



تاریخ بازنگری:

1403/1/28

کتابچه توجیهی کارکنان بدو ورود

فهرست

صفحه	فهرست
5-7	ویژگیهای فرهنگی، بومی مردم
8	معرفی بیمارستان
9	کروکی بیمارستان
10-11	رسالت بیمارستان
11-22	قوانین و مقررات کارگزینی، مالی و اداری
22-23	مقررات پوشش کارکنان
23-27	حقوق گیرندگان خدمت
27-39	ایمنی بیمار
39-80	کنترل عفونت
80-89	آتش نشانی
89-100	مدیریت حوادث و بلایا
100-106	مدیریت خطر
106-108	رفاهی
108-110	آموزش

تشکر و سپاس

بدینوسیله از همکاران زیر که در تهیه کتابچه توجیهی عمومی کارکنان جدیدالورود بیمارستان حضرت ولی عصر (عج) همکاری نموده اند تقدیر و تشکر می گردد:

تهیه کنندگان مطالب کتابچه:

سرکار خانم ملیحه فرجی :مدیر محترم خدمات پرستاری

سرکار خانم فاطمه کشتگر : سوپروایزر محترم آموزشی و کنترل عفونت

سرکار خانم مرضیه مومنی: مسئول بهبود کیفیت

سرکار خانم سکینه حسن بیگی : کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

سرکار خانم مریم صفری : مدیریت منابع انسانی

جناب آقای سید محسن قرشی :کارشناس محترم فناوری اطلاعات

تایپ ، تنظیم ، فهرست بندی:

جناب آقای سید محسن قرشی

سرکار خانم ملیحه فرجی

مقدمه :

با سلام و خوش آمد گوئی به تازه نفسهای سیستم بهداشت و درمان ، بیمارستان ولیعصر(عج) شهرستان اقلید کتابچه ایی که در اختیار دارید با هدف آشنایی شما با فعالیت ابن مرکز ، مقررات و قوانین بیمارستان ، حقوق ذی نفعان و اختیارات و حقوق شما به عنوان عضو جدیدی از این مجموعه در نظر گرفته شده است .توصیه می شود این کتابچه را با دقت مطالعه فرمایید.

نجمه تقی ملایی

(مدیر داخلی بیمارستان ولی عصر (عج) اقلید)

ویژگی های فرهنگی و بومی مردم منطقه

فرهنگ و آداب و رسوم منطقه

مردم شهرستان اقلید مردمی مهمان‌نواز، خونگرم، مومن و متعهد به انقلاب و اسلام و در تمامی صحنه‌ها، مراسم و مناسبت‌های ویژه حضوری فعال دارند، مردم این دیار بخاطر اردات قلبی و عقیده محکمی که با خاندان عصمت و طهارت دارند در اجرای مراسم مذهبی کوشا بوده و برنامه‌های متنوعی را در طول سال به اجرا می‌گذارند. آداب و رسوم مردم نیز منحصر به فرد بوده و تا حدودی دست نخورده باقی مانده است.

زبان مردم اقلید، فارسی اما به خاطر وضعیت منطقه لهجه‌های متفاوتی دارند. آداب و رسوم مردم اقلید با توجه به ویژگی‌های مخصوص خود بیشتر به آداب و رسوم مردم فارس می‌ماند و از نظر زندگی و برخورد با مردم منحصر به فرد است. خون گرم بودن، زود آشنا شدن، با نیتی پاک و باطنی با صفا با مهمان بر خورد کردن و برنامه ریزی نمودن با ظرافتی خاص در مورد بعضی از مراسم مانند عروسی و عزاداری، عید نوروز و عید غدیر و نیمه شعبان از دیگر ویژگی‌های مردم اقلید است.

مهم‌ترین صنعت دستی در شهرستان اقلید؛ فرش بافی است چون اصلی‌ترین کار و پیشه مردم منطقه فرش بافی بوده است. طرح و نقش فرش‌ها، محلی و بیشتر نقش هیبت لو است، که به نام فرش‌های آباده‌ای در بازار به فروش می‌رسند. برخی از مردم نواحی روستایی اقلید به قالی بافی مشغول هستند و این کار را بیش‌تر زنان و دختران به عهده دارند. توانمندی‌های شهرستان اقلید در زمینه بافته‌های داری (قالی و گبه) قابل توجه است، گیوه‌بافی، جاجیم‌بافی و نمدمالی از دیگر صنایع دستی این شهرستان است که در تمام روستاها و شهرهای این منطقه تولید و عرضه می‌شوند. برخی از این تولیدات جنبه صادراتی و برخی دیگر تنها جنبه مصرف محلی دارند.

قدمت شهرستان اقلید

آنچه می‌توان درباره قدمت تاریخی شهرستان اقلید بیان نمود به استناد آثاری است که از کتب تاریخی و سفرنامه‌های جهانگردان بجای مانده و بیانگر این است که اقلید در دوران پیش از اسلام نیز شهری آباد و مطرح بوده است. در کتاب تاریخ فارسنامه ناصری از انتشارات کتابخانه سنایی آمده است که قدمت اقلید مربوط به دوران ساسانیان است و سنگ نوشته موجود در تل قلات مشتمل بر 21 سطر خط پهلوی (مربوط به سال 1334 ه.ش) مؤید این موضوع است.

شهرستان اقلید دارای آثار باستانی متعددی است از جمله :

حوض دختر گبر، منبر و کتیبه مسجد جامع، قلعه آسپاس، چشمه دزدان، تپه مهرعلی فارسی، تپه فیلی، کتیبه و غار تنگ براق، تپه باستانی باقر آباد، قصر بهرام، قصر گل اندام، تل شاه نشین، تل خنجشت، تپه کوشک زر، تپه نقاره‌خانه، باتلاق بهرام گور، کاروانسرای شاه عباس، شهر نکیسا.

اماکن تفریحی و مذهبی شهرستان عبارتند از :

1- پارک انقلاب، چشمه رسول الله (ص)، 3- امامزاده اسماعیل (ع)، 4- دریاچه کافترا، 5- چشمه قدمگاه (سده)، 6- آبشار تنگ براق، 7- چشمه چهل شهیدان دژکرد، 8- مسجد جامع، 9- چشمه بالنگان (حاجی آباد)، 10- امامزاده زبیده خاتون (ع)، 11- امامزاده زینب خاتون (ع).

زبان و گویش منطقه :

زبان رایج مردم شهرستان فارسی و گویش لری است. بخاطر وجود طوایف مختلف عشایر در نیمی از سال که جمعیت آنها بالغ بر 40 هزار نفر می‌رسد زبان ترکی قشقایی و عرب باصری نیز رایج است تعدادی از این عشایر هم بعضاً در روستاها و مرکز شهر ساکن هستند.

راهها ، موقعیت جغرافیایی ، اقلیمی

شهرستان اقلید با وسعت 7054 کیلومتر مربع قریب به 5/7 درصد کل مساحت خاکی استان فارس را به خود اختصاص داده است. این شهرستان دارای دو نقطه شهری اقلید و سه بخش، 9 دهستان و 80 روستا می‌باشد و در محدوده جغرافیایی 52 درجه و 55 دقیقه طول شرقی و 31 درجه و 13 دقیقه عرض شمالی قرار گرفته است. از شمال به شهرستان آباده، از جنوب به شهرستان‌های مرودشت و سپیدان، از شرق به شهرستان خرمبید و از غرب به استان‌های اصفهان و کهگیلویه و بویراحمد محدود می‌شود. مهمترین دشت‌های این شهرستان عبارتند از: دشت بکان، دشت نمدان، مهمترین کوه‌های شهرستان نیز عبارتند از: 1- کوه آب سیاه، 2- رشته کوه سفید (کوه بل بلندترین قله آن است)، 3- کوه بکان.

رودخانه سفید ، رودخانه گاوگدار و رودخانه شادکام مهمترین رودخانه‌های شهرستان بوده و دریاچه نیز با مساحت میانگین 23 کیلومتر مربع (در سال‌های پر باران حداکثر 48 کیلومتر مربع و در سال‌های خشک حداکثر 5 کیلومتر مربع واقع در دشت نمدان یکی از دریاچه‌های طبیعی آب شیرین فارس است و با وجود عمق ناچیز از نظر زیست‌محیطی و جذب پرندگان مهاجر اهمیت زیادی دارد. شهرستان اقلید جزء مناطق کوهستانی و مرتفع کشور به شمار می‌رود. ارتفاعات آن دنباله سلسله جبال زاگرس بوده و حداکثر ارتفاع آن از سطح دریا 3943 متر بنام کوه بل در جنوب اقلید است.

دارای زمستان‌های سرد و تابستان‌های معتدل می‌باشد. حداکثر درجه حرارت برابر با 37 درجه سانتیگراد و حداقل آن 22- درجه سانتیگراد در سردترین ماه سال است. متوسط بارندگی سالیانه در این شهرستان بین 300-330 میلی‌متر در مرکز شهر و روستاها و 400-600 میلی‌متر در ارتفاعات است. این شهرستان یکی از نواحی بادخیز استان بوده و اکثر مواقع سال سرعت باد قابل ملاحظه است. بنابر گزارشات واصله سرعت باد به 160 کیلومتر در ساعت نیز رسیده است. این سرزمین کوهستانی است و چشمه سارهای فراوان دارد که بیش‌تر آن‌ها، سرچشمه‌های رودخانه کر هستند. جمعیت شهرستان اقلید در سال 1375 تعداد 80947 نفر، و در سال 1385 حدود 103000 نفر جمعیت ساکن و 40000 نفر عشایر بر آورده شده‌است. شغل اصلی مردم اقلید کشاورزی، دام داری، پیشه‌وری، بازرگانی، کارگری و فرش بافی است. مسیرهای این شهرستان به مناطق اطراف عبارت‌اند از: - راه آسفالته‌ای که از اقلید به سوی شمال خاوری کشیده شده که اقلید را به بزرگراه اصفهان - شیراز در سورمق متصل می‌سازد. درازای این راه 18 کیلومتر است. - جاده اقلید - یاسوج که 120 کیلومتر است و از اقلید به سوی جنوب باختری می‌رود و به یاسوج می‌رسد و مطالعه احداث بزرگراه طریق الرضا (ع) بر روی آن در حال انجام است. - راه آهن اصفهان - شیراز که در کنار شهر اقلید ایستگاه دارد و مطالعه و امکان‌سنجی احداث راه آهن یزد - اقلید - یاسوج در دست پی‌گیری است. - جاده‌ای که از سوی شمال از اقلید به سوی شهر صغاد و آبادی بهمن و سپس به یزد خواست و شهر سمیرم می‌رسد. - آزاد راه در حال احداث شمال - جنوب که از غرب این شهرستان و 70 کیلومتری شهر اقلید و از نزدیکی شهر سده می‌گذرد. - راه‌های دیگری که مرکز بخش اقلید را به آبادی‌های پیرامونش می‌رساند.

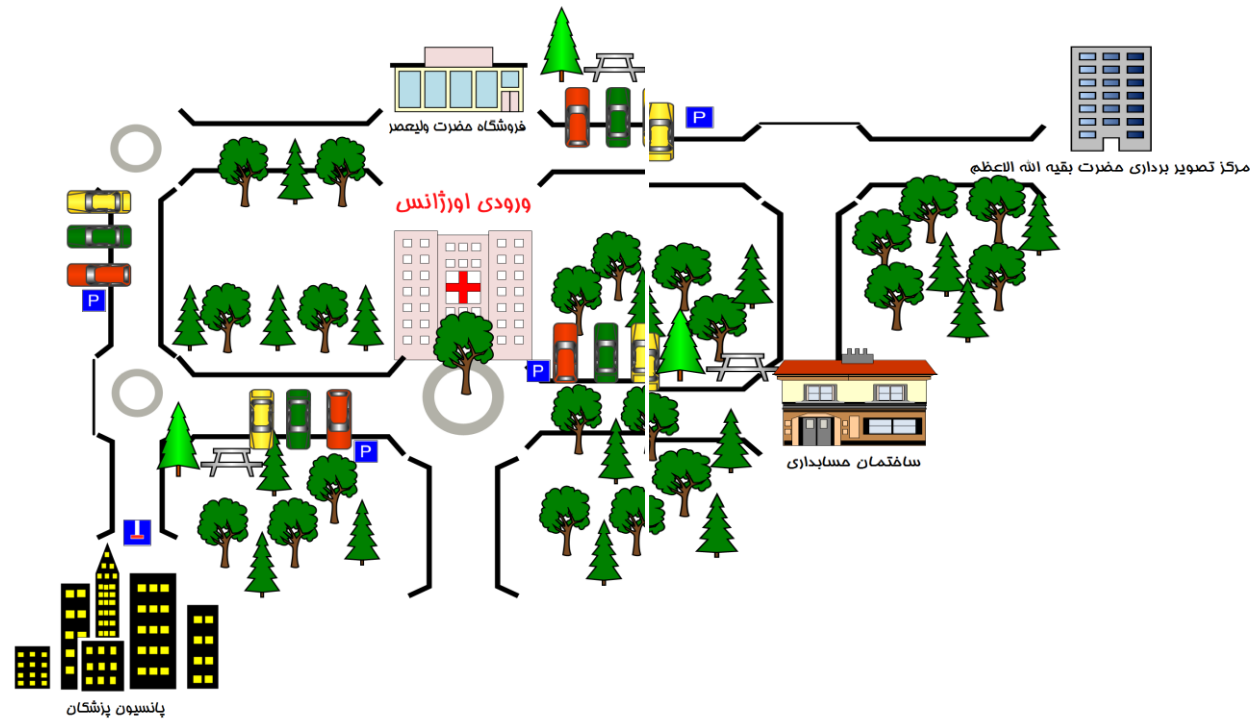
معرفی بیمارستان حضرت ولیعصر (عج) اقلید:

بیمارستان حضرت ولیعصر (عج) اقلید با 196 تخت مصوب و 114 تخت فعال است در سال 1380 در زمینی به مساحت 5 هکتار و با زیر بنای 10488 متر مربع تاسیس گردید، که در حال حاضر 150 متر الحاقیه اورژانس به این زیر بنا اضافه شده است این بیمارستان در تاریخ 1395/9/23 طبق ارزشیابی اعتباربخشی بیمارستانهای ایران به عنوان درجه یک شناخته شد. در حال حاضر دارای بخشهای بستری، داخلی، اطفال، جراحی، (زنان، عمومی، ENT، چشم، ارتوپدی، زایشگاه)، CCU، ICU، NICU می باشد، بخش ICU داخلی با 4 تخت مصوب راه اندازی شده است که در حال حاضر فعال می باشد. و جان بسیاری از بیماران را نجات داده است همچنین در آذر ماه سال 99 بخش ICUcovid با 8 تخت با همت خیرین شهرستان بهره برداری شد که در جهت خدمات رسانی به بیماران بد حال کرونایی می باشد. این بیمارستان دارای 3 اتاق عمل است که از 199 عمل جراحی در ماه (سال 1392) به 259 عمل جراحی در سال 1393 افزایش یافته است. علاوه بر بخشهای بالینی امکاناتی از قبیل سونوگرافی، تست ورزش، آندوسکوپی، CTscan و ... موجود می باشد.

بخشهای پاراکلینیکی عبارتند از آزمایشگاه، رادیولوژی، داروخانه، فیزیوتراپی و درمانگاههای تخصصی نیز شامل درمانگاه زنان، اطفال، داخلی، ارتوپدی، چشم پزشکی، پوست، داخلی مغز و اعصاب و بخشهای سرپایی عبارتند از دیالیز، تالاسمی، اتفاقات، و زایشگاه.

از امتیازات ویژه این بیمارستان کسب عنوان بیمارستان دوستدار کودک در سال 1378 و نشان شافی در سال 1393 می باشد.

کروکی ساختمان بیمارستان:



رسالت (Mission)

بیمارستان دولتی حضرت ولیعصر (عج) شهرستان اقلید، به عنوان یکی از مراکز تابعه دانشگاه علوم پزشکی شیراز، کلیه خدمات تشخیصی، درمانی و مراقبتی مطلوب را به منظور بهبود مستمر کیفیت خدمات و ایمنی بیمار با رعایت استانداردهای اعتبار بخشی در منطقه شمال فارس انجام میدهد

چشم انداز (vision)

بیمارستان ولیعصر (عج) شهرستان اقلید امید آن دارد با توسعه فضای فیزیکی، تجهیزاتی و توانمند سازی کارکنان به عنوان یکی از پنج بیمارستان برتر در سطح بیمارستانهای استان فارس در زمینه ارائه خدمات ایمن بر اساس استانداردهای اعتبار بخشی تا سال 1405 باشد.

ارزشها

رعایت اخلاق حرفه ای در تمام سطوح

توانمندسازی کارکنان از طریق آموزش ، افزایش نظم
و مسئولیت پذیری آنان بعنوان ارزشمندترین سرمایه

توجه به ایمنی بیمار و جلب رضایت بیماران و کارکنان

احترام ، تعهد و صداقت در قبال ذینفعان

قوانین و مقررات داخلی :

ورود و خروج:

- 1- در شیفت صبح ورود به بخش ساعت 7:00 و خروج از بخش ساعت 13:30 می باشد.
- 2- در شیفت عصر ورود به بخش ساعت 13:00 و خروج از بخش ساعت 19:30 می باشد.
- 3- در شیفت شب ورود به بخش ساعت 19:00 و خروج از بخش ساعت 7:30 صبح روز بعد می باشد.
- 4- ساعت ورود پرسنل اداری روزهای شنبه تا چهارشنبه ساعت 7:00 لغایت 14 و روزهای پنجشنبه ساعت 7:00 لغایت 13 می باشد.
- 5- ساعت کارکرد 44 ساعت در هفته می باشد.
- 6- محاسبه ارتقاء بهره وری بر اساس سابقه خدمتی ، سختی محل خدمت و وضعیت نوبت کاری صورت می گیرد. (از 44 ساعت کم خواهد شد).
- 7- پس از اعلام شروع به کار پرسنل جدید از واحد مربوطه جهت ثبت اثر انگشت خود به واحد امور اداری مراجعه و اثر انگشت جهت ثبت ورود و خروج گرفته می شود. جهت ثبت اثر انگشت ارائه کد شناسایی پرسنل الزامی می باشد.

تعویض شیفت :

- به دلیل اینکه برنامه ها از قبل تدوین می شود تعویض شیفت نبایستی انجام شود و این امر فقط در مواقع اورژانسی و نیاز مبرم پرسنل حداکثر 2 مورد در ماه به صورت زیر بایستی انجام شود .
1. تعویض شیفت با پرسنل همان بخش انجام می شود
 2. تعویض شیفت با پرسنل همتای خود انجام شود (کمک بهیار با خدمات نمی تواند تعویض شیفت انجام داد)
 3. در صورت ضرورت به جابجایی حتما با مسوول بخش هماهنگ و در صورت تایید با دفتر پرستاری هماهنگ شود
 4. همکاران محترم توجه داشته باشند از تعویض شیفت های مکرر اکیداً خودداری شود. در صورت مشاهده و بررسی موارد برخورد قانونی صورت می گیرد.

انواع مرخصی

مرخصی کمتر از یک روز

ماده 2: مرخصی کمتر از یک روز جزء مرخصی استحقاقی منظور و محاسبه می شود و به ازای هر 8 ساعت معادل یک روز از مرخصی استحقاقی مستخدم کسر می گردد و سقف تعیین شده حداکثر 12 روز در یک سال تقویمی است .

تبصره 1 ماده 3: قانون ترویج تغذیه با شیر مادر و حمایت از مادران در دوران شیردهی ، این بانوان پس از شروع بکار مجدد و اتمام مرخصی استعلاجی زایمان در صورت ادامه شیردهی می توانند حداکثر تا 24 ماهگی کودک ، روزانه یک ساعت از مرخصی (پاس شیر) بدون کسر از مرخصی استحقاقی استفاده نمایند .

ماده 6 همین قانون اجازه می دهد مادران شیرده پاس شیردهی را روزانه در سه نوبت بر حسب نیاز کودک استفاده نمایند در هر حال رعایت سقف 1 ساعت الزامی است . مادرانی که پس از مرخصی زایمان تمایل دارند از پاس ساعتی شیرمادر استفاده کنند بایستی از پایگاه بهداشتی گواهی منوط به استفاده فرزند از شیر مادر را ارائه دهند

مرخصی استحقاقی :

طبق ماده 1 آئین نامه مرخصی ها مستخدم رسمی دولت از نخستین ماه خدمت به مدت ماهانه 2.5 روز به نسبت مدت خدمت استحقاق مرخصی دارد . طبق قانون خدمات کشوری کلیه کارکنان فقط 15 روز مرخصی خود را می توانند ذخیره کنند .

طبق ماده 6 آیین نامه مرخصی ها مستخدم می تواند با درخواست کتبی و موافقت کتبی رئیس یا معاونت اداره از مرخصی استحقاقی سالیانه استفاده نماید. طبق ماده 13 آئین نامه مرخصی ها مستخدم دولت در صورت ذخیره مرخصی می تواند در هنگام بازنشستگی از مرخصی های ذخیره شده استفاده نماید ضمناً حفظ پست سازمانی در مدت فوق الزامی است . طبق آئین نامه مرخصی ها تعطیلی بین دو مرخصی استحقاقی بر اساس قانون خدمات کشوری محاسبه نمی گردد .

مقررات مرخصی استعلاجی :

طبق ماده 21 هرگاه مستخدم رسمی دولت بیمار شود و آن بیماری مانع از خدمت او باشد لازم است مراتب را در کوتاهترین مدت به اداره متبوع اطلاع دهد و گواهی استراحت از پزشک معالج را به رئیس اداره و یا معاون ارائه نماید . طبق ماده 22 کارگزین

مكلف است گواهی پزشك معالج را برای تأیید به پزشك معتمد اداره متبوع ارسال نماید و پس از تأیید حكم مرخصی استعلاجی صادر نماید . طبق ماده 24 چنانچه مستخدم بیش از 4 ماه مرخصی استعلاجی استفاده نماید برابر ماده 24 آیین نامه مرخصی ها و تشخیص کمیسیون پزشکی مبنی بر صعب العلاج بودن بیماری حكم مرخصی صعب العلاج تا سقف 6 ماه توسط کارگزینی با مجوز استراحت از پزشك معالج صادر می گردد . و در صورت عدم بهبودی قابل تمدید می باشد (در هر نوبت 6 ماه) در مورد بیماری صعب العلاج ، حداکثر تا یکسال حقوق و فوق العاده های مربوط و در مدت مازاد بر یکسال فقط حقوق پرداخت می گردد .

برابر ماده 26 طبق مصوبه 86/04/25 مجلس شورای اسلامی جهت بانوان باردار برای هر زایمان 9 ماه مرخصی پیش بینی شده است همچنین برای زایمان های دوقلو 12 ماه و برای زایمانهای سه قلو و بالاتر یکسال مرخصی استعلاجی در نظر گرفته شده است. برابر ماده 19 در مدت مرخصی صعب العلاج مرخصی استحقاقی به کارکنان فوق الذکر تعلق نمی گیرد ضمناً برابر دستورالعمل شماره 82/07/01 مورخ 2/3/1471 ک بانوان باردار بعد از زایمان چنانچه دچار عارضه دیگری مانند شکستگی شوند در صورت تأیید کمیسیون پزشکی می توانند از مرخصی صعب العلاج بهره مند شوند .

ماده 14 : مستخدمین پیمانی در صورت ابتلا به بیماری هایی که مانع از انجام کار آنها باشد . نیز مانند زنان باردار از حمایت های مقرر در قانون تأمین اجتماعی استفاده خواهند کرد .

تبصره 1 : این قبیل مستخدمین موظفند ضمن آگاه نمودن دستگاه ذیربط از علت عدم حضور خویش در محل خدمت مدارک مربوط به بیماری که به تأیید مراجع قانونی مذکور در قانون تأمین اجتماعی رسیده باشد را در پایان ایام بیماری ارائه نمایند .

تبصره 2 : حقوق و فوق العاده های مستخدمین پیمانی که عدم اشتغال آنها به سبب بیماری باشد و در بیمارستان بستری نشوند تا سه روز توسط دستگاه مربوطه پرداخت خواهد شد و مازاد بر سه روز تا خاتمه بیماری و حداکثر تا پایان قرارداد مشمول مقررات قانون تأمین اجتماعی خواهد بود .

کلیه استعلاجی ها ظرف مدت 24 ساعت بایستی جهت تائید به مدیریت ارائه گردد

مرخصی ورزشی :

شامل مربیان ، قهرمانان ، داوران و پزشکان ورزشی و ...

با درخواست کتبی سازمان تربیت بدنی به سازمان و با صدور مأموریت بدون فوق العاده قابل استفاده می باشد .

مرخصی پرتوکاران :

کاهش ساعات کار هفتگی تا میزان 25 درصد ساعات کار

افزایش مرخصی استحقاقی سالانه تا یکماه

بجای استفاده از مرخصی فرد ذینفع می تواند تقاضای اشتغال در محلی غیر از محیط کار با اشعه را بنماید و اضافه کار مربوطه را دریافت نماید .

مرخصی بدون حقوق :

ماده 32 مستخدم در حالت های ذیل می توانند از مرخصی بدون حقوق استفاده نمایند :

- 1- مستخدم استحقاق مرخصی نداشته باشد
- 2- مستخدم قصد ادامه تحصیل داشته باشد
- 3- مستخدم ناگزیر باشد به اتفاق همسرش به خارج از کشور مسافرت نماید
- 4- مستخدم پس از استفاده 4ماه از مرخصی استعلاجی به سبب ادامه بیماری قادر به انجام وظیفه نباشد .
- 5- برابر تبصره 2 ماده 49 قانون استخدام کشوری مستخدم رسمی دولت می تواند در طول خدمت در وزارت متبوع با موافقت رئیس اداره از حداکثر 3 سال مرخصی بدون حقوق استفاده نماید . در صورت ادامه تحصیل در تحصیلات عالی تا 2 سال دیگر قابل تمدید خواهد بود (حداکثر 5 سال) .
- 6- برای کارکنانی که همسران آنها در مشاغل حساس دولتی می باشند برابر تبصره 5 ماده فوق تا سقف 6 سال قابل تمدید خواهد بود .

