



میرستان قائم (ج) مشد

کتابچه توجہی کارکنان



Contents

۵	معرفی مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی قائم (عج)
۵	اعمال جراحی تخصصی فوق تخصصی که در این مرکز انجام می شود:
۵	درمانگاه های تخصصی و فوق تخصصی
۵	امکانات پاراکلینیک موجود در مرکز عبارت است:
۶	چارت بیمارستان قائم
۷	چشم انداز مرکز
۷	رسالت مرکز
۸	ارزش های بیمارستان
۸	اهداف سازمان
۸	رعایت حقوق گیرندگان خدمت
۸	مفاهیم و واژه ها
۸	منشور حقوق بیمار در ایران
۱۰	اخلاق پرستاری
۱۳	ویژگی های فرهنگی و بومی مردم منطقه خراسان
۱۳	نواحی کوهستانی
۱۳	سرزمین های هموار
۱۵	عفونتهای بیمارستانی:
۱۵	راهکارهایی جهت پیشگیری از انتقال عوامل بیماریزا:
۱۵	A) احتیاطهای استاندارد (Standard Precaution)
۱۷	B) احتیاطهای براساس راه انتقال بیماری (Transmission Based Precaution):
۲۰	طبقه بندی مناطق مختلف بیمارستان بر اساس ریسک انتقال عفونت
۲۰	تزریقات ایمن یا تزریق سالم:
۲۰	آیا زمل وایز (semel weise) را میشناسید؟
۲۰	اندیکاسیون های شستن دست:
۲۳	قوانین گندزدایی وسایل و تجهیزات:
۲۳	تقسیم بندی بخشها بر اساس ریسک عفونت:
۲۴	طبقه بندی ابزار پزشکی بر اساس ریسک انتقال عفونت:
۲۴	طبقه بندی کلی روشهای ضد عفونی و پاکسازی
۲۵	گندزدایی در سه سطح صورت می پذیرد:
۲۸	دستورالعملهای گندزدایی:
۳۸	دستورالعمل اتاق ایزوله

۳۸	واحد CSR (Center Sterilization Room)
۳۹	خصوصیات فیزیکی سی اس آر
۳۹	دستورالعمل مربوط به سی اس آر
۳۹	اشعه ماوراء بنفش در اتاق عمل
۴۰	• چگونگی نصب لامپ های حاوی اشعه ماوراء بنفش:
۴۰	معرفی بهبود کیفیت
۴۰	تعریف اعتبار بخشی
۴۱	محور های اعتبار بخشی
۴۱	مدل های اعتبار بخشی بخشی
۴۱	اهداف اعتبار بخشی
۴۲	مدیریت بحران
۴۲	نحوه اجرای برنامه بحران در بیمارستان:
۴۲	فرایند عملیات:
۴۵	چارت بحران
۴۶	حریق:
۴۶	مقدمه و اهمیت پیشگیری و مبارزه با حریق:
۴۶	راه پیشگیری از آتش سوزی
۴۶	مکان های پرخطر در مرکز
۴۷	علایم وتابلوهای هشدار دهنده
۵۱	کنترل مخاطرات در بخش های مختلف بیمارستان
۵۳	مدیریت خطر (ریسک)
۵۳	تعاریف
۵۴	علل نیاز به مدیریت ریسک در نظام سلامت
۵۴	استراتژی های مدیریت ریسک
۵۴	مدیریت ریسک در حوزه سلامت
۵۴	۷ مرحله در فرایند مدیریت ریسک
۵۶	علت ریشه ای چیست؟
۵۷	بخشنامه الگوی مناسب پوشش کارکنان بهداشتی و درمانی
۵۸	مقررات داخلی بیمارستان
۵۸	شرح وظایف کارکنان
۵۸	عنوان شغل : پرستار

- عنوان شغل : ماما ۶۰
- عنوان شغل : کارشناس اتاق عمل ۶۱
- عنوان شغل : کاردان اتاق عمل ۶۳
- عنوان شغل : کارشناس هوشبری ۶۴
- عنوان شغل : کاردان هوشبری ۶۵
- حقوق و مزایا ۶۷
- پاداش و اضافه کار ۶۸
- ضوابط و مقررات مرخصی ها ۶۸
- ۱- مرخصی استحقاقی روزانه (البته این نوع مرخصی به دو نوع است) ۶۸
- ۲- مرخصی استعلاجی و مرخصی زایمان : ۶۹
- موارد مرتبط با مرخصی استحقاقی کارمندان مشمول قانون کار ۶۹
- قوانین حضور و غیاب کارکنان و اصلاحیه ماده ۵ آن ۷۰
- ضوابط اجرایی ارتقاء طبقه، رتبه شغلی و طبقه تشویقی ۷۱
- الف) نحوه ارتقاء کارمندان در طبقات شغلی: ۷۱
- ب) نحوه ارتقاء کارمندان به رتبه های شغلی بالاتر: ۷۲

معرفی مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی قائم (عج)

این مرکز در استان خراسان رضوی (شهر مشهد مقدس حدوداً در شمال غرب حرم مطهر امام علی بن موسی الرضا (علیه السلام) واقع گردیده است. بخشهای مختلف بیمارستان در ۶ طبقه و حدود ۸۲۰۰۰ متر مربع براساس اصول استاندارد بین المللی قرار گرفته است. در این مرکز فعالیتهای تخصصی و فوق تخصصی با مدرن ترین تجهیزات و مجرب ترین پزشکان و کارکنان در محیطی صمیمی و در عین حال جدی بطور شبانه روزی انجام می گردد. با توکل به خداوند متعال و در سیر تحقق سیاستهای کلی کشور و وزارت درمان و آموزش پزشکی مصمم هستیم که:

۱ - در عرصه فعالیت به دنبال توسعه دانایی - دانش و فناوری ایجاد رضایتمندی - رعایت حقوق بیماران و کارکنان و خادم در کاهش درد ها و آلام انسانها باشیم.

۲ - برپایه مدیریت دانایی محور و براساس علم فناوری به عنوان پیشگام ترین قطب برتر در خدمات درمانی آموزشی و پژوهشی در کشور و خاورمیانه باشیم.

۳ - با ایجاد محیط امن و آرام توام با صداقت و صمیمیت بتوانیم با هزینه مناسب بعنوان محبوب ترین مرکز درمان و مراقبت شناخته شویم.

اهداف در خط مشی کیفیت:

- ارتقاء کیفیت سطح خدمات درمانی و مراقبتی و سنجش های دوره ای
- ارتقاء سطح اعتماد و رضایت بیماران
- ارتقاء سطح ایمنی بیمار
- افزایش دقت و کنترل سطح جمع آوری مستندات و مدارک پزشکی
- افزایش نسبت منابع به مصارف بیمارستان
- افزایش کارایی تجهیزات و ساختمان از طریق شناسایی تجهیزات و ابنیه فرسوده

اعمال جراحی تخصصی فوق تخصصی که در این مرکز انجام می شود:

جراحی قلب باز - جراحی قلب ویدئویی - جراحی عمومی - جراحی زنان - جراحی کلیه و مجاری ادرار - سنگ شکن کلیه - جراحی گوش و حلق و بینی جراحی مغز و اعصاب - ستون فقرات - جراحی پلاستیک و جراحی ارتوپدی (فوق تخصصی) لازم به ذکر است اعمال جراحی عمومی - اعصاب - پلاستیک - ارتوپدی - گوش و حلق و کلیه و مجاری ادرار در این مرکز به طریق اندوسکوپی (بدون نیاز به برشهای بزرگ جراحی) هم انجام گردد.

درمانگاه های تخصصی و فوق تخصصی

جراحی قلب - جراحی عمومی - زنان و زایمان - گوش و حلق و بینی - ارتوپدی - ارولوژی - جراحی اعصاب - داخلی اعصاب - پلاستیک توراکی - عفونی - غدد - خون - پوست - بیهوشی - روماتیسم - گوارش - روانپزشکی - تغذیه - چشم - نفرولوژی - فوق تخصصی نوزادان و اطفال

امکانات پاراکلینیک موجود در مرکز عبارت است:

densitometry، برونکوسکوپی، آندوسکوپی، اودیومتری، EMG، فیزیوتراپی، آزمایشگاهها (پاتولوژی، سیتولوژی میکروب شناسی، بیوشیمی، خون شناسی، انگل وقارچ شناسی، سرم شناسی، هورمون شناسی، ایمنونولوژی ژنتیک، آزمایشگاه اورژانس)، بخش رادیولوژی (CT Scsn. MRI)، سونوگرافی، آنژیوگرافی، رادیوتراپی و پزشکی هسته ای)، تراکم استخوان، اکوکاردیوگرافی (اکوداپلر، اکو از طریق مری، تست تیلت و پروگرم پیس میکر)، کاتتریسم (آنژیوگرافی، آنژیوپلاستی، ابلیشن، تعبیه پیس دائم و EPS)، تست ورزش، ECG.

اورژانس: جراحی، زنان و زایمان، گوش و حلق و بینی، ارولوژی، داخلی، قلب، اعصاب، آی سی یو اورژانس اعصاب و آی سی یو اورژانس داخلی و جراحی.

بخش ها: جراحی، زنان و زایمان، گوش و حلق و بینی، ارتوپدی، ارولوژی، جراحی اعصاب و آی سی یو جراحی اعصاب، داخلی، قلب، اطفال، اعصاب، ICU، جنرال، دیالیز، پوست، CCU، NI CU، ترمیمی پلاستیک، توراکی و ریه، ICU قلب باز، پیوند کلیه.

چشم انداز مرکز

برترین و معروفترین مرکزایمن در ارائه خدمات سلامت در کشور

رسالت مرکز

ارائه خدمات آموزشی، پژوهشی و درمانی به ذینفعان
منطبق بر استانداردهای ملی با استفاده از تجهیزات و فن
آوریهای نوین با تاکید بر ارزشهای انسانی و ایمنی بیمار در
جهت ارتقاء سلامت

ارزش های بیمارستان

✱ توجه به ایمنی و جلب رضایت بیماران و کارکنان

✱ التزام به کرامت انسانی

✱ رعایت منشور حقوق بیمار و کارکنان

✱ دوستدار محیط زیست

✱ رعایت عدالت و قانون مداری

اهداف سازمان

G۱: توسعه و بازسازی فضاهای فیزیکی

G۲: ارتقاء کیفیت خدمات

G۳: مدیریت درآمدها و هزینه ها

G۴: مفض و ارتقاء سلامت و ایمنی بیمار

G۵: پیاده سازی استانداردهای اعتبار بخشی و ماکمیت بالینی

G۶: پیاده سازی طرح تحول نظام سلامت

G۷: پیاده سازی طرح تحول نظام اداری

رعایت حقوق گیرندگان خدمت

مفاهیم و واژه ها

بیمار: کسی که خود را به ارائه دهنده خدمت جهت دریافت خدمات بهداشتی درمانی معرفی می کند.
حقوق: مجموعه قواعد و مقررات حاکم بر یک جامعه که امتیازات و اختیارات خاصی را برای افراد به رسمیت می شناسد.
حقوق در تمام زبانها به معنی آنچه راست و سزاوار است تعریف می شود.

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 کار آمد رسیدگی به شکایات حق بیمار است.

محور اول: دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است

- ۱ - ۱) بایستی در شأن و منزلت انسان و با احترام به ارزشها، اعتقادات فرهنگی و مذهبی باشد.
 - ۱ - ۲) برپایه‌ی صداقت، انصاف، ادب و همراه با مهربانی باشد.
 - ۱ - ۳) فارغ از هر گونه تبعیض از قومی، فرهنگی، مذهبی، نوع بیماری و جنسیتی باشد.
 - ۱ - ۴) براساس دانش روز باشد.
 - ۱ - ۵) مبتنی بر برتری منافع بیمار باشد.
 - ۱ - ۶) توزیع منابع سلامت مبتنی بر عدالت و اولویت های درمانی بیماران باشد.
 - ۱ - ۷) مبتنی بر هماهنگی ارکان مراقبت اعم از پیشگیری، تشخیص، درمان و توانبخشی باشد.
 - ۱ - ۸) به همراه تامین کلیه امکانات رفاهی پایه و ضروری و به دور از تحمیل درد و رنج و محدودیت های غیر ضروری باشد.
 - ۱ - ۹) توجه ویژه ای به حقوق گروه های آسیب پذیر جامعه از جمله کودکان، زنان باردار، سالمندان، بیماران روانی، زندانیان، معلولان ذهنی و جسمی و افراد بدون سرپرست داشته باشد.
 - ۱ - ۱۰) در سریعترین زمان ممکن و با احترام به وقت بیمار باشد.
 - ۱ - ۱۱) با در نظر گرفتن متغیرهایی مانند زبان، سن و جنس گیرندگان خدمت باشد.
 - ۱ - ۱۲) در مراقبت های ضروری و فوری (اورژانس)، بدون توجه به تامین هزینه‌ی آن صورت گیرد. در موارد غیر فوری (الکتیو) براساس 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 مجهزتر فراهم گردد.
- احتضار:** به وضعیت بیماری غیر قابل علاج و غیر قابل برگشت اطلاق می شود که مرگ قریب الوقوع اجتناب ناپذیر است.

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

- ۱ - ۲) محتوای اطلاعات باید شامل موارد ذیل باشد:
 - ۱ - ۱ - ۲) مفاد منشور حقوق بیمار در زمان پذیرش
 - ۲ - ۱ - ۲) ضوابط و هزینه های قابل پیش بینی بیمارستان اعم از خدمات درمانی و غیر درمانی و ضوابط بیمه و معرفی سیستم های حمایتی در زمان پذیرش
 - ۳ - ۱ - ۲) نام، مسئولیت و رتبه‌ی حرفه ای اعضای گروه پزشکی مسئول ارائه مراقبت از جمله پزشک، پرستار و دانشجو و ارتباط حرفه ای آنها با یکدیگر.
 - ۴ - ۱ - ۲) روش های تشخیصی و درمانی و نقاط ضعف و قوت هر روش و عوارض احتمالی آن، تشخیص بیماری، پیش آگهی و عوارض آن و نیز کلیه‌ی اطلاعات تاثیر گذار در روند تصمیم گیری بیمار.
 - ۵ - ۱ - ۲) نحوه‌ی دسترسی به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی در طول درمان.
 - ۶ - ۱ - ۲) کلیه‌ی اقداماتی که ماهیت پژوهشی دارند.
 - ۷ - ۱ - ۲) ارائه آموزش های ضروری برای استمرار درمان.
- ۲ - ۲) نحوه‌ی ارائه اطلاعات باید به صورت ذیل باشد:
 - ۱ - ۲ - ۲) اطلاعات باید در زمان مناسب و متناسب با شرایط بیمار از جمله اضطراب، درد و ویژگی های فردی وی از جمله زبان، تحصیلات و توان درک در اختیار وی قرار گیرد، مگر اینکه:
 - تاخیر در شروع درمان به واسطه‌ی 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 اطلاع از حق دریافت اطلاعات، از این امر امتناع نماید که در این صورت باید خواست بیمار محترم شمرده شود، مگر این که عدم اطلاع بیمار، وی یا سایرین را در معرض خطر جدی قرار دهد.
 - ۲ - ۲ - ۲) بیمار می تواند به کلیه‌ی تصویر اطلاعات ثبت شده در پرونده‌ی بالینی خود دسترسی داشته باشد و آن را دریافت نموده و تصحیح اشتباهات مندرج در آن را درخواست نماید.

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

- ۱- ۳) محدوده انتخاب و تصمیم گیری درباره موارد ذیل می باشد:
 - ۱- ۱- ۳) انتخاب پزشک معالج و مرکز ارائه کننده خدمات سلامت در چارچوب ضوابط.
 - ۲- ۱- ۳) انتخاب و نظر خواهی از پزشک دوم به عنوان مشاور.
 - ۳- ۱- ۳) شرکت یا عدم شرکت در پژوهش های زیستی با اطمینان از اینکه تصمیم گیری وی تاثیری در تداوم و نحوه دریافت خدمات سلامت ندارد.
 - 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 مواردی که امتناع از درمان شخص دیگری را در معرض خطر جدی قرار می دهد.
 - 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 می باشد:
 - 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 حریم خصوصی بیمار و رعایت اصل رازداری باشد

- ۱- ۴) رعایت اصل رازداری راجع به کلیه اطلاعات مربوط به بیمار الزامی است مگر در مواردی که قانون آن را استثنا کرده باشد.
- ۲- ۴) در کلیه مراحل مراقبت اعم از تشخیصی و درمانی باید به حریم خصوصی بیمار احترام گذاشته شود. ضروری است بدین منظور کلیه امکانات لازم جهت تضمین حریم خصوصی بیمار فراهم گردد.
- ۳- ۴) فقط بیمار و گروه درمانی و افراد مجاز از طرف بیمار و افرادی که به حکم قانون مجاز تلقی می شوند میتوانند به اطلاعات دسترسی داشته باشند.
- ۴- ۴) بیمار حق دارد در مراحل تشخیصی از جمله معاینات، فرد معتمد خود را همراه داشته باشد. همراهی یکی از والدین کودک در تمام مراحل درمان حق کودک می باشد مگر اینکه این امر بر خلاف ضرورت های پزشکی باشد.

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

- ۱- ۵) هر بیمار حق دارد در صورت ادعای نقض حقوق خود که موضوع این منشور است، بدون اختلال در کیفیت دریافت خدمات سلامت به مقامات ذی صلاح شکایت نماید.
- ۲- ۵) بیماران حق دارند از نحوه رسیدگی و نتایج شکایت خود آگاه شوند.
- ۳- ۵) خسارت ناشی از خطای ارائه کنندگان خدمات سلامت باید پس از رسیدگی و اثبات مطابق مقررات در کوتاه ترین زمان ممکن جبران شود.

اخلاق پرستاری

قوانین کار پرستاری حداقل تکالیفی را که پرستار در اعمال و رفتار خود باید رعایت کند معین می سازد در صورتیکه اصول اخلاقی پرستاری وظائف بیشتر و نکات و آداب بسیاری را به میزان وسیعتر برای پرستار معین کرده است. بطوریکه یک پرستار با رعایت قوانین مربوط بکار خود می تواند شخصی باشد که جامعه از وی زیان نبیند ولی با رعایت آداب و اصول اخلاقی نه تنها خود بخود به وظائف قانونی خویش عمل میکند بلکه موازین وضوابط بهتر و بیشتری را در سطحی بالاتر رعایت میکند و بصورت یک فرد مفید برای جامعه در می آید.

ارزشها و اصول اخلاقی در پرستاری شامل:

- مهارتهای شناختی (آگاهی در زمینه اصول اخلاقی وضوابط اخلاق حرفه ای در پرستاری میباشد.)
۱. مهارتهای تکنیکی (توانائی ارائه کمکهای ضروری در زمینه فنون پرستاری در بخشهای اورژانس و مراقبتهای ویژه)
۲. مهارتهای بین فردی (قابلیت برقراری ارتباط شغلی با همکاران و بیماران بر پایه اعتماد متقابل)
۳. مهارتهای اخلاقی (توانائی پیشگیری و حل تضادهای اخلاقی)
۴. مهارتهای قانونی (قابلیت شناسائی مسائل اخلاقی و قانونی و واکنش نسبت به آنها در عمل).

رفتار پرستار با بیمار:

- با بیماران خوشرو باشید. به یاد داشته که همه انسانها و از جمله بیماران افراد خنده رو را بیشتر دوست دارند.
- در مکالمه با بیماران به سادگی حرف بزنید و از گفتن لغات و عبارات علمی و یا کلمات دشوار خودداری کنید.
- در هنگام همدردی با بیمار آرامش و متانت و بردباری از خودنشان دهید.
- با قضاوت صحیح هر کاری را که لازم باشد انجام دهید بیمار را راهنمایی کنید.
- پرستار باید نشان دهد که با علاقه برای بیمار کار می کند و در مقابل انجام وظیفه پاداشی از وی انتظار ندارد.
- با ملاقات کنندگان بیمار با ادب و خوشرو باید رفتار کرد و گاهی مواقع سختگیری توأم با تواضع و ادب باید رفتار کرد.
- درباره نوع بیماری مریض به بستگان او توضیح مفصل ندهید و فقط اطلاعات مختصری در اختیار آنان بگذارید و از آنها خواهید سؤالات بیشتر را از پزشک مربوطه بخواهند.

توجه به وضع بیمار:

اولین برخورد بیمار با پرستار هنگام بستری شدن در بیمارستان بسیار مهم است در این موقع پرستار باید اطلاعات مختصری درباره بیمارستان و قوانین بخش در اختیار وی بگذارد.

- ✓ رفتار پرستار باید طوری باشد که اعتماد بیمار نسبت به محیط جدید و خود پرستار جلب گردد.
- ✓ پرستار باید خوشرو بوده ولی رفتار خودمانی با بیمار را در پیش نگیرد.
- ✓ مسئولیت پرستار نسبت به مریض از لحظه ای آغاز می شود که بیمار به بخش پذیرفته می شود.
- ✓ موضوع مهم این است که بستری شدن بیمار نباید موجب شود که وی برای مراقبت از خویشتن بکلی متکی به دیگران گردد و استقلال خود را از دست بدهد.

مراقبت از خویشتن (پرستار):

از جمله وظایفی که هر کس نسبت به خود دارد اینست که شرایطی را در خود ایجاد کند تا انسانی سالم و محترم و محبوب در اجتماع باشد. پرستاران نیز به پیروی از این قاعده در محیط کار و زندگی شخصی باید نکاتی را که برای برانندگی یک انسان در اجتماع لازم و مفید است به کار گیرند. یکی از شرایط خدمت به هموعان اینست که خود پرستار باید فردی سالم - آراسته و واجد عادات پسندیده باشد که شامل موارد ذیل می باشد:

آراستگی:

مهمترین شرایط آراستگی پاکیزه نگه داشتن تن و لباس و حفظ ظاهر می باشد. بوی عرق با به کار بردن عطر از بین نمی رود بلکه باشعشوی و تعویض لباس.

شستشوی دستها:

تمیز نگه داشتن و کوتاهی ناخن ها ، نداشتن لاک یا آرایش - لباسهای خیلی تنگ و کوتاه مناسب لباس پرستاری نیست.

اونیفورم پرستاری:

استفاده از اونیفورم پرستاری، جهت متحدالشکل کردن لباس افراد مختلفی است که مامور انجام دادن خدمات معینی هستند مانند (کمک بهیاران، بهیاران، پرستاران و نیروهای خدماتی)

سلامت و بهداشت فردی:

بررسی اینکه پرستار بتواند مراقب سلامت دیگران و عامل موثر در پیشرفت بهداشت جامعه باشد خود او باید سالم باشد. معاینه پزشکی سالیانه و مشاوره با پزشک در موارد لزوم فراموش نشود.

پیشگیری از تخلف در پرستاری:

اتهامات مکرر علیه پرستاران و راهنما جهت پیشگیری از آن:

۱- اختلال در ایمنی بیمار

بیمار را طبق برنامه زمان بندی شده کنترل کنید. موارد موجود صدمه را بررسی و ثبت نمایید. نیازهای ایمنی را در برنامه مراقبتی بگنجانید. (سهل انگاری یا غفلت)

۲- اجرای نامناسب اقدامات درمانی:

جهت اجرای موارد درمانی از تکنیکهای مناسب استفاده نمایید و سیاستهای مرکز درمانی خود را دنبال کنید. در صورت عدم اطمینان از یک روش جدید، کمک بگیرید.

مهارتهای بالینی خود را از طریق کلاسهای آموزشی، کنفرانس ها و بازآموزی ها تقویت نمایید.

۳- نارسائی در کنترل و گزارش: بر اساس دستورات پزشک بیمار را کنترل کنید مگر آنکه تغییری در وضعیت بیمار نیاز به تغییر در تکرار دستورات ایجاد نماید. نیاز به تغییر را به پزشک گزارش دهید. (در هیچ موقع و هیچ شرایطی پرستار نمی تواند دستور دکتر را تغییر دهد یا مشابه آن را به کار برد به جز در موارد خلاف مقررات)

هر گونه اطلاعات درخواستی یا تغییرات مهم در وضعیت بیمار را گزارش دهید.

از کافی بودن نسبت پرستار - بیمار اطمینان حاصل کنید.

۴- اشتباهات و عوارض دارو درمانی

درمورد صحت نام بیمار قبل از اجرای دارودرمانی تحقیق کنید.

به اعتراض بیمار علیه دارودرمانی گوش فرا دهید.

از سیاست مرکز خود در مورد دستورات شفاهی یا کتبی دارویی و اجرای دارو درمانی آگاه شوید. (چنانچه کسانی از شما برای درمان و ناراحتی های خود چاره جویی کنند با آنها یادآوری کنید که به پزشک مراجعه کنند و هرگز دارویی که در خانه دارید به دیگران ندهید یا توصیه نکنید) اطلاعات دارودرمانی خود و پروتکل های جدید اجرای دارودرمانی را به روز کنید.

۵- نارسائی در تبعیت از روش کار مرکز:

از روش کار مرکز آگاه شوید مطمئن شوید که آشنایی شما با وظایف جدیدتان با سیاست ها و شیوه های کار سازمان هماهنگی دارد.

(بستن دست و پای بیمار بدون رضایت بیمار جهت محدود کردن آزادی و نگه داشتن او در بیمارستان بر خلاف قانون است.) در صورت

نیاز به اصلاح از افراد مناسب جهت انجام کار استفاده نمایید.

۶- گزارش نویسی: اطلاعات مهم درباره بیمارتان را به صورت عینی و واقعی ثبت کنید.

از روش گزارش نویسی مرکزتان آگاه شده و از آن تبعیت کنید.

اطلاعات را از نظر زمانی مشخص کنید از قبیل زمان اجراء فعالیت ها، تهیه شرح حال، یا اجرای بررسی بیمار، گزارش به صورت خوانا نوشته، به طور صحیح هجی شود. و فقط اصطلاحات مخفف مورد تایید مرکز استفاده شود. (مانند FBS,UA) کیفیت گزارش را به طور مرتب ارزیابی نموده و دانش خود را در زمینه روش گزارش نویسی جدید به روز کنید.

۷- کاربرد تجهیزات: روش صحیح و ایمنی کاربرد تجهیزات را فرا گیرید. از کاربرد تجهیزات جدید یا تعدیل شده آگاه شوید.

۸- وقایع نامطلوب: زمانیکه وقایعی نامطلوب رخ می دهد براساس سیاست موسسه گزارش را کامل کنید و آنرا به امضاء همه افراد برسانید.

تقصیر یا گناه واقعه را بر گردن کسی نیاندازید. (مانند مفقود شدن وسایل بخش و یا بیمار)

۹- تهدید بیمار جهت انجام دادن عملی برای درمان و مراقبت وی بدون رضایت جرم است و هرگز نباید بدون اجازه بیمار حتی کاری را که برای وی ضروری است انجام دهید. (فقط در مورد درمان و پرستاری بیماران روانی)

۱۰- فاش کردن راز بیمار: هر گونه اطلاعاتی که درباره بیمار در اختیار افراد دیگر گذاشته می شود یا با اجازه بیمار و چنانچه بیهوش باشد با اجازه نزدیکترین اقدام او باید صورت گیرد. در تصادفها و موارد مشابه که پلیس اطلاعاتی درباره بیمار بخواهد پرستار بدون کسب اجازه از بیمار فقط موضوعات ذیل را می تواند بگوید: - مرد یا زن - متاهل یا مجرد - سن بیمار - شغل - سازمان محل خدمت - نام و نشانی نزدیکترین اقوام او.

درباره وضعیت بیماری فقط با کلمات خوب - متوسط - بحرانی یا مرده گفته شود.

درباره چگونه تصادف و یا زخم یا محل ضربه و علت آن نباید چیزی گفته شود.

۱۱- سقط جنین: همکاری با پزشکی که سقط جنین غیرمجاز انجام میدهد شرکت در ارتکاب جرم است و مجازات دارد.

۱۲- پایان دادن به زندگی یک انسان: از وظایف اصلی هر پزشک و پرستار حفظ زندگی و جلوگیری از مرگ انسانهاست. حتی اگر این انسانها در وضعی وخیم و نزدیک به مرگ باشند.

آنچه مسلم است اینست که پایان دادن به زندگی یک انسان زنده به هر دلیلی و هدفی که باشد جرم بزرگی است. (افراد با نقص عضو و کودکان ناقص به دنیا آمده) و ادیان مختلف و اخلاق و قوانین آن را منع کرده اند.

۱۳- به کار بردن داروهای مخدر و مسکن و مشابه آنها:

استفاده از این داروها در همه جا مقررات مخصوص دارد. همه فراورده های شیمیایی و طبیعی باید با نسخه پزشک مصرف شوند. کوتاهی در نگهداری و مصرف از این داروها خلاف قانون می باشد. دستور استفاده از آنها به قرار ذیل می باشد.

نام دارو مقدار - تاریخ - ساعت و نام پزشک تجویز کننده دارو - نام مریض و نام پرستار و امضاء پرستار ثبت شود. مهمترین نکته این که این داروها باید در قفسه مخصوص نگه داری و دارای قفل و کلید مخصوص باشد.

۱۴- پرونده بیمار: یک سند قانونی محسوب می شود. برای احقاق حق بیمار و برای جلوگیری از اتهام و رفع اتهاماتی که در مورد درمان و مراقبت او ممکن است به پزشک و پرستار وارد آید مورد استفاده قرار می گیرد. همه مطالب باید خوانا و دقیق نوشته شود و کلیه اطلاعات مربوط به بیمار از زمان پذیرش او به بیمارستان تا هنگام مرخص شدن وی باید به دقت و به درستی در پرونده نوشته شود. و مهمتر از همه تاریخ و ساعت مشاهدات و کارهای را که برای درمان و مراقبت بیمار انجام می دهید و نام بیمار حتما در تمام صفحات پرونده قید گردد.

ویژگی های فرهنگی و بومی مردم منطقه خراسان

بطور کلی ناهمواری های استان خراسان رضوی به دو بخش:

نواحی کوهستانی

در بخش شمالی خراسان رضوی قسمت قابل توجهی از دو رشته کوه کپه داغ هزار مسجد و آلاداغ، بینالود قرار گرفته است. رشته کوه های هزار مسجد با حدود ۳۰۴۰ متر ارتفاع از جهت شمال غربی به جنوب شرقی امتداد یافته است و ارتفاع آن در اطراف سرخس کاهش می یابد. این کوه ها در یک حوضه رسوبی با گسل های عمیق شکل گرفته اند. رسوبات این حوضه بر اثر فرآیندهای کوه زایی آلپ هیمالیا به شکل تاقدیس ها و ناودیس های متوالی درآمده اند. اما رشته کوه های بینالود در امتداد البرز شرقی قرار گرفته اند و شکل گیری آن مشابه هزار مسجد بوده است و بلندترین قله ی این رشته کوه (بام خراسان) بیش از ۳۲۰۰ متر ارتفاع دارد. رشته کوه بینالود بر اثر آخرین فعالیت های کوه زایی آلپی به وجود آمده است و لایه های آن به سوی نیشابور روی هم رانده شده و چین خورده اند. بینالود از شمال شرق به دره ی کشف رود و دشت مشهد و از جنوب غربی به چاله ی ساختمانی دشت نیشابور مشرف است. ارتفاعات جنوبی استان خراسان رضوی از ادامه ی کوه های ایران مرکزی شکل گرفته است و کوه های سیاه کوه و کوه سرخ را شامل می گردد. رشته کوه «کوه سرخ» از غرب روستای درونه تا مرز ایران و افغانستان امتداد یافته و به صورت رشته های موازی و قوسی شکل است. بلندترین نقطه ی کوه سرخ حدود ۳۰۰۰ متر ارتفاع دارد. در ساختار این کوه طبقات رسوبی قدیمی و توده های آذرین دخالت داشته اند. این کوه ها به سمت شرق به دو قسمت تقسیم شده اند. شاخه ی شمالی آن شهر تربت حیدریه را در خود جای داده و با کاهش تدریجی ارتفاع، به صورت تپه های کم ارتفاع تایباد درآمده است و شاخه ی جنوبی آن تا داخل خاک افغانستان امتداد یافته است. کوه های مجموعه ی سیاه کوه از کویر بجستان (نمک) آغاز می شوند و تا مرز خراسان جنوبی امتداد می یابند و در حد فاصل گناباد فردوس قرار گرفته اند. بلندترین نقطه سیاه کوه در جنوب کاخک بیش از ۲۸۰۰ متر ارتفاع دارد. سیاه کوه بخشی از ارتفاعات شرقی ایران است و در ساختمان آن بیشتر سنگ های رسوبی و در برخی مناطق سنگ های آذرین دیده می شود.

