

بسم الله الرحمن الرحيم

سرشناسه	:	جغتایی، صدری، ۱۳۶۰ -
عنوان و نام پدیدآور	:	کتابچه توجیهی کارکنان جدیدالورود بیمارستان ولیعصر (عج) جغتای / گردآوری و تنظیم صدری جغتایی؛ زیرنظر محمود راه چمنی .
مشخصات نشر	:	سبزوار: خمسه النجباء، ۱۳۹۱ .
مشخصات ظاهری	:	۱۳۵ ص: مصور (بخشی رنگی) ، نمودار (بخشی رنگی) .
شابک	:	978-600-6209-21-0
وضعیت فهرست	:	فیا
نویسی		
موضوع	:	بیمارستان ولی عصر جغتای
موضوع	:	آموزش حین خدمت -- ایران -- جغتای
موضوع	:	جغتای
شناسه افزوده	:	راه چمنی، محمود، ۱۳۴۷ -، ناظر
رده بندی کنگره	:	RA/۹۴۹۹۰الف/ج ۷ ۱۳۹۱
رده بندی دیویی	:	۱۱۰۵۵۸۲۵۹/۳۶۲
شماره کتابشناسی ملی	:	۳۰۹۴۹۱۵

کتابچه توجیهی کارکنان جدیدالورود بیمارستان ولیعصر (عج) جغتای

گردآوری و تنظیم :	صدری جغتایی
زیر نظر :	دکتر محمود راه چمنی
صفحه آرایی ، چاپ و صحافی :	رسانه سبزوار - ۲۲۲۸۷۹۱ - ۰۵۷۱
نوبت چاپ :	اول
شمارگان :	۱۰۰۰ جلد
قطع :	وزیری
شابک :	۰ - ۲۱ - ۶۲۰۹ - ۶۰۰ - ۹۷۸
نشانی :	جغتای - بیمارستان ولیعصر (عج) جغتای

انتشارات خمسه النجباء : سبزوار روبروی امام زاده یحیی (ع) تلفن ۲۲۲۳۷۴۸-۰۵۷۱ همراه: ۰۹۱۵۵۷۱۵۲۰۸

صفحه	فهرست مطالب
۵	مقدمه
۶	رسالت بیمارستان
	فصل اول
۸	ویژگیهای فرهنگی و بومی منطقه
	فصل دوم
۱۸	معرفی بیمارستان
۲۰	نقشه بیمارستان
۲۱	چارت سازمانی
۲۲	مقررات و ضوابط کلی موجود در بیمارستان
	فصل سوم
۲۵	منشور حقوق بیمار
	فصل چهارم
۳۳	ایمنی بیمار
	فصل پنجم
۴۹	مدیریت خطر
	فصل ششم
۶۳	مدیریت بحران
	فصل هفتم
۷۷	کنترل عفونت
	فصل هشتم
۹۳	اطفاء حریق
	فصل نهم
۱۰۷	قوانین و مقررات استخدامی
	فصل دهم
۱۱۵	حقوق و مزایا
۱۲۹	روند ارتقاء کارکنان
۱۳۴	پیوست ها

آموزش کارکنان فرایندی می باشد که طی آن مجموعه ای از دانش های مرتبط و منظم همراه با عادات و مهارت های حاصل از آن انتقال می یابد. آموزش پرسنل جدید الورد نیز یکی از عناصر با اهمیت در آموزش ضمن خدمت می باشد که عبارت از کلیه فعالیتهایی است که به منظور تغییر در ساختار های شناختی، نگرشی و مهارتی پرسنل بیمارستان در بدو خدمت صورت می گیرد.

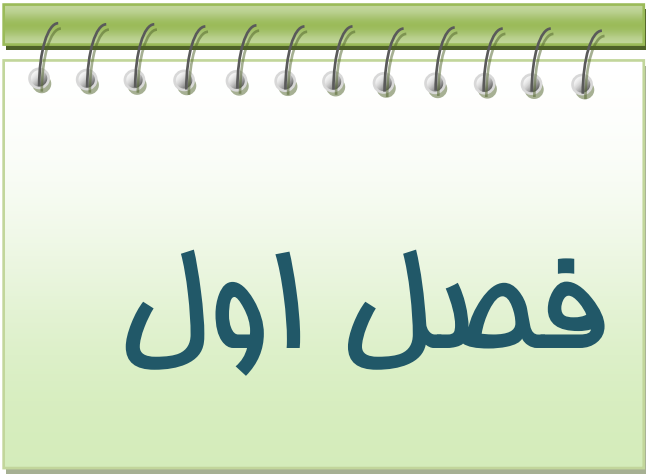
به گونه ای که سطح دانش، آگاهی و مهارت علمی و عملی آنان را ارتقاء داده و رفتار مطلوب در آنها ایجاد نماید تا آماده انجام وظایف و مسئولیت های شغلی خود شوند در سالهای گذشته مقوله آموزش پرسنل جدید الورد در بیمارستانها توسط سوپروایزرین آموزشی به صورت متفاوتی در حال انجام بود.

لذا با بازنگریهای جدید و بنا بر ارزشیابی بیمارستانها طبق اعتبار بخشی وبا توجه به راه اندازی برنامه بهبود کیفیت (حاکمیت بالینی)، تدوین کتاب راهنمای آموزشی، جهت آموزش کارکنان جدیدالورود وبامحوریت موضوعات مشخص شده در کتاب اعتبار بخشی بیمارستانها لازم و ضروری بنظر میرسد. لذا در این رابطه وطبق در خواست ریاست محترم بیمارستان وبا همکاری ایشان اقدام به تدوین کتاب مزبور در این بیمارستان نمودیم. با این امید که توانسته باشیم قدمی هرچند کوچک در راه ارتقای سطح آگاهی وبهبود کیفیت خدمات ارائه شده توسط کارکنان جدیدالورد برداریم.

رسالت بیمارستان ولی عصر (عج) جغتای

بیمارستان ولیعصر (عج) جغتای تنها مرکز درمانی منطقه می باشد که به صورت دولتی زیر نظر دانشگاه علوم پزشکی سبزوار اداره می شود این مرکز جهت تکمیل سطح مراقبت های درمانی با تاکید بر درمان با کیفیت ، تضمین ارائه بهترین مراقبت های درمانی در محیط صمیمی و آرام و متناسب با نیاز بیماران راه اندازی شده است.

مهمترین هدف این مرکز دسترسی کلیه بیماران اعم از شهری و روستایی به خدمات درمانی و پاراکلینیکی در راستای ارتقاء سطح سلامت جامعه با تدوین استانداردهای بیمارستانی و ارائه الگوی مناسب می باشد.

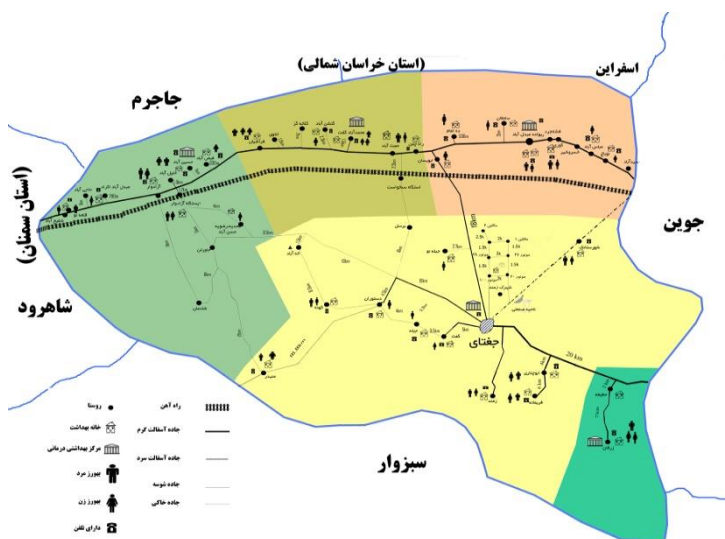


فصل اول

ویزگیهای فرهنگی و بومی منطقه :

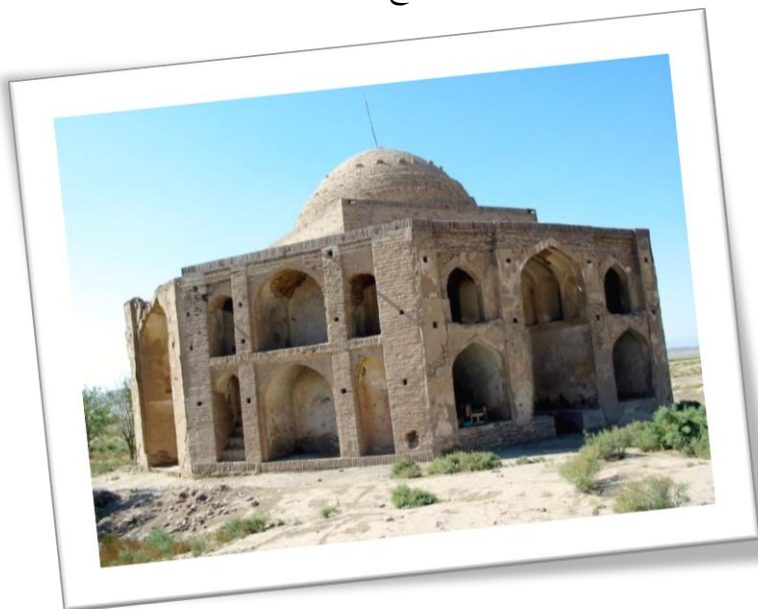
موقعیت

شهرستان جغتای در موقعیت جغرافیایی شمال شرق کشور و غرب استان خراسان رضوی و شمال غرب شهرستان سبزوار بین ۵۶:۳۶ درجه تا ۵۷:۱۶ درجه طول جغرافیایی و ۲۶:۲۵ درجه تا ۳۶:۵۳ درجه عرض جغرافیایی و مساحت آن ۱۶۸۵ کیلومتر مربع می باشد که از شمال به شهرستان های اسفراین و جاجرم ، از شرق به بخش جوین شهرستان سبزوار، از جنوب به بخش داورزن شهرستان سبزوار و از غرب به شهرستان جاجرم و استان سمنان متصل است. مجموعه جغرافیایی جغتای توسط رشته ارتفاعاتی معروف به هرده جوین در شمال و ارتفاعات جغتای در جنوب محدود گردیده، رودخانه شور جوین در خط القعر آن از شرق به غرب جریان یافته و پست ترین اراضی منطقه را در برگرفته است. بلندترین ارتفاع در رشته شمالی قله جوین با ارتفاع ۱۳۵۳ متر در رشته جنوبی قله معروف به کوه گر با بلندی ۲۹۲۴ متر است. پست ترین نقطه شهرستان نیز در غرب روستای شفیع آباد به ارتفاع ۹۱۵ متر از سطح دریا می باشد. این دهستان در نیمکره شمالی بخش شرق کشور، در غرب استان خراسان و شمال غرب شهرستان سبزوار واقع شده است. از شمال به دهستان «میان جوین»، از شمال شرق به دهستان «بالا جوین»، از شرق به دهستان «پیراکوه» و از جنوب به دهستان «مرزبان» و از غرب به شهر «امام شهر» (شاهرود) و بالاخره از شمال غرب به دهستان «پایین جوین» محدود می شود



تاریخچه شهرستان جغتای:

جغتای» در گذشته به قلعه قارزی معروف بوده است. این قلعه در دو کیلومتری مرکز شهر کنونی قرار داشته است. در گذشته قلعه دارای دو دروازه بوده و ۱۲ برج در اطراف آن قرار داشته است. در زمان مغولان [نیازمند منبع] این منطقه به دست خان‌ها اداره می‌شده است و تمام اسفراین و حکم‌آباد تحت سلطه خان «جغتای» بوده است. بنا به قول مستوفی در نزهة القلوب (۷۴۰ هـ ق) نام قدیم جغتای که در دو کیلو متری جنوب شهر واقع است کارزی بوده است که در اثر کثرت استعمال و تغییر و تحول واژگان به قارزی تبدیل شده است و اکنون آثار آن وجود دارد. تاریخ جغتای نشان می‌دهد که این شهر بیش از ۱۵۰ سال سابقه مرکزیت و حاکم نشینی داشته و به عنوان مرکز حکومت ولایت ثلاث (جغتای، بام و صفی آباد و میان آباد) نقش عمده‌ای از نظر سیاسی واجتماعی در منطقه داشته همچنین نماینده‌ای مستقل از شهر ستان سبزوار در مجلس شورای ملی آن زمان داشته است. در سال ۱۳۱۶ بخشداری جغتای تاسیس شده و قلمرو ماموریت آن کل دشت جوبین (از ایستگاه بیهق در شرق تا حوالی روستای امیر آباد جاجرم در غرب) بوده است. لازم به ذکر است طی دو مرحله در سال ۱۳۳۹ و ۱۳۴۶ شهرداری جغتای تصویب می‌شود ولی به علت نامعلومی هر بار از فعالیت باز مانده و تحقق نیافته است. بعد از پیروزی انقلاب اسلامی و با پیگیریهای مستمر اهالی و همت مسئولان دلسوز کشور جغتای در سال ۱۳۶۳ به عنوان نقطه شهری شناخته شد و از همان تاریخ فعالیت خود را شروع نموده است. و در ۱۱ مهر ماه سال ۱۳۸۷ به سطح شهرستان ارتقایافت.



نام جغتای:

در نحوه ایجاد و نامگذاری شهر جغتای محققان و پژوهشگران اختلاف نظر دارند، برخی محققان معتقدند واژه جغتای با کلمه جغتای که نام پسر دوم چنگیزخان است هیچ ارتباط زبانی ندارد. و کلمه جغتای واژه ای ترکی است و از دو کلمه جغ به معنای آبنوس و تای که تغییر شکل یافته آتی به معنای پرتاب کردن است تشکیل یافته سپس بر اثر ترکیب این دو واژه الف آن حذف شده و به صورت جغتای در آمده که در واقع به معنای پرتاب کردن چوب آبنوس می باشد. این اسم از آنجا ناشی می شود که چون شهر در محلی مرتفع قرار داشته، اهالی برای دفاع از شهر چوبها و الوارهای آبنوس را که بسیار سخت و محکم هستند به سوی مهاجمان پرتاب می کردند. لازم به ذکر است که مردمان کهنسال جغتای، شهر جغتای را به صورت (جُغتای /joghatey/) تلفظ می کنند که به نام گذاری بالا صحت می بخشد.

محله های شهر :

مانند اکثر شهرهای ایران از دو بخش بافت قدیمی و جدید تشکیل یافته است. بافت جدید دارای نام های جدید مانند فرهنگیان، شهرک معدن، شهرک می باشد اما محله های بافت قدیم آن ملک آباد، پی آب، جمال آباد، یوسف آباد، قاراداش، نارنج قلعه و... می باشد.

اقتصاد

اقتصاد این شهرستان با دارا بودن بیش از ۲۰۰ حلقه چاه آب و صدها قنات، چشمه و کلاته عموماً بر پایه کشاورزی استوار است و عموم مردم از راه کشاورزی و دام پروری امرار معاش می کنند، اوضاع اقتصادی و معیشتی مردم از میانگین نسبتاً خوبی برخوردار است. وجود بزرگترین کارخانه سیمان کشور در این شهرستان و نیز کارخانه فروکروم در رونق اقتصاد این شهرستان نقش بزرگی دارد. اقتصاد در این شهرستان در مجموع بر پایه تولید بیشتر از تجارت استوار است.

مشاهیر :

شهر و شهرستان جغتای در طول تاریخ مامن بزرگان و اندیشمندان و شاعران گرانقدر بوده و بزرگان و نام آوران زیادی را در عرصه علم و ادب و سیاست پرورش داده است. بسیاری از شخصیت‌های علمی و ادبی و سیاسی در تاریخ جوینی هستند از جمله اند: شیخ ابو محمد عبدالله جوینی: پدر امام الحرمین

جوینی از محدثان و مفسران بزرگ قرن پنجم که در نیشابور مجلس مناظره و تعلیم خاص داشته‌است. امام الحرمین: عبدالملک جوینی (امام الحرمین، ضیاء الدین ابو المعالی عبدالملک بن عبدالله بن یوسف جوینی) که از فقیهان برجسته و پیشوایان معروف شافعیان و یکی از موسسان علم کلام بوده‌است وی ۳۰ سال در نظامیه نیشابور به کار تدريس و خطابه مشغول بود و همه روزه ۳۰۰ نفر برای استفاده از درسهای او در مجلس حاضر می‌شده‌است. از شاگردان معروف وی، غزالی دانشمند بزرگ اسلام و مسعود زور آبادی از علمای بزرگ خراسان می‌باشد.

❖ **منتجب الدین جوینی:** معروف به بدیع کاتب و مشهور به اتابک جوینی از بزرگان شعر و ادب قرن ششم هجری بوده‌است. بهاء الدین محمد بن علی جوینی: خواهر زاده منتجب الدین بدیع کاتب جوینی و دبیر و صاحب دیوان و انشاء سلطان سنجر و از ادیبان و دانشوران زمان بحساب می‌آمده‌است. ❖ **شمس الدین محمد صاحب دیوان:** وی فرزند بهاء الدین محمد می‌باشد و از جوانی در دربار مغول بوده و از اعمال هلاکو خان بشمار می‌رفت و در سال ۶۶۱ به وزارت هلاکو رسید وی در نهایت بر سعایت معرضان به دست ارغون خان شربت شهادت نوشید. خواجه شمس الدین یکی از بزرگان تاریخ ایران است که از حیث تدبیر و کاردانی و رعیت پروری و دانش گستره مقامی همتر از خواجه نظام الملک طوسی را دارد. قنات صاحب آباد (چشمه) یکی از خدمات عمرانی وی در جغتای محسوب می‌شود که هنوز در بافت قدیمی شهر (نارنج قلعه) جاری است.

فرزندان خواجه شمس الدین محمد صاحب دیوان: به نامهای یحیی، فرج الله، مسعود، اتابک، بهاء الدین محمد، شرف الدین هارون (داماد المعتصم بالله) هریک به نوبه خود از ادیبان و دانشمندان زمان خود به شمار می‌آمده‌اند.

❖ **عظاملک جوینی:** علاء الدین عظاملک جوینی فرزند بهاء الدین محمد یکی از بزرگترین و والاترین مورخان دوره مغول (قرن هفتم) بوده، وی بر اثر دانش فراوان و بینش درست در سلک خواص امیر ارغون آقا در آمد وی در حدود ۲۴ سال حکومت بغداد عراق و خوزستان

❖ **هلالی جغتایی، بدرالدین، نورالدین** (ملیت: ایرانی قرن: ۱۰) (مقتول ۹۳۹ / ۹۳۶ / ۹۳۵ ق)، شاعر، متخلص به هلالی. نسب وی به ترکان جغتایی می‌رسد. در استرآباد به دنیا آمد و در همان جا به تحصیل و کسب کمالات پرداخت.



از زادگاهش به هرات رفت و به خدمت امیر علیشیر نوایی رسید و در سایه‌ی تربیت او به کسب فضایل و فنون شاعری پرداخت. وی با سام میرزای صفوی (م ۹۷۵/ ۹۷۴ ق)، صاحب «تحفه سامی»، معاصر و معاشر بود. بعد از فوت سلطان حسین، هرات به تصرف عبیدالله خان ازبک درآمد و هلالی به همراه گروهی از شیعیان یا متهمان به تشیع، به وسیله‌ی عبیدالله خان به قتل رسیدند. البته گفته‌اند که وی ابتدا مورد محبت خان ازبک و از ملازمان او بود تا آنکه مورد حسادت اطرافیان شاه قرار گرفت و به شیعه بودن محکوم شد و به همین علت سلطان او را ابتدا به زندان افکند و پس از چندی در چهار سوق هرات به قتل رساند. هلالی طبع شعر خوبی داشت. از او قصایدی در مدح عبیدالله خان و ائمه اطهار (ع) به جای مانده‌است، اما اهمیت وی بیشتر به سبب غزل‌های لطیف و پر مضمون او می‌باشد. از آثارش: مثنوی «شاه و درویش»، در هزار و سیصد و چهل و پنج بیت؛ مثنوی «صفات العاشقین»، در هزار و دویست و سی و هفت بیت؛ مثنوی «لیلی و مجنون»؛ «دیوان» شعر. [۱] جغتائی. نورالدین استرآبادی (مقت. ۹۳۶ ه. ق- ۱۵۲۹ م) وی به سبب انتساب به ترکان جغتای به «جغتائی» مشهور شده. هلالی یکی از غزلسرایان دوره‌ی صفویه‌است. در استرآباد متولد شد و پس از پرورش در استرآباد به خراسان رفت و به دستگاه سلطان حسین بایقرا و وزیر او امیر علیشیر نوایی راه یافت و پس از زوال سلطنت بایقرا در اوایل عهد صفوی هنگام حمله‌ی عبیدالله خان ازبک به جرم تشیع کشته شد. هلالی هلالی دیوان قصاید، غزلیات، مثنویهایی به نام «شاه و درویش» و «صفات العاشقین» دارد. غزل‌های او لطیف و پر شور است.

دانشگاهها

۱- دانشگاه علمی کاربردی (مرکز آموزش شهرداری جغتای) ۲- دانشگاه پیام نور واحد جغتای

مدارس

شهر جغتای دارای مدارس دولتی در تمامی مقاطع آموزشی میباشد و تنها مدرسه نمونه دولتی آن مدرسه راهنمایی پسرانه امام جواد (ع) است و همچنین این شهر دارای سه مدرسه غیر انتفاعی در مقاطع ابتدایی پسرانه ابتدایی دخترانه و راهنمایی پسرانه میباشد و هم اکنون در حال افزایش مدارس نمونه دولتی و غیر انتفاعی است

وضعیت فرهنگی

پیشینه تاریخی همگون، سابقه مبارزاتی در مقابل متجاوزان، آثار تاریخی موجو در منطقه و شهر دلالت بر قدمت چند هزار ساله جغتای دارد. محدوده سیاسی جغتای در گذشته بسیار وسیعتر از زمان

حال بوده و جزو نقاط آباد محسوب می شده تاریخ نشان می دهد که این شهر بیش از ۱۵۰ سال سابقه مرکزیت و حاکم نشینی داشته و مرکز حکومت ولایت ثلاث بوده است.

قومیت و زبان

اهالی شهرستان از اقوام آریایی پارتی نژاد آریایی می باشند که به هنگام مهاجرت آریایی ها به فلات ایران در جنوب و شرق سکنی می گزینند. به علت موقعیت خاص جغرافیایی نقطه سکونت گاهی قابل توجه، در گذشته مورد هجوم اقوام بیگانه (مغول) قرار گرفته منتهی با توجه به روحیه استکبار و استعمارستیز مردم منطقه و عرق ملی آنان در مقاطع مختلف تاریخی در مقابل هجوم اقوام بیگانه مقاومت نموده منتهی به شب استیلای ترکان مغول زبان اکثریت مردم منطقه ترکی (۸۵ درصد فارسی و کردی) می باشد و از لحاظ قومیتی از تجانس و هماهنگی کامل برخوردار است.

دین و مذهب

دین کلیه اهالی این شهرستان اسلام و مذهب آنها شیعه اثنی عشری می باشد. مردم منطقه با گذشته روشن تاریخی دارای تعلقات مذهبی قوی نسبت به شرع مقدس اسلام هستند و در برگزاری مراسم مذهبی اهتمام بسیاری دارند. وجود و حفظ بقعه ها و مساجد قدیمی نشانگر توجه مردم منطقه به شعائر دینی است.

آثار تاریخی و جاذبه های گردشگری شهر و منطقه جغتای :

با توجه به موقعیت جغرافیایی و تاریخی شهر و منطقه جغتای و اعتدال آب و هوا ی آن در فصول مختلف و وجود باغستانها و ییلاقهای خوش آب و هوا در کوهستان و تفرجگاههای زیبا و با صفا در جایجای این منطقه هر ساله تعداد زیادی مسافران و گردشگران از مناطق مختلف این شهر و منطقه دیدن می کنند.



- مجتمع فرهنگی و تفریحی شادی جوین : در شمال شهر جغتای (روستای خدا شاه) سد کمایستان و تفرجگاه های حومه آن و بند تاریخی کمایستان
- مسجد جامع قارزی؛ واقع در جنوب شهر جغتای که توسط قاسم خان در دوره حکومتی علی میر ابوالقاسم میرمراد در زمان شاه صفی اول

به سال ۱۰۴۵ هجری قمری احداث گردیده است.

- معصوم زاده جغتای؛ واقع در جنوب شهر جغتای که منسوب به اولاد امام موسی ابن جعفر (ع) و به نام محمدعلوی مشهور است.
- بقعه سلطان سیدعبدالله ابن موسی الکاظم در روستای گفت.
- بقعه سلطان سیداحمد رضا علوی از اعقاب امام زین العابدین (ع) در روستای خدشاه
- بقعه سیدحسن غزنوی شاعر غزل سرای معروف قرن ششم هجری قمری در روستای آزادوار
- مزار آقا سیدحسین در روستای شفیع آباد
- مسجد تاریخی خسروشیر در روستای خسروشیر
- قلعه کهنه و حاکم نشین آزادوار در روستای آزادوار
- قلعه کهنه و قدیمی ا... آباد

صنعت

وجود معدن با ظرفیت های بالا در منطقه حکم می کند که با سرمایه گذاری و بهره وری به موقع از نعمات الهی ضمن اینکه زمینه اشتغال بسیاری از جوانان عزیز منطقه را فراهم آورده و درجهت بالابردن توان اقتصادی و رسیدن به خوداتکایی کامل و عدم وابستگی به بیگانگان گام های مهمی برداشته شود، لذا با این انگیزه و طی چندسال گذشته چند کارخانه مهم احداث و یاد ر حال احداث می باشند.

- احداث کارخانه فروکروم با ظرفیت ۳۰ هزارتن و عامل اشتغال ۳۵۰ نفر به طورمستقیم.
- احداث کارخانه سیمان با ظرفیت ۴۰۰۰تن که می تواند در آینده عامل اشتغال حدود ۴۰۰ نفر شود.

- کارخانه ماشین آلات کشاورزی با تولید سالانه ۲۰۰۰دستگاه
- کارخانه نایلون سازی (درحال تولید)
- کارخانه ظروف یکبارمصرف (درحال تولید)
- کارخانه کلید و پریز برق (درحال تولید)
- کارخانه آرد (درحال تولید)

معادن

معادن موجود در سطح شهرستان جغتای به قرار زیر است:

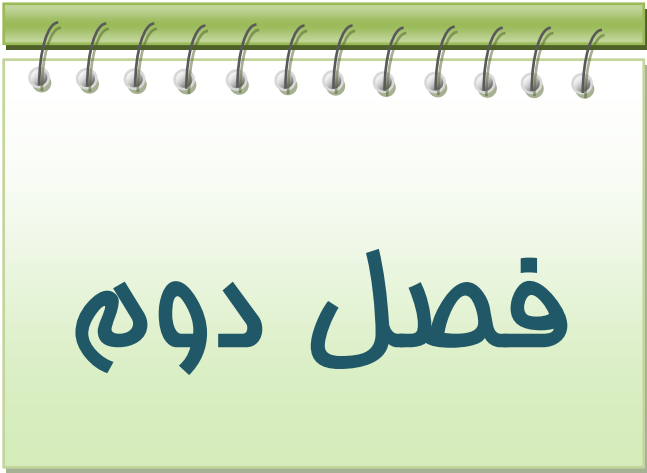
- **معادن سنگ لاشه و مالون؛** از سنگ ها در ساختن پل های راه سازی و همچنین ساختمان سازی مورد استفاده قرار می گیرد و جمع کثیری در این معدن مشغول به کار می باشند و تولید سالانه حدود ۵۰۰ هزار تن می باشد.
- **معادن کرومیت گفت:** بزرگترین معدن کرومیت خراسان با ۱۲۰ نفر از ساکنین اشتغال ایجاد نموده و میانگین تولید سالانه ۵۰۰۰ تن می باشد.
- **معادن کرومیت زرقان**
- **معادن کرومیت منیدر،** باعث اشتغال ۳۰ نفر از اهالی روستاها شده و تولید سالانه آن ۱۵۰۰ تن می باشد
- **معادن کرومیت در مجاورت روستای زمند**
- **معادن مس سیلیس و بنتونیت در مجاورت روستای زمند**

آب و هوا

آب و هوای حاکم بر منطقه نیمه استپی است با زمستان های سرد و تابستان های گرم، حداکثر و حداقل مطلق درجه حرارت هوا در ایستگاه هواشناسی جغتای به ترتیب ۳۴/۴ و ۱۶/۷ _ درجه سانتیگراد اندازه گیری شده است. میانگین دمای سالانه در ایستگاه مزبور ۱۵/۱۵ درجه سانتیگراد گزارش شده است. متوسط بارندگی سالانه در سطح دشت، در ۳ ایستگاه جغتای ۲۳۵ میلی متر، در ایستگاه سلطان آباد ۲۳۱ میلی متر و در ایستگاه آزادوار ۲۱۱ میلی متر گزارش شده است. لذا متوسط بارندگی کل منطقه در نواحی پست را می توان ۲۲۵ میلیمتر در سال تخمین زد در حالی که در نواحی کوهستانی و ارتفاعات تا ۳۰۰ میلی متر بالغ می گردد.







فصل دوم



معرفی بیمارستان

معرفی

بیمارستان ولی عصر(عج) در ۹۵ کیلومتری شهرستان سبزوار واقع شده است ، که در ۲۹ مرداد سال ۱۳۸۶ افتتاح و از همان تاریخ به عنوان یک بیمارستان جنرال فعالیت خود را آغاز نموده است . در ابتدای راه اندازی این بیمارستان بخشهای فعال این بیمارستان محدود به دو بخش درمانی و دو بخش پاراکلینیکی بود که بتدریج در طی دوره ۵ساله از فعالیت خود به تناسب نیاز مراجعین و متناسب با ماموریت سازمانی بخشهای بستری ،سرپایی وپاراکلینیک بیمارستان توسعه یافته است .



بخشهای فعال بیمارستان عبارتند از :

بخشهای درمانی

بخش اورژانس	بخش بستری	بلوک زایمان	اتاق عمل	دیالیز
-------------	-----------	-------------	----------	--------

بخشهای پاراکلینیک

آزمایشگاه	رادیولوژی	سونوگرافی	داروخانه
-----------	-----------	-----------	----------



درمانگاههای تخصصی

درمانگاه اطفال	درمانگاه داخلی	درمانگاه جراحی	درمانگاه زنان و زایمان
----------------	----------------	----------------	------------------------

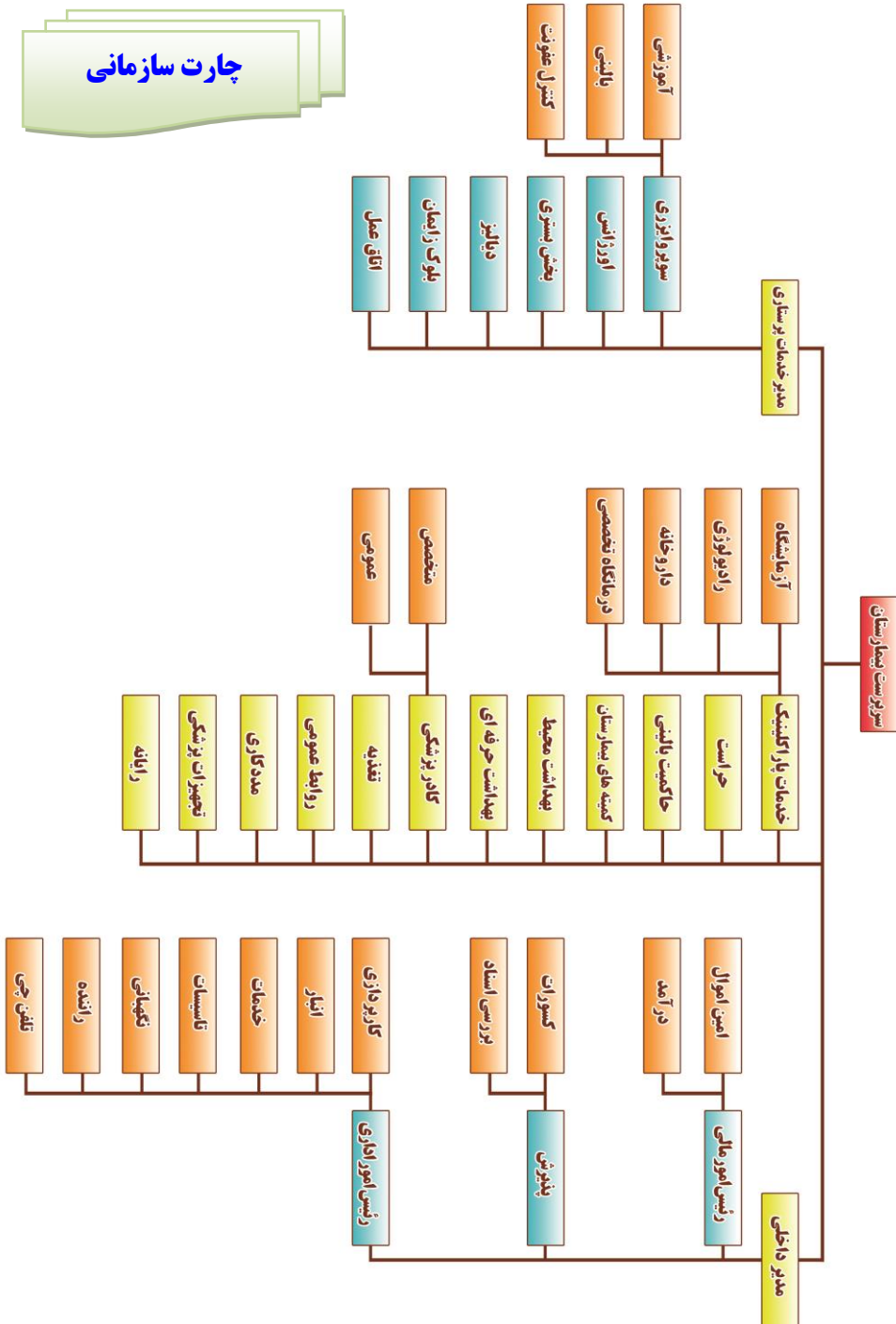
ارزشهای سازمانی :

بیمارستان ولی عصر (عج) جغتای زیر مجموعه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و علوم پزشکی سبزوار می باشد. و با سازمانهای بیمه گر نظیر خدمات درمانی - تامین اجتماعی و سایر سازمانهای بیمه گر طرف قرارداد دارد.

