

کد: 5.G.QLB.33.AH

تاریخ تدوین: ۹۱/۰۲/۰۱

تاریخ بازنگری: ۹۸/۰۷/۰۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۹۹/۰۷/۰۱

Amir Almomenin Hospital



کتابچه عمومی آشناسازی

کارکنان جدیدالورود

واحد بهبود کیفیت

بیمارستان حضرت امیرالمومنین (ع) - اصفهان

ویرایش پنجم - ۱۳۹۸

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
	فصل اول: معرفی کلی بیمارستان
۴	معرفی بیمارستان - تاریخچه
۵	نقشه راهنمای ساختمان
۶	ویژگی های فرهنگی و بومی مردم منطقه
۶	رسالت و چشم انداز بیمارستان
۶	رعایت حقوق گیرندگان خدمت
۱۰	ایمنی بیمار و مدیریت خطر
۱۱	مدیریت خطا
۱۳	برنامه کنترل عفونت
۱۵	آتش نشانی
۱۸	مدیریت در بلا و بحران
۲۵	نمودار و سلسله مراتب سازمانی
۲۶	قوانین مربوط به رعایت استانداردهای پوشش بیماران و کارکنان
۲۶	امور اداری و مالی
۳۱	آخرین دستورالعمل ها
۳۲	منابع

فہمیں اول

معرفی کلی بیمارستان

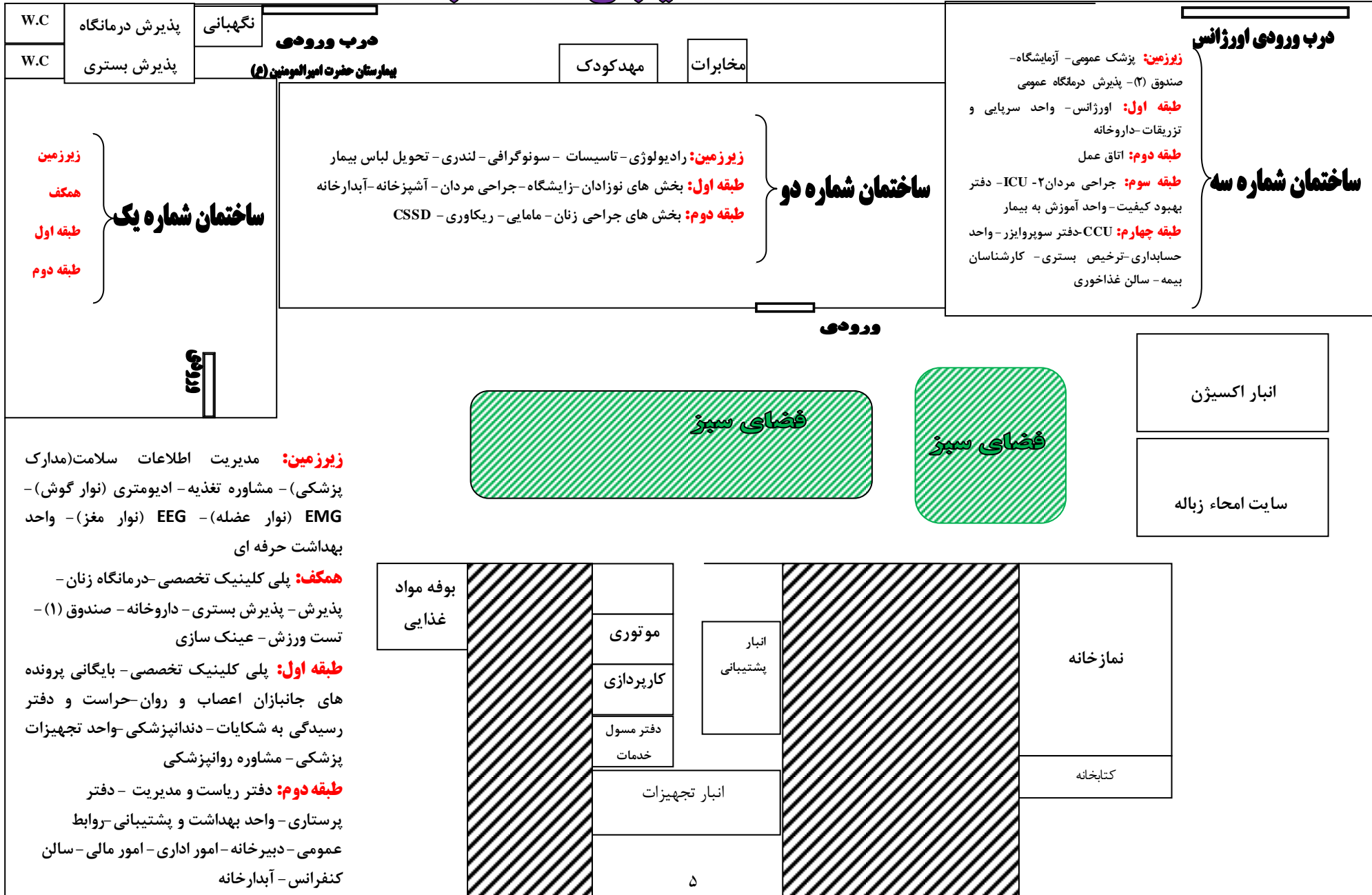
معرفی بیمارستان

بیمارستان حضرت امیرالمومنین (ع) در سال ۱۳۲۸ به همت مرحوم رحیم زاده یکی از خیرین شهر اصفهان احداث و برای ارائه خدمات درمانی به مردم مستمند و بی بضاعت وقف گردید. در سال ۱۳۶۱ به دلیل مشکلات مالی تعطیل شد و در سال ۱۳۶۲ به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تحویل و اورژانس روان پزشکی در آن راه اندازی گردید و لیکن در سال ۱۳۶۸ با مستهلک شدن تاسیسات و امکانات زیربنایی و تخریب ساختمان و ابنیه دوباره در آستانه تعطیلی قرار گرفت. در این زمان بنیاد جانبازان و مستضعفان استان پس از اخذ موافقت متولی وقف به منظور راه اندازی مرکز درمانی ویژه ی جانبازان و ایثارگر ان معزز انقلاب اسلامی با دانشگاه علوم پزشکی وارد مذاکره شده و پس از توافق اولیه به موجب انعقاد توافق نامه رسمی ، بیمارستان را تحویل گرفت، سپس با بازسازی و گسترش فضای فیزیکی، پلی کلینیک تخصصی با زیر بنای ۱۰۰۰ مترمربع در چهار طبقه و ساختمان قدیمی با زیر بنای ۵۰۰۰ متر مربع شامل: بخش های جراحی مردان و زنان، مامایی، نوزادان، زایشگاه، اتاق عمل، واحدهای پاراکلینیکی، تاسیسات ، ... و نهایتا در سال ۱۳۶۹ کل مجموعه راه اندازی گردید. در سال ۱۳۸۲ احداث پروژه ای با زیر بنای ۲۵۰۰ متر مربع در پنج طبقه به منظور راه اندازی واحدهای مورد نیاز جامعه هدف شامل اورژانس، بخش های ICU، CCU، گسترش اتاق عمل و واحدهای پاراکلینیک اعم از رادیولوژی، سونوگرافی، آزمایشگاه و ... آغاز شد . در سال ۱۳۸۷ فاز اول پروژه شامل اورژانس و واحدهای پاراکلینیکی ، سال ۸۸ فاز دوم شامل گسترش اتاق عمل و بخش ویژه بستری ، سال ۱۳۹۱ فاز سوم شامل CCU و سال ۱۳۹۲ فاز چهارم شامل ICU افتتاح گردید.

مشخصات بیمارستان

در حال حاضر بیمارستان حضرت امیرالمومنین (ع) اصفهان با داشتن ۱۰۰ تخت و تعداد حدود ۴۰۰ نیروی انسانی به عنوان یک بیمارستان خصوصی، وابسته به بنیاد شهید و امور ایثارگران، جنرال و درجه یک با همکاری برجسته ترین پزشکان فوق تخصصی و متخصص و تلاش صادقانه پرسنل متعهد و مجرب و با بهره مندی از بخش های اورژانس، اتاق عمل، جراحی مردان و زنان، ویژه، CCU، ICU، مامایی، زایشگاه، نوزادان، پلی کلینیک فوق تخصصی و تخصصی شامل درمانگاه های اطفال و نوزادان، ارتوپدی، اورولوژی، نفرولوژی، جراحی عمومی، داخلی قلب، پوست، چشم پزشکی، داخلی، گوش و حلق و بینی، زنان و زایمان ، داخلی اعصاب، جراحی اعصاب ، آنکولوژی، روانپزشکی، روانپزشکی اطفال، ... و واحدهای پاراکلینیکی شامل آزمایشگاه، پاتولوژی، رادیولوژی، سونوگرافی، داروخانه، دندانپزشکی، اودیومتری، E.E.G، E.M.G، روانشناسی، تغذیه، اسپیرومتری و عینک سازی هم چنین واحد آندوسکوپی و کولونوسکوپی افتخار ارایه ی خدمات ویژه ی درمانی به خانواده ی معظم شهدا – جانبازان و ایثارگران معزز انقلاب اسلامی و سایر اقشار محترم جامعه را دارد.

خیابان احمدآباد



ویژگی های فرهنگی و بومی مردم منطقه بیمارستان

فرهنگ بومی مردم این منطقه به طور غالب سنتی و اهالی محل در زمینه رعایت اصول شرعی و اخلاقی از جمله اجرای طرح انطباق مقید و نسبت به چگونگی محاسبه نرخ تعرفه های درمانی دقیق و حساب گر و در پرداخت هزینه های درمانی تا حدودی کم توان و در عین حال به پزشکان و پرسنل شاغل و کیفیت خدمات درمانی این مجموعه درمانی اعتماد و اطمینان ویژه ای دارند.

ماموریت مرکز (Mission)

رسالت این بیمارستان ارائه خدمات تشخیصی، درمانی و مراقبتی با هدف ارتقاء سطح سلامت، ایمنی و رضایتمندی گیرندگان خدمت با رعایت ارزش های ملی، استانداردهای اعتباربخشی، حفظ کرامت انسانی و اولویت در پذیرش خانواده معظم شهدا، جانبازان، ایثارگران و خانواده گرامیشان می باشد.

چشم انداز (Vision)

ما بر آنیم با ارائه خدمات درمانی و مراقبتی مطلوب و با کیفیت به عنوان یک بیمارستان برتر و ایمن در سطح کشور شناخته شویم.

ارزش ها (values)

- ♦ پایبندی به ارزش های اسلامی
- ♦ رعایت حقوق بیمار و حفظ کرامت انسانی
- ♦ رعایت عدالت در ارائه خدمات
- ♦ اجرای طرح انطباق
- ♦ ایمنی و ملاحظات زیست محیطی

تشخیص ارزش ها و عقاید گیرندگان خدمت و رعایت حقوق آنان

تاریخچه:

انگیزه حرکت برای تدوین منشور حقوق بیمار با انتشار اعلامیه جهانی حقوق بشر در سال ۱۹۴۷ آغاز شد که در آن مردم خواستار برابری حقوق برای دسترسی به خدمات بهداشتی و اجتماعی شدند. اولین گروه حرفه ای که اعلامیه حقوق بیمار را منتشر کرد اتحادیه ملی پرستاری در سال ۱۹۵۹ بود. در سال ۱۹۷۳ انجمن بیمارستان های آمریکا لایحه حقوق بیماران به همراه مثال های اجرایی و مستند را تحت عنوان لایحه حقوق بیماران منتشر کرد.

حقوق بیمار در ایران

- منشور حقوق بیمار در سال ۱۳۸۰ توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین گردید که شامل ۱۰ بند بود.
- این منشور دارای کاستی هایی بود لذا بررسی مجدد در زمینه ی محورهای حقوق بیمار صورت گرفت و منشور جدید در آبان ماه سال ۱۳۸۸ توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به تمامی دانشگاه ها ابلاغ گردید.

منشور حقوق بیمار

- مقدمه
- بینش و ارزش
- محورهای پنجگانه حقوق
- راهکارهای عملیاتی کردن حق پیشنهادی

مقدمه:

نظام سلامت کارآمد نیازمند مشارکت فعالانه بین گیرندگان و ارائه کنندگان خدمات سلامت می باشد. ارتباط مناسب و صادقانه، احترام به ارزش های شخصی و حرفه ای و حساسیت نسبت به تفاوت های موجود، لازمه ی مراقبت مطلوب از بیمار است. به عنوان یکی از ارکان

ارائه خدمات سلامت، بیمارستان‌ها باید نهادی برای درک و احترام به حقوق و مسؤولیت‌های بیمار، خانواده‌ی آنان، پزشکان، پرستاران و سایر مراقبت‌کنندگان باشند. بیمارستان‌ها باید به جنبه‌های اخلاقی مراقبت واقف بوده و به آن احترام گذارند.

