

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

مجتمع بیمارستانی یاس



بیمارستانی یاس

تهیه و تنظیم: مجتمع بیمارستانی یاس

سال ۱۴۰۳

کتابچه راهنمای کارکنان جدیدالورود مجتمع بیمارستانی یاس		
YH-04-HB-002(03)		- کد کتابچه
۱۰۹		- تعداد صفحات
۰۳		- شماره ویرایش
۱۴۰۳/۱۰/۰۵		- تاریخ بازبینی
۱۴۰۳/۱۰/۰۵		- تاریخ ابلاغ
یک سال		- دوره بازبینی
	رئیس امور اداری (وحیده قدیم‌خانی)	- تهیه کنندگان
	مدیر پرستاری (دکتر زهرا مختاری)	
	مسئول بهبود کیفیت (مهدي كوشكباغی)	
	مدیر مجتمع بیمارستانی (مهرداد ماهوش)	- تایید کننده
	رئیس مجتمع بیمارستانی (دکتر آرشد جعفریه)	- ابلاغ کننده



فهرست مطالب

عنوان صفحه

فصل اول: معرفی مجتمع بیمارستانی یاس

تاریخچه.....	۶
دانشگاه علوم پزشکی تهران.....	۶
معرفی ریاست و معا.....	۶
ماموریت دانشگاه.....	۷
معرفی بیمارستان.....	۸
تاریخچه مجتمع بیمارستانی یاس.....	۹
جوایز و گواهینامه ها.....	۱۰
موقعیت جغرافیایی و کروکی بیمارستان و ویژگی های فرهنگی و بومی منطقه.....	۱۲
اطلاعات تماس و مشخصات مجتمع بیمارستانی یاس.....	۱۴
نمودار سازمانی مجتمع بیمارستانی یاس.....	۱۶
معرفی مسئولین واحدهای درمانی، اداری، مالی.....	۱۷

فصل دوم: حوزه بهداشت و درمان

حقوق گیرندگان خدمت.....	۱۹
منشور حقوق بیمار در ایران.....	۱۹
بخش ها به تفکیک طبقات.....	۲۰
ایمنی بیمار.....	۲۰
اقدامات بیمارستان در زمینه ایمنی بیمار.....	۲۲
برنامه کنترل عفونت.....	۳۰
آتش نشانی.....	۴۰
مدیریت بحران.....	۴۷
مدیریت خطر.....	۵۲
رعایت استانداردهای پوشش.....	۷۶
آیین اخلاق پرستاری در جمهوری اسلامی ایران.....	۸۰

فصل سوم: مقررات اداری

شرایط تمدید قرارداد باکارکنان.....	۹۴
آییننامه حضور و غیاب.....	۹۴
قوانین و مقررات مرخصی ها.....	۹۴
انواع مأموریت ها.....	۹۷
آموزش و توانمند سازی کارکنان.....	۹۷
ارتقاء شغلی و رتبه شغلی.....	۹۸
ارزیابی عملکرد.....	۱۰۱
قانون مربوط به خدمت نیمه وقت بانوان.....	۱۰۲
قانون بهره وری.....	۱۰۲
تخلفات اداری.....	۱۰۳
بازنشستگی.....	۱۰۴
امور رفاهی و امکانات.....	۱۰۵
حق شیر.....	۱۰۶
تغذیه.....	۱۰۸
کمک هزینه فوت و ازدواج.....	۱۰۸

فصل اول: معرفی مجتمع

تاریخچه

اولین مرکز نوین آموزش پزشکی در سال ۱۳۳۰ به عنوان بخشی از مدرسه دارالفنون بازگشایی شد. دانشکده پزشکی در سال ۱۳۱۳ تأسیس گردید و بعد از انقلاب به همراه کلیه بخشهای وابسته به عنوان دانشگاه علوم پزشکی تهران از وزارت آموزش عالی جدا شده و تحت نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار گرفت.

دانشگاه علوم پزشکی تهران

- قدیمی ترین و برجسته ترین مرکز پزشکی در کشور
 - داشتن بیشترین دانشجو در رشته های پزشکی نسبت به سایر مراکز آموزش عالی ایران
 - داشتن بزرگترین دانشکده های پزشکی، دندانپزشکی، داروسازی، توانبخشی، پیراپزشکی، بهداشت، پرستاری و مامایی در ایران
 - بیش از ۱۷۰۰ عضو هیأت علمی در دانشکده ها و مراکز تحقیقاتی
 - آموزش بیش از ۲۰۰۰ متخصص در بیش از ۸۰ رشته تحصیلات تکمیلی شامل کارشناسی ارشد، دکترا، فلوشیپ و رزیدنتی
 - جذب افراد در سنین مختلف در دوره های شبانه
 - ارائه فرصت های عالی تحقیقاتی در زمینه پیشگیری و معالجه بیماریهای خاص در ایران
 - ۱۶ بیمارستان آموزشی، سه شبکه بهداشت و درمان و ۱۲ دانشکده
 - بیش از ۲۰ کتابخانه در دانشکده ها، مراکز تحقیقاتی، بیمارستان ها
 - امکانات عالی ورزشی برای اعضای هیئت علمی و دانشجویان
- عوامل فوق در کنار توانایی ها و تحرک متخصصین آن، دانشگاه علوم پزشکی تهران را یک مرکز مهم شناخته شده در خاورمیانه نموده است.

معرفی ریاست و معاونین دانشگاه

- | | |
|----------------------------|--|
| ۱- دکتر سید رضا رئیس کرمی | ریاست دانشگاه |
| ۲- دکتر فرشاد علامه | معاون آموزشی دانشگاه |
| ۳- دکتر علیرضا رئیسی | معاون بهداشت دانشگاه |
| ۴- دکتر کوروش جعفریان | معاون بین الملل دانشگاه |
| ۵- دکتر رامین کردی | معاون تحقیقات و فناوری دانشگاه |
| ۶- دکتر حمیدرضا چوبیه | معاون توسعه مدیریت و برنامه ریزی منابع دانشگاه |
| ۷- دکتر محمد حسین پور غریب | معاون فرهنگی و دانشجویی دانشگاه |
| ۸- دکتر رضا شروین بدو | معاون درمان دانشگاه |

ماموریت دانشگاه

با عنایت به تاریخچه تاسیس دانشکده های این دانشگاه در سال ۱۳۱۳ هجری شمسی (۱۹۳۴ میلادی) این دانشگاه بعنوان قدیمی ترین دانشگاه کشور شناخته شده و سازمانی ملی در حوزه آموزش و پژوهش علوم پزشکی و نیز در محدوده ی درمان های تخصصی و فوق تخصصی می باشد. دانشگاه علوم پزشکی تهران به عنوان جزئی از نظام سلامت ملی، در دایره ی خدمات بهداشتی درمانی در کنار سایر دانشگاههای علوم پزشکی به جمعیت تحت پوشش خود ارائه خدمت نموده و براساس سیاستهای کلی کشور و وظایف تعیین شده از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و بر اساس آرمان های خود درحوزه های زیر فعالیت می نماید:

۱- ارائه خدمات آموزشی در محدوده ی علوم تندرستی به منظور تأمین نیازهای جامعه، با تأکید بر دوره های تخصصی، برای تأمین نیروی انسانی مورد نیاز دانشگاه های علوم پزشکی کشور و سایر مراکز سلامتی و PHD فوق تخصصی و تحقیقاتی در زمینه هیات علمی و نیروی متخصص و محقق.

۲- تولید علم و فناوری در حیطه سلامت از طریق انجام پژوهش های بنیادی، کاربردی و توسعه ای برای:

- حل مشکلات سلامتی در سطح ملی و منطقه بهداشتی تحت پوشش
- دستیابی به فناوری در زمینه تولید فرآورده ها و محصولات پزشکی، دارویی و غذایی استراتژیک، برای تأمین نیازهای داخلی و صادرات
- طراحی و توسعه نرم افزارهای جدید و روش های آموزشی متناسب با نیازهای جامعه
- فراهم نمودن زمینه های لازم برای مشارکت و همکاری با سازمان ها، موسسات و دانشگاه های دیگر به منظور شناسایی و رفع نیازهای متقابل و ارائه خدمات علمی و تخصصی به آنها
- توسعه مدل ها و روش های مناسب ساختاری و مدیریتی در نظام سلامت ملی
- مشارکت در انتشار منابع معتبر علمی و سهیم شدن در تولید علم در سطح ملی و بین المللی

۳- ارائه خدمات سلامتی:

- در تمامی سطوح (اول، دوم، سوم و چهارم) به جامعه تحت پوشش
- در زمینه ی فوق تخصصی بیمارستانی به تمامی جامعه ایران
- ارائه آن دسته از خدمات سلامتی مورد نیاز جامعه که منطبق با سیاست های جامع سلامت ملی است و بخش غیر دولتی حاضر به سرمایه گذاری در مورد آنها نمی باشد
- انجام آن دسته از وظایف نظارت، ارزشیابی و صدور مجوز و گواهی در زمینه خدمات سلامتی در منطقه تحت پوشش که بعنوان قائم مقام وزارت متبوع بر عهده این دانشگاه نهاده شده است.

مقدمه

یکی از دغدغه های بزرگ همه دولت ها در تمامی کشورهای جهان، مسئله سلامتی مردم و شیوه ارائه مراقبت های بهداشتی درمانی است و دست اندرکاران ارائه مراقبت های بهداشتی- درمانی در تلاش هستند تا در حیطه منابع موجود، بالاترین کیفیت خدمات درمانی را به بهترین وجه به نفع بیمار خود ارائه نمایند. در این راستا، بیمارستان یاس وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران، با هدف خدمت رسانی به مردم و ارتقای شاخص های بهداشتی- درمانی فعالیت می کند. امید است با تلاش روز افزون خود بتوانیم بالاترین سطح ارائه خدمت را در اختیار زنان جامعه قراردهیم

معرفی بیمارستان

مجتمع بیمارستانی یاس با ریاست جناب آقای دکتر آرش جعفریه و مدیریت جناب آقای علیرضا تکلو مشغول ارائه خدمات با کیفیت و ایمن تشخیصی- درمانی، آموزشی و پژوهشی در راستای حفظ و تامین سلامت مراجعین می باشد.

تاریخچه بیمارستان یاس

بیمارستان یاس (میرزا کوچک خان قدیم) اولین بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی زنان و زایمان در ایران بوده و دارای قدمتی بیش از ۷۰ سال می باشد که در سال ۱۳۶۲ از بیمارستان زنان سابق (دکتر جهانشاه صالح) واقع در پیچ شمیران به بیمارستان شوروی سابق منتقل و با نام بیمارستان میرزا کوچک خان به عنوان مرکز درمانی، آموزشی و پژوهشی زنان به فعالیت خود ادامه داد. در سال ۱۳۸۸ نام بیمارستان میرزا کوچک خان به نام بیمارستان جامع زنان تهران تغییر یافت. در سال ۱۳۷۴ طرح ساخت یک بیمارستان در کنار بیمارستان میرزا کوچک خان به تصویب رسید اما به علت محدودیت منابع دولتی طی ۱۶ سال تنها اسکلت ۳ طبقه از آن ساخته و عملاً ادامه‌ی پروژه توقف یافت. در سال ۱۳۸۹ در راستای ارتقای سطح همکاری مشترک بخش دولتی و غیر دولتی، قرارداد دیگری فی مابین دانشگاه علوم پزشکی تهران و موسسه محب منعقد و مقرر شد بیمارستان دیگری از مجموعه محب ویژه بانوان در محل پروژه مصوب قبلی ساخته شود و به نام بیمارستان جامع زنان محب یاس مورد بهره برداری قرار گیرد. با توجه به تغییر استانداردهای ساخت بیمارستان در سال های اخیر و نیاز به طراحی مجدد و ساخت بیمارستان با

استانداردهای روز، اسکلت قبلی کاملاً تخریب شد و در همان محل زمین به مساحت ۴۲۰۰ متر مربع با ۲۴۱۳۲ متر مربع زیربنا در ۱۰ طبقه بیمارستان جدید احداث شد. طراحی فضاهای داخلی و معماری ساختمان بیمارستان با هدف ارتقاء در بهبود و آسایش روحی بیماران، مطابق با استانداردهای روز دنیا صورت گرفته است و با بکارگیری عناصر هماهنگ در رنگ و مصالح، دارای کیفیتی متفاوت و زیبا است و تداعی کننده محیط بیمارستانی معمولی نمی باشد. همچنین، با توجه به محدودیت زمین، با کارشناسی اصولی و بهره گیری از اصول نوین معماری، فضاهای فیزیکی مناسب با رعایت روابط صحیح درون بخشی و برون بخشی تامین شود و ارتباطات فیزیکی بخش ها به گونه ای باشد که موجبات رفاه بیماران، کارکنان و مراجعین را فراهم آید.

از ویژگی های خاص طراحی سازه بیمارستان، وجود پدهلی کوپتر (هلی پد) بر روی بام، برای انتقال بیماران اورژانس در شرایط بحرانی به بیمارستان می باشد. این بیمارستان دارای ظرفیت ۲۵۰ تخت با ۱۴ بخش، اورژانس با ۱۲ تخت تحت نظر و یک تالار جراحی با ۱۰ اتاق عمل می باشد.

با اتمام پروژه ساختمانی بیمارستان محب یاس مورخ ۱۶ شهریور ماه ۱۳۹۳، به پی شهناز وزیر محترم بهداشت (جناب آقای دکتر قاضی زاده هاشمی)، قراردادی با موسسه حمایت از بیماران محب منعقد گردید که براساس آن، مدیریت و اداره بیمارستان جامع زنان تهران به موسسه غیر انتفاعی محب واگذار می شد و پروژه انتقال بیمارستان از ساختمان قدیم به ساختمان جدید انجام گردید. در تاریخ ۹۳/۰۹/۱ بیمارستان جامع زنان محب یاس به طور رسمی افتتاح شد و فعالیت خود را با مدل اداره مشارکتی بخش دولتی و غیر دولتی آغاز نمود. در دی ماه سال ۱۳۹۴ بیمارستان جامع زنان محب یاس به دانشگاه علوم پزشکی تهران واگذار و با نام بیمارستان یاس فعالیت خود را به صورت دولتی آغاز کرد و در مهر ماه سال ۱۳۹۵ بازسازی بیمارستان قدیم میرزا کوچک خان شروع گردید.

هم اکنون این مرکز با کادری مجرب در زمینه های بیماری های زنان و زایمان، نازایی و، پره ناتالوژی، لاپاراسکوپی و آوی اف و انکولوژی زنان در خدمت جامعه است. یکی از ویژگی های مهم این بیمارستان، ارائه خدمات توسط اساتید خانم می باشد.

در حال حاضر دانشجویان پزشکی، کارورزان و دستیاران تخصصی زنان و زایمان، فلوشیپ نازایی و و پره ناتالوژی زیر نظر اعضای هیئت علمی در این بیمارستان آموزش می بینند. علاوه بر رشته تخصصی زنان و زایمان، دستیاران پاتولوژی، رادیولوژی و بیهوشی نیز دوره آموزشی را در این مرکز می گذرانند.

جوایز و گواهینامه های مجتمع



گواهی و تقدیرنامه از سوی سازمان اسناد و کتابخانه ملی جمهوری اسلامی ایران - ۱۳۹۶



نامه سپاس از سوی سازمان اسناد و کتابخانه ملی جمهوری اسلامی ایران - ۱۳۹۵



نامه سپاس از سوی سازمان اسناد و کتابخانه ملی جمهوری اسلامی ایران - ۱۳۹۶



گواهی سپاس از سوی سازمان اسناد و کتابخانه ملی جمهوری اسلامی ایران - ۱۳۹۶



گواهی سپاس از سوی سازمان اسناد و کتابخانه ملی جمهوری اسلامی ایران - ۱۳۹۶



گواهی سپاس از سوی سازمان اسناد و کتابخانه ملی جمهوری اسلامی ایران - ۱۳۹۶



گواهی سپاس از سوی سازمان اسناد و کتابخانه ملی جمهوری اسلامی ایران - ۱۳۹۶



گواهی سپاس از سوی سازمان اسناد و کتابخانه ملی جمهوری اسلامی ایران - ۱۳۹۶

سند برنامه ریزی استراتژیک

بیانیه رسالت (مأموریت):

یاس، بیمارستان جامعی است که خدمات تشخیصی، درمانی، آموزشی و پژوهشی را در سطوح تخصصی و فوق تخصصی در چهارچوب استانداردهای ملی و بین المللی، با نگاه ویژه به اصل بیمار محوری و با استفاده از فن آوری های نوین و بکارگیری پزشکان و کارکنانی متعهد و آشنا به دانش روز دنیا ارائه می دهد، تا ضمن تامین سلامت بیماران، تجربه ای رضایت بخش از خدمات درمانی را برای آن ها به ارمغان آورد.

چشم انداز (دورنما):

مطرح شدن به عنوان یکی از مراکز مجهز و کارآمد در ارائه خدمات تشخیصی، درمانی، آموزشی و پژوهشی در سطح کشور و منطقه

ارزش ها:

- ✓ پایبندی به دین مبین اسلام و احترام به سایر ادیان الهی به عنوان سرمشق سازمان
- ✓ بیمارمحوری و احترام به حقوق و کرامت انسانی بیماران، مراجعین و کارکنان
- ✓ ارتقای مداوم کیفیت خدمات سلامت
- ✓ ارتقای ایمنی بیمار
- ✓ خلاقیت، نوآوری، دانش محوری و اشتیاق به تعالی و پیشرفت
- ✓ احترام و تعهد به مسئولیت های اجتماعی و زیست محیطی
- ✓ مشارکت اجتماعی و خردجمعی در دستیابی به اهداف بیمارستان
- ✓ پاسخگویی، همدلی و صداقت در ارائه خدمات

ویژگی های فرهنگی و بومی منطقه

شهر تهران پایتخت ایران و مرکز استان تهران با مساحتی بالغ بر ۵۹۴ کیلومتر مربع می باشد. تهران در گذشته از روستاهای ری بوده و ری که در تقاطع محورهای قم، خراسان، مازندران، قزوین، گیلان و ساوه واقع شده به سبب مرکزیت مهم سیاسی، بازرگانی، اداری و مذهبی از قدیم مورد نظر بوده و مدعیان همواره این مرکز راهبردی را مورد تهاجم و حمله قرار می دادند. در ریشه یابی نام تهران سخن ها گوناگون است. تهران یعنی دامنه گرم در مقابل شمیران به معنی دامنه سرد، برخی دیگر بر این باورند که سراسر دشت پهناوری که امروز تهران بزرگ خوانده می شود در میان کوه های اطراف، گود به نظر می رسد و بدین سبب طهران نامیده شد. تا حمله مغول (سده هفتم) هنوز تهران به صورت قریه بود، آغا محمدخان به عنوان پایتخت در تاریخ ۱۱ جمادی الاول ۱۲۰۰ (۱۱۷۰ خورشیدی) در آن تاج گذاری کرد. نماد شهر تهران برج آزادی و برج میلاد می باشد. تهران به ۲۲ منطقه، ۱۳۴ ناحیه ۳۷۰ محله تقسیم شده است. تهران در پهنه ای بین دو وادی کوه و کویر در دامنه های جنوبی البرز گسترده شده است از سمت جنوب به کوههای ری و بی بی شهربانو و دشت های هموار شهریار و ورامین و از شمال به واسطه کوهستان محصور شده است.

جمعیت تهران براساس آمار سال ۲۰۱۲ بالغ بر ۵۳۵ ۲۴۴ ۸ نفر است که تبدیل به بیست و پنجمین شهر پر جمعیت جهان می گردد بیمارستان جامع زنان در منطقه ۶ شهر تهران در خیابان کریمخان واقع شده است. این منطقه شامل ۶ ناحیه و ۱۸ محله می باشد. بافت این منطقه بیشتر از بخش های اداری و تجاری تشکیل شده و به همین جهت این منطقه از دیر باز به عنوان یکی از مناطق در آمدزای تهران به حساب می آید. از مراکز خیابان کریمخان می توان به کتاب فروشی های سرشناس، فروشگاه های صنایع دستی و طلا فروشی های خیابان نجات الهی اشاره کرد. کلیسای معروف سرکیس مقدس در تقاطع کریمخان و استاد نجات الهی جلوه ای زیبا از تنوع فرهنگی این منطقه محسوب می گردد. تعدد مراکز درمانی، کریمخان را به دومین منطقه بیمارستان خیز تهران تبدیل نموده است.

مشخصات بیمارستان یاس

تاریخ تاسیس: ۱۳۲۳ نوع تخصص: جنرال

نوع فعالیت: دولتی نوع مالکیت: دانشگاه علوم پزشکی تهران

آخرین درجه اعتباربخشی: درجه یک

مساحت کل زمین: ۴۲۰۰ متر مربع زیربنای کل ساختمان: ۲۴۱۳۲ متر مربع

تعداد طبقات: ۱۰ طبقه تعداد تخت مصوب: ۶۰۰

تعداد تخت فعال: ۲۷۹

ساختمان دارای اسکلت فلزی می باشد.

درب های خروجی ساختمان بیمارستان به حیاط، شامل ۲ درب، در ضلع شرقی و غربی بیمارستان میباشد که درب شرقی مشرف به حیاط و درب غربی آن مشرف به خیابان ویلا و اورژانس می باشد. جهت ورود و خروج آمبولانس نیز در ضلع جنوبی بیمارستان مسیری در مجاورت درب اصلی اورژانس وجود دارد. همچنین، ورود و خروج کالا و وسایل نقلیه از ضلع غربی مجاور اورژانس دسترسی به طبقات منفی را میسر می گرداند.

اطلاعات تماس با مجتمع بیمارستانی یاس

امکانات ارتباطی

کد پستی: ۱۵۹۷۸۵۳۳۱۱

شماره تلفن: ۴۲۱۶۰۰۰۰

شماره فاکس: ۸۸۹۴۸۲۱۷

سامانه پیام کوتاه:

وب سایت: www.yashospital.tums.ac.ir

آدرس دقیق پستی: خیابان کریمخان زند، خیابان استاد نجات الهی شمالی.



اسامی مسولین اجرایی درمانی و مالی و اداری

نام و نام خانوادگی	سمت	شماره تماس داخلی	مکان
دکتر آرش جعفریه	رئیس مجتمع	۱۰۶	طبقه اول ساختمان شمالی
مهرداد ماهوش	مدیر مجتمع	۱۰۷	طبقه اول ساختمان شمالی
دکتر محبوبه سادات ابراهیم نژاد شیروانی	معاون درمان	۱۰۹	طبقه اول ساختمان شمالی
دکتر محبوبه شیرازی	معاون پژوهشی	۸۵۲	طبقه اول ساختمان شمالی
دکتر فاطمه گلشاهی	معاون آموزشی	۸۵۲	طبقه اول ساختمان شمالی
دکتر زهرا مختاری	مدیر پرستاری	۱۹۹	طبقه اول ساختمان شمالی
محمد محمدی کیا	سرپرست حسابداری	۱۶۵	طبقه اول ساختمان شمالی
وحیده قدیم خانی	رئیس امور اداری	۸۰۱	طبقه دوم ساختمان جنوبی

فصل دوم

حوزه بهداشت و درمان



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.

