



RAZI- QM-BK-27/04



**بسمه تعالی**

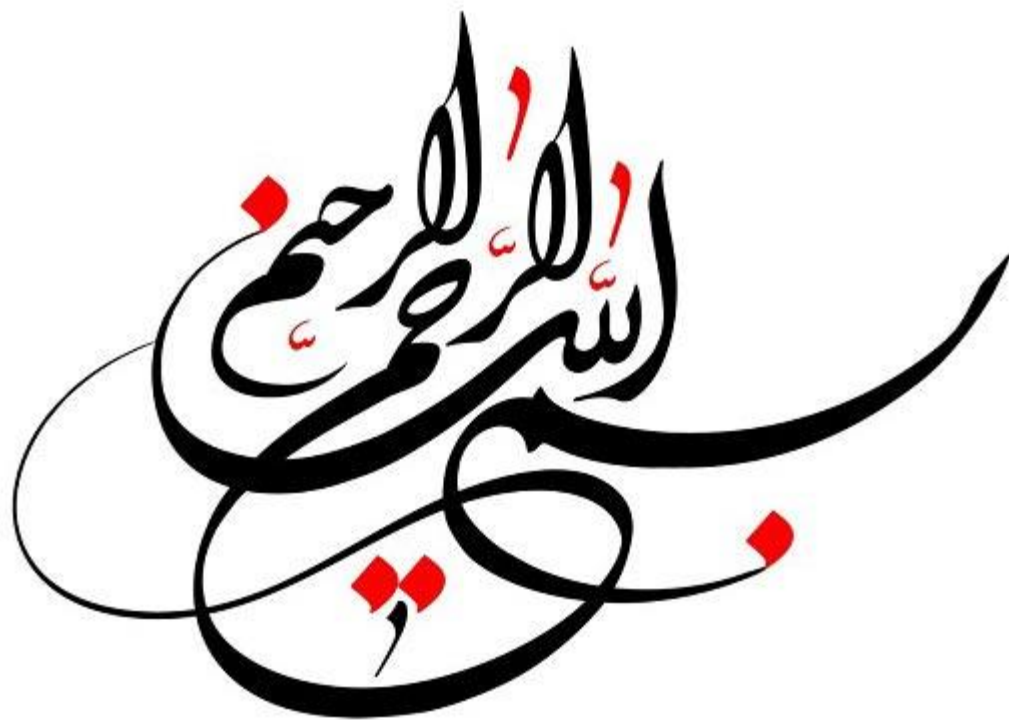


**کتابچه توجیهی**

**مرکز آموزشی، درمانی و پژوهشی بیمارستان رازی**

واحد بهبود کیفیت

**1403**



راهنمای رازی

4	تاریخچه بیمارستان
5	نقشه بیمارستان
6	برنامه استراتژیک
9	اساتید و پزشکان مرکز آموزشی درمانی رازی
16	فرهنگ بومی گیلان و بیماری های شایع گیلان
25	حقوق گیرندگان خدمت
29	ایمنی بیمار
36	کنترل عفونت
39	شستشوی دست
44	آیین نامه و دستورالعمل های داخلی
55	مدیریت خطر
59	مدیریت بحران
72	آتش نشانی
79	موازین اخلاقی
81	مدیریت پسماندهای بیمارستانی

رازی

مرکز آموزشی پژوهشی درمانی رازی با وسعت 40 هزار متر مربع از نظر وسعت، به عنوان بزرگترین بیمارستان استان گیلان محسوب می گردد.

این مرکز دارای 296 تخت مصوب و 318 تخت فعال بوده و با داشتن تخصص هایی نظیر مسمومیت، داخلی ( غدد ، روماتولوژی ، گوارش ، نفرولوژی ، پوست ، ریه ، هماتولوژی ، عفونی ) و جراحی (ارولوژی ، عمومی ، عروق و توراکس)، متنوع ترین خدمات تخصصی و فوق تخصصی را در قالب 18 بخش بستری ، 2 اتاق عمل جراحی (عمومی و توراکس-ارولوژی) و 14 واحد سرپایی توسط 83 عضو هیات علمی به بیماران خود ارائه می نماید. همچنین این مرکز آموزشی پژوهشی درمانی تنها بیمارستان دارای 3 مرکز تحقیقات مصوب بوده و علاوه بر این 3 مرکز تحقیقات در دست تصویب دارد.

بیمارستان رازی رشت تنها مرکز ارائه دهنده خدمات دولتی رادیو تراپی و شیمی درمانی ، سنگ شکن و خدمات فوق تخصصی گوارش ، ریه ، خون ، غدد و روماتولوژی در استان می باشد. همچنین این بیمارستان دارای متخصصین زبده جهت انجام اعمال جراحی پیوند ( کلیه و کبد) در استان گیلان می باشد.

#### امکانات رفاهی مرکز آموزشی درمانی رازی:

این مرکز دارای فضای سبز به مساحت 8372 مترمربع و 4000 متر مربع فضای پارکینگ می باشد. امکانات رفاهی و مکانهای جانبی مرکز شامل: سالن غذاخوری جهت پرسنل و دانشجویان، دستگاہ خودپرداز همراه سرا و آلاچیق ، نمازخانه و پلویون می باشد .

## نقشه بیمارستان:



## برنامه استراتژیک

برنامه‌ریزی استراتژیک یک تلاش منظم و مستمر است که زیرساخت‌های تصمیم‌گیری و اجرا را در سازمان شکل می‌دهد. این تلاش سبب می‌شود تا مشخص کنیم که سازمان چه هست، چه چیزی را ارائه می‌کند، چرا این محصول را ارائه می‌دهد و برای چه کسی ارائه می‌کند. برنامه استراتژیک، سندی است که در آن اهداف سازمان، فعالیت‌های مورد نیاز جهت رسیدن به اهداف و همچنین تمامی عناصر حیاتی مشخص شده در طول برنامه‌ریزی را در بر می‌گیرد. به عبارتی این سند، نقشه راهی است که نشان می‌دهد شرکت یا سازمان باید چه مسیری را طی کند تا به اهداف بلندمدت خود برسد. این سند می‌تواند از یک صفحه تا یک کتابچه جامع باشد، که اندازه و حجم آن به بزرگی سازمان و پیچیدگی‌های محیطی آن بستگی دارد.

## چشم انداز

برترین مرکز آموزشی و درمانی شمال کشور با ارائه خدمات ایمن و اثر بخش در سطوح تخصصی و فوق تخصصی در حد استانداردها با هزینه مناسب تا سال 1405

## رسالت

مأموریت ما به عنوان یک مرکز فوق تخصصی داخلی، جراحی عروق و پیوند، ارائه مطلوبترین خدمات آموزشی و درمانی در جهت حفظ و ارتقاء سطح سلامت جامعه و رضایت ذینفعان با بهبود مستمر کیفیت می‌باشد.

## فهرست ارزشهای اصلی

- ایمنی بیماران و کارکنان
- احترام به حقوق بیمار و سایر ذینفعان
- رعایت اخلاق حرفه‌ای و قانونمندی
- خلاقیت و نوآوری
- مسئولیت‌پذیری و پاسخگویی





## سیاست های اصلی مرکز آموزشی درمانی رازی در حوزه ذی نفعان کلیدی

### سیاست های اصلی چهار چوب رفتاری و اصول کلی حاکم بر تصمیم گیری های بیمارستان در قبال ذی نفعان کلیدی خود می باشد

#### گیرندگان خدمت

برنامه وزارت بهداشت در حوزه درمان بر بیمار محوری و تاکید بر حفظ ایمنی بیمار طراحی گردیده است لذا این مرکز پیرو سیاست های کلان کشوری و دانشگاهی ارائه مراقبت های تشخیصی و درمانی را با تکیه بر اصول ایمنی در الویت سیاست های خود قرار داده است. ارائه خدمات درمانی مناسب، بموقع و جامع به بیماران با رویکرد تحقق اهداف طرح تحول نظام سلامت و کسب رضایت بیماران و همراهان از، سیاستهای مرکز می باشد.

#### نهاد های بالادستی

رعایت و اجرای استانداردهای اعتباربخشی و همچنین سایر قوانین سازمان های بالادستی جزو الزامات اجرایی مرکز محسوب گردیده و سعی در تحقق حداکثری آن از ارکان اصلی مرکز می باشد.

#### نهاد های ناظر

مرکز به رعایت کامل قوانین کشوری و همکاری کامل با نهاد های ناظر از قبیل بازرسی، دیوان محاسبات و موسسات حساسی و ... معتقد است

#### سرمایه های انسانی

ارائه خدمات پزشکی با کیفیت و متنوع و همچنین ارائه مراقبت های بالینی به بیماران مستلزم تامین نیروی انسانی ماهر و با کیفیت می باشد لذا این مرکز به منظور رفع مشکلات نیروی انسانی خود ضمن تلاش به منظور اصلاح ساختار و تشکیلات بیمارستانی سعی نموده است از نیروی با کیفیت و ماهر به صورت استخدام موقت ( قراردادی، طرحی، ضریب k) استفاده نماید.

توجه به کارکنان، ایجاد فرهنگ همدلی و ارزشی مبتنی بر عملکرد از سیاست های این مرکز در حیطه کارکنان می باشد.

با توجه به حضور اساتید خبره در مرکز، استفاده از نتایج پژوهش های تیم های تخصصی مرکز و شواهد بالینی در زمینه بهبود فرآیندها از سیاست های مرکز می باشد.

#### تامین کنندگان

سیاست مرکز در همکاری و همیاری با تامین کنندگان در راستای تامین حداقل خواسته هایشان متناسب با شرایط بیمارستان و همگام با استراتژی دانشگاه می باشد.

نیم مدیریت اجرایی مرکز آموزشی درمانی رازی

**اعضای تیم مدیریت و رهبری مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی رازی**

عکس	سمت	نام و نام خانوادگی
	ریاست	آقای دکتر پیروز سامی دوست
	معاونت آموزشی	آقای دکترسید علی علوی
	مدیریت	آقای رسول یوسفی
	مدیریت پرستاری	خانم دکتر ملوک پورعلیزاده
	مدیر مالی	آقای مسعود داوری
	رئیس اداره بهبود کیفیت	خانم زیبا فلاح طاهرپذیر



## اساتید و پزشکان مرکز آموزشی درمانی رازی

گروه جراحی	
رشته تخصصی	نام و نام خانوادگی
فوق تخصصی جراحی توراکس	دکتر محمد رضا عسگری
فوق تخصصی جراحی عروق	دکتر حسین همتی
فلوشیپ پیوند اعضا و کبد	دکتر پیروز سامی دوست
فوق تخصص جراحی عروق	دکتر محمد صادق اسماعیلی دلشاد
فوق تخصص جراحی عروق	دکتر محمد تقی اشوبی
متخصص جراحی عمومی	دکتر لیلا شکرگزار
فوق تخصص جراحی عروق	دکتر سعید یوسفی

گروه بیهوشی	
رشته تخصصی	نام و نام خانوادگی
متخصص بیهوشی	دکتر حسین خوشرنگ
متخصص بیهوشی و ICU	دکتر علی اشرف
متخصص بیهوشی	دکتر سیروس امیر علوی
فوق تخصص مراقبت ویژه	دکتر محمد حقیقی
متخصص بیهوشی	دکتر سمانه غضنفر تهرانی
متخصص بیهوشی	دکتر حکیمه سرشاد

گروه داخلی	
رشته تخصصی	نام و نام خانوادگی
فوق تخصص روماتولوژی	دکتر حبیب زینی
فوق تخصص روماتولوژی	دکتر اصغر حاجی عباسی
فوق تخصص روماتولوژی	دکتر ایراندخت شناور
فوق تخصص روماتولوژی	دکتر بنفشه قویدل
فوق تخصص روماتولوژی	دکتر مهسا مهدی پور
فوق تخصص روماتولوژی	دکتر نرجس زفاهی بخش
فوق تخصص روماتولوژی	دکتر مریم یاسری
متخصص داخلی	دکتر فاطمه مهدی
متخصص داخلی	دکتر پرهام پرتقالی
متخصص داخلی	دکتر متین مجاوری
متخصص داخلی	دکتر معصومه آقایی
متخصص داخلی	دکتر ساحل عسگری
فوق تخصص خون و انکولوژی	دکتر بهروز نجفی
فوق تخصص خون و انکولوژی	دکتر سیروس غریب
فوق تخصص خون و انکولوژی	دکتر فاطمه نجاتی فر
فوق تخصص خون و انکولوژی	دکتر سعید انواری

فوق تخصص خون و انکولوژی	دکتر سهراب آقاییگی
فوق تخصص غدد	دکتر فرشته محمدی
فوق تخصص غدد	دکتر سعید کلانتری
فوق تخصص غدد	دکتر مجتبی مهرداد
فوق تخصص غدد	دکتر بهرنگ معتمد
فوق تخصص غدد	دکتر زهرا عباسی رنجبر
فوق تخصص غدد	دکتر مهشید ناصر لنگرودی
فوق تخصص غدد	دکتر حانیه السادات فیاضی
فوق تخصص نفرولوژی	دکتر علی موثقی
فوق تخصص نفرولوژی	دکتر مسعود خسروی
فوق تخصص نفرولوژی	دکتر محمد کاظم لبادی
فوق تخصص نفرولوژی	دکتر علی منفرد
فوق تخصص نفرولوژی	دکتر پگاه آقا جانزاده
فوق تخصص نفرولوژی	دکتر یلدا حقدار ساحلی
فوق تخصص نفرولوژی	دکتر الهام رمضان زاده
فوق تخصص نفرولوژی	دکتر ساحره مرتضوی
فوق تخصص گوارش	دکتر فریبرز منصور قناعی
فوق تخصص گوارش	دکتر افشین شفقی
فوق تخصص گوارش	دکتر کیوان امینیان
فوق تخصص گوارش	دکتر صبا فخریه اصلی
فوق تخصص گوارش	دکتر سید امینه حجتی
فوق تخصص گوارش	دکتر کوروش مجتهدی
فوق تخصص گوارش	دکتر حیدر علی بالو
فوق تخصص گوارش	دکتر علی اکبر خالصی
فوق تخصص ریه	دکتر سید علی علوی
فوق تخصص ریه	دکتر علیرضا جعفری نژاد
فوق تخصص ریه	دکتر آریتا تنگستانی
فوق تخصص ریه	دکتر سید علی اصغر فخر موسوی
فوق تخصص ریه	دکتر محمد دودانگه
فوق تخصص ریه	دکتر محبوبه رئوفی

گروه مسمومیت	
رشته تخصصی	نام و نام خانوادگی
متخصص مسمومیت ها و پزشکی قانونی	دکتر مرتضی رهبر طارمیری
متخصص مسمومیت ها و پزشکی قانونی	دکتر علیرضا بادسار
متخصص مسمومیت ها و پزشکی قانونی	دکتر حمید محمدی کجیدی
متخصص طب کار	دکتر میرسعید عطارچی

گروه پوست	
رشته تخصصی	نام و نام خانوادگی
متخصص پوست	دکتر حجت افتخاری
متخصص پوست	دکتر کاوه قرایی نژاد
متخصص پوست	دکتر نرگس علیزاده
فوق تخصص پوست	دکتر رعنا رفیعی

گروه ارولوژی	
رشته تخصصی	نام و نام خانوادگی
فلوشیپ اورولوژی اطفال	دکتر علاءالدین عسکری
متخصص اورولوژی	دکتر علی حمیدی مدنی
متخصص اورولوژی	دکتر سیاوش فلاحتکار
فلوشیپ اندویورولوژی	دکتر حمید رضا ناصح
فلوشیپ اوروانکولوژی	دکتر رضا شا هرخی
فلوشیپ پیوند	دکتر غلامرضا مختاری
متخصص ارولوژی	دکتر اردلان اخوان
متخصص ارولوژی	دکتر مرتضی فلاح

گروه پاتولوژی	
رشته تخصصی	نام و نام خانوادگی
متخصص آسیب شناسی و پاتولوژی	دکتر فخریه کلاوری
متخصص آسیب شناسی و پاتولوژی	دکتر یلدا آشوریان
متخصص آسیب شناسی و پاتولوژی	دکتر رامتین اجتماعی

گروه فارماکولوژی	
رشته تخصصی	نام و نام خانوادگی
فارماکوتراپیست	دکتر حمیدرضا تقوای معصومی
فارماکوتراپیست	دکتر مریم مقدسی

گروه قلب	
رشته تخصصی	نام و نام خانوادگی
متخصص قلب	دکتر مجید غلامزاده

گروه رادیوتراپی	
رشته تخصصی	نام و نام خانوادگی



متخصص رادیوتراپی	دکتر عباس رحیمی
متخصص رادیوتراپی	دکتر سعید ساعدی
متخصص رادیوتراپی	دکتر مهرسا مجدآئین
متخصص رادیوتراپی	دکتر آیناز صورتی

گروه عفونی

رشته تخصصی	نام و نام خانوادگی
متخصص عفونی	دکتر آیدین پورکاظمی
متخصص عفونی	دکتر سنبل طارمیان
متخصص عفونی	دکتر لیدا محفوظی
متخصص عفونی	دکتر توفیق یعقوبی
متخصص عفونی	دکتر عزت حسنی
متخصص عفونی	دکتر نوشین احمدوند

گروه طب اورژانس

رشته تخصصی	نام و نام خانوادگی
متخصص طب اورژانس	دکتر درین آقاجانی
متخصص طب اورژانس	دکتر سارا پورمیرزایی

گروه رادیولوژی

رشته تخصصی	نام و نام خانوادگی
متخصص رادیولوژی	دکتر امیر رضا دلیلی
متخصص رادیولوژی	دکتر زوبین سوری
متخصص رادیولوژی	دکتر حسین ربیعی

### اساتید علوم پایه فعال در مرکز آموزشی ، پژوهشی درمانی رازی رشت

ردیف	نام و نام خانوادگی	رشته تحصیلی	محل خدمت
1	دکتر فرحناز جوکار	دکتری پژوهش در اپیدمیولوژی	مرکز تحقیقات گوارش
3	دکتر علیرضا جعفری	دکتری پژوهشی باکتری شناسی پزشکی	توسعه تحقیقات بالینی
4	دکتر بهناز مقدم	دکتری فیزیک	بخش رادیولوژی

### اسامی متخصصین درمانی مرکز آموزشی پژوهشی درمانی رازی رشت

ردیف	نام و نام خانوادگی	رشته تخصصی	نوع خدمت
1	دکتر علیرضا حسین پناه	بیهوشی	درمانی
2	دکتر لیلا یوسف خانی	پوست	درمانی
3	دکتر رجب زاده	رادیولوژی	درمانی
4	دکتر مریم علوی	روانپزشک	انجام مشاوره
6	دکتر حامد حسن زاده	بیهوشی	درمانی

## اسامی پزشکان درمانگاه عمومی مرکز آموزشی پژوهشی درمانی رازی

ردیف	نام و نام خانوادگی
1	دکتر فاطمه مومنی
2	دکتر مریم مرادقلی
3	دکتر یوسف حکیمی
4	دکتر علی اکبرالله خواه
5	دکتر سهراب جعفریان
6	دکتر روشن عاشوری
7	دکتر پریسا یکتا
9	دکتر ناصر حقگو
10	دکتر مسعود فرد مسعود
11	دکتر سید محمد رضا علوی

فرهنگ بومی محلی گیلان  
و بیماریهای شایع در آن



## فرهنگ مردم گیلان:

استان گیلان سرزمینی با تنوع قومی و گویشی است و با اینکه از نظر وسعت جغرافیایی از کوچکترین استانهای کشور است، گوناگونی و تنوع فرهنگی در آن بیش از هر جای دیگر ایران دیده می‌شود.

در رشت، قرنهای متمادی است که اقوام مختلف در شهر رشت و مناطق دیگر گیلان همزیستی مسالمت آمیزی با هم دارند و این همزیستی فرهنگ مشترکی را پدید آورده است اما در عین حال، این اقوام ویژگیهای قومی و گویشی خود را حفظ کرده‌اند.

گیلکها، گالشها، تاتها، تالشها، ترکها و کردها و همچنین اقلیتهای مذهبی مثل ارامنه، یهودیها، زرتشتیها و... مجموعه جامعه گیلان را شکل می‌دهند.

"گیلکها" در سراسر مناطق جلگه ای گیلان پراکنده اند و به کشاورزی اشتغال دارند و اولین اقوام ساکن در گیلان بوده اند.

"گالشها" هم تیره ای از گیلکها هستند که در مناطق کوهستانی و کوهپایه ای زندگی و با دامداری امرار معاش می‌کنند از اینرو فرهنگ این مردمان بسیار بکر و دست نخورده است و بسیاری از آیینها و اعیاد باستانی همراه با گاه شمار دیلمی و موسیقی فولکلور هنوز که هنوز است در میان آنان رواج دارد.

تالشها در غرب گیلان زندگی می‌کنند که بازمانده نسل کادوسیان هستند و موسیقی فولکلور بسیار غنی، آیینها، باورداشتهای و گویش مختص به خود دارند.

"تاتها" نیز در مناطق جنوبی گیلان به ویژه در رودبار و آبادیهای تابعه آن زندگی می‌کنند، این قوم نیز زبان و فرهنگ و آیینهای ویژه‌ای دارند که برخی از آنها از دوران کهن به جا مانده است .

اقوام دیگری چون کردها، ترکها، کولیاها و همچنین اقلیتهای مذهبی مانند ارمنیها، یهودیها و زرتشتیها نیز در مناطق مختلف گیلان از جمله در شهرهای رشت و انزلی ساکن هستند.

گیلان از مناطقی است که با وجود گردآوری و انتشار کتابهای متعدد و متنوع در خصوص آیینها، آداب و رسوم، بازی و نمایشها بومی محلی و... توسط محققان ایرانی، اروپایی و آمریکایی همچنان فرهنگ این سامان بکرمانده است. منابع پژوهشی درباره تاتها، گالشها و کردهای گیلان بسیار ناقص است .



گیلان از نظر نوع بازی و نمایش بسیار غنی و پربار است، یادآور شد: این بازیها نه تنها برای سرگرمی در اوقات فراغت به وجود آمده‌اند، بلکه شیوه‌ها و روشهای تعامل و تقابل با سختیهای دوران و طبیعت ناسازگار را به فرزندان آموزش می‌دهند. نمایشها و بازیهای بومی محلی گیلان همچنان به حیات خود ادامه می‌دهند " لافندبازی " ، " کشتی گيله مردی " از جمله بازیها و نمایشهای هستند که به دلیل جذابیتهای نمایشی و رزمی در اعیاد و جشنها به شکل گذشته اجرا می‌شوند.

گنجینه آواز گیلانی هنوز به خوبی به مردم ارائه نشده است آواها و نغمه‌های محلی مناطق ایران در گذر زمان بوی کهنگی به خود نمی‌گیرد زیرا از حقیقت و سادگی زندگی روستاییان برخاسته است .

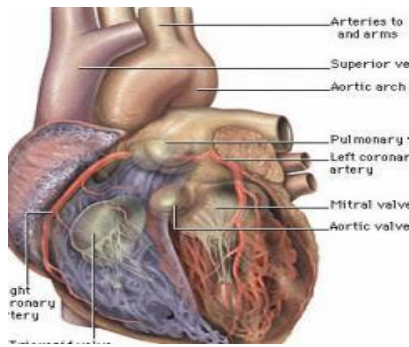
لباس " قاسم‌آبادی " برای آیین اهدای جوایز بازیهای المپیک آتن انتخاب شد در لباس سنتی این خطه سرسبز می‌توان طبیعت رنگارنگ و زیبا را به وضوح مشاهده کرد . گیلان سرزمین رنگها، مروارید باران، جنگلهای سبز، گل‌های الوان است که این همه در پوشش محلی زنان گیلک نمودار بوده است .

امروزه با گذشت زمان لباسهای محلی دیگر از رونق افتاده‌اند و رنگهای شاد آن که امید به زندگی را در دلها زنده می‌کرد، به خزان بی‌هنگام نشست و به کنج پستوها، صندوقها و بقیچه‌ها خزیده و در پشت بامها جای گرفته اند .

زبان و گویش گیلکی شاخه‌ای از زبان ایرانی و از خانواده زبانهای شمال غربی ایران است، گیلان حتی پیش از حضور آریایی‌ها در ایران، دارای فرهنگ و تمدن ویژه‌ای بود، آثار و کشفیات باستان‌شناسان در مناطق مختلف گیلان از جمله رودبار، املش و هشتپر موید این نظر است. با این حال ضمن حفظ هویت بومی و باورهای فرهنگی گیلان باید با تلاش همگان به ویژه پژوهشگران، نخبگان و دانشگاهیان این فرهنگ غنی که برآمده از دل ساده مردمان روستاهای شالی، جنگل و باران است را به گیتی شناساند .

## گیلان در کریدور بیماری های ژنتیکی کشور: تالاسمی و فاویسم

مختص این استان است



### بیماری های قلبی، نخستین عامل مرگ گیلانی ها

بر اساس اعلام رسمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی -

درمانی گیلان، در سال ۸۸، شش هزار و ۳۷۴ نفر در گیلان بر اثر بیماری های قلبی فوت کرده اند. این آمار ۷۴ و ۳ دهم درصد کل مرگ و میرهای ثبت شده در گیلان در سال گذشته است.

بر اساس اعلام رسمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی گیلان، در سال ۸۸، شش هزار و ۳۷۴ نفر در گیلان بر اثر بیماری های قلبی فوت کرده اند. این آمار ۷۴ و ۳ دهم درصد کل مرگ و میرهای ثبت شده در گیلان در سال گذشته است.

بیماری های قلبی و عروقی نخستین عامل مرگ در گیلان محسوب می شوند.

آمارهای رسمی نشان می دهد، مردان گیلانی بیشتر از زنان، به علت عوارض قلبی می میرند.

بررسی ها نشان می دهد، پرفشاری و چربی زیاد خون، چاقی مفرط، مصرف مداوم غذاهای آماده یا به اصطلاح فست فودها، کم تحرکی و مصرف دخانیات ۵ عامل اصلی شیوع بیماری های قلبی و عروقی در گیلان است.

در زندگی جدید، استفاده از غذاهای آماده یا فست فودها که حاوی درصد بالایی از چربی های اشباع نشده اند متداول شده است، غذاهایی که مصرف مداوم آنها باعث رسوب چربی ها و کلسترول در جدار رگ ها و در نهایت تصلب شرائین می شود.

چاقی مفرط از دیگر عوامل افزایش ابتلا به بیماری های قلبی است گفت: استفاده از غذاهای آماده و کم تحرکی ناشی از زندگی مدرن، جز چاقی نتیجه ای ندارد و چاقی به معنای انباشت چربی های زاید در بافت های بدن از جمله اطراف عضله ی قلب است.

مصرف دخانیات را از عوامل اصلی ابتلا افراد به بیماری های قلبی دانست و گفت: بررسی های علمی نشان می دهد، مصرف دخانیات در دراز مدت باعث تنگی عروق، افزایش فشار خون و در نتیجه سکته ی قلبی می شود.

در حال حاضر گیلان یک بیمارستان فوق تخصصی قلب با ۱۲۰ تخت دارد و گذشته از آن ۲۱ بیمارستان دیگر گیلان هم از ۱۷۸ تخت در بخش مراقبت های ویژه قلب ( CCU ) برخوردارند که ۷۲ تخت از این تخت ها مربوط به مراکز درمانی دولتی است.

کوتاه سخن اینکه: عبارت دیرآشنای پیشگیری، به اذعان همه ی کارشناسان آسان ترین و درعین حال کم هزینه ترین شیوه ی مقابله با بیماری های قلبی است.

به نظرمی رسد توجه جدی تر به گسترش فرهنگ پرهیز از عوامل ایجاد کننده ی بیماری های قلبی، باید در کنار افزایش امکانات درمانی ویژه ی این بیماری ها به راهکار اصلی مهار بیماری های قلبی تبدیل شود.

گسترش فرهنگ ورزش کردن، آشنا کردن مردم با زیان های مصرف غذاهای آماده، پرهیز از مصرف دخانیات و کاهش فشارهای زندگی شهری باید بیشتر مورد توجه مردم و مسئولان قرار گیرد.

### **گیلان مقام نخست سرطان معده در کشور را دارد.**

سرطان معده، شایع ترین سرطان در استان است و مردم باید برای پیشگیری از این بیماری تلاش بیشتری کنند. 80 درصد مردم گیلان در معده خود میکروبی موسوم به "هلیکوباکتر پیلوری" دارند که سبب ایجاد التهاب در معده شده و عامل اصلی بروز سرطان است.

مصرف بیش از حد ترشی‌ها و شور‌ها، ماهی شور و دودی در گیلان این استان را در ابتلای مردم به سرطان معده در مقام نخست کشور قرار داده است.

خوردن میوه و سبزی تازه، بهترین عامل برای سلامت معده بوده و مصرف آب لیموی طبیعی نیز یکی از بهترین روش‌های پیشگیری از سرطان معده است.

خوردن غذاهایی که حاوی نیترات زیاد هستند، از جمله سوسیس، کالباس و غذاهای کنسرو شده عامل اصلی سرطان معده است و باید با پرهیز از مصرف این مواد غذایی و کاهش مصرف غذاهایی که کالری کاذب دارند، از ابتلا به سرطان معده پیشگیری کرد.

بیماری جدید کبدی موسوم به بیماری "کبد چرب" یکی از بیماری‌های شایع در ایران و گیلان است. این بیماری به دلیل تجمع چربی در کبد ایجاد شده و اگر جلوی پیشرفت آن گرفته نشود، سبب التهاب کبد، نکروز و از بین رفتن سلول‌های کبدی و در نهایت منجر به سیروز و از کار افتادن کبد می‌شود. فوق تخصص گوارش و کبد با اشاره به این که در جوامع غربی 20 درصد مردم به این عارضه مبتلا هستند ایران نیز با توجه به افزایش چاقی که مهم‌ترین عامل ایجاد کبد چرب است، این بیماری اخیراً شایع شده است. شناسایی بیماران مبتلا به بیماری کبد چرب از دو طریق صورت می‌گیرد که در روش نخست، پزشک با مشاهده آزمایش‌های بیمار از افزایش آنزیم‌های کبدی آگاه شده و در نهایت بیماری کبد چرب را تشخیص می‌دهد.

اغلب افراد مبتلا به کبد چرب، آنزیم‌های کبدی طبیعی دارند و این مسأله بیماری مذکور را رد نمی‌کند. از طریق سونوگرافی شکمی نیز می‌توان به بیماری کبد چرب پی برد. مصرف برخی داروها، از جمله استروژن‌ها و کورتون‌ها نیز می‌تواند سبب ایجاد بیماری کبد چرب شود.

بیشتر بیماران مبتلا به کبد چرب بدون علامت هستند و تنها علامتی که ممکن است بیمار گاهی از آن شکایت کند، احساس خستگی است. چاقی عمومی یا حتی چاقی شکمی که در آن وزن فرد طبیعی است، اما چربی زیادی در اطراف شکم وی جمع شده نیز می‌تواند عامل ابتلا به کبد چرب باشد.

تاکنون دارویی که بتواند چربی جمع شده در کبد را از بین ببرد کشف نشده است، داروهای بسیاری برای کنترل این بیماری از طرف پزشکان تجویز می‌شود، اما هیچ‌کدام نقش کاملاً ثابتی در درمان این بیماری ندارند.

می‌توان توصیه کرد با کم کردن وزن در افراد چاق، افزایش فعالیت‌های فیزیکی و ورزش منظم، رژیم غذایی متعادل و پرهیز از مصرف الکل و داروهای غیرضروری، از ابتلای خود به بیماری کبد چرب جلوگیری کنند.

توجه به ورزش منظم، کاهش استرس و افزایش نشاط نقش چشمگیری در عدم ابتلا به این بیماری دارد.

بیماری "رفلکس" یا "بازگشت از معده به مری" به عنوان یکی دیگر از شایع‌ترین بیماری‌های ایران و گیلان یاد کرد و گفت: در این بیماری، محتویات اسیدی معده به داخل مری باز می‌گردد که با دو علامت اصلی ترش کردن و بالا آوردن مایع ترش مزه یا تلخ دهان شناخته می‌شود.

این بیماری ممکن است در ابتدا با علائم دیگری، از جمله درد قفسه سینه همراه باشد که با بیماری قلبی اشتباه گرفته می‌شود. گرفتگی و خشونت صدا به دلیل التهاب حنجره، سرفه مزمن، پوسیدگی دندان، سینوزیت مزمن، بیدار شدن از خواب با احساس خفگی و حتی آسم از علائم هشداردهنده این بیماری است.

دلیل شیوع این بیماری را تغییر شیوه زندگی مردم، کم‌تحركی و استرس دانست و خاطرنشان کرد: برای پیشگیری و درمان این بیماری لازم است به مواردی مانند کم کردن وزن در افراد چاق، ورزش سبک و منظم، نخوابیدن بعد از غذا حداقل تا دو ساعت و پرهیز از پوشیدن لباس‌های تنگ، توجه به بالاتر بودن سر



به میزان 15 تا 20 سانتی متر از بدن هنگام خواب، خوردن غذا با حجم کم، پرهیز از مصرف غذاهای چرب، پرهیز از مصرف شکلات، قهوه، نوشابه، الکل و عدم استفاده از دخانیات توجه جدی شود.

**بیماری تب شالیزار یا لپتوسپیروز leptospirosis** بیماری بومی استان های گیلان و مازندران



تب شالیزار یا لپتوسپیروز از بیماری های بومی و شایع در استان های شمالی کشور است.

فصل شیوع این بیماری بهار و تابستان است و هر ساله عده ای از مردم استان به ویژه شالیکاران را مبتلا می کند و در مواردی حتی می تواند منجر به مرگ فرد مبتلا شود.

وجود ۴۰۰ هزار هکتار زمین کشاورزی در گیلان و ۱۸۲ هزار خانوار بهره بردار که با محاسبه جمعیت خانوارها حداقل به یک میلیون نفر در معرض خطر مستقیم این بیماری می رسد، اهمیت توجه به این بیماری را بیشتر می کند.

گرچه آمار دقیقی از تعداد افرادی که هر ساله در گیلان به این بیماری مبتلا می شوند در دست نیست اما به گفته یکی از شاغلان حرفه پزشکی در یکی از درمانگاههای استان ، شمار مبتلایان قابل توجه است.

این در حالی است که با توجه به عمومی بودن و مشابه بودن این علائم با بیماری ساده ای نظیر سرماخوردگی گاهی با آن اشتباه گرفته می شود و همین می تواند برای بیمار خطر آفرین باشد.

علائم بیماری به صورت تب ، لرز، درد شدید عضلانی، سردرد مداوم، بیقراری ، ضعف و سستی ، درد شکم ، تهوع و استفراغ ، اسهال و در انتها نارسایی کبد یا کلیه و یا مننژیت ظاهر می‌شود و می‌تواند فرد را از پای در آورد. دوره نهفتگی ( کمون ) بیماری چهار تا ۱۰ روز است.

به گفته پزشکان عامل ایجادکننده تب شالیزار یا ( لپتوسپیروز ) میکروارگانیزی از دسته اسپروکتها به نام لپتوسپیرا است که منجر به یک بیماری تب دار حاد یا تحت حاد می‌شود. این بیماری از دسته بیماری‌های مشترک انسان و دام محسوب می‌شود.

عامل بیماری از طریق مخاطها( چشم ، مخاط دهان و ...) و پوست آسیب دیده وارد بدن میزبان ( انسان ) شده و از طریق خون به ارگانهایی که معمولا سیستم اعصاب مرکزی ، کبد و کلیه‌ها است مهاجرت نموده و تکثیر می‌یابد. مکانیسم صدمات بافتی حاصله به خوبی روشن نیست .

این بیماری توسط حیوانات اهلی و وحشی که معروفترین آن موش صحرائی است از طریق ادرار آلوده به میکروب ( آب آلوده به ادرار) به انسان منتقل می‌شود ، انتقال انسان به انسان نادر است و معمولا کشاورزان به آن مبتلا می‌شوند ولی امکان ابتلای افراد دیگر به این بیماری نیز وجود دارد.

با توجه به این که به گفته پزشکان راه های عملی برای پیشگیری از بیماری تب شالیزار یعنی پوشیدن دستکش ، چکمه و زدن عینک هنگام کار کشاورزی برای شالیکاران بسیار مشکل است ، عملی‌ترین کار این است که پزشکان در مورد علائم عمومی و یا شرح حال بیمار با توجه به بومی و شایع بودن بیماری در این منطقه در فصول بهار و تابستان دقت بیشتری نشان دهند.

گرچه دانشگاه علوم پزشکی گیلان در سالهای اخیر اقدامات خوبی برای اطلاع رسانی ، آشنایی مردم با بیماری‌های شایع و پیشگیری و واکسیناسیون انجام داده است بنظر می‌رسد هنوز برای اطلاع رسانی ، بازآموزی و پیشگیری در خصوص بیماری‌های شایع در استان جای کار بسیار وجود دارد. تب شالیزار، فاسیولا و تالاسمی مینور از جمله بیماری‌های بومی استان های شمالی هستند.



## رعایت حقوق گیرندگان خدمت

## رعایت حقوق گیرندگان خدمت

بشر برای احراز مقام انسانیت و نیل به سلامت واقعی باید خود را آن طوری که هست بشناسد و از جنبه های مادی و معنوی خویش آگاه گردد و مطابق با آئین خلقت زندگی کند. یک پرستار خوب قبل از هر چیز یک انسان خوب و برخوردار از فضایل اخلاقی است.

### ارزش ها:

پرستاران مسئولیت دارند در حیطه شغلی خود بر مبنای ارزش های حرفه ای تصمیم گیری و فعالیت کنند. ارزشها مفاهیمی هستند که ذاتاً ارزشمندند و توسط فرد یا جامعه مبنا و ملاک درستی و نادرستی اعمال قرار می گیرند.

مهمترین ارزشهایی که در حرفه پرستاری باید مورد لحاظ قرار گیرد:

1. احترام به مددجو / بیمار و حفظ شان و کرامت انسانی
2. نوع دوستی و هم دلی
3. پایبندی به تعهدات حرفه ای
4. پاسخ گویی ، مسئولیت پذیری و وجدان کاری
5. عدالت در خدمت رسانی
6. تعهد به صداقت و وفاداری
7. حفظ حریم خصوصی بیماران و تعهد به راز داری و امانتداری
8. ارتقا صلاحیت علمی و عملی به طور مداوم

### پرستار و تعهد حرفه ای :

پرستار باید هنگام اجرای ملاحظات پرستاری و تصمیم گیری های بالینی ، مسئولیت های اخلاقی را همانند مسئولیت های حقوقی و حرفه ای در نظر بگیرد .

در حد وظایف و اختیارات خود جهت فراهم آوردن محیط امن و سالم برای بیمار کوشا باشد . با حضور به موقع و انجام وظایف حرفه ای به نحو احسن و ثبت دقیق و کامل مراقبت های انجام شده امنیت مددجو را تامین کند . یک پرستار موظف است تمامی ملاحظات پرستاری را با حفظ عزت و احترام مددجو و خانواده وی انجام دهد و حداکثر کوشش خود را برای حفظ اسرار بیمار ، رعایت حریم خصوصی او و احترام به استقلال فردی و کسب رضایت آگاهانه به عمل آورد .

### پرستار و ارائه خدمات بالینی به بیمار :

یک پرستار باید خود را با ذکر نام ، عنوان و نقش حرفه ای به بیمار معرفی کند . ارائه خدمات پرستاری با احترام کامل به مددجو و حفظ شان وی انجام دهد و خواسته های مددجو را مورد توجه قرار دهد . مراقبت ها را مبتنی بر دانش روز و قضاوت صحیح پرستاری انجام دهد و قبل از انجام هر کار رضایت آگاهانه بیمار یا سرپرست قانونی وی را جلب کند .

### حفظ حریم بیمار :

حفظ حریم اطلاعاتی بیمار یکی از جنب های اساسی و مهم مراقبت در بیمارستان ها و مراکز بهداشتی درمانی است . همانا حفاظت اطلاعات و پیشگیری از اطلاعات ناصحیح می باشد .

از فاکتور های اصلی موثر بر تهاجم بر حریم بیمار می توان به لمس های غیر ضروری فیزیکی و تجاوز به خلوت و تنهایی بیمار اشاره کرد. اصل رعایت محرمانه بودن اطلاعات بیمار احترام به شخصیت افراد و اطلاعات شخصی آنها را مورد تاکید قرار می دهد .

### آتونومی و استقلال بیمار :

چهار اصل مطرح در اخلاق حیاتی عبارتند از :

1. اصل احترام به حق انتخاب و استقلال بیمار
2. اصل عدم اضرار
3. اصل سود رسانی
4. اصل صداقت که وظیفه بیان واقعیت ، راستگویی و صداقت را در تعاملات پزشکی مورد تاکید قرار می دهد احترام به حریم انسانی و شخصیت مستقل بیماران و آزادی و خود مختاری آنان یکی از اساسی ترین اصول اخلاق پزشکی است. این اصل در واقع ارج نهادن به ارزشها ، افکار ، اندیشه ، علایق ، تمایلات ، اهداف و تجارب بیمار است .

### آتونومی بیمار

برای رعایت حق استقلال بیمار می بایست تمامی اطلاعات ضروری و قابل فهم به بیمار انتقال یابد و بیمار با توجه به تمایلات و نظراتش در تصمیم گرفتن برای انجام روش های تشخیصی و درمانی مشارکت داده شود .

ایجاد یک تعامل منطقی بین رعایت اصل اتونومی و پرهیز از عوارض اطلاعات اضافی و غیر قابل فهم برای بیمار از مهارتهایی که پزشک یا پرستار در فعالیت های بالینی باید بدست آورد. بنا بر اصل عدم اضرار پزشکان و مراجعین بهداشتی باید از هر اقدامی که موجب آسیب دیدن بیمار می گردد دوری نماید .

### ارتباط موثر با بیمار :

توانایی برقراری رابطه موثر درمانگر- بیمار مستلزم درک پیچیدگی های رفتار انسان و آموزش روشهای گفتگو و گوش دادن به حرفهای مراجعین است . درمانگر باید هنر گوش دادن را یاد بگیرد و آگاهانه واقف باشد که چه مدلی برای ارتباط با بیمار در پیش گرفته است .

### حقوق بیمار:

سلطه پرستار بر بیمار نه به واسطه عدم بلکه به واسطه ی توانایی وی می باشد . انسان موجودی نیازمند است و همه انسانها به یکدیگر محتاجند و این خود عاملی برای تعهد حرفه ای می باشد . بنابراین ناتوانی جسمی بیمار نباید احساس برتری شما را در او ایجاد کند. گاهی عمق نفوذ اخلاق کادر درمان به خصوص پرستار چنان جلب اعتمادی در بیمار میکند که بدون هیچ پرده ای بیمار از درون و گرفتاریهایش را با وی در میان میگذارد .

اگر یک پرستار در هنگام ورود به بخش و شروع کار با گشاده رویی و صمیمیت به اتاق بیمار وارد شود و با سلامی گرم و پر مهر حضور خود را اعلام نماید این امر آنچنان در روحیه بیمار اثر مثبت می گذارد و آنچنان او را دلگرم و امیدوار میسازد که معجزه آفرین خواهد بود چرا که بیشترین امید یک بیمار به پرستار است . بیماری که از محفل گرم خانواده دور شده و مجبور است علی رقم میل باطنی خود محیط بیمارستان را تحمل می کند علاوه بر همه اینها از دردی هم رنج میبرد نیاز به محبت و دوستی دارد . یک پرستار واقعی انسانی است که تمام وقتش را صرف بیمار و بهبودی وی میکند چراکه شغل وی نیازمند فداکاریست و فداکاری و گذشت و ایثار بیش از هر جا در حرفه پرستاری تجلی می کند .

### منشور حقوق بیماران :

#### بینش و ارزش

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

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

#### حقوق بیمار

1- دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است.

- ارائه خدمات سلامت باید:

- 1-1) شایسته شان و منزلت انسان و با احترام به ارزشها، اعتقادات فرهنگی و مذهبی باشد ؛
- 1-2) بر پایه ی صداقت، انصاف، ادب و همراه با مهربانی باشد ؛
- 1-3) فارغ از هرگونه تبعیض از جمله قومی، فرهنگی، مذهبی، نوع بیماری و جنسیتی باشد ؛
- 1-4) بر اساس دانش روز باشد ؛ 1-5) مبتنی بر برتری منافع بیمار باشد ؛
- 1-6) در مورد توزیع منابع سلامت مبتنی بر عدالت و اولویت های درمانی بیماران باشد ؛
- 1-7) مبتنی بر هماهنگی ارکان مراقبت اعم از پیشگیری، تشخیص، درمان و توانبخشی باشد ؛
- 1-8) به همراه تامین کلیه امکانات رفاهی پایه و ضروری و به دور از تحمیل درد و رنج و محدودیت های غیرضروری باشد ؛
- 1-9) توجه ویژه ای به حقوق گروه های آسیب پذیر جامعه از جمله کودکان، زنان باردار، سالمندان، بیماران روانی، زندانیان، معلولان ذهنی و جسمی و افراد بدون سرپرست داشته باشد ؛
- 1-10) در سریع ترین زمان ممکن و با احترام به وقت بیمار باشد ؛ 1-11) با در نظر گرفتن متغیرهایی چون زبان، سن و جنس گیرندگان خدمت باشد ؛

12-1) در مراقبت‌های ضروری و فوری (اورژانس)، بدون توجه به تأمین هزینه‌ی آن صورت گیرد. در موارد غیرفوری (الکتیو) بر اساس ضوابط تعریف شده باشد؛

13-1) در مراقبت‌های ضروری و فوری (اورژانس)، در صورتی که ارائه خدمات مناسب ممکن نباشد، لازم است پس از ارائه‌ی خدمات ضروری و توضیحات لازم، زمینه انتقال بیمار به واحد مجهز فراهم گردد؛

14-1) در مراحل پایانی حیات که وضعیت بیماری غیر قابل برگشت و مرگ بیمار قریب الوقوع می باشد با هدف حفظ آسایش وی ارائه گردد. منظور از آسایش کاهش درد و رنج بیمار، توجه به نیازهای روانی، اجتماعی، معنوی و عاطفی وی و خانواده‌اش در زمان احتضار می باشد. بیمار در حال احتضار حق دارد در آخرین لحظات زندگی خویش با فردی که می خواهد همراه گردد.

## 2- اطلاعات باید به نحو مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمار قرار گیرد.

1-2) محتوای اطلاعات باید شامل موارد ذیل باشد:

1-2-2) مفاد منشور حقوق بیمار در زمان پذیرش؛

2-1-2) ضوابط و هزینه‌های قابل پیش بینی بیمارستان اعم از خدمات درمانی و غیر درمانی و ضوابط بیمه و معرفی سیستم های حمایتی در زمان پذیرش؛

3-1-2) نام، مسؤولیت و رتبه‌ی حرفه‌ای اعضای گروه پزشکی مسئول ارائه مراقبت از جمله پزشک، پرستار و دانشجو و ارتباط حرفه‌ای آن‌ها با یکدیگر؛

4-1-2) روش‌های تشخیصی و درمانی و نقاط ضعف و قوت هر روش و عوارض احتمالی آن، تشخیص

بیماری، پیش آگهی و عوارض آن و نیز کلیه‌ی اطلاعات تأثیرگذار در روند تصمیم‌گیری بیمار؛

5-1-2) نحوه‌ی دسترسی به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی در طول درمان؛

6-1-2) کلیه‌ی اقداماتی که ماهیت پژوهشی دارند.

7-1-2) ارائه آموزش‌های ضروری برای استمرار درمان؛

## 2-2) نحوه‌ی ارائه اطلاعات باید به صورت ذیل باشد:

1-2-2) اطلاعات باید در زمان مناسب و متناسب با شرایط بیمار از جمله اضطراب و درد و ویژگی‌های

فردی وی از جمله زبان، تحصیلات و توان درک در اختیار وی قرار گیرد، مگر این‌که:

- تأخیر در شروع درمان به واسطه‌ی ارائه‌ی اطلاعات فوق سبب آسیب به بیمار گردد؛ (در این صورت انتقال اطلاعات پس از اقدام ضروری، در اولین زمان مناسب باید انجام شود).

- بیمار علی‌رغم اطلاع از حق دریافت اطلاعات، از این امر امتناع نماید که در این صورت باید خواست بیمار

محترم شمرده شود، مگر این‌که عدم اطلاع بیمار، وی یا سایرین را در معرض خطر جدی قرار دهد؛

2-2-2) بیمار می‌تواند به کلیه‌ی اطلاعات ثبت‌شده در پرونده‌ی بالینی خود دسترسی داشته باشد و تصویر آن را دریافت نموده و تصحیح اشتباهات مندرج در آن را درخواست نماید.

## 3- حق انتخاب و تصمیم‌گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت باید محترم شمرده شود.

1-3) محدوده انتخاب و تصمیم‌گیری درباره موارد ذیل می‌باشد:

1-1-3) انتخاب پزشک معالج و مرکز ارائه‌کننده‌ی خدمات سلامت در چارچوب ضوابط؛

2-1-3) انتخاب و نظر خواهی از پزشک دوم به عنوان مشاور؛

3-1-3) شرکت یا عدم شرکت در هر گونه پژوهش، با اطمینان از اینکه تصمیم‌گیری وی تأثیری در تداوم و نحوه دریافت خدمات سلامت نخواهد داشت؛

3-1-4) قبول یا رد درمان‌های پیشنهادی پس از آگاهی از عوارض احتمالی ناشی از پذیرش یا رد آن مگر در موارد خودکشی یا مواردی که امتناع از درمان شخص دیگری را در معرض خطر جدی قرار می‌دهد؛

3-1-5) اعلام نظر قبلی بیمار در مورد اقدامات درمانی آتی در زمانی که بیمار واجد ظرفیت تصمیم‌گیری می‌باشد ثبت و به‌عنوان راهنمای اقدامات پزشکی در زمان فقدان ظرفیت تصمیم‌گیری وی با رعایت موازین قانونی مد نظر ارائه‌کنندگان خدمات سلامت و تصمیم‌گیرنده جایگزین بیمار قرار گیرد.

3-2) شرایط انتخاب و تصمیم‌گیری شامل موارد ذیل می‌باشد:

3-2-1) انتخاب و تصمیم‌گیری بیمار باید آزادانه و آگاهانه، مبتنی بر دریافت اطلاعات کافی و جامع (مذکور در بند دوم) باشد؛

3-2-2) پس از ارائه اطلاعات، زمان لازم و کافی به بیمار جهت تصمیم‌گیری و انتخاب داده شود.

4- ارائه خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار (حق خلوت) و رعایت اصل رازداری باشد.

4-1) رعایت اصل رازداری راجع به کلیه اطلاعات مربوط به بیمار الزامی است مگر در مواردی که قانون آن را استثنا کرده باشد؛

4-2) در کلیه مراحل مراقبت اعم از تشخیصی و درمانی باید به حریم خصوصی بیمار احترام گذاشته شود. ضروری است بدین منظور کلیه امکانات لازم جهت تضمین حریم خصوصی بیمار فراهم گردد؛

4-3) فقط بیمار و گروه درمانی و افراد مجاز از طرف بیمار و افرادی که به حکم قانون مجاز تلقی می‌شوند میتوانند به اطلاعات دسترسی داشته باشند؛

4-4) بیمار حق دارد در مراحل تشخیصی از جمله معاینات، فرد معتمد خود را همراه داشته باشد. همراهی یکی از والدین کودک در تمام مراحل درمان حق کودک می‌باشد مگر اینکه این امر بر خلاف ضرورت‌های پزشکی باشد.

5- دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات حق بیمار است.

5-1) هر بیمار حق دارد در صورت ادعای نقض حقوق خود که موضوع این منشور است، بدون اختلال در کیفیت دریافت خدمات سلامت به مقامات ذی صلاح شکایت نماید؛

5-2) بیماران حق دارند از نحوه رسیدگی و نتایج شکایت خود آگاه شوند؛

5-3) خسارت ناشی از خطای ارائه‌کنندگان خدمات سلامت باید پس از رسیدگی و اثبات مطابق مقررات در کوتاه‌ترین زمان ممکن جبران شود.

در اجرای مفاد این منشور در صورتی که بیمار به هر دلیلی فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری باشد، اعمال کلیه حقوق بیمار- مذکور در این منشور- بر عهده‌ی تصمیم‌گیرنده‌ی قانونی جایگزین خواهد بود. البته چنانچه تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین بر خلاف نظر پزشک، مانع درمان بیمار شود، پزشک می‌تواند از طریق مراجع ذیربط درخواست تجدید نظر در تصمیم‌گیری را بنماید.



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

مرکز آموزشی درمانی رازی



# ایمنی بیمار

مؤلف: دکتر علی رازی

## ایمنی بیمار:

ارائه خدمات سلامت از پر خطرترین کارهای دنیا بشمار می رود. بر اساس شواهد، کارهایی که احتمال بروز خطر در آنها بیش از یک مورد از هزار مورد است، خطرناک بشمار میروند بنابراین خدمات سلامت که با احتمال وقوع خطر 1 مورد از هر 300 مورد همراه است و بسیار پرخطر محسوب گردیده و انتظار می رود که این خطرات بگونه ای مناسب مدیریت شوند. قصور در خدمت یا ارتکاب عمل اشتباه در برنامه ریزی یا اجرا که به طور بالفعل یا بالقوه باعث یک نتیجه ناخواسته شود خطای پزشکی بشمار می رود.

همه خطاها منجر به آسیب نمی شوند که به آنها یکه تا مرز آسیب پیشرفته ولی بخیر می گذرند موارد نزدیک خطا (Near Miss) یا بخیر گذشته، و به مواردیکه اتفاق می افتند و منجر به آسیب نمی شوند بدون عارضه (No Harm) می گویند اما مواردیکه با وقوع عارضه ای جدی همراهند اصطلاحاً فاجعه آمیز (Sentinal) گفته می شوند و از آن رو که بیش از نیمی از آنها قابل پیشگیری هستند دارای اهمیت فراوانی هستند.

بیش از 90٪ موارد خطا مربوط به مشکلات سازمانی نظیر فرهنگ، رویه های مدیریت، ساختار، فرآیند و هماهنگیهای درون بیمارستان است و کمتر از 10٪ با مشکلات فردی و تجهیزات رابطه دارد. بنابراین جا دارد که با شناسایی خطاها و طبقه بندی آنها به کشف عوامل خطر ساز سیستمی بپردازیم و از مچ گیری افراد و تنبیه آنها حذر کنیم.

تعریف خطر:

شرایطی که دارای پتانسیل یا بالقوه گی وارد آوردن آسیب بدنی و خسارت مالی به انسان باشد را خطر می نامند. خطر دارای انواع مختلفی است که از آن جمله می توان به خطرات زیر اشاره نمود:

( خطرات فیزیکی (Physical hazards) مانند افتادن از تخت

2) خطرات شیمیایی (Chemical hazards) مانند تماس پوستی یا تنفسی با مواد ضد عفونی موجود در بخش ها ( انواع اسید های ضد عفونی کننده دستگاه دیالیز )

3) خطرات تهدید کننده سلامتی (Health hazards) هر ماده شیمیایی یا هر جسم دیگری که طبق مدارک علمی موجود می تواند در هنگام قرارگیری انسان در معرض آنها اثرات سوء آنی ( Acute effects) یا درازمدتی (Chronic effects) در سلامتی انسان داشته باشد. مانند استفاده نادرست از مواد دارویی.

بنابراین شناسایی خطرات یعنی شناسایی و تشخیص شرایط موجود در محیط کار یا زندگی انسان. بعضاً این شرایط به آسانی قابل تشخیص می باشند و متخصصین ایمنی، همانند یک پزشک به هنگام رویارویی با یک بیمار، با مشاهده دقیق یک فعالیت یا یک وضعیت یا محیط کار، بسیاری از خطرات را تشخیص

می دهند. این نوع شناسایی خطر را اصطلاحاً تحت عنوان Walking, talking through method می خوانند که درست شبیه ویزیت و معاینه کردن بیمار توسط یک پزشک می باشد. بسیاری از شرایط هم هستند که به آسانی قابل تشخیص و شناسایی نبوده و نیاز به استفاده از روش های پیچیده، پرهزینه و زمان بر دارند. درست نظیر پزشکی که برای تشخیص بیماری نیاز به نمونه برداری و انجام آزمایش هایی دارد، در شناسایی خطرات هم روش های مشابهی وجود دارند. امروزه نزدیک به 127 روش یا تکنیک شناسایی خطرات وجود دارد که به تدریج و با گذشت زمان در جریان توسعه علم ایمنی ابداع و بکار برده شده اند.

لذا همکار گرامی برای این که از آسیب های ناخواسته ناشی از مداخلات پزشکی جلوگیری شود، به راه حل های ایمنی در مراقبت از مددجو یان را قبل از وارد کردن آسیب همواره در دستور کار خود قرار دهید :

1. توجه به داروها با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطاهای دارویی
2. توجه به مشخصات فردی بیمار جهت جلوگیری از خطا به خصوص در هنگام انتقال مددجو به اطاق عمل و تزریق خون جهت جلوگیری از ناسازگاری خون ( ABO ) و....
3. ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار
4. انجام پروسیژر صحیح در محل صحیح بدن بیمار
5. کنترل غلظت محلول های الکترولیت
6. اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارائه خدمات
7. اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله
8. توجه به پوزیشن مناسب با توجه به شرایط و بیماری مددجوبه خصوص در بیماران بدحال با درجات مختلف هوشیاری
9. استفاده از وسایل تزریقات یک بار مصرف
10. بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبت های سلامتی
11. جداسازی مددجو به منظور جلوگیری از پخش ، گسترش و انتقال عفونت های شناخته شده
12. کنترل و اطمینان از عدم انتقال عفونت به مددجو در بخش های ویژه مانند اطاق عمل و دیالیز و ICU به صورت های مختلف مانند عدم استفاده از دستکش برای بیش از یک بیمار ، کنترل سیستم R.O در واحد دیالیز ، ضد عفونی درست وسایل اطاق عمل و دستگاه های دیالیز و.....
13. مراقبت بهداشتی و نگه دارنده صحیح در مواردی که مددجو نیاز به اتصالات خارج از بدن دارد مانند شالدون در بیماران دیالیزی ، چست تیوپ ، سند فولی و .....
14. توجه به دسترسی های عروقی در مددجویانی که نیاز به ایجاد ارتباط مستقیم به عروق جهت تزریق انواع سرم دارند یا در جهت انجام دیالیز مناسب استفاده می شود.
15. کنترل بیمارانی که نیاز به استراحت مطلق دارند در جهت پیشگیری از زخم های بستر و عوارض ناشی از پوزیشن C.B.R

لیست وقایع ناخواسته تهدید کننده حیات در درمان دربه شرح ذیل می باشد:

## Never ( لیست وقایع ناخواسته تهدید کننده حیات در درمان بیماران 28 گانه ) Event

- کد 1. انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی عضو سالم
- کد 2. انجام عمل جراحی بصورت اشتباه روی بیمار دیگر
- کد 3. انجام عمل جراحی با روش اشتباه بر روی بیمار (مثال: در بیماری که مبتال به توده های متعدد بافتی در یک عضو از بدن است و می باید یکی از توده های بافتی را که اثر فشاری ایجاد کرده است برداشته شود و به اشتباه توده دیگری مورد عمل جراحی قرار می گیرد
- کد 4. جا گذاشتن هر گونه device اعم از گاز و قیچی و پنس ... در بدن
- کد 5. مرگ در حین عمل جراحی یا بالفاصله بعد از عمل در بیمار دارای وضعیت سلامت طبیعی ( انجمن بیهوشی آمریکا ASA) کالس یک طبقه بندی
- کد 6. تلقیح مصنوعی با دهنده اشتباه در زوجین نابارور (DONOR)
- کد 7. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال استفاده از دارو و تجهیزات آلوده میکروبی
- کد 8. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال استفاده از دستگاه های آلوده (مثال: وصل دستگاه دیالیز)
- (آنتی ژن منفی Ag HBS ژن مثبت به بیمار Ag HBS
- کد 9. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه آمبولی عروقی
- کد 10. ترخیص و تحویل نوزاد به شخص و یا اشخاص غیر از ولی قانونی
- کد 11. مفقود شدن بیمار در زمان بستری که بیش از 4 ساعت طول بکشد ( مثال : زندانیان بستری
- ....)
- کد 12. خودکشی یا اقدام به خودکشی در مرکز درمانی

کد 13. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه اشتباه در تزریق نوع دارو، دوز دارو، زمان تزریق ...دارو،

کد 14. مرگ یا ناتوانی جدی مرتبط با واکنش همولیتیک به علت تزریق گروه خون اشتباه در فرآورده های خونی

کد 15. کلیه موارد مرگ یا عارضه مادر و نوزاد بر اثر زایمان طبیعی و یا سزارین

کد 16. مرگ یا ناتوانی جدی به دنبال هیپوگلیسمی در مرکز درمانی

کد 17. زخم بستر درجه 3 یا 4 بعد از پذیرش بیمار

کد 18. کرنیکتروس نوزاد ناشی از تعلل در درمان

کد 19. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به علت هر گونه دستکاری غیر اصولی ستون فقرات (مثال: به دنبال ...) فیزیوتراپی

کد 20. مرگ یا ناتوانی جدی در اعضای تیم احیاء متعاقب هر گونه شوک الکتریکی به دنبال احیاء بیمار که می تواند ناشی از اشکالت فنی تجهیزات باشد

کد 21. حوادث مرتبط با استفاده اشتباه گازهای مختلف به بیمار (اکسیژن با گازهای دیگر)

کد 22. سوختگی های به دنبال اقدامات درمانی مانند الکترودهای اطاق عمل (مانند: سوختگی های بدن) به دنبال جراحی قلب

کد 23. موارد مرتبط با محافظ و نگهدارنده های اطراف تخت (مثال: گیر کردن اندام بیمار در محافظ، ...) خرابی محافظ و

کد 24. سقوط بیمار (مثال: سقوط در حین جابجایی بیمار در حین انتقال به بخش تصویربرداری، سقوط ...) از پله و

کد 25. موارد مرتبط با عدم رعایت و عدول از چارچوب اخلاق پزشکی

کد 26. هرگونه آسیب فیزیکی (ضرب و شتم و ...) وارده به بیمار

کد 27. ربودن بیمار

کد 28. اصرار به تزریق داروی خاص خطر آفرین یا قطع عمدی اقدامات درمانی توسط کادر درمان

شایعترین وقایع ناخواسته تهدید کننده حیات در درمان در بیمارستان ما به شرح ذیل می باشد:

کد 8. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال استفاده از دستگاه های آلوده (مثال: وصل دستگاه دیالیز HBS Ag آنتی ژن مثبت به بیمار HBS Ag آنتی ژن منفی اقدامات پیشگیرانه :

کد 13. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هرگونه اشتباه در تزریق نوع دارو، دوز دارو، زمان تزریق دارو و....

اقدامات پیشگیرانه:

1. انجام اقدامات پرستاری فقط با روش کیس متد
2. اجرای دستورالعمل دارو دهی صحیح بر اساس 8Right
3. اجرای صحیح فرایند چک مجدد داروهای پر خطر توسط پرستار دوم
4. شناسایی لیست داروهای مشابه از نظر شکل، تلفظ و نوشتار در هر بخش با برچسب زرد
5. مشخص نمودن داروهای پرخطر (با هشدار بالا) با برچسب قرمز
6. جداسازی و لیبل گذاری داروهای پر خطر، مشابه و زنجیره سرد (یخچالی) از داروخانه و حساس سازی پرستاران به لیبل های مربوطه (قرمز، زرد و آبی)

کد 14. مرگ یا ناتوانی جدی مرتبط با واکنش همولیتیک به علت تزریق گروه خون اشتباه در فرآورده های خونی

اقدامات پیشگیرانه :

1. شناسایی صحیح بیمار دریافت کننده خون در تمامی مراحل از زمان نمونه گیری برای ارسال به آزمایشگاه تا زمان تزریق خون
2. ارسال نمونه خون با پنج مشخصه روی لوله آزمایش شامل: 1- نام و نام خانوادگی بیمار 2- شماره پرونده 3- تاریخ و ساعت نمونه گیری 4- بخش ارسالی 5- نام نمونه گیر
3. چک درخواست خون و همچنین ارزیابی تمامی مراحل آماده سازی و ترانسفوزیون خون و فرآورده تحویل گرفته شده و ثبت علائم واکنش های خونی توسط دو پرستار
4. اطلاع کامل از علائم و نشانه های فرآورده های خونی غیر سالم و علائم واکنش های خونی
5. آگاهی اجرای دستورالعمل ترانسفوزیون خون و فرآورده های خونی توسط کارکنان بالینی تخصصی
6. مراقبت از دریافت کنندگان خون و فرآورده های خونی در مقابل عوارض ناخواسته ناشی از انتقال خون و ارتقاء ایمنی بیماران پر خطر

کد 16. مرگ یا ناتوانی جدی به دنبال هیپوگلیسمی در مرکز درمانی  
اقدامات پیشگیرانه :

1. کنترل قند خون بیمار طبق دستور پزشک
2. آموزش علائم هیپوگلیسمی به بیمار و همراه
3. بررسی و کنترل بیمارانی که انسولین تزریق می کنند.

کد 17. زخم بستر درجه 3 یا 4 بعد از پذیرش بیمار  
اقدامات پیشگیرانه :

1. پرکردن فرم ارزیابی اولیه با دقت و پس از بررسی بیمار
2. استفاده از تشک مواج جهت بیماران مستعد
3. تغییر پوزیشن هر دو ساعت با حفظ دامنه حرکتی مجاز
4. آموزش در مورد خودارزیابی به بیمار و اثربخشی آن
5. نصب میچ بند زرد برای بیماران مستعد زخم بستر
6. آموزش موارد خودمراقبتی به بیمار در صورت هوشیار بودن و کمک بهیار در بیماران غیر هوشیار



کد 22. سوختگی های به دنبال اقدامات درمانی مانند الکترودهای اتاق عمل (مانند: سوختگی های بدن ...)

اقدامات پیشگیرانه :

1. اطمینان از صحت عملکرد تجهیزات قبل از استفاده در تمام بخشها
2. آموزش نیروهای جدید ورود در خصوص استفاده از تجهیزات (کوتر، وارمر، کیف ابکرم و ...)
3. رعایت مسائل ایمنی در حین استفاده از کوتر (خشک بودن پوست بیمار، عاری از مو بودن یا شیو محل چسبیدن پلیت به بدن بیمار، چسبیدن کامل پلیت به بدن بیمار، عدم تماس بدن بیمار با فلز )
4. در تحویل بیماران از اتاق عمل حتما استفاده یا عدم استفاده از کوتر قید شده و در صورت استفاده محل پلیت کوتر بررسی و دقیقا در گزارش ریکاوری ثبت شود.
5. رعایت فاصله با منبع گرمایشی در موارد استفاده از وارمر، مراقبت های مربوط به استفاده از کیف ابگرم در بیمارانی که دچار کاهش حس محیطی مثل بیماران دیابتی و ...
6. آموزش کلیه پرسنل در خصوص شناسایی به موقع علائم سوختگی و اقدامات لازم جهت کنترل یا کنترل عملکرد تجهیزات قبل از استفاده

کد 24. سقوط بیمار ( مثال : سقوط در حین جابجایی بیمار، در حین انتقال به بخش تصویربرداری، سقوط از پله،.....)

اقدامات پیشگیرانه:

1. بکارگیری راهنمای پیشگیری از سقوط بیمار ( دستورالعمل های وزارتخانه)
2. انجام ارزیابی اولیه بیماران و شناسایی بیماران آسیب پذیر براساس معیار موریس اطلاع رسانی به سایر اعضا مراقبتی بیمار از طریق ثبت در گزارش پرستاری و کاردکس

3. بررسی سالم بودن نرده کنار تخت، برانکارد و چرخ ها و گمر بند ایمنی صندلی چرخدار و

همچنین کنترل یا لا بودن نرده های کنار تخت به صورت مداوم

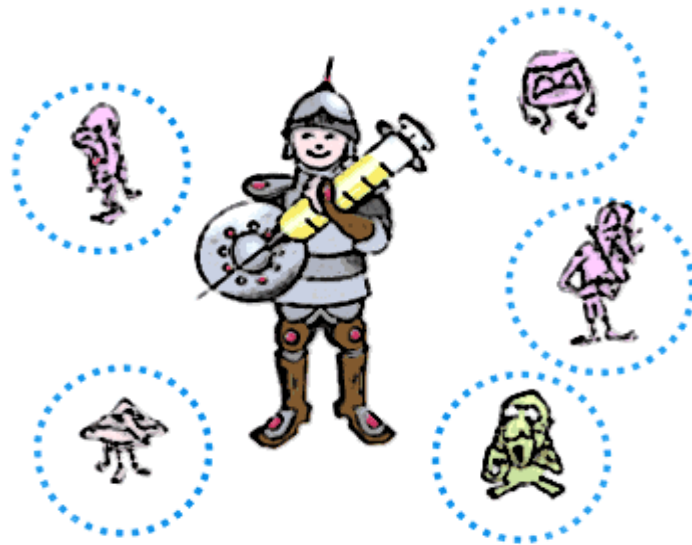
4. حضور کمک بهیار یا پرستار در زمان جابجایی

5. آموزش به بیماران و همراهان در خصوص رعایت نکات ایمنی

6. تهیه امکانات مهار فیزیکی ( دستبند، کمر بند، باندها، ویبریل و .....)

7. وجود هندریل (دستگیره) در راهروهای بخش و سرویس های بهداشتی
8. آموزش و کنترل بیماران مصرف کننده داروهای کاهنده فشارخون و کاهنده هوشیاری یا خواب آور
9. آموزش خودمراقبتی به بیمارانی که دچار مشکلات حرکتی بوده و مستعد سقوط هستند.

مرکز آموزشی درمانی رازی



# کنترل عفونت

## ایزولاسیون و انواع احتیاطات:

هدف از جداسازی بیماران در بیمارستان، جلوگیری از انتقال میکروارگانیسم ها از بیماران به سایر بیماران، عیادت کنندگان و پرسنل پزشکی است. با رعایت اصول جداسازی مشتمل بر دو قسمت " احتیاط های استاندارد " و " احتیاط براساس راه انتقال بیماری " می توان از بروز مشکلات فوق جلوگیری نمود.

### احتیاط های استاندارد: Standard Precautions

احتیاط های استاندارد حین مراقبت از تمامی بیماران بدون در نظر گرفتن مورد مشکوک یا تایید شده ی یک عامل عفونی به کار بسته می شود. استراتژی اولیه برای پیشگیری از عفونت، در این احتیاطات با توجه به این اصل است که خون، سایر مایعات، ترشحات بدن و مواد دفعی بدن بجز عرق ( بدون در نظر گرفتن خون قابل رؤیت داخل آنها)، می توانند انتقال دهنده ی بالقوه عوامل عفونی باشند و رعایت موارد زیر ضروری است:

✓ پوشیدن دستکش

✓ شستن دستها بلافاصله پس از خروج دستکش ها از دست

✓ استفاده از گان، محافظ چشم همراه با ماسک یا محافظ صورت در صورت انجام اعمالی که احتمال پاشیده یا پخش شدن مایعات بدن وجود دارد.

✓ عدم دست کاری سوزن ها و وسایل تیز: درپوش سوزن ها نباید مجدداً روی سوزنها قرار گیرد(عدم recap) سر سوزن ها نباید خم یا شکسته شوند.

✓ سر سوزن ها و وسایل نوک تیز باید در ظروف مقاوم به سوراخ شدگی ( Safety Box ) دفع گردند.

### احتیاط هایی که باید براساس راه انتقال عفونتها رعایت گردد Transmission-Based Precautions :

در هنگام درمان بیماران شناخته شده یا مشکوک عفونی یا کلونیزه با عوامل عفونی از احتیاطات بر مبنای روش

انتقال استفاده می شود. در این موقعیت ها موازین کنترلی اضافی به منظور پیشگیری موثر از انتقال عفونت الزامی است. از آن جا که غالباً در هنگام پذیرش بیماران در بیمارستان عوامل عفونی شناخته شده نیستند، این

احتیاطات بر اساس نشانه های بالینی و عوامل اتیولوژیک و سپس تعدیل آن بر اساس نتایج تست های آزمایشگاهی تعیین و به کار گرفته می شوند

### احتیاطات بر مبنای روش انتقال شامل:

احتیاطات تماسی Contact

احتیاطات قطره ای Droplet

احتیاطات هوای Airborne

عفونت هایی که رعایت احتیاط برای آنها بر اساس راه انتقال آنها صورت می گیرد .  
(Transmission –Based Precautions )

احتیاط تماسی (Contact P . )	احتیاط قطرات (Droplet P . )	احتیاط هوایی (Air borne P . )
<p>* آبله ای که پانسمان نشده یا ترشح آن کنترل نمی شود .</p> <p>* آدنو ویروس در نوزادان یا اطفال</p> <p>* سلولیتی که ترشح آن کنترل نمی شود</p> <p>* اسهال با عامل کلسترییدیوم دیفیسیل</p> <p>* کونژنکتیویت حاد ویروسی</p> <p>* زخم بستر عفونی و عدم کنترل ترشح آن</p> <p>* دیفتری جلدی</p> <p>* عفونت ناشی از شیگلا ، انتریت با پرسینیا انتروکولیتیکا ، روتاویروس ، هپاتیت A ، کولیت ناشی از E.COLI از نوع 0157: H7 در بیمارانی که از پوشک استفاده می کنند یا بی اختیاری دارند .</p> <p>عفونت های انتروویروسی در نوزادان و اطفال</p> <p>* فورونکولوز در نوزادان و اطفال</p> <p>* ویروس هرپس سیمپلکس ( HSV ) در نوزاد نوع منتشر ، یا جلدی مخاطی شدید اولیه</p> <p>* زرد زخم</p> <p>* شپش</p> <p>* باکتریهای مقاوم به چند دارو ( عفونت یا کلونیزاسیون با MRSA, VRSA, VISA, VRE )</p> <p>* آبله میمونی (Monkeypox)</p> <p>* عفونت پارآنفلوانزا در نوزادان و اطفال</p> <p>* عفونت با ویروس سنسیشیال تنفسی ( RSV ) در نوزادان ، اطفال و بیماران نقص ایمنی</p> <p>* سرخجه مادرزادی</p> <p>* گال</p> <p>* SARS ( سندرم تنفسی شدید حاد )</p> <p>* عفونت عمده پوست ، زخم یا سوختگی با عامل استافیلوکوک ارئوس یا استرپتوکوک ( گروه A )</p> <p>* آبله ( Smallpox )</p> <p>* آبله مرغان</p> <p>* تب های خونریزی دهنده ویروسی</p> <p>* زونای نوع منتشر یا در بیمار نقص ایمنی</p>	<p>* آدنوویروس در نوزادان یا اطفال</p> <p>* دیفتری حلقی</p> <p>* مننژیت یا اپی گلویت ناشی از هموفیلوس آنفلوانزا</p> <p>* پنومونی ناشی از هموفیلوس</p> <p>* آنفلوانزا در اطفال و نوزادان</p> <p>* ویروس آنفلوانزا</p> <p>* عفونتهای مننگوکوکی</p> <p>* اوربون</p> <p>* مایکو پلاسما پنومونیه</p> <p>* پاروویروس B19</p> <p>* سیاه سرفه</p> <p>* پنومونی ناشی از طاعون</p> <p>طاعون ریوی</p> <p>* سرخجه</p> <p>* فارنژیت یا پنومونی یا مخملک</p> <p>با عامل استرپتوکوک ( گروه A ) در نوزادان یا اطفال خردسال</p>	<p>* سرخک</p> <p>* آبله میمونی (Monkeypox)</p> <p>* سل ریه یا حنجره</p> <p>* سندرم تنفسی - حاد شدید ( SARS )</p> <p>* آبله ( Smallpox )</p> <p>* آبله مرغان ( Varicella )</p> <p>* تب های خونریزی دهنده ویروسی (VHF)</p> <p>* زونا ( نوع منتشر یا در بیمار نقص ایمنی )</p>
<p>برای بعضی عفونت ها رعایت بیش از یک نوع احتیاط ضروری است .</p>		

مواردی که بطور تجربی ( Empiric ) و بر اساس راه انتقال آنها باید احتیاطات لازم را رعایت نمود .

احتیاط تماسی ( Contact P . )	احتیاط قطرات ( Droplet P . )	احتیاط هوایی ( Air borne P . )
<p>*اسهال حاد با عامل احتمالی عفونی در بیمار دچار بی اختیاری یا در صورت استفاده از پوشک</p> <p>* اسهال در فرد بالغ که اخیراً آنتی بیوتیک مصرف کرده است</p> <p>* عفونت های تنفسی در نوزادان و اطفال کم سن</p> <p>* سابقه عفونت یا کلونیزاسیون با میکروب های مقاوم به چند دارو ( MDR )</p> <p>* عفونت پوست ، زخم یا دستگاه ادراری در بیماری که اخیراً در بیمارستان بستری شده یا در آسایشگاه سالمندان بستری بوده و در این مراکز ارگانیزم های مقاوم به چند دارو شیوع دارند .</p> <p>* آبسه یا زخم دارای ترشح که قابل پانسمان نباشد.</p> <p>* تب ، علائم تنفسی در فردی که اخیراً در تماس با بیمار مبتلا به SARS بوده یا به نواحی که SARS در آنجا رخ می دهد اخیراً مسافرت کرده است.</p>	<p>* مننژیت</p> <p>* بثورات پتشی یا اکیموز همراه با تب</p> <p>* سرفه حمله ای یا شدید مداوم در دوره فعالیت بیماری سیاه سرفه</p>	<p>* بثورات تاولی</p> <p>* بثورات ماکولی پاپولی همراه با آبریزش بینی و تب</p> <p>* سرفه ، تب و ارتشاح ریوی در لوب فوقانی ریه</p> <p>* سرفه ، تب و ارتشاح ریوی در فرد دچار عفونت HIV ( یا در بیمار در معرض خطر عفونت HIV )</p> <p>* تب ، علائم تنفسی در فردی که اخیراً تماس با بیمار مبتلابه SARS (سندرم حاد شدید تنفسی ) داشته یا مسافرت اخیر به منطقه ای که SARS در آنجا منتقل می شود .</p>



ی رازی

## شستن دست ها

## شستن دست ها :

اهمیت دست ها در انتقال عفونت های بیمارستانی کاملاً مشخص است و از طریق شستن دست ها به طریق صحیح ، خطر انتقال عفونت ها به حداقل می رسد پوست طبیعی انسان با باکتری ها کلونیزه شده است . پوست بطور عمده دو نوع فلور موقت و دائم دارد. فلور موقت پوست ( بطور مشخص E.coli و پseudomonas آئروژینوزا ) لایه های سطحی پوست را می پوشاند و توانایی بیماری زایی بالایی دارد . در صورت تماس مستقیم پوست پرسنل با بیماران سطوح آلوده محیطی مجاور بیمار این دو نوع فلور اکتساب می گردد و اغلب موارد عفونت بیمارستانی ناشی از این نوع فلور است . فلور دائم پوست ( بطور عمده استافیلوکوک کواگولاز منفی ، گونه های کورینه باکتریوم و گونه های میکروکوک ) به لایه های عمقی تر پوست اتصال داشته و توانایی بیماری زایی کمی دارند مگر اینکه با وسیله تهاجمی بداخل بدن فرو روند . بر خلاف فلور موقت ، فلور دائم به سختی به طریق مکانیکی ( شستن دست معمولی ) از بین می رود .

### تعاریف :

- مالیدن دست ها به یکدیگر با استفاده از ترکیبات حاوی الکل ( Alcohol – based hand rub ) فرآورده حاوی الکل که برای کاهش تعداد میکروب های زنده دستها تهیه شده است و معمولاً حاوی غلظت 60 تا 95٪ اتانول یا ایزوپروپانول است .
- **صابون ضد میکروبی ( Antimicrobial )** ، صابون ( دتر جنت یا شوینده ) حاوی ماده ضد عفونی کننده
- **ماده ضد عفونی کننده ( Antiseptic )** ، ماده ضد میکروبی که برای پوست بکار میرود تا تعداد فلور میکروبی را کاهش دهد . این مواد عبارتند از الکل ، کلرهگزیدین ، کلر ، هگزاکلروفن ، ید ، کلروگزینول ( PCMX ) ، ترکیبات آمونیوم چهار ظرفیتی و تری کلوزان
- **شستن دست ها با ماده ضد عفونی کننده ( Antiseptic Hand Wash )** ، شستن دست ها با آب و صابون یا سایر دترجنت ها که حاوی یک ماده ضد عفونی کننده می باشند .
- مالیدن دست ها به یکدیگر با استفاده از مواد ضد عفونی کننده ( **Antiseptic Hand rub** ) ، بکار گیری یک محصول برای rub دست ها و مالیدن آن به تمام سطوح دست ها برای کاهش تعداد میکروب های موجود است .
- **اثر تجمعی ( Cumulative effect )** : کاهش پیشرونده تعداد میکروب ها بعد از چند بار تکرار مصرف یک ماده مورد آزمایش .



- رفع آلودگی دست ها ( **Decontaminate hands** ) ، کاهش شمارش باکتریایی دست ها بدنبال شستن دست ها با ماده ضد عفونی کننده یا مالیدن دست به یکدیگر و استفاده از ماده ضد عفونی کننده ( الکی ) .
- **دتر جنت ( Detergent )** ، دتر جنت یا سورفاکتانت ترکیباتی هستند که اثر پاک کنندگی دارند . دارای دو جزء آب دوست و چربی دوست بوده و به چهار گروه آنیونی ، کاتیونی ، آمفوتری و غیر یونی تقسیم می شوند . گاهی اوقات بجای دتر جنت از واژه صابون استفاده می شود . هر چند که دترجنت ها دارای اشکال گوناگونی می باشند .
- **بهداشت دست ( Hand hygiene )** ، شامل شستن دست یا ضد عفونی دست با محلول پایه الکی میباشد.
- **شستن دست ( Hand washing )** ، شستشوی دست ها با صابون معمولی ( که ضد میکروبی نیست ) و آب میباشد. مدت زمان شستن بهداشتی دست 40 تا 60 ثانیه میباشد.
- **صابون معمولی ( Plain soap )** ، دتر جنتی که حاوی ماده ضد میکروبی نبوده یا غلظت ماده ضد میکروبی کمی دارد که فقط به عنوان ماده نگهدارنده عمل می کند .
- **ضد عفونی دست به روش جراحی ( Surgical hand antisepsis )** ، شستن دست یا ضد عفونی دستها با محلول پایه الکی یا کلروهگزیدین قبل از عمل توسط پرسنل جراحی به منظور حذف فلور موقت دست و کاهش فلور دائم دست ها ، دتر جنت های ضد عفونی کننده اغلب فعالیت ضد میکروبی پایدار دارند .

سازمان جهانی بهداشت WHO مدل " 5 موقیعت برای رعایت بهداشت دست " را ارائه نموده است.

این موقیعت ها عبارتند از:

- 1- قبل از تماس با بیمار
- 2- قبل از اقدامات درمانی تمیز/استریل
- 3- بعد از مواجهه با مایعات بدن
- 4- بعد از تماس با بیمار

5- بعد از تماس با محیط مجاور بیمار

رفتارهایی که می بایست در راستای ایمنی دست اجتناب گردد:

- 1- شستشوی فوری با آب و صابون قبل یا بعد از استفاده محلول بنیان الکلی و یا به طور همزمان
- 2- استفاده از آب داغ برای شستن دست ها با آب و صابون
- 3- پوشیدن دستکش زمانی که دست ها خیس هستند
- 4- استفاده مکرر از محصولات بهداشت دست به خصوص صابون و دیگر دترجنت ها
- 5- انجام بهداشت دست خارج از اندیکاسیون
- 6- پوشیدن دستکش خارج از اندیکاسیون
- 7- عدم مصرف کرم و انتخاب کرم نامناسب ممکن است تحریک پذیری پوستی را تشدید نماید. همچنین کرم بر خلاف لوسیون جذب پوست شده و لایه ای محافظ در سطح پوست ایجاد می کند که با شستشوی معمول از بین نمی رود.
- 8- ناخن های طبیعی کوتاه و تمیز هستند، ناخن های بلند حامل میکروارگانیسم ها بوده و به خوبی شسته نشده و سبب پاره شدن دستکش ها می شوند، همچنین ناخن نباید به گونه ای کوتاه شود که انتهای انگشت را نشان دهد.
- 9- در صورتیکه ناخن بلند باشد نواحی بالا و پایین ناخن به خصوص ناخن های لاک زده و مصنوعی شانس جذب ژرم های میکروبی را افزایش می دهد. ناخن های مصنوعی به انتقال پاتوژن های ناشی از مراقبین بهداشتی کمک می کند.
- 11- ناخن های بلند و مصنوعی با چسب و وینیل متصل به ناخن سبب انتقال میکروارگانیسم هایی مانند پseudomonas، کلبسیلا پنومونه و قارچ ها می شوند. همچنین در طغیان های میکروبی به خصوص در بخش نوزادان و بخش های بحرانی نقش بسزایی ایفا می کنند.
- 11- کسانی که ناخن های بلند و مصنوعی دارند بهداشت دست را کمتر رعایت می کنند، همچنین در آنها دستکش ها بیشتر پاره می شوند. به این دلایل کسانی که ناخن های بلند و مصنوعی دارند، در ارتباط مستقیم با بیمار / همراهان با نقض رعایت بهداشت دست مواجه هستند.

12- عفونت محل زخم و باکتری می ناشی از همودیالیز به ناخن مصنوعی مرتبط می شود.

### \*دستورالعمل ایمنی الف :

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

با توجه به اینکه جراحات ناشی از فرو رفتن سرسوزن و وسایل تیز و برنده از مهمترین موارد آلودگی کارکنان بهداشتی درمانی با HIV/HCV/HBV محسوب می شود . رعایت نکات ذیل به منظور پیشگیری از جراحات و صدمات مزبور الزامی است :

1- ویال های دارویی : ترجیحاً از انواعی استفاده شود که احتیاج به تیغ اره نداشته باشد و در صورت نیاز از تیغ اره استفاده شده و جهت رعایت اصول ایمنی در داخل یک محافظ مثل پد گرفته شوند .

2- جهت حمل وسایل تیز و برنده از رسیور استفاده نمائید و از حمل وسایل مزبور در دست یا جیب یونیفرم خودداری نمائید .

3- پس از تزریق از گذاردن در پوش سرسوزن اکیداً خودداری نمائید مگر در شرایط خاص از جمله اخذ نمودن خون جهت ABG یا کشت خون ، در این صورت میتوان به روش اسکوپ یا یک دستی اقدام نمود.

4- از شکستن و یا خم کردن سرسوزن قبل از انتقال به سفتی باکس خودداری نمائید

5- در موارد ضروری جهت گذراندن درپوش سر سوزن از وسیله مکانیکی جهت ثابت نگهداشتن درپوش استفاده نمائید و یا از یک دست جهت گذاردن درپوش سرسوزن استفاده کنید .

6- اشیا نوک تیز را بلافاصله در سفتی باکس بریزید.

احتیاطات عمومی در حین انجام هر گونه اقدام درمانی که احتمال آلودگی با خون و سایر ترشحات بدن وجود دارد به شرح ذیل می باشد :

1- در صورتی که بریدگی و یا زخمی در دستها وجود دارد . الزامی است موضع با پانسمان ضد آب پوشانده شود و از دستکش استفاده شود .

2- جهت حفاظت بدن و لباس در قبال آلودگی با خون و یا ترشحات بدن ، استفاده از پیش بند پلاستیکی یکبار مصرف ضروری است .

3- در صورتی که احتمال پاشیدن خون و یا قطعاتی از نسوج و یا مایعات آلوده به چشم و غشاء مخاطی وجود دارد . استفاده از ماسک و عینک محافظ ضروری است .

4- در صورتی که بیمار دچار خونریزی وسیع است، استفاده از گان ضد آب ضروری است .

5- در صورتی که کارکنان دچار اگزما و یا زخمهای باز می باشند . معاینه پزشک جهت مجوز شروع فعالیت در بخش ضروری است .

\* **دستورالعمل ایمنی ب - کمک های اولیه فوری پس از تماس در کارکنان بهداشتی ، درمانی** با توجه به اینکه جراحات و اتفاقات عمده در حین انجام اقدامات و روش های درمانی شامل موارد ذیل است . کمک های اولیه فوری مطابق با دستورالعمل جهت بهره برداری اعلام می شود .

- فرو رفتن سر سوزن بدست کارکنان بهداشتی درمانی
- پاشیده شدن خون و یا سایر ترشحات آلوده بدن بیمار به :

1- بریدگیهای باز

2- ملتحمه ( چشمها )

3- غشاء مخاطی ( برای مثال داخل دهان )

4- گاز گرفتگی که منجر به پارگی اپیدرم شود .

- کمک های اولیه فوری

**الف -**

1- شستشوی زخم با صابون و آب فراوان

2- خود داری از فشار دادن موضع زخم

3- خودداری از مالش موضعی چشم

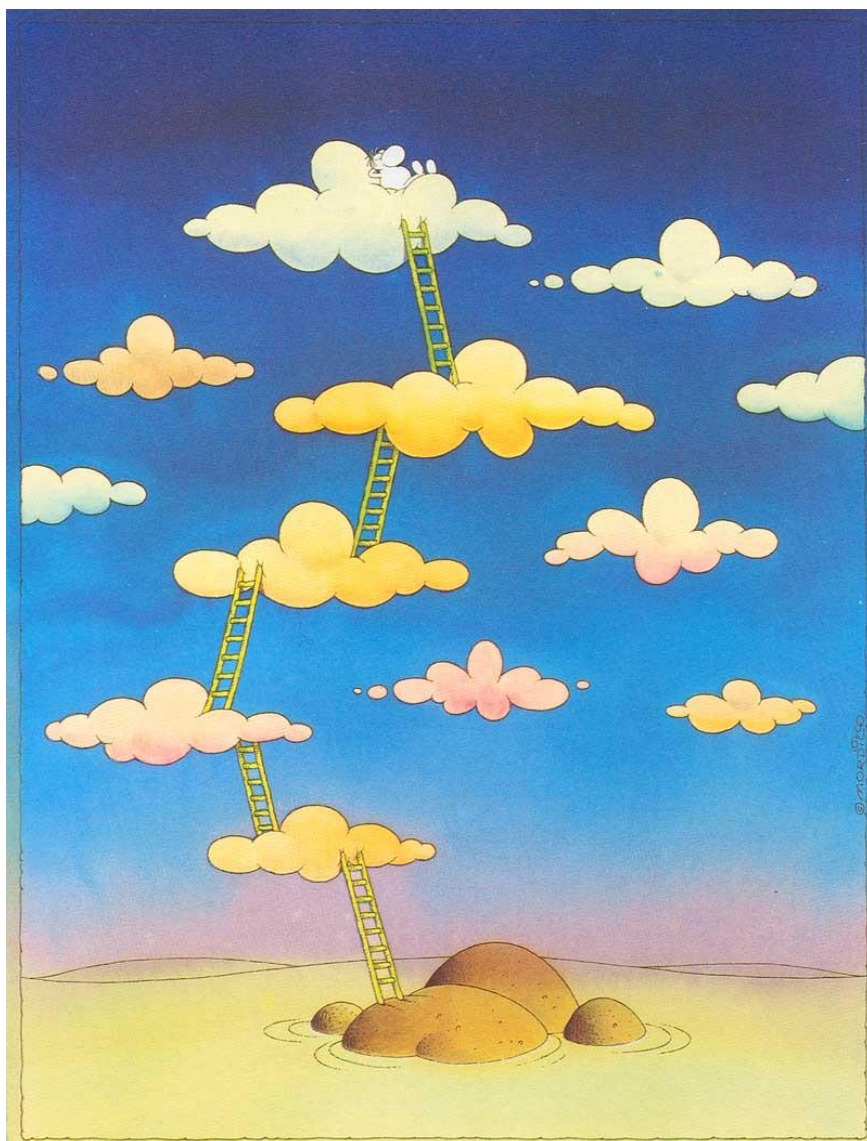
4- شستشوی چشم ها و غشاء مخاطی با مقادیر زیاد آب در صورت الودگی

**ب -** گزارش فوری سانحه به سوپروایزر بالینی و کنترل عفونت

**ج -** ثبت رسمی مورد گزارش شده در گزارشات حین کار توسط سوپروایزر و تشکیل مواجهه شغلی کارکنان و اطلاع به مدیر و مسئول مرکز و طرح در کمیته کنترل عفونت بیمارستانی و پی گیری از طریق مراجع مربوطه

د- تشکیل پرونده و پی گیری مورد

- ه- بررسی میزان خطر بیماریزایی ناشی از تماس در کارکنان در صورتی که آلودگی منبع تماس ( بیمار - مددجو ) با عفونت HIV محرز شود . الزامی است فرد مزبور مورد تماس در حداقل زمان ممکن ترجیحاً در عرض ساعت اول تحت مراقبت های درمانی با نظر پزشک متخصص عفونی قرار گیرد .
- و- در صورتی که منبع آلودگی به عنوان مورد شناخته شده HBV/HIV می باشد ، 5-10 میلی لیتر خون از فرد مورد تماس گرفته و به منظور پی گیری آتی ذخیره می شود .
- ز- پس از تماس جهت تعیین عفونت منبع ، 5-10 میلی لیتر خون از منبع تماس جهت بررسی هپاتیت C/B و HIV اخذ و مورد آزمایش قرار می گیرد .



# آیین نامه و دستورالعمل های داخلی

- ماده 71- کارمندان رسمی و پیمانی موسسه سالی سی روز حق مرخصی کاری با استفاده از حقوق و مزایای مربوط را دارند. حداکثرنیمی از مرخصی کارمندان در هر سال قابل ذخیره شدن است.
- ماده 72- کارمندان می توانند به هر میزان از ذخیره مرخصی استحقاقی خود پس از موافقت مسئول مربوط استفاده نمایند.
- ماده 74- بمنظور 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 باز خرید نمی باشد.
- الف) ازدواج دائمی کارمند
- ب) ازدواج فرزند کارمند
- ج) فوت بستگان درجه یک شامل: همسر- فرزند- پدر- مادر- خواهر- برادر
- ماده 75- کارمندان اعم از قراردادی، پیمانی، رسمی آزمایشی و رسمی که به حج تمتع مشرف می شوند مجاز خواهند بود فقط یک بار از یکماه مرخصی تشویقی استفاده نمایند که جزء مرخصی استحقاقی منظور نخواهد شد.
- پاس ساعتی
- ماده 76- کارمندان موسسه می توانند از مرخصی کمتر از یکروز که جزئی از مرخصی استحقاقی میباشد 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.
- 1- مرخصی کمتر از یکروز ( پاس ساعتی ) جزء مرخصی استحقاقی است.
- 2- به هر میزان ساعت استفاده از مرخصی کمتر از یک روز در طی سال می بایست در پایان سال از جمع مرخصی استفاده شده مستخدم کسر و نهایتاً طی فرم « وضعیت مرخصی استفاده شده مستخدم » به وی ابلاغ گردد.
- 3- حداکثر مدت مرخصی کمتر از یک روز، دوازده روز ( 12 روز ) در سال است.
- 4- کارگزینی واحدها موظفند: در صورتی که حجم مرخصی های ساعتی مستخدم به 10 روز کاری اداری بالغ گردد مراتب را به مدیر مسئول واحد محل خدمت مستخدم اعلام نمایند تا کنترل لازم در مورد عدم تجاوز مرخصی کمتر از یک روز مستخدم از مدت پیش بینی شده در ماده 2 آئین نامه مرخصی ( 12 روز اداری ) بعمل آید.
- 5- جهت استفاده از مرخصی مذکور تکمیل و تأیید فرم ع-33 (52-88) مربوط به درخواست مرخصی کمتر از یکروز الزامی است.
- ماده 77- تعطیلات رسمی بین مرخصی های استحقاقی جزء مرخصی محسوب نمی شود (کارکنان رسمی و پیمانی و طرح و قراردادی).
- دستورالعمل مرخصی بدون حقوق بدون محدودیت زمان:
- ماده 1: مرخص بدون حقوق بدون محدودیت زمان، موافقت موسسه با تقاضای کارمندان جهت استفاده از مرخصی بدون حقوق خارج از محدودیت های زمانی مندرج در ماده 78 آئین نامه اداری استخدامی است که از تاریخ اجرای حکم کارگزینی شروع و تا زمان حصول شرایط بازنشستگی برابر ضوابط صندوق بازنشستگی مربوطه تداوم خواهد داشت.
- ماده 2: بهره مندی از مرخصی بدون حقوق بدون محدودیت زمان منوط به استفاده از کلیه مرخصی های استحقاقی ذخیره شده فرد می باشد.
- ماده 3: پاداش سنوات خدمت به این قبیل افراد در صورت تقاضای شخص، به ازای هر سال خدمت به میزان یک ماه آخرین حقوق و مزایای مستمر سنوات دولتی مندرج در حکم کارگزینی قابل پرداخت می باشد.

تبصره 1- کارمندان موسسه که همسرانشان جهت مأموریت یا ادامه تحصیل اعزام می شوند، می توانند حداکثر به مدت 5 سال ( بدون محاسبه مرخصی بدون حقوق استفاده شده قبلی ) از مرخصی بدون حقوق استفاده نمایند.

#### مرخصی استعلاجی

ماده 79- کارمندان موسسه در صورت ابتلاء به بیماری که مانع از انجام خدمت شود تا سه روز با گواهی پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد موسسه و مازاد بر سه روز تا سقف چهار ماه با تأیید شورای پزشکی، می توانند از مرخصی استعلاجی استفاده نماید.

تبصره: در صورت نیاز به استفاده بیش از چهار ماه تأیید مجدد شورای پزشکی الزامی است.

ماده 82- به بانوان باردار برای هر بار وضع حمل نه ماه مرخصی زایمان با استفاده از حقوق و فوق العاده های مربوط تعلق می گیرد. این مرخصی قابل بازخرید و ذخیره نمی باشد.

تبصره 2: مرخصی زایمان در خصوص مادرانی که فرزندان آنها مرده به دنیا می آید دو ماه خواهد بود.

تبصره 3: به کارمندان زن پس از اتمام مرخصی زایمان تا سن 24 ماهگی فرزند، روزانه یک ساعت مرخصی شیردهی تعلق می گیرد.

ماده 83- کارکنان مشمول صندوق تأمین اجتماعی از نظر استفاده از مرخصی استعلاجی تابع مقررات قانون تأمین اجتماعی می باشند و موسسه مجاز به پرداخت حقوق و مزایای آنان در ایام مرخصی استعلاجی نمی باشد.

ماده 87- ساعت کار کارمندان موسسه چهل و چهار ساعت در هفته می باشد. تنظیم ساعت کار یا شیفتهای موظف کارمندان به عهده موسسه می باشد.

ماده 88- کارمندان موسسه در انجام وظایف و مسئولیت های قانونی در برابر شاکیان مورد حمایت قضائی می باشند و موسسه مکلف است به تقاضای کارمندان برای دفاع از انجام وظایف آنها با استفاده از کارشناسان حقوقی خود با گرفتن وکیل از کارمندان حمایت قضائی نماید.

ماده 94- کارمندان موسسه مکلفند در حدود قوانین و مقررات، احکام و اوامر روسای مافوق خود را در امور اداری اطاعت نمایند، کارمندان حکم یا امر مقام مافوق را بر خلاف قوانین و مقررات اداری تشخیص دهند، مکلفند کتباً مغایرت دستور را با قوانین و مقررات به مقام مافوق اطلاع دهند. در صورتی که بعد از این اطلاع، مقام مافوق کتباً دستور خود را جهت اجراء تأیید کرد، کارمندان مکلف به اجرای دستور صادره خواهند بود و از این حیث مسئولیتی متوجه کارمندان نخواهد بود و پاسخگویی با مقام دستور دهنده است.

قوانین حضور و غیاب و تأخیر و تعجیل کارکنان

ماده 1- کلیه کارکنان دستگاههای اجرایی مکلفند ساعات تعیین شده برای ورود به محل خدمت و خروج از آن را رعایت نموده، ساعات ورود و خروج خود را در کارت یا دفتر حضور غیاب ثبت نمایند مگر آنکه از سوی مقام صلاحیت دار دستگاه مربوط برای ورود و خروج هر یک از آنان کتباً ترتیب دیگری مقرر شده باشد.

قوانین و مقررات اداری

#### مرخصی استحقاقی

ماده 1- مرخصی استحقاقی مستخدم از نخستین ماه خدمت به نسبت مدت خدمت به او تعلق می گیرد و طبق مقررات این آیین نامه جزئی یا کلی قابل استفاده است.



- ماده 2- مرخصی کمتر از یک روز جزء مرخصی استحقاقی منظور می شود و حد اکثر مدت مرخصی موضوع این ماده از دوازده روز در یک سال تقویمی تجاوز نخواهد کرد.
- تبصره- بانوانی که فرزند شیرخوار داشته و فرزند آنها از شیرمادر استفاده می نماید، می توانند تا هنگام دو سالگی فرزند شیرخوار خود، روزانه از یک ساعت پاس شیر استفاده نمایند.
- ماده 3- کارگزینی های وزارتخانه ها و موسسات دولتی مکلفند در فروردین ماه هر سال جدول اسامی مستخدمین ادارات را که متضمن مدت مرخصی استحقاقی هر یک از آنان باشد تنظیم کنند و برای روسای ادارات مربوط ارسال دارند.
- ماده 4- استفاده از مرخصی استحقاقی موکول به تقاضای کتبی مستخدم و موافقت کتبی رئیس واحد مربوط و در غیاب او معاون وی است. هر کارمند موظف است در طول سال مرخصی استحقاقی سالیانه خود را درخواست نماید و رئیس یا معاون واحد مربوط نیز موظفند ترتیبی اتخاذ نمایند تا امکان استفاده کارمندان از مرخصی سالیانه ( به میزان استحقاق ) فراهم گردد و با درخواست ایشان در این زمینه با در نظر گرفتن زمان مناسب، موافقت نمایند.
- ماده 5- هرگاه رئیس اداره بنا به مصالح اداری با تقاضای مرخصی مستخدم از حیث مدت یا موقع استفاده موافقت نکند، اعطای آن را با توافق مستخدم به وقت دیگری که از تاریخ مورد تقاضای اولیه وی بیش از شش ماه فاصله نداشته باشد موکول میکند و در صورتی که مستخدم نتواند ضمن مدت شش ماه مذکور از این مرخصی استفاده کند مرخصی مزبور ذخیره خواهد شد ( حداکثر تا 15 روز ).
- ماده 6- هیچ مستخدمی به اختیار نمی تواند در هر سال بیش از 15 روز از مرخصی استحقاقی سالانه خود را ذخیره نماید و هرگاه از بقیه مرخصی مذکور به اختیار استفاده نکند، مدت زائد بر 15 روز ذخیره خواهد شد.
- ماده 7- حداکثر مدتی که مستخدم در یک سال تقویمیمیتواند از مرخصی استحقاقی همان سال و مرخصی استحقاقی ذخیره شده استفاده نماید جمعاً از چهار ماه تجاوز نخواهد کرد. چنین مستخدمی هرگاه بخواهد از باقیمانده مرخصی ذخیره شده خود نیز استفاده نماید باید حداقل یک سال تمام خدمت کرده باشد.
- ماده 8- مستخدمی که در حال مرخصی استحقاقی است می تواند تقاضا کند مرخصی او تمدید شود و در اینصورت تاریخ شروع مرخصیباخیر بلافاصله بعد از انقضای مرخصی قبلی خواهد بود.
- ماده 9- در صورتی که تصمیم رئیس اداره در مورد تمدید مرخصی به مستخدم ابلاغ نشده باشد، مستخدم مکلف است در پایان مدت مرخصی در پست خود حاضر باشد.
- ماده 10- حفظ پست ثابت سازمانی مستخدمی که در حال استفاده از مرخصی استحقاقی است الزامی می باشد و در این مدت رئیس اداره وظایف او را به مستخدم یا مستخدمین دیگر محول می کند.
- ماده 11- با مستخدمی که در حال استفاده از مرخصی استحقاقی بیمار شود مطابق مقررات فصل دوم رفتار خواهد شد و مرخصی استحقاقی استفاده نشده وی ذخیره می گردد.
- ماده 12- هرگاه مستخدم شاغل بیمار شود و آن بیماری مانع از خدمت او باشد باید مراتب را در کوتاهترین مدت ممکن به اداره متبوع اطلاع دهد و در موارد کمتر از دو روز گواهی پزشک را در اولین روز پس از مراجعه به محل خدمت و در موارد ده روز و بیشتر، در پایان روز دهم به رئیس یا معاون واحد مربوطه جهت ارجاع به کارگزینی ارسال دارد.
- ماده 13- کارگزینی مکلف است گواهی پزشک معالج مستخدم را برای اظهار نظر نزد پزشک معتمد وزارتخانه یا موسسه دولتی متبوع ارسال دارد و در صورتی که مفاد گواهی مورد تأیید قرار گیرد حکممرخصی استعلاجی را صادر نماید.

تبصره- در صورتی که دستگاه ذیربط پزشک معتمد در اختیار نداشته باشد، سازمانهای منطقه ای بهداشت و درمان استان مکلف به همکاری و معرفی پزشک معتمد از میان پزشکان سازمان خواهند بود.

تبصره- اگر مستخدم به نظر دستگاه ذی ربط معترض باشد موضوع به کمیسیون پزشکی ارجاع می شود و نظر این کمیسیون قطعی خواهد بود.

ماده 14- کمیسیون پزشکی حداقل مرکب از سه نفر پزشک خواهد بود که بنا به درخواست دستگاه متبوع مستخدم و با توجه به نوع بیماری توسط سازمانهای منطقه ای بهداشت، درمان و آموزش و پزشکی تعیین خواهد شد. سازمانهای مذکور مکلفند در اسرع وقت کمیسیون را تشکیل و نتیجه را به دستگاه ذی ربط اعلام نمایند.

ماده 15- تشخیص ابتلای مستخدم به بیماری صعب العلاج و تعیین مدت معذوریت وی به عهده کمیسیون پزشکی است.

ماده 16- در هر مورد که موضوع به کمیسیون پزشکی ارجاع میشود نظر کمیسیون که به اتفاق یا به اکثریت اتخاذ شود قاطع خواهد بود.

ماده 17- به مستخدمی که از مرخصی استعلاجی استفاده می نماید تا چهار ماه و در صورتی که به علت ابتلای به بیماری صعب العلاج یا زایمان فرزندان توامان ( وفق ماده 26 اصلاحی آیین نامه مرخصی ها ) مرخصی استعلاجی وی بیش از چهار ماه باشد، تا حداکثر یکسال حقوق و فوق العاده های مربوط و در مورد بیماریهای صعب العلاج در مدت زاید بر یک سال تا هنگامی که مشمول ماده 79 قانون استخدام کشوری قرار نگرفته است فقط حقوق پرداخت می گردد.

ماده 18- گواهی نامه ای که در مورد بیماری مستخدم در خارج از کشور صادر شده باشد از حیث صحت صدور به تصدیق سفارتخانه و یا کنسولگری ایران در محل برسد. در مورد مستخدمین شاغل یا مأمور در خارج از کشور تصدیق سفارتخانه یا کنسولگری ایران در محل از حیث صحت صدور کافی خواهد بود و در سایر موارد هر گاه مفاد چنین گواهی نامه ای مورد تأیید پزشک معتمد قرار نگیرد موضوع در کمیسیون پزشکی برای اظهار نظر قطعی مطرح خواهد شد.

ماده 19- مرخصی استعلاجی مستخدم در صورتی که بیماری او ادامه یابد با رعایت مقررات این فصل قابل تمدید است.

#### مرخصی بدون حقوق

ماده 20- استفاده از مرخصی بدون حقوق موقوف به اختتام دوره آزمایشی است و فقط در موارد زیر ممکن خواهد بود:

- 1- مستخدم استحقاق مرخصی نداشته باشد و احتیاجش به استفاده از مرخصی مسلم شود.
- 2- مستخدم قصد ادامه تحصیل داشته باشد و مدارک لازم را ارائه نماید.
- 3- مستخدم ناگزیر باشد به اتفاق همسرش به خارج از محل خدمت خود مسافرت کند.
- 4- مستخدم پس از استفاده از چهار ماه مرخصی استعلاجی سالانه به سبب ادامه همان بیماری یا ابتلای به بیماری دیگر قادر به خدمت نباشد و بیماری او صعب العلاج تشخیص داده نشود.

ماده 21- مستخدم باید تقاضانامه استفاده از مرخصی بدون حقوق را با ذکر علت و مدت آن توسط رئیس اداره خود به

وزارتخانه یا موسسه دولتی متبوع ارسال نماید. وزارتخانه یا موسسه دولتی تصمیم لازم را در این باره اتخاذ و در صورت موافقت، حکم مرخصی بدون استفاده از حقوق را با رعایت تبصره 2 ماده 49 قانون استخدام کشوری صادر خواهد کرد.

## مقررات مختلف

ماده 22- در احتساب مرخصی روز و ماه و سال مطابق تقویم رسمی کشوری است و در مرخصی روزانه ماه سی روز حساب می شود، مرخصی های کمتر از یک روز با توجه به ساعات کار روزانه وزارتخانه یا موسسه دولتی مربوط محاسبه خواهد شد.

\* قوانین حضور و غیاب و تأخیر و تعجیل کارکنان:

ماده 1: کلیه کارکنان دستگاههای اجرایی مکلفند ساعات تعیین شده برای ورود به محل خدمت و خروج از آن را رعایت نموده، ساعات ورود و خروج خود را در کارت یا دفتر حضور و غیاب ثبت نمایند مگر آنکه از سوی مقام صلاحیتدار دستگاه مربوطه برای ورود و خروج هر یک از آنان کتباً ترتیب دیگری مقرر شده باشد.

1- تمامی پرسنل شاغل در مرکز موظف به ثبت در اثرانگشت خود هستند و در هر شیفت کاری می بایست ورود و خروج ثبت گردد و در صورت عدم ثبت بصورت کتبی با تأیید مسئول مربوطه جهت ثبت در دستگاه به مسئول تایمکس مراجعه گردد.

ماده 87- ساعت کار کارمندان موسسه چهل و چهار ساعت در هفته می باشد و تنظیم ساعت کار و یا شیفتهای کار و یا شیفتهای موظف کارمندان به عهده می باشد.

\* قانون کاهش ساعت کار:

قانون کاهش ساعت کار بانوان شاغل دارای شرایط خاص ساعات کار هفتگی بانوان شاغل اعم از رسمی، پیمانی و قراردادی که موظف به چهل و چهار ساعت کار در هفته هستند اما دارای معلولیت شدید یا فرزند زیر شش سال تمام یا همسر و فرزند معلول شدید یا مبتلا به بیماری صعب العلاج می باشند و یا زنان سرپرست خانوار شاغل در دستگاههای اجرایی موضوع ماده ( 222 ) قانون برنامه پنج ساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران مصوب 89/10/15 و بخش غیر دولتی اعم از مشمولان قانون کار و قانون تأمین اجتماعی مبنی بر درخواست تقاضای از دستگاه اجرایی مستخدم و تأیید سازمان بهزیستی کشور و یا وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی یا دادگستری سی و شش ساعت در هفته با دریافت حقوق و مزایای 44 ساعت تعیین می گردد.

مسیر ارتقای شغلی کارکنان

جدول شماره 2- ارتقاء رتبه شغلی بر اساس سنوات تجربی

رتبه ها	مقدماتی	پایه	ارشد	خبیره	عالی
مدت سنوات تجربی	0	6	12	18	24
مدت سنوات تجربی لازم برای مشاغل سطح کارشناسی و بالاتر	0	8	16	24	
مدت سنوات تجربی لازم برای مشاغل کاردانی	0	8	20		

ماده 74- برای ارتقاء کارمند به یک رتبه بالاتر، علاوه بر شرط تجربه، تحقق شرایط زیر الزامی است:

الف) ارتقاء به رتبه پایه:

1. کسب حداقل 60 درصد امتیاز از میانگین مجموع امتیاز ارزیابی سالیانه کارمند در طول ارتقاء رتبه شغلی.
2. گذراندن 300 ساعت دوره آموزشی در چارچوب نظام آموزشی کارمندان، مصوب کمیته آموزش کارکنان دانشگاه/ دانشکده.

تبصره 1: برای مشاغل رسته خدمات، گذراندن 70 ساعت دوره آموزشی در چارچوب نظام آموزشی کارمندان، مصوب کمیته آموزش کارکنان دانشگاه/ دانشکده کافی است.

ب) ارتقاء به رتبه ارشد:

1. کسب حداقل 70 درصد امتیاز از میانگین مجموع امتیاز ارزیابی سالیانه کارمند در طول ارتقاء رتبه شغلی.
2. گذراندن 250 ساعت دوره آموزشی در چارچوب نظام آموزشی کارمندان، مصوب کمیته آموزش کارکنان دانشگاه/ دانشکده.

تبصره 2: برای مشاغل رسته خدمات، گذراندن 5 ساعت دوره آموزشی در چارچوب نظام آموزشی کارمندان، مصوب کمیته آموزش کارکنان دانشگاه/ دانشکده کافی است.

ج) ارتقاء به رتبه خبره:

1. کسب حداقل 80 درصد امتیاز از میانگین مجموع امتیاز ارزیابی سالیانه کارمند در طول ارتقاء رتبه شغلی.
2. گذراندن 200 ساعت دوره آموزشی در چارچوب نظام آموزشی کارمندان، مصوب کمیته آموزش کارکنان دانشگاه/ دانشکده.

د) ارتقاء به رتبه عالی:

1. کسب حداقل 85 درصد امتیاز از میانگین مجموع امتیاز ارزیابی سالیانه کارمند در طول ارتقاء رتبه شغلی.
2. کسب حداقل 360 امتیاز از 480 امتیاز جدول شماره 3.

جدول شماره 3- امتیازات ارتقاء رتبه کارمند

ردیف	عامل ارزیابی کارمندان	شاخص امتیاز	امتیاز	حداکثر امتیاز	امتیاز مکتسبه
1	تحصیلات (مدرک تحصیلی)	دکتر و بالاتر	25	25	
		کارشناسی ارشد	20		
		کارشناسی	15		
2	سنوات خدمتی	به ازای هر سال سنوات با مدرک دیپلم و پایین تر	1	80	
		به ازای هر سال سنوات با مدرک کاردانی	1/5		
		به ازای هر سال با مدرک کارشناسی	2		
		به ازای هر سال با مدرک کارشناسی ارشد	2/5		
		به ازای هر سال مدرک دکتر و بالاتر	3		

3	سوابق مدیریتی	به ازای هر سال سابقه مدیریت و معاون مدیر	35
		به ازای هر سال سابقه رئیس گروه و اداره و معاون	
4	عضویت در شوراهای و کمیته ها	به ازای هر سال عضویت در شورا/ کمیته هایی که بر اساس قانون و دستورالعمل وزارت شکل می گیرد.	10
5	دوره های آموزشی (پس از تاریخ ارتقاء به خبره)	به ازای هر ساعت آموزش عمومی	0/5
		به ازای هر ساعت آموزش تخصصی و شغلی	1
		به ازای هر ساعت آموزش مدیریتی	1/5
6	ارزیابی عملکرد	معدل شش سال منتهی به زمان استحقاق	100
7	تشویقات در 10 سال اخیر	به ازای هر تشویق از سوی وزیر و استاندار	10
		به ازای هر تشویق از سوی رئیس دانشگاه و هم سطح	7
		به ازای هر تشویق از سوی معاونین دانشگاه و هم سطح	5
8	مستندسازی تجربیات	بیان مشکلات	15
		ارایه راهکارهای اجرایی حل مشکلات	20
		بیان خصوصیات و ویژگی های شغلی خود	10
		موفقیت های شغلی	5

#### حقوق و مزایا

حقوق و مزایا نظام پرداخت کارمندان موسسه بر اساس ارزشیابی عوامل شغل و شاغل و سایر ویژگی های مذکور در این فصل ضرب در ضریب ریالی سالیانه مبنای تعیین حقوق و مزایای کارمندان قرار می گیرد.

تبصره 1: ضریب ریالی مذکور در این ماده برای هر سال معادل ضریب ریالی اعلام شده از سوی دولت بوده که توسط وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی ابلاغ می گردد.

تبصره 2: هر کدام از مشاغل متناسب با ویژگیها حداکثر در پنج رتبه مقدماتی، پایه، ارشد، خبره و عالی طبقه بندی می شوند و هر کدام از رتبه ها به یکی از طبقات جدول یا جداول موضوع این ماده اختصاص می یابند شاغلین مربوط در بدو استخدام در رتبه مقدماتی و اولین طبقه شغلی مربوط قرار می گیرند و در طول دوره خدمت در قالب دستورالعمل تهیه شده از سوی معاونت توسعه مدیریت و منابع وزارتخانه بر اساس عواملی نظیر ابتکار و خلاقیت، میزان افزایش

مهارتها، انجام خدمات برجسته، طی دوره های آموزشی، میزان جلب رضایت ارباب رجوع و ...

متناسب با ویژگیهای مشاغل، ارزیابی و حسب امتیازات کسب شده و طی حداقل مدت سنوات خدمت مورد نیاز به رتبه های پایه، ارشد، خبره، و عالی ارتقاء می یابند.

فوق العاده مناطق کمتر توسعه یافته و بدی آب و هوا:

برای مشاغل تخصصی که شاغلین آنها دارای مدرک تحصیلی کارشناسی ارشد و بالاتر می باشند حداکثر تا 25 درصد امتیاز حقوق ثابت و برای سایر مشاغل حداکثر تا 20 درصد حقوق ثابت هر کدام از کارمندان واجد شرایط پرداخت خواهد شد. فهرست این مناطق که در هر دوره پنج ساله به تصویب هیئت وزیران می رسد، ملاک عمل خواهد بود میزان ونحوه برقراری فوق العاده های مذکور برابر دستورالعمل پیوست است.

فوق العاده اینارگری:

متناسب با درصد جانبازی ومدت خدمت داوطلبانه در جبهه ومدت اسارت تا 1550 امتیاز بهره مند می شوند. جدول تخصیص امتیازات مربوط برابر دستورالعمل پیوست است.

تبصره: کارمندانی که در زمان جنگ در مناطق جنگ زده مشغول خدمت اداری بوده اند، به ازای هر سال خدمت در زمان جنگ 130 امتیاز گرفته می شود. ملاک تشخیص مناطق جنگ زده مصوبات عمومی دولت خواهد بود.

فوق العاده سختی شرایط محیط کار:

فقط به کارمندانی که در شرایط غیر متعارف محیط کار مجبور به انجام وظیفه می باشند، حداکثر تا 1500 امتیاز و در بیمارستانهای روانی، بخشهای روانی و بیمارستانهای سوختگی حداکثر تا 3000 امتیاز طبق دستورالعمل پیوست تعلق می گیرد.

کمک هزینه عاقله مندی و اولاد:

به کارمندان مرد شاغل، بازنشسته واز کار افتاده مشمول این قانون که دارای همسر می باشند معادل 810 امتیاز بابت کمک هزینه عاقله مندی و به ازاء هر فرزند معادل 210 امتیاز به عنوان کمک هزینه اولاد قابل پرداخت است.

تبصره 1. حداکثر سن برای اولاد ذکور که از مزایای این بند استفاده می کنند تا 20 سال و به شرط ادامه تحصیل و غیر شاغل بودن فرزند تا 25 سال تمام.

تبصره 2. اولاد اناث مادام که شوهر یا شغل نداشته باشند، بدون رعایت سقف سنی.

تبصره 3. کارمندان زن شاغل بازنشسته، از کار افتاده و وظیفه بگیر مشمول این آئین نامه که دارای همسر نبوده ( همسر فوت کرده یا مطلقه باشد) و یا همسر آنان معلول و یا از کار افتاده کلی باشد، از مزایای کمک هزینه عاقله مندی این بند بهره مند می شوند. در صورتی که این کارمندان بر اساس رای مراجع ذی صلاح، به تنهایی متکفل مخارج فرزندان خود باشند، از مزایای کمک هزینه اولاد بهره مند می شوند. این افراد در صورت ازدواج مجدد و تحت تکفل بودن فرزندان، بر اساس رای مراجع ذی صلاح، از مزایای کمک هزینه اولاد بهره مند می شوند.

فوق العاده شغل:

برای مشاغل تخصصی، متناسب با سطح تخصص و مهارت ها، پیچیدگی وظایف و مسئولیت ها و شرایط بازار کار برای مشاغل تا سطح کاردانی حداکثر 700 امتیاز و برای مشاغل هم سطح کارشناسی حداکثر 1500 امتیاز و برای مشاغل بالاتر حداکثر 2000 امتیاز تعیین می گردد.

فوق العاده نوبت کاری:

به متصدیان مشاغل پرداخت می شود که در نوبت های غیر متعارف ساعت اداری بصورت تمام وقت، مستمر وگردشی ملزم به انجام وظیفه می باشند. این فوق العاده در قالب جدول امتیازات مندرج در دستورالعمل پیوست به کارمندان مشمول قابل پرداخت است.

ماده 8- تخلفات اداری به قرار زیر است:

- 1- اعمال و رفتار خلاف شئون شغلی یا اداری.
- 2- نقض قوانین و مقررات مربوط.
- 3- ایجاد نارضایتی در ارباب رجوع یا انجام ندادن یا تأخیر در انجام امور قانونی آنها بدون دلیل.
- 4- ایراد تهمت و افترا، هتک حیثیت.
- 5- اخاذی.
- 6- اختلاس.
- 7- تبعیض یا اعمال غرض یا روابط غیر اداری در اجرای قوانین و مقررات نسبت به اشخاص.
- 8- ترک خدمت در خلال ساعات موظف اداری.
- 9- تکرار در تأخیر ورود به محل خدمت یا تکرار خروج از آن بدون کسب مجوز.
- 10- تسامح در حفظ اموال و اسناد و وجوه دولتی، ایراد خسارات به اموال دولتی.
- 11- افشای اسرار و اسناد محرمانه اداری.
- 12- ارتباط و تماس غیر مجاز با اتباع بیگانه.
- 13- سرپیچی از اجرای دستورهای مقامهای بالاتر در حدود وظایف اداری.
- 14- کم کاری یا سهل انگاری در انجام وظایف محول شده.
- 15- سهل انگاری روسا و مدیران در ندادن گزارش تخلفات کارمندان تحت امر.
- 16- ارائه گواهی یا گزارش خلاف واقع در امور اداری.
- 17- گرفتن وجوهی غیر از آنچه در قوانین و مقررات تعیین شده یا اخذ هرگونه مالی که در عرف رشوه خواری تلقی می شود.
- 18- تسلیم مدارک به اشخاصی که حق دریافت آن را ندارند یا خودداری از تسلیم مدارک به اشخاص که حق دریافت آن را دارند.
- 19- تعطیل خدمت در اوقات مقرر اداری.
- 20- رعایت نکردن حجاب اسلامی.
- 21- رعایت نکردن شئون و شعایر اسلامی.
- 22- اختفاء، نگهداری، حمل، توزیع و خرید و فروش مواد مخدر.
- 23- استعمال یا اعتیاد به مواد مخدر.
- 24- داشتن شغل دولتی دیگر به استثنای سمتهای آموزشی و تحقیقاتی.
- 25- هر نوع استفاده غیر مجاز از شئون یا موقعیت شغلی و امکانات و اموال دولتی.
- 26- جعل یا مخدوش نمودن و دست بردن در اسناد و اوراق رسمی یا دولتی.
- 27- دست بردن در سوالات، اوراق، مدارک و دفاتر امتحانی، افشای سوالات امتحانی یا تعویض آن ها.
- 28- دادن نمره یا امتیاز، برخلاف ضوابط.

- 29- غیبت غیرموجه به صورت متناوب یا متوالی.
- 30- سوء استفاده از مقام و موقعیت اداری.
- 31- توقیف، اختفا، بازرسی یا باز کردن پاکتها و محمولات پستی یا معدوم کردن آنها و استراق سمع بدون مجوز قانونی.
- 32- کارشکنی و شایعه پراکنی، وادار ساختن یا تحریک دیگران به کارشکنی یا کمکاری و ایراد خسارت به اموال دولتی و اعمال فشارهای فردی برای تحصیل مقاصد غیر قانونی.
- 33- شرکت در تحصن، اعتصاب و تظاهرات غیر قانونی، یا تحریک به برپایی تحصن، اعتصاب و تظاهرات غیر قانونی و اعمال فشارهای گروهی برای تحصیل مقاصد غیر قانونی.
- 34- عضویت در یکی از فرقه های ضاله که از نظر اسلام مردود شناخته شده اند.
- 35- همکاری با ساواک منحل به عنوان مامور یا منبع خبری و داشتن فعالیت یا دادن گزارش ضد مردمی.
- 36- عضویت در سازمانهایی که مرامنامه یا اساسنامه آنها مبتنی بر نفی ادیان الهی است یا طرفداری و فعالیت به نفع آنها.
- 37- عضویت در گروههای محارب یا طرفداری و فعالیت به نفع آنها.
- 38- عضویت در تشکیلات فراماسونری.
- مجازاتها
- لازم بذکر است به استناد ماده 9 قانون رسیدگی به تخلفات اداری کارکنان متناسب با هر کدام از تخلفات اداری کارکنان تنبیهات اداری نیز در نظر گرفته شده است که پس از معرفی کارمند به تخلفات اداری کارکنان بررسی و صدور رأی توسط هیئت بدوی و تجدید نظر به کارمند ابلاغ خواهد شد.
- لازم به توضیح است شرح شغل و شرح وظایف در فایل جداگانه ای تحت عنوان طرح طبقه بندی مشاغل از طریق فایل بهبود کیفیت در اختیار همکاران قرار گرفته است .





# مدیریت خطر



## مدیریت خطر :

وجود خطر یک جزو اجتناب ناپذیر از زندگی است و بطور کامل نمیتوان آن را حذف کرد ولی میتوان آنرا به حداقل رساند . همه جنبه های مراقبت های سلامتی نیز همراه با خطر است .

در گذشته مدیریت خطر در محیط بالینی با نگاه **reactive** یا واکنشی، بررسی می شد یعنی این که پس از بروز واقعه به تحلیل علل و عوامل آن پرداخته می شد تا از تکرار مجدد آن جلوگیری به عمل می آمد ولی اکنون تأکید بر شیوه پیشگیرانه یا **proactive** بوده که در این شیوه احتمال خطر پذیرفته شده و به طور مناسب قبل از وقوع خطر، مدیریت می شود .

در واقع خطر ، احتمال ایجاد یک اتفاق، ناخوشی ویا از دست دادن بوده که به طور مداوم با آن مواجه هستیم. مانند مخاطرات موجود در جاده ها، محل کار، منزل و ..... و ما پیوسته تلاش میکنیم که از آنها اجتناب کرده و یا به حداقل برسانیم. فرایند مدیریت خطر بالینی درمورد طراحی، سازماندهی و تعیین مسیر یک برنامه است که شناسایی، ارزیابی ونهایتا کنترل خطر را شامل می شود

این فرایند شامل سلسله مراتبی است که می توانند با یکدیگر هم پوشانی داشته باشند و معمولا یکپارچگی بین همه مراحل وجود دارد

## مرحله اول: ایجاد زمینه مناسب

برای مدیریت خطر بایستی مشخص شود که چگونه این خطرات مدیریت شوند. برای مدیریت خطر باید مسایل اقتصادی، سیاسی و قانونی در نظر گرفته شود. معمولاً ذینفعان متفاوتی با نیازهای متفاوتی وجود دارند. پس ضروری است که به نیازهای این افراد به طور مناسب پاسخ داده شود.

## ❖ مرحله دوم: شناسایی ریسک

متدهای زیادی جهت شناسایی ریسک وجود دارد و این متدها بصورت ترکیبی وجود دارد. در این مرحله در واقع پس از بررسی سیر فرایندها و فعالیت های لازم و نقش افراد در انجام آن ها و با توجه به شرح وظایف شغلی افراد، مبادرت به شناسایی خطراتی می نماییم که در هنگام اجرای این وظایف ممکن است رخ دهد و آن ها را لیست کرده و به احتمال و شدت وقوع خطرات توجه می نماییم. منطقی است که بلافاصله بعد از شناسایی ریسک آنرا بطور مناسب مدیریت کنیم. رویکرد معمول برای در نظر گرفتن حوادث ناخواسته، توجه به حوادث بعد از وقوع است. به طور مثال خطر عوارض استفاده از داروها، بعد از وقوع آن ها، توسط پرسنل درمانی و یا براساس اظهارات بیماران و جبران خسارت آنها بیان می شود. حوادثی که با خسارت مالی بیشتری همراه است، فراوانی کمتری نسبت به حوادثی دارند که توسط پرسنل و بیماران اظهار می شوند. بنابراین اگر فراوانی یا شدت خطا را به تنهایی در نظر بگیریم، احتمال تخمین کمتر یا بیشتر از حد، خواهیم شد

## ❖ مرحله سوم: آنالیز خطر

پس از شناسایی خطر، به منظور تعیین فعالیتی برای کاهش آن، آنالیز صورت گیرد. ایده ال این است خطراز بین برود ولی معمولاً این هدف قابل دستیابی نیست و تلاشها باید در جهت کاهش آنها صورت گیرد. احتمال و شدت خطر را باید در نظر گرفت. خطرات بالینی نادر ولی جدی مثل دیسکرازی خونی که به دنبال برخی داروها رخ میدهد را باید در کنار خطرات شایع ولی کمتر جدی مانند واکنش آلرژیک پوستی، در نظر گرفت.. به طور مثال ممکن است امکان پذیر نباشد، فردی را که احتمال دیسکرازی خونی به دنبال مصرف دارو دارد، را شناسایی کرد. پس باید احتمال بروز آن را پذیرفت. گرچه تعداد زیادی از حوادث خفیف ممکن است به عنوان خطرهای عمده و غیر قابل قبول در نظر گرفته شوند. در نتیجه گفته می شود که از مصرف این دارو باید اجتناب شود مگر اینکه استفاده از آنها اجباری باشد.

پس فاکتورهایی را که باید در آنالیز خطر در نظر داشت عبارتند از :

- احتمال رخداد حادثه
- هزینه حادثه در صورت وقوع (چه مادی و چه غیر مادی)

- در دسترس بودن روشها برای کاهش احتمال رخداد یک حادثه
- هزینه راه حل های موجود کاهش خطر (مادی و غیره)

#### ❖ مرحله چهارم: برخورد با خطر :

دامنه ای از انتخابها برای مقابله با خطرات بالینی قابل دسترس است. تصمیم گیری باید براساس هزینه مالی مقابله با خطر و هزینه بالقوه جبران آن خطر، استوار باشد. هزینه جلوگیری از یک حادثه شدید ولی نادر ممکن است بسیار بیشتر از هزاران حادثه خفیف باشد

#### تعاریف :

- مخاطره: هر وضعیت واقعی یا بالقوه که می تواند باعث صدمه ، بیماری یا مرگ افراد ، آسیب یا تخریب یا از دست دادن تجهیزات و دارایی سازمان شود
- ریسک: احتمال مخاطره یا عواقب بد ، احتمال قرار گرفتن در معرض آسیب
- شدت: نتیجه قابل انتظار از لحاظ درجه صدمه ، آسیب به اموال ، و یا دیگر موارد مضرى که می تواند اتفاق بیفتد
- احتمال: احتمال رخ دادن یک رویداد

#### ضرورت های مدیریت ریسک:

- در تمامی اقدامات سازمانی ، امکان تصمیم گیری متعدد است
- شرایط تصمیم گیری در زمانها و مکانهای مختلف ، متفاوت است
- عواقب تصمیم گیری در شرایط مختلف متفاوت است
- وقایع آینده عمدتا غیر قابل پیش بینی و عدم قطعیت قاعده عام است
- درجه پیچیدگی سازمانها و میزان تعامل آنها با محیط ، با میزان توجه به مدیریت ریسک ارتباط مستقیم دارد
- همیشه می توان با اعمال مدیریت علمی و تحلیل ریسک احتمال ضرر و زیان به شرکت را به حداقل رساند

## علل نیاز به مدیریت ریسک در نظام سلامت :

- افزایش ایمنی بیمار
- افزایش انتظارات بیمار ، متخصصان و کارکنان
- فشارهای رقابتی در بازار سلامت
- فشار مداوم هزینه های داخلی
- ارایه خدمات مطلوب توسط بیمارستانها که از سوی دولت مطالبه میشود
- افزایش سطح شکایات ، ادعاها و شکایت های قانونی
- بررسی رضایت بیماران ،نقاط ضعف و ذهنیت منفی را نشان می دهد
- تحقیقات بالینی نیاز به بهبود را نشان می دهد .

## چهار روش مدیریت ریسک

1. اجتناب از خطر
2. به حداقل رساندن و یا کاهش اثرات منفی خطر
3. انتقال خطر
4. پذیرش برخی یا تمامی عواقب ناشی از خطر

رویکرد مدیریت ریسک، شامل رویکردهای "واکنشی" و "بلادرنگ" :

- آموختن از چیزهایی که اشتباه انجام شده است (واکنشی)
- جلوگیری از خطرات بالقوه که در خدماتی که مراکز درمانی ارائه می کنند تاثیر می گذارد (بلادرنگ)

## 7 مرحله در فرایند مدیریت ریسک :

1. زمینه سازی
2. شناسایی ریسک

3. تحلیل ریسک

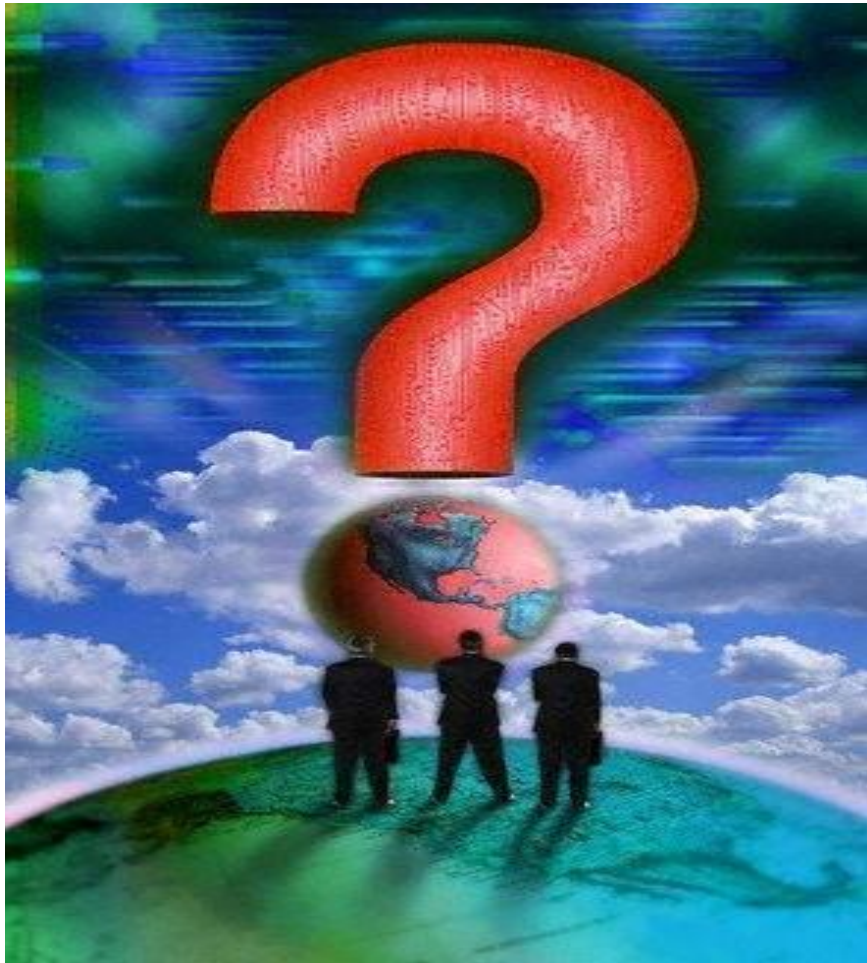
4. ارزیابی ریسک

5. استراتژی جهت کاهش، حذف و یا انتقال ریسک

6. بررسی و نظارت مداوم

7. ارتباطات موثر و مشاوره

مرکز آموزشی درمانی رازی



## مدیریت بحران

### مقدمه:

پیچیدگی فزاینده جوامع مختلف و گسترش ارتباط و وابستگی چند جانبه صنایع، زمینه مساعدی برای رشد کمی و کیفی فرصتها و تهدیدات محیط، فراهم ساخته است. چنانچه از یک سو رشد و توسعه تکنولوژی انسان را در جدال با رخدادهای طبیعی قدرتمند ساخته و از سویی دیگر پیچیدگی و ارتباط تنگاتنگ صنایع سبب بروز معضلات همه جانبه در رخدادهای ظاهراً واحد شده است. مقایسه قطع برق یک روستا با مورد

مشابه در یکی از شهرهای بزرگ جهان به خوبی نشانگر درجه آسیب‌پذیری جوامع پیشرفته است. مقایسه فوق‌از اینک مقایسه دونوع جامعه باشد، نشانگر گسترش دامنه هرنوع بحران در جوامع پیچیده است. مرور کوتاهی برچند نمونه بارز از بحرانهای مختلف بیست سال گذشته جهان نکات زیر را نشان می‌دهد:

صنایع خاصی ظرفیت بالقوه بیشتری برای بروز بحران دارند. از جمله، شیمیایی و پتروشیمی، برق، حمل و نقل هوایی، کشتیرانی؛

باوجود تفاوت این بحرانها، ویژگیهای مشترک زیادی در بحرانهای مختلف به چشم می‌خورد.

آمادگی قبلی در کاهش ابعاد خسارت نقش تعیین‌کننده دارد؛

تصمیم‌گیریهای عجولانه براساس اطلاعات ناقص دامنه خسارت را چندبرابر افزایش می‌دهد؛

ارتباطات در ابعاد مختلف نقش بسیار تعیین‌کننده‌ای در کنترل بحران دارد.

وظیفه مدیریت بحران اتخاذ تصمیمات موثر براساس اطلاعات صحیح درجهت کاهش خسارات و کنترل سریع بحران است. باید در تمام برنامه‌ریزیهای بحران جایی را برای موقعیتهای پیش‌بینی نشده در نظر گرفت.

### بحران چیست؟

بحران عبارت است از وضعیتی که نظم سیستم اصلی یا قسمتهایی از آن را مختل کرده و پایداری آن را برهم زند. غافلگیری اولین عامل مخرب در بحران هاست. تصمیم‌گیری‌های مهم همواره از ضروریات بحران در لحظات اول است. اتخاذ تصمیمهای درست به هنگام بروز بحران به دستهبندی و اقعیت‌ها بستگی دارد. بحران چیزی جز تجلی برخورد تمام عواملی که یک مرتبه از حالت نظم به حالت بینظمی درآمده، نیست.

هیچ بحرانی شبیه دیگری نیست و درک تشابهات کلیدی برای برنامه‌ریزی به‌منظور رویارویی با آن و تخفیف اثرات سوء بسیار ضروری است. دولتها و شرکتهای به شناخت روشهای برخورد با تغییرات ناگهانی روی آورده‌اند و مدیریت بحران بخشی از تمام برنامه‌های استراتژیک آنها شده است.

نکات فوق‌انگیزه مثبتی برای تجربه‌اندوزی از بحرانهای گذشته ایجاد می‌کند، لیکن حداقل سه دلیل سبب می‌شود نتایج حاصل از بررسی بحرانهای گذشته شناخت لازم و کافی را به پژوهشگران ارائه ندهد. نخست اینکه نوشته‌های تاریخی محدود به وصف واقعه است و تحلیل‌های تطبیقی لازم پایه‌پای شرح رخداد ارائه نشده است. نکته دوم متاثر از نگرشی است که هر بحران را در نوع خود بی‌نظیر می‌داند و سومین دلیل اینکه مفهوم عمومی بحران بسیار ابهام‌برانگیز است. اکثر تحلیلگران موقعیتهای حاد و اضطراری را بازگو کرده‌اند در صورتی که بحران دارای ویژگیهایی است که صفات مشخصه آن را تعیین می‌کند، در نتیجه وجود شرایط کمی و کیفی خاصی، امکان توجیه رویداد در الگوی بحران را فراهم می‌سازد.



بنابراین نه تنها بررسی بحران های گذشته، بلکه فعالیت های سیستماتیک دیگری نیز به منظور دستیابی به عوامل و عناصر مشترک در بروز بحرانها و یافتن الگوهایی برای پیش بینی و پیشگیری آثار ناشی از آنها ضروریست.

### جو حاکم در شرایط بحرانی:

بررسی بحران های گذشته نشان می دهد، افراد در اینگونه موارد دچار سردرگمی می شوند، ساده ترین و در عین حال اساسی ترین اشتباهات در لحظات بحرانی رخ می دهد، معمولاً سخن و عملکرد مسئولان خلاف جهت منافع خود و سازمان آنهاست، دستپاچگی و عکس العملهای غیرمنطقی در چنین شرایطی بسیار دیده می شود، جلوگیری از ازدحام خبرنگاران کنجکاو، حفظ اعتبار، کاهش عوارض و بازتابهای منفی آن بر آینده و افکار عمومی مسائلی هستند که گاه از کنترل خود بحران برای مسئولان مشکل تر می شود. تضادی که بین کنترل بحران و تسلط بر شایعات و اعصاب ایجاد می گردد، دقیقاً نمایانگر عدم آمادگی است. تعجب و غافلگیری اولین عامل مخرب در بحرانهاست. در حقیقت دوباره به دست گرفتن اوضاع یا شکست در همان ساعات اول مشخص می شود. برای نمونه، در بحبوحه بحرانی که سال 1986 هنگام انفجار شاتل فضایی «چلنجر» برای ناسا پیش آمد، واکنش اولیه ناسا به خوبی نشان داد زمانی که افراد ناگهان با بحران مواجه می شوند چه اشتباهاتی ممکن است از آنها سرزنند. ناباوری مسئولان ناسا که ناشی از عدم پیش بینی این سانحه بسیار محتمل بود، مانع از آن شد که مقامات ناسا واکنش بهینه ای از خود نشان دهند و در پی آن سوء مدیریت در توضیح دلایل وقوع سانحه و مقصر دانستن افراد و بخشهای مختلف، اعتبار این سازمان را نزد مردم به شدت تحت تاثیر قرار داد.

### تصمیم گیری:

باید توجه کرد تصمیم گیری های مهم و عمده همواره از ضروریات بحران در لحظات اول است. تصمیماتی که نه تنها در ابعاد وسیعی تاثیر می گذارد و در حقیقت آینده و گستره بحران را می سازد، بلکه همه در مورد آن قضاوت می کنند. بنابراین، طبیعی است، در مواجهه با بحران اتخاذ تصمیمهای صحیح منوط به دسته بندی حقایق و واقعیتها باشد. حیاتی ترین اقدام در آغاز این است که باید به سرعت فهمید چه چیزی رخ داده است و چه اقدامی در مقابل آن باید انجام داد و پس از آن شرایط چگونه خواهد بود. بیش از 90٪ تصمیمات حساس در ساعات اولیه بحران صورت می گیرد و عوامل بسیار متعددی باید در مورد افراد و مسائل مرتبط در آن واحد در نظر گرفته شود. دقیقاً بغرنجی مسئله در اینجا نهفته است، زیرا بخش عظیمی از این ملاحظات ضروری و همزمان را می توان در پیش بینی ها و برنامه مدیریت بحران قبل از وقوع بحران انجام داد. باید توجه داشت بحران به طور اجتناب ناپذیر در سه بعد تصمیم گیری را تحت تاثیر قرار می دهد:

- ❖ هدفهای عالی و حیاتی واحد تصمیم گیرنده را تهدید می کند؛
- ❖ زمان واکنش را برای اتخاذ تصمیم محدود می سازد؛
- ❖ عناصر و عوامل، تصمیم گیرنده را با بروز ناگهانی خود غافلگیر می کند.

سه عامل مهم که در تعریف و تشخیص بحران از دیدگاه روش تصمیم‌گیری نقش عمده دارند، عبارتند از: «تهدید»، «زمان» و «غافلگیری». بحرانهای مختلف برحسب اینکه میزان هریک از عوامل سه‌گانه فوق در آنها شدید، متوسط یا ضعیف باشد درجه‌بندی می‌شوند. که شدت تهدید، کوتاهی زمان و غافلگیری از ویژگیهای بحرانهای حاد هستند. براساس ترکیبی که از این سه عامل به‌دست می‌آید مکعب بحران ساخته می‌شود. در این مکعب درجه آگاهی در دو حد «غافلگیری» و «پیش‌بینی شده» قرار گرفته که مبین ادراک و تشخیص و آگاهی مقامات تصمیم‌گیرنده از بروز بحران است.

بنابراین تصمیمات به‌تناسب «شدت تهدید» «تداوم زمانی» و «درجه آگاهی» متفاوت هستند.

### تجسم و پیش‌بینی بحران

بعضی از موسسات خدماتی معتبر برنامه‌های دقیق و موشکافانه‌ای در مورد ارتباطات بحران برای خود تهیه کرده‌اند که می‌تواند هنگام بروز بحران متناسب شرایط تطبیق گشته و سریعاً به‌اجرا درآید. چنین طرحهایی باید در زمانی تهیه شوند که نحوه عملکرد سازمان رضایت‌بخش است. هرچه پیش‌بینی جامع‌تر باشد هنگام بروز بحران فرصتهای بهتری برای حل موفقیت‌آمیز آنها وجود خواهد داشت. بااینکه هیچ بحرانی شبیه بحرانهای دیگر نیست لیکن تشابهات قابل ملاحظه‌ای بین آنها وجود دارد. کشف و درک این تشابهات کلیدی، جهت برنامه‌ریزی برای رویارویی با بحران و تخفیف اثرات سوء آن ضروری است. هرگز نباید از شناسایی بحرانهای بالقوه فارغ شد. بحرانهایی که در حیطه فعالیت مشابه رخ می‌دهد و اخبار آن به‌اطلاع جامعه می‌رسد، می‌تواند سرنخهای جدیدی برای تکمیل برنامه‌ریزی بحران در ابعاد ناشناخته قبلی به‌دست دهد. زمانی که سازمانی در فکر آمادگی برای مقابله با بحران است، در حقیقت در نیمه راه برنامه‌ریزی برای مواقع اضطراری است. مسلماً مدیران خلاق و مبتکر می‌توانند شرایط بالقوه بحرانها را تصور و جزئیات پیچیده آن را ترسیم کنند. سرعت و شتاب تغییرات سبب می‌شود ابعاد و گستره بحرانهای موجود حتی در زمینه‌های مشابه تفاوت‌های چشمگیری داشته باشند. اما همین تغییرات شگرف و رشد و توسعه چشمگیر صنایع مختلف امکانات جدیدی را برای تصویر آینده و پیش‌بینی شرایطی که در هیچ آزمایشگاهی قابل بازسازی نیست فراهم ساخته است. نکته اینجاست که شرایط عمومی بحران از جمله نیاز به تصمیم‌گیری سریع (عدم واکنش سریع عواقب نامطلوبی خواهد داشت)، راه‌حلهای محدود، عواقب وخیم برای تصمیمات غلط و درگیربودن گروههایی بااهداف متضاد در مسئله از یک طرف و در خطربودن اهداف گروههای متنوع افراد از سوی دیگر نمی‌تواند به طور ملموس نشان دهد چه اقداماتی ضروریست. هیجان، خطر و تاثیر رویدادهای اضطراری به اقدامات ویژه‌ای نیاز دارد. باید شوکهای غیرمنتظره و رویدادهای برنامه‌ریزی نشده را هم مد نظر گرفت. به بیان دیگر آنچه می‌تواند لحظات بسیار حساس و تعیین کننده بحران را مدیریت کند این است که گروههای مختلف بدانند از آنها چه انتظاری می‌رود؟ چه باید انجام دهند و از چه کاری باید پرهیز کنند، این امر آنها را قادر می‌سازد که با خونسردی کامل عمل کنند و در کار خود موفق شوند. در نتیجه آنچه انجام می‌شود اولاً هم جهت خواهد بود یعنی یکدیگر را خنثی نمی‌کند، ثانیاً در سمت کنترل

بحران پیش خواهد رفت. به بیان دیگر با مدیریت بحران می‌توان با قدرت جلو گسترش و ایجاد ابعاد تازه را گرفت. در حالی که با عملکرد نامناسب، بحران به سرعت گسترش یافته و وضعیت از آنچه هست بدتر می‌شود.

## مدیریت بحران:

اگر در گذشته بخشی از سازمانها، شاید روابط عمومی، مسئولیت رویارویی با بحران را به عهده داشت، اکنون کل سازمان آن را مهم دانسته و پیچیدگی و پیشرفت این برنامه‌ها سبب شده، دولت‌ها، نهادهای مالی شرکتهای خدماتی و... به شناخت روشهای برخورد با تغییرات ناگهانی و پیش بینی نشده رو آورده و مدیریت بحران واقعاً بخشی از تمام برنامه‌های استراتژیک سازمانها گردد. بزرگترین اشتباه می‌تواند تصور مصون بودن سازمان از بحران توسط مدیران آن باشد. شرکتهای به دلیل انتخاب استراتژی‌ها و سیاستهای مختلف و عواقب آن، در مقابل افشار مختلف مردم جوابگو و مسئول هستند. شرکتهایی که توجه خود را به برنامه‌ریزیهای علمی و مدیریت سازماندهی شده معطوف کرده‌اند ممکن است در مقابله با یک بحران بازدارنده به طرز تاسف باری شکست بخورند. هر تصمیمی در جاده اشتباه با توجه به تصورات غلط گذشته اتخاذ می‌شود. جملات زیر بیانگر قراردادن در جاده اشتباه است: «حال که تا اینجا پیش رفته‌ایم مسلماً دیگر نمی‌توانیم برگردیم.» «تابه حال پول زیادی صرف این پروژه کرده‌ایم، اگر آن را متوقف کنیم، تمام زحماتمان به هدر خواهد رفت»

راهکارهای شرایط بحرانی به صورت روشن و مشخص وجود ندارند. اگر هم باشد همگان به طور یکسان با کیفیت و محاسن و مضار آنها هم نظر نیستند. هنگامی که صحبت از انتخاب می‌شود. مسئله جنبه ارزش و قضاوت پیدا می‌کند. بنابه طبیعت و عوامل روحی عاملان تصمیم‌گیری نتایج آن متفاوت است. در اینجا ممکن است تضاد منافع گروههای درگیر در تصمیم تاثیر بگذارد. تصمیم که عملی ناشی از اراده انسانهاست باید اهداف و مقاصد را نیز در نظر بگیرد. به طور کلی در هر تصمیم باید به این دو سوال پاسخ داده شود: «باتوجه به هدفی که تصمیم‌گیرنده دنبال می‌کند، چه رابطه‌ای بین ارزش موضوع و میزان ریسک یا احتمال خطر وجود دارد؟» و «چه تناسبی بین مقاصد دنبال شده و وسایلی که در اختیار است وجود دارد؟» معمولاً رابطه اول را در چارچوب استراتژی و رابطه دوم را در قلمرو تاکتیک بحث و مطالعه می‌کنند. از جمله نمونه‌های بسیار درخشان تصمیم‌گیریهای صحیح و کنترل بحران با دیدگاه استراتژیک، می‌توان از تجربه تلخ و آموزنده شرکت جانسون اند جانسون در بحران مسمومیت با قرصهای تایلنول نام برد. بحرانی که تجارب آموزنده‌ای برای تاریخ مدیریت در زمینه بررسی بحران از دیدگاه استراتژیک و استفاده بسیار موثر از مدیریت ارتباطات برجای گذاشت.

داشتن یک برنامه عملیاتی برای انواع بحران‌هایی که در حوزه فعالیت سازمان روی می‌دهد به همراه گروه‌های راهنمایی تاکتیکی و استراتژیکی، می‌تواند اوضاع را به کلی تغییر دهد. این امر بهترین فرصت ممکن را برای مقابله سریع و قاطع با هر بحرانی که روی می‌دهد فراهم می‌کند. یک برنامه اضطراری که به طور خاص برای سازمان و مشکلات خاص آن تهیه شده باشد، می‌تواند از رشد بحران جلوگیری کند. بازتابهای بحران به عنوان عوامل خارجی عبارت از خسارت، جریان فزاینده وقایع، مشکل زمان و افکار عمومی هستند.

واکنش‌های احساسی بحران به‌طور عام شامل ناباوری، قبول شکست، وحشتزدگی، کوتاه نظری، مقصر دانستن این و آن و جریحه‌دار شدن احساسات است. که در هر بحران عوامل خارجی و واکنش‌های احساسی بحران، با درجات متفاوت عمل می‌کنند.

## **تعاریف مدیریت بحران در بیمارستان (ارزیابی خطر، حوادث و بلایا):**

### **مدیریت "خطر حوادث و بلایا"**

بیمارستان‌ها با توجه به ماهیت و شرایط خاصی که دارند از جمله وابستگی بیماران بستری به تجهیزات پزشکی حیاتی، ناتوانی بیماران در هنگام وقوع حادثه جهت پناه و گریز، وجود دستگاه‌های حساس، وجود مواد خطرناک و خطرناک و خطرناک، در معرض انواع حوادث داخلی از جمله آتش‌سوزی، قطع سیستم برق و سامانه اطلاعات بیمارستان، اپیدمی‌ها و سایر موارد قرار دارند. همچنین در صورت وقوع حوادث خارج از بیمارستان مانند تصادفات، زلزله، سیل و سایر بلایای طبیعی، ازدحام مصدومین و مراجعین، بیمارستان‌ها را با چالش مواجه مینماید. لذا بیمارستان همچون شهری پرخطر، در هر لحظه مستعد حوادث است. این مهم به ویژه در بیمارستان‌های با قدمت بیشتر و با ازدحام مراجعین از حساسیت بیشتری برخوردار است. ایجاد محیطی ایمن برای بیماران، همراهان و کارکنان مستلزم برنامه ریزی است. برنامه ریزی در راستای پیشگیری از بروز حوادث در داخل بیمارستان و کنترل و مدیریت مواجهه با حوادث و بلایای خارجی، از طریق ایجاد آمادگی و افزایش ظرفیت بیمارستان صورت می‌پذیرد. توجه مدیران ارشد به برنامه ریزی‌های پیشگیرانه و ایجاد آمادگی در مواجهه پیش از وقوع، سرمایه‌گذاری ارزشمندی است که لازم است در دستور کار مدیریت و رهبری بیمارستان قرار گیرد.

❖ فرمانده تیم بحران کیست؟ فرمانده تیم بحران رئیس بیمارستان و جانشین ایشان مدیر بیمارستان میباشد. همچنین در شیفت‌های عصر و شب اگر فرمانده و جانشین در بیمارستان حضور نداشته باشند سوپروایزر شیفت، فرمانده تیم هستند.

وظایف فرمانده بحران اعلام هشدار وضعیت بحران به کلیه واحدهای بیمارستان، تقسیم مسئولیت‌ها براساس شرایط موجود و اعلام نوع بحران است.

❖ دبیر کمیته بحران و خطر بیمارستان کیست؟ از طرف ریاست یا فرمانده تیم بحران انتخاب و به تمامی واحدها ابلاغ میگردد.

❖ کمیته خطر، حوادث و بلایا چیست؟ طبق سنج‌های جدید نام کمیته بحران به کمیته ارزیابی خطر، حوادث و بلایا تغییر پیدا کرده است.

❖ فرایند تخلیه چیست؟ در هنگام بروز بحران ممکن است جهت کاهش عوارض ناشی از حادثه و جلوگیری از آسیب جانی و خسارت بیشتر فرایند تخلیه انجام شود بدین صورت که با رعایت اولویت نسبت به جابجایی بیماران و همراهان و پرسنل و تجهیزات از منطقه خطر به منطقه امن اقدام میشود.

انواع تخلیه کدام است؟ تخلیه عمودی: انتقال افراد و تجهیزات در معرض خطر از یک طبقه به طبقه دیگر. مثلاً از طبقه اول به بخش پایین (طبقه همکف).

تخلیه افقی: انتقال افراد و تجهیزات در معرض خطر از یک بخش یا قسمت به بخش یا قسمت مجاور در همان طبقه.

### کنترل برنامه ریزی شده بحران

داشتن برنامه‌ای سنجیده توانی ایجاد خواهد کرد تا مسئولان با روشی صحیح به سرعت دست به کار شوند. زیرا کلیه موارد عمومی، سازماندهی، تقسیم کارها، تخصیص منابع و تعیین مسئولیتها و اختیارات انجام شده و کانالهای ارتباطی نیز تعیین شده است. بنابراین کلیه موارد فوق می‌تواند از مکانیسم‌های کنترل بحران حذف شود و به سرعت برنامه تغییرات متناسب با شرایط خاص آغاز گردد. به همین دلیل پیش‌بینی، بررسی و ارزیابی بحران و خطرات آن قبل از وقوع از ضروریات مدیریت بحران است، برای تدوین چنین برنامه‌هایی می‌توان:

- ❖ از آراء عمومی، نظر مشتریان، نظر کارکنان برای تجزیه و تحلیل بحرانها کمک گرفت؛
- ❖ در سمینارهای داخلی، ارتباطات دوره بحران را مشخص و آمادگی در سطوح مختلف ایجاد کرد؛
- ❖ برای ایجاد تیم‌های خبره، متخصص و هم روحیه تحقیقاتی انجام داد؛
- ❖ یک لیست از مدت زمان و منابع ضروری جهت آمادگی برای بحران، تهیه کرد؛
- ❖ بادر نظر گرفتن مسائل مربوط به آموزش و ارتباط، شناخت درازمدتی از بحران به دست آورد؛
- ❖ یک استراتژی کلی برای مقابله با وضعیتهای بحرانی در مدیریت بهینه سازمان گنجانید.

توجه به نکات زیر می‌تواند برخی از سوء تفاهمات را از بین ببرد. هر ریالی که به‌طور صحیح قبل از بحران خرج می‌شود، باعث صرفه‌جویی هزاران ریال در پایان بحران خواهد شد. ضمناً آمار و ارقام مربوط به هزینه‌های احتمالی تنها در صورت برنامه‌ریزی قابل محاسبه هستند. نقطه شروع برنامه‌های اضطراری، ایجاد نگرشی وسیع در مورد مشکلات بالقوه‌ای است که ممکن است در تمامی سازمانها به وجود آید. باید به کارمندان سطوح پایین در مورد شناسایی بازتابهای بحران آموزش داد تا وقایعی که ممکن است از دید مدیریت کل سازمان پنهان بماند را گوشزد کنند.

برنامه عملیات اضطراری شامل فعالیتهایی برای پشتیبانی از اصول عملیاتی و اهداف سازمان است. می‌توان سیستم پژوهش برنامه‌ریزی را در روند استاندارد عملیاتی که سازمان برای نیل به اهداف خود دنبال می‌کند قرار دهیم. به‌عنوان مثال قرارداد یک پرسشنامه برای تعیین اثرات یک سانحه، لیستی از نقاط آسیب‌پذیر شرکت را مشخص می‌کند. چنین تحقیق سیستماتیکی مشخص می‌کند در تخمین دینامیک یک مسئله خاص، سازمان چه چیزهایی را می‌داند و چه چیزهایی را نمی‌داند. در این فرآیند سازمان به دو دسته اطلاعات نیاز دارد.

افراد مختلف باید از قبل نقش خود را در سناریوی بزرگ ارتباطات بحران بشناسند. بنابراین، داشتن یک نسخه از برنامه و آشنایی از قبل با آن از ضروریات پیشبرد موفق برنامه است. بازسازی صحنه می‌تواند کمکی به تمرین عملی افراد قبل از بحران باشد. تمرین نداشتن برنامه اضطراری خطرات مهیبی را به‌همراه خواهد داشت. از جمله نشناختن سوت خطر، عدم اطلاع از محل پله‌های اضطراری و درهای خروج، این امر یعنی بی‌اثر شدن برنامه اضطراری از آغاز!

### پیشنهادات:

- ✓ در پایان فرآیند برنامه‌ریزی و نکات مهم مدیریت بحران خاطرنشان می‌گردد
- ✓ طرح‌ریزی فرآیند تشخیص بحران بر پایه‌ای صحیح؛
- ✓ یافتن موضوعاتی که باعث تشدید بحران می‌شود؛
- ✓ بررسی امکانات مختلف توسعه و پیشرفت بحران؛
- ✓ تعیین ارتباطات بین مسئولان در جریان بحران؛
- ✓ بررسی حالت‌های مختلف بحران از طریق پرسش و پاسخ و بررسی پاسخها؛
- ✓ انتخاب بدیل‌های مختلف به‌عنوان راه‌حل؛
- ✓ تعیین مسائل مهم نزد افکار عمومی؛
- ✓ تعیین منافع مشتریان و مخاطبان و لحاظ آن در سیاست‌گذاری کنترل بحران؛
- ✓ انتخاب بهترین راه برقراری ارتباط مستقیم با افراد؛
- ✓ تعیین تیم مدیریت و تفویض اختیارات تام؛
- ✓ تعیین حدود مسئولیت و اختیارات افراد تیم و گروه‌های متخصصان؛
- ✓ توجه تام و تمام به جزئیات تک‌تک برنامه‌های اجرایی؛
- ✓ تنظیم مداوم آخرین اطلاعات دقیق و پیام‌های ضروری و برقراری ارتباط با مردم؛
- ✓ تعیین مرکز کنترل بحران، مجهز به وسائل مخابراتی و اتاق برای کنفرانس‌های خبری؛
- ✓ تعیین سخنگوی واحد یا تیم هم‌نظر؛
- ✓ شناسایی افراد خبره در کاهش بحران و فعال هنگام ازدحام مسئولیتها؛
- ✓ در جریان قرارداد کلیه افرادی که به‌نوعی با بحران مرتبط می‌شوند؛
- ✓ مشخص ساختن اتفاقاتی که ممکن است به‌وقوع بپیوندد؛

- ✓ آماده ساختن خود برای بدترین حالتها؛
- ✓ بهبود مستمر پژوهشها به عنوان امری جدی و مهم

## شش گام موثر در مدیریت بحران

### گام اول:

**مواجهه با بحران:** روبرو شدن با بحران، پرداختن به هر اقدامی است که برای کاهش خسارت و زیان ناشی از بحران ضروری است. برخی سازمانها از قبل اقدام به تدوین یک برنامه مدیریت بحران ( CRISIS MANAGEMENT PLAN=CMP) کرده اند که به مدیران امکان واکنش مطلوب را می دهد. سازمانهایی که چنین اقدامی نکرده اند، احتمالاً دچار ضرر و زیان بیشتری می شوند چون مدیران آنها برنامه مدیریت بحران را تدوین نکرده اند.

### گام دوم:

**بازاندیشی:** بعد از بررسی یک بحران از طریق مواجهه با آن، مدیران برای جبران خستگی روحی و روانی ناشی از این فشار نیازمند یک وقفه (تجدید قوا) هستند. اما این وقفه نباید بیش از حد طولانی باشد. این وقفه فرصتی است تا مدیران مناسبترین پاسخها را برای پرسشهای ذیل بیابند:

1 - چه چیزی و چگونه اتفاق افتاده است؟

2 - علت این واقعه چیست؟

3 - چرا به این شکل رخ داده است؟

بازاندیشی یافتن مقصر یا سپربلا نیست. از لحاظ یادگیری، بازاندیشی در واقع به درک اشتباهات گذشته و یافتن دلسوزانه یک روش بهتر و جلوگیری از تکرار اشتباهات در آینده اشاره دارد. خسارات ناشی از بحران را باید کاملاً ارزیابی کرد تا اهمیت و اثر منفی آن برای سازمان مشخص شود.

اغلب چنین ارزیابی می تواند درسهای مهمی را درباره نتایج نادیده انگاشتن مدیریت بحران در برداشته باشد. در سازمانی که برنامه مدیریت بحران در واکنش به بحران اجرا می شود، بازاندیشی به معنای نگاه عمیق به برنامه مدیریت بحران برای آزمون مجدد اثربخشی آن است. زمینه های آسیب پذیری که ممکن است به صورت ظاهری مورد بررسی قرار گرفته یا کاملاً حذف نشده باشند، در برنامه مدیریت بحران می تواند مشخص شود.

بازاندیشی با پرداختن به این مسایل، اساس و شالوده ای را برای تلاشهای مورد نیاز به منظور تقویت ظرفیتهای سازمانی در یادگیری و جلوگیری از بحران ایجاد می کند.

### گام سوم:

**برنامه‌نوسازی:** اگر مدیران به اصل بهبود مستمر اعتقاد نداشته باشند، بازاندیشی توجه آنها را به بررسی روش آمادگی سازمانی در برابر بحران جلب می‌کند. از این رو بعد از بازاندیشی نوسازی روشها به عنوان گام منطقی بعدی انجام می‌گیرد. اگر برنامه مدیریت بحران موجود نباشد، مسلماً باید به جعبه ابزار مدیریت افزوده شود. برخی مخالفان سرسخت در سازمان ممکن است قبل از بحران، بر معرفی یک برنامه مدیریت بحران رسمی پافشاری کنند. پیامد بحران و شاهد موجود در مورد اثرات مخرب آن، قدرت زیادی را در متقاعد ساختن مدیران فراهم می‌آورد تا مخالفان برنامه مدیریت بحران را به موافقان آن تبدیل کنند. از سوی دیگر، چنانچه از قبل یک برنامه مدیریت بحران موجود باشد باید موردبازبینی قرار گیرد تا درسهای آموخته شده از بحرانهای پایان یافته مدنظر قرار گیرد. برنامه مدیریت بحران مستلزم به روزرسانی است و تغییرات صورت گرفته باید به سرعت به اطلاع تمام کارکنان درگیر در برنامه مدیریت بحران سازمان برسد. برنامه نوسازی روشها مستلزم آن است که مدیران و همکاران آنان که ایده مشترکی در مورد بهبود مستمر دارند، نقش مدافعان تغییر را ایفا کنند. اگر مدیران این نقش را به خوبی ایفا کنند، و همکاری همفکران و سایر همکاران (مخالفان) را فراهم سازند، تغییرات مثبتی ایجاد خواهد شد و در نتیجه این تغییرات مثبت، سازمان قوی تر شده و کمتر آسیب پذیر خواهد بود.

#### گام چهارم:

**احساس بحران:** هدف اصلی احساس، یافتن نشانه های اولیه خطر یک بحران بالقوه است. درحقیقت این مرحله تحت نظر گرفتن محیط های داخلی و خارجی یک سازمان است. تجزیه و تحلیل نقاط قوت و ضعف، فرصتها و تهدیدات (STRENGTHS, WEAKNESSES, OPPORTUNITIES AND THREATS=SWOT) به بررسی دقیق محیط عمومی و تشخیص روندهای هشداردهنده ای که ممکن است سازمان را تهدید کند، کمک خواهد کرد. اگر مدیران هشیار باشند، فرصت خوبی وجود دارد که آنها را قادر خواهد ساخت تا نشانه هایی را شناسایی کنند که خبر از بحران می دهند. اگرچه پیش بینی یک بحران علم دقیقی نیست ولی باید به عنوان یک بخش اساسی از برنامه ریزی بحران یک سازمان مدنظر قرار گیرد. احساس در پیش بینی دقیق تر بحران از این جهت که لازم است مدیران چشم و گوششان را به خوبی بازنگه دارند و از این رو احتمال احساس نشانه های اولیه بحران را افزایش دهند، نقش مهمی ایفا می کند.

به علاوه مدیران می توانند دو روش دیگر را برای افزایش موفقیت در احساس بحران به کارگیرند. در روش اول، آنها ممکن است بخواهند تکنیک مدیریت از طریق قدم زدن را اجرا کنند. این امر امکان تماس نزدیک تر با سایر افراد در سازمان را فراهم می آورد. صحبت کردن و گوش کردن به صحبت های زیردستان و همکاران، بویژه آنهایی که در خط مقدم کار می کنند (مثل کارکنان فروش) ایده های بیشتر و بهتری را راجع به سناریوهای مختلف بحران که ممکن است سازمان با آن روبرو شود، برای مدیران فراهم می آورد.

روش ارزشمند دوم، کار شبکه ای است. وقتی که مدیران درانجام امور بیشتر مشارکت کنند و همکاری بیشتری ایجاد شود، می توانند از منافع حاصل از دسترسی بیشتر به اطلاعات گرانبها بهره مند شوند. کار شبکه ای تماس های بیرونی یک مدیر را گسترش داده و احتمال بهره برداری موفقیت آمیز از منابع حیاتی



اطلاعات مرتبط با بحران را که ممکن است در غیر این صورت مورد توجه قرار نگیرد، افزایش می دهد.

### گام پنجم:

**مداخله و اقدام:** احساس و درک علائم بحران در شرایطی که نشانه های اولیه خطر به قدری روشن است که قابل چشم پوشی نیست، ممکن است مدیران را ناچار به مداخله کند. بررسی مجدد این نشانه ها، مشاوره با کارشناسان و ارزیابی همه عوامل مرتبط با ریسک برای اطمینان از اینکه این نشانه ها نمی توانند به بحران منجر شوند، برای مدیران حائز اهمیت است.

بدیهی است توان ادراک و تحلیل مدیران در دستیابی آنها به نتیجه نهایی از اهمیت زیادی برخوردار است. هرگاه مدیران اطمینان یافتند که مداخله روش مناسبی است، باید استراتژی مداخله مورد نظرشان را به سرعت و به موقع به اجرا درآورند. بهترین استراتژی آن است که مانع از رشد یک بحران بالقوه شده و آن را به طور ریشه ای مهار کنند.

نمونه اخیر در مورد استراتژی مداخله اثربخش، استفاده سنگاپور از قرنطینه برای کنترل اپیدمی سندرم تنفسی شدید در سال 2003 است. وقتی مقامات ارشد دولتی در سنگاپور اثر فاجعه آمیز ویروس سارس بر روی اقتصاد کشور را مشاهده کردند، تصمیم فوق العاده ای را برای قرنطینه صدها نفر اتخاذ کردند که گمان می رفت در معرض این ویروس قرار گرفته باشند. این اقدام متهورانه نشان داد که یک گام درست برداشته شده، به طوری که به زودی سنگاپو از لیست مناطق دارای ویروس سارس در سازمان بهداشت جهانی خارج شد.

اگر بحرانها مهار نشوند، اگرچه در مراحل اولیه شکل گیری باشند، تمایل به توسعه پیدا می کنند و به قدری افزایش می یابند که غیرقابل کنترل و مرگ آور می شوند. مداخله مسلما یک مرحله مشکل در مدیریت بحران است. اگرچه مداخله یک گام ضروری است، چنانچه مدیران بخواهند سازمانهایشان را سریعاً از دام یک بحران در حال گسترش در امان بدارند، اساساً به منابع بیشتری برای غالب شدن بر آن نیاز خواهند داشت.

### گام ششم:

**اقدامات نهایی آخرین اقدام در مواجهه با بحران:** افرادی که نزدیک رودخانه ای که گاها با طغیان همراه است، زندگی می کنند، با کیسه های شن به عنوان روش کنترل سیل آشنا هستند. وقتی برای متوقف ساختن طغیان آب دیگر کاری نمی توان انجام داد، یک سیل در راه است و کیسه های شن ممکن است تنها راه حفظ خانه ها و جلوگیری از ویرانی باشد. همچنین وقتی اقدامات مداخله جویانه قادر به مهار یک بحران ابتدایی نیست، به عنوان آخرین اقدام باید از همه امکانات سازمان بهره برد.

سازمانی که دارای یک برنامه مدیریت بحران است، برنامه خود را به اجرا درآورده و همه اعضای تیم مدیریت بحران را در آماده باش کامل قرار می دهد. همه منابع پشتیبانی (کمکی) شامل پرسنل و تجهیزات باید در حالت آماده باش باشد.

### نتیجه گیری

بدیهی است که مدیران نمی توانند در برابر همه نوع بحران آمادگی داشته باشند. با این حال اگر آنها به

مدیریت بحران به عنوان یک بخش جدانشدنی از مسئولیت مدیریت استراتژیک خود معتقد باشند، احتمال اینکه سازمانهایشان گرفتار بحران شود تا حد زیادی کاهش می یابد. توجه به مدیریت بحران و ارتباط آن با برنامه ریزی تکنیکی و عملیاتی بسیار مهم است.

در تحلیل نهایی مدیریت بحران ضامن بقا و شکوفایی بلندمدت یک سازمان است. رویکرد شش مرحله ای پیشنهاد شده در این مقاله به مدیران کمک خواهد کرد تا مهارتهای تصمیم گیری خود در مدیریت بحران را توسعه داده و اهمیت نقش مدیریت بحران در فرایند مدیریت استراتژیک را درک کنند.

مرکز آموزشی درمندی رازی



# آتش نشانی



## آموزش مقابله با آتش سوزی

آتش، عامل مخرب مهمی است که در صورت عدم رعایت نکات ایمنی، باعث خسارتهای جانی و مالی فراوان می شود و با بسیاری از بلایای طبیعی و سوانح، همراه است. آتش سوزیهایی که به دنبال زلزله، سیل، انفجار و یا سایر حوادث ایجاد می شوند، اغلب بیش از فاجعه اصلی، ویرانی به دنبال دارند.

حادثه خبر نمی کند: همیشه برای مقابله با آتش سوزی آماده باشیم!

آتش، عامل مخرب مهمی است که در صورت عدم رعایت نکات ایمنی، باعث خسارتهای جانی و مالی فراوان می شود و با بسیاری از بلایای طبیعی و سوانح، همراه است. آتش سوزیهایی که به دنبال زلزله، سیل، انفجار و یا سایر حوادث ایجاد می شوند، اغلب بیش از فاجعه اصلی، ویرانی به دنبال دارند.

مثلت آتش:

این مثلث نشان دهنده عوامل مورد نیاز جهت سوختن می باشد. هرگاه سه ضلع مواد سوختنی، اکسیژن و گرما در کنار یکدیگر قرار بگیرند مثلث آتش به وجود می آید.

اضلاع مثلث آتش:

برای ایجاد آتش، سه عامل مورد نیاز است:

### 1. ماده سوختنی:

یعنی ماده ای که قابلیت سوختن داشته باشد. این ماده ممکن است به حالت جامد (مانند: چوب، پلاستیک و...)، مایع (نفت، بنزین و...) یا گاز (بخار بنزین، بوتان و...) و گازهای سوختنی دیگر باشد.

### 2. اکسیژن:

که برای آغاز و ادامه سوختن ضروری است. سوختن در واقع گونه ای اکسیداسیون سریع است که عموماً گرما و شعله ایجاد میکند. اکسیداسیون گونه ای واکنش شیمیایی است که در آن، یک ماده با اکسیژن ترکیب و اکسید میگردد. میدانیم که حدود یک پنجم از هوای پیرامون ما، اکسیژن است.

## گرما یا حرارت:

عاملی است که برای آغاز روند سوختن ضروری است. به بیان دیگر ماده سوختنی پیش از آنکه شروع به سوختن کند، باید تا حد معینی گرم شود. البته گرمای لازم برای شروع سوختن مواد مختلف، متفاوت است.

واکنش شیمیایی سوختن و یا اکسیداسیون سریع، پس از آغاز، خود بخود پیش می رود و ادامه می یابد تا زمانی که یکی از عوامل مثلث حذف شوند. پس با حذف یکی از اضلاع مثلث آتش، می توان سوختن را متوقف و آتش را خاموش کرد. برخی به سه عامل بالا، واکنش زنجیره ای رانیز می افزایند و هرم آتش را جایگزین مثلث آتش می کنند.

روشهای اطفاء حریق در محور مثلث آتش :

### 1. روش سرد کردن (قطع ضلع حرارت) :

به کمک آب یا خاموش کننده های سرمازا، می توان سوخت را سرد نمود و به تدریج حریق را مهار کرده و آن را خاموش نمود. اگر آب را به صورت اسپری بر روی آتش بپاشیم می توانیم آن آتش را خاموش کنیم. البته استفاده از آب یکسری ویژگی، ایراد و محدودیت دارد که در زیر محاسن و معایب را مرور میکنیم

### 2. روش خفه کردن (قطع ضلع هوا) :

هوا ترکیبی از 21٪ اکسیژن، 78٪ نیتروژن و 1٪ گازهای دیگر میباشد.

اگر شیشه ای پر از اکسیژن داشته باشیم و کبریتی را که شعله آتش آن تازه خاموش شده باشد در آن داخل کنیم فوراً آتش می گیرد. چون اکسیژن یکی از عوامل اصلی ادامه آتش است، دور نمودن هوا از صحنه عملیات یعنی دور ساختن اکسیژن از آن صحنه، که نتیجه اش خاموش شدن آتش است. این عمل به روش های مختلف انجام می شود که به مهمترین آن اشاره میکنیم: جایگزین کردن گازهای سنگین تر از هوا  $CO_2$  که در حدود 1/5 برابر هوا وزن دارد و در سیلندرهایی با وزنه های مختلف حاضر به کار می باشند.

### 3- روش قطع سوخت (جدا سازی) :

چنانچه ماده قابل اشتعال در مجاورت هوا و حرارت نباشد آتش سوزی اتفاق نخواهد افتاد، چون شرط اول یعنی مجاور نبودن با هوا تقریباً غیر ممکن است، معمولاً تلاش بر این است که ماده قابل اشتعال را از مجاورت با آتش دور نمایند. در بعضی از آتش سوزی ها مانند حریق گازها و مایعات قابل اشتعال، بهترین

روش قطع یا دور نمودن مواد سوختنی است، به عنوان مثال اگر یک کپسول گاز دچار آتش سوزی شود، بهترین روش اطفایی، قطع جریان گاز و بستن شیر خروجی گاز است. همچنین هنگام برخورد با آتش سوزی جامدات، چنانچه وسیله اطفایی در دسترس نباشد، بهترین کار دور ساختن مواد سوختنی از آتش است.

قطع سوخت به یکی از سه روش زیر امکان پذیر است:

- دور کردن ماده سوختنی از شعله
- دور کردن شعله از ماده سوختنی
- ایجاد فاصله یا عایق بین ماده سوختنی و شعله

انواع حریق و خاموش کننده ها:

مواد سوختنی بر اساس ماهیت به شش کلاس تقسیم بندی میشود. برحسب موقعیت هر بخش / واحد و نوع آتش سوزی که احتمال وقوع دارد، نوع و اندازه خاموش کننده ها متفاوت است. طبق جدول ذیل از خاموش کننده های متفاوتی استفاده میشود. البته در هر بخش یا واحد که احتمال چند نوع آتش سوزی وجود دارد، از دو یا چند نوع کپسول استفاده میشود.

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

● رعایت نکات ایمنی قبل از وقوع آتش سوزی :

۱. اصل دوری مواد قابل اشتعال از وسایل آتش زا را در تمام تأسیسات و مکانهای مسکونی و حتی معابر عمومی، رعایت کنید .

۲. در ساختمانها، درهای خروج اضطراری پیش بینی کنید و وسایل اطفای حریق را کنترل کنید .

۳. حداقل دو راه برای خروج اضطراری از ساختمان تعیین کنید .

۴. مکانی را در خارج از خانه تعیین کنید تا بعد از گریز، یکدیگر را در آنجا بیابید .

۵. برنامه خروج اضطراری و گریز از آتش را حداقل دو بار در سال تمرین کنید .
  ۶. حتماً، هنگام خروج از محل، شیر اصلی ورودی گاز به ساختمان را ببندید .
  ۷. برای باخبر شدن از آتش سوزی احتمالی، از آشکارگرها (دود، حرارت یا شعله) استفاده کنید و نسبت به نصب آن در منزل، دقت لازم را به عمل آورید .
  ۸. کپسول آتش نشانی مناسبی در منزل داشته باشید و در مورد نحوه ی استفاده از آن، آموزش ببینید و به اعضای خانواده نیز آموزش دهید .
  ۹. از انباشتن مواد آتش زاء، به ویژه در نزدیکی منابع حرارتی، خودداری کنید .
  ۱۰. از نگهداری مایعات و گازهای قابل اشتعال در منزل خودداری کنید. در صورت لزوم این مواد را در ظروف خاص خارج از ساختمان قرار دهید .
  ۱۱. وسایل برقی و اتصالات آنها را به دقت کنترل کنید تا از استاندارد بودن آنها مطمئن شوید .
  ۱۲. به محض مشاهده سیمهای لخت، آنها را ترمیم کنید .
  ۱۳. در این باره با هم بحث و تمرین کنید که چگونه در هنگام آتش سوزی منزل را ترک خواهید کرد و در صورت لزوم چگونه از دیگران کمک می گیرید و یا به آتش نشانی خبر می دهید .
- نکات ایمنی هنگام وقوع آتش سوزی :

۱. سرعت عمل هنگام روبه رو شدن با آتش سوزی، برای نجات جان خود و مصدومان احتمالی، کاملاً حیاتی است. همانطور که می دانیم آتش خیلی سریع انتشار می یابد، بنابراین بلافاصله آتش نشانی و اورژانس را خبر کنید و تا آنجا که می توانید، اطلاعات کاملی در مورد بروز حادثه به آنها بدهید .
۲. سعی کنید که افراد را از ساختمان بیرون ببرید .
۳. با رعایت جوانب احتیاط به خاموش کردن آتش پردازید .
۴. به هیچ وجه وارد ساختمان آتش گرفته نشوید مگر آنکه مجهز به ماسک تنفسی باشید و کاربرد آن را بدانید .
۵. اگر به هر دلیل ناچار هستید وارد اتاق پر از دود شوید، ابتدا مطمئن شوید جانتان به خطر نخواهد افتاد .

۶. قبل از فرار از اتاقی که درب آن بسته است، در را لمس نمایید. اگر داغ باشد از خروجیهای دیگر استفاده کنید.

۷. اگر در ساختمان آتش گرفته گرفتار شده اید فوراً به اتاقی که دارای پنجره است بروید و درب را ببندید. سپس پتو یا فرش را طوری زیر درب قرار دهید که دود وارد اتاق نشود و آنگاه، از طریق پنجره، تقاضای کمک کنید.

۸. اگر دود، حرارت یا شعله های آتش مسیرهای خروجی شما را مسدود کرده است درب را ببندید و در اتاق بمانید. تنها با استفاده از پارچه سفید از طریق پنجره کمک بخواهید. اگر در اتاق تلفن وجود دارد با اداره آتش نشانی تماس بگیرید و موقعیت خود را خبر دهید.

۹. زمانی که در جریان حریق واقع می شوید، با حفظ خونسردی تمام تهویه های ساختمان را خاموش کنید تا به این ترتیب از ورود اکسیژن به داخل ساختمان جلوگیری شود.

۱۰. در صورت امکان فوراً مواد سالم و قابل استفاده را از محل خارج کنید.

۱۱. امدادگران و یا افرادی که در جریان حریق واقع شده اند باید لباسهای دارای الیاف مصنوعی و پلاستیکی را از خود دور کنید.

۱۲. در فرو نشاندن آتش سوزی سوخته های نفتی از آب استفاده نکنید.

۱۳. شیء مشتعل را حرکت ندهید. شعله را با شن، نمک، پتوی نمناک یا پوششهای دیگر خفه کنید.

● نکات ایمنی بعد از وقوع آتش سوزی و نجات مصدوم از اتاق پر دود:

۱. ابتدا مطمئن شوید برای نجات مصدوم، جان خود را به خطر نمی اندازید.

۲. طناب نجات را به کمر خود ببندید و آن را به دست یکی از حاضران بدهید.

۳. روشی از نشانه های قراردادی بین خود و کسی که طناب را در دست دارد برقرار کنید تا زمانی که علامت دادید شما را بیرون بکشد. بهترین روش این است که طناب را به صورت دائم در حالت کشیده نگه دارید و در هنگام خطر، آن را شل کنید تا فرد متوجه خطر شود و شما را بیرون بکشد.

توجه:

بستن دستمال خیس به دور دهان و بینی باعث محافظت شما در برابر گاز یا دودهای سمی خواهد شد.



۴. برای نجات جان مصدوم از اتاق آتش گرفته ای که درب آن بسته است باید قبل از ورود، با لمس درب اتاق، حرارت را بسنجید. اگر داغ باشد وارد اتاق نشوید و اگر داغ نباشد، قبل از ورود به اتاق چند نفس عمیق بکشید تا ریه خود شما پر اکسیژن شود. سپس با شانه خود از پهلو به درب، ضربه بزنید. آن را باز کنید و در همین حال صورت خود را برگردانید. اتاق ممکن است پر از هوای سوخته فشرده باشد و احتمال دارد هر لحظه انفجاری رخ دهد. اگر دود کاملاً متراکم باشد روی زمین سینه خیز بروید؛ زیرا با توجه به اینکه هوای داغ بالا می رود، ممکن است لایه ای از هوای تمیز در کف اتاق وجود داشته باشد .

۵. مصدوم را بگیرید و با توجه به رعایت تمام جنبه های ایمنی به سرعت به سمت درب خروجی بکشید. لباس سوخته مصدوم را با استفاده از پتو، گلیم و یا کت خاموش کنید .

۶. اگر مصدوم هشیار باشد کاملاً از او مراقبت کنید؛ زیرا ممکن است، بر اثر نیم سوز شدن اشیای داخل اتاق، گاز منواکسید کربن در هوای اتاق پراکنده شده باشد و این امر بر هوشیاری مصدوم به تدریج تأثیر می گذارد .

۷. اگر تنفس مصدوم قطع شود بلافاصله تنفس مصنوعی را شروع کنید و سپس مصدوم را به بیمارستان برسانید .

۸. اگر مصدوم در پارکینگ بسته ای که ماشین یا موتور در آن روشن است گرفتار شده است، درب پارکینگ را باز کنید تا دود از پارکینگ خارج و هوای تازه به اندازه کافی وارد شود. نباید وارد چنین محل‌هایی شوید مگر آنکه مطمئن شوید خطری جان شما را تهدید نخواهد کرد .

● برنامه ریزی کنید و آماده باشید

آتش سوزی یکی از حوادثی است که بیش از هر حادثه طبیعی دیگر موجب مرگ می شود. با رعایت نکات ایمنی قبل، حین و بعد از وقوع آتش سوزی، می توانید خسارت‌های مالی و جانی حادثه را کاهش دهید. همراه با اعضای خانواده دور هم جمع شوید و در مورد چگونگی انجام اقدامات لازم به شرح زیر، قبل و هنگام وقوع آتش سوزی، با هم مشورت کنید .

آشکارگرهای دود (دستگاه‌های نشانگر دود) را خروج از هر اتاق خواب در جاهای دیگر محل اقامت خود نصب کنید و باتریهای جدید در دسترس داشته باشید .

■ آشکارگرهای جدید دود نصب شده اند؟

بلی / خیر

■ باتری خریداری شده است؟

بلی / خیر

آشکارگرهای دود را ماهی یک بار امتحان کنید. نموداری رسم کنید و بعد از انجام آزمایشهای هر دوره روی آن علامت بگذارید .

آشکارگرهای دود، کنترل شده است؟

بلی / خیر

به کپسول آتش نشانی خود توجه کنید. مطمئن شوید کپسول آتش نشانی به اندازه کافی پر شده است. از درجه یا دکمه آزمایش استفاده کنید. اگر فشار دستگاه کم یا دستگاه خراب است آن را تعویض و یا تعمیر کنید. در مورد نحوه استفاده از کپسول آتش نشانی آموزش ببینید و به اعضای خانواده نیز آموزش دهید .

کپسول آتش نشانی امتحان شده است؟

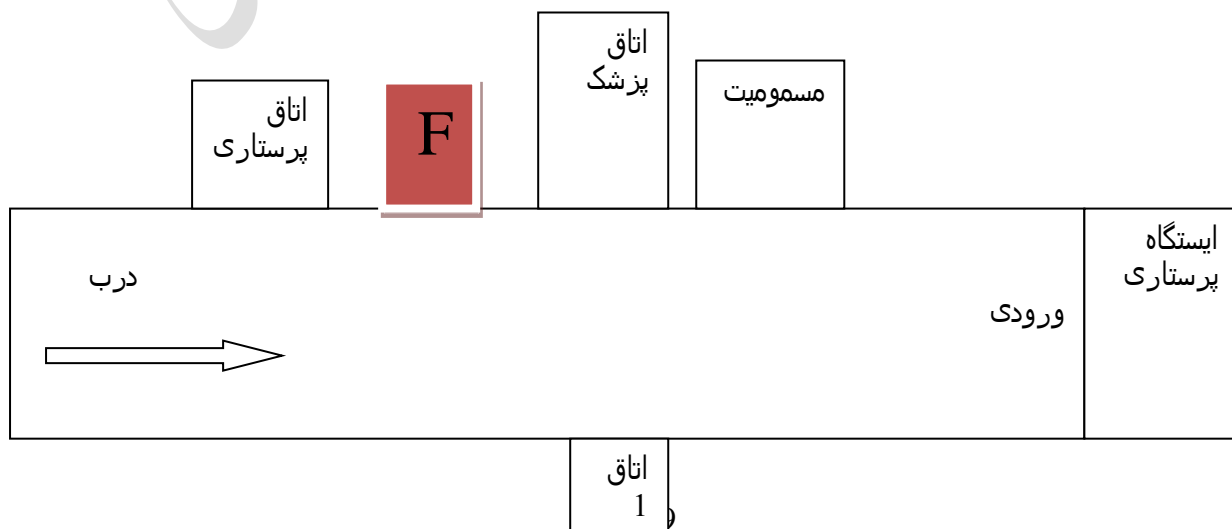
بلی / خیر

برای استفاده از کپسول آموزش دیده اید؟

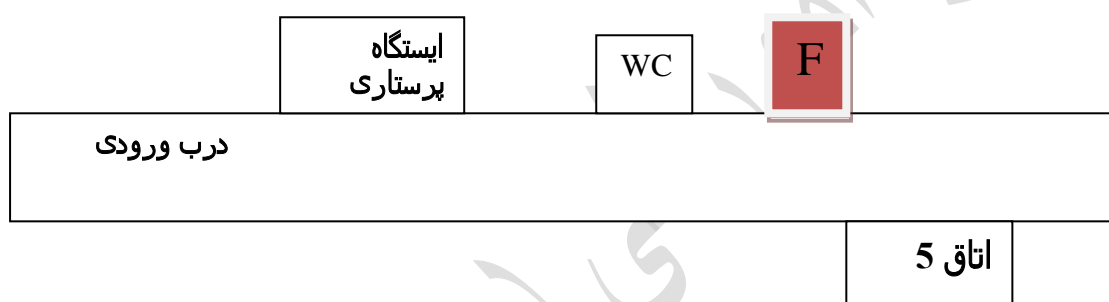
بلی / خیر

محل امن در خارج از خانه انتخاب کنید تا بعد از گریز از آتش، یکدیگر را در آنجا ببینید. تصمیم بگیرید خانواده به هنگام تخلیه کجا بروند. تمرین گریز از آتش را حداقل دو بار در سال انجام دهید. **سیستم** اطفای حریق در بیمارستان رازی :

در بخش اورژانس یک سیستم اطفای حریق با لوله کشی آب موجود می باشد که محل آن در قسمت راهروی اصلی اورژانس بعد از درب ورودی ما بین اتاق پرسنل پرستاری در سمت چپ داخل دیوار تعبیه شده است .



بخش ارولوژی: این بخش دارای سیستم اطفای حریق با لوله کشی آب می باشد در راهروی بخش بعد از ایستگاه پرستاری و سرویس بهداشتی بانوان در سمت چپ داخل دیوار تعبیه شده است



بخش دیالیز :

تنها بخشی است که دارای سیستم الکترونیکی اعلام حریق می باشد ولی متاسفانه دارای سیستم اطفای حریق نمی باشد .

تمامی بخش های بیمارستان رازی مجهز به کپسول اطفای حریق CO<sub>2</sub> بوده که بطور مداوم مورد بازبینی مسیولین تاسیسات جهت اطمینان از کارکرد آنها قرار می گیرند .



# رعایت حجاب در مراکز آموزشی

## رعایت حجاب در مراکز آموزشی درمانی

فلسفه حجاب چیست؟

پوشش زن در اسلام به این معنا است که، زن در معاشرت با مردان بدن خود را بپوشاند و از جلوه‌گری و خودنمایی خودداری کند. بنابراین؛ لزوم حجاب از سوی اسلام در حقیقت برای حفظ کرامت زن است تا مورد بهره‌برداری هوسبازان، قرار نگیرد.

درست است که حجاب، در ظاهر محدودیت زن را نشان می‌دهد؛ اما واقع و روح مسئله، حکایت از محدودیت کامیابیها به محیط خانوادگی و همسران مشروع و همچنین سلامت جامعه و حفظ آن از لجنزار فساد است. به طور کلی؛ فلسفه حجاب از چهار جهت قابل بررسی است: آرامش روانی؛ زیرا آزادی معاشرتهای بی‌بند و بار، هیجانها و التهابهای جنسی را زیاد می‌کند. از سوی دیگر، گزینه جنسی نیز گزینه‌ای نیرومند است که هر چه بیشتر اطاعت شود، سرکش‌تر می‌شود. افزون بر این، تقاضای نامحدود، خواه ناخواه انجام نشدنی است و دست نیافتن به آنها منجر به اختلالات روحی و روانی می‌شود. لذا اسلام راه فساد جامعه را از سرچشمه می‌بندد. یعنی نگاه که اولین واسطه ارتباط زن و مرد است، باید کنترل شود. لزوم پوشیدگی زن در برابر مرد بیگانه یکی از مسائل مهم اسلامی است. در قرآن کریم درباره این مطلب تصریح شده است. خداوند در سوره نور آیه 31 می‌فرماید:

به زنان مومنه بگودیدگان خویش فرو خوابانند و دامن‌ها حفظ کنند. این برای شما پاکیزه‌تر است. خداوند به آنچه می‌گوید آگاه است.

این آیه بیانگر این مساله است که زنان باید پوشش داشته باشند و زیور خود را بر دیگران آشکار نسازند و در صدد تحریک و جلب توجه مردان بر نیایند.

### پرسنل درمان و آموزش پزشکی موظف است به:

- رعایت پوشش کامل بر اساس ضوابط و مقررات جاری کشور می‌باشد.
- رعایت پوشش یونیفرم بر اساس شاخص‌ها استاندارد (اعم از روپوش، شلوار، مقنعه کفش و جوراب برای خانم‌ها) و روپوش و شلوار و کفش و جوراب برای آقایان) از نظر ترکیب، ظاهر، رنگ برابر شاخص‌های موجود مراکز آموزشی، درمانی تابعه می‌باشند.

رعایت پوشش کامل بر اساس شاخصهای بهداشتی و درمانی و رعایت کنترل عفونت بیمارستانی با توجه به بخش، واحد و مکان فعالیت خود هستند. اعم از اتاقهای عمل، بخش های ویژه، اتاق های ایزوله و.... شایان ذکر است پوشاندن کامل موی سر خانم ها، کوتاه بودن ناخنها، ممنوعیت استفاده از زیور آلات و لوازم آرایشی، سایز مناسب یونیفرم از نظر گشادی، بلندی قد، نظافت و آراستگی در سطوح مراکز آموزشی برای کلیه پرسنل رده ها اعم از خانم ها و آقایان و بویژه دانشجویان پزشکی پرستاری مامایی، پیراپزشکی الزامیست. و بدیهی است نظارت و کنترل مستمر و برخورد با افراد خاطی جزء برنامه های معاونت درمان خواهد بود. و فعالیت کمیته های داخلی بیمارستانی بر اساس مستندات مورد تاکید قرار می گیرد.