- اثربخشی مراقبت و بهره‌مندی بیمار از نتایج مثبت درمان تا حدودی بستگی به مسؤولیت‌پذیری بیمار دارد. شایسته است بیماران اطلاعات مربوط به سابقه‌ی بیماری‌ها، بستری شدن در بیمارستان، مصرف داروها و سایر مطالب مربوط به وضعیت سلامتی را به طور صادقانه گزارش دهند و از هرگونه تغییر در روند درمانی بدون اطلاع پزشک مسئول خود بپرهیزند.
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی امیدوار است در سایه تعامل مناسب ارائه‌دهندگان و گیرندگان خدمات سلامت نسبت به وظایف خود و احترام به حقوق دیگری، سلامت جامعه در بالاترین سطح ممکن تأمین گردد. بر این اساس منشور حقوق بیمار با هدف تبیین حقوق گیرندگان این خدمات و به شرح ذیل تنظیم گردیده است:

بینش و ارزش:

- یکایک افراد جامعه متعهد به حفظ و احترام به کرامت انسان‌ها می‌باشند. این امر در شرایط بیماری از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. بر اساس قانون اساسی توجه به کرامت والای انسانی از اصول پایه نظام جمهوری اسلامی بوده و 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 ارائه‌کنندگان و گیرندگان خدمات سلامت تنظیم شده است.

منشور حقوق بیمار در ایران

- محور اول: دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است.
- محور دوم: اطلاعات باید به نحو مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمار قرار گیرد.
- محور سوم: حق انتخاب و تصمیم‌گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت باید محترم شمرده شود.
- محور چهارم: ارائه خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار و رعایت اصل رازداری باشد.
- محور پنجم: دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات حق بیمار است.

✚ محور اول: دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است.

• ارائه خدمات سلامت باید:

- (۱-۱) شایسته‌شان و منزلت انسان و با احترام به ارزش‌ها، اعتقادات فرهنگی و مذهبی باشد.
- (۱-۲) بر پایه‌ی 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) 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 تأمین کلیه امکانات رفاهی پایه و ضروری و به دور از تحمیل درد و رنج و محدودیت‌های غیر ضروری باشد.
- (۱-۹) توجه ویژه‌ای به حقوق گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه از جمله کودکان، زنان باردار، سالمندان، بیماران روانی، زندانیان، معلولان ذهنی و جسمی و افراد بدون سرپرست داشته باشد.
- (۱-۱۰) در سریعترین زمان ممکن و با احترام به وقت بیمار باشد.
- (۱-۱۱) با در نظر گرفتن متغیرهایی چون زبان، سن و جنس گیرندگان خدمت باشد.
- (۱-۱۲) در مراقبت‌های ضروری و فوری (اورژانس)، بدون توجه به تأمین هزینه‌ی آن صورت گیرد. در موارد غیرفوری (الکتیو) بر اساس ضوابط تعریف شده باشد.
- (۱-۱۳) 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.

(۱-۱۴) در مراحل پایانی حیات که وضعیت بیماری غیر قابل 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.

❖ احتضار به وضعیت بیماری غیر قابل علاج و غیر قابل برگشت اطلاق می‌شود که مرگ قریب‌الوقوع اجتناب‌ناپذیر است.

➤ **محور دوم: 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 سیستم های حمایتی در زمان پذیرش

(۲-۱-۳) نام، مسؤولیت و رتبه‌ی حرفه‌ای اعضای گروه پزشکی مسئول ارائه مراقبت از جمله پزشک، پرستار و دانشجو 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، پیش آگهی 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 تصویر اطلاعات ثبت‌شده در پرونده‌ی بالینی خود دسترسی داشته باشد و آن را دریافت نموده و تصحیح اشتباهات مندرج در آن را درخواست نماید.

➤ **محور سوم: 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 ارائه‌کننده‌ی 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 پژوهش‌های زیستی با اطمینان از اینکه تصمیم‌گیری وی تأثیری در تداوم و نحوه دریافت خدمات سلامت ندارد.

(۳-۱-۴) قبول یا رد درمان های 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.

✚ **محور چهارم: ارائه خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار 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.

✚ **محور پنجم: 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 عهده‌ی 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.

ایمنی بیمار و مدیریت خطر

اولین و مهم ترین الزام در هر بیمارستان آسیب نرساندن به بیماران است.

ایمنی بیمار و کیفیت مراقبت سلامت:

- در مراقبت سلامت "کیفیت و ایمنی" کاملاً بهم مرتبط هستند.
- ارائه مراقبت ایمن و با کیفیت بالا، وظیفه حرفه ای، اخلاقی و قانونی متخصصین مراقبت سلامت است.
- تحقیق و بررسی بر روی موضوع ایمنی مانند پوست کندن پیاز است، هر چه بیشتر بررسی کنید، یافته های بیشتری خواهید یافت و هر چه بیشتر می یابید، بیشتر شگفت زده خواهید شد و نگرانی شما بیشتر خواهد شد.

تعریف ایمنی بیمار:

فقدان وجود هرگونه صدمه و آسیب اتفاقی

عواقب مراقبت غیر ایمن:

- ✓ مراقبت های اضافی و طولانی تر شدن مدت اقامت بیمار برای جبران صدمات وارده
- ✓ هزینه های بالای ارائه مراقبت های اضافی
- ✓ کاهش رضایتمندی بیماران و همراهان ایشان و در نتیجه کاهش شهرت موسسات درمانی
- ✓ اثرات روانی و جسمی منفی بر کارکنان و تاثیر مستقیم آن بر عملکرد ایشان
- ✓ آسیب دیدن تجهیزات پزشکی، وسایل و ساختمان
- ✓ افزایش احتمال شکایت از مراکز درمانی و کارکنان و بار حقوقی و فشارهای ناشی از آن

فرهنگ ایمنی بیمار

اگر بستری مناسب برای پرداختن به ایمنی بیمار در سازمان مهیا نباشد و به عبارتی فرهنگ ایمنی بیمار نهادینه نشده باشد، امید به اجرای موفق برنامه های ایمنی بیمار امری بیهوده است. این فرهنگ باید در تمام اجزاء سازمان اعم از مدیریت و کارکنان ساری و جاری باشد و الا مصداق همان عبارت اینگلیسی خواهد بود که «فرهنگ، استراتژی را به عنوان صبحانه می خورد». وقتی می توان گفت در سازمانی، این فرهنگ جاری است که در قبال بروز حوادث ناخواسته درمانی، افراد مورد سرزنش بی مورد و ناعادلانه (Fair to blame culture) قرار نگیرند. با توه به این نکته که در سیستم های خدمات درمانی اکثریت قاطع خطاها زمینه سیستمیک است، نه برخورد فردی و تنبیه اشخاص. تا زمانی که بستر بروز خطا وجود دارد امکان بروز آن نیز هست. «نباید فرد را به خاطر سرخوردن روی سطح لغزنده کرد بلکه باید لغزندگی را مرتفع نمود».

همواره باید مدنظر داشت که هر فردی که خطایی از او به عنوان آخرین حلقه زنجیره خطا و لبه تیز آن سر زده الزاماً فرد بدی نیست. باید بدانیم که خطاهای درمانی به واسطه وجود سیستم های نامناسب، فرصت بروز می یابند و نه به علت وجود افراد. به عبارتی سیستم هایی با طراحی نامناسب، مسیر بروز خطا را هموار می نمایند. بنابراین ما باید سیستم ها را به گونه ای طراحی کنیم که انجام درست امور را تسهیل و در مقابل اقدامات مخاطره آمیز ممانعت ایجاد نمایند. با تمام این تفاسیر باید بین سرزنش و لزوم پاسخگویی و مسوولیت پذیری در قبال رفتار خود تفاوت قائل شویم. کلیه افراد سازمان اعم از مدیریت و کارکنان در قبال حفظ سلامت و ایمنی بیماران خود مسوولند و باید نهایت تلاش خود را در این راستا بنمایند.

اگر چه بروز خطا در اثر عوامل انسانی قابل اغماض و گذشت است ولی خودداری از درس آموختن از وقایع رخ داده و به طریق اولی امتناع از استفاده از نتایج حاصله که باعث پیشگیری از بروز مجدد خطا می شود نابخشودنی است.

خصوصیات یک فرهنگ ایمنی مطلوب

در یک سازمان با فرهنگ مطلوب ایمنی باید کارکنان بتوانند نظرات خود را آزادانه بیان کنند و در مواردی که حادثه ناخواسته ای به علت مشکلات سیستم و یا عوامل انسانی در شرف وقوع است به موقع در این خصوص اعلان خطر نمایند.

چهار خصوصیت عمده فرهنگ مطلوب ایمنی عبارتند از:

۱. امنیت روانی: به این معنا که افراد در قبال اظهار نظر آزادانه و گزارش وقایع از حمایت و اعتماد سازمان برخوردار باشند.
۲. مدیریت: در ایجاد محیطی که در آن کلیه کارکنان بتوانند به راحتی دغدغه های خویش را بیان نمایند، نقش فعالانه خواهد داشت.

۳. **شفافیت:** باید در سازمان به گونه ای باشد که درخصوص مشکلات مربوط به ایمنی بیمار پنهان کاری صورت نگیرد. به این طریق کارکنان این اعتماد را در حد اعلی خواهند داشت که سازمان از خطاها، درس گرفته و از آنان در راستای ارتقاء سیستم استفاده خواهد نمود.

۴. **انصاف:** به شکلی رعایت شود که کارکنان بدانند به خاطر خطاهایی که مبتنی بر نواقص سیستم است تنبیه و سرزنش نخواهند شد.

چه باید بکنیم

ایجاد فرهنگ مناسب در سازمان و جامعه
نگرش سیستمیک به حوادث ناخواسته درمانی (۹۶٪ منشاء سیستمیک و ۴٪ منشاء فردی)
فرهنگ عاری از سرزنش (مشارکت در گزارش دهی پرسنل و حل مشکلات)
حمایت از کارکنان

مشارکت بیماران و خانواده هایشان در حل مشکلات
ایجاد سیستم گزارش دهی - یادگیری
تجزیه و تحلیل علیتی خطاها
+ مدیریت خطاها

خطا چیست؟

خطا عبارت است از شکست در انجام کامل یک فعالیت برنامه ریزی شده مطابق با برنامه (خطای اجرایی) و یا استفاده از یک برنامه غلط برای رسیدن به یک هدف (خطای برنامه ریزی)

+ چه موقع یک خطا موجب بروز حادثه میشود؟

هنگامی که خطا منجر به وارد آمدن آسیب به یک سیستم تعریف شده و مشخص شود و برون ده های فعلی یا آینده آن سیستم را تحت تاثیر قرار دهد.

۱- **حادثه ناگوار:** حادثه ای است که موجب مرگ یا آسیب جدی به بیمار شده، یا کارکرد سازمان را مختل نموده باشد.

۲- **حادثه بدون عارضه:** حادثه ای است که بالقوه می توانست ضرر رسان باشد ولی منجر به هیچ گونه زیان واقعی نشده است. عدم ضرر رساندن ممکن است ناشی از ماهیت جبرانی فیزیولوژی انسان یا صرفاً از روی شانس باشد

۳- **موارد نزدیک به خطا:** مواردی هستند که به دلیل تشخیص و تصحیح فعل خطا (به صورت برنامه ریزی شده یا بدون برنامه) از بروز پیامدهای ناخواسته آن جلوگیری شده باشد.

حوادث را همچنین می توان به دو گروه قابل پیشگیری و غیرقابل پیشگیری تقسیم کرد. حادثه ای را قابل پیشگیری گویند که در اثر یک خطای پزشکی حادث میشود و در صورت ارائه مراقبت های پزشکی استاندارد، اتفاق نخواهد افتاد.

+ سه روش برای شناسایی خطاها وجود دارد

- ۱- گزارش دهی اجباری
- ۲- گزارش دهی اختیاری
- ۳- سیستم های فعال نظارتی

+ برخورد با خطاهای انسانی:

برخورد با خطاهای انسانی را از دو دیدگاه می توان مورد بررسی قرار داد:

✓ روش فردی

✓ روش سیستمیک

+ چگونه می توان با خطاها مقابله و به بیان دیگر؛ آنها را مدیریت کرد:

- باید بدانیم در شرایط موجود چه اتفاقات بدی ممکنست روی دهند؟ احتمال آنها چقدر است؟ چه میزان خسارت احتمالی خواهند داشت؟ در مورد آنها چه کاری می توان انجام داد؟

- خطاها یا اشتباهاتی که توسط گروه پزشکی رخ می دهد و می توانند منجر به آسیب به بیمار گردند، یا تا مرز آسیب به بیمار پیش روند، خطاهای پزشکی نامیده می شوند. این خطاها شامل اشتباهات تشخیصی، اشتباهات در تجویز دارو و روش های درمانی، اشتباه در پروسیجر جراحی، اشتباه در استفاده از فناوری و تجهیزات، اشتباه در تفسیر تست های پاراکلینیک می باشند.
- قصور خدمت یا ارتکاب عمل اشتباه در برنامه ریزی یا اجرا که به طور بالفعل یا بالقوه باعث یک نتیجه ناخواسته می شود خطای پزشکی بشمار می رود.
- همه خطاها منجر به آسیب نمی شوند به آنهایی که تا مرز آسیب پیش رفته ولی بخیر می گذرند موارد نزدیک خطا (near miss)، به مواردیکه اتفاق می افتند ولی منجر به آسیب نمی شوند بدون عارضه (No Harm) می گویند و مواردی که با وقوع عارضه ای جدی همراه اصطلاحاً فاجعه آمیز (Sentinel) گفته می شوند و از آن رو که بیش از نیمی از آنها قابل پیشگیری هستند دارای اهمیت فراوان هستند. وقایع فاجعه آمیز (Sentinel) وقایع غیر منتظره ای هستند که منجر به مرگ یا صدمه جدی (Death/Harm) فیزیکی یا فیزیولوژیک یا خطر وقوع آنها می شوند اگر چه منجر به مرگ یا صدمه جدی نشوند.
- بیش از 90% موارد خطا مربوط به مشکلات سازمانی نظیر فرهنگ، رویه های مدیریت، ساختار، فرآیند و هماهنگی های درون بیمارستان است و کمتر از 10% با مشکلات فردی و تجهیزات رابطه دارد. بنابراین جا دارد که با شناسایی خطاها و طبقه بندی آنها به کشف عوامل خطر ساز سیستمی بپردازیم و از مچ گیری افراد و تنبیه آنها حذر کنیم.
- برای مدیریت خطا های پزشکی گام های زیر پیشنهاد می گردد:
- برای مشارکت همه کارکنان و متخصصان در امر شناسایی و مدیریت خطاها فرهنگ سازی نمایید و عوامل مشوق سازمانی را برای گزارش دهی و رفع خطاها در نظر بگیرید.
- به شناسایی خطاها و تشخیص موارد جدی آنها (Sentinel Event) بویژه در بخش های پرخطر نظیر اورژانس بپردازید.
- موارد جدی آسیب را بطور جداگانه بررسی و برای آنها فرآیند رفع مشکل در مدت معین (کمتر از یک هفته) طراحی کنید.
- از پرسنل بخواهید خطاها را بدون ذکر نام و یا قصد تخریب افراد ثبت و گزارش دهی داوطلبانه یا اجباری نمایند
- گزارشات خطا را بطور مقطعی (هر سه ماه یکبار) بخوانید، طبقه بندی و تحلیل کنید و عوامل کلیدی مسبب آنها را بویژه در ابعاد کاری و سیستمی شناسایی کنید.
- درصد رفع عوامل مسبب و تاثیرگذار بر وقوع خطا و ایجاد آسیب برآید.
- میزان تاثیر راه حل های خود را بر کاهش آسیب ها اندازه بگیرید.
- ایمنی بیمار "رهایی اواز مخاطرات احتمالی بهنگام مواجهه با نظام سلامت در شرایط مختلف" تعریف گردیده است. رویکرد سنتی بیشتر موارد خطر متوجه بیماران را ناشی از خطا های انسانی می داند اما رویکرد نوین، نقایص سیستمی را سر منشا وقوع خطا و نقص ایمنی بیمار بحساب می آورد و بر این اساس همه تلاش های ارتقای ایمنی در بیمارستان را منوط به اصلاحات سیستمی با هدف ایمنی بیشتر مشتری می داند. برنامه های ایمنی بیمار برای محافظت بیماران در مقابل آسیب های احتمالی ناشی از هرگونه تعامل آنان با سیستم خدمات سلامت طراحی می گردند. برای اعمال سیاستهای ایمنی در بیمارستان توجه به نکات زیر ضروریست:
- - محیط حامی ایمنی که مدیریت و کارکنان بیمارستان را نسبت به ایمنی بیمار آگاه، مسوول و پاسخگو می شمارد، آموزش داده شده و ترویج یابد.
- - کمیته ایمنی بیمار با رئوس کاری نظیر مدیریت خطر و ریسک، بازخوانی و تحلیل خطاها و تهیه گزارشات 6 ماهه وقایع ناخواسته، ایمنی تجهیزات و وضعیت ایمنی بیمار در بیمارستان تشکیل گردد.
- اهداف، برنامه ها و شاخص های ایمنی بیمار در بیمارستان تدوین و مستند گردند و شیوه ارزیابی و پایش آن مشخص گردد.
- فرآیند گزارش دهی خطا توسط فرد خطاکار و دیگر اعضای تیم بالینی تدوین و در فرمت مربوطه مرسوم و متداول گردد.
- برای گزارش دهی خطا ترس و واهمه ای از تنبیه افراد وجود نداشته باشد و پاسخ گویی و تشویق تیم بالینی جایگزین تشویق، تنبیه و پاسخگویی فردی شود.
- اقدامات منتهی به اصلاح زمینه های خطاها را ثبت، ساماندهی و نتایج را در رفع مشکل پایش نمایید .
- طبقه بندی عوامل و نوع خطاهای پزشکی بر اساس مراحل مختلف وقوع خطا

۹ راه حل ایمنی سازمان جهانی بهداشت

- توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه برای جلوگیری از خطای دارویی
- توجه به مشخصات فردی بیمار برای جلوگیری از خطا
- ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار
- انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار
- کنترل غلظت محلول های الکترولیت
- اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارایه خدمات
- اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها
- استفاده از وسایل تزریقات یک بار مصرف
- بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبت های سلامتی

برنامه کنترل عفونت

تشکیلات ساختاری کنترل عفونت بیمارستانی

- تیم کنترل عفونت بیمارستان:
- تیم کنترل عفونت مسوول مراقبت و هدایت همه ی فعالیت های مربوط به کنترل عفونت می باشد.
- اعضای تیم کنترل عفونت:
- پرستار کنترل عفونت
- پزشک کنترل عفونت (رییس تیم) (فوق تخصص عفونی، متخصص داخلی، متخصص کودکان، پاتولوژیست و پزشک عمومی)

وظایف تیم کنترل عفونت بیمارستان:

- برنامه ریزی برای مراقبت اپیدمیولوژیک و سازمان یافته جهت پیشگیری از عفونت های بیمارستانی؛
- مشارکت با داروسازی برای تدوین برنامه ی مناسب جهت مصرف داروهای ضد میکروبی؛
- حصول اطمینان از متناسب بودن فعالیت های مراقبت از بیماران به خصوص بیماران در معرض عفونت؛
- بررسی تاثیر روش های ضد عفونی استریلیزاسیون و بهبود آنها؛
- مشارکت در تدوین اجرای برنامه های سایر گروه ها مانند پزشکان، پرستاران، پرسنل خدماتی در جهت کنترل عفونت های بیمارستانی؛
- فراهم نمودن اطلاعات کارشناسی، تجزیه و تحلیل، رهبری، کنترل و پژوهش در مورد بروز اپیدمی؛
- مشارکت در تدوین و اجرای برنامه های کنترل عفونت های بیمارستانی؛

شرح وظایف پزشک کنترل عفونت:

- پزشک کنترل عفونت از بین پزشکان شاغل در بیمارستان توسط رییس بیمارستان انتخاب می شود؛
- شرکت در جلسات کمیته کنترل عفونت؛
- ارتباط نزدیک با مسوولین بخش ها و کادر درمانی - خدماتی در جهت پیشگیری از عفونت های بیمارستانی؛
- تشخیص بیماری و کدگذاری موارد عفونت های بیمارستانی براساس تعاریف استاندارد NNIS برای 4 عفونت شایع؛
- مدیریت مواجهه و انجام اقدامات مقتضی؛
- نظارت بر برنامه های کنترل عفونت؛
- مشارکت در آموزش پرسنل درمانی خدماتی پشتیبانی در رابطه با راه های پیشگیری و کنترل عفونت های بیمارستانی؛
- ارائه ی پروتکل های درمان با آنتی بیوتیک بر اساس مصوبات کمیته کنترل عفونت؛
- ارائه ی پیشنهادات اصلاحی برای پیشگیری از عفونت های بیمارستانی به کمیته کنترل عفونت بیمارستانی؛
- درخواست تشکیل جلسه ی اورژانسی کمیته کنترل عفونت بیمارستان در موارد Out Break

شرح وظایف پرستار کنترل عفونت:

- شناسایی موارد عفونت بیمارستانی بر اساس تعاریف استاندارد NNIS برای 4 عفونت شایع و گزارش منظم آنها با فرم های مربوطه به مرکز بهداشت شهرستان ؛
 - بررسی نوع عفونت و میکروارگانیسم عامل آن ؛
 - مشارکت در آموزش پرسنل درمانی - خدماتی در رابطه با پیشگیری و کنترل عفونت های بیمارستانی ؛
 - برنامه های آموزشی برای بیماران و همراهان آنها در زمینه های پیشگیری از عفونت های بیمارستانی از طریق توزیع پمفلت، پوستر و آموزش های چهره به چهره ؛
 - شرکت در نظام مراقبت از عفونت های بیمارستانی ؛
 - بیماریابی با استفاده از فرم مخصوص و پس از تشخیص و تعیین کد بیماری فرم شماره ی 1 تکمیل و ارائه به کمیته ی کنترل عفونت بیمارستان ؛
 - آموزش و توجیه سرپرستاران بخش ها و سوپروایزر آزمایشگاه برای گزارش موارد مشکوک به عفونت های بیمارستانی به تیم کنترل عفونت ؛
 - مشارکت پژوهشی در زمان بروز اپیدمی ؛
 - همکاری و مشارکت با کارشناس بهداشت محیط و کمیته کنترل عفونت بیمارستان و شهرستان برای انجام بازدیدهای نظارتی و ارزیابی ؛
 - ارائه پروتکل های درمان با آنتی بیوتیک بر اساس مصوبات کمیته ی کنترل عفونت بیمارستان، شهرستان و دانشگاه به بخش های مختلف برای مقابله با مقاومت آنتی بیوتیک ؛
 - ارائه ی پیشنهادات اصلاحی برای پیشگیری از عفونت های بیمارستانی به کمیته ی کنترل عفونت بیمارستانی ؛
 - کمک به ارزیابی فعالیت های بخش های بیمارستان در زمینه ی اقدامات پیشگیری از عفونت های بیمارستانی بر اساس چک لیست های نظارت و ارزشیابی یکسان مصوب کمیته ی کشوری ؛
 - پیگیری انجام اقدامات لازم پس از آسیب های ناشی از اجسام تیزو برنده آلوده در کادر بهداشتی ؛
 - همکاری و هماهنگی با سایر کمیته های بیمارستانی در زمینه ی اهداف مشترک ؛
 - ارائه نظرات مشورتی و کارشناسی مربوط به بهداشت ؛
 - انجام بازدیدهای منظم از بخش های مختلف بیمارستان ؛
 - انجام آزمون های ادواری جهت بررسی صلاحیت و توانمندی کارکنان بخش درمانی - خدماتی پشتیبانی ؛
 - بررسی دوره ای شش ماهه و یکساله وضعیت عفونت های بیمارستانی و تأثیر مداخلات انجام شده در جلوگیری از آنها؛
 - کمیته کنترل عفونت
- ✚ اعضای کمیته کنترل عفونت:**
- تیم کنترل عفونت؛
 - رییس یا مدیر بیمارستان؛
 - مسوول بهداشت محیط بیمارستان؛
 - مسوول آزمایشگاه؛
 - مترون بیمارستان؛
 - متخصص داخلی، کودکان، جراحی و در صورت امکان اپیدمیولوژیست بیمارستان؛
 - در صورت لزوم مسوولین واحد های دیگر (مسوول خدمات، اموراداری و مالی، اموردارویی و سایر قسمت ها برحسب مورد)؛
- ✚ وظایف کمیته کنترل عفونت**
- تشکیل جلسات کمیته کنترل عفونت به طور مدام و مستمر ماهانه حداقل یک بار ؛
 - ارسال داده های جمع آوری شده در مورد عفونت های بیمارستانی به مرکز بهداشت شهرستان به صورت منظم و ماهانه طبق فرم شماره (2)؛
 - تجزیه و تحلیل ماهانه داده های مراقبت اپیدمیولوژیک عفونت های بیمارستانی و ارائه آن به مرکز بهداشت شهرستان و مسوولین بخش های بیمارستان و طراحی اقدامات مداخله ای در جهت کنترل و پیشگیری از عفونت های بیمارستانی ؛
 - بررسی و تصویب برنامه سالیانه برای فعالیت ها، مراقبت و پیشگیری ؛