سرزمین های هموار

بیشتر دشت ها و سرزمین های هموار این استان بر اثر فرسایش شکل گرفته اند. دشت مشهد با طول تقریبی ۱۴۰ و عرض ۲۰ کیلومتر یکی از وسیع ترین دشت های خراسان رضوی است. این پهنه ی وسیع که بین ارتفاعات هزار مسجد و بینالود محصور شده بر اثر حرکات چند گسل موازی و عمدتاً با امتداد شمال غربی جنوب شرقی شکل گرفته است. نهشته های رسوبی پای کوهی آن باعث شکل گیری مخروط افکنه های حاصل خیزی مانند «فریزی» و «طرق» شده است که در کشاورزی استان نقش مهمی دارند.

شهرستان های استان خراسان رضوی

بردسکن • بجستان • تایباد • تخت جلگه • تربت جام • تربت حیدریه • چناران • جغتای • جوین • خلیل آباد • خواف • درگز • رشتخوار • زاوه • سبزوار • سرخس • فریمان • قوچان • طرقبه و شاندیز • کاشمر • کلات • گناباد • مشهد • مهولات • نیشابور.

استان خراسان رضوی بخش کوچکی از خراسان بزرگ است. خراسان بزرگ در ادبیات ایران شامل تمامی شمال شرق ایران و بخش بزرگی از افغانستان می شود اما خراسان رضوی به مرکزیت شهر مشهد یکی از استان های کشور ایران است. این استان با مصوبه دولت در سال ۱۳۸۳ خورشیدی و پس از تقسیم استان خراسان به سه استان ایجاد شد. افزودن واژه رضوی به نام این استان از سوی دولت کنونی، به افتخار وجود آرامگاه هشتمین امام از امامان شیعه به نام امام رضا علیه السلام در مرکز این استان صورت گرفته است.

در تقسیمات کشوری سال ۱۳۸۳ استان پهناور خراسان به سه استان تقسیم گردید و استان خراسان رضوی یکی از این ۳ استان است. مساحت این استان ۱۱۸۸۵۴ کیلومتر مربع بوده که از این نظر پنجمین استان کشور است.

خراسان رضوی از ۲۵ شهرستان و ۶۵ بخش تشکیل شده است. این استان با حدود ۱۲۷/۶۰۰ کیلومتر مربع مساحت، ۷/۷ درصد از مساحت کشور ایران را شامل می شود و بین ۳۴ تا ۳۸ درجه ی عرض شمالی و ۵۷ تا ۶۱ درجه ی طول شرقی از نصف النهار گرینویچ قرار دارد.

استان خراسان رضوی در ناحیه معتدل شمالی قرار گرفته و بطور کلی آب و هوایی متغیر دارد. دمای هوای استان از سمت شمال به سمت جنوب افزایش می یابد ولی میزان بارش سالانه آن کاسته می شود. نواحی مرتفع استان (ارتفاعات مسجد - بینالود) آب و هوای سرد کوهستانی دارند. مناطقی همچون قوچان، و نواحی جنوب بینالود، ارتفاعات هزار مسجد و قسمتی از شهرستان مشهد دارای آب و هوای معتدل کوهستانی، و کوهپایه های استان دارای آب و هوای نیمه بیابانی ملایم (کوهپایه ای) و نواحی جنوبی آن دارای آب و هوای گرم و خشک بیابانی است. تعداد کل جمعیت استان بر اساس آمار سرشماری عمومی نفوس و مسکن در سال ۱۳۸۵ تعداد ۵۰۵۹۳۰۰۷۹ نفر بوده که شامل ۲۰۸۰۹۰۴۱۹ نفر مرد و ۲۰۷۸۳۰۶۶۰ نفر زن بوده است. تعداد خانوارهای این استان نیز ۱۰۴۲۷۰۵۰۵ خانوار بوده است.

بنا به اعتقاد باستان شناسان و بر اساس آثار یافته شده در اطراف کشف رود، استان خراسان دارای پیشینه ای حدود ۸۰۰ هزار سال می باشد و از این رو این استان از زمره ی کهن ترین مراکز تمدن پیش از تاریخ به حساب می آید. پیش از این که آریایی ها وارد فلات ایران گردند اقوامی از آسیایی ها در این سرزمین زندگی می کردند و بعنوان ساکنان اولیه ی این سرزمین به شمار می آمدند. این اقوام بومی آسیایی تا مدت زمانی دراز در برابر پارتیان که شاخه ای از آریایی های مهاجر بودند مقاومت کردند. اما سرانجام در برابر قدرت منسجم اقوام آریایی تاب پایداری نیاوردند و شکست را پذیرفتند. مدت زیادی به طول نیانجامید که آریاییها به سرزمین ایران وارد شدند و پارتیان در شمال و ساکارتیه در جنوب خراسان سکنی گزیدند. این سرزمین در قرن ششم پیش از میلاد تحت تصرف هخامنشیان قرار گرفت و پس از انقراض سلسله ی هخامنشیان بدست اسکندر مقدونی و استقرار دولت سلوکی بر قلمرو قبلی هخامنشیان سلسله ای وابسته به یونانیان در ایران زمین و خراسان بر روی کار آمد. سرانجام قبایل پارتی با یکدیگر متحد شده و بر علیه سلوکیان قیام نمودند. با انقراض سلسله ی سلوکیان در ایران روزگار فرمانروایی پارتیان پیروز که بعدها به اشکانیان معروف شدند آغاز شد. سرزمین خراسان در عصر اشکانیان و ساسانیان یکی از چهار ولایت بزرگ ایران زمین اپاختر (شمال)، خراسان (شرق)، نیمروز (جنوب) و خاوران (مغرب) به شمار می رفت. این تقسیمات در دوران اسلامی نیز حفظ گردید. ولایات چهار گانه ی ایران زمین به وسیله ی یک اسپهبد و چهار مرزبان اداره می شدند. پس از فتح ایران به دست مسلمین و ورود اسلام به این سرزمین نیز، خراسان همواره به عنوان مرکز معنوی ایران و یکی از خاستگاه های ادب فارسی اهمیت زیادی داشته است. تعداد بسیاری از بزرگان فرهنگی سیاسی مذهبی و ادبی ایران از این سرزمین برخاسته اند. در دوره ی اسلامی سلسله های عباسیان، طاهریان، صفاریان، سامانیان، غزنویان، سلجوقیان، خوارزمشاهیان و پس از حمله ی چنگیز به ایران و خراسان و قتل عام و ویرانی شهرهای آن، حکومت های ملوک کرت امرای سربداران، تیموریان، ازبکها، صفویان، افغانه، افشاریان و قاجاریه بر این دیار حکم راندند. دعوت از علی ابن موسی الرضا (ع) به منظور پذیرفتن ولایت عهدی مأمون عباسی و شهادت آن حضرت در سال ۲۰۳ ه. ق و پیش از آن قیام سیاه جامگان به فرماندهی و رهبری ابومسلم خراسانی که به انقراض سلسله ی بنی امیه در سال ۲۰۱ ه. ق انجامید از بزرگترین حوادث تاریخی خراسان در دوران اسلامی به شمار می آیند اکنون با عنایت به قلت مجال، نگاهی گذرا به پیشینه ی تاریخی بعضی از نقاط و سرزمین های مهم و با اهمیت در خراسان کهن می افکنیم.

خراسان بزرگ خاستگاه زبان فارسی دری بوده و بسیاری از سخنوران ممتاز از این سرزمین تاریخی برخاسته و آثار مهم و ماندگاری را در نظم و نثر زبان فارسی پدید آورده اند که زادگاه و زیستگاه اغلب آنان در محدوده ی خراسان رضوی بوده است. از میان این بزرگان نام کسانی همچون ابوالقاسم فردوسی توسی، اسدی توسی، خیام نیشابوری، عطار نیشابوری، ابوالفضل بیهقی و خواجه نظام الملک توسی به عنوان نمونه قابل ذکر است. از این رو عمده ترین زبانی که مردم این استان به آن سخن می گویند فارسی است که ممکن است در نواحی و شهرهای مختلف با گویشهای محلی به آن سخن بگویند. البته در پاره ای از شهرها و روستاها، گروههای محدودی در گفت و گوهایی خصوصی شاخه هایی از زبان ترکی یا کردی را به کار می برند، اما همه مردم استان با زبان فارسی آشنا هستند و قادر به سخن گفتن و نوشتن آن هستند.

از جمله ویژگیهای فرهنگی مردم خراسان، علاقه به موسیقی بومی است که در جشنها و مراسم اجرا می شود. با پراکندگی طوایف در استان خراسان، شیوه های اجرای موسیقی نیز متنوع است. موسیقی کردهای شمال خراسان، ترکمنها، بلوچها و شرق خراسان هریک به تنهایی حائز اهمیت است. به طور کلی آلات موسیقی خراسان عبارتند از، دوتار، سرنا، دهل، دف، قشمه، کمانچه ونی. بلوچها نیز در نواختن ساز قیچک از مهارت خاصی برخوردارند.

عفونتهای بیمارستانی:

به عفونتهایی اطلاق میگردد که در هنگام پذیرش بیمار وجود نداشته و در طول درمان در بیمارستان، ظرف ۴۸ تا ۷۲ ساعت بعد از پذیرش، بیمار به آن مبتلا نبوده و در دوره کمون بیماری هم نباشد.

روشهای انتقال عوامل بیماریزا به ترتیب اهمیت آنها در بروز عفونتهای بیمارستانی

۱) انتقال تماسی غیرمستقیم (indirect contact transmission):

در این روش عوامل واسطه مثل سطوح آلوده و دستهای پرسنل، نقش ناقل رادر انتقال عوامل بیماریزا ایفا می کنند. مثال: انتقال MRSA به وسیله دست پرسنل به دنبال تماس با فرد بیمار.

۲) انتقال خود به خودی (Autoinfection):

در این روش به دنبال روشهای تشخیصی و درمانی تهاجمی و یا تضعیف سیستم ایمنی بیمار، جابجایی و تغییر فلور نرمال بدن موجب افزایش قدرت تهاجم آن و بروز عفونت میگردد.

۳) انتقال تماسی مستقیم (Direct contact transmission):

در این روش عوامل بیماریزا به دنبال تماس مستقیم بیمار با فرد سالم منتقل میشوند. مثال: انتقال عامل بیماری حصبه از فرد بیمار به فرد سالم به دنبال تماس مستقیم (مثل دست دادن)

۴) انتقال از طریق ذرات معلق در هوا:

در این روش به دنبال عطسه یا سرفه، ذراتی به قطر کمتر از ۱۰ میکرومتر (Air born) و یا بیش از ۱۰ میکرومتر (Droplet) در فضا پخش شده و به طور معلق باقی میمانند و یا در حالت Droplet، سرخچه و آنفلونزا.

۵) انتقال از طریق منبع آلوده مشترک:

در این روش عامل بیماریزا از ابزار آلوده به بیمار منتقل میگردد. مثال: آلودگی دستگاههای تنفس مکانیکی و انتقال عامل بیماریزا از دستگاه به بیمار. با توجه به جایگاه انتقال غیر مستقیم در گسترش عفونتهای بیمارستانی، بدیهی است بهداشت دستها و ضدعفونی سطوح و ابزار از اهمیت ویژه ای در کنترل عفونتهای بیمارستانی برخوردارند. در هر مرکز یا بخش، با توجه به فعالیتهای درمانی و تشخیصی انجام گرفته، انواعی از عفونتها به عنوان عفونت شایع محسوب میشوند. که شایعترین آنها عبارتند از:

۱) عفونتهای ادراری: ecoli و سایر باسیل های گرم منفی.

۲) عفونتهای تنفسی: آسینتوباکتر، کلبسیلا.

۳) عفونتهای زخم جراحی: استاف اورئوس، استاف اپیدرمیدیس، آنتروکوک، باکتریهای بیهوازی.

۴) عفونت خون (سپتی سمی): باسیل گرم منفی، پseudomonas آئروژینوا، استافیلوکوکها، استرپتوکوکها.

راهکارهایی جهت پیشگیری از انتقال عوامل بیماریزا:

A) احتیاطهای استاندارد (Standard Precaution)

رهنمودهایی هستند که به منظور جلوگیری از انتقال عوامل بیماریزا از طریق ترشحات بدن بیمار (مثل خون و مایع مغزی نخاعی) به پرسنل، تدوین شده و در مورد تمام بیماران عفونی و غیر عفونی لازم الاجرا می باشند. این احتیاطها شامل موارد ذیل است:

شستن دست:

بعد از تماس دست (با دستکش یا بدون دستکش) با خون، مایعات بدن، ترشحات، مواد دفعی و لوازم آلوده دستها را بشویید. دستها باید بلافاصله بعد از در آوردن دستکش و در فاصله بین تماس با بیمار شسته شوند.

دستکش:

به هنگام دست زدن به خون، مایعات بدن، ترشحات و مواد دفعی و لوازم آلوده از دستکش استفاده کنید، قبل از تماس با مخاطات و پوست آسیب دیده بیمار، دستکش تمیز بپوشید. بلافاصله بعد از انجام کار و قبل از دست زدن به وسایل غیرآلوده و سطوح محیطی و پرداختن به بیمار بعدی، دستکش را از دست خارج کنید، بلافاصله دستها را بشویید تا از انتقال میکرو ارگانیسم ها به سایر بیماران و محیط اطراف جلوگیری شود.

ماسک، محافظ چشم و محافظ صورت:

برای محافظت از مخاط چشم، بینی و دهان در حین انجام بعضی از اعمال و برای فعالیت های مراقبت از بیمار که احتمال پاشیده شدن یا اسپری شدن، مایعات بدن، ترشحات و موارد دفعی وجود دارد از ماسک و محافظ چشم یا صورت استفاده کنید.

کان:

برای محافظت پوست و جلوگیری از آلوده شدن لباس در حین انجام بعضی از اعمال و فعالیت های مراقبت از بیمار که احتمال ترشحات یا مواد دفعی وجود دارد، از ماسک و محافظ چشم یا صورت استفاده کنید.

لوازم مراقبت از بیمار:

لوازمی که برای مراقبت از بیمار مصرف شده و یا خون مایعات بدن و ترشحات یا مواد دفعی آلوده شده اند، باید به نحوی جمعآوری شوند که تر مواجهه پوست و مخاط با آنها، آلوده شدن لباس و انتقال میکروارگانیسم به سایر بیماران و محیط جلوگیری به عمل آید. لوازمی که مجدداً قابل مصرف هستند (چند بار مصرف) باید قبل از مصرف شدن برای بیمار دیگر به شکل مناسب نظافت شوند. وسایل یکبار مصرف باید به صورت مناسب معدوم شوند.

ملحفه و البسه:

جمع آوری، انتقال و انجام فرایندهای لازم جهت نظافت ملحفه هایی که مورد استفاده قرار گرفته و با خون، مایعات بدن، ترشحات و مواد دفعی آلوده شده اند، باید به گونه ای باشد که از مواجهه پوست و محافظ با آنها و آلوده شدن لباس جلوگیری شود.

دفع وسایل تیز و برنده:

به هنگام استفاده از سوزن، اسکالپل و سایر وسایل توک تیز در زمان جمع آوری وسایل نوک تیز (بعد از انجام پروسجر) حین پاک کردن وسایل مصرف شده و در هنگام دفع سوزن های مصرف شده باید مراقب بود تا آسیبی به فرد وارد نشود. هرگز در پوش سوزن های مصرف شده را مجدداً بر روی سوزن قرار ندهید یا آنها را دستکاری نکنید (به هیچ وجه نباید نوک سوزن به طرف شما قرار گیرد).
با دست خود سوزن مصرف شده را از سرنگ یک بار مصرف جدا یا خم نکنید آن را نشکنید یا دستکاری نکنید. سرنگهای یکبار مصرف و سوزن ها، تیغه ها ی اسکالپ، سایر وسایل توک تیز مصرف شده را در ظروف مقاوم به سوراخ شدگی (در حد امکان این ظروف به محلی که وسایل فوق مورد استفاده واقع می شوند نزدیک باشند) قرار دهید.
سرنگ و سرسوزن را به جهت کاهش خطر آلودگی تماس با هم در سفتی باکس ریخته شوند.

استاندارد سفتی باکس:

- ظرف محکم و مقاوم به سوراخ شدگی با دهانه گشاد که هر نوع وسیله تیز و برنده را در داخل آن می اندازند.
- تکنیک scoop: تکنیک یک دستی که در مواقعی که نیاز است درپوش سرسوزن روی آن گذاشته شود از این تکنیک استفاده می شود. اقدامات: سفتی باکس با شرایط ذیل در بخشهای بیمارستان موجود است:

*سفتی باکس وسیله مقاوم به سوراخ شدگی است.

*دهانه آن گشاد است.

*روی آن آرم خطر آلودگی با وسایل تیز و برنده دارد.

*پرستار وسیله تیز و برنده مثل سرسوزن و آنژیوکت، تیغ بیستوری، دستگاه شیو یکبار مصرف را در داخل سفتی باکس می اندازد.

*از recap کردن سرسوزن خودداری می کند.

*در مواقعی که نیاز هست درپوش سرسوزن را روی آن بگذارد از وسیله مکانیکی جهت این کار استفاده میکند یا از تکنیک scoop یا یک دستی استفاده میکند.

*از حمل و نقل وسایل تیز و برنده با دست خودداری نموده و جهت انتقال آنها به سفتی باکس از ریسپور استفاده می نماید.

*برای کاهش احتمال خطر از جدا کردن سرنگ و سرسوزن خودداری می کند و سرنگ و سرسوزن را با هم داخل سفتی باکس می اندازد.

* زمانی که ۳/۴ سفتی باکس پر شد آن را تعویض می کنند.

*در سفتی باکس های پر شده را قبل از حمل می بندد.

- * سفتی باکس های پر شده را در یک مکان خشک و مطمئن و دور از دسترس کودکان و مردم نگهداری می کند.
- * برای اجتناب از صدمه در اثر سرسوزن هرگز سفتی باکس پر شده در دست نگهداشته نمی شود.
- * تمامی سفتی باکس ها داخل بین گذاشته شده و به جایگاه زباله منتقل می گردد.

(B) احتیاطهای براساس راه انتقال بیماری (Transmission Based Precaution):

این رهنمودها به منظور جلوگیری از انتقال عامل بیماریزا از بیمار بهای عفونی به پرسنل تدوین شده اند و زمانی که رعایت احتیاطهای استاندارد در پیشگیری از انتقال بیماریهای عفونی کفایت نمی کند. در سه سطح قابل اجرا می باشد:

۱) احتیاطهای لازم جهت پیشگیری در برابر ذرات تنفسی با قطر بیشتر از ۱۰ میکرومتر (drop let)

مثال: قرار دادن بیماران مبتلا به سرخچه و آنفلونزا در اتاقهای یک نفره: استفاده از ماسک توسط پرسنل در صورت تماس نزدیک با بیمار

۲) احتیاطهای لازم جهت پیشگیری در برابر ذرات تنفسی با قطر کمتر از ۱۰ میکرومتر (Air born precaution)

مثال: قرار دادن این بیماران در اتاقهای یک نفره

احتیاط های تماسی (contact):

برای جلوگیری از انتقال ارگانیسمهای مهم از لحاظ همه گیر شناسی که مربوط به بیماران کلونیزه یا دچار عفونت و از طریق تماس مستقیم (لمس کردن بیمار) یا در تماس غیر مستقیم (تماس با اشیاء و وسشایل یا سطوح آلوده محیط بیمار) انتقال میابند رعایت احتیاط تماسی توصیه میشود. اصول احتیاطهای تماسی عبارتند از:

- ۱- بستری 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 بیمار شامل:
 - * پوشیدن دستکش در زمان ورود به اتاق
 - * در آوردن دستکش قبل از ترک اتاق
 - * رفع آلودگی دستها با یک ماده طبی شوینده دست یا ماده حاوی الکل بلافاصله پس از در آوردن دستکش
 - * جلوگیری از آلودگی مجدد دستها قبل از ترک اتاق
 - * استفاده از گان در صورت احتمال تماس قابل ملاحظه لباس پرسنل با بیمار یا سطوح محیطی پیرامون بیمار
 - * استفاده از گان در صورت افزایش خطر تماس با مواد بالقوه عفونی بیمار
 - * قبل از ترک اتاق ایزوله، گان باید در آورده شود و باید مراقب بود که لباس پرسنل آلوده نگردد.
 - * وسایل بحرانی مراقبت بیمار از بیمار (گوشی، دستگاه فشار سنج) باید در اتاق ایزوله بمانند و برای سایر بیماران مورد استفاده قرار نگیرند. در صورت لزوم استفاده مشترک از این وسایل، باید آنها را ابتدا پاک و گندزدایی نموده و سپس مورد استفاده قرار داد.
 - * انتقال و جابجایی بیمار از اتاق ایزوله باید به حداقل ممکن برسد.

در موارد زیر احتیاطهای تماسی ضرورت دارد:

بیماران دچار عفونت یا کلونیزه با باکتری های مقاوم به چند دارو (آنتروکوک مقاوم به وانکومایسین؛ استافیلوکوک اورئوس مقاوم به مت سیلین یا با کاهش حساسیت به وانکومایسین؛ آنتربت با عامل کلستریوم دیفیسیل)

عفونتها منتقله از راه مدفوعی - دهانی (شیگلا، روتاویروس و هپاتیت A) در بیمارانی که بی اختیاری ادراری داشته یا از پوشک استفاده می کنند. بیماری اسهالی حاد که احتمالا دارای منشأ عفونی هستند.

لیست عفونتهایی که علاوه بر رعایت احتیاطهای استاندارد رعایت احتیاط خاص براساس راه انتقال ضرورت دارد پیوست می باشد:

- * آبسه ای که پانسمان نشده است.
- * آدنووایروس در نوزادان
- * سلولیتی که ترشح آن کنترل میشود.
- * کونژکتیویت حاد ویروسی
- * اسهال با کلستریدیوم دیفیسیل
- * زخم بستر عفونی و عدم کنترل ترشح آن
- * دیفتری جلدی
- * عفونت ناشی از شیگلا، آنتربت با پرسینیا آنترو کولیتیک؛ رترو ویروس؛ هپاتیت A؛ کولیت ناشی از E.coli
- در بیمارانی که از پوشک استفاده می کنند یا بی اختیاری دارند.
- * عفونتهای آنترو ویروسی در نوزادان و اطفال

- * فورو نکولوز در نوزادان و اطفال
- * ویروس هرپس سیمپلکس در نوزاد موع منتشر یا جلدی مخاطی شدید اولیه
- * زردخیم
- * شپش
- * گال
- * عفونت با ویروس سن سیشال تنفسی در نوزادان اطفال و بیماران نقص ایمنی
- * سرخجه مادرزادی
- * آبله میمونی
- * تبهای خونریزی هنده
- * اسهال حاد با عامل احتمالی عفونی در بیمار دچار اختیاری با در صورت استفاده پوشک
- * عفونت پوست یا دستگاه ادراری
- * در بیماری که اخیراً در بیمارستان بستری شده است.
- * تب و بیماری که اخیراً در تماس با بیمار مبتلا به سارس یا نواحی که سارس در آنجا رخ داده بوده است.

احتیاطات هوایی Air Bone:

- 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 به کار 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
 - سرخک
 - آبله مرغان یا زونا منتشر

توجه:

- ۱- بیماران دچار عفونت HIV یا در معرض خطر آن که بابت، سرفه و ارتشاح ریوی مراجعه نموده اند باید به صورت تجربی تحت احتیاط هوایی قرار گیرند تا تشخیص بیماری سل در آنان رد شود.
- ۲- جهت بیماران دارای زخم پوستی باز ناشی از سل، رعایت احتیاط هوایی در نظر گرفته شود.
- ۳- برای بیماران دچار ضایعه ریوی با عوامل مایکوباکتریایی غیر سلی (اتی پیک) احتیاط هوایی نباید رعایت گردد.

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 بگیرد.
- ۲) بستن درب اتاق بیمار
- ۳) خروج هوا از اتاق بیمار به طور مستقیم به فضای خارج و بیرون باشد (نه در داخل بخش). چنانچه این کار مقدور نباشد هوا باید قبل از برگشت به سیستم تهویه عمومی با یک فیلتر قوی و کاراً خارج گردد.
- ۴) تمام افرادی که وارد اتاق بیمار میشوند باید از رسیپراتور شخصی که فیلتر ۱ میکرو متری داشته و حداقل کارایی ۹۵٪ استفاده نمایند. این ماسک اختصاصی باید با اندازه صورت فرد باشد.
- ۵) جابجایی بیمار باید محدود گردد و قبل از ترک اتاق بیمار باید ماسک جراحی استاندارد بپوشند. پرسنلی که قرار است بیمار را تحویل بگیرند باید قبل از جابجایی بیمار مطلع شوند تا احتیاطهای لازم را به کار گیرند.

توجه:

- ۱- هر بیمار دچار سل یا مشکوک به آن باید دهان و بینی خود را در هنگام عطسه یا سرفه کردن با یک دستمال بپوشاند. همچنین باید تا هنگام رد کردن بیماری سل، از سایر بیماران جدا شود.
- ۲- بیماران مبتلا به سل اثبات شده که تحت درمان موثر ضد سل هستند و از لحاظ بالینی در حال بهبودی می باشند (سه نمونه اسمیر خلط پشت سر هم در روزهای مجزا از لحاظ باسیل اسید فاسیت منفی هستند) می توانند از ایزولاسیون خارج شوند.
- توصیه می شود در بیماران دچار سل شدید همراه با ایجاد حفره، سرفه مداوم، یا سل حنجره و احتمالاً کسانی که به محیطهای دارای افراد پرخطر برمیگردند (مانند اطفال - بیماران دچار سرکوب دستگاه ایمنی) جداسازی حداقل تا یک ماه صورت گیرد.

- ۳- بیماران دچار سل به چند دارو باید در طول مدت بستری در بیمارستان از سایر بیماران جدا شوند.
- ۴- در بیمارانی که از لحاظ بالینی وضعیت ثابتی دارند و داروهای ضدسل خود را به طور مرتب مصرف می کنند و در خانه خود می مانند بستری کردن در بیمارستان (به مصرف جداسازی آنان) لازم نیست.
- ۵- جهت بیماران دچار عفونت قطعی یا مشکوک به سرخک، واریسلا (آبله مرغان) یا زونا، موضعی در بیمار دچار نقص ایمنی باید جداسازی نوع هوایی صورت گیرد. چنانچه پرسنلی در مقابل این عفونتها ایمن نباشند در صورت امکان نباید به اتاق این بیماران وارد شوند و در صورتی که ورود به اتاق این بیماران ضروری باشد باید از ماسک N۹۵ استفاده نمایند.

مهم:

مواردی که باید این احتیاط رعایت گردد به شرح ذیل است:

- بثورات تاولی
- بثورات ماکولی پاپولی همراه با ابریزش بینی و تب و سرفه و ارتشاح ریوی
- سرفه و تب در فرد HIV یا در معرض ایدز
- تب علائم تنفسی در فردی که اخیراً تماس با مبتلا به سارس یا مسافرت به منطقه ای که سارس در آنجا منتقل می شود.
- سرخک
- آبله میمونی
- سل ریه یا حنجره
- سندم دیسترس تنفسی - حاد شدید
- آبله مرغان
- تبهای خونریزی دهنده
- زونا (نوع منتشر یا در بیمار دچار نقص ایمنی)

احتیاط های قطره ای (Droplet)

برای جلوگیری از انتقال آئروسل های درشت (قطره)، از این نوع احتیاط استفاده میشود. به دلیل اندازه بزرگ این قطرات در هوا معلق نمی مانند و تا فاصله زیاد حرکت نمیکنند. این ذرات حین صحبت عطسه یا سرفه کردن یا در زمان انجام اعمالی مانند ساکشن یا برونکوسکوپی ایجاد میشوند. 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، میتوان آنها را در یک اتاق بستری نمود).
- ۲- درب اتاق میتواند باز بماند (به دلیل جابجایی کم ذرات در حد 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 احتیاطهای استاندارد است.
- ۵- در صورت انتقال و جابجایی بیمار به خارج از اتاق ایزوله؛ بیمار باید ماسک استاندارد جراحی بپوشد.
- ۶- برای عفونتهایی مانند باکتری هموفیلوس آنفلونزا ی نوع B مهاجم، مننگوکوک؛ بیماری پنوموکوک مقاوم به چند دارو، مایکوپلازما پنومونیه، سیاه سرفه، ویروس آنفلونزا؛ اوریون؛ سرخچه و پارو ویروس B۱۹، رعایت احتیاط قطره ای ضروری است.

مواردی که باید این احتیاط رعایت گردد:

- ادنو ویروس در نوزادان یا اطفال
- دیفتری حلقی
- مننژیت یا اپیگلوتیت ناشی از هموفیلوس آنفلونزا
- پنومونی ناشی از هموفیلوس آنفلونزادر اطفال و نوزادان
- عفونتهای مننگوکوکی
- اوریون
- مایکوپلازما پنومونیه

پاروویروس B۱۹

سیاه سرفه

پنومونی ناشی از طاعون (طاعون ریوی)

سرخچه

فارنژیت یا پنومونی یا مخملک با عامل استرپتوکوک (گروه A) در نوزادان یا اطفال خردسال

مننژیت

بثورات پتشی یا اکیموز همراه با تب

سرفه حمله ای یا شدید مداوم در دوره فعالیت بیماری سیاه سرفه

طبقه بندی مناطق مختلف بیمارستان بر اساس ریسک انتقال عفونت

تزریقات ایمن یا تزریق سالم:

آیا زمل وایز (semmelweise) را میشناسید؟

به احتمال زیاد پاسختان منفی است، اما بدانید که مدیون او هستید زیرا این دکتر زمل وایز بود که بیش از صد سال پیش، برای اولین بار نشان داد شستن دستها از گسترش بیماری جلوگیری می کند.

دکتر زمل وایز در بیمارستانی در وین کار میکرد که میزان مرگ و میر بیماران بخش زایمان آن به حدی بود که درخواست می کردند به خانه باز گردند. اکثر کسانی که می مردند به وسیله دانشجویان دوره پزشکی درمان می شدند که پیش از ورود به بخش زایمان، کلاس تشریح داشتند.

به دلیل آنکه این پزشکان بین تماس با جسد و معاینه بیماران بخش زایمان، دستهای خود را نمی شستند (شستن دست در آن زمان یک اقدام بهداشتی محسوب نمی شد) باکتریهای پاتوژن را از اجساد بخش تشریح به مادران بستری در بخش زایمان انتقال میدادند. دکتر زمل وایز اصرار کرد که دانشجویان دستان خود را پیش از تماس با بیماران بخش زایمان بشویند و این کار میزان مرگ بیماران بخش زایمان را پنج برابر کاهش داد و این آغاز کنترل عفونت بود و به عنوان یک موفقیت برجسته نه تنها در مراکز بهداشتی بلکه در زمینه بهداشت عمومی نیز در نظر گرفته شد زیرا امروز اهمیت شستن دستها در جلوگیری از بیماریها در اجتماع، مدارس، مراکز مراقبت از کودکان و ... مشخص شده است.

متخصصان عموماً شستن دستها را به عنوان موثرترین راه جلوگیری از انتقال بیماریها در نظر میگیرند. به طور کلی بهداشت مناسب و استریلیزاسیون و ضدعفونی کردن به ویژه، استانداردهای دیگری هستند که در بیمارستانها به کار میروند و استفاده از آنها به طور گسترده در همه جا فراگیر شده است. یکی از ارائه طریق های مرکز کنترل بیماریها (CDC) برای جلوگیری از بیماریها شستن دست است.

توصیه های CDC در مورد شستن دست

اندیکاسیون های شستن دست:



1	قبل از تماس با بیمار	چه وقت؟ قبل از تماس با بیمار دست هایتان را تمیز کنید. مثال: دست دادن، کمک به بیمار برای حرکت، معاینه بالینی
2	قبل از اقدام به کار آسپتیک	چه وقت؟ قبل از اقدام به کار آسپتیک دست هایتان را تمیز کنید. مثال: مراقب دهان و دندان، آسپراسیون ترشحات تنفسی، پانسمان زخم گذاشتن، کاتتر، آماده کردن غذا دادن دارو
3	بعد از تماس با مایعات بدن بیمار	چه وقت؟ بلافاصله پس از تماس با مایعات بدن بیمار و بعد از درآوردن دستکش دستهایتان را تمیز کنید. مثال: مراقب دهان و دندان، آسپراسیون ترشحات تنفسی، خون گیری و کار با نمونه های خونی، آزمایش و جابجایی نمونه های ادرار و مدفوع، جابجایی مواد زائد
4	بعد از تماس با بیمار	چه وقت؟ پس از لمس بیمار یا محیط اطراف بیمار دست هایتان را تمیز کنید. مثال: دست دادن، کمک به بیمار برای حرکت معاینه بالینی
5	بعد از تماس با محیط اطراف بیمار	چه وقت؟ بعد از تماس با هریک از وسایل اطراف بیمار حتی بدون تماس با خود بیمار دست هایتان را تمیز کنید. مثال: تعویض ملحفه تخت، تنظیم سرعت تزریق وریدی

الف: پرسنل همیشه باید دستهای خود را بشویند مگر آنکه یک مورد اورژانس اتفاق افتاده باشد.

- ۱- قبل از اعمال تهاجمی.
- ۲- مراقبت از بیماران آسیب پذیر مانند نوزادان و بیماران دچار نقص ایمنی شدید.
- ۳- قبل و بعد از تماس با زخم جراحی، تروماتیک یا زخم ایجادشده به دنبال استفاده از وسایل تهاجمی (invasive device).
- ۴- بعد از مواردی که احتمال آلودگی دستها وجود دارد به ویژه در مواقعی که با مخاط، خون، یا مایعات بدن، ترشحات یا مواد دفعی مواجهه وجود دارد.
- ۵- بعد از تماس با اشیاء بی جان که احتمال آلودگی آنها با میکروارگانیسم های بیماری زا یا مهم از نظر اپیدمیولوژیک وجود دارد مانند وسایل اندازه گیری ادرار یا دستگاه جمع آوری ترشحات.
- ۶- بعد از مراقبت از فرد عفونی یا بیماری که احتمالاً با میکروارگانیسم های پر اهمیت از نظر بالینی یا شرایط اپیدمیولوژیک کلونیزه شده است مانند باکتری های مقاوم به چند دارو
- ۷- در فواصل بین تماس با بیماران مختلف در واحدهای پر خطر

ب: در اکثر مواردی که به طور روتین و برای مدت کوتاه از بیمار مراقبت می شود مانند موارد تماس مستقیم با بیمار (جزء مواردی که در فوق مشخص گردیده) شامل گرفتن فشار خون شستشوی دستها لازم نمی باشد.

ج: در اکثر فعالیتهای روتین در بیمارستان شامل تماس غیر مستقیم با بیماران مانند دست زدن به داروها، غذا یا سایر اشیاء مربوطه به آنها شستن دست ها لازم نمی باشد.

توجه:

- (۱) استفاده از دستکش نباید جایگزین شستن دست ها گردد. بدون در نظر گرفتن پوشیدن دستکش یا تعویض آن، دستها بایستی شسته شوند.
- (۲) معمولاً rub دستها با الکل در مجاورت تخت بیمار ۲۰ ثانیه طول میکشد (در بین مواد ضد عفونی کننده، الکل سریعترین فعالیت ضد باکتریایی را اعمال میکند)

روش شستن دست:

- (۱) همیشه ناخنها را کوتاه نگه دارید و از وسایل زینتی استفاده نکنید.
- (۲) هنگام شستن دست بایستی از دستشویی فاصله گرفت تا از خیس شدن و آلوده شدن یونیفرم پیشگیری گردد.
- (۳) ابتدا حلقه و ساعت را بیرون آورده سپس آستین را بالا زده و آب با فشار و دمای مناسب تنظیم گردد.
- (۴) در حالی که دستها سرازیر هستند آنها را خیس کنید تا آب به طرف انگشتان جاری گردد.
- (۵) مقدار ۵ - ۱۰ سی سی مایع در کف دستها بریزید و دستها را به هم بمالید تا کاملاً کف ایجاد گردد.

۶) شستن دست را با حرکت مالشی و دورانی آغاز نمایید.

۷) سپس کف دست راست را به پشت دست چپ و بالعکس کاملاً کشیده شود.

۸) کف دست ها به هم کشیده شود به طوری که انگشتان بین هم قرار گیرند و کاملاً به هم ساییده شود.

۹) پشت انگشتان دست راست را در کف دست چپ به طوری که انگشتان به حالت قفل شدن در هم قرار گیرند و با فشار شستشو شوند و بالعکس.

۱۰) با کف یک دست انگشت شست دست دیگر به صورت چرخشی کاملاً ساییده شود و بالعکس.

۱۱) نوک انگشتان یک دست را در کف دست دیگر فشرده و با حرکت چرخشی کاملاً شستشو و تمیز شود و بالعکس.

۱۲) هر یک از اعمال مذکور در شستشوی صحیح دستها بایستی پنج بار تکرار گردد.

۱۳) دستها را با حوله کاغذی کاملاً خشک نموده و با همان حوله کاغذی شیر آب را ببندید و از بستن آب با دست خود خودداری نمایید زیرا موجب

آلوده شدن دستها میگردد.

۱۴) استفاده از دست خشک کن برقی توصیه نمیشود زیرا موجب پراکنده شدن میکروبها و گرد و غبار در هوا میگردد.

۱۵) استفاده از صابون جامد توصیه نميگردد اما در صورت استفاده پس از مصرف، کف صابون را شسته و مجدداً در جای خود قرار دهید.

مراحل شستن دست

مرحله اول



۱) دستها را خوب کنید
۲-۳) سی سی از صابون مایع را در
کف دست بریزید.
۴) کف دستها را بهم بمالید.

مرحله دوم



انگشتان را در هم کرده و کف
دستها را بهم بمالید.

مرحله سوم



کف دست راست را بر روی پشت دست چپ بکشید
عکس همین کار را روی دست دیگر انجام دهید.

مرحله دوم



پشت انگشتان را به کف دست دیگر قلاب
کنید و بهم کشید.

مرحله پنجم



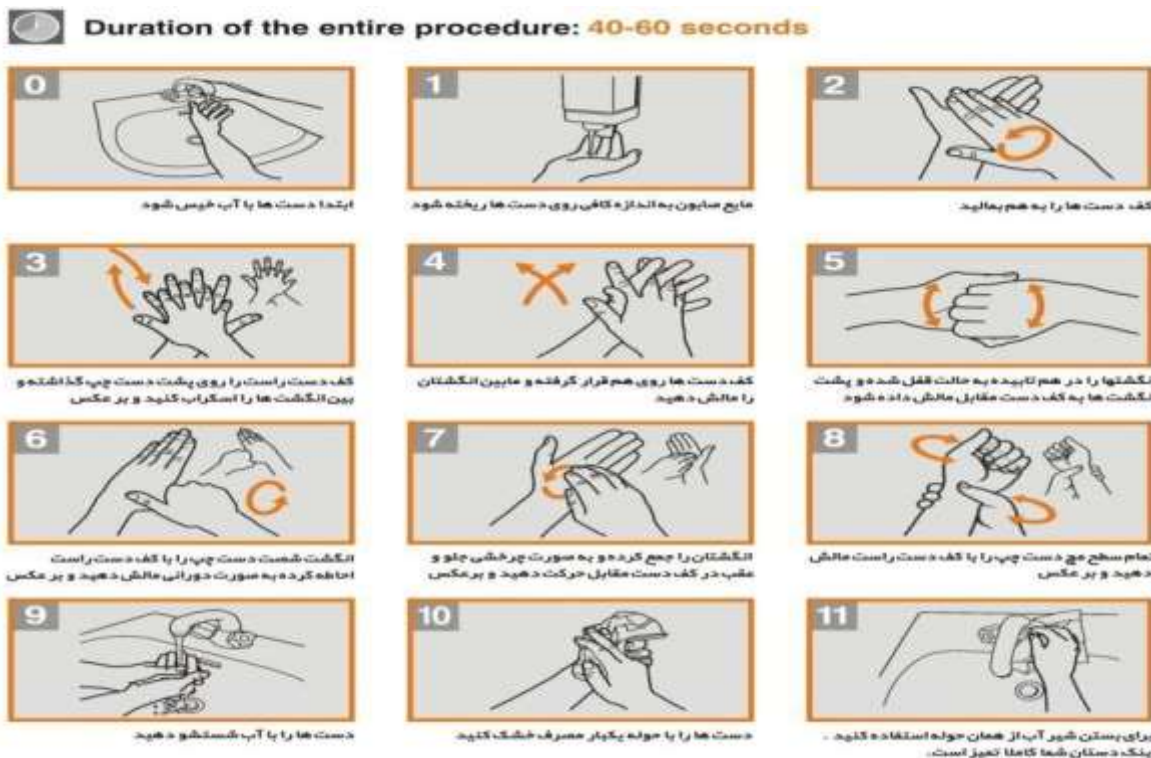
شست دست چپ را با دست راست بمالید.
عکس این کار را با دست دیگر انجام
دهید.

مرحله ششم



انگشتان دست راست را جمع کرده، به
صورت چرخشی به همه کف دست چپ
بکشید، عکس همین کار را با دست دیگر
انجام دهید.

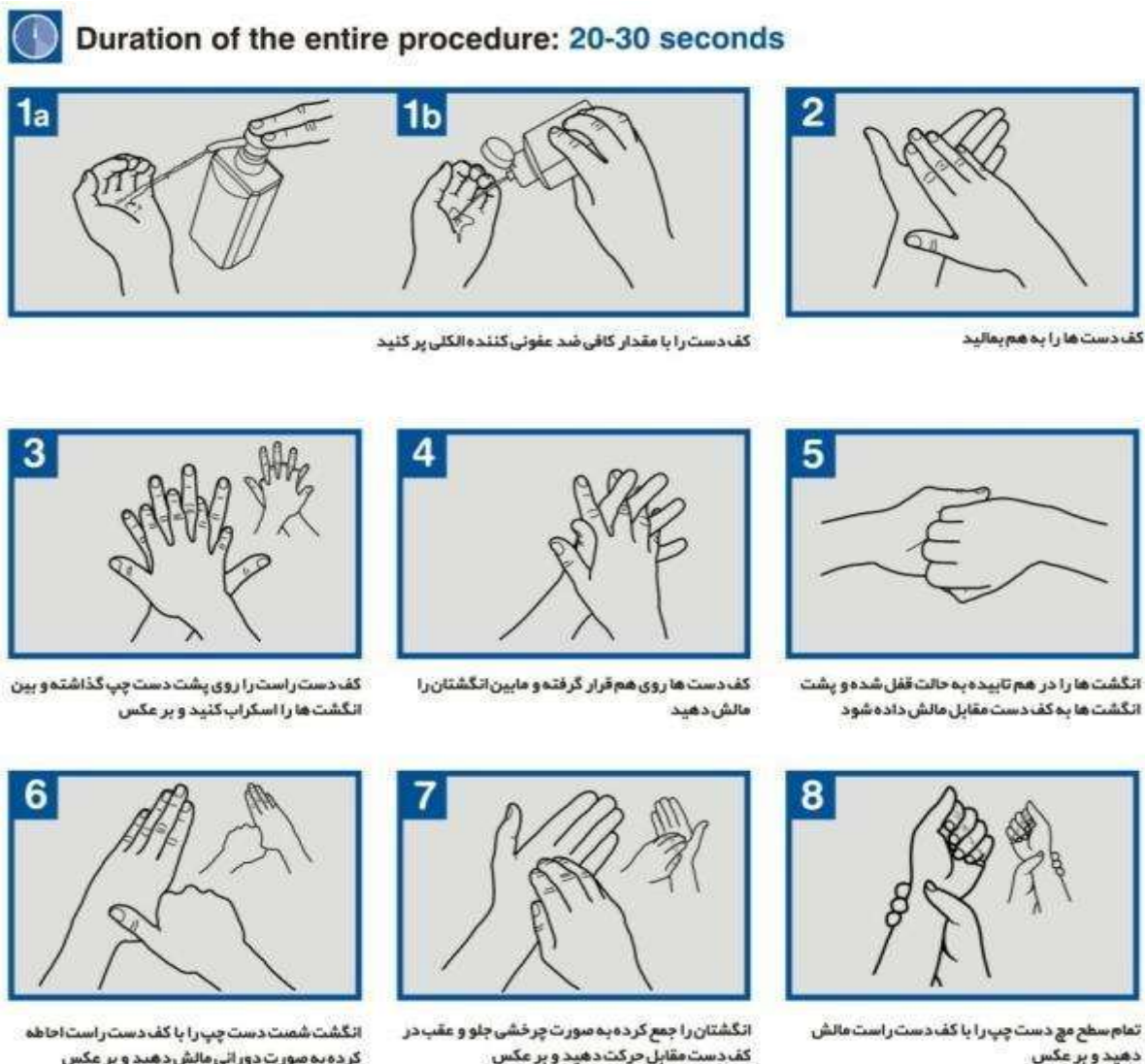
زمان شستن دست: ۴۰ - ۶۰ ثانیه



توجه:

زمانی که دستها آلودگی واضح داشته باشند یا اینکه چرب باشند حتما باید شسته شوند.

زمان هندراب کردن دستها: ۲۰ - ۳۰ ثانیه



توجه: زمانی که دستها هندراب میشوند نباید خیس باشند و بعد از شستشو هم نباید هندراب کردند مگر اینکه ابتدا خشک شوند.

قوانین گندزدایی وسایل و تجهیزات:

تقسیم بندی بخشها بر اساس ریسک عفونت:

مراکز درمانی از واحدهای مختلفی از قبیل اداری، درمانی، تشخیصی، خدمات و غیره تشکیل شده اند که احتمال عفونت با توجه به نوع فعالیت در این بخشها متفاوت می باشد. این مناطق به چهار دسته تقسیم می گردند:

- (۱) مناطق با ریسک کم: بخشهای اداری
- (۲) مناطق با ریسک متوسط: اتاقها و راهروهای بیمارستان
- (۳) مناطق با ریسک بالا: اتاقهای ایزوله، NICU و ICU
- (۴) مناطق با ریسک خیلی بالا: اتاق عمل

بدیهی است با افزایش ریسک انتقال عفونت، اهمیت پرداختن به اصول پیشگیری و کنترل نیز افزایش یافته و بایستی با حساسیت بیشتری انجام گیرد.

طبقه بندی ابزار پزشکی بر اساس ریسک انتقال عفونت:

ابزار و وسایلی که برای تشخیص و درمان مورد استفاده قرار می گیرند. با توجه به ریسک احتمالی ایجاد عفونت به سه دسته تقسیم می گردند که برای هر سطح به روشهای پاکسازی و ضدعفونی خاصی نیاز می باشد.

ریسک انتقال عفونت	وسیله مورد استفاده	مثال	سطح ضدعفونی مورد نیاز
بحرانی	هرگونه وسیله ای که داخل عروق یا بافتهای استریل می شود.	وسایل جراحی، آرتروسکوپی و بیوپسی	استریلیزاسیون
نیمه بحرانی	وسایلی که در تماس با غشاهای مخاطی و پوست غیر سالم قرار میگیرند.	واژینال اسپکولوم، آندوسکوپ و ابزار بیهوشی	ضدعفونی سطح بالا
غیر بحرانی	وسایلی که در تماس با پوست سالم هستند یا با بیمار تماس ندارند.	تختخوا بها، دستگاه اندازه گیری فشارخون و...	ضدعفونی سطح متوسط یا پایین

لازم به ذکر است ریسک انتقال عفونت به مورد استفاده از وسیله نیز ارتباط دارد.

طبقه بندی کلی روشهای ضدعفونی و پاکسازی

از راهکارهای اصلی پیشگیری از انتقال عفونتهای بیمارستانی، کاهش تعداد یا از بین بردن عوامل میکروبی محیط (شامل سطوح، ابزار و ...) می باشد که به این منظور بایستی از روشهای مختلفی استفاده کرد.

پاکسازی و شستشو (cleaning):

به معنی زدودن فیزیکی آلودگی از سطح یا ناشی آلوده میباشد. پاکسازی موثر، مکمل پروسه ضدعفونی و استریلیزاسیون است. با پاکسازی موثر از غیرفعال شدن مواد ضدعفونی توسط بقایای مواد آلی جلوگیری گشته و امکان تماس با مواد ضدعفونی کننده یا عامل استریل کننده فراهم می شود.

۱) ضدعفونی (disinfection):

به معنی از بین بردن میکروارگانیسمهای فعال و یا کاهش تعداد آنها – تاحدی که برای سلامتی مضر نباشد و با روشهای فیزیکی قابل انجام است. با این عمل نمی توان اسپورها را از بین برد.

طبقه بندی روشهای ضدعفونی کننده بر حسب قدرت از بین بردن میکروارگانیسمها

سطح ضد عفونی	اسپور باکتریها	باسیل سل	باکتریها	قارچها	ویروسهای بدون پوشش	ویروسهای پوشش دار
بالا high level	+/-	+	+	+	+	+
متوسط intermediate	-	+	+	+	+/-	+
پایین low level	-	-	+/-	+/-	+/-	+

مواد ضدعفونی کننده ساختارهای متفاوتی دارند که استفاده از هر کدام دارای منافع و مشکلات خاص خود می باشد. هنگام انتخاب یک ماده کننده داشتن حداکثر کارایی و حداقل ضرر شرط اصلی است. از عوامل موثر در فعالیت یک ماده ضدعفونی غلظت، زمان تماس و دما می باشد. یک ماده ضدعفونی کننده ایده ال باید در حداقل غلظت در کوتاهترین زمان و در دمای معمول اتاق بهترین اثر ضدعفونی کنندگی را داشته و همچنین با محیط زیست سازگار بوده و برای افراد در تماس، خطر چندانی نداشته باشد.

۲) استریل کردن (sterization):

ترکیبات آنتی سبتیک بایستی به طور موثر عوامل میکروبی را روی پوست بدن را بدون آن که ضرری برای فرد داشته باشند. از بین می برند. در این روش از مواد شیمیایی برای کشتن میکروارگانیسم ها بر روی پوست و بافت زنده استفاده می شود.

قوانین ضد عفونی:

- ۱- **تمیز کردن (cleaning):** این عمل موجب از بین رفتن تعداد زیادی از میکروارگانیسمها می شود. به منظور پاک نمودن خون و ترشحات بدن از روی وسیله، قبل از ضد عفونی یا استریل کردن ضروری می باشد.
- ۲- **ضد عفونی و گندزدایی:** طی این فرایند مقادیر متناهی از میکروارگانیسمهای بدون اسپور از جمله ویروسها کاهش یافته و تعداد آنها به سطح ایمنی خواهند رسید. به سه شیوه بخار با درجه حرارت پایین - جوشانیدن و شیمیایی انجام می شود.
- ۳- **استریل کردن:** طی این عمل کلیه میکروارگانیسمهای زنده از جمله ویروسها و اسپورها از بین می روند استریل کردن به دو شیوه شیمیایی و گرمایی انجام می شود.

۱ - تمیز کردن یا پاک کردن

زدودن تمام مواد خارجی از روی اشیاء که به طور معمول با استفاده از آب همراه یا بدون ماده دترجنت انجام می شود.

۲ - ضد عفونی و گندزدایی:

- واژه ضد عفونی جهت کاهش میکروارگانیسمها در موجودات زنده و کلمه گندزدا جهت کاهش میکروارگانیسمها در اشیاء بی جان بکار میرود. لوازم و وسائل پزشکی بر اساس محل ورودشان به قسمتهای مختلف بدن به سه گروه تقسیم می شوند:
- الف - **وسائل حیاتی:** لوازم و اشیایی که وارد بافتهای استریل یا سیستم عروقی می شوند که باید استریل باشند.
- ب - **وسائل نیم حیاتی:** این اشیاء و لوازم در تماس با مخاط یا پوست آسیب دیده (غیر سالم) خواهند بود که باید گندزدایی سطح بالا انجام گیرد.
- ج - **وسائل غیر حیاتی:** این وسائل در تماس با پوست سالم هستند که باید تمیز - شستشو با دترجنت و آبکشی و خشک شوند.

گندزدایی در سه سطح صورت می پذیرد:

- ۱) **سطح بالا یا High level:** ترکیبات این گروه شامل: پراکسید هیدروژن - پراستیک اسید - گلو تارالدئید - فرمالدئید - پرفورم
- ۲) **سطح متوسط یا Intermediate level:** ترکیبات این گروه شامل: ترکیبات کلر (وایتکس ۲٪) - ترکیبات ید (بتادین - الکل ید) - الکل ۷۰ درجه بیشتر از ده دقیقه - دکونکس ۵۳+
- ۳) **سطح پایین یا Low level:** ترکیبات این گروه شامل: ترکیبات فنل (افروز) - ترکیبات آمونیوم (ساولن - میکرو ۱۰ - هامون - دکونکس) - الکل ۷۰ درجه کمتر از ده دقیقه

خصوصیات یک ماده گندزدای خوب:

- ۱- وسیع الطیف باشد.
- ۲- سریع الاثر باشد.
- ۳- تحت تأثیر عوامل محیطی قرار نگیرد: در حضور مواد آلی (خون - خلط - مدفوع) فعالیت خود را حفظ کند. مصرف این ماده نباید با استفاده از صابون - دترجنت ها و سایر مواد شیمیایی مغایرت داشته باشد.
- ۴- غیر سمی باشد: برای فرد مصرف کننده محرک و مضر نباشد.
- ۵- برای استفاده سطوح مناسب باشد: نباید بر روی لوازم و سطوح فلزی خاصیت خوردگی داشته باشد و نباید باعث فرسایش مواد پارچه ای ، لاستیک، پلاستیک و ... شود.
- ۶- پس از مصرف اثر باقی ماندن روی سطوح داشته باشد.
- ۷- طرز استفاده از آن آسان باشد.
- ۸- فاقد بو باشد یا بوی مطبوع داشته باشد.
- ۹- مقرون به صرفه باشد.
- ۱۰- محلول یا محلول در آب باشد.
- ۱۱- در غلظت و رقت مورد نظر ثبات داشته باشد.
- ۱۲- خاصیت پاک کنندگی داشته باشد.

توجهات:

- کلیه وسائل قبل از گندزدایی باید با آب و دترجنت شسته و تمیز گردند.
- الکل باعث تخریب وسائل لنزدار می شود
- وایتکس با مواد نیتروژن دار (آمونیاک - اوره) یا مواد آلی (استون - فرمالدئید) مخلوط نشود زیرا کارسینوژن است.
- وایتکس با مایعات اسیدی بدن (ادرار) یا اسید مخلوط نشود چون تولید گاز کلر سمی می کند.
- هنگام مصرف وایتکس، آنرا با آب رقیق کنید و دما از ۴۰ درجه تجاوز نکند.
- فرمالدئید کارسینوژن می باشد.
- گلو تار آلدئید دارای بخارات سمی مضر جهت پوست - چشم و تنفس می باشد. در هنگام مصرف از دستکش - عینک و رسیپراتور فیلتردار (ماسک N95) استفاده شود. درب ظرف حاوی محلول گلو تارال باید بسته باشد.
- گلو تار آلدئید بعد از اضافه نمودن محلول فعال کننده به رنگ سبز کم رنگ در می آید که نشان دهنده فعال بودن محلول است این محلول برای ۱۴ روز فعال است و بعد از آن باید دور ریخته شود.
- استفاده از الکل در مصارف عمومی به عنوان گندزدایی سطوح بسیار گران می باشد مواردی که با الکل گندزدایی می شوند باید قبلاً به دقت تمیز شوند و سپس به مدت مناسب در الکل غوطه ور شوند.
- توجه داشته باشید در صورت آلودگی وسائل با خون در گندزدایی سطوح متوسط و پایین، گندزدایی به مدت ۳۰ دقیقه در وایتکس ۱۰٪ ضروری می باشد.
- هر محلول گندزدا در طول مدت قابل نگهداری بدفعات قابل استفاده می باشد مشروط بر این که وسائل قبل از غوطه ور شدن در آن تمیز شده باشند و در ظروف درب بسته باشد مثلاً وایتکس ۲٪ طی ۲۴ ساعت بدفعات قابل استفاده می باشد.

وسایلی که باید استریل گردند

- ۱- وسائل مربوط به دندانپزشکی: فورسپس - اسکالپل - اسکالر - چیزل استخوانی و سایر لوازم - هندپیس - فرز - لوازم داخل دهان که به مسیرهای آب و هوا متصل شده اند - انگل پروفیلاکسی - نوک اسکالراولتراسونیک - نوک دستگاه مکنده هوا - برس و دابر کاپ پروفیلاکسی - توربین
 - ۲- فورسپس نمونه برداری آندوسکوپ
 - ۳- آندوسکوپ نوع انعطاف پذیر
 - ۴- ایمپلنتها
 - ۵- وسائل داخل عروقی
 - ۶- سوزن
 - ۷- ست های جراحی
 - ۸- اسپکولوم
 - ۹- ظروف آزمایشات میکروبیولوژی
 - ۱۰ - دستگاه بخور
 - ۱۱ - شیر دوش
 - ۱۲ - لوله های خرطومی ونتیلاتور
 - ۱۳ - ست بی هوشی
 - ۱۴ - پروب دستگاه کرایوتراپی (فریز)
 - ۱۵ - کاپ واکيوم
- کلیه وسائل این گروه بعد از استفاده با آب و صابون شسته و تمیز می گردند سپس اتوکلاو می گردند.

وسائلی که باید گندزدایی سطح بالاشوند.

- وسائل مربوط به امور دندانپزشکی: آینه - کندانسور - آمالگام کریر
- ۱- تیغه های لانتريال (تیغه مخصوص نگه داشتن زبان در هنگام معاینه حنجره)
 - ۲- نوک دستگاه تونومتر (اندازه گیری فشار داخل چشم) - فرمالدئید
 - ۳- کلیه تجهیزات تنفس (اعم از ماسک اکسیژن - ماسک بی هوشی - لوله های خرطومی - تیغه های لارنگوسکوپ آمبویگ - مانومتر) بعد از استفاده با آب و صابون شسته و تمیز می گردند سپس گندزدایی سطح بالا انجام می شود.

وسائلی که باید گندزدایی سطح متوسط شوند.

- ۱- وسایل مربوط به دندانپزشکی: وسائلی که در آزمایشگاه با آنها سر و کار دارند مثل وسایل قالب گیری - موم بایت - پروتزهای ثابت و متحرک
- ۲- اسپکولوم گوشی و وسایل معاینه گوش و بینی
- ۳- قسمت سر ماشین ریش تراش برقی
- ۴- ترمومتر در فواصل بین بیماران
- ۵- رابطه کیسه ونتیلیسیون
- ۶- شیشه ساکشن
- ۷- بالش و تشک پلاستیکی
- ۸- مانیتور و پدالهای دفیبریلاتور
- ۹- ضد عفونی حمام
- ۱۰- وسایل تمیز کننده (تی و سطل)
- ۱۱- بین کثیف
- ۱۲- تلفن
- ۱۳- دستشویی ها
- ۱۴- نگهدارنده قطعه دهانی و توربین و کندانسور اسپرومتر
- ۱۵- سطل زباله
- ۱۶- کیبورد رایانه

وسایلی که باید گندزدایی سطح پایین انجام شود

- ۱- وان حمام
- ۲- لوازم و اسباب نوزاد
- ۳- ملحفه ها
- ۴- عصا
- ۵- تابلوی بالای سر بیمار
- ۶- میز غذاخوری
- ۷- اسباب و لوازم بیمار
- ۸- کف زمین
- ۹- چکش رفلکس
- ۱۰- الکتروود دستگاه ECG - EEG
- ۱۱- لگن - تخت - نرده کنار تخت
- ۱۲- دیوار
- ۱۳- انکیباتور
- ۱۴- لاکرها
- ۱۵- ترالی ها

پاک کردن در فواصل مصرف برای تمام بیماران:

- ۱- گوشی تلفن
- ۲- لوازم مخصوص غذا
- ۳- برانکارد
- ۴- صندلی چرخدار
- ۵- رویه پلاستیکی بالش بیمار
- ۶- دسته لارنگوسکوپ
- ۷- ماشین بیهوشی
- ۸- ترازوی نوزاد
- ۹- گالی پات

پاک کردن اگر به وضوح آلودگی داشته باشد.

- ۱- کاف دستگاه فشار خون
- ۲- قسمت بدنه ماشین ریش تراش برقی
- ۳- میز معاینه و سینی معاینه
- ۴- بین تمیز
- ۵- یخچال

یکبار مصرف

- ایروی - آبلانگ - وسایل موجود در آمبولانس - قطعه دهانی اسپیرومتر
- ماسک و سوند اکسیژن - اسپوکولوم - کاتتر و لوله ساکشن - ماسک و کانول
- لگن و لوله - وسایل اکسیژن (در ۲۴ ساعت استفاده مداوم تعویض شود) - ترمومتر

رنگ دستکشها به این ترتیب استفاده شود:

رنگ مشکی (خدمه ها): جمع آوری زباله ها _ شستشوی توالتها و دستشویی ها ، رنگ صورتی (کمک بهیاران): شستشوی تجهیزات

دستورالعملهای گندزدایی:

دستورالعمل ضد عفونی و شستشو در بخشهای عمومی

مواد ضد عفونی کننده مصرفی در بخشهای عمومی وایتکس می باشد نحوه رقیق شدن به این ترتیب می باشد:

- جهت گندزدایی عمومی محیط ۱/۴۹
 - جهت ترشحات خونی ۱/۹
- هر بخش هفته ای یکبار نظافت کلی می شود و به این ترتیب که طبق برنامه که توسط سرپرستار هر بخش تنظیم می شود در هر سه شیفت کاری برنامه نظافت دارند که بایستی انجام شده و در بین شیفتها باید نظافت تحویل و تحول گردد.

دستورالعمل شستشوی بخشها

❖ سطوح مربوط به بخشهای بیمارستان شامل کف اتاق، دیوارها، مبلمان و سایر وسایل که به ظاهر تمیز و خشک می باشند، از نظر خطر انتقال عفونت ادراری ریسک پائین می باشند. وجود محیطی تمیز و مناسب برای اجرای استانداردهای بهداشتی و ضد عفونی لازم بوده و باعث اطمینان خاطر بیماران و سایر پرسنل می گردد. سطوح و وسایل مرطوب محیط مناسب تری را برای انتقال پاتوژنهای احتمالی و رشد میکروارگانیسم ها بوجود می آورند.

❖ محلولهای پاک کننده و وسایلی که جهت نظافت استفاده می شوند، ممکن است شدیداً با باکتریها آلوده شده باشند که بایستی پس از اتمام نظافت سریعاً از محیط درمان بیماران و با تهیه مواد غذایی دور گرداند، نظافت معمولی می تواند بیشتر لوازم را بطور نسبی از خطر انتقال عفونت پاک کرده و از نظر حمل و نقل ایمن گرداند.

❖ مواد ضد عفونی بطور عمومی لازم نبوده و تنها بصورت کنترل شده و تحت سیاست خاصی بایستی مورد استفاده قرار گیرند، در صورت استفاده از مواد ضد عفونی بایستی حتماً بصورت صحیح رقیق شده و برای هر بار استفاده بصورت تازه تهیه شده و پس از استفاده بلافاصله دور ریخته شده شوند.

❖ استفاده از مواد ضد عفونی کننده، نوع آن و دستورالعمل مربوط به رقت بایستی حتماً با هماهنگی کمیته کنترل عفونت بیمارستان صورت پذیرد.

❖ انجام مراحل نظافت در بخشها به عهده پرسنل خدمات بوده و بایستی بر طبق برنامه مشخص کلیه لوازمی که نیاز به نظافت داشته مشخص گردیده و تناوب این نظافت و نوع آن از نظر استفاده از مواد ضد عفونی برای هر بخش بصورت کامل مشخص گردد. در مواردی که خطر انتقال عفونت افزایش می یابد از قبیل ریختن خون یا خون آلوده به ویروس HIV و HBV، یا وجود بیمار با خطرات بالا در بخش، مراحل نظافت و ضد عفونی حتماً بایستی با نظارت پرستار مسئول بخش صورت گیرد. تنظیم برنامه نظافت هر بخش بایستی با موافقت مسئول پرستاری بخش و حتماً بایستی با موافقت کمیته کنترل عفونت انجام گیرد.

دستورالعمل نظافت زمین (کف)

- در رابطه با نظافت زمین این نکته قابل توجه می باشد که میزان انتقال عفونت با استفاده از مواد ضد عفونی کننده بجای مواد دترجنت تغییر قابل توجه پیدا نکرده و استفاده از مواد پاک کننده معمولی جهت نظافت بطور طبیعی کافی بنظر می رسد، استفاده از مواد ضد عفونی کننده تنها جهت موارد شناخته شده و یا احتمال انتقال عفونت (جمع آوری ترشحات عفونی آلوده به HIV، HBS) بایستی انجام گیرد.

