



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز

بیمارستان دکتر علی شریعتی

کتابچه توجیهی بدو ورود کارکنان پرستاری و مامایی

بازنگری فروردین سال ۱۴۰۳

فهرست مطالب

۳.....	معرفی بیمارستان و مدیران	—
۴.....	رسالت بیمارستان	—
۵.....	قوانین و مقررات	—
۱۰.....	مدیریت آموزش	—
۲۰.....	شرح وظایف پرستار، اتاق عمل یا بیهوشی	—
۳۲.....	نحوه ارزشیابی پرسنل	—
۳۵.....	کنترل عفونت و احتیاطات استاندارد	—
۴۸.....	ایمنی بیمار	—
۶۰.....	آموزش به بیمار و home care (ارتقاء سلامت)	—
۷۴.....	احیای قلبی ریوی	—
۸۷.....	آتش نشانی	—
۹۵.....	مدیریت بحران	—

معرفی بیمارستان

ردیف	عنوان	توضیحات
۱	آدرس	کرج، جاده ماهدشت - بیمارستان و زایشگاه دکتر علی شریعتی
۲	کد پستی	۳۱۸۴۹۴۵۶۱۱
۳	شماره تماس	۳۷۳۰۵۰۰۱-۳۷۳۰۵۰۰۲-۳۷۳۰۲۰۳۰
۴	نمبر	۳۷۳۰۵۰۰۳
۵	تخت مصوب	۱۳۰
۶	تخت فعال	۱۱۴ تخت (به علاوه تعداد ۵۴ تخت زیر ۲۴ ساعت)
۷	درجه ارزشیابی	یک
معرفی بخشها		
1	ICU	شامل ۱۴ تخت داخلی و جراحی
2	CCU	شامل ۱۰ تخت قلبی
3	زنان	شامل ۳۳ تخت داخلی، جراحی، ارتوپدی و اطفال
4	مردان	شامل ۴۰ تخت داخلی، جراحی و ارتوپدی
5	دیالیز	شامل ۳۳ تخت دیالیز
6	اتاق عمل	شامل ۴ تخت عمل و ۴ تخت ریکاوری
7	اورژانس	شامل ۱۶ تخت بستری، ۱ تخت اتاق عمل سرپایی، ۱ تخت احیا
8	زایشگاه	شامل ۲ تخت زایمان - ۳ تخت لیبر - ۱ تخت پره اکلامپسی - ۱ تخت ایزوله - ۲ تخت post partom
9	کلینیک تخصصی	شامل تخصص های: نفرولوژی - نورولوژی - قلب - اطفال - ارتوپدی - چشم - عفونی - جراحی - داخلی - اعصاب و روان - زنان و زایمان - اورولوژی اقدامات پاراکلینیک: - اکوکاردیوگرافی - تست ورزش - اسپیرومتری - شنوایی سنجی - نوار مغز
۱۰	واحدهای پاراکلینیک	شامل: داروخانه - آزمایشگاه - تصویربرداری - سونوگرافی - سی تی اسکن به صورت ۲۴ ساعته و واحد فیزیوتراپی در ساعات اداری

معرفی مدیران

ریاست بیمارستان	آقای دکتر محمد کشاورز روحی
مدیریت بیمارستان	آقای مهندس عباس فتحی پور
مدیریت پرستاری	خانم محبوبه حاجی قاسمی
مسئول امور مالی	آقای احد عزیزی
مسئول امور اداری	آقای پژمان آقایی ارس

بیانیه رسالت بیمارستان دکتر علی شریعتی کرج: (Mission)

بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی دکتر علی شریعتی کرج واقع در استان البرز با مد نظر قرار دادن ارزشها و الگوهای اسالمی با بهره گیری از نیروی انسانی مجرب، تجهیزات پزشکی به روز ضمن توجه به ایمنی بیماران و کارکنان و خواسته ها و دیدگاههای آنان، مسائل زیست محیطی و حقوق شهروندی به ارائه خدمات بهداشتی و درمانی مطلوب به کلیه مراجعین می پردازد

اهداف کلی/کلان: (Goal)

۱. بهبود مستمر کیفیت ارائه خدمات و مراقبت سلامت
۲. ارتقاء فرهنگ ایمنی بیمار
۳. ارتقا مدیریت دانش، آموزش و توانمندسازی کارکنان
۴. بهبود مدیریت بحران و مخاطرات
۵. ارتقا مدیریت هزینه و درآمد (بهره وری)
۶. استقرار گردشگری سلامت

قوانین و مقررات

استانداردهای ملی پوشش بیماران و کارکنان موسسات پزشکی

کلیات:

۱. در اجرای این دستورالعمل رعایت مفاد راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی الزامی است.
۲. لباس فرم کارکنان آموزشی و بهداشتی - درمانی مونث شامل روپوش، شلوار، مقنعه یا روسری (به طوریکه موها و گردن کاملاً پوشیده شوند) کفش و جوراب می باشد.
۳. لباس فرم کارکنان آموزشی بهداشتی درمانی مذکر شامل روپوش، شلوار، کفش و جوراب می باشد.
۴. لباس بیمار بستری (مونث) شامل روسری یا مقنعه، پیراهن بلند (تا بالای زانو) و شلوار می باشد.
۵. لباس بیمار بستری (مذکر) شامل پیراهن و شلوار می باشد.
۶. ضرورتاً در تمام مسیرای جابجایی بیماران (مونث) در داخل یا بین بخش ها، شنل بلند و گشاد یا چادر به پوشش بیماران افزوده می شود.

ضوابط پوشش:

۱. لباس بیمار بستری باید حداقل این ویژگی ها را تامین کند: شناسایی آسان، ارائه خدمات مطلوب درمانی، برخورداری بیمار از راحتی و آسایش کافی و رعایت کرامت و حریم شخصی بیمار
۲. رعایت تمامی شئون پوشش بدن و الزامات درمانی در داخل اتاق های عمل، رادیولوژی، آنژیوگرافی و اسکوپیی ها در لباس های ویژه مورد استفاده بیماران (گان) و حین انجام اعمال الزامی است.
۳. لباس فرم بایستی متناسب با حرفه و در رده های مختلف، متحدالشکل باشد.
۴. در درون بخش های بیمارستانی استفاده از هرگونه پوشش غیرحرفه ای روی لباس فرم مصوب ممنوع است.
۵. در بخش های ویژه ، اتاق عمل ، آنژیوگرافی و فضاهای استریل و نوزادان، کارکنان مکلف به پوشیدن لباس مخصوص این بخش ها می باشند.
۶. رنگ و مدل لباس فرم و لباس مخصوص بخش های مذکور در ماده فوق ، متناسب با نیاز و درخواست هر مرکز درمانی باید به تایید معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی مربوطه برسد.
۷. روپوش باید سالم، تمیز، دکمه ها بسته، اطو کشیده، گشاد و حداقل تا حد زانو با ضخامت مناسب باشد به نحوی که لباس زیر روپوش قابل رویت نباشد. شلوار نباید تنگ، چسبان، کشی یا کوتاه (بالاتر از مچ) باشد.
۸. کفش باید تمیز، جلو بسته، قابل شستشو با پنجه و پاشنه پهن باشد و نکات ایمنی متناسب با حرفه در آن لحاظ شود و هنگام راه رفتن صدا ندهد.
۹. زیورآلات در نواحی از بدن که در معرض آلودگی میکروبی یا محیطی هستند نباید استفاده شوند.

۱۰. استفاده از هرگونه ماده بودار تند یا حساسیت زا در محل کار ممنوع می باشد.
۱۱. ناخن ها باید کوتاه و تمیز و مرتب باشد. استفاده از لاک و رنگ ناخن و ناخن مصنوعی در محیط های ارائه خدمات درمانی ممنوع است.
۱۲. الصاق کارت شناسایی عکس دار، حاوی نام خانوادگی کامل و حرف اول نام، سمت فرد و محل خدمت در جلوی لباس به نحوی که براحتی از فاصله ۲ متری قابل خواندن باشد برای تمامی کارکنان در محیط های درمانی الزامی است.
۱۳. هر گونه تصویربرداری، فیلمبرداری و ضبط صدا از بیمار با استفاده از تلفن همراه و غیره بدون اجازه کتبی بیمار ممنوع است.

طرح، محتوی و رنگ زمینه فرم پرسنل بیمارستان دکتر علی شریعتی

پرستار:

خانم: روپوش و شلوار سرمه ای، مقنعه سرمه ای، کفش مشکی یا سفید
آقا: روپوش سفید، شلوار سورمه ای، کفش مشکی

ماما:

روپوش، شلوار و مقنعه سبز، دمپای رو بسته و قابل شستشو

اتاق عمل و هوشبری:

خانم: روپوش، شلوار و مقنعه سبز یا آبی، دمپایی رو بسته و قابل شستشو
آقا: روپوش، شلوار و کلاه سبز یا آبی، دمپایی رو بسته و قابل شستشو

منشی بخش:

خانم: روپوش و شلوار سبز، مقنعه مشکی، کفش مشکی
آقا: روپوش و شلوار سبز، کفش مشکی

بیمار:

خانم: روپوش و شلوار سفید، مقنعه سفید، کفش سفید
آقا: روپوش و شلوار سفید، کفش سفید

کمک بیمار:

خانم: روپوش و شلوار کرم، مقنعه بنفش یا یاسی، کفش مشکی
آقا: روپوش و شلوار کرم، کفش مشکی

۱. مدیران و کارمندان موسسه خدمت گزاران مردم هستند و باید با رعایت موازین اخلاق اسلامی و اداری و طبق سوگندی که در بدو ورود اداء نموده و منشور اخلاقی و اداری که امضاء می نمایند وظایف خود را به نحو احسن در راه خدمت به مردم و با در نظر گرفتن حقوق و خواسته های قانونی آنها انجام دهند.

۲. کارمندان رسمی و پیمانی موسسه سالی سی روز حق مرخصی کاری با استفاده از حقوق و مزایای مربوط را دارند. حداکثر نیمی از مرخصی کارمندان در هر سال قابل ذخیره شدن است. (جهت کارکنان قراردادی ۹ روز بنا به درخواست بازخرید می شود).

۳. کارمندان می توانند به هر میزان از ذخیره مرخصی استحقاقی خود پس از موافقت مسئول مربوط استفاده نمایند.

۴. بازخرید مرخصی استحقاقی ذخیره شده با درخواست کارمند در طول هر دوره ده ساله خدمتی، فقط برای یکبار در هر دوره و در صورت وجود اعتبار و پس از تصویب در هیات رئیسه موسسه بلامانع می باشد.

۵. به منظور تحکیم و تکریم نهاد خانواده، کارمندان موسسه در موارد ذیل حق برخورداری از هفت روز مرخصی اضطراری علاوه بر سقف مرخصی استحقاقی سالانه را دارند. مرخصی مذکور قابل ذخیره یا بازخرید نمی باشد.

الف) ازدواج دائم کارمند

ب) ازدواج فرزند کارمند

ج) فوت بستگان درجه یک شامل: همسر، فرزند، پدر، مادر، خواهر و برادر

۶. کارمندان اعم از قراردادی، پیمانی، رسمی آزمایشی و رسمی که به حج تمتع مشرف می شوند مجاز خواهند بود فقط یک بار از یک ماه مرخصی تشویقی استفاده نمایند که جزء مرخصی استحقاقی منظور نخواهد شد.

۷. کارمندان موسسه می توانند از مرخصی کمتر از یک روز که جزیی از مرخصی استحقاقی می باشد، استفاده کنند. حداکثر مرخصی ساعتی به میزان نصف ساعت کاری روزانه است. در صورت استفاده بیش از مدت ذکر شده، یک روز مرخصی استحقاقی محاسبه می شود.

۸. تعطیلات رسمی (جمعه و غیر جمعه) بین مرخصی های استحقاقی جهت کلیه پرسنل جزء مرخصی محسوب نمی شود.

۹. کارمندان رسمی، رسمی آزمایشی و پیمانی می توانند در طول مدت خدمت خود با موافقت موسسه حداکثر سه سال از مرخصی بدون حقوق استفاده نمایند و در صورتی که کسب مرخصی برای ادامه تحصیلات عالی در رشته مربوط به شغل کارمندان یا نیاز موسسه باشد، تا مدت دو سال دیگر قابل افزایش خواهد بود.

۱۰. کارمندان موسسه که همسر ایشان جهت مأموریت یا ادامه تحصیل اعزام می شوند ، می توانند حداکثر به مدت ۶ سال (بدون محاسبه مرخصی بدون حقوق استفاده شده قبلی) از مرخصی بدون حقوق استفاده نمایند.
۱۱. کارمندان موسسه در صورت ابتلا به بیماری که مانع از انجام خدمت شود تا سه روز با گواهی پزشک معالج و تایید پزشک معتمد موسسه و مازاد بر سه روز تا سقف چهار ماه با تایید شورای پزشکی ، می توانند از مرخصی استعلاجی استفاده نمایند. (در صورت نیاز به استفاده بیش از چهار ماه ، تایید مجدد شورای پزشکی الزامی است).
۱۲. حقوق و مزایای کارمند در ایام مرخصی استعلاجی تا بهبودی کامل یا از کار افتادگی کلی حداکثر به مدت یک سال به میزان حقوق ثابت و فوق العاده های مستمر که حسب مورد به کارمند داده شده است ، قابل پرداخت می باشد . برای مدت مازاد بر یک سال ، فقط حقوق ثابت قابل پرداخت خواهد بود.
۱۳. به بانوان باردار برای هر بار وضع حمل ، نه ماه مرخصی زایمان با استفاده از حقوق و فوق العاده های مربوط تعلق می گیرد که در هر صورت از نه ماه بیشتر نخواهد بود.
۱۴. مدت مرخصی زایمان برای زایمان های دوقلو ، نه ماه و برای زایمان های سه قلو و بالاتر ، یک سال تعیین می شود.
۱۵. مدت مرخصی استعلاجی بانوانی که در طول دوران بارداری با تایید پزشک معالج از مرخصی استعلاجی استفاده می کنند ، از سقف مرخصی زایمان آنها کسر نخواهد شد.
۱۶. به کارمندانی که همسر ایشان وضع حمل می نمایند ، مدت پانزده روز مرخصی اضطراری مراقبت از همسر تعلق می گیرد. این مرخصی قابل بازخرید و ذخیره نمی باشد.
۱۷. مرخصی زایمان در خصوص مادرانی که فرزند آنها مرده به دنیا می آید دو ماه خواهد بود.
۱۸. به کارمندانی زن پس از اتمام مرخصی زایمان تا سن ۲۴ ماهگی فرزند ، روزانه یک ساعت مرخصی شیردهی تعلق می گیرد.
۱۹. کارکنان مشمول صندوق تامین اجتماعی از نظر استفاده از مرخصی استعلاجی تابع مقررات قانون تامین اجتماعی می باشند و موسسه مجاز به پرداخت حقوق و مزایای آنان در ایام مرخصی استعلاجی نمی باشد.
۲۰. نحوه استفاده از مرخصی های استحقاقی ، استعلاجی ، بدون حقوق و مراقبت و شیردهی به موجب دستورالعملی خواهد بود که از سوی هیات امناء تصویب می شود.

(آئین نامه اداری و استخدامی کارمندان غیر هیات علمی دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور)

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

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

الف) تاخیر ورود تا ۲ ساعت در هر ماه قابل اغماض بوده و در مرخصی استحقاقی منظور می گردد.

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

ماده ۳ - خروج از محل خدمت زودتر از ساعات مقرر نیز تعجیل خروج محسوب گردیده و حسب مورد مشمول حکم قسمتهای (الف) و (ب) خواهد بود.

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

الف) وقوع حوادث و سوانح غیرمترقبه برای مستخدم، همسر و فرزندان تحت تکفل و نیز سایر افراد خانواده در صورتیکه تحت تکفل وی باشند.

ب) احضار مستخدم توسط مراجع غذایی و انتظامی با ارائه گواهی مرجع احضارکننده .

تبصره - تشخیص موارد مذکور با مدیر واحد ذیربط خواهد بود.

ماده ۵ - به مستخدمینی که در هر ماه بیش از ۴ بار تاخیر ورود یا تعجیل خروج غیرموجه داشته و جمع مدت تاخیر مزبور به بیش از ۴ ساعت در ماه برسد برای بار اول و دوم کتبا اخطار خواهد شد و در صورت تکرار پرونده مستخدم خاطی جهت رسیدگی به هیات رسیدگی به تخلفات اداری ارجاع خواهد گردید.

تبصره - تاخیر ورود یا تعجیل خروج بیش از ۸ ساعت در هر ماه در هر حال مشمول حکم این ماده خواهد بود. کارگزینی دستگاههای اجرائی مسئول پیگیری اجرای این آئین نامه می باشد.

مقررات کلی:

۱. لزوم عضویت در سازمان نظام پرستاری و داشتن شماره نظام پرستاری جهت گروه پرستاری و عضویت در نظام

مامایی جهت گروه مامایی (هماهنگی با رابط نظام پرستاری در بیمارستان سرکار خانم بختیاری)

۲. لزوم تهیه مهر پرستاری که شماره نظام پرستاری در آن قید داشته باشد جهت گزارش نویسی

۳. لزوم داشتن بیمه مسئولیت حرفه ای (هماهنگی با واحد کارگزینی جهت بیمه سامان)

مدیریت آموزش

مدیریت آموزش فراهم آوردن شرایط مناسب برای امور آموزشی است که منجر به یاد گیری اصیل ، عمیق و پایدار در فراگیر می گردد و کمک می کند نیازهای آموزشی بدرستی شناسایی شده و بر اساس این نیازها هدف گذاری انجام و برنامه های آموزشی مطلوب تدوین گردد. سپس برای تحقق هدفها سازماندهی لازم بعمل آید و انجام امور هدایت و رهبری شود.

اهمیت آموزش

پیشرفت تکنولوژی و دانش و آگاهی در علوم مراقبتی از بیماران بسرعت رو به توسعه می باشد به گونه ای که دانش موجود در مدت کوتاهی کهنه و قدیمی می شود . بنا براین جهت کسب دانش و مهارتهای جدید ، پرستاران نیاز به آموزش مستمر دارند.

رویکرد سیستمی در فعالیتهای آموزشی

سیستم (نظام) مجموعه ای از اجزا بهم پیوسته است که برای تحقق هدف معینی استقرار می یابد. اجزای اصلی نظام آموزش عبارت است از : درون داد- فرایند- برون داد

مدیریت درون داد:

مدیریت درون داد اولین مرحله از نظام آموزش را تشکیل می دهد که به سازماندهی، هدایت و ارزیابی درون داد ها می پردازد. همانطور که قبلا اشاره شد درون دادهای نظام آموزش شامل نیاز سنجی ، اهداف آموزشی ، نیروی انسانی (مدرس- فراگیر)، وسایل و تجهیزات، برنامه ریزی آموزشی، بودجه، تسهیلات،... می باشد.

تعریف نیازسنجی:

نیاز سنجی آموزشی عبارت است از شناسائی نیازها (فاصله آنچه هست و آنچه باید باشد) درجه بندی آنها به ترتیب اولویت و انتخاب نیازهایی است که باید کاهش یابند یا حذف شوند.

منابع نیاز سنجی:

۱. اهداف و آرمانها
۲. نوع کار
۳. انتظارات
۴. ارزیابی عملکرد و آگاهی و بینش کارکنان
۵. پیش بینی موقعیت های جدید
۶. مشکلات و اشتباهات
۷. رضایت مندی

۸. کارکنان
۹. شاخص های مراقبتی – مدیریتی
۱۰. مدیران
۱۱. سرپرستاران
۱۲. مسئولین شیفتها
۱۳. پزشکان
۱۴. مددجویان

برای اولویت بندی نیازهای آموزشی موارد زیر در نظر گرفته می شود:

- حیاتی بودن رفع نیاز
- تعداد افراد درگیر یک مسئله (نیاز)
- اهداف سازمان
- طول مدت در اختیار قرارداده شده جهت رفع نیاز
- هزینه های از دست رفته
- منابع موجود
- راهبردها و خط مشی های سازمان

اعتبار نیازسنجی ها طولانی نیست و با تغییرات تغییر می کند حداکثر زمان اعتبار بین ۶ ماه تا یک سال است.

اهداف آموزشی:

چرا اهداف آموزشی باید تدوین شوند:

- + مشخص کردن هدف پیدا کردن مسیر و جهت حرکت را آسانتر می کند.
- + وجود اهداف آموزشی به تدوین علمی محتوا کمک می کند
- + اهداف به انتخاب درست و منطقی شیوه های تدریس کمک می کند.
- + انتخاب صحیح رسانه ها و وسایل آموزشی بدون در نظر گرفتن هدف ممکن نیست.
- + اهداف نحوه ارزشیابی و سنجش اثربخشی آموزش را تعیین می کند.
- + فراگیران را به سمت یادگیری و عملکرد مورد نظر هدایت می کند.

انواع اهداف آموزشی

- **اهداف کلی:** که نشاندهنده محدوده محتوای مورد بحث است.

■ **اهداف جزئی :** اهدافی که صریح و روشن بوده و با حصول مجموع آن می توان به هدف کلی رسید. (معمولا در حیطه شناختی تدوین می شود)

■ **اهداف رفتاری:** به هدفی گفته می شود که “رفتار” و یا عملی که بروز آن از فراگیر انتظار می رود را به صورت فعلی قابل مشاهده و قابل اندازه گیری تدوین کرده باشد.

خصوصیات اهداف : با توجه به انتظاراتی که از تعیین اهداف داریم ، اهداف باید:

۱. قابل اندازه گیری باشد

۲. قابل مشاهده باشد

۳. قابل اجرا باشد

فراگیران :

■ نیاز دارند بدانند که چرا باید چیزی را یاد بگیرند؟ آنها هر وقت نیاز را احساس کنند یا جای کاربرد مطالب را بدانند آمادگی بیشتری برای یاد گیری خواهند داشت.

■ باید بخشی از مسئولیت یادگیری خود را بپذیرند و در فرایند آموزش درگیر شده و مشارکت نمایند (تعیین نیازها و اهداف)

■ شیوه های یادگیری متفاوتی دارند که نیاز به استراتژیهای مختلف آموزش و یادگیری دارد.

■ هم با انگیزه درونی و هم با انگیزه های بیرونی برانگیخته می شوند اما انگیزه های درونی مانند: فعالیت شغلی و عزت نفس ، کیفیت زندگی و... تاثیر بیشتری دارند.

■ نیاز عمیقی به خود رهبری دارند.

مدرس

■ جنبه هایی که برای سنجش ویژگیهای تدریس مدرسان مورد توجه قرار می گیرد شامل موارد زیر است :

■ تسلط آنها بر موضوع درسی

■ نگرش آنها نسبت به آموزش

■ مهارتهای مدیریت کلاس

طرح درس

در تدوین طرح درس، مطالب زیر باید گنجانده شود:

۱. عنوان

۲. هدف کلی

۳. اهداف ویژه

۴. روش تدریس و وسایل آموزشی مورد استفاده

۵. نام مدرس
۶. زمان اجرا
۷. مدت اجرا
۸. گروه فراگیران
۹. مکان آموزش
۱۰. روش ارزشیابی
۱۱. حدود انتظارات از فراگیران

تسهيلات و خدمات آموزشی:

- جا و مکان
- زمان آموزش
- روش آموزش
- تجهیزات لازم برای آموزش
- منابع آموزشی

مدیریت فرایند آموزش:

مفاهیم کلی در فرایند آموزش شامل: تعریف یادگیری - تعریف آموزش - تئوری های یادگیری - اصول یادگیری و روش های آموزش است.

تعریف یادگیری

تغییرات دائمی در رفتار یا در الگوی رفتاری که از تجربه ممتد ناشی می شود .

آموزش

- فرایند اکتساب یا بهبود مهارت های مورد نیاز برای انجام دادن یک عمل یا وظیفه ی شغلی.
- فرایند آموزش، موجب وقوع تجربه های یادگیری می شود و بدین ترتیب، یادگیرندگان می توانند وظایف خود را در زمان حال و آینده، با کارایی و اثربخشی بیشتری انجام دهند.

تئوری های یادگیری

- آزمایش و خطا
- انعکاس شرطی
- گشتالت
- عکس العمل ارادی یا فعال

- یادگیری مکاشفه ای

روش های تدریس سنتی (حضور)

- سخنرانی
- مباحثه
- حل مسئله
- ایفای نقش

آموزش مجازی

- جدایی زمانی و مکانی فراگیران
- عرضه آموزش از سوی مؤسسات بجای مدرسین
- بکارگیری «رسانه»
- امکان تماس دو جانبه (رابطه چندسویه)
- انجام فرآیند یاددهی - یادگیری

تعریف آموزش الکترونیکی

استفاده از فناوری برای طراحی، ارائه، انتخاب، به کار بردن، حمایت و گسترش دادن یادگیری

مدیریت برونداها :

ارزشیابی اثر بخشی آموزشها

در رویکرد سیستمی با ارزشیابی می توان در مورد اینکه آیا: برونداد موردانتظار (واسطه ای؛ نهایی؛ پیامد) از آموزش حاصل شده یا نه ؟ هزینه های مصرف شده با اثرات آموزشی مطابقت دارد یا نه؟ آنچه در آموزشها اتفاق می افتد بر بالین بیمار مشاهده می شود یا نه؟ قضاوت کرد.

اهداف ارزشیابی:

۱. تعیین میزان دستیابی به اهداف (تصمیم گیری)
۲. متقاعد کردن افراد ذیربط درباره نظام آموزشی (پاسخگویی)
۳. فراهم کردن موقعیتی برای آموزش کارکنان درباره ابعاد آموزشی
۴. اتخاذ تصمیم درخصوص ادامه، یا عدم ادامه آموزشهای تخصصی
۵. برانگیختن افراد شاغل درنظام آموزشی جهت کوشش به منظور ارتقاء
۶. بدست آوردن اطلاعاتی درخصوص بهبود فرصتهای آموزشی آینده

۷. مستند کردن کوششهای مورد اجرا
۸. تقویت ارتباط فرآیند آموزش با افراد ذینفع و ذیربط

مدل کرک پاتریک Kirk patric

چهار مرحله مختلف را برای ارزشیابی یک برنامه آموزشی پیشنهاد می کند :

- ۱- ارزشیابی واکنشی
- ۲- ارزشیابی دانش
- ۳- ارزشیابی رفتار
- ۴- ارزشیابی نتایج

اصول ارزشیابی:

- ۱- تعیین میزان اطلاعات فراگیران قبل از اجرای برنامه در درجه اول ارزشیابی برنامه آموزشی قرار دارد.
- ۲- ارزشیابی برنامه های آموزشی قسمتی از برنامه آموزشی است و باید بطور مداوم درضمن اجرای برنامه انجام پذیرد.
- ۳- ارزشیابی برنامه های آموزشی باید درخاتمه دوره انجام گیرد.
- ۴- ارزشیابی برنامه های آموزشی پس از اتمام دوره و درهنگام اجرای وظایف در محیط واقعی کار نیز ادامه یابد.
- ۵- در ارزشیابی برنامه آموزشی باید از کلیه افرادی که بطورمستقیم و غیرمستقیم در این برنامه ها سهیم هستند و حتی بهره مند شوندگان از این خدمات نظرخواهی کرد (بیماران ؛ پزشکان.....)
- ۶- اهمیت ارزشیابی استفاده از نتایج آن در برنامه های آموزشی آینده است .

روشهای ارزشیابی:

- ۱- روش پیش آزمون و پس آزمون
- ۲- روش آزمون عملکرد قبل و بعد از آموزش
- ۳- روش تجربی کنترل گروهی

چگونگی و مراحل اجرای ارزیابی برنامه های آموزشی

مرحله اول: قبل از شروع برنامه

- ۱- تنظیم اساس برنامه
- ۲- معیاری برای مقایسه نتایج ارزشیابی نهایی

مرحله دوم : بلا فاصله بعد از برگزاری دوره (ارزیابی واکنشی)

در این مرحله واکنشهای فراگیران در خصوص: دشواری دروس، ویژگیهای مدرسین، فضای کلاس، پاسخگویی به نیازها و..... ارزیابی می شود.

مرحله سوم: تعیین سطح یادگیری (برونداد واسطه ای)

مرحله چهارم: ارزیابی آموخته ها در محیط واقعی کار (برونداد نهایی)

مرحله پنجم: ارزیابی کار آیی برنامه بر کل سازمان (دست آوردها؛ پیامدها)

مرحله ششم: تعیین جبران هزینه های صرف شده جهت آموزش

برحسب تعریف زمانی کار آیی قابل توجه است که با سطح معینی هزینه برونداد بیشتر و بهتری بدست آورد.

سیاستهای آموزشی کارکنان پرستاری در مرکز دکتر علی شریعتی

✓ اهداف آموزشی کارکنان پرستاری

- توانمندسازی کارکنان جهت ایفای نقش موثر نقش ها و وظایف مدیریتی
- افزایش کیفیت خدمات درمانی و مراقبتی و ارتقای ایمنی بیمار از طریق توسعه دانش و مهارت های علمی و عملی کارکنان
- آماده سازی کارکنان جهت انتصاب به سطوح شغلی بالاتر و یا پذیرش نقش های جدید

✓ گروه های هدف برنامه های آموزشی:

- گروه های هدف برنامه های آموزشی شامل سوپروایزران - سرپرستاران - پرستاران - هوشبری - اتاق عمل - بهیاران و کمک بهیاران می باشند.

✓ مجری برنامه های آموزشی:

- مجری برنامه های آموزشی بر اساس عناوین آموزشی هر واحد می تواند سوپروایزر آموزشی - سوپروایزر ارتقاء سلامت یا سوپروایزر کنترل عفونت باشد.

✓ سیاستهای آموزشی کارکنان پرستاری براساس 4 مرحله نیازسنجی آموزشی /لویت بندی برنامه های آموزشی /

تعیین شیوه های آموزشی /ارزیابی برگزاری دوره های آموزشی انجام می شود .

۱. نیازسنجی آموزشی کارکنان

نظر به اینکه اساسی ترین گام در تدوین و اجرای برنامه های آموزشی، اجرای صحیح فرایند نیازسنجی می باشد، نیازسنجی کارکنان پرستاری بر مبنای معیارهای ذیل انجام می شود:

- بر مبنای توسعه فردی کارکنان رده های پرستاری
- بر مبنای شرح وظایف مصوب
- بر مبنای نتایج ارزیابی عملکرد

- بر مبنای نیازهای آتی و اهداف سازمان
- بر مبنای شیوع بیماری های بازپدید و نوپدید

تعیین نیازهای های آموزشی در هر بخش توسط سرپرستار، سوپروایزر ارتقاء سلامت و سوپروایزر کنترل عفونت و با مشارکت سوپروایزر آموزشی در فرم مربوطه که به تایید مدیر پرستاری می رسد صورت می گیرد.

۲. الویت بندی برنامه های آموزشی

پس از انجام نیازسنجی، اولویت بندی برنامه های آموزشی برای کلیه کارکنان رده پرستاری (سوپروایزر، سرپرستار، پرستار، کاردان/کارشناس اتاق عمل و هوشبری، بهیار و کمک بهیار) بر اساس نظریه پرسنل، نظریه مسئول واحد، نظر سازمان (بهبود کیفیت) و نظر سوپروایزر آموزشی انجام می شود.

۳. تعیین شیوه های آموزشی

- برگزاری دوره های آموزشی حضوری/ غیر حضوری (الکترونیک) به صورت درون بخشی
- برگزاری دوره های آموزشی حضوری/ غیر حضوری (الکترونیک) به صورت درون بیمارستانی
- در دوره های آموزشی حضوری با توجه به نوع مبحث آموزشی از شیوه های سخنرانی- مباحثه- حل مساله و ایفای نقش استفاده می گردد.

