

کتابچه راهنمای توجیهی عمومی بدو ورود کارکنان

مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی سینا



تهیه کنندگان :

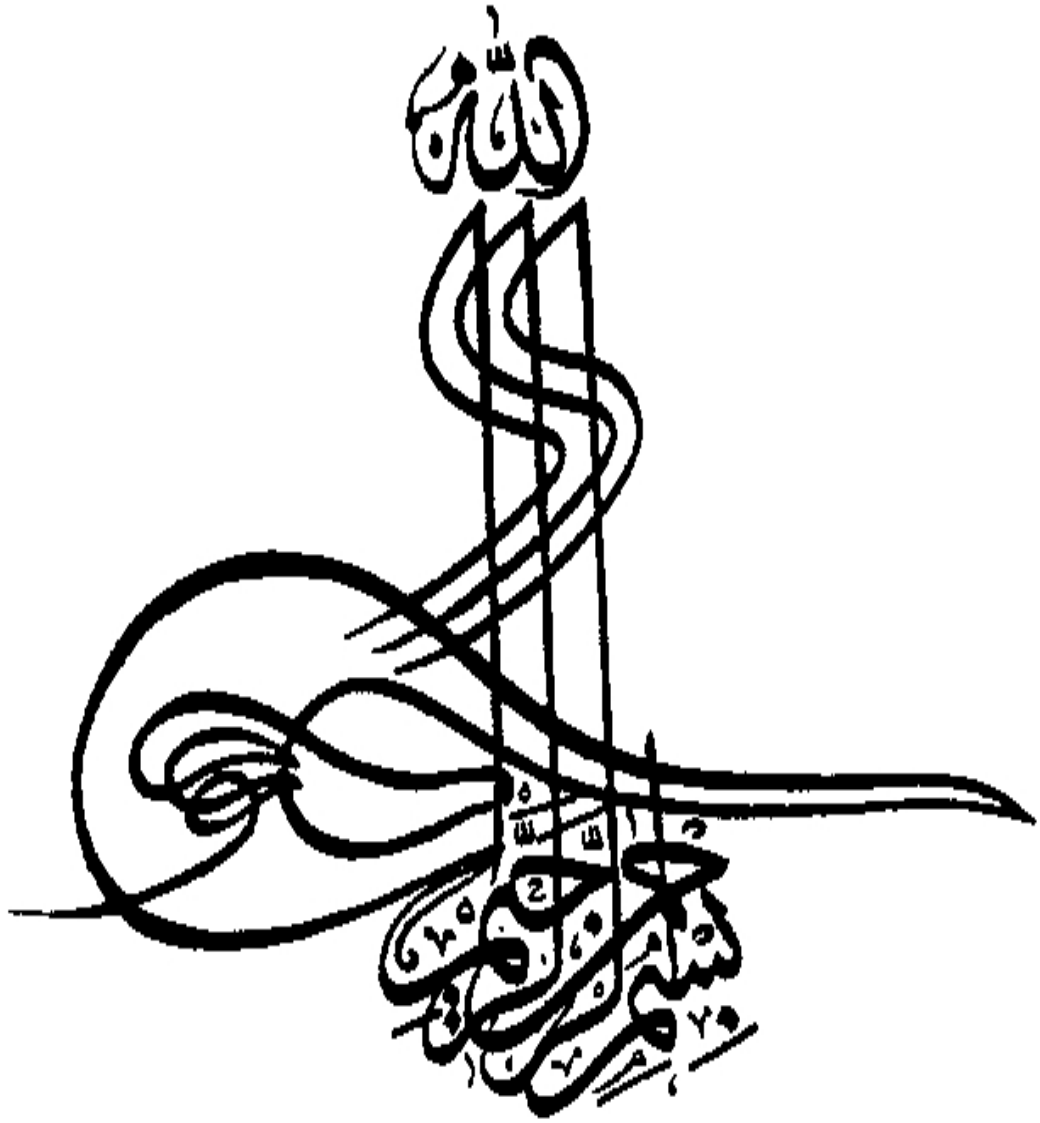
واحد بهبود کیفیت بیمارستان سینا

شماره سند : QI - GB - 001

ویرایش : ششم

تاریخ بازنگری : ۱۴۰۳/۰۳/۰۱

تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۴/۰۳/۰۱



فهرست	شماره صفحه
بیمارستان سینا از گذشته تاکنون	۵
مشخصات بیمارستان	۶
ویژگی های فرهنگی و بومی منطقه	۸
سند برنامه ریزی استراتژیک	۹
سیاست ها و خط مشی های کلان بیمارستان	۱۰
سیستم اجرایی حوزه مدیریت و اسامی مدیران ارشد	۱۱
امکانات ارتباطی	۱۳
نمودار سازمانی بیمارستان سینا	۱۴
حقوق گیرنده خدمت	۱۵
راهنمای عمومی اخلاق حرفه ای اعضای سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران	۱۸
فرآیند پاسخگویی به شکایات در بیمارستان سینا	۲۰
بخش ها به تفکیک طبقات	۲۱
قوانین و مقررات اداری بیمارستان	۲۳
استانداردهای پوشش کارکنان بیمارستان سینا	۳۲
امکانات رفاهی	۳۴
بهبود کیفیت	۳۵
ایمنی بیمار	۳۶
مدیریت خطا	۴۲
آتش نشانی	۴۷
مدیریت بحران	۵۸
کنترل عفونت	۶۲
واحد بهداشت محیط و بهداشت حرفه ای	۷۵
امور مالی	۷۸



بیمارستان سینا از گذشته تاکنون :

بیست سال پس از گشایش دارالفنون، به دست میرزا تقی خان فراهانی، امیرکبیر، در سال ۱۲۹۰ ه ق که ناصرالدین شاه از مسافرت فرنگستان مراجعت نمود دستور داد مریض‌خانه‌ای به سبک بیمارستانهای کشورهای خارجه دایر گردد. مشیرالدوله صدراعظم و علی قلی میرزا اعتضاد السلطنه وزیر علوم همت به انجام این مهم گذاشتند و در سال ۱۲۹۳ ه ق مریضخانه موردنظر تأسیس شد که نام آنرا مریضخانه دولتی گذاردند.

ریاست آن از ابتدای تأسیس تا سال ۱۲۹۸ ه ق بر عهده دکتر علی اکبر خان نفیسی - ناظم الاطباء - بوده که به جرات می توان گفت ناظم الاطباء در سال ۱۲۹۰ هجری قمری نخستین بیمارستان تهران و ایران را در خیابان مریض‌خانه (میدان حسن‌آباد) کنونی و در محله‌ای به نام «هشت گنبد» تأسیس کرد. این بیمارستان تا سال‌ها به نام «مریض‌خانه دولتی» نامیده می‌شد. مریض‌خانه دولتی پس از چندی در سال ۱۳۱۹ به پاس زحمات پدر طب ایران به نام بیمارستان «سینا» نامگذاری شد. اکنون با گذشت بیش از ۱۵۰ سال از تأسیس این بیمارستان همچنان بعنوان یکی از مهمترین مراکز آموزشی - پژوهشی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران مطرح می باشد و یکی از مهمترین مراکز ارجاع بیماران ترومایی در سراسر کشور و یکی از بزرگترین و موفق ترین مراکز در زمینه جراحی ترمیمی و پیوند اعضا محسوب می گردد. لازم به تذکر است که تا سالهای اوایل ۰۵ در بیمارستان سینا فقط بخش های جراحی و ارولوژی بود ولی بتدریج بخش های جراحی اعصاب، داخلی، قلب، دیالیز، ارتوپدی، بخش غدد و داخلی اعصاب و... نیز به مجموعه بیمارستان سینا اضافه شد. بخش های زنان و مامایی، جراحی گوش و حلق و بینی، اطفال، اعصاب و روان، چشم پزشکی و بیماری های پوست در حال حاضر جزو خدمات بیمارستان نیست.

مشخصات بیمارستان :

در حال حاضر بیمارستان سینا با حدود ۴۷۷ تخت فعال و ۱۲۲ نفر عضو هیئت علمی و ۱۳۸۳ نفر پرسنل با ریاست دکتر محمد تقی طالبیان و مدیریت جناب آقای داوود پناهی با امکانات و تجهیزات ذیل در حال ارائه خدمات آموزشی، پژوهشی و درمانی می باشد. خدمات ارائه شده در این مرکز به دو صورت خدمات بالینی (بستری، سرپائی و پاراکلینیکی) و پشتیبانی به شرح ذیل می باشد:

عرصه : ۵۳۶۷۰ مترمربع

اعیان : ۴۴۴۶۶ مترمربع

تعداد تخت فعال : ۴۷۷ تخت

تعداد تخت ستاره دار: ۷۱ تخت (آنژیوگرافی ۳، اتاق عمل ۲۲، اورژانس سرپایی ۱۵، دیالیز ۱۳، ریکاوری ۱۴، شیمی درمانی ۴)

تعداد تخت سرپایی اورژانس: ۱۵ عدد

تعداد تخت عمل: ۲۲ عدد

تعداد تخت آنژیوگرافی: ۳ عدد

تعداد تخت دیالیز: ۱۳ عدد

تعداد بخش های بستری: ۲۷ بخش

۳ مجموعه اتاق عمل شامل اتاق عمل جراحی، اتاق عمل اورولوژی و اتاق عمل اورژانس

تعداد اعضای هیات علمی: ۱۲۲ نفر

تعداد کل پرسنل بغیر از اعضاء هیئت علمی: ۱۳۸۳ نفر

بخش های بستری

➤ بخش میزراه (یک - دو)

➤ بخش ارتوپدی (زنان - مردان)

➤ بخش نورولوژی (مردان - زنان)

➤ بخش داخلی (مردان - زنان)