منشور حقوق بیمار: سیستم های بهداشتی و درمانی اکثر کشورها منشوری را تحت عنوان منشور حقوق بیمار به کار می

گیرند. بیمارستان ها موظف هستند هنگام بستری بیمار در واحد پذیرش منشور حقوق بیمار را به وی تسلیم کنند.

منشور حقوق بیمار در ایران

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

بیمارستان یاس و حقوق گیرندگان خدمت

۱. کوشش در بکارگیری و استفاده بهینه از فناوری های جدید و آماده سازی فضای مناسب به منظور ارائه خدمات مطلوب.
۲. داشتن صداقت، صمیمیت و خوشرویی توأم با برخورد مسئولانه نسبت به مراجعین و پاسخگو بودن در مقابل عملکرد.
۳. تلاش در جهت ارائه خدمت با کیفیت مطلوب، درمان صحیح و به موقع بیماران و تلاش در جهت جلب رضایت آنها.
۴. وقت شناسی، نظم و ترتیب در امور، داشتن جدیت و دلسوزی در ارائه خدمت و تلاش برای درک و پاسخگویی به توقعات مراجعین.
۵. حفظ نظم و آراستگی ظاهری، رعایت نزاکت و احترام نسبت به بیمار.
۶. ارتقاء مستمر کیفیت از طریق کارگروهی و مشارکت کارکنان.
۷. رضایت ارباب رجوع در جهت اهداف عالی سازمان.
۸. افزایش اطلاع رسانی از خدمات و چگونگی ارائه آن.
۹. آموزش به بیمار از طریق پمفلت، جزوه، آموزش چهره به چهره و برگزاری کلاس های آموزشی.
۱۰. استفاده از نیروی انسانی دارای مهارت بالا، خلاق و تحول گرا.
۱۱. در جهت افزایش مهارت های ارتباطی پرسنل و ایجاد الگوی رفتار مناسب با بیمار از طریق آموزش به پرسنل.

بخش ها به تفکیک طبقات

ساختمان شمالی (یاس):

طبقه منفی دو: گامانایف - انبار - واحد تاسیسات و موتورخانه - پارکینگ - سردخانه متوفی ها

طبقه زیرهمکف (منفی یک): رادیولوژی و سونوگرافی - واحد آموزش - کتابخانه - آمفی تئاتر - سالن غذاخوری - بوفه - واحد خدمات - واحد تغذیه - CSSD - واحد تدارکات - آشپزخانه - نمازخانه - پاپیون پزشکان خانم

طبقه همکف (GF): اورژانس جنرال - پاتولوژی - داروخانه بستری - صندوق - پذیرش و مدارک پزشکی - اطلاعات - ترخیص - واحد درآمد - بجه بانک - واحد انتقادات، پیشنهادات و رسیدگی به شکایات - مددکاری - نماینده بیمه سلامت - نماینده بیمه تامین اجتماعی - گواهی ولادت - مرکز تلفن

طبقه اول: دفتر ریاست و مدیریت - معاونت درمان - دفتر پرستاری - درمانگاه پره ناتال - درمانگاه قلب - شنوایی سنجی - واکسیناسیون - واحد آموزش به بیمار - امین اموال - مسئول تاسیسات - واحد تجهیزات پزشکی - امور قراردادهای - گردشگری سلامت - واحد فناوری اطلاعات (IT) - حسابداری

طبقه دوم: بخش آنکولوژی - بخش آنژیوگرافی - بخش CCU - بخش Post cat - بخش پزشکی هسته ای

طبقه سوم: بخش ICU جنرال (جراحی) - بخش ICU OH - اتاق عمل

طبقه چهارم: بخش لیبر (زایمان طبیعی) - بخش یاسمن - بخش پزشکی ورزشی و فیزیوتراپی

طبقه پنجم: بخش نیلوفر - بخش نرگس

طبقه ششم: بخش طوبی - بخش زیتون

طبقه هفتم: بخش ICU داخلی

ساختمان جنوبی (میرزا):

طبقه زیرهمکف (منفی یک): رختشویخانه - باشگاه ورزشی - CSR جنوبی - خیاط خانه - رختکن پرستاری

طبقه همکف (GF): اورژانس زنان - داروخانه سرپایی - درمانگاه - واحد کپی (تکثیر)

طبقه اول: آزمایشگاه بالینی - IVF (بخش فوق تخصصی نازایی) - پلویون پزشکان آقا

طبقه دوم: بخش مریم - بخش دی کلینیک - بخش اورولوژی - امور اداری، کارگزینی، دبیرخانه - بهبود کیفیت - روابط عمومی و امور فرهنگی - بهداشت حرفه ای - بهداشت محیط - واحد فناوری اطلاعات (IT) - واحد ایمنی بیمار
طبقه سوم: NICU (بخش مراقبت های ویژه نوزادان) - NSCU (بخش مراقبت های تخصصی نوزادان) - بخش آندوسکوپی و کولونوسکوپی

طبقه چهارم: -

طبقه پنجم: آمفی تئاتر

ایمنی بیمار

تعریف ایمنی بیمار از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت، اجتناب و خلاصه ای از آسیب های بی مورد یا بالقوه، مرتبط با خدمات مراقبت سلامت است.

تامین، صیانت و ارتقای سلامت افراد از طریق ارائه خدمات بهداشتی و درمانی مطلوب، تاثیر به سزایی در تمامی فعالیت های اقتصادی و سیاسی و اجتماعی جامعه دارد. لذا مجموعه عوامل فوق، پرداختن به کیفیت در مراکز ارائه خدمات بهداشتی و درمانی را امری مهم و ضروری می سازد.

استانداردهای ایمنی بیمار از ۵ گروه اصلی که به ۲۴ زیرگروه تقسیم می شوند، تشکیل شده است. پنج گروهی که استانداردها ذیل آنها قرار می گیرند عبارتند از:

A: حاکمیت و رهبری

B: جلب مشارکت و تعامل با بیمار و جامعه

C: خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد

D: محیط ایمن

E: آموزش مداوم

در ذیل ۵ گروه اصلی ۲۴ زیرگروه قرار می گیرد. مجموعه ای از استانداردهای الزامی (۲۰ استاندارد) که در همه بیمارستان ها لازم الاجرا است، اساسی (جمعاً ۹۰ استاندارد) و پیشرفته (جمعاً ۳۰ استاندارد) .

گروهها	استانداردهای الزامی	استانداردهای اساسی	استانداردهای پیشرفته	مجموع استانداردها در هر گروه
A- حاکمیت ورهبری (۶ زیرگروه: A1- A6)	۹	۲۰	۷	۳۶
B: جلب مشارکت و تعامل با بیمار و جامعه (۷ زیرگروه: B1- B7)	۲	۱۶	۱۰	۲۸
C: خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد (۶ زیرگروه: C1- C6)	۷	۲۹	۸	۴۴
D: محیط ایمن (۲ زیرگروه: D1- D2)	۲	۱۹	۰	۲۱
E: آموزش مداوم (۳ زیرگروه: E1- E3)	۰	۶	۵	۱۱
مجموع	۲۰	۹۰	۳۰	۱۴۰

اقدامات بیمارستان در زمینه استانداردهای ایمنی بیمار

۱. ایمنی بیمار در برنامه استراتژیک بیمارستان لحاظ شده است.
۲. یکی از کارکنان در بیمارستان با اختیارات لازم به عنوان مسئول و پاسخگوی برنامه ایمنی بیمار منصوب گردیده است.
۳. وجود برنامه عملیاتی تفصیلی جاری (درحال اجراء) در ارتباط با ۲۰ استاندارد الزامی ایمنی بیمار در بیمارستان.
۴. تدوین خط مشی ها و روش های اجرایی در سازمان به منظور اشاعه ارائه خدمات بهینه.
۵. خود ارزیابی استانداردهای الزامی بیمارستان های دوستدار ایمنی بیمار در بیمارستان.
۶. طراحی و برگزاری دوره های آموزشی به منظور ارتقاء درک و بصیرت کارکنان از استانداردهای الزامی بیمارستان های دوستدار ایمنی بیمار (ایمنی بیمار و مدیریت خطر و کنترل عفونت).
۷. بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار و پیگیری انجام اقدامات اصلاحی و بازخورد به کارکنان.
۸. انجام ممیزی های بالینی و پیشنهاد موضوعات ممیزی بالینی بر اساس نتایج بازدیدهای مدیریتی و تحلیل ریشه ای وقایع.
۹. لحاظ کردن گزارش حوادث مهم و ۱۵ شاخص مهم کشوری از شاخص های ایمنی در شاخص های ماهانه و همچنین در اختیار قراردادن فرم گزارش حوادث مهم در بخش ها و لحاظ نمودن کنترل این مستندات و اطلاع از آن در بخش ها در چک لیست نظارت روزانه سوپروایزران در این بیمارستان.
۱۰. تحلیل ریشه ای وقایع تهدید کننده ایمنی بیمار.
۱۱. بیمارستان جلسات ماهیانه کمیته مرگ و میر را به صورت مرتب برگزار می نماید و کلیه مرگ های بیمارستان اعم از نوزاد و بزرگسال در این کمیته مورد بررسی قرار می گیرد.

۱۲. فهرست تجهیزات و وسایل ضروری سالم جهت ارائه خدمات ضروری موجود است.
۱۳. بیمارستان ضدعفونی مناسب و مطلوب کلیه وسایل پزشکی با قابلیت استفاده مجدد را قبل از کاربرد تضمین می نماید.
۱۴. جهت ارائه خدمات و مراقبت های درمانی کادر بالینی حائز شرایط توسط کمیته ذیصلاح به صورت ثابت و موقت استخدام و به کار گمارده شده اند.
۱۵. در این بیمارستان یک رضایتنامه عمومی در هنگام بستری از بیمار و شاهد گرفته می شود و همچنین در زمان اعمال جراحی پرخطر مجدداً یک برگه که نشاندهنده رضایت بیمار به عمل جراحی علیرغم پرخطر بودن عمل جراحی مربوطه است از بیمار و همراه درجه یک گرفته میشود.
۱۶. در این بیمارستان توضیحات به بیمار هم توسط پزشک و هم توسط پرستار داده می شود.
۱۷. قبل از انجام هرگونه پروسیجر درمانی، تشخیصی و آزمایشگاهی، تجویز دارو و یا ترانسفوزیون خون و فرآورده های خونی، کلیه بیماران و به ویژه گروه های در معرض خطر از جمله نوزادان، بیماران دچار اختلالات هوشیاری و یا سالمندان حداقل با دو شناسه شامل نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد شناسایی و مورد تأیید قرار می گیرند (از طریق دستبند شناسایی).
۱۸. وجود فهرست نتایج تست های پاراکلینیکی حیاتی در آزمایشگاه تشخیص طبی و سایر واحدهای تشخیصی و بخش های بستری همراه با حداقل زمان تعیین شده برای پاسخ دهی.
۱۹. بیمارستان از محلول های ضدعفونی دست و آموزش کلیه پرسنل و وسایل یکبارمصرف و... جهت پیشگیری از عفونت های بیمارستانی استفاده می کند.
۲۰. بیمارستان دارای برنامه عملیاتی کنترل عفونت و پزشک کنترل عفونت و سوپروایزر کنترل عفونت و دستورالعمل ها و خط مشی های کنترل عفونت و کتابچه کنترل عفونت بیمارستان میباشد.

۲۱. در این بیمارستان کمیته کنترل عفونت به صورت ماهانه تشکیل جلسه می‌شود و یک کارشناس پرستاری باسابقه کار در بخش‌های مختلف به عنوان سوپروایزر کنترل عفونت انجام وظیفه می‌نماید.
۲۲. بیمارستان در نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی کشوری گزارش دهی داشته و نرخ عفونت بیمارستانی مورد گزارش به سطوح بالا دستی سازمان (شبکه بهداشت و درمان، دانشگاه و وزارت بهداشت) از طریق سایت INIS گزارش می‌شود.
۲۳. در این بیمارستان هم دستورالعمل‌ها موجود است و هم میزان تبعیت کارکنان از بهداشت دست با چک لیست چک می‌شود. برنامه عملیاتی هم برای بهداشت دست و بروشورهای راهنما موجود است.
۲۴. در این بیمارستان در کلیه بخش‌ها به خصوص بخش‌های ویژه از محلول‌های ضد عفونی مناسب استفاده می‌گردد. همچنین ابزاری که حساس به بخارنیستند از طریق اتوکلاو تحت استریلیزاسیون قرار می‌گیرند. همچنین خط‌مشی‌ها و روش‌های استریلیزاسیون_کلیه وسایل در بخش CSSD موجود است.
۲۵. مراحل استقرار سیستم هموویژلانس از طریق کلاس‌های آموزشی و توزیع فرم‌های مرتبط و برگزاری آزمون از طرف مرکز انتقال خون.
۲۶. بیمارستان دسترسی به داروهای حیاتی را در تمام اوقات شبانه روز (۲۴ساعته) تضمین مینماید.
۲۷. بیمارستان بر اساس میزان خطر، پسماندها را از بمب‌دانه تفکیک و کدبندی رنگی می‌نماید. در این بیمارستان کدبندی رنگی انجام می‌شود. رنگ کیسه زباله مشکی جهت موارد غیر عفونی نظیر کاغذ، مواد غذایی و وسایلی که مستقیماً با بیمار سروکار ندارد و کیسه زباله زرد مخصوص زباله‌های عفونی و مواردی است که با بیمار مستقیم سروکار دارد. همچنین از برچسب مخصوص هم استفاده می‌گردد و پس از آن دیگر قسمت پسماندهای بیمارستان زباله‌های عفونی اتوکلاو و سپس همراه با زباله‌های شهری امحا می‌گردد.

۲۸. بیمارستان از راهنماها از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت، جهت مدیریت دفع پسماندهای نوک تیز و برنده

تبعیت می نماید (راهنماهای مدیریت دفع پسماندهای تیز و برنده، در کلیه بخش ها در قسمت تریتمنت در کنار جایگاه

های SAFETY BOX موجود است.

۲۹. تمامی تخت ها مجهز به نرده کنار تخت (Bed Side) و راهرو و سرویس های بهداشتی مجهز به میله های

حفاظتی و زنگ اخبار (Nurse Call) مجهز شده است.

۳۰. تکمیل چک لیست جراحی ایمن در اتاقهای عمل.

۳۱. تهیه لیست داروهای با نام و تلفظ و اشکال مشابه و تحویل به بخش ها.



دانشگاه علوم پزشکی و
خدمات بهداشتی درمانی تهران

بیمارستان یاس

چک لیست جراحی ایمن

شماره پرونده: _____
Unit Number: _____

Attending Physician: پزشک معالج	Ward: بخش	Name: نام	Family Name: نام خانوادگی
Date of Admission: تاریخ پذیرش	Room: اتاق	Date of Birth: تاریخ تولد	Father Name: نام پدر
Bed: تخت			
<p>قبل از خروج بیمار از اتاق عمل یا حضور جراح - بیوشی - پرستار</p>	<p>اطلاعات قبل از برش پوست یا حضور جراح - متخصص بیوشی - پرستار</p>	<p>اطلاعات قبل از بیوشی بیمار یا حضور پرستار، متخصص بیوشی و جراح</p>	
<p>پرستار به صورت کتبی موارد ذیل را تایید می نماید. نام پروسیجر <input type="checkbox"/> تکمیل شمارش لوازم جراحی، گاز و سرسوزن <input type="checkbox"/></p> <p>بر حسب نمونه گرفته شده در اتاق عمل مشخصات مندرج بر روی سبب نمونه از جمله نام و نام خانوادگی بیمار را با صدای بلند بخوانید <input type="checkbox"/></p> <p>آیا اشکال و یا نارسایی در عملکرد تجهیزات مورد اتفاق عمل وجود دارد؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>برای متخصص جراحی و متخصص بیوشی و پرستار، به تکرار و علاقهات عمده ای برای به هوش آمدن ارتگوری و درعان بیمار وجود دارد <input type="checkbox"/></p>	<p>تایید می شود کتبه ایضا: نام و نام خانوادگی و سمت خود را به بیمار معرفی کرده اند، نام و نام خانوادگی بیمار، نوع پروسیجر و محل برش جراحی تایید می شود <input type="checkbox"/></p> <p>آیا آنس بیولیک پروقیلاکسی در طی یک ساعت قبل جهت بیمار تجویز شده است؟ بله <input type="checkbox"/> موردی ندارد <input type="checkbox"/></p> <p>ولایع صبه قابل پیش بینی برای متخصص جراحی، گلمپای حیاتی و با غیر معمول در حین عمل جراحی چیست؟ <input type="checkbox"/> عمل جراحی چه مدت طول می کشد؟ <input type="checkbox"/> میزان توانایی احتمالی حین عمل چقدر است؟ <input type="checkbox"/></p> <p>برای متخصص بیوشی آیا مشکل خاصی در مورد بیوشی بیمار وجود دارد؟ <input type="checkbox"/></p> <p>برای نند پرستاری، انستزیسی و سایرین و لوازم جراحی از جمله نتایج شاخصهای استریلیزاسیون تایید شده است؟ <input type="checkbox"/> آیا در خصوص تجهیزات مشکل و یا نگرانی وجود دارد؟ <input type="checkbox"/></p> <p>آیا نمونه اصلی در حال نمایش است؟ بله <input type="checkbox"/> کاربردی ندارد <input type="checkbox"/></p>	<p>آیا بیمار نام و نام خانوادگی، نوع و موضع عمل جراحی و رضایت خود از عمل جراحی را تایید نموده است؟ بله <input type="checkbox"/></p> <p>آیا موضع عمل علامت گذاری شده است؟ بله <input type="checkbox"/> کاربردی ندارد <input type="checkbox"/></p> <p>آیا چک داروها و ماسک بیوشی کامل شده است؟ بله <input type="checkbox"/></p> <p>آیا پالس اکسی متری به بیمار متصل و در حال کار است؟ بله <input type="checkbox"/></p> <p>آیا بیمار دارای حساسیت شناخته شده ای باشد؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>آیا بیمار دارای راد هوایی مشکل یا در معرض خطر آسیراسیون است؟ خیر <input type="checkbox"/> بله و تجهیزات کمک موجود است <input type="checkbox"/></p> <p>آیا خطر از دست رفتن بیش از 500 میلی لیتر خون در کودکان 4 میلی لیتر به ازای هر کیلوگرم وزن بدن خیر <input type="checkbox"/> بله و دو راه وریدی مرکزی و علامت وریدی برنامه ریزی شده است <input type="checkbox"/></p>	

فرم گزارش دهی خطاهای درمانی
Medical Errors Report

شماره (YH.58-PO-002(01) تاریخ آخرین بهسازی: ۱۳۸۱-۰۱-۰۱ تاریخ بازنگری: ۱۳۸۲-۰۱-۰۱ شماره بازنگری: ۰ شماره صفحات: ۱/۲	مجتمع بیمارستانی یاس (ایمنی بیمار) عنوان سنده فرم گزارش دهی خطاهای درمانی (Medical Errors Report)	 بیمارستان یاس مشهد																														
مشخصات بیمار: نام: _____ نام خانوادگی: _____ سن: _____ شماره پرونده: _____ جنس: _____ تاریخ بستری: _____ نام بخشی: _____ تاریخ تحویل فرم به واحد ایمنی: _____																																
اطلاعات مربوط به حادثه: تاریخ حادثه: _____ ساعت حادثه: _____ محل وقوع حادثه: _____ شرح حادثه: _____ آیا خطا منجر به آسیب به بیمار شده است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر																																
لطفاً نوع خطای ایجاد شده را علامت گذاری کنید:																																
خطای دارویی سرپایی	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>داروی اشتباه</td><td></td></tr> <tr><td>دوز دارویی اشتباه</td><td></td></tr> <tr><td>روش تجویز اشتباه</td><td></td></tr> <tr><td>بیمار اشتباه</td><td></td></tr> <tr><td>فراموش کردن دارو</td><td></td></tr> <tr><td>عدم تغییر دستورات دارویی در کارت دارویی</td><td></td></tr> <tr><td>زمان اشتباه</td><td></td></tr> </table>	داروی اشتباه		دوز دارویی اشتباه		روش تجویز اشتباه		بیمار اشتباه		فراموش کردن دارو		عدم تغییر دستورات دارویی در کارت دارویی		زمان اشتباه		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>جا ماندن وسیله جراحی در بدن بیمار</td><td></td></tr> <tr><td>عشو اشتباه</td><td></td></tr> <tr><td>روش اشتباه</td><td></td></tr> <tr><td>بیمار اشتباه</td><td></td></tr> <tr><td>محل جراحی اشتباه</td><td></td></tr> <tr><td>عوارض مربوط به جراحی</td><td></td></tr> <tr><td>باز شدن زخم، بعد از جراحی</td><td></td></tr> <tr><td>بریدگی یا پارگی</td><td></td></tr> </table>	جا ماندن وسیله جراحی در بدن بیمار		عشو اشتباه		روش اشتباه		بیمار اشتباه		محل جراحی اشتباه		عوارض مربوط به جراحی		باز شدن زخم، بعد از جراحی		بریدگی یا پارگی	
داروی اشتباه																																
دوز دارویی اشتباه																																
روش تجویز اشتباه																																
بیمار اشتباه																																
فراموش کردن دارو																																
عدم تغییر دستورات دارویی در کارت دارویی																																
زمان اشتباه																																
جا ماندن وسیله جراحی در بدن بیمار																																
عشو اشتباه																																
روش اشتباه																																
بیمار اشتباه																																
محل جراحی اشتباه																																
عوارض مربوط به جراحی																																
باز شدن زخم، بعد از جراحی																																
بریدگی یا پارگی																																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>جا ماندن دفترچه</td><td></td></tr> <tr><td>جا به جا شدن داروی بیمار</td><td></td></tr> <tr><td>روش تجویز اشتباه</td><td></td></tr> <tr><td>تعداد تجویز اشتباه</td><td></td></tr> <tr><td>داروی از قلم افتاده</td><td></td></tr> <tr><td>زمان تجویز اشتباه نوشته شده است</td><td></td></tr> <tr><td>دارو اشتباه داده شده است</td><td></td></tr> </table>	جا ماندن دفترچه		جا به جا شدن داروی بیمار		روش تجویز اشتباه		تعداد تجویز اشتباه		داروی از قلم افتاده		زمان تجویز اشتباه نوشته شده است		دارو اشتباه داده شده است																			
جا ماندن دفترچه																																
جا به جا شدن داروی بیمار																																
روش تجویز اشتباه																																
تعداد تجویز اشتباه																																
داروی از قلم افتاده																																
زمان تجویز اشتباه نوشته شده است																																
دارو اشتباه داده شده است																																

