



فهرست کتابچه توجیهی

۱۴.....	رسالت بیمارستان نیکوکاراملش.....
۵.....	مقدمه
۶.....	املش مشفصات فرهنگی وبومی.....
۸.....	مشفصات بیمارستان نیکوکار.....
۱۰.....	نقشه سافتمان.....
۱۳.....	قوانین و مقررات استفدامی قوانین و مقررات استفدامی وپوشش.....
۲۱.....	مقوق گیرندگان.....
۲۹.....	ایمنی بیمار.....
۳۹.....	کنترل عفونت.....
۴۴.....	اطفاء مریق
۹۱.....	مدیریت فطر.....
۹۹.....	مدیریت بمران.....
۱۱۳.....	نمودار سازمانی



کتابچه توجیهی بدو ورود بیمارستان

نیکوکار املش



رسالت بیمارستان نیکوکار املش

بیمارستان نیکوکار املش با رسالت ارائه بهترین
خدمات درمانی تشخیصی مراقبتی و آموزشی
در محیطی آراه با پتانسیل موجود بر مبنای
استانداردهای اعتبار بخشی و اجرای صحیح طرح
تکریم ارباب رجوع حفظ کرامت انسانی راه اندازی
گردید

مقدمه

سلامتی رومی و جسمی افراد هر جامعه موفق و پویا از پیش نیازهای آن جامعه است. از این رو در هر جامعه‌ای ضرورت تدوین نظام سلامت و ایجاد نهادهای راهبر این نظام به منظور اجرای خدمات بهداشت، پیشگیری و درمان، بدیهی می‌نماید. در عین حال نظام سلامت به عنوان یکی از نظاماتی که زیر مجموعه نظام کلی آن جامعه تعریف می‌شوند، قرار می‌گیرد و از اهمیتی ویژه برخوردار است. مراکز درمانی، رکن مهم این نظام در ارائه خدمات هستند. در این بین بیمارستان‌ها در مرتبه اول ارائه خدمات تخصصی و مراقبتی درمانی هستند.

جهت دستیابی به کارآمدی در نظام سلامت، تدوین شاخص‌ها و تعریف استانداردهای مربوطه ضروریست تا بتوان بر اساس آنها ارزشیابی نمود و کارائی را سنجید. به واقع بهبود کیفیت خدمات و یافتن بهترین راه حل در برخورد با مسائل منوط به تدوین شاخص‌ها و استانداردها است تا در امتداد آن پویایی نظام سلامت استمرار یابد.

از طرفی تدوین استانداردها و شاخص‌های مناسب، نیازمند پژوهش و تمقیق و تجربه در همه سطوح است تا بهبود و پیشرفت نظام سلامت و کارایی هر چه بیش‌تر آن رقم بخورد.

استانداردهای اعتبار بخشی مراکز بهداشتی درمانی که توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ابلاغ گردیده است به عنوان یکی از معتبرترین مدل‌های ارزیابی مبتنی بر کیفیت و ایمنی شناخته می‌شود و نیز یک روش علمی، بروز، کارآمد و منطبق با ویژگی‌های بومی و ملی محسوب می‌شود.

نیروی انسانی در هر سازمان مهمترین و کلیدی‌ترین عامل ارزش‌آفرینی و کسب اهداف آن مجموعه می‌باشد، بنابراین آشناسازی کارکنان آن سازمان با شرایط عمومی و اختصاصی محل کار خود از مهمترین اقدامات در جهت نیل به این هدف می‌باشد.

از این رو با عنایت به استانداردهای اعتبار بخشی و به منظور اثرگذاری مطلوب بر سلامت، رضایت بیماران و همراهان و آشنایی بیشتر کارکنان جدیدالورود، مجموعه حاضر تدوین شده است تا با بکارگیری آن بتوان هر چه بهتر و دقیقتر، به امر بهداشت و درمان همت گماشت. امید است همه همکاران و دست اندرکاران گرامی ما را در پیاده سازی این برنامه یاری نمایند.

املش ویژگی های فرهنگی و بومی مردم منطقه"

شهرستان املش با مسامت تقریبی ۴۹۶ کیلومترمربع در فاصله ۷۵ کیلومتری شهرستان رشت و در ۱۳ کیلومتری شهرستان رودسر قرار دارد جمعیت شهرستان بالغ بر ۴۵ هزار نفر می باشد نام شهرستان املش در اصل ام و لش بوده است که (ام) به معنی (رو) دو (لش) به مهنی (راکد) می باشد.

آب و هوای املش بحلت قرار گرفتن در ارتفاعات سرسبز و بیلاعات، بسیا(مطبوع میباشد از مشاهیر شهر املش میتوان به: آیت اله میرزا حبیب اله املشی، شیخ بهاء الدین املشی، آیت اله شیخ ابومکارم ربانی املشی، شیخ اسماعیلی صوفی املشی، عمادالدین علوی غروری، افصح المتکلمین املشی و آیت اله شهید محمد مهدی ربانی املشی اشاره نمود.

املش در زمینه جاذبه های طبیعی دارای جایگاه ارزنده ای است و یکی از نه منطقه توریستی گیلان محسوب میشود. از مناطق زیبا و دیدنی شهرستان املش میتوان به استخر طبیعی و آبی (زربجار، پارک گلستان، دهکده های گردشگری هالی دشت و فصیب دشت و همچنین از برج تاریخی میل امام، برج تاریخی گرماور، قلعه معروف به شاه نشین، عمارت های خاندان صوفی و بقعه متبرکه روستای شکرپس، بقعه متبرکه روستای کشکولایه از جاذبه های تاریخی و مذهبی این منطقه به شمار میرود.

نقشه شهر املش





معرفی مرکز آموزشی درمانی نیکوکار املش

زمین این مرکز در شهرستان املش توسط یک فرد خیر بنام آقای نیکوکار که پزشک ایرانی مقیم ژنو سوئیس می باشد جهت ساخت بیمارستان اهدا شد این مرکز ۳۲ تفوا به در سال ۱۳۸۸..... شروع به ساخت و در تاریخ ۱۳۹۳. ساخت آن به پایان رسید ابتدا در آذر سال ۱۳۹۳ فقط بخش اورژانس آن افتتاح شد و در سال ۱۳۹۴ بخشهای شروع به کار کرد مکان آن در فیابان واقع گردیده این بیمارستان در دو طبقه و به متر اژ ۳۳۰۰ متر مربع ساخته شد متراژ فضای سبز آن این بیمارستان عمومی شامل بخشهای اورژانس بخش زنان و زایمان بخش اطفال بخش جراحی بخش دیالیز و اتاق عمل و بخش CCU و بخش داخلی می باشد.

"امکانات پاراکلینیک موجود در این مرکز"

آزمایشگاه- رادیولوژی- تست ورزش- اکو

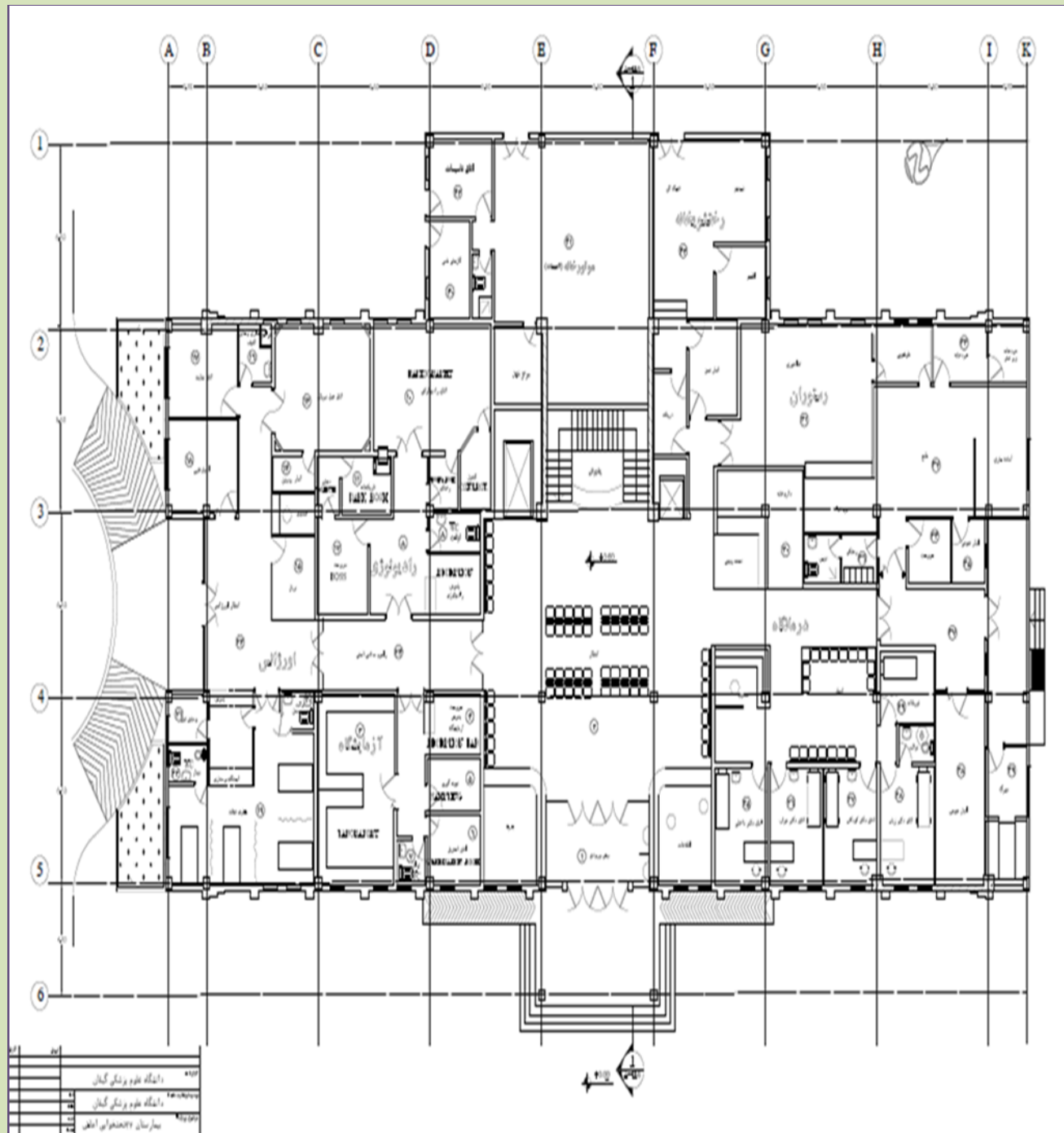
درمانگاهای تخصصی"

گوش و مقلق و بینی ENT، عفونی - قلب - ارتوپدی - زنان - اطفال - روانپزشکی - مغزو اعصاب

مشخصات بیمارستان نیکوکار

نام بیمارستان	نیکوکار
نوع بیمارستان	عمومی
فضای بنای ایجاد شده	3300 متر مربع
فضای پیرامون	10000 متر مربع
نوع مالکیت	موقوفی
نوع فعالیت	درمانی
کد پستی	۴۴۹۵۱۵۸۱۴۹
سازمان متبوع	دانشگاه علوم پزشکی گیلان
سال بهره‌برداری	1393
تفت مصوب	۳۲
تفت فعال	0
افتتاح بخش اورژانس	۱۳۹۴/۹/۱۴
افتتاح بخش دافلی	۱۳۹۴/۷/۳
افتتاح بخش دیالیز	۱۳۹۴/۷/۱
افتتاح بخش اطفال	۹۸/۷/۲۲
افتتاح بخش انکولوژی	۱۳۹۶/۱۲/۱
افتتاح بخش زنان و زایمان	
افتتاح اتاق عمل	۹۹/۱۱/۲۲

نقشه ساختمان طبقه همکف



نقشه ساختمان طبقه اول



نقشه ساختمان طبقه دوم



قوانین و مقررات استخدامی قوانین و مقررات

استخدامی و پوششش



کارمند: فردی است که براساس ضوابط ومقررات مربوط، به موجب مکم ویاقرارادامقام صلاحیت دارد درموسسه به خدمت پذیرفته شود.

استفداه: عبارت است از به کارگیری شفص مقیقی به صورت رسمی یاپیمانی یاقراردادی طبق ضوابط ومقررات مندرج دراین آئین به منظورخدمت درموسسه.

مکم سازمانی: عبارت است از دستورکتابی مقامات صلاحیت دارموسسه که بارعایت مفاداین آئین نامه به منظوراستفداه اشفاص مقیقی صادرشده باشد.

انتصاب: به کارگماردن کارمنددرپست سازمانی براساس شرایط امراز،لیاقت، شایستگی وضوابط پیشنهادی معاونت توسعه مدیریت ومنابع وزارت متبوع مصوب هیات امناء.

انتقال: عبارت است ازجابجایی محل خدمت کارمندباصدورمکم رسمی به وامدهای تمت پوشش موسسه یا بهمنظوراشتغال درسایرموسسه ها ووامدهای وابسته به وزارت بهداشت،درمان وآموزش پزشکی ویاسایردستگاه های دولتی ونهادهای عمومی غیردولتی بامفظ سوابق خدمت.

تعلیق: ناظربروضعیت کارمندی است که طبق مکم مقامات صلاحیت دارتاتعیین تکلیف وی،به موجب امکام دادگاه ویآراءمراجع قانونی ذی صلاح به طورموقت ازادامه خدمت درموسسه محروم شده باشد.

استعفاء: عبارت است ازارائه درفواست معافیت ازادامه خدمت درموسسه توسط کارمند.

افراج: عبارت از آن است که کارمنددراجرای امکام هیات های رسیدگی به تفلفات اداری یاآراء قانونی مراجع ذیصلاح به خدمت وی درموسسه به طوردائم فائمه داده شود.

مرفعی استعلاجی: عبارت از آن است که کارمند در صورت ابتلاء به بیماری یا زایمان که مانع از انجام خدمت وی باشد، از مرفعی استعلاجی استفاده کند.

بازفریدی: عبارت از آن است که رابطه استخدامی کارمند با موسسه قطع و سوابق خدمت دولتی آنان بازفرید شود

پست سازمانی: عبارت از مملی است که در سازمان ها ، وزارتخانه ها و موسسات دولتی به طور مستمر برای یک شغل و ارجاع آن به یک مستخدم در نظر گرفته شده ، اعم از اینکه دارای متصدی یا بدون متصدی باشد.

مقوق و مزایا:

نظام پرداخت کارمندان موسسه بر اساس ارزشیابی عوامل شغل و شاغل و سایر ویژگی های مذکور در مواد آتی خواهد بود. امتیاز حاصل از نتایج ارزشیابی عوامل مذکور در این فصل ضرب در ضریب ریالی سالیانه ، مبنای تعیین مقوق و مزایای کارمندان قرار می گیرد.

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

تأخیر و تعجیل: تأخیر عبارت است از زمان شروع بکار ساعت ۷:۳۰ کارمند تأخیر داشته باشد بطور مثال ساعت ۸ بدون نوشتن پاس ساعتی و دلیل موجه دستگاه زمان تأخیر در ورود را نشان می دهد.

تعجیل عبارت است اینکه کارمند در رفتن از سرکار زمان تعیین شده را رعایت نکند و دستگاه زمان تعجیل در خروج را نشان میدهد

نمونه استفاده از پاس ساعتی : ماده ۷۶ - کارمندان موسسه می توانند از مرفعی کمتر از یک روز که جزیی از مرفعی استمقاق می باشد، استفاده کنند. حداکثر مرفعی ساعتی به میزان نصف ساعت کاری روزانه است. در صورت استفاده بیش از مدت ذکر شده، یک روز مرفعی استمقاقی محاسبه می شود.

ماده ۷۷ - تعطیلات رسمی بین مرفعی های استمقاقی جزء مرفعی محسوب نمی شود.

ماده ۷۱ - کارمندان رسمی و پیمانی موسسه سالی ۳۰ روز حق مرفعی کاری با استفاده از حقوق و مزایای مربوط را دارند. حداکثر نیمی از مرفعی کارمندان در هر سال قابل ذخیره شدن است.

ماده ۷۲ - کارمندان می توانند به هر میزان از ذخیره مرفعی استمقاقی خود پس از موافقت مسئول مربوط استفاده نمایند

مرفعی اضطراری : ماده ۷۴ - به منظور تمکیم و تکریم نهاد خانواده، کارمندان موسسه در موارد ذیل حق بر فور داری از ۷ روز مرفعی اضطراری علاوه بر سقف مرفعی استمقاقی سالانه را دارند مرفعی مذکور قابل ذخیره یا بازفریدن می باشد

الف) ازدواج دائم کارمند

ب) ازدواج فرزند کارمند

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

ماده ۷۵ - کارمندان اعم از قراردادی، پیمانی، رسمی آزمایشی و رسمی که به مع تمتع مشرف می شوند مجاز خواهند بود فقط یک بار از یک ماه مرفعی تشویقی استفاده نمایند که جزء مرفعی استمقاقی منظور نخواهد شد.

مرفعی استعلاجی ماده ۷۹ - کارمندان موسسه در صورت ابتلاء به بیماری که مانع از انجام خدمت شود تا ۳ روز باگواهی پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد موسسه و ماژاد بر ۳ روز تا سقف ۴ با تأیید شورای پزشکی، می توانند از مرفعی استعلاجی استفاده نمایند.

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

دستور العمل مرفعی بدون حقوق بدون محدودیت زمان:

ماده ۱: مرفعی بدون حقوق بدون محدودیت زمان، موافقت موسسه با تقاضای کارمندان جهت استفاده از مرفعی بدون حقوق خارج از محدودیت های زمانی مندرج در ماده ۷۸ 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 ۳: بهره مندی از مرفعی بدون حقوق بدون محدودیت زمان منوط به استفاده از کلیه مرفعی های استحقاقی ذخیره شده فرد می باشد.

تبصره ۳- کارمندان موسسه که همسر ایشان جهت مأموریت یا ادامه تمصیل اعزام می شوند، می توانند حداکثر به ۶ مدت سال (بدون محاسبه مرفعی بدون حقوق استفاده شده قبلی) از مرفعی بدون حقوق استفاده نمایند.

قوانین و مقررات انضباطی بیمارستان

ساعت کار نیروهای پرستاری:

صبح کار ۷:۳۰ الی ۱۴:۳۰

عصر کار ۱۳:۳۰ الی ۲۰:۳۰

شب کار ۱۹:۳۰ الی ۸:۳۰ صبح روز بعد

ساعت کار کار اداری:

۱۵:۰۷ الی ۱۴:۴۵

* **استفاده از پاس ساعتی** فقط در موارد ضروری و با اطلاع سوپروایزر و سرپرستار بخش یا مسوول و امد امکان پذیر می باشد و برگه پاس باید دارای امضای سوپروایزر و مهر خدمات پرستاری باشد

* **برای استفاده از مرفعی استعلاجی** باید بلافاصله مرفعی استعلاجی به اطلاع سر پرستار بخش یا مسوول مافوق (سازنده شود و سپس به تایید پزشک معتمد بیمارستان و در صورت لزوم به تایید سایر مراجع ذیصلاح نیز برسد

استانداردهای ملی پوشش بیماران و کارکنان

به منظور حفظ مریم شفصی و کرامت انسانی، رعایت ضوابط عرفی و اجتماعی، حفظ سلامت و ایمنی کارکنان و بیماران، ایجاد تصویر مثبت از اخلاق مرفه‌ای و شناسایی سریع پرسنل در محیط کار، دستورالعمل استانداردهای پوشش افراد در مؤسسات پزشکی تصویب گردیده است که به شرح ذیل می باشد:

الف) کلیات

۱- در اجرای مواد این دستورالعمل رعایت مفاد راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت بیمارستان الزامی است.

۲- لباس فرم کارکنان آموزشی و بهداشتی درمانی (روپوش، شلوار، کفش و جوراب) (استفاده از مقنعه برای پرسنل خانم الزامی است) می باشد.

۳- لباس بیمار بستری شامل پیراهن و شلوار (در لباس فرم بیماران خانم استفاده از روسری الزامی است) می باشد

۴- ضرورتاً در تمام مسیرهای جابجایی بیماران (خصوصاً بیماران مؤنث) در داخل یا بین بخش ها، شغل بلند و گشاد به پوشش بیماران افزوده می شود.
(ب)

۵- لباس بیمار بستری باید حداقل این ویژگی ها را تأمین کند: شناسایی آسان، نوع ارائه خدمات مصوب درمانی، برقرارداری بیمار از راحتی و آسایش کافی و رعایت کرامت و حریم شخصی بیمار.

۶- رعایت تمامی شئون پوشش بدن و الزامات درمانی در داخل اتاق های عمل، رادیولوژی، آنژیوگرافی و استوپی ها در لباس ویژه مورد استفاده بیماران (گان) و مین انجام اعمال جراحی الزامی است. توجه به این موضوع قبل و بعد از بیهوشی و برای بیماران دچار اختلال مواس، کاهش سطح هوشیاری با اختلالات روانی اهمیت دو چندان پیدا می کند.

۷- لباس فرم بایستی مناسب با مرفه و در رده های مختلف متمدن شکل باشد

۸- در درون بخش های بیمارستانی استفاده از هرگونه پوشش غیرمرفه ای روی لباس فرم مصوب ممنوع است.

۹- در بخشهای ویژه اتاق عمل، آنژیوگرافی و فضای استریل و نوزادان، کارکنان مکلف به پوشیدن لباس مخصوص این بخش ها می باشند.