نقشه بیمارستان



چارت سازمانی



مشخصات بیمارستان

۱۵۰۰۰۰ متر مربع	مساحت کل زمین
۷۰۰۰۰ متر مربع	زیر بناء کل ساختمان
۶۴	تعداد تخت مصوب

مقررات و ضوابط کلی مربوط به بیمارستان

- ۱- رعایت موازین شرعی و اخلاقی، آراستگی و پوشش مناسب الزامی می باشد.
- ۲- برخورد اخلاقی و ارتباط صحیح با بیمار - همراهیان و همکاران و همچنین رعایت سلسله مراتب در بخشها از مهمترین وظایف پرسنل است و کم توجهی به آن قابل اغماض نخواهد بود.
- ۳- تعیین بخش محل خدمت در طول مدت طرح یا قرارداد برحسب نیاز بیمارستان تعیین گردیده و تغییر بخش در طول مدت خدمت بر اساس نیاز و ارزیابی سرپرستاران و دفتر پرستاری می باشد.
- ۴- رعایت یونیفرم رسمی و نصب اتیکت مشخصات فردی تأیید شده.

لباس فرم رده های مختلف پرستاری به شرح ذیل می باشد.

الف- لباس فرم سر پرستاران و سوپروایزرها

خانم ها: مقنعه ، روپوش و شلوار سورمه ای

آقایان: روپوش سفید و شلوار سورمه ای

ب- لباس فرم پرستاران:

خانمها: روپوش سفید، شلوار و مقنعه سورمه ای

آقایان: روپوش سفید و شلوار سورمه ای

ج- لباس فرم بهیاران:

خانمها: روپوش ، مقنعه و شلوار سفید

آقایان: شلوار و روپوش سفید

د- لباس فرم ماماها:

مقنعه مشکی ، شلوار و روپوش سبز

کفش در همه رده ها مشکی و جلوبسته می باشد.

۵- نداشتن زیور آلات و آرایش

۶- اموال بیمارستان و نگهداری صحیح وسایل و تجهیزات جزء وظایف پرستاران است که در صورت بروز هرگونه صدمه به اموال و تجهیزات میبایستی جبران گردد.

۷- ساعت کار پرسنل صبح کار ۷ الی ۱۴ بعدالظهر ، عصر کار ۱۳ الی ۲۰ و شبکار ۱۹ الی ۸ صبح می باشد.

۸- برای استفاده از مرخصی استحقاقی یک هفته قبل از تنظیم برنامه ماهیانه بخش باید به سرپرستار اطلاع داده شود.

۹- برای استفاده از مرخصی استعلاجی باید بلافاصله مرخصی استعلاجی به اطلاع سرپرستار بخش و مدیریت پرستاری رسانده شود. و سپس به تائید پزشک معتمد بیمارستان و در صورت لزوم به تائید سایر مراجع ذیصلاح نیز برسد.

۱۰- استفاده از پاس ساعتی فقط در مواقع ضروری و با اطلاع سوپروایزر و سرپرستار بخش امکان پذیر میباشد. و برگه پاس باید دارای امضای سوپروایزر باشد.

- ۱۱- پاس اول وقت در کلیه شیفتها ممنوع می باشد و در صورت ضرورت باید حتما به سوپروایزر کشیک اطلاع داده شود.
- ۱۲- هر گونه تغییر یا جابجایی در برنامه ماهیانه فقط در مواقع ضروری و با درخواست کتبی و موافقت مسئول بخش باید انجام شود.
- ۱۳- تنظیم ساعت استفاده از پاس شیر باید با نظر سرپرستار بخش انجام شود.
- ۱۴- مرخصیهای سالانه حداقل به مدت ۱۵ روز می بایست قبل از اتمام سال استفاده شود. بنابراین موظف خواهید بود حداقل ۱۵ روز مرخصی خود را در طول سال و به تناوب درخواست نمایید.
- ۱۵- اجرا و احترام به دستورات مافوق الزامی می باشد.

مقررات مربوط به آموزش:

۱. آموزش بیماران و همراهیان قبل، حین و پس از ترخیص
۲. آموزش در مورد باز توانی و فعالیتهایی که برای بیمار در نظر گرفته میشود.
۳. ارائه طرحهای جدید آموزشی
۴. شرکت فعال در فعالیت های آموزشی پیش بینی شده از طریق واحد آموزش پرستاری بیمارستان و سایر مراکز با هماهنگی سوپروایزر آموزشی
۵. سوپروایزر آموزشی بیمارستان با هماهنگی واحد آموزش دفتر پرستاری کارگاههای آموزشی کددار جهت پرسنل رسمی، پیمانی و قراردادی به میزان ۴۰ ساعت در سال برگزار مینماید که پرسنل موظف به گذراندن دوره های تعیین شده میباشد.
۶. شرکت در دوره ها و کلاسهای که سرپرستاران و مسئولین آموزش بخشها با سوپروایزر آموزشی هماهنگ می کنند، اجباری است و کادر پرستاری موظف است برای ارتقاء دانش و مهارت خود تلاش کند لازم به ذکر است که در طول مدت همکاری امتیازات ویژه ای به علاقمندان شرکت در کنفرانس و دوره های باز آموزی تعلق خواهد گرفت .
۷. تهیه پمفلت و جزوات آموزشی جهت بخش
۸. انتقال دانش و اطلاعات به سایر همکاران



فصل سوم



منشور حقوق

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

* حقوق در تمام زبانها به معنی آنچه راست و سزاوار است تعریف میشود

تاریخچه

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

حقوق بیمار در ایران

* منشور حقوق بیمار در سال ۱۳۸۰ توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین گردید که شامل ۱۰ بند بود.

* این منشور دارای کاستی هایی بود لذا بررسی مجدد در زمینه ی محورهای حقوق بیمار صورت گرفت و منشور جدید در آبان ماه سال ۱۳۸۸ توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به تمام دانشگاه ها ابلاغ گردید.

مقدمه

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

- اثر بخشی مراقبت و بهره مندی بیمار از نتایج مثبت درمان تا حدودی بستگی به مسوولیت 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 مسئول خود پرهیزند.
- 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:

بینش و ارزش

- یکایک افراد جامعه متعهد به حفظ و احترام به کرامت انسان ها می باشند. این امر در شرایط بیماری از اهمیت ویژه ای برخوردار است. بر اساس قانون اساسی توجه به کرامت والای انسانی از اصول پایه نظام جمهوری اسلامی بوده و دولت موظف است خدمات بهداشتی درمانی را برای یکایک افراد کشور تأمین کند. بر این اساس ارائه خدمات سلامت باید عادلانه و مبتنی بر احترام به حقوق و رعایت کرامت انسانی بیماران صورت پذیرد.
- این منشور با توجه به ارزشهای والای انسانی و مبتنی بر فرهنگ اسلامی و ایرانی و بر پایه برابری کرامت ذاتی تمامی گیرندگان خدمات سلامت و با هدف حفظ، ارتقا و تحکیم رابطه انسانی میان ارائه کنندگان و گیرندگان خدمات سلامت تنظیم شده است.

منشور حقوق بیمار در ایران

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

محور اول:

دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است

- شایسته شان و منزلت انسان و با احترام به ارزش ها، اعتقادات فرهنگی و مذهبی باشد.
- بر پایه ی صداقت، انصاف، ادب و همراه با مهربانی باشد.
- فارغ از هر گونه تبعیض از جمله قومی، فرهنگی، مذهبی، نوع بیماری و جنسیتی باشد.
- براساس دانش روز باشد.
- مبتنی بر برتری منافع بیمار باشد.
- توزیع منابع سلامت مبتنی بر عدالت و اولویت های درمانی بیماران باشد.
- مبتنی بر هماهنگی ارکان مراقبت اعم از پیشگیری، تشخیص، درمان و توانبخشی باشد.
- به همراه تامین کلیه امکانات رفاهی پایه و ضروری و به دور از تحمیل درد و رنج و محدودیت های غیر ضروری باشد.
- توجه ویژه ای به حقوق گروه های آسیب پذیر جامعه از جمله کودکان، زنان باردار، سالمندان، بیماران روانی، زندانیان، معلولان ذهنی و جسمی و افراد بدون سرپرست داشته باشد.
- در سریعترین زمان ممکن و با احترام به وقت بیمار باشد.
- با در نظر گرفتن متغیرهایی چون زبان، سن و جنس گیرندگان خدمت باشد.

- در مراقبت های ضروری و فوری (اورژانس)، بدون توجه به تأمین هزینه ی آن صورت گیرد. در موارد غیرفوری (الکتیو) بر اساس ضوابط تعریف شده باشد.
- در مراقبت های ضروری و فوری (اورژانس)، در صورتی که ارائه خدمات مناسب ممکن نباشد، لازم است پس از ارائه ی خدمات ضروری و توضیحات لازم، زمینه انتقال بیمار به واحد مجهز فراهم گردد.
- در مراحل پایانی حیات که وضعیت بیماری غیر قابل برگشت و مرگ بیمار قریب الوقوع می باشد با هدف حفظ آسایش وی ارائه گردد. منظور از آسایش کاهش درد و رنج بیمار، توجه به نیازهای روانی، اجتماعی، معنوی و عاطفی وی و خانواده اش در زمان احتضار می باشد. بیمار در حال احتضار حق دارد در آخرین لحظات زندگی خویش با فردی که می خواهد همراه گردد.
- احتضار به وضعیت بیماری غیر قابل علاج و غیر قابل برگشت اطلاق می شود که مرگ قریب الوقوع اجتناب ناپذیر است.

محور دوم:

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

محتوای اطلاعات باید شامل موارد ذیل باشد:

- مفاد منشور حقوق بیمار در زمان پذیرش
- ضوابط و هزینه های قابل پیش بینی بیمارستان اعم از خدمات درمانی و غیر درمانی و ضوابط بیمه و معرفی سیستم های حمایتی در زمان پذیرش
- نام، مسوولیت و رتبه ی حرفه ای اعضای گروه پزشکی مسئول ارائه مراقبت از جمله پزشک، پرستار و دانشجو و ارتباط حرفه ای آن ها با یکدیگر
- روش های تشخیصی و درمانی و نقاط ضعف و قوت هر روش و عوارض احتمالی آن، تشخیص بیماری، پیش آگهی و عوارض آن و نیز کلیه ی اطلاعات تأثیر گذار در روند تصمیم گیری بیمار
- نحوه ی دسترسی به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی در طول درمان
- کلیه ی اقداماتی که ماهیت پژوهشی دارند.
- ارائه آموزش های ضروری برای استمرار درمان

نحوه ی ارائه اطلاعات باید به صورت ذیل باشد:

- اطلاعات باید در زمان مناسب و متناسب با شرایط بیمار از جمله اضطراب و درد و ویژگی های فردی وی از جمله زبان، تحصیلات و توان درک در اختیار وی قرار گیرد، مگر این که:
- تأخیر در شروع درمان به واسطه ی ارائه ی اطلاعات فوق سبب آسیب به بیمار گردد. (در این صورت انتقال اطلاعات پس از اقدام ضروری، در اولین زمان مناسب باید انجام شود).
- بیمار علی رغم اطلاع از حق دریافت اطلاعات، از این امر امتناع نماید که در این صورت باید خواست بیمار محترم شمرده شود، مگر این که عدم اطلاع بیمار، وی یا سایرین را در معرض خطر جدی قرار دهد.
- بیمار می تواند به کلیه ی تصویر اطلاعات ثبت شده در پرونده ی بالینی خود دسترسی داشته باشد و آن را دریافت نموده و تصحیح اشتباهات مندرج در آن را درخواست نماید

محور سوم:

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

محدوده انتخاب و تصمیم گیری درباره موارد ذیل می باشد:

- انتخاب پزشک معالج و مرکز ارائه کننده ی خدمات سلامت در چارچوب ضوابط
- انتخاب و نظر خواهی از پزشک دوم به عنوان مشاور
- شرکت یا عدم شرکت در پژوهش های زیستی با اطمینان از اینکه تصمیم گیری وی تأثیری در تداوم و نحوه دریافت خدمات سلامت ندارد.
- قبول یا رد درمان های پیشنهادی پس از آگاهی از عوارض احتمالی ناشی از پذیرش یا رد آن مگر در موارد خودکشی یا مواردی که امتناع از درمان شخص دیگری را در معرض خطر جدی قرار می دهد
- اعلام نظر قبلی بیمار در مورد اقدامات درمانی آتی در زمانی که بیمار واجد ظرفیت تصمیم گیری می باشد ثبت و به عنوان راهنمای اقدامات پزشکی در زمان فقدان ظرفیت تصمیم گیری وی را با رعایت موازین قانونی مدنظر ارائه کنندگان خدمات سلامت و تصمیم گیرنده جایگزین بیمار قرار گیرد

شرایط انتخاب و تصمیم گیری شامل موارد ذیل میباشد:

- انتخاب و تصمیم گیری بیمار باید آزادانه و آگاهانه، مبتنی بر دریافت اطلاعات کافی و جامع (مذکور در بند دوم) باشد
- پس از ارائه اطلاعات، زمان لازم و کافی به بیمار جهت تصمیم گیری و انتخاب داده شود.

محور چهارم:

ارائه خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار و رعایت اصل رازداری باشد.

- رعایت اصل رازداری راجع به کلیه ی اطلاعات مربوط به بیمار الزامی است مگر در مواردی که قانون آن را استثنا کرده باشد.
- در کلیه ی مراحل مراقبت اعم از تشخیصی و درمانی باید به حریم خصوصی بیمار احترام گذاشته شود. ضروری است بدین منظور کلیه ی امکانات لازم جهت تضمین حریم خصوصی بیمار فراهم گردد.
- فقط بیمار و گروه درمانی و افراد مجاز از طرف بیمار و افرادی که به حکم قانون مجاز تلقی می شوند میتوانند به اطلاعات دسترسی داشته باشند.
- بیمار حق دارد در مراحل تشخیصی از جمله معاینات، فرد معتمد خود را همراه داشته باشد. همراهی یکی از والدین کودک در تمام مراحل درمان حق کودک می باشد مگر اینکه این امر بر خلاف ضرورت های پزشکی باشد.

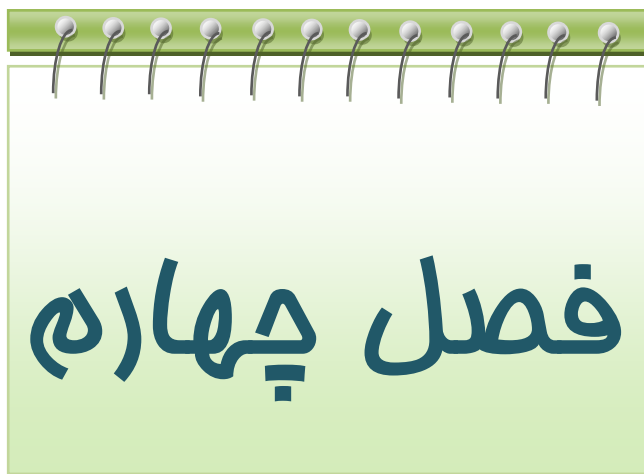
محور پنجم:

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 شکایت 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 شود.

در اجرای مفاد این منشور در صورتی که بیمار به هر دلیلی فاقد ظرفیت تصمیم گیری باشد، اعمال کلیه ی حقوق بیمار- مذکور در این منشور- بر عهده ی تصمیم گیرنده ی قانونی جایگزین خواهد بود. البته چنانچه تصمیم گیرنده ی جایگزین بر خلاف نظر پزشک، مانع درمان بیمار شود، پزشک می تواند از طریق مراجع ذیربط درخواست تجدید نظر در تصمیم گیری را بنماید.

چنانچه بیماری که فاقد ظرفیت کافی برای تصمیم گیری است، اما میتواند در بخشی از روند درمان معقولانه تصمیم بگیرد، باید تصمیم او محترم شمرده شود.



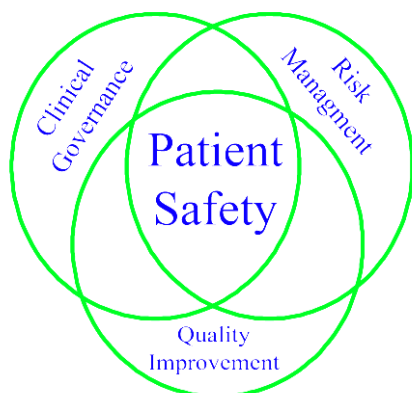
ایمنی بیمار

تعریف ایمنی - بیمار:

ایمنی بیمار پرهیز، پیشگیری و کاهش نتایج ناگوار و آسیب به بیمار ناشی از فرایند مراقبت‌های پزشکی می باشد.

Patient safety is the a voidance, prevention, and amelioration of adverse outcomes or in jerry from the process of health care

روش اجرایی ۹ راه حل ایمنی بیمار



هدف: ارتقاء اصلاحات مشخص در ایمنی بیماران در راستای زمینه های مسئله ساز در مراقبت از سلامتی برای طرح درست و بی نقص سیستم که ذاتا مراقبت از سلامتی و با کیفیت بالا را به دست می دهد.

دامنه کاربرد: در کلیه بخشهای بستری و واحدهای پذیرش، بهداشت محیط، داروخانه و انبار کل کاربرد دارد.

مراجع:

- استاندارد های اعتبار بخشی بیمارستان در ایران
- آشنایی با مبانی حاکمیت بالینی
- استاندارد بین المللی اعتبار بخشی بیمارستانها jib
- گلایدلاین شناسایی صحیح بیماران در بخش بستری و سرپایی، انتقال خون، درمان دارویی، اعمال جراحی و اقدامات آزمایشگاهی به منظور کاهش وقوع اتفاقات ناخواسته بهداشتی درمانی
- دستور العمل تلفیق دارویی همگام بستری
- دستور العمل رعایت بهداشت در مراکز بهداشتی درمانی
- استاندارد مرجع پرستاری

تعاریف:

آلودگی: وجود عاملی عفونی بر روی سطحی متحرک یا غیر متحرک

خطای دارویی: هرگونه رویداد قابل جلوگیری که ممکن است باعث استفاده نامناسب از دارو یا به خطر انداختن ایمنی بیمار شود.

ایمنی: درجه و میزانی که براساس آن، ساختمان های سازمان، محوطه ها و تجهیزات، موجب بروز حادثه یا خطری برای بیماران، کارکنان یا ملاقات کنندگان نشوند.

عوارض جانبی: تاثیر دارو شناختی یک دارو، معمولاً به صورت ناسازگار، به جز آن چه دارو برای آن تجویز شده است.

انتقال: جابجایی رسمی مسئولیت مراقبت از بیمار از:

- یک واحد مراقبتی به واحد دیگر
- از یک خدمات بالینی به خدمات بالینی دیگر
- از یک پزشک واحد صلاحیت به پزشک دیگر
- از یک سازمان به سازمانی دیگر

۹ راه حل ایمنی بیمار

۱. توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از فطای دارویی
۲. توجه به مشخصات فردی بیمار جهت جلوگیری از فطای
۳. ارتباط موثر در زمان تمویل بیمار
۴. انجام پروسیجر صمیع در محل صمیع بدن بیمار
۵. کنترل غلظت مملول های الکتروولیت
۶. اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارایه خدمات
۷. اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها
۸. استفاده صرفاً یکباره از وسایل تزریقات
۹. بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبت های سلامتی

شرح اقدامات:

۱.۱. توجه به داروهایی با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی:

کلیه بخش های درمانی لیستی از داروهایی را که اسامی مشابه دارند و احتمال بروز خط فعلا در آنها وجود دارد (چه از نظر نام و چه از نظر شکل و ظاهر آنها) در دسترس کارکنان قرار دهند. در داروخانه سرپایی بیمارستان نیز مشابتهت های دارویی در دست خط پزشکان و اشتباهات رایج در نسخه نویسی در دسترس کارکنان قرار گیرد. برقراری ارتباط و تعامل موثر با داروخانه و مسئول فنی دارو در ارتباط با اصلاح فرایند توزیع و مصرف دارو در مرکز به منظور افزایش ایمنی بیمار باید صورت گیرد. لذا موارد زیر باید انجام شود:

- داروهای شبیه به هم (چه از نظر نام و چه از نظر شکل و ظاهر آنها) در باکسها و قفسه های جداگانه چیدمان شود.
- در خصوص دارو های باغلظت بالا و خطرناک حتما باید نام دارو با برچسب جداگانه مشخص شده باشد.
- رعایت فرآیند دارو دادن از جمله تطبیق دارو با کارت دارویی در بالین بیمار، توجه به نام ژنریک داروها، آگاهی از نمونه های مشابه دارویی و...
- قبل از اجرای فرآیند دارو دادن از اشکال دارویی و نوع دارو آگاهی کسب نمایید
- هنگام دارو دادن، حتما "بیمار را با نام و نام خانوادگی مخاطب قرار می دهد(وی را به اسم می خواند)
- هنگام دارو دادن، یک بار دیگر مشخصات بیمار را با کارت دارویی مطابقت داده شود.
- هنگام آماده کردن داروها، به دوز دارو، شکل دارویی، تاریخ انقضاء توجه شود.
- هنگام دارو دادن، نوع دارو، دوز دارو، و... را مجدداً با کارت دارویی مطابقت داده شود.

۱.۲. توجه به مشخصات فردی بیمار جهت جلوگیری از خطا

کلیه گلوگاههایی که توجه به مشخصات بیمار اهمیت حیاتی دارد مانند فرآیند تجویز داروها، اعمال جراحی، انتقال خون، اقدامات آزمایشگاهی و تحویل نوزاد به مادر و خانواده مدنظر قرار گیرد. و طبق دستورالعمل گاید لاین شناسایی صحیح بیماران در بخش بستری و سرپایی، انتقال خون، درمان دارویی، اعمال جراحی و اقدامات آزمایشگاهی بمنظور کاهش وقوع اتفاقات ناخواسته بهداشتی درمانی از خطاها جلوگیری شود. در این بیمارستان جهت شناسایی بیماران از نام بیمار، کارت شناسایی، تاریخ تولد، مچ بند و یا استفاده می شود.

بمنظور به حداقل رسانیدن اتفاقات ناخواسته ناشی از عدم شناسایی صحیح بیماران، الزامی است کلیه بیماران بخش بستری بیمارستانی در دوره پذیرش در بیمارستان دارای باند شناسایی یا مچ بند جهت دریافت اقدامات درمانی، تشخیص و مراقبتی باشند:

۱. اکیدا" یادآوری می شود که استفاده از مچ بند شناسایی توسط بیماران از مسئولیت کارکنان درمانی جهت کسب اطمینان از انجام اقدام صحیح بر روی بیمار صحیح نمی کاهد.
۲. دستبندهای شناسایی بیماران در دو سایز بزرگسال تهیه شده است. این دستبندها در بدو پذیرش بیماران به صورت تحت نظر و بیماران بستری در بخشهای مختلف، پس از تشکیل پرونده توسط پرسنل محترم پذیرش، نام و نام خانوادگی بیمار، تاریخ تولد/بستری، تشخیص، نام بخش، نام پزشک و در صورت امکان بارکد مخصوص در مندرجات دستبند نوشته خواهد شد.
۳. صحت اطلاعات مندرج در روی باند شناسایی بیمار در هنگام پذیرش با بیمار و یا در صورت ضرورت یکی از بستگان درجه یک وی کنترل می شود.
۴. الزامیست مشخصات بیمار با رنگ مشکی یا آبی بر روی زمینه باند شناسایی به رنگ سفید درج یا پرینت شود. در صورت امکان برای بیماران در معرض خطر که شامل بیماران دچار نقایص عضوی، خطراتادن، آلرژی، بیماران همودیالیزی دارای شانت، بیماران مبتلا به سرطان بدلیل توجهات خاص، بیماران مسن و بی تحرکی که نیاز به تغییر وضعیت مداوم بدلیل مستعد بودن به زخم بستر دارند، مشخصات شناسایی بیمار با رنگ مشکی در پس زمینه سفید نوشته شده و بر روی باند قرمز چسبانیده می شود
۵. پرستار بخش موظف است در ادمیت و یا هنگام تحویل بیمار وجود باند شناسایی و صحت اطلاعات مندرج را چک نماید.
۶. به منظور پیشگیری از خطا، مشخصات بیماران بایستی به صورت خوانا و واضح به یک روش یکسان در کل بیمارستان بر روی باندهای شناسایی نوشته شوند و پرستار مسئول بیمار موظف است در صورت خدشه دار شدن نوشته، مجددا" برگ مندرجات را از پذیرش درخواست نماید.
۷. در صورتی که هر یک از اعضای تیم درمانی بمنظور ارائه یک خدمت درمانی، تشخیصی و یا مراقبتی باند شناسایی را از بازوی یک بیمار باز نمود، ضروریست سریعاً" پس از اتمام فرآیند درمانی "نسبت به بستن باند شناسایی بر بازوی بیمار اقدام نماید. لطفا" باند شناسایی بر روی میز، ترالی یا تخت بیمار بسته نشود.

۸. سرپرستار بخش موظف است در هنگام راند بالین بیماران هر روز صبح علاوه بر سایر وظایف، نسبت به وجود باند شناسایی و صحت اطلاعات مندرج در باند نیز حساسیت نشان داده و اطمینان حاصل فرماید.
۹. سوپروایزر شیفت در گردش موظف است در هنگام راند بالین در هر بخش به صورت راندم نسبت به وجود باند شناسایی و صحت اطلاعات مندرج در باند نیز حساسیت نشان داده و اطمینان حاصل فرماید.
۱۰. هر یک از پرسنل پرستاری به عنوان مسئول بخش در شیفتهای عصر و شب در هنگام تغییر و تحول بخش موظفند نسبت به وجود باند شناسایی و صحت اطلاعات مندرج در باند نیز حساسیت نشان داده و اطمینان حاصل فرماید.
۱۱. در برگه آموزش به بیمار در بدو ورود به بخشها و یا هنگام ادمیت بیمار، ضرورت وجود دستبند و مراقبت از آن در طول مدت بستری برای بیمار توضیح داده شود.
۱۲. تأکید می شود هیچگاه از شماره اتاق و تخت؛ بیمار بعنوان شناسه وی استفاده نشود.
۱۳. پس از بستری شدن بیمار در بخش، در صورت مشابهت نام و نام خانوادگی دو بیمار بستری، ضروریست نام پدر بیماران نیز قید گردد.
۱۴. باندهای شناسایی به نحوی بسته شوند که سبب فشردگی پوست نشوند.
۱۵. در هنگام انتقال بیمار برای انجام کلیه پرویسجرهای درمانی و تشخیصی، وجود باند شناسایی بر روی بازوی غالب الزامی بوده و پرسنل تحویل گیرنده موظف به کنترل آن می باشد.
۱۶. پرسنل محترم آزمایشگاه، رادیولوژی، فیزیوتراپی و تغذیه موظفند در هنگام حضور بر بالین بیمار به منظور انجام اقدامات، مشخصات بیمار فوق را با باند شناسایی تطبیق داده و اطمینان حاصل نمایند.
۱۷. پزشکان محترم در هنگام راند بالین و معاینه بیمار ملزم به تطابق نام بیمار با مشخصات باند شناسایی می باشند.
۱۸. کارتهای شناسایی بیماران بالای تخت بیمار و در صورت امکان درب ورودی بخشها نیز حاوی مشخصات: نام و نام خانوادگی، تشخیص و نام پزشک معالج باشد.

۱,۳. ارتباط مؤثر در زمان تحویل بیمار

آموزش کلیه پرسنل پرستاری و پاراکلینیک توسط مسئولین بخشی و سوپروایزرین در خصوص مواردی که باید به هنگام تحویل بیمار به واحدهای مختلف (از بخش به اتاق عمل و بالعکس، از بخش به واحدهای پاراکلینیک و بالعکس و...) و یا از یک شیفت به شیفت دیگر به آن توجه کنند

* بطور کلی مقوله ارتباط با بیمار به چند بخش تقسیم می شود:

- ارتباط با بیمار قبل از بستری در بیمارستان (ارتباط نیروهای خدمات فوریتهای پزشکی با مددجو، و یا مددجویانی که دریافت کننده خدمات بهداشتی در سطوح اولیه پیشگیری می باشد).
- ارتباط با بیمار در زمان بستری در بیمارستان که خود شامل بدو پذیرش، زمان بستری، موقعیت های ویژه، زمان ترخیص، ارتباط با همراهان بیمار، بدحال و فوت شده و ...
- ارتباط با بیمار بعد از ترخیص که بیشتر مربوط به زمان پیگیری بیماری و پرستاران بهداشت جامعه می شود.
- از دسته بندی بالا تنها مورد دوم که مربوط به زمان بستری بیمار است جزء موارد تحت پوشش توسط پرسنل درمانی بوده و باید نکات مربوط به آن را کاملاً رعایت نماییم.
- ارتباط به عنوان هسته اساسی، بین پرستار بیمار و براساس اعتماد و احترام متقابل است.
- برقراری ارتباط صحیح، مهمترین عامل در ایجاد حس اعتماد و هر چه بهتر اجرا شدن فرایند درمان می باشد.

گروههای مختلف درمانی و غیر درمانی که با بیمار در ارتباط می باشند به

ترتیب شامل: نیروهای انتظامات بیمارستان، پرسنل پذیرش، پرسنل تریاژ، پرسنل فوریت، تحت نظار اورژانس، پزشک اسکرین، بخشهای پاراکلینیک، انتظامات بیمارستان (آزمایشگاه، داروخانه، اکو، رادیولوژی و ...) بخشهای بستری و بخش هایی مانند اتاق عمل و... است.

الف: انتظامات و حراست بیمارستان:

در واقع اولین خط ارتباط با بیمار و همراهان بیمار در بدو ورود به بیمارستان پرسنل محترم این قسمت هستند. رعایت اصول ارتباط صحیح توسط همکاران انتظامات که در عین حال همراه با حفظ حریم وظایف انتظامی شان می باشد، باعث پدیدار شدن بازخورد مثبت به بیمار و همراه وی می شود.

این ارتباط بایستی دارای ویژگیهای زیر باشد:

- برخورد محترمانه همراه با راهنمایی کامل جهت انجام ساده تر و سریعتر مراحل پذیرش در مواقع اورژانس
- پرهیز از هر گونه درگیری لفظی و فیزیکی با ارباب رجوع و مدد جویان
- برقراری ارتباط صحیح بر اساس اصول مرتبط، با مددجو و همراه به منظور آرامسازی
- برقراری نظم و انضباط بخشها و کنترل ورود و خروج افراد، همراه با توضیحات کافی، روشن و قابل فهم جهت جلوگیری از سوء تفاهم
- ایجاد حس اعتماد و همدلی و برخورد دوستانه، در عین حال با همراهان
- خودداری از هر گونه رفتار و گفتار تهدید آمیز و خشن که باعث ایجاد حس بی اعتمادی در فرد می شود.

