



فهرست عمومی :

- ◆ ایمنی بیمار و سلامت شغلی ۲-۲۵
- ◆ اعتبار بخشی ۲۶-۳۴
- ◆ حقوق گیرندگان خدمت ۳۵-۳۸
- ◆ اصول بهداشت محیط ۳۹-۴۵
- ◆ کنترل عفونت ۴۶-۶۵
- ◆ شیر مادر ۶۶-۷۳
- ◆ مقررات داخلی بیمارستان در حوزه اداری و مالی ۷۴-۷۹
- ◆ مدیریت بحران و آتشنشانی ۸۰-۹۹



جزوه آموزشی ایمنی بیمار جهت کارکنان جدیدالورود
واحد ایمنی بیمار – مرکز آموزشی درمانی امام رضا (ع)

جزوه آموزشی ایمنی بیمار:

تعریف ایمنی بیمار

ایمنی بیمار پرهیز، پیشگیری و کاهش نتایج ناگوار آسیب به بیمار ناشی از فرآیند مراقبت های پزشکی می باشد

استانداردهای سه گانه ایمنی بیمار به تعداد (۱۴۰) عدد:

استانداردهای الزامی ۲۰ عدد

استانداردهای اساسی ۹۰ عدد

استانداردهای پیشرفته ۳۰ عدد

استانداردهای الزامی: برای شناخته شدن بیمارستان بعنوان بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار ضروری است بصورت ۱۰۰٪ تحقق یابد. (تعداد ۲۰)

استانداردهای اساسی: شامل حداقل استانداردهایی هستند که بیمارستان باید برای ایمنی بیمار از آنها تبعیت کند (جهت محک زنی داخلی برای مستند نمودن میزان پیشرفت در طی زمان حائز اهمیت می باشند) (تعداد ۹۰)

استانداردهای پیشرفته: الزاماتی هستند که بیمارستان باید بسته به ظرفیت و منابع خود، در جهت دستیابی به آنها به منظور تقویت خدمات ایمن اقدام نماید. (تعداد ۳۰)

معیار پیشرفته	معیار اساسی	معیار الزامی	سطح بیمارستان
هر میزان	هر میزان	۱۰۰٪	سطح ۱
هر میزان	۸۹٪ - ۶۰٪	۱۰۰٪	سطح ۲
هر میزان	$\geq 90\%$	۱۰۰٪	سطح ۳
$\geq 80\%$	$\geq 90\%$	۱۰۰٪	سطح ۴

محورهای استانداردهای الزامی ایمنی بیمار

حاکمیت و رهبری با ۹ امتیاز در استانداردهای الزامی (A)

جلب مشارکت و تعامل با بیمار و جامعه با ۲ امتیاز در استانداردهای الزامی (B)

خدمات بالینی مبتنی بر شواهد با ۷ امتیاز در استانداردهای الزامی (C)

✚ محیط ایمن با ۲ امتیاز در استانداردهای الزامی (D)

✚ آموزش مداوم با + امتیاز در استانداردهای الزامی (E)

(برای رسیدن به سطح ۱ استانداردهای ایمنی کسب ۲۰ امتیاز الزامی است)

✚ عناوین استانداردهای الزامی ایمنی بیمار :

✚ ۱. ایمنی بیمار در بیمارستان یک اولویت استراتژیک بوده و در قالب برنامه عملیاتی تفصیلی در حال اجراست

✚ ۲. تعیین مسئول ایمنی بیمار با اختیارات لازم بعنوان مسئول و پاسخگوی برنامه ایمنی بیمار (مسئول فنی بیمارستان در حال حاضر جناب آقای دکتر محمد حسین زمانیان)

✚ ۳. اجرای منظم بازدیدهای مدیریتی ایمنی با هدف بهبود فرهنگ ایمنی، شناسایی خطرات و مداخله جهت ارتقا خدمات (رویکردی رسمی توسط مدیران ارشد مرکز جهت صحبت با کارکنان صف مقدم ارائه خدمات برای شناسایی پیشگیرانه خطرات، اقدام اصلاحی و ارائه راهکار و فیدبک آن به کارکنان)

✚ ۴. انتصاب کارشناس هماهنگ کننده فعالیتهای ایمنی و مدیریت خطاهای پزشکی (خدیدجه چاله چاله)

✚ ۵. برگزاری مرتب جلسات کمیته مرگ و میر به صورت ماهیانه

✚ ۶. تضمین وجود تجهیزات ضروری

✚ ۷. به کار گماردن کادر بالینی حائز شرایط جهت ارائه خدمات بصورت استخدام موقت و ثابت

✚ ۸. اخذ رضایت آگاهانه توسط پزشک قبل از انجام هر پروسیجر تشخیصی و درمانی تهاجمی پس از ذکر خطرات، منافع و عوارض جانبی

✚ ۹. احراز هویت و شناسایی صحیح هویت بیماران قبل از انجام هرگونه پروسیجر درمانی حداقل با دو شناسه نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد (این مشخصات هیچگاه شامل شماره اتاق یا تخت نمیشود) (کدبندی رنگی دستبندها)

✚ کدبندی رنگی دستبندهای شناسایی بیماران به شرح زیر می باشد:

✚ *رنگ قرمز جهت بیماران با سابقه آلرژی

✚ *رنگ زرد جهت بیماران در معرض مخاطرات مربوط به ایمنی بیمار (بیماران در معرض خطر سقوط، ترومبوآمبولی، زخم بستر، تشنج، پلی فارمسی، سوء تغذیه و خودکشی)

✚ ۱۰. پیش بینی کانالهای ارتباطی همواره آزاد جهت اعلام اضطراری نتایج حیاتی آزمایشات

✚ ۱۱. بیمارستان چک لیست جراحی ایمن را اجرا و از راهنماها از جمله چک لیست سازمان جهانی بهداشت در زمینه جراحی ایمن تبعیت می نماید.

✚ ۱۲. در بیمارستان سیستمهایی برای تضمین شناسایی و پاسخگویی به وخامت شرایط بالینی بیماران موجود است

✚ ۱۳. بیمارستان دارای برنامه پیشگیری و کنترل عفونت مشتمل بر چارت سازمانی، برنامه عملیاتی، راهنما و کتابچه می باشد.

✚ ۱۴. تضمین ضد عفونی و استریلیزاسیون مناسب کلیه تجهیزات با تاکید بر واحدها و بخشهای پرخطر

✚ ۱۵. اجرای راهنماهای معتبر از جمله راهنماهای سازمان بهداشت جهانی در زمینه خون و فرآورده های خونی ایمن

✚ ۱۶. بیمارستان دارای روش های اجرایی ایمن قبل از انتقال خون مانند ثبت نام، رد و قبول داوطلبین، و غربالگری خون در مواردی مثل HIV و HBV است

✚ ۱۷. تضمین دسترسی به داروهای حیاتی در تمامی ساعات شبانه روز (۲۴ ساعته)

✚ ۱۸. بیمارستان الکترولیت های با غلظت بالا را در مکانی ایمن نگهداری می نماید

✚ ۱۹. بیمارستان بر اساس میزان خطر، پسماند ها را از مبداء تفکیک و کد بندی رنگی می نماید

✚ ۲۰. بیمارستان از راهنماها، از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت، جهت مدیریت دفع پسماندهای نوک تیز و برنده تبعیت می کند

۹ راه حل ایمنی بیمار (Nine solution)

۱ - توجه به داروهای با نام ، تلفظ و شکل مشابه جهت جلوگیری از خطاهای دارویی

(Look-alike, sound-alike medication names)

تهیه لیستی از داروهای با تلفظ مشابه در بخشها و داروخانه

تهیه پوستری از داروهای با شکل مشابه

جدا نگه داشتن داروهای با ظاهر و نام مشابه در قفسه دارویی (با برچسب زرد رنگ)

توجه به دوز ، شکل دارویی ، و تاریخ انقضا دارو قبل از مصرف

چک مجدد دارو با کارت دارویی قبل از مصرف



۲ - شناسایی هویت بیمار (patient identification)

استفاده از میچ بند شناسایی

تاکید بر عدم استفاده از شماره تخت و اتاق بعنوان شناسه بیمار

چک مشخصات روی میچ بند با هویت بیمار قبل از انجام هر پروسیجر از جمله تجویز دارو ، اعمال جراحی ،

ترانسفوزیون خون و

✚ شناسایی بیماران با اسامی مشابه :

در مورد بیماران با مشخصات مشابه علاوه بر نام و نام خانوادگی ، تاریخ تولد و شماره پرونده و نام پدر بیمار را نیز می پرسیم و به منظور هشدار

در روی جلد پرونده بیماران با نام و نام خانوادگی مشابه، عبارت "احتیاط: بیمار با اسامی مشابه" قید می شود.

مسئول واحد فناوری اطلاعات در مورد بیماران با اسامی مشابه برنامه ای جهت ایجاد آلارم در سیستم HIS در هنگام هر گونه درخواست خدمات طراحی کرده و در این خصوص به پرسنل اطلاع رسانی می کند.

✚ ۳- ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار (communication during patient hand-overs)

✚ ارتباط با بیمار قبل از بستری (فوریت‌های پزشکی)

✚ ارتباط با بیمار در زمان بستری (بدو پذیرش ، زمان بستری ، زمان ترخیص)

✚ ارتباط با بیمار بعد از ترخیص (پرستاران بهداشت جامعه)

✚ ارتباط به عنوان هسته اساسی ، بین پرستار و بیمار و بر اساس اعتماد و احترام متقابل است

✚ گروه‌های در ارتباط با بیمار بترتیب شامل :

✚ پرسنل انتظامات ، پذیرش، تریاژ، اورژانس ، پزشک ،

✚ پرسنل واحدهای پاراکلینیکی، و بخشهای بستری

✚ و اتاق عمل می باشند.

✚ ۴- انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار

✚ (performance of correct procedure at correct body site)

✚ گام اول: اطمینان از اخذ رضایت آگاهانه معتبر

✚ گام دوم: تایید هویت بیمار

✚ گام سوم: علامت گذاری محل عمل جراحی یا پروسیجر تهاجمی

✚ گام چهارم: بررسی نهایی بیمار در محل انجام پروسیجر یا در اتاق عمل به منظور بازبینی ، تایید نهایی ، و صحت گذاری پیش از عمل

✚ گام پنجم: اطمینان از موجود بودن ، صحیح بودن و در دسترس بودن تمام مدارک و گرافیه‌های تشخیصی مرتبط

✚ ۵- کنترل غلظت محلولهای الکترولیتی (control of concentrated electrolyte solutions)

پتاسیم کلراید، منیزیوم سولفات ، سدیم کلراید با غلظتهای بالا و

✚ عدم نگهداری داروهای با غلظت بالا تا حد امکان در بخش

✚ جدا شدن این داروها از سایر داروها

- زدن اتیکت قرمز روی این داروها
- چک مجدد دستور پزشک قبل از مصرف دارو
- دسترسی به نحوه مصرف و رقیق کردن دارو
- چک متوالی علائم حیاتی بیمار قبل و پس از مصرف دارو

۶- اطمینان از صحت دارودرمانی در مراحل انتقالی ارائه خدمات

(assuring medication accuracy at transitions in care)

▪ ۷- اجتناب از اتصالات نادرست سوندها و لوله ها (avoiding catheter and tubing misconnections)

- هنگام تحویل بالینی بیمار به شیفت بعد لازم است تمام اتصالات از لحاظ زیر چک شود:
- بررسی از لحاظ فیکس بودن کلیه کاتترها، سوندها و لوله ها
- بررسی عملکرد صحیح تمام اتصالات
- کنترل پارگی یا خروج از محل اتصال اصلی
- بررسی میزان درناژ باتل ها
- بررسی برون ده ادراری و یورین بگ بیمار
- بررسی لوله تراشه و سوند معده از نظر قرار گرفتن در محل خود
- کنترل تاریخ فیکس اتصالات

۸- استفاده صرفا یکبار از وسایل تزریقات (single use of injection devices)

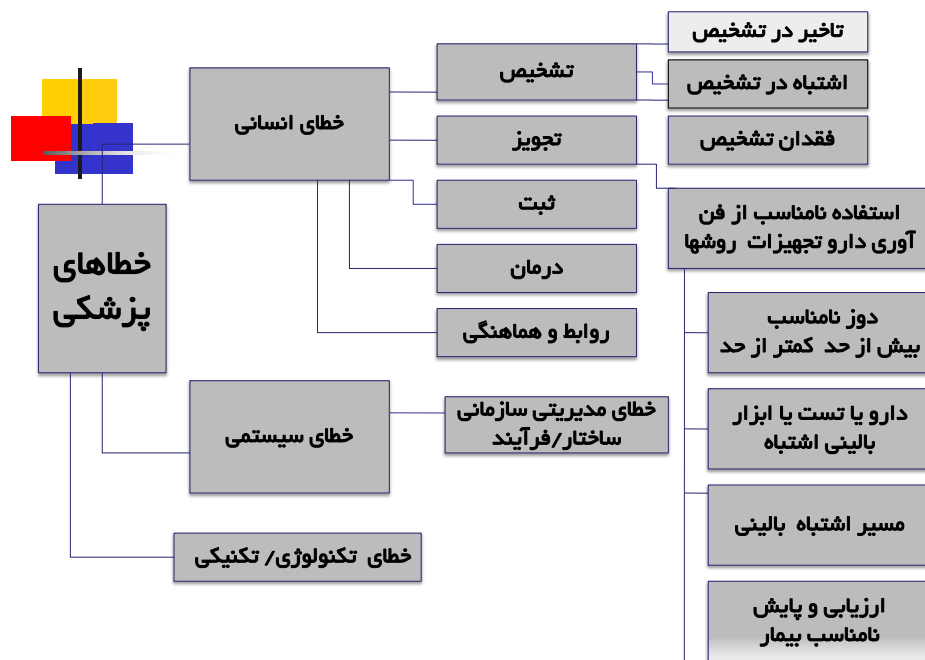
برخی نکات قابل توجه در تزریقات ایمن:

- شستشوی صحیح دست قبل از تزریقات
- استفاده از وسایل استریل
- حتی الامکان عدم استفاده از ویالهای چند دوزی
- استفاده از گاز تمیز مابین انگشتان و جدار آمپول زمان شکستن آمپول
- دفع سر سوزن در صورت تماس آن با سطوح غیر استریل

- عدم تزریق در نواحی ناسالم پوستی
- چک تاریخ انقضا و سالم بودن بسته بندی سرنگ و سرسوزن
- عدم سرپوش گذاری مجدد سوزن (Re cap) ۹- بهداشت دست

تعریف خطای پزشکی:

قصور خدمت یا ارتکاب عمل اشتباه در برنامه ریزی یا اجرا که به طور بالفعل یا بالقوه باعث یک نتیجه ناخواسته می شود



انواع نتایج خطا:

Sentinel Event حوادث مرگ آفرین و ناگوار:

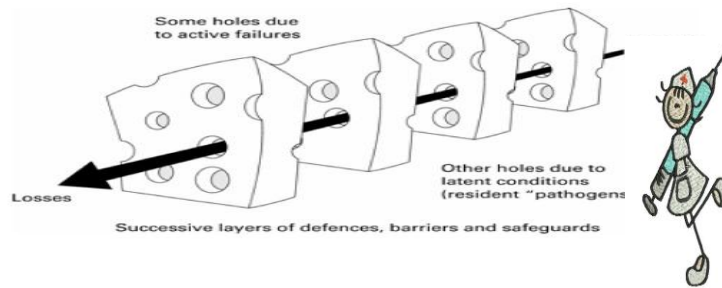
وقایع غیر منتظره منجر به مرگ یا صدمه جدی (Death/Harm)

Near- Miss یا Potential Adverse Event

نزدیک به خطا: اشتباهی که توانائی بالقوه ایجاد حادثه یا اتفاق ناخواسته را دارد اما بعلت شانس متوقف شده و روی نداده است.

No Harm Event حوادث بدون عارضه

حوادثی که اتفاق می افتد ولی نتیجه هیچ آسیبی جهت بیمار ندارد



پنیر سویسی:

این مفهوم وجود سیستم دفاعی متعدد را مطرح می کند که به منظور جلوگیری یا کاهش بروز خطا، طراحی شده است و به مدل پنیر سویسی معروف است. هر لایه از این مدل مانند یک لایه محافظ و دفاعی تلقی می شود. این مدل لایه های دفاعی سیستم را به لایه های پنیر تشبیه می کند که هر کدام از این لایه ها سوراخهایی دارند که نشان دهنده نقص در ایمنی هستند. حضور یک سوراخ در یک لایه ممکن است باعث حادثه ناگواری نشود چون لایه های دیگر به عنوان محافظ عمل می کنند. ولی اگر سوراخ های هر لایه در امتداد هم قرار گیرند خطا به وقوع می پیوندد که نشان از نبود لایه های دفاعی برای پیشگیری از بروز خطا بوده است.



راهکار سازمان:



- ایجاد فرهنگ عاری از سرزنش در سازمان تا کارکنان با شجاعت وقایع را گزارش و در یافتن راه حل مشارکت کنند.
- تشویق افراد گزارش دهنده خطا

۸ راه گزارش دهی خطاهای پزشکی در بیمارستان امام رضا (ع):

(۱) گزارش از طریق ایمیل gozaresh.khata@yahoo.com

(۲) گزارش از طریق سایت بیمارستان امام رضا (ع) www.irhk.ir

(۳) گزارش خطا از طریق فرمهای مکتوب گزارش خطا موجود در بخشها و واحدها

(۴) گزارش خطا از طریق خط تلفن آزاد ۳۴۲۶۲۴۷۰

(۵) ارسال پیامک به شماره تلفن ۵۰۰۰۲۶۸۱۸

(۶) تماس با تلفن گویابه شماره ۳۴۲۸۲۹۰۰ و یا شماره داخلی ۲۷۵۷

(۷) گزارش از طریق صندوقهای قرمز رنگ گزارش خطا که در سطوح مختلف تعبیه گردیده است

(۸) گزارش از طریق فرمهای الکترونیکی موجود در HIS

شاخص های ایمنی در سنجه های جدید اعتبار بخشی شامل موارد ذیل می باشد:

- ۱- سقوط بیمار منجر به آسیب پایدار یا مرگ
- ۲- واکنش ناشی از انتقال خون ناسازگار
- ۳- آسیب حین تولد نوزاد
- ۴- سوختگی یا کوتر در اتاق عمل
- ۵- انجام عمل جراحی روی عضو یا بیمار اشتباه
- ۶- جا ماندن جسم خارجی روی عضو یا بیمار اشتباه
- ۷- آمبولی ریوی پس از اعمال جراحی
- ۸- عوارض بیهوشی یا جراحی منجر به مرگ یا عارضه پایدار
- ۹- خونریزی یا هماتوم شدید بعد از بعد از جراحی منجر به مرگ یا عارضه پایدار
- ۱۰- ایجاد زخم فشاری درجه ۳ و ۴ یا زخم های فشاری تونلی در بیمارستان بستری
- ۱۱- تزریق یا مصرف خوراکی اشتباه داروهای پر خطر که منجر به مرگ یا عارضه پایدار بیمار شود
- ۱۲- تکرار مرگ یا عوارض شدید ناشی از یک نوع درمان دارویی یا جراحی
- ۱۳- شوک آنافیلاکسی ناشی از تزریق یا مصرف خوراکی دارو که منجر به مرگ یا عارضه پایدار شود
- ۱۴- عفونت بیمارستانی شدید که منجر به مرگ یا عارضه پایدار شود
- ۱۵- سایر خطاهای درمانی یا وقایع ناخواسته ایمنی بیمار که منجر به مرگ یا عارضه پایدار شود

- * مشارکت در تدوین برنامه استراتژیک بیمارستان و مد نظر قرار دادن ایمنی بیمار بعنوان یکی از اولویت های استراتژیک
- * هماهنگی برنامه ایمنی بیمار با مدیریت ارشد بیمارستان
- * تدوین اجرا و بازنگری برنامه سالیانه ایمنی بیمار در بیمارستان به منظور دستیابی به سطح یک استانداردهای بیمارستان های دوستدار ایمنی با همکاری ذینفعان
- * شرکت و همکاری فعالانه در تدوین خط مشی ها و روش های اجرایی در سازمان به منظور ارائه خدمات بهینه
- * مشارکت و نظارت بر انجام خود ارزیابی بیمارستان بر اساس استانداردهای الزامی بیمارستان های دوستدار ایمنی بیمار
- * طراحی و برگزاری دوره های آموزشی به منظور ارتقاء درک و بصیرت کارکنان از استانداردهای الزامی بیمارستان های دوستدار ایمنی بیمار
- * بررسی فرهنگ ایمنی بیمار بر مبنای بازدیدهای ایمنی بیمار و انجام پیگیری اقدامات اصلاحی به منظور ارتقاء آن
- * شرکت در بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار و پی گیری انجام اقدامات اصلاحی و بازخورد به کارکنان
- * همکاری در انجام ممیزی های بالینی و پیشنهاد موضوعات ممیزی بالینی بر اساس نتایج بازدید های مدیریتی و تحلیل ریشه ای وقایع
- * نظارت بر ایجاد و چگونگی استفاده از سیستم یادگیری و گزارش دهی اتفاقات ناخواسته در بیمارستان
- * شرکت و همکاری فعالانه با کارشناس هماهنگ کننده فعالیتهای ایمنی و مدیریت خطر در چگونگی راهبری موضوعات تهدید کننده ایمنی بیمار
- * شرکت و همکاری فعالانه در تحلیل ریشه ای وقایع تهدید کننده ایمنی بیمار
- * اقدام اصلاحی بر اساس نتایج تحلیل ریشه ای وقایع به منظور کاهش خطرات در سازمان
- * بستر سازی و ایجاد شیوه مناسب برقراری ارتباط در خصوص موضوعات مرتبط به ایمنی بیمار در داخل بیمارستان
- * نظارت بر انجام وظیفه سایر اعضای تیم ایمنی بیمار به منظور حسن اجرای وظایف

شرح وظایف کارشناس هماهنگ کننده فعالیتهای ایمنی بیمار:

- همکاری در تدوین اجرا و بازنگری برنامه سالیانه ایمنی بیمار در بیمارستان به منظور دستیابی به سطح یک استاندارد های بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار
- همکاری در انجام خود ارزیابی بیمارستان بر اساس استانداردهای الزامی بیمارستان های دوستدار ایمنی بیمار
- همکاری در بررسی اشاعه فرهنگ ایمنی بیمار بر مبنای بازدیدهای ایمنی (Walk rounds) و انجام اقدامات اصلاحی به منظور ارتقاء آن
- شرکت در بازدید های مدیریتی ایمنی بیمار و پی گیری انجام اقدامات اصلاحی و باز خورد به کارکنان
- همکاری در انجام ممیزی های بالینی و پیشنهاد موضوعات ممیزی بر اساس نتایج بازدید های مدیریتی و تحلیل ریشه ای وقایع (RCA)
- ایجاد و آموزش چگونگی استفاده از سیستم یاد کپیگری و گزارش دهی اتفاقات نا خواسته (sentinel event) در بیمارستان
- راهبری و مدیریت خطر موضوعات تهدید کننده ایمنی بیمار
- شرکت فعالانه در جلسات مرگ و میر و معلولیت ها و پی گیری اتفاقات تهدید کننده ایمنی بیمار جهت انجام تحلیل ریشه ای وقایع
- اقدام اصلاحی بر اساس نتایج تحلیل ریشه ای وقایع به منظور کاهش خطرات در سازمان
- شرکت و همکاری فعالانه در تدوین خط مشی ها و روش های اجرایی در سازمان به منظور ارائه خدمات بهینه
- بستر سازی و ایجاد شیوه مناسب برقراری ارتباط در خصوص موضوعات مرتبط به ایمنی در داخل بیمارستان
- تدوین و بازنگری فرم مخصوص گزارش دهی خطا بر حسب نیاز
- جمع آوری خطاهای گزارش شده پرسنلی و خطاهای استخراج شده در کمیته ایمنی بیمار به صورت ماهیانه
- اجرای برنامه یادگیری از خطاهای پزشکی در بیمارستان
- نظارت بر تشکیل کمیته های درون بخشی مدیریت خطر و تعیین رابط ایمنی هر بخش
- طرح رویکرد پیشگیرانه برای جلوگیری از خطرات بالینی بر اساس گامهای FMEA
- گزارش روند پیشرفتبه مسئول ایمنی بیمار

تجزیه و تحلیل ریشه ای علل : RCA : Root Cause Analysis

یک تکنیک برای درک سیستماتیک علت وقوع یک حادثه است که فراتر از درگیر کردن شخص یا اشخاص بوده و علل زمینه‌ای و محیطی که حادثه در آن رخ می‌دهد را نیز در برمی‌گیرد. تحلیل ریشه‌ای علت، به صورت گذشته نگر و چند منظوره، سلسله مراتب حوادث را طراحی کرده و از زمان حادثه به عقب برمی‌گردد. و اجازه می‌دهد که علل واقعی یک حادثه شناخته شود. بنابراین سازمانها می‌توانند بدین ترتیب از خطاهای به وقوع پیوسته، یادگیری‌هایی داشته و عملکرد مناسب را اعمال کنند.

تحلیل ریشه‌ای فرایند بررسی و تحقیق سازمان یافته‌ای است که هدفش شناختن علت (علل) واقعی یک مساله و پیدا نمودن راه‌هایی جهت حذف این علت (علل) می‌باشد.

علت ریشه‌ای چیست؟

علت (علل) ریشه‌ای مهمترین عامل بروز حادثه (عوامل سببی یا علی) می‌باشد که اصلاح یا حذف آنها از بروز مجدد یک موقعیت، مثلاً بروز یک خطا در یک فرایند جلوگیری خواهد کرد. علل ریشه‌ای زمینه را برای بروز علل سطحی (علل واضح یا بلافاصله) یک مساله ایجاد می‌نمایند. به عبارت دیگر علل سطحی، خود نشانه و علامتی از وجود علل ریشه‌ای هستند. تحلیل علل ریشه‌ای تکنیکی برای بررسی و تحقیق است که این امکان را به سازمان می‌دهد که به طور گذشته نگر علت (علل) بروز یک پیامد مشخص را بررسی نماید. علت ریشه‌ای علتی است که اگر برطرف گردد. مساله شناسایی شده یا به طور کامل حذف می‌شود یا این که میزان وقوع آن تا حد چشمگیری کاهش می‌یابد. (هم در داخل بخش‌ها و هم در سطح کل سازمان)

FMEA : (Failure mode and effects analysis)

ارزیابی ریسک به روش FMEA رویکردی گام به گام برای شناسایی حالات بالقوه مخاطرات می باشد

در FMEA یک موضوع انتخاب میشود وبصورت آینده نگر بررسی می شود. این روند میتواند نوعی ارزیابی پیشگیرانه خطاهای پزشکی باشد

لیست داروهای هشدار بالا (دسته فارماکولوژی)

۱- انواع انسولین

۲- مخدر ها (مرفین، پتیدین، فنتانیل، سوفنتانیل، رمی فنتانیل و ...)

۳- دیازپام وریدی، لورازپام (بنزو دیازپین)

۴- هپارین، وارفارین (آنتی کوآگولانت)

۵- رتپلاز، آلتپلاز (آنتی ترومبولیتیک)

۶- لیدو کائین، پروکائین آمید، وراپامیل، آمیودارون (آنتی آریتمی)

۷- لابتالول (بتابلوکر)

۸- آتروپین (آنتی کولین استراز)

۹- پتاسیم کلراید، بیکربنات سدیم، هایپر سالین، دکستروز ۱۰٪، دکستروز ۲۰٪، و ۵۰٪ (محلول های هیپرتونیک)

۱۰- منیزیم سولفات، کلسیم گلوکونات (مکمل های مینرال)

۱۱- اپی نفرین، دوبوتامین، دوپامین، میلرینون، دیگوکسین (بخش اطفال) (واژوپروسور و اینو تروپ)

۱۲- سیس پلاتین، کربوپلاتین، دانوروبیسین، ریتوکسیمپ، متوتروکسات، جیم سیتابین (داروهای شیمی درمانی)

داروهای خطر داروهای هستند که به علت عوارض بالا و خاصیت سمیت زایی شان کار با آنها در تمام مراحل تحویل، انتقال، آماده سازی، تزریق و دفع نیاز به مراقبت های خاصی دارند، این داروها بایستی دارای برچسب قرمز رنگ "دارو های با هشدار بالا" و در قفسه مستقل جهت تفکیک و تمایز از سایر دارو ها باشند، در بخش پرستار کلیه چک داروی پر خطر در برگه دستورات پزشک و مراحل آماده سازی و تزریق دارو پر خطر را با حضور پرستار شاهد انجام داده و در برگه گزارش پرستاری ثبت و علاوه بر مهر و امضاء خود به تایید و مهر امضاء پرستار شاهد نیز برساند.

تستهای معوقه :

نتایج معوقه (Pending Test Results): شامل نتایج آزمایشات و تست های تشخیصی پاراکلینیکی (نتایج آزمایشگاه، رادیولوژی، پزشکی هسته ای و پاتولوژی) زماندار می باشد که تا دریافت نتایج حاصل از انجام آنها به طی شدن زمان خاصی نیاز است.

آگاهی از لیست محدوده های بحرانی آزمایشگاه، پزشکی هسته ای و رادیولوژی :

موارد بحرانی (Panic value) به طور منظم بازنگری می شوند. این موارد بلافاصله و قبل از چک مجدد به اطلاع پزشک معالج رسانیده می شوند

خطوط تلفن یکطرفه در کلیه بخشهای بالینی جهت تسهیل در برقراری تماسهای اورژانسی و گزارش دهی نتایج بحرانی از طرف آزمایشگاه نصب گردیده است، گوشی تلفن با برچسب قرمز رنگ، خط یکطرفه را در ایستگاه پرستاری و محلی در دسترس کلیه کارکنان قرار دارد، کارشناس آزمایشگاه، در صورت برخورد با نتایج بحرانی تست های آزمایشگاهی، نتیجه را از طریق تماس با خطوط یکطرفه بخشها به اطلاع پزشک یا پرستار مربوطه می رسانند. پرستار، پس از اطلاع به پزشک، دستور وی را مبنی بر تکرار نمونه گیری، یا هر دستور دیگری را سریعاً اجرا و ثبت باز خورد می نماید

دفتر ثبت نتایج اضطراری بدین منظور در بخش ها موجود می باشد که بایستی کلیه پرسنل از وجود این دفتر آگاهی داشته و نتایج اضطراری را در حضور پرستار شاهد در آن ثبت صحیح نمایند.

آشنایی با مقیاس مورس جهت بررسی سقوط بیماران :

تعریف سقوط :

رویدادی که طی آن شخص ناخواسته با یا بدون از دست دادن هوشیاری و آسیب به حالت ثابت روی زمین و یا سطح پایینتر قرار می گیرد.

ریسک فاکتورهای احتمالی سقوط بیماران شامل : ضعف عضلانی، اختلالات ذهنی، سابقه سقوط، افتادن قبلی، عدم تعادل، مشکلات بینایی، آرتروز، افسردگی، گیجی، داشتن سابقه مصرف آرامش، مصرف داروهای ضد فشار خون، دیورتیکها، بیماران بسیار مسن و کودکان می باشند

پرستار شرح حالی از بیمار در مورد احتمال وجود ریسک های نامبرده اخذ می کند و در ارزیابی اولیه ثبت می کند. (با استفاده از ابزار مورس بصورت روزانه و همچنین در صورت تغییر وضعیت بیمار)

در صورت خطر سقوط با توجه به عدد مورس (ریسک متوسط و بالا) باید از برچسب زرد روی دستبند شناسایی بیمار استفاده نمود

تعریف بازدید مدیریتی ایمنی بیمار و نحوه انجام آن :

بازدید مدیریتی ایمنی : رویکردی غیررسمی برای صحبت با کارکنان صف مقدم ارائه خدمات جهت شناسایی خطرات به صورت پیشگیرانه (proactive) است که توسط مدیران ارشد ایمنی مرکز به منظور انجام اقدامات اصلاحی همچنین استفاده از راهکارهای پیشنهادی جهت کاهش مخاطرات ، وقوع اتفاقات و حوادث ناخواسته انجام می گیرد.

بازدید در تاریخ و ساعت مقرر در ایستگاه پرستاری ، یا راهروی بخش و در زمان کوتاهی انجام می شود ،. اعضای تیم بازدید شونده و مسئول بخش مشکلات ایمنی مربوط به واحد خود، همچنین خطاها و اتفاقات ناخواسته دارویی و غیر دارویی را به اعضا تیم بازدید کننده اعلام می کنند.

مسئول بخش بازدید شونده چک لیست تنظیم شده در زمینه خطراتی که تهدیدکننده ایمنی بیماران در بخش مورد بازدید استرا تحویل می دهد.

مسئول بخش یا واحد علاوه بر ارائه شفاهی مشکلات ایمنی بخش مربوطه، آنها را بصورت مکتوب به گروه بازدید کننده اعلام می کند.

مسئول بخش بازدید شونده لیستی از اسامی افراد گروه بازدید به انضمام شماره تماس یا ایمیل آنها جهت ارائه بازخورد اصلاح مشکلات مطرح شده تهیه می کند و به کارشناس هماهنگ کننده فعالیت های ایمنی بیمار تحویل می دهد.

کارشناس هماهنگ کننده ایمنی مشکلات مطرح شده از جانب مسئول و پرسنل بخش را طی صورتجلسه ای به ریاست بیمارستان اعلام داشته و طبق دستور ایشان ظرف مدت تعیین شده با همکاری مسئول بخش و واحدهای مرتبط پیگیری می کند.

کارشناس هماهنگ کننده ایمنی پس از طی زمان تعیین شده در صورتجلسه طی نامه ای به مسئول بخش از وی می خواهد روند پیشرفت اصلاح مشکلات موجود را بیان کند

مسئول بخش مربوط مشکلات حل شده و حل نشده را طی نامه ای به واحد ایمنی بیمار اعلام می کند ، کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بازخورد مشکلات حل شده را از طریق ایمیل یا شماره تلفن ثابت و یا سیار به فرد مطرح کننده مشکل ارائه می دهد.

فرم گزارش وقایع تهدید کننده حیات بیمار:

نام دانشگاه علوم پزشکی: علوم پزشکی کرمانشاه شهر:

نام و نوع موسسه تشخیصی درمانی / بیمارستان : نوع بیمارستان □ آموزشی درمانی

□ تک تخصصی □ عمومی □ خصوصی □ خبریه □ نیروی مسلح □ تامین اجتماعی □ سایر

نام و نام خانوادگی بیمار : جنسیت: □ مونث □ مذکر سن:

تاریخ مراجعه به مرکز درمانی : تاریخ وقوع حادثه : ساعت وقوع حادثه:

کد موارد ۲۸ گانه :

□ 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 کونه 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 امریکا).

□ کد ۶- تلقیح مصنوعی یا دهنده (DONOR) اشتباه در زوجین نابارور.

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

□ کد ۸- مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال استفاده از دستگاههای 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- معقودشدن بیمار در زمان بستری که پس از ۴ ساعت طول بکشد (مثال: زندانیان بستری ...).

□ کد ۱۲- خودکشی و یا اقدام به خودکشی در مرکز درمانی.

□ کد -۱۳ مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه اشتباه در تزریق نوع دارو ، دوز دارو، 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 درمانی.

□ 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 هرگونه دستکاری غیراصولی ستون فقرات (مثال : به دنبال

فیزیوتراپی ...).

□ کد -۲۰ مرگ یا ناتوانی جدی در اعضای تیم احیاء متعاقب هر گونه شوک الکتریکی به دنبال احیاء بیمار که می

تواند ناشی از اشکالات فنی تجهیزات باشد.

□ کد -۲۱ حوادث مرتبط با استفاده اشتباه گازهای مختلف به بیمار(اکسیژن یا گازهای دیگر ...).

□ کد -۲۲ سوختگی های به دنبال اقدامات درمانی مانند الکترودهای اطاق عمل(مانند سوختگیهای بدن به دنبال

جراحی قلب). □ کد -۲۳ موارد مرتبط با محافظ و نگهدارنده های اطراف تحت (مثال : گیرکردن اندان بیمار در محافظ ، خراب

محافظ ...).

□ کد -۲۴ سقوط بیمار (مثال : سقوط در حین جابجایی بیمار در حین انتقال به بخش تصویربرداری ، سقوط از پله

...).

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

□ کد -۲۶ هر گونه آسیب فیزیکی (ضرب و شتم و...) وارده به بیمار .

□ کد -۲۷ ربودن بیمار.

□ کد -۲۸ اصرار به تزریق داروی خاص خطرآفرین یا قطع تعمدی اقدامات درمانی توسط کادر درمان .

شرح مختصر اقدامات انجام شده :

نام و نام خانوادگی و امضای گزارش دهند واقعه

نکاتی در خصوص نحوه گزارش دهی حوادث ناخواسته درمانی :

لزوم اطلاع رسانی حوادث نامبرده بلافاصله پس از وقوع یا اطلاع از وقوع آن توسط کارکنان مطلع ، به واحد ایمنی بیمار در شیفت‌های صبح و دفتر پرستاری در

شیفت‌های عصر و شب جهت تشکیل فوری تیم بررسی و اطلاع رسانی فوری به معاونت درمان دانشگاه

بررسی اولیه موضوع و اطلاع رسانی به دفتر نظارت و اعتباربخشی وزارتخانه حداکثر ظرف ۶ ساعت پس از وقوع توسط معاونت درمان دانشگاه

بررسی کارشناسی تیم معاونت درمان دانشگاه حداکثر ظرف ۷۲ ساعت

ارسال گزارش تحلیل ریشه ای علل حداکثر ظرف ۲ هفته به وزارتخانه توسط معاونت درمان دانشگاه

توجه :

بدینوسیله به استحضار میرساند جهت استقرار رویکرد عاری از سرزنش نابجا و بمنظور ترویج گزارش دهی وقایع ناخواسته ، تیم رهبری و مدیریت بیمارستان

در نظر دارد با اهتمام بر ترویج گزارش دهی و این باور که کارکنان حرفه ای واجد صلاحیت ممکن است دچار اشتباه شوند و حتی ممکن است تحت شرایط ،

رفتارهای متفاوت با هنجارهای سازمانی از خود بروز دهند (خاطر نشان میگردد بی مبالاتی ها قابل پذیرش نمی باشد) نهایت همکاری خود را جهت حمایت

عاطفی ، مالی و حقوقی از همکاران محترم درگیر در وقایع ناخواسته در تمامی رده های شغلی بعمل آورد .

واحد ایمنی بیمار – مجتمع بیمارستانی امام رضا (ع) کرمانشاه

وقایع ناخواسته درمانی (Never Events)

وقایع مرتبط با اعمال جراحی	کد ۱	انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی عضو سالم بدن
	کد ۲	انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی بیمار دیگر
	کد ۳	انجام عمل جراحی با روش اشتباه بر روی بیمار
	کد ۴	جا گذاشتن هر گونه وسیله اعم از گاز و قیچی و پنس و ... در بدن بیمار
	کد ۵	مرگ حین عمل جراحی یا بلافاصله بعد از عمل در بیمار دارای وضعیت سلامت طبیعی
وقایع مرتبط با تجهیزات پزشکی	کد ۶	تلقیح مصنوعی با دهنده (Donor) اشتباه در زوجین نابارور
	کد ۷	مرگ یا ناتوانی جدی بیمار بدنبال استفاده از داروها و تجهیزات آلوده در تسهیلات مراقبتی
	کد ۸	مرگ یا ناتوانی جدی بیمار بدنبال استفاده از دستگاهها و تجهیزات مصرف شده قبلی و یا دستگاههایی با عملکرد متفاوت با آنچه مورد انتظار است (وصل دستگاه دیالیز HBS Ag مثبت به بیمار HBS Ag منفی)
وقایع مرتبط با مراقبت بیمار	کد ۹	مرگ یا ناتوانی جدی بیمار بدنبال هر گونه آمبولی داخل عروقی در مراکز ارائه خدمات مراقبتی و سلامتی
	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
	کد ۱۲	خودکشی یا اقدام به خودکشی در مرکز درمانی
وقایع مرتبط با مدیریت مراقبتی بیمار	کد ۱۳	مرگ یا ناتوانی جدی بیمار بدنبال هر گونه اشتباه در تزریق نوع ، دوز ، زمان تزریق دارو و ...
	کد ۱۴	مرگ یا ناتوانی جدی بیمار مرتبط با واکنش همولیتیک بعلت تجویز خون یا فرآورده های خونی ناهمگون و ناسازگار (تزریق گروه خون اشتباه)
	کد ۱۵	کلیه موارد مرگ یا عارضه مادر و نوزاد بر اثر زایمان طبیعی و یا سزارین
	کد ۱۶	مرگ یا ناتوانی جدی بیمار مرتبط با هیپوگلیسمی در مرکز درمانی
	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 بعلت هر گونه دستکاری غیر اصولی ستون فقرات (بدنبال فیزیوتراپی ...)
	کد ۲۰	مرگ یا ناتوانی جدی در اعضای تیم احیا متعاقب هر گونه شوک الکتریکی به دنبال احیا بیمار که می تواند ناشی از اشکالات فنی تجهیزات باشد .
وقایع مرتبط با محیط	کد ۲۱	حوادث مرتبط با استفاده اشتباه از گازهای مختلف جهت بیمار (اکسیژن یا گازهای دیگر)
	کد ۲۲	سوختگی های به دنبال اقدامات درمانی (مانند الکترودهای اطاق عمل ، سوختگی های بدنبال جراحی قلب و ...)
	کد ۲۳	موارد مرتبط با محافظ و نگهدارنده های اطراف تخت (گیر کردن اندام بیمار در محافظ ، خرابی محافظ ...)
	کد ۲۴	سقوط بیمار (سقوط حین جابجایی و انتقال بیمار ، سقوط از پله و ...)
وقایع جانبی	کد ۲۵	موارد مرتبط با عدم رعایت موازین 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 خطرآفرین یا قطع تعمدی اقدامات درمانی توسط کادر درمان

نکاتی در خصوص نحوه گزارش دهی حوادث ناخواسته درمانی :

- ✚ لزوم اطلاع رسانی حوادث نامبرده بلافاصله پس از وقوع یا اطلاع از وقوع آن توسط کارکنان مطلع ، به واحد ایمنی بیمار در شیفتهای صبح و دفتر پرستاری در شیفتهای عصر و شب جهت تشکیل فوری تیم بررسی و اطلاع رسانی فوری به معاونت درمان دانشگاه
- ✚ بررسی اولیه موضوع و اطلاع رسانی به دفتر نظارت و اعتباربخشی وزارتخانه حداکثر ظرف ۶ ساعت پس از وقوع توسط معاونت درمان دانشگاه
- ✚ بررسی کارشناسی تیم معاونت درمان دانشگاه حداکثر ظرف ۷۲ ساعت
- ✚ ارسال گزارش تحلیل ریشه ای علل حداکثر ظرف ۲ هفته به وزارتخانه توسط معاونت درمان دانشگاه

توجه :

- ✚ بدینوسیله به استحضار میرساند جهت استقرار رویکرد عاری از سرزنش نابجا و بمنظور ترویج گزارش دهی وقایع ناخواسته ، تیم رهبری و مدیریت بیمارستان در نظر دارد با اهتمام بر ترویج گزارش دهی و این باور که کارکنان حرفه ای واجد صلاحیت ممکن است دچار اشتباه شوند و حتی ممکن است تحت شرایط ، رفتارهای متفاوت با هنجارهای سازمانی از خود بروز دهند (خاطر نشان میگردد بی میلانی ها قابل پذیرش نمی باشد) نهایت همکاری خود را جهت حمایت عاطفی ، مالی و حقوقی از همکاران محترم درگیر در وقایع ناخواسته در تمامی رده های شغلی بعمل آورد .

واحد ایمنی بیمار – مجتمع بیمارستانی امام رضا (ع) کرمانشاه

ردیف	شماره استاندارد	لیست بازنگری شده استانداردهای الزامی ایمنی بیمار در سال ۹۸ عنوان استاندارد
۱	A111	ایمنی بیمار در بیمارستان یک اولویت استراتژیک و در قالب برنامه عملیاتی تفضیلی در حال اجراست
۲	A112	در بیمارستان یک کادر ارشد با مسئولیت پاسخگویی و اختیارات جهت برنامه ایمنی بیمار فعالیت دارد.
۳	A113	مدیریت ارشد بیمارستان به منظور بهبود فرهنگ ایمنی بیمار، شناسایی خطرات موجود در سیستم و اعمال مداخله جهت ارتقاء فرصتها به طور منظم برنامه بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار را به اجرا در می آورد
۴	A211	یکی از کارکنان واجد صلاحیت فعالیتهای ایمنی بیمار و مدیریت خطر را هماهنگ می کند. (مدیران میانی)
۵	A212	بیمارستان جلسات ماهیانه کمیته مرگ و میر و معلولیتها را به صورت مرتب برگزار می کند.
۶	A411	بیمارستان دارای وسایل و تجهیزات ضروری با کارکرد مناسب به منظور ارائه خدمات خود می باشد.
۷	A511	جهت ارائه خدمات و مراقبتهای درمانی، کادر بالینی حائز شرایط توسط کمیته ذی صلاح به صورت ثابت و موقت استخدام و به کار گمارده می شود.
۸	B211	برگ رضایت نامه آگاهانه توسط بیمار یا فرد مجاز امضاء شده است. بیمار یا فرد مجاز به امضاء، از قبل در ارتباط با کلیه خطرات، منافع و عوارض جانبی احتمالی پروسیجر مطلع شده اند. توضیحات توسط پزشک داده شده است و بیمار با حضور و نظارت پرستار برگ رضایت نامه آگاهانه را امضاء نموده است.
۹	B311	فرایند شناسایی مورد استفاده در کل بیمارستان مستلزم وجود حداقل دو شناسه برای شناسایی بیماران است. این دو شناسه در تمامی اماکن و موقعیت هایی که توأم با انجام مداخلات برای بیماران است مورد استفاده قرار می گیرد. (شماره اطاق و تخت بیمار یکی از این شناسه ها نمی باشد)
۱۰	C111	بیمارستان به منظور اعلام اضطراری نتایج حیاتی آزمایشات، کانالهای ارتباطی آزاد پیش بینی کرده است.
*۱۱	C112	بیمارستان چک لیست جراحی ایمنی را اجرا و از راهنماها از جمله چک لیست سازمان جهانی بهداشت در زمینه جراحی ایمن تبعیت می نماید.
*۱۲	C113	در بیمارستان سیستمهایی برای تضمین شناسایی و پاسخگویی به وخامت شرایط بالینی بیماران موجود است
۱۳	C211	بیمارستان دارای یک برنامه پیش گیری و کنترل عفونت مشتمل بر چارت سازمانی، برنامه عملیاتی، راهنماها و کتابچه ها می باشد.
۱۴	C212	بیمارستان تمیزی، ضد عفونی و استریلیزاسیون مناسب کلیه تجهیزات را با تاکید خاص بر واحدها و بخشهای پر خطر تضمین می نماید.
۱۵	C311	بیمارستان راهنماهای معتبر از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت را در زمینه خون و فرآورده های خونی ایمن اجرا می نماید.
۱۶	C311	بیمارستان دارای روشهای اجرایی ایمن قبل از انتقال خون مانند ثبت نام، رد و قبول داوطلبین و غربالگری خون در مواردی مثل HIV و HBV می باشد.
۱۷	C511	بیمارستان دسترسی به داروهای حیاتی را در تمامی ساعات شبانه روز (۲۴ ساعته) تضمین می نماید.
*۱۸	C512	بیمارستان الکترولیتهای با غلظت بالا را در مکانی ایمن نگهداری می نماید.
۱۹	D211	بیمارستان بر اساس میزان خطر، پسماند ها را از مبدا تفکیک و کد بندی رنگی می نماید.
۲۰	D212	بیمارستان از راهنماها، از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت، جهت مدیریت دفع پسماندهای نوک تیز و برنده تبعیت می کند.

- استاندارد C311 مربوط به تضمین غربالگری فرآورده های خونی، با توجه به اینکه درایران اهدا خون و تضمین آن از طریق متمرکز در سازمان انتقال خون ایران انجام می گردد در بیمارستانها قابل ارزیابی نمی باشد.
- استانداردهای اضافه شده در بازنگری سال ۹۸ با علامت ستاره مشخص شده اند. (شماره C512، C113، C112)
- لازم به ذکر است استانداردهای نامبرده زیر سال گذشته وجود داشته اند اما در لیست بازنگری شده استانداردهای الزامی ایمنی بیمار در سال ۹۸ (لیست بالا) حذف شده است و با موارد ستاره دار جایگزین شده است:

شامل استاندارد شماره A412 مربوط به استریلیزاسیون فوری، A413 مربوط به تامین تجهیزات کافی بمنظور تضمین ارتقا ضد عفونی و استریلیزاسیون و استاندارد شماره C112 مربوط به اطمینان از اطلاع رسانی نتایج معوقه تستهای پاراکلینیکی اما همچنان در سنجه های اعتباربخشی مورد توجه و لازم الاجرا می باشند.

SBAR چیست ؟

روش SBAR ، تکنیکی ساده و استاندارد و یک مدل ذهنی برای برقراری ارتباطات موثر در تحویل بیمار (hand-offs) و اطلاعات مربوطه به آن بین پزشکان و پرستاران، همچنین برای انتقال بیمار به بخش ها و افراد مورد استفاده قرار می گیرد.

گام های اصلی SBAR:

گام اول: بیان وضعیت (Situation) :

در این گام ابتدا فرد نام و بخش خود را بیان می کند سپس نام بیمار و شماره اطلاق آن را ذکر می کند و در نهایت دلیل اینکه تماس گرفته است را اظهار می نماید.

در این گام مختصری از مسئله و مشکل و بیان می شود.

گام دوم: سابقه /زمینه (Background) :

بیان تشخیص ، دلیل پذیرش و تاریخ پذیرش

بیان سابقه پزشکی بیمار

خلاصه و مختصری از کارهای انجام شده و زمان انجام آن کارها به ترتیبی که انجام شده اند.

فهرستی از داروهای تجویز شده /آلرژی ها و حساسیت های فرد/ مایعات تزریق شده و غیره

علائم حیاتی بیمار

نتایج آزمایشگاهی : تاریخ و زمان تستهای انجام شده و مقایسه با آزمایشات قبلی

آخرین علایم و یافته های بالینی بیمار

گام سوم: ارزیابی (Assessment) :

در این گام نتایج حاصل از ارزیابی بالینی انجام شده با فرد مقابل تسهیم و تشریک مساعی می شوند و اینکه چه چیزی باید مورد تحلیل بیشتر قرار بگیرد و آیا بروز این مسئله حیات فرد را تهدید می کند یا خیر

در این مرحله موارد زیر بیان می شوند:

آخرین علایم حیاتی (V.S)

وضعیت متال بیمار

تعداد تنفس و کیفیت آن / تعداد نبض و کیفیت آن

تغییرات در ریتم قلبی

درد

تغییرات عصبی

رنگ پوست

سطح اکسیژن

گام چهارم: توصیه ها یا پیشنهادات (Recommendation):

در این گام بیان کنید که دنبال چه چیزی هستید؟ می خواهید برای این بیمار چه کاری را ؟ و چه موقع انجام دهید؟

شما را برای بهبود این وضعیت و حل مسئله چه نیازی به فرد مقابل دارید

توصیه ها می توانند شامل موارد زیر باشند:

انتقال بیمار

تغییر درمان

آمدن بر بالین بیمار همین حالا؟!

صحبت کردن با بیمار یا خانواده او در مورد موضوع خاص

تقاضا برای انجام مشاوره توسط پزشک و

سایر پیشنهادات (شامل CBC, ERG, ABG, CXR و یا ...)

اگر نوع و یا روند درمان تغییر کرده است سوال کنید "هر چند وقت یکبار؟"

سوال کنید : اگر بیمار بهبود پیدا نکرد چه موقع دوباره تماس بگیرم؟

پروتکل اسمارت SMART چارچوبی برای ترخیص موثر بیماران:

پروتکل ترخیص اسمارت SMART Discharge Protocol به منظور بهبود مراقبت های ارائه شده به بیماران و خانواده ها و ارتقای فرایند ترخیص تدوین شده است.

با توجه به اهمیت فرایند ترخیص چارچوب اسمارت به منظور اطمینان از توجه به ۵ حوزه مهم و نیازمند توجه در زمان ترخیص تدوین شده است. این ۵ موضوع عبارتند از:

۱- علائم Signs علائم و نشانه های مهمی که باید به آن ها توجه شود. منظور علائم بیماری، رویدادها و نشانه هایی است که بیماران باید پس از ترخیص به آن ها توجه داشته باشند و یا در شرایط مشخصی آن ها را به بیمارستان گزارش کنند.

۲- داروها Medications سوال یا نکته مبهمی درباره داروهای مورد نیاز، شرایط مصرف، عوارض جانبی و زمان داروها

۳- زمان ویزیت بعدی Appointments پس از ترخیص اگر نیاز به پیگیری و مراجعه مجدد به بیمارستان باشد باید مورد توجه قرار گیرد و زمان بندی آن با بیمار و خانواده آن هماهنگ شود.

۴- نتایج Results ممکن است در زمان ترخیص جواب برخی آزمایش ها هنوز آماده نباشد و یا نیاز باشد پس از ترخیص آزمایش خاصی انجام شود که باید با بیمار و خانواده وی هماهنگ شود تا پیگیری لازم صورت پذیرد.

۵- توصیه ها یا صحبت های لازم Talk with me توجه به ارتباط میان بیمار و ارائه کنندگان ایجاب می کند که در زمینه هایی که لازم است گفتگو هایی با هم داشته باشند که باید جدی تلقی شوند و زمان کافی برای آن در نظر گرفته شود.

۷ قانون دارودهی:

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 می باشد.

بیماران / مراجعین پرخطر غالباً شامل موارد ذیل است:

۱. بیماران در معرض سقوط (FA)

۲. زخم فشاری (SO)

۳. خودکشی (SU)

۴. سوء تغذیه (MN)

۵. پلی فارمسی (بیماری که بیش از ۴ دارو دریافت می کند) (POL)

۶. ترومبوز وریدهای عمقی (TE)

۷. تشنج (SZ)

در این گروه از بیماران دستبند شناسایی بیماران بایستی لیبیل زرد داشته و ریسک خطر مربوطه با علائم اختصاری مصوب کمیته اخلاق پزشکی در ج گردد

The concept of accreditation

مفهوم اعتبار بخشی

مقدمه

- سالهاست که کشورهای سراسر جهان مفهوم کیفیت (quality) و ایمنی (patient safety) را به سیستم های بهداشت و سلامت وارد نموده اند. زیرا امروزه صرفاً ارائه خدمات بهداشتی - درمانی مدنظر نیست؛ بلکه دریافت کنندگان خدمت خواستار دریافت مراقبتها با کیفیت بهتر و ایمنی بیشتر هستند.
- اعتبار بخشی در یک سازمان، تعهدی آشکار در جهت بهبود کیفیت و ایمنی مراقبت از بیمار فراهم می نماید.

تعریف

اعتبار بخشی (accreditation) فرآیند خودارزیابی و ارزیابی خارجی است که در سازمان های بهداشتی درمانی جهت ارزیابی سطح عملکرد آنها در رابطه با استانداردهای معین و راههای اجرای بهبود مستمر صورت میگیرد. اعتبار بخشی تنها به وضع استانداردها نمی پردازد بلکه دارای ابعاد تحلیلی، مشاوره ای و بهبود است.

در باب اعتبار بخشی در بیمارستان باید گفت: موضوعات پزشکی مبتنی بر شواهد، تضمین کیفیت، اخلاق پزشکی و کاهش خطای پزشکی نقش کلیدی در این فرآیند دارا می باشد. ضمناً حفظ ایمنی بیمار (Patient Safety) نیز بخش مهم از فرآیند اعتبار بخشی در بیمارستان است که بر این فرآیند سایه گسترده است.

اعتبار بخشی بررسی سیستماتیک خدمات بهداشتی و درمانی با توجه به مجموعه ای از استانداردهای ساختاری (فیزیکی، تجهیزاتی، منابع انسانی) و فرآیندی است که منجر به برآوردهای پیامدهای مطلوب برای بیمار براساس کیفیت و ایمنی خدمات می گردد.

(اعتبار بخشی به معنی ارزیابی سیستماتیک مراکز ارائه خدمات سلامت با استانداردهای مشخص است.)

استانداردهایی که بر بهبود مداوم کیفیت، محور بودن بیمار و بهبود امنیت بیمار و کارکنان تأکید دارد و اعتبار بخشی برای تشریح کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی و به عنوان مبنای تفکر به کار گرفته می شود.

خط مشی مراقبت های سلامت و درک آنچه به کیفیت مراقبت مربوط می شود و تمرکز بر اصول بنیادی برای یکپارچه نمودن توسعه سیستم بهداشت و درمان و پویا نمودن آن، اساس اعتبار بخشی را تشکیل می دهد.

استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران، استانداردهای به روز، برگرفته از آخرین منابع قابل استفاده در کشورهای پیشرفته و در حال توسعه و منطبق با شرایط بومی، معیارهای مذهبی، فرهنگی، اقتصادی و در چارچوب قوانین در اختیار متولیان امر قرار می دهد و هدف از آن کسب اطمینان از ارائه خدمات کیفی، ایمن و تقویت پاسخگویی در نظام سلامت می باشد.

مدل های اعتباربخشی

در تدوین استانداردهای اعتباربخشی از دو مدل اصلی استفاده می شود:

۱. مدل بخشی (Departmental)

۲. مدل عملکردی (Functional)

در مدل بخشی برای بخش های مختلف کلینیکی، پاراکلینیکی، پشتیبانی و ... به صورت مجزا استاندارد نوشته میشود.

در مدل عملکردی محورهای مثل محور حقوق گیرنده خدمت یا محور ایمنی بیمار که نتایج حاصل از پیاده سازی آن در تمامی محورها مشاهده می شود.

در واقع این دو موضوع خصوصاً ایمنی بیمار در نسخه سوم، روح اصلی تمامی محورهای اعتباربخشی می باشد.

اهداف اعتباربخشی

- ایجاد انگیزه و توانمندسازی کارکنان
- توجه به کارگروهي
- بهبود مستمر کیفیت مراقبت سلامت و خدمات
- تأمین ایمنی بیمار با تأکید بر اصل بیمار محوری
- افزایش اعتمادعمومی به امر مراقبت و سلامت در بیمارستان ها
- بهبود افتخار ملی به تیم مراقبت سلامت
- به رسمیت شناختن بیمارستانهایی که اثبات می کنند در حال ارتقای کیفیت و ایمنی مراقبت هستند.

آرمان اعتبار بخشی نسل سوم

- بالاترین کیفیت ایمن ترین خدمات
- کمترین هزینه
- انگیزش و مشارکت کارکنان
- رضایت بیماران
- مشارکت پزشکان
- کاهش مستندسازی

ابزار اعتباربخشی

- از سال ۱۳۹۲ با تهیه و تدوین کتاب استانداردهای اعتباربخشی در ایران با ۳۷ محور، ۸۰۰ استاندارد و ۲۱۵۷ سنجه شروع شد.
- در حال حاضر در سال ۱۳۹۵ با عنوان استانداردهای اعتبار بخشی ملی ایران ویرایش سوم با ۸ محور، ۲۴۸ استاندارد و ۹۰۳ سنجه که ۱۱۰ سنجه به ایمنی بیمار اختصاص دارد.

روش اعتباربخشی

- انجام خودارزیابی و اعلام آمادگی کامل بیمارستان مبنی بر رعایت استانداردهای از پیش تعیین شده.
- ارزیابی بیمارستان از سوی ارزیابان تعلیم دیده وزارتخانه در زمان از پیش اعلام شده.
- تجزیه و تحلیل داده ها و بررسی درجه انطباق و پیروی از استانداردها به سازمان اعلام می گردد.
- اعتباربخشی بیمارستان جایگزین ارزشیابی سالانه شده است و موفقیت در اعتباربخشی تأثیر چشمگیری در افزایش درآمد بیمارستان و انتفاع تمام کارکنان دارد.

مقدمه

سلامت در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران به عنوان یکی از مهمترین نیازها و اساسی ترین حقوق مردم به رسمیت شناخته شده است. خوشبختانه در دولت تدبیر و امید در برنامه تحول نظام سلامت این مهم به عنوان یکی از اولویت های اصلی در دستور کار قرار گرفته است. در این میان، بی تردید فراهم نمودن مراقبت های باکیفیت و ایمن یکی از مهمترین وظایف متولیان امر به شمار می رود. اعتباربخشی به عنوان یکی از معتبرترین و شناخته شده ترین روش های ارزیابی نظام مند مراکز ارائه خدمات سلامت، زمینه ی پیوند مدیریت ارشد با ارائه خدمات پزشکی با کیفیت و ایمن را به شیوه ای علمی فراهم می آورد. در راستای دستیابی به این اهداف متعالی، علاوه بر استاندارد های مدون، انجام ارزیابی صحیح و دقیق با استفاده از ارزیابان حرفه ای و دارای دانش و تجربه کافی ضروری است. پیرو ابلاغ بخش نامه شماره ۴۰۰/۲۳۷۶۵ مورخ ۱۳۹۶/۱۰/۰۱ در خصوص دوساله شدن بازه زمانی دوره های اعتباربخشی دو ساله می باشد.

استانداردها و سطح بندی سنجها

ماموریت اصلی بیمارستان ارائه مراقبت و درمان به موقع، ایمن و اثر بخش است. تحقق این مهم نیازمند رهبری و مدیریت کارآمد و رعایت اصول اخلاق حرفه ای و بیمار محوری است. در دوره چهارم اعتباربخشی، ۱۹ محور به عنوان مؤلفه های اصلی شناسایی شده اند که مشتمل بر ۱۱۰ استاندارد و ۵۱۴ سنج به تفکیک ۲۱۴ سنج در سطح یک، ۲۱۴ سنج در سطح دو و ۸۶ سنج در سطح سه است. این مجموعه از استانداردها با توجه به شرایط بومی و به روز رسانی اولویت ها در نظام سلامت بازنگری و به شرایط و عملکرد واقعی بیمارستان ها نزدیک تر شده است. تدوین و استفاده از خط مشی ها، روش های اجرایی و دستورالعمل ها به منظور تبیین سیاست ها و تعهد به روش های اجرایی تدوین شده در هر یک از بیمارستان ها به منظور تحقق نتایج مطلوب و متوازن مورد تاکید نظام نوین اعتباربخشی است.

در اعتباربخشی نسل چهارم ارتقاء کیفیت و ایمنی بیمار بر اساس مدیریت بهینه منابع، بیش از پیش مد نظر قرار گرفته است. همچنین ضمن صیانت از ارزش های کیفی در ویرایش سوم و دوره های قبل، در این دوره تعداد بیشتری از استاندارد ها متوجه نتایج و پیامدها هستند. موفقیت بیمارستانها همچنان در گرو کارگروهي و توجه هرچه بیشتر به مدیریت دانش است. اغلب سنج های نیازمند هزینه در پیش نیاز های ایمنی و یا برای بیمارستان های برتر و عالی جانمایی شده اند. امید است با اقدامات انجام شده و برنامه ریزی های به عمل آمده در دوره چهارم شاهد اثربخشی بیش از

پیش اعتباربخشی باشیم.

محورهای ۱۹ گانه ویرایش چهارم استانداردهای اعتباربخشی به شرح ذیل می باشد که در سه بخش رهبری و مدیریت، مراقبت و درمان و حمایت از گیرنده خدمت ارائه می گردد.



سنجه های اعتبار بخشی در سه سطح طبقه بندی می شوند:

سنجه های سطح یک : اهمیت، حساسیت و امکان تحقق بالا و در حدود انتظارات اولیه و پایه فعالیت هر بیمارستان

سنجه های سطح دو : امکان تحقق متوسط و در حدود انتظارات وضعیت فعلی بیمارستان ها

سنجه های سطح سه : امکان تحقق پایین تر و فرا تر از حدود انتظارات نسبت به وضعیت

فعلی بیمارستان ها

سنجه های سطح سه صرفا در بیمارستان های درجه یک، یک برتر و عالی ملاک رتبه بندی است.

رتبه بندی اعتباربخشی

پیش نیازهای اخذ گواهینامه اعتباربخشی شامل موارد ذیل است:

۱. رعایت قوانین و مقررات جاری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
۲. کسب حداقل امتیاز از سنجه های سطح یک در استانداردهای محورهای ۱۹ گانه
۳. کسب حداقل امتیاز از استانداردهای ایمنی بیمار در استانداردهای محورهای ۱۹ گانه
۴. کسب حداقل امتیاز از استانداردهای محور مراقبت های حاد و اورژانس
۵. کسب حداقل امتیاز از مجموع استانداردها در محورهای زیر مجموعه رهبری و مدیریت، مراقبت و درمان و حمایت از گیرنده خدمت

معیارهای رتبه بندی اعتباربخشی شامل موارد ذیل است:

۱. کسب حداقل امتیاز از سنجه های سطح یک در هریک از رتبه بندی ها
۲. کسب حداقل امتیاز از سنجه های سطح دو در هریک از رتبه بندی ها
۳. کسب حداقل امتیاز از سنجه های سطح سه در هریک از رتبه بندی ها

در نظام نوین اعتباربخشی، بیمارستان ها در شش درجه مختلف رتبه بندی می شوند:

رتبه عالی

رتبه یک برتر

رتبه یک

رتبه دو

رتبه سه

رتبه چهار

بیمارستانهایی که موفق به کسب حداقل امتیاز برای کسب رتبه چهار نشوند زیر استاندارد محسوب شده و برابر مقررات و ضوابط مربوط اقدام خواهد شد. هریک از بیمارستان ها با توجه به سطح بندی استانداردها و پیش نیاز ها و بر اساس توانمندی های موجود و مسیر ارتقای کیفیت و ایمنی بیمار قادر خواهند بود متناسب با هدف گذاری اختصاصی خود برنامه ریزی و نسبت به استقرار استاندارد ها در حدود انتظار برای هریک از رتبه های اعتباربخشی اقدام نمایند. در این بخش به منظور شفافیت کامل و تبیین نقشه راه، شرایط کسب هریک از شش نوع رتبه/ درجه اعتباربخشی به صورت اختصاصی و به تفصیل بیان می شود.

شرایط کسب رتبه / درجه عالی اعتباربخشی



۱. رعایت قوانین و مقررات جاری وزارت بهداشت درمان

آموزش پزشکی

۲. تحقق حداقل ۹۶٪ از سنجه های سطح یک در

استانداردهای محوره های ۱۹ گانه

۳. تحقق حداقل ۹۱٪ از مجموع سنجه های سطح دو از

استانداردهای محوره های ۱۹ گانه

۴. تحقق حداقل ۸۱٪ از مجموع سنجه های سطح سه از

استانداردهای محوره های ۱۹ گانه

۵. تحقق حداقل ۸۶٪ از استانداردهای ایمنی بیمار در

استانداردهای محوره های ۱۹ گانه

۶. تحقق حداقل ۸۶٪ از استانداردهای محور مراقبت های حاد و اورژانس

۷. تحقق حداقل ۸۱٪ از سنجه های سطح دو از استانداردها در هر یک از بخش های رهبری و مدیریت، مراقبت و درمان و

حمایت از گیرنده خدمت

شرایط کسب رتبه / درجه يك برتر اعتباربخشی

۱. رعایت قوانین و مقررات جاری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

۲. تحقق حداقل ۸۶٪ از سنجه های سطح یک در استانداردهای محوره های ۱۹ گانه

۳. تحقق حداقل ۸۱٪ از مجموع سنجه های سطح دو از

استانداردهای محوره های ۱۹ گانه

۴. تحقق حداقل ۷۱٪ از مجموع سنجه های سطح سه از

استانداردهای محوره های ۱۹ گانه

۵. تحقق حداقل ٪ ۷۶ از استانداردهای ایمنی بیمار در

استانداردهای محوره‌های ۱۹ گانه

۶. تحقق حداقل ٪ ۷۶ از استانداردهای محور مراقبت‌های حاد و اورژانس

۷. تحقق حداقل ٪ ۷۱ از سنج‌های سطح دو از استانداردها در هر یک از بخش‌های رهبری و مدیریت، مراقبت

و درمان و حمایت از گیرنده خدمت

شرایط کسب رتبه / درجه يك اعتباربخشی



۱. رعایت قوانین و مقررات جاری وزارت بهداشت

درمان و آموزش پزشکی

۲. تحقق حداقل ٪ ۷۱ از سنج‌های سطح یک در

استانداردهای محوره‌های ۱۹ گانه

۳. تحقق حداقل ٪ ۶۱ از مجموع سنج‌های سطح دو از

استانداردهای محوره‌های ۱۹ گانه

۴. تحقق حداقل ٪ ۵۱ از مجموع سنج‌های سطح سه از

استانداردهای محوره‌های ۱۹ گانه

۵. تحقق حداقل ٪ ۶۱ از استانداردهای ایمنی بیمار در

استانداردهای محوره‌های ۱۹ گانه

۶. تحقق حداقل ٪ ۶۱ از استانداردهای محور مراقبت‌های حاد و اورژانس

۷. تحقق حداقل ٪ ۶۱ از سنج‌های سطح دو از استانداردها در هر یک از بخش‌های رهبری و مدیریت، مراقبت و درمان و

حمایت از گیرنده خدمت

شرایط کسب رتبه / درجه دو اعتباربخشی



۱. رعایت قوانین و مقررات جاری وزارت بهداشت درمان و

آموزش پزشکی

۲. تحقق حداقل ٪ ۶۱ از سنجه های سطح یک در

استانداردهای محورهای ۱۹ گانه

۳. تحقق حداقل ٪ ۴۱ از مجموع سنجه های سطح دو از

استانداردهای محورهای ۱۹ گانه

۴. تحقق حداقل ٪ ۵۱ از استانداردهای ایمنی بیمار در

استانداردهای محورهای ۱۹ گانه

۵. تحقق حداقل ٪ ۵۱ از استانداردهای محور مراقبت های حاد و اورژانس

۶. تحقق حداقل ٪ ۴۱ از سنجه های سطح دو از استانداردها در هر یک از بخش های رهبری و مدیریت، مراقبت و درمان و حمایت از گیرنده خدمت

شرایط کسب رتبه / درجه سه اعتباربخشی



۱. رعایت قوانین و مقررات جاری وزارت بهداشت درمان و

آموزش پزشکی

۲. تحقق حداقل ٪ ۵۶ از سنجه های سطح یک در

استانداردهای محورهای ۱۹ گانه

۳. تحقق حداقل ٪ ۳۱ از مجموع سنجه های سطح دو از

استانداردهای محورهای ۱۹ گانه

۴. تحقق حداقل ٪ ۵۱ از استانداردهای ایمنی بیمار در

استانداردهای محورهای ۱۹ گانه

۵. تحقق حداقل ٪ ۵۱ از استانداردهای محور مراقبت های حاد و اورژانس

۶. تحقق حداقل ٪ ۳۱ از سنجه های سطح دو از استانداردها در هریک از بخش های رهبری و مدیریت، مراقبت و درمان و حمایت از گیرنده خدمت

شرایط کسب رتبه / درجه چهار اعتباربخشی



۱. رعایت قوانین و مقررات جاری وزارت بهداشت درمان و

آموزش پزشکی

۲. تحقق حداقل ٪ ۵۱ از سنجه های سطح یک در

استانداردهای محورهای ۱۹ گانه

۳. تحقق حداقل ٪ ۲۱ از مجموع سنجه های سطح دو از

استانداردهای محورهای ۱۹ گانه

۴. تحقق حداقل ٪ ۵۱ از استانداردهای ایمنی بیمار در

استانداردهای محورهای ۱۹ گانه

۵. تحقق حداقل ٪ ۵۱ از استانداردهای محور مراقبت های حاد و اورژانس

۶. تحقق حداقل ٪ ۲۱ از سنجه های سطح دو از استانداردها در هریک از بخش های رهبری و مدیریت، مراقبت و درمان و حمایت از گیرنده خدمت

طبق روال دوره های قبلی اعتباربخشی بیمارستان، های تخصصی که منحصراً یک یا چند مورد از خدمات تخصصی

چشم پزشکی، گوش و حلق و بینی، روان پزشکی، پوست و توانبخشی را ارائه می نمایند مشمول بند ۵ (تحقق حداقل ٪

۵۱ از استانداردهای محور مراقبت های حاد و اورژانس) نمی باشند

« جزوه حقوق گیرندگان خدمت برای پرسنل جدیدالورود »

گیرندگان خدمت: شامل تمام مراجعین به صورت سرپایی و بستری به بیمارستان

منشور حقوق بیمار: شامل ۵ بند است:

۱. دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است.
۲. اطلاعات باید به نحو مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمار قرار گیرد.
۳. حق انتخاب و تصمیم گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت باید محترم شمرده شود.
۴. ارائه خدمات سلامت باید مبنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار و رعایت اصل رازداری باشد.
۵. دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات حق بیمار است.

رضایت آگاهانه: (Informed Consent)

توافقی ابطال پذیر و آزادانه فرد واجد صلاحیت (بیمار) مبنی بر مشارکت در تصمیم گیری درمانی (یا تحقیقاتی) بدنبال آگاهی از ماهیت، هدف و الزامات آن با اعتقاد به تأثیر این مشارکت در انتخاب مؤثرترین و مفیدترین روش درمانی. رضایت آگاهانه از حقوق گیرنده خدمت بوده و به هیچ وجه جایگزین یا معادل برائت از عواقب ارائه خدمات تشخیصی درمانی نمی باشد.

اقدامات تشخیصی درمانی اعمالی است که مستلزم ایجاد شکاف روی پوست یا تعبیه ی دستگاه یا وسیله یا مواد خارجی در داخل بدن می باشد

نکته ۱: رضایت آگاهانه فرآیندی مشترک بین پزشک، پرستار و بیمار است. اما در نهایت مسئولیت به عهده پزشک می باشد.

نکته ۲: در فرآیند اخذ رضایت آگاهانه لازم است مزایا، معایب، روش های جایگزین و مضرات عدم پذیرش پروسیجر به زبان ساده و به فراخور سطح درک و سواد بیمار / همراه برای آنها توضیح داده شود.

نکته ۳: یکی از رسالت های مرکز، جلب مشارکت ذی نفعان است که می تواند در فرآیند اخذ رضایت آگاهانه از بیماران نمود پیدا کند.

نکته ۴: لازم است همکاران جدیدالورود، از فهرست پروسیجرهای تهاجمی و نیمه تهاجمی هربخش اطلاع حاصل نموده و به دستورالعمل تدوین شده " اخذ رضایت آگاهانه " تسلط داشته باشند. همچنین دستورالعمل " الزامات اخذ رضایت آگاهانه در اقدامات تهاجمی و نیمه تهاجمی " در درایو s بارگذاری شده است.

نکته ۵: در تکمیل فرم رضایت آگاهانه، مهر و امضای پزشک معالج، مهر و امضای پرستار شاهد، امضاء و اثر انگشت بیمار و همراه وی به همراه ذکر دقیق ساعت و تاریخ الزامی است.

نکته ۶: در تکمیل فرم رضایت آگاهانه لازم است زمان کافی جهت انتخاب آزادانه و تصمیم گیری در اختیار بیمار قرار گیرد مگر اینکه حیات بیمار به خطر افتاده باشد که در این صورت نیازی به اخذ رضایت آگاهانه نبوده یا به تعویق خواهد افتاد.

نکته ۷: مدت اعتبار هر رضایت آگاهانه در مورد عمل جراحی / پروسیجر تهاجمی معادل با حداکثر ۳۰ روز می باشد.

نکته ۸: هر لحظه که بیمار بخواهد می تواند رضایت خود را پس بگیرد.

نکته ۹: گذاردن سوند نولی، باز کردن راه وریدی محیطی، گذاردن لوله معده و تزریق وریدی نیازی به رضایت آگاهانه ندارند.

حریم بیمار Privacy

تعریف حریم شخصی (خصوصی):

محدوده و مکانی که حمایت و دفاع از آن واجب می باشد. در واقع حریم هر کس از حقوق اساسی وی بوده و حسی است که هر فرد بالغ نسبت به هویت، شأن، استقلال و فضای شخصی خود دارد.

حریم شخصی:

- اطلاعاتی : حفظ اطلاعات پرونده، ممانعت از در دسترس قرار دادن اطلاعات بیمار بدون کسب اجازه از وی، ممانعت از رها کردن پرونده ها بر بالین بیمار، نگهداری پرونده ها در جایگاه پرونده ها
- فیزیکی: استفاده از پاراوان، پرده سقفی یا راهنمایی بیمار به اتاق معاینه حین انجام پروسیجر ، استفاده از پرسنل همگن در ارائه خدمت به بیماران

افراد مجاز به مستند نویسی در پرونده بیماران

- پزشک
- دستیار
- کارمند
- کارآمد
- کلیه پرستاران و ماماها
- تکنسین و کارشناسان بیهوشی و اتاق عمل
- فیزیوتراپ
- کارشناسان تغذیه
- مددکار اجتماعی
- پزشک مشاور بیمار

نکته ۱۰: رعایت اصل خوشامدگویی پرستار welcome nursing در حین ارزیابی اولیه بعد از پذیرش الزامی است.

شرایط استفاده از تلفن همراه برای کارکنان بالینی و غیربالینی:

۱. حین انجام وظیفه در بخش های ویژه، اتاق عمل و کت لب برای کلیه پرسنل درمان مطلقاً ممنوع بوده و تنها در صورت نیاز به نیروی جانشین استفاده از تلفن همراه در اتاق استراحت، به مدت کوتاه و به شرط تعیین جانشین مجاز است.
۲. کلیه کارکنان در زمان استفاده از تلفن همراه، می بایست حداقل یک متر از دستگاه های با ریسک بالا (تجهیزات دیجیتالی، پیس میکر، ونتیلاتور و ...) دور باشند.
۳. هرگونه کاربری غیرمتعارف تلفن همراه و ورود به شبکه های اجتماعی در محیط کاری و شیفت های همکاران درمانی غیرمجاز و ممنوع می باشد.
۴. پس از استفاده از تلفن همراه حتماً بهداشت دست را رعایت نمایند.
۵. کلیه سوپروایزران، کارشناسان بهبود کیفیت، سرپرستاران بخشها و مسئولین واحدها بر اجرای این مهم نظارت نموده و در صورت مشاهده و گزارش تخلف اداری محسوب می شود (تخلف کارکنان بالینی در کمیته اخلاق بالینی و تخلف کارکنان غیربالینی در تیم رهبری و مدیریت مطرح و تصمیمات لازم اتخاذ می گردد).

نکته ۱۱: بیماران محتضر (در حال احتضار) حق دارند در هر ساعت از شبانه روز از مصاحبت افرادی که تمایل به دیدارشان دارند، بهره مند شوند.

جمعیت آسیب پذیر:

🌈 کودکان سالمندان زنان باردار افراد ناتوان بیماران روانی بیماران روانی بیماران

روانی معلولان جسمی و ذهنی افراد بدون سرپرست

یکی از اقدامات بیمارستان، تسهیل در شناسایی رده های پرسنلی توسط بیماران است؛ به ۳ طریق:

۱. نصب تابلوی رده های پرسنلی در بیمارستان ۲- نصب اتیکت شناسایی ۳- معرفی پرسنل به بیماران
- آگاهی از آیین نامه انطباق، استاندارد پوشش (پمفلت ها در بخش ها موجود است).
- در بخش های ویژه و در بیماران با کاهش سطح هوشیاری ارائه خدمت باید توسط پرسنل همگن صورت گیرد.
 - در صورت معاینه بیمار توسط پزشک غیر همجنس، حضور فرد معتمد بیمار یا کارکنان فنی همجنس بر بالین بیمار الزامی است. در مواقعی که بیمار تمایل ندارد فرد معتمد خودش بر بالین وی حضور یابد؛ حضور کارکنان فنی هم جنس اهمیت دوچندان می یابد.
 - حین انتقال بیماران خانم به اتاق عمل حتماً از شنل استفاده شود و نواحی از بدن که نیاز به مداخله ندارد پوشانده شود.

➤ حق بیمار و همراه بیمار است که اطلاعات در خصوص بیماری، سیر درمان از پزشک و پرستار دریافت نماید.

نکته ۱۲: ارائه اطلاعات به همراه تنها با کسب اجازه از بیمار صورت می گیرد. به هیچ عنوان اطلاعات بیمار از طریق تلفن داده نشود. (حفظ محرمانگی اطلاعات بیمار)

نکته ۱۳: مارک نمودن بیماران مبتلا به بیماری عفونی خاص ممنوع است.

- ✓ پرستار در ارزیابی بیماران، نیازهای عبادی اعتقادی وی را بررسی و در گزارش پرستاری ثبت می نماید.
- ✓ اطلاع رسانی محل نمازخانه، مشاور مذهبی از وظایف پرستار است. (پاسخ به نیازهای عبادی اعتقادی بیماران و همراهان)

راههای ارائه اطلاعات و راهنمایی گیرندگان خدمت:

۱. ارتباط با بیمار و توضیح شفاهی ۲- ارائه پمفلت های اطلاعات عمومی توسط واحد پذیرش
۲. ۳- ارائه پمفلت های اختصاصی توسط پرستار در بدو پذیرش بیمار در بخش ۴- راهنمای خطوط رنگی و تابلوها ۶- وب سایت بیمارستان

در صورت تمایل و خوداظهاری بیمار مبنی بر داشتن پزشک مشاور، با کسب اجازه از پزشک اول و تکمیل فرم مرتبط، طی هماهنگی می تواند از مشاوره پزشک دوم بهره مند شود. حتما این اطلاعات به بیمار داده شود که تامین هزینه موافقت پزشک دوم بر عهده بیمار است.

نکته ۱۴: دستورات پزشک مشاور جنبه مشورتی دارد و حتماً باید توسط پزشک اول reorder شود.

نکته ۱۵: رضایت نامه عمومی بدو پذیرش، جایگزین رضایت آگاهانه نخواهد بود.

توصیه ها:

۱. آگاهی از خط مشی ها، دستورالعمل ها و روش های اجرایی که در محور حقوق گیرنده خدمت تدوین شده است. (در درایو S موجود است).
۲. آگاهی از شرایط ابلاغ تلفن همراه و حقوق بیماران محتضر
۳. آگاهی از اطلاعات پزشکان معالج (شماره تلفن، آدرس مطب و اسامی پزشکان به تفکیک گروههای آموزشی در درایو S موجود است).
۴. آگاهی از منشور حقوق بیمار، فرآیند شکایات و پیشنهادات، RCA مرتبط با شکایات، آیین نامه انطباق و استاندارد پوشش
۵. رعایت استاندارد پوشش، نصب اتیکت ۶- راهنمایی به موقع گیرندگان خدمت ۷- آگاهی از مصوبات کمیته اخلاق پزشکی ۸- تعامل مناسب و ارتباط مؤثر با بیماران ۹- شرکت در کلاس های مرتبط با حقوق گیرندگان خدمت ۱۰- آموزش بیماران در خصوص نحوه کار با سیستم احضار پرستار ۱۱- همراهی با پزشک هنگام ویزیت بیمار

اصول بهداشت محیط در بیمارستان

بهداشت محیط بیمارستان

بهداشت محیط شامل کلیه اقداماتی است که از انتقال عوامل بیماری زای محیط خارج به داخل بیمارستان و بالعکس جلوگیری می کند. در این راستا عوامل محیطی همچون آب، فاضلاب، زباله ها، هوا، غذا و ... باید به نحوی کنترل شوند تا علاوه بر ایجاد محیطی سالم و بهداشتی، به بهبود بیماران نیز کمک نماید. با توجه به تعریف بهداشت محیط و مسئولیت فردی در برابر سلامت افراد جامعه، رعایت مسائل بهداشتی در محیط کار بیمارستانی از اهمیت ویژه ای برخوردار است

اصول بهداشت محیط در بیمارستان:

محیط در بیمارستان نقش مهمی در ایجاد عفونت های بیمارستانی بازی میکند. محیط بیمارستان شامل اجزاء زیادی میباشد. بسیاری از این اجزاء تأثیر مستقیم در عفونتهای بیمارستانی دارند که شامل تأمین آب، غذا، مواد زائد و رختشویخانه میباشد.

بسیاری از این اجزاء تأثیر مستقیم در عفونتهای بیمارستانی دارند. جهت کاهش انتقال ارگانیسم ها از وسایل و محیط اطراف متدهای نظافت، ضد عفونی و استریلیزاسیون مناسب مورد نیاز می باشد.

سیاست ها و روشهای جدید با توجه به امکانات و تسهیلات در دسترس باید تدوین شوند.

رعایت اصول بهداشت محیط و بهسازی در بیمارستان علاوه بر کم کردن مخازن قوی میکروارگانیسم ها اثر مهمی در زیبایی محیط و جلب اعتماد بیماران و مراجعه کنندگان خواهد شد.

۹۰٪ میکرو ارگانیسم ها در جرم های قابل مشاهده وجود دارند و هدف از نظافت روزانه محیط ریشه کنی یا کاهش این جرم ها می باشد.

آب

آب در بیمارستان برای منظورهای مختلف استفاده میشود. اهداف استفاده از آب تعیین کننده معیارهای کیفیت آب است.

آب آشامیدنی باید برای آشامیدن سالم و بی خطر بوده و از شبکه های عمومی آشامیدنی تأمین شود یا دارای شبکه آب خصوصی با رعایت استانداردهای آب آشامیدنی کشور باشد.

تانکرهای ذخیره باید به طور مرتب تمیز شوند و از نظر آلودگی مدفوعی نمونه برداری و چک شوند. کلر آزاد باقیمانده آب باید در رنج

۸/۰ - ۲/۰ میلی گرم در لیتر باشد. که روزانه توسط واحد بهداشت محیط چک می شود

آشپزخانه

بیماریهای منتقله توسط غذا مخصوصاً در بیماران دارای نقص سیستم ایمنی مهم هستند. به همین دلیل برای جلوگیری از آلودگی غذا باید توجه ویژه به عمل آورد: برای جلوگیری از آلودگی، غذای خام و پخته از هم جدا باشد.

کارکنان آشپزخانه باید حداقل یکبار در روز لباس خود را تعویض کنند و موهای خود را بپوشانند.

تهیه کنندگان غذا باید قبل از آماده سازی غذا دست های خود را با دقت شسته و بهداشت فردی را رعایت کنند.

وقتی به یک بیماری عفونی (مانند عفونت پوست یا دستگاه تنفسی) مبتلا هستند از دستکاری و جابجا کردن و تهیه غذا پرهیز نمایند و همه عفونتها را گزارش نمایند.

ذخیره و تهیه مواد غذایی منجمد باید مطابق با توصیه های ارائه شده و در درجه حرارت ۱۸- درجه سانتی گراد نگهداری شود. به افرادی که با غذا سرو کار دارند باید به صورت مستمر توصیه ها و دستورات لازم در زمینه رفتار ایمن و بی خطر ارائه شود.

پرسنل شاغل در آشپزخانه قبل از کار آزمایش انگل داده باشند.

شرایط بهداشتی آشپزخانه بیمارستان باید مطابق آیین نامه ماده ۱۳ باشد.

رختشویخانه

رختشویخانه یکی از بخشهای مهم بیمارستان بوده و از نظر بهداشت و انتشار عفونت اهمیت زیادی دارد، سیستم رختشویی باید بتواند از نظر بهداشتی و جلوگیری از انتشار آلودگی و عفونت و جلوگیری از تداخل البسه کثیف و تمیز مناسب باشد و احتمال این تداخل را به حداقل برساند.

محیط رختشویخانه باید از نور، تهویه و فضای کافی برخوردار باشد. تفکیک البسه آلوده، شستشو با ماشین لباسشویی مناسب و ضد عفونی و خشک کردن به روش مناسب انجام شود. کف و دیوارها قابل شستشو و از سیستم مناسب جمع آوری فاضلاب برخوردار باشد.

جمع آوری و تفکیک البسه در بخش ها

□ اگر ملحفه ها به خون و سایر مایعات بدن آلوده باشد بایستی از وسایل حفاظتی مثل دستکش و ماسک استفاده شود.

□ در هنگام جمع آوری البسه باید آرامش کامل داشته و از شتابزدگی اجتناب نمود.

□ ملحفه های غیر عفونی بایستی در بین های جمع آوری مخصوص ملحفه غیر عفونی قرار داده شود.

□ ملحفه های آلوده شده با خون و سایر مایعات بدن بایستی کیسه های پلاستیکی زرد رنگ قرار داده شود.

□ در هنگام جمع آوری ملحفه های آلوده به خون و سایر مایعات بدن بایستی ملحفه ها بصورتی پیچیده شود که قسمت آلوده در وسط ملحفه محفوظ نگه داشته شود.

□ در حین جمع آوری البسه و قرار دادن آنها در داخل کیسه باید از عدم باقی ماندن

□ وسایل نوک تیز و سوزن در داخل ملحفه ها اطمینان حاصل نمود.

□ البسه بعد از جمع آوری باید روزانه توسط پرسنل به رختشویخانه منتقل گردد و هنگام انتقال البسه پرسنل از ماسک و دستکش استفاده کنند.

□ انتقال البسه تمیز باید توسط پرسنل با ترالی مخصوص حمل البسه تمیز انجام گیرد

□ کیسه های پارچه ای (بین ها) هفته ای یکبار و در صورت لزوم زودتر از این زمان جهت شستشو به لنز ری منتقل گردد.

پسماندها:

تعریف زباله بیمارستانی:

به کلیه مواد زائد جامد و نیمه جامد تولیدی از تمام بخش ها و واحدها درمانی و غیر درمانی یک بیمارستان زباله بیمارستانی اطلاق می شود .

انواع پسماند:

پسماندهای عادی (خانگی - معمولی): (۸۰٪) که تولید می شود. از کارکرد های خانه داری و مدیریت اجرایی این مراکز

زباله های عفونی و خطرناک: به زباله های اطلاق می گردد که می تواند حداقل یک بیماری عفونی را منتقل کند
زباله های نوک تیز و برنده: سر سوزن ی تیغ جراحی و پس از پر شدن ۴/۳ Safety Box درب آن پلمپ شده و دفع گردد.

پسماندهای شیمیایی: این زایدات به دلیل داشتن خصوصیات سمی بودن، خوردگی، قابل اشتعال، واکنش پذیری بالا و سرطان زایی خطرناک می باشند. که شامل:
- زباله های دارویی و مواد شیمیایی - ویال های نیمه پر و پر دارویی - ترمومترهای شکسته (جیوه) - معرف های آزمایشگاهی - داروهای ثبوت و ظهور فیلم - داروهای تاریخ مصرف گذشته

در هنگام جمع آوری و حمل و نقل زباله ها رعایت نکات زیر الزامی است

۱- در صورت عدم وجود کیسه زباله مقاوم از دو کیسه هم رنگ داخل یکدیگر استفاده شود ۲- درب کیسه ها بعد از پر شدن بسته شود ۳- از فشردن کیسه های زباله جهت کاهش حجم اکیدا خودداری شود ۴- پس از جمع آوری زباله ها به وسیله ترالی به جایگاه موقت حمل و درب ترالی حتما بسته باشد ۵- از ریختن زباله یا شیرابه آن در هنگام حمل زباله خودداری شود. ۶- در صورت مخلوط شدن پسماند عادی با یکی از پسماندهای عفونی، شیمیایی، رادیواکتیو و نظایر آن خارج کردن آن ممنوع است. اعضا و اندامهای قطع شده بدن و جنین مرده طبق احکام شرع جمع آوری و تفکیک گردد.

جهت رفع آلودگی و گندزدایی از سطرها و بین ها، از روشهای زیر استفاده میشود:

■ شستشو با آب داغ حداقل ۸۲ درجه سانتیگراد (۱۸۰ درجه فارنهایت) به مدت حداقل ۱۵ ثانیه

■ گندزدایی با مواد شوینده در اختیار به مدت دست کم سه دقیقه

ماهیت خطرناک بودن پسماندها به دلیل داشتن عوامل زیر است:

(۱) عوامل زنده بیماری زا (۲- زئوتوکسیک بودن) پسماندهایی که به شدت خطرناکند و دارای خصوصیات ایجاد جهش - سلولی، عجیب الخلقه زایی یا سرطان زایی هستند) (۳- سم یا مواد شیمیایی یا دارویی خطرناک - (۴) مواد پرتوزا (۵- اجسام برنده و نوک تیز

طبقه بندی بیمارستان از لحاظ آلودگی

منطقه A: مناطقی از بیمارستان ها که تماس با بیمار ندارند (مثل پذیرش ی پایونهای و کتابخانه) نظافت عادی توصیه

می شود.

منطقه B: مکان نگهداری بیمارانی که عفونی نبوده یا حساسیت بالایی ندارند. لازم است روش هایی جهت نظافت

ایین

مکان ها به کار گرفته شود که گرد و غبار ایجاد نکند. در این مکان باید هر گونه آلودگی با خون و مایعات دیگر

بیدن

ضد عفونی شده و سپس نظافت انجام گیرد.

منطقه C: بخش های ایزوله یا بیماران عفونی شده، نظافت با دیگر جفت های مناسب و سپس محلول های

ضید عفونی

کننده لازم است جهت جلوگیری از انتقال و انتشار عفونت هر اتاق باید وسایل جداگانه نظافت شود.

منطقه D: بیماران با حساسیت بسیار بالا (حفاظت بصورت ایزولاسیون) یا سایر مکان های محافظت شده از قبیل

اتاق

های عمل، اتاق های زایمان، بخش مراقبت های ویژه، بخش نگهداری نوزادان نارس و بخش دیالیز که نیاز به

استفاده از

محلول های دترجنت و ضد عفونی کننده دارد، لازم است در این مکان ها از وسایل نظافت مجزا استفاده شود

نکاتی در خصوص شرایط بهداشتی بخش ها

- کف کلیه اتاقها و راهروها، بایستی روزانه نظافت و در صورت نیاز با آب ژاول رقیق شده گندزدایی گردد
 - کلیه وسایل تخت بیمار از قبیل پتو، ملحفه و رو تختی باید بطور مرتب تعویض گردد، بنحویکه پیوسته سالم، تمیز و عاری از آلودگی باشد.
 - هنگام تعویض ملحفه بایستی از دستکش و ترجیحاً ماسک استفاده شود.
 - جهت نظافت قسمتهای مختلف بخش از جمله استیشن یخچال، میز بیمار، تلفن، تخت و.... باید از دستمال های جداگانه استفاده شود
 - کلیه کفشورهای موجود در قسمتهای مختلف بایستی مجهز به توری بوده و این توریها روزانه نظافت شوند
 - ظروف صابون مایع بعد از هر بار خالی باشند یستی شسته و خشک شود.
 - میز مخصوص غذای بیمار بایستی بعد از هر بار استفاده با دستمال مخصوص نظافت شود.
 - تخت بیمار بایستی به طور مرتب و بعد از ترخیص بیمار کاملاً ضد عفونی شود.
 - داخل کابینها بایستی بطور مرتب نظافت و از پهن کردن روزنامه داخل آنها خودداری شود
- نکته:** جهت نظافت حمام ها و سینک ها بایستی از برس های نایلونی استفاده شود. استفاده از دستمال های پنبه ای یا برس های غیر پلاستیکی موجب آلودگی شدید آن ها شده و ضد عفونی را مشکل می کند. به همین دلیل نباید مورد استفاده قرار گیرد.

اهمیت گندزدایی محیط و وسایل

با توجه به راههای انتقال میکروب به بدن باید این راهها بسته شود تا از انتقال بیماری جلوگیری گردد.

ملاحظه می شود که درهمه راههای انتقال، ضد عفونی و گندزدایی نقش مهمی دارا می باشد.

میکروارگانسیم های موجود در بیمارستان یا در محیط قرار دارند و یا بر روی وسایل و تجهیزات درمانی که از طریق

تماس مستقیم یا غیر مستقیم به بیماران منتقل می شود.

بنابراین گندزدایی سطوح و وسایل از اهمیت بسزایی برخوردار می باشد.

سطوح آلوده منبع مناسبی برای پاتوژنها محسوب می شوند اما سطوح بطور مستقیم عامل انتقال آلودگی به بیماران و کارکنان نیستند، انتقال عمده میکروارگانیسم ها از سطوح محیطی از طریق تماس دست با این سطوح است.

بنابراین گندزدایی محیط و وسایل و ضدعفونی دست قدم اساسی در جهت کاهش شیوع و انتشار عفونت های بیمارستانی به حساب می آید.

نکته: مواد گندزدا در مجاورت مواد آلی خنثی و بی اثر می گردند. (ماده آلی مانند چرک، خون، سرم، ادرار، مدفوع، مواد روغنی و....)

یک قانون کلی در خصوص تمیز نمودن وسایل:

ابتدا بایستی هر گونه آلودگی قابل مشاهده (خون، ادرار و...) ابتدا با آب سرد برطرف گردد.

هنگام شستشو و گندزدایی ابزار پزشکی از وسایل حفاظتی مانند عینک، ماسک و پیش بند نیز استفاده نمایید.

مراحل آلودگی زدایی سطوح و وسایل

۱. استفاده از آب سرد برای از بین بردن آلودگی واضح ماده آلی (دمای آب زیر ۳۵ درجه سانتیگراد).

۲. استفاده از مخلوط آب گرم و ماده دترجنت (شوینده) (دمای آب تا ۵۱ درجه سانتی گراد)

۳. استفاده از غلظت مناسب ماده گندزدا (رقیق شده با آب سرد) - ۴. مرحله استریلیزاسیون

اصول نظافت سطوح خدماتی

سطوح خدماتی نیاز به انجام نظافت و گردگیری بصورت منظم دارند.

شرایط محیطی خشک موقعیت مناسبی برای دوام و ماندگاری کوکسی های گرم مثبت در ذرات گرد و غبار موجود بر روی سطوح فراهم میکند (گونه های استافیلوکوک کواگولاز منفی) مناطق مرطوب محیط مناسبی برای رشد و دوام باسیل های گرم منفی به شمار می آید.

قارچ ها نیز در گرد و غبار یافت می شوند و در رطوبت تکثیر پیدا می کنند و سبب فیروز مواد می شوند.

اکثر سطوح خدماتی را به توجه به ماهیت سطح و نوع و درجه آلودگی آن می توان به وسیله آب و دترجنت و یا با یک ماده ضدعفونی کم اثر تمیز کرد.

جداول زمان بندی و روش زمانی انجام نظافت و ضدعفونی بر اساس بخش های مراکز درمانی باید تنظیم گردد.

عمل حذف واقعی آلودگی از طریق پاک کردن با دستمال یا برس زدن به همراه مواد شویونده و گندزدا انجام میشود.

تمیز کردن آلودگی قابل رویت بر روی دیوارها ی در و چارچوب آن پرده ها و پنجره ها تأکید می گردد.

سطح های حاوی مواد اغلب در حین نظافت آلوده می شوند و استفاده از این محلول ها باعث می شود. انتقال

میکروارگانیسم ها به محیط افزایش یابد بنابراین محلول های نظافتی باید مرتباً تعویض شود.

پارچه و ابزار زمین شوی به ویژه آن هایی که در محلول پاک کننده آلوده بصورت غوطه ور رها شده باشند از دیگر منابع آلوده کننده می باشند. پارچه و تی زمین شوی باید بعد از استفاده شسته شود و قبل از استفاده مجدد خشک شود.

نظافت دیوارها و سقف

در صورت صاف و خشک و سالم بودن این سطوح احتمال خطر عفونت بسیار پایین است.

نظافت این قسمت ها به جهت جلوگیری از آلودگی ظاهری بایستی در فواصل منظم صورت گیرد تا خاک و لکه روی آن مشاهده نشود.

گندزدایی این قسمت ها مورد نیاز نمی باشد مگر در صورت مشاهده خون یا مایعات دفعی آلوده که بایستی پاک و خشک نگه داشته شوند.

آسیب دیدن دیوارها باعث از بین رفتن رنگ روی آن شده و آلودگی های روی آن بخوبی پاک نخواهد شد . و به دنبال مرطوب شدن آن به شدت با باکتری ها آلودگی پیدا می کنند. این سطوح بایستی هر چه سریعتر ترمیم شوند بویژه در اطاق عمل.

شستشوی ابزار و لوازم

دستور العمل شستشوی تخت و لاکر

تخت و لاکر بیماران را باید بعد از ترخیص هر بیمار با ماده دترجنت شسته و سپس خشک کنید.

در مورد بیماران عفونی از یک ماده گندزدا استفاده و سپس با یک ماده دترجنت شسته و آب کشی و خشک کنید.

نظافت ترالی پانسمان و دارو:

قبل از انجام کار و پایان هر شیفت کاری بایستی روی ترالی با محلول مناسب گندزدایی شود.

نظافت تشک و بالشها:

باید داخل روکش (رویه) ضد آب قرار گیرد و اگر احتمال آلودگی آنها با مایعات بدن بیمار می رود در داخل یک رویه ضد آب دیگر قرار گیرند . برای رفع آلودگی روکش ها استفاده از محلول دترجنت و خشک کردن آنها معمولاً کافی است گندزدایی با محلول فنول ،نفوذ پذیری روکش این لوازم را بیشتری کند لذا در صورت امکان از مصرف این گونه گندزداها بایستی جلوگیری شود.

لوله و لگن ها :

دست ها پس از تماس با آنها حتی اگر به ظاهر تمیز و استفاده نشده باشد باید شسته شوند . در صورت امکان از ماشین مخصوص استفاده نمائید در غیر این صورت باید بلافاصله خالی شده و کاملاً خشک شوند و از نگهداری آنها در مخازن حاوی مواد گندزدا پرهیز شود . پس از تمیز کردن آنها از محلول کلر دارمانند محلول قرص ژالول یا محلول وایتکس جهت ضد عفونی آنها استفاده کنید

گوشی پزشکی :

جهت گندزدایی تمام قسمتهای گوشه ، از پنبه آغشته به الکل ۷۰ درجه استفاده شود . (در صورت وجود مواد آلی و آلودگی بر روی آن ، ابتدا با گاز مرطوب تمیز گردد .)

ترموتر :

ترموتر بیماران باید اختصاصی باشد و جهت گندزدایی آن ، حتماً قبل از استفاده و پس از استفاده بیمار از آن ، با پنبه آغشته به الکل ۷۰ درجه پاک شود و همیشه در حالت خشک نگهداری گردد.

دستورالعمل استفاده از طی شوی مکانیکی

- ۱- در هر دو مخزن مقدار معین از آب و ماده گندزداد را برای حجم محلول مورد نیاز تهیه کنید
- ۲- دو مجزن را با برچسب تمیز و کثیف مشخص کنید. (قسمتی که طی آگیری می شود، کثیف محسوب می شود).
- ۳- تی مخصوص را به محلول آماده شده در ظرف تمیز آغشته کنید. سطوح کف زمین را با روش صحیح تی کشی کنید.
- ۴- تی را در ظرف مخزن کثیف شستشو داده و آگیری کنید، سپس مجدداً وارد قسمت تمیز کرده و شروع به تی زدن کنید

دستورالعمل استفاده از صابون مایع

در صورتیکه هنگام استفاده از صابون مایع اطراف ظرف دستشویی آلوده به قطرات صابون گردید ، بایستی روزانه تمیز و صابون های اضافی پاک گردد. پس از اتمام صابون موجود در ظرف صابون از پر کردن مجدد آن خودداری کرده و حتماً پس از شستشو و خشک کردن ظرف ، اقدام به پر کردن آن نماییدباقی ماندن آلودگیها در اطراف ظرف مذکور و یا پر کردن مجدد آن ، بدون شستشو و خشک نمودن، باعث رشد باکتریهای بیمارستانی در صابون مایع می شود.

اصول بهداشت فردی در پرسنل

- ❑ کلیه پرسنل باید دارای لباس فرم مخصوص باشند.
- ❑ لباس پرسنل باید تمیز و عاری از آلودگی باشد و پس از هر شیفت کاری شسته شود.
- ❑ پرسنل باید بعد از اتمام شیفت حتماً استحمام کنند. (پرسنل اتاق عمل قبل از شروع شیفت کاری نیز باید استحمام کنند)
- ❑ پوشیدن دمپایی ممنوع بوده و از پوشیدن کفش های جلوباز خودداری شود. (بجز پرسنل اتاق عمل که پوشیدن دمپایی از نوع جلو بسته مجاز می باشد).
- ❑ در هنگام کار استفاده از وسایل حفاظت فردی ضروری است. (ماسک ، دستکش ، پیش بند ، عینک ، چکمه و ...)
- ❑ استفاده از زیور آلات-لاک و ناخن بلند و مصنوعی ممنوع است.

عفونت های مکتسبه از خدمات سلامت^۱ منجر به افزایش مرگ و میر، طولانی شدن مدت اقامت بیماران در بیمارستان، ناتوانی طویل المدت، افزایش مقاومت آنتی میکروبیال میکروارگانیزم ها و بار گران اقتصادی می شود. نرخ HCAI در کشورهای پیشرفته در بیماران حاد ۱۵ - ۵ درصد و در بخش های ویژه (ICU) ۳۷ - ۹ درصد می باشد. برآورد می شود که سالیانه در اروپا تقریباً ۵ میلیون HCAIs در بخش های حاد بیمارستانی رخ می دهد که منجر به ۲۵ میلیون روز اضافه مدت بستری در بیمارستان و ۱۳۵۰۰۰ مورد مرگ و میر و ۱۳ - ۲۴ بیلیون یورو می گردد. اطلاعات تجمعی از تعداد محدودی مطالعه در بیمارستان ها نرخ شیوع HCAI را در کشورهای در حال توسعه ۴۷,۹ - ۱۵,۵ درصد در هر ۱۰۰۰ روز - بیمار بستری در بخش های ویژه مخصوص بزرگسالان برآورد نموده است،

اصول عمومی بهداشت دست

۱. در صورت کثیفی آشکار دست ها ۲ (کثیفی مشهود دستها با توجه به معیار های فرهنگی، قومی، عوامل محیطی و اعتقادات مذهبی در هر کشوری از دنیا توجیه می شود)، آلودگی با مواد پروتئینی نظیر خون یا سایر مایعات و ترشحات بدن، بعد از استفاده از توالت و در صورت مواجهه با ارگانیزم های بالقوه تولید کننده اسپور از جمله در موارد طغیان های کلستریدیوم دیفیسیل دست ها را با آب و صابون بشویید.
۲. برای ضد عفونی معمول دست ها در تمامی موقعیت های دیگر ارائه خدمات بالینی، مالش دست ها^۳ با استفاده از محلول های مالش دست با پایه الکلی^۴ توصیه می شود.
۳. قبل از آماده سازی دارو و غذای بیماران بهداشت دست به روش شستشو با آب و صابون ساده یا آنتی میکروبیال یا مالش توصیه می شود.

برای تشخیص آسان موقعیت های رعایت بهداشت دست، سازمان جهانی بهداشت "مدل ۵ موقعیت برای رعایت بهداشت دست"^۵ را ارائه نموده است [۱۶].

این موقعیت ها عبارتند از:

۱. قبل از تماس بیمار
۲. قبل از اقدامات درمانی تمیز/ استریل
۳. بعد از خطر مواجهه با مایعات بدن
۴. بعد از تماس با بیمار
۵. بعد از تماس با فضای مجاور بیمار

برای رعایت بهداشت دست به صورت هم زمان از محلول های مالش دست با پایه الکلی و صابون استفاده نکنید.

۱ Health care-associated infections (HCAI)

^۲Visibly dirty

^۳hand rub

^۴alcohol-based handrub

^۵My ۵ Moments for Hand Hygiene model

الف- روش صحیح شستن دست با آب و صابون: *Hand Wash*

▪ مدت زمان کل فرآیند ۴۰ تا ۶۰ ثانیه است

- ۱- در صورت امکان همیشه از آب تمیز، روان و لوله کشی استفاده نمائید .
- ۲- ابتدا دست ها را با آب مرطوب کنید و سپس کلبه سطوح دست ها را با صابون بپوشانند.
- ۳- با استفاده از حرکات چرخشی کف دستان را بهم بمالید .
- ۴- کف دست راست را بر روی پشت دست چپ گذاشته (و بالعکس) و با فرو کردن انگشتان به داخل هم آن ها را به هم بمالید.
- ۵- کف دست ها را مقابل هم گذارده و با فرو کردن انگشتان به داخل هم آن ها را به هم بمالید.
- ۶- در حالی که انگشتان به داخل هم قفل است، پشت انگشتان را در قبال کف دست دیگر گذارده و آن ها را به هم بمالید .
- ۷- شست چپ (و بالعکس) را در در میان کف دست مقابل محکم گرفته و با حرکات چرخشی به هم بمالید.
- ۸- انگشتان قفل شده هر یک از دستان خود را در کف دست دیگر گذاشته وبا حرکات چرخشی رو به جلو و عقب بمالید.
- ۹- با دست راست مچ دست چپ را بمالید و برعکس
- ۱۰- دستها را کاملاً آبکشی نمائید .
- ۱۱- با حوله پارچه ای یا کاغذی یکبار مصرف دستها را کاملاً خشک نمائید .
- ۱۲- با همان حوله یا دستمال کاغذی شیر آب را بسته و دستمال را در سطل آشغال یا حوله را به بین مخصوص لاندری کثیف برای شستشوی مجدد بیندازید. (از یک حوله پارچه ای فقط یک بار استفاده شود) (از یک حوله چند بار توسط یک فرد و یا افراد مختلف استفاده نشود)

با توجه به این که دست خیس به سهولت آلوده یا میکروارگانیزم ها را گسترش می دهد، خشک کردن مناسب دست ها جزء لاینفک فرآیند بهداشت دست است.

ب- ضد عفونی دست ها با مالش به یکدیگر *Hand Rub*

▪ مدت زمان کل فرآیند ۲۰ تا ۳۰ ثانیه است

۱. مقدار کافی از محلول مالش دست با پایه الکلی در اشکال مختلف (فوم، ژل و محلول با ویسکوزیته پایین) ، به نحوی که کل سطوح دست را بپوشاند، را در کف دست خود بریزید.
۲. با استفاده از حرکات چرخشی کف دستان خود را به هم بمالید .
۳. کف دست راست را بر روی پشت دست چپ گذاشته (و بالعکس) و با فرو کردن انگشتان به داخل هم آن ها را به هم بمالید.
۴. کف دست ها را مقابل هم گذارده و با فرو کردن انگشتان به داخل هم، آن ها را به هم بمالید.
۵. در حالی که انگشتان به داخل هم قفل است، پشت انگشتان را در قبال کف دست دیگر گذارده و آن ها را به هم بمالید .
۶. شست چپ (و بالعکس) را در در میان کف دست مقابل محکم گرفته و با حرکات چرخشی به هم بمالید.

۷. انگشتان قفل شده هر یک از دستان خود را در کف دست دیگر گذاشته و با حرکات چرخشی رو به جلو و عقب بمالید.
۸. با دست راست میچ دست چپ را بمالید و برعکس
۹. اجازه دهید دست هایتان کاملاً خشک شوند.

در صورتی که از محلول های ضد عفونی با پایه الکلی استفاده می نمایید، حداکثر بعد از ۷-۸ بار استفاده مکرراً از محلول های ضد عفونی ، دست ها را با آب و صابون بشویید.

ج- روش آماده نمودن دست جهت اعمال جراحی : surgical hand scrub

۱. قبل از اقدام برای آماده نمودن دست جهت اعمال جراحی، انگشتر، ساعت مچی و دستبند را در بیاورید. زدن لاک و گذاردن ناخن مصنوعی ممنوع است.
۲. کاسه روشویی باید به نحوی طراحی شده باشد که از پاشیدن آب و ترشحات بر روی لباس افراد ممانعت شود.
۳. در صورتی که دست ها به صورت آشکارا کثیف است، قبل از آماده سازی دست ها برای اعمال جراحی آن ها را با آب و صابون ساده بشوئید، و خرده های موجود در زیر ناخن ها را ترجیحاً در زیر آب روان شیر به وسیله ناخن شور خارج نمائید.
۴. به دلیل صدمه به پوست و افزایش احتمال پوسته ریزی، برس برای آمادگی دست برای جراحی توصیه نمی شود. در صورت لزوم از ناخن شور استریل استفاده کنید. (ناخن شور هایی که قابلیت اتوکلاو شدن و استریلیتی مجدد را دارند در حال حاضر در بازار موجودند).
۵. قبل از پوشیدن دستکش استریل ضد عفونی دست برای اعمال جراحی با استفاده یا از صابون مناسب آنتی میکروبیال یا محلول مناسب مالش دستترجیحاً با استفاده از محلول هایی که فعالیت پایدار داشته باشند، باید انجام شود.
۶. در هنگامی که با استفاده از صابون ضد میکروبی، دست ها را برای اعمال جراحی آماده می نمایید، مطابق با زمان توصیه شده شرکت سازنده ، معمولاً به مدت ۵-۲ دقیقه دست ها و آرنج را مطابق با مراحل ذیل اسکراب نمایید. اسکراب طولانی مدت (برای مثال به مدت ۱۰ دقیقه) توصیه نمی شود.
- a. با بالاتر نگاهداشتن دست ها از ساعد، شروع به اسکراب دست ها و ساعد تا آرنج نمائید. این عمل از آلودگی مجدد دستها بوسیله آب ناحیه ساعد پیش گیری می نماید.
- b. با گرفتن زمان بمدت ۵-۲ دقیقه ، هر طرف هر یک از انگشتان ، بین انگشتان و پشت و روی هر دست را اسکراب کنید.
- c. رویه قدام و خلف ساعد را از ناحیه میچ تا آرنج بمدت ۱ دقیقه در هر دو دست اسکراب نمایید.
- d. در صورتی که در هر زمانی دست شما با هر چیزی به جز برس تماس یافت ، ناحیه آلوده شده را بمدت ۱ دقیقه طولانی تر اسکراب نمائید.
- e. با حرکت یک سویه دست ها و آرنج از میان جریان آب ، دست ها را از نوک انگشتان تا ناحیه آرنج آبکشی نمائید. دست را در میان جریان آب به عقب و جلو حرکت ندهید.
- f. در کل فرآیند اسکراب دستها دقت نمائید که آب به لباس جراحی که بر تن دارید نپاشد ،

g. در اتاق عمل قبل از پوشیدن گان ، کلاه و دستکش استریل دست ها و ساعد را با استفاده از حوله استریل و تکنیک آسپتیک خشک نمائید.

۷. هنگامی که از محلول های جراحی مالش دست با پایه الکلی با فعالیت پایدار استفاده می نمائید، مطابق با زمان توصیه شده شرکت سازنده عمل نمائید. محلول را بر روی دستهای خشک بریزید اسکراب جراحی^۶ دست و محلول مالش دست جراحی^۷ را با محلول های مالش دست با پایه الکلی به صورت پی در پی استفاده ننمائید .

۸. در هنگام استفاده از محلول های مالش دست با پایه الکلی مقدار محلول به حدی باشد که در کل مدت آماده سازی دست برای اعمال جراحی دستها و ساعد تا ناحیه آرنج ها کاملاً مرطوب باقی بمانند . (بر اساس مطالعات تجربی این مقدار کمتر از ۱۶ cc می باشد) .

بعد از استفاده از محلول های مالش دست با پایه الکلی و قبل از پوشیدن دستکش استریل، اجازه دهید دست ها و ساعدها تا ناحیه آرنج کاملاً خشک شوند .

• روش آماده نمودن دست جهت انجام اعمال جراحی و پروسیجرهای تهاجمی با استفاده از محلول های ضد عفونی الکلی با بنیان الکلی:

✓ جهت آماده نمودن دست جهت انجام اعمال جراحی و پروسیجرهای تهاجمی با استفاده از محلول های ضد عفونی با بنیان الکلی، بایستی دست ها کاملاً تمیز و خشک باشند.

✓ بعد از ورود به اتاق عمل و بعد از پوشیدن کلاه و ماسک، دست ها بایستی با آب و صابون شسته شوند.

✓ بعد از عمل و در هنگام درآوردن دستکش، بایستی دست ها با محلول ضد عفونی با بنیان الکلی به یکدیگر مالش داده شود و در صورت باقی ماندن پودر تالک و یا مایعات بیولوژیک بر روی دست ها بایستی آن ها را با آب و صابون شست (برای مثال در صورت پاره شدن دستکش).

✓ در این صورت پروسیجرهای جراحی را می توان یکی بعد از دیگری بدون نیاز به شستشوی دست ها با آب و صابون انجام داد.

• مراحل آماده نمودن دست جهت انجام اعمال جراحی و پروسیجرهای تهاجمی با استفاده از محلول های ضد عفونی با بنیان الکلی:



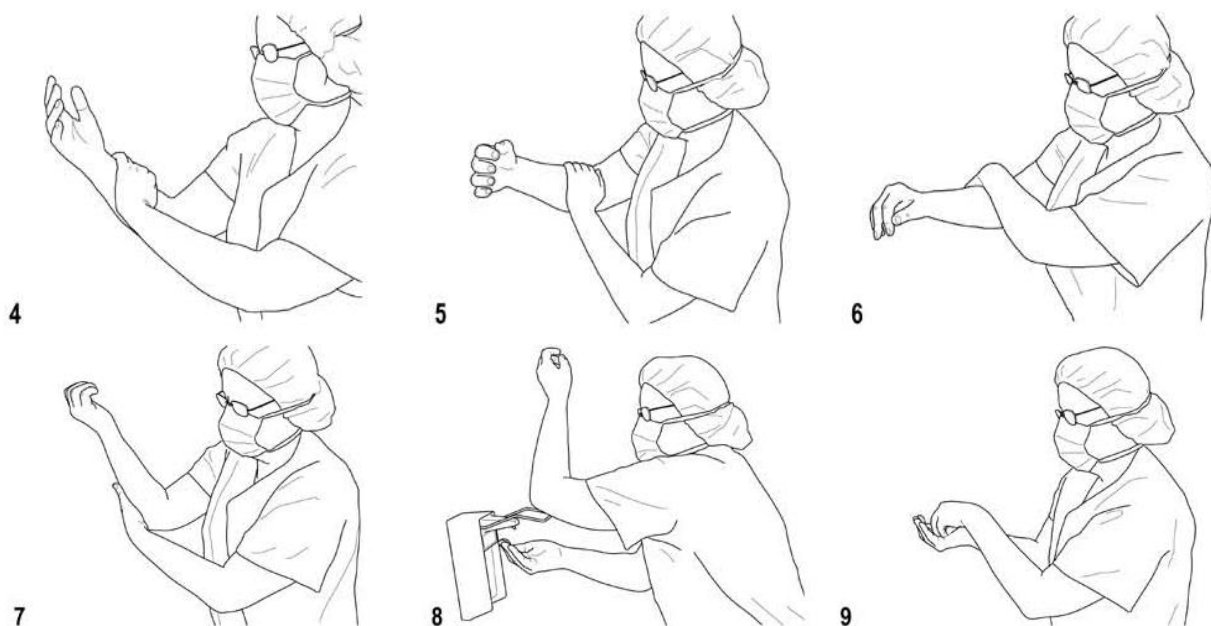
۱. با فشردن افشانه با استفاده از آرنج دست راست خود، تقریباً ۵ میلی لیتر از ماده ضد عفونی با بنیان الکلی را در کف دست چپ خود بریزید.

^۶surgical hand scrub

^۷Surgical handrub

۲. به منظور ضد عفونی، نوک انگشتان دست راست خود را حداقل به مدت ۵ ثانیه در ماده ضدعفونی که در کف دست چپ خود ریخته اید، قرار دهید.

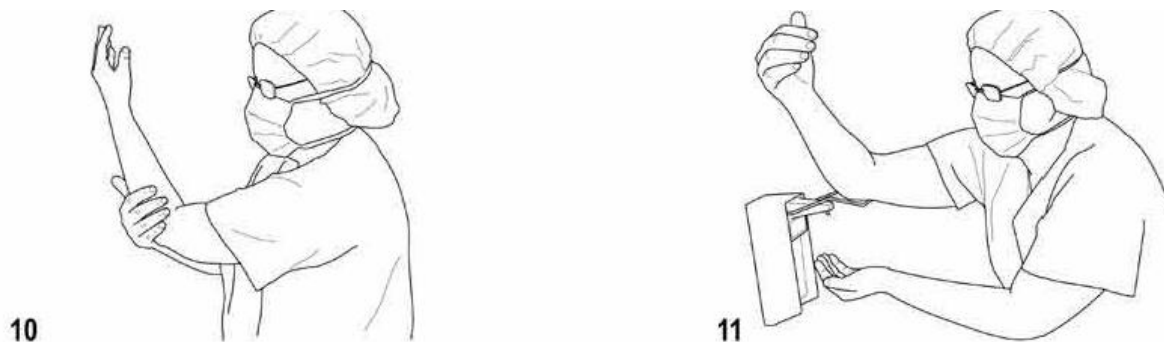
۳. مطابق با روش کار نمایش داده شده در تصاویر ۷-۴، ماده ضد عفونی با بنیان الکلی را به مدت (۱۰ تا ۱۵ ثانیه)، با استفاده از حرکات دایره ای بر روی تمام نواحی پوست در ناحیه ساعد (خلف، قدام، طرفین) تا بازو، دست راست خود بمالید.

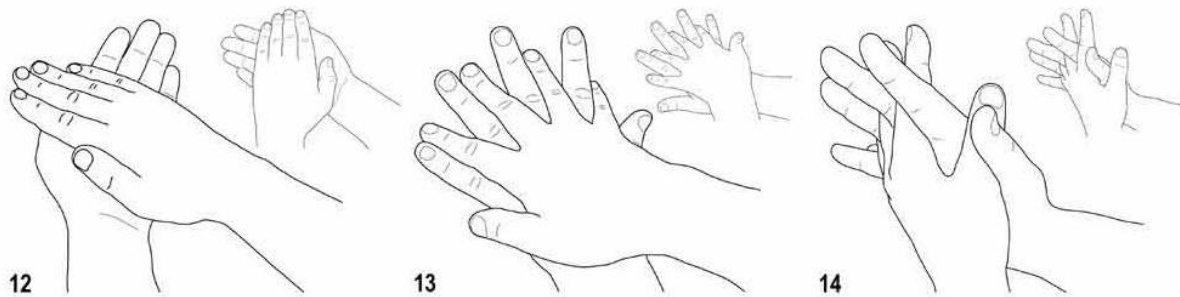


۸. با فشردن افشانه با استفاده از آرنج دست چپ خود، تقریباً ۵ میلی لیتر از ماده ضدعفونی با بنیان الکلی را در کف دست راست خود بریزید.

۹. به منظور ضد عفونی، نوک انگشتان دست چپ خود را حداقل به مدت ۵ ثانیه در ماده ضدعفونی که در کف دست راست خود ریخته اید، قرار دهید.

۱۰. ماده ضد عفونی با بنیان الکلی را به مدت (۱۰ تا ۱۵ ثانیه)، با استفاده از حرکات دایره ای بر روی تمام نواحی پوست در ناحیه ساعد (خلف، قدام، طرفین) تا بازوی دست چپ خود، بمالید.





۱۱. مطابق با روش کار نمایش داده شده در تصاویر ۱۷-۱۲، با فشردن افشانه با استفاده از آرنج دست راست خود، تقریباً ۵ میلی لیتر از ماده ضدعفونی با بنیان الکلی را در کف دست چپ خود بریزید.

۱۲. به صورت همزمان، هر دو دست را تا ناحیه مچ دست به مدت ۲۰ تا ۳۰ ثانیه با انجام مراحل ذیل را تمیز کنید:

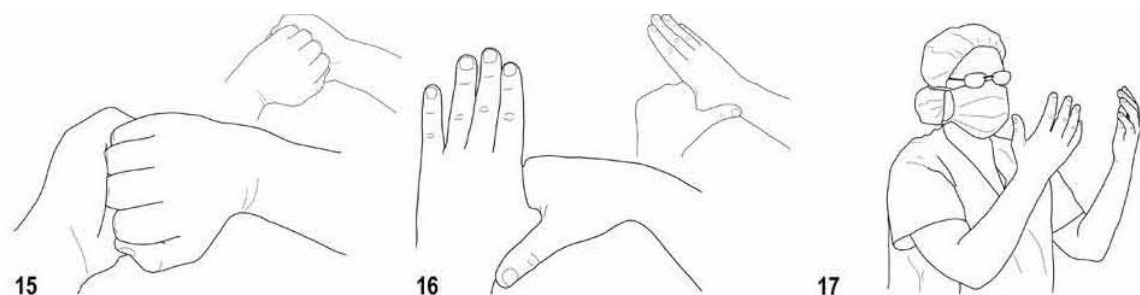
۱۳. کف دست راست خود را با حرکات جلو و عقب بر روی قسمت خلفی دست چپ شامل مچ دست بمالید و بالعکس.

۱۴. کف دستان خود را در حالی که انگشتان در هم قفل شده است با حرکات جلو و عقب به هم بمالید

۱۵. رویه خلفی انگشتان هر یک از دستان خود را در دست دیگر خود قفل کنید و با حرکات جلو و عقب در کف دست مقابل بمالید.

۱۶. شست هر یک از دستان در کف دست مقابل قرار داده و به هم بمالید.

۱۷. بعد از خشک شدن دست ها می توان لباس جراحی و دستکش استریل را پوشید.



برای آماده نمودن دست ها برای جراحی، از محلول های ضدعفونی مالش دست با بنیان الکلی گام های مورد نمایش در تصاویر فوق را به ترتیب و پی در پی (با میانگین زمانی ۶۰ ثانیه) به تعداد دفعاتی که مطابق با زمان کلی توصیه شده شرکت سازنده است، استفاده نمایید .

اقدامات پیشگیری

۱. به هیچ وجه دستکش جایگزین شستشوی دست با آب و صابون یا ضد عفونی با محلول های Hand rub نمی شود.
۲. استفاده نامناسب دستکش عامل انتقال پاتوژن ها می باشد. ضرورت استفاده از دستکش و انتخاب نوع مناسب آن (دستکش تمیز یا استریل) در موقعیت های مختلف ارائه خدمات منطبق با موازین احتیاطات استاندارد و روش انتقال می باشد، اگر به صورت منطقی تماس با خون یا سایر مواد بالقوه عفونی ، غشاء مخاطی یا پوست آسیب دیده پیش بینی می شود، پوشیدن دستکش ضروری است. لذا الزامی است هر بیمارستان دارای خط مشی شفاف در ارتباط با موارد استفاده از دستکش متناسب با موقعیت های مختلف ارائه خدمات به بیماران باشد .
۳. از یک جفت دستکش فقط برای ارائه خدمات یا مراقبت از یک بیمار استفاده کنید
۴. در صورتی که در حین مراقبت از بیمار و بعد از اتمام یک اقدام درمانی در یک ناحیه آلوده نیاز است یا موضع دیگر همان بیمار (مشتمل بر پوست آسیب دیده، مخاطات یا ابزار پزشکی) یا محیط لمس شود، دستکش را درآورده یا عوض کنید .
۵. با توجه به افزایش احتمال آسیب پوست در طی تماس مکرر با آب داغ، جهت شستن دست ها از آب داغ استفاده نکنید .
۶. انواع مختلف صابون ها (جامد ، مایع ، کاغذی) برای شستشوی دست مورد قبول است. در صورت استفاده از نوع جامد، صابون قالبی کوچک و در جا صابونی که در ناژ آب را تسهیل نماید توصیه می شود.
۷. در بخش بستری وجود حداقل یک سینک دستشویی به نسبت هر ۱۰ تخت بستری و یک سینک در اتاق تریتمنت، همراه با تعداد کافی حوله استریل و صابون الزامی است.

اقدامات لازم در مواجهه های شغلی کارکنان برای عفونت های HB، HIV، HC

پرسنل حرف پزشکی بطور روزمره از طرق مختلف در معرض ابتلا به عفونت های ویروسی از جمله هپاتیت B ، هپاتیت C ، و HIV قرار می گیرند. اجتناب از تماس شغلی با خون، اولین راه جلوگیری از انتقال ویروس های فوق در پرسنل می باشد. همچنین واکسیناسیون هپاتیت B جزء مهمی از برنامه پیشگیری از عفونت HB در پرسنل می باشد .

*تعریف تماس شغلی:

تماس از هر یک از طرق زیر:

-آسیب پرکوتانئوس (نیدل استیک، بریدگی با اجسام تیز و برنده)

-پاشیده شدن خون و ترشحات در مخاطات (مانند چشم و دهان)

-پاشیده شدن خون و ترشحات روی پوست غیر سالم

*اقدامات پس از مواجهه:

۱- در صورت فرو رفتن سر سوزن و یا بریدگی با اجسام نوک تیز و برنده ، عدم فشار محل آسیب دیده و اجازه به خونروی از محل و شستشوی سریع محل با آب وصابون.

۲- در صورت پاشیده شدن خون و سایر ترشحات بیمار به چشم و مخاطات و یا پوست بدن، شستشوی سریع پوست با آب وصابون و در مورد مخاطات ، شستشوبا سرم N/S.

۳-عدم استفاده از محلولهای ضد عفونی کننده

۴- درخواست آزمایشات HBSAg-HCVAb-HIVAb برای فرد منبع (بیمار) در صورت عدم وجود آزمایشات جدید در پرونده وی.

۵- ارسال آزمایش HBSAb برای شخص تماس یافته هر چه سریعتر (در صورت عدم اطلاع از وضعیت HBSAb).

۶- گزارش سریع حادثه به واحد بهداشت حرفه ای در شیفت صبح ودفتر پرستاری در شیفت عصر وشب

۷-تکمیل فرم دو صفحه ای حوادث شغلی

۸-ویزیت توسط رزیدنت عفونی یا متخصص عفونی

ایزولاسیون یا جداسازی بیماران

هدف از جداسازی بیماران در بیمارستان ، جلوگیری از انتقال میکروارگانسیم ها از بیماران (چه مبتلا به عفونت و چه کلونیزه با عفونت) به سایر بیماران ، عیادت کنندگان و پرسنل پزشکی است. از آنجاییکه جداسازی بیماران وقتگیر و پرهزینه بوده و ممکن است مانع از مراقبت بیماران گردد، فقط باید در مواقع ضروری بکار رود. از طرف دیگر در صورت عدم رعایت اصول جداسازی ، امکان انتقال بیماری وجود دارد.

با رعایت اصول جداسازی مشتمل بر دو قسمت " احتیاطهای استاندارد " و " احتیاط بر اساس راه انتقال بیماری " میتوان از بروز مشکلات فوق جلوگیری کرد.

۱- احتیاط استاندارد:

احتیاطهای استاندارد جایگزین احتیاطهای همه جانبه یا عمومی شده است و رعایت آنها برای تمام بیماران ضروری است. که شامل محدود کردن تماس پرسنل بهداشتی درمانی با تمام ترشحات یا مایعات بیولوژیکی، ضایعات پوستی و غشاهای مخاطی میباشد. پرسنل بهداشتی برای هر تماسی که منجر به آلودگی میشود باید از دستکش، گان، ماسک و محافظ چشم استفاده کنند. چون احتمال آلودگی لباسها یا دست و صورت با عوامل عفونی وجود دارد.

برای رعایت احتیاطهای استاندارد موارد زیر ضروری است:

- ۱- پوشیدن دستکش
- ۲- شستن دست
- ۳- استفاده از گان، محافظ چشم همراه با ماسک یا محافظ صورت، در صورت انجام اعمالی که احتمال پاشیده شدن خون و ترشحات وجود داشته باشد.
- ۴- عدم دستکاری سوزنها و وسایل نوک تیز؛ در پوشش سوزنها نباید روی سوزنها قرار گیرد و سر سوزن نباید خم یا شکسته شود.
- ۵- سر سوزن و وسایل نوک تیز باید در ظروف مقاوم به سوراخ شدگی دفع گردد.

توجه:

بدلیل انتقال اکثر موارد عفونتهای بیمارستانی از طریق تماس، بویژه با دست پرسنل، شستن دستها مهمترین راه پیشگیری از عفونت بیمارستانی بشمار می آید. برای حفظ بهداشت دستهای پرسنل، از مواد حاوی الکل استفاده می شود.

۲- احتیاطهایی که باید بر اساس راه انتقال عفونت رعایت گردند

احتیاطهایی که باید بر اساس راه انتقال بیماری صورت گیرد این نوع احتیاط ها برای بیمارانی در نظر گرفته می شود که دچار سندرم بالینی مشکوک یا قطعی، تشخیص بیماری خاص، کلونیزاسیون یا عفونت با ارگانیزم مهم از لحاظ همه گیری شده اند. ذکر این نکته ضروری است که این نوع احتیاط باید با رعایت اصول احتیاطهای استاندارد همراه گردد. سه نوع احتیاط بر اساس راه انتقال عفونتها به قرار زیر می باشد:

الف- احتیاط هوایی air borne

ب- احتیاط قطرات droplet

ج- احتیاط تماسی contact

الف: احتیاط هوایی airborne precaution: احتیاط راه هوایی برای جلوگیری از انتقال بیماری هایی که از طریق هسته قطرات با اندازه کوچکتر از ۵ میکرون یا ذرات گرد و غبار حاوی عامل عفونی بکار می رود. بیماریهایی که احتیاط راه هوایی برای آنها ضرورت دارد شامل موارد زیر هستند:

- سل ریه یا حنجره
- سرخک

- آبله مرغان یا زونای منتشر

اصول احتیاطهای هوایی عبارتند از:

۱- بستری بیمار در اتاق خصوصی با فشار هوای منفی کنترل شده (در مقایسه با فضای بیرون) و حداقل ۶ بار تعویض هوا در ساعت باید صورت گیرد.

۲- بستن درب اتاق بیمار

۳- خروج هوا از اتاق بیمار باید بطور مستقیم به فضای خارج و بیرون باشد (نه داخل)

۴- تمام افرادی که وارد اتاق بیمار می شوند باید از ماسک معادل N۹۵ (یک ماسک جراحی با ۸ لایه گاز) استفاده کنند.

۵- جابجایی بیمار باید محدود گردد و قبل از ترک اتاق، بیمار یک ماسک جراحی استاندارد بپوشد. پرسنلی که قرار است بیمار را تحویل بگیرند، باید قبل از جابجایی بیمار مطلع شوند تا احتیاطهای لازم را بکار گیرند.

رعایت موارد زیر الزامی است:

- هر بیمار دچار سل یا مشکوک به آن باید دهان و بینی خود را در هنگام عطسه یا سرفه کردن با یک دستمال بپوشاند. همچنین باید تا هنگام رد کردن بیماری سل از سایر بیماران جدا شود.

ب- احتیاط قطرات droplet:

برای جلوگیری از انتقال آئروسول های درشت (قطره)، از این نوع احتیاط استفاده می شود. بدلیل اندازه بزرگ این قطرات در هوا معلق نمی مانند و تا فاصله زیاد حرکت نمی کنند. این ذرات حین صحبت کردن، عطسه یا سرفه کردن یا در زمان انجام اعمالی مانند ساکشن یا برونکوسکوپی ایجاد می شوند. اصول رعایت احتیاط قطرات عبارتند از:

۱- بستری کردن بیمار در اتاق خصوصی، ولی اقدام خاصی برای کنترل هوای اتاق ضرورت ندارد (در صورت وجود چند بیماری خاص، می توان آنها را در یک اتاق بستری نمود)

۲- درب اتاق می تواند باز باشد.

۳- در صورت کار کردن پرسنل در فاصله یک متری بیمار، باید از ماسک استاندارد جراحی استفاده شود.

۴- استفاده از گان و دستکش تابع اصول احتیاط های استاندارد است.

۵- در صورت انتقال و جابجایی بیمار به خارج از اتاق ایزوله، بیمار باید ماسک استاندارد جراحی بپوشد.

برای عفونتهایی مانند باکتری هموفیلوس آنفلوانزای نوع B مهاجم، مننگوکوک، بیماری پنوموکوک مقاوم به چند دارو، مایکوپلازما پنومونیه، سیاه سرفه، ویروس آنفلوانزا، اوریون و سرخجه رعایت احتیاط قطرات الزامی است.

ج- احتیاط تماسی contact :

برای جلوگیری از انتقال ارگانیسم های مهم از لحاظ همه گیری شناسی که مربوط به بیماران کلونیزه یا دچار عفونت بوده و از طریق تماس مستقیم (لمس کردن بیمار) یا تماس غیر مستقیم (تماس با اشیاء و وسایل یا سطوح آلوده بیمار) انتقال می یابند رعایت احتیاط تماسی توصیه می شود. اصول احتیاط تماسی عبارتند از :

۱- بستری بیمار در اتاق خصوصی (یا بستری چند بیمار با عفونت یکسان در یک اتاق، در صورت نبودن اتاق خصوصی به تعداد کافی)

۲- استفاده از وسایل محافظت شخصی برای محافظت پوست و لباس شامل:

❑ پوشیدن دستکش در زمان ورود به اتاق

❑ در آوردن دستکش قبل از ترک اتاق

❑ رفع آلودگی دستها با یک ماده طبی شوینده دست با ماده حلال حاوی الکل بلافاصله پس از در آوردن دستکش

❑ جلوگیری از آلودگی مجدد دستها قبل از ترک اتاق

❑ استفاده از گان در صورت احتمال تماس قابل ملاحظه لباس پرسنل با بیمار یا سطوح محیطی پیرامون بیمار

❑ استفاده از گان در صورت افزایش خطر تماس با مواد بالقوه عفونی بیمار (در صورتیکه بیمار بی اختیاری یا اسهال دارد، کولئوستومی یا ایئوستومی شده، یا ترشح زخم وی کنترل نمی شود)

❑ قبل از ترک اتاق ایزوله، گان باید درآورده شود و باید مراقب بود که لباس پرسنل آلوده نگردد.

❑ وسایل غیر بحرانی مراقبت از بیمار (گوشی، دستگاه فشارسنج) برای سایر بیماران مورد استفاده قرار نگیرد در صورت لزوم استفاده مشترک از این وسایل باید ابتدا آنها را پاک و گند زدایی نمود و سپس مورد استفاده قرار داد.

❑ انتقال و جابجایی بیمار به خارج از اتاق ایزوله باید به حداقل ممکن برسد.

در موارد زیر رعایت احتیاط تماسی ضرورت دارد:

2 بیماران دچار عفونت یا کلونیزه با باکتری مقاوم به چند دارو (انتروباکتر مقاوم به وانکومايسين، استافیلوکوک اورئوس مقاوم به متی سیلین یا با کاهش حساسیت به وانکومايسين، انتریت با عامل کلستریدیوم دیفیسیل)

2 عفونتهای منتقله از راه مدفوعی - دهانی (شیگلا و هیاتیت A) در بیمارانی که بی اختیاری داشته یا از پوشک استفاده می کنند.

2 بیماریهای اسهالی حاد که احتمالا دارای منشاء عفونی هستند.

دستورالعمل استفاده ایمن از وسایل حفاظت فردی در بیمارستان

وسایل حفاظت فردی شامل :

گان، ماسک، دستکش، عینک، کلاه، شیلد صورت، رو کفشی



دستکش

تمام کارکنان هنگام مراقبت در مواجهه با ترشحات و مواد دفعی بدن بیمار، مایعات بدن بیمار، غشاهای مخاطی، پوست ناسالم، وسایل نوک تیز و وسایل آلوده می بایست از دستکش لاتکس با سایز مناسب استفاده کنند. از یک جفت دستکش تنها برای یک بیمار استفاده شود و از استفاده مشترک برای چند بیمار پرهیز شود. از شستشوی و ضدعفونی دستکش برای استفاده ی مجدد اجتناب شود. قبل و بعد از استفاده ی دستکش دست ها شسته یا هندراب و خشک شود. در طول استفاده از دستکش در صورت آلودگی زیاد یا پارگی، دستکش تعویض شود در جراحی های طولانی و پرخطر دو جفت دستکش پوشیده شود مانند پیوند اعضا و....

در طول مراقبت از بیمار با دستکش آلوده سایر سطوح محیطی و وسایل لمس نشود و از تردد با دستکش آلوده در سایر مکان ها جدا خودداری شود.
اگر برای یک بیمار کارهای مختلف و اقدامات تهاجمی صورت می گیرد، دستکش ها باید در فواصل انجام این امور تعویض گردد.

نحوه پوشیدن و خارج کردن دستکش:

HOW TO DON GLOVES

1

Take out a glove from its original box.

1b

Touch only a restricted surface of the glove corresponding to the wrist (at the top edge of the cuff).

3

Don the first glove.

4

Take the second glove with the bare hand and touch only a restricted surface of the glove corresponding to the wrist.

5

To avoid touching the skin of the forearm with the gloved hand, turn the external surface of the glove to be donned on the folded fingers of the gloved hand, thus permitting to glove the second hand.

6

Once gloved, hands should not touch anything else that is not defined by indications and conditions for glove use.

HOW TO REMOVE GLOVES

1

Pinch one glove at the wrist level to remove it, without touching the skin of the forearm, and peel away from the hand, thus allowing the glove to turn inside out.

2

Hold the removed glove in the gloved hand and slide the fingers of the ungloved hand inside between the glove and the wrist. Remove the second glove by rolling it down the hand and fold into the first glove.

3

Discard the removed gloves

4

Then, perform hand hygiene by rubbing with an alcohol-based handrub or by washing with soap and water.

گان

تمام کارکنان درمانی و خدماتی برای حفاظت از پوست و جلوگیری از آلوده شدن لباس طی انجام پروسیجرهایی که احتمال پاشیدن خون یا ترشحات وجود دارد باید از گان تمیزواستANDARD استفاده کنند.

- گان باید یا قابل شستشو یا یکبار مصرف با آستین بلند و میج دار باشد -

یقه گان باید بسته باشد (یقه هفت یا یقه باز نباشد)

در هنگام مراقبت از بیماران باخونریزی های وسیع و بیماران ایزوله از گان ضد آب باشد
در غیر این صورت باید پیش بند پلاستیکی روی آن پوشیده شود.
در صورت آلودگی قابل مشاهده گان باید بلافاصله تعویض گردد
از یک گان فقط می توان برای مراقبت از یک بیمار استفاده کرد

نحوه پوشیدن گان

بندهای گان در پشت بدن بسته شود و در صورت استفاده از دستکش میج گان زیر دستکش قرار گیرد

نحوه ی خارج کردن گان

گره ها را باز کنید

یک دست خود را به قسمت داخلی گان برده و آنرا از ناحیه شانه و گردن به پائین بکشید
در حین در آوردن گان آنرا وارونه کنید به نحوی که بخش داخلی آن رو به خارج قرار گیرد

گان خارج شده از تن را لوله یا تا کنید و آنرا به داخل سطل زباله زرد بیاندازید

ماسک جراحی

کلید پرسنل درمانی و خدماتی باید هنگام مراقبت از بیمار مبتلا به بیماری منتقله از راه قطرات و یا به عنوان بخشی
از محافظت طی فعالیتهای مراقبت از بیمار که احتمال پاشیده شدن خون و ترشحات یا مایعات بدن وجود دارد ،
ماسک ساده جراحی استفاده کنند

ماسک جراحی محافظت کامل در برابر آئروسول های کوچک (کمتر از ۵ میکرون) را ایجاد نمیکند و نباید در این موارد
استفاده شود.

هنگام استفاده از ماسک رعایت موارد ذیل برای تمامی کارکنان الزام است

ماسک را طوری بپوشید که روی دهان ، بینی را بپوشاند

ماسک را بوسیله بند یا کش پشت سر بسته محکم کنید

ماسک را هر دو تا سه ساعت پس از استفاده تعویض کنید

در صورتی که ماسک حین استفاده خیس یا مرطوب شود ، باید آن را تعویض کنید

از آویزان نمودن ماسک به گردن اجتناب کنید

پس از استفاده از ماسک دست ها را شسته و ماسک را معدوم کنید .

نحوه پوشیدن ماسک جراحی

- ماسک را روی دهان و بینی و چانه قرار دهید.

- لبه بالایی ماسک را روی قسمت بالای بینی تنظیم کنید

- بندهای ماسک را از پشت سر ببندید

- ماسک را تنظیم و محکم کنید

ماسک N۹۵

این ماسک مانع از استنشاق ذرات کوچکتر از یک میکرون می شود
هنگام استفاده از ماسک رعایت موارد ذیل برای تمامی کارکنان الزامی است.
ماسک باید روی دهان ، بینی و چانه را بپوشانید
قسمت پشت یا خارجی ماسک را در کف دست قرار داده، بصورتی که نوک -
قسمت بینی در نوک انگشتان شما قرار گیرد و بندهای ماسک بصورت
آزاد در زیر دست شما آویزان باشد
ماسک تنفسی را زیر چانه خود قرار دهید
بند بالایی ماسک را با دستی که آزاد است به بالا و پشت سر خود بکشید
بند پایینی ماسک را نیز به بالا کشیده و نزدیک گردن و زیر گوش قرار دهید
انگشتان دو دست را روی فلز قسمت بینی قرار دهید قسمت بینی را روی بینی خود قالب دهید (با استفاده از دو .
انگشت هر دو دست) فشار دادن قسمت بینی با استفاده از یک دست ، منجر به کاهش موثر بودن قالب دهی روی
بینی می گردد
قسمت جلوی ماسک را با هر دو دست بپوشانید
کنترل نشستی مثبت
بسرعت هوا را بیرون دهید (انجام سریع بازدم) فشار مثبت در داخل ماسک برابر با عدم نشستن ماسک است
اگر نشستی وجود داشته باشد -
موقعیت ماسک را تنظیم کنید و یا بندها را بکشید و نشستی را مجدداً کنترل
کنید .
مراحل را مجدداً تکرار کنید تا زمانی که ماسک تنفسی بطور مناسب ایمنی ایجاد کند
(کنترل نشستی مثبت)
بطور عمیق نفس بکشید (دم عمیق) اگر نشستی وجود نداشته باشد ، فشار منفی باعث چسبیدن ماسک به صورت
می شود. نشستی منجر به از دست دادن فشار منفی در ماسک شده و باعث ورود هوا از طریق منافذ نشستی می گردد
از یک ماسک فقط برای یک بیمار استفاده کنید
در صورتی که ماسک خیس یا مرطوب شود ، باید تعویض گردد
از آویزان نمودن ماسک به گردن اجتناب کنید
ماسک N۹۵ را پس از هشت ساعت استفاده تعویض کنید
توجه : در صورت عدم وجود ماسک N۹۵ می توان از ماسک جراحی معمولی به همراه ۲ عدد گاز استریل استفاده
نمود



موارد استفاده از ماسک N۹۵

به طور کلی در مواجهه با بیماری که نیاز به احتیاط هوایی **air borne precaution** دارد و یا زمان انجام پروسیجرهای تولید کننده آئروسول مانند ساکشن و اینتوباسیون یا هر بیماری که نیاز به رعایت احتیاط قطرات **droplet Precaution** دارد استفاده از ماسک N۹۵ الزامی است

بیماریهای نیازمند احتیاط های مربوط به انتقال از طریق هوا

سل ریوی یا حنجره

سرخک

آبله مرغان

زوناى منتشر

بیماران دچار عفونت HIV همراه با سرفه و ارتشاح ریوی

بیماران دارای زخم باز پوستی ناشی از سل

سندرم حاد شدید تنفسی

آنفولانزای H۱N۱

تب خونریزی دهنده ویروسی

عینک و محافظ صورت

زمانی که احتمال پاشیده شدن ترشحات به چشم و صورت در حین مراقبت وجود دارد باید از عینک و محافظ صورت استفاده شود.

پس از پایان استفاده از عینک، آن را ضد عفونی نمایید. -

ترتیب پوشیدن و خارج نمودن وسایل حفاظت فردی

ترتیب پوشیدن	ترتیب خارج کردن
شستشوی دست ها	خارج کردن دستکش
پوشیدن گان	خارج کردن گان
پوشیدن کلاه	شستشوی دست ها
پوشیدن ماسک	خارج کردن عینک
پوشیدن عینک	خارج کردن کلاه
پوشیدن دستکش	خارج کردن ماسک
	شستشوی دست

دستورالعمل انجام ساکشن در بیماران

-ساکشن کردن روتین بیماران به هیچ وجه توصیه نمی شود، بلکه بر اساس نیاز و با ارزیابی از طریق شنیدن صداهای ریوی و وضعیت و مقدار ترشحات بیمار ساکشن انجام میگردد. توصیه میگردد در بیمارانی که در طول یک شیفت ساکشن نمیگردند به منظور جلوگیری از تجمع ترشحات و کاهش خطر انسداد لوله تراشه حداقل هر ۸ ساعت یکبار در طول شیفت این کار صورت گیرد

۲-اندازه کاتتر ساکشن (نلاتون) باید حداقل نصف قطر داخلی لوله تراشه و یا لوله تراکئوستومی باشد. به طور کلی نلاتون رنگ سبز و یا سفید بهترین گزینه است.

۳-برای ساکشن ترشحات دهان و حلق از نلاتون رنگ نارنجی و یا قرمز استفاده نمایید.

۴-فشار دستگاه ساکشن باید تا حد امکان در کمترین مقدار ممکن تنظیم شود.

۵-برای تعیین عمق و اندازه ای که باید کاتتر را وارد کنید می توانید از این روش بهره بگیرید: به همان اندازه طول لوله تراشه کارینا محل دو شاخه شدن تراشه در محاذات مهره پنجم توراسیک T۵ رسیدید ۱ تا ۲ سانتی متر کاتتر را بالا بکشید و سپس اقدام به ساکشن کردن نمایید. توجه کنید در بیماران دارای لوله تراکئوستومی این مقدار چندین سانتی متر کاهش مییابد.

۶-زمان انجام ساکشن در بیماران بزرگسال نباید بیش از ۱۰ تا ۱۵ ثانیه طول بکشد

۷-برای انجام ساکشن حتما سوند ساکشن را به صورت دورانی خارج نمایید. در ضمن از انجام ساکشن کردن متوالی پرهیز نموده و زمان حداقل یک دقیقه را در فاصله بین دو ساکشن رعایت نمایید.

۸-سر بیمار برای ساکشن لوله تراشه و یا لوله تراکئوستومی باید حداقل ۳۰ درجه بالا آورده شود.

۹-پوزیشن بیماران هوشیار به هنگام ساکشن کردن دهان و حلق نیمه نشسته یا نشسته در حالیکه سر به عقب خم شده و بیماران بیهوش یا کاهش سطح هوشیاری در وضعیت لترال می باشد. در صورت تحمل و نداشتن رفلکس گگ می توان برای ساکشن بهتر ترشحات انتهایی حلق از ایروی دهانی حلقی مناسب نیز استفاده نمایید.

۱۰-استفاده روتین از نرمال سالین برای ریختن داخل لوله بیمار قبل از انجام ساکشن به هیچ وجه توصیه نمیگردد، این کار تنها باعث تحریک سرفه بیمار شده و تأثیری در رقیق کردن و برداشتن ترشحات ندارد و حتی می تواند خطر ایجاد عفونت را تشدید نماید. توجه داشته باشید که توجه به دما و رطوبت محیط، هیدراتاسیون مناسب بیمار، انجام فیزیوتراپی قفسه سینه و تغییر وضعیت بیمار هر دو ساعت تأثیر فراوانی در رقیق شدن ترشحات بیمار و تسهیل خروج آنها دارد.

۱۱-به منظور جلوگیری کاهش میزان اشباع اکسیژن خون شریانی، هیپراکسیژناسیون بیماران قبل و بعد از انجام ساکشن توصیه میگردد. برای این منظور می توانید از دکمه مخصوص ونتیلاتور استفاده نمایید.

۱۲- شستن دست قبل و بعد از ساکشن، استفاده از دستکش استریل، استفاده از کاتتر استریل و رعایت اصول آسپتیک در حین ساکشن به منظور جلوگیری از ایجاد عفونت در کلیه بخشها به شدت توصیه میگردد. در ضمن استفاده از وسایل محافظت فردی مثل پوشیدن ماسک، عینک و گان نیز به خصوص در بیماران مشکوک و یا قطعی دارای مارکهای ویروسی مثبت و یا بیماریهای تنفسی واگیردار و... به شدت توصیه میگردد.

۱۳- به منظور هر بار ساکشن تنها از یک کاتتر مجزا و استریل استفاده و آن را دور بیندازید. برای شستن مسیر لوله ساکشن قسمت بالای محلول نمکی را به هیچ وجه قیچی نکنید و آن را به صورت باز روی ونتیلاتور یا لاکر کنار تخت قرار ندهید، بلکه یک محلول نمکی مخصوص شستشو را به همراه ست شستشو (در حالی که درپوش آن بسته است) روی لاکر بیمار قرار دهید و بعد از هر بار ساکشن با ریختن مقداری از این محلول درون یک رسیور که نیازی به استریل بودن نیز ندارد، مسیر لوله ساکشن را شستشو دهید.

۱۴- از دو عدد نلاتون جدا جهت ساکشن تراشه و دهان استفاده نمایید.

دستورالعمل سونداژ

۱- در صورتیکه اندازه یا نوع مشخصی از کاتتر مورد نظر پزشک مربوطه می باشد آنرا آماده کنید.

۲- دستهایتان را بشوئید.

۳- وسایل را آماده کنید و به اتاق بیمار بیاورید.

۴- با بیمار ارتباط برقرار کنید.

۵- تخت را طوری تنظیم کنید که مجرای ادراری را به وضوح ببینید.

۶- در مورد بیمارهای زن:

الف: بیمار را در وضعیت خوابیده به پشت قرار دهید. (SUPIN)

ب: زانوهای وی را کاملاً خم کنید.

پ: زانوهارا از هم دور کنید.

ت: پاهای او را بصورت شل دو طرف تخت بگذارید. (بصورت جدا از هم)

۶- در مورد بیماران مرد:

الف: بیمار را در وضعیت خوابیده به پشت قرار دهید.

ب: پاهایش را باز کنید و صاف روی تخت بگذارید.

۷- دستهایتان را بشوئید و دستکش بپوشید.

۸- بیمار را به روش صحیح شستشوی پرینه بدهید... (آب و صابون)

- ۹- ناحیه ژنیتال را خشک کنید.
- ۱۰- مشمع و رویی آنرا زیر باسن و پاهای بیمار پهن کنید.
- ۱۱- پک استریل را در بیماران خانم بین دو پای او قرار دهید.
- ۱۲- پک را به روش استریل باز کنید.
- ۱۳- در بیماران آقا پک استریل را روی رانهای او باز کنید.
- ۱۴- دستکش استریل را بپوشید.
- ۱۵- شان استریل را روی رانهای بیمار پهن کنید.
- ۱۶- ناحیه ژنیتال را باز نگه دارید.
- ۱۷- از عدم حساسیت بیمار به ید یا محلولهای ضد عفونی مطمئن شوید.
- ۱۸- مقداری بتادین بر رو پنبه ها بریزید.
- ۱۹- پاکت کاتتر استریل را باز کنید.
- ۲۰- انتهای کاتتر را به کیسه ادراری وصل نموده و مطمئن شوید که درپوش تخلیه ادرار بسته است.
- ۲۱- با پر کردن بالن انتها سوند و خالی کردن آن از سالم بودن آن مطمئن شوید.
- ۲۲- در بیماران خانم لبهای مینور وماژور را باز کرده و تا انتهای پروسیجر باز نگه دارید.
- ۲۴- ناحیه ژنیتال در خانمها و سر پنیس را در آقایان را با بتادین ضد عفونی کنید.
- ۲۵- از بیمار بخواهید که تنفس آرام و عمیق داشته باشد تا اسفنکتر ادراری شل شود و همزمان با فرو بردن کاتتر سرفه کند.
- ۲۶- در خانمها کاتتر را ۷,۵ سانتیمتر و در آقایان ۱۲,۵-۱۹ سانتیمتر فرو کرده تا زمانی که ادرار شروع به خارج کردن نماید.
- ۲۷- بالون کاتتر را پر کرده و آنرا به بغل ران بیمار فیکس کنید.
- ۲۸- کیسه ادرار را در کنار تخت و پائین تر از سطح مثانه فیکس کنید.
- ۲۹- آموزش لازم جهت پیشگیری از عفونت ادراری به بیمار داده شود
- ۱- ۲۹- نوشیدن مایعات فراوان

۲-۲۹ شستشوی روزانه ناحیه فیکس فولی با آب وصابون

۳-۲۹ کیسه ادرار را پایین تر از سطح بدن قرار دهد

۴-۲۹ از جدا کردن کیسه ادرار خودداری نماید

۵-۲۹ هر ۸ ساعت کیسه ادرار را تخلیه نماید

۶-۲۹ از کشیده شدن سوند ادراری خودداری نماید.

۷-۲۹ در صورت سوزش و خارش در محل سوند اطلاع دهد.

مراحل خارج کردن سوند:

ابتدا برای بیمار توضیح دهید دست ها را بشوید و دستکش بپوشید و با یک سرنگ ۱۰ سی سی مایع داخل بالون سوند را تخلیه و به آرامی سوند را خارج می نماییم به بیمار توصیه میشود ناحیه را با آب وصابون شستشو نماید.

نکات مهم:

۱- سوند گذاری ادراری بر اساس وجود اندیکاسیون بالینی و طبق دستور پزشک معالج صورت گیرد و از سوند گذاری بی مورد به دلیل افزایش ریسک عفونت خودداری شود.

۲- کتتر به محض رفع اندیکاسیون و با دستور پزشک معالج و توسط پرستار مسئول بیمار در اولین فرصت خارج گردد.

۳- ضرورت انجام سونداژ ادراری و روش انجام آن توسط پرستار مسئول مراقبت از بیمار، با توجه به قدرت فهم بیمار به وی توضیح داده شود.

۴- پرستار باید قبل از انجام پروسیجر کلیه وسایل مورد نیاز جهت انجام سونداژ (ست سونداژ، سینی سونداژ، دستکش استریل، ژل لیدو کائین، سرنگ ۱۰ سی سی، آب مقطر، کیسه ادرار و سوند فولی با اندازه مناسب) را بر بالین بیمار آماده نماید.

۵- ابتدا ضد عفونی و بهداشت دستها را انجام دهد و سپس دستکش استریل پوشیده و ناحیه اطراف مجرای ادرار را با محلول بتادین ضد عفونی نماید.

۶- کلیه مراحل سونداژ باید به روش آسپتیک انجام شود.

۷- در مورد افراد پیر و ناتوان که توانایی مراقبت از خود را ندارند و بیماران غیر هوشیار بهداشت ناحیه پرینه و ناحیه تناسلی به صورت روزانه رعایت شود. (توسط کمک پرستار بخش و با نظارت پرستار)

مقدمه:

بی شک تغذیه با شیر مادر، ظرف یکساعت اول تولد جان بیش از یک میلیون نوزاد را نجات می‌دهد. شیر مادر حاوی مواد مغذی بوده به نحوی که به آن اولین واکسن نوزاد می‌گویند. شیر مادر، این هدیه الهی بهترین و کاملترین غذایی است که تا پایان ۶ ماهگی تمام نیازهای غذایی شیرخوار را به تنهایی تامین میکند و شیرخوار نیاز به آب یا هیچ ماده غذایی دیگری ندارد. بعد ۶ ماهگی، بهتر است غذای کمکی نیز به همراه شیرمادر به شیرخوار داده شود و برای رشد و سلامت بهتر کودک، تا پایان ۲ سالگی تغذیه با شیر مادر قطع نشود.

شیردهی یک فرآیند فیزیولوژیک و طبیعی است، تغذیه با شیر مادر یک مهارت قابل یادگیری است که تحت تاثیر عوامل فیزیولوژیکی، روحی، روانی و نگرش های مادران میباشد. با توجه به اهمیت شیردهی برای مادر و نوزاد، باید در مراکز بهداشتی و بیمارستان ها در دوران بارداری و پس از زایمان، پرسنل با ارائه کمک، حمایت و پیشنهاد سبب تمایل مادران به شیردهی از پستان بشوند. کلیه کارکنان مرتبط به مراقبت از مادر و نوزاد آموزش در خصوص رعایت دستورالعمل های مراقبت از مادر و کودک و رعایت همه جانبه اقدامات ده گانه دستورالعمل ترویج تغذیه با شیر مادر ملزم شوند و این مهم باید از طریق نظارت بر عملکرد ایشان به طور مستمر توسط کمیته بیمارستانی ترویج تغذیه با شیر مادر پایش شود. هنوز در اذهان عمومی تصورات کافی بودن شیر مادر برای حتی یک شیرخوار هم وجود دارد. واقعیت این است که تولید شیر مادر تابع قانون عرضه و تقاضا است. گرچه شیردهی درست نیازمند داشتن اطلاعات صحیح است ولی اطلاعات به تنهایی کافی نبوده و فقط در کنار آرامش و اعتماد به نفس مادر امکان پذیر است. مشاوره در شیردهی می بایست با برقراری ارتباط موثر باعث خود کاوشی، درک از خود و تصمیم گیری همراه، با اقدام نتیجه بخش در مادر شود. اگر مادران عزیز با ترکیبات شیرمادر و اثرات آن خوب آشنا شوند، هرگز برای تکمیل دوران شیردهی یعنی تا پایان ۲۴ ماهگی شیرخوار، کوتاهی نخواهند کرد. شیرمادر با مکانسیمهای زیر به تکامل سیستم ایمنی و حفاظت شیرخوار کمک میکند از اتصال میکروبها به جدار سلول جلوگیری میکند، باعث رشد میکروبهای مفید میشود که به میکروب مضر اجازه رشد نمیدهد و شیرمادر محرک رشد سیستم ایمنی شیرخوار میباشد.

ازمهم ترین دلایل ترویج تغذیه با شیر مادر میتوان به نجات جان بیش از یک ونیم میلیون شیرخوار، در سال اشاره کرد. همچنین کاهش ابتلاء به بیماریهای شایع قابل پیشگیری نظیر اسهال، عفونتهای تنفسی و عفونت گوش و کاهش خطر ابتلاء مادران به سرطان پستان، رحم و تخمدان و پوکی استخوان و ارتقاء روابط عاطفی بین مادر و نوزاد اشاره کرد. درضمن گاهاً نوزادانی در شرایط خاص دنیا می آید که ملزم به دانستن روش مراقبت از نوزاد برای مادر میشود مانند: نوزاد مبتلا به لب شکری، شکاف کام، نوزاد با وزن کم، نوزادان دوقلو و سه قلو، نوزاد با وجود ناهنجاری های مادرزادی که برای حفظ سلامتی و ارتقاء آن نیازمند شیر مادرند و در اینجا نقش حمایت کننده مشاوره شیردهی ضروری به نظر میرسد. مادران محور وکلید اصلی موفقیت تغذیه شیرخواران با شیر مادر هستند و میتوانند حامی و ارائه کننده اطلاعات به سایر مادران و نیز فرزندان خود به عنوان مادران آینده باشند لذا توانمندسازی آنان باید در جامعه و خانواده همواره مدنظر باشد بر اساس گروههای حمایتی در سطح ۵ تشکیل گردیده که در طول مدت بستری والدین را در خصوص مراقبت از نوزاد راهنمایی میکنند. اهداف کلی در این واحد:

۱. افزایش سطح آگاهی والدین و پرسنل در خصوص اهمیت تغذیه با شیر مادر بخصوص در یکساعت اول بعد از تولد
 ۲. افزایش سطح سلامت مادر و نوزاد از طریق آموزش و اجرای اصول مراقبتی مادر و نوزاد
 ۳. فراهم کردن بستری مناسب جهت مشاوره به مادران و نظارت بر حسن اجرای اقدامات ده گانه در بیمارستان
 ۴. ایجاد تسهیلات برای حضور مداوم یک فرد به عنوان همراه در تمام طول بستری مادر در بخش
 ۵. فراهم کردن مکانی مناسب برای استراحت مادرانی که نوزادشان بستری است با امکانات اولیه رفاهی و بهداشتی جهت ارتقاء سطح سلامت و افزایش اعتماد به نفس مادران در جهت بهبود روند مراقبت صحیح و سالم از نوزاد
- هدف از این برنامه ها افزایش درصد شیرخوارانی است که با شیر مادر تغذیه می شوند، خصوصاً افزایش شیرخوارانی که تا پایان ۶ ماهگی منحصراً با شیر مادر تغذیه می شوند (Exclusive breast feeding).

در راستای اجرای اهداف فوق فعالیتهای زیر انجام می گیرد:

- الف- تشکیل ماهیانه کمیته ترویج تغذیه با شیر مادر در سطح بیمارستان و پیگیری مصوبات آن
- ب-تشکیل مرکز مشاوره شیردهی و ارائه مشاوره به مادران در خصوص رفع مشکلاتشان در سطح ۵ بیمارستان
- ه- کارگاههای آموزشی تغذیه با شیر مادر جهت پزشکان، کارشناسان و پرسنل شاغل در حوزه های بهداشتی - درمانی
- و- پایش و ارزیابی چگونگی اجرای اقدامات ۱۰ گانه در بیمارستانهای دوستدار کودک (BFH) توسط دبیر کمیته

مهم:

راه اساسی برای حفاظت از تغذیه با شیر مادر، جلوگیری از تبلیغات شیرمصنوعی چه در سطح بین المللی و چه در سطح ملی میباشد. لذا کارکنان بهداشتی درمانی و مراکز بخش خصوصی می توانند با مقاومت در برابر تبلیغ شرکت های تولید کننده فرمولا و اجازه ندادن به آن ها برای ترویج محصولاتشان از تغذیه با شیرمادر حفاظت میکنند. در صورت وجود تبلیغات با توجه به ممنوعیت آن میتوان از شرکت مذکور به مرکز بهداشت استان شکایت کرده و از وقوع مجدد آن جلوگیری کرد.

دانستنی ها:

از ماه سوم بارداری کلستروم به داخل آلوئول ها ترشح می شود که این مسئله تحت تاثیر پرولاکتین و HPL در حضور HCG، تیروکسین، هورمون رشد، انسولین و کورتیزول است. در صورت ختم بارداری پس از هفته ۱۶ بارداری، پستان توانایی ترشح شیر را دارا است. پرولاکتین هورمون اساسی در بیوسنتز شیر است و استروژن هورمون تنظیم کننده اصلی ترشح آن است. سطح پرولاکتین پلازما از هفته ۸ بارداری به تدریج افزایش می یابد و در ترم به ۴۰-۲۰ برابر می رسد. پس از زایمان به دلیل کلیرانس آهسته تر پرولاکتین، اثر مهار استروژن و پروژسترون حذف می گردد و سنتز و ترشح شیر شروع می شود. پرولاکتین موجب سنتز شیر و اکسی توسین موجب خروج شیر می گردد.

عوامل مؤثر در تنظیم حجم شیر:

- مهم ترین عامل، مکیدن نوزاد و تخلیه مکرر پستان است. در صورت عدم برداشت شیر از پستان ها حداکثر به مدت ۴۸ ساعت، ترشح شیر کاهش یافته و ترکیبات آن مشابه کلستروم می شود. علل این مسئله عبارتند از:
 - ۱- بی حس کننده های موضعی پاسخ به تحریک پستان را مهار می کنند.
 - ۲- اثر فشاری موضعی، وجود یک ماده پروتئینی در شیر که موجب مهار تولید شیر می شود و با شیر باقی مانده در پستان مرتبط است.
- احتقان پستان معمولاً در هفته های اول شیردهی رخ میدهد. چون کلستروم تبدیل به شیر کامل جریان یافته میشود، فشاری ناگهان روی وریدهای پستان می آید. معمولاً سه روز طول میکشد، تا زمانی که نوزاد و مادر به وضعیت روتینی دست پیدا کنند. و بدن مادر با میزان شیردهی تناسب پیدا کند. احتقان پستان گاهی در اثر عدم شیردهی موقت یا چفت نشدن دهان نوزاد با پستان رخ میدهد، که سبب میشود شیر در پستان تجمع یابد. گاهی احتقان پستان پس از شیر گرفتن بچه از شیر رخ میدهد، بخصوص اگر بصورت ناگهانی باشد. هر چقدر شیردهی زودتر شروع شود احتمال احتقان پستان کمتر میشود.

علائم احتقان:

- پستانهای متورم، درد، شیردهی سخت
- بهنگام لمس پستان بصورت توده ای بدست میخورد
- پستان تندر و لرزان
- نوک پستان قدری تورفتگی دارد
- آرنول پستان سفت
- درجه حرارت بدن مختصری بالاست

درمان احتقان:

- ۱- مطمئن شوید که پستان به دهان نوزاد خوب چفت شده باشد و تغذیه مکرر از پستان و اصلاح وضعیت شیردهی
 - ۲- ماساژ پستان با دست برای خروج شیر حمام آب گرم یا کمپرس گرم یا به مدت ۲۰ دقیقه قبل از شیردهی تا شیر جریان پیدا کند. کمپرس سرد پس از شیردهی به مدت ۲۰ دقیقه
 - ۳- حفظ آرامش مادر
 - ۴- گذاشتن برگ کلم سرد شده روی پستان مادر به مدت ۲۰ دقیقه روزی ۲ الی ۳ بار
 - ۵- تخلیه پستان با استفاده از پمپ الکتریکی
 - ۶- بروفن، استامینوفن جهت کاهش درد مادر
- احساس درد خنجری در پستان در طی شیرخوردن شیرخوار بدتر میشود و بعد پایان شیردهی ادامه دارد به احتمال زیاد مربوط به کاندیدا آلبیکنس میباشد.
- با هم بودن مادر و نوزاد بلافاصله بعد از تولد، نقش موثری در شروع بموقع تغذیه با شیرمادر، جریان یافتن سریع شیر مادر و تداوم آن به مدت طولانی تر دارد ثابت شده است که برقراری تماس پوست با پوست بلافاصله بعد از تولد، متوسط دوره شیردهی را تا دو و نیم ماه افزایش میدهد علائم زودرس گرسنگی نوزاد را به مادر آموزش دهیم علائمی به مدت ۲۰ تا ۳۰ دقیقه و شامل حرکت کره چشم زیر پلک بسته یا چشم باز، باز کردن دهان بیرون آوردن زبان و چرخاندن سر به اطراف برای یافتن پستان و ایجاد صدای آرام و مهمترین نشان دهنده ی کفایت شیرمادر وزن گیری مداوم شیرخوار و ترسیم منحنی رشد و راههای افزایش شیر مادر و تداوم شیردهی مانند مکیدن موثر، تغذیه انحصاری با شیر مادر: شروع زود هنگام تغذیه با شیرمادر، پرهیز از استرس حتما نوزاد طبیعی سالم بخصوص در یکساعت اول تولد به هیچ وجه از مادرش جدا نشده و اقداماتی از قبیل تزریق ویتامین K، واکسن هیپاتیت، استحمام و به بعد از این زمان محول شود.
- از تغذیه فنجانی جهت شیرخوارانی استفاده کنید که شیرخواری که کمی ویا نتواند پستان را بمکد ولی توانایی بلع را دارد

موارد زیر از فاکتورهای موفقیت در شیر دهی است؟

- ۱- برقراری تماس پوستی مادر با نوزاد بلافاصله پس از تولد
- ۲- شروع تغذیه نوزاد با آغوز ظرف یک ساعت بعد از تولد
- ۳- تغذیه انحصاری با شیر مادر در ظرف ۶ ماه بعد از تولد

علل امتناع شیرخوار از شیر خوردن به عواملی نظیر موارد زیر بستگی دارد

- الف- عوامل مربوط به شیرخوار، مادر و تولید شیر
 - ب- تولید کم شیر، برفک، هراس و استرس ظاهر مادر
 - ج- ماستیت، واکنش به مواد آرایشی، متفاوت بودن اندازه پستان
- بدانیم اقدام کلیدی جهت دوشیدن شیر با دست تحریک رفلکس جاری شدن شیر، دوشیدن شیر از تمام قسمت های پستان به مادری که نوزادش در NICU بستری است توصیه کنید پستان را به دفعاتی که شیرخوار شیر می خورد بدوشد ۸-۶ بار در ۲۴ ساعت و در موارد زیر توصیه می شود که نوزاد در بخش نوزادان تحت مراقبت قرار گرفته و به محض رفع مشکل با شیرمادر تغذیه شود: (لازم است به محض تثبیت وضع نوزاد هم اتاقی مادر و نوزاد اجرا گردد)
- نوزاد نارس با سن جنینی کمتر از ۳۴ هفته
- نوزاد با وزن تولد کمتر از ۱۸۰۰ گرم بشرط اینکه وزن نوزاد با سن جنینی او مطابقت داشته باشد. (A.G.A)
- نوزاد مبتلا به دیسترس تنفسی (تنفس بیش از ۶۰ در دقیقه در حالت استراحت، سیانوز، گرانتینگ)

- نوزادی که نیاز به عمل جراحی داشته باشد.
- نوزادی که از مادر مبتلا به دیابت متولد شده و علامت دار باشد (هیپوگلیسمی، هیپوکلسمی و ...).
- نوزاد مبتلا به ناهنجاریهای مادرزادی (که از نظر جنبه های روانی نیازمند آماده کردن مادر جهت پذیرش نوزاد میباشد).
- مادران در مورد اینکه (چرا فکر می کنند شیرشان کافی نیست) دلایل مختلفی را ارائه میدهند . دو نشانه معتبر وجود دارد که حاکی از نا کافی بودن دریافت شیر مادر توسط شیرخوار است که عبارتند از :

۱ الف) وزن گیری ناکافی

منحنی رشد وسیله مفیدی برای پی بردن به وزن گیری مطلوب شیر خوار است اما منحنی های رشد اگر در دسترس نباشد یک قاعده مفید و عملی عبارت است از اینکه : اگر وزن گیری شیر خوار کمتر از ۵۰۰ گرم در ماه در طول ۶ ماه اول عمر باشد یا اگر وزن او پس از ۲ هفته کمتر از وزن تولدش باشد وزن گیری او ناکافی است .
به منظور تصمیم گیری در مورد وزن گیری ناکافی ، لازم است حد اقل وزن شیر خوار در دو بار توزین با هم مقایسه شود . حداقل فاصله مفید یک هفته است که شیر خوار باید ۱۲۵ گرم یا بیشتر ظرف این مدت اضافه وزن پیدا کند

ب) دفع مقادیر کم ادرار غلیظ

اگر شیر خوار کمتر از ۶ بار در روز ادرار کند و ادرار او زرد رنگ و بوی تند داشته باشد ، میتواند نشانگر دریافت ناکافی شیر مادر باشد . این نشانه برای پایش دریافت روزانه شیر مادر توسط شیر خوار وقتی که منتظر اطلاعاتی در مورد وزنگیری او هستید ، مفید است . راندمان ادرار باید به عنوان یک راهنما و نه به عنوان یک قاعده مورد استفاده قرار گیرد . زیرا هنگامیکه شیر خوار در اثر اسهال دچار کم آبی شده باشد و یا در کنار شیر مادر از سایر مایعات نیز استفاده کند و یا کهنه های غیر جاذب ادرار استفاده کند . نشانه خوبی نیست چون در شرایط فوق بر آورد راندمان ادرار مشکل خواهد بود

نشانه های دیگری وجود دارد که ممکن است حاکی از دریافت ناکافی شیر مادر توسط شیر خوار باشد که از آن به عنوان نشانه های احتمالی یاد می کنیم :

- شیر خوار پس از تغذیه با شیر مادر راضی نیست. شیر خوار اغلب گریه میکند.
- به دفعات خیلی مکرر با شیر مادر تغذیه میشود. خیلی طولانی مدت در هر وعده شیر میخورد.
- از گرفتن پستان امتناع می کند.
- مدفوع او سفت و خشک و یا سبز است. نامکرم و کم مدفوع می کنند.
- در هنگام دو شیدن پستان ، شیر مادر جریان نیابد. شیر جریان نیافته است (پس از زایمان).
- پستان ها بزرگ نشده اند (در طول بارداری).

اگر برای ما ثابت شد که شیر خوار شیر کافی دریافت نمیکند ، علت آن را باید تعیین کنیم.

الف) فاکتور های تغذیه با شیر مادر :

- مکیدن موثر ، تولید شیر مادر را تحریک میکند. مثبت
- تغذیه تکمیلی زودرس حتی آشامیدنیها گرسنگی و تشنگی شیر خوار را بر طرف نموده و موجب مکیدن کمتر پستان میشود. منفی
- استفاده از شیشه شیر و پستانک میل مکیدن شیر خوار را کاهش میدهند. منفی

ب) عوامل روحی روانی مادر :

مادران اغلب در باره توانایی خود برای تولید شیر کافی جهت تغذیه فرزندشان نگران هستند. آنها بر این باورند که اگر کودکشان سیر و راضی نشوند ، مقصر هستند.

مادران جوانی که از طرف خانواده و دوستان حمایت نمیشوند، یا تجربه بدی در شیردهی داشته اند. تبلیغ و ترویج شیر خشک، تجویز بی مورد و ارائه رایگان آن مادران را دچار تردید نسبت به کفایت تولید شیر خود میکند. این شرایط متفاوت ممکن است منجر به استفاده زودرس از تغذیه تکمیلی شود. مادری که شیر دهی را دوست ندارد، خسته است یا کودکش پستان او را نمیگیرد. استرس حاد میتواند کاهش موقت در جریان شیر مادر را سبب شود.

ج) شرایط جسمی مادر یا شیر خوار (اولیه - ثانویه)

این عوامل، شیوع کمتری دارند

اولیه:

در نوع اولیه مادر از بدو امر شیر زیادی تولید نمیکند. این نوع ناکافی بودن شیر مادر فقط ۲ تا ۵ درصد از کل موارد واقعی رایبه خود اختصاص میدهد و به دلایل زیر اتفاق می افتد. مشکلات ساختاری پستان، جراحی های پستان، اشعه درمانی (رادیو تراپی)، بیماریهای شدید مادر نظیر سندرم شیهان، به دلایل ناشناخته و بعضی از مادران که چهل سالگی و یا بیشتر دارند.

ثانویه:

این نوع ناکافی بودن شیر مادر به مراتب از نوع اولیه شایعتر است. در این نوع، در آغاز حجم شیر مادر بیشتر است ولی در اثر مشکلات مربوط به مادر و یا کودک، حجم شیر به سرعت کاهش می یابد. اصولاً تنظیم حجم شیر مادر بستگی مستقیم به دفعات تخلیه پستان ها و کامل بودن این تخلیه دارد. یعنی هر قدر دفعات تخلیه در شبانه روز بیشتر و میزان تخلیه کامل تر باشد حجم شیر مادر بیشتر میشود.

ثانویه (مربوط به مادر):

مهم ترین عاملی که پس از تولد موجب افزایش شیر در پستان میشود، تخلیه مکرر و موثر است. اگر شیر در پستان جمع ولی به هر دلیل تخلیه نشود، غدد شیر ساز تحلیل رفته و میزان تولید شیر مادر کاهش می یابد.

اغلب اوقات ناکافی بودن حجم شیر مادر ناشی از جدایی مادر و فرزند است که به دلیل گرفتاریهای مادر نظیر: اشتغال، تحصیل، بستری شدن، مسافرت پیش می آید این موارد موجب کاهش دفعات تغذیه شیر خوار و در نتیجه تخلیه ناقص پستان های مادر شده و بالاخره کاهش حجم شیرمادر را به دنبال خواهد داشت. بارداری، عفونت پستان، مصرف قرص های استروژن دار جلوگیری از بارداری و کاهش قابل ملاحظه کالری دریافتی توسط مادر موجب کاهش تولید شیر مادر میشود.

ثانویه (مربوط به شیر خوار):

نارس بودن و وزن کم زمان تولد ممکن است سبب شود تا نوزاد، پستان مادر را مشکل به دهان بگیرد و زود خسته شود. در چنین مواردی باید با استفاده از شیر دوش، پستان ها را تخلیه کرد و نوزاد را با شیر دوشیده شده تغذیه نمود. شلی و یا سفتی عضلات، حالت خفگی در زمان تولد، بیماریهای مادرزادی قلب، مشکلات تنفسی، عفونت، مشکلات دهان (نظیر شکاف کام و کوچک بودن فک)، و یا بزرگ بودن زبان شیر خوار، اشکال در گرفتن یک یا هر دو پستان، فاصله طولانی بین نوبت های شیر خوردن، مکیدن های ضعیف و غیر موثر، مکیدن های کوتاه مدت، زیاد مکیدن پستانک و خوردن شیر خشک همه میتوانند منجر به کاهش حجم شیر مادر شوند.

باید توجه داشت اگر شیر خوار ۵ یا ۶ ساعت متوالی در شب بخوابد یعنی در این فاصله پستان مادر را نمکد، ممکن است از حجم شیر مادر کاسته شود. نکته مهم این که خواب آلودگی های پیش رونده این دسته از نوزادان را نباید به حساب رضایت آنان گذاشت و گریه کردن زیادشان را نباید به عنوان کولیک تلقی کرد. بلکه باید آنان را توزین نمود و از افزایش منظم و مناسب وزنشان مطمئن شد.

اگر وزن نوزاد بیش از ۷ درصد وزن زمان تولد کم شده و یا ظرف ۲ هفته اول عمر به وزن زمان تولد باز نگشته و یا اگر از روز پنجم تولد روزانه ۲۸ گرم افزایش وزن نداشته باشد، نیازمند بررسی بیشتر است.

باید توجه داشت که در صورت تداوم مشکل تغذیه، ممکن است افزایش مقدار سدیم خون هم اتفاق افتد که در این شرایط حتی اگر ۱۵ درصد آب بدن هم از دست رفته باشد، ممکن است با معاینه بالینی قابل تشخیص نباشد. بنابر این اگر وزن نوزاد بیش از ۱۲ درصد از وزن زمان تولد کمتر شود، انجام آزمایش خون هم توصیه میشود.

علائم هشدار دهنده مربوط به مادر:

سابقه ناکافی بودن شیر مادر
وزن ناکافی فرزند قبلی، صاف و یا فرو رفته بودن نوک پستان
احتقان زیاد پستان، سابقه جراحی پستان، ترک خوردن نوک پستان
خونریزی، افزایش فشار خون، عفونت مادر، دیابت و عارضه قلبی
جاری نشدن شیر تا ۴ روز پس از تولد و نداشتن سابقه شیر دهی و سن بالاتر از ۳۷ سالگی مادر

علائم هشدار دهنده مربوط به شیر خوار:

نارس بودن، کم وزن بودن هنگام تولد، جدا شدن از مادر در ۲۴ ساعت اول عمر
مشکلات دهانی، اختلالات عصبی عضلانی، دوقلوئی
زردی نوزاد و نیاز به فتو تراپی
بیماری های عمومی نظیر عفونت، بیماری قلبی
نیاز به اکسیژن، خواب آلودگی، مکیدن ضعیف، بی قراری، مکیدن پستانک
کاهش وزن بیش از ۷ درصد از وزن زمان تولد
عدم دفع مدفوع دانه دار زرد رنگ تا روز چهارم
وجود بلورهای اوره به صورت لکه های صورتی در پوشک نوزاد بعد از روز سوم تولد
نرسیدن به وزن زمان تولد تا روز ۱۰ تا ۱۴ عمر

چه کمکی میتوان به مادر کرد؟

اگر تردیدی در مورد کارایی شیر خوار در امر تخلیه پستان های مادر وجود دارد، باید به مادر آموزش داد تا بادوشیدن پستان های خود در پایان هر نوبت شیر دادن، شیر باقیمانده در پستان هایش را تخلیه کند. بدیهی است تا زمانی که شیر خوار نتواند کلیه نیاز های خود را با مکیدن مستقیم پستان های مادر به دست آورد، باید از شیر دوشیده شده برای تغذیه وی استفاده نمود. مناسب ترین و موثر ترین شیوه دوشیدن مادر، استفاده از شیردوش های برقی تمام اتوماتیک است که دوشیدن هر دو پستان مادر را به طور همزمان انجام میدهد. شیر دوش بهتر از مکیدن های نامناسب شیرخوار، پستان های مادر را تخلیه می کند.

چند نکته:

بهترین غذا برای شروع تغذیه تکمیلی فرنی، کمی غلیظ تر از شیرمادر میباشد
در خصوص مقوی و مغذی کردن غذای کودک به موارد زیر دقت کنید:
الف- مقوی کردن غذا: اضافه کردن موادی به غذا که انرژی آن را بیشتر میکند.
ب- مغذی کردن غذا: اضافه کردن موادی به غذا که پروتئین، ویتامین و املاح آن را بیشتر کند
مصرف داروهایی نظیر کوتریموکسازول - سولفونامیدها توسط مادر نیاز به کنترل نوزاد از نظر زردی دارد
شیرخوارانی که مشکلات قلبی دارند تغذیه مکرر و کوتاه مدت داشته باشند.
بهترین پوزیشن مورد استفاده جهت نوزاد نارس گهواره ای متقابل میباشد.
مناسب ترین وضعیت جهت تغذیه دوقلوها و کمک به تخلیه تمامی قسمت های پستان وضعیت زیر بغلی میباشد.
وضعیت گهواره ای متقابل (روی ساعد مادر)

- این وضعیت برای نوزاد نارس یا نوزادانی که دارای شلی عضلات هستند مفید است در این وضعیت دست مادر، درست پشت سرنوزاد قرار می گیرد تا هم تکیه گاه و هم کنترل کننده سروا باشد اگر از پستان چپ شیر می دهد سرنوزاد را با دست راست نگه می دارد و بالعکس استفاده از این روش برای مادرانی که دچار آزرده نوک پستان هستند نیز توصیه میشود.
- وضعیت زیر بغلی (فوتبال آمریکایی)

- در این وضعیت مادر می نشیند پشت شانه اش بالش می گذارد و سرنوزاد روبروی پستان و بدنش زیر بغل مادر در پهلوی او قرار می گیرد باسن نوزاد روی بالشی نزدیک آرنج مادر خواهد بود تا نوزاد به سطح پستان مادر برسد برای دوقلوها یا کمک به تخلیه تمامی قسمت های پستان مفید است این وضعیت برای مادران سزارین شده نیز توصیه میشود این وضعیت برای شیرخواران دچار ریفلاکس معده به مری نیز مفید است.
- آنتی متابولیت ها : در درمان بیماریهای التهابی روده ممکن است نیاز به استفاده از داروهای آنتی متابولیت نظیر ۶- مرکاپتوپورین یا متوترکسات باشد که به دلیل سمیت سلولی بالقوه آنها در طی شیردهی ممنوع میباشد از مصرف داروهایی که حجم شیر را کاهش می دهند باید اجتناب کرد. این داروها عبارتند از : الکل به مقدار زیاد ، آنتی هیستامین ها ، لوودوپا ، ترانیل سیپرومین ، فلنژین ، ارگوکریپتین (Ergocryptine) ، استروژنها ، آندروژنها ، باربیتورات ها ، آپومرفین ، بروموکریپتین ، پیریدوکسین و پروستا گلندین E. بروموکریپتین اصولاً برای قطع ترشح شیر استفاده میشود. داروهای خوراکی جلوگیری کننده از بارداری حاوی استروژن تولید شیر را کاهش می دهند

مزایای اهمیت تماس پوستی مادر و نوزاد و تغذیه با شیر مادر در ساعت اول تولد

۴۵٪ مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال در دوره نوزاد است که بالغ بر ۲،۹ میلیون در سال میشود با شروع شیردهی در ساعت اول تولد و ادامه آن تا ۶ ماهگی ۱ میلیون نوزاد زنده میمانند میزان مرگ و میر در نوزادانی که پس از ۲۴ ساعت تغذیه با شیر مادر میشوند ۵/۲ برابر مرگ نوزادانی است که در ساعت اول شیر مادر میخورند.

میزان مرگ و میر نوزادانی که در ۶ ماه اول زندگی شیر مصنوعی میخورند ۴ برابر شیر مادر خواران انحصاری است شروع تغذیه انحصاری از شیر مادر در روز اول ۱۶٪ و در ساعت اول ۲۲٪ از مرگ نوزاد پیشگیری میکند در تماس پوستی ساعت اول تولد حتی بمدت کوتاه (۱۵-۲۰ دقیقه) ۶۳٪ مکیدن موثر نوزاد در ساعت اول روی میدهد در مقابل ۲۱٪ جدایی مادر و نوزاد حتی به کوتاهی ۲۰ دقیقه در ساعت تولد جهت موفقیت شیردهی زیانبار است تماس اولیه مادر و نوزاد در ساعت اول افزایش چشمگیری در تغذیه انحصاری ۲-۳ ماهگی به همراه دارد

ایجاد شروع موفق شیردهی در ساعت اول و پایه ریزی تغذیه انحصاری موفق با شیر مادر در آینده
ایجاد آرامش در مادر و نوزاد و ثبات دما ضربان قلب و تنفس در وی افزایش دمای بدن نوزاد و اصلاح بهتر اسیدیته خون و تطابق متابولیکی و ثبات قند خون تحکیم پیوند عاطفی بین مادر و نوزاد
تسریع روند رشد جسمی و ارتقا، تکامل و شکوفایی استعدادهای بالقوه در سنین بالاتر
کاهش شدت و مدت گریه بعثت کاهش اضطراب و مصرف انرژی
نوزاد در تماس پوستی سریعتر رفتارهای پیش تغذیه ایی را نشان داده و سریعتر شروع به مکیدن میکند که باید کمک داده شود و نباید مجبور کرد
کلونیزاسیون روده شیرخوار با باکتری طبیعی روده مادر صورت میگیرد و نه از باکتریهای اشخاص دیگر لذا اثرات محافظتی بیشتری دارد

آرامش مادر با تماس پوستی باعث کاهش چشمگیر درد و خونریزی و عفونت زخم بعد از تولد میگردد
آغوز یا کلوستروم با وجود حجم کم برای نوزاد بسیار مغذی و کافیهست آغوز سرشار از عوامل حفاظتی و ایمنی است دارای فاکتور رشد موثر بر تکامل و عملکرد روده نوزاد است آغوز سرشار از ویتامین آ برای محافظت از چشم است آغوز با افزایش دفع به کاهش زردی کمک میکند

رفلکس مکیدن در طی یکساعت اول بسیار قوی است و انقباض رحم، خروج جفت و کاهش خونریزی را بدنبال دارد امکان تماس پوست با پوست را فراهم و گرمای مورد نیاز نوزاد بخصوص نارس و کم وزن را تامین میکند برای نوزاد کم وزن که احتمال خطر بیشتری دارد مفیدتر است

بر این اساس واحد آموزش شیردهی در سطح پنجم بیمارستان توسط دبیر کمیته ترویج تغذیه با شیر مادر خانم یاسمین ارزیاب، زمانی که مطمئن شود کلیه اقدامات دهگانه به طور صحیح اجرا میشود لوح دوستدار کودک را به بیمارستان اهدا مینماید. بر این اساس واحد ترویج تغذیه با شیر مادر در مهرماه ۱۳۹۰ راه اندازی شد. سپس با تلاش کلیه پرسنل مرتبط و حمایت مسئولین در ۱۳۹۲/۲/۳۰ مفتخر به دریافت لوح دوستدار کودک شدند. مسئول ترویج تغذیه و کلیه مسئولین

بخشهای مادر و کودک با شیر مادر موظف هستند نظارت منظم بر روند اجرای صحیح اقدامات دهگانه انجام دهند. ارزیاب مرکز بهداشت به طور مرتب، بیمارستان را مورد پایش مجدد قرار میدهد تا از حسن اجرای اقدامات دهگانه اطمینان حاصل کند. ارزیابان پایش دانشگاه سالانه عملکرد بیمارستان را به صورت مستمر مورد سنجش قرار میدهند. در سال ۱۹۸۹ WHO و Unicef راه اندازی بیمارستانهای دوستدار کودک را راهی برای ارتقاء میزان تغذیه با شیر مادر معرفی کردند بنابراین عملکرد بیمارستانها در بخشهای زنان و زایمان، بخشهای اطفال (که شامل نوزادان تحت مراقبت، NICU و کودکان می شود) براساس اقدامات ۱۰ گانه سنجیده می شود و براساس نتایج مداخلات لازم صورت می گیرد.

ده اقدام برای تغذیه موفق با شیرمادر

- ۱- سیاست مدون ترویج تغذیه با شیرمادر در معرض دید کلیه کارکنان نصب شده باشد و برای اطمینان از ارتقاء کیفیت خدمات، بطور مستمر توسط کمیته بیمارستانی ترویج تغذیه با شیرمادر پایش شود.
- ۲- کلیه کارکنان به منظور کسب مهارتهای لازم برای اجرای این سیاست، قبل از خدمت و حین خدمت آموزش های مکرر ببینند.
- ۳- مادران باردار را در زمینه مزایای تغذیه با شیرمادر، چگونگی شیردهی و تداوم آن، عوارض تغذیه مصنوعی و بطری و گول زنک بخوبی آموزش دهند.
- ۴- به مادران کمک کنند تا تماس پوست با پوست را از لحظه تولد و تغذیه نوزاد با شیرمادر را در ساعت اول شروع کنند و در بخش های زنان و اطفال برنامه تجویز دارو و انجام آزمایشات و اعمال جراحی به گونه ای طراحی گردد که اختلال در تغذیه از پستان مادر ایجاد نکند.
- ۵- به مادران روش تغذیه با شیرمادر و چگونگی حفظ و تداوم شیردهی را در صورت بیماری مادر یا شیرخوار، اشتغال مادر آموزش دهند و برای حل مشکلات شیردهی کمک و حمایت کنند.
- ۶- به شیرخواران سالم در ۶ ماه اول عمر بجز شیرمادر و قطره ویتامین، هیچ گونه غذا یا مایعات دیگر (آب، آب قند...) ندهند. (مگر در صورت ضرورت پزشکی)
- ۷- برنامه هم اتاقی مادر و شیرخوار را در تمام ساعات شبانه روز اجرا کنند و در بخش های نوزادان و اطفال تسهیلات لازم برای اقامت شبانه روزی مادران و نیازهای فیزیکی و عاطفی آنان را تامین نمایند.
- ۸- مادران را به تغذیه برحسب میل و تقاضای شیرخوار با شیرمادر تشویق، کمک و حمایت کنند و در مواقع لزوم امکان دوشیدن مکرر شیر و ذخیره آن وجود داشته باشد.
- ۹- مطلقاً از شیشه شیر و پستانک (گول زنک) استفاده نکنند.
- ۱۰- تشکیل گروههای حمایت از مادران شیرده را پیگیری نمایند و اطلاعاتی در مورد گروههای حامی و مراکز مشاوره شیردهی در اختیار والدین قرار دهند.

نحوه محاسبه کسورات

کسورات بازنشستگی سهم کارمند پرسنل رسمی :

(کل ایتیم های حکم - (حق اولاد + حق عائله مندی + نوبت کاری + بدی آب وهوا + محل خدمت)) $\times 9\%$ درصد توضیح اینکه بیمه بازنشستگی سهم کارمند جانبازان و فرزندان شهدا توسط دولت پرداخت می شود.

کسورات بازنشستگی سهم دولت پرسنل رسمی :

(کل ایتیم های حکم - (حق اولاد + حق عائله مندی + نوبت کاری + بدی آب وهوا + محل خدمت)) $\times 13/5\%$ درصد

کسورات تامین اجتماعی سهم کارمند ، پرسنل پیمانی ، طرح ، قراردادی تبصره ۳ :

(کل ایتیم های حکم - (حق اولاد + حق عائله مندی)) $\times 7\%$ درصد

کسورات تامین اجتماعی سهم دولت :

(کل ایتیم های حکم - (حق اولاد + حق عائله مندی)) $\times 20\%$ درصد

نحوه محاسبه بیمه تامین اجتماعی پرسنل قانون کار و تبصره ۴ :

(جمع کل ایتیم های حکم حقوقی - (عائله مندی + اولاد)) $\times 7\%$ درصد که سهم کارمندی باشد.

(جمع کل ایتیم های حکم حقوقی - (عائله مندی + اولاد)) $\times 23\%$ درصد که سهم کارفرما می باشد.

از ۲۳ درصد بیمه سهم کارفرما ۳٪ بابت بیمه بیکاری می باشد.

نحوه محاسبه کسورات بیمه خدمات درمانی

کسور بیمه خدمات درمانی در سال ۹۵ سهم دولت = کل ایتیم های حکم مشمول بازنشستگی تا سقف ۱۶/۲۴۳/۳۲۰ ریال

۱. سهم کارمند = دو درصد مبلغ مشمول

۲. سهم کارفرما = دو درصد مبلغ مشمول

۳. سهم دولت = دو درصد مبلغ مشمول

۴. تبعه دو درجه یک بیمه خدمات درمانی (تبعه دو به تعریف سازمان بیمه سلامت)

منظور از تبعه دو درجه یک در بیمه خدمات درمانی شامل فرزندان بیش از سه نفر و همچنین فرزندان بالای ۱۸ سال می باشد که در حال تحصیل می باشند است که مبلغ پرداختی در حال حاضر ۳۱۰/۰۰۰ ریال برای هر نفر از خود پرسنل کسر می گردد.

۵. تبعه دو درجه دو بیمه خدمات درمانی (تبعه سه به تعریف سازمان بیمه سلامت)

منظور پدر و مادر پرسنل و همچنین فرزندان که فارغ التحصیل شده اند ولی هنوز تحت پوشش بیمه ای والدین خود

میباشند مبلغ ۳۷۸/۸۸۹ ریال از پرسنل کسر و به حساب صندوق بیمه خدمات درمانی واریز می گردد

توضیح اینکه حق بیمه تبعه دو و سه سهم جانبازان و فرزندان شهداء توسط دولت پرداخت می گردد .

بیمه عمر

بیمه عمر سالانه می باشد که با حقوق فروردین پرداخت می شود و هر سال مبلغ آن متغیر می باشد در سال ۹۵ مبلغ

آن ۱۸۰/۰۰۰ ریال سهم کارفرما و همچنین مبلغ ۱۸۰/۰۰۰ ریال سهم پرسنل که از حقوق کسر و به حساب

صندوق بیمه گر واریز می گردد

بیمه تکمیلی :

بیمه تکمیلی بصورت قرارداد سالانه می باشد که در سال ۹۵ به ازای هرنفر ماهانه مبلغ ۲۵۶/۱۵۰ ریال می باشد . که از حقوق بیمه شده اصلی کسری گردد.

نحوه محاسبه مالیات :

مالیات کارکنان رسمی، پیمانی ، طرح و قراردادی تبصره ۳ و ۴ :

(جمع کل ایتیم های حکم حقوقی - (عائله مندی + اولاد + معافیت مالیاتی سالانه که در سال ۹۵ ۱۳/۰۰۰/۰۰۰ ریال می باشد) $\times 10\%$

نحوه محاسبه مالیات قانون کار :

(کل حکم - معافیت مالیاتی سالیانه) $\times 10\%$ درصد

معافیت مالیاتی سالیانه توسط دولت اعلام میگردد .

مدارک لازم جهت ارائه به امور مالی توسط پرسنل جدیدالورود:

* پرسنل در بدو خدمت نسبت به ارائه مدارک و اطلاعات خواسته شده به امور مالی به شرح ذیل اقدام می نمایند:

۱. ارائه گواهی شروع بکار به واحد امور مالی (گواهی مربوطه توسط کارگزینی صادر می شود)

۲. ارائه کپی کارت ملی و شناسنامه

۳. افتتاح حساب در بانک عامل و ارائه شماره حساب به واحد دریافت و پرداخت

۴. تکمیل فرم نام نویسی تأمین اجتماعی و مراجعه به شعبه مربوطه و اخذ شماره بیمه جهت ارائه به امور مالی

۵. ارائه حکم کارگزینی (توسط کارگزینی)

نحوه محاسبه حقوق و سایر مزایا جهت اطلاع پرسنل (واحدهای مسئول مربوطه) :

۱. واحد دریافت و پرداخت : محاسبه حقوق ، حق مسکن ، عیدی و....

۲. مسئول تنظیم اسناد مربوطه : محاسبه پاداش پایان خدمت ، ذخیره مرخصی ، آنکالی ، کمک هزینه ها

۳. مسئول کارانه : محاسبه کارانه

نحوه محاسبه مأموریت :

حق مأموریت سالانه تغییری نماید و نحوه محاسبه آن در سال ۹۵ برای پرسنل رسمی ، پیمانی و طرحی به شرح

ذیل می باشد

$$X = 9/000/000 \div 20$$

۹/۰۰۰/۰۰۰ - (سایر + حق شغل + حق شاغل + فوق العاده مدیریت + تفاوت تطبیق + سختی شرایط

۵۰

کار + فوق العاده ایثارگری + خدمت در مناطق جنگی + فوق العاده شغل + جذب)

$$Y+X = \text{یک روز بابتوته}$$

$$\frac{Y+X}{2} = \text{یک روز بدون بیتوته}$$

۲

نحوه محاسبه مأموریت پرسنل قراردادی :

$$A = 9/000/000 \div 20$$

$$B = 8/000/000 \text{ (حقوق ومبنا + سختی شرایط کار + جذب)}$$

۵۰

$$A + B = \text{یک روز مأموریت بابتوته}$$

$$\frac{A + B}{2} = \text{یک روز مأموریت بدون بیتوته}$$

۲

نحوه محاسبه عیدی :

براساس تعرفه همان سال هیئت دولت می باشد. مثلاً بابت سال ۹۴ مبلغ ۶/۸۸۰/۰۰۰ ریال می باشد .

حق لباس :

حق لباس پرسنل رسمی ، پیمانی ، طرح و قرارداد تبصره ۳ و قانون کار :

حق لباس پرسنل فوق براساس پست سازمانی، جنسیت مطابق بخشنامه سالیانه می باشد.

حق لباس پرسنل قراردادی تبصره ۴ :

براساس پست سازمانی ، جنسیت مطابق بخشنامه سالیانه می باشد. (پست سازمانی براساس نظرمسئول خدمات

تعیین می گردد)

نحوه محاسبه پاداش پایان خدمت در زمان بازنشستگی (پرسنل رسمی ، پیمانی ، قانون کار)

۱. پس از جمع آوری مدارک آخرین حکم حقوقی ، حکم بازنشستگی و نامه بازنشستگی پرسنل ، آیتم های کمک

هزینه عائله مندی ، اولاد ، نوبت کاری و بدی آب و هوا و محل خدمت را از جمع کل حقوق کسر کرده و باقیمانده را

در تعداد سالهای خدمت فرد بازنشسته ضرب می کنیم ، مبلغ پاداش پایان خدمت بدست می آید.

۲) نحوه محاسبه ذخیره مرخصی پایان خدمت در زمان بازنشستگی : کل آیتم های آخرین حکم حقوقی

بازنشسته را بر ۳۰ روز تقسیم کرده و در عدد تعداد روز ذخیره مرخصی ضرب می کنیم .

۳) نحوه محاسبه ذخیره مرخصی و سنوات پرسنل قراردادی تبصره ۳ و ۴ :

سنوات : تعداد روزهای کارکرد در سال (جمع حکم - عائله مندی و اولاد)

ذخیره مرخصی : تعداد روزهای مرخصی استفاده نشده \times جمع حکم

توضیح : مرخصی پرسنل تبصره ۳ و پرسنل رسمی ، پیمانی و قانون کار سالانه حداکثر ۱۵ روز قابل ذخیره شدن می باشد و پرسنل تبصره ۴ سالیانه حداکثر ۹ روز قابل ذخیره شدن می باشد.

۳) کمک هزینه فوت و ازدواج : مطابق بخشنامه که از طرف دانشگاه علوم پزشکی به سایر واحدها اعلام می شود و بدون کسر کسورات به پرسنل تعلق می گیرد.

۴) نحوه محاسبه آنکال پزشکان : که بابت یک شیفت ۱۲ ساعته یا ۲۴ ساعته از طرف هیات امناء مبلغی مصوب میگردد که ماهیانه با ارائه گواهی کار پزشکان تنظیم سند حق آنکالی بصورت زیر انجام میگردد
خالص پرداخت = مالیات - (مبلغ آنکالی * تعداد آنکال)

۵) نحوه محاسبه حق الزحمه پزشکان اسکرین ورزیدنت ها : که مبلغ یک ساعت کارکرد در هر قسمت از بخشها معمولاً در ابتدای سال از طرف دانشگاه علوم پزشکی به واحد ها ابلاغ میگردد که بصورت ذیل محاسبه میگردد :
خالص پرداختی حق الزحمه اسکرین = (بیمه + مالیات) - (مبلغ یک ساعت * تعداد ساعت)
حق الزحمه رزیدنت ها = (مالیات) - (مبلغ یک ساعت * تعدد ساعت)
نحوه محاسبه کارانه:

کارانه پرسنل با توجه به عوامل و فاکتورهای زیر محاسبه می گردد :

۱. امتیازات بخش

۲. امتیازات فرد

در محاسبه کارانه ابتدای هر سال درصد سهم بخشهای تشخیصی درمانی از درآمد بخش و درصد سهم بخشهای پشتیبان از درآمد مبنای بیمارستان با فرمول زیر محاسبه می شود :

میانگین ماهیانه یکساله کارانه تعدیل شده + میانگین ماهیانه یکساله اضافه کار کارکنان = درصد سهم بخشهای

تشخیصی درمانی

میانگین ماهیانه یکساله درآمد مبنای بخش

کسورات بخش - درآمد دارویی - درآمد ناخالص = درآمد مبنای بخش

میانگین ماهیانه یکساله کارانه تعدیل شده + میانگین ماهیانه یکساله اضافه کار کارکنان = درصد سهم بخشهای

پشتیبان

میانگین ماهیانه یکساله درآمد مبنای بیمارستان

کسورات کل بیمارستان - درآمد دارویی کل بیمارستان - درآمد ناخالص بیمارستان = درآمد مبنای بیمارستان
 پس از محاسبه درصد سهم بخشها که سالیانه انجام می شود ماهانه درآمد قابل توزیع بخش با استفاده از فرمول
 زیر محاسبه می گردد :

درآمد مبنای بخش × درصد سهم هر واحد × ضریب کیفی عملکرد واحد = درآمد قابل توزیع بخش تشخیصی
 درمانی ماهانه

مبلغ ریالی کل واحدهای پشتیبان × درصد سهم هر واحد × ضریب کیفی عملکرد واحد = درآمد قابل توزیع
 بخشهای پشتیبان

درآمد مبنای ماهیانه بیمارستان × درصد سهم کل واحدهای پشتیبان = مبلغ ریالی کل واحدهای پشتیبان
 ضریب کیفی بخش بین ۷٪ تا ۱/۱ می باشد و ۳۰٪ از بخشهای تشخیصی و درمانی نمره ای بالاتر از ۱ می توانند
 داشته باشند.

درآمد قابل توزیع بخش براساس ملاک های ذیل میان کارکنان شاغل در هر بخش توزیع می شود

الف (امتیاز حضور ۱ × ساعت موظف = امتیاز حضور موظف

ضریب حضور ساعات غیرموظف × ساعات غیرموظف = امتیاز حضور غیرموظف

ساعات آنکالی = امتیازات آنکالی
 ضریب آنکالی بخش

ب (امتیاز نوع شغل

ج امتیاز ضریب کیفی عملکرد فرد

د) امتیاز سابقه خدمت

امتیازات سابقه خدمت × ضریب کیفی نمره عملکرد × امتیاز نوع شغل × امتیاز حضور موظف = امتیاز موظف فرد
 امتیاز سابقه خدمت × ضریب کیفی نمره عملکرد × امتیاز نوع شغل × امتیاز حضور غیرموظف = امتیاز غیرموظف فرد
 امتیاز سابقه خدمت × ضریب کیفی نمره عملکرد × امتیاز نوع شغل × امتیاز آنکالی = امتیاز آنکالی فرد

درآمد قابل توزیع بخش = مبلغ هرامتیاز

مجموع کل امتیازات کارکنان بخش

مبلغ هرامتیاز × امتیاز موظف فرد = پرداخت عملکردی موظف

مبلغ هرامتیاز × امتیاز غیرموظف فرد = پرداخت عملکرد غیرموظف

مبلغ هرامتیاز \times امتیاز آنکالی فرد = پرداخت عملکرد آنکالی

تبصره یک: امتیاز نوع شغل به شیوه زیر محاسبه می شود:

امتیاز مدرک تحصیلی \times امتیاز شغل = امتیاز نوع شغل

تبصره ۲: نمره کیفی فرد بین ۷۰ تا ۱۱۰ می تواند باشد فقط ۱۰٪ از پرسنل با نظر هیات اجرایی کمتر از ۷۰ می شوند.

مبالغ محاسبه شده موظف (کارانه) و غیرموظف (کارانه اضافه کار) بخشها نباید بیشتر از مجموع سقف اضافه

کاری بیمارستان و ۲۷/۵٪ جز حرفه ای باشد.

Hospital incident command system

بحران

بحران عبارتند از حادثه ای که به طور طبیعی و یا توسط بشر، به طور ناگهانی و یا به صورت فزاینده به وجود آید و سختی و مشقتی را به جامعه انسانی تحمیل نماید که جهت برطرف کردن آن نیاز به اقدامات اساسی و فوق العاده باشد.

مدیریت بحران مدیریت بحران، علمی کاربردی است که به وسیله مشاهده سیستماتیک بحران ها و تجزیه و تحلیل آنها در جستجوی یافتن ابزاری است که به وسیله آنها بتوان از بروز بحران ها، پیشگیری نمود؛ و یا در صورت بروز آن، در خصوص کاهش اثرات آن، آمادگی لازم، امداد رسانی سریع، و به بهبودی اوضاع اقدام نمود.

انواع بحران

به طور کلی انواع بحران های معمول و مطرح در دنیا، بدین قرار می باشند: زمین لرزه، آتشفشان، موج های دریایی ناشی از زلزله، گردبادهای استوایی (طوفان)، طغیان، شکافتن زمین، آتش سوزی طبیعی جنگل ها و بیشه ها، خشکسالی، بیماری های شایع، تصادفات عمده، شورش های اجتماعی و بحران های ناشی از جنگ.

خصوصیات بحران

- ۱- بحران بیشتر یک وضعیت اضطراری و آنی است، تا یک حالت مزمن، با وجود آنکه زمان غیرمشخص می باشد.
- ۲- بحران موجب تغییر رفتار و سلوک می شود، و اکثراً آثار پاتولوژیکی مانند: یأس، کاهش بهره وری، فرار از مسئولیت و عذر تراشی دارد.
- ۳- بحران هدف های اشخاص درگیر را مورد تهدید قرار می دهد.
- ۴- بحران یک وضعیت نسبی ادراکی است، یعنی رویدادی که ممکن است به وسیله یک طرف بحران تشخیص داده شود، و برای طرف دیگر ممکن است غیرقابل تشخیص باشد.
- ۵- بحران در ارگانیزم بدن فشار ایجاد می کند، و موجب خستگی و تشویش می گردد.

مراحل زمانی وقوع حوادث و بلایا

* تجهیز: یا برنامه ریزی پیش از حادثه

• **اخطار:** که خود به مرحله آماده باش و مرحله تهدید ، که در آن مصیبت کاملاً تهدیدکننده، و قابل درک باشد، تقسیم می شود.

• **وقوع:** که حادثه و بلا اتفاق می افتد؛ و مدت زمان آن در هر حادثه ای متفاوت است.

• **اضطراری:** که به دنبال وقوع حادثه و بلا پیش می آید.

• **بازتوانی یا احیا:** که در این مرحله نیازمندی های منطقه موردنظر برآورد و تدارک می شود.

• **تجدید آبادانی یا بازسازی:** که منطقه به وضعیت طبیعی و آرام باز می گردد.

گام ها به هنگام بروز بحران

• **گام اول:** تشریح و روشن نمودن وضعیت

• **گام دوم:** مشخص نمودن هدف،

• **گام سوم:** ایجاد فرضیه

• **گام چهارم:** تجزیه و تحلیل واقعیت ها و دستیابی به حقایق

• **گام پنجم:** در نظر گرفتن اقدام های شدنی

• **گام ششم:** ارزیابی اقدام های عملی راه کارها

• **گام هفتم:** تصمیم گیری برای انتخاب و اجرای راه کار

• **گام هشتم:** بررسی میزان پیشرفت اجرای کار

مقابله با بحران

• **سیستم تشکیلاتی و سازمانی مدیریت بحران**

• **برنامه ریزی**

• **کاربرد بهینه از منابع**

• **استفاده از تخصص های لازم**

برنامه حوادث غیر مترقبه بیمارستانی و سامانه فرماندهی حادثه بیمارستان

(Hospital incident command system) HICS

برنامه عملیات (Action Plan):

رئوس فعالیت‌های اختصاصی قابل پیش‌بینی که به صورت مکتوب جهت به اجرا درآمدن در یک مدت زمان معین برای پاسخ به یک نیاز، هدف یا منظور خاص طراحی می‌شود.

سطوح حوادث غیر مترقبه

• سطح اول: حوادث غیر مترقبه‌ای هستند که منابع و سازمان‌های محلی (Local) قادر به پاسخ دهی مناسب به آنها و تبعات ناشی از آنها نیستند.

• سطح دوم: حوادث غیر مترقبه‌ای هستند که برای کنترل آنها نیاز به کمک‌های مشترک منطقه‌ای (Regional) وجود دارد.

• سطح سوم: حوادث غیر مترقبه‌ای هستند که از توان پاسخ نیروهای محلی و منطقه‌ای خارج است و کمک‌های ملی (Statewide) و حتی بین‌المللی (International) برای کنترل آنها مورد نیاز است.

با توجه به سطح بحران ۴ وضعیت اعلام می گردد که با رنگ های سفید / زرد /

نارنجی و قرمز مشخص می گردد

در این شرایط سازمان های مسئول پس از دریافت پیام (آماده باش زرد) تجهیزات خود را بررسی کرده و کمبودهای احتمالی را برطرف می نمایند همچنین نیروهای کشیک خود را به صورت در دسترس تلفنی (آنکال) آماده می سازند تا در صورت تغییر وضعیت آماده باش بتوانند کارکنان خود را به سرعت فراخوانده و در پست های کشیک و امداد مستقر نمایند .

در این شرایط سازمان های مسئول پس از دریافت پیام (آماده باش نارنجی) با توجه به ساختار سازمانی و شرح وظایف ، تعدادی از نیروهای خود را (۳۰ تا ۵۰ درصد) فراخوانده و تجهیزات خود را برای استفاده آماده می نمایند همچنین سایر نیروهای خود را به صورت در دسترس تلفنی (آنکال) آماده می سازند تا در صورت وقوع حادثه به سرعت وارد عمل شده و برای پاسخگویی از تمام استعداد نیرو و تجهیزات خود استفاده نمایند .

در این شرایط سازمانهای مسئول پس از دریافت پیام (وضعیت قرمز) تجهیزات خود را در وضعیت آماده برای عملیات قرار داده و تمامی کارکنان و نیروهای مرتبط با بحران را جهت حضور در تیم ها و واحد های اجرایی فراخوانی و به شهرستان ها و استان های معین نیز اعلام وضعیت نارنجی می نمایند .

خصوصیات Hospital disaster Plan:

۱. بر مفروضات معتبری در زمینه آنچه در هنگام حادثه رخ می دهد پایه گذاری شده باشد.
۲. بر اساس دیدگاه مشارکت های بین سازمانی interorganizational نگاشته شده باشد.
۳. شیوه تدارک منابع مورد نیاز برنامه (زمان، بودجه، ذخایر، فضا، تجهیزات و پرسنل) برای اجرای آن پیش بینی شده باشد.

۴. با یک برنامه آموزشی مدون و مؤثر برای آشنا سازی مخاطبین با اجزای برنامه همراه باشد.

۵. مبانی و محتویات برنامه برای مخاطبین آن مفهوم و قابل پذیرش باشد.

مشکلات اصلی بیمارستان ها در حوادث:

۱- بعد مسافت، تعداد بسیار زیاد مجروحین، نوع آسیب دیدگی و نیز امکان جابه جایی مصدومین

۲- وجود برنامه حوادث غیر مترقبه بیمارستانی.

چرا برنامه حوادث غیر مترقبه بیمارستانی:

مگر یکی از فعالیت های عادی هر بیمارستانی مقابله با موارد اورژانس و اضطراری نیست پس چرا بیمارستان به چنین برنامه ای نیازمند است؟

آیا حوادث غیر مترقبه همان اورژانس های روزمره بیمارستان ولی در مقیاس بزرگتر نیستند؟

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؟

حوادث غیر مترقبه اورژانس هایی در مقیاس وسیع نیستند. حوادث غیر مترقبه مشکلات 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 غیر مترقبه نه تنها از نظر کمی بلکه از نظر کیفی با اورژانس های روزمره بیمارستان متفاوت هستند.

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 همانا برنامه حوادث غیر مترقبه بیمارستانی است کاملاً ضروری می باشد.

استانداردهای برنامه حوادث غیر مترقبه بیمارستانی:

اهداف ویژه:

• ارزیابی خطر - آسیب پذیری (Assessment Hazard Vulnerability)

• شیوه فعال شدن برنامه (Activation)

• تلفیق برنامه حوادث غیر مترقبه بیمارستان با برنامه حوادث غیر مترقبه 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 ملافه و...)
- کنترل دسترسی، ازدحام و ترافیک بیماران
- حفظ ارتباط با رسانه‌ها
- جابجایی (Evacuation) 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 با مواد خطرزا
- تعیین مسئولیت‌های پرسنل در جریان حوادث غیر مترقبه
- استفاده از یک ساختار فرماندهی منطبق با ساختار فرماندهی محلی در جریان حوادث غیر مترقبه.
- آموزش.
- ارزیابی سالیانه برنامه و به روز نمودن آن.
- تعیین خط مشی بیمارستان در پاسخ به هر نوع حادثه غیر مترقبه که پرسنل، بیماران، بازدیدکنندگان و یا اجتماع را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد.
- تعیین مسئولیت‌های افراد و بخش‌های بیمارستان در هنگام وقوع حوادث غیر مترقبه.
- تهیه Guideline های استاندارد و عملی برای پاسخ بیمارستان به حوادث غیر مترقبه.
- حوادث غیر مترقبه خارجی (External Disasters):
 - سیل
 - نشت مواد مضر
 - آتش سوزی وسیع
 - مواجهه با پرتو رادیو اکتیو

• حوادث با تلفات متعدد

• هر سناریویی که خارج از بیمارستان رخ داده و تعدادی از بیماران را ایجاد نماید که از توان پاسخگویی بیمارستان خارج است و یا به علت نوع بیماری چنین امکانی وجود ندارد.

حوادث غیر مترقبه داخلی (Disadters Internal):

• بمب گذاری گروگان گیری قطع ارتباطات قطع برق یا آب • آتش سوزی • سیل مواد مضر / پرتوهای رادیو اکتیو • نقص سیستم گرمایی قطع گازهای درمانی.

موقعیت وقوع حوادث غیر مترقبه بیمارستانی:

۱. حوادث غیر مترقبه داخلی: مانند آتش سوزی، انفجار، نشت یا آزاد شدن مواد مضر.

۲. حوادث غیر مترقبه خارجی جزئی: تعداد محدودی مصدوم ایجاد می کند.

۳. حوادث غیر مترقبه خارجی عمده: تعداد زیادی مصدوم ایجاد می کند.

۴. تهدیدات ناشی از حوادث غیر مترقبه متوجه بیمارستان یا جامعه می باشد: مانند آتش سوزی در نزدیکی بیمارستان و طوفان، سیل یا انفجار قریب الوقوع.

۵. حوادث غیر مترقبه ای که در منطقه ای دیگر رخ می دهد.

مراحل اجرایی برنامه حوادث غیر مترقبه:

- مرحله آمادگی (Prepration Phase)
- مرحله اعلام خطر (Alert Phase)
- مرحله پاسخ اورژانس (Emergency Response Phase)
- مرحله توقف برنامه (Termination Phase) وارزیابی بعد از حادثه

(۱) مرحله آمادگی HDP:

- ایجاد کمیته حوادث غیر مترقبه بیمارستانی
- تعیین زنجیره مسئولیت حوادث غیر مترقبه
- تعیین مرکز عملیات اضطراری
- تعیین علایم و نشانه ها
- فراهم کردن ذخائر دارویی و تجهیزات پزشکی

- برقراری ارتباط داخلی و خارجی
- فراهم کردن منابع جایگزین برای آب، برق و سوخت
- نقل و انتقال
- تهیه و توزیع کتابچه‌ها و دستورالعمل‌های اجرایی
- آموزش پرسنل

۲) مرحله اعلام خطر (Alert phase):

این مرحله شامل هشدار (Notification) به پرسنل، آماده شدن برای فعالیتهای قریب‌الوقوع، توسعه ظرفیت پاسخ دهی بیمارستان، سازماندهی بخش پذیرش بیماران، اطمینان از نقل و انتقال امن آنها و فراهم آوردن اطلاعات لازم برای پاسخ مناسب می‌باشد.

فعالیت‌های مرحله اعلام خطر:

- هشدار حوادث غیر مترقبه
- ارزیابی شدت حادثه
- عملیات واحد تلفن مرکزی بیمارستانی
- سازماندهی فضای پذیرش بیماران (incoming pt. Area)
- مشخص نمودن پرسنل
- تخصیص منابع به فضای پذیرش بیماران
- آماده سازی لوازم و تجهیزات پزشکی
- آماده سازی بخش جراحی
- آماده سازی بخش اورژانس
- آماده سازی دیگر بخش‌ها و خدمات بیمارستان
- آماده سازی سیستم پرستاری بیمارستان
- آماده سازی بخش‌های پاراکلینیک

- آماده سازی بخش های اداری
 - آمادگی واحد امنیت (حراست) بیمارستان
 - آمادگی واحد ارتباط مردمی و ارتباط با مطبوعات
 - آمادگی خدمات عمومی بیمارستان
- سطوح فعال شدن برنامه بر اساس ارزیابی شدت حادثه:
- وضعیت هشدار
 - سطح ۱- پیاده شدن (implementation) برنامه آمادگی اضطراری بخش اورژانس
 - سطح ۲- پیاده شدن مختصر (Partial) برنامه آمادگی اضطراری در بخش بیمارستانی
 - سطح ۳- پیاده شدن کامل (Total) برنامه آمادگی اضطراری در بخش بیمارستانی
- هشدار حوادث غیر مترقبه:

- (۱) نام و سازمان متبوع فرد هشدار دهنده
 - (۲) شماره تلفن تماس فرد یا سازمان مربوطه
 - (۳) تشریح موقعیت حادثه غیر مترقبه (طبیعت (Nature)، شدت (Magnitude)، محل (Location) و زمان (time) حادثه)
 - (۴) برآوردی از تعداد بیماران (در صورت امکان تعداد بیماران تریاژ شده با برچسب های قرمز، زرد، سبز، تعداد سوختگی ها، تعداد اطفال و تعداد بیماران دچار آلودگی با مواد مضر)
 - (۵) برآورد زمانی تا شروع انتقال بیماران از محل حادثه
 - (۶) برآورد زمانی برای رسیدن مجروحین به بیمارستان
- ارزیابی شدت حادثه:

- (۱) برآوردی از تعداد بیماران
- (۲) برآوردی از شدت جراحت و بیماری آنها
- (۳) وضعیت کنونی فعالیت دپارتمان اورژانس
- (۴) وضعیت کنونی پرسنل (تعداد و ترکیب) دپارتمان اورژانس

۵) سرشماری تعداد بیماران و پرسنل بیمارستان

۶) وضعیت کنونی پرسنل ICU و اتاق عمل

۷) نیاز بیماران حادثه دیده به خدمات تخصصی مانند آلودگی مواد مضر، مواجهه با پرتوهای رادیواکتیو

۸) شرایط ویژه بیمارستان مانند بیمارستان تخلیه شده

۳) مرحله پاسخ اورژانس (Emergency Response phase):

○ تریاژ در بدو ورود بیماران به بیمارستان

○ تشخیص هویت و ثبت اطلاعات

○ فضاهای درمانی بیمارستان

○ سیستم ارجاع بیماران

○ نگهداری و تشخیص اجساد

○ برنامه‌های حوادث غیر مترقبه خاص

۴) مرحله توقف برنامه و ارزیابی پس از حادثه (phase Termination):

فرمانده حادثه غیر مترقبه از طرف مرکز عملیات اضطراری بیمارستان تمام بخشها و پرسنل را در جریان به اتمام رساندن و توقف اجرای برنامه قرار می‌دهد. این امر از طریق واحد تلفن مرکزی یا سیستم ارتباط داخل بیمارستان انجام می‌گیرد. پس از توقف برنامه فعالیت بیمارستان باید به حالت عادی باز گردد. تمامی مسئولین و رؤسای بخشهای بیمارستان باید گزارشی از جنبه‌های مثبت و منفی فعالیت خود را به کمیته حوادث غیر مترقبه بیمارستان ارائه دهند. در نهایت این کمیته باید جلسه‌ای را با حضور افراد مسئول جهت نقد و بررسی پاسخ کلی بیمارستان تشکیل دهد. این جلسه باید شیوه‌های تصحیح و ارتقاء برنامه را مد نظر قرار دهد.

ویژگیهای سامانه فرماندهی حوادث اضطراری بیمارستان (HEICS):

- زنجیره فرماندهی مبتنی بر مسئولیت: این برنامه یک ساختار سازمانی را برای رسیدن به جنبه‌های مختلف یک موقعیت اورژانس ارائه می‌دهد این برنامه امکان نظارت بر عملکردها و وظایف محوله را نیز فراهم می‌کند.
- پذیرش بالای مأموریتها و زبان بکار رفته برای همه پرسنل: به علت استفاده از چارت سازمانی و عناوین مسئولیت‌های شناخته سیستم ICS این برنامه از پذیرش بالایی هم در بین عامه مردم و هم در سطح مدیریت‌های بیمارستانی برخوردار است.

• اولویت بندی وظایف با استفاده از برگه‌های شرح مسئولیت: (Sheet Job Action): برگه‌های شرح مسئولیت در واقع تشریح کننده وظایف محوله به هر موقعیت شغلی می‌باشد که حاوی فهرستی اولویت بندی شده از فعالیت‌های فرد در موقعیت اورژانس می‌باشد این برگه‌ها همچنین مسیر گزارش دهی و ثبت و مستند سازی حوادث را به فرد مسئول یادآوری می‌کنند.

قابلیت استفاده از آن در طیف متغیر از حوادث HEICS: یک برنامه منعطف است که می‌تواند با توجه به نیاز ناشی از یک بحران در مقیاسی بزرگ یا کوچک به اجرا درآید.

• ثبت دقیق فعالیتهای انجام شده در پاسخ به یک وضعیت اضطراری: برگه‌های شرح مسئولیت و فرمهای HEICS ثبت اطلاعات فردی و سازمانی را در پاسخ به بحران سازماندهی می‌نماید.

• تسهیل تعامل آموزشی واحدها (همکاری دو جانبه) در داخل یک مجموعه و یا از یک مجموعه به مجموعه‌ای دیگر: ایده تشریک مساعی بن بیمارستانها از نظر مواد و منابع انسانی به هنگام بروز حادثه از دیرباز وجود داشته است. این تشبیه مساعی فقط در سایه وجود ساختار مشترک مدیریتی و نام گذاری مسئولیتهای یکسان میسر می‌شود. که در قالب HEICS به آن توجه شده است.

• انعطاف برنامه HEICS در پیاده کردن برنامه در سطوح مختلف: فعال شدن مبنی بر HEICS در برنامه حوادث غیر مترقبه امکان تطابق سطح فعال شدن برنامه را با نیاز خاص ایجاد شده در بحران فراهم می‌نماید.

• حداقل تداخل با ساختار مدیریتی موجود بیمارستان به علت تشابه مسئولیتهای: چارت سازمانی و برگه شرح مسئولیت HEICS برای تعدیل بحران در مراکز پزشکی طراحی شده است. در حالیکه بسیاری از مسئولیتهای روزمره افراد در این مراکز با مسئولیتهای HEICS تشابه نزدیک دارد.

چارت سازمانی و برگه‌های شرح مسئولیت HEICS:

o بخشهای HEICS:

o فرماندهی

o پشتیبانی (Logistics)

o برنامه‌ریزی (Planning)

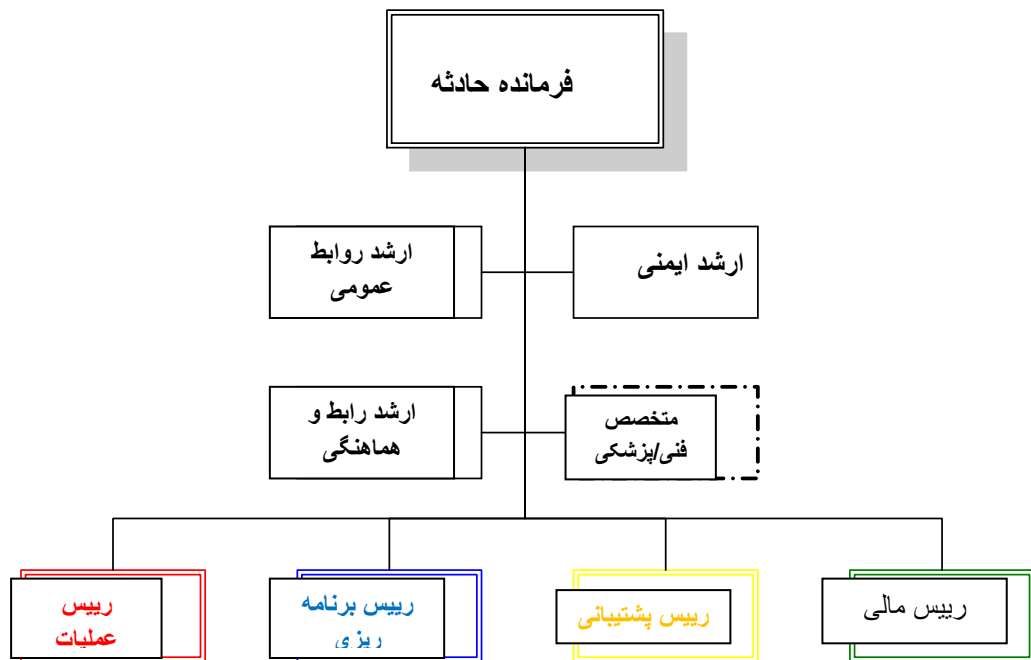
o مالی (Finance)

• عملیات (Operation)

• طراحی رنگ بخشهای مختلف

بخش	رنگ
فرمانده حوادث اضطراری و ارشدهایش	سفید
عملیات	قرمز
مالی	سبز
برنامه ریزی	آبی
پشتیبانی	زرد

- جایگاهی است که همیشه و در هر شرایطی در فوریت فعال می گردد. این جایگاه علاوه بر فرماندهی، تدوین اهداف، مشخص کردن استراتژی ها و اولویت ها و مدیریت کلی حادثه را نیز به عهده دارد. در کنار فرماندهی حادثه ۴ عملکرد مدیریتی دیگر نیز وجود دارد.
 - عملیات که وظیفه هدایت اقدامات تاکتیکی (ترباژ، مراقبت از بیماران، نظافت و...) در راستای اهداف تعیین شده برنامه و هدایت منابع مورد نیاز را به عهده دارد.
 - برنامه ریزی که وظیفه جمع آوری و ارزیابی اطلاعات را به منظور حمایت از فرایند تصمیم گیری، تامین اطلاعات مورد نیاز در مورد منابع، تهیه مستندات مثل برنامه عملیاتی حادثه و تهیه مستندات لازم برای تهیه گزارشات را به عهده دارد.
 - پشتیبانی وظیفه حمایت، تامین منابع و دیگر اقلام ضروری مورد نیاز برای دستیابی به اهداف عملیاتی تدوین شده توسط فرماندهی حادثه را به عهده دارد.
 - مالی/اجرایی نظارت و بررسی هزینه های مرتبط با حادثه، ثبت زمان کار، بازپرداخت هزینه ها و تحلیل مخارج را انجام می دهد.
- تذکر مهم در شرایط ساختار مدیریتی حاکم بر بیمارستان های ایران و خصوصا در بیمارستان هایی با تعداد کمتر از ۲۰۰ تخت دو شاخه پشتیبانی و مالی قابل ادغام می باشد.
- فرمانده حادثه در فوریت کوچک ممکنست به تنهایی هر ۵ جایگاه را پوشش دهد ولی در فوریت بزرگتر بر اساس بزرگی و شدت حادثه ممکنست لازم باشد جایگاه های دیگر نیز فعال گردد.



هر کدام از جایگاه های اصلی بر اساس نیاز حادثه می توانند به جایگاه های کوچکتری تقسیم و فعال شوند. حادثه کوچکتر پرسنل کمتری نیاز دارد. البته نوع حادثه منابع و پرسنل دسترس نیز از فاکتور های اصلی تعیین ترکیب تیم فرماندهی حادثه است. هر کدام از جایگاه های اصلی می توانند جانشین هایی برای کمک یا جایگزینی در شرایط عدم حضور خود داشته باشند. (حداقل ۳ تا ۵ نفر برای هر جایگاه لازمست آموزش ببینند) بر اساس شرایط حادثه فرماندهی ممکنست افرادی را برای جایگاه های ذیل انتخاب و بکار گیرد.

- ارشد روابط عمومی اطلاعات مرتبط با حادثه را برای پرسنل و مدیران داخلی و هم چنین رسانه ها و سازمان های خارجی تهیه نموده نقش سخنگو دارد.
- ارشد ایمنی ایمنی محل حادثه را برای اطمینان از ایمنی تمام پرسنل بررسی می کند.
- ارشد رابط یا هماهنگی رابط بیمارستان با سازمان های حمایت کننده بیرون از بیمارستان است. بر اساس شرایط ممکنست لازم باشد یک ارشد رابط در بیمارستان، دیگری در محل حادثه و هم چنین در ستاد هدایت عملیات محلی نیز باشد.
- ارشد مشاور تکنیکی و تخصصی بر حسب موقعیت به عنوان مشاور تخصصی فرمانده حادثه عمل می کند. ارائه توصیه های لازم به فرمانده در حین یا بعد از حادثه توسط این فرد انجام می گیرد.

اعضای بخشها:

- o رئیس بخش
- o سرپرست (Director)
- o مسئولان واحد (Hnit leader)

o ناظران (Supervisor)

o ارشدها (officers)

سطوح فعال شدن برنامه

حوادث غیرمترقبه مختلف سطوح آمادگی و پاسخ متفاوت بیمارستان را می‌طلبند. بر پایه ارزیابی فوق سطح فعال شدن برنامه (**Levels of Plan Activation**) توسط مسئول فرماندهی بیمارستان تعیین می‌گردد. وی می‌تواند پس از فعال شدن مرکز عملیات اضطراری بیمارستان یا دریافت اطلاعات بیشتر و دقیق تر به اصلاح تصمیم خود مبادرت نماید. این سطوح عبارتند از :

• وضعیت هشدار: در این مرحله به علت در دست نبودن اطلاعات کافی تعیین دقیق سطح فعال شدن برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستان غیرممکن است ولی تأثیر آن بر بخش اورژانس یا دیگر بخشهای بیمارستان قابل پیش بینی است. اقدامات مقتضی در این مرحله برقراری ارتباط مداوم با مراکز خارج از بیمارستان و آمادگی بالقوه برای پاسخ بعدی است. در این وضعیت مسئول فرماندهی حادثه بیمارستان به ارزیابی و پایش مستمر موقعیت پرداخته و در صورت نیاز با واحدهای تخصصی بیمارستان مشورت می‌نماید.

• سطح ۱- پیاده شدن (**Implementation**) برنامه آمادگی اضطراری بخش اورژانس: در صورتیکه منابع موجود در بخش اورژانس برای رسیدگی به تعداد قربانیان کافی باشد و بخشهای حمایت قادر به پاسخ مناسب بدون عارضه مهمی باشند، بیمارستان می‌تواند برنامه آمادگی اضطراری را صرفاً در بخش اورژانس پیاده نماید.

• سطح ۲- پیاده شدن مختصر (**partial**) برنامه آمادگی اضطراری بیمارستانی: در صورتیکه منابع موجود در بخش اورژانس بیمارستان بیمارستان برای رسیدگی به تعداد قربانیان کافی نباشد ولی منابع اضافی اندکی مورد نیاز باشد می‌توان برنامه آمادگی اضطراری بیمارستان را بطور مختصر پیاده نمود. اینکه این برنامه تا چقدر پیاده شود به تصمیم گیری اعضای مرکز عملیات اضطراری بیمارستان بستگی دارد.

• سطح ۳- پیاده کامل (**Total**) برنامه آمادگی اضطراری بیمارستانی: در این وضعیت برای رسیدگی به تعداد زیاد قربانیان به تمامی منابع موجود در بخش اورژانس و بخش اعظمی از منابع حمایتی نیاز است.

۴- عملیات واحد تلفن مرکزی بیمارستان:

واحد تلفن مرکزی بیمارستان بلافاصله پس از انتقال هشدار حوادث غیرمترقبه باید برنامه ارتباطات داخلی و خارجی بیمارستان را اجرا نماید. خطوط تلفن باید برای تماسهای اضطراری آزاد باشند و تماس‌های خارج از بیمارستان در اختیار این مرکز قرار می‌گیرد. برای ارتقاء خدمات ارتباطی توصیه می‌شود تماسهای تلفنی براساس اولویت به سه دسته زیر تقسیم شوند:

(۱) تماسهایی که در ارتباط با حادثه غیرمترقبه می‌باشند.

(۲) تماسهایی که از طرف مطبوعات برای دریافت اطلاعات انجام می‌شود.

(۳) تماسهایی که از طرف بستگان بیماران انجام می‌گیرد.

۵- سازماندهی فضای پذیرش بیماران: (**Incoming Patient Area**)

فرد مسئول تریاژ (جراح) باید فضای پذیرش بیماران را براساس طبیعت حادثه غیرمترقبه و برآورد تعداد قربانیانی که به مداوا نیاز خواهند داشت سازماندهی نماید. یک یا چند محل فیزیکی باید برای دریافت بیماران مد نظر قرار

گیرد. اقداماتی مانند ترخیص انتخابی بیماران بستری، به تعویق انداختن اعمال جراحی الکتیو و قطع ویزیت سرپایی بیماران باید برای توسعه ظرفیت پذیرش بیمارستان مدنظر قرار گیرد. در این بخش بیماران پس از انجام تریاژ برحسب نیاز به درمان، بستری شدن، ترخیص و یا ارجاع به واحدهای دیگر انتقال می‌یابند.

۶- مشخص نمودن پرسنل:

تمامی پرسنلی که در فضای پذیرش بیماران و نیز در بخشهای کلیدی بیمارستان مشغول به فعالیت هستند باید برای سازماندهی و همچنین حفظ امنیت از یونیفرم‌ها و یا علائم متحدالشکلی استفاده کنند. اعضای کمیته حوادث غیرمترقبه بیمارستان، جراح مسئول تریاژ و پرسنل کلیدی حتماً باید از بازوبند یا آرم مشخص استفاده کنند.

۷- تخصیص منابع به فضای پذیرش بیماران:

توزیع و سازماندهی منابع مناسب در فضای محل پذیرش بیماران برای پاسخ مؤثر این واحد لازم است. پرسنل باید در تیمهایی متشکل از یک جراح، یک پزشک داخلی، یک پرستار و دو نفر بهیار سازماندهی شوند. ترکیب این تیمها به پرسنل موجود و در دسترس بیمارستان بستگی دارد و قابل تغییر است.

۸- آماده سازی لوازم و تجهیزات پزشکی:

لوازم پزشکی و تجهیزات پایه باید در جعبه ای با برچسب مشخص قرار گیرند تا انتقال آنها را به فضای پذیرش بیمارستان تسهیل نماید. محتویات این جعبه‌ها می‌تواند شامل تجهیزات اولیه تنفسی و کپسولهای اکسیژن، وسایل پانسمان و مایعات ضد عفونی کننده، داروهای اورژانس، وسایل اولیه جراحی، مایعات داخل وریدی، وسایل گچ گیری و آتل گذاری، فرم‌ها، برچسبهای تریاژ، کارتهای تشخیص هویت و تجهیزات اداری دیگر باشد. فضای پذیرش بیماران باید طوری طراحی شود که امکان استفاده از دستگاه عکسبرداری سیار اشعه X و وسایل جراحی و بیهوشی را فراهم نماید. در مرکز فضای پذیرش بیماران باید محلی برای قرارگیری برانکاردها و صندلیهای چرخ دار در نظر گرفته شود.

۹- آماده سازی بخش جراحی:

در جریان مرحله هشدار حوادث غیرمترقبه اتاق عمل جراحی بیمارستان باید آمادگیهای لازم را فراهم نماید. تمامی اعمال جراحی غیراورژانس باید کنسل شوند و اتاق ریکاوری باید به سرعت آماده شوند. بخش جراحی باید پرسنل ذخیره خود را به نحوی سازماندهی کند که امکان فعالیت ۲۴ ساعته را داشته باشد. ریاست بخش جراحی باید از وجود تعداد کافی گانها و پوششهای اتاق عمل و وسایل استریل جراحی برای اعمال جراحی مورد نیاز اطمینان یابد.

۱۰- آماده سازی بخش اورژانس:

معمولاً ریاست بخش اورژانس فرد مسئول تریاژ و سازماندهی فضای پذیرش بیماران است. پرسنل بخش اورژانس با سازماندهی در تیمهای اضطراری به انجام تریاژ و خدمات اورژانس می‌پردازند. در جریان مرحله اعلام خطر بخش اورژانس فعالیت عادی خود را متوقف نموده، اولویت درمان بیماران پذیرش شده قبلی را تعیین کرده، اتاق انتظار بخش را تخلیه می‌نماید و پرسنل بخش جعبه‌های حاوی تجهیزات و لوازم پزشکی را به فضای پذیرش بیماران منتقل می‌کنند. پس از هشدار حوادث غیرمترقبه ریاست بخش اورژانس باید تماس و هماهنگی نزدیک با دیگر بخش‌های بیمارستان بویژه مرکز عملیات اضطراری، بخش جراحی و بخش امنیت (حراست) داشته باشد.

۱۱- آماده سازی دیگر بخشها و خدمات بیمارستان:

بخشهای داخلی، اطفال، زنان، مامایی و دیگر تخصصها باید فعالیتهای عادی خود را ادامه دهند مگر اینکه شدت حادثه غیرمترقبه به حدی باشد که پیاده شدن کامل برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستان و یا تخلیه کل بیمارستان توسط مرکز عملیات اضطراری اعلام گردد. در چنین وضعیتی جز حداقل پرسنلی که برای ادامه کار بخشها مورد نیاز است بقیه نیروها باید تحت فرماندهی مرکز عملیات اضطراری به اجرا شدن برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستان پردازند.

۱۲- آماده سازی سیستم پرستاری بیمارستان:

پرستاران و بهیاران نه تنها نقش مهمی را در رابطه مستقیم با بیماران ایفا می کنند بلکه به علت آشنایی بیشتر با خدمات ارائه شده، گردش کار بخشها و محل قرارگیری تجهیزات و منابع می توانند در پیاده شدن برنامه حوادث غیرمترقبه بسیار مؤثر باشند. پرستاران باید در زمینه اجزا و فرایندهای برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستان و مراقبت از بیماران آسیب دیده در جریان حوادث غیرمترقبه آموزشهای خاص دیده باشند.

۱۳- آماده سازی بخشهای پاراکلینیک:

داروخانه، آزمایشگاه، بانک خون و رادیولوژی باید فعالیت عادی خود را متوقف نموده و مواد و تجهیزات لازم جهت فعالیت ۲۴ ساعته را فراهم نمایند. داروخانه باید امکان پشتیبانی دارویی و تجهیزاتی خدمات اورژانس بیمارستان را در جریان حادثه غیرمترقبه با استفاده از ذخایر بیمارستان فراهم نماید و فهرست اقلام توزیع شده را نگهداری کند. آزمایشگاه فقط باید آزمایشات بسیار اورژانس را انجام دهد. نقش اصلی آزمایشگاه در جریان حادثه غیرمترقبه تعیین گروه خونی و RH و آماده کردن واحدهای خون برای تزریق می باشد. ریاست بخش رادیولوژی باید از حضور تعداد پرسنل و تکنسینهای کافی جهت انجام خدمات ثابت و سیار تصویربرداری و تعداد کافی فیلم و مواد ظاهر کننده اطمینان یابد.

۱۴- آماده سازی بخشهای اداری:

نقشهای اصلی بخش اداری بیمارستان در جریان حوادث غیرمترقبه عبارتند از حمایت از بخشهای پاراکلینیک، اطمینان از حضور افراد در پستهای مسئولیتی، تسهیل مسائل مالی و اقتصادی و فراهم کردن امکانات رفاهی و تغذیه ای. هماهنگی در زمینه مسائل مرتبط با بیمه و دیگر هزینه های بیماران باید توسط این واحد تسهیل شود.

۱۵- آمادگی واحد امنیت (حراست) بیمارستان:

نقش واحد حراست بیمارستان در جریان حادثه غیرمترقبه نه تنها حفظ امنیت داخل و اطراف بیمارستان است بلکه مسئولیت کنترل ترافیک منتهی به بیمارستان جهت دسترسی مناسب آمبولانسهای حاوی مجروحین به فضای پذیرش بیماران نیز بر عهده این واحد است. حفاظت از تأسیسات حیاتی بیمارستان و سیستمهای ارتباطی آن نیز بر عهده این واحد است. حفاظت از تأسیسات حیاتی بیمارستان و سیستمهای ارتباطی آن نیز بر عهده واحد حراست می باشد. این واحد ارتباط نزدیکی با مرکز عملیات اضطراری و بخش اورژانس بیمارستان دارد. در صورت ناکافی بودن پرسنل این واحد باید برای انجام مسئولیت خود از پلیس درخواست کمک نماید.

۱۶- آمادگی واحد ارتباط مردمی و ارتباط با مطبوعات:

تقاضای متعدد مردم، بستگان قربانیان و نمایندگان مطبوعات برای دریافت اطلاعات گاهاً فعالیت بیمارستان را دچار اختلال می کند. برای ساماندهی امر اطلاع رسانی برنامه حوادث غیرمترقبه باید دو اتاق مجزا را یکی برای

مردم و بستگان قربانیان و یکی را برای نمایندگان مطبوعات در نظر بگیرید. اتاق اطلاع رسانی به مطبوعات حتماً باید از بخش درمانی بیمارستانی فاصله داشته باشد. واحد ارتباطات مردمی می‌تواند اطلاعات را از طریق بولتن‌های ساده ای تهیه و توزیع نماید.

۱۷- آمادگی خدمات عمومی بیمارستان

بخشهای نگهداری (Maintenance)، لاندری، استریلیزاسیون، آشپزخانه و دیگر خدمات باید خود را برای پاسخ دهی به نیازهای ایجاد شده در جریان حادثه غیرمترقبه آماده کنند. عدم ایجاد آمادگی و هماهنگی این واحدها ممکن است کارایی کلی بیمارستان را کاهش دهد. هماهنگی لازم جهت حضور پرسنل ذخیره برای ارائه مستمر این خدمات باید صورت گیرد.

مرحله پاسخ اورژانس (ResponsePhase Emergency)

فعال شدن برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستانی براساس شدت حادثه غیرمترقبه در این مرحله اتفاق می‌افتد. در واقع در این مرحله با استفاده از آمادگی‌های ایجاد شده در مرحله اعلام خطر برنامه حوادث غیرمترقبه فعال و پاسخ بیمارستان را هدایت می‌کند. همانطور که اشاره شده شیوه پاسخ بیمارستان به سطح فعال شدن برنامه بستگی دارد. برای مثال در حوادث غیرمترقبه سطح ۱ تغییرات عمده در پرسنل بیمارستان رخ نمی‌دهد حال آنکه در حوادث سطح ۳ چالش و فعالیتهای آنها بطور کلی تغییر می‌یابد. مسائل مهمی که در این مرحله پیش روی مجریان برنامه قرار دارد عبارتند از:

۱- تریاژ در بدو ورود بیماران به بیمارستان:

بیماران ممکن است توسط آمبولانس، وسایل نقلیه شخصی و یا با پای خود به بیمارستان مراجعه نمایند. و یا ممکن است قبلاً در محل حادثه تریاژ شده و با برچسب‌های معین به بیمارستان انتقال یابند. در تمام این موارد تیمهای تریاژ بیمارستان که بیماران را در بدو ورود به فضای پذیرش بیمارستان دریافت می‌کنند باید سریعاً وضعیت بیمار را مورد ارزیابی مجدد قرار داده و در صورت نیاز برچسب‌های تریاژ آنها را تغییر دهند. تریاژ در بدو ورود به بیمارستان حتی الامکان باید توسط یک جراح یا فرد آموزش دیده انجام گیرد. فضای پذیرش بیماران باید تنها مجرای ورود بیمار به بیمارستان باشد.

۲- تشخیص هویت و ثبت اطلاعات

برنامه حوادث غیرمترقبه باید مکانیسمی را جهت تشخیص هویت و ثبت دقیق اطلاعات بیماران در شرایط اضطراری تعیین نماید چرا که ازدحام بیش از اندازه بیماران در چنین وضعیتی ممکن است باعث سهل انگاری یا نقص در ثبت و نگهداری اطلاعات مربوط به بیماران شود. فرمهای ثبت اطلاعات، کارتهای تشخیص هویت و کارتهای تریاژ باید تهیه و در دسترس باشد. این فرمها که برای مستندسازی سابقه بالینی و درمانهای دریافتی بیمار مورد استفاده قرار می‌گیرند باید جهت جمع آوری ضروری ترین اطلاعات طراحی شده باشد. کارتهای تریاژ از هر سیستمی که تبعیت نمایند باید برای پرسنل بیمارستان مفهوم و شناخته شده باشند.

۳- فضاهای درمانی بیمارستان:

بیمارستان باید فضاهای بستری و درمان بیماران را براساس اولویت درمانی آنها از پیش تعیین نماید. اکثر بیمارستانها جهت تعیین اولویت درمانی از همان برچسب‌های رنگی تریاژ استفاده می‌کنند. رنگ قرمز به معنی

بیمارانی که به توجه فوری نیازمندند، رنگ زرد به معنی آنهایی که آسیب جدی دارند ولی به توجه فوری نیاز ندارند، رنگ سبز به معنی بیمارانی که مرگ آنها مسجل شده است. علاوه بر سیستم اولویت بندی رنگی باید فضاهایی که برای هر دسته از بیماران مشخص شده است باید با نوارهای رنگی مشخص شود تا گردش بیماران بین بخشهای درمانی، بستری و اتاق عمل را تسهیل نماید. ارائه خدمات بیماران در هر یک از این بخشها باید در حداقل زمان ممکن انجام گیرد.

۴- سیستم ارجاع بیماران:

با وجود اینکه بیمارستان باید تمام تلاش خود را برای توسعه ظرفیت درمانی و پذیرش قربانیان حادثه غیرمترقبه انجام دهد در بسیاری از موارد بیماران به مراقبت‌های تخصصی و فوق تخصصی نیازمندند که امکانات و تخصص لازم برای آنها در بیمارستان موجود نیست. در چنین مواردی ارجاع بیمار به مراکز درمانی دیگر باید مدنظر قرار گیرد. ارتباط نزدیک بیمارستانیها در جریان حوادث غیرمترقبه و شبکه قوی نقل و انتقال بیمار می‌تواند این امر را تسهیل نماید.

۵- نگهداری و تشخیص اجساد:

بخش پاتولوژی مسئول سازماندهی تشخیص هویت بیمارستان می‌باشد. در صورت وجود واحد یا بخش پزشکی قانونی بیمارستان این واحد راساً این مسئولیت را بر عهده می‌گیرد. در صورتیکه سردخانه بیمارستان ظرفیت پذیرش اجساد را نداشته باشد باید محل موقتی برای نگهداری آنها در نظر گرفته شود. در صورتیکه امکانات تخصصی و تجهیزات لازم برای تشخیص هویت قربانیان در اختیار نباشد بخش پاتولوژی بیمارستان باید از بیمارستانیهای تابعه یا پلیس درخواست کمک نماید.

۶- برنامه‌های حوادث غیرمترقبه خاص:

برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستان باید دارای برنامه‌های مکمل برای موقعیتهای خاص چون آتش سوزی، پرتوهای رادیواکتیو، مسمومیت‌های دسته جمعی، آلودگی با مواد مضر و... باشد.

مرحله توقف برنامه و ارزیابی بعد از حادثه غیرمترقبه (Termination Phase)

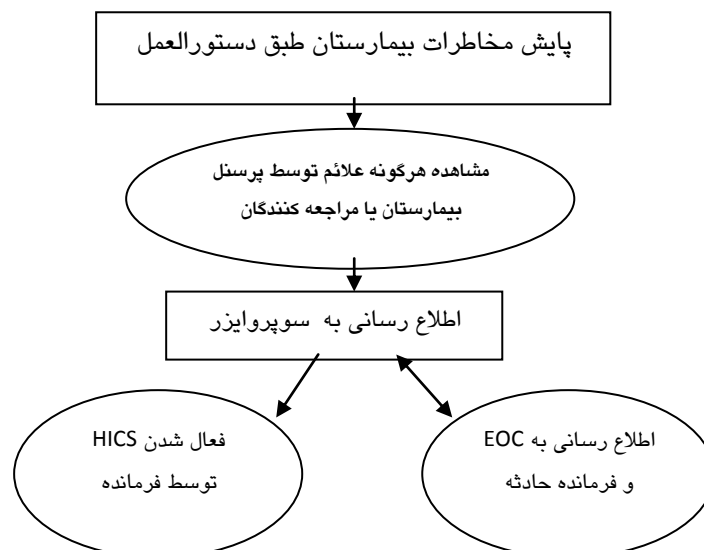
فرمانده حادثه غیرمترقبه از طرف مرکز عملیات اضطراری بیمارستان تمام بخشها و پرسنل را در جریان به اتمام رساندن و توقف اجرای برنامه قرار می‌دهد. این امر از طریق واحد تلفن مرکزی یا سیستم ارتباط داخلی بیمارستان انجام می‌گیرد. پس از توقف برنامه فعالیت بیمارستان باید به حالت عادی بازگردد. تمامی مسئولین و رؤسای بخشهای بیمارستان باید گزارشی از جنبه‌های مثبت و منفی فعالیت خود را به کمیته حوادث غیرمترقبه بیمارستان ارائه دهند. در نهایت این کمیته باید جلیه ای را با حضور افراد مسئول جهت نقد و بررسی پاسخ کلی بیمارستان تشکیل دهد. این جلسه باید شیوه‌های تصحیح و ارتقاء برنامه را مدنظر قرار دهد.

خلاصه مراحل فعال سازی طرح کنترل بحران

۱. مسؤول شروع اعلام وضعیت اضطرار بر عهده دبیر کمیته بحران و در شیفتهای گردشی بر عهده سوپروایزر هر شیفته خواهد بود.
 ۲. بلافاصله بعد از وقوع وضعیت اضطرار (بحران داخلی) یا اعلام وضعیت اضطرار از طرف مقامات مسؤول (بحران خارجی) با اعلام کد از طریق پیجر پرسنل بیمارستان را آگاه سازید در صورت قطع بودن تلفن مسؤول تلفنخانه در هر شیفته را موظف کنید که با حضور خود در هر بخش سریعاً "مورد اضطرار را به اطلاع پرسنل برساند.
 ۳. ریاست بیمارستان و دبیر کمیته بحران بیمارستان را از طریق تلفن یا به نحو مقتضی مطلع سازید این اشخاص باید در اسرع وقت در محل اتاق بحران بیمارستان حضور یابند.
 ۴. آمار هر بخش (طبق فرم خواسته شده) را در اسرع وقت استخراج کرده و جهت ارائه گزارش یا نمابر آن در اختیار داشته باشید.
 ۵. آمار پرسنل و پزشکان حاضر و داوطلب را (طبق فرم خواسته شده) در اسرع وقت استخراج کرده و جهت ارائه نگه دارید.
 ۶. مسئولین هر بخش (در شیفته حاضر) موظف شوند پرونده مدیریت بحران آن بخش را در دسترس قرار داده و طبق برنامه پیش بینی شده در آن رفتار کنند.
 ۷. در صورت نیاز به پرسنل پرستاری و پزشکی بیش از تعداد حاضر، به پرستاران و پزشکان داوطلب که مشخصات آنها ضمیمه است اطلاع دهید. پرسنل حاضر باید جلیقه شناسائی بپوشند و کارت شناسائی خود را الصاق کنند.
 ۸. تخت های غیر اورژانسی را تخلیه کرده نسبت به ترخیص یا اسکان بیماران غیر اورژانسی در محل مناسب دیگر اقدام کنید.
 ۹. پذیرش بیماران غیر اورژانسی را تا پایان زمان اضطراری متوقف سازید و عملهای جراحی غیر اورژانسی را کنسل کنید.
 ۱۰. درهای بیمارستان را کنترل کرده و از ورود خودروهای غیر ضروری به داخل بیمارستان جلوگیری کنید.
 ۱۱. از نظر قطع گاز، برق، آب و تلفن آمادگی داشته باشید.
 ۱۲. مراحل اجرای طرح را ثبت و ضبط کنید.
- مرحله حین بحران

۱) بحران های داخلی Internal Disasters

به مجموعه فوریت داخل بیمارستان اطلاق می گردد که با توجه به ظرفیت و امکانات موجود در بیمارستان امکان مقابله با آن نمی باشد و نیاز به کمک از خارج بیمارستان می باشد. این موارد می تواند شامل لیست پیوست ۳ باشد. کلیه پرسنل بیمارستان می بایست درخصوص اطلاع رسانی سریع موارد مذکور به سوپروایزر به محض مشاهده آموزش لازم را ببینند. سوپروایزر پس از اطمینان از صحت خبر و وسعت آن به EOC و فرمانده حادثه اطلاع می دهد. (فلوچارت شماره ۱)



فلوچارت شماره ۱ - فعال شدن سامانه هشدار سریع بحران داخلی بیمارستان

۲) بحران های خارج از بیمارستان (External Disasters)

به فوریتی که خارج از بیمارستان رخ می دهد اما اثرات آن شامل پذیرش بیماران و مصدومان حادثه به بیمارستان خواهد رسید ، اطلاق می گردد .

بخشی از EOC که مسئول ارتباط با بیمارستانها است میبایست به راحتی از طریق کانال های ارتباطی ذکرشده بتواند با سوپروایزر بیمارستان تماس حاصل نموده تا وضعیت های هشدار ، آماده باش ، بحران و خاتمه بحران را به سوپروایزر اعلام نماید .

- ۱ - در صورتی که سوپروایزر مشغول راند بخش های بیمارستان است میبایست از طریق تلفن بیسیم یا اطلاع رسانی مناسب به مرکز تلفن همیشه جهت برقراری ارتباط تلفنی در دسترس باشد .
- ۲ - به محض دریافت اعلام وضعیت از EOC با توجه به آنکه خبر قبلا تایید شده مطابق دستورالعمل ها اقدام شود (فلوچارت شماره ۲)