➤ بخش جراحی اعصاب (مردان - زنان)

➤ بخش IPD

➤ بخش پیوند کلیه

➤ بخش MS

➤ بخش آنکولوژی

➤ بخش جراحی عمومی ۱ و ۴

➤ بخش جراحی عمومی دو

➤ بخش جراحی عروق یک

- بخش جراحی عروق دو
- بخش جراحی فک و صورت
- بخش ICU جنرال ۱ و ۲
- بخش ICU اعصاب
- بخش ICU اورژانس
- بخش CCU

واحدهای پاراکلینیکی و کلینیکی :

- درمانگاه تخصصی
- درمانگاه اورژانس
- بخش همودیالیز
- بخش کت لب
- آزمایشگاه
- پاتولوژی
- تصویربرداری
- پزشکی هسته ای
- توانبخشی
- داروخانه
- واحد فراهم آوری اعضاء
- مرکز مهارت‌های بالینی (Skill Lab)

خدمات پشتیبانی :

- ✓ امور اداری (دبیرخانه ، کارگزینی، حضور غیاب)
- ✓ امور مالی (حسابداری، اموال، انبار، تدارکات ، درآمد و ترخیص)
- ✓ امور عمومی (خدمات ، تغذیه ، رختشویخانه ، تأسیسات ، ساختمان، تلفنخانه ، امور رفاهی، نقلیه)

- ✓ واحد تجهیزات پزشکی
- ✓ واحد انفورماتیک (IT و HIS، آمار)
- ✓ سایر واحدها (مدارک پزشکی، کتابخانه، روابط عمومی، مددکاری، کمیته های بیمارستانی، بهبود کیفیت، ایمنی بیمار، واحد بهداشت محیط و حرفه ای، واحد بحران، اطلاعات، دفتر پرستاری، حراست، آموزش، دفتر رسیدگی به شکایات و پیشنهادات، مرکز توسعه پژوهش، مراکز تحقیقاتی)

مراکز تحقیقاتی فعال سینا:

- ✓ مرکز تحقیقات تروما و پژوهش های جراحی سینا
- ✓ مرکز تحقیقات ارولوژی
- ✓ مرکز تحقیقات چاقی
- ✓ مرکز تحقیقات MS
- ✓ مرکز توسعه پژوهش
- ✓ مرکز پژوهش های تومورهای سیستم عصبی

ویژگی های فرهنگی و بومی مردم منطقه:

بیمارستان سینا در مرکز و جنوب پایتخت واقع شده است. وجود مراکز تجاری، سیاسی و فرهنگی در این منطقه باعث گردیده عمده ساکنان اطراف بیمارستان بیشتر از اینکه در منطقه ساکن داشته باشند، در ساعاتی از شبانه روز در محل کار یا فعالیت باشند. اعتقادات مذهبی ساکنان این منطقه دین اسلام و مذهب شیعه می باشد.

این بیمارستان، ملکی و زیر مجموعه دانشگاه تهران می باشد؛ به عنوان یکی از مراکز فوق تخصصی در رشته های مختلف داخلی، جراحی و خصوصاً مرکز تروما در سراسر کشور شناخته شده است و اورژانس این بیمارستان یکی از بهترین و پرازدحام ترین اورژانس های کشور می باشد، مراجعین بیمارستان محدود به شهر تهران نمی باشد، بلکه بیماران ارجاعی از شهرهای مختلف کشور به منظور دریافت اقدامات تشخیصی و درمانی به این مرکز مراجعه می نمایند.

تنوع نژادی، فرهنگی، زبانی و اعتقادی کشور پهناور ایران در بیماران مراجعه کننده دیده می شود.

سند برنامه ریزی استراتژیک بیمارستان

رسالت (Mission) بیمارستان سینا :

ایمن ترین خدمات درمانی، آموزشی و پژوهشی مبتنی بر فن آوری و دانش روز را در بخش های تخصصی و فوق تخصصی، با حفظ کرامت انسانها در راستای ارتقاء سلامت جامعه و در سطح ملی و منطقه ای ارائه می نمائیم.

چشم انداز (Vision) بیمارستان سینا :

بیمارستان سینا بعنوان نخستین بیمارستان ایران با تجربه ای بیش از یک قرن در ارائه خدمات بالینی، در پنج سال آینده الگویی برای ارائه خدمات تشخیصی، درمانی و آموزشی در سطح کشور و سرآمد بیمارستان ها در منطقه خواهد شد.

ارزش های (Values) بیمارستان سینا :

- ✓ سرعت و دقت در ارائه خدمات، با احترام به بیمار و همراهان
- ✓ یادگیری و بهبود مستمر کیفیت
- ✓ نشاط، همدلی و کرامت انسانی
- ✓ ایمنی و ملاحظات زیست محیطی

اهداف استراتژیک بیمارستان سینا

- ❖ توسعه و نوسازی بخش های بالینی، پاراکلینیک و پشتیبانی
- ❖ بهبود مدیریت ارتباطات درون و برون سازمان با توسعه نظام فناوری اطلاعات
- ❖ ارتقاء مستمر کیفیت و بهبود استانداردهای ایمنی
- ❖ توسعه کمی و کیفی آموزش بالینی تخصصی و فوق تخصصی برای فراگیران
- ❖ ارتقای رضایت ارباب رجوع و بهبود خدمات هتلینگ بخش های بستری و سرپایی
- ❖ توسعه قابلیت ها و صلاحیت های سرمایه انسانی به منظور افزایش انگیزش و تعلق سازمانی
- ❖ همکاری در برنامه های پیشگیری و ارتقاء سلامت بیماران، کارکنان و جامعه به همراه حفظ و بهبود محیط زیست
- ❖ ارتقاء کمی و کیفی و کاربردی نمودن پژوهش های بالینی تخصصی و فوق تخصصی
- ❖ مدیریت بهینه مصرف و ترویج فرهنگ آن در راستای سیاست های اقتصاد مقاومتی و رونق تولید

سیاست ها و خط مشی های کلان مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی سینا

- ۱- بکارگیری پزشکان و کارکنان مجاز و فعالیت بیمارستان براساس مجوزهای قانونی
- ۲- به روز رسانی پروانه بهره برداری بیمارستان و توسعه یا تغییر کاربری بخش ها/ واحدها برابر قوانین وزارت بهداشت
- ۳- وجود مجوزهای قانونی برای تجهیزات پزشکی مشمول اخذ مجوز از طریق پیگیری نامه های مربوطه
- ۴- کسب اطمینان از رعایت حقوق ارباب رجوعان داخلی و گیرندگان خدمات اقدام در راستای جلب رضایت و مشارکت ذینفعان کلیدی (بیماران/ همراهان، کارکنان، بیمه های طرف قرارداد) و افزایش پاسخگویی از طریق انجام رضایتمندی های دوره ای ، بازدیدهای میدانی ، پیگیری شکایات و اقدامات اصلاحی
- ۵- اقدام در راستای ارتقای ایمنی بیمار، مدیریت خطا و خطر و بهبود مستمر کیفیت از طریق تدوین برنامه های مرتبط و پایش آن ها
- ۶- تلاش در جهت جذب و بکارگیری و توانمند سازی نیروی انسانی از طریق برنامه های توسعه فردی
- ۷- پیش بینی راهکارهای کلان برای جلب مشارکت سازمانهای مردم نهاد و خیرین، تامین کنندگان مالی، سازمانهای مرتبط، سهامداران و سایر
- ۸- کسب اطمینان از دستیابی به نتایجی متوازن و همسو با سیاستهای اصلی بیمارستان از طریق پایش برنامه های عملیاتی در راستای برنامه استراتژیک بیمارستان
- ۹- تصویب بودجه سالانه برای آموزش کارکنان با توجه به اولویتهای تعیین شده در برنامه عملیاتی و بهبود کیفیت بیمارستان
- ۱۰- کسب اطمینان از انطباق عملکرد بیمارستان با قوانین، مقررات و استانداردهای نهادهای ناظر و سیاست گذار وزارت متبوع از طریق اجرای استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان
- ۱۱- ارائه گزارش عملکرد بیمارستان در فواصل زمانی منظم به تیم مدیریت اجرایی از طریق برگزاری جلسات منظم تیم مدیریت اجرایی
- ۱۲- کسب اطمینان از انطباق عملکرد بیمارستان با مأموریت، اهداف، برنامه ها و آیین نامه های داخلی سازمان از طریق اعمال برنامه های عملیاتی
- ۱۳- تصویب برنامه ها و تخصیص بودجه به آنها با توجه به اولویت ایمنی بیمار و ارتقای کیفیت
- ۱۴- توجه به استفاده بهینه از منابع فیزیکی بیمارستان از طریق آموزش های اختصاصی
- ۱۵- استفاده بهینه از منابع انسانی بیمارستان از طریق چینش مناسب آن ها
- ۱۶- استفاده بهینه از منابع مالی بیمارستان از طریق اولویت بندی مصرف
- ۱۷- نظارت بر تعیین و تحلیل فرآیندها و شاخص های کلیدی عملکرد و انجام اقدامات اصلاحی بر اساس آن ها در تمام بخش ها و واحدهای بیمارستان از جمله واحدهای برون سپاری شده براساس پایش آن ها و نیز در راستای برنامه های بهبود کیفیت در کمیته پایش و سنجش کیفیت
- ۱۸- توجه به اولویت های پژوهشی وزارت متبوع از طریق اطلاع رسانی به اساتید و کارکنان
- ۱۹- مشارکت در پیشگیری و ارتقاء سلامت در حیطه بیمار از طریق خط مشی و پایش برنامه های مربوطه
- ۲۰- مشارکت در پیشگیری و ارتقاء سلامت در حیطه کارکنان از طریق خط مشی و پایش برنامه های مربوطه
- ۲۱- ترویج کار تیمی و برنامه محوری از طریق مشارکت ذینفعان در تدوین برنامه های داخلی سازمان و نیز توجه به دستاوردهای گروهی از طریق تشکیل منظم کمیته ها و جلسات