ب: پذیرش بیمارستان:

- ارتباط بین واحد پذیرش و بیماران محدودتر از سایر بخشها می باشد.
- پرسنل محترم پذیرش موظفند به سئوالات بیمار پاسخ داده، فرم رضایت به بستری را به طور دقیق کنترل نموده و در گرفتن اطلاعات شخصی بیمار اهمال نکنند.
- پرسنل پذیرش موظفند به هر بیمار بستری، دستبند شناسایی و پمفلت اصول و مقررات بیمارستان که شامل منشور حقوق بیمار نیز می باشد را تحویل دهند. اطلاعات مندرج در دستبند شناسایی با دقت و خوانا ثبت شود.
- پرسنل پذیرش بایستی در هر شرایط تنها با نیروی جایگزین، محل خدمت خود را ترک نمایند.
- در هنگام ازدحام خونسردی خود را حفظ نموده و در صورت بروز مشکل خاص اعم از مالی و... حتما "سوپروایزر شیفت را در جریان امر قرار داده و در راه پیشبرد اقدامات بیمار وظایف خود را به نحو احسن انجام دهند و این میسر نمی شود مگر با ارتباط همراه با احترام و ارائه توضیحات کافی به بیمار.

ج: بخش فوریتها یا اورژانس بیمارستان:

معمولا "اولین بخش درمانی که بیمار با آن در ارتباط است، بخش فوریتها می باشد. بسته به شرایط بیمار مراجعه کننده (اورژانسی یا غیر اورژانسی بودن)، ارتباط در هر دو مقوله از حساسیت ویژه ای برخوردار است.

❖ مواردی که باید در ارتباط با بیمار در بدو ورود به بخش فوریتها در مواقع غیر اورژانس رعایت شود شامل:

- پذیرش بیمار و همراهان بیمار با روی باز و با احترام کامل؛ و راهنمایی آنها به بخش فوریتها
- معرفی خود به عنوان پرستار مسئول تریاژ
- گرفتن تاریخچه بیماری و پرسیدن مشکل اصلی بیمار بدون سوگیری
- ایجاد حس همدلی با بیمار یا همراهان وی
- احترام متقابل بین بیمار و پرسنل
- صدا کردن بیمار با نام خود
- حفظ شأن و منزلت بیمار در حین انجام اقدامات درمانی
- حفظ حریم شخصی بیمار در هر شرایطی از انجام اقدامات درمانی و تشخیصی
- زمانی که از بیمار می خواهید وظیفه ای را انجام دهد "خواهش میکنم و متشکرم" را فراموش نکنید.
- ارائه توضیحات کافی به بیمار در ارتباط با اقدامات درمانی و تشخیصی مورد نیاز
- اجازه گرفتن از بیمار، قبل از انجام پروسیجرهای درمانی و مراقبتی و رعایت طرح انطباق بیماران
- داشتن صداقت در هر مرحله از انجام کار، امری ضروری برای ادامه دار بودن ارتباط مناسب است.
- گفتن فکاهی و شوخی می تواند یک راهکار مناسب جهت از بین بردن استرس و اضطراب اولیه باشد و توجه داشته باشید که گفتن آن در زمان مناسب و با حفظ حریم های شخصی صورت پذیرد.
- بیمار را به ابراز احساسات تشویق نمایید تا او بتواند به راحتی اضطراب پنهان خود را افشا نماید
- رازداری باعث تقویت ارتباط و برقراری اعتماد خواهد شد.
- سؤالات باز می تواند نتایج فوق العاده ای را در استخراج اطلاعات در برداشته باشد(سؤالات باز، سؤالاتی است که بیمار را مجبور به دادن پاسخ های مفصل تر از بلی یا خیر می کند. مثلاً "با چه مشکلاتی به عنوان مشکل اصلی روبرو هستید؟")
- ارائه توضیحات کافی، شفاف منطبق با شرایط سنی، فرهنگی و سطح تحصیلات بیمار
- انتخاب مناسب ترین کلمات برای بیمار و خودداری از بکار بردن اصطلاحات
- زمان عامل اساسی در ارتباط است به طور مثال بیمار در هنگام درد به سختی قادر به برقراری ارتباط می باشد.
- تشویق به برقراری ارتباط با برقراری فضای صمیمی و دوستانه و پذیرش بیمار

- به روز رسانی ارائه اطلاعات به بیمار، از روند بیماری
 - شنونده خوب بودن هنری است که کلید اصلی باز کردن قفل ارتباط با بیمار می باشد.
- ارتباط با بیمار اورژانسی و همراهیان وی به مراتب سخت تر از مراجعین دیگر می باشد زیرا بیمار در شرایط خوبی نبوده و قادر به برقراری ارتباط نیز نمی باشد. از طرفی همراهیان بیمار نیز بدلیل نگرانی و اضطراب، قادر به برقراری ارتباط مناسب نیستند لذا در این شرایط علاوه بر رعایت کلیه موارد فوق بخصوص ایجاد حس همدلی، صبر و خویشتن داری، احترام و وظیفه شناسی بیش از پیش نمود خواهد کرد.
- در هنگام انتقال بیمار از بخش اورژانس به بخشهای بستری نیز کلیه موارد فوق از طرف پرستاران بایستی رعایت گردد. نحوه معرفی اولیه بیمار به بخش از طرف بخش اتفاقات و ایجاد ذهنیت مثبت و بدون سوگیری مطلب بسیار مهمی است که متأسفانه در اکثر موارد پذیرش بیمار رعایت نمی شود. بیمار به طور کامل به پرستاران بخش معرفی شده و پس از بررسی کامل بیمار توسط پرستار بخش، قوانین و مقررات درون بخشی و درون بیمارستانی به بیمار گفته می شود. منشور حقوق بیمار را بطور کامل برای وی توضیح دهید. به اضطراب پنهانی بیمار بدلیل ناشناخته بودن محیط، کاملاً توجه داشته باشید. عوامل مخربی را که باعث اختلال در خواب و آرامش بیمار می شد، حذف نمایید. کلیه پرسنل مرتبط با بیمار (مانند نیروهای خدمات، پرسنل آزمایشگاه، پرسنل رادیولوژی و ...) نیز موظف به حفظ شأن و منزلت بیماران در هر شرایطی می باشند.

ارتباط غیر کلامی:

ارتباط غیر کلامی یکی از اصلی ترین شیوه های برقراری ارتباط می باشد. بیش از ۵۰٪ پیام در هر ارتباط توسط علائم غیر کلامی، حدود ۴۰٪ بوسیله تون صدا و فقط کمتر از ۱۰٪ توسط کلمات منتقل شود.

علائم غیر کلامی شامل:

۱. حرکات صورت یا **facial Expression**: شاید معمولی ترین راه بیان احساسات به شکل غیر کلامی است. این ارتباط فارغ از سن، تحصیلات، جنس، زبان حتی در فرهنگهای مختلف با تفاوتی اندک و بین تمامی انسانها مشترک می باشد. کنترل حالات غیر کلامی ناخوش آیند مانند خشم و تحقیر توسط پرستار در برقراری و ادامه ارتباط موثر می باشد.

۲. **وضعیت بدن یا Posture:**، از راههای غیر کلامی ارتباطی است. یکی وضعیت صاف و کشیده، معمولاً "تداعی کننده حس اعتماد به نفس و ثبات شخصیتی بوده و افتادگی و خمودگی وضعیت بیانگر افسردگی و ضعف اعتماد به نفس می باشد.

۳. **آراستگی یا Grooming:** ظاهر تمیز و آراسته پرستار باحفظ موازین شرع و عرف می تواند در ارتباط نقش موثری داشته باشد. در بیماران، نیز این وضعیت بیانگر بهبود وضعیت نسبت به قبل می باشد.

۴. **ژست یا Gestures:** ژست ها نقش مهمی در انتقال افکار و احساسات دارند. ژست مجموعه ای از حرکات بدن است که یک رفتار را تشکیل و ژست ویژه و مختص فرد را ایجاد می کند.

۵. **لحن صدا یا intonation:** نحوه بیان یک مطلب از خود آن مطلب مهمتر است. بخصوص در کودکان فوق العاده تأثیر گذار خواهد بود.

۶. **لمس یا touch:** در صورت امکان و با در نظر گرفتن موازین شرع و عرف می توان واکنش مثبتی ایجاد و در برقراری ارتباط بعدی موثر باشد.

رفتارهایی که باعث اختلال در زنجیره ارتباط شده و در نتیجه باعث قطع ارتباط و عدم اعتماد فرد به پرستار و تیم درمان خواهد شد شامل: قوت قلب دادن بیجا، پاسخهای تکراری و کلیشه ای، خصومت، تحمیل ارزشهای خود به بیمار، نصیحت کردن، کنجکاوی، تحقیر کردن و طرد کردن به صورت کلامی و غیر کلامی است.

- راهکارهای بهبود ارتباط، نهادینه کردن فرهنگ ارتباط و نحوه تدوین اجرای این برنامه، نتیجه در پیشرفت هر چه بیشتر کیفیت مراقبت بیمار خواهد داشت.

- آموزش تخصصی ارتباط با بیمار و همراهان جهت پرسنل درمانی از طریق برگزاری سمینار، پانل، فیلمهای آموزشی و جزوات مربوط انجام گیرد.

- تأکید بر اهمیت مبحث ارتباط به عنوان یک کلید اصلی در چک لیستها، گاید لاینها و یا سیاست گذاریهای کلی بیمارستان لحاظ گردد.

- تأکید بر ارتباط به عنوان یکی از آیتم های ارزشیابی پرسنل منظور گردد.

- نظارت دقیق تر مسئولان بخش و سوپروایزرهای محترم در مورد استفاده عملی اصول ارتباط توسط پرسنل با بیمار و همراهان بیمار صورت پذیرد.

- استفاده الزامی از کارت های شناسایی جیبی (اتیکت) مناسب که نشاندهنده نام، نام خانوادگی و سمت فرد می باشد، به عنوان یکی از راهکارهای ارتباط اولیه شناخته شده است. معرفی خود به بیمار به عنوان عضوی از تیم درمان بایستی قبل از شروع هرگونه اقدام درمانی، انجام پذیرد.
- تهیه پمفلت آموزشی در مورد بیمارستان و هر بخش به صورت جداگانه و اختصاصی، که مشخصات بخش و قسمت های مختلف آن را برای آگاهی بیمار توضیح داده باشد.
- استفاده از آموزشهای گروهی برای بیماران با حال عمومی بهتر و بیمارانی که از نظر بیماری در یک دسته بندی قرار می گیرند.
- تهیه کارتهای تصویری جهت برقراری ارتباط با بیمارانی که از نظر شنوایی، گویایی دچار مشکل بوده یا بیمار به هر دلیل قادر به برقراری ارتباط به صورت گویا نمی باشد. (مثال بیمار ایتنوبه شده تحت درمان با دستگاه ونتیلاتور)

۱.۴. انجام پروسیژر صحیح در محل صحیح بدن بیمار

این مسئله به خصوص در اتاق عمل بسیار با اهمیت است لذا در صورت تصویب از چک لیست جراحی ایمن استفاده خواهد شد و در ضمن بخش ها نیز قبل از فرستادن بیمار به اتاق عمل باید تدابیر پیشگیرانه اتخاذ نمایند.

- محل عمل به درستی طبق دستور پزشک مشخص شود
- محل عمل با پرونده بیمار، ابراز خود بیمار، شرح حال بیمار و تشخیصهای پرستاری صحه گذاشته شود
- در صورت امکان محل عمل علامت گذاری شود
- محل عمل قبل از انتقال به اتاق عمل و یا اتاق تریتمنت توسط پرستار مسئول بازبینی و صحه گذاری شود.

فرآیند اصلی که در پروتکل جهانی وجود دارد عبارتند از :

- علامت گذاری محل جراحی
- فرآیند تایید پیش از عمل
- یک زمان استراحت (یک وقفه، درست پیش از اجرای جراحی یا روش دیگر در زمانی که هرگونه پرسش و پاسخ داده نشده یا سردرگمی در مورد بیمار، روش، محل عمل، توسط تیم جراحی یا اجرای روش رفع می شود) که فوراً "پیش از شروع یک روش منظور می شود.
- علامت گذاری روی محل جراحی، بیمار را دخالت داده و با نشانه ای بدون ابهام انجام می شود. نشانه می بایست در کلیه بخشها به صورت یک دست به کار رود. باید توسط کسی که اجرای روش را به

عهده دارد انجام شود، باید در صورت امکان هنگامی که بیمار بیدار و به هوش است صورت بگیرد و می بایست پس از اینکه بیمار آماده عمل شد، قابل رویت باشد. محل عمل در تمام موارد علامت گذاری می شود، شامل محل جانبی و کناری، ساختارهای چندگانه (انگشتان دست و پا، جراحات) سطوح چندگانه (ستون فقرات).

مقصود از فرآیند تایید پیش از عمل این است که:

- تایید محل، روش و بیمار صحیح
- حصول اطمینان از این که تمام مدارک، تصویرها و تحقیقات مرتبط در دسترس هستند، به صورت مناسب برچسب زده شده اند و در معرض دید قرار دارند.
- تایید اینکه تمامی تجهیزات مورد نیاز و یا درون کاشت ها implants آماده هستند.
- وقت استراحت فرصتی است تا هر پرسش بی جواب یا سردرگمی و بی نظمی حل و فصل شود. وقت استراحت در همان مکان اجرای کار طی می شود، درست پیش از شروع کار و با شرکت تمامی اعضاء تیم جراحی باید صورت گیرد و از چک لیست جراحی ایمن برای کلیه بیماران استفاده گردد.

۱.۵. کنترل غلظت محلول های الکترولیت

یک مسئله متداول که در مورد ایمنی داروها از آن ذکر می شود، توزیع سهوی الکترولیتهاست (برای مثال: پتاسیم کلراید با غلظت 12 meq/m یا بیشتر؛ فسفات پتاسیم؛ سدیم کلراید با غلظت ۹ درصد یا بیشتر و سولفات منیزیم با غلظت ۵۰ درصد یا بیشتر) جهت جلوگیری از خطاها خصوصا "مواقع بکارگیری نیروی انسانی استخدام جدید، کارورز و یا طرحی به نکات ذیل باید توجه شود.

- حتی الامکان داروهای با غلظت بالا در بخش نگهداری نشود.
- داروهای مورد نظر از دیگر داروها به صورت واضح جدا شود.
- کلیه داروهای یاد شده با اتیکت قرمز جدا شود
- هنگام مصرف دارو به دستور پزشک دوباره چک شود.
- نحوه مصرف و رقیق کردن آن در معرض دید همکاران قرار گیرد.
- علائم حیاتی بیمار در حین مصرف دارویی به صورت متوالی چک و ثبت گردد.
- دستورالعمل نحوه رقیق سازی و تهیه دوز مورد نظر بیمار طبق دستور پزشک در دسترس باشد
- در صورت تشابه شکلی با اتیکت رنگی از هم جدا شود

۱.۶. اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارایه خدمات

یکی از علل عمده ایراد صدمه به بیماران به هنگام ارائه خدمات درمانی، وقایع مربوط به داروها هستند. خطاهای دارویی به هنگام تهیه، تجویز، توزیع و دادن دارو به بیمار و پایش آن رخ می دهند ولیکن میزان بروز خطا به هنگام تجویز دارو و دادن آن به بیمار شایعتر برآورد می گردد. رعایت دستورالعمل تلفیق دارویی در بخشها الزامی می باشد و بدنبال آن پایش تطابق دستور پزشک با گزارش پرستاری به صورت منظم روزانه چک شود. برای کلیه بیماران از فرم تلفیق دارویی برای جلوگیری از تداخلات دارویی و آموزش هنگام ترخیص استفاده می شود.

۱.۷. اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها

در بازدیدهای سوپروایزری این گزینه بصورت یکی از سوالات چک لیست مطرح می باشد و روزانه در بخش هایی که مورد بازدید قرار می گیرد کنترل می گردد. توجه به سائز، تاریخ انقضاء، مدت زمان استفاده از آن و دستور پزشک از الزامات کنترل آن می باشد.

۱.۸. استفاده صرفاً یکبار از وسایل تزریقات

در این بیمارستان کلیه وسایل تزریق یک بار مصرف می باشد. تزریق یکی از روشهای شایع در تجویز داروها می باشد. بدیهی است که در صورت عدم رعایت استانداردهای آن، خطرات زیادی برای ارائه دهنده خدمت، گیرنده خدمت و جامعه خواهد داشت. لذا توجه به دستورالعمل تزریقات ایمن از الزامات می باشد انجام تزریقات براساس استانداردهای زیر صورت گیرد:

۱. استفاده از وسایل استریل
۲. برای هر تزریق، از یک سرنگ یکبار مصرف جدید استفاده کنید.
۳. از یک سرنگ و سر سوزن استریل یکبار مصرف جدید، برای هر بار تلقیح هر نوع واکسن و یا دارو استفاده کنید
۴. از آلودگی وسایل (سرنگ، سرسوزن و ویالها) پیشگیری کنید.
۵. روی یک میز یا سینی تمیز که مخصوص تزریقات می باشد و احتمال آلودگی سرنگ و سر سوزن وجود ندارد، وسایل تزریق را آماده نمایید.
۶. حتی المقدور از ویالهای تک دوزی دارو استفاده کنید.
۷. در صورتی که ملزم به استفاده از ویالهای چند دوزی دارو هستید برای هر بار کشیدن دارو از سر سوزن استریل استفاده نمایید.
۸. هنگامی که سر آمپول را می شکنید، با قرار دادن لایه نازک گاز تمیز مابین انگشتان دست خود و جدار آمپول، انگشتان خود را از آسیب و صدمه محافظت نمایید.

۹. قبل از اقدام برای تزریق به بیمار، کلیه داروهای تزریقی را از نظر کدورت، شکستگی جداره آنها و تاریخ انقضاء بررسی نموده و در صورت مشاهده هر یک از این موارد، آنها را به نحوه صحیح دفع نمایید.
۱۰. توصیه های اختصاصی کارخانه سازنده را در ارتباط با نحوه استفاده، نگهداری و جابجایی دارو مورد توجه قرار دهید.
۱۱. در صورت تماس سر سوزن با سطوح غیر استریل، آن را به نحوه صحیح دفع نمایید.
۱۲. قبل از آماده کردن دارو و تزریق، دستهای خود را با آب و صابون بشوید و یا با استفاده از الکل ضد عفونی کنید. در صورتی که بین تزریقات، دست شما کثیف یا آلوده به خون و مایعات بدن بیمار گردید، رعایت بهداشت دست ضروری است.
۱۳. از تزریق به بیمار در نواحی ناسالم پوستی اجتناب نمایید.
۱۴. نیازی به ضد عفونی کردن سر ویال (جدید) نیست ولی در صورت نیاز، از سوآپ تمیز و الکل ۷۰ درجه تازه استفاده نمایید. از گلوله های پنبه آغشته به الکل موجود در ظرف پنبه الکل استفاده نکنید.
۱۵. از کاربرد ماده ضد عفونی در زمان تزریق واکسن و ویروس زنده ضعیف شده برای تلقیح اجتناب نمایید.
۱۶. قبل از تزریقات اگر محل تزریق بصورت مشهود کثیف باشد، حتماً پوست را بشوید.
۱۷. سرنگ و سر سوزن را از نظر وجود پارگی بسته بندی چک کنید و به تاریخ انقضاء آن توجه نمایید.
۱۸. اگر سر پوش گذاری سر سوزن لازم باشد، تکنیک استفاده از یک دست را بکار ببرید.

۱.۹. بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبت های سلامتی

اجرای دستورالعمل بهداشت دست در مراکز درمانی تدوین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در بخشها رعایت و کنترل پایش قرار گیرد. باید توجه داشت که شستن دست ها به تنهایی مهمترین راه پیشگیری از عفونت های بیمارستانی به شمار می آید. شستن دست ها توسط صابون های معمولی یا انواع ضد میکروبی صورت توصیه می گردد. شستن دست با صابون های معمولی و آبکشی باعث می شود تا میکروارگانیسم ها به روش مکانیکی از روی پوست زدوده شوند و شستن دست با محصولات ضد میکروبی علاوه بر زدودن مکانیکی میکروبها باعث کشته شدن میکروارگانیسم ها یا مهار رشد آن ها نیز می گردد.

پوست دست کارکنان پزشکی دارای میکروارگانیسم های مقیم و انواع موقت است. اکثر میکروب های مقیم پوست در لایه های سطحی قرار دارند ولی حدود ۱۰ تا ۲۰٪ آن ها در لایه های عمقی اپیدرم قرار دارند که بدنبال شستشوی دست ها با صابون های معمولی پاک نمی شوند ولی معمولاً

بوسیله مواد ضد میکروبی، کشته شده یا رشدشان مهار می گردد. شستن دست ها با صابون معمولی باعث زدودن میکروب های موقتی پوست خواهد شد.

مواردی که باید دستها شسته شوند عبارتند از:

- در فواصل تماس با بیماران و قبل از تهیه داروهای بیماران
- قبل از مراقبت از بیماران آسیب پذیر مانند نوزادان و افراد دچار سرکوب شدید سیستم ایمنی
- قبل از انجام اقدامات تهاجمی
- بعد از دست زدن به اشیایی که احتمال آلودگی آن ها با میکروب های بیماریزا وجود دارد و یا پس از مراقبت از بیمارانی که احتمال دارد با میکروب هایی که از لحاظ اپیدمیولوژی اهمیت خاصی دارند کلونیزه شده باشند مانند باکتری های مقاوم به چند نوع آنتی بیوتیک
- قبل و بعد از تماس با زخم
- پس از در آوردن دستکش ها از دست.

روشهای رعایت بهداشت دست عبارتند از:

الف- روش Hand rub:

بمنظور ضد عفونی دست با استفاده از محلول های مایع با بنیان الکلی جهت Hand rub مقدار کافی از محلول را در کف دست خود ریخته و تا زمانی که دستها کاملاً خشک شوند آنها را بهم بمالید.

ب- روش صحیح شستن دست با آب و صابون:

- در صورت امکان همیشه از آب تمیز، روان و لوله کشی استفاده نمائید.
- ابتدا دستها را با آب مرطوب کنید سپس با استفاده از صابون دستشویی دستها را بهم بمالید بنحوی که کلیه سطوح دستها را بپوشانید
- با استفاده از حرکات چرخشی کف دستان و بین انگشتان را محکم بهم بمالید.
- دستها را کاملاً آبکشی نمائید
- با حوله پارچه ای تمیز و یا حوله کاغذی یکبار مصرف دستها را کاملاً خشک نمائید.
- با همان حوله یا دستمال کاغذی استفاده شده شیر آب را ببندید و سپس جهت شستشوی مجدد حوله را به بین مخصوص لاندی کثیف و یا در صورتی که دستمال یکبار مصرف است آن را در سطل آشغال بیندازید...



فصل پنجم



مدیریت خطر

مدیریت خطر Risk Management

مدیریت ریسک هسته مرکزی هر مدیریت راهبردی سازمانی و فرایندی است که سازمانها را بصورت روشمند به ریسکهای مرتبط با فعالیتهای و اهداف تعریف شده برای هر فعالیت ارجاع می دهد. محدوده مورد نظر یک مدیریت ریسک خوب، شناسایی و رفتار سنجی و ترمیم ریسک ها می باشد. هدف از اجرای مدیریت ریسک، مشخص کردن حداکثر توان رویارویی فعالیتهای یک سازمان نسبت به ریسک ها است. این فرایند به فهم عوامل تاثیر گذار ارتقاء دهنده و تنزل دهنده یک سازمان کمک می کند و احتمال موفقیت را افزایش داده، احتمال ایجاد وقفه و خرابی و عدم قطعیت های موجود در راستای اهداف سازمانی را کاهش می دهد. مدیریت ریسک بایستی فرایندی دائمی و در حال گسترش داشته باشد و هم راهبردهای سازمانی و هم اجرای آنها را در بر گیرد، و به صورت کاملاً روشمند تمام ریسک های محیط بر فعالیت های گذشته سازمانی، فعالیت های فعلی و آتی آن را در بر گیرد.

علل نیاز به مدیریت ریسک در نظام سلامت

- افزایش ایمنی بیمار
- افزایش انتظارات بیمار، متخصصان و کارکنان
- فشارهای رقابتی در بازار سلامت
- فشار مداوم هزینه های داخلی
- ارایه خدمات مطلوب توسط بیمارستانها که از سوی دولت مطالبه میشود
- افزایش سطح شکایات، ادعاها و شکایت های قانونی
- بررسی رضایت بیماران، نقاط ضعف و ذهنیت منفی را نشان می دهد
- تحقیقات بالینی نیاز به بهبود را نشان می دهد



چهار روش مدیریت ریسک

- اجتناب از خطر
- به حداقل رساندن و یا کاهش اثرات منفی خطر
- انتقال خطر
- پذیرش برخی یا تمامی عواقب ناشی از خطر

سطح ریسک

- ناچیز: هیچ عملی مورد نیاز نیست
- قابل تحمل: هیچ کنترل بیشتری مورد نیاز نیست
- متوسط: اقدامات کاهش خطر باید اجرا شود
- اساسی: فعالیت باید تا زمانی که ریسک کاهش یابد شروع نشود.
- تحمل ناپذیر: فعالیت باید تا زمانی که ریسک کاهش یابد شروع نشود و اگر کاهش ریسک امکان پذیر نیست فعالیت به کلی انجام نگردد

مدیریت ریسک در حوزه سلامت

تعریف: انجام فعالیت های بالینی و اداری برای شناسایی، ارزیابی، و کاهش خطر آسیب به بیماران، کارکنان، و ملاقات کنندگان و خطر از دست دادن خود سازمان

آمار حاکی از آن است که درصد غیر قابل اغماضی از بیماران در مواجهه با سیستم های نظام سلامت بخصوص بیمارستان ها دچار عوارض و صدمات ناشی از ارائه خدمات می گردند. برای اینکه سازمان های بهداشتی - درمانی بعنوان مراکز قابل اطمینان تلقی گردند بایستی یک نظام اثربخش مدیریت ریسک جهت شناسایی نقایص سیستمی و ارتقای ایمنی بیمار طراحی و اجرا گردد.

مخاطره - هر وضعیت واقعی یا بالقوه که می تواند باعث صدمه، بیماری یا مرگ افراد، آسیب یا تخریب یا از دست دادن تجهیزات و دارایی سازمان شود

ریسک - احتمال مخاطره یا عواقب بد، احتمال قرار گرفتن در معرض آسیب

شدت - نتیجه قابل انتظار از لحاظ درجه صدمه ، آسیب به اموال ، و یا دیگر موارد مضرى که می تواند اتفاق بیفتد.

احتمال - احتمال رخ دادن یک رویداد

ضرورت های مدیریت ریسک

- در تمامی اقدامات سازمانی ، امکان تصمیم گیری متعدد است
- شرایط تصمیم گیری در زمانها و مکانهای مختلف ، متفاوت است
- عواقب تصمیم گیری در شرایط مختلف متفاوت است
- وقایع آینده عمدتاً غیر قابل پیش بینی و عدم قطعیت قاعده عام است
- درجه پیچیدگی سازمانها و میزان تعامل آنها با محیط ، با میزان توجه به مدیریت ریسک ارتباط مستقیم دارد .
- همیشه می توان با اعمال مدیریت علمی و تحلیل ریسک احتمال ضرر و زیان به شرکت را به حداقل رساند

مدیریت خطر و مراحل آن :

وجود خطر یک جزء اجتناب ناپذیر از زندگی است و به طور کامل نمی توان آن را حذف کرد ولی میتوان آن را به حداقل رساند. همه جنبه های مراقبت های سلامتی نیز همراه با خطر است . در گذشته مدیریت خطر در محیط بالینی با نگاه Reactive یا واکنشی بررسی می شود 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 یا Proactive است که با توجه به احتمال خطر از وقوع آن جلوگیری می شود .

فرآیند مدیریت خطر مراحل دارد که عبارتند از :

 **مرحله اول : ایجاد زمینه مناسب:** ارزیابی ریسک شرح آن دقیقاً معانی واژه های "احتمال" و "شدت" خطر را شامل می شود. ارزیابی موجب تضمین رویکرد هماهنگ در ارزیابی آینده ریسک و بررسی و پایش آن میگردد

 **مرحله دوم : شناسایی ریسک:** باتوجه به شرح وظایف شغلی و نقش افراد بررسی انجام میشود . مثلاً "خطر عوارض استفاده از داروها پس از وقوع آنها ، توسط پرسنل درمانی و یا اظهارات بیماران

کدام یک از منابع اطلاعاتی را برای شناسایی خطرات استفاده کنیم؟

- تجارب قبلی
- افراد با تجربه در سازمان
- اسناد و مدارک ، گزارش ها ، پروتکل ها ، روش های اجرایی، برنامه ها ، آموزش ،...
- بازرسی ، ممیزی داخلی ، هشدارها، حوادث و سوانح ثبت شده، شکایات...
- مصاحبه ها ، نظرسنجی ها ،...

 **مرحله سوم : آنالیز خطر :** ایده آل اینست که خطر از بین برود ولی معمولاً "این هدف قابل دستیابی نیست و تلاشها باید در جهت کاهش آنها صورت گیرد . خطرات بالینی نادر ولی جدی مثل دیسکرازی خونی به دنبال مصرف داروها را باید در کنار خطرات شایع ولی کمتر جدی مثل واکنش آلرژیک پوستی در نظر گرفت .

پس فاکتورهایی که باید در آنالیز خطر در نظر داشت عبارتند از :

- احتمال رخداد حادثه
 - هزینه حادثه
 - در دسترس بودن روشها برای کاهش احتمال رخداد یک حادثه
 - هزینه راه حل ها موجود کاهش خطر - راه حل های موجود
-  **مرحله چهارم : برخورد با خطر:** دامنه ای از انتخابها برای مقابله با خطرات بالینی می باشد. هزینه پیشگیری از یک حادثه شدید ولی نادر ممکن است بسیار بیشتر از هزاران حادثه خفیف باشد .

شیوه های متعدد جهت برخورد با خطر :

- **کنترل خطر :** استفاده از راهنماهای بالینی ، پروتکل ها و سیر مراقبت جهت به حداقل رساندن بروز خطر . مانند استفاده از گایدلاین جهت پیشگیری از ترومبوز پیش از جراحی به منظور کاهش خطر ترومبوز وریدهای عمقی و آمبولی ریه
- **پذیرش خطر :** در مواردی که وقوع خطر غیرقابل اجتناب باشد . باید این خطر شناخته شود و یک گام از اینگونه خطرات جلوتر باشیم . مثلاً : " خرابی پمپ انفوزیون و تدارک یک وسیله پشتیبانی در صورت بروز نقص فنی است .
- **اجتناب از خطر :** در این قسمت با انجام عملکرد مناسب از بروز خطر باید اجتناب کرد . مثلاً " داروهایی بسته بندی یکسانی دارند احتمال اشتباه زیاد است .
- **کاهش و یا به حداقل رساندن خطر :** در مواقعی که نتوان خطر را حذف کرد می توانیم عواقب و عوارض بالقوه آنرا محدود کنیم . این یک دیدگاه اساسی در مدیریت خطر محسوب می شود و شامل آموزش (هر دو گروه ارائه دهندگان خدمت و بیماران) و استفاده از راهنمای بالینی و خط مشی است . بطور مثال تجویز داروی مناسب به وسیله استفاده از راهنماهای بالینی و آموزش به پزشکان .
- **انتقال خطر :** به معنی جابجایی خطر به موقعیت دیگر است . مانند انتقال بیماران مشکل دارو با احتمال خطر بالا به سایر مراکز تخصصی و فوق تخصصی
- **مرحله پنجم : ارزیابی مدیریت خطر :** در این مرحله اثر بخشی رویکردهایی که جهت شناسایی آنالیز و مدیریت خطر بکار رفته ارزیابی میگردد . پس از تعیین مشکل باید یک محیط فراهم گردد تا افراد صادقانه بتوانند عقاید خود را بیان و پیشنهاداتی جهت کاهش خطر در آینده ارائه دهند .

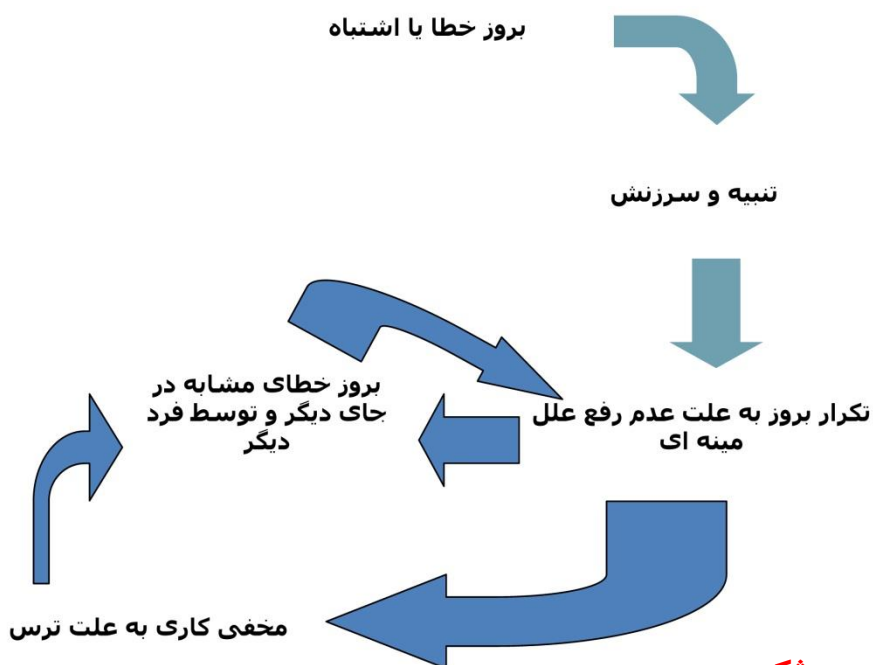
گام های پیشنهادی برای مدیریت خطر :

- ۱- مشارکت همه کارکنان و متخصصان در مدیریت خطاها و برقراری عوامل مشوق سازمانی برای گزارش دهی و رفع خطاها .
- ۲- شناسایی خطاها به ویژه در بخشهای پرخطر نظیر اورژانس
- ۳- بررسی موارد جدی و اجرای فرآیند رفع مشکل در مدت کمتر از یک هفته
- ۴- گزارش دهی داوطلبانه یا اجباری خطاها توسط پرسنل بدون ذکر نام
- ۵- گزارشات خطاها به طور قطعی
- ۶- بررسی میزان تاثیر راه حل ها بر کاهش آسیبها

چه باید بکنیم :

- ایجاد فرهنگ مناسب در سازمان و جامعه
- نگرش سیستمیک به حوادث ناخواسته درمانی (۹۶٪ منشاء سیستمیک و ۴٪ منشاء فردی)
- فرهنگ عاری از سرزنش (مشارکت در گزارش دهی پرسنل و حل مشکلات)
- حمایت از کارکنان
- مشارکت بیماران و خانواده هایشان در حل مشکلات
- ایجاد سیستم گزارش دهی - یادگیری
- تجزیه و تحلیل علیتی خطاها

چرخه معیوب خطا



خطای پزشکی

قصور خدمت یا ارتکاب عمل اشتباه در برنامه ریزی یا اجرا که به طور بالفعل یا بالقوه باعث یک نتیجه ناخواسته می شود. این تعریف به طور مشخص حیطه های کلیدی علل خطا (قصور یا ارتکاب، برنامه ریزی و اجرا) را دربرمی گیرد. متأسفانه در ایران آمار مدونی در دست نیست اما به نظر می رسد که میزان خطاهای پزشکی بسیار بالا باشد؛ به دلایل: بدخطی نسخه های پزشکی و خوانا نبودن آنها، شلوغی داروخانه ها، عدم دقت مردم برای درک اهمیت این داروها و شناخت خطرات آنها و شاید توضیح ناکافی پزشک و داروخانه داران برای مصرف دارو به خانواده ها همچنین افزایش پرونده های ارجاعی شکایت مردم از پزشکان به نظام پزشکی نشان دهنده این ادعاست.

بنابراین دو تعریف اصلی در ارتباط با خطاها مطرح است:

♦ در مرحله برنامه ریزی (ساختاری)

♦ در مرحله اجرا (انسانی)

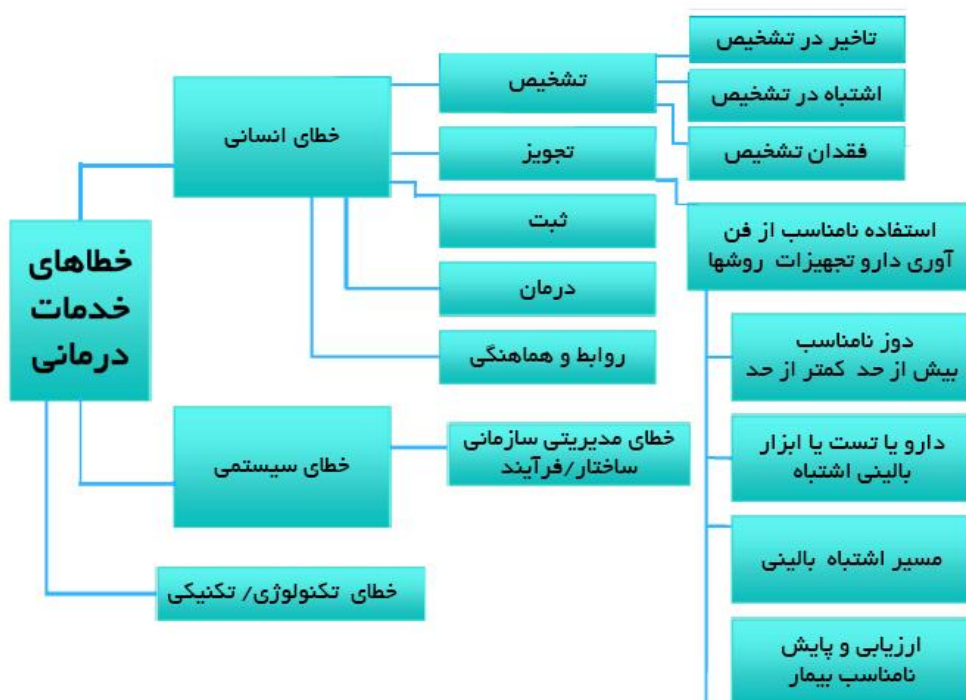
خطاها در مرحله برنامه ریزی (Planning Error)

این خطاها زمانی خود را نمایان می کنند که پیامدهای دلخواه برای بیماران محقق شود. این دسته از خطاها به علت کمبود دانش و اطلاعات از روشهای درمان، وضعیت بیمار و تجویز دارو بروز می کند.

استراتژی کاهش خطا در مرحله برنامه ریزی: انجام پژوهش تحقیق و مطالعه و انجام رویه های پزشکی مبتنی بر شواهد است که در این مسیر تدوین برنامه های مراقبتی اثر بخش به منظور کاهش خطر توصیه می شود.

خطاهای مرحله برنامه ریزی ممکن است به بیمار آسیبی بزند و یا اینکه او را متحمل آسیب نکند اما آنچه واضح است پیامدهای نامطلوبی خواهد داشت.

از مثالهای مرحله برنامه ریزی میتوان به تخلیه مداوم ترشحات حلق به منظور پیشگیری از پنومونی وابسته به ونتیلاتور اشاره نمود.



خطاهای مرحله اجرا (Execution Error)

نوع دوم خطاها به صورت غیر عمد حین انجام فعالیتهای بالینی رخ میدهند.

خطاهای اجرایی ممکن است به علت (Lapse) یا (Slip) رخ دهد.

Slip: این خطاها زمانی رخ می دهد که در طی انجام روتین وظایف وقفه ای ایجاد میشود. مثلاً "اشکال در دوز دارو موقع کشیدن Amp در سرنگ."

Lapse: وقتی این خطاها رخ میدهد که از یک گایدلاین پیروی نمی شود. مثلاً "فردی در یک وضعیت پیچیده بالینی قرار و به دلیل آنکه گایدلاین در این مشکل تعیین تکلیف ننموده دچار خطا می شود."

خطاهای اجرایی در اثر عوامل متعددی رخ میدهند از جمله: قطع ارتباط - استرس - فراموشی - حواس پرتی.

عوامل فوق نیز می توانند به دلایل ذیل رخ دهند:

۱- عدم حمایت کافی قوانین، سیاستها و رویه ها برای کاهش خطاهای پزشکی مثلاً "عدم وجود خط مشی جهت چک کردن مجدد محاسبه دوز داروهای پر خطر."

۲- کمبود دانش و آگاهی درباره جوانب خاصی از مراقبتهای پزشکی
مثلاً "کمبود اطلاعات در پرستاری که وارد بخش جدید و نا آشنا می شود و یا نداشتن آگاهی در ارتباط با چگونگی کارکرد با تجهیزات و ابزارهای درمانی"

۳- زمانی که ارائه دهنده خدمات سلامت، مهارت مورد نیاز را به لحاظ تجربه و تحصیلات نداشته باشد

انواع خطا از نظر علت پایه

۱- خطای انسانی Human Error: اگر فعالیت یا تصمیم اشخاص باعث ایجاد حادثه شود. بشکل مستقیم و فوری در سلامتی بیمار تاثیر گذار است.

۲- خطای علمی knowledge-based: وقوع اشتباهات در موقعیت های جدید که اشخاص هیچگونه سابقه قبلی آموزش یا نقشی در آن نداشته اند. بعلمت عدم یا کمبود تجربه کافی، شخص عملکرد ناقص داشته که منجر به خطا می شود

۳- خطای قوانین: **Role-based**: اگر اشخاص در مواجهه با مشکل مشابه، راه حل های مشابه اشتباه

قبلی را اجرا کنند، اعمال مقررات و دستورالعملهای اشتباه

۴- خطای مهارت: **Skill-base**: انحراف و تخلف غیر معمولی در اجرای یک برنامه کامل و خوب،

وقتی اتفاق می افتد که پرسنل فکر می کند که پروتکل اصلی در این وضعیت پاسخگو نبوده و لذا از

مهارت خود در کار استفاده می کند

تقسیم بندی دیگر خطاها

♦ خطای حاصل از انجام اشتباه یک دستور یا اقدام: (تجویز پنی سیلین برای بیماری با سابقه آلرژی)

♦ خطای حاصل از عدم انجام یک دستوری اقدام صحیح **Error of omission**: عدم تجویز یک

آنتی بیوتیک مناسب جهت بیمار، تجویز ناکافی هپارین (پروویلاکسی ترومبوآمبولی وریدی) بعد

از عمل جراحی (Hip Replacement)

انواع خطا از نظر تمایز:

♦ **خطای فعال**: خطاهایی که توسط عامل انجام کار اتفاق می افتد و اثرات آن بلافاصله احساس

می شود که به آن خطای انسانی نیز گفته می شود.

• در نقطه تماس بین کارکنان و سیستم درمانی پیچیده ایجاد می شود.

• تقریباً فوراً مشاهده می شود.

• معمولاً در خط اول درگیری و تماس پرسنل ایجاد می شود (بیمار- پرسنل)

• لبه تیز چاقوی جراحی است (Sharp End Scalpet)

مثال: فشار دادن یک دگمه اشتباه یا عدم توجه به علامت اخطار یک دستگاه، برنامه ریزی اشتباه

در میزان خروجی دارو در پمپ وریدی

♦ **خطای پنهان**: خطایی است که در طراحی سازمان یا تربیت نیروها اتفاق می افتد ولی اثرات این

خطا مدت ها در سازمان نهفته و خاموش می ماند که به آن خطای سیستمی نیز گفته می شود.

• خطاهای غیر مشهود یا کمتر مشهود **سازمانی و مدیریتی** (نیاز به گذشت زمان جهت مشاهده دارد)

• بعنوان همکار و کمک کننده در وقوع خطا

• انتهای دیگر غیر برنده یا دسته چاقوی جراحی (Blunt Of Scalpel)

• دربرگیرنده لایه های مختلف مراقبت های درمانی

• مراحل مختلفی که بطور غیر مستقیم با بیمار ارتباط دارد.

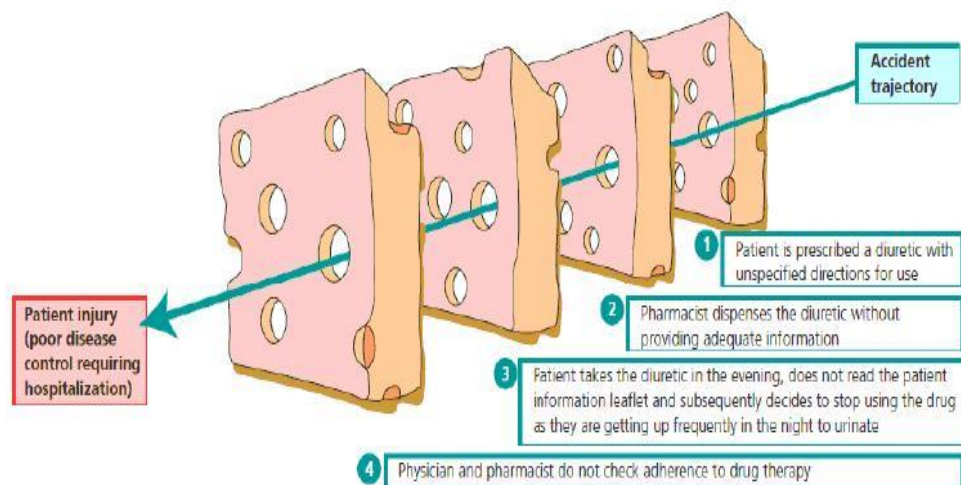
مثال: برنامه ریزی در خرید انواع متفاوت پمپ انفوزیون دارویی وعدم آموزش به پرسنل مربوطه جهت برنامه ریزی انفوزیون دارو

♦ **خطای غفلت:** انجام ندادن یک کار صحیح است مانند تشخیص ندادن یک بیماری، ارزیابی با تأخیر، عدم تجویز یک داروی لازم برای درمان بیماری و...

♦ **خطای ارتکاب:** انجام دادن یک عمل اشتباه است مانند تجویز یک داروی غلط برای یک بیمار اشتباه در زمان نادرست.

چرا خطاها اتفاق می افتند؟

به طور مرسوم خطاها به صورت یک حادثه منفرد (خطای فعال) دیده شده و در سطح ارتباط مستقیم بین بیمار و ارائه دهنده خدمت رخ داده و بعد از وقوع آن آنالیز می شوند. در حالی که در رویکرد جدید وجود چندین لایه دفاعی برای به حداقل رساندن و یا پیشگیری از بروز خطا طراحی می شود. این مفهوم وجود سیستم دفاعی منفرد را مطرح می کند. که به منظور جلوگیری و یا کاهش بروز خطاها طراحی شده است و به مدل پنیر سویسی معروف است. این مدل لایه های دفاعی سیستم را به لایه های پنیر تشبیه می کند که هر کدام از این لایه ها سوراخهایی دارند که نشان دهنده نقص در ایمنی هستند. اگر سوراخهای هر لایه در امتداد هم قرار گیرند، خطا به وقوع می پیوندد که نشان از نبود لایه های دفاعی برای پیشگیری از بروز خطا بوده است. در شکل زیر وقوع یک خطا را با استفاده از مدل پنیر سویسی مشاهده می کنید. پزشک و دارو ساز به بیمار داروی دیورتیک تجویز میکنند بدون اینکه اطلاع کافی در خصوص مصرف دارو به او بدهند. در نتیجه بیمار دارو را در ساعت بعد اظهر مصرف کرده و به علت بیدار شدن مکرر برای ادرار کردن در طول شب، خود سرانه دارو را قطع میکند و پزشک نیز بیمار را پیگیری نمی کند و این مسئله منجر به بستری شدن بیمار می شود.



یادگیری از خ تاها :

یک جزء اساسی جهت ارتقاء ایمنی بیمار گزارش حوادث است تا پس از یادگیری از تاها از وقوع حوادث مشابه در آینده جلوگیری گردد . یکی از روشهای اساسی در شناسایی تا همان گزارش دهی تاهاست که باید ارتباط آن با سطوح بالاتر تعریف شود .

طراحی ایده آل جهت گزارش دهی تا :

کلیات طرح :

- هیچ عواقبی متوجه گزارش دهنده نشود
- تمام تاها گزارش شود
- از توصیه ها برای اصلاح فیدبک گرفته شود

جمع آوری داده :

- فرم گزارش تا تهیه کرده و در اختیار کسانی که تمایل به همکاری دارند قرار گیرد
- اجازه تماس بعدی با گزارش دهنده تا به منظور روشن شدن جزئیات بدهند (در عین اینکه گزارش دهنده را معرفی ننماید)

- بر توصیف مراحل خطا تاکید کند
- از یک سیستم کامپیوتری آنلاین برای تسهیل گزارش دهی استفاده کنید

مرحله تحلیلی :

- داده ها را از تمام افراد درگیر در حادثه جمع آوری کنید
- در موقع رخداد یک حادثه واحد ، تمام سیستم را در نظر بگیرید
- حوادث را بر اساس رویکرد و محل حادثه طبقه بندی کنید
- مشکلات شایع در یک بخش را شناسایی کنید

مداخله :

- نقص های زمینه ای سیستم را توسط آنالیز تمام خطاها پیدا کنید
- محیط های مستعد خطا را برای انجام مطالعات اضافی مورد هدف قرار دهید
- اقدامات اصلاحی اجرا شده را بررسی کنید
- برای تصمیم گیران توصیه هایی داشته باشید

پرسنل در کلیه واحد ها در صورت بروز هرگونه خطایی :

- ۱- در فرم مربوطه با ذکر مشخصات کامل نوع خطایی ارتكابی آن را گزارش می نمایند (گزارش اختیاری بدون ذکر نام ...)
- ۲- فرم هایی مذکور در پایان هرماه از کلیه واحد ها به دفتر حاکمیت بالینی بیمارستان تحویل داده شوند.
- ۳- فرم ها بعد از بررسی و طبقه بندی خطاهای ارتكابی در کمیته بهبود کیفیت بیمارستان مورد تجزیه و تحلیل قرار می گیرند.
- ۴- فرایندها و اقدامات اصلاحی بعد از تجزیه و تحلیل خطاها انجام می شود
- ۵- نتایج مداخلات حاصله به کلیه واحد ها ابلاغ می شود.

فرم هایی گزارش دهی خطاها (به پیوست آخر کتاب) در هر واحد موجود است.



فصل ششم



مدیریت بحران

مدیریت بحران Disaster Management

مدیریت بحران مجموع تمام اقدامات صورت گرفته به منظور کاهش احتمال خساراتی است که به دنبال یک مخاطره اتفاق می افتد و به منظور به حداقل رساندن آسیب و خسارت در زمانی که یک حادثه در حال وقوع بوده و یا حادث شده است و عملیات باز یابی به کار می رود.

آمادگی در مقابل بحران : Disaster Preparedness

فعالیت های است که برای آماده سازی و بالا بردن توان جامعه جهت پیش بینی و دادن هشدارهای اولیه در ابتدای خطر ، و مقابله و سازگاری با اثرات سانحه یا سازماندهی و زمانبندی انتقال و نجات مجروحان ، امداد و سایر کمکهای مقتضی پس از سانحه انجام میگیرد. همچنین بر آمادگی انجام آزمایشهای سیستم های هشدار دهنده جهت پیش بینی خطر و برنامه های تخلیه سریع مردم و سایر مواردی که سبب ارتقای توان جامعه هنگام بروز خطر میشود، تاکید می ورزد. آمادگی همچنین شامل آموزش مسئولان و مردم ، اتخاذ سیاست های جدید، استانداردها ، سازماندهی و مدیریت برای کاهش اثرات سوانح ، امنیت بخشی به منابع (شامل انبار کردن تجهیزات مورد نیاز و تخصیص بودجه) و آموزش نحوه ماموریت ها توسط امداد گران است.

پاسخ به سانحه: Disaster Response

فعالیت های طراحی شده برای بازگشت فعالیت جامعه یا سازمان به سطح قابل قبول مشتمل بر سازماندهی ، بازتوانی و باز سازی است.

پرستاری بحران به صورت زیر تعریف می گردد: (جمعیت پرستاری بحران ۲۰۰۲)

استفاده سیستماتیک از دانش و مهارتهای تخصصی پرستاری به جهت ارتقاء عملکردها و کاهش خطرات جسمی و روانی بحران با مشارکت دیگر حرفه ها و حیطه های تخصصی. آموزش پرستاری بحران باعث پیامدهای مثبتی برای مردم و جمعیت های درگیر بحران می گردد که شامل موارد زیر می باشد:

۱- کاهش مرگ و میر در جوامع انسانی

۲- ارتقاء سلامت در جامعه

۳- کاهش هزینه های مؤسسات بهداشتی درمانی و کشوری.

آموزش پرستاری بحران، پرستاران را قادر می سازد که درک مناسبی درباره بحران داشته و در هنگام حوادث بحرانی و ترومازا پاسخ مناسبی بدهند و اقدامات پرستاری مناسبی را در جهت کاهش اختلالات روانی از جمله اختلال استرس بعد از ضربه انجام دهند.

پرستاران بایستی آموزش لازم در زمان بحرانهایی مثل بیوتروریسم، گازهای شیمیایی، بیماریهای واگیر، حوادث طبیعی و.... داشته باشند زیرا پرستاران اولین پاسخ دهندگان به شرایط بحرانی می باشند. بطور کلی یک پرستار در هنگام بحران باید بداند که چه اقدامات پرستاری لازم و ضروری می باشد و جهت این اقدامات برنامه ریزی کامل داشته باشد.

تعریف بحران :

بحران یک حادثه طبیعی و یا ساخته دست بشر است که بطور طبیعی به مرگ، جراحت و ویرانی منجر می شود به نحوی که نمی توان آنرا از طریق اقدامات معمول و منابع و تجهیزات درست مهار کرد.

این حادثه نیاز به پاسخ فوری، هماهنگ و مؤثر جهت برآوردن نیازهای دارویی، تجهیزاتی و روانی افراد آسیب دیده که بوسیله بخش دولتی یا خصوصی اعمال می شود، دارد.

بحران حادثه یا موقعیتی است که از یک وضعیت اورژانسی عظیم تر بوده و موجب اختلال و خرابی در مکانهای مثل خانه ها، نقل و انتقالات، ارتباطات و مراقبتهای بهداشتی گشته و نیاز به پاسخ سریع افراد خارج از منطقه آسیب دیده دارد.

Ueouxeef: بحران یک حادثه تهدید کننده با خاصیت تخریبی شدید بوده که موجب آوارگی مردم، جدا شدن اعضاء خانواده، آسیب یا تخریب خانه ها و یا آسیب و کشتار مردم می شود.

انواع بحران

بحرانهای طبیعی

سیل، طوفان، زمین لرزه، آتشفشان

بحرانهای تکنولوژیکال

سقوط هواپیما، تصادفات، آتش سوزی، بمباران، شورش، انقلاب، جنگ

تقسیم بندی دیگر بحران:

- بحران تکاملی Maturational (بلوغ، پیری)
 بحران موقعیتی Situaional (ازدواج، مهاجرت)
 بحران اتفاقی - اکتسابی Advent ional (حوادث طبیعی)

تقسیم بندی بحران از دیدگاه مؤسسات پزشکی:

۱- بحران داخلی:

اختلال در عملکرد طبیعی بیمارستان بوجود می آید. مثل صدمه یا مرگ پرسنل بیمارستان و یا آسیب به قسمتهای فیزیکی بیمارستان

۲- بحران خارجی:

به ساختار ساختمان صدمه ای وارد نمی کند ولی ممکن است بر روی منابع بیمارستانی اختلالاتی را ایجاد کند.

اثرات بحران بر سلامت:

بحران ها بر روی جوامع و جمعیتهای انسانی از طریق مختلف اثر می گذارند. ساختمانهای آسیب دیده و فرو ریختن آنها نمونه ای از زیانهای فیزیکی آنهاست. تنها تأثیرات بد بحرانهای آب و هوایی در ایالات متحده امریکا سالانه بالاتر از ۱ میلیون دلار خسارت به بار می آورد. بحرانهای دسترسی مردم به خدمات اولیه و اساسی مراقبتی و خدمات پیشگیری سطح اول، دوم و سوم را با مشکل مواجه می سازند. بسته به طبیعت، نوع و مکان بحران، ارزیابی و اندازه گیری اثرات کوتاه مدت و بلند مدت آنها بر روی سلامت افراد جامعه مشکل می باشد.

بحرانهای سیستم بهداشتی جامعه را به روشهای زیر تحت تأثیر قرار می دهد:

- مرگ زودرس، بیماری و صدمه در جامعه درگیر بحران افزایش می یابد.
- زیر ساختهای سیستم مراقبت بهداشتی تخریب می شود.
- اختلالاتی در محیط ایجاد می شود.
- بر روی جنبه های روانی - احساسی و رفاه اجتماعی تأثیر می گذارد - سوء تغذیه در جامعه بوجود می آید.

مدل پرستاری بحران :

این مدل توسط Sandra jenninge در سال ۱۹۹۶ ابداع گردید. امروزه از این مدل جهت طراحی و اداره کردن بحرانها در بیمارستانها، درمانگاهها و آسایشگاههای سطح جامعه استفاده می شود. پرستاران با همکاری دیگر پرسنل درمانی می توانند در هر فاز از این مدل درگیر شده و همکاری نمایند. این مدل دارای فازهای زیر می باشد :

فاز ۱: قبل از بحران فاز ۲: بحران فاز ۳: بعد از بحران فاز ۴: نتایج مثبت بیماران / جامعه

فاز ۱ :

در فاز اول بررسی محیط کار از نظر منابع و خطرات صورت می گیرد. شناسایی منابع و امکانات شامل برآورد هزینه ها، ایجاد پناهگاهها، توافق و همکاری با دیگر آژانسهای جامعه، آموزش بحران به کارکنان، ایجاد یک برنامه مدیریتی بحران، طراحی ابزارهای بررسی (چک لیستها) می باشد، که اطلاعات مفیدی را جهت بررسی، در مرحله قبل از بحران به برنامه ریزان بحران می دهد. شناسایی عوامل خطر نیز بسیار مهم می باشد که شامل : کمبود بودجه، عدم وجود پناهگاه در جامعه، عدم داشتن بیمارستانها با فضای مناسب برای مقابله با بحران، در نظر نگرفتن گروهها و افراد با نیازهای خاص برنامه ریزی، عدم آموزش پرسنل در مواقع بحران و عدم هماهنگی بین پرسنلی، نداشتن ابزارهای بررسی بحران، عدم شناخت خطرات در محیط کار، عدم هماهنگی با دیگر حیطه های بهداشتی - درمانی مانند پزشکان و ...

در برنامه ریزی در فاز ۱ مهم است که ابتدا منابع و امکانات خود را شناخته و بدرستی از آنها استفاده نمائیم. پیشگیری اولیه در این فاز انجام می گیرد که با انجام فعالیتهای اولیه پیشگیری کننده در جهت ارتقاء سلامت جامعه به دست می آید. برنامه ریزی جهت اورژانسها، ذخیره غذا، فراهم نمودن امکانات و تجهیزات، آموزش جامعه در مورد بحرانها و نحوه برخورد با آنها جهت نجات جان آسیب دیدگان بحران در این مرحله صورت می گیرد.

فاز ۲ :

در این فاز بحران اتفاق افتاده و پرستاران در این فاز در نقشهای زیر مشغول فعالیت می گردند که شامل :

- نقش مراقبت دهنده Care giver
- نقش آموزش دهنده Educator

■ نقش مدیریت موردی case management

بعنوان مراقبت دهنده پرستار، مسئول تریاژ و اولویت بندی مراقبت و درمان بیماران است. مهم است که به کلیت بیمار در هنگام مراقبت از او توجه گردد و جنبه های روانی، فیزیکی، روانی، اجتماعی و سلامتی فرد در نظر گرفته شود.

عملکرد مناسب پرستار در این فاز بستگی به دانش، تجربیات بالینی، تئوریها و خلاقیت های درونی او دارد. هدف نهائی پرستارانی که در این موقعیتهای بحرانی بعنوان مراقبت دهنده کار می کنند ارتقاء سلامتی جسمی و روانی مصدومین بحران می باشد. انجام تریاژ در این فاز توسط پرستاران بسیار مهم و حیاتی می باشد. در این مرحله بیماران باید آموزشهای لازم را هم دریافت نمایند و پرستاران هم باید شرح وظایف خود را بر اساس سیاستهای از قبل برنامه ریزی شده در فیلد و بیمارستان انجام دهند و به دیگر همکاران آموزش دهند.

*** در نقش آموزش دهنده آموزش به مجروحین و خانواده آنها، آموزش به هم رده ها و رده های پائین تر شغلی جهت انجام عملکرد مؤثر انجام می گیرد.**

*** در نقش مدیریت موردی پرستار بعنوان یک رابط میان بیمار، بیمارستان و آژانسهای جامعه عمل می نماید.**

فاز ۳:

در فاز سوم که مرحله بعد از بحران می باشد پرستار در ۳ قسمت زیر مشغول فعالیت می گردد:

۱- بررسی ۲- برنامه ریزی ۳- اجرا

در فاز بررسی پرستار باید از مجروحین بحران را که در زمانهای خاص نیاز دارند بررسی دوباره ای داشته باشد. بازتوانی جسمی و روانی بیماران در این مرحله انجام می گیرد. بعلاوه در مرحله بررسی قدرت و ضعف برنامه مدیریت بحران نیز مورد بررسی قرار می گیرد. در قسمت دوم یا مرحله برنامه ریزی ضعف برنامه های ریخته شده باید برطرف گردد. برنامه بازبینی شده و در صورت ضعف باید برنامه ریزی جدیدی برای بحرانهای احتمالی طرح ریزی شود.

در قسمت اجرا یافته های برنامه های موجود بحران توصیف و ثبت می گردد. برنامه بحران تجدید نظر شده باید در محیط کار و به صورت آزمایشی اجرا گردد.

فاز ۴:

فعالیت فاز اول از طریق فاز سوم بر روی پیامدهای بیمار و جامعه تأثیر دارد. وقتی از این مدل استفاده می شود، نتایج مثبت زیر برای بیماران و جامعه به دست می آید:

- ۱- کاهش میزان مرگ و میر
- ۲- کاهش هزینه ها
- ۳- بهبود وضعیت سلامتی در جامعه
- ۴- افزایش آگاهی مردم نسبت به پرستاری بحران
- ۵- افزایش تأثیر برنامه های بحران پرستاری
- ۶- افزایش و همکاری و ارتباط میان پرستاران و دیگر آژانسهای جامعه

مراحل اصلی مدیریت بحران :

۱. آمادگی **preparedness**: برنامه ریزی پوششگرانه در جهت طراحی ساختار پاسخ به بحران قبل از ایجاد آن در جامعه را آمادگی می گویند.
۲. تسکین دادن **Mitigation** : به معنای گامهای برداشته شده جهت کاهش تسکین مخرب یک بحران با تلاش برای محدود کردن اثرات آن بحران بر روی سلامت جامعه، عملکرد آن و ساختارهای اقتصادی است.
۳. پاسخ **Response** : این مرحله اجرای واقعی طرح بحران ریخته شده می باشد. پاسخ به بحران یا مدیریت اورژانس، سازماندهی فعالیتهای جهت اداره کردن حوادث است.
۴. بهبودی **Recovery**: فعالیتهای این مرحله بر روی ثابت کردن و برگرداندن جامعه یا سازمان به وضعیت طبیعی می باشد که این فعالیتهای شامل دوباره سازی ساختمانهای آسیب دیده، اسکان دادن به مردم بحران زده و ترمیم ساختارهای جامعه و اقدامات بهداشت روانی می باشد.
۵. ارزشیابی **Evaluation** : ارزشیابی مرحله ای از برنامه ریزی بحران و پاسخ به بحران است که اغلب به آن کم توجهی می شود. در این مرحله برنامه بررسی و نقاط ضعف و قوت مشخص می شود.

تریاز در حوادث غیر مترقبه

حوادث با کشتار دسته جمعی : به حادثی که به بیشتر از یک فرد صدمه وارد نموده و تقاضا جهت وسایل و امکانات و پرسنل درمانی را افزایش دهد حوادث با کشتار دسته جمعی می گویند. در هنگام بررسی اینچنین حوادثی باید به شدت، قدرت، تکرار و وسعت اندازه آن حادثه توجه نمود.

در هنگام وقوع این حوادث پرسنل سیستم درمانی باید به سؤالات زیر پاسخ دهند:

- ۱- چه تعداد مجروح به صورت مؤثر می توانند درمان شوند و از طریق آمبولانس حمل شوند.
 - ۲- در هنگام مواجه شدن با چند مجروح در یک زمان چه اقدامی باید انجام داد.
 - ۳- زمانی که ۸ مجروح داشته و تنها ۳ آمبولانس در اختیار دارید چه اقدامی انجام می دهید.
- در حوادث با کشتار دسته جمعی جهت بهبود عملکرد سیستم درمانی و ارائه بالاترین سطح مراقبت می توان از یک پروتکل پویا به نام تریاژ استفاده نمود.

تریاز:

وقتی مقدار و شدت صدمات فیزیکی و روانی بر ظرفیت موجود تسهیلات بهداشتی غلبه نماید رویه دیگری برای درمان های پزشکی اتخاذ می گردد این اصل که کسانی که ابتدا مراجعه می نمایند در اولویت اول درمان و مراقبت هستند در فوریت ها و وضعیتهای بحرانی مصداق نخواهد داشت بررسی سریع مصدومین و اولویت بندی آنها را فرایند تریاز می نامند.

در تعریفی دیگر طبقه بندی دو یا تعداد بیشتر از مصدومین بر اساس وخامت حال و شدت اختلال در وضعیت طبی آنها و تعیین اولویت درمان و مراقبت بر اساس منابع در دسترس را تریاز می گویند. به این معنی که مصدومین و بیماران با شرایط پیچیده تر و شدیدتر سریعتر مراقبت را دریافت نموده و به مراکز مربوطه انتقال پیدا نمایند. فرایند تریاز جهت کلیه تصادفات و حوادث با کشتار دسته جمعی لازم و ضروری می باشد. در حوادث با کشتار دسته جمعی اولین شخصی که به محل حادثه رسیده و دارای بالاترین سطح آگاهی از فرایند تریاز می باشد فرایند تریاز را شروع می نماید.