۱۰- (روپوش باید سالم، تمیز (دکمه ها بسته)، اتوکشیده، گشاد و حداقل تا مد زانو با ضفامت مناسب باشد؛ به نموی که لباس زیر (روپوش قابل رؤیت نباشد. شلوار نباید تنگ، چسبان، کشی یا کوتاه (بالا تر از مچ) باشد.

۱۱- کفش باید تمیز، جلوبسته، قابل شستشو، با پنجه و پاشنه پهن باشد و نکات ایمنی متناسب به مرفه، در آن لحاظ شود و هنگام راه رفتن صدا ندهد

۱۲- زیورآلات در نوامی از بدن که در معرض آلودگی میکروبی یا ممیطی هستند نباید استفاده شود.

۱۳- استفاده از آرایش و هرگونه ماده بودار تند یا مساسیت را در ممیط های ارائه خدمات درمانی ممنوع است.

۱۴- ناخن ها باید کوتاه و تمیز و مرتب باشد و استفاده از لاک و رنگ ناخن و ناخن مصنوعی در ممیط ارائه خدمات درمانی ممنوع است.

۱۵- الصاق کارت شناسایی عکس دار، ماوی ناخن فائودگی کامل و مروف اول ناخن، سمت فرد و ممل خدمت در جلوی لباس به نموی که برامتی از فاصله ۲ متری قابل خواندن باشد برای تمامی کارکنان در ممیط های درمانی الزامی است.

۱۶- هر گونه تصویربرداری، فیلمبرداری و ضبط صدا با استفاده از تلفن همراه و غیره بدون اجازه کتبی بیمار ممنوع است.

مقوق گیرندگان خدمت



مفاهیم و واژه ها

بیمار: کسی که خود را به ارائه دهنده خدمت جهت دریافت خدمات بهداشتی درمانی معرفی می کند
مقوق: مجموعه قواعد و مقررات ماکم بر یک جامعه که امتیازات و اختیارات خاصی را برای افراد به رسمیت می شناسد

مقوق در تمام زبانها به معنی آنچه راست و سزاوار است تعریف میشود

تاریخچه

انگیزمرکت برای تدوین منشور مقوق بیمار با انتشار اعلامیه جهانی مقوق بشر در سال ۱۹۴۷

آغاز شد که در آن مردم خواستار برابری حقوق برای دسترسی به خدمات بهداشتی و اجتماعی شدند. اولین گروه مرفه ای که اعلامیه حقوق بیمار را منتشر کرد اتمادیه ملی پرستاری در سال ۱۹۵۹ بود. در سال ۱۹۷۳ انجمن بیمارستان های آمریکا لایحه حقوق بیماران به همراه مثال های اجرایی و مستند را تمت عنوان لایحه حقوق بیماران منتشر کرد

حقوق بیمار در ایران

منشور حقوق بیمار در سال ۱۳۸۰ توسط وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی تدوین گردید که شامل ۱۰ بند بود.

این منشور دارای کاستی هایی بود لذا بررسی مجدد در زمینه ی محورهای حقوق بیمار صورت گرفت و منشور جدید در آبان ماه سال ۱۳۸۸ توسط وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی به تمامی دانشگاه ها ابلاغ گردید.

مقدمه

نظام سلامت کارآمد نیازمند مشارکت فعالانه بین گیرندگان و ارائه کنندگان خدمات سلامت می باشد. ارتباط مناسب و صادقانه، احترام به ارزش های شفصی و مرفه ای و مساسیت نسبت به تفاوت های موجود، لازمه ی مراقبت مطلوب از بیمار است.

به عنوان یکی از ارکان ارائه‌ی خدمات سلامت، بیمارستان‌ها باید نهادی برای درک و امتزاج به حقوق و مسؤولیت‌های بیمار، خانواده‌ی آنان، پزشکان، پرستاران و سایر مراقبت‌کنندگان باشند. بیمارستان‌ها باید به جنبه‌های اخلاقی مراقبت واقف بوده و به آن امتزاج گذارند.

جنبه‌های اخلاقی مراقبت واقف بوده و به آن امتزاج گذارند.

اثربخشی مراقبت و بهره‌مندی بیمار از نتایج مثبت درمان تا مدودی بستگی به مسؤولیت‌پذیری بیمار دارد. شایسته است بیمار از اطلاعات مربوط به سابقه‌ی بیماری‌ها، بستری شدن در بیمارستان، مصرف داروها و سایر مطالب مربوط به وضعیت سلامتی‌را به طور صادقانه گزارش دهند و از هرگونه تخییر در روند درمانی بدون اطلاع پزشک مسؤول خود بپرهیزند. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی امیدوار است در سایه تعامل مناسب ارائه‌دهندگان و گیرندگان

خدمات سلامت نسبت به وظایف خود و امتزاج به حقوق دیگری، سلامت جامعه در بالاترین سطح ممکن تامین گردد. بر این اساس منشور حقوق بیمار با هدف تبیین حقوق گیرندگان این خدمات و به شرح ذیل تنظیم گردیده است.

بینش و ارزش

یکایک افراد جامعه متعهد به مفا و امتزاج به کرامت انسان‌ها می‌باشند. این امر در شرایط بیماری‌های اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. بر اساس قانون اساسی توجه به کرامت و الای انسانی از اصول پایه نظام جمهوری اسلامی بوده و دولت موظف است خدمات بهداشتی درمانی‌را برای یکایک افراد کشور تامین کند بر این اساس ارائه خدمات سلامت باید عادلانه و مبتنی بر امتزاج به حقوق و رعایت کرامت انسانی بیمار از 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 مفضا، ارتقا و تمکیم رابطه انسانی میان ارائه کنندگان و گیرندگان خدمات سلامت تنظیم شده است.

منشور حقوق بیمار در ایران

محور اول: دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است

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

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

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

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

محور اول: دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است

– ارائه خدمات سلامت باید:

۱-۱) شایسته شان و منزلت انسان و با احترام به ارزشها، اعتقادات فرهنگی و مذهبی باشد.

۱-۲) بر پایه ی صداقت، انصاف، ادب، و همراه با مهربانی باشد.

۱-۳) فارغ از هرگونه تبعیض از جمله قومی، فرهنگی، مذهبی، نوع بیماری و جنسیتی باشد.

۱-۴) بر اساس دانش روز باشد.

۱-۵) مبتنی بر برتری منافع بیمار باشد.

۱-۶) در مورد توزیع منابع سلامت مبتنی بر عدالت و اولویتهای درمانی بیماران باشد.

۱-۷) مبتنی بر هماهنگی ارکان مراقبت اعم از پیشگیری، تشخیص، درمان و توانبخشی باشد.

۱-۸) به همراه تامین کلیه امکانات رفاهی پایه و ضروری و به دور از تممیل درد و رنج و

محدودیتهای غیر ضروری باشد.

۱-۹) توجه ویژه ای به حقوق گروههای آسیب پذیر جامعه از جمله کودکان، زنان باردار، سالمندان

بیماران روانی، زندانیان، معلولان ذهنی و جسمی و افراد بدون سرپرست داشته باشد.

۱-۱۰) در سریع ترین زمان ممکن و با احترام به وقت بیمار باشد.

۱-۱۱) با در نظر گرفتن متغیرهایی چون زبان، سن و جنس گیرندگان خدمت باشد.

۱-۱۲) در مراقبت های ضروری و فوری (اورژانس) بدون توجه به تامین هزینه ی آن صورت گیرد در

مورد غیر فوری (الکتیو) بر اساس ضوابط تعریف شده باشد

۱-۱۳) در مراقبت های ضروری و فوری (اورژانس) در صورتی که ارائه خدمات مناسب ممکن نباشد

لازم است پس از ارائه خدمات ضروری و توضیحات لازم زمینه انتقال بیمار به واحد مجهز فراهم گردد

۱-۱۴) در مراحل پایانی میات که وضعیت بیماری غیر قابل برگشت و مرگ بیمار غریب الوقوع

میباشد با هدف حفظ آسایش وی ارائه گردد. منظور از آسایش کاهش درد و رنج بیمار توجه به

نیازهای روانی اجتماعی معنوی و عاطفی و خانواده اش در زمان امتضار می باشد بیمار در حال امتضار مق دارد در آفرین لمظات زندگی خویش با فردی که می فواهد همراه گردد

مطور دوم :اطلاعات باید به نمو مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمار قرار گیرد.

۲-۱)محتوای اطلاعات باید شامل موارد ذیل باشد:

۲-۲-۱) مفاد منشور مقوق بیمار در زمان پذیرش:

۲-۱-۲)ضوابط و هزینه های قابل پیش بینی بیمارستان اعم از فدمات درمانی و غیر درمانی و ضوابط بیمه و معرفی سیستم های حمایتی در زمان پذیرش:

۲-۱-۳)نام مسئولیت و رتبه ی مرفه ای اعضای گروه پزشکی مسئول ارائه مراقبت از جمله پزشک پرستار و دانشجو و ارتباط مرفه ای آن ها با یکدیگر،

۲-۱-۴)روشهای تشخیصی و درمانی و نقاط ضعف و قوت هر روش و عوارض احتمالی آن، تشخیص بیماری، پیش آگهی و عوارض آن و نیز کلیه ی اطلاعات تاثیر گذار در روند تصمیم گیری بیمار،

۲-۱-۵)نمونه ی دسترسی به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی در طول درمان،

۲-۱-۶)کلیه ی اقداماتی که ماهیت پژوهشی دارند.

۲-۱-۷)ارائه آموزش های ضروری برای استمرار درمان

۲-۲)نمونه ی ارائه اطلاعات باید به صورت ذیل باشد:

۲-۲-۱)اطلاعات باید در زمان متناسب و با شرایط بیمار از جمله اضطراب و درد و ویژگی های فردی

وی از جمله زبان ، تمصیلات ، و میزان درک در اختیار وی قرار گیرد مگر این که:

تأخیر در شروع درمان به واسطه ارائه اطلاعات فوق سبب آسیب به بیمار گردد (در این صورت انتقال اطلاعات پس از اقدام ضروری در اولین زمان مناسب باید انجام شود)

-بیمار علی رغم اطلاعات از مق دریافت اطلاعات از این امر امتنناع نماید که در این صورت باید

فواست بیمار محترم شمرده شود.مگر این که عدم اطلاع بیمار،وی با سایرین را در معرفی فطر

جدی قرار دهد:

۲-۲) بیمار می تواند به کلیه اطلاعات ثبت شده در پرونده بالینی خود دسترسی داشته باشد و تصویر آن را دریافت نموده و تصمیم اشتباهات مندرج در آن را درخواست نماید.

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

۳) ممدوده انتخاب و تصمیم گیری درباره موارد ذیل می باشد:

۱-۱-۳) انتخاب پزشک معالج و مرکز ارائه کننده خدمات سلامت در چها چوب ضوابط:

۲-۱-۳) انتخاب و نظر فواهی از پزشک دوم به عنوان مشاور:

۳-۱-۳) شرکت یا عدم شرکت در هر گونه پژوهش با اطمینان از اینکه تصمیم گیری وی تأثیری در تداوم و نمو دریافت خدمات سلامت نخواهد داشت:

۴-۱-۳) قبول یا رد درمان های پیشنهادی پس از آگاهی از عوارض احتمالی ناشی از پذیرش یا رد آن مگر در موارد خود کشی یا موردی که امتناع از درمان شفعص دیگری را در معرض خطر جدی قرار میدهد:

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

۲-۳) شرایط انتخاب و تصمیم گیری شامل موارد ذیل میباشد.

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

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

محور چهارم: ارائه خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به مریم فصوصی بیمار (حق خلوت) و رعایت اصل رازداری باشند.

۱-۴) رعایت اصل رازداری راجع به کلیه اطلاعات مربوط به بیمار الزامی است مگر در مواردی که قانون آن را استثناء کرده باشد.

۲-۴) در کلیه ی مرامل مراقبت اعم از تشفیص و درمان باید به مریم بیمار احترام گذاشته شود ضروری است بدین منظور کلیه ی امکانات لازم جهت تضمین مریم فصوصی بیمار فراهم گردد.

۳-۱) فقط بیمار و گروه درمانی و افراد مجاز از طرف بیمار و افرادی که به حکم قانون مجاز تلقی می شوند میتوانند به اطلاعات دسترسی داشته باشند.

۴-۴) بیمار حق دارد در مراحل تشخیص از جمله معاینات فرد متعمد خود را همراه داشته باشد همراهی یکی از والدین کودک در تمام مراحل درمان حق کودک می باشد مگر اینکه این امر بر خلاف ضرورت‌های پزشکی باشد.

ممر پنجم: دسترسی به نظام کار آمد رسیدگی به شکایات حق بیمار است .

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

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

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

در اجرای مفاد این منشور در صورتی که بیمار به هر دلیلی فاقد ظرفیت تصمیم گیری باشد، اعمال کلیه حقوق بیمار - مذکور در این منشور بر عهده ی تصمیم گیرنده قانونی جایگزین خواهد بود.

البته چنانچه تصمیم گیرنده جایگزین بر خلاف نظر پزشک، مانع درمان بیمار شود، پزشک می تواند از طریق مراجع ذیربط درخواست تجدید نظر در تصمیم گیری را بنماید. چنانچه بیماری که فاقد ظرفیت کافی برای تصمیم گیری است؛ اما می تواند در بخش از روند درمان معقولانه تصمیم بگیرد، باید تصمیم او ممتد شمرده شود.

(ایمنی بیمار)

ایمنی بیمار دغدغه جهانی در زمینه سلامت است که بیماران را در تمامی عرصه های خدمات سلامت در کلیه کشورهای جهان اعم از توسعه یافته یا در حال توسعه، متأثر می سازد سازمان جهانی بهداشت اهمیت ایمنی بیمار را درک نموده و آن را به عنوان یک دغدغه سلامت عمومی در الویت قرار داده است

در بیمارستان برنامه اجرایی ایمنی بیمار مجموعه ایی از استانداردهای ایمنی بیمار است که در بعد وسیعی از لمظه ورود بیمار به بیمارستان تا زمان ترخیص را در بر می گیرد

قرار دادن برنامه ایمنی بیمار به عنوان یک الویت در برنامه استراتژیک

روش اجرایی ۹ راه مل ایمنی بیمار

نه (۹) راه مل ایمنی بیمار به شرح ذیل می باشد

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

۲- شناسایی بیمار

۳- ارتباط موثر در زمان تمویل بیمار

۴- انجام پروسیجر صمیج در محل صمیج بدن بیمار-

۵- کنترل غلظت مملول های الکترولیت

۶- اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارایه خدمات

۷- اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها

۸- استفاده یکبارمصرف از وسایل تزریقات

۹- بهبود بهداشت دست

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

کلیه بخش های درمانی لیستی از داروهای را که اسامی مشابه دارند و احتمال بروز خطا در آنها وجود دارد(چه از نظر نام و چه از نظر شکل و ظاهر آنها) در دسترس کارکنان قراردهند. در داروفانه سرپایی بیمارستان نیز مشابهنه های

دارویی در دست فط پزشکان و اشتباهات رایج در نسخه نویسی در دسترس کارکنان قرار گیرد. برقراری ارتباط و تعامل موثر با داروفانه و مسئول فنی دارو در ارتباط با اصلاح فرایند توزیع و مصرف دارو در مرکز به منظور افزایش ایمنی بیمار باید صورت گیرد. لذا موارد زیر باید انجام شود

- داروهای شبیه به هم (چه از نظر نام و چه از نظر شکل و ظاهر آنها) در پاکسها و قفسه های جداگانه چیدمان شود.

- در خصوص دارو های با غلظت بالا و خطرناک متما باید نام دارو با برچسب جداگانه مشخص شده باشد
- رعایت فرآیند دارو دادن از جمله تطبیق دارو با کارت دارویی در بالین بیمار ، توجه به نام ژنریک داروها، آگاهی ... از نمونه های مشابه دارویی و

- قبل از اجرای فرآیند دارو دادن از اشکال دارویی و نوع دارو آگاهی کسب نمایید
- هنگام دارو دادن ، متما " بیمار را با نام و نام خانوادگی مخاطب قرار می دهد (وی را به اسم می خواند
- هنگام دارو دادن ، یک بار دیگر مشخصات بیمار را با کارت دارویی مطابقت داده شود
- هنگام آماده کردن داروها ، به دوز دارو ، شکل دارویی ، تاریخ انقضاء توجه شود
- هنگام دارو دادن ، نوع دارو ، دوز دارو ، و ... را مجدداً با کارت دارویی مطابقت داده شود

۲- شناسایی بیمار

کلیه گلوگاههایی که توجه به مشخصات بیمار اهمیت میاتی دارد مانند فرآیند تجویز داروها ، اعمال جراحی ، انتقال خون ، اقدامات آزمایشگاهی و تمویل نوزاد به مادر و خانواده مد نظر قرار گیرد. و طبق دستورالعمل گاید لاین شناسایی صمیع بیماران در بخش بستری و سرپایی ، انتقال خون ، درمان دارویی ، اعمال جراحی و اقدامات آزمایشگاهی بمنظور کاهش وقوع اتفاقات نافواسته بهداشتی درمانی از فطا ها جلوگیری شود. در این بیمارستان جهت شناسایی بیماران از نام بیمار ، کارت شناسایی ، تاریخ تولد ، (مچ بند یا گردن بند و یا بازو بند) و یا بارکد استفاده می شود

بمنظور به مداخل (سانیدن اتفاقات نافواسته ناشی از عدم شناسایی صمیع بیماران ، الزامی است کلیه بیماران بخش بستری بیمارستانی در دوره پذیرش در بیمارستان دارای باند شناسایی (مچ بند یا گردن بند و یا بازو بند) دریافت اقدامات درمانی ، تشخیصی و مراقبتی باشند

۱- اکیداً یادآوری می شود که استفاده از (مچ بند یا گردن بند و یا بازو بند) شناسایی توسط بیماران از مسئولیت کارکنان درمانی جهت کسب اطمینان از انجام اقدام صمیع بر روی بیمار صمیع نمی کاهد

۲- مچ بند یا گردن بند و یا بازو بند شناسایی بیماران در دوسایز بزرگسال تهیه شده است . این (مچ بند یا گردن بند و یا بازو بند) ها در بدو پذیرش بیماران اورپانس به صورت تمت نظر و بیماران بستری در بخشهای مختلف ، پس از تشکیل پرونده توسط پرسنل ممتزم پذیرش ، نام و نام خانوادگی بیمار ، تاریخ تولد/ بستری ، تشخیص ، نام بخش ،

نام پزشک و در صورت امکان بارکد مخصوص در مندرجات باند شناسایی (مج بند یا گردن بند و یا بازو بند) نوشته خواهد شد

۳- صحت اطلاعات مندرج در روی باند شناسایی (مج بند یا گردن بند و یا بازو بند) بیمار در هنگام پذیرش با بیمار و یا در صورت ضرورت یکی از بستگان درجه یک وی کنترل می شود

۴- الزامیست مشخصات بیمار با رنگ مشکی یا آبی بر روی زمینه باند شناسایی (مج بند یا گردن بند و یا بازو بند) به رنگ سفید درج یا پرینت شود. در صورت امکان برای بیماران در معرض خطر که شامل بیماران دچار نقایص عضوی فطر افتادن، آلرژی، بیماران همودیالیزی دارای شانت، بیماران مبتلا به سرطان بدلیل توجّهات خاص، بیماران مسن و بی تمرکی که نیاز به تخییر وضعیت مداوم بدلیل مستعد بودن به زخم بستر دارند، مشخصات شناسایی بیمار با رنگ مشکی در پس زمینه سفید نوشته شده و بر روی باند قرمز چسبانیده می شود

۵- پرستار بخش موظف است در ادمیت و یا هنگام تمویل بیمار وجود باند شناسایی (مج بند یا گردن بند و یا بازو بند) و صحت اطلاعات مندرج را چک نماید

۶- بمنظور پیشگیری از خطا، مشخصات بیماران بایستی به صورت خوانا و واضح به یک روش یکسان در کل بیمارستان بر روی باند های شناسایی (مج بند یا گردن بند و یا بازو بند) نوشته شوند و پرستار مسئول بیمار موظف است در صورت فدشه دار شدن نوشته، مجدداً برگ مندرجات را از پذیرش درخواست نماید

۷- در صورتی که هر یک از اعضای تیم درمانی بمنظور ارائه یک خدمت درمانی، تشفیصی و یا مراقبتی باند شناسایی (مج بند یا گردن بند و یا بازو بند) را از یک بیمار باز نمود، ضروریست سریعاً پس از اتمام فرآیند درمانی (رأساً نسبت به بستن باند شناسایی به بیمار اقدام نماید. لطفاً باند شناسایی بر روی میز، ترالی یا تفت بیمار بسته نشود

۸- سرپرستار بخش موظف است در هنگام راند بالین بیمار(ان هر روز صبح علاوه بر سایر وظایف، نسبت به وجود باند شناسایی (مج بند یا گردن بند و یا بازو بند) و صحت اطلاعات مندرج در باند نیز مساسیت نشان داده و اطمینان حاصل فرماید

۹- سوپروایزر شیفت در گردش موظف است در هنگام راند بالین در هر بخش به صورت رانده نسبت به وجود باند شناسایی (مج بند یا گردن بند و یا بازو بند) و صحت اطلاعات مندرج در باند نیز مساسیت نشان داده و اطمینان حاصل فرماید

۱۰- هر یک از پرسنل پرستاری به عنوان مسئول بخش در شیفتهای عصر و شب در هنگام تخییر و تمویل بخش موظفند نسبت به وجود باند شناسایی (مج بند یا گردن بند و یا بازو بند) و صحت اطلاعات مندرج در باند نیز مساسیت نشان داده و اطمینان حاصل فرماید

۱۱- در برگه آموزش به بیمار در بدو ورود به بخشها و یا هنگام ادمیت بیمار، ضرورت وجود (مج بند یا گردن بند و یا بازو بند) و مراقبت از آن در طول مدت بستری برای بیمار توضیح داده شود

۱۲- تأکید می شود هیچگاه از شماره اتاق و تخت ؛ بیمار بعنوان شناسه وی استفاده نشود

۱۳- پس از بستری شدن بیمار در بخش ، در صورت مشابهت نام و نام خانوادگی دو بیمار بستری ، ضروریست نام پدر بیماران نیز قید گردد

۱۴- باندهای شناسایی (مچ بند یا گردن بند و یا بازو بند) به نحوی بسته شوند که سبب فشردگی پوست نشوند
۱۵- در هنگام انتقال بیمار برای انجام کلیه پروسیجرهای درمانی و تشمیصی ، وجود باند شناسایی بر روی بازوی غالب الزامی بوده و پرسنل تمویل گیرنده موظف به کنترل آن می باشد

۱۶- پرسنل ممتزم آزمایشگاه ، رادیولوژی ، فیزیو تراپی و تغذیه موظفند در هنگام مضمور بر بالین بیمار به منظور انجام اقدامات ، مشخصات بیمار فوق را با باند شناسایی (مچ بند یا گردن بند و یا بازو بند) تطبیق داده و اطمینان حاصل نمایند

۱۷- پزشکان ممتزم در هنگام راند بالین و معاینه بیمار ملزم به تطابق نام بیمار با مشخصات باند شناسایی (مچ بند یا گردن بند و یا بازو بند) می باشند

۱۸- کارتهای شناسایی بیماران بالای تخت بیمار و در صورت امکان درب ورودی بخشها نیز حاوی مشخصات : نام و نام خانوادگی ، تشفیص و نام پزشک معالج باشد

۳- ارتباط موثر در زمان تمویل بیمار

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

بطور کلی مقوله ارتباط با بیمار به چند بخش تقسیم می شود:

ارتباط با بیمار قبل از بستری در بیمارستان (ارتباط نیروهای فدریتهای پزشکی با مددجو ، و یا مددجویانی که دریافت کننده فدمات بهداشتی در سطوح اولیه پیشگیری می باشد.

