

بیمہ

کتابچہ عمومی

بیمارستان حضرت ولی عصر (عج) شہربابک



با سپاس از :

زهرا رضامسینی ، مرضیه کریمیان ، عذری محمود زاده،
محبوبه کربلایی ، فائزه شمسی و سایر همکارانی که ما را
در تهیه این کتابچه یاری نمودند.

ورود شما را به جمع کارکنان بیمارستان ولی عصر (عج) شهربابک
خیرمقدم می گوئیم و خداوند را شاکریم که به ما توفیق خدمت
به بیماران را داده است و امیدواریم که ظرفیت پذیرش این
مسئولیت بزرگ را نیز به ما عطا نماید.

کتابچه ای که در اختیار دارید با هدف آشنایی شما با بیمارستان،
فعالیت ها و اهداف آن در دو قسمت عمومی و اختصاصی در نظر
گرفته شده است. خواهشمند است این کتابچه را با دقت مطالعه
نمائید و به جمع همکاران متعهد و سخت کوش این بیمارستان
پیوندید.

فهرست

صفحه	عنوان	صفحه	عنوان
۲۷	هشدار و آگاه سازی	۵	مقدمه
۲۹	ترباژ	۶	مشخصات بیمارستان
۳۳	برنامه افزایش ظرفیت بیمارستان	۷	چارت سازمانی
۳۸	نمای کلی ارتباطات ستادی عملیاتی	۸	بخش های بیمارستان
۳۹	نقشه اطلاع رسانی و فراخوان	۹	معرفی بیمارستان
۴۰	چارت فراخوان HICS	۱۰	رسالت بیمارستان
۴۱	انواع برنامه های مقابله با خطر	۱۱	ارزشهای بیمارستان
۴۲	وظایف تیم آتشنشانی و تخلیه بیمارستان	۱۲	استانداردهای پوشش
۴۳	پیشگیری و کنترل عفونت	۱۴	قانون و مقررات کارکنان
۵۵	پسماندهای بیمارستانی	۱۴	ساعت ورود و خروج
۶۳	ایمنی بیمار	۱۵	مرخصی استحقاقی
۷۶	منشور حقوق بیمار	۱۶	مرخصی استعلاجی
۸۵	موضوعات آتشنشانی	۱۶	مرخصی بدون حقوق
۹۴	مدیریت خطر	۱۷	ارزشیابی سالیانه
		۱۷	تخلفات اداری
		۱۸	مجازاتها
		۲۱	ارتقاء شغلی
		۲۲	حقوق و مزایا
		۲۴	ویژگیهای بومی و منطقه ای
		۲۵	برنامه بیمارستان در حوادث غیرمترقبه
		۲۶	واژه ها و تعاریف
		۲۶	انواع حوادث غیرمترقبه
		۲۶	ترباژ
		۲۷	عوامل موثر در کیفیت ارائه خدمات در هنگام بروز بحران

«حمد و سپاس خداوندی را که توفیق خدمت به بندگان را به ما ارزانی داشت» است»

بیمارستان حضرت ولی عصر (عج) شهربابک با عنوان تنها بیمارستان این شهرستان افتخار دارد که خدمت رسانی به همشهریان و هموطنان آسیب دیده را در طول سالهای متمادی بر عهده داشته است و همواره کوشیده است که با جذب کارکنان متعهد و فراهم کردن امکانات و تجهیزات لازم خدمات را در بهترین شکل ممکن ارائه دهد. این بیمارستان بر آن است که از تمام ظرفیت های موجود استفاده نموده و با برنامه ریزی جامع و استقرار سیستم های کیفی تسکین دهنده آلام دردمندان باشد.

مشفصات بیمارستان حضرت ولی عصر (عج) شهربابک

تاریخ تاسیس: ۱۳۶۷

نوع بیمارستان: جنرال

نوع فعالیت: دولتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمان

آخرین درجه اعتباربخشی: درجه یک

مساحت کل: ۲۰۰۰۰ متر مربع

زیربنا: ۷۰۰۰ متر مربع

تعداد تخت مصوب: ۱۰۰

تعداد تخت فعال: ۷۷

آدرس دقیق پستی: شهربابک - بلوار جهاد سازندگی

شماره تلفن: ۳۴۱۱۲۰۵۰ - ۳۴۱۱۲۰۵۱

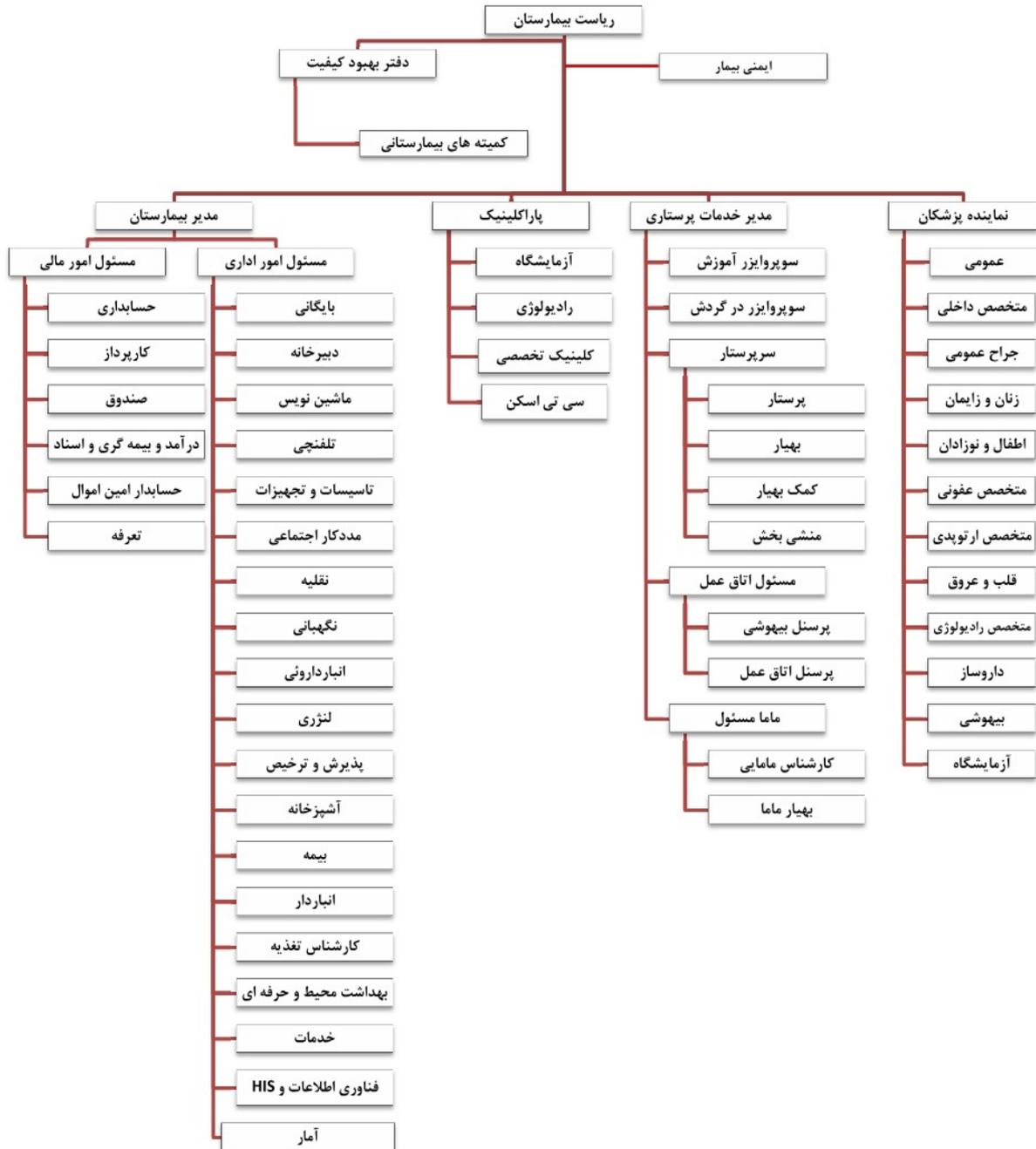
شماره فاکس: ۳۴۱۱۵۰۰۳ (۰۳۴)

پست الکترونیک: hbalinie@yahoo.com

چارت بیمارستان:

شماره سند: CH-621-01
 ویرایش: 05 : ۹۵/۰۶/۲۸

بسمه تعالی
 دانشگاه علوم پزشکی کرمان
 شبکه بهداشت و درمان شهر یابک
 بیمارستان ولیعصر (عج)
چارت سازمانی



بخش های بیمارستان

واحد	ساختمان
پذیرش - ترخیص - بیمه - آمار - اسناد پزشکی	مدیریت اطلاعات سلامت
تریاز - fast track - قسمت بستری - تروما - اتاق عمل سرپایی - گچ گیری و سوختگی	اورژانس
آزمایشگاه - رادیولوژی - ماموگرافی - سونوگرافی - سی تی اسکن - باجه بانک - تزریقات - آندوسکوپی	پاراکلینیک
زنان - جراحی - داخلی - اطفال - اتاق عمل - دیالیز - زایشگاه - ICU - ccu	بخش های بستری
قلب - ENT - جراحی - ارتوپدی - مغز و اعصاب - اعصاب و روان - داخلی - اطفال - زنان - چشم	کلینیک تخصصی آراد
ریاست و مدیریت - دفتر پرستاری - دفتر بهبود کیفیت - دفتر مخابرات - آموزش - کنترل عفونت - بهداشت محیط - بهداشت حرفه ای - کارگزینی - امورمالی - تغذیه - امور دارویی	اداری
نگهبانی - تاسیسات - تجهیزات پزشکی - نقلیه - مخابرات	پشتیبانی

تعداد تخت های مصوب بیمارستان ۱۰۰ تخت می باشد

تعداد تخت های فعال بیمارستان ۷۷ تخت است

نام بخش	تعداد تخت فعال
زنان	۱۵
داخلی	۱۸
اطفال و نوزادان	۱۶
جراحی عمومی	۱۸
CCU	۶
ICU	۴
اورژانس	۱۲
اتاق عمل	۳
زایشگاه	۴
دیالیز	۵

معرفی بیمارستان

شهربابک یکی از شهرستانهای تاریخی استان کرمان میباشد که در فاصله ۲۴۰ کیلومتری از مرکز استان قرار دارد این شهرستان در مسیر جاده ترانزیت تهران - بندرعباس و در ابعاد نزدیکتر بین یزد و سیرجان واقع شده است. وجود آثار تاریخی همچون شهر صخره ای میمند با بیش از ۴ هزار خانه سنگی دستکند که در دل کوهستان کنده شده قدمت شهربابک را به ۱۲۰۰۰ سال قبل می رساند این شهرستان در گذشته شهری آباد و به روایتی محل تولد بابک بنیانگذار سلسله ساسانی بوده مراجعه به اسناد تاریخی حکایت از ویرانی این شهر بر اثر حوادث طبیعی، جنگهای مختلف، هجوم اعراب، افغانها و مغولها دارد.

بیمارستان ولی عصر (عج) که تنها بیمارستان این شهرستان می باشد در سال ۱۳۶۶ در زمینی به مساحت ۲۰۰۰۰ متر مربع با زیر بنای ۷۰۰۰ متر مربع در شمال شهرستان ساخته شده و با بخشهای داخلی، اطفال، نوزادان، جراحی، زنان، اتاق عمل، زایشگاه، اورژانس، رادیولوژی، آزمایشگاه، بانک خون و درمانگاه شروع بکار کرد که تعداد تخت های مصوب این بیمارستان ۱۰۰ تخت می باشد که هم اکنون ۷۲ تخت آن فعال است.

در سال ۱۳۷۰ با جذب کمک های مردمی سالن انتظار بیماران تغییر کاربری یافت و بخش CCU با ۴ تخت به بیمارستان اضافه و شروع به کار کرد و هم اکنون این بخش در ساختمان جدید با ۶ تخت در حال ارائه خدمت می باشد.

و در سال ۱۳۸۴ با همت یکی از خیرین شهربابک واحد اورژانس اصلاح، بازسازی و توسعه یافت و تعداد تختهای آن از ۵ تخت به ۱۲ تخت افزایش یافت و در سال ۱۳۹۴ این اصلاح و بازسازی ادامه یافت که منجر به اضافه شدن واحد تریاژ، سالن انتظار و سالن **Fast track** و در نهایت افزایش تعداد تخت های اورژانس گردید.

خرداد ماه ۱۳۸۶ بخش دیالیز پیش بینی و مقدمات ساخت شروع و طبق برنامه در اواخر بهمن ۸۷ افتتاح گردید ابتدا با ۲ تخت و سپس در سال ۸۸ با ۴ تخت همراه با تعویض کل سیستم RO به بیماران دیالیزی ارائه خدمت می کند و اکنون تعداد بخش ها به ۵ تخت افزایش پیدا کرده است.

کلینیک تخصصی بیمارستان شامل متخصصین داخلی، اطفال، قلب و عروق، اعصاب و روان، جراحی، چشم پزشکی، داخلی، مغز و اعصاب، زنان و گوش و حلق و بینی طبق برنامه کلینیک در شیفت صبح و عصر در صورت وجود متخصص مربوطه در بیمارستان به بیماران ارائه خدمت می کند.

رسالت بیمارستان ولی عصر(عج) شهر بابک

بیمارستان ولی عصر شهر بابک به عنوان مرکز درمانی با دارا بودن نیروهای متعهد و با انگیزه وظیفه ارائه خدمات مطلوب درمانی به بیماران و جامعه و جلب اعتماد و رضایت ذینفعان را در راستای ارتقا سطح سلامت جامعه بر عهده دارد از طریق:

۱) ارائه خدمات درمانی مناسب و به موقع با بکارگیری تکنولوژی و فناوری کارآمد در

جهت رضایت بیماران و جامعه با تاکید بر گروههای آسیب پذیر

۲) بهبود کیفیت خدمات درمانی از طریق استقرار سیستم های کیفیت سلامت مانند حاکمیت بالینی و اعتبار بخشی و استانداردهای الزامی ایمنی بیمار

۳) افزایش بهره وری با مدیریت صحیح منابع و هزینه ها

دورنمای بیمارستان ولی عصر شهر بابک

(با گامهایی استوار به سوی فردایی درخشان و ایمن)

بیمارستان ولی عصر شهر بابک بر آن است که یکی از برترین بیمارستانهای دولتی کشور از نظر کیفیت خدمات، پاسخگویی به مشتریان و بهره مندی از تجهیزات روز باشد. و با بکارگیری دانش روز و بهبود فرایندها در جهت ارتقا سطح سلامت جامعه گام بردارد..

اهداف استراتژیک

۱) ارتقا کیفیت خدمات سلامت

۲) ارتقا سطح رضایت مشتریان اعم از بیماران و کارکنان

۳) ارتقا ایمنی بیماران و کارکنان

۴) تحول نظام مدیریتی در بیمارستان

۵) رشد و توسعه بیمارستان

ارزشهای بیمارستان ولی عصر شهربابک

رعایت حقوق مشتری

احترام انسانها

صداقت و همدلی

نظم و مسئولیت پذیری

پاسخگویی

ارتقا مستمر کیفیت

تعامل با جامعه

اخلاق حرفه ای

ذینفعان بیمارستان

پزشکان

پرستاران

مردم

پرسنل بیمارستان

سازمانهای بیمه گر

شهرداری

شرکت های آب و برق تلفن گاز

مراکز بهداشتی و درمانی سطح شهر

شرکتهای خدماتی (تامین کننده ها)

دانشگاه علوم پزشکی کرمان

بیماران

استانداری و فرمانداری

دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی

شرکت های تولید دارو طرف قرارداد

اداره کل ثبت احوال

خیرین

شرکت های تجهیزات پزشکی

نقاط ضعف (W)	نقاط قوت (S)	تدوین استراتژیها
استراتژیهای WO	استراتژیهای SO	فرصت ها (O)
WO1: جذب منابع مالی شرکت مس و خیرین جهت اصلاح فضای فیزیکی WO2: ایجاد نظام آراستگی یا 5S در بیمارستان WO3: پیگیری جهت راه اندازی ICU WO4: واگذاری برخی واحدها به بخش خصوصی WO5: اجرای کامل بسته های مختلف هتلینگ WO6: زیباسازی محیط بیمارستان	SO1: استفاده از ظرفیتهای شرکت مس و خیرین برای ایجاد انگیزه در پزشکان SO2: فعال کردن برنامه های ایمنی بیمار در سطح وسیع	
استراتژیهای WT	استراتژیهای ST	تهدیدها (T)
WT1: واقعی کردن نمرات عملکرد کیفی واحدها در طرح قاصدک WT2: کارآمد کردن نظام رسیدگی به شکایات	ST1: نظارت بر عملکرد آموزش کلیه کارکنان ST2: ایجاد سیستم های خودکار در حوزه های مستعد خطا ST3: تغییر نظام پرداخت	

استانداردهای پوشش در بیمارستان

از آنجایی که در محیط های کاری مسئله پوشش به عنوان یکی از ضروریات و از واجبات اسلامی و مقررات و ضوابط قانونی مطرح است ، بدینوسیله رعایت موارد ذیل از سوی تمام پرسنل محترم ضروری می باشد کلیه پرسنل ملزم به رعایت احکام شرعی و قانونی در زمینه حجاب و عفاف می باشند.

کلیه پرسنل ملزم به رعایت موازین ذیل می باشند، بنابراین در صورت هرگونه تخلف برابر مقررات رفتار خواهد شد

۱. احترام به شعائر اسلامی و رعایت قوانین نظام مقدس جمهوری اسلامی و مقررات بیمارستان
۲. رعایت پوشش اسلامی و پرهیز از اصلاح غیر متعارف سر و صورت و پوشیدن هرگونه تی شرت و پیراهن تنگ و آستین کوتاه و شلوار تنگ و نامناسب و عدم استفاده از هرگونه زیور آلات (گردنبند و دستبند و ...) یا عکس روی لباس که معرف طیف یا گروهخاص یا مخالف شئون اسلامی باشد (برای آقایان)
۳. رعایت پوشش کامل اسلامی و بیرون نگذاشتن مو از مقنعه و چادر و عدم استفاده از مانتو یا روپوش تنگ ، کوتاه، مدل دار با طرح و رنگ های نامناسب و پرهیز از هرگونه آرایش صورت و زیور آلات به صورت نمایشی (برای خانمها) استفاده از یونیفرم مناسب و متحدالشکل در هر بخش

نوع پوشش	رده	
روپوش سفید - شلوار سورمه ای (لی نباشد)	آقا	پرستار
روپوش سفید-شلوار و مقنعه سورمه ای	خانم	
روپوش سفید -شلوار خاکستری	آقا	بیمار
روپوش، شلوار و مقنعه سفید	خانم	
روپوش و شلوار سبز یا آبی	آقا	اتاق عمل
روپوش و شلوار و مقنعه سبز یا آبی	خانم	
روپوش و شلوار آبی	آقا	خدمات
مانتو و شلوار زرشکی - مقنعه یاسی	خانم	
روپوش سفید - شلوار خاکستری	آقا	کمک بیمار
روپوش سفید - شلوار و مقنعه خاکستری	خانم	
روپوش و شلوار و مقنعه سبز یا آبی	زایشگاه	ماما
روپوش سفید - شلوار و مقنعه مشکی	بخش	
مانتو و شلوار و مقنعه مشکی یا نوک مدادی	کارکنان اداری منشی مدارک پزشکی	
روپوش سفید- شلوار مشکی	آقا	آزمایشگاه و رادیولوژی
روپوش سفید - شلوار و مقنعه مشکی	خانم	
پیراهن آبی - شلوار سورمه ای - استفاده از واکسیل	نگهبانان	

دقت کنید....

- روپوش مورد استفاده باید سالم ، تمیز با دکمه های بسته ، اطو کشیده و گشاد (حداقل تا زانو) با ضخامت مناسب باشد.
- کارکنان موظف به پوشیدن لباس مخصوص در بخشهای خاص مثل اتاق عمل، مراقبتهای ویژه و فضاهای استریل هستند.
- از جوراب مناسب و کفش تمیز و راحت و جلویسته و قابل شستشو و متناسب با محیط کار استفاده شود.
- استفاده از هرگونه پوشش غیر حرفه ای روی لباس فرم در درون بخشهای بیمارستان ممنوع می باشد.

۵. الصاق کارت شناسایی عکس دار حاوی نام خانوادگی کامل و نام و سمت و محل خدمت فرد در جلوی لباس در محیط های درمان
۶. پرهیز از هرگونه رفتار زشت و زننده و به دور از شئون اسلامی در محیط بیمارستان (استعمال دخانیات ، نزاع ، درگیری ایجاد مزاحمت
۷. عدم استفاده از هرگونه ادکلن و عطرها با بوی تند و زننده در محیط کاری
۸. عدم استفاده از گوشی تلفن همراه در زمان حضور در محل کار ، بخصوص بر بالین بیمار، سالن کنفرانس و جلسات
۹. عدم استفاده از وسایل صوتی نظیر MP ۲ و MP ۴ و پخش صوت از طریق گوشی تلفن همراه در محیط کاری
۱۰. رعایت حدود اسلامی در ارتباط با نامحرم

قانون و مقررات کارکنان بیمارستان:

- ۱- ساعات کار کارکنان اداری ۴۴ ساعت در هفته می باشد
 - ۲- ساعت کار موظف کارکنان بالینی به استناد قانون ارتقاء بهره وری مورخ ۱۳۸۹/۱۰/۱ به شرح زیر می باشد:
- الف:** کسر ساعت کار کارکنان بالینی به ازاء هر ۴ سال سنوات خدمت یک ساعت تا سقف ۵ ساعت در هفته از ساعت کار موظف هفتگی کسر خواهد شد.
- ب:** در مورد کارکنان شیفت در گردش مدت کسر ساعت کار بابت کار در شیفت های غیر متعارف یک ساعت در هفته می باشد.
- ج:** ساعت کار کارکنان شامل قانون ارتقاء بهره وری که در شیفتهای شب و ایام غیر تعطیل اشتغال دارند ، با ضریب ۱/۵ محاسبه خواهد شد.
- ۳- بر اساس ماده ۵۴ قانون استخدام کشوری ، پرسنل مکلف است در حدود و قوانین و مقررات احکام و اوامر روسای مافوق خود ، در امور اداری و جاری بیمارستان اطاعت از قوانین نماید.

ساعت ورود و خروج کارکنان

کارکنان اداری:

✚ ورود صبح ساعت ۷:۳۰ و خروج ساعت ۱۴:۰۰

کارکنان بهداشتی درمانی و شیفتی:

✚ صبح ورود: ۰۷:۳۰ خروج ۱۴

✚ عصر ورود: ۱۳:۳۰ خروج: ۲۰

✚ شب ورود ۱۹:۳۰ خروج: ۸.

تاخیر و تعجیل :

کلیه پرسنل اگر خارج از وقت کاری به محل کار خود حاضر بشوند تاخیر و همچنین اگر زودتر از پایان وقت اداری هم از محل کار خارج شوند به عنوان تعجیل محسوب میشود) در هنگام ورود ۱۰ دقیقه فرجه یا تلورانس وجود دارد).

حضور و غیاب :

حضور و غیاب این مرکز توسط نرم افزار حضور و غیاب انجام میشود که کلیه ورود و خروج ها، ثبت (پرسنل جدید الورد بعد از گرفتن کد انگشت حضور و غیاب از مسئول کارگزینی بیمارستان موظف است که طبق مقررات نسبت به ثبت اثر انگشت هنگام ورود و خروج اقدام کند)

مرخصی استحقاقی :

- + به پرسنل از نخستین ماه خدمت به ازاء هر ماه ۲/۵ روز مرخصی استحقاقی تعلق می گیرد که با موافقت مسئول مربوطه می تواند استفاده نماید. (پرسنل قرارداد تبصره ۴ و قانون کار سالی ۲۶ روز مرخصی دارند)
- + مستخدمین رسمی و پیمانی و قرارداد تبصره ۳ سالانه ۱۵ روز مرخصی خود را می توانند ذخیره کنند.
- + کارکنان مشمول طرح نیروی انسانی بایستی تا پایان طرح از مرخصی خود استفاده نمایند و نمی توانند ذخیره کنند.
- + مستخدمین قرارداد تبصره ۴ فقط ۹ روز از مرخصی سالانه خود را میتوانند ذخیره کنند.
- + روزهای جمعه و تعطیلات رسمی بین مرخصی استحقاقی جزء مرخصی محسوب نمی شود.

تذکر مهم:

- ۱- به مرخصی استعلاجی که از چهار ماه تجاوز نماید نسبت به مدت زاید بر چهارماه و به دوران مرخصی بدون حقوق و آمادگی به خدمت ، تعلیق ، برکناری از خدمت ، انفصال ، خدمت زیر پرچم و غیبت ، مرخصی استحقاقی تعلق نمی گیرد . نکته : مرخصی زایمان مشمول محدودیت مندرج در این ماده نخواهد شد.
- ۲- شرط استفاده از مرخصی ساعتی یا روزانه یا استحقاقی یا استعلاجی ابتدا موافقت مسئول مربوطه می باشد

پاس ساعتی:

مرخصی کمتر از یک روز کار ، جزء مرخصی استحقاقی منظور می شود . در صورت نیاز میرم پرسنل به استفاده از آن با هماهنگی مسئول مربوطه فرم درخواست را تکمیل کرده و در صورت موافقت مدیر یا مترون و یا سوپروایزر (درشیفت عصر و شب) از آن استفاده می کند . بدیهی است که پرسنل درمانی و کارکنان کلیدی ملزم به تعیین جانشین می باشند .

