



مرکز تحقیقاتی، آموزشی و درمانی قلب شهید چمران

واحد بهره‌گرفت و اعتباربخشی



کد سند: QI/Bok/001

کتابچه توجیهی بدو ورود کارکنان

تاریخ آخرین بازنگری: بهار ۱۴۰۵

نمایی از بیمارستان قلب شهید چمران



اورژانس



CT Angiography



Cardiac MRI



صفحه	فهرست مطالب	عنوان
۵	مقدمه
۶	الف) تاریخچه بیمارستان
۶	ویژگیهای بومی و فرهنگی مردم شهر اصفهان
۷	رسالت (ماموریت) بیمارستان
۸	چشم انداز
۸	ارزش ها
۸	اطلاعات آماری تخت های بیمارستانی
۹	معرفی بخش های درمانی و پشتیبانی
۱۰	واحد های پشتیبانی
۱۱	بخش های درمانی
۱۴	واحد های پاراکلینیک
۱۶	ب) منابع انسانی
۱۷	ترمینولوژی و اصطلاحات شایع در مدیریت اداری کارکنان
۱۸	نمودار و سلسله مراتب سازمانی
۱۹	انتظارات کلی مرکز از پرسنل جدید ورود
۲۰	قوانین و مقررات رعایت استانداردهای پوشش کارکنان
۲۱	آئین نامه حضور و غیاب کارکنان دولت
۲۱	تأخیر و تعجیل
۲۲	ساعات کار کارمندان دولت
۲۲	نحوه درخواست برنامه ماهیانه
۲۳	حقوق و مزایای کارمندان
۲۳	مرخصی ساعتی، استحقاقی
۲۴	مرخصی استعلاجی
۲۴	مرخصی بدون حقوق
۲۵	روند ارتقاء شغلی

۲۵.....	امکانات رفاهی کارکنان
۲۶.....	مجازات یا تنبیهات اداری
۲۷.....	(ج) حقوق گیرنده خدمت
۲۸.....	منشور حقوق بیماردر ایران
۳۲.....	منشور حقوق کارکنان
۳۳.....	(د) ایمنی بیمار
۳۴.....	اهداف ایمنی بیمار
۳۴.....	۹ راه حل ایمنی
۳۵.....	شاخص های ایمنی بیمار
۳۶.....	دستورالعمل های ایمنی بیمار
۳۶.....	خطا های پزشکی و فرآیند گزارش دهی خطا
۴۰.....	(و) کنترل عفونت
۴۱.....	تاریخچه عفونت های بیمارستانی
۴۲.....	اهداف کلی کنترل عفونت های بیمارستانی
۴۳.....	نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی (NNIS)
۴۳.....	شاخص های کنترل عفونت
۴۹.....	(ی) بهداشت محیط
۵۰.....	طبقه بندی پسماند ها
۵۲.....	(ه) مدیریت بحران
۵۳.....	تعاریف
۵۴.....	مراحل مدیریت بحران
۵۵.....	سامانه فرماندهی حوادث
۵۶.....	جایگاه های اصلی سامانه فرماندهی حادثه
۵۷.....	ارزیابی سالیانه بیمارستان
۵۹.....	مدیریت بحران آتش سوزی
۶۱.....	منابع

نیروی انسانی بزرگترین سرمایه یک سازمان است و از دیرباز تاکنون عامل اصلی پیشرفت سازمان های مختلف بوده است. سودمندی و بازدهی، بقا و پایداری هر سازمان به توانایی، ظرفیت، لیاقت و شایستگی کارکنان آن سازمان بستگی دارد. (۱) هم چنین دانش و بینش، مهارت و تخصص در گزینش و نگهداری افراد برای ورود به دنیای کار و اشتغال و تعیین میزان شایستگی و لیاقت آنها در طول خدمت به منظور ترفیع، ارتقاء، انتصاب، تشویق و تنبیه را باید از عوامل مهم بقاء + و کارآیی و پیشرفت آن، حتی در شرایط متغیر جامعه و دگرگونی های سازمانی و تکنولوژیکی دانست. (۱)

در بیمارستان ها نیز که به عنوان بزرگترین و مهمترین واحد عملیاتی نظام بهداشت و درمان هستند، نیروی انسانی مهم ترین دارایی محسوب می شود که در ارائه خدمات تشخیصی و درمانی به مددجویان نقش اصلی را دارد؛ بنابراین جذب و به کارگیری درست آن ها از نظر تعداد و ترکیب مناسب، علاوه بر جلوگیری از هزینه های غیر ضروری، می تواند کمیت و کیفیت خدمات بیمارستانی را با استقرار استانداردهای اعتباربخشی تضمین کند.

با عنایت به این موضوع مرکز تحقیقاتی آموزشی درمانی قلب شهید چمران اصفهان سعی دارد تا در راستای آشناسازی پرسنل جدیدالورود فرصتی را فراهم آورد که کارکنان این مرکز با کسب اطلاعات معتبر، بتوانند نسبت به توانمندسازی علمی و عملی خود اقدام نموده و از سردرگمی و بلاتکلیف بودن آنها در سازمان خودداری گردد.

قطعاً آشنایی با خدمات مختلف قابل ارایه در این مرکز و نیز امکانات و قابلیت های منحصر به فرد آن، بیمارستان را در راه رسیدن به اهداف خود (که چیزی جز خدمت رسانی و اعتلای سطح علمی جامعه پزشکی نیست) یاری خواهد کرد. در این راستا، در مجموعه ای که اکنون پیش روی شماست، سعی شده است طبق استانداردهای اعتباربخشی به اختصار طبق فهرست مربوطه نکات مهم معرفی گردد.

در پایان از همکاری ریاست مرکز، مدیریت مرکز، مدیر پرستاری، رئیس اداره منابع انسانی، سوپروایزر آموزشی، سوپروایزر کنترل عفونت، کارشناس هماهنگ کننده ایمنی، مسئول حقوق گیرنده خدمت و کارشناس مدیریت خطر، حوادث و بلایا که با ارائه نظرات سازنده خود ما را در تهیه این کتابچه یاری نمودند سپاسگزاریم.

❖ تاریخچه بیمارستان

مرکز تحقیقاتی آموزشی درمانی قلب شهید چمران از لحاظ جغرافیایی در قسمت شرقی شهر اصفهان در فاصله ۵ کیلومتری پل بزرگمهر در خیابان سلمان فارسی در حریم رودخانه زاینده رود واقع شده است. زمین این مرکز توسط خیر نیک اندیش مرحوم حاج عباس فروغی در سال ۱۳۴۷ ه. ش به متراژ ۱۱۰۰۰۰ متر مربع اهدا گردید.

این بنا در ابتدا به عنوان آسایشگاه مسلولین مورد استفاده قرار گرفته اما در سال ۱۳۵۵ با تصمیم وزارت بهداشتی وقت / بخش جراحی قلب توسط آقایان دکتر محمد علی نفیسی و دکتر لازمن و دستیاران ایشان آقایان دکتر نور محمدی و دکتر غلامرضا بهدادفر تأسیس گردید.

در سال ۱۳۶۲ در جهت پوشش درمانی مجروحین جنگ تحمیلی که دچار عارضه سوختگی شده بودند مأموریت مراقبت از بیماران سوختگی نیز به این مرکز واگذار گردید که بعد ها با راه اندازی مرکز تخصصی سوانح سوختگی در سال ۱۳۶۸ این بخش به مرکز مذکور منتقل گردید. با انتقال بخش سوختگی به مرکز سوانح سوختگی استان، این مرکز در واقع مأموریت تخصصی قلب استان را عهده دار شد که از آن زمان چشم انداز و مأموریت مرکز صرفاً توسعه سانتر قلب به عنوان تنها مرکز فوق تخصصی قلب و عروق استان و استان های همجوار تعریف گردید.

در حال حاضر این مرکز با ۱۶۰۰۰ متر مربع / زیر بنا با ۱۹۲ تخت مصوب و ۲۲۵ تخت فعال در قالب بخش های اورژانس، آنژیوگرافی، ICU، CCU، اتاق عمل، جراحی، داخلی مردان، زنان و اطفال، VIP، درمانگاه و پاراکلینیک و با بکارگیری کادر تخصصی بالغ بر ۸۰۰ نفر (شامل پزشک، پیراپزشک و کادر پشتیبانی) مشغول به ارائه خدمت به جامعه گروه هدف می باشد.

❖ ویژگی های فرهنگی و بومی مردم اصفهان

اصفهان، سپاهان (اسپاهان)، شهر گنبد های فیروزه ای، پایتخت فرهنگی جهان اسلام آرمیده در پهنه فلات مرکزی ایران و همجوار شریانش حیات بخش زنده رود. شهر فرهنگ، ادب، صنعت و مذهب که همچون ققنوسی در طول تاریخ بارها در تاخت و تازهای بیگانگان به خاکستر نشسته و دوباره رسته و به بالندگی رسیده است.

این شهر در عرض جغرافیایی ۳۲ درجه و ۳۸ دقیقه و ۳۰ ثانیه شمالی بعد از تهران و مشهد، سومین شهر بزرگ ایران محسوب می شود. از سمت شرق و شمال به کویر مرکزی ایران و از سمت غرب و جنوب به ارتفاعات زاگرس محدود می گردد و با توجه به قرار گرفتن این شهر در شاهراه شمال، جنوب، شرف و غرب، محل استقرار اقوام مختلفی گردیده است.

زبان محاوره ای مردم این شهر فارسی با لهجه خاص اصفهانی است. با توجه به پیشینه تاریخی این شهر در دوران صفویه، ترک، لر، ارمنی و گرجی است که در نهایت تعامل در کنار هم زندگی می کنند.

این شهر از لحاظ صنایع هنرهای دستی زبانزد جهانی است. در هنرهایی چون کاشی کاری، قلم زنی، میناکاری؛ مرقع و نقاشی مینیاتور استادان چیره دستی تربیت کرده است.

از لحاظ مذهبی نیز دارای پیشینه ای بسیار قوی است و در طول دوران پس از اسلام عالمان و زاهدان فراوانی به جامعه اسلامی تقدیم کرده است که با اندکی گشت و گذار در قبرستان تاریخی تخت فولاد به کثرت وجود این عالمان پی خواهید برد.

از نظر صنعتی دارای دو قطب بزرگ صنعت تولید آهن و فولاد کشور است و در بحث انرژی نیز از جمله پایگاه های فرآوری تهیه مواد اولیه مورد نیاز نیروگاه های اتمی است.

در خصوص گردشگری و صنعت توریسم، با توجه به وجود اماکن باستانی فراوان از زمان پیش از اسلام تا قرون اخیر قطب اصلی صنعت توریسم کشور است و به لحاظ معماری ایرانی اسلامی نیز خود یک موزه معماری محسوب می گردد، خاصه آنکه وجود مسجد جامع این شهر خود به تنهایی موزه ای از معماری مذهبی است. وجود مساجد و تکایای فراوان در هر کوی و محله پایبندی ساکنان این شهر به مذهب شیعه جعفری را دلالت می کند.

❖ رسالت (ماموریت) بیمارستان

مرکز تحقیقاتی آموزشی درمانی قلب شهید چمران همچنین به عنوان بیمارستان دوستدار ایمنی و دوستدار سالمند به عنوان یک مرکز دولتی زیر مجموعه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان اصفهان با تأکید بر استانداردهای اعتبار بخشی، ایمنی بیمار و مشتری مداری، به ارائه خدمات مراقبت سلامت می پردازد. این مرکز می کوشد با استفاده از دانش روز دنیا و تجهیزات پیشرفته، خدماتی باکیفیت و با هزینه تمام شده مقرون به صرفه در

کتابچه توجیهی بدو ورود کارکنان

حوزه های آموزش، پژوهش، پیشگیری، درمان، مراقبت و بازتوانی برای ارتقای سلامت مردم شریف استان اصفهان، استان های مجاور و گردشگران سلامت فراهم کند.

جلب رضایت و اعتماد ذینفعان و رعایت حقوق بیماران و کارکنان بزرگترین خواسته ما را تشکیل می دهد و در این راه برترین سرمایه ما استعانت از الطاف الهی و بکارگیری هوشمندانه از توان علمی و اجرایی کارکنان بالینی و پشتیبانی حرفه ای و کارآموده، استفاده از تمامی ظرفیت های قابل استفاده نظام سلامت و برخورداری از حمایت خیرین است.

❖ چشم انداز

ما در نظر داریم با استفاده بهینه از منابع سازمانی بویژه کادر متخصص و پرسنل متبحر و با تأکید بر دو اصل اساسی ایمنی بیمار و بهبود مستمر کیفیت خدمات (آموزش، درمان و پژوهش) به عنوان یک بیمارستان تخصصی قلب با رتبه عالی اعتباربخشی در سطح کشور شناخته شویم.

❖ ارزش ها

- چیدمان منابع و خدمات بر اساس نیاز جامعه با استفاده از تمام ظرفیت ها (داخلی و خارجی)
- مشتری مداری و بیمار محوری
- رعایت منشور حقوق بیمار و کارکنان
- ایمنی بیماران و بهبود مستمر کیفیت خدمات مبتنی بر دانش نوین و طبابت مبتنی بر شواهد
- نظارت بر پیاده سازی استاندارد های اعتباربخشی و مدل های کیفی

❖ اطلاعات آماری تخت ها

۱۹۲	تخت مصوب کل
۲۲۵	تعداد تخت فعال
۲۳	تعداد تخت فعال بخش اورژانس
۹۰۰	تعداد کل نیروی انسانی

کتابچه توجیهی بدو ورود کارکنان

نام بخش/واحد	تعداد تخت	نام بخش/واحد	تعداد تخت	نام بخش/واحد	تعداد تخت
اورژانس	۲۳	ICU B	۸	اطفال	۱۳
پست آنژیوگرافی	۲۰	CICU	۱۱	NICU	۷
داخلی A	۲۰	VIP	-	اتاق عمل (ستاره دار)	۴
داخلی ccu/B ویژه	۲۰	PICU	۶	آنژیوگرافی (ستاره دار)	۴
داخلی C	۲۲	CCU	۱۰		
زنان	۲۲	Post CCU	۶		
ICU A	۸	جراحی	۲۱		

*توضیحات: تعداد ۲ تخت در بخش های ICUA و CICU به عنوان تخت دیالیز در نظر گرفته می شود.

❖ معرفی بخش های درمانی و پشتیبانی

نام بخش		
ساختمان اداری و پشتیبانی	طبقه اول	تدارکات، کارگزینی، امور مالی، تغذیه، حراست، ایمنی، بهداشت محیط و کنترل عفونت
ساختمان درمانی	طبقه دوم	ریاست، مدیریت، معاون آموزش، معاون درمان، دبیرخانه، امور عمومی، امور قراردادهای، بهداشت حرفه ای، روابط عمومی، امین اموال، گروه قلب، بهبود کیفیت و اعتبار بخشی.
	طبقه همکف	اورژانس، تریاژ، دفتر پرستاری، مرکز تلفن، واحد فناوری اطلاعات، دفتر آموزش، آزمایشگاه، مرکز استریل (CSR)، سالن آموزشی، تجهیزات پزشکی آموزش به بیمار، کتابخانه، CICU، داخلی B، آنژیوگرافی، پست آنژیوگرافی، اکوکاردیوگرافی (اکوی بافتی TDI، استرس اکوی دوبوتامین DSE، اکوی از راه مری TEE)، سیتی آنژیوگرافی و رادیولوژی.
	طبقه اول	PCCU، CCU، ICUA، PICU، ICUB، NICU، جراحی، اطفال، اتاق عمل
	طبقه دوم	داخلی A، زنان
	طبقه سوم	VIP، داخلی C
قسمت پاراکلینیک		هولتر مانیتورینگ، آنالیز پیس میکر، تست ورزش، تست تیلت، اسپیرومتری

توضیحات: درمانگاه و باز توانی در قسمت همکف ساختمان پژوهشگاه قرار دارد.

توضیحات	نام واحد
<p>واحدهای اداری مالی در ساختمان دو طبقه، خارج از ساختمان اصلی بخش ها واقع شده است . در طبقه همکف: واحد ایمنی و مسئول کمیته مرگ و میر، امور مالی، حراست، منابع انسانی، تغذیه، تدارکات و تایپ و تکثیر قرار دارد. در طبقه اول: ریاست، مدیریت، روابط و امور عمومی، توسعه تحقیقات بالینی، واحد بهبود کیفیت، گروه قلب، بهداشت حرفه ای، امور قراردادها، امین اموال و ناظر ساختمان قرار دارد.</p>	<p>واحدهای اداری- مالی</p>
<p>(فناوری اطلاعات سلامت) در این گروه قرار دارد و شامل چهار قسمت می باشد:</p> <p>- پذیرش: این واحد در درب ورودی بیمارستان قرار دارد . هدف کلی واحد پذیرش ارائه خدمات پذیرش بیماران اورژانسی و غیر اورژانسی ، سرپائی و بستری در حیطه مقررات بیمارستان می باشد. تشکیل پرونده بیماران، نوبت دهی خدمات شامل آنژیو و تست ورزش در این واحد انجام می شود.</p> <p>-آمار : تهیه اطلاعات دقیق تعداد خدمات ارائه شده کلینیکی ، پاراکلینیکی و بستری به بیماران و تهیه گزارشات آماری بصورت جداول ، نمودارها و تحلیل نتایج آنها به منظور استفاده مدیران و برنامه ریزان بیمارستان و سطوح بالاتر مدیریتی جزو وظایف این واحد است .</p> <p>- واحد مدیریت اطلاعات سلامت: هدف این قسمت، نگهداری منظم و دسته بندی پرونده های پزشکی به نحو قابل دسترسی برای بیماران است.</p> <p>- کدگذاری بیماریها: اهداف کدگذاری پرونده ها موارد زیر می باشد:</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. رعایت حریم خصوصی بیمار و محرمانه بودن اطلاعات ۲. دستیابی به پرونده های پزشکی بیماران با توجه به بیماری آنان بدون در نظر گرفتن مشخصات بیمار ۳. دستیابی به پرونده های پزشکی بیماران با توجه به اقدامات درمانی انجام شده روی آنان بدون در نظر گرفتن مشخصات بیمار ۴. دستیابی به پرونده های پزشکی با دسته بندی های فرعی تر بر اساس علت مراجعه ۵. دستیابی به پرونده های پزشکی مربوط به بیماری یا جراحی خاص با توجه به پزشک معالج بیمار <p>نکته:</p> <p>در صورتی که بیمار نیاز به کپی برابر با اصل پرونده ی خود در مواقع لزوم دارد، ارائه مجوز کتبی از بالاترین مقام مسئول بیمارستان الزامی است.</p>	<p>واحد مدارک پزشکی</p>

کتابچه توجیهی بدو ورود کارکنان

واحد بهداشت محیط و کنترل عفونت	این واحد در ساختمان اداری مالی جنب حسابداری قرار دارد. واحد کنترل عفونت بیمارستان در جهت کاهش پیشگیری و کنترل عفونت های بیمارستانی و ارتقاء کیفیت مراقبت بهداشتی از بیمار تشکیل شده است.
واحد تجهیزات پزشکی	مرکز دارای واحد تجهیزات پزشکی با مسئولیت مهندس تجهیزات پزشکی است که جهت مدیریت خطا و خطر با برگزاری کلاسهای آموزشی و بازدید ضروری از بخش های درمانی با مشارکت سرپرستاران، خدمات خود را ارائه می نماید. اطلاعات مربوط به تجهیزات اختصاصی هر بخش در نرم افزار جامع مدیریت تجهیزات پزشکی در واحد تجهیزات پزشکی و سایت معاونت درمان موجود است.
واحد فناوری اطلاعات	این واحد در راهروی طبقه همکف ساختمان درمانی قرار دارد.
دفتر پرستاری	این واحد جنب واحد فناوری اطلاعات در طبقه همکف ساختمان درمانی قرار دارد.
دفتر سوپروایزر آموزشی و کتابخانه	این دو واحد جنب بخش داخلی B در طبقه همکف ساختمان درمانی قرار دارد.

❖ بخش های درمانی

نام بخش	توضیحات
اورژانس	بیماران با مراجعه به اورژانس، توسط پزشک، ویزیت شده و در صورت داشتن مشکل قلبی تحت نظر قرار گرفته و با انجام اقدامات تشخیصی آزمایشگاهی، مراحل درمان، ارجاع و یا بستری را انجام می دهند. در صورتی که بیمار فاقد مشکل قلبی بود، جهت ادامه درمان به مراکز مرتبط ارجاع و در صورت اورژانسی بودن پس از اقدامات اولیه به سایر مراکز درمانی با توجه به نوع بیماری اعزام می شوند.
بخش های داخلی	در این مرکز بخش های داخلی شامل داخلی A، B، C، زنان، اطفال و VIP می باشند.
اتاق عمل	این مرکز دارای ۴ اتاق عمل است که ۴ اتاق در طبقه اول ساختمان قدیمی قرار داد و یک اتاق عمل در بخش اورژانس جهت بیماران اورژانسی که نیاز به عمل جراحی دارند.

کتابچه توجیهی بدو ورود کارکنان

<p>بیمارانی که نیاز به عمل جراحی داشته باشند پس از انجام آمادگی های لازم در بخش های داخلی، به اتاق عمل منتقل شده و تحت عمل جراحی قرار می گیرند. لازم به ذکر است اعمال جراحی قلب اطفال و کودکان نیز در این مرکز انجام می گیرد .</p>	
<p>این مرکز دارای ۵ بخش ICU می باشد . در بخش NICU نوزادان با سن کمتر از ۲۸ روز با مشکلات قلبی بستری می شوند. بیماران پس از عمل جراحی بلافاصله به بخش ICU منتقل شده و تحت مراقبت ویژه قرار می گیرند.</p>	<p style="text-align: center;">بخش های مراقبت ویژه (ICU)</p>
<p>بیماران از بخش های ICU پس از بهبودی نسبی جهت طی ادامه درمان و مراقبت به این بخش منتقل می شوند.</p>	<p style="text-align: center;">بخش جراحی</p>
<p>مراقبت های قبل و بعد از آنژیوگرافی، PCI, EPS و ... در این بخش صورت می پذیرد .</p>	<p style="text-align: center;">بخش Post Angio</p>
<p>بیمارانی که نیاز به مراقبت بیشتری دارند به بخش CCU منتقل می شوند.</p>	<p style="text-align: center;">بخش (CCU)</p>
<p>-آنژیوگرافی: جهت تشخیص بیماریهای قلبی، نحوه عملکرد قلب، دریچه های قلبی و گرفتگی رگهای قلب به کار می رود و جنبه درمانی ندارد.</p> <p>-آنژیوپلاستی: یک روش درمانی در بیماریهای قلبی و عروقی است که هدف آن برطرف کردن تنگی و گرفتگی رگ های تنگ شده قلب و بهبود خون رسانی به عضله قلب ، کاهش دردهای قفسه سینه و افزایش طول عمر بیمار می باشد. پزشک یک سیستم بالون دار را وارد شریان نموده و از این طریق آن را به طرف تنگی رگ قلب هدایت می کند تا تنگی برطرف شود. در بعضی موارد برای جلوگیری از تنگی مجدد رگ فنر مخصوص (استنت) تعبیه می شود. همچنین در این واحد پروسیجرهای الکتروفیزیولوژی قلب نیز انجام می گردد، نظیر: بررسی سیستم هدایتی قلب و تعبیه انواع پیس میکر، دستگاه شوک دهنده قلبی کاشتنی (ICD) و ابلیشن Ablation .</p>	<p style="text-align: center;">بخش (آنژیوگرافی)</p>
<p>در صورتی که ضربان قلب کند و دچار مشکل باشد ، برای تصحیح ضربان قلب، از دستگاهی به نام پیس میکر یا ضربان ساز ، به دو صورت موقت و دائم با توجه به نوع بیماری استفاده می شود.</p>	<p style="text-align: center;">واحد آنالیز (بررسی سیستم هدایتی قلب و تعبیه انواع پیس میکر)</p>

<p>این دستگاه جهت درمان بی نظمی های بدخیم قلب و پیشگیری از مرگ ناگهانی در بیمار کاربرد دارد. این دستگاه با دادن شوک الکتریکی به قلب بی نظمی در ضربان قلب را خاتمه می دهد.</p> <p>یک روش تشخیصی، جهت بررسی فعالیت الکتریکی قلب با دقت بسیار بالا می باشد. در بیمارانی که ضربان قلب آنها از ۶۰ ضربه در دقیقه کمتر و یا از ۱۰۰ ضربه در دقیقه بیشتر شود و علائمی همچون گیجی، منگی، تنگی نفس و بیهوشی داشته باشند و یا بیمارانی که از مرگ ناگهانی نجات یافته اند کاربرد دارد.</p>	<p>دستگاه شوک دهنده قلبی کاشتنی (ICD)</p>
<p>پس از تشخیص کانون تولید آریتمی در قلب، بیمار به روش EPS، در صورت نیاز پزشک تصمیم گیری لازم را در خصوص کاربرد روش ابلیشن و از بین بردن کانون تولید آریتمی به عمل می آورد.</p>	<p>ابلیشن Ablation</p>
<p>این واحد در انتهای واحد پاراکلینیک قرار دارد و مسئول انجام گرافی از بیماران بستری و سرپایی می باشد. واحد تصویر برداری مجهز به بخش های سونوگرافی، سیتی آنژیوگرافی و Cardiac MRI می باشد.</p>	<p>واحد تصویر برداری</p>
<p>این واحد مسئول نظارت بر آموزش بیماران در زمینه ی پیشگیری، درمان، تغذیه و بالا بردن کیفیت زندگی در بیماران قلبی می باشد. آموزش به بیمار از جمله عملکردهای اصلی این واحد است. هدف از آموزش به بیمار این است که بیمار اطلاعات و مهارتهای آموخته شده را در زندگی خود پیاده کند تا سلامتی خود را حفظ کند. پرسنل باید در سه حیطه ی دانش، مهارت و نگرش آموزش های خود را به فراخور نیاز بیماران تنظیم نمایند و آموزشهای بدورود، حین بستری و زمان ترخیص را به بیمار ارائه نمایند.</p>	<p>واحد آموزش به بیمار</p>
<p>این واحد در دو بخش خدمات غذایی و تغذیه بالینی فعالیت می کند.</p> <p>-خدمات غذایی: ارائه خدمات غذایی در سه وعده ی اصلی به بیماران، همراهان و کارکنان تیم سلامت زیر نظر کارشناس تغذیه</p> <p>-تغذیه بالینی: ارائه آموزش و مشاوره تغذیه در جهت بالا بردن اطلاعات تغذیه ای بیماران و همراهان وی به صورت انفرادی و تشکیل کلاس های هفتگی زیر نظر واحد بازتوانی مرکز و تکمیل فرم های مربوط به تغذیه ی بالینی در مورد بیمارانی که تحت عمل جراحی قلب باز قرار گرفته و یا توسط پزشک درخواست مشاوره داده می شود. نکته : بیماران جهت دریافت اطلاعات مربوط به آمادگی قبل از انجام اکو به واحد پاراکلینیک راهنمایی گردند.</p>	<p>واحد تغذیه</p>

توضیحات	اقدام تشخیصی
خدمات این واحد به منظور تقویت و ارتقای کیفیت زندگی بیماران پس از جراحی قلب باز، سکته قلبی، باز کردن دریچه و رگهای قلبی به وسیله بالون می باشد. بیماران با مراجعه به واحد باز توانی و کسب اطلاعات می توانند از خدمات این واحد بهره مند شوند.	باز توانی قلب
این مرکز دارای دو واحد پاراکلینیک می باشد. پاراکلینیک برای خدمات بیماران سرپایی واقع در ساختمان اورژانس قدیم است و پاراکلینیک تخصصی روبروی بخش آنژیو گرافی واقع شده است.	پاراکلینیک
جهت بررسی قدرت عضله قلب و ضخامت دریچه ها و حفره های قلب انجام می شود.	اکوی معمولی
شامل موارد زیر می باشد: - اکوی بافتی TDI: یک روش جدید است که با تصویربرداری عملکرد قلب شما را تعیین می کند و به پزشک شما در تشخیص بیماری کمک می کند. - استرس اکوی دوبوتامین DSE: هدف از این روش، تشخیص تنگی عروق و بررسی شدت بیماری و قدرت کارکرد قلب می باشد. یک روش تشخیصی است که با تزریق داروی دوبوتامین از طریق رگ بیمار تحت نظر پزشک انجام می شود. بیمارانی به دلایل مختلف نمی توانند ورزش کنند و انجام تست ورزش برای آنها مقدور نمی باشد، پزشک با تجویز داروی دوبوتامین ضربان قلب را بالا می برد.	اکوی تخصصی
در برخی بیماران که به علت چاقی و یا بیماری ریوی، تصاویر اکو کاردیوگرافی واضح نیست و همچنین در مواقعی که نیاز به بررسی دقیق دریچه های قلبی و یا وجود لخته باشد از اکوی مری استفاده می شود. در این روش حسگر مخصوص مانند آندو سکویی وارد مری شده و تصویر واضح از قلب به دست می آید.	اکوی از راه مری TEE
این روش در بیمارانی که علائمی از غش و یا تجاربی از ضربانهای نامنظم قلبی داشته اند بکار می رود. در این روش هیچگونه خطری فرد را تهدید نمی کند و در صورت وجود ثبت ضربان نامنظم، تست مورد نظر ثبت در نظر گرفته می شود. هولتر مانیتورینگ ضربان قلب و نوار قلب در حالت استراحت و فعالیت بیمار را بصورت ۲۴ ساعت تا ۷ شبانه روز ثبت می کند.	هولتر مانیتورینگ
آنالیز پیس میکر ارزیابی عملکرد صحیح پیس میکر و میزان باقی مانده از عمر باتری می باشد. بیمارانی که پیس دائم و ICD دارند جهت تنظیم دستگاه با توجه به فاصله زمانی توصیه شده توسط پزشک به واحد پاراکلینیک بیمارستان مراجعه می نمایند.	آنالیز پیس میکر

کتابچه توجیهی بدو ورود کارکنان

تست ورزش	تست استرس که گاهی تست تسمه نقاله (تردمیل) یا تست ورزش هم نامیده می شود، برای بررسی چگونگی عملکرد قلب به هنگام فعالیت به پزشک کمک می کند تا نوع و سطح ورزش جهت بیمار را تعیین نماید.
تست تیلت	این تست یکی از روش های تشخیصی در بیماران مبتلا به سنکوپ (غش) است. یکی از علل سنکوپ ، افت فشار خون و کاهش ضربان قلب در هنگام ایستادن است که ناشی از عکس العمل غیر طبیعی اعصاب خودکار قلب و عروق می باشد.
اسپیرومتری	اسپیرومتر دستگاهی است برای اندازه گیری حجم هوای دم و بازدم است. لذا جهت بررسی عملکرد ریه بیمار طبق نظر پزشک انجام آن قبل از عمل جراحی قلب لازم است.
مرکز تشخیصی درمانی پزشکی هسته ای	اسکن با پیشرفته ترین دستگاهها با نام گاما کمرای اسپکت با حضور متخصص انجام می شود که شامل: اسکن خونرسانی میوکارد، اسکن کلیه یا کاپتوپریل، اسکن تیروئید و ... می باشد.



❖ ترمینولوژی و اصطلاحات شایع در مدیریت اداری کارکنان

ساختار سازمانی

روابط میان واحدهای سازمانی، حدود و اختیارات، سلسله مراتب، سطوح تصمیم گیری، نحوه تقسیم و توزیع وظایف میان واحدها را نشان می دهد و شامل شرح وظایف، نمودار سازمانی و پست های سازمانی است.

نمودار سازمانی

نموداری است که نشانگر روابط، سلسله مراتب و سطوح سازمانی است.

ضوابط تشکیلاتی

معیارهایی است که تعداد سطوح سازمانی و تعداد واحدهای سازمانی، تعداد پست های مدیریتی، تعداد پست های سازمانی، شرح وظایف و چگونگی توزیع وظایف را تعیین می کند.

سطح سازمانی

هریک از مقاطع تشکیل دهنده سلسله مراتب سازمانی است که جزء رده مدیریت قرار می گیرد. بر اساس سطوح سازمانی به این ترتیب است:

۱. ریاست ۲. معاونت ۳. مدیریت ۴. گروه / اداره

شرح وظایف پست سازمانی: مجموعه وظایفی است که برای یک پست سازمانی تعیین می گردد و کارمند مکلف به انجام آن است. این شرح وظایف طبق نظام اعتبارسنجی در پرونده ی پرسنلی بخش ها و واحدهای مرکز با امضای پرسنل ذیربط قرار دارد. آگاهی کلیه پرسنل از مفاد آن باعث ارتقای کیفیت خدمات، افزایش کارایی، اثربخشی و در نهایت بهره وری سازمان می شود.

پست سازمانی: جایگاهی در تشکیلات تفضیلی موسسه است که برای انجام وظایف و مسئولیت های مشخص برای تصدی یک کارکن در نظر گرفته می شود.

شغل: عبارت است از مجموعه ای از وظایف و مسئولیت های مرتبط و مستمر که بر اساس طرح طبقه بندی مشاغل به این عنوان شناخته شده است.

❖ انتظارات کلی مرکز از پرسنل جدیدالورود

با عرض خیر مقدم به پرسنل جدیدالورود، با توجه به استقرار نظام حاکمیت بالینی و استانداردهای اعتبار بخشی از شما انتظار می رود در بدو ورود طبق معرفی نامه ی مدیر پرستاری به واحدهای اعتبار بخشی، سوپروایزر آموزشی، کنترل عفونت و بهداشت محیط جهت آموزش بدو خدمت مراجعه نمایید. جهت آشناسازی شما همکاران، با ساختار فیزیکی بیمارستان و همکاران کلیه بخش ها و ایجاد ارتباط موثر در سازمان با حضور سوپروایزر بالینی مراسم معارفه انجام می شود. رعایت موارد زیر کاملاً الزامی است که شامل:

۱. رعایت مقررات حضور و غیاب

۲. شناخت سلسله مراتب اداری

۳. مطالعه شرح وظایف و عمل به آن

تبصره: پرسنل جدیدالورود جهت تشکیل پرونده پرسنلی در بدو ورود علاوه بر مراجعه به اداره منابع انسانی مرکز، به سرپرستار بخش مراجعه و اقدامات زیر را انجام می دهند:

۱- شرح وظایف شغلی خود را بر اساس پست سازمانی خود طبق فرم شماره ی ۱ (۲۳۴) (۴-۷۴) سازمان امور استخدامی کشور مطالعه و امضاء نماید.

۲- یونيفرم الزام شده توسط مرکز را رعایت نماید.

۳- طبق مقررات بیمارستان اتیکت خود را تهیه نماید.

تبصره: جهت تهیه اتیکت با در دست داشتن یک قطعه عکس شناسایی ۴*۳ رنگی به روابط عمومی مرکز مراجعه شود.

۴- شئونات اسلامی را رعایت نماید.

۵- در بدو ورود به بخش، خط مشی و روش کارهای اختصاصی آن واحد را مطالعه و عمل نماید.

۶- مهارتهای ارتباطی موثر با همکاران و بیماران را رعایت کند.

۷- مقررات مربوط به رعایت حقوق بیمار و تکریم ارباب رجوع را رعایت کند.

توجه: کلیه افراد باید در نظر داشته باشند که بیمار و همراهان آنها به دلیل شرایط خاصی که در آن به سر می برند، از آستانه ی تحمل پایینی در قبال مشکلات برخوردار هستند و بنابراین پرسنل باید با فراگیری مهارتهای ارتباطی مناسب

از ایجاد درگیری مستقیم با بیمار و همراه اکیداً خودداری نمایند. در واقع ضروری است پس از اطلاع به سوپروایزر و نگهبان بیمارستان، مسئله مدیریت شود. پس از ورود بیمار به بخش، معرفی خود به بیمار و آشنایی بیمار با کلیه امکانات موجود در بخش الزامی می باشد. دادن شماره ی داخلی بخش به بیمار جهت تماس تلفنی لازم است.

۸-رسالت بیمارستان را مطالعه نماید .

۹-درخواست های قانونی خود را به طور مکتوب به مقام ذی صلاح ارائه نماید.

۱۰- به اطلاعیه ها و بخشنامه هایی که در تابلو اعلانات نصب می شود، توجه و مطالعه نماید.

۱۱-در دوره های آموزشی شرکت نموده و اطلاعات علمی خود را تقویت نماید.

تبصره: تکمیل فرم توسعه ی فردی و نیازسنجی آموزشی در هفته ی اول شروع به کار پرسنل را در رسیدن به اهداف

آموزشی کمک می کند. جهت تکمیل آن به سوپروایزر آموزشی مراجعه شود.

۱۲-هر گونه نامه اداری، ابلاغ کتبی، قرارداد یا حکم حقوقی دارای اهمیت قانونی است.

تبصره: ممنوعیت استفاده از تلفن همراه برای مشاغل مختلف در زمان حضور در محل کار.

❖ قوانین و مقررات رعایت استانداردهای پوشش کارکنان

استانداردهای پوشش کلیه کارکنان تیم سلامت:

- پوشش کامل نظیر چادر و یا مانتو بلند با رنگ و طرح مناسب
- استفاده از مقنعه ساده، بلند و پوشش کامل مو
- استفاده از شلوار و کفش ساده با رنگ مناسب و پیراهن آستین بلند جهت برادران
- عدم استفاده از لباسهای تنگ، چسبان و کوتاه
- عدم استفاده از هر گونه آرایش و زیورآلات
- عدم استفاده از دخانیات
- رعایت شئونات اسلامی در برخورد با همکاران و مراجعین محترم
- استفاده از پوشش تعریف شده برای مشاغل مختلف در زمان حضور در محل کار

❖ آئین نامه حضور و غیاب کارکنان دولت

(تصویب نامه شماره ۸۱۴۵۰ هیأت وزیران)

هیأت وزیران در جلسه ۱۳۵۶/۱۰/۲۸ بنا به پیشنهاد شماره ۳۴۳۵/د مورخ ۱۳۵۶/۱۰/۱ سازمان امور اداری و استخدامی کشور آئین نامه مربوط به حضور و غیاب کارکنان دولت را به شرح زیر تصویب نمودند.

ماده ۱- کلیه کارکنان دستگاههای اجرائی مکلفند ساعات تعیین شده برای ورود به محل خدمت و خروج از آن را رعایت نموده، ساعات ورود و خروج خود را در کارت یا دفتر حضور و غیاب ثبت نمایند، مگر آنکه از سوی مقام ذیصلاح دستگاه مربوط برای ورود و خروج هر یک از آنان کتباً ترتیب دیگری مقرر شده باشد.

تبصره:

در این مرکز نرم افزار حضور و غیاب کسرا ملاک محاسبه و پرداخت حقوق و مزایای پرسنلی می باشد .

نحوه کار با این نرم افزار در سایت

chamran.mui.ac.ir ← درباره ما ← مدیران و مسئولین ← منابع انسانی

بارگذاری شده است.

همچنین جهت دسترسی و مطالعه دقیق قوانین کسری (سامانه حضور و غیاب) و قوانین کاهش ساعات کاری به آدرس زیر مراجعه نمایید:

Alzahra.mui.ac.ir ← پرسنل ← تردد

❖ تأخیر

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

الف: تأخیر ورود تا ۲ ساعت در ماه قابل اغماض بوده و در مرخصی استحقاقی منظور می گردد.

ب: تأخیر ورود بیش از ۲ ساعت در ماه مستلزم کسر حقوق و فوق العاده شغل، مزایای شغل و مزایای مستمر مستخدمین رسمی، ثابت، فوق العاده مخصوص و سایر فوق العاده های مستخدمین پیمانی یا دستمزد کارکنان خرید خدمت و قراردادی به میزان کل ساعات تاخیر خواهد بود.

❖ تعجیل

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

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

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

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

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

ماده ۵- به مستخدمی که در هر ماه بیش از ۴ بار تأخیر ورود یا تعجیل خروج غیر موجه داشته باشد و جمع این ساعت بیش از ۴ ساعت در ماه برسد در قبال مجموع تأخیر برای ماه اول و دوم کتباً اخطار داده خواهد شد و برای ماه سوم فوق العاده شغل خا طی به میزان ۳۰ درصد و برای ماه چهارم به میزان ۵۰ درصد و برای ماه پنجم به میزان ۱۰۰ درصد و به مدت یک ماه کسر خواهد شد و در صورت تکرار پرونده مستخدم جهت رسیدگی به هیأت رسیدگی به تخلفات اداری ارجاع خواهد گردید.

تبصره: تأخیر ورود یا تعجیل خروج بیش از ۸ ساعت در هر ماه، در هر حال مشمول حکم این ماده خواهد بود .

❖ ساعات کار کارکنان دولت

ساعات کار کلیه کارمندان دولت چهل و چهار ساعت در هفته است . تنظیم ساعات کار ادارات با پیشنهاد سازمان و تصویب هیأت وزیران تعیین می شود . پرسنل مکلف هستند کلیه ساعات کار خود را بر حسب نیاز بیمارستان و در شیفتهای مورد نیاز کامل نمایند.

❖ نحوه درخواست برنامه ماهیانه

درخواست برنامه ی خاص (شیفت کاری) قبل از تنظیم برنامه ی ماهیانه طبق نظر مسئول بخش بطور کتبی به سرپرستار اعلام شود تا در صورت امکان پس از تأمین نیاز بخش ، درخواست پرسنل در نظر گرفته شود.

❖ حقوق و مزایا

پرسنل شاغل در مرکز یا مشمول قانون مدیریت خدمات کشوری (استخدام رسمی-رسمی آزمایشی-قرارداد کار معین- طرح و ضریب k) یا قانون کار(مشمولین قرارداد مشاغل کارگری-قانون کار و شرکتی) می باشند که براساس قوانین مربوطه حقوق به ایشان پرداخت خواهد شد.

در این مرکز علاوه بر حقوق، مزایایی همچون کارانه برای تمامی پرسنل پشتیبانی و تعرفه گذاری برای گروه پرستاری پرداخت می شود.

❖ مرخصی ساعتی

هرگاه کارمند نیاز به استفاده از مرخصی ساعتی دارد قبل از استفاده درخواست خود را در سیستم تردد وارد می کند. پس از تایید مافوق کارمند مجاز به استفاده از مرخصی ساعتی می باشد. مدت مرخصی استحقاقی ساعتی حداکثر به میزان نصف روز کاری و در یکماه حداکثر میزان ۷ ساعت می باشد.

* یک کارمند در طول یک سال تقویمی می تواند حداکثر معادل ۱۲روز (۸۴ ساعت) از مرخصی ساعتی استفاده نماید که این مرخصی از مرخصی استحقاقی کسر می گردد.

❖ مرخصی استحقاقی

کارمندان استخدامی و قرارداد کار معین و طرحی سالانه سی روز حق مرخصی استحقاقی (به ازای هر ماه کاری ۲,۵روز) با استفاده از حقوق و مزایا دارند که حداکثر نیمی از مرخصی کارمندان در هر سال قابل ذخیره شدن است.

و کارمندان مشاغل کارگری، قانون کار و شرکتی سالانه بیست و شش روز حق مرخصی استحقاقی (به ازای هر ماه کاری تقریباً ۲روز) با استفاده از حقوق و مزایا دارند که حداکثر نه روز از این مرخصی قابل ذخیره شدن/قابل پرداخت است.

هر کارمند برای استفاده از مرخصی باید به ترتیب زیر رفتار کند.

۱. کارمند درخواست خود را در سیستم تردد با درج شروع و پایان تاریخ مرخصی استحقاقی وارد می نماید.
۲. کارمند درخواست مرخصی را به مسئول مافوق اطلاع می دهد .
۳. اگر مسئول مافوق با مرخصی کارمند موافقت نماید ، در سیستم تأیید می نماید و وی مجاز به استفاده از مرخصی است.

۴. اگر مسئول مافوق موافقت ننماید، مرخصی برای پرسنل در آن تاریخ قابل استفاده نمی باشد و فرد طبق برنامه تنظیمی باید در محل کار حاضر شود.

❖ مرخصی استعلاجی

هرگاه کارمند بیمار باشد و پزشک معالج برای او استراحت تجویز نماید، کارمند پس از طی مراحل قانونی مجاز به استفاده از مرخصی استعلاجی است.

۱. کارمند دچار بیماری می شود.

۲. کارمند بیمار به پزشک معالج مراجعه می کند.

۳. پزشک علاوه بر تجویز دارو، استراحت در منزل هم توصیه می کند.

۴. توصیه به استراحت را پزشک به صورت کتبی می نویسد (گواهی پزشک)

۵. کارمند بلافاصله استعلاجی خود را برای مسئول/سرپرستار و کارشناس منابع انسانی مسئول پرونده اش ارسال می نماید تا تأمین نیروی انسانی به موقع جهت جلوگیری از اختلال در کار درمان صورت گیرد و نیز قوانین استعلاجی برای ایشان به موقع اجرا شود.

۶. حداکثر در اولین روز بعد از استفاده از مرخصی استعلاجی گواهی پزشک اصل را تحویل مسئول مافوق می دهد.

۷. در مورد استعلاجی زیر سه روز، گواهی توسط پزشک معتمد مرکز بررسی و پس از تأیید به اداره منابع انسانی جهت ثبت در سیستم کسرا ارائه می شود.

***تبصره:** پزشک معتمد مرکز جناب آقای دکتر یزدانی متخصص بیهوشی هستند.

۸. در مورد استعلاجی بالای سه روز برای مشمولین استخدام رسمی-رسمی آزمایشی و طرحی مکاتبه با معاونت درمان جهت تأیید نهایی استعلاجی می شود و برای مشمولین قراردادی و شرکتهای حقوق قطع و بررسی و تأیید نهایی استعلاجی با سازمان تأمین اجتماعی خواهد بود.

نکته: در صورت عدم تأیید استعلاجی، مرخصی استحقاقی/بدون حقوق در نظر گرفته می شود.

❖ مرخصی بدون حقوق

کارمندان دستگاههای اجرایی برای مشمولین استخدامی (رسمی و رسمی آزمایشی) در طول مدت سی سال خدمت با موافقت دستگاه حداکثر از سه سال مرخصی بدون حقوق استفاده خواهند نمود. برای مشمولین پیمانی و قرارداد کار

معین حداکثر تا پایان قرارداد و برای مشمولین قرارداد مشاغل کارگری و قانون کار در یکسال حداکثر یک ماه و برای شرکتی ها مرخصی بدون حقوق امکان پذیر نمی باشد. برای نیروهای طرحی در طول طرح حداکثر به مدت دو ماه می توانند از مرخصی بدون حقوق استفاده نمایند.

قوانین مربوط به استفاده از مرخصی بدون حقوق بابت ادامه تحصیل مستخدم و یا همسر متفاوت می باشد که در صورت نیاز به بهره مندی، پرسنل درخواست را به اداره منابع انسانی مرکز به منظور بررسی و طی مراحل قانونی ارائه می نماید.

❖ روند ارتقاء شغلی

انتصاب و ارتقای شغلی کارمندان با رعایت شرایط تحصیلی و تجربی لازم و پس از احراز شایستگی و عملکرد موفق در مشاغل قبلی آنان صورت گیرد. به منظور استقرار نظام شایستگی و ایجاد ثبات خدمت در مدیران دستگاههای اجرایی موظفند اقدامات زیر را انجام دهند:

در انتخاب و انتصاب افراد به پست های مدیریت حرفه ای، شرایط تخصصی لازم را تعیین نمایند تا افراد از مسیر ارتقاء شغلی به مراتب بالاتر ارتقاء یابند. در مواردی که از این طریق امکان انتخاب وجود نداشته باشد با برگزاری امتحانات تخصصی لازم انتخاب صورت می پذیرد.

دستگاه های اجرایی موظفند امکان ارتقاء مسیر شغلی را با توجه به امتیازات مربوطه در فضای رقابتی سالم برای کلیه کارکنان فراهم کنند.

وزارتخانه به منظور حفظ سرمایه های انسانی و شناسایی افراد واجد شرایط احراز پست های مدیریت، نسبت به ایجاد بانک اطلاعات مدیران جهت استفاده مقامات و مدیران ذیربط اقدام نموده است.

نکته: جهت اطلاع از روند ارتقای شغلی به اداره منابع انسانی مرکز مراجعه و پروتکل مربوطه را مطالعه بفرمایید.

❖ امکانات رفاهی کارکنان

اداره رفاه این مرکز امکانات زیر را جهت رفاه کلیه کارکنان ارائه می نماید که شامل:

۱. وام خرید کالا، مسکن و خودرو با توجه به اولویت.

۲. هماهنگی با روابط عمومی دانشگاه در جهت برگزاری کلاسهای فوق برنامه نظیر زبانهای خارجی با در نظر گرفتن تخفیف.

۳. هماهنگی با مدیریت بیمارستان و روابط عمومی دانشگاه در جهت رزرو سالن ورزشی و استخر در اوقات فراغت کارکنان.

۴. توجه به امکانات تفریحی کارکنان و تامین اسکان آنها طبق ظرفیتهای اعلام شده از قبیل ویلای چادگان و مهمانسرای علوم پزشکی مشهد و...

۵. توجه به امور فرهنگی کارکنان نظیر برگزاری هفتگی جلسات قرآن و توجه به سایر امور فرهنگی و معنوی.

❖ مجازات یا تنبیهات اداری

بر اساس ماده ۹، قانون رسیدگی به تخلفات اداری عبارتند 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 حداکثر تا یک سوم از یک ماه تا یکسال

د: انفصال موقت از یک ماه تا یکسال

ه: تغییر محل جغرافیایی خدمت به مدت یک تا پنج سال

و: تنزل مقام و یا محرومیت از انتصاب به پستهای حساس و مدیریتی در دستگاههای دولتی و دستگاههای مشمول این

قانون

ز: تنزل یک یا دو گروه و یا تعویق در اعطای یک یا دو طبقه شغلی به مدت یک یا دو سال

ح: بازخرید خدمت در صورت داشتن کمتر از ۲۰ سال سابقه خدمت دولتی در مورد مستخدمین زن و کمتر از ۲۵ سال

سابقه خدمت دولتی در مورد مستخدمین مرد با پرداخت ۳۰ تا ۴۵ روز حقوق مبنای مربوط در قبال هر سال خدمت به

تشخیص هیأت صادر کننده رأی

ط: بازنشستگی در صورت داشتن از بیست سال سابقه خدمت دولتی برای مستخدمین زن و بیش از ۲۵ سال سابقه

خدمت دولتی برای مستخدمین مرد بر اساس سنوات خدمت دولتی یا تقلیل یک یا دو طبقه شغلی

ی: اخراج از دستگاه متبوع

ک: انفصال دائم از خدمات دولتی و دستگاههای مشمول این قانون



❖ منشور حقوق بیمار در ایران

با توجه به حفظ کرامت انسانی و ایجاد یک ارتباط سازنده، بین گیرنده خدمت و ارائه دهنده آن جهت استقرار یک

مراقبت مطلوب ۵ محور حقوق بیمار به ترتیب زیر شرح داده می شود:

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.

۱-۱) شایسته شأن و منزلت انسان و با احترام به ارزش ها، اعتقادات فرهنگی و مذهبی باشد.

۱-۲) بر پایه صداقت، انصاف، ادب و همراه با مهربانی باشد.

۱-۳) فارغ از هر گونه تبعیض از جمله قومی، فرهنگی، مذهبی، نوع بیماری و جنسیتی باشد.

۱-۴) بر اساس دانش روز باشد.

۱-۵) مبتنی بر برتری منافع بیمار باشد.

۱-۶) توزیع منابع سلامت مبتنی بر عدالت و اولویت های درمانی بیماران باشد.

۱-۷) مبتنی بر هماهنگی ارکان مراقبت اعم از پیشگیری، تشخیص، درمان و توانبخشی باشد.

۱-۸) به همراه تامین کلیه امکانات رفاهی پایه و ضروری و به دور از تحمیل درد و رنج و محدودیت های غیر ضروری

باشد.

۱-۹) توجه ویژه ای به حقوق گروه های آسیب پذیر جامعه از جمله کودکان، زنان باردار، سالمندان، بیماران روانی،

زندانیان، معلولین ذهنی و جسمی و افراد بدون سرپرست داشته باشد.

۱-۱۰) در سریعترین زمان ممکن و با احترام به وقت بیمار باشد.

۱-۱۱) با در نظر گرفتن متغیرهایی چون زبان، سن و جنس گیرندگان خدمت باشد.

۱۲-۱) در مراقبت های ضروری و فوری (اورژانس) ، بدون توجه به تامین هزینه ی آن صورت گیرد. در موارد غیر فوری (الکتیو) بر اساس ضوابط تعریف شده باشد.

۱۳-۱) 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.

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

۱۵-۱) 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.

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

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

۲-۲-۲) 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

۲-۲-۳) 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

۲-۲-۴) 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 تاثیر گذار در روند تصمیم گیری بیمار

۲-۲-۵) نحوه ی دسترسی به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی در طول درمان

۲-۲-۶) کلیه اقداماتی که ماهیت پژوهشی دارند.

۲-۲-۷) ارائه آموزش های ضروری برای استمرار درمان نحوه ی ارائه اطلاعات باید به صورت ذیل باشد.

۱) 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 علیرغم 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.

۲) بیمار می تواند به کلیه ی تصاویر 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.

۳-۱) محدوده انتخاب و تصمیم گیری درباره موارد ذیل می باشد:

۳-۱-۱) انتخاب پزشک معالج و مرکز ارائه کننده ی خدمات سلامت در چارچوب ضوابط

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

۳-۱-۳) مشارکت یا عدم مشارکت در پژوهش های زیستی با اطمینان از اینکه تصمیم گیری وی تأثیری در تداوم و نحوه ی دریافت خدمات سلامت ندارد

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

۳-۱-۵) 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 مدنظر ارائه

کنندگان خدمات سلامت و تصمیم گیرنده جایگزین بیمار، قرار گیرد

شرایط انتخاب و تصمیم گیری شامل موارد ذیل می باشد:

۳-۲-۱) انتخاب و تصمیم گیری بیمار باید آزادانه و آگاهانه، مبتنی بر دریافت اطلاعات کافی و جامع (مذکور در بند

دوم) باشد.

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

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

۴-۱) رعایت اصل رازداری راجع به کلیه ی اطلاعات مربوط به بیمار الزامی است ، مگر در مواردی که قانون ان را استثناء کرده باشد.

۴-۲) 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.

۴-۳) فقط بیمار و گروه درمانی و افراد مجاز از طرف بیمار و افرادی که به حکم قانون مجاز تلقی می شوند می توانند به اطلاعات دسترسی داشته باشند.

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

محور پنجم: دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات حق بیمار است .

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

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

۵-۳) خسارت ناشی از خطای ارائه کنندگان خدمات سلامت باید پس از رسیدگی و اثبات مطابق مقررات، در کوتاه ترین زمان ممکن جبران شود.

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

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

رعایت حقوق کارکنان نیز مطابق با موارد زیر لازم الاجرا می باشد :

- ۱- مصونیت از هرگونه تعرض و پرخاشگری گفتاری و کرداری توسط بیماران ، همراهان ، مراجعین و سایر کارکنان
 - ۲- داشتن امنیت برای ایفای وظایف شغلی اعم از امنیت مالی، جانی ، شغلی و معنوی
 - ۳- حمایت و مساعدت قضایی از سوی مسئولین در مواردی که به سبب انجام وظایف شغلی مورد تهدید یا پیگرد قرار می گیرند
 - ۴- امتناع از انجام دادن اعمال خلاف اصول و قواعد شرعی ، شغلی و حرفه ای که موجب آسیب دیدن بیمار می شود (حق پایبندی به قسم نامه های حرفه ای)
 - ۵- تصمیم گیری بر پایه ی اصول علمی و قانونی و پروتکل های مصوب و حق داشتن استقلال در تصمیم گیری ها در حدود شرح وظایف
 - ۶- برخورداری از سلوک مناسب و رفتار محترمانه و تکریم از سوی مسئولین، کارکنان ، ماموران دولتی، بازرسان، بیماران و همراهان ایشان
- براساس ماده ۶۰۷ قانون تمبر نسبت به مامورین دولتی، ماده ۶۰۸ و ۶۰۹ قانون هتک حرمت اشخاص، پرسنل بیمارستان در قبال تهدید و توهین افراد از طرف قانون حمایت می شوند.
- مجازات توهین به افراد ، شامل شلاق تا ۷۲ ضربه و جریمه نقدی خواهد بود.



❖ تعریف ایمنی بیمار

به گفته‌ی سازمان جهانی بهداشت، ایمنی بیمار، عبارت است از پیشگیری یا کاهش احتمال بروز آسیب‌ها و صدمات مرتبط با مراقبت‌های سلامت، به کمترین حد قابل قبول.

❖ اهداف ایمنی بیمار

ایمنی بیمار، تلاش در جهت پیشگیری و کاهش خطرات، خطاها و آسیب‌هایی است که در حین ارائه‌ی خدمات سلامت، برای بیماران ایجاد می‌شود. اساس ایمنی بیمار، بهبود مداوم بر پایه‌ی یادگیری از خطاها و وقایع ناگوار می‌باشد. اصول اولیه ایمنی بیمار در ۹ راه حل ایمنی بیمار ارائه شده از سوی سازمان بهداشت جهانی گنجانده شده است.

❖ ۹ راه حل ایمنی بیمار

۱	شناسایی صحیح بیمار
۲	برقراری ارتباطات موثر کارکنان سلامت در زمان تحویل بیمار
۳	Rights ^۷ دارودهی
۴	انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار
۵	تضمین صحت دارویی در مراحل انتقالی ارائه خدمات
۶	کنترل محلول‌های الکترولیتی با غلظت بالا
۷	اجتناب از اتصالات نادرست کاتترها و لوله‌ها
۸	استفاده‌ی یکباره از وسایل تزریقات
۹	بهبود بهداشت دست جهت جلوگیری از عفونت‌ها

واحد ایمنی بیمار با استفاده از رویکردهای مختلف از قبیل آموزش های مداوم، الزام به رعایت دستورالعمل‌ها، پایش و ارزیابی مکرر بخش‌ها و کارکنان بالینی برای ارتقای روز افزون ایمنی بیمار تلاش می‌کند. همچنین با ترغیب کارکنان به گزارش داوطلبانه خطاها بر این است تا نگرش کارکنان را در جهت بهبود فرهنگ ایمنی بیمار ارتقا ببخشد.

❖ فعالیت های واحد ایمنی بیمار

- دریافت ثبت و بررسی خطاها و محاسبه شاخص ها
- برگزاری جلسات RCA
- برگزاری واکراندهای مدیریتی ایمنی
- بررسی پرونده های بستری مجدد
- آموزش پرسنل در حیطه ایمنی بیمار
- بررسی ریسک خطاها با رویکرد پیشگیرانه

❖ شاخص های ایمنی بیمار

- شاخص سقوط بیمار
- شاخص زخم بستر
- شاخص عوارض بیهوشی
- شاخص عوارض جراحی
- شاخص سوختگی با کوتر
- عوارض انتقال خون
- ترومبوز وریدی پس از جراحی
- میزان ترومای تولد - ترومای نوزادی
- میزان ترومای تولد - ترومای مادری
- میزان رعایت بهداشت دست ها
- میزان عفونت بیمارستانی
- درصد خطاهای پزشکی منجر به مرگ یا آسیب

❖ دستورالعمل های ایمنی بیمار

- دستورالعمل شناسایی صحیح بیمار
- دستورالعمل پیشگیری از سقوط بیمار
- دستورالعمل تزریقات ایمن
- دستورالعمل جراحی ایمن
- دستورالعمل اخذ رضایت آگاهانه از بیمار
- دستورالعمل تضمین صحت دارویی
- دستورالعمل داروهای هشدار بالا
- دستورالعمل داروهای با اسامی و اشکال مشابه
- دستورالعمل داروهای حیات بخش و ضروری
- دستورالعمل پیشگیری از زخم فشاری
- دستورالعمل پیشگیری از اتصالات نادرست کاتترها و لوله ها
- دستورالعمل برقراری ارتباطات در حین تحویل بیماران
- دستورالعمل بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار

❖ خطاهای پزشکی و فرآیند گزارش دهی خطا

—تعریف خطا

قصور خدمت یا ارتکاب عمل اشتباه در برنامه ریزی یا اجرا که به طور بالفعل یا بالقوه باعث یک نتیجه ناخواسته می شود. حوادثی که متعاقب یک مداخله یا مواجهه پزشکی منجر به آسیب به بیمار از سوی ارائه کنندگان می گردند و با شرایط بیمار و بیماری زمینه ای او ارتباطی نداشته و خارج از سیر قابل انتظار بیماری رخ می دهند .

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 خطا در آینده ارائه دهند.

–انواع خطاهای درمانی

۱. Sentinel Event (با عارضه پایدار یا مرگ)

حوادثی که موجب مرگ و میر و یا نقص عضو و عارضه پایدار در بیمار خواهد شد که در اینگونه حوادث بلافاصله کمیته ایمنی تشکیل شده و بررسی و RCA می گردد.

۲. Near miss Event (نزدیک به خطا)

اشتباهاتی که توانایی بالقوه ایجاد حادثه یا اتفاق ناخواسته را دارد اما به علت شانس متوقف نشده و روی نداده است .

۳. No harm Event (بدون آسیب)

حوادثی که اتفاق می افتد ولی نتیجه هیچ آسیبی جهت بیمار ندارد (No Actual Harm) ولی حالت بالقوه در ایجاد آسیب را تا پایان پروسه دارد . حادثه متوقف نمی شود ولی عارضه ندارد .

۴. Adverse Event (با عارضه گذرا و کوتاه مدت)

حوادثی که اتفاق می افتاد و برای بیمار عارضه کوتاه مدت و گذرا خواهد داشت مثلا مبتلا بیمار به آمپول کفلین حساسیت دارد ولی اشتباها به ایشان تزریق می شود که بیمار دچار کهیر و خارش شده و طی مدت زمان کوتاهی عارضه برطرف می گردد.

۵. Never Event (وقایعی که نباید رخ دهند)

–فرآیند گزارش دهی خطا

در صورت وقوع وقایع ناخواسته گزارش دهی در اسرع وقت توسط مسئول بخش در شیفت صبح به کارشناس هماهنگ کننده ایمنی و در شیفت عصر و شب به سوپروایزر وقت انجام می شود. سوپروایزر وقت موظف است گزارش را در اسرع وقت به اطلاع کارشناس ایمنی برساند.

❖ وقایع ناخواسته درمانی که ۲۸ مورد می باشد و در صورت رخداد این موارد بلافاصله سوپروایزر وقت در جریان قرار گیرد،

به صورت ذیل می باشد:

کد	شرح موارد ۲۸ گانه	حیطه وقایع
۱	انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی عضو سالم	وقایع مرتبط با اعمال جراحی
۲	انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی بیمار دیگر	
۳	انجام عمل جراحی به روش اشتباه بر روی بیمار (مثال: در بیماری که مبتلا به توده های متعدد بافتی در یک عضو از بدن است و می باید یکی از توده های بافتی را که اثر فشاری ایجاد کرده است، برداشته شود و به اشتباه توده دیگری مورد عمل جراحی قرار گیرد.	
۴	جا گذاشتن هر گونه Device اعم از گاز و قیچی و پنس در بدن بیمار	
۵	مرگ در حین عمل جراحی یا بلافاصله بعد از عمل در بیمار دارای وضعیت سلامت طبیعی (کلاس یک طبقه بندی ASA انجمن بیهوشی آمریکا)	
۶	تلقیح مصنوعی با دهنده (Donor) اشتباه در زوجین نابارور	
۷	مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هرگونه استفاده از دارو و تجهیزات آلوده میکروبی	وقایع مرتبط با تجهیزات پزشکی
۸	مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال استفاده از دستگاه های آلوده (مثال: وصل دستگاه دیالیز HBS Ag آنتی ژن مثبت به بیمار HBS Ag آنتی ژن منفی)	
۹	مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه آمبولی عروقی	
۱۰	ترخیص و تحویل نوزاد به شخص و یا اشخاص غیر از ولی قانونی	
۱۱	مفقود شدن بیمار در زمان بستری که بیش از ۴ ساعت طول بکشد (مثال: زندانیان بستری)	
۱۲	خودکشی یا اقدام به خودکشی در مرکز درمانی	وقایع مرتبط با مدیریت مراقبتی بیمار
۱۳	مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه اشتباه در تزریق نوع دارو، زمان تزریق دارو و...	
۱۴	مرگ یا ناتوانی جدی مرتبط با واکنش همولیتیک به علت تزریق گروه خون اشتباه در فرآورد های خونی	
۱۵	کلیه موارد مرگ یا عارضه مادر و نوزاد بر اثر زایمان طبیعی و یا سزارین	
۱۶	مرگ یا ناتوانی جدی به دنبال هیپوگلیسمی در مرکز درمانی	
۱۷	زخم بستر درجه ۳ یا ۴ بعد از پذیرش بیمار	
۱۸	کرنیکتروس نوزاد ناشی از نعل در درمان	
۱۹	مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به علت هرگونه دستکاری غیر اصولی ستون فقرات (مثال: به دنبال فیزیوتراپی)	

کتابچه توجیهی بدو ورود کارکنان

مرگ یا ناتوانی جدی در اعضای تیم احیاء متعاقب هر گونه شوک الکتریکی به دنبال احیا بیمار که میتواند ناشی از اشکالات فنی تجهیزات باشد.	۲۰	سایر
حوادث مرتبط با استفاده اشتباه گازهای مختلف به بیمار	۲۱	
سوختگی های به دنبال اقدامات درمانی مانند الکترودهای اتاق عمل	۲۲	
موارد مرتبط با محافظ و نگهدارنده های اطراف تخت	۲۳	
سقوط بیمار	۲۴	
موارد مرتبط با عدم رعایت و عدول از چارچوب اخلاق پزشکی	۲۵	
هرگونه آسیب فیزیکی (ضرب و شتم و ...) وارده به بیمار	۲۶	
ربودن بیمار	۲۷	
اصرار به تزریق داروی خاص خطر آفرین یا قطع عمدی اقدامات درمانی توسط کادر درمان	۲۸	

کنترل عفونت



❖ تاریخچه عفونت های بیمارستانی

عفونت بیمارستانی، عفونتی است که بر اثر بروز واکنش های سوء ناشی از وجود عامل عفونی یا سم حاصل از آن پدید می آید و بیمار در زمان پذیرش در بیمارستان به آن عفونت مبتلا نبوده و در دوره کمون آن هم نمی باشد. دوره کمون تحت تاثیر شرایط متعددی قرار می گیرد ولی برای اکثر عفونت ها این زمان ۴۸ ساعت پس از بستری شدن بیمار در نظر گرفته می شود.

سابقه عفونت های بیمارستانی به زمان ایجاد بیمارستان در دنیا برمیگردد. بنابراین، عفونت های بیمارستانی از زمانی آغاز می شود که برای مراقبت و درمان بیماران از قرن چهارم میلادی در نقاط مختلف دنیا بیمارستان تاسیس گردید. هرچه تعداد بیمارستان ها، تعداد بخش های بستری و سرپایی، تنوع خدمات درمانی و تعداد بیماران افزایش می یافت اهمیت این عفونت ها هم بیشتر می شد زیرا ابتلا به این عفونت نه تنها موجب افزایش مرگ و میر و عوارض ناشی از آنها می شد، بلکه با افزایش طول مدت بستری هزینه های سرسام آوری را به بیمارستان و خانواده ها تحمیل می کرد.

برای نامگذاری این عفونت ها از اصطلاح "Hospital Acquired infection" یا "عفونت های اکتسابی از بیمارستان" یا "Nosocomial Infection" استفاده شده است. اصطلاح Nosocomial از ترکیب کلمات یونانی Nosos (بیماری) و Komeion (مواظبت) درست شده است.

امروزه عنوان (HCAI) "Health Care Associated Infection" یا "عفونت های ناشی از خدمات مراقبت / سلامت" یا "عفونت های مرتبط با مراقبت از بیمار" برای اینگونه عفونت ها توسط سازمان جهانی بهداشت توصیه شده است. این عنوان جامع تر، نه تنها شامل عفونت های بیمارستانی می شود بلکه عفونت هایی که در هر نوع مراقبت از بیماران اعم از داخل و خارج بیمارستان مانند کلینیک ها، دندانپزشکی و مراکز ارائه خدمات بهداشتی و درمانی رخ می دهد را شامل می شود.

❖ وضعیت عفونت‌های بیمارستانی در جهان

همزمان با افزایش جمعیت و افزایش تعداد بیمارستان‌ها و افزایش در تنوع خدمات درمانی و جراحی‌های مختلف به ویژه افزایش پیوند اعضا، افزایش طول عمر و امید به زندگی و افزایش طول عمر بیماران دچار نقص ایمنی، در سراسر جهان مشکل عفونت‌های بیمارستانی و به عبارت بهتر عفونت‌های ناشی از خدمات مراقبت / سلامت (HCAI) به یک اولویت مهم سلامت تبدیل شده است.

در مطالعه‌ای که سازمان جهانی بهداشت در ۵۵ بیمارستان از ۱۴ کشور در ۴ منطقه اروپا، مدیترانه شرقی، جنوب شرقی آسیا و منطقه غرب اقیانوس آرام انجام داده است میزان عفونت‌های بیمارستانی به ترتیب ۷/۷، ۱۱/۸، ۱۰ و ۹ درصد گزارش شد که براین اساس منطقه مدیترانه شرقی که شامل ایران نیز می باشد بیشترین آمار عفونت را نشان می دهد.

❖ وضعیت عفونت‌های بیمارستانی در ایران

مرور مطالعات انجام شده در بیمارستان‌های کشور نشان می‌دهد میزان عفونت‌های بیمارستانی در ایران در حدود ۱۰-۱۵ درصد برآورد می‌شود، اما برآورد سازمان جهانی بهداشت از میزان این عفونت‌ها در ایران ۸/۸ درصد است. شایان ذکر است این عدد، میانگین میزان عفونت در کشور بوده و میزان عفونت از یک استان به استانی دیگر و در بیمارستان‌های مختلف متفاوت است. حتی در یک بیمارستان هم آمار عفونت‌های بیمارستانی در بخش‌های مختلف آن متفاوت است. مثلاً ممکن است این میزان در بخش روانپزشکی ۳-۲ درصد و در بخش مراقبت‌های ویژه، سوختگی و پیوند بیش از ۳۰ درصد باشد.

❖ اهداف کلی کنترل عفونت‌های بیمارستانی

- پیشگیری از انتقال عفونت‌ها در داخل بیمارستان و مراکز بهداشتی-درمانی
- کاهش ابتلا، عوارض و مرگ ناشی از عفونت‌ها در مراکز ارائه کننده خدمات بهداشتی-درمانی
- کاهش هزینه‌های بیمارستانی از طریق کاهش میانگین بستری و کاهش مداخلات درمانی
- حفاظت از بیماران، همراهان و ملاقات کنندگان و افزایش رضایتمندی آنان
- حفظ سلامت و روحیه کارکنان

❖ نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی و نظام جمع آوری، گزارش دهی و تجزیه و تحلیل و ارائه پس‌خوراند

نظام جمع آوری داده‌ها

جمع آوری داده‌های مربوط به عفونت‌های بیمارستانی به عهده تیم کنترل عفونت است که متشکل از پرستار کنترل عفونت، پزشک کنترل عفونت و کارشناس آزمایشگاه می‌باشد. با توجه به الگوریتم تشخیص عفونت بیمارستانی برای هر بیمار مشکوک به عفونت، فرم شماره یک بیماریابی تکمیل می‌گردد. مدت زمان تکمیل فرم از زمان مشکوک شدن به عفونت تا ترخیص یا فوت بیمار ادامه می‌یابد و در این مدت، بیمار تحت نظر می‌باشد. اطلاعات این فرم‌ها در قالب گزارش آمار عفونت‌های بیمارستانی در جلسه کمیته پیشگیری و کنترل عفونت بیمارستان به اطلاع اعضای کمیته رسانده می‌شود.

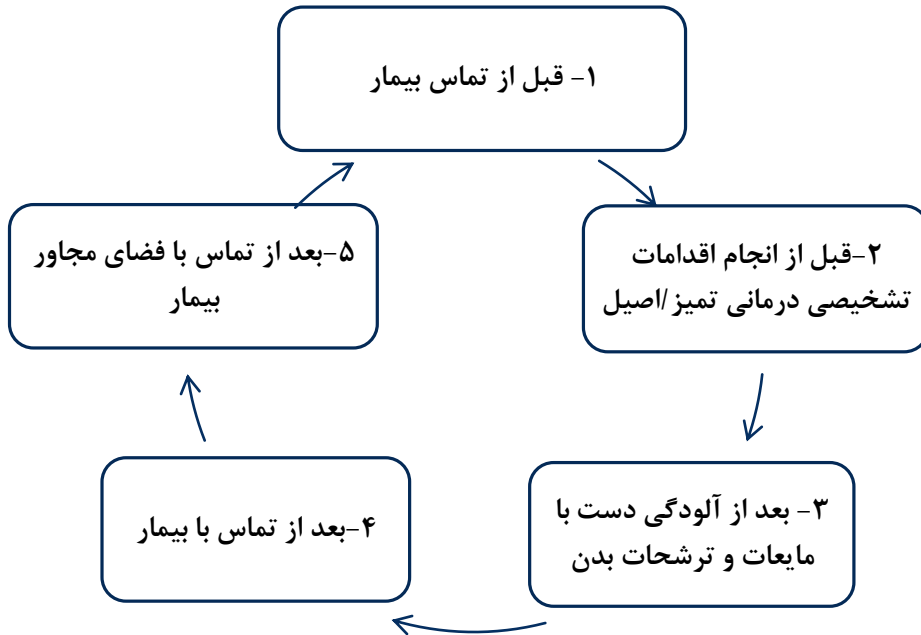
داده‌ها در بیمارستان و توسط پرستار کنترل عفونت وارد سامانه مراقبت عفونت‌های بیمارستانی می‌گردد. سپس در سامانه مربوطه داده‌ها و تجزیه و تحلیل آن در اختیار بیمارستان، مرکز بهداشت شهرستان، دانشگاه، وزارتخانه و سازمان‌های دارای تشکیلات بهداشت و درمان مانند تامین اجتماعی و نیروهای مصلح قرار می‌گیرد.

❖ شاخص‌های کنترل عفونت

۱- بهداشت دست

نکته: اگر بهداشت دست رعایت نشود میکروارگانیزم‌ها از طریق دست میتوانند از یک موضع بیمار به موضع دیگری از همان بیمار و یا از یک بیمار به بیمار دیگر به صورت متقاطع منتقل شوند. در میان این زنجیره "حذف یا عدم رعایت مناسب بهداشت دست" مهم‌ترین عامل در انتقال عفونت از طریق دست‌های آلوده محسوب می‌شود. در واقع هدف از رعایت بهداشت دست اجتناب از کلونیزه شدن میکروارگانیزم‌ها و انتقال عفونت به بیماران، کارکنان و آلودگی محیط است.

❖ مدل "۵ موقعیت برای رعایت بهداشت دست":



❖ اندیکاسیون اصلی برای پوشیدن دستکش در مراکز خدمات سلامت

دو اندیکاسیون اصلی برای پوشیدن دستکش در مراکز خدمات سلامت وجود دارد:

۱. حفاظت دست ها از آلودگی با مواد آلی و میکروارگانیسم ها
۲. کاهش احتمال خطر انتقال میکروارگانیسم های عفونی به بیماران، کارکنان و سایرین.

❖ در موارد زیر باید دستکش پوشید:

۱. در تمامی مواقعی که احتمال تماس با خون، مایعات و ترشحات بدن، غشاهای مخاطی و پوست آسیب دیده بیمار وجود دارد.
۲. قبل از انجام پروسیجر آسپتیک
۳. در موارد تماس با بیماری که در زمان مراقبت یا تماس با محیط مجاور وی، رعایت احتیاط تماسی الزام است.
۴. برای رعایت احتیاط های استاندارد و تماسی باید دستکش پوشید.

❖ مثال هایی از مواردی که پوشیدن دستکش ضروری نمی باشد:

در این موارد احتمال تماس مستقیم یا غیر مستقیم کارکنان خدمات سلامت با خون، مایعات بدن بیمار و یا محیط آلوده وجود ندارد.

۱. تماس مستقیم با بیمار

گرفتن فشار خون، درجه حرارت و نبض بیمار، TPN، تزریق زیر پوستی یا عضلانی به بیمار، لباس پوشانیدن به بیمار، جابجایی بیمار، مراقبت از گوش و یا چشم بیماران در صورت فقدان ترشحات، هرگونه دستکاری کاتتر عروقی در صورت عدم نشئت خون.

۲. تماس غیر مستقیم با بیماران

استفاده از گوشی تلفن مشترک بین بیماران و کادر، درج گزارش در پرونده بالینی و یا چارت بالای سر بیمار، دادن داروی خوراکی به بیماران، توزیع یا جمع آوری سینی غذا بیمار، تعویض ملحفه بیمار (در صورتی که بیمار ایزوله تماسی نباشد و یا ملحفه بیمار آلوده به ترشحات و مواد دفعی نباشد)، گذاردن ماسک تنفسی و یا کانولای بینی به صورت غیر تهاجمی برای بیمار، جابجایی اثاثیه بیمار.

۲- استفاده از وسایل حفاظت فردی

عوامل عفونی از طریق دست های آلوده، پوست و لباس کارکنان خدمات سلامت قابل انتقال می باشد. عامل عفونی میتواند از کارکنان خدمات سلامت به یکدیگر و بیماران، از بیمار به بیمار توسط کارکنان خدمات سلامت، از بیمار به کارکنان خدمات سلامت و همچنین از محیط به کارکنان خدمات سلامت انتقال یابد.

منظور از وسایل حفاظت فردی، موانع مختلفی است که به تنهایی یا توأم برای حفاظت غشاء مخاطی، راه هوایی، پوست و لباس از تماس با عامل عفونی کاربرد دارند. وسایل حفاظت فردی مورد استفاده جهت پیشگیری از عفونت، علاوه بر محافظت کارکنان خدمات سلامت و پیشگیری از ابتلای آنان، از انتقال عفونت به سایر بیماران، ملاقات کنندگان و بستگان بیماران و کارکنان خدمات سلامت جلوگیری می کند. وسایل حفاظت فردی در احتیاط های استاندارد شامل دستکش، گان، ماسک، محافظ چشم و صورت، عینک، پیش بند، روکفشی و کلاه می باشند که برای محافظت پوست،

لباس، غشاء مخاطی و راه هوایی در برابر عوامل عفونی به کار می روند. انتخاب وسیله حفاظت فردی مناسب بر اساس نوع پروسیجری می باشد که کادر درمان انجام می دهند یعنی میزان تماس کارکنان خدمات سلامت با بیمار و احتمال مواجهه با خون، مایعات بدن و عوامل عفونی. به طور مثال، برای خون گیری یا رگ گیری، استفاده از دستکش و در صورت اینتوباسیون، استفاده از دستکش، گان و محافظ صورت یا مجموع ماسک و عینک توصیه می شود.

❖ برای انتخاب و استفاده از وسایل حفاظت فردی، نکات زیر باید در نظر گرفته شود:

- قبل از ارائه هر نوع مراقبت برنامه ریزی شده برای بیمار، احتمال مواجهه با مواد، مایعات و ترشحات بدن یا سطوح آلوده ارزیابی شود.
- به طور معمول وسیله حفاظت فردی بر اساس ارزیابی خطر و نوع مواجهه مورد انتظار انتخاب گردد.
- از وجود وسایل حفاظت فردی در همه نوبت های کاری اطمینان حاصل شود زیرا ممکن است وسایل موجود، در یک رویداد غیر منتظره اورژانسی مصرف شده باشند.

❖ توجه شود که وسایل حفاظت فردی:

- احتمال انتقال عفونت را کاهش می دهند ولی این احتمال را کامل از بین نمی برند.
- فقط در صورتی که درست استفاده شوند موثرند.
- جایگزین اصلی ترین جزء کنترل عفونت یعنی بهداشت دست ها نمی شوند.
- بعد از خروج آنها، بهداشت دست رعایت گردد.

✓ هنگام استفاده از وسایل حفاظت فردی باید مراقب خود، دیگران و محیط بود تا از آلودگی جلوگیری شود.

۳- مدیریت مواجهه شغلی

در مواجهه شغلی توجه به دو نکته زیر اهمیت دارد:

۱. اطمینان یافتن از دریافت داروهای پیشگیری کننده: الزام واکسن یا ایمنوگلوبولین برای کارکنان خدمات سلامت
۲. اطمینان یافتن از این که به دنبال مواجهه پرسنل با عوامل عفونی مشخص، آنان از نحوه درمان، خطر انتقال عفونت به سایرین (بیماران و سایر کارکنان) و روش های پیشگیری از انتقال عفونت به دیگران اطلاع دارند.

تعریف مواجهه شغلی

تماس از طریق فرو رفتن سوزن در پوست یا بریدگی با شی تیز (نیدل استیک)، تماس مخاطات یا پوست ناسالم، مانند پوست ترک خورده یا خراشیده شده یا مبتلا به درماتیت با:

- تماس با خون، مایعات آلوده به خون و سایر مایعات و بافت ها که بالقوه عفونی هستند.
- تماس با سایر مایعات عفونی شامل مایع مغزی نخاعی، مایع پریکارد، مایع پریتونئ، مایع آمنیون، مایع پلور، مایع سینوویال، مایع منی، مایع واژینال و شیر مادر.
- تماس با ادرار، بزاق، مدفوع، خلط، عرق، اشک، مواد معده، استفراغ و ترشحاتی که آغشته به خون می باشند.

مدیریت مواجهه شغلی

مراحل PEEP شامل مداوای محل مواجهه، ثبت و گزارش دهی، ارزیابی خطر مواجهه، ارزیابی منبع مواجهه، ارزیابی فرد مواجهه یافته، پیشگیری از عفونت ها، پیگیری و مشاوره می باشد.

۱. اقدامات پس از مواجهه

- تمیز کردن سریع محل آسیب
- شستن پوست با آب ولرم و صابون
- شستن مخاطات با آب فراوان
- عدم فشار محل آسیب
- عدم استفاده از الکل، بتادین، هیدروژن پراکسید و سایر مواد شیمیایی

توجه:

- ✓ استفاده از ماده ضد عفونی کننده (کلر هگزیدین ۴-۲ درصد) برای مراقبت از زخم یا فشار دادن زخم برای خروج مایع، هیچ تاثیری در کاهش خطر انتقال ویروس ندارد (ولی ضد عفونی کردن زخم، ممنوع نمی باشد).
- ✓ تزریق ماده ضد عفونی کننده، یا گندزدا، یا به کار گیری موادی مانند سفید کننده (bleach) در داخل زخم، توصیه نمی شود.

۲- گزارش مواجهه به سوپروایزر کنترل عفونت

- گزارش تاریخ و زمان مواجهه

- گزارش جزئیات مواجهه و همچنین استفاده از وسایل محافظت شخصی در زمان مواجهه

- گزارش نوع، شدت و مقدار مایع که با آن مواجهه صورت گرفته

- گزارش جزئیات منبع مواجهه از نظر نوع آلودگی به ویروس ها

- گزارش منبع مواجهه از نظر رفتار پرخطر

- گزارش سابقه قبلی واکسیناسیون هپاتیت B

- گزارش سطح قبلی HBs Ab

۳- انجام آزمایشات سرولوژی برای ویروس های هپاتیت B, C و HIV

۴-انجام مشاوره

۵-شروع پروفیلاکسی در صورت لزوم

توجه داشته باشید: در صورتیکه فرد مواجهه یافته دریافت PEEP را نپذیرد، باید در پرونده پزشکی ثبت شود و در صورت

عدم دریافت پروفیلاکسی علیرغم ضرورت دریافت آن، انجام آزمایشات سرولوژی باید پیگیری شود.

۶- پیگیری آزمایشات در هفته های بعد

بهداشت محیط



❖ بهداشت محیط

طبقه بندی پسماند ها:

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

- چهار دسته اصلی پسماند پزشکی: ۱ - پسماند عفونی ۲ - پسماند تیز و برنده ۳ - پسماند شیمیایی و دارویی ۴ - پسماند عادی

- پسماندهای عفونی: پسماندهای عفونی پسماندهایی هستند که احتمال آلودگی آن‌ها با عوامل زنده بیماری‌زا (باکتری‌ها، ویروس‌ها، انگل‌ها یا قارچ‌ها) به مقدار و با کیفیتی که بتوانند در میزبانان حساس موجب بیماری شوند وجود داشته باشند. مانند باتل‌های سرم خالی شده، ست سرم، ماسک، دستکش، گان و کلاه و تمامی موارد آغشته به خون یا ترشحات بدن بیمار که می‌بایست در سطل زرد رنگ مجهز به کیسه زرد دفع شوند.

✓ پسماند اتاق‌های عمل، اتاق‌های ایزوله، بخش دیالیز، بخش اورژانس و آزمایشگاه، عفونی محسوب می‌گردد.

- پسماند تیز و برنده: اجسام تیز و برنده اقلامی هستند که می‌توانند موجب زخم از قبیل بریدگی یا سوراخ‌شدگی شوند و عبارتند از: سوزن‌ها، سوزن‌های زیرجلدی، تیغه چاقوی جراحی و دیگر تیغه‌ها، چاقو، ست‌های انفوزین، اره‌ها، ژیلت، شیشه شکسته‌ها، و ناخن بیماران و ... که ممکن است عفونی باشند یا نباشند به هر حال به عنوان پسماندهای بشدت تهدیدکننده سلامتی به شمار می‌آیند.

در رابطه با تفکیک پسماندهای تیز و برنده موارد زیر رعایت گردد:

✓ سوزن‌ها و سرنگ‌ها تواما در سیفتی باکس جمع‌آوری شوند و از جداسازی آن اجتناب گردد.

✓ سوزن‌ست سرم جدا شده و در سیفتی باکس قرار گیرد.

✓ سوزن سرنگ نبایست مجدداً درپوش‌گذاری گردد و باید بدون دستکاری داخل سیفتی باکس جمع‌آوری گردد.

✓ پس از پر شدن ۳/۴ سیفتی باکس‌ها درب آن‌ها بسته و پس از قرار گرفتن در کیسه زرد رنگ جمع‌آوری و به

محل امحای پسماند منتقل گردد.

✓ نصب سیفتی باکس در اتاق های بستری و تحت نظر مانند اورژانس ممنوع است. دفع پسماندهای تیز و برنده در این مکان ها در داخل سیفتی باکسی است که با ترالی توسط ارائه دهنده خدمت درمانی به اتاق آورده می شود.

✓ در بخش های ویژه و اتاق ایزوله، اتاق خونگیری آزمایشگاه و اتاق عمل (بجز بخش های دیالیز، CCU و PICU) در یونیت هر بیمار می توان سیفتی باکس را در محل مناسب به صورت ثابت و فیکس شده مورد استفاده قرار داد.

-پسماندهای شیمیایی، دارویی: پسماندهای شیمیایی دارویی عبارتند از داروهای تاریخ گذشته، مصرف نشده، مواد مخدر و ظروف محلول های گندزدای سطح بالا ، بطری ها و قوطی های دارای باقیمانده داروهای خطرناک و ویال دارو ها می باشد.

این گروه از پسماند ها ممکن است در صورت آزادشدن در محیط برای محیط و انسان مضر باشند و حداقل یکی از خصوصیات ذیل را دارند:

- سمی
 - خاصیت خوردگی (مانند اسیدهای با $PH < 2$ و بازهای $PH > 12$ ؛)
 - قابلیت احتراق خود به خود
 - واکنش دهنده (مانند مواد انفجاری، مواد واکنش دهنده درمقابل آب، و حساس به ضربه)
- ✓ **پسماند شیمیایی، دارویی می بایست در سطل سفید مجهز به کیسه سفید رنگ دفع شوند.**

-پسماندهای محتوی فلزات سنگین: پسماندهای محتوی فلزات سنگین مانند ترمومتر جیوه ای یک زیر رده از پسماندهای شیمیایی خطرناک، و به طور معمول بشدت سمی اند و پسماندهای دارای کادمیوم عمدتاً از باتری های دور ریخته و شکسته به وجود می آیند. این نوع پسماند می بایست در سیفتی باکس مربوط به فلزات سنگین موجود در ایستگاه پرستاری دفع گردد.

-پسماندهای عادی : این پسماندها عمدتاً از نوع زباله های خانگی (مانند: پسماندهای آشپزخانه، آبدارخانه، قسمت اداری مالی، ایستگاه های پرستاری، کلیه کاغذ ها و کارتن ها (کاور کاغذی سرنگ، ست سرم و ...)) و از این قبیل است. و بیشتر از بخش های اداری بیمارستان تولید می شود و حمل و نقل و دفع آنها نیز آسانتر است. این پسماندها، بخش بزرگی از پسماندهای تولیدشده در مراکز بهداشتی درمانی را تشکیل می دهند و باید نسبت به جداسازی آنها در مبدأ تولید اقدام شود. مدیریت این دسته پسماندها مربوط به شهرداری ها می باشد.

✓ این نوع پسماند می بایست در سطل آبی مجهز به پلاستیک مشکی رنگ دفع گردد.



مدیریت بحران

❖ مدیریت بحران

مدیریت بحران به عنوان یکی از حوزه های مدیریت پیامد می تواند تاب آوری در برابر بحران ها را افزایش داده و باعث کاهش سطح آسیب پذیری سازمانی در هنگام بروز بحران شود.

خطرات و تهدیدات طبیعی و مرتبط با فعالیت های انسانی یکی از مهمترین کانون های بروز بحران در سازمان های مختلف می باشد. بیمارستان ها و مراکز درمانی به دلیل ماهیت فعالیت هایی که در آن انجام می شود و همچنین خدماتی که ارائه می دهند یکی از مراکز بسیار مهمی است که در هنگام بروز انواع بحران هایی که منجر به آسیب های انسانی می شوند دارای کارکردهای ویژه و حیاتی می باشند. اختلال در فرآیندهای ارائه خدمات رسانی در مراکز درمانی و بیمارستان ها میتواند پیامد ناشی از بحران ها تشدید نموده و باعث مضاعف شدن انواع آسیب های مرتبط با بروز بحران ها شود؛ بنابراین بیمارستان ها نقش مهمی در مدیریت بحران به وجود آمده ناشی از انواع خطراتی که یک جامعه تهدید می کند، دارند.

❖ تعاریف

- ✓ **مخاطره (Hazard):** مخاطره یک اتفاق فیزیکی، پدیده یا فعالیت انسانی است که می تواند بالقوه خسارت زا باشد. انواع این خسارت عبارتند از آسیب های جانی، مالی، عملکردی و ... باشد، مخاطرات در دو گروه کلی طبیعی و انسان ساخت قرار می گیرند.
- ✓ **سوانح و حوادث (Disaster):** فوریتی است که پاسخ به آن به توانی فراتر از توان جامعه آسیب دیده نیاز دارد. به جای این واژه از "بحران" نیز استفاده می شود.
- ✓ **خطر (Risk):** عبارت است از احتمال آسیب دیدن در صورت وقوع یک "مخاطره" در سطح مشخصی از "آسیب پذیری" و "ظرفیت". انواع آسیب عبارتند از: جانی، مالی و عملکردی.
- ✓ **آسیب پذیری (Vulnerability):** آسیب پذیری شرایطی است که باعث می شود یک جامعه در برابر اثرات سوء یک مخاطره تاثیرپذیر شده و آسیب ببیند. این شرایط می تواند فیزیکی، اجتماعی، اقتصادی، محیطی و یا مربوط به فرآیند های مدیریتی باشند.

- ✓ **ظرفیت (Capacity):** ترکیبی از تمامی نقاط قوت و منابع در دسترس یک جامعه، اجتماع یا سازمان که بتواند سطح خطر یا اثرات سوء یک مخاطره را کاهش دهد.
- ✓ **مدیریت بحران (Crisis Management):** مدیریت بحران مجموعه‌ای از اقدامات پیشگیرانه، برنامه‌ریزی، واکنش و بازسازی است که برای کاهش اثرات مخرب یک بحران انجام می‌شود. این فرآیند شامل شناسایی و ارزیابی مخاطرات، تدوین برنامه‌های عملیاتی، آموزش و تجهیز افراد، هماهنگی با سایر سازمان‌ها و پاسخگویی به موقع و مؤثر به بحران است. اهداف کلیدی این مدیریت معمولاً کاهش تلفات جانی و مالی، حفظ نظم و امنیت عمومی، تسریع در بازسازی و بازگشت به شرایط عادی است.
- ✓ **مدیریت خطر (Risk Management):** فرایندی است که سطح عمل یک خطر مشخص را در جامعه یا سازمان شناسایی می‌کند و این اطلاعات را در جهت تصمیم‌گیری برای اقدامات مربوط به کاهش اثرات مخاطرات و مقابله با آن‌ها به کار می‌برد. این فرآیند با توجه به منافع و هزینه‌های کاهش مخاطرات انجام می‌گیرد.

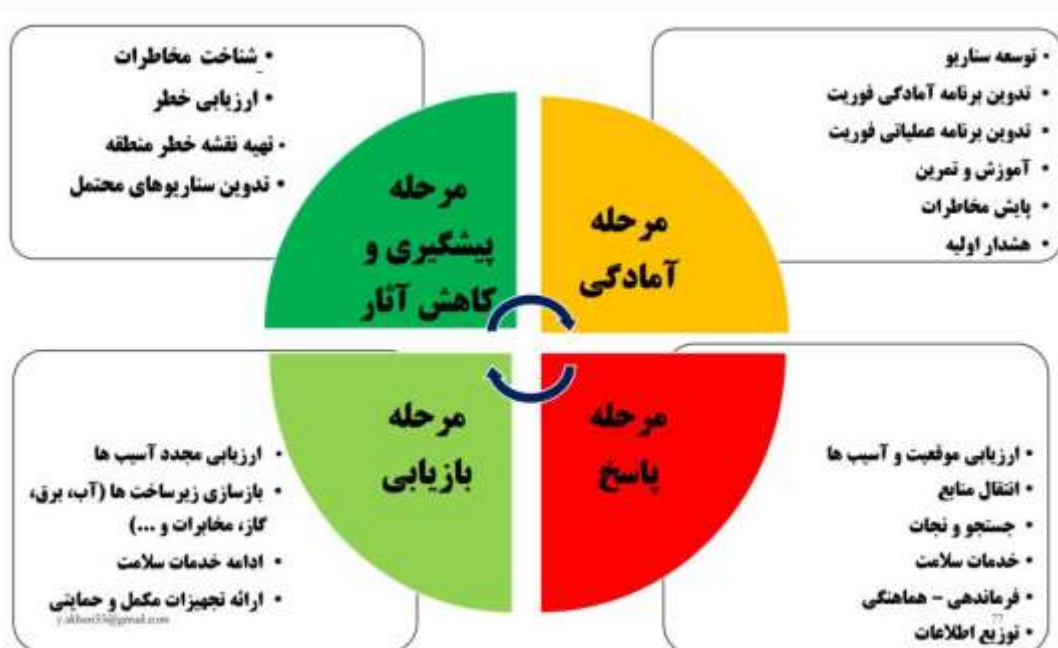
❖ مراحل مدیریت بحران

این چرخه عبارت است از چهار مرحله اصلی شامل ۱- کاهش آسیب ۲- آمادگی ۳- پاسخ ۴- بازیابی

۱. پیشگیری و کاهش آسیب (Mitigation): اقدامات سازه‌ای و غیرسازه‌ای که برای محدودسازی آثار ناگوار مخاطره‌های طبیعی، تخریب زیست محیطی و مخاطره‌های فناورزاد اجرا می‌شوند.
۲. آمادگی (Preparedness): عبارت است از فعالیت‌ها و اقداماتی که پیشاپیش برای اطمینان از پاسخ موثر به آثار سوء مخاطره‌ها انجام می‌گیرند. در این فاز دو اقدام مهم انجام می‌گیرد: ۱) استقرار سامانه هشدار اولیه و ۲) تدوین برنامه آمادگی، آموزش و تمرین اجزای اصلی برنامه آمادگی هستند.
۳. پاسخ (Response): عبارت است از کمک‌رسانی یا انجام مداخلات حین یا بلافاصله بعد از بلا به منظور حفظ جان و نیازهای حداقل و پایه مردم آسیب‌دیده، پاسخ می‌تواند فوری، کوتاه یا طولانی مدت باشد.
۴. بازیابی (Recovery): شامل بازسازی و توان بخشی (جسمی، روانی و اجتماعی) بوده و عبارت از تصمیم‌ها و اقداماتی است که پس از وقوع بلا برای بازگرداندن جامعه آسیب‌دیده به وضعیت قبل از وضعیت ارتقا یافته انجام می‌گیرند، ضمن

کتابچه توجیهی بدو ورود کارکنان

اینکه اقدامات لازم برای کاهش خطر بلا را نیز تشویق و تسهیل می کنند. بازیابی، فرصتی برای توسعه پایدار و به کارگیری اقدامات کاهش خطر بلایا را فراهم می کند.



❖ سامانه فرماندهی حوادث

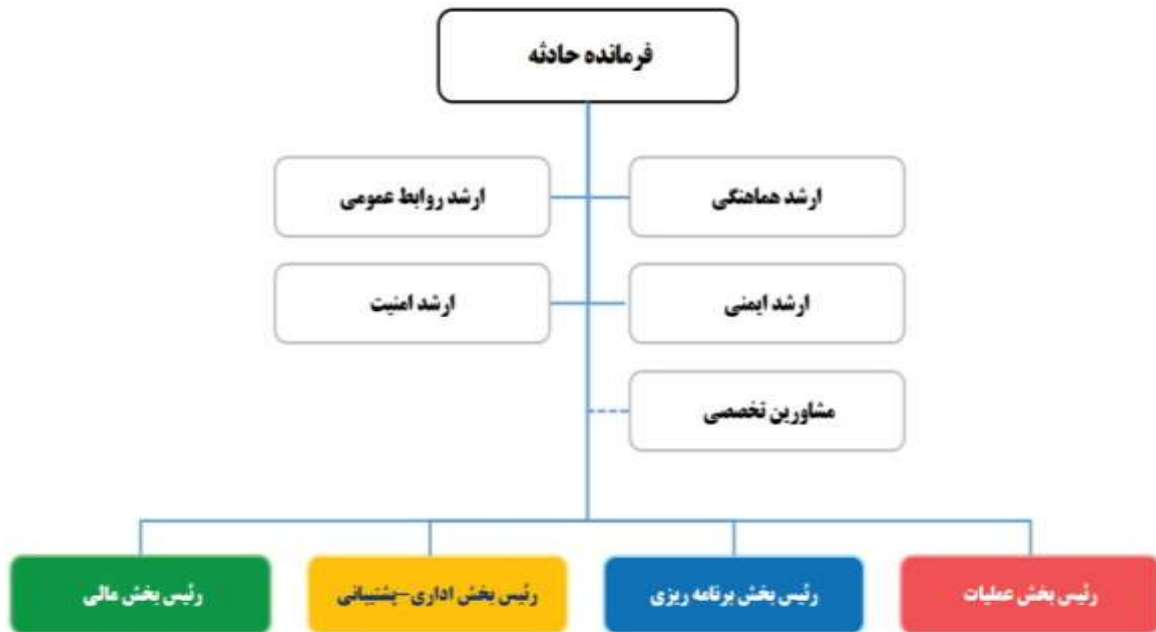
سامانه فرماندهی حادثه بیمارستان هر چند یک ساختار سازمانی نیست ولی یک سامانه موقت برای مدیریت حوادث است که با سازمان دهی کارکنان، امکانات، تجهیزات و ارتباطات می تواند توسط هر بیمارستانی برای مدیریت موارد زیر به کارگیری شود:

- حوادث و تهدیدات در آستانه وقوع
- حوادث و شرایط اضطراری رخ داده؛ چه با منشأ خارج بیمارستانی (مثل زلزله، آتش سوزی سیل و....) و چه داخل بیمارستانی (مانند قطعی برق، آب و سامانه اطلاعات بیمارستان و...)
- وقایع برنامه ریزی شده؛ مانند بازدیدهای مقامات مافوق از بیمارستان، واکسیناسیون کارکنان، اعتبار بخشی و

تحت این ساختار یک فرد به عنوان فرمانده حادثه در رأس سامانه فرماندهی حادثه را به عهده می گیرد.

کتابچه توجیهی بدو ورود کارکنان

توجه: در این مرکز رئیس بیمارستان، مسئول فعال نمودن سامانه فرماندهی حادثه است. در صورت عدم حضور رئیس بیمارستان در محل جانشین ایشان مدیر بیمارستان و در صورت عدم حضور ایشان، سوپروایزر کنترل اوضاع را در دست می‌گیرد که منجر به سازماندهی گروه‌های ذیربط می‌گردند.



جایگاه‌های اصلی سامانه فرماندهی حادثه بیمارستان و کارکرد اصلی ایشان عبارتند از:

- کادر فرماندهی شامل فرمانده و دستیاران ارشدها و مشاورین وی است که جلیقه سفید بر تن دارند.
- بخش عملیات با رنگ جلیقه قرمز هدایت اقدامات تاکتیکی مانند تریاژ مراقبت از بیماران درمان در راستای اهداف تعیین شده برنامه و نیز هدایت منابع مورد نیاز را بر عهده دارد .
- بخش برنامه ریزی با رنگ جلیقه آبی جمع آوری داده‌ها، اطلاعات و ارزیابی آنها برای تصمیم‌گیری، تأمین اطلاعات مورد نیاز درباره منابع، تهیه مستندات برنامه عملیاتی حوادث و بلایا و تهیه مستندات لازم برای ارائه گزارش‌ها را بر عهده دار است .
- بخش اداری - پشتیبانی با رنگ جلیقه زرد حمایت از کارکنان و خانواده ایشان، تأمین منابع و دیگر اقلام ضروری و مورد نیاز برای دستیابی به اهداف عملیاتی تدوین شده و ثبت زمان کار توسط فرماندهی حادثه را بر عهده دارد .
- بخش مالی با رنگ جلیقه سبز مسئول نظارت و بررسی هزینه‌های مرتبط با حادثه بازپرداخت هزینه‌ها و تحلیل مخارج می‌باشد.

کتابچه توجیهی بدو ورود کارکنان

۱- حیطه ایمنی سازه ای شامل اجزایی است که وزن ساختمان را تحمل می کنند مثل ستون ها، تیر آهن ها، صفحات بتون و سقف ها می باشد.

۲- حیطه ایمنی غیرسازه ای شامل اجزایی از سازمان هستند که در تحمل وزن ساختمان نقشی ندارند مانند سیستم های حیاتی (الکتریکی، ارتباطی، ذخایر آب، سوخت، گازهای پزشکی)، گرمایش، سرمایش و تهویه هوا، تجهیزات اداری، تجهیزات پزشکی و آزمایشگاهی و اجزای معماری هستند.

۳- حیطه ایمنی عملکردی منطبق با کتاب ارزیابی ایمنی بیمارستانی شامل ایجاد ساختار و برنامه مقابله با حوادث و فوریت ها می باشد که شامل (تشکیل کمیته، تدوین برنامه و راهنماهای عملیاتی آمادگی، پاسخ و باز توانی) می باشد.



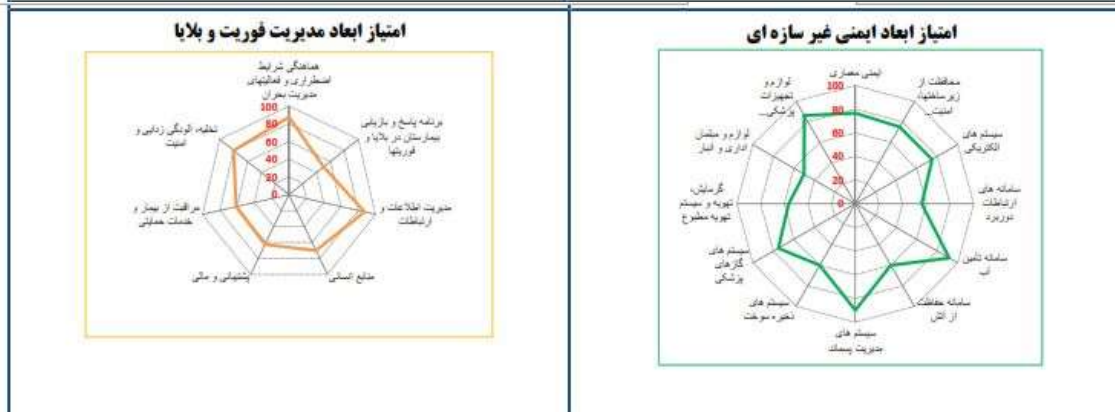
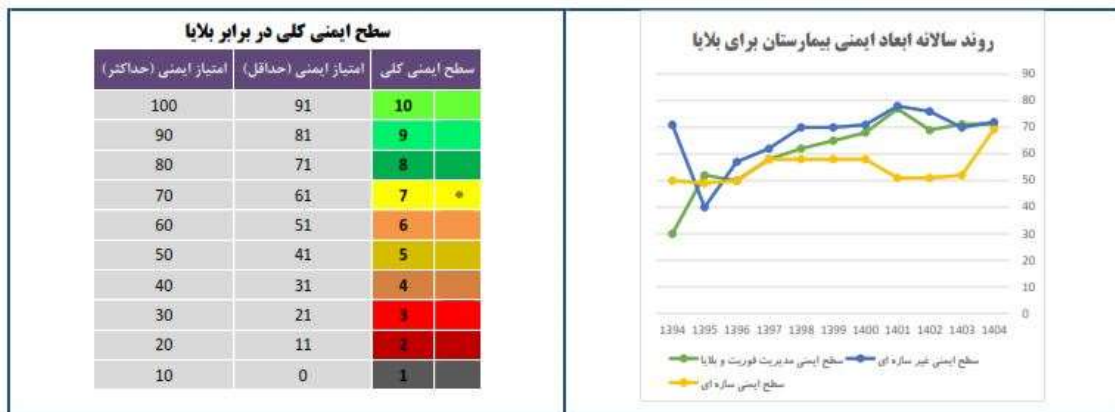
پانل مدیریت اطلاعات ارزیابی ایمنی بیمارستان شهید دکتر چمران

برای حوادث و بلایا (FHSI)

برای سال ۱۴۰۴



امتیاز ابعاد ایمنی در برابر بلایا			
مدیریت فوریت و بلایا	امیمنی عناصر غیر سازه ای	امیمنی عناصر سازه ای	ایمنی کلی
۷۱,۲۳	۶۹,۱۷	۷۲,۵۶	۷۰,۶۰



مدیریت بحران آتش سوزی (کد ۱۲۴)

مدیریت خطر آتش سوزی

آتش سوزی یکی از خطرناک ترین پدیده هایی است که خسارات جانی و مالی عمده ای را به وجود آورده و خطری واقعی برای مراکز خدماتی همچون بیمارستان هاست. کاربرد گسترده مواد شیمیایی قابل اشتعال، کم توجهی به اصول طراحی ایمن در ساخت این بناها، قدمت زیاد ساختمانها و فرسوده بودن سیم کشی برق، تأسیسات و.... بی توجهی به اصول نگهداری ایمن و مناسب و همچنین خصوصیات بیماران و مراجعین ضرورت ارزیابی ایمنی بیمارستان ها را صد چندان می کند. ایمنی بیمارستان در برابر آتش سوزی یکی از فاکتورهای مهم در نگهداری و ایمنی بیمارستان به حساب می آید و لذا باید مورد توجه مدیران ارشد و مسئولان فنی ایمنی و کلیه کارکنان بیمارستان قرار گیرد.

خاموش کننده های آتش

بر حسب موقعیت هر بخش / واحد و نوع آتش سوزی که احتمال وقوع دارد نوع و اندازه خاموش کننده ها متفاوت است. طبق جدول ذیل از خاموش کننده های متفاوتی استفاده می شود. البته در هر بخش / واحد که احتمال چند نوع آتش سوزی وجود دارد، از دو یا چند نوع کپسول استفاده می شود .

نوع حریق	نوع سوخت	خاموش کننده
A	مواد قابل احتراقی که پس از سوختن از خود خاکستر بر جای می گذارند (مثل کاغذ، چوب، پارچه...)	آب
B	مایعات قابل اشتعال یا جامدانی که به راحتی قابلیت مایع شدن دارند (مثل الکل، استون، بنزین...)	پودر و گاز، CO ₂ و کف
C	گازهای مایع و مایعاتی که به راحتی به گاز تبدیل می شوند (مثل گاز شهری)	پودر و گاز، CO ₂ و کف
D	فلزات اکسید شونده (نظیر منیزیم، سدیم، پتاسیم)	پودرهای ویژه
E	وسایل الکتریکی و الکترونیکی	CO ₂

طریقه استفاده از کپسول های آتش نشانی پودر گاز و CO₂

- ۱- کپسول را به فاصله ۱ الی ۱/۵ متری آتش نزدیک کنید.
- ۲- ضامن را خارج کرده و شیلنگ را به طرف آتش بگیرید.

۳- پشت به باد و رو به آتش بایستید.

۴- اهرم را فشار داده و بن آتش را نشانه بگیرید.

۵- به طریقه جاروب کردن چپ و راست کردن مواد را روی آتش بپاشید.

نکته: لازم است هر دو هفته یکبار کپسول های پودری از محل خود جدا و پس از چند بار تکان دادن، مجددا در محل خود نصب شوند.



کپسول CO₂



کپسول پودر و گاز

کدهای اضطراری مرکز آموزشی درمانی قلب شهید چمران

احیا	کد ۹۹
احیا نوزادان و اطفال	کد ۸۸
بحران داخلی	کد ۴۴
آتش نشانی	کد ۱۲۴
انتظامات	کد ۱۱۰
تخلیه	کد ۱۰۰

- ۱- نجاریان رضا، حاجی نبی کامران، نظری منش لیلا، رابطه توانمندسازی نیروی انسانی با بهره‌وری سازمانی بیمارستان امام حسین شاهرود. ۱۴۰۱.
- ۲- کوهی‌رستمکلائی زهره، پزشکی زهرا، حدادی آذر و سایر همکاران، اصول و مراقبت از بیماران و کارکنان ارائه‌دهنده خدمات سلامت (مجموعه راهنماهای کشوری پیشگیری و کنترل عفونت در مراکز ارائه خدمات سلامت)، ۱۴۰۱.
- ۳- معصومی اصل حسین، زهرائی محسن، مجید پورعلی، راهنمایی کشوری نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستان. ۱۳۸۶.
- ۴- جوادی عباسعلی، مباحثی زاده سینا، سروش نیا محسن، بهمن زیاری فرهاد، شاهرخی شهناز، پیشگیری از عفونت‌های بیمارستانی (راهنمای علمی سازمانی بهداشت جهانی). ۱۳۸۲.
- ۵- مهدی تبریزی (مترجم). حقوق بیماران. التریو، آندرولا (نویسنده). چاپ اول. تهران: نزهت، ۱۳۸۶.
- ۶- پورحسین مجید، راهنمای استقرار استاندارد ISO 9001:2000. چاپ اول، تهران: ۱۳۸۳.
- ۷- حیدرپور پیغام، دستجردی رویا، رفیعی سیما، سادات محمد و مستوفیان فرناز، زیر نظر دکتر حسن امام رضوی و دکتر حمید روافی، آشنایی با مبانی حاکمیت بالینی و تعالی خدمات بالینی، چاپ اول. تهران، تندیس، ۱۳۹۰.
- ۸- خلیفی نژاد نیما، عطائی منیژه، هایدزاده فاطمه، دریچه‌ای به حاکمیت بالینی و تعالی خدمات بالینی، چاپ اول. تهران ۱۳۸۷.
- ۹- اکبری زهرا، ت. کلی ناهید، رئیسی احمدرضا، شکرچی پریوش، شمس اسدالله، صاحب‌زاده ماندانا و همکاران. مدیریت حوادث غیرمترقبه. چاپ اول. تهران: کنکاش، ۱۳۸۶.
- ۱۰- حیدرپور پیغام، دستجردی رویا، رفیعی، سادات محمد، مستوفیان فرناز، آشنایی با مبانی حاکمیت بالینی چاپ اول. تهران: تندیس، ۱۳۹۰.
- ۱۱- امامی رضوی حسن، روافی حمید، محقق محمودرضا، بیمارستانهای دوستدار ایمنی بیمار (راهنمای ارزیابان) چاپ اول. تهران: مهر رواش: ۱۳۹۰.