- ۲۲- اولویت گذاری بر استفاده از سیستم ها و مستندات الکترونیکی به جای دستی با در نظر گرفتن الزامات قانونی
- ۲۳- الزام به انجام منظم بازدیدهای مدیریتی توسط تیم مدیریت ارشد و مدیریت اجرایی بیمارستان با رویکرد ایمنی بیمار و ارتقاء کیفیت
- ۲۴- لحاظ معیارهای کیفی و رعایت " مقررات مالی معاملاتی" بر انتخاب پیمانکاران و هر گونه واگذاری، برون سپاری و یا عقد تفاهمنامه ضمن نظارت بر عملکرد آن ها از طریق خط مشی و دستورالعمل های مربوطه
- ۲۵- پرداختی بیماراران منطبق بر دستورالعمل های ابلاغی وزارت بهداشت و ضوابط بیمه های پایه و تکمیلی
- ۲۶- اطلاع رسانی به مراجعان در خصوص جدیدترین تعرفه های ابلاغی به همراه آخرین گواهی اعتباربخشی بیمارستان
- ۲۷- نظارت مستمر مسئولین فنی بیمارستان بر میزان دریافتی بیماراران
- ۲۸- خرید تجهیزات پزشکی مصرفی و غیر مصرفی براساس نظرات فنی و با در نظر گرفتن صرفه و صلاح پس از تصویب کمیته مربوطه
- ۲۹- اولویت بخشی به ارتقا مستمر کیفیت و ایمنی بیماردر دستورکار و مصوبات جلسات تیم رهبری و مدیریت، کمیته های بیمارستانی، بازدیدهای مدیریتی و برنامه ها و تصمیمات مدیریتی و تمامی نشت ها و بیانات .
- ۳۰ - ضرورت لحاظ ملاحظات کیفی و ایمنی در : به کارگیری نیروی انسانی، عملیات ساختمانی، تغییرات و احداث ساختمان و بخشها، خرید تجهیزات پزشکی، مدیریت تدارک دارو و تجهیزات، برون سپاری بخشها و خدمات بالینی، برون سپاری واحدها و خدمات غیربالینی و پشتیبانی اعم از تاسیسات، خدمات و سایر، تنظیم و عقد قراردادهای خرید خدمت و هر نوع برون سپاری، دوره های توجیهی و تکمیلی ضمن خدمت ایمنی بیمار برای تمامی کارکنان.

سیستم اجرایی حوزه مدیریت :

اداره این مرکز در سه رده مدیریتی (عالی، اجرایی و پرستاری) در حیطه بیمار و سیستم بهداشتی و درمانی ارائه خدمات می دهد. مدیران ارشد بیمارستان شامل ریاست محترم، معاونین پژوهشی، درمانی، آموزشی و رؤسای بخشها می باشند. مدیریت اجرایی شامل مدیر محترم و رئیس اموراداری، مالی، امورعمومی و مسئولین بقیه بخش ها می باشند. سطوح مدیریتی پرستاری شامل مدیر پرستاری و سوپروایزرها (بالینی، آموزشی) و سرپرستاران می باشند.

اسامی مدیران ارشد بیمارستان

ردیف	نام و نام خانوادگی	سمت
۱	آقای دکتر محمدتقی طالبیان	ریاست بیمارستان
۲	آقای دکتر سید محمد کاظم آقامیر	قائم مقام ریاست بیمارستان
۳	آقای داوود پناهی	سرپرست مدیریت بیمارستان
۴	آقای دکتر محمدرضا قینی	معاون آموزشی بیمارستان
۵	خانم دکتر محدثه آزادواری	معاون پژوهشی بیمارستان
۶	آقای دکتر مهدی ابراهیمی	معاون درمان بیمارستان
۷	خانم مینا نجفی حقی	مترون بیمارستان
۸	آقای دکتر مظاهر قربانی	مسئول فنی بیمارستان
۹	خانم فاطمه سدیدی	رییس امور اداری
۱۰	آقای شهریار منصوری	مدیر امور مالی

امکانات ارتباطی

آدرس بیمارستان سینا: تهران، خیابان امام خمینی (ره)، نرسیده به میدان حسن آباد، بیمارستان سینا

تلفن: ۶۳۱۲۰ و ۶۶۳۴۸۵۰۰ الی ۱۰

نوبت دهی تلفنی به شماره: ۵۴۷۱۶-۲۱+

فاکس: ۶۶۳۴۸۵۵۳

کدپستی: ۱۱۳۶۷۴۶۹۱۱

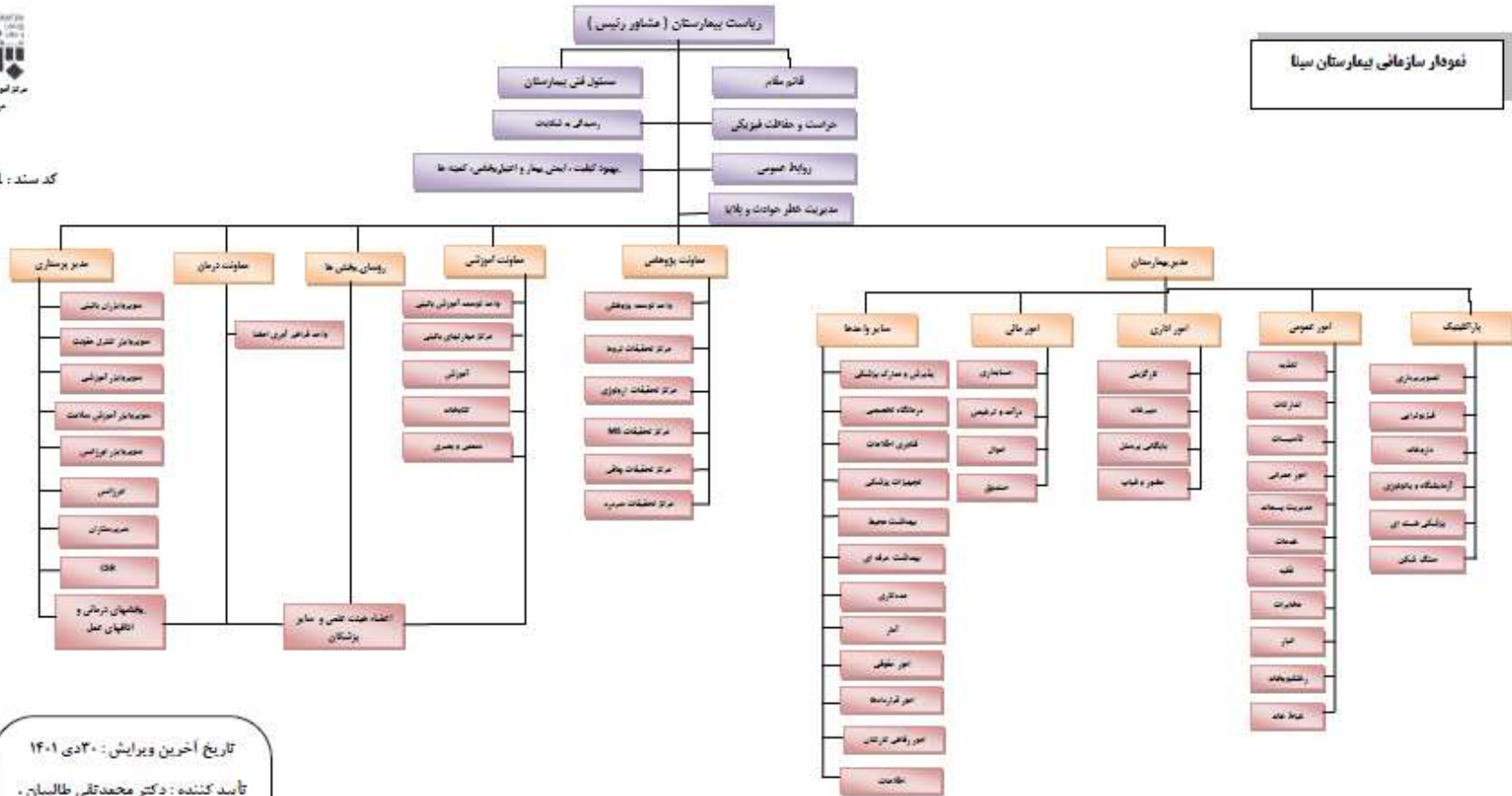
Email: hosp_sina@sina.tums.ac.ir

وب سایت: <http://sinahospital.tums.ac.ir/>

نمودار سازمانی بیمارستان سینا



کد سند: QI-OC-01



حقوق گیرنده خدمت

منشور حقوق بیمار:

محور اول: دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است.