ارتباط با بیمار در زمان بستری در بیمارستان که خود شامل بدو پذیرش ، زمان بستری ، موقعیت های ویژه ، زمان ترفیص ، ارتباط با همراهان بیماران بدمال و فوت شده و

ارتباط با بیمار بعد از ترفیص که بیشتر مربوط به زمان پیگیری بیماری و پرستاران بهداشت جامعه می شود
از دسته بندی بالا تنها مورد دوم که مربوط به زمان بستری بیمار است جزء موارد تمت پوشش توسط پرسنل درمانی بوده و باید نکات مربوطه به آن را کاملاً رعایت نماییم

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

برقراری ارتباط صحیح ، مهمترین عامل در ایجاد مس اعتماد و هر چه بهتر اجرا شدن فرایند درمان می باشد

گروه‌های مختلف درمانی و غیر درمانی که با بیمار در ارتباط می‌باشند به ترتیب شامل: نیروهای انتظامات بیمارستان، پرسنل پذیرش، پرسنل تریاژ، پرسنل فوریت، تمت نظراورژانس، پزشک اسکرین، بخشهای پاراکلینیک (آزمایشگاه، داروخانه، اکو، رادیولوژی و...) بخشهای بستری و بخشهای مانند اتاق عمل و... است.

۴- انجام پروسیجر صمیع در ممل صمیع بدن بیمار

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

در تدوین فط مشی و پروتکل «بیمار صمیع، ممل صمیع، پروسیجر صمیع» پنج مرحله کلیدی تمت عنوان «پنج گام» در نظر گرفته شده، که به طور مفصّل به شرح ذیل است:

گام اول - اطمینان از افذ رضایت آگاهانه معتبر

هدف از افذ رضایت آگاهانه، کسب مجوز جهت انجام مداخلات طبی و جراحی، و اعلام فطرات جسمانی به بیمار می‌باشد.

به عنوان یک فط مشی؛ انجام اعمال جراحی، طبی، بیهوشی، رادیولوژی و پروسه های انکولوژی، بدون افذ رضایت آگاهانه غیرممکن می‌باشد. مشروط بر آنکه رضایت دهنده صلاحیت لازم را جهت افذ رضایت دارا باشد کسب رضایت از بیمار به منظور انجام مداخلات درمانی مورد نیاز جزء نکات اصلی و ضروری در سیستم های ارزیابی سلامت می‌باشد

در صورت ناتوانی بیمار جهت افذ رضایت، وجود مک یا دستور قضایی - قیومیت - لازم می‌باشد لذا الزامی است که فرم رضایت آگاهانه و فط مشی کامل آن در وامدهای درمانی موجود و در دسترس کلیه ی کادر درمانی قرار گیرد

گام دوم - تأیید هویت بیمار

بیمار جزء لاینفک و جدایی ناپذیر تیمی است که آن تیم متعهد به رسیدگی به فرآیندهای درمانی او می‌باشد از زمانی که بیمار برای درمان و یا انجام پروسیجر آماده می‌شود، در گیر اولین مراحل فرآیند پنج گانه «بیمار صمیع، ممل صمیع، پروسیجر صمیع» میگردد

قبل از اجرای هر گونه داوری مؤثر بر وضعیت شنافتی بیمار، یکی از اعضاء تیم درمانی موظف است که هویت بیمار را دقیقاً شناسایی نموده تا با طرح پرسش های ذیل از بیمار، فرآیند شناسایی صمیع بیمار به نمو امن صورت گیرد این پرسش ها شامل:

نام کامل بیمار و تاریخ تولد (لازم به ذکر است که این مورد بایستی از بیمار پرسیده شود نه به گونه ای باشد که بیمار تأیید نماید.

نوع درمان یا پروسیجر طراحی شده

دلایل انجام روش درمان یا پروسیجر مورد نظر

نشان دادن قسمت و محل عمل یا پروسیجر

پرستار بایستی پاسخ های بیمار را با مشخصات دستبند شناسایی، فرم رضایت آگاهانه و سایر اطلاعات موجود در پرونده پزشکی او مطابقت دهد.

در صورتی که بیمار از بخشی به بخش دیگر منتقل می شود و به تنهایی یا در محبت همراه، قادر به شرکت در مراحل انتقال نمی باشد، پرستار بخش مقصد موظف است که بیمار را به طور کامل تمویل گرفته و او را در تمامی پروسیجرها همراهی نماید.

در صورت ناتوانی بیمار به شرکت در پروسه های مورد بررسی به دلیل عدم ظرفیت عصبی و یا به علت موانع زبانی فرد مناسب دیگر و یا مصاحبه گر با صلاحیت، بایستی پاسخ گوی سئوالات تیم درمان در فصول شناسایی بیمار باشد. که در این فصول، جزئیات گفتگو و نام شرکت کنندگان، بایستی در پرونده ی پزشکی بیمار ثبت شود

گاه "بسیاری از بیماران مزمن (از قبیل بیماران دیالیزی و یا بیماران تحت شیمی درمانی)، از دستبند شناسایی استفاده نمی کنند و نمی توان از این طریق قبل از انجام پروسیجر هویت بیمار را مورد شناسایی قرار داد. فصولاً" که

، :بسیاری از این بیماران ممکن است در طول مدت بستری، علاوه بر مشکل اصلی زمینه ای، تحت چندین پروسیجر و ... دیگر هم قرار گیرند

لذا اتخاذ تدابیری به منظور اطمینان از شناسایی صحیح این گونه بیماران، الزامی است. فصولاً در زمانی که بیمار قادر به بیان نام خویش نبوده و یا قادر به درک زبان و برقراری ارتباط مناسب در فصول آنچه روی داده است، نمی باشد.

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

محل عمل جراحی یا پروسیجر تهاجمی بایستی به صورت کاملاً مطلوب توسط فردانجام دهنده پروسیجر و یا توسط جراح، نشانه گذاری شود

سازمان ممکن است این وظیفه را به فرد باصلاحیت دیگری - بنابه صلاحدید - واگذار نماید. در هر صورت این فرد بایستی علاوه بر تعهد کاری، کاملاً در زمینه بیماری یا پروسیجر مورد نظر از اطلاعات و آگاهی کافی برخوردار باشد

اگر فرد مورد نظر، در هر زمانی احساس نماید که در فصول محل عمل یا سمت عمل دچار ابهام و یا اشتباه گردیده و یا تجربه لازم جهت تقبل این وظیفه را ندارد، بایستی فوراً جراح و یا فرد انجام دهنده پروسیجر را مطلع نماید. در هر صورت نبایستی هیچ بمرانی بیمار را تهدید کند، مگر اگر بروز هیچ اشتباهی هم ثابت نشده باشد

در مواردی که بیمار از انجام علامت گذاری امتناع می ورزد، علاوه بر ثبت گزارش در پرونده پزشکی بیمار و گزارش پرستاری یک لیست جراحی ایمن نیز توسط تیم جراحی تکمیل شود. پزشک مسئول بیمار باید مطمئن شود که محل

عمل جراحی یا پروسیجر تهاجمی به درستی شناسایی و علامت گذاری شده و عمل جراحی یا پروسیجر تهاجمی در محل و سمت درست انجام می گردد.

در صورتی که پزشک مسئول این وظیفه را به شفص دیگری (رزیدنت ارشد) واگذار نماید امکان بروز اشتباه در تعیین محل صمیع عمل جراحی یا پروسیجر تهاجمی قابل پیش بینی است
فرآیندهای مرتبط با علامت گذاری محل عمل

گام چهارم – بررسی نهایی بیمار در محل انجام پروسیجر یا در اتاق عمل (به منظور بازبینی، تأیید نهایی و صمه گذاری پیش از عمل

هم زمان با ورود بیمار به اتاق عمل همه اعضاء تیم درمانی – تیم جراحی – درگیر (شامل : جراح، متخصص بیهوشی، دستیاران و پرستار) بایستی در بررسی نهایی بیمار به طور فعال شرکت نمایند.
موفقیت در فرآیند بررسی بیمار کاملاً وابسته به میزان ارتباط فعال بین همه اعضاء تیم درمان است
بر اساس فضا مشی تعریف شده بیمارستان، این مرحله بررسی ممکن است قبل و یا بعد از بی هوشی بیمار صورت گیرد.

فرآیندهای مورد بررسی در این زمینه:

قبل از شروع به انجام پروسیجر، همه اعضاء تیم درمانی بایستی در بررسی نهایی بیمار شرکت نموده و به صورت مستقل از هم آیتم های زیر را بررسی نمایند
بررسی مضمور بیمار صمیع در محل انجام پروسیجر
بررسی صمت نوع پروسیجر در مال اجرا (طرایی شده
علامت گذاری محل صمیع انجام پروسیجر
در دسترس بودن پروتزیهای صمیع و یا هر تجهیز ویژه ی دیگر
بررسی نهایی، بایستی در محل انجام پروسیجر و بلافاصله قبل از هر گونه اقدام به انجام پروسیجر صورت گیرد
مراحل انجام بررسی و نتیجه آن به صورت مستند، ثبت شده و یک نسخه از آن در پرونده پزشکی بیمار نگهداری می گردد

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

خطاهای پزشکی ناشی از نقص در مستند سازی و یا نادرست بودن لیبل گذاری روی تصاویر تشخیصی، یک واقعیت مضطره آمیز در شناسایی بیمار صمیع می باشد
فرآیندهای مورد بررسی در زمان تأیید محل انجام پروسیجر از طریق یافته های تصویر برداری
مداقل ۲ نفر یا بیشتر از اعضاء تیم درمانی، قبل از شروع به انجام پروسیجر، از وجود این یافته ها مطمئن شوند.

همه اسناد مربوطه از قبیل: گرافی ها، گزارشات تصویربرداری، گزارشات پاتولوژی و دیگر موارد کلینیک را با دقت بررسی نموده و از صحت لیبل گذاری آن ها مطمئن شوند.

از صحت بیمار صمیع - گزارش صمیع اطمینان یابند

بعد از تأیید صحت گرافی ها و سایر گزارشات، موارد به صورت مستند در پرونده پزشکی بیمار ثبت گردد. در صورت بروز افتلاف و یا عدم توافق در شناسایی بیمار، انجام پروسیجر تا زمان رفع مشکل، بایستی به تعویق افتد. این تصمیم به میزان اورژانسی بودن پروسیجر بستگی دارد. و در صورت صدور مجوز جهت انجام پروسیجر، متی با وجود افتلاف نظر در موارد اورژانسی، مراتب باید در پرونده پزشکی بیمار ثبت شده و گزارش گردد.

۵- کنترل غلظت محلول های الکترولیت.

یک مسئله متداول که درمورد ایمنی داروها از آن ذکر می شود ، توزیع سهوی الکترولیتها است (برای مثال: پتاسیم یا بیشتر؛ فسفات پتاسیم؛ سدیم کلراید با غلظت ۹ درصد یا بیشتر و سولفات منیزیم با meq/ml کلراید با غلظت ۲ غلظت ۵۰ درصد یا بیشتر) جهت جلوگیری از فطا ها خصوصاً مواقع بکارگیری نیروی انسانی استفاده جدید، کارورز یا طرمی به نکات ذیل باید توجه شود.

متی الامکان داروهای با غلظت بالا در بفش نگهداری نشود

داروهای مورد نظر از دیگر دارو ها به صورت واضح جدا شود

کلیه داروهای یاد شده با اتیکت قرمز جدا شود

هنگام مصرف دارو به دستور پزشک دوباره چک شود

نمونه مصرف ورقیق کردن آن در معرض دید همکاران قرار گیرد

علائم میاتی بیمار در مصرف دارویی به صورت متوالی چک و ثبت گردد

دستور العمل نمونه رقیق سازی و تهیه دوز مورد نظر بیمار طبق دستور پزشک در دسترس باشد

در صورت تشابه شکلی با اتیکت رنگی از هم جدا شود

۶- اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارایه خدمات

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

به منظور اجتناب از تلفیق دارویی لازم است :

ثبت تاریخچه مصرف دارویی بیمار در گزارش پرستاری پذیرش بیمار توسط پرستار مسئول بیمار پرستار مسئول بیمار باید در صورت مصرف داروهای شفوی با دستور پزشک معالج، این داروها را در کاردکس دارویی بیمار با نام دارو و دوز مصرف مشخص کند.

هنگام ویزیت بر بالین بیمار لازم است تاریخچه مصرف دارویی بیمار توسط پرستار متذکر گردد و پزشک آن را ثبت کند.

برگه شرح حال بیمار باید توسط پزشک اینترن و رزیدنت مربوطه بطور کامل با تاکید بر تاریخچه مصرف دارویی بیمار تکمیل و امضا و مهر شود.

می‌بایست در هر بخش لیستی از متداولترین تدافلات دارویی تهیه شده توسط واحد ماکمیت بالینی بیمار نگهداری و در محل مناسب و قابل رویت پرستاران نصب گردد.

در صورت نیاز به انتقال به بخش دیگری، علاوه بر گزارشات کتبی پرستاری، ضروریست بطور شفاهی توسط پرستار مسئول بیمار بر مصرف داروهای شفوی بیمار تاکید گردد.

۷- اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها .

هنگام تمویل بالینی بیمار به شیفت بعد لازم است تمام اتصالات اعم از سوندها، کاترها و لوله‌ها از جهات زیر توسط پرستار مسئول بیمار مورد بررسی قرار گیرند:

بررسی از لحاظ فیکس بودن تمام کاترها، سوندها و لوله‌ها

بررسی عملکرد صحیح تمام اتصالات

کنترل پارگی یا فروج از محل اتصال اصلی

بررسی میزان درناژ باتل‌ها

ادارای و یورین بگ بیمار بررسی out put

از جنبه قرار گیری در محل خود NGT بررسی لوله تراشه و

کنترل تاریخ فیکس اتصالات

در بازدیدهای سوپروایزری این گزینه بصورت یکی از سوالات چک لیست مطرح می باشد و روزانه در بخش هایی که مورد بازدید قرار می گیرد کنترل می گردد. توجه به سائز، تاریخ انقضاء، مدت زمان استفاده از آن و دستور پزشک از الزامات کنترل آن می باشد.

8- استفاده صرفاً یکباره از وسایل تزریقات.

در این بیمارستان کلیه وسایل تزریق یک بار مصرف می باشد. تزریق یکی از روشهای شایع در تجویز داروها می باشد. بدیهی است که در صورت عدم رعایت استانداردهای آن، فطرات زیادی برای ارائه دهنده خدمت - گیرنده خدمت

و جامعه خواهد داشت. لذا توجه به دستورالعمل تزریقات ایمن الزامات می باشد انجام تزریقات بر اساس

استانداردهای زیر صورت گیرد:

- ۱- استفاده از وسایل استریل
 - ۲- برای هر تزریق، از یک سرنگ یکبار مصرف جدید استفاده کنید
 - ۳- از یک سرنگ و سر سوزن استریل یکبار مصرف جدید، برای هر بار تلقیح هر نوع واکسن و یا دارو استفاده کنید .
 - ۴- از آلودگی وسایل (سرنگ- سرسوزن و ویالها) پیشگیری کنید
 - ۵- روی یک میز یا سینی تمیز که مخصوص تزریقات می باشد و احتمال آلودگی سرنگ و سر سوزن وجود ندارد، وسایل تزریق را آماده نمایید
 - ۶- متی المقدور از ویالهای تک دوزی دارو استفاده کنید
 - ۷- در صورتی که ملزم به استفاده از ویالهای چند دوزی دارو هستید برای هر بار کشیدن دارو از سر سوزن استریل استفاده نمایید
 - ۸- هنگامی که سر آمپول را می شکنید ،با قرار دادن لایه نازک گاز تمیز مابین انگشتان دست خود و جدار آمپول ، انگشتان خود را از آسیب و صدمه محافظت نمایید
 - ۹- قبل از اقدام برای تزریق به بیمار، کلیه داروهای تزریقی را از نظر کدورت، شکستگی جداره آنها و تاریخ انقضاء . بررسی نموده و در صورت مشاهده هر یک از این موارد ، آنها را به نمونه صمیع دفع نمایید
 - ۱۰- توصیه های اختصاصی کارخانه سازنده را در ارتباط با نحوه استفاده، نگهداری و جابجایی دارو مورد توجه قرار دهید.
 - ۱۱- در صورت تماس سر سوزن با سطوح غیر استریل، آن را به نمونه صمیع دفع نمایید.
 - ۱۲- قبل از آماده کردن دارو و تزریق، دستهای خود را با آب و صابون بشویید و یا با استفاده از الکل ضد عفونی کنید. در صورتی که بین تزریقات ، دست شما کثیف یا آلوده به فون و مایعات بدن بیمار گردید، رعایت بهداشت دست ضروری است.
 - ۱۳- از تزریق به بیمار در نواهی نا سالم پوستی اجتناب نمایید.
 - ۱۴- نیازی به ضد عفونی کردن سر ویال (جدید) نیست ولی در صورت نیاز، از سوآپ تمیز و الکل ۷۰ درجه تازه استفاده نمایید. از گلوله های پنبه آغشته به الکل موجود در ظرف پنبه الکل استفاده نکنید
 - ۱۵- از کاربرد ماده ضد عفونی در زمان تزریق واکسن و ویروس زنده ضعیف شده برای تلقیح اجتناب نمایید.
 - ۱۶- قبل از تزریقات اگر محل تزریق بصورت مشهود کثیف باشد، متما پوست را بشویید .
 - ۱۷- سرنگ و سر سوزن را از نظر وجود پارگی بسته بندی چک کنید و به تاریخ انقضاء آن توجه نمایید.
 - ۱۸- اگر سر پوش گذاری سر سوزن لازم باشد ، تکنیک استفاده از یک دست را بکار ببرید.
- ۹- بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبت های سلامتی.

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

کنترل عفونت



اهداف کنترل عفونت

پیشگیری از عفونت های بیمارستانی

امتیازات استاندارد

شستن دستها

واکسیناسیون کارکنان در بیمارستان

اقدامات لازم در مواجهات شغلی بیمارستان

پرونده های بهداشتی گروه های پزشکی و پیرا پزشکی شاغل در بیمارستان

ضد عفونی کننده ه، گند زداها و استریلیزاسیون

کمیته کنترل عفونت

کمیته کنترل عفونت بیمارستان مسئولیت برنامه ریزی، ارزیابی و انجام تمام موارد مرتبط با کنترل عفونت را بر عهده دارد و تصمیم گیریهای عمده و مهم در این زمینه از وظایف این کمیته می باشد

اهداف کمیته

کاهش موارد عفونت های بیمارستانی (بیماران، پرسنل، عیادت کنندگان و...) در نتیجه کاهش هزینه درمان و روزهای بستری بیماران در بیمارستان از طریق انتخاب روش های مناسب و برنامه ریزی جهت کنترل عفونت و پیشگیری از بروز و انتشار عوامل عفونت زا در بیمارستان بر اساس امکانات موجود.

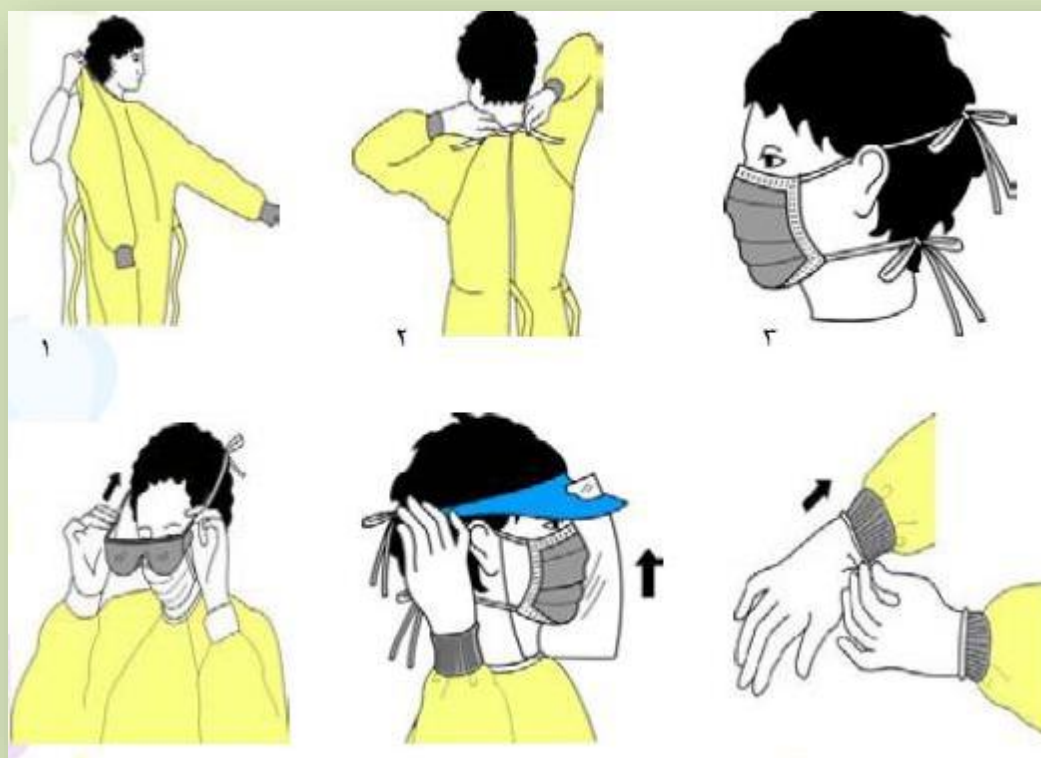
احتیاطات بیمارستان

رعایت احتیاطات استاندارد برای تمام بیماران ضروری است به همین منظور به شکل تابلو در کلیه بخش ها موجود می باشد.

کلیه پرسنل ضمن آگاهی از دستور العمل استاندارد موظف به رعایت آنها می باشند.

پوشیدن دستکش در صورت تماس با فون، تمالج مایعات بدن، ترشحات و مواد دافلی بدن، شستن دستها بلا فاصله بعد از فروچ دستها از دستکش، دست ها باید در فواصل تماس بین بیماران نیز شسته شود. رفع آلودگی دستها باید قبل و بعد تماس با بیماران و بلافاصله پس از فروچ دست ها از دستکش صورت گیرد

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



جهت وسایل چند بار مصرف استریلیزاسیون سطح بالا صورت گیرد
عدم دستکاری سوزن ها و وسایل تیز، در پوش گذاری سوزن ها صورت نگیرد ، سر سوزن ها نباید خم یا شکسته شوند
سر سوزن ها و وسایل نوک تیز باید در ظروف مقاوم به سوراخ شدگی و قابل دفع قرار گیرند



لوازم آلوده به بدن بیمار به نحوی جمع آوری گردد که از مواجهه پوست و مخاط آنها و آلوده شدن لباس و انتقال میکرواورگانیزم ها به سایر بیماران و محیط جلوگیری به عمل آید.

پرسنل بهداشتی درمانی در صورتی که دارای زخم باز باشند تا زمان بهبودی کامل خود از مراقبت مستقیم بیماران خودداری نمایند

نیاز به جداسازی ظروف غذای بیماران نیست.

در تمام مواردی که مواجهه قابل ملاحظه روی داده بایستی فوراً گزارش شود

ایزوله از موارد احتیاطات استاندارد نیست مگر اینکه راه انتقال بیماری هوایی (سل

فعال ریوی) یا موارد خاص مانند آبسه باز باشد و یا بیمار همکاری و رعایت بهداشت را

نمایند که با نظر کمیته کنترل عفونت بیمار بایستی ایزوله شود

شستن دستها به تنهایی مهمترین راه پیشگیری از عفونت های بیمارستانی به شمار

میرود. اغلب عفونت های بیمارستانی از راه تماس به ویژه پوست کارکنان انتقال می

یابد.

ایزولاسیون بیمار

هدف از جداسازی بیماران در بیمارستان ، جلوگیری از انتقال میکروارگانیسم ها از

بیماران (چه مبتلا به عفونت و چه کلونیزه با عفونت) به سایر بیماران، عیادت کنندگان و

پرسنل پزشکی است.

با رعایت اصول جداسازی مشتمل بر دو قسمت "احتیاط های استاندارد" و "احتیاط های

براساس انتقال بیماری" می توان از بروز مشکلات فوق جلوگیری نمود.

* احتیاط های استاندارد در مباحث پیشین بیان شده است.

احتیاط‌هایی که باید براساس راه انتقال عفونت‌ها رعایت گردند (Transmission-Based Precautions) :



◆ احتیاط‌های هوایی (Airborne Precautions)

احتیاط هوایی برای جلوگیری از انتقال بیماری‌هایی که از طریق هسته قطرات با اندازه کوچکتر از ۵ میکرون یا ذرات گرد و غبار حاوی عامل عفونی (droplet nuclei) بکار می‌رود.

بیماری‌هایی که رعایت احتیاط هوایی برای آنها ضرورت دارد (مشکوک به عفونت یا عفونت قطعی و اثبات شده) عبارتند از :

- سل ریه یا حنجره
- سرخك
- آبله مرغان، یا زونای منتشر و ...

اصول احتیاط‌های هوایی عبارتند از :

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

۲. بستن درب اتاق بیمار

۳. خروج هوا از اتاق بیمار باید بطور مستقیم به فضای خارج و بیرون باشد (نه داخل بخش). چنانچه این کار مقدور نباشد، هوا باید قبل از برگشت به سیستم تهویه عمومی، با یک فیلتر قوی و کارآ (HEPA) خارج گردد.

۴. تمام افرادی که وارد اتاق بیمار می شوند باید از ریسپراتور شخصی که فیلتر ۱ میکرومتری داشته و حداقل کارآیی ۹۵٪ دارد (ماسک N95) استفاده نمایند. این ماسک اختصاصی باید متناسب با اندازه صورت فرد باشد.

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

◆ احتیاط قطرات (Droplet P.)

برای جلوگیری از انتقال آئروس های درشت (قطره)، از این نوع احتیاط استفاده می شود. این ذرات حین صحبت، عطسه یا سرفه کردن یا در زمان انجام اعمالی مانند ساکشن یا برونکوسکوپی ایجاد می شوند.

اصول رعایت احتیاط قطرات عبارتند از :

۱. بستری کردن بیمار در اتاق خصوصی ولی اقدام خاصی برای کنترل هوای اتاق ضرورت ندارد. (در صورت وجود چند بیمار با یک بیماری خاص، می توان آنها را در یک اتاق بستری نمود).
۲. درب اتاق می تواند باز بماند (بدلیل جابجایی کم ذرات درحد ۳ پا یا حدود یک متر).
۳. در صورت کار کردن پرسنل در فاصله یک متری بیمار، باید از ماسک استاندارد جراحی استفاده گردد.

۴. استفاده از گان و دستکش تابع اصول احتیاط های استاندارد است.
۵. در صورت انتقال و جابجایی بیمار به خارج از اتاق ایزوله، بیمار باید ماسک استاندارد جراحی بپوشد.

◆ احتیاط تماسی (Contact P)

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

اصول احتیاط های تماسی عبارتند از:

۱. بستری بیمار در اتاق خصوصی (یا بستری چند بیمار با عفونت یکسان در یک اتاق، در صورت نبودن اتاق خصوصی به تعداد کافی)
۲. استفاده از وسایل محافظت شخصی برای محافظت پوست مواجهه دیده و لباس شامل:
 - پوشیدن دستکش در زمان ورود به اتاق
 - رفع آلودگی دست ها با یک ماده طبی شوینده دست یا ماده حاوی الکل (Alcohol – based hand rub) بلافاصله پس از درآوردن دستکش
 - استفاده از گان در صورت احتمال تماس قابل ملاحظه لباس پرسنل با بیمار یا سطوح محیطی پیرامون بیمار یا مواد بالقوه عفونی بسیار مثل ترشح زخم
 - قبل از ترك اتاق ایزوله، گان باید درآورده شود و باید مراقب بود که لباس پرسنل آلوده نگردد.
 - وسایل غیربحرانی مراقبت از بیمار (گوشی، دستگاه فشارسنج) باید در اتاق ایزوله بمانند و برای سایر بیماران مورد استفاده قرار نگیرند.

احتیاط تماسی Contact P	احتیاط قطرات Droplet P.	احتیاط هوایی Air borne
* آیه ای که پانسمان نشده یا ترشح آن کنترل نمی شود. * آدنووایروس در نوزادان یا اطفال * سلولیتی که ترشح آن کنترل نمی شود * اسهال با عامل کلستریدیوم دیفیسیل * کونژکتیویت حاد ویروسی * زخم بستر عفونی و عدم کنترل ترشح آن * دیفتری جلدی * عفونت ناشی از شیگلا، انتریت با یرسینیا 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. * عفونت های آنترروویروسی در نوزادان و اطفال * فورو نکولوز در نوزادان و اطفال * ویروس هرپس سیمپلکس در نوزاد نوع منتشر، یا جلدی مخاطی شدید اولیه * زرد زخم	* آدنووایروس در نوزادان یا اطفال * دیفتری حلقی * مننژیت یا اپی گلویت ناشی از هموفیلوس آنفلوانزا * پنومونی ناشی از هموفیلوس آنفلوانزا در اطفال و نوزادان * ویروس آنفلوانزا * عفونت های مننگوکوکی * اوریون * مایکوپلاسما پنومونیه * پارو ویروس B19 * سیاه سرفه * پنومونی ناشی از طاعون (طاعون ریوی) * سرخچه * فارنژیت یا پنومونی یا مخملک در با عامل استرپتوکوک (گروه A) نوزادان یا اطفال خردسال	* سرخک * آبله میمونی - Monkeypox * سل ریه یا حنجره * سندرم تنفسی حاد شدید SARS * آبله - Smallpox * آبله مرغان Varicella * تب های خونریزی دهنده ویروسی - VHF * زونا (نوع منتشر یا در بیمار نقص ایمنی)

ترتیب خارج نمودن تجهیزات حفاظت فردی



ترتیب پوشیدن تجهیزات حفاظت فردی



موقعیت استفاده از ماسک N95

جهت مراقبت از بیماران

با تصویب کمیته کنترل عفونت تاریخ ۱۳۹۵/۸/۲۵ موقعیت های استفاده از ماسک N95 جهت مراقبت از بیماران مبتلا به بیماریهای واگیر به شرح ذیل اعلام میگردد . بدیهی است که در کلیه موقعیت های ورعایت سایر وسایل حفاظت فردی جهت کلیه افرادی که بر بالین بیمار حضور می یابند (پزشک - پرستار - کمک بهیار- پرسنل خدماتی - همراه بیمار الزامی است).

-بطور کلی جهت هر بیماری که نیاز به ایزولاسیون و رعایت احتیاط هوایی پوشیدن ماسک الزامی است .

- سل ریه یا حنجره

- سرخک

- آبله مرغان

- زوناى منتشر

- بیمار دچار آنفولانزا H1N1 و آنفولانزای مرغی

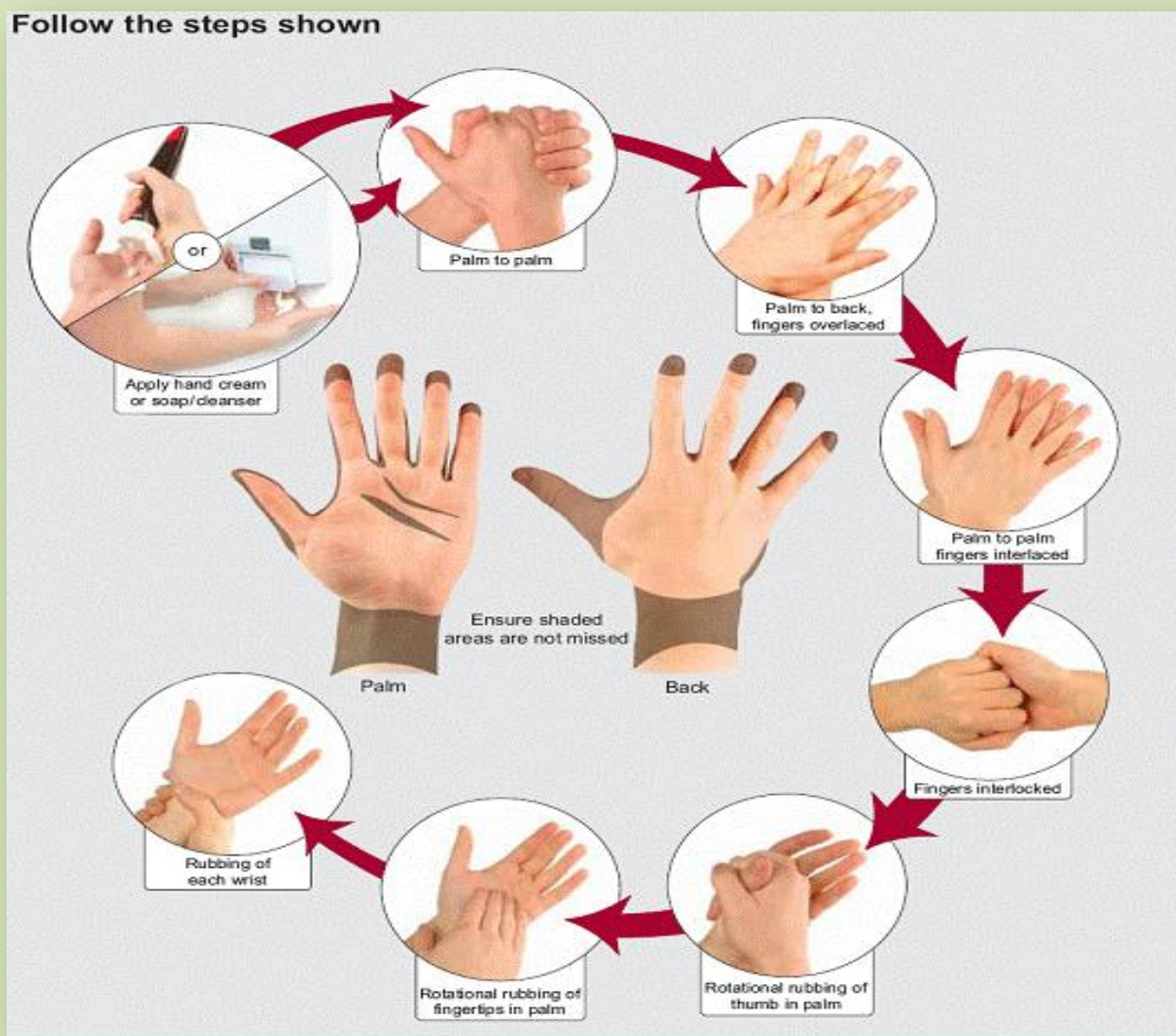
- سندرم حاد تنفسی SARS

تب خونریزی دهنده ویروسی VHF

- جهت بیماران با احتیاط قطرات که در وضعیت حاد و نیمه وخیم بیمار قرار دارند و پروسیجر های تولید کننده انروسل مانند ساکش

دارند و یا احتیاج به CPR نیز پوشیدن ماسک N95 ضروری است

اندیکاسیون های بهداشت دست



۱- پس از در آوردن دستکش ها از دست

۲- در شروع شیفت کاری

۳- هنگام آلوده شدن دستها، پس از عطسه و سرفه یا پاک کردن بینی

۴- در فواصل تماس با بیماران

۵- قبل از تهیه داروهای بیماران

۶- پس از رفتن به توالت

۷- قبل از انجام اقدامات تهاجمی

۸- قبل از مراقبت از بیماران آسیب پذیر مانند نوزادان و افراد دچار سرکوب شدید سیستم ایمنی

۹- قبل و بعد از تماس با زخم

۱۰- بعد از دست زدن به اشیایی که احتمال آلودگی آنها با میکروب های بیماری زا وجود دارد مانند ظروف اندازه گیری ادرار بیماران و وسایل

۱۱- پس از مراقبت از بیماران دچار عفونت یا بیمارانی که احتمال دارد با میکروب هایی که از لحاظ اپیدمیولوژی اهمیت خاصی دارند لگو تیزه شده باشند مانند باکتریهای مقاوم به چند نوع آنتی بیوتیک

۱۲- دستها بصورت آشکار کثیف باشند

۱۳- دستها به صورت مشهود آلوده به مواد پروتئینی نظیر خون و سایر مایعات بدن باشند.

۱۴ دستها در معرض تماس احتمالی یا ثابت شده با اور گانیسم های بالقوه تولید کننده اسپور باشند
از جمله در موارد طغیان های کلسترییدیوم



- ۱- ساعت و انگشت را از دستان خود در آورید .
- ۲- دست های خود را با ماده شوینده آغشته نموده و به شدت آنها را بهم بمالید.
- ۳- کف دست راست روی دست چپ مالیده شود.
- ۴- کف دستها را به یکدیگر بمالید .
- ۵- انگشتان دست ها را داخل یکدیگر قفل کرده ، بهم بمالید .
- ۶- در حالیکه شست دست راست در کف دست چپ قرار گرفته ، با حرکت چرخشی آن را بشوئید . همین عمل را برای انگشت مقابل نیز انجام دهید .
- ۷- با حرکت چرخشی ، انگشتان جمع شده دست راست را کف دست چپ بمالید . همین عمل را برای دست مقابل نیز انجام دهید.
- ۸- انگشتان دست خود را بالا گرفته ، آیکشی نمایید . دست ها را با دستمال کاغذی خشک نموده ، پس از بستن شیر آب، آن را داخل سطل آشغال بیاندازید .

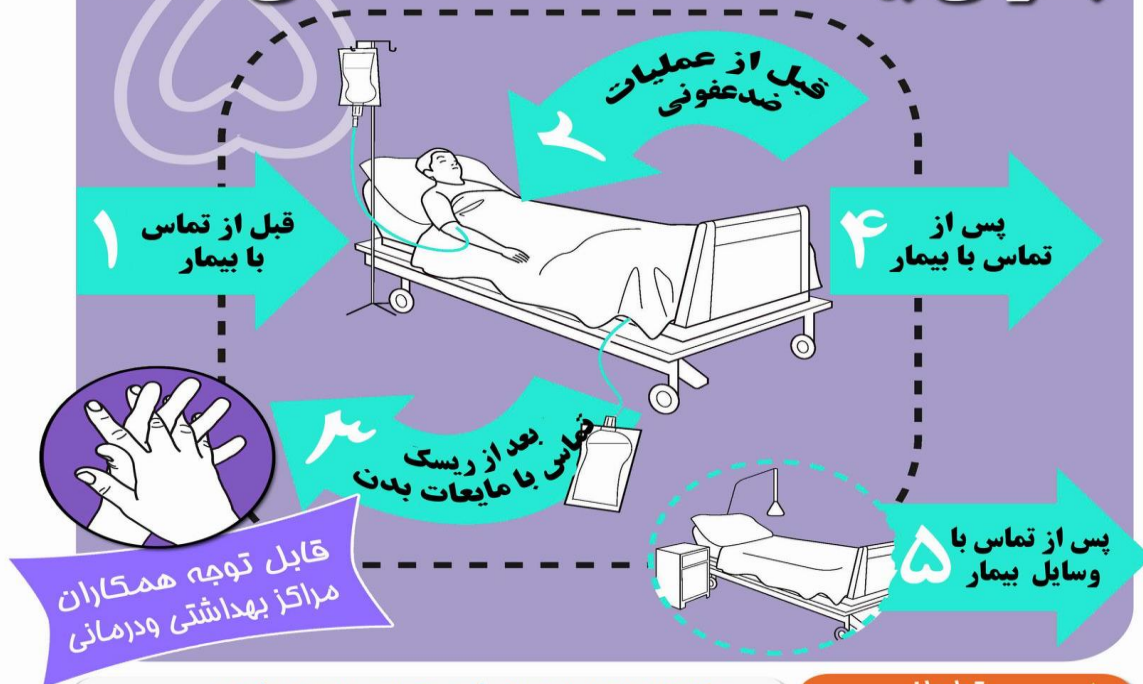
برای تشخیص آسان موقعیت های رعایت بهداشت دست، سازمان جهانی بهداشت (WHO) "مدل ۵ موقعیت برای رعایت بهداشت دست" را ارائه نموده است.