باز خرید مرخصی استحقاقی :

باز خرید مرخصی استحقاقی ذخیره شده با حصول شرایط ذیل امکان پذیر خواهد بود :

- ✓ وجود اعتبار لازم در واحد
- ✓ رضایت از نحوه خدمتی مستخدم
- ✓ وجود حداقل 1 ماه ذخیره مرخصی استحقاقی

✓ هر مستخدم می تواند در سال حداکثر دو ماه و در طول خدمت قبل از بازنشستگی حداکثر 6 ماه مرخصی خود را بازخرید کند . سالانه حداکثر تا سقف 2 درصد کارکنان هر واحد می توانند از بازخرید مرخصی در صورت تأمین اعتبار لازم بهره مند شوند بدیهی است ضوابط فوق منحصراً در مورد ذخیره مرخصی استحقاقی است و سایر موارد همچون مرخصی مناطق محروم و یا مرخصی تشویقی ، تعطیلات نوروزی و ... قابل ذخیره نبوده و تابع ضوابط خاص خود می باشد

سایر مرخصی ها:

مرخصی ازدواج که شامل ازدواج دایم کارمند و فرزند کارمند و تاریخ شروع استفاده از 7 روز مرخصی از تاریخ عقد به مدت 2 سال می باشد و از مرخصی استحقاقی کسر نمی گردد.

مرخصی فوت یکی از بستگان درجه یک که شامل : همسر ، فرزند ، پدر ، مادر ، خواهر ، برادر به مدت 7 روز از تاریخ شروع فوت تا 40 روز قابل استفاده است و از مرخصی استحقاقی کسر نمی گردد.

مرخصی تولد فرزند به مدت 14 روز برای آقایان که از مرخصی استحقاقی کسر نمی گردد.

مرخصی حج واجب : این مرخصی 30 روز می باشد و از مرخصی استحقاقی کسر نمی گردد..

قانون تسهیلات استخدامی و اجتماعی جانبازان تصویب نامه شماره 28862/ت/17679 هـ مورخ 77/05/06

میزان کسر ساعت کار موظف	میزان درصد جانبازی
45 دقیقه	25 درصد تا 29 درصد
60 دقیقه	30 درصد تا 39 درصد
90 دقیقه	40 درصد تا 49 درصد
120 دقیقه	50 درصد تا 59 درصد

60 درصد تا 69 درصد	150 دقیقه
70 درصد به بالا	210 دقیقه

ارزشیابی سالانه:

عملکرد کارکنان در طول سال توسط مسئول واحد بر اساس برگه ارزشیابی ارزیابی می گردد. حداکثر نمره از 100 می باشد. با توجه به لایحه قانون خدمات کشوری ارزشیابی سالیانه پرسنل تغییر خواهد نمود که در آینده به این سند اضافه خواهد شد. چک لیستهای پایش تکمیل شده توسط مسوول واحدها در زمینه عملکرد کارکنان در نمره ارزشیابی سالیانه موثر است .

ارزشیابی درونی: تمامی مسئولین بخشها کلیه نقاط مثبت و منفی پرسنل را ثبت نموده و براساس آن نمره ارزشیابی و ضریب نمره نوین ماهیانه داده می شود

***ضریب نمره نوین ماهیانه: امتیازی است که بر اثر آیتم های زیر به پرسنل داده می شود:**

✓ سابقه خدمت

✓ محل خدمت (بخش خدمت)

✓ مسئولیت پذیری

✓ میزان اضافه کار

✓ و....

با این امتیاز تحت عنوان نظام نوین ماهیانه مبلغی از مازاد درآمد بیمارستان به پرسنل پرداخت می گردد .

پرسنل نمونه:

پرسنل نمونه بیمارستانی:

این پرسنل توسط مسئولین بخش ها و با اظهار نظر سوپروایزرهای بالینی و مسئول خدمات پرستاری انتخاب می شود.

پرسنل نمونه کشوری:

اسامی پرسنل نمونه بر اثر فرمهای مخصوص و عملکرد سالیانه پرسنل به دانشگاه علوم پزشکی فرستاده می شود و انتخاب پرسنل نمونه توسط دفتر پرستاری دانشگاه صورت می گیرد .

گواهی اشتغال و گواهی حقوق:

پرسنلی که با رابطه استخدامی رسمی و پیمانی ، طرحی و قراردادی که نیاز به گواهی اشتغال به کار دارند می توانند با مراجعه به سامانه کارمند تب (TAB) خدمات الکترونیک ، درخواست گواهی اشتغال به کار را ارسال نمایند و پس از تأیید سیستمی توسط مسئول کارگزینی پرینت آن را بگیرند برای پرسنل شرکتی با مراجعه به کارگزین محل خدمت این گواهی را دریافت کنند.

پرسنلی که نیاز به گواهی حقوق و گواهی ضمانت حقوقی داشته باشند با در دست داشتن فیش حقوقی به رئیس حسابداری مراجعه تا فرم مربوطه تکمیل و به تایید امور مالی برسد.

تخلفات اداری:

مطابق حکم ماده 2 دستور العمل رسیدگی به تخلفات اداری مصوب 1378/8/4 هیات عالی نظارت ، تخلفات اداری عبارت است از ارتکاب اعمال و رفتار نادرست مستخدم و رعایت نکردن نظم و انضباط اداری که منحصر به موارد مذکور در قانون رسیدگی به تخلفات اداری است و به دو دسته قصور و تقصیر تقسیم می شود . قصور کوتاهی غیر عمدی در انجام وظایف اداری محموله و تقصیر نقض عمدی قوانین و مقررات مربوط است.

ماده 8 قانون رسیدگی تخلفات اداری ، انواع تخلف را در 39 مورد بر شمرده است که عبارت است از:

- ❖ اعمال و رفتار خلاف شئون شغلی یا اداری
- ❖ نقض قوانین و مقررات مربوط
- ❖ ایجاد نا رضایتی در ارباب رجوع یا انجام ندادن یا تاخیر در انجام امور قانونی آنها بدون دلیل
- ❖ ایراد تهمت و افترا و هتک حیثیت
- ❖ اخاذی
- ❖ اختلاس
- ❖ تبعیض یا اعمال غرض یا روابط غیر اداری در اجرای قوانین ومقررات نسبت به اشخاص
- ❖ ترک خدمت در خلال ساعات موظف اداری
- ❖ تکرار در تاخیر ورود به محل خدمت یا تکرار خروج از آن بدون کسب مجوز
- ❖ تسامح در حفظ اموال و اسناد و وجوه دولتی ، ایراد خسارت به اموال دولتی
- ❖ افشای اسرار و اسناد محرمانه اداری ، ارتباط و تماس غیر مجاز با اتباع بیگانه
- ❖ سرپیچی از اجرای دستور مقامهای بالاتر در حدود وظایف اداری
- ❖ کم کاری یا سهل انگاری در انجام وظایف محول شده

- ❖ سهل انگاری روسا و مدیران در ندادن گزارش تخلفات کارمندان تحت امر
- ❖ ارائه گواهی یا گزارش خلاف واقع در امور اداری
- ❖ گرفتن وجوهی غیر از آنچه در قوانین و مقررات تعیین شده یا اخذ هر گونه مالی که در عرف رشوه خواهی تلقی میشود
- ❖ تسلیم مدارک به اشخاصی که حق دریافت آن را ندارند یا خوداری از تسلیم مدارک به اشخاصی که حق دریافت آن را دارند
- ❖ تعطیل خدمت در اوقات مقرر اداری
- ❖ رعایت نکردن حجاب اسلامی
- ❖ رعایت نکردن شئون و شعایر اسلامی
- ❖ نگهداری ، حمل ، توزیع، خرید و فروش مواد مخدر
- ❖ استعمال یا اعتیاد به مواد مخدر
- ❖ داشتن شغل دولتی دیگر به استثنای سمت های آموزشی و تحقیقاتی
- ❖ هر نوع استفاده غیر مجاز از شئون یا موقعیت شغلی ، امکانات و اموال دولتی
- ❖ جعل یا مخدوش نمودن و دست بردن در اسناد و اوراق رسمی یا دولتی
- ❖ غیبت غیر موجه به صورت متناوب یا متوالی
- ❖ سوء استفاده از مقام یا موقعیت اداری
- ❖ بازرسی یا باز کردن پاکتها و محمولات پستی یا معدوم کردن آنها
- ❖ استراق سمع بدون مجوز قانونی
- ❖ کار شکنی و شایع پراکنی
- ❖ وادار کردن یا تحریک کردن به کارشکنی یا کم کاری
- ❖ ایراد خسارت به اموال دولتی
- ❖ اعمال فشارهای فردی برای تحصیل مقاصد غیر قانونی
- ❖ شرکت در تحصن ، اعتصاب و تظاهرات غیر قانونی یا تحریک به برپایی تحصن
- ❖ عضویت در یکی از فرقه های ضاله که از نظر اسلام مردود شناخته شده
- ❖ همکاری با گروهکهای سیاسی به عنوان مامور یا منبع خبری ، داشتن فعالیت یا دادن گزارش ضد مردمی
- ❖ عضویت در سازمانهایی که اساس نامه آنها مبتنی بر نفی ادیان الهی است یا طرفداری از فعالیت به نفع آنها

❖ عضویت در گروه های محارب یا طرفداری و فعالیت به نفع آنها

مجازات ها:

تنبيه هايي كه در ماده 9 قانون رسيدگي به تخلفات اداري براي افراد مختلف پيش بيني شده است عبارتند از:

الف) اخطار كتبي بدون درج پرونده استخدا مي

ب) توبيخ كتبي با درج در پرونده استخدا مي

ج) كسر حقوق و فوق العاده شغل يا عناوين مشابه حداكثر تا يك سوم از يك ماه تا سه سال

د) انفصال موقت از يك ماه تا يك سال

ه) تغيير محل جغرافيايي خدمت به مدت يك تا پنج سال

و) تنزيل مقام يا محروميت از انتصاب به پست هاي حساس و مديريتي در درستگا ههاي دولتي و دستگا ههاي مشمول ابن قانون

ز) تنزيل يك يا دو گروه يا تعويق در اعطاي يك يا دو گروه به مدت يك يا دو سال

س) باز خريد خدمت در صورت داشتن كمتر از 20 سال سابقه كار دولتي (در مورد مستخدمان مرد) با پرداخت 30 تا 45 روز

حقوق مبناي مربوط در قبال هر سه سال به تشخيص هيات صادر كننده راي

ط) باز نشستگي در صورت داشتن بيش از 20 سال سابقه خدمت دولتي (براي مستخدمان مرد) بر اساس سنوات خدمت دولتي

با تقليل يك يا دو گروه

ي) اخراج از دستگا ه متبوع

ك) انفصال دايم از خدمات دولتي و دستگا ههاي مشمول اين قانون

حقوق و مزاي ا:

در حال حاضر حقوق كاركنان رسمي و پيماني مشمول قانون استخدام كشور و مقررات استخدا مي شركت هاي دولتي بر اساس

قانون نظام هماهنگ پرداخت كاركنان دولت مصوب 1370/06/13 مجلس شوراي اسلامي ، آئين نامه اجرائي آن و ساير

بخشنامه هاي صادره بر اساس آن پرداخت مي گردد .

اضافه كاري ساعتی:

بنا به ضرورت با هماهنگی مسئول واحد پرسنل می توانند اضافه کار ساعتی در ساعات غیر موظف انجام دهند مبلغ پرداختی معادل $\frac{1}{176}$ حق شاغل ، حق شغل و حق مدیریت به ازاء هر ساعت می باشد . سقف اضافه کاری در قسمتهای اداری و درمانی متفاوت است .

جابجایی شیفتهای کاری

فرم مخصوص جابجایی شیفت تهیه شده در واحدها موجود می باشد در صورت جابجا کردن شیفت بایستی این فرم تکمیل گردد مسئول بخش ودفتر پرستاری آنرا تائید کرده تحویل سوپروایزر شیفت دهد.

فرآیند ارتقاء کارکنان (بخشنامه 212/443/د مورخ 91/3/3)

کارمندانی که شرایط ارتقاء به رتبه بالاتر را دارند با درخواست خود به کارگزینی محل خدمت مراجعه و پس از بررسی مدارک لازم وتشکیل پرونده، توسط کارگزینی در کمیته مربوطه مطرح ودر صورت داشتن شرایط ، کارمند از ارتقاء به رتبه بالاتر بهره مند خواهند شد.

شرایط لازم

الف)سنوات خدمت جهت ارتقاء به رتبه بالاتر

- 1.رتبه پایه با مدرک دیپلم و فوق دیپلم(سطح کاردانی) حداقل با 8 سال سابقه خدمت
 2. رتبه پایه با مدرک لیسانس و بالاتر (سطح کارشناسی و بالاتر) حداقل با 6 سال سابقه خدمت
 3. رتبه ارشد با مدرک دیپلم و فوق دیپلم (سطح کاردانی) حداقل با 16 سال سابقه خدمت
 - 4.رتبه ارشد با مدرک لیسانس و بالاتر (سطح کارشناسی و بالاتر) حداقل با 12 سال سابقه خدمت
 - 5.رتبه خبره با مدرک لیسانس و بالاتر (سطوح کارشناسی و بالاتر) حداقل با 18 سال سابقه خدمت
 6. رتبه عالی با مدرک لیسانس و بالاتر(سطح کارشناسی و بالاتر) حداقل با 24 سال سابقه خدمت
- ب) ارتقاء به رتبه های بالاتر مستلزم کسب امتیازات مربوطه می باشد.

ج) صرفاً" مدت تجربه برای ارتقاء رتبه ملاک می باشد

د) آموزش لازم جهت ارتقاء به رتبه های بالاتر در چهارچوب نظام آموزشی کارمندان دولت

مقررات پوشش کارکنان

نحوه پوشش و ظاهر علاوه بر ایجاد امنیت خاطر برای شخص خودتان و حفظ حریم شخصی و کرامت انسانی بیماران باعث رعایت موازین و ضوابط عرفی، شرعی و اجتماعی، افزایش ضریب ایمنی و سلامت و ایجاد تصویر مثبت از اخلاق حرفه ای می‌گردد.

1. پوشیدن لباس فرم برای کلیه کارکنان الزامی است و در صورت استفاده از روپوش سفید، جنس آن ضخیم، بلند و در حد زانو، شلوار گشاد، جوراب و رنگ کفش بر اساس رده و مقنعه بلند باشد. بدیهی است استفاده از روپوش و شلوار تنگ و چسبان و پوشیدن جوراب ممنوع می‌باشد.
2. لطفاً فرم لباس خود را تنگ و کوتاه انتخاب نکنید.
3. انتخاب رنگ و نحوه پوشش بر اساس رده های سازمانی مشخص می‌باشد از قانون حاکم در وقت تبعیت شود.
4. لباس فرم، تمیز، اتو کشیده و مرتب باشد.
5. دکمه های روپوش ها در تمام مدت حضور در محیط های بالینی بطور کامل بسته نگه داشته شود.
6. استفاده از کارت شناسایی معتبر عکس دار حاوی (حرف اول نام، نام خانوادگی و سمت) در تمامی مدت حضور در بیمارستان الزامی است.
7. ناخن ها کوتاه، تمیز و بدون لاک باشد. ناخن بلند باعث انتقال عفونت و احتمال آسیب به بیماران و تجهیزات می‌شود.
8. خانمها نسبت به رعایت پوشش کامل موی خود و رعایت دستورات شرعی اهتمام جدی داشته باشند.
9. موهای آقایان بایستی تمیز، آراسته و در حد متعارف باشد.
10. استفاده از وسایل آرایش و زیور آلات از جمله انگشتر طلا، النگو، دستبند، (به جز حلقه ازدواج) در محیط بیمارستان جایز نیست.
11. استفاده از لوازم آرایش و عطرها با بوی تند و حساسیت زا در محیط بیمارستان ممنوع می‌باشد.
12. استفاده از دمپایی در کلیه ساعات شبانه روز ممنوع است.
13. از کفش راحت، تمیز و قابل شستشو با ظاهر مناسب و جلو بسته، ساده و بدون سرو صدا استفاده نمائید.
14. استعمال سیگار و سایر دخانیات در کلیه زمانهای حضور فرد، ممنوع است.
15. تلفن همراه خود را در هنگام حضور بر بالین بیمار خاموش نگه دارید و در سایر زمانها، استفاده در حد ضرورت و با رعایت آرام صحبت کردن و عدم سرو صدا ی بلند انجام شود، ضمناً برای زنگ بهتر است از علامت سکوت استفاده شود. (در بخشهای ویژه، اتاق عمل، زایشگاه استفاده از تلفن همراه ممنوع است).

16. رعایت اصول اخلاق حرفه ای ، تواضع و فروتنی در برخورد با همکاران نشانه شخصیت اجتماعی شما میباشد.
17. رعایت حقوق دیگران از جمله بحث نکردن ، شوخی های نامناسب نکردن و خندیدن با صدای آرام در حضور بیماران و در محیط های عمومی بیمارستان نظیر اسانسور ، سلف و... نشانه بلوغ اجتماعی شماست.
18. رعایت نظم و ترتیب و نظافت در ایستگاه پرستاری به لذت بردن از محیط کار کمک خواهد کرد .پس در حفظ این امر کوشا باشیم.
19. به افرادی که اخلاق حرفه ای و فردی را رعایت نکنند ابتدا تذکر شفاهی ، سپس تذکر کتبی و در صورت اصرار بر انجام تخلف به تخلفات اداری ارجاع داده می شوند.

حقوق گیرندگان خدمت

مفاهیم و واژه ها

بیمار: کسی که خود را به ارائه دهنده خدمت جهت دریافت خدمات بهداشتی درمانی معرفی می کند

حقوق: مجموعه قواعد و مقررات حاکم بر یک جامعه که امتیازات و اختیارات خاصی را برای افراد به رسمیت می شناسد.

تاریخچه

انگیزه حرکت برای تدوین منشور حقوق بیمار با انتشار اعلامیه جهانی حقوق بشر در سال 1947 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 1959 بود.

در سال 1973 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 1380 توسط وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی تدوین گردید که شامل 10 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 1388 توسط وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی به تمامی دانشگاه ها ابلاغ گردید.

شوخی با تکریم ارباب رجوع! طبق منشور حقوق بیمار اینجا مال شماست ، کاملاً راحت باشید...



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 ی خدمات سلامت، بیمارستان ها باید نهادی برای درک و احترام به حقوق و مسؤولیت های بیمار، خانواده ی آنان، پزشکان، پرستاران و سایر مراقبت کنندگان باشند . بیمارستان ها باید به جنبه های اخلاقی مراقبت واقف بوده و به آن احترام گذارند . اثربخشی مراقبت و بهره مندی بیمار از نتایج مثبت درمان تا حدودی بستگی به مسؤولیت پذیری بیمار دارد . شایسته است بیماران اطلاعات مربوط به سابقه ی بیماری ها، 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 مسؤل خود بپرهیزند . وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی امیدوار است در سایه تعامل مناسب ارائه دهندگان و گیرندگان خدمات سلامت نسبت به وظایف خود و احترام به حقوق دیگری، سلامت جامعه در بالاترین سطح ممکن تامین گردد . بر این اساس منشور حقوق بیمار با هدف تبیین حقوق گیرندگان این خدمات و به شرح ذیل تنظیم گردیده است :

واحد طرح تکریم

در این واحد فرمهایی به منظور نظرسنجی ارباب رجوع از نحوه عملکرد پرسنل بیمارستان وجود دارد که توسط ارباب رجوع تکمیل شده و در صندوق های موجود در طبقه اول و دوم انداخته می شود، و یا بصورت حضوری به مسوول طرح تکریم ارائه می گردد . سپس فرمها توسط رابط طرح تکریم جمع آوری و بررسی شده و در سامانه طرح تکریم وارد می شود و نتایج در ارزشیابی پرسنل دخالت داده می شود. قابل ذکر است که هم نظرات مساعد و هم نامساعد بیماران در ارزشیابی پرسنل دخیل است به این صورت که هر سه ماه پرسنلی که تعداد نظرات مساعد بیشتری نسبت به بقیه پرسنل داشته باشد و نظر نامساعدی نداشته باشد تشویقی دریافت خواهد کرد که این تشویقی 2 نمره دارد.

چکیده منشور حقوق بیمار در ایران

۱ - دریافت مطلوب خدمات سلامت، حق بیمار است.

ارائه خدمات سلامت باید:

- شایسته شان و منزلت انسان و با احترام به ارزش ها، اعتقادات و فارغ از هرگونه تبعیض از جمله: قومی، فرهنگی، مذهبی، نوع بیماری و جنسیتی باشد.
- در سریع ترین زمان ممکن و با احترام به وقت بیمار باشد.
- در مراقبت های ضروری و فوری (اورژانسی)، ارائه خدمات بدون توجه به تامین هزینه آن صورت گیرد. در موارد غیر فوری براساس ضوابط تعیین شده باشد.
- در مراقبت های ضروری و فوری (اورژانسی)، در صورتی که ارائه خدمات مناسب ممکن نباشد، لازم است پس از ارائه خدمات ضروری و توضیحات لازم، زمینه انتقال بیمار به واحد مجهز فراهم گردد و...

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

محتوای اطلاعات باید شامل:

- ارائه آموزش های ضروری برای استمرار درمان
- اطلاعات باید در زمان مناسب و متناسب با شرایط بیمار از جمله اضطراب، درد و ویژگی های فردی وی از جمله زبان، تحصیلات و... در اختیار وی قرار گیرد.
- بیمار می تواند به کلیه اطلاعات ثبت شده در پرونده بالینی خود دسترسی داشته، تصویر آن را دریافت نموده و تصحیح اشتباهات مندرج در آن را درخواست نماید و ...
- ضوابط و هزینه های قابل پیش بینی اعم از خدمات درمانی و غیردرمانی و ضوابط بیمه و معرفی سیستم های حمایتی در زمان پذیرش...

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

محدوده انتخاب و شرایط تصمیم گیری درباره موارد ذیل می باشد:

- انتخاب پزشک معالج و مراکز ارائه کننده خدمات سلامت در چارچوب ضوابط.
- انتخاب و نظرخواهی از پزشک دوم به عنوان مشاور .
- پس از ارائه اطلاعات، زمان لازم و کافی به بیمار جهت تصمیم گیری و انتخاب داده شود و ...

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

- رعایت اصل رازداری راجع به کلیه اطلاعات مربوط به بیمار الزامی است مگر در مواردی که قانون آن را استثناء کرده باشد.
- در کلیه مراحل مراقبت اعم از تشخیصی و درمانی باید به حریم خصوصی بیمار احترام گذاشته شود و کلیه امکانات لازم جهت تضمین حریم خصوصی فراهم گردد .
- فقط بیمار، گروه درمانی، افراد مجاز از طرف بیمار و افرادی که به حکم قانون مجاز تلقی می شوند می توانند به اطلاعات پرونده بیمار دسترسی داشته باشند.
- بیمار حق دارد در کلیه مراحل تشخیصی از جمله معاینات، فرد معتمد خود را همراه داشته باشد و ...

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

- 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 .
- بیماران حق دارند از نحوه رسیدگی و نتایج شکایات خود آگاه شوند.
- خسارت ناشی از خطای ارائه کنندگان خدمات سلامت باید پس از رسیدگی و اثبات، مطابق مقررات در کوتاه ترین زمان ممکن جبران گردد و ...

مراجعه کننده گرامی:

- دستورالعمل کامل حقوق گیرندگان خدمت در کلیه ایستگاه های پرستاری بخش ها همچنین وب سایت بیمارستان جهت مطالعه موجود می باشد.

- شما می توانید در صورت داشتن هرگونه سوال در خصوص رعایت حقوق گیرندگان خدمت به مسوول وقت رسیدگی و پاسخگویی به شکایات بیمارستان مراجعه نمایید.



متن کامل منشور حقوق گیرندگان خدمت در سایت الکترونیکی دانشگاه به آدرس [Http://reform.sums.ac.ir](http://reform.sums.ac.ir) قابل دستیابی است

طراح: سید سعادت حسینی

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 اعلام خطر نمایند.

چهار خصوصیت عمده فرهنگ مطلوب ایمنی عبارتند از:

امنیت روانی: به این معنا که افراد در قبال اظهار نظر آزادانه و گزارش وقایع از اعتماد و حمایت سازمان برخوردار باشند.

مدیریت: در ایجاد محیطی که در آن کلیه کارکنان بتوانند به راحتی دغدغه های خویش را بیان نمایند، نقش فعالانه خواهند داشت.

شفافیت: باید در سازمان بگونه ای باشد که در خصوص 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.

انصاف: به شکی رعایت شود که کارکنان بدانند به خاطر خطاهائی که مبتنی بر نواقص سیستم است تنبیه و سرزنش نخواهند شد.

اقدامات عملی در راستای ارتقاء ایمنی بیمار:

سیستم سلامت ملی انگلستان به عنوان ارائه راه کار عملی برای رسیدن به ایمنی بیمار 7 قدم را به سازمانهای ارائه کننده خدمات درمانی پیشنهاد نموده است که به شرح زیر می باشد:

1. ایجاد فرهنگ وبستر سازی: بستری باز و منصفانه برای دستیابی به ایمنی بیمار فراهم کنید.

2. کارکنان خود را حمایت ورهبری کنید: به طور شفاف و محکم در سازمان خود بر ایمنی بیمار تاکید و تمرکز کنید.

3. عملیات مدیریت خطر را همسو و یکپارچه کنید: برای مدیریت خطرات، سیستم ها و فرآیندهائی ایجاد کنید و خطاها را شناسائی و ارزیابی کنید.

4. گزارش دهی را تشویق کرده ،ارتقاء دهید: به کارکنان خود این اطمینان را بدهید که می توانند به راحتی وقایع را در سطح محلی و ملی زارش کنند.

5. مردم و جامعه را در موضوع درگیر کرده و به دیگران هم یاد بدهید : راه هائی را برای برقراری ارتباط صریح با بیماران ایجاد و به حرف آنها گوش دهید.

6. **درسهای ایمنی را بیاموزید و به دیگران هم یاد دهید:** کارکنان را به تحلیل ریشه ای علل تشویق کنید تا یاد بگیرند که چرا و چگونه حوادث رخ می دهند.

7. راه حل هایتان را برای جلوگیری از بروز آسیب اجرائی کنید:

درسهای را که آموخته اید با تغییر در عملیات ، فرآیندها یا سیستم ها ، نهادینه و عملی سازید.