- ۱-۱) شایسته شان و منزلت انسان و با احترام به ارزش‌ها، اعتقادات فرهنگی و مذهبی باشد.
- ۲-۱) بر پایه‌ی صداقت، انصاف، ادب و همراه با مهربانی باشد.
- ۳-۱) فارغ از هرگونه تبعیض از جمله قومی، فرهنگی، مذهبی، نوع بیماری و جنسیتی باشد.
- ۴-۱) بر اساس دانش روز باشد.
- ۵-۱) مبتنی بر برتری منافع بیمار باشد.
- ۶-۱) توزیع منابع سلامت مبتنی بر عدالت و اولویت‌های درمانی بیماران باشد.
- ۷-۱) مبتنی بر هماهنگی ارکان مراقبت اعم از پیشگیری، تشخیص، درمان و توانبخشی باشد.
- ۸-۱) به همراه تامین کلیه امکانات رفاهی پایه و ضروری و به دور از تحمیل درد و رنج و محدودیت‌های غیر ضروری باشد.
- ۹-۱) توجه ویژه‌ای به حقوق گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه از جمله کودکان، زنان باردار، سالمندان، بیماران روانی، زندانیان، معلولان ذهنی و جسمی و افراد بدون سرپرست داشته باشد.
- ۱۰-۱) در سریعترین زمان ممکن و با احترام به وقت بیمار باشد.
- ۱۱-۱) با در نظر گرفتن متغیرهایی چون زبان، سن و جنس گیرندگان خدمت باشد.
- ۱۲-۱) در مراقبت‌های ضروری و فوری (اورژانس)، بدون توجه به تأمین هزینه‌ی آن صورت گیرد. در موارد غیرفوری (الکتیو) بر اساس ضوابط تعریف شده باشد.
- ۱۳-۱) در مراقبت‌های ضروری و فوری (اورژانس)، در صورتی که ارائه خدمات مناسب ممکن نباشد، لازم است پس از ارائه‌ی خدمات ضروری و توضیحات لازم، زمینه انتقال بیمار به واحد مجهز فراهم گردد.
- ۱۴-۱) در مراحل پایانی حیات که وضعیت بیماری غیر قابل برگشت و مرگ بیمار قریب الوقوع می‌باشد با هدف حفظ آسایش وی ارائه گردد. منظور از آسایش کاهش درد و رنج بیمار، توجه به نیازهای روانی، اجتماعی، معنوی و عاطفی وی و خانواده‌اش در زمان احتضار می‌باشد. بیمار در حال احتضار حق دارد در آخرین لحظات زندگی خویش با فردی که می‌خواهد همراه گردد.
- ۱- احتضار به وضعیت بیماری غیر قابل علاج و غیر قابل برگشت اطلاق می‌شود که مرگ قریب‌الوقوع اجتناب‌ناپذیر است.

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

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

۱-۲-۲) مفاد منشور حقوق بیمار در زمان پذیرش

۲-۱-۲) ضوابط و هزینه‌های قابل پیش بینی بیمارستان اعم از خدمات درمانی و غیر درمانی و ضوابط بیمه و معرفی سیستم‌های حمایتی در زمان پذیرش

- ۳-۱-۲) نام، مسئولیت و رتبه‌ی حرفه‌ای اعضای گروه پزشکی مسئول ارائه مراقبت از جمله پزشک، پرستار و دانشجو و ارتباط حرفه‌ای آن‌ها با یکدیگر
- ۴-۱-۲) روش‌های تشخیصی و درمانی و نقاط ضعف و قوت هر روش و عوارض احتمالی آن، تشخیص بیماری، پیش‌آگهی و عوارض آن و نیز کلیه‌ی اطلاعات تأثیرگذار در روند تصمیم‌گیری بیمار
- ۵-۱-۲) نحوه‌ی دسترسی به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی در طول درمان
- ۶-۱-۲) کلیه‌ی اقداماتی که ماهیت پژوهشی دارند.
- ۷-۱-۲) ارائه آموزش‌های ضروری برای استمرار درمان
- ۲-۲) نحوه‌ی ارائه اطلاعات باید به صورت ذیل باشد:
- ۱-۲-۲) اطلاعات باید در زمان مناسب و متناسب با شرایط بیمار از جمله اضطراب و درد و ویژگی‌های فردی وی از جمله زبان، تحصیلات و توان درک در اختیار وی قرار گیرد، مگر این‌که:
- تأخیر در شروع درمان به واسطه‌ی ارائه‌ی اطلاعات فوق سبب آسیب به بیمار گردد. (در این صورت انتقال اطلاعات پس از اقدام ضروری، در اولین زمان مناسب باید انجام شود).
 - بیمار علی‌رغم اطلاع از حق دریافت اطلاعات، از این امر امتناع نماید که در این صورت باید خواست بیمار محترم شمرده شود، مگر این‌که عدم اطلاع بیمار، وی یا سایرین را در معرض خطر جدی قرار دهد.
- ۲-۲-۲) بیمار می‌تواند به کلیه‌ی تصویر اطلاعات ثبت شده در پرونده‌ی بالینی خود دسترسی داشته باشد و آن را دریافت نموده و تصحیح اشتباهات مندرج در آن را درخواست نماید.

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

۱-۳) محدوده انتخاب و تصمیم‌گیری درباره موارد ذیل می‌باشد:

- ۱-۱-۳) انتخاب پزشک معالج و مرکز ارائه‌کننده‌ی خدمات سلامت در چارچوب ضوابط
- ۲-۱-۳) انتخاب و نظر خواهی از پزشک دوم به عنوان مشاور
- ۳-۱-۳) شرکت یا عدم شرکت در پژوهش‌های زیستی با اطمینان از اینکه تصمیم‌گیری وی تأثیری در تداوم و نحوه دریافت خدمات سلامت ندارد.
- ۴-۱-۳) قبول یا رد درمان‌های پیشنهادی پس از آگاهی از عوارض احتمالی ناشی از پذیرش یا رد آن مگر در موارد خودکشی یا مواردی که امتناع از درمان شخص دیگری را در معرض خطر جدی قرار می‌دهد.
- ۵-۱-۳) اعلام نظر قبلی بیمار در مورد اقدامات درمانی آتی در زمانی که بیمار واجد ظرفیت تصمیم‌گیری می‌باشد ثبت و به‌عنوان راهنمای اقدامات پزشکی در زمان فقدان ظرفیت تصمیم‌گیری وی با رعایت موازین قانونی مد نظر ارائه‌کنندگان خدمات سلامت و تصمیم‌گیرنده جایگزین بیمار قرار گیرد.
- ۲-۳) شرایط انتخاب و تصمیم‌گیری شامل موارد ذیل می‌باشد:
- ۱-۲-۳) انتخاب و تصمیم‌گیری بیمار باید آزادانه و آگاهانه، مبتنی بر دریافت اطلاعات کافی و جامع (مذکور در بند دوم) باشد.
- ۲-۲-۳) پس از ارائه اطلاعات، زمان لازم و کافی به بیمار جهت تصمیم‌گیری و انتخاب داده شود.

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

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

۴-۲) در کلیه مراحل مراقبت اعم از تشخیصی و درمانی باید به حریم خصوصی بیمار احترام گذاشته شود. ضروری است بدین منظور کلیه امکانات لازم جهت تضمین حریم خصوصی بیمار فراهم گردد.

۴-۳) فقط بیمار و گروه درمانی و افراد مجاز از طرف بیمار و افرادی که به حکم قانون مجاز تلقی می‌شوند میتوانند به اطلاعات دسترسی داشته باشند.

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

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

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

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

۳-۵) خسارت ناشی از خطای ارائه‌کنندگان خدمات سلامت باید پس از رسیدگی و اثبات مطابق مقررات در کوتاه‌ترین زمان ممکن جبران شود. (تابلو منشور در بخش‌ها و ساختمانها نصب می‌باشد).

برنامه‌های حقوق‌گیرنده خدمت در بیمارستان سینا :

- ✓ نصب منشور حقوق بیمار در تمامی بخش‌ها و واحدها
- ✓ نصب پوشش کارکنان بصورت پوستر در بخش‌ها
- ✓ نصب فرآیند رسیدگی به شکایات در تمامی بخش‌ها
- ✓ ایجاد زنگ فراخوان اضطراری پرستار
- ✓ افزایش امکانات رفاهی جهت بیمار و همراهان
- ✓ وجود سجاده، جا نماز، قرآن و سنگ تیمم در بخش‌ها
- ✓ فعالیت دفتر رسیدگی به پیشنهادات، انتقادات و قدردانی

راهنمای عمومی اخلاق حرفه ای شاغلین حرف پزشکی و وابسته ی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران

فهرست		
۱۵	کلیات و جایگاه سند	فصل اول:
۲۵	تکالیف عام	فصل دوم:
۳۱	ارزاه خدمات استاندارد و کیفیت	فصل سوم:
۳۵	اولویت منافع بیمار	فصل چهارم:
۴۳	رعایت انصاف و بی طرفی	فصل پنجم:
۴۵	صداقت و درستکاری	فصل ششم:
۴۹	احترام به حق انتخاب دریافت کنندگان خدمات سلامت	فصل هفتم:
۵۵	رازدای و حریم خصوصی	فصل هشتم:
۵۹	مدیریت خطاهای پزشکی	فصل نهم:
۶۳	ارتباط با دیگر همکاران	فصل دهم:
۶۷	مسئولیت های اجتماعی و سازمانی حرفه مندان	فصل یازدهم:
۷۱	پوشش حرفه ای در محیط های بلین	فصل دوازدهم:
۷۳	آموزش و پژوهش های پزشکی	فصل سیزدهم:

پیشینه و تاریخچه حرفه پزشکی را می توان به دوران آغازین زندگی بشر در کره خاکی نسبت داد که با گذشت زمان و کسب تجربه انبوه و مداوم قدم به قدم پیشرفت کرده و به دانش امروز منجر شده است. از آنجا که بزرگ ترین وظیفه در حرفه پزشکی صیانت و مراقبت از سلامت انسان یعنی والاترین و گرامی ترین آفریده پروردگار است، از زمان های دیرین و گذشته های دور هاله ای از قداست و پاکیزگی با این حرفه و افراد وابسته آن، یعنی پزشکان همراه بوده است و پزشکان به عنوان پاسداران جان، محرمان راز و واسطه شفای دردها و بیماری ها در جوامع بشری از احترام و جایگاه ویژه برخوردار بوده اند. این جایگاه رفیع و ممتاز، منشأ نشر بسیاری از فضائل اخلاق حرفه ای شد و به کسب اعتماد عمومی نسبت به پزشکان که پیوسته رازدار بیماران خود بوده اند منجر گردید.