کد سند: YH-SS-PO-002(13) تاریخ آخرین ابطال: ۱۳۹۷-۰۷-۰۱ تاریخ بازنگری: ۱۳۹۷-۰۷-۰۱ شماره بازنگری: ۰۵ شماره صفحات: ۲ : ۲	مجمع بیمارستانی یاس (ایمنی بیمار) عنوان سنده: فرم گزارش دهی خطاهای درمانی (Medical Errors Report)	 بیمارستان تخصصی قلب و عروق مجتمع بیمارستانی یاس
---	--	---

	عوارض بیهوشی		عدم تزریقات ایمن		بخش درمان
	ناسازگاری تزریق خون		خطاهای آزمایشگاهی		
	عفونت بیمارستان		اتفاقات حین پذیرش، ترخیص و انتقال بیمار		
	اتفاقات مربوط به اتصالات بیمار		سقوط از تخت		
	تحويل نوزاد به فرد اشتباه		اشتباه در دستورات تلفنی		
	مشکلات درمان		اتفاقات مربوط به تشخیص		
	زخم بستر		حوادث شغلی و Needle Stick		
	اقدام به خودکشی		مرگ یا ناتوانی جدی بیمار که در رابطه با مسیر درمان بیمار نباشد		
			سایر موارد (با توضیح)		

هر یک از موارد را که به نظر شما، دخیل می باشد، مشخص نمایید:

	نسب کاری		بی توجهی در خواندن یا اجرای دستور پزشک		بخش دارو
	شبقت های طولانی و پشت سر هم		عدم رعایت درست فرایند دارودهی		
	ناخوانا بودن دستورات پزشک		عدم رعایت دستورالعمل داروهای پرخطر		
	اشکال در تجهیزات		عدم توجه به اتصالات بیمار		
	شلوغی بخش		اشکال در تاسیسات		
	عدم ارتباط صحیح با بیمار		ارزیابی اولیه نامناسب		
	عدم گزارش به موقع به پزشک		عدم رعایت دستورالعمل جراحی ایمن		
	کمبود آگاهی پرسنل		تشابه اسمی و بی دقتی پرستار		
	کمبود پرسنل		بی توجهی پرسنل		
	تشابه شکل یا نام داروها		عدم مهارت پرسنل		
	صحت محاسبه دوز داروها		سایر موارد (با ذکر علت پیشنهادی)		



کتابچه راهنمای کارکنان جدیدالورود مجتمع بیمارستانی یاس

کد سند: YB-SB-FD-003(05) تاریخ آخرین اصلاح: 13-02-1397 تاریخ بازنگری: 13-02-1397 شماره بازنگری: 05 شماره صفحات: 2-3	مجتمع بیمارستانی یاس (ایمنی بیمار) عنوان سند: فرم گزارش دهی خطاهای درمانی (Medical Errors Report)	 مرکز ملی ایمنی بیمار National Center for Patient Safety
<p>تقسیم بندی خطا، بر اساس شدت آسیب:</p> <p> <input type="checkbox"/> Harm (آسیب) <input type="checkbox"/> Near Miss (نزدیک بود اتفاق بیفتد) <input type="checkbox"/> No Harm (اتفاق افتاد ولی آسیب نرسید) </p> <p>لطفاً هر نوع پیشنهاد جهت پیشگیری از وقوع این اتفاق را مکتوب نماید تا در کمیته ایمنی بیمار مطرح گردد.</p>		
شماره: تاریخ:	این قسمت توسط کارشناس ایمنی بیمار تکمیل گردد.	
نتیجه بررسی:		
اقدامات مداخله ای و اصلاحی:		
آیا این تجربه را جهت کلیه کارکنان به اشتراک گذاشته اید؟ راههای آموزشی:		
<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی		
امضاء:	نام و نام خانوادگی تحلیل کننده خطا:	

واحد کنترل عفونت

واحد کنترل عفونت این مرکز زیر نظر دفتر پرستاری توسط سوپروایزر کنترل عفونت اداره می‌گردد.

شرح وظایف سوپروایزر کنترل عفونت بیمارستان جامع زنان محب یاس شامل:

۱. تشکیل پرونده بهداشتی و تنظیم برنامه واکسیناسیون جهت کارکنان بهداشتی درمانی و در معرض خطر.
۲. اجرای برنامه آموزشی جهت کارکنان درمانی، خدماتی و پزشکان سایر کارکنان در صورت لزوم با همکاری پزشک کنترل عفونت و سوپروایزر آموزشی.
۳. شناسایی موارد عفونت بیمارستانی، تکمیل فرم بیماریابی، پیگیری روند درمان این بیماران با همکاری پزشک کنترل عفونت و ارسال آمار آن به معاونت درمان، مدیران ارشد و مسئولین بخش‌ها.
۴. برگزاری کمیته کنترل عفونت بیمارستان با حضور رئیس واحد (پزشک کنترل عفونت) جهت ارائه گزارشاتودستورالعملها.
۵. کنترل و پیگیری موارد مواجهه شغلی کارکنان و ارسال آمار آن به معاونت درمان و مرکز بهداشت.
۶. گزارش بیماری‌های واگیر بصورت فوری تلفنی یا گزارش هفتگی و ماهیانه به مرکز بهداشت منطقه طبق پروتکل مربوطه.
۷. نظارت بر اجرای مقررات تصویب شده در کمیته کنترل عفونت در کلیه واحدهای بیمارستانی و گزارش نتایج به کمیته مزبور.
۸. نظارت و پیگیری بر وجود محلول‌های ضد عفونی در کلیه بخش‌ها و آموزش استفاده صحیح آن.
۹. نظارت و پیگیری بر وجود امکانات و ملزومات بهداشت دست در کلیه بخش‌ها و اجرای صحیح Handwash و Handrub.

۱۰. نظارت و همکاری در ایزولاسیون بیماران عفونی با توجه به دستور عملهای کنترل عفونت و امکانات موجود.

۱۱. نظارت بر نحوه صحیح استریلیزاسیون ابزار و تجهیزات پزشکی و کنترل Washing و ضدعفونی صحیح ابزار پزشکی.

۱۲. تهیه کشت از محیط در موارد طغیان عفونت بیمارستانی در مواقع لزوم.

۱۳. نظارت بر رعایت احتیاطات استاندارد و استفاده از وسایل حفاظت فردی.

۱۴. انجام فرآیندهای کنترل عفونت در حیطه استانداردهای اعتباربخشی.

نکاتی چند در مورد عفونت بیمارستانی

تعریف عفونت بیمارستانی: عفونتی که به صورت محدود یا منتشر و در اثر واکنش های بیماریزای مرتبط با عامل عفونی یا

سموم آن در بیمارستان ایجاد شود به شرطی که حداقل ۲۴ ساعت بعد از پذیرش بیمار در بیمارستان و ۹۰-۳۰ روز بعد از عمل

جراحی پس از ترخیص بیمار باشد

انواع عفونت های بیمارستانی

۱. **عفونت ادراری (UTI)** که علائم آن شامل: تب، تکرر ادرار، سوزش، در دفعات آنه می باشد و در $\geq 10^5 \frac{U}{C}$ میکرو

ارگانیسم رشد کرده باشد.

۲. **عفونت های محل جراحی (SSI)** عفونتی است که در طی ۹۰-۳۰ روز پس از عمل جراحی ایجاد می شود. علائم آن

شامل: درد، تورم، گرمی، قرمزی، ترشح چرکی، کشت مثبت از ترشحات محل جراحی، تشکیل آبسه در نواحی عمقی.

۳. پنومونی علائم آن شامل: رال، خلط چرکی، $\frac{B}{C}$ مثبت، وجود ارگانیزم در ترشحات ریه و تراشه، کدورت ریه، افیوژن یا حفره پلور، افزایش ترشحات تنفسی، سرفه، خس خس.

۴. عفونت خونی (BSI): باید دست کم یکی از این موارد را داشته باشد: تب بالای ۳۸ درجه، لرز، هیپوتانسیون، کشت خون مثبت.

اهداف نظام مراقبت بیمارستانی

- * کاهش مرگ و میر و عوارض ابتلا به عفونت های بیمارستانی.
- * کاهش هزینه های بیمارستانی.
- * تامین حفظ و ارتقای سلامت افراد جامعه و رضایت مندی آنان از طریق کنترل عفونت های بیمارستانی.

احتیاطات استاندارد

- * بهداشت دست، شستن دست ها مهمترین راه پیشگیری از عفونت های بیمارستانی است.
- * استفاده از وسایل محافظت شخصی در صورت احتمال تماس با خون و مایعات بدن و عوامل بیماریز.
- * دفع صحیح سوزن و وسایل تیز و برنده.

اندیکاسیون های بهداشت دست

* قبل و بعد از تماس با بیمار

* قبل از انجام اقدامات اسپتیک

* پس از تماس با ترشحات بدن بیمار

* قبل از پوشیدن و پس از خارج کردن دستکش

* پس از تماس با محیط اطراف بیمار

در صورت آلودگی واضح شستشوی دست با آب و صابون به مدت ۶۰-۴۰ ثانیه و در صورت عدم آلودگی واضح می توان از هندراب به مدت ۳۰-۲۰ ثانیه استفاده کرد.

ایزولاسیون

جداسازی بیماران یا افراد حامل میکروارگانیسم های عفونی جهت جلوگیری از انتقال عفونت در بیمارستان بر اساس راه های انتقال از بیمار عفونی به سایر بیماران، عیادت کنندگان و پرسنل پزشکی می باشد.

انواع ایزولاسیون: ایزوله تماسی، ایزوله هوایی، ایزوله قطره ای

* **اتاق ایزوله با فشار استاندارد:** جهت بیماری که نیاز به ایزولاسیون تماسی یا قطره ای دارند به کار می رود.

* **اتاق ایزوله فشار منفی:** جهت بیمارانی که نیاز به ایزولاسیون قطرات هوا برد دارند به کار می رود و هدف کاهش انتقال بیماری هایی است که از طریق هوا منتقل می شود و باعث برقراری جریان هوا به داخل اتاق می شود. بیشتر در توپر کلوزیس، آبله مرغان، سرخک و آنفلازای H1N1 کاربرد دارد و هوای داخل با فیلتر هوا به محیط خارج می رود.

دفع سوزن و وسایل تیز و برنده

* کلیه وسایل تیز و برنده در Safety Box ریخته شود.

* سوزن های مصرف شده Recape نشود در صورت ضرورت گذاشتن درپوش روی سوزن از روش یک دست استفاده شود.

* Safety Box روی دیوار یا تالی نصب شود و روی زمین قرار نگیرد.

* هنگام پرشدن ۳/۴ Safety Box تعویض شود.

* در دستگاه امحاء پسماند به شکل صحیح دفع شود.

ضد عفونی کننده ها و گندزداها

۱. **ضد عفونی (Disinfection):** از بین بردن ارگانیسم های بیماری زا از روی اشیاء بی جان بجز اسپور باکتری ها.

۲. **گندزدایی (Antisepsis):** جلوگیری از رشد و تکثیر یا نابودی میکرو ارگانیسم ها در نسوج زنده.

۳. **استریلیزاسیون (Strilization):** فرآیندی که تمام سلول های زنده، اسپور، باکتری ها و ویروس ها را از بین می

برد. قبل از ضد عفونی، استریلیزاسیون (Decontamination) رفع آلودگی ضروری است.

انواع ضد عفونی کننده ها

۱. ضد عفونی کننده های سطح بالا (High Level) باعث کشته شدن همه میکرو ارگانیسم ها حتی اسپورها در زمان تعیین شده می شود. مانند پراکسید هیدروژن پراستیک اسید، گلوتارالدیید، فرمالدئید.
 ۲. ضد عفونی کننده های سطح متوسط (Intermediate Level)) که باعث کشته شدن همه ارگانیسم های فعال بجز اسپورها می شود. مانند کلرو ترکیبات کلره، ید و ترکیبات ید، الکل ها.
 ۳. ضد عفونی کننده های سطح پایین (Low Level)) که باکتری های فعال بجز باسیل ها، برخی از ویروسها و قارچ ها را از بین می برد. مانند فنل، ترکیبات فنلی، ترکیبات آمونیوم چهار ظرفیتی.
- * **لوازم بحرانی در بیمارستان:** لوازمی که وارد حفرات استریل بدن یا سیستم عروقی می شوند که می بایست استریل باشند. مانند سوزن ها، کاتترهای عروقی، لوازم جراحی، کاتترهای ادراری و غیره.
- * **لوازم نیمه بحرانی در بیمارستان:** لوازمی که با غشاهای سالم تماس دارند مانند آندوسکوپ ها که جهت آن باید از ضد عفونی کننده های سطح بالا استفاده کرد.
- * **لوازم غیر بحرانی در بیمارستان:** لوازمی که با پوست سالم تماس دارند و با ضد عفونی کننده های سطح پایین ضد عفونی می شوند.

ضد عفونی با حرارت خشک و مرطوب

- * **اتوکلاو:** جهت استریلیزاسیون لوازم جراحی، فلزی، شیشه ها، مایعات و بعضی مواد پلاستیکی بکار می رود که با استفاده از دما، بخار، فشار و زمان استریلیزاسیون را انجام دهد.

اتوکلاو هوا را تخلیه و بخار آب را توسط نیروی ثقل (گراویته) یا مکش پمپ (پره و کیوم) جایگزین می کند. به علت نفوذ بیشتر در حرارت مرطوب تاثیر بیشتری وجود دارد. ولی وسایل برنده را کند می کند و رطوبت در بسته ها باقی می ماند. عملکرد اتوکلاو را با اندیکاتورهای شیمیایی و بیولوژیک ارزیابی می کنند.

*** فور:** استریلیزاسیون با حرارت خشک می باشد، برای گازهای آغشته به وازلین، پودرها، سوزن ها، فیچی و لوله های شیشه ای بکار می رود. باعث خوردگی، زنگ زدگی و کند شدن نمی شود ولی نفوذ پذیری ضعیف داشته و به زمان طولانی نیاز دارد.

*** نشانگرها دارای انواع کلاس ۱ تا ۶ می باشند:**

کلاس ۱: تاییدکننده فرآیند استریلیزاسیون می باشد نه صحت آن مثل چسب های اتوکلاو.

کلاس ۲: جهت تعیین کیفیت قابلیت نفوذ بخار به داخل بسته ها در اتوکلاوپره و کیوم می باشد. مثل نشانگرهای بووی دیک.

کلاس ۳: تنها به یک پارامتر حساس بوده و جهت مانیتور و کنترل یکی از پارامترهای استریلیزاسیون بکار می رود.

کلاس ۴: به ۲ یا چند پارامتر حساس است که این پارامترها در انواع استریلیزاسیون متفاوت میباشد.

کلاس ۵: به همه پارامترهای موثر در استریلیزاسیون حساس می باشد مثل نشانگرهای بیولوژیک

کلاس ۶: حساسیت بالاتری داشته و برای اطمینان از عمل صحیح کلیه پارامتر های مورد استفاده در استریلیزاسیون وسیکل های تنظیمی دستگاه بکار می روند.

*** نشانگرهای بیولوژیک:** بصورت هفتگی در اتوکلاو استفاده می شود. بصورت نواری وویال می باشد. در نوع نواری اسپوربسیلوس سوتلیس و در نوع ویالی اسپوربسیلوس استاروترموفیلوس استاروترموفیلوس بکاررفته است.

ایمنی و حفاظت کارکنان: محافظت از کارکنان در مقابل مواجهه شغلی خصوصاً خون و مواد بالقوه آلوده از وظایف مهم بوده و بدین لحاظ واکسیناسیون، رعایت احتیاط‌های استاندارد، ایزولاسیون بیماران و شستن دست‌ها به کاهش موارد مواجهه، ابتلا بیماری‌ها و کاهش عفونت‌ها کمک می‌کند.

*** جهت کاهش مواجهه کارکنان با عوامل خطرزا اقدامات ذیل صورت می‌گیرد:**

۱. انجام معاینات پزشکی قبل استخدام ۲. انجام معاینات پزشکی دوره‌ای کارکنان ۳. ایمن‌سازی کارکنان ۴. برقراری نظام مراقبت از کارکنان در صورت بروز آسیب و حوادث شغلی ۵. برنامه ریزی و تعیین خط مشی در موارد بروز همه‌گیری بین کارکنان و استراحت در منزل به دنبال ابتلا به عوامل بیماری‌زا.

* ایمن‌سازی مقرون به صرفه‌ترین راه پیشگیری از ابتلا به بیماری‌های قابل سرایت است و واکسن هیپاتیت ب به صورت رایگان تزریق می‌شود.

۱. بصورت عضلانی در عضله دلتوئید در سه نوبت ۰- ۱- ۶ ماه تزریق می‌شود.

۲. یک تا دو ماه بعد از واکسیناسیون انجام آنتی‌بادی هیپاتیت ب جهت اطمینان از پاسخ ایمنی انجام می‌شود.

۳. اگر بعد از دوز اول واکسن برنامه واکسیناسیون قطع شود دوز دوم در اولین فرصت تزریق شود.

۴. افرادی که بعد از سری دوم واکسیناسیون پاسخ ایمنولوژیک نداده‌اند نانریسپاندر تلقی شده و پس از هر بار تماس شغلی با بیمار آنتی‌ژن مثبت باید ایمنوگلوبولین در ۲ نوبت به فاصله ۱ ماه دریافت کنند.

۵. افرادی که بعد از سری اول واکسیناسیون پاسخ ایمنولوژیک نداده‌اند سری دوم واکسیناسیون برایشان انجام شود.

۶. اگر پرسنلی بعد واکسیناسیون آنتی بادی بالای ۱۰ داشته ولی سال ها بعد زیر ۱۰ شود نیاز به واکسیناسیون مجدد ندارد.
۷. اگر واکسیناسیون انجام شده ولی آنتی بادی چک نشد و مواجهه شغلی ایجاد شد ابتدا آنتی بادی چک شود در صورت منفی بودن یک دوز واکسن گرفته و یک ماه بعد آنتی بادی چک شود در صورت مثبت بودن نیاز به دوزهای بعدی نیست.
۸. اگر پرسنلی به دنبال مواجهه شغلی ایمنوگلوبولین و واکسن دریافت کرد سه تا شش ماه بعد آنتی بادی چک شود.
۹. زمان تجویز ایمنوگلوبولین در زودترین زمان ممکن و حداکثر تا ۷ روز می باشد ولی در ۴۸ ساعت اول بهتر است.

دستورالعمل مواجهه شغلی کارکنان

۱. شستشوی زخم با آب یا سرم نمکی
۲. خونریزی از محل بدون مالش موضعی آن
۳. خودداری از مالش موضعی چشم ها در صورت پاشیده شدن خون و ترشحات
۴. شستشوی چشم ها و غشاهای مخاطی با مقادیر زیاد آب در صورت آلودگی
۵. گزارش فوری سانحه به سوپروایزر بالینی
۶. ثبت رسمی مورد گزارش شده جهت پیگیری
۷. تشکیل پرونده، پیگیری مورد و کنترل تیتراژ HBSAb فرد تماس یافته
۸. در فرد منبع و تماس یافته HBSAg- HCVAb- HIV- چک شود و موارد مثبت به متخصص عفونی معرفی گردد.

مهندسی حریق

آتش نشانی

آتش: یک سری فعل و انفعالات شیمیایی که در اثر اکسیداسیون سریع مواد سوختنی حاصل می گردد همراه با دود، شعله حرارت، نور و گرما

می باشد.

سوختن: ترکیب عناصر یک جسم با اکسیژن هوا که یک فعل و انفعال شیمیایی است.

احتراق: ترکیب سریع اکسیژن با مواد سوختنی و ایجاد حرارت.

اشتعال: احتراق همراه با شعله و نور.

انفجار: اشتعال یکباره و حالتی که انرژی های آزادشده خیلی سریع و ناگهانی و با سرعت و حداقل زمان ممکن خارج شود اصولاً هر ماده ای

که تغییر شکل ناگهانی داده و از حالت جامد یا مایع به صورت گاز تبدیل شود را ماده منفجره می گویند.

در به وجود آمدن حریق چهار عامل وجود دارد:

۱. پدیده طبیعی (آذرخش و رعد و برق)
۲. خطاهای انسانی (استعمال دخانیات، کبریت، آشپزی)
۳. نواقص فنی (از کار افتادن سیم کشی وسایل برقی)

۴. آتش سوزی عمدی (خودکشی، کینه توزی، پوشش جرم)

هرم آتش

۱. اکسیژن (هوا) ۲. حرارت ۳. ماده سوختنی ۴. واکنش های زنجیره ای

اکسیژن: حد اقل تراکم اکسیژن ۱۶٪ می باشد.

مواد سوختنی: می توانند جامد مایع یا گاز باشند با منشاء طبیعی یا مصنوعی.

حرارت

۱. نقطه شعله زنی: درجه حرارتی که یک ماده سوختنی مایع به اندازه کافی بخار می گردد و به محض نزدیک شدن جرقه باعث

شعله ور شدن می شود.

۲. درجه آتش گیری: کمترین درجه حرارتی که جهت ادامه احتراق ماده سوختنی مورد نیاز می باشد.

۳. خود بخود سوزی: در اثر واکنش شیمیایی بین مواد یا بالا رفتن تراکم گازهای ارگانیسمی محیط قابل اشتعال ایجاد شود.

۴. واکنش های زنجیره ای: این زنجیره در تغییر حالت ماده و ترکیب مکرر با اکسیژن حاصل می شود و تداوم آتش وابسته به

آن نیز هست.

طبقه بندی آتش:

طبقه اول: نوع (A)

آتش هائی هستند که پس از سوختن خاکستر به جای می گذارند مثل چوب، پارچه، کاغذ.

طبقه دوم: نوع (B)

آتش هائی که از سوختن مایعات قابل اشتعال مثل بنزین، روغن، نفت و... بوجود می آید.

طبقه سوم: نوع (C)

آتش هائی که ناشی از گازها می باشد.

طبقه چهارم: نوع (D)

آتش هائی که از سوختن فلزات قابل اشتعال بوجود می آیند.

طبقه پنجم: نوع (E)

آتش هائی که ناشی از جریان الکتریسیته باشد.

طبقه ششم: نوع (F)

آتش هائی که ناشی از روغن های آشپزخانه ای است.

روش های خاموش کردن آتش

آتش را می توان بطور کلی به چهار طریق خاموش کرد:

۱. سرد کردن: (گرفتن حرارت)
۲. خفه کردن: (گرفتن اکسیژن)
۳. سد کردن: (جدا کردن یا دور نمودن مواد قابل اشتعال از حرارت)
۴. کنترل واکنش های زنجیره ای

مواد سرد کننده: (آب، CO₂)

مواد خفه کننده: (کف، خاک، ماسه CO₂)

مواد رقیق کننده هوای: (N₂ - CO₂)

مواد محدود کننده زنجیره ای: هالن و پودر مخصوص اطفاء حریق

مبارزه با آتش های طبقه اول (A)

بهترین راه مبارزه با این آتش پائین آوردن درجه حرارت آن می باشد. برای این منظور از آب می توان استفاده کرد. آب بهترین خاموش کننده برای آتش های خاکسترزا می باشد.

مبارزه با آتش های طبقه دوم (B)

برای خاموش کردن این نوع آتش قطع اکسیژن ضروری است از دستگاه های محتوی پودر و گاز، انواع کف ها میتوان برای اطفاء استفاده نمود.

مبارزه با آتش طبقه سوم (C)

اولین اقدام قطع شیر اصلی گازی باشد و برای خاموش کردن به تناسب ماده اشتعال زا از پودر و گاز و گاز CO₂ استفاده می شود.

مبارزه با آتش های طبقه چهارم (D)

برای مبارزه با این نوع آتش سوزی از مواد هالوژنه مخصوص استفاده می شود.

مبارزه با آتش های طبقه پنجم (E)

اولین عمل مبارزه با این نوع آتش قطع جریان برق می باشد و برای خاموش کردن این نوع آتش از دستگاه های محتوی گاز کربنیک CO₂ استفاده می شود که عمل قطع اکسیژن را انجام می دهد

مبارزه با آتش طبقه ششم (F)

برای اطفاء این حریق از پودر تر استفاده می شود

انواع کپسول های آتش نشانی

۱- کپسول آتش نشانی بر پایه آب



آب یکی از آشنا ترین مواد برای خاموش کردن آتش است. با این خاموش کننده میتوان آتشی را که مسبب آن

چوب، کاغذ یا مقوا است خاموش کنید

۲- کپسول آتش نشانی بر پایه گاز دی اکسید کربن (CO2)



یکی از محبوبترین مواد خاموش کننده آتش است. در کپسول آتش نشانی که با دی اکسید کربن کار می کند دی

اکسید کربن به شکل مایعی تحت فشار بالا در سیلندر نگهداری می شود وقتی محفظه باز می شود دی اکسید

کربن منبسط میشود و در اتمسفر به شکل گاز در می آید. دی اکسید کربن سنگین تر از اکسیژن است بنابراین

جایگزین اکسیژن اطراف ماده سوختنی می شود.

۳- کپسول آتش نشانی بر پایه پودر



بهترین انواع مواد خاموش کننده آتش، کف های خشک شیمیایی یا پودرها هستند که بیشتر از بیکربنات سدیم، بی کربنات پتاسیم یا مونو آمونیوم فسفات ساخته می شوند. بیکربنات پتاسیم وقتی به دمای ۷۰ درجه سانتیگراد می رسد شروع به تجزیه شدن کرده و دی اکسید کربن آزاد می کند این دی اکسید کربن روی آتش را پوشانده و آن را خفه می کند. از کپسول های آتش نشانی تنها در آتش سوزی های مختصر (لحظات ابتدایی شروع حریق) میتوان بهره گرفت زیرا حاوی مقدار کمی از مواد خاموش کننده آتش هستند. در آتش سوزی های بزرگتر نیاز به تجهیزات بزرگتری از قبیل کپسول های آتش نشانی بزرگ (چرخدار) و یا ماشین آتش نشانی و افرادی متخصص است که بدانند هر آتشی باید به وسیله چه چیزی خاموش گردد.

مدیریت بحران

بحران چیست؟

بحران حادثه ای است که به طور طبیعی و یا به وسیله بشر بطور ناگهانی به وجود آمده و موجبات سختی و مشکلات زیادی را

به جامعه انسانی تحمیل می کند که جهت برطرف کردن آن نیاز به اقدامات اساسی و فوق العاده می باشد.

بحران طبیعی: مانند زلزله، سیل و طوفان و...

بحران غیر طبیعی: جنگ، حوادث، آتش سوزی و...

بحران های داخلی: قطع آب و برق، انفجار، آلودگی شیمیایی و...

مدیریت بحران

در مواقع وقوع بحران بلافاصله سیستم فرماندهی بحران فعال شده در دستورات لازم را جهت مقابله هر چه سریع تر به کلیه واحد ها اعلام می دارد.

I. C. S

سیستم فرماندهی بحران و حوادث

فرماندهی بحران روشی است جهت کنترل و هماهنگی کلیه منابع در صحنه های مختلف حوادث و در واقع ابزار مدیریتی است که شامل فعالیت های سازماندهی افراد، تسهیلات، تجهیزات و ارتباطات در محل حادثه است که با هماهنگی نهاد های جداگانه با هدف مشترک تلاش خود را در جهت حفظ زندگی و محیط زیست انجام می دهند.

فرمانده حادثه: اولین مقام ارشد پاسخگو می باشد که مسئولیت فرماندهی حادثه و کل فعالیت های بحران برعهده اوست او باید دارای ویژگی های زیر باشد. مصمم، هدفمند، خونسرد، سریع الفکر و با سرعت انتقال بالا و قابلیت انطباق و روحیه انعطاف پذیر و واقع بین و توانا در تعیین وظایف باشد.

مدیریت بحران حول محورهای زیر استوار می باشد.

۱. برنامه ریزی، آمادگی، عملکرد

۲. پاسخ، ارزشیابی، بهبودی، تسکین دادن، امور مالی، امور اجرایی

پرستاری بحران، استفاده از دانش و مهارت های تخصصی پرستاری در جهت ارتقاء و عملکردها و کاهش خطرات جسمی و

روانی می باشد که باید همگام و با مشارکت دیگر حرفه ها و حیطه های تحقیقی انجام پذیرد.

در هنگام وقوع بحران: با فعال شدن سیستم فرماندهی و انتقال دستورات، کلیه واحد ها، موظف به انجام وظایف با توجه به شرح وظایف خود می باشند.

چارت سازماندهی: هدف از چارت سازمانی تعیین نقش کلیدی کلیه افراد مسئول در مدیریت بحران می باشد.

شرح وظایف: شرح وظایف افراد نیز با توجه به نوع خدمت ایشان تعریف گردیده است.

چگونگی عمل: با وقوع بحران و دستور مرکز فرماندهی، کلیه واحد ها فعال گردیده و موظف به حضور در مرکز در جهت انجام وظایف خود مطابق با شرح وظایف می باشند.

موقعیت کنونی بیمارستان از نظر ایمنی در مقابل زلزله و وقوع بحران

تاسیسات بیمارستان شامل سیستم گرمائی و سرمائی (بصورت دیگ بخار و چیلر) و هوارسان های مربوط در طبقات مستقر می باشد که مرکز تنظیم و تاسیسات اصلی در زیرزمین بیمارستان قرار دارد. همچنین دارای گاز، آب و برق شهری می باشد که در صورت قطع برق مجهز به ژنراتور می باشد که به صورت اتوو در صورت نیاز به صورت منووال توسط پرسنل تاسیسات راه اندازی می گردد. شیر فلکه اصلی آب در محوطه شمالی جنب ایستگاه گاز قرار دارد و شیر اصلی گاز نیز در مجاورت ایستگاه گاز ضلع شمالی بیمارستان قرار دارد. همچنین پست برق که با دو منطقه ریلینگ می باشد در ضلع شرقی بیمارستان در مجاورت ورودی محوطه بیمارستان قرار دارد. سیستم اعلان حریق و اطفاء حریق در کلیه بخش ها نصب گردیده است.

کلیه بخش‌ها دارای اکسیژن سانترال می‌باشند بنابراین وجود کپسول‌های O₂ و N₂O در سایر بخش‌ها می‌تواند از منابع خطر ساز در هنگام بحران باشد. در کلیه واحدها و بخش‌ها کپسول آتش‌نشانی وجود دارد که طی دوره‌های متعدد آموزشی جهت استفاده پرسنل از کپسول‌ها برقرار گردید و همچنین مانورهای جهت آماده‌سازی پرسنل این بیمارستان در فواصل سه ماهه با هماهنگی ایستگاه آتش‌نشانی و واحد آموزش برگزار می‌گردد. این کپسول‌ها به صورت منظم و طبق برگه موجود روی آن‌ها شارژ می‌گردد و همچنین در زمان زلزله سیستمی موجود می‌باشد که به صورت خودکار گاز بیمارستان را قطع می‌نماید.

پیشگیری و آموزش

1. جهت پیشگیری از آسیب بیشتر در هنگام وقوع بحران، در بخش‌ها باید تعمیراتی با برنامه ریزی در چیدمان بخش‌ها انجام گردد.
2. تعمیر در جایگاه مراکز اصلی، مناسب به نظر می‌رسد.
3. در رابطه با هر چه کم کردن خطر در هنگام وقوع بحران چک لیست جهت بیمارستان با توجه به شرایط تهیه گردیده و در اختیار پرسنل قرار داده شده است.
4. در رابطه با زلزله چگونگی چیدمان وسایل و تخت‌های بیماران و نحوه برخورد با بیماران نیز طی کلاس‌های حضوری به پرسنل آموزش داده شده است.
5. نحوه استفاده از کپسول‌های آتش‌نشانی آموزش داده شده است و این آموزش ادامه خواهد یافت.
6. در صورت امکان، فراهم کردن یک اتاق امن جهت انبار داروئی و سایر تجهیزات در محوطه خارج ساختمان بیمارستان ضروری می‌باشد.
7. به علت وجود آسانسور فایرمن در کلیه طبقات امکان کمک‌رسانی در اسرع وقت توسط گروه امداد نجات وجود دارد.

۸. به دلیل دوجداره بودن و جنس مرغوب شیشه های طبقات امکان خرد شدن شیشه ها و تکه تکه شدن شیشه ها کم می باشد.

۹. بخش اورژانس زنان و زایمان سایر بخش ها دارای درب اضطراری می باشند که در صورت خاموش شدن آسانسور در هنگام بحران از آنها استفاده میشود، همچنین بیمارستان دارای پله و راه پله های وسیع می باشد.

اقدامات انجام شده

اقدامات انجام شده توسط کمیته اورژانس و حوادث غیرمترقبه بیمارستان طبق چک لیست ارسالی از معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی تهران:

۱. کمیته حوادث بطور ماهانه تشکیل شود و اعضای شرکت کننده با ابلاغ کتبی ملزم به حضور در کمیته می باشند. (۲/۳ اعضا)

۲. جهت هماهنگی با سازمان های امداد رسان در هنگام وقوع بحران و دعوت از یکنفر جهت شرکت در جلسات ماهانه مکاتبه گردیده است.

۳. در حال حاضر با نماینده منطقه ۶ شهرداری و نماینده هلال احمر جلساتی برقرار گردیده و از رهنمودهای ایشان استفاده شده است، طبق برنامه ریزی، از طرف هلال احمر، کلاسهای آموزشی جهت انجام وظیفه در هنگام بحران جهت پرسنل برقرار گردیده است.

۴. نامه به اورژانس منطقه، هلال احمر، آتش نشانی، آب، برق، گاز، مخابرات، نیروی انتظامی منطقه ارسال گردیده است.

۵. پروتکل موقعیت بیمارستان در برابر بحران تهیه گردیده است.

۶. برنامه های عملیاتی در هنگام بحران، بصورت شرح وظایف به واحدهای مربوطه ابلاغ گردیده است و با دعوت از واحدها در جلسات ماهانه واحدهای مختلف با مدیریت بحران و برنامه های عملیاتی بیشتر آشنا خواهند شد.
۷. ارسال دستورالعمل عمومی جهت عملکرد پرسنل بیمارستانی هنگام وقوع زلزله و پس از وقوع و هنگام تخلیه بیمارستان.
۸. نقشه تهدیدها، مخاطرات، نقشه چاه های آب و برق تهیه گردیده است.
۹. چک لیست کاهش خطرات تهیه گردیده است و از واحدهای مختلف جهت تهیه چک لیست مربوطه درخواست گردیده است.
۱۰. نرم افزار منابع اطلاعاتی تهیه گردید.
۱۱. بانک اطلاعاتی پرسنل تهیه شده است
۱۲. کلاسهای آموزشی زلزله و آتش نشانی جهت پرسنل برقرار گردیده و آموزش ادامه دارد.
۱۳. استان معین، قزوین در نظر گرفته شده است.
۱۴. سناریوی مقابله با بحران زلزله در بیمارستان تهیه و اجرا گردید.
۱۵. سناریوی فرضی با عنوان تصادف در نزدیکی بیمارستان و مراجعه بیماران به بیمارستان با هدف چگونگی عملکرد در هنگام بحران تهیه و اجرا گردید.
۱۶. سناریوی قطع آب، برق، گاز در هنگام وقوع تهیه و ارایه گردید.
۱۷. شرح وظایف کلیه افراد حاضر در بحران تهیه و با ابلاغ مربوطه تحویل داده شد.

مدیریت خطر

مدیریت خطر

وجود خطر یک جزء اجتناب ناپذیر از زندگی است و به طور کامل نمی توان آن را حذف کرد ولی میتوان آن را به حداقل رساند. در واقع خطر، احتمال ایجاد یک اتفاق، ناخوشی و یا از دست دادن و یا فقدان سلامت بوده که به طور مداوم با آن مواجه هستیم. مانند مخاطرات موجود در جاده ها، محل کار، منزل و... و ما پیوسته تلاش می کنیم که از آن ها اجتناب کرده و یا بروز آن ها را به حداقل برسانیم.

مراقبت های سلامت به طور غیرقابل اجتنابی با افزایش بروز خطر برای ایمنی بیمار و تهدید سلامت وی همراه است. از آنجائیکه نیمی از خطاها با استفاده از مدیریت خطر قابل پیشگیری هستند لذا توجه به آنها مهم است. در گذشته مدیریت خطر در محیط بالینی با نگاه واکنشی، بررسی می شد یعنی این که پس از بروز واقعه به تحلیل علل و عوامل آن پرداخته می شد تا از تکرار مجدد آن جلوگیری به عمل آید ولی اکنون تاکید بر شیوه پیشگیرانه بوده که در این شیوه احتمال خطر پذیرفته شده و به طور مناسب قبل از وقوع خطر، مدیریت می شود. در رویکرد سیستمیک و با عنایت به این موضوع که انسان امکان انجام خطا دارد (ممکن الاخطا)، نحوه طراحی سیستم، شرایط آن و نحوه پاسخدهی سیستم به نواقص و شکست ها، تعیین کننده نتیجه نهایی یک خطا بر روی سلامت بیمار، است.

آمار حاکی از آن است که درصد غیر قابل اغمازی از بیماران در مواجهه با سیستم های نظام سلامت بخصوص بیمارستان ها دچار عوارض و صدمات ناشی از ارائه خدمات می گردند. برای اینکه سازمان های بهداشتی- درمانی بعنوان مراکز قابل اطمینان تلقی گردند بایستی یک نظام اثربخش مدیریت ریسک جهت شناسایی نقایص سیستمی و ارتقای ایمنی بیمار طراحی و اجرا گردد.

برای جلوگیری از وقوع حوادث ناخواسته در بیمارستان مدیریت خطر به عنوان موثرترین راهکار معرفی می‌شود که یک فرآیند تکرارشونده و منطقی برای مواجهه با موقعیت‌های خطرناک است

سؤال‌های مهمی که در مدیریت خطر نیاز به پاسخ دارد عبارتند از: چرا؟ چگونه؟ کجا؟ چه وقت؟ چه کسی؟
چه چیزی؟

علل نیاز به مدیریت خطر در نظام سلامت

* افزایش ایمنی بیمار

* افزایش انتظارات بیمار و سطح شکایات، ادعاها و شکایت‌های قانونی، همچنین انتظارات متخصصان و کارکنان

* فشارهای رقابتی در بازار سلامت

* فشار مداوم هزینه‌های داخلی

* ارائه خدمات مطلوب توسط بیمارستان‌ها که از سوی دولت مطالبه می‌شود

* تحقیقات بالینی نیاز به بهبود را نشان می‌دهد

تعاریف

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

* **ریسک (خطر):** احتمال مخاطره یا عواقب بد، احتمال قرار گرفتن در معرض آسیب.

* **شدت:** نتیجه قابل انتظار از لحاظ درجه صدمه، آسیب به اموال و یا دیگر موارد مضر

* احتمال: احتمال رخ دادن یک رویداد.

مدیریت خطر در مراقبت سلامت

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.

مدیریت خطر

شناسایی، بررسی، تجزیه و تحلیل و ارزیابی خطرات

انتخاب با صرفه ترین روش

تصحیح، کاهش یا حذف خطرات قابل شناسایی

و در تعریفی دیگر

پیش بینی و شناسایی حوادث و خطرات و کاهش احتمال بروز و تخفیف اثرات آن ها در واقع همان اجزاء مدیریت خطر هستند.

قبل از بحث و بررسی مدیریت خطر بهتر است با انواع خطاها در سیستم بهداشت و درمان جهت مدیریت آنها آشنا شویم:

خطاها به صورت مختلف تقسیم بندی می شوند. به منظور اینکه زمینه بحث را در حوزه خطاهای پزشکی فراهم کنیم، می بایست تعاریفی از انواع خطاهای پزشکی ارائه نمائیم.

خطا چیست؟

خطا عبارت است از شکست در انجام کامل یک فعالیت برنامه ریزی شده مطابق با برنامه (خطای اجرایی) و استفاده از یک برنامه غلط برای رسیدن به یک هدف (خطای برنامه ریزی).

خطاهای مرحله برنامه ریزی

این خطاها در حین تصمیم گیری و فعالیت های مرتبط با حل مسئله رخ می دهد. خطاهای این مرحله زمانی خود را نمایان می سازند که پیامدهای دلخواه برای بیمار محقق نشود. این دسته از خطاها به علت کمبود دانش و اطلاعات پزشکان در خصوص وضعیت بیمار، روش های درمان و تجویز دارو هستند. استراتژی کاهش خطاهای مرحله برنامه ریزی، انجام پژوهش، تحقیق، مطالعه و انجام رویه های پزشکی مبتنی بر شواهد است که در این مسیر، تدوین برنامه های مراقبتی اثر بخش به منظور کاهش خطر و بهبود پیامدهای بالینی بیماران از جمله روش هایی است که توصیه می شود.

خطاهای مرحله برنامه ریزی ممکن است به بیماران آسیب بزند یا آنها را متحمل آسیب و خطر نکند اما آنچه بدیهی است اثرات و پیامدهای نامطلوبی است که بدنبال خواهند داشت. برای مثال به اثبات رسیده است که تجویز زود هنگام آسپرین به منظور درمان انفارکتوس قلبی سبب کاهش مرگ و میر می شود و اگر برای بیمارانی که شرایط دریافت این نوع دارو را دارند تجویز مناسب صورت نگیرد خطای مرحله برنامه ریزی منظور خواهد شد. همچنین تجویز آنتی بیوتیک برای بیمارانی که به آن آلرژی دارند یک خطای پزشکی در مرحله برنامه ریزی به حساب می آید. دیگر مثال هایی که در آن برنامه مراقبت های درمانی سبب ارتقاء ایمنی خدمات برای بیماران می شود شامل: پروفیلاکسی مناسب آنتی بیوتیک و استفاده موثر از پروفیلاکسی به منظور پیشگیری از تروبوآمبولی است. همچنین تخلیه مداوم ترشحات حلق و حنجره به منظور پیشگیری از تروبوآمبولی است.

همچنین تخلیه مداوم ترشحات حلق و حنجره به منظور پیشگیری از پنومونی وابسته به ونتیلاتور از جمله آن اقدامات است. اقدامات پزشکی که مبتنی بر تحقیق، پژوهش و شواهد بالینی باشد سبب کاهش خطاها و افزایش ایمنی بیمار می شود.

خطاهای مرحله اجرا

نوع دوم خطاها، به صورت غیرعمد حین انجام فعالیت های بالینی رخ می دهند. این نوع از خطاها خود را در زمان برقراری ارتباط بین بیمار و ارائه کننده مراقبت نشان می دهد. خطاهای اجرایی ممکن است به علت (Lapse) یا (Slip) رخ می دهد. خطای Slip به معنای این است که این خطا وقتی رخ می دهد که در طی انجام روتین وظایف وقفه ای ایجاد می شود. مثلاً وقتی هنگام آماده کردن دارو برای تزریق، به علت وقفه و یا حواس پرتی، دوز اشتباه در سرنگ کشیده شود.

خطای Lapse وقتی اتفاق می افتد که از یک گاید لاین پیروی نمی شود. به طور مثال وقتی یک فرد مراقب سلامت با یک وضعیت پیچیده بالینی مواجه شده و از گایدلاین به علت آن که به راحتی برای مشکل پیش رو قابل استفاده نیست، پیروی نمی کند، در نتیجه خطا از نوع Lapse اتفاق می افتد. Slip و Lapse روزانه رخ می دهند و معمولاً مشکلات زیادی را باعث نمی شوند. خطاهای نوع Slip مسؤل ۹۰٪ خطاهایی است که در حوزه مراقبت های سلامت رخ می دهد و علت آن شرایط و موقعیتی است که ارائه کننده خدمات درمانی در آن قرار دارند. این نوع خطاها (Slip) و (Lapse) در حوزه مراقبت های سلامت می توانند نتایج مهم یا بی اهمیتی برای بیماران بدنبال داشته باشند. برای مثال قرار دادن نقطه اعشار در جای نامناسب ممکن است باعث ده برابر شدن دوز دارو شود ممکن است به صورت وریدی مصرف شود.

خطاهای اجرایی در نتیجه عوامل متعددی رخ می دهند از جمله: حواس پرتی، وقفه در عملکرد های روتین، قطع ارتباط، استرس و فراموشی. این عوامل نیز دلایلی دارند مانند:

۱. عدم حمایت کافی قوانین، سیاست ها و رویه ها برای کاهش خطاهای پزشکی، برای مثال عدم وجود خط مشی برای چک کردن مجدد محاسبه دوز داروهای پرخطر.

۲. کمبود دانش و آگاهی درباره جوانب خاصی از مراقبت های پزشکی ناشی از وضعیت یا موقعیتی نا آشنا و نامانوس که ارائه کنندگان خدمات سلامت با آن روبرو می شوند. کمبود اطلاعات سبب رخداد خطا در حوزه مراقبت سلامت می شوند. برای مثال زمانی که پرستاری مشغول به فعالیت در واحدی جدید با فعالیت های غیرتکراری و نا آشنا که آموزش کافی برای آن ندیده است می شود، متعاقب آن با مشکلات متعددی مواجه می شود. این دلیل از جمله دلایلی است که سبب بالا بردن احتمال رخداد خطا حین ارائه خدمت می شود. علاوه بر آن، نداشتن دانش و آگاهی پرسنل در ارتباط با چگونگی کاربرد تجهیزات و ابزارهای درمانی نیز سبب حدوث خطا در بالین بیمار می شود.

۳. نداشتن مهارت مورد نیاز برای اعمال یک مداخله مشخص درمانی به علت نداشتن تحصیلات و تجربه در آن. در نتیجه خطایی که رخ می دهد، سبب عملکرد نادرست می شود.

خطاهای فعال (Active) / خطای مخفی (Latent)

طبقه بندی دیگری که برای خطاها می توان ذکر کرد تقسیم بندی انواع خطاها به دو گروه فعال و مخفی است. افراد از خطاهای فعال آگاهی بیشتری دارند زیرا که این دسته خطاها بیشتر به چشم می آیند و نتایج فوری روی بیماران می گذارند. از این خطاها به نام خطاهای انسانی نام برده می شود.

خطاهای مخفی در نتیجه یکسری فاکتورهای سازمانی مانند ساختار، محیط، تجهیزات، فرآیندها، فرهنگ، مقررات و مدیریت به وقوع می پیوندند. این دسته از خطاها که اغلب ریشه در فرهنگ سازمانی دارند ممکن است سال ها مخفی بمانند، تا زمانی که مجموعه ای از شرایط اجازه بدهند تا خطا خود را آشکار کند. مثال هایی از خطاهای مخفی در ارائه دارو را می توان به شرح ذیل بیان داشت:

۱. عملکرد بی ثبات و متغییر داروخانه ها در انبارداری داروهایی که اسامی مشابه یا شکل های مشابه دارند.
۲. نبود سیاست هایی برای برچسب زدن داروها با نام های ژنریک و تجاری.
۳. عدم وجود خط مشی برای محاسبه دوزاژ دارو برای داروهای پرخطر یا برای بیماران آسیب پذیر.
۴. استفاده پاره وقت از پرسنل آموزش ندیده.

لیست خطاهای فوق الذکر زمانی که تمامی جوانب مربوط به ایمنی بیمار لحاظ شود، حتی از این هم گسترده تر خواهد بود. گفتنی است خطاهای مخفی می توانند تحت شرایط مقتضی به خطاهای فعال تبدیل شوند. به عبارت دیگر خطاهای مخفی با عنوان اتفاقاتی شناخته می شوند که منتظر وقوع هستند، در حالی که خطاهای فعال نقطه توجهی برای شروع تحلیل ریشه ای هستند و اغلب با تجزیه و تحلیل عوامل موثر در وقوع خطا به روش تحلیل ریشه ای وقایع، مجموعه ای از عوامل بروز خطا شناسایی می شوند.

تعاریف دیگر در بررسی خطاها

خطای غفلت: انجام ندادن یک کار صحیح است مانند تشخیص ندادن یک بیماری، ارزیابی با تاخیر، عدم تجویز یک داروی لازم برای درمان بیماری و... .

خطای ارتکاب: انجام دادن یک عمل اشتباه است مانند تجویز یک داروی غلط برای بیمار اشتباه در یک زمان نادرست.

حادثه ناگوار: موجب مرگ یا آسیب جدی به بیمار شده یا کارکرد سازمان را مختل نموده باشد.

حادثه بدون عارضه: بالقوه می تواند ضرر رسان باشد ولی منجر به هیچگونه زیان واقعی نشده است عدم ضرر رساندن ممکن است ناشی از ماهیت جبرانی فیزیولوژی انسان یا صرفاً از روی شانس باشد.

موارد نزدیک به خطا: مواردی که به دلیل تشخیص و تصحیح فعل خطا (به صورت برنامه ریزی شده یا بدون برنامه) از بروز پیامدهای ناخواسته آن جلوگیری شده باشد.

سه روش برای شناسایی خطاها

* گزارش دهی اجباری

* گزارش دهی اختیاری

* سیستم های فعال نظارتی

مدیریت خطر و مراحل آن

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

* مرحله اول: ایجاد زمینه مناسب

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

* مرحله دوم: شناسایی ریسک

روش های زیادی جهت شناسایی ریسک وجود دارد و این روش ها بصورت ترکیبی وجود دارد. در این مرحله در واقع پس از بررسی سیر فرآیندها و فعالیت های لازم و نقش افراد در انجام آنها و با توجه به شرح وظایف شغلی افراد، مبادرت به شناسایی خطراتی می نمائیم که در هنگام اجرای این وظایف ممکن است رخ دهد و آنها را لیست کرده و به احتمال و شدت وقوع خطرات توجه می نمائیم. منطقی است که بلافاصله بعد از شناسایی ریسک آن را بطور مناسب مدیریت کنیم. رویکرد معمول برای در نظر گرفتن حوادث ناخواسته، توجه به حوادث بعد از وقوع است. به طور مثال خطر عوارض استفاده از داروها، بعد از وقوع آنها، توسط پرسنل درمانی و یا بر اساس اظهارات بیماران و جبران خسارت آنها بیان می شود. حوادثی که با خسارت مالی بیشتری همراه

است، فراوانی کمتری نسبت به حوادثی دارند که توسط پرسنل و بیماران اظهار می شوند. بنابراین اگر فراوانی یا شدت خطا را به تنهایی در نظر بگیریم، احتمال تخمین کمتر یا بیشتر از حد، را خواهیم داشت.

کدام یک از منابع اطلاعاتی را برای شناسایی خطرات استفاده کنیم

- تجارب قبلی
- افراد با تجربه در سازمان
- اسناد و مدارک، گزارش ها، پروتکل ها، روش های اجرایی، برنامه ها، آموز، ...
- بازرسی، ممیزی داخلی، هشدارها، حوادث و سوانح ثبت شده، شکایات. . .
- مصاحبه ها، نظرسنجی ها، ...

* مرحله سوم: آنالیز خطر

پس از شناسایی خطر، به منظور تعیین فعالیتی برای کاهش آن، آنالیز صورت می گیرد. ایده ال این است که خطر از بین برود ولی معمولاً این هدف قابل دستیابی نیست و تلاش ها باید در جهت کاهش آنها صورت گیرد. احتمال و شدت خطر را باید در نظر گرفت. خطرات بالینی نادر ولی جدی مثل دیسکرازی خونی که به دنبال برخی داروها رخ می دهد را باید در کنار خطرات شایع ولی کمتر جدی مانند واکنش آلرژیک پوستی، در نظر گرفت. به طور مثال ممکن است امکان پذیر نباشد، فردی را که احتمال دیسکرازی خونی به دنبال مصرف دارو دارد، را شناسایی کنیم. پس باید احتمال بروز آن را بپذیریم. در عین حال تعداد

زیادی از حوادث خفیف ممکن است به عنوان خطرهای عمده و غیرقابل قبول در نظر گرفته شود مگر این که استفاده از آن‌ها اجباری باشد.

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

- احتمال رخداد حادثه
- هزینه حادثه در صورت وقوع (چه مادی و چه غیرمادی)
- در دسترس بودن روش‌ها برای کاهش احتمال رخداد یک حادثه
- هزینه راه‌حل‌های موجود کاهش خطر (مادی و غیره)

* مرحله چهارم: برخورد با خطر

دامنه‌ای از انتخاب‌ها برای مقابله با خطرات بالینی قابل دسترس است. تصمیم‌گیری باید بر اساس هزینه مالی مقابله با خطر و هزینه بالقوه جبران آن خطر، استوار باشد. هزینه جلوگیری از یک حادثه شدید ولی نادر ممکن است بسیار بیشتر از هزاران حادثه خفیف باشد.

شیوه های متعدد برای مقابله با خطر

الف - کنترل خطر

در مورد خطرهای غیرقابل حذف، گام های پیشگیرانه بایستی به منظور به حداقل رساندن احتمال بروز آن از طریق استفاده از راهنماهای بالینی، پروتکل ها و سیر مراقبت ها برداشته شود. مانند استفاده از راهنمای بالینی برای پیشگیری از ترومبوز پیش از عمل جراحی به منظور کاهش خطر ترومبوز عروق عمقی و آمبولی ریه.

ب - پذیرش خطر

در مواردی که وقوع خطر غیر قابل اجتناب باشد، حداقل این خطر باید شناخته شود و یک گام جلوتر از این گونه خطرات برداشته شود. یک مثال از خطر غیر قابل اجتناب، خرابی هر گونه تجهیزات مانند پمپ انفوزیون و تدارک یک وسیله پیشتیبانی در صورت بروز نقص فنی است.

ج - اجتناب از خطر

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

د - کاهش و یا به حداقل رساندن خطر

در مواقعی که نتوان خطری را حذف کرد می‌توانیم عواقب و عوارض بالقوه آن را محدود کنیم. این یک دیدگاه اساسی در مدیریت خطر محسوب می‌شود و شامل آموزش (هر دو گروه ارائه دهندگان خدمت و بیماران) و استفاده از راهنمای بالینی و خط مشی است. به طور مثال کاهش تجویز داروی نامناسب به وسیله استفاده از راهنماهای بالینی و آموزش به پزشکان.

ه - انتقال خطر

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

* مرحله پنج: ارزیابی مدیریت خطر

در این مرحله اثر بخشی رویکردهایی که برای شناسایی، آنالیز و مدیریت خطر به کار رفته است، مرور و ارزشیابی می‌شود. نقش ممیزی بالینی در این مرحله ضروری است چون استانداردهای مدیریت درمان، تعیین و پایش می‌شوند تا درجه تطابق با این استانداردها مشخص شود. پس از تعیین مشکل، مهم این است که یک محیط با حداقل سرزنش ایجاد شود تا افراد بتوانند صادقانه عقیده خود را بیان کنند و پیشنهاداتی را برای چگونگی کاهش خطر در آینده ارائه دهند.

در نهایت کلیه مراحل بالا بایستی در تمامی سازمان و حتی در سازمان‌های مرتبط، اطلاع رسانی شده و منجر به یادگیری از درس‌های گرفته شده، شود

نیازهای اساسی برای ایجاد یک نظام مدیریت خطر بالینی موفق:

- وجود رهبری همراه با التزام به ارتقاء ایمنی بیمار
- خط مشی و استراتژی واضح
- محیط سازماندهی شده با در نظر گرفتن ایمنی بیمار به عنوان یک مقوله مهم و پاسخگو اما بدون سرزنش
- منابع کافی برای حمایت فرایندها و پاسخ گویی به فرآیندها
- ارزشیابی به منظور اطمینان از اجرای مدیریت خطر

دربریخی از منابع مراحل مدیریت خطر را ۷ مرحله ذکر کرده اند:

- زمینه سازی
- شناسایی ریسک
- تحلیل ریسک
- ارزیابی ریسک
- استراتژی جهت کاهش، حذف و یا انتقال ریسک
- بررسی و نظارت مداوم
- ارتباطات موثر و مشاوره

برای انجام مدیریت خطر در هر سازمان، از روش های مختلفی استفاده می شود که ۲ نوع قابل استفاده و همه آن در سیستم

مراقبت های سلامتی شامل RCA(گذشته نگر) و fmea(آینده نگر) می باشند.

تحلیل ریشه ای وقایع: RCA

یک تکنیک برای درک سیستماتیک علت وقوع یک حادثه است که فراتر از درگیر کردن شخص یا اشخاص بوده و علل زمینه ای و محیطی که حادثه در آن رخ می دهد را نیز در برمی گیرد. تحلیل ریشه ای علت، به صورت گذشته نگر و چند منظوره، سلسله مراتب حوادث را طراحی کرده و از زمان حادثه به عقب بر می گردد و اجازه می دهد که علل واقعی یک حادثه شناخته شوند. بنابراین سازمان ها می توانند بدین ترتیب از خطاهای به وقوع پیوسته، یادگیری هایی داشته و عملکرد مناسب را اعمال کنند. همچنین می تواند در تحلیل رویداد های "نزدیک بود که" Near misses مورد استفاده قرار گیرد. در آخر اینکه، بخشی از فرآیند ایمنی و کیفیت است.

▪ 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.

فرآیند تجزیه و تحلیل علت ریشه ای:

۱. سازماندهی تیم

۲. جمع آوری اطلاعات

۳. تعریف رویداد

۴. تعیین علل سطحی

۵. شناسایی علل ریشه ای (با استفاده از Why) یا استخوان ماهی

عوامل تاثیر گذار بر عملکرد (سببی یا ریشه ای) دو دسته مشکل هستند:

۱. مشکلات همراه با مراقبت درمان (CDP) Care Delivery Problems (وابسته به عرضه مستقیم خدمات)

۲. مشکلات همراه با سرویس های خدمات (SDP) Service Delivey Problems

۳. شناسایی استراتژی های کاهش خطر

۴. استقرار استراتژی ها

۵. ارزیابی اثربخشی اقدامات صورت گرفته و گزارش

FMEA

تجزیه و تحلیل عوامل شکست و آثار آن **FMEA** نامیده می شود که به منظور مشخص کردن و حذف خطاها، مشکلات و اشتباهات بالقوه موجود سیستم (تحلیل آینده نگر)، فرایند تولید و ارائه خدمت، قبل از وقوع، در نزد مشتری، بکار برده می شود. به عبارتی شناسایی عوامل خطر ساز در کلیه واحدهای درمانی.

تشریح مراحل انجام کار

۱. جمع آوری اطلاعات مربوط به فرآیند

سایت یا مکانی که در آن ارزیابی ریسک انجام می شود باید کاملاً شناسایی و نحوه فعالیتها و فرایندها به دقت بررسی شود.

۲. تعیین خطرات بالقوه

تمام خطراتی محیطی، تجهیزاتی، مواد، انسانی و... که ایمنی را تهدید می کند باید در نظر گرفته شود همچنین حالات هر خطر نیز می بایست مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرد.

۳. بررسی اثرات هر خطر

اثرات هر خطر، اثرات احتمالی هستند که خطر بر ایمنی افراد می گذارند. اثرات خطر می توانند مانند آتش سوزی، مسمومیت، شکستگی، آسیب های مفصلی و غیره باشد.

۴. تعیین علل خطر

شناخت کافی از محدوده مورد ارزیابی می تواند کمک فراوانی برای شناسایی علل بوجود آمدن خطر باشد. اطلاعات فنی، زیست محیطی و ارگونومیک نیز در شناسایی بهتر علل موثر هستند.

۵. چک کردن فرآیندهای کنترل

به منظور ارزیابی بهتر خطرات صورت می گیرد. بررسی برگه ها عملیات استانداردها الزامات و قوانین حاکم بر محیط کار و عوامل مربوط از جمله این کارهاست.

۶. تعیین نرخ وخامت

وخامت خطر یا میزان جدید بودن "اثر خطر بالقوه" بر افراد است. شدت یا وخامت خطر فقط در مورد "اثر" آن در نظر گرفته می‌شود، کاهش در وخامت خطر فقط از طریق اعمال تغییرات در فرآیند و نحوه انجام فعالیت‌ها امکان پذیر است.

برای این وخامت خطر شاخص‌های کمی وجود دارد که بر حسب مقیاس ۱ تا ۱۰ بیان می‌گردد.

۷. احتمال وقوع

احتمال وقوع آن مشخص می‌کند که یک علت یا مکانیزم بالقوه خطر با چه تواتری رخ می‌دهد.

تنها با از بین بردن یا کاهش علل یا مکانیزم هر خطر است که می‌توان به کاهش عدد رخداد امیدوار بود. احتمال رخداد بر مبنای ۱ تا ۱۰ سنجیده می‌شود. بررسی سوابق و مدارک گذشته بسیار مفید است. بررسی فرایندهای کنترلی، استانداردها، الزامات و قوانین کار و نحوه اعمال آنها برای دست یافتن به این عدد بسیار مفید است.

۸. نرخ احتمال کشف خطر

احتمال کشف نوعی ارزیابی از میزان توانایی است که به منظور شناسایی یک علت/مکانیزم وقوع خطر وجود دارد. به عبارت دیگر احتمال کشف توانایی پی بردن به خطر قبل از رخداد آن است.

بررسی فرآیندهای کنترلی استاندارد ها الزامات و قوانین کار و نحوه اعمال آنها برای دست یافتن به این عدد بسیار مفید است.

* محاسبه RPN

عدد اولویت ریسک حاصل ضرب سه عدد وخامت (S) رخداد (+) و احتمال کشف (D) است.

$$\text{Serverty} \times \text{occ urance} \times \text{Detection} = \text{RPN}$$

عدد اولویت ریسک عددی بین ۱ و ۱۰۰ خواهد بود.

برای اعداد ریسک بالا، کارگروهی باید جهت پائین آوردن این عدد از طریق اقدام اصلاحی صورت پذیرد.

* آیا اصلاح نیاز است؟

در این مرحله خطرات را بر اساس عدد اولویت ریسک رتبه بندی می‌کنیم و براساس نظر سیستم FMEA یک حد RPN در

نظر می‌گیریم. به عنوان مثال برای سطح اطمینان ۹۰٪ حد به شرح زیر بدست می‌آید. سپس خطراتی که RPN بالای

۱۰۰ دارند و در واقع نیاز به اصلاح دارند و مشخص می‌کنیم.

توجه: برای خطراتی که دارای حداقل یک عدد ۱۰ هستند نیز باید اقدام اصلاحی در نظر گرفته شود.

۹. اقدامات اصلاحی و پیشنهادی

این اقدامات باید در جهت اهداف زیر وضع و انجام گردند:

الف: حذف علل ریشه ای خطر

ب: کاهش وخامت اثر خطا

ج: افزایش احتمال کشف خطر در فرایند

د: افزایش رضایت کاری کارکنان از وضعیت ایمنی

۱۰. تعیین مسئولیت و وظایف

سازمان باید مسئول هر یک از اقدامات اصلاحی را مشخص و ثبت نماید نتایج اقدامات انجام شده باید به گروه **FMEA** گزارش شده و صحنه گذاری شوند.

۱۱. تصحیح فرآیند طبق اقدامات اصلاحی

اقدامات باید به طور موثر پیاده شده و این نکته در نظر گرفته شود که باید این اقدامات نیز ارزیابی شود. به عنوان مثال حذف یک ماده آتش زا از حلال ها و جایگزینی یک ماده سمی مخاطرات جدیدی را به دنبال دارد که باید آنها نیز به همین ترتیب تجزیه و تحلیل شوند.

۱۲. بعد از انجام اقدامات اصلاحی دوباره باید عدد **RPN** محاسبه گردد.

در محاسبه عدد **PRN** باید توجه داشت که تعیین اعداد نرخ رخداد، وخامت و کشف می بایست بر اساس نوع فعالیت سازمان تعیین و تثبیت شود. عمدتاً برای خطراتی که نرخ وخامت و رخداد بالای ۷ دارند می بایست اقدام اصلاحی در نظر گرفته شود.

یادگیری از خطاها

یک جزء اساسی برای ارتقای ایمنی بیمار، گزارش حوادث است. گزارش حوادث به تنهایی ایمنی بیمار را ارتقاء نمی بخشد. بلکه یادگیری از خطاها است که امری اساسی است. این یادگیری ها است که باید انتشار یابد و اجرا شود تا از وقوع حوادث مشابه در آینده جلوگیری کند و بهتر است که این امر در تمامی سیستم مراقبت سلامت اجرا شود.

جهت شناسایی خطاها، روش های مختلفی وجود دارد. این روش ها می تواند شامل: بررسی پرونده ها، گزارش دهی خطاها، استفاده از تجربیات بیماران، بررسی شاخص های ایمنی بیمار، بررسی شکایات و نتایج رضایتمندی بیماران باشد. یکی از روش های شناسایی خطا همان گزارش دهی خطاها است که باید ارتباط آن با سطوح بالاتر، تعریف شود.

در آخر اینکه

برای مدیریت خطاهای پزشکی گام های زیر پیشنهاد می شود:

۱. برای مشارکت همه کارکنان و متخصصان در امر شناسایی و مدیریت خطاها فرهنگ سازی نمائید و عوامل مشوق سازمانی برای گزارش دهی و رفع خطاها در نظر بگیرید.
۲. به شناسایی خطاها و تشخیص موارد جدی آنها به ویژه در بخش های پرخطر نظیر اورژانس بپردازید.
۳. موارد جدی آسیب را بطور جداگانه بررسی و برای آنها فرایند رفع مشکل در مدت معین (کمتر از یک هفته) طراحی کنید.
۴. از پرسنل بخواهید خطاها را بدون ذکر نام و یا قصد تخریب افراد ثبت و گزارش دهی داوطلبانه یا اجباری نمایند.
۵. گزارشات خطا را بخوانید طبقه بندی کنید و عوامل کلیدی مسبب آنها را به ویژه در ابعاد کاری و سیستمی شناسایی کنید.

تیم مدیریت خطر

با توجه به اهمیت مدیریت ریسک در بیمارستان در راستای شناسایی و کاهش خطرات تیمی جهت پایش و نظارت بر این موارد تشکیل شد که متشکل از کارشناس ایمنی بیمار و کارشناس ایمنی پرسنل و کارشناس بحران بیمارستان و... می باشد.

موارد انجام شده و درحال اقدام در این بیمارستان در راستای مدیریت خطر (تمام اقداماتی که درمبحث ایمنی بیمارهم آورده شده است جزء مدیریت خطر می باشند):

۱. برگزاری کلاس آموزشی مدیریت خطر جهت کارکنان بالینی و غیربالینی
۲. فرم گزارش دهی خطاها
۳. تشویق کارکنان به گزارش دهی خطاها بدون ترس
۴. شروع شناسایی خطر واحدها به روش FMEA و آموزش این روش در جلسات و کلاس ها
۵. تحلیل موارد مرگ و میر در کمیته مرگ و میر
۶. تحلیل موارد خطاها درجلسات دفتر پرستاری به روش RCA
۷. بررسی شرایط محیط از نظر ایمنی محیط
۸. غربالگری کارکنان از نظرعوامل خطر با پرونده بهداشتی
۹. بررسی شکایات از نظر بروز خطر

WHO ۹ راهکار اجرایی به عنوان راه حل هایی برای حصول و ارتقاء ایمنی بیمار ارائه نموده که عناوین آنها عبارتند از:

۱. توجه به داروهایی با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی
۲. توجه به مشخصات فردی بیمار جهت جلوگیری از خطا
۳. ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار
۴. انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح در بدن بیمار
۵. کنترل غلظت محلول های الکترولیت در هنگام تزریق
۶. اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارائه خدمات
۷. اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها
۸. استفاده صرفاً یکباره از وسایل تزریقات
۹. بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبت های سلامتی

روند گزارش دهی خطا در بیمارستان یاس

گزارش دهی هرگونه خطای درمانی در فرم گزارش دهی خطاها که در مبحث ایمنی بیمار پیوست گردیده، انجام می گیرد. در صورت بروز خطا یه حادثه پرسنل مربوطه به مسئول مدیریت خطر بیمارستان با هماهنگی مسئول بخش یا سوپروایزر گزارش می دهد. این خطاها یا حوادث در کمیته فرعی که توسط مسئول مدیریت خطر هماهنگ می گردد. به روش RCA مورد تجزیه و تحلیل قرار می گیرد.



دانشگاه علوم پزشکی تهران

راهنمای پوشش حرفه‌ای (Dress Code)

اعضای هیئت علمی، کارکنان، دستیاران و دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران ضمن رعایت شئون اسلامی و آیین نامه پوشش دانشجویان دانشگاهها، به منظور حصول اهداف ذیل ضوابطی را در پوشش حرفه‌ای خود در محیط دانشگاه و واحدهای وابسته لحاظ کرده و منتهای تلاش خود را در رعایت و ترویج آن در جامعه پزشکی به عمل خواهند آورد.

- حفظ شأن و حرمت حرف پزشکی و محیط علمی دانشگاه
- پراگیزی حس احترام، آرامش و اعتماد در دریافت کنندگان خدمات
- جلوگیری از انتقال عفونت و حفظ ایمنی خود و بیماران

همچنین در ارزیابی مناسب بودن انواع دیگری از ظاهر و پوشش که در این راهنما اشاره نشده است، رعایت اهداف پیش گفت مورد استناد خواهد بود.

آرایش و زیورآلات

۱. ظاهر افراد در محیط دانشگاه و محیط بالینی باید ساده، مرتب و درعین حال بدون آرایش باشد.
۲. به استثنای یک حلقه یا انگشتر ساده استفاده از سایر زیورآلات آشکار مجاز نمی‌باشد.
۳. ناخن‌ها باید کوتاه، مرتب و تمیز باشند. داشتن لاک و ناخن مصنوعی مجاز نمی‌باشد.

جداساز

۱. بهداشت فردی شامل پاکیزگی موها و بدن الزامی است.
۲. استعمال عطر و ادکلن با بوی تند در محیط دانشگاه و محیط بالینی مجاز نیست.

لیاس

۱. لیاس‌ها باید ساده، تمیز و مرتب باشند.
۲. لیاس‌ها باید ضمن رعایت حدود شرعی، متناسب با اندام و آزاد باشند و نباید جلوی حرکات آزادانه بدن را بگیرند.
۳. لیاس‌ها باید به رنگ‌های متعارف باشند و نباید حاوی تصاویر، علائم تبلیغاتی نامتعارف و حاوی پیام باشد.
۴. رعایت ضابطه بخش در پوشیدن لیاس فرم پاکیزه و جلویسته ضروری است. خارج از محیط‌هایی که اسکراپ جزو ضوابط بخش است، نباید اسکراپ بر تن داشت و یا پوشیدن روبوش سفیدروی آن لازم است.
۵. در محیط بالینی نصب کارت شناسایی عکس‌دار در محل قابل رویت همگانی روی لیاس الزامی است.
۶. پوشیدن کفش و جوراب مناسب الزامی است.





کتابچه راهنمای کارکنان جدیدالوارد مجتمع بیمارستانی یاس

کلیه کارکنان بیمارستان موظف به رعایت استانداردهای پوشش در بیمارستان می باشند. لباس کارکنان کادر درمانی با رنگ های مشخص و متحدالشکل به شرح ذیل می باشد:

اساتید و رؤسای بخش ها: روپوش سفید رنگ

دانشجویان پزشکی: روپوش سفید با اتیکت های رنگی که نام و نام خانوادگی دانشجو در آن درج گردیده و هر رنگ نشاندهنده سطوح فراگیری دانشجویان (اینترن، رزیدنت، فلوشیپ) می باشد.

مدیر پرستاری: مانتو و شلوار سرمه ای و مقنعه سرمه ای

سر پرستاران و پرستاران: مانتو و شلوار سرمه ای، مقنعه سرمه ای و کفش روبسته

سوپروایزران: مانتو و شلوار سرمه ای و مقنعه سرمه ای

کمک بهیاران: روپوش و شلوار کرم و کفش روبسته سفید

پرسنل اتاق عمل: کل پوشش به رنگ سبز نیتون

پرسنل بیهوشی: کل پوشش به رنگ آبی

پرسنل خدمات ویژه: آبی روشن

سایر رده های شغلی نیز که موظف به استفاده از پوشش استاندارد می باشند به شرح ذیل می باشد:

کارکنان واحدهای پاراکلینیک، توانبخشی، بهداشت، تغذیه: روپوش سفید

منشی های بخش های بستری و سرپائی: کل پوشش طوسی

کادر نگهداری: پیراهن آبی روشن، شلوار مشکی

کارکنان تأسیسات: لباس کار طوسی و قرمز













کارکنان خدماتی: زنان: روپوش آبی روشن شلوار و مقنعه آبی روشن

کارکنان خدماتی: مردان: پیراهن آبی روشن، شلوار آبی کم رنگ

پرسنل آشپزخانه و آبدارخانه ها: روپوش و شلوار سفید کلاه سفید

پوشش کارکنان بیمارستان یاس



	خدمات آ1		مهماندار
	پزشک خانم		متنشی بخش
	پزشک آ1		متصدی پذیرش
	پرستار 3 سوپروایزر و سرپرستار		کمک بیمار خانم
	پرستار اتاق عمل		کمک بیمار
	بیمار		خدمات خانم
	انتظامات		

آیین اخلاق پرستاری در جمهوری اسلامی ایران

۱. پرستار و جامعه

۲. پرستار و تعهد حرفه ای

۳. پرستار و ارائه خدمات بالینی

۴. پرستار و همکاران تیم درمانی

۵. پرستار، آموزش و پژوهش

پیشرفت های حوزه دانش و فناوری در مراقبت های بهداشتی، چالش های عمده ای را پیش روی پرستاران قرار داده است. تمامی پرستاران صرف نظر از تخصص خود، در فعالیت های کاری خود با چالش های اخلاقی مواجه شده، برای تصمیم گیری در نقش های سنتی و جدید خود نیازمند دانش فردی و مشاوره گروهی هستند. همگان بر این توافق هستند که برخورداری از حساسیت های اخلاقی یکی از ملزومات عملکرد پرستاران است. مسئولیت های اخلاقی پرستاران در عملکرد و مراقبت مستلزم این است که ایشان از باورهای خود مطلع بوده، همچنین مبانی و اصول تحلیل اخلاقی و تصمیم گیری به صورت منسجم تدوین شده و در دسترس باشند. آئین ها (یا کدها) اخلاقی راهنماهای نظام مندی برای شکل دهی رفتار اخلاقی است. از سوی دیگر، چالش هایی که هر پرستار با آن روبرو است از فرهنگی به فرهنگ دیگر متفاوت خواهد بود. آئین اخلاق در پرستاری به طور مستقیم بر عملکرد پرستار در مراقبت از بیمار تمرکز دارد. واقعیت این است که در انجام هر یک از وظایف پرستاری، ممکن است مقولات بحث برانگیز اخلاقی ایجاد شود.

در جامعه ما با فرهنگ والای ایرانی - اسلامی، پرستاری بیمار عبادت محسوب می شود. آیات و احادیث متعددی بر ارزش والای مراقبت از بیماران تأکید دارند که تجلی آن در حرفه پرستاری است. نامگذاری روز ولادت حضرت زینب (س) به عنوان روز پرستار افتخاری بزرگ برای این قشر ارزشمند است که بر جایگاه والای آنان صحنه می گذارد. هرچند اصول کلی و ارزش های انسانی حاکم بر حرفه پرستاری مورد تأیید اسلام است اما با توجه به ظرایف خاص اخلاقی و معنوی که در اخلاق اسلامی مشهود است، موارد ذیل به عنوان مبانی ارزشی ایرانی - اسلامی در حرفه پرستاری، قابل استناد است:

بنا به آیات کریمه قرآن مرض و شفاء در دست پروردگار متعال است و لذا پرستار در تمام شرایط و وظایف محوله را با توکل و استعانت از ذات باری تعالی به انجام می رساند.

همه انسانها از شأن و کرامت والای انسانی برخوردارند و لازم است در هر حالتی مورد احترام قرار گیرند ولی بیمار یا فرد سالمی که نیازی در رابطه با سلامت خود دارد، شایسته توجه و احترام ویژه ای است. لذا تمامی بیماران، بدون در نظر گرفتن وضعیت اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی، توسط پرستار مورد احترام و حمایت روحی - روانی قرار می گیرند.

حفظ حیات هر انسان در هر جایگاه و موقعیتی که باشد وظیفه هر مسلمانی است ولی پرستار به واسطه تقبل مسئولیتی ویژه، در قبال نفس و جان بیمار مسئول خواهد بود. لازم است آیه شریفه (سوره مائده / ۳۲) همواره مدنظر باشد که نجات جان یک انسان را برابر با احیاء تمام انسانها دانسته است.

تقویت روحی و معنوی بیمار از منظر اسلام در بهبود او تأثیرگذار است. لذا وظیفه اخلاقی پرستار است که بیمار را دلداری داده و زمینه را برای پذیرش همراه با طیب نفس بیماری فراهم کند.

در زمان معاصر و در دوره هشت ساله جنگ تحمیلی، کشور ما شاهد ایثار و فداکاری عظیم پرستاران در دفاع از کیان میهن اسلامی بوده است که الگوها و اسطوره های این دوران می توانند الهام بخش ارزشهای والای اخلاق پرستاری باشند.

تدوین راهنمای کشوری اخلاق در پژوهش (کدهای ۲۶ گانه) در سال ۱۳۷۸ و راهنماهای اختصاصی اخلاق در پژوهش (۱۳۸۴) و منشور جامع حقوق بیمار (۱۳۸۸) نمونه هایی از اسناد اخلاقی مبتنی بر فرهنگ ایرانی و اسلامی هستند. این آئین در راستای تکمیل مجموعه آئین ها و راهنماهای اخلاقی مرتبط با حوزه سلامت در جمهوری اسلامی ایران تدوین شده است.

مخاطبان این آیین عبارت از تمامی شاغلین حرفه پرستاری در حوزه های خدمات آموزشی، پژوهشی، مدیریتی، بهداشتی و بالینی در تمامی رده ها می باشد.

این آئین در فواصل زمانی مقتضی، مورد تجدیدنظر و به روز رسانی قرار خواهد گرفت. همچنین باید در برنامه های آموزشی و بازآموزی پرستاران، در تمامی رده های تحصیلی و آموزشی، گنجانده شود.

ارزشی ها

پرستاران مسئولیت دارند در حیطه شغلی خود بر مبنای ارزش های حرفه ای تصمیم گیری و فعالیت کنند. ارزش ها، مفاهیمی هستند که ذاتاً ارزشمندند و توسط فرد یا جامعه مبنا و ملاک درستی و نادرستی اعمال قرار می گیرند. در حرفه پرستاری نیز، با توجه به جایگاه والای آن، ارزش های حرفه ای توسط انجمن ها و سازمان های حرفه ای معین شده اند. در کشور ما تعالیم دین مبین اسلام و نیز قانون اساسی در بسیاری از موارد، حدود و مرزهای عمل را معین می نمایند. ارزش های اخلاقی در عین انطباق با مبانی دینی، فرا ملی و جهان شمول هستند. مهم ترین ارزش هایی که در حرفه پرستاری باید مورد لحاظ قرار گیرد عبارتند از:

* احترام به مددجو / بیمار و حفظ شأن و کرامت انسانی

* نوع دوستی و همدلی

* پایبندی به تعهدات حرفه ای

* پاسخگویی، مسئولیت پذیری و وجدان کاری

* عدالت در خدمت رسانی

* تعهد به صداقت و وفاداری

* حفظ حریم خصوصی بیماران و تعهد به رازداری و امانتداری

* ارتقاء صلاحیت علمی و عملی به طور مداوم

* ارتقاء آگاهی از مقررات حرفه ای و دستورالعمل های اخلاقی و رعایت آنها

* احترام متقابل با سایر ارائه دهندگان مراقبت سلامت و برقراری ارتباط مناسب با آنان

* احترام به استقلال فردی مددجو / بیمار

* شفقت و مهربانی

راهنماهای اخلاقی

۱. پرستار و جامعه

پرستار باید:

در جهت ارتقای سلامت جامعه، پیشگیری از بیماری ها، اعاده سلامت و کاهش درد و رنج، کوشش کند و آن را رسالت اصلی خود بداند.

۱. مراقبت های پرستاری را صرف نظر از نژاد، ملیت، مذهب، فرهنگ، جنس، سن، وضعیت اقتصادی - اجتماعی، مسائل سیاسی، بیماری جسمی یا روحی روانی یا هر عامل دیگری ارائه دهد و در جهت حذف بی عدالتی و نابرابری در جامعه بکوشد.

۲. مراقبت های پرستاری را با رعایت احترام به حقوق انسانی و تا حد امکان با در نظر گرفتن ارزش ها، آداب و رسوم اجتماعی، فرهنگی و اعتقادات دینی مددجو / بیمار ارائه دهد.

۳. به جامعه در زمینه های ارتقای سلامتی و پیشگیری از بیماری ها آموزش دهد و این را از مهم ترین مسئولیت های خود بداند. مراقبت پرستاری و آموزش استاندارد باید متناسب با فرهنگ، باورها، ارزش ها و نیازهای افراد ارائه شود.

۴. به چالش ها و مسائل اخلاقی در محیط جامعه و محیط کار که قداست حرفه پرستاری را مخدوش می کند توجه و حساسیت داشته، در مواقع لازم راه حل و پاسخ مناسب را پیشنهاد دهد.

۵. ضمن همکاری و هماهنگی با سایر افراد، گروه ها و نهادهای اجتماعی جهت برطرف کردن نیازهای اجتماعی و رفع مسائل اخلاقی مطرح در حیطه مراقبت های سلامت تلاش کند.

۶. به گروه ها و افراد آسیب پذیر از قبیل کودکان، سالمندان، افراد دچار ناتوانی و معلولیت های جسمی، بیماران روانی و مانند آنها توجه ویژه کند.

۷. ضمن توجه به سلامت در سطح محلی، در راستای حصول اهداف سلامت در سطح ملی و جهانی نیز تلاش و همکاری کند.

۸. در بحران ها و حوادث طبیعی همچون جنگ، زلزله، سیل، همه گیری بیماری ها و مانند آنها مسئولیت ها و وظایف خود را با در نظر گرفتن احتیاطات لازم انجام دهد.

۲. پرستار و تعهد حرفه ای

پرستار باید:

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

۲. در حد وظایف و اختیارات خود، در جهت فراهم آوردن محیطی امن و سالم برای مددجو / بیمار کوشا باشد.
۳. با حضور به موقع، انجام وظایف حرفه ای به نحو احسن و ثبت دقیق و کامل مراقبت های انجام شده امنیت مددجو / بیمار را تأمین کند.
۴. بر اساس استانداردهای حرفه ای حاصل از نتایج تحقیقات معتبر و شواهد موجود، بهترین مراقبت را به مددجو / بیمار ارائه دهد.
۵. تمامی مداخلات پرستاری را با حفظ عزت و احترام به مددجو / بیمار و خانواده او انجام دهد.
۶. حداکثر کوشش خود را برای حفظ اسرار بیمار، رعایت حریم خصوصی او، احترام به استقلال فردی و کسب رضایت آگاهانه، به عمل آورد.
۷. با شناسایی و گزارش خطاهای حرفه ای همکاران تیم درمانی از بروز صدمات احتمالی به مددجو / بیمار پیشگیری کند.
۸. در صورت خطا در مداخلات پرستاری، صادقانه به مددجو / بیمار توضیح داده، در هر شرایطی راستگویی و انصاف را سرلوحه کار خود قرار دهد.
۹. توانایی هایی جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی خود را حفظ کند و ارتقا دهد.
۱۰. در جهت حفظ صلاحیت حرفه ای، دانش و مهارت های خود را به روز نگه دارد.
۱۱. توانمندی و دانش کافی برای مراقبت مؤثر و ایمن، بدون نظارت مستقیم را داشته، در برابر اقدامات خود پاسخگو باشد.
۱۲. به گونه ای عمل کند که اعتبار و حیثیت حرفه اش زیر سؤال نرود.

۱۳. توجه داشته باشد که از نام و موقعیت وی جهت تبلیغ تجاری محصولات استفاده نشود.

۱۴. از پذیرش هر گونه هدیه یا امتیازی از مددجو / بیمار یا بستگان وی که ممکن است موجب معذوراتی در حال یا آینده شود

پرهیز کند.

۳. پرستار و ارائه خدمات بالینی

پرستار باید:

۱. خود را با ذکر نام، عنوان و نقش حرفه ای به مددجو / بیمار معرفی کند.

۲. ارائه مداخلات پرستاری را با احترام کامل به مددجو / بیمار و حفظ شأن وی انجام دهد.

۳. خواسته های مددجو / بیمار را صرفنظر از سن، جنس، نژاد، موقعیت، وضعیت اقتصادی، سبک زندگی، فرهنگ، مذهب،

باورهای سیاسی و توانایی جسمی او، مورد توجه و ملاحظه قرار دهد.

۴. مراقبت ها را مبتنی بر دانش روز و قضاوت صحیح پرستاری انجام دهد.

۵. ارتباطی همراه با ملاحظت در رفتار و کلام داشته باشد، به نحوی که با جلب اعتماد مددجو / بیمار بتواند نیازها و نگرانی های

بیمار را دریابد.

۶. قبل از انجام هرگونه مداخلات پرستاری، رضایت آگاهانه بیمار یا سرپرست قانونی وی را جلب کند. در همین راستا اطلاعات

کافی در مورد اقدامات پرستاری را در اختیار بیمار قرار دهد تا بیمار امکان قبول یا رد آگاهانه خدمات مراقبتی را داشته باشد.

۸. هنگام ارائه یک محصول جدید یا به کارگیری آن در بالین، آگاهی کامل از خدمات احتمالی آن وسیله داشته باشد و همچنین اطلاعات لازم در مورد فواید و مضرات استفاده آن محصول را در اختیار مددجو / بیمار بگذارد تا امکان انتخاب آگاهانه برای وی فراهم شود.

۹. آگاه باشد هیچ کس حق ندارد به جای یک فرد بالغ صلاحیت دار، رضایت دهد و در مورد کودکان، حق رضایت جزء مسئولیت های قییم قانونی است.

۱۰. جهت توانمندسازی مددجو/ بیمار با توجه به طرح مراقبتی و برنامه ترخیص، به مددجو / بیمار و خانواده وی آموزش دهد.

۱۱. به طور استثناء، در مواقع اورژانس که اقدام درمانی در اسرع وقت برای حفظ زندگی مددجو / بیمار ضروری است بدون رضایت بیمار اقدامات لازم را شروع کند.

۱۲. در شرایطی که مددجو / بیمار قادر به اعلام رضایت نبوده، اطلاع از خواسته وی نیز امکان پذیر نباشد، براساس استانداردهای موجود و با در نظر گرفتن مصلحت مددجو/بیمار، مناسب ترین اقدام را برای او انجام دهد.

۱۳. برای بی خطر بود مداخلات پرستاری احتیاطات لازم را به کار بندد و در موارد لازم این موضوع را با سایر اعضای تیم سلامت به مشورت گذارد.

۱۴. کلیه اطلاعاتی که در حین فرایند مراقبتی به دست آورده یا در اختیار او قرار می گیرد، را سر حرفه ای تلقی کند و مگر در موارد مجاز، بدون رضایت مددجو/بیمار در اختیار دیگران قرار ندهد.

۱۵. اطلاعات درمانی مددجو / بیمار را تنها برای اهداف مرتبط با سلامت (درمان، پژوهش) و در جهت منافع بیمار مورد استفاده قرار دهد. همچنین مددجو / بیمار را مطلع کند که ممکن است بخشی از اطلاعات پرونده با سایر اعضای تیم درمان جهت مشاوره درمانی در میان گذاشته شود.

۱۶. در مواردی که از اطلاعات مددجو / بیمار در زمینه های تحقیقاتی و آموزشی استفاده می شود باید با کسب رضایت وی بوده و انتشار اطلاعات بدون درج نام یا هر نشانی منجر به شناسایی، صورت گیرد.

۱۷. هنگام ایجاد هر مداخله پرستاری، به حریم خصوصی مددجو / بیمار احترام بگذارد.

۱۸. در موارد عدم امکان خدمت رسانی ایده ال تا زمان برقراری برنامه جدید درمانی ارائه مراقبت را در بهترین سطح از توانایی ادامه دهد.

۱۹. در شرایط اورژانس خارج از محیط کار نیز به ارائه مراقبت از بیمار یا مصدوم پردازد.

۲۰. در صورت نارضایتی مددجو/بیمار یا بروز مشکل، حق وی برای تغییر پرستار مسوول یا سایر مراقبان و درمانگران را محترم شمرده، در حد امکان در جلب رضایت مددجو/ بیمار تلاش کند.

۲۱. در صورت اطلاع از موارد عدم رعایت استانداردهای مراقبتی، به مقام مسئولی که اختیار کافی برای اصلاح شرایط داشته باشد اطلاع دهد.

۲۲. هر گونه اعتراض و مشکل بیمار را به مسئول بخش گزارش دهد.

۲۳. از انجام اقداماتی که مستلزم زیر پا گذاردن اصول اخلاقی، قانونی و شرعی باشد حتی در صورت درخواست بیمار پرهیز کند.

۲۴. در بیمارانی که روزهای پایانی حیات را سپری می کنند، برای پذیرش واقعیت و برنامه ریزی مناسب برای برآوردن خواسته های بیمار، از جمله انجام اعمال مذهبی یا ثبت وصیت، کمک و همکاری کند.

۴. پرستار و همکاران تیم درمانی

پرستار باید:

۱. با اعضای تیم سلامت، مددجو/ بیمار و خانواده وی، در راستای ارائه مؤثرتر و بهتر مداخلات پرستاری، همکاری و مشارکت کند.
۲. مددجو/ بیمار یا تصمیم گیرنده جایگزین را در اتخاذ تصمیمات در مورد مداخلات پرستاری مشارکت دهد.
۳. دانش و تجربه حرفه ای خود را با سایر همکاران در میان گذارد.
۴. با تیم درمان ارتباط متقابل مبتنی بر اعتماد برقرار کند.
۵. با سایر پرستاران، اساتید و دانشجویان برخورد و رفتاری توأم با احترام داشته باشد.
۶. در صورت بروز هر گونه تعارض منافع در هنگام مراقبت از مددجو/ بیمار، با اولویت حفظ حقوق مددجو/ بیمار، آن را با همکاران ارشد و مسئولین خود مطرح و چاره جویی کند.
۷. با سطوح مختلف حرفه ای، از جمله سرپرستار، سرپرستار ناظر، مدیر پرستاری و رؤسای بخش، ارتباط حرفه ای توأم با احترام متقابل برقرار کند.

۸. در صورت مواجهه با هر نوع چالش اخلاقی برای تصمیم گیری با کمیته اخلاق بیمارستان مشورت کند.

مدیر پرستاری باید:

۱. در تمامی ابعاد حرفه ای برای سایر پرستاران به عنوان الگو عمل کند.
۲. حداکثر تلاش خود را در جهت کسب اطمینان از انتقال اطلاعات لازم قانونی و اخلاقی به همکاران پرستار انجام دهد.
۳. شرایط لازم برای شرکت پرستاران در دوره های آموزش مداوم را فراهم کند.
۴. به منظور حل معضلات اخلاقی حین مداخلات پرستاری در صورت نیاز از مشورت افراد متخصص در زمینه اخلاق حرفه ای استفاده کند.
۵. بر اساس سلسله مراتب در راستای منافع مددجو/ بیمار همپای دیگر همکاران تلاش کند.
۶. با هدف ارتقای کیفیت خدمات، حداکثر تلاش خود را در جهت حفظ فضای مناسب کاری و افزایش انگیزه حرفه ای پرستاران به انجام رساند.
۷. در فرآیند ارزشیابی و ارتقای حرفه ای پرستاران، ضمن رعایت استانداردهای حرفه ای و اصول اخلاق پرستاری، در مجموعه خود منصفانه عمل کند.

۵. پرستار، آموزش و پژوهش

۱. مدرس پرستاری باید بیشترین تلاش خود را در جهت آگاه بودن از دانش روز و ارتقاء دانش و عملکرد اخلاقی خود به عمل آورد.
۲. رابطه استاد و دانشجو در محیط های علمی، آموزشی و تحقیقاتی، باید مبتنی بر شأن و اخلاق حرفه ای توأم با احترام باشد.
۳. مدرس پرستاری باید در راستای ارتقاء دانش و مهارت دانشجویان و ارتقاء عملکرد اخلاقی و حرفه ای آنان تلاش کند.
۴. در موارد استفاده از بیمار در آموزش دانشجویان، حقوق بیمار و ملاحظات اخلاقی مرتبط، باید به طور دقیق و کامل رعایت شود.
۵. در صورت عدم همکاری مددجو / بیمار یا خانواده وی در آموزش دانشجو، نباید روند ارائه خدمات به او تحت تأثیر قرار گیرد.
۶. در راستای ارتقاء خدمات سلامت، کیفیت دوره های آموزشی پرستاران، راهنماها و استانداردهای موجود، باید به طور مستمر مورد بررسی و بازنگری قرار گیرد.
۷. در صورت فعالیت در حوزه پژوهش، پرستار باید ضمن گذراندن دوره های آموزشی لازم، از اصول و قواعد پژوهش مطلع و یا راهنماهای اخلاق در پژوهش عمومی و اختصاصی کشوری آشنا و به آنها ملتزم باشد.
۸. پرستار نباید از جایگاه حرفه ای خود برای متقاعد کردن مددجو/ بیمار برای شرکت در تحقیق استفاده کند.
۹. عدم پذیرش مشارکت در تحقیق از سوی بیمار یا خانواده او نباید روند ارائه مداخلات پرستاری را تحت تأثیر قرار دهد.
۱۰. پرستار بالینی باید برای ارتقای مهارت ها و ظرفیت های بالینی دانشجویان پرستاری و مامایی تلاش کند.

فصل سوم

مقررات اداری



سیاست مجتمع در زمینه جذب و به کار گیری نیروی منابع انسانی:

جذب و استخدام نیرو در دانشگاه در قالب پیمانی، رسمی آزمایشی، قراردادی و شرکته می باشد.

شرایط تمدید قرارداد با کارکنان:

تمدید قرارداد کارکنان پیمانی منوط به تحقق شرایط ذیل می باشد:

- استمرار پست سازمانی کارکنان.
- کسب نتایج مطلوب از ارزیابی عملکرد و رضایت از خدمات کارمند. (کسب حداقل ۵۱ امتیاز برای کارکنان پیمانی و رسمی و کسب حداقل ۶۵ امتیاز ارزشیابی سالیانه برای کارکنان قراردادی)
- جلب رضایت مردم و ارباب رجوع.
- ارتقاء سطح علمی و تخصصی در زمینه شغل مورد تصدی.

اثین نامه حضور و غیاب:

ساعات کار کارکنان دانشگاه چهل و چهار ساعت در هفته می باشد.

تمامی کارکنان دانشگاه موظفند در ساعات تعیین شده به انجام وظایف مربوط بپردازند و در صورتی که در مواقع ضروری، خارج از وقت اداری مقرر و یا ایام تعطیل به خدمات آنان نیاز باشد براساس اعلام نیاز دانشگاه مکلف به انجام وظایف محوله در محل کار یا خارج از محل کار حسب مورد در قبال دریافت اضافه کاری یا حق الزحمه برابر مقررات مربوط خواهد بود. کارکنان می توانند ساعت کار خود را با موافقت دانشگاه حداکثر به مدت سه سال از ۱/۴ (برای کارمندان زن و مرد) یا ۱/۲ (صرفاً برای کارمندان زن براساس قانون نیمه وقت بانوان) تقلیل دهند.

میزان حقوق و مزایا، نحوه محاسبه سوابق خدمت و سایر امتیازات این قبیله کارمندان متناسب با ساعات کار آنان تعیین می گردد. لیکن کسور بازنشستگی این قبیله کارکنان در طول مدت خدمت پاره وقت براساس حقوق و مزایا، کامل کسر خواهد شد و این گونه سوابق صرفاً در محاسبه سنوات خدمت لازم برای بازنشستگی تمام وقت محسوب می گردد.

قوانین و مقررات مرخصی ها:

مرخصی ها سه نوع مرخصی پیش بینی گردیده است که عبارت از: مرخصی استحقاقی، استعلاجی و مرخصی بدون حقوق

مرخصی استحقاقی

- استفاده از مرخصی استحقاقی موکول به درخواست مستخدم و موافقت رئیس واحد مربوط و در غیاب او معاون وی می باشد.
- لازم به ذکر است ایام تعطیلات واقع شده بین مرخصی کارمندان جزو مرخصی استحقاقی آنان محسوب نمی شود.
- مرخصی کمتر از یک روز جزء مرخصی استحقاقی منظور می گردد. هر ۸ ساعت مرخصی ساعتی معادل یک روز ✓

مرخصی محاسبه می شود. حداکثر مدت مرخصی ساعتی در روز ۳ ساعت است.

حداکثر پانزده روز از مرخصی استحقاقی کارمندان (رسمی و پیمانی) در سال قابل ذخیره شدن است. (مرخصی کارکنان قراردادی قابل ذخیره کردن نمی باشد.)

➤ 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 هرگاه بخواهد از باقیمانده مرخصی ذخیره شده خود نیز استفاده نماید باید حداقل یک سال تمام خدمت کرده باشد.

مرخصی استعلاجی

➤ هرگاه مستخدم شاغل بیمار شود و آن بیماری مانع از خدمت او باشد باید مراتب را در کوتاه ترین مدت ممکن به اداره متبوع اطلاع دهد کارگزینی مکلف است گواهی پزشکی معالج مستخدم را برای اظهار نظر نزد پزشک معتمد دانشگاه ارسال دارد در صورتی که مفاد گواهی مورد تایید قرار گیرد حکم مرخصی استعلاجی را صادر نمایند.

➤ مرخصی افراد پیمانی و قراردادی را تا ۳روز پس از تایید مدیر واحد استعلاجی ایشان تایید می گردد و مرخصی بیش از ۳ روز این کارکنان را به تأمین اجتماعی ارسال می شود و در خصوص کارکنان رسمی و طرحی مرخصی استعلاجی تا سقف ۳روز پس از اخذ تاییدات لازم در امور اداری ثبت می گردد و مرخصی های بیش از ۳روز را به کمیسیون پزشکی دانشگاه واقع در معاونت درمان جهت تایید به همراه مدارک مورد نیاز ارسال می نماید و پس از تایید این کمیسیون، کارگزینی مرخصی استعلاجی فرد را ثبت می کند.

➤ حداکثر مدتی که مستخدم در یک سال تقویمی می تواند از مرخصی استعلاجی استفاده نماید چهارماه می باشد. بیماریهای صعب العلاج به تشخیص کمیسیون پزشکی دانشگاه از محدودیت زمانی مذکور مستثنی می باشد.

➤ ایام بیماری مازاد بر چهار ماه را در صورت داشتن ذخیره مرخصی به عنوان مرخصی استحقاقی و در غیر این صورت به عنوان مرخصی بدون حقوق منظور می گردد.

➤ حقوق و مزایای کارمند در ایام مرخصی صعب العلاج تا بهبودی کامل یا از کارافتادگی کلی حداکثر به مدت یک سال به میزان حقوق و مزایای مندرج در حکم کارگزینی که حسب مورد به کارمند داده شده است، قابل پرداخت می باشد. برای مدت مازاد بر یکسال، فقط حقوق ثابت قابل پرداخت بود.

➤ به بانوان باردار (قراردادی و پیمانی) برای هربار وضع حمل، نه ماه مرخصی زایمان با استفاده از حقوق و فوق العاده ای مربوط تعلق می گیرد.

➤ به کارکنان زن پس از اتمام مرخصی زایمان تا سن ۲۴ ماهگی فرزند روزانه یک ساعت مرخصی شیردهی تعلق

می گیرد.

کتابچه راهنمای کارکنان جدیدالورود مجتمع بیمارستانی یاس

- مدت مرخصی برای زایمان های دو قلو و بیشتر یکسال می باشد. در صورت درخواست مادر تا دو ماه از این مرخصی در ماه های پایانی بارداری قابل استفاده است. زنان شاغل که در مرخصی زایمان دو قلو و بیشتر به سر می برند و سن فرزندان آنها کمتر از یکسال می باشد، از مرخصی دوازده ماه با پرداخت تمام حقوق و فوق العاده مربوطه بهره مند خواهند شد.
- نوبت کاری شب برای مادران شاغل باردار و همچنین مادران دارای فرزند شیرخوار تا دو سال و پدران تا یک ماهگی نوزاد، در واحدهایی که نیازمند نوبت کاری شب می باشد، اختیاری است.

مرخصی بدون حقوق

- کارکنان رسمی دستگاه های اجرائی می توانند در طول مدت خدمت خود با موافقت دستگاه ذیربط حداکثر سه سال امرخصی بدون حقوق استفاده نمایند و در صورتی که کسب مرخصی برای ادامه تحصیلات عالی تخصصی در رشته مربوط به شغل کارکنان باشد تا مدت ۲ سال قابل افزایش است.
- کارکنان قراردادی دستگاه های اجرائی می توانند در طول مدت خدمت خود با موافقت دستگاه ذیربط حداکثر دوماه از مرخصی بدون حقوق استفاده نمایند.
- اعطای مرخصی بدون حقوق به کارکنان پیمانی تا پایان مدت تمدید قرارداد پیمانی بلامانع می باشد.
- کارکنان زن که همسر آنها در ماموریت بسر می برند می توانند تا پایان ماموریت حداکثر به مدت شش سال از مرخصی بدون حقوق استفاده نمایند.
- مدت مرخصی بدون حقوق از لحاظ بازنشستگی و وظیفه جزء سوابق خدمت محسوب نخواهد شد اما در صورتی که در صورت « کارمند نسبت به پرداخت کسور بازنشستگی سهم کارفرما و سهم کارمند شخصاً اقدام نماید این مدت جزء سنوات خدمت برای بازنشستگی قابل محاسبه است.) با رعایت ماده « ۳۱ تأیید سازمان بازنشستگی کشور برنامه پنجم توسعه (»

ساعات کار پرسنل پرستاری:

- ساعات کار پرسنل صبح کار: ۷ صبح تا ۲ بعد از ظهر
- ساعات کار پرسنل عصر کار: ۱ بعد از ظهر تا ساعت ۲۰ عصر
- ساعات کار پرسنل شب کار: ۷ عصر تا ساعت ۸ صبح

ساعات کار پرسنل اداری:

- ساعات کار پرسنل صبح کار: شنبه تا پنجشنبه ورود ۱۵:۷ فرجه تاخیر در ورود تا ۱۵ دقیقه
- شنبه تا چهارشنبه خروج ۱۴:۴۵
- پنجشنبه ها خروج ۱۳:۴۵

انواع مأموریت ها:

مأموریت عبارت است از محول شدن وظیفه موقت به کارمند، غیر از وظیفه اصلی که در پست سازمانی خود دارد و یا اعزام کارمند به طور موقت به واحدهای تحت پوشش دانشگاه یا سایر دانشگاه ها و واحدهای وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارتخانه ها و مؤسسات عمومی دولتی و غیر دولتی.

- جابجایی (مأموریت و انتقال) نیروهای رسمی و پیمانی در سطح واحد های تابعه دانشگاه پس از اخذ موافقت های مبدا و مقصد توسط مدیریت توسعه سازمان و سرمایه انسانی دانشگاه انجام می گیرد.
- جابجایی (مأموریت و انتقال) نیروهای رسمی و پیمانی به خارج سازمان از طریق مدیریت توسعه سازمان و سرمایه انسانی دانشگاه و پس از طرح در کمیته نقل و انتقالات دانشگاه انجام می گیرد.

آموزش و توانمندسازی کارکنان:

توانمندسازی نیروی انسانی از چهار طریق:

- آموزش توجیهی با هدف آشنا ساختن کارکنان جدید با اهداف و وظایف سازمان محل خدمت آنها. طی دوره آموزشی توجیهی بدو خدمت برای کلیه کارکنان جدیدالاستخدام رسمی آزمایشی، پیمانی و قراردادی ضروری است.
- آموزش شغلی که به دو صورت الزامی و اختیاری با هدف ایجاد و توسعه دانش و توانمندی در کارکنان و روزآمد کردن اطلاعات و توانایی های آنان با توجه به تغییرات علمی و فناوری در زمینه شغل مورد تصدی
- آموزش عمومی با هدف آگاهی دادن به کارکنان در زمینه های فرهنگ اسلامی و سازمانی و بهبود روابط انسانی
- آموزش بهبود مدیریت جهت مدیران پایه و میانی با هدف ارتقاء مهارت های فنی، انسانی ادراکی مدیران و متناسب ساختن اطلاعات و توانایی آنان با پیشرفت های دانش و فناوری صورت می پذیرد.
- بمنظور گذراندن دوره های فوق، کارکنان می بایست در سامانه <http://academy.tums.ac.ir> ثبت نام کنند دریافت محتوای آموزشی و زمان آزمون و برگزاری آزمون از طریق سامانه خواهد بود. پس از قبولی در آزمون، دوره ها در شناسنامه آموزشی کارکنان ثبت خواه شد.
- توجه: جهت تبدیل وضعیت کارکنان پیمانی به رسمی آزمایشی طی دوره های توجیهی بدو خدمت کارکنان و ضروری می باشد. ICDL مهارتهای هفتگانه

ارتقاء طبقه شغلی

در اجرای تبصره ماده ۴۶ آیین‌نامه تشکیلات و طبقه بندی مشاغل دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی کشور، ضوابط ارتقاء طبقه و رتبه شغلی کارمندان بشرح ذیل جهت اجراء ابلاغ می‌گردد.

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 می‌یابند.

طبقه شغلی		۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶
تحصیل/تجربه																	
پایان دوره ابتدایی			۰	۶	۱۲	۱۸	۲۴	۲۸									
پایان دوره راهنمایی یا دوره اول متوسطه			۰	۵	۱۰	۱۵	۲۰	۲۵	۲۸								
دیپلم				۰	۵	۱۰	۱۵	۲۰	۲۵	۲۸							
کاردانی					۰	۵	۱۰	۱۵	۲۰	۲۵	۲۸						
کارشناسی						۰	۴	۸	۱۲	۱۶	۲۰	۲۴	۲۸				
کارشناسی ارشد							۰	۴	۸	۱۲	۱۶	۲۰	۲۴	۲۸			
دکترای حرفه ای*								۰	۴	۸	۱۲	۱۶	۲۰	۲۴	۲۸		
دکترای تخصصی / PhD / فوق تخصصی بالینی / **PostDoc									۰	۴	۸	۱۲	۱۶	۲۰	۲۴	۲۸	

* دارندگان مدرک تحصیلی دکترای عمومی پزشکی، دندانپزشکی، داروسازی و دکترای علوم آزمایشگاهی
** به استناد ماده ۵ فصل دوم آیین‌نامه آموزشی مبنی بر لحاظ نمودن نظام واحدی در تمام مقاطع

تبصره: در خصوص کارمندانی که از طبقه تشویقی ارزشیابی بعد از قانون مدیریت خدمات کشوری بهره مند گردیده اند، از ابتدای سال ۹۶ طبقه تشویقی ارزشیابی از احکام پرسنلی حذف و مطابق جدول فوق می باشد.

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

ارتقاء رتبه شغلی:

ب) نحوه ارتقاء کارمندان به رتبه‌های شغلی بالاتر:

مدت سنوات تجربی لازم برای ارتقاء رتبه متصدیان مشاغل تا سطح کاردانی و کارشناسی و بالاتر به شرح جدول ذیل می‌باشد:

جدول شماره (۲): ارتقاء رتبه شغلی بر اساس سنوات تجربی

رتبه‌ها	مقدماتی	پایه	ارشد	خبیره	عالی
مدت سنوات تجربی					
مدت سنوات تجربی لازم برای مشاغل سطح کارشناسی و بالاتر	۰	۶	۱۲	۱۸	۲۴
مدت سنوات تجربی لازم برای مشاغل کاردانی	۰	۸	۱۶	۲۴	
مدت سنوات تجربی لازم برای سایر مشاغل	۰	۸	۲۰		

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

- دوره‌های آموزشی ارائه شده در فاصله هر رتبه صرفاً برای ارتقاء همان رتبه ملاک عمل خواهد بود و برای ارتقاء بعدی قابل محاسبه نیست.

- کسب توامان دو رتبه شغلی امکان‌پذیر نمی‌باشد.

تبصره: در خصوص کارمندانی که تجربه لازم برای ارتقاء به رتبه بالاتر را دارند، گذراندن دوره‌های آموزشی مورد نیاز در حد فاصل دو رتبه الزامی است. لیکن در ارتقا به رتبه عالی کسب حدنصاب جدول شماره ۳ الزامی است.

- جهت کارمندان مشمول حالت اشتغال صرفاً مدت سابقه برای ارتقاء رتبه، ملاک عمل می‌باشد.

- در خصوص کارکنانی که سوابق تجربی قراردادی ارائه نموده‌اند و در مدت قرارداد فاقد نمره ارزیابی عملکرد می‌باشند، ملاک عمل، تمدید قرارداد این افراد می‌باشد

الف) 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 کمیته آموزش کارکنان دانشگاه/ دانشکده.

تبصره ۱: برای مشاغل رسته خدمات، گذراندن ۷۰ ساعت دوره آموزشی در چارچوب نظام آموزشی کارمندان، مصوب کمیته آموزش کارکنان دانشگاه/ دانشکده کافی است.

ب) 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 کمیته آموزش کارکنان دانشگاه/ دانشکده.

تبصره ۲: برای مشاغل رسته خدمات، گذراندن ۵۰ ساعت دوره آموزشی در چارچوب نظام آموزشی کارمندان، مصوب کمیته آموزش کارکنان دانشگاه/ دانشکده کافی است.

ج) 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 کمیته آموزش کارکنان دانشگاه/ دانشکده.

د) ارتقاء به رتبه عالی:

۱. کسب حداقل ۸۵ درصد امتیاز از میانگین مجموع امتیاز ارزیابی سالیانه کارمند در طول ارتقاء رتبه شغلی.
۲. ارتقا به رتبه عالی مستلزم کسب حداقل ۳۶۰ امتیاز از ۴۸۰ امتیاز جدول شماره ۳ می باشد.
۳. گذراندن ۱۵۰ ساعت دوره آموزشی در چارچوب نظام آموزشی کارمندان، مصوب کمیته آموزش کارکنان دانشگاه/ دانشکده.

تبصره: دوره آموزشی جهت ارتقاء رتبه خبره و عالی با رعایت شرط دو سوم دوره اختصاصی و یک سوم عمومی است.

اعمال مدرک تحصیلی در مقاطع بالاتر

به استحضار می رساند رعایت شرایط ذیل جهت ادامه تحصیل در مقاطع بالاتر الزامی می باشد:

۱- کارمند قبل از شروع به تحصیل ملزم است موافقت کتبی مجوز ادامه تحصیل توسط بالاترین مقام در واحد محل خدمت و همچنین تأییدیه مدیریت محترم توسعه سازمان و سرمایه انسانی دانشگاه را اخذ نمایند.

۲- سابقه خدمت کارمند برای شروع تحصیل نباید از ۵ سال کمتر و از ۲۵ سال تجاوز نماید.

۳- رشته و مقطع تحصیلی بالاتر در شرایط احراز شغل مورد تصدی کارمند پیش بینی شده باشد.

ارزیابی عملکرد

درصد تحقق اهداف سازمانی از طریق سنجش عملکرد و همچنین کارآیی و اثربخشی هر سازمانی از اصول اصلی پویایی سازمان است لذا بر اساس دستورالعمل اجرایی ارزیابی عملکرد کارمندان به شماره ۲۰۰/۱۱۹۴۲ مورخ ۱۳۹۰/۵/۲۲ معاونت توسعه مدیریت و سرمایه انسانی رئیس جمهور و ماده ۶۹ آئین نامه اداری و استخدامی کارکنان غیر هیأت علمی دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی به منظور سنجش میزان تحقق اهداف سازمانی و افزایش بهره‌وری، عملکرد کارمندان در دوره‌های مشخص سالانه به صورت منظم و براساس شاخص‌های عمومی و اختصاصی مورد ارزیابی قرار خواهد گرفت که نتیجه آن در ارتقاء اثر بخشی، بهره‌وری، افزایش کیفیت خدمات، پاسخگویی در مقابل عملکرد، رضایت ذینفعان و برخورداری از مزایا و سایر موارد لحاظ خواهد شد. گروه هدف ارزیابی عملکرد شامل کلیه کارکنان غیر هیأت علمی دانشگاه (کارمندان رسمی و پیمانی) می‌باشد. شاغلین موسسه که در چهار گروه مدیران پایه، مدیران میانی، کارکنان و کارکنان خدماتی طبقه‌بندی می‌شوند می‌بایست فرم‌های مربوط به خود را به صورت الکترونیکی در زمان مقرر تکمیل نمایند.

مجموع امتیاز در هر سطح ارزیابی ۱۰۰ می‌باشد که ۵۰ امتیاز مربوط به شاخصهای اختصاصی و ۵۰ امتیاز مربوط به شاخصهای عمومی است کلیه پرسنل رسمی و پیمانی و قراردادی که بیش از ۶ ماه در سال اشتغال به خدمت داشته‌اند عملکرد آنها مورد ارزیابی قرار خواهد گرفت. کسب حداقل ۸۵ درصد از مجموع امتیازات ارزیابی عملکرد کارکنان برای انتصاب در پست‌های مدیریتی الزامی است.

یکسان سازی حقوق کارکنان قراردادی با پیمانی

با توجه به بخشنامه شماره ۹۹/۱۱/۵۱/۱۴۸۱۵ مورخ ۹۹/۰۸/۱۰ معاونت توسعه مدیریت و سرمایه انسانی برای کلیه پرسنل قراردادی، روند انتصاب، اعمال مدرک، احتساب تجربه، ارتقای طبقه و رتبه شغلی همانند کارکنان رسمی و پیمانی انجام می‌شود.

قانون مربوط به خدمت نیمه وقت بانوان

کارمندانی که از خدمت نیمه وقت استفاده می کنند نصف حقوق گروه و پایه ویا حقوق ثابت و فوق العاده شغل و یا مزایای شغل و ی اعنابین مشابه دیگر و فوق العاده ها و مزایایی که به طور مستمر پرداخت می شود به آنان تعلق خواهد گرفت، ولیکن فوق العاده های محل خدمت، بدی آب و هوا و محرومیت از تسهیلات زندگی از محدودیت مذکور مستثنی بوده و به طور کامل پرداخت می شود. کارمندان پیمانی و غیر ثابت دستگاههای اجرایی مشمول مقررات این قانون نیستند و استفاده مستخدمین رسمی و ثابت از این قانون موکول به پایان یافتن خدمت آزمایشی یا مشابه آن خواهد بود. مدت استفاده از مرخصی استعلاجی و زایمان برای بانوان مشمول خدمت نیمه وقت مانند کارمندان تمام وقت خواهد بود و در آن مدت از لحاظ حقوق و مزایا تابع مقررات مربوط به خدمت نیمه وقت خواهند بود. استفاده از خدمت نیمه وقت موکول به درخواست کتبی مستخدم و صدور حکم جداگانه در این مورد است

مشمولین این قانون به هیچ وجه و تحت هیچ عنوان نمی توانند در وزارتخانه ها و مؤسسات و شرکتهای دولتی یا غیر دولتی دیگر به کار اشتغال ورزند و در صورت اشتغال در واحدهای مذکور از دستگاه متبوع خود اخراج شده و حقوق و مزایای آنان از تاریخ اشتغال قطع می گردد.

- استخدام جدید به هر شکل به جای کارمند نیمه وقت ممنوع است.

- پرداخت فوق العاده اضافه کار ساعتی و فوق العاده روزانه به این قبیل کارکنان ممنوع می باشد.

قانون بهره وری:

در خصوص کادر پرستاری مبنای محاسبه میزان ساعت موظف کار کرد قانون بهره وری می باشد که اینگونه است:

بند الف) کسر ساعت کار بر مبنای جدول شماره ۱- آیین نامه اجرای وزارت متبوع، با رعایت مدت کسر ساعت کار بر مبنای سنوات خدمت از ۱ تا حداکثر ۵ ساعت برای هر یک از کارکنان خواهد بود.

جدول شماره یک - کسر ساعت کار ناشی از سنوات خدمت

سنوات خدمت	ماه	سال	ماه	سال	ماه	سال	ماه	سال
	۰	۰ تا ۴	۱	۸-۴	۱	۱۲-۸	۱	بالاتر از ۱۶
میزان کسر ساعت کار در هفته	۱ ساعت	۲ ساعت	۳ ساعت	۴ ساعت	۵ ساعت			

بند ب) مدت کسر ساعت کار بر اساس صعوبت کار مطابق جدول شماره ۲ آیین نامه حداکثر ۲ ساعت در هفته محاسبه خواهد شد

جدول شماره ۲ - کسر ساعت کار ناشی از صعوبت کار

صعوبت کار	صعوبت کار بااستناد قانون نظام هماهنگ	صعوبت کار بااستناد قانون مدیریت خدمات کشوری	کسر ساعت کار در هفته
صعوبت کار بااستناد قانون نظام هماهنگ	۸٪ تا ۲۵٪	۲۶٪ تا ۵۰٪	یک ساعت
صعوبت کار بااستناد قانون مدیریت خدمات کشوری	۳۷۵-۰ امتیاز	۷۵۰-۳۷۶ امتیاز	یک ساعت و نیم
کسر ساعت کار در هفته	نیم ساعت	یک ساعت	دو ساعت

بند ج) مدت کسر ساعت کاردر نوبت کاری های غیر متعارف یک ساعت در هفته تعیین می گردد و صرفاً" به کارکنانی که بصورت نوبت کاری درگردد اشتغال دارند تعلق می گیرد

تخلفات اداری:

۱- اعمال و رفتار خلاف شئون شغلی یا اداری. ۲- نقض قوانین و مقررات مربوط. ۳- ایجاد نارضایتی در ارباب رجوع یا انجام ندادن یا تاخیر در انجام امور قانونی آنها بدون دلیل. ۴- ایراد تهمت و افتراء، هتک حیثیت. ۵- اخاذی. ۶- اختلاس. ۷- تبعیض یا اعمال غرض یا روابط غیر اداری در اجرای قوانین و مقررات نسبت به اشخاص. ۸- ترک خدمت در خلال ساعات موظف اداری. ۹- تکرار در تاخیر ورود به محل خدمت یا تکرار خروج از آن بدون کسب مجوز. ۱۰- تسامح در حفظ اموال و اسناد و وجوه دولتی، ایراد خسارات به اموال دولتی. ۱۱- افشای اسرار و اسناد محرمانه اداری. ۱۲- ارتباط و تماس غیر مجاز با اتباع بیگانه. ۱۳- سرپیچی از اجرای دستورهای مقامهای بالاتر در حدود وظایف اداری. ۱۴- کم کاری یا سهل انگاری در انجام وظایف محول شده. ۱۵- سهل انگاری رو سا و مدیران در ندادن گزارش تخلفات کارمندان تحت امر. ۱۶- ارائه گواهی یا گزارش خلاف واقع در امور اداری. ۱۷- گرفتن وجوهی غیر از آن چه در قوانین و مقررات تعیین شده یا اخذ هر گونه مالی که در عرف رشوه خواری تلقی می شود. ۱۸- تسلیم مدارک به اشخاصی که حق دریافت آن را ندارند یا خودداری از تسلیم مدارک به اشخاص که حق دریافت آن را دارند. ۱۹- تعطیل خدمت در اوقات مقرر اداری. ۲۱- رعایت نکردن حجاب اسلامی. ۲۰- رعایت نکردن شئون و شعایر اسلامی. ۲۲- اختفاء، نگهداری، حمل، توزیع و خرید و فروش مواد مخدر. ۲۳- استعمال یا اعتیاد به مواد مخدر. ۲۴- داشتن شغل دولتی دیگر به استثنای سمتهای آموزشی و تحقیقاتی. ۲۵- هر نوع استفاده غیر مجاز از شئون یا موقعیت شغلی و امکانات و اموال دولتی. ۲۶- جعل یا مخدوش نمودن و دست بردن در اسناد و اوراق رسمی یا دولتی. ۲۷- دست بردن در سوالات، اوراق، مدارک و دفاتر امتحانی، افشای سوالات امتحانی یا تعویض آن ها. ۲۸- دادن نمره یا امتیاز، بر خلاف ضوابط. ۲۹- غیبت غیر موجه به صورت متناوب یا متوالی. ۳۱- سوء استفاده از مقام و موقعیت اداری. ۳۰- توقیف، اختفاء، بازرسی یا باز کردن پاکتها و محمولات پستی یا معدوم کردن آنها و استراق سمع بدون مجوز قانونی. ۳۲- کارشکنی و شایعه پراکنی، وادار ساختن یا تحریک دیگران به کارشکنی یا کم کاری و ایراد خسارت به اموال دولتی و اعمال فشارهای فردی برای تحصیل مقاصد غیر قانونی. ۳۳- شرکت در تحصن، اعتصاب و تظاهرات غیر قانونی، یا تحریک به برپایی تحصن، اعتصاب و تظاهرات غیر قانونی و اعمال فشارهای گروهی برای تحصیل مقاصد غیر قانونی. ۳۴- عضویت در یکی از فرقه های ضاله که از نظر اسلام مردود شناخته شده اند. ۳۵- عضویت در سازمان هایی که مرامنامه یا اساسنامه آنها مبتنی بر نفی ادیان الهی است یا طرفداری و فعالیت به نفع آنها. ۳۶- عضویت در گروه های محارب یا طرفداری و فعالیت به نفع آنها. ۳۷- عضویت در تشکیلات فراماسونری.

- موارد مطروحه پس از گزارش واحد به همراه مدارک مستندات مربوطه به هیئت تخلفات اداری دانشگاه گزارش می شود و پس از بررسی رای هیئت جهت اجرا به واحد ارسال می گردد.

تنبیهات اداری به موجب ماده ۹ قانون تخلفات اداری به ترتیب عبارتند از:

الف - اخطار کتبی بدون درج در پرونده استخدامی.

- ب - تویخ کتبی با درج در پرونده استخدامی.
- ج - کسر حقوق و مزایا حداکثر یک سوم از یک ماه تا یک سال.
- د - انفصال موقت از یک ماه تا یک سال.
- ه - بازخرید خدمت در مورد افرادی که کمتر از بیست سال خدمت دارند با پرداخت ۳۰ روز حقوق مبناء و افزایش سنواتی یا عنوان مشابه در قبال هر سال خدمت دولتی.
- و - بازنشستگی در صورت داشتن حداقل ۲۰ سال خدمت بر اساس سنوات خدمت دولتی با تقلیل یک گروه.
- ز - اخراج از محل خدمت.
- ح - انفصال دائم از خدمات دولتی.
- کارمندان موظف می باشند که وظایف خود را با دقت، سرعت، صداقت، امانت، گشاده رویی، از صاف و تبعیت از قوانین کشور و مقررات و منشور سازمانی انجام دهند و در مقابل مراجعین و دانشگاه پاسخگو باشند.
- کارمندان دانشگاه در انجام وظایف و مسؤولیت های قانونی در برابر شاکیان مورد حمایت قضائی می باشند و دانشگاه مکلف است به تقاضای کارمندان برای دفاع از انجام وظایف آنها با استفاده از کار شنا سان حقوقی خود با گرفتن وکیل از کارمندان حمایت قضائی نمایند، م شروط به اینکه در پرونده مطروحه، دستگاه ذیربط شاکی کارمند نباشد.

آموزش و توانمندسازی کارکنان:

توانمندسازی نیروی انسانی از چهار طریق:

- آموزش توجیهی با هدف آشنا ساختن کارکنان جدید با اهداف و وظایف سازمان محل خدمت آنها. طی دوره آموزشی توجیهی بدو خدمت برای کلیه کارکنان جدیدالاستخدام رسمی آزمایشی، پیمانی و قراردادی ضروری است.
- آموزش شغلی که به دو صورت الزامی و اختیاری با هدف ایجاد و توسعه دانش و توانمندی در کارکنان و روزآمد کردن اطلاعات و توانایی های آنان با توجه به تغییرات علمی و فناوری در زمینه شغل مورد تصدی
- آموزش عمومی با هدف آگاهی دادن به کارکنان در زمینه های فرهنگ اسلامی و سازمانی و بهبود روابط انسانی
- آموزش بهبود مدیریت جهت مدیران پایه و میانی با هدف ارتقاء مهارت های فنی، انسانی ادراکی مدیران و متناسب ساختن اطلاعات و توانایی آنان با پیشرفت های دانش و فناوری صورت می پذیرد.
- برگزاری کارگاههای آموزشی - فرهنگی - تفریحی خارج از بیمارستان به صورت دوره‌می

اقدامات لازم در خصوص بازنشستگی

اقدامات انجام شده قبل از صدور ابلاغ بازنشستگی

- ۱- بررسی خدمات غیررسمی) خرید خدمت، طرح نیروی انسانی، خدمت سربازی، روزمزد قراردادی) که برای ایام خدمت مورد نظر بابت کسورات بازنشستگی و حق بیمه، بدهکار شده و تکمیل فرم محاسبه بدهی خدمات غیررسمی توسط کارگزین مربوطه.
- ۲- در صورتیکه کارمند مشمول پرداخت بدهی کسور بازنشستگی بابت خدمت غیر رسمی گردد مبلغ بدهی توسط کارگزین محاسبه و تعیین می گردد.

- ۳- در صورتیکه فرد واریزی کسورات بازنشستگی به صندوق تأمین اجتماعی داشته باشد مکاتبات و ارسال مدارک برای انتقال کسورات بازنشستگی با سازمان تأمین اجتماعی شعبه مربوطه توسط واحد اداری و کارگزینی بیمارستان صورت می گیرد.
- ۴- مکاتبه سازمان تأمین اجتماعی با صندوق بازنشستگی در خصوص انتقال حق بیمه و کسورات بازنشستگی
- ۵- ارسال تاییدیه از طرف سازمان بازنشستگی کشوری به این مجتمع

اقدامات انجام شده بعد از صدور ابلاغ باز نشستگی و برقراری حقوق بازنشستگی

- ۱- صدور ابلاغ بازنشستگی فرد توسط اداره بازنشستگی دانشگاه
- ۲- ارجاع ابلاغ بازنشستگی توسط مدیر بیمارستان به رئیس امور اداری و ارجاع نامه توسط رئیس امور اداری به کارگزین
- ۳- تنظیم خلاصه پرونده پرسنلی توسط کارگزین و جمع آوری احکام مربوط به سال های دو سال آخر خدمت فرد توسط کارگزین.
- ۴- جمع آوری کپی شناسنامه، کارت ملی، پایان خدمت سربازی و گواهی پایان طرح نیروی انسانی توسط کارگزین
- ۵- جمع آوری احکام استخدام اولیه رسمی آزمایشی، خرید خدمت، سیاهه ریز حقوقی توسط کارگزین
- ۶- تهیه و تکمیل فرم شماره یک و دو) فرم شماره یک شامل خلاصه اطلاعات پرونده پرسنلی شخص بازنشسته از سال استخدام تا تاریخ بازنشستگی و درج ایام مربوط به خدمت غیر رسمی و ایام مربوط به مرخصی بدون حقوق و غیبت و فاصله خدمتی بوده و فرم شماره دو شامل محاسبه حقوق فرد بازنشسته از تاریخ ابلاغ بازنشستگی میباشد) به همراه کلیه مدارک و مستندات مربوط به بازنشستگی جهت ارسال به اداره بازنشستگی به همراه نامه
- ۷- اعلام پایانکار و ذخیره مرخصی کارمند بازنشسته توسط کارگزین به اداره بازنشستگی) در صورت داشتن ذخیره مرخصی مجوز پرداخت پاداش از طرف دانشگاه به بیمارستان صادر می گردد.
- ۸- تایید فرمها توسط سازمان بازنشستگی، صدور حکم بازنشستگی و برقراری حقوق بازنشستگی و ابلاغ حکم بازنشستگی به فرد بازنشسته

امور رفاهی و امکانات

امکانات رفاهی:

- امکان استفاده از خدمات بستری در بیمارستان
- پرداخت کمک هزینه مهد کودک
- دریافت کارانه هر ماه طبق رویکرد تعیین شده
- اهدای هدیه جهت گرمیداشت روزهای پرستار، کارگر، کارمند، بازنشسته
- تهیه لباس فرم برای کارکنان
- امکان استفاده کارکنان از استخر دانشگاه
- امکان استفاده کارکنان از وام های مختلف اعطایی (خرید کالا، ضروری، خرید خودرو)
- امکان استفاده کارکنان و خانواده آنان از بیمه تکمیلی درمان
- امکان استفاده کارکنان از بیمه مسئولیت حرفه ای گروه درمان
- امکان شرکت در سمینارهای دوره ای بیمارستان
- امکان استفاده کارکنان از امکانات اقامتی دانشگاه در مشهد مقدس، رامسر، سرعین، شیراز
- امکان استفاده کارکنان از خدمات بانکی باجه بانک ملت مستقر در بیمارستان

- امکان استفاده کارکنان از دستگاه خودپرداز
- بیمه عمر برای کلیه کارمندان بیمارستان برقرار می باشد.
- کمک هزینه ازدواج و فوت
- ایجاد باجه بانک ملت
- اهدا بن کارت استفاده از رستوران دانشگاه
- اهدا بن کارت شهروند
- استفاده از خدمات دندانپزشکی دانشگاه
- بن تخفیف لباس ، کفش و... با دستگاههای طرف قرارداد

امکانات آموزشی:

- برگزاری دوره‌های مدیریتی برای مدیران ارشد و ستادی
- دوره‌های آموزشی برای کارکنان متناسب با نیاز سازمان و نیاز فردی (حداقل ۴۰ ساعت آموزش در سال)
- تهیه و چاپ پمفلت های آموزشی در خصوص بیماریها، جهت اطلاع رسانی به بیماران و مراجعان به بیمارستان

حق شیر

پس از پایان مرخصی زایمان و در دوران شیردهی مادران می توانند طی ساعات مقرر کار روزانه حداکثر از یک ساعت مرخصی ساعتی استفاده کنند. مادران یادشده می توانند برحسب نیاز کودک، حداکثر تا دو سالگی فرزند مرخصی یاد شده را حداکثر در سه نوبت استفاده کنند. مدت مرخصی ساعتی برای مادران دارای فرزند دوقلو و بالاتر به میزان دو ساعت می باشد.

قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت

۱. به ازای هر فرزند، شش ماه از تعهدات موضوع "قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان" از مادران مشمول این قانون کسر می گردد.
۲. بانوان متاهل دارای فرزند، می توانند تعهدات خود را در محل سکونت خانواده انجام دهند.
۳. مادران باردار و مادران دارای فرزند زیر دو سال، می توانند در طی دوران بارداری و تا دو سالگی فرزند، شروع خدمات موضوع قانون را به تعویق بیندازند.
۴. استفاده از مزایای ماده ۲۷ قانون ، برای مشمولین قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان اختیاری بوده و هیچگونه محدودیتی در رابطه با تعداد و یا سن فرزندان وجود ندارد.
۵. مدت زمان کاهش یافته در اجرای ماده ۲۷ قانون ، پس از اتمام تعهدات و صدور گواهی پایان خدمات ، قابل برگشت نبوده و اشتغال مجدد مشمولین امکانپذیر نمی باشد.
۶. اعمال مزایای پیش بینی شده در ماده ۲۷ برای مشمولینی که در حال حاضر در حال انجام خدمات موضوع قانون اشاره شده هستند، بلامانع است.

لازم به ذکر است نحوه استفاده از مرخصی زایمان مشمولین قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان همانند پرسنل رسمی می باشد و در صورت درخواست مشمولین حداکثر تا دوماه از مرخصی مذکور در ماههای پایانی بارداری قابل استفاده است.

بخشنامه در خصوص مرخصی زایمان دوقلو

۱. به بانوان باردار برای هر بار وضع حمل، ۹ ماه مرخصی زایمان با حقوق و فوق العاده های مربوطه تعلق می گیرد. مدت مرخصی برای زایمان های دو قلو و بیشتر یکسال می باشد. در صورت درخواست مادر تا دو ماه از این مرخصی در ماه های پایانی بارداری قابل استفاده است. زنان شاغل که در مرخصی زایمان دوقلو و بیشتر به سر می برند و سن فرزندان آنها کمتر از یکسال می باشد، از مرخصی دوازده ماه با پرداخت تمام حقوق و فوق العاده مربوطه بهره مند خواهند شد.
۲. نوبت کاری شب برای مادران شاغل باردار و همچنین مادران دارای فرزند شیرخوار تا دو سال و پدران تا یک ماهگی نوزاد، در واحدهایی که نیازمند نوبت کاری شب می باشد، اختیاری است.

➤ مرخصی های تشویقی و ارفاقی

- ۱) براساس ماده ۱۱۴ آئین نامه مذکور، کارمندان دانشگاه (رسمی، رسمی آزمایشی، پیمانی، قراردادی و طرحی) در موارد ذیل حق برخورداری از هفت روز مرخصی استحقاقی علاوه و برسقف مرخصی استحقاقی سالانه را دارند. لازم به ذکر است این مرخصی قابل ذخیره یا بازخرید نمی باشد.
(الف) ازدواج دائم برای بار اول
(ب) فوت بستگان درجه یک شامل: پدر، مادر، همسر و فرزند.
- ۲) به استناد ماده ۱۱۵ آئین نامه یاد شده کارمندان اعم از قراردادی پیمانی، رسمی آزمایشی و رسمی قطعی که به حج تمتع مشرف می شوند مجاز خواهند بود فقط یکبار در طول سنوات خدمت از یکماه مرخصی تشویقی استفاده نمایند که جزء مرخصی استحقاقی منظور نخواهد شد.
- ۳) با عنایت به تبصره ۴ ماده ۱۱۹ آئین نامه فوق به کارمندانی که همسر ایشان وضع حمل می نمایند، مدت پانزده روز مرخصی مراقبت از زمان وضع حمل همسر تعلق می گیرد.
- ۴) با توجه به تبصره ۶ ماده ۱۱۹ آئین نامه دانشگاه به کارمندان زن پس از اتمام مرخصی زایمان تا سن ۲۴ ماهگی فرزند روزانه یک ساعت مرخصی شیردهی تعلق می گیرد.
لازم به توضیح است تبصره ۳ ماده ۸۷ قانون مدیریت خدمات کشوری اذعان می دارد که کلیه دستگاههای اجرایی موظفند ساعت کار خود را در شش روز در هفته تنظیم کنند (ستاد مرکزی دستگاههای اجرایی مشمول این حکم نمی باشند) لذا بانوان مشمول بند ۴ این بخشنامه و بانوانی که با استناد بخشنامه شماره ۸۰۴۸۰ مورخ ۹۵/۷/۵ ریاست جمهوری از کسر کار ساعتی بانوان خاص برخوردار می باشند ملزم هستند کسر ساعتی خود را به صورت روزانه استفاده کنند و تجمیع کسر کار و استفاده آن در یک روز هفته امکان پذیر نمی باشد.

تغذیه

۰. قرارداد امور مربوط به تغذیه (آشپزخانه) هر ساله توسط مناقصه عام واگذار می شود.
۲. پرسنل صبح کار، براساس قوانین و مقررات بیمارستان از وعده نهار استفاده میکنند.
۳. پرسنل عصرکار بیمارستان از وعده شام استفاده میکنند.
۴. پرسنل شب کار بیمارستان از وعده شام و صبحانه استفاده میکنند.

کمک هزینه فوت و ازدواج

- ۱- ارائه درخواست پرداخت کمک هزینه فوت از جانب کارمند به مدیر بیمارستان
 - ۲- بررسی مدارک جهت احراز تحت تکفل بودن فرد فوت شده برای کارمند
 - ۳- تنظیم پیشنویس مجوز پرداخت کمک هزینه فوت و ارجاع آن به واحد حسابداری جهت پرداخت کمک هزینه فوت مدارک لازم جهت پرداخت کمک هزینه فوت:
 - درخواست کارمند گواهی فوت کپی کامل شناسنامه فرد فوت شده کپی کامل شناسنامه کارمند کپی صفحه اول دفترچه بیمه متوفی که ابطال شده باشد.
 - مدارک لازم جهت پرداخت کمک هزینه ازدواج
 - کپی صفحه اول و دوم از شناسنامه زوج و زوجه
 - کپی صفحه اول و دوم از شناسنامه کارمند
 - کپی صفحات ۲ تا ۵ از عقدنامه
- نکته: در صورت شاغل بودن فرزند نامهای مبنی براینکه کمک هزینه ازدواج از سازمان دیگری دریافت نکرده باشد. ✓
- شرایط:

کمک هزینه ازدواج به کارکنان رسمی و پیمانی تعلق میگیرد، و هر کارمند فقط یک بار حق استفاده از این کمک هزینه را دارد. برای هر فرزند یک کمک هزینه ازدواج داده میشود و از نظر تعداد فرزندان محدودیتی وجود ندارد

پایان