- برگزاری جلسات آموزشی برای آموزش راه های پیشگیری و کنترل عفونت های بیمارستانی جهت کادر درمانی-خدماتی و پشتیبانی ؛
- انجام برنامه های آموزش برای بیماران و همراهان جهت پیشگیری از عفونت های بیمارستانی از طریق پمفلت، آموزش چهره به چهره و پوستر ؛
- برنامه ریزی و تعیین خط مشی های کلی در رابطه با کنترل عفونت بیمارستانی ؛
- کنترل و نظارت بر نحوه ی اجرای مقررات مربوط به کنترل عفونت بیمارستانی ؛
- انجام تحقیقات به منظور ارزیابی کارایی برنامه ها ؛
- تهیه دستورالعمل های یکنواخت و هماهنگ در زمینه پیشگیری از عفونت های بیمارستانی برای کادر درمانی -خدماتی پشتیبانی بر اساس اطلاعات روز ؛
- تهیه و تنظیم گزارش مستند از برنامه های کنترل عفونت و ارائه آن به مسوولین ؛
- تدوین برنامه استفاده از مواد مناسب برای ضدعفونی و استریلیزاسیون و تدوین برنامه درمان با آنتی بیوتیک ها براساس الگوی مقاومت آنتی بیوتیکی بیمارستان ؛
- نظارت بر اجرای برنامه سلامت تزریق، تفکیک و جمع آوری بهداشتی زباله های عفونی و غیرعفونی بیمارستانی؛
- تهیه و تصویب برنامه دفع بهداشتی زباله های بیمارستانی و هماهنگی با سایر سازمانها مانند شهرداری منطقه؛
- تشکیل پرونده بهداشتی برای کلیه پرسنل و انجام واکسیناسیون های ضروری برای آنها ؛
- نظارت بر بهداشت محیط بیمارستان ؛
- نظارت بر بهداشت فردی و نظافت کارکنان ؛

اطفای حریق

آتش چیست؟

آتش نتیجه یک واکنش شیمیایی است که معمولاً میان اکسیژن اتمسفر و یک نوع سوخت اتفاق می افتد؛ البته تنها احاطه یک ماده سوختنی به وسیله اکسیژن، سبب آتش گرفتن آن نمی شود. بلکه برای این که واکنش احتراق اتفاق بیفتد باید ماده سوختنی به حدی گرم شود که به دمای احتراق خود برسد.

در پروسه سوختن ۳ عنصر ضروری لازم است: دمای بالا ، اکسیژن یا گازهای مشابه و ماده سوختنی. کپسول های آتش نشانی برای حذف حداقل یکی از این ۳ مورد طراحی شده است. یکی از راههای کنترل آتش ، سردکردن ماده سوختنی تا زیر نقطه اشتعالش است و آب یکی از بهترین راهها برای اینکار است تا سیکل سوختن قطع شود. برای حذف اکسیژن باید به وسیله ای آتش را خفه کنید تا هوا به آن نرسد که بهترین راه پوشاندن آتش با یک پتوی سبک و یا ریختن مواد غیر قابل اشتعال از قبیل شن روی آتش است. حذف ماده سوختنی که یکی دیگر از روشهای کنترل آتش است راه دشوارتری است. مثلاً وقتی منزلی آتش می گیرد ، ماده سوختنی در حقیقت خود خانه و وسایل آن است که حذف آن بسیار دشوار است و تنها وقتی حذف می شود که کلاً سوخته باشد.

🔥 کپسول آتش نشانی و اجزای تشکیل دهنده آن

کپسول های آتش نشانی، استوانه های فلزی محکمی هستند که با آب یا یک نوع ماده خفه کننده پر شده اند و وقتی اهرمی را که بالای این استوانه است فشار دهید، ماده با فشار زیادی از کپسول خارج می شود. در این کپسولها یک لوله، مخزن تحت فشار کپسول را به قسمت بالای کپسول متصل و یک شیر فنی نیز ارتباط میان لوله را با دهانه خروجی مسدود کرده است.

🔥 روش کلی استفاده از یک کپسول آتش نشانی

برای استفاده از کپسول آتش نشانی باید ضامن کپسول را کشیده و اهرم آن را فشار داد. این اهرم یک میله را فشار می دهد تا شیر فنی را به پایین هدایت کند و مسیر خروجی را باز کند .گاز فشرده شده بر اثر فشار داخل سیلندر رها می شود این امر موجب می شود که مواد موجود در کپسول با نیروی قابل ملاحظه ای از مخزن به دهانه خروجی منتقل شده، خارج شود.

روش درست استفاده کردن از کپسول آتش نشانی این است که آن را مستقیماً روی سوخت هدف گیری و روی تمامی سوخت به صورت جارویی پخش کنید .اگر فقط شعله ها را هدف گیری کنید، نتیجه مطلوبی نمی گیرید.



انواع کپسول های آتش نشانی

آب یکی از آشناترین مواد خاموش کردن آتش است؛ اما اگر به شکل صحیحی به کار گرفته نشود می تواند از آتش نیز خطرناک تر باشد. با یک دستگاه خاموش کننده آتش که به وسیله آب کار می کند می توان آتشی را که مسبب آن چوب، کاغذ یا مقواست خاموش کنید؛ اما اگر آتش به وسیله الکتریسیته به وجود آمده باشد و یا این که مایعات قابل اشتعال سبب آتش شده باشند، آب روش مؤثری برای کنترل آن نیست زیرا آب می تواند جریان برق را هدایت کند و سبب برق گرفتگی شود. همچنین مایعات قابل اشتعال به وسیله آب به اطراف پخش می شوند و سبب گسترش آتش سوزی می شوند.



کپسول آتش نشانی بر پایه گاز دی اکسید کربن (CO₂)

یکی از محبوب ترین مواد خاموش کننده آتش دی اکسید کربن خالص است. در کپسول آتش نشانی که با دی اکسید کربن کار می کند، دی اکسید کربن به شکل مایعی تحت فشار بالا در سیلندر نگهداری می شود وقتی محفظه باز می شود، دی اکسید کربن منبسط می شود و در اتمسفر به شکل گاز درمی آید. دی اکسید کربن سنگین تر از اکسیژن است. بنابراین جایگزین اکسیژن اطراف ماده سوختنی می شود. در رستوران ها از این نوع کپسول ها استفاده می شود، زیرا آلودگی برای مواد غذایی و وسایل آشپزی ایجاد نمی کنند. بهترین نوع کپسول های اطفاء در بخش های درمانی کپسول CO₂ است.

کپسول آتش نشانی بر پایه پودر



بهترین انواع مواد خاموش کننده آتش، کف های خشک شیمیایی یا پودرها هستند که بیشتر از بی کربنات سدیم، بی کربنات پتاسیم یا مونو آمونیوم فسفات ساخته می شوند. بی کربنات پتاسیم وقتی به دمای ۷۰ درجه سانتی گراد می رسد شروع به تجزیه شدن کرده و دی اکسید کربن آزاد می کند. این دی اکسید کربن روی آتش را می پوشاند و آن را خفه می کند.

از کپسول های آتش نشانی تنها در آتش سوزی های مختصر (لحظات ابتدایی شروع حریق) می توان بهره گرفت. زیرا حاوی مقدار کمی از مواد خاموش کننده آتش هستند. در آتش سوزی های بزرگتر نیاز به تجهیزات بزرگتری از قبیل کپسولهای آتش نشانی بزرگ (چرخدار) و یا ماشین آتش نشانی و افرادی متخصص است که بدانند هر آتشی باید به وسیله چه چیزی فرو نشانده شود؛ اما به هر حال اگر یک آتش سوزی ناگهانی در منزل یا محیط کارتان به وجود آید، یک کپسول آتش نشانی می تواند نجات دهنده فوق العاده گرانبهایی برای زندگی شما محسوب شود.

روش استفاده از خاموش کننده های دستی

- ۱- در هنگام مشاهده آتش سوزی خونسردی خود را حفظ کرده و با برداشتن خاموش کننده مناسب به سمت آتش حرکت کنید.
- ۲- به هنگام خاموش کردن آتش همواره پشت به باد و بالای شیب مستقر شوید. در اتاقهای بسته پشت به درب خروجی باشید
- ۳- با توجه به برد موثر خاموش کننده تا جایی که احساس ناراحتی و سوزش در نقاط حساس بدن مانند گونه ها و لاله گوش پیش نیاید، به آتش نزدیک شوید.
- ۴- با کشیدن ضامن و پاره کردن پلمپ، یا ضربه زدن، یا فشار آوردن به دسته خروجی، و یا پیچاندن شیر (حسب نوع خاموش کننده دستی) اقدام به خروج مواد خاموش کننده به سمت آتش نمایید.
- ۵- مواد خاموش کننده را قبل از نقطه شروع آتش به صورت جاروب کردن از قسمت پایین، اقدام به پاشیدن نمایید.

- ۶- دقت نمایید هیچ قسمت از آتش بدون پوشش باقی نماند، زیرا خطر بازگشت آتش از همان مکان امکان پذیر است.
- ۷- در صورتی که با مصرف مقداری از مواد خاموش کننده، آتش خاموش شد از ادامه خروج مواد جلوگیری نمایید.
- ۸- قبل از حصول اطمینان از خاموش شدن آتش، محل را ترک نکنید.
- ۹- خاموش کننده دستی استفاده شده را با برچسبی مشخص کنید تا برای شارژ ارسال شده و اشتباهاً مورد استفاده قرار نگیرد.
- ۱۰- محل حادثه را به افراد مسئول واگذار نمایید تا اقدامات تکمیلی انجام شود.

مدیریت بحران

بنابر گزارش سازمان بحران جهانی در سال ۲۰۰۰ بحران های ساخت بشر تقریباً ۴۳٪ از بحران های دهه ۱۹۹۰ بوده است. سیل، باران سیل آسا، زلزله و بیماری های عفونی به ترتیب ۱۹٪، ۱۷٪، ۵٪ و ۷٪ بوده است. بحران های دست بشر همانند تصادفات، جنگ، اعمال تروریستی عامل بزرگ تهدید سلامتی بشر بوده است و بیشترین بحران در آسیا بوده است. ایران کشوری بحران خیز است و همه ساله بوسیله بحران های طبیعی همانند سیل، زلزله و بحران های ساخت بشر همانند جنگ، اعمال تروریستی و تصادف مورد حمله قرار می گیرد. تاکنون بیشتر پرستاران ایران یا اصلاً آموزشی جهت مواجهه با بحران ندیده اند و عموماً بر اثر شرکت در هر بحران کسب تجربه نموده اند و یا در صورت کسب آموزش، میزان آن مناسب نبوده است. اصولاً اقداماتی که طی پیروزی انقلاب، جنگ تحمیلی، زلزله رودبار و بم و سیل تهران توسط پرستاران صورت گرفته بصورت داوطلبانه بوده است. پرستاری بحران عبارت است از شرکت در فعالیت ها به منظور به حداقل رساندن ضایعاتی که در اثر بحران بر زندگی انسان ها و سلامتشان وارده شده است که توسط پرستاران ماهر و متخصص و با همکاری دیگر اعضا تیم بهداشتی درمانی انجام می گردد.

پیش آگهی هر حادثه غیر مترقبه مورد اورژانسی است و نیاز به هماهنگ کردن تلاش های گروه های مراقبت کننده بهداشتی، جامعه، دفاع شهری و سازمان های غیر دولتی وجود دارد. موقعیت کشور ما چه از نظر زمین لرزه و چه از نظر تغییرات بارش و دما و پدیده های ناشی از آن نگران کننده بوده و به عنوان دهمین کشور بلاخیز دنیا معرفی شده است.

کلید کارایی و تولید محصول در هر سازمانی مدیریت است. برنامه ریزی، سازماندهی، جهت دهی، هماهنگی و کنترل از عملکرد های اساسی مدیریت هستند، هر چند، این عملکردها در طی بحران فراموش شده و سیستم دچار هرج و مرج بیشتری نسبت به قبل از وجود حادثه می شود. در طی یک حادثه غیر مترقبه مدیران پرستاری باید عملکردهای اساسی مدیریتی را بکار گیرند. مدیران پرستاری در بیش از ۵ حیطه مسوولیت دارند منابع انسانی، مالی، مواد، حمایتی، و منابع سیستمی، که مدیریت در هر یک از این منابع در قبل، حین و بعد از یک حادثه غیر مترقبه حیاتی است.