نظام جدید جهانی که مانند طوفانی همه ارزش ها و قواعد جوامع بشری را در اکثر زمینه ها به چالش کشیده است بر نحوه طبابت و به ویژه اخلاق حاکم بی تأثیر نبوده است و پرداختن دوباره و عاجل به قواعد ریشه دار اخلاقی این حرفه را می طلبد.

امروز جامعه پزشکی مملکت ما بر سر یک دو راهی تاریخی و سرنوشت ساز قرار گرفته است. در یک سو همراه شدن در مسیر رو به نزول مسائل اخلاقی در کل جامعه و همگام شدن با قواعد نادرست و غرق شدن در جریان رو به گسترش بی اخلاقی ها و بد اخلاقی هاست. و راه دیگر که متکی به گذشته تاریخی و با

شکوه این حرفه است، پرچمداری اخلاقی جامعه و الهام بخشی سایر بخش ها و پافشاری بر ارزش های اخلاق زیستی است. و روشن است که از آنجا که جامعه پزشکی ادعای قداست و جایگاه ویژه اجتماعی دارد تنها راه دوم و پرچمداری اخلاق جامعه بر روی ما گشوده است.

پیشگامی در عرصه اخلاق مستلزم خود پالایشی مداوم و مستمر در جامعه پزشکی است که ساز و کار آن را قانون به سازمان نظام پزشکی واگذار کرده است و امروز متن اصلاح شده {راهنمای عمومی اخلاق حرفه ای اعضای سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران} را که به تصویب شورای عالی نظام پزشکی رسیده است برای اجرای همه ارکان سازمان و تمامی اعضا محترم جامعه پزشکی ابلاغ شده است.

انتظار می رود که همکاران ارجمندم در جامعه محترم و شریف پزشکی مفاد

این سند تاریخی را که پس از قریب پنجاه سال از تصویب اولین {آیین نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه ای} تدوین شده و به تصویب رسیده است به دقت مطالعه فرموده و در پایبندی به آن بکوشند. لازم به یادآوری است تدوین این راهنمای عمومی اولین گام مهم در مسیر معرفی هنجاری های اخلاقی حرفه پزشکی است و لازم است در سا لهای بعدی راهنماهای اختصاصی مورد نیاز در حوزه های مختلف تخصصی و حرفه ای تدوین و تصویب شود.

دکتر ایرج فاضل

رئیس کل سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران

آبان ماه 1397

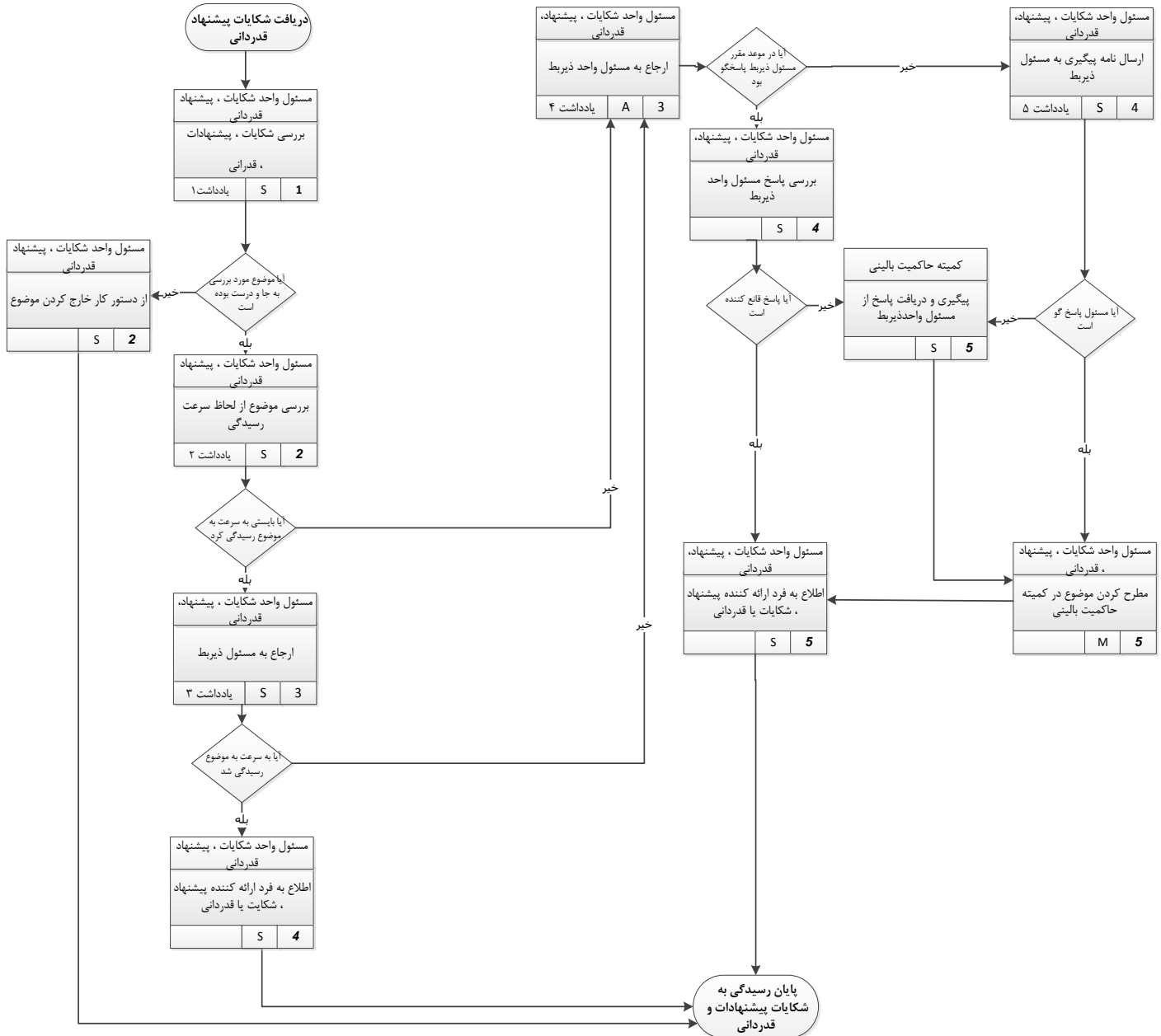
{راهنمای عمومی اخلاق حرفه ای اعضای سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران}، در بردارنده ی مجموعه ی ارزش ها، هنجارها، اصول و قواعد اخلاقی است که بر اساس اصل کرامت ذاتی انسان و نیز مبانی و ارزش های اسلامی و ایرانی، تدوین شده است و همه ی شاغلان به حرف پزشکی و وابسته در جایگاه اعضای سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران و نیز مدیران و مسؤولان، باید آن را راهنمای عمل خود قرار دهند و برای تضمین رعایت حداکثری آن در فعالیت پزشکی خود و دیگر شاغلان به حرف پزشکی و وابسته، منتهای تلاش خود را به عمل آورند. همه ی بخش ها، فصول و مواد این راهنما اهمیتی یکسان دارند و باید در قالب یک مجموعه، در نظر گرفته شوند. هر قسمت از این راهنما، باید با توجه به دیگر اجزای این سند شامل مقدمه، فهمیده و تفسیر شود.

فایل راهنمای عمومی اخلاق حرفه ای شاغلین حرف پزشکی و وابسته ی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران به طور کامل در سایت بیمارستان و همچنین در فایل مشترک بهبود کیفیت بیمارستان در دسترس می باشد.

فرآیند پاسخگویی به شکایات در بیمارستان سینا:

دفتر رسیدگی به پیشنهادات، انتقادات و قدرانی بیمارستان سینا در راستای عملی نمودن محور مشارکت بیماران و همراهان، با هدف ارتقاء و بهبود کیفیت خدمات درمانی و برخورد سازمانی و اصولی با شکایات بیماران، همراهان و پرسنل پایه گذاری شده است.

فرآیند بررسی شکایات، پیشنهادات و قدرانی



بخش ها به تفکیک طبقات:

ساختمان اورژانس

- 2nd Floor: Pathology - پاتولوژی
- 2nd Floor: Laboratory - آزمایشگاه
- Ground Floor: Emergency - اورژانس
- Subground Floor: Radiology - رادیولوژی

ساختمان شماره ۲

- 2nd Floor: Women's Neurosurgery Ward - بخش جراحی اعصاب زنان
- 2nd Floor: Men's Neurosurgery Ward - بخش جراحی اعصاب مردان
- 2nd Floor: Neurosurgery ICU - بخش آی سی یو اعصاب
- 2nd Floor: Neurosurgery and Emergency Operating Room - اتاق عمل جراحی مغز و اعصاب

مرکز ثبت و پژوهش تومورهای سیستم عصبی -
Registry & Research Center For Nervous System Tumors

ساختمان شماره ۴

- 2nd Floor: VTP Chief of Surgery - مدیر گروه جراحی
- 2nd Floor: Vascular Surgery & Endovascular 2-1 - جراحی عروق و اندوواسکولر ۲-۱
- 1st Floor: Men's Orthopedic Ward - ارتوپدی مردان
- 1st Floor: Women's Orthopedic Ward - ارتوپدی زنان
- Ground Floor: Oncology ward - امون و تانکولوژی
- Subground Floor: CDR Laundry - بخش شستشو

ساختمان شماره ۵

- 10th Floor: Oral & Maxillofacial Surgery - جراحی فک و صورت
- 9th Floor: MS Ward - Women Neurology Ward - بیماری زنان و عصبان
- 9th Floor: MS Ward - Men Neurology Ward - بیماری مردان و عصبان
- 9th Floor: Men Internal Medicine Ward - داخلی مردان
- 9th Floor: Women Internal Medicine Ward - داخلی زنان
- 9th Floor: Surgery 15A - جراحی ۱۵ا
- 9th Floor: Surgery 15B - جراحی ۱۵ب
- 9th Floor: Vascular Surgery & Endovascular - جراحی عروق و اندوواسکولر
- 9th Floor: Surgery Ward 1, 2, 3, 4 - بخش جراحی قلب و ریه
- 9th Floor: EOHU Ward - بخش مراقبت های ویژه
- 9th Floor: Kidney Transplantation Ward - بخش پیوند کلیه
- 9th Floor: ICU - آی سی یو
- 9th Floor: CCU - سی سی یو
- 9th Floor: Nursing Ward - بخش مراقبت های ویژه
- 9th Floor: Social Work - کار اجتماعی
- 9th Floor: Supportive & Compliance - بخش های حمایتی و انطباقی
- 9th Floor: Medical Records - بخش سوابق پزشکی
- 9th Floor: Administration - بخش مدیریت
- 9th Floor: Radiology & Electrophysiology - بخش رادیولوژی و فیزیولوژی الکتریکی
- 9th Floor: Pathology - بخش پاتولوژی
- 9th Floor: Imaging & Biopsy - بخش تصویربرداری و بیوپسی
- 9th Floor: Operating Rooms - اتاق عمل
- 9th Floor: General Operating Rooms - اتاق عمل عمومی
- 9th Floor: Electrophysiology - بخش فیزیولوژی الکتریکی



قوانین و مقررات اداری بیمارستان :

موقعیت : ساختمان شماره ۶ طبقه اول – امور اداری

مسیر ارتقای شغلی:

سلسله رتبه و طبقه هایی که در مشاغل دستگاه های اجرایی مشخص شده و کارمندان می توانند در طول خدمت خود، با کسب شرایط لازم، به آنها ارتقاء یابند ارتقای شغلی نامیده می شود. این رتبه ها برای مشاغل کارشناسی و بالاتر در پنج رتبه «مقدماتی، پایه، ارشد، خبره و عالی» و در مشاغل پایین تر از کارشناسی در سه رتبه «مقدماتی، پایه، ارشد» تعریف شده است. در طبقات نیز براساس تجربه ومدرك تحصیلی از طبقه ۱ تا ۱۶ به اشخاص تخصیص می یابد.

شرایط احراز ارتقا شغلی :

الف : ارتقا طبقه شغلی

۱. ارتقای طبقه شغلی بر اساس فصل دهم قانون مدیریت خدمات کشوری سال ۱۳۸۸ توسط واحد کارگزینی انجام گیرد .
۲. ارتقای طبقه شغلی کارکنان براساس مدرک تحصیلی و سنوات تجربی کارکنان به صورت ذیل می باشد :

* مدرک تحصیلی لیسانس و بالاتر هر ۴ سال .

- * مدرک تحصیلی سیکل تا فوق دیپلم هر ۵ سال .
- * مدرک تحصیلی پایین دوره ابتدایی هر ۶ سال .

ب: ارتقا رتبه شغلی:

۱. ارتقا رتبه شغلی براساس بخشنامه شماره ۲۱۲/۶۵۴/د مورخ ۹۱/۴/۱۲ معاونت محترم توسعه مدیریت و منابع وزارت متبوع درخصوص ضوابط اجرایی ارتقای رتبه در دانشگاههای علوم پزشکی کشور و دستورالعمل ها و فرایندهای اجرایی ارتقای رتبه شغلی کارکنان به رتبه های پایه- ارشد اقدام می گردد.

- شرایط ارتقا رتبه شغلی پایه :

- * سنوات تجربی برای مشاغل کاردانی و پایین تر ۸ سال و برای مشاغل کارشناسی و بالاتر ۶ سال
- * میانگین مجموع امتیاز ارزشیابی سالیانه کارمند در طول ارتقا رتبه ۶۰٪
- * مجموع دوره آموزشی در طول ارتقا رتبه کارمند ۳۰۰ ساعت
- * برای مشاغل رسته خدمات گذراندن ۷۰ ساعت دوره آموزشی در چارچوب نظام آموزشی دانشگاه کافی می باشد.

- شرایط ارتقای رتبه ارشد:

- * سنوات تجربی برای مشاغل کاردانی و پایین تر ۲۰ سال و برای مشاغل کارشناسی و بالاتر ۱۲ سال
- * ۷۰٪ میانگین مجموع امتیاز ارزشیابی سالیانه کارمند در طول ارتقا رتبه
- * مجموع دوره آموزشی در طول ارتقا رتبه کارمند ۲۵۰ ساعت
- * برای مشاغل رسته خدمات گذراندن ۵۰ ساعت دوره آموزشی در چارچوب نظام آموزشی دانشگاه کافی می باشد.

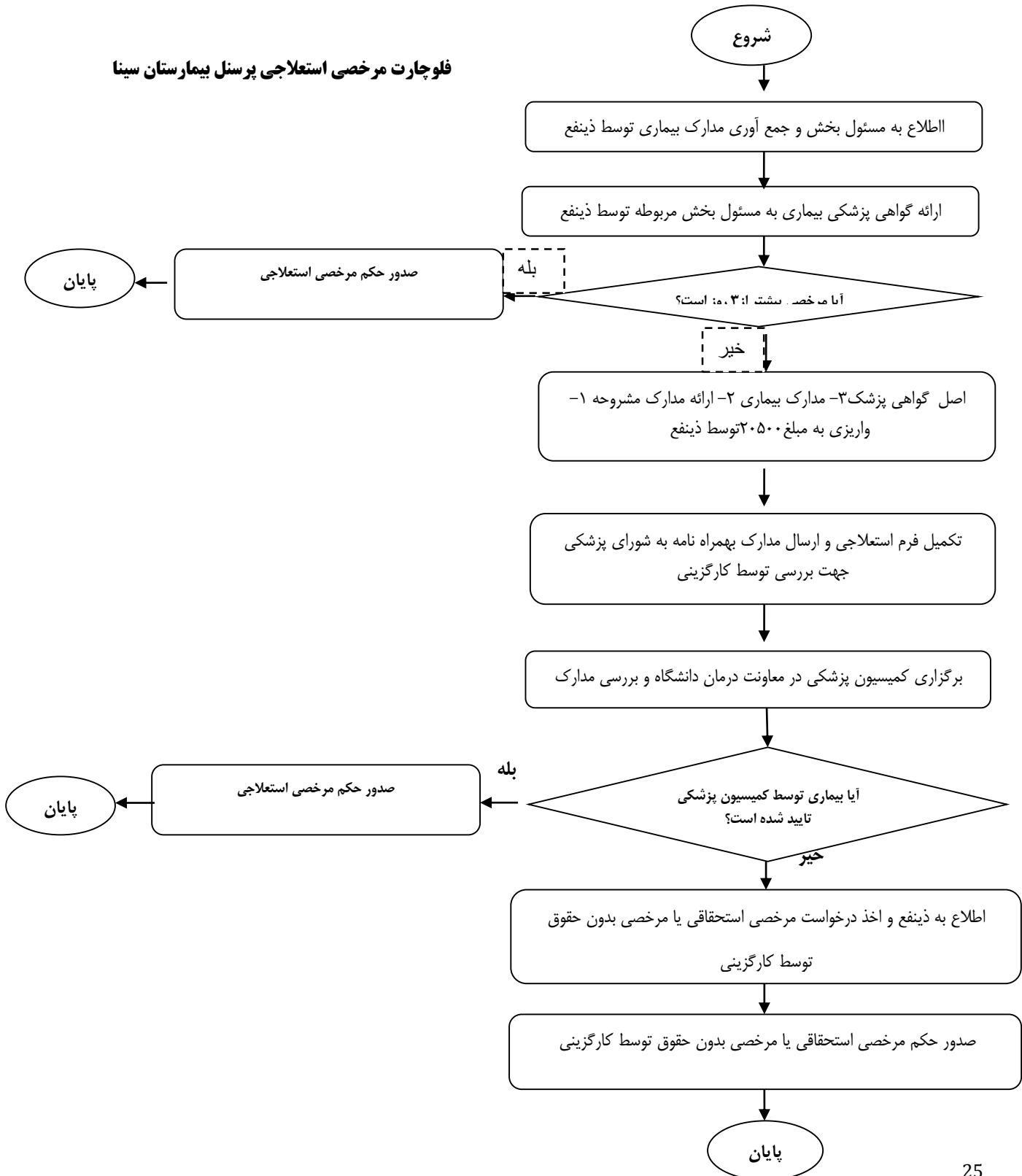
- شرایط ارتقای رتبه خبره :

- * سنوات تجربی برای مشاغل کارشناسی و بالاتر ۱۸ سال برای مشاغل کاردانی ۲۴ سال
- * ۸۰٪ میانگین مجموع امتیاز ارزشیابی سالیانه کارمند در طول ارتقا رتبه
- * مجموع دوره آموزشی در طول ارتقا رتبه کارمند ۲۰۰ ساعت

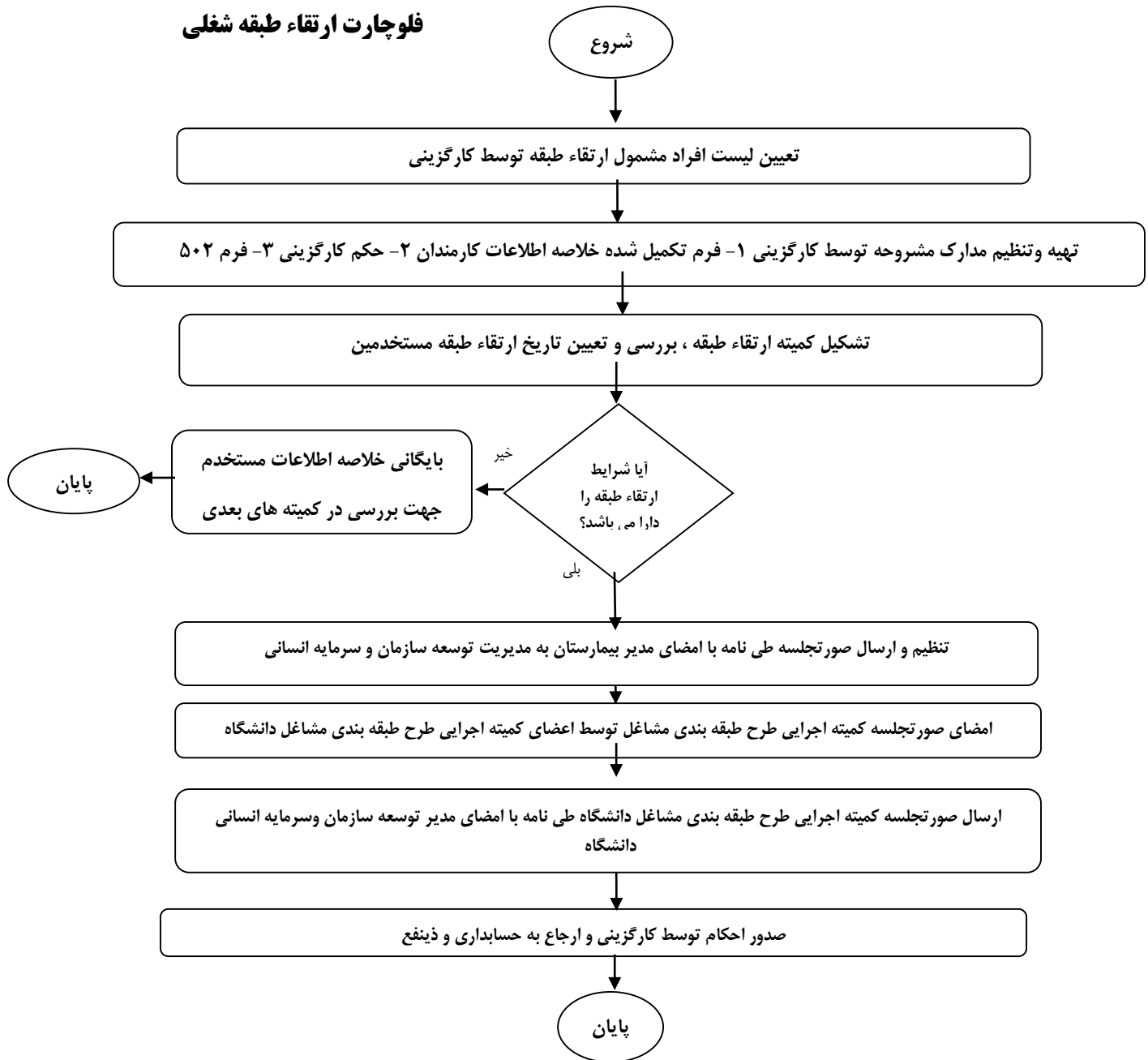
- شرایط ارتقای رتبه عالی:

- * سنوات تجربی برای مشاغل کارشناسی و بالاتر ۲۴ سال
- * ۸۵٪ میانگین مجموع امتیاز ارزشیابی سالیانه کارمند در طول ارتقا رتبه
- * مجموع دوره آموزشی در طول ارتقا رتبه کارمند ۱۵۰ ساعت
- * کارگزین نامه تایید مستندات را با امضا بالاترین مقام بیمارستان به دانشگاه ارسال می نماید.

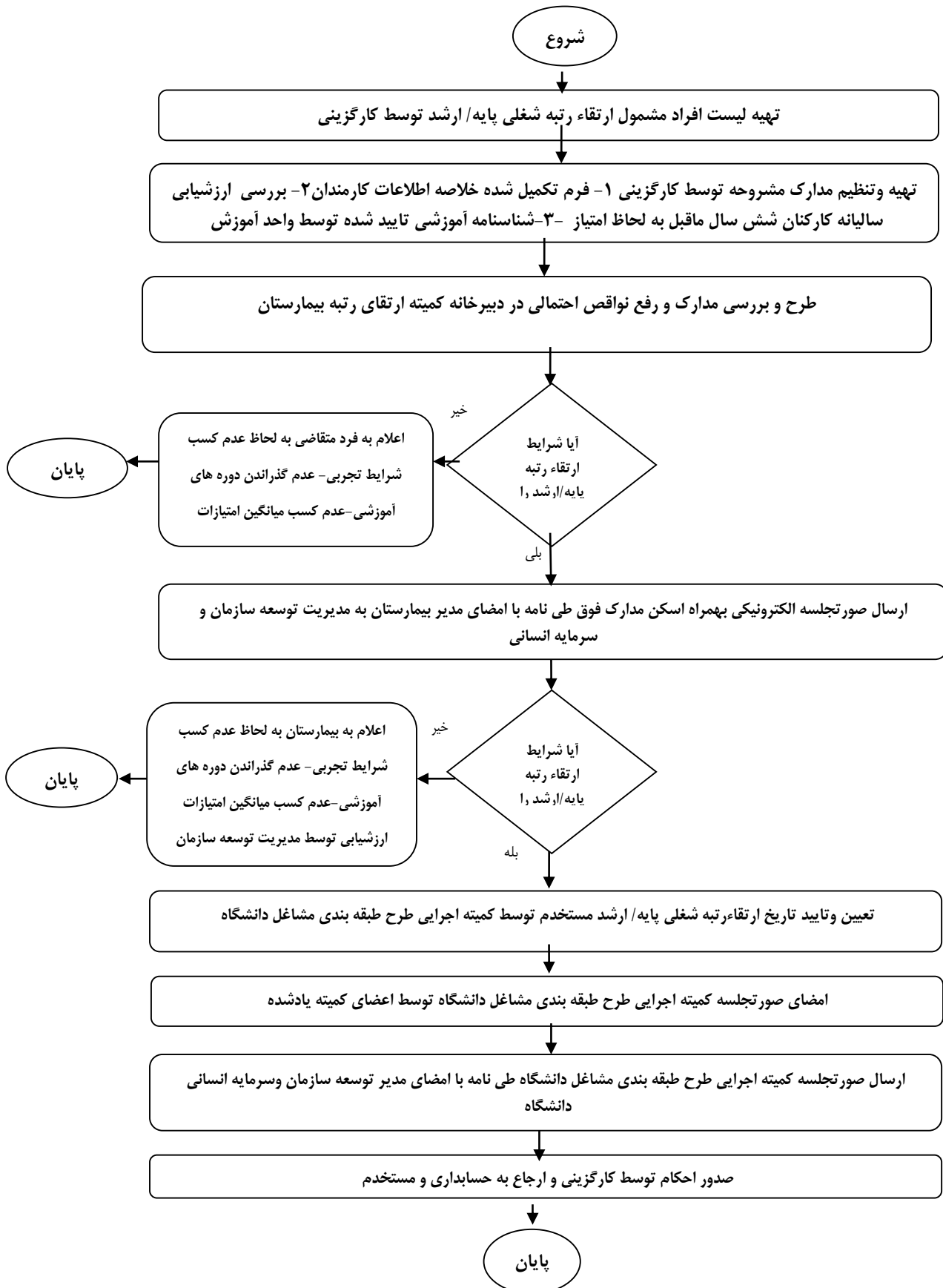
فلوجارت مرخصی استعلاجی پرسنل بیمارستان سینا