## مدیریت پسماندهای بیمارستانی

ضوابط و روشهای مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته

## فصل اول - اهداف

ماده 1 - اجرای این ضوابط در جهت دستیابی به اهداف زیر است

- الف- حفظ سلامت عموم و محیط زیست در مقابل اثرات نامطلوب پسماندهای پزشکی
- ب- اطمینان از مدیریت اجرایی مناسب و ظابطه مند پسماندهای پزشکی .
- پ- ایجاد رویه ای مناسب و ظابطه مند برای تولید ، حمل ، نگهداری ، تصفیه ، امحا و دفع پسماندهای پزشکی

### فصل دوم - تعاریف

ماده 2 - عبارات و اصطلاحات زیر در معانی مشروح مربوط به کار می روند :

- الف- قانون مدیریت پسماندها منظور قانون مدیریت پسماندها - مصوب 1382 - می باشد
- ب- سازمان : سازمان حفاظت محیط زیست
- پ- وزارت : وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
- ت- پسماندهای پزشکی ویژه : به کلیه پسماندهای عفونی و زیان آور ناشی از بیمارستانها ، مراکز بهداشتی درمانی ، آزمایشگاههای تشخیص طبی ، و سایر مراکز مشابه که به دلیل بالا بودن حداقل یکی از خواص خطرناک از قبیل سمیت ، بیماری زا، قابلیت انفجار یا اشتعال ، خوردگی و مشابه آن که به مراقبت ویژه ( مدیریت خاص ) نیاز دارند ، گفته می شود .
- ث- چهار دسته اصلی پسماند پزشکی 1- پسماند عفونی 2- پسماند تیز و برنده 3- پسماند شیمیایی و دارویی 4- پسماند عادی
- ج- بی خطر سازی : اقداماتی که ویژگی خطرناک بودن پسماند پزشکی را رفع نماید .
- چ- سایر تعاریف مندرج در این ضوابط همان تعاریف قانون و آئین نامه اجرایی مدیریت پسماندها خواهد بود .

### فصل سوم - حدود و اختیارات

- ماده 3 - وزارت ، مسئول نظارت بر اجرای ضوابط و روشهای مصوب می باشد .
- ماده 4 - اجرای ضوابط و روشهای مصوب برای کلیه اشخاص حقیقی و حقوقی که پسماندهای پزشکی را در هر شکلی تولید ، تفکیک ، جداسازی ، جمع آوری ، دریافت ، ذخیره ، حمل ، تصفیه ، دفع و یا مدیریت می نمایند الزامی است .
- ماده 5 - مدیریت های اجرایی پسماند موظفند براساس معیارها و ضوابط وزارت ترتیبی اتخاذ نمایند تا سلامت ، بهداشت و ایمنی عوامل اجرایی تحت نظارت آنها تامین و تضمین شود .
- ماده 6 - تولید کنندگان پسماند موظفند در جهت کاهش میزان تولید پسماند برنامه عملیاتی داشته باشند .
- ماده 7 - کلیه اشخاص حقیقی و حقوقی که مبادرت به تاسیس مرکز درمانی اعم از بیمارستان ، درمانگاه و کلینیک می نمایند ، موظفند برنامه مدیریت اجرایی پسماند واحد یاد شده را به تأیید وزارت برسانند .
- ماده 8 - پسماندهای پزشکی ویژه بر اساس تعریف مندرج در قانون ، تا قبل از زمانی که تبدیل به پسماند عادی شوند ، به عنوان پسماند ویژه محسوب میگردند .

فصل چهارم - طبقه بندی پسماندهای پزشکی

ماده 9- طبقه بندی پسماندهای پزشکی به شرح زیر می باشد .

الف- عادی ( شبه خانگی )

ب- پسماندهای ناشی از مراقبت های پزشکی ( پسماندهای پزشکی ویژه )

در جدول پیوست شماره (1) که به مهر(( پیوست تصویب نامه هیئت وزیران )) تأیید شده است ، فهرست شرح تفصیلی این پسماندها ارائه شده است .

فصل پنجم - تفکیک ، بسته بندی و جمع آوری

ماده 10 - کلیه مراکز تولید کننده پسماند پزشکی اعم از بیمارستانها ، درمانگاهها ، مراکز بهداشت ، آزمایشگاهها ، مراکز تزریق ، رادیولوژی ، دندانپزشکی ها ، فیزیوتراپی ها ، مطب ها و سایر مراکز تولید پسماند پزشکی ( موظفند در مبداتولید پسماندهای عادی و پسماندهای پزشکی ویژه خود را با رعایت موارد زیر جمع آوری ، تفکیک و بسته نمایند .

ماده 11- به منظور مدیریت بهینه پسماند ، مراکز تولید کننده پسماند پزشکی ( اعم از بیمارستانها ، درمانگاهها ، مراکز بهداشت ، آزمایشگاهها ، مراکز تزریق ، رادیولوژی ها ، دندانپزشکی ها ، فیزیوتراپی ها ، مطب ها و سایر مراکز تولید پسماند پزشکی ) موظفند اقدامات زیر را انجام دهند .

الف- ترجیح بر استفاده از کالاهایی با تولید پسماند کمتر و غیر خطرناک ( درمورد پسماندهای عادی ( شبه خانگی )

بیمارستانی ، کالاهایی با تولید پسماند قابل بازیافت )

ب- مدیریت و نظارت مناسب بر مصرف

پ جداسازی دقیق پسماند عادی از پزشکی ویژه در مبداء تولید پسماند

ت- ترجیح بر استفاده از محصولات کم خطر تر به جای PVC استفاده از رنگهای کم خطر تر به جای رنگهای با پایه فلزی  
ث- اولویت استفاده از :

1- پاک کننده های زیست تجزیه پذیر

2- مواد شیمیایی ایمن تر

3- استفاده از مواد با پایه آب به جای مواد با پایه حلال

ماده 12- هر واحد باید برنامه عملیاتی مدیریت پسماند پزشکی ویژه خود را تهیه و در صورت مراجعه نمایندگان سازمان با وزارت ارائه دهد .

ماده 13- تولید کنندگان پسماند پزشکی موظفند پسماندهای تولیدی خود را شناسایی و آمار تولید را به تفکیک (( عفونی )) تیزئ برنده (( شیمیایی - دارویی )) و \* عادی \* به صورت روزانه ثبت نمایند .

ماده 14- تولید کنندگان باید پسماندهای پزشکی ویژه را به منظور اطمینان از حمل و نقل بی خطر ، کاهش حجم پسماندهای پزشکی ، ویژه ، کاهش هزینه های مدیریت پسماند و بهینه سازی و اطمینان از امحاء از جریان پسماندهای عادی مجزا نمایند تبصره - تفکیک انواع مختلف پسماندهای پزشکی بر حسب چهار دسته اصلی از یکدیگر ضروری است

ماده 15- کلیه پسماندهایی که روش امحای آنها یکسان می باشند نیاز به جداسازی و تفکیک از یکدیگر ندارند

ماده 16 - پسماندهای حاوی فلزات سنگین خطرناک باید به طور جداگانه تفکیک شود

ماده 17- در صورت مخلوط شدن پسماند عادی با یکی از پسماندهای عفونی ، شیمیایی ، رادیو اکتیو و نظایر آن خارج کردن آن ممنوع است .

ماده 18- پسماندهای پزشکی بفاصله پس از تولید باید در کیسه ها ، ظروف یا محفظه هایی قرار داده شوند که شرایط مندرج در این بخش را دارا باشند .



تبصره - در صورتی که از روش اتوکلاو برای تصفیه پسماند استفاده می شود لازم است که کیسه پلاستیکی پسماندهای عفونی و **Safety Box** قابل اتوکلاو کردن باشد .

ماده 19 - بسته بندی پسماند پزشکی ویژه باید به گونه ای صورت پذیرد که امکان هیچ گونه نشت و سوراخ و پاره شدن را نداشته باشد

تبصره - از آنجایی که بسته های حاوی پسماند ، معمولاً "حجم زیادی را اشغال می کنند ، این بسته ها نباید پیش از تصفیه یا دفع فشرده شوند

ماده 20 - اعضا و اندام های قطع شده بدن و جنین مرده طبق احکام شرع جمع آوری و تفکیک می گردد

ماده 21 - پسماندهای تفکیک شده باید در ظروف و کیسه هایی به جدول شماره (1) پیوست شماره (3) که به مهر ((پیوست تصویب نامه هیئت وزیران)) تائید شده است نگهداری شوند

ماده 22 - کلیه پسماندهای تیز و برنده باید در ظروف ایمن ( Safety Box ) جمع آوری و نگهداری شود که این ظروف باید دارای ویژگیهای زیر باشند

الف- به آسانی سوراخ یا پاره نشوند

ب- بتوان به آسانی درب آن را بست و مهر موم نمود

پ- دهانه ظرف باید به اندازه ای باشد که بتوان پسماند را بدون اعمال فشار دست ، در ظروف انداخت و خارج کردن آنها از ظرف ممکن نباشد .

ت- پس از بستن درب از عدم خروج مواد از آن اطمینان حاصل شود

ث- دیوارهای ظرف نفوذ ناپذیر باشد و سیالات نتوانند از آن خارج شوند .

ح- حمل و نقل ظرف آسان و راحت باشد .

ماده 23 - از کیسه های پلاستیکی برای جمع آوری و نگهداری پسماندهای تیز و برنده استفاده نشود .

ماده 24 - دستگاه متراکم کننده و فشرده ساز و خرد کننده نیابستی در مورد پسماندهای پزشکی استفاده شود مگر آنکه قبل از استفاده از دستگاه فوق همزمان ضد عفونی و یا بی خطر سازی پسماندها انجام شود .

ماده 25 - کیسه های پلاستیکی حداقل باید دارای ویژگیهای زیر باشند

الف- برای جمع آوری و نگهداری پسماندهایی غیر از پسماندهای تیز و برنده استفاده شوند .

ب- بیش از دو سوم ظرفیت آنها پر نشوند تا بتوان درب آنها را به خوبی بست

پ- با منگنه و یا روشهای سوراخ کننده دیگر بسته نشوند

ماده 26 - ظروف با دیواره های سخت حداقل باید دارای ویژگیهای زیر باشند

الف- در برابر نشت ، ضربه های معمولی و خوردگی مقاوم باشند

ب- باید پس از هر بار استفاده بررسی و کنترل شود تا از تمیز بودن ، سالم بودن و عدم نشت اطمینان حاصل شود

پ- ظروف معیوب نیابستی مورد استفاده مجدد قرار گیرد .

ماده 27 - مایعات محصولات خونی و سیالات بدن نباید در کیسه های پلاستیکی ریخته و حمل شوند مگر آنکه در ظروف یا کیسه های مخصوص باشند .

ماده 28 - جنس ظروف نگهداری پسماند باید باروش تصفیه یا امحا سازگاری داشته باشد همچنین ظروف پلاستیکی باید از پلاستیکهای فاقد ترکیبهای هالوژن ساخته شده باشند .

ماده 29 - پسماندهای سیتوتوکسیک باید در ظروف محکم و غیر قابل نشت نگهداری شوند

ماده 30 - پسماندهای پزشکی باید پس از جمع آوری در ظروف و کیسه های شرح داده شده در جدول شماره (1)

پیوست شماره (3) که به مهر (( پیوست تصویب نامه هیئت وزیران )) تایید شده است . برای نگهداری و حمل در داخل سطل

با رنگهای مشخص قرار داده شوند این سطرها در صورتیکه قابل استفاده مجدد باشند باید پس از هر بار خالی شدن شسته و ضدعفونی شوند .

تبصره - جهت رفع آلودگی و گندزدایی از سطرها ، از روشهای زیر استفاده می شود :

الف- شستشو با آب داغ حداقل 83 درجه سانتیگراد ( 180 درجه فارنهایت به مدت حداقل 15 ثانیه .

ب- گندزدایی با مواد شیمیایی زیر به مدت دست کم سه دقیقه

1- محلول هیپوکلریت 500 PPM کلر قابل دسترس

2- محلول فنل 500 PPM عامل فعال

3- محلول ید 100 PPM ید قابل دسترس

4- محلول آمونیم کواترنری 400 PPM عامل فعال

5- سایر مواد گندزدایی دارای مجوز با طیف متوسط

ماده 31- از سطوح شیب دار نباید برای انتقال و جابه جایی پسماندهای عفونی استفاده نمود .

ماده 32- موسسه استاندارد و تحقیقات صنعتی ایران موظف است با همکاری وزارت و سایر دستگاههای اجرایی حسب مورد استانداردهای ماده ( 3 ) قانون و ماده ( 16 ) آیین نامه اجرایی قانون مدیریت پسماندها مربوط به پسماندهای پزشکی را ظرف سه ماه تهیه نماید .

ماده 33 - برچسب گذاری باید دارای ویژگیهای زیر باشد :

الف- هیچ کیسه محتوی پسماند نباید بدون داشتن برچسب و تعیین نوع محتوای کیسه از محل تولید خارج شود .

ب- کیسه ها یا ظروف حاوی پسماند باید برچسب گذاری شوند .

پ- برچسب در اثر تماس نباید به آسانی جدا یا پاک شود

ت- برچسب باید از هر طرف قابل مشاهده باشد .

ج - بر روی برچسب باید مشخصات زیر ذکر گردد .

1- نام نشانی و شماره تماس تولید کننده

2- نوع پسماند

3- تاریخ تولید و جمع آوری

4- تاریخ تحویل

5- نوع ماده شیمیایی

6- تاریخ بی خطر سازی

ماده 34- مسئولان حمل و نقل پسماند ، موظفند از تحویل گرفتن پسماندهای فاقد برچسب خودداری نمایند .

ماده 35- وقتی سه چهارم ظروف و کیسه های محتوی پسماند پزشکی ویژه پر شد باید پس از بستن آنها را جمع آوری نمود .

ماده 36- پسماندهای عفونی و عادی باید همه روزه ( یا در صورت لزوم چند بار در روز ) جمع آوری و به محل تعیین شده برای ذخیره موقت پسماند حمل شوند .

ماده 37- باید جای کیسه ها و ظروف مصرف شده بلافاصله کیسه ها و ظروفی از همان نوع قراردادده شود .

ماده 38- سطل های زباله پس از خارج کردن کیسه پر شده پسماند ، بلافاصله شستشو و گندزدایی شوند .

#### فصل ششم - نگهداری

ماده 39- نگهداری پسماندهای پزشکی باید جدا از سایر پسماندهای عادی انجام شود .

ماده 40- محل ذخیره و نگهداری موقت باید در داخل مرکز تولید زباله طراحی شود

ماده 41- جایگاه نگهداری پسماند باید دارای شرایط زیر باشد :

- الف- پسماندهای پزشکی باید در محل به دور از تاثیر عوامل جوی نگهداری شوند و وضعیت کلی بسته بندی یا ظرف آنها در برابر شرایط نا مساعد آب و هوایی مثل باران ، برف ، گرما ، تابش خورشید و نظایر آن محافظت شود .
- ب- جایگاههای نگهداری پسماندها باید به گونه ای ساخته شوند که نسبت به رطوبت نفوذ ناپذیر بوده و قابلیت نگهداری آسان با شرایط بهداشتی مناسب را فراهم آورد .
- پ- جایگاههای نگهداری باید دور از محل خدمت کارکنان ، آشپزخانه ، سیستم تهویه و محل رفت و آمد پرسنل ، بیماران و مراجعان باشد .
- ت- ورود و خروج حشرات جوندگان ، پرندگان و ... به محل نگهداری و پسماندها ممکن نباشد .
- ث- محل نگهداری پسماند باید دارای تابلو واضح و گویا باشد .
- ج- محل نگهداری نباید امکان فساد گندیدن یا تجزیه زیستی پسماند را فراهم کند
- چ- انبار داری این پسماند نباید به شیوه ای باشد که ظروف یا کیسه ها پاره و محتویات آنها در محیط رها شود .
- ح- امکان کنترل دما در انبار نگهداری و نیز نور کافی وجود داشته باشد .
- خ- سیستم تهویه مناسب با کنترل خروجی وجود داشته باشد سیستم تهویه آن کنترل شود و جریان هوای طبیعی از آن به بخشهای مجاور وجود نداشته باشد .
- د- امکان تمیز کردن و ضدعفونی محل و آلودگی زدایی وجود داشته باشد .
- ذ- فضای کافی در اختیار باشد تا از روی هم ریزی پسماند جلوگیری شود .
- ر- دارای سقف محکم و سیستم فاضلاب مناسب باشد .
- ز- دسترسی و حمل و نقل پسماند آسان باشد .
- س- امکان بارگیری با کامیون و وانت و سایر خودروهای باربری وجود داشته باشد
- ش- انبار دارای ایمنی مناسب باشد
- ص- محل بایستی مجهز به سیستم آب گرم و سرد و کف شوی باشد
- ض- چنانچه بی خطر سازی در محل اطاقک نگهداری تولید انجام می شود باید فضای کافی برای استقرار سیستم های مورد نظر در محل نگهداری پسماند فراهم باشد .

ماده 42- محل نگهداری برای واحدهای کوچک می تواند شامل سطلهای دارای سیستم حفاظتی واقع در یک محل امن باشد

ماده 43- محل نگهداری پسماند باید سیستم امنیتی مناسب و مطمئنی داشته و ورود و خروج پسماند با نظارت مسئول مربوطه صورت پذیرد و از ورود افراد غیر مسئول به آن جلوگیری به عمل آید تا امکان قفل کردن فراهم باشد (

ماده 44- بازدید از محل به منظور جلوگیری از نشت یا ایجاد عفونت توسط تولید کننده صورت پذیرد .

ماده 45- در صورت عدم وجود سیستم سرد کننده ، زمان نگهداری موقت ( فاصله زمانی بین تولید و تصفیه یا امحاء ) نباید از موارد زیر تجاوز کند .

الف- شرایط آب و هوایی معتدل : 72 ساعت در فصل سرد و 48 ساعت در فصل گرم

ب- شرایط آب هوایی گرم : 48 ساعت در فصل سرد و 24 ساعت در فصل گرم

ماده 46 - انواع پسماند های پزشکی ویژه باید جدا از یکدیگر در محل نگهداری شوند و محل نگهداری هر نوع پسماند باید با علامت مشخصه تعیین شود بخصوص پسماندهای عفونی ، سیتو توکسیک ، شیمیایی ، رادیواکتیو به هیچ وجه در تماس با یکدیگر قرار نگیرند .

فصل هفتم - حمل و نقل

ماده 47- حمل و نقل در واحد تولید کننده پسماند باید به صورت زیر صورت پذیرد :

الف- حمل پسماند در درون مرکز تولید پسماند به صورتی طراحی گردد که با استفاده از چرخ دستی یا گاری برای بارگیری و تخلیه آسان پسماند امکان پذیر باشد .

- ب- فاقد لبه های تیز و برنده باشد ، به گونه ای که کیسه ها با ظروف را پاره نکند .
- پ- شستشوی آن آسان باشد .
- ت- وسایل هر روز نظافت و ضدعفونی شوند .
- ث- از چرخ دستی پسماند برای حمل مواد دیگر استفاده نشود و نشت ناپذیر باشد
- ج- از سیستم پرتاب برای انتقال زباله به محل نگهداری استفاده نشود .
- ماده 48- تعویض وسیله حمل پسماند از انتهای بخش در بیمارستان برای انتقال به محل نگهداری موقت ضروری است .
- ماده 49- در واحدهایی که حجم تولید پسماند کم است مانند مطبها می توان از سطل زباله قابل شستشو ، غیر قابل نشت ، مقاوم و مجهز به کیسه های مقاوم برای حمل زباله استفاده شود .
- ماده 50 - تولید کننده پسماند می تواند حمل پسماند به محل امحا را از طریق قرارداد به شرکتهای صالح واگذار نماید نظارت بر حسن انجام کار برعهده تولید کننده منطبق با ماده ( 7 ) قانون مدیریت پسماندها خواهد بود .
- ماده 51- جابجایی ، حمل و نقل و بارگیری بسته ها و ظروف باید به گونه ای صورت پذیرد که وضعیت بسته بندی و ظروف ثابت مانده ودچار نشت پارگی ، شکستگی و بیرون ریزی پسماند نشوند .
- ماده 52- حمل و نقل فرامرزی پسماند ، تابع قوانین و ضوابط کنوانسیون بازل می باشد .
- ماده 53- بارگیری باید با شرایط زیر صورت پذیرد :
- الف- واحد امحاکننده از دریافت پسماندهای فاقد برچسب اکیدا "خودداری نماید .
- ب- کارگران باید در مراحل مختلف بارگیری و تخلیه مجهز به پوشش مناسب مطابق دستورالعمل ماده (5) قانون مدیریت پسماندها که توسط وزارت تدوین شده و به شرح پیوست شماره ( 1 ) که به مهر (( پیوست تصویبنامه هیئت وزیران )) تأیید شده است باشند .
- پ- کیسه ها و ظروف را می توان مستقیما" در خودرو قرارداد .
- ماده 54- خودرو حمل کننده پسماند باید دارای ویژگیهای زیر باشد :
- الف- كاملا" سر پوشیده باشد .
- ب- قسمت بار نفوذ ناپذیر و نشت ناپذیر باشد .
- پ- قسمت بار دو جداره بوده و دارای سیستم جمع آوری و نگهداری شیرابه باشد .
- ت- قسمت بار دارای سیستم ایمنی ، ضد حریق و ضد سرقت باشد .
- ث- بر روی بدنه خودرو در دو سمت و در سمت عقب ، نماد بین المللی نوع پسماند و نام شرکت حمل کننده و شماره مجوز خودرو درج شود .
- ج- از خودرو حمل پسماند برای حمل مواد دیگر یا پسماندهای عادی استفاده نشود
- چ- اندازه خودرو متناسب با حجم پسماند باشد .
- ح- امکان ضدعفونی کردن داشته باشد کف پوش خودرو از جنس فرش یا موکت نباشد و حتی امکان پوششی یکپارچه و بدون درز داشته باشد .
- د- در حین حمل و نقل در زمان عدم استفاده قسمت بار قفل شود .
- ماده 60- جابجایی و حمل و نقل پسماندهای تفکیک شده پزشکی ویژه با پسماندهای عادی ممنوع است .

#### فصل هشتم - بی خطر سازی - تصفیه و امحا

- ماده 61 - انتخاب روش بی خطر سازی و امحا ی پسماندهای پزشکی ویژه بستگی به عوامل مختلفی از جمله نوع پسماند ، کارایی روش ضدعفونی ، ملاحظات زیست محیطی و بهداشتی ، شرایط اقلیمی ، شرایط جمعیتی ، میزان پسماند و نظایر آن دارد .
- ماده 62 - هر تولیدکننده پسماند پزشکی ویژه میبایست یکی یا تلفیقی از روشهای بی خطر سازی ، تصفیه و امحارا انتخاب و پس از تأیید وزارت به اجرا گذارد .

ماده 63- مکان استقرار سیستم مورد استفاده در خصوص سیستم های متمرکز باید از نظر فنی و خروجی آلاینده ها به تائید سازمان برسد .

ماده 64- بی خطر سازی پسماندهای عفونی و تیز برنده توسط مراکز عمده تولید کننده پسماند پزشکی ویژه ( مانند بیمارستانها ) و در شهرهای متوسط و بزرگ باید در محل تولید انجام شود تا مخاطرات ناشی از حمل و نقل و هزینه های مربوطه به حداقل برسد در شهرهای کوچک و روستاها و مراکز کوچک ، پسماندها می توانند در سایت مرکزی بی خطر گردند .

ماده 65- سایر مراکز تولید پسماند پزشکی ویژه ( اعم از درمانگاهها ، مراکز بهداشت آزمایشگاهها، مراکز تزریق رادیولوژی ها دندانپزشکی ها ، فیزیوتراپی ها ، مطب ها و سایر مراکز تولید پسماند پزشکی ) می توانند در سایت های منطقه ای یا مرکزی ، زباله تولیدی را بی خطر نمایند و یا از امکانات بی خطر ساز بیمارستانهای مجاور استفاده نمایند .

ماده 66- تحویل پسماند به واحد های مرکزی تصفیه یا دفع فاقد مجوز ممنوع است .

ماده 67- واحدهای متمرکز بی خطر ساز پسماند باید از وزارت و سازمان مجوز دریافت نمایند .

ماده 68- مطابق ماده ( 7 ) قانون مدیریت پسماندها پس از تبدیل پسماند پزشکی ویژه به عادی ، ساز و کار مدیریت آن همانند پسماند عادی صورت میگیرد .

ماده 69- هر روش تبدیل پسماند پزشکی ویژه به عادی باید دارای ویژگیهای زیر باشد .

الف- دستگاه باید قابلیت غیرفعال سازی میکروبی اسپورهای باکتری ( Microbial inactivation efficacy ) به میزان حداقل تا ( 6 ) کاهش لگاریتمی در پایه ( 10 ) را داشته باشد . ( 6 Log )

ب- محصولات جانبی سمی یا خطرناک در حین بی خطر سازی تولید نگردند .

پ - خطر و احتمال انتقال بیماری و عفونت را حذف نمایند .

ت- مستندات مربوط به انجام فرایند و بررسی صحت عملکرد دستگاه وجود داشته باشد .

ث- خروجی هر روش بایستی برای انسان و محیط زیست بیخطر بوده و به راحتی و بدون انجام فرایند دیگری قابل دفع باشد .

ج- از لحاظ ایمنی دارای شرایط مناسب باشد و در کلیه مراحل کار ، ایمنی سیستم حفظ شود.

چ- مقرون به صرفه باشد .

ح- توسط جامعه قابل پذیرش باشد .

خ- از نظر بهداشتی و ایمنی برای کارکنان و ----- بی خطر باشد و یا حداقل خطر را ایجاد نماید .

د- در راستای عمل به تعهدات بین المللی کشور باشد .

ذ- کلیه روشهای مورد استفاده باید در قالب مدیریت پسماند به تایید مراجع صالح برسد

ر- در زمانهای اپیدمی و خاص وزارت ، معیار جدید و موقت متناسب با شرایط و حداقل تا ( 6 ) کاهش لگاریتمی در پایه ( 10 ) باکتریهای شاخص را اعلام می نماید .

ز- اعضا و اندامهای قطع شده بایستی مجزا جمع آوری و برای دفع به گورستان محل حمل شده و به روش خاص خود دفع گردد .

تبصره - ضوابط و معیارهای روشهای عمده تصفیه در پیوست شماره ( 2 ) که به مهر (( پیوست تصویب نامه هیئت وزیران )) تایید شده است خواهد بود .

ماده 70 - نصب هر گونه زباله سوز اعم از متمرکز و غیرمتمرکز در شهرها ممنوع است .

ماده 71- استقرار هرگونه سیستم تصفیه یا امحای مرکزی منوط به انجام مطالعات ارزیابی اثرات زیست محیطی خواهد بود .

ماده 72- با تغییر فناوری و روی کار آمدن فناوریهای نوع ، واحدهای تولیدکننده موظف به بررسی کارایی این فناوریها و در صورت تایید استفاده از آنها به جای روشهای قدیمی تر می باشند .

ماده 73 - این ضوابط به عنوان ضوابط جایگزین هر نوع ضابطه قبلی در این خصوص تلقی گردیده و در صورت وجود موارد مشابه ، این ضوابط معتبر و قابل اجرا می باشد .

#### تهیه کنندگان

- |                                |                         |
|--------------------------------|-------------------------|
| رئیس اداره بهبود کیفیت         | 1. زیبا فلاح طاهرپذیر   |
| مسئول بهداشت محیط              | 2. راشین عصار           |
| کارشناس کنترل عفونت            | 3. سولماز پورخانی       |
| رئیس کارگزینی                  | 4. مریم خداجو           |
| هماهنگ کننده ایمنی بیمار       | 5. سیده پیوند میر داودی |
| دبیر ارزیابی خطر حوادث و بلایا | 6. علی حق شناس          |
| کارشناس بهداشت حرفه ای         | 7. مریم دیده ور         |
| مسئول حقوق گیرندگان خدمت       | 8. زهرا اکبری پور       |