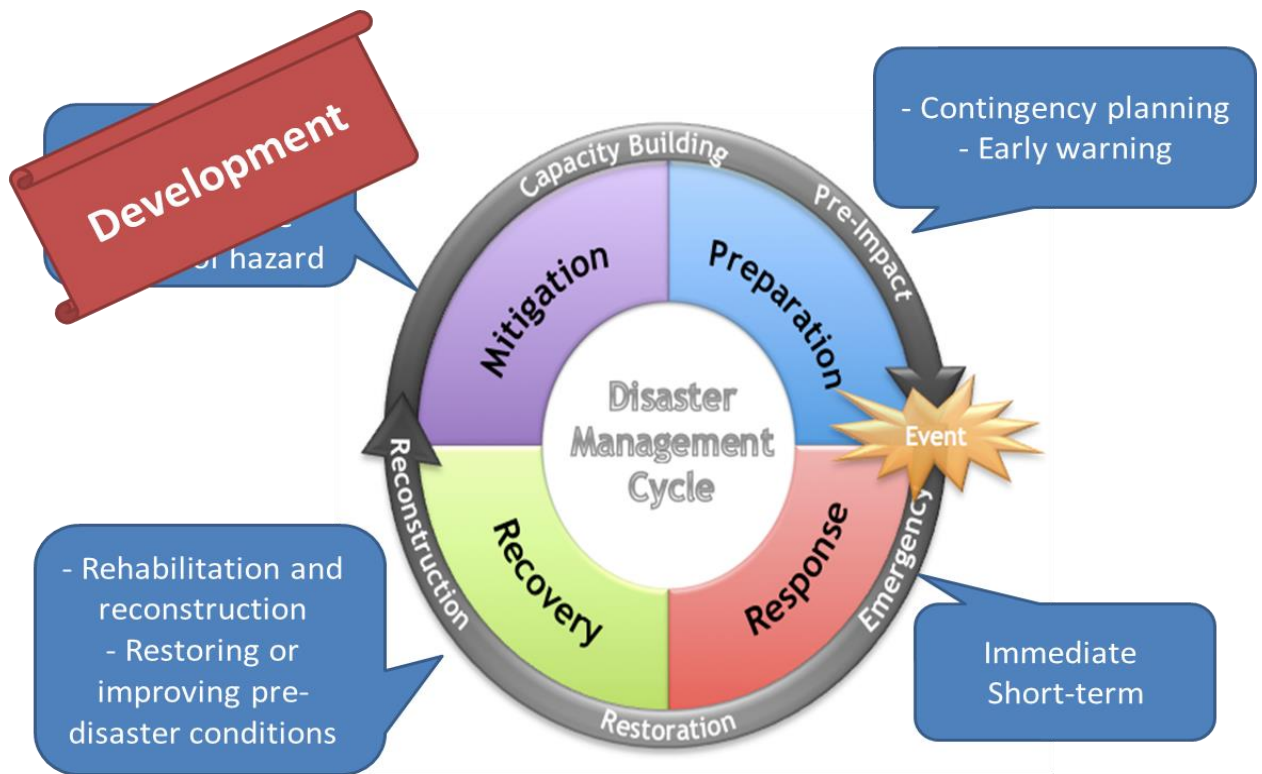
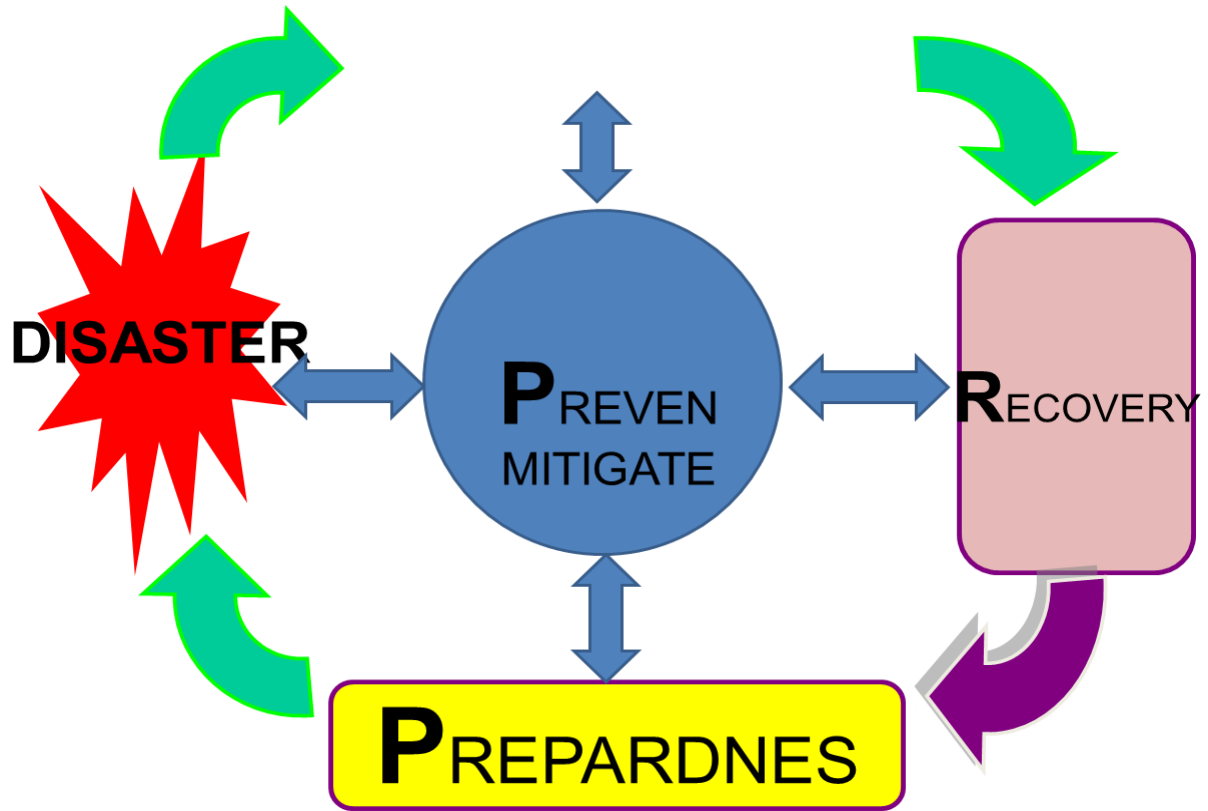
نتیجه این که حوادث غیر مترقبه هرگز نمی تواند به عنوان یک حالت روتین در نظر گرفته شود. مراکز مراقبت بهداشتی در سراسر کشور باید برای حوادث غیر مترقبه داخلی و خارجی آماده شوند. در این راستا یک رویکرد چند سازمانی برای برنامه ریزی حادثه غیر مترقبه برای برآورده سازی نیازها موثر است.

تعریف بحران و مدیریت بحران

بحران: عبارت است از حادثه ای که به طور طبیعی و یا توسط بشر، به طور ناگهانی و یا به صورت فزاینده بوجود آید و سختی و مشقتی را به جامعه انسانی تحمیل می نماید که برای برطرف کردن آن نیاز به اقدامات اساسی و فوق العاده باشد.

مدیریت بحران: علمی کاربردی است که به وسیله مشاهده سیستماتیک بحران ها و تجزیه و تحلیل آن ها در جستجوی یافتن ابزاری است که به وسیله آن ها بتوان از بروز بحران ها پیشگیری نمود و یا در صورت بروز آن، درخصوص کاهش اثرات آن، کسب آمادگی لازم، امداد رسانی سریع و بهبودی اوضاع اقدام نمود.

چرخه مدیریت بحران (P.P.R.R)



تعریف بلا (Disaster) از دیدگاه WHO

وقفه جدی و ناگهانی در کارکرد جامعه که باعث خسارات سنگین محیطی، مالی یا جانی می شود و جبران آسیب از توانایی مردم آسیب دیده و منابع داخلی آنها خارج می شود.

حادثه (Accident): سانحه ای بدون برنامه ریزی قبلی و غیرمنتظره است که باعث صدمات یا مرگ تعداد کمی از انسان ها و یا وارد آمدن خسارت فیزیکی محدود به ساختارها می شود.

سانحه (Incident): تصادفی ناشی از یک رویداد که به پاسخی نیاز دارد تا جامعه به حالت عادی باز گردد.

بلا (Disaster): صورتی خاص از فوریت است که در پاسخ به آن منابع ناکافی، غیرقابل شناسایی، ناهماهنگ، خارج از کنترل و بدون فرماندهی مناسب می باشند **disaster** معمولاً دارای منشاء طبیعی است.

بحران (Crisis): یک موقعیت آنی که نیاز به تغییر را ایجاد می کند. این تغییرات می تواند در برنامه، رفتار، سیاست ها و سازماندهی دولتی یا نهادی باشد مانند کودتای سیاسی.

فوریت (Emergency): یک موقعیت برنامه ریزی نشده یا غیرمنتظره موجود است که باعث وارد آمدن صدمه به جان و دارایی ها شود و کنترل و هماهنگی بر اثر آن از بین برود. فوریت به پاسخ آنی از طرف دست اندرکاران برای حل مشکلات ناشی از آن نیاز دارد.

پیشگیری (Prevention): اقداماتی که برای کاهش اثرات همه موقعیت های خطرناک شامل تصادف، فوریت و سانحه صورت می گیرد. **کاهش خطر (Mitigation)**: فعالیت هایی که از پیش انجام می شود تا خطر را کاهش داده یا از بین ببرد.

آمادگی (Preparedness): فعالیت برای بالا بردن توانمندی های پاسخ و بازگشت در زمان و بعد از بروز سوانح است.

مقابله (Response): اقدامات انجام شده در هنگام و بعد از بروز سانحه برای نجات جان ها، حفظ دارایی ها و تثبیت شرایط است.

بازسازی (Reconstruction): اقدامات مداوم برای تعمیر یا بازسازی ساختمان های ویران شده و زیرساخت ها که برای تثبیت وضعیت عادی و تثبیت دوران آرامش است.

امداد (Relief): اقدامات مورد نیاز در جستجو و نجات بازماندگان به عنوان برطرف کننده نیازهای اولیه مانند رسیدگی و تدارک سرپناه، آب، غذا و بهداشت می باشد.

احیا (Recovery): فعالیت های ارائه شده بعد از سانحه برای بازگشت کل سیستم ها به وضعیت عادی و تثبیت دوران آرامش است.

خطر (Hazard): موقعیت خطرناک بالقوه ای که بتواند باعث از بین رفتن جان ها، دارایی ها، اعتبارات و توانمندی ها شود.

ریسک (Risk): ترکیب یا تابعی از احتمال و پیامد های ناشی از وقوع یک اتفاق خطرناک مشخص

آسیب پذیری (Vulnerability): نقطه ضعف و شرایطی که توانایی آماده شدن مردم را برای پاسخ به خطر کاهش می دهد.

ظرفیت سازی (Capacity Building): شرایط مثبت و توانایی هایی که قابلیت های جامعه برای مقابله یا خطرهارا افزایش می دهد.

EOC(Emergency Operating Center): محلی که از پیش تعیین شده و در مکان امنی که حداکثر امکانات ارتباطی با دیگر بخش ها فراهم است و در مواقعی که لازم است کلیه مسئولان بخش ها در آن مکان حضور و یا از آن نقطه عملیات انجام می شوند.