مرخصی استعلاجی:

هرگاه پرسنل بیمار شوند و آن بیماری مانع از خدمت وی شود باید مراتب را در کوتاهترین زمان ممکن به مسئول مربوطه اطلاع دهد و گواهی پزشک معالج را در صورتی که کمتر از ۱۰ روز باشد (رسمی بیمه خدمات درمانی) به تأیید پزشک معتمد مستقر در بیمارستان رساند و بیشتر از ۱۰ روز با دریافت معرفی نامه از کارگزینی به تأیید شورای پزشکی رسانده و در اسرع وقت کارگزینی را مطلع سازد. (فرم نمونه مثل فرم استحقاقی همراه گواهی پزشک)

در خصوص پرسنل پیمانی، قراردادی و کلیه افراد مشمول قانون تامین اجتماعی در صورتی که مرخصی استعلاجی مزاد بر ۳ روز باشد، پس از تأیید پزشک معتمد، بایستی سریعاً به کارگزینی اطلاع و حقوق و مزایای خود را برابر قانون تامین اجتماعی از بیمه دریافت نمایند. بدیهی است مسئولیت هر گونه بی توجهی و عدم اطلاع به موقع متوجه خود پرسنل می باشد.

بانوان باردار می توانند از مرخصی زایمان، یک قلو و دو قلو ۹ ماه و زایمان سه قلو، یک سال استفاده نمایند.

مادران شیرده تا ۲۴ ماهگی فرزند خود، می توانند از پاس شیر به مدت یک ساعت در روز استفاده نمایند. بانوانی که در طول دوران بارداری با تأیید پزشک معالج از مرخصی استعلاجی استفاده می کنند از ۶ ماه مرخصی زایمان بهره مند خواهند بود و مدت مرخصی استعلاجی از مرخصی زایمان آنها کسر نخواهد شد. چنانچه مرخصی استعلاجی به زایمان متصل شود جزء مرخصی زایمان محسوب می شود در مورد پرسنل بیمه تامین اجتماعی، در شرایطی که صعب العلاج شناخته شود، شورای پزشکی مشخص می نماید. در رابطه با پرسنل پیمانی و قرار دادی سازمان تامین اجتماعی پیروی خواهد شد.

مرخصی بدون حقوق:

استفاده از مرخصی بدون حقوق شامل افرادی می شود که دوره آزمایشی قطعی آنها به پایان رسیده باشد.

الف: پرسنل مرخصی استحقاقی نداشته باشند.

ب: پرسنل قصد ادامه تحصیل (به مدت ۵ سال) داشته باشد و مدارک لازم را ارائه نماید.

ج: پرسنل ناگزیر باشد باتفاق همسرش به خارج از محل خدمت خود مسافرت نماید.

ح: به دلیل بیماری، مزاد بر ۴ ماه استراحت نیاز داشته باشد.

✚ حداکثر مدت استفاده از مرخصی بدون حقوق در خصوص پرسنل پیمانی از ۳ سال تجاوز نخواهد کرد، مگر بیشتر از این زمان باشد که باید موافقت کمیته دانشگاه گرفته شود.

✚ پرسنل قراردادی تبصره ۳ و ۴ فقط سالی یک بار، ان هم بعد از صفر شدن مرخصی استحقاقی میتوانند از مرخصی بدون حقوق استفاده کنند.

✚ پرسنل لازم است تقاضای مرخصی بدون حقوق خود را با ذکر علت و مدت آن توسط مسئول واحد مربوطه به کارگزینی جهت اقدامات بعدی تحویل نماید.

✚ پرسنل پیمانی و طرحی از لحاظ بازنشستگی و از کار افتادگی و استراحت پزشکی و زایمان تابع قانون بیمه های تامین اجتماعی می باشند.

ارزشیابی سالیانه :

عملکرد کارکنان در طول سال توسط مسئول واحد بر اساس برگه ارزش یابی می گردد . حداکثر نمره ۱۰۰ می باشد . با توجه به لایحه قانون خدمات کشوری ارزشیابی سالیانه پرسنل تغییر خواهد نمود.

اضافه کار ساعتی :

بنا به ضرورت با برنامه ریزی و هماهنگی مسئول واحد پرسنل می توانند اضافه کار ساعتی در ساعات غیر موظف داشته باشند . پرداخت اضافه کار کارکنان بر اساس سامانه پرداخت مبتنی بر عملکرد خواهد بود.

گواهی اشتغال و گواهی حقوق :

پرسنلی که نیاز به گواهی اشتغال به کار دارند لازم است که کارگزینی درخواست و نام محلی که می خواهند آن گواهی را ارائه دهند مشخص نمایند . پرسنلی که نیاز به گواهی حقوق و گواهی ضمانت حقوقی داشته باشند با در دست داشتن فیش حقوقی به حسابداری مراجعه تا فرم مربوطه تکمیل و به تأیید امور مالی برسد.

تخلفات اداری :

مطابق حکم ماده ۲ دستور العمل رسیدگی به تخلفات اداری مصوب ۱۳۷۸/۸/۴ هیئت عالی نظارت ، تخلفات اداری عبارتست از ارتکاب اعمال و رفتار نادرست مستخدم و رعایت نکردن نظم و انضباط اداری که منحصر به موارد مذکور در قانون رسیدگی به تخلفات اداری است و به دو دسته : قصور و تقصیر تقسیم می شود . قصور کوتاهی غیر عمدی در انجام وظایف اداری محوله و تقصیر نقض عمدی قوانین و مقررات مربوطه است.

ماده ۸ قانون رسیدگی به تخلفات اداری ، انواع تخلف را در ۸۸ مورد برشمرده است که عبارتند از :

✚ اعمال و رفتار خلاف شئون شغلی یا اداری

✚ نقض قوانین و مقررات مربوط .

✚ ایجاد نارضایتی در ارباب رجوع یا انجام ندادن یا تاخیر در انجام امور قانونی آنها بدون دلیل .

- ✚ ایراد تهمت و افترا و هتک حیثیت.
- ✚ اخاذی
- ✚ اختلاس
- ✚ تبعیض یا اعمال غرض یا روابط غیر اداری در اجرای قوانین و مقررات نسبت به اشخاص.
- ✚ ترک خدمت در خلال ساعات موظف اداری
- ✚ تکرار در تاخیر ورود به محل خدمت یا تکرار خروج از آن بدون کسب مجوز
- ✚ تسامح در حفظ اموال و اسناد و وجوه دولتی ، ایراد خسارت به اموال دولتی
- ✚ افشای اسرار و اسناد محرمانه اداری ، ارتباط و تماس غیر مجاز با اتباع بیگانه
- ✚ سرپیچی از اجرای دستور مقامهای بالاتر در حدود وظایف اداری
- ✚ کم کاری یا سهل انگاری در انجام وظایف محول شده .
- ✚ سهل انگاری روسا و مدیران در ندادن گزارش تخلفات کارمندان تحت امر .
- ✚ ارائه گواهی یا گزارش خلاف واقع در امور اداری .
- ✚ گرفتن وجوهی غیر آنچه در قوانین و مقررات تعیین شده یا اخذ هرگونه مالی که در عرف رشوه خواهی تلقی می شود.
- ✚ تسلیم مدارک به اشخاص که حق دریافت آن راندارند یا خودداری از تسلیم مدارک به اشخاصی که حق دریافت آن را ندارند .
- ✚ تعطیل خدمت در اوقات مقرر اداری .
- ✚ رعایت نکردن شئون و شعایر اسلامیو رعایت نکردن حجاب اسلامی
- ✚ اختفا ، نگهداری، حمل، توزیع و خرید و فروش مواد مخدر.
- ✚ داشتن شغل دولتی دیگر به استثنای سمت های آموزشی و تحقیقاتی.
- ✚ هر نوع استفاده غیر مجاز از شئون یا موقعیت شغلی و امکانات و اموال دولتی .
- ✚ جعل یا مخدوش نمودن و دست بردن در اسناد و اوراق رسمی یا دولتی
- ✚ دست بردن در سوالات ، مدارک ، دفاتر امتحانی
- ✚ افشای سوالات امتحانی یا تعویض آنها.
- ✚ دادن نمره یا امتیاز بر خلاف ضوابط
- ✚ غیبت غیر موجه به صورت متناوب یا متوالی
- ✚ سوء استفاده از مقام یا موقعیت اداری
- ✚ توقیف ، اختفاء، بازرسی یا باز کردن پاکت ها و محمولات پستی یا معدوم کردن آنها، استراق سمع بدون مجوز قانونی .
- ✚ کارشکنی و شایعه پراکنی
- ✚ وادارساختن یا تحریک دیگران به کار شکنی یا کم کاری .
- ✚ ایراد خسارت به اموال دولتی .
- ✚ اعمال فشارهای فردی برای تحصیل مقاصد غیر قانونی .
- ✚ شرکت در تحصن ، اعتصاب ، تظاهرات غیر قانونی یا تحریک به برپایی تحصن .

- ✚ اعتصاب یا تظاهرات غیر قانونی و اعمال فشارهای گروهی برای تحصیل مقاصد غیر قانونی.
- ✚ عضویت در فرقه های غیر ضاله که از نظر اسلام مردود شناخته شده اند.
- ✚ همکاری با ساواک منحل به عنوان مامور یا منبع خبری و داشتن فعالیت یا دادن گزارش ضد مردمی.
- ✚ عضویت در سازمانهایی که مرام نامه یا اساس نامه آنها مبتنی بر نفی ادیان الهی است یا طرفداری و فعالیت به نفع آنها.
- ✚ عضویت در گروه های محارب یا طرفداری و فعالیت به نفع آنها.

مجازاتها:

تنبیه هایی که در ماده ۹ قانون رسیدگی به تخلفات اداری برای افراد مختلف پیش بینی شده است عبارتست از :

(الف) اخطار کتبی بدون درج در پرونده استخدامی

(ب) توبیخ کتبی با درج در پرونده استخدامی

(ج) کسر حقوق و فوق العاده شغل یا عناوین مشابه حد اکثر تا یک سوم از یک ماه تا سه سال

(د) انفصال موقت از یک ماه تا یک سال

(ح) تغییر محل جغرافیایی خدمت به مدت یک تا پنج سال

(و) تنزیل مقام یا محرومیت از انتصاب به پست های حساس و مدیریتی در دستگاه های دولتی و دستگاه های مشمول این قانون

(ز) تنزیل یک یا دو گروه یا تعویق در اعطای یک یا دو گروه به مدت یک یا دو سال

(ه) باز خرید خدمت در صورت داشتن کمتر از بیست سال سابقه کار دولتی (در مورد مستخدمان زن) و کمتر از ۲۵ سال خدمت دولتی (در مورد مستخدمان مرد) با پرداخت ۳۰ تا ۴۵ روز حقوق مبنای مربوط در قبال هر سال خدمت به تشخیص هیات صادر کننده رأی

(ط) بازنشستگی در صورت داشتن بیش از بیست سال سابقه کار دولتی (در مورد مستخدمان زن) و کمتر از ۲۵ سال خدمت دولتی (در مورد مستخدمان مرد) بر اساس سنوات خدمت دولتی با تقلیل یک یا دو گروه

(ی) اخراج از دستگاه متبوع

(ک) انفصال دایم از خدمات دولتی و دستگاه های مربوط و دستگاه های مشمول این قانون

خدمت نیمه وقت بانوان

۱- نیمه وقت خدمتی است که ساعات کار آن طبق مقررات این قانون نصف ساعات کار مقرر هفتگی وزارتخانه و مؤسسات مربوط می باشد. نحوه و ترتیب انجام خدمت نیمه وقت براساس ساعات کار وزارتخانه و مؤسسه ذیربط و طبق نظر بالاترین مقام مسئول دستگاه تعیین خواهد گردید و در هیچ مورد کمتر از نصف ساعات کار مقرر هفتگی وزارتخانه و مؤسسه و شرکت مربوط نخواهد بود.

۲- حداقل استفاده از خدمت نیمه وقت یک سال می باشد.

۳- دوران استفاده از مرخصی استحقاقی طبق مقررات مربوط به کارمندان تمام وقت بوده و فقط میزان حقوق و فوق العاده شغل و نیز سایر مزایای مستمر این گونه مستخدمین نصف مبالغ مربوط به کارمندان تمام وقت خواهد بود.

تذکره: خدمت نیمه وقت بانوان فقط شامل پرسنل رسمی میشود.

کسر ساعت موظف کاری جانبازان :

به منظور تطبیق ساعت کار جانبازان با وضعیت جسمی و روانی آنها کلیه دستگاهها موظفند ضمن اعلام این آیین نامه به جانبازانی که تحت هر عنوان به صورت تمام وقت در دستگاه و بخش مربوط مشغول به کار هستند، در خصوص کسر ساعت کار موظف روزانه آنها، حسب درخواست جانباز ظرف مدت یک ماه براساس جدول زیر اقدام کنند :

جانبازان مشمول قانون می توانند باتوافق دستگاه ذیربط از کسر ساعت کار موظف خود در ابتدا، انتها یا بین ساعت کار موظف استفاده کنند.

میزان درصد جانبازی	میزان کسر ساعت کار موظف
٪۲۹ - ٪۲۵	۴۵ دقیقه
٪۳۹ - ٪۳۰	۶۰ دقیقه
٪۴۹ - ٪۴۰	۹۰ دقیقه
٪۵۹ - ٪۵۰	۱۲۰ دقیقه
٪۶۹ - ٪۶۰	۱۵۰ دقیقه
٪۷۰ به بالاتر	۲۱۰ دقیقه

ارتقاء شغلی

هر کارمند(رسمی و پیمانی) در طی خدمت خود با توجه به سطح شغل خود ارتقای شغلی می یابد که این به دو صورت ارتقاء طبقه و ارتقاء رتبه می باشد .

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 میابند .

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 میابند.

شاغلین با مدرک تحصیلی دیپلم ، به ازای هر پنج سال سوابق تجربی از تاریخ دریافت آخرین گروه استحقاقی یک طبقه و حداکثر تا طبقه ۷ ارتقاء میابند.

شاغلین مجموعه مشاغلی که شرایط احراز تحصیلی آنها مدرک تحصیلی کاردانی یا هم تراز می باشد، به ازای هر پنج سال سوابق تجربی از تاریخ دریافت آخرین گروه استحقاقی یک طبقه و حداکثر تا طبقه ۸ ارتقاء می یابند .

شاغلین مجموعه مشاغلی که شرایط احراز تحصیلی آنها مدرک تحصیلی کارشناسی یا هم تراز می باشد، به ازای هر چهار سال سوابق تجربی از تاریخ دریافت آخرین گروه استحقاقی یک طبقه و حداکثر تا طبقه ۱۰ ارتقاء میابند .

شاغلین مجموعه مشاغلی که شرایط احراز تحصیلی آنها مدرک تحصیلی کارشناسی ارشد یا هم تراز می باشد، به ازای هر چهار سال سوابق تجربی از تاریخ دریافت آخرین گروه استحقاقی یک طبقه و حداکثر تا طبقه ۱۱ ارتقاء میابند.

شاغلین مجموعه مشاغلی که شرایط احراز تحصیلی آنها مدرک تحصیلی دکترای حرفه ای یا هم تراز می باشد، به ازای هر چهار سال سوابق تجربی از تاریخ دریافت آخرین گروه استحقاقی یک طبقه و حداکثر تا طبقه ۱۲ ارتقاء میابند.

پزشکان متخصص و همچنین شاغلین مجموعه مشاغلی که شرایط احراز تحصیلی آنها مدرک تحصیلی دکترای تخصصی یا همتراز می باشد، به ازای هر چهار سال سوابق تجربی از تاریخ دریافت آخرین گروه استحقاقی یک طبقه و حداکثر تا طبقه ۱۳ ارتقاء میابند .

کلیه پرسنل پیمانی و رسمی جدیدالاستخدام در بدو ورود رتبه مقدماتی به آنها تعلق می گیرد.

شرایط لازم جهت ارتقاء از رتبه شغلی مقدماتی به پایه :

- ۱- داشتن حداقل ۸ سال تجربه قابل قبول برای مشاغل تا سطح کاردان
- ۲- داشتن حداقل ۶ سال تجربه قابل قبول برای مشاغل تا سطح کارشناس
- ۳- کسب حداقل ۶۰٪ میانگین ۸ سال ارزشیابی منتهی به سال اخذ رتبه برای مشاغل تا سطح کاردان
- ۴- کسب حداقل ۶۰٪ میانگین ۶ سال ارزشیابی منتهی به سال اخذ رتبه برای مشاغل سطح کارشناس
- ۵- گذراندن حداقل ۳۰۰ ساعت آموزش براساس مقررات

شرایط لازم جهت ارتقاء از رتبه شغلی پایه به ارشد :

- ۱- داشتن حداقل ۲۰ سال تجربه قابل قبول برای مشاغل تا سطح کاردان
- ۲- داشتن حداقل ۱۲ سال تجربه قابل قبول برای مشاغل تا سطح کارشناس
- ۳- کسب حداقل ۷۰٪ میانگین ۱۲ سال ارزشیابی منتهی به سال اخذ رتبه برای مشاغل تا سطح کاردان
- ۴- کسب حداقل ۷۰٪ میانگین ۶ سال ارزشیابی منتهی به سال اخذ رتبه برای مشاغل سطح کارشناس
- ۵- گذراندن حداقل ۲۵۰ ساعت آموزش براساس مقررات

شرایط لازم جهت ارتقاء از رتبه شغلی ارشد به خبره:

- ۱- داشتن حداقل ۱۸ سال تجربه قابل قبول برای مشاغل تا سطح کارشناسی و بالاتر
- ۲- کسب حداقل ۸۰٪ میانگین ۶ سال ارزشیابی منتهی به سال اخذ رتبه برای مشاغل سطح کارشناس و بالاتر
- ۳- گذراندن حداقل ۲۰۰ ساعت آموزش براساس مقررات.
- ۴- کسب رتبه خبره با تأیید کمیته با حضور نماینده معاونت توسعه مدیریت و سرمایه انسانی رئیس جمهور

شرایط لازم جهت ارتقاء از رتبه شغلی خبره به عالی:

- ۱- داشتن حداقل ۲۴ سال تجربه قابل قبول برای مشاغل تا سطح کارشناسی و بالاتر
- ۲- کسب حداقل ۹۰٪ میانگین ۶ سال ارزشیابی منتهی به سال اخذ رتبه برای مشاغل سطح کارشناس و بالاتر
- ۳- گذراندن حداقل ۱۵۰ ساعت آموزش براساس مقررات.
- ۴- کسب رتبه عالی برای کارمندان مستلزم ارسال مدارک لازم از سوی دانشگاه با تأیید کمیته تخصصی نظام شغلی شورای توسعه مدیریت و سرمایه انسانی رئیس جمهور

حقوق و مزایا

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در ابتدای هر سال ضریب ریالی که مبنای تعیین حقوق و مزایا پرسنل (رسمی، پیمانی و طرحی) می باشد را به دانشگاههای علوم پزشکی سراسر کشور ابلاغ می کند.

معاونت توسعه مدیریت و منابع دانشگاه طی بخشنامه ای این ضریب را به بیمارستانها و مراکز بهداشتی اعلام میکند .

احکام حقوقی شامل موارد زیر است:

حق شغل: براساس عواملی نظیر اهمیت، پیچیدگی وظایف و مسئولیت ها، سطح تخصص و مهارت های مورد نیاز شغل می باشد که امتیاز آن حداقل ۲۴۰۰ و حداکثر ۷۰۰۰ می باشد.

حق شاغل: شاغلین مشمول این آیین نامه بر اساس عواملی نظیر تحصیلات، دوره های آموزشی و مهارت، سنوات خدمت و تجربه از امتیاز حق شاغل که حداقل ۱۳۰۰ و حداکثر ۵۷۰۰ می باشد بهره مند می شوند.

فوق العاده مدیریت: عناوین مدیریت و سرپرستی، متناسب با پیچیدگی وظایف و مسئولیت ها، حیطه سرپرستی و نظارت و حساسیت های شغلی و سایر عوامل مربوط دارای حداقل امتیاز ۵۱۰ و حداکثر ۲۷۰۰ می باشد.

فوق العاده مناطق کمتر توسعه یافته و بدی آب و هوا: برای مشاغل تخصصی که شاغلین آنها دارای مدرک تحصیلی کارشناسی ارشد و بالا تر می باشند حداکثر تا حقوق ثابت و برای سایر مشاغل حداکثر تا حقوق ثابت پرداخت می شود.

فوق العاده ایثارگری: متناسب با درصد جانبازی و مدت خدمت داوطلبانه در جبهه و مدت اسارت تا ۱۵۵۰ امتیاز بهره مند می شوند.

فوق العاده سختی شرایط محیط کار: فقط به کارمندانی که در شرایط غیر متعارف محیط کار مجبور به انجام وظیفه می باشند حداکثر تا ۱۰۰۰ امتیاز بهره مند می شوند که این امتیاز از درصد سختی کار ضرب در ۱۲ به دست می آید.

فوق العاده حق اشعه: فقط به کارمندانی که در شرایط محیط کار با اشعه در ارتباط هستند بنا به تشخیص کمیته تخصصی حداکثر تا ۳۰۰۰ امتیاز تعلق میگیرد.

کمک هزینه عائله مندی و اولاد: به کارمندان مرد که دارای همسر می باشند معادل ۸۱۰ امتیاز بابت کمک هزینه عائله مندی (کارمند زن در صورت فوت همسر و یا مطلقه بودن) و به ازاء هر فرزند معادل ۲۱۰ امتیاز به عنوان کمک هزینه اولاد) در صورت تحت تکفل بودن فرزندان (قابل پرداخت است

فوق العاده نوبت کاری: به متصدیان مشاغلی پرداخت می شود که در نوبت های غیر متعارف ساعات اداری به صورت تمام وقت، مستمر و گردشی به انجام وظیفه مشغول باشند .

فوق العاده حق محرومیت از مطب: به کارمندان دارای مدرک دکتری در رشته های گروه پزشکی که تمام وقت در واحدهای دانشگاه علوم پزشکی خدمت می نمایند مشروط به اینکه در مراکز خصوصی به فعالیت انتفاعی تخصصی اشتغال نداشته باشند در صورت هماهنگی با معاونت درمان دانشگاه فوق العاده مذکور را پرداخت نماید.

فوق العاده جذب هیئت امناء: بر اساس عواملی نظیر مدرک تحصیلی، سابقه خدمت، شغل و بدی آب و هوا به کارمندان موسسه پرداخت می شود.

دستورالعمل نظام پرداخت به کارکنان قراردادی (تبصره ۳ و تبصره ۴) بر اساس بخشنامه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می باشد که به تصویب هیئت امناء دانشگاه علوم پزشکی خواهد رسید و به واحدها ابلاغ میگردد که بر اساس آن مبلغ ریالی حقوق پایه، بن خوارو بار، حق مسکن، کمک هزینه عائله مندی و اولاد مشخص می گردد.

سختی کار و نوبت کاری کارکنان قراردادی از ضرب کردن درصد موارد ذکر شده در حقوق مبنای دست می آید.

ویژگی های بومی و منطقه ای

شهربابک سرزمین کهن با قدمتی بسیار و مردمی صبور و فکور ، آرام و پر صلابت در گوشه ای از خاک کویر آرمیده .

اطلاعات کلی

کشور	ایران	استان	کرمان
شهرستان	شهربابک	بخش	مرکزی
سال شهر شدن	دوره اشکانی	جمعیت	۱۰۲۵۳۷
زبان گفتاری	فارسی ، لهجه کرمانی	مذهب	شیعه
ارتفاع از سطح دریا	۱۸۴۵۰ متر		

موقعیت جغرافیایی:

شهربابک یکی از شهرستانهای تاریخی استان کرمان است که در غربی ترین نقطه استان در همسایگی استانهای یزد و فارس واقع گردیده است. این شهرستان از شمال به استان یزد، از جنوب به سیرجان، از شرق به رفسنجان و از غرب به استان فارس و یزد محدود است. این شهرستان در فاصله ۲۴۰ کیلومتری از مرکز استان قرار دارد.

وجه تسمیه:

بر اساس برخی از منابع تاریخی، بابک ساسانی فرزند ساسان و پدربزرگ مادری اردشیر بابکان که حاکم ایران در اواخر حکومت اشکانیان بوده است، این شهر را بنا نهاده است. آثار و شواهد و دلایل حاکی از آن است که سابقه تاریخی این شهر حتی به قبل از دوره ساسانی نیز رسیده است و بنا به قولی این شهر نامش سمنکان بوده که فردوسی نیز از آن یاد کرده و مادر سهراب را دختر پادشاه سمنکان دانسته است.