این موقعیت ها عبارتند از:

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

پنج مرحله مهم

برای بهداشت دست های شما



دستهایتان را قبل از نزدیک شدن و تماس با بیمار بشوئید
برای محافظت بیمار از میکروبهایی که بر روی دست فود ممل می کنید

دست ها را پیش از هرگونه کار ضد عفونی یا درمانی، کاملاً بشوئید
برای جلوگیری از ورود میکروب ها به بدن بیمار و فودتان

دستهایتان را بعد از هرگونه ریسک تماس با مایعات بدن بیمار بشوئید
برای محافظت فودتان و محیط در برابر میکروبهای مضر از سوی بیمار

دست ها را پس از تماس با بیمار یا وسایل اطراف او، بطور کامل بشوئید
برای محافظت فود و محیط کارتان از میکروب های مضر از طرف بیمار

دست ها را پس از تماس با ائاثیه و وسایل اطراف بیمار پس از ترخیص او بشوئید
برای محافظت فودتان و محیط، از میکروبهای بجای مانده از بیمار ترخیص شده

قبل از
تماس با بیمار ۱

قبل از
عملیات درمانی ۲

بعد از
ریسک تماس با مایعات ۳

بعد از
تماس با بیمار ۴

بعد از
تماس با وسایل بیمار ۵



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

سازمان جهانی بهداشت با همکاری برنامه کنترل سرایت بیماری از دانشگاه Hôpitaux ژنو-سوئیس



World Health
Organization
سازمان جهانی بهداشت

موارد استفاده از هندراب



۱- قبل و بعد از تماس مستقیم دستها با بیماران

۲- بعد از در آوردن دستکش استریل و یا غیر استریل از دست فود

۳- قبل از دست زدن به هر گونه جابه جای وسیله مورد استفاده در ارائه مداخلات درمانی تهاجمی
برای بیمار

۴- بعد از تماس با اشیاء ممیطی مجاور و نزدیک بیمار (مشمتمل بر تجهیزات پزشکی)

زمان لازم جهت استفاده از هند راب ۳۰-۲۰ ثانیه میباشند

واکسیناسیون کارکنان بیمارستان

توصیه شده که کارکنان مراکز مراقبتهای درمانی واکسن های ذیل را دریافت نمایند

هپاتیت B

توأم بزرگسال (کزاز، دیفتی)

سرفک، سرفجه، اوریون چنانچه قبلا ایمن ویا مبتلا به بیماری نشده باشند باید علیه سرفک و اوریون واکسنه شوند

آنفلوانزا: سیاست واکسن آنفلوانزا علیه آنفلوانزا و گروه هدف هر ساله توسط مرکز مدیریت بیماریها ی معاونت بهداشتی تعیین و ابلاغ میگردد

اقدامات لازم در مواجهه شغلی کارکنان

تعریف تماس شغلی (تماس از هریک از طریق زیر)

نیدل استیک، بریدگی با اجسام تیز و برنده

مخاطبات (مانند پشیم و دهان)

پوست غیر سالم

منابع آلودگی: فون و مایعات آلوده به فون، بافت ها و مایعات مغزی نفاعی، پلور، پریتون، مایع

آمینوتیک، شیر، مایع پریکارد و ترشحات واژینال

راههای پیشگیری و کنترل

توجه به اصول احتیاطات استاندارد

پیشگیری قبل از تماس

پیشگیری بعد از تماس

اقدامات لازم بعد از تماس شغلی



شستشوی فوری محل آسیب با آب و صابون

گزارش به سوپر وایزر کنترل عفونت

برآورد خطر

شروع کمو پرو فیلاکسی، واکسیناسیون

کنترل عوارض دارویی تجویز شده

کنترل سرولوژی (HIV) ۶ هفته، ۱۲ هفته، ۶ ماه بعد، ولی اگر منشأ آلوده به هپاتیت C باشد باید

تستهای دوره ای یکسال انجام شود.

کنترل سرولوژی HIV و HBV

ارزیابی پرسنل به دنبال تماس شغلی با خون آلوده

گزارش تاریخ و زمان تماس

انجام آزمایشات HCVAB، HIV، HBSAB در فردی که مورد مواجهه قرار گرفته است

انجام HCV، HIV، HBSAg در فرد منبع، سپس در صورت مثبت شدن HIV در فرد منبع برای فرد مورد مواجهه سریعاً پرو فیلاکسی شروع میشود. با توجه به اینکه واکسن پروفیلاکسی و درمان چندان تاثیری برای هپاتیت C وجود ندارد (رعایت امتیاطهای همه جانبه) استاندارد) در پیشگیری از روند آن دارای اهمیت زیادی است

در مورد HBS وضعیت واکسیناسیون و سرو لوژی فرد تماس یافته و همچنین وضعیت HBSAg فرد منبع اگر در دسترس باشد بسیار مهم است

توجه به اصول امتیاطات همه جانبه واکسیناسیون به موقع پرسنل مرفه پزشکی و انجام سرو لوژی جهت اطمینان از مصونیت ایجاد شده مهمترین راه پیشگیری و کنترل عفونتهای منتقله از خون در پرسنل مرفه پزشکی می باشد

پرونده های گروههای پزشکی و پیرا پزشکی شاغل در بیمارستان

به منظور پیگیری از عفونتهای بیمارستانی در بیمارستان لازم است پرسنل شاغل در بیمارستان پرونده بهداشتی داشته و خلاصه معاینات سوابق و بویژه واکسیناسیون در آن ثبت شود داشتن این پرونده باعث حفظ سلامتی کارکنان از ابتلای آنان به عفونت و سرایت عفونت به وسیله پرسنل به اعضای خانواده و جامعه خواهد بود طبقه بندی کند

ضد عفونی کننده ها، گند زداها و استریلیزاسی



سپتیدی سیدین-پی سی

کاربرد محصول

سپتیدی سیدین-پی سی ترکیب آنتی سپتیک بسیار موثر و سریع الاثر است. این محصول دارای قابلیت از بین بردن میکروارگانیسم های مضر که از طریق تماس با پوست آلوده قابلیت انتقال و بیماری زائی را دارند، نظیر مایکوباکتریوم توبرکلوزیس، ویروس عامل هپاتیت (HBV)، ویروس عامل ایدز (HIV)، اشرشیاکولی، پseudomonas آیزینوزا، سالمونلا، استاف اورئوس و دیگر عوامل میکروبی مولد عفونت های مهم بیمارستانی می باشد. همچنین از این محصول می توان برای اسکراب جراحی نیز استفاده کرد.

دستورالعمل مصرف

۲ تا ۳ سی سی از محصول سپتیدی سیدین-پی سی را بر روی کلیه قسمت های هر دو دست اسپری کنید و به طور کامل دو دست را بر روی همدیگر مالش داده، به طوریکه بین انگشتان، پشت و روی دست

تا قسمت مع به مملول آغشته گردد. سپس برای مدت ۳۰ ثانیه اجازه دهید که مملول از روی پوست خشک شود.

در صورت آلودگی واضح دست ها و یا آلودگی به مواد بافتی و چربی ها بهتر است ابتدا دست ها با آب و صابون شسته شده و پس از آبکشی و خشک کردن از ترکیبات آنتی سپتیک استفاده شود.



سارفوسپت ۲ :

ضد عفونی کننده سطوح بزرگ محیطی غیر قابل شستشو با آب، فاقد آلدئید و فنل ، تشکیل لایه باکتریو استاتیک بر روی سطوح.

ترکیبات:

ترکیب میکروب کش آمفوتریک، آلکیل آمین فعال شده با کلر و استیک اسید، EDTA, BAC, DDAC

پاک کننده غیر یونی، آب دیونیزه.

موارد مصرف:

پاک و ضد عفونی کردن سطوح ممیطی کوچک و بزرگ غیر قابل شستشو با آب مانند سطوح کف و دیوارها و اثاثیه اطاق عمل و بخشها، آزمایشگاه ها، ممیط اداری و...

روش مصرف:

مملول را (رقیق کرده (۱۰ میلی لیتر در یک لیتر آب) سطح را از آلودگی قابل رویت پاک کرده با وسیله ای مانند تی یا دستمال به آن آغشته نمائید. ۵ تا ۱۰ دقیقه صبر کنید تا ضد عفونی انجام گردد.

طیف اثر:

باکتری ها، قارچها، کپک ها، موثر بر ویروسهای HIV, HBV, HCV, H1N1 در ۵ دقیقه و TbB در ۱۰ دقیقه در رقت ۱٪

شرایط نگهداری و ایمنی :

از تماس با چشم و بلعیدن خودداری شود از ترکیب مملول با مواد شیمیایی دیگر خودداری شود. در ظرف در بسته در شرایط متعارفی نگهداری شود.



سارفوسپت کوئیک :

مزایا:

آماده مصرف با کاربرد سریع و آسان، موثر در ۳۰ ثانیه، استفاده به صورت افشانه، بدون اثر
 فورندگی و رنگبری روی سطوح تجهیزات، سازگار با انواع سطوح بجز پلاستی گلاس، فاقد آلدئید
 و فنل

ترکیبات:

ترکیب میکروب کش آمفوتریک، الکیل آمین فعال شده با کلرواستیک اسید، ایزوپروپانول،
 DDAC، ان پروپانول

موارد مصرف:

پاک و ضد عفونی کردن سطوح محیطی کوچک و اشیائی که نیاز به ضد عفونی سریع دارند.
مانند

سطوح در تماس با بیماران، تفت، کابینت، سطوح تجهیزات در بیمارستانها، کلینیکها،
آزمایشگاه ها و ...

روش مصرف:

سطح مورد نظر را از بقایای قابل رویت آلودگی (فون، بزاق و ...) پاک کرده، سپس مملول را
(وی

آن اسپری کنید. پس از ۳۰ ثانیه سطح را با یک دستمال تمیز پاک کنید.

طیف اثر:

باکتریها، قارچها، ویروسها H1N1, HCV, HBV, HIV در ۳۰ ثانیه و TbB در ۱ دقیقه.

شرایط نگهداری و ایمنی :

از تماس با چشم و بلعیدن فووداری شود از ترکیب مملول با مواد شیمیایی دیگر فووداری
شود. در ظرف در بسته در شرایط متعارفی نگهداری شود.



سارفوسپت اینسترومنت :

کاربرد و مزایا: پاکسازی و ضدعفونی همزمان ابزارهای پزشکی و دندانپزشکی پیش از استریلیزاسیون، فاقد اثر فورندگی و تفریبی بر ابزارهای مساس، فاقد آلدئید و فنل بدون بو و بفارات آزار دهنده، مقرون به صرفه، مملول غلیظ قابل استفاده در رقت ۱ و ۲ درصد.

ترکیبات: دی دسیل دی متیل آمونیوم کلراید، ان آمینو پروپیل گلیسین، بنز الکوئیوم کلراید، فتی اسید اتوکسیلات

آب دیونیزه EDTA

طیف اثر: باکتری های گرم مثبت، گرم منفی مایکو باکتریوم ها، قارچها، ویروسهای پوشش دار

(HIV)، (HBV)، (HCV)

زمان اثر : در رقت ۲٪ به مدت ۱۵ دقیقه، در رقت ۱٪ به مدت ۳۰ دقیقه و در رقت ۵/۰٪ به مدت ۶۰ دقیقه.

دستور مصرف : ممتوی ظرف را با توجه به زمان مجاورت ذکر شده رقیق نموده و پس از پایان زمان غوطه وری ابزارها را با آب جاری بشوئید، خشک کرده و استریل نمایید.

توجه: این مملول جهت ضد عفونی سطح متوسط می باشد.

ماندگاری : در حالت غلیظ ۳ سال و در حالت رقیق شده در صورت عدم وجود مواد ارگانیک روی ابزار در حال ضد عفونی ۲ هفته می باشد. در غیر این صورت یک هفته توصیه می گردد.

عفونت بیمارستانی

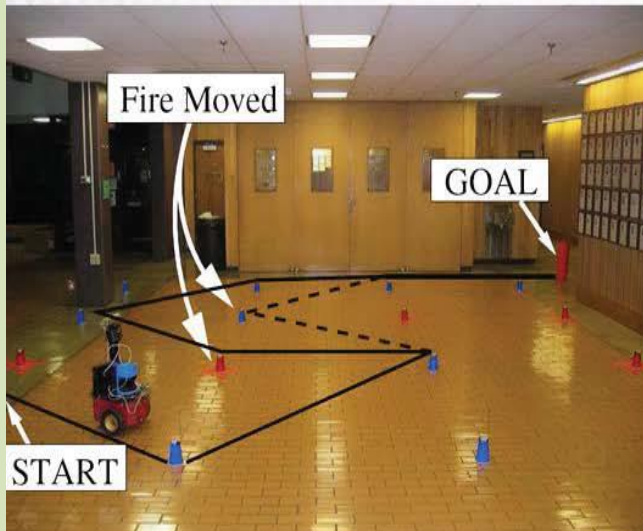
عفونت که بصورت ممدود یا منتشر و در اثر واکنشهای بیماری زا مرتبط به خود عامل عفونی یا سموم آن در بیمارستان ایجاد میشوند بشرطی که

مداقل ۴۸ تا ۷۲ ساعت بعد از پذیرش بیمارستان ایجاد شود

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

با عنایت به اینکه بیشتر از ۸۰ درصد عفونتهای بیمارستانی را عفونت ادراری، زخمهای جراحی، تنفسی و فونی تشکیل میدهند نظام مراقبت عفونتهای بیمارستانی در کشور داده های مربوط به این ۴ نوع عفونت را از تمامی بیمارستانها جمع آوری و مورد تجزیه تحلیل قرار می دهند

اطفاء مریق بیمارستان نیکوکار





روشهای عمومی اطفاء حریق

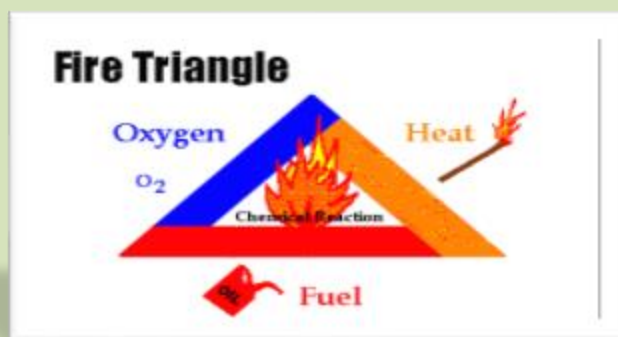
آتش سوزی هرآن ممکن است اتفاق افتد و ظرف چند دقیقه جان و مال افراد را به خطر اندازد درحالی که ۷۵٪ آتش سوزی ها قابل پیش بینی و پیشگیری هستند. صرف بیمه کردن ساختمان و مؤسسات تلفات جانی و عوارض روانی ناشی از حریق هیچگاه قابل جبران نمی باشد. همواره فرهنگ سازی در زمینه نحوه پیشگیری و مبارزه با حریق الزامی و اجتناب ناپذیر است

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



مثلث آتش:

از بهم پیوستن سه ضلع اکسیژن ، حرارت و مواد قابل اشتعال حریق صورت میگیرد



مواد از لحاظ قابلیت احتراق به ۳ دسته زیر تقسیم می شوند.

مواد قابل انفجار مانند باروت

مواد قابل احتراق مانند چوب ، کاغذ

مواد غیر قابل احتراق مانند آجر ، سنگ

آتش

فرایند تبدیل ماده به کربن، گرما و نور را آتش گویند

هرگاه سه عنصر-حرارت یا جرقه (HEAT) مواد سوختنی (FUEL) و اکسیژن یا هوا (AIR) (در یک زمان و یک مکان با هم جمع شوند آتش پدیدمیآید که به مثلث آتش معروف است.

در مورد مایعات بجای مثلث آتش مربع آتش گفته اند. یعنی جمع شدن یکجا : **مواد سوختنی ، حرارت یا جرقه ، اکسیژن و زنجیره ی مولکولی مواد.**

طبقه بندی انواع آتش

آتش نوع A: آتشی که در اثر حریق جامدات مثل چوب بوجود می آید

آتش نوع B: آتشی که در اثر حریق مایعات مثل بنزین بوجود می آید

آتش نوع C : آتشی که در اثر حریق گاز ها مثل بوتان بوجود می آید

آتش نوع D : آتشی که بعلت عوامل برقی یا تجهیزات برقی مثل اتصالات جعبه برق ایجاد میشود

:آتشی که در اثر حریق فلزات قابل احتراق مثل سدیم-پتاسیم-منیزیم- اورانیوم ایجاد میشود
آتش نوع E

روشهای عمومی بر اساس ماهیت حریق به اشکال زیرمی باشد

الف -سرد کرد

ب- خفه کردن

ج- سد کردن یا حذف ماده سوختنی

د- کنترل واکنش های زنجیره ای

سرد کردن :

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

خفه کردن:

خفه کردن، پوشاندن روی آتش با موادی است که رسیدن اکسیژن به محوطه آتش گردد. این روش اگرچه در همه حریق ها موثر نیست ولی روش مطلوبی برای اکثر حریق ها می باشد . مورد استثناء موادی است که در حین سوختن اکسیژن تولید می کنند ، مانند : نیترات و زنجیره های آلی اکسیژن دار مثل پراکسید های آلی $R-O-O-H$ یا $R-COOR$ و $R-NO_3$ همچنین موادی که سرعت آتش گیری در آنها زیاد است مانند دینامیت ، سدیم ، پتاسیم که از این قاعده مستثنی هستند . موادی که برای خفه کردن بکار می روند بایستی سنگین تر از هوا بوده و یا حالت پوششی داشته باشند . خاک ، شن ، ماسه . پتوی خیس نیز این کار را می توانند انجام دهند.

حذف مواد سوختنی:

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

کنترل واکنش های زنجیره ای:

برای کنترل واکنش های زنجیره ای استفاده از برخی ترکیبات هالن مانند CBrF_3 (1301)، CBrClF_2 (1211)، $\text{C}_2\text{F}_2\text{Br}_2$ (2402)، و جایگزینهای آن و برخی ترکیبات جامد مانند جوش شیرین (K_2CO_3) موثر می باشد. این عمل برای کنترل حریق مشکل تر و گرانتر از سایر روشهاست ولی می تواند بصورت مکمل برای مواد پر ارزش بکار رود.

تجهیزات اطفاء حریق

تجهیزات خاموش کننده Fire equipment

تجهیزات هشدار دهنده Fire detector

تجهیزات پیش گیری کننده Fire protection

قسمتهای مختلف یک خاموش کننده

گاتریج: کپسولی کوچک فلزی است که در آن گاز ازت یا تحت فشار بسیار زیادی نگهداری می شود

پین ایمنی: این پین بمنظور جلوگیری از فعال شدن کپسول بصورت سهوی در یک سوراخ قرار دارد بنابراین در مواقع استفاده باید آنرا از جای خود بیرون آورد
دسته نگهدارنده: با استفاده از دسته کپسول را بلند و جابجا میکنیم

ضامن یا اهرم: با فشار دادن این ضامن پس از بیرون آوردن پین محتویات کپسول با سرعت از شیلنگ و نازل به بیرون پرتاب می شود.
-گیج یا فشارسنج:



این وسیله تنها در کپسولهای پودربکار می‌رود و نشان دهنده میزان فشار گاز درون گاتریج است . گیج از یک صفحه با دو رنگ سبز و قرمز و یک عقربه تشکیل شده است رنگ سبز نشان دهنده شارژ بودن کپسول و رنگ قرمز نشان دهنده خالی بودن کپسول است اما اگر عقربه روی رنگ قرمز سمت راست سبز باشد کپسول بیش از استاندارد شارژ می‌باشد.

بر چسب روی سیلندرهاى آتش نشانی باید شامل اطلاعات زیر باشد:

-نوع خاموش کننده بکاررفته

-علامت استاندارد

-وزن کپسول

-تاریخ شارژ و انقضاء

-نوع حریق

-دستورالعمل استفاده از کپسول

-نام شرکت سازنده

مواد خاموش کننده آتش:

موادی که بعنوان خاموش کننده آتش به کار می روند در ۴ دسته قرار می گیرند . بدلیل لزوم سرعت عمل و افزایش پوشش خاموش کننده ها ، می توان از دو یا چند عنصر خاموش کننده بطور همزمان استفاده نمود . طبعاً هر کدام از مواد یاد شده در اطفاء انواع حریقها دارای مزایا و معایبی می باشند . این گروه شامل گروههای زیر است :

الف - مواد سرد کننده (آب ، CO_2)

ب- مواد خفه کننده (کف - CO_2 - خاک - ماسه)

ج - مواد رقیق کننده هوا ($CO_2 - N_2$)

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

سرد کردن:

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

خفه کردن:

خفه کردن، پوشاندن روی آتش با موادی است که رسیدن اکسیژن به محوطه آتش گردد. این روش اگرچه در همه حریق ها موثر نیست ولی روش مطلوبی برای اکثر حریق ها می باشد . مورد استثناء موادی است که در حین سوختن اکسیژن تولید می کند.

مانند : نیترات و زنجیره های آلی اکسیژن دار مثل $R-O-O-H$ یا $R-COOR$ و $3R-NO$ پراکسید های آلی همچنین موادی که سرعت آتش گیری در آنها زیاد است مانند دینامیت ، سدیم پتاسیم که از این قاعده مستثنی هستند

موادی که برای خفه کردن بکار می روند بایستی سنگین تر از هوا بوده و یا حالت پوششی داشته باشند . خاک ، شن ،

ماسه، پتوی خیس نیز این کار را می توانند انجام دهند.

حذف مواد سوختنی:

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

کنترل واکنش های زنجیره ای:

برای کنترل واکنش های زنجیره ای استفاده از برخی ترکیبات $CBrClF_2$ و $CBBrF_3$ (۱۳۰۱) و هالان مانند (۱۲۱۱)

جایگزینهای آن و برخی ترکیبات جامد موثر می باشد . این عمل برای کنترل حریق مشکل تر مانند جوش شیرین

و گرانتر از سایر روشهاست ولی می تواند بصورت مکمل برای مواد پر ارزش بکار رود.

مواد خاموش کننده آتش موادی که بعنوان خاموش کننده آتش به کار می روند در ۴ دسته قرار می گیرند .بدلیل لزوم سرعت عمل و افزایش پوشش خاموش کننده ها ، می توان از دو یا چند عنصر خاموش کننده بطور همزمان استفاده نمود



انواع خاموش کننده

(WATER) آب / (FEOM) فوم / CO2 (POWDER) پودر / شن و خاک

خاموش کننده ی آب (water)

نمونه کپسول آب:



متداولترین خاموش کننده ای است که بخصوص برای اطفاء حریق جامدات استفاده میشود. که مزایای آن عبارت است از فراوانی و دسترسی آسان خنک کننده است ، ارزانی و سهولت استفاده

اشکالات استفاده از آب

در حریق فلزات قابل اشتعال استفاده از آب موجب انفجار می گردد
آب بر روی برخی از کالاها مانند وسایل برقی یا کاغذی اثر نامطلوب دارد
استفاده زیاد از آب در کشتی ها می تواند موجب از بین رفتن تعادل آن گردد.
در حریق تجهیزات الکتریکی و برق کاربر آب میتواند موجب برق گرفتگی و گسترش آتش میگردد
نکات لازم در خصوص استفاده از آب

برای اطفاء حریق جامدات آب را باید بصورت جت روی قلب آتش بگیریم
استفاده از آب بصورت جت بر روی مایعات در حال اشتعال موجب گسترش آتش به اطراف میگردد.

در صورتی که بخواهیم برای اطفاء حریق مایعات از آب استفاده کنیم باید آنرا بصورت مه پاش بکار بریم

برای خاموش کردن حریق گوگرد هیچگاه از آب دریا (آب شور) استفاده نکنیم زیرا اینکار باعث تولید گاز سمی و در نتیجه موجب خفگی میگردد.

در مورد تجهیزات الکتریکی و برقی رعایت نکات ذیل ضروری است

در صورتی که برای خاموش کردن حریق وسایل و تجهیزات برقی خاموش کننده ای جز آب در دسترس نباشد باید برق را از منبع قطع کرد.
در برخی از تجهیزات برقی برق ذخیره میشود (خازنها) ریختن آب بر روی اینگونه وسایل و تجهیزات موجب برق گرفتگی و جرقه میگردد

فوم (کف Foam)

فوم مایعی خاموش کننده است که بویژه در مورد مایعات کاربرد دارد این ماده بعلت سبکی روی مایع در حال اشتعال را گرفته و از رسیدن اکسیژن به آتش جلوگیری می کند. از خواص دیگر فوم خنک بودن آن است.

نمونه کپسول فوم:



-کپسول فوم برنگ خردلی یا قرمز با نوار خردلی دور آن برای اطفاء حریق مایعات استفاده می گردد

فوم از نظر نوع ماده ای که از آن تولید میشود به دو دسته زیر تقسیم می شود:

-فوم مکانیکی :این نوع فوم از بقایایی اجساد حیوانات مرده مانند شاخ ، پوست ، سم ، خون و غیره... تهیه میگردد

-فوم شیمیایی :این نوع فوم از مواد شیمیایی بنام بی کربنات سدیم و سولفات آلومینیوم تهیه میشود.

انواع فوم:

فوم از نظر میزان انبساط به انواع ذیل تقسیم میگردد

-فوم با قابلیت انبساط بالا که در کپسولها استفاده میگردد

-کف با قابلیت انبساط متوسط

-کف با قابلیت انبساط کم که در foam tank شناورها استفاده میگردد

بطور معمول فومی که از نازل خارج می شود ترکیبی از ۳% فوم خالص و 97% آب و هوامیباشد در استفاده از فوم به نکات ذیل باید توجه نمود

فوم مانند آب بر روی برخی از کالاها مانند وسایل برقی یا کاغذی اثر نامطلوب دارد

- در حریق فلزات قابل اشتعال استفاده از آب موجب انفجار می گردد
- در حریق تجهیزات الکتریکی و برق کاربر آب میتواند موجب برق گرفتگی و گسترش آتش می گردد

پودر Powder

پودر خاموش کننده جامد است بسیار نرم و لطیف برنگ سفید مایل به صورتی که برای اطفاء تمام انواع آتش کاربر دارد اما بیشترین کاربرد آن برای اطفاء آتش (نوع C, B و D) گازها، مایعات و فلزات) می باشد.

پودر از موادشیمیایی مانند بیکربنات سدیم یا پتاسیم تهیه میشود و با اختلال درزنجیره مولکول مایعات همچنین ایجاد یک پوشش رویحریق، آتش را خاموش میکند.

برای اطفاءحریق فلزات ازنوعی پودرسیاهرنگ که از ترکیبات کلرورسدیم وپتاسیم استفاده می گردد

نمونه ی کپسول پودر:



-کپسول پودر برنگ آبی یا قرمز با نوار آبی رنگ دور آن که برای اطفاء هر نوع حریق استفاده می گردد اما موثرترین کاربرد آن برای خاموش کردن حریق مایعات و فلزات است

گاز CO₂

گازی است بی رنگ و بو که از آن بعنوان خاموش کننده بویژه آتشفهای نوع D یعنی تجهیزات الکتریکی و برقی استفاده می گردد

خواص CO₂

-گازی است خفه کننده که با احاطه اطراف آتش مانع از رسیدن اکسیژن شده و حریق را خاموش می کند

-CO₂ چون خنک کننده قوی نیز است با سرد کردن آتش موجب خاموش کردن حریق می گردد 5/1 CO₂ برابر هوا وزن دارد -غلظت 50 CO₂ برابر بیشتر از هواست

-CO₂ قدرت انبساط بالایی دارد برای همین برای شارژ گاتریج همچنین باد کردن لایف رفت و لایف جکت از این گاز استفاده می گردد

نمونه کپسول CO₂:



خاموش کننده های دستی:

کپسولهای به وزن ۱ تا ۱۲ کیلوگرمی هستند که بمنظور اطفاء حریقهای کوچک و یادر مراحل

ابتدایی آن استفاده می‌گردد

توجه: در کنار هر نوع آتش خاموش کن که شرح آن گذشت شکل نوع دستی آورده شده.

امتیازات خاموش کننده های سیار

- هر شخص به آسانی می تواند آنرا حمل نماید
- هزینه خرید و نگهداری و شارژ آن کم است
- جای کمی را اشغال می کنند
- به آسانی در دسترس است
- متناسب با نوع آتش قابل استفاده است
- در مورد حریق های موضعی و کوچک کاربرد موثری دارد

اجزاء خاموش کننده های سیار

- بدنه: از جنس فلز و بصورت قالب یک تکه است و می بایست در برابر حرارت ، ضربه و خوردگی مقاوم باشد همچنین فشار زیادی را تحمل نماید
- نازل (NOZE) و شیلنگ: (HOSE)

ماده خاموش کننده محتوی کپسول از طریق نازل و شیلنگ با سرعت خارج شده و بسمت آتش هدایت می گردد طول شلینگ باید ۸۰٪ از طول بدنه باشد

تعیین مکان مناسب جهت نصب خاموش کننده ها

- ۱- حداکثر در ارتفاع ۱/۵ متری از سطح زمین نصب شود چنانچه وزن خاموش کننده بیشتر از ۱۸ کیلو باشد حداکثر در ارتفاع ۱ متری زمین نصب شود در مکانهای پر تردد کودکان و نوجوانان کم است می توان در ارتفاع پائین تر نصب شود
- ۲- توزیع یکنواخت صورت بگیرد
- ۳- در نزدیکی ورودیها و خروجیها باشد
- ۴- در مکانی نصب شود که امکان صدمات فیزیکی به آنها را به حداقل برساند
- ۵- مسیر ، جهت دسترسی کوتاه فراهم باشد

- ۶- در فضای باز، سیلندر نباید در مقابل تابش مستقیم نور خورشید یا برف و باران قرار گیرد
- ۷- باید دقت داشت که خاموش کننده در فاصله دورتر از مواد مخاطره آمیز نصب شود
- ۸- وقتی که خاموش کننده بر روی چرخ یا دیوار نصب می باشد باید از بسته های مخصوص استفاده نمود

شناسایی نوع خاموش کننده از طرف رنگ بدنه سیلندر

- ۱- خاموش کننده محتوی آب به رنگ قرمز می باشد
 - ۲- خاموش کننده محتوی کف به رنگ زرد یا لیموئی می باشد
 - ۳- خاموش کننده محتوی پودر به رنگ آبی می باشد
 - ۴- خاموش کننده محتوی گاز CO₂ به رنگ مشکی می باشد
 - ۵- خاموش کننده محتوی هالوژنه به رنگ سبز می باشد
- لازم به ذکر است در حال حاضر اکثر تولید کنندگان از رنگ قرمز برای تمامی خاموش کننده ها استفاده می کنند



« خطرات گازها و طریقه مبارزه »

بطور کلی در مورد مواجهه شدن با خطرات گازها دو حالت مختلف وجود دارد

۱- مرحله‌ای که آتش سوزی ناشی از گاز بوجود آمده باشد

۲- مرحله‌ای که گاز در ساختمان پخش شده و آتش نگرفته باشد.

* برای مبارزه در مرحله اول؛ یعنی آتش سوزیهای ناشی از گاز در محل‌های سرپوشیده، لازم است ابتدا اطراف مخازن گاز را با توجه به نوع آتش سوزی خاموش نماییم، در صورتی خود گاز را خاموش می‌نماییم که مخزن گاز قابل حمل به بیرون یا شیر کنترل آن سالم باشد تا بتوانیم پس از خاموش کردن، بلافاصله مخزن را به خارج از ساختمان منتقل و یا با بستن شیر کنترل از خروج گاز جلوگیری نماییم. در صورتی که مخزن قابل انتقال نباشد و یا به عللی نتوانیم از خروج گاز جلوگیری کنیم، باید از خاموش کردن خود سیلندر گاز پس از خاموش کردن اطراف خودداری نماییم و مرتباً بوسیله آب مخزن را از تمام نقاط و بیشتر از قسمت بالا خنک نموده از سرایت آتش به اطراف جلوگیری کنیم تا زمانی که وسائل انتقال مخزن و یا جلوگیری از خروج گاز آماده گردد.

یادآوری: علت این که باید از خاموش کردن گاز در صورت عدم انتقال مخزن یا جلوگیری از خروج گاز در جاهای سر پوشیده خودداری نماییم، این است که امکان دارد در اطراف سیلندر گاز خاموش نشده باشد و جرقه‌ای در زیر جعبه‌ها، داخل کشوها و یا بطور کلی در محلی خارج از دید آتش نشان، باقی بماند، از طرفی گاز را که خاموش ساختیم نتوانیم آن را کنترل کنیم که در نتیجه گاز رها شده مخلوط با هوا، فضا را پر می‌کند و با باقی مانده جرقه آتش، تولید انفجار می‌کند که هم امکان تلف شدن افراد وجود دارد و هم خسارات ناشی از انفجار به مراتب بیشتر از آتش سوزی اولیه خواهد بود.

برای خاموش نمودن آتش سوزی گازها، باید هر سه طریق اطفای مثلث آتش را انجام دهیم

۱- سیلندر را به وسیله آب خنک می‌کنیم (پایین آوردن درجه حرارت)

۲- آتش را بوسیله مواد خفه کننده، پودرهای شیمیایی و گاز کربنیک و غیره خاموش می‌سازیم (خفه کردن).

۳- جریان گاز را قطع می‌کنیم (دور ساختن مواد سوختنی).

*مرحله دوم؛ زمانی که گاز در ساختمان پخش شده و آتش نگرفته باشد (مرحله خطر) در این حالت لازم است که برای جلوگیری از انفجار و آتش سوزی اقدامات زیر انجام شود

۱- خاموش کردن تمام منابع حرارتی؛ از قبیل بخاری و چراغهای خوراک پزی و غیره

۲- از قطع و وصل نمودن کلیدهای برق خودداری شود؛ یعنی اگر حتی یک لامپ روشن بود آن را بوسیله کلید خاموش نکنیم چون خود کلید تولید جرقه می‌نماید البته در مواردی که فیوز برق در خارج از ساختمان قرار دارد می‌توانیم فیوز کنتور را باز کنیم تا جریان برق در داخل ساختمان بدون ایجاد جرقه قطع شود ولی اگر فیوز در محل پخش شدن گاز باشد به هیچ عنوان آن را باز نمی‌کنیم.

۳- جلوگیری از خروج گاز بوسیله بستن شیر کنترل.

۴- باز کردن تمام دربها و پنجره‌های ساختمان.

۵- خارج کردن گاز داخل ساختمان بوسیله ایجاد باد و برای این کار باید از وسائلی استفاده شود که تولید الکتریسیته ساکن یا جرقه ننماید و وسایل مناسب عبارتند از یک مقوای بزرگ یا قطعه‌ای گونی یا پارچه‌های نخی و غیره. مطمئن تر آن است که پارچه یا گونی را خیس نماییم

۶- بهتر است از دستکش یا یک تکه پارچه مرطوب برای باز و بسته کردن دربها استفاده شود چون حرکت در روی موکت‌ها، در بدن تولید الکتریسیته ساکن می‌کند.

۷- برای داخل شدن به محل بهتر است از دستگاه تنفس استفاده کنیم یا قطعه‌ای پارچه در جلوی دهان قرار دهیم و در صورت امکان چیزی باشد که صورت را بپوشاند تا در زمان بروز آتش سوزی ریه و مجاری دچار سوختگی نشود..



در آتش سوزی ، سریع و دقیق فکر کردن حیاتی است . آتش به سرعت گسترش پیدا می کند. بنابراین اولین اولویت شما، آگاه کردن افراد در معرض خطر است . اگر در داخل ساختمان هستید، نزدیکترین آژیر حریق را فعال کنید. همچنین باید فوراً به خدمات اورژانس اطلاع دهید، اما اگر این کار، خروج شما را از محل به تأخیر می‌اندازد، امنیت خود را به خطر نیندازید. افراد ی

که در آتش گیر افتاده اند، به سرعت دچار هراس می شوند. شما به عنوان ارایه کننده کمکهای اولیه، می توانید با آرام کردن افراد ی که رفتارشان احتمالاً ترس و دلهره را در دیگران تشدید می کند، از میزان هراس بکاهید افراد را برای ترک محل، تشویق و کمک کنید. هرگز برای برداشتن لوازم شخصی، مجدداً به ساختمان در حال سوخت وارد نشوید و یا خروج خود را به تأخیر نیندازید. تنها موقعی می توانید وارد ساختمان شوید که یک آتش نشان را همراهی این کار باز کرده باشد

هشدار!!

تحت هیچ شرایطی از آسانسور استفاده نکنید

پس از ورود به محل حریق یا اشتعال، یک لحظه صبر کنید، محل را زیر نظر گرفته و فکر کنید و به سرعت وارد صحنه

نشوید. امکان دارد مواد قابل اشتعال یا انفجار (مثل گاز یا دودهای سمی) یا خطر برق گرفتگی وجود داشته باشد. یک

آتش سوزی جزئی می تواند در عرض چند دقیقه گسترش یافته، تبدیل به یک حریق جدی شود. اگر خطری شما را تهدید می کند، تا رسیدن خدمات اورژانس منتظر بمانید هرگز اقدام به خاموش کردن آتش نکنید مگر آنکه پیش از آن به خدمات اورژانس اطلاع داده باشید و مطمئن باشید که خود را در معرض خطر قرار نمی دهید.

نحوه برخورد با آتش سوزی

برای شروع و ادامه پیدا کردن حریق ۳ چیز باید وجود داشته باشد: جرقه آتش (یک جرقه الکتریکی یا شعله)؛ یک منبع سوخت (بنزین، چوب یا پارچه)؛ و اکسیژن (هوا). برای شکستن این «مثلث حریق» این باید یکی از این اجزا را حذف کنید به عنوان مثال: سوییچ ماشین را

خاموش کنید و یا شیر سوخت را در ماشینهای دیزلی بزرگ خارج کنید تمام مواد سوختنی را که می توانند به عنوان منبع سوخت برای آتش عمل کنند (مثل کاغذ و مقوا) از مسیر آتش دور کنید درها را به روی آتش ببندید تا منبع اکسیژن آن قطع شود شعله های آتش را با استفاده از پتو یا سایر مواد غیرقابل نفوذ، خفه کرده، مانع رسیدن اکسیژن به آن شوید

ترک ساختمان در حال سوختن

هنگامی که آتش را در یک ساختمان مشاهده می کنید یا سعی کنید بدون آنکه خود را در معرض خطر قرار دهید، به افراد کمک کنید تا ساختمان را ترک کنند. درها را پشت سر خود ببندید تا از گسترش آتش جلوگیری شود. به دنبال راههای خروج از آتش و محلهای برای تجمع بگردید. شما باید قبلاً عملیات تخلیه را در محل کار خود فرا گرفته باشید. وقتی با ساختمانهای دیگری مواجه میشوید، نشانهای مربوط به راههای گریز اضطراری را دنبال کنید و دستورات (روی آنها) را انجام دهید کمک به گریز از ساختمان در حال سوختن: افراد را تشویق کنید که خونسرد اما سریع، ساختمان را از طریق نزدیکترین خروجی امن ترک کنند. اگر مجبور به استفاده از راه پله هستید، مطمئن شوید که کسی عجله نخواهد کرد و خطر سقوط وجود ندارد

آتش گرفتن لباس

همیشه الگوی زیر را طی کنید: **توقف ، انداختن روی زمین و چرخاندن** . در صورت امکان قبل از اقدام به چرخاندن مصدوم ، وی را در یک پارچه کلفت بپیچیداز وحشت زده شدن ، دوییدن یا بیرون رفتن مصدوم جلوگیری کنید. هرگونه حرکت یا باد، مانند بادبزنی به شعله‌ها دامن می‌زند مصدوم را به زمین بیندازید در صورت امکان ، با یک کت ، پرده پتو (غیر از انواع نایلونی یا گشادبافت) ، فرش یا سایر پارچه‌های کلفت، مصدوم را محکم بپیچید مصدوم را روی زمین بچرخانید تا شعله‌ها خفه شوند اگر آب یا مایع غیرقابل اشتعال دیگری در دسترس است ، مصدوم را طوری روی زمین بخوابانید که بخش در حال سوختن در بالا قرار گیرد و ناحیه سوختگی را با مایع خنک کنید.

هشدار!

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

دود و گاز

آتش سوزی در فضای بسته ، جو خطرناکی ایجاد می‌کند که اکسیژن کمی دارد و ممکن است با مونوکسید کربن و گازهای سمی آلوده شده باشد. هرگز وارد ساختمانی که در حال سوختن یا پر از گاز است نشوید و هرگز دری را که به محل آتش سوزی ختم می‌شود، باز نکنید. این کارها را به گروه خدمات اورژانس واگذار کنید اجتناب از دود و گاز در صورتی که در داخل ساختمان در حال سوختن هستید، اقداماتی برای اجتناب از استنشاق دود و گازهای

مضرانجام دهید. فضای باز زیر در را مسدود کنید و نزدیک به کف اتاق قرار بگیرید تا با دود کمتری مواجه شوید

آتش سوزی در بیمارستان و ایمنی در مقابل آن

آتش سوزی یکی از خطرناکترین پدیدههایی است که خسارات جانی و مالی عمدهای را بوجود آورده و خطری واقعی برای مراکز خدماتی همچون بیمارستانهاست. از آنجا که ساکنین بیمارستان عموماً افراد ناتوانی هستند که امکان نجات خود را ندارند بنابراین آتش سوزی در بیمارستان بیشتر از هر مکان عمومی دیگری میتواند باعث خسارات جانی شود، به علاوه بدلیل وجود دستگاهها و تجهیزات گرانبه و متعدد در بیمارستان، آتش سوزی میتواند باعث خسارات مالی بزرگی نیز شود. البته شدیداً به وجهه عمومی بیمارستان آسیب برساند

از آنجا که آتش سوزی میتواند خسارات جبران ناپذیر را برپیکره بیمارستان وارد کند، ایمنی بیمارستان در برابر آتش سوزی یکی از فاکتورهای مهم در نگهداری و ایمنی بیمارستان بحساب می آید و باید مورد توجه مدیریت و مورد بحث کارشناسی قرار گیرد. در این راستا، این متن مدیریت ایمنی حریق در بیمارستان را مورد بحث قرار داده است. مدیریت حریق بیمارستان و تهیه و تدارک استراتژی ایمنی حریق در آن قبل از ساخت ساختمان شروع می شود و از طراح بیمارستان تا سطوح مختلف مدیریت در بیمارستان و تمامی پرسنل، بیماران، عیادت کنندگان، لوازم و تجهیزات همه و همه در روشهای مدیریت حریق در بیمارستان که شامل پیشگیری، کشف و اعلام فرار و نجات کوچک سازی و اطفاء حریق است نقش دارند

در این راستا، وظیفه مدیر بیمارستان و مسئول ایمنی بیمارستان از همه بیشتر و نقش آنها پررنگ تر است

یکی از وظایف، طراحی برنامه ایمنی حریق در بیمارستان است. در برنامه ایمنی بیمارستان باید تلاش شود تا احتمال مرگ و صدمه ساکنان تا حد ممکن کاهش یابد و به اسکلت ساختمان و محتویات آن کمترین آسیب وارد شود

برای رسیدن به این اهداف از روشهای ایمنی حریق استفاده می شود، که بطور خلاصه شامل موارد زیر است

پیشگیری از ایجاد حریق : پیداست که اولین مرحله پیشگیری است و فقط زمانی که این روش اثرش را از دست دادرشهای دیگر مورد توجه قرار میگیرد. طراحی مناسب اسکلت و بنای ساختمان و نگهداری صحیح آن، نگهداری مناسب دستگاهها و تجهیزات و سرویسها، توجه جدی به مناطق دارای احتمال آتش سوزی بالا، آموزش کارکنان در جهت نحوه صحیح کار با دستگاهها و تجهیزات، تهیه دستورالعملهای مناسب برای موارد فوق و بازرسی مداوم از راه های پیشگیری از ایجاد حریق و کنترل منابع حریق است

ارتباطات سیستم های کشف و اعلام حریق: باید مطمئن شد در صورت بروز حریق ساکنان و بخصوص مسئولین مربوطه با خبر شده و تمامی سیستمهای حساس به حریق کار خواهند افتاد. اگر ارتباطات موفق باشد آنگاه عملیات فرار و نجات و اطفاء حریق می تواند اجرا شود. و اگر ارتباطات موفقیت آمیز نباشد تنها محدود کردن حریق بعنوان تنها روش در دسترس باقی میماند

عملیات نجات و فرار: در هنگام حریق باید مطمئن شد که ساکنین ساختمان شامل بیماران، پرسنل و عیادت کنندگان قبل از آنکه بوسیله گرما یا دود صدمه ببینند، به منطقه امن بروند

تعریف اصولی فرار یا خروج اضطراری آن است که افراد به محل امن بروند و این کار باید در همه قسمتهای ساختمان ممکن باشد.

الف: خروج نهایی یا فرار کامل : که شامل خروج از ساختمان و رسیدن به فضای باز امن توسط افرادی است که قادر به انجام این کار هستند. خروج نهایی و رسیدن به فضای باز نجات مطلق را بوجهی آورد

ب: ورود به پناهگاه یا منطقه امن : این روش بخصوص برای بیماران بستری کاربرد دارد. این عمل، نجات نسبی را فراهم میکند . پناهگاه یا منطقه امن، محلی در همان طبقه است که از حفاظت و ایمنی بالا در برابر آتش و محصولات آن برخوردار است منطقه حفاظت شده یا منطقه امن و مسیرهای فرار باید دارای معیارهای خاصی به منظور ایمن نبودن در برابر گسترش حریق و یا ورود محصولات حریق باشند

محدود کردن حریق و محصولات آن : حصول اطمینان از آنکه حریق در حداقل است و بنابراین میزان وسایل و افرادی که در معرض تهدید هستند محدود است

رفرنس: اصول ایمنی و بهداشت شغلی در بیمارستان ترجمه نگار درویش زاده

منبع : <http://och85.blogfa.com/8510.aspx>

مدیریت خطر



Risk Management

آنچه در این محور مورد توجه است شامل سلامت و ایمنی، کاهش ریسک بالینی، پایش شکایات، خط مشی ها و روش های اجرایی به روز شده، سیستم های گزارش دهی و پیگیری رویدادهای نامطلوب است.

تعاریف

مخاطره: هر وضعیت واقعی یا بالقوه که می تواند باعث صدمه ، بیماری یا مرگ افراد ، آسیب یا تفریب 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.

مرحله در فرایند مدیریت ریسک:

- ۱- زمینه سازی
- ۲- شناسایی ریسک
- ۳- تحلیل ریسک
- ۴- ارزیابی ریسک
- ۵- استراتژی جهت کاهش، حذف و یا انتقال ریسک
- ۶- بررسی و نظارت مداوم
- ۷- ارتباطات موثر و مشاوره



انواع خطاها:

۱- خطاهای مرحله برنامه ریزی

این خطاها در مین تصمیم گیری و فعالیت ها رخ می دهد. خطاهای این مرحله زمانی خود را نمایان می سازند که این دسته از خطاها بعلت کمبود دانش و اطلاعات پزشکان و کادر . پیامدهای دلفواه برای بیماران محقق نشود درمان در فصوص وضعیت بیمار، روشهای درمان و تجویز دارو هستند

سبب کاهش مرگ و میر می شود و اگر برای بیمارانی که شرایط MI تجویز زود هنگام آسپرین بمنظور درمان دریافت این نوع دارو را دارند تجویز مناسب صورت نگیرد خطای مرحله برنامه ریزی منظور فواهد شد. تجویز آنتی بیوتیک برای بیمارانی که آلرژی دارند یک خطای پزشکی در مرحله برنامه ریزی بمساب می آید

۲- خطاهای مرحله اجرا :

این خطاها، به صورت غیر عمد مین انجام فعالیت های بالینی رخ می دهند

لغزش ها: این خطا وقتی رخ می دهد که در طی انجام وظایف روتین وقفه ای ایجاد می شود مثلا وقتی هنگام Slips آماده کردن دارو برای تزریق، به علت وقفه و یا مواس پرتی، دوز اشتباه در سرنگ کشیده شود وقتی اتفاق می افتد که از یک گاید لاین پیروی نمی شود. به طور مثال وقتی یک فرد مراقب (سهوها) Lapse

سلامت با یک وضعیت پیچیده بالینی مواجه شده و از گاید لاین به علت آن که برای مشکل پیش‌رو به راحتی قابل استفاده نیست، پیروی نمی‌کند.

مسئول ۹۰٪ Slip روزانه رف می‌دهند و معمولاً مشکلات زیادی را باعث نمی‌شوند. فطاهای نوع Slip و Lapse فطاهایی است که در موزه مراقبت‌های سلامت رف می‌دهد و علت آن شرایط و موقعیتی است که ارائه‌کننده خدمات درمانی در آن قرار دارد.

در موزه مراقبت‌های سلامت می‌توانند نتایج مهمی برای بیماران بدنبال داشته (Slip و lapse) این نوع فطاها باشند. برای مثال قرار دادن نقطه اعشار در جای نامناسب ممکن است باعث ده برابر شدن دوز دارو شود. یا کشیدن یک مایع در سرنگ که برای استفاده فوراکی آماده شده است ممکن است به صورت وریدی مصرف شود.

مواس پرتی، وقفه در عملکردهای روتین، استرس و : فطاهای اجرایی در نتیجه عوامل متعددی رف می‌دهند از جمله فراموشی. این عوامل نیز دلایلی دارند مانند:

۱- عدم حمایت کافی قوانین، سیاست‌ها و رویه‌ها برای کاهش فطاهای پزشکی، برای مثال عدم وجود فطاشی برای پک کردن مجدد مناسبه دوز داروهای پرفطر

۲- کمبود دانش و آگاهی واطلاعات در وضعیت یا موقعیتی ناآشنا و نامانوس که ارائه‌کنندگان خدمات سلامت با آن روبرو می‌شوند. برای مثال زمانی که پرستاری مشغول به فعالیت در وامدی جدید با فعالیت‌های غیر تکراری و ناآشنا که آموزش کافی برای آن ندیده است، می‌شود، متعاقب آن با مشکلات متعددی مواجه می‌شود. علاوه بر آن، نداشتن دانش و آگاهی پرسنل در ارتباط با چگونگی کاربرد تجهیزات و ابزارهای درمانی نیز سبب مودث فطاشی در بالین بیمار می‌شود

۳- زمانی است که ارائه‌کننده خدمات سلامت، مهارت موردنیاز برای اعمال یک مدافله مشفص درمانی را به علت نداشتن تمصیلات و تجربه در آن زمینه فاص، نداشتن باشد و نتیجتاً فطایی که رف می‌دهد، سبب انجام نادرست عملکرد می‌شود

(latent) فطای مخفی / (Active) فطای فعال

فطای فعال: فطایی است که توسط عاملین اصلی کار اتفاق می افتد و اثرات آن تقریباً بلافاصله احساس می شود. معمولاً از این فطاها تمت عنوان فطاهاى انسانى یاد می شود. مثل "پزشک، روی عضو اشتباه جراحی می کند

فطای پنهان(مخفی): فطایی است که در طراحی سازمان، ساختار، محیط، تجهیزات، فرایندها، فرهنگ، مقررات و مدیریت و یا تربیت نیروها اتفاق می افتد، ولی اثرات این فطا برای مدت‌ها در سازمان نهفته و خاموش می ماند. معمولاً از این فطاها تمت عنوان "فطاهاى سیستمى" نام برده می شود این دسته از فطاها که اغلب ریشه در فرهنگ سازمانی دارند ممکن است سالها مخفی بمانند، تا زمانی که مجموعه ای از شرایط اجازه بدهند تا فطا خود را آشکارا کند.

نمونه ای از فطاها پنهان(مخفی)

عملکرد بی ثبات و متغیر داروفانه ها در انبارداری دارو هایی که اسامی مشابه یا اشکال مشابه دارند

نبود سیاست هایی برای برچسب زدن دارو ها با نام های ژنریک و تجارتي

عدم وجود فط مشی برای محاسبه دوز از دارو برای داروهای پرفطر یا بیماران آسیب پذیر

استفاده پاره وقت از پرسنل آموزش ندیده

مواد ناشی از بروز فطا

۱- حادثه ناگوار: حادثه ای است که موجب مرگ یا آسیب جدی به بیمار شده، یا کارکرد سازمان را مختل نموده باشد. به عنوان مثال هنگامی که پرستار اتاق عمل فراموش می کند گازهای استریل درون ملق کودکی را که تمت عمل جراحی آدنکتومی قرار گرفته است خارج کند و در نتیجه راه هوایی کودک مسدود شده و فوت کند، یک رخداد ناگوار و فاجعه آمیز رخ داده است

۲- حادثه بدون عارضه: حادثه ای است که بالقوه می توانست ضرر رسان باشد ولی منجر به هیچ گونه زیان واقعی نشده است. عدم ضرر رساندن ممکن است ناشی از ماهیت جبرانی فیزیولوژی انسان یا صرفاً از روی شناس باشد. به عنوان مثال اگر در بیماری که تا به حال پنی سیلین دریافت نکرده، به هر دلیلی تست حساسیت به پنی

سیلین قبل از تزریق آن به بیمار انجام نشود ولی بیمار از روی خوش شانس به پنی سیلین مساسیت نداشته و پس از تزریق آن دچار شوک آنافیلاکسی نشود، یک رفداد بدون آسیب اتفاق افتاده است.

۱- موارد نزدیک به خطا: مواردی هستند که به دلیل تشفیص و تصمیص فعل خطا به صورت برنامه ریزی شده یا بدون برنامه شده از بروز پیامدهای نافواسته آن جلوگیری شده باشد. در مثال اول اگر پرستار به موقع متوجه اشتباه خود شده، گازها را از ملق کودک خارج نماید و کودک از مرگ نجات پیدا کند یک مورد نزدیک به خطا رخ داده است



مدیریت فطر در بیمارستان

انجام فعالیت های اداری و بالینی در جهت تشفیص و شناسایی، ارزیابی، تجزیه و تحلیل و در نهایت کنترل مخاطراتی که می توانند بیماران، ملاقات کنندگان و کارکنان را تمت تاثیر قرار داده و در نهایت موجب از دست رفتن خود سازمان شوند (Joint commission, 2007).

فاز اول : شناسایی و ارزیابی مخاطرات بالقوه

مرمله شناسایی، در حقیقت زمینه سازی در فصوص مخاطراتی است که در بخش های مختلف بیمارستان موجود می باشد و پاسخ به سئوالات ذیل است:

چه مخاطراتی در بخش موجود است؟

این مخاطرات چه آسیب ها و صدماتی را می توانند ایجاد نمایند؟

مخاطرات شناسایی شده و متعاقب آن آسیب ها و صدمات مربوطه، چه کسانی را تمت تاثیر قرار می دهند؟

فاز دوم: کنترل فطر و ارائه راهکار مناسب

اطلاعات بدست آمده از ارزیابی ریسک تجزیه و تحلیل شده و استراتژی لازم بمنظور بهبود فرایند که در حقیقت به مذاقل رساندن فطر و در شرایط ایده آل حذف آن در تمامی فرایند های موجود (درمانی و پشتیبانی) میباشد، اتفاد می گردد.

مفاهیم مربوط به مدیریت فطر در بیمارستان

مفطره : هر عامل یا شرایطی که می تواند بصورت بالقوه ایجاد صدمه و آسیب نمایند.

ریسک : احتمال به وقوع پیوستن آسیب و صدمات و در حقیقت احتمال بالفعل شدن شرایط بالقوه را ریسک می نامند.

مفطره : لغزنده بودن سطوح/ ریسک : احتمال سقوط و سر خوردن

مفطره : سوزن آلوده / ریسک : انتقال عفونت

روش ارزیابی ریسک در بیمارستان

در بیمارستان ما ارزیابی فطرات به ۲ صورت انجام می شود: RCA و FMEA

FMEA

Failure Mode and Effect Analysis



RCA

Root Cause Analysis

تجزیه و تحلیل علل ریشه ای فطا

این روش یک روش واکنشی (Reactive) جهت شناسایی فطا می باشد. در حقیقت اتفاق یا رویداد ناخواسته به وقوع پیوسته است و مال می بایست علل ریشه ای ایجاد فطر مورد بررسی قرار گیرد تا در آینده از به وقوع پیوستن مجدد آن پیشگیری شود. ساده ترین راه جهت شناسایی علل ریشه ای فطا رسم نمودار استخوان ماهی (FishBone) می باشد. در حقیقت سر ماهی محلول یا رویداد به وقوع پیوسته بوده و تیغه های ماهی را علل به وجود آورنده آن رویداد تشکیل می دهند. در یک چیدمان بیمارستانی علل ایجاد فطا حداقل یکی از این ۵ عامل است :

- تجهیزات

- مواد مصرفی

- روشها و دستورالعمل ها

- منابع انسانی

- محیط کار

الف - کنترل فطر

در مورد فطرهای غیر قابل مذف، گامهای پیشگیرانه بایستی به منظور به حداقل رساندن احتمال بروز آن از طریق استفاده از راهنماهای بالینی، گایدلاین ها و... برداشته شود. مانند استفاده از گایدلاین برای پیشگیری از ترومبوز پیش از عمل جراحی به منظور کاهش فطر ترومبوز عروق عمقی و آمبولی ریه

ب - پذیرش فطر

در مواردی که وقوع فطر غیر قابل اجتناب باشد، حداقل این فطر باید شناخته شود و یک گام جلوتر از این گونه فطرات باشیم. یک مثال، فطر غیر قابل اجتناب فرابی هر گونه تجهیزات مانند پمپ انفوزیون و تدارک یک وسیله پشتیبانی در صورت بروز نقص فنی است

ج - اجتناب از فطر

این امکان وجود دارد که با فهم علل بروز فطر و انجام عملکرد مناسب، از فطری اجتناب کرد. به طور مثال متوجه شویم که داروهای مختلف بسته بندی مشابهی داشته باشند مانند سرم های کلرید پتاسیم همراه با ۵٪ گلوکز و سرم کلرید سدیم همراه با ۱۰٪ گلوکز که بسته بندی یکسانی دارند. پس با بسته بندی دارویی به گونه ای که دارو ها به طور واضح از هم قابل تشخیص باشند، از بروز فطرات احتمالی اجتناب کنیم

د - کاهش و یا به حداقل رساندن فطر

در مواقعی که نتوان فطری را مذف کرد می توانیم عواقب و عوارض بالقوه آن را محدود کنیم. این یک دیدگاه اساسی در مدیریت فطر محسوب می شود و شامل آموزش (هر دو گروه ارائه دهندگان خدمت و بیماران) و استفاده

از راهنمای بالینی است. به طور مثال کاهش تجویز داروی نامناسب به وسیله استفاده از راهنماهای بالینی و آموزش به پزشکان

ه - انتقال فطر

به معنی جابجایی فطر به موقعیت دیگر است. مانند انتقال بیماران مشکل دار و با احتمال فطر بالا به مراکز تخصصی و یا در مواقعی که فطرات به راحتی مدیریت نشوند با کمک بیمه ، می توان آنها را پوشش داد

یادگیری از فطاها

یک جزء اساسی برای ارتقای ایمنی بیمار، گزارش فطاها و حوادث است. گزارش فطاها و حوادث به تنهایی ایمنی بیمار را ارتقا نمی بخشد. بلکه یادگیری از فطاهاست که امری اساسی است. این یادگیری ها ست که باید انتشار یابد و اجرا شود تا از وقوع حوادث مشابه در آینده جلوگیری کند

جهت شناسایی فطاها روش های مختلفی وجود دارد از جمله شامل بررسی پرونده ها، گزارش دهی فطاها، استفاده از تجربیات بیماران، بررسی شافص های ایمنی بیمار، بررسی شکایات و نتایج رضایتمندی بیماران و سیستم های فعال نظارتی باشند

گزارش دهی فطاها

گزارش دهی اجباری:

سیستم های گزارش دهی اجباری بیشتر برای فطاهایی که منجر به آسیب جدی شده اند، به کار می روند . این گونه فطاها که توسط فرآیند ممیزی قابل کشف هستند و سازمان مق دارد که درمورد آنها اطلاع داشته باشد

گزارش دهی اختیاری:

سیستم های گزارش دهی اختیاری برای شناسایی فطاها یی که به آسیب جدی منجر نشده اند، (حوادث بدون) (عارضه و موارد نزدیک به فطا) به کار می روند



مدیریت بحران

مواد طبیعی و فطرهای ناشی از آن بفش جدا نشدنی از طبیعت و محیط زیست ما انسانهاست. کشور ایران به علت وسعت، موقعیت جغرافیایی و تنوع اقلیمی جزء یکی از کشورهای بلافیز دنیا است و از این جهت رتبه ششم را در دنیا دارا می‌باشد. از ۴۰ نوع بلای طبیعی شناخته شده، ۳۱ نوع آن در ایران اتفاق می‌افتد. آگاهی از توانمندیهای هر یک از مرفه‌های شرکت کننده در برنامه مقابله با بحران موجب استفاده اثربفش از منابع انسانی موجود و در نتیجه کاهش و کنترل آثار مخرب بحران می‌گردد.

تعریف بحران

مادته ای که به طور طبیعی و یا توسط بشر، به طور ناگهانی و یا به صورت فزاینده به وجود آید و سفتی و مشقتی را به جامعه انسانی تممیل نماید که جهت برطرف کردن آن نیاز به اقدامات اساسی و فوق‌العاده باشد.

مدیریت بحران

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

به طور کلی انواع بمران‌های معمول و مطرح در دنیا بدین قرار می‌باشند: زمین‌لرزه، آتشفشان، موج - های دریایی ناشی از زلزله، گردبادهای استوایی (طوفان)، طغیان، شکافتن زمین، آتش‌سوزی طبیعی جنگل‌ها و بیشه‌ها، خشکسالی، بیماری‌های شایع، تصادفات عمده، شورش‌های اجتماعی و بمران‌های ناشی از جنگ

موقعیت‌های بروز حادثه (Situation)

هر مرکز مراقبت پزشکی و از جمله بیمارستان‌ها باید برای پاسخ در مقابل دو موقعیت غیرمترقبه عمده آمادگی لازم را داشته باشند این دو موقعیت عبارتند از:

۱. حوادث غیرمترقبه خارجی (External Disasters)

طبق تعریف به حوادثی اطلاق می‌گردد که از خارج از فضای فیزیکی بیمارستان منشأ می‌گیرند و با ایجاد تعداد زیاد بیماران موجب توقف عملکرد طبیعی بیمارستان می‌شوند. مثال‌هایی از حوادث غیرمترقبه خارجی عبارتند از:

- سیل
- نشست مواد مضر
- آتش‌سوزی وسیع
- مواجهه با پرتو رادیواکتیو
- حوادث با تلفات متعدد
- هر سناریویی که خارج از بیمارستان رخ داده و تعدادی از بیماران را ایجاد نماید که از توان پاسخگویی بیمارستان خارج است و یا باتوجه به نوع بیماری چنین امکاناتی وجود ندارد.

۲. حوادث غیرمترقبه داخلی (Disasters Internal):

بر طبق تعریف هر حادثه ای است که در فضای فیزیکی بیمارستان رخ دهد و تهدیدی از نوع بیماری، جراحت و یا تفریب به بیمارستان، بیماران، پرسنل و بازدیدکنندگان وارد نماید. نمونه‌هایی از حوادث غیرمترقبه داخلی در زیر آورده شده است:



- بمب گذاری
- گروگان گیری
- قطع ارتباطات
- قطع برق یا آب
- آتش سوزی
- سیل
- مواد مضر، پرتوهای رادیواکتیو
- نقص سیستم گرمایشی
- قطع گازهای درمانی

موقعیت وقوع حوادث غیرمترقبه بیمارستانی را می‌توان براساس شدت و میزان تاثیر بر بیمارستان نیز تقسیم بندی کرد. بر این اساس پنج موقعیت قابل تصور است که عبارتند از:

۱. حوادث غیرمترقبه داخلی: مانند آتش سوزی، انفجار، نشت یا آزاد شدن مواد مضر
 ۲. حوادث غیرمترقبه خارجی جزئی: تعداد محدودی مصدوم ایجاد می‌کند.
 ۳. حوادث غیرمترقبه خارجی عمده: تعداد زیادی مصدوم ایجاد می‌کند.
 ۴. تهدیدات ناشی از حوادث غیرمترقبه متوجه بیمارستان یا جامعه می‌باشد: مانند آتش سوزی در نزدیکی بیمارستان و طوفان، سیل یا انفجار قریب الوقوع.
- حوادث غیرمترقبه ای که در منطقه ای دیگر رخ می‌دهد

مراحل اجرایی برنامه حوادث غیر مترقبه

برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستانی شامل مراحل زیر می‌باشد.

- ✓ مرحله تهیه برنامه (Preparation phase): این مرحله شامل ایجاد و پیاده کردن برنامه می‌باشد و مهم ترین مباحث مطرح در آن عبارتند از :

- مرحله آمادگی (phase Preparation)
- مرحله اعلام فطر (Alert Phase)
- مرحله پاسخ اورژانس (Emergency Response Phase)
- مرحله توقف برنامه (Termination Phase) و ارزیابی بعد از حادثه
- ✓ مرحله آمادگی (Preparation Phase) این مرحله شامل فراهم نمودن مقدمات لازم برای اجرای برنامه حوادث غیرمترقبه می‌باشد و مهمترین مبحث مطرح در آن عبارتند از :

ایجاد کمیته حوادث غیرمترقبه بیمارستانی:

هر بیمارستان باید کمیته حوادث غیرمترقبه را با هدف تهیه، توزیع، پیگیری و به روز کردن برنامه حوادث غیرمترقبه تشکیل دهد. این کمیته همچنین مسئولیت آموزش پرسنل و هماهنگی با دیگر سازمان‌های دفیل در بخش سلامت را بر عهده دارد. هر چند ترکیب ثابتی برای اعضای کمیته حوادث غیرمترقبه بیمارستان وجود ندارد ولی پیشنهاد می‌شود مسئولین زیر و یا نمایندگان آنها در ترکیب این کمیته مضمور داشته باشند:

جلسات کمیته حوادث غیرمترقبه بیمارستانی باید به صورت ماهیانه یا با فواصل کمتر برگزار شود. مبحث مطروحه در جلسه باید مکتوب شده و اهم آنها به اطلاع تمام پرسنل بیمارستان برسد. این کمیته باید مصوبات خود را در قالب پیشنهادات معین به کمیته اجرایی بیمارستان ارائه نموده و پیاده شدن آنها را پیگیری نماید.

اعضای دکنه متبادل با حوادث غیر مترقبه، بیمارستان نیکوکار

دکتر شراره قربان دوست سرپرست بیمارستان

حسین پاکزاد مدیر مسئول حراست بیمارستان

پریا میرزا جانزاده رئیس پرستاری بیمارستان ابوالقاسی کارپرداز و مسئول خدمات

پریا میرزا جانزاده کارشناس آموزش سلامت

سیده فاطمه رضوی سرپرست اورژانس

دنیا فرسنگی کارشناس بهداشت محیط

کیوان اخوان رئیس حسابداری بیمارستان

اعظم عسقی مسئول کارگزینی

مسئول فنی داروخانه آرمینا دیریری

زهره محمدپور سرپرست داخلی

راحمه قربان دوست سرپرست CCU

فاطمه نیکوکار سرپرست دیالیز

مسلم کریمیان مسئول آزمایشگاه

طاهره علینزاده مسئول رادیولوژی

تعیین زنجیره مسئولیت حوادث غیرمترقبه

فردی که مسئولیت اعلام فطر و اجرای برنامه حوادث غیرمترقبه را بر عهده دارد باید از قبل مشخص گردد. این فرد که به عنوان فرمانده حادثه (Commander Incident) انتصاب می‌گردد دارای مسئولیت مشخص می‌باشد و از بین با سابقه‌ترین و مجرب‌ترین افراد موظف در بیمارستان برگزیده می‌شود. این فرد به طور مستقیم در فرآیندهای اجرایی و درمانی بیمارستان دفالت ندارد تا بتواند فرماندهی و هماهنگی تمامی واحدهای بیمارستان را انجام دهد. این فرد وظیفه تقسیم مسئولیت‌ها را در مرکز فرماندهی حوادث بیمارستان را انجام دهد. همانطور که بعداً اشاره خواهد شد وظیفه اعلام فطر و هشدار به پرسنل و اعلام اتمام پاسخ بیمارستان نیز بر عهده این فرد می‌باشد. در مواردی که فرد یا افرادی از پیش تعیین شده در دسترس نباشند افراد زیر به ترتیب مسئولیت فرماندهی پاسخ بیمارستان را بر عهده می‌گیرند. (این مسئولیت‌ها بر مبنای موقعیت و نوع بیمارستان قابل تغییر هستند و توسط کمیته حوادث غیرمترقبه بیمارستانی تعیین می‌شوند)

تعیین مرکز عملیات اضطراری

(Incident Command Center) یا (Emergency Operation Center)

مسئولین حوادث غیرمترقبه بیمارستان در مرکز عملیات اضطراری بیمارستان گرد هم می‌آیند. این مرکز مملی از پیش تعیین شده در محل امنی از بیمارستان می‌باشد که حداکثر امکانات ارتباطی با دیگر بخش‌های بیمارستان و واحدهای خارج از آن را دارد. مرکز عملیات اضطراری بیمارستان به طور خاص باید با مسئولین بخش پذیرش بیماران، بخش اورژانس، بخش‌های دافلی و جراحی، آزمایشگاه‌ها، داروخانه، بانک فون، امنیت (مراسم)، خدمات عمومی بیمارستان در ارتباط باشد. در ضمن این مرکز باید با دیگر بیمارستان‌های منطقه و هماهنگی‌های لازم را صورت دهد.

تعیین علایم و نشانه‌ها (signs)

بیمارستان باید دیالیزهای مربوط به سافتمان و علایم فروجی‌های اضطراری برای جابجایی بیماران را به طور واضح تهیه و در محل‌های مناسب نصب نماید. علایم ترافیکی برای ماشین‌ها و آمبولانس‌ها نیز باید در محل‌های قابل رویت نصب شوند. فراهم کردن ذخایر دارویی و تجهیزات پزشکی:

تمام بیمارستانها باید ذخیره ای از داروهای ضروری (Essential Drugs) و تجهیزات پزشکی مورد نیاز برای حوادث غیرمترقبه گسترده را تهیه نمایند. این ذخایر باید بصورت دوره ای بازبینی شده و در صورت اتمام تاریخ مصرف داروها جایگزین شوند. این ذخایر باید شامل خون کامل (Whole Blood) و ابزار مورد نیاز برای جراحی عمومی، سوختگی‌ها و ارتوپدی باشد.

فراهم کردن منابع جایگزین برای آب، برق و سوخت

هر چند چنین منابعی باید به هنگام سافت بیمارستان در نظر گرفته شده باشند ولی تجربه نشان می‌دهد که برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستان باید برای فراهم کردن این منابع جایگزین در جریان حوادث غیرمترقبه اقدامی جدی انجام دهد.

نقل و انتقال (Transportation):

هر بیمارستان باید فهرست کاملی از تعداد آمبولانسها، وادهای سیار و دیگر وسایل نقلیه در خدمت خود را که قادر به ارائه خدمات مؤثر هستند بصورت دوره‌ای تهیه نمایند چرا که این مسئله بر ظرفیت پاسخ دهی بیمارستان تأثیر مستقیم دارد. برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستان باید به طور واضح اولویت استفاده از این وسایل نقلیه، تخصیص سوخت به آنها و افراد مسئول در قبال هر یک را مشخص نماید. از وسایلی که برای جابجایی بیماران مورد استفاده قرار می‌گیرند مانند برانکار، صندلی چرخدار، باید فهرست تهیه شود و محل نگهداری و انبار شدن آنها دقیقاً معلوم گردد.

مرحله اعلام خطر (Alert Phase)

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

مهمترین فعالیتهایی که باید در این مرحله مدنظر قرار گیرند عبارتند از:

هشدار حوادث غیرمترقبه:

هشدار در مورد حوادث غیرمترقبه می تواند از طریق منابع متعددی مانند پلیس، آتش نشانی، بخش اورژانس، سیستم EMS و یا افراد به بیمارستان برسد. کاربر یا فرد دریافت کننده هشدار باید اطلاعات زیر را در این رابطه تقاضا نماید:

- نام و سازمان متبوع فرد هشدار دهنده
 - شماره تلفن تماس فرد یا سازمان مربوطه
 - تشریح موقعیت حادثه غیرمترقبه (طبیعت (Nature)، شدت (Magnitude)، محل (Location) و زمان (time) حادثه
 - برآوردی از تعداد بیماران (در صورت امکان تعداد بیماران تریاژ شده با برچسب های قرمز، زرد، سبز، تعداد سوختگی ها، تعداد بیماران دچار آلودگی با مواد مضر)
 - برآورد زمانی تا شروع انتقال بیماران از محل حادثه
 - برآورد زمانی برای رسیدن مجروحین به بیمارستان
- وامد تلفن مرکزی (switchboard) باید هشدار دریافت شده را سریعاً به مهمترین فرد مسئول در بیمارستان منتقل نماید. سپس وی اقدام مقتضی را در جهت فعال شدن مرکز عملیات اضطراری انجام دهد.

ارزیابی شدت حادثه غیرمترقبه (Severity Assessment of Disaster)

یکی از اولین وظایف بالاترین مسئول فرماندهی حوادث غیرمترقبه بیمارستان پیش از فعال شدن برنامه که مرحله بعدی پاسخ بیمارستان می باشد تصمیم گیری سریع در مورد شدت حادثه براساس داده های اولیه می باشد. در این مرحله تصمیم گیری باید به سرعت و بر پایه اطلاعات اندک انجام گیرد. بدین ترتیب مشخص می شود که برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستانی باید تا چه حد فعال شود و امکانات و پرسنل تا چه میزان فراهم گردند. عواملی که می تواند فرد مسئول را در این تصمیم گیری یاری نماید عبارتند از :

۱. برآوردی از تعداد بیماران
 ۲. برآوردی از شدت جراحت و بیماری آنها
 ۳. وضعیت کنونی فعالیت دیپارتمان اورژانس
 ۴. وضعیت کنونی پرسنل (تعداد و ترکیب) دیپارتمان اورژانس
 ۵. سرشماری تعداد بیماران و پرسنل بیمارستان
 ۶. نیاز بیماران حادثه دیده به خدمات تخصصی مانند آلودگی با مواد مضر، مواجهه با پرتوهای رادیواکتیو
 ۷. شرایط ویژه بیمارستان مانند بیمارستان تخلیه شده
- حوادث غیرمترقبه مختلف سطوح آمادگی و پاسخ متفاوت بیمارستان را می طلبند. بر پایه ارزیابی فوق سطح فعال شدن برنامه (Levels of Plan Activation) توسط مسئول فرماندهی بیمارستان تعیین می گردد. وی می تواند پس از فعال شدن مرکز عملیات اضطراری بیمارستان یا دریافت اطلاعات بیشتر و دقیق تر به اصلاح تصمیم خود مبادرت نماید. این سطوح عبارتند از :

• وضعیت هشدار:

در این مرحله به علت در دست نبودن اطلاعات کافی تعیین دقیق سطح فعال شدن برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستان غیرممکن است ولی تأثیر آن بر بخش اورژانس یا دیگر بخشهای بیمارستان قابل پیش بینی است. اقدامات مقتضی در این مرحله برقراری ارتباط مداوم با مراکز خارج از بیمارستان و آمادگی بالقوه برای پاسخ بعدی است. در این وضعیت مسئول

فرماندهی حادثه بیمارستان به ارزیابی و پایش مستمر موقعیت پرداخته و در صورت نیاز با وامدهای تفصیلی بیمارستان مشورت می‌نماید.

- **سطح ۱- پیاده شدن (Implementation) برنامه آمادگی اضطراری بخش اورژانس:**

در صورتیکه منابع موجود در بخش اورژانس برای برای رسیدگی به تعداد قربانیان کافی باشد و بخشهای حمایت قادر به پاسخ مناسب بدون عارضه مهمی باشند، بیمارستان می‌تواند برنامه آمادگی اضطراری را صرفاً در بخش اورژانس پیاده نماید.

- **سطح ۲- پیاده شدن مختصر (partial) برنامه آمادگی اضطراری بیمارستانی:**

در صورتیکه منابع موجود در بخش اورژانس بیمارستان برای رسیدگی به تعداد قربانیان کافی نباشد ولی منابع اضافی اندکی مورد نیاز باشد می‌توان برنامه آمادگی اضطراری بیمارستان را بطور مختصر پیاده نمود. اینکه این برنامه تا چه مد پیاده شود به تصمیم گیری اعضای مرکز عملیات اضطراری بیمارستان بستگی دارد.

- **سطح ۳- پیاده کامل (Total) برنامه آمادگی اضطراری بیمارستانی:**

در این وضعیت برای رسیدگی به تعداد زیاد قربانیان به تمامی منابع موجود در بخش اورژانس و بخش اعظمی از منابع حمایتی نیاز است.

۱. .

سازماندهی فضای پذیرش بیماران: (Area Incoming Patient)

فرد مسئول تریاژ باید فضای پذیرش بیماران را براساس طبیعت حادثه غیرمترقبه و برآورد تعداد قربانیانی که به مداوا نیاز خواهند داشت سازماندهی نماید. یک یا چند محل فیزیکی باید برای دریافت بیماران مد نظر قرار گیرد. اقداماتی مانند ترفیص انتفاعی بیماران بستری، به تعویق انداختن اعمال جراحی الکلیو و قطع ویزیت سرپایی بیماران باید برای توسعه ظرفیت پذیرش بیمارستان مدنظر قرار گیرد. در این بخش بیماران پس از انجام تریاژ برمسب نیاز به درمان، بستری شدن، ترفیص و یا ارجاع به وامدهای دیگر انتقال می‌یابند.

مشخص نمودن پرسنل:

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

آماده سازی بخش اورژانس:

معمولاً ریاست بخش اورژانس فرد مسئول تریاژ و سازماندهی فضای پذیرش بیماران است. پرسنل بخش اورژانس با سازماندهی در تیمهای اضطراری به انجام تریاژ و خدمات اورژانس می پردازند. در جریان مرحله اعلام خطر بخش اورژانس فعالیت عادی خود را متوقف نموده، اولویت درمان بیماران پذیرش شده قبلی را تعیین کرده، اتاق انتظار بخش را تخلیه می نماید و پرسنل بخش جعبه های ماوی تجهیزات و لوازم پزشکی را به فضای پذیرش بیماران منتقل می کنند. پس از هشدار حوادث غیرمترقبه ریاست بخش اورژانس باید تماس و هماهنگی نزدیک با دیگر بخش های بیمارستان بویژه بخش امنیت (مراسم) داشته باشد.

آماده سازی بخشهای پاراکلینیک:

داروخانه، آزمایشگاه، بانک خون و رادیولوژی باید فعالیت عادی خود را متوقف نموده و مواد و تجهیزات لازم جهت فعالیت ۲۴ ساعته را فراهم نمایند. داروخانه باید امکان پشتیبانی دارویی و تجهیزاتی خدمات اورژانس بیمارستان را در جریان حادثه غیرمترقبه با استفاده از ذخایر بیمارستان فراهم نماید و فهرست اقلام توزیع شده را نگهداری کند. آزمایشگاه فقط باید آزمایشات بسیار اورژانس را انجام دهد. نقش اصلی آزمایشگاه در جریان حادثه غیرمترقبه تعیین گروه خونی و RH و آماده کردن وامدهای خون برای تزریق می باشد.

ریاست بخش رادیولوژی باید از مضور تعداد پرسنل و تکنسین‌های کافی جهت انجام خدمات ثابت و سیار تصویربرداری و تعداد کافی فیلم و مواد ظاهر کننده اطمینان یابد.

آماده سازی بخشهای اداری:

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

آمادگی واحد امنیت (مراست) بیمارستان:

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

آمادگی خدمات عمومی بیمارستان

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

مرحله پاسخ اورژانس (Phase Response Emergency)

فعال شدن برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستانی براساس شدت حادثه غیرمترقبه در این مرحله اتفاق می افتد. در واقع در این مرحله با استفاده از آمادگی های ایجاد شده در مرحله اعلام خطر برنامه حوادث غیرمترقبه فعال و پاسخ بیمارستان را هدایت می کند. همانطور که اشاره شده شیوه پاسخ بیمارستان به سطح فعال شدن برنامه بستگی دارد.

برای مثال در حوادث غیرمترقبه سطح ۱ تخییرات عمده در پرسنل بیمارستان رخ نمی دهد مال آنکه در حوادث سطح ۳ چینش و فعالیتهای آنها بطور کلی تخییر می یابد. مسائل مهمی که در این مرحله پیش روی مجریان برنامه قرار دارد عبارتند از:

تریاژ در بدو ورود بیماران به بیمارستان:

بیماران ممکن است توسط آمبولانس، وسایل نقلیه شفصی و یا با پای خود به بیمارستان مراجعه نمایند. و یا ممکن است قبلاً در محل حادثه تریاژ شده و با برچسب های معین به بیمارستان انتقال یابند.

در تمام این موارد تیمهای تریاژ بیمارستان که بیماران را در بدو ورود به فضای پذیرش بیمارستان دریافت می کنند باید سریعاً وضعیت بیمار را مورد ارزیابی مجدد قرار داده و در صورت نیاز برچسب های تریاژ آنها را تخییر دهند. تریاژ در بدو ورود به بیمارستان متی الامکان باید توسط یک جراح یا فرد آموزش دیده انجام گیرد. فضای پذیرش بیماران باید تنها مجرای ورود بیمار به بیمارستان باشد.

تشخیص هویت و ثبت اطلاعات

برنامه حوادث غیرمترقبه باید مکانیسمی را جهت تشخیص هویت و ثبت دقیق اطلاعات بیماران در شرایط اضطراری تعیین نماید چرا که ازدماه بیش از اندازه بیماران در چنین وضعیتی ممکن است باعث سهل انگاری یا نقص در ثبت و نگهداری اطلاعات مربوط به بیماران شود. فرمهای ثبت اطلاعات،

و کارتهای تریاژ باید تهیه و در دسترس باشد. این فرمها که برای مستندسازی سابقه بالینی و درمانهای دریافتی بیمار مورد استفاده قرار می‌گیرند باید جهت جمع آوری ضروری ترین اطلاعات طراحی شده باشد. کارتهای تریاژ از هر سیستمی که تبعیت نمایند باید برای پرسنل بیمارستان مفهوم و شناخته شده باشند.

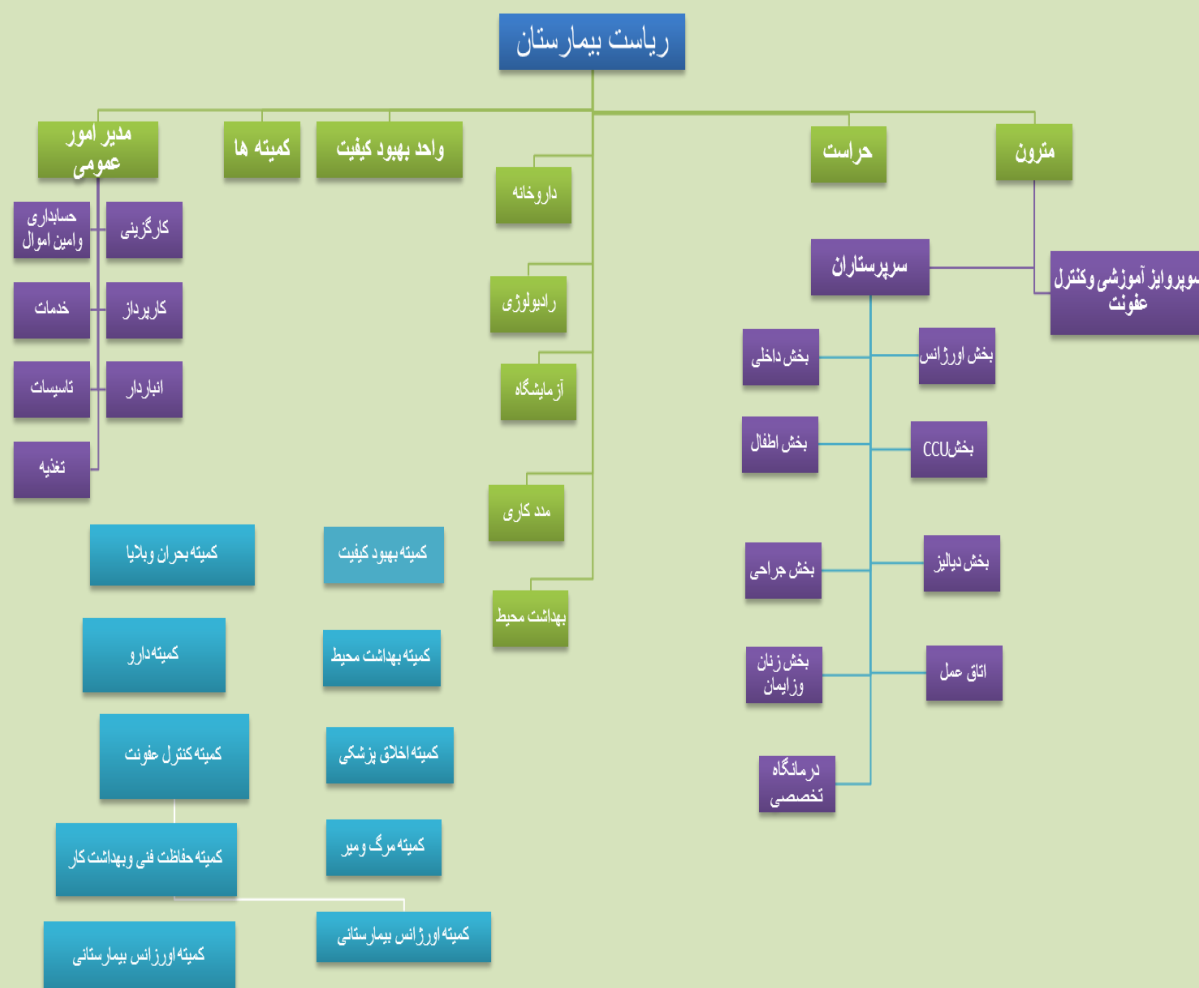
فضاهای درمانی بیمارستان:

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

سیستم ارجاع بیماران:

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

نمودار سازمانی:



منبع: