



دانشگاه علوم پزشکی تبریز

مرکز آموزشی، درمانی، تحقیقاتی شهید مدنی تبریز

کتابچه توجیهی بدو ورود کارکنان

واحد آموزش دفتر پرستاری

بهار ۱۳۹۹



کتابچه قوانین و مقررات پرسنل جدیدالورود

صفحه	عنوان
۵	فصل اول
۶	مقدمه
۷	معرفی مرکز
۸	نمودار سازمانی
۹	معرفی مدیران ارشد مرکز
۱۰	رسالت
۱۱	چشم انداز
۱۱	ارزش ها
۱۲	فصل دوم
۱۳	بخشهای بستری و پاراکلینیک
۲۱	فصل سوم
۲۲	حقوق گیرندگان خدمت و منشور حقوق بیمار
۲۶	ایمنی
۵۶	کنترل عفونت
۶۸	آتش نشانی
۷۹	مدیریت بحران

۸۴		مدیریت خطر
۶۱		بهداشت محیط
۸۵		بهداشت حرفه ای
۱۰۶		فصل چهارم
۱۰۷		دفترپرستاری
۱۰۸		چارت
۱۰۹		معرفی سوپروایزرین
۱۱۰		فرآیند آموزش کارکنان جدید
۱۱۴		دستورالعمل های دفترپرستاری
۱۱۵		ارزشیابی سالانه ، رتبه بندی
۱۱۶		پوشش استاندارد
۱۲۹		تشویق و تنبیه
۱۳۲		سیاست های آموزشی دفتر پرستاری
۱۸۰		درخواست مرخصی
۱۸۱		محاسبه کارانه
۱۸۳		قانون بهره وری
۱۸۴		فصل پنجم
۱۸۴		مجموعه مقررات داخلی و استخدامی کشوری

۱۸۵		شرح وظایف کارگزینی
۱۸۶		شرح وظایف واحدهای امور مالی
۱۸۷		ضوابط نحوه ارتقای کارمندان در طبقات جدول
۱۹۰		حق شاغل
۱۹۲		آیین نامه های انضباطی
۱۹۲		حضور و غیاب کارکنان دولت
۱۹۴		تاخیر و تعجیل
۱۹۴		مرخصی ها
۱۹۵		قانون ارتقاء بهره وری
۱۹۶		جدول کسرساعت کار ناشی از سنوات خدمت
۱۹۷		جدول کسر ساعت کار ناشی از صعوبت کار
۱۹۷		ارزشیابی
۲۰۶		عناوین تخلفات اداری
۲۱۲		خروج از خدمت

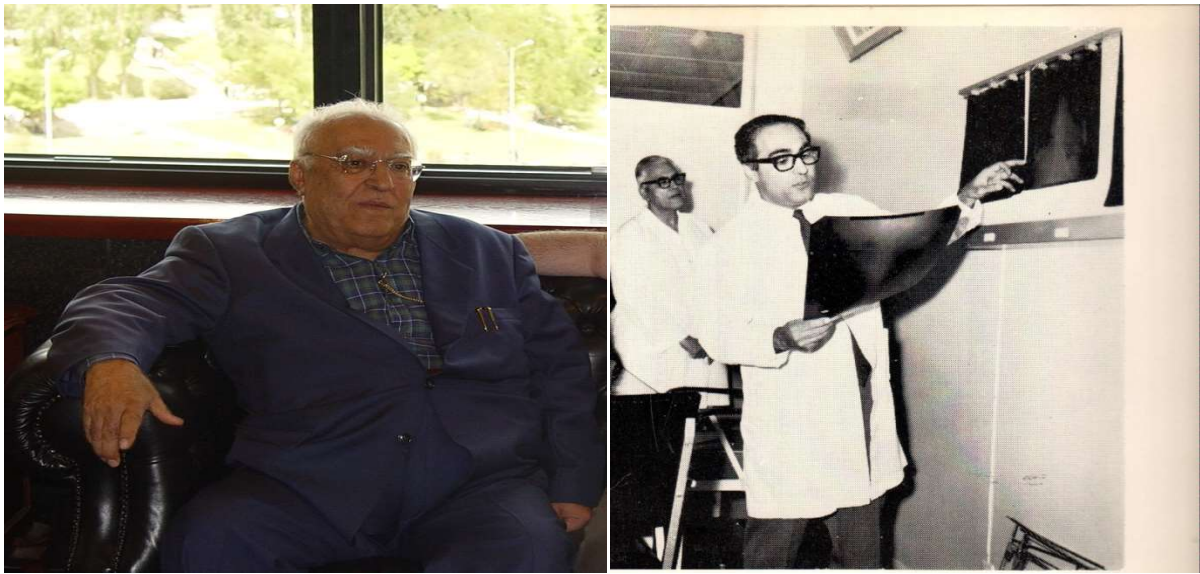
بکارگرمی ورود شماره جمع کارکنان این بیمارستان خوشامد میگویم.

کلیه افرادی که در مرکز آموزشی، درمانی و تحقیقاتی شهید مدنی تبریز وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام وظیفه می نمایند باید قوانین و مقررات مربوط به بیمارستان را

رعایت نموده و در اجرای آنها کوشا باشند.

معرفی کلی بیمارستان

مرکز فوق تخصصی جراحی قلب و عروق شهید مدنی در سال ۱۳۴۸ با تلاش و همت پدر جراحی نوین قلب ایران پروفسور عباسقلی دانشور که بعدها به نام مرکز ملی قلب نامیده شد ، فعالیت خود را آغاز کرد . در پانزدهم آبان ۱۳۴۸ اولین جراحی قلب باز در ایران با تعویض دریچه میترال بر روی خانمی به نام غزال در این مرکز با موفقیت به انجام رسید . در سال ۱۳۷۲ به صورت مستقل و با عنوان بیمارستان شهید مدنی شروع بکار کرد.

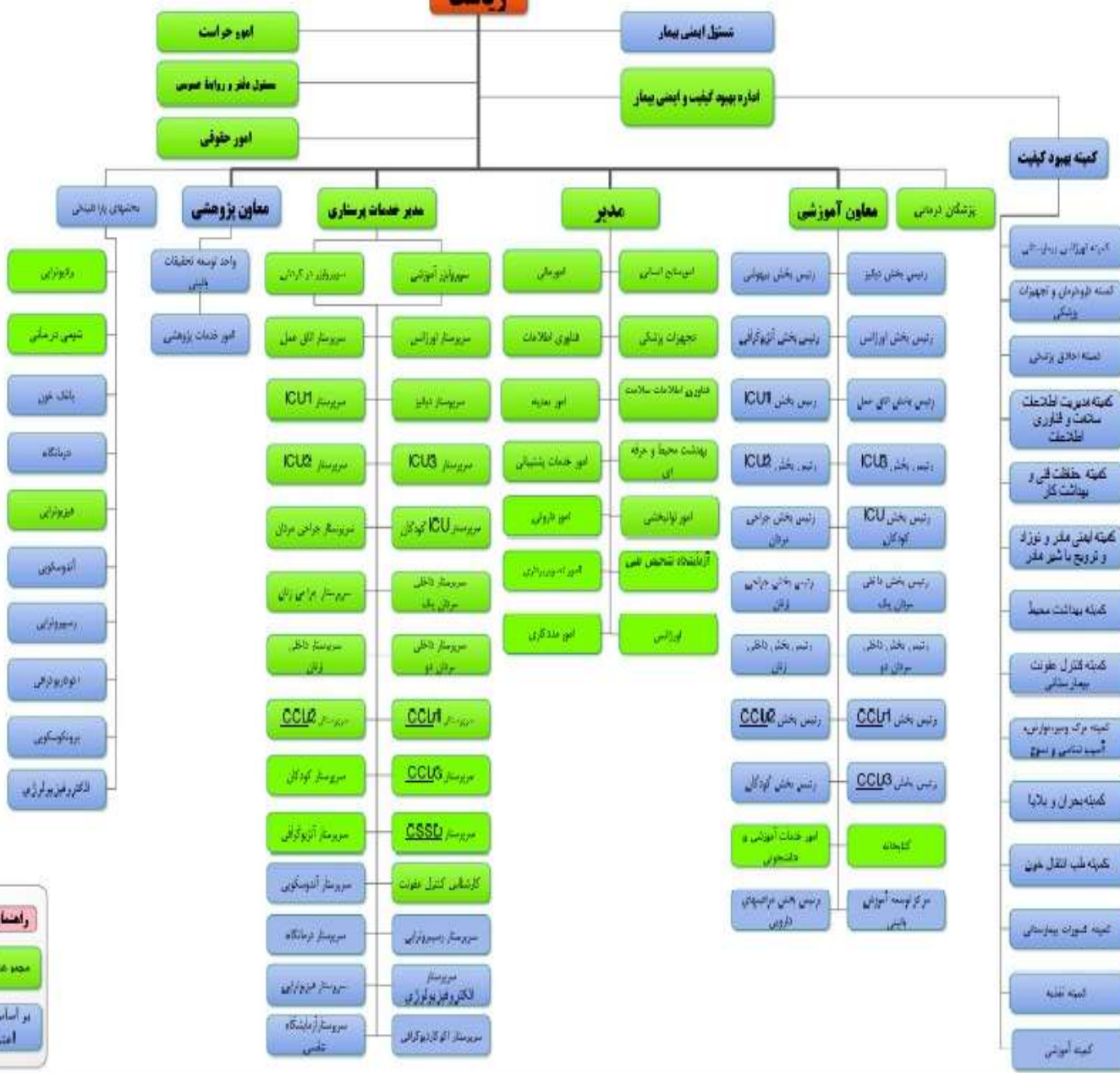


بیمارستان شهید مدنی تبریز بزرگ ترین و مجهزترین مرکز درمان بیماران قلبی و عروقی در شمال غرب کشور ایران بوده و در طی سالیان اخیر با ارائه انواع خدمات به این بیماران ، قدم های مؤثری در جهت ارتقای سلامت جامعه برداشته است این بیمارستان نقش به سزایی در جهت تربیت و آموزش نیروی فوق تخصصی جراحی و داخلی قلب داشته و به عنوان یکی از قطب های مهم آموزشی ، تحقیقاتی و درمانی کشور مطرح است.



جارت سازمانی مرکز آموزشی درمانی شهید مدنی تبریز (ویرایش سوم) ۱۳۹۸

ریاست



- ریاست : آقای دکتر ناصر صفائی
- مدیر گروه جراحی : آقای دکتر ناصر صفائی
- مدیر گروه داخلی : آقای دکتر ناصر اصلان آبادی
- معاون آموزشی : آقای دکتر فریبرز اکبرزاده
- مدیریت مرکز : آقای دکتر سیامک کاشفی مهر
- مسئول همووئولانس : آقای دکتر عیسی بیله جانی
- مدیر خدمات پرستاری : آقای محمد علی شیخ علیزاده

رسالت، چشم انداز و ارزشهای حاکم در بیمارستان

رسالت

مرکز آموزشی ، درمانی قلب و عروق شهید مدنی تبریز تنها مرکز فوق تخصصی ارجاعی منطقه شمالغرب کشور در سال ۱۳۴۸ به عنوان اولین مرکز جراحی قلب کشور آغاز به کار کرد . در حال حاضر این مرکز دولتی زیر نظر دانشگاه علوم پزشکی تبریز، با ارائه خدمات تشخیصی ، درمانی ، پاراکلینیکی ، کلینیکی ، توانبخشی ، پژوهشی و آموزشی مطلوب و ایمن برای کلیه بیماران قلبی گروه- های سنی بزرگسال واطفال در سطح ملی، منطقه‌ای و توریسم سلامت فعالیت می نماید.

این مرکز در راستای بهبود کیفیت ، ایمنی و سلامت مردم خدمات زیر را با استفاده از اساتید برجسته و توانمند ، پرسنل مجرب و تجهیزات بروز ارائه می نماید:

(a) ارائه خدمات درمانی قلب وعروق موثر و کارآمد برای کلیه بیماران مراجعه کننده، ارجاعی و اعزامی و مراجعین توریسم

سلامت

(b) ارائه خدمات تشخیصی ، تخصصی و فوق تخصصی قلب و عروق

(c) ارائه خدمات بازتوانی قلبی برای بیماران بعد از عمل جراحی قلب و عروق

d) ارایه مراقبت های ویژه تخصصی قلب برای سطوح سنی بزرگسال و اطفال

e) تنها ارائه کننده خدمات فوق تخصصی قلبی عروقی برای گروه سنی کودکان و اطفال در منطقه شمالغرب کشور

f) ارایه خدمات اورژانسی تخصصی و پیشرفته برای مراجعین ، صرف نظر از توانایی آنان در پرداخت هزینه های درمان

g) مشارکت در انجام پژوهش های کاربردی و نشر دستاوردهای علمی جدید برای بهبود مداوم کیفیت خدمات سلامت با مرکز تحقیقاتی قلب و عروق

h) توانمند سازی جامعه و بیماران از طریق ارایه آموزش های کاربردی

i) توانمندسازی کارکنان از طریق برگزاری آموزش های مداوم و مبتنی بر نیاز به منظور پاسخ دهی به نیازهای جدید و در حال تغییر بیماران

j) مشارکت در تربیت دانشجویان پزشکی و پیراپزشکی در مقاطع تحصیلی کارشناسی ، کارشناسی ارشد ، دکترا، رزیدنت ها ، فلوشیپ قلب تنها ارائه کننده خدمات الکتروفیزیولوژی در سطح منطقه ای

چشم انداز

ما می خواهیم:

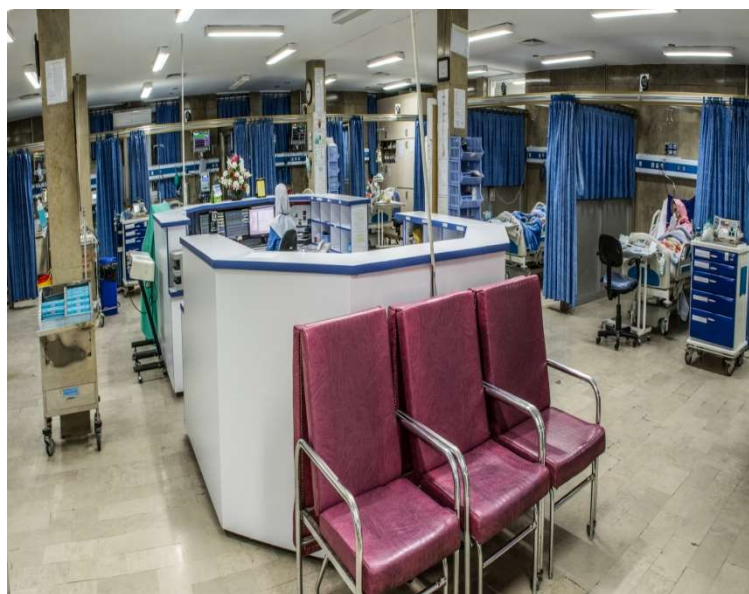
با کسب درجه اعتباربخشی بین المللی در ارائه خدمات کیفی و ایمن به یکی از بیمارستان های مطرح بین المللی و منطقه ای تبدیل شویم.

ارزش ها

- صیانت از کرامت انسانی
- توجه به آموزش پرسنل و ارتقاء آنها
- شفافیت و صداقت در عملکرد
- قانون مداری

بخش های بستری و پاراکلینیک

۱- بخش CCU1



طبقه دوم و ضلع شرقی واقع شده است .
دارای ۱۳ تخت می باشد. این بخش برای
بیماران بستری با سکته قلبی، آمبولی ریه ،
نارسائی قلبی، آندوکاردیت ، ادم ریه،
آریتمی های قلبی، تامپوناد قلبی و شوک
کاردیوژنیک ارائه خدمات می دهد.

۲- بخش CCU2

طبقه دوم و ضلع غربی واقع شده است و دارای
۱۵ تخت می باشد. این بخش برای بیماران

بستری با سکته قلبی، آمبولی ریه ، نارسائی قلبی، آندوکاردیت ، ادم ریه، آریتمی های قلبی، تامپوناد قلبی و شوک کاردیوژنیک
ارائه خدمات می دهد.

۳- بخش CCU3

طبقه دوم و ضلع غربی واقع شده است و دارای
۱۵ تخت می باشد. این بخش برای بیماران
بستری با سکته قلبی، آمبولی ریه ، نارسائی
قلبی، آندوکاردیت ، ادم ریه، آریتمی های قلبی،
تامپوناد قلبی و شوک کاردیوژنیک ارائه خدمات
می دهد.

۴- بخش CCU4

طبقه سوم و ضلع غربی واقع شده است و دارای
۱۸ تخت می باشد. این بخش برای بیماران
بستری با سکته قلبی، آمبولی ریه ، نارسائی

قلبی، آندوکاردیت ، ادم ریه، آریتمی های قلبی، تامپوناد قلبی و شوک کاردیوژنیک ارائه خدمات می دهد.



۵- بخش اتاق عمل

طبقه دوم و ضلع شرقی واقع شده است و دارای ۶ تخت عمل جراحی قلب می باشد. اعمال جراحی مختلف شامل جراحی عروق کرونر، بیماری های دریچه ای و مادرزادی و پیوند قلب انجام می شود.



۶- بخش آنژیوگرافی

طبقه دوم و ضلع غربی واقع شده است و دارای ۴ دستگاه آنژیوگرافی می باشد. پروسیجرهای تشخیصی مانند آنژیوگرافی عروق کرونری و بیماری های مادرزادی، آنژیوپلاستی کرونری و بیماری های مادرزادی، اعمال الکتروفیزیولوژی، تعبیه ICD، فلورسکوپی، تعبیه پیس میکرهای موقت و دائمی، ترمیم آنوریسم آئورت، بالن دریچه میترال در این بخش انجام می شود.



بخش ICU1

طبقه دوم و ضلع شرقی واقع شده است و دارای ۱۳ تخت می باشد . بیماران بعد از اعمال جراحی قلب از اتاق عمل پذیرش می شوند.



بخش ICU۲

طبقه دوم و ضلع شرقی واقع شده است و دارای ۱۳ تخت می باشد . بیماران بعد از اعمال جراحی و پیوند قلب از اتاق عمل پذیرش می شوند.



بخش PICU

طبقه دوم و ضلع شرقی واقع شده است و دارای ۷ تخت می باشد. نوزادان و کودکان بعد از اعمال جراحی قلب مادرزادی و دریچه ای از اتاق عمل پذیرش می شوند.



بخش داخلی مردان یک

طبقه دوم و ضلع شرقی واقع شده است و دارای ۳۳ تخت می باشد. برای بیماران با تشخیص های سندرم کرونری حاد، نارسائی قلب، آمبولی ریه و بیماران کاندید آنژیو گرافی، تعبیه پیس میکر دائم و بیماران post CCU ارائه خدمات میدهد.

بخش داخلی مردان دو

طبقه چهارم و ضلع شرقی واقع شده است و دارای ۳۱ تخت می باشد. برای بیماران با تشخیص های سندرم کرونری حاد، نارسائی قلب، آمبولی ریه و بیماران کاندید آنژیو گرافی، تعبیه پیس میکر دائم و بیماران post CCU ارائه خدمات میدهد.

بخش داخلی زنان

طبقه چهارم و ضلع غربی واقع شده است و دارای ۳۲ تخت می باشد. برای بیماران با تشخیص های سندرم کرونری حاد، نارسائی قلب، آمبولی ریه و بیماران کاندید آنژیو گرافی، تعبیه پیس میکر دائم و بیماران post CCU ارائه خدمات میدهد.

بخش جراحی مردان

طبقه سوم ضلع شرقی واقع شده است و دارای ۳۲ تخت می باشد. برای بیماران کاندید آنژیوگرافی، اعمال جراحی قلب، تعبیه پیس میکر دائمی، ICD و بیماران Post ICU ارائه خدمات میدهد.

بخش جراحی زنان

طبقه همکف ضلع غربی واقع شده است و دارای ۳۳ تخت می باشد. برای بیماران کاندید آنژیوگرافی ، اعمال جراحی قلب ، تعبیه پیس میکر دائمی ، ICD و بیماران Post ICU ارائه خدمات میدهد.

بخش کودکان

طبقه همکف ضلع شرقی واقع شده است و دارای ۲۴ تخت می باشد. برای بیماران زیر ۱۴ سال و نوزادان کاندید آنژیوگرافی ، اعمال مختلف جراحی های مادرزادی و بیماران Post ICU ارائه خدمات میدهد.



بخش ICU ریه

طبقه چهارم ضلع شرقی واقع شده است و دارای ۸ تخت می باشد . بیماران با مشکلات ریوی مانند پنومونی، آسم، آمبولی ریه و بیماریهای انسدادی ریه بستری می شوند.



بخش اورژانس

طبقه همکف واقع شده است و دارای ۱۷ تخت می باشد. بیماران مراجعه کننده با مشکلات قلبی شهر و ارجاعی از شهرستان های استان و همچنین استان های همجوار را پذیرش می کند.

۷- اکوکاردیوگرافی



طبقه همکف ضلع شرقی واقع شده است و دارای ۴ دستگاه دوبعدی، یک دستگاه چهار بعدی، دو دستگاه تست ورزش و دو دستگاه هولترمانیتورینگ فشار خون می باشد. برای بیماران بستری و سرپائی خدمات اکوکاردیوگرافی ترانستوراسیک، اکو مری، استرس اکوکاردیوگرافی، تست ورزش، تست پیاده روی ۶ دقیقه را ارائه می دهد.

۸- بخش آندوسکوپی

طبقه همکف ضلع غربی واقع شده است و دارای یک دستگاه آندوسکوپی می باشد. برای بیماران بستری و سرپائی خدمات



آندوسکوپی، کولونوسکوپی، باند لیگاسیون واریس مری، دیلاتاسیون مری، تعبیه استنت مری، تعبیه لوله تغذیه مری انجام می دهد.

۹- بخش آنالیز پیس میکر

طبقه همکف ضلع شرقی واقع شده است و دارای سه دستگاه آنالیز پیس میکر و ۵ دستگاه هولترمانیتورینگ نوار قلبی می باشد. برای بیماران بستری و سرپائی خدمات آنالیز پیس میکر و ICD و هولترمانیتورینگ نوار قلبی انجام میدهد.

۱۰- آزمایشگاه تنفس



طبقه همکف ضلع شرقی واقع شده است و دارای دستگاه برونکوسکوپی ، اسپرومتری و Body Box می باشد . برای بیماران بستری و سرپائی ارائه خدمات می دهد

۱۱- بخش دیالیز

طبقه همکف واقع شده است و دارای ۱۰ دستگاه دیالیز می باشد و برای بیماران بستری و سرپائی ارائه خدمات میدهد.

۱۲- بخش توانبخشی و فیزیوتراپی



طبقه زیر زمین واقع شده است و دارای ۵ دستگاه ترمیدیل، ۵ دستگاه بایک ، یک دستگاه Enhanced external counter pulsation (EECP)، ازن درمانی ، طب سوزنی Electromyography nerve (EMGNCV)، conduction velocity و فیزیوتراپی می باشد و برای بیماران سرپائی ارائه خدمات می دهد.

۱۳- بخش رادیوتراپی و شیمی درمانی

طبقه زیرزمین واقع شده است . دارای دستگاه شتاب دهنده خطی می باشد و برای بیماران سرپائی و بستری ارائه خدمت میدهد.



۱۴- درمانگاه

در شیفت های صبح و عصر برای بیماران سرپائی مراجعه کننده با مشکلات قلبی استان و همچنین استان های همجوار ارائه خدمات میدهند.

- واحدهای پشتیبانی شامل داروخانه، آزمایشگاه ، کتابخانه ، انفورماتیک ، تاسیسات، آشپزخانه می باشد.

فصل سوم

✓ حقوق گیرندگان خدمت

✓ ایمنی

✓ کنترل عفونت

✓ آتش نشانی

✓ مدیریت بحران

✓ مدیریت خطر

✓ بهداشت محیط

✓ بهداشت حرفه‌ای

حقوق گیرندگان خدمت

حقوق گیرندگان خدمت

این مرکز بنا بر اهمیت رعایت حقوق گیرندگان خدمت شعار خود را بر مبنای تعهد در اجرای منشور حقوق بیماران قرار داده و هدف از این امر احترام به شأن و منزلت افراد و افزایش رضایتمندی بیماران و همراهان می باشد .

بینش و ارزش

یکایک افراد جامعه متعهد به حفظ و احترام به کرامت انسانها می باشند. این امر در شرایط بیماری از اهمیت ویژه ای برخوردار است. بر اساس قانون اساسی توجه به کرامت والای انسانی از اصول پایه نظام جمهوری اسلامی بوده ، 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 ، ارتقاء و تحکیم رابطه انسانی میان ارائه کنندگان و گیرندگان خدمات سلامت تنظیم شده است.

پرسنل ضمن آگاهی از منشور حقوق بیمار ، لازم است مطابق با مفاد آن ، حقوق بیمار را رعایت نموده و آن را به بیماران و خانواده های آنان آموزش دهند .

منشور حقوق بیمار شامل پنج محور به قرار ذیل می باشد که در تمامی بخشهای مرکز موجود می باشد :

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.

تکریم ارباب رجوع

بیماران و خانواده های آنان بدلیل شرایط خاصی که در آن بسر می برند تحریک پذیری زیادی دارند و بنابراین باید با نهایت متانت ، ادب و احترام و طبق منشور حقوق بیمار ، تحت هر شرایط با آنها رفتار شود . در موارد ضروری و پس از اطلاع به سوپروایزر از نگهبان بیمارستان کمک خواسته و از درگیر شدن مستقیم با بیمار و همراه بیمار اکیداً خودداری کنید .

آموزش بیمار

• اهدافی که حین بستری دنبال می شود:

- ۱- کاستن از اضطراب بیمار و خانواده وی و سازگاری بیمار با محیط بخش
 - ۲- تشویق بیمار و خانواده به بیان مشکلات خود و شرکت در برنامه های مراقبتی
 - ۳- کسب اطلاعات پایه برای برنامه ریزی های مراقبتی بعدی و حصول اطمینان از آسایش و اطمینان بیمار
- در اولین برخورد بیمار اقدامات زیر انجام میشود:
- ۱- پرستار خود را به بیمار معرفی می کند و بیمار را به اتاق و تخت مربوطه راهنمایی می کند.
 - ۲- نحوه استفاده از وسایل موجود شامل زنگ اخبار ، چراغ روشنایی، چراغ خواب ، محل سرویس بهداشتی و حمام

• اهدافی که در طول بستری دنبال می شود:

- ۱- آشنائی بیمار و خانواده وی با نوع بیماری و علائم بیماری
- ۲- آشنائی بیمار با پروسیجرها و اقدامات تشخیصی و درمانی لازم
- ۳- آشنائی بیمار با داروهای استفاده شده در طول بستری

اقدامات انجام شده در این مرحله شامل :

- پرستار و پزشک مسئول بیمار علائم بیماری ، روشهای تشخیصی و راههای درمان را برای بیمار یا خانواده وی آموزش می دهند.

• اهدافی که حین ترخیص دنبال می شود:

- ۱- حصول اطمینان از اینکه بیمار یا خانواده وی از آگاهی و اطمینان لازم جهت مراقبت خود در منزل برخوردار می باشد.

۲- حصول اطمینان از اینکه بیمار از امکانات لازم جهت مراقبت خود در منزل را دارا می باشد.

۳- کاهش اضطراب بیمار

۴- آگاهی بیمار از نحوه مصرف درست داروها

○ اقدامات انجام شده در این مرحله شامل :

پرستار با استفاده از پمفلت یا فیلم آموزشی به بیمار یا خانواده وی آموزش های لازم در رابطه با :

آگاهی در مورد بیماری، نحوه مصرف داروها و عوارض آنها، نحوه انجام مراقبت ها، تنظیم رژیم غذایی ، علائم و نشانه های

مربوطه بیماری، عادات روزمره زندگی، لزوم و زمان مراجعه به درمانگاه یا بیمارستان جهت پیگیری بیماری خود را میدهد.

ایمنی بیمار

درصد قابل توجهی از بیماران در مراجعه به سیستم سلامت بخصوص بیمارستان ها دچار عوارض و صدمات می گردند ، احتمال وقوع خطر ۱ مورد از هر ۳۰۰ مورد برای بیماران است .

تعاریف مرتبط:

ایمنی : در امان بودن از ریسک غیر قابل قبول یک آسیب.

ریسک : ترکیبی از احتمال و پیامدهای ناشی از وقوع یک اتفاق خطرناک مشخص.

ریسک قابل تحمل : ریسکی که به حدی خطر آن کاهش یافته باشد که میتوان توسط سازمان (با توجه به تعهدات قانونی و خط مشی ایمنی و بهداشت شغلی آن) تحمل شود.

شناسایی خطر : فرایند (مراحل) شناسایی وجود خطر و تعیین ویژگی آن

ایمنی و بهداشت شغلی : شرایط و عواملی که بر سلامت کارکنان و افراد مربوط در محیط کار تاثیر می گذارد.

در ایمنی بیمار موضوع بسیار مهم ایجاد فرهنگ و بستر مناسب برای این امر است . وقتی فرهنگ ایمنی بیمار در سازمان وجود دارد که در قبال بروز حوادث ناخواسته ، افراد مورد سرزنش بی مورد و ناعادلانه قرار نگیرند.

اقدامات عملی در راستای حصول و ارتقاء ایمنی بیمار

ب-۱-۱* قبل از انجام هرگونه اقدام تشخیصی/درمانی، شناسایی بیماران حداقل با دو شناسه و توجه نمودن به رنگ دستبند به صورت فعال انجام می شود.

* بیماران پرخطر شناسایی شده و مراقبت و درمان با شیوه ایمن متناسب با شرایط آنها ارائه می شود.

شناسایی بیماران و تطبیق بیمار صحیح با مراقبت/درمان صحیح به عنوان مسئولیت اولیه کارکنان خدمات سلامت در کلیه بیماران بستری و تمامی بخش ها/ واحدها اعم از پاراکلینیک، اسکوپیه ها و مانند آنها بر اساس دستورالعمل ابلاغی بایستی نهادینه شده باشد. تاکید می گردد که استفاده از دستبندهای شناسایی برای بیماران از مسئولیت کارکنان درمانی جهت کسب اطمینان از انجام اقدام

درمانی، مراقبتی و تشخیصی صحیح بر روی بیمار صحیح نمی‌کاهد. استفاده از دستبند شناسایی در بیماران با اختلالات روانی یا شرایط خاص بالینی (منجمله سوختگی و شکستگی موضعی اندام‌های فوقانی) تابع دستورالعمل داخلی بیمارستان است.

➤ **تاکیدات مهم در شناسایی صحیح بیماران**

۱. به منظور پیشگیری از خطا، مشخصات بیماران بایستی به صورت خوانا و واضح به روش یکسان در کل بیمارستان بر روی دستبندهای شناسایی درج شود.
۲. بایستی حداقل دو شناسه مشتمل بر نام و نام خانوادگی (نام پدر) و تاریخ تولد بیمار (به روز، ماه و سال) با رنگ مشکی یا آبی در پس زمینه سفید دستبند پرینت شود.
۳. در صورت تشابه نام و نام خانوادگی دو بیمار بستری، ضروری است نام پدر بیمار نیز به عنوان جزئی از دو شناسه اصلی در دستبند شناسایی درج شود.
۴. هیچگاه از شماره اتاق و تخت بیمار به عنوان شناسه برای شناسایی استفاده نشود.

➤ برخی حیطه‌های عملکردی شایع که بیشترین میزان شناسایی نادرست بیماران ممکن است حادث شود

۱. دارو دهی به بیماران
۲. فلوتومی
۳. ترانسفوزیون خون
۴. اقدامات تهاجمی
۵. اعمال جراحی
۶. اقدامات پاراکلینیک اعم از نمونه برداری، انجام اقدامات تشخیصی، ثبت و گزارش نتایج
۷. ترخیص نوزادان
۸. خدمات غیر مستمر مانند مشاوره‌ها

۹. انجام اقدامات تشخیصی یا درمانی در خارج از بخش یا توسط کارکنان غیرشاغل در همان بخش (اعم از تصویربرداری، سونوگرافی تحت گاید، دیالیز و سایر)

۱۰. ارائه خدمات توسط کارکنان موقت (مانند به‌کارگیری نیروها از سایر بخش‌ها در قالب اضافه کار)

۱۱. بیماران تازه بستری و بیماران با اسامی مشابه

۱۲. بیماران تازه وارد اورژانس

➤ برخی از عوامل مؤثر و همراه در افزایش احتمال بروز خطا در شناسایی صحیح بیماران

۱. تواتر بالای تحویل بیماران بین نوبت‌های کاری، بین بخشی، بین بیمارستانی

۲. مشکلات برقراری ارتباط بین کارکنان بالینی و گاهی غیربالینی

۳. عدم به‌کار بستن چک لیست‌های قبل از عمل

۴. عدم رعایت روش‌های صحیح کنترلی

۵. بیماران دارای محدودیت‌های خاص در برقراری ارتباط مانند گویش‌ها و زبان‌های مختلف

۶. بیماران با سطح هشیاری پایین یا اغما

۷. نوزادان و کودکان، سالمندان (به علت مشکلات فیزیکی مانند نقص شنوایی یا ذهنی مانند آلزایمر)

۸. بیماران روانپزشکی

۹. افراد با معلولیت یا اختلالات ذهنی

➤ روش شناسایی فعال بیماران

۱. از بیمار درخواست نمایید که نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد/سن خود را و در صورت ضرورت نام پدر را بیان نماید.

۲. پاسخ بیمار را با مشخصات مندرج بر روی دستبند شناسایی تطبیق دهید.

اگر بیمار کودک/ معلول ذهنی/ قادر به تکلم نباشد/ هوشیار نباشد، با پرسش مشخصات بیمار از والدین / وابستگان درجه یک، او را شناسایی نمایید

در سیستم کد بندی رنگی، رنگ "قرمز" فقط برای شناسایی بیماران مبتلا به آلرژی شناخته شده، و رنگ "زرد" برای شناسایی سایر بیماران در معرض خطر / پرخطر (از جمله بیماران مستعد یا مبتلاء به زخم فشاری، در معرض خطر سقوط یا ترومبوآمبولیسم، ریسک خودکشی، سوء تغذیه، تشنج) مورد استفاده قرار می گیرد.

تعریف این خطرات باید در کمیته درمان دارو و تجهیزات پزشکی و با استفاده از دستورالعمل ابلاغی فوق الذکر، مصوب و به بخش‌ها ابلاغ شود و کارکنان از آن آگاهی داشته و بر اساس آن کدبندی رنگی دستبندهای شناسایی انجام شود. بنابراین علت انتخاب رنگ زرد برای بیمار (خطر متوجه بیمار) باید مشخص باشد. همچنین لازم است بر روی دستبند شناسایی زرد رنگ، ریسک مربوطه که دلیل تعیین رنگ زرد بوده است درج شود. البته اگرچه در مواردی لازم است بیمار/ همراهان از ریسک مربوطه به صورت مستقیم یا غیرمستقیم آگاه و در قبال آن آموزش دیده باشد ولی این عنوان نباید مخل حریم خصوصی یا موجب تشویش برای بیمار باشد. برای نمونه می توان به "خودکشی" اشاره نمود. در این موارد می توان از کد شناخته شده (تنها برای کارکنان) مصوب در کمیته اخلاق بالینی بیمارستان استفاده کرد.

در بخش‌های اورژانس بر اساس ارزیابی بالینی به عمل آمده و بخش‌های ویژه طبق ارزیابی اولیه پرستاری رنگ دستبند تعیین خواهد شد. به منظور پیش گیری از وقوع حوادث تهدید کننده حیات بیمار در تغذیه‌ی مکمل وریدی و تمامی مراحل نسخه پیچی در داروخانه بستری، آماده سازی و دادن داروهای با هشدار بالا به بیماران، الزامی است بیمار صحیح با اقدام درمانی صحیح توسط دو نفر از کادر حرفه‌ای واجد صلاحیت ذیربط به صورت مستقل از یکدیگر کنترل شود. در فرایند انتقال خون نیز بایستی چک همزمان توسط دو نفر از کادر بالینی و با تایید صحت شناسه‌ها، دستورات پزشکی و انطباق آن‌ها با یکدیگر صورت پذیرد. شناسایی صحیح بیماران قبل از انجام هرگونه اقدام تشخیصی/ درمانی در بیمارستان پایه اصلی و خشت اول ایمنی بیماران را تشکیل می‌دهد در صورت عدم نهادینه سازی این مهم در بیمارستان بسیاری از استانداردهای مرتبط با ایمنی و ارتقای کیفیت نیز در رهبری و مدیریت کیفیت بدون نیاز به ارزیابی امتیازی کسب نخواهند نمود. نتایج سایر استانداردهای این محور نیز با در نظر گرفتن نتیجه این استاندارد ارزیابی خواهد شد. این سنجه دارای وزن و تاثیر بالایی در نتایج اعتباربخشی است.

نحوه شناسایی هویت بیمار هوشیار و غیر هوشیار



در افراد هوشیار بزرگسال از خود بیمار با حداقل دو شناسه سوال شده و با مچ بند شناسایی بیمار تطبیق داده می شود ولی در افراد بزرگسال غیر هوشیار و سالمندان و نوزادان و کودکان از همراه بیمار و مچ بند و پرونده جهت شناسایی هویت بیمار استفاده می شود. در نوزادان دو مچ بند استفاده خواهد شد که مچ بند شناسایی در هر شیفت و انجام اقدامات درمانی کنترل میشود در صورتیکه فقط یکی از مچ بندهای بیمار مفقود شود برای نوزاد دستبند جدید تهیه و به مچ بند پای او ببندید در صورتیکه هر دو مچ بند

مفقود شود باید مچ بندهای تمام نوزادان در بخش کنترل شود و بعد از اطمینان از صحت مچ بند نوزادان دیگر برای این بیمار دستبند جدید تهیه و نصب می گردد.

نحوه ی خون گیری و لیبل زنی استاندارد : اول شناسایی بیمار و تطبیق بیمار با پرونده و چک دستور پزشک و مهر و امضای دستورات پزشک توسط پرستار و آوردن لوله های آزمایش بر بالین بیمار بدون لیبل گذاری و پس از خونگیری لیبل لوله ها چسبانده می شود و نکته خیلی مهم لیبل زنی پس از خونگیری و بر بالین بیمار می باشد. و پس از اتمام خونگیری و لیبل زنی بیمار اقدام به خونگیری بیمار بعدی می نمایم .

منظور از بیماران/ مراجعین پرخطر در این استاندارد افرادی هستند که به دلیل شرایط موقت یا دائمی نیاز به دریافت خدمات تشخیصی- درمانی یا تمهیدات پیشگیرانه ویژه در اولین فرصت را دارند و باید تحت نظر مستمر و منظم و با اولویت ویژه قرار گیرند.

برای شناسایی و تعیین ریسک در بیماران در معرض سقوط ابزار مورتس، زخم فشاری مقیاس‌هایی پیش‌بینی کننده معتبر مانند برادن و مانند آن پیشنهاد می‌شود. برای هر یک از بیماران در معرض خطر به صورت مکتوب و مدون و با اطلاع و دستور پزشک و پیگیری و اقدامات لازم از سوی پرستار مربوطه هم اقدامات مقابله با ریسک و هم طرح درمان مشخص و در قالب دستورات پزشکی درج و توسط پرستار اجراء می‌شود. در بیماران سالمند خطاهای شناسایی به علت اختلال در برقراری ارتباط مانند نقص شنوایی، بینایی، تکلم و ذهنی (مانند الزایمر و دمانس) از یک سو و سقوط به علت مشکلات حرکتی و نیز عدم برقراری ارتباط مناسب در فرایند مراقبت و درمان به دلایل پیشگفت مد نظر قرار می‌گیرند. پلی‌فارمسی به مواردی اطلاق می‌گردد که بیمار بیش از ۴ دارو مصرف می‌نماید. وجود

تعریف برای هر یک از این موارد و ابزار تعیین ریسک بیماران در هر یک از این گروه‌ها ضروری است. توصیه می‌شود عنوان گروه/گروه‌های پرخطر که بیمار در آن قرار گرفته (مانند زخم فشاری) بر روی دستبند شناسایی زرد درج گردد. البته اگرچه در مواردی لازم است بیمار از ریسک مربوطه به صورت مستقیم یا غیرمستقیم آگاه و در قبال آن آموزش دیده باشد ولی این عنوان نباید محل حریم خصوصی یا تشویش برای بیمار باشد. برای نمونه می‌توان به "خودکشی" اشاره نمود. در این موارد می‌توان از کد شناخته شده (تنها برای کارکنان) مصوب در کمیته اخلاق بالینی بیمارستان استفاده کرد.

مسئولیت اولیه کارکنان خدمات سلامت شناسایی بیماران و تطبیق بیمار صحیح با مراقبت/درمان صحیح (برای مثال: نتایج تست های آزمایشگاهی، نمونه گیری ها و پروسیجرها) قبل از ارائه خدمت/ مراقبت است. اکیداً یادآوری می شود که استفاده از دستبندهای شناسایی برای بیماران از مسئولیت کارکنان درمانی جهت کسب اطمینان از انجام اقدام درمانی، مراقبتی و تشخیصی صحیح بر روی بیمار صحیح نمی کاهد .

کلید مجموعه های ارائه کننده خدمات سلامت به منظور ارائه اقدامات و خدمات درمانی ، تشخیصی و مراقبتی دارای راهنمای شنش اسایی بیمار مصوب و مدون باشند، راهنمای مزبور بایستی حداقل شامل بندهای این راهنما باشد.

(۱) الزامی است کلید بیماران بستری شامل بیماران تحت نظر بخش اورژانس و اقدامات روزانه دارای دستبند شناسایی باشند.

(۲)

a. استفاده از دستبند شناسایی در بیماران با اختلالات روانی یا شرایط خاص بالینی (منجمله سوختگی و شکستگی موضعی اندام های فوقانی) تابع دستورالعمل داخلی بیمارستان است.

b. به منظور پیش گیری از خطا، مشخصات بیماران بایستی به صورت خوانا و واضح به روش یکسان در کل بیمارستان بر روی دستبندهای شناسایی نوشته شود بدین منظور حداقل بایستی دو شناسه مشتمل بر نام و نام خانوادگی (نام پدر) و تاریخ تولد بیمار(به روز، ماه و سال) با رنگ مشکی یا آبی در پس زمینه سفید دستبند پرینت شود.

c. در صورت مشابهت نام و نام خانوادگی دو بیمار بستری ، ضروریست نام پدر بیمار نیز به عنوان جزئی از دو شناسه اصلی در دستبند شناسایی درج شود.

۳) سیستم کد بندی رنگی و رنگ "قرمز" فقط برای شناسایی بیماران مبتلا به آلرژی شناخته شده توصیه می شود. مشخصات این بیماران با رنگ مشکی یا آبی در پس زمینه سفید پرینت شده و بر روی دستبندی به رنگ قرمز چسبانیده می شود.

۴) g. سیستم کد بندی رنگی و رنگ "زرد" برای شناسایی سایر گروه بیماران در معرض خطر منجمله (بیماران مستعد سقوط، یا ابتلاء به زخم فشاری یا ترومبوآمبولیسم وریدی) توصیه می شود. مشخصات این بیماران با رنگ مشکی یا آبی در پس زمینه سفید پرینت شده و بر روی دستبندی به رنگ زرد چسبانیده می شود.

ب ۱-۳-۷* مهار فیزیکی با دستور پزشک، به شیوه صحیح و ایمن انجام می شود.

نکاتی مهم در خط مشی و روش مهار فیزیکی

۱. تامین ابزار و تجهیزات استاندارد مورد نیاز با لحاظ جلوگیری از کمترین آسیب به بیمار برای مهار فیزیکی
۲. انجام مهار فیزیکی و مدت آن صرفاً بر اساس دستور پزشک و ذکر اندام‌های لازم جهت مهار فیزیکی و مدت آن در دستور پزشک
۳. استفاده از ایمن ترین روش جهت مهار فیزیکی و مهار اندام‌ها و اعضای مجاز با روش‌های استاندارد و بدون عوارض
۴. ثبت و کنترل سیستم عصبی عروقی اندام‌های مهار شده به صورت مستمر
۵. آموزش اثربخش کارکنان مرتبط
۶. ارزیابی مستمر و مجدد بیمار تحت مهار فیزیکی (بررسی شرایط بیمار قبل از شروع مهار فیزیکی و حین آن)
۷. تمهیدات ایمنی بیمار از قبیل احتمال سقوط، ایجاد زخم‌های فشاری و صدمه بافتی به بیمار، آسیب به خود، و...
۸. قطع مهار فیزیکی در کوتاهترین زمان ممکن
۹. نحوه بررسی وقایع ناخواسته/آسیب ناشی از مهار فیزیکی بیمار
۱۰. حفظ حریم خصوصی بیمار در حین زمان مهار فیزیکی
۱۱. ثبت زمان شروع، زمان خاتمه مهار فیزیکی و عوارض احتمالی در گزارش پرستاری
۱۲. تکرار مهار فیزیکی صرفاً منوط به دستور مجدد پزشک و عدم امکان تکرار مهار فیزیکی بدون دستور مجدد پزشک حتی با وجود دستور در صورت لزوم در مادران باردار بدلیل امکان آسیب به مادر و جنین در وضعیت خوابیده به پشت، مهار فیزیکی ممنوع است. همچنین در بیمارانی که اعضای آن‌ها اختلال حرکتی دارد، مهار عضو مبتلا ممنوع می باشد.

ب ۱-۴-۱* عملکرد کارکنان بالینی پس از دریافت نتایج بحرانی بررسی‌های پاراکلینیک منطبق بر موازین ایمنی بیمار است.

۱. وجود فهرست مقادیر بحرانی پاراکلینیک و اطلاع کارکنان بخش‌های بالینی اعم از بستری و سرپایی در باره آن
 ۲. وجود خط آزاد ارتباطی یک طرفه و آماده به کار در بخش برای دریافت به موقع نتایج بحرانی بررسی‌های پاراکلینیک
 ۳. آشنایی کارکنان بالینی با روش اجرایی مقادیر بحرانی پاراکلینیک
 ۴. اطلاع کارکنان از روش اجرایی دستورات تلفنی/ شفاهی و عمل بر اساس آن
 ۵. حضور بلا درنگ کادر بالینی بر بالین بیمار جهت مداخله فوری به منظور نجات و حفظ ایمنی بیمار
 ۶. اطلاع رسانی به موقع از سوی کارکنان بالینی بخش به کادر بالینی ذیصلاح برای انجام/ تداوم مداخلات فوری و حیاتی
 ۷. فهرست مقادیر بحرانی پاراکلینیک شامل مقادیر واحدهای پاراکلینیک اعم از آزمایشگاه تشخیص طبی، آسیب‌شناسی بافت و تصویربرداری است.
 ۸. لیست مقادیر بحرانی پاراکلینیک با اجماع نظر متخصصین بالینی و پاراکلینیک مربوطه تدوین و توسط مسئول فنی آزمایشگاه در کمیته درمان دارو و تجهیزات پیشنهاد شده، پس از تصویب به کلیه بخش‌های بالینی، آزمایشگاه و آسیب‌شناسی بافت و تصویربرداری ابلاغ می‌گردد.
 ۹. از روش **Read Back .Write Down .Repeat Back** Close the Loop. تبادل اطلاعات بین کارکنان آزمایشگاه و آسیب‌شناسی بافت/ تصویربرداری و کادر بالینی استفاده شود. چرخه مطمئن انتقال کامل و صحیح اطلاعات در چهار مرحله بازخوانی شنیده یادداشت شنیده بازخوانی یادداشت اطمینان از انتقال کامل و صحیح اطلاعات
 ۱۰. از روش **Read Back .Write Down .Repeat Back** Close the Loop. در تبادل اطلاعات بین کارکنان بالینی (اعم از پزشک و پرستار) استفاده شود.
 ۱۱. انجام/ تداوم مداخلات فوری و حیاتی می‌تواند شامل اعلام کد احیا، اطلاع فوری به پزشک مقیم، آنکال یا معالج باشد. برای تبادل اطلاعات مورد اشاره به صورت کامل، جامع و دقیق روش‌های ساختارمند مانند SBAR پیشنهاد می‌گردد.
- انجام/ تداوم مداخلات فوری و حیاتی می‌تواند شامل اعلام کد احیا، اطلاع فوری به پزشک مقیم، آنکال یا معالج باشد. برای تبادل اطلاعات مورد اشاره به صورت کامل، جامع و دقیق روش‌های ساختارمند مانند SBAR پیشنهاد می‌گردد.
- تعیین پرستار جانشین در مواردی که پرستار مسئول حتی به مدت کوتاه محل خدمت خود را ترک می‌نماید الزامی بوده و تحویل بیماران از طرف پرستار ترک کننده شیفت به پرستار جانشین قبل از ترک محل کار بایستی انجام شود. سطح بندی و توزیع بیماران برای شیفت بعد توسط مسئول شیفت با هماهنگی مسئول شیفت قبل باتوجه به اطلاع کامل تر از شرایط بیماران، صورت پذیرد. همچنین برای جلوگیری از اختلاف نظر و پوشش کامل مراقبت‌ها در زمان همپوشانی، مدیریت پرستاری، پایان ساعت پوشش هر تیم

از کدهای فراخوان را به صورت رسمی ابلاغ نماید. دقت شود جابجایی بیماران بین بخش‌های مختلف حتی الامکان در ساعات تعویض شیفت نباشد مگر در موارد اورژانس که اجتناب ناپذیر است. همچنین موضوع تغییر پرستار در گزارش پرستاری و ثبت گزارش مراقبت‌ها در پرونده بیمار در زمان عدم حضور پرستار بیمار توسط پرستار جانشین انجام شود. در خصوص سطح بندی بیماران روان، بر اساس ضوابط داخلی بیمارستان برنامه‌ریزی و انجام شود.

برای اطمینان از برقراری ارتباط موثر و ایمن از ابزارهایی مانند SBAR استفاده می‌شود. با استفاده از تکنیک SBAR که دارای مکانیسمی ساده برای به خاطر سپردن است و می‌تواند برای شکل دادن به ارتباطات افراد به ویژه در خصوص موارد حیاتی که توجه و اقدام اضطراری کادر بالینی را می‌طلبد، مورد استفاده قرار گیرد. توانمندی در درک بهتر اطلاعات مورد تبادل و چگونگی آن، تسهیل کار تیمی و پرورش فرهنگ ایمنی بیمار و فراهم سازی امکان تبادل اطلاعات کامل مرتبط به شرایط بیمار از ویژگی‌های تکنیک SBAR محسوب می‌شود.

مراحل تکنیک SBAR عبارت است از

۱. وضعیت تشریح وضعیت کنونی در طی (۵ الی ۱۰ ثانیه)
 ۲. سوابق بیان سوابق مرتبط و کاربردی بیمار به اختصار
 ۳. ارزیابی نتیجه گیری، آن چه که فکر می‌کنید
 ۴. توصیه‌ها آن چه که نیاز دارید با ذکر چهارچوب زمانی آن
 ۵. تکنیکی برای تبادل اطلاعات حیاتی در باره دغدغه‌های مربوط به بیمار است که نیازمند توجه فوری و اقدام می‌باشند. قصد از این تکنیک حصول اطمینان از آن است که اطلاعات صحیح و سطح نگرانی بین کادر حرفه‌ای درمان تبادل شود.
 ۶. تکنیکی برای تبادل اطلاعات حیاتی در باره دغدغه‌های مربوط به بیمار است که نیازمند توجه فوری و اقدام می‌باشند. قصد از این تکنیک حصول اطمینان از آن است که اطلاعات صحیح و سطح نگرانی بین کادر حرفه‌ای درمان تبادل شود.
- ب ۱-۵-۳* مشاوره‌های تخصصی اورژانسی برنامه‌ریزی و در حداقل زمان انجام می‌شود.

۱. ویزیت بیمار و ثبت درخواست مشاوره با قید " مشاوره اورژانسی و ذکر سرویس تخصصی مد نظر " توسط پزشک معالج/

ذیصلاح در پرونده بیمار

۲. ثبت توضیحات کافی توسط پزشک معالج/ ذیصلاح و تاریخ و ساعت درخواست در برگه مشاوره

۳. حضور بلادرنگ پزشک مشاور ذیصلاح بر بالین بیمار

۴. انجام ویزیت توسط مشاور و تکمیل برگه مشاوره توسط پزشک

۵. اطلاع فوری نتایج مشاوره به پزشک معالج

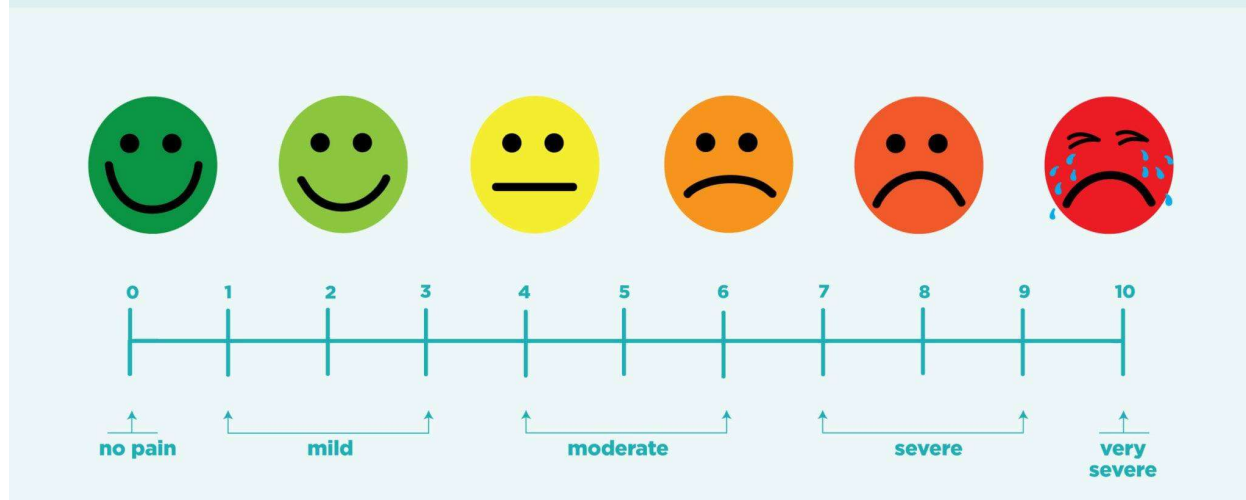
مشاوره‌های تخصصی اورژانسی بایستی بر بالین بیمار صورت پذیرد اما در صورت وضعیت بحرانی دستورات تلفنی تا زمان حضور بلادرنگ در بالین بیمار قابل اجرا می‌باشد. بدهی است تمامی دستورات تلفنی بایستی توسط پزشک مشاور در پرونده بیمار ثبت شود. پایش مدت زمان و نحوه انجام مشاوره‌های اورژانسی به عنوان یکی از شاخص‌های مهم به منظور ارتقای روند سرعت و کیفیت مشاوره‌های اورژانسی به تفکیک سرویس‌های تخصصی توصیه می‌شود. برگه مشاوره بایستی ممه‌ور به مهر و امضاء و تاریخ و ساعت پزشک مشاور باشد. بدیهی است دستورات فوری برای اقدامات نجات دهنده حیات بیماران توسط پزشک مشاور در شرایط بحرانی نیازی به اطلاع رسانی/ اخذ تایید پزشک معالج ندارد.

۱. پزشک جانشین/ ذیصلاح به ترتیب اولویت شامل پزشک مقیم متخصص یا تخصص مرتبط - پزشک انکال با تخصص مرتبط - در بیمارستان‌های آموزشی رزیدنت ارشد همان شیفت در سرویس تخصصی مرتبط است.

۲. شروع فوری اقدامات تشخیصی درمانی پس از تایید مراتب توسط پزشک معالج

ب-۱-۵-۶* **درد بیماران با شیوه اثربخش و ایمن مدیریت می‌شود.** در صورت استفاده از داروهای مخدر تزریقی، تدابیر لازم جهت پیشگیری از عوارض ناخواسته از جمله آپنه مدنظر قرارگیرد. در خصوص استفاده از پمپ‌های مخدر تمهیدات ایمنی لازم طبق دستورالعمل استاندارد از سوی بیمارستان رعایت شود. همچنین به منظور افزایش ظرفیت پذیرش بیمار جهت اجرای دقیق دستورالعمل، آگاه سازی بیمار از عوارض داروهای مسکن رده‌های پایانی دستورالعمل داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی و مخدر صورت می‌پذیرد.

Pain Scale



الف ۱-۶-۲* تیم رهبری و مدیریت با همراهی مسئولان مرتبط با ایمنی، بازدیدهای مدون ایمنی را مطابق ضوابط مربوط برنامه‌ریزی و اجرا می‌نماید.

بازدیدهای (واک راندهای) مدیریتی ایمنی بیمار

تیم رهبری و مدیریت بیمارستان بایستی با فلسفه و نحوه اجرای بازدید مدیریتی ایمنی طبق دستورالعمل و مبانی فرهنگ ایمنی بیمار آشنا بوده و بدان متعهد باشد. حضور مدیران ارشد بیمارستان طبق دستورالعمل در این بازدید ضروری است.

برنامه تنظیمی (تقویم) سالیانه (به نحوی که حداقل یک بازدید مدیریتی در هر هفته صورت گیرد) از سوی ریاست بیمارستان به کلیه واحدها/بخش‌های مربوطه و مدیران مرتبط ابلاغ شده، در بخش‌ها/واحدها موجود و در معرض رویت کارکنان می‌باشد.

بازدید مدیریتی ایمنی بیمار به هیچ وجه جنبه بازرسی ندارد و بازدیدها براساس گفتمان حضوری و سوالات باز مربوط به وضعیت ایمنی بیمار و مخاطرات سیستمی موجود با کارکنان صف در بخش‌ها/واحدهای مربوط مطابق با سؤالات پیشنهادی در دستورالعمل فوق الذکر اجرا می‌گردد. ضروری است فرصت کافی به کارکنان در خصوص بیان دغدغه‌های خود در قبال تهدید ایمنی بیمار داده شود و بازدید به گونه‌ای مدیریت گردد که مباحث غیرمرتبط با ایمنی بیمار باعث اتلاف وقت و نپرداختن به مباحث ایمنی بیمار نشود.

با انجام مرتب بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار به صورت هفتگی مدیران ارشد سازمان می توانند به کارکنان تعهد سازمان را به ایجاد فرهنگ ایمنی نشان دهند. بازدید مدیریتی ایمنی بیمار از بخش ها (نظیر بخش اورژانس ، رادیولوژی و اتاق های عمل)، داروخانه و آزمایشگاه صورت می گیرد. بدین صورت صحبت غیررسمی با کارکنان صف در ارتباط با موضوعات ایمنی در سازمان و تایید و حمایت از گزارش خطاهای پزشکی ممکن می شود.

بازدید مدیریتی ایمنی (واک راند مدیریتی ایمنی) چیست ؟

سنجه الف-۱-۶-۲* با سطح بندی یک ، با عنوان تیم رهبری و مدیریت با همراهی مسئولان مرتبط با ایمنی ، بازدیدهای مدون ایمنی را مطابق ضوابط مربوط برنامه ریزی و انجام می دهند "با هماهنگی و طبق تقویم و برنامه قبلی سالیانه ۸ سوال در جلسه واک راندهای مدیریتی ایمنی:

۱. با در نظر گرفتن چند روز گذشته آیا میتوانید مورد، مشکل و یا موضوعی را بیان نمایید که موجب طولانی شدن مدت بستری بیماری شده است؟
۲. با در نظر گرفتن چند روز گذشته آیا می توانید اتفاق نزدیک به وقوعی را به یاد آورید که در صورت وقوع می توانست منجر به آسیب بیمار شود ؟
۳. آیا اخیراً شما متوجه اتفاقی که به بیمار آسیب رسانیده است ، شده اید ؟
۴. کدام یک از جوانب محیطی می تواند به بیمار آسیب بزند ؟
۵. آیا ما می توانیم از آسیب بعدی به بیمار پیش گیری نماییم ؟
۶. به چه صورت می توان بازدید های مدیریتی ایمنی بیمار را اثر بخش تر نمود؟
۷. چه مداخله ای از سوی مدیران ارشد سبب ایمن تر شدن ارائه خدمات شما می شود .
۸. از نظر شما کدام یک از عوامل سیستمی و یا محیطی سبب افزایش میزان خطر بروز اشتباهات می شوند؟

اهداف واک راندهای مدیریتی ایمنی

- اولویت بخشی به موضوع مهم ایمنی بیمار در سطح بخش / واحدها
- بررسی چالشهای ایمنی از نگاه کارکنان
- جلب مشارکت و ترغیب کارکنان به توجه ویژه به ایمنی بیمار
- ایجاد فرهنگ بیمار محوری در سطح بیمارستان
- شناسایی مشکلات ایمنی بیماران از نزدیک و اصلاح میدانی تهدیدات ایمنی

- کاهش قابل ملاحظه وقوع اتفاقات ایمنی بیمار در سطح بیمارستان مبتنی بر پایش اتفاقات ناخواسته
- افزایش گزارش داوطلبانه اتفاقات ناخواسته دارویی و سایر اتفاقات ناخواسته
- اجرای مداخلات اصلاحی به منظور ارتقاء ایمنی بیمار مبتنی بر اطلاعات اخذ شده از بازدید های مدیریتی
- ایجاد باور و اعتقاد در کلیه کارکنان (مبنی براینکه خط مشی غیر تنبیهی در ارتباط با اتفاقات ناخواسته مرتبط به ایمنی بیمار موثر و عملی است)

قوانین کلی مربوط به بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار :

تصمیم گیری و توافق در خصوص اعلام قبلی زمان و مکان مورد بازدید در بیمارستان بر عهده هیأت مدیره ی بیمارستان می باشد. تضمین و اطمینان بخشیدن به کارکنان در ارتباط با محرمانه ماندن اطلاعات مورد بحث در بازدید های مدیریتی الزامی می باشد .

افراد شرکت کننده در بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار :

مدیران ارشد بیمارستان شامل:

- رئیس بیمارستان مدیر بیمارستان رئیس گروه بالینی رئیس خدمات پرستاری بیمارستان روسای بخش ها بر حسب مورد

- کارشناس هماهنگ کننده مدیریت خطر / کارشناس مسوول ایمنی بیمار

- حضورریاست بیمارستان در تمامی بازدیدهای ایمنی بیمار الزامی نبوده و بر اساس جدول فوق توصیه می شود.

ب ۱-۶-۴* دارودهی بیماران با رعایت اصول صحیح دارودهی طبق آخرین روش پیشنهادی سازمان بهداشت جهانی انجام می شود.

هفت قانون دارودهی عبارت است از داروی صحیح، راه صحیح، زمان صحیح، دوز صحیح و بیمار صحیح دو موردی که بر اساس مطالعات سازمان جهانی بهداشت به منظور تضمین ایمنی مصرف دارویی به پنج قانون دارو دهی اضافه شده، عبارت است از مستند سازی صحیح و حق کارکنان، بیمار یا مراقبین بیمار در ارتباط با سؤال در مورد دستور دارویی داده شده. عدم کفایت دانش و آگاهی کادر بالینی درخصوص موارد مصرف، منع مصرف و تداخلات دارویی و نیز عدم توجه به عوامل جسمانی، شناختی، روانی/هیجانی و اجتماعی بیماران مانند آلرژی، بارداری، بیماری های همراه، سواد سلامت و سایر داروهای مصرفی آنان از دیگرمنابع و علل خطاهای دارویی ضمن نسخه نویسی داروها محسوب می شوند که با افزایش تعداد داروهای مصرفی بر شدت این مشکل هم رو به افزایش است. خطاها می تواند شامل نوشتن نسخه برای بیمار اشتباه، دوز اشتباه دارویی، داروی اشتباه، راه اشتباه مصرف یا زمان اشتباه برای دادن

دارو به بیمار باشد. دست خط ناخوانا، سوء تفاهم‌ها در محاوره کلامی و کاربرد اختصاراتی که دارای چندین معنا بوده و می‌توانند به صورت نادرست تفسیر شوند باشند، خطاهای ریاضی ناشی از محاسبه اشتباه دوز دارو به علت بی‌دقتی یا خستگی و هم‌چنین ناشی از عدم آموزش کافی و نا‌آشنایی با نحوه کار با حجم‌ها، مقادیر، غلظت‌ها و واحدها و/یا فقدان دسترسی به پارامترهای به‌روز از سایر علل خطاهای دارویی در ضمن نسخه‌نویسی داروها محسوب شود.

ب ۱-۶-۲* داروهای با هشدار بالا با تمهیدات ویژه و ایمن در بخش‌ها نگهداری، تجویز و مصرف می‌شوند.

۱. نگهداری ایمن داروهای با هشدار بالا در بخش
۲. شناسایی داروهای با هشدار بالا در فرمولاری بیمارستان
۳. برچسب‌گذاری تمام داروهای با هشدار بالا در انبار دارویی و قبل از توزیع
۴. تعیین نحوه برچسب‌گذاری بر روی ویال یا باکس یا قفسه برای انواع داروهای با هشدار بالا در کمپته درمان دارو
بر اساس شواهد معتبر
۵. ابلاغ نحوه برچسب‌گذاری بر روی ویال یا باکس یا قفسه برای انواع داروهای با هشدار بالا به تمامی بخش‌های بالینی توسط رئیس/مدیرعامل بیمارستان
۶. رعایت دقیق نحوه برچسب‌گذاری داروهای با هشدار بالا
۷. تجویز ایمن داروهای با هشدار بالا
۸. گزارش وقایع ناخواسته ناشی از مصرف غیر ایمن داروهای با هشدار بالا و تحلیل علل ریشه‌ای آن‌ها

بر اساس منابع معتبر زمانی که "داروهای با هشدار بالا" به اشتباه مورد استفاده قرار می‌گیرند، باعث مرگ یا آسیب شدید بیماران می‌شوند. اگر چه ممکن است میزان تکرار خطا در مصرف و تجویز این داروها شایع نباشد، لیکن عوارض به جای مانده ناشی از خطاهای دارویی برای بیماران بسیار شدید، پایدار و غیر قابل جبران و بازگشت است. این داروها که می‌توان از میان آن‌ها، به داروهای ضد انعقاد، نارکوتیک‌ها، اوبوییدها، انسولین و آرام بخش‌ها اشاره نمود، بیشتر توأم با عوارضی نظیر کاهش فشارخون، خونریزی، کاهش قند خون، دلیریوم، لتارژی و برادیکاردی بوده که هر یک از این عوارض می‌توانند آسیب و ضرری جبران‌ناپذیر را برای بیماران باعث شوند.

از اهم احتیاطاتی که در مصرف و تجویز این داروها، ممنوعیت دسترسی آزاد به "داروهای با هشدار بالا" است. دسترسی به "داروهای با هشدار بالا" در اتاق آماده‌سازی دارو و انبار دارویی بخش بایستی محدود باشد. داروهای با هشدار بالا که دارای اسامی و یا اشکال مشابه می‌باشند در محل نگه‌داری در بخش در سبدهای قرمز رنگ گذارده شده، نام دارو به زبان فارسی با فونت حداقل ۴۸ که از دور قابل خواندن باشد، بر روی آن نصب شود. کارکنان بالینی به اطلاعات داروئی داروهای هشدار بالا مانند اشکال داروئی، دوزها، طبقه آماده‌سازی، راه‌های تجویز، زمان دارودهی، عوارض، تداخلات، پایش، هشدارهای داروئی دسترسی داشته باشند. در هنگام نسخه نویسی و نسخه برداری داروهای با هشدار بالا که دارای اسامی مشابه هستند، حتما، از روش نگارش به منظور تأکید بر روی اختلاف اسامی دارویی، استفاده شود. (استفاده از حروف بزرگ در نوشتن نام داروهای مشابه اسمی به عنوان مثال دوپامین در مقابل دوبوتامین) در هنگام نسخه نویسی، نسخه پیچی و دادن دارو به بیمار، هفت قانون دارودهی رعایت شود (طبق توضیحات مندرج ذیل سنجه ب-۱-۶-۴) ویال پتاسیم دور از سایر داروها و در جایگاه مجزا نگهداری شود. در تجویز داروهای با هشدار بالا به صورت شفاهی یا تلفنی محدودیت اعمال گردد. نسخه نویسی داروهای با هشدار بالا توسط پزشک متخصص (و بالاتر) انجام شود. خوانا بودن دستورات و نسخ دارویی و متون نوشته شده توسط کارکنان بالینی مانند نوشتن نسخ یا دستورات داروئی پزشک و نیز انتقال نسخه برداری دستورات داروئی از پرونده به کاردکس/ سامانه اطلاعات بیمارستان بسیار حائز اهمیت است. بر روی وسایل مورد استفاده برای تزریق داروهای پرخطر مانند سرنگ (مورد استفاده در پمپ هوشمند و غیر آن)، میکروست برچسب قرمز رنگ، حاوی نام دارو با فونت مناسب الصاق گردد. در وسایل فوق جریان داروی با هشدار بالا نباید هرگز نبایستی در حالت آزاد قرار بگیرد. استانداردهای و دقت بسیار در هنگام انبار داری، نسخه نویسی، نسخه برداری، آماده سازی و تجویز "داروهای با هشدار بالا" رعایت گردد به نحوی که از بروز وقایع ناخواسته بکاهد. تجویز و آماده سازی "داروهای با هشدار بالا" توسط دو نفر از کادر حرفه‌ای به صورت مستقل از یکدیگر انجام شود. آموزش‌های لازم به بیماران در خصوص ملاحظات و مخاطرات مصرف داروهای با هشدار بالا و لزوم توجه به دستورات پزشکی ارائه شود.

یادآوری مهم! در صورت هرگونه حذف داروهای با هشدار بالا از فرایند برچسب گذاری به دلیل کمبود منابع، امتیازی به این سنجه تعلق نخواهد گرفت و صرفا بایستی بر اساس منابع علمی معتبر و شواهد بومی تصمیم گیری شود.

High Alert Medication Dispensing/ Storage

- تمامی داروهای نازکوتیک و تسکین دهنده های درد در داروخانه و بخش های بستری بایستی در قفسه جداگانه ی قفل داری نگاهداری و در تعویض شیفت ها تحویل شوند. سوابق تحویل آن ها نیز درج و موجود باشد.

- در صورت نیاز فوری به ارسال دارو از داروخانه با غلظتی متفاوت از غلظت استاندارد داروی ناركوتیک از برچسب واجد مشخصات دارو و غلظت آن بایستی استفاده شود.
- در داروخانه و قبل از ارسال دارو به بخش، بر روی تمامی داروهای شیمی درمانی یک برچسب به رنگ زرد که واجد نوشته ذیل است چسبانیده شود: " داروی شیمی درمانی ، با احتیاط حمل شود".
- داروهای شیمی درمانی را بایستی در داخل دو کیسه در داخل هم به منظور پیش گیری از شکستن و یا پاشیدن محتویات داخل ویال قرار داد.
- انبار ویال های با غلظت بالای: پتاسیم کلراید، پتاسیم فسفات، کلسیم گلوکونات و سولفات کلسیم در داروخانه بیمارستان بایستی به صورت مجزا از یکدیگر صورت گیرد. محلول های رقیق استاندارد این دارو ها را درجایی مجزا (برای مثال: در ایستگاه پرستاری یا کمد دارویی جداگانه در اتاق تریتمنت) قرار دهید.
- احتیاطاتی که در مصرف و تجویز داروهای با هشدار بالا پیشنهاد می شوند شامل موارد ذیل است:
- ✓ بکارگیری استراتژی هایی نظیر بهبود دسترسی به اطلاعات دارویی مرتبط به " داروهای با هشدار بالا"
- ✓ ممنوعیت دسترسی آزاد به "داروهای با هشدار بالا"
- ✓ در هنگام نسخه نویسی و نسخه برداری داروهای با هشدار بالا که دارای اسامی مشابه می باشند، حتما، از به منظور تأکید بر روی اختلاف اسامی دارویی، استفاده شود. (نسخه نویسی و نسخه برداری به روش نگارش TALL MAN LETTERING: استفاده از حروف بزرگ در نوشتن نام داروهای مشابه اسمی (به عنوان مثال DOPamine در مقابل DoBUTamine)
- ✓ محدودیت در تجویز داروهای با هشدار بالا به صورت شفاهی یا تلفنی
- ✓ نسخه نویسی داروهای با هشدار بالا توسط پزشک متخصص (و بالاتر)
- ✓ استفاده از حروف درشت جهت نوشتن نام دارو در هنگام دستوردارویی
- ✓ اتصال تجویز دارو ها به سیستم های هشدار اتوماتیک در زمان بروز خطای دارویی
- ✓ استفاده از برچسب هشدار دهنده به منظور جلب نظر کاربران در هنگام تجویز " داروهای با هشدار بالا"

✓ استاندارد سازی و دقت بسیار در هنگام انبار داری، نسخه نویسی، نسخه برداری، آماده سازی و تجویز " داروهای با هشدار بالا"، به نحوی که از بروز وقایع ناخواسته بکاهد.

✓ تجویز و آماده سازی "داروهای با هشدار بالا" توسط دو نفر از کادر حرفه ای به صورت مستقل از یکدیگر

ب ۱-۶-۳* داروهای با شکل، نام و تلفظ مشابه با تمهیدات ویژه و ایمن در بخش‌ها نگهداری، تجویز و مصرف می‌شوند

۱. نگهداری ایمن داروهای با اسامی و اشکال مشابه

۲. تجویز ایمن داروهای با اسامی و اشکال مشابه

۳. محدود نمودن دستور تلفنی و شفاهی در خصوص داروها با تلفظ (آوای) مشابه

۴. جلب مشارکت بیماران و خانواده یا مراقبین در مراقبت دارویی به منظور کاهش خطر

۵. تعیین فضای فیزیکی اختصاصی جهت انبارش الکترولیت‌های با غلظت بالا با اشکال مشابه

۶. گزارش وقایع ناخواسته ناشی از مصرف غیر ایمن داروهای با اسامی و اشکال مشابه و تحلیل علل ریشه‌ای آن‌ها

۷. آموزش مستمر کاربران دارویی ذیربط

تشابه داروها از سه منظر مطرح است. این تشابه می‌تواند به لحاظ شباهت در بسته‌بندی دارویی باشد که از آن به عنوان شباهت ظاهری یا نمایی یاد می‌شود. وجه دیگر از تشابه، مشابهت در تلفظ یا به عبارتی املاء و تشابه نوشتاری می‌باشد که کارکنان در دیدن دچار اشتباه و خطای دیداری نام دارو می‌شوند. این تشابه غالباً می‌تواند شباهت تلفظی یا آوایی را به دنبال داشته باشد که منجر به خطای شنیداری در حین تبادل اطلاعات و دستورات دارویی به صورت شفاهی/تلفنی می‌شود. فلسفه‌ای که بر مبنای آن احتمال خطرات ناشی از داروها با اسامی مشابه شکل گرفته این است که تازمانی که حروف ابتدایی و انتهایی هر کلمه صحیح باشد مهم نیست که حروف یک کلمه به چه ترتیبی در کنار هم قرار گرفته‌اند و به عبارتی مشاهده کننده بدون توجه به سایر حروف و بر اساس تداعی ذهنی قبلی خود از آن کلمه برداشت می‌نماید. به همین دلیل است که وجود مقادیر انبوه داروهای موجود در بازار مصرف با اسامی (تجاری یا برند) مشابه، گیج کننده می‌شود و با توجه به همین فلسفه این مشکل در سراسر جهان به عنوان یکی از علل آسیب‌های ناخواسته و حوادث تهدید کننده ایمنی بیمار معنا یافته

است. با توجه به فراوانی شباهت داروها به لحاظ شکلی و اسمی، رعایت استانداردهای تجویز ایمن داروهای مشابه شکلی و اسمی بسیار حائز اهمیت است.

➤ آسیب به بیماران از جانب داروهای مشابه شکلی و اسمی از جوانب ذیل ممکن است ایجاد شود

۱. بروز خطاها/ اشتباهات دارویی ناشی از دست خط ناخوانای کارکنان بالینی اعم از پزشکان در زمان نسخه نویسی/تجویز و پرستاران هنگام نسخه برداری

۲. بروز خطاها/ اشتباهات دارویی ناشی از خطای شنیداری داروهای با اسامی مشابه یا آواهای مشابه

بروز خطاها/ اشتباهات دارویی ناشی از خطای تجویز (دادن دارو) در داروهای با اشکال مشابه

نصب یادآور داروها با اشکال مشابه در اتاق آماده سازی داروها (لیست داروهای با اشکال مشابه منطبق بر داروهای موجود در بیمارستان می باشد و بدین منظور ضروری است که پس از تدارک دارویی و در فواصل دوره‌ای منظم توسط بخش‌ها بازنگری و به روز شود). برچسب داروهای با اسامی و اشکال مشابه به رنگ زرد است و به نحوی بر روی ویال دارویی الصاق گردد که نام و مشخصات دارو قابل خواندن باشد. جعبه محتوی ویال‌ها و آمپول‌ها و داروهای با اسامی و اشکال مشابه در ترالی اورژانس را با برچسب زرد رنگ نشان گذاری شوند. در تمامی انبارهای دارویی بیمارستان (بخش، انبار مرکزی بیمارستان و داروخانه)، ظروف نگهداری داروهای با اسامی و اشکال مشابه را با برچسب زرد رنگ نشان گذاری شوند. حین برچسب گذاری بر روی ظروف نگهدارنده برچسب صحیح الصاق و از چک مستقل دوگانه استفاده شده و به صورت دوره‌ای به روز شود. برقراری ارتباط در خصوص داروهای مشابه باید به صورت شفاف باشد. بدین منظور از روش‌هایی مانند “Read back/Right Down/ Repeat back” و “Close the Loop” می‌توان استفاده کرد. در هنگام نسخه نویسی و دادن دارو به بیمار ۵ قانون مرتبط به داروها (دارودهی درست) اعمال گردد. به منظور تأکید بر روی اختلاف اسامی داروهای با اسامی مشابه، نسخه نویسی و نسخه برداری داروها به روش نگارش استفاده از حروف بزرگ در نوشتن نام داروهای مشابه اسمی صورت پذیرد. روش و نحوه تحویل موقت خدمات در بخش‌های بستری یا انبارهای دارویی در زمان ترک موقت خدمت مشخص باشد. همچنین بایستی به بیماران و مراقبین آنان آموزش داده شود که داروها هم دارای اسامی تجاری و هم اسامی ژنریک هستند، شرکت‌های مختلف دارویی فرمولاسیون مشابه دارویی را با اسامی متفاوت تجاری تولید می‌کنند و معمولاً اسامی تجاری با حروف بزرگ و اسامی ژنریک با پرینت کوچک بر روی جعبه/ شیشه دارو نوشته می‌شوند. به بیماران برگه‌های آموزشی کتبی در ارتباط با موارد مصرف، نام‌های ژنریک و تجاری و عوارض جانبی بالقوه داروهای مصرفی داده شود. با توجه

به افزایش خطر بالقوه ناشی از خطاهای مرتبط به اسامی و اشکال مشابه دارویی LASA، بیماران به نگهداری فهرستی از اسامی تجاری و ژنریک داروهای مصرفی‌شان تشویق شوند. به بیماران توضیح داده شود که برخی داروها ممکن است دارای دو نام مختلف باشند. به منظور رفع ابهامات بیماران، فرصتی برای مرور دستور دارویی آنان با داروساز بیمارستان فراهم شود. بیماران و خانواده آنان به یادگیری نام ژنریک داروی خود به عنوان شناسه کلیدی ترغیب شوند. به بیماران آموزش داده شود که در صورت مغایرت داروهای آنان با رژیم دارویی معمولی شان، قبل از مصرف حتماً به ارائه دهنده خدمت اطلاع دهند. در صورتی که داروی بیمار نیاز به ابزار اندازه‌گیری (برای مثال: وجود قاشق یا پیمانه برای شربت‌ها) دارد، در اختیار وی قرار گیرد.

هفت قانون دارو دهی عبارت است از داروی صحیح، راه صحیح، زمان صحیح، دوز صحیح و بیمار صحیح دو

موردی که بر اساس مطالعات سازمان جهانی بهداشت به منظور تضمین ایمنی مصرف دارویی به پنج قانون

دارو دهی اضافه شده، عبارت است از مستند سازی صحیح و حق کارکنان، بیمار یا مراقبین بیمار در ارتباط با

سؤال در مورد دستور دارویی داده شده.

ب ۱-۶-۵* تلفیق دارویی بیماران برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.

(اطمینان از صحت دارو درمانی در مرحله انتقالی ارائه خدمات)

ارائه خدمات دارویی در بیمارستان، فرآیند پیچیده‌ای است که شامل تدارک، انبارش، نسخه نویسی، نسخه پیچی، تجویز و پایش دارو است. خطاهای دارویی در هر یک از این مراحل می‌تواند رخ دهد که بر اساس شواهد، هر سال باعث مرگ چند هزار نفر و آسیب به ۱/۵ میلیون نفر می‌گردد و فقط در کشور امریکا تحمیل هزینه‌ای معادل ۳/۵ میلیون دلار تحمیل می‌نماید. بالغ بر ۵۶٪ خطاهای دارویی در هنگام نسخه نویسی واقع می‌شود. در ۴۶٪ مواقع خطاهای دارویی در زمان انتقال، پذیرش یا ترخیص از بخش/بیمارستان رخ می‌دهد. از طرفی واکنش ناخواسته دارویی که به عنوان آسیب ناشی از یک دارو در دوز و مصرف نرمال تعریف شده، از مشکلات پیچیده و مهم بالینی است. شیوع کلی تداخلات دارویی که می‌تواند ناشی از تأثیر متقابل دارو با دارو، دارو با غذا و دارو با داروهای گیاهی باشد در حد ۵۰٪ تا ۶۰٪ است و پیشگیری از وقوع آن در مدیریت دارویی بیمار بسیار حائز اهمیت است. تعدد داروهای مصرفی بیماران توان بالقوه برای بروز تداخلات دارویی را افزایش می‌دهد. سن بیمار، شدت بیماری، ژنتیک، بیماری‌ها (نقص عملکردی کبدی یا کلیوی)، رژیم غذایی، استعمال دخانیات و مصرف الکل از سایر علل و عوامل تأثیرگذار بر بروز تداخلات دارویی هستند.

تلفیق دارویی یک فرآیند رسمی است که با همکاری ارائه کنندگان خدمات سلامت، بیماران و خانواده آنان به منظور تضمین انتقال منسجم اطلاعات صحیح و جامع دارویی در طی انتقال خدمت یا مراقبت شکل می‌گیرد. تلفیق دارویی مستلزم مرور منظم، ساختارمند و جامع تمام داروهای بیمار به منظور تضمین ارزیابی دقیق قبل از قطع، تغییر یا دستور داروی جدید است. این فرآیند جزئی از مدیریت داروی بیماران بوده که پزشک را قادر به تصمیم‌گیری برای دستور مناسب‌ترین دارو برای بیمار می‌نماید. تلفیق دارویی مستلزم مرور منظم، ساختارمند و جامع تمام داروهای بیمار به منظور تضمین ارزیابی دقیق قبل از قطع، تغییر یا دستور داروی جدید است. فهرستی از تمامی داروهایی که بیمار دریافت می‌نماید تهیه (با نام، دوز، دفعات مصرف، شکل و راه مصرف داروهای مصرفی) و بررسی شده و ضمن مشاوره با داروساز بالینی/ داروساز و رفع تداخلات دارویی توسط پزشک معالج انجام می‌شود.

➤ داروهایی که بایستی مشمول تلفیق دارویی شوند

۱. داروهای نسخه شده
۲. ویتامین‌ها
۳. داروهای روی پیشخوان یا همان داروهایی که خرید و مصرف آن‌ها نیاز به تجویز پزشک ندارد.
۴. مواد تشخیصی و کنتراست‌ها
۵. تغذیه مکمل
۶. فرآورده‌های خونی
۷. مایعات وریدی
۸. مواد غذایی
۹. داروهای گیاهی

اخذ و ثبت اطلاعات مربوط به داروهای فعلی از بیمار یا خانواده وی بایستی توسط پزشک بستری کننده بیمار صورت پذیرد، مگر در مواقع اورژانس که فوریت اقدامات درمانی مطرح می‌باشد و در این موارد، اخذ و ثبت اطلاعات مربوط به داروهای فعلی از بیمار می‌تواند حداکثر تا ۲۴ ساعت پس از پذیرش به تعویق بیفتد. در بیمارستان‌های آموزشی اخذ تاریخچه داروهای مصرفی فعلی بیمار معمولاً توسط دانشجویان پزشکی ذیصلاح انجام می‌شود.

ب-۱۲-۱* ترخیص بیماران به صورت ایمن انجام می‌شود.

۱. اطمینان پزشک معالج از آمادگی بیمار برای ترخیص ایمن و بی‌نیازی او به استمرار مراقبت‌های بیمارستانی/ جایگزینی سایر شیوه‌های مراقبتی ایمن خارج از بیمارستان
۲. ثبت دستور ترخیص توسط پزشک معالج و پس از ویزیت بیمار در روز ترخیص
۳. ارائه توضیحات جهت آمادگی خانواده و مراقبت‌کنندگان بیمار برای ترخیص و نگهداری ایشان در منزل
۴. مدیریت مراقبت و درمان بیمار پس از صدور دستور ترخیص توسط پزشک تا هنگام ترک بیمارستان
۵. نظارت بر نحوه انتقال ایمن بیمار از بیمارستان و پشتیبانی ارائه خدمات طبی مستمر در حین انتقال
۶. مدیریت دارویی در فرایند ترخیص و تلفیق دارویی در نسخه ترخیص

۷. آموزش اثر بخش بیماران حین ترخیص

۸. شناسایی و برنامه‌ریزی برای بیماران نیازمند به استمرار مراقبت‌های توانبخشی
۹. شناسایی بیماران آسیب‌پذیر و پرخطر و پی‌گیری وضعیت این بیماران پس از ترخیص
۱۰. شناسایی بیماران/ مددجویان آسیب‌پذیر اجتماعی در مرحله قبل و پس از ترخیص و پیگیری وضعیت این بیماران پس از ترخیص توسط کارشناسان مددکاری اجتماعی

استفاده از ابزارهای استاندارد مانند SMART برای ارتقاء ترخیص ایمن بیماران توصیه می‌شود.

آموزش "مراقبت از خود"، درمان‌های نگهدارنده، پی‌گیری/مراجعه بعدی و مصرف ایمن داروها به بیمار جهت دستیابی به حداکثر سطح سلامت قابل اکتساب همچنین در موارد ترخیص با میل شخصی رعایت حداقل الزامات ترخیص ایمن توصیه موکد می‌گردد.

ترخیص ایمن مفهومی همه‌جانبه برای صیانت از ایمنی بیماران و دستاوردهای مراقبت و درمان در زمان ترخیص است.

ترخیص ایمن شامل تمامی ابعاد پیشگیری، ارتقای سلامت و مراقبت و درمان و پیگیری بیماران به منظور صیانت از دستاوردهای مراقبت و درمان پس از ترخیص است.

شناسایی بیماران آسیب پذیر و پرخطر بر اساس سنجه‌های ب-۱-۴-۲ و ب-۱-۴-۳ صورت می‌پذیرد.

SMART Tool(Signs, Medications, Appointments, Results, Talks)

ب ۱-۱۲-۴* نتایج معوقه بررسی‌های پاراکلینیک، پس از ترخیص به بیمار اطلاع رسانی می‌شود.

لازم به توضیح است که فرایندهای انجام و اطلاع رسانی بررسی‌های پاراکلینیک، اقدامات پرستاری پس از دریافت نتایج و اقدامات و ملاحظات پزشکی به گونه‌ای طراحی و اجرا گردند که معوق شدن نتایج بررسی‌های پاراکلینیک به حداقل ممکن برسد. همچنین در خصوص شناسایی بیماران با احتمال ترک غیر مترقبه بیمارستان مانند موارد خروج افراد با اختلال ذهنی و روانپزشکی/ فرار/ ترخیص با میل شخصی برنامه‌ریزی به عمل آید. اینگونه بیماران بایستی از بدو پذیرش تحت ملاحظات مدیریتی و مراقبتی ویژه قرار گرفته و درخصوص امکان پیگیری بیمار به ویژه در موضوع اطلاع رسانی نتایج معوقه بحرانی اطمینان حاصل شود.

ب ۲-۶-۵* خدمات آنژیوگرافی با رعایت ضوابط مربوط و اصول کیفیت و ایمنی بیمار برنامه‌ریزی و ارائه می‌شود.

پرستار بخش بایستی قبل از انتقال بیمار از آمادگی‌های لازم (زمان ناشتا بودن، جواب آزمایشات، شیو و حمام، رضایت آگاهانه و...) اطمینان یابد. انتقال ایمن بیمار براساس دستورالعمل نحوه جابجایی درون بخشی و بین بخشی بیماران به بخش آنژیوگرافی صورت پذیرد. بیمار و مستندات پرونده در بخش آنژیوگرافی کنترل و چک لیست آمادگی‌های قبل از آنژیوگرافی توسط پرستار تحویل گیرنده تأیید و مهر و امضا شود. همچنین بایستی انتقال بیماران در زمانی که پرستار از آماده بودن اتاق اطمینان یافته و کنترل صحت تجهیزات انجام شده، صورت پذیرفته و بیماران، در اتاق بدون مراقب منتظر نباشند.

ب ۱-۸-۲* تغذیه بیماران نیازمند حمایت تغذیه‌ای (گاواژ) با رعایت اصول بهداشتی و ضوابط مربوط و تحت

برنامه‌ریزی کارشناس تغذیه اجرا می‌شود.

در تغذیه روده‌ای و گاواژ بیماران، میزان نیاز بیمار باید بر اساس ارزیابی‌های انجام شده که در فرم‌های تغذیه‌ای موجود در پرونده بیماران ثبت میگردد توسط کارشناس تغذیه بررسی و برآورد می‌شود. در صورت هرگونه تغییر برنامه تغذیه بیمار توسط پزشک (به طور مثال از انترال به تغذیه دهانی یا از تغذیه دهانی به NPO و ...)، عدم تحمل غذایی بیمار و قطع تغذیه انترال/گاواژ، توسط پرستار به مشاور تغذیه جهت تنظیم رژیم جدید اطلاع رسانی شود. حداقل دو نوع گاواژ تجاری (استاندارد و پر پروتئین) برای بیماران بستری واجد شرایط بایستی در دسترس باشد. محلول گاواژ مورد نیاز در بخش، بایستی با ثبت درخواست در سامانه اطلاعات بیمارستان یا

بصورت مکتوب، دریافت گردد. منظور از رعایت اصول بهداشتی مطابق با دستور العمل "سیاست‌های اجرایی و ضوابط بخش تغذیه در بیمارستان‌ها" است.

نکات مهم در خصوص تغذیه بیماران نیازمند حمایت تغذیه‌ای (تغذیه انترال/گاوژ)

۱. تا زمانیکه بیمار توسط مشاور تغذیه ارزیابی تخصصی تغذیه نشده است مبنای درخواست گاوژ دستور پزشک است.
۲. در صورت استفاده از گاوژ تجاری آماده‌سازی در اتاق گاوژ و یا محیط تمیز با شرایط دور از آلودگی و عفونت در مجاورت بخش‌های مراقبت ویژه انجام شود.
۳. وجود هرگونه گاوژ دستی تهیه شده توسط همراه بیمار و یا هر نوع آبمیوه نشان دهنده عدم مراقبت صحیح تغذیه ای بیمار است.
۴. محلول‌های گاوژ دریافت شده می بایست دارای برچسب مشخصات حداقل شامل نام بخش، نام بیمار، تغذیه انترال/گاوژ، تاریخ و ساعت تهیه باشند.
۵. اولویت با تهیه و تامین گاوژهای صنعتی می باشد و تنها در شرایط بحران و یا تشخیص مشاور تغذیه از گاوژ دست ساز استفاده می شود.
۶. در صورت استفاده از فرمولا تجاری می‌توان توسط پرستار آموزش دیده و در اتاق تمیز آماده سازی و استفاده شود.
۷. **به هیچ عنوان از گاوژ دست ساز تهیه شده توسط همراه بیمار استفاده نشود.**
۸. فرمولای تجاری آماده بسته به نیاز بیمار باید در زمان مورد نیاز توسط پرستار آموزش دیده در محیطی تمیز تهیه شود.
۹. توزیع محلول گاوژ در ظروف استاندارد و مجاز (یکبار مصرف گیاهی درب دار) به بخش‌های مورد نیاز صورت پذیرد.
۱۰. در صورت استفاده از محلول آماده گاوژ استاندارد تجاری، نیازی به استفاده از ظروف یک بار مصرف گیاهی نیست.
۱۱. استفاده از ظروف ویژه ارائه شده توسط شرکت تولید کننده فرمولا (لیوان های Shaker) بلامانع است.
۱۲. ثبت برچسب مشخصات بیمار بر روی ظرف گاوژ با تاریخ و ساعت تهیه آن ضروری است.
۱۳. توزیع گاوژ توسط متصدی توزیع غذا به بخش‌ها حداقل دو بار در روز صورت پذیرد.

۱۴. در صورت عدم تحمل گاوآژ می بایست به مشاور تغذیه اطلاع رسانی شود.

۱۵. در صورت تغییر روش تغذیه توسط پزشک می بایست به مشاور تغذیه اطلاع رسانی شود.

۱۶. اصول بهداشتی تهیه محلول گاوآژ مطابق طبق دستورالعمل مربوط رعایت شود.

۱۷. بیماران نیازمند استفاده مصرف محلول گاوآژ از سطح ایمنی پایین تری دارند و رعایت استانداردهای بهداشتی و ارائه آموزش‌های لازم ضروری است.

وجود فضای مجزا مندرج در کتاب ضوابط خدمات غذایی در مجاورت آشپزخانه با رعایت اصول بهداشتی برای تهیه تغذیه انترال/گاوآژ دستی با امکانات لازم شامل دستگاه مخلوط کننده، ترازو، سینک ظرفشویی، سطل زباله درب دار، ظروف یک بار مصرفی گیاهی بایستی پیش بینی و فراهم شود. امکانات مشروحه بایستی به صورت اختصاصی صرفاً برای آماده سازی تغذیه انترال/گاوآژ دستی استفاده شود.

ب ۹-۱-۱* حمل و نقل خون و فرآورده‌های خونی از سازمان انتقال خون و در داخل بیمارستان در همه مراحل با رعایت زنجیره سرد و ایمن انجام می‌شود.

۱. استفاده از ماشین مخصوص حمل و نقل خون و فرآورده‌ها از مرکز پخش سازمان انتقال خون به بیمارستان

۲. حمل و نقل خون و فرآورده‌های خونی توسط افراد آموزش دیده دارای کارت یا گواهی صادر شده دارای اعتبار از سازمان انتقال خون برای فرد مسئول حمل و نقل

۳. استفاده از محفظه‌های مخصوص حمل و نقل و ثبت کننده دما در باکس حاوی کیسه‌های خون در زمان حمل از مرکز پخش سازمان انتقال خون به بیمارستان

۴. ثبت دمای فرآورده در هنگام تحویل در بانک خون بیمارستان

۵. تحویل دادن فرآورده از بانک خون به بخش‌های بیمارستان با باکس‌های جداگانه و ظرف درب پوش دار و دارای دستگیره

۶. استفاده از ظرف درب پوش دار و دارای دستگیره به جهت جلوگیری از وارد آمدن ضربه فیزیکی به فرآورده‌ها است. نیازی به

استفاده از یخ خشک یا دماسنج در زمان حمل نقل خون و فرآورده‌ها از بانک خون بیمارستان به بخش‌های بالینی و اتاق عمل نیست.

ب ۹-۴-۱* وقایع ناخواسته ناشی از انتقال خون و فرآورده‌های خونی شناسایی، پیشگیری و مدیریت می‌شوند

ب ۹-۴-۲* بیمارستان دارای گواهی استقرار نظام مراقبت از خون از سازمان انتقال خون است.

نهادینه شدن الزامات نظام مراقبت از خون، هموویژلانس به معنی استقرار کامل و رعایت تمامی اصول و تکمیل فرم‌های هموویژلانس در بیمارستان است.

۴ مرحله که باید قبل از شروع هموویژلانس که باید رعایت شود .

۱- خونگیری جهت گروه خونی و کراس ماچ با چسباندن لیبل مشخصات بیمار روی لوله آزمایش در کنار بیمار با شناسایی فعال ۲ - فراهم نمودن اقدامات قبل از تزریق مانند اکسیژن تراپی ، بالا سر بودن ترالی احیا ۳- تحویل کیسه خون و نظارت بر آن از لحاظ گروه خونی و تطابق گروه خونی روی کیسه با گروه خونی ثبت شده برای بیمار در داخل پرونده ، و سوال گروه خونی از خود بیمار کنترل شماره کیسه، گروه خونی ، نوع فرآورده ، وجود حباب داخل کیسه از طریق نرس مسئول بیمار و نرس شاهد به صورت مستقل از همدیگر.۴- کنترل و چارت علایم حیاتی قبل از شروع ترانسفوزیون و تا ۴ ساعت بعد از شروع تزریق در برگه نظارت بر ترانسفوزیون خون.

حداکثر زمان شروع ترانسفوزیون از زمان تحویل گرفتن کیسه خون نیم ساعت می باشد که ارزیاب از طریق برگه های هموویژلانس فاصله زمانی بین شروع ترانسفوزیون و تحویل کیسه از بانک خون را مشاهده خواهد کرد که نباید بیش از ۳۰ دقیقه باشد. حداکثر زمان ترانسفوزیون پکسل و خون کامل ۴ ساعت و حداکثر زمان ترانسفوزیون پلاسما(FFP) و پلاکت ۱ ساعت می باشد.

عوارض عمومی ترانسفوزیون :تغییر در رنگ و حجم ادرار، کاهش یا افزایش فشارخون، تب و لرز، درد قفسه سینه، سرفه، تاکی پنه، درد عضلانی، برادی کاردی، کرامپ شکمی، تنگی نفس، کهیر و خارش، تهوع و استفراغ، درد کمر، تاکیکاردی، سردرد در عوارض ترانسفوزیون ، افزایش بیش از ۲۸ تنفس به عنوان تاکی پنه مطرح می شود.

افزایش ۱ درجه سانتیگراد یا بیشتر نسبت به دمای پایه بدن قبل از تزریق برسد و فشارخون سیستولیک بیش یا کمتر از ۳۰mmhg و فشار دیاستولیک ۱۰ میلی متر جیوه نسبت به فشار پایه از عوارض ترانسفوزیون می باشد .

همزمان با خون یا فرآورده های آن فقط و فقط نرمال سالین می توان تزریق کرد .

عوارض حاد مرتبط با ترانسفوزیون : هر نوع نشانه با علامت ناخواسته که در حین و یا به فاصله ۲۴ ساعت از انتقال یک واحد خون و یا فرآورده های خونی رخ می دهد ناشی از تزریق خون است مگر خلافتش ثابت شود.

تحلیل ریشه ای وقایع

۱. تحلیل ریشه ای، فرایند بررسی و تحقیق ساختار یافته و گذشته نگری است که هدفش شناختن علت (علل) واقعی یک مسأله و پیدا نمودن راه هایی جهت حذف این علت(علل) با تاکید بر علل ریشه ای می باشد.
۲. یک تکنیک برای درک علت وقوع یک حادثه است.
۳. بصورت گذشته نگر علت واقعی یک حادثه را بررسی میکند
۴. به جای پرداختن به عملکرد افراد بر سیستم ها و فرایندها تاکید می کند.
۵. هدف اصلی یادگیری از ریسک ها و رویدادهای ناگوار با هدف حذف یا کاهش میزان احتمال یا شدت پیامد بروز آنها در آینده است .

دلایل استفاده از تحلیل ریشه ای وقایع

۱. شناسایی نقائص و ضعف های سازمان که می تواند منجر به بروز خطاهای انسانی و سیستمی شوند.
۲. ضرورت یادگیری از حوادث و خطاهایی که در گذشته رخ داده اند. (تاکید بر فرایند یادگیری)
۳. وجود یک بیماری در سازمان می تواند سبب اختلال در سیستم های مختلف کاری شود.
۴. تحلیل دقیق و موشکافانه چند حادثه بسیار مفید تر و مثمر ثمر تر از تحلیل شتابزده تعداد زیادی حادثه است.
۵. زیرا حوادث و رویدادهای ناگوار، از علائم یک ضایعه پاتولوژیک در یک سازمان است.
۶. بخشی از فرآیند بهبود ایمنی و کیفیت است و به یادگیری و رشد سازمان کمک می کند
۷. لزوم تحلیل ریشه ای وقایع در اسناد بالادستی

➤ برنامه اعتباربخشی ملی

باید پس از وقوع خطا، کمیته مرگ و میر و زیر کمیته های آن حداکثر ۲۴ ساعت پس از وقوع مرگ و میر غیر منتظره تشکیل شوند و گزارش اجمالی از مرگ و میر غیر منتظره به دانشگاه ارائه شود.

باید پرونده بالینی بیماران پس از وقوع مرگ و میر غیر منتظره حداکثر تا دو هفته تحلیل ریشه ای گردد و گزارش به دانشگاه ارائه گردد.

باید پس از وقوع خطاهای ۲۸ گانه وقایع تهدید کننده حیات، تحلیل ریشه ای وقایع انجام شود.

" خطاهای ۲۸ گانه Never Event "

(ثبت گزارش خطا در سامانه و اعلام فوری به کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار /آنکال وقایع ناخواسته)

کد ۱. انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی عضو سالم

کد ۲. انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی بیمار دیگر

کد ۳. انجام عمل جراحی با 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 می گیرد...)

کد ۴. جا گذاشتن هر گونه device اعم از گاز و قیچی و پنس... در بدن

کد 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)

کد ۶. تلقیح مصنوعی با دهنده (DONOR) اشتباه در زوجین نابارور

کد ۷. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه استفاده از دارو و تجهیزات آلوده میکروبی

کد 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

کد ۹. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه آمبولی عروقی

کد ۱۰. ترخیص و تحویل نوزاد به شخص و یا اشخاص غیر از ولی قانونی

کد ۱۱. مفقود شدن بیمار در زمان بستری که بیش از ۴ ساعت طول بکشد (مثال: زندانیان بستری).

کد ۱۲. خودکشی یا اقدام به خودکشی در مرکز درمانی

کد ۱۳. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه اشتباه در تزریق نوع دارو، دوزدارو ، زمان تزریق دارو،....

کد ۱۴. مرگ یا ناتوانی جدی مرتبط با واکنش همولیتیک به علت تزریق گروه خون اشتباه در فرآورده های خونی

کد ۱۵. کلیه موارد مرگ یا عارضه مادر و نوزاد بر اثر زایمان طبیعی و یا سزارین

کد ۱۶. مرگ یا ناتوانی جدی به دنبال هیپوگلیسمی در مرکز درمان

کد ۱۷. زخم بستر درجه ۳ یا ۴ بعد از پذیرش بیمار

کد ۱۸. کرنیکتروس نوزاد ناشی از تعلل در درمان

کد ۱۹. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به علت هر گونه دستکاری غیر اصولی ستون فقرات (مثال: به دنبال فیزیوتراپی.

کد ۲۰. مرگ یا ناتوانی جدی در اعضای تیم احیاء متعاقب هر گونه شوک الکتریکی به دنبال احیا بیمار ، که می تواند ناشی از اشکالات فنی تجهیزات باشد.

کد ۲۱. حوادث مرتبط با استفاده اشتباه گازهای مختلف به بیمار (اکسیژن با گاز های دیگر)

کد ۲۲. سوختگی های به دنبال اقدامات درمانی مانند الکتروود های اطاق عمل (مانند: سوختگی های بدن به دنبال جراحی قلب)

کد ۲۳. موارد مرتبط با محافظ و نگهدارنده های اطراف تخت (مثال:گیر کردن اندام بیمار در محافظ، خرابی محافظ،...)

کد ۲۴. سقوط بیمار (مثال: سقوط در حین جابجایی بیمار در حین انتقال به بخش تصویر برداری ، سقوط از پله ، ...)

کد ۲۵. موارد مرتبط با عدم رعایت و عدول از چارچوب اخلاق پزشکی

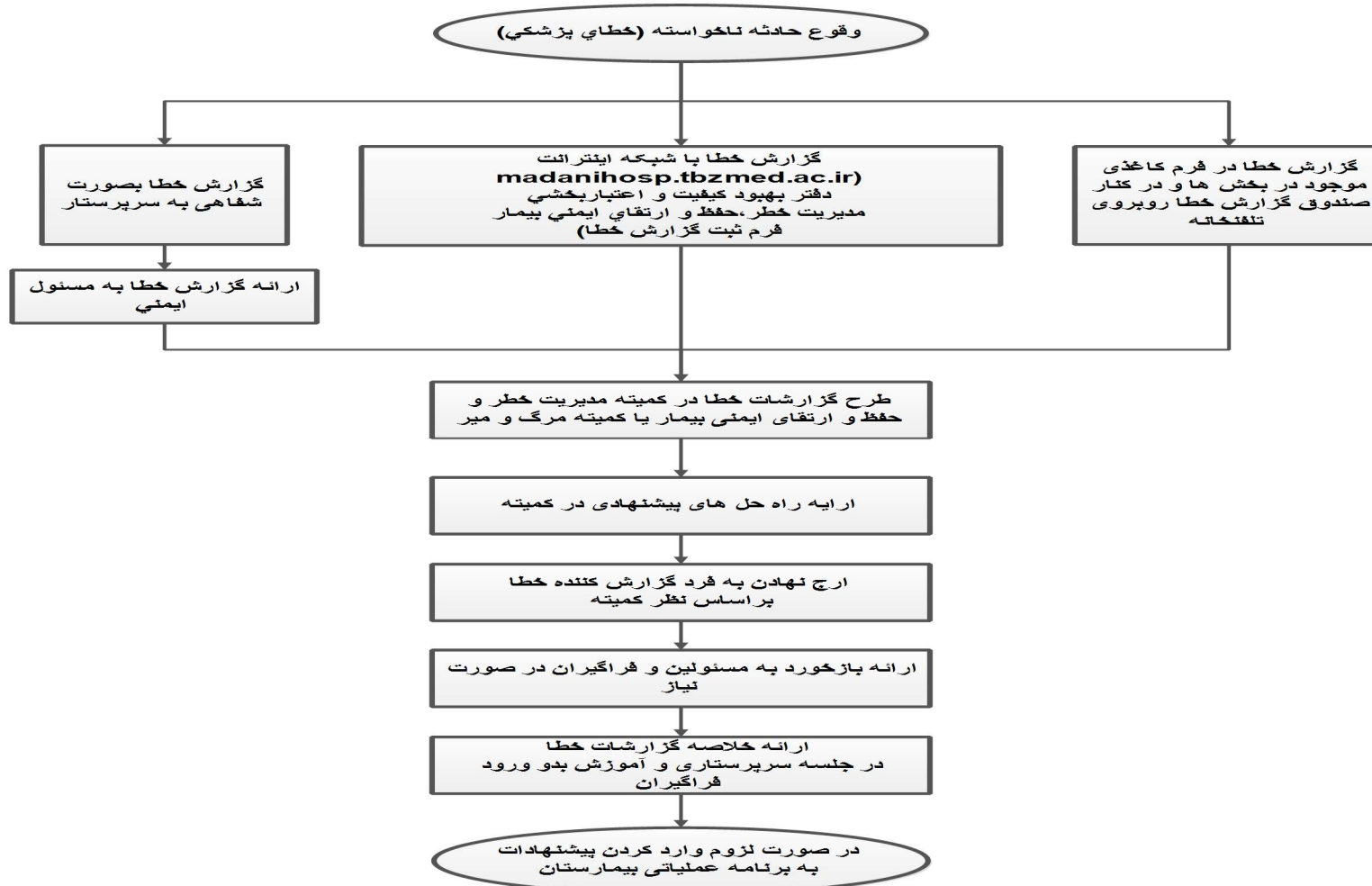
کد ۲۶. هرگونه آسیب فیزیکی (ضرب و شتم و ...) وارده به بیمار

کد ۲۷. ربودن بیمار

کد ۲۸. اصرار به تزریق داروی خاص خطر آفرین یا قطع عمدی اقدامات درمانی توسط کادر درمان

فلوچارت گزارش خطا بیمارستان شهید مدنی

کمیته مدیریت خطر ، حفظ و ارتقاء ایمنی بیمار



توجه

هدف از ارسال گزارش خطا ، بررسی عوامل خطر موجود برای پیشگیری از وقوع خطاهای مشابه است تا ایمنی بیمار ، پرسنل و فراگیران حفظ شود. گزارشات خطا به هیچ مرجع قضایی و آموزشی گزارش نمی شود.

کنترل عفونت

همکار محترم لطفاً

۱. به جهت رعایت سلامت خود پرونده بهداشتی را مطابق نظر کارشناس کنترل عفونت در اولین فرصت تشکیل دهید .
۲. جزوات و خط مشی های کنترل عفونت در بخش را بدقت مطالعه نمایید .
۳. در کلاسهای آموزشی کنترل عفونت شرکت نمایید .
۴. هر گونه موارد مغایر با موازین کنترل عفونت را به کارشناس کنترل عفونت و کارشناس بهداشت محیط گزارش نمایید .
۵. مطالب زیر را به خاطر بسپارید .

اصول مرتبط با کنترل عفونت

۱. قبل از شروع به کار کلیه وسائل و تجهیزات را از نظر تمیزی ، کرائی و کافی بودن کنترل کنید .
۲. قبل از شروع به کارهایی که احتمال آلوده شدن با خون و ترشحات وجود دارد ، وسائل محافظتی را استفاده کنید.
۳. حین کار با وسائل تیز و برنده تا حد امکان از پنس یا دسته مخصوص آن استفاده کنید.
۴. کلیه سوزنها و تیغ ها را پس از استفاده بلافاصله با پنس گرفته و درسیفتی باکس بیندازید
۵. هنگام دادن بیستوری به پزشک ، آنرا از سمت دسته گرفته و ترجیحاً داخل رسیور به وی بدهید و پس بگیرید.
۶. خون، مدفوع و تمامی مایعات خروجی بدن و ترشحات مددجو (به غیر از عرق) به هیچ وجه نباید با پوست و یا مخاط شما در تماس مستقیم قرارگیرد.
۷. بین تماس های دو مددجو حتماً باید دستها شسته شود (دستکش ها خارج شده و دستها شسته شوند)
۸. بعد از تماس با خون ، ترشحات و مدفوع و بعد از تماس با تجهیزات آلوده بلافاصله بعد از خارج کردن دستکش دستهایتان را بشوئید.
۹. پوشیدن دستکش در مواردی که تماس با ترشحات بدن ، خون ، مدفوع ، پوست ناسالم و مخاط بدن وجود دارد الزامی است.
۱۰. پوشیدن ماسک ، استفاده از عینک یا شیلد صورت درحالی که احتمال پاشیدن ترشحات به صورت شما وجود دارد ، الزامی است.
۱۱. پوشیدن گان نیز در مواردی که احتمال آلودگی لباس شما وجود دارد لازم است . (حتماً دستها را بعد از بیرون آوردن گان بشوئید)

۱۲. وسایل آلوده مددجو که قابل مصرف دوباره می باشد ، باید کاملاً تمیز گردد و سپس ضدعفونی شود. وسایل یک بار مصرف هم باید در کیسه زباله مخصوص ریخته و به طریق اصولی منهدم شوند.

۱۳. ملحفه های آلوده باید در کیسه ضدآب ریخته شود و دقت شود که هیچ گونه تماسی بدون پوشش های محافظ با محتوای این کیسه صورت نگیرد.

۱۴. تمام وسایل تیز و سوزن ها باید در ظرف مخصوص این وسایل ریخته شود که به هیچ وجه محتوای آن قابل دسترسی نباشد.

۱۵. توجه کنید که نیازی به گذاشتن سرپوش سوزن نیست و سرنگ و سوزن با هم داخل ظرف وسایل نوک تیز قرار می گیرد.

۱۶. در صورت نیاز به درپوش گذاری سوزن ، از تکنیک یک دستی استفاده نمایید .

۱۷. نیازی به ایزولاسیون همه مددجویان عفونی نیست ، جهت این که بدانید چه مددجویانی باید ایزوله شوند با متخصص یا پرستار کنترل عفونت هماهنگ نمائید دستور پزشک را جهت اطلاع از نحوه جداسازی (ایزوله) کنترل کنید و موارد احتیاط را در برگه مربوط به کنترل عفونت مرور کنید.

در صورت مواجهه با خون و ترشحات آلوده به خون

- در صورت بریدگی یا خراشیدگی یا فرو رفتن سوزن آلوده ، زخم را با آب و صابون بشوئید .
- الکل 70% را مستقیماً روی زخم بریزید .
- فرم مربوط به مواجهه با وسایل نوک تیز، خون ، و ترشحات آلوده را پر نمائید .
- به پرستار کنترل عفونت یا در صورت عدم حضور به سوپر وایزر کشیک اطلاع دهید .
- در صورت پاشیده شدن ترشحات به داخل چشم یا دهان با آب فراوان شستشو دهید .
- به پرستار کنترل عفونت اطلاع دهید .

میکروبها دوست دارند که همیشه پنهان باشند

حواسمان باشد که دستمان را کامل بشوئیم

Germs like to hide... remember to wash your hands thoroughly!



احتیاطات ایزولاسیون

۱- به مددجو در مورد احتیاطات جداسازی آموزش

دهید.

تسمتای مختلف دست که محل تجمع میکروبها بوده و از دید ما پنهان می ماند

۲- دستهای خود را بشوئید.

۳- اگر برحسب احتیاط های ایزولاسیون (جداسازی) استفاده از گان، دستکش، ماسک و محافظ چشم (عینک) پیشنهاد شده ، آنها را بپوشید.

- وقتی مراقبت مددجو به اتمام رسید قبل از هر کار دیگری، دستکش ها را خارج کنید.
- بعد از بیرون آوردن دستکش ها ماسک را بیرون آورید.
- روپوش (گان) را در آورید.
- در پایان عینک (محافظ چشم) را بردارید و طبق مقررات مرکز درمانی خود آن را تمیز کنید.
- دستها را به طور کامل بشوئید.

نکات قابل توجه

گان را در محل گردن محکم کنید.

از دستکش تمیز یکبار مصرف استفاده کنید . اگر همراه با گان پوشیده میشود ، لبه دستکش را روی مچ گان بکشید.

ماسک باید محکم بسته شود و اندازه صورت باشد

محافظ چشم باید چشم را از کنار صورت یا از طرف بیرونی آن محافظت کند.

دستورالعمل رعایت بهداشت دست

نکات قابل توجه : مهمترین عامل انتقال عفونتهای بیمارستانی دست آلوده است با شستن مکرر و صحیح دستها با آب و صابون آلودگی ها ، سلولهای مرده و باکتریهای موجود روی پوست شسته می شوند شستشوی صحیح دستها بهترین راه پیشگیری از انتقال عفونتهاست پوشیدن دستکش به هیچ عنوان جایگزین دست شستن نمی شود . شستن دستها موجب پیشگیری از انتقال عفونت از بیمار به پرستار و بالعکس همچنین از پرسنل به سایر همکاران و از بیمار به بیمار دیگر می گردد.

شستن دست در موارد ذیل الزامی است.

- قبل و بعد از مراقبتهای پرستاری و پزشکی
- پس از تماس با خون ، ترشحات و مایعات دفعی و پانسمان و وسایل آلوده بیمار .
- قبل و بعد از پوشیدن دستکش

- پس از مراقبت از بیماران عفونی و یا مستعد عفونت

- قبل از تماس با غذا یا داروی بیمار

- پس از تزریق جهت بیمار

- قبل از انجام پروسیجرهای درمانی

هرکدام از حرکات مالشی شستن یا

ضدعفونی دست پنج بار باید انجام شود

دستها را با حوله کاغذی کاملاً خشک

نموده و با همان حوله کاغذی شیر را

ببندید و از بستن آن با دست اجتناب

بورزید. زیرا موجب آلوده شدن مجدد

دستها می گردد. استفاده از دست

خشک کن برقی توصیه نمی گردد زیرا

موجب پراکنده شدن میکروبها می گردد. در صورت استفاده از صابون جامد کف صابون را شسته و مجدداً در جای خود قرار

دهید. جا صابونی باید مشبک باشد و از قطعات کوچک صابون استفاده گردد و هر روز از صابون جدید استفاده شود.

ضد عفونی کردن دستها

مالش دستها با مواد ضد عفونی کننده مانند الکل یا ژل های ضدباکتریایی بدون آبکشی با آب درمواقع خاصی که امکان

شستشوی سریع با آب وجود ندارد می تواند باکتری های بیماریزا را از سطح پوست حذف نماید.



WATER AND SOAP



PALM TO PALM



BETWEEN FINGERS



FOCUS ON THUMBS



BACK OF HANDS



FOCUS ON WRISTS

بهداشت محیط

مواد ضدعفونی کننده یا گندزدا همه روزه برای ضدعفونی کردن دستگاه ها و وسایل پزشکی مانند دستگاه های آندوسکوپی و برونکوسکوپی و لوازم جراحی و پانسمان و همچنین اتاق های عمل و زایمان و بخش های دیگر به کار گرفته می شود. همچنین در مواقعی که انجام روش های گندزدایی حرارتی غیر ممکن بوده و رعایت نظافت نیز نتواند نیاز مربوطه را برآورده سازد مجبور به استفاده از مواد گندزدا هستیم. انتخاب ضدعفونی کننده مناسب می تواند در کاهش عفونت های ویروسی و باکتریایی نقش موثری داشته باشد. بسیاری از این مواد به علت ساختار فیزیکی و شیمیایی، استفاده نامناسب از آنها و عدم تهیه غلظت های موثر استاندارد شده و همچنین فیزیک نامناسب بیمارستان ها کارایی خود را از دست می دهند. از سوی دیگر مواردی دال بر استفاده از ضدعفونی های کننده نامناسب و یا غلظت های نامناسب و حتی گران قیمت نیز وجود دارد که اهمیت به کارگیری شیوه های موثر در جهت ضدعفونی و گندزدایی کردن وسایل و محیط بیمارستان روشن می گردد. به منظور آشنایی کادر خدمات و کمک بهیار با انواع مواد ضدعفونی کننده، گندزدا و نحوه استفاده صحیح از آن ها کتابچه حاضر در واحد بهداشت محیط بیمارستان تخصصی شهید مدنی (ره) تبریز تهیه و تدوین گشته است. امید است با افزایش آگاهی کادر با استفاده از مطالب این کتابچه ی گندزدا عفونت های بیمارستانی کاهش یابد.

تعاریف

شستشو یا پاک کردن: بر طرف کردن کلیه مواد اضافه نظیر گرد و غبار، خون و...از روی وسایل که اغلب با استفاده از آب و یک نوع ماده صابونی انجام می گیرد. این مرحله بایستی برای کلیه وسایل پزشکی که نیاز به گندزدایی و یا سترون سازی دارند نیز حتما انجام می شود زیرا می تواند به طور موثری باعث کاهش مقدار میکروارگانسیم ها های موجود روی وسایل آلوده شود و در نتیجه مراحل بعدی (گندزدایی یا سترون سازی) سریع تر و موثرتر انجام شود.

گندزدایی: از بین بردن میکروارگانسیم های بیماری زا بر روی اشیای بی جان را گند زدایی می گویند. هدف از گندزدایی به حداقل رساندن خطر عفونت و یا فساد محصولات است.

ضدعفونی کردن: جلوگیری از عفونت ها با استفاده از عوامل ضدعفونی کننده بر روی بافت زنده را ضدعفونی می گویند که باعث تخریب، مهار یا ممانعت از رشد عوامل بیماری زا می گردد.

استریلیزاسیون: نابود کردن همه میکرو ارگانیسم ها نظیر باکتری ها، اسپور باکتری ها، مایکو باکتریوم، ویروس ها، قارچ ها و انگل ها.

دترجنت یا مواد پاک کننده: ماده یا ترکیبی که پس از انحلال در آب یا حلال، با استفاده از کاهش کشش سطحی مایع، آلودگی را از بین می برد و اجازه می دهد تا ضد عفونی کننده ها به میکرو ارگانیسم ها که در پایین آن ها قرار دارند دسترسی پیدا کنند.

سطوح گندزدایی: مواد گندزدایی را از نظر سطح گند زدایی به ۳ دسته تقسیم می کنند.

۱. سطح بالا (High level Disinfectant) (H.L.D)

۲. سطح متوسط (Intermediate level Disinfectant) (I.L.D)

۳. سطح پائین (Low Level Disinfectant) (L.L.D)

گندزدایی سطح بالا: کلیه اشکال میکرو ارگانیسم ها مثل باکتری ها، مایکوبکتریوم ها، ویروس ها، قارچ ها و تعداد اندکی اسپور باکتری ها را از بین می برد ولی تعداد زیاد اسپور را نمیتواند از بین ببرد. مانند گلو تار آلدهید، پراکسید هیدروژن و ...

گندزدایی سطح متوسط: باکتری ها، مایکو باکتریوم، اغلب ویروس ها و قارچ ها را از بین می برد

ولی روی اسپور باکتری اثری ندارد.

مثال: محصولات کلردار، الکل ها، ترکیبات ید و یدو فور ها (بتادین)

گندزدایی سطح پایین: اغلب باکتری ها، تعدادی از انواع قارچ ها و ویروس ها را از بین می برد ولی اسپور باکتری ها، مایکو باکتریوم و انواع مقاوم تر قارچ ها و ویروس ها را نمی تواند نابود کند.

مانند فنل، ترکیبات فنلی، ترکیبات آمونیوم کواترنر (سورفاکتانت ها)

➤ وسایل پزشکی و مراقبتی بیماران بر اساس نوع استفاده به ۳ دسته تقسیم می شوند.

۱- وسایل حیاتی (Critical)

۲- وسایل نیمه حیاتی (semi critical)

۳- وسایل غیر حیاتی (Non critical)

- وسایل حیاتی: وسایلی هستند که کاربرد آن‌ها در تماس مستقیم با جریان خون یا نواحی استریل بدن می‌باشند .
مثل چاقوهای جراحی، سوزن‌های تزریق و بخیه و ...
- این وسایل باید استریل خریداری شده یا اتوکلاو شوند و اگر نسبت به حرارت حساس باشند از استریل کننده های شیمیایی مانند گلو تار آلدهید و پراکسید هیدروژن، فرمالدهید استفاده شود.
- وسایل نیمه حیاتی: وسایلی هستند که در تماس با سطوح مخاطی بدن (مخاط تنفسی فوقانی، ادراری و...) یا پوست آسیب دیده (سوختگی و بریدگی) می‌باشند مانند اندوسکوپ‌ها، ترمومترها، باندازها و ...
- این وسایل بایستی ترجیحا استریل شوند ولی گندزدایی سطح بالا نیز برای آن‌ها قابل قبول است .
- وسایل غیر حیاتی: وسایلی هستند که در تماس با پوست سالم هستند نه مخاط مانند گوشی پزشکی، الکتروود های قلب و ... سطوح و محیط بیمارستانی نظیر میز و کمد بیمار، کف زمین و دیوارها نیز در این گروه قرار می‌گیرند.
- این وسایل بایستی شستشو یا گندزدایی با سطح پایین انجام شوند.

انواع گندزداها:

الف) فیزیکی (ب) شیمیایی

الف) فیزیکی:

۱- حرارت ۲- استفاده از سرما ۳- خشک کردن ۴- پرتودهی

ب) شیمیایی:

- آلدهیدها
- استریل کننده های شیمیایی گازی شکل مثل (اکسید اتیل ETO)
- اسیدها مثل اسید استیک، اسید کلریدریک
- الکلها
- فنول و مشتقات آن (فنول و دتول و...)

- قلیاها (آهک، بیکربنات سدیم)
- اکسید کننده ها مانند آب اکسیژنه
- هالوژن ها
- سورفاکتانت ها

مقررات مربوط به گندزدایی و ضدعفونی

- بایستی توجه داشته باشید که هیچ ماده گندزدا و ضد عفونی کننده ای بلافاصله تاثیر نمی گذارد در واقع تمامی مواد ضدعفونی کننده به یک مدت زمان مشخص در جهت رفع عوامل بیماری زا نیاز دارند.
- دما و غلظت مواد گندزدا و ضد عفونی کننده از عواملی هستند که بر میزان نابودی میکرو ارگانیسم های هدف تاثیر دارند بنابراین در هنگام استفاده از گندزدا ها و ضد عفونی کننده ها به غلظت توجه خاصی داشته باشید. فعالیت بسیاری از گندزدا ها و ضد عفونی کننده ها به میزان قابل توجهی در دمای بالا بهبود می یابند.
- تمامی گندزداها و ضد عفونی کننده ها در حضور مواد ارگانیک و آلودگیها تاثیر کمتری دارند مواد ارگانیک با پوشاندن عوامل بیماری زا در فعالیت این مواد اختلال ایجاد می کنند در واقع مواد آلی عفونی کننده و عامل مجاور سازی ماده ضد بیماری زا را دچار اختلال می کنند.
- استفاده از محلول پراکسید هیدروژن نیاز به وجود تهویه مناسب دارد.
- ماده مصرفی بایستی به دقت پیمانه شود.
- دو محلول ضد میکروبی را نباید با هم به کار برد مگر این که یکی از محلول ها الکل باشد.
- در بیمارستان تنها باید از محلولهای میکروب کشی استفاده شود که بیمارستان در اختیار پرسنل قرار می دهد.

دستورالعمل نعلبک، جمع آوری، اتقال وضع زباله و مواد زائد بیمارستان

زباله بیمارستانی : به کلیه مواد زائد جامد و نیمه جامد تولیدی از تمام بخشها و واحدهای درمانی و غیر درمانی یک بیمارستان زباله بیمارستانی اطلاق می شود. این زباله ها به سه دسته تقسیم می شوند:

۱. زباله های معمولی یا شبه خانگی: به زباله هایی اطلاق میگردد که از لحاظ حمل و نقل مشکل خاصی ندارند. مانند زباله های قسمت اداری ، آشپزخانه ، آبدارخانه ، پسماند های عیادت کنندگان و پرسنل
۲. زباله های عفونی و خطرناک : به زباله هایی اطلاق می گردد که میتوانند حداقل یک بیماری عفونی را منتقل نمایند. مانند زباله های اتاق عمل ، تزریقات ، آزمایشگاه ، اتاق پانسمان ، اورژانس، دیالیز ، بانک خون ، ICU ، داروهای تاریخ گذشته و ته مانده های داروها و مواد شیمیایی و بطور کلی تمام پارچه ها و البسه آلوده به خون ، گاز و پنبه مصرف شده برای پانسمان ، نمونه های آزمایشگاهی و محیطهای کشت مربوطه ، اقلام پلاستیکی مانند سوند ، کیسه ادرار، سرنگ ، فیلترهای دیالیز و
۳. زباله های تیز و برنده مانند سر سوزن ، تیغ جراحی و ...

روش اجرایی

لازم است زباله های فوق در بیمارستان به روش زیر جمع آوری و دفع گردد.

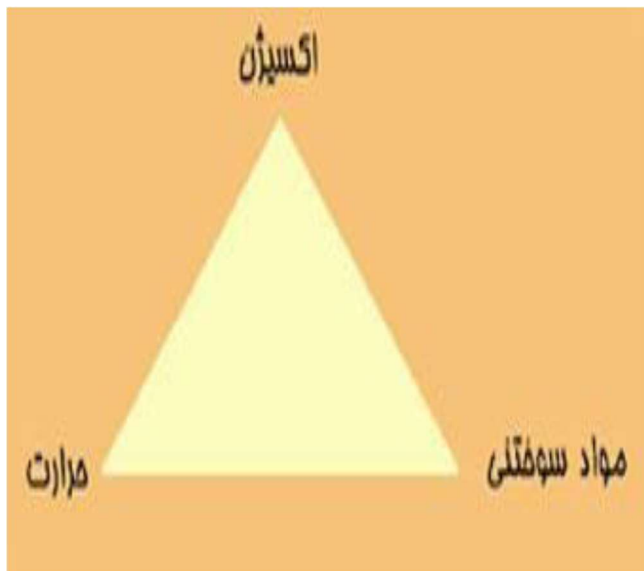
۱. کلیه زباله های معمولی یا شبه خانگی بایستی در کیسه زباله مقاوم مشکی رنگ جمع آوری و نگهداری شده و روزانه توسط شهرداری به محل دفن زباله منتقل شود.
۲. کلیه زباله های عفونی و خطرناک بایستی در کیسه زباله مقاوم زرد رنگ جمع آوری و نگهداری شده و پس از بی خطر سازی ، روزانه توسط شهرداری به محل دفن زباله منتقل شود.
۳. کلیه زباله های تیز و برنده مانند سوزن، تیغ جراحی و ... بایستی در safety box مخصوص جمع آوری و بعد از پر شدن ، بی خطر و استریل شده و همراه زباله های عفونی نگهداری شود.
۴. در هنگام جمع آوری و حمل و نقل زباله ها رعایت نکات زیر الزامی است:

- در صورت عدم وجود کیسه زباله مقاوم از دو کیسه هم رنگ داخل یکدیگر استفاده شود.

- درب کیسه ها بعد از پر شدن ۲/۳ کیسه بسته شود
 - از فشردن کیسه های زباله جهت کاهش حجم اکیداً خودداری شود.
 - درب **safety box** بعد از پر شدن ۲/۳ آن بسته و محکم گردد و از عدم خروج وسایل نوک تیز از آن اطمینان حاصل شود.
 - از ریختن زباله یا شیرابه آن در هنگام حمل زباله خودداری شود .
۵. سرنگ های استفاده شده همراه با سرسوزن بدون **Recap** کردن در سیفتی باکس انداخته شود.

آتش نشانی

اهمیت پیشگیری و مبارزه با حریق



آتش سوزی از حوادثی است که در هر زمان و مکان که مجموعه شرایط ایجاد آن (تحت عنوان مثلث حریق شامل: اکسیژن ، حرارت ، مواد سوختنی) فراهم گردد ، می تواند در مدت کوتاهی صدمات بسیار جبران ناپذیری را ایجاد و باعث خسارات و تلفات مالی و جانی فراوانی شود . لذا ایمنی در برابر حریق ، در تمامی اماکن از اهمیت فوق العاده ای برخوردار است.

بطور کلی موارد ایمنی جهت جلوگیری و کاهش خطرات در چند سطح شامل نکات ایمنی قبل از وقوع آتش سوزی ، نکات ایمنی هنگام وقوع آتش سوزی و نکات ایمنی بعد از وقوع آتش سوزی می توانند مورد بررسی و توجه قرار گیرند.

بدیهی است با رعایت نکات ایمنی همواره خطرات ناشی از حریق بطور قابل توجهی کاسته می شود ولی هیچ گاه بطور کامل حذف نمی گردد.

برای آشنائی با تجهیزات ضدحریق ابتدا نیاز است انواع مواد قابل اشتعال ، راههای مختلف خاموش کردن حریق ها و طبقه بندی انواع آتش را شناخته و بر اساس آنها انواع کپسول های آتش نشانی را انتخاب و اماکن مختلف را تجهیز نمود.

انواع مواد قابل اشتعال

بطور کلی انواع مواد سوختنی و قابل اشتعال که در زندگی روزمره با آنها مواجه هستید عبارتند از:

۱. مواد سوختنی جامد (مانند چوب ، پارچه ، لاستیک و غیره)
۲. مواد سوختنی مایع (مانند فراورده های نفتی ، الکلها و غیره)
۳. مواد سوختنی گازی (مانند انواع گازهای قابل اشتعال مثل بوتان ، متان ، استیلین و غیره)
۴. فلزات قابل اشتعال (مانند منیزیم ، سدیم و پتاسیم و غیره)

۵. تجهیزات الکتریکی (مانند تابلوی برق، کامپیوترها و غیره)

روشهای اطفاء حریق

بر اساس نوع مواد قابل اشتعال و عوامل دیگر، راههای خاموش کردن آتشها متفاوت است اما بطور کلی سه روش زیر در خاموش کردن و مهار آتش استفاده می شود:

۱. سرد کردن توسط عواملی مانند آب و گاز کربنیک (CO₂)
۲. خفه کردن توسط عواملی مانند خاک، ماسه، پتوی نمدار، خاموش کننده های پودری
۳. گرفتن سوخت از طرق مختلف از جمله قطع جریان گاز، قطع جریان سوخت، دور کردن مواد قابل اشتعال

دسته بندی انواع حریق

در اروپا و استرالیا حریق بر اساس ماهیت مواد سوختنی به پنج دسته تقسیم می شود (A, B, C, D, E)

- ۱ - طبقه A: مواد جامد و خشک که خاکستر به جا می گذارند مانند چوب، کاغذ، پلاستیک ...، که مبنای اطفاء آنها سرد کردن است.
- ۲ - طبقه B: مواد نفتی و مایعات قابل اشتعال مانند الکل و استون و ... که اطفاء این حریق عموماً مبتنی بر خفه کردن است.
- ۳ - طبقه C: گازها و مایعات یا مخلوطی از آنها مانند گاز مایع و گاز شهری می باشد و راه اطفاء این حریق خفه کردن و سد کردن مسیر نشت است.
- ۴ - طبقه D: ناشی از فلزات که سریعاً اکسید می شوند مانند منیزیم، پتاسیم و ...
- ۵ - طبقه E: شامل حریق های الکتریکی و راه اطفاء آن قطع جریان برق و خفه کردن حریق با CO₂ است.

انواع خاموش کننده ها

الف (خاموش کننده های آبی



این گونه خاموش کننده ها دو نوع اند

(۱) خاموش کننده های آب تحت فشار:

- این گروه از خاموش کننده های دستی معمولاً دارای ظرفیت ۹ لیتری یا بیشتر آب خالص می باشند و برای استفاده در آتش سوزیهای گروه A مورد استفاده قرار می گیرند .
 - یکی از مشکلاتی که این نوع خاموش کننده ها دارند آن است که در مناطقی که درجه هوای آن کمتر از ۴ درجه سانتیگراد (۴۰ درجه فارنهایت) می باشد به دلیل یخ زدن آب غیر قابل استفاده می باشد .
 - کارخانه های سازنده جهت رفع این مشکل در مناطق مذکور به جای آب از محلول ضد یخ مخصوص استفاده می کنند که حتی در برودت ۴۰- درجه سانتیگراد قابل استفاده می باشند .
 - قدرت پرتاب این نوع خاموش کننده ۷ متر طبق استاندارد انگلیس بوده ولی در استاندارد آمریکا قدرت پرتاب آن ۱۰ تا ۱۲ متر تعیین گردیده است .
 - از این نوع خاموش کننده می توان بصورت متناوب استفاده نمود . مدت زمان تخلیه آن بصورت مداوم طبق استاندارد انگلیس ۶۰ ثانیه و طبق استاندارد آمریکا ۵۵ ثانیه می باشد .
 - فشار مورد نیاز برای تخلیه از هوای فشرده شده در درون خاموش کننده تأمین می گردد .
 - چون بدنه این نوع سیلندر تحت فشار مداوم قرار دارد باید مقاومتی برابر با ۴۰ اتمسفر (۶۰۰ PSI) را دارا باشد . معمولاً بر روی درپوش خروجی این نوع خاموش کننده ها فشار سنج قرار دارد.
- فشارسنج مذکور معمولاً به دو منظور به کار برده می شود :

(۱) فشار درون سیلندر را مشخص می نماید .

۲) از آنجائی که سیلندر فاقد شیر ایمنی است در صورتی که فشار درون سیلندر خاموش کننده به هر دلیلی افزایش یابد و از حد معمول بیشتر گردد فشارسنج از هم پاشیده و فشار سیلندر تخلیه می گردد .

- معمولاً شیر خروجی این نوع خاموش کننده‌ها به صورت اهرمی است و جهت جلوگیری از تخلیه آن یک پین که سر آن بصورت گرد است در زیر اهرم قرار می دهند که اصطلاحاً به آن ضامن گفته می شود
- جهت استفاده از این خاموش کننده‌ها می بایست ابتدا ضامن را بیرون کشیده ، سپس با قرار گرفتن در موقعیت مناسب نسبت به حریق ، با یک دست خاموش کننده را گرفته و با دست دیگر نازل را و سپس با فشار بر اهرم مربوطه محتویات خاموش کننده بر روی آتش ریخته شود .

۲) خاموش کننده‌های آب و گاز

- این نوع خاموش کننده هم مانند خاموش کننده آب تحت فشار می باشد ، یعنی محتوی سیلندر آب و یا محلول ضد یخ است و آن خالی می باشد.
- به طور کلی در هر دو نوع خاموش کننده جهت جلوگیری از زنگ زدگی داخل سیلندر را با لایه ای نازک از پلاستیک یا ماده ضد زنگ می پوشانند .
- تفاوت این دو نوع خاموش کننده در نوع عامل فشار آنها می باشد .
- جهت تأمین فشار مورد نیاز در این نوع خاموش کننده از گاز CO2 تحت فشار در یک سیلندر کوچک به نام کارتریج استفاده می شود . خاموش کننده آب و گاز عموماً غیر قابل کنترل است ، به این معنی که گاز ذخیره شده در کارتریج وقتی که آزاد شد غیر قابل برگشت می باشد . مقدار تخلیه هر دو نوع خاموش کنده ۹۵٪ در زمان شارژ کامل می باشد .
- جهت اطمینان از عملکرد این نوع خاموش کننده هر ماه یک بار از خاموش کننده بازدید کنید ، بدین صورت که با احتیاط درپوش را باز کرده و کارتریج را از سیلندر بیرون بیاورید ، سپس آن را وزن کرده ، در صورتی که بیش از ۱۰٪ از وزن گاز که روی کارتریج نوشته شده است کم شده باشد بایستی مجدداً آن را شارژ نمود .
- پس از آن بدنه ، کفه ، میله ضربه ، سوزن ، واشر و راه خروج را کاملاً بازدید کنید . سیلندر خاموش کننده بایستی هر ۲ الی ۵ سال یک بار آزمایش شود تا از سالم بودن آن اطمینان حاصل گردد.

خاموش کننده‌های پودری

پودر خاموش کننده عبارت است از مخلوطی از گرد بعضی مواد شیمیایی که جهت خاموش کردن آتش بکار می رود .



- در گذشته نحوه استفاده از پودر خاموش کننده بدین صورت بوده است که تعدادی قوطی یا ظروف به اشکال مختلف را از پودر پر کرده و در جاهای مناسب قرار می دادند و با شروع آتش سوزی افراد درب قوطی‌ها را باز کرده و پودر آن را بر روی آتش می پاشیدند .
- با گذشت زمان برای پاشیدن پودر بر روی آتش دستگاه های خاموش کننده پودری طراحی و ساخته شد .
- حجم سیلندر پودر و دیگر آن هوای خشک یا نیتروژن

می‌باشد و در زمان شارژ فشار آن ۱۰ بار (۱۵۰PSI) می‌باشد . به دلیل اینکه پودر در داخل خاموش کننده به طور دائم تحت فشار می‌باشد احتمال کلوخه شدن در آن زیاد است . بنابراین هر از گاهی لازم است خاموش کننده را سر و ته نموده و مجدداً در جای خود بگذاریم . اغلب بر روی این خاموش کننده فشار سنج وجود دارد که فشار درون سیلندر را نشان می دهد .

انواع پودرهای خاموش کننده

۱- پودر شیمیایی که برای اطفاء حریق غیر فلزات کلاس A و B و C بکار می رود.

۳- پودر خشک که برای اطفاء حریق فلزات کلاس D بکار می رود.

پودر شیمیایی

پودر شیمیایی خود به دو گروه تقسیم می‌شود :

الف) پودر شیمیایی معمولی که پایه آن بی کربنات سدیم ، بی کربنات پتاسیم ، بی کربنات اوره پتاسیم و پتاسیم کلراید می‌باشد و برای اطفاء حریق کلاسهای B و C مناسب می‌باشد .

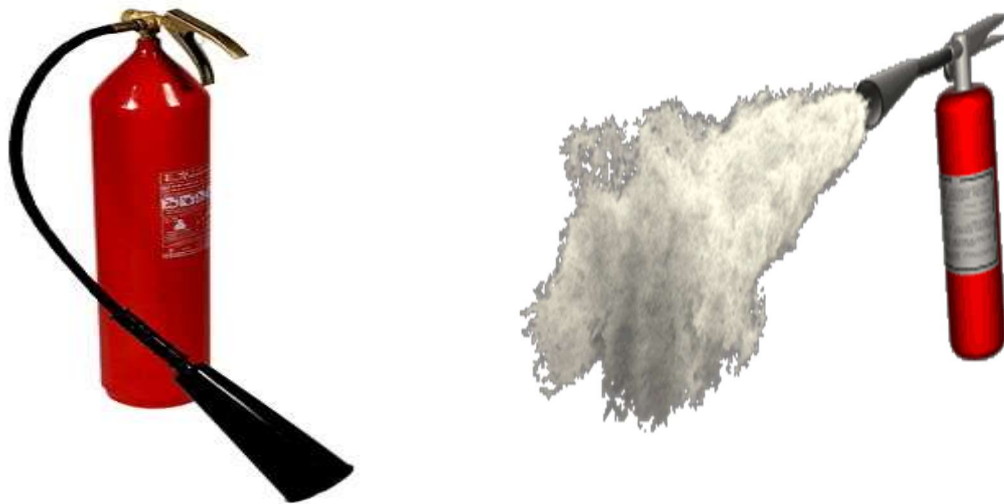
ب) پودر شیمیایی چند منظوره که برای اطفاء حریق کلاسهای B و C مناسب می‌باشد و پایه آن فسفات آمونیوم می‌باشد.

پودر خشک

پودر خشکی که برای اطفاء آتش سوزی های فلزات قابل اشتعال مانند سدیم ، منیزیم ، آلومینیوم و غیره مناسب می‌باشد خود بر چند نوع است :

(۱) نوع S - ترکیبی است از کلرور سدیم ، کلرور پتاسیم و کلرور باریم که پس از ریختن بر روی آتش یک پوسته ضخیم روی آتش ایجاد کرده و حریق را خاموش می‌کند .

(۲) نوع C - ترکیبی است از گل خشک و گرافیت و کلرور سدیم و خون خشک شده حیوانات . نوع دیگری از این نوع خاموش کننده وجود دارد که پایه آن سدیم کلراید به اضافه ترموپلاستیک است .



CO2 گاز

از گذشته دور تاکنون این گاز بعنوان یک گاز ضد حریق در دستگاههای ثابت اتوماتیک مورد استفاده قرار می‌گرفته است .
گاز CO2 دارای خواص زیر می‌باشد:

گازی است غیر قابل اشتعال ، بدون بو ، خنثی ، غیر سمی باعث فساد نشده ، هادی جریان الکتریسیته نبوده ، وزن آن 1/5 برابر هوا می باشد و به همین خاطر در موقع اطفاء به نحوی سطح آتش را پوشانده و جانشین اکسیژن می شود و در نتیجه عمل اطفاء به نحو احسن انجام می شود.

خاموش کننده دستی CO2

- حجم سیلندر خاموش کننده محتوی گاز CO2 است که تحت فشاری در حدود ۵۵-۶۰ اتمسفر بصورت مایع درآمده و در سیلندر قرار گرفته است . فضای خالی جهت انبساط گاز وجود دارد ، چون بدنه خاموش کننده می بایست فشار زیادی را متحمل شود بنابراین آن را یک تکه و بدون درز و جوش می سازند . اگر جنس آن فولاد باشد وزن کلی آن زیاد شده ولی در صورتی که جنس آن از آلومینیوم باشد وزن آن نسبتاً کمتر خواهد بود .
- انواع دستی این خاموش کننده با ظرفیت های ۱ تا ۶ کیلوگرم (۱۲-۲ پوند) ساخته می شود . در ظرفیت های بیشتر بصورت چرخ دار و یا دستگاه های ثابت اتوماتیک طراحی و مورد استفاده قرار می گیرد .
- به دلیل این که گاز CO2 در محل مصرف هیچ اثری از خود به جای نمی گذارد بیشتر در محل های سر بسته و جهت اطفاء حریق های کلاس B و C وسایل الکتریکی و دستگاه های کامپیوتری و بطور کلی وسایل برقی مورد استفاده قرار می گیرد .
- این خاموش کننده ها معمولاً قابل کنترل هستند ، نازل خاموش کننده گاز CO2 به شکل قیفی یا شپوری است و علت آن نیز این است که از سرعت زیاد گاز به هنگام خروج جلوگیری کرده و به آن اجازه انبساط داده می شود و از ایجاد صدای زیاد نیز جلوگیری می کند . لازم به ذکر است که یک پوند گاز CO2 مایع در صورت آزاد شدن ۸ فوت مکعب گاز تولید می نماید ، این توسعه زیاد حجمی اثر شدید خنک کنندگی داشته بطوری که بروندی برابر با ۱۱۰- درجه فارنهایت ایجاد می نماید .
- اگر چه دی اکسید کربن سمی نیست ولی وقتی به میزان زیاد در فضای بسته مورد استفاده قرار گیرد میزان اکسیژن هوا را تقلیل داده و هر شخصی که در محل مذکور حضور داشته باشد ، دچار کمبود اکسیژن شده در نتیجه ایجاد خفگی به وی دست خواهد داد .
- چنانچه به هر علتی فشار داخلی سیلندر افزایش یابد سوپاپ ایمنی که درون آن یک دیسک پاره شونده وجود دارد ، عمل کرده و تمام گاز سیلندر تخلیه می گردد .

- مقاومت این دیسک در حدود ۱۸۰ اتمسفر می‌باشد ، به همین خاطر سیلندر خاموش کننده گاز CO2 نبایستی در زیر تابش مستقیم نور خورشید و یا در مجاورت دستگاههای حرارتی قرار گیرد .

نحوه کار

- جهت کار با این نوع خاموش کننده ، ابتدا دستگیره را گرفته و پین را بیرون بکشید ، سپس اهرم را فشار دهید و گاز را بر روی حریق بریزید .
- بایستی مراقب بود که اعضای بدن با شیپور تخلیه کننده تماس پیدا نکند زیرا این قسمت به دلیل برودت زیاد ممکن است باعث سوختگی در محل تماس گردد .

مکانیزم شیر و مقدار تخلیه

- مکانیزم شیر این خاموش کننده باید طوری باشد که به سرعت باز و بسته گردد ، در غیر این صورت گاز تبدیل به یخ شده و راه خروج را مسدود می‌کند ، به همین دلیل از شیرهایی با مجرای خروجی بسیار کوچک در این دستگاه استفاده می‌گردد .
- مقدار تخلیه این خاموش کننده ۹۵٪ است و حداکثر پرتاب آن ۲ متر می‌باشد . زمان تخلیه این خاموش کننده حداکثر ۲۰ ثانیه می‌باشد.

آزمایش‌های مقرر

- هر شش ماه یکبار از سالم بودن دستگاه شامل زنگ زدگی ، ضربه خوردگی ، صدمه دیدگی نازل و لوله و سالم بودن شیر ، اطمینان حاصل کنیم . سپس خاموش کننده را وزن کرده در صورتی که بیشتر از ۱۰٪ از وزن گاز داخل سیلندر کم شده باشد بایستی مجدداً شارژ گردد.

خاموش کننده‌های هالوژنه

- گرچه مواد هالوژنه بعنوان ماده اطفاء حریق قابل قبول و شناخته شده می‌باشند ولی استفاده از این مواد به دلیل صدمه زدن به لایه ازن محدود و ممنوع شده است، هرچند احتمال دارد که در بعضی از مؤسسات هنوز از این خاموش کننده‌ها استفاده شود .. این مواد تا زمانیکه در داخل سیلندر یا ظروف سر بسته هستند بصورت مایع و در محیط به صورت گاز می‌باشند .

- این خاموش کننده‌ها را می‌توان در اکثر حریق‌ها استفاده نمود ، بخصوص در حریق‌های دستگاه‌های برقی و همچنین دستگاه‌های ظرفیت الکتریکی از این خاموش کننده جهت آتش سوزی هائی که در یک سطح باشند مانند جامدات و مایعات قابل اشتعال می‌توان استفاده نمود.

خاموش کننده‌های مواد کف

- کف مورد مصرف برای اطفاء حریق مایعی است که به صورت پرتاب به روی مواد در حال اشتعال به سرعت روی آتش را پوشانده و مانع از برخاستن گاز قابل اشتعال از روی مواد می‌گردد و با پوشاندن سطح ماده در حال اشتعال از رسیدن اکسیژن هوا به آتش جلوگیری به عمل می‌آورد .
- وزن مخصوص آن کمتر از وزن مخصوص مایعات قابل اشتعال است لذا در سطح آن شناور گشته و پائین نمی‌رود .
- این نوع خاموش کننده‌ها به علل اشکالاتی که داشته‌اند در سالهای اخیر از رده مصرف خارج گردیده‌اند .

سیلندر های گاز فشرده

بدلیل اینکه بعضی از گازهای فشرده قابل اشتعال بوده و همگی آن‌ها تحت فشار می‌باشند ، باید بانهایت احتیاط ، نگهداری و مورد استفاده قرار بگیرند. گازهای فشرده ای که در بیمارستان مورد استفاده قرار می‌گیرند شامل: اکسید اتیلن ، آمونیاک ، گازهای بیهوشی آور، آرگون ، کلر، استیلن ، هلیوم ، هیدروژن ، کلرید متیل ، نیتروژن و دی اکسید گوگرد می‌باشند.

احتیاط های عمومی برای نگهداری و استفاده از کپسول های گاز فشرده:

- الف : هیچگاه یک نوع کپسول را در مجاورت کپسولی از نوع دیگر قرار ندهید.
- ب : در مکانی که این کپسول‌ها نگهداری می‌شوند به هیچ وجه دخانیات استعمال نشود.
- پ : هرگز کپسول‌ها نباید به صورت افتاده روی زمین و یا در برخورد مستقیم با یکدیگر قرار گیرند.
- ت : اگر کپسول‌ها در تابستان موقتاً در محیط باز در بیمارستان نگهداری می‌شوند ، باید اطمینان حاصل شود.
- که دارای محافظ برای جلوگیری از برخورد مستقیم نور خورشید می‌باشند.
- ث : هیچگاه کپسول‌ها روی زمین کشیده یا غلطانیده نشوند.
- ج : هیچگاه کپسول خالی در کنار پر شده نباید قرار گیرد.

چ : هیچگاه شعله و یا جرقه ای نباید با کپسول تماس یابد.

ح : هیچگاه وسایل ایمنی کپسول دستکاری نشود.

خ : هیچگاه کپسول دارای گازهای قابل اشتعال در کنار کپسول های حاوی گازهای غیر قابل اشتعال قرار نگیرد.

د : فضای نگهداری گازهای فشرده باید دارای تهویه مناسب، ضد حریق و خشک باشد.

ذ : سیلندرها باید حتی الامکان بطور سربالا در مفره های هلالی شکل مخصوص در محل مناسب گذاشته و

بوسیله ی زنجیر یا کمربندهای فلزی مهار نمود تا از افتادن و آسیب رسیدن به شیر یا بدنه آنها جلوگیری شود.

اقداماتی که در موقع حریق باید انجام دهید بشرح ذیل می باشد

۱-خونسردی خود را حفظ نمایید.

۲-در صورتی که آتش سوزی در بیرون از ساختمان است پشت به باد بایستید.

۳-ضمن اقدام برای شناسایی حریق به واحد بحران بیمارستان اطلاع دهید.

۴-حریق را شناسایی نموده و بر اساس نوع حریق ، خاموش کننده را انتخاب نمایید.

۵-آنقدر به آتش نزدیک بشوید که خطر تهدیدتان نکند.

۶-در صورتی که از کپسول پودر و گاز استفاده می نمایید کپسول را سر و ته نمایید تا کلوخه های پودر از بین برود.

اگر از کپسول تحت فشار دائم استفاده می نمایید ضامن را کشیده و کپسول را استفاده نمایید و اگر از کپسول بالن بغل استفاده

می نمایید شیر بالن را باز نموده و همزمان نازل را باز نمایید.

۷-اگر از کپسول CO2 استفاده می نمایید ضامن ر اکشیده و کپسول را استفاده نمایید .

• همه حریق ها از کوچک و بزرگ و آنهایی که خودتان سریع خاموش می نمایید را به واحد بحران اطلاع دهید.

مدیریت بحران

مدیریت بحران

شرایطی است که در اثر حوادث، رخدادهای عملکردهای طبیعی و انسانی (به جز موارد موضوعه درحوزه های امنیتی و اجتماعی) به طور ناگهانی یا غیر قابل کنترل به وجود می آید و موجب ایجاد مشقت و سختی به یک مجموعه یا جامعه انسانی می گردد و برطرف کردن آن نیاز به اقدامات ضروری، فوری و فوق العاده دارد.

تعریف: حوادث غیرمترقبه به وقایعی اطلاق می شود که یکباره و ناگهانی در زمانی کوتاه رخ می دهد. هر چند حوادث غیرمترقبه در مدت زمانی کوتاه اتفاق می افتد، ولی عوارض و عواقب بعدی آن تا مدتها باقی می ماند.

کشور ما بر اساس مشاهدات تاریخی و مستندات علمی با ۱۴ نوع از بلایای طبیعی روبرو است و یکی از مهمترین تهدیدات پیش روی، خسارات اقتصادی و تلفات انسانی بالا در مواجهه با این حوادث طبیعی و سوانح غیرمترقبه می باشد. از جمله مهمترین این بلایا می توان به زلزله، سیل، آتش سوزی و خشکسالی اشاره کرد. با نگاهی به آمار خسارات و تلفات در سال های گذشته درمی یابیم که با گذشت بیش از یک دهه از آغاز برنامه ریزی ها و اقدامات اساسی در دولت و جامعه فنی و مهندسی برای مقابله با بحران های طبیعی، هنوز سطح آسیب پذیری بالایی در کشور وجود دارد.

حوادث غیرمترقبه مشکلات و مسائل منحصر به فردی را ایجاد می کنند که پاسخ به آنها نیازمند استراتژی های متفاوت از عملکرد روزمره بیمارستان هاست. به عبارت دیگر حوادث غیرمترقبه نه تنها از نظر کمی بلکه از نظر کیفی با اورژانس های روزمره بیمارستان متفاوت هستند. موقعیت پر استرس و به هم ریختن نظم عادی در جریان حوادث غیرمترقبه موجب می شود تا بیمارستان ها در جریان چنین حوادثی با انسان های متفاوت، مشکلات متفاوت و منابع متفاوت از فعالیت روزمره خود مواجه گردند و در چنین وضعیتی وجود یک استراتژی از پیش تعیین شده برای مقابله با وضعیت جدید که همان برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستانی است کاملاً ضروری می باشد.

براساس استاندارد کمیته مشترک اعتبار سنجی سازمان های ارائه خدمات سلامت، برای حوادث غیرمترقبه بیمارستانی باید تمهیدات لازم ذیل به کار گرفته شود.

شیوه فعال شدن برنامه

- ارزیابی خطر- آسیب پذیری
- تلفیق برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستانی بابرنامه حوادث غیرمترقبه جامعه
- آگاه نمودن مسئولین خارج از بیمارستان از رخداد حادثه

- اعلام هشدار به پرسنل بیمارستان در مورد فعال شدن برنامه
- شناسایی پرسنل بیمارستان
- اسکان و نقل و انتقال پرسنل
- فراهم نمودن حمایت از خانواده پرسنل بیمارستان حفظ مدیریت منابع (مانند دارو، تجهیزات پزشکی، غذا، آب و ...)
- کنترل دستی، ازدحام و ترافیک بیماران
- حفظ ارتباط با رسانه ها
- جابجایی و تعیین محل جایگزین برای درمان بیماران در صورت نیاز
- پیگیری بیماران و مدیریت درمان و مدارک پزشکی آنها در جریان جابه جایی
- ایجاد و حفظ پشتیبانی ارتباطات و تسهیلات
- ایجاد شرایط و وسایل مقابله و قرنطینه بیماران آلوده به مواد خطرناک
- تعیین مسئولیت های پرسنل در جریان حوادث غیرمترقبه
- استفاده از یک ساختار فرماندهی منطبق یا ساختار فرماندهی محلی در جریان حوادث غیرمترقبه
- آموزش
- ارزیابی سالیانه برنامه و به روز نمودن آن
- موقعیت های بروز حادثه
- حوادث غیرمترقبه خارجی (مانند سیل، نشت مواد مضر، آتش سوزی وسیع، مواجهه با پرتو رادیواکتیو)
- حوادث غیرمترقبه داخلی (مانند بمب گذاری - گروگان گیری - نقص سیستم گرمایشی و قطع گازهای درمانی)

مراحل اجرایی برنامه حوادث غیر مترقبه

- مرحله تهیه برنامه ایجاد و پیاده کردن برنامه مرحله اجرا
- مرحله آمادگی مرحله اعلام خطر مرحله پاسخ اورژانس
- مرحله توقف برنامه ارزیابی بعد از حادثه

سوال اول: مهمترین نقش بیمارستان ها در مدیریت سوانح چیست ؟

اولین هدف مدیریت بحران به حداقل رساندن تلفات جانی و آسیب های انسانی ناشی از سوانح است ، از این رو مدیریت سلامت جزو لاینفک مدیریت بحران در تمامی سوانح می باشد .بخش ها و سازمان های متعددی در مدیریت سلامت در سوانح دخیل هستند که یکی از مهمترین آنها مراکز بهداشتی- درمانی و در رأس آنها بیمارستان ها هستند . مهمترین نقش بیمارستان ها ارائه خدمات قطعی تشخیصی- درمانی به قربانیان سوانح می باشد .

سوال دوم: سایر مسئولیت های بیمارستان ها در جریان سوانح چیست ؟

- پذیرش و اسکان بیماران تخلیه شده از بیمارستان ها یا مراکز دیگر
- تشکیل و اعزام تیم های اضطراری پزشکی
- تریاژ آسیب دیدگان در جریان سوانح بزرگ
- ارائه خدمات بهداشتی به بیماران و در سطح جامعه
- ارائه خدمات سلامت روان به بیماران و در سطح جامعه
- اطلاع رسانی عمومی

سوال سوم: مگر یکی از فعالیت های عادی هر بیمارستانی مقابله با موارد اورژانس و اضطراری نیست پس چرا بیمارستان به سامانه فرماندهی حوادث اضطراری بیمارستانی نیازمند است ؟

بیمارستان ها معمولاً برای پاسخ به نیازهای وسیع ایجاد شده در جریان سوانح آماده نیستند مدیریت بیمارستان ها در حالت عادی بیشتر فرد محور است در حالیکه در جریان سوانح مدیریت باید هدف محور باشد.

سوال چهارم: آیا حوادث غیر مترقبه همان اورژانس های روزمره بیمارستان ولی در مقیاسی بزرگتر نیستند ؟

حوادث غیر مترقبه نه تنها از نظر کمی بلکه از نظر کیفی با اورژانس های روزمره بیمارستان متفاوت هستند به عنوان مدیر در سوانح شما با بیماران متفاوت ، پرسنل متفاوت ، منابع متفاوت و مشکلات متفاوت با حالت عادی مواجه هستید.

سوال پنجم: آیا بهترین راه پاسخ به حوادث غیر مترقبه گسترش پاسخ روزمره بیمارستان به موارد اورژانس در کنار افزایش تعداد پرسنل و منابع اورژانس ، تخت های بیمارستانی و تجهیزات نیست ؟

این کار لازم است ولی به تنهایی کافی نیست بیمارستان به یک ساختار مدیریتی یکارچه ، از پیش طراحی و تمرین شده ، متناسب با نیازهای جدید نیازمند است.

نحوه اجرای برنامه بحران در بیمارستان

هر بیمارستان باید کمیته بحران را با هدف تهیه ، توزیع و پیگیری و به روز کردن برنامه حوادث غیر مترقبه تشکیل دهد. این کمیته همچنین مسئولیت آموزش پرسنل و هماهنگی با دیگر سازمان های دخیل در بخش سلامت را بر عهده دارد. بلافاصله پس از ایجاد حادثه کمیته مقابله با حوادث غیر مترقبه با اعضا زیر تشکیل می گردد.

- رئیس بیمارستان - مدیر بیمارستان
- رئیس و سرپرستاران اورژانس
- رؤسا و سرپرستاران بخشها
- مترون بیمارستان
- مسئول فنی کلیه واحدهای پاراکلینیک
- رئیس حراست
- روسای واحدهای اداری و مالی
- مهندسین مسئول ارزیابی بیمارستان یا مسؤولین تاسیسات
- مسئول بهداشت محیط
- نماینده ستاد حوادث غیر مترقبه شهرستان / منطقه

اهداف کمیته

۱. بررسی و تعیین بحران و بلایای محتمل در نقطه
۲. تدوین برنامه مستند جهت مقابله با بحران و بلایا
۳. تدوین برنامه فراخوانی اعضای تیم پاسخ اضطراری و جانشین های تعیین شده
۴. نظارت بر انجام وظایف مسئولیت ها و اختیارات اعضای تیم پاسخ در زمان بروز بحران
۵. فعال سازی برنامه در زمان بحران

۶. نظارت بر برگزاری مانورهای فرضی آتش نشانی و تخلیه

۷. نظارت بر آموزش کامل کارکنان به تناسب نقشها و مسئولیت ها در برنامه مربوطه

مدیریت خطر

مدیریت خطر می کوشد که این مرکز علاوه بر ارائه مراقبت با بهترین شرایط و استاندارد ها و آخرین شواهد علمی و بالینی ، سلامتی بیمار را به هیچ عنوان دچار مخاطره نسازد و این امر را از طریق شناسائی زمینه های خطر ، شناسایی خطر ، آنالیز خطر ، برخورد با خطر و ارزیابی مدیریت خطر انجام می دهد و در هر مورد به تحلیل ریشه ای وقایع می پردازد . درسهای آموخته شده از خطا از اهداف مهمی است که مدیریت خطر به آن می پردازد.

استراتژی های محور مدیریت خطر و ارتقاء ایمنی بیمار شامل هفت آیتم میباشد که جهت آشنایی با اصول کمیته ایمنی در این قسمت ذکر میشود:

۱. فرهنگ سازی و بستر سازی مناسب
۲. حمایت و رهبری کارکنان در مسیر مدیریت خطر
۳. ایجاد نظام مدیریت خطر با رویکرد واکنشی و پیشگیرانه
۴. ترویج گزارش دهی خطاها
۵. تعامل با بیمار و استفاده از نظرات آنها در مدیریت خطر
۶. یادگیری و به اشتراک گذاری درس های آموخته شده
۷. نهادینه کردن و اجرایی نمودن درسهای آموخته شده از خطاها

بهداشت حرفه ای

بهداشت حرفه‌ای

بهداشت حرفه‌ای عبارتست از علم و هنر تأمین بالاترین سطح سلامت نیروی کار، حفظ و ارتقای سلامتی آنان و حفظ سرمایه از طریق ایجاد محیط کار سالم، انتخاب فرد مناسب برای هر کار، تطبیق کار با مقتضیات روحی و جسمی شاغلین پیشگیری از حوادث و بیماریهای شغلی و غیرشغلی، آموزش بهداشت به آنان به گونه‌ای که هر فرد قادر باشد با برخورداری از حداکثر سلامتی و رفاه، فردی مؤثر برای اجتماع باشد.

عوامل زیان آور	انواع عوامل زیان آور مربوطه	راه های کنترلی این عوامل زیان آور
فیزیکی	صدا، روشنایی، پرتوهای یونیزان و غیر یونیزان ، گرما، سرما، ارتعاش، فشار	در صورت گرافی پرتابل در بخش حتما فاصله استاندارد رعایت شود و اگر امکان دور شدن نباشد از وسایل سربی استفاده شود. در صورت کمبود نور و یا وجود منبع صدا در بخش به واحد تاسیسات گزارش شود
شیمیایی	مخاطرات شیمیایی شامل: لاتکس ، بتادین ، الکل اتیلیک، جیوه ، صابون ها و مواد شوینده، گازهای بیهوشی (نیتروس اکساید)، مواد شیمیایی در آزمایشگاه مثل فرمالین ، داروها ، گندزداها و مواد ضدعفونی کننده ها	خواندن برچسب موجود در کنار مواد شیمیایی ، توجه به MSDS یا همان برگه اطلاعات ایمنی مواد، استفاده از وسایل حفاظت فردی مخصوصا در آزمایشگاه و پاتولوژی و دیالیز
بیولوژیکی	ویروس ها، باکتری ها، انگلها، ریزباکتریها و قارچها می باشد. عفونتهای ناشی از در معرض قرارگیری باخون، مایعات بدن، یا با نمونه های بافتی که شاید بتواند بیماریهایی مثل HIV، هیپاتیت B و هیپاتیت C را منتقل کند و نیدل استیک شدن	استفاده از وسایل حفاظت فردی مناسب نظیر استفاده از دستکش، گان ، عینک محافظ و ماسک برای مواردی که خطر پاشیدن خون و ترشحات وجود دارد
ارگونومی	وضعیت نامطلوب بدن هنگام کار ، ایستادن طولانی مدت، نشستن طولانی مدت و کار با کامپیوتر ، حمل دستی بار، جابجایی بیماران ، استفاده از وسایل غیر استاندارد و غیر ارگونومیک در محیط بیمارستان	رعایت اصول ارگونومی حین کار با کامپیوتر و حمل دستی بار و انجام بقیه وظایف در بخش ، حضور فعال در کلاس های آموزشی ارگونومی
روانی	شیفت و نوبتکاری ، استرس شغلی ، ساعات کار بیش از یک شیفت ، کار طولانی مدت به تنهایی ، کمبود امکانات ، ترس از ابتلا به بیماریهای واگیردار و خطرناک ، خشونت های رفتاری از طرف کارکنان و همراهان	حضور فعال در کلاس های استرس شغلی و نوبت کاری رعایت نکات مربوط به نوبت کاری و استرس شغلی
بحران	آتش سوزی، و انفجار کپسول های طبی و بالایای طبیعی	حضور در کلاس اطفای حریق و رعایت نکات ایمنی کپسول های طبی

اهداف بهداشت حرفه ای بر اساس تعریف مشترک سازمان بهداشت جهانی و سازمان بین المللی کار

- تامین ؛ حفظ و ارتقای سطح سلامت جسمانی و روانی واجتماعی کارکنان
- پیش گیری از بیماری ها و حوادث ناشی از کار
- انتخاب کارگران یا شاغلین برای محیط یا شغلی که از نظر جسمانی و روانی توانایی انجام آن کار را داشته باشد
- به عبارت دیگر تطبیق کار با انسان و در صورت عدم امکان تطبیق انسان با کار
-

برنامه های بهداشت حرفه ای :

- ۱- معاینات ادواری پرسنل
- ۲- برنامه های مربوط به ارزیابی و کنترل عوامل زیان آور محیط کار
- ۳- برنامه های مربوط به حفاظت و ایمنی
- ۴- برنامه های مربوط به مواد شیمیایی
- ۵- برنامه های مربوط به آموزش بهداشت و ایمنی

عوامل زیان آور در بیمارستان

به عواملی گفته می شود که ماهیت انرژی دارند و می توانند بر سلامت کارکنان اثرات سوء به جای بگذارند .

صدا

صدا می تواند تاثیرات منفی بر جنبه های بهداشتی و آسایشی بیماران و کارکنان داشته باشد . علاوه بر نیاز کارکنان به محیطی آرام برای خدمت دهی مطلوب، توجه به آسایش بیماران در زمان بستری در بیمارستان و روند بهبود بیماری آنان بسیار اثرگذار می باشد .

استاندارد صدا در ساعات شبانه روزی کاری بیمارستان :

روز ← ۴۵ دسیبل ، شب ← ۳۵ دسیبل

اثرات صدا بر سلامت کارکنان : ۱- اثر بر مکانیسم شنوایی (ایجاد افت شنوایی) ۲- تداخل با مکالمه ۳- اثر روی اندام بینایی

۴- اثر بر سیستم تعادلی ۵- اثرات عصبی ۶- اثر روی الکتروولت ها ۷- اثرات روانی و اثرات جانبی

روشنایی :

نور بخشی از امواج الکترومغناطیسی است که توسط چشم انسان قابل رویت است، روشنایی خوب باعث افزایش دقت بینایی ، افزایش سرعت بینایی ، ایجاد دید آسانتر، بهبود کیفیت کار، کاهش حادثه، ایجاد نظم و پاکیزگی، کمتر خسته شدن چشم، کاهش اشتباهات جلوگیری از فشار چشم و بهبود روحیه و ایجاد سهولت در بینایی خوب می شود .

۱. نور کافی باشد . هر چه شغل دقیق تر و ظریف تر باشد به لوکس بیشتری نیاز خواهد داشت .
۲. رنگ نور مناسب باشد . مناسب ترین نور که کمترین خستگی را برای انسان دارد نور طبیعی است . (نور طبیعی : پنجره از طریق نور خورشید)
۳. منابع نوری در میدان دید قرار نگیرند . چنانچه منابع نوری در میدان دید فرد قرار گیرد موجب چشم زدگی و آزار چشم می گردد .
۴. درخشندگی سطح کار مناسب باشد . درخشندگی بیان کننده ی میزان انعکاس نور از واحد سطح اجسام می باشد . درخشندگی زیاد که در اثر وجود سطوح براق روشن ایجاد می شود می تواند موجب چشم زدگی و آزار انسان شود .
۵. سعی کنید لامپ روشنایی در بالای سر شما و نه بین شما و مانیتور یا روبروی شما قرار گیرند.
۶. روشنایی محل کار باید مخلوطی از نور سفید و زرد بوده (ترجیحاً از لامپ مهتابی استفاده شود) و شدت آن در حدود ۳۰۰ لوکس باشد.
۷. میز کار را طوری قرار دهید که روشنایی لامپ‌های سقفی در طرفین قرار گیرد و از قرار دادن میز در محلی که نور لامپ مستقیماً در برابر شما باشد خودداری کنید.
۸. در شیفتهای شبکاری باید تمامی لامپ‌های استیشن را روشن گذاشت تا مانع از ایجاد خواب آلودگی شود(با افزایش شدت روشنایی هورمون القاء کننده خواب یعنی ملاتونین کاهش یافته و هورمون کورتیزول (هورمون هوشیاری افزایش می یابد) .

تهویه



ذرات معلق (Particulate Matters) در بیمارستان ها از ملاحظات بسیار مهم برای کنترل عفونت و محافظت از بیماران و کارمندان می باشد. این ذرات معلق جامد و مایع در هوا توسط عطسه، سرفه یا فرآیندهای دیگر دهانی به هوا پخش می شوند. عوامل ویروسی و عفونی می توانند توسط قطرات سطوح آلوده و لوازم، پراکنده شوند. ذرات میکروبی در هوا می توانند زنده بمانند و توسط فرآیند تنفس به ریه افراد نفوذ کنند. این عوامل می توانند منجر به عفونت های

ریوی، حساسیت شدید، عفونت های پوست و چشم شوند. منبع اصلی این آلاینده ها انسانی است و می توانند توسط لباس و پوست و غیره انتقال یابند. چندین فاکتور شامل رطوبت، دما، اندازه ذرات و سیستم تهویه می تواند در میزان بار، پراکنش، انتقال، افزایش پتانسیل عفونت و میزان سرایت تاثیر داشته باشند

پرتوهای یونیزان:

پرتوهای یونیزان با عبور از محیط، تولید ذرات باردار منفی و مثبت می کنند. پرتوهای یونیزان شامل: ذرات آلفا، ذرات بتا، نوترون، پرتوی ایکس، پرتوی گاما و غیره می باشد. اثرات جسمی پرتوهای یونیزان از اختلالات جزئی و موقتی در بعضی از اعمال فیزیولوژیک گرفته تا خطرات جدی مانند کاهش عمر، کاهش مقاومت در مقابل بیماریها، کاهش قدرت تولید مثل، ایجاد کاتاراکت (آب مروارید)، سرطان خون و یا انواع دیگر سرطان، آسیب به جنین در حال رشد، متفاوت می باشد.

استانداردهای حفاظت پرتویی در رادیوگرافی پرتابل



Final Protection

سه عامل مهم در حفاظت پرتویی گرافی های پرتابل

زمان : هرچه فرد بیش تر در برابر پرتو باشد بیشتر دز دریافت می کند. لذا پرتوگیری باید به حداقل زمان برسد.



فاصله : با افزایش فاصله تا منبع پرتو کاهش پرتوگیری است. حداقل فاصله جهت تامین ایمنی قابل قبول ۲ متر می باشد (فاصله دستگاه تا تخت های مجاور و پاراوان سربی). میزان پرتو موجود در اطراف دستگاهها در فاصله ۶ متر به بعد تقریباً صفر می باشد.

پاراوان سربی : بهترین روش برای جلوگیری از بروز خطر، استفاده از پاراوان سربی در اطراف تخت بیمار مورد رادیوگرافی است.

۱- به دلیل میزان اشعه بالا و نیز وضوح و کیفیت پایین گرافی پرتابل در مقایسه با گرافی انجام شده در بخش رادیولوژی بهتر است گرافی پرتابل فقط با دستور پزشک و محدود به موارد اورژانسی باشد.

۲- بعد از شناسایی فعال در بیماران هوشیار، پروسیجر به منظور جلب همکاری توضیح داده شود.

۳- دستور پزشک با درخواست ثبت شده مطابقت داده شود.

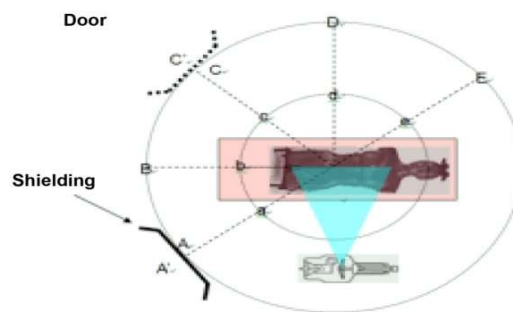
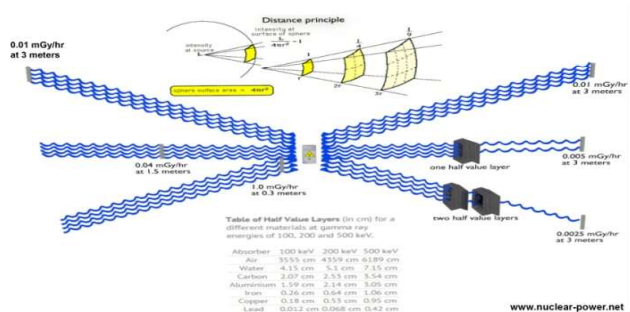
۴- از وسایل نگهدارنده برای ثابت نگهداشتن بیمار استفاده شود تا از تکرارگرافی پرتابل جلوگیری شود (با کاهش تعداد گرافی پرتابل از بیمار و پرسنل حفاظت به عمل می آید).

۵- بیمارانی که برای انجام سایر اعمال پاراکلینیکی از بخش بستری خارج می گردند رادیوگرافی آنها باید در بخش رادیولوژی انجام شود.

۶- دز مؤثر دریافتی کارکنان غیر پرتوکار از میانگین دز مؤثر سالانه ۱ میلی سیورت (شدت پرتوهای پراکنده شده در فاصله یک متری از محل پراکندگی یک هزارم شدت پرتوهای اولیه تابشی به بیمار می باشد) در سال نباید تجاوز نماید.

۷- مصرف آنتی اکسیدانها به عنوان اصلی ترین راه مبارزه با رادیکال های آزاد و بازسازی سلول های تخریب شده در تاثیر پرتو های یونساز هستند. مانند پرتغال، کلم بروکلی، اسفناج، تخم مرغ، ماهی و...

در گرافی پرتابل برای کاهش دز جذبی از اسکترها باید پاراوان سربی عمود بر جهت پرتو دهی قرار گیرد. بعد از اکسپوژر با زمان میلی ثانیه مقدار اشعه باقیمانده در محیط بلافاصله به صفر می رسد.



- Scattered radiation doses absorbed by technicians at different distances from X-ray exposure: Experiments on prosthesis.
- Radioprotection in mobile x-ray examinations
- Shielding of Ionizing Radiation

منابع :

- تعیین میزان پرتو X موجود در فواصل متفاوت از دستگاههای عکسبرداری قابل حمل و نقل (پرتابل)
- نکات تکنیکی و کاربردی در رادیوگرافی پرتابل

تهیه و تنظیم: لیلی دانایی کارشناس ارشد فیزیک پزشکی
بخش تصویربرداری مرکز آموزشی درمانی قلب و عروق شهید مدنی (مرداد ۱۳۹۹)

هر روزه مواد شیمیایی متعددی مصرف یا تولید می شود و اکثر آنها اثرات نامطلوبی را روی سلامت افراد می گذارند از این رو می توان گفت که مواد شیمیایی در حکم سم هستند و هنگامی که به بدن وارد می شوند اعمال حیاتی بدن را مختل می کنند که این اختلال مسمومیت نام دارد .

از جمله مواد شیمیایی موجود در بیمارستان می توان به موارد زیر اشاره کرد :

- گاز اکسیژن، گاز های بیهوشی
- گاز ها و بخارات ناشی از ضدعفونی کننده ها
- داروها
- گاز ها و بخارات ناشی از کلیه مواد شیمیایی مورد استفاده
- مواد شیمیایی مورد استفاده در آزمایشگاه و دیالیز و آندوسکوپی و مانند انواع اسید ها و ...

راه های ورود مواد شیمیایی به بدن :



۱. پوستی
۲. چشمی
۳. گوارشی
۴. تنفسی

توجه به برگه اطلاعات ایمنی مواد شیمیایی یا MSDS و همچنین توجه به برچسب مواد شیمیایی یکی از راه های کنترلی آن است.

فایده msds چیست ؟

وجود برگه های اطلاعات ایمنی در کنار ماده مورد نظر ، اطلاعاتی در اختیار مصرف کننده قرار می دهد که مصرف کنندگان با آگاهی از ماهیت ماده مزبور ، قادر خواهد بود از خطرات و ضایعات ناشی از استفاده ، جابجایی ، انبارش نادرست آن در امان باشد . بدین ترتیب اطلاعات مندرج در msds هر ماده ای بیانگر این است که نحوه صحیح استفاده از آن باید چگونه باشد و در صورت بروز خطر نحوه مقابله با عوارض آن ماده چگونه خواهد بود .

عوامل بیولوژیکی زبان آور محیط کار شامل ویروس ها، باکتری ها؛ انگلها؛ ریزباکتریها و قارچها می باشد. عفونتهای ناشی از در معرض قرارگیری باخون، مایعات بدن، یا با نمونه های بافتی که شاید بتواند بیماریهایی مثل HIV، هپاتیت B و هپاتیت C را منتقل کند جزء مخاطرات بیولوژیکی محسوب می شود. در میان خطرات بیولوژیکی مشکلات آسیبهای مرتبط با نیدل استیک به سبب انتقال بیماریهای عفونی خطرناک از اهمیت قابل ملاحظه ای برخوردار است. استفاده از وسایل حفاظت فردی مناسب (نظیر استفاده از دستکش ، گان ، عینک محافظ و ماسک برای مواردی که خطر پاشیدن خون و ترشحات وجود دارد) تمام نمونه های خون و مایعات بدن بیماران باید پرخطر و آلوده فرض شوند.

مهمترین عوامل ویروسی زبان آور در بیمارستان ها

ویروس	میزان احتمال ایجاد عفونت در اثر تماس با خون های آلوده به ویروس
HIV	خیلی پایین (یکی در ۳۳۳) _ ۰,۳ درصد احتمال ایجاد عفونت وجود دارد.
HCV	بالا (۱ در ۲۰) ، 5% احتمال ایجاد عفونت وجود دارد .
HBV	بالاترین (یک در ۱۶ یا یک در ۳)، حدود ۶ تا ۳۰ درصد احتمال عفونت وجود دارد .

اقدامات پیشگیری از نیدل استیک شدن :

- به عنوان اولین قدم تا حد ممکن از وسایل با Needle ایمن تر یا وسایل Needleless مناسب استفاده نمایید .

- قبل از استفاده از Needle ، برای جابجائی با دست و دفع آنها برنامه ریزی نمائید .

- از احتیاط استاندارد تهیه شده توسط واحد کنترل عفونت پیروی نمایید.



- از خم کردن و شکستن سرسوزن ها خودداری کنید.

- هرگز نباید سرپوش سوزن ها را مجدداً روی سوزن های

مصرف شده قرار داد یا از هیچ روشی که باعث شود نوک

سوزن یا اشیای تیز به طرف بدن قرار گیرد نباید استفاده

کرد.دقت نمایید از سرپوش گذاری مجدد سرسوزن

خودداری نمایید.

- ظروف اختصاصی دفع قطعات تیز (safety box) در

محل های مناسب نزدیک تخت بیمار به صورت مناسب نصب شده باشد.

- Needle استفاده شده را فوراً در ظروف اختصاصی دفع قطعات تیز (safety box) بریزید.

- استفاده از وسایل حفاظت فردی مناسب (نظیر استفاده از

دستکش ، گان ، عینک محافظ و ماسک برای

مواردی که خطر پاشیدن خون و ترشحات وجود دارد) تمام

نمونه های خون و مایعات بدن بیماران باید پرخطر و

آلوده فرض شوند.

- اگر در شرایط بالینی ، گذاشتن سرپوش روی سوزن

ضرورت دارد، یا یک دست و با استفاده از یک پنس

مخصوص یا وسیله مکانیکی برای نگهداشتن غلاف سوزن

این کار انجام شود. درپوش را روی میز کار قرار دهید.



سرنگ و سرسوزن را بایک دست به سمت درپوش هدایت نمایید. بدون استفاده ازدست ، پس از محکم شدن درپوش سرنگ را بردارید .

ارگونومی علمی است برای متناسب کردن و یا تطابق محیط ، کار، و تجهیزات با انسان . مطابق نظر سازمان ILO هدف از برنامه های ارگونومی جلوگیری از بیماریهای اسکلتی و عضلانی است . یکی از مهمترین فاکتورهای موثر در بیماریهای اسکلتی _عضلانی پوسچرهای نامناسب کاری است که در ارگونومی مورد توجه بسیار قرار دارد .

عوامل ارگونومیکی زیان آور در بیمارستان

- ✓ وضعیت نامطلوب بدن هنگام کار
- ✓ ایستادن طولانی مدت
- ✓ نشستن طولانی مدت و کار با کامپیوتر
- ✓ حمل دستی بار، جابجایی بیماران
- ✓ استفاده از وسایل غیر استاندارد و غیر ارگونومیک در محیط بیمارستان

پوسچرهای نادرست :

حرکاتی مثل چرخیدن، خم شدن به جلو و عقب در حین کار کردن و حمل بار پوسچرهای نادرستی است زیرا به مفاصل بدن بخصوص کمر فشار بیش از حد وارد کرده و موجب بروز کمر درد و حتی فتق دیسک بین مهره ای می شود . پوسچرهای نادرست باعث می شود تا عضلات بیشتری تحت فشار و انقباض باشند و به مدت طولانی موجب خستگی و فرسودگی عضلات و تاندونها می شوند .

انواع پوسچرهای نادرست رایج در بیمارستان :

۱. چرخیدن در حین بلند کردن بار
۲. خم شدن روی بار
۳. خم شدن بیش از حد به جلو و عقب و اطراف

۴. خم کردن و فشار آوردن به کمرهنگام بلند کردن ، پایین آوردن یا حمل کردن بار
۵. بالا نگهداشتن بازوها به مدت چند دقیقه
۶. پوسچرهای نادرستی که در طول شیفت یک ساعت یا بیشتر به طول می انجامند.
۷. نشستن و یا ایستادن به مدت طولانی
۸. خم و راست شدن های مکرر
۹. جابه جایی وسایل سنگین مثل ترالی
۱۰. وضعیت نامناسب در هنگام انجام مراقبت های پرستاری مانند : رگ گیری و زدن آنژیوکت، پانسمان کردن و تعویض آن، خالی کردن بگ های ادراری، وصل سرم به پایه های بلند سقفی و پایه دار
۱۱. پایین بودن طولانی مدت سر درهنگام عمل به خصوص عمل های با زمان طولانی

روشهای حذف پوسچرهای نادرست:

- ۱) آموزش به کارکنان در خصوص روشهای حمل ایمن
- ۲) در صورت امکان از لوازم و تجهیزات کمکی برای حمل بیماران استفاده نمائید .
- ۳) حمل را چند نفره و گروهی انجام دهید .

حمل و جابجایی دستی بار و یا بیمار

- ✓ از وزنی که می خواهید جابجا کنید و میزان توانایی خود آگاهی داشته باشید.
- ✓ اگر بیمار خیلی سنگین است از همکار خود کمک بنخواهید.
- ✓ پاهایتان را به اندازه ی عرض شانه ها از هم بازکنید، زانوهایتان را خم کرده و کمرتان را مستقیم نگه دارید.
- ✓ امتداد طبیعی سر و گردن و ستون مهره ی خود را حفظ کنید.
- ✓ کسی را که می خواهید جابه جا کنید کاملاً به خود نزدیک کنید.



✓ برای بلند کردن یا کشیدن فرد، از عضلات پاهایتان استفاده کنید نه از عضلات کمرتان.

✓ در حین تغییر وضعیت بیمار، کمر خود را نچرخانید.

✓ زمانی که بیماران در حالت نامتوازن قرار دارند هرگز آنها را جابجا نکنید.

✓ بیمار را در نزدیکی بدن حمل کنید.

✓ بیمار را به تنهایی جابجا نکنید بویژه بیماری که

روی زمین افتاده . برای بلند کردن بیماران از روی زمین حتما از چند نفر کمک بگیرید یا از وسایل مکانیکی استفاده نمائید

✓ تعداد دفعات حمل را در روز به ازای هر نفر به حداقل ممکن کاهش دهید (قابل توجه سرپرستان و مدیران)

✓ از حمل بار سنگین بویژه در هنگام چرخش کمر پرهیز کنید .

✓ قبل از استفاده از هر نوع وسیله مکانیکی آموزش لازم را ببینید.

توجه : هنگام استفاده از وسایل حفاظت فردی فراموش نشود.



روش های حمل و جا به جا کردن بار :



ارتقای کار با کامپیوتر



بیشتر کاربران کامپیوتر در محیط های سر بسته و فضاهای کوچک کار می کنند. کمترین ویژگیهای یک محیط کاری مناسب

برای کاربران کامپیوتر به قرار زیر است :

۱. وجود سیستم تهویه مطبوع
۲. نور کافی و مناسب
۳. استفاده از میز مخصوص که دارای عرض و ارتفاع استاندارد باشد .
۴. استفاده از صندلی ارگونومیک با قابلیت تنظیم ارتفاع
۵. استفاده از زیر پای برای قرارگیری مناسب و راحت پاها
۶. با وجود رعایت نکات فوق، باز هم امکان بروز بیماریهای خاص برای اپراتور وجود دارد کم تحرکی هنگام کار با کامپیوتر، چشم دوختن در مدت طولانی به صفحه مانیتور و حرکات یکنواخت و تکراری میچ دست ، ممکن است سبب بروز انواع عوارض شوند

رعایت نکات زیر هنگام کار با کامپیوتر الزامی است :

۱. از یک موس خارجی به جای موس لپ تاپ و یا صفحه لمسی آن استفاده کنید .
 ۲. از کوبیدن کلید ها در زمان تایپ خودداری کنید .
 ۳. زاویه صفحه را طوری تنظیم کنید که به صورت عمود بر خط دید شما باشد .
 ۴. کیبورد را در سطح پایین تری بگذارید و هنگام استفاده میچ ها را به صورت مستقیم نگه دارید .
 ۵. به وضعیت بدنی خود حین کار دقت کنید که در پوسچرهای غیرارگونومیک بسر نبرید .
 ۶. از چرخاندن و خم کردن گردن و جلو دادن سر برای دیدن صفحه خودداری کنید .
 ۷. دست و میچ باید هنگام تایپ کردن در حالت مستقیم قرار گیرند .
 ۸. فاصله از مانیتور را حفظ کنید .
 ۹. از صندلی مناسب استفاده کنید .
 ۱۰. زمان های کوتاهی (هر ۲۰ تا ۳۰ دقیقه) برای استراحت و عدم تکرار و تغییر وضعیت داشته باشید .
 ۱۱. به چشم ها هر ۱۵ تا ۲۰ دقیقه یکبار با بستن یا نگاه کردن به دور استراحت دهید .
- وضعیت صحیح بدنی هنگام کار با کامپیوتر : موقعیت طبیعی بدن یک وضعیت مناسب و راحت کاری است که مفاصل به طور طبیعی قرار دارند . در وضعیت طبیعی بدن کار کردن، استرس و فشار روی ماهیچه ها، تاندون ها و سیستم اسکلتی را کاهش می دهد .و باعث کم شدن خطر می شود .

موارد زیر نکات مهمی جهت سعی در نگه داشتن وضعیت اختلالات اسکلتی عضلانی طبیعی بدن در هنگام در ایستگاه کامپیوتر را بیان می کند .

- دست ها، مچ ها و ساعد راست، مستقیم موازی زمین هستند .
- سر به صورت صاف یا کمی خمیده به سمت جلو باید باشد و متعادل و به طور کلی موازی با تنه باشد .
- شانه ها در وضعیت راحت و شل باشند و بازو ها به طور طبیعی در کنار بدن آویزان هستند .
- آرنج ها نزدیک بدن و به صورت خمیده با زاویه ۹۰ تا ۱۲۰ درجه قرار گیرند .
- پاها کاملاً توسط زمین حمایت شوند(کف پاها بر روی زمین قرار دارد) و در صورتیکه ارتفاع میز قابل تنظیم نیست ممکن است نیاز به استفاده از یک زیرپایی برای حمایت پاها باشد
- ناحیه پشت هنگام نشستن به صورت عمودی یا در حالت کمی به سمت عقب خمیده شده و تکیه داده شده، کاملاً با تکیه گاه کمری مناسب حمایت می شود .
- ران ها و مفاصل ران ها توسط یک نشیمنگاه دارای تشکچه خوب حمایت می شوند و به طور کلی موازی زمین هستند .

با وجود اینکه چقدر وضعیت بدنی شما خوب است، ولی همچنان کار کردن در چنین وضعیت یا چنین نشستن برای مدت زمان طولانی، ناسالم است . شما باید وضعیت کار کردن خود را به طور متناوب در طول روز با روش های زیر تغییر دهید .

- برای صندلی یا تکیه گاه خود وسایل تنظیمی کوچکی بسازید .
- انگشت ها، دست ها، بازو و ساعد، و نیم تنه بالایی خود را بکشید .
- در فواصل زمانی معین بلند شوید و چند دقیقه در اطراف راه بروید .

ویژگی های صندلی ارگونومیک:

- ✓ ارتفاع صندلی باید قابل تنظیم باشد. ارتفاع صندلی ۴۱ تا ۵۲ سانتی متر توصیه می شود .
- ✓ سطح نشیمنگاه صندلی باید دارای طول و عرض ۴۰ تا ۴۸ سانتی متر باشد برای افراد چاق صندلی های پهن تر توصیه می شود.
- ✓ ضخامت تشک در حدود ۴ تا ۵ سانتی متر باشد و رویه آن از جنسی باشد که اصطلاحاً بتواند تنفس کند و لبه جلو صندلی، گرد و لبه بیرونی آن ، نرم باشد.
- ✓ زاویه پشتی با تشک صندلی، حداقل ۹۵ تا ۱۱۰ درجه باشد .

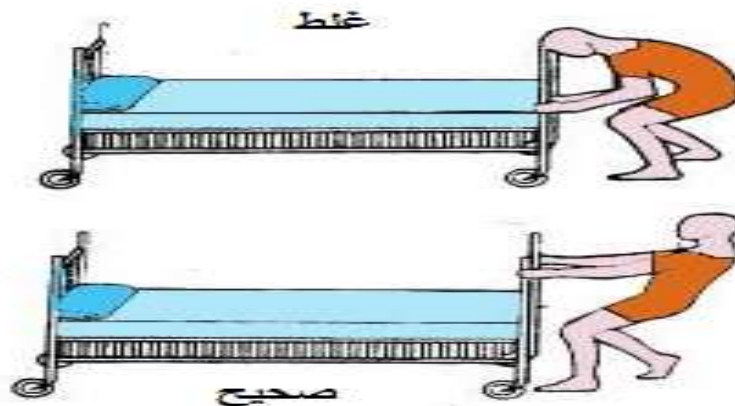
✓ عرض پشتی صندلی باید حداقل ۳۲ تا ۳۶ سانتی متر باشد. ارتفاع پشتی صندلی را نیز بین ۵۰ تا ۸۲ سانتی متر توصیه می شود.

✓ صندلی باید در قسمت قرار گرفتن گودی کمر (ارتفاع ۱۵ تا ۲۰ سانتی متری از پایین) دارای یک قوس محدب و در قسمت پشت دارای یک قوس مقعر باشد.

✓ صندلی های مورد استفاده در کار با رایانه بهتر است دسته دار بوده و دسته آن با ارتفاع میز کار مطابقت داشته باشد. همچنین دارای ۵ چرخ بوده و چرخان باشد. شیب کف صندلی ۵ تا ۱۵ درجه تمایل به جلو و ۵ درجه برای تمایل به جلو را امکان پذیر سازد.



هرگز در حالتی که سر نزدیک شیء و پشت خمیده است، شیء را نکشید. دستهای خود را طوری به شیء بگیرید که بین شانه و کمر قرار بگیرد. شما می‌توانید هم در حالتی که رو به شیء ایستاده‌اید و هم در حالتی که پشتتان به آن است، شیء را بکشید. اگر در حالتی اقدام به کشیدن شیء می‌کنید که روبه‌روی شیء ایستاده‌اید، باید پاها را طوری قرار دهید که بتوانید به آهستگی به سمت عقب حرکت کنید. در تمامی این مراحل کمر باید صاف بوده و چرخش لگن رو به عقب باشد.



- هل دادن اشیاء:

هرگز با پاهای نزدیک به شیء و پشتی خمیده، شیء را هل ندهید. دستها را طوری به شیء بگیرید که بین شانه و سر قرار گیرد، کمر را صاف کنید، عضلات شکم را سفت کنید و با قدم‌زدن آهسته به طرف جلو شیء را هل دهید در این حالت شما در روبه‌روی شیء قرار دارید. زمانیکه شیء شما ارتفاع بلندی دارد و چرخدار نیز می‌باشد، می‌توانید آن را از پشت هل بدهید. به این صورتکه، پشت خود را به شیء بچسبانید، کمر را صاف کنید و هر دو دست را نیز کنار تنه قرار داده و به شیء بچسبانید. سپس با قدم‌زدن آهسته به سمت عقب شیء را هل دهید.



- ارگونومی اداری:

پژوهشگران تمام فعالیت ها و علائم موجود در افراد را به صورت یادداشت های روزانه به مدت ۳ سال ثبت کردند و افرادی که علائم را گزارش می کردند توسط پزشکان ارزیابی می شدند تا مشخص شود که آیا ناراحتی و عارضه‌های دارند یا خیر؟ یافته‌های این مطالعه نشان می دهد که مشکلات در نواحی دست و بازو شایع می باشد. تقریباً ۴۰ درصد افراد در هر سال از درد در نواحی فوق شکایت دارند و ۲۱ درصد از آنها دچار مشکلات شدیدی در این نواحی می شوند. بر طبق بررسی ها، زنان بیشتر از مردان مشکلات ناشی از کار با کامپیوتر را گزارش می کنند و بیشتر به این عوارض دچار می شوند، ولی علت این امر هنوز مشخص نشده است.

بر اساس نتایج یک مطالعه با نشستن صحیح در جلو کامپیوتر می توان درد و شرایط ناراحت کننده را کاهش داد. قرار گرفتن صفحه کلید پایین تر از آرنج و یا در فاصله ای دور از کاربر (زاویه داخلی آرنج بیشتر از ۱۲۱ درجه) باعث می شود که سر به منظور نگاه کردن به مانیتور به سمت پایین انحراف داشته و خم شود. با استفاده از تکیه گاه‌های دست و بازو در صندلی می توان خطر علائم درد در شانه و گردن را کم نمود.

همچنین محققین نتیجه گرفتند که وقتی کاربر مدت زمان زیادی جلوی کامپیوتر بنشیند، خطر پیش رونده درد بازو و دست او را تهدید می کند. افرادی که ۲۰ ساعت در هفته تایپ می کنند، کمی بیشتر از دو برابر دیگران به درد دست و بازو و گردن دچار می شوند.

فعالیت های ارگونومیکی در حین و اتمام فعالیت اداری – کامپیوتری:



روش های پیشگیری از بیماری ها و مخاطرات شغلی

۱. در برخورد با بیماران عفونی بسیار باید احتیاط کرد واز وسایل حفاظت شخصی p.p.e استفاده نمود و حتماً مکان این بیماران از دیگر بیماران جدا شود.
۲. استفاده از لباس و کفش های مناسب جهت جلوگیری از لیز خوردن و افتادن.
۳. پایین آوردن خشونت در محیط کار توسط آشنایی با خطرات محیط کار.
۴. گذراندن دوره های آموزشی جهت یادگیری این افراد برای زمان هایی که با وسایل برنده و تیز برخورد داشته باشند .

۵. رعایت پوشش‌های استاندارد (طرز قرارگیری اندام های بدن) در حین انجام وظایف
۶. همه ی این افراد در زمان های تعیین شده حتماً باید معاینات دوره ای را داشته باشند.
۷. تعیین شیفت های کاری مناسب برای کارکنان به طوری که دارای زمان های کوتاه و مناسب برای استراحت کردن، باشد .
۸. گذراندن دوره های آموزشی برای چگونگی استفاده از مواد ضد عفونی کننده و مواد شیمیایی و آشنایی با خطرات و موارد ایمنی آن ها
۹. قرار دادن عایق های صوتی در بین اتاق های بیماران و همچنین اتاق استراحت پرسنل و کارکنان برای جلوگیری از پخش سرو صدا
۱۰. شستشوی مرتب دست ها برای کاهش عفونت ها بسیار ضروری است بنابراین استفاده از کرم های مرطوب کننده پوست برای جلوگیری از خشکی پوست الزامی است.
۱۱. یادگیری تکنیک های مناسب برای جلوگیری از صدمات سرسوزن .
۱۲. پوشیدن کفش مناسب و طبی برای راه رفتن و ایستادن در محیط کار .
۱۳. آموزش تکنیک های مناسب برای بلند کردن اجسام و بیماران .
۱۴. رعایت اصول ارگونومی برای مواقعی که بایستی کار در یک موقعیت خاص مانند قرار گرفتن دست ها در وضعیت بالاتر از شانه ها قرار گیرد و یا انجام اعمال تکراری .
۱۵. آگاهی از خطرات بهداشتی مربوط به نوبت کاری و تنظیم ساعت های کار و استراحت براساس الگوهای پیشنهادی استاندارد.
۱۶. آموزش تکنیک های کاهش استرس و رعایت این تکنیک ها
۱۷. آموختن اصول حفاظت در برابر اشعه و رعایت آن

قوانین عمومی ایمنی :

- چه کسی می تواند شما را از خطرات محافظت کند ؟ اولین نفر خود شما هستید.
- آیا می دانید حداقل یک سوم نصف عمر خود را در محیط کار بسر می برید.
- توجه داشته باشید با رعایت اصول ایمنی در حفظ سلامتی خود و همکارانتان قدم برداشته اید و در صورت سهل انگاری همکاران شما در معرض خطر قرار می گیرند.
- وسایل حفاظت فردی بمنظور حفظ سلامت و ایمنی شما در برابر خطرات می باشد لذا با استفاده صحیح و همیشگی از وسایل حفاظت فردی و رعایت اصول ایمنی امنیت کاری را برای خود به ارمغان بیاورید.
- چنانچه جهت انجام کاری که به شما محول شده آشنایی و تسلط کافی ندارید آن را با سرپرست خود در میان بگذارید و راهنمایی های لازم را کسب کنید.
- در صورت مشاهده اعمال یا شرایط نا ایمن آن را سریعاً گزارش دهید.
- کلیه حوادث را به واحد بهداشت حرفه ای و مدیریت گزارش دهید.
- هنگام کار با مواد شیمیایی به برگه اطلاعات فنی و ملاحظات ایمنی آن دقت نمایید.
- خطرات را ناچیز نشمارید و به مهارت خود مغرور نشوید همواره این جمله را در نظر داشته باشید که خطر در کمین است.
- آن روزی پایش خوش است که در آن حادثه ای رخ نداده باشد.
- غفلت ، اشتباه ، مسامحه و فراموشی از عوامل حوادث هستند.
- سلامتی بالاترین نعمت است آن را به آسانی از دست ندهید.
- عصبانیت و ایمنی با هم سازگار نیستند.
- دستورالعمل ها، روش های اجرایی ، مقررات و الزامات ایمنی ، بهداشت و محیط زیست بیمارستان

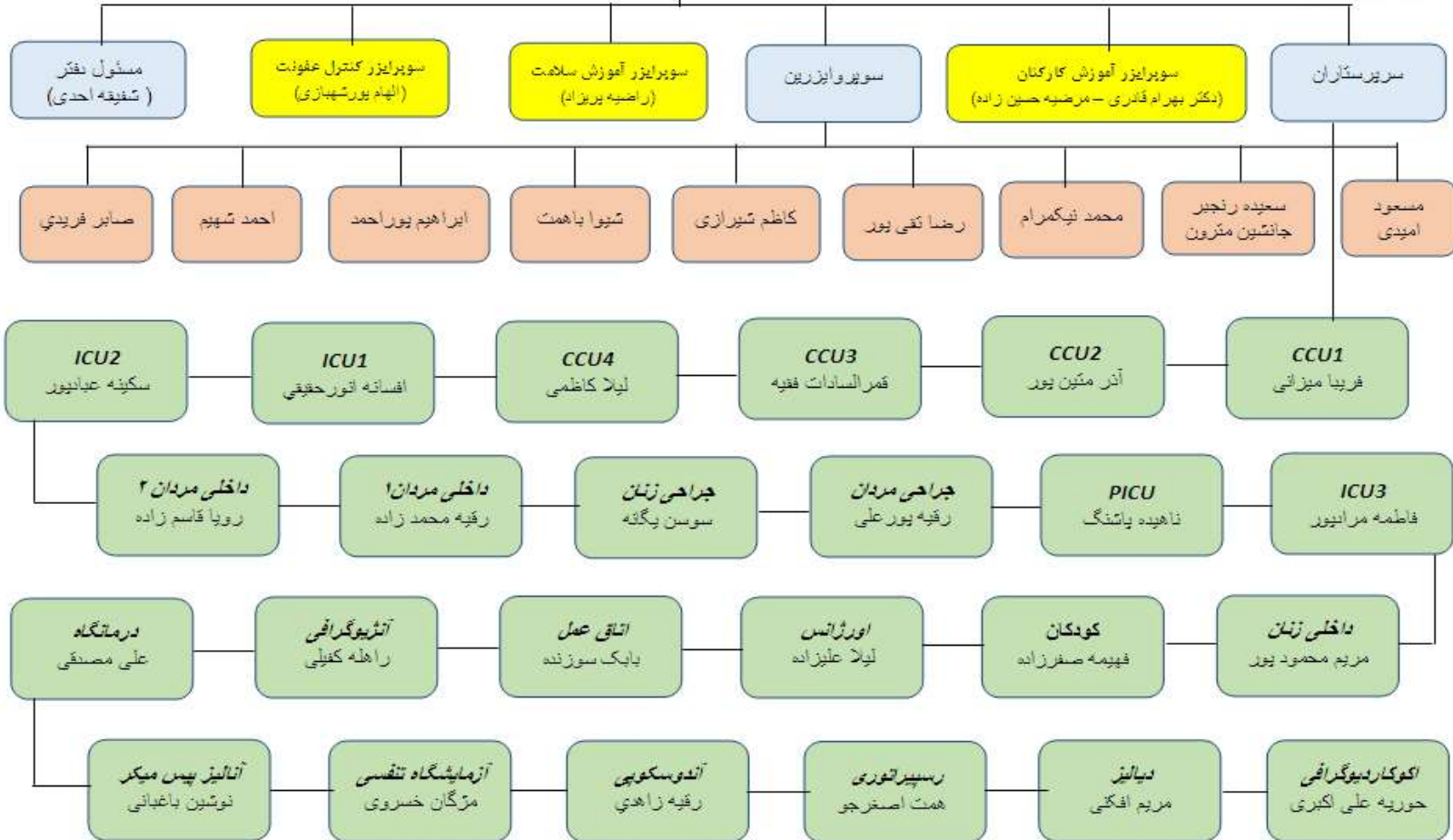
دقت‌رسانی

دفتر پرستاری مرکز آموزشی درمانی شهید مدنی در راستای رسالت اصلی مرکز که همانا تکریم و جلب رضایت بیماران و ارائه خدمات ایمن و کیفی به این عزیزان می باشد به مدیریت آقای محمد علی شیخ علیزاده با فعالیت دو نفر سوپروایزر آموزشی، یک نفر سوپروایزر آموزش سلامت، هفت نفر سوپروایزر بالینی، یک نفر کارشناس کنترل عفونت و یک نفر مسئول دفتر در برنامه ریزی، سازماندهی، تعیین اهداف، خط مشی ها و نظارت بر اجرای خدمات پرستاری و بهبود کیفیت ارائه خدمات پرستاری، نقش داشته و هماهنگی بین واحد های درمانی مرکز را ضمن همکاری و تعامل نزدیک با سایر واحد ها بر عهده دارد.

این واحد در سال ۹۸، با همکاری ۶۳۹ نفر نیروی رسمی، پیمانی، قراردادی، شرکتی و مشاغل عمومی در ۲۶ واحد بستری و پاراکلینکی در مراقبت از ۱۴۸۴۴ بیمار بستری، ۱۹۷۹ عمل جراحی قلب، ۱۲۸۰۲ مورد عملیات کاتتریسیم قلبی، عروقی، ۵۵۶۶۴ مورد خدمات سرپایی، نقش داشته است.

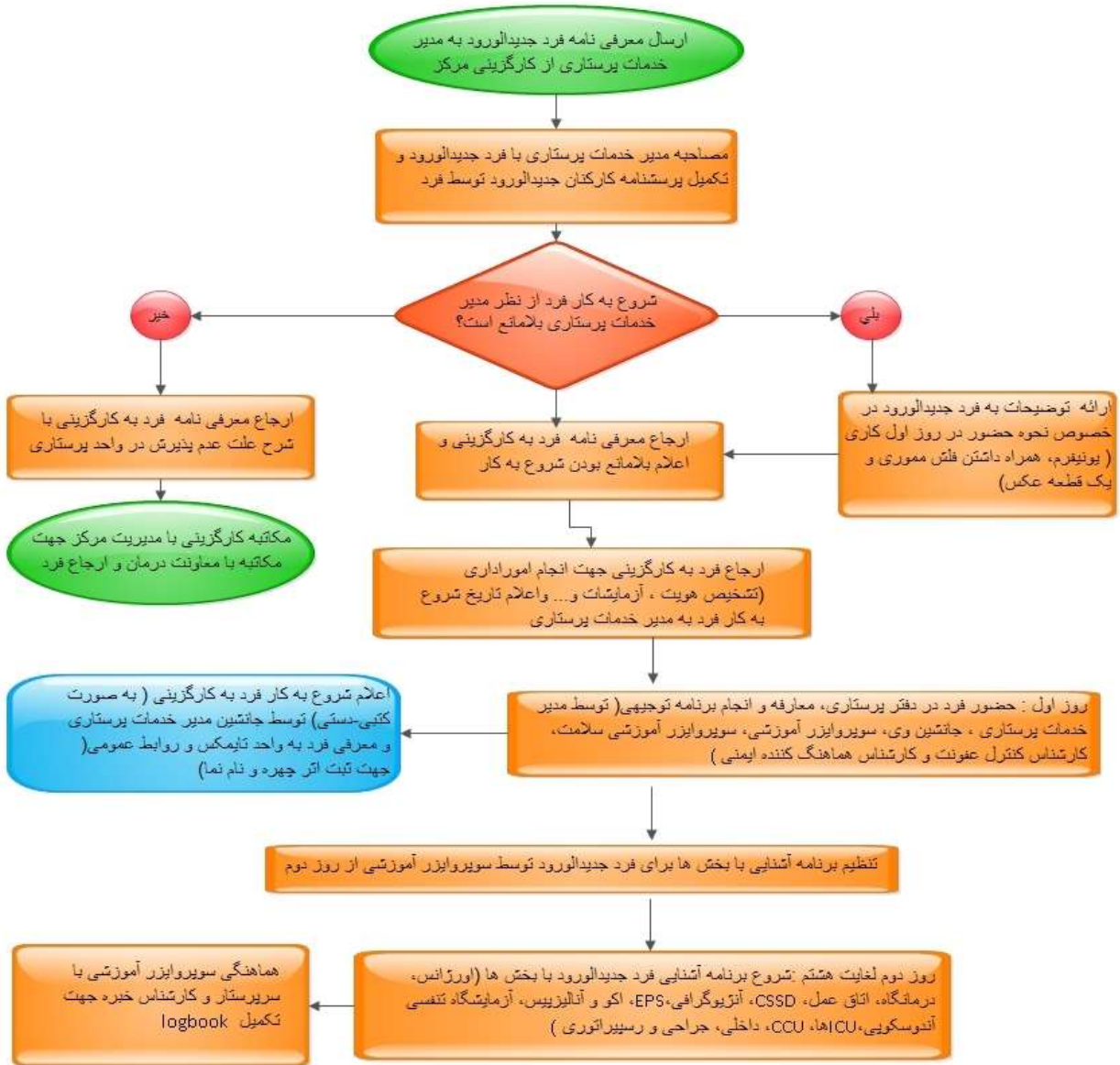


مدیر خدمات پرستاری
(محمد علی شیخ علیزادہ)



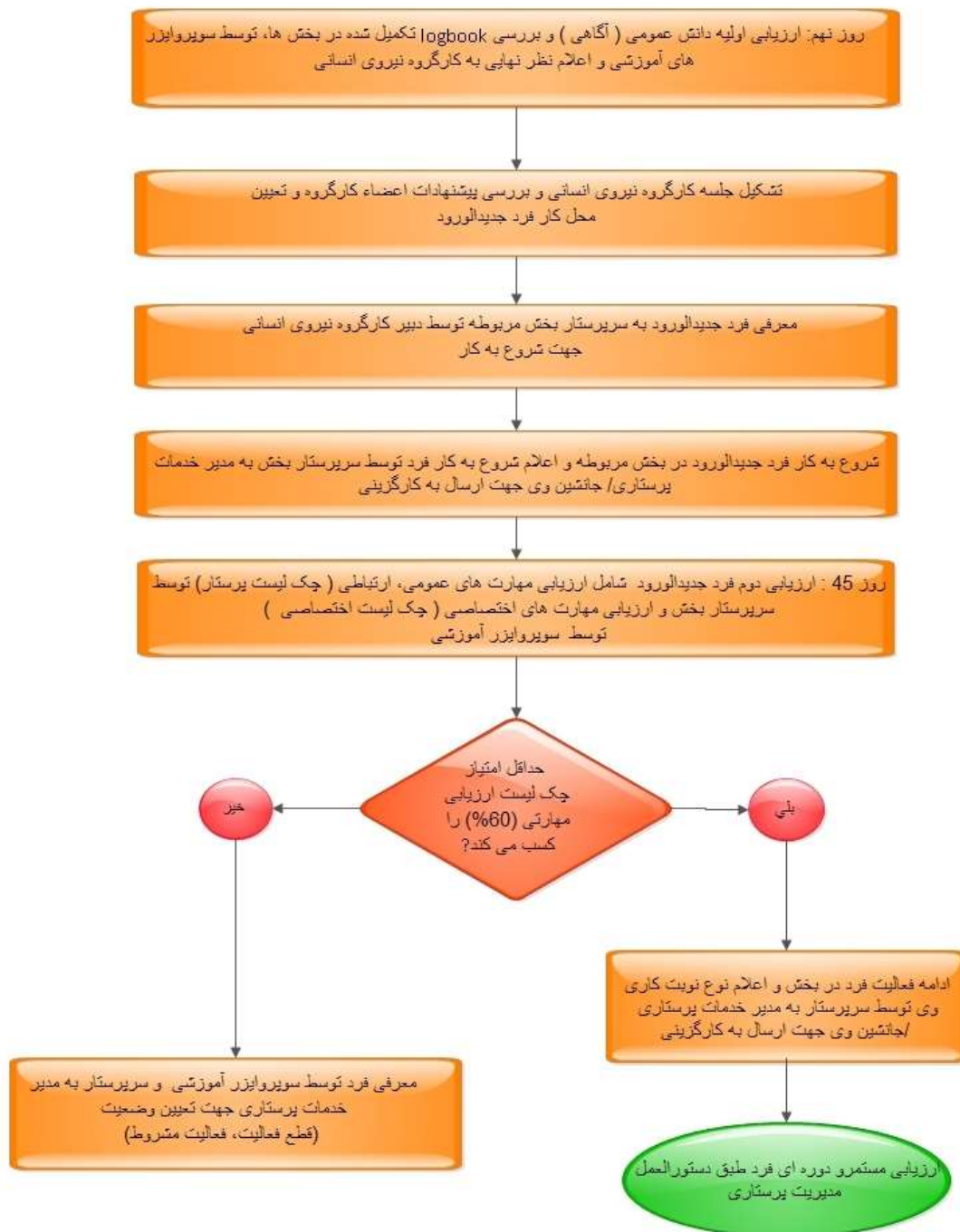
- جانشین مدیر خدمات پرستاری : سعیده رنجبر
- سوپروایزر آموزش کارکنان : دکتر بهرام قادری- مرضیه حسین زاده
- سوپروایزر آموزش سلامت: راضیه پریراد
- کارشناس کنترل عفونت : الهام پورشهبازی
- سوپروایزر این بالینی : مسعود امیدی ، محمد نیکمرام ، کاظم شیرازی، رضا تقی پور ، احمد شهیم ، شیوا باهمت ، صابر فریدی

فلوچارت فرایند ارزیابی نیروهای جدیدالورود



A

A



نیازسنجی آموزشی نیروهای جدیدالورود

- نیازسنجی آموزشی بر اساس ارزیابی دانش علمی
- سر فصل های آموزشی اعلام شده بر اساس نیازهای بخش
- شرح وظایف پرستاری
- پیشنهادات آموزشی سرپرستاران

اولویت بندی برنامه های آموزشی

آموزش یکروزه در دفتر پرستاری شامل:

- قوانین بیمارستان و برنامه توجیهی (توسط مدیریت پرستاری یا جانشین ایشان)
- ایمنی (توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی)
- سیاست آموزشی (توسط سوپروایزر آموزشی)
- آموزش به بیمار(توسط سوپروایزر آموزش سلامت)
- کنترل عفونت (توسط کارشناس کنترل عفونت)

آموزش بالینی ۸ روزه دربخشها شامل:

- اتاق عمل، آنژیوگرافی و EPS، CCU، ICU، اورژانس، داخلی ، رسپیراتوری، پاراکلینیک، درمانگاه و...

آموزش در بخش

- آموزش روتین بخش
- آموزش موارد تخصصی بخش

اجرای آموزش

- پرسپتور شیپ

شیوه نظارت

- تکمیل فرم گزارش یکروزه

سنجش اثر بخشی آموزشی

- تکمیل فرم گزارش یکروزه و رضایت سنجی
- ارزیابی دانش بعد از اتمام دوره ۹ روزه
- ارزیابی ارتباطی عمومی و تخصصی ۱۵ و ۴۵ روز بعد
- ارزیابی مهارتی دو ماه بعد
- ارزیابی عملکرد توسط سرپرستار بصورت مستمر

دستورالعمل تحویل نوبت کاری در پرستاری

نظر به اهمیت موضوع تداوم و استمرار مراقبت از بیمار در انتهای هر نوبت کاری و در راستای اجرای تبصره ماده ۵ آیین نامه اجرایی قانون ارتقاء بهره وری کارکنان بالینی نظام سلامت (مصوب ۸۸/۱۰/۳۰ هیات محترم وزیران) این دستورالعمل با هدف ساماندهی فرایند تحویل بیمار و استمرار مراقبت مطلوب در انتهای هر نوبت کاری، تدوین و جهت اجرا در بخش/ واحد های بالینی مراکز درمانی دولتی و غیر دولتی ابلاغ می گردد.

کلیات: فرایند تحویل مراقبت/ بیمار^۱، مکانیسمی برای انتقال اطلاعات، مسوولیت و اختیار از یک شخص یا گروهی از ارایه دهندگان مراقبت به شخص و یا تیم بعدی ارائه دهنده مراقبت حین تغییر نوبت کاری یا انتقال بیمار (از بخشی به بخش دیگر و یا از یک واحد درمانی به واحد درمانی دیگر) به منظور استمرار و تداوم مراقبت می باشد که یکی از اجزای اصلی برقراری ارتباط در ارائه مراقبت سلامت و نکته کلیدی در راستای ارتقاء ایمنی بیمار است.

تعویض نوبت کاری یکی از موقعیتهای تحویل بیمار و تبادل اطلاعات در پرستاری است که طی آن اطلاعات ضروری مربوط به بیمار بین کادر پرستاری نوبت های کاری مختلف مبادله می شود. این مهم علاوه بر تداوم مراقبت با بررسی جامع بیمار در بالین، تعیین اولویتهای مراقبتی، مشارکت فعال کادر پرستاری دو نوبت کاری در امر تبادل اطلاعات و مرور اقدامات درمانی و دارویی بیمار باعث ذخیره وقت و زمان کادر پرستاری و ارائه خدمات با کیفیت می گردد.

ماده ۱: تعاریف

۱-۱ نوبت کاری (شیفت): نوبت های زمانی معین برای کار در طول ۲۴ ساعت شبانه روز است که در برنامه ماهیانه بخش ثبت و کادر پرستاری بر آن اساس جهت ارائه خدمات در محل کار حضور می یابند و شامل نوبت های کاری صبح، عصر، شب و یا تلفیقی از آنها است.

¹ Handover

۲-۱ مسئول نوبت کاری (شیفت): پرستاری است با تحصیلات حداقل کارشناسی پرستاری که بر اساس تصمیم سرپرستار، برای

جانشینی در زمان عدم حضور وی به منظور مدیریت امور بخش/ واحد و پاسخگویی در نوبت کاری مربوطه تعیین می شود.

۳-۱ تحویل بیمار: فرایند انتقال اطلاعات، مسئولیت و اختیار مراقبت بیمار از یک شخص یا گروهی از ارائه دهندگان مراقبت/

خدمات به شخص و یا تیم بعدی ارائه دهنده مراقبت/خدمات در انتهای هر نوبت کاری می باشد.

۴-۱ تحویل نوبت کاری: یکی از موقعیتهای تحویل بخش و بیماران و تبادل اطلاعات در انتهای هر نوبت کاری است که طی آن

اطلاعات ضروری مربوط به بیماران و بخش/ واحد بین کارکنان پرستاری هر دو نوبت کاری مبادله می شود.

۵-۱ پرستار مسئول بیمار: پرستاری است که بر اساس نیاز بیماران بخش / واحد و تصمیم سر پرستار/ مسئول نوبت کاری برای

یک یا چند بیمار تعیین تا با قبول مسئولیت، انجام و نظارت تمامی مراقبتهای پرستاری بیماران تعیین شده را در حد شرح

وظایف مصوب طی آن نوبت کاری به عهده گیرد.

ماده ۲: بر اساس تبصره ماده ۵ آیین نامه اجرایی قانون ارتقای بهره وری کارکنان بالینی نظام سلامت، مدت زمانی برابر یکساعت

برای همپوشانی دو نوبت کاری در نظر گرفته شود به نحوی که وقت کافی برای تحویل بیماران در تعویض نوبت کاری فراهم گردد و

این زمان در محاسبه زمان حضور کارکنان هر دو نوبت کاری منظور گردد.

ماده ۳: مدیر پرستاری مرکز (مترون) با همکاری تیم مدیریت اجرایی بیمارستان زمان شروع تحویل نوبت کاری را در نوبت کاریهای

مختلف تعیین و جهت استقرار در بیمارستان به اطلاع کارکنان پرستاری می رساند.

ماده ۴: قبل از شروع فرایند تحویل و حضور بر بالین بیماران، تقسیم بیماران و فعالیتهای توسط سرپرستار/ مسئول نوبت کاری بخش به

شیوه مراقبت موردی انجام، ثبت و پرستار مسئول هر بیمار تعیین می شود.

ماده ۵: به منظور ایجاد آمادگی در بیماران جهت مشارکت در فرایند تحویل، شروع فرایند به بیماران اطلاع داده شود. همچنین در راستای حفظ

حریم خصوصی بیماران لازم است افراد متفرقه از بالین بیماران دور باشند.

ماده ۶: سرپرستار یا مسئول نوبت کاری قبل مسئول هدایت فرایند تحویل است که می بایست در هنگام تحویل بیمار به همراه پرستار مسئول

بیمار در نوبت کاری قبل، مسئول و کارکنان پرستاری نوبت کاری بعد بر بالین بیماران حضور یابد و پرستار مسئول هر بیمار را به بیمار معرفی نماید.

ماده ۷: در طول فرایند تحویل بیماران، کارکنان پرستاری نوبت کاری قبل باید به منظور پاسخ به نیازهای بیماران و ارائه مراقبتهای ضروری در بخش باقی بمانند و مسئولیت مراقبت از بیماران تا پایان تحویل کامل همه بیماران بر عهده کارکنان پرستاری نوبت قبل میباشد و تداوم مراقبت بیماران در طول فرایند تحویل نوبت کاری باید حفظ شود.

ماده ۸: برای اطمینان از تبادل اطلاعات مرتبط و پرهیز از ارائه اطلاعات غیر ضروری، اطلاعات مربوط به بیمار با بهره گیری از مدل **ISBAR^۲** و بر طبق آخرین اطلاعات مندرج در پرونده و کاردکس، به شرح ذیل ارائه می شود:

۱. مشخصات (Identify): شناسایی هویت بیمار بر اساس دستورالعمل شناسایی صحیح بیماران در ابلاغیه شماره ۴۰۹۵/۱۰۷۵۷ مورخ

(۹۳/۶/۱۲) وزارت بهداشت، تاریخ پذیرش / تاریخ جراحی، تشخیص و پزشک معالج

۲. وضعیت (Situation): ارائه اطلاعات مربوط وضعیت فعلی بیمار شامل وضعیت ذهنی، راه هوایی و اکسیژناسیون، گردش خون و همودینامیک، پوست و زخم فشاری، گوارش و تغذیه، راه وریدی و کاتترها، وضعیت حرکتی و محدودیت های بیمار مانند محدودیت در دریافت مواد غذایی از راه دهان، رژیم غذایی

۳. تاریخچه (Background): شرح بیماریهای زمینه ای، سابقه پزشکی و داروهای مصرفی بیمار به اختصار

۴. بررسی (Assessment): ارائه یافته های مربوط به ارزیابی علائم حیاتی، درد، میزان خطر سقوط و زخم فشاری

۵. توصیه ها و پیگیری ها (Recommendation): پیشنهاد و توصیه برای اقدامات بعدی و آنچه در مراحل بعد نیاز به تکمیل، پیگیری یا انجام دارد مثل اجرای دستورات دارویی، انجام پروتکل سقوط و زخم فشاری و سایر موارد قابل گزارش و پیگیری مشاوره ها، آزمایشات، گرافی ها

ماده ۹: جهت تأمین کیفیت مطلوب و مبتنی بر استاندارد در هنگام تحویل بیمار باید اصول زیر که بر گرفته از اصول CUBAN است در تمامی موارد تحویل کلامی بیمار رعایت شود:

۱. اصل محرمانگی: C onfidentiality

در زمان تحویل بالینی بیمار به اطلاعات حساس و محرمانه بیمار توجه شود. این اطلاعات باید در محیطی دور از بالین بیماران و با صدای آهسته تبادل گردد. همچنین این قبیل اطلاعات نباید به خارج از محدوده بیمارستان و محیط درمان انتقال یابد. اطلاعات حساس و محرمانه بیمار می تواند شامل نتایج مثبت آزمایشاتی مانند HIV، بیماری های قابل انتقال مانند هیپاتیت، اختلالات روان، قرار داشتن بیمار در گروه پر خطر اجتماعی (کودک آزاری/ دختران فراری/ بارداری غیر متعارف/ زنان رها شده،

² Identify Situation, Background, Assessment, Recommendation

نوزادان رها شده خشونت علیه زنان، سالمندان، معلولان/ اقدام به خودکشی) و سایر مواردی که بیماران می خواهند محرمانه بماند. جهت حفظ حریم بیماران و حفظ اسرار آنها فرایند تحویل در بعضی از موارد می تواند خارج از اتاق بیمار انجام شود.

۱. توالی و پیوستگی در ارائه گزارش: Uninterrupted

تحویل بیماران باید در محیطی آرام و بدون ایجاد وقفه انجام شود. در این زمینه می بایست شروع فرایند تحویل نوبت کاری به موقع و در زمان تعیین شده از قبل آغاز شود.

۳. خلاصه بودن گزارش Brife

انتقال اطلاعات باید تا حد امکان به اطلاعات ضروری و مرتبط با وضعیت درمانی محدود گردد و از ارائه اطلاعات با حجم زیاد خودداری شود.

۴. صحت و دقت اطلاعات Accuracy

باید اطمینان حاصل شود که تمام اطلاعات انتقال یافته در فرایند تحویل صحیح و دقیق بوده و در مورد هیچ بیماری سهل انگاری در حیطه انتقال اطلاعات نشده است. اطلاعات مراقبتی باید در ابتدا و انتهای هر نوبت کاری، به روز رسانی شده، شفاف و مختصر باشد و اطلاعات نباید با استفاده از لهجه خاص و یا اصطلاحات غیر معمول انتقال یابد.

ه : پرستار مسئول بیمار Named Nurse

بر اساس رعایت اصل استمرار مراقبت ضروری است پرستار مسئول بیمار تحویل بیمار را انجام دهد.

ماده ۱۰: کارکنان نوبت کاری قبل باید از ارائه اطلاعات محرمانه و اطلاعات مربوط به ایمنی بیمار (احتمال سقوط، زخم فشاری و...) به کارکنان نوبت کاری بعد اطمینان حاصل نمایند.

ماده ۱۱: به هنگام تحویل بالینی راه وریدی، لوله و اتصالات بیمار از نظر درستی تعبیه و صحت کارکرد بررسی شود. این بررسی به کارکنان نوبت کاری قبل فرصت میدهد در مورد مشکلات توضیحات بهتری ارائه دهند.

ماده ۱۲: باید فرصت تأیید و یا شفاف سازی اطلاعات به بیمار داده شود در صورت وجود هرگونه ابهام و یا سؤال آن را بیان نماید. در صورت تمایل بیمار، اعضای خانواده او نیز می توانند در هنگام تحویل بیمار حضور داشته باشند.

ماده ۱۳: کارکنان پرستاری تحویل گیرنده می توانند جهت روشن شدن بیشتر وضعیت بیمار سؤالات خود را مطرح نمایند.

ماده ۱۴: در طی فرایند تحویل بیمار، کارکنان پرستاری نوبت کاری بعد باید از ایمن بودن تجهیزات و محیط بیمار از جمله در دسترس بودن و صحت کارکرد: زنگ احضار پرستار، دستگاه ساکشن، اکسیژن، و بقیه تجهیزات و نرده ایمنی^۳ بیمار، نظم محیط به منظور تأمین آسایش، راحتی حرکت و در دسترس بودن تجهیزات و ارتفاع تخت اطمینان حاصل نمایند.

ماده ۱۵: کارکنان کمک دهنده (متغیر)^۴ و دانشجویان پرستاری هم باید در فرایند تحویل نوبت کاری حضور داشته باشند.

ماده ۱۶: اطلاعات مربوط به بیمارانی که در بخش حضور ندارند و جهت اقدامات درمانی یا تشخیصی به سایر واحدهای پاراکلینیکی بیمارستان یا خارج از بیمارستان منتقل شده اند نیز باید به کادر پرستاری نوبت بعد گزارش شود.

ماده ۱۷: در صورت همزمانی اعلام کد احیا با تحویل نوبت کاری اولویت با حضور در تیم احیا است، نحوه حضور در تیم احیا در زمان تحویل نوبت کاری (در نظر داشتن عدم وقوع تداخل و مشکل در فرایند تحویل بیمار) توسط مدیریت پرستاری بیمارستان به بخش ها ابلاغ و اعلام می گردد.

ماده ۱۸: به منظور رعایت احتیاطات کنترل عفونت جهت بیماران ایزوله مستقیم یا معکوس و به حداقل رساندن تردد در محوطه ایزوله هنگام تحویل نوبت کاری، ضروری است افراد حاضر در بالین به پرستاران مسئول بیمار در دو نوبت کاری محدود شوند.

ماده ۱۹: به منظور اجرای درست و کامل فرایند تحویل نوبت کاری ضروری است هنگام تحویل نوبت کاری انتقال بیماران از اتاقهای عمل، بخش ها و سایر واحدها صرفاً به موارد اورژانس و حیاتی محدود شود.

ماده ۲۰: در صورت عدم حضور پرستار مسئول (اعزام / پاس شیر / ماموریت) پرستار جانشین، موظف به تحویل بیمار می باشد.

ماده ۲۱: علاوه بر تحویل بیماران در بالین، موارد زیر تحت عنوان اطلاعات کلی بخش توسط سرپرستار/ مسئول نوبت کاری قبل، به سرپرستار/ مسئول نوبت کاری بعد تحویل می شود.

۱-۲۲ آمار بیماران پذیرفته شده، ترخیص شده و تعداد کل بیماران بستری

۲-۲۲ گزارش حوادث و وقایع خاص

۳-۲۲ وسایل بیماران بستری در صورت نگهداری در ایستگاه پرستاری

۴-۲۲ در صورت نگهداری داروهای مخدر در بخش های مجاز، نوع و تعداد داروها به همراه پوکه داروهای مصرفی توسط

سرپرستار/ مسئول نوبت کاری قبل، به سرپرستار/ مسئول نوبت کاری بعد تحویل داده شود.

³ Bed side

⁴ relief

ماده ۲۲: تحویل بخش نیز از موارد مورد انتظار در تحویل نوبت کاری است که ضروری است سرپرستار/ مسئول نوبت کاری در هنگام تقسیم کار (ماده ۴ این دستور العمل) افراد مسئول موارد ذیل را تعیین نماید:

۱-۲۳ کنترل تجهیزات پزشکی ضروری که در مواقع مخاطره حیات بکار می روند نظیر الکتروشوک

۲-۲۳ تحویل ترالی کد مطابق دستورالعمل ابلاغی مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی کشور

۳-۲۳ کنترل یخچال دارویی بخش بر طبق دستورالعمل های ابلاغی

۴-۲۳ کنترل داروها و اقلام مصرفی موجود در استوک بخش از نظر تعداد و تاریخ مصرف

۵-۲۳ کنترل نظافت و بهداشت پایه بخش

۶-۲۳ تبادل اطلاعات مربوط به کلیه خرابی ها، تأسیسات، تجهیزات، قطعی آب و برق و گاز های طبی و تلفن ، سیستم HIS و

غیره

ماده ۲۳: مدیران پرستاری دانشگاه ها و بیمارستان ها مسئول حسن اجرای این دستورالعمل میباشند.

این دستور العمل در ۲۳ ماده تنظیم و از تاریخ ابلاغ لازم الاجرا می باشد.

دانشگاه علوم پزشکی تبریز

معاونت درمان - مدیریت پرستاری / شیوه برنامه نویسی - دی ۱۳۹۷

بیمارستان ها می توانند با برنامه ریزی منابع انسانی و استفاده بهینه از نیروی کار، زمان، هزینه، ضمن افزایش کارایی، مشکل برنامه ریزی را کاهش دهند. برنامه ریزی یعنی حرکتی هوشمندانه، منطقی و البته گام به گام در راه رسیدن به اهداف از پیش تعیین شده یا به عبارت دیگر تهیه الگو و نقشه دقیق برای رسیدن به هدف با توجه به امکانات و توانایی های خود در کوتاه ترین مدت.

با عنایت به اهمیت موضوع، مدیریت پرستاری دانشگاه با تشکیل کارگروه و برگزاری جلسات متعدد، موارد ذیل را در راستای یکسان سازی تنظیم برنامه های گروه پرستاری مراکز آموزشی درمانی و بیمارستان های استان تدوین نموده است و جهت اجرا ابلاغ می گردد.

۱. برنامه پرسنلی حتی المقدور به صورت پانزده روزه تنظیم شود. در ماه های سی و یک روزه نیمه اول پانزده روز و نیمه دوم شانزده روز در نظر گرفته شود. روزهای تعطیل در برنامه با رنگ مجزا مشخص شوند.

۲. با در نظر گرفتن برنامه های پیشنهادی دریافتی از پرسنل و بر اساس فرمت ارسالی، برنامه توسط سرپرستاران بخشها به صورت تایپی نوشته شود، لازم است دفاتر پرستاری بر حُسن اجرای دستورالعمل برنامه نویسی نظارت کافی داشته باشند. (بند اول ۵/۱۰۸۸۳۸ تاریخ ۹۱/۱۲/۲۴)

۳. تعداد تعویض شیفت بدون لحاظ فرد متقاضی یا تعویض شونده حداکثر سه شیفت در پانزده روز در نظر گرفته شود. تعویض شیفت هایی که منجر به شیفتهای بیش از دوازده ساعت باشد مورد قبول نخواهند بود.

۴. به منظور قانونمند کردن برنامه بیش از سه روز آف پشت سر هم در برنامه ممنوع است. (بند پنجم ۵/۱۰۸۸۳۸ تاریخ ۹۱/۱۲/۲۴)

۵. اضافه کاری مجاز فیزیکی برای مشمولین قانون بهره وری، حداکثر هشتاد ساعت در ماه میباشد. (۵/۵۰۷۲۹ تاریخ ۹۴/۴/۳۱)

۶. با توجه به مفاد قانون ارتقا بهره وری نوشتن شیفت بیش از دوازده ساعت مجاز نیست (۵/۵۰۷۲۹ تاریخ ۹۴/۴/۳۱) در صورتی که افراد بنا به دلایلی امکان رعایت این اصل را نداشته باشند با درخواست کتبی فرد، موضوع در تیم اجرایی بیمارستان طرح و تصمیم گیری خواهد شد. به دنبال شبکاری تا بیست و چهار ساعت شیفت دیگری منظور نشود.

۷. تعداد شیفت شب با لحاظ سابقه به شرح زیر پیشنهاد می شود :

حداکثر تعداد شیفت در هر ماه	سابقه
۸-۱۰	صفر تا پنج سال تمام
۶-۸	شش سال تا پایان ده سال تمام
۴-۶	یازده سال تا پایان چهارده سال تمام
۳-۴	پانزده سال تا پایان بیست سال تمام
۱-۲	بالای بیست سال تمام

در صورت تمایل کادر به قبول شیفت شب بیشتر از حداکثر پیشنهادی جدول فوق، با تأیید سرپرستار و مدیریت پرستاری بیمارستان قابل تغییر می باشد.

۸. در راستای سنجه های اعتبار بخشی و مبتنی بر عملکرد با ابلاغ ، یکی از همکاران به عنوان جانشین سرپرستار انجام وظیفه خواهند کرد.

۹. اجرای دستورالعمل تحویل نوبت کاری در پرستاری به شماره ۱۳۹/د/۲۰۹۹ تاریخ ۹۶/۱۰/۹ مورد تاکید می باشد.

۱۰. در تنظیم برنامه علامت ها به صورت ذیل استفاده شود :

صبح کار	Morning	M
عصر کار	Evening	E
شبکار	Night	N
تعطیل	Off	Off
غیبت یا عدم حضور غیر موجه (در صورت عدم حضور فرد روی شیفت وی علامت ضربدر زده شود به طوری که شیفت مشخص بوده و از لاک استفاده نشود. سپس دلیل نیامدن با یکی از علایم مشخص شود)	Absence	AB
حضور در صورت نیاز در محل کار	Relief	R
در اختیار دفتر پرستاری	Available	A
آنکال	On call	On
مسئول نوبت کاری (در همه شیفت ها باید مسئول نوبت کاری با ستاره مشخص شود).		*
آموزش داخل بخش یا بیمارستان	Education	ED
مرخصی استحقاقی (مثال: PL1, PL2,....)	Paid leave	PL
مرخصی استعلاجی و زایمان (مثال: SL1, SL2,....)	Sick leave	SL
شب نیمه		N/2
مرخصی زایمان (مثال: ML1, ML2,....)	Maternity leave	ML
تریاز (در صورت استفاده خدمتی از پرستاران بخش اورژانس و یا سایر بخشها در واحد تریاز کلمه اختصاری فوق استفاده شود). (مثال: E(T) شیفت عصر تریاز, M(T) شیفت صبح تریاز)	Triage	T

• اسامی افرادی که در شرایطی نظیر مرخصی زایمان یا ماموریت آموزشی به مدت طولانی حضور نخواهند داشت در صفحه جداگانه ای درج شود.

• برنامه تیم احیا قلبی ریوی بیمارستان در برگ جداگانه نوشته شده و به بخشها ابلاغ شود.

- برنامه اورژانس و تریاژ در برگ جداگانه نوشته شود.

۱۱. تقسیم کار در بخشها به صورت موردی (**case method**) بر اساس تعداد بیماران بخش و سطح مراقبت مورد نیاز آنها توسط

سرپرستار/مسئول نوبت کاری در نظر گرفته شود و در این رابطه از قرعه کشی جهت تقسیم بیماران خودداری شود و مسئول

نوبت کاری تا سی درصد بیمار کمتری داشته باشند. (۱۳۹/د/۲۱۵۱ تاریخ ۹۵/۱۲/۹)

۱۲. بخشنامه هایی که به موجب قانون به پرسنل داده شده است مثل احتساب ساعات موظفی کارکنان (۵/۵۰۷۲۹ تاریخ ۹۶/۴/۳۱) ،

شیفت شب مادران شاغل دارای فرزند شیر خوار(۱۳۹/د/۷۳۷) تاریخ ۹۶/۵/۶) قانون بهره وری کارکنان بالینی نظام سلامت ، قانون

کاهش ساعات کاری بانوان شاغل دارای شرایط خاص(۴۵۸۱۸ تاریخ ۹۵/۶/۲۸) و (۵/د/۸۶۶۳۴ تاریخ ۹۵/۸/۹) عدم حضور خانم

های گروه پرستاری دارای فرزند زیر دو سال در شیفت های شب بیمارستان (۱۳۹/د/۳۳۷) تاریخ ۹۶/۳/۳) راهکار های کوتاه مدت

رفع کمبود کادر پرستاری(۱۳۹/د/۵۷۹) تاریخ ۹۴/۸/۱۳) و..... با این دستورالعمل مغایرتی ندارند.

۱۳. مقتضی است مسئول دفتر پرستاری تمهیداتی را در نظر گیرد که توزیع کارکنان از نظر رتبه بندی کیفی و رابطه استخدامی در

بخشها متعادل باشد و سرپرستار نیز ضروریست تمهیداتی را در نظر گیرد که توزیع کارکنان در شیفتهای صبح، عصر و شب از نظر

رتبه بندی کیفی و رابطه استخدامی متعادل باشد.

۱۴. حداقل اطلاعات مورد نیاز برنامه پرسنلی به شرح جدول ذیل می باشد:

نام بخش: مرکز آموزشی درمانی / بیمارستان

تعداد تخت فعال: برنامه نیمه اول / نیمه دوم ماه سال ضریب اشغال تخت:

ردیف	نام خانوادگی انام	سمت	نوع استخدام	سابقه خدمت (سال)	رتبه بندی کیفی	پنج شنبه	جمعه	شنبه	یکشنبه	دوشنبه	سه شنبه	چهارشنبه	جمع شیفتها	
						۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷		
	نام و نام خانوادگی تنظیم کننده برنامه: امضاء:	نام و نام خانوادگی تاییدکننده برنامه: امضاء:	تعداد نیروهای گروه پرستاری در هر شیفت	M										
E														
N														

منشی بخش در تعداد نیروی گروه پرستاری در هر شیفت منظور نگردد.

مبنای ردیف بندی کارکنان سابقه آنها می باشد.

برنامه های هر بخش بر اساس رده های شغلی در جداول جداگانه نوشته شود .

در انتهای برنامه مهر و امضای سر پرستار و مترون باشد .

۱۵. فرم درخواست تعویض شیفت کاری

برگ تعویض شیفت

نام بخش:

نام و نام خانوادگی متقاضی:

نام و نام خانوادگی جایگزین:

امضای متقاضی:

تاریخ جابجایی:

تاریخ جبران:

امضای جایگزین:

شیفت:

شیفت جبران:

موافقت سرپرستار:

موافقت سوپروایزر:

بسمه تعالی
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
۸، ۱۳، ۸۵

بسمه تعالی

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
معاونت پرستاری

دستور العمل ارائه مراقبت به روش موردی^۱

مقدمه:

پرستاران به عنوان افرادی متخصص و حرفه ای، متعهد به بکارگیری استانداردهای حرفه پرستاری در عملکرد خود می باشند، و در این میان استاندارد مسئولیت پذیری و پاسخگویی از مجموعه استانداردهای حرفه ای پرستاری از اهمیت ویژه ای برخوردار می باشد. این دستورالعمل در راستای جزء الف بند ۱۱ ماده یک قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی مصوب ۱۳۶۷ و اجرایی نمودن بند ۳ (برنامه ریزی برای بهبود مستمر خدمات مراقبت پرستاری) حکم اعطایی به معاون پرستاری و با هدف بهبود رضایتمندی بیماران، ارتقاء مسوولیت پذیری و پاسخگویی کادر پرستاری به بیمار و سایر اعضای تیم سلامت و تامین مراقبت جامع و یکپارچه پرستاری از طریق تغییر روش تقسیم کار از شیوه وظیفه ای^۲ به شیوه موردی تدوین و جهت اجرا به دانشگاههای / دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سراسر کشور ابلاغ می گردد.

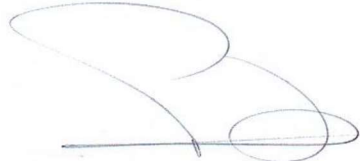
ماده ۱: تعاریف

۱-۱ نوبت کاری (شیفت): نوبت های زمانی معین برای کار در طول ۲۴ ساعت شبانه روز است که در برنامه ماهیانه بخش ثبت و کادر پرستاری بر آن اساس جهت ارائه خدمات در محل کار حضور می یابند و شامل نوبت های کاری صبح ، عصر، شب و یا تلفیقی از آنها به صورتی که هیچ نوبت کاری بیش از ۱۲ ساعت نباشد (صرفنظر از یک ساعت همپوشانی دو نوبت کاری به منظور تحویل نوبت کاری و بیماران بر اساس تبصره ماده ۵ آیین نامه اجرایی قانون ارتقای بهره وری کارکنان بالینی نظام سلامت) می باشد.

۲-۱ مسئول نوبت کاری (شیفت): پرستاری است با تحصیلات حداقل کارشناسی پرستاری که بر اساس تصمیم سرپرستار، برای جانشینی در زمان عدم حضور وی به منظور مدیریت امور بخش / واحد و پاسخگویی در نوبت کاری مربوطه تعیین می شود.

۳-۱ روش مراقبت وظیفه ای: یک روش تقسیم کار در پرستاری است که بر اساس آن مداخلات و اقدامات پرستاری بیماران بین پرستاران حاضر در نوبت کاری تقسیم می شود و هر پرستار مسئول بخشی از مراقبت های پرستاری برای بیماران می باشد.

- 1 Case Method
- 2 Functional Method

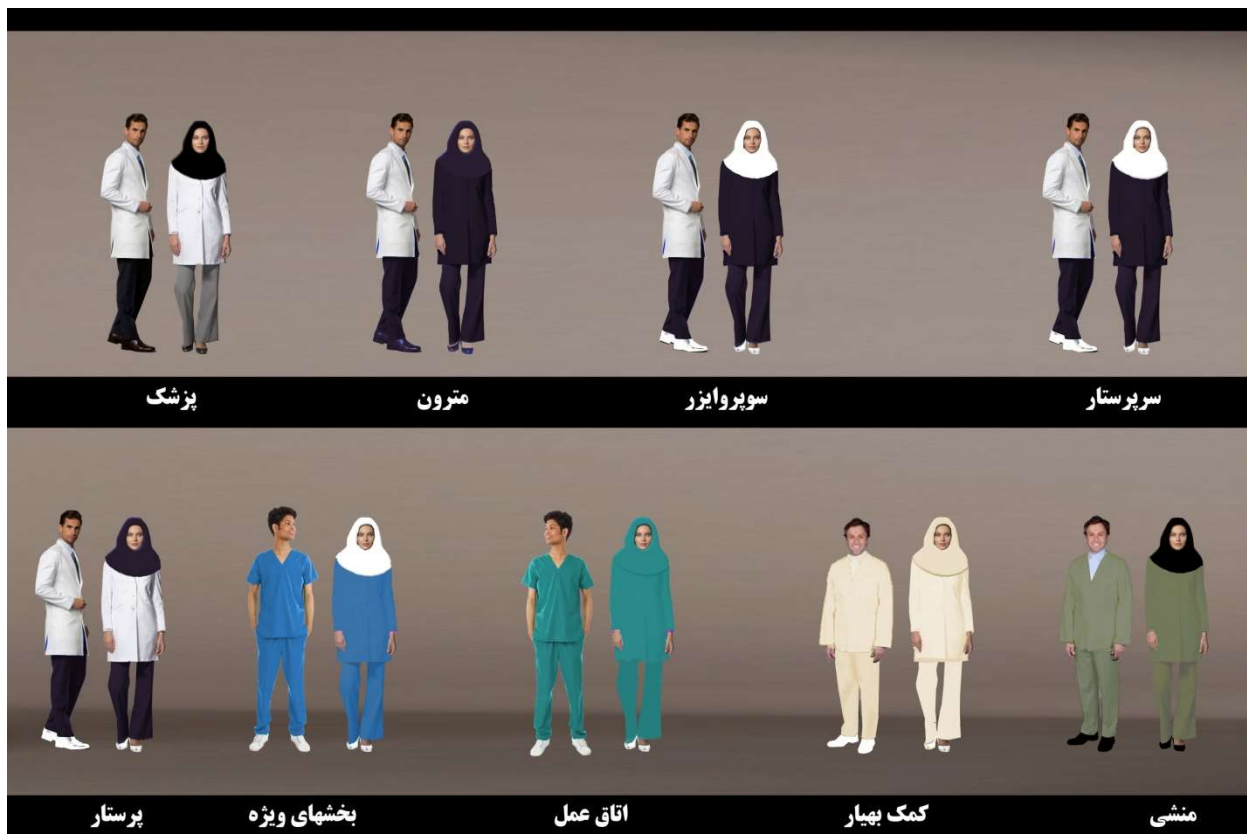


ارزشیابی سالانه و رتبه بندی

ارزشیابی پرسنل در طول سال هر سه ماه یکبار توسط سرپرستار و سوپروایزر آموزشی انجام می شود. با احتساب ضریب بخش، سابقه خدمت، سابقه در بخش ومدیرک تحصیلی امتیاز کل و رتبه فرد هر سه ماه و در نهایت در یک سال محاسبه می شود.

رتبه بندی کیفی کادرپرستاری در بخش		مركز آموزشی درمانی شهید مدنی تبریز																												
رتبه کیفی	جمع کل امتیاز	ارزشیابی عملکردی				شرکت در کلاس های آموزشی				مهارتهای ارتباطی و رفتاری				مهارتهای تخصصی				مترک تحصیلی		سابقه خدمت در بخش مربوطه		سنوات خدمت		نام و نام خانوادگی	رتبه					
		کسب بالای 60% نمره چک لیست	کسب 50-60% نمره چک لیست	کسب زیر 50% نمره چک لیست	فردوس در سال کنفرانس	تدریس در کلاس های بدون نیمی	مهرکت در کلاس از 4 کلاس	شرکت در کلاس از 4 کلاس	شرکت در کلاس از 4 کلاس	کسب بالای 60% نمره چک لیست	کسب 50-60% نمره چک لیست	کسب 40-50% نمره چک لیست	کسب زیر 40% نمره چک لیست	کسب زیر 70% نمره چک لیست	کسب زیر 70% نمره چک لیست	کسب بالای 60% نمره چک لیست	کسب 50-60% نمره چک لیست	کسب 40-50% نمره چک لیست	کسب زیر 40% نمره چک لیست	کسب زیر 70% نمره چک لیست	کسب زیر 70% نمره چک لیست	ارسط و بالاتر	کارشناس			کارشناس	بالای 3 سال	3-5 سال	کمتر از دو سال	بالای 3 سال
رتبه 12 امتیاز	21.00	3.0	2.0	1.0	2.5	1.5	1.0	0/5	4.0	3.0	2.0	1.0	4.0	3.0	2.0	1.0	4.0	3.0	2.0	1.0	1.5	1.0	0.5	1.0	0/5	0.0	0.0	0.0	0.0	1
																														2
																														3
																														4

پوشی استاندارد



رنگ یونیفرم همکاران محترم گادر پرستاری

ردیف	یونیفرم	آقا یا خانم	روپوش	شلوار	مقنعه	کفش
1	مترون	خانم	سرمه ای	سرمه ای	سرمه ای	سرمه ای
2		آقا	سفید	سرمه ای		سرمه ای
3	سوپروایزر	خانم	سرمه ای	سرمه ای	سفید	سفید
4		آقا	سفید	سرمه ای	-	سفید
5	سرپرستار	خانم	سرمه ای	سرمه ای	سفید	سفید
6		آقا	سفید	سرمه ای	-	سفید
7	پرستار	خانم	سفید	سرمه ای	سرمه ای	سفید
8		آقا	سفید	سرمه ای	-	سفید
9	پرستار بخش ویژه	خانم	آبی آسمانی	آبی آسمانی	سفید	سفید
10		آقا	آبی آسمانی	آبی آسمانی	-	سفید
11	اتاق عمل و آنژیوگرافی	خانم	سبز	سبز	سبز	-
12		آقا	سبز	سبز	-	-
13	ماما درمانگاه	خانم	سفید	مشکی	مشکی	-
14	ماما (بلوک زایمان)		سبز	سبز	سبز	-
15	بهدار	خانم	سفید	سفید	سفید	سفید
16		آقا	سفید	سفید	-	سفید
17	کمک بهدار	خانم	کرمی	کرمی	کرمی	سفید
18		آقا	کرمی نیم تنه	کرمی	-	سفید
19	منشی	خانم	سبز مغز پسته ای	سبز مغز پسته ای	مشکی	-
20		آقا	سبز مغز پسته ای	سبز مغز پسته ای	-	-

معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی تبریز/ <http://treatment.tbzmed.ac.ir>



مرکز آموزشی، درمانی قلب و عروق شهید مدنی تبریز



(روش اجرایی مدون)

عنوان روش اجرایی مدون: نحوه تشویق و کنترل های انضباطی کارکنان پرستاری

کد سند: M/Pro/22

شماره ویرایش: ۳

تعداد صفحه: ۱ از ۳

تاریخ آخرین بازنگری: ۹۷/۱۱/۰۳

تعاریف :

هدف : ایجاد انگیزش و بهبود عملکرد کارکنان پرستاری

صاحبان فرآیند و ذینفعان: مدیر خدمات پرستاری، سوپروایزرها، سرپرستاران، پرستاران، کارکنان اتاق عمل و بیهوشی، کمک بهیاران،

منشی های بالینی، بیماران و مراجعین به مرکز

دامنه روش اجرایی مدون: مدیریت پرستاری، بخش های درمانی

مسئولیت ها و اختیارات: مسئولیت اجرای این روش بر عهده مدیر خدمات پرستاری، سوپروایزر ها، سرپرستاران بوده و نظارت بر این امر بر عهده مدیر خدمات پرستاری است .

شیوه انجام کار (چه فعالیتی، چه زمانی در چه محلی و توسط چه کسی انجام می شود):

۱. سرپرستان و سوپروایزرها با توجه به نظارت و ارزیابی عملکرد پرسنل ، در موارد همکاری پرسنل جهت جایگزینی نیرو در زمان های نیاز در بخشها ، ارائه پیشنهادت سازنده ، شرکت فعال و داوطلبانه در برنامه های آموزشی بخش و سایر موارد خاص طبق نظر سوپروایزر / سرپرستار با ارائه مستندات ، با تکمیل فرم مخصوص و ذکر دلیل آن ، تشویق بدون درج برای پرسنل تحت سرپرستی خود درخواست نموده و به مدیر خدمات پرستاری ارسال می نمایند .
۲. سرپرستان و سوپروایزرها با توجه به نظارت و ارزیابی عملکرد پرسنل ، در موارد تاخیر در ورود ، تعجیل در خروج ، ترک بخش بدون هماهنگی ، برخورد نامناسب با مددجویان / همراهان ، عدم رعایت یونیفرم ، عدم اخذ حداقل نمره ارزیابی عملکرد دوره ای ، عدم گزارش به موقع خطاهای بیست و هشت گانه و سایر موارد خاص طبق نظر سوپروایزر / سرپرستار با ارائه مستندات ، با تکمیل فرم مخصوص و ذکر دلیل آن ، تذکر بدون درج برای پرسنل تحت سرپرستی خود درخواست نموده و به مدیر خدمات پرستاری ارسال می نمایند .
۳. مدیر خدمات پرستاری / جانشین وی ، تشویق یا تذکرها ی بدون درج را تا ۴۸ ساعت در ایام عادی و تا ۷۲ ساعت در ایام تعطیل بررسی کرده و نتیجه آن را توسط مسئول دفتر پرستاری به سرپرستار مربوطه ارسال می کند .
۴. سرپرستان ، نتایج درخواست تشویق و تذکر بدون درج را در اولین فرصت به فرد ابلاغ می نمایند .
۵. کلیه پرسنل واحد پرستاری در صورتی که تعداد تشویق های بدون درج آنان به تعداد ۵ عدد (حداکثر در طی دو سال) برسد جهت درخواست تشویق با درج در پرونده، آنها را به مدیر خدمات پرستاری / جانشین وی تحویل می نمایند .
۶. سرپرستان و سوپروایزرها برای درخواست تذکر بدون درج در پرونده ، برگه های تذکر را در دو برگ تنظیم می نمایند که یک برگ آن در دفتر پرستاری بایگانی میشود . در صورتی که تعداد تذکرها ی بدون درج به تعداد ۳ عدد (حداکثر در طی ۲ سال) برسد ، مدیر خدمات پرستاری جهت تذکر با درج در پرونده اقدام می نماید .
۷. درخواست های تشویق / تذکر توسط پزشکان، رزیدنت ها و بیماران و همراهان آنان لازم است بعد از تأیید سوپروایزر کشیک / سرپرستار به مدیر خدمات پرستاری ارسال شود. تشخیص نوع تشویق (شفاهی / کتبی بدون درج در پرونده / با درج در پرونده پرسنلی) بر عهده مدیر خدمات پرستاری است.
۸. درخواست تشویق مالی تنها در مواردی که عملکرد پرسنل باعث بهبود فرهنگ خدمت ، روند ارائه خدمات ، کاهش هزینه ، رضایت مندی ارباب رجوع (با ارائه مستندات و تاثیر در شاخص های مرکز) شود ، طی هماهنگی سوپروایزر ها / سرپرستان با مدیر خدمات پرستاری صورت خواهد گرفت .

۹. مدیر خدمات پرستاری برای تشویق به همکاری پرسنل در ایام خاص سال (شیفت تحویل سال، شیفت صبح و عصر سیزدهم فروردین، شیفت شب یلدا، شیفت عصر چهارشنبه سوری و شیفت های صبح و عصر عاشورا)، در محاسبه کارکرد پرسنل در ایام فوق، در کل ۶,۵ ساعت به ازای حضور در ایام فوق، اضافه لحاظ می نماید.

۱۰. مدیر خدمات پرستاری، برای همکاری که در ایام فوق الذکر غیبت نمایند، کسر سه نمره کارانه همان ماه فرد را به ازای هر شیفت تایید می نماید.

۱۱. مدیر خدمات پرستاری، برای همکاری که در ایام فوق الذکر استعلاجی می آورند، کسر دو نمره کارانه همان ماه فرد را به ازای هر شیفت تایید می نماید.

۱۲. سرپرستار بخش برای افرادی که در شیفت خود غیبت می کنند، برای بار اول تذکر بدون درج در پرونده به همراه کسر دو نمره کارانه درخواست می نماید، در تکرار برای بار دوم، ۵ نمره کارانه فرد را کسر کرده و تذکر کتبی با درج در پرونده پرسنلی نیز درخواست خواهد نمود، در صورت تکرار غیبت بیش از دو بار، فرد توسط مدیر خدمات پرستاری به مدیریت مرکز جهت هرگونه تصمیم گیری مطابق مقررات اداری معرفی خواهد شد.

۱۳. سرپرستار بخش می تواند برای هر شیفت استعلاجی پرسنل یک نمره کارانه وی را کسر نماید، شیفت شبکاری ۲ شیفت محاسبه خواهد شد.

۱۴. سرپرستار می تواند برای همکاری که در طی یک ماه دو بار بدون اطلاع قبلی تاخیر در ورود به بخش دارند، تذکر بدون درج و در صورت ادامه تذکر با درج در پرونده درخواست نماید.

۱۵. همکاری که از درخواست سوپروایزر بالینی در مواقع نیاز به همکاری امتناع نمایند ضمن درخواست تذکر کتبی بدون درج، یک نمره کارانه نیز حسب تایید مدیر خدمات پرستاری کسر خواهد شد.

تبصره: نمرات کارانه ذکر شده در بندهای ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳ و ۱۵، در پرداخت مبتنی بر عملکرد با ضریب رضایت از عملکرد پرسنل معادل سازی خواهد شد.

مستندات مرتبط: فرم تشویق بدون درج، فرم تذکر بدون درج، فلوچارت تشویق و تنبیه پرسنل پرستاری، چک لیست کنترلی فرایند تشویق و تنبیه

نحوه نظارت بر اجرای روش اجرایی مدون: پایش روش اجرایی و تکمیل چک لیست کنترلی فرایند تشویق و تنبیه بصورت سالانه

منابع / مراجع: استانداردهای اعتباربخشی ویرایش سوم، تجربیات همکاران

سیاستهای آموزشی دفتر پرستاری

مدیریت دفتر پرستاری بیمارستان فوق تخصصی قلب و عروق شهید مدنی تبریز در راستای اجرای الزامات اعتبار بخشی (سبج الف ۴-۲) و با هدف ارتقای سطح کیفی خدمات پرستاری، افزایش آگاهی بیماران از بیماری خود، نحوه درمان، عوامل تشدید کننده بیماری، تغذیه و اقدامات خود مراقبتی و نیز توانمندسازی پرستاران و کاستن از خطاها، سیاست های آموزشی بیماران و

کارکنان رتدوین و ابلاغ می نماید.

سیاست های آموزش به کارکنان پرستاری



با توجه به پیشرفت های روزافزون تکنولوژی و رشد بی سابقه ای که در زمینه اطلاعات علوم پزشکی صورت گرفته است، نیاز به آموزش و بهسازی نیروی انسانی پرستاری بطور مستمر و پویا امری اساسی و ضروری می باشد. برنامه های آموزش کارکنان در یک سازمان نیاز به نیروی انسانی متخصص در آینده را رفع می کند. بنابراین چنانچه کارکنان یک سازمان به طور صحیح آموزش ببینند بهتر می توانند در ارتقای سطح خدمات و کارایی سازمان سهیم باشند و کارکنان در پرتو آموزش صحیح می توانند وظایف خود را به نحو احسن انجام دهند. لذا در راستای استقرار استانداردهای اعتباربخشی با هدف ارتقای علمی و تخصصی کارکنان پرستاری، سیاست های آموزشی کادر پرستاری (برنامه ریزی جامع آموزش) طی نیاز سنجی آموزشی سالیانه بر اساس برنامه توسعه فردی کارکنان پرستاری و اولویتهای آموزشی هر بخش و شرح وظایف و صلاحیت حرفه ای مصوب پرستاری و نتایج ارزیابی انجام شده مدیریتی تدوین شده است. شایسته است در اجرای برنامه ای آموزشی با مشارکت سوپروایزر آموزشی تلاش همه جانبه صورت گیرد تا منجر به ارتقای کیفیت خدمات و مراقبت های پرستاری گردد. لازم به ذکر است نظارت بر اجرای برنامه ریزی آموزشی از طریق مدیر پرستاری انجام خواهد گرفت.

بیمارستان فوق تخصصی شهید مدنی سیاست آموزشی کارکنان پرستاری را با دو هدف کلان :

۱. ارتقا و توسعه آموزش، صلاحیت و توانمندسازی کارکنان در بیمارستان

۲. ارتقا کیفیت و ایمنی خدمات پرستاری

اهداف اختصاصی

ایجاد فضای آموزشی با امکانات و وسایل آموزشی مناسب برای آموزش کارکنان و بیماران داخل بخش ها تا پایان سال ۹۸

برگزاری ماهانه یک ژورنال کلاب مبتنی بر شواهد برای پرستاران با همکاری دانشکده پرستاری تا پایان سال ۱۳۹۸

توسعه برنامه های آموزشی بصورت گراندد راند برای پرستاران تا پایان سال ۱۳۹۸

اجرای فرایند پرستاری بصورت پایلوت در بخش داخلی زنان تا پایان سال ۱۳۹۸

تدوین و اجرای Logbook برای پرستاران جدیدالورود به میزان ۷۰٪ تا پایان بهمن سال ۱۳۹۸

تدوین و اجرای برنامه پرسپکتورشیپ در بخش اتاق عمل

تدوین و اجرای برنامه پرسپکتور شیپ برای پرستاران جدیدالورود به میزان ۷۰٪ تا پایان سال ۱۳۹۸

بازنگری پمفلتهای آموزشی وب سایت مرکز تا پایان شهریور سال ۱۳۹۸

ارتقاء شاخص آموزش به بیمار به میزان ۱۰٪ نسبت به سال قبل تا پایان سال ۹۸

آشنایی یکروزه کلیه پرستاران بخشهای جراحی و ICU جراحی قلب با عمل های جراحی شایع مرکز

ارتقاء برنامه توانمند سازی برای کلیه پستهای سازمانی به میزان ۷۵٪ تا پایان سال ۹۸

بازنگری کتابچه آموزشی کلیه بخشها تا پایان بهمن سال ۱۳۹۸

گروه هدف:

سوپروایزر، سرپرستار، پرستار، بهیار، ماما، کاردان و کارشناس هوشبری، کاردان و کارشناس اتاق عمل، کمک بهیار،

برنامه آموزشی کارکنان برای دو گروه طراحی گردیده است:

➤ کارکنان

➤ نیروهای جدیدالورود

برنامه ریزی آموزشی پرسنل پرستاری شامل:

الف) نیازسنجی آموزشی

ب) اولویت بندی برنامه های آموزشی

ج) تعیین شیوه های اجرای برنامه های آموزشی

د) ارزیابی دوره های آموزشی برگزار شده

الف) نیازسنجی آموزشی کارکنان

نظر به این که اساسی ترین گام در تدوین و اجرای برنامه های آموزشی، اجرای صحیح فرایند نیازسنجی می باشد نیاز های آموزشی کارکنان پرستاری از منابع زیر استحصال شده و برنامه های آموزشی بر اساس سیاست های کلان آموزشی با موضوع مراقبت های عمومی یا اختصاصی تدوین و اجرا می گردد.

- انجام نیازسنجی آموزشی کادر پرستاری بر مبنای برنامه توسعه فردی
- انجام نیازسنجی آموزشی براساس شرح وظایف مصوب
- انجام نیازسنجی آموزشی بر اساس نتایج ارزیابی عملکرد کارکنان
- انجام نیازسنجی آموزشی بر اساس ارزیابی هفتگی از بخشها
- نیاز سنجی بر اساس جلسات آموزشی
- ارائه پیشنهاد بر حسب ضرورت های سیستمی دربخش در رابطه با موضوعات ارتقا ایمنی بیماران، بهبود کیفیت توسط سرپرستاران کلیه بخش ها
- نتایج ارزیابی صلاحیت های کارکنان جدیدالورود
- نتایج گزارشات بازدید عصر و شب و کنترل و نظارت های سوپروایزرین
- نیاز سنجی بر اساس سنجه های اعتباربخشی (دوره های الزامی)
- پیشنهادات مدیریت مرکز در واک راند مدیریتی

- پیشنهادات ریاست مرکز
- چک لیست های ارزیابی مهارتی
- چک لیستهای مدیریت پرستاری، سوپروایزر آموزشی، کارشناس ایمنی، کنترل عفونت، بهداشت محیط و بهداشت حرفه ای
- شیوع بیماریهای بازپدید
- نظرات پیشنهادی دانشکده پرستاری و مامایی و نظارت های سوپروایزرین

ب) اولویت بندی برنامه های آموزشی

پس از انجام نیازسنجی، الویت بندی برنامه های آموزشی برای کلیه کارکنان رده های پرستاری و بر اساس الویت های مراقبت های عمومی و اختصاصی، سیاست های آموزشی بیمارستان، برنامه های الزامی اعتبار بخشی و آموزشهای ضمن خدمت و وظایف عمومی و تخصصی رده های پرستاری و نیاز های مراقبتی بیماران تنظیم می گردد که در سال ۹۸ این الویت ها در سه دسته تقسیم بندی گردیده است:

– اولویت مهارت های ارتباطی: (۱) رعایت اصول ارتباط با بیمار (۲) مدیریت استرس و (۳) رعایت حقوق گیرندگان خدمت و منشور حقوق بیمار

– اولویت مهارت های حرفه ای عمومی: (۱) احیا قلبی ریوی پایه (۲) اصول کنترل عفونت (۳) بهداشت دست (۴) ایمنی بیمار (۵) فرایند پرستاری و گزارش نویسی پرستاری (۶) تعیین سطوح مراقبتی بیماران (۷) دستورالعمل تزریق خون و فرآورده های خونی (هموویتولانس) (۸) پیشگیری و مراقبت انواع زخم فشاری و زخم های شایع اکتسابی در بیمارستان (۹) بهبود کیفیت و اعتبار بخشی

– اولویت مهارت های تخصصی: (۱) احیا قلبی ریوی پیشرفته (۳) محاسبات دارویی (۴) اکسیژن تراپی و تفسیر نتایج گازهای خون شریانی (۵) تفسیر الکتروکاردیوگرافی (۶) کار با تجهیزات پزشکی (بالن پمپ داخل آئورتی، ونتیلاتور، الکتروشوک، ...)(۷) مدیریت راه هوایی و لوله گذاری داخل تراشه

ج) اجرای برنامه های آموزشی

آموزش ها بصورت سخنرانی، برگزاری کارگاههای درون بخشی، آموزش چهره به چهره، انجام مانورهای آموزشی (سیمولیشن) برگزاری دوره های آموزشی یکروزه درون سازمانی و معرفی پرسنل جهت شرکت در دوره های برون سازمانی اجرا می شود. سایر روشها عبارتند از:

- برگزاری سمینار الزامات اعتباربخشی (مدیریت خطر، ایمنی، و ...)
- برگزاری کلاسهای آموزشی خارج از برنامه سالانه یک الی دو جلسه در ماه
- برگزاری کارگاه های عملی طبق برنامه سالانه
- برگزاری کنفرانسهای درون بخشی
- ارائه ی کتابچه توجیهی و بسته آموزشی به نیروهای جدیدالورود
- برگزاری آزمون ارزیابی دانش و آگاهی از نیروهای جدیدالورود
- برگزاری آزمون توانمندسازی اولیه از پرسنل جدید الورود بعد از ورود به بخش مربوطه و انجام اقدامات اصلاحی در صورت لزوم

- برگزاری آزمون توانمندسازی کلیه پرسنل پرستاری بصورت سالانه و انجام اقدامات اصلاحی در صورت لزوم
- بروز رسانی و بارگذاری مطالب آموزشی جدید و مورد نیاز در وب سایت مرکز
- همکاری با معاونت آموزشی در برگزاری کلاسهای آموزشی
- برگزاری کلاسهای مهارتی بصورت موردی
- تهیه مطالب آموزشی جهت نصب در برد آموزشی توسط پرسنل بخش ها
- برگزاری آموزش عملی برای پرسنل بخش بصورت موردی
- آموزش چهره به چهره در راندهای بخش
- آموزش یک روزه پرستاران در بخش اتاق عمل و آنژیوگرافی

شیوه های نظارت بر اجرای برنامه های آموزشی :

- تهیه تقویم برنامه های آموزشی و رعایت دقیق آن

- برنامه ریزی حضور کارکنان در دوره ای آموزشی توسط سرپرستار با اعلام قبلی
- تهیه و نصب فراخوان برگزاری دوره ای آموزشی در تابلوهای بیمارستان
- بکارگیری لیست حضور غیاب کارکنان شرکت کننده در دوره ای آموزشی
- محاسبه ی شاخص ساعات آموزشی برگزار شده
- حضور دوره ای مدیر پرستاری یا جانشین مدیر پرستاری در برنامه های آموزشی
- بکارگیری برد آموزشی و ثبت مطالب آموزشی
- الزام گزارش برنامه های آموزشی بخشها در عملکرد ماهانه سرپرستاران

برنامه ریزی جهت تامین منابع آموزشی و کمک آموزشی مورد نیاز :

- هماهنگی با اساتید و پزشکان محترم جهت سخنرانی در دوره های آموزشی
- هماهنگی با پرسنل مجرب جهت آموزش دوره های عملی
- هماهنگی با مدرس آموزشی مرکز (سوپروایزر آموزشی)
- هماهنگی با واحدهای آموزشی شرکتها جهت برگزاری و حمایت برنامه های آموزشی

روش های ارزیابی اثربخشی دوره های آموزشی:

- اثربخشی ۴ مرحله ای سالیوان (ارزیابی دوره آموزشی توسط فراگیران، ارزیابی سطح یادگیری فراگیران دوره، ارزیابی رفتار فراگیران توسط مدیر پس از دوره، ارزیابی اثربخشی دوره آموزشی)
- راند روزانه سوپروایزر آموزشی و بالینی از واحدهای درمانی و مصاحبه با پرسنل در جهت سنجش آگاهی
- برگزاری کنفرانس های درون بخشی با حضور سوپروایزر آموزشی بصورت روزانه و ارزیابی اثر بخشی آموزشی با , pre test
- post test
- سنجش دوره ای برگزار شده با استفاده از بارگزاری مطالب آموزش داده شده در وب سایت مرکز و آزمون توانمندی بعد از اطلاع رسانی برای دوره احیای قلبی ریوی، کنترل عفونت، ایمنی بیمار و ...
- وجود برد آموزشی و ثبت مطالب آموزشی و ارزیابی آگاهی کارکنان از مطالب برد
- ارزیابی عملکرد مهارتی توسط سوپروایزر آموزشی
- ارزیابی عملکرد و مهارت کارکنان پس از اتمام دوره توسط سرپرستار یا رابط آموزشی

- سنجش اثربخشی دوره ای آموزشی با استفاده از نتایج بهبود شاخص های اثربخش مانند درصد احیای قلبی ریوی موفق و...
- سنجش میزان آگاهی بیماران از آموزش های داده شده در ۳ حیطه بدو ورود، حین بستری و ترخیص با استفاده از چک لیست و مصاحبه و مشاهده

لازم به ذکر است در کلیه موارد ارزیابی اثربخشی دوره های آموزشی در صورت نیاز به اقدام اصلاحی با مشارکت سرپرستار و کمیته آموزش اقدامات لازم صورت می گیرد.

برنامه آموزشی نیروهای جدیدالورود

نیازسنجی آموزشی نیروهای جدیدالورود

- نیازسنجی آموزشی بر اساس ارزیابی دانش علمی
- سر فصل های آموزشی اعلام شده بر اساس نیازهای بخش
- شرح وظایف پرستاری
- پیشنهادات آموزشی سرپرستاران

اولویت بندی برنامه های آموزشی

آموزش یکروزه در دفتر پرستاری شامل:

- قوانین بیمارستان و برنامه توجیهی (توسط مدیریت پرستاری یا جانشین ایشان)
- ایمنی (توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی)
- سیاست آموزشی (توسط سوپروایزر آموزشی)
- آموزش به بیمار(توسط سوپروایزر آموزش سلامت)
- کنترل عفونت (توسط کارشناس کنترل عفونت)

آموزش بالینی ۸ روزه دربخشها شامل:

- اتاق عمل، آنژیوگرافی و EPS، CCU، ICU، اورژانس، داخلی ، رسیپراتوری، پاراکلینیک، درمانگاه و...

آموزش در بخش

- آموزش روتین بخش
- آموزش موارد تخصصی بخش

اجرای آموزش

- پرسپتور شیپ

شیوه نظارت

- تکمیل فرم گزارش یکروزه

سنجش اثر بخشی آموزشی

- تکمیل فرم گزارش یکروزه و رضایت سنجی
- ارزیابی دانش بعد از اتمام دوره ۹ روزه
- ارزیابی ارتباطی عمومی و تخصصی ۴۵ روز بعد
- ارزیابی مهارتی دو ماه بعد
- ارزیابی عملکرد توسط سرپرستار بصورت مستمر

سیاست های آموزش به بیمار و خانواده

مقدمه

آموزش به بیمار جزو نیازهای اساسی بیماران می باشد، عوامل متعددی از جمله ارتقای سلامتی، تقدم پیشگیری بر درمان، اقامت کوتاه تر در بیمارستان، خروج زودتر از تخت، گذراندن دوره نقاهت در منزل، افزایش موارد ناتوانی و معلولیت ها، افزایش سالمندان و افزایش بیماریهای مزمن، ضرورت آموزش به مددجو را نمایان می سازد(۱). بیمار باید در زمینه تشخیص بیماری، درمان دارویی و عمل جراحی خود اطلاعات کسب کرده و مزایا و معایب آنها را بداند، داشتن اطلاعات کامل از سیر بیماری و درمان آن، جزء مهمترین حقوق مددجویان می باشد و این اطلاعات باید بر اساس نیازهای فردی و موقعیت خاص بیماری طراحی و اجرا شود تا بتواند باعث ایجاد تغییرات مطلوب رفتاری گردد (۲و۳). آموزش به بیمار مسئولیت سنگینی است که اعضای تیم بهداشتی درمانی به خصوص پرستاران باید آن را مورد توجه قرار دهند. امروزه آموزش مددجو از مهم ترین نقش های پرستاران بوده و درحقیقت یکی از اجزای ضروری مراقبت های پرستاری است که درجهت ارتقاء و بازگرداندن سلامتی و سازگاری با اثرات بیماری عمل می کند (۴).

در واقع آموزش سلامت به بیمار، یکی از وقت گیر ترین، تکراری ترین و در عین حال مهم ترین ابعاد ارائه خدمات سلامت است. تحقیقات مختلف نشان داده اند که بیماران بسیار مشتاق دریافت اطلاعاتی در مورد وضعیت خود هستند. هنگامی که کیفیت اطلاعات دریافتی توسط بیمار افزایش می یابد، آگاهی وی از اهداف درمانی و در نتیجه پذیرش روشهای درمان بیشتر شده و این امر اثر بخشی بیشتر و نتایج بهتر درمان را به دنبال خواهد داشت. دستیابی به سطوح بالاتر رضایتمندی بیماران و کاهش شکایت ها، از دیگر دستاوردهای آموزش سلامت به بیمار خواهد بود. می توان امیدوار بود که با فراهم نمودن دانش بهتر و بیشتر برای بیماران در مورد وضعیت خود بتوانند انتخابهای آگاهانه تری داشته باشند. پزشکان در همه رشته های پزشکی، در مورد لزوم آموزش سلامت به بیمار به عنوان بخشی از فرآیند درمان توافق دارند ولی متأسفانه در بیشتر موارد اولین حیطه های که به علت کمبود وقت و تعداد زیاد بیماران، آسیب دیده و نادیده انگاشته می شود، بعد آموزشی برخوردار پزشک و بیمار است.

آموزش های مربوط به بیمار شامل آموزش سلامت به بیمار در برگیرنده تمام فعالیت های درمانی، آموزش های بهداشتی و ارتقای سلامت بالینی است که برای کمک به آموزش بیمار به منظور تصمیم گیری آگاهانه در مورد بیماری خود و کسب مهارت خود مراقبتی صورت می گیرد.

هدف کلی :

توانمند سازی بیمار و خانواده جهت افزایش اثربخشی برنامه های خود مراقبتی و ارتقاء سلامت

اهداف اختصاصی :

- آشنایی بیمار و خانواده با بیماری خود و افزایش توانایی در برنامه های خود مراقبتی
- افزایش توانایی در تصمیم گیری جهت ادامه درمان
- افزایش دانش ؛ نگرش و مهارت مددجو در زمینه مراقبت از خود
- ارتقاء رضایت بیمار و خانواده از خدمات درمان
- کاهش آسیب های روانی و نگرانی بیمار و خانواده
- بهبود شیوه زندگی و کیفیت زندگی کاهش هزینه های بیمارستانی
- کاهش دوره بستری
- کاهش موارد مراجعات مکرر
- کاهش هزینه های درمان

گروه هدف :

بیماران بستری در بیمارستان و خانواده آنان

تعریف واژه ها

آموزش به بیمار:

آموزش به بیمار فرآیندی است بیمار محور مبتنی بر نیازهای ابراز شده توسط پزشک و بیمار برای کمک به بیمار جهت تصمیم گیری مشارکتی و آگاهانه در مورد بیماری که برای کنترل و کنار آمدن هر چه بهتر با بیماری اجرا می گردد (۱).

ارتقاء سلامت :

در اولین کنفرانس بین المللی اوتاوا - ۱۹۸۶ ارتقای سلامت به مفهوم توانمند سازی مردم در شناخت عوامل تاثیرگذار بر سلامت فردی - اجتماعی و تصمیم گیری صحیح در انتخاب رفتارهای بهداشتی و در نتیجه رعایت شیوه زندگی سالم تعریف شده است.

بیمار سرپایی

آن دسته از بیمارانی که به مطب پزشک و یا کلینیک های درمانی مراجعه می کنند پس از معاینه و ویزیت توسط پزشک آموزش های لازم را توسط پزشک و پرستار دریافت می نمایند.

بیمار بستری

بیمار و خانواده توسط گروه تیم پزشکی در زمینه بیماری خود، تغذیه، چگونگی فعالیت و مصرف دارو و نشانه ها و علائم خطر اطلاعاتی را توسط پزشک و پرستار بخش دریافت می دارد و در صورت لزوم علاوه بر آموزش پمفلت های آموزشی در زمان بستری به بیمار و خانواده وی داده می شود و در صورت نیاز و بنا بر تشخیص پزشک و سرپرستار بخش بیمار جهت توانمندسازی در برنامه های خود مراقبتی به واحد آموزش به بیمار بیمارستان معرفی می گردد.

آموزش به بیمار در سه محور انجام می گیرد:

۱- آموزش بدو ورود (بیماران مراجعه کننده سرپایی به کلینک ، درمانگاه و مطب پزشک و یا در بدو ورود به بیمارستان و در زمان پذیرش) شامل:

عنوان	فرد آموزش دهنده	روش آموزش
معرفی پرستار مسئول بیمار ، سرپرستار، پزشک معالج و در صورت لزوم اعضای تیم مراقبتی و درمانی به بیمار و همراه وی	پرستار - سرپرستار - پزشک	چهره به چهره
آشنایی با فضای بخش ، خدمات رفاهی بیمارستان، قوانین کلی بخش، ساعات ویزیت، ساعات ملاقات، نحوه دسترسی به پزشک، معرفی امکانات بخش ، توصیه به عدم همراه داشتن وسایل و اشیای گران قیمت، توصیه به عدم عکس برداری و فیلم برداری بدون مجوز	منشی - پرستار	چهره به چهره
منشور حقوق بیمار(ارائه خدمات مطلوب، ارائه مطلوب اطلاعات، حق انتخاب و	منشی - پرستار	چهره به چهره

		تصمیم گیری آزادانه، حفظ حریم خصوصی بیمار و رازداری، دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات و پیشنهادات)
چهره به چهره	منشی	هزینه های قابل پیش بینی
چهره به چهره	منشی - پرستار - سرپرستار	انتظارات از بیمار و همراه شامل ورود و خروج به بخش، داشتن کارت همراه، لزوم حفظ و استفاده از دستبند شناسایی، عدم استعمال دخانیات، رعایت بهداشت فردی، شستشوی صحیح دستها، نظافت محیط، تفکیک پسماندهای عفونی و غیرعفونی(تحويل پمفلت شستن دست)
چهره به چهره	پرستار - پزشک	توصیه های ایمنی در مورد عدم مصرف خودسرانه داروهای قبلی ، عدم قطع دارو بدون مشورت پزشک، اطلاع رسانی عوارض دارویی به پزشک یا پرستار مسئول، پرسیدن سولات از پرستار و پزشک مسئول بیمار ، کشیدن حفاظ تخت ها حین استراحت جهت پیشگیری از سقوط از تخت، استفاده ایمن از تجهیزات بخش
چهره به چهره	پرستار - پزشک	اطلاعات قابل فهم و ساده در مورد بیماری و نحوه درمان، توضیح در مورد مراحل ، طول درمان، روش های جایگزین درمان، عوارض احتمالی درمان، داروها و پیامدهای ناشی از درمان
چهره به چهره	پزشکی قانونی	اخذ رضایت آگاهانه از بیمار و یا همراه قانونی وی قبل از انجام روشهای تشخیصی و درمانی تهاجمی و غیرتهاجمی و دادن توضیحات کافی و قابل فهم توسط پزشک به طور شفاهی به بیمار یا همراه وی و نوع بیهوشی و بیحسی قبل از اعمال جراحی
چهره به چهره	کارشناس تغذیه	راهنمای تغذیه ای و رژیم بیمار
چهره به چهره	پرستار - پزشک	محدوده فعالیت و استراحت بیمار

۲- آموزش حین بستری

عنوان	فرد آموزش دهنده	روش آموزش
آموزش های دوران بستری شامل افزایش آگاهی بیمار در مورد بیماری، روش های تشخیصی، سر درمان، روند مراقبت، عوارض احتمالی و روش برخورد با عوارض	پزشک و پرستار	چهره به چهره
پوزیشن مناسب	پرستار	چهره به چهره
نحوه خودمراقبتی (براساس برنامه خودمراقبتی بیماران در بخش و دستورالعمل موجود)	پرستار- پزشک	چهره به چهره
داروهای مصرفی و عوارض احتمالی داور و توضیح در مورد دادن اطلاعات سریع به پزشک یا پرستار در مورد عوارض احتمالی داروها	پرستار- پزشک	چهره به چهره
عدم مصرف خود سرانه داروهای قبلی و یا قطع داروها بدون مشورت پزشک	پرستار- پزشک	چهره به چهره
تداخلات دارویی و غذایی احتمالی	پرستار- پزشک	چهره به چهره
بهداشت فردی و شستشوی صحیح دست	پرستار	چهره به چهره
نکات ایمنی	پرستار	چهره به چهره
میزان فعالیت (CBR, RBR ، محدود ه عصا، به کمک همراه و ...)	پرستار- پزشک	چهره به چهره
آموزش های قبل از اعمال جراحی، آمادگی و نوع بیهوشی و بی حسی بیمار	پرستار- پزشک	چهره به چهره
آموزش های لازم تغذیه ای در صورت لزوم	کارشناس تغذیه	چهره به چهره
آموزش های لازم در زمینه نحوه انجام پروسیجرهای مختلف و آمادگی احتمالی قبل از آنها	پرستار- پزشک	چهره به چهره

۳- آموزش زمان ترخیص

این آموزش ها که در زمان ترخیص توسط پزشک و پرستار ارائه می گردد در راستای مراقبت های بیمار در منزل بوده و به منظور ارائه راهکارهایی در زمینه مصرف دارو و مواجهه با شرایط خاص در زمان حضور در جامعه می باشد. این آموزشها به شرح ذیل می باشد:

عنوان	فرد آموزش دهنده	روش آموزش
داروهای مصرفی بیمار در منزل، ساعات و دوز و مقدار مصرف	پرستار - پزشک	چهره به چهره
عوارض احتمالی داروها و هشدارهای لازم در مورد داروهای بیمار(مثل وارفارین، دیگوکسین، پلاویکس انسولین و.....) و توصیه به اطلاع سریع عوارض و مراجعه به پزشک	پرستار- پزشک	چهره به چهره
وضعیت حرکتی بیماران در منزل، محدودیت و محدوده استراحت و فعالیت وی	پرستار- پزشک	چهره به چهره
رژیم غذایی بیمار و توصیه های لازم در این مورد	کارشناس تغذیه	چهره به چهره
تداخلات احتمالی داروها و نحوه مصرف داروهای قبلی بیمار	پرستار- پزشک	چهره به چهره
خودمراقبتی و برنامه های بازتوانی مورد نیاز(مصرف به موقع دارو و) در منزل	پرستار- پزشک	چهره به چهره
زمان و مکان مراجعه بعدی به پزشک و نحوه دسترسی به پزشک	منشی	چهره به چهره
نحوه مراقبت و پانسمان زخم در صورت اقدامات جراحی و نمونه برداری	پرستار- پزشک	چهره به چهره

روش اجرائی (دستورالعمل)

- ۱- مدیر پرستاری یک نفر کارشناس آگاه به مسائل آموزشی را بعنوان سوپروایزر آموزشی بیمار تعیین و با هماهنگی ریاست بیمارستان حکم ایشان ابلاغ می گردد.
- ۲- سوپروایزر آموزش به بیمار در جلسه کمیته آموزش در هر بخش یک نفر را بعنوان رابط آموزش به بیمار مشخص نموده و ابلاغ مربوط با تایید ایشان صادر می گردد.
- ۳- تیمی متشکل از روسای بخش ها، سرپرستاران، سوپروایزر آموزشی بیمار، رابطین به عنوان کارگروه آموزش به بیمار تعیین می گردد.
- ۴- جلسات کارگروه آموزشی به صورت سه ماهه برگزار می گردد و موارد زیر در این کارگروه مورد بررسی قرار می گیرد:
 - ✓ نیازسنجی آموزش
 - ✓ اولویت بندی نیازهای آموزشی

✓ مشارکت در برنامه ریزی آموزشی (شامل محتوای آموزشی، روش های آموزش، امکانات مورد نیاز و...) براساس اولویت های مشخص شده

✓ بررسی شاخص اثر بخشی آموزش به بیمار

✓ ارائه اقدامات اصلاحی در جهت بهبود شاخص

✓

مرحله اول: نیازسنجی و برنامه ریزی آموزشی

در این مرحله فرم نیازسنجی سالانه یکبار علاوه بر نظرسنجی از بیماران و همراهان بیمار، توسط پرسنل و پزشکان برای کلیه بیماران و یا حداقل برای بیماران بستری، بیماریهای شایع هر بخش تکمیل می گردد. تعداد فرمهای تکمیل شده در هر بخش؛ به تعداد تختهای مصوب هر بخش تحت عنوان نیازسنجی آموزش سلامت، در حیطه های قوانین و مقررات بیمارستان، آشنایی با بیماری، روند آن و خود مراقبتی، اصول ایمنی، بهداشت فردی و محیط، کنترل عفونت، رژیم غذایی استخراج شده و با در نظر گرفتن سطح دانش گیرندگان خدمت و مراقبت های پرستاری مورد نیاز، این نیازهای آموزشی تجزیه و تحلیل شده و مورد الویت بندی قرار می گیرند. بعد از نیازسنجی از بیمار و همراهان جهت الویت بندی نیازهای آموزشی توسط پرستار و پزشک نیز نیازهای آموزش در فرم ذیل وارد شده و به سوپروایزر آموزشی ارسال می گردد.

فرم نیاز سنجی آموزشی بیمار / خانواده / مراجعین

مرکز پزشکی آموزشی درمانی / بیمارستان:



نام و نام خانوادگی:		تاریخ تولد:	میزان تحصیلات:	
پزشک معالج:		تشخیص یا علت بستری:	شماره پرونده:	
بخش:		اناق:	تاریخ پذیرش:	
بخش:		نخست:	علت بستری قبلی:	
زمان	عناوین آموزشی	عناوین آموزش به بیمار / همراه	اولویت نیاز 1-5	
آموزش های یادگیری	طبق سیاستهای آموزشی ابلاغی هر مرکز آموزشهای مصوبه که توسط پزشک و پرستار باید برای بیمار در بدو بستری آموزش داده شوده در این قسمت ثبت می شود. سپس نیازهای نیشنهادی بیمار / همراه ثبت می گردد.	خوش آمد گویی و معرفی خود، آشنایی با فضای فیزیکی، قوانین و مقررات بخش، نحوه احضار پرستار، شرایط و مواقع حضور همراه و ساعات ملاقات، اطلاعات ساده و مختصر در مورد بیماری و علت بستری فرد، سیر درمان، ضرورت توجه به آموزشهای داده شده در طی مدت بستری، موازین لازم برای کنترل عفونت (بهداشت دست ها و ...، موازین لازم برای ایمنی بیمار) دستبند شستاسایی، سقوط از تخت، مصرف داروها و ...، سایر موارد برحسب تشخیص بیماری و ارزیابی اولیه بیمار و بخش بستری		
	نیازهای آموزشی از زمان بیمار همراه با اخذ پسخوراند آموزشهای داده شده			
	روش پیشنهادی آموزشی براساس شرایط سیستم (چهره به چهره - پمفلت - فیلم آموزشی و ...)			
توانمند سازی	طبق سیاستهای آموزشی ابلاغی هر مرکز آموزشهای مصوبه که توسط پزشک و پرستار و سایر همکاران مانند پاراکلینیکها و ... درگیر در امر مراقبت و درمان بیمار باید برای بیمار در طول مدت بستری آموزش داده شوده در این قسمت ثبت می شود. سپس نیازهای پیشنهادی بیمار / همراه ثبت می گردد.	اهمیت رعایت موارد آموزش دیده در فرآیند بهبود بیماری، افزایش آگاهی از سیر بیماری و تاثیر خودمراقبتی در ارتقاء سلامتی، رژیم غذایی (رژیم لازم برای بیماری قلبی و محدودیتهای لازم برحسب بیماری زمینه ای)، وضعیت استراحت و فعالیتهاى مجاز در طول بستری، طرز استفاده و احتیاطات لازم درمورد داروهای تجویزی روزانه، مشارکت در مراقبت از زخم و پانسمان زخم، درن، سوند و ... کنترل عفونت (بهداشت دست ها و ...، ایمنی بیمار) دستبند شستاسایی، سقوط از تخت، ...، آمادگی های قبل و بعد از عمل، سایر موارد برحسب تشخیص بیماری و ارزیابی اولیه بیمار و بخش بستری		
	نیازهای آموزشی از زمان بیمار همراه با اخذ پسخوراند آموزشهای داده شده			
	روش پیشنهادی آموزشی براساس شرایط سیستم (چهره به چهره - پمفلت - فیلم آموزشی و ...)			
آموزش های ارزشی	طبق سیاستهای آموزشی ابلاغی و استانداردهای خودمراقبتی هر مرکز آموزشهای مصوبه که توسط پزشک، پرستار و سایر همکاران مانند پاراکلینیکها و ... درگیر در امر مراقبت و درمان بیمار، باید برای بیمار در زمان ترخیص آموزش داده شوده در این قسمت ثبت می شود. سپس نیازهای نیشنهادی بیمار / همراه ثبت می گردد.	مراقبتهای پزشکی و زمان مراجعه به پزشک، مراقبتهای لازم از زخم یا محل عمل در منزل، مراقبت از اتصالات و موازین لازم برای کنترل عفونت، ادامه رژیم تغذیه ای در منزل (نوع رژیم، محدودیتهای، ادامه مصرف دارو در منزل (میزان-مدت زمان و نحوه مصرف)، میزان و چگونگی فعالیت در منزل، میزان و چگونگی فعالیت در منزل و انجام حرکات ورزشی مجاز، چگونگی حفظ ایمنی، خودمراقبتی و ترک عادات های مضر مانند سیگار و ... پیگیری درمانهای توانبخشی، فیزیوتراپی و ...، پیگیری نتایج پاراکلینیک و ... موارد مراجعه اورژانسی، چگونگی دسترسی به سوابقهای احتمالی در مورد خودمراقبتی، سایر موارد برحسب تشخیص بیماری و ارزیابی اولیه بیمار و بخش بستری		
	نیازهای آموزشی از زمان بیمار همراه با اخذ پسخوراند آموزشهای داده شده			
	روش پیشنهادی آموزشی براساس شرایط سیستم (چهره به چهره - پمفلت - فیلم آموزشی و ...)			

مرحله دوم : اولویت بندی

موفقیت در آموزش مددجو نیاز دارد که پرستار تمام عوامل موثر و مرتبط با محتوی ، توانایی و تمایل مددجو برای یادگیری و منابع آموزش را ارزیابی کند.

نیازسنجی های انجام شده در کارگروه آموزشی هربخش الویت بندی شده و بعد از تصویب؛ توسط مدیرپرستاری به پرستاران شاغل در بخش و توسط رئیس بخش به پزشکان بخش ابلاغ گردد.

مرحله سوم : برنامه ریزی آموزشی و اجرا

در این مرحله براساس اولویت های انجام شده برنامه ریزی آموزشی انجام می شود:

- ۱- پزشک موظف است حداقل های موارد آموزشی مورد نیاز بیماران (اطلاعات قابل فهم درباره بیماری و نحوه درمان مراحل و طول احتمالی درمان و درمان های جایگزین، عوارض درمان یا عدم درمان، پیش آگهی بیماری، داروهای مصرفی و عوارض احتمالی، تغذیه و رژیم درمانی، خود مراقبتی و بازتوانی) در زمان بستری به بیماران آموزش داده و در پرونده ثبت نماید.
- ۲- پزشک موظف است در زمان ترخیص آموزشهای لازم را در خصوص میزان، مدت زمان و نحوه صحیح مصرف دارو، تغذیه، مراقبت های لازم در منزل، زمان مراجعه بعدی به پزشک را به صورت شفاهی و مطابق با درک به بیمار ارائه داده و به صورت کتبی نیز در فرم آموزش به بیمار ثبت نموده و به بیمار یا همراه تحویل دهد.
- ۳- برنامه آموزش چهره به چهره بیماران توسط پرستار براساس زمان ارائه آموزش (بدو ورود، حین بستری و زمان ترخیص) بوده و به بخش ها ابلاغ می شود.
- ۴- برنامه آموزش گروهی بیماران (حین بستری) به تفکیک موضوع و فرد آموزش دهنده به بخش ها ابلاغ می گردد.
- ۵- پرستار موظف است آموزش های بدو ورود را بر اساس موارد ابلاغی به بخش ها انجام دهد و در گزارش بدو ورود بیمار ثبت نماید.
- ۶- پرستار موظف است در ارزیابی اولیه، نیازهای آموزش خود مراقبتی بیمار را شناسایی کرده و در پرونده ثبت نماید.
- ۷- پرستار موظف است آموزش های حین بستری را بر اساس نیاز سنجی انجام شده در ارزیابی اولیه به روش چهره به چهره به بیمار ارائه دهد و خود مراقبتی مربوطه در مورد بیماری جسمی یا زمینه را به بیمار ارائه دهد و در گزارش پرستاری ثبت نماید.
- ۸- پرستار موظف است آموزش خود مراقبتی در زمینه بیماری اصلی شامل علائم بیماری، سیر درمان، داروها (نام، دوز، زمان مصرف)، عوارض دارویی، روش برخورد با عوارض را به شکل ساده و قابل درک به بیمار آموزش دهد و در گزارش پرستاری ثبت نماید.

۱۰- پرستار/ رابط آموزش به بیمار/کارشناس تغذیه / موظف هستند آموزش های گروهی را بر اساس برنامه آموزشی ابلاغی به بخش انجام داده و در فرم های مربوط به آموزش گروهی موجود در بخش ثبت نمایند.

۱۱- پرستار و پزشک مسئول آموزش های زمان ترخیص را طبق موارد ابلاغی زمان ترخیص انجام داده پمفلت آموزش زمان ترخیص را طبق سیاست آموزشی بیمارستان در اختیار بیماران قرار دهد و فرم آموزش به بیمار را تکمیل کرده در اختیار همراه یا خود بیمار قرار دهد و آموزش انجام شده را در گزارش پرستاری نهایی ثبت نماید.

۱۲- اثربخشی آموزش بیماران در حیطه های دانشی و تغییر رفتار طبق روش اجرایی تدوین شده پایش می شود و هر سه ماه یکبار توسط سوپروایزر آموزشی تحلیل و به مدیریت خدمات پرستاری و سرپرستاران بخش های جهت مداخلات اصلاحی بازخورد داده می شود.

نکته: آموزشها در بخش های کودکان و PICU در خصوص کودکان و بیمارانی که بدلیل معلولیت های جسمی و روانی امکان پذیرش آموزش ندارند به والدین یا همراه وی ارائه می شود.

مرحله چهارم: اثربخشی (ارزشیابی و بازنگری)

- ۱- اثربخشی آموزش به بیمار بر اساس برنامه آموزشی ابلاغی به تفکیک هر بخش به صورت ماهانه محاسبه می گردد.
- ۲- بر اساس ارزیابی ماهانه شاخص اثربخشی آموزش به بیمار توسط مسئول آموزش به بیمار به صورت فصلی محاسبه می گردد.
- ۳- نتایج حاصل از اثربخشی آموزشی توسط مسئول آموزش به بیمار به مدیر پرستاری ارائه می گردد.
- ۴- مدیر پرستاری با هماهنگی سوپروایزر آموزشی، پس از تجزیه و تحلیل شاخص ها نتایج را در کار گروه آموزش به بیمار و کمیته های مدیریت اجرایی مطرح تا تصمیم گیری های لازم در خصوص ارتقاء شاخص انجام گیرد.

د) آموزش خود مراقبتی

این آموزش‌ها در بررسی نتایج حاصله از ارزیابی اولیه پرستاری بدست می‌آید. در الویت کار آموزش فردی به هر بیمار قرار گرفته و اختصاص به همان بیمار دارد. این آموزش‌ها نه تنها در طول مدت بستری بیمار در بیمارستان ارائه شده و مفید بیمار می‌باشد بلکه به منظور ارتقاء سطح کیفی زندگی خود بیمار و خانواده بیمار ارائه می‌گردد.

خودمراقبتی بیماری‌های شایع مرکز آموزشی درمانی شهید منی

- ۱- خود مراقبتی در بیماران کرونری بای پس
- ۲- خود مراقبتی در بیماران مبتلا به سکته قلبی
- ۳- خود مراقبتی در بیماران مبتلا به ادم حاد ریه
- ۴- خود مراقبتی در بیماران مبتلا به آمبولی ریه
- ۵- خود مراقبتی در بیماران مبتلا به آنژین صدری
- ۶- خود مراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی
- ۷- خود مراقبتی در بیمارهای مادرزادی قلب و دریچه ای
- ۸- خود مراقبتی در بیماران دارای ضربان‌ساز مصنوعی (پیس میکر)
- ۹- خود مراقبتی در بیماران تحت مطالعات الکتروفیزیولوژی قلب (EPS)
- ۱۰- خود مراقبتی در بیماران تحت آنژیوگرافی
- ۱۱- خود مراقبتی در بیماران تعویض دریچه قلب
- ۱۲- خود مراقبتی در بیماران مبتلا به فشار خون بالا
- ۱۳- خود مراقبتی در بیماران دچار ترمبوز (لخته) در وریدهای عمقی پا
- ۱۴- خود مراقبتی در بیماران دیابتی

خود مراقبتی در بیماران عمل جراحی CABG

خود مراقبتی در بیماران کرونری بای پس

جراحی قلب شاخه‌ای از علم جراحی است که توسط جراح قلب بر روی قلب و عروق بزرگ انجام می‌شود. این جراحی غالباً برای درمان بیماری‌های ایسکمیک قلب (مثل جراحی کنارگذر شریان کرونری)، اصلاح عیوب مادرزادی قلب یا درمان بیماری‌های دریچه‌های قلب به کار می‌رود. پیوند قلب نیز یکی از اعمال جراحی قلب محسوب می‌شود. در سراسر دنیا هر ساله ۱/۲۵-۱ میلیون جراحی قلب بزرگسال انجام می‌شود که شایعترین عمل جراحی قلب CABG با روش مرسوم on-pump یعنی با کمک بای پس قلبی ریوی (CPB) می‌باشد. جراحی قلب گاه با روش‌های برش جراحی معمولی مانند جراحی قلب باز و گاه با روش‌های درون بین مانند باز کردن عروق مسدود با بالون و یا فنر صورت می‌گیرد. با پیشرفت روز افزون علم پزشکی و به وجود آمدن دستگاه‌ها و روش‌های جدید درمان، همچون آنژیوپلاستی و همچنین عوارض ناشی از عمل جراحی قلب باز امروزه افراد بسیار کمی در سراسر دنیا از این عمل جراحی استفاده می‌کنند.

اطلاعات کامل درباره عمل جراحی پیوند (بای پس) سرخرگ کرونری

پیوند سرخرگ کرونری، مسیرهای جدیدی را برای عبور خون از اطراف با بای پس سرخرگ مسدود فراهم می‌کند. بای پس سرخرگ کرونری، یک عمل جراحی مهم برای تأمین خون کافی برای عضلات قلب محسوب می‌شود. برای انجام عمل جراحی بای پس، جراح بخشی از سیاهرگ ساق پا یا ران بیمار یا یکی از سرخرگ‌های دیواره قفسه سینه یا بازوی وی را بر می‌دارد و به سرخرگ کرونری مسدود شده پیوند می‌زند تا یک مسیر فرعی در اطراف گرفتگی ایجاد شود. به این عمل جراحی، پیوند یا بای پس عروق کرونری (CABG) گفته می‌شود.

پزشکان عمل بای پس را به عنوان یک استراتژی تهاجمی درمان بیماری سرخرگ کرونری بنا به دلایل مختلفی توصیه می کنند:

- وقتی که داروها و تغییرات سالم در شیوه زندگی به اندازه کافی برای پیشگیری از بروز آنژین شدید یا حمله قلبی کارساز نباشند.
- وقتی که انسداد ها زیاد وسیعند، یا وقتی که یک بیماری مانند دیابت یا نارسایی قلبی باعث تأثیر کم تر سایر درمان ها مانند آنژیوپلاستی می شوند.

مراحل آماده سازی برای انجام عمل جراحی بای پس

بیشتر اعمال جراحی بای پس سرخرگ کرونری، جزو اعمال جراحی با تعیین وقت قبلی هستند (یعنی اورژانسی نیستند). اگر تصمیم به انجام عمل جراحی گرفتید، حتما:

- * دارو های مصرفی خود را با پزشک در میان بگذارید، این مورد شامل دارو های بدون نسخه و مکمل ها نیز می شود.
- * دارو های مصرفی خود را همراه خود به بیمارستان بیاورید.
- * با نزدیک شدن روز جراحی، هر گونه تغییر در وضعیت سلامتی خود را به پزشک گزارش کنید. آگاهی از علائم سرما خوردگی یا آنفلوآنزا مانند تب، لرز، سرفه کردن یا آبریزش بینی بسیار ضروری می باشد. حتی کوچک ترین عفونت ممکن است بهبودی شما را تحت تأثیر قرار دهد.
- * احتمالاً صبح روز جراحی یا شب قبل از عمل جراحی، در بیمارستان پذیرش شوید.
- * از شما درخواست می شود که قبل از مراجعه به بیمارستان حمام کنید.
- * از شما درخواست می شود که از نیمه شب روز قبل از عمل جراحی، چیزی نخورید و نیاشامید تا از بالا آوردن محتویات معده و خفگی ناشی از آنها در طی عمل جراحی جلوگیری شود (اگر چیزی خورده اید، صادقانه به پزشک خود اطلاع دهید) حتما بپرسید که آیا می توانید کمی آب همراه با داروی روزانه خود بخورید؟ آیا می توانید در منزل داروی خود را مصرف نمائید؟
- * از شما درخواست می شود که نوار قلب، آزمایش های خونی، آزمایش ادرار و عکس برداری با اشعه ایکس از سینه را داشته باشید.
- * شب قبل از عمل به شما داروی بیزاکودیل برای تمیز شدن روده هایتان داده خواهد شد تا پس از عمل جراحی مشکلات دفعی پیدا نکنید.
- * صبح روز عمل یک پرستار به شما داروی آرام بخش تجویز خواهد کرد تا قبل از رفتن به اتاق عمل آرام شوید.
- * روز قبل از عمل نواحی مورد عمل جراحی (قفسه سینه، ساق، ران و یا بازو) شسته شده، اصلاح خواهند شد.

نحوه انجام عمل جراحی بای پس یا پیوند سرخرگ کرونری



در اتاق عمل به دستگاه مانیتور قلب وصل خواهید شد تا قلب شما حین عمل جراحی کنترل شود. قبل از تعبیه یک راه وریدی در بازویتان، به شما یک داروی بی حس کننده موضعی تجویز شده و پس از آن داروی بی هوش کننده عمومی دریافت خواهید کرد. این جراحی حدود ۴ تا ۶ ساعت طول می کشد، که بستگی به تعداد و پیچیدگی انسدادها دارد. وقتی که به طور کامل به خواب رفتید، یک لوله تنفسی (لوله داخل نای) از راه دهانتان وارد نای شما خواهد شد تا تنفس شما آسان شود و پرستاران از این طریق بتوانند ترشحات ریه های شما را پاک کنند. لوله دیگری از طریق بینی وارد

گلو و از آنجا وارد معده خواهد شد تا بعد از به هوش آمدن، احساس تهوع یا نفخ ننمائید. یک سوند (لوله باریک) در مجرای ادراری شما وارد خواهد شد تا ادرار را در حین و بعد از عمل جراحی تخلیه کند.

به شما یک داروی ضد انعقاد مانند هپارین تجویز خواهد شد تا از لخته شدن خون شما جلوگیری کند. سپس شما به یک دستگاه قلب - ریه وصل خواهید شد، این دستگاه جایگزین فعالیت پمپاژ قلب شما شده و در طول عمل اکسیژن خون را تأمین می کند، بنابراین در حالیکه جراح مشغول جراحی بر روی قلبتان است، فعالیت قلب با استفاده از یک ماده متوقف شده و از خون پر و خالی نمی شود.

تعداد رگ هایی که در حین جراحی بای پس (پیوند) می شوند، بستگی به تعداد سرخرگ های کرونری و شاخه های اصلی مسدود شده آنها دارد. جراح شما می تواند یک بای پس را به روش های مختلفی انجام دهد. او ممکن است قسمتی از سیاهرگ دراز پای شما (ورید سافن) یا سرخرگ رادیال در بازوی شما را بردارد. جراح یک انتهای رگ را به آئورت (بزرگترین سرخرگ بدن که از قلب خارج می شود) در نزدیکی منشأ سرخرگ های کرونری بخیه می زند و انتهای دیگر را به سرخرگ کرونری آسیب دیده پس از ناحیه مسدود شده پیوند می زند. بنابراین یک مسیر جدید برای عبور خون از کنار ناحیه مسدود شده ایجاد می شود. در بسیاری از موارد، حداقل یک بای پس با استفاده از بخشی از یک یا هر دو سرخرگ پستانی داخلی موجود در پشت استخوان جناغ دیواره قفسه سینه شما انجام می شود. این سرخرگ ها از آئورت منشأ می گیرند بنابراین جراح مجبور نیست که کل یک رگ را جدا سازد. او می تواند یک انتهای سرخرگ را از دیواره قفسه سینه جدا کرده و آن را به سرخرگ کرونری در زیر محل انسداد پیوند بزند. سرخرگ های باقی مانده، دیواره قفسه سینه را با خون کافی تغذیه می کنند. از این سرخرگ های پستانی به طور شایعی استفاده می شود، چرا که انسداد مجدد آنها

بعد از عمل جراحی بسیار نادر است. ولی سیاهرگ های استفاده شده از ساق پا دارای طول عمر محدود از ۵ تا ۱۰ سال می باشند که بستگی به رعایت سبک زندگی و رژیم غذایی بعد از عمل بای پس می تواند طولانی تر نیز باشد.

بعد از اتمام عمل، جراح باید اطمینان حاصل نماید که قلب شما به خوبی خون رسانی می شود، خون نشت نمی کند و در لمس کردن آن ناحیه نرم است. همچنین انجام یک آنژیوگرافی قلبی در حالی که هنوز روی میز جراحی دراز کشیده اید این امکان را ایجاد می کند که پزشک مطمئن شود، سرخرگ ها نشت داخلی ندارند. سپس جراح، قلب شما را به وسیله شوک الکتریکی دوباره به کار می اندازد و فعالیت قلبی از دستگاه قلب - ریه به قلب شما باز گردانده می شود.

نقاهت در بیمارستان

*بعد از عمل جراحی، باید ۱ تا ۳ روز را در بخش مراقبت های ویژه (ICU) بگذرانید، این بخش جایی است که کارکنانش به دقت فعالیت قلب شما را تحت نظر دارند.

*شما دارای یک لوله تنفسی بوده و حداقل مدت چند ساعت به دستگاه تنفس مصنوعی متصل خواهید بود.

*در سینه شما لوله های درناژ موقتی برای تخلیه خون و مایعات اضافی تعبیه خواهد شد (در برخی افراد به ویژه آنهایی که دارای بیماری های زمینه ای ریوی می باشند، مدت زمان استفاده از دستگاه تنفس مصنوعی بیشتر خواهد بود).

*لوله یا به اصطلاح علمی، کاتتری از ناحیه گردن و یا از زیر استخوان ترقوه در ناحیه سینه وارد خواهد شد تا کنترل فعالیت و فشار قلب شما ممکن شود.

*همچنین سیم های دستگاه ضربان ساز به عضله قلب شما وصل شده و پس از خروج از سینه به یک دستگاه ضربان ساز موقت وصل خواهد شد.

*از طریق یک راه داخل وریدی سرم تزریق می شود تا آب بدن شما کم نشود. همچنین مسکن های ضد درد نیز برای شما تجویز می شود.

*بیشتر بیماران ظرف مدت ۲۴ ساعت بعد از عمل جراحی بای پس می توانند بنشینند و پس از یک یا دو روز می توانند راه بروند.

*وقتی که پزشکتان قانع شد که قلبتان به ثبات رسیده است، می توانید بخش مراقبت های ویژه (ICU) را ترک کنید، در این صورت یا در بخش مراقبت ویژه و یا در بخش جراحی لوله ها و کاتتر های اضافی از بدن شما خارج می شوند.

*ممکن است شما به حد کافی قوی بوده و بعد از ۵ تا ۷ روز از بیمارستان مرخص شوید.

*برخی افراد بعد از عمل جراحی دچار ریتم سریع قلبی و یا ریتم نا منظم قلبی می شوند، این حالت را می توان به وسیله دارو ها درمان کرد.

* کم خونی بعد از عمل جراحی نیز شایع است، ولی بدن با گذشت زمان آن را جبران می کند.
* بی نظمی هایی نیز در ریتم قلب ممکن است دیده شوند و در این صورت نیاز به درمان با دارو یا ضربان ساز وجود دارد.
* از دیگر عوارض جراحی به روش قلب باز این است که ممکن است رگ ها خوب به هم پیوند نخورند، یا به هم بچسبند. از طرف دیگر در جراحی های باز، باز شدن قفسه ی سینه، بار روانی زیادی را برای بیمار به همراه دارد و وضعیت عمومی بیمار پس از عمل و بهبود و ترمیم زخم ها از دیگر مشکلات بیماران بعد از جراحی های باز قفسه سینه است.

مراقبت از زخم

* بعد از دو روز پانسمان نیاز نیست مگر اینکه خونریزی وجود داشته باشد.
* خارش ، سوزش و بی حسی در مسیر زخم طبیعی است.
* دوش مختصر از روز سوم مجاز است و با استفاده از صابون ضد باکتری یا شامپو بچه به آرامی و با دست محل زخم را تمیز کنید تا لکه ها از بین برود.
* استفاده از روغن ها ، کرم ، پماد و پودر و یا دود مواد مخدر بر روی زخم اصلا توصیه نمی شود.

فعالیت

معمولا در دوره نقاهت بعدی در خانه چندین هفته طول می کشد تا شما به شرایط عادی بر گردید.
احساس خستگی و ضعف بعد از عمل جراحی کاملا طبیعی است .
فعالیت خود را از پیاده روی حدود ۵ دقیقه آغاز کنید و به تدریج تا یک ساعت افزایش دهید .
شما می توانید فعالیت های ساده روزانه مثل خرید را انجام دهید ولی فعالیت های سنگین تر مثل: جارو زدن ، زمین شویی ، بلند کردن اجسام سنگین تر از ۵ کیلو گرم ، هل دادن یا کشیدن اجسام سنگین و کارهای کشاورزی در سه ماه اول برای شما ممنوع است و بعد از آن باید جراح به شما اجازه دهد.

خواب

اکثر بیماران بعد از عمل جراحی دچار کاهش خواب می شوند و گاهی از کابوس های شبانه رنج می برند، بنابراین سعی کنید:
ظهر و عصر نخوابید و با نظر پزشک از آرام بخش های ملایم و در صورت نیاز قرص خواب استفاده کنید .
با استفاده از بالش های اضافی می توانید بهتر تنفس کرده و راحت تر بخوابید .
در یک ماه اول بهتر است بحالت طاق باز بخوابید.

حمام کردن

معمولا ۵الی ۱۰ روز پس از عمل ، با دستور پزشک می توانید حمام کنید . بهتر است در حمام یک نفر کنار شما باشد . از آب ولرم استفاده شود زیرا آب سرد باعث افزایش کار قلب و درد قلبی می شود، و آب گرم سبب بروز حالت ضعف ، سرگیجه ، شوک می گردد. ضمنا زمان حمام کردن از ۱۵ دقیقه تجاوز نکند .

رانندگی

از هفته چهارم الی هشتم اجازه رانندگی دارید . اگر رانندگی سبب خستگی و عصبانیت می شود باید اجتناب کنید. اگر قصد رانندگی طولانی را دارید پس از یک ساعت رانندگی مداوم ، چند دقیقه توقف کرده ، قدم زده و مجددا به رانندگی ادامه دهید. از مسافرت با هواپیما به مدت ۶ ماه خودداری نمائید . بهترین وسیله برای مسافرت بیماران قطار می باشد

درد های پس از عمل جراحی

معمولا پس از جراحی باز قلب با توجه به برش قفسه سینه شامل پوست ، عضله ها و استخوان ها و سایر قسمت های دیواره سینه ، به مدت چند هفته تا چند ماه ، در این ناحیه گاهی درد های شدیدی به خصوص با تغییر وضعیت یا فشار روی این قسمت ها و یا در تنفس عمیق حس می شود. به طور معمول هنگام درد توصیه می شود از مسکن های خوراکی یا شیاف، مثل بروفن یا دیکلوفناک استفاده نمائید.

نباید بیمار این درد ها را تحمل کند، چون سبب افزایش کار قلب و یا افزایش فشار خون بیمار می شود و در صورتی که با مسکن های معمول بهبودی نداشت، یا مشابه درد های قلبی پیش از عمل جراحی بود، به پزشک یا نزدیکترین مرکز درمانی مراجعه نمائید.

اشتها بعد از عمل

بعد از عمل تا چند روزی ممکن است اشتهای شما کاهش یابد و احساس تلخی در دهان داشته باشید ولی شما باید به هر صورت رژیم مناسب و کافی را برای بهبود هرچه سریعتر دریافت کنید. بجای مصرف سه وعده غذایی ، غذاها را به حجم های کمتر تقسیم کرده و پنج تا ۶ وعده مصرف کنید . مصرف نمک را به حداکثر یک قاشق چایخوری ، مصرف روغن به حداکثر ۶ قاشق چایخوری و مصرف کافئین را به ۲ فنجان در روز محدود کنید.

مراقبت از زخم های بعد از جراحی قلب

در چند هفته اول بعد از عمل دردهای استخوانی عضلانی در ناحیه جناغ ، دنده ها و گردن و مهره های پشت و حتی ناحیه بازوها شایع است . ممکن است کبودی در محل بخیه های قفسه سینه و پاها دیده شود . این کبودی بعد از چند هفته از بین می رود.

زخم قفسه سینه در اوایل به شکل زیر است :



در صورتی که تورم و قرمزی در نقطه ای از زخم مشاهده کردید احتمال عفونت زخم وجود دارد و باید سریع اطلاع دهید . در بعضی بیماران بعد مدتی اسکار یا برآمدگی در محل زخم ایجاد می شود که در اصطلاح عامیانه گوشت اضافه گفته می شود . این حالت مربوط به روند بهبود زخم بیمار است و ربطی به شیوه جراحی ندارد . بسیاری از این اسکارهای جراحی بعد از شش ماه تا یک سال از بین می روند اما در صورت باقی ماندن و اگر برای بیمار آزار دهنده باشد با تزریق آمپول های مخصوص یا روش جراحی آن را از بین می برند .

- حتما در مراقبت های پس از جراحی قلب بخیه ها باید تمیز و خشک نگه داشته شوند.
- بیمارانی که از رگ پای آنان گرفت برداشته شده است باید از جوراب یا باند کشی استفاده کنند. این باند کشی به جریان خون پا کمک کرده و از تورم آن جلوگیری می کند.
- در روز و زمان حرکت و فعالیت از باند کشی استفاده نمایید. ولی در زمان استراحت به خصوص در شب، موقع خواب حتما باند کشی را باز کرده و پاها را بالاتر از سطح قلب قرار دهید.
- استفاده از جوراب واریس به مدت ۵-۴ ماه توصیه می شود .
- این بیماران نباید پاهایشان را روی هم بیندازند.
- اگر پا ورم کرد در مراقبت های بعد از عمل قلب باز، لازم است بیمار بنشیند و پایش را روی صندلی یا چهار پایه بگذارد. اگر ورم به این شکل برطرف نشد فوراً با پزشک تماس بگیرید.
- بخیه های پا قابل جذب بوده و نیازی به کشیدن ندارند.
- بخیه های ناحیه قفسه سینه نیاز به کشیدن ندارند. حدود ۱۴-۱۰ روز پس از عمل جهت بازدید بخیه های سینه به پزشک خود مراجعه کنید.
- ترمیم کامل زخم ها حدود ۶ هفته طول خواهد کشید.

جوش خوردن جناق سینه کمی طول می کشد لذا:

- ۲ تا ۳ ماه اول عمل قلب باز، باری بیش از ۵ کیلوگرم بلند نکنید (مثل کیسه خرید یا چمدان).
- بچه ها را از زمین بلند نکنید، کودک را روی پای خود بنشانید.

- از زور زدن و باز کردن درب شیشه مربا یا باز و بسته کردن درب های سنگین خودداری کنید.
- به عنوان نکته ای ضروری در مراقبت های بعد از عمل قلب باز اصلا هنگام دفع به خود فشار نیاورید. در صورت یبوست لازم است داروی ملین مصرف کنید.

در صورت بروز علائم زیر به پزشک مراجعه کنید:

- تب بالاتر از ۳۸ درجه به مدت بیش از ۲۴ ساعت
- محل بخیه در حال باز شدن باشد.
- زخم محل بخیه دارای ترشح یا بوی بد باشد.
- قرمزی و تورم محل جراحی شده

نکته مهم: تقریباً در همه جراحی های باز قلب نوع CABG، علاوه بر استفاده از ورید های پا، از شریان داخلی پستان چپ جهت پیوند به رگ های قلب استفاده می شود. که باعث می شود روی کل پستان چپ و بالای آن، بیمار احساس سنگینی، کرحتی، خواب رفتگی، گزگز شدن و مور مور شدن نمائید، این احساس می تواند برای مدت ها باقی بماند.

کنترل عفونت بعد از جراحی قلب باز

اعمال جراحی قلب تا چند هفته پس از عمل باعث کاهش قدرت سیستم ایمنی بدن می گردد. بنابراین در چند هفته اول از تماس های فیزیکی غیر ضروری مانند دست دادن و روبوسی و یا ماندن طولانی در فضاهای بسته و عمومی خودداری کنید. تغییرات روحی و روانی، اختلال در خواب، اختلال در حافظه، اختلالات بینایی، ضعف و خستگی، کاهش میل جنسی و عدم تمایل بازگشت به کار بتدریج بر طرف می شود.

۱ تا ۲ هفته پس از عمل، وجود تب مختصر و کوتاه مدت طبیعی بوده و خودبخود برطرف می شود. در صورت بروز تب شدید و طولانی (احتمال ایجاد عفونت) حتماً به پزشک خود مراجعه کنید. احساس درد در گردن و شانه ها طبیعی بوده و با ماساژ و کیف آب گرم برطرف می شود. در صورت درد و حساسیت شدید به پزشک معالج خود مراجعه کنید. در صورت ترشح قابل توجه از محل زخم سینه یا پا و یا محل خروج لوله ها با پزشک معالج خود تماس بگیرید. ترشحات به میزان کم و خونابه ای نگران کننده نیست.

از تغییرات عادی دیگر پس از عمل، وجود خونمردگی و کبودی در محل برش در پاهاست که خودبخود بهبود می یابد. همچنین احساس کشیدگی در محل برش عادی است. در صورت احساس قرمزی، گرمی، برجستگی و درد در محل برش، به پزشک معالج خود مراجعه کنید. از عوارض شایع دیگر پس از عمل، پیدایش مایع در اطراف قلب و ریه است. از علائم این عارضه بروز تنگی نفس پیشرونده می باشد. در صورت بروز این علامت پزشک را مطلع سازید چون با درمان مناسب و به موقع، این عارضه به راحتی برطرف

می شود. ورم پای عمل شده از عوارض عمومی است و بهتر است از جوراب واریس یا باند کشی استفاده شود. در هنگام استراحت پاها بالاتر از سطح بدن باشد.

۱۳ توصیه طلایی پس از جراحی قلب باز

توصیه هایی که در بالا گفته شد معمولا تحت عنوان مراقبت های بعد از جراحی قلب باز عنوان می شوند، این توصیه ها موقت هستند و با بهبودی کامل، بیمار می تواند زندگی عادی خود را از سر گیرد، و اما توصیه های طلایی:

۱- **ناحیه جراحی را خشک و تمیز نگه دارید:** از زدن هرگونه لوسیون یا کرم خودداری کنید، مگر این که پزشک آن را تجویز کرده باشد.

۲- **به پشت بخوابید:** خوابیدن به پهلو و یا روی شکم ممکن است به جناغ سینه فشار وارد کند.

۳- **استراحت کافی داشته باشید:** کارهای سبک انجام دهید. از بالا و پایین رفتن زیاد پله ها خودداری کنید. اشیای بیش از ۲ کیلوگرم را بلند نکنید. از بغل کردن کودکان در حالت ایستاده اجتناب کنید.

۴- **فعالیت شما باید به اندازه کافی باشد:** حتما در مورد زمان و نوع فعالیت با پزشک خود مشورت کنید. حین فعالیت، زمانی را به استراحت اختصاص دهید. فعالیت شما نباید ممتد و خسته کننده باشد.

۵- **به هیچ وجه وارد شرایط استرس زا نشوید:** اگر خبر یا برنامه ای باعث ناراحتی شما می شود، از دیدن و شنیدن آن دوری کنید.

۶- **کمتر بیرون بروید:** در هوای آلوده و بیش از حد گرم و سرد از خانه خارج نشوید.

۷- **اصول استحمام را رعایت کنید:** تقریبا ۱۰-۷ روز بعد از عمل جراحی و در صورتی که محل جراحی مشکلی ندارد، می توانید

استحمام کنید. استحمام باید کوتاه باشد. بهتر است حین استحمام روی صندلی بنشینید و فردی نیز به عنوان مراقب در حمام حضور داشته باشد. رفتن داخل وان توصیه نمی شود و دوش گرفتن بهتر است.

۸- **روی صندلی نماز بخوانید:** از خم و راست شدن خودداری کنید.

۹- **فعلا سفر نروید:** زمان مسافرت و نحوه رفتن به مسافرت را با پزشک خود مطرح کنید. در صورتی که پزشک اجازه داد، می توانید به سفر بروید.

۱۰- **سیگار نکشید:** مصرف سیگار، الکل، فست فودها، غذاهای تند و ادویه جات و غذاهای چرب و روغنی ممنوع است.

۱۱- **مصرف داروها را فراموش نکنید:** اگر در مصرف دارو دقیق نیستید، از فردی بخواهید تا این مسئولیت را بر عهده گیرد.

۱۲- نگران ظاهر ناخوشایند محل برش جراحی نباشید: معمولاً ظرف مدت ۶ ماه تا حدود زیادی ناحیه کمرنگ تر می شود و دیگر با ظاهر ناخوشایند زخم مواجه نخواهید بود.

۱۳- رانندگی نکنید: حدود یک ماه بعد از جراحی می توانید مسیرهای کوتاه را با ماشین طی کنید ولی رانندگی طولانی اصلاً توصیه نمی شود. همچنین بهتر است تا ۶ ماه از دوچرخه سواری و موتورسواری اجتناب کنید.

منابع : درسنامه برونر سودارث، پرستاری داخلی جراحی ۳-ترجمه محمدرضا عسگری- انتشارات بشری. ۱۳۹۴

تهیه و تدوین : مرضیه خیری (دانشجوی دکترای آموزش و ارتقای سلامت)-۱۳۹۷

راضیه پریزاد- سوپروایزر آموزشی سلامت - ۱۳۹۸

خود مراقبتی در بیماران مبتلا به سکته

(انفارکتوس قلبی)

در نتیجه تداوم قطع خونرسانی به عضله قلبی، نکرروز غیر قابل برگشت بروز می کند. بیمار مبتلا به انفارکتوس میوکارد معمولا دچار



درد شدیدی در قفسه سینه می شود که تا زمان تجویز داوری مخدر توسط پزشک، ادامه می یابد.

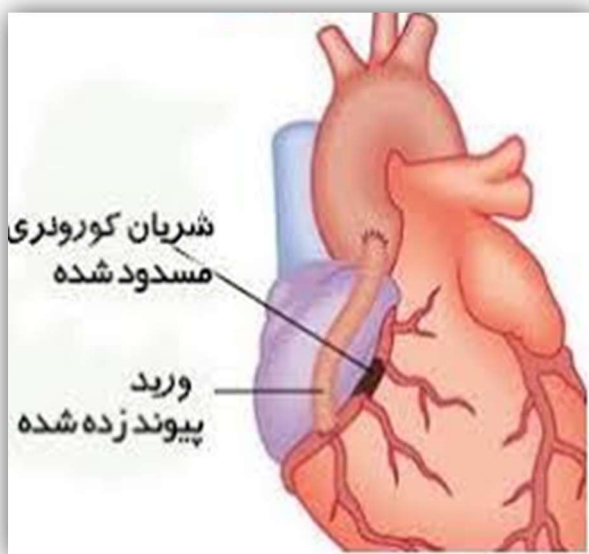
درد سوزاننده، فشارنده و خرد کننده در پشت جناغ سینه که به صورت خودبخودیو ناگهانی بروز می کند، بیش از ۳۰ دقیقه طول کشیده و به استراحت و دارو پاسخ نمی دهد و درد ممکن است به فک، گردن، شانه ها و بازوی چپ و قسمت تحتانی قفسه سینه انتشار یابد.

سایر علائم شامل، رنگ پریدگی، عرق سزد و چسبیده، تهوع، استفراغ، احساسی شبیه به سوء هاضمه، ضعف، تنگی نفس، اضطراب، تپش قلب، افزایش یا کاهش فشارخون، کبودی در انگشتان دست و پا، افزایش درجه حرارت بدن

علل و عوامل خطر ساز که با آترواسکلروز همراه بوده

عبارتند از:

- ۱- بالا بودن چربیهای خون
- ۲- استعمال دخانیات
- ۳- بالا بودن فشارخون



- ۴- سابقه فامیلی مثبت
- ۵- ابتلا به دیابت قندی
- ۶- چاقی و زندگی کم تحرک
- ۷- مصرف داورهای ضد حاملگی خوراکی

تشخیص

برای تشخیص سکته حاد قلبی از گرفتن نوار قلب و اندازه گیری آنزیم های قلبی نظیر CPK و تروپونین

درمان

در سکته حاد قلبی باید بیماران را در CCU بستری کرده و به بیمار استراحت مطلق داده می شود طی چند ساعت اول سکته بیمار بیمار اکسیژن از راه ماسک صورت با کانونل بینی داده می شود. در مراحل اولیه از داورهای ترومبولیتیک (حل کننده لخته) و گشاد کننده عروق، طبق دستور استفاده می شود. برای کم کردن گشاد کننده عروق، طبق دستور استفاده می شود برای کم کردن درد بیماران از داورهای مخدر مانند مرفین و یا پتیدین استفاده می شود. به بیمار محدودیت نمک و رژیم کم کالری در چندین وعده با مقدار کم داده می شود. از بروز یبوست در بیماران باید پیشگیری شود. در صورت عدم بروز نارسایی قلب و عوارض دیگر در عرض ۲-۳ روز اول روزانه ۲-۱ مرتبه به مدت ۳۰-۱۵ دقیقه روی صندلی بنشینید. روزهای چهارم و پنجم بیمار بایستد و بتدریج راه برود و کم کم مدت زمان و فاصله قدم زدن را بیشتر کند.

آموزش بیماران

- ۱- دوری از فعالیت هایی که سبب درد سینه، تنگی نفس و خستگی شوند. بخاطر داشته باشید که مدت فعالیت چندان مهم نیست بلکه شدت فعالیت مهم است. فعالیت و استراحت دوره ای داشته باشد.
- ۲- از مواجهه با هوای خیلی سرد و گرمای بیش از اندازه پرهیز کنید و از قدم زدن در خلاف جهت باد خودداری کنید.
- ۳- کاهش وزن و اضافه وزن می تواند در افراد زیادی عامل تشدید کننده دردهای سینه باشد. در حقیقت هنگامی که اضافه وزن از بین برود ممکن است آنژین خفیف شود و یا بطور کلی برطرف شود.
- ۴- کنترل وزن و فشارخون در ساعات معین روز (مانند صبح ناشتا)
- ۵- عدم استعمال دخانیات و مشروبات الکلی
- ۶- خوردن ۳-۴ وعده غذا، رژیم غذایی مناسب کم نمک، کم چربی و کم کالری است. غذا را با عجله نخورید و از مصرف غذاهای پرچرب که در شما احساس پری معده می نماید پرهیز نمائید. از استراحت و آرامش بلافاصله بعد از غذا پرهیزید.

- چنانچه مکررا بعد از صرف غذا دچار درد قفسه سینه شدید ممکن است پزشک برای شما قرص نیتروگلیسرین بعد از غذا تجویز نماید.
- ۷- استفاده از یک سرگرمی مطلوب بعد از بازگشت به منزل برای برطرف شدن کسالت و بهتر شدن روحیه خود به انجام بعضی از کارها بپردازید مانند صرف غذا در خارج از منزل ، سینما ، گلدوزی و نقاشی و استفاده از فضای سبز
- ۸- روزانه قدمزنید و فاصله و زمان ایمن کار را بتدریج افزایش دهید و در پایان آن روز نبض خود را کنترل نمایید.
- ۹- از انجام حرکات ورزشی بلافاصله بعد از غذا بپرهیزید.
۱۰. از عصبانیت دوری کنید : بیاموزید چگونه به اعصاب خود مسلط شوید تا بتوانید بدین وسیله خود را کنترل کنید.
- بدیهی است از بروز بعضی تظاهرات عصبی و هیجانات روحی با وجود کنترل اعصاب نمی توان جلوگیری کرد در این حال سعی کنید قبل از بروز درد با بکارگیری نیتروگلیسرین زیربانی از بروز درد جلوگیری کرد. از اتخاذ موقعیت های استرس زا بپرهیزید.
۱۱. رانندگی کردن : در صورتیکه رانندگی شما را خسته و عصبانی می کند از آن اجتناب کنید. در صورتی که قصد رانندگی طولانی در جاده خارج شهر را دارید پس از یکساعت رانندگی مداوم چند دقیقه توقف کرده و قدم بزنید سپس به رانندگی خود ادامه دهید.
۱۲. حمام کردن : معمولا یک هفته تا ده روز پس از شروع بیماری و منترل کامل آن با دستور پزشک می توانید حمام کنید بهتر است در حمام یک نفر در کنار شما باشد. از آب ولرم استفاده کنید زیرا آب سرد باعث بروز درد قلبی و افزایش کار قلب می شود و آب گرم باعث بروز حالت ضعف و سرگیجه و شوک می گردد. همچنین مدت زمان حمام کردن کوتاه باشد و از ۱۵ تا ۲۰ دقیقه تجاوز نکند.

منابع

درسنامه برونر سودارث، پرستاری داخلی جراحی ۳-ترجمه محمدرضا عسگری-انتشارات بشری. ۱۳۹۴

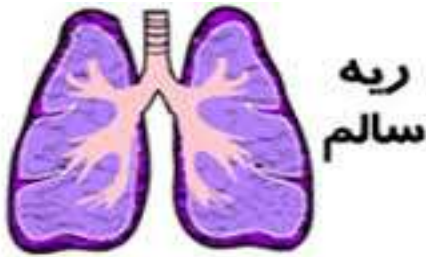
تهیه و تدوین : راضیه پریزاد- سوپروایزر آموزشی سلامت - ۱۳۹۸

خود مراقبتی در بیماران مبتلا به ادم حاد ریه

ادم حاد ریه

ادم ریه یک واقعه ی حاد ناشی از نارسایی بطن چپ است و می تواند به دنبال آنفارکتوس میوکارد حاد (MI) و یا با وخیم تر شدن نارسایی قلب (HF) ظاهر شود. زمانی که بطن چپ شروع به نارسا شدن می کند خون در درون گردش خون ریوی بلوک شده .

تظاهرات بالینی در ادم ریه



۱- متعاقب کاهش اکسیژن رسانی مغز ، بیمار به طور فزاینده ای بی قرار و مضطرب می شود.هم زمان با وقوع حالت بی تنفسی ناگهانی و احساس خفگی ، بیمار دچار تاکی پنه همراه با تنفس پر سرو صدا و کاهش درصد اشباع اکسیژن می شود.



۲- پوست و غشاهای مخاطی ممکن است رنگ پریده یا سیانوتیک شوند، و دست ها ممکن است سرد و مرطوب باشند. تاکی کاردی و JVD یا Jugular vein distention علائم شایع هستند.

۳- ممکن است سرفه های پی در پی بروز کنند که همراه با افزایش خلط کف آلود است با پیشرفت ادم ریوی اضطراب و نا آرامی بیمار افزایش پیدا می کند. بیمار ممکن است کانفیوز و مات شود.

۴- بیمار تقریباً توسط مایع کف آلود خونابه ای که در آلئول ها تجمع پیدا کرده خفه می شود که به آن غرق شدن در ترشحات می گویند. این وضعیت نیاز به اقدام فوری دارد .

پیشگیری از ادم ریه

همانند بسیاری از موارد اورژانس ، پیشگیری از ادم ریه آسان تر از درمان آن است. برای تشخیص زودهنگام آن ، پرستار باید به بررسی میزان دیسپنه ، سمع صدا های ریه و قلب، و وسعت ادم محیطی پردازد.

سرفه های ضربه ای ، خستگی ، افزایش وزن ، پیشرفت و بدتر شدن ادم و کاهش تحمل فعالیت ممکن است اولین نشانه های پیشرفت ادم ریه باشد. ادم ریه در مراحل اولیه ممکن است با افزایش دز دیورتیک ها و انجام سایر مداخلات برای کاهش پیشبار قلب ، تخفیف یابد.

برای مثال قرار دادن بیمار در وضعیت نشسته و پاهای آویزان باعث کاهش بار کاری بطن چپ می شود. رژیم درمانی و درک بیمار نسبت به پذیرش آن باید مورد بررسی قرار بگیرد.

تدابیر طبی در ادم ریه

۱- اکسیژن درمانی

اکسیژن با غلظت کافی برای رفع هیپوکسی و تنگی نفس تجویز می شود و معمولاً در ابتدا از ماسک دارای کیسه ذخیره بدون تنفس مجدد استفاده می شود.

۲- دیورتیک ها

دیورتیک ها باعث افزایش ترشح سدیم و آب توسط کلیه ها می شوند. فوروسماید یا سایر دیورتیک های حلقه ای ، برای دستیابی به اثر فوری دیورتیک، به صورت وریدی یا انفوزیون مداوم تجویز می شوند.

۳- وازودیلاتور ها

وازدیلاتورها نظیر نیتروگلیسرین وریدی یا نیتروپروساید ممکن است به رهایی از علائم ادم ریه کمک کنند. استفاده از آن ها در بیمارانی که هیپوتانسیون هستند ممنوع است.

تدابیر پرستاری در ادم ریه

پوزیشن دادن به بیمار جهت بهبود گردش خون

۱- پوزیشن مناسب می تواند به کاهش بازگشت خون وریدی به قلب کمک می کند.

۲- بیمار در وضعیت نشسته و ترجیحاً با پاهای آویزان از کنار تخت ، قرار داده می شود. این پوزیشن اثر فوری در کاهش

۳- بازگشت خون وریدی، کاهش حجم ضربه ای بطن راست و کاهش احتقان ریه دارد.

ایجاد حمایت روانی

زمانی که توانایی نفس کشیدن کم می شود متعاقبا احساس ترس و اضطراب بیمار افزایش یافته، وضعیت را وخیم تر می کند. اطمینان دادن به بیمار و انجام مراقبت های ماهرانه پرستاری، از اجزای اصلی درمان است.

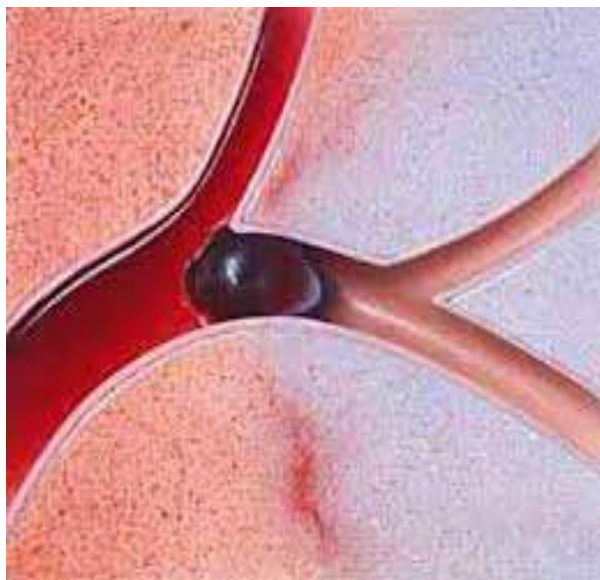
پایش دارو

- ۱- بیماری که تحت درمان با دیورتیک است، حجم زیادی ادرار را طی دقایقی پس از دریافت دارو دفع خواهد کرد.
- ۲- به منظور کاهش مصرف انرژی بیمار جهت بالا و پایین رفتن از تخت برای رفتن به دستشویی و افزایش کار قلب می توان از صندلی دستشویی در کنار تخت بیمار استفاده کرد.
- ۳- در صورت لزوم به لحاظ پایش دقیق برون ده ادراری ممکن است سوند ادراری دائم برای بیمار جای گذاری شود.
- ۴- بیماری که تحت انفوزیون وریدی مداوم دیورتیک و داروهای وازواکتیو است نیازمند پایش مداوم ECG و اندازه گیری مکرر علائم حیاتی است، بیمارانی که نیازمند مراقبت مداوم هستند باید به بخش ICU منتقل شوند.

خود مراقبتی در بیماران مبتلا به آمبولی ریه

آمبولی ریه

آمبولی ریوی در واقع وجود لخته در داخل رگ است، که از آنجا به ریه انتقال پیدا میکند و همانجا ساکن میشود. شما ممکن است دچار تنفس های کوتاه، حتی در مواقع استراحت، و احساس سکنه قلبی کنید. این اتفاق جز اورژانس ها محسوب میشود، چون یک



آمبولی بزرگ ریوی یا چندتا آمبولی کوچک می تواند کشنده باشد. درمان استاندارد رقیق کردن خون است. بیستر افراد دارای آمبولی ریوی نجات یافته اند. افرادی که مسن ترند و دارای بیماری زمینه ای هستند، یا به زودی تشخیص داده نمی شوند در خطر بالاتری از مرگ قرار دارند.

علل ایجاد آمبولی

لخته خون: لخته خونی که به دلایل مختلفی مانند بیماریها، چاقی

و... در عروق خونی تشکیل شده باعث انسداد جریان خون در عروق شما می شود.

چربی: شکستگی استخوان های بلند مانند استخوان ران می تواند باعث آزاد شدن ذرات چربی درون آن به داخل جریان خون شود. همچنین ممکن است ذرات چربی به دنبال سوختگی های شدید و یا به عنوان عارضه عمل های جراحی استخوان وارد جریان خون شوند.

هوا: آمبولی همچنین می تواند در صورت ورود حباب هوا و گازها به جریان خون ایجاد شود.

کلیسترویل: در افراد مبتلا به آترواسکلروز شدید (تنگی شریان ها ناشی از رسوب کلیسترویل) گاهی اوقات قطعات کوچک کلیسترویل از عروق خونی جدا شده و آمبولی ایجاد می کنند.

مایع آمنیوتیک: در برخی موارد مایع آمنیوتیک که در زمان بارداری جنین را احاطه کرده، حین زایمان ممکن است وارد عروق خونی مادر شده و انسداد ایجاد کند.

افرادی که در بیمارستان بستری هستند و یا اینکه تحت عمل جراحی قرار گرفته و کم حرکت هستند، بیشتر در معرض خطر ابتلا به DVT هستند برای پیشگیری از ابتلا لازم است:

- از جوراب های واریس استفاده کنید
- حتی اگر در تخت هستید و امکان حرکت ندارید پاها و دست ها را حرکت داده و نرمش دهید
- در صورت نیاز پزشک داروهای رقیق کننده خون را برای پیشگیری از ایجاد لخته تجویز می کند

چه عواملی خطر آمبولی را افزایش می دهند؟

- عمل های جراحی
- شکستگی های لگن و استخوان های بلند
- سابقه خانوادگی
- سابقه ابتلا به سرطان
- اضافه وزن و چاقی
- بارداری و زایمان
- سن بالای ۶۰ سال
- مصرف دخانیات
- بیماری قلبی
- عدم تحرک برای مدت طولانی

علائم

- درد یا ناراحتی
- تورم

- سرفه کردن
- احساس عدم دریافت کافی هوا
- نفس کم آوردن
- تعریق بیش از حد
- غش کردن
- درد با لمس کردن
- تنفس سخت

خود مراقبتی در آمبولی ریوی

این استراتژی های خود مراقبتی، از بازگشت مجدد بیماری جلوگیری میکند:

- استفاده از جوراب های سفت برای جلوگیری از ترومبوز ورید عمقی، راه بروید.
- پاهای خود را در طول مسافرت ها هر یک ساعت انعطاف دهید.
- بعد از جراحی بلند شوید و هرچه زودتر راه رفتن را شروع کنید.

منابع : درسنامه برونر سودارث، پرستاری داخلی جراحی ۳-ترجمه محمدرضا عسگری- انتشارات بشری. ۱۳۹۴

تهیه و تدوین : راضیه پریزاد – سوپروایزر آموزشی سلامت- ۱۳۹۸

خود مراقبتی در بیماران مبتلا به آنژین صدری

آنژین صدری

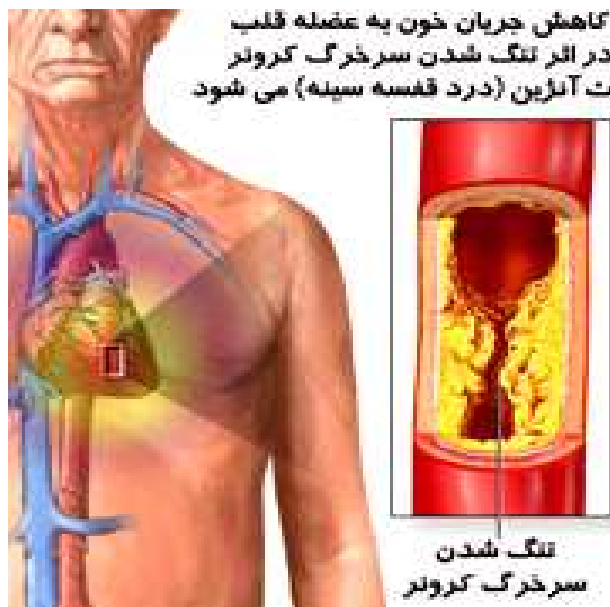
آنژین صدری یک احساس ناراحتی در قفسه سینه است این ناراحتی ممکن است بصورت درد ، سوزش ، احساس فشار، خستگی و یا هر نوع حالت ناخوشایند دیگر رخ دهد که معمولا به علت ناکافی بودن جریان خون عروق خون رسانی کننده قلب به عضله قلب ایجاد می شود.

محل ناراحتی

فرد مبتلا نمی تواند با انگشت خود محل درد را نشان دهد زیرا درد در یک منطقه مانند نیمه چپ قفسه صدری منتشر شده است.

مدت ناراحتی

حدود ۳ الی ۵ دقیقه است و در طی این مدت چنانچه فرد به استراحت بپردازد ناراحتی از بین می رود ، همچنین این درد به قرص نیتروگلیسرین جواب می دهد و به ندرت بیش از ۱۰ دقیقه طول می کشد



عوامل ایجاد کننده

هر عاملی که سبب افزایش کار قلب شود مانند فعالیت بدنی یا هیجانهای بیش از حد ، سبب افزایش نیاز عضله قلب به اکسیژن و بروز آنژین قلبی می شود .

علت

وقتی عروق خون رسانی کننده عضله قلب تنگ و مسدود می شود عضله قلب قادر به تامین خون لازم نمی باشد در نتیجه میزان اکسیژن عضله قلب برای رفع نیاز متابولیک کافی نبوده و سلولهای عضله قلب دچار ایسکمی (خون رسانی نا کافی) می شوند .

تشخیص

اغلب با بررسی تظاهرات بالینی و شرح حال دقیق بیماری تشخیص داده می شود بررسیهای تشخیصی دیگر عبارتند از :

گرفتن نوار قلب

تست ورزش

اسکن ایزو توپ

آکوکاردیوگرافی

آنژیوگرافی شریان کرونری

درمان

*درمان دارویی

*کنترل عوامل خطر آفرین

در صورت شروع حمله آنژین صدی

در صورت درد قفسه سینه به ترتیب زیر اقدام نمائید:

*کلیه فعالیتهای خود را متوقف کنید و بنشینید یا دراز بکشید قرص زیر زبانی نیترو گلسیرین را سریعاً زیر زبان قرار داده و تا قطع کامل درد استراحت کنید .

*حد امکان در قرار گرفتن در آب و هوای سرد پرهیز نمائید .

*از انجام فعالیتهایی که به تلاش زیاد احتیاج دارند و ورزشهای ناگهانی و ایزو متریک خود داری نمائید .

*در صورت امکان و حدالمقدور افزایش وزن نداشته باشید.

*در تمامی اوقات قرصهای زیر زبانی نیترو گلسیرین همراه خود داشته باشید .

- *از غذاهای سبک و وعده های زیاد امام با حجم کم استفاده نمائید .
 - *از خوردن غذاهای پر چرب سرخ کرده و آماده و در ضمن پر خوری پرهیز نمائید .
 - *استعمال دخانیات را متوقف کنید و از بودن با یک فرد سیگاری در یک اتاق پرهیز نمائید .
 - *در زمان درد فقط تا ۳ عدد قرص زیر زبانی نیترو گلسیرین و به فاصله هر ۵ دقیقه بصورت زیر زبانی استفاده کنید اگر درد کاهش نیافت سریعاً باید به نزدیکترین مرکز درمانی مراجعه نمائید. خطر سکته قلبی وجود دارد .
 - *داروهای تجویز شده توسط پزشک یا حتی اگر هیچ علائم بالینی نداشته باشید حتما مصرف کنید.
 - *از مصرف خود سرانه داروها بدون نسخه پزشک خود داری کنید.
 - *از برخورد با وضعیتهای پر استرس اجتناب نمائید .
 - *بهبتر است از آسانسور بجای پله استفاده شود.
 - *بین کار و فعالیت در فواصل مناسب استراحت کنید دوره های مختصر استراحت در طول روز داشته باشید .
 - *برنامه و میزان فعالیتهای روزانه در حدی باشد که باعث درد قفسه سینه یا تنگی نفس و خستگی نشود .
- منابع :** درسنامه برونر سودارث، پرستاری داخلی جراحی ۳- ترجمه محمدرضا عسگری- انتشارات بشری. ۱۳۹۴
- تهیه و تدوین :** زهره دباغی، کارشناس ارشد پرستاری- ۱۳۹۸

خود مراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلب

نارسایی قلبی

نارسایی قلب یکی از شایع ترین علل مراجعه به بیمارستان در افراد ۶۵ سال یا بیشتر می باشد. معمولا علل ها طول میکشد تا نارسایی قلب ایجاد شود. در طول هفته ها و ماه ها بدنبال ضعیفتر شدن قلب و توان کمتر آن برای پمپ کردن خون بر اساس نیازهای بدن ایجاد می شود.

- علائم و نشانه ها :
- تنگی نفس به هنگام دراز کشیدن و تنگی نفس حمله ای شبانه
- ورم دستها و پاها که به صورت گوده گذرا باشد
- سرفه خشک یا مرطوب،
- وجود خلط کف آلودگاهی صورتی رنگ
- خستگی، تعریق، کیچی، بی قراری و اضطراب و سبکی سر، سردرد
- بی اشتها، تهوع و استفراغ،
- ضعف و شب ادرای
- افزایش وزن به علت تجمع مایع در بدن
- علل نارسایی قلب چیست؟
- عدم دریافت جریان خون کافی به قلب به دلیل گرفتگی سرخرگهای کرونری
- آسیب به عضله قلبی ناشی از حمله قلبی پیشین
- نقص مادرزادی قلب

- بیماری دریچه ای قلب
- عفونت قلب و یا دریچه های قلب
- فشار خون بالا
- بیماری عضلات قلب (کاردیومیوپاتی)

درمان - اهداف کلی درمان نارسایی قلبی

- کاهش علائم و نشانه های بیماری جهت افزایش عملکرد بهتر قلبی و افزایش کیفیت زندگی و افزایش طول عمر میباشد
- درمان بر اساس شدت بیماری متفاوت است ممکن است شامل داروها بصورت خوراکی و تزریق وریدی باشد. تغییرات در سبک زندگی، اکسیژن رسانی و عمل های جراحی باشد. داروهای رایج مورد استفاده در درمان نارسایی قلب آنالاپریل، لوزار، هیدرولازین، ایزوسورباید، متورال کار ویدولول، لازیکس و هیدروکلرو تیازید و اسپیرنولاکتون باعث کاهش فشار خون و کاهش بار قلب و کاهش علائم بیماری می شود. دیگوکسین باعث افزایش قدرت انقباض قلب و کاهش علائم بیماری می شوند.
- نکات آموزشی : فعالیت و استراحت: - مدد جوی عزیز به شما توصیه می شود که در مرحله حاد بیماری، در طول روز استراحت کافی داشته باشید و در زمان استراحت، برای کاهش تنگی نفس بهتر است سر بستر را ۲۰ الی ۳۰ سانتیمتر بالا برده و در حالت نشسته یا نیمه نشسته قرار بگیرید.
- در صورتیکه در حالت درازکش دچار تنگی نفس می شوید بهتر است لبه ی تخت بنشینید و پاهای خود را آویزان روی صندلی قرار داده و دستها و سر خود را روی میز بالای تخت قرار دهید.
- -پس از بهتر شدن بیماری ، فعالیت خود را به آهستگی و با کمک دیگران شروع کنید و کم کم آنرا افزایش دهید.
- برای جلوگیری از سرگیجه به آهستگی تغییر وضعیت دهید و از حالت نشسته به ایستاده در آید.
- پس از هر بار فعالیت کمی استراحت نیز داشته باشید - با توجه به شرایط، فعالیت خود را افزایش دهید می توانید ورزش هایی مانند پیاده روی ، شنا و دوچرخه سواری انجام دهید ، در صورتیکه قادر به تحمل فعالیت نیستید ، بلافاصله آنرا متوقف کنید.

با توجه به شرایط، فعالیت خود را افزایش دهید می توانید ورزش هایی مانند پیاده روی ، شنا و دوچرخه سواری انجام دهید ، در صورتیکه قادر به تحمل فعالیت نیستید، بلافاصله آنرا متوقف کنید.

از قرار گرفتن در معرض هوای خیلی سرد یا گرم خودداری کنید و در هوای سرد روی بینی و دهان خود را با شالگردن بپوشانید و لباس گرم و مناسب استفاده کنید. همچنین بهتر است فعالیت خود را در موقعی از روز که هوا معتدل است انجام دهید.

تغذیه

به شما توصیه می شود در غذای خود از نمک (سدیم) کمتر استفاده نمایید ، هریک گرم نمک تقریباً " ۴۰۰ میلیگرم سدیم دارد ، میزان سدیم مورد نیاز در رژیم غذایی افراد سالم ۳ الی ۱۰ گرم در روز است ، ولی لازم است شما مصرف آنرا به کمتر از ۱ گرم در روز محدود نمایید ، یعنی به هنگام طبخ و صرف غذا به آن نمک اضافه نکنید و از مصرف غذاهای نمک دار نیز خودداری نمایید ، زیرا این مقدار سدیم در مواد خام غذایی بدون اضافه کردن نمک وجود دارد. ولی برای خوش طعم کردن غذاها می توانید از آبلیمو، گیاهان معطر ، میخک ، فلفل فرنگی و مرکبات استفاده کنید

* مواد غذایی باسدیم فراوان شامل : گوشت نمک سود شده ، گوشتهای آماده و غذاهای کنسرو شده ، سوسیس ، همبرگر، انواع سسها ، ترشی ، شورها ، ادویه جات و برخی پنیرها میباشد که لازم است از خوردن آنها خودداری کنید.

* غذاهایی مانند : مرغ ، برنج ، سیب زمینی، سدیم کمی دارند، از این دسته از مواد غذایی می توانید استفاده کنید.

برچسب مواد غذایی، نوشیدنی ها و غذاهای آماده را از نظر میزان سدیم کنترل کنید. همچنین داروهایی مانند آنتی اسیدها (شربت های معده)، مسهل ها، شربت ضد سرفه وقرصهای مسکن ممکن است حاوی سدیم فراوان باشند، بنابراین بدون نسخه پزشک دارویی را مصرف نکنید. و تعداد وعده های غذایی خود را بیشتر ، ولی حجم آنها کم کنید و از مصرف مواد محرک مانند : قهوه ، مواد حاوی کافئین ، الکل و سیگار خودداری نمایید.

• بسته به وضعیت خود و با نظر پزشک محدودیت مصرف مایعات را رعایت کنید.

برای رفع خشکی دهانتان می توانید از آب نبات سفت و آدامس بدون قند استفاده کنید و یا دهانتان را شستشو دهید. البته در صورتی که سدیم موجود در رژیم غذایی خود را کنترل نمایید و داروی ادرار آور مصرف کنید، معمولاً مصرف مایعات خود به خود تنظیم می شود و نیازی به محدودیت شدید مایعات ندارید، مگر اینکه دستور پزشکی خاصی داشته باشید. جهت بررسی حجم مایعات بدنتان . هر روز صبح در یکساعت مشخص پس از تخلیه ی مثانه وزن خود را کنترل و یادداشت نمایید و هر گونه افزایش وزن ناگهانی را گزارش

دهید. • بسته به نوع داروی ادرار آوری که مصرف می کنید ممکن است یک رژیم غذایی با پتاسیم کم یا زیاد به شما توصیه شود. مواد غذایی با پتاسیم بالا شامل: موز، مرکبات، سبزیجات برگدار سبز، گوجه فرنگی، خرما، زردآلو، هلو، انجیر، و غذاهای دریایی می باشد. در صورتیکه دیگوکسین مصرف میکنید، حتما قبل از مصرف آن نبض خود را کنترل کنید و در صورتیکه کمتر از ۶۰ ضربه در دقیقه بود به پزشک خود اطلاع دهید. حتما به علائم مسمومیت با دیگوکسین مانند: بی اشتها، گیجی، تهوع و استفراغ، خستگی و اختلالات بینایی توجه داشته باشید و در صورت بروز این علائم به پزشک خود مراجعه نمایید. به خاطر داشته باشید که مصرف همزمان دیگوکسین با برخی از مواد غذایی پرفیبر مانند: سبزیجات خام، میوه ها، سبوس، داروهای آنتی اسید (شربت معده)، داروهای ضد اسهال و ملین ها باعث کاهش جذب دیگوکسین میشود، بنابراین از مصرف همزمان آنها خودداری کنید. در صورت مصرف داروهای ادرار آور: این داروها را در ابتدای صبح مصرف کنید.

آموزش های بعد از ترخیص

- ۱- داروهای تجویز شده راتهییه نموده واز پرستار خود نحوه استفاده را سوال نمائید.
- ۲- قبل از خروج از بیمارستان با برگه خلاصه پرونده به درمانگاه مراجعه نموده و برای ویزیت بعدی خود اخذ نوبت نمائید.
- ۳- ویزیت دوره ای را فراموش نکنید و قبل اتمام داروها وقت بگیرید.
- ۴- در صورت بروز علائم زیر سریعاً به اورژانس مراجعه نمائید.
 - تنگی نفس در حالت خواب و استراحت
 - افزایش ضربان قلب یا احساس طپش قلب و بی نظمی که سبب سرگیجه و سبکی سر شود.
 - سرفه همراه با خلط کف آلود یا صورتی
 - کاهش یا افزایش وزن بیش از ۲ کیلوگرم در هفته
 - کاهش میزان ادرار روزانه
 - تورم در دست و پا و زانو یا شکم
- ۵- تغذیه مناسب
 - محدودیت مایعات و نمک (برای پیشگیری از تجمع سدیم و جذب مایع اضافی) که سبب افزایش کار قلب میشود
 - پرهیز از FAST FOOD ها، نوشابه ها، دوغ و آبمیوه های صنعتی و حذف نمکدان از سفره
 - مصرف آبمیوه طبیعی و ادویه های گیاهی بدون نمک

۶-فعالیت عادی در حد تحمل و افزایش تدریجی آن

-پیاده روی روزانه از ۵دقیقه تا ۳۰دقیقه

-پرهیز از هوای خیلی سرد و گرم و آلوده

-استحمام کوتاه با استفاده از یک چهارپایه با آب ولرم

-فعالیت جنسی دوساعت بعداز غذا و کارسنگین

درصورت امکان توزین روزانه واندازه گیری مایعات دریافتی وادرار در ۲۴ساعت از ایجاد تورم وتنگی نفس پیشگیری میکند(مصرف

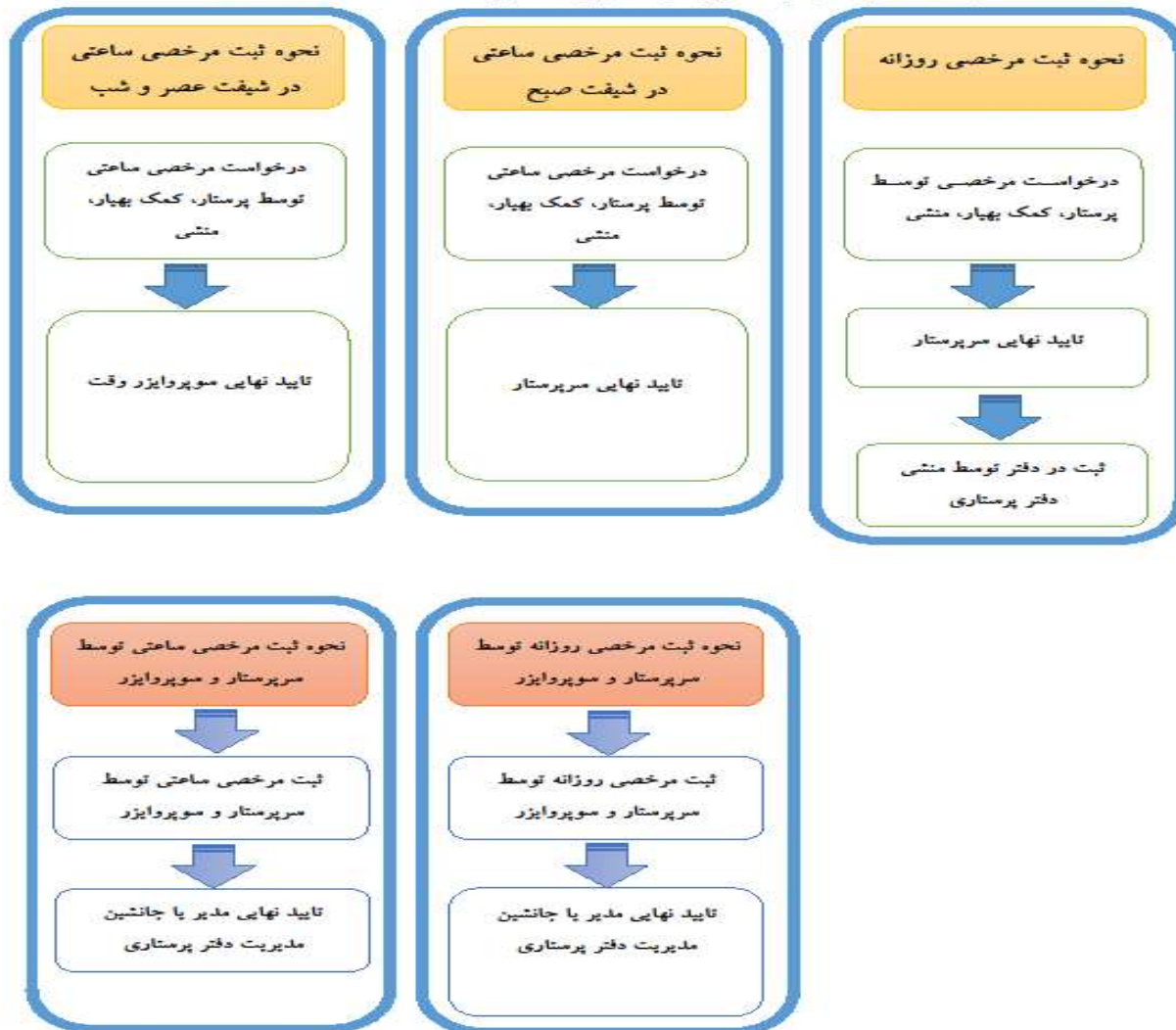
حداکثر دولیوان مایع بیشتر از مایع دفع شده)

منابع : درسنامه برونر سودارث، پرستاری داخلی جراحی ۳-ترجمه محمدرضا عسگری- انتشارات بشری. ۱۳۹۴

تهیه و تدوین : راضیه پریراد - سوپروایزر آموزشی سلامت- ۱۳۹۸

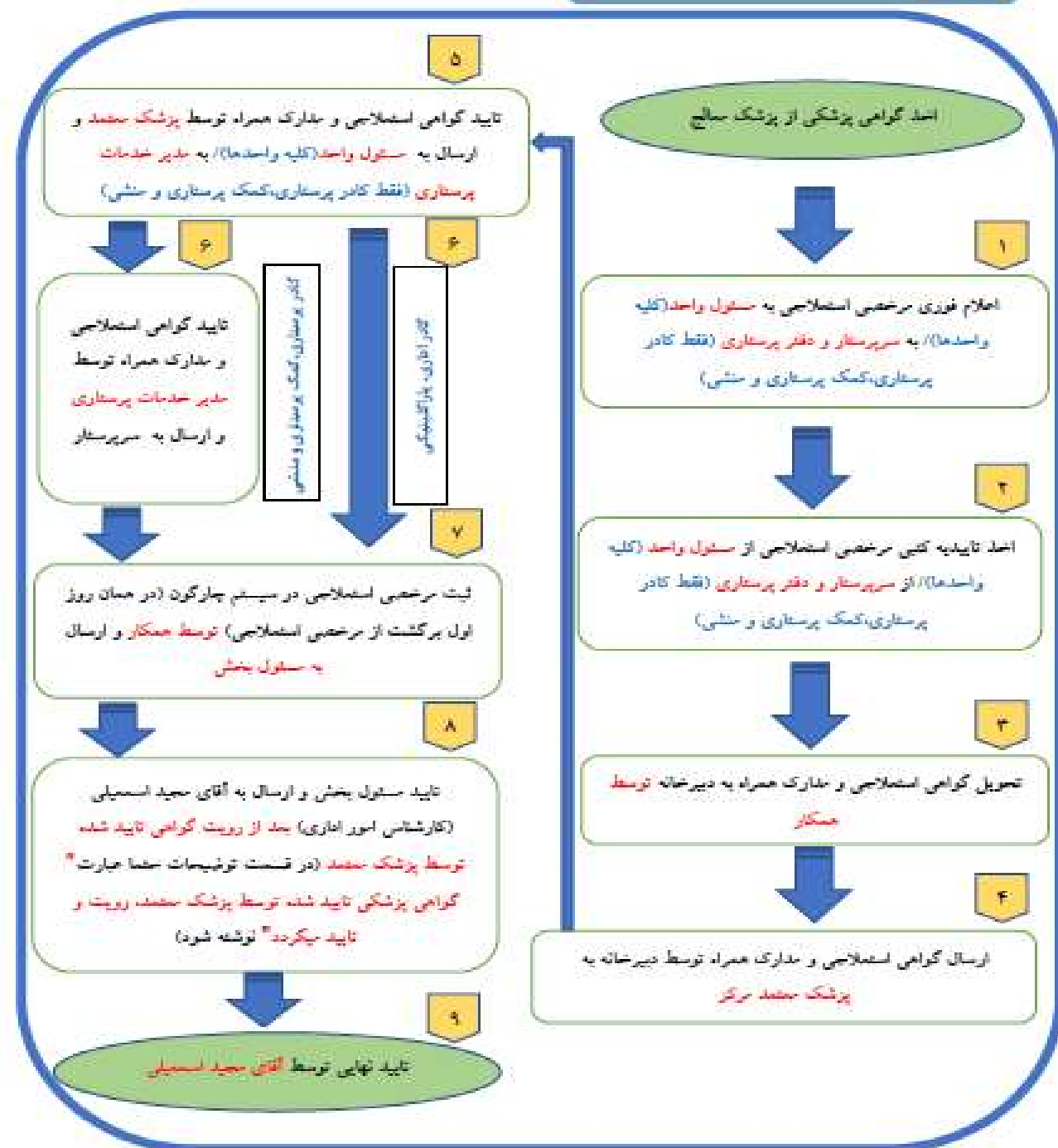
درخواست مرخصی ساعتی، روزانه، حق شیر و استعلاجی

فرایند ثبت مرخصی توسط سوپروایزرها، سرپرستاران، پرستاران، کمک بهیاران، منشیها



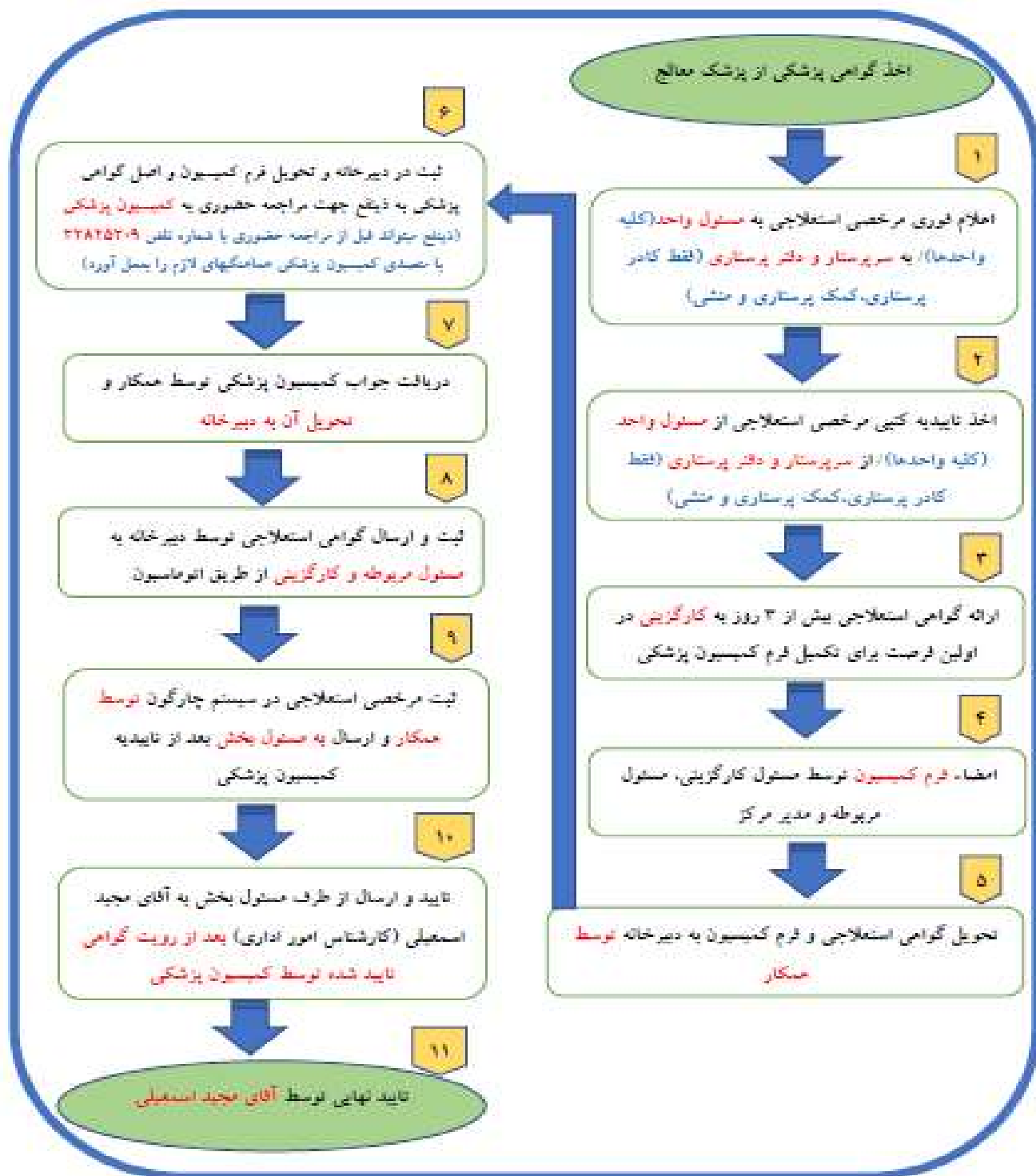
فرایند ثبت مرخصی استعلاجی ۳ روز و کمتر توسط همکاران

نحوه ثبت مرخصی استعلاجی کمتر از سه روز



فواید ثبت مرخصی استعلاجی بیشتر از ۳ روز توسط همکاران مرکز

نحوه ثبت مرخصی استعلاجی بیشتر از سه روز



راهنمای شاخص های تخصیص نمره کارانه در بخش های بستری - ویرایش مهر ماه سال ۹۹

فرمول کارانه (امتیاز مدرک تحصیلی + امتیاز خدمت) ضربدر (ضریب رضایت از عملکرد) می باشد که پس از محاسبه آن معیارهای تشویقی و کسر از کارانه لحاظ شده و نمره نهایی فرد به دست می آید.

A. امتیاز نوع خدمت: ۱,۶

B. امتیاز مدرک تحصیلی: (کارشناسی ارشد = ۳، کارشناسی = ۲,۵، کاردانی = ۲، دیپلم = ۱,۵، زیر دیپلم = ۱)

C. امتیاز ضریب عملکرد بر اساس معیارهای ذیل به دست می آید:

۱- رتبه ارزیابی عملکرد فرد (حاصل از ارزیابی مهارتهای عمومی، ارتباطی و اختصاصی فرد در چهار ماه گذشته) 45٪:

(رتبه 45 = A1، 40 = A2، 35 = B1، 30 = B2، 25 = C)

۲- امتیاز شیفت شب ۱۰٪: { طبق شیوه نامه ۱۰٪، کمتر از حد مجاز ۵٪، بدون شب (بدون مجوز) ۰٪ }

۳- رعایت دستورالعمل تحویل نوبت کاری (ISBAR و حضور بموقع بر بالین بیمار و رعایت همپوشانی بین شیفت ها) ۱۰٪: همیشه ۱۰٪، گاهی ۵٪

۴- همکاری در برنامه (قبول شیفت در زمان استعلاجی، همکاری در پوشش برنامه و ...) ۵٪ (همیشه ۵٪، گاهی ۳٪، به ندرت ۰٪)

۵- قبول شیفت در روزهای تعطیلی ۵٪: (تقبل شیفت روز تعطیل همیشه ۵٪، گاهی ۳٪، به ندرت ۰٪)

۶- شرکت در برنامه های آموزشی و جلسات درون بخشی: ۵٪

۷- رضایت مسئول مستقیم (انتقاد پذیری، هماهنگی، انعطاف پذیری، مسئولیت پذیری و ...) ۵٪ (خوب ۵٪ - قابل قبول ۳٪ - غیر قابل قبول ۰)

۸- رضایت ارباب رجوع و همکاران: ۵٪

۹- رعایت مقررات اداری ۵٪: رعایت ساعات ورود و خروج - رعایت سلسله مراتب اداری - اطلاع بموقع تغییرات برنامه و تعویض شیفت - ثبت صحیح و به موقع درخواست مرخصی ها، برخورد احترام آمیز در محیط کار و ... (خوب ۵٪ - قابل قبول ۳٪ - غیر قابل قبول ۰)

۱۰- رعایت یونیفرم ۵٪: (خوب ۵٪ - قابل قبول ۳٪ - غیر قابل قبول ۰ امتیاز)

D: معیارهای تشویقی شامل موارد ذیل است و نهایت تا ۵، + نمره کل نمره کارانه می باشد .

۱- همکاری با اضافه کار فیزیکی ۱۰٪: (بالای ۸۰ ساعت = ۱۰٪، ۸۰-۳۰ ساعت = ۵٪)

۲- قبول مسئولیت ۱۰٪: (مسئول شیفت - رابط آموزش، رابط کنترل عفونت، سایر رابطین، درمانگر زخم) : ۱۰٪

۳- همکاری با دفتر پرستاری (همکاری با سوپروایزرها و طرح های فوق برنامه) : ۱۰٪

۴- ارائه پیشنهاد عملی در بخش : ۱۰٪

E: کسر از کارانه به ازای مرخصی:

مرخصی استعلاجی: (تعداد روزهای کاری در آن ماه / نمره کارانه هر فرد * تعداد روزهای استعلاجی)

تعداد روزهای مرخصی استحقاقی بیش از سه روز: (تعداد روزهای کاری در آن ماه / نمره کارانه هر فرد*تعداد روزهای مرخصی استحقاقی بیش از پنج روز)

توضیح: نمره کارانه فرد در فرمول بالا، حداکثر نمره فرد بر اساس فرمول کارانه (امتیاز مدرک تحصیلی + امتیاز خدمت) ضربدر (ضریب رضایت از عملکرد) می باشد.

در سایر بخش ها (غیر از بخش های بستری) ، شاخص های فوق با تغییرات بر اساس ماهیت بخش اعمال می شود که شاخص های مربوطه به سرپرستار ابلاغ شده است و در بخش ها در دسترس است.

۱۰۰,۳۰۸۰۹

۸۹/۱۴/۴۰

مواد (۷-۱) آیین نامه اجرایی قانون ارتقاء بهره وری کارکنان بالینی نظام سلامت
موضوع مصوبه شماره ۲۲۲۱۶۸/ت/۴۳۶۱۶ هـ مورخ ۸۸/۱۱/۱۱ هیات محترم وزیران

هیئت وزیران در جلسه مورخ ۱۳۸۲/۱۰/۲۰ بنا به پیشنهاد مشترک وزارتخانه های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، کار و امور اجتماعی، رفاه و تامین اجتماعی، دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح، سازمان نظام پزشکی و سازمان نظام پرستاری و به استناد بند ۵ قانون ارتقای بهره وری کارکنان بالینی نظام سلامت-مصوب ۱۳۸۸-آیین نامه اجرایی قانون یاد شده را به شرح زیر تصویب نمود:

ماده ۱: شاغلین بالینی به کارکنان رسته بهداشتی درمانی اطلاق می شود که در بیمارستانها و مراکز درمانی شبانه روزی دولتی (کشوری و لشکری) و غیردولتی به بیماران بستری به صورت مستقیم ارائه خدمت می دهند و شامل پرستاران، بهیاران، کمک بهیاران، ماماها، پزشکان، کاردان و کارشناسان اتاق عمل، کاردان ها و کارشناسان هوشبری و شاغلین رشته شغلی فوریشهای پزشکی می باشند.

ماده ۲: میزان ساعات کار کارکنان ۴۴ ساعت در هفته می باشد و باتوجه به صعوبت کار، سابقه خدمت و کار در نوبت- کاریهای غیرمتعارف، بر طبق دستورالعملی که به تفکیک مشاغل و نوع فعالیت توسط وزارتخانه های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح تعیین و ابلاغ می گردد، حداکثر تا ۸ ساعت در هفته تقلیل می یابد. این دستورالعمل در بخشهای دولتی (کشوری و لشکری) و غیردولتی لازم الاجرا خواهد بود.

ماده ۳: کارکنان بالینی بیمارستانهای روانی و سوختگی موضوع ماده ۱ این آئین نامه و همچنین کارشناسان امور روانی، مددیاران و کاردرمانگران این بیمارستانها علاوه بر مرخصی استحقاقی سالیانه، حداکثر تا یکماه از مرخصی کار در محیطهای غیرمتعارف استفاده خواهند نمود. این مرخصی قابل ذخیره یا خرید نمی باشد.
تبصره: کارکنان بالینی که در بخشهای روانی و سوختگی بیمارستانهای عمومی به طور مستمر اشتغال داشته باشند مشمول مفاد این ماده خواهند بود.

ماده ۴: مشاغل کارکنان بالینی بیمارستانهای روانی و سوختگی و مشمولین موضوع ماده ۱۶ قانون سازمان نظام پرستاری شاغل در بخشهای دولتی و غیردولتی از جمله مشاغل سخت و زیان آور محسوب می شوند.

ماده ۵: ساعات کار کارکنان بالینی در بخش های دولتی و غیردولتی در نوبتهای شب و ایام تعطیل یا ضریب ۱/۵ احساسه می گردد. مشمولین این ماده اجازه کار بیش از ۱۲ ساعت متوالی را نداشته و می توانند در صورت نیاز، ماهانه حداکثر ۸۰ ساعت بر اساس دستورالعمل ماده ۲ این آیین نامه با توافق کارفرما اضافه کاری انجام دهند. با اعمال این ضریب هیچیک از کارکنان مجاز به صرف زمان جهت خوابیدن در طی شیفت های شب و ایام تعطیل نمی باشند.
تبصره: در تعویض نوبت های کاری یک ساعت صرف تغییر و تحول امور جاری بخش و بیماران بستری می گردد.

ماده ۶: روش پرداخت حقوق و مزایای شاغلین خدمت در بخش های دولتی و غیردولتی در واحدهای مصرح در ماده ۱ این آئین نامه ترکیبی از دو روش ثابت و مبتنی بر عملکرد می باشد. پرداخت در روش ثابت، بر اساس قوانین و ضوابط مورد عمل در بخشهای مذکور و پرداخت در روش مبتنی بر عملکرد تا تعیین نرخ تعرفه های خدمات، در بخش دولتی براساس طرح نظام نوین بیمارستانها و در بخش غیردولتی طبق روال حاکم خواهد بود.

ماده ۷: مزایای این آیین نامه فقط شامل شغلی است که در یکی از بخش های دولتی یا غیردولتی به کار بالینی در رشته شغلی مرتبط اشتغال دارند. مشمولین این آیین نامه موظف به ارائه تعهد نامه ای که طی آن فرد، متعهد به انجام خدمت در یک بخش می شود، می باشند. متن تعهد نامه توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تنظیم و ابلاغ خواهد شد.

الزامات نیروهای جدیدالورود

پرستارانی که شروع بکار می کنند باید در نظام پرستاری عضو شوند و پوشش بیمه مسولیت حرفه ای داشته باشند. جهت ثبت ورود و خروج توسط بخش IT تعریف چهره شوند. همچنین جهت تهیه مهر و اتیکت شناسایی اقدام نمایند.

مقررات داخلی بیمارستان

شرح وظایف کارگزینی

- * برنامه ریزی و سرپرستی امور مختلف کارگزینی
- * صدور احکام کارگزینی از قبیل احکام انتقال ، ترمیم حقوق ، مرخصی ، معذوریت ، ترفیع طبق مقررات
- * صدور احکام افزایش سنواتی و ترمیم ضریب حقوق سالیانه پرسنل با رعایت قوانین و مقررات مربوط
- * انجام امور مربوط به کارکنانی که به نحوی از سیستم اداری خارج می شوند (پایان طرح خدمت ، بازنشستگی ، فوت)
- * اجرای خط مشی تعیین شده و اتخاذ تدابیر لازم به منظور حسن انجام هدفهای مورد نظر
- * مطالعه قوانین و مقررات استخدامی و اظهار نظر در مورد نحوه اجرای قوانین و مقررات مورد عمل
- * انجام کلیه امور مربوط به پرسنل جدید الورد اعم از تشکیل پرونده - ثبت اثر انگشت در دستگاه تایمکس - تشکیل کارت مرخصی و اعلام تاریخ شروع بکار آن ها به مراجع ذیربط
- * همکاری در تهیه لیست گواهی انجام کار ماهیانه کارکنان و ارسال آن به واحد امور مالی جهت پرداخت حقوق و مزایا
- * نظارت بر انجام امور مربوط به حضور و غیاب پرسنل از طریق دستگاه تایمکس
- * پیگیری و انجام مکاتبات لازم در مورد کارکنانی که تعجیل در خروج و یا تأخیر در ورود دارند
- ثبت مرخصی پرسنل بصورت روزانه در سیستم
- * پیگیری احکام مأموریت اداری کارکنان
- * بروزرسانی آمار و اطلاعات پرسنلی و ارجاع به مقامات بالاتر
- * نظارت بر انجام امور بایگانی و رسیدگی به پرونده های کارکنان

* پیگیری امور رفاهی کارکنان از قبیل حق لباس ، جیره غیر نقدی ، امروز کارمند

شرح وظایف واحدهای امور مالی

* حقوق و دستمزد: تهیه و تنظیم لیست حقوق - اضافه کار - کارانه بیمه - لیست های متفرقه و اسناد هزینه ای مربوط و پرداخت لیست ها و غیره

* دریافت و پرداخت: نظارت بر امور حسابداری دریافت و پرداخت کلیه اسناد مالی و مغایرت های بانکی و

* درآمد: کنترل و نظارت دقیق بر عملکرد کلیه صندوقداران و همچنین تهیه و تنظیم کلیه اسناد درآمدی و سازمان های بیمه ای و طرف قرارداد

* رسیدگی به اسناد: رسیدگی به کلیه اسناد مالی و مطابقت با مقررات و آیین نامه مالی و معاملات و بخشنامه های صادره

* صدور اسناد: تهیه و تنظیم اسناد مالی مطابق سر فصل های تعیین شده

* اموال: ثبت، حفظ و نگهداری کلیه اموال بیمارستان و کلینیک فوق تخصصی کوثر

* تنظیم و ارسال گزارشات مالی (ارائه صورتهای مالی و تراز آزمایشی و مغایرت بانکی)

* جلسات مداوم با واحدهای مختلفی همچون داروخانه ، آزمایشگاه ، انبار و کارپردازی ، آشنایی با برنامه های نظام نوین مالی و

HIS، انبارها و بکارگیری از برنامه فوق در ارتقا کمی و کیفی انبار دارویی و لوازم مصرفی

شغل:

عبارت از مجموع وظایف و مسئولیت های مرتبط و مستمر و مشخصی است که از طرف سازمان امور اداری و استخدامی کشور به عنوان کار واحد شناخته شده باشد.

رسته :

عبارت از مجموع رشته های مشاغلی است که از لحاظ نوع کار و حرفه و رشته تحصیلی و تجربی وابستگی نزدیک داشته باشد .
پست سازمانی:

عبارت از محلی است که در سازمان وزارتخانه ها و موسسات دولتی به طور مستمر برای یک شغل و ارجاع آن به یک مستخدم در نظر گرفته شده اعم از این که دارای متصدی یا بدون متصدی باشد

حقوق و مزایا

کلیه مشاغل مشمول قانون خدمات کشوری براساس عواملی نظیر اهمیت و پیچیدگی وظایف و مسؤولیتها، سطح تخصص و مهارتهای مورد نیاز به یکی از طبقات جدول یا جداول حق شغل اختصاص می یابند.

حداقل امتیاز جدول یا جداول ارزشیابی مشاغل (۲۰۰۰) و حداکثر آن (۶۰۰۰) می باشد.

هرکدام از مشاغل متناسب با ویژگیها، حداکثر در پنج رتبه، مقدماتی، پایه، ارشد، خبره و عالی طبقه بندی می گردند و هرکدام از رتبه ها به یکی از طبقات جدول یا جداول موضوع این ماده اختصاص می یابد. رتبه های خبره و عالی به مشاغل کارشناسی و بالاتر اختصاص می یابد.

شاغلین مربوط در بدو استخدام در رتبه مقدماتی قرار می گیرند و براساس عواملی نظیر ابتکار و خلاقیت، میزان افزایش مهارتها، انجام خدمات برجسته، طی دوره های آموزشی و میزان جلب رضایت ارباب رجوع براساس ضوابطی که متناسب با ویژگیهای مشاغل به تصویب شورای توسعه مدیریت می رسد. ارزیابی و حسب امتیازات مکتسبه و طی حداقل مدت تجربه مربوط به سطوح پایه، ارشد، خبره و عالی ارتقاء می یابند. نخبگانی که طبق ضوابط مصوب شورای عالی انقلاب فرهنگی تعیین می شوند و افرادی که علاوه بر شرایط عمومی در بدو استخدام از تجربه و مهارت لازم برخوردار هستند. طبق آئین نامه ای که به پیشنهاد سازمان به تصویب هیأت وزیران می رسد از طی برخی از رتبه ها معاف و در یکی از رتبه های دیگر قرار می گیرند.

کلیه عناوین مدیریت و سرپرستی متناسب با پیچیدگی وظایف و مسؤولیتها، حیطه سرپرستی و نظارت و حساسیتهای شغلی و سایر عوامل مربوط در یکی از طبقات جدول فوق العاده مدیریت که حداقل امتیاز آن (۵۰۰) و حداکثر آن (۵۰۰۰) است، قرار می گیرند. امتیاز طبقه مشاغل بهداشتی و درمانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در جدول یا جداول حق شغل با ضریب (۱/۱) محاسبه می گردد. کلیه شاغلین قانون خدمات کشوری براساس عواملی نظیر تحصیلات، دوره های آموزشی و مهارت (علاوه بر حداقل شرایط مذکور در اولین طبقه شغل مربوط)، سنوات خدمت و تجربه از امتیاز حق شاغل که حداقل (۱۰۰۰) و حداکثر (۴۵۰۰) امتیاز می باشد، بهره مند می گردند. حداکثر امتیاز این ماده برای هر شاغل از هفتاد و پنج درصد (۷۵٪) امتیاز شغل وی تجاوز نخواهد کرد.

علاوه بر پرداختهایی که حقوق ثابت تلقی می گردد فوق العاده هایی به شرح زیر به کارمندان قابل پرداخت می باشد:

۱- فوق العاده مناطق کمتر توسعه یافته و بدی آب و هوا برای مشاغل تخصصی که شاغلین آنها دارای مدارک تحصیلی کارشناسی ارشد و بالاتر می باشند تا به میزان بیست و پنج درصد (۲۵٪) امتیاز حقوق ثابت و برای سایر مشاغل تا بیست درصد (۲۰٪) حقوق ثابت هرکدام از کارمندان واجد شرایط پرداخت خواهد شد. فهرست این مناطق در هر دوره برنامه پنجساله با پیشنهاد سازمان به تصویب هیأت وزیران می رسد.

۲- فوق‌العاده ایثارگری متناسب با درصد جانبازی و مدت خدمت داوطلبانه در جبهه و مدت اسارت تا (۱۵۰۰) امتیاز و به دارندگان نشان‌های دولتی تا (۷۵۰) امتیاز تعلق می‌گیرد.

کارمندان و بازنشستگان که در زمان جنگ در مناطق جنگ‌زده مشغول خدمت اداری بوده اند به ازاء هر سال خدمت در زمان جنگ (۱۲۵) امتیاز در نظر گرفته می‌شود.

۳- فوق‌العاده سختی کار و کار در محیط‌های غیر متعارف نظیر کار با اشعه و مواد شیمیایی ، کار با بیماران روانی ، عفونی و در اورژانس و در بخش‌های سوختگی و مراقبت‌های ویژه بیمارستانی تا (۱۰۰۰) امتیاز و در مورد کار با مواد سمی، آتش زا و منفجره و کار در اعماق دریا، امتیاز یاد شده با تصویب هیأت وزیران تا سه برابر قابل افزایش خواهد بود.

۴- کمک هزینه عائله‌مندی و اولاد به کارمندان مرد شاغل و بازنشسته و وظیفه‌بگیر مشمول این قانون که دارای همسر می‌باشند معادل (۸۰۰) امتیاز و برای هر فرزند معادل (۲۰۰) امتیاز و حداکثر سه فرزند. حداکثر سن برای اولادی که از مزایای این بند استفاده می‌کنند به شرط ادامه تحصیل و نیز غیر شاغل بودن فرزند، (۲۵) سال تمام و نداشتن شوهر برای اولاد اناث خواهد بود. کارمندان زن شاغل و بازنشسته و وظیفه‌بگیر مشمول این قانون که دارای همسر نبوده و یا همسر آنان معلول و یا از کار افتاده کلی می‌باشد و یا خود به تنهایی متکفل مخارج فرزندان هستند از مزایای کمک هزینه عائله‌مندی موضوع این بند بهره‌مند می‌شوند. فرزندان معلول و از کار افتاده کلی به تشخیص مراجع پزشکی ذی‌ربط مشمول محدودیت سقف سنی مزبور نمی‌باشند.

۵- فوق‌العاده شغل برای مشاغل تخصصی، متناسب با سطح تخصص و مهارت‌ها ، پیچیدگی وظایف و مسؤولیت‌ها و شرایط بازار کار با پیشنهاد سازمان و تصویب هیأت وزیران برای مشاغل تا سطح کاردانی حداکثر (۷۰۰) امتیاز و برای مشاغل همسطح کارشناسی حداکثر (۱۵۰۰) امتیاز و برای مشاغل بالاتر حداکثر (۲۰۰۰) امتیاز تعیین می‌گردد

۷- به منظور جبران هزینه سفر و مأموریت روزانه داخل و خارج از کشور، نوبت کاری ، جابه‌جایی محل خدمت کارمندان با تشخیص دستگاه اجرائی ، کسر صندوق و تضمین، مبالغی با پیشنهاد سازمان و تصویب هیأت وزیران به کارمندان پرداخت خواهد شد.

۹- در صورتی که بنا به درخواست دستگاه، کارمندان موظف به انجام خدماتی خارج از وقت اداری گردند براساس آئین نامه‌ای که با پیشنهاد سازمان به تصویب هیأت وزیران می‌رسد، می‌توان مبالغی تحت عنوان اضافه کار ، حق‌التحقیق، حق‌التدریس، حق‌الترجمه و حق‌التألیف به آنها پرداخت نمود.

امتیاز میزان عیدی پایان سال کارمندان و بازنشستگان و موظفین معادل (۵۰۰۰) می‌باشد.

جدول امتیاز حق شغل

طبقات جدول و رتبه های	مقدماتی	پایه	ارشد	خبیره	عالی
شغلی					
طبقه یک	۲۴۰۰	۲۶۵۰	-	-	-
طبقه دو	۲۶۰۰	۲۸۵۰	-	-	-
طبقه سه	۲۸۰۰	۳۰۵۰	-	-	-
طبقه چهار	۳۰۰۰	۳۲۵۰	۳۶۰۰	۴۰۵۰	۴۶۰۰
طبقه پنج	۳۲۰۰	۳۴۵۰	۳۸۰۰	۴۲۵۰	۴۸۰۰
طبقه شش	۳۴۰۰	۳۶۵۰	۴۰۰۰	۴۴۵۰	۵۰۰۰
طبقه هفت	۳۶۰۰	۳۸۵۰	۴۲۰۰	۴۶۵۰	۵۲۰۰
طبقه هشت	۳۸۰۰	۴۰۵۰	۴۴۰۰	۴۸۵۰	۵۴۰۰
طبقه نه	۴۰۰۰	۴۲۵۰	۴۶۰۰	۵۰۵۰	۵۶۰۰
طبقه ده	۴۲۰۰	۴۴۵۰	۴۸۰۰	۵۲۵۰	۵۸۰۰
طبقه یازده	۴۴۰۰	۴۶۵۰	۵۰۰۰	۵۴۵۰	۶۰۰۰
طبقه دوازده	۶۴۰۰	۴۸۵۰	۵۲۰۰	۵۶۵۰	۶۲۰۰
طبقه سیزده	۴۸۰۰	۵۰۵۰	۵۴۰۰	۵۸۵۰	۶۴۰۰
طبقه چهارده	۵۰۰۰	۵۲۵۰	۵۶۰۰	۶۰۵۰	۶۶۰۰
طبقه پانزده	۵۲۰۰	۵۴۵۰	۵۸۰۰	۶۲۵۰	۶۸۰۰
طبقه شانزده	۵۴۰۰	۵۶۵۰	۶۰۰۰	۶۴۵۰	۷۰۰۰

جدول امتیاز حق شاغل

ردیف	امتیاز تحصیلات	امتیاز دوره های آموزشی	امتیاز مهارت و توانایی ها	امتیاز سنوات خدمت در هر سال	امتیاز تجربه مربوط و مشابه در هر سال
۱	۱۲۰۰ دیپلم	مصوب به ازای طی هر یک ساعت دوره آموزشی مصوب، نیم امتیاز (حداکثر ۵۰۰ امتیاز)	۲۵۰	۱۵	۱۰
۲	۱۴۰۰ فوق دیپلم		۳۰۰	۲۰	۱۲
۳	۱۷۰۰ لیسانس		۴۰۰	۲۵	۱۴
۴	۲۰۰۰ فوق لیسانس		۶۰۰	۳۰	۱۶
۵	۲۳۰۰ دکترا		۸۰۰	۳۵	۱۸

ضوابط نحوه ارتقای کارمندان در طبقات جدول حق شغل

- ۱- شاغلین مجموعه مشاغلی که شرایط احراز تحصیلی آنها مدرک تحصیلی پایان دوره ابتدایی بوده است، به ازای هر شش سال سوابق تجربی از تاریخ دریافت آخرین گروه استحقاقی یک طبقه و حداکثر تا طبقه ۵ ارتقاء می یابند.
- ۲- شاغلین مجموعه مشاغلی که شرایط احراز تحصیلی آنها مدرک تحصیلی پایان دوره راهنمایی (سیکل) بوده است، به ازای هر پنج سال سوابق تجربی از تاریخ دریافت آخرین گروه استحقاقی یک طبقه و حداکثر تا طبقه ۶ ارتقاء می یابند.
- ۳- شاغلین مجموعه مشاغلی که شرایط احراز تحصیلی آنها مدرک تحصیلی دیپلم می باشد به ازای هر پنج سال سوابق تجربی از تاریخ دریافت آخرین گروه استحقاقی یک طبقه و حداکثر تا طبقه ۷ ارتقاء می یابند.
- ۴- شاغلین مجموعه مشاغلی که شرایط احراز تحصیلی آنها مدرک تحصیلی کاردانی یا همتراز 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.
- ۵- شاغلین مجموعه مشاغلی که شرایط احراز تحصیلی آنها مدرک تحصیلی کارشناسی یا همتراز می باشد به ازای هر چهار سال سوابق تجربی از تاریخ دریافت آخرین گروه استحقاقی یک طبقه و حداکثر تا طبقه ۱۰ ارتقاء می یابند.

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

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

۸- پزشکان متخصص و همچنین شاغلین مجموعه مشاغلی که شرایط احراز تحصیلی آنها مدرک تحصیلی دکترای تخصصی (ph.D) 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 می یابند.

شرایط ارتقای رتبه کارمندان شرح زیر می باشد:

برای ارتقای به رتبه پایه

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

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

برای ارتقای به رتبه ارشد

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

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

برای ارتقای به رتبه خبره

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

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

برای ارتقای به رتبه عالی

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

۲- گذراندن ۱۵۰ ساعت دوره آموزشی در چارچوب نظام آموزشی کارمندان دولت

- کسب رتبه عالی برای کارمندان مستلزم ارسال مدارک لازم از سوی دستگاه اجرایی و تأیید کمیته تخصصی نظام شغلی شورای توسعه مدیریت و سرمایه انسانی رییس جمهور می‌باشد.

آیین نامه های انضباطی

عنایت به اینکه تنظیم ساعت دقیق ورود و خروج اداری کارکنان، جهت انجام وظایف محوله و پاسخگویی به ارباب رجوع ، از مصادیق مهم نظم و انضباط اداری است لذا در قوانین و مقررات مورد استناد ، ساعات کار پرسنل و به تبع آن ، نحوه ورود و خروج کارکنان مشخص شده است از جمله در ماده ۸۷ قانون مدیریت خدمات کشوری ، میزان ساعت کار کارمندان دولت در طول هفته ۴۴ ساعت تعیین گردیده است و همچنین ماده ۹۳ قانون مورد نظر تصریح دارد: کلیه کارمندان دستگاههای اجرایی موظفند در ساعات تعیین شده (موضوع ماده ۸۷) به انجام وظایف مربوطه بپردازند و در صورتیکه در مواقع ضروری خارج از وقت اداری مقرر و یا ایام تعطیل به خدمات آنها نیاز باشد بر اساس اعلام نیاز دستگاه ، مکلف به حضور در محل کار و انجام وظایف محوله در قبال حق الزحمه یا اضافه کاری برابر مقررات مربوطه خواهند بود.

آئین نامه حضور و غیاب کارکنان دولت

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 صلاحیتدار دستگاه مربوط برای ورود و خروج هر یک از آنان کتبا ترتیب دیگری مقرر شده باشد.

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

الف- تاخیر ورود تا ۲ ساعت در هر ماه قابل اغماض بوده و در مرخصی استحقاقی منظور می گردد .

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

تاخیر ورود در موارد زیر موجه محسوب گردیده و مدت تاخیر در هر صورت جزء 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 تحت تکفل وی باشند .

ب - احضار مستخدم توسط مراجع قضائی و انتظامی با گواهی مرجع احضار کننده .

نکات لازم

۱- کارکنان پس از اخذ موافقت مقام مافوق و وصول مرخصی ساعتی روزانه (حداکثر ۳ ساعت) در قالب برگه مخصوص ، بایستی زمان خروج از اداره و زمان برگشت از مرخصی (در صورتیکه خاتمه مرخصی تا پایان وقت مقرر اداری نباشد) را در سیستم کنترل الکترونیکی حضور و غیاب ، ثبت نماید به نحویکه مدت مرخصی ثبت شده در سیستم با مدت مرخصی موافقت شده در برگه مربوط ، کاملاً یکسان باشند.

۲- برگ مخصوص مرخصی ساعتی بایستی قبل از خروج فرد ذینفع از اداره محل خدمت، تهیه و توسط مقام مافوق امضاء گردد.

۳- مرخصی کمتر از یکروز جزو مرخصی استحقاقی منظور و حداکثر مدت آن در طول سال نباید بیشتر از ۱۲ روز باشد.

آیین نامه استفاده از دستگاه تایمکس توسط تمامی همکاران رویت گردیده و امضاء شده و در پرونده پرسنلی بایگانی گردیده است.

ساعت موظف کاری

- ساعت موظف کاری پرسنل حاصل ضرب روزهای کاری ماه در ۷,۳۳ ساعت است. (در محیط های غیر اشعه)

شیفت های کاری

- شیفت صبح = ۱۴:۳۰ الی ۷:۳۰ شیفت عصر : ۱۵:۳۰ الی ۱۳:۳۰

- شیفت صبح و عصر = ۱۹:۳۰ الی ۷:۳۰ - شیفت شب : ۸:۰۰ الی ۱۹:۰۰

ساعت کار در محیط های اشعه :

گروه الف : ۱۴۲,۵ گروه ب : ۱۶۲,۵

تاخیر و تعجیل

میزان تاخیر در ورود به محل کار و یا تعجیل در خروج از محل کار از سقف مرخصی های سالیانه کسر می گردد. چنانچه تاخیر و تعجیل در طول یک ماه به ۱۰ ساعت برسد برای بار اول و دوم به مستخدم اخطار کتبی داده می شود. برای بار سوم ۳۰٪ از فوق العاده شغل مستخدم کسر میگردد. برای بار چهارم ۵۰٪ از فوق العاده شغل مستخدم کسر میگردد. برای بار پنجم ۱۰۰٪ فوق العاده شغل مستخدم کسر میگردد و چنانچه تاخیرات برای بار ششم ادامه یابد مستخدم جهت تصمیم گیری به دادگاه تخلفات اداری جهت تصمیم گیری معرفی خواهد شد.

مرخصی ها

مرخصی استحقاقی : مرخصی استحقاقی مجموعاً " یک ماه در طول یک سال می باشد. که قانون گذار برای هر ماه مدت دو روز و نیم روز مرخصی در نظر گرفته است.

- اعطای مرخصی به افراد از ماههای آینده امکان پذیر نمی باشد. یعنی نمی توان به فردی در خرداد ماه مرخصی تیر ماه را اعطا کرد ولی چنانچه فرد مرخصی ماهیانه اش در همان ماه جاری استفاده نشود به شرط موافقت واحد مربوطه مجاز به اخذ مرخصیهای ذخیره شده می باشد.

ذخیره مرخصی : پرسنل قراردادی مجاز می باشند در پایان هر سال به میزان ۱۵ روز مرخصی استحقاقی خود را باز خرید نمایند. یعنی اینکه در پایان هر سال چنانچه میزان باقیمانده مرخصی بیش از ۱۵ روز باشد مازاد ۱۵ روز اصطلاحاً " سوخت میگردد و یا باز خرید نمی شود بنابراین لازم است در طول سال حتماً " ۱۵ روز مرخصی توسط مستخدم اخذ گردد.

مرخصی استعلاجی : سقف مرخصی استعلاجی در طول یک سال ۴ ماه می باشد که این مدت به شرط تایید پزشک معتمد قابل اعطا می باشد. طبق قانون افرادی که تحت پوشش بیمه تامین اجتماعی قرار دارند برای هر نوبت بیماری تا سقف ۳ روز استعلاجی (با تایید پزشک معتمد) دستگاههای مربوطه موظف به پرداخت حقوق مستخدم می باشند و مازاد بر ۳ روز را فرد می بایست با ارائه گواهی پزشکی به بیمه تامین اجتماعی نسبت به دریافت حقوق ایام استراحت پزشکی اقدام نماید.

- چنانچه معذوریت پزشکی مستخدم در یک سال بیش از ۴ ماه برای یک بیماری خاص ادامه پیدا کند طبق قانون فرد بیمار صعب العلاج تلقی میگردد که حداکثر مدت استراحت فرد صعب العلاج یک سال می باشد و در طول یک سال چنانچه از سوی مراجع پزشکی بیماری صعب العلاج فر تایید گردد پرداخت حقوق و کلیه فوق العاده ها به مستخدم بلامانع می باشد.

- چنانچه فرد صعب العلاج بعد از یک سال همچنان به دلیل بیماری قادر به انجام خدمت نباشد طبق قانون از کار افتاده تلقی میگردد که وظیفه تشخیص و اعلام این موضوع به عهده ی شورای عالی پزشکی می باشد.

استعلاجی زایمان : مدت این نوع استعلاجی در حال حاضر ۶ ماه می باشد که از تاریخ تولد نوزاد لغایت ۶ ماه ادامه می یابد طی این دوران حقوق فرد توسط بیمه تامین اجتماعی پرداخت خواهد شد و نیز مدت مرخصی های استحقاقی مستخدم نیز برای هر ماه به قوت خود باقی خواهد بود. معمولاً در پایان ۶ ماهه فرد با مراجعه به بیمه تامین اجتماعی حقوق ۶ ماه را بصورت یک جا دریافت نماید.

مرخصی بدون حقوق : چنانچه مستخدم مرخصی استحقاقی نداشته باشد و از طرفی نیاز به مرخصی داشته باشد مجاز است با موافقت مسئول ذیربط و واحد مربوطه از مرخصی بدون حقوق استفاده نماید. سقف استفاده از مرخصی بدون حقوق برای پرسنل قراردادی در طول یک سال یک ماه می باشد.

پاس شیر : طبق قانون ترویج تغذیه نوزاد با شیر مادر و نیز حمایت از مادران شیرده مستخدم مجاز می باشد. برای مدت ۲ سال (یعنی تا دو سالگی نوزاد) روزانه به مدت یک ساعت از پاس ساعتی بمنظور شیردهی به نوزاد استفاده نماید. لازم به ذکر است که این زمان می تواند در ابتدای شروع ساعت کاری و یا انتهای ساعت کاری در نظر گرفته شود. ضمناً برای مادرانی که صاحب فرزندان دو قلو و یا چند قلو می باشند روزانه به مدت ۲ ساعت از پاس ساعتی می توانند برخوردار گردند.

قانون ارتقاء بهره وری

این قانون شامل کارکنان رسته بهداشتی درمانی می شود که در بیمارستان ها و مراکز شبانه روزی دولتی (کشوری و لشکری) و غیر دولتی به بیماران بستری به صورت مستقیم ارائه خدمت می دهند و شامل پرستاران ، ماماها ، بهیاران ، کاردان و کارشناسان اتاق عمل و هوشبری ، کمک بهیاران و شاغلین رشته شغلی فوریت های پزشکی می باشند.

اجرای قانون

بند الف - کسر ساعت کار بر مبنای جدول شماره ۱- آیین نامه اجرای وزارت متبوع با رعایت مدت کسر ساعت کار بر مبنای سنوات خدمت از ۱ تا حداکثر ۵ ساعت برای هر یک از کارکنان خواهد بود.

جدول کسر ساعت کار ناشی از سنوات خدمت

سنوات خدمت	ماه	سال	ماه	سال	ماه	سال	سال
۰	۰ تا ۴	۱	۱	۸-۱۲	۱	۴-۸	بالاتر از ۱۶ سال
میزان کسر							
ساعت کار در هفته	۱ ساعت	۲ ساعت	۳ ساعت	۴ ساعت	۵ ساعت		

یادآوری: ملاک محاسبه سنوات خدمت در بخش دولتی برای کلیه کارکنان رسمی و پیمانی سنوات خدمت مندرج در احکام کارگزینی و برای کارکنان قراردادی میزان پرداخت حق بیمه یا کسورات بازنشستگی خواهد بود.

بند ب: مدت کسر ساعت کار بر اساس صعوبت کار مطابق جدول شماره ۲ آیین نامه حداکثر ۲ ساعت در هفته محاسبه خواهد شد.

جدول کسر ساعت کار ناشی از صعوبت کار

صعوبت کار	صعوبت کار بااستناد	۸٪ تا ۲۵٪	۲۶٪ تا ۵۰٪	۵۱٪ تا ۷۵٪	۷۵٪ تا ۱۰۰٪
صعوبت کار بااستناد					
قانون	مدیریت	۰-۳۷۵ امتیاز	۳۷۶-۷۵۰ امتیاز	۷۵۱-۱۰۰۰ امتیاز	امتیاز بالاتر از ۱۰۰۰
خدمات کشوری					
کسر ساعت کار در هفته	نیم ساعت	یک ساعت	یک ساعت و نیم	دو ساعت	

بند ج: مدت کسر ساعت کار در نوبت کاری های غیر متعارف یک ساعت در هفته تعیین میگردد و صرفاً" به کارکنانی که به صورت نوبت کاری در گردش اشتغال دارند تعلق می گیرد.

یادآوری: ساعت کار کارکنان در نوبت های شب و ایام تعطیل با ضریب ۱,۵ خواهد بود.

ارزشیابی

ارزشیابی در یک سازمان هر فرد برای پیشرفت و نیل به اهداف تعیین شده شغلی نیاز به آگاهی از موقعیت خود دارد. این آگاهی موجب می شود که او از نقاط قوت و ضعف عملکرد و رفتار خود مطلع گردد و تمهیدات لازم را برای اثر بخشی بیشتر کوششهایش به کار برد. سازمانها نیز به شناخت کارایی کارکنان خود نیاز دارند تا بر اساس آن وضعیت نیروی انسانی خود را بهبود بخشند و بدین طریق بر حجم تولید و ارائه خدمات خود بیفزایند و در روند حرکتهای خود، تحولات مثبت ایجاد کنند. لذا دستگاههای اجرایی موظف هستند در بهمن ماه هر سال شایستگی کارکنان خود را طی فرآیندی منظم و مستمر، مورد بررسی و ارزیابی قرار داده و نتایج آن را در تصمیمات اداری مربوط به آنان در زمینه های: تمدید قرارداد، انتصاب، ارتقاء رتبه، ارتقاء شغلی، اعطای طبقه تشویقی و استحقاقی و آموزش و... مورد استفاده قرار دهند.

تعاریف ارزشیابی:

عملکرد: چگونگی انجام وظایف و فعالیتهای و نتایج حاصل

ارزیابی: فرآیند سنجش، ارزش گذاری و قضاوت

دوره ارزیابی: دوره ارزیابی از اول فروردین ماه هر سال تا پایان اسفند همان سال می باشد.

ارزیابی شونده: شامل کلیه کارکنان رسمی، پیمانی، قراردادی، قانون کار، مأمورین، مشمولان لایحه طرح خدمت پزشکان و پیراپزشکان می باشد.

ارزیابی کننده: سرپرست بلافصل کارمند مسئولی است که از لحاظ سازمانی حداقل رئیس اداره، قسمت، گروه، بخش و عناوین مشابه بوده و مسئولیت ارجاع کار به کارمند و سرپرستی وی را بر عهده دارد.

مدیر واحد (تأیید کننده) : بالاترین مقام اجرایی هر واحد سازمانی که مسئول تأیید نهایی فرم ارزیابی عملکرد کارمندان، پس از بازبینی توسط سرپرست بلافاصله آنان می باشد.

شاخص: مشخصه ای که در اندازه گیری ورودی ها ، فرآیندها ، ستانده ها و پیامدها مورد استفاده قرار می گیرد.

برنامه ریزی : یک سلسله عملیات منظم ، سیستماتیک و مرتبط با یکدیگر بوده که به منظور دستیابی به اهدافی معین و مشخص برای مدتی معین انجام می گیرد.

- برنامه راهبردی برای ۳ تا ۵ سال تهیه می شود.

گروه هدف: گروه هدف ارزیابی عملکرد شامل کلیه مستخدمین غیرهیئت علمی مؤسسه از جمله کارمندان رسمی، پیمانی، قراردادی، قانون کار، طرح نیروی انسانی، طرح خدمت پزشکان و پیراپزشکان ، مأمورین و... می باشد.

شاغلین مؤسسه که در سه گروه مدیران میانی، مدیران پایه (عملیاتی) و کارکنان طبقه بندی می شود می بایست فرمهای مربوط به خود را در زمان مقرر تکمیل نمایند.

فرم های ارزیابی عملکرد به سه دسته تقسیم می شوند:

۱- فرم ارزیابی عملکرد مدیران میانی

۲- فرم ارزیابی عملکرد مدیران پایه (عملیاتی)

۳- فرم ارزیابی عملکرد کارکنان

امتیاز فرم ارزیابی عملکرد:

بطور کلی فرمها به دو دسته تقسیم می شوند فرمهای ارزیابی عملکرد عمومی (۶۰ امتیاز) و فرمهای ارزیابی عملکرد اختصاصی (۴۰ امتیاز) می باشند.

نکته ۱ : در صورت مغایرت پست سازمانی و سمت افراد، ملاک تکمیل فرم ارزیابی، سمت و شرح وظایف فرد در سال ارزیابی می باشد.

نکته ۲: فرم ارزیابی عملکرد برای فردی تکمیل می گردد که در سال مربوطه حداقل ۶ ماه سابقه خدمت داشته باشد.

نکته ۳: چنانچه بندهایی از چند محور شاخصهای عمومی درخصوص برخی پستهای خدماتی و پشتیبانی از قبیل نظافتچی، آبدارچی، راننده، امور آشپزخانه و رستوران، امور چاپ و تکثیر، باغبانی و امور تاسیساتی و ... موضوعیت نداشته باشد بدیهی است امتیاز بندهای مذکور برای شاغل مربوطه لحاظ نخواهد گردید.

نکته ۴: کلیه کارمندان غیر هیات علمی و همچنین کارمندان دور کار مشمول این دستور العمل می گردند.

نکته ۵: جانبازانی که در سال جاری در حالت اشتغال می باشند، نیازی به تکمیل فرم ارزیابی ندارند.

نکته ۶: کارمندانی که در سال جاری در ماموریت آموزشی تمام وقت به سر می برند نیازی به تکمیل فرم ارزیابی ندارند.

نکته ۷: افرادی که در دو سمت یا پست مختلف در دو حوزه متفاوت زیر نظر دو مدیر فعالیت نموده اند، با شاخص های اختصاصی هر دو سمت یا پست مورد ارزیابی قرار خواهند گرفت و از مدیر واحدی که بیشترین زمان را در آنجا به انجام وظیفه مشغول می باشند، تاییدیه دریافت می نمایند. در مواردی که هماهنگی و توافق لازم بین دو مدیر جهت تاییدیه امکان پذیر نمی باشد، به نسبت روزهای کارکرد در هر دو واحد معدل نتایج دو ارزیابی اعمال خواهد شد و می بایست هر دو مدیر فرم را امضاء نمایند.

نکته ۸: در طول دوره ارزیابی چنانچه سرپرست بلافاصل تغییر یابد، سرپرست جدید در صورت شناخت کافی می تواند کارکنان را مورد ارزیابی قرار دهد و در صورت عدم شناخت کافی با هماهنگی سرپرست قبلی نسبت به ارزیابی کارکنان اقدام خواهد نمود. چنانچه سرپرست جدید بعد از پایان دوره ارزیابی منصوب شود مسئولیت ارزیابی با سرپرست قبلی است.

نکته ۹: ارزیابی شوند موظف است فرمهای ارزیابی عملکرد را پس از توزیع توسط واحد متولی ارزیابی عملکرد تکمیل نموده و به همراه مدارک مورد نیاز جهت تایید به ارزیابی کننده تحویل نماید.

تذکر: در صورت امتناع کارمند از دریافت و تکمیل فرم ارزیابی مراتب کتباً به وی، با تعیین مهلت جهت تکمیل مجدداً تحویل می گردد. در صورت امتناع مجدد مراتب در پرونده پرسنلی ضبط می گردد.

بدیهی است در اینصورت مسولیت عواقب ناشی از عدم تکمیل فرم متوجه کارمند مربوطه خواهد بود.

تذکر: در صورت امتناع کارمند از امضاء فرم، مراتب طی صورتجلسه ای که به تایید ارزیابی کننده می رسد. در پرونده ضبط می گردد.

تذکر: امضاء فرم ارزیابی به منزله اطلاع رسانی مفاد آن به کارمند است و امتناع از امضاء آن و ثبت نظرات توسط ارزیابی شونده، ملاک درخواست بررسی و تجدید نظر نمی باشد.

نکته ۱۰: رابطین ارزیابی عملکرد فرم های ارزیابی را براساس مستندات مربوطه، تکمیل و در مهلت مقرر ارسال می نمایند.

نکته ۱۱: فرمهای ارزیابی عملکرد باید در دو نسخه تهیه گردد.

نسخه اول جهت درج در پرونده پرسنلی

نسخه دوم نیز به ذینفع تحویل خواهد شد

نکته ۱۲: لیست اولویت بندی امتیازات ارزیابی کارکنان و مدیران پایه در یک لیست و نتایج ارزیابی مدیران میانی جداگانه در فهرست لیست اولویت بندی امتیازات مدیران میانی به ترتیب بالاترین امتیاز ارزیابی قیاس می شوند.

نکته ۱۳: فرم های دارای خدشه و قلم خوردگی مورد تایید نمی باشد.

نکته ۱۴: مهر امضاء مقام مسئول و ارزیابی کننده جهت تایید فرم های ارزیابی، به هیچ عنوان مورد تایید نمی باشد و باید فرم های ارزیابی و لیست های امتیازات امضاء زنده داشته باشند.

نکته ۱۵: در ارزیابی سالانه مدارک ارائه اسناد و گواهی معتبر می باشد و امتیاز به فعالیتهای انجام گرفته در راستای وظایف شغلی و گواهی های صادره در همان دور تعلق خواهد گرفت .

نکته ۱۶: در صورتی که کارمند به نتیجه ارزیابی خود معترض باشد ، ظرف مدت یک ماه از تاریخ رویت فرم نهایی در سال ارزیابی، باید نسبت به تکمیل فرم اعتراض به نتیجه ارزیابی عملکرد کارکنان و ارائه مستندات به واحد ارزیابی عملکرد خود اقدام نماید. کارکنانی که بعد از مهلت تعیین شده نسبت به نتیجه ارزیابی معترض شوند اعتراض قابل رسیدگی نخواهد بود.

- واحد متولی ارزیابی عملکرد موظف است حداکثر ظرف مدت ۲۰ روز پس از دریافت اعتراض نتیجه بررسیهای خود را به کمیته پاسخگویی به اعتراضات گزارش نماید.

- کمیته پاسخگویی به اعتراضات پس از بررسی نتایج تحقیقات به عمل آمده با اکثریت آراء تصمیم خود را مبنی بر تایید و یا تغییر نتیجه ارزیابی کارمند شاکی حداکثر ظرف مدت دومه اعلام می کند.

- واحد متولی ارزیابی عملکرد موسسه مکلف است در صورت تغییر نتیجه ارزیابی توسط کمیته پاسخگویی به اعتراضات رای کمیته را به شاکی اعلام نماید.

تذکر: کارمندانی که از پرکردن فرم ارزیابی امتناع ورزند از نتایج حاصل از ارزیابی از جمله تمدید قرارداد، انتصاب، ارتقاء رتبه، ارتقاء شغلی، اعطای طبقه تشویقی و استحقاقی و... محروم خواهند شد و تبعات احتمالی آن برعهده شخص کارمند می باشد.

تذکر: امتیازهای مطرح شده درخصوص شاغلین مصادق دارد و شامل بازنشستگان نخواهد بود.

الف: فرم شاخص های اختصاصی (۴۰ امتیاز) شامل ستونهایی به شرح زیر می باشد:

- شرح وظیفه - شاخص های ارزیابی - سقف امتیاز - عملکرد - واحد سنجش - هدف کمی مورد انتظار - امتیاز مکتسبه- تحلیل عملکرد

شرح وظیفه: شرح وظایف مدیر یا کارمند براساس شغل مورد تصدی در واحد مربوطه ذکر می گردد.

شاخصهای ارزیابی: یک شاخص برای ارزیابی و اندازه گیری وظیفه تعیین شده در ستون شرح وظیفه نوشته می شود. شاخص می تواند به شکل درصد انجام کار یا تعداد مطرح گردد.

نکته حائز اهمیت آن است که شاخص می بایست کمی و قابل اندازه گیری باشد. در واحدهایی که شاخص ها به صورت کیفی است نحوه اندازه گیری به صورت درصد می باشد.

واحد سنجش: واحد سنجش شاخص مورد نظر که می تواند درصد، تعداد، مورد، پرونده، ساعت و... باشد ذکر می گردد.

هدف کمی مورد انتظار: هدف کمی از پیش تعیین شده برای هروظیفه نوشته می شود که می تواند به صورت درصد یا تعداد مطرح گردد.

سقف امتیاز: برای هر شاخص براساس میزان اهمیت و اولویت شاخص ها از ۱ تا ۴۰ امتیازدهی می شود، به نحوی که مجموع امتیازات شاخص های مختلف به عدد ۴۰ برسد. مجموع امتیازات این ستون نمی تواند بیشتر از ۴۰ باشد. این اولویت بندی می بایست مورد تایید مدیر واحد مربوطه باشد.

عملکرد: میزانی از هدف که محقق گردیده به صورت درصد یا تعداد ذکر می شود.

در صورتی که در بخش شاخص های اختصاصی ارزیابی، عملکرد بیشتر از هدف کمی مورد انتظار باشد امتیاز مازادی تعلق نخواهد گرفت.

امتیاز مکتسبه: امتیاز هر شاخص براساس فرمول زیر تعیین می گردد.

امتیاز سقف * عملکرد

امتیاز مکتسبه = هدف کمی مورد انتظار

تذکر: امتیاز به دست آمده از طریق این فرمول نمی تواند بیشتر از امتیازی باشد که در سقف امتیاز آن شاخص تعیین شده است و در مواردی که عملکرد از هدف کمی تعیین شده، بیشتر باشد بایستی سقف امتیاز ذکر گردد.

تحلیل عملکرد: که به علل عدم تحقق اهداف، نقاط قوت و ضعف و ارائه راهکارها اختصاص دارد از اهمیت بالایی برخوردار است و امتیازدهی شاخصهای اختصاصی منوط به تکمیل این ستون می باشد. بنابراین ارزیابی کنندگان مکلفند، نقاط قوت، نقاط قابل بهبود و اقدام های لازم برای بهبود عملکرد را بررسی و تحلیل نموده و بر اساس آن تغییرات لازم در برنامه های اجرایی، نحوه اجرا، توانمند سازی کارمندان و اعمال نموده و با همکاری کارکنان نسبت به تحقق نقاط قابل بهبود اقدام نمایند.

ب) فرم شاخص های عمومی (۶۰ امتیاز):

شاخص های عمومی، معیارهای مشترک ارزیابی عملکرد کارکنان است که زمینه تسهیل تحقق عملکرد اختصاصی آنها را فراهم می نماید. شاخص های عمومی مدیران و کارمندان توسط معاونت توسعه مدیریت و سرمایه انسانی رئیس جمهور تهیه و به دستگاه ها ابلاغ گردیده است. این شاخص ها در تمامی دستگاه های اجرایی مشترک می باشد.

شاخص های عمومی فرم ارزیابی عملکرد:

الف - ابتکار و خلاقیت:

۱- استفاده از فناوریهای نوین و نرم افزارهای کاربردی در انجام وظایف :

این شاخص در ارزیابی عملکرد مدیران میانی لحاظ نمی گردد.

در امتیاز دهی به این شاخص ، می بایست موارد ذیل مد نظر قرار گیرد.

- کسب مدارک دوره های نرم افزاری مورد نیاز
- آشنایی با نرم افزارهای تخصصی ، اتوماسیون اداری و توانایی کار با کامپیوتر
- انجام امور محوله به کمک نرم افزارهای موجود با نظر مدیر
- ۲ تحلیل عملکرد (علل عدم تحقق اهداف): این شاخص فقط جهت ارزیابی کارمندان در نظر گرفته شده است. در کسب سقف امتیاز شاخص ستون تحلیل عملکرد ، ذکر موارد ذیل ضروری است.
- ارائه راهکار در رسیدن به هدف مطلوب
- بررسی میزان تحقق هدف در پایان دوره
- شناسایی نقاط قوت و ضعف
- ۳ مستند سازی تجربیات:
- این شاخص جهت ارزیابی هر سه گروه در نظر گرفته شده است.
- تجربیات مستند شده بایستی دارای ویژگیهای زیر باشد:
- تجربیات می بایست مرتبط با شغل مورد تصدی باشد.
- مسائل ، چالشها و مشکلات مرتبط با شغل را که بر اثر تجربیات کارمندان شناسایی شده بیان نماید.
- ارائه برنامه اصلاحی ، راه حل و نتیجه گیریهای مناسب جهت رفع موانع و مشکلات ارائه گردد.
- ۴ ارائه پیشنهاد برای بهبود انجام وظایف : این شاخص برای ارزیابی هر سه گروه در نظر گرفته شده و پیشنهاداتی که توسط مدیران و کارکنان ارائه می شود در صورتی قابل قبول است که تایید شده و به اجرا در آمده باشد و مستندات اجرایی شدن آن ارائه گردد.
- ۵ ارائه طرح های اجرایی و تحقیقاتی:
- این شاخص نیز برای ارزیابی هر سه گروه در نظر گرفته شده و شامل طرح های تحقیقاتی و اجرایی بوده که در راستای وظایف شغلی فرد باشد.
- ۶ دریافت تشویق ها:
- تشویقی دارای امتیاز است که موارد زیر در آن رعایت شده باشد:

الف) تشویقات باید در راستای ایفای وظایف شغلی فرد باشد. تشویقاتی که برای فعالیت های فوق برنامه و یا فعالیت های خارج از سازمان صادر شده باشد فاقد ارزش امتیازی می باشد (تشویق های دریافتی از سوی هیأت های نظارت و اجرایی انتخابات کشور مثنی می باشد).

ب) تاریخ صدور تشویق نامه باید مربوط به دوره ارزیابی باشد. تشویقات فاقد شماره و تاریخ از امتیاز برخوردار نمی باشد. به تشویق هایی که جنبه عمومی داشته و یا به مناسبت روز خاص و برای خدمات مشخصی صادر شده و یا در زمینه وظایف شغلی نباشد امتیازی تعلق نمی گیرد.

پ) تشویق های که با دو امضاء صادر شده باشد، بالاترین مقام امضاء کننده به عنوان صادر کننده تشویق محسوب می گردد.

ت) تشویقات باید در قالب تقدیر نامه یا تشویق نامه صادر شده باشد و تشویقاتی که در قالب ابلاغ، انتصاب و صادر گردد فاقد اعتبار است.

ج) چنانچه شخصی دو تشویقی با یک مضمون از مدیر بلافصلش و همچنین مقام بالاتر دریافت کرده باشد، علی رغم اینکه مضمون هر دو تشویق یکی است از امتیاز هر دو تشویقی می تواند بهره مند گردد.

د) با توجه به تعداد تقدیر نامه های فرد، رعایت سقف امتیاز محور الزامی است.

ه) تأیید مدیر واحد در مورد تشویقات سایر وزارتخانه ها و سازمان های دولتی الزامیست.

تذکر: تشویق های دریافتی از سوی هیأت های نظارت و اجرایی انتخابات کشور صرفاً در فرم های ارزیابی و به شرح ذیل دارای امتیاز می باشد:

ب : مهارتها و توانمندیها و خدمات برجسته :

امتیاز این دو محور براساس نتیجه به دست آمده از بخش الف فرم ارزیابی عملکرد می باشد.

ج: آموزش :

۱- آموزش به هر همکار با تایید همکار و مدیر واحد:

آموزش و انتقال تجربیات به هر همکار با تایید همکار و مدیر واحد ۲ امتیاز و سقف امتیاز این شاخص ۱۰ می باشد.

تذکر: گذراندن دوره های مختلف آموزشی هیچگونه امتیاز ندارد.

۲- تدریس در زمینه شغل مورد تصدی در دوره های عمومی یا تخصصی:

تدریس واحدهای درسی در دانشگاهها منوط به موافقت واحد مربوطه ، مرتبط بودن با شغل و ارائه گواهی، قابل امتیاز دهی می باشد و به ازای هر ۲ واحد تدریس ، ۵ امتیاز تعلق می گیرد.

۳- کسب موفقیت های ویژه:

- دریافت تاییدیه و جایزه از مراکز معتبر تخصصی مرتبط:

مراکز تخصصی از قبیل جشنواره خوارزمی، رازی، سازمان ثبت اختراعات و اکتشافات، دبیرخانه جایزه ملی بهره وری و تعالی سازمانی.

۴- تالیف یا ترجمه کتاب در زمینه شغلی:

تالیف کتاب یا ترجمه می بایست در زمینه شغلی و در سال ارزیابی چاپ شده باشد و کتاب دارای شابک باشد. چاپ مجدد کتاب بدون ویرایش قابل قبول نمی باشد.

۵- تالیف یا ترجمه مقاله در زمینه شغلی:

مستند مقاله تالیف یا ترجمه شده به همراه شناسه مقاله که در سال ارزیابی چاپ شده باشد الزامیست.

تذکر: پایان نامه ها، جزوات کمک آموزشی و مصاحبه های چاپ شده در نشریات فاقد اعتبار می باشد.

۶- سخنرانی یا ارائه پوستر در همایش علمی مرتبط:

سخنرانی یا ارائه پوستر در همایش های علمی بایستی مرتبط با وظایف شغلی بوده و ارائه مستند گواهی آن الزامیست.

۷- تدوین گزارش تخصصی مرتبط با شغل :

گزارش تخصصی می بایست مرتبط با شغل بوده و شامل شرح اقدامات انجام شده ، نقاط قوت و ضعف یک برنامه یا طرح یک مشکل بوده و راهکارهای بهبود برنامه نیز در آن ارائه گردد و به تایید معاونین / ریاست دانشگاه رسیده باشد.

د- رضایت ارباب رجوع:

۱- رضایت مندی از کارمندان دارای ارباب رجوع: براساس نظرسنجی انجام شده
۲- کسب رضایت از کارمندان بدون ارباب رجوع: با نظر مدیر مسئول و در نظر گرفتن معیارهای:
رعایت شعائر و اخلاق اسلامی در محیط کار، رعایت انضباط اداری شامل حضور به موقع در جلسات و انجام به موقع وظایف و تکالیف محوله.

۳- رضایت همکاران: با توجه به معیارهای ذیل در سه سطح مورد ارزیابی و امتیاز دهی قرار می گیرند:
- رسیدگی به مشکلات همکاران، داشتن حسن برخورد وسعه صدر، تلاش در پیگیری مسائل گروهی، تلاش در برقراری نظم، توجه به نظر همکاران از معیارهای امتیاز دهی در این محور می باشند.
تذکر: کسب امتیاز توامان از دو بند ۱ و ۲ امکان پذیر نمی باشد.

تذکر: در صورتی که کارکنان مدارک و مستندات خود را بعد از تاریخ معین شده به رابطین ارزیابی عملکرد تحویل نمایند، هیچگونه اقدامی در این خصوص متوجه رابطین نبوده و قابل احتساب نمی باشد.
تذکر: چنانچه کارکنان فرم های ارزیابی عملکرد یا مدارک و مستندات خود را در تاریخ مقرر به رابطین مربوطه تحویل ندهند، مدیران مجاز خواهند بود از امتیاز رضایت از همکار نامبرده کسر نمایند.

عناوین تخلفات اداری

اعمال و رفتار خلاف شئون شغلی یا اداری

هر فعل یا ترک فعلی که مغایر با شئونات شغلی یا اداری مستخدم دولت است مشمول این بند قرار می گیرد، با این توضیح که ممکن است مستخدم دولت مرتکب فعلی گردد که به حیثیت شغلی وی خدشه وارد شود و یا عملی انجام دهد که شان اداری و صنفی وی را زیر سؤال ببرد اعمالی همچون سرقت، کلاهبرداری، دادن رشوه، کشیدن چک بلامحل و یا اشتغال به کارهایی که حیثیت شغلی او را خدشه دار سازد مصادیقی از اعمال و رفتار خلاف شئون شغلی هستند.

۲- نقص قوانین و مقررات مربوط:

چنانچه کارمند دولت با علم و عمد قوانین و مقررات مربوط به شغل خود را در مقام اجراء نادیده بگیرد مرتکب تخلف شده است.

۳- ایجاد نارضایتی در ارباب رجوع یا انجام ندادن یا تاخیر در انجام امور قانونی آنها بدون دلیل:

هرگاه کارمند دولت وظایف محوله خود را در ارتباط با ارباب رجوع انجام نداده و یا عمدا در انجام این وظایف تعلل یا تاخیر نماید و هیچ گونه دلیل و یا توجیه قانونی نیز نداشته باشد عمل وی مصداق تخلف فوق است.

۴- ایراد تهمت و افترا و هتک حیثیت:

هرگاه کارمند دولت دروغ و یا عمل مجرمانه ای را به شخص حقیقی نسبت دهد و به توهین و هتک حیثیت افراد مبادرت نماید متخلف محسوب می شود.

۵- اخاذی:

چنانچه کارمند دولت به قصد تصاحب مال افراد به نفع خود یا دیگری مبادرت به تهدید مالی، جانی یا شرفی فرد یا افرادی نماید مشمول این تخلف قرار می گیرد.

۶- اختلاس:

برداشت و تصاحب اموال دولتی یا اشخاص توسط کارمند دولت که بر حسب وظیفه به وی سپرده شده به نفع خود یا دیگری، مصداق اختلاس است.

۷- تبعیض یا اعمال غرض ورزی یا روابط غیراداری در اجرای قوانین و مقررات نسبت به اشخاص:

منظور از تبعیض این است که کارمند دولت برای اجرای قوانین در ارتباط با اشخاص که حائز امتیازی برابر باشند، بدون دلیل موجه یکی را بر دیگری ترجیح دهد، هم چنین اظهار نظر مغرضانه کارمند دولت در ارتباط با افراد مشمول این بند قرار می گیرد.

۸- ترک خدمت در خلال ساعات موظف اداری:

در صورتی که کارمند دولت، در طول ساعات اداری بدون کسب مجوز و دلیل قانونی خدمت خود را ترک نماید متخلف محسوب شده و مشمول این بند قرار می گیرد.

۹- تکرار در تاخیر ورود به محل خدمت یا تکرار خروج از آن بدون کسب مجوز:

اگر کارمند دولت کرارا با تاخیر در محل کار خود حاضر شده و در هنگام خروج نیز مکررا تعجیل نماید متخلف محسوب می گردد. (با عنایت به آئین نامه مربوط به حضور و غیاب کارکنان دولت)

۱۰- تسامح در حفظ اموال و اسناد و وجوه دولتی، ایراد خسارات به اموال دولتی:

چنانچه، اموال، اسناد، اوراق و وجوه دولتی که بر حسب وظیفه به کارمند دولت سپرده شده باشند و کارمند در حفظ و نگهداری آنها مسامحه و سهل انگاری نماید متخلف محسوب می شود، هم چنین ورود خسارت عمدی یا سهوی از ناحیه کارمند به اموال دولتی نیز از مصادیق تخلف فوق است.

۱۱- افشای اسرار و اسناد محرمانه اداری:

چنانچه کارمند دولت هر گونه اطلاعات و اسرار محرمانه اداری خود را مستقیم یا غیرمستقیم، عمدی یا سهوی افشا نماید و یا در اختیار اشخاص قرار دهد متخلف محسوب می شود.

۱۲- ارتباط و تماس غیرمجاز با اتباع بیگانه:

مراد مقنن از این بند، برقراری و ایجاد رابطه با اتباع کشورهای بیگانه به صورت مختلف از جمله مکاتبه ای، تلفنی، حضوری و ... است که قوانین و مقررات جاری کشور آن را منع کرده باشد.

۱۳- سرپیچی از اجرای دستورهای مقامهای بالاتر در حدود وظایف اداری:

چنانچه کارمند دولت نسبت به فرمان و دستور مقامات مافوق خود بی اعتنا بوده و از انجام آنها سرباز زند مشمول این بند از تخلفات اداری قرار می گیرد. نکته قابل توجه اینکه دستور مقام مافوق باید در حدود وظایف کارمند باشد.

۱۴- کم کاری یا سهل انگاری در انجام وظایف محول شده:

اگر کارمند در انجام وظایف مسلم اداری خود مسامحه نماید به نحوی که موجب تضییع حقوق اشخاص گردد حتی اگر عمد و یا علم نسبت به موضوع نیز نداشته باشد مشمول تخلف این بند می گردد.

۱۵- سهل انگاری روسا و مدیران در ندادن گزارش تخلفات کارمندان تحت امر:

اگر مدیری تعمداً تخلف کارمند تحت امر خود را به مراجع ذیصلاح منعکس نکند مرتکب تخلف نقص قوانین و مقررات شده و اگر سهواً از انجام این کار سرباز زد تخلف او با بند فوق یعنی سهل انگاری در انجام وظایف تطبیق داده می شود.

۱۶- ارائه گواهی یا گزارش خلاف واقع در امور اداری:

غالب صاحب نظران اعتقاد دارند که اگر کارمند دولت اوراق خلاف واقع را که قبلاً توسط دیگری تنظیم شده باشد به مرجع اداری ارائه نماید مشمول این بند قرار می گیرد.

۱۷- گرفتن وجوهی غیر از آنچه در قوانین و مقررات تعیین شده یا اخذ هر گونه مالی که در عرف رشوه خواری تلقی می شود. این بند دو شق دارد:

الف- اخذ هر گونه مال یا وجه توسط مسئولین مربوط که موجبات آن در قانون و مقررات پیش بینی و تبیین نگردیده است.

ب- اخذ هر گونه مال منقول یا غیر منقول توسط کارمند دولت جهت انجام کار اداری، بر این اساس صرف اخذ مال موجبات بروز تخلف خواهد بود.

۱۸- تسلیم مدارک به اشخاصی که حق دریافت آن را ندارد یا خودداری از تسلیم مدارک به اشخاصی که حق دریافت آن را دارند:

چنانچه مامور دولت، اوراق، مدارک، اسناد و ... که حسب وظیفه در اختیار اوست تحویل اشخاصی دهد که موجب قوانین و مقررات صالح به تحویل آن مدارک نیستند و یا برعکس از تحویل آن به اشخاصی که صالح به تحویل مدارک هستند خودداری نماید مرتکب تخلف شده است.

۱۹- تعطیل خدمت در اوقات مقرر اداری:

وقوع این تخلف در زمانی است که کارمند دولت از انجام محوله استنکاف نموده و عملاً کار را تعطیل نماید.

۲۰- رعایت نکردن حجاب اسلامی:

اگر مستخدم حجاب اسلامی را رعایت نکند مرتکب عمل تخلف شده است. رعایت حجاب اسلامی تنها منحصر به محیط اداری نیست و چنانچه کارمندی در خارج از محیط اداری نیز حجاب اسلامی را رعایت نکند مرتکب تخلف شده است.

۲۱- رعایت نکردن شئون و شعائر اسلامی:

رعایت نکردن شئونات و شعائر مقدس دین مبین اسلام توسط کارمند دولت تخلف محسوب می شود. نظیر روزه خواری در ماه مبارک رمضان.

۲۲- اختفاء، نگهداری، حمل، توزیع و خرید و فروش مواد مخدر:

مخفی کردن، نگهداری، حمل نمودن، توزیع و خرید و فروش هر گونه مواد افیونی که طبق قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر به عنوان مواد مخدر تعریف شده مانند تریاک، هروئین، بنگ، چرس، ... تخلف اداری محسوب می شود.

۲۳- استعمال یا اعتیاد به مواد مخدر:

استفاده مواد مخدر به هر طریق (دود کردن، خوردن، تزریق کردن و ...) بصورت تفننی و یا استفاده بصورت دائم و متداول توسط کارمند دولت تخلف محسوب می شود.

۲۴- داشتن شغل دولتی دیگر به استثنای سمت های آموزشی و تحقیقاتی:

طبق قانون هر فرد حق داشتن یک شغل دولتی دارد. بنابراین داشتن دو شغل دولتی تمام وقت که مستلزم داشتن پست های سازمانی، ردیف استخدامی و ... باشد تخلف محسوب می شود. البته به سبب شرایط خاص سمت های آموزشی و تحقیقاتی برای این دو سمت استثناء قائل شده است.

۲۵- هر نوع استفاده غیرمجاز از شئون یا موقعیت شغلی و امکانات و اموال دولتی:

اگر کارمند دولت از امکانات و وسائل و اموال دولتی که بر حسب وظیفه در اختیار اوست و یا از موقعیت شغلی خود استفاده غیرمجاز نماید (یعنی غیر از مواردی که قوانین و مقررات مشخص نموده است) مشمول تخلف این بند می باشد.

۲۶- جعل یا مخدوش نمودن و دست بردن در اسناد و اوراق رسمی یا دولتی:

تعریف جعل در ماده ۵۲۳ قانون مجازات اسلامی آمده است. معمولاً جعل دو نوع است
الف) جعل مادی به معنی قلب حقیقت بوسیله یک عمل مادی در نوشتجات رسمی یا عادی دولتی
ب) جعل مفادی به معنی قلب حقیقت در مضمون و ماهیت یک عمل حقوقی بدون اینکه با عمل مادی همراه باشد. هم چنین هر گونه تغییر یا درج نوشته ای خلاف واقع در اسناد و اوراق رسمی مشمول دست بردن در اوراق و اسناد است.

۲۷- دست بردن در سئوالات، اوراق، مدارک و دفاتر امتحانی افشای سئوالات امتحانی یا تعویض آنها:

هر گونه تعویض، تغییر، اضافه یا کم نمودن سئوالات امتحانی اوراق، مدارک، دفاتر امتحانی توسط کارمند دولت تخلف است، هم چنین باز کردن و در اختیار دیگران گذاشتن سئوالات امتحانی لاک و مهر شده تخلف است و با کارمند خاطی برابر قانون برخورد می شود.

۲۸- دادن نمره یا امتیاز بر خلاف ضوابط:

کم و زیاد دادن نمره یا امتیاز برخلاف ضوابط و مقررات که موجب ایجاد حق کاذب و یا تضییع حق برای فرد گردد از سوی کارمند دولت تخلف محسوب می گردد.

۲۹- غیبت غیرموجه بصورت متوالی یا متناوب:

عدم حضور در محل خدمت بدون داشتن مجوز و یا دلیل سند موجه بصورت منقطع و یا متوالی تخلف محسوب می گردد.

۳۰- سوء استفاده از مقام و یا موقعیت اداری:

هرگونه سوء استفاده از مقام و موقعیت اداری کارمند دولت که موجبات تضییع حقوق معنوی یا مادی دولت یا سایر اشخاص را فراهم نماید تخلف محسوب می گردد.

۳۱- توقیف، اختفاء، بازرسی یا بازکردن پاکتها و محمولات پستی یا معدوم کردن آنها و استراق سمع بدون مجوز قانونی:

توقیف، مخفی کردن، بازنمودن، بررسی کردن، معدوم یا امحا کردن پاکت های پستی توسط کارمندان دولت تخلف محسوب می گردد. هم چنین هر نوع استراق سمع بدون کسب مجوز کتبی از مقامات صلاحیت دار توسط کارمند دولت از مصادیق تخلف فوق است.

۳۲- کارشکنی و شایعه پراکنی، وادار ساختن یا تحریک دیگران به کارشکنی یا کم کاری و ایراد خسارت به اموال دولتی و اعمال فشارهای فردی برای تحصیل مقاصد غیرقانونی:

ارتکاب هر گونه اعمال، رفتار و حرکات توسط کارمند دولت بصورت مستقیم یا غیرمستقیم که موجبات کارشکنی، شایعه پراکنی و تحریک دیگران به کارشکنی و کم کاری در وظایف اداری را فراهم نماید تخلف محسوب می شود. هم چنین هر گونه اعمالی که موجبات بروز خسارت به اموال دولتی برای تحصیل مقاصد غیرقانونی را فراهم کند به عنوان تخلف قلمداد می گردد.

۳۳- شرکت در تحصن، اعتصاب و تظاهرات غیرقانونی یا تحریک به برپائی تحصن، اعتصاب و تظاهرات غیرقانونی و اعمال فشارهای گروهی برای تحصیل مقاصد غیرقانونی:

شرکت در تحصن، اعتصاب و تظاهرات غیرقانونی تخلف محسوب می شود. شرط وقوع تخلف در این جا وجود شخص یا اشخاص دیگر و هم چنین داشتن علم و اطلاع از موضوع و انجام عملیات اجرائی است. هم چنین تحریک به برپائی تحصن و اعتصاب و تظاهرات غیرقانونی و اعمال فشارهای گروهی برای تحصیل مقاصد غیرقانونی از مصادیق تخلف محسوب می شود.

۳۴- عضویت در یکی از فرقه های ضاله که از نظر اسلام مردود شناخته شده اند:

گر مستخدم دولت در یکی از فرقه های ضاله همچون بهائیت که از نظر اسلام مردود شناخته شده اند عضویت داشته باشد متخلف محسوب می شود. با توجه به بکار بردن واژه " عضویت " به نظر می رسد که طرفداران و فعالیت به نفع یکی از فرقه های ضاله از شمول این بند خارج است.

۳۵- همکاری با ساواک به عنوان مامور یا منبع خبری و داشتن فعالیت یا دادن گزارش ضد مردمی:

اگر کارمند دولت با ساواک منحل به عنوان مامور یا منبع خبری همکاری داشته و یا اگر کارمند دولت گزارش ضد مردمی به ساواک داده باشد متخلف محسوب می شود.

۳۶- عضویت در سازمان هایی که مرامنامه یا اساس نامه آنها مبتنی بر نفی ادیان الهی است یا طرفداری و فعالیت به نفع آنها:

این بند نه تنها عضویت در این نوع سازمانها را تخلف دانسته بلکه طرفداری و فعالیت به نفع آنها را نیز تخلف اداری محسوب کرده است. در این جا صرف فعالیت تخلف است ولو اینکه فعالیت چندان هم موثر نباشد.

۳۷- عضویت در گروه های محارب یا طرفداری و فعالیت به نفع آنها:

محاربه عبارت است از اختلال در امنیت عمومی بوسیله اسلحه. طبق تبصره یک ماده ۱۸۳ قانون مجازات اسلامی کسی که به روی مردم سلاح بکشد ولی در اثر ناتوانی موجب هراس فردی نشود محارب نیست.

۳۸- عضویت در تشکیلات فراماسونری:

عضویت مستخدم در تشکیلات فراماسونری تخلف محسوب می گردد و متخلف به یکی از مجازاتهای مقرر در ماده ۹ قانون رسیدگی به تخلفات اداری محکوم می گردد.

خروج از خدمت

بازنشستگی:

عبارت از آن است که کارمند طبق ضوابط ومقررات قانونی وبه موجب حکم رسمی به افتخار بازنشستگی نائل شودواز مستمری بازنشستگی استفاده کند برخی از شرایط بازنشستگی بشرح ذیل می باشد:

موسسه مکلف است کارمندان خود را که سی سال سابقه دارند بازنشسته نماید . موسسه می تواند کارمند خود را با داشتن حداقل ۶۰ سال سن وحداقل ۲۵ سال سابقه خدمت را با حداقل ۲۵ روز حقوق بازنشسته نماید.

به کارکنانی که بازنشسته،از کار افتاده ویا فوت می گردند به ازای هر سال خدمت یک ماه آخرین حقوق ومزایای مستمر تا سی سال پرداخت می گردد.

انتقال:

عبیارت است از جابجایی محل خدمت کارمند با صدور حکم رسمی به واحدهای تحت پوشش دانشگاه ویا سایر موسسات ودستگاههای دولتی با حفظ سوابق خدمت

درخواست نیروهای متقاضی نقل و انتقال که واجد شرایط جابجایی طبق آیین نامه نقل و انتقالات دانشگاه علوم پزشکی تبریزی باشند.

بازخرید:

عبارت از آن است که رابطه استخدامی کارمند با دستگاه خدمتی قطع گردد و سوابق خدمتی آنان بازخرید شود.

اخراج:

عبارت از آن است که کارمند در اجرای احکام هیات های رسیدگی به تخلفات اداری و یا آرای قانونی مراجع ذیصلاح به خدمت وی در موسسه بطور دائم خاتمه داده شود.