○ ضد عفونی نمودن زمین و یا سایر سطوح در موارد مربوط به Room Clean یا اتاقهای ایزوله و یا هر منطقه ای که توسط کمیته کنترل عفونت تشخیص داده می شوند، بایستی انجام گیرد. ولی به هر حال تاکید این نکته لازم است که خطر ابتلاء به عفونت از طریق زمین و یا سایر موارد محیطی ذکر شده پائین بوده و نظافت به تنهایی معمولاً کافی می باشد. ولی در این بیمارستان با توجه به تعداد زیاد بیماران و رفت و آمد زیاد همراهیان هنگام نظافت از وایتکس ۱/۴۹ برای مکانهای بدون آلودگی واضح و در مواردی که آلودگی واضح مشاهده می گردد از وایتکس ۱/۹ استفاده می شود.

دستورالعمل نظافت دیوارها و سقف

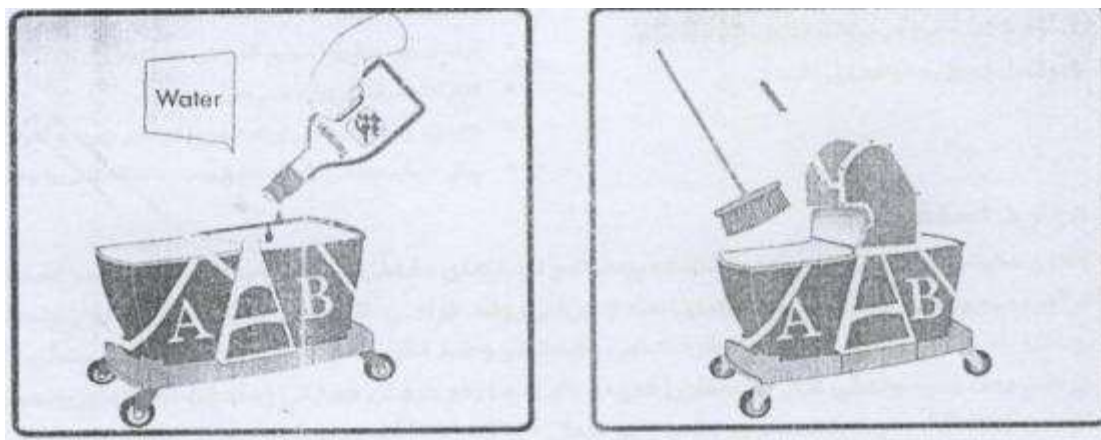
- در صورتیکه این سطوح تمیز، صاف، خشک و سالم باشند. احتمال خطر عفونت بسیار پائین می باشد. نظافت دیوارها و سقف جهت جلوگیری از آلودگی و کثیفی ظاهری بایستی در فواصل منظم انجام پذیرد.
- استفاده از مواد ضد عفونی مگر در موارد آلودگی شناخته شده لازم نمی باشد، ولی با توجه به شلوغی بیمارستان و تعداد زیاد بیماران در هر بخش در تمامی موارد نظافت با وایتکس ۱/۴۹ انجام می شود و در صورت وجود خون و ترشحات خونی از وایتکس ۱/۹ استفاده می شود.

دستورالعمل شستشوی حمامها، سینکها و محل شستن دستها

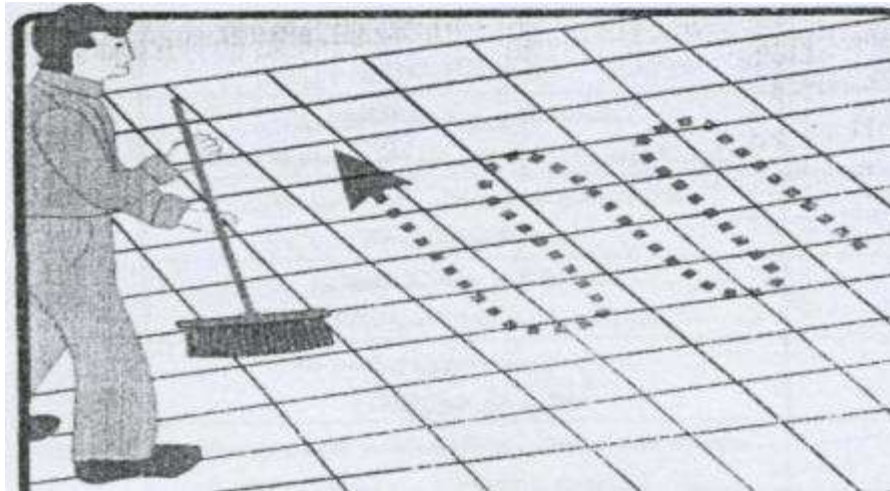
- حمامها و محل شستشوی دستها بایستی حداقل بصورت روزانه توسط پرسنل خدمات تمیز گردد. استفاده از مواد دترجنت برای نظافت روتین کافیهست. در مواردی که بیمار عفونی استحمام کرده یا بیمار مبتلا به ارگانیزم های مقاوم و یا ارگانیزم های مشکل دار باشد، بایستی از ماده ضد عفونی کننده استفاده شود. ضد عفونی نمودن، قبل از استحمام بیماران با زخم باز نیز لازم می باشد.
- ماده ضد عفونی مناسب در این بیمارستان هیپو کلریت سدیم ۱/۹ می باشد.
- جهت نظافت حمام و سینکها از برس دسته بلند نایلونی استفاده می شود، استفاده از دستمالهای پنبه ای با برس غیر پلاستیکی موجب آلودگی شدید آنها شده و ضد عفونی آنها را مشکل می کند به همین دلیل نباید مورد استفاده قرار گیرد.

دستورالعمل استفاده از تی شوی مکانیکی

- ۱ - یکی از مخزن مقدار معین از آب و مخزن دیگر را با ماده ضد عفونی را بر حسب حجم محلول مورد نیاز تهیه کنید.



- ۲ - دو مخزن را با بر چسب قسمت تمیز و کثیف آن را مشخص (قسمتی که تی آگیری می شود کثیف محسوب می شود) نمایید.
- ۳ - تی مخصوص را به محلول آماده شده در ظرف تمیز آغشته کنید.
- ۴ - سطوح کف زمین را مطابق با شکل فوق با حرکت دادن مارپیچی تی کشی کنید.



۵ - تی را در ظرف مخزن کثیف شستشو داده و آبگیری کنید سپس مجدداً وارد قسمت تمیز کرده و شروع به تی زدن کنید.

دستورالعمل استفاده از تی ها

وسایل مربوط به این نظافت از قبیل سطل ها، نخ تی باید بصورت خشک و در محل مناسب نگهداری شود. تی ها باید همیشه آویزان باشند و در صورت امکان در هوای آزاد نگهداری شوند. خشک نمودن وسایل تمیز کننده زمین لازم بوده زیرا براحتی با باسیل های گرم منفی آلوده می شوند ولی این آلودگی بصورت موقت به سطح زمین منتقل شده و مشکل جدی ایجاد نمی کند.

در این بیمارستان در هر بخش تی ها با سه نوع رنگ دسته مشخص می شوند:

- ۱ - سفید (آبدارخانه) ۲ - سبز (اتاقهای استراحت پزشکان و پرستاران) ۳ - قرمز (سالن ها و راهروها)
 - ۴ - زرد (اتاق بیماران و اتاق بیمار عفونی باید تی زرد رنگ جدا داشته باشد).
- نخ تی هر ۲۰ روز یکبار باید تعویض شوند.

دستورالعمل نگهداری و ضدعفونی دستگاه ساکشن

- ✓ در صورت نیاز به ساکشن برای بیماران وجود ساکشن جداگانه برای هر بیمار ضروریست.
- ✓ باتل مربوط به ساکشن بدون در نظر گرفتن مقدار مایع آسپیره شده بایستی بطور روزانه تخلیه گردند.
- ✓ باتل می تواند داخل دستشویی تخلیه شده و پس از شستشوی با محلول درجنت، خشک شود. لازم به ذکر است که استفاده از دستکشهای غیر استریل کافی بوده و شستشوی دستها پس از دفع مایع باتل، الزامی است.
- ✓ کاتترها باید هر ۷۲ ساعت تعویض گردند.
- ✓ در حالت کلی استفاده از مایع ضد عفونی کننده در باتل ساکشن توصیه نمی شود.
- ✓ در مدتی که دستگاه ساکشن مورد استفاده قرار نمی گیرد، باتل بایست به صورت خشک نگهداری شود.
- ✓ جهت گندزدایی با تل های سکشن پس از شستشو با درجنت، باید از وایتکس ۱/۹ استفاده کرد.

دستورالعمل شستشو و ضدعفونی بدین (لگن)

- ✓ برای جلوگیری از انتقال عفونت پس از استفاده یا جابجایی بدین (لگن) حتماً بایستی دستها شسته شوند حتی اگر ظرف مورد نظر ظاهراً تمیز باشد.
- ✓ لگن ها بایستی در ماشین شستشوی لگن شستشو و ضد عفونی گردد.
- ✓ ضد عفونی توسط حرارت بایستی با رسیدن به درجه حرارت ۹۰ درجه سانتی گراد و باقی ماندن در این درجه حرارت برای حداقل زمان (یک دقیقه) انجام پذیرد. این سیکل بایستی به صورت منظم چک شده و از رسیدن به این درجه حرارت اطمینان حاصل کرد.
- ✓ در صورت خرابی یا عدم وجود دستگاه شستشو در بخش، بصورت جایگزین می توان از محلول هیپوکلریت سدیم ۱/۹ استفاده نمود.

دستورالعمل شستشو و ضد عفونی ظرف ادرار

- ✓ برای شستشو و ضد عفونی این ظروف استفاده از دستگاه شستشو و ضد عفونی کننده همراه با حرارت اکیداً توصیه می شود.
- ✓ ظروف ادراری که با حرارت گندزدایی نشده باشند، حتماً بایستی بعنوان ظروف آلوده تلقی گردند و دستها پس از تماس با آن حتماً شسته شود. در این بیمارستان در بخشهایی که دستگاه لگن شوی نداریم لوله ها در پایان هر شیفت در محلول وایتکس ۱/۹ گندزدایی می گردد و در قفسه مخصوص قرار داده می شود تا خشک شود.

دستورالعمل شستشوی توالتها

- ◆ توالتها حداقل روزانه یکبار بایستی نظافت شوند، بعلاوه درمو اردی که بصورت قابل رویت آلوده باشند نیز نظافت الزامی است. جهت نظافت روتین استفاده از محلول دترجنت کافی است. درمواردی که محل نشستن بصورت آشکار آلوده بوده و یا بعد از استفاده بیمارانی که مبتلا به عفونت دستگاه گوارش می باشند گندزدایی نمودن الزامیست. مایع گندزدایی، مورد استفاده در این بیمارستان وایتکس ۱/۹ که شستشو شده و قبل از استفاده خشک گردد.
- ◆ ریختن مایع ضد عفونی کننده در فاضلاب هیچ نقشی در کاهش میزان عفونت بیمارستانی ندارد.

دستورالعمل نگهداری و ضد عفونی ترمومتر

- ✓ ترمومترهای دهانی به صورت خشک و تمیز نگهداری شود.
- ✓ نگهداری دائم ترمومتر در مواد گندزدا باعث افزایش احتمال رشد باسیل های گرم منفی خواهد شد.
- ✓ در صورتیکه برای بیمار از ترمومتر اختصاصی استفاده می شود بایستی پس از هر بار استفاده، توسط پنبه یا گاز آغشته به الکل ۷۰٪ تمیز شده سپس با آب شستشو و بصورت خشک برای دفعات بعدی نگهداری شود.
- ✓ ترمومتر مشترک در بین بیماران: ترمومتر را تمیز کرده و با دترجنت خنثی و سرد شسته، آبکشی نموده و بعد در الکل ۷۰٪ برای مدت ۱۰ دقیقه غوطه ور سازید. سپس آنها را پاک کرده و خشک نمائید.

دستورالعمل نگهداری و ضد عفونی فلومتر اکسیژن

- (۱) با توجه به اینکه دستگاه فلومتر اکسیژن همیشه مرطوب بوده و در تماس مستقیم با مجرای تنفسی بیمار است، گندزدایی و تمیز کردن آن ضروری می باشد محیطهای مرطوب مکان مناسبی برای رشد میکروارگانیسم ها و بخصوص باکتری های گرم منفی می باشد.
- (۲) دستگاه اکسیژن تراپی از دو قسمت مجزا شامل مانومتر و محفظه آب تشکیل شده است.
- مانومتر: این قسمت از دستگاه غیر قابل شستشو بوده و برای ضد عفونی آن بایستی از یک دستمال تمیز آغشته به الکل ۷۰٪ استفاده کرد.
- محفظه آب: این قسمت از دستگاه قابل شستشو بوده و برای ضد عفونی و تمیز کردن آن بایستی ابتدا کاملاً از مانومتر جدا شده و سپس با مواد دترجنت معمولی و برس جرم زدایی و در انتها شسته و خشک شوند.
- (۳) لازم به ذکر است در حالت طبیعی باید محفظه به صورت خشک نگاهداشته شود و در صورت نیاز به اکسیژن تراپی، روزانه شستشو داده شده و بر روی آن تاریخ قید گردد.
- توجه: برای مرطوب کردن دستگاه فقط بایستی از آب مقطر استفاده شده و از مرطوب کردن آن با آب معمولی پرهیز شود، زیرا باعث تشکیل جرم در داخل فلومتر می گردد.

نحوه نظافت و گندزدایی سطوح و زمین در هنگام آلوده شدن با خون و یا ترشحات بیمار

- در صورت آلوده شدن سطح، تخت و یا میز با خون و ترشحات بیمار لازم است:
- ۱- ابتدا پارچه و یا گاز روی محل خون گذاشته و پس از جذب خون، دور انداخته شود.
- ۲- سپس مقداری وایتکس ۱/۹ روی خون ریخته شود.

۳- وایتکس به مدت ۱۰ دقیقه در محل بماند.

۴- پس از گذشت این زمان، دستکش مشکی پوشیده و به کمک پارچه ای خون را تمیز و پارچه در سطل زباله عفونی دور انداخته شود.

۵- در انتها سطح میز یا تخت نظافت کلی و زمین تی کشیده شود.

به خاطر داشته باشید نظافت محلی که آلوده به خون است همزمان با سایر سطوح، یا استفاده از تی که در نظافت کلی از آن استفاده می شود (قبل از گندزدایی) موجب آلودگی سایر سطوح و انتشار عفونت خواهد شد.

دستورالعمل استفاده از صابون مایع

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

دستورالعمل شستشوی پرده ها

شستشوی پرده های هر بخش بر حسب نوع آن متفاوت است. شستشوی پرده های پارچه ای معمولاً هر سه ماه یکبار با آب دترجنت کافی است و شستشوی پرده های کرکره هر دو هفته یکبار با یک دستمال محتوی دترجنت گرد و غبار آن برطرف شود و هر سه ماه یکبار بطور کامل با آب و دترجنت شسته شود و سپس نصب شوند.

دستورالعمل شستشوی تشک و بالش بیمار

تشک و بالش بیمار باید از روکش غیر قابل نفوذ به آب باشد تا هنگام شستشو و نظافت آب به داخل آن نرود. روکش تشک و بالش بیمار بعد از ترخیص هر بیمار با دستمال آغشته به دترجنت تمیز و سپس با دستمال دیگر که آغشته به محلول ضدعفونی کننده (وایتکس ۹/۱) می باشد گندزدایی گردد و بعد از خشک شدن جهت بیمار بعدی مورد استفاده قرار گیرد.

دستورالعمل شستشوی تخت و لاکر

تختها و لاکرهای بیماراران را باید بعد از ترخیص هر بیمار با ماده دترجنت شسته و سپس خشک کنید. در مورد بیماراران عفونی از یک ماده گندزدا استفاده و سپس با یک ماده دترجنت شسته و آب کشی و خشک کنید. در هنگام داشتن بیمار در تخت می توان با یک دستمال مرطوب به مواد ضدعفونی کننده تخت و لاکر را ضدعفونی کنید. که ماده ضدعفونی کننده در ICU های این بیمارستان سارفوسپت ۲ می باشد.

نظافت توالی پانسمان و دارو

قبل از انجام کار و پایان هر شیفت کاری بایستی روی توالی با وایتکس ۱/۴۹ گندزدایی شود.

نظافت تلفن

در پایان هر روز با الکل ۷۰٪ گندزدایی شود.

نظافت دستگاه فشار سنج و گوشی

گوشی فشارسنج باید با الکل ۷۰٪ ضدعفونی شود. کاف دستگاه فشارسنج در صورت آلودگی باید خارج و شسته شود.

نظافت یخچالها

یخچالها باید بصورت هفتگی تمیز شوند و باید دقت شود از گذاشتن پلاستیک سیاه داخل یخچال خودداری شود.

نظافت قاب عکس ها و تلویزیون

با دستمال مرطوب هفتگی گردگیری شود.

نظافت ماشین های شیو

بایست از نوع یکبار مصرف هستند ولی هنگام استفاده از موزر پس از جدا کردن قطعات آن و تمیز کردن موهای آن با الکل ۷۰ درجه گندزدایی می شود.

دستورالعمل شستشوی سطل های زباله

در پایان هر شیفت کاری که زباله ها تخلیه می شود بایستی سطلهای زباله با آب داغ و دترجنت (مواد پاک کننده) شستشو شود و به صورت وارونه نگهداری شود تا خشک شود و سپس کیسه زباله جدید کشیده شود.

دستورالعمل شستشو و نظافت انبار

انبارها باید هر هفته با دستمال مرطوب گردگیری شود و از گذاشتن کارتن در انبار جداً خودداری شود.

ردیف	وسایل	روش ضد عفونی	توضیحات
۱	ایروی	یکبار مصرف	
۲	وسایل موجود در آمبولانس ماسک و سوند اکسیژن	یکبار مصرف	
۳	کاتتر و لوله ساکشن	یکبار مصرف	تعویض بعد از یکبار استفاده
۴	شیشه ساکشن	شستشوی کامل با آب گرم صابون ضد عفونی در محلول گلو تارال ۲٪ به مدت ۲۰ دقیقه	تخلیه کامل محتویات در توالت یا حوضچه تخلیه ترشحات در صورتی که بیمار عفونی بود در CSSD استریل گردد.
۵	آمبوبگ	شستشوی کامل با آب گرم و صابون (استفاده از لوله شور برای شستشوی فضای داخل آن) گندزدایی با محلول گلو تارال ۲٪ به مدت ۲۰ دقیقه	در صورتی که بیمار عفونی بود در CSSD استریل گردد.

ردیف	وسایل	روش ضد عفونی	توضیحات
۶	رویه پلاستیکی بالش بیمار	پاک کردن با آب گرم و صابون و خشک کردن کامل در صورت آلودگی بیمار ضد عفونی با محلول وایتکس ۱۰٪ (۱ به ۹)	ضروریست رویه بالش ها پلاستیکی باشد.
۷	لگن و لوله	۱ - ترجیحا یکبار مصرف ۲ - استفاده از لگن شور ۳ - در غیر این صورت شستشوی کامل لگن و سپس گندزدایی با محلول وایتکس ۱۰٪ (۱ به ۹)	
۸	تیغه های لارنگوسکوپ	شستشو با آب گرم و صابون و تمیز کردن کلیه ترشحات (استفاده از فرچه در شستشو) گندزدایی با محلول گلوترال ۲٪ به مدت ۲۰ دقیقه	در صورتی که بیمار عفونی بود در CSSD استریل گردد
۹	مانیتور - پدالهای دفیبریلاتور	پاک کردن با الکل ۷۰ درصد	
۱۰	دسته لارنگوسکوپ	تمیز کردن دقیق با آب گرم و صابون و گندزدایی با الکل ۷۰ درجه	
۱۱	ماسک بیهوشی	تعویض بعد از هر بار استفاده در غیر اینصورت پس از استفاده استریل شود.	
۱۲	لوله های تراشه	یکبار مصرف	
۱۳	اتصالات لوله های دستگاه بیهوشی	استفاده از نوع یکبار مصرف توصیه می شود. این اتصالات و کیسه های هوشبری بعد از هر بار استفاده تعویض شود.	
۱۴	ماشین بیهوشی	سطوح خارجی ماشین را با آب گرم و پودر شوینده معمولی تمیز و سپس کاملاً خشک کنید.	
۱۵	ونتیلاتور	بوسیله استفاده از فیلترهای تهویه کننده و ویروس ها و باکتریها از ماشین محافظت نمائید.	
۱۶	اسپیچولا	ترجیحا از نوع یکبار مصرف استفاده کنید. در غیر اینصورت با آب گرم و صابون شسته و سپس در درجه حرارت ۱۳۴ درجه سانتی گراد به مدت ۳ تا ۴ دقیقه در فور ضد عفونی کنید.	
۱۷	ترازوی نوزاد	بوسیله رویه کاغذی یکبار مصرف روکش شود بعد از هر بار استفاده بوسیله آب و صابون شسته شود.	
۱۸	حمام - وان - دوش	بوسیله آب گرم و صابون تمیز واز محلول وایتکس ۱۰٪ استفاده شود و سپس با آب داغ و صابون آب کشی گردد و در بخشهای ویژه از محلول سارفوسپت یک استفاده شود.	
۱۹	ضد عفونی حمام پس از استفاده	بوسیله آب گرم و صابون تمیز واز محلول وایتکس ۱۰٪ استفاده شود و سپس با آب داغ و صابون آب کشی گردد و در بخشهای ویژه از محلول سارفوسپت یک استفاده شود.	
۲۰	لوله و لگن	تخلیه محتویات تمیز کردن و ضد عفونی بوسیله ماشین لگن شور تمام اتوماتیک	
۲۱	لگن شور	سطوح خارجی ماشین، حاشیه و زه های ماشین روزانه با بودر رختشویی و آب یا تمیز گردد وجود هر گونه ضایعه ای را در ماشین اطلاع دهید	
۲۲	تخت بیماران	با آب گرم و پودر شوینده تمیز کنید و با محلول وایتکس ۲٪ و در صورت عفونی بودن بیمار با محلول وایتکس ۱۰٪ گندزدایی گردد.	
۲۳	نرده های کنار تخت	با آب گرم و پودر شوینده تمیز کنید در صورت وجود بیمار عفونی از محلول وایتکس ۱۰٪ و در بخشهای ویژه از سارفوسپت دو استفاده	

ردیف	وسایل	روش ضد عفونی	توضیحات
		گردد.	
۲۴	تشک با رویه پلاستیکی	شستشو با آب گرم و پودر شوینده در خصوص بیماران عفونی از محلول وایتکس ۱۰٪ استفاده گردد	
۲۵	بالش	شستشو با آب و پودر شوینده در خصوص بیماران عفونی از محلول وایتکس ۱۰٪ استفاده گردد.	
۲۶	پمپ خون	با آب و پودر شوینده تمیز و خشک کنید و با الکل ۷۰ گندزدایی گردد.	
۲۷	کاسه یا گلی پات	با آب داغ و پودر شوینده شسته و با محلول وایتکس گندزدایی نمایید.	
۲۸	برس ها و دستگیره توالت	دستگیره توالت را روزانه با آب شسته و با محلول الکل ۷۰ گندزدایی نمایید.	
۲۹	وسایل تمیز کننده (سطل و تی شور)	برس توالت را با مایع ضد عفونی تمیز کرده و در حالت خشک نگهداری نمایید پس از شستشو با آب داغ و پودر شوینده تی، را آویزان نمایید. سطل را نیز وارونه کنید تا کاملا خشک شود. در صورت تماس با موارد عفونی مثل خون حتما تی را با محلول وایتکس ۱۰٪ گندزدایی نمایید.	
۳۰	توالت فرنگی سیار	شستشو با آب داغ و پودر شوینده سپس با محلول وایتکس ۱۰٪ گندزدایی گردد.	
۳۱	پرده ها	هر شش ماه یکبار خشک شویی شود.	
۳۲	ترالی لباس	روزانه شستشوی کامل با آب داغ و پودر شوینده سپس خشک کردن کامل با استفاده از محلول الکل ۷۰ در بین پروسیجرها پاک کنید.	
۳۳	زمین	شستشوی با آب و پودر شوینده و جهت ضد عفونی از محلول وایتکس ۲٪ و یا سارفوسپت یک استفاده شود.	
۳۴	یخچال داروها	هر هفته یک بار برفک یخچال را آب کرده و با آب داغ و پودر شوینده بشویید و با وایتکس ۲٪ گندزدایی نمایید.	
۳۵	انکبیاتور	شستشو با آب و پودر شوینده سپس کاملا خشک کرده و با محلول وایتکس ۱۰٪ و یا سارفوسپت ۲ گندزدایی گردد.	
۳۶	دستگاه بخور	با آب مقطر استریل پر شود و همچنین جهت گندزدایی از محلول وایتکس ۱۰٪ استفاده نمایید.	
۳۷	لاکر	بعد از ترخیص بیمار شستشوی کامل با پودر شوینده و آب سپس کاملا خشک کنید. روزانه سطح استیل آن با محلول الکل ۷۰ گندزدایی شده و بقیه قسمتها با وایتکس ۲٪ گندزدایی گردد. در بخشهای ویژه از محلول سارفوسپت دو استفاده شود.	
۳۸	تشک های کم فشار	با آب داغ و صابون بشویید و سپس کاملا خشک کنید و با محلول وایتکس ۲٪ گندزدایی نمایید. در صورت عفونی بودن بیمار با محلول وایتکس ۱۰٪ گندزدایی نمایید.	
۳۹	نبولایزر	با آب مقطر استریل پر شود و همچنین جهت گندزدایی از محلول وایتکس ۱۰٪ استفاده نمایید.	

ردیف	وسایل	روش ضد عفونی	توضیحات
۴۰	قیچی	به صورت اختصاصی در خصوص هر بیمار استفاده کنید	
۴۱	کانول اکسیژن	در خصوص هر یک از بیماران هر ۲۴ ساعت یکبار پس از استفاده مداوم تعویض شود بعد از ترخیص بیمار نیز ماسک و کاتتر اکسیژن تعویض شود	
۴۲	ویتالوگراف	قطعه دهانی برای هر بیمار تعویض شود. لوله و کاتتر آن هفتگی به CSSD فرستاده شود بعد از موارد عفونی نیز حتما تعویض شود	
۴۳	احیاکننده ها	با آب و صابون بشوید سپس با محلول هیپوکلریت ۱۰۰۰ppm پاک کرده آبکشی نمایید و خشک نمایید	
۴۴	اسپکوم واژینال	جهت ضد عفونی به CSSD فرستاده شود	
۴۵	گوشی پزشکی	با الکل ۷۰ درصد پاک نمایید	
۴۶	قطعات ساکشن	شیشه های خالی شده ساکشن را بوسیله آب گرم و صابون بشوید و به خوبی خشک نمایید در صورتیکه فیلتر باکتریال آن مرطوب شده است آن را تعویض نمایید و با محلول وایتکس ۱۰٪ گندزدایی نمایید. در موارد عفونی شیشه را بعد از خالی کردن با محلول گلوترال ۲٪ به مدت ۶ - ۱۰ ساعت و یا اینکه جهت استریل کردن به واحد CSSD ارسال نمایید.	
۴۷	لوله ساکشن	در خصوص هر یک از بیماران بعد از ۲۴ ساعت استفاده مداوم تعویض کنید بعد از ترخیص هر یک از بیماران نیز آن را عوض کنید.	
۴۸	کاتتر ساکشن	بعد از هر بار استفاده آن را تعویض نمایید.	
۴۹	تلفن	در صورت لزوم با آب گرم و صابون یا الکل ۷۰٪ پاک کنید.	
۵۰	میز و تشک جراحی	با پودر شوینده و آب کاملاً شسته و خشک کنید از وایتکس ۱۰٪ بعد از ترخیص استفاده شود. در بخشهای ویژه از سارفوسپت ۲ استفاده شود.	
۵۱	حرارت سنج جراحی	جهت هر بیمار یک درجه حرارت اختصاصی استفاده کنید. بعد از هر بار استفاده با الکل ۷۰٪ پاک کنید درجه حرارت را خشک نگاهداری کنید بعد از ترخیص بیماران عفونی، درجه حرارت را معدوم کنید.	الکل ۷۰٪ به مدت ۱۰ دقیقه سپس آبکشی و خشک نمایید.
۵۲	حرارت سنج مقعدی	بعد از هر بار استفاده با آب و صابون بشوید. سپس خشک کنید. ضد عفونی نهایی با استفاده از هیپوکلریت ۱۰۰۰PPM به مدت ۲۰ دقیقه	
۵۳	دستشویی ها	یکبار در هر شیفت توسط خدمه تمیز شود. در مورد بیماران عفونی از محلول وایتکس ۱٪ استفاده شود. در بخشهای ویژه از محلول سارفوسپت یک استفاده شود.	
۵۴	دسته تونومتر	با آب و صابون شسته شود و سپس در محلول هیپوکلریت ۱۰۰۰ppm به مدت ۱۰ دقیقه خیسانده شود. سرتونومتر با آب استریل آبکشی شده و قبل از استفاده خشک شود.	
۵۵	سر اولتراسوند	استفاده از کیسه های پلی تن استریل سر اولتراسوند را با پودر شوینده و آب در ابتدا و انتهای استفاده برای هر بیمار بشوید.	

ردیف	وسایل	روش ضد عفونی	توضیحات
۵۶	ظروف اندازه گیری ادرار	یکبار مصرف	
۵۷	دیوارها	در صورت پاشیده شدن ترشحات با محلول وایتکس ۱۰٪ (یک به نه) در بخشهای ویژه استفاده از محلول سارفوسپت ۲	دیوارها باید بدون خرابی و ترک خوردگی باشد.
۵۸	عصا - واکر	شستشو با پودر شوینده و آب بعد از استفاده توسط بیماران.	
۵۹	آرتروسکوپ و لاپاراسکوپ و وتریگولوسکوپ	سرویس CSSD در صورتی که لاپاراسکوپ به حرارت حساس است کاملاً آن را تمیز کرده در گلو تار آلدئید ۲٪ به مدت ۱۰ تا ۲۰ دقیقه خیس نمایید در صورتی که مشکوک به باسیل سل می باشید به مدت ۳ ساعت لاپاراسکوپ را در محلول گلو تار آلدئید بخیسانید.	
۶۰	آندوسکوپ معدی - روده ای و قابل انعطاف	بین استفاده جهت هر یک از بیماران ضد عفونی نمایید. شستشو با ماشین اتوماتیک برنامه ریزی ماشین بر حسب نیاز به دفعات ضروری جهت خیساندن و ضد عفونی می تواند تنظیم شود. در خصوص بیماران مبتلا یا مشکوک به سل رویی استفاده از گلو تار آلدئید ۲٪ به مدت ۱ ساعت قبل و بعد از پروسیجر هر پروسیجر توصیه می شود.	قبل از ضد عفونی با استفاده از برس مجاری ساکشن و بیوپسی را تمیز کرده و خشک کنید در حین تمیز کردن آندوسکوپ کلیه مجاری وسطوح خارجی را با پودر شوینده خنثی یا آنزیمی تمیز کنید سپس در محلول گلو تار آلدئید ۲٪ خیسانده و زمان خیساندن در ماده ضد عفونی در خصوص بیماران مبتلا به HIV، هپاتیت B آنتی ژن + هپاتیت C تا حد ۱۰ دقیقه می تواند افزایش یابد
۶۱	آندوسکوپ FIBRE - OPTIC	گندزدایی شیمیایی: کلیه بیماران بالقوه عفونی محسوب می شوند اگر بیمار مبتلا به HIV، هپاتیت B، توپر کولوز و سالمونلا باشد در آخر لیست باید مورد معاینه قرار گیرد. کلیه فورسپس های بیوپسی و سایر قطعات آندوسکوپی بوسیله CSSD یا خیساندن در گلو تار آلدئید ۲٪ تمیز و گندزدایی شود.	تمیز کردن، با آب گرم و صابون به منظور پاک نمودن خون ترشحات و مخاطات از روی سطوح خارجی و کلیه مجاری داخلی قبل از گندزدایی شیمیایی ضروریست گندزدایی حرارتی، در صورتی که وسیله قابل اتوکلاو کردن باشد این روش بهترین است در صورتی که از گلو تار آلدئید ۲٪ استفاده شود قبل از مصرف با آب استریل آبکشی نمائید.
۶۲	برونکوسکوپ	در بین بیماران بعد از تمیز کردن به مدت ۲۰ دقیقه در گلو تار آلدئید ۲٪ خیسانده شود در صورتی که بیمار مورد شناخته شده TB می باشد به مدت ۶ - ۱۰ ساعت در محلول گلو تار آلدئید خیسانده شود و سپس آبکشی گردد.	قبل از استفاده با آب استریل آبکشی نمایید.
۶۳	کولونوسکوپ سیگموئیدسکوپ (در صورت فقدان CSR)	بعد از تمیز کردن کلیه مجاری جهت ضد عفونی از محلول گلو تار آلدئید به مدت ۲۰ دقیقه استفاده نمایید. و جهت ضد عفونی درجه اطمینان بالا از محلول مذکور به مدت ۲۰ دقیقه استفاده نمایید. جهت استریل کردن از محلول گلو تار آلدئید به مدت ۱۸۰ دقیقه استفاده نمائید.	
۶۴	دیواره سقف و زمین	شستشوی با آب و دترجنت و در صورت آلودگی گندزدایی با محلول وایتکس ۱۰٪ (یک به نه)	
۶۵	مانومتر اکسیژن	شستشوی با آب و دترجنت و گندزدایی با محلول سایدکس به مدت ۲۰ دقیقه	با توجه به اینکه گرد گیری و تمیز نمودن ترشحات بدن بیماران از اهم تمیز کردن محیطی محسوب میشود.
۶۶	برانکارد	سپس در مورد تشک ها و یا صندلی های در فضا های آلوده با محلول هیپو کلریت ۱۰۰۰ ppm ضد عفونی کنید.	