شاخص های ایمنی بیمار :

در کشور ما ، 15 شاخص به عنوان شاخصهای کشوری ایمنی بیمار برگزیده شده اند که عبارتند از :

- ❖ سقوط بیمار
- ❖ زخم بستر
- ❖ عفونتهای بیمارستانی
- ❖ عوارض بیهوشی
- ❖ عوارض انتقال خون
- ❖ باز شدن زخم بعد از عمل جراحی
- ❖ خونریزی یا هماتوم بعد از عمل
- ❖ جا ماندن اجسام خارجی طی اعمال جراحی
- ❖ پارگی یا بریدگی اتفاقی
- ❖ مرگ به دنبال زایمان آمبولی ریه یا ترومبوز ورید عمقی به دنبال جراحی
- ❖ عفونت محل عمل جراحی

❖ مرگ بدنبال انفارکتوس قلبی یا عمل جراحی پیوند عروق کرونر

❖ ترومای زایمانی :

❖ زایمان طبیعی بدون وسیله یا با وسیله

❖ ترومای به نوزاد حین تولد

رفتار های حیاتی برای ارتقاء ایمنی بیمار

1. از پروتکل‌های مکتوب ایمنی تبعیت کنید.

2. در مواقعی که احساس نگرانی از احتمال بروز خطا دارید دغدغه خود را بیان کنید (Speak up)

3. به صورت شفاف ارتباط برقرار کنید.

❖ به سخنان بیماران خود گوش دهید.

❖ مطمئن شوید که درست متوجه موضوع شده اید.

❖ برای انتقال مطالب و برقراری ارتباط با کادر درمانی از تکنیک ISBAR که مخفف کلمات زیر است استفاده کنید:

IDENTIFY: شناسایی صحیح بیمار

Situation: توضیح شرح حال و وضعیت فعلی بیمار

Background: توضیحی در خصوص بیماری زمینه ای و سابقه پزشکی

Assessment: ارزیابی از وضعیت جاری بیمار، تشخیص‌های محتمل و میزان وخامت حال وی

Recommendation: پیشنهاد و توصیه هائی در مورد اقدامات بعدی

4. خودتان بی احتیاطی نکنید و نگذارید دیگران بی احتیاطی کنند.

5. مواظب خودتان باشید! (از مواجهه با شرایط پرخطر و موقعیتهائی که شما را در معرض خطا قرار می دهد مانند اضافه کاری علی رغم خستگی، کوتاهی در استفاده از تجهیزات ایمنی مانند دستکش و..... خودداری کنید.)

9 راه حل ایمنی بیمار :

نه راهکار ارائه شده جهت patient safety از طرف سازمان بهداشت جهانی	
	<p>توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی</p> <p>Look-alike, sound-alike medication names</p> <p>۱</p>
	<p>توجه به مشخصات فردی بیمار جهت جلوگیری از خطا</p> <p>patient identification</p> <p>۲</p>
	<p>ارتباط مؤثر در زمان تحویل بیمار</p> <p>communication during patient hand-overs</p> <p>۳</p>
	<p>انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار</p> <p>performance of correct procedure at correct body site</p> <p>۴</p>
	<p>کنترل غلظت محلول های الکترولیت</p> <p>control of concentrated electrolyte solutions</p> <p>۵</p>
	<p>اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارائه خدمات</p> <p>assuring medication accuracy at transitions in care</p> <p>۶</p>
	<p>اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها</p> <p>avoiding catheter and tubing misconnections</p> <p>۷</p>
	<p>صرفاً یکبار استفاده از وسایل تزریقات</p> <p>single use of injection devices</p> <p>۸</p>
	<p>بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبت های سلامتی</p> <p>improved hand hygiene to prevent health care-associated infection</p> <p>۹</p>

1- توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه



2- توجه به مشخصات فردی بیمار



3- ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار

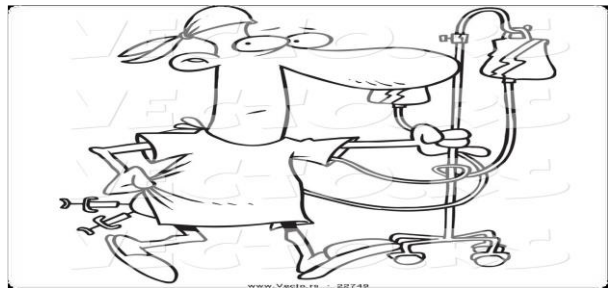
4- انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار



5- کنترل غلظت محلول های الکترولیت



- 6- اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی از پایه خدمات
7- اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها



- 8- استفاده صرفا یکبار از وسایل یکبار مصرف



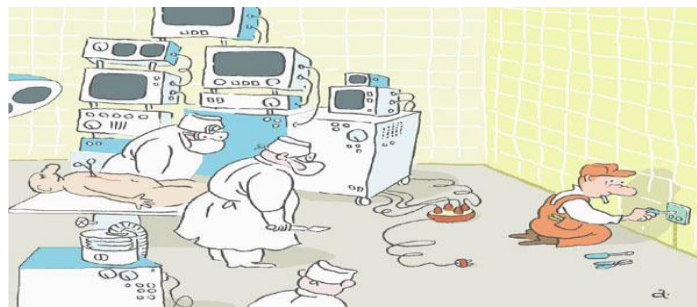
- 9- رعایت بهداشت دست



لازم به ذکر است خط مشی 9 راه حل ایمنی بیمار در بخشها موجود می باشد برای درک بهتر از 9 راه حل ایمنی بیمار به خط مشی ها مراجعه شود.

استانداردهای ایمنی بیمار :

- 1- ایمنی بیمار در بیمارستان یک اولویت استراتژیک می باشد و در قالب یک برنامه عملیاتی تفصیلی در حال اجرا است.
- 2- یکی از کارکنان بیمارستان با اختیارات لازم به عنوان مسئول و پاسخگوی برنامه ایمنی بیمار منصوب گردیده است.
- 3- مدیریت ارشد بیمارستان به منظور بهبود فرهنگ ایمنی بیمار، شناسایی خطرات موجود در سیستم و اعمال مداخله جهت ارتقاء فرصتها به طور منظم برنامه بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار را به اجرا می گذارد.
- 4- یکی از مدیران میانی بیمارستان به عنوان هماهنگ کننده فعالیتهای ایمنی بیمار و مدیریت خطر منصوب شده است.
- 5- بیمارستان جلسات ماهیانه کمیته مرگ و میر و معلولیتها را به صورت منظم برگزار می نماید.
- 6- بیمارستان وجود تجهیزات ضروری را تضمین می نماید.



- 7- بیمارستان ضد عفونی مناسب و مطلوب کلیه وسایل پزشکی با قابلیت استفاده مجدد را قبل از کاربرد تضمین می نماید.
- 8- بیمارستان دارای وسایل و تجهیزات کافی به منظور تضمین استریلیزاسیون می باشد.
- 9- جهت ارائه خدمات و مراقبتهای درمانی کادر بالینی حائز شرایط توسط کمیته ذیصلاح به صورت ثابت و موقت استخدام و بکار گمارده می شود.
- 10- پزشک قبل از انجام هرگونه اقدام درمانی و تشخیصی تهاجمی، کلیه خطرات، منافع و عوارض جانبی احتمالی پروسیجر را به بیمار توضیح داده و با حضور پرستار، بیمار برگ رضایت نامه را امضاء می کند.
- 11- کادر درمان قبل از انجام هرگونه پروسیجر درمانی تشخیصی و آزمایشگاهی، تجویز دارو، انتقال خون و فرآورده های خونی کلیه بیماران و به ویژه گروههای در معرض خطر از جمله نوزادان، بیماران دچار اختلالات

هوشیاری و سالمندان حداقل با دو شناسه شامل نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد شناسایی و احراز هویت می گردند.

12- بیمارستان به منظور اعلام اضطراری نتایج حیاتی آزمایشات (Critical Criteria) کانالهای ارتباطی همواره آزاد پیش بینی کرده است.

13- بیمارستان دارای روال مطمئن برای اعلام نتایج معوقه تستهای پاراکلینیکی (Pending Test Results) به بیماران بعد از ترخیص می باشد.

14- بیمارستان دارای برنامه پیشگیری و کنترل عفونت مشتمل بر چارت سازمانی، برنامه عملیاتی، راهنماها و کتابچه راهنما می باشد.

15- بیمارستان تمیزی، ضدعفونی و استریلیزاسیون مناسب کلیه تجهیزات را با تاکید خاص بر واحدها و بخشهای پرخطر تضمین می نماید.

16- بیمارستان راهنماهای معتبر از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت را در زمینه خون و فرآورده های خونی ایمن اجرا می نماید.

17- بیمارستان دارای روشهای اجرایی ایمن قبل از انتقال خون مانند ثبت نام، رد و قبول داوطلبین و غربالگری خون در مواردی مثل HIV و HBV می باشد.

18 بیمارستان دسترسی به داروهای حیاتی را در تمامی ساعات شبانه روز (24 ساعته) تضمین می نماید.

19- بیمارستان بر اساس میزان خطر پسماندها را از مبدا تفکیک و کد بندی رنگی می نماید.

20- بیمارستان از راهنماها از جمله راهنماهای WHO جهت مدیریت دفع پسماندهای نوک تیز و برنده تبعیت می نماید

کد 247 چیست



کد 247:

کد سکتة قلبی جهت مدیریت درمان بیماران با علائم مشخصه ایسکمی حاد میوکارد همراه با بالا رفتن پایدار قطعه LLBB ویا ST که به نظر می رسد جدید باشد. از آنجاییکه زمان شروع درمان در بهبودی و کاهش عوارض در بیماران سکتة حاد قلبی بسیار حائز اهمیت است کلیه افراد درگیر طرح (پیش بیمارستانی و بیمارستانی) می بایست مطلع و آماده به کار باشد لذا به محض اعلام کد 247 آماده به کار شوند.

کد 247 در بیمارستانی که شرایط زیر را دارد فعال میشود:

دسترسی به اورژانس با نیروی کار آمد تریاژ در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته
دسترسی به آزمایشگاه در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته
دسترسی به متخصص قلب در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته
دسترسی به بخش سی سی یو در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته
دسترسی به داروی ترومبولایتیک (ترجیحا رتپلاز) در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته

علائم سکتة قلبی:

درد قفسه سینه، سنگینی قفسه سینه، عرق سرد، تنگی نفس، اضطراب، افت هوشیاری، تغییر نوار قلب به محض رویت بیمار با علائم سکتة قلبی (در بیماری که به اورژانس وارد میشود ویا در بیمار بستری) کد 247 به صورت زیر فعال میشود:

بلافاصله به پزشک اطلاع داده و با تشخیص قطعی پزشک، متخصص قلب را مطلع کنید
به سوپر وایزر کشیک اطلاع دهید
درمان حمایتی بلافاصله شروع کنید (برقراری لاین، اکسیژن تراپی، مانیتورینگ، گرفتن نوار قلب...)
متخصص قلب در زمان طلایی 60 دقیقه اول درمان ترومبولایتیک را انجام میدهد
سوپر وایزر با اعلام کد 247 به مرکز MCMC اقدامات لازم جهت اعزام بیمار به مرکز جامع درمانی سکتة قلبی (بیمارستان نمازی - قلب الزهرا - بیمارستان فقیهی) را فراهم میکند.



کد 724 چیست

کدی است که جهت بیماران با علائم حاد سکته مغزی فعال میشود. در هر مرکز که شرایط زیر را داشته باشد کد 724 فعال میشود:

- 1- بخش اورژانس شبانه روزی با کادر آگاه به تریاژ بیماران مبتلا به سکته مغزی حاد در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته
- 2- دسترسی 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته به انکال نورولوژی (با توجه به اهمیت سکته مغزی در صورتیکه حتی یک روز نورولوژیست حضور داشته باشد کد فعال میشود)
- 3- دسترسی به رادیولوژی جهت انجام سی تی اسکن در زمان کمتر از 30 دقیقه در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته
- 4- دسترسی به آزمایشگاه در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته
- 5- امکان مشاوره با متخصص قلب، داخلی و رادیولوژی در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته
- 6- دسترسی به بانک خون مجهز با امکان فراهم نمودن فرآورده های خون در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته
- 7- دسترسی به بخش ICU در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته
- 8- دسترسی به نورو سونوگرافی جهت انجام سونو داپلر عروق کاروتید و ترانس کرانیال در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته
- 9- امکان بررسی بلع بیمار و اقدامات لازم

در صورت مشاهده بیمار با علائم **fast** (زمان ورود به بیمارستان یا در بیمارستانی در بخش) کد 724

به صورت زیر فعال میشود. اطلاع به پزشک جهت ویزیت سریع بیمار

اطلاع به سوپر وایزر جهت اقدام به اعزام بیمار با اعلام کد 724 در سامانه اعزام

اقدامات تشخیصی مثل سی تی اسکن طبق دستور پزشک

اقدامات حمایتی و درمان اولیه بیمار تا زمان اعزام طبق دستور پزشک

زمان طلایی در درمان سکته مغزی 4/5 ساعت است. پس زمان را از دست ندهید

در صورتیکه بیمار در محدوده 4/5 ساعت به مرکز جامع درمان سکته مغزی (شیراز بیمارستان فقیهی) اعزام

شود و درمان انجام شود عوارض ناشی از سکته مغزی به حداقل میرسد.

علائم بیمار احتمال سکته حاد مغزی: در شناسایی علایم سکته مغزی از معیار

FAST

استفاده می شود

F(Face)

وجود ضعف ناگهانی و یک طرفه در صورت که با معاینه کردن به صورت زیر مشخص می شود: از بیمار خواسته می شود ابروهای خود را بالا ببرد، پلک های خود را بسته و فشار دهد، و یا بخندد. در هر کدام از این سه معاینه عدم قرینگی وجود داشته باشد بعنوان معیار مثبت تلقی می شود

A(Arm)

هر گونه ضعف ناگهانی و یکطرفه در دست را شامل می شود. بدین صورت معاینه می گردد که از بیمار خواسته می شود در حالت خوابیده و یل نشسته هر دودست خود را با چشمان بسته همزمان بالا ببرد و به مدت 10 ثانیه نگه دارد. هر گونه غیر قرینگی بصورت مثبت تلقی می شود. این معاینه برای اندام تحتانی هم در حالت خوابیده انجام می شود

S(Speech)

هر گونه اختلال ناگهانی در بیان یا در درک گفتار بعنوان معیار مثبت تلقی می شود:

T(Time): بروز هر یک از علائم فوق بصورت ناگهانی بوده و اگر از شروع این علائم) از آخرین باری که بیمار سالم دیده شده است (، کمتر از سه ساعت سپری شده باشد نیازمند فعال کردن کد استروک (و در صورت نیاز اورژانس هوایی) می باشد.



گزارش فوری وقایع ناخواسته تهدید کننده حیات

اتاق عمل

عنوان	کد
انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی عضو سالم	1
انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی بیمار دیگر	2
انجام عمل جراحی با روش اشتباه بر روی بیمار	3
جا گذاشتن هر گونه DEVICE اعم از گاز و قیچی و پنس و..	4
مرگ در حین عمل جراحی یا بلافاصله بعد از عمل در بیمار دارای وضعیت سلامت طبیعی	5
مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه استفاده از دارو و تجهیزات آلوده میکروبی	7
مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال استفاده از دستگاه های آلوده (مثل: وصل دستگاه دیالیز HBS Ag مثبت به بیمار HBS Ag منفی	8
مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه آمبولی هوا ناشی از استفاده اشتباه از تجهیزات	9
ترخیص و تحویل نوزاد به شخص و یا اشخاص غیر از ولی قانونی	10
مفقود شدن بیمار در زمان بستری که بیش از 4 ساعت طول بکشد	11

13	مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه اشتباه در تزریق نوع دارو - دوز دارو - زمان تزریق.....
14	تمامی موارد مرتبط به تزریق خون اشتباه در فراورده های خونی
15	کلیه موارد مرگ یا عارضه نوزاد بر اثر زایمان طبیعی و سزارین
16	مرگ یا ناتوانی جدی به دنبال هیپوگلیسمی
17	زخم بستر درجه 3 یا 4 بعد از پذیرش بیمار
19	آسیب های وارده به ستون فقرات به دنبال حرکت دادن - انتقال یا جابه جایی اشتباه
20	مرگ یا ناتوانی جدی بیمار در اعضای تیم احیا متعاقب هر گونه شوک الکتریکی به دنبال احیا بیمار که میتواند ناشی از اشکالات فنی تجهیزات
21	حوادث مرتبط با استفاده اشتباه گازهای مختلف به بیمار (اکسیژن با گازهای دیگر)
22	سوختگی به دنبال اقدامات درمانی مانند الکترودهای اتاق عمل
23	موارد مرتبط با محافظ و نگهدارنده های اطراف تخت (گیر کردن بیمار در محافظ - خرابی محافظ...)
24	سقوط بیمار (سقوط از پله - در حین جابه جایی..)
25	موارد مرتبط با عدم رعایت و عدول از چارچوب اخلاق پزشکی
26	هر گونه آسیب فیزیکی (ضرب و شتم..) وارده به بیمار
27	ربودن بیمار
28	اصرار به تزریق داروی خاص خطر آفرین یا قطع عمدی اقدامات درمانی توسط کادر درمان
29	کلیه موارد مرگ یا عارضه مادر بر اثر زایمان طبیعی و سزارین (مثل موارد مربوط به جا ماندن گاز در واژن به دنبال زایمان طبیعی.....)
30	عدم تشخیص صحیح و به موقع

بخش های عمومی ، ویژه و اورژانسی

عنوان	کد
مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه استفاده از دارو و تجهیزات آلوده میکروبی	7



مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال استفاده از دستگاه های آلوده (مثل: وصل دستگاه دیالیز HBS Ag مثبت به بیمار HBS Ag منفی)	8
مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه آمبولی هوا ناشی از استفاده اشتباه از تجهیزات	9
ترخیص و تحویل نوزاد به شخص و یا اشخاص غیر از ولی قانونی	10
مفقود شدن بیمار در زمان بستری که بیش از 4 ساعت طول بکشد	11
مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه اشتباه در تزریق نوع دارو، دوز دارو-زمان تزریق.....	13
تمامی موارد مرتبط به تزریق خون اشتباه در فرآورده های خونی	14
کلیه موارد مرگ یا عارضه نوزاد بر اثر زایمان طبیعی و سزارین	15
مرگ یا ناتوانی جدی به دنبال هیپوگلیسمی	16
زخم بستر درجه 3 یا 4 بعد از پذیرش بیمار	17
کرنیکتروس نوزاد ناشی از تعلل در درمان	18
آسیب های وارده به ستون فقرات به دنبال حرکت دادن -انتقال یا جابه جایی اشتباه	19
مرگ یا ناتوانی جدی بیمار در اعضای تیم احیا متعاقب هر گونه شوک الکتریکی به دنبال احیا بیمار که میتواند ناشی از اشکالات فنی تجهیزات	20
حوادث مرتبط با استفاده اشتباه گازهای مختلف به بیمار(اکسیژن با گازهای دیگر)	21
سوختگی به دنبال اقدامات درمانی مانند الکترودهای اتاق عمل	22
موارد مرتبط با محافظ و نگهدارنده های اطراف تخت(گیر کردن بیمار در محافظ-خرابی محافظ...)	23
سقوط بیمار(سقوط از پله-در حین جابه جایی..)	24
موارد مرتبط با عدم رعایت و عدول از چارچوب اخلاق پزشکی	25
هر گونه آسیب فیزیکی (ضرب و شتم..)وارد به بیمار	26
ربودن بیمار	27
تزریق داروی خاص خطر آفرین یا قطع تعمدی اقدامات درمانی توسط کادر درمان	28
کلیه موارد مرگ یا عارضه مادر بر اثر زایمان طبیعی و سزارین(مثل موارد مربوط به جا ماندن گاز در واژن به دنبال زایمان طبیعی.....)	29
عدم تشخیص صحیح و به موقع	30

کنترل عفونت:

مقدمه:

عفونت بیمارستانی به عفونتی گفته می شود که پس از پذیرش بیمار در بیمارستان (48 تا 72 ساعت) بعد یا طی دوره ای مشخص (10 تا 30 روز) پس از ترخیص بیمار (25 تا 50 % عفونتهای زخم جراحی، پس از ترخیص بیمار ظاهر می گردند) رخ دهد و در زمان پذیرش بیمار وجود نداشته و در دوره نهفتگی خود نیز نباید قرار داشته باشد . در صورتی که بدنبال اعمال جراحی ، در بدن بیمار جسم خارجی (Implant)، کار گذاشته شود ، عفونت بیمارستانی می تواند تا یک سال پس از اینگونه اعمال، به وقوع بپیوندد عفونتهای بیمارستانی می توانند علاوه بر بیماران، کارکنان و عیادت کنندگان را نیز مبتلا سازند .

هر یک از اعضای بدن انسان می تواند در بیمارستان، دچار عفونت گردد ولی در بین انواع عفونتهای بیمارستانی، عفونت دستگاه ادراری 42%، عفونت دستگاه تنفسی تحتانی (در مطالعه دیگر به عدد 11 % اشاره شده) یا 15 % تا 20%، عفونت ناشی از زخم جراحی(24٪) و عفونت دستگاه گردش خون (10-15٪)، از اهمیت خاصی برخوردارند . طبق بررسی های انجام شده، عفونت ادراری، شایعترین و پنومونی کشنده ترین عفونتهای بیمارستانی محسوب می شوند گرچه در بعضی از مراکز، عفونت بیمارستانی دستگاه گردش خون، علت اصلی مرگ بیماران می باشد.



راههای انتقال میکروارگانیسم هادر بیمارستان

در بیمارستان میکروارگانیسم ها می توانند به طرق مختلف منتقل گردند و گاهی یک میکروب می تواند از چند طریق منتقل شود .



راههای انتقال میکروارگانیسم ها در بیمارستان عبارتند از:

1- انتقال از طریق تماس (Contact): تماس ، شایعترین و مهمترین راه انتقال عفونتهای بیمارستانی به شمار می آید و به دو زیرگروه تقسیم می شود:

تماس مستقیم سطوح بدن و انتقال فیزیکی میکروارگانیسم ها بین میزبان حساس و فرد دچار عفونت یا کلونیزه شده با میکروب .

تماس غیرمستقیم میزبان حساس با وسایل آلوده

2- قطره (Droplet) تولید شده توسط فرد حین عطسه ، سرفه و صحبت کردن ، حین ساکشن کردن یا برونکوسکوپی و مواجهه با ملتحمه ، مخاط بینی یا دهان .

3- انتقال از طریق هوا (Airborne)

4- انتقال از طریق وسیله مشترک آلوده همانند غذا ، آب ، داروها و تجهیزات و وسایل آلوده

5- انتقال از طریق ناقلین مانند پشه، مگس و موش که اهمیت چندانی در انتقال عفونتهای بیمارستانی ندارد.

روشهای کنترل عفونت بیمارستانی



کنترل بیماران ، کارکنان بیمارستان و دانشجویان و عیادت کنندگان است . به منظور رسیدن به این هدف ، تشکیلاتی در بیمارستانها پدید آمده است که به آن کمیته کنترل عفونت بیمارستانی (Infection Control Committee) گویند .

کمیته کنترل عفونت در بیمارستان مسئولیت برنامه ریزی و ارزیابی کلیه امور مربوط به کنترل عفونت را بر عهده دارد . اعضای این کمیته عبارتند از:



• مدیر یا رئیس بیمارستان

• پزشک کنترل عفونت

• پرستار کنترل عفونت

• مسئول آزمایشگاه

• مدیر پرستاری

• سایر اعضا مانند پزشک متخصص داخلی ، جراح ، نماینده واحدهای بهداشتی ، تغذیه ، خدمات و . . . پزشک ، پرستار بیمارستان تیم کنترل عفونت بیمارستانی را تشکیل می دهند و مهمترین و فعالترین اعضای کمیته به شمار می آیند .

کمیته کنترل عفونت به صورت ماهیانه برگزار می شود. و وظایف آنها عبارتند از:

• برقراری نظام مراقبت عفونت بیمارستانی

• تدوین برنامه های آموزشی در جهت کنترل عفونت

• حفظ سلامت کارکنان

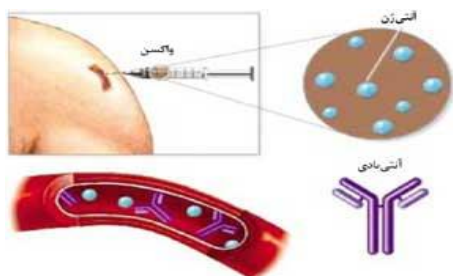
• برنامه ریزی و تعیین خط مشی در رابطه با کنترل عفونت مانند استفاده از آنتی بیوتیکها و مواد جدیدگندزدا و دفع زباله

• ارزیابی و نظارت بر اجرای مقررات وضع شده توسط کمیته

آموزش

یکی از وظایف اصلی کمیته کنترل عفونت بیمارستانی ، تدوین برنامه های آموزشی است و در این میان پرستار کنترل عفونت نقش اساسی در جهت اجرای برنامه های آموزشی دارد . آموزش کارکنان بیمارستان در رابطه ، با کنترل بیماریهای مسری ، سترون سازی (Sterilization) گندزدایی (Disinfection) استفاده صحیح از وسایل و تجهیزات ، رعایت مسائل بهداشتی و شستن دستها ، و محافظت در برابر بیماریهای منتقله از راه خون مانند هیپاتیت و ویروس ایدز و . . . میباشد .

مراقبت از کارکنان پزشکی



کارکنان حرفه های پزشکی ، در معرض خطر مواجهه با بیماریهای قابل سرایت در بیمارستان می باشند بدیهی است بدنبال ابتلا به بیماری ، خطر انتقال عفونت از کارکنان به بیماران ، سایر کارکنان و اعضاء در مقابل عفونتهای بیمارستانی و نیز در مقابل مواجهه شغلی بویژه با خون و مواد بالقوه آلوده می باشد .

بدین لحاظ واکسیناسیون کارکنان ، رعایت احتیاطهای عمومی (استاندارد) و سایر قوانین مربوط به ایزولاسیون یا جدا سازی بیماران و نیز شستن دستها توسط کارکنان شاغل در بیمارستان ، به کاهش موارد مواجهه و ابتلا به بیماریها و در نتیجه کاهش عفونتهای بیمارستانی و عواقب حاصله منجر می گردد .

به منظور کاهش مواجهه کارکنان با عوامل خطرزای موجود در محیط بیمارستان توصیه می شود اقدامات ذیل صورت گیرد:

- انجام معاینات پزشکی قبل از استخدام کارکنان
- انجام معاینات پزشکی دوره ای کارکنان
- ایمن سازی کارکنان بر علیه بیماریهای واگیر
- برقراری نظام مراقبت از کارکنان در صورت بروز آسیب و حوادث شغلی مانند (اقدامات پروفیلاکسی بعد از مواجهه با عوامل مخاطره آمیز)
- تدوین برنامه های آموزشی به منظور پیشگیری از مواجهه با میکروارگانیزم های بیماریزای بیمارستانی

• برنامه ریزی و تعیین خط مشی در موارد بروز همه گیری در بین کارکنان و استراحت در منزل بدنبال ابتلا یا مواجهه با عوامل بیماریزا

توجه:

یکی از اقدامات سودمند در بیمارستان تشکیل پرونده بهداشتی جهت کارکنان می باشد .

ایمن سازی کارکنان شاغل در بیمارستان

یکی از مقرون به صرفه ترین روشهای پیشگیری از ابتلا به بیماریهای قابل سرایت ، ایمن سازی افراد و بویژه کارکنان حرفه های پزشکی است . براین اساس توصیه می شود کارکنان مشاغل پزشکی شامل دانشجویان بر علیه ویروس هپاتیت B ایمن گردند . ایمن سازی کارکنان با واکسن هپاتیت B باید به صورت رایگان باشد . توصیه می شود یک تا دو ماه پس از تزریق آخرین دوز واکسن هپاتیت B (پس از تزریق نوبت سوم) آزمون HBSAb در گروههای پرخطر شغلی مانند پرستاران و پزشکان صورت گیرد تا از وضعیت ایمنی آنها بر علیه ویروس هپاتیت B اطمینان حاصل شود

پیشگیری از عفونت های منتقله از راه خون (HIV, HCV, HBS)

پرسنل حرفه پزشکی بطور روز مره از طریق مختلف در معرض ابتلا به عفونت های ویروسی از جمله هپاتیت B، هپاتیت C و HIV قرار می گیرند . اجتناب از تماس شغلی با خون ، اولین راه جلوگیری از انتقال ویروس های فوق در پرسنل می باشند همچنین واکسیناسیون هپاتیت B جزء مهمی از برنامه پیشگیری از عفونت هپاتیت B در پرسنل می باشد.

تعریف تماس شغلی

تماس از هر یک از طریق زیر:

* آسیب پرکوتانئوس (نیدل استیک ، بریدگی با اجسام تیز و برنده)

* مخاط (مانند چشم و دهان)

* پوست غیر سالم

در ارزیابی خطر انتقال بدنال تماس شغلی به نکات زیر توجه شود :

1- نوع مایع

2- راه و شدت تماس

3- وضعیت (HIV, HBSAg, HCVAg) (فرد منبع)

4- وضعیت واکسیناسیون و تیتراژ آنتی بادی هپاتیت B فرد مورد تماس

منابع آلودگی :

خون و مایعات آلوده به خون ، بافت ها ، منی ، مایع مغزی نخاعی ، پلور ، پریتونئ ، مایع آمنیون ، شیر ، مایع پریکارد و ترشحات واژینال

راههای کنترل و پیشگیری

1- توجه به اصول احتیاطات همه جانبه

2- پیشگیری قبل از تماس

3- پیشگیری پس از تماس

دستورالعمل کمکهای اولیه فوری پس از تماس در کارکنان بهداشتی و درمانی

- تماس شامل پاشیده شدن خون و یا سایر ترشحات آلوده بدن بیمار به : (بریدگیهای باز ، ملتحمه (چشم ها) ، غشاء مخاطی (برای مثال داخل دهان)، فرورفتن نیدل آلوده و گاز گرفتگی منجر به پارگی اپیدرم می باشد.

در ارزیابی پرسنل بدنال تماس شغلی توجه به نکات زیر لازم است :

- گزارش تاریخ و زمان تماس

- نوع ماده و شدت تماس

- راه تماس

- انجام HIV, HCV, HBSAg فرد منبع

وضعیت واکسیناسیون و سرولوژی فرد تماس یافته و همچنین وضعیت HBSAg فرد منبع اگر در دسترس باشد. مهم است.

اقدامات فوری بعد از مواجهه شغلی

(الف)

- شستشوی زخم با صابون و آب ولرم

- خودداری از مالش موضعی چشم

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

ب (گزارش فوری سانحه به سوپروایزر کنترل عفونت یا سوپروایزر بالینی.

ج (ثبت رسمی مورد گزارش شده در گزارشات حین کار توسط سوپروایزر و پرونده بهداشتی کارکنان و مدیرمسئول مرکز و طرح در کمیته کنترل بیمارستانی و پیگیری از طریق مراجع قانونی .

د (تشکیل پرونده و پی گیری مورد .

هـ) بررسی میزان خطر بیماریزایی ناشی از تماس در کارکنان : در صورتی که آلودگی منبع تماس (بیمار - مددجو) با عفونت HIV محرز باشد ، الزامی است فرد مزبور مورد تماس در حداقل زمان ممکن ترجیحاً در عرض ساعت اول تحت مراقبتهای درمانی با نظر پزشک متخصص عفونی قرار گیرد .

و (در صورتی که منبع آلوده به عنوان مورد شناخته شده HBV/HIV می باشد ، 10-5 cc خون از فرد مورد تماس گرفته و به منظور پی گیری آتی ذخیره می شود.

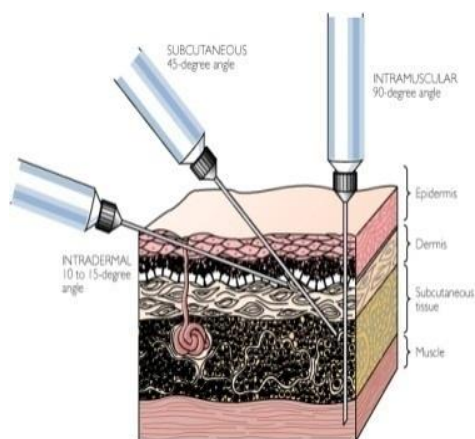
ز (پس از تماس جهت تعیین عفونت منبع ، 10-5 میلی لیتر خون از منبع تماس جهت بررسی هیپاتیت C/B و HIV اخذ و مورد آزمایش قرار می گیرد.

دستورالعمل کمکهای اولیه فوری پس از تماس با ویروس ایدز در کارکنان بهداشت و درمان

اگر به هر دلیلی با ویروس ایدز مواجه شدید چه اقداماتی را باید انجام داد .

- 1- هر چه سریعتر با آب و صابون محل را شستشو بدهید
- 2- اگر مخاط آلوده شده بود با آب فراوان شستشو بدهید.
- 3- زمان و ساعت تماس را یادداشت و اطلاع دهید.
- 4- بلافاصله درمان به مدت حداقل 4 هفته علیه ایدز شروع می گردد(حداکثر تا 72 ساعت پس از آلودگی اثر بخش است)
- 5- آزمایش HIV در سه نوبت(هفته ششم و ماه سوم و ماه ششم)
- 6- از اهداء خون و اعضاء خوداری نمایند همچنین در خانمها علاوه بر موارد مذکور توصیه می گردد تا از بارداری و شیردهی پرهیز نمایند .
- 7- اگر جواب آزمایش مثبت بود 12 ماه درمان انجام می گردد.
- 8- اگر آلودگی از طریق سوزن باشد توصیه می گردد تا تدابیر لازم جهت آلودگی به ویروس هپاتیت هم انجام پذیرد مانند تزریق بلافاصله ایمونوگلوبولین و واکسن همزمان در دو نقطه متفاوت و انجام آزمایشات مربوط به ویروس هپاتیت "

راهنمای تزریقات ایمن



هر سال تزریقات غیر ایمن موجب حدود 8-16 میلیون ابتلا به هپاتیت B، 5-2 میلیون ابتلا به هپاتیت C و 80-160 هزار مورد HIV می گردد . همچنین بیماری های انگلی مانند مالاریا ، عفونت های باکتریال نظیر آبله ها و عفونت های قارچی نیز در اثر تزریقات غیر ایمن اتفاق می افتند . ندرتا بعضی از عفونت ها ممکن است تا سال ها نامشخص باقی بمانند . سازمان جهانی بهداشت تخمین میزند در سال 12 میلیارد تزریق انجام می شود که 50 درصد آنها غیر ایمن هستند ، 95 در صد تزریقات

به منظور درمان انجام می گیرد و در حدود 25-95 درصد بیماران حداقل یک تزریق دریافت می کنند بسیاری از تزریقات ممکن است غیر ضروری بوده و یا بی تأثیر باشند.

کلیات تزریقات ایمن:

تزریقات یکی از روشهای شایع در تجویز فرآورده های دارویی می باشد که در صورت عدم رعایت موازین توصیه شده خطرات بالقوه و بالفعلی را بر ارائه دهندگان، گیرنده خدمت و نیز جامعه اعمال می نماید. ایمنی تزریقات با تکیه بر چهار محور بنیادی ذیل تأمین می گردد.

1- کاهش رفتار پر خطر کارکنان بهداشتی به منظور پیشگیری از جراحات ناشی از مسایل تیز و برنده.

2- افزایش سطح ایمنی کارکنان در حین کار با وسایل تیز و برنده.

3- جمع آوری، نگهداری، انتقال، دفع مناسب و بهداشتی زباله های آلوده و پر خطر.

4- تغییر رفتار و نگرش افراد جامعه و پزشکان نسبت به مقوله تقاضا و تجویز دارو به روش تزریقی.

تزریقات ایمن یعنی تهیه، تأمین وسایل و تجهیزات و آموزش هایی برای ارائه خدمت تزریق به افراد جامعه به صورتی که فرد خدمت گیرنده، خدمت دهنده و جامعه بر اثر تزریق آسیب نبیند

یک تزریق ایمن به گیرنده خدمت آسیب نمی رساند و تزریق کننده را در معرض هیچ خطری قرار نمی دهد و باعث تجمع ضایعاتی که خطر برای جامعه داشته باشد، نمی گردد.

عوامل تأمین کننده تزریق ایمن:



الف- استفاده از سرنگ AD (Auto disable) در تزریقات

ب- استفاده از Safety box برای جمع آوری سرنگ و سر سوزن مصرفی

ج- جمع آوری Safety box های پر شده، بی خطر کردن و دفع نهایی آنها

د- آموزش و ارائه آگاهی های لازم به ارائه دهنده و گیرندگان خدمت

موازين تزريقات ايمن



الف- محل تمیز (Clean workplace)

وسایل لازم برای تزریق شامل پنبه الکل و سرنگ را بر روی میزی که به این امر اختصاص داده اید، قرار دهید. به خاطر داشته باشید وسایلی که روی میز است باید تمیز بوده، خون، پنبه آلوده و ... منظره آن را زشت نکرده باشد.

بهتر است Safety Box را جهت دفع بلافاصله سرنگ در نزدیک ترین محل به تزریق یا روی میزی که وسایل بر روی آن قرار دارد، قرار دهید.

ب- شستشوی دست (Hand washing)

از آنجایی که هر مایعی از بدن ممکن است حاوی عوامل بیماریزا باشد و باعث انتقال بیماری گردد، باید دست های فرد تزریق کننده قبل از تزریق به طور کامل با آب و صابون شسته شود

ج- سرسوزن و سرنگ استریل

1- یک سرنگ و سرسوزن استریل برداشته و بسته بندی آن را از نظر وجود پارگی و هر گونه صدمه بازبینی نمایید.

2- تاریخ انقضاء آن را کنترل کنید.

3- در صورت اطمینان از استریل بودن می توانید از آن استفاده نمایید.

د.عدم درپوش گذاری مجدد

اگر سرپوش گذاری لازم است (برای مثال کودک به علت ترس حرکاتی انجام می دهد و تزریق با تأخیر انجام می شود)، تکنیک استفاده از یک دست را بکار ببرید. سرسوزنی را که با سطح غیر استریل تماس داشته است، دور بیندازید.

سرپوش گذاری به وسیله تکنیک استفاده از یک دست:

1- سرپوش را روی میز قرار دهید.

2- سرنگ و سرسوزن را در یک دست گرفته و بدون استفاده از دست دیگر داخل سرپوشی که روی میز گذاشته اید، قرار دهید.

ه - تمیز کردن محل تزریق (Skin cleaning)

1- محل تزریق را در صورت کثیف بودن ابتدا با آب و صابون شستشو دهید .

2- محل تزریق را با پنبه الکل (70 درصد) به صورت دایره ای ضد عفونی کنید .

- هرگز از پنبه الکل از قبل آماده شده استفاده نکنید.

و- جمع آوری صحیح اجسام نوک تیز



سرنگ و سرسوزن های مصرف شده را همیشه در Safety box بیندازید

بیش از 75٪ حجم Safety box را پر نکنید.

درب Safety box های پر شده را قبل از حمل برای دفع ببندید.

Safety box های پر شده را در یک مکان مطمئن و خشک و دور از دسترس کودکان و مردم نگهداری کنید . تا مطابق دستورالعمل های موجود دفع شوند .

برای اجتناب از ایجاد صدمه در اثر سرسوزن هرگز Safety box پر شده را در دست نگیرید ، تکان ندهید ، فشار ندهید یا روی آن ننشینید یا نایستید .

Safety box پر را دوباره باز نکنید ، خالی نکنید یا مورد استفاده مجدد قرار ندهید .

راهنمای تزریقات ایمن: پیشگیری از انتقال عفونتهای بیمارستانی قبل از مواجهه شغلی

برای جلوگیری از فرو رفتن نوک سوزن در دست هرگز بعد از تزریق ، به سرسوزن دست نزنید و از سرپوش گذاری مجدد سرسوزن اجتناب کنید . جهت شکستن ویال های دارویی ترجیحاً از انواعی استفاده شود که احتیاج به تیغ اره نداشته باشد و در صورت نیاز به استفاده از تیغ اره و جهت رعایت اصول ایمنی در داخل یک محافظ مثل Pad گرفته شوند .

پس از تزریق از گذاردن درپوش سرسوزن اکیداً خودداری نمایید ، مگر در شرایط خاص از جمله اخذ نمونه جهت ABG یا کشت خون .

از شکستن و یا خم کردن سرسوزن قبل از دفع خودداری نمایید .

در موارد ضروری جهت گذاردن درپوش سرسوزن از وسیله مکانیکی جهت ثابت نگهداشتن درپوش استفاده نمایید و یا از یک دست به روش SCOOP جهت گذاردن درپوش سرسوزن استفاده کنید .

جهت حمل وسایل تیز و برنده از رسیور استفاده نمایید و از حمل چنین وسایلی در دست یا جیب یونیفرم خودداری نمایید.

از دست به دست نمودن وسایل تیز و برنده (بیستوری، سرسوزن و ...) اجتناب نمایید.

احتیاطات عمومی درحین انجام هرگونه اقدام درمانی که احتمال آلودگی با خون و سایر ترشحات بدن وجود دارد بشرح ذیل می باشد :

1- در صورتی که بریدگی و یا زخمی در دست ها وجود دارد ، باید از دستکش استفاده نمود و موضع با پانسمان ضدآب پوشانده شود.

2- جهت حفاظت کارکنان بهداشتی درمانی در قبال آلودگی با خون و یا ترشحات بدن ، استفاده از پیش بند پلاستیکی یکبار مصرف ضروری است.

3- در صورتی که احتمال پاشیده شدن خون و یا قطعاتی از نسوج و یا مایعات آلوده به چشم و غشاء مخاطی وجود دارد ، استفاده از ماسک و عینک محافظ ضروری است.

4- در صورتیکه بیمار دچار خونریزی وسیع است ، استفاده از گان ضد آب ضروری است.

5- در صورتیکه کارکنان دچار اگزما و یا زخم های باز می باشند ، معاینه پزشک جهت مجوز شروع فعالیت در بخش ضروری است .

بیماریهای منتقله از راه خون

میزان انتقال	عفونت
قابل انتقال از طریق خون Blood-borne	
3%	HIV/AIDS
HBSAg منفی 3% HBSAg مثبت 30%	ویروس هپاتیت B
3%	ویروس هپاتیت C

ایزولاسیون یا جداسازی بیماران در بیمارستان

هدف از جداسازی بیماران در بیمارستان ، جلوگیری از انتقال میکروارگانیسم ها از بیماران (چه مبتلا به عفونت و چه کلونیزه با عفونت) به سایر بیماران ، عیادت کنندگان و پرسنل پزشکی است . از آنجایی که جداسازی بیماران وقت گیر و پرهزینه بوده و ممکن است مانع از مراقبت بیماران گردد ، فقط باید در مواقع ضروری بکار رود . از طرف دیگر در صورت عدم رعایت اصول جداسازی ، امکان انتقال بیماری و بروز ناخوشی و مرگ و میر در سایر بیماران وجود خواهد داشت . با رعایت اصول جداسازی مشتمل بر دو قسمت "احتیاط های استاندارد" و "احتیاط براساس راه انتقال بیماری" می توان از بروز مشکلات فوق جلوگیری نمود.



احتیاط های استاندارد ، جایگزین احتیاط های همه جانبه یا عمومی شده است و رعایت آنها برای تمام بیماران ضروری است . در صورت تماس با خون ، تمام مایعات بدن ، ترشحات و مواد دفعی بدن بجز عرق (بدون در نظر گرفتن خون قابل رویت در آنها) ، پوست آسیب دیده و مخاط ها ، رعایت موارد زیر ضروری است

احتیاط های استاندارد ()



1- پوشیدن دستکش

هنگام دست زدن به خون ، مایعات ، ترشحات ، مواد دفعی بدن بیمار ، وسایل آلوده و در زمان خونگیری و سایر اقدامات تهاجمی عروقی باید دستکش تمیز پوشید .

قبل از تماس با مخاطها و پوست آسیب دیده باید دستکش تمیز پوشید .

اگر برای یک بیمار کارهای مختلف و اقدامات تهاجمی صورت می گیرد .

دستکش ها باید در فواصل انجام این امور تعویض شوند . همچنین بعد از تماس با ماده ای که ممکن است حاوی غلظت زیاد میکروارگانیسم باشد ، دستکشها باید تعویض گردند .

بلافاصله پس از استفاده از دستکش ، قبل از دست زدن به سطوح و وسایل

غیرآلوده و قبل از تماس با بیمار دیگر ، باید دستکشها را از دستها خارج نمود .

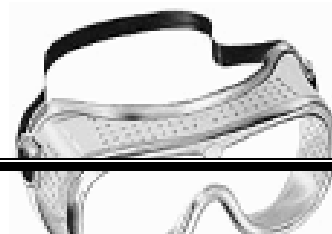
2- شستن دست ها



بلافاصله پس از خروج دستکش ها از دست . دست ها باید در فواصل تماس بین بیماران نیز شسته شوند . رفع آلودگی دست ها باید قبل و بعد از تماس با بیماران و بلافاصله پس از خروج دستکش ها صورت گیرد .

3- استفاده از گان، محافظ چشم همراه با ماسک یا محافظ صورت در صورت انجام اعمالی که احتمال پاشیده یا

پخش شدن مایعات بدن وجود دارد .





4- عدم دستکاری سوزن ها و وسایل تیز ، درپوش سوزن ها نباید مجدداً روی سوزن ها قرار گیرد (عدم RECAP کردن)، سرسوزن نباید خم یا شکسته شوند .



5- سر سوزن ها و وسایل نوک تیز باید در ظروف مقاوم به سوراخ شدگی دفع گردند.

توجه:

1- بدلیل انتقال اکثر موارد عفونت های بیمارستانی از طریق تماس ، بویژه با دست پرسنل ، شستن دست ها مهم ترین راه پیشگیری از عفونت بیمارستانی بشمار می آید . برای حفظ بهداشت دست های پرسنل ، از مواد حاوی الکل استفاده می شود. (Alcohol- based hand rub).

در تمام بخش ها و نیز درمانگاه ها (وسایل اتاق ها برای ویزیت سرپایی) باید ظروف ثابت حاوی الکل برای ضدعفونی دست ها (hand rub) نصب کردند . در صورتیکه امکان چنین کاری نباشد ، باید ظروف قابل حمل حاوی الکل در اختیار قرار گیرد.

۲- در صورت آلودگی قابل رویت دست ها ، باید آنها رو با آب و صابون (با یا بدون ماده ضد میکروبی) شست.

۳- پوشیدن دستکش به هیچ وجه نباید جایگزین شستن دست ها شود .

4- استفاده از ناخن مصنوعی توصیه نمی شود.

5- قبل از مراقبت از بیمار باید انگشت از دست های پرسنل خارج شود .

احتیاط هایی که باید بر اساس راه انتقال عفونت ها رعایت گردند.

سه نوع احتیاط بر اساس راه انتقال عفونت ها وجود دارد که عبارتند از :

الف- هوا (Airborne)

ب- قطرات (Droplet)

ج- تماس (Contact)

برای تعداد کمی از بیماری ها (آبله مرغان) رعایت بیش از یک نوع احتیاط ضرورت می یابد.

احتیاط های هوایی (Airborne)



گردوغبار حاوی عامل عفونی (Droplet nuclei) بکار میرود.

بیماری هایی که رعایت احتیاط هوایی برای آنها ضرورت دارد (مشکوک به عفونت یا عفونت قطعی) عبارتند از :

- سرخک

- سل ریه یا حنجره

- آبله مرغان ، یا زوناى منتشر

- بیماران مبتلا به ایدز که به علت سرفه مراجعه نموده اند باید تحت احتیاط هوایی قرار گیرند تا تشخیص بیماری سل در آنان رد شود.

اصول احتیاط های هوایی عبارتند از:

1- بستری بیمار در اتاق خصوصی با فشار هوای منفی کنترل شده (در مقایسه با فضای بیرون) و حداقل 6 بار تعویض هوا در ساعت باید صورت گیرد.



2- بستن درب اتاق

3- خروج هوا از اتاق بیمار باید بطور مستقیم به فضای خارج و بیرون باشد (نه داخل بخش). چنانچه این کار مقدور نباشد، هوا باید قبل از برگشت به سیستم تهویه عمومی، با یک فیلتر قوی و کارآ (HEPA) خارج گردد.

4- تمام افرادی که وارد اتاق بیماران می شوند باید از ماسک N95 استفاده نمایند. این ماسک اختصاصی باید متناسب با اندازه صورت فرد باشد.

5- جابجایی بیمار باید محدود گردد و قبل از ترک اتاق، بیمار باید ماسک جراحی استاندارد بپوشد. پرسنلی که قرار است بیمار را تحویل بگیرند، باید قبل از جابجایی بیمار مطلع شوند تا احتیاط های لازم را بکار گیرند.

توجه:

1- هر بیمار دچار سل یا مشکوک به آن باید دهان و بینی خود را در هنگام عطسه یا سرفه کردن با یک دستمال بپوشاند. همچنین باید تا هنگام رد کردن بیماری سل، از سایر بیماران جدا شود.

2- بیماران مبتلا به سل اثبات شده که تحت درمان موثر ضد سل هستند و از لحاظ بالینی در حال بهبودی می باشند (سه نمونه اسمیر خلط پشت سر هم در روزهای مجزا از لحاظ باسیلا سید فست منفی باشد) می توانند از ایزولاسیون خارج شوند.

3- توصیه می شود در بیماران دچار سل شدید همراه با ایجاد حفره، سرفه مداوم، با سل حنجره، و احتمالاً کسانی که به محیط های دارای افراد پرخطر بر می گردند (مانند اطفال - بیماران دچار سرکوب دستگاه ایمنی) جداسازی حداقل تا یک ماه صورت گیرد.

4- بیماران دچار سل مقاوم به چند دارو (MDR)، باید در طول مدت بستری در بیمارستان، از سایر بیماران جدا شوند.

5- در بیمارانی که از لحاظ بالینی وضعیت ثابتی دارند و داروهای ضد سل خود را بطور مرتب مصرف می کنند و در خانه خود می مانند، بستری کردن در بیمارستان (به منظور جداسازی آنان) لازم نیست.

6- جهت بیماران دچار عفونت قطعی یا مشکوک به سرخک ، واریسلا (آبله مرغان) یا زونای منتشر یا زونای موضعی در بیمار دچار نقص ایمنی باید جداسازی نوع هوایی صورت گیرد . چنانچه پرسنلی در مقابل این عفونت ها ایمن نباشند ، در صورت امکان نباید به اتاق این بیماران وارد شوند و در صورتیکه ورود به اتاق این بیماران ضروری باشد، باید از ماسک N95 استفاده نمایند .

احتیاطهای قطرات (Droplet precautions)



برای جلوگیری از انتقال آئروسول های درشت (قطره) ، از این نوع احتیاط استفاده می شود . بدلیل اندازه بزرگ ، این قطرات در هوا معلق نمی مانند و تا فاصله زیادی حرکت نمی کنند . این ذرات حین صحبت ، عطسه یا سرفه کردن یا در زمان انجام اعمالی مانند ساکشن یا برونکوسکوپی ایجاد می شوند . اصول رعایت احتیاط قطرات عبارتند از :

- 1- بستری کردن بیمار در اتاق خصوصی ولی اقدام خاصی برای کنترل هوای اتاق ضرورت ندارد (در صورت وجود چند بیمار با یک بیماری خاص، می توان آنها را در یک اتاق بستری نمود) .
 - 2- درب اتاق می تواند باز بماند (بدلیل جابجایی کم ذرات در حد 3 پا یا حدود یک میکرون) .
 - 3- در صورت کار کردن پرسنل در فاصله یک متری بیمار ، باید از ماسک استاندارد جراحی استفاده گردد .
 - 4- استفاده از گان و دستکش تابع اصول احتیاط های استاندارد است .
 - 5- در صورت انتقال و جابجایی بیمار به خارج از اتاق ایزوله ، بیمار باید ماسک استاندارد جراحی بپوشد .
- برای عفونت هایی مانند باکتری هموفیلوس آنفولانزای نوع B ، ، ، سیاه سرفه ، ویروس آنفولانزا ، اوریون ، سرخجه رعایت احتیاط قطرات ضروری است .

احتیاطهای تماسی (Contact precautions)

برای جلوگیری از انتقال ارگانیزم های مهم از لحاظ همه گیرشناسی که مربوط به بیماران کلونیزه یا دچار عفونت بوده و از طریق تماس مستقیم (لمس کردن بیمار) یا تماس غیر مستقیم (تماس با اشیاء و وسایل یا سطوح آلوده محیط بیمار) انتقال می یابند ، رعایت احتیاط تماسی توصیه می شود . اصول احتیاط های تماسی عبارتند از:

۱- بستری بیمار در اتاق خصوصی (یا بستری چند بیمار با عفونت یکسان در یک اتاق ، در صورت نبودن اتاق خصوصی به تعداد کافی).

2- استفاده از وسایل محافظت شخصی برای محافظت پوست مواجهه دیده و لباس شامل :

* پوشیدن دستکش در زمان ورود به اتاق .

* در آوردن دستکش قبل از ترک اتاق .

* رفع آلودگی دست ها با یک ماده طبی شوینده دست یا ماده حاوی الکل (Alcohol-based hand rub) بلا فاصله پس از درآوردن دستکش.

* جلوگیری از آلودگی مجدد دست ها قبل از ترک اتاق .

* استفاده از گان در صورت احتمال تماس قابل ملاحظه لباس پرسنل با بیمار یا سطوح محیطی پیرامون بیمار.

* استفاده از گان در صورت افزایش خطر تماس با مواد بالقوه عفونی بیمار (در صورتیکه بیمار بی اختیاری یا اسهال دارد ، کولوستومی یا ایلئوستومی شده ، یا ترشح زخم وی کنترل نمی شود).

* قبل از ترک اتاق ایزوله، گان باید درآورده شود و باید مراقب بود که لباس پرسنل آلوده نگردد.

* وسایل غیر بحرانی مراقبت از بیمار (گوشی ، دستگاه فشار سنج) باید در اتاق ایزوله بمانند و باید آنها را ابتدا پاک و گندزدایی نموده و سپس مورد استفاده قرار داد.

* انتقال و جابجایی بیمار به خارج از اتاق ایزوله باید به حداقل ممکن برسد.

در موارد زیر رعایت احتیاط تماسی ضرورت دارد :



- عفونت های منتقله از راه مدفوعی - دهانی (شیگللا ، روتا ویروس و هپاتیت A) در بیمارانی که بی اختیاری داشته یا از پوشک استفاده می کنند .

- بیماری های اسهالی حاد که احتمالا دارای منشاء عفونی هستند

شستن دست ها

اهمیت دست ها در انتقال عفونت های بیمارستانی کاملا مشخص مهمترین عامل انتقال عفونتهای بیمارستانی دست آلوده است و از طریق شستن دستها به روش صحیح ، خطر انتقال عفونت ها به حداقل می رسد. با شستن مکرر و صحیح دستها با آب و صابون آلودگیها سلولهای مرده و باکتریهای موجود روی پوسته شسته می شوند . شستن صحیح دستها بهترین راه پیشگیری از انتقال عفونتهاست. پوشیدن دستکش به هیچ عنوان جایگزین شستن دست نمی شود . شستن دستها موجب پیشگیری از انتقال عفونت از بیمار به پرستار و بالعکس همچنین از پرسنل به سایر همکاران و از بیمار به بیمار دیگر می گردد . پوست دست کارکنان پزشکی دارای میکروارگانیزم های مقیم و انواع موقت است . اکثر میکروبهای مقیم پوست در لایه های سطحی قرار دارند ولی حدود ۱۰ تا ۲۰% آنها در لایه های عمقی اپیدرم قرار دارند آنها بدنبال شستشوی دستها با صابونهای معمولی پاک نمی شوند ولی معمولا بوسیله مواد ضد میکروبی ، کشته شده یارشدشان مهار می گردد . شستن دستها با صابون معمولی باعث زدودن میکروبهای موقتی پوست خواهد شد .

اندیکاسیون های شستن

1) در شروع شیفت کاری

- 2) پس از خارج کردن دستکشها از دست
- 3) هنگام آلوده شدن دستها
- 4) پس از عطسه کردن، سرفه یا پاک کردن بینی خود
- 5) در فواصل تماس با بیماران
- 6) قبل از تهیه داروهای بیماران
- 7) قبل از انجام اقدامات تهاجمی
- 8) قبل از مراقبت از بیماران آسیب پذیر مانند نوزادان و افراد دچار سرکوب شدید سیستم ایمنی
- 9) قبل و بعد از تماس با زخم
- 10) قبل از غذا خوردن
- 11) بعد از دست زدن به اشیایی که احتمال آلودگی آنها با میکروبیهای بیماریزا وجود دارد مانند ظروف اندازه گیری ادرار بیماران و وسایل جمع آوری ترشحات بدن بیماران
- 12) (پس از مراقبت از بیماران دچار عفونت یا بیمارانی که احتمال دارد با میکروبیهایی که از لحاظ اپیدمیولوژی اهمیت خاصی دارند کلونیزه شده باشند مانند باکتریهای مقاوم به چند نوع آنتی بیوتیک
- 13) در پایان شیفت کاری

روش های شستن دست

شستن دست‌ها به روش معمول یا روتین



شامل کف آلود کردن دست‌ها با صابون معمولی (مایع، جامد) و مالیدن محکم تمام سطوح دست‌ها به یکدیگر و آبکشی آنها با آب است. این مراحل باید حداقل 30 ثانیه طول بکشد. سپس دست‌ها باید با دستمال کاغذی خشک گردند.

شستن دست‌ها به کمک مواد ضدعفونی کننده

برای ضدعفونی نمودن دست‌ها می‌توان از محلول پوویدون ایودین (بتادین) (ویا صابون‌های حاوی کلرهگزیدین ۲٪ یا ۴٪ استفاده کرد. حداقل زمان مناسب برای این گونه شستن دست‌ها ۶۰ ثانیه است. اگر دست‌ها قبل از اقدام به روش‌های تهاجمی مانند جراحی شسته می‌شوند مراحل شستشو حداقل بایستی ۲ تا ۳ دقیقه انجام شود.

اندیکاسیون‌های ضدعفونی کردن دست‌ها با مواد ضد میکروبی عبارتند از:

- * قبل از انجام اعمال جراحی یا اقدامات تهاجمی مشابه
- * حین مراقبت از بیمارانی که ایزوله شده اند یا رعایت بعضی احتیاط‌ها برای آنها ضروری است
- * قبل از ورود به بخش مراقبت ویژه نوزادان (NICU) یا شیرخوارگاه (Nursery)

مالش دست‌ها با مواد ضدعفونی کننده مانند الکل یا ژلهای ضد باکتریایی بدون آبکشی با آب



در مواقع خاصی که امکان شستشوی سریع با آب وجود ندارد میتوان با مالش دست‌ها توسط موادی مانند الکل و یا ژلهای ضدعفونی کننده باکتریهای بیماریزا را از سطح پوست حذف نمود.

بمنظور ضد عفونی دست با استفاده از محلول های مایع با بنیان الکی جهت

Hand rub مقدار کافی از محلول را در کف دست خود ریخته و تا زمانی که دست ها کاملاً خشک شوند آنها را بهم بمالید.

از مصرف همزمان صابون و محلول ضد عفونی با بنیان الکی جهت Hand rub اجتناب نمایید.

از افزودن محلول به ظروف نیمه پرحاوی محلول بپرهیزید.

نحوه شستشوی دست با آب و صابون

ظروف حاوی صابون مایع باید به راحتی قابل شستشو و تعویض باشند و طوری نصب گردند که به سهولت توسط مچ و آرنج قابل استفاده باشد. استفاده از الکل 70٪ جهت حذف باکتریها و بیشتر ویروسها توصیه می گردد. همیشه ناخنها را کوتاه نگه دارید و از وسایل زینتی استفاده نکنید.

1- هنگام شستن دست بایستی از دستشویی فاصله گرفت تا از خیس شدن و آلوده شدن یونیفرم پیشگیری گردد.

2- ابتدا حلقه و ساعت بیرون آورده شود سپس آستین را بالا زده و آب با فشار و دمای مناسب تنظیم گردد.

3- در حالی که دستها در سرازیری هستند آنها را خیس نمایید تا آب به طرف نوک انگشتان جاری گردد.

4- مقدار 5-10 سی سی صابون مایع را در کف دستها ریخته و دستها را به هم بمالید تا کف ایجاد گردد.

5- شستن دست را با حرکت دورانی و مالشی آغاز نمایید.



6- کف دست راست را به پشت دست چپ و بالعکس کاملاً کشیده شود.



6- کف دستها به هم کشیده شود. به طوری انگشتان بین هم قرار گیرند و کاملاً ساییده شوند



7- پشت انگشتان دست راست را در کف دست چپ به طوری که انگشتان دست دیگر به صورت چرخشی کاملاً ساییده شود و بالعکس.

8- با کف یک دست انگشت شست دست دیگر را به صورت چرخشی کاملاً ساییده شود و بالعکس



9- نوک انگشتان یک دست را در کف دست دیگر فشرده و با حرکت چرخشی کاملاً شستشو داده تا تمیز شود و بالعکس.

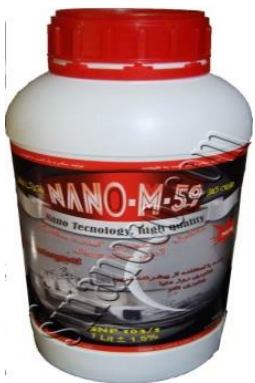


10- هر یک از اعمال مذکور در شستشوی صحیح دستها بایستی 5 بار تکرار گردد. دستها و مچ را کاملاً آبکشی نمایید.

دستها را با حوله کاغذی کاملاً خشک نموده و با همان حوله کاغذی شیر را ببندید و از بستن آن با دست خودداری کنید. زیر موجب آلوده شدن مجدد دستها میگردد. استفاده از دست خشک کن برقی توصیه نمیگردد زیرا موجب پراکنده شدن میکروبها می گردد.

استفاده از صابون جامد توصیه نمی گردد اما در صورت استفاده پس از مصرف کف صابون را شسته و مجدداً در جای خود قرار دهید.

دستور العمل کلی در مورد کاربرد ضدعفونی کننده ها



برای رقیق سازی در مصرف گروههای مختلف مواد شیمیایی نکات مهمی وجود دارد که رعایت آنها به منظور کنترل مؤثر میکروارگانیسم ها الزامی است. برخی از این نکات بر روی برچسب آنها قید شده و بعضی نیز جنبه عمومی دارند که در اینجا نکات کلی و مفید درباره این ترکیبات ذکر می گردد.

1- ماده مصرفی باید به دقت پیمانه شود.

2- برای ساختن محلول بایستی از ظروف خشک استفاده شود.

3- برای ساختن محلول بایستی مقدار مناسبی از آب به ماده گندزدا افزوده شود.

4- پیش از کاربرد ماده گندزدا در صورت امکان لکه ها و کثافات پاک شوند.

- 5-مازاد ماده گندزدا در پایان کار روزانه دور ریخته شود . (به جز موادی که با شرایط خاص مدت نگهداری طولانی تری دارند)
- 6-توجه شود که کاربرد محلولهای ضد عفونی کننده ، بدون دقت و مهارت سبب افزایش رشد میکروبها و گسترش عفونتها می گردد.
- 7-تا حد امکان از ضد عفونی کنندهها وماده گندزدا برای استریل کردن استفاده نشود.
- 8-ابزار و وسایل تمیز بایستی درون محلولهای میکروب کش نگهداری شوند.
- 9-ظروف حاوی مواد گندزدا نبایستی دوباره پر شوند بلکه باید محلول داخل آنها عوض شود.
- 10-از به کار گیری محلول های گند زدا که همراه فرد به بیمارستان آورده شده پرهیز شده و از آنچه که بیمارستان در اختیار قرار می دهد استفاده گردد.
- 11-از به کارگیری محلولهای ساخته شده در روزهای قبل بایستی پرهیز شده و هر روز محلول تازه ای ساخته شود.
- 12-هرگز دو محلول ضد میکروبی را با هم نبایستی به کار برد.
- 13-از ترکیب و اختلاط پاک کننده ها با مواد گندزدا باید پرهیز گردد زیرا ممکن است اثر هر دو خنثی گردد.
- 14-فقط در صورتی که کاربرد روشهای حرارتی ممکن نباشد از محلولهای ضدعفونی کننده انتخابی استفاده

خصوصیات یک ماده ضد عفونی کننده مناسب

- 1-بر کلیه میکروارگانیسیمهای بیماری زا (باکتری ، ویروس و قارچ و...) مؤثر باشد.
- 2-در مدت زمان کوتاهی اثر نماید.
- 3-برای نسوج بدن سمی و محرک نباشد.
- 4-بر اثر خون ، ترشحات زخم و مواد آلی دیگر از فعالیت آن کاسته نشود.
- 5-قدرت نفوذ کافی داشته باشد.
- 6-در مجاورت هوا ، نور یا حرارت فاسد نشده و تغییر ماهیت ندهد.

7- به پارچه و وسایل پزشکی آسیب نرساند.

8- فاقد بوی زننده بوده و پس از مصرف ایجاد رنگ ننماید.

9- در آب محلول بوده ، به سادگی و به مقدار زیاد قابل تهیه باشد.

10- ارزان و به سهولت قابل حمل باشد .

توصیه های حفاظت فردی در مقابل آلود کننده ها و ضد عفونی کننده ها

با توجه به اینکه افرادی که در محیط های بیمارستانی فعالیت می نمایند در معرض ابتلا به انواع بیماری ها قرار دارند لذا جهت حفظ سلامت فرد و خانواده و نهایتاً جامعه لازم است تمهیداتی جهت حفظ سلامت فردی در نظر گرفته شود.

1- استفاده از روپوش و لباس کار فقط در محیط کار صورت می پذیرد و در صورت آلوده شدن بلافاصله تمیز و ضد عفونی گردد که با شستشوی مناسب و اتو کشیدن می توان به این امر دست یافت . بدیهی است لباسها نپایستی جهت شستشو به منزل برده شوند .

2- کفش کار نیز در محیط کار استفاده شود.

3- در هنگام استفاده از مواد شیمیایی از مواد پاک کننده و گندزدا به دستورالعمل مربوطه دقیقاً توجه شده و از تماس با اینگونه موارد ترجیحاً خودداری گردد.

4- در هنگام نظافت حتماً از ماسک استفاده شود.

5- استفاده بی رویه از مواد گند زدا باعث صدمه رساندن به شخص مصرف کننده و محیط زیست خواهد گردید.

6- در هنگام استفاده از مواد شیمیایی بایستی از دستکش استفاده شود.

7- باید جهت نظافت محیط از لوازم جداگانه (دستمال، تی، جارو و...) استفاده گردد.

8- حتی الامکان پس از پایان کار استحمام انجام گیرد.

9- به هیچ عنوان نپایستی از لوازم شخصی استفاده شود.

انواع ضد عفونی کننده‌ها بر حسب خاصیت ضد عفونی کنندگی:

انواع ضد عفونی کننده‌های سطح بالا	انواع ضد عفونی کننده‌های سطح متوسط	انواع ضد عفونی کننده‌های سطح پایین
پراکسید هیدروژن یا آب اکسیژنه گلو تارالدئید (سایدکس) پراستیک اسید فرمالدئید دکونکس 53 پلاس اپی مکس SC	ترکیبات کلردار (وایتکس) ترکیبات یددار (بتادین) ترکیبات الکلی (الکل) دکونکس 50AF اپی مکس S	ترکیبات آمونیوم (ساولن، مایع ظرفشویی و...) فنل و ترکیبات فنلی (افروز)

دستورالعمل استفاده از دکونکس 53 پلاس

مشخصات و خواص : فاقد آلدئید و فنل و در نتیجه فاقد عوارض مضر بر روی دستگاه‌های بدن از جمله سیستم تنفسی می باشد . دارای خاصیت پاک کنندگی قوی ، خاصیت ضد خوردگی ابزار و وسایل می باشد و علیه ویروس‌های HIV و HBV انواع عفونتهای میکروبی، قارچی، باکتریایی (TB)، موثر می باشد .

موارد مصرف : ضد عفونی ابزار و وسایل جراحی ، انواع اندوسکوپهای قابل انعطاف و غیر قابل انعطاف قطعات پلاستیکی و لاستیکی، ساکشن و وسایل بیهوشی، لوله های بنت و کلیه وسایلی که آلوده به ویروس , HBV HIV و انواع عفونتهای تنفسی ، گوارشی ، پوستی از جمله پسودوموناس ، استاف آرئوس می باشند .

روش استفاده :

10=1٪ سی سی از محلول + یک لیتر آب و 20=2٪ سی سی از محلول + یک لیتر آب

لازم به ذکر است که حداقل زمان ضروری غوطه ور بودن وسایل داخل محلول، 15 دقیقه می باشد.

توجه : محلول رقیق شده در صورت عدم آلودگی بارز و عدم تشکیل رسوب و ذرات معلق بمدت 14 روز می تواند برای ضد عفونی وسایل مختلف استفاده شود. تغییر رنگ محلول دلیل عدم کارایی آن نمی باشد.

توصیه می شود در صورتی که وسایل ضد عفونی شده در این مایع کاملاً خونی و به میزان قابل توجه آلوده باشند مدت زمان نگهداری آن بنابر صلاحدید مسئول بخش کاهش یابد.

دستورالعمل استفاده از دکونکس 50 AF :



مشخصات و خواص : فاقد الئیدوفنل و در نتیجه فاقد عوارض مضر بر روی دستگاههای بدن از جمله سیستم تنفسی می باشد . دارای خاصیت پاک کنندگی قوی ، خاصیت ضدخوردگی ابزار و وسایل موثر بر علیه و نیز ضد چسبندگی سطوح TB باکتریایی و میکروبی ، و انواع عفونتهای قارچی می باشد . HIV و HBV ویروسهای

موارد مصرف: مخصوص ضدعفونی سطوح از قبیل تخت ، میز ، کابینت و ترالی در اتاق عمل ، ICU، CSR، بخشهای عفونی و اتاقهای ایزوله می باشد

توجه : محلول حتما بصورت رقیق شده استفاده شده و بایستی بصورت روزانه تهیه و مصرف گردد . زیرا پس از گذشت حداکثر 24ساعت خاصیت ضدعفونی کنندگی مایع از بین می رود.

در بخشهای ویژه و حساس بهتر است از محلول 2% استفاده گردد.

روش استفاده :

1%=10سی سی از محلول +یک لیتر آب و 2%=20سی سی از محلول +یک لیتر آب

- دکونکس سولارسیت : از این فرآورده ها می توان به منظور ضد عفونی و پاکسازی سطوح تجهیزات الکترونیکی که حساس به مواد ضد عفونی کننده محلول در آب هستند استفاده نمود . محلول سریعاً اثر می کند به طوری که فعالیت ویروس های HIV را تنها در یک دقیقه خنثی می کند . قارچ ها و باکتری ها دو دقیقه پس از قرار گرفتن در مجاورت این محلول از بین می روند .

محلول ضدعفونی کننده پوست و محل تزریق

موارد و روش مصرف :

-ضدعفونی پوست قبل و بعد از اعمال جراحی

-ضدعفونی پوست قبل از سوندگذاری

-ضدعفونی زخمهای بسته

-ضدعفونی پوست محل تزریق

-آماده سازی پوست جهت نصب کاتترهای وریدی و نمونه گیری

از خون و بافتهای مختلف بدن و ... در حداقل زمان ممکن

-محلول قبل از تزریق و سوندگذاری و قبل و بعد از اعمال جراحی بر روی پوست نواحی مختلف مورد نظر اسپری شود. برای اثربخشی بهتر موضع مورد نظر را قبل از ضدعفونی از آلودگی پاک کنید.

نکات قابل توجه :

از تماس محلول با چشم و غشاء مخاطی خودداری و در صورت تماس اتفاقی با چشم موضع را با آب فراوان شستشو داده و به پزشک مراجعه شود. به دلیل داشتن الکل آتشگیر است. دور از دسترس اطفال نگهداری شود.

دستورالعمل استفاده از هیپوکلریت سدیم (آب ژاول یا وایتکس)

مشخصات و خواص : دارای خاصیت ضدعفونی کننده با اثر سریع بر روی فعالیت میکروارگانیسم ها می باشد. گاز کلر موجود در این محلول توانایی کشتن اغلب باکتریها ، مخمرها ، ویروسها و پروتوزوئرها را دارد .

عوارض : تنفس بخار هیپوکلریت و گاز آزاد شده آن باعث سرفه و تحریک شدید دستگاه تنفس می شود و این خاصیت خصوصاً در هنگام استفاده همزمان اسیدها و مواد اکسید کننده تشدید خواهد شد . همچنین دارای اثر تحریک کننده بر روی پوست نیز می باشد که در صورت تماس بایستی موضع با آب فراوان شسته شود .

موارد مصرف : محلول ب صورت رقیق شده 0/1 % تا حداکثر 1% جهت ضدعفونی و شستشوی زمین ، کف ، دیوارها تمامی قسمتهای متشکل از سنگ ، دستشویی ، توالت ، حمام و ... در کلیه بخشها بکار برده می شود . همچنین در مواردی که خون و مایعات آلوده بر روی سطوح پاشیده شوند بایستی شستشو انجام شود .

نکات قابل توجه : محلول بایستی بصورت تازه و روزانه تهیه و مصرف شده و از مصرف محلول رقیق شده پس از گذشت 24 ساعت پرهیز شود . زیرا ماده اثربخشی خود را از دست می دهد . همچنین از مصرف ماده با غلظت بیش از 1% خودداری شود . زیرا باعث تحریک دستگاه تنفسی شده و برای بیماران و پرسنل بصورت جدی آزار دهنده می باشد . بدلیل اثرخوردگی از مصرف هیپوکلریت سدیم برای اشیاء فلزی و استیل خودداری شود

نحوه صحیح نگهداری پنبه الکل :

پنبه استریل به اندازه مصرف هر شیفت داخل گالیپات درب دار به صورت خشک نگهداری شود و برای هر بار مصرف داخل ریسپور مخصوص ، با الکل مخلوط گردد.

دستورالعمل استفاده از آب اکسیژنه H2O2 :

آب اکسیژنه اکسیدکننده قوی بوده و آنتی سپتیک می باشد . دارای خاصیت ضدویروسی و ضدقارچ بوده و بدلیل ایجاد واکنش شیمیایی و تولید گاز می تواند جهت پاکسازی و ضدعفونی زخمهای عمیق و وسایل تو خالی و حفره دار مورد استفاده قرار گیرد.

موارد مصرف :

ضدعفونی ابزار مورد استفاده در آندوسکوپی ، همودیالیز ، آنژیوگرافی و کلیه وسایل توخالی که دارای خلل و فرج می باشند ضدعفونی بعضی از زخمها نیز با استفاده از آب اکسیژنه امکانپذیر است . این ماده دارای خاصیت خورندگی فلزات می باشد .

روش استفاده:

محلول آب اکسیژنه 3% تا 6% را از داروخانه تهیه کرده و ابزار و وسایل را بمدت 20دقیقه درمحلول بصورت غوطه ور قرار دهید . پس از گذشت زمان لازم وسایل از محلول بیرون آورده شده سپس با آب معمولی آبکشی شود .

شرایط نگهداری : محلول بایستی در ظروف تیره و در بسته نگهداری شده و بصورت روزانه رقیق شود . زیرا بر اثر گذشت زمان خاصیت ضدعفونی کنندگی آن از بین میرود.

دستورالعمل استفاده از پویدون آیداین % 10(بتادین):



موارد مصرف : محلول بتادین حاوی % 10ید فعال می باشد . این محلول برای ضدعفونی کردن سوختگیهای درجه 2 و 3 ، بریدگی ، خراشیدگی ، زخمهای سطحی ، زخم بستر همچنین ضدعفونی نمودن پوست و موضع عمل قبل و بعد از عمل جراحی ، هنگام تزریق برای پیشگیری از عفونت در پانسمانها و بخیه ها و در درمان برفک و عفونتهای باکتریایی و قارچی پوست بکار می رود.

روش استفاده : مقدار لازم از محلول بتادین را در یک ظرف کوچک دهانه گشاد ریخته و از رقیق کردن آن خودداری شود مگر در موارد خاص سپس گاز یا پنبه لازم را در محلول گذاشته تا کاملا خیس شود گاز یا پنبه را برداشته و فقط یک بار از بالا به پایین روی موضع زخمهای باز ، محل بخیه و ...کشیده و سپس پنبه را دور انداخته و برای ضدعفونی مجدد از پنبه یا گاز دیگری استفاده شود . رفت و برگشت پنبه آغشته به بتادین باعث جابجایی و تکثیر میکروارگانیسم ها شده و خطر انتقال عفونت را بطور جدی افزایش می دهد . همچنین از کشیدن یک پنبه آغشته روی دو موضع مختلف به علت افزایش خطر عفونت جداً اجتناب شود

در مورد زخم های باز ضدعفونی از داخل به خارج انجام شده و از بردن پنبه آلوده به وسط زخم خودداری گردد.

برای شستشو و ضدعفونی محل عمل باید محل را از داخل به سمت خارج بصورت دایره ای و در چندین مرحله انجام داد .

موارداحتیاط:

-از انباشته شدن دارو درچین خوردگیها و زیر بدن بیمار بستری اجتناب گردد.

-در نوزادان با وزن کمتر از 1500 گرم مصرف نشود.

در دوران حاملگی و شیردهی و در صورت وجود زخم های عمیق و سوختگیهای شدید با مشورت پزشک معالج مصرف شود . در مورد زخم های عمیق و بافتهای تازه بتادین باعث از بین رفتن فیبروبلاستها شده و از ترمیم بافت جلوگیری می کند.

-از گرم کردن محلول قبل از استفاده پرهیز شود

-در صورت بروز حساسیت پوستی و تحریک پوست از مصرف خودداری کرده و با پزشک معالج مشورت شو

طریقه نگهداری:

1.پس از مصرف ، درپوش ظرف باید گذاشته شود ، زیرا باز ماندن درب ظرف سبب رشد میکروارگانیسم ها در قسمت باز شده و بسادگی سبب عفونت می شود ، بعد از باز شدن درب بتادین تاریخ روی آن درج شود.

2.در دمای زیر 30درجه نگهداری شده و از یخ زدن آن جلوگیری شود.

دستورالعمل استفاده از دستگاه اشعه ماوراء بنفش



اشعه غیر یونیزه ایی که در کنترل فیزیکی میکروارگانیزم ها مورد استفاده قرار می گیرد اشعه ماوراء بنفش (اولتراویوله) می باشد . اثرات ضد میکروبی این اشعه به میزان پرتو تابیده شده و به مسافت بستگی دارد و هر چه میزان پرتو بالا بوده و مسافت کمتر باشد تعداد سلول های میکروبی نابود شده افزایش می یابد . نور ماوراء بنفش استریل کننده نبوده ولی یک عامل گندزدا می باشد . محدودیت اصلی در استفاده از این اشعه قدرت نفوذ ضعیف آن است و با وجود عبور این پرتو از هوای بدون غبار و آب صاف ، این اشعه قادر به نفوذ از شیشه معمولی ، بسیاری از پلاستیکها ، محلول های کدر و لایه های نازک چربی و شیر نمی باشد و علاوه بر این در صورت تابش مستقیم به چشم باعث صدمه در شبکیه شده و اگر پوست به مدت طولانی با آن در تماس باشد دچار سرطان خواهد شد

نکات قابل توجه در به کار گیری اشعه ماوراء بنفش

- 1- استفاده از UV متر جهت کنترل دوز پرتو دهی لامپ
- 2- استفاده از تایمر و یا یادداشت زمان مصرف جهت کنترل زمان کارکرد لامپ ؛ که با توجه به نوع لامپ متغیر است که لامپ ها تی روسی 2000 ساعت و لامپ های هلندی 3000 ساعت تاریخ مصرف دارند .
- 3 - دوره ایی سطح لامپ با الکل 70٪ تمیز شود .
- 4 -موقع استفاده از لامپ پنجره و شیشه ها پوشیده و تاریک شوند . در نور مری اثر باکتری کشی به میزان زیادی کاهش می یابد .
- 5 - در صورت تقیم افراد باید از لباس های محافظ و عینک استفاده نمود .
- 6 -لامپ 24 متر مربع را گند زدایی می نماید لذا در صورت وسیع بودن اتاق تعداد لامپ لازم مورد استفاده قرار گیرد به معنی دیگر اگر مساحت یک اتاق 72 متر مربع باشد نیاز به 3 لامپ اولترا ویوله می باش .
- 7 - زمان گندزدایی هر اتاق با لامپ اولتراویوله حداقل 4 ساعت می باشد .



دستورالعمل شستشو و ضد عفونی وسایل و تجهیزات و سطوح بخشها

سطوح مربوط به بخشهای بیمارستان شامل کف اتاق ، دیوارها ، مبلمان و سایر وسایل که به ظاهر تمیز و خشک می باشند از نظر خطر انتقال عفونت دارای ریسک پایین می باشند . وجود محیطی تمیز و مناسب برای اجرای استانداردهای بهداشتی و ضد عفونی لازم بوده و باعث اطمینان خاطر بیماران و سایر پرسنل می گردد . سطوح و وسایل مرطوب محیط مناسبتری را برای انتقال پاتوژنهای احتمالی و رشد میکروارگانیسم ها بوجود می آورند .

محللهای پاک کننده و وسایلی که جهت نظافت استفاده می شوند ممکن است شدیداً با باکتریها آلوده شده باشند که بایستی پس از اتمام نظافت سریعاً از محیط درمان بیماران و یا تهیه مواد غذایی دور گردند نظافت معمولی می تواند بیشتر لوازم را بطور نسبی از خطر انتقال عفونت پاک کرده و از نظر حمل و نقل ایمن گرداند .

روشهای نظافت سطوح و تجهیزات مورد استفاده بیمار

پاک کردن دیوارها و سقفها باید در حد کافی صورت گیرد تا خاک و لکه بر روی آنها مشاهده نشود. گندزدایی این قسمتها مورد نیاز نمی باشد مگر در صورت مشاهده آلودگی شناخته شده خون ، ادرار یا مایع آلود کننده که باید فوراً پاک شود. در زمان پاک کردن دیوارها ، سطوح آنها باید حتی المقدور خشک نگه داشته شود. آسیب دیدن دیوارها و از بین رفتن رنگ و روی آنها باعث مشخص شدن گچ زیر آن شده و خون ریخته شده به طور کامل پاک نمی شود و به دنبال مرطوب شدن ، به شدت با باکتری آلودگی پیدا می نماید. بنابراین این گونه دیوارها باید به سرعت ترمیم شوند.

دستورالعمل شستشوی توالت



توالتها هر شیفت بایستی نظافت شوند و دستگیره باید حداقل روزی یک بار پاک شوند. بعلاوه در مواردی که بصورت قابل رویت آلوده باشند نیز نظافت الزامی است جهت نظافت روتین استفاده از محلول دترجنت کافی است . در مواردی که محل شستن بصورت آشکار آلوده بوده و یا بعد از استفاده بیمارانی که مبتلا به عفونت دستگاه گوارش می باشند ضد عفونی نمودن الزامی ست . مایع ضد عفونی کننده مورد استفاده هیپوکلریت سدیم می باشد .

محل نشستن بایستی با آب شستشو شده و قبل از استفاده خشک گردد . ریختن مایع ضد عفونی کننده در فاضلاب هیچ نقشی در کاهش میزان عفونت بیمارستانی ندارد .

دستورالعمل مربوط به شستشوی حمام ها ، سینکها و محل شستن دستها:

حمام ها و محل شستشوی دستها بایستی حداقل بصورت روزانه توسط پرسنل خدمات تمیز گردد. استفاده از مواد ترجنت برای نظافت روتین کافیهست. در مواردی که بیمار عفونی است حمام کرده و یا بیمار مبتلا به ارگانیزم های مقاوم یا مشکل زا باشد بایستی از ماده ضد عفونی کننده استفاده شود. ضد عفونی نمودن حمام قبل از استحمام بیماران با زخم باز نیز لازم می باشد. ماده ضد عفونی مناسب همان هیپوکلریت سدیم می باشد. در مواردی که احتمال آسیب رساندن به سطوح در اثر استفاده از هیپوکلریت سدیم وجود دارد میتوان با مشورت کمیته کنترل عفونت مایع ضد عفونی کننده جایگزین انتخاب نمود.

دستورالعمل شستشو و ضد عفونی بدین (لگن) و یورینال (لوله)

برای جلوگیری از انتقال عفونت پس از استفاده یا جابجایی بدین (لگن) حتماً بایستی دستها شسته شوند حتی اگر ظرف مورد نظر ظاهراً تمیز باشد.

از محلول هیپوکلریت سدیم 1٪ باید جهت شستشو استفاده نمود. لوله ها در پایان هر شیفت در محلول وایتکس 1٪ ضد عفونی می گردد و در قفسه مخصوص قرار داده می شود تا خشک شود و ضمناً هنگام تحویل لوله و لگن از انبار به بخش پشت آن تاریخ زده می شود و بعد از یک هفته از رده خارج می شود.

دستورالعمل استفاده از صابون مایع

در صورتیکه هنگام استفاده از صابون مایع اطراف ظرف دستشویی آلوده به قطرات صابون گردید ، بایستی روزانه تمیز و صابونهای اضافی پاک گردد. پس از اتمام صابون موجود در ظرف صابون مایع ، از پر کردن مجدد آن خودداری کرده و حتماً پس از شستشو و خشک کردن ظرف ، اقدام به پر کردن آن نمائید.

باقی ماندن آلودگیها در اطراف ظرف مزبور و یا پر کردن مجدد آن ، بدون شستشو و خشک نمودن، باعث رشد باکتریهای بیمارستانی در صابون مایع می شود.

دستورالعمل شستشوی پرده ها

شستشوی پرده های هر بخش بر حسب نوع آن متفاوت است. شستشوی پرده های پارچه ای معمولاً هر سه تا شش ماه یکبار با آب و دترجنت کافی است و شستشوی پرده های کرکره هر دو هفته یکبار با یک دستمال محتوی دترجنت گرد و غبار آن برطرف شود و هر سه ماه یکبار بطور کامل با آب و دترجنت شسته شود و سپس نصب شوند.

دستورالعمل شستشوی تشک و بالش بیمار

تشک و بالش بیمار باید از روکش غیر قابل نفوذ به آب باشد تا هنگام شستشو و نظافت آب به داخل آن نرود . روکش تشک و بالش بیمار بعد از ترخیص هر بیمار با دستمال آغشته به دترجنت تمیز و سپس با دستمال دیگر که آغشته به محلول ضد عفونی کننده (اپی مکس 1% S یا الکل 7٪) می باشد ضد عفونی شود و بعد از خشک شدن جهت بیمار بعدی مورد استفاده قرار گیرد

قانون و مقررات مربوط به کنترل عفونت در بیمارستان

پوشیدن یونیفرم تمیز و کامل و عدم استفاده از زیورالات و در صورت اجبار پوشش مناسب آنها

اجتناب از پوشیدن کفش جلو باز پشت باز پاشنه دار و هرگونه کفش مدل دار

خودداری از استفاده از لاک، برق ناخن و دیگر اقلام آرایشی

رعایت اصول بهداشت فردی ، کوتاه بودن ناخن، پوشش مناسب جهت موها، کوتاه بودن ریش و سیبیل

رعایت اصول استریلیتی در پروسیجرهای پرستاری خصوصا " سونداژ به علت اینکه عفونت ادراری از بالاترین میزان عفونتهای بیمارستانی برخوردار است.

انجام آموزش های مربوط به تنفس عمیق در بیماران بستری خصوصا " بیمارانی که تحت عمل جراحی قرار می گیرند جهت جلوگیری از ابتلا به پنومونی بعنوان دومین بیماری که بعلت عفونتهای بیمارستانی در بخش های بستری بوجود می آید.

محیط مرطوب مناسبترین مکان جهت کلونیزاسیون میکرو ارگانیسم می باشد لذا در هنگام اجرای پروسیجرهای پرستاری دقت لازم بعمل آید خصوصا " موارد زیر:

1- در هنگام رگ گیری دقت گردد که خون بیمار کناره های آنژیوکت ریخته نشود و در صورت ریخته شدن فوراً "تمیز گردد.

2- آنژیوکت بدرستی فیکس گردد زیرا یکی از موارد فلبیت شدن عروق حرکت آنژیوکت یا اسکالپ است

3- جهت خروج آنژیوکت و اسکالپ و... با پنبه الکلی خشک به این کار مبادرت گردد.

4- موضع رگ گیری بلافاصله بعد از فلبیت شدن تعویض گردد.

- جهت تخلیه هوای باتل سرم از روش صحیح استفاده شود و هیچ زمانی با نیدل سوراخ نگردد.

- با توجه به اینکه شستن دست یکی از مهمترین اقدامات در کنترل عفونت است قبل از انجام کارهایی که تمیز بودن دست اهمیت دارد (سونداز، پانسمان، سوچرو...) دستهای خود را با آب و صابون بشوید یا از محلول الکلی مخصوص استفاده نمایید.

- جهت کنترل عفونت در طول شیفت بجز موارد جزئی و ضروری از ترک بخش خودداری گردد.

- جهت استفاده از سلف سرویس بدون روپوش مراجعه نمایید.

در صورت بروز هر گونه مشکل در زمینه کنترل عفونت با سوپروایزر کنترل عفونت تماس بگیرید

دستورالعمل پسماندهای بیمارستانی

"ضوابط و روشهای مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته"

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - سازمان حفاظت محیط زیست

کمیسیون امور زیربنایی، صنعت و محیط زیست در جلسه مورخ 1386/12/19، بنا به پیشنهاد شماره 39169-1 مورخ 1386/7/1 سازمان حفاظت محیط زیست و به استناد ماده 11 قانون مدیریت پسماندها - مصوب 1383 و با رعایت جزء 3 بند «ج» مصوبه شماره 1901/56061 مورخ 1386/4/24، شورای عالی اداری، ضوابط و روشهای مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته را به شرح زیر تصویب نمود:

فصل اول - اهداف

ماده 1- اجرای این ضوابط در جهت دستیابی به اهداف زیر است:

الف - حفظ سلامت عمومی و محیط زیست در مقابل اثرهای نامطلوب پسماندهای پزشکی.

ب - اطمینان از مدیریت اجرایی مناسب و ضابطه مند پسماندهای پزشکی.

پ - ایجاد رویه ای مناسب و ضابطه مند برای تولید، حمل، نگهداری، تصفیه، امحا و دفع پسماندهای پزشکی.

فصل دوم - تعاریف

ماده 2 - عبارات و اصطلاحات زیر در معانی مشروح مربوط به کار می روند:

الف_ قانون مدیریت پسماندها: منظور قانون مدیریت پسماندها_مصوب 1383- می باشد.

ب_ سازمان: سازمان حفاظت محیط زیست.

پ_ وزارت: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

ت_ پسماندهای پزشکی ویژه: به کلیه پسماندهای عفونی و زیان آور ناشی از بیمارستانها، مراکز بهداشتی، درمانی، آزمایشگاههای تشخیص طبی و سایر مراکز مشابه که به دلیل بالا بودن حداقل یکی از خواص خطرناک از قبیل سمیت، بیماری‌زایی، قابلیت انفجار یا اشتغال، خوردگی و مشابه آن که به مراقبت ویژه (مدیریت خاص) نیاز دارند، گفته می‌شود.

ث_ چهار دسته اصلی پسماند پزشکی: 1_ پسماند عفونی 2_ پسماند تیز و برنده 3_ پسماند شیمیایی و دارویی 4_ پسماند عادی

ترکیب زباله های بیمارستانی:

80% پسماند عادی (شبه خانگی)

20% پسماند خطرناک که شامل :

15% پسماند عفونی و آسیب شناختی

3% پسماند مواد شیمیایی و دارویی

1% پسماند اجسام برنده و نوک تیز

کمتر از 1% پسماندهای ویژه (سایتوتوکسیک ، پرتوساز ، فلزات سنگین و ...)

به ازای هر تخت بیمارستانی روزانه 4 – 1 کیلوگرم (متوسط 2/7 کیلو گرم) زباله تولید میشود.

گروه 1: پسماندهای خطرناک

الف) پسماندهای عفونی : کلیه پسماندهای آلوده به خون و فرآورده های خونی / کلیه پسماندهای

مربوط به آزمایش های تشخیص طبی و تحقیقات پزشکی / پسماندهای پاتولوژی / کلیه ترشحات و

پسماندهای آلوده به ترشحات بیماران عفونی / کلیه مواد و وسایلی که با بیمار عفونی تماس داشته اند /

کشت های بیولوژیک و محیط های کشت / پسماندهای اتاق های ایزوله / پسماندهای بخش های دیالیز

/ پسماندهای ناشی از جراحی و اتوپسی / اعضاء و اندامهای قطع شده و جنین

ب (پسماندهای شیمیائی : زباله های داروئی و مواد شیمیائی / ویالهای نیمه پر و پر داروئی /

ترمومترهای شکسته/ معرفهای آزمایشگاهی / داروهای ثبوت و ظهور فیلم و ... / هرگونه زباله منتج

شده از تشخیص ، درمان و مراقبت بیماران تحت شیمی درمانی (اعم از ست های سرم ، کیسه های

ادرار ، سوند ، کیسه های استوما)

ج (پسماندهای نوک تیز و برنده : سرسوزن / تیغ بیستوری و اره / اسکالپ/ لانت / انواع آنژیوکت

/شیشه های شکسته سرم و فرآورده های خونی و دارویی / وهرگونه وسیله یکبار مصرف تیز و برنده که

در تشخیص و درمان و مراقبت بیماران استفاده شده است

د (پسماندهای رادیواکتیو : شامل کلیه پسماندهای تولید شده در مراکز پزشکی هسته ای می باشند .

© گروه 2: پسماندهای معمولی یا شبه خانگی

عمده از کارکردهای خدمات اداری و عمومی این مراکز تولید می شود . شامل زباله های آشپزخانه ،

آبدارخانه ، قسمت اداری و مالی ، ایستگاههای پرستاری ، باغبانی و از این قبیل است .

تفکیک : پسماندهای عفونی (بجز اعضاء و اندامهای قطع شده و جنین) و پسماندهای شیمیایی بایستی در

کیسه زباله زرد رنگ جمع آوری و در مخزن زرد رنگ دارای علامت مخصوص ، قابل شستشو و ضدعفونی ،

نگهداری شوند .

اعضاءواندامهای قطع شده و جنین بایستی مجزا جمع آوری و جهت دفع به گورستان محل حمل شده و به

روش خاص خود دفن گردد.

زباله های نوک تیز و برنده صرف نظر از اینکه آلودگی داشته یا نداشته باشد در جعبه یا محفظه مقاوم (S .

B)مخصوص جمع آوری گردد ظروف جمع آوری این اجسام باید ضد سوراخ شدن بوده و درپوش مناسب

داشته باشد و جنس این ظروف به قدری سخت و نشد ناپذیر باشد که نه فقط اجسام برنده و نوک تیز بلکه

هرگونه بقایای آبگونه های موجود در سرنگ ها را در خودنگه دارد .

کلیه سرسوزن ها از سرنگ های مصرف شده (بخصوص در موارد شیمی درمانی) جدا نشود و بصورت توأم

جمع آوری گردد .

پسماندهای پرتوزا و رادیواکتیو برابر ضوابطی که به اتفاق وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان انرژی اتمی تهیه و اعلام خواهد شد زیر نظر مسئول فیزیک بهداشت مدیریت خواهد شد . زباله های معمولی یا شبه خانگی (غیر عفونی) بایستی در کیسه زباله مقاوم مشکی رنگ جمع آوری و در مخزن آبی رنگ قابل شستشو و ضد عفونی ، نگهداری شود.

جمع آوری : وقتی سه چهارم ظروف و کیسه های پلاستیکی پر از پسماند شد پس از بستن درب آنها ، باید آنها را برداشت

- پسماندها باید همه روزه (یا در صورت لزوم چند بار در روز) گردآوری شوند و به محل تعیین شده برای انباشتن پسماندها حمل شوند .

- هیچ کیسه محتوی پسماند نباید بدون داشتن برچسب و تعیین نوع محتوای کیسه از محل تولید خارج شود .

- برچسب باید دارای مشخصاتی از قبیل تاریخ تولید ، نام بخش ، نوع زباله و... باشد .

- باید به جای کیسه ها و ظروف مصرف شده بلافاصله کیسه ها و ظروف از همان نوع قرار داده شود . (این

کیسه ها و ظروف در هر جایی که پسماند تولید می شود به آسانی توزیع شوند)

- سطل زباله های پس از خارج کردن کیسه پر شده بلافاصله شستشو و ضد عفونی گردند .

حمل در مراکز تولید :

- حمل زباله ها در بیمارستان باید بوسیله تrolley های چرخدار یا ظروف (bin) چرخدار یا گاریهایی که

برای هیچ منظور دیگری از آنها استفاده نمی شود و دارای مشخصات زیر باشد ، انجام گیرد .

- بارگیری و تخلیه بار آنها آسان باشد .

- لبه های تیز و برنده ای که به کیسه زباله ها یا ظرفهای حاوی پسماندها ضمن بارگیری و تخلیه آسیب

برساند ، نداشته باشد .

- تمیز کردن آن آسان باشد .

- باید وسیله حمل پسماندها همه روزه با موادگندزدای مناسب نظافت گردد .
- باید همه کیسه های پسماندها سربسته و دست نخورده تا پایان مدت حمل باقی بماند .
- تعویض ترولی یا گاریه‌های چرخدار از انتهای بخش به محل نگهداری موقت ضروری است.

دفع زباله های بهداشتی درمانی:

- مواد زائد جامد معمولی یا شبه خانگی : همراه موادزائد جامد خانگی از طریق سیستم عمومی بطور روزانه توسط سازمان (شهرداری) مربوطه به محل دفع زباله های شهری انتقال و دفع گردد .
- پسماندهای رادیواکتیو تحت شرایط خاص خود جمع آوری ، نگهداری و طبق ضوابط دفع می گردد .
- اعضاء و اندامهای قطع شده و جنین می بایست مجزا جمع آوری و به گورستان محل حمل شده و به روش خاص خود دفن گردد .
- زباله های نوک تیز و برنده : که در جعبه های مخصوص جمع آوری شده همراه با پسماندهای عفونی و شیمیایی دفع می گردند .
- پسماندهای عفونی و شیمیایی : بدیهی است در حال حاضر دفع پسماندهای عفونی و شیمیایی (و نوک تیز و برنده) باید با هماهنگی شهرداری و سایر ارگانهای ذیربط و موقعیت محلی با رعایت نکات بهداشتی صورت پذیرد .
- با توجه به قانون جدید مدیریت پسماندها ، در صورت تدوین و ابلاغ آئین نامه اجرائی قانون مذکور ، مطابق با آن اقدام خواهد شد . (مدیریت و بیخطر سازی پسماندهای خطرناک بر عهده تولید کننده آن قرار دارد

مبحث آتش نشانی

دسته بندی انواع حریق

❖ طبقه A : مواد جامد و خشک که خاکستر به جا می گذارند مانند چوب و کاغذ و پلاستیک و ...



ž wood

ž cloth

✓

❖ طبقه B : مواد نفتی و مایعات قابل اشتعال

B

- *gasoline*
- *oil*
- *grease*
- *etc*
- *tar*

❖ طبقه C: گازها و مایعات یا مخلوطی از آن ها ، گاز مایع و گاز شوی

C

- *energized electrical*

❖ طبقه D: ناشی از فلزات که سریعاً اکسید می شوند مانند منیزیوم ، پتاسیم و ...

I

- *magnesium*
- *sodium*
- *potassium*
- *titanium*

❖ طبقه E: شامل حریق های الکتریکی

روشهای عمومی اطفاء حریق

اصولاً اگر بتوان یکی از اضلاع هرم حریق (حرارت ، اکسیژن ، ماده سوختنی) را کنترل و محدود نموده یا قطع کرد ، حریق مهار می شود :

الف) سرد کردن که این عمل عمدتاً بوسیله آب انجام می گیرد . این روش برای حریق های دسته A مناسب می باشد .

ب) خفه کردن که پوشاندن روی آتش با موادی است که مانع رسیدن اکسیژن به محوطه آتش گردد .

ج) حذف ماده سوختنی : این روش در ابتدای بروز حریق امکانپذیر بوده و با قطع جریان ، جابه جا کردن مواد و جدا کردن منابعی که تاکنون حریق به آنها نرسیده می باشد .

مواد خاموش کننده آتش:

❖ الف- مواد سرد کننده (آب ، گاز CO_2)

❖ ب- مواد خفه کننده (کف CO_2 ، خاک ، ماسه و شن)

❖ ج- مواد رقیق کننده هوا (CO_2 و N_2)

□ آب

- ❖ استفاده از آب برای کنترل حریق یکی از ساده ترین و در عین حال موثر ترین روشی است که تمام افراد با آن آشنا هستند همان اندازه که استفاده از آب می تواند در خاموش کردن آتش مفید باشد به همان اندازه هم می تواند در استفاده نابه جا ، ایجاد مخاطره و گسترش حریق یا خسارت نماید .
- ❖ در آتش سوزی هایی که از خود خاکستر بر جا می گذارند (گروه A) ماده اولیه برای اطفاء آب



می باشد .

□ کف آتش نشانی

- ❖ کف بصورت محلول تهپیه می گردد . کف در هنگام استفاده ، با گسترش فراوانی که دارد می تواند روی حریق را پوشانده و مانع رسیدن اکسیژن و صعود گازهای ناشی از حریق گردد در حریق نوع B می توانیم از کف آتش نشانی استفاده کنیم که باعث خفه کردن حریق می شود .



□ گاز دی اکسید کربن CO2

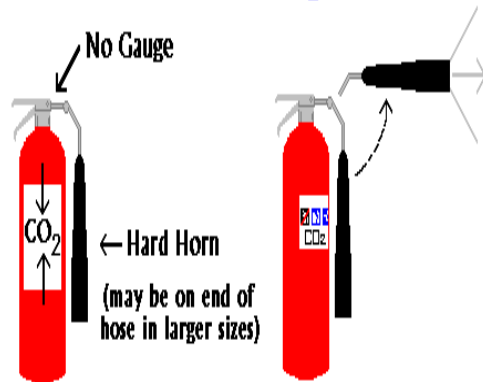
- ❖ دی اکسید کربن گازی است ، غیرقابل احتراق ، بی بو ، غیر سمی و سنگین تر از هوا و علاوه بر آن حاوی الکتریسته نیز نمی باشد . مکانیسم آن هنگام حریق به سه صورت است :
- اول خفه کردن آتش با تشکیل یک لایه سنگین مقاوم در مقابل عبور هوا ، دوم رقیق کردن اکسیژن هوا در اطراف محوطه حریق و سوم سرد کردن آتش .
- از دیگر خصوصیات گاز CO2 این است که باعث خسارت به مواد موجود در محیط حریق نمی شود . CO2 برای حریق های الکتریکی بسیار مناسب است ، زیرا به دلیل عدم هدایت برق و عدم وجود مواد باقی مانده باعث اتصال یا خرابی در سیستمهای حساس نمی گردد .
- برای خاموش نمودن آتش ، تراکم CO2 در هوا متناسب با ماده در حال اشتعال است .



انواع کپسول های آتش نشانی

- ❖ دی اکسید کربن
- ❖ پودرهای شیمیایی چند منظوره
- ❖ پودرهای خشک

Carbon Dioxide Extinguisher



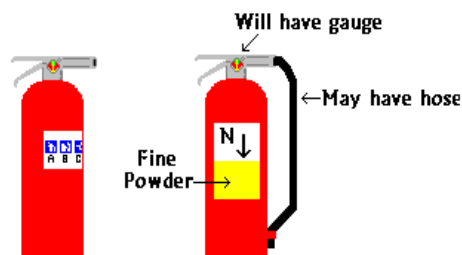
کپسولهای دی اکسید کربن

- ❖ برای کلاس B و C بکار می روند .
- ❖ دارای سر نازل پلاستیکی سخت
- ❖ گیج فشار ندارند .