لهجه و زبان: زبان رایج مردم شهر بابک فارسی است همراه با لهجه های متفاوت و مخصوص هر منطقه

نژاد: اکثر مردم این خطه سفید پوست می باشند و از نژاد آریایی ایران مرکزی

مذهب: دین اکثر قریب به اتفاق مردم شهر بابک اسلام و مذهب آنها شیعه است که بیشتر آنها شیعه جعفری بوده و شماری از شیعیان، پیرو مذهب شیعه اسماعیلی اند. فرقه بهائیت نیز پیروانی مخصوصا در منطقه دهج دارد که پس از انقلاب رکود داشته است. جمعیت بسیار کم مسلمانان اهل تسنن را اتباع خارجی تشکیل می دهند.

امکانات بهداشتی و درمانی: شهرستان شهر بابک دارای یک بیمارستان ۱۰۰ تختخوابی (بیمارستان ولی عصر (عج)) ۱۰ مرکز بهداشتی - درمانی، درمانگاه تامین اجتماعی و درمانگاه فرهنگیان صبح و عصر، درمانگاه خصوصی صاحب الزمان می باشد.

آب و هوا:

آب و هوای نواحی دشت شهرستان شهر بابک از نوع نیمه بیابانی و آب و هوای مناطق کوهستانی آن معتدل کوهستانی می باشد.

جمعیت شهر بابک: در سرشماری سال ۱۳۸۵، ۱۰۲۵۳۷ نفر بوده است.

برنامه بیمارستان در حوادث غیر مترقبه (HDP) Hospital Disaster Plan

هر ساله در کشور ما حوادث غیر مترقبه موجب از دست رفتن قابل توجهی از سرمایه های انسانی و اقتصادی شده و آسیب های جانی، مالی، روانی و اجتماعی، مانعی جدی تر در سر راه توسعه، فراهم می آورد. این حوادث که اغلب، تهدیدی جدی برای سلامتی مردم هستند و در هنگام بروز، نقش ارزشمند ارائه خدمات بهداشتی و درمانی را بیش از پیش، روشن می سازند.

بیمارستان بعنوان یکی از ارکان اصلی ارائه خدمات در هنگام بروز حوادث غیر مترقبه، در صورتی که بتواند برای اینگونه مواقع علاوه بر تدارک پیش بینی شده، برنامه ای ساده، فراگیر و قابل اجرا داشته باشد، سهم مهمی در بازگرداندن جامعه در معرض، به حالت عادی و آرامش خواهد داشت.

بیمارستان، می بایست بتواند در هنگام بروز هر حادثه غیر مترقبه در داخل و خارج از فضای بیمارستانی، بهینه ترین خدمات را به بیشترین جمعیت ارائه نماید. توجه به جنبه های مختلف مدیریت برنامه ریزی، سازماندهی و ارزیابی میتواند در این مواقع سهم اساسی در کاهش مورتالیته و افزایش موربیدیته داشته باشد. (مورتالیتی: مرگ و میر - موربیدیتی: ناتوانی)

با عنایت به این احساس نیاز و ضرورت، برای ارائه طرح تدارک و برنامه ای که با توجه به امکانات موجود مطرح شده و هزینه ای در بر نداشته باشد، نسبت به تهیه و تقدیم مجموعه ای تحت عنوان مدیریت و برنامه بیمارستان در حوادث غیر مترقبه اقدام شده است.

واژه ها و تعاریف

Disaster **حوادث غیر مترقبه:** پدیده ای با وقوع ناگهانی است که در برخورد با آن نیازمند کمک خارجی هستیم.
Hospital Disaster: عبارتست از وضعیتی که فراتر از توان روزانه بخش اورژانس یک بیمارستان باشد.

این وضعیت می تواند نتیجه موارد ذیل باشد:

- ✚ حادثه غیر مترقبه ای که تعداد زیادی کشته و مجروح بدنبال داشته باشد.
- ✚ حضور مجروح یا بیماری که درمان او در توان اورژانس بیمارستان نباشد.
- ✚ حضور فرد یا افرادی که ماهیت حضورشان، جریان معمول فرایند های ارائه خدمات تشخیصی و درمانی را در اورژانس مختل نماید.

انواع حوادث غیر مترقبه:

داخلی (وقوع در داخل بیمارستان):

شامل: قطع برق، آب، آسیب بیمارستان در جریان سیل، زلزله، آتش سوزی، انفجار، شیمیایی/هسته ای، فقدان گازهای طبی، اختلال در HIS

خارجی (وقوع در خارج از بیمارستان) شامل:

- حوادث طبیعی: زلزله، سیل، طوفان، صاعقه، بهمن، گرد باد، آتش سوزی، آتشفشان
- حوادث غیر طبیعی: جنگ، حوادث تروریستی، شیمیایی، میکروبی، هسته ای، تصادفات جاده ای، حوادث صنعتی، قطار، هواپیما، آوار ساختمانی، آوارگان، **Mass Gadering** مانند حادثه استادیوم در ایران و یا آتش سوزی

Triage تریاژ:

مشتقی از واژه فرانسوی به معنای دسته بندی بوده و در بیمارستان به معنای دسته بندی بیماران و مجروحان و تعیین میزان نیاز به سرعت رسیدگی به آنان است.

Hospital Incident command System: (HICS): **ستاد فرماندهی بحران بیمارستان**

عبارتست از ستادی اجرایی که بتواند در سطوح مختلف بحران، مدیریت بر فرایند های ارائه خدمات را در موارد بروز حوادث غیر مترقبه برعهده گیرد. این ستاد در بیمارستان ما در اتاق ریاست و با حضور حداقل افراد اصلی

چارت (فرمانده ، ارشد ایمنی، ارشد روابط عمومی ، متخصص فنی ، افسر ارتباطات و روسای بخش عملیات، برنامه ریزی،اداری مالی، پشتیبانی) تشکیل و فعال می گردد.

عوامل مؤثر در کیفیت ارائه خدمات در هنگام بروز بحران

- ✚ ظرفیت اورژانس
- ✚ وضعیت تجهیزات موجود در بیمارستان
- ✚ آگاهی و مهارتهای پرسنل در هنگام بروز بحران
- ✚ نحوه ارتباطات در بیمارستان
- ✚ نحوه اطلاع رسانی
- ✚ واکنشهای روحی و روانی کارکنان و مراجعین
- ✚ نحوه فرماندهی و مدیریت بر فرایندهای ارائه خدمات در هنگام بروز حوادث غیر مترقبه
- ✚ نوع و نحوه طبقه بندی بیماران
- ✚ میزان ازدحام مراجعین

همانطوری که ملاحظه می گردد بیشتر عوامل مؤثر در کیفیت و میزان ارائه خدمات در هنگام بروز حوادث غیر مترقبه مواردی هستند که بدون صرف هزینه ای قابل توجه ، میتوان آنها را بنحو مطلوبی تامین و ساماندهی کرد ، لذا داشتن برنامه بیمارستانی در هنگام بروز حوادث غیر مترقبه یک ضرورت اساسی محسوب می شود.

هشدار و آگاه سازی

فعال شدن برنامه بیمارستانی بایست از طرق ذیل صورت پذیرد:

اطلاع رسانی گسترده از طریق اعلام فوریت های پزشکی (اورژانس پیش بیمارستانی یا مسئول EOC)،ستاد حوادث غیر مترقبه استانی (ستاد هدایت)، مسئولین سازمان، وسایل ارتباط جمعی (صدا و سیما)،مراجعه یا ارجاع مستقیم تعداد قابل توجهی از بیماران و مجروحان و یا افراد خاص اتفاق می افتد.

اورلود (Overload) یا حجم بالای مراجعین اورژانس:

در حوادث غیر مترقبه ای که تعداد زیادی کشته و مجروح بدنبال داشته باشد، در سه سطح طبقه بندی اقدامات صورت می پذیرد:

۱. سطح اول: بسیج امکانات اورژانس برای ارائه خدمات به بیماران و مجروحان کافی است. (مثال تعداد مصدومین زنده کمتر از ده نفر است)
۲. سطح دوم: بسیج امکانات اورژانس و سایر بخشهای بیمارستان برای ارائه خدمات به بیماران و مجروحان کافی است. (مثال: تعداد مصدومین زنده کمتر از ۲۵ نفر است)
۳. سطح سوم: بسیج امکانات اورژانس و سایر بخشهای بیمارستان برای ارائه خدمات به بیماران و مجروحان کافی نبوده به کمک سایر بیمارستانها و مراکز درمانی نیاز است (مثال:تعداد مصدومین زنده بیشتر از ۲۵ نفر است)

ویژگی های مورد نیاز برای یک برنامه بیمارستانی در حوادث غیر مترقبه

این برنامه می بایست دارای ویژگی های ذیل باشد:

در برگیرنده حوادث داخلی و خارجی (فراگیری)

مطابق با اختیارات و امکانات سازمانی موجود

حاوی مراحل ساده و شفاف

جنبه های عملیاتی و محورهایی که باید در برنامه بیمارستانی به آن توجه نمود:

اطمینان از صحت بروز حوادث غیر مترقبه

تشکیل ستاد فرماندهی بحران در بیمارستان

شناسایی ظرفیت های موجود و ایجاد ظرفیت های جدید

تردد بیماران، مجروحان و سایر افراد

بسیج کارکنان

آگاه سازی و اطلاع رسانی به مسئولین ، کارکنان ، مردم و خبرنگاران

تعیین تکلیف بیماران موجود در بیمارستان

حفاظت از بیماران و کارکنان

دستورالعمل های از پیش طراحی شده

اقدامات حفاظتی و امنیتی

تدارک دارو و اقلام مورد نیاز

مواردی که لازم است در بیمارستان پیش بینی و یا تدارک شوند:

مسیر عبور آمبولانسها باید به گونه ای طراحی شود که اولاً تداخل قابل ملاحظه ای با سایر تردد ها در

بیمارستان بوجود نیاید و ثانیاً آمبولانس وارد شده به بیمارستان از مسیر دیگر از بیمارستان خارج شود.

حتی الامکان درب ورودی اورژانس به نوعی اصلاح شود که ظرفیت تردد و یا انتقال دادن جمع زیادی از

بیماران بد حال و همراهان را داشته باشد.

ارتباطات در بیمارستان اعم از تلفن های داخلی و خط های آزاد به برق اضطراری متصل و در صورت امکان

سیستم بی سیم برای بیمارستان طراحی ، نصب و راه اندازی گردد.

فضا های بیمارستانی برای استفاده در مواقع بروز حادثه غیر مترقبه جهت انتقال بیماران، ایجاد تخت های

جدید و دپوی اقلام مصرفی و دارو های مورد نیاز در بحران شناسایی و دسته بندی گردند.

تدوین پروتکل اقدامات حفاظتی و امنیتی برای موارد بحران ضروری است.

تعیین محلی برای تشکیل ستاد فرماندهی HICS

فلوچارت HICS و شرح وظایف و بانک اطلاعاتی پرسنل در محل ستاد موجود باشد.

در این ستاد آدرس و شماره تماس تمامی پرسنل بیمارستان که بصورت دوره ای به روز رسانی می شود) وجود داشته ، امکان تماس با بیرون از بیمارستان، فوریت های پزشکی، ستاد حوادث غیر مترقبه استانی، آتش نشانی، مسئولین بیمارستان و سازمان) و نیز در داخل بیمارستان (بخشهای مختلف بیمارستانی نظیر اورژانس و بخش تحت نظر، تریاژ، واحد های جانبی نظیر رادیولوژی، آزمایشگاه، بانک خون، داروخانه و سایر واحدها) وجود دارد.

این ستاد نقش مهمی را در جریان اجرای برنامه بحران در بیمارستان ایفاء نموده و در ادامه بحث به وظایف ستاد فرماندهی بحران در بیمارستان خواهیم پرداخت.

✚ تهیه و کنترل مداوم کارایی وسایل اطفاء حریق، مشخص کردن و کنترل مداوم درب های اضطراری ضروری است.

✚ تاسیسات بیمارستان بخصوص سیستم های مخبراتی بیمارستان، برق رسان، برق اضطراری، آب، گاز، تخلیه زباله و فاضلاب بیمارستانی رامی بایست بصورت مداوم کنترل کرده و برای موارد بحران در هر مورد دستورالعمل اجرایی مشخصی تدوین و تمرین گردد.

✚ ضروری است نحوه بسیج امکانات سایر بخشهای بیمارستانی (شامل تجهیزات، اقلام مصرفی پزشکی و آزمایشگاهی و دارو (در بیمارستان تدوین و در هر سال، دوبار مورد ارزیابی و بازنگری قرار گیرد.

✚ نحوه بسیج نیروی انسانی متخصص و سایر کارکنان می بایست، تدوین و در هر سال حداقل یکبار مورد تمرین قرار گیرد.

✚ تدارک و تشکیل تیم تریاژ برای موارد غیر مترقبه از دیگر موارد ضروری است. این تیم شامل یک نفر پزشک، یک نفر پرستار می باشد. نحوه کار تیم تریاژ در جزوه تریاژ آمده است. محل تریاژ در مدخل اورژانس و حتی قبل از واحد پذیرش قرار دارد.

✚ آموزش: ضروری است، مفاهیم، مهارتها و برنامه بیمارستان در مواقع بروز حوادث غیر مترقبه بصورت مداوم آموزش داده شده و پس از تدوین برنامه جامع آموزشی در بیمارستان اجرا و مورد ارزیابی قرار گیرد.

✚ شناسایی و نشاندار کردن کارکنان، محل تجمع کارکنان داوطلب، محل آماد گاه، جلیقه ها در پنج رنگ

✚ جلیقه سفید) فرمانده و افسران (۴ بازوی فرمانده)، جلیقه قرمز (بخش عملیات)، جلیقه آبی (بخش برنامه ریزی)، جلیقه زرد (بخش پشتیبانی)، جلیقه سبز (بخش اداری مالی)

چه کسی HDP را فعال و رهبری می کند:

در سطح اول بحران ، سوپروایزر شیفت آنرا رهبری کرده و پرسنل آنکال شیفت را فراخوان می کند. در صورت نیاز به بیشتر از یک نفر آنکال ، در سطح اول یا دوم، سوپروایزر شیفت تیم واکنش سریع بیمارستان را فعال می کند که در ادامه بحث خواهد شد.

در سطوح دوم و سوم، با توجه به نیاز و گستردگی حادثه، سوپروایزر HDP را فعال کرده و به ستاد هدایت و مسئول EOC اطلاع رسانی می نماید و ستاد فرماندهی بحران فراخوان می شود.

تریاژ:

هدف از تریاژ، یافتن بیماران پرخطر در کوتاه ترین زمان ممکن و انجام اقدامات درمانی مورد نیاز برای آنهاست. در بیانی دیگر با تریاژ بهترین اقدامات برای بیشترین جمعیت صورت داده می شود.

استانداردها برای تریاژ در موارد بروز حوادث غیر مترقبه:

۱. محل: در مدخل اورژانس حتی قبل از واحد پذیرش اورژانس
۲. زمانبندی انجام تریاژ: مدتی کوتاه حدوداً یک دقیقه
۳. اعضای تیم تریاژ: پزشک و پرستار با پنج سال سابقه کار
۴. کاربرد: برای تمامی بیماران می بایست تریاژ صورت پذیرد
۵. طبقه بندی: بر اساس مشکل اصلی، علائم حیاتی و ارزیابی نسبی از بیماری یا صدمات وارده به بیمار

طبقه بندی در تریاژ بیماران به هنگام بروز حوادث غیر مترقبه: (MCI)

۱. Emergent رنگ قرمز

شوک و یا هیپوکسی که می بایست بلافاصله اقدام درمانی در خصوص مجروح یا بیمار صورت پذیرفته و گرنه منجر به مرگ می گردد.

۲. Urgent رنگ زرد

وضعیت های تهدید کننده حیات که می بایست بین ۴۵ تا ۶۰ دقیقه بیمار تحت اقدام درمانی قرار گیرد و گرنه منجر به افزایش مورتالیت و کاهش موربیدیت می شود.

۳. Non-Urgent رنگ سبز

وضعیت هایی که تهدیدی برای حیات نبوده و ظرف مدت ۲۴ ساعت میتوان اقدام درمانی برای بیمار آغاز کرد. منظور از رنگ ها طرح شده در این طبقه بندی، همان رنگ هایی است که بصورت برچسب یا دستبند برای بیماران در تریاژ استفاده شده و مبنایی برای دسته بندی و سرعت رسیدگی به بیماران می باشد

۴. walking wounded

یا به عبارتی مجروحانی که توانایی راه رفتن را دارند را به درمانگاه منتقل کرده،

۵. رنگ سیاه

اجساد در اسرع وقت به سردخانه منتقل می شوند.

بیماران با مشخصه های رنگی قرمز و سبز را به بخش اورژانس منتقل کرده و با توجه به سطح بحران کادر درمانی اورژانس و یا کارکنان سایر قسمت ها در بیمارستان، سازماندهی می شوند.

بیماران نیازمند جراحی به فضای مقابل اتاق عمل منتقل شده و توسط جراح ارشد **Presurgical** تریاژی می شوند.

پذیرش: در تریاژ متصدی پذیرش ضمن درج مشخصات ضروری مصدومین و بیماران در فرم مربوطه، وظیفه تحویل و ضبط اشیاء قیمتی همراه مصدوم را نیز برعهده دارد.

ستاد فرماندهی بحران بیمارستانی:

این ستاد از طریق فعال کننده HICS فعالیت خود را آغاز و وظایف ذیل را برعهده خواهد داشت:

۱. انجام اقدامات مطرح در دو صفحه قبل آورده شده است.
۲. هماهنگی فعالیتهای بخشها و واحد ها و نیز فرایند های ارائه خدمات بیمارستانی و بسیج و ساماندهی نیروی انسانی
۳. لغو اعمال جراحی الکتیو
۴. ترخیص پیش از موعد برخی از بیماران
۵. عدم پذیرش بیماران الکتیو
۶. ارزیابی تختهای ویژه و اتاقهای عمل، لازم به ذکر است تنها وجود تخت های خالی نشان دهنده توانایی بیمارستان برای ارائه خدمات در بروز حوادث غیر مترقبه نبوده و تختها در بخشهای ویژه و اتاقهای عمل بیمارستان میتوانند شاخصهای قابل اعتمادی باشند.
۷. بازگشایی بخشهای جدید و راه اندازی تخت های بیمارستانی و ایجاد ظرفیت های جدید، در مواردی که **Disaster** در بیمارستان اتفاق افتاده است، این مهم از طریق شناسایی نقاط امن، انتقال تختهای بیمارستانی به محل های مشخص شده و انتقال تجهیزات و وسایل با سازماندهی مناسب میتواند ظرفیت بیمارستان را بازسازی نماید.
۸. ارتباط با ستاد امداد و نجات، ستاد استانی حوادث غیر مترقبه، مسئولین سازمانی، خبرنگاران و مردم
۹. ارزیابی عملیات و رفع نواقص
۱۰. تدارک اقلام و تجهیزات مورد نیاز بیمارستان: گرچه پیش بینی موارد یاد شده میتواند بسیار ارزشمند باشد، اما توجه به برآورد دارو و تجهیزات که کار مسئول دارو و تجهیزات و در سطح دوم وظیفه سوپر وایزر شیفت می باشد، از اهمیت ویژه ای برخوردار است.
۱۱. گزارش گیری و گزارش دهی

اقدامات حفاظتی و امنیتی:

این اقدامات در زمینه های ذیل حائز اهمیت بوده و می بایست در جریان مواجهه بیمارستان با بحران صورت پذیرد:

■ برقراری امنیت عبور و مرور

■ هدایت افراد مجاز به محورهای و محل های مناسب

■ حفاظت از بیمارستان و کارکنان و بیماران

اطلاع رسانی:

اطلاع رسانی در این مواقع شامل موارد ذیل است:

■ اطلاع رسانی به کارکنان، بیمارستانها ی مجاور، فوریت های پزشکی، پلیس، دانشگاه

■ اطلاع رسانی به بستگان و خویشاوندان مجروحین ارجاع داده شده به بیمارستان

■ اطلاع رسانی به خبرنگاران

■ اطلاع رسانی به مردم

اقدامات حمایتی:

■ استفاده از تیم های روانشناسی میتواند جنبه های روحی بیماران و آسیب دیدگان حادثه و نیز روحیه کارکنان را تحت کنترل قرار داده و از بروز آسیب های جبران ناپذیر روانی افراد جلوگیری نماید.

■ **اقدامات جایگزین:** بیمارستان در مواقع حادثه داخلی می بایست نسبت به جایگزین کردن سیستم های مخابراتی، گازهای طبی، برق، گاز و آب هر چه سریعتر اقدام نماید.

شرح اقدامات بیمارستان در حوادث مترقبه

به محض فعال شدن سامانه مدیریت حوادث بیمارستان:

و در آن صورت:

- A. نگهداری می بایست تسهیل و تسریع در انتقال مجروحان به مقابل اورژانس را فراهم نماید.
- B. تریاژ بیماران مراجعه کننده
- C. کنترل ارتباطات توسط HEICS
- D. فراخوان نیروی انسانی متخصص و سایر کارکنان با توجه به سطح حادثه (سه سطح یک تا سه)
- E. لغو جراحی های الکتیو
- F. اقدامات جایگزین
- G. ارزیابی امکانات و ظرفیت ها
- H. ارزیابی شاخصهای ظرفیتی برای تصمیم گیری و پذیرش
- I. کنترل حفاظت و امنیت

- J. هماهنگی با واحدهای جانبی
- K. استفاده از چک لیست و ارزیابی امکانات و تدارکات مورد نیاز
- L. گزارش گیری و گزارش دهی
- M. اقدامات حمایتی

شرح اقدامات بیمارستان در حوادث مترقبه

در هنگام بروز حادثه در خود بیمارستان:

۱. ارزیابی ساختمان از نظر شناسایی میزان تخریب و تعیین نقاط امن
۲. دور کردن مجروحان از محل حادثه (آتش سوزی، انفجار، فرو ریختن آوار) و انتقال بیماران و مجروحان به نقاط امن
۳. تریاژ بیماران مراجعه کننده و یا ارجاع شده در زمان کمتر از دو دقیقه
۴. کنترل ارتباطات توسط HICS
۵. فراخوان نیروی انسانی متخصص و سایر کارکنان با توجه به سطح حادثه (سه سطح یک تا سه)
۶. لغو جراحی های الکتیو
۷. اقدامات جایگزین
۸. ارزیابی امکانات و ظرفیت ها
۹. ارزیابی شاخصهای ظرفیتی برای تصمیم گیری و پذیرش
۱۰. کنترل حفاظت و امنیت
۱۱. هماهنگی با واحدهای جانبی
۱۲. استفاده از چک لیست و ارزیابی امکانات و تدارکات مورد نیاز
۱۳. هماهنگی و تدارک جلب نیرو انسانی و امکانات مورد نیاز
۱۴. گزارش دهی
۱۵. اقدامات حمایتی

برنامه افزایش ظرفیت بیمارستان اهداف برنامه افزایش ظرفیت بیمارستان:

- ۱- ارائه خدمات درمانی و پشتیبانی به موقع و صحیح به آسیب دیدگان
- ۲- تامین به موقع نیازهای جسمی، روانی و اجتماعی کارکنان و بیماران
- ۳- پیشگیری از عوارض و آسیبهای غیر قابل جبران و خطاهای پزشکی و عملکردی تا حد امکان
- ۴- کوتاه کردن زمان مقابله با بحران
- ۵- حفظ نیرو و منابع موجود تا حد امکان

توزیع و به روز رسانی برنامه

این برنامه در پنج نسخه توزیع می شود و نسخه اول به مرکز فوریتهای پزشکی دانشگاه عل.م پزشکی کرمان ارائه می شود. محل نگهداری دیگر نسخ این برنامه اتاق بحران، کمد بحران، دفتر پرستاری است. این برنامه حداقل سالی یکبار و با هماهنگی کمیته بحران بازنگری میشود. آموزش سالیانه برای کارکنان و در صورت امکان با هماهنگی مرکز فوریتهای پزشکی کرمان برگزار می شود

فصل اول (افزایش ظرفیت فضای فیزیکی - درمانی)

۱. ورود و خروج مصدومان به بیمارستان
۲. سطح بندی و ترخیص بیماران بستری جهت خروج از بیمارستان
۳. آماده سازی محل های جایگزین
۴. ادغام بخش های بیمارستانی
۵. مدیریت همراهان
۶. فرآیند لغو جراحی های الکتیو

فصل دوم (افزایش ظرفیت کارکنان)

۱. فراخوان کارکنان شیفت به بخش اورژانس و فضاهای جایگزین
۲. فراخوان کارکنان خارج از بیمارستان (آنکال غیر شیفت)
۳. فراخوان کارکنان داوطلب و بازنشسته
۴. درخواست نیروی کمکی از سایر بیمارستانها و مراکز

فصل سوم (افزایش ظرفیت تجهیزاتی)

۱. انتقال تجهیزات درمانی از بخش های غیر ضروری به واحدهای کلیدی
۲. بکارگیری تجهیزات موجود در انبار بحران
۳. تامین تجهیزات مورد نیاز از سازمانهای خارج از بیمارستان

فصل چهارم (افزایش ظرفیت جابجایی و انتقال مصدومان درون و برون بیمارستانی)

- ۱- یکارگیری آمبولانس های موجود با توجه به اولویت اعزام ها
- ۲- استفاده از تیم انتقال درون بیمارستانی (ویلچر، برانکاردچرخدار، خودروی حمل مصدوم، برانکارد دستی و.....)
- ۳- درخواست کمک از بخش های و سازمانهای برون بیمارستانی جهت تقویت ناوگان انتقال بین بیمارستانی

فصل چهارم (مدیریت اجساد)

یک نمونه برنامه عملیاتی HICS

گام اول : دریافت اطلاع حادثه از رئیس بخش عملیات ICS توسط فرمانده HICS

مسئول اجرا : رئیس بخش عملیات ICS

بلافاصله پس دریافت اطلاع از فرمانده EOC یا رئیس بخش عملیات ICS از طریق موبایل با فرمانده حادثه HICS ارتباط برقرار می گردد ایشان جهت شرکت در جلسه EOC فراخوان می شوند و در جلسه EOC شرکت می نمایند و از جزئیات موضوع حادثه مطلع می گردند .

گام دوم : فراخوان تیم HICS

مسئول اجرا : فرمانده حادثه HICS

فرمانده HICS ، همزمان در جلسه EOC به محض اطلاع با رئیس بخش برنامه ریزی تماس گرفته و ضمن اعلام حادثه و صدور دستور فعال سازی کامل سیستم فرماندهی ، روسای بخشها را جهت حضور در اتاق ریاست بیمارستان فراخوان می نماید .

رئیس بخش برنامه ریزی ، رئیس امنیت وانتظامات و رئیس روابط عمومی، رئیس عملیات، رئیس پشتیبانی و رئیس اداری مالی را به دستور فرمانده فراخوان می نماید.

گام سوم :تخلیه سریع اورژانس:

مسئول اجرا : رئیس بخش عملیات به دستور فرمانده HICS

قبل از برگشت فرمانده HICS از جلسه ICS با تماس با تخلیه سریع اورژانس را می دهد، وباهم‌هنگی مدیر مناطق درمان و متخصصین مربوطه اورژانس جهت افزایش ظرفیت پذیرش بیماران اورژانس تخلیه شده و بخشهای پشتیبان تعیین می شوند.(۳ اتاق بخش جراحی و سپس ۱ اتاق داخلی و در نهایت ۱ اتاق بخش اطفال به عنوان بخش پشتیبان در بحران)

گام چهارم : تشکیل جلسه HICS

مسئول اجرا : فرمانده HICS

به محض حضور فرمانده جلسه HICS تشکیل شده وپیرامون برآوردها و نیازها تصمیمات لازم گرفته می شود.

گام پنجم: فراخوان زیر مجموعه HICS و اعلام کد بحران

مسئول اجرا: رؤسای بخشهای HICS

بعد از اتمام جلسه (حداکثر ۱۰ دقیقه) کلیه روسای بخشهای برنامه ریزی، عملیات، پشتیبانی و اداری مالی سریعاً با مسئولین بخشهای زیر مجموعه به صورت آشنایی تماس گرفته و ضمن اعلام حادثه و دستور فعال سازی کل سیستم فرماندهی حادثه، جلیقه و برکه شرح وظایف را به آنها داده و ایشان را به محل اصلی خدمت خود فراخوان می نماید. مسئولین بخشها سریعاً در خصوص فراخوان مسئولین و پرستاران واحدهای زیر مجموعه به محل فعالیت مربوط فراخوان شده و برکه شرح وظایف تحویل ایشان شده و بلافاصله بر اساس شرح وظایف در محل مقرر، مستقر می گردد و فعالیت مربوط را شروع می نمایند.

گام ششم: ورود تیم امنیت پلیس

مسئول اجرا: فرمانده ICS

با هماهنگی فرمانده HICS جهت استقرار در محل مورد نظر انجام می شود و همچنین با هماهنگی نماینده امنیت وانتظامات محوطه تحت کنترل قرار گرفته و ورود و خروج ها کنترل می شود.

گام هفتم: ارسال گزارشات

مسئول اجرا: فرمانده HICS

هر ۱۰ دقیقه یکبار گزارشات به اتاق HICS اطلاع داده می شود و فرمانده نیز هر ۱۰ دقیقه یکبار گزارشات عملکردی و موارد قابل ذکر را به رئیس بخش عملیات ICS اطلاع می دهد.

گام هشتم: گزارش ورود اولین آمبولانس

مسئول اجرا: فرمانده HICS

با اطلاع اعزام اولین آمبولانس به سمت بیمارستان که توسط رئیس بخش عملیات ICS داده می شود، سیستم عملیات آماده پذیرش بیماران گردیده و سپس فرمانده HICS، زمان ورود اولین آمبولانس را به رئیس بخش عملیات ICS اطلاع می دهد و گزارشات و تماسها و اعلام نیازها به همین منوال هر ۱۰ دقیقه به اطلاع می رسد. با ورود اولین مصدوم به اورژانس عملیات تریاژ و درمان شروع می شود و تا پایان درمان آخرین مصدوم ادامه می یابد.

گام نهم: پایان عملیات انتقال

مسئول اجرا: رئیس بخش عملیات ICS

پایان عملیات انتقال بیماران به بیمارستان توسط رئیس بخش عملیات ICS به فرمانده HICS اعلام می گردد.

گام دهم: پایان عملیات تریاژ و درمان بیمارستان

مسئول اجرا: رئیس بخش عملیات HICS

با پایان عملیات تریاژ و درمان توسط رئیس بخش عملیات HICS به فرمانده حادثه HICS، گزارش آن به رئیس بخش عملیات ICS ارسال شده و در مورد اعلام پایان وضعیت اضطراری و بازگشت به وضعیت عادی تعیین تکلیف می گردد.

گام یازدهم: فراخوان زیر مجموعه ها جهت گزارش عملکردی

مسئول اجرا: فرمانده HICS

اعضاء زیر مجموعه HICS به اتاق فرماندهی HICS فراخوان شده و روسای بخشها به فرمانده HICS گزارش عملکرد می دهند.

گام دوازدهم: اعلام پایان عملیات درمان نهایی

مسئول اجرا: بخش عملیات ICS

به محض اعلام پایان عملیات درمان و مجوز از سوی رئیس بخش عملیات ICS با هماهنگی فرمانده ستاد بحران ICS، پایان بحران توسط فرمانده HICS اعلام شده و وضعیت عادی در بیمارستان برقرار می گردد.

گام سیزدهم: حضور در جلسه ICS

مسئول اجرا: فرمانده ICS

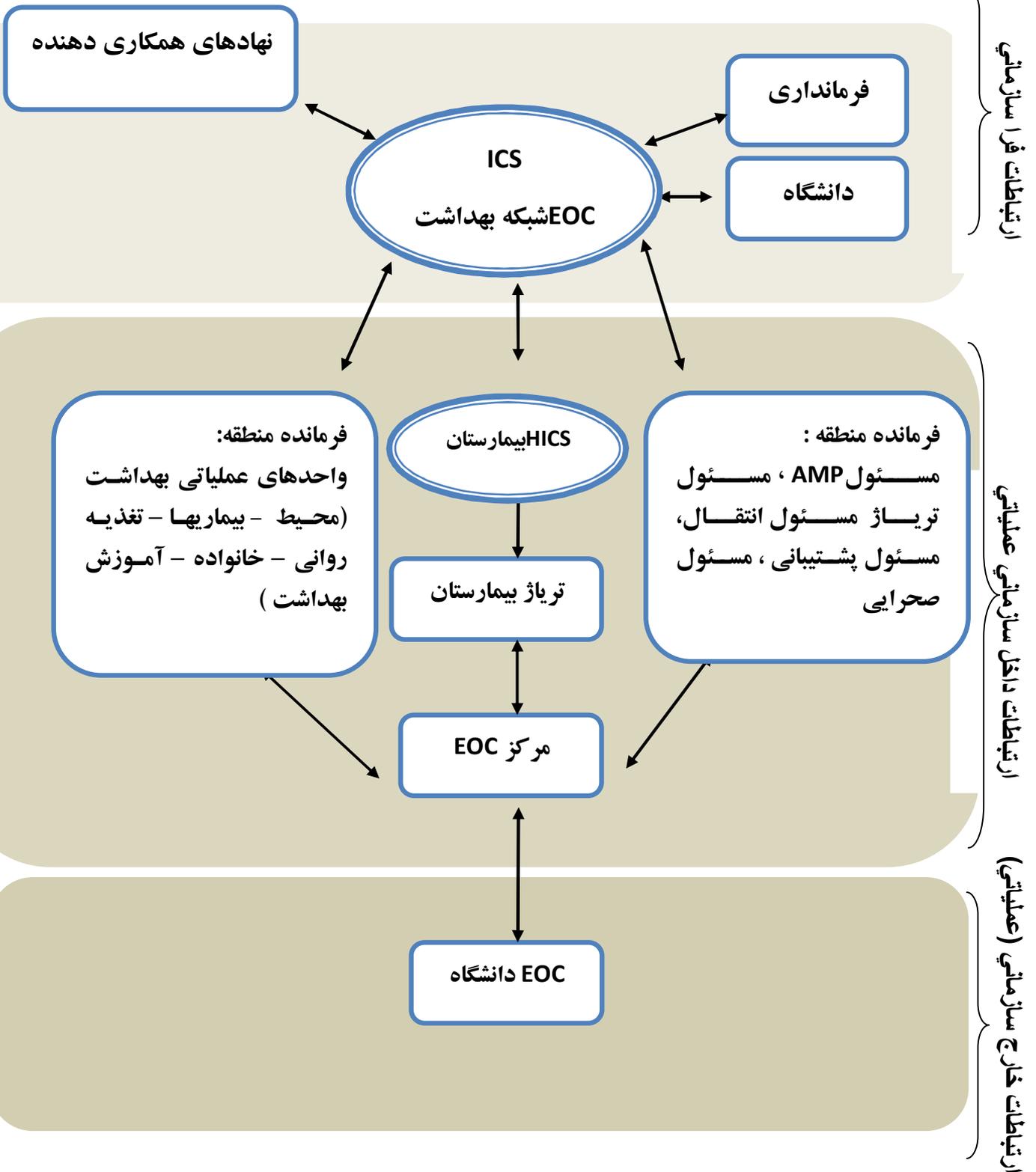
فرمانده و روسای بخشهای HICS در جلسه EOC نهایی فراخوان می شوند.

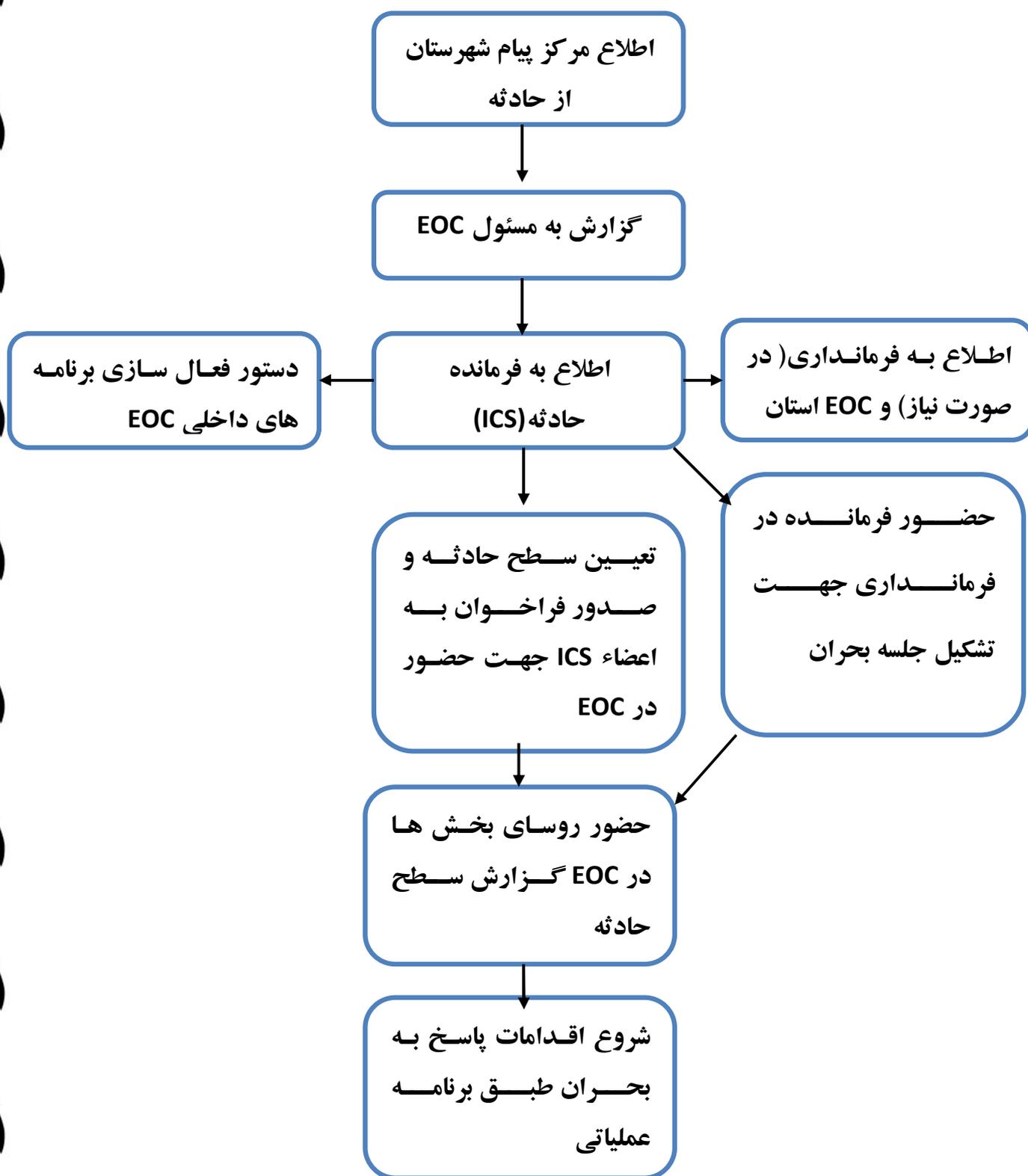
گام چهاردهم: گزارش عملکرد

مسئول اجرا: فرمانده HICS

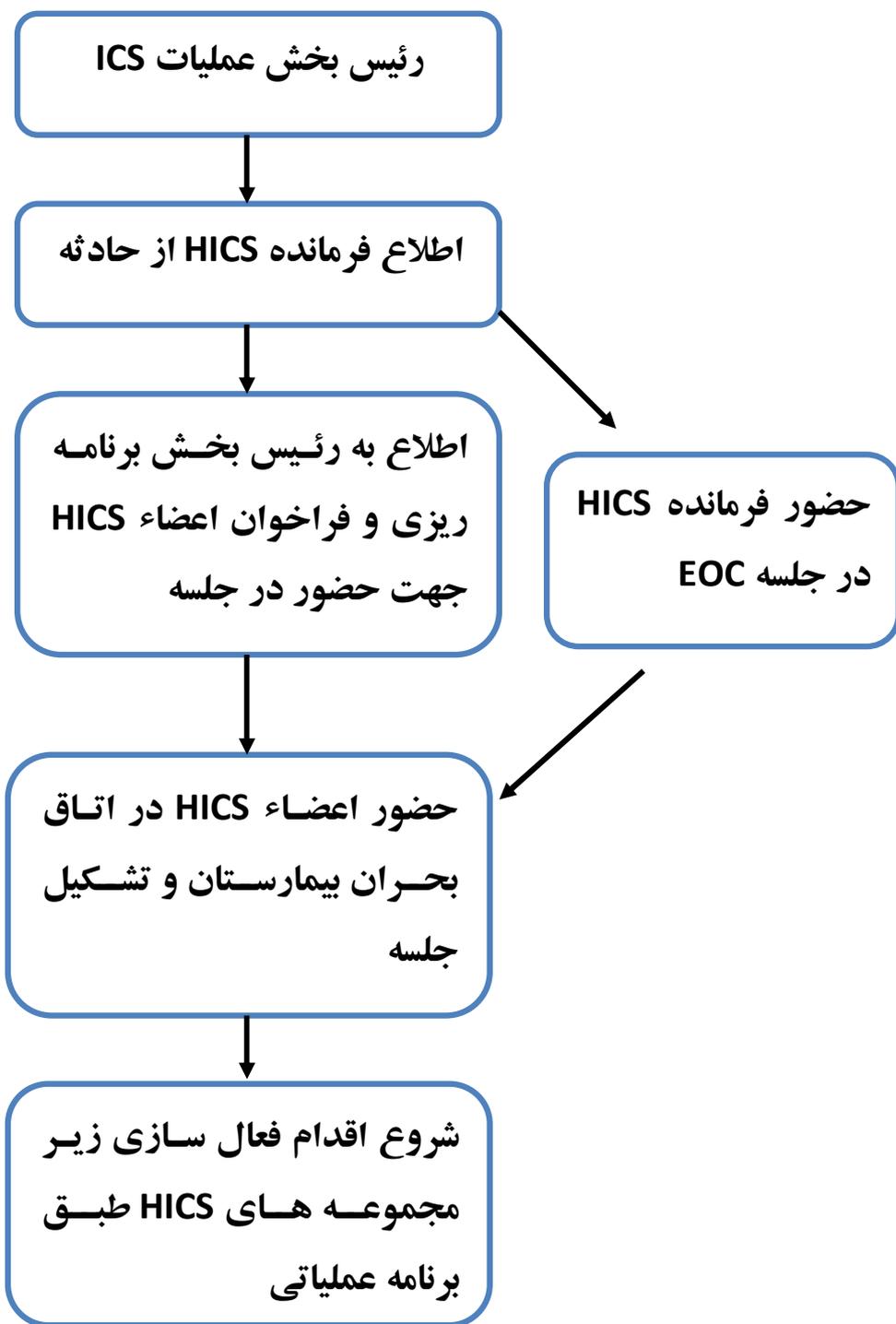
گزارش عملکرد توسط فرمانده HICS به اعضای تیم ICS و HICS در محل EOC داده می شود.

نمای کلی ارتباطات ستادی عملیاتی شبکه بهداشت و درمان شهر بابک





ارسال گزارش عملکرد هر ۲۰ دقیقه یکبار به EOC استان



گزارش هر ۱۰ دقیقه یکبار به EOC شهرستان

انواع برنامه های مقابله با خطر در بیمارستان ولی عصر (عج)

۱. فراخوان نیرو طبق برنامه آنکالی اول و دوم: این برنامه در واحدها و دفتر سوپروایزری موجود است.
۲. فراخوان تیم واکنش سریع بیمارستان در چهارگروه: این برنامه در واحدها و دفتر سوپروایزری موجود است.
۳. فعال سازی HICS: این برنامه در واحدها و دفتر سوپروایزری موجود است با کد ۱۰۰
۴. برنامه ایمنی و آتشنشانی: این برنامه در واحدها و دفتر سوپروایزری موجود است. با کد ۱۲۵
۵. فراخوان گروه CPR با کد ۹۹
۶. فراخوان گروه احیای نوزادان با کد N۹۹
۷. فراخوان گروه احیای مادران با کد ۹۹ مادران

در سطح شبکه بهداشت و درمان

۱. فعال شدن ICS: این برنامه در واحدها و دفتر سوپروایزری و مرکز EOC موجود است.
۲. فراخوان گروه DMAT (گروه هشدار سریع EOC): این برنامه در دفتر سوپروایزری و مرکز EOC موجود است.

وظایف تیم ایمنی و آشنشانی و تخلیه بیمارستان

اعضای تیم ایمنی	وظایف اولیه (شروع)	وظایف میانی (اطفاء و تخلیه)	وظایف نهایی (بعد از اطفاء)
۱ سوپروایزر شیفت (رئیس تیم ایمنی)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ هماهنگی و فراخوان ◆ بررسی محیط و نیازهای موجود ◆ اطلاع به EOC شهر و کرمان در صورت نیاز ◆ تعیین محل دوم و یا سوم برای بیماران ، وسایل و تجهیزات 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ تقسیم کار کل نیروها ◆ تقسیم کار مراقبان بیماران ◆ تقسیم کار مراقبان تجهیزات 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ دستور اعلام پایان کد (وضعیت سفید) ◆ ثبت و ارسال گزارش عملیات تخلیه و اطفاء حریق به EOC شهر و کرمان
۲ مسئول بخش یا شیفت (اولین عضو تیم ایمنی)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ فراخوان اعلام کد ۱۲۵ ◆ کنترل کلید درب خروج اضطراری 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ باز کردن در خروج اضطراری ◆ خروج بیماران توانا تر ◆ مراقبت بیماران انتقالی 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ بستن درب خروج اضطراری ◆ هدایت برگرداندن بیماران و وسایل
۳ پرسنل دوم بخش (دومین عضو تیم ایمنی)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ خروج بیماران با تخت (با کمک نیروهای پشتیبان) 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ خروج تجهیزات (با کمک نیروهای پشتیبان) 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ مراقبت و برگرداندن تجهیزات
۴ تاسیسات (عضو تخصصی)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ قطع برق ◆ آوردن کپسول پودر یا گاز یا رینگ 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ اطفاء حریق با کپسول یا آب ◆ کنترل وضعیت ، شدت و وسعت آسیب 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ جمع آوری کپسولهای خالی ◆ کنترل نهایی ایمنی محیط و وسایل
۵ نگهبانی (عضو امنیتی)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ خروج همراهان ◆ خروج وسایل غیر حساس 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ حضور فعال در محیط ◆ حفاظت از اموال ◆ کمک به اطفاء حریق (پشتیبان تاسیسات) 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ کمک به برگرداندن بیماران و وسایل به بخش
۶ خدمات (عضو خدماتی)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ کمک به خروج همراهان 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ کمک به نقل و انتقالات وسایل 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ کمک به برگرداندن بیماران و وسایل به بخش
۷ نیروی پشتیبان	<ul style="list-style-type: none"> ◆ کنترل و مراقبت بیماران انتقالی 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ مراقبت بیماران انتقالی 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ کمک به برگرداندن بیماران در صورت امکان
۸ مخابرات (عضو ارتباطات)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ اعلام کد ۱۲۵ ◆ اطلاع کد به تاسیسات ◆ اطلاع کد به نگهبانی 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ اطلاع کد به راننده (نیروی پشتیبان) ◆ اطلاع به افراد بعدی طبق دستور سوپروایزر ◆ فراخوان دیگر سازمانها طبق دستور سوپروایزر 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ اعلام وضعیت سفید

پیشگیری و کنترل عفونت



اهمیت کنترل عفونت

کیفیت مهار عفونت در مراکز درمانی انعکاسی از مراقبت های استاندارد آن موسسه می باشد.

برنامه مناسب مهار عفونت میزان عفونت های بیمارستانی، طول مدت بستری و هزینه های بیمارستانی را تقلیل می دهد.

عفونت های بیمارستانی

تعریف: عفونت هایی هستند که بیمار در زمان بستری به آن مبتلا نبوده و در دوره کمون آن هم نبوده است در طول بستری بودن بیمار در بیمارستان از محیط بیمارستان به بیمار منتقل می شود و علائم و نشانه های آن حداقل بعد از ۴۸ تا ۷۲ ساعت یا بیشتر پس از بستری شدن بیمار ظاهر می شود.

زنجیره عفونت:

ارگانسیم بیماری زا- مخزن ارگانسیم موجود-راه خروج ارگانسیم از مخزن- میزبان مستعد ابتلا-راه ورود ارگانسیم به میزبان

واکنش بدن به عوامل عفونی

ایمنی مادر زادی

ایمنی اکتسابی

ایمنی فعال:

واکنش به تهاجم موجود عامل عفونی مثل ابتلا به سرخک

واکسیناسیون

ایمنی غیر فعال: -آنتی بادی ساخته شده مثل ایمونوگلوبولین-آنتی توکسین-آنتی سرم

عوامل موثر بر حساسیت فرد به عفونت:

تغذیه مناسب-ورزش کافی-خواب استراحت کافی-روش های مناسب بهداشتی-ایمن سازی-شیرخواران و کودکان خرد سال و سالمندان نسبت به عفونت ها آسیب پذیر ترند - بیماران-افراد دارای سوی تغذیه و یا بریدگی های باز

عوامل زمینه ساز برای بروز عفونت های بیمارستانی

الف- نوع بیمارستان

ب- نوع بخش: دیالیز، مراقبت های ویژه، سوختگی و...

ج- نوع بیمار:

افرادى که تحت عمل جراحی قرار گرفته اند.

افرادى كه در آنها وساىلى از قبىل سوند، كاتتر، لوله تراشه و... استفاده شده است.

بىماران مبتلا به دىابت، سرطان، سوتغذيه، اختلالات اىمنى و سوختگى

بىماران تحت درمان با استروئىدها و آنتى بىوتىك هاى وسىع الطاف

بىماران بسىار پىر و بسىار جوان مانند نوزادان

طبقه بندى عفونت هاى بىمارستانى:

۱- عفونت هاى ادرارى : شايعترىن نوع مى باشند (۸۰٪)

۲- " محل جراحى

۳- پنومونى بىمارستانى

۴- باكتريمى بىمارستانى (۵٪) با مىزان مرگ و مىر بالا

سایر عفونت ها: گاستروانترىت، عفونت پوست، سىنوزىت و.....

راه هاى اصلى انتقال عفونت:

به طور عمده عفونت هاى بىمارستانى از دو راه تماس مستقىم و تماس غير مستقىم منتقل مى شوند:

۱- تماس مستقىم : مهمترىن راه انتقال است. "رىز قطره هاى عفونت از طريق سرفه، عطسه و... منتشر مى شوند. دىفتري، سل و مننژىت منگوكوك شايعترىن بىمارى ها هستند.

۲- تماس غير مستقىم : ضرورت اصلى انتقال عامل بىمارىزا از اين طريق اين است كه عامل بىمارىزا بتواند در شراىط خارج از بدن مىزبان و در محىط زنده بماند و خاصىت بىمارىزايى خود را حفظ كند.

پنج مورد معمول انتقال: حشرات (مگس)، انگشتان دست، لوازم، غذا و مايعات مى باشنند.

نقش پرسنل پرستارى در كنترل عفونت:

اجراى اقدامات مراقبىتى از بىمار براى كنترل عفونت وظىفه پرستار است، پرستاران باىد با اقدامات پىشگىرى از بروز و گسترش عفونت آشنا باشنند و اقدامات اختصاصى براى كلىه بىماران در مدت زمانى كه در بىمارستان بسترى هستند را انجام دهند.

اجراى تكنىك هاى ضد عفونى

حفظ بهداشت

دقت در انجام روش هاى اىزولاسىون

ارائه سرىع گزارش از موارد عفونت

احتىاطات استاندارد

اصول احتیاطات استاندارد

در صورت تماس با خون، تمام مایعات بدن، ترشحات و مواد دفعی بدن به جز عرق، پوست آسیب دیده و مخاط ها رعایت موارد زیر ضروری است:

پوشیدن دستکش

استفاده از گان، محافظ چشم همراه با ماسک در صورت انجام اعمالی که احتمال پاشیده شدن یا پخش خون یا مایعات بدن وجود دارد.

دفع سر سوزن و وسایل نوک تیز در ظروف مقاوم، عدم دستکاری سوزن ها و وسایل تیز

شستن دست ها بلافاصله پس از خروج دستکش ها از دست در فواصل تماس بین بیماران

ملحفه و لباس های آلوده بیمار بدون ایجاد گرد و غبار جمع آوری شوند.

تمام وسایل نوک تیز و سرسوزن ها بدون در ظروف مقاوم به سوراخ شدگی جمع آوری شوند.

ایزولاسیون بیماران در صورت لزوم

جمع آوری صحیح پسماندها

زمانی که خون یا مایعات خونی در مکانی می ریزد، اقدامات لازم به ترتیب عبارتند از:

پوشیدن دستکش و در صورت لزوم سایر پوشش های محافظ دیگر

برداشتن مواد قابل جمع آوری با دستمال دارای قابلیت جذب

شستشوی محل با آب و شوینده ها

ضد عفونی محل با محلول ۲.۵ درصد هیپوکلریت سدیم رقیق شده با آب (به نسبت یک به ۱۰)

آموزش مداوم احتیاط های استاندارد به تمام کارکنان بهداشتی و درمانی

شستشوی دست ها

۱- مواردی که در شستشوی دست و ضد عفونی کردن دستها باید در نظر گرفت.

بعد از کثیف شدن یا آلوده شدن دستها با مواد آلوده کننده ای چون خون یا ترشحات یا مایعات خروجی بیمار یا میکروارگانیسم های موجود در محیط و پس از خروج از دستشویی و توالت باید دستها را شست.

استفاده از یک محلول محتوی الکل برای ضد عفونی دست و اشیاء موجود در محیط بستری بیمار لازم است اما اگر این محلول در دسترس نبود حتماً از آب و صابون برای شستن دستها باید استفاده کرد. دستها را بشوئید.

قبل و بعد از تماس مستقیم با بیماران

بعد از درآوردن دستکش

قبل از انجام هر اقدام درمانی و پروسیجر تهاجمی که بر روی بیمار انجام می شود.

بعد از تماس با مایعات بدن یا ترشحات بیمار یا پوست ناسالم بیمار و پانسمان بیمار

در حین مراقبت بیمار وقتی که از یک قسمت آلوده بیمار به قسمتهای غیر آلوده وارد می شویم.

بعد از تماس با وسایلی که بیمار با آنها ارتباط دارد مثل تجهیزات پزشکی

قبل از اینکه غذا یا دارو برای بیمار آماده کنید دستها را با صابون آنتی باکتریال بشوئید یا به الکل آغشته نمائید و کف دستها را به هم بمالید

وقتی که از یک محلول محتوی الکل برای شستن دست استفاده می کنید از صابون آنتی باکتریال لزومی ندارد استفاده نمائید.

۲- تکنیک شستن دستها

از یک محلول که سطح دستان را با آن آغشته می کنید استفاده نمائید و دستها را به هم بمالید تا جایی که دستها خشک شود.

وقتی دستان را با آب و صابون می شوئید دستان را با آب مرطوب کنید و صابون را به سطح تمام دستان را بمالید. مطابق شکل مقابل بین انگشتان ، پشت انگشتان دست ، گودی کف دست ، قسمت داخلی انگشت شست و بطور کلی تمام سطوح دست را بشوئید. سپس زیر آب بگیرید و مایع را از دست تمیز کنید و با یک حوله دست خود را خشک کنید.

بعد از خشک شدن دستها حوله را کنار بگذارید و مطمئن شوید که از حوله شخص دیگری استفاده نمی کند. بهتر است از حوله یک بار مصرف استفاده نمائید. از آب گرم به دلیل احتمال افزایش درماتیت پوست (خنکی پوست) استفاده ننمائید.

می توان از کف صابون یا مایع صابون در مواقعی که صابون آنتی باکتریال و آب در دسترس نیست ، استفاده کرد.

۳- توصیه هایی برای آماده کردن و شستن دستها قبل از جراحی

اگر دستها بطور واضح کثیف هستند باید حتماً ابتدا با آب و صابون شسته شوند و بعد مراحل شستشوی دست برای جراحی را انجام دهند. نوک انگشتان و زیر ناخن بایک برس مخصوص باید زیر شستشوی آب با فشار بالا تمیز شود.

سینک ها باید طوری طراحی شوند که کمترین تراوش و ریزش آب به اطراف و روی پرسنل را ایجاد نمایند. انگشتر، ساعت و بقیه زیور آلات که در دست است باید خارج شوند. ضمناً استفاده از لاک ناخن و ناخن مصنوعی در اتاق عمل ممنوع است.

ضد عفونی کردن دست قبل از جراحی باید بوسیله یک صابون آنتی باکتریال یا یک مایع ضد عفونی با ترکیب الکل انجام شود و دستها با این محلول به هم مالیده شود و سپس دستکش استریل پوشیده شود.

اگر کیفیت آب مورد استفاده در اتاق عمل مورد اطمینان نبود ضد عفونی دست جهت جراحی با استفاده از یک محلول شستشوی دست حاوی الکل قبل از پوشیدن دستکش جراحی و انجام پروسیجرهای جراحی الزامی می باشد.

وقتی شستشوی دست برای جراحی با استفاده از یک صابون آنتی باکتریال انجام می شود اسکراب دستها و ساعد برای ۲ تا ۵ دقیقه باید انجام شود. اسکراب دست برای مدت طولانی مثلاً ۱۰ دقیقه اصلاً لازم نیست.

وقتی از یک محلول حاوی الکل برای شستشوی دست برای جراحی استفاده می شود بهتر است به توصیه های کارخانه سازنده محلول خاص توجه شود. محلول را روی دستهای خشک حتماً بکار ببرید. در اسکراب و شستشوی دست جهت جراحی محلولهای مختلف را باهم به کار نبرید و از یک محلول بطور جداگانه استفاده نمائید.

هنگام کاربرد یک محلول محتوی الکل برای حفظ رطوبت دستها و ساعد از یک محلول مناسب در طول کار استفاده نمائید. (ریختن سرم شستشو بعد از الکل زدن)

بعد از کاربرد محلول محتوی الکل باید اجازه دهید تا دستها و ساعد قبل از رفتن به موضع عمل خشک شوند.

۴- انتخاب و استفاده از مواد شستشوی دست

از یک محلول مناسب که کمترین اثر تحریکی را روی پوست می گذارد بهتر است استفاده شود.

حداکثر پذیرش، برای استفاده از محلول توسط کارمندان، داشتن احساس راحتی و عدم ایجاد آزردهگی پوستی، قیمت مناسب، اعتبار جهانی و کشوری کارخانه سازنده، جزء عوامل موثر در انتخاب محلول ضد عفونی کننده می باشند.

وقتی محلولهای ضد عفونی کننده انتخاب شدند :

باید واکنشهای متقابل شناخته شده بین محصولات مورد استفاده برای تمیز کردن دستها، با مواد تمیز کننده پوست و انواع دستکشهای مورد استفاده در نظر گرفته شود و کنترل گردد.

۵- مراقبت از پوست

برنامه های آموزشی در خصوص کاهش اثرات تحریکی مواد الکلی مورد استفاده روی پوست برای کارکنان باید گذاشته شود.

با توجه با احتمال آلرژی گروهی از کارکنان باید محلولهای متنوعی برای ضد عفونی و شستن دست در دسترس کارکنان باشد.

✚ کرمهای التیام دهنده و چرب کننده پوست جهت کاهش عوارض تحریکی پوست باید در اختیار پرسنل بهداشتی و درمانی قرار گیرد.

۶- استفاده از دستکش

✚ استفاده از دستکش جایگزین شستشوی دست نمی تواند باشد.

✚ در صورت تماس با خون یا ترشحات و مایعات آلوده بدن بیمار یا تماس با پوست زخمی و ناسالم بیمار باید از دستکش استفاده کرد.

✚ بعد از مراقبت از هر بیمار باید دستکش ها را درآورد. از یک دستکش برای مراقبت همزمان چند بیمار استفاده ننمائید.

✚ در طول مراقبت از بیمار اگر از ناحیه ای از بدن بیمار که آلوده بوده است قرار است مراقبت از بیمار را به سمت ناحیه ای از بدن بیمار که آلوده نیست سوق دهید باید دستکش بپوشید یا دستکش را عوض کرده و یا درآورید.

✚ از استفاده مجدد دستکش ها خودداری نمائید. اگر دستکشها چند بار مصرفند باید از آلوده نشدن و پاره نشدن آن اطمینان داشته باشید.

۷- نکات قابل توجه دیگر جهت رعایت در ضد عفونی کردن دست

✚ عدم استفاده از ناخن مصنوعی و لاک و یا بلند کردن ناخن وقتی بطور مستقیم با بیمار سروکار داریم .

✚ کوتاه نگه داشتن ناخنهای طبیعی (کمتر از ۰.۵ cm طول ناخن باید باشد)

۸- آموزش پرسنل بهداشتی درمانی و برنامه های کنترلی

✚ در برنامه های آموزشی که برای پرسنل گذاشته می شود باید به مسائلی که باعث فرهنگ سازی شود و علت استفاده از این مواد و تاثیرات آن مورد تاکید باشد نه اینکه صرفاً روی نوع خاص محلول اصرار گردد. استراتژی استفاده از این محلولها باید با آموزشهای متنوع و قابل تفسیر برای همه همراه باشد.

✚ در آموزشها باید به تاثیرات کاربرد این محلولها در نتایج مراقبت از بیماران اشاره نمود . اثرات ناشی از مراقبت از بیمار با دست کثیف و آلوده و دست ضدعفونی شده را تشریح نمود.

✚ ارزیابی پرسنل در خصوص آموزشهای داده شده و نحوه کار با محلولها بسیار مهم است و بازخورد مثبت در این خصوص باید داده شود.

✚ در این خصوص شرکت بیماران در این آموزش و شستن دستها باید تشویق قرار گیرد و خانواده بیماران نیز باید آموزش کافی ببینند تا آنها نیز همانند تیم بهداشتی درمانی در ارتقاء سطح بهداشتی محیط موثر باشند.

وسایلی که بیماران با آن سروکار دارند به سه دسته تقسیم می شوند:

- ✚ بحرانی: وسایلی که با بافت یا سیستم عروقی سروکار دارند. این وسایل باید استریل شوند.
- ✚ نیمه بحرانی: وسایلی که با مخاط تماس پیدا می کنند. گندزدایی در سطح بالا (وایتکس ۱/۵ غلظت به مدت ۱۰ دقیقه یا ۱/۵۰ به مدت ۲۰ دقیقه و الکل ۷۰٪ به مدت ۱۰ دقیقه) و یا محلول های مورد استفاده در بیمارستان با تایید تیم کنترل عفونت
- ✚ غیر بحرانی: در حالت عادی نیاز به پاک کردن دارند. گندزدایی در سطح پایین (شستشو با دترجات ها)

استرایلیزاسیون:

- تعریف: نابودی تمامی اشکال میکروارگانیسم ها
- استرایلیزاسیون با روش های فیزیکی و شیمیایی امکان پذیر است.
- استرایلیزاسیون فیزیکی: مرطوب (در معرض بخار آب اشباع شده) و خشک (در معرض دما)، نسبت به روش مرطوب از ضریب اطمینان کمتری برخوردار است.
- استرایلیزاسیون شیمیایی با استفاده از اکسید تایلند و فرمالدئید

ضد عفونی کردن:

- تعریف: حذف تقریباً تمام ارگانیسم های بیماریزای قابل تشخیص ولی لزوماً شامل تمام فرمهای میکروب ها (مثل اسپورهای شدیداً مقاوم باکتریها) نمی شود. ضد عفونی با بکاربردن مایعات شیمیایی یا پاستوریزه کردن مرطوب کامل می شود.

ایزولاسیون

دسته بندی انواع ایزوله:

۱- ایزوله کامل: دیفتری، ابله مرغان

۲- ایزوله تماسی: عفونت حاد تنفسی، پنومونی، سرخجه، سوختگی

۳- ایزوله تنفسی (ایزوله سلی): سرخک، مننژیت، سل، اوریون، سیاه سرفه

۴- ایزوله گوارشی: وبا، اسهال

۵- احتیاط مربوط به ترشحات: زخم بستر کوچک-ورم ملتحمه-زخم عفونی کوچک

۶- احتیاطات مربوط به خون و مایعات بدن: ایدز-هپاتیت B- مالاریا- سیفلیس اولیه و ثانویه

هدف از آماده سازی اتاق ایزوله:

■ محدود کردن عفونت

■ جلوگیری از انتشار عامل بیماری زا

■ ایزوله کردن بیمار

احتیاط بر اساس راه انتقال عفونت ها

■ رعایت این نوع احتیاط باید با رعایت اصول احتیاط استاندارد توام گردد.

■ براساس راه انتقال عفونت سه نوع احتیاط وجود دارد:

■ هوا (airborn)

■ قطرات (droplet)

■ تماس (contact)

■ Airborn احتیاط هوایی

احتیاط هوایی برای جلوگیری از انتقال بیماریهایی که از طریق هسته قطرات با اندازه کوچک تر از ۵ میکرون یا ذرات گرد و غبار حاوی عامل عفونی بکار میرود:

■ سل ریه یا حنجره

■ سرخک

■ آبله مرغان یا زونای منتشر

■ (مشکوک به عفونت یا عفونت قطعی و اثبات شده)

اصول احتیاط هوایی:

■ بستری در اتاق ایزوله ترجیحا با فشار هوای منفی

■ محدودیت جا به جایی بیمار و قبل از ترک اتاق بیمار باید ماسک استاندارد پوشداستفاده از ماسک n95

■ برای افرادی که وارد اتاق میشوند

■ بستن درب اتاق بیمار

droplet.p) احتیاط قطرات

- برای جلوگیری از انتقال ایروسول های درشت (قطره)
- به دلیل اندازه بزرگ این قطرات در هوا معلق نمی ماند و تا فاصله زیاد حرکت نمی کنند. این ذرات حین صحبت یا سرفه یا در زمان انجام اعمالی مانند ساکشن ایجاد میشوند.
- انفلوانزا اوریون سرخجه مننگوکوک پنومونی سیاه سرفه

اصول رعایت احتیاطات قطرات

- بستری در اتاق ایزوله (اقدام خاص برای کنترل هوا لازم نیست). (در صورت وجود چند بیمار با یک بیماری خاص میتوان آنها را در یک اتاق بستری نمود)
- درب میتواند باز بماند.
- در صورت کار کردن در فاصله یک متری استفاده از ماسک
- استفاده از گان و دستکش بر اساس احتیاطات استاندارد
- در صورت انتقال و جابه جایی بیمار به خارج ایزوله بیمار باید ماسک بپوشد

احتیاط تماسی

- برای جلوگیری از انتقال ارگانیسم های مهم که مربوط به بیماران کلونیزه یا دچار عفونت بوده و از طریق تماس مستقیم (لمس کردن بیمار) یا تماس غیر مستقیم (تماس با اشیا و وسایل یا سطوح آلوده محیط بیمار) انتقال می یابند
- عفونت منتقله از راه مدفوعی دهانی (شیگلا، هپاتیت a) در بیمارانی که بی اختیاری داشته یا از پوشک استفاده می کنند.
- بیماران دچار عفونت با باکتری های مقاوم به چند دارو
- بیماران اسهال حاد

اصول احتیاطات تماسی

- بستری در اتاق ایزوله. (در صورت وجود چند بیمار با یک بیماری خاص میتوان آنها را در یک اتاق بستری نمود)
- استفاده از وسایل حفاظت شخصی
- شستن دست
- وسایل غیر بحرانی مرافبت از بیمار باید در اتاق ایزوله بماند
- انتقال و جابه جایی بیمار باید به حداقل برسد.



بهداشت دست

- از طریق شستن دست ها به طریق صحیح خطر انتقال عفونت ها به حد اقل میرسد
- پوست طبیعی انسان با باکتری ها کلونیزه شده است
- پوست به طور عمده ۲ نوع فلور موقت و دائم دارد.
- فلور موقت: **Ecoli** پسودومونا ایروژینوزا لایه سطحی پوست را پوشانده و توانایی بیماری زایی بالا دارد
- فلور دائم پوست: استاف کوآگولاز منفی-کورینه باکتریوم توانایی بیماریزایی کمی دارند مگر اینکه با وسیله تهاجمی بدخل بدن فرو رندوبه سختی به طریق مکانیکی (شستن معمولی دست) از بین میرود.

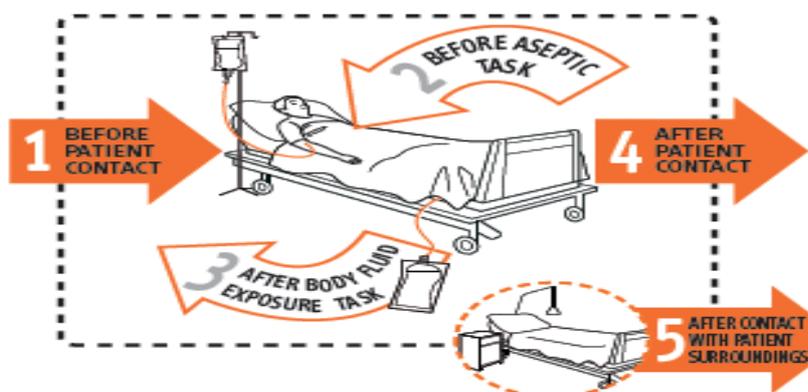
مدت زمان شستشوی دست با محلول ضد عفونی: ۳۰ ثانیه

میزان محلول لازم: ۳ سی سی

۵ زمانی که باید دستهایتان را بشوید (WHO):

- قبل از تماس با بیمار
- قبل از انجام هر پروسیجر
- بعد از تماس با مایعات بدن
- بعد از تماس با بیمار
- بعد از تماس با محیط اطراف بیمار

Your 5 moments for HAND HYGIENE



How to Handrub?

RUB HANDS FOR HAND HYGIENE! WASH HANDS WHEN VISIBLY SOILED

⌚ Duration of the entire procedure: 20-30 seconds

1a



Apply a palmful of the product in a cupped hand, covering all surfaces;

1b



2



Rub hands palm to palm;

3



Right palm over left dorsum with interlaced fingers and vice versa;

4



Palm to palm with fingers interlaced;

5



Backs of fingers to opposing palms with fingers interlocked;

6



Rotational rubbing of left thumb clasped in right palm and vice versa;

7



Rotational rubbing, backwards and forwards with clasped fingers of right hand in left palm and vice versa;

8



Once dry, your hands are safe.



World Health Organization

Patient Safety
A World Alliance for Safer Health Care

SAVE LIVES
Clean Your Hands

All reasonable precautions have been taken by the World Health Organization to verify the information contained in this document. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, other expressed or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. In no event shall the World Health Organization be liable for damages arising from its use. WHO acknowledges the Hôpital Universitaire de Genève (HUG), in particular the members of the Infection Control Programme, for their active participation in developing this material.

May 2009

پسماندهای بیمارستانی

تعریف: به کلیه مواد زائد، بیولوژیک یا غیر بیولوژیکی که دور ریخته می شوند و دیگر کاربردی در بیمارستان ندارند گفته می شود.

انواع پسماندها: عفونی، تیز و برنده، دارویی و ...

■ عفونی (جراحی و نمونه برداری، وسایل بیماران عفونی، همودیالیزی، ایزوله و...) این نوع پسماندها باید براساس قوانین بین المللی در کیسه های زرد رنگ با برچسب جمع آوری شوند.

■ زباله های نوک تیز باید در ظروف خاص ضد سوراخ جمع آوری شوند و برچسب هشداردهنده با ذکر تاریخ و نام بخش بر روی آن نصب شود.

■ زباله های شیمیایی دارویی باید در سطل قهوه ای با کیسه زباله قهوه ای ریخته شود (مانند ویالها- پوکه های امپول- قسمت پلاستیکی مشمای سرنگ و میکروست و ...)



دستورالعمل جمع آوری صحیح اجسام نوک تیز:

۱. سرنگ و سر سوزنهای استفاده شده را همیشه در **safety box** بیندازید.
۲. برای جلوگیری از فرو رفتن نوک سوزن در دست هرگز بعد از تزریق به سرسوزن دست نزنید و از سرپوش گذاری مجدد سر سوزن اجتناب کنید.
۳. **safety box** را بیش از ۳/۴ حجم پر نکنید.
۴. درب **safety box** پر شده را قبل از حمل برای دفع، ببندید.
۵. **safety box** پر شده را در یک مکان مطمئن و خشک و دور از دسترس کودکان و مردم نگهداری کنید. تا مطابق دستورالعمل های موجود دفع شوند.
۶. برای اجتناب از ایجاد صدمه در اثر سر سوزن هرگز **safety box** پر شده را در دست نگیرید، تکان ندهید، فشار ندهید یا روی آن نایستید یا ننشینید.
۷. **Safety box** پر شده را دوباره باز نکنید، خالی نکنید یا مورد استفاده مجدد قرار ندهید.

اقدامات فوری پس از تماس

در صورت :



- فرورفتن سرسوزن به دست
- پاشیده شدن خون و یا سایر ترشحات آلوده بدن بیمار به:
- بریدگی های باز
- ملتحمه
- غشاء مخاطی (دهان)
- گاز گرفتگی که منجر به پارگی اپیدرم شود.

کمک های اولیه فوری

- الف) ۱- شستشوی زخم با صابون و آب ولرم به مدت ۵-۳
- ۲- خودداری از مالش موضعی چشم
- ۳- شستشوی چشم ها و غشاء مخاطی با مقادیر زیاد آب در صورت آلودگی

ب) گزارش فوری سانحه به سوپروایزر بالینی

ج) ثبت رسمی مورد گزارش شده در گزارشات حین کار توسط سوپروایزر

د) تشکیل پرونده و پیگیری مورد

و) بررسی میزان خطر بیماریزایی ناشی از تماس در کارکنان (ارزیابی خطر انتقال ویروس های هیپاتیت B, C HIV از نظر تعیین نیاز به شروع درمان پیشگیری و پیگیری های بعدی از اولین اقدامات لازم در برخورد با آسیب های شغلی است که باید ظرف ۲۴ ساعت اول انجام گیرد.

ز) ارزیابی وضعیت فرد منشا

در صورتیکه تیترا آنتی بادی بالای ۱۰ دارید و فرد منشاء مشخص می باشد از فرد منشاء نمونه جهت کنترل HIV , HCV ارسال نمایید .

فرایند اجرای اقدامات فوری پس از تماس (مواجهه شغلی)

در صورت: فرورفتن سرسوزن به دست، پاشیده شدن خون و یا سایر، ترشحات آلوده بدن بیمار به:

- بریدگی های باز ملتحمه
- غشاء مخاطی (دهان)
- گاز گرفتگی که منجر به پارگی اپیدرم شود.

کمک های اولیه فوری عبارت است از:

الف) ۱- شستشوی زخم با صابون و آب ولرم به مدت ۵-۳

۲- خودداری از مالش موضعی چشم

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

ب) گزارش فوری سانحه به سوپروایزر بالینی

ج) ثبت رسمی مورد گزارش شده در فرم موجود در دفتر پرستاری توسط سوپروایزر کشیک

د) تشکیل پرونده و پیگیری و بررسی مورد در صورت نداشتن پرونده بهداشتی

و) بررسی میزان خطر بیماریزایی ناشی از تماس در کارکنان (ارزیابی خطر انتقال ویروس های هپاتیت B, C, HIV از نظر تعیین نیاز به شروع درمان پیشگیری و پیگیری های بعدی از اولین اقدامات لازم در برخورد با آسیب های شغلی است که باید ظرف ۲۴ ساعت اول انجام گیرد).

ز) ارزیابی وضعیت فرد منشا

در صورتیکه تیترانتی بادی نامشخص دارید نمونه گیری از خودتان جهت آزمایشات **HBS Ag-Ab** انجام گردد.

در صورتیکه تیترانتی بادی بالای ۱۰ دارید و فرد منشاء مشخص می باشد از فرد منشاء نمونه جهت کنترل **HIV , HCV** ارسال نمایید . نیازی به انجام **HBS Ag-Ab** نمیباشد.

در صورتیکه تیترانتی بادی زیر ۱۰ دارید و **HBS Ag** فرد منشاء منفی است واکسیناسیون هپاتیت **B** را انجام دهید .

در صورتیکه تیترانتی بادی زیر ۱۰ دارید و **HBS Ag** فرد منشاء مثبت است بانظر و دستور متخصص عفونی تزریق ایمونو گلوبولین انجام شود.

وسایل حفاظت فردی

وسایل حفاظت فردی تجهیزاتی هستند که برای حفاظت کارکنان از صدمات شغلی و یا بیماریهای ناشی از تماس با مواد بیولوژیکی ، شیمیایی ، فیزیکی ، رادیولوژیک،الکتریکی و....طراحی شده اند .

این تجهیزات با توجه به نوع صدمه مورد انتظار و تماس شغلی متفاوت می باشند .

وسایل حفاظت فردی مورد استفاده جهت پیشگیری از عفونت ضمن محافظت کارکنان و پیشگیری از ابتلای آنان ، مانع انتقال عفونت به سایر بیماران و افراد می گردد.

وسایل حفاظتی موجود در بیمارستان: کلاه-عینک محافظ-ماسک-گان-پیش بند-دستکش-کاور کفش



Full Personal Protective Equipment

Hair cover (Cap)

Eye wear (goggles)

Mask

Gown

Apron

Gloves

Shoe covers

ماسک جراحی

هنگام مراقبت از بیمار مبتلا به بیماری منتقله از راه قطرات و یا به عنوان بخشی از محافظت در طی فعالیتهای مراقبت از بیمار که احتمال پاشیدن خون، ترشحات یا مایعات بدن وجود دارد، استفاده می شود.

ماسک های مراقبتی یا جراحی حفاظت کامل را در برابر آئروسول های کوچک ذره ایجاد نمی کنند و در این موارد نباید استفاده شوند مگر اینکه ماسک تنفسی مخصوص در دسترس نباشد.

ماسک n95

طی انجام پروسیجرهای تولید کننده آئروسول برای بیماران از وسیله ای که سطح بالای محافظت تنفسی را داشته باشد، ترجیحاً ماسک تنفسی مخصوص، استفاده کنند، این ماسک ها مانع از استنشاق و بلع ذرات آلوده می شود. ($5 \mu\text{m} <$)

نکات قابل توجه در استفاده از ماسک تنفسی مخصوص :

اندازه مناسب

محکم نمودن

استفاده از ماسک سخت تا زمان بهبودی علائم عفونت حاد تنفسی در بیماران



عینک محافظ

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

- احتمال ترشح خون یا مایعات بدن
- هنگام انجام پروسجر های 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
- حفاظت از چشم می تواند با وسایل زیر صورت گیرد:
- محافظ صورت
- کلاه ایمنی با محافظ صورت
- عینک محافظ



دستکش

دستکش باید:

- § مچ آستین گان را بپوشاند.
- § فقط یکبار استفاده گردد.
- § در صورت پارگی و آلودگی قابل مشاهده تعویض گردد.
- § بین هر بار انجام مراقبت از بیماری که حامل میکروارگانسیم هاست، تعویض شود.
- § پس از استفاده و پیش از ارائه مراقبت به بیمار دیگر، باید خارج و بلافاصله دستها شسته شود تا از انتقال میکرو ارگانسیم ها به محیط یا سایر بیماران جلوگیری شود.

ترتیب خارج نمودن وسایل حفاظت فردی:

- ۱- دستکش
- ۲- گان
- ۳- ماسک
- ۴- عینک

فرایند گزارش دهی بیماری های مشمول گزارش فوری و غیر فوری بیمارستان ولی عصر شهربابک

در صورت مواجهه با بیمار یهای مشمول گزارش در بخش
در صورتی که بیماری جزء موارد گزارش غیر فوری باشد:

- ۱- مشخصات بیمار شامل نام و نام خانوادگی، سن، جنس، تاریخ مراجعه، تشخیص، شغل و نام پدر و ادرس و تلفن دقیق در فرم استاندارد تحویلی به بخش توسط سرپرستار ثبت میگردد.
- ۲- در تاریخ اول هر ماه فرم تکمیل شده ماه گذشته به کارشناس کنترل عفونت تحویل میگردد.
- ۳- فرم مربوط به بخش پس از رویت توسط کارشناس کنترل عفونت امضا شده و به بخش مرجع برگردانده می شود.
- ۴- فرم امضا شده توسط مسئول کنترل عفونت، در زونکن کنترل عفونت بخش به صورت ماهیانه بایگانی میگردد.
- ۵- اطلاعات ارسالی از بخش ها توسط کارشناس کنترل عفونت در یک فرم واحد، وارد شده و به واحد مبارزه با بیماریهای شبکه بهداشت بوسیله فاکس ارسال شده یا به صورت حضوری به نماینده شبکه (با دفتر تحویل امار) تحویل میگردد.
- ۶- نسخه کپی فرم تحویلی در زونکن گزارش بیماری ها به شبکه در واحد کنترل عفونت بایگانی میگردد.

در صورتیکه بیماری جزء موارد گزارش فوری باشد:

- ۱- بلافاصله مشخصات بیمار شامل نام و نام خانوادگی، سن، جنس، تاریخ مراجعه، تشخیص، شغل و نام پدر و ادرس و تلفن دقیق، به کارشناس کنترل عفونت گزارش شده و در فرم مخصوص ثبت میگردد.
 - ۲- در صورت عدم حضور کارشناس کنترل عفونت مورد به سوپروایزر بالینی یا آموزشی بیمارستان گزارش گردد.
 - ۳- اطلاعات گزارش شده بلافاصله به واحد مبارزه با بیماریهای شبکه با شماره تلفن ۳۴۱۱۶۸۸۱ توسط کارشناس کنترل عفونت یا سوپر وایزر بیمارستان گزارش شده و نام گزارش گیرنده در فرم ثبت شود.
 - ۴- سایر مراحل مطابق موارد ذکر شده در بالا می باشد.
- نکته: مسلماً مواردی مانند سیاه سرفه، سرخک، سرخچه، کزاز و ایدز و ... با اینکه در لیست گزارش غیرفوری هستند، باید بلافاصله پس از تشخیص یا شک به تشخیص اطلاع داده شوند.

دستورالعمل استفاده از محلول ضد عفونی کننده

ضد عفونی کننده دست ها: محلول درموسپت (با ۲-۳ سی سی محلول دست ها را به روش صحیح ضد عفونی می کنند)

ضد عفونی سطوح: سارفوسپت II (سطوح و کف: غلظت ۱ در صد)

۱ لیتراب + ۱۰ سی سی محلول

مدت تماس: ۵ تا ۱۰ دقیقه

۴ لیتراب + ۴۰ سی سی محلول

ضد عفونی ابزار و تجهیزات: سارفوسپت کوئیک (محلول آماده مصرف است و نیازی به رقیق سازی ندارد)

دستورالعمل استفاده از محلول دکونکس

ضد عفونی سطوح: دکونکس ۵۳ پلاس

سطوح و کف: غلظت ۲ در صد (۱ لیتراب + ۲۰ سی سی محلول)

مدت تماس: ۵ دقیقه

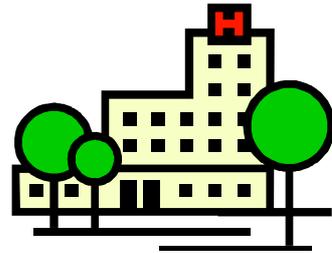
۴ لیتراب + ۸۰ سی سی محلول

ضد عفونی ابزار و تجهیزات: دکونکس AF

سطوح و کف: غلظت ۱ در صد (۱ لیتراب + ۱۰ سی سی محلول)

مدت تماس: ۵ دقیقه

۴ لیتراب + ۴۰ سی سی محلول



اولین و مهمترین الزام در هر بیمارستان

آسیب نرساندن به بیماران است.

تاریخچه ایمنی بیمار

یک قرن پیش فلورانس نایتینگل تاکید کرد که محیط مناسب در بهبود بیماران نقش مهمی دارد. امروزه طراحان ساختمان بیمارستان و مدیرانی که راهبری ساختمان را در دست دارند، کوشش زیادی در ایجاد محیط مناسب برای بیماران دارند.

مساله ایمنی بیمار جز یکی از مهمترین موارد مورد توجه نظام‌های سلامت بخصوص در کشورهای توسعه یافته می‌باشد و این امر سبب گردیده که سایر کشورها در این خصوص اقداماتی را انجام دهند. آمارها حاکی از آن است که درصد غیر قابل اغماضی از بیماران در مواجهه با سیستم‌های بهداشتی بخصوص بیمارستان‌ها دچار عوارض و صدمات ناشی از ارائه خدمات می‌گردند و مشکلی بر مشکلات اولیه آنها افزوده می‌شود، اما فعالیتهای سیستمیک و نظام مندی در جهت کاهش این موارد بخصوص در کشورهای در حال توسعه موجود نمی‌باشد. بنابراین پیشنهاد سازمان بهداشت جهانی و سازمان‌های پیشرو در این خصوص ایجاد یک نظام جامع سیستمیک مبنی بر فرآیندهای ارتقای ایمنی بیمار جهت کاهش این عوارض و پاسخگویی مناسب به افراد صدمه دیده می‌باشد که از طریق استقرار فرهنگ ایمنی بیمار و ایجاد سازوکارهای مناسب سازمانی امکان پذیر می‌باشد. این امر موجب کاهش هزینه‌ها، افزایش رضایتمندی در بین مشتریان و ایجاد یک جامعه سالم خواهد گردید. تعاریف مختلفی از فرهنگ ایمنی بیمار ارائه شده است. فرهنگ ایمنی ماحصل ارزش‌های فردی و گروهی، نگرش‌ها، ادراک‌ها، صلاحیت‌های و الگوهای رفتاری است که تعهد، روش و مهارت یک سازمان را از نظر مدیریت ایمنی بیان می‌نماید.

ایمنی بیمار و کیفیت مراقبت سلامت

■ در مراقبت سلامت "کیفیت و ایمنی" کاملاً بهم مرتبط هستند.

■ ارائه مراقبت ایمن و با کیفیت بالا، وظیفه حرفه‌ای، اخلاقی و قانونی متخصصین مراقبت سلامت است.

تحقیق و بررسی بر روی موضوع ایمنی مانند پوست کندن پیاز است، هر چه بیشتر
بررسی کنید، یافته های بیشتری خواهید یافت و هر چه بیشتر می یابید، بیشتر شگفت زده
خواهید شد و نگرانی شما بیشتر خواهد شد.
(Haig, 2004)

ارزیابی ایمنی بیمار

به دلیل اینکه موضوع ایمنی چند بعدی است، درک و پایش و توسعه ایمنی نیازمند اندازه گیری های مختلف داده های
(کمی و کیفی) است شامل:

اندازه گیری رضایتمندی بیمار

اندازه گیری های کمی و کیفی فرهنگ ایمنی بیمار

داده های روتین بیمار

پرونده بیماران

سیستم های گزارش دهی

ارزش تحلیل کیفی رویدادهای نامطلوب و فعالیت سازمانی در افزایش دانش علی، پیشگیری و عملکرد ایمن،
مهم است.

در روشهای کمی از شاخص ها و روشهای تجزیه و تحلیل اپیدمیولوژیکی استفاده می گردد تا بطور
سیستماتیک وجوه ایمنی بیمار را بطور کمی اندازه گیری نماییم.

اهداف ایمنی بیمار

هدف اصلی: حفظ و ارتقا امنیت بیمار

هدف اول: شناسایی صحیح بیماران

هدف دوم: بهبود ارتباطات موثر

هدف سوم: بهبود ایمنی در داروهای پر خطر

هدف چهارم: بیمار صحیح، موضع صحیح، روش صحیح

هدف پنجم: کاهش خطر ناشی از عفونت های مرتبط با مراقبت های سلامتی

هدف ششم: کاهش آسیب های ناشی از سقوط بیمار

هر روز تعداد بسیار زیادی از بیماران در بیمارستان های جهان به طور ایمن مورد مداوا و معالجه قرار می گیرند اما با
ارتقای دانش و تکنولوژی در دهه های اخیر ارایه خدمات درمانی بسیار پیچیده تر گردیده است. بالطبع در چنین
شرایطی احتمال ایجاد خطر در ارایه خدمات درمانی افزایش یافته و مستندات تجربی نیز نشان دهنده این است که

تعداد بیمارانی که به علت خطاهای پزشکی دچار عارضه می گردند غیر قابل چشم پوشی می باشد. بنابراین توجه به مسئله ایمنی بیمار به عنوان یک موضوع بسیار مهم و حیاتی در نظام های سلامت کشورهای مختلف به شمار می رود و تعدادی از کشورهای توسعه یافته در این زمینه به عنوان پیشاهنگ عمل می نمایند. مدل هفت گام ایمنی بیمار در جهت ایجاد یک محیط ایمن تر جهت ارائه خدمات ایمنی در پیشینه تحقیق و مستندات نظام سلامت کشورهای توسعه یافته به عنوان یک الگوی ساختاری مورد استفاده قرار گرفته است. استقرار این مدل به سازمان های ارائه دهنده خدمات سلامت نیز در تحقق معیارهای حاکمیت بالینی، مدیریت خطر و ارتقای کیفیت نیز کمک می نماید.

برای دستیابی به این اهداف ضرورت دارد که هفت گام زیر برداشته شود:

(۱) ایجاد فرهنگ و بستر سازی: بستری باز و منصفانه برای دستیابی به ایمنی بیمار فراهم شود.

در این راستا بازدید های مدیریتی ایمنی بیمار صورت می گیرد که ضرورت دارد دستورالعمل و خط مشی مربوط به آن مطالعه شود.

(۲) کارکنان خود را حمایت و رهبری کنید: بطور شفاف و محکم در سازمان بر ایمنی بیمار تاکید و تمرکز شود.

(۳) عملیات مدیریت خطر را هم سو و یکپارچه کنید: برای مدیریت خطرات سیستمها و فرایندهایی ایجاد شود و خطاها را شناسایی و ارزیابی نماید.

(۴) گزارش دهی را تشویق کرده ارتقا دهید: به کارکنان این اطمینان داده شود که می توانند به راحتی وقایع را در سطح بیمارستان و دانشگاه گزارش کنند. کارکنان در بدو ورود از خط مشی گزارش دهی خطاها و ریسکها مطلع شده و ملزم به رعایت خط مشی می باشند.

(۵) مردم و جامعه در موضوع درگیر شده و با آنها ارتباط برقرار می شود: که در فرم های نظر سنجی بعنوان گزارش خطا از طرف بیمار و همراه لحاظ شده است.

(۶) درس های ایمنی را آموخته به دیگران هم یاد داده شود: همه کارکنان باید از نحوه RCA آگاه باشند و یاد بگیرند که چرا و چگونه حوادث رخ می دهند. خطاها و علل مربوط به آن در اختیار کلیه کارکنان قرار می گیرد.

(۷) راه حل هایتان را برای جلوگیری از بروز آسیب اجرایی کنید: کارکنان موظف هستند که راه حل هایی را که آموخته اند نهادینه سازند.

WHO برای ایمنی بیمار ابزارهای زیر را پیشنهاد می کند:

۱) چک لیست جراحی ایمن

۲) دستورالعمل شستشوی دست و تزریقات ایمن

چک لیست جراحی ایمن به بررسی ۱۰ نکته برای تضمین ایمنی جراحی می پردازد:

۱. بیمار درست، محل درست عمل، عمل جراحی درست

۲. امنیت بیهوشی (داروهای بیهوشی)

۳. ایمن بودن عملکرد تنفسی و راههای بیهوشی

۴. تمهید جبران خون از دست رفته

۵. عوارض ناخواسته یا آلرژیک داروئی

۶. جلوگیری از عفونت محل عمل جراحی

۷. ممانعت از جاماندن سهوی لوازم جراحی و گازها در محل عمل

۸. آماده سازی جهت تحویل صحیح نمونه عمل بیمار به آزمایشگاه

۹. برقراری ارتباط موثر بین اعضای تیم

۱۰. برقراری نظام مراقبت برای اتاق عمل و برنامه جراحی ایمن

شاخصهای ایمنی بیمار

■ شاخص های ایمنی بیمار، مقیاسهایی هستند که به طور مستقیم یا غیر مستقیم حوادث ناگوار قابل پیشگیری و کیفیت و نتایج (Outcome) را پایش می کنند.

■ با پایش این شاخصها می توان برنامه ارتقاء ایمنی و کیفیت خدمات را رصد نموده در جهت پیشرفت آن برنامه ریزی کرد.

شاخص های ایمنی بیمار در ایران

- ۱- عوارض بیهوشی
- ۲- عفونت های مکتسبه بیمارستانی
- ۳- زخم بستر
- ۴- سقوط بیمار
- ۵- جسم خارجی بجا مانده در بدن بیمار به هنگام عمل جراحی
- ۶- عوارض انتقال خون
- ۷- بازشدن زخم بعد از عمل جراحی
- ۸- عفونت محل عمل جراحی
- ۹- هماتوم یا خونریزی بعد از عمل جراحی
- ۱۰- آمبولی ریه یا ترومبوزورید عمقی بعد از عمل جراحی
- ۱۱- پارگی یا بریدگی اتفاقی
- ۱۲- مرگ بدنبال زایمان
- ۱۳- مرگ بدنبال انفارکتوس قلبی یا عمل جراحی پیوندعروق کرونر
- ۱۴- ترومای زایمانی (زایمان طبیعی بدون وسیله- یا با وسیله)
- ۱۵- ترومای به نوزاد حین تولد

پنج موضوع کلیدی از ایمنی بیمار

- عفونت های بیمارستانی
- حوادث جدی و مهم که منجر به عوارض بسیار جدی و یا مرگ می انجامد.
- عوارض حین و بعد از عمل جراحی
- زنان و زایمان
- حوادث ناگوار که به سایر مراقبت های سلامت مرتبط هستند.

۲۰ استاندارد ضروری در برنامه ایمنی بیمار

۱. بیمارستان درمورد ایمنی بیمار برنامه استراتژیک دارد و آن را اجرایی و عملیاتی می کند .
۲. بیمارستان دارای مدیران و کارمندانی می باشد که وظایف ، مسئولیت و اختیاراتی در خصوص ایمنی بیمار دارند
۳. مدیران به منظور ارتقاء فرهنگ ایمنی بیمار، شیوه های اجرایی سلامت بیمار را رهبری کرده و درمورد مدیریت ریسک آموزش دیده و روی فرصت های بهبود و ارتقاء ایمنی فعالیت می کنند .
۴. افراد به کار گرفته شده مدیریت ریسک و سلامت بیمار را کنترل می کنند
۵. بیمارستان به طور ماهیانه مورتالیتی و موربیدیتی را در کمیته های بیمارستانی بررسی می کند .
۶. وسایل و لوازم ضروری در بیمارستان در دسترس ، آماده و کالیبر می باشد
۷. بیمارستان برنامه و پروتکل مشخصی جهت پاک سازی لوازم پزشکی جهت استفاده مجدد آنها دارد .
۸. بیمارستان تجهیزات کافی جهت پاک سازی و استریلیزه کردن سریع لوازم را دارد.
۹. بخش **CSR** و استریل بیمارستان فعال بوده و دستور العمل های جهت اجرای برنامه ها دارد.
۱۰. پرسنل استخدام شده چه دائم و چه موقت مهارت کافی و دانش لازم جهت اجرای برنامه های فرایندی را دارند .
۱۱. قبل از انجام هر پروسه تهاجمی از بیمار رضایت گرفته می شود و بیمار از تمام خطرات احتمالی پروسه اطلاع دارد . بیمارستان به اندازه کافی به بیمار اطلاعات داده و بیمار اجازه دخالت و تصمیم گیری در مراحل درمان را دارد .
۱۲. تمامی بیماران از طریق مشخصات کامل ، تاریخ تولد شناسایی می شوند ولی شماره اتاق و تخت وسیله شناسایی نمی باشد (بیمارستان بهترین سیستم را جهت شناسایی بیماران دارد)
۱۳. بیمارستان کانالهای ارتباطی برای بحرانهای ضروری دارد و دارای یک نظام و برنامه مشخص جهت شناسایی موارد مربوط به ایمنی بیمار می باشد .
۱۴. بیمارستان برنامه مشخص و مناسبی در مورد نتایج آزمایشاتی که پس از ترخیص بیماران دریافت می شود دارد- بیمارستان گایدلاین ها و دستور العمل هایی در خصوص کنترل و پیشگیری از عفونت دارد .
۱۵. بیمارستان نظام و دستور العمل مشخص در خصوص ضد عفونی تمام تجهیزات و لوازم بخصوص در شرایط بحران را دارد .
۱۶. بیمارستان گایدلاین و دستورالعمل هایی در مورد ایمنی خون و فرآورده های آن دارد که آن را عملیاتی و اجرایی می کند. (گایدلاین درمورد پروسیجر خون- ترانسفوزیون خون - کراس میچ خون- خون ناسالم و حوادث غیر منتظره و ... دارد)
۱۷. بیمارستان سیاست انجام تزریقات ایمن ، تزریقات واکسن و **infusion** ایمن -جراحی ایمن را دارد.

۱۸. بیمارستان یک سیستم دارو دهی ایمن دارد (وجود دارو های حیاتی ۲۴ ساعته در بیمارستان) (بیمارستان برای مراحل انتخاب دارو ، خرید و تامین دارو ، نگهداری و انبار دارو، order نویسی آماده کردن دارو و تجویز دارو به بیمار دستور العمل مشخصی دارد)

۱۹. بیمارستان دارای استاندارد های محیط ایمن می باشد.(بیمارستان محیط فیزیکی ایمن برای بیماران ، برای کارکنان و ملاقات کنندگان دارد . کمیته ایمنی محیط در بیمارستان تشکیل می شود و امنیت بیمارستان بخصوص در بخش های اورژانس - ویژه - نوزادان و...در نظر گرفته می شود).

۲۰. بیمارستان دارای سیستم مدیریت دفع مناسب پس مانده های بیمارستانی می باشد. (بیمارستان گایدلاین برای دفع بهداشتی زباله های عفونی و غیر عفونی - وسایل برنده و نوک تیز و دارد)

✧ خط مشی : ۹ راه حل ایمنی بیمار بر اساس دستورالعمل های موجود رعایت ، کنترل و پایش شود .

● **هدف :** ارتقاء ایمنی بیماران از طریق اصلاح زمینه های مسئله ساز در مراقبت از سلامتی که مراقبت با کیفیت را به دنبال دارد .

● **دامنه :** کلیه بخشهای بستری و واحدهای پذیرش و بهداشت محیط

● **تعاریف :**

- * آلودگی : وجود عاملی عفونی بر روی یک سطح متحرک یا غیرمتحرک
- * خطای دارویی : هر گونه رویداد قابل جلوگیری که ممکن است باعث استفاده نامناسب از دارو یا به خطر انداختن ایمنی بیمار شود .
- * ایمنی : درجه یا میزانی که بر اساس آن ساختمان ، محوطه ها و یا تجهیزات و عملکرد موجب بروز حادثه یا خطری برای بیماران ، کارکنان یا ملاقات کنندگان نشود .
- * عوارض جانبی : تاثیر داروشناختی یک دارو معمولاً به صورت ناسازگار به جزء آنچه که دارو برای آن تجویز شده است .
- * انتقال : جابجایی رسمی مسئولیت مراقبت از بیمار از یک واحد به واحد دیگر یا از یک خدمت به خدمت دیگر و یا از یک پزشک به پزشک دیگر .

● **روش انجام کار :**

(۱) توجه به داروها با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی :

کلیه بخشهای درمانی لیستی از داروهایی را که اسامی مشابه دارند و احتمال بروز خطا در آنها وجود دارد چه از نظر نام و چه از نظر شکل آنها در دسترس کارکنان قرار دهند . در داروخانه ی سرپایی بیمارستان نیز مشابهت های دارویی در دست خط پزشکان و اشتباهات رایج در نسخه نویسی در دسترس کارکنان قرار گیرد .

نکات قابل اجراء:

- ۱- داروهای شبیه به هم چه از نظر نام و چه از نظر شکل و ظاهر آنها در باکس ها و قفسه های جداگانه چیدمان شود.
- ۲- در خصوص داروهای با غلظت بالا و خطرناک حتماً باید نام دارو با برچسب جداگانه مشخص شده باشد.
- ۳- رعایت فرایند دارو دادن از جمله تطبیق دارو با کارت دارویی در بالین بیمار، توجه به نام ژنریک داروها، آگاهی از نمونه های مشابه دارویی
- ۴- قبل از اجرای فرایند دارو دادن از اشکال دارویی و نوع دارو آگاهی کسب نمائید.
- ۵- هنگام دارو دادن حتماً بیمار را با نام و نام خانوادگی مخاطب قرار دهید.
- ۶- هنگام دارو دادن یکبار دیگر مشخصات بیمار را با کارت دارویی مطابقت داده شود.
- ۷- هنگام آماده کردن داروها به دوز دارو، شکل دارویی، تاریخ انقضاء توجه شود.
- ۸- هنگام دارو دادن نوع دارو، دوز دارو مجدداً با کارت دارویی مطابقت داده شود.

۲) توجه به مشخصات فردی بیمار جهت جلوگیری از خطا:

کلیه گلوگاههایی که توجه به مشخصات بیمار اهمیت حیاتی دارد مثل فرایند تجویز داروها، اعمال جراحی، انتقال خون، اقدامات آزمایشگاهی و تحویل مادر به نوزاد و خانواده مد نظر قرار گیرد. در این بیمارستان جهت شناسایی بیماران از نام بیمار، نام پدر و کد پرونده استفاده می شود. به منظور به حداقل رساندن اتفاقات ناخواسته ناشی از عدم شناسایی صحیح بیماران الزامی است برای کلیه بیماران بخش بستری بیمارستان نکات زیر رعایت شود:

نکات قابل اجراء:

- ۱- پرستار بخش موظف است در ادمیت و یا هنگام تحویل بیمار از نام و نام خانوادگی و تطابق آن با پرونده مطمئن شود.
- ۲- تاکید می شود هیچگاه از شماره اتاق و تخت بیمار به عنوان شناسه وی استفاده نشود.
- ۳- پس از بستری شدن بیمار در بخش در صورت مشابهت نام و نام خانوادگی دو بیمار بستری ضروری است نام پدر بیماران نیز قید گردد.

۴- در صورت امکان بالای تخت بیمار و درب ورودی بخش نیز حاوی مشخصات: نام و نام خانوادگی، تشخیص و نام پزشک معالج باشد.

۵- اجرای خط مشی شناسایی بیماران الزامی است. (استانداردهای الزامی ایمنی بیماران)

۳) ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار:

آموزش کلیه پرسنل پرستاری و پاراکلینیک در خصوص مواردی که باید به هنگام تحویل بیمار به واحدهای مختلف و یا از یک شیفت به شیفت دیگر به آن توجه کنند.

ارتباط به عنوان هسته اساسی بین پرستار و بیمار و بر اساس اعتماد و احترام متقابل است و برقراری ارتباط صحیح مهم ترین عامل در ایجاد حس اعتماد و هر چه بهتر اجراء شدن فرایند درمان است.

نکات قابل اجراء:

۱- استفاده الزامی از اتیکت مناسب که نشان دهنده نام و نام خانوادگی و سمت فرد می باشد و معرفی خود به بیمار به عنوان عضوی از تیم درمان بایستی قبل از شروع هر گونه اقدام درمانی انجام پذیرد.

۲- تهیه پمفلت های آموزشی در مورد بیمارستان و بخشها که مشخصات بخش و قسمتهای مختلف آن را برای آگاهی بیماران داده شود.

۴) انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار:

این مسئله به خصوص در اتاق عمل بسیار با اهمیت است لذا در اتاق عمل از چک لیست جراحی ایمن استفاده می شود و بخشها نیز قبل از فرستادن بیمار به اتاق عمل باید تدابیر پیشگیرانه اتخاذ نمایند.

نکات قابل اجراء:

۱. محل عمل به درستی طبق دستور پزشک مشخص شود.
۲. محل عمل با پرونده بیمار، ابراز خود بیمار، شرح حال بیمار و تشخیص های پرستاری صحه گذاشته شود.
۳. در صورت امکان محل عمل علامت گذاری شود.
۴. محل عمل قبل از انتقال به اتاق عمل توسط پرستار مسئول بازبینی و صحه گذاری شود.

فرایندهای اصلی که در پروتکل جهانی وجود دارند عبارتند از :

۱) علامت گذاری محل جراحی

۲) فرایند تأیید پیش از عمل (یک زمان استراحت و یا یک وقفه درست پیش از اجرای جراحی یا روش دیگر در زمانی که هر گونه پرسشی پاسخ داده نشده یا سردرگمی در مورد بیمار ، روش ، محل عمل توسط تیم جراحی وجود داشته باشد) با اجرای این روش رفع می شود .

۵) کنترل غلظت محلول های الکترولیت :

یک مسئله متداول که در مورد ایمنی داروها از آن ذکر می شود توزیع سهوی الکترولیت هاست . جهت جلوگیری از خطاها خصوصاً مواقع بکارگیری نیروی انسانی استخدام جدید ، کارورز و یا طرحی به نکات زیر باید توجه شود.

نکات قابل اجراء :

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

۶) اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارائه خدمات :

یکی از علل عمده ی 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 دهد ولیکن میزان بروز خطا به هنگام تجویز دارو و دادن آن به بیمار شایع تر است . رعایت دستورالعمل تلفیق دارویی و شناسایی صحیح بیماران در بخشها الزامی

می باشد و برای کلیه بیماران از فرم تلفیق دارویی برای جلوگیری از تداخلات دارویی و آموزش هنگام ترخیص استفاده شود .

۷) اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها :

کنترل مرتب سوندها و لوله ها به خصوص هنگام تحویل بخش و انتقال بیماران از بخشی به بخش دیگر و ایجاد تدابیر مناسب جهت اتصال صحیح سوندها و لوله ها و توجه به سایز ، تاریخ انقضاء ، مدت زمان استفاده از آن و دستور پزشک از الزامات کنترل آن می باشد .

۸) استفاده صرفاً یکبار از وسایل تزریقات

در این بیمارستان کلیه وسایل تزریق یکبار مصرف می باشد . تزریق یکی از روشهای شایع در تجویز داروهاست . بدیهی است که در صورت عدم رعایت استانداردهای آن خطرات زیادی برای ارائه دهنده خدمت و گیرنده خدمت و جامعه خواهد داشت . لذا توجه به دستورالعمل تزریقات ایمن از الزامات می باشد .

نکات قابل اجراء :

- ۱- استفاده از وسایل استریل
- ۲- برای هر تزریق از یک سرنگ یک بار 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 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 ویال های تک دوزی دارو استفاده نمایید .
- ۷- در صورتیکه ملزم به استفاده از ویال های 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 تمیز مابین انگشتان دست خود و جدار آمپول انگشتان خود را از آسیب و صدمه محافظت نمایید .
- ۹- قبل از اقدام برای تزریق دارو به بیمار کلیه داروهای تزریق دارو را از نظر کدورت ، شکستگی جدار آنها و تاریخ انقضاء بررسی نموده و در صورت مشاهده هر یک از این موارد آنها را به نحوه ی صحیح دفع نمایید .

۱۰- توصیه های اختصاصی کارخانه سازنده را در ارتباط با نحوه ی 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 نمائید .

۱۲- قبل از آماده کردن دارو و تزریق ، دستهای خود را با آب و صابون بشوئید و یا با استفاده از الکل ضد عفونی کنید. در صورتیکه بین تزریقات دست شما کثیف یا آلوده به خون یا مایعات بدن بیمار گردید رعایت بهداشت دست ضروری است .

۱۳- از تزریق به بیمار در نواحی ناسالم پوستی اجتناب نمائید .

۱۴- نیازی به ضدعفونی کردن سر ویال جدید نیست ولی در صورت نیاز از سواپ تمیز و الکل ۷۰ درجه تازه استفاده نمائید. از پنبه گلوله شده آغشته به الکل موجود در ظرف پنبه الکل استفاده نکنید .

۱۵- از کاربرد ماده ضدعفونی در زمان تزریق واکسن و ویروس زنده ضعیف شده برای تلقیح اجتناب نمائید .

۱۶- قبل از تزریقات اگر محل تزریق به صورت مشهود کثیف باشد حتماً پوست را بشوئید .

۱۷- سرنگ و سر سوزن را از نظر وجود پارگی بسته بندی چک کنید و به تاریخ انقضای آن توجه نمائید .

۱۸- اگر سرپوش گذاری سرسوزن لازم باشد تکنیک استفاده از یک دست را بکار ببرید .

۹) بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبت های سلامتی :

۱- مهمترین عامل انتقال عفونتهای بیمارستانی دستهای آلوده است. با شستن مکرر و صحیح دستها با آب و صابون ، آلودگیها ، سلولهای مرده و باکتری های موجود در روی پوست شسته می شوند. شستشوی صحیح دستها بهترین راه پیشگیری از انتقال عفونتها است پوشیدن دستکش به هیچ عنوان جایگزین دست شستن نمی گردد دستها موجب پیشگیری از انتقال عفونت از بیمار به پرستار و بالعکس و همچنین از پرسنل به سایر همکاران و از بیمار به بیمار دیگر می گردد.

۲- شستن دستها در این موارد الزامی است :

* قبل و بعد از مراقبت های پرستاری ، پزشکی

* پس از تماس با خون ، ترشحات و مایعات دفعی ، پانسمان و سایر وسایل آلوده

* قبل و پس 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
 - ۳- برای شستشوی دست ها از صابون مایع استفاده شود .
 - * ظروف حاوی صابون مایع باید به راحتی قابل شستشو و تعویض باشند و طوری نصب شوند که به سهولت توسط مچ و آرنج قابل استفاده باشند.
 - * استفاده از الکل ۷۰ درصد جهت حذف باکتری ها و بیشتر ویروسها توصیه می گردد.
 - * در بخش های خاص مانند ICU و بخش بیماران عفونی و مراقبت های ویژه کودکان ،استفاده از مواد آنتی سبتیک مانند بتادین اسکراپ توصیه می گردد.
 - ۴- همیشه ناخن ها را کوتاه نگه دارید و از وسایل زینتی استفاده نکنید.
 - ۵- هنگام شستن دست بایستی از دستشویی فاصله گرفت تا از خیس شدن و آلوده شدن یونیفرم پیشگیری گردد.
 - ۶- ابتدا حلقه و ساعت بیرون آورده شود سپس آستین را بالا زده و آب با فشار و دمای مناسب تنظیم گردد.
 - ۷- در حالی که دستها سرازیر هستند آنها را خیس نمائید تا آب به طرف نوک انگشتان جاری گردد.
 - ۸- مقدار **CC ۱۰-۵** صابون مایع در کف دستها بریزید دست ها را به هم بمالید تا کاملا کف ایجاد گردد.
 - ۹- شستن دست را با حرکت مالشی و دورانی آغاز نمائید.
 - ۱۰- سپس کف دست راست را به پشت دست چپ و بالعکس کاملا کشیده شود.
 - ۱۱- کف دستها به هم کشیده شود به طوری که انگشتان بین هم قرار گیرند و کاملا به هم سائیده شود.
 - ۱۲- پشت انگشتان دست راست را در کف دست چپ به طوری که انگشتان به حالت قفل شده در هم قرار گیرند و با فشار شستشو شوند و بالعکس.
 - ۱۳- با کف یک دست انگشت شست دست دیگر به صورت چرخشی کاملا سائیده شود و بالعکس.
 - ۱۴- نوک انگشتان یک دست را در کف دست دیگر فشرده و با حرکت چرخشی کاملا شستشو و تمیز شود و بالعکس.
- هریک از اعمال مذکور در شستشوی صحیح دستها بایستی ۵ بار تکرار شود.

منشور حقوق بیمار در ایران

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 تمامی 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 ی خدمات سلامت، بیمارستان ها باید نهادی برای درک و احترام به حقوق و مسؤلیت 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 مسؤلیت پذیری بیمار دارد. شایسته است بیماران اطلاعات مربوط به سابقه ی بیماری ها، بستری شدن در بیمارستان، مصرف داروها و سایر مطالب مربوط به وضعیت سلامتی را به طور صادقانه گزارش دهند و از هرگونه تغییر در روند درمانی بدون اطلاع پزشک مسؤل خود 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 و الای 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 هرگونه تبعیض از جمله قومی، فرهنگی، مذهبی، نوع بیماری و جنسیتی باشد.
- بر اساس 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 (غیر فوری) لکتیو 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 میباشد با هدف حفظ آسایش وی خدمات 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 مشور 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، مسئولیت 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 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 با رعایت موازین قانونی مد نظر 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 راز داری 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 کوتاهترین 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.

خط مشی: بیمارستان و کارکنان آن جهت حفظ حقوق بیماران همراهان و همه گیرندگان خدمت از وجود منشور حقوق بیمار، اتیکت مشخصات، پوشش مناسب و مرتبط با شغل در کارکنان و پوشش مناسب بیماران، رضایت آگاهانه و اطلاع رسانی مناسب به بیماران، رعایت کدهای ملی اخلاق در پژوهش، ارائه خدمات با کیفیت، حمایت مناسب از گروههای آسیب پذیر، حمایت از بیمار در حال احتضار، محرمانه بودن اطلاعات، حفظ حریم خصوصی، آموزش به بیمار اطمینان حاصل می کنند.

■ **هدف:** رضایت بیماران و گیرندگان خدمت و حفظ شئون انسانی

■ **دامنه:** تمامی بخش ها و واحدها - کلیه کارکنان و گیرندگان خدمت

■ **روش اجرایی:**

۱) مدیریت بیمارستان منشور حقوق بیمار را در ورودیهای بیمارستان مانند ورودی اورژانس، ورودی بخشها و راهروهای پر تردد نصب می کند. یک نسخه از منشور حقوق بیمار در تمامی بخشها و در معرض دید مراجعین آن بخش قرار دارد. پمفلت حاوی حقوق بیمار در دسترس بیماران، همراهان و کارکنان قرار دارد.

۲) پرسنل موظف هستند که اتیکت که حداقل حاوی نام (حرف اول)، نام خانوادگی و سمت وی را می باشد را به سینه نصب کنند. اتیکت باید به گونه ای نصب شود که در معرض دید بیمار و همراه قرار داشته باشد. پرسنل موظف هستند در بدو ارائه خدمت خود را معرفی کنند و بیمار را از سمت خویش مطلع نمایند و نسبت به معرفی کادر درمانی مسئول بیمار در بدو بستری اقدام شود.

۳) پرسنل موظف هستند که متناسب با شغل خویش و بر اساس مقررات وزارت بهداشت و بیمارستان پوشش مناسب را رعایت کنند. نوع پوشش در خانم ها: مانتو و شلوار، مقنعه، جوراب و کفش جلو بسته می باشد. نوع پوشش در آقایان: پیراهن (آستین بلند)، شلوار، جوراب و کفش جلو بسته می باشد.

استفاده از اتیکت عکس دار که حاوی حرف اول نام - نام خانوادگی و سمت می باشد برای کلیه پرسنل الزامی است.

پوشش بیماران: بخش موظف است که لباس مناسب و در شان بیمار (متناسب با جنس) در اختیار بیمار قرار دهد.

■ برای تمام بیماران در بدو بستری کیفیت بهداشتی درخواست شده و کلیه بیماران از لباس موجود در این کیفیت استفاده می کنند

■ برای بیمارانی که جهت عمل آماده می شوند، گان یک بار مصرف باید تهیه شود.

■ در صورت آلوده و کثیف شدن لباس بخش موظف است که برای تعویض لباس و راحت بودن بیمار از نظر پوشش اقدام لازم را انجام دهد.

۴) پرسنل موظف هستند که قبل از بستری بیمار در مورد بیماری، راههای تشخیص و درمانهای احتمالی به بیمار توضیحات لازم را بدهند.

پرسنل در مورد فضای فیزیکی بخش، راههای خروج، زنگ اخبار، استفاده از وسایل جانبی و رفاهی بخش و هر چیزی که لازم است بیمار در بخش از آن آگاه باشد به بیمار اطلاع رسانی لازم را انجام دهد.

لازم است که قبل از بستری ضمن آگاه نمودن بیمار از وضعیت و درمان آن رضایت بیمار در پرونده با امضا و اثر انگشت وی گرفته شود و در موارد خاص از بیمار رضایت آگاهانه گرفته شود و در پرونده نگهداری شود. (دستورالعمل رضایت آگاهانه)

۵) چنانچه توسط بیمارستان یا گروه پژوهشی از بیماران تحقیق یا پژوهشی بعمل می آید، لازم است که بیمار در جریان چگونگی پژوهش و همکاری با گروه تحقیق قرار گیرد و در صورتی که بیمار رضایت داشته باشد ضمن گرفتن رضایت آگاهانه (دستورالعمل رضایت آگاهانه) آن پژوهش انجام شود، در غیر این صورت انجام پژوهش از نظر بیمارستان ممنوع می باشد.

۶) بیمارستان موظف است که در ارائه خدمات خویش به خدمت گیرندگان کیفیت را مد نظر داشته باشد. - بیمارستان با استقرار سیستمهای کیفیت خدمات و آموزش مرتب کارکنان در این زمینه زمینه مناسب را برای ارائه خدمات با کیفیت فراهم کند. در صورتی که ارائه خدمتی با کیفیت مناسب، از عهده بیمارستان خارج باشد (مانند نبودن امکانات - نبودن متخصص، زمینه را جهت اعزام بیمار به مرکز مجهز فراهم کند.

۷) کارکنان موظف هستند که گروههای آسیب پذیر را بشناسند و دستورالعمل مصوب در مورد آن گروهها را رعایت کنند.

بیمارستان باید زمینه مناسب جهت حمایت لازم از این گروهها را انجام دهد.

گروههای آسیب پذیر از نظر بیمارستان: کودکان، زنان باردار، سالمندان، افراد ناتوان، معلولان ذهنی و جسمی، افراد بدون سرپرست، گیرندگان خدمت مجهول الهویه، بیماران روانی می باشند.

کودکان و زنان باردار در هر مراجعه به بیمارستان باید توسط پزشک مربوطه ویزیت و در صورتی که ارائه خدمت به آنها از حیطة امکانات و خدمات بیمارستان خارج باشد نیاز است که جهت اعزام آنها اقدام شود.

بیمارستان موظف است که نسبت به افراد ناتوان، معلولان، افراد بدون سرپرست، گیرندگان خدمت مجهول الهویه و بیماران روانی ضمن آگاه نمودن دستگاههای دولتی مرتبط با این افراد مانند پلیس بهزیستی، کمیته امداد و ... خدمات درمانی لازم را برای آنها انجام دهد.

۸) در صورت وجود بیمار در حال احتضار، کارکنان باید ضمن حفظ شئون انسانی تمهیدات لازم را جهت حضور همراهان بیمار بر بالین وی فراهم کنند و لحظه ای از ارائه خدمات لازم جهت بیمار غافل نشوند.

۹) پرسنل موظف هستند نسبت به حفظ اسرار بیمار و حریم خصوصی بیمار دقت لازم را داشته باشد، پرسنل در صورت لزوم تنها می توانند این اسرار را به همراهان امین بیمار با رضایت بیمار بازگو کنند و در پرونده وی ثبت کنند، کادر درمانی مخصوص بیمار می توانند از این اسرار آگاهی داشته باشند.

۱۰) آموزش به بیمار در بدو بستری حین بستری و هنگام ترخیص باید صورت گیرد.

این آموزشها می تواند کتبی (پمفلت) ، دیداری (استفاده از فیلم و عکس و...) و شفاهی (آموزش چهره به چهره و گروهی) باشد .

ثبت آموزشها در پرونده بیمار و در فرم مخصوص و گزارش پرستاری الزامی می باشد .

هر بخش جهت پیگیری بیماران خاص خود بعد از ترخیص برنامه داشته باشد و آن برنامه در بخش در معرض دید همکاران قرار گیرد.

۱۱) بیمارستان برای رضایت آگاهانه ، رسیدگی به شکایات ، رضایت سنجی از بیماران برنامه ریزی کرده و کلیه کارکنان از این برنامه ها آگاه هستند و اطلاعات لازم را در این زمینه به بیماران و همراهان می دهند

موضوعات آتشنشانی

روشهای عمومی اطفاء حریق:

اصولا 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:

- ❑ سرد کردن
- ❑ خفه کردن
- ❑ سد کردن یا حذف ماده سوختنی
- ❑ کنترل واکنش های زنجیره ای

سرد کردن:

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

خفه کردن:

خفه کردن، پوشاندن روی آتش با موادی است که رسیدن اکسیژن به محوطه آتش گردد. این روش اگرچه در همه حریق ها موثر نیست ولی روش مطلوبی برای اکثر حریق ها می باشد. مورد استثناء موادی است که در حین سوختن اکسیژن تولید $3R-NO$ و $R-COOR$ یا $R-O-O-H$ می کنند، مانند: نترات و زنجیره های آلی اکسیژن دار مثل پراکسید های آلی همچنین موادی که سرعت آتش گیری در آنها زیاد است مانند دینامیت، سدیم، پتاسیم که از این 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 تاکنون 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 هالن مانند CBrf_3 (1301), CBrcf_2 (1211) موثر می باشد. این عمل برای کنترل حریق مشکل تر K_2CO_3 جایگزینهای آن و برخی ترکیبات جامد مانند جوش شیرین 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 4 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. طبعا هر کدام از مواد یاد شده در اطفاء انواع حریقها دارای مزایا و معایبی می باشند.

این گروه شامل گروههای زیر است:

۱. مواد سرد کننده (آب، CO_2)
۲. مواد خفه کننده (کف - CO_2 - خاک - ماسه)
۳. مواد رقیق کننده هوا ($\text{N}_2 - \text{CO}_2$)
۴. مواد محدود کننده واکنش های زنجیره ای شیمیایی (هالن و پودر های مخصوص)

آب: استفاده از آب برای کنترل حریق یکی از ساده ترین و در عین حال موثر ترین روشی است که تمام افراد با آن آشنا 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

- ❑ فراوان و ارزان است، خصوصا که برای این منظور تصفیه کامل آن لازم نیست.
- ❑ ویسکوزیته پایین و قابلیت انتقال آسان داشته و در مجاری فلزی، لاستیکی و برزنتی براحتی جاری می شود.
- ❑ دارای ظرفیت گرمایی ویژه بالایی بوده که آن را بصورت یک سرد کننده مطلوب مطرح می کند. ظرفیت گرمایی آب 5 برابر آلومینیوم و 10 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.
- ❑ غیر قابل تجزیه بر اثر حرارت است، حتی در دمای بالا نیز تجزیه نمی شود. بطوری که در 2000 درجه سانتیگراد تنها یک دهم مولکولهایش تجزیه می شوند.
- ❑ توان سرد کنندگی بالایی دارد بطوری که در حجم مساوی 5/6 سرد کننده تر از CO_2 است. هر لیتر آب می تواند هنگام تبخیر حدود 550 کیلو کالری گرما جذب نماید و هر متر مکعب آب نیز برای افزایش دمایی به اندازه 10 درجه گرمایی حدود 10000 کیلو کالری گرما جذب می کند.

معایب آب

سنگین وزن است لذا حمل و نقل آن در اطفاء متحرک مشکل است

هادی الکتریسیته است ، در محل هایی که جریان برق وجود دارد ، خطر برق گرفتگی را افزایش می دهد.

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

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.

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.

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 سر لوله 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 مخصوصا مایعات قابل اشتعال بدلیل سبکی آن می باشد.

پودر های خاموش کننده استفاده از برخی از مواد شیمیایی که معمولا 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 انواع حریق C,B,A بکار می روند . به همین دلیل در استفاده های عمومی معمولا 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 بدلیل 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.

پودر ها 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 . هرچه قطر ذرات ریزتر باشد موثرتر است . پودر شیمیایی تحت فشار ازت یا CO₂ در سطح قاعده حریق به صورت جارویی پاشیده شده و در صورتیکه 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 هوادر 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 اب است. CO₂ برای حریق های الکتریکی و الکتریکی بسیار مناسب است زیرا بدلیل عدم هدایت برق و عدم وجود مواد باقیمانده باعث اتصال یا خرابی در حساس نمی گردد.

، ترکیبات هالوژنه (هالن) مواد هالوژنه از مشتقات CH₄ و 6H₂C می باشند که بجای یک یا چند عنصر هالوژنه شامل (Br.Cl.I . 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 موثری 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 3- 2 برابر می باشد. هالن می تواند در هنگام مجاورت با آتش از سرعت واکنش های زنجیره ای بکاهد و بصورت موثر تری آتش را مهار نماید به همین دلیل در شرایط یکسان برای خاموش کردن آتش میزان مورد نیاز هالن کمتر از یک چهارم میزان CO₂ مورد نیاز برای اطفاء است. خاموش کننده هالن برای محدوده های کوچک ولی مهم تجهیزات یا مواد قابل اشتعال مانند ماشینهای الکتریکی 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 میکند . بنابراین اولین اولویت شما، آگاه کردن افراد در معرض خطر است . اگر در داخل ساختمان هستید، نزدیکترین آژیر حریق را فعال کنید . همچنین باید فوراً به خدمات اورژانس اطلاع دهید، اما اگر این کار، خروج شما را از محل به تأخیر میاندازد، امنیت خود را به خطر نیندازید. افرادی ه در آتش گیر افتاده اند، به سرعت دچار هراس میشوند . شما به عنوان ارایه کننده کمکهای اولیه ، می توانید با آرام کردن افرادی که رفتارشان احتمالاً ترس و دلهره را در دیگران تشدید میکند، از میزان هراس بکاهید .

افراد را برای ترک محل ، تشویق و کمک کنید . هرگز برای برداشتن لوازم شخصی ، مجدداً به ساختمان در حال سوختن وارد نشوید و یا خروج خود را به تأخیر نیندازید . تنها موقعی میتوانید وارد ساختمان شوید که یک آتش نشان راه را برای این کار باز کرده باشد .

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 میتواند در عرض چند دقیقه گسترش یافته، تبدیل به یک حریق جدی شود. اگر خطری شما را تهدید میکند، 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 نمیدهید.

نحوه برخورد با آتش سوزی:

برای شروع و ادامه پیدا کردن حریق 3 چیز باید وجود داشته باشد: جرقه آتش (یک جرقه الکتریکی یا 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 سوت را در ماشینهای دیزلی بزرگ خارج کنید.

تمام مواد سوختنی را که میتوانند 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 غیرقابل نفوذ، خفه کرده، مانع رسیدن اکسیژن به آن شوید.

ترک ساختمان در حال سوختن:

هنگامی که آتش را در یک ساختمان مشاهده میکنید یا به آن مشکوک میشوید، نزدیکترین آژیر حریق را فعال کنید.

سعی کنید بدون آن که 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 راههای خروج از آتش و محلهایی برای تجمع بگردید. شما باید قبلاً عملیات تخلیه را در محل کار خود فرا گرفته باشید. وقتی با ساختمانهای دیگری مواجه میشوید، نشانه های مربوط به راههای گریز اضطراری را دنبال کنید و دستورات روی آنها را انجام دهید.

ک کمک به گریز از ساختمان در حال سوختن : افراد را تشویق کنید که خونسرد اما سریع ، ساختمان را از طریق نزدیکترین 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 بیرون رفتن مصدوم جلوگیری کنید .هرگونه حرکت یا باد، مانند بادبزن به شعله ها دامن می زند.

مصدوم را به زمین بیندازید.

در صورت امکان ، با یک کت ، پرده ، پتو (غیر از انواع نایلونی یا گشادبافت) ، فرش یا سایر پارچه های کلفت، مصدوم را محکم بپیچید.

مصدوم را روی زمین بچرخانید تا شعله ها خفه شوند.

اگر آب یا مایع غیرقابل 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 میکند که اکسیژن کمی دارد و ممکن است با مونوکسید 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 میشود، 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 ، و اثاثیه
- کلاس B: مایعات قابل اشتعال از جمله پارافین ، بنزین ، روغن
- کلاس C: گازهای قابل اشتعال از جمله پروپان ، بوتان
- کلاس D: فلزات از جمله آلومینیوم ، مگنزیوم
- کلاس E: الکتریکی (برق)
- کلاس F: روغن های خوراکی و چربی ها

انواع مختلف اطفای 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 اطفای حریق بر حسب نوع کاربرد کپسول های اطفای حریق نشانه گذاری می شوند.

آب

- برای آتش کلاس A استفاده نماید.
- برچسب یا نوار قرمز رنگ داشته باشد.
- آب تحت فشار می باشد.
- آمپر فشار داشته باشد.

دی اکسید کربن

- برای آتش های کلاس B، C، E استفاده نماید
- برچسب یا نوار مشکی دارد.
- نازل سخت و پلاستیکی دارد.
- نشانگر فشار ندارد.

پودر خشک

برای آتش های کلاس E، D، C، B، A 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 آن

جلوگیری می کند و خاصیت سرد کنندگی نیز دارد.

شیمیایی تر

برای آتش نوع F استفاده نمایند.

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 انواع مواد اطفای حریق

خاموش کننده های پودری:

در گذشته نحوه استفاده از پودر شیمیایی بدین ترتیب بود که تعدادی قوطی یا ظروف به اشکال مختلف را از پودر پر میکردند 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 CO₂ به عنوان یک گاز آتش نشانی در دستگاه های ثابت اتوماتیک، خاموش کننده های دستی و چرخدار مورد استفاده قرار گرفت (CO) و اکنون نیز مصرف فراوانی دارد. گاز CO₂ 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 جا نشین آن می گردد. در حقیقت با تقلیل درصد اکسیژن هوا موجب اطفای حریق می شود. جامد یا یخ خشک در -۱۰۰ درجه زیر صفر به دست می آید که در -۷۹ درجه به سرعت از حالت جامدی بدون اینکه به حالت مایع درآید به صورت بخار گاز در می آید.

خاموش کننده های مولد کف:

کف مورد مصرف برای اطفای حریق ، مایعی است که در صورت پرتاب آن بر روی مواد در حال اشتعال به سرعت روی آتش را پوشانده و مانع برخاستن گاز قابل اشتعال از روی مواد می گردد ، و با پوشا ندن 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 مکا نیسم خاموش کردن آن شباهت زیادی به گاز CO_2 دارد ، بدین معنی که بعلت سنگین تر بودن از هوا به سرعت روی حریق را پوشانده و جا نشین هوا می شود و ماده سوزان را از اکسیژن محیط محروم می سازد . این مواد وقتی از خاموش کننده خارج و در محیط ریخته می شود به سرعت تبدیل به بخار و تبخیر می شود .

خطاها به صور مختلف تقسیم بندی می شوند. به منظور اینکه زمینه بحث را در حوزه خطاهای پزشکی فراهم کنیم، می بایست تعاریفی از انواع خطاهای پزشکی ارائه نماییم. خطاها بر طبق نظر James Reason 1990 دو نوعند

-زمانی که اقدامات و فعالیت های انجام شده بر طبق انتظار و به شکلی صحیح و مناسب صورت نگرفته باشد

-زمانی که اقدام یا عمل انجام شده از ابتدا، پایه و اساس صحیح و مناسبی نداشته باشد

بنابراین دو تعریف اصلی در ارتباط با خطاها مطرح است یکی در مرحله برنامه ریزی و دیگری در مرحله اجرا

خطاهای مرحله برنامه ریزی (Planning Error) :

این خطاها در حین تصمیم گیری و فعالیت های مرتبط با حل مسئله رخ می دهد. خطاهای این مرحله زمانی خود را نمایان می سازند که پیامدهای دلخواه برای بیماران محقق نشود. این دسته از خطاها بعلت کمبود دانش و اطلاعات پزشکان در خصوص وضعیت بیمار، روشهای درمان و تجویز دارو هستند. استراتژی کاهش خطاهای مرحله برنامه ریزی، انجام پژوهش، تحقیق، مطالعه و انجام رویه های پزشکی مبتنی بر شواهد است که در این مسیر، تدوین برنامه های مراقبتی اثربخش به منظور کاهش خطر و بهبود پیامدهای بالینی بیماران از جمله روش هایی است که توصیه می شود خطاهای مرحله برنامه ریزی ممکن است به بیماران آسیب بزند یا آنها را متحمل آسیب و خطر نکند اما آنچه بدیهی است اثرات و پیامدهای نامطلوبی است که بدنبال خواهند داشت. برای مثال به اثبات رسیده است که تجویز زود هنگام آسپرین بمنظور درمان سبب کاهش مرگ و میر می شود و اگر برای بیمارانی که شرایط دریافت این نوع دارو را دارند تجویز مناسب صورت نگیرد خطای مرحله برنامه ریزی منظور خواهد شد. همچنین تجویز آنتی بیوتیک برای بیمارانی که آلرژی دارند یک خطای پزشکی در مرحله برنامه ریزی بحساب می آید. دیگر مثال هایی که در آن برنامه ریزی مراقبت های درمانی سبب ارتقاء ایمنی خدمات برای بیماران می شود شامل: پروفیلاکسی مناسب آنتی بیوتیک و استفاده موثر از پروفیلاکسی به منظور پیشگیری از ترومبوآمبولی است همچنین تخلیه مداوم ترشحات حلق و حنجره بمنظور پیشگیری از پنومونی وابسته به ونتیلاتور از جمله این اقدامات است. اقدامات پزشکی که مبتنی بر تحقیق، پژوهش و شواهد بالینی باشد سبب کاهش خطاها و افزایش ایمنی بیمار می شود

خطاهای مرحله اجرا (Execution Error)

نوع دوم خطاها، به صورت غیر عمد حین انجام فعالیت های بالینی رخ می دهند. زمانی که این نوع از خطاها اتفاق می افتد، خود را در ارتباط میان بیمار و ارائه کننده مراقبت نشان می دهد. خطاهای اجرایی ممکن است به علت (lapse) یا (slip) رخ می دهد

Slip

این خطا وقتی رخ می دهد که در طی انجام روتین وظایف وقفه ای ایجاد می شود. مثلاً هنگام آماده کردن دارو برای تزریق، به علت وقفه و یا حواس پرتی، دوز اشتباه در سرنگ کشیده شود

Lapse

وقتی اتفاق می افتد که از یک گایدلاین پیروی نمی شود. به طور مثال وقتی یک فرد مراقب سلامت با یک وضعیت پیچیده بالینی مواجه شده و از گایدلاین به علت آن که برای مشکل پیش رو به راحتی قابل استفاده نیست، پیروی نمی کند

خطای فعال / (Active) خطای مخفی (latent)

طبقه بندی دیگری که برای خطاها می توان ذکر کرد تقسیم بندی انواع خطاها به دو گروه فعال و مخفی است. افراد از خطاهای فعال آگاهی بیشتری دارند زیرا که این دسته خطاها بیشتر به چشم می آیند و نتایج فوری روی بیماران می گذارند. خطاهای مخفی در نتیجه یکسری فاکتورهای سازمانی مانند ساختار، محیط، تجهیزات، فرایندها، فرهنگ، مقررات و مدیریت به وقوع می پیوندند. این دسته از خطاها که اغلب ریشه در فرهنگ سازمانی دارند ممکن است سالها مخفی بمانند، تا زمانی که مجموعه ای از شرایط اجازه بدهند تا خطا خود را آشکار کند. **مقاله هایی از خطاهای مخفی در ارائه**

دارو را می توان به شرح ذیل بیان داشت:

- عملکرد بی ثبات و متغیر داروخانه ها در انبار داری دارو هایی که اسامی مشابه یا اشکال مشابه دارند
- نبود سیاست هایی برای برچسب زدن دارو ها با نام های ژنریک و تجارتي
- عدم وجود خط مشی برای محاسبه دوزاژ دارو برای داروهای پرخطر یا بیماران آسیب پذیر
- استفاده پاره وقت از پرسنل آموزش ندیده.

لیست خطاهای فوق الذکر زمانی که تمامی جوانب مربوط به ایمنی بیمار لحاظ شود حتی از این هم گسترده تر خواهد بود گفتنی است خطاهای مخفی می توانند تحت شرایط مقتضی به خطاهای فعال تبدیل شوند. به عبارت دیگر خطاهای مخفی با عنوان اتفاقاتی شناخته می شوند که منتظر وقوع هستند، در حالیکه خطاهای فعال نقطه توجهی برای شروع تحلیل ریشه ای بوده و اغلب با تجزیه و تحلیل عوامل موثر در وقوع خطا به روش تحلیل ریشه ای وقایع (Root Cause Analysis)، مجموعه ای از عوامل بروز خطا شناسایی می شوند.

خطاهای عمدی (Intentional) / سهوی (Unintentional) :

طبقه بندی دیگری که در ارتباط با خطاها مطرح است، خطاهای برنامه ریزی و اجرایی است که خطا در آن می تواند عمدی یا

سهوی در حیطه برنامه ریزی و اجرا باشد. خطاهای عمدی اغلب ناشی از روحیه و عوامل انگیزشی کارکنان است که با سیستم

های مدیریتی / رهبری یا فرهنگ سازمانی در ارتباط است. تخلفات ممکن است در نتیجه بار کاری زیاد و مدت زمان محدود

برای انجام کار بوده و سبب نقض قوانین، مقررات و رویه های اجرایی می شود. نقض قانون امکان دارد بعلت قانون شکنی، انجام اقدامات غیرایمن و عمدی، استفاده از الکل و مواد مخدر، بکارگیری پرسنل غیرآموزش دیده یا حوادثی باشد که سوء استفاده از بیماران را سبب شود. این گونه خطاها، بجای استفاده معمول از روش RCA (تحلیل ریشه ای وقایع) برای بررسی و تحلیل خطا، از طریق مدیریت و مسئولان قانونی مجاز، اداره و کنترل می شوند. تمامی خطاها به صدمه / آسیب منجر نمی شوند. خطاهایی که به صدمه، آسیب یا جراحت منجر می شوند گاهی اوقات از آنها با عنوان وقایع ناخواسته قابل پیشگیری یاد می شود. وقایع ناخواسته آسیبی است که در نتیجه مداخله پزشکی رخ می دهد و وابسته به وضعیت بیمار در زمان بستری نیست. در حوزه مراقبت های بالینی، آسیب های قابل پیشگیری در حدود ۲ تا ۴٪ از بیماران بیمارستان را در بر می گیرد. از جمله این آسیب ها، تجویز دارو به بیمارانی است که نسبت به دارو آلرژی و حساسیت دارند. آسیب دیگر زمانی است که پیش از انجام عمل جراحی آنتی بیوتیک پروفیلاکسی به فرد مربوطه تزریق نشود. هر دوی این موارد را جزو خطاهای پزشکی بشمار می آورند. آسیب غیرقابل پیشگیری می تواند شامل تجویز یک داروی جدید به بیماری باشد که آن دارو را قبل از این دریافت نکرده است ولی بعد از مصرف آن دارو بدن وی واکنش نشان می دهد

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 بر اساس مدل هایی که در سیستم های نیروی هوایی و نیروگاه های اتمی وجود دارد استفاده می شود. در این رویکرد وجود چندین لایه دفاعی برای به حداقل رساندن و یا پیشگیری از بروز خطا طراحی می شود نه آن که فقط یک عامل به تنهایی به عنوان عامل بروز خطا تلقی شود. این مفهوم، وجود سیستم دفاعی متعدد و یا Multiple Defense را مطرح می کند که به منظور جلوگیری یا کاهش بروز خطاها، طراحی شده است و به مدل پنیر سویسی (Swiss Cheese Model) معروف است. هر لایه از

این مدل مانند یک لایه محافظ و دفاعی تلقی می شود. 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. حضور یک سوراخ در یک لایه ممکن است باعث حادثه ناگواری نشود چون لایه های دیگر به عنوان محافظ عمل می کنند. ولی اگر سوراخ های 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 این مفهوم از دیدگاه وجود عوامل کمکی متعدد در بروز خطا حمایت می شود. شکل زیر وقوع یک خطا را با استفاده از مدل پنیر سویسی مشاهده میکنید. پزشک و داروساز به بیمار داروی دیورتیک تجویز می کنند بدون اینکه اطلاعات کافی در خصوص مصرف دارو را به او بدهند. در نتیجه بیمار دارو را در ساعات بعد از ظهر مصرف کرده و به علت بیدار شدن مکرر برای ادرار کردن در طول شب، خودسرانه دارو را قطع می کند و پزشک نیز بیمار را پیگیری نمی کند و این مسئله منجر به بستری شدن بیمار می شود.

«انجام عمل جراحی در محل اشتباه» مثال دیگر در خصوص خطای عوامل کمک کننده متعددی شامل محدود بودن وقت، وجود جراحان متعدد، انجام روش های جراحی متعدد روی یک بیمار، تجهیزات غیرمعمول و وضعیت فیزیکی بیمار می تواند منجر به بروز خطا در محل عمل جراحی بیمار شود

مفهوم دیگر در نحوه قضاوت در خطاها مفهوم **Visibility** یا قابل مشاهده بودن است. این مفهوم در رابطه با مشهود بودن خطا است. مراقبت کننده سلامت به وسیله دیگران تنها فرد مقصر در نظر گرفته می شود، درحالیکه که بیش از ۹۰ درصد موارد خطا مربوط به مشکلات سازمانی نظیر فرهنگ غالب بر سازمان، رویه های مدیریت، ساختار، فرآیند و نحوه هماهنگی های درون بیمارستان است و کمتر از ۱۰ درصد با مشکلات فردی و تجهیزات رابطه دارد. بنابراین این جا دارد که با شناسایی خطاها و طبقه بندی آنها به کشف عوامل خطر ساز سیستمیک پردازیم و از مچ گیری افراد و تنبیه آنها حذر کنیم

مدیریت خطر و مراحل آن

وجود خطر یک جزو اجتناب ناپذیر از زندگی است و بطور کامل نمی توان آن را حذف کرد ولی میتوان آنرا 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 شد یعنی این که پس از بروز واقعه به تحلیل علل و عوامل آن پرداخته می شد تا از تکرار مجدد آن جلوگیری به عمل می آمد. ولی اکنون تأکید بر شیوه پیشگیرانه یا **proactive** بوده که در این شیوه احتمال خطر پذیرفته شده و به طور مناسب قبل از وقوع خطر، مدیریت می شود. در واقع خطر، احتمال ایجاد یک اتفاق، ناخوشی و یا از دست دادن بوده که به طور مداوم با آن مواجه هستیم. مانند مخاطرات موجود در جاده ها، محل کار، منزل و و ما پیوسته تلاش میکنیم که از آنها اجتناب کرده و یا به حداقل برسانیم. فرایند مدیریت خطر بالینی در مورد طراحی، سازماندهی و تعیین مسیر یک برنامه است که شناسایی، ارزیابی و نهایتاً کنترل خطر را شامل می شود.

این فرایند شامل سلسله مراتبی است که می توانند با یکدیگر هم پوشانی داشته باشند و معمولاً یکپارچگی بین همه مراحل وجود دارد.

مرحله اول:

ایجاد زمینه مناسب برای مدیریت خطر بایستی مشخص شود که چگونه این خطرات مدیریت شوند. برای مدیریت خطر باید مسایل اقتصادی، سیاسی و قانونی در نظر گرفته شود. معمولاً ذینفعان متفاوتی با نیازهای متفاوتی وجود دارند. پس ضروری است که به نیازهای این افراد به طور مناسب پاسخ داده شود.

مرحله دوم:

شناسایی ریسک که متدهای زیادی جهت شناسایی ریسک وجود دارد و این متدها بصورت ترکیبی هستند. در این مرحله در واقع پس از بررسی سیر فرایندها و فعالیت های لازم و نقش افراد در انجام آن ها و با توجه به شرح وظایف شغلی افراد، مبادرت به شناسایی خطراتی می نماییم که در هنگام اجرای این وظایف ممکن است رخ دهد و آن ها را لیست کرده و به احتمال و شدت وقوع خطرات توجه می نماییم. منطقی است که بلافاصله بعد از شناسایی ریسک آنرا بطور مناسب مدیریت کنیم. رویکرد معمول برای در نظر گرفتن حوادث ناخواسته، توجه به حوادث بعد از وقوع است. به طور مثال خطر عوارض استفاده از داروها، بعد از وقوع آن ها، توسط پرسنل درمانی و یا براساس اظهارات بیماران و جبران خسارت آنها بیان می شود. حوادثی که با خسارت مالی بیشتری همراه است، فراوانی کمتری نسبت به حوادثی دارند که توسط پرسنل و بیماران اظهار می شوند. بنابراین اگر فراوانی یا شدت خطا را به تنهایی در نظر بگیریم، احتمال تخمین کمتر یا بیشتر از حد، خواهیم شد.

مرحله سوم:

آنالیز خطر پس از شناسایی خطر، به منظور تعیین فعالیتی برای کاهش آن، آنالیز صورت گیرد. ایده ال این است خطر از بین برود ولی معمولاً این هدف قابل دستیابی نیست و تلاشها باید در جهت کاهش آنها صورت گیرد. احتمال و شدت خطر را باید در نظر گرفت. خطرات بالینی نادر ولی جدی مثل دیسکرازی خونی که به دنبال برخی داروها رخ می دهد را باید در کنار خطرات شایع ولی کمتر جدی مانند واکنش آلرژیک پوستی، در نظر گرفت. به طور مثال ممکن است امکان پذیر نباشد فردی را که احتمال دیسکرازی خونی به دنبال مصرف دارو دارد، را شناسایی کرد. پس باید احتمال بروز آن را پذیرفت. گرچه تعداد زیادی از حوادث خفیف ممکن است به عنوان خطرهای عمده و غیرقابل قبول در نظر گرفته شوند. در نتیجه گفته می شود که از مصرف این دارو باید اجتناب شود مگر اینکه استفاده از آنها اجباری باشد.

فاکتورهایی را که باید در آنالیز خطر در نظر داشت عبارتند از

- احتمال رخداد حادثه
- هزینه حادثه در صورت وقوع (چه مادی و چه غیر مادی)
- در دسترس بودن روشها برای کاهش احتمال رخداد یک حادثه
- هزینه راه حل های موجود کاهش خطر (مادی و غیره)

مرحله چهارم:

برخورد با خط دامنه ای از انتخابها برای مقابله با خطرات بالینی قابل دسترس است. تصمیم گیری باید بر اساس هزینه مالی مقابله با خطر و هزینه بالقوه جبران آن خطر، استوار باشد. هزینه جلوگیری از یک حادثه شدید ولی نادر ممکن است بسیار بیشتر از هزاران حادثه خفیف باشد.

شیوه های متعدد برای مقابله با خطر:

الف - کنترل خطر:

در مورد خطرهای غیرقابل حذف، گامهای پیشگیرانه بایستی به منظور به حداقل رساندن احتمال بروز آن از طریق استفاده از راهنماهای بالینی، پروتکل ها و سیر مراقبت برداشته شود مانند استفاده از گایدلاین برای پیشگیری از ترومبوز پیش از عمل جراحی به منظور کاهش خطر ترومبوز عروق عمقی و آمبولی ریه

ب - پذیرش خطر:

در مواردی که وقوع خطر غیرقابل اجتناب باشد، حداقل این خطر باید شناخته شود و یک گام جلوتر از این گونه خطرات باشیم. یک مثال، خطر غیرقابل اجتناب خرابی هر گونه تجهیزات مانند پمپ انفوزیون و تدارک یک وسیله پشتیبانی در صورت بروز نقص فنی است.

ج - اجتناب از خطر

این امکان وجود دارد که با فهم علل بروز خطر و انجام عملکرد مناسب، از خطری اجتناب کرد. به طور مثال متوجه شویم که داروهای مختلف بسته بندی مشابهی داشته باشند مانند سرم های کلرید پتاسیم همراه با ۱٪ گلوکز و سرم کلرید سدیم همراه با گلوکز که بسته بندی یکسانی دارند. پس با بسته بندی دارویی به گونه ای که دارو ها به طور واضح از هم قابل تشخیص باشند، از بروز خطرات احتمالی اجتناب کنیم.

د - کاهش و یا به حداقل رساندن خطر:

درمواقعی که نتوان خطری را حذف کرد می توانیم عواقب و عوارض بالقوه آن را 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. به طور مثال کاهش تجویز داروی نامناسب به وسیله استفاده از راهنماهای بالینی و آموزش به پزشکان

ه - انتقال خطر

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

مرحله پنجم:

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

تحلیل ریشه ای وقایع (Root Cause Analysis):

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

برای مدیریت خطاهای پزشکی برنامه های زیر پیش بینی شده است

■ برای مشارکت همه کارکنان و متخصصان در امر شناسایی و مدیریت خطاها فرهنگسازی نموده و عوامل مشوق سازمانی برای گزارشدهی و رفع خطاها در نظر گرفته شود.

■ به شناسایی خطاها و تشخیص موارد جدی آنها (Sentinel Event) ها بویژه در بخش های پرخطر نظیر اورژانسپرداخته شود

- ❖ موارد جدی آسیب را بطور جداگانه بررسی و برای آنها فرآیند رفع مشکل در مدت معین طراحی شود.
- ❖ از پرسنل خواسته می شود خطاها را بدون ذکر نام و یا قصد تخریب افراد ثبت و گزارشدهی داوطلبانه (و در مواردی حتی اجباری) نمایند.
- ❖ گزارشات خطا را بطور مقطعی بررسی، طبقه بندی و تحلیل کرده و عوامل کلیدی مسبب آنها را بویژه در ابعاد کاری و سیستمی شناسایی می شود
- ❖ درصد رفع عوامل مسبب و تاثیرگذار بر وقوع خطا و ایجاد آسیب برمی آیم
- ❖ میزان تاثیر راه حل های خود را بر کاهش آسیبهها اندازه گرفته می شود

لازم به ذکر است ارسال گزارشات خطا عاری از هر گونه سرزنش و توبیخ می باشد.

فرایند گزارش خطا در بیمارستان

در صورت وقوع خطا ابتدا از عوارض انی خطا جلوگیری کنید سپس نسبت به گزارش ان خطا اقدام نمایید . در تمامی شیفت ها می توانید خطا را مستقیم به سوپروایزر گزارش نمایید . مسئول ایمنی بیمار که رئیس بیمارستان است و مسئول هماهنگ کننده ایمنی بیمار و مسئول بهبود کیفیت افراد دیگری هستند که تمامی کارکنان می توانند خطاهایی را که مرتکب شدند یا شاهد ان بودند با اطمینان از این موضوع که هیچ سرزنش و تنبیهی در کار نیست ، گزارش کنند .

در صورت عدم تمایل جهت رویارویی مستقیم برای گزارش خطا می توانید از کلیه صندوق های انتقادات و پیشنهادات نصب شده در راهروهای بیمارستان -دفاتر گزارش خطای موجود در بخش ها و فایل اکسل موجود در سیستم های کلیه بخش ها برای گزارش خطا استفاده کنید .