دستورالعمل اتاق ایزوله

شرایط ساختمانی و فیزیکی اتاق:

- ۱) دیوارهای اتاق باید تا سقف کاشی و قابل شستشو باشد.
- ۲) ورودی اتاق باید فیلترداشته و در این محل دستشویی برای شستشوی دست پزشک و پرستار نصب شود.
- ۳) سرویس بهداشتی، حمام و تی شور در اتاق تعبیه شده باشد.
- ۴) شرایط تهویه مناسب برای اتاق فراهم باشد.

شرایط کار در زمان بستری بیمار در اتاق:

- ۱) قبل از ورود به اتاق بیمار دستها شسته شده و گان پوشیده شود.
- ۲) احتیاطات مربوطه، با توجه به نوع بیماری رعایت شود (تماسی، قطره ای، هوایی).
- ۳) قبل از خروج از اتاق بیمار، گان خارج شده و دستها شسته شود.
- ۴) در زمان پذیرش در بخش لباسهای شخصی بیمار خارج شده و در داخل یک نایلون قرار داده شود و برچسب عفونی روی زده شود.
- ۵) ملاقات ممنوع رعایت شود.
- ۶) در صورت ورود همراهی بیمار ملزم شود که گان بپوشد و ماسک بزند.
- ۷) لوازم پانسمان بیمار در داخل اتاق بیمار شسته و تمیز شود.
- ۸) از خارج نمودن پرونده بیمار از اتاق ایزوله تا حد امکان خودداری شود.
- ۹) در طی بستری، لباسهای بیمار داخل نایلون جداگانه قرار داده و روی آن برچسب عفونی زده و به لاندی فرستاده شود.
- ۱۰) در داخل سرویس بهداشتی اتاق ایزوله چکمه مخصوص برای مأمورین قرار داده شود.

پس از ترخیص :

- کلیه سطوح شسته و گندزدایی شود.
- محلولهای ضد عفونی خالی شده و ظرف محلول شسته شود.
- سایر سطوح مثل میز پانسمان و... شسته و گندزدایی شود.
- از خارج نمودن تی و سایر وسایل از اتاق بیمار خودداری شود.
- ظرف صابون خالی شده و شسته شود.
- تخت و کمد کنارتخت شسته و گندزدایی گردد.
- بهتر است پس از شستشوی کامل اتاق اشعه گذاشته شود.

واحد CSR (Center Sterilization Room)

استریل کردن ست ها و لوازم جراحی بی شک از اهمیت بسزائی برخوردار است. استریل کردن به معنی از بین بردن تمام موجودات زنده است و لازمی اجتناب ناپذیر جهت انجام اعمال جراحی در شرایطی کاملاً استریل است. در آموزش تکنیک های آسپتیک تاکید می شود؛ لوازم استریل است یا آنستریل، استریلیزاسیون امری مطلق است یعنی وسیله ای تقریباً استریل در حیطه استریلیزاسیون مفهومی ندارد.

CSR در بیمارستان را اگر بتوان قلب بیمارستان نامید بی شک می توان آنرا به عنوان شاهرگ حیاتی کلیه فعالیتهای و خدمات بیمارستان در نظر گرفت. عملکرد نادرست این بخش فعالیت اتاق عمل را ناکام خواهد نمود. CSR یا مرکز استریل مکانی است که کلیه وسایل مورد لزوم بخشها و اتاق عمل بیمارستان در آنجا ضد عفونی و استریل می گردند.

خصوصیات فیزیکی سی اس آر

- بهترین مکان برای قرارگیری بخش CSR در نزدیکی اتاق عمل است تا در هنگام حمل وسایل برای استریل نمودن مشکلاتی مانند هدر رفتن وقت و انرژی و ایجاد خسارت به دستگاهها و وسایل پیش نیامده و وسیله مورد نظر به موقع به اتاق عمل تحویل داده شود.
- انبار اقلام کثیف و استریل نشده کاملاً از هم مجزا و مشخص باشند. برای اینکار استفاده از تابلو و برچسب الزامی است.
- قسمت تمیز و کثیف بخش استریل باید کاملاً از هم مجزا باشند و رفت و آمد به آنها کاملاً کنترل شده باشد.
- درب ورودی بخش CSR باید به اندازه ای بزرگ باشد (حدوداً ۲/۲۰ متر) تا عبور و خروج ترالی و برانکار به راحتی امکانپذیر باشد.
- در ورودی به CSR، سیاست خط قرمز به منظور حفظ حریم قسمت استریل کاملاً مشخص و با نصب تابلو رعایت آن الزامی گردد و هشدارهای لازم ارائه شود.
- در ورودی بخش CSR مکانی به عنوان رختکن جهت تعویض کفش و پوشیدن گان در نظر گرفته شود. این مکان نیز باید با توجه به حجم فعالیت CSR، فضای لازم را در برگرد و مکان قرارگیری کفش و دمپایی (تمیز / کثیف) در آن تعبیه گردد.
- در مرکز استریل یک درب جهت ورود و خروج کارکنان در نظر گرفته شود و تردد افراد متفرقه محدود و کاملاً کنترل شود تحویل و یا تعویض وسایل نیز از طریق پنجره ای که به اینکار اختصاص یافته است انجام پذیرد.
- قسمت نگهداری وسایل استریل باید از محوطه CSR جدا باشد و این جداسازی باید حتماً از درب تحویل وسایل استریل جلوتر باشد.
- سیستم تهویه CSR بسیار اهمیت داشته و باید بتواند به خوبی کار کند. دما در بخش مذکور بدلیل کارکرد دستگاههای اتوکلاو عموماً بالاست. بنابراین باید با استفاده از تهویه مناسب بتوان آنرا در ۲۷ تا ۳۷ درجه سانتیگراد نگهداشت.
- در صورت نصب اتوکلاوهای گازی نظیر اتیلن اکساید باید سیستم تهویه جداگانه برای این اتوکلاوها در نظر گرفته شود تا از سیستم تهویه مرکزی مستقل باشد.
- مکانهای شستشو و سینکهای اختصاص یافته بدین امر بایستی یکسره باشند.
- در سطح اول وظیفه CSR توسط یک یا دو دستگاه فور انجام می پذیرد و احتیاجی به اتوکلاو نمی باشد در عین حال می توان یک اتوکلاو ۱۵۰ لیتری برای آن در نظر گرفت.

دستورالعمل مربوط به سی اس آر

- ۱- تست های اتوکلاو طبق دستورالعمل داخل بسته ها گذاشته شود و پشت نوار تست تاریخ - شیف - شماره اتوکلاو نوشته شود.
- ۲- بسته ها نباید بیشتر از ۶ کیلوگرم باشد و همچنین اندازه (عرض پکها) حداکثر ۴۵ سانتی متر باید باشد.
- ۳- پک ها بسته های عمل باید به صورت عمودی (ایستاده) در اتوکلاو قرار داده شود. و به حالت خوابیده نبایستی باشد.
- ۴- پک ها باید محکم بسته شود و در حالتی گذاشته شود که بین آنها فضا جهت عبور بخار باشد و اتوکلاو خیلی نباید پر شود.
- ۵- اطراف پارچه ها ی بستن وسایل باید دوخته شده و سالم باشد.
- ۶- پس از در آوردن پکها از اتوکلاو باید کاملاً خشک باشد و با دست مرطوب پکها جابه جا نشود.
- ۷- در صورتی که تست های اتوکلاو پس از استریلیزاسیون تغییر رنگ نداده باشند بایستی از استفاده بسته عمل خودداری نموده و فوراً با ثبت شماره اتوکلاو و تاریخ و نوع بسته عمل به مسئول اتاق عمل و مسئول کنترل عفونت اطلاع داده شود.
- ۸- هنگام تحویل ست ها و بسته های عمل کلیه وسایل آن بایستی چک و کنترل گردد. در صورت مشاهده آثار کثیفی بر روی آنها پرسنل C. S. R بایستی آنها را تمیز نمایند.
- ۹- کلیه وسایل داخل ست ها و بسته های عمل که از بیرون آورده می شوند. بایستی توسط پرسنل C. S. R چک و کنترل و بسته بندی گردد.
- ۱۰- دیش ها و پک های عمل توسط افراد غیر مسئول به هیچ وجه نبایستی بسته شود.
- ۱۱- از ورود افراد متفرقه به محل استریلیزاسیون بایستی خودداری گردد.
- ۱۲- هنگام خروج از واحد کلیه پرسنل بایستی کفش و لباس خود را تعویض نمایند.
- ۱۳- هنگام کار از ماسک و دستکش استفاده گردد.

اشعه ماوراء بنفش در اتاق عمل

- اشعه ماوراء بنفش جزء پرتوهای غیر یون ساز بوده و اولین بار در سال ۱۹۴۰ به عنوان روشی جهت قطع انتقال عفونت از طریق هوا اعلام شد و امروزه برای کنترل میکروب ها مورد استفاده قرار می گیرد.
- این اشعه باعث تخریب DNA و ایجاد موتاسیون در ژنهای میکرو ارگانیسم ها می شود. پرتوهای ماوراء بنفش جز امواج الکترومغناطیس بوده و منابع تولید آن خورشید، لامپ های فیلمان التهابی، لامپهای جیوه ای، قوس کزنون که از منابع ذکر شده لامپ های بخار جیوه برای ضد عفونی به کار می روند. اشعه ماوراء بنفش، اشعه غیر یونیزه است که در کنترل فیزیکی میکروارگانیسم ها مورد استفاده قرار می گیرد. این اشعه درنورآفتاب به طور طبیعی وجود دارد.

طول موج اشعه ماوراء بنفش حدود ۳۲۸ - ۲۱۰ نانومتر می باشد. اثرات ضد میکروبی این اشعه به میزان پرتو تابیده شده و به مسافت بستگی دارد و هر چه میزان پرتو بالا بوده و مسافت کمتر باشد تعداد سلولهای میکروبی نابود شده افزایش می یابد.

نور ماوراء بنفش، سترون کننده نبوده ولی به عنوان یک عامل گند زدایی مورد استفاده می گیرد. باکتری ها به علت داشتن پروتئین و اسید نوکلئیک، می توانند مقدار زیادی از اشعه ماوراء بنفش را جذب نمایند و اگر باکتری ها در مسیر اشعه مزبور قرار گیرند به علت آسیب رسیدن به دزوکسی ریبونوکلئیک اسید، کشته خواهند شد. به همین دلیل از چراغ اولتر اویوله برای گند زدایی اماکن پرجمعیت، اتاق عمل، اتاق تهیه محیط کشت، آزمایشگاهها، بیمارستان ها و دستگاههای بسته بندی دارو استفاد می شود. اثر میکروب کشی اشعه ماوراء بنفش به مدت زمان در معرض بودن و دوز اشعه بستگی دارد.

برخی آندوسپورهای باکتریایی در برابر تابش اشعه ماوراء بنفش مقاوم هستند و علت آن موادی است که در پوشش اسپور آنها وجود داشته و سبب جذب اشعه می گردند. بنابراین اشعه ماوراء بنفش یک عامل استریل کننده نبوده و می تواند به عنوان یک گندزدا مورد استفاد قرار گیرند.

• چگونگی نصب لامپ های حاوی اشعه ماوراء بنفش:

لامپ های حاوی اشعه ماوراء بنفش معمولاً به صورت ثابت یا سیار مورد استفاده قرار می گیرند اگر لامپ به صورت سیار استفاده شود بایستی لامپ دقیقاً در وسط اتاق کار قرار گیرد و اگر لامپ به صورت ثابت مورد استفاده قرار گیرد لامپ در محلی نصب شود که کلیه وسایل موجود در اتاق کار را پوشش دهد. خصوصیات باکتری کشی هر لامپ متفاوت است (باید توجه داشت دستورالعمل هر کارخانه می بایست با لامپ تولیدی دریافت گردد) که در آن طول عمر لامپ، شدت جریان مقدار انرژی منشعب از منبع که از واحد سطح در واحد زمان عبور می کند ذکر شده است.

• محدودیت استفاده از اشعه UV:

محدودیت اصلی در استفاده از این اشعه، قدرت نفوذ ضعیف آن است و با وجود عبور این پرتو از هوای بدون غبار و آب صاف قادر به نفوذ از شیشه معمولی، بسیاری از پلاستیک ها، محلول های کدر و لایه های نازک چربی و شیر نمی باشد.

علاوه بر این در صورت تابش مستقیم به چشم باعث صدمه در شبکیه شده و اگر پوست مدت طولانی با آن در تماس باشد دچار سرطان خواهد شد. از اشعه ماوراء بنفش برای گند زدایی آب آشامیدن نیز استفاده می کنند.

• نکات قابل توجه در بکار گیری اشعه UV:

- ۱) فقط میکروارگانیسم هایی که در سطح اجسام و در تماس مستقیم با پرتو قرار گرفته اند به این پرتو حساس هستند.
- ۲) استفاده از UV متر جهت کنترل دوز پرتو دهی لامپ.
- ۳) استفاده از تایمر و یا یادداشت زمان مصرف کنترل زمان و کارکرد لامپ.
- ۴) به طور دوره ای سطح لامپ با الکل تمیز شود.
- ۵) در موقع استفاده لامپ، پنجره و شیشه ها پوشیده و تاریک شود. در نور مرئی اثر باکتری کشی به میزان زیاد کاهش می یابد.
- ۶) در صورت تماس مستقیم افراد لباس های محافظ و عینک استفاده نمایند.
- ۷) بهتر است کلید قطع و وصل اشعه خارج از اتاق نصب شود.
- ۸) با توجه به تعداد مراجعه کنندگان باید هر هفته ۲ الی ۳ بار از اشعه استفاده گردد (مدت زمان لازم در هر نوبت استفاده از اشعه ۲۰ دقیقه می باشد)
- ۹) قبل از روشن کردن چراغ، اتاق را کاملاً شستشو دهید.
- ۱۰) با توجه به اینکه چراغ اولتر اویوله فقط قسمتی از اتاق را که به آن می تابد ضد عفونی می کند لذا باستی به فواصل زمانی، چراغ را در تمامی قسمتهای اتاق قرار دهید.
- ۱۱) قبل از روشن کردن چراغ، هواکش را خاموش نموده، درب اتاق را بسته و درزهای درب را با چسب بپوشانید.
- ۱۲) درب کلیه کمد ها، قفسه های شیشه ای و وسایل موجود در اتاق، باز باشد.

معرفی بهبود کیفیت

تعریف اعتبار بخشی

اعتبار بخشی به معنی ارزیابی سیستماتیک مراکز ارائه خدمات سلامت با استانداردهای مشخص است. استانداردهایی که بر بهبود مداوم کیفیت، محور بودن بیمار و بهبودایمنی بیمار و کارکنان، تأکید دارد.

محور های اعتبار بخشی

دسترسى به درمان و تداوم درمان	بهبود کیفیت و ایمنی بیمار
حقوق بیمار و خانواده	پیشگیری و کنترل عفونت
ارزیابی بیماران	نظارت، رهبری و مدیریت
مراقبت از بیماران	مدیریت ارتباطات و اطلاعات
مراقبت جراحی و بیهوشی	مدیریت تأسیسات و ایمنی
استفاده و مدیریت دارو	آموزش حین خدمت و مهارتهای حرفه ای
آموزش بیمار و خانواده	

مدل های اعتبار بخشی بخشی

۱- مدل عملکردی (بر پایه هر فعالیت خاص در بیمارستان)

محور هایی همچون رعایت حقوق بیمار ، دسترسى به خدمات مراقبتی ، ارزیابی بیمار ، ایمنی بیمار و ... در خصوص مراقبت از بیمار و نیز محور هایی مانند بهبود کیفیت ، مدیریت و رهبری ، ایمنی ، مدیریت تأسیسات و ... در رابطه با موضوعات مدیریتی بیمارستان

۲- مدل بخشی (بر پایه هر بخش در بیمارستان):

برای بخشهای مختلف کلینیکی، پارا کلینیکی ، پشتیبانی و مدیریتی به صورت مجزا استاندارد نوشته می شود

اهداف اعتبار بخشی

۱. به رسمیت شناختن و اعطای پاداش به آن دسته از بیمارستان هایی که اثبات می کنند در حال ارزیابی و ارتقای کیفیت و ایمنی مراقبت هستند
۲. اعطای پاداش مالی در آینده به آن دسته از بیمارستان هایی که در اعتبار بخشی موفق شده اند.
۳. بهبود مستمر کیفیت مراقبت سلامت و خدمات
۴. افزایش اعتماد عمومی به مراقبت سلامت بیمارستان ها
۵. بهبود افتخار ملی به سیستم مراقبت سلامت

اهداف برنامه های استراتژیک ، بهبود کیفیت و عملیاتی مرکز

- ❁ مدیریت درآمدها و هزینه ها
- ❁ راه اندازی اورژانس متمرکز و کلینک مرکزی
- ❁ پیاده سازی طرح تحول نظام سلامت

مدیریت بحران

Hospital Disaster

عبارتست از وضعیتی که فراتر از توان روزانه یک بیمارستان باشد این وضعیت می تواند نتیجه موارد ذیل باشد.

۱- حادثه غیر مترقبه ای که تعداد زیادی کشته و مجروح بدنبال داشته باشد.

۲- حضور مجروحان یا بیمارانی که که درمان آنها در توان اورژانس بیمارستان نباشد.

نحوه اجرای برنامه بحران در بیمارستان:

بلافاصله پس از ایجاد حادثه کمیته مقابله با حوادث غیر مترقبه با اعضا زیر تشکیل می گردد.

رئیس بیمارستان مدیر بیمارستان

رئیس و سرپرستاران اورژانس

رؤسا و سرپرستاران بخشها

مترون بیمارستان

مسئول فنی کلیه واحدهای پاراکلینیک

رئیس حراست

روسای واحدهای اداری و مالی

مهندسین مسئول ارزیابی بیمارستان یا مسؤولین تاسیسات

مسئول بهداشت محیط

نماینده ستاد حوادث غیر مترقبه شهرستان / منطقه

فرایند عملیات:

هشدار:

به دنبال دستور از رئیس ستاد بحران دانشگاه، این واحد فعال می شود.

شروع عملیات:

فراخوان نیروها- اعلام وضعیت بحران به نیروهای خود و اطلاع به مسئول امنیت و بسیج

سوپروایزر کشیک و متخصص طب اورژانس و رؤسای بخشها و فعال نمودن روابط عمومی و رسانه ای.

خاتمه: به دنبال دستور صادره از رئیس ستاد بحران دانشگاه، خاتمه عملیات اعلام گردد.

دستور العمل:

◆ اقدام به برگزاری جلسه ویژه با رئیس بخش عملیات و مدیران مسئول آزمایشگاه، رادیولوژی، سوپروایزر کشیک.

◆ در طی مدت کوتاه حداکثر ۳۰ دقیقه.

◆ اعلام سریع شروع عملیات به متخصص جراحی و طب اورژانس، مبنی بر راه اندازی عملیات.

◆ دریافت گزارشات اولیه در مورد میزان تخریب ساختمان و تأسیسات، از مدیر بخش پشتیبانی و دریافت تعداد و وضعیت مراجعین از سوپروایزر کشیک، که

تاکنون مراجعه نمود اند.

◆ دستور به رؤسای بخش ها جهت ترخیص زودتر از موعد برخی از بیماران خاص، جهت دسترسی به تخت بیشتر

◆ دستور به سوپروایزر کشیک از نظر هماهنگی با سایر مسئولین در امر تهیه لوازم و امکانات مورد نیاز پزشکان و داوطلبان از نظر فضا، غذا و امکانات

دفتری و دارویی.

◆ دستور به مسئول سوپروایزر جهت هماهنگی با مدیر پشتیبانی از نظر فراهم نمودن نیازهای بستگان بیمار و هماهنگی با بسیج بیمارستان و ارشد امنیت

و فعال نمودن روابط رسانه ای.

◆ دریافت اطلاعات و صدور مجوز انتشار اخبار پس از اطلاع از نظر صحت و سقم آن.

مدیریت درمان:

مسئول واحد: دکتر مصطفی احمدی

جانشین اول: جناب آقای علی گلستانی

دستورالعمل:

- ♦ صدور دستور ترخیص و انتقال بیماران قبلی و حذف برنامه های اکتیو بخش ها .
- ♦ دستور عدم انجام خدمات روتین آزمایشگاه به ردایولوژی و برای بیماران قبلی غیر اورژانس .
- ♦ استقرار مرکز عملیات در نزدیکی مرکز فرماندهی اورژانس .
- ♦ دستور به تخلیه بیمارستان از بیماران غیراورژانس .
- ♦ اطلاع دادن مستمر به فرمانده حادثه در مورد میزان پیشرفت بخش عملیات .
- ♦ کسب اطمینان از این که تعداد پرسنل و تعداد رزیدنت و کافی بودن خدمات پاراکلینیک در محل عملیات.
- ♦ سازماندهی تمام جنبه های بخش عملیات و به اجرا گذاشتن نظرات و پیشنهادات فرمانده حادثه و نظارت کامل بر کلیه زیرمجموعه های خود در زمینه پاراکلینیک و ..
- ♦ اطمینان از کار علمی و تریاژ علمی عملیات و بازرسی محل های بیمارستان از نظر احتمال اشکالات در هریک از مناطق.

واحد عملیات:

مسئول واحد: دکتر مصطفی احمدی

جانشین اول: دکتر پیام ساسان نژاد

جانشین دوم: دکتر داوود شفیعی

دستورالعمل:

- ♦ سازماندهی و هدایت تمامی جنبه های مرتبط با بخش عملیات، ارتباط با فرمانده حادثه، هماهنگی و نظارت بر زیر مجموعه های مدیریت بیماران، مدیریت درمان، خدمات پاراکلینیک و خدمات انسانی.
- ♦ برنامه ریزی برای تخلیه بیمارستان و برپایی درمان صحرایی .
- ♦ تدوین دستورالعمل ترخیص سریع و تعویق برنامه های الکتیو و اجرای آنها به هنگام بروز حادثه، سازماندهی، آموزش و برگزاری مانور.
- ♦ توجیه مدیران بخش عملیات در مورد موقعیت جاری و تهیه برنامه عملیاتی بخش و تعیین زمان جلسات توجیهی بعدی مسئول واحد

پشتیبانی:

مسئول واحد: دکتر علی مهری

جانشین اول: آقای محمد رضا شیرینی

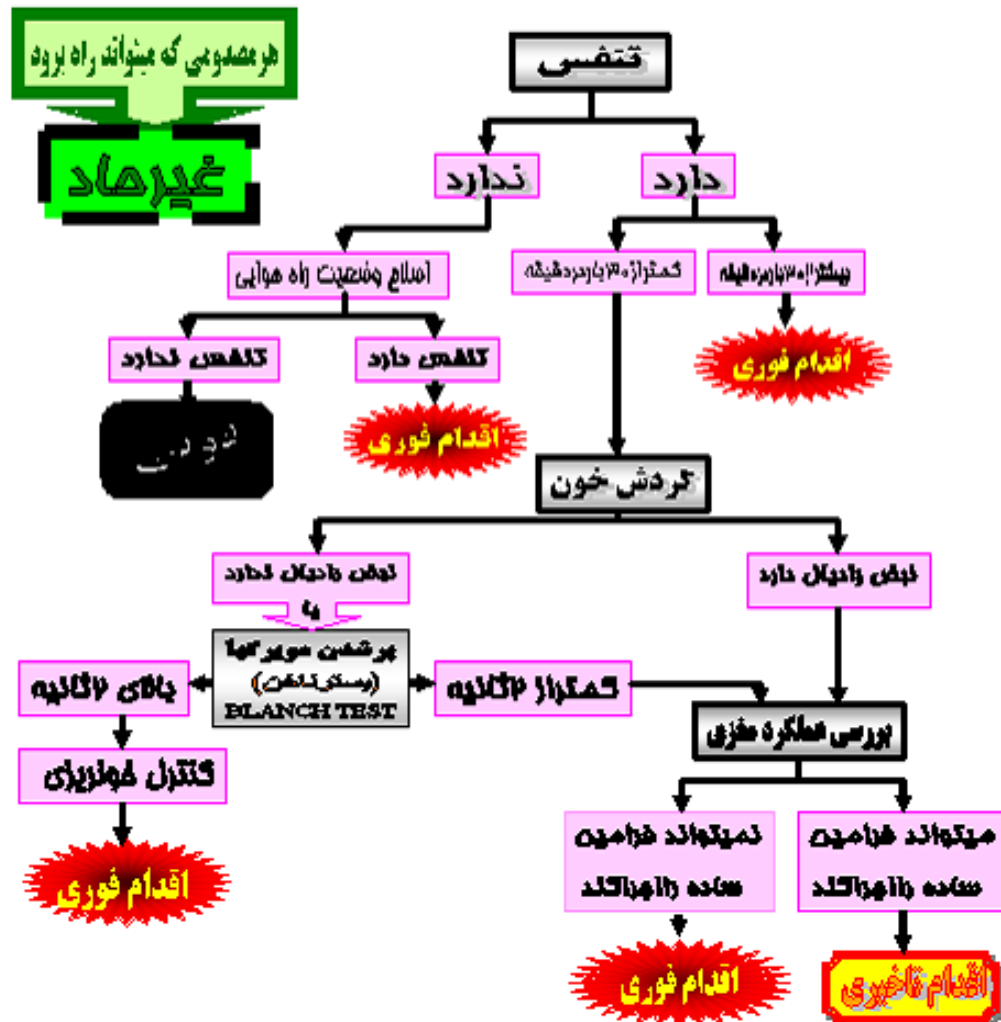
دستورالعمل:

- ♦ سازماندهی و هدایت عملیات مرتبط با نگهداری فضای فیزیکی، میزان غذای کافی، سرپناه و منابع پشتیبانی کننده مقاصد پزشکی.
- ♦ برنامه ریزی برای درمان در فضای آزاد و شرایط نامناسب جوی.
- ♦ بررسی و تعیین خطرات محتمل الوقوع سازه ای و غیر سازه ای و برنامه ریزی برای آنها.
- ♦ تعیین مکانهای مختلف مورد نیاز پس از وقوع حادثه و در نظر گرفتن مکانهای جانشین.
- ♦ تشکیل تیم های مجهز بررسی آسیب و تدوین برنامه های آموزشی برای آنها.
- ♦ برنامه ریزی برای تامین کلیه نیازهای بیمارستان جهت خودکفایی ۷۲ ساعته با در نظر گرفتن تعداد مصدومین و پرسنل و داوطلبین.
- ♦ هماهنگی با سازمانهای اطراف مانند خانه های سالمندان، مدارس، مساجد، ورزشگاهها و برای جلب حمایت های مختلف.
- ♦ برنامه ریزی برای جیره بندی تجهیزات، غذا، آب، سوخت و ...

چارت تریاژ استارت

(درممانی که مصدومین را می‌داند)

Simple Triage And Rapid Treatment



فرمانده حادثه: دکتر مصطفی دامنپاسی
جانشین ۱: دکتر مصطفی احمدی، ۲: دکتر علی هروی، ۳: دکتر رضا بهمنی



حریق:

مقدمه و اهمیت پیشگیری و مبارزه با حریق:

آتش سوزی از حوادثی است که در هر زمان و مکان که مجموعه شرایط ایجاد آن (تحت عنوان مثلث حریق) شامل: اکسیژن، حرارت، مواد سوختنی) فراهم گردد، می تواند در مدت کوتاهی صدمات بسیار جبران ناپذیری را ایجاد و باعث خسارات و تلفات مالی و جانی فراوانی شود. لذا ایمنی در برابر حریق، در تمامی اماکن از اهمیت فوق العاده ای برخوردار است.



بطور کلی موارد ایمنی جهت جلوگیری و کاهش خطرات در چند سطح شامل نکات ایمنی قبل از وقوع آتش سوزی، نکات ایمنی هنگام وقوع آتش سوزی و نکات ایمنی بعد از وقوع آتش سوزی می توانند مورد بررسی و توجه قرار گیرند. بدیهی است با رعایت نکات ایمنی همواره خطرات ناشی از حریق بطور قابل توجهی کاسته می شود ولی هیچگاه بطور کامل حذف نمی گردد.

راه پیشگیری از آتش سوزی

۱. رعایت نکات ایمنی مانند: مایعات قابل اشتعال در ظروف مناسب و در بسته نگهداری شوند.
۲. استفاده از تابلوهای هشدار دهنده خطر و آموزش به همکاران و نصب پیام های ایمنی
۳. بازدید هفته ای رابطین آتش نشانی بخشها از انبارهای بخش و اتاقها و شناسایی عوامل آتش زا و گزارش به مسئول بخش
۴. هشدار به بیماران و همراهیان و همکاران به کشیدن سیگار در محل های سر بسته مرکز
۵. خارج کردن سریع مواد زائد از بخش مانند کارتن ها و زباله ها
۶. قراردادن ملاقه های تمیز و کثیف در مکانهایی که احتمال آتش سوزی کم است.
۷. قراردادن مایعات و جامدات که تولید گاز قابل اشتعال میکنند در محیط باز و یا در اتاقهایی دارای تهویه مناسب

مکان های پرخطر در مرکز

- انبارها
- آشپزخانه
- آزمایشگاه ها
- امحاء زباله
- موتورخانه ها
- اکسیژن سازها
- لباسشویی
- اتاق برقها و تابلو برقها
- کتابخانه
- بخشهای درمانی: اتاق بیماران - اتاق کار و ابدارخانه
- تجهیزات جلوگیری از آتش سوزی و گسترش آتش
- و مقابله با حریق



سنسور گرمایی و یا دود

دستگاه هشدار دهنده
نشست گاز قابل اشتعال و
گاز مونو اکسید کربن



شماسی اعلام حریق



• وسایل خاموش کننده مناسب با شرایط محیط

• (مانند : اسپرینکرها، فایر باکس ها، انواع کپسول خاموش کننده)



علایم و تابلوهای هشدار دهنده



برای آشنائی با تجهیزات ضدحریق ابتدا نیاز است انواع مواد قابل اشتعال، راههای مختلف خاموش کردن حریقها و طبقه بندی انواع آتش را شناخته و بر اساس آنها انواع کپسول های آتش نشانی را انتخاب و اماکن مختلف را تجهیز نمود.

انواع مواد قابل اشتعال:

بطور کلی انواع مواد سوختنی و قابل اشتعال که در زندگی روزمره با آنها مواجه هستید عبارتند از:

- ۱ - مواد سوختنی جامد (مانند چوب، پارچه، لاستیک و غیره)
- ۲ - مواد سوختنی مایع (مانند فراورده های نفتی، الکلها و غیره)
- ۳ - مواد سوختنی گازی (مانند انواع گازهای قابل اشتعال مثل بوتان، متان، استیلین و غیره)
- ۴ - فلزات قابل اشتعال (مانند منیزیم، سدیم و پتاسیم و غیره)
- ۵ - تجهیزات الکتریکی (مانند تابلوی برق، کامپیوترها و غیره)

روش های اطفاء حریق:

بر اساس نوع مواد قابل اشتعال و عوامل دیگر، راههای خاموش کردن آتش ها متفاوت است اما بطور کلی ۳ روش زیر در خاموش کردن و مهار آتش استفاده می شود:

- ۱ - سرد کردن توسط عواملی مانند آب و گاز کربنیک (CO_2)
- ۲ - خفه کردن توسط عواملی مانند خاک، ماسه، پتوی نمدار، خاموش کننده های پودری
- ۳ - گرفتن سوخت از طرق مختلف از جمله قطع جریان گاز، قطع جریان سوخت، دور کردن مواد قابل اشتعال

طبقه بندی آتش:

آتش بسته به نوع عامل ایجاد و سوختن مواد در شش گروه به شکل زیر طبقه بندی می شود:

گروه اول (A): آتش خشک که ناشی از احتراق جامدات است.

گروه دوم (B): آتشی که ناشی از احتراق مایعات قابل اشتعال است.

گروه سوم (C): آتشی که ناشی از الکتریسیته است.

گروه چهارم (D): آتشی که ناشی از احتراق فلزات است.

کد و رنگ خاموش کننده های دستی

محتوی کپسول	کد حریق مربوطه برای اطفاء	رنگ کپسول
آب	A	قرمز
کف	A - B - C	قرمز با باند آبی
پودر شیمیایی	A - B - C	قرمز با باند سفید
پودر خشک	D	قرمز با باند سفید
پودر مرطوب	F	قرمز با باند کرم
دی اکسید کربن	A - B - C - E - F	قرمز با باند سیاه
هالون	A - B - C - E - F	قرمز با باند زرد

شناسایی کپسول ها از روی شکل ظاهری:



- ۱ - کپسول دی اکسید کربن دارای سرلوله شیپوری می باشد.
- ۲ - کپسول کف مکانیکی دارای سرلوله کف ساز در انتهای شیلنگ می باشد.



- ۳ - کپسول کف شیمیایی فاقد شیلنگ بوده و در انتها دارای دسته می باشد.



۴ - کپسول پودر و گاز چون یکی از محتویات آن گاز می باشد دارای عقربه فشار سنج می باشد. البته برخی از انواع آن دارای بالن خارجی می باشند.



۵ - کپسول آب و گاز نیز دارای فشار سنج می باشد ولی اگر آن را تکان دهید صدای آب بوضوح شنیده می شود.



۶- کپسول هالوژنه نیز دارای سرشیلنگی مخصوص بوده و فاقد گیج فشار میباشد. از دیگر مشخصه بارز آن صدای جابجایی مایع هالوژنه درون کپسول همانند صدای گاز بوتان در سیلندر میباشد.



سیستم فایر باکس و هوزریل



قطعات داخلی عبارتند از



نازل



شیلنگ پارچه ای

کوپلینگ



شیر ورودی آب



جهت اطفاء حریق جامدات از این سیستم استفاده میشود و نحوه کار به شرح زیر است

فایر باکس

- ابتدا شیلنگ پارچه ای به صورت کامل از دور قرقره خارج نموده و کوپلینگ شیر اصلی و نازل را وصل نمایید. سپس شیر آب اصلی و نازل را باز نموده و به سمت حریق جریان آب را هدایت نمایید.
- نکته: هنگام استفاده از سیستم فایر باکس حتما باید کل شیلنگ از دور قرقره باز شود.

هوزریل

- به متراژ مورد نیاز (فاصله تا حریق) شیلنگ را از دور قرقره باز نموده و شیر ورودی و نازل را باز کنید و به بن حریق آب را هدایت کنید.

سیلندرهای گاز فشرده



بدلیل اینکه بعضی از گازهای فشرده قابل اشتعال بوده و همگی آن ها تحت فشار می باشند، باید با نهایت احتیاط، نگهداری و مورد استفاده قرار بگیرند. گازهای فشرده ای که در بیمارستان مورد استفاده قرار می گیرند شامل: اکسید اتیلن، آمونیاک، گازهای بیهوشی آور، آرگون، کلر، استیلن، هلیوم، هیدروژن، کلرید متیل، نیتروژن و دی اکسید گوگرد می باشند.

احتیاط های عمومی برای نگهداری و استفاده از کپسول های گاز فشرده

- الف: هیچگاه یک نوع کپسول را در مجاورت کپسولی از نوع دیگر قرار ندهید.
- ب: در مکانی که این کپسول ها نگهداری می شوند به هیچ وجه دخانیات استعمال نشود.
- پ: هرگز کپسول ها نباید به صورت افتاده روی زمین و یا در برخورد مستقیم با یکدیگر قرار گیرند.
- ت: اگر کپسول ها در تابستان موقتاً در محیط باز در بیمارستان نگهداری می شوند، باید اطمینان حاصل شود که دارای محافظ برای جلوگیری از برخورد مستقیم نور خورشید می باشند.
- ث: هیچگاه کپسول ها روی زمین کشیده یا غلطانیده نشوند.
- ج: هیچگاه کپسول خالی در کنار پر شده نباید قرار گیرد.
- چ: هیچگاه شعله و یا جرقه ای نباید با کپسول تماس یابد.
- ح: هیچگاه وسایل ایمنی کپسول دستکاری نشود.
- خ: هیچگاه کپسول دارای گازهای قابل اشتعال در کنار کپسول های حاوی گازهای غیر قابل اشتعال قرار نگیرد.
- د: فضای نگهداری گازهای فشرده باید دارای تهویه مناسب، ضد حریق و خشک باشد.
- ذ: سیلندرها باید حتی الامکان بطور سربالا در مقره های هلالی شکل مخصوص در محل مناسب گذاشته و بوسیله ی زنجیر یا کمربندهای فلزی مهار نمود تا از افتادن و آسیب رسیدن به شیر یا بدنه آنها جلوگیری شود.

کنترل مخاطرات در بخش های مختلف بیمارستان

۱- بخش آماده سازی مرکزی:

- الف- کاربرد نامناسب تجهیزات استریل کننده می تواند منجر به سوختگی ناشی از بخار و مواجهه با اکسیداتیلن گردد.
- ب- اتوکلاو ها و سایر دریچه های فشار بخار باید مرتب بازرسی شوند و نتایج بررسی ها ثبت و نگهداری شوند.
- پ- سیستم های تهویه برای اکسیداتیلن باید به گونه ای طراحی شوند که از ورود مجدد بخارات به سایر قسمت های بیمارستان جلوگیری نمایند.
- ت- میزهای چرخدار ترابری، وسایل باربری و غیره می بایست برای کارکنان مهیا شده و همچنین آموزش های کافی در زمینه روش های صحیح حمل مواد برای آنها ارائه شود.
- ث- بهیچ وجه نباید از صندلی، جعبه و سایر ابزارهای مشابه به جای نردبان استفاده نمود زیرا باعث افزایش خطر سقوط می شوند.

۲- آشپزخانه:

• آسیب ها در این مکان هنگامی اتفاق می افتد که:

- الف- کارکنان در حال حمل و جابجایی بار می باشند (جمع آوری، پخش و توزیع غذا)
- ب- کارکنان در حال راه رفتن روی سطوح چرب و خیس می باشند.
- پ- کارکنان در حال استفاده از تجهیزات معیوب می باشند.

• این مخاطرات می تواند با رعایت موارد ذیل کاهش یابند:

- الف- سرویس کردن تجهیزات الکتریکی
- ب- آموزش کارکنان در ارتباط با روش های صحیح حمل بار
- پ- حفاظ گذاری برای ماشین ها و سطوح داغ
- ت- خشک و تمیز نگه داشتن سطوحی که کارکنان روی آن راه می روند.
- ث- آموزش کارکنان در ارتباط با چگونگی استفاده از خاموش کننده های حریق و سیستم های خاموش کننده.
- ج- مشخص نمودن لوله های گاز، بخار و آب (برای مثال استفاده از کدهای رنگی)

۳- خدمات:

- الف- کارکنان باید در ارتباط با روش های صحیح حمل مواد آموزش ببینند.
- ب- کارکنان باید آگاه به شستن دست ها قبل از خوردن، نوشیدن و سیگار کشیدن، قبل و بعد از هر توالی و قبل از رفتن به منزل باشند.
- پ- کارکنان باید آگاه باشند که سایر افراد ممکن است روش های مناسبی برای دفع سوزن ها، چاقو و شیشه های شکسته شده نداشته باشند.
- ت- این کارکنان باید از برنامه ها و دستورالعمل های منتشر شده در ارتباط با کنترل عفونت فردی و عفونت های گزارش شده، پیروی نمایند.
- ث- کارکنان باید از وسایل حفاظت فردی مناسب استفاده نمایند.

۴- رختشویخانه:

- الف- سطوح باید تا حد امکان خشک نگهداری شوند و سطوح خیس و مرطوب باید مشخص گردند.
- ب - کارکنان باید کفش هایی بپوشند که با ایجاد اصطکاک بیشتر مانع از لیز خوردن آنان شود.
- پ - افراد تا حد امکان نباید با رخت ها و ملحفه های چرکین تماس و یا سر و کار داشته باشند.
- ت - هنگام سر و کار داشتن با این موارد و همچنین صابون ها و دترژنت ها باید از وسایل حفاظت فردی مناسب استفاده شود.
- ث - کارکنان باید به علائم مربوط به استرس حرارتی و لزوم نوشیدن آب و دفعات استراحت در کارشان آگاهی داشته باشند.
- ج - آموزش کارکنان در خصوص روش های صحیح حمل بار.

۵- تعمیر و نگهداری:

- الف: تسمه ها، پولی ها و تمام سیستم های انتقال نیرو و قسمت های متحرک ماشین آلات باید حفاظ گذاری گردد.
- ب: کارکنان هنگام مواجهه با مخاطرات باید از وسایل حفاظت فردی مناسب استفاده نمایند.
- پ: سوخت ها و کپسول های حاوی گازهای قابل اشتعال باید بدور از منابع پر حرارت مانند رادیو تورها، لوله های بخار و تابش مستقیم نور نگهداری شوند.
- ت: از بکارگیری هوای فشرده به منظور تمیز نمودن سطوح باید پرهیز شود.
- ث: کپسول ها باید بصورت عمودی نگهداری و استفاده شوند.
- ج: تجهیزاتی که با دیزل و گازوئیل کار می کنند باید بدرستی تعمیر و نگهداری شوند و تنها در فضاهایی که دارای تهویه مناسب یا هواکش های مکشی (برای جلوگیری از افزایش منوکسید کربن) می باشند مورد استفاده قرار گیرند.
- چ: به منظور جلوگیری از سقوط کپسول های گاز فشرده باید آنها را با زنجیر محافظت نمود.
- ح: کارکنان نباید بمنظور تعویض لامپ ها یا کار با سیم و تجهیزات الکتریکی از نردبان های فلزی استفاده نمایند.

۶- مکان های اداری:

- الف: وسایل و فایل ها باید بطور مناسب در کسوه های قفسه ها توزیع شوند. همچنین در کسوها باید بلافاصله بعد از برداشتن وسایل مورد نیاز بسته شود.
- ب: کاغذها و سایر وسایل اداری باید بدرستی نگهداری شوند و از روی هم چیدن و توده کردن آنها خودداری کرد.
- پ: سیم های موقت و کابل های تلفنی که بطور نامنظم از یک سو به سوی دیگر کشیده شده باید بمنظور جلوگیری از گیر کردن به پا و یا سایر وسایل به کف اتاق متصل و ثابت شوند.
- ت: تجهیزات الکتریکی باید بدرستی اتصال به زمین شوند و از کاربرد کابل های طولانی ممانعت شود.
- ث: کف پوش های چوبی که تبله زده هند باید تعویض شوند زیرا باعث افتادن افراد می شوند.
- ج: اجسام سنگین نباید روی قفسه های مرتفع قرار گیرند.
- ح: پرسنل این بخش باید در رابطه با ارگونومی در کار با کامپیوتر آموزش لازم را ببینند.

۷- آزمایشگاه:

- الف: خوردن، آشامیدن و سیگار کشیدن در آزمایشگاه ممنوع می باشد.
- ب: مواد خوراکی نباید در یخچال ها و سایر اماکن آزمایشگاه نگهداری شود.
- پ: استفاده از لنزهای تماسی در آزمایشگاه ممنوع است.
- ت: هیچ گاه مکش پی پت را از طریق دهان انجام ندهید.
- ث: هنگام کار در آزمایشگاه روپوش مخصوص پوشیده و هنگام ترک آنجا، لباس را تعویض نمایید.
- ج: عینک های حفاظتی و یا شیلد های صورت بمنظور جلوگیری از پاشش تصادفی مواد به صورت و چشم الزامی می باشد.
- چ: هودهای تهویه می بایست به منظور رایش آلودگی ها کارایی لازم را دارا باشند.
- ح: تمامی مواد شیمیایی در آزمایشگاه باید بطور مشخص دارای برچسبی با مشخصات ماده و دستورالعمل های مربوط به نگهداری آن باشد.
- خ: تمامی تجهیزات آزمایشگاهی باید دارای اتصال به زمین باشند.

۸- اتاق عمل:

- الف: آزمون نشی کپسول های گازهای بیهوشی باید بصورت مرتب انجام گیرد.
- ب: فقط تجهیزات الکتریکی تأیید شده توسط واحد مهندسی بیمارستان باید در اتاق جراحی مورد استفاده قرار گیرد.
- پ: کپسول گازهای بیهوشی آور باید دارای محل نگهداری مجزا و مقاوم در برابر حریق باشند. این محل باید دارای هواکش مکنده به سمت بیرون باشد.

ت: سطوح کف اتاق عمل باید با مواد رسانا پوشیده شده باشد.

کفش های رسانا نیز باید تهیه شده و رسانایی آن ها روزانه مورد آزمایش قرار گیرد.

ث: چاقوها و پنس های جراحی هنگامیکه مورد استفاده قرار نمی گیرند باید در ظروف بسته نگهداری شوند.

ج: لوله های ساکشن و اتصالات و کابل های الکتریکی بمنظور به حداقل رساندن مخاطرات ناشی از افتادن (به پا گیر کردن) در صورت امکان در سقف بصورت آویخته و یا در زیر کف نصب شوند.

چ: آموزش کارکنان در خصوص روشهای صحیح حمل و بلند کردن اجسام باید تدوین شود.

۹- رادیولوژی:

الف: تمامی وسایلی که در تماس با مایعات رادیواکتیو می باشند مانند (سرنگ ها) باید بعنوان رادیواکتیو مورد توجه قرار گرفته و روش های دفع این وسایل مطابق اصول دفع مواد رادیواکتیو انجام گردد.

ب: ارسال منابع رادیواکتیو به اتاقهای جراحی توسط کارکنانی که مسئول نگهداری و یا دفع مواد هستند می بایست از طریق ظروف محافظ سربی انجام شود.

پ: هنگامیکه منبع رادیواکتیو از بیمار برداشته می شود، باید به پرسنلی که مسئول اقدامات مربوط به دفع بهداشتی می باشند ارسال گردد.

ت: تمامی تکنسین های پرتابل پرتو ایکس باید در داخل اتاقک حفاظتی و یا در پشت صفحه حفاظتی قرار بگیرند.

ث: هنگامی که دستگاه پرتابل پرتو ایکس مورد استفاده قرار می گیرد، اپراتور دستگاه باید حداقل در فاصله ۶ فوتی بیمار قرار بگیرد.

ج: وسایل حفاظتی مانند پرده و شیلد های سربی، حفاظت کامل پانل ها و غیره می بایست در جایی که تجهیزات مورد استفاده قرار می گیرند فراهم باشد.

چ: مسئول حفاظت تابش باید تمامی فرایندهای تشخیصی را به منظور حصول اطمینان از اینکه مواد رادیواکتیو، ادرار یا مدفوع حاوی رادیواکتیو بصورت مناسب نگهداری می شوند، پایش و کنترل نمایند.

مدیریت خطر (ریسک)

مدیریت ریسک عبارت است از فرایندی که از طریق آن یک سازمان یا سرمایه گذار با روشی بهینه در مقابل انواع ریسکها از خود واکنش نشان می دهد.

تعاریف

① **مخاطره** - هر وضعیت واقعی یا بالقوه که می تواند باعث صدمه، بیماری یا مرگ افراد، آسیب یا تخریب یا از دست دادن تجهیزات و دارایی سازمان شود.

② **ریسک** - احتمال مخاطره یا عواقب بد، احتمال قرار گرفتن در معرض آسیب.

③ **شدت** - نتیجه قابل انتظار از لحاظ درجه صدمه، آسیب به اموال، و یا دیگر موارد مضر که می تواند اتفاق بیفتد.

④ **احتمال** - احتمال رخ دادن یک رویداد.

وظایف مدیریت ریسک:

- ① - برنامه ریزی امور ریسک و خطرات و زیان هایی که امکان دارد در یک سازمان رخ دهد.
- ② - بررسی راههای پیشگیری از وقوع حوادث و مقابله با خطرات و پیش آمدهایی را که ممکن است به وجود آید بر عهده دارد.
- ③ - به حداقل رساندن زیان هایی ناشی از حوادثی است که اتفاق افتاده است.

ضرورت های مدیریت ریسک

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

جایگاه مدیریت ریسک:

گروهی معتقدند که مدیر ریسک باید زیر نظر مستقیم مدیریت عامل یا یکی از اعضا هیئت مدیره انجام وظیفه کند و گروهی معتقدند که وی می تواند زیر نظر معاونت مالی اداری تحت یک شاخه جداگانه به نام مدیریت ریسک و بیمه کار کند. بنابراین جایگاه مدیریت ریسک بسته به نوع فعالیت هر سازمان متفاوت است. در بعضی از سازمان ها کمیته های مدیریت ریسک تشکیل می گردند. در بعضی دیگر از سازمان ها یک موقعیت سازمانی جدید تحت عنوان مسئول ریسک های اصلی برای هماهنگی در عملکرد مدیریت ریسک های سازمان بدون توجه به منشا آن در نظر گرفته شده است.

علل نیاز به مدیریت ریسک در نظام سلامت

- ① افزایش ایمنی بیمار
- ① افزایش انتظارات بیمار، متخصصان و کارکنان
- ① فشارهای رقابتی در بازار سلامت
- ① فشار مداوم هزینه های داخلی
- ① ارائه خدمات مطلوب توسط بیمارستانها که از سوی دولت مطالبه می شود.
- ① افزایش سطح شکایات، ادعاها و شکایت های قانونی
- ① بررسی رضایت بیماران، نقاط ضعف و ذهنیت منفی را نشان می دهد.
- تحقیقات بالینی نیاز به بهبود را نشان می دهد.

استراتژی های مدیریت ریسک

- ① **اجتناب از ریسک:** ریسکهایی را که تاثیر جانبی بر اهداف سازمان ندارند می توان حذف نمود، احتمالا باید از آنها اجتناب نمود.
- ① **پذیرش ریسک:** استراتژی پذیرش، یعنی قبول زیان وقتی که آن رخ می دهد.
- ① **کاهش ریسک:** استراتژی کاهش، یعنی به کارگیری شیوه هایی که باعث کاهش شدت زیان می شود.
- ① **انتقال ریسک:** یکی دیگر از تکنیک های مدیریت ریسک در برخورد با آن انتقال ریسک می باشد.

مدیریت ریسک در حوزه سلامت

تعریف :

- ① **انجام فعالیت های بالینی و اداری برای شناسایی، ارزیابی، و کاهش خطر آسیب به بیماران، کارکنان، و ملاقات کنندگان و خطر از دست دادن خود سازمان (Joint commission, ۲۰۰۷)**

مدیریت ریسک در مراقبت سلامت

مدیریت خطر:

شناسایی، بررسی، تجزیه و تحلیل، و ارزیابی خطرات

انتخاب با صرفه ترین روش:

تصحیح، کاهش یا حذف خطرات قابل شناسایی.

رویکرد مدیریت ریسک

- ① رویکردهای "واکنشی" و "بلادرنگ"
- ① آموختن از چیزهایی که اشتباه انجام شده است (واکنشی)
- ① جلوگیری از خطرات بالقوه که در خدماتی که مراکز درمانی ارائه می کنند تاثیر می گذارد (بلادرنگ)

۷ مرحله در فرایند مدیریت ریسک

- ① زمینه سازی
- ① شناسایی ریسک

● تحلیل ریسک

● ارزیابی ریسک

● استراتژی جهت کاهش، حذف و یا انتقال ریسک

● بررسی و نظارت مداوم

● ارتباطات موثر و مشاوره

ارزیابی ریسک

- شرح آن دقیقاً معانی واژه های "احتمال" و "شدت" خطر را شامل می شود.
- ارزیابی موجب تضمین رویکرد هماهنگ در ارزیابی آینده ریسک و بررسی و پایش آن می گردد.
- پس از شناسایی و تجزیه و تحلیل ریسک، می توان شدت و احتمال را ارزیابی کرد.

سطح ریسک

- ناچیز: هیچ عملی مورد نیاز نیست
- قابل تحمل: هیچ کنترل بیشتری مورد نیاز نیست
- متوسط: اقدامات کاهش خطر باید اجرا شود
- اساسی: فعالیت باید تا زمانی که ریسک کاهش یابد شروع نشود.
- تحمل ناپذیر: فعالیت باید تا زمانی که ریسک کاهش یابد شروع نشود و اگر کاهش ریسک امکان پذیر نیست فعالیت به کلی انجام نگردد.

:Risk Treatment

استفاده عاقلانه از نوآوری و خلاقیت در مدیریت خطر

آسیب های ناخواسته

● اتفاق منجر به آسیب:

- آسیب های ناخواسته به بیماران ناشی از مداخله پزشکی است که شامل هرگونه اقدام توسط کارکنان بهداشت و درمان، از جمله کارکنان اداری و پرسنل پشتیبانی و نگهداری "

Institute of Medicine

: Sentinel event

" حادثه دور از انتظار که منجر به مرگ یا جراحی جدی جسمی یا روانی یا خطرناکی از آن می گردد"

Sentinel events

- انجام پروسیژر بر روی بیمار اشتباه یا عضو اشتباه
- ابزار جراحی بجا مانده در بدن
- آمبولی درون عروقی منجر به مرگ
- واکنش انتقال خون به علت ناسازگاری ABO
- مرگ و میر مادران در طول یا بعد از زایمان
- تحویل کودک به خانواده غیر
- خودکشی بیمار در بخش بستری
- خطای دارویی منجر به مرگ بیمار

چرا ریشه یابی علل

- حوادث ناخواسته و جانی از علایم یک ضایعه پاتولوژیک در سازمان است
- نارسایی در یک سازمان می تواند موجب وقفه چند سیستم کاری شود
- باید به شرایط و اقدامات توجه کرد

علل:◎ **علل تقریبی (سطحی یا واضح)**

Proximate (Superficial or obvious) causes

◎ **علل ریشه ای (عللی که منجر به علل تقریبی می شود)**

(Root Cause(s

◎ **روابط بین علل**

The interrelationship of causes

علت ریشه ای چیست؟

- ◎ علت ریشه ای اساسی ترین عامل یا عوامل سببی است که در صورت اصلاح یا حذف آن، از رخ دادن مجدد شرایط، مانند خطا در انجام یک روش جلوگیری می شود.
- ◎ علت ریشه ای اساسی ترین عامل یا عوامل سببی است که در صورت اصلاح یا حذف آن، از رخ دادن مجدد شرایط، مانند خطا در انجام یک روش جلوگیری می شود.

Fishbone Diagram**نمودار استخوان ماهی****در سر ماهی:**

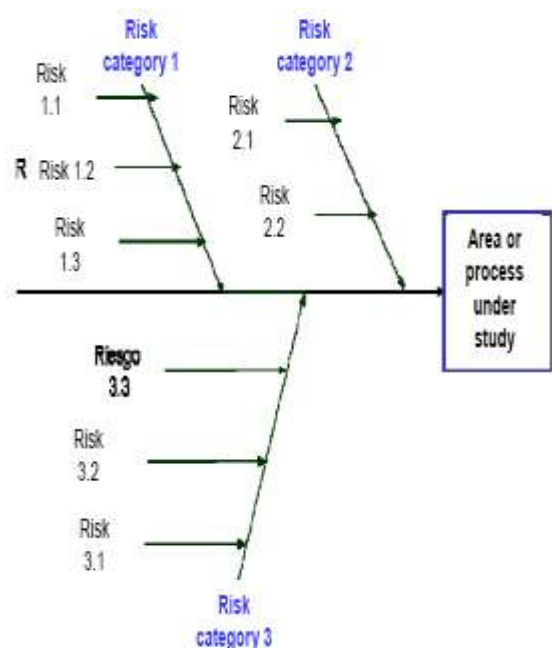
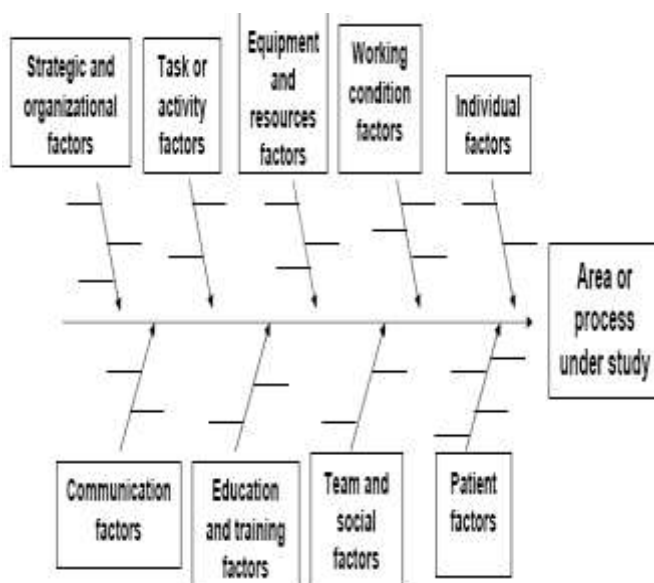
منطقه یا فرایند مورد مطالعه

◎ **در تیغه های اصلی:**

گروه های مختلف ریسک و یا دسته بندی های مختلف ریسک

◎ **در هر تیغه کوچک:**

ریسک های ویژه مشخص شده برای هر دسته بندی



بخشنامه الگوی مناسب پوشش کارکنان بهداشتی و درمانی

مصوبات شورای فرهنگی دانشگاه که از ابتدای مهر ۹۰ لازم الاجرا می باشد به شرح ذیل است:

- ۱ - آقایان از پوشیدن لباس های تنگ، آستین کوتاه، یقه باز و بلوزهای طرح دار خودداری کنند و خانم ها نیز مانتو آزاد، بدون چاک، ۱۰ سانتی متر پایین تر از زانو، آستین ها دارای مچ و یا مچ بند، مقنعه مناسب با رعایت عفاف و حجاب و از هر گونه زیورآلات و آرایش خودداری کنند
 - مانتو و شلوار از جنس مرغوب تهیه شود
 - کلیه لباس ها در قسمت بازو مزین به آرم دانشگاه علوم پزشکی مشهد بوده و اتیکت مناسب در محل قابل رویت نصب شود.
 - ۲ - کفش طبی با دوام، متحدالشکل با رنگ مشکی تهیه شود.
 - ۳ - تهیه لباس توسط واحد مربوطه مشمول پرسنل رسمی، پیمانی، طرحی و تبصره سه می شود.
 - لازم به ذکر است شرکت های بهداشتی درمانی و خدماتی موظفند در قراردادهای خود نوع یونیفرم تعیین شده از سوی دانشگاه را قید و اجرا کنند.
 - ۴ - دانشجویانی که کار دانشجویی دارند، برابر ضوابط باید یونیفرم تهیه کنند.
 - ۵ - الگوی یونیفرم پرستاری و مامایی برابر دستورالعمل وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی باشد.
 - برای بخش های ICU و NICU اطاق عمل، catlab؛ سوختگی، آنژیوگرافی، دیالیز، پیوند، زایشگاه علاوه بر لباس داخل بخش یک دست لباس سفید جهت خروج تهیه شود.
 - مدیر پرستاری، سوپروایزر و سرپرستار خانم با مانتو، شلوار، مقنعه سورمه ای و کفش مشکی برای تفکیک رده های مدیریتی از نوار سردست به رنگ طلایی استفاده شود. (مترون سه خط، سوپروایزر دو خط، سرپرستار یک خط)
 - مدیر پرستاری، سوپروایزر و سرپرستار آقا روپوش سفید و شلوار و کفش مشکی
 - پرستاران خانم با مقنعه و شلوار سورمه ای، روپوش سفید و کفش مشکی
 - پرستاران آقا، روپوش سفید، شلوار سورمه ای و کفش مشکی
 - همکاران ICU، NICU، سوختگی، دیالیز، پیوند، مانتو و شلوار آبی روشن، پرستاران مقنعه سورمه ای، کمک بهیار مقنعه طوسی و منشی مقنعه آبی
 - همکاران ماما با روپوش سفید، شلوار و مقنعه و کفش مشکی
 - بهیاران خانم با روپوش شلوار مقنعه سفید و کفش مشکی
 - بهیاران آقا با روپوش؛ شلوار و کفش مشکی
 - همکاران زایشگاه؛ اطاق عمل؛ catlab؛ هوشبری روپوش سبز روشن؛ مقنعه مشکی و کمک بهیار خانم روپوش شلوار سبز و مقنعه سفید
 - کاردان بیهوشی و اطاق عمل خارج از اطاق عمل با فرم پرستار خانم و آقا
 - کمک بهیاران آقا با روپوش سفید؛ شلوار طوسی و کفش مشکی با نوار طوسی در قسمت جلوی لباس
 - کمک بهیار خانم روپوش سفید؛ شلوار و مقنعه طوسی و کفش مشکی
 - ماما و پرستار و پزشک در مراکز بهداشتی درمانی؛ مانتو سفید؛ مقنعه سورمه ای و کفش مشکی
 - خدمه؛ مانتو و شلوار و مقنعه آبی لاجوردی با کفش مشکی
 - همکاران ستادی و امور اداری ملزم به رعایت پوشش مناسب اسلامی می باشند
- واحدهای تابعه از پرداخت هرگونه وجهی بابت لباس به پرسنل خودداری نموده و موظفند نسبت به تهیه لباس مناسب اقدام کنند.

مقررات داخلی بیمارستان

شرح وظایف کارکنان

عنوان شغل: پرستار

تعریف:

این شغل در برگیرنده پست هایی است که متصدیان آن ها، تحت نظارت کلی، طرح و برنامه ریزی مراقبت از بیماران بر اساس فرایند پرستاری، رساندن دارو و انجام توجه به واکنش های حاصله از کاربرد آن ها، برقراری ارتباط با بیماران و خانواده آنان به منظور درک نیازهایشان و کمک به رفع مشکلات بهداشتی و درمانی آنان مراقبت های بهداشتی اولیه (PHC) با همکاری سایر کارکنان و اعضا گروه پزشکی واحد مربوطه، ارائه مراقبت های پرستاری در بخش های تخصصی ویژه، سر فعالیت های انجام شده توسط گروه پرستاری و شناسایی و بررسی مشکلات خدمات پرستاری و کمک در حل آن ها در سطوح مختلف سازمانی یا سرپرستی، طرح ر امور مرتبط با پرستاری را عهده دار می باشند.

نمونه وظایف و مسئولیتها:

- ✓ ثبت مشخصات بیمار در کلیه برگه های پرونده پزشکی بیمار و گزارش های پرستاری.
- ✓ انجام اقدام های اولیه (تهیه نوار قلبی، کنترل علائم حیاتی، رگ گیری، آزمایشات و ...).
- ✓ اجرای دقیق دستورات دارویی تجویز شده و ثبت دقیق و صحیح آن.
- ✓ ثبت صحیح گزارش های پرستاری (ذکر اولویت ها، پیگیریها، ذکر ساعت برچسب نوع هدف و اجرا، مشاوره ها، سونوگرافی و ...).
- ✓ ثبت دقیق و صحیح وقایع اتفاقیه در مورد بیمار (سقوط از تخت، زد و خورد و...) و گزارش آن و اقدامات انجام یافته به مافوق.
- ✓ احترام و رعایت حقوق بیماران.
- ✓ کنترل دستگاه الکتروشوک، وسایل و تجهیزات احیای قلبی- ریوی و شوک قلبی و آشنایی کامل با تجهیزات بخش قلب.
- ✓ تحویل گرفتن بیماران (کلیه بیماران بستری در بخش) و تجهیزات بخش در تمامی شیفت ها.
- ✓ رعایت اصول احتیاطات همه جانبه استاندارد به منظور پیشگیری از ابتلاء به بیماری های منتقله از راه خون، ترشحات، تنفس و تماسی .
- ✓ هماهنگی با تیم درمان در انجام فرایندهای تشخیصی، درمانی و توانبخشی.
- ✓ پیش بینی نیازهای واحد مربوطه از نظر امکانات، تجهیزات موجود و لوازم مصرفی و پیگیری جهت تأمین آن.
- ✓ ایجاد هماهنگی و ارتباطات لازم با سایر بخشهای بیمارستان جهت انجام امور مربوطه.
- ✓ تشکیل پرونده بهداشتی و تنظیم برنامه معاینات دوره ای و واکسیناسیون برای کارکنان بیمارستان و ارائه گزارش از موارد مثبت.
- ✓ ارزیابی وسایل و تجهیزات لازم برای عفونت های خطرناک و ارائه راهکاری مناسب با همکاری پزشک متخصص عفونی به کمیته کنترل عفونت بیمارستان.
- ✓ راییه مراقبت های لازم برای جلوگیری از زخم بستر و انجام مراقبت از زخم ها(بازدید زخم، شستشو، بررسی درد، گزارش نیاز به واکسیناسیون و جراحی در صورت لزوم)
- ✓ بررسی وارزیابی عروق وریدی محیطی برای دسترسی به آن در شرایط تا حد امکان با ثبات با کمترین تحرک و کمترین خطر عفونت و مراقبت موثر از آن
- ✓ عوارض مرتبط با محل رگ گیری و انجام آموزش های ضروری به بیمار و همراهان ایشان و تعویض به موقع آن .
- ✓ برنامه ریزی برای استقرار تیم پرستاری رگ گیری .
- ✓ آرام سازی محیط فیزیکی، کنترل دما و نور، سر و صدای محیط و سایر عوامل محیطی و تأمین شرایط استراحت به آرامش بیمار.
- ✓ مراقبت و کنترل کاتترهای شریانی، وریدهای مرکزی و شنت ها و گزارش هر گونه اختلال در کارکرد و عوارض ناشی از آنها.
- ✓ راییه مراقبت های لازم از بیمار پس از انجام اقدامات تشخیصی و درمانی تهاجمی شامل کنترل وضعیت همودینامیک ، سطح هوشیاری و سایر مراقبت های انجام شده.
- ✓ انجام کار با تجهیزات مراقبت های ویژه در مراحل مختلف درمان بیمار بستری در بخش مراقبت های ویژه.
- ✓ کنترل وضعیت تغذیه بیمار و انجام اقدامات پرستاری لازم در موارد تغذیه از طریق لوله ها ی گوارشی و تغذیه کامل وریدی.
- ✓ آموزش بیمار در نحوه استفاده از وسایل مصنوعی، پروتزها و کمکی.

- ✓ شرکت در ویزیت بیماران و انجام امور مربوطه در صورت نیاز.
- ✓ کنترل ثبت گزارشهای پرستاری در شیفتهای بعدی و ثبت دقیق گزارشها در شیفت مربوطه.
- ✓ مراقبت و نظارت در توزیع غذای بیماران.
- ✓ همراهی در آموزش دانشجویان پرستاری با مربی مربوطه.
- ✓ ارزیابی دانشجویان پرستاری و بخشهای بالینی، ارائه نتیجه به حوزه های مرتبط و مشارکت و همکاری در برنامه ریزی آموزش نظری، عملی و بالینی دانشجویان.
- ✓ آموزش دستورالعمل ها و مطالب علمی در خصوص راه های کنترل عفونت در بیمارستان به گروه پرستاری.
- ✓ برنامه ریزی در جهت اجرای استانداردهای مراقبتی.
- ✓ برنامه ریزی جهت ارتقاء کیفیت خدمات ارائه شده توسط کادر تحت سرپرستی.
- ✓ شرکت در کمیته های مربوطه جهت تدوین استانداردهای مورد عمل در حوزه خدمات پرستاری و تنظیم ضوابط و دستورالعمل های پرستاری
- ✓ سرپرستی و هماهنگی در تقسیم فعالیت های پرستاری با توجه به تجربیات و معلومات هریک از اعضا گروه پرستاری، آموزش، مشاوره و راهنمایی.
- ✓ تأمین و ایجاد شرایط مناسب و اقدام در زمان بروز فوریتهای تأمین نیروی انسانی، تجهیزات، امکانات و
- ✓ بازدید مستمر از واحدهای مرتبط به منظور حصول اطمینان از حسن ارائه خدمات، ثبت و ارائه گزارش به مافوق.
- ✓ همکاری با تیم کنترل عفونت بیمارستانی برای تشخیص، تحقیق، کنترل و ارزیابی عفونتهای بیمارستانی.
- ✓ تهیه و تنظیم گزارشات کمی و کیفی از وضعیت موجود گیرندگان خدمت، ارائه کنندگان خدمت و عملکرد واحدهای ذیربط.
- ✓ مشارکت در توزیع کارکنان پرستاری براساس توانایی ها، نیازها در واحدها و شیفت های مختلف.
- ✓ شرکت فعال در دوره های کارآموزی، مهارتی و آموزشی در جهت ارتقاء معلومات و توانمندیهای شغلی و بکارگیری نتایج آن در انجام وظایف محوله.
- ✓ مشارکت در تحقیقات کاربردی در عرصه نظام سلامت در شغل مربوطه..

شرایط احراز:

۱- تحصیلات و معلومات

مدرک تحصیلی کارشناسی یا کارشناسی ارشد یا دکترای یکی از رشته های پرستاری، آموزش پرستاری، مدیریت خدمات پرستاری.

مدرک تحصیلی کارشناسی ارشد در رشته فیزیولوژی، تکنولوژی گردش خون، آموزش جامعه نگر در نظام سلامت، سلامت سالمندی، آموزش بهداشت، اپیدمیولوژی مشروط به دارا بودن مدرک تحصیلی کارشناسی پرستاری .

مدرک تحصیلی دکتری فیزیولوژی، سالمند شناسی، آموزش پزشکی، آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، اپیدمیولوژی، اخلاق پزشکی مشروط به دارا بودن مدرک تحصیلی کارشناسی ارشد پرستاری.

۲- تجربه :

برای احراز پست پرستار، انجام تعهدات طرح نیروی انسانی بعنوان تجربه پذیرفته می شود.

برای احراز پست مدیر خدمات پرستاری هفت سال تجربه که دوسال آن بعنوان سوپروایزر و یا سرپرستار باشد.

برای احراز پست رئیس خدمات پرستاری پنج سال تجربه که دوسال آن بعنوان سوپروایزر و یا سرپرستار باشد.

برای احراز پست سوپروایزر در گردش چهار سال تجربه که یک سال آن بعنوان سرپرستار باشد.

برای احراز پست سوپروایزر آموزشی سه سال تجربه که یک سال آن بعنوان سرپرستار باشد.

برای احراز پست سرپرستار سه سال تجربه که یک سال آن بعنوان پرستار در بخش مربوطه باشد.

برای احراز پست پرستار بخش های ویژه (ICU,CCU,NICU، دیالیز) و پرستار اورژانس دارای سه سال تجربه باشد.

۳- مهارت :

مهارت ارتباطی و رفتاری با بیمار، مهارت معاینات فیزیکی، مهارت پایش همودینامیک، مهارت انجام محاسبات دارویی، مهارت تحلیل نتایج آزمایش گازهای خونی، های خونی معمول، مهارت تحلیل مسائل مبتنی بر اطلاعات به روز پرستاری، مهارت تصمیم گیری در شرایط بحرانی، مهارت های مراقبتی و توانبخشی، مهارت برن از بیماران، مهارت آموزش نکات بهداشتی و مراقبتی به بیماران و خانواده های آنها، مهارت انجام پژوهش، مهارت مشاوره دادن، مهارت برنامه ریزی برای کارکنان، تحلیل اطلاعات، مهارت برآورد هزینه ها، مهارت اعمال نظارت و ارزیابی فعالیت ها.

۴- دوره های آموزشی:

آگاهی از قوانین و مقررات پرستاری، احیای قلبی و ریوی پیشرفته، مدیریت فرایند مراقبت از بیمار، آشنایی با اهداف و برنامه های استراتژیک بیمارستان.

عنوان شغل : ماما

تعریف:

این شغل در برگرنده پست هایی است که متصدیان آن ها، تحت نظارت کلی، فعالیت هایی شامل آموزش بهداشت و ارائه خدمات بهداشتی و مامایی گسترده به جام باروری با درک نیاز های فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی خانواده می شود. مشاوره و راهنمایی خانواده در مورد بهداشت ازدواج و بهداشت نسل، مسائل دور از زایمان، انجام کلیه مراقبت های دوران بارداری، انجام زایمان و مراقبت های بعد از زایمان و مراقبت نوزاد در بیمارستان ها و منازل و یا مراکز زایمانی دیگر، بیماری های دوران بارداری و پی بردن به موارد غیر طبیعی در مادر و جنین و نوزاد و شیرخوار، کمک گرفتن از پزشک در موارد لزوم و انجام فوریت های مامایی دسترسی به پزشک در مواقع اورژانس، تشخیص بیماری های زنان و ارجاع به پزشک متخصص در صورت لزوم و پیشگیری از امراض زنان و تنظیم خانواده در حد ش و نیز سرپرستی، طرح ریزی و هماهنگی امور مرتبط با مامایی از مصادیق این شغل می باشد.

نمونه وظایف و مسئولیتها :

- ☒ تدوین برنامه های کاربردی به منظور بهبود کیفیت خدمات مامایی در بخش زایمان و سایر بخش های مرتبط.
- ☒ مطالعه و شناسایی جمعیت و برنامه ریزی برای مادران و کودکان تحت پوشش.
- ☒ سرشماری و استخراج گروه های سنی و دفتر نویسی (مادر و کودک و واکسن) و ثبت زیج حیاتی و تجزیه و تحلیل شاخص های امور مامایی.
- ☒ نظارت بر حسن اجرای ضوابط و مقررات تعیین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در رابطه با امور مامایی طبق دستورالعمل های مربوطه.
- ☒ مشارکت در فرایند آموزش بالینی دانشجویان مامایی (کاردانی و کارشناسی و کارشناسی ارشد) در بخشهای مامایی، زنان، اطاق زایمان، نوزادان، جراحی زنان و سا کتابچه راهنمای بالینی.
- ☒ بررسی آمار و علل مرگ و میر مادر و نوزاد در بخشهای بهداشتی.
- ☒ انجام کلیه مراقبت های دوره ای مادر باردار.
- ☒ پذیرش زائو در اتاق درد و زایمان.
- ☒ معاینه فیزیکی و مامایی و در صورت لزوم معاینات واژینال و تشخیص موارد غیرطبیعی و ارجاع به پزشک.
- ☒ درخواست امور پارکلینیکی سونوگرافی، رادیوگرافی، تست بدون استرس (NST) در ختم حاملگی در صورت عدم وجود پزشک متخصص.
- ☒ کنترل علائم حیاتی مادر و صدای قلب جنین و ثبت آن در فرم های مربوطه.
- ☒ انجام القای زایمانی (اینداکشن) و تقویت و تشدید دردهای زایمانی با نظر پزشک متخصص زنان و زایمان در صورت لزوم.
- ☒ انجام مراحل مختلف زایمان با نمایش سر (سه مرحله زایمانی)، دادن بی حسی موضعی و انجام اپی زیوتومی و ترمیم پارگی درجه یک و دو و ترمیم اپی زیوتومی
- ☒ سنجش آپگار و بررسی سلامت ظاهری نوزاد.
- ☒ کمک به مادر در تغذیه نوزاد با شیر مادر، مراقبت از بند ناف و...

- ☒ نظارت بر وضعیت درمانهای ساده علامتی در خانه های بهداشت و آموزش آن به بهورزان و مربیان و ...
- ☒ آموزش مادران و گروه های سنی مختلف در زمینه های بهداشت فردی و محیط و تغذیه و راههای پیشگیری از بیماریها.
- ☒ تهیه پرونده جهت مادر و صدور خلاصه پرونده به بیمارستان و زایشگاه.
- ☒ همکاری با پزشک در معاینه و تجویز دارو به بیماران در مراکز بهداشتی درمانی برای مادران و زنان باردار.
- ☒ نظارت بر نظافت بخش مامائی و بهداشتی و انجام دستورات بهداشتی و فنی مربوط به مادر و نوزاد و مراقبت در اجرای این دستورات در مراحل پیش و پس از زایمان.
- ☒ شرکت فعال در دوره های کارآموزی، مهارتی و آموزشی در جهت ارتقاء معلومات و توانمندیهای شغلی و بکارگیری نتایج آن در انجام وظایف محوله.
- ☒ مشارکت در تحقیقات کاربردی در عرصه نظام سلامت در شغل مربوطه.

شرایط احراز:

۱- تحصیلات و معلومات

مدرک تحصیلی کارشناسی و یا کارشناسی ارشد در رشته مامایی، مشاوره در مامایی.

مدرک تحصیلی کارشناسی ارشد در یکی از رشته های فیزیولوژی، آموزش بهداشت، اپیدمیولوژی، آموزش پزشکی مشروط به دارا بودن مدرک تحصیلی کارشناسی م

مدرک تحصیلی دکتری در یکی از رشته های بهداشت باروری، فیزیولوژی، بیولوژی تولیدمثل، ژنتیک پزشکی مشروط به دارا بودن مدرک تحصیلی کارشناسی یا مامایی.

۲- مهارت :

مهارت ارتباطی و رفتاری با بیمار، مهارت تحلیل مسائل مبتنی بر اطلاعات به روز مامایی، مهارت استفاده از دستگاههای تشخیص درمانی مورد استفاده در پزشکی گیری در شرایط بحرانی، مهارت پایش و کنترل عملکرد تجهیزات، آموزش بهداشت و ارائه خدمات بهداشتی و مامایی، مشاوره و راهنمایی خانواده، مهارت اعمال بارداری، مهارت انجام زایمان و اعمال مراقبتهای بعد از زایمان، مهارت تشخیص به موقع بیماریهای دوران بارداری.

۳- دوره های آموزشی:

آشنایی با قوانین و مقررات مامایی، اورژانس های مامایی و زایمان، احیای نوزاد و مراقبت از نوزادان نارس و پرخطر.

عنوان شغل : کارشناس اتاق عمل

تعریف:

این شغل در برگیرنده پست هایی است که متصدیان آن ها، تحت نظارت کلی، فعالیت هایی شامل ارائه کمک های لازم فنی در اتاق عمل به جراحان، آماده نمودن وسائل جراحی و استریل جهت استفاده و اداره اتاق های عمل یا سرپرستی، طرح ریزی و هماهنگی امور مرتبط با اتاق عمل را بر عهده دارند.

نمونه وظایف و مسئولیتها :

- ☒ کنترل پرونده بیمار قبل از جراحی برای اطمینان از کامل بودن مدارک پزشکی مورد نیاز (مانند اجازه عمل و آمادگیهای عمل، داروهای قبل از عمل، عدم داشتن وسایل مصنوعی و زیور آلات و ...)
- ☒ اطمینان از سالم بودن و کارایی دستگاهها و تجهیزات مورد نیاز جهت عمل جراحی قبل از شروع (شامل مکش (ساکشن)، دستگاه الکترو کوتر،

چراغ و ... و گزارش هر گونه نقص، خطا و خرابی به مسئولین ذیربط.

- ✓ کنترل اتاق عمل از نظر نور کافی، سیستم برق رسانی، درجه حرارت، رطوبت، پاکیزگی، ایمنی و
- ✓ اطلاع از وجود لوازم و امکانات مورد نیاز جراحی و آماده نمودن اطاق عمل با لوازم و وسایل جراحی.
- ✓ کنترل و اطمینان از استریل بودن لوازم و بسته های وسایل.
- ✓ کنترل بیمار از نظر آمادگی جسمی و روانی جهت عمل جراحی و ارائه آموزش های لازم.
- ✓ هدایت بیمار به تخت عمل، قراردادن بیمار بر روی تخت و تنظیم تخت جراحی و چراغها بر حسب نوع و ناحیه عمل.
- ✓ قرار دادن کلیه دستگاه ها و تجهیزات در اطراف تخت جراحی بر طبق قابلیت دسترسی و نیاز.
- ✓ حضور در تمام طول عمل و اشراف بر محیط و اتفاقات و وضعیت بیمار، کمک به جراحان و پرستار اسکراب در پوشیدن گان و دستکش و ...
- ✓ باز نمودن پوشش های اولیه بسته های استریل و نخها و سایر وسایل و در اختیار گذاردن آنها.
- ✓ شمارش و ثبت نخ، گاز، لانگ گاز، درن و ... قبل از اتمام به همراه تیم جراحی و جمع آوری آنها پس از استفاده.
- ✓ تکمیل کلیه گزارشات و موارد ثبتی از ابتدا تا اتمام عمل جراحی.
- ✓ کمک در جابجایی و انتقال بیمار به ریکاوری و ارائه گزارش شفاهی و کتبی در مورد وضعیت ناحیه جراحی.
- ✓ پوشاندن میزها با پوشش استریل و قراردادن وسایل و لوازم به شکل استریل بر روی آنها (شامل: وسایل جراحی، نخ، درن، گاز، ...).
- ✓ کمک در شستن نهایی پوست بیمار (پرپ) و پوشاندن بیمار با پوششهای استریل (درپ).
- ✓ گزارش کلیه اقدامات انجام شده و وسایل متصله به بیمار به مسئول ریکاوری.
- ✓ جمع آوری و شست و شوی وسایل مورد استفاده و انتقال آنها به مراکز استریلیزاسیون.
- ✓ مطالعه و تحقیق در مورد پیشرفتهای علمی و تکنولوژیک در زمینه اتاق عمل و کسب دانش روزانه.
- ✓ شرکت در انجام عملیات احیاء در اتاق عمل.
- ✓ نظارت و کنترل بر فعالیت کاردان های اتاق عمل
- ✓ حصول اطمینان از کارکرد صحیح و دقیق ابزار و تجهیزات اتاق عمل
- ✓ شرکت فعال در دوره های کارآموزی، مهارتی و آموزشی درجهت ارتقاء معلومات و توانمندیهای شغلی و بکارگیری نتایج آن در انجام وظایف محوله.
- ✓ مشارکت در تحقیقات کاربردی در عرصه نظام سلامت در شغل مربوطه.

شرایط احراز:

۱- تحصیلات و معلومات

مدرک تحصیلی کارشناسی اتاق عمل.

مدرک تحصیلی کارشناسی ارشد تکنولوژی گردش خون مشروط به دارا بودن مدرک تحصیلی کارشناسی اتاق عمل.

۲- مهارت :

مهارت های برقراری ارتباط با بیمار، مهارت ارزیابی بیمار، مهارت بررسی و کنترل تجهیزات اتاق عمل (قبل ازانجام عمل)، مهارت انجام احیای قلبی /ریوی، مهارت در اولویت بندی مسائل در شرایط اورژانس و پراسترس، مهارت در مدیریت بحران، مهارت کاستن سطح اضطراب بیمار قبل از جراحی، مهارت پیشگیری از عوارض ناشی از دریافت بیهوشی، مهارت آماده سازی محیط اتاق عمل با تکنیک های آسپتیک (استریل و غیرعفونی)، مهارت استفاده از اصول صحیح وضعیت دادن به بیمار، مهارت استفاده از تکنیک های مناسب در هموستاز.

۳- دوره های آموزشی:

کنترل عفونت ، استریلیزاسیون وسایل و تجهیزات اتاق عمل ،احیای قلبی و ریوی پیشرفته.

عنوان شغل : کاردان اتاق عمل

تعریف:

این شغل در برگرنده پست هایی است که متصدیان آن ها، تحت نظارت کلی، فعالیت هایی شامل ارائه کمک های لازم فنی در اتاق عمل به جراحان، آماده نمودن وسایل جراحی و استریل جهت استفاده در اتاق عمل را بر عهده دارند.

نمونه وظایف و مسئولیتها :

- ☒ کنترل پرونده بیمار قبل از جراحی برای اطمینان از کامل بودن مدارک پزشکی مورد نیاز (مانند اجازه عمل و آمادگیهای عمل، داروهای قبل از عمل، عدم داشتن وسایل مصنوعی و زیور آلات و ...)
- ☒ اطمینان از سالم بودن و کارایی دستگاهها و تجهیزات مورد نیاز جهت عمل جراحی قبل از شروع (شامل مکش (ساکشن)، دستگاه الکترو کوتر، چراغ و ...) و گزارش هر گونه نقص ، خطا و خرابی به مسئولین ذیربط.
- ☒ کنترل اتاق عمل از نظر نور کافی، سیستم برق رسانی، درجه حرارت، رطوبت، پاکیزگی، ایمنی و
- ☒ اطلاع از وجود لوازم و امکانات مورد نیاز جراحی و آماده نمودن اتاق عمل با لوازم و وسایل جراحی.
- ☒ کنترل و اطمینان از استریل بودن لوازم و بسته های وسایل.
- ☒ کنترل بیمار از نظر آمادگی جسمی و روانی جهت عمل جراحی و ارائه آموزش های لازم.
- ☒ هدایت بیمار به تخت عمل، قراردادن بیمار بر روی تخت و تنظیم تخت جراحی و چراغها بر حسب نوع و ناحیه عمل.
- ☒ قرار دادن کلیه دستگاه ها و تجهیزات در اطراف تخت جراحی بر طبق قابلیت دسترسی و نیاز.
- ☒ حضور در تمام طول عمل و اشراف بر محیط و اتفاقات و وضعیت بیمار، کمک به جراحان و پرستار اسکراب در پوشیدن گان و دستکش و ...
- ☒ باز نمودن پوشش های اولیه بسته های استریل و نخها و سایر وسایل و در اختیار گذاردن آنها.
- ☒ شمارش و ثبت نخ، گاز، لانگ گاز، درن و ... قبل از اتمام به همراه تیم جراحی و جمع آوری آنها پس از استفاده.
- ☒ تکمیل کلیه گزارشات و موارد ثبتی از ابتدا تا اتمام عمل جراحی.
- ☒ کمک در جابجایی و انتقال بیمار به ریکاوری و ارائه گزارش شفاهی و کتبی در مورد وضعیت ناحیه جراحی.

- ☒ پوشاندن میزها با پوشش استریل و قراردادن وسایل و لوازم به شکل استریل بر روی آنها (شامل: وسایل جراحی، نخ، درن‌ها، گاز، ...).
- ☒ کمک در شستن نهایی پوست بیمار (پرپ) و پوشاندن بیمار با پوشش‌های استریل (درپ) .
- ☒ گزارش کلیه اقدامات انجام شده و وسایل متصله به بیمار به مسئول ریکاوری.
- ☒ جمع آوری و شست و شوی وسایل مورد استفاده و انتقال آنها به مراکز استریلیزاسیون .
- ☒ شرکت در انجام عملیات احیاء در اتاق عمل.
- ☒ مراقبت از اجساد طبق موازین شرع و استاندارد ها.
- ☒ شرکت فعال در دوره های کارآموزی، مهارتی و آموزشی در جهت ارتقاء معلومات و توانمندیهای شغلی و بکارگیری نتایج آن در انجام وظایف محوله.
- ☒ مشارکت در تحقیقات کاربردی در عرصه نظام سلامت در شغل مربوطه.

شرایط احراز:

۱- تحصیلات و معلومات

مدرک تحصیلی کاردانی اتاق عمل.

۲- مهارت :

مهارت های برقراری ارتباط با بیمار، مهارت ارزیابی بیمار، مهارت بررسی و کنترل تجهیزات اتاق عمل (قبل از انجام عمل)، مهارت انجام احیای قلبی /ریوی، مهارت در اولویت بندی مسائل درشرایط اورژانس وپراسترس، مهارت آماده سازی محیط اتاق عمل با تکنیک های آسپتیک (استریل و غیر عفونی)، مهارت استفاده از اصول صحیح وضعیت دادن به بیمار، مهارت استفاده از تکنیک های مناسب در هموستاز.

۳- دوره های آموزشی:

کنترل عفونت، استریلیزاسیون وسایل و تجهیزات اتاق عمل ،احیای قلبی و ریوی پیشرفته.

عنوان شغل : کارشناس هوشبری

تعریف:

این شغل در برگرنده پست هایی است که متصدیان آن ها، تحت نظارت کلی، با شناخت کامل دستگاه و فرایند های تخصصی بیهوشی به دادن بیهوشی به بیماران تا ریسک سه ، زیر نظر متخصص بیهوشی می پردازند و فعالیت آنان شامل بررسی وضعیت بیمار جهت تصمیم گیری در مورد نوع بیهوشی، میزان گاز های خونی، میزان مایعات و خون مورد نیاز بیمار، لوله گذاری و احیای قلبی و ریوی در بخش های مراقبت ویژه ، اورژانس و سایر بخش های مورد نیاز یا سرپرستی، طرح ریزی و هماهنگی امور مرتبط با هوشبری می باشد.

نمونه وظایف و مسئولیتها :

- ☒ بررسی، اصلاح و ارتقاء فرایندهای انجام کار مربوط به بیهوشی.

- ✓ همکاری در تعیین وضعیت بیمار در حین عمل و کنترل علائم حیاتی و سطح هوشیاری.
- ✓ ارزیابی وضعیت بالینی و آزمایشات بیمار قبل از عمل .
- ✓ همکاریهای لازم با گروه آموزشی بیهوشی در زمینه های آموزشی و تحقیقاتی.
- ✓ انجام مشاوره و تصمیم گیری (با هماهنگی متخصص) و با لحاظ رضایت بیمار در مورد نوع بیهوشی (عمومی یا ناحیه ای) با توجه به وضعیت بالینی بیمار و نتایج آزمایشات پاراکلینیکی.
- ✓ تزریق داروهای قبل از بیهوشی براساس تجویز پزشک متخصص از نظر نوع و مقدار دارو و روش استفاده از آن.
- ✓ دادن بیهوشی به بیماران تا ریسک ۳ و شرکت در مراحل مختلف آن از جمله القای بیهوشی و نگهداری و اتمام آن زیر نظر متخصص بیهوشی.
- ✓ تحت نظر داشتن بیمار در طول عمل و انتقال بیمار به ریکاوری تا هوشیاری کامل و ترخیص.
- ✓ بررسی بیمار از نظر نیاز به دستگاه تنفس مصنوعی با بررسی گازهای خون شریانی.
- ✓ رگ گیری شریانی، کارگذاری لوله تراشه و احیای قلبی ریوی در بخشهای ویژه - اورژانس و ...
- ✓ اجرای روندهای عملی بالینی (پروسه‌یجر) متداول بیدردی (مانند بیدردی بعد از عمل - حین زایمان و ...).
- ✓ شرکت فعال در دوره های کارآموزی، مهارتی و آموزشی در جهت ارتقاء معلومات و توانمندیهای شغلی و بکارگیری نتایج آن در انجام وظایف محوله.
- ✓ مشارکت در تحقیقات کاربردی در عرصه نظام سلامت در شغل مربوطه.

شرایط احراز:

۱- تحصیلات و معلومات

مدرک تحصیلی کارشناسی یا کارشناسی ارشد در رشته بیهوشی .

مدرک تحصیلی کارشناسی ارشد تکنولوژی گردش خون مشروط به دارا بودن مدرک تحصیلی کارشناسی هوشبری.

۲- مهارت :

مهارت ارزیابی بیمار، مهارت برنامه ریزی، مهارت تصمیم گیری در شرایط بحرانی، مراقبت از بیماران در مراحل مختلف بیهوشی، مهارت در احیای قلبی /ریوی (CPR)، مهارت آموزش به بیمار و خانواده وی ، مهارت پایش مداوم علائم حیاتی بیمار.مهارت مانیتورینگ تجهیزات کنترلی، مهارت ارزیابی هوشیاری و پایش علایم حیاتی بیمار، مهارت برنامه ریزی، مهارت استفاده از ریاضی(جهت تعیین دوز دارویی) مهارت به کار گیری تجهیزات و وسایل و داروهای بیهوشی در جراحی‌های تخصصی و فوق تخصصی، مهارت مراقبت از بیماران در مراحل مختلف بیهوشی .

۳- دوره های آموزشی:

آشنایی با قوانین و مقررات اتاق عمل، ایمنی بیمار، کنترل عفونت، احیای قلبی و ریوی پیشرفته.

عنوان شغل : کاردان هوشبری

تعریف:

این شغل در برگرنده پست هایی است که متصدیان آن ها، تحت نظارت کلی، با شناخت کامل دستگاه های بیهوشی و مونیتور های مختلف مورد استفاده در اتاق عمل و واحد مراقبت های ویژه و دستگاه های تنفس مصنوعی، تنظیم و به کار گیری دستگاه های اندازه گیری گازهای خون و سایر وسایل آزمایشگاهی مربوط به رشته بیهوشی، به بیهوش ساختن بیمار تحت نظر متخصص بیهوشی و ارائه مراقبت های قلبی-تنفسی از بیمار بیهوش می پردازند.

نمونه وظایف و مسئولیتها :

- ☒ همکاری در انجام اقدامات اولیه احیاء تا رسیدن تیم احیاء.
- ☒ حصول اطمینان از سالم بودن و کارایی دستگاهها و تجهیزات بیهوشی مورد نیاز قبل از شروع هر شیفت کاری (شامل دستگاههای بیهوشی، ساکشن، مانیتور، پالس اکسی متر و ...) و گزارش هر گونه نقض یا خرابی به مسئولین ذیربط.
- ☒ اطلاع از وجود داروهای مورد نیاز و امکانات بیهوشی موجود و گزارش موارد ناکافی و یا کمبودها.
- ☒ آشنایی با روشهای استریلیزاسیون و ضد عفونی، کاربرد و رعایت آن در تمام مراحل عمل.
- ☒ آماده نمودن کلیه دستگاهها و لوازم مورد نیاز بیهوشی بر طبق لیست عمل جراحی.
- ☒ کنترل پرونده بیمار قبل از جراحی برای اطمینان از کامل بودن مدارک پزشکی مورد نیاز (مانند اجازه عمل، آزمایشات ضروری، نوار قلب، مشاوره پزشکی، آماده بودن خون و ...).
- ☒ انجام اقدامات و تدابیر بعد از بیهوشی بیمار.
- ☒ انتقال بیمار به ریکاوری و گزارش مکتوب آخرین وضعیت بیمار.
- ☒ شستشو و ضدعفونی و آماده نمودن کلیه وسایل مربوط به بیهوشی جهت استفاده مجدد.
- ☒ کمک به متخصص بیهوشی در تمام مراحل قبل، حین و بعد از عمل.
- ☒ دقت و توجه در بروز علائم خطر و آمادگی جهت اقدام ضروری و آگاه نمودن متخصص بیهوشی در صورت مشاهده اشکال در بیمار و دستگاهها.
- ☒ آماده نمودن بیمار بر روی تخت اتاق عمل و مراقبت در حین عمل جراحی و پس از آن تا بهوش آمدن بیمار و تحویل به بخش.
- ☒ شرکت فعال در دوره های کارآموزی، مهارتی و آموزشی در جهت ارتقاء معلومات و توانمندیهای شغلی و بکارگیری نتایج آن در انجام وظایف محوله.
- ☒ مشارکت در تحقیقات کاربردی در عرصه نظام سلامت در شغل مربوطه.

شرایط احراز:**۱- تحصیلات و معلومات**

مدرک تحصیلی کاردانی در رشته هوشبری.

۲- مهارت :

مهارت ارزیابی بیمار، مهارت برنامه ریزی، مهارت تصمیم گیری در شرایط بحرانی، مراقبت از بیماران در مراحل مختلف بیهوشی، مهارت در احیای قلبی /ریوی (CPR)، مهارت آموزش به بیمار و خانواده وی، مهارت پایش مداوم علائم حیاتی بیمار. مهارت مانیتورینگ تجهیزات کنترلی، مهارت ارزیابی هوشیاری و پایش علائم حیاتی بیمار، مهارت برنامه ریزی، مهارت استفاده از ریاضی (جهت تعیین دوز دارویی) مهارت به کار گیری تجهیزات و وسایل و داروهای بیهوشی در جراحی‌های تخصصی و فوق تخصصی، مهارت مراقبت از بیماران در مراحل مختلف بیهوشی.

۳- دوره های آموزشی:

آشنایی با قوانین و مقررات اتاق عمل، ایمنی بیمار، کنترل عفونت، احیای قلبی و ریوی پایه.

حقوق و مزایا

- ماده ۶۴ - نظام پرداخت کارمندان دستگاههای اجرائی براساس ارزشیابی عوامل شغل و شاغل و سایر ویژگیهای مذکور در موادآتی خواهد بود. امتیاز حاصل از نتایج ارزشیابی عوامل مذکور در این فصل ضرب در ضریب ریالی، مبنای تعیین حقوق و مزایای کارمندان قرار می‌گیرد.
- تبصره - ضریب ریالی مذکور در این ماده باتوجه به شاخص هزینه زندگی در لایحه بودجه سالانه پیش بینی و به تصویب مجلس شورای اسلامی می‌رسد.
- ماده ۶۵ - کلیه مشاغل مشمول این قانون براساس عواملی نظیر اهمیت و پیچیدگی وظایف و مسؤولیتهای، سطح تخصص و مهارتهای مورد نیاز به یکی از طبقات جدول یا جداول حق شغل اختصاص می‌یابند.
- تبصره ۱ - هرکدام از مشاغل متناسب با ویژگیها، حداکثر در پنج رتبه، مقدماتی، پایه، ارشد، خبره و عالی طبقه بندی می‌گردند و هرکدام از رتبه ها به یکی از طبقات جدول یا جداول موضوع این ماده اختصاص می‌یابد. رتبه‌های خبره و عالی به مشاغل کارشناسی و بالاتر اختصاص می‌یابد.
- شاغلین مربوط در بدو استخدام در رتبه مقدماتی قرار می‌گیرند و براساس عواملی نظیر ابتکار و خلاقیت، میزان افزایش مهارتها، انجام خدمات برجسته، طی دوره های آموزشی و میزان جلب رضایت ارباب رجوع براساس ضوابطی که متناسب با ویژگیهای مشاغل به تصویب شورای توسعه مدیریت می‌رسد ارزیابی و حسب امتیازات مکتسبه وطنی حداقل مدت تجربه مربوط به سطوح پایه، ارشد، خبره و عالی ارتقاء می‌یابند.
- ماده ۶۶ - کلیه شاغلین مشمول این قانون براساس عواملی نظیر تحصیلات، دوره‌های آموزشی و مهارت (علاوه بر حداقل شرایط مذکور در اولین طبقه شغل مربوط)، سنوات خدمت و تجربه از امتیاز حق شغل که حداقل (۱۰۰۰) و حداکثر (۴۵۰۰) امتیاز می‌باشد، بهره‌مند می‌گردند.
- حداکثر امتیاز این ماده برای هر شاغل از هفتاد و پنج درصد (۷۵٪) امتیاز شغل وی تجاوز نخواهد کرد.
- ماده ۶۸ - علاوه بر پرداختهای موضوع ماده (۶۵) و تبصره‌های آن و ماده (۶۶) که حقوق ثابت تلقی می‌گردد فوق‌العاده‌هایی به شرح زیر به کارمندان قابل پرداخت می‌باشد:
- ۱ - فوق‌العاده مناطق کمتر توسعه یافته و بدی آب و هوا برای مشاغل تخصصی که شاغلین آنها دارای مدارک تحصیلی کارشناسی ارشد و بالاتر می‌باشند تا به میزان ۶٪ امتیاز حقوق ثابت و برای سایر مشاغل تا ۵٪ حقوق ثابت هرکدام از کارمندان واجد شرایط پرداخت خواهد شد. فهرست این مناطق در هر دوره برنامه پنجساله با پیشنهاد سازمان به تصویب هیأت وزیران می‌رسد.
 - ۲ - فوق‌العاده ایثارگری متناسب با درصد جانبازی و مدت خدمت داوطلبانه درجه‌به و مدت اسارت تا (۱۵۰۰) امتیاز و به دارندگان نشان‌های دولتی تا (۷۵۰) امتیاز تعلق می‌گیرد.
- کارمندان و بازنشستگان که در زمان جنگ در مناطق جنگزده مشغول خدمت اداری بوده اند به ازاء هر سال خدمت در زمان جنگ (۱۲۵) امتیاز در نظر گرفته می‌شود.
- ۳ - فوق‌العاده سختی کار و کار در محیطهای غیر متعارف نظیر کار با اشعه و مواد شیمیایی، کار با بیماران روانی، عفونی و در اورژانس و در بخشهای سوختگی و مراقبتهای ویژه بیمارستانی تا (۱۰۰۰) امتیاز و در مورد کار با مواد سمی، آتش زا و منفجره و کار در اعماق دریا، امتیاز یاد شده با تصویب هیأت وزیران تا سه برابر قابل افزایش خواهد بود.
 - ۴ - کمک هزینه عائله‌مندی و اولاد به کارمندان مرد شاغل و بازنشسته و وظیفه‌بگیر مشمول این قانون که دارای همسر می‌باشند معادل (۸۱۰) امتیاز و برای هر فرزند معادل (۲۱۰) امتیاز و حداکثر سه فرزند. حداکثر سن برای اولادی که از مزایای این بند استفاده می‌کنند به شرط ادامه تحصیل و نیز غیر شاغل بودن فرزند، (۲۵) سال تمام و نداشتن شوهر برای اولاد اناث خواهد بود. کارمندان زن شاغل و بازنشسته و وظیفه‌بگیر مشمول این قانون که دارای همسر نبوده و

یا همسر آنان معلول و یا از کار افتاده کلی می‌باشد و یا خود به تنهایی متکفل مخارج فرزندان هستند از مزایای کمک هزینه عائله‌مندی موضوع این بند بهره‌مند می‌شوند. فرزندان معلول و از کار افتاده کلی به تشخیص مراجع پزشکی ذی‌ربط مشمول محدودیت سقف سنی مزبور نمی‌باشند.

۵ - فوق‌العاده شغل برای مشاغل تخصصی، متناسب با سطح تخصص و مهارتها، پیچیدگی وظایف و مسؤولیتها و شرایط بازار کار با پیشنهاد سازمان و تصویب هیأت وزیران برای مشاغل تا سطح کاردانی حداکثر (۷۰۰) امتیاز و برای مشاغل همسطح کارشناسی حداکثر (۱۵۰۰) امتیاز و برای مشاغل بالاتر حداکثر (۲۰۰۰) امتیاز تعیین می‌گردد. این فوق‌العاده با رعایت تبصره این ماده قابل پرداخت می‌باشد.

۶ - فوق‌العاده کارایی و عملکرد در چهارچوب ضوابط این بند و تبصره این ماده قابل پرداخت می‌باشد:
الف - به حداکثر هفتاد درصد (۷۰٪) از کارمندان هر دستگاه براساس رتبه بندی نمرات ارزشیابی کارمندان، طبق عملکرد کارمندان و باتوجه به امتیازی که از عواملی نظیر رضایت ارباب رجوع، رشد و ارتقاء، اثر بخشی و کیفیت و سرعت در اتمام کار کسب می‌نمایند. براساس دستورالعملی که سازمان ابلاغ می‌نماید تا (۲۰٪) امتیازات مربوط به حقوق ثابت وی در مقاطع سه ماهه قابل پرداخت می‌باشد.

پاداش و اضافه کار

در صورتی که بنا به درخواست دستگاه، کارمندان موظف به انجام خدماتی خارج از وقت اداری گردند براساس آئین نامه‌ای که با پیشنهاد سازمان به تصویب هیأت وزیران می‌رسد، می‌توان مبالغی تحت عنوان اضافه کار، حق التحقیق، حق التدریس، حق الترجمة و حق التألیف به آنها پرداخت نمود.
حداکثر اضافه کار ساعتی کارکنان ۱۷۵ ساعت می‌باشد مشروط بر اینکه مجموع مبالغ قابل پرداخت تحت عنوان اضافه کار و حق التدریس به هر یک از کارمندان نباید از حداکثر (۵۰٪) حقوق ثابت و فوق‌العاده های وی تجاوز نماید.
در هر دستگاه اجرائی حداکثر تا (۲۰٪) کارمندان آن دستگاه که به اقتضاء شغلی، اضافه کار بیشتری دارند از محدودیت سقف (۵۰٪) مستثنی می‌باشند.

ماده ۷۵ - امتیاز میزان عیدی پایان سال کارمندان و بازنشستگان و موظفین معادل (۵۰۰۰) می‌باشد.
ماده ۲۰ - دستگاههای اجرائی مکلفند به منظور ایجاد انگیزه و افزایش کارآیی و بهره‌مندی از فکر و اندیشه و خلاقیت کارمندان ذی‌ربط خود ساز و کار مناسب برای جلب مشارکت کارمندان و دریافت پیشنهادها و اثرگذاری آن در تصمیم‌گیری‌ها را فراهم آورند. نظام پیشنهادها و نحوه پرداخت پاداش براساس آئین‌نامه‌ای خواهد بود که با پیشنهاد سازمان به تصویب هیأت وزیران می‌رسد.

ضوابط و مقررات مرخصی‌ها

۱- مرخصی استحقاقی روزانه (البته این نوع مرخصی به دو نوع است)

الف) مرخصی کمتر از یک روز (پاس ساعتی)

این نوع نیز به سه نوع تقسیم می‌شود: پاس شخصی، پاس اداری، پاس شیر.

پاس شیر: مادران: شیرده بعد از شروع بع کار مجدد در صورت ادامه شیر دهی می‌توانند حداکثر تا ۲۴ ماهگی کودک روزانه یک ساعت از مرخصی بدون کسر از مرخصی استحقاقی استفاده کند.

مادران یاد شده می‌توانند بر حسب نیاز کودک، مرخصی یاد شده را حداکثر در سه نوبت استفاده کنند. مدت مرخصی ساعتی برای مادران دارای فرزند دو قلو و بالاتر به میزان دو ساعت می‌باشد.

مرخصی کمتر از یک روز: جزو مرخصی استحقاقی منظور می‌شود و حداکثر مدت مرخصی موضوع این ماده از دوازده روز در یکسال تقویمی تجاوز نخواهد کرد
* حداقل مدت برای استفاده از مرخصی کمتر از یک روز، یک ساعت است.

* مستخدمین می‌توانند با تکمیل فرم مربوطه و پس از موافقت مسئول مستقیم از مرخصی استفاده نمایند.

* برای استفاده از مرخصی کمتر از یک روز حکم صادر نمی‌شود و در پایان سال جمع ساعات مرخصی استفاده شده مستخدم طی فرم (وضعیت مرخصی استفاده شده مستخدم) به وی ابلاغ می‌شود.

ب) مرخصی یک روز و بیشتر :

* کارمندان (به جز مشمولین قانونکار و تبصره چهار) دستگاههای اجرایی سال سی روز حق استفاده از مرخصی با استفاده از حقوق و مزایای مربوط را دارند حداکثر نیمی از مرخصی کارمندان در هر سال قابل ذخیره شدن است .

* روزهای تعطیل که طی مدت مرخصی واقع است جزو مدت مرخصی محسوب نمی شود .

* استفاده از مرخصی استحقاقی موکول به تقاضای کتبی مستخدم و موافقت کتبی رئیس واحد مربوط و در غیاب او معاون وی است هر کارمند موظف است در طول سال مرخصی استحقاقی سالیانه خود را درخواست نماید و رئیس یا معاون واحد مربوط نیز موظفند ترتیبی اتخاذ نمایند تا امکان استفاده کارمندان از مرخصی سالیانه (به میزان استحقاق) فراهم گردد و با درخواست ایشان در این زمینه با در نظر گرفتن زمان مناسب موافقت نمایند .

* حداکثر مدتی که مستخدم در یک سال تقویمی می تواند از مرخصی استحقاقی همان سال و مرخصی استحقاقی ذخیره شده استفاده نماید جمعاً از چهار ماه تجاوز نخواهد کرد چنین مستخدمی هر گاه بخواهد از باقیمانده مرخصی ذخیره شده خود نیز استفاده نماید باید حداقل یک سال خدمت کرده باشد .

* مستخدم موظف است از طریق مقتضی قبل از درخواست مرخصی از استحقاق خود برای استفاده از مرخصی مورد نظر حاصل کند و در صورت عدم کنترل توسط مستخدم و نیز عدم استحقاق مدت مرخصی استفاده شده غیبت تلقی می گردد .

۲- مرخصی استعلاجی و مرخصی زایمان :

* کارمندان دستگاههای اجرایی طبق گواهی و تایید پزشک معتمد حداکثر از چهار ماه مرخصی استعلاجی در سال استفاده خواهند نمود .بیمار صعب العلاج به تشخیص وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی از محدودیت زمانی مذکور مستثنی می باشد .

* مشمولین مقررات قانون تامین اجتماعی(به استثناء رسمی ها صندوق تامین اجتماعی) از نظر استفاده از مرخصی استعلاجی تابع همان مقررات می باشند .

* هرگاه مستخدم شاغل بیمار شود و آن بیماری مانع از خدمت او باشد باید مراتب را در کوتاه ترین مدت ممکن به مسوول مستقیم و کارگزینی مرکز اطلاع دهد

* کارگزینی مکلف است بیشتر از سه روز مرخصی استعلاجی گواهی پزشک معالج را برای اظهار نظر توسط مستخدم رسمی ، آزمایشی و طرحی نزد پزشک معتمد (کمیسیون پزشکی) ارسال دارد و در صورتی که مفاد گواهی مورد تایید قرار گیرد حکم مرخصی استعلاجی را صادر نماید .

* تشخیص ابتلای مستخدم به بیماری صعل العلاج و تعیین مدت معذوریت وی به عهده کمیسیون پزشکی است . حداکثر مدت این معذوریت در هر نوبت چهار ماه است و قابل تمدید خواهد بود .

موارد مرتبط با مرخصی استحقاقی کارمندان مشمول قانون کار

۱- مرخصی استحقاقی سالانه با استفاده از مزد و احتساب چهار روز جمعه و جمعاً یک ماه (۲۶ روز کاری) سایر روزهای تعطیل جزء ایام مرخصی محسوب خواهد شد برای کار کمتر از یک سال مرخصی مزبور به نسبت مدت کار انجام یافته محاسبه می شود .

۲- کارگر نمی تواند بیش از ۹ روز از مرخصی سالانه خود را ذخیره کند .

۳- علاوه بر تعطیلات رسمی کشور ، روز کارگر (۱۱ اردیبهشت) نیز جزء تعطیلات رسمی کارگران به حساب می آید

۳-مرخصی بدون حقوق (مطابق با دستورالعمل مرخصی ها سال ۹۲)

اعطای مرخصی به کارمندان رسمی، رسمی آزمایشی و پیمانی فقط در موارد زیر ممکن خواهد بود.

۱-مستخدم استحقاق مرخصی نداشته باشد و احتیاجش به استفاده از مرخصی مسلم شود.

۲-مرخصی قصد ادامه تحصیل داشته باشد و مدارک لازم را ارایه نماید.

۳-مستخدم ناگزیر باشد به اتفاق همسرش به خارج از محل خدمت خود مسافرت کند.

۴-مستخدم پس از استفاده از چهار ماه مرخصی استعلاجی سالانه به سبب ادامه همان بیماری یا ابتلای به بیماری دیگر قادر به خدمت نباشد و بیماری او صعب العلاج تشخیص داده نشود.

۵-ایام مدت مرخصی بدون حقوق نیروهای قراردادی و مشمولین قانونکار یک ماه در سال ($\frac{1}{3}$ مدت قرارداد) خواهد بود.

۶-ایام مدت مرخصی بدون حقوق نیروهای طرح و لایحه دو ماه در طول مدت خدمت طرح خواهد بود.

*-کارمندان باید تقاضای مرخصی بدون حقوق خود را با ذکر علت و مدت به مسئول واحد و سپس در سامانه مربوطه بارگزاری نمایند و قبل از موافقت مدیریت توسعه دانشگاه و صدور حکم مجاز به ترک خدمت نمی باشند. حکم مرخصی بدون حقوق با رعایت ماده ۷۸ آیین نامه اداری و استخدامی اعضای غیر هیات علمی پس از تایید مسئول واحد توسط کارگزینی صادر می گردد.

قوانین حضور و غیاب کارکنان و اصلاحیه ماده ۵ آن

ماده ۱- کلیه کارکنان دستگاههای اجرایی مکلفند ساعات تعیین شده برای ورود به محل خدمت و خروج از آن را رعایت نموده، ساعات ورود و خروج خود را در کارت یا دفتر حضور و غیاب ثبت نمایند.

ماده ۲- ورود به محل خدمت بعد از ساعات مقرر و بدون کسب مجوز قبلی تأخیر ورود محسوب گردیده و با مستخدمی که تأخیر ورود داشته باشد به شرح زیر رفتار می شود

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

ب - تأخیر ورود بیش از ۲ ساعت در ماه مستلزم کسر حقوق و فوق العاده شغل خواهد شد.

ماده ۳ - خروج از محل خدمت زودتر از ساعات مقرر نیز تعجیل خروج محسوب گردیده و حسب مورد مشمول حکم قسمت های "الف" و "ب" ماده ۲ خواهد بود.

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

الف - وقوع حوادث و سوانح غیر مترقبه برای مستخدم، همسر و فرزندان تحت تکفل و نیز سایر افراد خانواده در صورتی که تحت تکفل وی باشند.

ب - احضار مستخدم توسط مراجع قضایی و انتظامی با ارایه گواهی مرجع احضارکننده.

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

ماده ۵ - به مستخدمینی که در هر ماه بیش از ۴ بار تأخیر ورود یا تعجیل خروج غیر موجه داشته و جمع مدت تأخیر مزبور به بیش از ۴ ساعت در ماه برسد برای بار اول و دوم کتباً اخطار خواهد شد و برای ماه سوم فوق العاده شغل مستخدمی خاطی به میزان ۳۰٪ و برای ماده چهارم به میزان ۵۰٪ و برای ماه پنجم به میزان ۱۰۰٪ و به مدت یک ماه کسر خواهد شد و در صورت تکرار پرونده مستخدم جهت رسیدگی به (هیات رسیدگی به تخلفات اداری بیش از ۸ ساعت در هر ماه در حال مشمول حکم این ماده خواهد بود کارگزینی دستگاه اجرایی مسئول پیگیری اجرای این آیین نامه می باشد.

ضوابط اجرایی ارتقاء طبقه، رتبه شغلی و طبقه تشویقی

در اجرای تبصره ماده ۴۶ آیین نامه تشکیلات و طبقه بندی مشاغل دانشگاهها و دانشکده های علوم پزشکی کشور، ضوابط ارتقاء طبقه و رتبه شغلی کارمندان در ۱۶ ماده و ۱۵ تبصره جهت اجراء ابلاغ می گردد.

الف) نحوه ارتقاء کارمندان در طبقات شغلی:

ماده ۱ - کارمندان شاغل در دانشگاه برابر جدول ذیل و بر اساس شرایط احراز تحصیلی و تجربی به یک طبقه شغلی استحقاقی در جدول حق شغل ارتقاء می یابند.

تبصره - کارمندانی که در اجرای تبصره ۴ ماده ۳ قانون نظام هماهنگ پرداخت کارکنان دولت و همچنین کارمندان عضو گردانهای عاشورا و الزهراء و فرزندان شاهد و همچنین سایر کارمندانی که به موجب مصوبه شورای امور اداری و استخدامی کشور (سابق) از گروههای مربوطه برخوردار شده اند، به تناسب از حداکثر طبقات تعیین شده در جدول شماره ۱ این دستورالعمل مستثنی می باشند.

جدول شماره (۱): ارتقاء طبقه شغلی بر اساس تحصیلات، سنوات تجربی (کلیه رسته ها)

طبقه شغلی تحصیلات	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶
پایان دوره ابتدایی	۰	۶	۱۲	۱۸	۲۴											
پایان دوره راهنمایی (سیکل)	۰	۵	۱۰	۱۵	۲۰	۲۵										
دیپلم		۰	۵	۱۰	۱۵	۲۰	۲۵									
کاردانی			۰	۵	۱۰	۱۵	۲۰	۲۵								
کارشناسی				۰	۴	۸	۱۲	۱۶	۲۰	۲۴						
کارشناسی ارشد					۰	۴	۸	۱۲	۱۶	۲۰	۲۴					
دکترای حرفه ای						۰	۴	۸	۱۲	۱۶	۲۰	۲۴				
دکترای تخصصی (Ph.D)							۰	۴	۸	۱۲	۱۶	۲۰	۲۴			

ماده ۲ - کارمندانی که در بدو استخدام دارای شرایط تحصیلی و تجربی این ضوابط باشند، در طبقه و رتبه شغلی استحقاقی قرار خواهند گرفت.

ماده ۳ - سوابق تجربی کارمندان در ارتقاء طبقه و رتبه شغلی با رعایت مفاد مواد ۵۴، ۵۵ و ۵۶ آیین نامه تشکیلات و طبقه بندی مشاغل دانشگاهها و دانشکده های علوم پزشکی کشور محاسبه می گردد.

ماده ۴ - ارتقاء طبقه شغلی کارمندانی که تاریخ استحقاق آنان بعد از ۱۳۸۸/۰۱/۰۱ می باشد مشمول اجرای طرح ارزیابی مشاغل تخصصی و تحقیقی و مشاغل مدیران و مشاغل ویژه رشته های پزشکی نخواهند بود.

تبصره - کارمندانی که قبل از تاریخ ۱۳۸۸/۰۱/۰۱ به دلیل عدم کسب امتیاز لازم در طرح های ارزیابی فوق الذکر موفق به ارتقاء گروه نشده اند، ارتقاء طبقه شغلی آنان، مشمول این آیین نامه و از تاریخ ۱۳۸۸/۱/۲ خواهد بود.

ماده ۵ - تمامی موارد مربوط به تصویب ارتقاء گروه و «اصلاحیه تغییر عنوان» و نظایر آن که تاریخ اجرای آنها مربوط به قبل از تاریخ ۱۳۸۸/۰۱/۰۱ می باشد، لازم است در کمیته طرح طبقه بندی مشاغل دانشگاه مطرح و مصوب گردد.

تبصره - تمامی مواردی که احتساب تجربه آنان به دلیل تغییر رشته شغلی و نظایر آن منجر به تنزل طبقه شغلی گردد، باید در کمیته طرح طبقه بندی مشاغل دانشگاه مطرح و مصوب گردد.

ماده ۶ - شاغلین مشاغل کاردانی و بالاتر و یا همتران آنها که در مناطق کمتر توسعه یافته موضوع فهرست تصویب نامه شماره ۷۶۲۹۴/ت/۳۶۰۹۵ ه مورخ ۸۸/۰۴/۱۰ در استان های خراسان شمالی، خراسان جنوبی، کهگیلویه و بویراحمد، چهارمحال و بختیاری، کردستان، سیستان و بلوچستان، بوشهر، هرمزگان، خوزستان و ایلام خدمت می نمایند، به ازای هر یک سال سوابق تجربی (از تاریخ ۸۸/۰۱/۰۱ به بعد)، از یک سال تعجیل (کسر سال به نسبت)، در ارتقاء طبقه شغلی برخوردار می شوند.

ماده ۷ - ملاک محاسبه ارتقاء طبقه شغلی افرادی که قبل از اجرای قانون مدیریت خدمات کشوری (۱۳۸۸/۰۱/۰۱) برابر مقررات حاکم از سوابق تجربی بخش غیر دولتی و همچنین امتیاز تعجیل در گروه استفاده نموده اند، برای انطباق تجربه آنان با جدول ارتقاء طبقه شغلی (جدول شماره ۱)، تاریخ دریافت آخرین گروه استحقاقی خواهد بود.

ماده ۸ - کارمندانی که بعد از تاریخ ۱۳۸۸/۰۱/۰۱ به خدمت رسمی آزمایشی و پیمانی پذیرفته می شوند، چنانچه دارای سوابق خدمت دولتی یا غیر دولتی باشند، براساس سوابق مذکور و رعایت مفاد این ضوابط در طبقات شغلی جدول ارتقاء طبقه شغلی (جدول شماره ۱) قرار خواهند گرفت.

ماده ۹ - در اجرای ماده ۶۲ آئین نامه تشکیلات و طبقه بندی مشاغل دانشگاهها و دانشکده های علوم پزشکی کشور، مدیران و کارمندانی که مجموع امتیاز ارزیابی عملکرد آنها در پنج سال متوالی منتهی به سال ۹۰ و بالاتر، حداقل ۸۵ درصد باشد از یک طبقه شغلی تشویقی (حداکثر یک بار در طول خدمت) برخوردار می شوند.

ب) نحوه ارتقاء کارمندان به رتبه های شغلی بالاتر:

ماده ۱۰ - مدت سنوات تجربی لازم برای ارتقاء رتبه متصدیان مشاغل تا سطح کاردانی و کارشناسی و بالاتر به شرح جدول ذیل می باشد:

جدول شماره (۲): مدت سنوات تجربی قابل قبول برای متصدیان مشاغل تا سطح کاردانی و کارشناسی و بالاتر

رتبه ها	مقدماتی	پایه	ارشد	خبره	عالی
مدت سنوات تجربی لازم برای مشاغل تا سطح کاردانی	۰	۸	۲۰		
مدت سنوات تجربی لازم برای مشاغل سطح کارشناسی و بالاتر	۰	۶	۱۲	۱۸	۲۴

تبصره ۱- مشاغل کاردانی و کارشناسی به مشاغلی گفته می‌شود که به رشته‌های شغلی تحت عناوین کاردانی و کارشناسی تخصیص می‌یابد و یا این که پست سازمانی شاغلین دارای عنوان کاردانی یا کارشناسی باشد. همچنین آن دسته از مشاغلی که به موجب مقررات مربوط، همتراز مشاغل کاردانی و یا کارشناسی شناخته شده‌است و از فوق العاده جذب کارشناسی برخوردار شده اند در زمره مشاغل مذکور محسوب می‌گردد.

تبصره ۲- ارتقاء به رتبه‌های خبره و عالی مستلزم مستندسازی تجربیات توسط کارمندان می باشد. تجربیات مدون شده دارای ویژگیهای زیر بوده و با تایید کمیته مربوط قابل اعمال می‌باشد:

۱- تجربیات بایستی مرتبط با شغل مورد تصدی باشد.

۲- برای کسب رتبه‌های پیشین استفاده نشده باشد.

۳- مسائل، چالشها و مشکلات (موانع، محدودیت‌ها، فرصت‌ها و تهدیدها) مرتبط با شغل را که بر اثر تجربیات کارمندان شناسایی شده، بیان نماید.

۴- نتیجه‌گیری و راه حل‌های مناسب جهت رفع موانع و مشکلات ارائه گردد.

۵- نظر بیان باید به تایید معاونت مربوط رسیده باشد.

تبصره ۳- کارمندانی که به موجب مقررات و تأیید مراجع ذیصلاح با مدارک تحصیلی کمتر از کارشناسی متصدی مشاغل کارشناسی شده اند می توانند با رعایت سایر مقررات مربوط تا رتبه عالی ارتقاء یابند.

تبصره ۴- برای شاغلین مشاغل کاردانی و بالاتر و یا همترازان آنها که در مناطق کمتر توسعه یافته موضوع فهرست تصویب نامه شماره ۷۶۲۹۴/ت/۳۶۰۹۵ مورخ ۸۸/۰۴/۱۰ در استان‌های خراسان شمالی، خراسان جنوبی، کهگیلویه و بویراحمد، چهارمحال و بختیاری، کردستان، سیستان و بلوچستان، بوشهر، هرمزگان، خوزستان و ایلام، خدمت می‌نمایند، به ازای هر یک سال سوابق خدمتی (از تاریخ ۸۸/۰۱/۰۱ به بعد)، دو سال (کسر سال به نسبت)، قابل محاسبه خواهد بود.

تبصره ۵- کارمندانی که در مرحله تطبیق، رتبه مربوط را برابر ضوابط کسب نموده‌اند، همچنان در همان رتبه باقی خواهند ماند تا شرایط خدمتی و سایر عوامل مندرج در این ضوابط اجرایی را احراز نمایند.

ماده ۱۱- نخبگانی که طبق ضوابط مصوب شورای عالی انقلاب فرهنگی تعیین می‌شوند از طی کردن برخی رتبه‌ها به شرح زیر معاف می‌شوند:

۱) مشاغل کاردانی و پایین‌تر از طی کردن رتبه مقدماتی.

۲) مشاغل کارشناسی و بالاتر از طی کردن رتبه‌های مقدماتی و پایه.

تبصره - نخبگان مذکور برای کسب رتبه‌های بعدی تابع این ضوابط و شرایط خواهند بود.

ماده ۱۲- ملاک ارزیابی کارمندان برای ارتقاء رتبه براساس میانگین نمرات ارزشیابی سالانه در دوره مورد نظر می‌باشد.

تبصره - پس از ابلاغ "ضوابط استقرار نظام مدیریت عملکرد در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی" ملاک ارتقاء رتبه، نتایج ارزیابی عملکرد کارمندان و مدیران ضوابط اجرایی مذکور خواهد بود.

ماده ۱۳- برای ارتقاء کارمند به یک رتبه بالاتر، علاوه بر رعایت مواد ۱۰ و ۱۱ در قسمت «ب»، تحقق شرایط زیر الزامی است:

الف) برای ارتقاء به رتبه پایه:

۱. کسب حداقل ۶۰ درصد امتیاز از میانگین مجموع امتیاز ارزیابی سالیانه کارمند در طول ارتقاء رتبه شغلی،

۲. گذراندن ۳۰۰ ساعت دوره آموزشی در چارچوب نظام آموزشی کارمندان مصوب هیأت امناء دانشگاه.

ب) برای ارتقاء به رتبه ارشد:

۱. کسب حداقل ۷۰ درصد امتیاز از میانگین مجموع امتیاز ارزیابی سالیانه کارمند در طول ارتقاء رتبه شغلی،

۲. گذراندن ۲۵۰ ساعت دوره آموزشی در چارچوب نظام آموزشی کارمندان مصوب هیأت امناء دانشگاه.

(ج) برای ارتقاء به رتبه خبره:

۱. کسب حداقل ۸۰ درصد امتیاز از میانگین مجموع امتیاز ارزیابی سالیانه کارمند در طول ارتقاء رتبه شغلی.
۲. گذراندن ۲۰۰ ساعت دوره آموزشی در چارچوب نظام آموزشی کارمندان مصوب هیأت امناء دانشگاه.

(د) برای ارتقاء به رتبه عالی:

۱. کسب حداقل ۸۵ درصد امتیاز از میانگین مجموع امتیاز ارزیابی سالیانه کارمند در طول ارتقاء رتبه شغلی.
۲. گذراندن ۱۵۰ ساعت دوره آموزشی در چارچوب نظام آموزشی کارمندان مصوب هیأت امناء دانشگاه.

تبصره - برای شاغلین مشاغل کاردانی و بالاتر و یا همتران آنها که در مناطق کمتر توسعه یافته موضوع فهرست تصویب نامه شماره ۷۶۲۹۴/ت/۳۶۰۹۵ هـ مورخ ۸۸/۰۴/۱۰ در استان‌های خراسان شمالی، خراسان جنوبی، کهگیلویه و بویراحمد، چهارمحال و بختیاری، کردستان، سیستان و بلوچستان، بوشهر، هرمزگان، خوزستان و ایلام، خدمت می‌نمایند، برای ارتقاء به رتبه‌های شغلی پایه، ارشد، خبره و عالی به ترتیب نیازمند ۵۰، ۶۰، ۷۰ و ۸۰ درصد امتیازات موضوع جداول مربوط حسب مورد می‌باشند.

ماده ۱۴ - امتیازات کسب شده و مستندات ارائه شده در فاصله هر رتبه صرفاً برای ارتقای همان رتبه ملاک عمل خواهد بود و برای ارتقا‌های بعدی قابل محاسبه نیست.

ماده ۱۵ - اعمال رتبه های مذکور از تاریخ ۸۸/۱/۲ مجاز می باشد.

تبصره ۱ - کارمندانی که قبل از ۸۸/۱/۲ بازنشسته شده از مشمول ارتقاء رتبه براساس ضوابط فوت نمی باشد

تبصره ۲ - کسب توام دو رتبه شغلی برای کارمندانی که شرایط ارتقاء رتبه بعدی را نیز دارا می باشند امکانپذیر نمی باشد.

تبصره ۳ - در خصوص کارمندان مشمول حالت اشتغال صرفاً مدت تجربه برای ارتقاء رتبه ملاک عمل می باشد.

ماده ۱۶ - ارزیابی عوامل مربوط و بررسی استحقاق ارتقاء به رتبه‌های ارشد و خبره توسط ستاد دانشگاه در کمیته‌ای با ترکیب مطرح و مورد تصویب قرار می‌گیرد: ذیل

۱. معاون پشتیبانی رئیس کمیته

۲. مدیر توسعه سازمان و تحول اداری یا عناوین مشابه (دبیر)

۳. مدیر نیروی انسانی

۴. بالاترین مسئول طبقه بندی مشاغل

۵. نماینده مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری وزارت بهداشت جهت ارتقاء رتبه خبره و عالی

ارزیابی عوامل مربوط و بررسی استحقاق ارتقاء به رتبه عالی ابتدا در کمیته موضوع ماده ۱۶ این دستورالعمل در دانشگاه مطرح و در صورت تأیید به منظور تصویب با مستندات مربوطه به مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری وزارت متبوع ارسال می‌گردد.

• موافقت هیات رئیسه - تعهد حداقل و حداکثر سنوات موافقت کند.