۴. ارزیابی برگزاری دوره های آموزشی حضوری

بررسی اثربخشی دوره های آموزشی بر اساس الگوی ارزشیابی کرک پاتریک انجام می شود. بر این اساس اثربخشی در چهار سطح انجام می شود.

۱. **واکنش:** منظور از واکنش میزان عکس العملی است که فراگیران به کلیه عوامل موثر در اجرای یک دوره آموزشی از خود نشان می دهند. این واکنش از طریق پرسشنامه الکترونیک (دوره های با مجوز ضمن خدمت) و پرسشنامه کاغذی (دوره های بدون مجوز ضمن خدمت) انجام می شود.

۲. **یادگیری (دانش):** عبارت است از تعیین میزان فراگیری مهارتها، تکنیک ها و حقایقی است که طی دوره آموزشی به شرکت کنندگان آموخته شده و برای آنان روشن گردیده است که از طریق آزمون قبل و بعد از شرکت در دوره آموزشی (پیش آزمون و پس آزمون) یا آزمون یک ماه بعد از پایان دوره انجام می شود.

۳. **رفتار:** منظور از رفتار چگونگی و میزان تغییراتی است که در رفتار شرکت کنندگان در اثر شرکت در دوره آموزشی حاصل می شود و آن را می توان با ادامه ارزیابی در محیط واقعی کار روشن ساخت. که بر اساس چک لیست های مربوطه به طور معمول یک ماه پس از برگزاری دوره آموزشی توسط مسئول مستقیم بخش/ سوپروایزر آموزشی مورد ارزیابی و سنجش قرار می گیرد.

۴. **نتایج:** منظور از نتایج میزان تحقق اهدافی است که به طور مستقیم به سازمان ارتباط دارد. که از طریق تاثیر دوره ها بر شاخص های عملکردی مورد سنجش قرار می گیرد (مثلا برگزاری دوره آموزشی ارتباطات موثر به چه میزان در شاخص رضایتمندی بیماران نقش داشته است یا اینکه برگزاری دوره آموزشی CPR به چه میزان در شاخص CPR موفق بیمارستان نقش داشته است. که بر اساس چک لیستهای مربوطه هر شش ماه پایش می شود.

✓ نحوه تامین منابع مورد نیاز:

- بودجه آموزشی در ابتدای سال تخمین زده و در کمیته مدیران اجرایی به تصویب می رسد.
- سالن آموزش جهت اجرای برنامه های آموزشی و تجهیزات آموزشی شامل لب تاب- ویدئو پروژکتور- مولاژ - تخته وایت برد در سالن آموزش موجود می باشد که با هماهنگی سوپروایزر آموزشی قابل استفاده است.
- سایر منابع مورد نیاز شامل فراگیران- مدرسان و برنامه درسی که متناسب هر دوره آموزشی حداقل از یک ماه قبل توسط مجری برنامه های آموزشی (سوپروایزر آموزشی) تعیین می گردند.

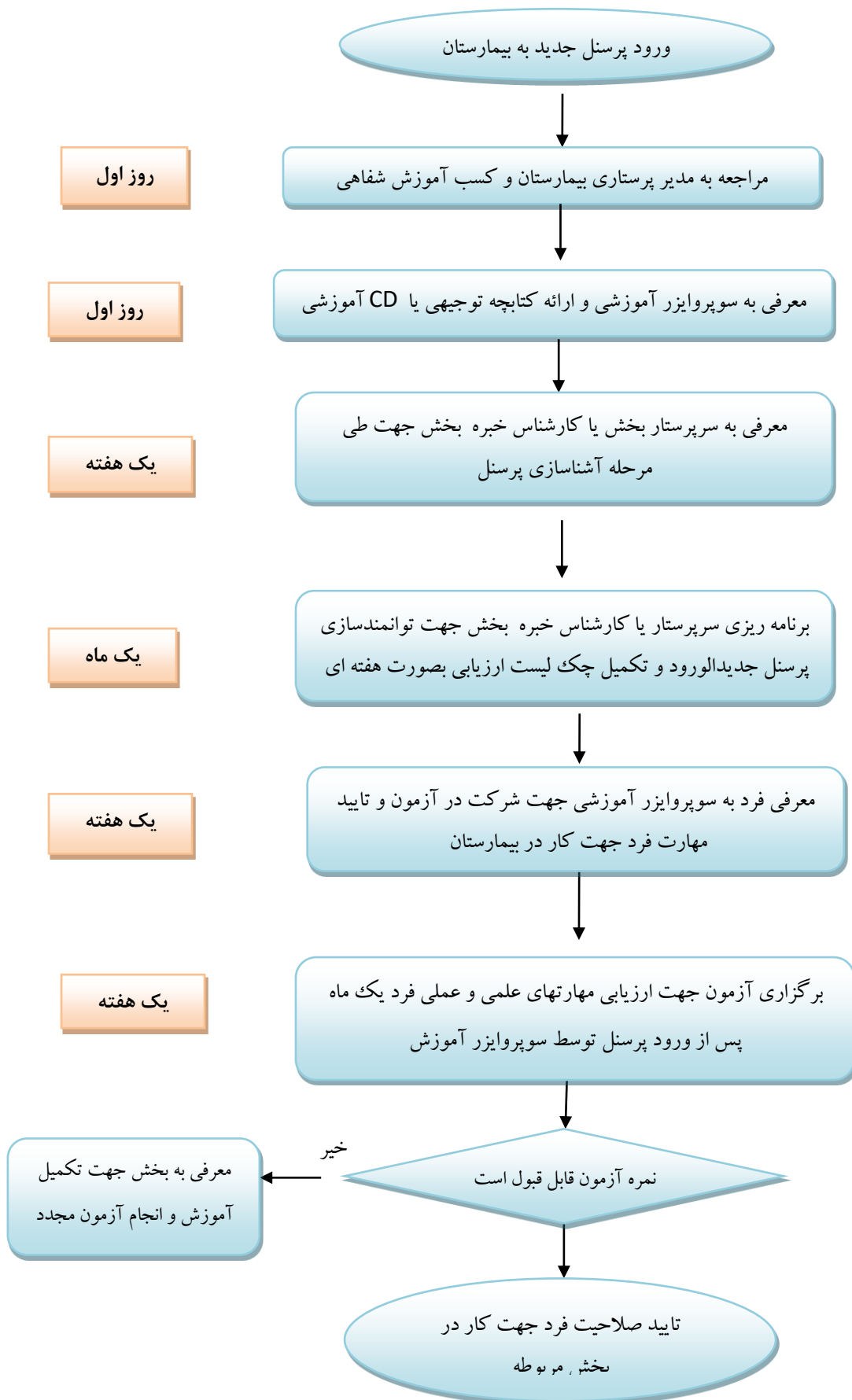
✓ نظارت بر حسن اجرای برنامه های آموزشی:

نظارت بر اجرای برنامه های آموزشی بر عهده سوپروایزر آموزشی بوده که موارد ذیل در نظارت ها مورد توجه قرار می گیرد.

- نحوه برگزاری کلاس ها
- نحوه تدریس مدرس
- حضور موثر فراگیران

سوپروایزر آموزشی این مرکز خانم معصومه سرداری هستند

نمودار فرایند آموزش پرسنل جدیدالورود در کلیه مراکز درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی البرز



شرح وظایف

پرستاری عمومی

وظایف عمومی پرستار با هدف کمک به مددجو / بیمار جهت حفظ، بازیابی و ارتقاء سطح سلامتی (جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی) با دید جامع و جامعه نگر در تمامی سطوح مراقبتي مبتنی است بر:

- رعایت اخلاق حرفه ای

- رعایت منشور حقوق مددجو / بیمار

- توجه به آموزه های دینی ، فرهنگی و معنوی

- کاربرد فرآیند پرستاری و استانداردهای مراقبتي

- تامین مراقبت های موثر، کارآمد و در دسترس آحاد جامعه

- برقراری ارتباط موثر حرفه ای و بین حرفه ای با تاکید بر فرهنگ کار گروهی

- جلب اعتماد، اطمینان مددجو و خانواده ی وی و تامین ایمنی همه جانبه بیمار

و وظایف پرستار در دو حوزه ی همکاری با مدیریت و ارائه مراقبت جامع به شرح زیر می باشد:

الف: همکاری با مدیریت بخش در جمع آوری و گزارش اطلاعات شامل:

۱- شاخص های کمی و کیفی منابع انسانی، تجهیزات مصرفی / سرمایه ای، دارو، محیط فیزیکی و وقایع و حوادث بخش

۲- مشکلات مددجویان / بیماران و کارکنان

۳- کیفیت ارائه مراقبت

۴- موارد ایمنی و خطا

ب: ارائه مراقبت ایمن، مطلوب و اخلاقی براساس فرآیند پرستاری و استانداردها، جهت تامین نیازهای جسمی، روانی،

اجتماعی و معنوی مددجو / بیمار شامل:

۱- شناسایی و پذیرش مددجو / بیمار

۲- معرفی خود و در مواقع لزوم همکاران به مددجو / بیمار

۳- آشناسازی مددجو / بیمار با محیط

۴- بررسی وضعیت سلامت بیمار / مددجو (شرح حال و معاینه فیزیکی) و ثبت در پرونده کاغذی / الکترونیکی

۵- تعیین و ثبت مشکلات و نیازهای بیمار / مددجو مبتنی بر تشخیص های پرستاری

۶- تحویل بیمار بر بالین، بخش و تجهیزات بر اساس دستورالعمل و گزارش اقدامات انجام شده و پیگیری هایمراقبتی / درمانی در پایان شیفت

۷- برنامه ریزی، اجرا و ارزیابی اقدامات مراقبتی بر اساس اهداف و الویت ها و ثبت در پرونده:

۷-۱ حفظ توانایی های مددجو و ارتقاء سطح سلامت در همه ابعاد آن

۷-۲ اجرای دستورات پزشکی با انجام مراحل چک و کنترل پرونده، اجرا و ثبت کامل در پرونده ماندکنترل و ثبت علائم حیاتی

۷-۳ تامین نیازهای اکسیژن رسانی و تهویه (تمرینات تنفسی، باز نگه داشتن راه هوایی، اکسیژن درمانی، ساکشن راه هوایی، مراقبت از چست تیوب، لوله تراشه، تراکئوستومی)

۷-۴ بررسی نتایج پاراکلینیکی و تشخیص موارد بحرانی و اطلاع به پزشک معالج

۷-۵ همراهی با پزشک به هنگام ویزیت و ارائه گزارش لازم به سرپرستار و پزشک معالج و همکاری در انجام پروسیجرهای مورد نیاز با پزشک مربوطه

۷-۶ نظارت بر تامین نیازهای تغذیه ای و رژیم غذایی مددجو، سوند گذاری معده، گاوآژ، تغذیه کاملوریدی و انجام مراقبتهای لازم

۷-۷ نظارت بر تامین نیازهای دفعی مددجو و اجرای سوندگذاری مثانه، شست و شوی مثانه، مراقبت از سوند و درن ها، لاواژ و مراقبت از استومی ها

۷-۸ نظارت بر تامین بهداشت فردی مددجو

۷-۹ نظارت بر ایجاد حداکثر تحرک در بیمار (حرکت در تخت، خروج از تخت، انتقال به صندلی، تغییر وضعیت، بکارگیری وسایل کمک حرکتی) و انجام حرکت فعال و غیر فعال

۷-۱۰ بررسی مددجو / بیمار به منظور حفظ تعادل الکترولیت ها، کنترل و ثبت جذب - دفع

۷-۱۱ مراقبت از سیستم پوستی: ارزیابی خطر زخم فشاری و انجام اقدامات پیشگیرانه، مراقبت از انواع زخم و بخیه

۷-۱۲ کنترل و ثبت سطح هوشیاری بیمار و برقراری تحریکات محیطی مناسب و مراقبت از بیمار دچار کاهش سطح هوشیاری

۷-۱۳ مراقبت و توجه به بهداشت روان مددجویان / بیماران

- ۱۴-۷ ایجاد شرایط مناسب جهت تامین نیازهای اعتقادی، معنوی و مذهبی بیمار/مددجو
- ۱۵-۷ حفظ و ارتقای کیفیت زندگی و خودکفایی در فعالیتهای روزمره زندگی با همکاری و مشارکت تیمتوانبخشی و توانمند سازی بیمار از طریق مشارکت فعال در تصمیم گیریهای مراقبتی
- ۱۶-۷ اجرای دستورات دارویی: تزریقی (جلدی، زیر جلدی، داخل جلدی، وریدی، عضلانی و واکسیناسیون)، استنشاقی، خوراکی، قطره ها، پماد ها، پچ های دارویی و داروهای واژینال و رکتال
- ۱۷-۷ انجام انفوزیون مایعات وریدی و ترانسفوزیون خون و فرآورده های آن
- ۱۸-۷ همکاری در انجام اقدامات تشخیصی، مراقبتی و درمانی
- ۱۹-۷ انجام انواع نمونه گیری ها و کشت (شرایط اورژانس)
- ۲۰-۷ آتل گیری، کشش پوستی، بخیه لایه های سطحی پوست
- ۲۱-۷ انجام اقدامات اولیه احیای قلبی ریوی تا حضور تیم احیا و مشارکت در احیای پیشرفته بر اساس وظایف محوله
- مشارکت و همراهی در انتقال بین بخشی بیمار، نظارت و مراقبت از وضعیت وی در حین انتقال و ارائه گزارشات و مستندات مربوطه
- ۲۲-۷ مدیریت درد بیمار / مددجو و انجام اقدامات لازم جهت کاهش آن بر اساس دستور پزشک و تشخیصهای پرستاری
- ۲۳-۷ رعایت استانداردهای ایمنی ابلاغی، انجام اقدامات درمانی و مراقبتی مبتنی بر استانداردهای ایمنی و ثبت وقایع ناخواسته در صورت بروز در پرونده بیمار
- ۲۴-۷ انجام اقدامات مناسب پرستاری جهت تامین ایمنی مددجو و پیشگیری از حوادث احتمالی
- ۲۵-۷ ارائه اقدامات پرستاری قبل و بعد از عمل (با توجه به نوع عمل مددجویان)
- ۲۶-۷ مراقبت از بیمار در حال احتضار و خانواده وی و نظارت بر امر مراقبت از جسد مطابق موازین شرعی
- ۲۷-۷ شرکت و همراهی با پزشک در ویزیت مددجو / بیمار، گزارش اقدامات انجام شده، مشاهدات و پاسخ های مددجو در جهت تعیین خط مشی درمانی و مراقبتی مناسب
- ۲۸-۷ ثبت کلیه اقدامات انجام شده در فرم های مصوب و پرونده مددجو / بیمار
- ۲۹-۷ راهنمایی و مشاوره به مددجو / بیمار در خصوص نحوه مراقبت از خود و در صورت لزوم ارجاع
- ۳۰-۷ آماده سازی، ارائه توضیحات و آموزش مددجو / بیمار جهت ترخیص، پی گیری و ارائه خدمات پرستاری در منزل پس از ترخیص با هماهنگی واحد ارجاع به مرکز مراقبت در منزل بیمارستان

۷-۳۱ توجه و اقدام به آرام سازی محیط فیزیکی، کنترل دما، نور و سرو صدای محیط بستری بیمار و تامین شرایط استراحت بیماران و در صورت لزوم هماهنگی با سایر واحدها نظیر تاسیسات به صورت مستقیم یا از طریق سوپروایزر بالینی

ج: وظایف مربوط به آموزش / پژوهش نوآوری / بهبود کیفیت

۱- توانمند سازی و رشد حرفه ای خود، همکاران، دانشجویان و سایر اعضای تیم سلامت، از طریق شرکت در برنامه های آموزش ضمن خدمت، آموزش مداوم و توسعه علم به منظور تمدید مداوم کسب پروانه صلاحیت حرفه ای

۲- مشارکت در تدوین خط مشی های بهداشتی، مراقبتی و توانبخشی در جهت بهبود مداوم کیفیت مراقبتهای پرستاری

۳- مشارکت در بهبود و یا ارتقاء استانداردهای اعتبار بخشی و برنامه های بهبود کیفیت

۴- کسب مهارتهای لازم در رابطه با فناوری های روز و کار با انواع نرم افزارها و سخت افزارهای مرتبط با مراقبت های پرستاری

۵- شرکت در تیم بحران و اجرای وظایف محوله از پیش تعیین شده در موقعیتهای و حوادث غیر مترقبه

۶- انجام اقدامات ضروری جهت پیشگیری و کنترل عفونت های بیمارستانی

۷- نیاز سنجی آموزشی، تدوین، اجرا و ارزیابی برنامه آموزش به بیمار، خانواده و جامعه به منظور تامین، حفظ و ارتقاء خود مراقبتی سطح سلامت

۸- همکاری با اعضای تیم سلامت جهت رفع مشکلات محیطی، حفاظتی و خدماتی با استفاده از همفکری و همیاری و مشارکت جامعه (فرد، خانواده، گروه، مدرسه، کارخانه و)..... و پیگیری آن

۹- شناسایی بیماران در معرض آسیب (زخم بستر و سقوط) و انجام اقدامات پیشگیری و مراقبتی مبتنی بر شواهد

۱۱- استفاده از سامانه **ishift** (سامانه جامع مدیریت پرستاری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی) جهت ثبت برنامه کاری و سایر امکانات موجود در سامانه

۱۱- مشارکت در گروه های تحقیقاتی و ارائه گزارش موارد ضروری به گروه تحقیقات

عمومی:

- ۱- حضور به موقع در محل کار
- ۲- پوشیدن لباس فرم و داشتن اتیکت
- ۳- دریافت دستور و برنامه کار از مافوق
- ۴- کنترل اتاق عمل از نظر سیستم تهویه، برق، نور مناسب، دما و رطوبت، نظافت و ایمنی بر اساس چک لیست های استاندارد
- ۵- اطمینان از سالم بودن و کارایی دستگاه ها و تجهیزات مورد نیاز جهت عمل جراحی قبل از شروع عمل و پذیرش بیمار
- ۶- بررسی وجود لوازم و امکانات مصرفی مورد نیاز اعمال جراحی، تهیه و آماده سازی آن
- ۷- گزارش نواقص موجود به مسئول مربوطه طبق خط مشی تدوین شده
- ۸- کنترل و آماده نمودن وسایل استریل مورد نیاز عمل طبق لیست جراحی
- ۹- پذیرش بیمار توسط تیم جراحی طبق خط مشی واحد (بررسی نام، مشخصات، دستبند، زیورآلات و)...
- ۱۱- برقراری ارتباط موثر و ارائه آموزش های لازم به بیمار جهت جلب اعتماد وی
- ۱۱- تغییر و تحول، حفظ و نگهداری و برنامه ریزی جهت کالیبراسیون دوره ای تجهیزات اتاق عمل
- ۱۲- مشارکت فعال و همکاری در آموزش دانشجویان در واحد مربوطه حسب نیاز
- ۱۳- تهیه آمار عمل های جراحی روزانه، هفتگی، ماهانه، عمل های کنسل شده و ارائه آن به مقام مافوق
- ۱۴- تشخیص و بررسی موارد اورژانسی و طبقه بندی آنها با توجه به اولویت جراحی جهت پذیرش در اتاق عمل
- ۱۵- مشارکت و نظارت در انجام ضد عفونی تجهیزات اتاق عمل به شکل روزانه
- ۱۶- فراهم نمودن خون و داروهای مورد نیاز حین عمل
- ۱۷- انجام تزریقات عضلانی، وریدی، داخل جلدی، زیر جلدی مورد نیاز بیمار
- ۱۸- ریختن انواع قطره گوش و چشم بیمار
- ۱۹- قرار دادن و خارج کردن سند (کتر) اداری و NGT
- ۲۱- تعبیه و شستشوی انواع سوند و کترها و مراقبت از آن
- ۲۱- به کار گیری استانداردها در کاربرد داروها (AR) و محاسبات دوز داروها
- ۲۲- نظارت بر انجام انواع تنقیه (باقی ماندنی، شستشویی، برگشتی)
- ۲۳- شرکت در عملیات احیا
- ۲۴- نظارت بر برنامه شستشو و نظافت و ضد عفونی اتاق عمل طبق خط مشی بیمارستان
- ۲۵- شرکت در کلاس های آموزشی ضمن خدمت و آموزش مداوم
- ۲۶- مراقبت از جسد طبق موازین شرعی و استاندارد ها
- ۲۷- همکاری در اجرای برنامه های آموزشی و پژوهشی بیمارستان با نظر سوپروایزر
- ۲۸- مهارت کار با رایانه (ICDL)
- ۲۹- ارتباط با واحد های مختلف (آزمایشگاه، بانک خون، رادیولوژی، مهندسی پزشکی، دفتر پرستاری و سیستم اداری)
- ۳۱- گزارش مشکلات عمل به مسئول شیفت /بخش و سوپروایزر بالینی
- ۳۱- رعایت منشور حقوق بیمار و کارکنان از زمان ورود تا خروج از اتاق عمل

- ۳۲- رعایت مقررات مربوط با حفاظت و ایمنی بیمار و کارکنان و محیط کار
- ۳۳- مشارکت در کنترل عوارض بعد از عمل (شوک و خون ریزی).
- ۳۴- شستشو و اسکراب هفتگی اتاق عمل
- ۳۵- استفاده از سامانه **ishift** جهت ثبت برنامه کاری و سایر امکانات موجود در سامانه

سیار قبل از عمل:

- ۱- تحویل بیمار از کارشناس هوشبری بر حسب خط مشی بیمارستان
- ۲- کنترل هویت بیمار و تطابق آن با نوع و موضع جراحی ثبت شده در دستبند مشخصات و پرونده بیمار
- ۳- کنترل پرونده بیمار قبل از جراحی برای اطمینان از کامل بودن مدارک پزشکی و اقدامات قبل از عمل مانند اجازه عمل، ناشتا بودن، تشخیص، داشتن اوراق رادیولوژی و آزمایشگاهی و وسایل کاشتنی نظیر پیچ و پلاک ها ... و تکمیل فرم جراحی ایمن
- ۴- ارزیابی مجدد بیمار از نظر شرایط جسمی، سوابق بیماری، سوابق دارویی و ناشتا بودن و نداشتن زیورآلات و وسایل مصنوعی بر اساس فرایند پرستاری به منظور تعیین تشخیص های پرستاری و تدوین برنامه مداخلاتی در طول اقامت بیمار در اتاق عمل
- ۵- برقراری ارتباط موثر با مددجو جهت جلب اعتماد وی و کاهش اضطراب قبل از عمل
- ۶- مشارکت در انتقال بیمار به برانکارد اتاق عمل همچنین توجه به حفظ حریم بیمار هنگام جا به جایی
- ۷- تنظیم تخت جراحی، چراغ سیالتیک و نصب اتصالات مورد نیاز بر حسب نوع و ناحیه عمل
- ۸- کمک به انتقال بیمار به تخت جراحی با حفظ حریم و رعایت ایمنی
- ۹- کنترل بیمار از نظر آمادگی جسمی و روانی جهت عمل جراحی (توجه به بیماری های زمینه ای، آسیب پوستی، شیو ناحیه عمل، محل اتصال پلیت کوتر، بازکردن پانسمان و آتل جهت معاینه)
- ۱۱- کنترل و بررسی اتصالات بیمار از نظر صحت عملکرد (همووک، درن، چست تیوب، **CVP Line**)
- ۱۱- تحویل گرفتن ست ها و پک های مورد نیاز و وسایل مورد نیاز بیمار از اتاق وسایل استریل
- ۱۲- در دسترس قرار دادن دستگاه ها و تجهیزات در محل مناسب و باز نمودن پوشش بسته های استریل (پک جنرال، دستکش، نخ ها و)....
- ۱۳- پرپ اولیه ناحیه عمل
- ۱۴- همکاری با تیم بیهوشی جهت آماده سازی بیمار در صورت نیاز
- ۱۵- تعبیه و مراقبت از کتتر ادراری بر حسب نیاز و تجویز پزشک
- ۱۶- مشارکت در پوزیشن دهی مناسب بیمار زیر نظر جراح و متخصص بیهوشی
- ۱۷- بستن تورنیکه در محل مناسب با رعایت اصول ایمنی و محافظت پوست و کنترل سلامت دستگاه بر حسب نیاز و درخواست جراح
- ۱۸- توجه به حفظ ایمنی بیمار و پیشگیری از سقوط بیمار

۱۹- بستن پلیت در محل مناسب با رعایت اصول ایمنی و محافظتی پوست و کنترل تنظیمات دستگاه الکتروکوتر بر حسب

نیاز جراح

سیار حین عمل:

- ۱- حضور مداوم در طی فرایند جراحی و کمک به فرد اسکراب و جراحان در پوشیدن گان، دستکش و...
- ۲- پایش مستمر محیط اتاق عمل و وضعیت بیمار
- ۳- بازنمودن پوشش های اولیه بسته های استریل و نخ ها و سایر وسایل و قرار دادن آنها بر روی میز جراحی با رعایت اصول آسپتیک و علمی
- ۴- تنظیم نور چراغ سیالیتیک روی موضع جراحی بر حسب درخواست جراح و تیم جراحی
- ۵- شمارش و ثبت نخهای جراحی، گاز، لنگاز، ابزار جراحی قبل از شروع جراحی مطابق با چک لیست ثبت وسایل شمارشی با شمارش فرد اسکراب در حضور جراح
- ۶- آماده کردن وسایل جمع آوری نمونه پاتولوژیک بر حسب نوع نمونه و درخواست جراح (ریختن محلول نگهداری مناسب، ثبت مشخصات نمونه بر روی بدنه ظرف)
- ۷- جمع آوری، تحویل و نگهداری نمونه مطابق با سیاست مرکز درمانی جهت تحویل به واحد پاتولوژی یا...
- ۸- آماده کردن کات نوزاد، شان گرم و وسایل احیا در اتاق عمل زنان در صورت اضطرار و عدم حضور ماما
- ۹- تحویل نوزاد در اتاق عمل زنان با رعایت اصول ایمنی در صورت عدم حضور ماما
- ۱۰- تزریق ویتامین K و کمک به تیم بیهوشی در احیای نوزاد در صورت نیاز و عدم حضور ماما
- ۱۱- خون گیری بند ناف جهت تعیین RH نوزاد و روگام بر حسب نیاز و دستور پزشک در صورت عدم حضور ماما
- ۱۲- تنظیم، ثبت و یاد آوری زمان و فشار استفاده شده از تورنیکه به جراح در طول بکار گیری تورنیکه بر اساس نیاز بیمار
- ۱۳- تنظیم نوع مواد و میزان جریان الکترو کوتر بر حسب درخواست جراح
- ۱۴- رعایت نکات آسپتیک و استریل طی انجام عمل جراحی

سیار بعد از عمل:

- ۱- برداشتن پوشش ناحیه عمل با حفظ حریم بیمار و رعایت اصول طرح انطباق.
- ۲- بررسی محل پلیت کوتر از نظرایمنی و مشاهده از جهت آسیب دیدگی و سوختگی.
- ۳- ثبت و تکمیل گزارشات حین عمل در خصوص نمونه های پاتولوژی، شمارش وسایل و موارد مصرفی، استفاده از کوتر، تورنیکه. ...
- ۴- جمع آوری و ارسال نمونه های بیمار.
- ۵- شمارش نهایی گازها، وسایل و سوزن ها طبق چک لیست اولیه تهیه شده توسط تیم جراحی.
- ۶- مشارکت در برگرداندن بیمار از پوزیشن عمل به پوزیشن قابل انتقال.
- ۷- جدا نمودن اتصالات بیمار جهت انتقال به ریکاوری.
- ۸- مشارکت در انتقال بیمار به برانکارد و ریکاوری توسط تیم جراحی.
- ۹- تحویل بیمار به مسئول ریکاوری توسط تیم جراحی.
- ۱۱- ثبت و تکمیل گزارشات عمل جراحی (مصرفی ها، عوارض ناخواسته و)...
- ۱۱- نظارت بر پاکسازی اتاق عمل و ضد عفونی وسایل جهت پذیرش عمل بعدی

اسکراپ قبل از عمل:

- ۱۲- پوشیدن گان و دستکش طبق اصول استریل.
- ۱۳- کنترل هویت بیمار و تطابق آن با نوع جراحی، موضع جراحی ثبت شده در دستبند مشخصات و پرونده بیمار.
- ۱۴- شستن و اسکراپ دست مطابق با دستورالعمل های مربوطه
- ۱۵- اسکراپ ناحیه عمل طبق دستورالعمل وزارت بهداشت.
- ۱۶- کنترل اندیکاتور داخل ست ها طبق خط مشی بیمارستان.
- ۱۷- کنترل و اطمینان از استریل بودن ست ها، پک ها، تک پیچ ها و سایر بسته بندی ها.
- ۱۸- آماده کردن و چیدن میز جراحی توسط شخص اسکراپ.
- ۱۹- کنترل لوازم درون ست های جراحی قبل از عمل طبق شناسنامه هر ست از نظر سلامت و کامل بودن
- ۲۱- کمک به تیم جراحی جهت پوشیدن گان و دستکش استریل.
- ۲۱- شمارش و کنترل وسایل مصرفی (گاز و لنگاز و) ... و ابزار جراحی.
- ۲۲- کمک به جراح در پرپ ثانویه پوست بیمار و پوشاندن بیمار با پوشش های استریل (درپ).
- ۲۳- اطلاع به تیم جراحی در صورت خیس بودن شان ها به منظور پیشگیری از سوختگی
- ۲۴- نظارت بر رعایت نکات استریل توسط تیم جراح

اسکراپ حین عمل:

- ۱- نصب اتصالات لازم قبل از برش جراحی
- ۲- اتصال پلیت کوتر در محل مناسب با رعایت اصول ایمنی و محافظت پوست و کنترل و تنظیم دستگاه بر حسب نیاز و در خواست جراح
- ۳- کمک موثر به تیم جراحی حین عمل:
- الف: ایجاد اکسپوژر مناسب با کمک ابزار جراحی (در سطوح مختلف)
- ب: کمک به جراح جهت هموستاز ناحیه جراحی (کوتر نمودن، لیگاتور کردن، ساکشن کردن، پک کردن و) ...
- ج: کمک به جراح در آماده سازی و جای گذاری ایمپلنت ها، دریچه ها و سایر موارد تعویضی و کاشتنی در اتاق عمل
- د: خارج کردن و آماده سازی ورید سافن برای پیوند در اتاق عمل جراحی قلب تحت نظارت جراح
- ه: کمک به جراح در قرار دهی درن در محل جراحی بر حسب درخواست جراح
- ۴- مراقب از نمونه های پاتولوژی و تحویل آن به فرد سیار
- ۵- نظارت بر رعایت نکات آسپتیک و استریل در طول عمل جراحی
- ۶- پیش بینی نیاز های جراح و آماده کردن وسایل و ابزار لازم در روند جراحی
- ۷- کمک و مشارکت در مراحل پایانی عمل (دوختن عضله، فاشیا، زیر جلد پوست، انجام پانسمان ناحیه جراحی با پوشش مناسب همراه با رعایت اصول آسپتیک، بستن آتل و بانداز)

اسکراپ بعد از عمل:

- ۱- شمارش نهایی گازها، وسایل و سوزن ها مطابق چک لیست اولیه تهیه شده توسط تیم جراحی
- ۲- انجام پانسمان ناحیه جراحی با پوشش مناسب و رعایت اصول آسپتیک

- ۳- برداشتن پوشش های استریل با حفظ حریم بیمار
- ۴- مشارکت در انجام آتل گیری، گچ گیری زیر نظر جراح
- ۵- جدا نمودن اتصالات جهت انتقال به ریکاوری
- ۶- جدا نمودن ضمائم تخت جراحی
- ۷- مشارکت در برگرداندن بیمار از پوزیشن عمل به پوزیشن قابل انتقال
- ۸- مشارکت در انتقال بیمار به برانکارد ریکاوری توسط تیم جراحی
- ۹- ثبت و تکمیل گزارش عمل جراحی (مصرفی ها، عوارض ناخواسته و)...
- ۱۱- جمع آوری وسایل مورد استفاده و انتقال آنها به مرکز استریلیزاسیون بر حسب خط مشی

کارشناس هوشبری

اقدامات و تدابیر قبل از حضور بیمار

- ۱- دریافت برنامه تقسیم کار از سر پرستار اتاق عمل
- ۲- کنترل و اطمینان از صحت عملکرد و کارایی دستگاه ها و تجهیزات بیهوشی به خصوص گازهای بیهوشی و ... و گزارش هر گونه نقص و خرابی احتمالی به سرپرستار و تکمیل فرم مربوطه
- ۳- کنترل و اطلاع از وجود داروهای مورد نیاز و سایر تجهیزات مصرفی مرتبط با بیهوشی و گزارش موارد ناکافی یا کمبود ها به سر پرستار و تکمیل فرم مربوطه
- ۴- آماده نمودن کلیه تجهیزات و لوازم مورد نیاز بیهوشی طبق لیست عمل جراحی در هر شیفت کاری
- ۵- رعایت روش های استریلیزاسیون و ضد عفونی و کاربرد آنها برابر خط مشی کنترل عفونت بیمارستان کنترل ترالی **CPR** برای رفع کمبود ها و تاریخ انقضا
- ۶- کنترل دستگاه دی سی شوک برای اطمینان از صحت عملکرد آن
- ۷- همکاری در اعزام بیمار
- ۸- استفاده از سامانه **ishift** جهت ثبت برنامه کاری و سایر امکانات موجود در سامانه مراقبت از بیمار در سرویس درد:
 - ۱- پذیرش و آماده سازی بیمار.
 - ۲- آمایش و نگهداری وسایل، تجهیزات و داروهای سرویس درد.
 - ۳- کمک در انجام روشهای کنترل درد و مراقبت از بیمار.
 - ۴- پایش عوارض احتمالی و گزارش آنها.
 - ۵- ثبت اطلاعات و گزارش موارد غیر طبیعی

اقدامات و تدابیر هنگام حضور بیمار قبل از بیهوشی:

- ۱- اطمینان از هویت بیمار و کنترل نام بیمار با پرونده و لیست عمل و دستبند مشخصات و نیز بررسی مدارک مورد نیاز شامل اجازه عمل، آزمایشات ضروری، گرافی، سی تی اسکن، ام ار آی، نوار قلب، برگه های مشاوره و درخواست خون و...
- ۲- کنترل بیمار از نظر آمادگی محل عمل، اندام یا عضو مورد نظر، نداشتن زیورآلات، آرایش و لاک. نداشتن اعضای مصنوعی، تمیزی، پوشیدگی و مرتب بودن لباس بیمار
- ۳- اطمینان از نداشتن بدن بیمار

۴- معرفی خود و ارائه توضیحات لازم و اطمینان بخش در مورد بیهوشی به بیمار (چنانچه آموزش یا رعایت مواردی به بیمار ضروری به نظر میرسد باید در حد درک و میزان پذیرش، اطلاعات در اختیار وی قرار داده شود)

۵- گرفتن شرح حال پیرامون سابقه حساسیت، بیهوشی قبلی، عمل جراحی، مصرف دارو، بیماری های خاص و ... با نظارت متخصص بیهوشی

۶- هدایت بیمار به تخت عمل و همراهی وی از ابتدا تا انتهای عمل جراحی

۷- حفظ و رعایت حریم بیمار طبق موازین عرفی و رعایت همخوانی جنسیتی

۸- کنترل علائم حیاتی و گزارش موارد غیر طبیعی به متخصص بیهوشی

۹- استقرار صحیح و راحت بیمار توام با آرامش روی تخت عمل با کمک سایر افراد تیم، (پوزیشن مناسب با کمک اتصالات مناسب)

۱۱- آماده نمودن تجهیزات و داروهای بیهوشی با غلظت مورد نیاز به خصوص در بیهوشی اطفال و نوزادان

۱۱- مشارکت با متخصص بیهوشی برای استفاده صحیحی از گازها در بیهوشی

۱۲- برقراری یک یا چند راه وریدی مناسب با توجه به سن بیمار (نوزاد، اطفال، بیمار بد حال)

۱۳- مشارکت در انجام روش های بیهوشی یا بی حسی

۱۴- انجام ضد عفونی و استریلیزاسیون وسایل و تجهیزات مربوطه

۱۵- اجرای دستورات مکتوب و شفاهی متخصص و گزارش هر یک به تفکیک

اقدامات و تدابیر حین القای بیهوشی و طول مدت عمل جراحی:

۱- اتصال کابل های مانیتورینگ، فشار خون و ...

۲- اتصال سرم با قید تاریخ و ساعت (کنترل راه وریدی بیمارانی که قبل از ورود به اتاق عمل برقرار شده الزامی است).

۳- سرم تراپی در بیماران دهیدراته و کاندید بی حسی نخاعی همراه با آماده نمودن تجهیزات و انجام پوزیشن مناسب جهت انجام انواع بی حسی نخاعی یا بی حسی موضعی.

۴- پایش مداوم علائم حیاتی و سیستم های بدن و گزارش موارد غیر طبیعی به متخصص بیهوشی.

۵- مشارکت در القای بیهوشی و برقراری راه هوایی

۶- همکاری با متخصص بیهوشی جهت کنترل و تثبیت راه هوایی.

۷- مشارکت فعال در پوزیشن دهی بیمار بیهوش یا بی حسی قبل و حین عمل و قرار دادن پد مناسب در نقاط تحت فشار و کنترل آن طی عمل.

۸- تنظیم ماشین بیهوشی بر اساس وضعیت بیمار با نظارت متخصص بیهوشی.

۹- مانیتورینگ سطح بیهوشی در بیماران بیهوش و همچنین بیماران قرار گرفته تحت انواع بی حسی.

۱۱- کنترل و ثبت میزان جذب و دفع مایعات و به کارگیری فراورده های تزریقی تحت نظارت پزشک.

۱۱- انجام دستورات متخصص بیهوشی و ثبت کلیه اقدامات انجام گرفته دارویی یا پروسیجدرمانی طی عمل جراحی در فرم های مربوطه.

۱۲- حفظ پوشش و رعایت حریم بیمار طبق خط مشی بیمارستان.

۱۳- نظارت بر عملکرد دستگاه ها و بررسی نقاط اتصال بیمار یا سایر افراد تیم درمان با اجسام قلزی جهت جلوگیری از مواردی نظیر برق گرفتگی و ...

۱۴- کمک و انجام پروتکل **TIVA** (انفوزیون پروپوفول، شل کننده و...)...

۱۵- کنترل و پیشگیری از انتقال و انتشار عفونت

۱۶- مشارکت در محافظت بیمار از نظر بروز عوارض احتمالی بیهوشی.

۱۷- مراقبت و پیشگیری از آسیب های احتمالی به اعضای بدن.

۱۸- به کارگیری نکات ایمنی.

۱۹- کمک به انجام مراقبت های لازم در بیماران مزمن تنفسی:

الف:تنظیم دستگاه، برقراری **PEEP**

ب:استفاده از دارو(اسپری سالبوتامول و)...

ج:تهویه دستی یا تهویه با ماسک طی جراحی

۲۰- کمک و انجام تهویه کنترل در نوزادان و بیمارانی که فیلد بیهوشی و جراحی در آنان مشترک است

۲۱-انجام اقدامات مناسب جهت بیمارانی که مستعد آمبولی هستند(پوزیشن نیمه نشسته، ... و بیماران توراکتومی با تهویه یک ریه یا انجام مانور های مورد نیاز جراح

۲۲-انجام مراقبت های لازم در بیماران قلبی عروقی یا بیمارانی که نیاز به کنترل مداوم فشار خون دارند(کنترل فشار خون با **TNG** ، نیترو پروساید سدیم و)...

۲۳-انجام اقدامات لازم در درمان آریتمی های قلبی طبق نظر متخصص بیهوشی(دارویی و)...

۲۴-انجام اقدامات لازم در بیماران ترومایی(انفوزیون دوپامین،اپی نفرین،خون به صورت اورژانس و کراس مچ)، **FFP**، پلاکت، هماکسل و ... طبق نظر متخصص بیهوشی

۲۵-کنترل قند خون و اصلاح آن تحت نظارت متخصص بیهوشی

۲۶-انجام نمونه گیری آزمایشات بر حسب نیاز بیمار و درخواست متخصص بیهوشی و پیگیری جواب آن

۲۷-کنترل خونریزی و در صورت نیاز ترانسفوزیون خون طبق دستور متخصص بیهوشی و پایش ترانسفوزیون خون برابر خط مشی بیمارستان

۲۸-کنترل دما بخصوص در نوزادان و اطفال و سایر بیماران مستعد هیپوترمی

۲۹-تکرار داروهای بیهوشی در صورت لزوم تحت نظر متخصص بیهوشی

۳۱-انجام درخواست های جراح با هماهنگی متخصص بیهوشی

۳۱-گزارش موارد غیر طبیعی جراحی به جراح و متخصص بیهوشی

۳۲-کمک به متخصص بیهوشی در کارگذاری و یا خارج کردن **CV-Line** ، **NGT** ، آرتریال لاین، کتر اپی دورال)...

۳۳-انجام اقدامات لازم هنگام اکستوبیشن اتفاقی،آسپیراسیون و ساکشن ریه و دهان در کلیه مراحل بیهوشی

اقدامات و تدابیر بعد از بیهوشی:

۱-کنترل و ثبت علائم حیاتی بیمار و گزارش موارد غیر طبیعی ،پایش سیستم های مختلف بدن بیمار تا هوشیاری کامل

۲-کمک به متخصص بیهوشی در به هوش آوردن بیمار،تزریق داروهای لازم،خارج کردن لوله تنفسی بیمار، جداکردن دستگاه بیهوشی و مانیتورینگ بیمار

۳-کنترل و اطمینان از باز بودن و کفایت راه هوایی بیمار(اکسیژناسیون)و گزارش موارد غیر طبیعی نظیر لارنگواسپاسم و برونکواسپاسم و ... و ثبت آنها در فرم های مربوطه

۴-کنترل بیمار از نظر بازگشت به رفلکس های طبیعی تا ورود به مرحله هوشیاری

۵-محافظت از سر و گردن، اندام ها، محل عمل جراحی، راه های هوایی و وریدی حین انتقال بیمار از تخت عمل به برانکارد با کمک سایر افراد تیم ضمن حفظ پوزیشن و پوشش مناسب تا انتقال به ریکاوری (در صورتی که انتقال بیمار با مانیتورینگ، تنفس کنترل و دارو های در حال استفاده انجام میگیرد مراقبت های ویژه باید مورد توجه قرار گیرد)

۶-انجام روشهای ایزولاسیون و کنترل عفونت

۷-اتصال بیمار به دستگاه مانیتورینگ در ریکاوری، برقراری اکسیژن و تحویل بیمار به مسئول ریکاوری با راه هوایی و وریدی باز

۸-گزارش مکتوب آخرین وضعیت بیمار شامل علائم حیاتی، روش بیهوشی، داروهای استفاده شده، سطح هوشیاری، رفلکس ها، رنگ پوست، خونریزی، میزان انفوزیون مایعات و یا خون دریافتی و مشکلات احتمالی قبل، حین و یا پس از بیهوشی به مسئول ریکاوری

۹-تحویل فرم های تکمیل شده گزارشات، دارو و موارد غیرطبیعی در مراحل قبل، حین و بعد از بیهوشی به مسئول ریکاوری

۱۱-نظافت و در صورت لزوم ضد عفونی و آماده نمودن کلیه وسایل لازم جهت بیهوشی بیمار بعدی

۱۱-همکاری کامل در انجام عملیات احیا قلبی ریوی در اتاق عمل

۱۲-همکاری کامل با تیم جراحی

۱۳-انجام واشینگ ماشین ها،مانیتورها و وسایل اختصاصی بیهوشی و نظارت بر شستشو و ضد عفونی سایر قسمت ها نظیر ترالی و کمد ها و ... که توسط کمک پرستاران انجام می پذیرد

۱۴-جایگزینی داروها و لوازم مصرفی استفاده شده در طول شیفت کاری

نحوه ارزشیابی کارکنان

یکی از وظایف اصلی مدیران پرستاری اطمینان از نحوه عملکرد پرسنل است . در حال حاضر فرایند مدیریت ارزشیابی کارکنان در قالب مدیریت جامع کیفیت و متکی بر مشارکت صاحبان فرایند در ارتقاء مستمر می باشد.

هدف کلی ارزشیابی

ارتقاء عملکرد مدیران و کارکنان

اهداف ارزیابی عملکرد کارکنان

- ❖ جمع آوری اطلاعات ضروری در باره نیروهای شاغل در سازمان و اتخاذ تصمیمات بجا و لازم در جهت بالابردن ارتقاء کمی و کیفی کارکنان
- ❖ شناخت کارکنان ساعی و اعطای پاداش به آنها
- ❖ ایجاد انگیزه برای بهبود عملکرد آنان و سایر کارکنان
- ❖ بررسی کیفیت و کمیت اجرای کار و پیشرفت شغلی کارکنان
- ❖ ارزیابی یا برآورد استعداد آنان جهت ترفیع شغلی و در نتیجه آمادگی برای پذیرفتن وظایف مهمتر
- ❖ آگاه ساختن کارکنان از نحوه کار کردن " انجام دادن وظایف و مسئولیتها و رفتارهای " آنان است .
- ❖ تشخیص نیازهای آموزشی کارکنان
- ❖ ایجاد یک نظام منطقی تشویق و تنبیه
- ❖ ایجاد شیوه صحیح نقل و انتقالات و ترفیعات
- ❖ تهیه طرحهای پرداخت براساس بهره وری
- ❖ طراحی صحیح مشاغل
- ❖ رفع نارسایی های مربوط به شیوه های نیرویابی " جذب و گزینش "
- ❖ ایجاد عدالت استخدامی
- ❖ تقویت نظام ارتباطی میان مدیران و کارکنان در سازمان

- ۱) تعیین حدود انتظارات بر اساس وظایف رده های مختلف و منطبق با اهداف سازمان با مشارکت کارکنان
- ۲) تدوین معیارهای ارزشیابی بر اساس حدود انتظارات با مشارکت کارکنان
- ۳) ارزشیابی مستمر کارکنان طبق برنامه تنظیم شده با استفاده از مشارکت منابع ارزشیابی
- ۴) استفاده از نتایج ارزشیابی جهت پرورش کارکنان، تعیین نیازهای آموزشی، تشویق پرسنل، انتصابات و ...
- ۵) ارزیابی مستمر فرایند ارزشیابی و اقدام جهت ارتقاء

فرایند ارزشیابی کارکنان پرستاری:

۱- تشکیل تیم ارزشیابی و استفاده از اعضای تیم برای ارزشیابی از طریق:

- مشارکت خود کارمند در تدوین حدود انتظارات و ارزشیابی خود .
- استفاده از نظرات بیماران و همراهان در ارزشیابی کارکنان .
- فراهم نمودن شرایط و امکانات جهت تحقق حدود انتظارات تدوین شده توسط مدیران ارشد

۲- فراهم نمودن زمینه اجرای ارزشیابی از طریق

- اطمینان از آگاهی کارکنان در مورد اهداف ارزشیابی .
- اطمینان از توجه کارکنان نسبت به حدود انتظارات و معیارهای تدوین شده با مشارکت خود کارکنان بر اساس شرح وظایف کارکنان، بخشنامه ها، نتایج ارزیابی ها و فرایندهای کلیدی .

۳- انتخاب روشهای مناسب ارزشیابی بر اساس شرایط و خصوصیات سازمان .

۴- رعایت ضوابط مستند سازی در ارزشیابی کارکنان .

۵- استفاده از خود ارزیابی در ارزشیابی کارکنان .

۶- تدوین برنامه مدون زمان بندی برای ارزشیابی کارکنان .

۷- ارزشیابی تک تک کارکنان بر اساس برنامه مدون زمان بندی شده توسط سرپرستار و سوپروایزران و مدیر پرستاری .

۸- بازخورد نتایج ارزشیابی به کارکنان به صورت مستمر جهت اطلاع کارکنان از نقاط قوت و نیازمند بهینه سازی خود .

۹- استفاده از نتایج ارزشیابی در اصلاح روشها ، برطرف کردن خطاها ، اشتباهات برنامه ، استفاده در برنامه ریزیهای آینده .

نتایجی که با برقراری یک سیستم ارزشیابی عملکرد صحیح حاصل می شود:

برای کارمند

- ✓ تشویق به موقع
- ✓ کاهش نارضایتی پرسنل
- ✓ ایجاد انگیزه و روح همکاری در پرسنل

برای سرپرستاران و مدیران

- ✓ ایجاد توان در فعالیت های پرسنل
- ✓ شناسایی امیال و خواسته های افراد
- ✓ شناخت نقاط ضعف و مثبت سیستم مدیریت برنامه ریزی

برای سازمان

- ✓ انتخاب افراد مناسب برای مشاغل و مسئولیت ها
- ✓ بهبود پیشرفت امور سازمانها و افزایش بازدهی سازمان
- ✓ صرفه جویی در وقت و آموزش

برای مددجو

- ✓ کاهش هزینه بستری
- ✓ افزایش رضایتمندی مددجو
- ✓ کاهش مدت اقامت در بیمارستان

خلاصه مطالب کنترل عفونت و احتیاطات استاندارد

بهداشت دست

مهمترین راه پیشگیری از عفونتهای بیمارستانی بهداشت دستها است.

درجایی که امکان شستشوی دست با آب و صابون نیست، از محلولهای ضدعفونی کننده الکلی استفاده می شود و فقط در صورتیکه آلودگی واضح مشهود است و تماس با خون و مایعات بدن بیمار داشته ایم از آب و صابون فقط باید استفاده شود.

مدت زمان ضدعفونی با ضدعفونی کننده با پایه الکل (هندراب) ۲۰ تا ۳۰ ثانیه و مدت زمان شستن دست با آب و صابون (هندواش) ۴۰ تا ۶۰ ثانیه می باشد.

هر ۷ تا ۸ مرتبه هندراب، شستن دست با آب و صابون انجام شود.

در بخشها بین هر ۲ تخت یک هندراب موجود باشد.

محلولهای مایع صابون روزانه پر شده و ۳/۴ پر شود. بعد از اتمام مایع صابون ظرف شسته، خشک و سپس پر شود. و کنار هر روشویی دستمال کاغذی باشد.

در کلیه قسمت هایی که محلول الکلی هندراب وجود دارد می بایست روش ضدعفونی دست ها و در کنار تمام روشویی ها می بایست مایع صابون و نحوه هندواش و دستمال کاغذی موجود باشد

بهداشت ناخن دست ها

ناخن های طبیعی کوتاه و تمیز هستند؛ ناخنهای بلند حامل میکروارگانیسمها بوده و به خوبی شسته نشده و سبب پاره شدن دستکشها میشوند؛ همچنین ناخن نباید به گونه ای کوتاه شود که انتهای انگشت را نشان دهد

در صورتیکه ناخن بلند باشد نواحی بالا و پایین ناخن به خصوص ناخنهای لاک زده و مصنوعی شانس جذب ژرمهای میکروبی را افزایش میدهد.

ناخنهای مصنوعی به انتقال پاتوژنهای ناشی از مراقبین بهداشتی کمک میکند.

ناخنهای اکریلیک، پناهگاه میکروارگانیسم بوده و به زمان بیشتری برای تمیز شدن نسبت به ناخنهای طبیعی نیاز دارند. ناخنهای بلند و مصنوعی مانند ناخن ژل و ناخنهای (پلاستیکی تزئینی) با چسب و وینیل متصل به ناخن سبب انتقال میکروارگانیسمهایی مانند پسودومونا، کلبسیلا پنومونیه و قارچها می شوند. همچنین در طغیانهای میکروبی به خصوص در بخش نرسری نوزادان و بخشهای بحرانی نقش بسزایی ایفا می کند.

موقعیت بهداشت دست

۱. قبل از تماس با بیمار

۲. بعد از تماس با بیمار

۳. قبل از اقدامات درمانی تمیز/استریل

۴. بعد از خطر مواجهه با مایعات بدن

عفونت مرتبط با مراقبت‌های بهداشتی

عفونتی که بعد از سه روز از پذیرش بیمار در بیمارستان ایجاد می‌شود و در موقع پذیرش علائم بیماری در کمون نباشد. معمولاً همراه با تب است. در بیماران اینتوبه بعد از دو روز از stable بودن بیمار با تنظیمات ونتیلاتور بیمار دچار علائم پنومونی مانند افزایش ترشحات، تغییر رنگ خلط و... گردد.

۴ نوع عفونت بیمارستانی شایع: ادراری / پنومونی / عفونت محل جراحی / عفونت خونی

عفونت مرتبط با اعمال جراحی تا ۳۰ روز و در صورت قراردان جسم خارجی در بدن بیمار تا ۹۰ روز شامل عفونت بیمارستانی است.

فرایند بیماریابی و گزارش عفونت بیمارستانی شامل:

بیماریابی در بیماران بستری

بیماران بعد از ترخیص (پیگیری تلفنی و پیگیری جواب کشت‌های استریل بیمار

انواع بیماری‌های گزارش شدنی

گزارش آنی: بلافاصله و کمتر از ۶ ساعت - هاری آنفلوآنزای پرندگان - بوتولیسم - طغیان

گزارش فوری: کمتر از ۲۴ ساعت فلج شل حاد - سل ریوی - سیاه سرفه - اسهال خونی

گزارش هفتگی یا معمول: کیست هیداتیک - توکسوپلاسموز، سل غیر ریوی

نظام مراقبت سندرمیک (پوستر در بخش‌ها با عنوان بیماری‌های تحت مراقبت و نظام مراقبت سندرمیک در کلیه بخش‌ها نصب می‌باشد)

الف: لیست بیماری‌های عمده تحت مراقبت کشور:

فلج اطفال - سرخک - سرخجه - سیاه سرفه - دیفتری - کزاز - انواع هپاتیت - هاری - تیفوئید - کال آزار جلدی و احشایی - آنفلوآنزای پرندگان - تولا رمی - طاعون - مالاریا - مننژیت - وبا - اسهال خونی - جذام - سل - سیاه زخم - شیگلوز - سفلیس - سوزاک - HIV/AIDS - فاسیولیا زیس - لپتوسپیروز - بوتولیسم - پدیکلوزیس و گال - تب دانگی - تب راجعه - تب زرد - زیکا - چیکونگونیا - ایبولا - هرگونه افزایش ناگهانی موارد بیماری‌ها

ب- لیست سندرم‌های واگیر (۱۴ سندرم)

۱- تب و خو نریزی: CCHF، سرخک

۲- تب و راش حاد: سرخک، سرخجه

۳- عفونت شدید حاد تنفسی: آنفلوآنزا، سل

۴- تب و علائم نورولوژیک: مننژیت ، هاری

۵- مسمومیت غذایی

۶- اسهال حاد غیرخونی: وبا ، تب مالت

۷- اسهال خونی: سیاه زخم

۸- زردی حاد: هپاتیت ، مالاریا

۹- فلج شل حاد: فلج اطفال

۱۰- شوک عفونی : مالاریا

۱۱- مرگ ناگهانی غیر منتظره

۱۲- تب طولانی

۱۳- سندرم شبه آنفلوانزا

۱۴- سندرم تب و تورم غدد لنفاوی

تعریف طغیان

هرگاه ۲ نفر یا بیشتر که از یک سفره غذایی مشترک استفاده نموده اند دچار علائم گوارشی شوند طغیان آب و غذا تعریف می شود.

اسهال خونی و بوتولیسم حتی یک مورد طغیان است

در موارد طغیان حتماً باید از بیمار یک نمونه ۲ سوابه التور گرفت . یعنی یک محیط کری بلر که با ۲ سواب از بیمار نمونه گیری رکتال مدفوع گرفته شده است

بیماری های مهم در حیطه کنترل عفونت شامل : التور، آنفلوانزا ، کرونا؛ تب های خونریزی دهنده ، پروتکل حیوان گزیدگی (هاری)، سرخک می باشد که تعاریف به صورت مجزا به بخش ها داده شده است و لازم است کلیه پرسنل بخش مطلع باشند

ترتیب پوشیدن و در آوردن وسایل حفاظت فردی

پوشیدن: ۱- شستن دست ۲- گان ۳- ماسک ۴- عینک ۵- کلاه ۶- دستکش

در آوردن: ۱- دستکش ۲- شستن دست ۳- گان ۴- عینک ۵- کلاه ۶- ماسک ۷- شستن دست

فرایند بعد از مواجهه شغلی

۱- بدون فشار دادن ناحیه ای که نیدل آلوده وارد آن شده ، ناحیه را با آب و صابون شسته شود

۲- فرم مواجهه شغلی راتکمیل نموده و تحویل سوپروایزر بالین (کنترل عفونت) نمایید

۳- از بیمار نمونه خون گرفته شود

۴- نمونه های HBS، HCV، HIV توسط پزشک معالج برای بیمار درخواست کتبی در پرونده ثبت شود و سپس در سیستم HIS درخواست زده شود.

- ۵- فرم مخصوص آزمایشگاه پر شده و بعد از امضاء توسط سوپروایزر به آزمایشگاه تحویل دهید .
- ۶- آزمایشگاه موظف است در همان شیفت جواب آزمایشات بیمار را به سوپروایزر کنترل عفونت/مسئول بخش اطلاع دهد
- ۷- در صورت مثبت بودن آزمایشات بیمار در همان شیفت از پرسنل دچار مواجهه نمونه خون گرفته شود و فرد دچار مواجهه ضمن اطلاع به سوپروایزر کنترل عفونت به متخصص عفونی مرکز در صورت تایید متخصص عفونی پروفیلاکسی HIV که در دفتر سوپروایزر بالین موجود است دریافت کند. و سپس به مرکز مشاوره در مرکز بهداشت حصارک واقع در میدان شهرداری مراجعه نماید.

※: در صورتیکه پرسنل باردار است حتماً به سوپروایزر اعلام کند

تفکیک پسماند

- پسماند عفونی (کیسه نایلون زرد): کلیه پسماندهای آغشته به مایعات آلوده بدن بیمار
- پسماند غیر عفونی (کیسه نایلون مشکی): کلیه پسماندهای خانگی
- پسماند شیمیایی - دارویی (کیسه قهوه ای): کلیه پسماندهای دارویی غیر تیز و برنده و ویالهای دارویی، داروهای تاریخ گذشته و...
- پسماند تیز و برنده - عفونی (سفتی باکس): کلیه اجسام تیز و برنده آغشته به خون و مایعات آلوده بیمار
- پسماند تیز و برنده - شیمیایی - دارویی: کلیه پوک‌های دارویی، ترمومتر جیوه ای شکسته و..
- سفتی باکس بعد از پر شدن ۳/۴ تعویض شود

پک ها و ستهای استریل

- حداقل اطلاعات روی ستهای شامل " تاریخ، نام ست، نام کاربر CSR (فرد پک کننده)، تعداد اقلام، شماره سیکل و شماره دستگاه می باشد.
- اندیکاتور کلاس ۴: در ستهای دارای اقلام کمتر از ۱۲ قلم
- اندیکاتور کلاس ۶: در ستهای دارای اقلام بیشتر از ۱۲ قلم
- تست کلاس یک (نوار چسب اتوکلاد)
- در صورتیکه برای بیمار اقدامات آسپتیک مانند سونداژ و پانسمان انجام می شود حتماً اندیکاتور داخل گزارش پرستاری چسبانده شود و روی آن مشخصات بیمار شامل: نام فرد پک کننده، تاریخ استریل و سیکل اتوکلاد ثبت شود
- در محل نگهداری ستهای حتماً دماسنج و رطوبت سنج نصب باشد و چارت گردد.
- نگهداری ست های استریل در کاغذ کرپ ۲ لایه تا یک ماه مجاز است.
- وسیله حمل ستهای غیر استریل و استریل مجزا باشد.

محلولها

- ضد عفونی کننده سطح بالا (اسپورسیدین)** جهت ضد عفونی اقلام حساس به حرارت مانند تیغه لارنگوسکوپ و آمبویگ و گاید لوله تراشه می باشد. بعد از ضد عفونی تیغه های لارنگوسکوپ در کیسه های زیپ کیپ جدا نگهداری شود (وسایل ذکر شده هر ۷ روز مجدد ضد عفونی شود و تاریخ داشته باشد)

ضد عفونی کننده متوسط الاثر

HI: ضد عفونی ابزار پزشکی مانند:

اقلام ستهای استریل بعد از استفاده و انجام گندزدایی با آب و صابون و خشک کردن داخل محلول HI گذاشته و سپس آبکشی شود.

باتل آب مقطر فلومتر اکسیژن و باتلهای ساکشن بعد گندزدایی با آب و صابون و خشک شوند. و سپس در محلول HI و یا وایتکس رقیق شده گذاشته شود در صورت استفاده بصورت روزانه شستشو شود و در صورت نیاز به داشتن آب مقطر، روزانه پر شود. و در صورت عدم نیاز روزانه هفتگی شستشو و خشک نگه داشته شود.

محل اتصال سوند اکسیژن به باتل مانومتر اکسیژن هفتگی با الکل ضد عفونی شود.

HP: ضد عفونی کننده سطوح

روش تجویز آنتی بیوتیک در بیمارستان

آنتی بیوتیک های پروفیلاکسی: بر حسب دستورالعمل پروفیلاکسی کشوری در اعمال جراحی معین شده در دستورالعمل

آنتی بیوتیک های استوارد شپ (مصرف بهینه آنتی بیوتیک های پرمصرف و پرهزینه) با تکمیل فرم توسط متخصص عفونی شامل: ایمی پنم، مروپنم، ونکومايسين، آمفوتريسين، کولستین، تارگوسید

تجویز آنتی بیوتیک براساس آنتی بیوگرام برای بیماران

مشاوره عفونی در صورت تجویز بیش از ۲ آنتی بیوتیک برای بیماران

التور (وبا)

یک بیماری حاد اسهالی بدون دل پیچه و دل درد و تب و همراه با عطش فراوان شبیه لعاب برنج و بی بو؛ گاهی با استفراغ بدون حالت تهوع قبلی ایجاد می شود.

عامل ایجاد کننده آن باکتری ویبریوکلرا می باشد تشخیص این بیماری نیز از طریق شناسایی ویبریوکلرا در مدفوع می باشد.

اولین شکایت بیمار در این بیماری پری و غرغر شکم است

راه انتقال دهانی – مدفوعی می باشد

درمان اصلی جایگزینی مایعات است؛ در صورتیکه بیمار قادر به خوردن باشد پودر ORS داده شود و در صورت عدم تحمل مایعات سرم اصلی رینگر لاکتات داده می شود.

در بیماران التوری آنتی بیوتیک نیز داده می شود که هسته اصلی درمان نیست بلکه به منظور کاهش طول مدت بیماری و ناقل بودن بیمار داده می شود

آنتی بیوتیک های تجویزی:

بزرگسالان: قرص سیپروفلوکساسین

برای زنان باردار و کودکان بر مبنای دستور پزشک اریترومايسين و آمپی سیلین می باشد

در این مرکز از کلیه بیماران اسهالی نمونه گیری التور انجام می شود . در کودکان زیر ۲ سال نیاز به دستور کتبی پزشک می باشد.

روش انجام سواپ رکتال و محیط کشت کری بلر است.

برای نمونه گیری ضمن ارسال یک نمونه مدفوع از بیمار ضمن اطلاع به آزمایشگاه نمونه گیری به اینصورت که ابتدا سواپ را داخل محیط زده و سپس ۲ تا ۳ سانتی متر داخل مقعد کرده و با چرخش ۳۶۰ درجه خارج می کنیم و داخل محیط گذاشته و درب آن را می بندیم و فرم مربوطه توسط پرسنل آزمایشگاه تکمیل می شود . وجود بیمار التوری و نمونه گیری التور انجام شده به اطلاع سوپروایزر برسد تا به مرکز بهداشت اطلاع داده شود .

طغیان بیماری های آب و غذا

اگر ۲ نفر یا بیشتر از یک منبع غذایی مشترک استفاده کرده باشند و علائم بالینی مشترکی داشته باشند (مانند اسهال و استفراغ) طغیان نامیده می شود

تنها بیماری که حتی یک نفر آن باید گزارش فوری شود و طغیان محسوب می شود بوتولیسم است . در موارد طغیان یک نمونه مدفوع و ۲ نمونه التور گرفته شود . و در صورت وجود مواد غذایی آن را از بیمار تحویل می گیریم ؛ موارد را به اطلاع کارشناس بهداشت محیط مرکز و بصورت فوری به شماره تلفن ۳۴۵۳۳۱۰۰ اطلاع داده شود.

H1N1

بیماری ویروسی با علائم شبیه آنفلوآنزا با تب بالای ۳۷/۸؛ سرفه؛ گلودرد؛ ضعف؛ لرز؛ استفراغ؛ اسهال؛ درد عمومی می باشد.

دوره کمون ۷ روز می باشد.

درمان دارویی : اسلتامی ویر (تامی فلو) کپسول ۷۵mg و زانامی ویر (استنشاقی) می باشد.

نمونه گیری بصورت سواپ حلقی انجام می گیرد . و بلافاصله بعد از انجام نمونه گیری اولین دوز دارو به بیمار داده می شود دوز بعدی را به طوری تنظیم می کنیم که هر ۱۲ ساعت با سایر داروها داده شود داروی تامی فلو با هیچ دارویی تداخل ندارد و در خانمهای باردار و شیرده و کودکان نیز قابل استفاده است . نام محیط نمونه گیری vtm و یا ترانسپرنس .

در کودکان بر اساس وزن کودک با دستور پزشک داده می شود ؛ به این منظور بهتر است یک کپسول تامی فلو را باز کرده داخل ۷۵ سی سی آب حل کنید به این ترتیب ۱ سی سی از این محلول برابر ۱ میلی می شود

افراد HIGH RISK

کودکان کمتر از ۵ سال / بزرگسالان با سن بالای ۶۵ سال / افرادی که در مراکز سالمندان نگهداری می شوند. / بیماران دچار نقص ایمنی / بیماران اختلالات مزمن ریوی؛ قلبی؛ کلیوی؛ کبدی ؛ متابولیت و برای این افراد بر اساس نظر فوکل پوینت داروی تامی فلو بصورت پروفیلاکسی شروع می شود.

نوعی مسمومیت ناشی از باسیل بی هوازی کلسترییدیوم بوتولینم است

دارای انواع مختلفی است مهمترین انواع :

بوتولیسم ناشی از غذا: شروع ناگهانی علائمی مانند فلج شل پایین رونده قرینه همراه باضعف عضلانی؛ پتوز؛ تهوع و استفراغ؛ دیسفاژی؛ نداشتن تب

بوتولیسم اطفال: بروز علائمی مانند یبوست ؛ بیحالی ؛ ضعف ؛ گریه ضعیف و.... در کودک کمتر از یک سال

بوتولیسم زخم: علائم شبیه به بوتولیسم غذایی است و فاقد علائم گوارشی است..

در بوتولیسم ضمن گزارش فوری بیماری ۳۰ سی سی نمونه لخته /انجام انما/شستشوی معده /سرم تراپی و تهیه آنتی توکسین انجام شود.

تب کریمه کنگو CCHF

یک بیماری حاد تب دار و خونریزی دهنده است که از طریق گزش کنه و یا تماس با خون یا ترشحات یا لاشه دام و انسان آلوده منتقل می شود.

بیماری در فصول گرم سال خصوصا " شهریور ماه بدلیل رشد و تکثیر کنه ها شیوع بیشتری می باشد .

عامل بیماری:

ویروس از گروه آروویروسها می باشد .

روش تشخیص:

در هفته اول بیماری و در مرحله تب می توان با نمونه گیری از خون ویروس را جدا کرد همچنین می توان ویروس را از نمونه های بافتی مثل کبد و طحال جدا کرد .

علائم بالینی

دوره کمون بین ۴ تا ۱۴ روز می باشد. معمولا" تا ۴ روز علائم غیر خونریزی مانند : تب ، سردرد ، خستگی ، درد عضلانی ، پر خونی ملتحمه و چشم ، استفراغ و دردهای بالای معده می باشد. از روز چهارم به بعد علائم خونریزی شروع می شود که بصورت پتشی در مخاط دهان و پوست و خونریزی از لثه ها ، بینی ، معده و رحم و... می باشد.

درمان

اساس درمان حمایتی است و شامل تنظیم آب و الکترولیتها و درمان اختلال انعقادی درون رگی پیش رونده است.

پیشگیری

بیمار مشکوک باید ایزوله باشد و در مراقبت از او احتیاطات استاندارد رعایت شود.

سمپاشی در مکانهایی که کنه زیاد است.

از مصرف گوشت‌های تازه خودداری شود و گوشت قبل از مصرف ۲۴ ساعت در دمای فریزر نگهداری شود. از خرید گوشت‌های بازرسی نشده بدون مهر دام پزشکی خودداری شود.

42

مدیریت کنترل عفونت در بخش ها		
۱	سرپرستار و پرسنل بخش از شاخصهای کنترل عفونت بخش (شاخص عفونت بیمارستانی، مواجهه شغلی، بهداشت دست به لحاظ ساختاری و عملکردی، استفاده از وسایل و تجهیزات حفاظت فردی به لحاظ ساختاری و عملکردی، مقاومت آنتی بیوتیکی و ...) و بیماری مشمول نظام سندرمیک آگاهی دارند.	
۲	شستشوی دست توسط کلیه کادر درمان در ۵ دقیقه مراقبتی رعایت می گردد.	
۳	امکانات ساختاری مناسب بهداشت دست شامل سینک روشویی (به ازای هر ۶ تخت یک سینک)، صابون مایع، دستمال کاغذی و محلول هندیاب (پایه الکلی) متناسب با تعداد تختها (به ازای هر دو تخت یک محلول یا استفاده از افشانه های جیبی) موجود می باشد.	
۴	سفتی باکس ها بر روی پایه یا تالی قرار دارند و زباله های نوک تیز و برنده داخل سفتی باکس وجود دارد و با پر شدن ۲/۳ آن، تعویض می گردند (ثبت تاریخ بر روی سفتی باکس صرفا در محل هایی که سفتی باکس دیر پر می شود نیاز است و نهایتا تا یک هفته تعویض می گردد).	
۵	سفتی باکس با درب قرمز جهت سر سوزنو با درب قهوه ای برای پوکه های دارویی تیز و برنده وجود دارد.	
۶	تفکیک زباله ها به درستی انجام میشود و سطل های زباله به تفکیک رنگ وجود دارد (سطل زرد مخصوص زباله های عفونی، سطل سفید مخصوص زباله های شیمیایی و سطل آبی مخصوص زباله های غیر عفونی). ** کلیه زباله ها در بخش اورژانس، آزمایشگاه، اتاق های ایزوله، اتاق های عمل و دیالیز عفونی محسوب شده ، در بخشهای ویژه تفکیک پسماند رعایت می گردد.	
۷	پگ ها و ست ها سالم بوده، لیبل بر روی ست های استریل وجود دارد و حداقل اطلاعات ثبت شده بر روی ست ها شامل تاریخ، نام ست، نام کاربر CSR، تعداد اقلام، شماره سیکل و شماره دستگاه می باشد.	
۸	اندیکاتور کلاس چهار (کمتر از ۱۲ قلم) و کلاس شش (بیش از ۱۲ قلم) در ست ها موجود است و پرسنل از تفاوت آنها مطلع هستند.	
۹	اندیکاتور حاوی اطلاعات ست مورد نظر، در گزارش پرستاری بیمار ضمیمه می شود (در صورت عدم ثبت اطلاعات ست روی اندیکاتور، پرستار می تواند تست کلاس یک که حاوی اطلاعات ست است را ضمیمه گزارش خود نماید)	
۱۰	محل نگهداری ست های استریل مجهز به دماسنج و رطوبت سنج است و چارت دما و رطوبت به صورت روزانه انجام می شود (دما کمتر از ۲۴ درجه و رطوبت کمتر از ۷۰ درصد با شش بار گردش هوا در ساعت باشد)	
۱۱	زمان نگهداری ستها بستگی به متریال مورد استفاده و محل نگهداری ستها قابل تغییر است (چهار لایه پارچه به شرط مناسب بودن شرایط نگهداری ۲ هفته، ۲ لایه کرپ به شرط مناسب بودن شرایط نگهداری تا یک ماه است) در صورت کم شدن لایه ها و استاندارد نبودن محل نگهداری ست ها، از تعداد روزها کاسته می شود.	
۱۲	ستها در محل مناسب و به دور از رفت و آمد، جریان هوا، نور مستقیم بوده و در قفسه های مشبک با رعایت فاصله از دیوار، کف و سقف نگهداری می شوند.	
۱۳	فضای اتاق کار کثیف، مرتب و تمیز است و دستورالعمل نحوه گندزدایی ابزار و تجهیزات وجود دارد (نحوه تهیه محلول گندزدا، نوع و غلظت محلول مورد استفاده) و سرپرستار بر استفاده صحیح از	

	محلونها نظارت دارد.	
۱۴	خدمات و کمک پرستار فرآیند پاکسازی، شستشو و گندزدایی را به درستی برای ابزار و تجهیزات انجام می دهد (بررسی آگاهی و عملکرد پرسنل پرستاری و خدمات در خصوص اجرای صحیح فرآیند).	
۱۵	فضای اتاق تی شویی تمیز است، تی ها آویزان و تفکیک شده می باشند (تفکیک بر اساس نظر بهداشت محیط انجام می شود) و دستورالعمل نحوه تهیه محلول گندزدا و نحوه گندزدایی سطوح نصب می باشد و سرپرستار بر روند کار نظارت دارد.	
۱۶	برنامه مدون برای واشینگ بخش و گندزدایی ابزار، تجهیزات و سطوح در بخش موجود است، پرسنل خدمات و کمک پرستار از آن آگاهی داشته و سرپرستار بر روند اجرای آن نظارت دارد.	
۱۷	محل نگهداری محلول سطح بالا دارای تهویه مناسب بوده و در دکوباکس های مخصوص (دارای در، شیر تخلیه و سبد) نگهداری می شود.	
۱۸	سواپینگ جهت اطمینان از صحت عملکرد محلولهای سطح بالا انجام می شود.	
۱۹	تاریخ تعویض اتصالات در بخش نصب و پرسنل از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می کنند.	
۲۰	مخزن فلومتر در حال استفاده، به صورت روزانه گندزدایی می شود (محلول سطح متوسط)، آب مقطر آن تعویض و در صورت عدم استفاده بصورت هفتگی شستشو و گندزدایی شده و خشک نگه داشته می شود. فلومترها دارای تاریخ شستشو بوده و محل اتصال سوند نازال به مانومتر نیز به صورت هفتگی واشینگ می شود.	
۲۱	باتل ساکشن در پایان هر شیفت تخلیه شده، شستشو و گندزدایی می شود (با محلول سطح متوسط) و در صورت عدم استفاده به صورت هفتگی در محلول گندزدایی سطح متوسط قرار داده می شود.	
۲۲	تیغه های لارنگوسکوپ و آمبویگ بعد از استفاده در محلول سطح بالا غوطه ور می گردد و در صورت عدم استفاده به صورت هفتگی گندزدایی شده و هر تیغه به صورت جداگانه در زیپ کیپ نگهداری می شود.	
۲۳	گایدهای لوله تراشه یکبار مصرف است و در صورت استفاده مجدد، بعد از هر بار مصرف شستشو می شود. در صورت حساس نبودن به گرما داخل اتوکلاو و در صورت حساس بودن به گرما مانند لارنگوسکوپ گندزدایی و نگهداری می شود.	
۲۴	پس از باز شدن محلولهای ضد عفونی مانند بتادین، تاریخ روی بدنه آن قید می گردد و به مدت یک ماه قابل استفاده است. سرم شستشو به مدت ۲۴ ساعت قابل استفاده است.	
۲۵	تابلوی ایزولاسیون در بخش ها به تفکیک انواع ایزوله وجود دارد و استفاده می شود. پیش ورودی اتاق ایزوله دارای امکانات بهداشت دست و وسایل حفاظت فردی می باشد.	
۲۶	بهداشت دست و استفاده از وسایل حفاظت فردی بر اساس انواع ایزولاسیون در هنگام ورود رعایت می شود و در زمان خروج به شکل صحیح خارج می گردد.	
۲۷	پرسنل خدمات در خصوص نحوه دفع پسماند عفونی و نیز انتقال ملحفه و لباس های عفونی به واحد لنژر آگاهی دارند.	
جمع امتیاز مکتسبه		۱۰۸
کل:		۱۰۸

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز
بیمارستان دکتر علی شریعتی
فرم مراقبت از کارکنان حرف پزشکی در هنگام needle stick شدن

نام و نام خانوادگی مصدوم: سمت:
 زمان حادثه (شیفت): تاریخ و ساعت محل حادثه:

آدرس و شماره تلفن همکار دچار مواجهه :

اسم بیمار و کد بیمار:

صدمه پوستی

پر خطر

صدمه مخاطی

نوع حادثه:

صدمه پوستی

کم خطر

صدمه مخاطی

اقدامات بعمل آمده:

- ۱- شستشوی محل تماس پوستی با آب و صابون به مدت ۵-۳ دقیقه
- ۲- شستشوی مخاط دهان یا چشم با آب فراوان
- ۳- اطلاع به مسئول کنترل عفونت
- ۴- پیگیری آزمایش **HBs Ab** مصدوم : بالاتر از استاندارد اقدامی لازم نیست.
 پایین تر از استاندارد تزریق ایمنوگلوبولین و واکسن هپاتیت طبق دستورالعمل

۵- ارسال ۵-۱۰ سی سی خون بیمار جهت آزمایش **HIV, HCV** و **HBS**

- ۶- پیگیری جواب آزمایش بیمار : منفی : اقدامی لازم نیست.
 مثبت: ارجاع مصدوم به مرکز مربوطه
 پیگیری آزمایش مصدوم (۶ هفته - ۳ ماه و ۶ ماه پس از تماس)

نام و امضاء سوپروایزر کشیک: امضاء مسئول کنترل عفونت امضاء مدیر پرستاری
 منبع: بخشنامه معاونت درمان و دارو شماره ۸۳۷۹/۱۰/۳۶ پ تاریخ ۱۳۸۲/۲/۲۷
 تهیه کننده: اعضای کمیته کنترل عفونت دفتر پرستاری شبکه بهداشت و درمان کرج - آبان ماه ۱۳۸۵
 بازنگری: اریب‌هشت ۱۴۰۲



فرم شماره ۱: فرم بیماریابی عفونتهای مرتبط با مراقبتهای بهداشتی

شماره پرونده*: نام بیمار: سن بیمار*:
 بخش*: کد ملی: وزن (اطفال)*:
 تاریخ بستری*: جنس*: ☐ مرد ☐ زن ☐ نامعلوم بیماری اولیه:
 تاریخ بروز عفونت*: کد عفونت*: (☐ عفونت مربوط به بیمارستان دیگری است)
☐ ترخیص ☐ فوت / تاریخ*: نتیجه عفونت: ☐ بهبود ☐ عارضه ☐ فوت
 در صورت فوت، علت فوت: ☐ عفونت ☐ غیر عفونت ☐ نامشخص
 آیا عفونت مرتبط با ابزار (device-associated) است؟ ☐ بله ☐ خیر. در صورت جواب مثبت، جدول زیر را تکمیل نمایید:

انزار (Device)	تاریخ تسه انزار	محل تسه*
☐ کاتتر ادراری		
☐ کاتتر شریانی		
☐ کاتتر نافی		
☐ کاتتر وریدی محیطی		
☐ کاتتر وریدی مرکزی دائمی (پورت، ...)		
☐ کاتتر وریدی مرکزی موقت (CV-line، ...)		
☐ ونتیلاتور یا لوله تراشه یا تراکئوستومی		
☐ سایر:		

* به عنوان مثال برای کاتتر وریدی مرکزی، محل تسه می تواند ساب کلاوین، زگولار، فمورال، و سایر باشد.

آیا کشت مثبت که عامل عفونت فوق را مشخص کرده باشد وجود دارد؟ ☐ بله ☐ خیر.

میکروب: نمونه: تاریخ نمونه گیری:

آنتی بیوگرام: حساس:
 نیمه مقاوم:
 مقاوم:

در صورتیکه برخی آنتی بیوتیکها را بر اساس ☐ MIC/Dilution ☐ MIC/E-test چک نموده اید، در اینجا مشخص نمایید:

آنتی بیوتیک: ☐ حساس ☐ نیمه مقاوم ☐ مقاوم
 آنتی بیوتیک: ☐ حساس ☐ نیمه مقاوم ☐ مقاوم
 آنتی بیوتیک: ☐ حساس ☐ نیمه مقاوم ☐ مقاوم

همکار تکمیل کننده فرم: پرستار کنترل عفونت: پزشک کنترل عفونت:
 تاریخ و امضاء: تاریخ و امضاء: تاریخ و امضاء:

فرم شماره ۲: جدول مخرج های آماری جهت محاسبه شاخص های عفونت

بیمارستان: بخش: سال: ماه:

تاریخ	کل بیماران	بسترهای جدید	فوتی	تعداد جراحی	کانتار اداری	کانتار شریانی	کانتار نافی	کانتار وریدی محیطی	کانتار وریدی مرکزی	وینلایور
									دائمی	موقت
۱										
۲										
۳										
۴										
۵										
۶										
۷										
۸										
۹										
۱۰										
۱۱										
۱۲										
۱۳										
۱۴										
۱۵										
۱۶										
۱۷										
۱۸										
۱۹										
۲۰										
۲۱										
۲۲										
۲۳										
۲۴										
۲۵										
۲۶										
۲۷										
۲۸										
۲۹										
۳۰										
۳۱										
جمع										

* در مورد هر ابزار (Device) تعداد بیمارانی را که در آن روز دارای آن ابزار (Device) هستند را ثبت نمایید.
* جمع ستون اول، بیمار روز در آن ماه را مشخص می کند.

همکار تکمیل کننده فرم:

تاریخ و امضاء:

سوپروایزر کنترل عفونت این مرکز خانم آزاده میرزازاده می باشند.

ایمنی بیمار

تعریف ایمنی بیمار

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

چرا ایمنی بیمار مهم است؟

- رسالت (ماموریت) بیمارستان ارایه خدمات پزشکی ایمن و اثر بخش به مراجعین می باشد
- شواهد معتبر بین المللی نشان می دهد که ایمنی بیماران در مراکز بهداشتی و درمانی در وضعیت مطلوبی قرار ندارد.
- آمارها حاکی از آن است که درصد غیر قابل اغماضی از بیماران در مواجهه با سیستم های بهداشتی بخصوص بیمارستان ها دچار عوارض و صدمات ناشی از ارائه خدمات می گردند و مشکلی بر مشکلات اولیه آنها افزوده می شود.

بنابراین پیشنهاد سازمان بهداشت جهانی و سازمان های پیشرو در این خصوص ایجاد یک نظام جامع سیستمیک مبنی بر فرآیندهای ارتقای ایمنی بیمار جهت کاهش این عوارض و پاسخگویی مناسب به افراد صدمه دیده می باشد که از طریق استقرار فرهنگ ایمنی بیمار و ایجاد ساز و کارهای مناسب سازمانی امکان پذیر می باشد.

فرهنگ ایمنی بیمار

فرهنگ ایمنی ماحصل ارزش های فردی و گروهی، نگرش ها، ادراک ها، صلاحیت ها و الگوهای رفتاری است که تعهد، روش و مهارت یک سازمان را از نظر مدیریت ایمنی بیان می نماید.

ایجاد فرهنگ مناسب در سازمان و جامعه

باید بستری باز و منصفانه برای دستیابی به ایمنی بیمار فراهم گردد شامل:

- ایجاد فرهنگ عاری از سرزنش در سازمان
- نگرش سیستمیک به حوادث ناخواسته درمانی
- حمایت از کارکنان و اثبات توجه به نقش ایشان
- مشارکت بیماران و خانواده در فرایند بهبودی

استانداردهای ایمنی بیمار:

- به دلیل اهمیت موضوع ایمنی بیمار، برنامه بیمارستان دوستدار ایمنی - که یک پروژه سازمان جهانی بهداشت بوده و هدف آن کمک به مؤسسات درمانی برای شروع یک برنامه جامع ایمنی بیمار در کشورها است - در حال اجرا می باشد.

- در همین راستا دفتر مدیرانۀ شرقی سازمان جهانی بهداشت، برنامه بیمارستانهای دوستدار ایمنی بیمار را بر اساس استانداردهایی آغاز نموده است. استانداردهای ایمنی بیمار مجموعه ای از الزامات هستند که برای اجرای ایمنی بیمار در سطح بیمارستان حیاتی می باشند. این استانداردها در سه سطح تعریف شده اند:

1 - استانداردهای الزامی که برای به رسمیت شناخته شدن بیمارستان به عنوان بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار ضروری است به صورت ۱۰۰ درصد تحقق یابند.

2 - استانداردهای اساسی شامل حداقل استانداردهایی هستند که بیمارستان باید برای ایمنی بیمار از آن تبعیت کند؛ استانداردهای اساسی جهت محک زنی داخلی برای مستند نمودن میزان پیشرفت در طی زمان حائز اهمیت می باشد.

3 - 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.

از سال ۱۳۸۹ تاکنون وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ایران نیز در صدد اجرای طرح ایمنی بیمار برآمده است.

برنامه های اجرایی مرتبط با ایمنی بیمار:

سازمان جهانی بهداشت دو چالش بزرگ را در مقابل ایمنی بیمار بر شمرده است که اولین آن عفونت های مکتسبه از خدمات سلامت و دیگری تهدید ناشی از انجام غیرایمن اعمال جراحی است . برای هر دوی این چالش ها چک لیست ها و راهنماهایی هم از سوی سازمان جهانی بهداشت ارائه شده که هم اکنون اجرای آن ها مانند برنامه بهداشت دست ها از سوی وزارت متبوع در بیمارستان ها و مراکز آموزشی درمانی تابعه پیگیری می شود.

همچنین این سازمان ۹ راهکار اجرایی به عنوان راه حل هایی برای حصول و ارتقاء ایمنی بیمار ارائه نموده که عناوین آن ها عبارتند از :

۱. توجه به داروهای با نام و تلفظ و شکل مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی

۲. توجه به مشخصات فردی بیمار جهت جلوگیری از خطا

۳. ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار

۴. انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار

۵. کنترل غلظت محلول های الکتروولیت
۶. اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارایه خدمات
۷. اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها
۸. استفاده صرفا یکباره از وسایل تزریقات
۹. بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبت های سلامتی

توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی:

- کلیه بخش های درمانی لیستی از داروهایی را که اسامی مشابه دارند و احتمال بروز خطا در آنها وجود دارد (چه از نظر نام و چه از نظر شکل و ظاهر آنها) در دسترس کارکنان قراردهند. در داروخانه سرپایی بیمارستان نیز مشابهت های دارویی در دست خط پزشکان و اشتباهات رایج در نسخه نویسی در دسترس کارکنان قرار گیرد.
- برقراری ارتباط و تعامل موثر با داروخانه و مسئول فنی دارو در ارتباط با اصلاح فرایند توزیع و مصرف دارو در مرکز به منظور افزایش ایمنی بیمار باید صورت گیرد.

موارد زیر باید انجام شود:

- داروهای شبیه به هم (چه از نظر نام و چه از نظر شکل و ظاهر آنها) در پاکسها و قفسه های جداگانه چیدمان شود.
- درخصوص داروهای با غلظت بالا و خطرناک حتماً باید نام دارو با برچسب جداگانه به رنگ قرمز مشخص شده باشد.
- قبل از اجرای فرآیند دارو دادن از اشکال دارویی و نوع دارو آگاهی کسب نمایید.
- هنگام آماده کردن داروها، به دوز دارو، شکل دارویی، تاریخ انقضاء توجه شود
- هنگام دارو دادن، حتماً "بیمار را با نام و نام خانوادگی" مخاطب قرار می دهد (وی را به اسم می خواند).
- هنگام دارو دادن، یک بار دیگر مشخصات بیمار با کارت دارویی مطابقت داده شود.
- هنگام دارو دادن، نوع دارو، دوز دارو و ... را مجدداً "با کارت دارویی مطابقت داده شود.

شناسایی صحیح بیمار

۱. کلیه بیماران مورد پذیرش در بخش اورژانس، بیماران بستری و اقدامات روزانه بایستی باید دارای دستبند شناسایی باشند:

- به منظور پیشگیری از خطا، مشخصات بیماران بایستی به صورت خوانا و واضح به روش یکسان در کل بیمارستان بر روی دستبندهای شناسایی نوشته شود بدین منظور حداقل بایستی دو شناسه مشتمل بر نام و نام خانوادگی (نام پدر) و تاریخ تولد بیمار (به روز، ماه و سال) با رنگ مشکی یا آبی در پس زمینه سفید دستبند پرینت شود.
 - در صورت مشابهت نام و نام خانوادگی دو بیمار بستری، ضروری است نام پدر بیمار نیز به عنوان جزیی از دو شناسه اصلی در دستبند شناسایی درج شود.
 - به منظور هشدار در روی جلد پرونده بیماران با نام و نام خانوادگی مشابه عبارت " احتیاط: بیمار با اسامی مشابه " قید شود.
 - سایر شناسه هایی که در صورت صلاحدید مراکز درمانی در گروه های خاص بیماران به ویژه در ارتباطات بین کارکنان خدمات سلامت (برای مثال بیماران مجهول الهویه یا مبتلا به اختلالات روانی) مازاد بر موارد یاد شده می تواند مورد استفاده قرار گیرد عبارتند از: ۱- شماره پرونده بیمار ۲- نام بخش (در شناسه های نمونه های ارسالی به واحدهای پاراکلینیک اجباری است) ۳- نام بیمارستان (در انتقال بین بیمارستانی)
 - تاکید می شود هیچگاه از شماره اتاق و تخت بیمار به عنوان شناسه شناسایی استفاده نشود.
 - محل مناسب دستبند شناسایی بیماران بر روی بازوی دست غالب می باشد.
 - برای شناسایی بیماران مبتلا به آلرژی توصیه می گردد مشخصات شناسایی بیمار با رنگ مشکی در پس زمینه سفید نوشته شده و بر روی باند قرمز چسبانیده شود و برای شناسایی بیماران مستعد سقوط یا مبتلا به زخم فشاری یا ترومبوآمبولیسم وریدی توصیه می گردد مشخصات شناسایی بیمار با رنگ مشکی در پس زمینه سفید نوشته شده و بر روی باند زرد چسبانیده شود.
۲. قبل از ارائه هرگونه اقدامات و خدمات درمانی، تشخیصی و مراقبتی بایستی تمامی بیماران به طرز فعال به شرح ذیل شناسایی شوند و مشخصات آنان با شناسه های مندرج بر روی دستبند شناسایی تطبیق دهید.
- روش شناسایی فعال بیماران: از بیمار درخواست نمایید که نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد خود را و در صورت ضرورت نام پدر را بیان نماید. سپس آن را با مشخصات مندرج بر روی دستبند شناسایی تطبیق دهید.
 - در صورتی که بیمار کودک یا معلول ذهنی بوده یا قادر به تکلم نبوده یا هوشیار نمی باشد، یا با پرسش مشخصات بیمار از والدین و یا وابستگان درجه یک وی، ایشان را به طور صحیح شناسایی نماید.
 - به منظور پیشگیری از وقوع حوادث ناگوار در ترانسفوزیون خون، تغذیه مکمل وریدی و تمامی مراحل نسخه نویسی، نسخه پیچی در داروخانه بستری، آماده سازی و دادن داروهای با هشدار بالا به بیماران، الزامی است بیمار صحیح با اقدام درمانی صحیح توسط دو نفر از کادر حرفه ای واجد صلاحیت ذیربط به صورت مستقل از یکدیگر کنترل شود.

۳. دستبند شناسایی بیماران توسط بخش پذیرش تهیه و در هنگام پذیرش و قبل از ورود به بخش در اختیار بیماران قرار گیرد.

۴. در هنگام پذیرش صحت اطلاعات مندرج در روی دستبند شناسایی با بیمار یا در صورت ضرورت با یکی از بستگان درجه یک وی کنترل می شود.

۵. ضروریست بیمار دریافت باند شناسایی را در پرونده به صورت کتبی تایید و امضاء نماید.

۶. اندازه دستبند شناسایی بیماران بایستی متناسب با ساختار بدنی آنان باشد و طول آن از اندازه بسیار کوچک تا بسیار بزرگ متناسب با سایز نوزاد تازه متولد تا بیماران بسیار چاق و لنفادماتو و یا دارای بانداژ و سایر اختلالات تهیه گردد.

۷. بایستی در حین بستری بیماران دستبندهای آسیب دیده یا گم شده، فوراً توسط مرجع ذی صلاح (منشی بخش یا ...) تهیه و تعویض شوند.

۸. جنس دستبندهای شناسایی از مواد قابل انعطاف، نرم، ضدآب با قابلیت تمیز کردن مجدد باشد و هوا نیز از آن عبور نماید به نحوی که باعث تحریک پوست و آلرژی نشده و کاربرد آن برای بیمار راحت باشد.

۹. بایستی دستبندهای شناسایی به نحوی بسته شوند که سبب فشردگی پوست نشوند.

۱۰. نوشته های بر روی دستبند شناسایی بایستی برای مدت طولانی دوام داشته باشند.

۱۱. در صورتیکه هر یک از اعضای تیم درمانی به منظور ارائه یک خدمت درمانی، تشخیصی یا مراقبتی دستبند شناسایی بیمار را باز نمود، ضروریست سریعاً بعد از اتمام مورد، راساً نسبت به بستن آن اقدام نماید. (اگر دستبند شناسایی در صورت باز شدن و یا درآوردن فوراً بسته نشود، الزامی است بیمار دوباره شناسایی و دستبند پس از کسب اطمینان از صحت مشخصات، به بیمار متصل شود)

ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار

آموزش کلیه پرسنل پرستاری و پاراکلینیک توسط مسئولین بخشی و سوپروایزرین در خصوص مواردی که باید به هنگام تحویل بیمار به واحدهای مختلف (از بخش به اتاق عمل و بالعکس، از بخش به واحدهای پاراکلینیک و بالعکس و ...) یا از یک شیفت به شیفت دیگر به آن توجه کنند.

اصول و ضوابط تحویل بیماران

- به منظور تضمین ایمنی بیمار، با حضور کلیه اعضای تیم سلامت بایستی اطلاعات مرتبط و کافی در خصوص بیماران مبادله شود.
- در خاتمه اگر موارد زیر شفاف نشوند، تحویل بیماران، حائز ارزش زیادی نمی باشد:

۱. اولویت بندی اقدامات درمانی که بایستی برای بیمار انجام شود.

۲. طرح درمانی آتی بیمار بایستی نوشته شود.

۳. بیماران ناپایدار بایستی بررسی شوند.

الزامات تحویل مناسب بیماران

۱. شیفتها بایستی هماهنگ شوند.

۲. زمان لازم بایستی اختصاص داده شود.

۳. رهبری فرایند بایستی شفاف باشد.

۴. تحویل بیماران بایستی توسط تکنولوژی اطلاعاتی مناسب پشتیبانی شود.

۵. برای اجرایی شدن تحویل مناسب بیماران، بیمارستان بایستی واجد خط مشی اختصاصی در زمینه تحویل بیماران باشد.

۶. در ارتباط با شیفت شب (حضور کادر در رده های مختلف از تخصص ها و فوق تخصص های مختلف و حضور مسئول پرستاری شیفت شب در کل بیمارستان)

۷. در ارتباط با شیفت روز حضور پزشکان ارشد در تحویل شیفت

۸. بایستی موارد اورژانس تعریف شود.

۹. زمان تحویل بیماران بایستی معین و ثابت باشد.

۱۰. جز در موارد اضطراری و اورژانس معین، کارکنان در زمان تحویل بیماران، مجاز به پاسخ به تلفن و یا زنگ احضار پرستار نمی باشند.

۱۱. برای تمامی کارکنان باید زمان تحویل بیماران در شیفت کاری تنظیم شود.

۱۲. نیاز به وجود زبان مشترک برای تبادل اطلاعات: تکنیک های توجیهی وضعیتی نظیر فرایند SBAR (وضعیت، سوابق، ارزیابی و توصیه ها)

۱۳. در هر زمان که ممکن است تحویل بیماران، با حضور تیم های پرستاری و پزشکی صورت پذیرد، در این هنگام مدیریت فرایند با ارشدترین پزشک حاضر است.

۱۴. ایجاد فرصت برای ارائه کنندگان خدمات سلامت جهت پرسش سوالات

۱۵. در برخی موقعیتها در تبادل اطلاعات بایستی دقت ویژه داشت (نتایج حیاتی آزمایشات)

۱۶. راندهای چند تخصصی به منظور ارتقاء اثربخشی ارتباطات و تبادل اطلاعات مهم مرتبط به درمان بیمار

۱۷. مشارکت بیمار و خانواده در تضمین تداوم مراقبت/درمان نقش اساسی دارد.

• موارد ذیل در درمان بیماران توصیه می شود:

۱. استفاده از شناسه های متمایز از اشتباه شدن بیماران با اسامی مشابه پیشگیری می نماید.

۲. ارجح است فرایند تحویل در بالین بیماران صورت گیرد.

۳. اطلاعات تبادل شده در تحویل بیماران بایستی ثبت شود.

۴. حضور کادر بالینی موظف شیفت در تحویل بیماران اجباری است.

۵. ارائه اطلاعات درباره وضعیت، داروها، برنامه درمان و هرگونه تغییر مهم شرایط بیمار

۶. اطلاعات کلیدی باید در زمان ترخیص به بیمار یا ارائه کننده بعدی خدمات سلامت انتقال یابد (تشخیص قطعی، وضعیت کنونی، تغییرات اخیر در شرایط بیمار، نتایج آزمایشات، تغییرات احتمالی یا عوارضی که ممکن است بروز نماید)

انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار

- اجرای دستورالعمل بیمار صحیح، محل صحیح، پروسیجر صحیح به طور ویژه در اتاق عمل بسیار با اهمیت است. لذا همزمان با اجرای پروتکل مذکور در بخش های مختلف درمانی و اتاق عمل رعایت چک لیست جراحی ایمن در اتاق عمل الزامی است.

- در تدوین خط مشی و پروتکل "بیمار صحیح، محل صحیح، پروسیجر صحیح" پنج مرحله کلیدی تحت عنوان "پنج گام" در نظر گرفته شده است.

گام اول - اطمینان از اخذ رضایت آگاهانه معتبر :

- هدف از اخذ رضایت آگاهانه، کسب مجوز جهت انجام مداخلات طبی و جراحی، و اعلام خطرات جسمانی به بیمار می باشد.

- به عنوان یک خط مشی؛ انجام اعمال جراحی، طبی، بیهوشی، رادیولوژی و پروسه های انکولوژی، بدون اخذ رضایت آگاهانه غیرممکن می باشد. مشروط بر آنکه رضایت دهنده صلاحیت لازم را جهت اخذ رضایت دارا باشد.

- کسب رضایت از بیمار به منظور انجام مداخلات درمانی مورد نیاز، جزء نکات اصلی و ضروری در سیستم های ارزیابی سلامت می باشد.
- در صورت ناتوانی بیمار جهت اخذ رضایت، وجود حکم یا دستور قضایی - قیومیت - لازم می باشد.
- لذا الزامی است که فرم رضایت آگاهانه و خط مشی کامل آن در واحدهای درمانی موجود و در دسترس کلیه ی کادر درمانی قرار گیرد .

گام دوم - تأیید هویت بیمار:

- قبل از اجرای هر گونه داروی مؤثر بر وضعیت شناختی بیمار، یکی از اعضاء تیم درمانی موظف است که هویت بیمار را دقیقاً شناسایی نموده تا با طرح پرسش های ذیل از بیمار، فرآیند شناسایی صحیح بیمار به نحو احسن صورت گیرد.
- این پرسش ها شامل:

- نام کامل بیمار و تاریخ تولد (لازم به ذکر است که این مورد بایستی از بیمار پرسیده شود نه به گونه ای باشد که بیمار تأیید نماید).
- نوع درمان یا پروسیجر طراحی شده.
- دلایل انجام روش درمان یا پروسیجر مورد نظر
- نشان دادن قسمت و محل عمل یا پروسیجر
- پرستار بایستی پاسخ های بیمار را با مشخصات دستبند شناسایی، فرم رضایت آگاهانه و سایر اطلاعات موجود در پرونده پزشکی او مطابقت دهد.
- در صورت ناتوانی بیمار به شرکت در پروسه های مورد بررسی به دلیل عدم ظرفیت عصبی و یا به علت موانع زبانی، فرد مناسب دیگر و یا مصاحبه گر با صلاحیت، بایستی پاسخ گوی سئوالات تیم درمان در خصوص شناسایی بیمار باشد. که در این خصوص، جزئیات گفتگو و نام شرکت کنندگان، بایستی در پرونده ی پزشکی بیمار ثبت شود.

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

- محل عمل جراحی یا پروسیجر تهاجمی بایستی به صورت کاملاً مطلوب توسط فرد انجام دهنده پروسیجر و یا توسط جراح، نشانه گذاری شود.
- سازمان ممکن است این وظیفه را به فرد باصلاحیت دیگری - بنابه صلاحدید - واگذار نماید .در هر صورت این فرد بایستی علاوه بر تعهد کاری، کاملاً در زمینه بیماری یا پروسیجر مورد نظر از اطلاعات و آگاهی کافی برخوردار باشد.

- اگر فرد مورد نظر، در هر زمانی احساس نماید که در خصوص محل عمل یا سمت عمل دچار ابهام و یا اشتباه گردیده و یا تجربه لازم جهت تقبل این وظیفه را ندارد، بایستی فوراً جراح و یا فرد انجام دهنده پروسیجر را مطلع نماید. در هر صورت نبایستی هیچ بحرانی بیمار را تهدید کند، حتی اگر بروز هیچ اشتباهی هم ثابت نشده باشد.
- در مواردی که بیمار از انجام علامت گذاری امتناع می ورزد، علاوه بر ثبت گزارش در پرونده پزشکی بیمار و گزارش پرستاری، چک لیست جراحی ایمن نیز توسط تیم جراحی تکمیل شود.
- پزشک مسئول بیمار باید مطمئن شود که محل عمل جراحی یا پروسیجر تهاجمی به درستی شناسایی و علامت گذاری شده و عمل جراحی یا پروسیجر تهاجمی در محل و سمت درست انجام می گردد.
- جراح فقط در صورتی می تواند علامت گذاری موضع عمل را به فرد دیگری تفویض نماید که آن فرد در تمام مدت جراحی به ویژه در هنگام انسزیون در اتاق عمل حضور داشته باشد.

فرآیندهای مرتبط با علامت گذاری محل عمل:

- در زمان علامت گذاری محل عمل جراحی یا پروسیجر درمانی، به منظور اطمینان از عدم آسیب به بیمار توجه به راهکارهای ذیل الزامیست:
- محل مورد نظر انسزیز یون (خط عمل) و یا محل جایگذاری وسیله بایستی به طور کاملاً شفاف نشانه گذاری شود.
- در صورت وجود چندین عمل یا چندین پروسیجر، مکان هر کدام بایستی به صورت جداگانه علامت گذاری شود.
- همه ی سطوح درگیر از جمله سطوح جانبی؛ ساختارهای چندگانه (از قبیل انگشتان، مچ ها، جراحات) و یا سطوح چندگانه (از قبیل طناب نخاعی) بایستی به طور واضح علامت گذاری شوند.
- علامت گذاری باید قابل رؤیت و ماندگار باشد به طوری که در هنگام آماده سازی بیمار برای انجام عمل و در زمان پوشاندن محل عمل (drapping) هم چنان قابل رؤیت بماند. علامت گذاری بایستی، با یک علامت گذار (مارکر) غیر قابل پاک شدن صورت گیرد.
- علامت گذاری باید در زمان بیداری بیمار و قبل از انتقال وی به اتاق عمل صورت گیرد.
- جز در موارد اورژانسی، نبایستی بیمار بدون علامت گذاری وارد اتاق عمل شود.
- نوشتن سمت عمل (راست یا چپ) به طور کامل در همه ی اسناد بیمار ضروری است.
- همه ی علائم اختصاری قابل استفاده و نیز روش علامت گذاری باید به تأیید مرکز درمانی رسیده و سپس اطلاع رسانی شود.

- در واحد های تصویر برداری، اعضاء تیم درمانی موظفند که تصاویر را به طور کامل لیبل گذاری نموده و از ارائه تصویر (گرافی) صحیح به بیمار صحیح مطمئن شوند.
- در صورتی که اطلاعات تصویر برداری جهت تعیین محل علامت گذاری مورد استفاده قرار می گیرد، اعضاء تیم درمان موظف به تأیید صحت تصویر صحیح - بیمار صحیح می باشند.
- به منظور کاهش بروز عفونت های مکتسبه بیمارستانی از قبیل استافیلوکوک آرئوس مقاوم به متی سیلین، توصیه می شود که از مارک های علامت گذاری یکبار مصرف (در صورت امکان) استفاده شود. بعد از انجام رویه علامت گذاری به صورت مناسب، مراتب در پرونده پزشکی بیمار ثبت گردیده و مستند شود.

موارد استثناء جهت علامت گذاری محل عمل یا انجام پروسیجر:

- مواردی که محل قرار دادن سوند یا وسیله از قبل مشخص نشده است. مثل: کاتتریزاسیون قلبی، بی حسی و بیهوشی (اپیدورال یا اسپینال)
- پروسیجرهای انجام شده بر روی ارگان های خط وسط (Mid line) از قبیل (نواحی umbilical ، anal، perineal) در این مورد یک استثناء وجود دارد و آن تعیین سطح طناب نخاعی در موارد نیاز به عمل جراحی است که حتماً بایستی علامت گذاری صورت گیرد.
- موارد آندوسکوپی یا پروسیجرهایی که از طریق دهان یا آنوس انجام می شوند.
- موارد منفرد از قبیل: (برش سزارین)، لاپاروسکوپی، لاپاروتومی یا اورترومی.
- در مواردی که محل پروسیجر قابل علامت گذاری نباشد (مثل: دندان)
- در گرافی ها و یا دیگر اسکن های بیمار تا حد امکان بایستی محل انجام گرافی علامت گذاری شود و در غیر این صورت، یک دیاگرام کاملاً واضح که نشانگر محل و سمت انجام تصویر برداری است، بایستی تهیه شده و در پرونده ی پزشکی بیمار ثبت گردد.
- در کودکان نارس که انجام علامت گذاری می تواند منجر به تتوی دائمی شود.
- در مواردی که محل انجام پروسیجر، محل اصلی تروما باشد (محل انجام جراحی)
- در زمان انجام پروسیجرهای تصویربرداری داخلی (از قبیل: MRI، پروسیجرهای رادیولوژیکی، استریوتاکسی)
- در موارد اورژانسی نیاز به عمل جراحی.
- انجام علامت گذاری در خصوص آماده سازی بیماران کاندید جراحی چشم، تأکید ویژه صورت گرفته است. در این گونه موارد حتی الامکان بایستی چشم مورد نظر در بخش توسط متخصص چشم علامت گذاری شود.

- در مورد جراحی های چشم ثبت نوع پروسیجر و سمت صحیح محل عمل (راست یا چپ) به طور کامل در فرم رضایت بیمار و برگه گزارش قبل از عمل و هم چنین علامت گذاری محل عمل، الزامی است
- گام چهارم- بررسی نهایی بیمار در محل انجام پروسیجر یا در اتاق عمل (به منظور بازبینی، تأیید نهایی و صحت گذاری پیش از عمل)
- هم زمان با ورود بیمار به اتاق عمل همه اعضاء تیم درمانی و تیم جراحی درگیر (شامل : جراح ، متخصص بیهوشی ، دستیاران و پرستار) بایستی در بررسی نهایی بیمار به طور فعال شرکت نمایند.
- موفقیت در فرآیند بررسی بیمار کاملاً وابسته به میزان ارتباط فعال بین همه اعضاء تیم درمان است.
- براساس خط مشی تعریف شده بیمارستان، این مرحله بررسی ممکن است قبل و یا بعد از بی هوشی بیمار صورت گیرد.

فرآیندهای مورد بررسی در این زمینه:

- قبل از شروع به انجام پروسیجر، همه اعضاء تیم درمانی بایستی در بررسی نهایی بیمار شرکت نموده و به صورت مستقل از هم آیتم های زیر را بررسی نمایند.
- بررسی حضور بیمار صحیح در محل انجام پروسیجر
- بررسی صحت نوع پروسیجر در حال اجرا (طراحی شده)
- علامت گذاری محل صحیح انجام پروسیجر.
- در دسترس بودن پروتزهای صحیح و یا هر تجهیز ویژه ی دیگر.
- بررسی نهایی، بایستی در محل انجام پروسیجر و بلافاصله قبل از هر گونه اقدام به انجام پروسیجر صورت گیرد.
- مراحل انجام بررسی و نتیجه آن به صورت مستند، ثبت شده و یک نسخه از آن در پرونده پزشکی بیمار نگهداری می گردد.

گام پنجم- اطمینان از موجود بودن، صحیح بودن و در دسترس بودن تمام مدارک و گرافی های تشخیصی مرتبط

خطاهای پزشکی ناشی از نقص در مستند سازی و یا نادرست بودن لیبل گذاری روی تصاویر تشخیصی، یک واقعیت مخاطره آمیز در شناسایی بیمار صحیح می باشد.

فرآیندهای مورد بررسی در زمان تأیید محل انجام پروسیجر از طریق یافته های تصویر برداری:

- حداقل ۲ نفر یا بیشتر از اعضاء تیم درمانی، قبل از شروع به انجام پروسیجر، از وجود این یافته ها مطمئن شوند.

- همه اسناد مربوطه از قبیل؛ گرافی ها، گزارشات تصویربرداری، گزارشات پاتولوژی و دیگر موارد کلینیک را با دقت بررسی نموده و از صحت لیبل گذاری آن ها مطمئن شوند.
- از صحت بیمار صحیح گزارش صحیح اطمینان یابند.
- بعد از تأیید صحت گرافی ها و سایر گزارشات، موارد به صورت مستند در پرونده پزشکی بیمار ثبت گردد.
- در صورت بروز اختلاف و یا عدم توافق در شناسایی بیمار، انجام پروسیجر تا زمان رفع مشکل، بایستی به تعویق افتد. این تصمیم به میزان اورژانسی بودن پروسیجر بستگی دارد و در صورت صدور مجوز جهت انجام پروسیجر، حتی با وجود اختلاف نظر در موارد اورژانسی، مراتب باید در پرونده پزشکی بیمار ثبت شده و گزارش گردد.

کنترل غلظت محلول های الکترولیت

یک مسئله متداول که درمورد ایمنی داروها از آن ذکر می شود، توزیع سهوی الکترولیتها است. جهت جلوگیری از خطاها خصوصاً مواقع بکارگیری نیروی انسانی استخدام جدید، کارورزو یا طرحی به نکات ذیل باید توجه شود:

- حتی الامکان داروهای با غلظت بالا دربخش نگهداری نشود.
- داروهای مورد نظر از دیگر دارو ها به صورت واضح جدا شود .
- کلیه داروهای یادشده با اتیکت قرمز جدا شود.
- هنگام مصرف دارو، دستور پزشک دوباره چک شود.
- علائم حیاتی بیمار در حین مصرف دارو به صورت متوالی چک و ثبت گردد .
- دستورالعمل نحوه رقیق سازی و تهیه دوز مورد نظر بیمار طبق دستور پزشک در دسترس باشد.
- در صورت تشابه شکلی با اتیکت رنگی از هم جدا شود.

اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارایه خدمات

یکی از علل عمده ایراد صدمه به بیماران به هنگام ارائه خدمات درمانی، وقایع مربوط به داروها هستند. خطاهای داروئی به هنگام تهیه، تجویز، توزیع و دادن دارو به بیمار و پایش آن رخ می دهند ولیکن میزان بروز خطا به هنگام تجویز دارو و دادن آن به بیمار شایعتر برآورد می گردد. رعایت دستورالعمل تلفیق دارویی دربخشها الزامی می باشد و بدنبال آن پایش تطابق دستور پزشک با گزارش پرستاری به صورت منظم روزانه چک شود. برای کلیه بیماران از فرم تلفیق دارویی برای جلوگیری از تداخلات دارویی و آموزش هنگام ترخیص استفاده شود.

تلفیق دارویی که فرایند مقایسه دستورات دارویی بیمار با تمامی داروهای مصرفی وی است به منظور پیشگیری از حذف، مصرف بیش از میزان دستور شده، خطای مرتبط با دوزاژ یا تداخلات دارویی در هر مرحله از انتقال خدمت (تغییر در مجموعه ارائه کننده، نوع خدمت، پزشک و سطح خدمت) بایستی انجام شود.

تلفیق دارویی شامل گام های ذیل است:

- ایجاد کاملترین و صحیح ترین لیست دارویی (تاریخچه دارویی) که لیست داروهای خانگی نیز نامیده می شود.
- مقایسه لیست مذکور در قبال دستورات دارویی بیمار در هنگام پذیرش، انتقال یا ترخیص در زمان نوشتن دستورات دارویی
- شناسایی و توجه به ناهمخوانی های احتمالی بین لیست دارویی بیمار و دستورات پزشک و رفع آن
- بروز نمودن بهترین تاریخچه دارویی با در نظر گرفتن دستورات جدید دارویی
- به منظور اجرای موفق فرایند تلفیق دارویی مشارکت فعال تیم سلامت
- (پزشک، پرستار و داروساز/داروساز بالینی) حائز اهمیت است.
- اخذ و ثبت اطلاعات مربوط به داروهای فعلی از بیمار یا خانواده وی باید توسط پزشک بستری کننده بیمار صورت پذیرد (مگر در مواقع اورژانسی که تا ۲۴ ساعت بعد از پذیرش می تواند به تعویق بیفتد)
- شناسایی ناهمخوانی (هرگونه از قلم افتادگی، داروهای مشابه و تکراری، ناسازگاری های دارویی، خطاهای مرتبط با دوز دارویی و تداخلات بالقوه) توسط داروساز/داروساز بالینی و حذف آن توسط پزشک انجام می شود.
- تنظیم فرم یکسان در بیمارستان به منظور انجام تلفیق دارویی و نگهداری آن در پرونده بیماران
- برای بیماران پذیرش شده انجام تلفیق دارویی بایستی در ۲۴ ساعت اول پذیرش صورت گیرد.
- ادغام آموزش تلفیق دارویی در برنامه آموزش ضمن خدمت کارکنان و بازآموزی پزشکان
- مفهوم تلفیق دارویی از عناوین آموزش بیماران قرار داده شود.

به موارد ذیل توجه گردد:

- ثبت تاریخچه مصرف دارویی بیمار در گزارش پرستاری پذیرش بیمار توسط پرستار مسئول بیمار

- پرستار مسئول بیمار باید در صورت مصرف داروهای شخصی با دستور پزشک معالج، این داروها را در کاردکس دارویی بیمار با نام دارو و دوز مصرف مشخص کند.
- هنگام ویزیت بر بالین بیمار لازم است تاریخچه مصرف دارویی بیمار توسط پرستار متذکر گردد و پزشک آن را ثبت کند.
- برگه شرح حال بیمار باید توسط پزشک، اینترن و رزیدنت مربوطه بطور کامل با تاکید بر تاریخچه مصرف دارویی بیمار تکمیل و امضا و مهر شود.
- می بایست در هر بخش لیستی از متداولترین تداخلات دارویی و اطلاعات مربوط به مواد غذایی بالقوه تداخل کننده تهیه شده و در محل مناسب و قابل رویت پرستاران نصب گردد.
- در صورت نیاز به انتقال به بخش دیگری، علاوه بر گزارشات کتبی پرستاری، ضروریست بطور شفاهی توسط پرستار مسئول بیمار بر مصرف داروهای شخصی بیمار تاکید گردد.

اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها

هنگام تحویل بالینی بیمار به شیفت بعد لازم است تمام اتصالات اعم از سوندها، کنترها و لوله ها از جهات زیر توسط پرستار مسئول بیمار مورد بررسی قرار گیرند:

- بررسی از لحاظ فیکس بودن تمام کنترها، سوندها و لوله ها
- بررسی عملکرد صحیح تمام اتصالات
- کنترل پارگی یا خروج از محل اتصال اصلی
- بررسی میزان درناژ باتلها
- بررسی out put ادراری و یورین بگ بیمار
- بررسی لوله تراشه و NGT از جنبه قرار گیری در محل خود
- کنترل تاریخ فیکس اتصالات

رعایت اصول عمومی

- قبل از هرگونه اتصال وسیله پزشکی، مسیر لوله ها و کنترها را از منشا اولیه جاگذاری در بدن بیمار تا به محل اتصالات پورت بررسی نمایید.
- در هنگام تحویل بیمار از یک مرکز درمانی دیگر، اتصالات را مجدداً کنترل نمایید.

- مسیر راه وریدی را در جهت سر بیمار و مسیر راه تغذیه گوارشی را در جهت اندام تحتانی بیمار ثابت کنید.
- به کارکنان پشتیبانی، بیماران و خانواده تاکید شود که نباید وسایل پزشکی را قطع و وصل کنند.
- برچسب گذاری کتترهای پرخطر (کتترهای شریانی، اپیدورال و...) الزامی است.
- از استفاده کتترهای شریانی، اپیدورال و اینتراتکال با پورت تزریق اجتناب شود.
- از آداپتورها و اتصالات اضافی برای لوله های تغذیه گوارشی استفاده نکنید.
- به منظور تجویز دارو از سرنگ دهانی دارو استفاده کنید.
- به بیمار یا همراه آموزش دهید در صورت آزاد شدن محل اتصال لوله و کتترها فوراً به پرستار اطلاع دهد.
- لوله ها و کتترها را کدبندی رنگی نکنید.
- مخاطرات ناشی از اتصالات نادرست لوله ها و کتترها را در آموزش پرسنل جدیدالورود و آموزش مستمر کادر بالینی قرار دهید.

استفاده صرفاً یکباره از وسایل تزریقات

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

انجام تزریقات بر اساس استانداردهای زیر صورت گیرد:

- استفاده از وسایل استریل.
- برای هر تزریق، از یک سرنگ یکبار مصرف جدید استفاده کنید.
- از یک سرنگ و سر سوزن استریل یکبار مصرف جدید، برای هر بار تلقیح هر نوع واکسن و یا دارو استفاده کنید.
- از آلودگی وسایل (سرنگ سرسوزن و ویالها) پیشگیری کنید.
- روی یک میز یا سینی تمیز که مخصوص تزریقات می باشد و احتمال آلودگی سرنگ و سر سوزن وجود ندارد، وسایل تزریق را آماده نمایید.
- حتی المقدور از ویالهای تک دوزی دارو استفاده کنید.

- در صورتی که ملزم به استفاده از ویالهای چند دوزی دارو هستید برای هر بار کشیدن دارو از سر سوزن استریل استفاده نمایید.
- هنگامی که سر آمپول را می شکنید، با قرار دادن لایه نازک گاز تمیز مابین انگشتان دست خود و جدار آمپول، انگشتان خود را از آسیب و صدمه محافظت نمایید.
- قبل از اقدام برای تزریق به بیمار، کلیه داروهای تزریقی را از نظر کدورت، شکستگی جداره آنها و تاریخ انقضاء بررسی نموده و در صورت مشاهده هر یک از این موارد، آنها را به نحوه صحیح دفع نمایید.
- توصیه های اختصاصی کارخانه سازنده را در ارتباط با نحوه استفاده، نگهداری و جابجایی دارو مورد توجه قرار دهید.
- در صورت تماس سر سوزن با سطوح غیر استریل، آن را به نحوه صحیح دفع نمایید.
- قبل از آماده کردن دارو و تزریق، دستهای خود را با آب و صابون بشویید و یا با استفاده از الکل ضد عفونی کنید.
- (در صورتی که بین تزریقات، دست شما کثیف یا آلوده به خون و مایعات بدن بیمار گردید، رعایت بهداشت دست ضروری است.)
- از تزریق به بیمار در نواحی ناسالم پوستی اجتناب نمایید.
- نیازی به ضد عفونی کردن سر ویال (جدید) نیست ولی در صورت نیاز، از سوآپ تمیز والکل ۷۰ درجه تازه استفاده نمایید. از گلوله های پنبه آغشته به الکل موجود در ظرف پنبه الکل استفاده نکنید.
- از کاربرد ماده ضد عفونی در زمان تزریق واکسن و بروس زنده ضعیف شده برای تلقیح اجتناب نمایید.
- قبل از تزریقات اگر محل تزریق بصورت مشهود کثیف باشد، حتما پوست را بشویید.
- سرنگ و سر سوزن را از نظر وجود پارگی بسته بندی چک کنید و به تاریخ انقضاء آن توجه نمایید.
- اگر سر پوش گذاری سر سوزن لازم باشد، تکنیک استفاده از یک دست را بکار ببرید.

7Right و یا ۷ اصول صحیح دارودهی به صورت زیر می باشد:

بیمار صحیح داروی صحیح زمان صحیح دوز صحیح روش مصرف صحیح ثبت صحیح

حق بیمار و کارکنان (در خصوص اطلاعات در مورد دستور دارویی داده شده)

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

اجرای دستورالعمل بهداشت دست در مراکز درمانی تدوین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در بخشها رعایت و مورد پایش قرار گیرد. باید توجه داشت که شستن دست ها به تنهایی مهمترین راه پیشگیری از عفونت های بیمارستانی به شمار می آید.

اصول عمومی بهداشت دست

۱. در صورت کثیفی آشکار دستها، آلودگی با مواد پروتئینی نظیر خون یا سایر مایعات و ترشحات بدن، بعد از استفاده از توالت و در صورت مواجهه با ارگانیسم های بالقوه تولید کننده اسپور از جمله در موارد طغیان کلستریدیوم دیفیسیل دستها را با آب و صابون بشوید.

۲. برای ضد عفونی معمول دستها به شرح ذیل مالش دستها با استفاده از محلول های مالش دست با پایه الکلی توصیه می شود:

- قبل و بعد تماس مستقیم بیماران
- بعد از درآوردن دستکش استریل و غیر استریل
- قبل از دست زدن به یا هرگونه جابجایی وسیله مورد استفاده در ارائه مداخلات درمانی تهاجمی برای بیمار (صرف نظر از پوشیدن دستکش)
- بعد از تماس با مایعات یا ترشحات غشاء مخاطی، پوست آسیب دیده یا پانسمان زخم بیماران
- در صورت احتمال تماس دست با نواحی تمیز بدن بعد از تماس با ناحیه و یا موضع آلوده بدن در حین مراقبت از یک بیمار
- بعد از تماس با اشیاء و سطوح بی جان محیطی مجاور و نزدیک بیمار (مشتمل بر تجهیزات پزشکی)

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

روشهای رعایت بهداشت دست عبارتند از:

الف - روش Hand rub:

- بمنظور ضد عفونی دست با استفاده از محلول های مایع با بنیان الکلی مقدار کافی از محلول، به نحوی که کل سطوح دست را بپوشاند، را در کف دست خود ریخته و آنها را طبق پوستر آموزشی نصب شده کنار روشویی بهم بمالید. اجازه دهید که دستها کاملاً خشک شوند. مدت زمان کل فرایند ۲۰ تا ۳۰ ثانیه است.

ب - روش صحیح شستن دست با آب و صابون:

- در صورت امکان همیشه از آب تمیز، روان و لوله کشی استفاده نمائید.
- ابتدا دستها را با آب مرطوب کنید سپس با استفاده از صابون دستشویی دستها را بهم بمالید بنحوی که کلیه سطوح دستها را بپوشاند.
- با استفاده از حرکات چرخشی طبق پوستر آموزشی نصب شده کنار روشویی ها کف دستان و بین انگشتان را محکم بهم بمالید.
- دستها را کاملاً آبکشی نمائید.
- با حوله پارچه ای تمیز و یا حوله کاغذی یکبار مصرف دستها را کاملاً خشک نمائید.
- با همان حوله یا دستمال کاغذی استفاده شده شیر آب را ببندید و سپس جهت شستشوی مجدد حوله را به بین مخصوص لاندی کثیف و یا در صورتی که دستمال یکبار مصرف است آن را در سطل آشغال بیندازید.
- مدت زمان کل فرایند ۴۰ تا ۶۰ ثانیه است.

گزارش خطا:

خطا ها به دو دسته تقسیم می شود

۱) Near miss :

گزارش آن فوری نمی باشد و خطا عارضه پایدار در بیمار به وجود نیاورده است گزارش آن به

دو صورت است

✓ اختیاری (توسط خود فرد خاطی گزارش می شود)

✓ اجباری (توسط مافوق گزارش می شود)

۲) Never event :

گزارش آن فوری می باشد ۲۹ کد دارد که در صورت رخ داد بلافاصله به سوپروایزر کشیک و

کارشناس رابط ایمنی مرکز می بایست گزارش شود و برای آن RCA تنظیم می گردد

چگونه یک خطا را گزارش کنیم

خطاها توسط همکاران در سایت بیمارستان ثبت می شود و توسط کارشناس رابط ایمنی مرکز در انتهای هر ماه جمع بندی و به صورت اشتراک گذاری خطا به واحدها ارائه می گردد

- گزارش های خطا ماهیانه در بخشها به همراه اقدامات اصلاحی جهت کاهش خطا به اشتراک گذاشته می شود

دبیر کمیته مرگ و میر بیمارستان (خانم باقریان) هستند.

فهرست ۱۲ گانه داروهای پرخطر و هشدار بالا، دارای الویت برچسب گذاری روی هر آمپول یا ویال فرآورده

ردیف	نام دارو	ردیف	نام دارو
۱	کلرید پتاسیم	۷	آتروپین
۲	سولفات منیزیم	۸	اپی نفرین
۳	بیکربنات سدیم	۹	هپارین سدیم
۴	گلوکونات کلسیم	۱۰	رتپلاز
۵	هایپرسالین	۱۱	هالوپریدول
۶	لیدوکائین	۱۲	پروپرانولول

داروهای هشدار بالا (لیست داروهای هشدار بالا شامل داروهای ستاره دار و کاهنده قند خون و ... که ۱۲ مورد بالا را نیز شامل می شود در بخشها موجود است) در کلیه مراحل شامل: چک دستور پزشک، آماده سازی، تزریق و ثبت دارو توسط دو پرستار چک و ثبت گردد.

سقوط	پلی فارمسی	تشنج	سوء تغذیه	ریسک خودکشی	ترومبوآمبولیسم	زخم فشاری
F	PH	C	M	S	T	B

بیماران پرخطر زیر می بایست در بدو ورود شناسایی شوند و پس از ارزیابی اولیه و تعیین احتمال ریسک متوسط و بالا کد مشخص شده که به صورت برچسب با رنگ مشخص در بخشها موجود است روی دستبند شناسایی چسبانده شود

آلرژی
A

کدهای مامایی نیز به صورت زیر برچسب زده می شود

هایپرامزیس (تهوع و استفراغ شدید بارداری با اختلالات الکتریکی)	پره ترم	دیابت بارداری	خونریزی های پس از زایمان	اکلامسی	پره اکلامسی
HE	PT	GD	PPH	EC	PR

در این مرکز جناب آقای دکتر محمد کشاورز روحی (ریاست بیمارستان) مسئول ایمنی بیمار و سرکار خانم میرسلیمی کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار می باشند.

آموزش به بیمار و home care

ارتقا سلامت و آموزش به بیمار:

کارشناس آموزش به بیمار و ارتقاء سلامت و مسئول مراقبت در منزل در این مرکز خانم فروغ میرسلیمی (کارشناس پرستاری) می‌باشد.

در هر بخش یک نفر کارشناس پرستاری به عنوان رابط آموزش به بیمار و ارتقاء سلامت تعیین شده است

تعریف ارتقای سلامت: (Health Promotion)

ارتقای سلامت به مفهوم توانمند سازی مردم در شناخت عوامل تاثیرگذار بر سلامت فردی - اجتماعی و تصمیم گیری صحیح در انتخاب رفتارهای بهداشتی و در نتیجه رعایت شیوه زندگی سالم تعریف شده است. به طور خلاصه ارتقاء سلامت عبارت از روند توانمند سازی افراد برای افزایش کنترل و بهبود سلامتی شان می باشد. برقراری عدالت ، محیط مناسب ، اکوسیستم پایدار، صلح ، دسترسی به خدمات ، تضمین درآمد، تغذیه ، آموزش به عنوان شرایط اولیه و زیر بنایی ارتقای سلامت معرفی شدند.

با توجه به تعریف ارتقای سلامت نتیجه گیری می شود که:

-ارتقای سلامت فراتر از آموزش سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها می‌باشد.

-ارتقای سلامت بر تجزیه و تحلیل و توسعه ظرفیت سلامتی افراد تاکید دارد.

دیدگاه کلی نگر ارتقای سلامت ، در نظر گرفتن سلامت روانی و اجتماعی در کنار سلامت فیزیکی می باشد.

آموزش به بیمار

آموزش به بیماران یکی از شاخص های کیفیت پذیرفته شده درمانی است. تمام بیماران حق دارند در مورد حفظ و ارتقاء سطح سلامت و پیشگیری از بیماری ها آموزش های مناسب دریافت نمایند.

آموزش به بیماران فواید و نتایج مثبت زیادی در بر دارد:

۱- کاهش هزینه های مراقبت های بهداشتی

۲- افزایش کیفیت مراقبت ها

۳- کمک به بیمار در به دست آوردن استقلال و خودکفایی بیشتر

۴- کاهش میزان بستری مجدد بیماران

تعریف آموزش سلامت به بیمار: آموزش سلامت به بیمار نیازی است (آموزشی) که بیمار (فراگیر) احساس می کند به آن نیاز دارد و از متخصص سلامت انتظار دارد که به او آموزش دهد و متخصص سلامت با ادغام نیازهای بیمار و نیازهایی که خود برای بیمار احساس می کند در نهایت بیمار را آموزش می دهد تا بیماریش را کنترل کرده، هر چه بهتر با آن کنار آمده و به یک زندگی فعال در عین وجود بیماری برسد.

اهمیت آموزش سلامت به بیماران:

در دنیای کنونی ما که علل زمینه ای اصلی مرگ و میر، فاکتورهای قابل اصلاح در شیوه زندگی (مانند سیگار کشیدن، عدم تحرک کافی و عادات غذایی نامناسب) هستند، منطقی است که آموزش سلامت به بیمار یکی از مهمترین مسئولیت های افراد شاغل در حیطه بهداشت و سلامت و یک اولویت اساسی برای تحقیقات به حساب می آید. ایجاد ارتباط موثر، پایه اصلی هر فعالیت آموزشی است. یکی از اجزای حیاتی در طراحی و آماده سازی مطالب برای آموزش بیمار ارایه مطالب به گونه ای است که بین مقدار و میزان پیچیدگی آنها، تعادل برقرار شود. بهترین راه برای ارزیابی این امر، ارایه مطالب به بیماران و بحث و نظر سنجی از خود آنهاست. همچنین می توان فهمیدن مطالب را با سوالات چند جوابی ارزیابی نمود. ضمناً مطالب ارائه شده نباید حجیم و پیچیده باشند و نحوه ارائه مطالب نیز باید ساده و موثر باشد، به گونه ای که هر فرد فاقد تحصیلات دانشگاهی و با سطح سواد معمولی و حتی پایین، قادر به فهم آنها باشد.

ارتباط موثر میان بیمار و پرسنل بهداشتی می تواند موجب:

- افزایش رضایتمندی بیمار
- برطرف شدن سر درگمی
- و ارتقای وضعیت سلامت وی شود.

تغییر رفتار پرسنل بهداشتی (تبدیل آنها به افرادی که در کنار فعالیتهای قلبی خود، به آموزش بیماران نیز توجه خاصی را مبذول نمایند) و توانمند سازی بیماران (به منظور حفظ سلامت خود) دو راه تقویت این ارتباط موثر است. یکی از دلایل به کار گیری آموزش، لزوم انجام خود مدیریتی بیمار در بیماری های مختلف از جمله دیابت، آسم و نارسایی قلبی و... است.

برنامه ریزی آموزش سلامت به بیمار:

یک برنامه موثر آموزش سلامت به بیمار نیاز به برنامه ریزی دقیق و حساب شده دارد. که بطور خلاصه مراحل آن این چنین است:

۱. ارزیابی نیاز و خواسته بیمار (یک برنامه قوی آموزش سلامت به بیمار، باید بر اساس اجرای صحیح نیازسنجی صورت گیرد).
۲. تعیین اولویتهای آموزشی
۳. تعیین محتوی آموزشی (شناسایی آنچه که یک فرد نیاز دارد که بداند و مهارتهایی که او باید برای اجرای رفتار کسب نماید).
۴. تعیین اهداف (اهداف باید روشن و شامل آنچه که می خواهید انجام دهید باشد).

۵. فرایند اجرا (در اجرای برنامه ها می توان از روشهای تعاملی و مشارکتی در آموزش سلامت به بیمار مانند رسانه های جمعی و رسانه های محلی و سایر رسانه های نوشتاری و نیز فرایند های گروهی و ... استفاده کرد).

هدف از طراحی بخش آموزش به بیمار:

هدف کلی:

ارتقای سطح سلامت در جامعه

اهداف ویژه:

- آموزش بیماری ها و مشکلات بهداشتی شایع در مبتلایان
- پیشگیری از بیماری ها و مشکلات بهداشتی شایع در جامعه
- ارائه مشاوره پزشکی از راه دور
- اطلاع رسانی به گروه هدف از طریق ارائه جدیدترین اخبار و دستاورد های پزشکی
- معرفی سایر سایت های آموزش به بیمار ایرانی و خارجی
- ایجاد فضایی برای تعامل بین بیماران در مورد مشکلات خویش

در جهت رسیدن به اهداف فوق گروه آموزش به بیماران قالب های متفاوتی را در بخش های مختلف طراحی نموده است که این قالب ها شامل متن قابل چاپ، پمفلت های آموزشی، اسلاید های تعاملی، ویدیو و صوت هستند که در بخش های مختلف از قبیل شناخت اندام های بدن، پیشگیری از بیماری ها، شناخت بیماری ها و آزمایش های تشخیصی ارائه می شوند.

اهداف آموزش سلامت به بیمار برای پیشگیری :

دو هدف عمده از آموزش سلامت به بیمار در حیطه پیشگیری اولیه وجود دارد :

- تغییر رفتارهای ناسالم
- و بهبود وضعیت سلامت

تغییر رفتار در نتیجه آموزش سلامت به بیمار در مورد ترک سیگار ، عدم مصرف الکل ، کنترل وزن ، ورزش و جلوگیری از بارداری در تحقیقات متعدد مشاهده شده است .بنابر این بطور خلاصه می توان گفت :

هدف نهایی از آموزش سلامت به بیماران ، گفتن بهترین کارها به ایشان برای انجام دادن نیست بلکه کمک کردن به آنها برای یادگیری چگونگی مراقبت از خود به منظور ارتقای سلامت است .

هدف از اجرای برنامه آموزش سلامت به بیماران ، کمک به آنهاست تا خود بتوانند نسبت به مراقبت از سلامت خود مسئولیت پذیر باشند . به زبان دیگر ، هدف دادن اطلاعاتی به ایشان است تا بتوانند با استفاده از آنها به خوبی از سلامتی خود مراقبت کنند .

هدف از آموزش سلامت به بیماران کمک به آنها به منظور کسب توانایی سازش و تغییر متناسب با تغییراتی که در اثر بیماری در شرایط جسمی و روحی آنها ایجاد شده باشد .

در سطح ارایه خدمت آموزش سلامت به بیماران در چهار مرحله می توان ارزشیابی آموزش سلامت به بیماران را انجام داد :

۱. در مرحله مداخله
۲. عملکرد بیمار پس از آموزش
۳. عملکرد بیمار در منزل
۴. توانایی کلی بیمار برای مراقبت از خود

یکی از شاخصهای پایش و ارزشیابی نظام جامع آموزش سلامت به بیمار وجود کوریکولوم و محتوی آموزشی مراقبان سلامت در مورد مهارتهای آموزش سلامت به بیمار به صورت مصوب است .
یکی از افراد دارای صلاحیت برای ارایه خدمات آموزش سلامت به بیماران پرستاران می باشند

کوریکولوم آموزش سلامت به بیماران توسط پرستار :

- آموزش سلامت به بیمار در مورد کلیه حقوق
- آموزش سلامت به بیمار در مورد علائم و نشانه های خطر
- آموزش سلامت به بیمار در مورد اقدامات تشخیصی لازم
- آموزش سلامت به بیمار در مورد خصوصیات بیماری
- آموزش سلامت به بیمار در مورد اقدامات کنترلی
- آموزش سلامت به بیمار در مورد حمایت های اجتماعی
- آموزش سلامت به بیمار در مورد مهارتهای لازم برای استفاده از خدمات حمایتی
- آموزش سلامت به بیمار در مورد مهارتهای لازم در حل مسایل مرتبط با کنترل بیماری
- آموزش سلامت به بیمار در مورد مهارتهای لازم برای اقدامات درمانی

روند کار آموزش به بیمار در بخش های بستری

- ۱ - کلیه بیماران در بخش های بستری توسط کارشناسان پرستاری آموزش داده می شوند .
- ۲ - آموزش ها بر اساس شرایط بیمار و اولویت بندی نیاز های آموزشی انجام می شود.
- ۳ - موارد آموزش به بیمار در پرونده بیمار در برگه مخصوص ثبت آموزش به بیمار ثبت می شود .و به بیمار پمفلت مربوط به موضوع داده می شود .
- ۳ - ارزشیابی موارد آموزش به بیمار در بخش توسط رابطین آموزش به بیمار بخش ها به صورت ضربدری برای ۱۰ درصد بیماران انجام می شود .
- ۴ - ارزشیابی مجدد در مورد بیماران توسط سوپروایزر بالینی و کارشناس آموزش به بیمار نیز به صورت رندوم انجام می شود .

برای سهولت در امر آموزش بیماران محتوای آموزشی در ارتباط با موضوعات مختلف آموزشی و پمفلت‌های آموزشی با توجه به تنوع بیماری‌ها در این مرکز تهیه و بر اساس آنها آموزش به بیماران انجام می‌شود.

آموزش گروهی برای کلیه بیماران و مراجعان به درمانگاه دو بار در ماه با توجه به مناسبت‌های بهداشتی و اولویت بندی نیاز- های آموزشی توسط سوپروایزر آموزش به بیمار و کارشناسان پرستاری انجام می‌شود.

مهمترین موضوعاتی که به بیماران و مراجعان آموزش داده می‌شود شامل:

۱. خودمراقبتی در بیماریهایی مانند دیابت و فشار خون و بیماریهای قلبی و
۲. آموزش درباره تغذیه سالم و چاقی
۳. آموزش درباره بیماری سرطان و راههای پیشگیری از آن
۴. آموزش درباره سلامت زنان و سلامت مردان

مراقبت در منزل home care :

کارشناس مراقبت در منزل در این مرکز خانم فروغ میرسلیمی می‌باشد

تعریف:

مراقبت در منزل عبارتست از ارائه خدمات بهداشتی و درمانی در محل زندگی بیماران در این سیستم بیمار تحت نظارت پزشک و پرستار در محل زندگی خود از خدمات بهره مند می‌شود. مدیریت ارائه خدمات بنحوی که بیماران را در قسمتی یا تمام زندگی شخصی توانمند گرداند که این امر با انجام خدمات مراقبتی پیشگیرانه و حاد یا طولانی صورت می‌گیرد.

طبق دستورالعمل ابلاغی معاونت پرستاری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، واحد مراقبت در منزل با هدف ساماندهی، تداوم و هماهنگی در ارائه مراقبت از بیمار پس از ترخیص از بیمارستان، مراقبت ایمن و به‌صرفه در منزل، در راستای کاهش زمان بستری در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی، کاهش هزینه‌های درمانی -مراقبتی، کاهش دوران نقاهت، کنترل و کاهش عفونت‌های بیمارستانی، توان‌بخشی و بهبود کیفیت خدمات پرستاری و درنهایت افزایش رضایت‌مندی بیماران و خانواده‌ها راه‌اندازی شده است.

وظایف مسئول واحد مراقبت در منزل در بیمارستان‌ها چیست؟

طبق دستورالعمل ابلاغی، وظایف مسئول واحد مراقبت در منزل در بیمارستان‌ها عبارت است از: برنامه‌ریزی جهت آشناسازی بیماران بستری و خانواده آنان با امکانات و مزایای مراقبت در منزل، آشناسازی تمامی کادر درمانی با فرایندهای ارائه خدمات در منزل، برگزاری جلسات هماهنگی در سطح بیمارستان و بخش‌های درمانی جهت توسعه مراقبت در منزل، کمک به شناسایی بیماران بستری واجد شرایط جهت مراقبت در منزل، ارائه آموزش‌های لازم جهت مراقبت در منزل به بیماران

واجد شرایط و خانواده آنان، بررسی سطح نیاز بیماران به مراقبت در منزل و تأیید برنامه‌های درمانی و مراقبتی، هماهنگی با نمایندگان مراکز طرف قرارداد جهت معرفی بیماران، تبیین فرآیند معرفی بیمار جهت دریافت خدمات مراقبت در منزل از بخش تا مرکز و منزل، دریافت معرفی‌نامه‌های صادره از بخش‌های درمانی در مورد نیاز به مراقبت در منزل بیماران (قبل و در هنگام ترخیص)، معرفی بیمار به مراکز مراقبت در منزل طرف قرارداد، نظارت بر قرارداد اولیه فی‌مابین مرکز و بیمار.

چه بیمارانی واجد شرایط مراقبت در منزل هستند؟

۱. بیماران با نیازمندی‌های مراقبتی بلند مدت و پیچیده.
۲. سالمندان.
۳. ناتوانی‌های جسمی مانند بیماران سکته مغزی و **bed ridden**
۴. بیمارانی که دارای زندگی نباتی هستند.
۵. بیمارانی که نیاز به دارو درمانی تزریقی در منزل هستند و....

مدارک مورد نیاز جهت معرفی بیمار به واحد مراقبت در منزل از بخش:

۱. تکمیل فرم شماره یک مراقبت در منزل توسط پزشک معالج و پرستار بیمار
۲. برگه سیر بیمار
۳. برگه خلاصه پرونده بیمار
۴. برگه آموزش زمان ترخیص

در این مرکز سرکار خانم فروغ میرسلیمی سوپروایزر ارتقاء سلامت می باشند.

احیا قلبی ریوی پیشرفته بر اساس آخرین تغییرات گایدلاین AHA 2020

ایست قلبی ریوی : ایست قلبی عبارت است از توقف ناگهانی عملکرد پمپ قلبی که ممکن است با مداخله فوری، برگشت پذیر باشد، در غیر این صورت مرگبار است.

دو علت اصلی ایست قلبی : حوادث آریتمیک - نارسایی گردش خون

علل قلبی عروقی : سکته قلبی، بیماری های ایسکمیک، آریتمی های قلبی، بلوک درجه ۳ و ۲، تامپوناد

علل ریوی : پنوموتوراکس، آمبولی ریه، هاپوکسی، انسداد مجرای هوایی

علل متابولیک : اختلالات الکترولیت، شامل هایپوکالمی، هایپرکالمی، هیپومنیزیمی، هایپوگلیسمی، هایپرگلیسمی

مسمومیت ها : محرک ها، کوکائین، آمفتامین و...

داروهای قلبی : دیژیتال، بتابالکر، کانادین و...

در اطفال شایعترین دلیل ایست قلبی نارسایی تنفسی است

تعریف احیای قلبی ریوی:

سلسله اعمالی که توسط افراد آگاه و حاضر در صحنه برای بازگرداندن عملکرد دو عضو حیاتی یعنی قلب و ریه و در نوع

طولانی مدت آن به منظور بازگرداندن عملکرد مغزی صورت میگیرد. از صفر تا ۴ الی ۶ دقیقه فرصت داریم تا عملیات احیا را

برای فرد دچار ایست قلبی انجام دهیم که به این مدت، زمان طلایی گفته می شود.

مرگ بالینی و فیزیولوژیک

مرگ بالینی: زمان صفر ایست قلبی و تنفسی (آسیب برگشت پذیر)

مرگ فیزیولوژیک: در صورت تاخیر در احیا و کمبود اکسیژن و گردش خون بیشتر از طی ۵-۴ دقیقه رخ می دهد(آسیب نا برگشت پذیر)

در مرگ بالینی : گرم بودن بدن - عضلات قوام نرم دارند - مردمکها در مقابل نور تنگ میشوند

در مرگ حقیقی: سرد بودن بدن - عضلات سفت شده - مردمکها گشاد و در مقابل نور واکنش نشان

مبانی BLS برای تیم بهداشتی



برای افزایش کیفیت احیا

- حداقل ۱۰۰-۱۲۰ ماساژ در دقیقه
- عمق هر ماساژ قفسه سینه ۵ سانتیمتر
- بعد هر کمپرس قفسه سینه فرصت برگشت قفسه سینه به حالت اول داده شود
- کمترین وقفه بین ماساژها
- خودداری از تهویه بیش از حد

- کف یک دست را روی پیشانی قرار داده
- آنرا به عقب برانید
- تا حدی سر به عقب برده شود که چانه نسبت به سطح زاویه ۹۰ درجه ایجاد نماید

head tilt neck lift

برای بیماران ترومایی و یا مشکوک به ترومای مهره های گردنی استفاده می شود شست را در دو طرف گوشه دهان قرار دهید و انگشت میانی یا سایر انگشتان را در زاویه فک قرار دهید و فک را بالا بیاورید

۵. ارزیابی نبض و تنفس همزمان در کمتر از ۱۰ ثانیه

کنترل نبض کاروتید

- نبض کاروتید را با دو انگشت خود لمس کنید
- توجه کنید که همزمان با چک نبض کاروتید با دست سر را در موقعیت مناسب از نظر راه هوایی قرار داده اید
- لمس کاروتید بهترین روش بررسی نبض در بالغین است
- در تروما به گردن، می توان از نبض فمورال استفاده کرد.
- اگر به مدت کمتر از ۱۰ ثانیه نبض کاروتید حس نشد ماساژ قلبی باید شروع شود.

پس از چک نبض و تنفس با یکی از سه شرایط زیر مواجه می شوید

اگر تنفس و نبض دارد:

قرار دادن در وضعیت ریکاوری و چک بیمار هر دو دقیقه

اگر ضربان قلب و تنفس ندارد یا تنفس گسپینگ (تنفس غیر عادی):

ماساژ قلبی و تنفس ۳۰:۲

اگر نبض دارد و تنفس ندارد:

هر ۶ ثانیه یک تنفس + هر دو دقیقه ارزیابی تنفس و نبض

۶. شروع ماساژ قلبی با کیفیت بالا

ماساژ قلبی کمتر از ۱۰ ثانیه از تصمیم گیری برای احیای ارست قلبی شروع شود.

۲- سرعت ماساژ قلبی ۱۰۰-۱۲۰ بار در دقیقه

۳- عمق ماساژ قلبی ۵ سانتی متر بزرگسالان باشد

۴- اجازه برگشت قفسه سینه به حالت اول (Recoil) بعد از هر بار ماساژ قلبی

۵- وقفه در ماساژ قلبی باید به حداقل ممکن برسد. در زمان شوک دادن، جایگزینی نفرات برای ماساژ قلبی، زمان جابجایی

بیمار به امبولانس، برای اینتوبیشن، شروع ماساژ قلبی بلافاصله بعد از شوک دادن

۶- برای ارزیابی تاثیر تنفس باید بالا رفتن قفسه سینه را در حین تنفس مشاهده نمود

۷- بعلت خسته شدن فرد ماساژ دهنده، باید جای فرد ماساژ دهنده و تنفس دهنده بطور متناوب هر ۲ دقیقه عوض شود.

۷. به محض رسیدن هر یک از اعضا تیم پزشکی شروع ACLS

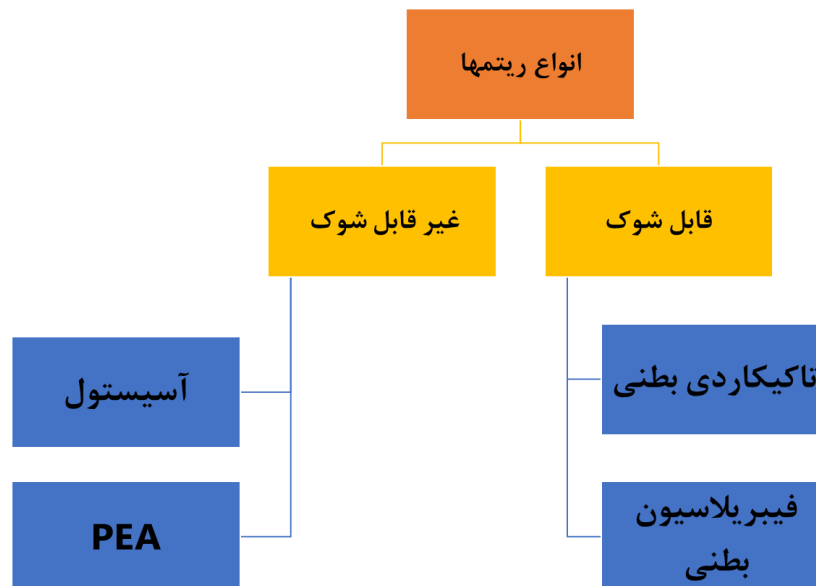
نفر دوم به محض رسیدن و ملحق شدن: اتصال اکسیژن به انتهای آمبوبگ و اتصال بیمار به مانیتور و کنترل ریتم

نقطه تصمیم گیری ۱: ریتم قابل شوک دادن هست یا خیر؟

مانیتورینگ سریع با الکتروشوک: پدلها را روی قفسه سینه قرار دهید و لید را روی Lead paddle انتخاب کنید

حالت دوم مانیتورینگ دائم: لیدهای الکتروشوک را متصل کنید و لید را روی لید I, II, III قرار دهید

ایست قلبی در بالغین به دلیل ۴ نوع ریتم ایجاد میشود:

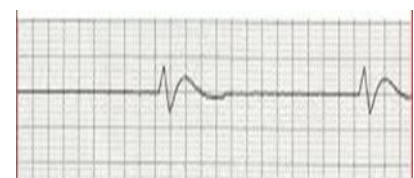


آسیستول:



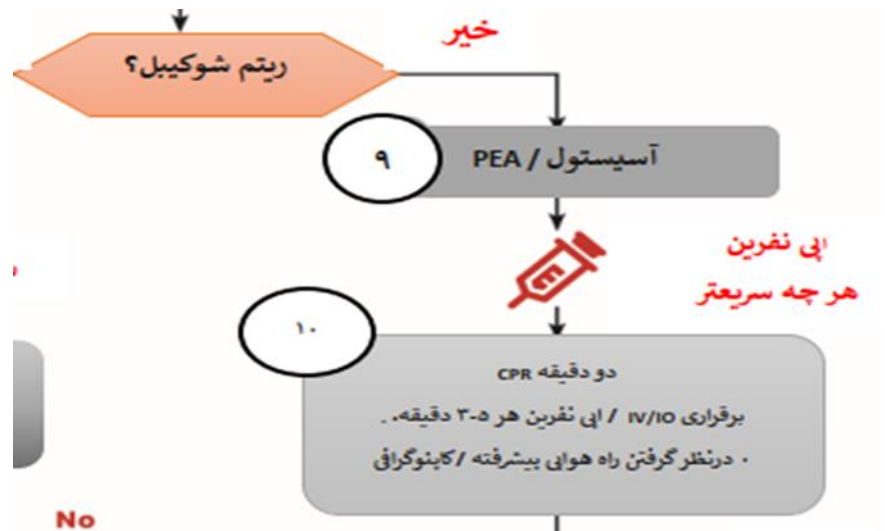
- عدم وجود فعالیت الکتریکی در نوار قلب
- بیمار فاقد نبض، تنفس و هوشیاری
- فقط CPR مرسوم انجام شود (ماساژ و تنفس).
- هدف از دادن شوک خاموش کردن کانونهای نابه جا است. در این ریتم چون کانون نابه جایی وجود ندارد اندیکاسیونی برای دادن شوک وجود ندارد.

Pulseless electrical activity (PEA)



هرگونه فعالیت الکتریکی بدون نبض

الگوریتم برخورد با آسیستول در گایدلاین ۲۰۲۰



عملیات CPR شروع شود.

در سریعترین حالت ممکن از بیمار رگ وریدی یا راه داخل استخوانی بگیرید و داروی اپی نفرین ۱ mg هر ۳-۵ دقیقه به

روش IV/IO تجویز کنید (تاکید ۲۰۲۰)

در نظر گرفتن راه هوایی پیشرفته و کاپنوگرافی در طی دو دقیقه اول احیا

اپی نفرین ۱ در ۱۰۰۰۰ که در آمپولهای ۱۰ میلی لیتری قرار دارد می بایست استفاده شود در غیر اینصورت اپی نفرین ۱ در ۱۰۰۰

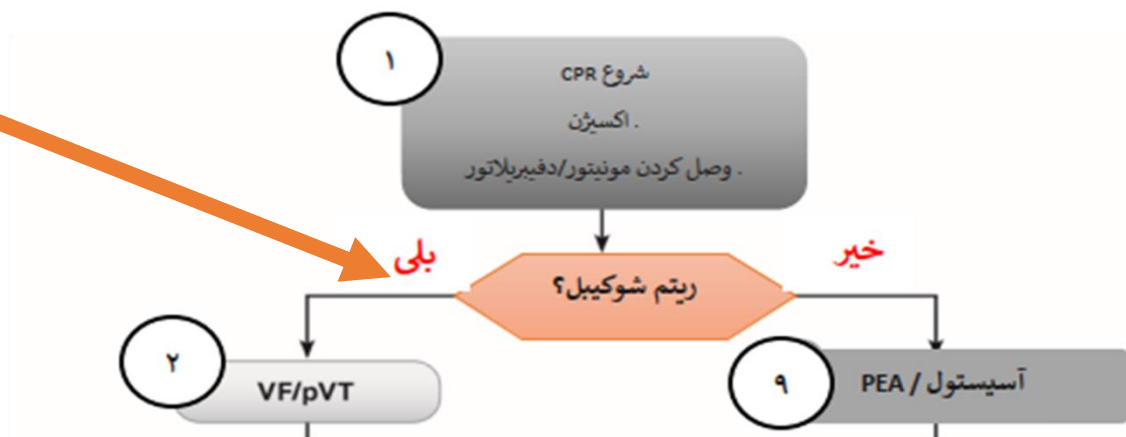
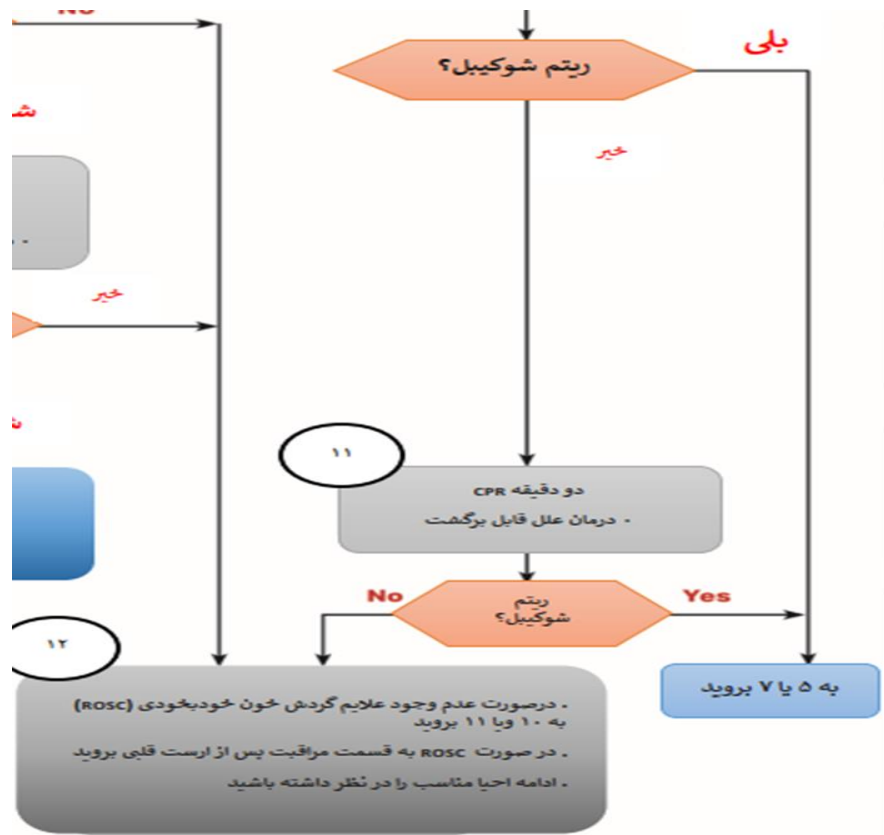
در سرنگ ۱۰ سی سی رقیق کرده و بصورت فلاش / بلوس بکار گرفته می شود.

از یک رگ با بیکربنات زده نشود

۲۰ سی سی نرمال سالین Flush

دست ده تا بیست ثانیه بالا گرفته شود.

ادامه CPR و ارزیابی هر دو دقیقه



قابل شوک دادن

تاکیکاردی بطنی



فیبریلاسیون بطنی



تاکیکاردی بطنی

معیارهای تشخیص ECG در تاکیکاردی بطنی

تعداد ضربان: ۲۵۰ تا ۱۵۰ ضربه در دقیقه

ریتم منظم (regular)

موج p دیده نمی شود

PR بدلیل عدم وجود موج p قابل تشخیص نمی باشد.

QRS پهن و بدقواره و بدشکل زمان کمپلکس بیش از ۱۲/۰ ثانیه

موج ST, T در جهت مخالف کمپلکس QRS

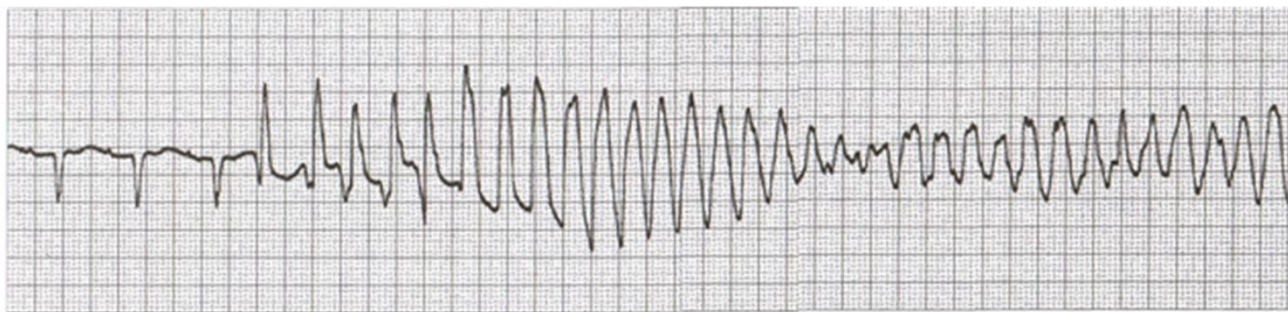
QT غیر قابل اندازه گیری

تاکیکاردی بطنی مولتی فوکال

تاکیکاردی بطنی poly morphic VT: در این نوع تاکیکاردی تمامی کمپلکسهای QRS یک شکل نیستند (چون از فوکال

یا منشا مختلف سرچشمه نمی گیرند یعنی مولتی فوکال هستند) و بطور مداوم شکل کمپلکس QRS تغییر (مولتی فورم یا

پلی مورفیک) هستند. این تاکیکاردی بطنی تورساد دپوینت **Torsade de point** نام دارد که کمپلکس **QRS** حول خط پایه ای چرخیده و بالا و پایین میرود .



فیبریلاسیون بطنی **Ventricular fibrillation**

در فیبریلاسیون بطنی یا **V-fib**، کانونهای مختلفی در نقاط مختلف بطن با سرعت بالای ۳۵۰ ضربه در دقیقه شروع به صدور ایمپالس می کند و عضله قلب به جای انقباض منظم دچار لرزشهایی در اثر دیپولاریزاسیون نامنظم و ناهماهنگ مانند کیسه ای پر از کرم میشود که در این حالت **پمپاژ بطن متوقف شده** و برون ده قلبی سریع کاهش یافته نبض حس نمی شود و صدای قلبی شنیده نمی شود، بیمار **هوشیاری خود را از دست داده و ایست قلبی** رخ می دهند.

پیش آگهی نوع خشن بهتر از نرم است و بهتر پاسخ به شوک میدهد

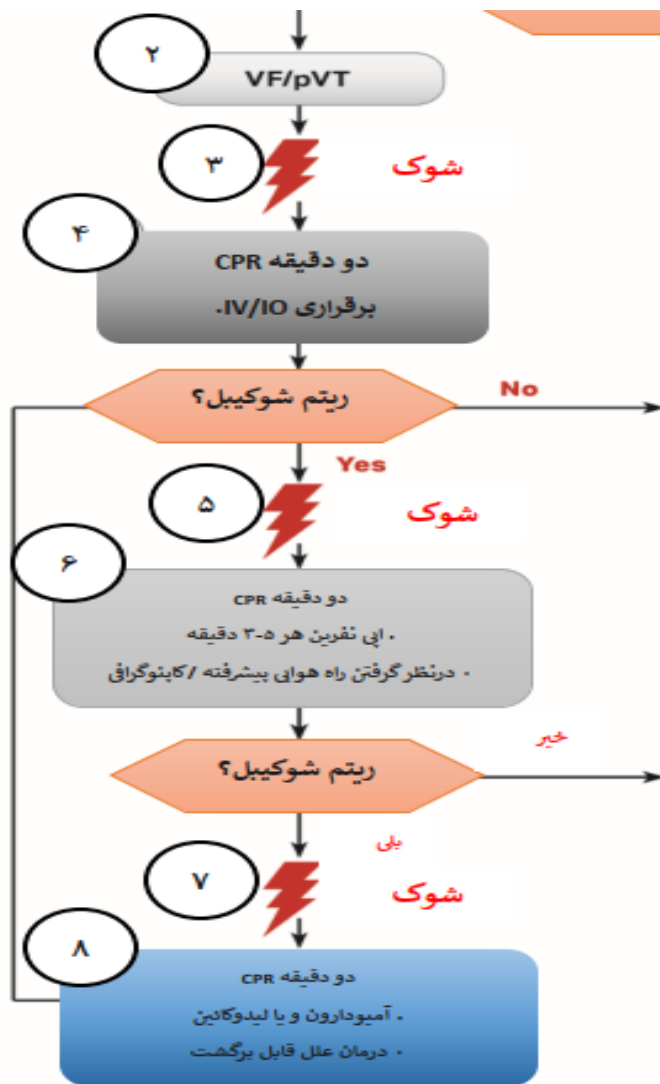
برای تبدیل نوع **fine** به **coarse** از اپی نفرین استفاده میشود. اینکار باعث خشن شدن امواج و پاسخ بهتر به شوک میشود.

اگر احیاء تا ۱۰ دقیقه انجام نشود بیمار می میرد.

در نوار قلب امواج لرزشی بی قواره دیده میشود که موج **P**، **QRS**، موج **T** ندارد و گاه با پارازیت اشتباه می شود.

فیبریلاسیون بطنی به دو نوع خشن (**coarse**) و نرم (**fine**) تقسیم می شود. اگر ارتفاع امواج بیش از **۲ میلی متر بود**

فیبریلاسیون بطنی از نوع **coarse** و اگر کمتر از **۲ میلی متر بود fine** گفته میشود.



- اقدام دادن شوک: بر اساس تنظیم دستگاه متفاوت است مثلاً در دفیبریلاتور بای فازیک زول ۱۲۰، فیلپس ۱۵۰، لایف پک ۲۰۰ اولین شوک ۱۲۰ تا ۲۰۰ و در ادامه ۲۰۰ و با دستگاه مونوفازیک ۳۶۰ ژول
- اولین شوک بر اساس ستینگ دستگاه و از آن به بعد ماکزیمم شوک: ۱۲۰-۲۰۰ و با مونوفازیک ۳۶۰
- بلافاصله بعد از هر بار شوک ۲ دقیقه ماساژ قلبی در طی این مرحله می توانید **IV line** بگیرید
- بعد از دو دقیقه ۱۰ ثانیه ارزیابی: آیا ریتیم شوک لازم دارد؟
- پس از شوک دوم با شروع ماساژ و تنفس می‌توانید اپی نفرین با فواصل هر ۳ تا ۵ دقیقه به میزان یک میلی گرم و راه هوایی پیشرفته و کاپنوگرافی استفاده کنید
- بعد از ۲ دقیقه ماساژ و تنفس: ۱۰ ثانیه ارزیابی: آیا شوک لازم دارید

○ **بعد از شوک سوم** در زمان **CPR** می توانید آمیودارون دوز اول ۳۰۰ میلی گرم بولوس و دوز دوم ده دقیقه بعد ۱۵۰

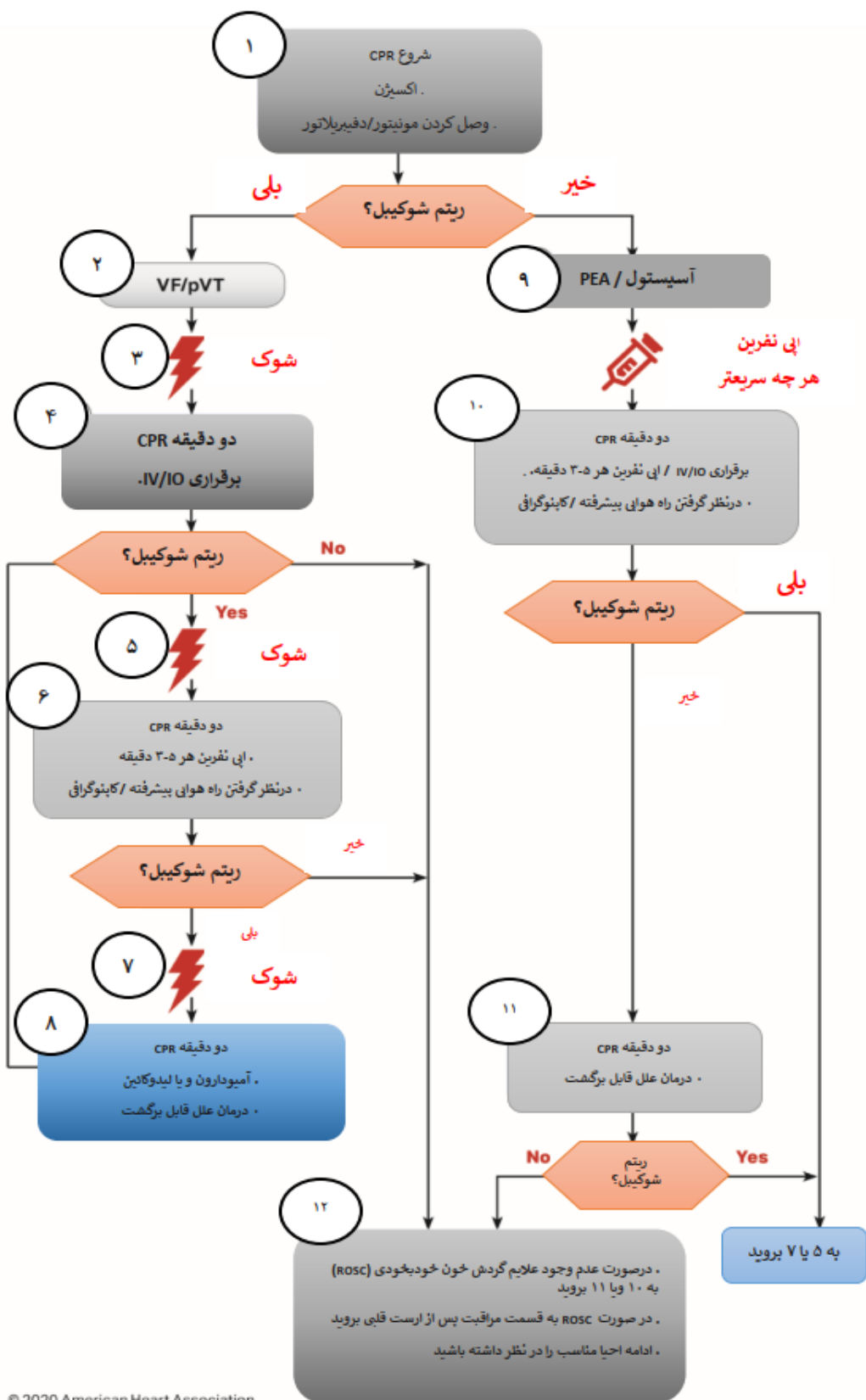
میلی گرم بولوس یا لیدوکائین دوز اول ۵/۱ تا ۱۰ تکرار هر ۵ تا ۱۰ دقیقه **۷۵/۰ mg/kg** تا ۵/۰ بولوس ماکزیمم

دوز **۳ mg/kg**

برتری بین انتخاب آمیودارون یا لیدوکائین وجود ندارد یکی را انتخاب کنید

در ریتم تورساد دپوینت بعد از شوک اول ۱ تا ۲ گرم سولفات منیزم داخل ۱۰ سی سی دکستروز ۵ درصد طی ۵ دقیقه

2020 ACLS الكورس



کیفیت CPR	
• محکم فشارزدهید (معدل ۲ اینچ و یا ۵ سانتیمتر) و با سرعت ۱۰۰ تا ۱۲۰ کمربش سینه در دقیقه چهار بار برگشت کامل سینه را بدهید. • فواصل یک ثانیه زودتر یا به حداقل بویستید. • از اعمال تپه‌ری زیاد پرهیز کنید. • فرد کمربش‌کننده را هر دو دقیقه تعویض کنید. و یا در صورت همگی زودتر تعویض کنید. • در صورت عدم تعیبه راه هوایی پیشرفته، نسبت ۲۰ کمربش به ۲ نفس از رعایت کنید. • کاپو گرافی نوع کلی و موسی شک • در صورت کم بودن یا از نوزلی بودن مقدار PETCO2 ارزیابی مجدد کیفیت CPR • مقدار انرژی شوک برای دیفبریلسیون • بای فازیک (Biphasic) : بنا بر توصیه سازنده (به عنوان مثال، دوز اولیه ۱۲۰ تا ۲۰۰ ژول) . • در صورت عدم آگاهی، از حداکثر دوز در دسترس استفاده شود . دوزهای دوم و بعدی بایستی برابر، و یا حتی دوزهای بالاتر هم ممکن است که در نظر گرفته شوند . • مونوفازیک (Monophasic) ۳۶۰ ژول • درمان دارونی • دوز ۱ میلی گرم هر ۲-۵ دقیقه • دوز آمیدارون ۱۰۰/۲۰۰ دوز اولیه : ۲۰۰ میلی گرم بولوس • دوز ثانویه : ۱۵۰ میلی گرم • یا • دوز لینکونامید ۱۰۰/۲۰۰ دوز اولیه : ۱-۱٫۵ میلی گرم بر کیلوگرم • دوز ثانویه : ۷۵۰ - ۱٫۵ میلی گرم بر کیلوگرم • راه هوایی پیشرفته • اپنوسایون اندولتریکال (لوله تراشه) و یا تعبیه راه هوایی پیشرفته سوپرا گلوئیک • کاپنورگرافی موسی شکل و یا کاپنومتري برای تایید و مونیتورینگ و نظارت بر جایگیری لوله تراشه (ET) • به محض برقراری راه هوایی پیشرفته، به ازای هر ۶ ثانیه ۱ نفس (۱۰ نفس در دقیقه) همراه و همزمان با کمربش مداوم سینه را ارائه دهید . • بازگشت گردش خون خودبخودی (ROSC) • بالاس (نبض) و فشار خون • افزایش ناگهانی و پایدار PETCO2 (به طور تیمیک مساوی و یا بیشتر از 40 mmHg) • وجود امواج فشار شریانی خودبخودی در مونیتورینگ داخل شریانی • علل قابل برگشت • هیپو وایمی • هیپوکسمی • یون هیدرژن (اسیدوز) • هیپو / هوریکسمی • هیپوترمی • تشن پنوموتوراکسی • تامپوناد قلبی • توکسیتها و سموم • ترومبوز روی • ترومبوز کرونری	

آتش نشانی

اصولا اگر بتوان یکی از اضلاع هرم حریق (حرارت ، اکسیژن ، مواد سوختنی یا واکنش های زنجیره ای) را کنترل و محدود نموده یا قطع کرد ، حریق مهار می شود.

روشهای عمومی بر اساس ماهیت حریق به اشکال زیر می باشد:

الف- سرد کردن

ب -خفه کردن

ج -سد کردن یا حذف ماده سوختنی

د -کنترل واکنش های زنجیره ای

سرد کردن:

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

خفه کردن:

خفه کردن، پوشاندن روی آتش با موادی است که رسیدن اکسیژن به محوطه آتش گردد . این روش اگرچه در همه حریق ها موثر نیست ولی روش مطلوبی برای اکثر حریق ها می باشد . مورد استثناء موادی است که در حین سوختن اکسیژن تولید می کنند ، مانند : نیترات و زنجیره های آلی اکسیژن دار مثل پراکسید های آلی **3R-NO** و **R-COOR** یا **R-O-H** همچنین موادی که سرعت آتش گیری در آنها زیاد است مانند دینامیت ، سدیم ، پتاسیم که از این قاعده مستثنی هستند.

موادی که برای خفه کردن بکار می روند بایستی سنگین تر از هوا بوده و یا حالت پوششی داشته باشند . خاک ، شن ، ماسه . پتوی خیس نیز این کار را می توانند انجام دهند.

حذف مواد سوختنی:

این روش در ابتدای بروز حریق امکان پذیر بوده و با قطع جریان ، جابجا کردن مواد ، جدا کردن منابعی که تاکنون حریق به آنها نرسیده ، کشیدن دیوارهای حائل و یا خاکریز و همچنین رقیق کردن ماده سوختنی مایع را شامل می گردد

کنترل واکنش های زنجیره ای:

برای کنترل واکنش های زنجیره ای استفاده از برخی ترکیبات هالن و جایگزینهای آن و برخی ترکیبات جامد مانند جوش شیرین موثر می باشد. این عمل برای کنترل حریق مشکل ترو گرانتر از سایر روشهاست ولی می تواند بصورت مکمل برای مواد پر ارزش بکار رود. مواد خاموش کننده آتش موادی که بعنوان خاموش کننده آتش به کار می روند در 4 دسته قرار می گیرند . بدلیل لزوم سرعت عمل و افزایش پوشش خاموش کننده ها ، می توان از دو یا چند عنصر خاموش کننده بطور همزمان استفاده نمود.

طبعاً هر کدام از مواد یاد شده در اطفاء انواع حریقها دارای مزایا و معایبی می باشند . این گروه شامل گروههای زیر است :

الف - مواد سرد کننده (آب ، CO_2)

ب _مواد خفه کننده (کف ، CO_2 ، خاک ، ماسه)

ج - مواد رقیق کننده هوا (CO₂ ، N₂)

د- مواد محدود کننده واکنش های زنجیره ای شیمیایی (هالن و پودر های مخصوص)

استفاده از آب برای کنترل حریق یکی از ساده ترین و در عین حال موثر ترین روشی است که تمام افراد با آن آشنا می باشند. همان اندازه که استفاده از آب می تواند در خاموش کردن آتش مفید باشد به همان اندازه هم می تواند در استفاده نابجا ایجاد مخاطره و گسترش حریق یا خسارات نماید.

مزایای آب

۱. فراوان و ارزان است ، خصوصا که برای این منظور تصفیه کامل آن لازم نیست.
۲. ویسکوزیته پایین و قابلیت انتقال آسان داشته و در مجاری فلزی ، لاستیکی و برزنتی براحتی جاری می شود.
۳. دارای ظرفیت گرمایی ویژه بالایی بوده که آن را بصورت یک سرد کننده مطلوب مطرح می کند . ظرفیت گرمایی آب 5 برابر آلومینیوم و 10 برابر روی و مس می باشد . مهمتر از آن اینکه گرمای نهان تبخیر آب بسیار بالا بوده و گرمای زیادی هنگام تبخیر جذب می کند.
۴. غیر قابل تجزیه بر اثر حرارت است ، حتی در دمای بالا نیز تجزیه نمی شود . بطوری که در 2000 درجه سانتیگراد تنها یک دهم مولکولهایش تجزیه می شوند.
۵. توان سرد کنندگی بالایی دارد بطوری که در حجم مساوی ۵/۶ برابر سرد کننده تر از CO₂ هر لیتر آب میتواند هنگام تبخیر حدود 550 کیلو کالری گرما جذب نماید و هر متر مکعب آب نیز برای افزایش دمایی به اندازه 10 درجه گرمایی حدود 10000 کیلو کالری گرما جذب می کند.

معایب آب

۱. سنگین وزن است لذا حمل و نقل آن در اطفاء متحرک مشکل است
 ۲. هادی الکتریسیته است ، در محل هایی که جریان برق وجود دارد ، خطر برق گرفتگی را افزایش می دهد.
 ۳. آب دارای خطر تخریب است ، زمانی که آب تحت فشار پاشیده شود قدرت تخریب بالایی دارد که گاهی کمتر از خود حریق نیست.
 ۴. هنگام اطفاء حریق مواد و محصولات در اثر ترکیب با آب دچار خسارت می گردند . مانند داروها ، اثاثیه ، کارتنهای بسته بندی ، رنگها و محصولات تولیدی.
 ۵. به خاطر افزایش حجم آب هنگام تبخیر در هنگام پاشیدن به روی مایعات قابل اشتعال مثل نفت یا روغن باعث پرتاب شدن مایعات ، انفجار و پاشش آن شده و گسترش حریق را باعث می شود.
 ۶. بدلیل کشش سطحی آب نفوذ آن به داخل تل مواد (تل ذغال سنگ ، خاک اره و مانند آن) محدود است . کف آتش نشانی کف بصورت محلول تهیه می گردد . کف در هنگام پاشیده شدن توسط سر لوله کف ساز با هوا و آب مخلوط شده و حباب سازی می گردد . کف در هنگام استفاده ، با گسترش فراوانی که دارد می تواند روی حریق را پوشانده و مانع رسیدن اکسیژن و صعود گازهای ناشی از حریق می گردد.
- نکته مهم در استفاده از کف ، توسعه خوب آن و پخش شدن روی سطح ماده احتراقی خصوصا مایعات قابل اشتعال بدلیل سبکی آن می باشد
- یکی از راه های متداول و ساده برای خاموش کردن آتش از طریق خفه کردن آن است . این ترکیبات براحتی برای اطفاء انواع حریق C.B.A بکار می روند . به همین دلیل در استفاده های عمومی معمولا این ترکیب خاموش کننده توصیه می شود . به این ترکیبات پودر شیمیایی گفته می شود . پودر شیمیایی اگر چه برای حریق دسته A کاربرد دارد ولی بدلیل

اقتصادی توصیه نمی گردد مگر اینکه مواد در حال اشتعال پر بها باشند یا استفاده از آب ماهیت آنها را تغییر دهد. پودر شیمیایی روی حریق پاشیده شده و باعث پوشاندن آتش و جلوگیری از رسیدن اکسیژن می گردد.

پودرها در حرارت بالای 60 درجه سانتیگراد پایداری خوبی ندارند و امکان چسبندگی آنها در کپسول زیاد می گردد . قطر دانه های پودر بسته به نوع مواد و شرکت سازنده حدود ۱۰-۷۵ میکرون می باشد. هرچه قطر ذرات ریزتر باشد پودر موثرتر است. پودر شیمیایی تحت فشار ازت یا CO2 در سطح قاعده حریق به صورت جارویی پاشیده شده و در صورتی که افراد آموزش کافی دیده باشد براحتی آتش را خاموش می نمایند . پودر خشک این پودر برای خاموش کردن حریق فلزات قابل اشتعال مثل سدیم ، پتاسیم ، منیزیم و مانند آن بکار می رود.

گاز CO2 دی اکسید کربن گازی است غیر قابل احتراق ، بی بو ، غیر سمی و سنگین تر از هوا که دارای چگالی ۵/۱ بوده و هادی الکتریسیته نیست . مکانیسم عمل آن هنگام حریق به سه صورت است : اول خفه کردن آتش با تشکیل یک لایه سنگین مقاوم در مقابل عبور هوا ، دوم رقیق کردن اکسیژن هوادر اطراف محوطه حریق و سوم سرد کردن آتش.

یکی از خصوصیات مهم گاز CO2 این است که باعث خسارت به مواد موجود در محیط حریق نمی شود لذا در مواردی که مواد با ارزش دچار حریق می شوند مناسب تر از اب است CO2 برای حریق های الکتریکی و الکتریکی بسیار مناسب است زیرا بدلیل عدم هدایت برق و عدم وجود مواد باقیمانده باعث اتصال یا خرابی در حساس نمی گردد.

هالن در هنگام اطفاء بدون بجای گذاشتن اثرات تخریبی و باقیمانده بر روی مواد و دستگاه ها می تواند بطور بسیار موثری ایفای نقش نماید . مکانیسم اثر هالن تا حدودی مشابه CO2 بوده و چون سنگین تر از هوا هستند می توانند بسرعت روی حریق را پوشانده و مانع رسیدن اکسیژن گردند . بعلاوه پاشش این مواد بر روی حریق می تواند باعث رقیق شدن اکسیژن هوا در اطراف حریق شده و آن را مهار نماید . این مواد با نسبت افزایش حجم حدود برابر هنگام تغییر فاز از حالت مایع به بخار بیش از برابر افزایش حجم بیشتری نسبت به دی اکسید کربن دارند . به همین دلیل در وزن مساوی قدرت خاموش کنندگی آنها ۲-۳ برابر CO2 می باشد . هالن می تواند در هنگام مجاورت با آتش از سرعت واکنش های زنجیره ای بکاهد و بصورت موثر تری آتش را مهار نماید به همین دلیل در شرایط یکسان برای خاموش کردن آتش میزان مورد نیاز هالن کمتر از یک چهارم میزان CO2 مورد نیاز برای اطفاء است. خاموش کننده هالن برای محدوده های کوچک ولی مهم تجهیزات یا مواد قابل اشتعال مانند ماشینهای الکترونیکی و الکتریکی ، حریق های مواد جامد پر ارزش ، سایتهای دیسپاچینگ ، مراکز مخابراتی و مانند آن کاربرد دار

آتش سوزی :

در آتش سوزی ، سریع و دقیق فکر کردن حیاتی است . آتش به سرعت گسترش پیدا میکند . بنابراین اولین اولویت شما، آگاه کردن افراد در معرض خطر است . اگر در داخل ساختمان هستید، نزدیکترین آژیر حریق را فعال کنید . همچنین باید فوراً به خدمات اورژانس اطلاع دهید، اما اگر این کار، خروج شما را از محل به تأخیر می اندازد، امنیت خود را به خطر نیندازید. افرادی که در آتش گیر افتاده اند، به سرعت دچار هراس می شوند . شما به عنوان ارایه کننده کمکهای اولیه ، می توانید با آرام کردن افرادی که رفتارشان احتمالاً ترس و دلهره را در دیگران تشدید می کند، از میزان هراس بکاهید. افراد را برای ترک محل ، تشویق و کمک کنید . هرگز برای برداشتن لوازم شخصی ، مجدداً به ساختمان در حال سوختن وارد نشوید و یا خروج خود را به تأخیر نیندازید. تنها موقعی می توانید وارد ساختمان شوید که یک آتش نشان راه را برای این کار باز کرده باشد.

هشدار!

پس از ورود به محل حریق یا اشتعال ، یک لحظه صبر کنید، محل را زیر نظر گرفته و فکر کنید و به سرعت وارد صحنه نشوید .امکان دارد مواد قابل اشتعال یا انفجار (مثل گاز یا دودهای سمی) یا خطر برق گرفتگی وجود داشته باشد .یک آتش سوزی جزیی میتواند در عرض چند دقیقه گسترش یافته ، تبدیل به یک حریق جدی شود .اگر خطری شما را تهدید میکند، تا رسیدن خدمات اورژانس منتظر بمانید.

هرگز اقدام به خاموش کردن آتش نکنید مگر آنکه پیش از آن به خدمات اورژانس اطلاع داده باشید و مطمئن باشید که خود را در معرض خطر قرار نمی دهید.

نحوه برخورد با آتش سوزی

برای شروع و ادامه پیدا کردن حریق 3 چیز باید وجود داشته باشد: جرقه آتش (یک جرقه الکتریکی یا شعله) یک منبع سوخت (بنزین ، چوب یا پارچه) و اکسیژن (هوا) ، برای شکستن این مثلث حریق باید یکی از این اجزا را حذف کنید

به عنوان مثال :سویچ ماشین را خاموش کنید و یا شیر سوخت را در ماشینهای دیزلی بزرگ خارج کنید . تمام مواد سوختنی را که میتوانند به عنوان منبع سوخت برای آتش عمل کنند (مثل کاغذ و مقوا) از مسیر آتش دور کنید .

درها را به روی آتش ببندید تا منبع اکسیژن آن قطع شود.

شعله های آتش را با استفاده از پتو یا سایر مواد غیرقابل نفوذ، خفه کرده ، مانع رسیدن اکسیژن به آن شوید.

ترک ساختمان در حال سوختن

هنگامی که آتش را در یک ساختمان مشاهده می کنید یا به آن مشکوک می شوید، نزدیک ترین آژیر حریق را فعال کنید.

سعی کنید بدون آنکه خود را در معرض خطر قرار دهید، به افراد کمک کنید تا ساختمان را ترک کنند .درها را پشت سر خود ببندید تا از گسترش آتش جلوگیری شود .به دنبال راههای خروج از آتش و محلهایی برای تجمع بگردید .شما باید قبلاً عملیات تخلیه را در محل کار خود فرا گرفته باشید .وقتی با ساختمانهای دیگری مواجه می شوید، نشانه های مربوط به راههای گریز اضطراری را دنبال کنید و دستورات (روی آنها) را انجام دهید.

کمک به گریز از ساختمان در حال سوختن : افراد را تشویق کنید که خونسرد اما سریع ، ساختمان را از طریق نزدیکترین خروجی امن ترک کنند .اگر مجبور به استفاده از راه پله هستید، مطمئن شوید که کسی عجله نخواهد کرد و خطر سقوط وجود ندارد.

آتش گرفتن لباس

همیشه الگوی زیر را طی کنید: توقف ، انداختن روی زمین و چرخاندن . در صورت امکان قبل از اقدام به چرخاندن مصدوم ، وی را در یک پارچه کلفت بپیچید .

از وحشت زده شدن ، دویدن یا بیرون رفتن مصدوم جلوگیری کنید .هرگونه حرکت یا باد، مانند بادبزن به شعله ها دامن می زند .

مصدوم را به زمین بیندازید .

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

مصدوم را روی زمین بچرخانید تا شعله ها خفه شوند.

اگر آب یا مایع غیرقابل اشتعال دیگری در دسترس است ، مصدوم را طوری روی زمین بخوابانید که بخش در حال سوختن در بالا قرار گیرد و ناحیه سوختگی را با مایع خنک کنید.

هشدار!

هرگز از مواد قابل اشتعال برای خفه کردن شعله استفاده نکنید.
اگر لباس خودتان آتش گرفت و نیروی کمکی در صحنه حاضر نبود، با پیچاندن محکم پارچه مناسب به دور خود و چرخیدن روی زمین ، آتش را خاموش کنید.

دود و گاز

آتش سوزی در فضای بسته ، جو خطرناکی ایجاد میکند که اکسیژن کمی دارد و ممکن است با مونوکسید کربن و گازهای سمی آلوده شده باشد .هرگز وارد ساختمانی که در حال سوختن یا پر از گاز است نشوید و هرگز دری را که به محل آتش سوزی ختم می شود، باز نکنید .این کارها را به گروه خدمات اورژانس واگذار کنید.
اجتناب از دود و گاز در صورتی که در داخل ساختمان در حال سوختن هستید، اقداماتی برای اجتناب از استنشاق دود و گازهای مضر انجام دهید .فضای باز زیر در را مسدود کنید و نزدیک به کف اتاق قرار بگیرید تا با دود کمتری مواجه شوید.

انواع آتش:

- کلاس A : جامدات از جمله کاغذ ، چوب ، پلاستیک ، فرش ، و اثاثیه
- کلاس B : مایعات قابل اشتعال از جمله پارافین ، بنزین ، روغن
- کلاس C : گازهای قابل اشتعال از جمله پروپان ، بوتان
- کلاس D : فلزات از جمله آلومینیوم ، مگنزیوم
- کلاس E : الکتریکی (برق)
- کلاس F : روغن های خوراکی و چربی ها

انواع مختلف اطفای کننده ها

هر کدام از خاموش کننده ها مخصوص خاموش کردن بعضی از انواع آتش می باشند مهم است ماهیت خطرات آتش سوزی را بدانیم قبل از اینکه تصمیم به اطفای آن کنیم.

چهار نوع مشهور آن:

• آب .

• گاز دی اکسید کربن .

• فوم .

• پودر خشک

استاندارد علامت گذاری کپسول های اطفای حریق بر حسب نوع کاربرد کپسول های اطفای حریق نشانه گذاری می شوند.

آب



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

دی اکسید کربن



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

پودر خشک



- برای آتش های کلاس A, B, C, D و E استفاده می شود
- برچسب یا نوار آبی رنگی دارد
 - ذرات پودر تحت فشار می باشند
 - نشانگر فشار سنج دارد

فوم



برای آتش های کلاس A و B استفاده می شود

برچسب یا نوار کرم رنگی دارد

• طوری استفاده می شود که همانند یک پتو روی سطح آتش را می پوشاند و از دوباره شعله ور شدن آن جلوگیری می کند و خاصیت سر کنندگی نیز دارد.

شیمیایی تر



برای آتش نوع F استفاده نمایید

دارای برچسب یا نوار زرد رنگ است

• با روغن واکنش شیمیایی انجام می دهد و از شعله ور شدن آن جلوگیری می کند

انواع مواد اطفای حریق

خاموش کننده های پودری:

در گذشته نحوه استفاده از پودر شیمیایی بدین ترتیب بود که تعدادی قوطی یا ظروف به اشکال مختلف را از پودر پر می کردند و در جاهای مناسب قرار می دادند و به محض شروع آتش سوزی افراد مسئول درب قوطیها را باز کرده و پودر آن را بر روی آتش می پاشیدند که در اغلب این موارد این تکنیک با ناکامی مواجه می شد ولی با گذشت زمان برای پاشیدن پودر بر روی آتش دستگاههای خاموش کننده پودر طراحی و ساخته شد. پودر شیمیایی و پودر خشک عبارتند از گرد بعضی از مواد شیمیایی مانند کربناتها ، سولفات ها و فسفاتها که جهت خاموش کردن حریقها به کار می رود.

خاموش کننده های گاز کربنیک:

از سالها قبل گاز کربنیک CO2 به عنوان یک گاز آتش نشانی در دستگاه های ثابت اتوماتیک ، خاموش کننده های دستی و چرخدار مورد استفاده قرار گرفت و اکنون نیز مصرف فراوانی دارد . گاز CO2 غیر قابل احتراق ، بی بو ، خنثی ، خنک و غیر سمی است و هادی الکتریسیه نمی باشد .

وزن آن سنگین تر از هواست ، لذا در صورت پرتاب روی حریق ، اکسیژن را خارج و خود جانشین آن می گردد . در حقیقت با تقلیل درصد اکسیژن هوا موجب اطفای حریق می شود CO2 جامد یا یخ خشک در - 100 درجه زیر صفر به دست می آید که در -79 درجه به سرعت از حالت جامدی بدون اینکه به حالت مایع درآید به صورت بخار گاز در می آید

خاموش کننده های مولد کف:

کف مورد مصرف برای اطفای حریق ، مایعی است که در صورت پرتاب آن بر روی مواد در حال اشتعال به سرعت روی آتش را پوشانده و مانع برخاستن گاز قابل اشتعال از روی مواد می گردد ، و با پوشاندن سطح ماده در حال اشتعال از رسیدن اکسیژن هوا به آتش جلوگیری به عمل می آورد . وزن مخصوص آن کمتر از وزن مخصوص مواد و مایعات قابل اشتعال است لذا در سطح آن شناور گشته و پایین نمی رود.

خاموش کننده های هالوژنه:

مواد هالوژنه خاموش کننده هایی هستند که مکا نیسم خاموش کردن آن شباهت زیادی به گاز CO2 دارد ، بدین معنی که بعلت سنگین تر بودن از هوا به سرعت روی حریق را پوشانده و جانشین هوا می شود و ماده سوزان را از اکسیژن محیط محروم می سازد . این مواد وقتی از خاموش کننده خارج و در محیط ریخته می شود به سرعت تبدیل به بخار و تبخیر می شود.

مدیریت بحران

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.

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 عذرتراشی 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 ارگانیسم 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.

برنامه حوادث غیر مترقبه بیمارستانی و سامانه فرماندهی حادثه بیمارستان

HICS (Hospital incident command system)

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.

سطوح فعالیت و وضعیت اضطراری			
سطح فعالیت		رنگ	وضعیت اضطراری
پایش	Monitoring	سفید	پایش: بعد از ارزیابی خطر شامل: تحلیل مخاطرات و ارزیابی آسیب پذیری ها و بررسی ظرفیت ها، پایش مداوم و مناسب مخاطرات بر اساس توانمندی موجود و با پایه های علمی و تناوب زمانی موثر بایستی صورت بگیرد.
هشدار	Alert	آبی	هشدار: خبری است که از مراجع بالاتر دریافت می شود و بر اساس آن، احتمال نیاز به فعالسازی سامانه فرماندهی حادثه و آمادگی پاسخ به یک حادثه را متذکر می شود.
آماده باش	Advisory	زرد	آماده باش: افزایش آمادگی به دلیل نیاز به فعالسازی و پاسخ قطعی یا بسیار محتمل و قریب الوقوع به حادثه است. در این شرایط سازمان مسئول پس از دریافت پیام (وضعیت زرد) تجهیزات خود را بررسی و کمبودهای احتمالی را برطرف می نمایند. همچنین نیروهای کشیک خود را بصورت در دسترس تلفنی (On Call) آماده می سازند تا در صورت تغییر وضعیت آماده باش بتواند کارکنان خود را به سرعت فرا خوانده و در پست های کشیک و امداد مستقر نمایند.
فعالسازی نسبی	Partial Activation	نارنجی	فعالسازی جزئی زمانی صورت می گیرد که حادثه رخ داد و عملکرد سازمان را متاثر یا مختل نموده است. و منابع موجود برای مقابله با فوریت ایجاد شده کافی نباشد، ولی با افزودن منابع اضافی امکان مقابله فراهم می شود. در این شرایط سازمان مسئول پس از دریافت پیام (وضعیت نارنجی) با توجه به ساختار سازمانی و شرح وظایف تعدادی از نیروهای و مقداری از تجهیزات خود را برای مقابله آماده می نمایند. همچنین سایر نیروهای خود را بصورت در دسترس تلفنی (on call) آماده می سازند تا در صورت تشدید حادثه به سرعت وارد عمل شده و برای پاسخگویی از استعداد نیرو و تجهیزات کامل خود استفاده نمایند.
فعالسازی کامل	Full Activation	قرمز	فعالسازی کلی زمانی صورت می گیرد که حادثه رخ داده و عملکرد سازمان را متاثر یا مختل نموده است. و تعداد قربانیان یا میزان آسیب ناشی از حادثه به اندازه ای باشد که به طور چشمگیری در منابع و عملکرد سازمان تاثیر گذار باشد. در این شرایط سازمان مسئول پس از دریافت پیام (وضعیت قرمز) تجهیزات خود را بصورت آماده عملیات قرار داده و تمامی کارکنان و نیروهای مرتبط با بحران را جهت حضور در تیم ها و واحدهای اجرایی فراخوانی کرده و به شهرستانها و استانهای معین نیز اعلام وضعیت نارنجی می نمایند.

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 (Disasters Internal):

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

مراحل اجرایی برنامه حوادث غیر مترقبه:

- مرحله آمادگی (Preparation Phase)
- مرحله اعلام خطر (Alert Phase)
- مرحله پاسخ اورژانس (Emergency Response Phase)
- مرحله توقف برنامه (Termination Phase) و ارزیابی بعد از حادثه

چارت سازمانی و برگه‌های شرح مسئولیت HEICS:

- بخشهای HEICS:
- فرماندهی
- پشتیبانی (Logistics)
- برنامه ریزی (Planning)
- مالی (Finance)
- عملیات (Operation)

فرماندهی حادثه تنها 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.

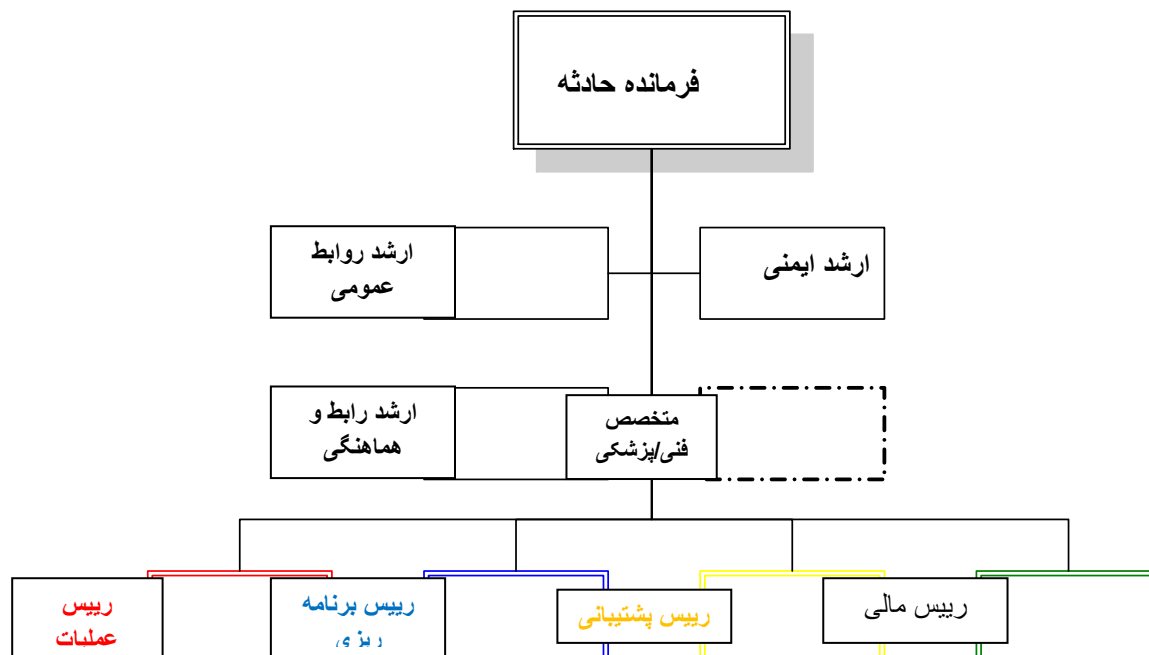
عملیات که وظیفه هدایت اقدامات تاکتیکی (تریاز، مراقبت از بیماران، نظافت و...) در راستای اهداف تعیین شده برنامه و هدایت منابع مورد نیاز را به عهده دارد.

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 ممکن است 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:

- رئیس بخش
- سرپرست (Director)
- مسئولان واحد (Hnit leader)
- ناظران (Supervisor)
- ارشدها (officers)

خلاصه مراحل فعال سازی طرح کنترل بحران

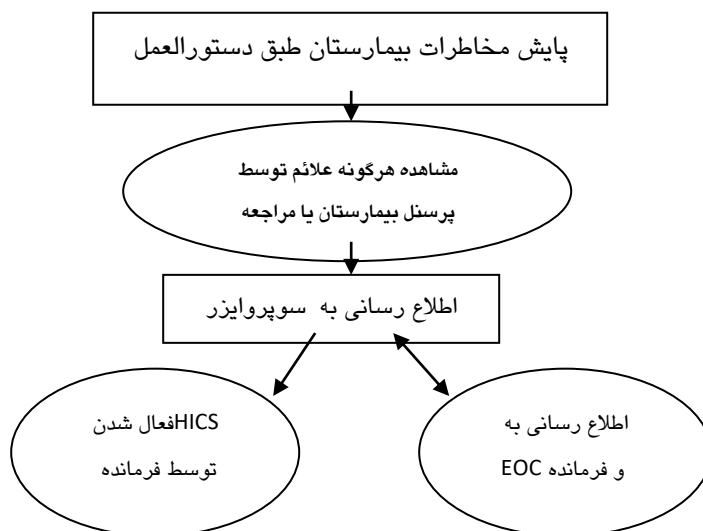
۱. مسئول شروع اعلام وضعیت اضطرار بر عهده دبیر کمیته بحران و سوپروایزر هر شیفت خواهد بود .
۲. بلافاصله بعد از وقوع وضعیت اضطرار (بحران داخلی) یا اعلام وضعیت اضطرار از طرف مقامات مسئول (بحران خارجی) با اعلام کد از طریق پیجر پرسنل بیمارستان را آگاه سازید در صورت قطع بودن تلفن مسئول تلفنخانه در هر شیفت را 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 شیفت 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 اورژانس در محل مناسب دیگر اقدام کنید .
۹. پذیرش بیماران غیر اورژانسی را تا پایان زمان اضطراری متوقف سازید و عملهای جراحی غیر اورژانس 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)



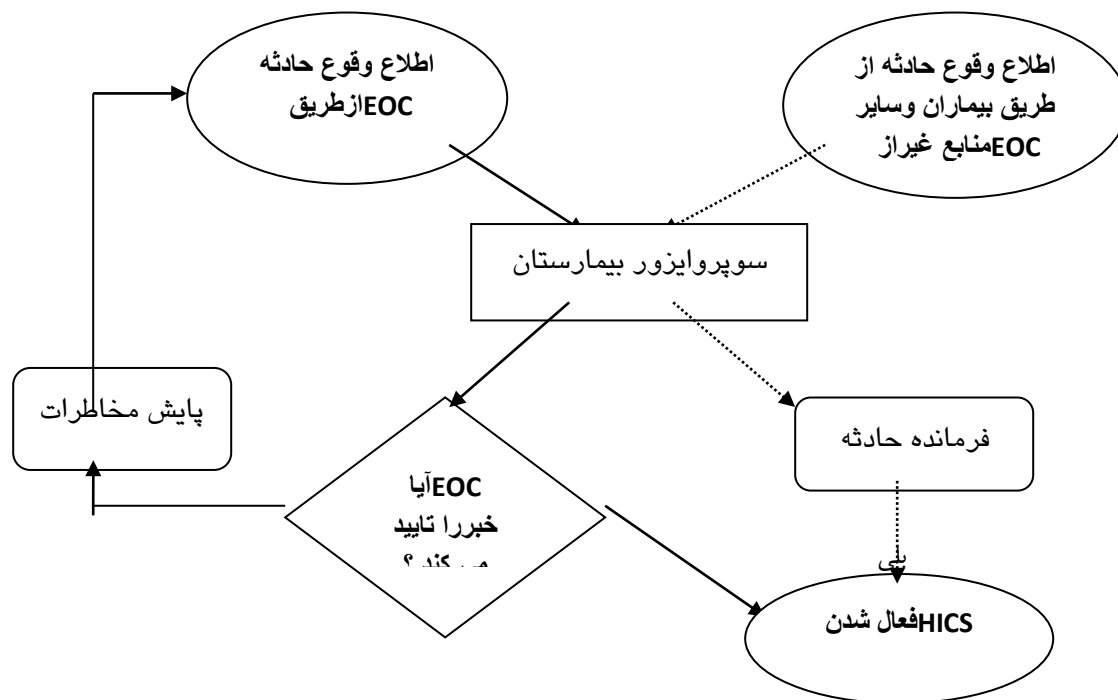
فلوچارت شماره ۱ - فعال شدن سامانه هشدار سریع بحران داخلی بیمارستان

(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 ذکر شده 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 قبلاً تایید شده مطابق دستورالعمل ها اقدام شود (فلوچارت شماره ۲)



فلوچارت شماره ۲ - نحوه فعال شدن سامانه هشدار سریع در فوریت خارج بیمارستانی

کدهای اضطراری بیمارستانی:

کدهای وضعیت اضطراری در مراکز درمانی استان البرز	
فوریت درجه 1	11
فوریت درجه 2	22
فوریت درجه 3	33
فعال سازی برنامه پاسخ بیمارستانی به حوادث و بلایا	123
فوریت های زیر ساختی (حوادث داخلی)	44
ایمنی و آتش نشانی	25
انتظامات	60
احیا مادر باردار	77
احیا نوزاد	88
احیا بزرگسال	99
تخلیه بیمارستان	100
درمان سکته قلبی	247
درمان سکته مغزی	724
نشست و درخواست بالگرد اورژانس هوایی	350
حوادث در تجمعات انبوه	450
حوادث جوی	500
شیوع اپیدمی (کرونا و ...)	550

کد ۱۱

کد	عنوان	تعاریف	اعضا کد	زمان اعلام کد	توضیحات
۱۱	فوریت درجه ۱	به وضعیتی اطلاق می شود که یکی از بخش های بیمارستان را درگیر کرده و از ایجاد اختلال در عملکرد واحدهای همجوار برخوردار نبوده و بتواند با امکانات تحت اختیار همان بیمارستان مدیریت بحران را انجام دهد. وضعیتی است که حداقل یکی از شرایط ذیل را شامل شود: ۱- مراجعه همزمان مصدوم/ بیمار به تعداد ۱۰ درصد ظرفیت بیمارستان ۲- مراجعه همزمان ۲ تا ۳ بیمار/ مصدوم بدحال غیرمرتبط با تخصص بیمارستان ۳- نیاز به احیاء قلبی ریوی همزمان ۲ نفر در یک بخش یا بیمارستان * ۴- بروز حادثه داخلی در یک بخش ، با ۱ تا ۴ مصدوم	سوپروایزر ، پرسنل بخش درگیر و ۲ تا ۳ نفر از پرسنل بخش های مختلف بیمارستان	اعلام کد ۱۱ توسط مسئول شیفت بخش بعد از ارزیابی وضعیت، از طریق سیستم های ارتباطی داخل بیمارستانی	* همزمان یا بعد از کد دوم ۹۹، کد ۱۱ نیز اعلام می گردد.

کد ۲۲

کد	عنوان	تعاریف	اعضا کد	زمان اعلام کد	توضیحات
۲۲	فوریت درجه ۲	به وضعیتی اطلاق می گردد که یکی از بخش های بیمارستان را درگیر کرده و از پتانسیل ایجاد اختلال در عملکرد یک یا دو بخش دیگر برخوردار بوده و امکان تأثیرگذاری بر تداوم فعالیتهای جاری بیمارستان را دارد و برای مقابله و مهار آن نیاز به پشتیبانی از منابع سایر بخش محتمل می باشد. وضعیتی است که حداقل یکی از شرایط ذیل را شامل شود: ۱- مراجعه همزمان مصدوم/ بیمار به تعداد ۱۰ تا ۱۵ درصد ظرفیت بیمارستان** ۲- مراجعه همزمان ۴ تا ۵ بیمار/ مصدوم غیرمرتبط با تخصص بیمارستان # ۳- نیاز به احیاء قلبی ریوی همزمان ۳ نفر در بیمارستان # ۴- بروز حادثه داخلی با ۵ تا ۱۰ مصدوم یا ۱ تا ۲ فوتی و یا ترکیبی از این دو**	سوپروایزر، مدیر تخت بیمارستان (Bed manager)، پرسنل بخش های درگیر و ۴ تا ۸ نفر از پرسنل بخشهای مختلف بیمارستان	اعلام کد ۲۲ توسط سوپروایزر و یا مسئول شیفت بعد از ارزیابی، از طریق سیستم های ارتباطی داخل بیمارستانی	** اطلاع به EOC دانشگاه بیمارستانهایی که کمتر از ۷۰ تخت فعال دارند می توانند برای هر سه فوریت درجه ۱ و ۲ و ۳ یک تیم ۳ تا ۶ نفره تعریف کنند. # در صورت نیاز استفاده از سایر ظرفیتهای درمانی بیمارستان های استان با هماهنگی EOC دانشگاه

کد ۳۳

کد	عنوان	تعاریف	اعضا کد	زمان اعلام کد	توضیحات
۳۳	فوریت درجه ۳	به وضعیتی اطلاق می گردد که بروز شرایطی که منجر به درگیر شدن بیش از دو بخش از بیمارستان شود. و بتواند فعالیتهای جاری بیمارستان را مختل نموده و برای مقابله و مهار آن نیاز به منابع سایر بخشهای بیمارستان و در صورت لزوم فعالسازی برنامه پاسخ بیمارستانی باشد. وضعیتی است که حداقل یکی از شرایط ذیل را شامل شود: ۱- مراجعه همزمان بیمار / مصدوم بیش از ۲۰ تا ۱۵ درصد ظرفیت بیمارستان ***# ۲- مراجعه همزمان بیش از ۵ بیمار/مصدوم غیرمرتبط با تخصص بیمارستان # ۳- نیاز به احیاء قلبی ریوی همزمان بیش از ۳ نفر در بیمارستان که از توان پاسخگویی آن بیمارستان خارج می باشد. ۴- بروز حادثه ای داخلی با بیش از ۱۰ مصدوم یا بیش از ۳ فوتی و یا ترکیبی از این دو ***#	سوپروایزر، مدیریت بیمارستان (Bed manager). پرسنل بخش های درگیر و 8 تا 12 نفر از پرسنل بخشهای مختلف بیمارستان	اعلام کد ۳۳ بعد از ارزیابی توسط سوپروایزر، از طریق سیستم های ارتباطی داخل بیمارستانی	*** اطلاع به EOC دانشگاه # در صورت نیاز استفاده از سایر ظرفیتهای درمانی بیمارستان های استان با هماهنگی EOC دانشگاه

کد ۱۲۳

کد	عنوان	تعاریف	اعضا کد	زمان اعلام کد	توضیحات
۱۲۳	فعال سازی برنامه پاسخ بیمارستانی به حوادث و بلایا	به وضعیتی اطلاق می گردد که نیازمند فعال سازی سامانه فرماندهی حادثه (HICS) به منظور ایجاد هماهنگی و برنامه ریزی، افزایش ظرفیت و پشتیبانی در قالب برنامه پاسخ اضطراری (EOP) می باشد. این کد در وضعیت های اضطراری (زرد، نارنجی و قرمز) با اعلام EOC، سایر مراجع ذیصلاح خارج از بیمارستان با تایید (EOC) و یا توسط فرمانده حادثه بیمارستان می تواند فعال شود.	اعضای سامانه فرماندهی حادثه (HICS) بر اساس میزان فعالسازی سامانه)	اعلام کد ۱۲۳ بعد از ارزیابی، از طریق سیستم های ارتباطی داخل بیمارستانی با مسئولیت فرمانده سامانه * بر اساس فرآیند سامانه هشدار سریع حوادث داخل بیمارستانی	اطلاع به EOC دانشگاه حضور اعضای فرماندهی در محل HCC

کد ۴۴

کد	عنوان	تعاریف	اعضا کد	زمان اعلام کد	توضیحات
۴۴	فوریت‌های زیر ساختی (حوادث داخلی)	قطع آب، برق، تلفن، سوخت، خرابی سیستم تهویه، مشکلات سازه ای و غیر سازه ای، قطع گازهای پزشکی مثل اکسیژن و... که منجر به ایجاد اختلال در ارائه خدمات می گردد. *	سوپروایزر، مسئول بخش یا شیفت بخش درگیر، تاسیسات، انتظامات و خدمات	* اعلام کد ۴۴ بعد از ارزیابی توسط سوپروایزر و یا مسئول شیفت، از طریق سیستم های ارتباطی داخل بیمارستانی *	* اطلاع به EOC دانشگاه * در صورتی که حادثه، دارای مصدوم و یا فوتی در تعاریف کدهای ۱۱، ۲۲، ۳۳ باشد، کدهای مذکور نیز بعد از ارزیابی، اعلام می گردد.

کد ۲۵

کد	عنوان	تعاریف	اعضا کد	زمان اعلام کد	توضیحات
۲۵	ایمنی و آتش نشانی	وقوع آتش سوزی یا نشت مواد خطرناک در بخش یا سایر قسمتهای بیمارستان (وقوع هر حادثه ای که جان افراد حاضر در آن بخش را به خطر بیندازد و به عملیات امداد و نجات نیاز داشته باشد). *	سوپروایزر، خدمات، انتظامات، تاسیسات، مسئول بخش یا شیفت بخش	* اعلام کد ۲۵ بعد از ارزیابی توسط سوپروایزر و یا مسئول شیفت، از طریق سیستم های ارتباطی داخل بیمارستانی *	* اطلاع به EOC دانشگاه * در صورتی که حادثه، دارای مصدوم و یا فوتی در تعاریف کدهای ۱۱، ۲۲، ۳۳ داشته باشد، کدهای مذکور نیز بعد از ارزیابی، اعلام می گردد. * در صورت گستردگی حادثه، و یا نیاز به خدمات تخصصی، از سازمان ایمنی و آتش نشانی درخواست کمک شود.

کد ۶۰

کد	عنوان	تعاریف	اعضا کد	زمان اعلام کد	توضیحات
۶۰	انتظامات	ضرب و جرح، درگیری، اغتشاش، ازدحام، گروگانگیری، سرقت، فرار بیمار، احتمال ربودن نوزاد و اقدام به خودکشی، موارد مشابه در داخل بیمارستان *	سوپروایزر، حراست، مسئول بخش یا مسئول شیفت، انتظامات	اعلام کد ۶۰ بعد از ارزیابی توسط سوپروایزر و یا مسئول شیفت، از طریق سیستم های ارتباطی داخل بیمارستانی * بر اساس فرآیند سامانه هشدار سریع حوادث داخل بیمارستانی	*اطلاع به EOC دانشگاه *در صورتی که حادثه، دارای مصدوم و یا فوتی در تعاریف کدهای ۱۱، ۲۲، ۳۳ داشته باشد، کدهای مذکور نیز بعد از ارزیابی، اعلام می گردد. * در صورت گستردگی حادثه، و یا نیاز به خدمات تخصصی، از نیروی انتظامی درخواست کمک شود.

کد ۷۷

کد	عنوان	تعاریف	اعضا کد	زمان اعلام کد	توضیحات
۷۷	احیا مادر باردار	موارد ایست قلبی - تنفسی مادر باردار	اعضای کد ۷۷	اعلام کد ۷۷ توسط سوپروایزر و یا مسئول شیفت، از طریق سیستم های ارتباطی داخل بیمارستانی	با اعلام کد دوم ۷۷، کد ۱۱ نیز اعلام گردد.

کد ۸۸

کد	عنوان	تعاریف	اعضا کد	زمان اعلام کد	توضیحات
۸۸	احیا نوزاد	موارد ایست قلبی - تنفسی نوزاد	اعضای کد ۸۸	اعلام کد ۸۸ توسط سوپروایزر و یا مسئول شیفت، از طریق سیستم های ارتباطی داخل بیمارستانی	با اعلام کد دوم ۸۸، کد ۱۱ نیز اعلام گردد.

کد ۹۹

کد	عنوان	تعاریف	اعضا کد	زمان اعلام کد	توضیحات
۹۹	احیا بزرگسال	موارد ایست قلبی - تنفسی بزرگسالان	اعضای کد ۹۹	اعلام کد ۹۹ توسط سوپروایزر و یا مسئول شیفت، از طریق سیستم های ارتباطی داخل بیمارستانی	با اعلام کد دوم ۹۹، کد ۱۱ نیز اعلام گردد.

کد ۱۰۰

کد	عنوان	تعاریف	اعضا کد	زمان اعلام کد	توضیحات
۱۰۰	تخلیه بیمارستان	حادثه ای که منجر به تخریب قسمتی از ساختمان یک بخش و یا بیمارستان شود، یا وقوع حوادثی که احتمال آسیب بیماران و کادر درمانی و تجهیزات مطرح باشد، که بخش یا بیمارستان نیاز به تخلیه داشته باشد. از جمله: زلزله، نشست زمین، ریزش آوار، سیل، آتش سوزی، نشت مواد خطرناک، حوادث تروریستی و... *	اعضای کد ۱۰۰ در مورد تخلیه بیمارستان: اعضای (HICS) کادر درمانی، انتظامات، خدمات اعضای کد ۱۰۰ در مورد تخلیه یک بخش: سوپروایزر(فرمانده حادثه)، مسئول شیفت، پرسنل بخش، خدمات، انتظامات	اعلام کد ۱۰۰ بعد از ارزیابی توسط فرماندهی عملیات، از طریق سیستم های ارتباطی داخل بیمارستانی * بر اساس فرآیند سامانه هشدار سریع حوادث داخل بیمارستانی	*اطلاع به EOC دانشگاه قبل از اعلام کد ۱۰۰، بمنظور ایجاد هماهنگی و ارزیابی اولیه، کد ۱۲۳ فعال گردد. *تخلیه بیمارستان صرفاً با دستور فرمانده حادثه صورت می گیرد.

کد ۲۴۷

کد	عنوان	تعاریف	اعضا کد	زمان اعلام کد	توضیحات
۲۴۷	درمان سکته قلبی	کد سکته قلبی جهت مدیریت درمان بیماران با علائم مشخصه ایسکمی حاد میوکارد همراه با بالا رفتن پایدار قطعه ST یا LBBB که به نظر می رسد جدید باشد.	اعضای کد ۲۴۷ (مطابق با دستورالعمل ابلاغی)	با اعلام کد ۲۴۷ و زمان رسیدن بیمار توسط اورژانس (EMS) به سوپروایزر بیمارستان مقصد و اعلام به کت لب فعال می شود.	در بیمارستانهای تخصصی ۲۴۷

کد ۷۲۴

کد	عنوان	تعاریف	اعضا کد	زمان اعلام کد	توضیحات
۷۲	درمان سکته مغزی	این کد که برای بیمار با علائم سکته حاد مغزی در ۷ روز هفته و ۲۴ ساعت شبانه روز توسط بیمارستان های مشمول طرح صورت می پذیرد.	اعضای کد ۷۲۴ (مطابق با دستورالعمل ابلاغی)	با اعلام کد ۷۲۴ و زمان رسیدن بیمار توسط اورژانس (EMS) به سوپروایزر بیمارستان مقصد و اعلام به تیم stroke فعال می شود.	در بیمارستانهای تخصصی ۷۲۴

کد ۳۵۰

کد	عنوان	تعاریف	اعضا کد	زمان اعلام کد	توضیحات
۳۵۰	اورژانس هوایی	آمادگی بیمارستان جهت برقراری ایمنی و امنیت نشست و برخاست بالگرد و تحویل بیمار یا مصدوم*	سوپروایزر، سرپرستار بخش اورژانس، انتظامات(حراست)، آمبولانس(در صورت نیاز) خدمات(بیمار بر)	اعلام کد ۳۵۰ بعد از دریافت خبر اعزام بیمار توسط بالگرد از EOC دانشگاه و یا توسط سوپروایزر، از طریق سیستم های ارتباطی داخل بیمارستانی	*در موارد نیاز مراکز درمانی به اورژانس هوایی بر اساس فرآیند درخواست ابلاغی اقدام شود. *موارد مربوط به ایمنی و امنیت بر اساس فرآیند (SMS) گزارش و پیگیری شود.

کد ۴۵۰

کد	عنوان	تعاریف	اعضا کد	زمان اعلام کد	توضیحات
۴۵	حوادث در تجمعات انبوه	حوادث در جشن ها، مراسمات مذهبی، ناآرامی های مردمی، ورزشگاه ها و...	اعضای HICS کد ۱۱، کد ۲۲، کد ۳۳ در صورت فعالسازی با توجه به سطح حادثه	بر اساس فرآیند سامانه هشدار سریع حوادث داخل و خارج بیمارستانی فعال می شود.	*اطلاع به EOC دانشگاه در صورت وقوع و احتمال درگیر شدن مراکز درمانی

کد ۵۰۰

عنوان	تعاریف	اعضا کد	زمان اعلام کد	توضیحات
۵۰۰ حوادث جوی	سیل، طوفان، تگرگ، بارش برف سنگین، بهمن، سرما زدگی، آلودگی هوا و....	اعضای HICS کد ۱۱، کد ۲۲، کد ۳۳ و کد ۴۴ در صورت فعالسازی با توجه به سطح حادثه برحسب شرایط	بر اساس فرآیند سامانه هشدار سریع حوادث داخل و خارج بیمارستانی فعال می شود.	*اطلاع به EOC دانشگاه در صورت وقوع و احتمال درگیر شدن مراکز درمانی

کد ۵۵۰

عنوان	تعاریف	اعضا کد	زمان اعلام کد	توضیحات
شیوع پیدمی (نرونا و ...)	افزایش غیرمعمول در تعداد موارد یک بیماری که معمولاً در منطقه با جمعیت مشخص اتفاق بیفتد و یا بروز یک بیماری که قبلاً در یک ناحیه وجود نداشته است.	اعضای HICS، کمیته کنترل عفونت بیمارستان و کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا برحسب سطح حادثه	بر اساس فرآیند سامانه هشدار سریع حوادث داخل و خارج بیمارستانی فعال می شود.	*اطلاع به EOC دانشگاه در صورت وقوع و احتمال درگیر شدن مراکز درمانی