کپسولهای پودر چند منظوره

- ❖ برای حریقهای کلاس A و B و C می روند
- ❖ پودر ریز تحت فشار
- ❖ گیج فشار دارند

Dry Chemical Extinguisher (ABC)



انواع پودر

- ❖ پودر شیمیایی : دارای بنیان کربنات سولفات و فسفات هستند و برای کلاسهای C-B-A بکار می روند .
- ❖ پودر خشک : دارای ترکیبات متفاوت بوده و برای فلزات بکار می روند .
- ❖ پودر تر : که پودر کربنات پتاسیم یا استات پتاسیم در آب است جهت اطفای مواد روغنی بکار می رود

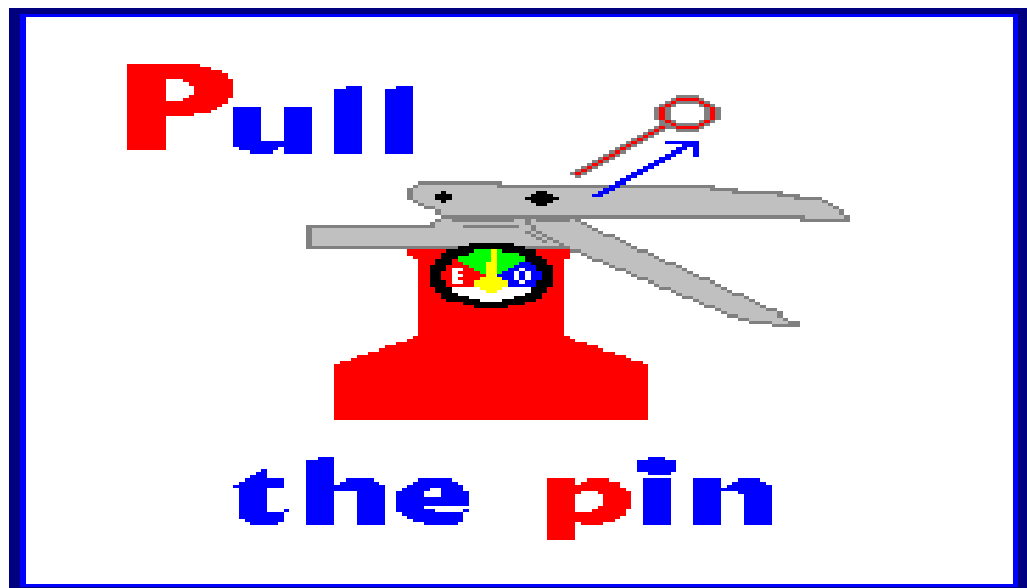
چگونه از کپسولهای اطفای کننده استفاده کنیم؟



روش کار با کپسول

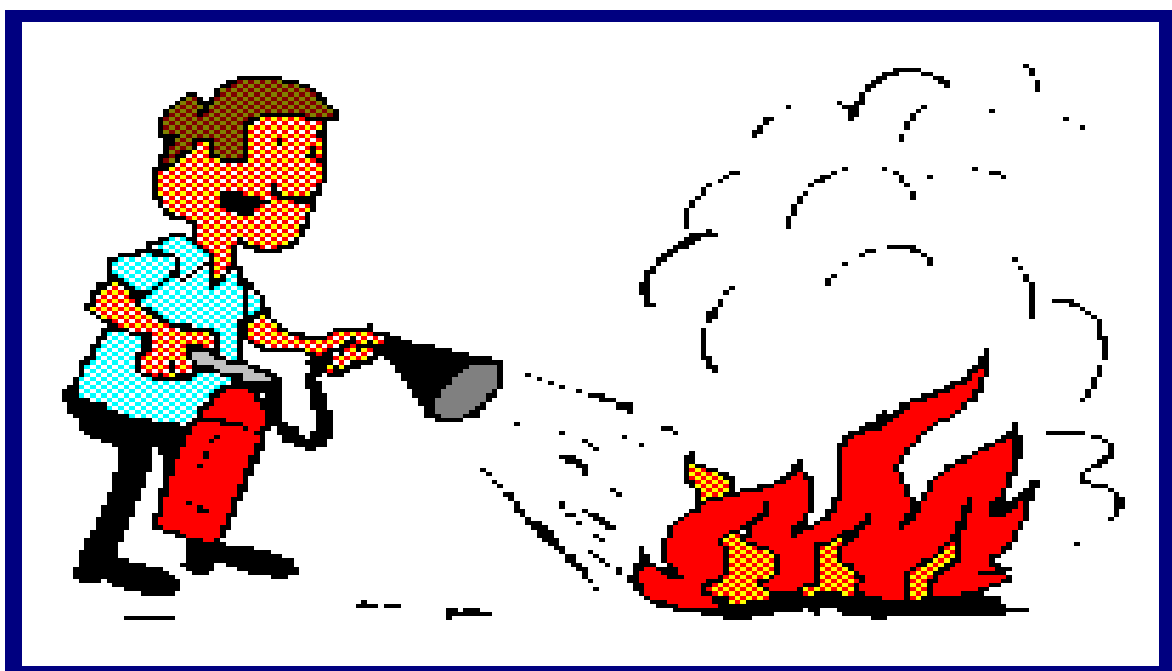
پین را بکشید

کشیدن پین باعث می شود که بتوانیم دسته شیر کپسول را فشار دهیم



قاعده آتش را نشانه بگیرید .

نشانه روی میانه حریق باعث گسترش حریق می شود .



دسته را فشار دهید

این کار باعث خروج پودر تحت فشار از کپسول می شود .

Squeeze



the handle

حریق را با حرکت جارویی سر نازل اطفاء کنید.

این کار را آنقدر ادامه دهید تا حریق خاموش شود.

مواظب بازگشت مجدد حریق باشید.

Sweep



side to side

چگونه یک کپسول آتش نشانی مناسب انتخاب کنیم؟

1. مواردی که در محیط باعث بروز آتش سوزی شده اند.
2. شدت آتش سوزی و سرعت انتشار آتش.
3. تناسب کپسول ها برای شرایط موجود.
4. کاربرد آسان.
5. در دسترس بودن افراد آشنا به کار کپسول.
6. شرایط محیطی از جمله دما، باد، جریان هوا، وجود بخارات خطرناک و.....
7. مسایل مربوط به سلامتی و ایمنی کاربرد.
8. لزوم نگهداری و حفاظت از کپسول.

آزمایش و نظارت بر کپسول ها :

کپسول های آتش نشانی باید در هنگام نصب و بعد از آن ، هر 30 روز یکبار مورد بازرسی قرار گیرند . جهت بازرسی باید به نکات زیر توجه نمود :

- ❖ وجود دستورات کاربردی بر روی پلاک حاوی نام کپسول به طور خوانا و به شکلی که پلاک به سمت خارج قرار گیرد.
- ❖ مهر و موم ایمنی و کلیه نشانگرهای مربوط ، سالم و دست نخورده باشد . پر بودن کپسول که با وزن نمودن کپسول مشخص می شود.
- ❖ عدم وجود صدمات فیزیکی مانند خوردگی ، نشستی و یا گرفتگی نازل درجه فشار و نشانگر آن ، باید محدوده فشار قابل کاربرد را نشان دهد
- ❖ شناسایی مواد خطرناک باید در محل نصب شده باشد .

در صورتی که بعد از بررسی های انجام شده نقایصی در مورد محل قرار گیری ، دسترسی، مشکلات مربوط به برچسب مشخصات کپسول و ... مشاهده گردید بایستی هر چه سریع تر جهت اصلاح نواقص اقدام نمود .

سیستم های علامت گذاری

موارد استفاده و عدم استفاده از یک کپسول آتش نشانی ، توسط برچسب روی کپسول تعیین می شوند . علائم تصویری به راحتی توسط همگان قابل استفاده و قابل درک هستند . البته می توان از علائم نشانه گذاری حرفی نیز در این موارد استفاده کرد .

نکات اضطراری در هنگام وقوع حریق در ساختمان

- ❖ شیر اصلی گاز را ببندید . اگر حریق الکتریکی است ، برق را قطع کنید .
- ❖ سریعا کلیه افراد را به خارج از ساختمان هدایت کنید . در هنگام خروج به هیچ عنوان از آسانسور استفاده نکنید .
- ❖ به مرکز آتش نشانی به شماره 125 یا شماره اعلام شده که نزدیکترین واحد به شما است ، تماس بگیرید .
- ❖ مواد آتش زا و کپسول های گاز را در صورت امکان به بیرون منتقل کنید .
- ❖ تمامی تهویه های ساختمان را خاموش کنید تا از رسیدن اکسیژن به آتش جلوگیری شود .
- ❖ خونسردی خود را حفظ کنید و دقت را از دست ندهید .
- ❖ در صورت دیدن آموزشهای اطفاء حریق با وسایل در دسترس اقدام به اطفاء نمایید .

چند نکته برای پیشگیری از آتش سوزی

- ❖ از نگهداری مواد آتش زا در نزدیکی منابع حرارتی خودداری کنید .
- ❖ به محض مشاهده سیم های لخت و کلید و پریز های مشکل دار به تاسیسات اطلاع دهید .
- ❖ محل کار شما به وسایل اطفاء حریق مناسب مجهز شده است .
- ❖ طرز استفاده از وسایل اطفاء حریق را به خوبی بدانید و در فرصت مناسب تمامی دستورالعمل های وسایل را خوانده و اطفاء را به صورت ذهنی مرور کنید .
- ❖ جایگاه وسایل اطفاء حریق را در بخش بدانید .
- ❖ برای بخشهای مورد نظر دربهای خروجی اضطراری مناسب پیش بینی شده است . جایگاه و مسیر دربهای خروج را بدانید .

مدیریت بحران



مقدمه:

در رابطه با برنامه

حوادث غیرمترقبه بیمارستانی سوالاتی به ذهن خطور می کند که عبارتندار:

1. مگر یکی از فعالیت‌های عادی هر بیمارستانی مقابله با موارد اورژانس و اضطراری نیست پس چرا بیمارستان به چنین برنامه‌ای نیازمند است؟

2. آیا حوادث غیرمترقبه همان اورژانس‌های روزمره بیمارستان ولی در مقیاس بزرگتر نیستند؟

3. آیا بهترین راه پاسخ به حوادث غیرمترقبه گسترش پاسخ روزمره بیمارستان به موارد اورژانس در کنار افزایش تعداد پرسنل و منابع اورژانس، تخت‌های بیمارستانی و تجهیزات نیست؟

در پاسخ به این سوالات باید گفت که نتایج سال‌ها تحقیقات در صحنه حوادث غیر مترقبه نشان می‌دهد که حوادث غیرمترقبه اورژانس‌هایی در مقیاس وسیع نیستند. حوادث غیرمترقبه مشکلات و مسائل منحصر به فردی را ایجاد می‌کنند که پاسخ به آنها نیازمند استراتژی‌های متفاوت از عملکرد روزمره بیمارستان‌هاست. به عبارت دیگر حوادث غیرمترقبه نه تنها از نظر کمی بلکه از نظر کیفی با اورژانس‌های روزمره بیمارستان متفاوت هستند برای مثال سیستم‌های ارتباطی معمولی (مانند تلفن و موبایل)، راه‌های نقل و انتقال عادی و تسهیلات زیرساختی در جریان حوادث غیرمترقبه قادر به فعالیت طبیعی خود نیستند. موقعیت پر استرس و به هم ریختن نظم عادی در جریان حوادث غیرمترقبه موجب می‌شود تا بیمارستان‌ها در جریان چنین حوادثی با انسان‌های متفاوت، مشکلات متفاوت و منابع متفاوت از فعالیت روزمره خود مواجه گردند و در چنین وضعیتی وجود یک استراتژی از پیش تعیین شده برای مقابله با وضعیت جدید که همانا برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستانی است کاملاً ضروری می‌باشد.

استانداردهای برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستانی:

مطالعات بسیاری در زمینه محتوای برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستانی صورت گرفته است. یکی از معتبرترین استانداردهای موجود برای محتوای این برنامه استاندارد آمادگی بیمارستانی است که توسط کمیته مشترک اعتبار سنجی سازمان‌های ارائه خدمات سلامت (JCAHO) ارائه شده است.

براساس این استاندارد حوادث غیرمترقبه بیمارستانی باید تمهیدات لازم را در موارد زیر به کار گیرد:

• ارزیابی خطر – آسیب پذیری (Assessment Hazard Vulnerability)

• شیوه فعال شدن برنامه (Activation)

• تلفیق برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستانی با برنامه حوادث غیرمترقبه جامعه

• آگاه نمودن مسئولین خارج از بیمارستان از رخداد حادثه

- اعلام هشدار به پرسنل بیمارستان در مورد فعال شدن برنامه
- شناسایی پرسنل بیمارستان
- اسکان و نقل و انتقال پرسنل
- فراهم نمودن حمایت از خانواده پرسنل بیمارستان
- حفظ مدیریت منابع (مانند دارو، تجهیزات پزشکی، غذا، آب و...)
- کنترل دستی، ازدحام و ترافیک بیماران
- حفظ ارتباط با رسانه‌ها
- جابجایی (Evacuation) و تعیین محل جایگزین برای درمان بیماران در صورت نیاز
- پیگیری بیماران و مدیریت درمان و مدارک پزشکی آنها در جریان جا به جایی
- ایجاد و حفظ پشتیبانی ارتباطات و تسهیلات
- ایجاد شرایط و وسایل مقابله و قرنطینه بیماران آلوده با مواد خطرزا
- تعیین مسئولیت‌های پرسنل در جریان حوادث غیرمترقبه
- استفاده از یک ساختار فرماندهی منطبق یا ساختار فرماندهی محلی در جریان حوادث غیرمترقبه
- آموزش
- ارزیابی سالیانه برنامه و به روز نمودن آن

کمیته برنامه ریزی اجتماعی حوادث غیرمترقبه (Committee Planning Community Disaster)

یکی از نکات مهم در طراحی برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستانی اطلاع از وجود یا عدم وجود کمیته برنامه ریزی حوادث غیرمترقبه منطقه ای یا کشوری است. چرا که بسیاری از مشکلات در ارتباط با پاسخ به حوادث غیرمترقبه از نبود هماهنگی و ارتباطات بین سازمانی ناشی می‌گردد. در صورت عدم وجود چنین کمیته ای باید برای تشکیل آن اقدام نمود. تمامی سازمان‌ها و افرادی که به نوعی با مسئله برنامه ریزی حوادث غیرمترقبه مرتبط هستند باید نماینده ای در این کمیته داشته باشند. این کمیته می‌تواند علاوه بر ایجاد و تقویت برنامه‌های آمادگی، تعدیل (Mediation)، پاسخ و بازسازی (Recovery) حوادث غیر مترقبه و

افزایش همکاری و هماهنگی بین سازمانی موجب تشکیل برنامه‌های آموزشی مشترک گردد. با عضویت در چنین کمیته ای هر یک از سازمان‌ها از قوانین، سیاست گذاری‌ها و خط مشی‌های ملی و منطقه ای آگاهی یافته و از آنها در برنامه ریزی حوادث غیرمترقبه سازمان خود استفاده نماید.

تعیین اهداف برنامه:

برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستانی باید با هدف مشخص نگاشته شود. اینها مثالهایی از اهداف این برنامه هستند:

1. تعیین خط مشی بیمارستان در پاسخ به هر نوع حادثه غیرمترقبه که پرسنل، بیماران، بازدیدکنندگان و یا اجتماع را تحت تاثیر خود قرار می‌دهد.

2. تعیین مسئولیت‌های افراد و بخش‌های بیمارستان در هنگام وقوع حوادث غیرمترقبه.

3. تهیه Guideline‌های استاندارد و عملی برای پاسخ بیمارستان به حوادث غیرمترقبه

4. موقعیت‌های بروز حادثه (Situation)

هر مرکز مراقبت پزشکی و از جمله بیمارستان‌ها باید برای پاسخ در مقابل دو موقعیت غیرمترقبه عمده آمادگی لازم را داشته باشند این دو موقعیت عبارتند از:

1. حوادث غیرمترقبه خارجی (External Disasters)



طبق تعریف به حوادثی اطلاق می‌گردد که از خارج از فضای فیزیکی بیمارستان منشاء می‌گیرند و با ایجاد تعداد زیاد بیماران موجب توقف عملکرد طبیعی بیمارستان می‌شوند. مثال‌هایی از حوادث غیرمترقبه خارجی

عبارتند از:

• سیل

• نشت مواد مضر

• آتش سوزی وسیع

• مواجهه با پرتو رادیواکتیو

• حوادث با تلفات متعدد

• هر سناریویی که خارج از بیمارستان رخ داده و تعدادی بیمارانی را ایجاد نماید که از توان پاسخگویی بیمارستان خارج است و یا به علت نوع بیماری چنین امکاناتی وجود ندارد.

2. حوادث غیر مترقبه داخلی (Disasters Internal):

بر طبق تعریف هر حادثه ای است که در فضای فیزیکی بیمارستان رخ دهد و تهدیدی از نوع بیماری، جراحت و یا تخریب به بیمارستان، بیماران، پرسنل و بازدیدکنندگان وارد نماید. نمونه‌هایی از حوادث غیرمترقبه داخلی در زیر آورده شده است:

• بمب گذاری

• گروگان گیری

• قطع ارتباطات

• قطع برق یا آب

• آتش سوزی

• سیل

• مواد مضر / پرتوهای رادیواکتیو

• نقص سیستم گرمایشی

• قطع گازهای درمانی

موقعیت وقوع حوادث غیرمترقبه بیمارستانی را می‌توان براساس شدت و میزان تاثیر بر بیمارستان نیز تقسیم بندی کرد. بر این اساس پنج موقعیت قابل تصور است که عبارتند از:

1. حوادث غیرمترقبه داخلی: مانند آتش سوزی، انفجار، نشت یا آزاد شدن مواد مضر

2. حوادث غیرمترقبه خارجی جزئی: تعداد محدودی مصدوم ایجاد می‌کند.

3. حوادث غیرمترقبه خارجی عمده: تعداد زیادی مصدوم ایجاد می‌کند.

4. تهدیدات ناشی از حوادث غیرمترقبه متوجه بیمارستان یا جامعه می‌باشد: مانند آتش سوزی در نزدیکی بیمارستان و طوفان، سیل یا انفجار قریب الوقوع.

5. حوادث غیرمترقبه ای که در منطقه ای دیگر رخ می‌دهد.

مراحل اجرایی برنامه حوادث غیر مترقبه:



برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستانی شامل مراحل زیر می‌باشد.

1. مرحله تهیه برنامه (Preparation phase): این مرحله شامل ایجاد و پیاده کردن برنامه می‌باشد و مهم ترین مباحث مطرح در آن عبارتند از:
 - 1-1. مرحله آمادگی (phase Preparation)
 - 1-2. مرحله اعلام خطر (Alert Phase)
 - 1-3. مرحله پاسخ اورژانس (Emergency Response Phase)
 - 1-4. مرحله توقف برنامه (Termination Phase) و ارزیابی بعد از حادثه

1-1 مرحله آمادگی (Preparation Phase)

این مرحله شامل فراهم نمودن مقدمات لازم برای اجرای برنامه حوادث غیرمترقبه می‌باشد و مهمترین مباحث مطرح در آن عبارتند از:

❖ ایجاد کمیته حوادث غیر مترقبه بیمارستانی:

هر بیمارستان باید کمیته حوادث غیرمترقبه را با هدف تهیه، توزیع، پیگیری و به روز کردن برنامه حوادث غیرمترقبه تشکیل دهد. این کمیته همچنین مسئولیت آموزش پرسنل و هماهنگی با دیگر سازمان‌های دخیل در بخش سلامت را بر عهده دارد. هر چند ترکیب ثابتی برای اعضای کمیته حوادث غیرمترقبه بیمارستان وجود ندارد ولی پیشنهاد می‌شود مسئولین زیر و یا نمایندگان آنها در ترکیب این کمیته حضور داشته باشند:

1. ریاست بیمارستان و قائم مقام او
2. مسئول امنیت / آتش سوزی بیمارستان

3. نمایندگان بخش اورژانس (شامل پزشکان و پرستاران)

4. سوپروایزر بیمارستان

5. مترون

6. مدیر بیمارستان

7. مسئول امور دارویی بیمارستان

8. نماینده تاسیسات

9. روابط عمومی

جلسات کمیته حوادث غیرمترقبه بیمارستانی باید به صورت ماهیانه یا با فواصل کمتر برگزار شود. مباحث مطروحه در جلسه باید مکتوب شده و اهم آنها به اطلاع تمام پرسنل بیمارستان برسد.

❖ **مسئولیت حوادث غیرمترقبه:**

فردی که مسئولیت اعلام خطر و اجرای برنامه حوادث غیرمترقبه را بر عهده دارد باید از قبل مشخص گردد. این فرد که به عنوان فرمانده حادثه (Commander Incident) انتخاب می‌گردد دارای مسئولیت مشخص می‌باشد و از بین با سابقه ترین و مجرب ترین افراد موظف در بیمارستان برگزیده می‌شود. این فرد به طور مستقیم در فرآیندهای اجرایی و درمانی بیمارستان دخالت ندارد تا بتواند فرماندهی و هماهنگی تمامی واحدهای بیمارستان را انجام دهد. این فرد وظیفه تقسیم مسئولیت‌ها را در مرکز فرماندهی حوادث بیمارستان را انجام دهد. رئیس بیمارستان بعنوان فرمانده عملیات بحران در نظر گرفته شده است.

تعیین مرکز عملیات اضطراری (Incident Command Center) یا (Emergency Operation Center):

مسئولین حوادث غیرمترقبه بیمارستان در مرکز عملیات اضطراری بیمارستان گرد هم می‌آیند. این مرکز محلی از پیش تعیین شده در محل امنی از بیمارستان است که حداکثر امکانات ارتباطی با دیگر بخش‌های بیمارستان و واحدهای خارج از آن را دارد. مرکز عملیات اضطراری بیمارستان به طور خاص باید با مسئولین بخش پذیرش بیماران، بخش اورژانس، بخش‌های داخلی و جراحی، آزمایشگاه‌ها، داروخانه، بانک خون، مدارک پزشکی، امنیت (حراست)، خدمات عمومی بیمارستان در ارتباط باشد. این مرکز با دیگر بیمارستان‌های منطقه و نیز مرکز حوادث استان ارتباط دارد. مرکز عملیات در این بیمارستان دفتر سوپروایزری می‌باشد.

فراهم کردن ذخایر دارویی و تجهیزات پزشکی:

تمام بیمارستانها باید ذخیره ای از داروهای ضروری (Essential Drugs) و تجهیزات پزشکی مورد نیاز برای حوادث غیرمترقبه گسترده را تهیه نمایند. در این بیمارستان انباری با ذخایر دارویی در بخش اورژانس در نظر گرفته شده است

1-2 مرحله اعلام خطر (Phase Alert)

این مرحله شامل هشدار (Notification) به پرسنل، آماده شدن برای فعالیتهای قریب الوقوع، توسعه ظرفیت پاسخ دهی بیمارستان، سازماندهی بخش پذیرش بیماران، اطمینان از نقل و انتقال امن آنها و فراهم آوردن اطلاعات لازم برای پاسخ مناسب می‌باشد. مهمترین فعالیتهایی که باید در این مرحله مدنظر قرار گیرند عبارتند از:

❖ هشدار حوادث غیرمترقبه:

وضعیت هشدار: در این مرحله به علت در دست نبودن اطلاعات کافی، تعیین دقیق سطح فعال شدن برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستان غیرممکن است ولی تأثیر آن بر بخش اورژانس یا دیگر بخشهای بیمارستان قابل پیش بینی است. اقدامات مقتضی در این مرحله برقراری ارتباط مداوم با مراکز خارج از بیمارستان و آمادگی بالقوه برای پاسخ بعدی است. در این وضعیت مسئول فرماندهی حادثه بیمارستان به ارزیابی و پایش مستمر موقعیت پرداخته و در صورت نیاز با واحدهای تخصصی بیمارستان مشورت می‌نماید.

هشدار در مورد حوادث غیرمترقبه می‌تواند از طریق منابع متعددی مانند پلیس، آتش نشانی، بخش اورژانس، سیستم EMS و یا افراد به بیمارستان برسد. کاربر یا فرد دریافت کننده هشدار از طریق مرکز فرماندهی حوادث استان تایید خبر حادثه را انجام داده و سیستم هشدار را فعال می‌کند.

ارزیابی شدت حادثه غیرمترقبه (Servery Assessment of Disaster)

یکی از اولین وظایف بالاترین مسئول فرماندهی حوادث غیرمترقبه بیمارستان پیش از فعال شدن برنامه که مرحله بعدی پاسخ بیمارستان می‌باشد تصمیم گیری سریع در مورد شدت حادثه براساس داده‌های اولیه می‌باشد. در این مرحله تصمیم گیری باید به سرعت و بر پایه اطلاعات اندک انجام گیرد. بدین ترتیب مشخص می‌شود که برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستانی باید تا چه حد فعال شود و امکانات و پرسنل تا چه میزان فراهم گردند. عواملی که می‌تواند فرد مسئول را در این تصمیم گیری یاری نماید

عبارتند از :

1) برآوردی از تعداد بیماران

2) برآوردی از شدت جراحت و بیماری آنها

3) وضعیت کنونی پرسنل

4) سرشماری تعداد بیماران و پرسنل بیمارستان

عملیات واحد تلفن مرکزی بیمارستان:

واحد تلفن مرکزی بیمارستان بلافاصله پس از انتقال هشدار حوادث غیرمترقبه باید برنامه ارتباطات داخلی و خارجی بیمارستان را اجرا نماید. خطوط تلفن باید برای تماسهای اضطراری آزاد باشند و تماسهای خارج از بیمارستان در اختیار این مرکز قرار می‌گیرد

سازماندهی فضای پذیرش بیماران: (Area Patient Incoming)

فرد مسئول تریاژ باید فضای پذیرش بیماران را براساس طبیعت حادثه غیرمترقبه و برآورد تعداد قربانیانی که به مداوا نیاز خواهند داشت سازماندهی نماید. یک یا چند محل فیزیکی باید برای دریافت بیماران مد نظر قرار گیرد. لابی ورودی بیمارستان جهت تریاژ بیماران در نظر گرفته شده است که بر اساس تریاژ استتارت انجام می‌پذیرد.

❖ آماده سازی لوازم و تجهیزات پزشکی:

لوازم پزشکی و تجهیزات پایه باید در جعبه ای با برچسب مشخص قرار گیرند تا انتقال آنها را به فضای پذیرش بیمارستان تسهیل نماید. محتویات این جعبه‌ها شامل تجهیزات اولیه تنفسی و کپسولهای اکسیژن، وسایل پانسمان و مایعات ضد عفونی کننده، داروهای اورژانس، انواع سرم، وسایل آتل گذاری، فرم‌ها، دستبند تریاژ، می باشد

❖ آماده سازی بخش جراحی:

در جریان مرحله هشدار حوادث غیرمترقبه اتاق عمل جراحی بیمارستان باید آمادگیهای لازم را فراهم نماید. تمامی اعمال جراحی غیراورژانس باید کنسل شوند و اتاق ریکاوری باید به سرعت آماده شوند. بخش جراحی باید پرسنل ذخیره خود را به نحوی سازماندهی کند که امکان فعالیت 24 ساعته را داشته باشد. مسئول بخش جراحی باید از وجود تعداد کافی گانها و پوششهای اتاق عمل و وسایل استریل جراحی برای اعمال جراحی مورد نیاز اطمینان یابد.

❖ آماده سازی بخش اورژانس:

معمولاً مسوول بخش اورژانس، مسئول تریاژ و سازماندهی فضای پذیرش بیماران است. پرسنل بخش اورژانس با سازماندهی در تیمهای اضطراری به انجام تریاژ و خدمات اورژانس می‌پردازند. در جریان مرحله اعلام خطر بخش اورژانس فعالیت عادی خود را متوقف نموده بیماران سرپایی و دستبند سبز به منطقه

درمان محدود (درمانگاه تخصصی) منتقل می شوند، بیماران با دستبند زرد به قسمت درمان تأخیری (بخش سرپایی اورژانس) و بیماران با دستبند قرمز به بخش درمان فوری (بخش بستری اورژانس) منتقل می شوند.

آماده سازی دیگر بخشها :

بخش داخلی بعنوان بخش پشتیبان در نظر گرفته شده است و باید در اسرع وقت بیماران با شرایط پایدار از بخشهای اورژانس و جراحی به این بخش منتقل شوند. سایر بخشهای بیمارستان به فعالیت عادی خود ادامه می دهند.

آماده سازی بخشهای پاراکلینیک:

داروخانه، آزمایشگاه، بانک خون و رادیولوژی فعالیت عادی خود را متوقف نموده و مواد و تجهیزات لازم جهت فعالیت 24 ساعته را فراهم می نماید. داروخانه باید امکان پشتیبانی دارویی و تجهیزاتی خدمات اورژانس بیمارستان را در جریان حادثه غیرمترقبه با استفاده از ذخایر بیمارستان فراهم نماید و فهرست اقلام توزیع شده را نگهداری کند. آزمایشگاه فقط آزمایشات بسیار اورژانس را انجام میدهد (UA, CBC). نقش اصلی آزمایشگاه در جریان حادثه غیرمترقبه تعیین گروه خونی و RH و آماده کردن واحدهای خون برای تزریق می باشد. مسوول بخش رادیولوژی از حضور تعداد پرسنل و تکنسین های کافی جهت انجام خدمات ثابت و سیار تصویربرداری و تعداد کافی فیلم و مواد ظاهر کننده اطمینان می یابد. بخش رادیولوژی گرافی قفسه سینه و سونوگرافی از شکم را بصورت اورژانس انجام می دهد

آماده سازی بخشهای اداری:

نقشهای اصلی بخش اداری بیمارستان در جریان حوادث غیرمترقبه عبارتند از حملیت از بخشهای پاراکلینیک، اطمینان از حضور افراد در پستهای مسئولیتی، تسهیل مسائل مالی و اقتصادی و فراهم کردن امکانات رفاهی و تغذیه ای. هماهنگی در زمینه مسائل مرتبط با بیمه و دیگر هزینه های بیماران باید توسط این واحد تسهیل شود.

آمادگی واحد امنیت (حراست) بیمارستان:

نقش واحد حراست بیمارستان در جریان حادثه غیرمترقبه نه تنها حفظ امنیت داخل و اطراف بیمارستان است بلکه مسئولیت کنترل ترافیک منتهی به بیمارستان جهت دسترسی مناسب آمبولانسهای حاوی مجروحین به فضای پذیرش بیماران نیز بر عهده این واحد است. حفاظت از تأسیسات حیاتی بیمارستان و سیستم های ارتباطی آن نیز بر عهده این واحد است. حفاظت از تأسیسات حیاتی بیمارستان و سیستم های ارتباطی آن نیز بر عهده واحد حراست می باشد.

آمادگی واحد ارتباط مردمی و ارتباط با مطبوعات:

تقاضای متعدد مردم، بستگان قربانیان و نمایندگان مطبوعات برای دریافت اطلاعات، گاهاً فعالیت بیمارستان را دچار اختلال می کند. برای ساماندهی امر اطلاع رسانی برنامه حوادث غیرمترقبه دو اتاق مجزایی برای

مردم و بستگان قربانیان (نمازخانه بخش اداری) و یکی را برای نمایندگان مطبوعات (اتاق فن آوری اطلاعات) در نظر گرفته شده است.

❖ تشخیص هویت و ثبت اطلاعات

جهت ثبت اطلاعات بیماران فرمهایی از قبل در نظر گرفته شده است که تمام فرمها بوسیله مسوول تریاژ تکمیل می شود. وجهت بیماران با هویت نامشخص عنوان ناشناس را جهت آنها در نظر می گیرد.

❖ سیستم ارجاع بیماران:

با وجود اینکه بیمارستان بلید تمام تلاش خود را برای توسعه ظرفیت درمانی و پذیرش قربانیان حادثه غیرمترقبه انجام دهد در بسیاری از موارد بیماران به مراقبت‌های تخصصی و فوق تخصصی نیازمندند که امکانات و تخصص لازم برای آنها در بیمارستان موجود نیست. در چنین مواردی ارجاع بیمار به مراکز درمانی دیگر بلید مدنظر قرار گیرد. ارتباط نزدیک بیمارستانها در جریان حوادث غیرمترقبه و شبکه قوی نقل و انتقال بیمار می تواند این امر را تسهیل نماید. در این زمینه با بیمارستان آباد تهاهم نامه برقرار شده است.

موحله توقف برنامه و ارزیابی بعد از حادثه غیر مترقبه (Phase Termination)

فرمانده حادثه غیرمترقبه از طرف مرکز عملیات اضطراری بیمارستان تمام بخشها و پرسنل را در جریان به اتمام رساندن و توقف اجرای برنامه قرار می دهد. این امر از طریق واحد تلفن مرکزی یا سیستم ارتباط داخلی بیمارستان انجام می گیرد. پس از توقف برنامه فعالیت بیمارستان باید به حالت عادی بازگردد. تمامی مسؤلین و رؤسای بخشهای بیمارستان باید گزارشی از جنبه‌های مثبت و منفی فعالیت خود را به کمیته حوادث غیرمترقبه بیمارستان ارائه دهند. در نهایت این کمیته باید جلیه ای را با حضور افراد مسؤل جهت نقد و بررسی پاسخ کلی بیمارستان تشکیل دهد. این جلسه باید شیوه‌های تصحیح و ارتقاء برنامه را مدنظر قرار دهد.

ردیف	عنوان کد مورد نظر	کد
1	کد احیا قلبی ریوی	99
2	کد تامین نیروی انسانی (بحران)	55
3	آتش سوزی	88
4	مادران باردار در معرض خطر	77
5	سکته قلبی (MI)	247
6	سکته مغزی (CVA)	724
7	اورژانس هوایی	350
8	عوارض واکسیناسیون کووید	3388

مدیریت خطر (risk management) :

مقدمه: مراقبتهای سلامت و درمان به طور غیر قابل اجتنابی با افزایش بروز خطر برای ایمنی بیمار و تهدید سلامت وی همراه است. بیماران حق دارند که انتظار داشته باشند مراقبت از آنها علاوه بر تطابق با بهترین شرایط و استانداردها و آخرین شواهد علمی و بالینی، سلامتی ایشان را دچار مخاطره نسازد.

احتمال بروز خطر به معنای امکان بروز یک حادثه ناخوشایند و فقدان (loss) است و قسمتی از زندگی طبیعی ما به شمار می رود.

ما همواره در معرض دامنه وسیعی از موارد خطر زا هستیم و قسمت زیادی از وقتمان را در تلاش برای اجتناب از تصادف، جراحات و یا حوادث ناخوشایند می گذرانیم. پیش بینی و شناسایی حوادث و خطرات و کاهش احتمال بروز و تخفیف اثرات آنها در واقع همان اجزاء مدیریت خطر هستند.

در رویکرد سیستمیک و با عنایت به این موضوع که انسان امکان انجام خطا دارد نحوه طراحی سیستم، شرایط آن و نحوه پاسخ دهی سیستم به نواقص و شکستها، تعیین کننده نتیجه نهائی یک خطا بر روی سلامت بیمار است. لازم به ذکر است که خطا لزوماً منجر به آسیب و صدمه نمی شود. ارزیابی حوادث نه برای پیدا کردن مقصر و اعمال تنبیه و سرزنش است بلکه امکان یادگیری، تشخیص و درمان یک مشکل عمده را در طراحی و کارکرد سیستم سلامت به ما نشان می دهد.

انواع خطاها: خطاها به صورت مختلف تقسیم بندی می شود. خطاها طبق نظر (James reason 1990) دو نوعند:

1. خطای اجرائی: زمانی که اقدامات و فعالیتهای انجام شده بر طبق انتظار و به شکل صحیح و مناسب صورت نگرفته باشد. این نوع خطا به صورت غیر عمد حین انجام فعالیتهای بالینی رخ می دهند و خود را در زمان برقراری ارتباط بین بیمار و ارائه دهنده مراقبت نشان می دهد.

خطاهای اجرائی در نتیجه عوامل متعددی از جمله: حواس پرتی، وقفه در عملکردهای روتین، قطع ارتباط، استرس و فراموشی رخ می دهند. این عوامل نیز دلائلی دارند مانند:

❖ عدم حمایت کافی قوانین، سیاستها و خط مشی ها برای کاهش خطاهای پزشکی: مانند عدم وجود خط مشی برای چک کردن نحوه محاسبه دوز داروهای پر خطر.

❖ کمبود دانش و آگاهی: مانندالف - زمانی که پرستاری مشغول به فعالیت در واحدی جدید با فعالیتهای غیر تکراری و ناآشنا که آموزش کافی برای آن ندیده است می باشد.ب- نداشتن دانش و آگاهی پرسنل در ارتباط با چگونگی کاربرد تجهیزات و ابزارهای درمانی

❖ نداشتن مهارت مورد نیاز برای اعمال یک مداخله مشخص درمانی به علت نداشتن تحصیلات و تجربه در آن

2. خطای برنامه ریزی: زمانی که اقدام یا عمل انجام شده از ابتدا، پایه و اساس صحیح و مناسبی نداشته باشد. این خطاها در حین تصمیم گیری و فعالیتهای مرتبط با حل مساله رخ می دهد. این دسته از خطاها به علت کمبود دانش و اطلاعات پزشکان در خصوص وضعیت بیمار، روشهای درمان و تجویز دارو هستند. خطاهای مرحله برنامه ریزی ممکن است به بیماران آسیب بزند یا آنها را متحمل آسیب و خطر نکند اما آنچه بدیهی است اثرات و پیامدهای نامطلوبی است که به دنبال خواهند داشت مانند خطاهای زیر:

❖ به اثبات رسیده است که تجویز زود هنگام آسپرین به منظور درمان MI سبب کاهش مرگ و میر می شود و اگر برای بیمارانی که شرایط دریافت این نوع دارو را دارند تجویز مناسب صورت نگیرد خطای مرحله برنامه ریزی منظور خواهد شد.

❖ تجویز آنتی بیوتیک برای بیمارانی که به آن آلرژی دارند .

❖ عدم شروع پروفیلاکسی مناسب آنتی بیوتیک

❖ عدم استفاده موثر از پروفیلاکسی به منظور پیشگیری از ترومبو آمبولی

❖ عدم ساکشن بموقع ترشحات مجاری راه هوایی

طبقه بندی دیگری که برای خطاها میتوان ذکر کرد تقسیم بندی انواع خطاها به دو گروه فعال (ACTIVE) و مخفی (LATENT) است. افراد از خطاهای فعال آگاهی بیشتری دارند زیرا این دسته از خطاها بیشتر به چشم می آیند و نتایج فوری روی بیماران می گذارند. مانند خطاهای زیر:

❖ داوساز داروی نادرستی را نسخه می پیچد

❖ پرستار دارو را با شیوه ای نامناسب به بیمار تزریق می کند.

❖ پزشک روی عضو اشتباه جراحی می کند.

خطاهای مخفی در نتیجه یک سری فاکتورهای سازمانی مانند ساختار، محیط، تجهیزات، فرایندها، فرهنگ، مقررات و مدیریت به وقوع می پیوندند. این دسته از خطاها که اغلب ریشه در فرهنگ سازمانی دارند ممکن است سالها مخفی بمانند، تا زمانی که مجموعه ای از شرایط اجازه بدهند تا خطا خود را آشکار کند. مانند خطاهای زیر:

❖ عملکرد بی ثبات و متغیر داروخانه ها در انبار داری داروهائی که اسامی مشابه یا شکل‌های مشابه دارند.

❖ نبود سیاست‌هایی برای برچسب زدن داروها با نامهای ژنریک و تجاری

❖ عدم وجود خط مشی برای محاسبه دوزاژ دارو

❖ استفاده پاره وقت از پرسنل آموزش ندیده

مدیریت خطر و مراحل آن:

در گذشته مدیریت خطر در محیط بالینی با نگاه واکنشی (reactive) بررسی می شد یعنی اینکه پس از بروز واقعه به تحلیل علل و عوامل آن پرداخته می شد تا از تکرار مجدد آن جلوگیری شود ولی اکنون تاکید بر شیوه پیشگیرانه (proactive) بوده که در این شیوه احتمال خطر پذیرفته شده و به طور مناسب قبل از وقوع خطر مدیریت می شود.

مراحل مدیریت خطر:

1. ایجاد زمینه مناسب

2. شناسائی ریسک

3. آنالیز خطر

4. برخورد با خطر

پیشنهاد می گردد به منظور درک بهتر مراحل مدیریت خطر به کتاب آشنایی با مبانی حاکمیت بالینی که PDF آن روی سیستم کلیه بخشها موجود می باشد مراجعه شود.

شیوه های متعدد برای مقابله با خطر:

الف- کنترل خطر: در مورد خطرهای غیر قابل حذف، گامهای پیشگیرانه بایستی به منظور به حداقل رساندن احتمال بروز آن از طریق استفاده از راهنماهای بالینی، پروتکلها وسیر مراقبتها برداشته شود مانند استفاده از راهنماهای بالینی برای پیشگیری از ترومبوز قبل از عمل جراحی به منظور کاهش خطر ترومبوز عروق عمقی و آمبولی ریه

ب- پذیرش خطر: در مواقعی که وقوع خطر غیر قابل اجتناب باشد حداقل این خطر باید شناخته شود و یک گام جلوتر از این گونه خطرات برداشته شود یک مثال از خطر غیر قابل اجتناب خرابی هر گونه تجهیزات مانند اینفیوژن پمپ و تدارک یک وسیله پشتیبانی در صورت بروز نقص فنی است.

ج- اجتناب از خطر: این امکان وجود دارد که با فهم علل بروز خطر و انجام عملکرد مناسب از بروز خطر اجتناب کرد به طور مثال متوجه می شویم که داروهای مختلف بسته بندی مشابهی دارند پس با بسته بندی مناسب دارویی به گونه ای که داروها به طور واضح از هم قابل تشخیص باشند می توان از بروز خطرات احتمالی اجتناب کنیم.

د- کاهش و یا به حداقل رساندن خطر: در مواقعی که نتوان خطری را حذف کرد می توانیم عواقب و عوارض بالقوه آن را محدود کنیم این یک دیدگاه اساسی ر مدیریت خطر محسوب می شود و شامل آموزش و استفاده از راهنمای بالینی و خط مشی است. به طور مثال کاهش تجویز داروی نا مناسب به وسیله استفاده از راهنماهای بالینی و آموزش به پزشکان.

ه- انتقال خطر: به معنی جابجائی خطر به موقعیت دیگر است مانند انتقال بیماران مشکل دار و با احتمال خطر بالا به مراکز تخصصی و یا در مواقعی که خطرات به راحتی مدیریت نشوند به کمک بیمه می توان آنها را پوشش داد.

5. ارزیابی مدیریت خطر: در این مرحله اثر بخشی رویکردهائی که برای شناسائی، آنالیز و مدیریت خطر به کار رفته است، مرور و ارزشیابی می شود. نقش ممیزی بالینی در این مرحله ضروری است چون استانداردهای مدیریت درمان تعیین و پایش می شود تا درجه تطابق با این استانداردها مشخص شود. پس از تعیین مشکل، مهم اینست که یک محیط با حداقل سرزنش ایجاد شود تا افراد بتوانند صادقانه عقیده خود را بیان کنند و پیشنهاداتی را برای چگونگی کاهش خطر در آینده ارائه دهند. در نهایت کلیه مراحل بالا بایستی در تمامی سازمان و حتی در سازمانهای مرتبط اطلاع رسانی شده و منجر به یادگیری از درسهای گرفته شده، شود.

نیازهای اساسی برای ایجاد یک نظام مدیریت خطر موفق:

- ❖ وجود رهبری همراه بالتزام به ارتقاء ایمنی بیمار
- ❖ خط مشی و استراتژی واضح
- ❖ محیط سازماندهی شده با در نظر گرفتن ایمنی بیمار به عنوان یک مقوله مهم و پاسخگو اما بدون سرزنش
- ❖ منابع کافی برای حمایت فرآیندها و پاسخ گوئی به فرآیندها
- ❖ ارزشیابی به منظور اطمینان از اجرای مدیریت خطر

یادگیری از خطاها: یک جزء اساسی برای ارتقاء ایمنی بیمار، گزارش حوادث است. گزارش حوادث به تنهایی ایمنی بیمار را ارتقاء نمی بخشد بلکه یادگیری از خطاها ست که امری اساسی است این یادگیری هاست که باید انتشار یابد و اجرا شود تا از وقوع حوادث مشابه در آینده جلوگیری کند و بهتر است که این امر در تمامی سیستم مراقبت سلامت اجرا شود

جهت شناسایی خطاها روشهای زیر وجود دارد:

- ❖ بررسی پرونده ها
- ❖ گزارش دهی خطاها
- ❖ استفاده از تجربیات بیماران
- ❖ بررسی شاخصهای ایمنی بیمار
- ❖ بررسی شکایات و نتایج رضایتمندی بیماران

طراحی ایده آل برای یک سیستم گزارش دهی خطا

1. کلیات طرح:

- هیچ عواقبی متوجه گزارش دهنده نشود.
- تمام خطاها، حتی موارد نزدیک به خطا (near miss)، گزارش شود.
- از توصیه هائی که برای اصلاح داده می شود، فیدبک گرفته شود.

2. جمع آوری داده:

- نحوه گزارش دهی خطا را مشخص نموده به واحدها اعلام نمایید.

-اجازه تماس بعدی با گزارش دهنده خطا به منظور روشن شدن جزئیات گزارش، بدهید در عین حال که ناشناس بودن فرد را حفظ می کنید.

-بر توصیف مراحل رویداد خطا تاکید کنید.

-از یک سیستم کامپیوتری آنلاین برای تسهیل گزارش دهی، استفاده کنید.

3. مرحله تحلیلی:

داده ها را از تمام افرادی که به نوعی درگیر حادثه هستند، جمع آوری کنید.

در موقع رخداد یک حادثه واحد، تمام سیستم را در نظر بگیرید.

حوادث را بر اساس محلی که اتفاق می افتند، طبقه بندی کنید.

حوادث را بر اساس رویکرد قابل قبول تقسیم خطا، طبقه بندی کنید.

مشکلات شایع در یک بخش را شناسایی کنید.

4. مداخله:

نقصهای زمینه ای سیستم را بوسیله آنالیز تمامی خطاهای پیدا کنید.

محیطهای مستعد خطا را برای انجام مطالعات اضافی مورد هدف قرار دهید

اقدامات اصلاحی انجام شده را برای بررسی اثر بخشی آنها، پیگیری کنید.

استراتژی مداخلات را بوسیله یک تیم چند منظوره، مشخص کنید.

برای تصمیم گیران و سیاست گزاران توصیه هایی داشته باشید.

محدودیتهای یک سیستم گزارش دهی:

خطاها هنگامی که رخ می دهند، همیشه قابل تشخیص نیستند.

گاه ترس از تنبیه مانع گزارش دهی می شود.

سیستم های گزارش دهی گاه دست و پا گیر و دسترسی یا استفاده از آنها مشکل است

تحلیل ریشه ای وقایع: (RCA:root cause analysis)

یک تکنیک برای درک سیستماتیک علت وقوع حادثه است که فراتر از درگیر کردن شخص یا اشخاص بوده و علل زمینه ای و محیطی که حادثه در آن رخ می دهد را در بر می گیرد. تحلیل ریشه ای علت، به صورت گذشته نگر و چند منظوره، سلسله مراتب حوادث را طراحی کرده و از زمان حادثه به عقب بر می گردد و اجازه میدهد که علل واقعی یک حادثه شناخته شوند. بنابراین سازمانها می توانند بدین ترتیب از خطاهای به وقوع پیوسته، یادگیریهای داشته و عملکرد مناسب را اعمال کنند.

نحوه گزارش دهی خطا در این بیمارستان:

نحوه گزارش دهی خطا در این بیمارستان به دو صورت می باشد:

1. الکترونیکی در وب سایت بیمارستان قابل دسترسی می باشد.

2. گزارش شفاهی به مسئول بخش، سوپروایزر بالینی، مترون و کارشناس ایمنی

رفاهی



شورای رفاهی کارکنان در جهت رفاه حال پرسنل محترم کارمند و بازنشسته، خدماتی از قبیل امکانات رفاهی و تفریحی، زائر سرای مشهد، باشگاه غذاخوری و ... ارائه می دهد. در این راستا اقدام به تهیه و توزیع

شیوه نامه رفاهی و ارائه به رابطین رفاهی نموده است. همکاران گرامی پس از شماره گیری دانشگاه با

این شماره:

۱۹-۳۲۳۰۵۴۱۰ با شماره های داخلی زیر تماس حاصل فرمایید:

شماره تماس داخلی	سمت	نام و نام خانوادگی
۲۷۷۳-۲۱۴۸	سرپرست اداره رفاه	منصور فرزاد
۷۸۷۹	کارشناس بیمه عمر و حوادث	محمد خالق معصومی
۷۲۶۵	کارشناس بیمه تکمیلی	محمد رضا اسلام دوست
۷۲۶۱	کارشناس اداره رفاه	لیلا دهقان
۷۲۶۲	کارشناس اداره رفاه	نسرین السادات زارع
۷۲۶۷	کارشناس اداره رفاه	موسی سیفی
۷۲۶۴	کارشناس اداره رفاه	مهران سلطانی
۲۵۶۵	کارشناس امور مالی	مهروش ابراهیمی

جهت کسب اطلاع بیشتر می توانید به رفاهی شبکه بهداشت و درمان با شماره تماس 07144556161 داخلی 211 و همچنین رابط رفاهی بیمارستان با شماره تماس داخلی 119 تماس حاصل فرمائید . و یا جهت کسب اطلاعات بیشتر به سایت شورای رفاهی دانشگاه مراجعه نمائید .

آدرس اینترنتی شورای رفاهی دانشگاه علوم پزشکی شیراز :

<http://official.sums.ac.ir/manange/shoraye-siasatgozari>

سرویس ایاب و ذهاب: پرسنل می بایست جهت استفاده از سرویس ایاب و ذهاب به مدیریت بیمارستان مراجعه و پس از مشخص نمودن مسیر و دریافت معرفی نامه از مدیریت به راننده سرویس مراجعه و بر اساس مسیرهای مشخص شده در ساعت معین از سرویس استفاده نماید .

واحد آموزش: واحدهای تابعه دانشگاه در صورتی می توانند نسبت به برگزاری دوره های آموزشی ضمن

خدمت کارکنان اقدام نمایند که دوره های آموزشی مورد درخواستشان بر اساس نیازسنجی آموزشی، طراحی، تدوین و پس از اخذ مجوز از کمیته آموزش و توانمندسازی کارکنان دانشگاه اجرا گردد. با توجه به ماده 11 دستورالعمل نظام آموزش و توانمندسازی کارکنان غیر هیات علمی، واحدهایی که بدون هماهنگی با اداره آموزش ضمن خدمت دانشگاه اقدام به برگزاری دوره های آموزشی نمایند دوره های برگزار شده فاقد امتیاز و اعتبار لازم خواهد بود.

حداقل سقف ساعات آموزشی سالیانه 60 ساعت می باشد (جهت کسب نمره آموزشی در ارزشیابی سالانه باید حدود دو سوم از دوره های گذرانده شده شغلی و یک سوم آن دوره های عمومی باشد) و حداکثر سقف ساعات آموزشی جهت برخورداری از تمامی امتیازات آموزشی برای دارندگان مدرک دیپلم و فوق دیپلم حداکثر 150 ساعت، لیسانس حداکثر 130 ساعت و فوق لیسانس و بالاتر حداکثر 120 ساعت در سال می باشد. ملاک موفقیت در دوره های آموزشی کسب حدنصاب نمره 60 درصد می باشد.

کارمندان می بایست از طریق سامانه یکپارچه کارمند خود نیازسنجی آموزشی خود در ابتدای سال را ارسال نمایند و در دوره های آموزشی متناسب با پست سازمانی مندرج در حکم سازمانی شرکت نمایند.

مسئول واحد آموزش موظف می باشند نسبت به برنامه ریزی و اجرای دوره های آموزشی شغلی جهت هر یک از رشته های شغلی در 6 ماهه اول سال به میزان حداقل 50 درصد از دوره های آموزشی اقدام و کارکنان نیز موظف خواهند بود با توجه به برنامه ریزی انجام شده تا سقف تعیین شده در دوره های آموزشی شرکت نمایند.

شیوه اجرای دوره های آموزشی:

دوره آموزشی فناوری اطلاعات: ICDL کلیه پرسنل رسمی و پیمانی می بایست جهت تکمیل پرونده استخدامی، گواهینامه مهارت دوره مذکور را از سازمان آموزش فنی حرفه ای ارائه نمایند.

دوره آموزشی توجیهی بدو خدمت کارکنان:

اسامی کارکنان مشمول دوره توجیهی از طریق مسئول کارگزینی به اداره آموزش توانمند سازی استان (مدیریت منابع انسانی) ارسال و سپس از طریق واحد آموزش وزرات بهداشت پیش ثبت نام دوره توجیهی انجام می شود. کارکنان از طریق سامانه karmand.behdasht.gov.ir برای ثبت نام و شرکت در آزمون توجیهی بدو خدمت اقدام نمایند.

دوره های آموزشی دارای مجوز دفاتر آموزش مداوم جامعه پزشکی:

گواهینامه صادر از دفاتر آموزش مداوم جامعه پزشکی صرفاً به شرط تناسب با رشته شغلی مشمولین قانئن مذکور و حداکثر به میزان سالانه 30 ساعت جهت کارشناسان مربوطه و 50 ساعت برای پزشکان قابل تائید است.

برگزاری و صدور گواهینامه آموزشی در دوره های کشوری:

چنانچه واحدهای ستادی دانشگاه در نظر داشته باشند دوره هایی را در سطح کشوری برگزار نمایند بایستی نتایج نیازسنجی آموزشی خود را در قالب فرمهای شماره 1 و 2 جهت تصویب در کمیته راهبری وزارت متبوع حداکثر 2 ماه قبل از برگزاری به واحد آموزش و توانمند سازی کارکنان دانشگاه ارسال نمایند.

شرکت کلیه همکاران جهت گذراندن دوره های آموزشی منوط به ثبت نام آنها در پرتال کارکنان می باشد در غیر اینصورت امتیاز دوره به آنها تعلق نمی گیرد.

آخرین مهلت ثبت نام الکترونیکی کارکنان در دوره های آموزشی ، حداکثر یک روز قبل از برگزاری دوره می باشد.

با توجه به اینکه سالانه ساعات دوره های آموزشی در احکام کارگزینی ، نمره ارزشیابی ، ارتقاء شغلی و ... محاسبه میگردد شرکت در کلاسهای آموزشی لازم می باشد و در اینصورت حذف دوره های آموزشی مربوط به سالهای گذشته امکان پذیر نخواهد بود.