ICS(Incident Command System)

بحران به دو دسته بسته بندی می شود:

۱- طبیعی ۲- انسان ساز

NATURAL HAZARDS: مخاطراتی که عوامل انسانی بطور مستقیم در آنها دخالت ندارد شامل:

مخاطرات جوی: طوفان - گردباد - یخبندان - خشکسالی، مخاطرات توپولوژیک: رانش زمین - سیل - بهمن، مخاطرات زمین

شناختی: زلزله - آتشفشان - سونامی، و مخاطرات بیولوژیک: بیماریهای عفونی - اپیدمیها - انفولانزای پرندگان و خوکی

MANMADE HAZARDS: مخاطراتی که عوامل انسانی (عمدی یا غیر عمدی) در ایجاد آنها دخالت دارد: ۱- تصادفات: ماشین -

قطار - هواپیما، ۲- فرو ریختن بناها: پل ها - سدها - ساختمان ها، ۳- انفجارها، ۴- آتش سوزی ها، ۵- نشت مواد شیمیایی و

خطرناک، ۶- تظاهرات آنها زدو خوردها، ۷- عملیات تروریستی و بیوتروریستی

HICS :

- ضرورت توجه به بحث مدیریت بحران در کشور ما بر کسی پوشیده نیست مسلماً در میان مؤلفه های متعدد مدیریت بحران و امداد و نجات در حوادث غیر مترقبه ، بیشترین و مهم ترین نقش را سیستم های بهداشتی و درمانی (به ویژه بیمارستان ها به عنوان واحد اصلی ارائه خدمات) ایفا می کنند که نیازمند وجود برنامه مدون مقابله با حوادث هستند . مدیریت بیمارستان در توسعه برنامه های آماده سازی مقابله با حوادث غیر مترقبه نقش کلیدی دارد و به این دلیل نیازمند ایجاد هماهنگی با اجزای دیگر سازمان های دولتی است .
- به منظور آماده سازی و افزایش کارایی بیمارستان ها در چنین شرایطی ، پروتکل های مختلفی در دنیا مطرح شده است که یکی از معتبر ترین آنها سیستم فرماندهی حوادث غیر مترقبه بیمارستانی (HICS) می باشد.

ضرورت استفاده از سیستم HICS

- ایجاد زبان مشترک بین نیروهای عمل کننده
- ایجاد توان افزایش و کاهش نیروها بر اساس نیاز و شرایط
- استفاده از کانال های ارتباطی مشترک و استاندارد
- قاطعیت در اجرای برنامه
- تخصیص منابع و امکانات
- تجربه موفق بیش از ۳۵ سال استفاده از این سیستم در دنیا توسط سازمانهای دولتی و مردمی

مزایای استفاده از HICS

- جلوگیری از سردرگمی و بلا تکلیفی
- جلوگیری از هرج و مرج
- جلوگیری از کارهای خودسرانه
- کاهش زمان ادامه بحران
- کم کردن صدمات و عوارض

چرا Disaster Plan ؟

- خطرات بالقوه طبیعی ، خطرات بالقوه غیر طبیعی
- افزایش جمعیت، شهرنشینی، رشد صنایع، تغییرات جوی، میکروب های جدید
- شرط ارزشیابی بیمارستان ها
- نبود برنامه اضطراری منجر به بروز خسارات شدید، تلفات زیاد و اختلال در سیستم مدیریتی جامعه می شود.
- شرایط خطرناک شناخته نشده را که شرایط اضطراری را وخیم تر می کنند و ممکن است تحت پوشش قرار نگیرند را با تهیه یک برنامه مدیریت بحران حذف می کنیم.
- جلوگیری از جراحات و مرگ و میر.
- کاهش آسیب وارده به ساختمانها، منابع و تجهیزات
- تسهیل بازگشت به وضعیت عادی
- بیمارستان ها معمولاً برای پاسخ به نیازهای وسیع ایجاد شده در جریان سوانح آماده نیستند
- مدیریت بیمارستان ها در حالت عادی بیشتر فرد محور است در حالی که در جریان سوانح مدیریت با هدف محور باشد.

اثرات disaster بر مراکز درمانی

- تخریب ساختمانی
- تخریب غیر ساختمانی: سرویس ها- وسایل پزشکی
- عوارض : آتش سوزی - مواد شیمیایی خطرناک
- تاخیر و یا عدم اطلاع رسانی
- سردرگمی پرسنل
- کمبود ظرفیت اورژانس
- مشکل تجهیزات

- عدم طبقه بندی بیماران
- اشغال و قطع خطوط تلفن
- واکنشهای روحی روانی
- تکمیل سریع ظرفیت درمانی مراکز نزدیک
- افزایش مورتالیته و موربیدیته در بیمارستان

اهداف برنامه

پیش از وقوع حوادث غیر مترقبه

- ۱- شناسایی کلیه خطرات محتمل الوقوع
- ۲- پیشگیری، آماده سازی وایمن سازی مرکز درمانی و پرسنل شاغل در آن
- ۳- تدوین برنامه کامل مقابله با حوادث غیر مترقبه
- ۴- آشنا سازی پرسنل با قسمتهای مختلف برنامه و شرح وظایف آنان در برنامه
- ۵- ایجاد ارتباطات بیرونی با کلیه سازمانهای پاسخ دهنده به حادثه و سازمانهای کمکی

پس از وقوع حوادث غیر مترقبه

- ۱- تشکیل سریع سیستم فرماندهی حادثه
- ۲- برقراری ارتباط با ستاد بحران و سایر سازمانهای پاسخ دهنده به حادثه
- ۳- اجرای دقیق شرح وظایف کلیه واحدها
- ۴- ارائه خدمات مناسب به بیماران قبلی و مصدومین جدید الورد
- ۵- ارزیابی مجدد برنامه و بازنگری آن

نحوه اجرای برنامه

تشکیل کمیته مقابله با حوادث غیر مترقبه :

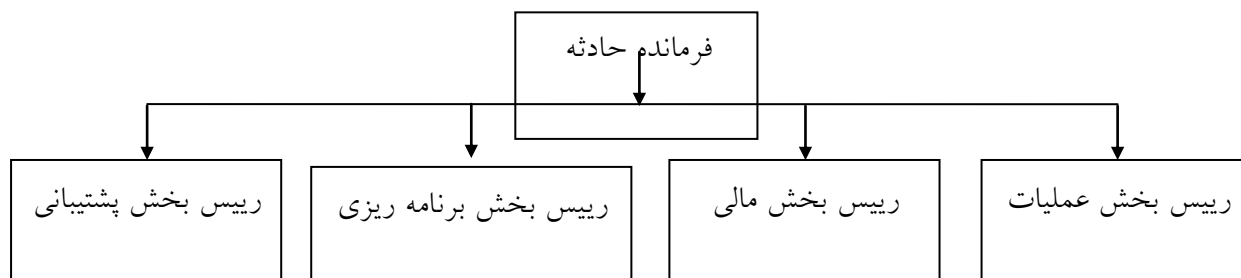
- رییس بیمارستان
- مدیر بیمارستان
- رییس و سرپرستار اورژانس
- روسا و سر پرستاران بخشها
- مترون بیمارستان
- مسؤول فنی کلیه واحدهای پاراکلینیک
- رییس حراست
- روسای واحدهای اداری و مالی
- مهندس مسؤول ارزیابی بیمارستان یا مسؤول تاسیسات
- مسؤول بهداشت
- نماینده ستاد حوادث غیر مترقبه شهرستان / منطقه

مراحل اجرای برنامه

✓ برنامه پیشگیری :

- ایمنی سازه ای
 - ایمنی غیرسازه ای (تجهیزات ، تأسیسات ، گازها و مواد خطرناک ، پرسنل و ...)
 - بررسی توسط تیم های کارشناسی مجرب
- چک لیست های بررسی ایمنی غیر سازه ای مراکز درمانی (از دیدگاه بهداشت حرفه ای)
- عناوین کلی چک لیست ها :
 - ۱. بخش تاسیسات
 - ۲. بخش ساختمانی
 - ۳. بخش ایمنی افراد و تجهیزات

سازماندهی پرسنل مرکز درمانی در نمودارهای تشکیلاتی



✓ سازماندهی نفرات جانشین و تیمهای مختلف نمودارهای تشکیلاتی :

- حداقل ۲ جانشین برای هر مسؤول
- تعدد مسئولیتها
- سازماندهی کلیه پرسنل در مسئولیتها یا بعنوان اعضای تیم
- ✓ **ابلاغ شرح وظایف جایگاه های مختلف نمودار تشکیلاتی :**
- الف - مأموریت
- ب - قبل از حادثه
- ج - مسئولیتهای فوری
- د - مسئولیتهای میان مدت
- هـ - مسئولیتهای درازمدت
- و - سایر مسئولیتها
- ث - آشناسازی پرسنل با برنامه :
- پرسنل لازم است نه تنها با شرح وظایف خود در برنامه آشنا شوند، بلکه باید از شرح وظایف دیگر پرسنل نیز آگاه گردند.
- دوره های آموزشی باید علاوه بر مبحث مدیریت بحران ، سایر نیازهای آموزشی پرسنل همچون تریاژ ، نحوه مقابله با حوادث غیرمترقبه مختلف ، پشتیبانی روانی در بحران ها ، کنترل عفونت در حوادث غیرمترقبه و غیره را نیز دربر گیرد.

✓ **برگزاری مانورهای عملیاتی محدود**

- بصورت اختصاصی برای هر واحد
- برای هر بخش با واحدهای زیر مجموعه همان بخش

✓ **برگزاری مانور عملیاتی سراسری :**

- با شرکت کلیه بخشها و واحدهای نمودار تشکیلاتی مرکز
- تعیین اشکالات واحدها و بخشها
- تعیین نقایص موجود در عملیات هماهنگ بین بخشهای مختلف
- حداقل ۲ بار در سال

✓ **بازنگری و اصلاح برنامه :**

- پس از هر بار مانور سراسری
- پس از بحران ها

🚩 **فعال شدن مرحله ای نمودار تشکیلاتی سیستم مدیریت بحران :**

- اسامی مسئولین لایه های اول تا سوم در نمودارها درج و در کلیه بخشها نصب و حداکثر هر ۶ ماه یکبار بازبینی گردد.
- این نمودارها کاملاً منقطع بوده و بغیر از اجزاء اصلی نمودار که قبلاً درباره آن صحبت شد، سایر واحدهای زیر مجموعه بسته به شرایط مرکز درمانی ، قابل حذف ، ادغام و یا در صورت لزوم واحدهای جدیدی قابل اضافه شدن به نمودار می باشند.

ترباژ و اورژانس رفتاری در بحران

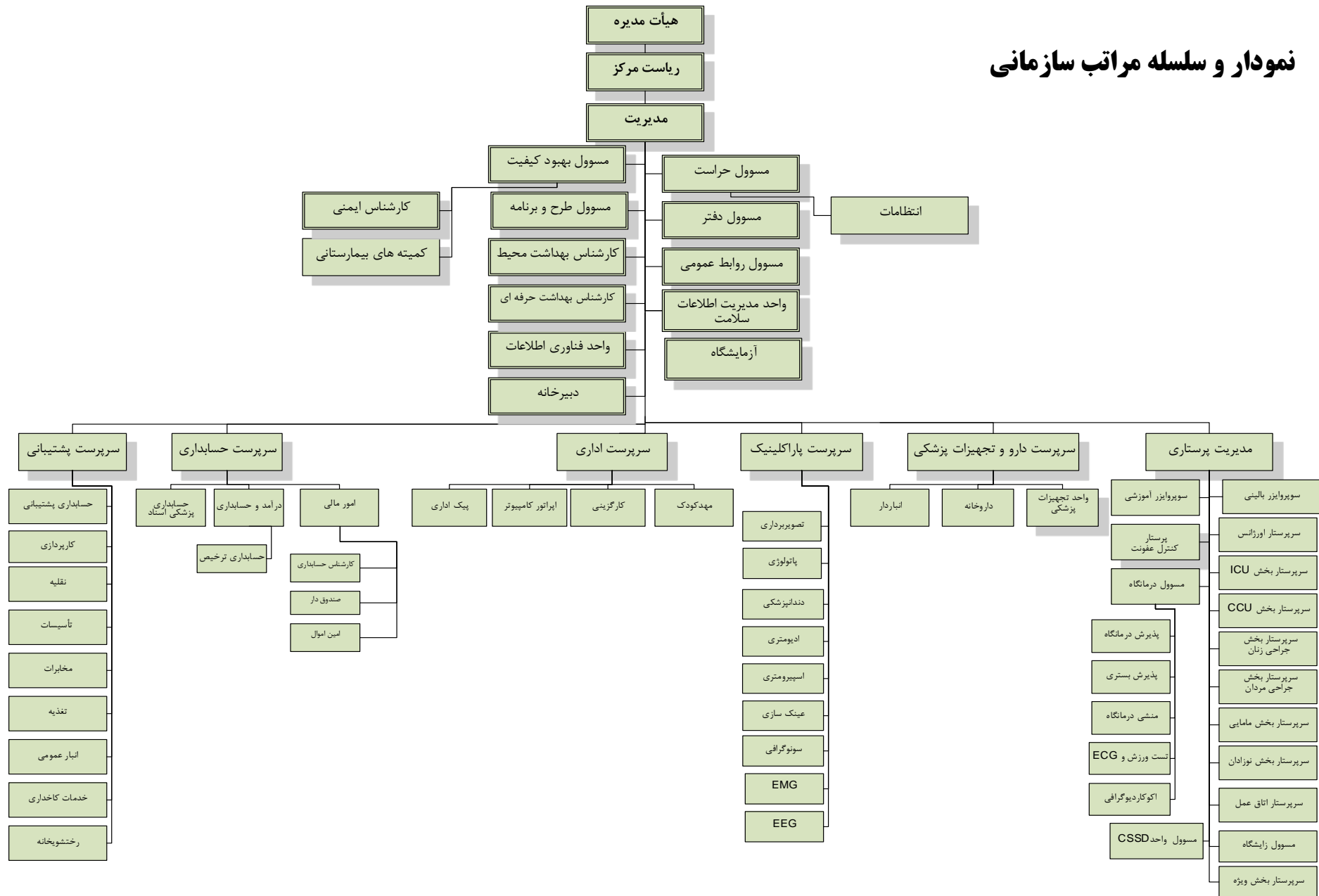
به هنگام برخورد با مصدوم پرخاشگر توصیه های زیر را بکار ببرید:

- ✓ آرام باشید، و مطمئن شوید راهی برای خروجی یا فرار از محیط را دارید.
- ✓ حداقل دو متر فاصله با فرد پرخاشگر را حفظ کرده، و در کناری وی بایستید.
- ✓ تماس چشمی غیر تهدید آمیز را، حفظ کنید.
- ✓ کمک خارجی را مدنظر داشته باشید.
- ✓ برخورد با مصدوم پرخاشگر.
- ✓ با دقت با فرد پرخاشگر صحبت کنید.
- ✓ برای مذاکره با فرد آماده و حداکثر تلاش خود را بنمایید.
- ✓ به فرد دروغ نگویید یا قوی که قادر به انجام آن نیستید، ندهید.
- ✓ در صورت بدتر شدن اوضاع، نیازهای مداخله سریع را تشخیص دهید.

در صورت بروز پرخاشگری

- ✓ فوراً نیروهای انتظامی و امنیتی را خبر کنید.
- ✓ حداقل محدودیت فیزیکی را برای کنترل اوضاع، در مورد فرد پرخاشگر به کار ببرید.
- ✓ هرگز فرد مبتلا به اختلال تنفسی را نبندید، یا محدود نسازید.
- ✓ هرگز محدودیت فیزیکی را در اطراف گردن به کار نبرید.
- ✓ برای دست ها و پاها می توانید از محدودیت فیزیکی استفاده کنید.
- ✓ نبض زیر محل بسته شده را جهت اطمینان از گردش خون موثر بررسی کنید.
- ✓ در تمام مدت مراقبت فرد پرخاشگر باشید.
- ✓ آرام باشید و هرگز فرد را تهدید نکنید.
- ✓ با فرد پرخاشگر مذاکره و صحبت کنید.
- ✓ زمانی که فرد آرام شد، با احتیاط محدودیت فیزیکی را بردارید. به بهبودی سریع اعتماد نکنید.
- ✓ هرگز مصدوم را تنها نگذارید.

نمودار و سلسله مراتب سازمانی



قوانین مربوط به رعایت استانداردهای پوشش بیماران و کارکنان مرکز

مقدمه: به استناد مواد ۸۵ و ۸۸ قانون برنامه چهارم توسعه و به منظور ارتقاء مستمر کیفیت خدمات سلامت، تعالی عملکرد خدمات بالینی، افزایش بهره‌وری و حفظ حریم شخصی و 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 در این مرکز و ضوابط مرتبط با آن به شرح ذیل می‌باشد:

- ۱) در اجرای مواد این دستورالعمل رعایت مفاد راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی الزامی است.
- ۲) لباس فرم کارکنان مونث شامل روپوش، شلوار، مقنعه، کفش و جوراب می‌باشد. (استفاده از چادر خارج از بخش در محیط بیمارستان الزامی می‌باشد)
- ۳) لباس بیمار بستری (مونث) شامل روسری یا مقنعه، پیراهن بلند (تا روی زانو) و شلوار می‌باشد.
- ۴) لباس بیمار بستری (مذکر) شامل پیراهن و شلوار می‌باشد.
- ۵) ضرورتاً در تمام مسیرهای جابجایی بیماران (مونث) در داخل یا بین بخش‌ها، شل بلند و گشاد به پوشش بیماران افزوده می‌شود.
- ۶) رعایت تمامی شئون پوشش بدن و الزامات درمانی در داخل اتاق‌های عمل، و رادیولوژی در لباس‌های ویژه مورد استفاده بیماران (گان) و حین انجام اعمال الزامی است. توجه به این موضوع قبل و بعد از بیهوشی و برای بیماران دچار اختلال حواس، کاهش سطح هوشیاری یا اختلالات روانی اهمیت دوچندان پیدا می‌کند.
- ۷) لباس فرم بایستی متناسب با حرفه و در رده‌های مختلف طبق آنچه مرکز تصویب کرده متداول‌شکل باشد.
- ۸) در درون بخش‌های بیمارستانی استفاده از هر گونه پوشش غیر حرفه‌ای روی لباس فرم مصوب ممنوع است.
- ۹) در بخش‌های ویژه، اتاق عمل، زایشگاه، فضاهای استریل و نوزادان، کارکنان مکلف به پوشیدن لباس مخصوص این بخش‌ها می‌باشند.
- ۱۰) روپوش باید سالم، تمیز، دگمه‌ها بسته و اطو کشیده باشد.
- ۱۱) 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.
- ۱۲) زیورآلات در نواحی از بدن که در معرض آلودگی میکروبی یا محیطی هستند نباید استفاده شوند.
- ۱۳) استفاده از هرگونه ماده بودار تند یا حساسیت‌زا در محل کار ممنوع می‌باشد.
- ۱۴) ناخن‌ها باید کوتاه و تمیز و مرتب باشد. استفاده از لاک و رنگ ناخن و ناخن مصنوعی در محیط‌های ارائه خدمات درمانی ممنوع است.
- ۱۵) الصاق کارت شناسایی برای تمامی کارکنان الزامی است.
- ۱۶) هرگونه تصویر برداری، فیلمبرداری و ضبط صدا از بیمار با استفاده از تلفن همراه و غیره بدون اجازه کتبی بیمار ممنوع است

مقررات اداری، مالی

مقدمه:

بی‌شک دنیای کنونی، دنیای سازمان‌ها است و متولیان این سازمان‌ها انسان‌ها هستند؛ انسان‌هایی که در کالبد سازمان روح می‌دمند، آن‌را به حرکت درمی‌آورند و اداره می‌کنند. سازمان‌ها بدون وجود نیروی انسانی نه تنها مفهومی ندارند، بلکه اداره آنها نیز میسر نخواهد بود. حتی با وجود فن‌آوردن سازمان‌ها و تبدیل آنها به توده‌ای از سخت‌افزارها و نرم‌افزارها، همچنان نقش انسان به عنوان عاملی حیاتی و راهبردی در بقای سازمان، کاملاً مشهود است. لذا با اذعان به واقعیت‌های مذکور برای افزایش اطلاعات پرسنل و تطبیق وضعیت شغلی خود با قوانین کار و رفاه اجتماعی این مرکز اقدام به تدوین آئین‌نامه داخلی برای آگاهی‌شدن تمامی پرسنل از مقررات فوق برای استفاده برابر از قوانین گردیده که به شرح ذیل می‌باشد.

نحوه استخدام

الف - مقدمه استخدام: تامین نیروی انسانی به هر شکل جزء وظایف امور اداری می‌باشد که در این زمینه با استفاده از دستورالعمل‌های داخلی، روال قانونی در نظر گرفته شده اعمال می‌گردد.

انواع قراردادها :

- ۱- قرارداد یک ماهه و سه ماهه آزمایشی
- ۲- قرارداد غیردائم
- ۳- قرارداد دائم
- ۴- قرارداد ساعتی
- ۵- فیکسه
- ۶- پریکس

توضیح اینکه نوع قرارداد براساس نیاز مرکز تنظیم و در این مورد امور اداری حداکثر یکماه قبل از انقضاء قرارداد تکلیف آینده نیروی مورد نظر را بر اساس مقررات اداری مرکز مشخص می نماید.

جهت انعقاد قرارداد ضروری است فرم قرارداد در چهار نسخه تنظیم که یک نسخه نزد شاغل - یک نسخه امور اداری - یک نسخه شورای اسلامی کار و یک نسخه به اداره کار و امور اجتماعی ارسال می گردد .

تبصره ۱: در انعقاد قرارداد یکساله لازم است متقاضی استخدام حداقل دوره های آزمایشی را طی نموده و پس از گذراندن مدت آزمایش ، قرارداد یکساله و سپس مجاز به قرارداد دائم با احراز شرایط می باشد (مدت آزمایشی جزء مدت قرارداد یکساله تلقی نمی گردد .

تبصره ۲: تأیید و یا عدم صلاحیت کاری متقاضی استخدام پس از دوره آزمایشی توسط مسئول مربوطه (مترون ، مدیر داخلی و سرپرستان) و سرپرست امور اداری و مدیر مرکز اعمال می گردد .

تبصره ۳: مرکز می تواند در صورت صلاحدید ، قراردادهای سه ماهه و یک ساله استخدامی را بر حسب شرایط مقتضی به کرات تکرار نماید

مدارک مورد نیاز :

- ۱- آخرین مدرک تحصیلی
- ۲- فتوکپی کارت ملی
- ۳- فتوکپی شناسنامه متقاضی ، همسر و فرزندان از تمام صفحات
- ۴- کارت پایان خدمت و یا معافیت دائم جهت برادران
- ۵- گواهی عدم سوء پیشینه و عدم اعتیاد به مواد مخدر از مراجع ذیصلاح
- ۶- گواهی سلامت جسمی و روحی از پزشک معتمد مرکز ذیصلاح
- ۷- گواهی تأییدی حراست مرکز
- ۸- سه قطعه عکس ۳×۴ و دو قطعه عکس ۲×۳ رنگی
- ۹- گواهی گذراندن طرح در داخل یا خارج از مرکز برای متقاضیان بخش درمانی و همچنین نداشتن تعهد کاری در دیگر سازمانها

۱۰- ارائه مدارک معتبر در صورت داشتن سابقه و تجربیات کاری در دیگر سازمان ها

۱۱- در مورد قرارداد پزشکان علاوه بر موارد ۹ گانه فوق گواهی تأییدی از قسمت در آمد مرکز - فتوکپی پروانه مطب - فتوکپی

کارت نظام پزشکی - تأییدیه سازمان نظام پزشکی و معاونت درمان دانشگاه جهت کار در شهر اصفهان .

تبصره ۱: اولویت استخدام در شرایط مساوی با اینثارگران معزز انقلاب اسلامی می باشد .

تبصره ۲: اولویت استخدام با متقاضی با سابقه کار مفید می باشد .

➤ نحوه محاسبه حقوق و مزایای پرسنل بر اساس مدرک و جایگاه شغلی .

۱- حقوق ، مزایا و سایر دریافتی های پرسنل مرکز (اضافه کاری - بن - عیدی - سنوات و...) بر مبنای قوانین جاری وزارت تعاون کار و رفاه اجتماعی و با همکاری و تأیید کمیته طبقه بندی مشاغل امور اداری و طبق ایتیم های حکم استخدامی براساس عنوان شغل ، مدرک تحصیلی ، واحد سازمانی ، گروه شغل ، مزدمینا و مزایا تعیین

می شود و بهره وری پرسنل درمانی (طبق دستورالعمل وزارت بهداشت و درمان) محاسبه و قابل پرداخت می باشد .

تبصره: کلیه اضافه کاری های پرسنل در هر مقطع و موقعیت شغلی پس از محاسبه توسط واحد امور اداری ومنابع انسانی و تأیید اضافه کاری پرسنل توسط مسوولین مربوطه ، و تصویب مدیریت مرکز قابل پرداخت می باشد .

۲ - نحوه پرداخت حقوق

در پایان هرماه پس از استخراج ساعت کار پرسنل از سیستم حضور و غیاب ، پرداخت حقوق و اضافه کاری پرسنل پس از اقدامات و محاسبات توسط امور اداری ، پرداخت از طریق حسابداری مرکز همه ماهه (حداکثر از سوم تا پنجم ماه بعد) به حساب وی واریز می گردد.

ضوابط و مقررات حاکم بر مرخصی پرسنل

الف - انواع مرخصی :

۱. مرخصی استحقاقی :

این مرخصی طبق قانون در هر ماه ۲/۵ روز و سالیانه یکماه (با احتساب ۴ روز جمعه) و برای مشاغل سخت و زیان آور ۵ هفته (با احتساب روزهای جمعه) محاسبه می گردد.

ضمناً چنانچه شغل مورد نظر نیاز به جانشین داشته باشد اقدام در تعیین جانشین الزامی و در هر صورت موافقت مسوول و سرپرست مربوطه نیز از ضروریات بشمار می آید .

۲. مرخصی استعلاجی :

این مرخصی تا ۳ روز متوالی و ۶ روز متناوب در سال از طریق مرکز قابل استفاده می باشد و بالاتر از ۶ روز از کارکرد کسر و مراتب برای سیر مراحل قانونی موضوع به سازمان تامین اجتماعی مربوط می گردد و چنانچه کارمند تمایل به استفاده از حقوق استعلاجی سازمان تامین اجتماعی را نداشت با موافقت مرکز می تواند از مرخصی استحقاقی استفاده نماید .

در مورد پرسنل شرکتی مرجع تائید بیش از ۳ روز مرخصی استعلاجی ، کمیسیون پزشکی تامین اجتماعی می باشد.

تبصره : استفاده از مرخصی استعلاجی منوط به هماهنگی با سرپرست مربوطه و تائید پزشک معتمد مرکز می باشد .

تبصره : استفاده از مرخصی استعلاجی توسط مدیر پرستاری و سرپرستان با تائید مدیریت مرکز امکان پذیر می باشد .

۳. **مرخصی تشریف به مکه معظمه و مدینه منوره** (حج عمره و تمتع) مدت در نظر گرفته شده جهت این مرخصی یکماه در طول مدت استخدام و خاص پرسنل دائم می باشد .

تبصره : مرخصی بند ۳ جزء مرخصی استحقاقی محسوب نمی گردد .

تبصره : این مرخصی در صورتیکه در سازمانهای دیگر به هر شکلی مورد استفاده قرار گرفته باشد تعلق نمی گیرد .

۴. مرخصی بدون حقوق :

این مرخصی در صورت نیاز با درخواست فرد و تایید سرپرست مربوطه و موافقت مدیریت مرکز صورت می پذیرد .

۵. **مرخصی زایمان :** در شرایط فعلی (۲۷۰ روز) ۹ ماه می باشد که تغییرات احتمالی آن طبق قانون اعمال خواهد شد .

۶. مرخصی ایام خاص :

الف - جهت ازدواج دائم شاغل برای یکبار ۳ روز در نظر گرفته شده است .

ب- جهت فوت (پدر - مادر - همسر- فرزند - برادر- خواهر- پدر و مادر همسر) ۵ روز در نظر گرفته شده است .

۷- مرخصی پاره وقت :

این مرخصی که بنام پاس معروف است به دو صورت اداری و شخصی در نظر گرفته شده است .

الف - **پاس اداری :** استفاده از این پاس جهت امورات سازمان در خارج از مرکز در نظر گرفته شده است که پس از تکمیل برگه ماموریت و تایید مسئول مربوطه امکان پذیر می باشد .

ب - **پاس ساعتی یا شخصی :** استفاده از این مرخصی در حین انجام کار می باشد که مدت آن ماهانه ۷ ساعت در نظر گرفته شده و پرسنل در هر مرحله فقط تا سقف ۲ ساعت مجاز به استفاده از آن می باشند .

تبصره : در صورتیکه در یک مرحله استفاده از پاس شخصی مدت زمان آن از ۲ ساعت تجاوز نمود آن روزگیت محسوب می گردد مگر به مسئول مربوطه اطلاع و تقاضای یکروز مرخصی استحقاقی نماید .

تبصره : مجموع ساعات استفاده از پاس ساعتی از اضافه کاری و در صورت عدم اضافه کاری از مرخصی استحقاقی کسر می گردد .

ج - **پاس شیر:** بر اساس قانون کار مادران شیرده می توانند روزانه بمدت ۱ ساعت (هر سه ساعت نیم ساعت) از پاس شیر برای شیردهی فرزند خود تا دو سالگی استفاده نمایند و این پاس جزو ساعت کاری مادر محسوب می گردد.

✚ نحوه ی استفاده از مرخصی :

✓ **نحوه ی استفاده از مرخصی استحقاقی :** استفاده از مرخصی استحقاقی طبق قانون کار با توافق کارفرما و شاغل صورت می پذیرد ، لذا شاغل لازم است فرم درخواست مرخصی را تکمیل و پس از تأیید امور اداری مبنی بر داشتن ذخیره مرخصی و موافقت و امضاء مسئول مربوطه قبل از استفاده از مرخصی در اختیار کارگزینی قرار دهد در غیر این صورت عدم حضور پرسنل غیبت تلقی می گردد .

✓ **نحوه ی استفاده از پاس اداری :** استفاده از این پاس برای انجام امورات اداری ، ضروری خارج از مرکز در نظر گرفته شده ولی تکمیل فرم با امضاء مسئول مربوطه و تحویل آن به قسمت اطلاعات مرکز الزامی است و در این راستا رانندگان آمبولانس - کار پرداز پشتیبانی و پرسنل اورژانس روانپزشکی به لحاظ فعالیت خاصشان از اخذ پاس اداری معاف می باشند ولیکن اطلاع و هماهنگی با مسئولین ذیربط از الزامات تلقی می گردد در غیر این صورت عدم حضور آنان غیبت محسوب می شود .

✓ **نحوه ی استفاده از پاس شخصی :** استفاده از مرخصی ساعتی در حین انجام کار با موافقت مسوول قسمت مدیر پرستاری یا سرپرست مربوطه و با تکمیل فرم مخصوص و تحویل آن به نگهبان درب مرکز و ثبت خروج توسط دستگاه کارت ساعت صورت می پذیرد .

✓ غیبت های غیرموجه:

چنانچه شخصی بدون اطلاع قبلی (به هر علت که باشد) سرکار حاضر نشود، طبق مقررات اداری و آئین نامه انضباطی مرکز با وی رفتار خواهد شد .
تأخیر در بازگشت از مرخصی (استحقاقی ، زایمان و...) نیز به عنوان غیبت غیرمجاز تلقی می شود و طبق ضوابط فوق عمل خواهد شد

✚ ماموریت پرسنل

با توجه به ماهیت کاری برخی امورات اداری در خارج از سازمان در بعضی از مواقع خاص مرکز اقدام به اعزام فرد یا افرادی برای انجام ماموریت می نماید و این خود زمان های متفاوتی را می طلبد که طبق قانون هزینه متفاوتی را بدنبال خواهد داشت ، لذا موارد آن بشرح ذیل عنوان می گردد .

۱- **ماموریت داخل شهر:** قبلاً" تحت عنوان پاس اداری مطرح و توضیحات لازم ارائه گردیده است .

۲- **ماموریت خارج از شهر :** این ماموریت از مسافت ۵۰ کیلومتر به بالاتر از محل کار مورد نظر می باشد و یا ناگزیر به حداقل یک شب اقامت در محل ماموریت باشد حق ماموریت به آن تعلق می گیرد که مبلغ آن نباید کمتر از مزد مبنای روزانه کارمند باشد که بر اساس تصمیمات کمیته اداری کارکنان در اول هر سال تصویب و قابل پرداخت می باشد .

✚ ارزشیابی

ارزشیابی کارکنان :

ارزشیابی کارکنان جهت پرسنل رسمی ، قرارداد بیمه ای ، فیکسه ، ساعتی و نیروهای شرکتی بصورت ماهیانه توسط مسوولین قسمت ها بر اساس شاخص های عمومی از قبیل (رعایت اخلاق اسلامی ، رعایت نظم و انضباط ، رفتار و برخورد مناسب ، جدیت و کیفیت کار، مقررات ایمنی ، افزایش و انتقال معلومات) مورد ارزیابی قرار گرفته و پس تحویل فرم ها به اموراداری پس از بررسی فرم های ارزشیابی توسط امور اداری در پروسه زمانی سه ماهه مورد ارزیابی قرار گرفته و پس از مشخص شدن نمرات کسب شده به تأیید مدیریت مرکز رسیده و برای استفاده در پرداخت های کارانه پرسنل به عنوان یکی از مهمترین امتیازات پرداخت کارانه مورد استفاده قرار می گیرد .

✚ امور رفاهی :

(۱) - انجام کلیه امور مربوط به انعقاد قرارداد بیمه تکمیلی کارکنان .

(۲) - انجام امور مربوط به پرداخت تسهیلات نقدی (معرفی وام بانکی و یا قرض الحسنه ، کارت هدیه)

(۳) - انجام مکاتبات لازم اداری برای پرسنل .

(۴) - انجام قراردادهای رفاهی با اماکن زیارتی و تفریحی برای استفاده پرسنل .

✚ امور انضباطی :

تخلفات اداری : چنانچه کارکنان مرکز در طول خدمت دچار قصور در کار و ارائه خدمات موظف خود طبق آئین و مقررات مرکز را نادیده بگیرد و منجر به شکایت از وی بشود بر اساس آئین نامه انضباطی مرکز و جدول تخلفات اداری طبق مقررات با وی رفتار خواهد شد .

✚ خاتمه قرارداد کار

- ۱- بازنشستگی
- ۲- از کار افتادگی کلی شاغل
- ۳- انقضاء مدت قراردادهای کار یا مدت موقت و عدم تجدید صریح یا ضمنی آن
- ۴- پایان کار در قراردادهایی که مربوط به کار معین باشد
- ۵- استعفاء کارمند
- ۶- فوت کارمند

تبصره : شاغلی که استعفاء می نماید باید پس از تسلیم استعفاء کتبی خود به کارفرما به مدت یکماه در جهت تحویل و تحول امور محوله ارتباط کاری خود را حفظ و سپس تسویه حساب نماید .
در صورتی که شاغلی بدون اطلاع قبلی اقدام به قطع کار نماید مسئول خسارات احتمالی ناشی از آن خواهد بود و در صورت عدم مراجعه و عدم ارائه دلیل موجه موضوع جهت اخذ تصمیم به کمیته انضباطی مرکز ارجاع می گردد .

❖ **ارتقای شغلی :** بر اساس نمرات ارزشیابی سالیانه ، کسب امتیازهای آموزشی لازم ، درخواست مسوول مربوطه و تایید مدیریت و ابلاغ ان به امور اداری طبق ضوابط اداری صورت می گیرد .

✓ نکته:

- پرسنل جدیدالورود موظفند پس از تکمیل پرونده کارگزینی با در دست داشتن چک لیست توجیهی بدو ورود برای تکمیل پرونده الکترونیکی و به سوپروایزر آموزشی مرکز مراجعه نمایند .
 - برنامه های آموزشی با توجه به PDP ، نیازسنجی سالیانه و آزمون توانمندی کارکنان برنامه ریزی می گردد .
 - همه پرسنل ملزم به شرکت در برنامه های آموزشی هستند و عدم شرکت در کلاس ها در ارزیابی ماهیانه و کارانه آنها موثر خواهد بود .
- ✓ برای کسب اطلاعات بیشتر در این زمینه به رابط آموزشی بخش مراجعه گردد .

دستورالعمل ها

✓ فایل الکترونیک دستورالعمل ها در HIS قسمت آموزش کارکنان قابل دسترسی است.

منابع:

- حسن امامی رضوی، محمودرضا محقق، سجاد رضوی، استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان در ایران مرکز نشر صدرا، تهران، ۱۳۸۹، ص ۲۷-۳۴.
- حسین معصومی اصل، سید محسن زهرایی، علی مجید پور، راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت بیمارستانی، چاپ دوم، نشر مرکز مدیریت بیماری ها، ۱۳۸۶، ص ۷۳-۱۰۴.
- دفتر امور پرستاری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، شرح وظایف عمومی و تخصصی کادر پرستاری، چاپ اول، ۱۳۸۸، ص ۱-۳، ۱۱-۱۲ و ۲۸-۳۳.
- سازمان نظام پرستاری جمهوری اسلامی، استانداردهای خدمات پرستاری، چاپ اول، نشر نظام پرستاری، تهران، ۱۳۸۵، ص ۹۸-۹۹.
- شورای سیاست گذاری سلامت / وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی <http://siasat.behdasht.gov.ir>
- عباسعلی جوادی، سینا مباحثی زاده، محسن سروش نیا، عفونت های بیمارستانی، راهنمای عملی سازمان بهداشت جهانی، نشر تهران، ۱۳۸۳، ص ۹۰-۹۲.
- محمد رواقی، سید محمد سادات، فرناز مستوفیان، بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار، راهنمای ارزیابان، نشر تهران، مهر رواش، ۱۳۹۰، ص ۴۰-۴۱.
- معاونت سلامت، وزارت بهداشت و آموزش پزشکی، دستورالعمل مراقبت های مدیریت شده.
- میرمحمدحسینی، اصول مدیریت خدمات پرستاری، نشر تهران، حکیم هیدخی، ۱۳۸۹، ص ۳۶۵-۳۷۶.
- تجربه بیمارستان