و یا به عبارت دیگر تریاز به معنی دادن مراقبت صحیح در زمان صحیح و مکان صحیح می باشد.

کلمه تریاز از کلمه فرانسوی trier به معنای مرتب کردن و دسته بندی کردن گرفته شده و اولین بار در زمان ناپلئون پناپارت برای اولویت بندی رسیدگی بالینی به مجروحان جنگی مورد استفاده قرار گرفت.

مدیریت بحرانها با کشتار دسته جمعی را می توان به بخش های زیر تقسیم نمود که شامل :

۱- جستجو و نجات

۲- کمک های اولیه

۳- Triage

۴- اقدامات درمانی بیمارستانی و در صورت نیاز انتقال بیمار به بیمارستان های دیگر

که در این میان فرآیند تریاژ از اهمیت بیشتری برخوردار می باشد

فرآیند تریاژ :

فرآیند تریاژ را می توان با استفاده از یک کلمه 5S انجام داد که شامل :

۱- safety Assessment

۲- برآورد حادثه از دیدگاهی دیگر شامل:

- برآورد شدت حادثه
- مقاومت در مقابل صدمه
- تعداد متوسط بیماران
- شدت جراحات
- بررسی نواحی درگیر

۳- send information فرستادن اطلاعات که شامل موارد زیر است :

- دادن اطلاعات در مورد صحنه حادثه به همکاران
- درخواست کمک و نیروی انسانی

۴- setting up scene سازماندهی صحنه یا

- زدن دستبندهای تریاژ
- شناسایی نواحی تریاژ
- شناسایی نواحی ورودی و خروجی صحنه حادثه

۵- شروع فرآیند تریاژ به صورت start

طبقه بندی تریاژ:

بیماران باید به سرعت بر اساس شدت جراحات و شرایط طبی در صحنه حادثه گروه بندی شوند. بر این اساس بیماران عمدتاً به ۴ گروه تقسیم بندی شده و برای آنها کد رنگی در نظر گرفته می شود که این کدها شامل کد قرمز، زرد، سبز و مشکی می باشند.

Red cod

کد قرمز اولین اولویت در تریاژ می باشد و شامل بیمارانی می باشد که معمولاً جراحات و مشکلات عمده در سیستم های گردش خون یا تنفسی دارند. مانند:

اشکالات در سیستم تنفسی و راه هوایی - خون ریزیهایی غیر قابل کنترل و شدید - کاهش سطح هوشیاری - مشکلات طبی جدی - شوک (هیپوپرفیوژن) - سوختگی های شدید

Yellow code

اولویت دوم در تریاژ بیمارانی می باشند که دارای مشکلات جدی بوده، اما می توان با تأخیر اقدامات پزشکی را بر روی آنها اعمال نمود. و بعد از بیماران گروه قرمز حمل و انتقال آنها از صحنه تصادف صورت می گیرد و برای حدود ۴۵ دقیقه می توان آنها را به حالت انتظار نگه داشت مشکلات شایع در این گروه شامل موارد زیر می باشد:

- سوختگی های بدون ایجاد مشکلات در راه هوایی، صدمات استخوانی (مفصلی) متعدد
- جراحات و صدمات ناحیه کمر یا بدون آسیب به طناب نخاعی، شکستگی های باز، جراحات چشم، جراحات شکمی باز بدون ایجاد شوک، جراحات شدید قفسه سینه در صورت stble بودن بیمار.

Green cod

در این دسته بیمارانی قرار می گیرند که صدمات آنها در اولویت سوم قرار دارد در حقیقت افرادی که ضایعات خفیف داشته که نیاز به درمان اورژانس ندارند. آنها ممکن است سرپایی باشند و برای حدود چندین ساعت قبل از انتقال به بیمارستانی منتظر بمانند. این گروه شامل موارد زیر می باشند:

- جراحات کوچک بدون خطر تهدید کننده زندگی، جراحات جزئی بافت نرم، سوختگی های کوچک، مشکلات سایکولوژیک.

Black code

کد سیاه بیمارانی با مشکلات غیر قابل برگشت می باشند و در تریاژ در اولویت آخر قرار می گیرند این گروه بیماران شامل بیمارانی می باشند که یا فوت کرده اند یا در طول ارائه مراقبت اورژانس فوت

خواهند نمود یا جراحات بسیار شدیدی داشته که امید زنده ماندن برای آنها در بیمارستان وجود ندارد و عموماً مشکلات زیر را دارند: ایست قلبی تنفسی، جراحات بسیار وسیع سر، قفسه سینه یا شکم، سوختگی کل بدن (۹۰ درصد یا بیشتر)

تگ تریاژ (Triage Tage) :

تگ تریاژ نوارهای رنگی بوده که برای شناسایی سریع بیماران و تعیین اولویت درمان و حمل و نقل آنها استفاده می شود. این تگها عموماً به لباس مصدوم وصل می گردد. در محیطهای خارج از بیمارستان این دستبندها ممکن است به علت عواملی مانند برف یا باران آسیب دیده و یا به علت توفان شدید از بیمار جدا گردد جهت حل این مشکل از چسب های مخصوصی نیز جهت کد بندی بیماران استفاده می گردد. در صورت در دسترس نبودن این دو وسیله می توان رنگ مناسب (قرمز، زرد، سبز، سیاه) روی نوار چسب علامت گذاری کرده و به پیشانی بیمار متصل نمود و سپس در فرصت مناسب با دستبندهای تریاژ بیمار کد گذاری گردد.

ناحیه تریاژ :

به نواحی گفته می شود که تریاژ اولیه شروع شده به بیمار کد رنگی داده شده و سپس بیمار به ناحیه درمانی منتقل می شود.

نواحی درمانی : (Treatment area)

ناحیه ای می باشد که درمان اولیه بر روی بیماران انجام می گیرد. بیمارانی که کد قرمز دارند مجدداً در ناحیه درمانی مورد بررسی قرار می گیرند اقدامات فوری جهت بیماران با کد قرمز و دارای جراحات متعدد در ناحیه درمانی توسط تیم پزشکی انجام می گیرد و سپس به بیمارستان یا مرکز درمانی انتقال پیدا می کنند.

تکنیکهای تریاژ : (Triage Techniques)

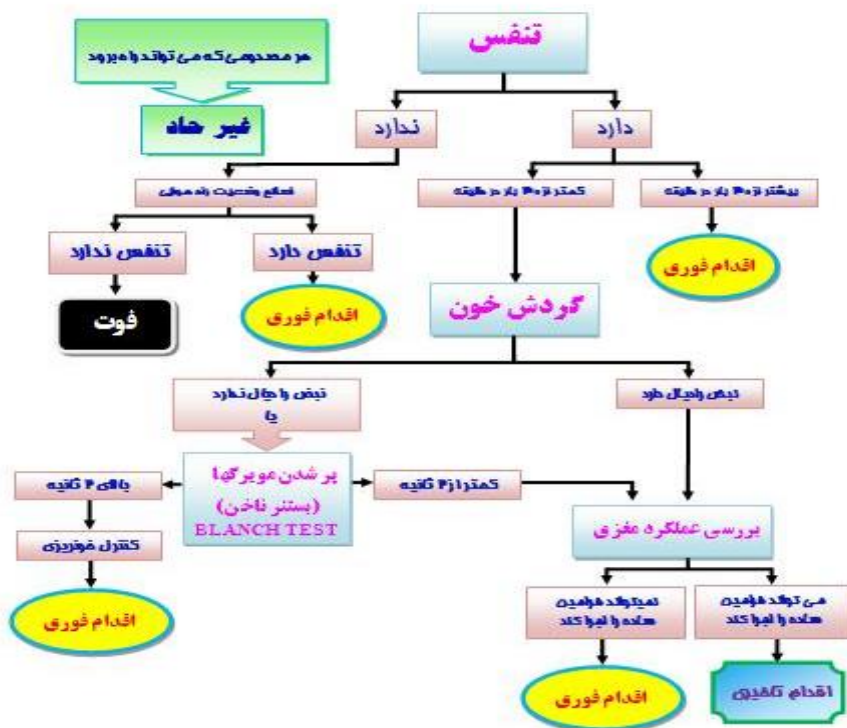
بیمارانی که احتیاج به مراقبتهای سریع طبی دارند در فرآیند تریاژ شناسایی می شوند. یک سیستم ایده آل تریاژ باید ساده بوده، احتیاج به مهارتهای پیشرفته بررسی نداشته باشد و بر روی تشخیص های خاص متمرکز نشده و اقدامات ساده و سریع نجات دهنده زندگی را شامل بوده و در عین حال به آسانی قابل آموزش و یادگیری باشد.

سیستم START تمامی موارد بالا را دارا می باشد این سیستم توسط بیمارستان کالیفرنیا ایجاد شده است پروتکل start یک قدم مؤثر اولیه بر اساس بررسی وضعیت تنفسی، گردش خون و بیمار می باشد.

چارت تریاژ استارت

(در حوادثی که مصلوحین زیادی دارد)

Simple Triage And Rapid Treatment



- قدم اول از بیمار خواسته می شود که راه برود
- قدم دوم بررسی سیستم تنفسی بیمار
- قدم سوم بررسی سیستم گردش خون بیمار
- قدم چهارم بررسی سیستم مغزی بیمار

در بررسی بیمار در مرحله اول اگر بیمار بتواند راه برود در گروه سبز قرار می گیرد. در مرحله دوم راه هوایی بیمار مورد بررسی قرار می گیرد و در صورت عدم تنفس، کد مشکی دریافت می کند. در صورت تنفس بیشتر از ۳۰ تنفس در دقیقه کد قرمز می گیرد.

در صورتیکه تعداد کمتر از ۳۰ بار در دقیقه تنفس داشته باشد. بیمار به ارزیابی بیشتر احتیاج داشته و وارد مرحله ۳ می شود.

قدم سوم بررسی نبضهای محیطی بیمار می باشد. در صورت عدم لمس نبض های محیطی مصدوم در گروه قرمز قرار می گیرد. خون ریزیهای شدید باید توسط فشار مستقیم روی ناحیه کنترل گردد. در صورت لمس نبض رادیال به ارزیابی بیشتر مصدوم احتیاج بوده و بررسی بیمار وارد مرحله چهارم می شود. در این مرحله وضعیت مغزی بیمار مورد ارزیابی قرار می گیرد. در صورتی که بیمار فرمانهای ساده شما را اجرا نماید (مانند درخواست از بیمار باید چشمهای خود را باز و بسته نماید) در گروه سبز یا زرد قرار گرفته (یافته های دیگر بیمار نیز مانند جراحات واضح مورد توجه قرار می گیرد) و در صورت عدم اجرا فرمان و اختلال در سیستم مغزی بیمار در گروه قرمز قرار می گیرد لازم به ذکر است که در این مرحله نیز ممکن است نیاز باشد سیستم تنفسی مورد ارزیابی قرار گیرد.

تریاز ثانویه :

اولویت ها بر اساس شرایط بیمار تغییر می کند در نتیجه اولویت بندی بیمار یک فرآیند مداوم و سیستمیک می باشد بعد از ارزیابی اولیه و کامل همه بیماران با کد قرمز به نواحی درمانی انتقال پیدا می نمایند. این ناحیه باید شرایط خوبی را از نظر امنیتی و ایمنی دارا باشد در این ناحیه بیماران گروه قرمز و زرد تحت کنترل مداوم قرار گرفته و اقداماتی اولیه حیاتی جهت آنها اجرا گردد و سپس بر اساس اولویت درمانی انتقال پیدا می نمایند.

بیماران در ناحیه درمانی تحت تریاز ثانویه قرار می گیرند در این مرحله بیمار تحت بررسی مجدد تیم درمان قرار گرفته و ممکن است اولویت های درمانی مجدداً تغییر نماید و کد بیمار عوض شود.

Mettace :

دستبندهای استاندارد تریاز می باشد که در مرحله تریاز ثانویه جهت مصدومین بکار گرفته می شود این دستبندها شامل مواردی مانند ثبت علائم حیاتی بیمار، وجود جراحات خاص و سطح اولیوی بیمار می باشد مراحل بعدی تریاز همچنین می تواند در آمبولانس، در راه رسیدن بیمارستان و هنگام ورود به بیمارستان انجام گردد.

موقعیتهای خاص در تریاژ:

کودکان، بیماران هیستریک، بیماران عصبانی در موقعیتهای خاص تریاژ می باشند. کودکان باید در اولویت بالاتری نسبت به بزرگسالان قرار گیرند و در صورت امکان انتقال کودکان به بیمارستان به همراه والدین آنها باشد کودکان ممکن است با وجود قرار داشتن در معرض شوک دارای تنفس نرمال و فشار خون طبیعی باشند به همین دلیل کنترل پاره شدگی مویرگی خصوصاً کودکانی که از فضای سرد منتقل شده اند لازم و ضروری می باشد.

کاهش درجه حرارت یک خطر جدی و اساسی در مصدومین درگیر با حوادث کشتار دسته جمعی در محیطهای خارج شهری و سرد می باشد که باید به این مهم نیز در اولویت بندی بیماران توجه شود.

تریاز در بیماران با جراحات متعدد:

دادن مراقبت اورژانس به بیماران با جراحات متعدد نوع دیگری از تریاژ را طلب می نماید در این زمان نیاز به پرسنل با مهارت ویژه و همچنین دارای قابلیت عملکرد مؤثر جهت تصمیم گیری و اولویت بندی بیماران می باشد جراحات تهدید کننده زندگی عملاً سیستم های گردش خون، تنفس و سیستم عصبی بیمار را درگیر می نماید. در این زمان احیا گر به خون ریزی وسیع بیمار نباید توجه نماید. بلکه بررسی سیستم تنفسی و گردش خون در اولویت برنامه قرار می گیرد.

ابتدا باید سریعاً راه هوایی بیمار از طریق مانورهای مخصوص head tilt-chinlift، jaw-thrust باز می شود اکسیژن با سرعت بالا برای بیمار شروع می شود و در صورت ایست قلبی تنفسی عملیات CPR انجام می شود.

مدیریت بلایا:

سه جنبه اساسی از مدیریت بلایا وجود دارد:

الف: پاسخ به بلا

ب: آمادگی برای بلا

ج: تقلیل بلا

مدیریت رخدادی ناگهانی که باید سریعاً به مقابله و پاسخگویی به آن پرداخت در مدیریت وضعیت اضطراری باید چگونگی پاسخ گوئی به نیاز معلوم شود. حتی امدادگران هم نیاز هایی دارند که معمولاً فراموش می شود.



فصل هفتم



کنترل عفونت

عفونت :

فرایندی است که در طی آن عامل بیماریزا یا عفونی به میزبان حساس حمله کرده ، رشد و تکثیر یافته و باعث آسیب رساندن به میزبان می شود. عوامل عفونی مهم عبارتند از ویروسها ، باکتریها، ریکتیاها ، قارچ هاوانگلها.

عفونت بیمارستانی :

عفونت ایجاد شده در بیمارستان برای بیماری که به خاطر مشکل دیگری به جز این عفونت بستری شده است.

عفونتی است که در بیمار بستری در بیمارستان یا دیگر مرکز درمانی ایجاد میشود ، در حالی که به هنگام بستری وجود نداشته است.

عفونتی است که ۴۸ تا ۷۲ ساعت بعد از پذیرش بیمار در بیمارستان ایجاد میشود. و همچنین عفونت های مرتبط با شغل و حرفه که در بین پرسنل بیمارستان ایجاد میشود .

تفاوت کلونیزاسیون و عفونت :

کلونیزاسیون : تهاجم میکرو ارگانیسم به میزبان و رشد و تکثیر آن بدون ایجاد عفونت در آن میزبان

❖ **بیماران یا کارکنان مشاغل پزشکی میتوانند با پاتوژن های مختلفی کلونیزه شوند ولی علائم عفونت را بروز نمی دهند. بنابراین عفونت در صورتی اتفاق می افتد که فرد حساس و آسیب پذیر باشد.**

انتقال عفونت در بیمارستان :

برای انتقال عفونت در بیمارستان سه عنصر باید فراهم شوند:

- ۱- منبع ارگانیسم های عفونت زا
- ۲- میزبان حساس
- ۳- راه انتقال

❖ **تماس (contact) مهمترین و شایعترین راه انتقال عفونت بیمارستانی است.**

انتقال از طریق تماس به سه طریق صورت میگیرد.

- از طریق تماس مستقیم (حین مراقبت از بیمار)
- از راه تماس غیر مستقیم (اشیاء مثل سوزن ، پانسمان، دست آلوده)
- از راه قطرات (حین سرفه، عطسه، صحبت، برونکوسکوپی، ساکشن)
- ❖ قطرات به فاصله کمتر از یک متر انتشار می یابند و در هوا معلق نمی مانند و بنابراین نیازی به تهویه هوائیست.
- ❖ یکی از راههای انتقال، راه هوایی است، برای آنکه ذرات به مدت طولانی در هوا بمانند باید قطری کمتر از ۵ میکرو متر داشته باشند، این ذرات معمولاً از طریق تبخیر قطرات حاوی میکرو اورگانیزم ایجاد گردیده و در سطح وسیع پخش میشوند لذا برای جلوگیری از انتشار آنها، تهویه هوا لازم است.
- ❖ بیماریهایی که از طریق هوا منتقل میشوند و بنابراین به تهویه هوا احتیاج دارند شامل: سل - سرخک - آبله مرغان است.

ایزولاسیون:

اتخاذ خطمشی های عملی برای جلوگیری از انتقال عفونت در بیمارستان، بر اساس راه های انتقال عفونت.

هدف: پیشگیری از انتقال میکروارگانیزم ها از بیمار عفونی یا کلونیزه به سایر بیماران، عیادت کنندگان و پرسنل پزشکی.

اصول جداسازی مشتمل بر دو قسمت "احتیاط های استاندارد" و "احتیاط بر اساس راه انتقال بیماری" میباشد.

رعایت احتیاط بر اساس راه انتقال عفونت به سه گروه بر اساس زیر طبقه بندی میشود.

- انتقال از راه هوا (Airborne.T)
 - از طریق قطرات (Droplet.T)
 - از راه تماس (Contact.T)
- در احتیاط هایی که باید بر اساس راه انتقال عفونت ها صورت گیرند رعایت موارد زیر ضروری است:

الف: اصول احتیاط های هوایی (Air borne Precautions)

- بستری بیمار در اتاق خصوصی با فشار هوای منفی کنترل شده درمقایسه با فضای بیرون و حداقل ۶ بار تعویض هوا در ساعت باید صورت گیرد. (این بیمارستان فاقد امکانات تهویه منفی است).
- درب اتاق بیمار بسته باشد.
- خروج هوا از اتاق بیمار به طور مستقیم به فضای بیرون و خارج باشدنه داخل بخش.
- تمام افرادی که وارد اتاق بیمار میشوند باید از ماسک N95 استفاده کنند.
- جابجایی بیمار محدود باشد و قبل از ترک اتاق، بیمار باید ماسک جراحی استاندارد بپوشد.



ب: اصول احتیاط های قطرات (Droplet Precautions)

- انتقال از طریق آئروسل درشت (قطره) است. و بدلیل درشتی اندازه قطرات در هوا معلق نمی ماندند و تا فاصله زیاد نمی توانند حرکت کنند. (نهایت ۱ متر است)
- بستری بیمار در اتاق خصوصی میباشد ولی اقدام خاصی برای کنترل هوای اتاق ضرورت ندارد. در صوت وجود چند بیمار بایک بیماری خاص میتوان آنها را در یک اتاق بستری نمود.
- درب اتاق میتواند باز بماند.
- در صورت انتقال و یا جابجایی بیمار به خارج از اتاق ایزوله، بیمار باید ماسک جراحی استاندارد بپوشد.
- تمام افراد قبل از ورود به اتاق از ماسک جراحی استفاده نمایند و بعد از خروج از اتاق، ماسک را بردارید و به عنوان زباله عفونی دفع کنید.

ج: اصول احتیاط های تماسی (Gntact Precautions)

بستری بیمار در اتاق خصوصی و یا بستری چند بیمار با عفونت یکسان در یک اتاق در صورت نبودن اتاق

خصوصی به تعداد کافی

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

الف- پوشیدن دستکش زمان ورود به اتاق و درآوردن دستکش قبل از ترک اتاق انجام شود.

ب- شستشوی دستها بلافاصله بعد از درآوردن دستکش و یا استفاده از هندراب جهت رفع آلودگی دستها انجام شود.

ج- از آلودگی مجدد دستها قبل از ترک اتاق جلوگیری شود.

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

ذ- وسایل غیر بحرانی مراقبت از بیمار (گوشی، دستگاه فشارسنج) باید در اتاق ایزوله بماند و در صورت لزوم استفاده مشترک از این وسایل باید آنها را ابتدا گندزدایی نمود و سپس مورد استفاده قرار گیرد. ر- انتقال و جابجایی بیمار به خارج از اتاق ایزوله باید به حداقل ممکن برسد.

احتیاط های استاندارد:

❖ امروزه رعایت احتیاط های استاندارد مهمترین جزء اقدامات جداسازی بیماران محسوب می گردد. رعایت احتیاط های استاندارد موارد ذیل را شامل میشود.

- خون
- تمام مایعات بدن و ترشحات و مواد دفعی (عرق را شامل نمیشود).
- پوست آسیب دیده
- مخاطات

در احتیاط های استاندارد رعایت موارد زیر در این بیمارستان ضروری است:

- شستن دست ها بلافاصله پس از خروج دستکش - در فواصل تماس بین بیماران
- پوشیدن دستکش
- استفاده از گان - محافظ چشم - همراه با ماسک با محافظ صورت
- عدم دستکاری سوزن و وسایل نوک تیز
- جمع آوری وسایل نوک تیز در ظروف مقاوم به سوراخ شدگی

انواع فلور میکروبی دستہا:

فلور دائمی یا ثابت (resident): از بین بردن فلور دائم پوست ، تنها از طریق مالش دستہا مشکل می باشد. شستشوی دست ہا با آب و صابون ہر پنج دقیقہ فقط میزان باکتریہای پوست را بہ نصف تقلیل می دہد.

مثال: میکروکوک ، استافیلوک (استاف اپیدرمیس) و سایر استافیلوکوک های کوآگولاز منفی (فلور عمدہ پوست) ، کورینہ باکتریوم نوع چربی دوست، آسینو باکتر و اعضای گروہ کلبسیلا-انتروباکتر. **فلور عفونی (infectious):** بیماریزا ہستند. هیچ مادہ ضد عفونی کنندہ ای نمی تواند مارا مطمئن سازد کہ دستہا عاری از این میکروبہا شدہ اند مگر اینکہ ضایعہ پوستی ترمیم یابد.

مثال: استاف آرنوس، استرپتوکوک بتا همولیتیک

فلور موقت (transien): این فلور روی پوست تکثیر نمی یابد ، بہ راحتی توسط روشہای مکانیکی مانند شستن دستہا از بین میرود، کمتر از ۲۴ ساعت بر روی پوست باقی می ماند. مثال: پseudomonas، E.coli، شیگلا، سالمونلا

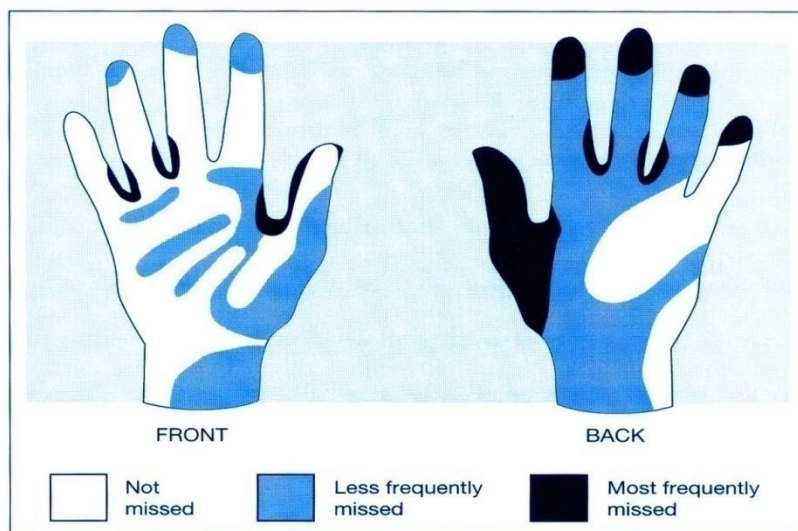


Figure 12.2 Parts of the hands most frequently missed during hand washing.

Reproduced with permission from Taylor LJ. An evaluation of handwashing techniques. *Nursing Times* 1978; 74: 54-55.

شستشوی دست :

دست پرستاران ، پزشکان و سایر افرادی که به نحوی با بیماران سروکار دارند یا از آنها مراقبت می کنند ، مهمترین ابزار عفونت محسوب میشوند.

بهترین راه پیشگیری از انتقال عوامل عفونی، رعایت بهداشت دستها می باشد.



شستن دست در موارد ذیل الزامی است.

- قبل و بعد از مراقبتهای پرستاری و پزشکی
- پس از تماس با خون، ترشحات و مایعات دفعی و پانسمان و وسایل آلوده بیمار.
- قبل و بعد از پوشیدن دستکش
- پس از مراقبت از بیماران عفونی و یا مستعد عفونت
- قبل از تماس با غذا یا داروی بیمار
- پس از تزریق جهت بیمار
- قبل از انجام پروسیجرهای درمانی

❖ زمان استاندارد جهت شستشوی دست ۴۰ تا ۶۰ ثانیه می باشد . دستها را با حوله کاغذی کاملاً خشک نموده و با همان حوله کاغذی شیر را ببندید و از بستن آن با دست خودداری کنید . زیرا موجب آلوده شدن مجدد دستها میگردد.

❖ به منظور کاهش خطر انتقال عفونت در محیط درمانی از لاک ، ناخن مصنوعی، ناخن بلند و زیورآلات استفاده نشود.

❖ شستشوی دستها با ماده شوینده – ضد عفونی کننده "شستشوی بهداشتی دستها" نامیده میشود.

❖ اگر محلول ضد میکروبی، بدون استفاده از آب به دستها مالیده شود به آن "مالش بهداشتی دستها" گفته میشود.

❖ دستها را فقط زمانی با آب و صابون بشوئید ، که آلودگی واضحی داشته باشند ، در غیر اینصورت از محلول hand rup استفاده کنید.

تصویر مراحل شستشوی دست:



Duration of the entire procedure: 40-60 seconds



ابتدا دست ها با آب خیس شود



مایع صابون به اندازه کافی روی دست ها ریخته شود



کف دست ها را به هم بمالید



کف دست راست را روی پشت دست چپ گذاشته و بین انگشت ها را اسکراب کنید و بر عکس



کف دست ها روی هم قرار گرفته و مابین انگشتان را مالش دهید



انگشتها را در هم تابیده به حالت قفل شده و پشت انگشت ها به کف دست مقابل مالش داده شود



انگشت شصت دست چپ را با کف دست راست احاطه کرده به صورت دورانی مالش دهید و بر عکس



انگشتان را جمع کرده و به صورت چرخشی جلو و عقب در کف دست مقابل حرکت دهید و بر عکس



تمام سطح مج دست چپ را با کف دست راست مالش دهید و بر عکس



دست ها را با آب شستشو دهید



دست ها را با حوله یکبار مصرف خشک کنید



برای بستن شیر آب از همان حوله استفاده کنید . اینک دستان شما کاملاً تمیز است.



Hygienic Hand Rup

- مالیدن دستها به یکدیگر به طریقه بهداشتی روشی موثرتر از شستشوی معمولی دستها است. با این روش وبه کمک ماده ضدعفونی کننده ، فلور موقت پوست به مقدار قابل ملاحظه ای کاهش می یابد.
- مقدار ۵ تا ۳ سی سی از ماده ضدعفونی کننده سریع الاثر را به دو دست تا زمانیکه دستها خشک شوند می مالند، باید تمام قسمت های دست وزیر ناخن ها نیز پاک شوند.

اندیکاسیون های شستشوی بهداشتی دستها:

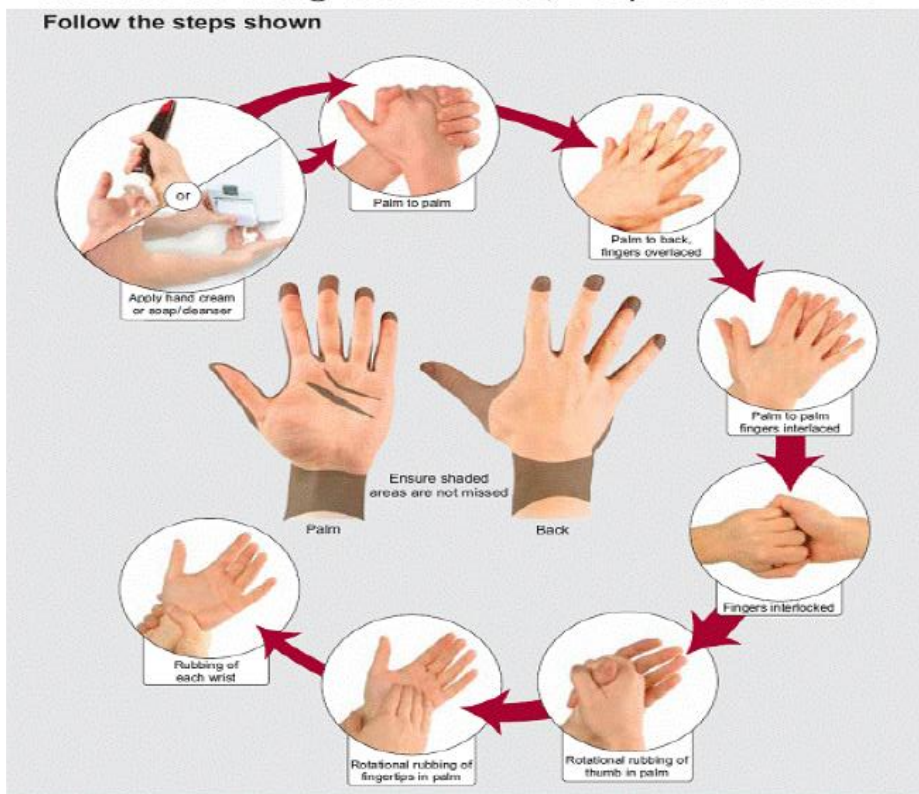
- حین همه گیری عفونت که تماس با خون ومایعات بدن وجود دارد. ویا در زمانی که احتمال آلودگی میکروبی وجود دارد
- در نواحی پرخطر مثل بیمارانی که ایزوله هستند.بخش مراقبت های ویژه، اطفال ونوزادان
- قبل از انجام اعمال تهاجمی
- قبل وبعد از دست زدن به زخم ، کاتتر ادراری یا وریدی

مراحل هند راپ:

Skin Care

Method for using hand cream, soap and cleanser

Follow the steps shown



استفاده از وسایل حفاظت فردی:

♦ دستکش:

موارد استفاده از دستکش تمیز:

- به هنگام دست زدن به خون-مایعات بدن- ترشحات و مواد دفعی و لوازم آلوده از دستکش استفاده کنید.
- قبل از تماس با مخاطات و پوست آسیب دیده بیمار دستکش تمیز بپوشید.
- بلافاصله بعد از انجام کار و قبل از دست زدن به وسایل غیر آلوده و سطوح محیطی و پرداختن به بیمار بعدی دستکش را از دست خارج کنید.
- بلافاصله دست ها را بشویید تا از انتقال میکروارگانیسم ها به سایر بیماران یا محیط جلوگیری شود.

استفاده از دستکش استریل :

جهت انجام هرگونه اقدام تهاجمی از قبیل جراحی، برقراری ورید مرکزی ، انجام پانسمان و... می باشد.

♦ گان :

برای محافظت پوست و جلوگیری از آلوده شدن لباس در حین انجام بعضی از اعمال و فعالیت های مراقبت از بیمار که احتمال ترشح و پاشیده شدن یا اسپری شدن خون ، مایعات بدن، ترشح یا مواد دفعی وجود دارد، گان تمیز بپوشید. در صورت امکان هرچه سریعتر گان آلوده را در آورید و دست های خود را بشوید تا از انتقال میکروارگانیسم ها به سایر بیماران یا محیط جلوگیری شود.

♦ ماسک :

برای حفاظت از غشای مخاطی بینی و دهان در طی انجام پروسیجرهایی که احتمال پاشیدن خون مایعات و ترشحات بدن وجود دارد، لازم است از ماسک استفاده شود.

- ماسک باید روی بینی ، دهان و چانه را بپوشاند.
- ماسک باید بوسیله بند یا کش پشت سر بسته شود.
- ماسک باید در صورت مرطوب شدن تعویض شود.
- ماسک را هرگز به گردن آویزان نکنید.
- پس از استفاده از ماسک دستها را بشوید.

♦ محافظ صورت ، محافظ چشم:

صرف نظر از تشخیص بیماری ، زمانی که خطر آلودگی چشم ها و ملتحمه و سر وجود دارد باید از عینک محافظ / محافظ صورت استفاده کرد.

- احتمال ترشح خون یا مایعات بدن
- هنگام انجام پروسیجرهای تولید کننده آئروسول
- هنگام ارائه مراقبت و در تماس نزدیک با بیماری که دچار علائم حاد تنفسی است. (مانند سرفه و عطسه)
- هنگام کار در فاصله یک متری و یا کمتر با فرد مبتلا به بیماری حاد تنفسی

ترتیب پوشیدن وسایل حفاظت فردی

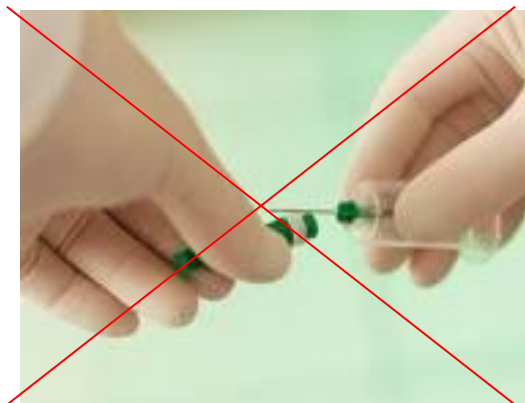
- شستن دست
- پوشیدن گان
- ماسک
- محافظ صورت یا عینک
- پوشیدن کلاه یا محافظت موهای سر در صورت نیاز
- دستکش

ترتیب در آوردن وسایل حفاظت فردی

- ابتدا آلوده ترین آن را در آورید و این Full Personal Protective Equipment
- کار طی دو مرحله صورت میگیرد.
- در آوردن دستکش
- در آوردن گان
- شستن دست
- در آوردن عینک یا محافظ صورت
- قرار دادن عینک یا محافظ صورت در یک ظرف جدا جهت ضد عفونی و استفاده مجدد



- در آوردن کلاه یا پوشش مو در صورت استفاده



• در آوردن ماسک از پشت سر

• شستن دست

دفع مناسب زباله های نوک تیز و کاهش رفتارهای پرخطر:

• سرنگهایی که با سرسوزن همراه هستند در ظروف مخصوص اجسام تیز (سفتی باکس) جای داده میشوند.

• همه اجسام تیز استفاده شده بایستی در همین مکان استفاده و توسط شخص استفاده کننده دور انداخته شوند.

• اجسام تیز و واحدهای سرنگ و سرسوزن کامل را بلافاصله پس از استفاده مستقیماً به داخل جعبه مخصوص اجسام تیز بیندازید.

• اجسام تیز استفاده شده نباید به سمت جعبه اجسام تیز انتقال یابد، بلکه جعبه مذکور بایستی به کنار بیمار یا ارباب رجوع برده شوند.

• در صورت در دسترس نبودن سفتی باکس (در صورت نصب بودن روی دیوار) اجسام نوک تیز با رسیور حمل یا با استفاده از تکنیک یک دست آن را در داخل غلاف گذاشته و سپس حمل گردد.

• سرنگهایی که به سرسوزن وصل شده اند را به بخشهایی دیگر مانند آزمایشگاه نفرستید.

• سوزنهای آلوده نبایستی دوباره در غلاف گذاشته شوند.



• در صورتی که بدلیل خاصی ، مطلقاً لازم باشد،

که سوزن مجدداً در غلاف خود باز گردانده شود، (گرفتن نمونه ABG، یا همکاری نکردن کودک) سوزن را بایک دست روی یک سطح صاف به داخل غلاف بلغزانید، تا در نتیجه از خطر احتمالی جراحات در امان باشند (تکنیک استفاده از یک دست)

ایمنی کارکنان:

- کارکنان حرف پزشکی با مخاطرات شغلی متعددی مواجهند که استرسهای روانی، آسیب های بیولوژیکی، شیمیایی و فیزیکی از آن جمله میباشد.
- اهداف کلی برنامه مراقبت کارکنان :
- حفظ و ارتقاء سلامتی کارکنان
 - مواجهه با آسیبهای شغلی
 - پایش فعال به منظور قطع زنجیره انتقال بیماری های عفونی از کارکنان به همکاران، بیماران، مراجعین و بالعکس
 - حفظ و ارتقای سلامت روانی اجتماعی کارکنان

اهداف جزئی :

- تشکیل پرونده سلامت برای کارکنان جدید و تکمیل آن برای کارکنان شاغل : انجام معاینات پزشکی قبل از استخدام کارکنان و معاینات دوره ای
- بررسی وضعیت ایمنی کارکنان در مقابل بیماری های مُسری
- واکسیناسیون کارکنان در معرض خطر
- آموزش بیماری های نو پدید و باز پدید و مخاطرات احتمالی آنها برای پرسنل و ایجاد آمادگی به منظور پیشگیری و مقابله با آنها و پیشگیری از مواجهه با میکروارگانیسم 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 بیماری زا
- برقراری نظام مراقبت از کارکنان در صورت بروز آسیب و حوادث شغلی (مانند مواجهه با سوزن آلوده و مخاطرات محیط کار)

منابع آلودگی در محیط بیمارستان :

خون حاوی بالاترین تیر ویروس هپاتیت B نسبت به سایر مایعات بدن میباشد و مهمترین وسیله انتقال در مراکز مراقبت از بیماران از جمله بیمارستان ها می باشد. در سایر مایعات بدن مدفوع، ترشحات نازوفارنکس، بزاق، مایع منی، ادرار و مایع سینوویال نیز، CSF، شامل، صفرا در بسیاری از مایعات بدن بدلیل وجود تیر کم HBSAg وجود دارد. اما علیرغم وجود پارتیکل ویروسی عفونی کننده،

بیشتر مایعات بدن وسیله مناسبی برای انتقال نیستند. در محیط بیمارستان، خون و هر مایع آلوده به خون در انتقال ویروس مهم خواهد بود.

هپاتیت C:

خطر انتقال هپاتیت C به دنبال تماس پرکوتانئوس $1/8$ درصد می باشد. و انتقال از طریق تماس مخاطات نادر است. انتقال از طریق پوست سالم و یا غیر سالم رخ نمی دهد.

عفونت HIV:

متوسط خطر انتقال ویروس بدنال تماس پرکوتانئوس با خون آلوده به ویروس $0/3$ درصد و بعد از تماس با مخاطات تقریباً $0/9$ درصد می باشد. فاکتورهایی که خطر انتقال ویروس را بعد از تماس شغلی تحت تاثیر قرار می دهند شامل:

- تماس با حجم زیاد خون آلوده، از طریق آلودگی قابل رؤیت وسایل مصرفی
- آسیب های عمیق
- فرو رفتن سرسوزنی که قبلاً مستقیماً در شریان یا ورید بیمار آلوده بکار رفته باشد
- بیماری که در مراحل انتهایی عفونت باشد

مهمترین راههای انتقال عوامل بیماریزا به پرسنل عبارتند از:

- انتقال از طریق خون و هر ماده یا مایع آغشته به خون
- انتقال از طریق تنفس
- انتقال از طریق دستگاه گوارش
- انتقال از طریق پوست

تکاتی در رابطه با پیشگیری از هپاتیت B قبل از تماس:

- خون و مایعات آغشته به خون مهمترین منبع در بیمارستان
- واکسیناسیون ۳ نوبت: ۰-۱-۶: عضلانی در دلتوئید
- اگر پس از واکسن اول برنامه واکسیناسیون قطع شود دوز دوم در اولین فرصت تزریق گردد.
- انجام سرولوژی بعد واکسیناسیون: ۲-۱ ماه بعد

- عدم پاسخ به سری اول واکسیناسیون (تیر کمتر از 10miu/ml) ابتدا از نظر HBSAg بررسی و در صورت منفی بودن: واکسیناسیون مجدد.
- عدم پاسخ به ۲ دوره واکسیناسیون: افراد nonresponder تلقی شده که در هر تماس شغلی با بیمار مثبت باید ۲ نوبت (HBIG) با فاصله یک ماه و یا یک یک نوبت به همراه واکسن دریافت کنند.
- زمان تجویز HBIG در زودترین زمان ممکن و حداکثر تا 7 روز پس از مواجهه خواهد بود. (اما بهتر است قبل از 48 ساعت تجویز شود)

اقدامات لازم بعد از تماس شغلی:

- شستشوی فوری محل آسیب با آب و صابون (مخاطات با نرمال سالین فراوان)
- کمک به خونریزی از محل اولیه زخم (موقع تماس)
- خوداری از مالش موضعی چشم
- پس از تماس جهت تعیین عفونت منبع ۵ تا ۱۰ سی سی خون از منبع تماس برای هپاتیت B/C و HIV اخذ و مورد آزمایش قرار می گیرد.
- برآورد خطر
- شروع کمو پروفیلاکسی، واکسیناسیون، حسب مورد
- کنترل عوارض دارویی تجویز شده
- در صورتی که منبع آلوده به عنوان مورد شناخته شده HIV/HBV می باشد ۵ تا ۱۰ سی سی خون از فرد مورد تماس گرفته و به منظور پی گیری آتی ذخیره می شود.
- گزارش فوری سانحه به سوپروایزر بالینی
- ثبت مورد گزارش شده در پرونده بهداشتی کارکنان

پیشگیری از هپاتیت C :

- انجام سرولوژی هپاتیت به صورت Baseline و ۳ و ۶ ماه بعد .
- انجام تست های Alkph، SGPT، SGOT به عنوان Baseline و ۳ تا ۶ ماه بعد.
- استفاده از ایمو نوگلوبین توصیه نمی شود.

پیشگیری از HIV :

- انجام سرولوژی HIV برای HCW به صورت زیر است:
- زمان تماس، ۶ هفته بعد، ۱۲ هفته بعد و ۶ ماه پس از تماس



اطفاء حریق



روش های عمومی اطفاء حریق :

اصولاً اگر بتوان یکی از اضلاع هرم حریق (حرارت ، اکسیژن ، مواد سوختنی یا واکنش های زنجیره ای) را کنترل و محدود نموده یا قطع کرد، حریق مهار می شود.

روشهای عمومی بر اساس ماهیت حریق به اشکال زیر می باشد :

الف - سرد کردن

ب - خفه کردن

ج - سد کردن یا حذف ماده سوختنی

د - کنترل واکنش های زنجیره ای

سرد کردن : یک روش قدیمی و متداول و مؤثر برای کنترل حریق، سرد کردن است . این عمل عمدتاً با آب انجام می گیرد. یکی از خواص گاز دی اکسید کربن نیز سرد کردن آتش می باشد. میزان بکارگیری آب در اطفاء حریق اهمیت دارد، این روش برای حریق های دسته A مناسب می باشد.

خفه کردن : خفه کردن، پوشاندن روی آتش با موادی است که مانع از رسیدن اکسیژن به محوطه آتش گردد. این روش اگر چه در همه حریق ها مؤثر نیست ولی روش مطلوبی برای کنترل حریق ها می باشد. مورد استثناء موادی است که در حین سوختن اکسیژن تولید می کنند، مانند : نیترات و زنجیره های آلی اکسیژن دار مثل پراکسیدهای آلی $R-O-O-H$ یا $R-COOR$ و $3R-NO$ همچنین موادی که سرعت آتش گیری در آنها زیاد است مانند دینامیت، پتاسیم که از قاعده مستثنی هستند. موادی که برای خفه کردن بکار می روند بایستی سنگین تر از هوا بوده و یا حالت پوششی داشته باشند. خاک، شن، ماسه، پتوی خیس نیز این کار را می توانند انجام دهند.

حذف مواد سوختنی :

این روش در ابتدای بروز حریق امکان پذیر بوده و با قطع جریان، جابجا کردن مواد، جدا کردن منابعی که تا کنون حریق به آنها نرسیده ، کشیدن دیوارهای حائل و یا خاکریز و همچنین رقیق کردن ماده سوختنی مایع را شامل می گردد.

کنترل واکنش های زنجیره ای : برای کنترل واکنش های زنجیره ای استفاده از برخی ترکیبات هالان مانند (1211) و (1301) CBrF₃ و جایگزینهای آن و برخی ترکیبات جامد مانند جوش شیرین k₂cO₃ مؤثر می باشد. این عمل برای کنترل حریق مشکل تر و گرانتر از سایر روشهاست ولی می تواند بصورت مکمل برای مواد پر ارزش بکار رود.

مواد خاموش کننده آتش موادی که بعنوان خاموش کننده آتش به کار می روند در ۴ دسته قرار می گیرند. بدلیل لزوم سرعت عمل و افزایش پوشش خاموش کننده ها، می توان از دو یا چند عنصر خاموش کننده بطور همزمان استفاده نمود .

طبعاً هر کدام از مواد یاد شده در اطفاء انواع حریقها دارای مزایا و معایبی می باشند.

این گروه شامل گروههای زیر است:

الف - مواد سرد کننده (آب ، CO₂)

ب - مواد خفه کننده (کف - CO₂ - خاک - ماسه)

ج - مواد رقیق کننده هوا (CO₂ - N₂)

د- مواد محدود کننده واکنش های زنجیره ای شیمیایی (هالان و پودرهای مخصوص)

آب: استفاده از آب برای کنترل حریق یکی از ساده ترین و در عین حال مؤثرترین روشی است که تمام افراد با آن آشنا می باشند. همان اندازه که استفاده از آب می تواند در خاموش کردن آتش مفید باشد به همان اندازه هم می تواند در استفاده نابجا ایجاد مخاطره و گسترش حریق یا خسارات نماید.

مزایای آب

- ۱- فراوان و ارزان است، خصوصاً که برای این منظور تصفیه کامل آن لازم نیست .
- ۲- ویسکوزیته پایین و قابلیت انتقال آسان داشته و در مجاری فلزی، لاستیکی و برزنتی براحتی جاری می شود
- ۳- دارای ظرفیت گرمایی ویژه بالایی بوده که آن را بصورت یک سرد کننده مطلوب مطرح می کند. ظرفیت گرمایی آب ۵ برابر آلومینیوم و ۱۰ برابر روی و مس می باشد. مهمتر از آن اینکه گرمای نهان تبخیر آب بسیار بالا بوده و گرمای زیادی هنگام تبخیر جذب می کند.

۴- غیر قابل تجزیه بر اثر حرارت است، حتی در دمای بالا نیز تجزیه نمی شود. بطوری که در ۲۰۰۰ درجه سانتیگراد تنها یک دهم مولکولهایش تجزیه می شوند.

۵- توان سرد کنندگی بالایی دارد بطوری که در حجم مساوی، ۵/۶ برابر سرد کننده تر از CO₂ است . هر لیتر آب می تواند هنگام تبخیر حدود ۵۵۰ کیلو کالری گرما جذب نماید و هر متر مکعب آب نیز برای افزایش دمایی به اندازه ۱۰ درجه گرمایی حدود ۱۰۰۰۰ کیلو کالری گرما جذب می کند.

معایب آب

۱- سنگین وزن است لذا حمل و نقل آن در اطفاء متحرک مشکل است
۲- هادی الکتریسیته است، در محل هایی که جریان برق وجود دارد، خطر برق گرفتگی را افزایش می دهد.

۳- آب دارای خطر تخریب است، زمانی که آب تحت فشار پاشیده شود تخریب بالایی دارد که گاهی کمتر از خود حریق نیست.

۴- هنگام اطفاء حریق مواد و محصولات در اثر ترکیب با آب دچار خسارت می گردند. مانند داروها، اثاثیه، کارتنهای بسته بندی، رنگها و محصولات تولیدی.

۵- به خاطر افزایش حجم آب هنگام تبخیر در هنگام پاشیدن به روی مایعات قابل اشتعال مثل نفت یا روغن باعث پرتاب شدن مایعات، انفجار و پاشش آن شده و گسترش حریق را باعث می شود.

۶- بدلیل کشش سطحی آب نفوذ آن به داخل تل مواد (تل ذغال سنگ، خاک اره و مانند آن) محدود است.

کف آتش نشانی: کف بصورت محلول تهیه می گردد. کف در هنگام پاشیده شدن توسط سرلوله کف ساز با هوا و آب مخلوط شده و حباب سازی 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 می گردد.

❖ نکته مهم در استفاده از کف، توسعه خوب آن و پخش شدن روی سطح ماده احتراقی مخصوصاً مایعات قابل اشتعال بدلیل سبکی آن می باشد.

پودرهای خاموش کننده :

استفاده از برخی از مواد شیمیایی که معمولاً دارای بنیان کربنات، سولفات یا فسفات می باشند . یکی از راه های متداول و ساده برای خاموش کردن آتش از طریق خفه کردن آن است. این ترکیبات براحتی برای اطفاء حریق انواع حریق C، B، A بکار می روند. به همین دلیل در استفاده های عمومی

معمولاً این ترکیب خاموش کننده توصیه می شود. به این ترکیبات پودر شیمیایی گفته می شود. پودر شیمیایی اگر چه برای حریق دسته A کاربرد دارد ولی بدلائل اقتصادی توصیه نمی گردد مگر اینکه مواد در حال اشتعال پر بها باشند یا استفاده از آب ماهیت آنها را تغییر دهد. پودر شیمیایی روی حریق پاشیده شده و باعث پوشاندن آتش و جلوگیری از رسیدن اکسیژن می گردد.

پودرها در حرارت بالای ۶۰ درجه سانتیگراد پایداری خوبی ندارند و امکان چسبندگی آنها در کپسول زیاد می گردد. قطر دانه های پودر بسته به نوع مواد و شرکت سازنده حدود ۱۰-۷۵ میکرون می باشد. هر چه قطر ذرات ریزتر باشد پودر مؤثرتر است. پودر شیمیایی تحت فشار ازت یا CO₂ در سطح قاعده حریق به صورت جارویی پاشیده شده و در صورتی که افراد آموزش کافی دیده باشد براحتی آتش را خاموش می نمایند. پودر خشک این پودر برای خاموش کردن حریق فلزات قابل اشتعال مثل سدیم، پتاسیم، منیزیم و مانند آن بکار می رود.

گاز CO₂ دی اکسید کربن گازی است غیر قابل احتراق، بی بو، غیر سمی و سنگین تر از هوا که دارای چگالی ۱/۵ بوده و هادی الکتریسیته نیست. مکانیسم عمل 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.

یکی از خصوصیات مهم گاز CO₂ این است که باعث خسارت به مواد موجود در محیط حریق نمی شود لذا در مواردی که مواد با ارزش دچار حریق می شوند مناسب تر از آب است CO₂ برای حریق های الکتریکی و الکترونیکی بسیار مناسب است زیرا بدلیل عدم هدایت برق و عدم وجود مواد باقیمانده باعث اتصال یا خرابی حساس نمی گردد.

ترکیبات هالوژنه (هالن) مواد هالوژنه از مشتقات CH₄ یا H₂ ۶ می باشند که بجای یک یا چند عنصر هالوژنه (شامل I، Br، F جایگزین شده است).

هالن در هنگام اطفاء بدون بجای گذاشتن اثرات تخریبی و باقیمانده بر روی مواد و دستگاه ها می تواند بطور بسیار مؤثری ایفای نقش نماید. مکانیسم اثر هالن تا حدودی مشابه CO₂ بوده و چون سنگین تر از هوا هستند می توانند سرعت روی حریق را پوشانده و مانع رسیدن اکسیژن گردند. بعلاوه پاشش این مواد بر روی حریق می تواند باعث رقیق شدن اکسیژن هوا در اطراف حریق شده و آن را مهار نماید. این مواد با نسبت افزایش حجم حدود برابر، هنگام تغییر فاز از حالت مایع به بخار بیش از برابر افزایش حجم بیشتری نسبت به دی اکسید کربن دارند. به همین دلیل در وزن مساوی قدرت خاموش کنندگی آنها ۲-۳ برابر CO₂ می باشد. هالن می تواند در هنگام مجاورت با آتش از سرعت

واکنش های زنجیره ای بکاهد و به صورت مؤثری آتش را مهار نماید به همین دلیل در شرایط یکسان برای خاموش کردن آتش میزان مورد نیاز هالن کمتر از یک چهارم میزان CO_2 مورد نیاز برای اطفاء است. خاموش کننده هالن برای محدوده های کوچک ولی مهم تجهیزات یا مواد قابل اشتعال مانند ماشینهای الکترونیکی و الکتریکی، حریق های مواد جامد پر ارزش، سایت های دیسپاچینگ، مراکز مخابراتی و مانند آن کاربرد دارد.

♦ آتش سوزی

در آتش سوزی، سریع و دقیق فکر کردن حیاتی است. آتش به سرعت گسترش پیدا می کند. بنابراین اولین اولویت شما، آگاه کردن افراد در معرض خطر است. اگر در داخل ساختمان هستید، نزدیک ترین آژیر حریق

هشدار!

تحت هیچ شرایطی از آسانسور استفاده نکنید.

پس از ورود به محل حریق یا اشتعال، یک لحظه صبر کنید، محل را زیر نظر گرفته و فکر کنید و به سرعت وارد صحنه نشوید. امکان دارد مواد قابل اشتعال یا انفجار (مثل گاز یا دودهای سمی) یا خطر برق گرفتگی وجود داشته باشد. یک آتش سوزی جزئی می تواند در عرض چند دقیقه گسترش یافته، تبدیل به یک حریق جدی شود. اگر حریق شما را تهدید می کند، تا رسیدن خدمات اورژانس منتظر بمانید.

هرگز اقدام به خاموش کردن آتش نکنید مگر آنکه پیش از آن به خدمات اورژانس اطلاع داده باشید و مطمئن باشید که خود را در معرض خطر قرار نمی دهید.

♦ نحوه برخورد با آتش سوزی

برای شروع و ادامه پیدا کردن حریق ۳ چیز باید وجود داشته باشد یک جرقه آتش (یک جرقه الکتریکی با شعله)؛ یک منبع سوخت (بنزین، چوب یا پارچه)؛ و اکسیژن (هوا). برای شکستن این « مثلث حریق» باید یکی از این اجزا را حذف کنید.

به عنوان مثال: سویچ ماشین را خاموش کنید و یا شیر سوخت را در ماشین های دیزلی بزرگ خارج کنید.

تمام موارد سوختنی را که می توانند به عنوان منبع سوخت برای آتش عمل کنند (مثل کاغذ و مقوا) از مسیر آتش دور کنید.

درها را به روی آتش ببندید تا منبع اکسیژن آن قطع شود.

شعله های آتش را با استفاده از پتو یا سایر مواد غیر قابل نفوذ، خفه کرده، مانع رسیدن اکسیژن به آن شوید.

♦ ترک ساختمان در حال سوختن

هنگامی که آتش را در یک ساختمان مشاهده می کنید یا به آن مشکوک می شوید، نزدیک ترین آذیر حریق را فعال کنید. سعی کنید بدون آنکه خود را در معرض خطر قرار دهید، به افراد کمک کنید تا ساختمان را ترک کنند. درها را پشت سر خود ببندید تا از گسترش آتش جلوگیری شود. به دنبال راه های خروج از آتش و محللهایی برای تجمع بگردید. شما باید قبلاً عملیات تخلیه را در محل کار خود فرا گرفته باشید. وقتی با ساختمان های دیگری مواجه می شوید، نشانه های مربوط به راه های گریز اضطراری را دنبال کنید و دستورات (روی آنها) انجام دهید.

کمک به گریز از ساختمان در حال سوختن: افراد را تشویق کنید که خونسرد اما سریع، ساختمان را از طریق نزدیک ترین خروجی امن ترک کنند. اگر مجبور به استفاده از راه پله هستید، مطمئن شوید که کسی عجله نخواهد کرد و خطر سقوط وجود ندارد.

♦ آتش گرفتن لباس

همیشه الگوی زیر را طی کنید: توقف، انداختن روی زمین و چرخاندن. در صورت امکان قبل از اقدام به چرخاندن مصدوم، وی را در یک پارچه کلفت بپیچید. از وحشت زده شدن، دویدن یا بیرو رفتن مصدوم جلوگیری کنید. هر گونه حرکت یا، مانند بادبزین به شعله ها دامن می زند. مصدوم را به زمین بیندازید. در صورت امکان، با یک کت، پرده، پتو (غیر از انواع نایلونی یا گشاد بافت)، فرش یا سایر پارچه های کلفت، مصدوم را محکم بپیچید. مصدوم را روی زمین بچرخانید تا شعله ها خفه شوند. اگر آب یا مایع غیر قابل اشتعال دیگری در دسترس است. مصدوم را طوری روی زمین بخوابانید که بخش در حال سوختن در بالا قرار گیرد و ناحیه سوختگی را با مایع خنک کنید.

هشدار !

هرگز از مواد قابل اشتعال برای خفه کردن شعله استفاده نکنید.

اگر لباس خودتان آتش گرفت و نیروی کمکی در صحنه حاضر نبود، با پیچاندن محکم پارچه مناسب به دور خود و چرخیدن روی زمین، آتش را خاموش کنید.

♦ دود و گاز:

آتش سوزی در فضای بسته، جو خطرناکی ایجاد می کند که اکسیژن کمی دارد و ممکن است با منوکسید کربن و گازهای سمی آلوده شده باشد. هرگز وارد ساختمانی که در حال سوختن یا پر از گاز است نشوید و هرگز دری را که به محل آتش سوزی ختم می شود، باز نکنید. این کارها را به گروه خدمات اورژانس واگذار کنید.

اجتناب از دود و گاز در صورتی که در داخل ساختمان در حال سوختن هستید. اقداماتی برای اجتناب از استنشاق دود و گازهای مضر انجام دهید. فضای باز زیر در را مسدود کنید و نزدیک به کف اتاق قرار بگیرید تا با دود کمتری مواجه شوید.

انواع آتش:

- کلاس A: جامدات از جمله کاغذ، چوب، پلاستیک، فرش،
- کلاس B: مایعات قابل اشتعال از جمله پارافین، بنزین
- کلاس C: گازهای قابل اشتعال از جمله پروپان، بوتان
- کلاس D: فلزات از جمله آلومنیوم، منیزیم
- کلاس E: الکتریکی (برق)
- کلاس F: روغن های خوراکی و چربی ها

♦ انواع مختلف اطفاء کننده ها

هر کدام از خاموش کننده ها مخصوص خاموش کردن بعضی از انواع آتش می باشند. مهم است ماهیت خطرات آتش سوزی را بدانیم قبل از اینکه تصمیم به اطفای آن کنیم

چهار نوع مشهور آن:

- آب
- گاز دی اکسید کربن
- فوم
- پودر خشک

استاندارد علامت گذاری: کپسول های اطفاء حریق بر حسب نوع کپسول های اطفاء حریق نشانه گذاری می شوند.



**Ordinary
Combustibles**



**Flammable
Liquids**



**Electrical
Equipment**



آب

- استفاده نمایند برای آتش کلاس A
- بر چسب یا نوار قرمز رنگ داشته باشد
- آب تحت فشار می باشد
- آمپر فشار داشته باشد



دی اکسید کربن

- استفاده نمایند برای آتش های کلاس B ، C ، E
- بر چسب یا نوار مشکی دارد
- نازل سخت و پلاستیکی دارد
- نشانگر فشار ندارد

پودر خشک



- برای آتش های کلاس A، B، C، D و E استفاده می شود
- برچسب یا نوار آبی رنگی دارد
- ذرات پودر تحت فشار می باشند
- نشانگر فشار سنج دارد

فوم



- برای آتش های کلاس A و B استفاده می شود
- برچسب یا نوار کرم رنگی دارد
- طوری استفاده می شود که همانند یک پتو روی سطح آتش را می پوشاند و از دوباره شعله ور شدن جلوگیری می کند و خاصیت سرد کنندگی نیز دارد.

شیمیایی تر



- استفاده نمایید برای آتش نوع F
- دارای برچسب یا نوار زرد رنگ است
- با روغن واکنش شیمیایی انجام می دهد و از شعله ور شدن آن جلوگیری می کند
- انتخاب صحیح نوع خاموش کننده با توجه به کلاس آتش

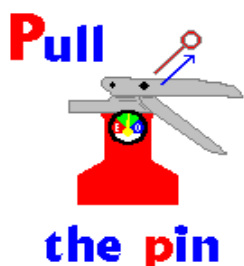
کلاس	مواد سوختی	نوع خاموش کننده
A	جامدات از جمله : کاغذ ، چوب و پلاستیک	 فوم  پودر  آب
B	مایعات قابل اشتعال از جمله : پارافین ، پترول و روغن	 CO2  آب  پودر
C	گاز های قابل اشتعال از جمله : پروپان و بوتان	 پودر
D	فلزات قابل اشتعال از جمله : مگنزیوم و آلومینیوم	 پودر
E	آتش سوزی حاصل از اتصالات الکتریکی	 CO2  پودر
F	روغنهای خوراکی و جریبها	 Wet Chemical

How to Use a Fire Extinguisher



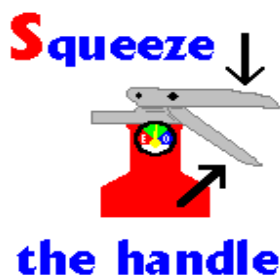
پین را بکشید

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



مركز آتش را هدف قرار دهید.

وسط آتش را هدف قرار دادن خوب نیست. عامل آتش را در نظر بگیرید.



دسته را به پایین فشار دهید

این عمل باعث خارج شدن مواد اطفاء کننده می شود

آتش را جارو کنید از یک سمت به سمت دیگر

روی آتش را بپوشانید تا زمانی که آتش خاموش شود. محل خاموش بخاطر داشته .شده را بخوبی نگاه کنید تا دوباره آتش نگیرد .باشید پشت به آتش بیایستید



در گذشته نحوه استفاده از پودر شیمیایی بدین ترتیب بود که تعدادی قوطی یا ظروف به اشکال مختلف را از پودر پر می کردند و در جاهای مناسب قرار می دادند و به محض شروع آتش سوزی افراد مسئول درب قوطیها را باز کرده و پودر آن را بر روی آتش می پاشیدند که در اغلب این موارد این تکنیک با ناکامی مواجه می شد ولی با گذشت زمان برای پاشیدن پودر بر روی آتش دستگاه های خاموش کننده پودر طراحی و ساخته شد. پودر شیمیایی و پودر خشک عبارتند از گرد بعضی از مواد شیمیایی مانند کربناتها، سولفات ها و فسفاتها که جهت خاموش کردن حریقها به کار می رود.

خاموش کننده های گاز کربنیک :

از سالها قبل گاز کربنیک CO_2 به عنوان یک گاز آتش نشانی در دستگاه های ثابت اتوماتیک، خاموش کننده های دستی و چرخدار مورد استفاده قرار گرفت و اکنون نیز مصرف فروانی دارد. گاز CO_2 غیر قابل احتراق، بی بو، خنثی، خنک و غیر سمی است و هادی الکتریسیته نمی باشد. وزن آن سنگین تر از هواست، لذا در صورت پرتاب روی حریق، اکسیژن را خارج و خود جانشین آن می گردد. در حقیقت با تقلیل درصد اکسیژن هوا موجب اطفای حریق CO_2 می شود. جامد یا یخ خشک در $100^{\circ}C$ درجه زیر صفر به دست می آید که در $79^{\circ}C$ درجه به سرعت از حالت جامدی بدون اینکه به حالت مایع درآید به صورت بخار گاز درآید.

خاموش کننده های مولد کف :

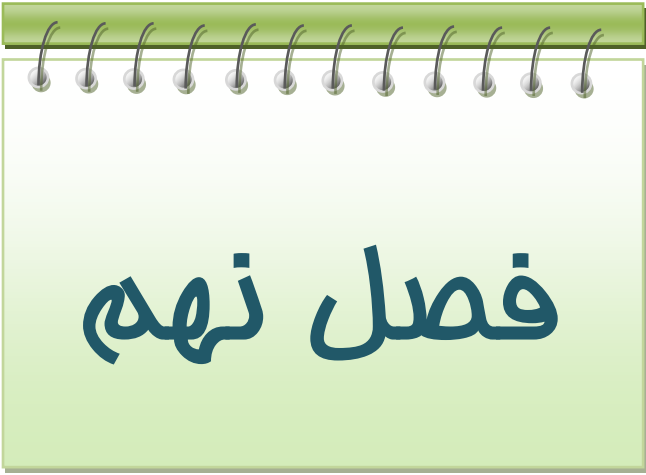
کف مورد مصرف برای اطفاء حریق، مایعی است که در صورت پرتاب آن بر روی مواد در حال اشتعال به سرعت روی آتش را پوشانده و مانع بر خاستن گاز قابل اشتعال از روی مواد می گردد. و با پوشاندن سطح ماده در حال اشتعال از رسیدن اکسیژن هوا به آتش جلوگیری به عمل می آورد. وزن مخصوص آن کمتر از وزن مخصوص مواد و مایعات قابل اشتعال است لذا در سطح آن شناور گشته و پایین نمی رود.

خاموش کننده های هالوژنه :

مواد هالوژنه خاموش کننده هایی هستند که مکانیسم خاموش کردن آن شباهت زیادی به گاز CO_2 دارد. بدین معنی که به علت سنگین تر بودن از هوا به سرعت روی حریق را پوشانده و جانشین هوا می شود و ماده سوزان را از اکسیژن محیط محروم می سازد. این مواد وقتی خاموش کننده خارج و در محیط ریخته می شود به سرعت تبدیل به بخار و تبخیر می شود.

علائم آتش نشانی





فصل نهم



قوانین و
مقررات

قوانین و مقررات استخدامی

ماده ۸ ق.ت.ک

- پست سازمانی عبارت از محلی است که در سازمان ها، وزارتخانه ها و موسسات دولتی بطور مستمر برای یک شغل و ارجاع آن به یک مستخدم در نظر گرفته شده، اعم از اینکه دارای متصدی یا بدون متصدی باشد.

تکالیف عمومی کارکنان دولت

- ماده ۵۴: مستخدم مکلف است در حدود قوانین و مقررات احکام و اوامر روسای مافوق خود را در امور اداری اطاعت نماید. اگر مستخدم حکم یا امر مقام مافوق خود را بر خلاف قوانین و مقررات تشخیص دهد مکلف است کتبا مغایرت دستور را با قوانین و مقررات به مقام مافوق اطلاع دهد. در صورتیکه بعد از این اطلاع مقام مافوق کتبا اجرای دستور خود را تأیید کرد مستخدم مکلف به اجرای دستور صادره خواهد بود.
- ماده ۵۵: مستخدم دولت از هر نوع عملی که موجب ایجاد وقفه در امور اداری کشور شود ممنوع است
- ماده ۵۶: قبول القاب و نشانهای دول بیگانه موکل به اجازه دولت است.
- ماده ۵۷: خروج از تابعیت ایران و یا قبول تابعیت بیگانه بشرط گواهی وزارت امور خارجه= انفصال

حفظ حقوق استخدامی کارکنان

- ماده ۶۴: مستخدم رسمی می تواند با یک ماده اعلام قبلی از خدمت دولت استعفا کند. در هیچ مورد استعفای او رافع تعهداتش در برابر دولت نخواهد بود استعفا از تاریخی تحقیق می یابد که وزارتخانه یا موسسه دولتی بموجب حکم رسمی با آن موافقت کند.
- ظرف یک ماه باید جواب کتبی داده شود.
- عدم جواب کتبی = عدم قبول استعفا
- مرجع رسیدگی به شکایت: دیوان عدالت اداری

مقررات مختلف

- ماده ۱۱۴: نمی توان جز در موارد مصرح در قانون مستخدم رسمی را از پست سازمانی وی برکنار کرد مگر آنکه بلافاصله او را به پست سازمانی دیگری منصوب نمود
- ماده ۱۱۶: در صورتیکه به علت حذف پست سازمانی یا انحلال وزارتخانه یا شرکت یا موسسه دولتی به وجود یک یا عده ای از مستخدمین رسمی احتیاج نباشد، مستخدم یا مستخدمین مزبور به حال آماده به خدمت در می آیند

- تبصره ۳ ماده ۱۱۶: هرگاه مستخدم به وزارتخانه، شرکت یا موسسه دیگری برود و پست او به دیگری واگذار شود، بعد از برگشتن تا زمانی که به پستی منصوب شود آماده به خدمت می گردد.
- ماده ۱۱۷: آماده به خدمت ۶ ماه اول تمام حقوق و مزایای مربوط و تفاوت تطبیق بعد از آن نصف مبلغ مزبور
- ماده ۱۲۲ قانون خدمات کشوری
- کارمندان رسمی دستگاههای اجرایی در حالات زیر به حالت آماده به خدمت در می آیند
- ۱- انحلال دستگاه اجرایی
- ۲- حذف پست سازمانی
- ۳- نبود پست سازمانی بعد از اتمام ماموریت یا مرخصی بدون حقوق
- ۴- براساس رای هیات تخلفات اداری
- ۵- در دوران آماده به خدمت فقط حقوق ثابت و در صورت عدم اشتغال در سایر سازمانها بازنشسته و یا با ۴۵ روز حقوق و مزایای مستمر با خرید می گردد.

استخدامی پیمانی (ماده ۶ ق.ا.ک)

- مستخدم پیمانی کسی است که به موجب قرار داد بطور موقت برای مدت معین و کار مشخص استخدام می شود.
- بموجب تصویبنامه شماره ۲۹۹۸۱/ت مورخ ۱۳۸۱/۶/۲۴ از تاریخ تصویبنامه مذکور وزارتخانه ها و موسسات دولتی مشمول قانون استخدامی کشوری، نیازهای استخدامی خود را از محل مجوزهای استخدامی برای تصدی پستهای موقت و ثابت به موجب قراردادی که طبق مقررات این آیین نامه بین دستگاه داوطلبان خدمت پیمانی منعقد می شود، تأمین می نمایند.
- مدت قرار داد استخدام پیمانی بنا به تشخیص دستگاه ذیربط یک تا سه سال می باشد و تمدید آن تا زمان بازنشستگی در صورت وجود اعتبار و رضایت از خدمات مستخدم و طی دوره آموزشی مربوط برای ارتقای سطوح علمی و توانمندی و جلب رضایت مدیران ذیربط و ارباب رجوع بلامانع خواهد بود.
- استخدام مستخدمین بازنشسته و با خرید شده دولت در دستگاههای مشمول این آیین نامه بعنوان مستخدم پیمانی ممنوع است
- فسخ قرار داد استخدام پیمانی توسط هر یک از طرفین قرارداد با یک ماده اعلام قبلی، مگر آنکه در قرارداد مدت کمتری تعیین شده باشد

- مستخدمین پیمانی از نظر بیمه و بازنشستگی و نظایر آن مشمول مقررات قانون تأمین اجتماعی می باشند و سوابق خدمتی اینگونه مستخدمین در دستگاههای دولتی و غیر دولتی از نظر بیمه و بازنشستگی با رعایت مقررات مربوط جزو سوابق مورد قبول محسوب می گردد.
- کلیه ضوابط و مقررات اداری و استخدامی مربوط به مستخدمین رسمی در مورد مستخدمین پیمانی نیز ملاک عمل می باشد. موارد استثنا در اعمال مقررات و ضوابط فوق با تصویب شورای امور اداری و استخدامی کشور امکانپذیر است.

مقررات مرخصی

- ماده ۱۴: مستخدمین پیمانی در صورت ابتلاء به بیماریهایی که مانع از انجام کار آنان باشد و نیز زنان باردار از حمایتهای مقرر در قانون تأمین اجتماعی استفاده خواهند کرد.
- تبصره ۱: این قبیل مستخدمین موظفند ضمن آگاه نمودن دستگاه ذیربط از علت عدم حضور خویش در محل خدمت، مدارک مربوط به بیماری که به تایید مراجع قانونی مذکور در قانون تأمین اجتماعی رسیده باشد را در پایان ایام بیماری ارائه نمایند.
- تبصره ۲: حقوق و فوق العاده های مستخدمین پیمانی که عدم اشتغال آنان به سبب بیماری باشد و در بیمارستان بستری نشوند تا سه روز توسط دستگاه مربوط پرداخت خواهد شد و مازاد بر سه روز تا خاتمه بیماری و حداکثر تا پایان قرار داد مشمول مقررات قانون تأمین اجتماعی خواهد بود.

مرخصی ورزشی

- شامل مربیان، قهرمانان، داوران، پزشکان ورزشی و...
- با درخواست کتبی سازمان تربیت بدنی
- مأموریت بدون فوق العاده

مرخصی پرتوکاران

- کاهش ساعات کار هفتگی تا میزان ۲۵٪ ساعات کار
- افزایش مرخصی استحقاقی سالانه تا یک ماه
- بجای استفاده از مرخصی فرد ذینفع می تواند تقاضای اشتغال در محلی غیر از محیط کار با اشعه را بنماید.
- آیین نامه حضور و غیاب کارکنان دولت (تصویب نامه ش ۸۱۴۵۰ مورخ ۶۵/۱۱/۲۷)
- تاخیر ورود یا تعجیل خروج تا دو ساعت در ماه اغماض و کسر از مرخصی استحقاقی
- موارد موجه که جزء مرخصی استحقاقی منظور می شود

- حوادث غیر مترقبه برای مستخدم، همسر و فرزندان و سایر افراد تحت تکفل
- احضار مستخدم توسط مراجع قضایی و انتظامی
- تشخیص با مدیر ذربط
- تأخیر ورود و تعجیل خروج بیش از ۴ بار در ماه و جمع بیش از ۴ ساعت
- ماه اول و دوم اخطار کتبی و کسر از مرخصی
- ماه سوم کسر فوق العاده شغل ۳۰ درصد بمدت یکماه
- ماه چهارم کسر فوق العاده شغل ۵۰ درصد بمدت یکماه
- ماه پنجم کسر فوق العاده شغل ۱۰۰ درصد بمدت یکماه
- در صورت تکرار هیأت تخلفات اداری
- تبصره- بیش از ۸ ساعت در ماه مشمول حکم این ماده
- اگر قبلاً فوق العاده شغل قطع گردیده از ماه سوم هیأت تخلفات

مرخصی بدون حقوق

- برابر تبصره یک ماده ۳۲ به کارکنان آزمایشی حداکثر ۲ ماه مرخصی بدون حقوق در طول خدمت آزمایشی تعلق می گیرد.
- برابر تبصره ۲ ماده ۴۹ قانون استخدام کشوری: مستخدم رسمی دولت می تواند در طول خدمت در وزارت متبوع با موافقت رئیس اداره از حداکثر سه سال مرخصی بدون حقوق استفاده نماید. در صورت ادامه تحصیل در تحصیلات عالی تا دو سال دیگر قابل تمدید خواهد بود (حداکثر ۵ سال) برای کارکنانی که همسران آنان در مشاغل حساس دولتی می باشند برابر تبصره ۵ ماده فوق تا سقف ۶ سال قابل تمدید خواهد بود.
- برابر بند یک تصویبنامه شماره ۲۸۵۷۶/ت/۵۳۱۶۵۷-۸۴/۵/۱۰-۸۴ مستخدم پیمانی می تواند در صورت نیاز با موافقت دستگاه استخدام کننده از مرخصی بدون حقوق و حداکثر به میزان مدت قرارداد استفاده نماید.

استخدام پیمانی

- حقوق و مزایای کلیه مستخدمان پیمانی دستگاههای دولتی از تاریخ ۷۸/۱/۱ همانند کارکنان رسمی مشابه و به استناد قانون نظام هماهنگ پرداخت کارکنان دولت و مقررات آن تعیین میشود.
- مستخدمین پیمانی سالی یکماه حق استفاده از مرخصی استحقاقی به نسبت مدت خدمت با استفاده از حقوق و فوق العاده های مربوط را خواهند داشت. استفاده از مرخصی استحقاقی با تقاضای مستخدم و موافقت رئیس مربوط می باشد. حق استفاده از مرخصی هر ماه برای ماههای بعد محفوظ است ولی هیچ مستخدمی نمی تواند در هر سال بیش از ۱۵ روز مرخصی استحقاقی خود را ذخیره نماید.

- دستگاهها مکلفند به مستخدمین پیمانی به هنگام خاتمه خدمت قرارداد(در صورت عدم تمدید) به ازاء هر سال خدمت قابل قبول علاوه بر حقوق و فوق العاده مربوط به مرخصی ذخیره شده یک ماه آخرین حقوق و مزایا پرداخت نمایند.
- (برای دستگاههایی که ۲ روز در هفته تعطیل می باشند، هر سال ۲۴ روز).
- مستخدمین پیمانی می توانند در صورت نیاز با موافقت دستگاه استخدام کننده متناسب با مدت قرارداد از مرخصی بدون حقوق استفاده نمایند
- اگر مستخدم پیمانی ۱۵ روز متوالی و یا ۳۰ روز متناوب بدون اطلاع و یا عذر موجه در محل خدمت حاضر نشود، دستگاه دولتی می تواند قرارداد استخدام را بدون رعایت یک ماه مهلت مقرر، از تاریخ ترک خدمت فسخ نماید و وجوه مربوط به مرخصی ذخیره شده به وی تعلق نخواهد گرفت
- هرگاه مستخدم پیمانی بخواهد در غیر ساعات کار در موسسات دیگری مشغول کار شود، باید قبلاً به وزارتخانه یا موسسه دولتی خود اطلاع دهد.
- اشتغال مستخدم پیمانی در سایر وزارتخانه ها و موسسات دولتی و نیز موسسات غیر دولتی که طرف معامله با دستگاه دولتی متبوع مستخدم قرار دارند، ممنوع است.
- تغییر شغل مستخدمین پیمانی با اصلاح قرارداد منعقد و رعایت مقررات مربوط بلامانع است
- وزارتخانه ها و موسسات دولتی مشمول قانون استخدام کشوری مکلفند رونوشتی از قرارداد استخدامی مستخدمین پیمانی را در بدو استخدام و در صورت تمدید، رونوشتی از قرارداد تمدیدی را به سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور(اسبق) ارسال دارند.
- استخدام پیمانی کارکنانی که در اجرای مقررات پاکسازی و بازسازی یا قانون رسیدگی به تخلفات اداری و یا سایر قوانین و مقررات انضباطی مشابه به انفصال دائم محکوم گردیده اند مجاز نمی باشد
- تبصره: استخدام پیمانی کسانی که بموجب مقررات مذکور در این ماده به مجازات اخراج محکوم شده و یا بشوند، در همان دستگاه دولتی ممنوع است و در صورتیکه حکم اخراج صرفاً به دلیل ترک خدمت یا غیبت صادر شده باشد، استخدام پیمانی فرد مورد نظر با تشخیص بالاترین مقام دستگاه، بدون احتساب سابقه خدمت قبلی، بلامانع است.
- سازمان مدیریت و برنامه ریزی(اسبق) کشور طی بخشنامه شماره ۱۸۰۰/۲۱۸۹۷۴ مورخ ۷۸/۱۱/۲۷ نامه استخدام پیمانی و ضوابط بکارگیری و استخدام در دستگاههای دولتی را همراه با دستورالعمل های مربوط به کلیه وزارتخانه ها، سازمانها، و شرکت های دولتی ارسال نموده است. هدف از اصلاحات انجام شده در ضوابط تمدید قرارداد استخدام پیمانی، ارتقاء سطح انگیزش، بهره وری و کارایی مستخدمین دولت و در نهایت ارتقاء سطح خدمات ارائه شده و رضایت مردم از دستگاه های اجرایی می باشد.

شرایط تمدید قرارداد استخدام پیمانی به دو دسته شرایط لازم و عوامل امتیاز آور تقسیم می گردد:

الف: شرایط لازم

- ۱- نحوه برخورد با ارباب رجوع بایستی بگونه ای باشد که براساس فرمهای نظر سنجی طرح تکریم مردم، میزان نارضایتی از مستخدم از ۱۰٪ تعداد مراجعین به فرد تجاوز ننماید
- ۲- مستخدم بیش از دوبار اخطار کتبی بدون درج در پرونده و یکبار توبیخ کتبی با درج در پرونده و یا محکومیت در یکی از حالات تخلفات اداری و یا بند ج ماده ۹ قانون رسیدگی به تخلفات اداری کارکنان دولت (کسر حقوق و فوق العاده شغل بمدت یک ماه تا یکسال) نداشته باشد.
- ۳- اعلام نیاز مدیریت واحد به تداوم و ادامه خدمت مستخدم
- ۴- عدم سوء سابقه فرد در طول مدت قرارداد نظیر مصادیق فساد

ب: عوامل امتیاز آور

- در صورتی که مستخدم مشمول هر یک از بندهای ذیل باشد:
- الف) نارضایتی بیش از ۱۰ درصد مراجعین براساس فرمهای نظرسنجی ماهانه؛
- ب) دریافت بیش از دوبار اخطار کتبی بدون درج یا یک بار توبیخ کتبی با درج در پرونده استخدامی؛
- ج) محکومیت در یکی از حالات مذکور در ماده ۹ قانون رسیدگی به تخلفات اداری
- د) حصول سوء سابقه طی دوران قرارداد پیشین
- مراتب به مدیر واحد منعکس می گردد و فرم بمنظور دستور پرداخت پاداش پایان خدمت تکمیل (بند ب ردیف ۱۱ فرم مذکور) و به رئیس دستگاه یا مقام مجاز از طرف ایشان ارسال می گردد در غیر اینصورت واحد امور اداری پس از تکمیل امتیاز مربوط به اعلام نظر ارباب رجوع (بند الف ردیف ۸) فرم مربوطه را برای مدیر واحد ارسال می دارد. در دستگاههایی که طرح تکریم اجرا نشده باشد، مستخدم از این عامل امتیازی کسب نخواهد کرد.
- مدیر واحد بندهای «ب»-«ه» و «ز» از ردیف ۸ (مواردیکه موجب عدم تمدید قرارداد می شود) به همراه بندهای «ب»-«ج» «د» «ه» «و» «ز» «ح» «ط» و «ی» از ردیف ۹ (عوامل امتیاز آور جهت تمدید قرارداد) مندرج در فرم ضوابط تمدید قرارداد استخدام پیمانی (فرم ع ۴-۱۲۶-۳-۸۲) سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور را براساس ضوابط و دستورالعمل های مربوط تکمیل می نماید. لازم به ذکر است که مدارک مربوط به بندهای «ب»-«ج» و «ز» از ردیف ۹ باید در پرونده مستخدم درج و موجود باشد. در صورتیکه جمع امتیازات کسب شده مستخدم از عوامل امتیاز آور بیشتر از ۵۰ امتیاز باشد مدیر واحد بند الف ردیف ۱۰ فرم مذکور را تکمیل و امضاء نموده و مراتب را جهت تایید مقام یا رئیس واحد یا مقام مجاز از طرف ایشان ارسال می نماید.

تذکره ۱: در صورتیکه امتیاز کسب شده بین ۵۰ تا ۶۵ باشد قرارداد به مدت یکسال و در صورتیکه بین ۶۵ تا ۷۵ باشد تا دو سال و برای بیش از ۷۵ تا سه سال قابل تمدید است.

تذکره ۲: بعد از طی هر یک از مراحل فوق که موجب تمدید یا عدم تمدید قرارداد مستخدم می گردد، فرم مربوط در پرونده استخدامی مستخدم در واحد امور اداری بایگانی خواهد شد.

مدارک مربوط به بندهای ب، ج، ز، از ردیف ۹ عوامل امتیاز آور که باید در پرونده مستخدم درج شود عبارتند از:

بند ب شامل ارزیابی کیفی و کمی خدمات مستخدم:

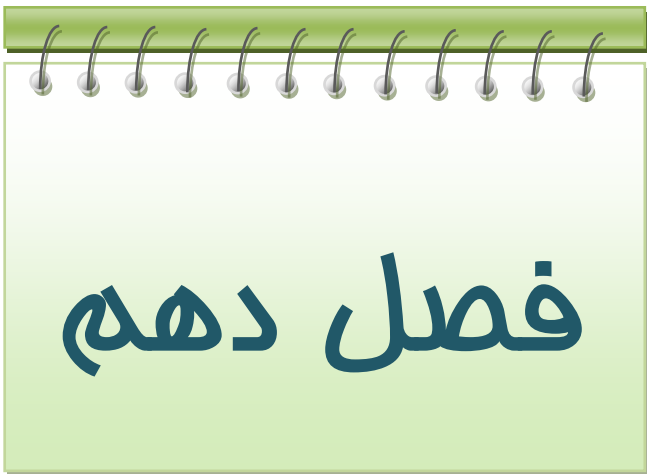
- براساس نتایج حاصل از فرمهای ارزشیابی عملکرد سالانه و نظر مدیریت ذیربط تا سقف ۲۰ امتیاز منظور می گردد.

بند ج شامل طی دوره های آموزشی یا سمینارهای تخصصی:

- به ازای هر ۵ ساعت آموزش و یا شرکت در سمینارها و همایش های آموزشی و تخصصی مرتبط با شغل مورد تصدی براساس ضوابط ناظر بر نظام آموزش کارکنان دولت و طبق برنامه مصوب دستگاه ۴ امتیاز در نظر گرفته میشود. برای دوره هایی که منجر به اخذ مدرک تحصیلی و یا مدرک معادل می گردد امتیازی منظور نمی گردد.

بند ز شامل ارائه پیشنهادات ارزنده مستخدم:

- ارائه پیشنهادات ارزنده که منجر به کاهش زمان انجام کار، صرفه جویی در هزینه ها، افزایش کیفیت خدمات و افزایش بهره وری می شود حداکثر تا سقف ۱۰ امتیاز طبق طرح در نظر گرفته میشود.



فصل دهم



حقوق
و مزایا

حقوق و مزایا

الف- ضریب حقوق: به استناد تبصره ماده ۶۴ قانون مدیریت خدمات کشوری هر سال با توجه به شاخص هزینه زندگی در لایحه بودجه سالانه ضریب ریالی حقوق کارکنان تعیین و به تصویب مجلس شورای اسلامی می رسد. مثلاً ضریب ریالی حقوق در سال ۹۰ برابر ۷۰۰ بوده است.

ب) حق شغل: بر اساس ماده ۶۵ قانون مدیریت خدمات کشوری امتیاز حق شغل مشاغل دستگاه های اجرایی، بر اساس اهمیت و پیچیدگی وظایف و مسئولیت ها، سطح تخصص و مهارت های مورد نیاز بر اساس جدول شماره (۱) تعیین می شود.

هر کدام از مشاغل متناسب با ویژگی ها، حداکثر در پنج رتبه مقدماتی، پایه، ارشد، خبره و عالی طبقه بندی می شوند و هر کدام از رتبه ها به یکی از طبقات جدول موضوع این ماده اختصاص می یابد. رتبه های خبره و عالی به مشاغل کارشناسی و بالاتر اختصاص یافته است. شاغلان مربوط در بدو استخدام در رتبه مقدماتی قرار می گیرند و بر اساس عواملی نظیر ابتکار و خلاقیت، میزان افزایش مهارت ها، انجام خدمات برجسته، طی دوره های آموزشی و میزان جلب رضایت ارباب رجوع ارزیابی و حسب امتیازات کسب شده و طی حداقل مدت تجربه مربوط به سطوح پایه، ارشد، خبره و عالی ارتقا می یابند. نخبگان که طبق ضوابط مصوب شورای عالی انقلاب فرهنگی تعیین می شوند، طبق آیین نامه ای که به پیشنهاد سازمان به تصویب هیأت وزیران می رسد از طی برخی رتبه ها معاف می شوند. کارمندانی که در اجرای طرح مسیر ارتقای شغلی از عناوین ارشد، خبره و عالی برخوردار شده اند با همان عناوین در رتبه های جدول حق شغل قرار می گیرند.

کارمندانی که در اجرای ماده ۸ قانون نظام هماهنگ پرداخت کارمندان دولت از (۸۰ درصد) مجموع حقوق و فوق العاده شغل مشابه قانون اعضای هیأت علمی برخوردار شده اند متناسب با جدول مربوط (ردیف ۱ مربی؛ ردیف ۲ استادیار؛ ردیف ۳ دانشیار) به ترتیب همتر از رتبه های ارشد و خبره و عالی جدول حق شغل قرار می گیرند.

جدول شماره (۱)

رتبه های شغلی طبقات جدول	مقدماتی	پایه	ارشد	خبره	عالی
طبقه یک	۲۴۰۰	۲۶۵۰	-	-	-
طبقه دو	۲۶۰۰	۲۸۵۰	-	-	-
طبقه سه	۲۸۰۰	۳۰۵۰	۳۴۰۰	-	-
طبقه چهار	۳۰۰۰	۳۲۵۰	۳۶۰۰	۴۰۵۰	۴۶۰۰
طبقه پنج	۳۲۰۰	۳۴۵۰	۳۸۰۰	۴۲۵۰	۴۸۰۰
طبقه شش	۳۴۰۰	۳۶۵۰	۴۰۰۰	۴۴۵۰	۵۰۰۰
طبقه هفت	۳۶۰۰	۳۸۵۰	۴۲۰۰	۴۶۵۰	۵۲۰۰
طبقه هشت	۳۸۰۰	۴۰۵۰	۴۴۰۰	۴۸۵۰	۵۴۰۰
طبقه نه	۴۰۰۰	۴۲۵۰	۴۶۰۰	۵۰۵۰	۵۶۰۰
طبقه ده	۴۲۰۰	۴۴۵۰	۴۸۰۰	۵۲۵۰	۵۸۰۰
طبقه یازده	۴۴۰۰	۴۶۵۰	۵۰۰۰	۵۴۵۰	۶۰۰۰
طبقه دوازده	۴۶۰۰	۴۸۵۰	۵۲۰۰	۵۶۵۰	۶۲۰۰
طبقه سیزده	۴۸۰۰	۵۰۵۰	۵۴۰۰	۵۸۵۰	۶۴۰۰
طبقه چهارده	۵۰۰۰	۵۲۵۰	۵۶۰۰	۶۰۵۰	۶۶۰۰
طبقه پانزده	۵۲۰۰	۵۴۵۰	۵۸۰۰	۶۵۵۰	۶۸۰۰
طبقه شانزده	۵۴۰۰	۵۶۵۰	۶۰۰۰	۶۴۵۰	۷۰۰۰

امتیاز حق شغل مشاغل بهداشتی درمانی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و مشاغل آموزشی تمام وقت آموزش و پرورش، با توجه به طبقه و رتبه شغلی مربوط با ضریب (۱/۱) محاسبه می شود.

به عنوان مثال امتیاز حق شغل مستخدمی که در طبقه ۹ و رتبه ارشد قرار دارد

$$\text{برابر است با } ۵۰۶۰ = ۴۶۰۰ \times ۱/۱$$

پ (امتیاز فوق العاده مدیریت

امتیاز فوق العاده مدیریت هر یک از عناوین مدیریت و سرپرستی متناسب با پیچیدگی وظایف و مسئولیت ها، حیطه سرپرستی و نظارت و حساسیت های شغلی و سایر عوامل مربوط بر اساس جدول شماره (۲) تعیین می شود.

جدول شماره (۲)

۱	۲	۳	۴	۵	سطوح مدیریت	حوزه جغرافیایی خدمت
۲۳۰۰	۱۸۵۰	۱۴۰۰	۹۵۰	۵۱۰	سطح یک	شهرستان
۲۳۵۰	۱۹۰۰	۱۴۵۰	۱۰۰۰	۵۵۰	سطح دو	
۲۴۰۰	۱۹۵۰	۱۵۰۰	۱۰۵۰	۶۰۰	سطح سه	
۲۴۵۰	۲۰۰۰	۱۵۵۰	۱۱۰۰	۶۵۰	سطح یک	استان
۲۵۰۰	۲۰۵۰	۱۶۰۰	۱۱۵۰	۷۰۰	سطح دو	
۲۵۵۰	۲۱۰۰	۱۶۵۰	۱۲۰۰	۷۵۰	سطح سه	
۲۶۰۰	۲۱۵۰	۱۷۰۰	۱۲۵۰	۸۰۰	سطح یک	ملی
۲۶۵۰	۲۲۰۰	۱۷۵۰	۱۳۰۰	۸۵۰	سطح دو	
۲۷۰۰	۲۲۵۰	۱۸۰۰	۱۳۵۰	۹۰۰	سطح سه	

دستگاه های اجرایی لازم است . عناوین مشاغل مدیریتی و سرپرستی خود را با توجه به عوامل مندرج در بند (پ) به گونه ای مشخص کنند که حداقل ۵۰ درصد از مشاغل مذکور در سطح سه تخصیص یابند.

ت (حق شغل

امتیاز حق شغل کارمندان بر اساس عوامل تحصیلات، دوره های آموزشی، مهارت ها و توانایی های فردی، سنوات خدمت و تجربه بر اساس جدول شماره (۳) تعیین می شود. حداکثر امتیاز حق شغل برای هر کارمند از ۷۵ درصد امتیاز حق شغل وی تجاوز نخواهد کرد.

جدول شماره (۳)

مقطع تحصیلی	امتیاز تحصیلات	امتیاز دوره های آموزشی و مصوب	امتیاز مهارت و توانایی ها	امتیاز سنوات خدمت در هر سال	امتیاز تجربه* مربوط و مشابه در هر سال
دیپلم	۱۲۰۰	به ازای طی هر یک سال دوره های آموزشی مصوب نیم امتیاز (حداکثر ۵۰۰ امتیاز)	۲۵۰	۱۵	۱۰
فوق دیپلم	۱۴۰۰		۳۰۰	۲۰	۱۲
لیسانس	۱۷۰۰		۴۰۰	۲۵	۱۴
فوق لیسانس و دکترای حرفه ای	۲۰۰۰		۶۰۰	۳۰	۱۶
(phd دکترای تخصصی)	۲۳۰۰		۸۰۰	۳۵	۱۸

ث (حقوق ثابت

حقوق ثابت برابر است با حاصل جمع امتیازات شغل، فوق العاده مدیریت و حق شاغل ضرب در ضریب ریالی سالانه .

ج (فوق العاده ایثارگری

به استناد بند ۲ ماده ۶۸ مدیریت خدمات کشوری ایثارگران متناسب با درصد جانبازی و مدت خدمت داوطلبانه در جبهه و مدت اسارت، از امتیازات جدول شماره (۴) بهره مند می شوند.

جدول شماره (۴)

درصد جانبازی	مدت اسارت	مدت خدمت داوطلبانه	امتیاز
۵ درصد	سه ۶ ماه	سه ۶ ماه	۴۰۰
تا ۱۰ درصد	تا ۱۲ ماه	تا ۱۲ ماه	۵۰۰
تا ۱۵ درصد	تا ۱۸ ماه	تا ۱۸ ماه	۶۰۰
تا ۲۰ درصد	تا ۲۴ ماه	تا ۲۴ ماه	۷۰۰
تا ۲۵ درصد	تا ۳۰ ماه	تا ۳۰ ماه	۸۰۰
تا ۳۰ درصد	تا ۳۶ ماه	تا ۳۶ ماه	۹۰۰
تا ۳۵ ماه	تا ۴۲ ماه	تا ۴۲ ماه	۱۰۰۰
تا ۴۰ درصد	تا ۴۸ ماه	تا ۴۸ ماه	۱۱۰۰
تا ۴۵ درصد	تا ۵۴ ماه	تا ۵۴ ماه	۱۲۰۰
تا ۵۰ درصد	تا ۶۰ ماه	تا ۶۰ ماه	۱۳۰۰
تا ۶۰ درصد	تا ۷۰ ماه	تا ۷۰ ماه	۱۵۰۰
بالاتر از ۶۰ درصد	بالاتر از ۷۰ ماه	بالاتر از ۷۰ ماه	۱۵۵۰

تبصره : در صورتی که کارمندی از اجتماع حالات ایثارگری برخوردار باشد، بالاترین امتیاز مربوط به یکی از آنها مبنای تعیین امتیاز قرار گرفته و ۲۵ درصد از امتیاز ایثارگری ۱۵۵۰ امتیاز است.

چ (خدمت در مناطق جنگ زده

کارمندانی که در زمان جنگ در مناطق جنگ زده مشغول خدمت اداری بوده اند به ازای هر سال خدمت در زمان جنگ از ۱۳۰ امتیاز بهره مند می شوند.

ح (فوق العاده نشان های دولتی

به استناد بند ۲ ماده ۶۸ قانون مدیریت خدمات کشوری دارندگان نشان های دولتی از امتیازات ذیل برخوردار می شوند:

* دارندگان نشان عالی ، ۸۰۰ امتیاز

* دارندگان نشان تخصصی و عمومی درجه یک، ۶۵۰ امتیاز

* دارندگان نشان تخصصی و عمومی درجه دو، ۵۰۰ امتیاز

* دارندگان نشان تخصصی و عمومی درجه سه ۴۰۰ امتیاز

خ) فوق العاده سختی شرایط محیط کار و کار در محیط غیر متعارف

به استناد بخشنامه شماره ۵۰۷۹۵ / ۲۰۰ مورخ ۸۹/۱۰/۵ معاونت توسعه مدیریت و سرمایه انسانی رئیس جمهور امتیاز فوق العاده سختی شرایط محیط کار و کار در محیط های غیر متعارف کارمندان دستگاه های اجرایی بر اساس درصدهایی که قبلاً برای سختی کار مشاغل تعیین و تأیید شده است، به ازای هر یک درصد ۱۲ امتیاز و حداکثر تا ۱۰۰۰ امتیاز به عنوان سختی کار در نظر گرفته می شود.

د) فوق العاده مناطق کمتر توسعه یافته

به استناد بخشنامه ۴۱۷۲۲ / ۲۰۰ مورخ ۸۹/۸/۱۱ معاونت توسعه مدیریت و سرمایه انسانی رئیس جمهور از تاریخ ۹۰/۱/۱ کارمندان شاغل در مناطق کمتر توسعه یافته موضوع تصویب نامه شماره ۷۶۲۹۴ / ت ۳۶۰۹۵ ه مورخ ۸۸/۴/۱۰ هیأت وزیران و اصلاحات بعدی آن از فوق العاده مذکور بر مبنای حقوق ثابت و بر اساس جدول شماره (۵) بهره مند می شوند.

جدول شماره (۵)

ضرب محرومیت دهستان					
ضرب	ضرب	ضرب	ضرب	ضرب	سطح مشاغل
۵	۶	۷	۸	۹	
۷	۹	۱۱	۱۳	۱۵	مشاغل تخصصی با مدرک تحصیلی
درصد	درصد	درصد	درصد	درصد	کارشناسی ارشد و بالاتر
۵	۶	۸	۱۰	۱۲	سایر مشاغل با هر مدرک تحصیلی
درصد	درصد	درصد	درصد	درصد	

ذ) فوق العاده بدی آب و هوا

به استناد بخشنامه شماره ۴۱۷۲۲ / ۲۰۰ مورخ ۸۹/۸/۱۱ معاونت توسعه مدیریت و سرمایه انسانی رئیس جمهور از تاریخ ۹۰/۱/۱ کارمندان شاغل در مناطق بد آب و هوایی موضوع جدول درجه بندی نقاط کشور پیوست تصویب نامه شماره ۲۰۲۷۲ / ت ۵۱۵ ه مورخ ۱۳۷۴/۱/۱۴ هیأت وزیران و

اصلاحات بعدی آن، از فوق العاده بدی آب و هوا بر مبنای حقوق ثابت و بر اساس جدول شماره (۶)

بهره مند می شوند.

جدول شماره (۶)

درجه	درجه	درجه	درجه	درجه بدی آب و هوا
۴	۳	۲	۱	سطح مشاغل
۱۰	۸	۷	۶	مشاغل تخصصی با مدرک تحصیلی
درصد	درصد	درصد	درصد	کارشناسی ارشد و بالاتر
۸	۷	۶	۵	سایر مشاغل با هر مدرک تحصیلی
درصد	درصد	درصد	درصد	

تبصره ۱: تا تعریف و تعیین مشاغل تخصصی که به تصویب شورای توسعه مدیریت و سرمایه انسانی خواهد رسید، متصدیان مشاغل تخصصی که دارای مدرک تحصیلی کارشناسی ارشد و بالاتر هستند، از درصد های پیش بینی شده در ردیف دوم جدول شماره (۵) و (۶) حسب مورد بهره مند خواهند شد.

تبصره ۲: فوق العاده های مذکور در بندهای (د) و (ذ)، صرفاً به کارمندانی تعلق می گیرد که به موجب حکم کارگزینی صادره در مناطق مورد اشاره اشتغال داشته باشند.

ر) فوق العاده های محل خدمت و نوبت کاری

به استناد بند ۶ فصل یکم بخشنامه شماره ۱ / ۱۴۵۹۳ / ۲۰۰ مورخ ۱۳۸۸/۲/۲۱ معاونت توسعه مدیریت و سرمایه انسانی رئیس جمهور، تا تصویب و ابلاغ مصوبات مربوط، معادل ریالی فوق العاده های مذکور مندرج در آخرین حکم کارگزینی سال ۸۷ کارمند، به عنوان فوق العاده محل خدمت و فوق العاده نوبت کاری درج و پرداخت می شود.

ز) کمک هزینه عایله مندی و اولاد

به کارمندان مرد مشمول قانون مدیریت خدمات کشوری که دارای همسر هستند، معادل ۸۱۰ امتیاز به عنوان کمک هزینه عایله مندی و برای هر فرزند معادل ۲۱۰ امتیاز و حداکثر تا سه فرزند به عنوان کمک هزینه اولاد تعلق می گیرد.

امتیاز حاصل از نتایج ارزشیابی عوامل مذکور، ضرب در ضریب ریالی که سالانه اعلام خواهد شد، مبنای تعیین حقوق و مزایای کارمندان قرار می گیرد.

نحوه محاسبه تفاوت تطبیق

پس از امتیاز بندی حق شغل، شاغل و فوق العاده های مدیریت، ایثارگری، نشانهای دولتی و خدمت اداری در مناطق جنگ زده در اولین حکم سال ۸۸ (تطبیق با قانون مدیریت خدمات کشوری) جمع امتیازات ضرب در ضریب موضوع ماده ۱۲۵ قانون مدیریت خدمات کشوری (ضریب ۵۰۰) شده و در صورتی که حقوق و فوق العاده های مشمول کسور بازنشستگی مندرج در آخرین حکم کارگزینی در سال ۱۳۸۷ (به استثنای سختی شرایط محیط کار و نوبت کاری) بیشتر از مبلغ فوق (جمع امتیازات با ضریب ۵۰۰) شد، تفاوت حاصل به عنوان تفاوت تطبیق در حکم تطبیقی سال ۸۸ درج می شود. بدیهی است که این مبلغ طی احکام صادره سال های ۸۹ و ۹۰ ثابت و همان مبلغ مندرج در سال ۸۸ است.

کمک هزینه ازدواج:

کمک هزینه ازدواج در صورت ازدواج دائم خود و فرزندان مستخدمین شاغل، بازنشسته، از کار افتاده و متوفی فقط یک بار برای هر یک از آنان قابل پرداخت است. جهت پرداخت کمک هزینه ازدواج تاریخ وقوع عقد مندرج در سند ازدواج در صفحه اول قبالة نکاحیه ملاک عمل است بنابراین در مواردی که تاریخ وقوع عقد با تاریخ ثبت مندرج در سند ازدواج مغایرت دارد ملاک، تاریخ عقد مندرج در سند ازدواج است. کمک هزینه ازدواج فرزند در صورتی قابل پرداخت است که آن فرزند خود کارمند مشمول مقررات مذکور نباشد.

کمک هزینه ازدواج برای هر فرد واجد شرایط فقط یکبار قابل پرداخت است. در صورتی که زن و شوهر هر دو کارمند باشند کمک هزینه ازدواج فرزند به یکی از آنان ترجیحا "به مرد تعلق می گیرد. در صورتی که مزدوجین هر دو کارمند دولت و مشمول مقررات مذکور باشند کمک هزینه ازدواج به هر دوی آنان تعلق می گیرد.

کمک هزینه ازدواج از تاریخ ۷۵/۴/۱ لغایت پایان سال ۷۸ فقط بابت ازدواج خود کارمندان شاغل و یک فرزند آنان قابل پرداخت است. از تاریخ ۷۹/۱/۱ لغایت ۸۱/۱۰/۱ بابت ازدواج خود و سه فرزند مستخدمین شاغل، بازنشسته، از کار افتاده و متوفی قابل پرداخت است و از تاریخ ۸۱/۱۰/۱ محدودیت سه فرزند حذف گردیده است.

کارکنان پیمانی با توجه به بند الف بخشنامه شماره ۱۸۰۲/۹۰۷۰۹ مورخ ۸۲/۸/۱۲ دفتر نظامهای استخدامی سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور لازم است جهت استفاده از کمک هزینه ازدواج به سازمان تامین اجتماعی معرفی تا از مزایای مذکور از طریق آن سازمان بهره مند گردند. در صورتی که آن سازمان کتباً "اعلام نماید که نامبرده برابر قانون تامین اجتماعی منحصرأ" به علت کسر سنوات خدمت واجد شرایط استفاده از مزایای مذکور نمی باشد پرداخت کمک هزینه ازدواج از طریق واحد محل خدمت برابر مقررات بلامانع است.

کارمندان پیمانی بابت ازدواج فرزند مشمول مقررات مذکور از کمک هزینه ازدواج فرزند همانند کارکنان رسمی برخوردار می باشند
کمک هزینه ازدواج فرزندان پس از فوت مستخدم مشروط بر اینکه خود فرزند، کارمند مشمول مقررات مذکور نباشد قابل پرداخت است.

پرداخت کمک هزینه ازدواج کارکنان پیمانی از تاریخ ۸۲/۸/۱۲ قابل اجرا می باشد.
مبلغ کمک هزینه ازدواج از تاریخ ۷۸/۴/۱ لغایت ۷۹/۱۱/۳ ده برابر حداقل حقوق مبنا جدول قانون نظام هماهنگ پرداخت و از تاریخ ۷۶/۱۱/۳ به بعد معادل بیست برابر حداقل حقوق مبنا جدول مذکور می باشد. بعنوان مثال در سال (۱۳۸۷) مبلغ کمک هزینه ازدواج ۳،۹۲۰۰۰۰ ریال می باشد.

کمک هزینه فوت:

به استناد بند دو ماده ۳ قانون مذکور، کمک هزینه فوت در صورت فوت مستخدم شاغل یا بازنشته و افراد تحت تکفل وی قابل پرداخت است. کمک هزینه فوت در صورت فوت مستخدمین رسمی شاغل از تاریخ ۷۵/۴/۱ و بازنشته از تاریخ ۷۶/۱/۱ به ورثه بلافصل آنان تعلق می گیرد.
پس از فوت مستخدم، پرداخت کمک هزینه بابت فوت افرادی که در زمان حیات مستخدم تحت تکفل وی بوده اند، مجوزی ندارد؛ اما پرداخت کمک هزینه بابت فوت خود مستخدم به ورثه بلافصل وی بلامانع است.

کمک هزینه ازدواج و فوت به کارکنان دانشگاه برای مواردی که تاریخ وقوع آن از ۷۵/۴/۱ لغایت پایان سال ۱۳۸۳ می باشد، با مجوز مدیریت نیروی انسانی پرداخت می گردد. از تاریخ ۸۴/۱/۱ پرداخت کمک هزینه مذکور با رعایت کلیه مقررات به واحد محل خدمت کارکنان تقویض اختیار گردیده است و نظارت بر نحوه پرداخت از سوی مدیریت نیروی انسانی صورت می گیرد

ماده ۴۰: پرداخت مبالغی برای جبران هزینه ها:

الف- هزینه ایاب و ذهاب: فقط برای مشاغلی که تصدی آنها مستلزم رفت و آمدهایی برای انجام وظایف است.

ب- هزینه سفر: اعزام یا انتقال به خارج از محل خدمت.

پ- هزینه نقل مکان: فقط در زمان تغییر محل

مرخصیها:

طبق ماده یک آیین نامه مرخصی ها:

مستخدم رسمی دولت از نخستین ماه خدمت به مدت ماهانه ۲/۵ روز به نسبت مدت خدمت استحقاق مرخصی دارد. طبق قانون خدمات کشوری کلیه کارکنان فقط ۱۵ روز مرخصی خود را می توانند ذخیره کنند.

طبق ماده ۶ آیین نامه مرخصی ها:

مستخدم می تواند با درخواست کتبی و موافقت کتبی رئیس یا معاون اداره از مرخصی استحقاقی سالیانه استفاده نماید.

• طبق ماده ۱۰ آیین نامه مرخصی ها: حداکثر استفاده از مرخصی استحقاقی در یکسال تقویمی برای مستخدم رسمی دولت ۴ ماه می باشد و مازاد بر مدت فوق مجوزی ندارد.

• طبق ماده ۱۳ آیین 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 نیست.

• طبق ماده ۱۳ آئین نامه مرخصی ها: تعطیلی بین دو مرخصی استحقاقی براساس قانون خدمات کشوری محاسبه نمی گردد.

• طبق ماده ۲۱: هرگاه مستخدم رسمی دولت بیمار شود و آن بیماری مانع از خدمت او باشد لازم است مراتب را در کوتاه ترین مدت به اداره متبوع اطلاع دهد و گواهی استراحت از پزشک معالج را به رئیس اداره یا معاون ارائه نماید.

• طبق ماده ۲۲: کارگزین مکلف است گواهی پزشک معالج را برای تایید به پزشک معتمد اداره متبوع ارسال نماید و پس از تایید حکم مرخصی استعلاجی صادر نماید.

• طبق ماده ۲۴: چنانچه مستخدم بیش از چهار ماه مرخصی استعلاجی استفاده نماید برابر ماده ۲۴

آیین نامه مرخصی ها و تشخیص کمیسیون پزشکی مبنی بر صعب العلاج بودن بیماری حکم مرخصی

صعب العلاج تا سقف ۶ ماه توسط کارگزینی با مجوز استراحت از پزشک معالج صادر می گردد و در صورت عدم بهبودی قابل تمدید می باشد (در هر نوبت ۶ 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 ۲۶: طبق مصوبه ۸۶/۴/۲۵ مجلس شورای اسلامی جهت بانوان باردار برای هر زایمان شش ماه پیش بینی شده است همچنین برای زایمانهای دوقلو نیز شش ماه مرخصی استعلاجی در نظر گرفته شده است. چنانچه فرزند از شیر مادر تغذیه گردد مدت شیردهی و استفاده از مزایای آن از ۲۰ ماه به ۲۴ ماه افزایش یافته است.

- برابر ماده ۱۹: در مدت مرخصی صعب العلاج مرخصی استحقاقی به کارکنان فوق الذکر تعلق نمی گیرد. ضمناً برابر دستورالعمل شماره ۲/۳/۱۴۷۱ ک م و رخ ۸۲/۷/۱ 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.

مرخصی بدون حقوق:

- برابر تبصره یک ماده ۳۲ به کارکنان آزمایشی حداکثر ۲ ماه مرخصی بدون حقوق در طول خدمت آزمایشی تعلق می گیرد.

- برابر تبصره ۲ ماده ۴۹ قانون استخدام کشوری: مستخدم دولت می تواند در طول خدمت در وزارت متبوع با موافقت رئیس اداره از حداکثر سه سال مرخصی بدون حقوق استفاده نمایند ضمناً در صورت ادامه تحصیل در تحصیلات عالی تا دو سال دیگر قابل تمدید خواهد بود. (حداکثر ۵ سال)
- برای کارکنانی که همسران آنان در مشاغل حساس دولتی می باشند برابر تبصره ۵ ماده قانونی فوق تا سقف ۶ سال قابل تمدید خواهد بود.

- برابر بند یک تصویبنامه شماره ۲۸۵۷۶/ت-۵۳۱۶۵۷-۸۴/۵/۱۰ هیات وزیران مستخدم پیمانی می تواند در صورت نیاز با موافقت دستگاه استخدام کننده از مرخصی بدون حقوق و حداکثر به میزان دو سوم مدت قرارداد استفاده نماید.

- ماده ۳۲: مستخدم در حالت های ذیل میتواند از مرخصی بدون حقوق استفاده نمایند.

- مستخدم استحقاق مرخصی نداشته باشد.

- مستخدم قصد ادامه تحصیل داشته باشد.

- مستخدم ناگزیر باشد باتفاق همسرش به خارج از کشور مسافرت نمایند.

مستخدم پس از استفاده از مرخصی استعلاجی به سبب ادامه بیماری قادر به انجام وظیفه نباشد.

خدمت نیمه وقت بانوان:

کارکنان زن رسمی دولت در صورت تقاضا و موافقت بالاترین مقام اجرائی دستگاه متبوعه می توانند از خدمت نیمه وقت بهره مند شوند برابر ماده ۲ آیین نامه خدمت نیمه وقت بانوان: خدمت نیمه وقت خدمتی است که ساعات کار آن طبق مقررات این قانون نصف ساعات کار هفتگی در موسسات دولتی می باشد و در هفته کمتر از ۲۲ ساعت نمی باشد.

برابر بند ۳ تصویب نامه هیات وزیران به شماره ۲۸۵۷۶/ت/۳۱۶۵۷ ه مورخ ۸۴/۵/۱۰ بانوان مستخدم پیمانی در صورت موافقت دستگاه مربوط می توانند از خدمت نیمه وقت استفاده نمایند.

برابر تبصره ۱ ماده ۷: خدمت نیمه وقت از لحاظ پرداخت کسور بازنشستگی توسط متقاضی فقط تا سه سال قابل احتساب می باشد

ماده ۸ و ۹: مدت استفاده از مرخصی استعلاجی و زایمان و مرخصی استحقاقی کارکنان خدمت نیمه وقت مانند کارمندان تمام وقت محاسبه می شود حقوق و فوق العاده شغل و سایر مزایای مستمر در اینگونه مستخدمین نصف مبالغ مربوط به کارکنان تمام وقت خواهد بود. حداقل زمان خدمت نیمه وقت یکسال است

به دستگاههای موضوع این قانون اجازه داده می شود در صورت تقاضای بانوان کارمند رسمی و ثابت خود و موافقت بالاترین مقام مسئول همچنین بتوانند به جای نیمه وقت، ساعات خدمت آنان را به سه چهارم ساعات کار مقرر تقلیل دهند

مرخصی کمتر از یک روز:

ماده ۲: مرخصی کمتر از یک روز جزء مرخصی استحقاقی منظور و محاسبه می شود و به ازاء هر ۸ ساعت معادل یک روز از مرخصی استحقاقی مستخدم کسر می گردد و سقف تعیین شده حداکثر ۱۲ روز در یکسال تقویمی می باشد.

تبصره ۱ ماده ۳: 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 بیست و چهار ماهگی کودک، روزانه یک ساعت از مرخصی (پاس شیر) بدون کسر از مرخصی استحقاقی استفاده نمایند.

ماده ۶: 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 یک ساعت الزامی است.

باز خرید مرخصی کارکنان:

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

- وجود اعتبار لازم در واحد
 - رضایت از نحوه خدمتی مستخدم
 - وجود حداقل یک ماه ذخیره مرخصی استحقاقی
- هر مستخدم می تواند در سال حداکثر دو ماه و در طول خدمت (قبل از بازنشستگی حداکثر ۶ ماه مرخصی خود را باز خرید نماید)
- سالانه حداکثر تا سقف دو درصد کارکنان هر واحد می توانند از باز خرید مرخصی در صورت تامین اعتبار لازم بهره مند شوند. بدیهی است ضوابط فوق منحصرا 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.

روند ارتقاء کارکنان

شورای توسعه مدیریت و سرمایه انسانی در جلسه مورخ ۸۹/۶/۱۵ بنا به پیشنهاد معاونت توسعه مدیریت و سرمایه انسانی رییس جمهور و به استناد تبصره (۱) ماده (۶۵) قانون مدیریت خدمات کشوری ضوابط نحوه ارتقای کارمندان در طبقات و رتبه‌های جدول حق شغل را به شرح پیوست تصویب نمود که مراتب به تأیید رییس جمهور محترم رسیده است و برای اجرا ابلاغ می‌گردد.

ضوابط نحوه ارتقای کارمندان در طبقات جدول حق شغل:

کارمندان شاغل مشمول قانون مدیریت خدمات کشوری در صورت تحقق شرایط زیر به یک طبقه شغلی بالاتر در جدول حق شغل (موضوع بند ۱ فصل اول بخشنامه شماره ۲۰۰/۱۴۵۹۳ مورخ ۸۸/۲/۲۱ معاونت توسعه مدیریت و سرمایه انسانی رییس جمهور) ارتقا می‌یابند:

۱- شاغلین مجموعه مشاغلی که شرایط احراز تحصیلی آنها مدرک تحصیلی پایان دوره ابتدایی بوده است، به ازای هر شش سال سوابق تجربی از تاریخ دریافت آخرین گروه استحقاقی یک طبقه و حداکثر تا طبقه ۵ ارتقاء می‌یابند.

۲- شاغلین مجموعه مشاغلی که شرایط احراز تحصیلی آنها مدرک تحصیلی پایان دوره راهنمایی (سیکل) بوده است، به ازای هر پنج سال سوابق تجربی از تاریخ دریافت آخرین گروه استحقاقی یک طبقه و حداکثر تا طبقه ۶ ارتقاء می‌یابند.

۳- شاغلین مجموعه مشاغلی که شرایط احراز تحصیلی آنها مدرک تحصیلی دیپلم می‌باشد به ازای هر پنج سال سوابق تجربی از تاریخ دریافت آخرین گروه استحقاقی یک طبقه و حداکثر تا طبقه ۷ ارتقاء می‌یابند.

۴- شاغلین مجموعه مشاغلی که شرایط احراز تحصیلی آنها مدرک تحصیلی کاردانی یا همتراز می‌باشد به ازای هر پنج سال سوابق تجربی از تاریخ دریافت آخرین گروه استحقاقی یک طبقه و حداکثر تا طبقه ۸ ارتقاء می‌یابند.

۵- شاغلین مجموعه مشاغلی که شرایط احراز تحصیلی آنها مدرک تحصیلی کارشناسی یا همتراز می‌باشد به ازای هر چهار سال سوابق تجربی از تاریخ دریافت آخرین گروه استحقاقی یک طبقه و حداکثر تا طبقه ۱۰ ارتقاء می‌یابند.

۶- شاغلین مجموعه مشاغلی که شرایط احراز تحصیلی آنها مدرک تحصیلی کارشناسی ارشد یا هم‌تراز می‌باشد، به ازای هر چهار سال سوابق تجربی از تاریخ دریافت آخرین گروه استحقاقی یک طبقه و حداکثر تا طبقه ۱۱ ارتقاء می‌یابند.

۷- شاغلین مجموعه مشاغلی که شرایط احراز تحصیلی آنها مدرک تحصیلی دکترای حرفه‌ای یا هم‌تراز می‌باشد، به ازای هر چهار سال سوابق تجربی از تاریخ دریافت آخرین گروه استحقاقی یک طبقه و حداکثر تا طبقه ۱۲ ارتقاء می‌یابند.

۸- پزشکان متخصص و همچنین شاغلین مجموعه مشاغلی که شرایط احراز تحصیلی آنها مدرک تحصیلی دکترای تخصصی (ph.D) یا هم‌تراز می‌باشد، به ازای هر چهار سال سوابق تجربی از تاریخ دریافت آخرین گروه استحقاقی یک طبقه و حداکثر تا طبقه ۱۳ ارتقاء می‌یابند.

تبصره ۱ - کارمندانی که به لحاظ کسب تجارب، مهارت و طی دوره‌های آموزش شغلی مربوط، از توانایی‌های لازم برای تصدی مشاغل بالاتر از شغل فعلی خود برخوردار می‌شوند، ولیکن دارای مدرک تحصیلی پیش‌بینی شده در آن شغل نمی‌باشند، به موجب ضوابطی که از سوی معاونت توسعه مدیریت و سرمایه انسانی رییس‌جمهور ابلاغ خواهد شد از امکان تصدی مشاغل مذکور برخوردار می‌شوند.

تبصره ۲ - دستگاه‌های اجرایی می‌توانند در خصوص آن دسته از مشاغلی که روند ارتقاء خاص داشته‌اند و با مفاد بندهای فوق تطبیق ندارند مراتب پیشنهاد خود را به معاونت توسعه مدیریت و سرمایه انسانی رییس‌جمهور ارایه نمایند.

تبصره ۳ - کارمندانی که در اجرای تبصره ۴ ماده ۳ قانون نظام هماهنگ پرداخت کارکنان دولت و همچنین کارمندان عضو گردانهای عاشورا و الزهرا و فرزندان شاهد و همچنین سایر کارمندانی که به موجب مصوبه شورای امور اداری و استخدامی کشور (سابق) از گروه‌های مربوط برخوردار شده‌اند، به تناسب از حداکثر طبقات تعیین شده در بندهای فوق مستثنی می‌باشند.

تبصره ۴ - سوابق تجربی کارمندان در ارتقای طبقه و رتبه شغلی آنها، بر اساس ضوابط مربوط به نحوه احتساب تجربه مندرج در آیین‌نامه اجرایی طرح طبقه‌بندی قابل محاسبه خواهد بود.

تبصره ۵- کارمندانی که بعد از ۸۸/۱/۱ به استخدام دستگاههای اجرایی در آمده‌اند، تاریخ ورود به خدمت آنان ملاک عمل برای ارتقای طبقات خواهد بود

تبصره ۶- شاغلین مشاغل کاردانی و بالاتر و یا همترازان آنها که در مناطق کمتر توسعه یافته موضوع فهرست تصویب نامه مشار ۷۶۲۹۴/۳۶۰۹۵ هـ مورخ ۸۸/۴/۱۰ و استان‌های خراسانی شمالی، خراسان جنوبی، کهگیلویه و بویر احمد، کردستان، سیستان و بلوچستان، بوشهر، هرمزگان، خوزستان و ایلام، خدمت می‌نمایند، به ازای هر یک سال سوابق تجربی (از تاریخ ۸۸/۱/۱ به بعد)، از یک سال تعجیل (کسر سال به نسبت)، در ارتقای طبقه برخوردار می‌شوند
ب- نحوه ارتقای کارمندان در رتبه‌های جدول حق شغل:

شرایط ارتقای رتبه کارمندان مشمول این ضوابط به شرح زیر می‌باشد:

۱- مدت تجربه لازم برای ارتقای رتبه متصدیان مشاغل تا سطح کاردانی و کارشناسی و بالاتر به شرح جدول زیر می‌باشد.

رتبه ها	مقدماتی	پایه	ارشد	خبره	عالی
مدت تجربه لازم برای مشاغل تا سطح کاردانی	۰	۸ سال	۲۰ سال	-	-
مدت تجربه لازم برای مشاغل تا سطح کارشناسی و بالاتر	۰	۶ سال	۱۲ سال	۱۸ سال	۲۴ سال

تبصره ۱- مشاغل کاردانی و کارشناسی به مشاغل اطلاق می‌شود که به رشته‌های شغلی تحت عناوین کاردانی و کارشناسی تخصیص می‌یابند و یا این که پست سازمانی شاغلین دارای عنوان کاردانی یا کارشناسی باشد، همچنین آن دسته از مشاغل که به موجب مقررات مربوط همتراز مشاغل کاردانی و یا کارشناسی شناخته شده‌اند در زمره مشاغل مذکور محسوب می‌شوند.

تبصره ۲- برای شاغلین مشاغل کاردانی و بالاتر و یا همترازان آنها که در مناطق کمتر توسعه یافته موضوع فهرست تصویب‌نامه شماره ۷۶۲۹۴/ت۳۶۰۹۵ هـ مورخ ۸۸/۴/۱۰ و استان‌های خراسان شمالی، خراسان جنوبی، کهگیلویه و بویر احمد، چهار محال و بختیاری، کردستان، سیستان و بلوچستان،

بوشهر، هرمزگان، خوزستان و ایلام، خدمت می نمایند به ازای هر یک سال سوابق تجربی، (از تاریخ ۸۸/۱/۱ به بعد)، ۲ سال (کسر سال به نسبت)، قابل محاسبه خواهد بود.

۲- عوامل ارزیابی کارمندان برای ارتقای رتبه شغلی به شرح زیر است:

- میزان ابتکار و خلاقیت در انجام وظایف محوله ۲۰ تا ۰
- میزان افزایش مهارت های مربوط به وظایف محوله ۲۰ تا ۰
- انجام خدمات برجسته در راستای شغل مورد تصدی ۲۰ تا ۰
- آموزشی های طی شده مرتبط با شغل ۲۰ تا ۰
- میزان جلب رضایت ارباب رجوع ۲۰ تا ۰

تبصره - ارزیابی کارمندان و نحوه تخصیص و تعیین امتیازات مندرج در جدول عوامل موضوع این بند بر اساس ضوابط است که از سوی معاونت توسعه مدیریت و سرمایه انسانی رییس جمهور ابلاغ خواهد شد.

۳- برای ارتقای کارمند به یک رتبه بالاتر، علاوه بر رعایت مفاد بندهای ۱ و ۲ قسمت «ب»، تحقق شرایط زیر الزامی است:

۳-۱- برای ارتقای به رتبه پایه

۱- کسب حداقل ۶۰ درصد امتیاز از نمره ارزیابی جدول بند ۲

۲- گذراندن ۳۰۰ ساعت دوره آموزشی در چارچوب نظام آموزشی کارمندان دولت

۳-۲- برای ارتقای به رتبه ارشد

۱- کسب حداقل ۷۰ درصد امتیاز از نمره ارزیابی جدول بند ۲

۲- گذراندن ۲۵۰ ساعت دوره آموزشی در چارچوب نظام آموزشی کارمندان دولت

۳-۳- برای ارتقای به رتبه خبره

۱- کسب حداقل ۸۰ درصد امتیاز از نمره ارزیابی جدول بند ۲

۲- گذراندن ۲۰۰ ساعت دوره آموزشی در چارچوب نظام آموزشی کارمندان دولت

۳- کسب رتبه خبره برای کارمندان مستلزم تأیید کمیته موضوع بند ۵ فصل سوم بخشنامه شماره

۱۴۵۹۳/۲۰۰ مورخ ۸۸/۲/۲۱ معاونت توسعه مدیریت و سرمایه انسانی رییس جمهور با حضور نماینده

معاونت مذکور خواهد بود.

۳-۴- برای ارتقای به رتبه عالی

۱- کسب حداقل ۹۰ درصد امتیاز از نمره ارزیابی جدول بند ۲

- ۲- گذراندن ۱۵۰ ساعت دوره آموزشی در چارچوب نظام آموزشی کارمندان دولت
- ۳- کسب رتبه عالی برای کارمندان مستلزم ارسال مدارک لازم از سوی دستگاه اجرایی و تأیید کمیته تخصصی نظام شغلی شورای توسعه مدیریت و سرمایه انسانی رییس جمهور می باشد.
- تبصره ۱- برای شاغلین مشاغل کاردانی و بالاتر و یا همتران آنها که در مناطق کمتر توسعه یافته موضوع فهرست تصویب نامه شماره ۷۶۲۹۴/ت/۳۶۰۹۵ هـ مورخ ۸۸/۴/۱۰ هیأت وزیران و استان های خراسان شمالی، خراسان جنوبی، کهگیلویه و بویراحمد، چهارمحال و بختیاری، کردستان، سیستان و بلوچستان، بوشهر، هرمزگان، خوزستان و ایلام، خدمت می نمایند، برای ارتقاء به رتبه های شغلی پایه، ارشد، خبره، عالی به ترتیب نیازمند ۵۰، ۷۰، ۶۰ و ۸۰ درصد امتیازات موضوع جدول بند ۲ می باشند.
- تبصره ۲- دستگاه های اجرایی موظفند فهرست کارمندانی را که در اجرای مقررات مربوط به رتبه های ارشد، خبره و عالی ارتقاء می یابند، برای ثبت در بانک اطلاعاتی معاونت توسعه مدیریت و سرمایه انسانی رییس جمهور، بر اساس فرمی که از سوی معاونت مذکور ابلاغ خواهد شد، ارسال دارند.

پیوست ها

بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی سبزوار

فرم گزارش دهی اختیاری خطاهای پزشکی



شماره :

نام بخش:

نام بیمارستان:

	نام و نام خانوادگی (اختیاری):			
ویژه تاریخ ثبت	مدرک تحصیلی:	فوق دیپلم	لیسانس	فوق لیسانس
	وضعیت استخدامی:	رسمی	پیمانی	قراردادی
	سابقه کار:	کمتر از ۱۰ سال	۱۰ تا ۲۰ سال	بیشتر از ۲۰ سال
	سمت گزارش دهنده خطا:	پزشک	پرستار	ماما
	سمت فردی که دچار خطا شده:	پزشک	پرستار	ماما
	زمان بروز خطا:	صبح	عصر	شب
	خطا منجر به آسیب به:	بیمار	تجهیزات	پرسنل
	شدن است.			
ویژه تاریخ ثبت	جراحی:	انجام عمل در موضع غلط	انجام عمل غیر ضروری	
		انجام عمل روی بیمار دیگر	تکنیک غلط جراحی	
		جا گذاشتن اشیاء خارجی در بدن	عوارض بعد عمل	
	دارویی:	داروی اشتباه	تداخل دارویی	واکنش دارویی
		زمان دادن دارو	سرعت انفوزین	دوز اشتباه
		روش اشتباه تجویز	حذف دارو	بیمار اشتباه
		تکرار داروی تجویز شده		
	اتفاقات مربوط به تشخیص:	عدم تشخیص	تاخیر در تشخیص	تشخیص غلط
ویژه تاریخ ثبت	مشکل در حین ترخیص یا انتقال بیمار	خطای آزمایشگاهی	عقوبت بیمارستانی	
	خطا در رادیولوژی	خطای آزمایشگاهی	عقوبت بیمارستانی	
	شیفت طولانی و پشت سر هم		شب کاری	
	مشکلات شخصی		اشکال در تجهیزات	
	حضور همراه و شلوغی بخش		شرایط نامناسب محیطی	
	کمبود نیرو نسبت به تعداد بیمار		عدم ارتباط صحیح با بیمار	
	کمبود آگاهی پرسنل		تازه کار بودن پرسنل	
	بی توجهی در خواندن یا اجرای دستور		عدم گزارش به موقع پزشک	
	ناخوانا بودن خط پزشک و پرستار		ناقص بودن دستور دارویی	
	تشابه شکل یا نام دارو		ضعف در محاسبه دوز دارو	
	عدم رعایت احتیاطات مربوط به تجویز دارو			
	عدم ثبت دقیق و صحیح اقدامات انجام شده			
	عدم رسیدگی به موقع و قصور در انجام مراقبت های پرستاری			

درس های گرفته شده از واقعه و پیشنهادات جهت جلوگیری از خطاهای ذکر شده: