

کتابچه

توجیهی بدو خدمت



مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی حکیم
واحد بهبود کیفیت
تیر ۱۴۰۳



فهرست

عنوان	صفحه
معرفی بیمارستان.....	۴
رسالت، چشم انداز و ارزش ها	۷
چارت سازمانی.....	۸
نقشه بیمارستان.....	۹
ویژگی های فرهنگی وبومی مردم منطقه	۱۰
مقررات کلی مربوط به امور مالی و اداری.....	۱۳
رعایت حقوق گیرندگان خدمت(منشور حقوق بیمار).....	۱۸
حقوق کارکنان	۲۴
قوانین و مقررات حجاب و پوشش	۲۵
کنترل عفونت.....	۲۷
بهداشت محیط	۳۰
بهداشت حرفه ای	۳۲
آتش نشانی	۳۳
مدیریت خطر حوادث و بلایا	۳۶
ایمنی بیمار	۳۸
مدیریت بحران	۴۰
احیای قلبی ریوی پایه	۴۱



معرفی بیمارستان:

بیمارستان حکیم نیشابور وابسته به دانشکده علوم پزشکی نیشابور در سال ۱۳۸۰ تاسیس گردیده است. بیمارستان حکیم طرف قرارداد کلیه سازمان های بیمه گر می باشد. ضمن این که بیمه تامین اجتماعی مشمول ۱۰۰٪ فرانشیز از طرف سازمان بوده و از بیمار وجهی دریافت نمی شود که این امر باعث مراجعه تعداد زیادی از بیماران تامین اجتماعی به صورت سرپایی و بستری علاوه بر دیگر بیمه ها به این بیمارستان شده است. از اواخر مهر ماه ۱۳۸۰ که مراحل راه اندازی بیمارستان انجام شده فعالیت های گسترده ای در زمینه ارتقاء کمی و کیفی خدمات، انجام شده است.

بیمارستان حکیم به عنوان یک مرکز فعال در پذیرش بیماران تروما، مادران باردار و اطفال در سطح شهرستان نیشابور بوده و به عنوان بیمارستان دوستدار مادر و کودک شناخته شده است در این دوره از فعالیت نیز به تناسب نیاز مراجعین و متناسب با ماموریت سازمانی، بخش های بستری، سرپایی و پاراکلینیک بیمارستان توسعه یافته است. این بیمارستان به عنوان اولین بیمارستان درجه یک عالی در استان خراسان و به عنوان بیمارستان دوستدار محیط سبز شناخته شده است و دارای وسعت ۱۰۸۰۰۰ مترمربع و زیربنای ۱۶۵۰۸ مترمربع؛ ۴۰۰۰۰ مترمربع فضای سبز؛ ۱۰۰۰ مترمربع فضای تفریحی و پارک کودک؛ ۵ هزار مترمربع فضای ورزشی؛ ۲۵۴ تخت مصوب و ۲۷۴ تخت فعال و مجموع نیروهای بخش دولتی و خصوصی ۱۱۶۰ نفر پرسنل می باشد.

مشخصات بیمارستان حکیم:

مساحت کل زمین : ۱۰۸۰۰۰ متر مربع

زیربنا کل ساختمان ۱۶۵۰۸ متر مربع

مساحت فضای سبز: ۴۰۰۰۰ متر مربع

مساحت فضای تفریحی و پارک: ۱۰۰۰ متر مربع

مساحت فضای ورزشی: ۵۰۰۰ متر مربع

تعداد تخت مصوب: ۲۵۴

تعداد تخت فعال: ۲۷۴

مجموع نیروهای بخش دولتی و خصوصی ۱۱۶۰ نفر پرسنل می باشد .

آدرس دقیق پستی: نیشابور - فلکه باغرود

تلفن: ۰۵۱-۴۳۳۰۳۱۱۸ - www.Hakim.num.ac.ir



بخشهای بستری بیمارستان:

نوع بخش	شاخص / بخش	تخت مصوب	تخت فعال	درصد اشغال تخت سال ۱۴۰۲
بستری	اطفال	۳۹	۳۷	۶۹٪
بستری	زنان و زایمان، POST PARTOM، بخش مادر پرخطر	۷۸	۴۱	۹۴٪
بستری	جراحی زنان	۰	۰	۰
بستری	ارتوپدی	۶	۲۷	۷۹٪
	جراحی عمومی و نوروسرجری	۱۰	۴۶	۱۱۲٪
	اتاق عمل - تخت ستاره دار	۷	۷	۰
بستری	NICU	۲۴	۲۴	۷۸٪
بستری	ICU ۱	۵	۵	۸۴٪
بستری	ICU ۲	۵	۵	۷۹٪
بستری	نوزادان	۱۲	۱۲	۴۸٪
بستری	LDR	۱۲	۱۲	۹۱٪
بستری	اورژانس (اورژانس بزرگسال - اورژانس اطفال) - تخت ستاره دار	۵۵ (ستاره دار)	۴۸ (بستری) + ۷ ستاره دار	۷۲٪
بستری	داخلی	۳۹	۰	۰
	جراحی مغز و اعصاب	۶	۱۷	۵۵٪
	ارولوژی	۶	۰	۰
	چشم	۶	۰	۰
	ENT	۶	۰	۰
	تالاسمی - ستاره دار	۶	۶	۰
	مجموع	۲۵۴+۶۸ ستاره دار	۲۷۴ + ۲۰ ستاره دار	۸۱٪



بخش های پاراکلینیک بیمارستان:

- آزمایشگاه تشخیصی طبی
- آزمایشگاه ژنتیک
- تصویر برداری شامل : رادیوگرافی - سونوگرافی - سی تی اسکن MRI -
- داروخانه
- پلی کلینیک عمومی
- پلی کلینیک تخصصی شامل کلینیک های : زنان - اطفال - ارتوپدی - جراحی عمومی - نروسرجری - قلب - ENT - اورولوژی

بخش های اداری:

- بهبود کیفیت (اعتباربخشی و حاکمیت بالینی)
- کارگزینی
- حسابداری درآمد
- حسابداری ترخیص
- حسابداری پرسنلی
- مددکاری اجتماعی
- تجهیزات پزشکی
- واحد فناوری اطلاعات (IT - HIS)
- کنترل عفونت
- CSR
- بهداشت محیط - لنزری
- بهداشت حرفه ای
- تدارکات شامل کارپردازی و انبارهای دارویی، مصرفی و تجهیزات
- تاسیسات
- تغذیه



رسالت (Mission)

بیمارستان حکیم نیشابور به عنوان تنها بیمارستان ارائه دهنده خدمات جامع به مادر و نوزاد در شهرستان و با دارا بودن بخش های پاراکلینیکی، درمانگاههای تخصصی و بخش های بالینی فعال اطفال، نوزادان، زنان، جراحی زنان، زایشگاه، داخلی، ICU، NICU و اتاق عمل خود را ملزم به ارائه خدمات درمانی، بهداشتی، آموزشی، پژوهشی به جمعیت تحت پوشش شهرستان و کلیه مراجعین دانسته و وظیفه خود می داند کلیه خدمات درمانی را تحت هر شرایطی در بالاترین سطح کیفیت و در کمترین زمان ارائه داده و خود را ملزم به رعایت استانداردهای بیمارستان های دوستدار ایمنی، مادر و کودک می داند.

چشم انداز (vision)

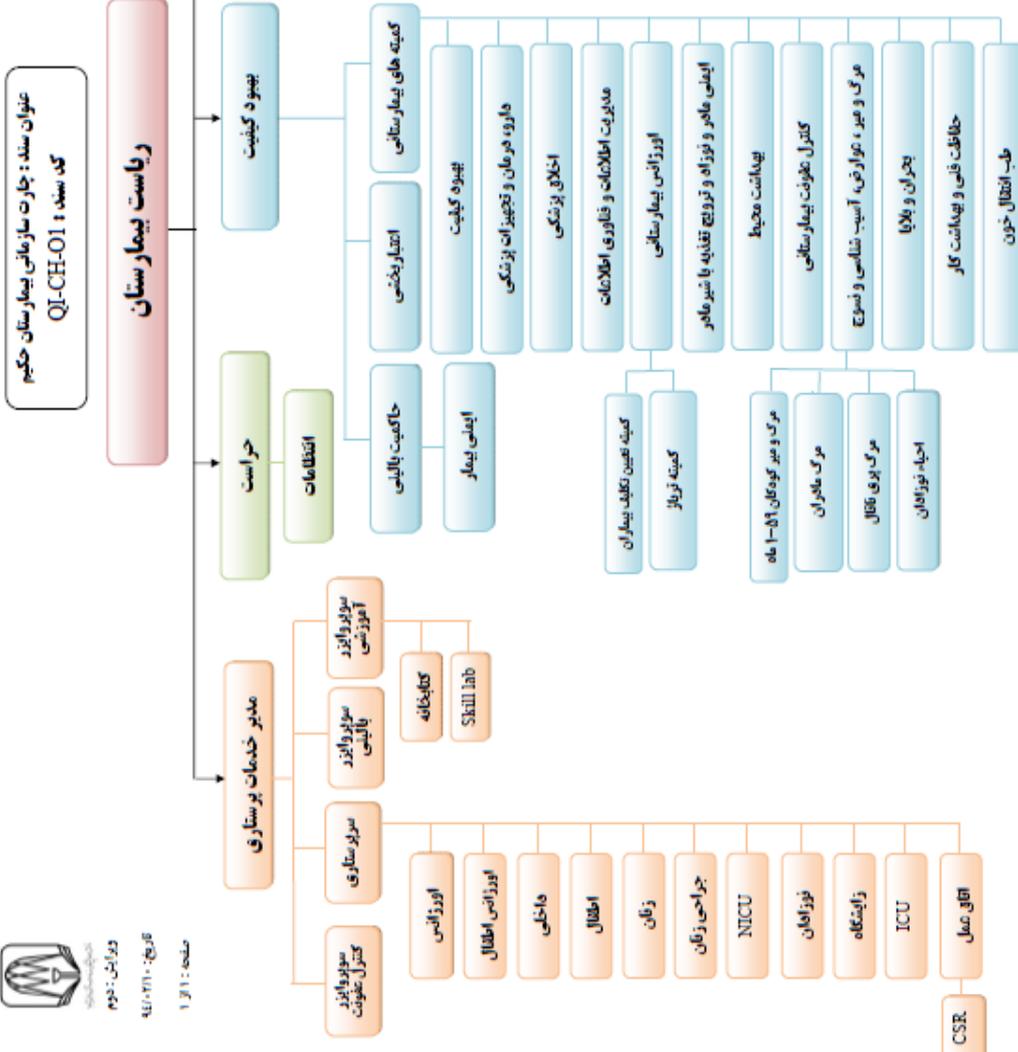
مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی حکیم نیشابور در تلاش است در ۵ سال آتی به عنوان مرکز پیشتاز در ارائه خدمات تروما، زنان و کودکان در بین بیمارستان های شرق کشور تبدیل گردد.

ارزش ها (values) :

- ✓ رعایت شئونات حرفه ای و انطباق با امور پزشکی
- ✓ پایبندی به اصول و ارزش ها و کرامت انسانی
- ✓ رضایتمندی بیماران و کارکنان
- ✓ حمایت از خلاقیت و نوآوری
- ✓ بهرمندی عادلانه از خدمات
- ✓ دسترسی عادلانه به خدمات
- ✓ ارتقاء کیفیت در تمام سطوح



چارت سازمانی:

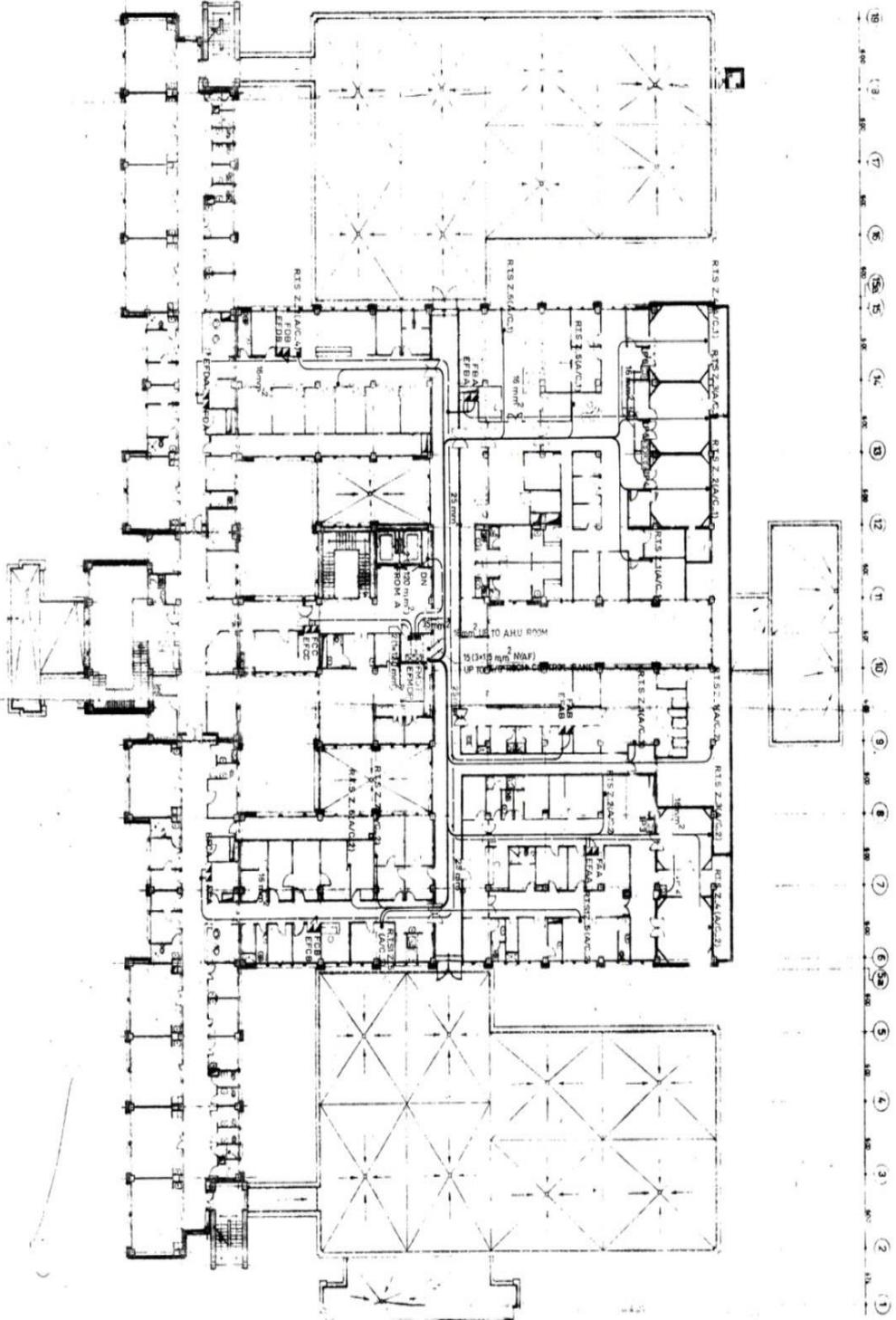


شماره: ۱۳۱
 تاریخ: ۱۳۹۰/۰۷/۰۴
 وزارت: علوم
 دبیر: دکتر

دفتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی



نقشه بیمارستان:



ویژگی های فرهنگی و بومی مردم منطقه:

گروه های قومی:

۱. بلوچ های خراسان
۲. عرب های خراسان
۳. کردهای خراسان
۴. ترک های خراسان

در دوره تاریخی بین فتح نیشابور تا حمله مغول در نیشابور بزرگترین گروه قومی عرب بود. امروزه بزرگترین گروه قومی در شهرستان نیشابور مردم فارسی زبان هستند. مردم عرب در شهرستان نیشابور شامل خاندان های عربخانی، معاودان عراقی، سادات (هاشمی نژادها. موسوی. حسینی و...) هستند. مردم کرد در شهرستان نیشابور را ایل عمارلو تشکیل می دهند. عمارلو یکی از ایل های کرمانج که مرکز ایشان دشت ماروس Maarus یا ماروسک Maaruzsk در شهرستان نیشابور می باشد. ترک ها شامل بیات ها می شوند، شاخه بیات خراسان در منطقه سرولایت شهرستان نیشابور به مرکزیت روستای عبدالله گیو ساکن است. زبان مشترک همه این اقوام در نیشابور فارسی است. همچنین گروهی کوچک از بلوچ های مهاجر به نیشابور در روستای سگزآباد شهرستان نیشابور ساکن اند.

زبان و گویش نیشابور

بیشتر مردم نیشابور به فارسی با گویش نیشابوری سخن می گویند. این گویش شامل واژگان فارسی دری و پهلوی است که با لهجه نیشابوری بیان می شود. زبان های ترکی خراسانی، کردی گویش کرمانجی در شهرستان و شهر نیشابور رایج است. همچنین زبان عربی در بین اهالی عرب و در حوزه های علمیه نیشابور رایج است.

بدلیل مراجعه افراد غیرفارسی زبان به بیمارستان حکیم، اسامی همکاران آشنا به زبان های مختلف که در موارد لزوم درشيفت های مختلف از همکاری آن ها استفاده می شود به شرح زیر اعلام می گردد:

ترکی: خانم نصرت درودی، خانم اعظم حسین زاده، خانم حکیمه حسن پور، خانم معصومه امیدوار

کردی: آقای رحمان مژدگانلو، خانم سمیرا خانجان

بلوچی: خانم زیبا تیمور پور



مقررات کلی مربوط به حضور و غیاب :

۱. ساعت کار در بیمارستان به شرح زیر می باشد.
 - ۱,۱. در شیفت صبح ورود به بخش ساعت ۷:۱۵ و خروج از بخش ۱۳:۴۵ می باشد.
 - ۱,۲. در شیفت عصر ورود به بخش ساعت ۱۳:۱۵ و خروج از بخش ساعت ۱۹:۴۵ می باشد
 - ۱,۳. در شیفت شب ورود به بخش ۱۹:۱۵ و خروج از بخش ساعت ۷:۴۵ صبح روز بعد می باشد
۲. پس از اعلام شروع به کار هر پرسنل جدید، الزامی است کارمند جهت انگشت نگاری و ثبت ورود و خروج به کارگزینی مراجعه نماید.

مرخصی:

❖ طبق ماده یک آیین نامه مرخصی ها :

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

❖ طبق ماده ۶ آیین نامه مرخصی ها:

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

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

❖ طبق ماده ۱۳ آیین نامه مرخصی ها: مستخدم دولت در صورت ذخیره مرخصی می تواند در هنگام بازنشستگی از مرخصی های ذخیره شده استفاده نماید ضمناً حفظ پست سازمانی در مدت فوق الزامی نیست .

❖ طبق ماده ۱۳ آئین نامه مرخصی ها: تعطیلی بین دو مرخصی استحقاقی بر اساس قانون خدمات کشوری محاسبه نمی گردد.

مرخصی استعلاجی:

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

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





❖ طبق ماده ۲۴: چنانچه مستخدم بیش از چهار ماه مرخصی استعلاجی استفاده نماید برابر ماده ۲۴ آیین نامه مرخصی ها و تشخیص کمیسیون پزشکی مبنی بر صعب العلاج بودن بیماری حکم مرخصی صعب العلاج تا سقف ۶ ماه توسط کارگزینی با مجوز استراحت از پزشک معالج صادر می گردد و در صورت عدم بهبودی قابل تمدید می باشد (در هر نوبت ۶ ماه). در مورد بیماری صعب العلاج، حداکثر تا یکسال حقوق و فوق العاده های مربوط و در مدت مازاد بر یکسال فقط حقوق پرداخت می گردد.

❖ برابر ماده ۲۶: طبق مصوبه ۲۵/۴/۸۶ مجلس شورای اسلامی جهت بانوان باردار برای هر زایمان شش ماه پیش بینی شده است همچنین برای زایمانهای دو قلو نیز شش ماه مرخصی استعلاجی در نظر گرفته شده است. چنانچه فرزند از شیر مادر تغذیه گردد مدت شیردهی و استفاده از مزایای آن از ۲۰ ماه به ۲۴ ماه افزایش یافته است.

مرخصی کمتر از یک روز

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

❖ تبصره ۱ ماده ۳: قانون ترویج تغذیه با شیر مادر و حمایت از مادران در دوران شیردهی، این بانوان پس از شروع بکار مجدد و اتمام مرخصی استعلاجی (زایمان) در صورت ادامه شیردهی می توانند حداکثر تا بیست و چهار ماهگی کودک، روزانه یک ساعت از مرخصی (پاس شیر) بدون کسر از مرخصی استحقاقی استفاده نمایند.

❖ ماده ۶: همین قانون اجازه می دهد مادران شیرده پاس شیردهی را روزانه در سه نوبت بر حسب نیاز کودک استفاده نمایند در هر حال رعایت سقف یک ساعت الزامی است.

تأخیر، تعجیل:

۱. تأخیر: در صورت داشتن تأخیر بر اساس نتیجه سیستم دستگاه حضور و غیاب بیمارستان در آخر ماه برای اولین بار پاس محسوب می شود تکرار آن تذکر کتبی و تأثیر در کارانه.

۲. تعجیل: در صورت خروج زودتر از موعد براساس نتیجه سیستم دستگاه حضور و غیاب بیمارستان در آخر ماه همانند تأخیر برخورد می شود و در صورت بروز مشکل برای بیمار پرسنل مربوطه مسئول می باشند.

۳. هر گونه برگه استعلاجی توسط ریاست محترم بیمارستان تأیید می شود با دفتر پرستاری هماهنگ می شود و به اطلاع مسئول بخش می رسد و برگه تأییدیه استعلاجی به کارگزینی تحویل داده می شود.

مقررات کلی مربوطه به امور مالی واداری:

هر پرسنل می با یست حداکثر ظرف مدت یک هفته بعد از تاریخ شروع به کار جهت افتتاح حساب برای واریز حقوق و انجام امور مربوط به بیمه به واحد حسابداری حقوق مراجعه نماید در غیر این صورت از لیست حقوق و بیمه خارج می شود.

حقوق و مزایا، پاداش و اضافه کار:

انواع استخدامی های بیمارستان در حال حاضر:

۱. رسمی و آزمایشی
۲. پرسنل پیمانی
۳. قراردادی
۴. قراردادی تبصره ۳
۵. ضریب K
۶. عضو هیئت علمی
۷. مشمولین قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان
۸. تبصره ۴ ماده ۲

بیمه پرسنل شامل خدمات درمانی و تأمین اجتماعی می باشد.

بیمه خدمات درمانی، خاص پرسنل رسمی و آزمایشی می باشد.

بیمه تأمین اجتماعی شامل کارمندی و کارگری می باشد که پرسنل تبصره ۴ شامل مزایای بیمه کارگری می باشند.

- تنظیم لیست و محاسبه حق بیمه ماهیانه پرسنل به عهده حسابداری می باشد.
- بیمه تکمیلی هر سال در موعد اعلام شده طبق تقاضای پرسنل که با کارگزینی هماهنگ می شود با کسور قانونی معین شده مربوط به هر سال برای پرسنل توسط حسابداری اعمال می گردد.
- احکام پرسنلی قابل تغییر می باشد و در صورت هر گونه تغییر در اسرع وقت در این واحد اعمال می گردد.
- کسورات وام و پس انداز و اقساط پرسنل (فقط مؤسسات قابل تأیید توسط دانشکده) همه ماهه اعمال می شود.
- اضافه کاری پرسنل همه ماهه از بخشها به کارگزینی اعلام می شود و پس از سر جمع نمودن آنها و تحویل به حسابداری این واحد نسبت به اعمال آنها اقدام می نماید.





- پرداخت سایر مزایای پرسنل از قبیل حق مسکن سه ماهه، حق لباس شش ماهه، مأموریت پرسنل، عیدی و پاداش پایان سال و غیره همگی بر طبق مقررات و بخش نامه های مربوطه به عهده واحد حسابداری می باشد.
- پرداخت کارانه پرسنل بر اساس امتیازات کسب شده آنها می باشد.
- کارانه پرسنل بر اساس درآمد حاصله از بخش درمانی بیمارستان و بر اساس امتیازات کسب شده که هر بخش مقرر می کند و با در نظر گرفتن ساعات اضافه کار محاسبه و به حساب پرسنل واریز می شود. - پرداخت کارانه پزشکان تفاهم نامه ای منوط به شرایط قرارداد فی مابین دانشکده و ایشان می باشد.
- پرداخت حقوق دانشجویان مشروط به داشتن اعتبارات از سوی دانشکده علوم پزشکی می باشد. مبلغ پرداختی همه ماهه بر طبق آیین نامه های مربوطه تغییر کرده و اعمال می شود.
- مسئولیت ساعت کاری دانشجویان به عهده مسئولین بخش ها می باشد و طی اعلام مسئولین و تنظیم لیست نهایی در واحد کارگزینی پرداخت وجه آن بر عهده واحد حسابداری می باشد.

روند ارتقاء شغلی:

بخش اول :

تعاریف : براساس آئین نامه تشکیلاتی، طبقه بندی مشاغل و آموزش دانشگاه ها و دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی

ماده ۳۶ - طبقه بندی مشاغل: به گروه بندی مشاغل بر اساس نوع وظایف و سطح مسئولیت ها و شرایط احراز شغل و نیز انتخاب عنوان مناسب برای آنها اطلاق می شود.

ماده ۳۸ - طرح طبقه بندی مشاغل: به شرح رشته های شغلی، فهرست تخصیص رشته شغلی، مقررات، آئین نامه ها و دستور العمل های اجرایی اطلاق می گردد.

ماده ۳۹- شغل : عبارت است از مجموعه ای از وظایف و مسئولیت های مرتبط و مستمر که بر اساس طرح طبقه بندی مشاغل به این عنوان شناخته شده باشد.

ماده ۴۵ - طبقه : طبقه نشانگر پایین ترین تا بالاترین سطوح شغل می باشد که بر اساس عواملی نظیر اهمیت و پیچیدگی وظایف و مسئولیتها، سطح تخصص و مهارتهای مورد نیاز به یکی از طبقات شانزده گانه جدول یا جداول حق شغل اختصاص می یابند.

ماده ۴۶ - رتبه: هر کدام از مشاغل متناسب با ویژگی ها، حداکثر در پنج رتبه مقدماتی، پایه، ارشد، خبره و عالی طبقه بندی می گردند و هر کدام از رتبه ها به یکی از طبقات جدول یا جداول حق شغل اختصاص می یابد.

تبصره - نحوه تعیین طبقه و رتبه توسط معاونت توسعه و مدیریت منابع وزارت متبوع تدوین و ابلاغ خواهد شد.

الف- نحوه ارتقای کارمندان در طبقات جدول حق شغل:

کارمندان شاغل مشمول قانون مدیریت خدمات کشوری در صورت تحقق شرایط زیر به یک طبقه شغلی بالاتر در جدول حق شغل (موضوع بند ۱ فصل اول بخشنامه ۲۰۰/۱۴۵۹۳ مورخ ۱۳۸۸/۲/۲۱ معاونت توسعه مدیریت و سرمایه انسانی رئیس جمهور) ارتقا می یابند:

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 ارتقا 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 دیپلم بوده است، 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 بوده است، 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 بوده است، به ازای هر پنج 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 بوده است، به ازای هر پنج 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 بوده است، به ازای هر پنج 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 ارتقا می یابند.

ب- نحوه ارتقای کارمندان در رتبه های جدول حق شغل :



شرایط ارتقای رتبه کارمندان مشمول این ضوابط به شرح زیر می باشد:

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

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

تبصره ۱ - مشاغل کاردانی و کارشناسی به مشاغلی اطلاق می شود که به رشته های شغلی تحت عناوین کاردانی و کارشناسی تخصیص می یابند و یا این که پست سازمانی شاغلین دارای عنوان کاردانی یا کارشناسی باشد، همچنین آن دسته از مشاغلی که به موجب مقررات مربوط همتراز مشاغل کاردانی و یا کارشناسی شناخته شده اند در زمره مشاغل مذکور محسوب می گردند.

۲. عوامل ارزیابی کارمندان برای ارتقای رتبه شغلی به شرح جدول زیر می باشد:

ردیف	عوامل	امتیاز
۱	میزان ابتکار و خلاقیت در انجام وظایف محوله	۲۰ تا ۰
۲	میزان افزایش مهارت های مربوط به وظایف محوله	۲۰ تا ۰
۳	انجام خدمات برجسته در راستای شغل مورد تصدی	۲۰ تا ۰
۴	آموزشی های طی شده مرتبط با شغل	۲۰ تا ۰
۵	میزان جلب رضایت ارباب رجوع	۲۰ تا ۰

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

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

۳،۱. برای ارتقای به رتبه پایه

کسب حداقل ۶۰ درصد امتیاز از نمره ارزیابی جدول بند ۲

گذراندن ۳۰۰ ساعت دوره آموزشی در چارچوب نظام آموزشی کارمندان دولت



۳,۲. برای ارتقای به رتبه ارشد

کسب حداقل ۷۰ درصد امتیاز از نمره ارزیابی جدول بند ۲
گذراندن ۲۵۰ ساعت دوره آموزشی در چارچوب نظام آموزشی کارمندان دولت

۳,۳. برای ارتقای به رتبه خبره

کسب حداقل ۸۰ درصد امتیاز از نمره ارزیابی جدول بند ۲
گذراندن ۲۰۰ ساعت دوره آموزشی در چارچوب نظام آموزشی کارمندان دولت
کسب رتبه خبره برای کارمندان مستلزم تأیید کمیته موضوع بند ۵ فصل سوم بخشنامه شماره ۲۰۰/۱۴۵۹۳ مورخ ۱۳۸۸/۲/۲۱ معاونت توسعه مدیریت و سرمایه انسانی رئیس جمهور با حضور نماینده معاونت مذکور خواهد بود.

۳,۴. برای ارتقای به رتبه عالی

کسب حداقل ۹۰ درصد امتیاز از نمره ارزیابی جدول بند 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 رئیس جمهور می باشد.





امکانات رفاهی :

- ۱- برگزاری اردوهای تفریحی داخل و خارج از شهر
- ۲- برگزاری اردوهای زیارتی (بازدید از حرم مطهر امام رضا(ع)) با هماهنگی آستان قدس رضوی
- ۳- اعطای وام به همکاران با هماهنگی واحد رفاه دانشگاه
- ۴- تهیه بلیط استخر برای همکاران
- ۵- هماهنگی برای شرکت در کلاس های ورزشی و پرداخت بخشی از هزینه آن

رعایت حقوق گیرندگان خدمت

منشور حقوق بیمار در ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی امیدوار است در سایه تعامل مناسب ارائه دهندگان و گیرندگان خدمات سلامت نسبت به وظایف خود و احترام به حقوق دیگری، سلامت جامعه در بالاترین سطح ممکن تامین گردد. بر این اساس منشور حقوق بیمار با هدف تبیین حقوق گیرندگان این خدمات و به شرح ذیل تنظیم گردیده است:

بینش و ارزش

یکایک افراد جامعه متعهد به حفظ و احترام به کرامت انسان ها می باشند. این امر در شرایط بیماری از اهمیت ویژه ای برخوردار است. بر اساس قانون اساسی توجه به کرامت والای انسانی از اصول پایه نظام جمهوری اسلامی بوده و دولت موظف است خدمات بهداشتی درمانی را برای یکایک افراد کشور تأمین کند. بر این اساس ارائه خدمات سلامت باید عادلانه و مبتنی بر احترام به حقوق و رعایت کرامت انسانی بیماران صورت پذیرد.

این منشور با توجه به ارزش های والای انسانی و مبتنی بر فرهنگ اسلامی و ایرانی و بر پایه برابری کرامت ذاتی تمامی گیرندگان خدمات سلامت و با هدف حفظ، ارتقا و تحکیم رابطه انسانی میان ارائه دهندگان و گیرندگان خدمات سلامت تنظیم شده است.

منشور حقوق بیمار در ایران

محور اول: دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است.

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

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

محور چهارم: ارائه خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار و رعایت اصل رازداری باشد.
محور پنجم: دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات حق بیمار است.

محور اول: دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است

- ۱،۱. شایسته شان و منزلت انسان و با احترام به ارزش ها، اعتقادات فرهنگی و مذهبی باشد.
- ۱،۲. بر پایه ی صداقت، انصاف، ادب و همراه با مهربانی باشد.
- ۱،۳. فارغ از هرگونه تبعیض از جمله قومی، فرهنگی، مذهبی، نوع بیماری و جنسیتی باشد.
- ۱،۴. بر اساس دانش روز باشد.
- ۱،۵. مبتنی بر برتری منافع بیمار باشد.
- ۱،۶. توزیع منابع سلامت مبتنی بر عدالت و اولویت های درمانی بیماران باشد.
- ۱،۷. مبتنی بر هماهنگی ارکان مراقبت اعم از پیشگیری، تشخیص، درمان و توانبخشی باشد.
- ۱،۸. به همراه تامین کلیه امکانات رفاهی پایه و ضروری و به دور از تحمیل درد و رنج و محدودیت های غیر ضروری باشد.
- ۱،۹. توجه ویژه ای به حقوق گروه های آسیب پذیر جامعه از جمله کودکان، زنان باردار، سالمندان، بیماران روانی، زندانیان، معلولان ذهنی و جسمی و افراد بدون سرپرست داشته باشد.
- ۱،۱۰. در سریعترین زمان ممکن و با احترام به وقت بیمار باشد .
- ۱،۱۱. با در نظر گرفتن متغیرهایی چون زبان، سن و جنس گیرندگان خدمت باشد.
- ۱،۱۲. در مراقبت های ضروری و فوری (اورژانس) بدون توجه به تأمین هزینه ی آن صورت گیرد. در موارد غیرفوری (الکتیو) بر اساس ضوابط تعریف شده باشد.
- ۱،۱۳. در مراقبت های ضروری و فوری (اورژانس)، در صورتی که ارائه خدمات مناسب ممکن نباشد، لازم است پس از ارائه ی خدمات ضروری و توضیحات لازم، زمینه انتقال بیمار به واحد مجهز فراهم گردد.
- ۱،۱۴. در مراحل پایانی حیات که وضعیت بیماری غیر قابل برگشت و مرگ بیمار قریب الوقوع می باشد با هدف حفظ آسایش وی ارائه گردد. منظور از آسایش کاهش درد و رنج بیمار، توجه به نیازهای روانی، اجتماعی، معنوی و عاطفی وی و خانواده اش در زمان احتضار می باشد. بیمار در حال احتضار حق دارد در آخرین لحظات زندگی خویش با فردی که می خواهد همراه گردد.
- ۱،۱۵. احتضار به وضعیت بیماری غیر قابل علاج و غیر قابل برگشت اطلاق می شود که مرگ قریب الوقوع اجتناب ناپذیر است.

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





- ۲,۱. محتوای اطلاعات باید شامل موارد ذیل باشد:
- ۲,۱,۱. مفاد منشور حقوق بیمار در زمان پذیرش
- ۲,۱,۲. ضوابط و هزینه های قبل پذیرش بینی بیمارستان اعم از خدمات درمانی و غیر درمانی و ضوابط بیمه و معرفی سیستم های حمایتی در زمان پذیرش
- ۲,۱,۳. نام، مسؤولیت و رتبه ی حرفه ای اعضای گروه پزشکی مسئول ارائه مراقبت از جمله پزشک، پرستار و دانشجو و ارتباط حرفه ای آن ها با یکدیگر
- ۲,۱,۴. روش های تشخیصی و درمانی و نقاط ضعف و قوت هر روش و عوارض احتمالی آن، تشخیص بیماری، پیش آگهی و عوارض آن و نیز کلیه ی اطلاعات تأثیر گذار در روند تصمیم گیری بیمار
- ۲,۱,۵. نحوه ی دسترسی به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی در طول درمان
- ۲,۱,۶. کلیه ی اقداماتی که ماهیت پژوهشی دارند.
- ۲,۱,۷. ارائه آموزش های ضروری برای استمرار درمان

- ۲,۲. نحوه ی ارائه اطلاعات باید به صورت ذیل باشد:
- ۲,۲,۱. اطلاعات باید در زمان مناسب و متناسب با شرایط بیمار از جمله اضطراب و درد و ویژگی های فردی وی از جمله زبان، تحصیلات و توان درک در اختیار وی قرار گیرد، مگر این که:
- تأخیر در شروع درمان به واسطه ی ارائه ی اطلاعات فوق سبب آسیب به بیمار گردد. (در این صورت انتقال اطلاعات پس از اقدام ضروری، در اولین زمان مناسب باید انجام شود)
- بیمار علی رغم اطلاع از حق دریافت اطلاعات، از این امر امتناع نماید که در این صورت باید خواست بیمار محترم شمرده شود، مگر این که عدم اطلاع بیمار، وی یا سایرین را در معرض خطر جدی قرار دهد.
- ۲,۲,۲. بیمار می تواند به کلیه ی تصویر اطلاعات ثبت شده در پرونده ی بالینی خود دسترسی داشته باشد و آن را دریافت نموده و تصحیح اشتباهات مندرج در آن را درخواست نماید

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

- ۳,۱. محدوده انتخاب و تصمیم گیری درباره موارد ذیل می باشد:
- ۳,۱,۱. انتخاب پزشک معالج و مرکز ارائه کننده ی خدمات سلامت در چارچوب ضوابط
- ۳,۱,۲. انتخاب و نظر خواهی از پزشک دوم به عنوان مشاور
- ۳,۱,۳. شرکت یا عدم شرکت در پژوهش های زیستی با اطمینان از اینکه تصمیم گیری وی تأثیری در تداوم و نحوه دریافت خدمات سلامت ندارد.

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

۳،۱،۵. اعلام نظر قبلی بیمار در مورد اقدامات درمانی آتی در زمانی که بیمار واجد ظرفیت تصمیم گیری می باشد ثبت و به عنوان راهنمای اقدامات پزشکی در زمان فقدان ظرفیت تصمیم گیری وی با رعایت موازین قانونی مد نظر ارائه کنندگان خدمات سلامت و تصمیم گیرنده جایگزین بیمار قرار گیرد.

۲،۳. شرایط انتخاب و تصمیم گیری شامل موارد ذیل می باشد:

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

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

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

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

۴،۲. در کلیه ی مراحل مراقبت اعم از تشخیصی و درمانی باید به حریم خصوصی بیمار احترام گذاشته شود. ضروری است بدین منظور کلیه ی امکانات لازم جهت تضمین حریم خصوصی بیمار فراهم گردد.

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

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

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

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

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





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

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

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

نیازهای فرد محتضر و اصولی که مراقبان او باید بدانند

مرگ مفهوم دردناکی است که بیماران مبتلا به بیماری های مزمن صعبالعلاج و خانواده آنها به مدت طولانی در مواجهه با آن قرار دارند. معمولاً در مورد مرگ دو متغیر عمده مورد توجه است: زمان و چگونگی مرگ، که براساس آن مرگ رابه مرگ قلبی انتظار (مرگ افراد سالمند یا مرگ پس از بیماری طولانی) و مرگ غیرقابل انتظار (مرگ ناشی از تصادفات یا خودکشی) تقسیم می کنند. مفهوم مرگ به موقع، همیشه مورد تردید بوده است. درست است که برخی سالمندان با مرگ بهتر کنار می آیند، ولی اکثراً آن را زود هنگام می پندارند و اکثر خانواده ها نیز آرزو می کنند فرد مورد علاقه شان بیشتر در کنارشان به زندگی ادامه دهد. گرچه مرگ فرایندی است که از هنگام تولد شروع می شود، مواجهه با آن همیشه ناتوان کننده و ترس آور است و هدف از مراقبت های پایان زندگی کمک به بیماران و خانواده شان به منظور کنار آمدن با مشکلات در این مرحله سخت، به وسیله توجه و مراقبت از نیازهای جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی آنهاست.

هدف مهم دیگر مراقبت های پایان زندگی، مرگ باوقار است. مراقبتی که باعث حفظ عزت بیمار و تسلی او و خانواده اش شود. نحوه مرگ عزیزان همیشه در خاطر بازماندگان باقی می ماند، پس سعی بر این است به فرد کمک شود که با حفظ عزت نفس، با زوال جسمی غیرقابل اجتناب اش کنار بیاید. یک لبخند، لحظاتی از احساس آرامش، احساس مصالحه با زندگی در پشت سر و مرگ در پیش رو و خداحافظی دوست داشتنی با عزیزان، مرگ باوقار را تداعی می کنند.

اصولی که مراقبان باید بدانند عبارت است از:

۱- توجه به ارزش ها و عقاید معنوی و مذهبی هر فرد و نیازهای عاطفی وی

۲- توجه به اهمیت حمایت از حس کنترل و انتخاب‌های بیمار

۳- توجه به اهمیت احترام به بیمار و مسایلی مثل هویت، وقار، احترام، انتخاب، استقلال، حریم و حقوق بیمار

۴- دانستن نحوه کاهش حس تنهایی و انزوا در بیمار و مراقبان‌اش و تشویق آنها برای صحبت با یکدیگر، تا بیمار حس نکند که باری بر دوش خانواده است.

۵- توجه به اهمیت حفظ حریم بیمار؛ مثلاً بیمار ترجیح می‌دهد تا آنجا که ممکن است از لگن استفاده نکند، یا دادن غذا و مایعات و کمک به حرکت او به ملایمت انجام شود.

۶- کمک به بیمار برای انجام مسایل مالی؛ مثلاً معرفی متخصصان امور حقوقی به بیمار

۷- منعطف بودن در پاسخگویی به نیازهای بیمار

۸- معرفی نحوه دسترسی به سرویس‌های خاص مراقبت از بیمار و خانواده‌اش؛ مثل مراقبت در منزل توسط آشنایان یا پرستار آموزش دیده، آسایشگاه‌های مخصوص مراقبت، و سرویس‌های مراقبت روزانه

۹- دانستن اهمیت گوش کردن به بیمار، تشخیص احساسات وی و نیاز او برای صحبت درباره آن و ایجاد احساس ارزشمند بودن در بیمار، شرکت دادن او در تصمیم‌گیری درباره نحوه مراقبت و میزان اطلاعاتی که بیمار میل دارد، بداند

۱۰- ارزیابی اطلاعات گذشته، وضعیت سلامت فعلی، وضعیت شغلی و اجتماعی، عقاید و ارزش‌های معنوی، فرهنگ و نحوه زندگی بیمار، نیازهای خانواده و دوستان، معاینه فیزیکی منظم و پرسش از مشکلات جسمی و کمک به بهبود همه این موارد





مدیریت شکایات :

در صورتی که بیماران و همراهان شکایتی از نحوه ارائه خدمت و ... داشته باشند می توانند با مراجعه به دفتر مدیریت بیمارستان/ دفتر پرستاری اقدام به طرح شکایت خود نموده، فرم شکایات را پر کرده و تسلیم مسئول رسیدگی نمایند و مراکز یاد شده نیز موظف به پیگیری شکایت مطروحه می باشند.

در ۳ قسمت بیمارستان (سالن اورژانس، ورودی درمانگاه تخصصی و سالن زایشگاه) صندوق جمع آوری شکایات به همراه راهنمای آن نصب شده است.

شماره تلفن های بیمارستان :

این مرکز دارای خط تلفن می باشد که تعدادی از آنها در زیر آمده و مراجعین می توانند در صورت نیاز از آن استفاده نمایند.

(۱۰۱ داخلی) ۴-۴۲۶۳۸۰۰۱ و ۴۲۶۳۸۰۰۶ و ۴۲۶۳۳۹۰۹

منشور حقوق کارکنان

از آنجائی که توفیق خدمت به بیماران و نجات جان انسانها در زمره برترین عبادات قرار دارد و نجات جان یک انسان از سوی شارع مقدس با نجات جان تمامی انسانها برابر محسوب شده است؛ کارکنان بیمارستان برای ارائه خدمت به بیمار همراه با احساس رضایتمندی و خودشکوفایی از حق و حقوقی برخوردارند که تحت عنوان منشور حقوق پرسنل بوده و در بیمارستان حکیم نیشابور به شرح ذیل می باشد:

۱. حق مشارکت در تصمیم گیری های بیمارستان در راستای تحقق اهداف، رسالت و استراتژی
۲. حق استفاده از حقوق و مزایا طبق قانون و مقررات اداری
۳. حق استفاده از مرخصی استحقاقی سالیانه، مرخصی استعلاجی و مرخصی ساعتی بر طبق قوانین اداری
۴. حق برخورداری از آموزش های تکمیلی ضمن خدمت و تخصصی
۵. حق ارائه اطلاعات و راهنمایی های لازم به ارباب رجوع در محدوده وظیفه شغلی خود
۶. حق برخورداری از رفتار محترمانه از سوی بیمار و همراهیان
۷. حق رسیدگی به مسایل و مشکلات شغلی از طرف مسئولین رده بالا
۸. حق انجام وظیفه در محدوده قانونی
۹. حق امنیت شغلی و مساعدت قضایی از سوی مسئولین مربوطه
۱۰. حق برخورداری از ماده ۶۰۷، ۶۰۸، و ۶۰۹ قانون اساسی (قانون ترمذ نسبت به مأمورین دولتی و هتک حرمت اشخاص) و حمایت قانونی در قبال تهدید و توهین افراد
۱۱. حق پایبندی به قسم نامه های حرفه ای در محدوده شرع و قانون

قوانین و مقررات حجاب و پوشش

۱. رعایت حجاب کامل اسلامی و توجه به موازین شرعی، اخلاقی و انسانی.
۲. رعایت یونیفرم رسمی و نصب اتیکت مشخصات فردی تایید شده

تبصره: لباس فرم رده های مختلف کادر پرستاری به شرح ذیل می باشد:

الف: لباس فرم سوپروایزرها، سرپرستاران:

- خانم ها: مقنعه، روپوش و شلوار سورمه ای
- آقایان: روپوش سفید و شلوار سورمه ای

ب: لباس فرم پرستاران

- خانم ها: مقنعه و شلوار سورمه ای، روپوش سفید
- آقایان: روپوش سفید و شلوار سورمه ای

ج: لباس فرم کمک بهیاران:

- خانم ها: مقنعه، شلوار و روپوش کرم رنگ
- آقایان: شلوار و روپوش کرم رنگ

د: لباس فرم بهیاران:

- خانم ها: مقنعه و شلوار و روپوش سفید

ه: لباس فرم ماما:

- در محیط زایشگاه: مقنعه و شلوار و روپوش سبز
- در محیط بخشها: روپوش سفید - مقنعه و شلوار مشکی

لباس فرم کلیه رده های بخشهای ویژه:

- خانم ها: مقنعه سورمه ای - شلوار و روپوش آبی
- آقایان: شلوار و روپوش آبی

لباس وفرم خدمات:

- خانم ها: مقنعه، شلوار و روپوش طوسی
- آقایان: شلوار و روپوش طوسی





- استفاده از هر گونه عطر و زیور آلات و آرایش در محیط کار اکیدا ممنوع است.
- به منظور تحکیم و تثبیت ارزش های اسلامی و حفظ قداست محیط کار، رعایت گفتار و رفتار بر اساس اخلاق اسلامی الزامی است .

کنترل عفونت

قوانین مربوط به کنترل عفونت های بیمارستانی

هدف کلی:

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

اهمیت عفونت بیمارستانی

عفونت‌های بیمارستانی از چند جنبه حائز اهمیت می‌باشند:

- مرگ و میر و ناخوشی بیماران
- افزایش طول مدت بستری بیماران در بیمارستان
- افزایش هزینه های ناشی از طولانی شدن اقامت بیماران، اقدامات تشخیصی و درمانی

عفونت بیمارستانی: عفونتی که به صورت محدود یا منتشر و در اثر واکنش های بیماری زای مرتبط با خود عامل عفونی یا سموم آن در بیمارستان ایجاد می شود به شرطی که:

-حداقل ۷۲-۴۸ ساعت بعد از پذیرش بیمار در بیمارستان ایجاد شود

-در زمان پذیرش، فرد نباید علائم آشکار عفونت مربوطه را داشته باشد و بیماری در دوره نهفتگی خود نباشد

انواع عفونت‌های بیمارستانی براساس نظام کشوری مراقبت عفونتهای بیمارستانی: (NNIS)

۱. عفونت دستگاه ادراری
۲. عفونت محل جراحی
۳. پنومونی
۴. عفونت دستگاه گردش خون

احتیاط‌های استاندارد

به منظور کاهش خطر انتقال میکروارگانیسم‌ها از منابع شناخته شده یا ناشناخته در بیمارستان، احتیاط‌های استاندارد بکار می‌روند. رعایت احتیاط‌های استاندارد برای تمام بیماران ضروری است، بدون آنکه نوع بیماری آن‌ها در نظر گرفته شود شامل:





- ✓ شستشوی دست
- ✓ استفاده از وسایل حفاظت فردی
- ✓ اجتناب از جراحات ناشی از فرو رفتن سرسوزن و لوازم نوک تیزو دفع صحیح اجسام تیز و برنده
- ✓ انتقال صحیح زباله ها و پسماندها

شستن دست :

شستن دست‌ها به تنهایی مهمترین راه پیشگیری از عفونت‌های بیمارستانی به شمار می‌آید. شستن دست‌ها می‌تواند توسط صابون‌های معمولی یا انواع ضد میکروبی صورت گیرد .

روش‌های دست شستن:

- شستن دست‌ها به روش معمول یا روتین
- شستن دست‌ها به وسیله مواد ضد میکروبی یا ضد عفونی کننده
- شستن دست‌ها بدون استفاده از آب

شستن دست‌ها بدون استفاده از آب که به آن Hand rub یا روش مالش دست می‌گویند از محلول‌هایی با پایه الکلی استفاده می‌شود.

در ۵ موقعیت رعایت بهداشت دست‌ها الزامی است:

۱. قبل از تماس با بیمار
۲. قبل از انجام اقدامات آسپتیک
۳. بعد از تماس با بیمار
۴. بعد از تماس با وسایل و محیط اطراف بیمار
۵. بعد از تماس با ترشحات و مایعات بدن بیمار

نیدل استیک:

آسیب‌های نیدل استیک، یک زخم است که با ایجاد یک سوراخ در پوست و بطور معمول بوسیله اجسام تیز (سرسوزن آنزیوکت و...) ایجاد میشود. و میتوانند باعث انتقال بیماری‌های نهفته مثل ویروس هپاتیت ب (HBV)، هپاتیت سی (HCV) و عامل بیماری ایدز (HIV) شود.

دستورالعمل ایمنی :

اقدامات پیشگیرنده از بروز جراحات و صدمات ناشی از سر سوزن و وسایل تیز و برنده در کارکنان بهداشتی درمانی

- جهت شکستن وبالهای دارویی ترجیحاً از نوعی استفاده شود که احتیاج به تیغ اره نداشته باشد .

- پس از تزریق از درپوش گذاری خودداری شود .
- از شکستن و خم کردن سر سوزن قبل از دفع خودداری شود .
- جهت حمل وسایل تیز و برنده از ریسور استفاده شود .
- از دست به دست نمودن وسایل تیز و برنده اجتناب شود

یکی از وظایف کمیته های کنترل عفونت، محافظت از کارکنان در مقابل عفونت‌های بیمارستانی و نیز در مقابل مواجهه شغلی بویژه با خون و مواد بالقوه آلوده می‌باشد.

به منظور محافظت از کارکنان در مقابل عفونت‌های بیمارستانی توصیه می‌شود اقدامات ذیل صورت گیرد :

- انجام معاینات پزشکی قبل از استخدام کارکنان
- انجام معاینات پزشکی دوره ای کارکنان
- ایمن سازی کارکنان بر علیه بیماری‌های واگیر

ایمن سازی کارکنان شاغل در بیمارستان

یکی از مقرون به صرفه ترین روش‌های پیشگیری از ابتلا به بیماری‌های قابل سرایت، ایمنسازی افراد و بویژه کارکنان حرفه های پزشکی است. بر این اساس توصیه می‌شود کارکنان مشاغل پزشکی بر علیه ویروس هپاتیت B ایمن گردند. توصیه می‌شود یک تا دو ماه پس از تزریق آخرین دوز واکسن هپاتیت B (پس از تزریق نوبت سوم)، آزمایش HBsAb در گروه های پر خطر شغلی مانند کادر بالینی و پزشکان صورت گیرد تا از وضعیت ایمنی آنها بر علیه ویروس هپاتیت B اطمینان حاصل گردد.

" برای اطلاعات بیشتر به کتابچه کنترل عفونت مراجعه شود"





بهداشت محیط

تعریف بهداشت محیط:

کنترل عواملی از محیط زندگی که بگونه ای بر روی سلامت جسمی، روانی و اجتماعی انسان تأثیری گذارد.

بهداشت محیط بیمارستانها

مجموعه ای از فرایندها و فعالیتهای منجر به استاندارد شدن سلامت در محیط های بهداشتی درمانی (بیمارستان) می باشند، که به عنوان یک جامعه با تشریک مساعی یکدیگر و به منظور حصول اطمینان از ایجاد شرایطی که در آن افراد بتوانند از موهبت سلامتی بهره مند گردند.

اهداف:

۱. حفظ و ارتقاء سطح سلامت جسمی، روحی، اجتماعی افراد گیرنده و دهنده خدمت و کلیه آحاد جامعه
۲. کنترل و مرتفع نمودن عوامل محیطی مؤثر در انتقال و تولید بیماری و پیشگیری از بیماریها و عفونت های بیمارستانی، مراقبت و پایش

بهداشت محیط در بیمارستان شامل:

۱. سالم بودن آب آشامیدنی و مصرفی
۲. دفع صحیح فضلاب
۳. دفع صحیح زباله
۴. عدم وجود حشرات، جوندگان و حیوانات ولگرد
۵. تهویه مناسب
۶. تجهیزات و ابزار کار بهداشتی
۷. شرایط بهداشتی و بهسازی ساختمان
۸. روش های مناسب نظافت و گندزدایی
۹. ارتقاء آگاهی پرسنل در کل زمینه های بهداشت (فردی، حرفه ای، محیط و ..) از طریق روشهای مختلف مانند نصب پوستر و هشدارهای بهداشتی در معرض دید
۱۰. اجرای دستورالعمل های کشوری و سیاستهای وزارت متبوع
۱۱. کنترل عفونت در قسمتهای حساس مانند اتاق عمل و .. نمونه برداری و کشت از محیط و پرسنل

۱۲. جلوگیری از ورود افراد متفرقه به اتاق عمل ، آشپزخانه و ملاقات در ساعات غیر از ساعت ملاقات
۱۳. داشتن فضای سبز در بیمارستان و عدم وجود گل و.. در داخل ساختمان .
۱۴. بهداشت مواد غذایی

نمونه سیاستهای وزارت متبوع:

اجرای تفکیک زباله

عدم بازیافت زباله

مصرف نمک یددار

عدم استفاده از مواد نفتی برای نظافت

عدم استعمال سیگار و...

رعایت اصول بهداشت محیط و بهسازی در بیمارستان علاوه بر کم کردن مخازن قوی میکروارگانسیم ها، اثر مهمی در زیبایی محیط و جلب اعتماد بیماران خواهد داشت.





بهداشت حرفه ای

تعریف بهداشت حرفه ای:

بهداشت حرفه ای، علم و هنر شناسایی، ارزیابی و کنترل عوامل زیان آور شغلی اعم از عوامل فیزیکی (صدا، ارتعاش، روشنایی، پرتوها، گرما، سرما، فشار و رطوبت)، عوامل شیمیایی (گازها، بخارات، دمه های فلزی، ذرات و الیاف معلق)، ارگونومیکی و بیولوژیکی (باکتری ها، ویروس ها، قارچ ها و انگل ها) است. به بیانی دیگر بهداشت حرفه ای علمی است که با مسائل بهداشت محیط کار و سلامت افرادی که به کار گمارده می شوند، سر و کار دارد.

اهداف بهداشت حرفه ای :

در این علم معمولا اهداف دراز مدت مورد توجه بوده و دستیابی به آن کار گروهی مسئولین و کارکنان را می طلبد .

اهداف بهداشت حرفه ای بر طبق کمیته مشترک سازمان بهداشت جهانی (WHO) و سازمان بین المللی کار (ILO) عبارتند از:

الف. تأمین، حفظ و ارتقاء بهداشت و سلامت جسمی، روانی و اجتماعی شاغلین

ب. پیشگیری از بیماری ها و حوادث ناشی از کار

ج. انتخاب کارگر یا کارمند برای محیط و شغلی که از نظر جسمانی و روانی توانایی انجام آن را دارد و به عبارتی تطبیق شرایط کار با انسان به منظور کاهش اثرات کار بر سلامت انسان.

تعریف حادثه : آنچه انسان را ناخواسته از مسیر زندگی طبیعی منحرف ساخته و برای او ناراحتی جسمی و روانی و یا خسارات مالی ایجاد نماید، حادثه نامیده می شود.

روشهای پیشگیری از حوادث:

۱. وضع مقررات قانونی
۲. تعیین اصول و میزانهای
۳. بازرسی
۴. تحقیقات فنی
۵. تحقیقات پزشکی
۶. تحقیقات روانشناسی
۷. تحقیقات کاری
۸. آموزش

۹. راهنمایی و تشویق

۱۰. تشکیل کمیته

الف - عوامل بیولوژیک : نظیر Bac- TB-HCV-HIV-HBV و عفونتهای بیمارستانی و غیره و راهکارهای پیشنهادی

۱. رعایت بهداشت فردی

۲. استفاده از وسایل حفاظت فردی می باشد.

ب - عوامل شیمیایی : نظیر : عوامل ضد عفونی کننده ، استریل کننده ها ، عوامل آزمایشگاهی ، داروها عوامل و گازهای بیهوش کننده ، محرکها و حساسیت زاها ، سرطان زاها و زباله و غیره

ج- عوامل فیزیکی نظیر : الکتریسیته ، گرما، رطوبت محیط ، اشعه ، بهداشت فردی ، آلاینده های داخلی و خارجی ، صدا ، روشنایی و غیره

د - عوامل ارگونومی : موقعیتهای و شرایط ناجور ، حرکات تکراری ، استفاده از نیرو به طور نامطلوب

ه-عوامل روانی : عدم استراحت ، شیفت کاری ، عدم امنیت شغلی

آتش نشانی

قوانین مربوط به مدیریت حریق

تعریف احتراق:

عبارتست از واکنشی شیمیایی که در اثر ترکیب دو ماده شیمیایی (یک اکسید کننده و یک اکسید شونده) رخ داده و در اثر آن حرارت تولید می شود که اگر مقدار حرارت در واحد زمان قابل ملاحظه باشد و همراه آن نور تولید گردد، حریق یا آتش سوزی صورت می گیرد.

احتراق کامل و ناقص :

احتراق کامل هنگامی است که تمام عناصر موجود در سوخت به بالاترین حد ترکیب با اکسیژن خود برسد ولی اگر مقداری از مواد قابل اکسید شدن در سوخت باقی بماند یا دود شوند احتراق ناقص صورت گرفته که در این حالت مقداری انرژی تلف شده است. گرمای حاصل از احتراق کامل تقریباً ۴ برابر گرمای حاصل از احتراق ناقص می باشد.





نحوه به کارگیری کپسولهای اطفاء حریق موجود در بیمارستان:

استفاده از برخی از مواد شیمیایی که معمولا دارای بنیان کربنات، سولفات یا فسفات می باشند یکی از راه های متداول و ساده برای خاموش کردن آتش از طریق خفه کردن آن است. این ترکیبات براحتی برای اطفاء انواع حریق A, B, C بکار می روند. به همین دلیل در استفاده های عمومی معمولا این ترکیب خاموش کننده توصیه می شود. به این ترکیبات پودر شیمیایی گفته می شود. پودر شیمیایی اگر چه برای حریق دسته A کاربرد دارد ولی بدلائل اقتصادی توصیه نمی گردد مگر اینکه مواد در حال اشتعال پر بها باشند یا استفاده از آب ماهیت آنها را تغییر دهد. پودر شیمیایی روی حریق پاشیده شده و باعث پوشاندن آتش و جلوگیری از رسیدن اکسیژن می گردد. که البته با توجه به اینکه در بیمارستان فقط از دو نوع کپسول پودری و CO₂ استفاده میشود بهتر است برای آتش های از نوع A از کپسول های پودری و موارد الکتریکی از کپسول CO₂ استفاده شود و در تمام موارد حادثه ابتدا توصیه به حفظ آرامش و سپس اطفاء می گردد به این صورت که با خونسردی کامل به آتش نزدیک میشویم پلمپ کپسول را درآورده و نازل رادر دست گرفته به شکل جارو کردن پودر را به بن آتش می پاشیم. همچنین در ابتدای هر بخش یک عدد فایر باکس تعبیه شده است در جهت ارتقاء، شیلنگهای برزنتی این جعبه ها با نوع هزریل تعویض شده اند تا در مواقع لزوم بتوان با باز کردن تنها قسمتی از شیلنگ تا رسیدن نیروهای ۱۲۵ اقدام به اطفاء حریق کرد.

نحوه به کار گیری جعبه آتش نشانی در موقع بروز آتش fire box

۱. درب جعبه را با کلیدی که مقابل دید شما در یک محفظه شیشه ای قرار دارد باز کنید.
۲. حلقه شیلنگ آتش نشانی را در جهت زاویه ۹۰ درجه به سمت بیرون جعبه هدایت نمائید.
۳. با چرخاندن حلقه شیلنگ ها را از روی آن خارج نمائید.
۴. سرنازل آماده روی شیلنگ ها را به دست گرفته و به طرف آتش حرکت کنید.
۵. هیچگاه به صورت انفرادی از جعبه آتش نشانی و باز کردن شیر آب استفاده نکنید زیرا امکان دارد به فرد آسیب برسد.
۶. قبل از باز کردن شیر فلکه آب اقدام به باز کردن شیر نازل نمائید.
۷. در صورتی که محل آتش سوزی از طول شیلنگ آماده طویل تر باشد بایستی از لوله یدکی که در جعبه می باشد جهت امتداد دادن شیلنگ استفاده نمائید.
۸. شیر نازل را به سمت کانون آتش نشانه گرفته و تا دفع کامل آتش به عملیات ادامه دهید.
۹. پس از اتمام عملیات بایستی شیلنگ ها از محل کوپلینگ باز و بعد از آب گیری و خشک شدن دوباره به صورت اول پیچیده شود.
۱۰. هنگام پیچیدن، شیلنگ به صورت رول پیچیده و شیلنگ آماده را دولا به دور حلقه دوار بپیچید.

اجزای سیستم اعلام حریق به سه قسمت اصلی تقسیم می شوند :

تجهیزات تشخیص حریق (دتکتورها)

تجهیزات اعلام حریق (فلاشرها ، آژیرها و ...)

مرکز کنترل یا پانل مرکزی که وظیفه ارتباط بین دتکتورها و وسایل اعلام حریق را به عهده دارد .

تجهیزات جانبی دیگری نیز برای تکمیل و قدرتمند نمودن سیستم اعلام حریق به کار می روند .



مدیریت خطر حوادث و بلایا

مدیریت خطر (ریسک) درمراقبت سلامت عبارتند از :

شناسایی، بررسی، تجزیه و تحلیل و ارزیابی خطرات و انتخاب با صرفه ترین روش (تصحیح ، کاهش یا حذف خطرات قابل شناسایی)

رویداد ناگوار (Adverse Event) : صدمه ای که در اثر اقدامات درمانی و در فرآیند درمان به بیمار وارد می شود و ارتباطی با بیماری زمینه ای وی ندارد. بروز این رویدادها در بیمارستان می تولند مدت زمان بستری بیمار را افزایش داده و یا باعث ایجاد ناتوانی در بیمار در زمان ترخیص شود.

رویداد فاجعه آمیز (Sentinel Event) : رویداد ناگوار دور از انتظاری که منجر به مرگ یا جراحت جدی جسمی یا روانی می گردد.

مانند : انجام پروسیجر بر روی بیمار اشتباه یا عضو اشتباه - بجا ماندن ابزار جراحی در بدن - آمبولی درون عروقی منجر به مرگ بعد از عمل جراحی - واکنش انتقال خون به علت ناسازگاری - ABO مرگ و میر مادران بدون مشکل در طول یا بعد از زایمان طبیعی - تحویل نوزاد به خانواده غیر - خودکشی یا ربودن بیمار بستری در بخش - خطای دارویی منجر به مرگ بیمار.

وقایع (Sentinel Event (never events) : هرگز نباید اتفاق بیفتد و در صورت اتفاق می بایست به روش RCA تحلیل شوند.

رویداد نزدیک به خطا یا شبه حادثه (Near miss – close call)

رویداد یا موقعیتی که در آن به بیمار جراحت و صدمه ای وارد نشده و علت آن هم شانس بوده است. این شانس می تواند ناشی از قوی بودن بیمار یا مداخله به موقع یکی از کادر درمانی باشد.

۲ رویکرد مدیریت خطر عبارتند از :

Reactive (واکنشی): آموختن از چیزهایی که اشتباه انجام شده است.

Proactive (بلادرنگ): جلوگیری از خطرات بالقوه که در خدماتی که مراکز درمانی ارائه می کنند تأثیر می گذارد.

منابع اطلاعاتی برای شناسایی خطرات عبارتند از : تجارب قبلی ، افراد با تجربه در سازمان، اسناد و مدارک، گزارش ها، پروتکل ها، روش های اجرایی، برنامه ها، آموزش، بازرسی، ممیزی داخلی، شکایات، حوادث و سوانح ثبت شده، نظرسنجی ها، فرم های گزارش دهی خطا.



تحلیل ریشه ای علل وقایع (RCA) Root Cause Analysis

روش تحقیقی که اجازه می دهد تا سازمان با روش گذشته نگر به شناسایی عوامل اساسی خطاها بپردازد و دریابد چرا برخی نتایج رخ داده اند.

مراحل RCA عبارتند از :

۱. سازماندهی تیم
۲. جمع آوری اطلاعات
۳. تعریف رویداد
۴. تعیین علل سطحی
۵. شناسایی علل ریشه ای
۶. شناسایی استراتژی های کاهش خطر
۷. استقرار استراتژیها
۸. ارزیابی اثر بخشی اقدامات صورت گرفته

تحلیل حالات بالقوه خطا و آثار آن (FMEA) Failure Mode and Effects Analysis

روشی آینده نگر برای شناسایی حالات بالقوه خرابی و شکست در یک فرایند

پایه و اساس FMEA

۱. چه خطایی ممکن است رخ دهد؟
۲. احتمال وقوع این خطا و آثار و پیامدهای آن کدامست؟
۳. احتمال شناسایی و کشف این خطا، پیش از وقوع چقدر است؟

مراحل انجام FMEA

۱. تشکیل تیم
۲. مشخص نمودن فرایند / سیستم تحت مطالعه
۳. مشخص کردن گامهای فرایند با اجزا و عوامل تشکیل دهنده سیستم
۴. فهرست کردن حالات بالقوه خطا برای هر یک از آنها
۵. تعیین اثرات بالقوه بروز هر یک از این حالات خطا





۶. تعیین علل بروز هر یک از این خطاها
۷. فهرست کردن کنترل های جاری به منظور شناسایی هر یک از خطاها
۸. محاسبه اولویت ها (RPN)
۹. اجرا و پیاده سازی اقدامات پیشگیرانه و اصلاحی

ایمنی بیمار

ایمنی = Safety = فقدان وجود هر گونه صدمه و آسیب اتفاقی

۹ راه حل ایمنی بیمار عبارتند از :

- ۱) توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی
- ۲) توجه به مشخصات فردی بیمار جهت جلوگیری از خطا
- ۳) ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار
- ۴) انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار
- ۵) کنترل غلظت محلول های الکترولیت
- ۶) اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارائه خدمات
- ۷) اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها
- ۸) استفاده صرفاً یکباره از وسایل تزریقات
- ۹) بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبت های سلامتی

شاخص های کشوری پایش ایمنی بیمار عبارتند از:

۱. سقوط بیمار
۲. زخم بستر
۳. نرخ کنترل عفونت
۴. عوارض بیهوشی
۵. عوارض انتقال خون
۶. جدا شدن زخم محل عمل جراحی
۷. خونریزی یا هماتوم بعد از عمل جراحی
۸. جا ماندن جسم خارجی پس از عمل جراحی
۹. پارگی یا سوراخ شدگی اتفاقی

۱۰. نرخ مرگ و میر در عوارض بیمارستانی پس از زایمان
۱۱. ترومبوز وریدی یا آمبولی ریوی پس از اعمال جراحی
۱۲. عفونت زخمهای جراحی
۱۳. ترومای زایمان (با ابزار یا بی ابزار)
۱۴. ترومای تولد- صدمه به نوزاد





مدیریت بحران

مدیریت مراکز درمانی در بحران

مفاهیم

سیستم مدیریت بحران بیمارستانی برای کمک به بهبود عملکرد مراکز پزشکی طی بحران طراحی شده است. بدلیل آنکه بسیاری از حوادث نیازمند دخالت افراد و سازمانهای متعدد است برقراری هماهنگی بین فعالیت افراد و سازمانها نیازمند برنامه ای است تا بتواند این ارتباط را بطور صحیح برقرار کند.

هماهنگی درون و برون سازمانی نیازمند موارد زیر است:

- زنجیره فرماندهی مبتنی بر مسئولیت
- وجود زبان مشترک در ساختار مدیریتی
- وجود شرح وظایف مشخص و تفکیک شده
- امکان برقراری ارتباطات موثر و مداوم

احیا قلبی ریوی پایه

ضرورت آموزش احیاء:

بهترین زمان برای نجات جان بیماری که دچار ایست قلبی، ریوی، مغزی شده است ۴ تا ۶ دقیقه اول می باشد، زیرا پس از آن اگر هم بیمار زنده بماند به احتمال زیاد آسیب های زیاد و جبران ناپذیری برای او به جا میماند. هدف اولیه احیاء قلبی، ریوی، مغزی یک مغز سالم و یک بیمار دارای عملکرد است.

از آنجا که فاصله زمانی بین تماس با مرکز اورژانس و رسیدن پرسنل پزشکی، اغلب بیش از ۵ دقیقه طول می کشد، میزان بقاء به داشتن جمعیتی که در مورد CPR آموزش دیده اند بستگی دارد. که طی تحقیقات انجام شده متأسفانه تنها یک درصد افراد دچار ایست قلبی ریوی توسط اطرافیان احیاء می شوند. با هر دقیقه تاخیر در انجام احیاء ۱۰ درصد به احتمال مرگ بیمار افزوده می شود.

چنانچه CPR بلافاصله بعد از افتادن بیمار به علت ایست ناگهانی قلبی ریوی شروع شود شانس زنده ماندن او ۲ تا ۳ برابر است. طی تحقیقات درصد زنده ماندن بیماران در صورت انجام سریع و صحیح این اقدامات ۵۰ تا ۷۵ درصد می باشد.

یکی از کلیدی ترین مسائل مربوط به احیاء، انجام درست و کامل اقدامات CPR است

چرا اطرافیان نسبت به انجام CPR تمایل کمی دارند:

۱. برخی ادعا می کنند CPR بسیار پیچیده است و مراحل متعددی دارد که به خاطر سپردن آنها دشوار است.
۲. برخی احساس می کنند روش های آموزشی، ناکارآمد است.
۳. برخی اظهار می کنند مردم از انتقال بیماری ها هراسان هستند و تمایل به تنفس دهان به دهان ندارند. در این مورد باید گفته شود که اطلاعات موجود خطر انتقال بیماری از این طریق را بسیار کم می داند به علاوه وسایلی ساده و قابل حمل از قبیل ماسک صورت جهت این کار وجود دارد.

دستورالعمل های جدید تاکید بر کیفیت CPR و از سوی دیگر ساده سازی یادگیری ها دارد.

ما امیدواریم که با فراگیری تکنیک های CPR به وسیله تعداد بیشتری از مردم، قربانیان ایست قلبی ریوی بیشتری احیا شوند.

احیا قلبی ریوی مغزی شامل دو دسته اقدامات است:

۱. احیاء پایه (خارج بیمارستانی)
۲. احیاء پیشرفته





احیا قلبی ریوی مغزی پایه:

در احیا پایه ما تلاش می کنیم بدون استفاده از ابزار های اضافه و فقط با استفاده از حواس و توانائی های فیزیکی خود در ابتدا بیماران را ارزیابی و بعد آنها را با دادن تنفس و ماساژ از نظر قلبی و تنفسی و مغزی حمایت کنیم تا با زنده نگهداشتن ارگان های اصلی بتوانیم بیمار را به مراکز مجهز برسانیم .

ارزیابی هوشیاری:

در ارزیابی هوشیاری با صدا زدن و تکان دادن یا تحریک کردن بیماران، هوشیاری ارزیابی می شود . در زبان انگلیسی ابتدای کلمات تکان دادن و فریاد کشیدن با S شروع می شود لذا این مرحله را S&S می نامند . (SHOUT & SHAKE) باید دقت کرد که در بیماران با احتمال صدمه ستون فقرات لازم است این تکان دادن به نرمی صورت گیرد . در زبان انگلیسی برای نشان دادن این نرمی از واژگان TALK & TOUCH استفاده می گردد (لمس کردن و صحبت کردن) . در صورتیکه بیمار واکنش نشان داد ، مثلا چشمان خود را باز نمود یا صحبت کرد بیمار را تحت نظر قرار می دهیم . در غیر این صورت عملیات احیا را سریعاً شروع می کنیم .

حفظ امنیت:

یکی از مسائلی که در دستورالعمل های جدید تاکید بسیاری بر آن شده است حفظ شرایط امنیتی احیا گر و بیمار است . لازم است که در طول احیا ، جان احیاگر و بیمار به خطر نیفتد . پس تمام شرایط امنیتی و استریلیزاسیون را رعایت می کنیم . و تا زمانی که خطرات محیطی رفع نشده اند عملیات احیاء را شروع نمی کنیم . در زبان انگلیسی امنیت را SECURITY می گویند .

خبر رسانی:

بعد از آگاهی از وضع هوشیاری بیمار ، سریعاً اقدام به فعال سازی سیستم PAGE در بیمارستان می نمائیم و در خارج بیمارستان با مرکز فوریت ها (در ایران ۱۱۵) تماس می گیریم . به زبان انگلیسی درخواست کمک را با علائم SOS نشان می دهند = (SAVE OUR SHIP) کشتی ما را نجات دهید . (بعد از این مرحله به سراغ ارزیابی قلبی بیمار می رویم .

ارزیابی قلبی:

در ارزیابی قلبی با استفاده از نبض رگ گردنی (کاروتید) و در مرحله بعد نبض رگ پا (فمورال) تعداد و شدت ضربان قلب بیمار را مورد ارزیابی قرار می دهیم .

کاروتید را باید در شیار مابین نای و عضله مورب گردنی جستجو کرد باید موارد زیر رعایت شود :

- رگ باید بصورت یکطرفه لمس شود. (برای جلوگیری از کاهش خونرسانی مغز)
- از ضربه زدن به رگ خودداری شود (برای جلوگیری از آزاد شدن لخته احتمالی)
- از ماساژ ناحیه رگ خودداری شود (برای جلوگیری از کاهش ضربان قلب)
- در صورت عدم لمس نبض ماساژ قلبی را فوراً شروع می‌کنیم .

برقراری گردش خون: Circulation

این اقدام شامل بررسی وضعیت گردش خون و عملکرد قلب مصدوم است در فرد بیهوش مناسبترین روش جهت بررسی گردش خون ، کنترل نبض کاروتید می باشد.

ماساژ قلبی:

برای دادن ماساژ قلبی دست های احیا گر باید در یک سوم انتهائی یا وسط استخوان جناق (استرنوم) بین دو نیپل قرار گیرد و با سرعت حداقل ۱۰۰ ضربه در دقیقه قفسه سینه بیمار را به سمت پائین بفشارد . دست فرد ماساژ دهنده باید کاملاً مستقیم باشد . باید پس از هر ماساژ فقط به قدری وقفه داشته باشیم که قفسه سینه بالا بیاید . معمولاً در احیای پایه بعد از هر ۳۰ ماساژ دو تنفس داده می شود (یک سیکل). عمق ماساژ باید به اندازه یک دوم یا یک سوم قطر قفسه سینه باشد . در حین ماساژ قلبی لازم است که نبض کاروتید یا فمورال کنترل گردند. دادن تنفس و ماساژ قلبی تا زمان رسیدن اورژانس ادامه پیدا می کند . از زمان رسیدن پرسنل پزشکی ، عملیات احیا وارد مرحله پیشرفته می گردد .

هر دو دقیقه یک بار باید از طریق رگ گردنی بازگشت یا عدم بازگشت گردش خون بیمار را چک کنیم . در احیای پیشرفته اگر احیا به صورت دو نفره انجام می شود شخصی که ماساژ میدهد ۱۰۰ ماساژ و شخصی که تنفس می دهد ۸ تا ۱۰ تنفس در هر دقیقه به بیمار بدهند . بهتر است هر دو دقیقه (۵ سیکل) یک بار احیاگران برای جلوگیری از خستگی جایشان را با هم عوض کنند .

احیای اطفال:

- اگر ۲ نفر و یا تعداد بیشتری احیاگر حرفه ای وجود دارد از نسبت ۱۵:۲ برای احیاء کودکان تا سن بلوغ استفاده می شود. اما احیاگران غیر حرفه ای با هر تعدادی که باشند، باید از همان نسبت ۳۰:۲ برای احیاء کودکان استفاده کنند .
- محل فشردن قفسه سینه در کودکان نیمه تحتانی استرنوم (مرکز قفسه سینه) و در شیرخواران درست زیر خطی است که دو نوک سینه را به هم متصل می کند. میزان فشار نیز به اندازه ایست که یک دوم تا یک سوم قطر قدامی - خلفی قفسه سینه فشرده شود



احیای نوزادان:

➤ در نوزادان زیر یکسال تکنیک فشردن قفسه سینه به صورت روش دو انگشتی (Two finger) برای احیاء توسط یک احیاگر و روش دو شستی (Two thumb) در احیاء توسط دو یا چند احیاگر توصیه می شود. در کودکان بالاتر از یکسال تفاوتی بین استفاده از تکنیک یک و یا دو دستی وجود ندارد و بسته به راحتی و ترجیح احیاگر و اندازه جثه کودک از یکی از این روشها استفاده می شود .

➤ نسبت فشردن قفسه سینه به تهویه در نوزادان تازه متولد شده ۳:۱ می باشد. به گونه ای که در حین احیاء فشردن قفسه سینه به تعداد ۹۰ بار و تهویه به میزان ۳۰ بار (با یا بدون راه هوایی پیشرفته) در دقیقه انجام می شود .

پاک کردن راه هوایی :

با استفاده از دو انگشت صورت می گیرد که بهتر است توسط گاز یا پارچه ای محافظت شود کنترل راه هوایی:

انجام مانور: HEAD TILT & CHIN LIFT

سر بیمار را به عقب هدایت می کنیم و چانه بیمار را به بالا می کشیم تا راه هوایی با مستقیم شدن مسیر آن باز شود .

انجام مانور : JAW THRUST

در این مانور با گذاشتن انگشتان زیر زاویه فک ، فک را به سمت بالا می کشیم تا راه هوایی با بالا آمدن استخوان هیوئید باز شود .(احیاگر حرفه ای در بیمار با صدمات گردنی)

انسداد راه هوایی ناشی از جسم خارجی:

اگر انسداد خفیف است و بیمار به خوبی سرفه می کند دخالت نکنید تا خود بیمار به سرفه و تلاش برای تنفس ادامه دهد، فقط در صورت ایجاد علائم انسداد شدید مانند سرفه بیصدا، تشدید سختی تنفس و بیماری که بدون پاسخ شده است دست به اقدام بزنید.(انجام مانور هیملیچ) در صورت وجود مشکل تنفسی شدید به اورژانس اطلاع دهید .

گذاشتن AIRWAY دهانی یا بینی :

در ابتدا اندازه AIRWAY دهانی را با استفاده از فاصله کنار دهان تا قدام گوش تعیین می کنیم . سپس آنرا بصورت معکوس تا نیمه در دهان وارد می کنیم و بعد با چرخش ۱۸۰ درجه در جای خود فیکس می نمائیم گذاشتن ماسک صورت :



بعد از انتخاب ماسک مناسب برای صورت بیمار با قرار دادن ماسک روی صورت بیمار و عقب راندن سر به عقب راه هوایی را باز نگه می داریم .

بعد از کنترل راه هوایی لازم است که هوا را در بیمارانی که تنفس خود بخود ندارند به داخل ریه ها هدایت کرد. در این حالت روش های زیر امکان پذیر است :

دادن تنفس با استفاده از تنفس بازدمی فرد احیا کننده : بعد از کشیدن نفس عمیق ، بازدم خود را به داخل ریه بیمار می دمیم . در این حالت باید مراقب باشیم که ترشحات دهان بیمار وارد دهان ما نشود .

دادن تنفس با استفاده از آمبویگ : بعد اتصال رابط اکسیژن به انتهای آمبویگ ، آمبو را به لوله تراشه یا LMA وصل می کنیم و به تعداد ۱۰ تا ۱۴ عدد در دقیقه تنفس می دهیم .

ارزیابی تنفس:

در ارزیابی تنفس ابتدا کف یک دست را روی پیشانی بیمار قرار می دهیم و سر را به عقب می بریم و با دست دیگر فک بیمار را بالا می آوریم (در صورتی که احتمال شکستگی مهره گردنی وجود داشته باشد این کار باید به آهستگی صورت گیرد و بالا آوردن فک بیمار کافی است) . بعد دهان بیمار را در صورت دیدن جسم خارجی از وجود آن پاک می کنیم . سپس با استفاده از هر سه حس شنوایی ، بینائی و لامسه ، تنفس بیمار را ارزیابی می نمائیم. به این صورت که با قرار دادن گوش به نزدیک دهان و همزمان با دیدن حرکات قفسه سینه ، صدای تنفس را گوش کنیم و گرمای نفس را نیز حس کنیم ، این کار نباید بیشتر از ۱۰ ثانیه طول بکشد .

دادن تنفس:

ابتدا سر بیمار را به عقب می بریم ، بعد با توجه به امکانات در دسترس (ماسک یک طرفه ، شیلد صورت یا دهان خودمان) دو تنفس به بیمار می دهیم . موقع دادن تنفس دهان به دهان ، بینی بیمار باید بسته باشد، که این کار را با همان دستی که روی پیشانی بیمار قرار داده ایم انجام می دهیم . توجه کنید که بعد از هر بار دمیدن هوا (مدت دم ۱ ثانیه) باید قفسه سینه بیمار بالا بیاید . بعد نیز لازم است اجازه داد بیمار بازدم خود را صورت دهد (مدت بازدم ۲ ثانیه) در صورت اتفاق نیافتادن این امر میتوان تا ۵ مرتبه برای این کار تلاش کرد و سپس وارد مرحله بعد شد .

تنفس دهان به بینی :

در موارد جراحات حفره دهان ، شکستگی فک و عدم امکان باز کردن دهان مصدوم انجام می شود .

وضعیت ریکاوری :



در صورتی که بیمار تنفس و ضربان قلب داشته باشد بیمار را در وضعیت ریکاوری (خوابیده به پهلو) قرار می دهیم و به ارزیابی سایر سیستم های بیمار می پردازیم.

ویژگی های CPR موفق:

۱. سریع آغاز شود.
 ۲. جمعیت کافی آموزش دیده و علاقمند وجود داشته باشد.
 ۳. CPR درست صورت گیرد:
- تنفس های عمیق و بیش از حد باعث کاهش جریان خارج شده از قلب می گردد .
- ماساژها نباید کند و کم عمق انجام شود .
- انجام ماساژناباید متوقف شود .

احیا مغزی:

احیا قلب و ریه در صورتیکه توام با احیا مغزی نباشد ارزش ناچیزی دارد . بنابر این از همان دقایق اولیه شروع عملیات احیا به حفظ و نگهداری مغز فکر می کنیم .

در این رابطه چند اقدام باید صورت گیرد :

بعد از بازگشت قلب بیمار لازم است که حداقل به مدت ۳۰ دقیقه بیمار جابجا نشود و در روی تخت احیا اقدامات حمایتی برای وی صورت گیرد . این امر به تثبیت همودینامیک بیمار کمک می کند .

در اولین فرصت اکسیژن ۱۰۰٪ برای بیمار برقرار گردد . (یادآوری می گردد در هنگام استفاده از آمبوبگ لازم است با استفاده از رابط اکسیژن ، آمبوبگ را به کپسول اکسیژن وصل نمائید .)

همودینامیک بیمار را در حد نرمال برقرار کنید . فشار سیستول بیمار بالاتر از ۸۰ نگه داشته شود .

فشار داخل مغزی بیمار را پائین بیاورید . برای این اقدام چند روش وجود دارد :

برقراری مونیتورینگ برای بیمار با هدف دستیابی به اطلاعات لحظه به لحظه از بیمار . بهترین مونیتور دست شماسست . شما میتوانید با استفاده از دستتتان و گرفتن نبض در مناطق مختلف بدن حدود فشار بیمار را حدس زده و از وضع بیمار با خبر باشید .

هایپر ونتیله کردن بیماران به میزان ۱۶ تا ۲۰ عدد در دقیقه

بالا نگه داشتن سر بیمار به میزان ۱۰ تا ۱۵ درجه

بازکردن مسیر تخلیه وریدی سر با بازکردن باندها و لباس های بیمار

ختم احیاء در سیستم احیاء خارج بیمارستانی :

امداد گرانی که CPR را شروع می کنند باید تا زمانیکه یکی از موارد زیر رخ دهد آنرا ادامه دهند :

- گردش خون موثر خودبه خودی و تنفس برقرار شود
- مراقبت به یک پرسنل اورژانس سطح بالاتر انتقال یابد
- معیارهای قابل اطمینان مبنی بر مرگ غیرقابل برگشت وجود داشته باشد(جمود نعشی، جدا شدن سر از بدن، کبودی بدن،..)
- امدادگر به علت خستگی یا وجود محیط خطرناک قادر به ادامه اقدامات نباشدو یا ادامه احیا جان افراد دیگر را به مخاطره اندازد

احیا در شرایط خاص:

غرق شدگی :

غرق شدگی یکی از عوامل قابل پیشگیری مرگ است ، زمان و شدت هیپوکسی تنها عامل مهم مشخص کننده پیامد نهایی است. نجات دهندگان باید در اولین فرصتی که بیمار غرق شده و غیر هوشیار بدون پاسخ از آب خارج می شود CPR و بخصوص تنفس مصنوعی را آغاز کنند.وقتی با قربانی غرق شده در هر سنی برخورد می شود قبل از ترک بیمار برای خبر کردن اورژانس باید ۵ چرخه CPR (حدود ۲ دقیقه) انجام شود.احیا در این موارد حداقل ۴۵ دقیقه ادامه میابد. (بخ زدگی و برق گرفتگی)



یامسن اشمس و ذر واء و ذلرہ

