائه شده براساس بسته محوله، ثبت نتایج و بارگذاری در سامانه اعتباربخشی ظرف مدت سه روز می‌باشند.

تبصره ۶- سایر ارزیابان مورد تائید معاونت درمان که پس از طی مراحل گزینش و انتخاب نهایی، آموزش‌های مستمر را به صورت حضوری/مجازی دیده‌اند، جهت ارزیابی سایر حوزه‌های مرتبط بکارگیری خواهند شد.

تبصره ۷- نحوه امتیازدهی در مراحل خود ارزیابی و ارزیابی نهایی بر اساس درصد تحقق به هر سنجه است و امتیاز آن از صفر تا ۱۰ می‌باشد.

ب-۳ رسیدگی به اعتراضات و در صورت تایید دانشگاه مربوطه و کمیته اجرایی ارزیابی مجدد

پس از انجام ارزیابی جامع و انجام فرآیندهای مرتبط، کارنامه و گواهی نامه بیمارستانها صادر می گردد. حداکثر یک ماه پس از صدور گواهی نامه، در صورت اعتراض بیمارستان به نتیجه نهایی (با توجه به معیارهایی که متعاقباً توسط کمیته اجرایی تعیین و ابلاغ خواهد شد)، مستندات مربوط به تفکیک هر یک از محورها و با ذکر دلایل توجیهی، پس از تایید دانشگاه علوم پزشکی مربوطه، جهت بررسی در "کمیته اجرایی اعتباربخشی" به مرکز نظارت و اعتباربخشی معاونت درمان ارسال می گردد.

لازم به ذکر است در صورت تصویب در کمیته اجرایی اعتباربخشی، بازدید مجدد طی سه ماه برنامه ریزی و در نهایت گواهی نامه مجدد برای بیمارستان صادر خواهد شد. بدیهی است بررسی اعتراضات و صدور گواهی نامه مجدد مستلزم پرداخت هزینه طبق تعرفه ابلاغی خواهد بود.

رتبه بندی اعتباربخشی

بیمارستانها در شش رتبه؛ عالی، یک برتر، یک، دو، سه و چهار قرار خواهند گرفت. بیمارستانهایی که موفق به کسب حداقل امتیاز برای کسب رتبه چهار نشوند زیر استاندارد محسوب شده و برابر مقررات و ضوابط مربوط اقدام خواهد شد.

تبصره ۱- شرایط کسب هر یک از شش نوع رتبه / درجه اعتباربخشی با لحاظ درصد تحقق در هر یک سنجه های سطح یک، دو و سه در استانداردهای محورهای ۱۹ گانه، درصد تحقق استانداردهای ایمنی بیمار، درصد تحقق استانداردهای محور مراقبت های حاد و اورژانس و درصد تحقق سنجه های سطح دو از استانداردها در هر یک از بخش های رهبری و مدیریت، مراقبت و درمان و حمایت از گیرنده خدمت اعلام خواهد شد.

تبصره ۲- انتخاب بیمارستان های کاندید یک عالی از بین ۱۰ بیمارستان اول و انتخاب بیمارستان های کاندید یک برتر از بین ۳۰ بیمارستان بعدی با لحاظ درصد تحقق کل، درصد تحقق در هر یک سنجه های سطح یک، دو و سه در استانداردهای محورهای ۱۹ گانه، درصد تحقق استانداردهای ایمنی بیمار، درصد تحقق استانداردهای محور مراقبت های حاد و اورژانس و درصد تحقق سنجه های سطح دو از استانداردها در هر یک از بخش های رهبری و مدیریت، مراقبت و درمان و حمایت از گیرنده خدمت صورت می پذیرد. بدیهی است در خصوص تایید بیمارستان های حائز رتبه عالی پس از ارزیابی میدانی و در خصوص بیمارستان های حائز رتبه یک برتر پس از بررسی نتایج و سوابق در کمیته اجرایی اعتباربخشی مطابق با ضوابط و معیارهایی که متعاقباً اعلام می گردد، تصمیم گیری خواهد شد.

شهید دکتر بهشتی (ره)

تقریباً ۳- یادآوری می‌گردد؛ هر چند در نسخه‌های پیشین اعتباربخشی ملی بیمارستان‌ها، موارد مرتبط با قانون انطباق امور اداری و فنی مؤسسات پزشکی با موازین شرع مقدس، مورد ملاحظه بوده است، لیکن در دوره جدید با وضوح بیشتر در سنج‌های اعتباربخشی دیده خواهد شد و در ارزیابی جامع و رتبه‌بندی بیمارستان‌ها نقش پررنگ‌تری خواهد یافت. بدیهی است در صورت عدم کسب حداقل امتیاز مورد نظر این حوزه، بیمارستان واجد شرایط کسب رتبه عالی و یک برتر نخواهد بود.

مجتمع آموزشی پژوهشی درمانی شهید بهشتی (ره) - امیرالمومنین (ع) در آخرین دوره اعتباربخشی جامع در سال ۱۴۰۱ موفق به کسب رتبه درجه یک گردیده است.



فرایند اعتباربخشی در حال حاضر بر اساس راهنمای جامع استانداردهای اعتباربخشی ملی بیمارستانهای ایران ویرایش پنجم صورت می گیرد این کتابچه در سامانه اعتباربخشی ملی ایران به آدرس <https://accreditationapp.behdasht.gov.ir> قابل دسترسی می باشد. بعلاوه در این سامانه کلیه دستورالعمل های ابلاغی در محورهای مختلف اعتباربخشی قابل دسترسی بوده و به سوالات مختلف نیز پاسخ داده شده است. کارکنان مجتمع می توانند برای دسترسی به این کتابچه و همچنین کلیه دستورالعمل های مرتبط با فرایند اعتباربخشی به آدرس زیر در سیستم های رایانه ای خود در مجتمع مراجعه نمایند:

اعتباربخشی \ بیمارستان شهید بهشتی (U:Public)

مرکز آموزشی درمانی پژوهشی
شهید دکتر بهشتی (ره)



آدرس: قم - میدان امام خمینی (ره) - بلوار شهید بهشتی - مرکز
آموزشی، پژوهشی، درمانی شهید آیت الله دکتر بهشتی