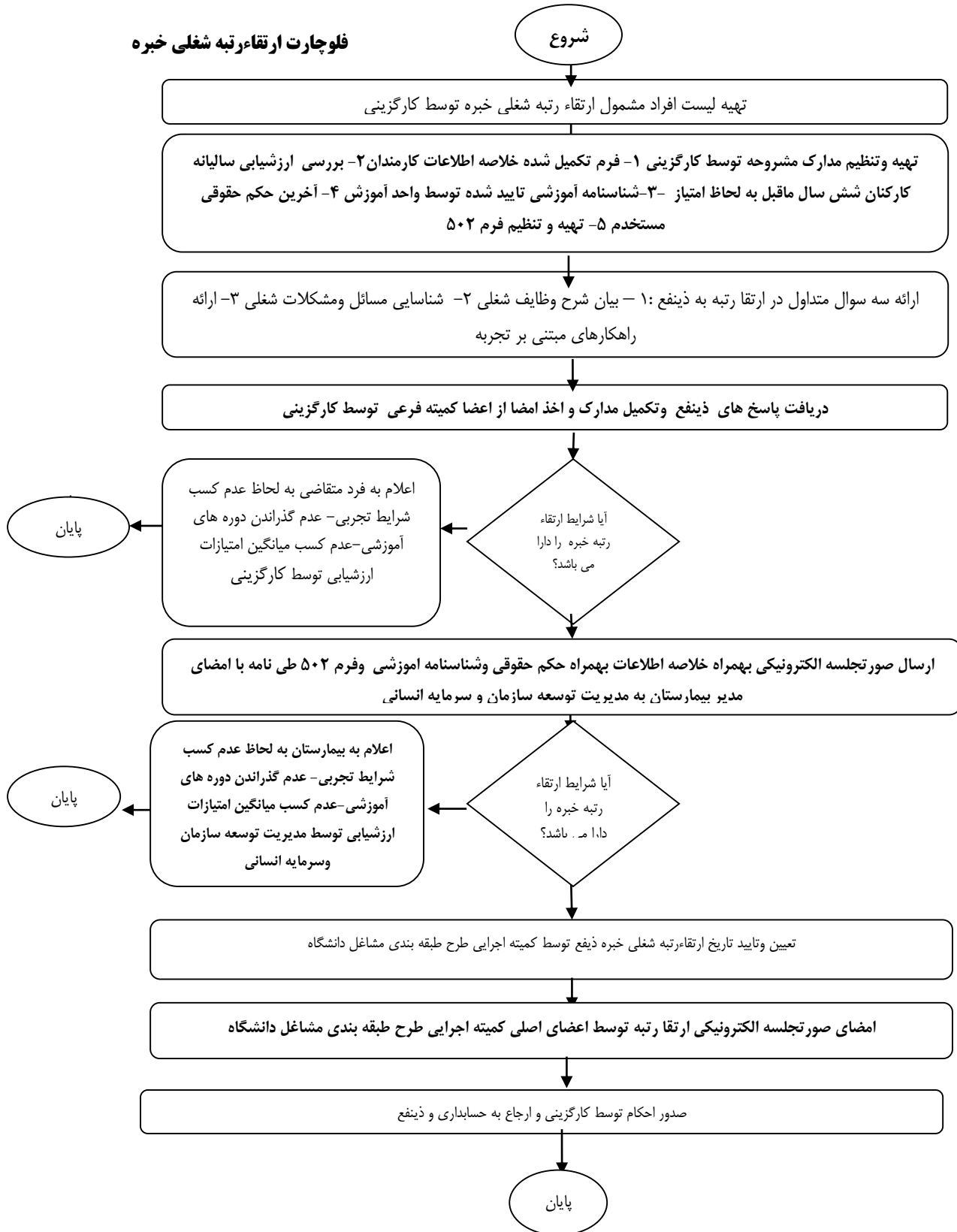


فلوجارت ارتقاء طبقه شغلی



فلوجارت ارتقاء رتبه های شغلی پایه و ارشد





قوانین و مقررات اختصاصی واحد امور اداری :

قانون مدیریت خدمات کشوری:

قانون مدیریت خدمات کشوری مشتمل بر ۱۲۸ ماده و ۱۰۶ تبصره مصوب هشتم مهر ماه ۱۳۸۶ کمیسیون مشترک رسیدگی به لایحه مدیریت خدمات کشوری مجلس شورای اسلامی مطابق اصل هشتاد و پنجم (۸۵) قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران که به مجلس شورای اسلامی تقدیم گردیده بود، پس از موافقت مجلس با اجرای آزمایشی آن به مدت پنج سال، در جلسه علنی مورخ ۱۳۸۶/۷/۱۸ به تایید شورای نگهبان رسید و در تاریخ ۸۶/۷/۲۵ جهت اجرایی نامهای از سوی رئیس مجلس به دولت ابلاغ گردید.

و از تاریخ ۱۳۸۸/۰۱/۰۱ در وزارت بهداشت و متعاقب آن در دانشگاه علوم پزشکی کشور اجرا گردید.

آیین نامه اداری استخدامی کارکنان غیر هیئت علمی :

آیین نامه اداری استخدامی اعضا غیر هیئت علمی مشتمل بر ۱۱۹ ماده در اجرای بند ب ماده ۲۰ قانون برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران در اردیبهشت ماه ۱۳۹۱ تهیه گردید. بر اساس ماده ۱۱۸ آیین نامه مسئولیت پاسخگویی به ابهامات، تفاسیر و سئوالات مطروحه در خصوص مفاد این آیین نامه از سوی دانشگاه به عهده کمیته ۳ تا ۵ نفری منتخب از سوی وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی خواهد بود. مصوبات و تصمیمات این کمیته به منزله مصوبه هیأت امناء تلقی می گردد.

آیین نامه اجرایی قانون رسیدگی به تخلفات اداری کارکنان:

به منظور رسیدگی به تخلفات اداری در هریک از دستگاههای مشمول این قانون هیات های تحت عنوان «هیات رسیدگی به تخلفات اداری کارمندان» تشکیل می شود هیاتهای مزبور شامل هیاتهای بدوی و تجدید نظر می باشند. تخلف اداری اعمالی است که مستخدم در زمان برقراری رابطه استخدامی (آزمایشی، قطعی، قراردادی و رسمی، ثابت و یا دائم) مرتکب گردد و این اعمال از مصادیق بندهای ۳۸ گانه ماده ۸ قانون رسیدگی به تخلفات اداری باشد. تخلفات اداری:

ماده ۸ تخلفات اداری به قرار زیر است:

- 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 افترا، هتک حیثیت
- ۵- ترک خدمت در خلال ساعات موظف اداری
- ۶- تکرار در تاخیر ورود به محل خدمت یا تکرار خروج از آن بدون کسب مجوز
- ۷- افشای اسرار و اسناد محرمانه اداری
- ۸- رعایت نکردن شئون و شعایر اسلامی
- ۹- تعطیل خدمت در اوقات مقرر اداری
- ۱۰- کم کاری یا سهل انگاری در انجام وظایف محول شده
- ۱۱- استعمال یا اعتیاد به مواد مخدر
- ۱۲- سو استفاده از مقام یا موقعیت اداری
- ۱۳- غیبت غیر موجه به صورت متناوب یا متوالی
- ۱۴- شرکت در تحصن، اعتصاب و تظاهرات غیر قانونی یا تحریک به برپایی تحصیل اعتصاب و تظاهرات غیر قانونی

۱۵- کارشکنی و شایعه پراکنی، وادار ساختن یا تحریک دیگران به کار شکنی کم کاری و ایراد خسارت به اموال دولتی و اعمال فشارهای فردی برای تحصیل مقاصد غیر قانونی ...

ساعات کار :

ساعت کار در این واحد اداری بوده و از ساعت ۷:۳۰ بامداد تا ۱۴:۳۰ می باشد.

ارزشیابی کارکنان :

بررسی عملکرد پرسنل در دو بعد عمومی و تخصصی انجام می گردد. در شاخص عمومی میزان ابتکار و خلاقیت، آموزش، رضایت ارباب رجوع و در شاخص های تخصصی براساس نوع وظایف محوله به بررسی عملکرد پرسنل می پردازد که دستاوردهای و اهداف ذیل را به همراه دارد شامل موارد ذیل می باشد:

* ارائه بازخورد از عملکرد پرسنل

* شناسایی نقاط ضعف و قوت عملکرد پرسنل و رفع عملکرد ضعیف و تایید عملکرد مثبت

* استفاده از ارزشیابی ها در تشویق ها و تنبیه ها

روش اجرایی:

۱. زمان ارزشیابی **نیروهای قراردادی** بهمن و اسفند هر سال و ارزشیابی **نیروهای رسمی و پیمانی** طی دو مرحله شهریور (مرحله اول) و اردیبهشت سال بعد (مرحله دوم) می باشد.
۲. تمام کارکنان از نتیجه ارزشیابی خود توسط مسئول واحد مطلع می شوند و آن را امضا می نمایند.
۳. کلیه پرسنل رسمی پیمانی در راستای اجرای بخشنامه شماره ۹۸/۱۱/۵۱/۴۴۷۳ مورخ ۹۸/۰۳/۱۸ مدیریت محترم توسعه سازمان و سرمایه انسانی دانشگاه در سامانه ارزشیابی کارکنان <http://arzyabi.tums.ac.ir> ثبت نام می نمایند و در مرحله اول، کارکنان موظف هستند که **موافقت نامه** را پس از تأیید و بایگانی به رابط دانشگاه (کارگزین) ارجاع دهند. در مرحله دوم، رابط دانشگاه پس از شروع ارزیابی عملکرد، فرم را به هر فرد جهت تأیید و ارجاع برای تکمیل شاخص های عمومی، ارسال می کند. و فرد در شروع مرحله دوم پس از بارگذاری مستندات فرم خود را به رابط (کارگزین) ارجاع می دهد.
۴. رابط (کارگزین) پس از بررسی و تایید مستندات بارگذاری شده فرم ها را به مسئول مربوط ارجاع می دهد.
۵. مسئول واحد فرم ها را پس از بررسی و تایید نمره به مدیریت بیمارستان ارجاع می دهد.
۶. مدیریت پس از تایید نمره ارزشیابی شونده و ارزشیابی کننده فرم را تایید می کند. و به کارتابل ارزشیابی شونده ارجاع می گردد.
۷. پرسنل در صورت رضایت از نمره، فرم را امضا و به اداره ارزشیابی ارسال می نماید.
۸. ارزشیابی کارکنان بر اساس میزان انطباق عملکرد آنان با شرح وظایفشان می باشد.

در صورت اعتراض کارکنان پیمانی و رسمی به نتیجه ارزشیابی انجام شده، اعتراض آنان در ابتدا توسط مسئول واحد و در مرحله بعدی در امور اداری رسیدگی می شود. کارکنان قراردادی فقط یکبار حق اعتراض نسبت به امتیاز نهایی ارزیابی عملکرد داشته و در صورت اعتراض مجدد نظر مقام تائید کننده نافذ می باشد

استانداردهای پوشش کارکنان در بیمارستان سینا:

پزشکان در کلیه رده ها	روپوش سفید
کارکنان پرستاری	
سوپروایزران	مانتو و شلوار و مقنعه سرمه ای با سرآستین دولبه آبی
سرپرستاران	مانتو و شلوار و مقنعه سرمه ای با سرآستین یک لبه آبی
پرستار خانم	مانتو و شلوار و مقنعه سرمه ای
بهیار خانم	مانتو و شلوار و مقنعه سفید
کمک بهیار خانم	مانتو و شلوار و مقنعه کرم
منشی خانم	مانتو و شلوار زیتونی و مقنعه مشکی
پرستار آقا	روپوش سفید با لبه های سرمه ای و شلوار سرمه ای
بهیار آقا	روپوش سفید و شلوار مشکی
کمک بهیار آقا	روپوش و شلوار کرم
منشی آقا	روپوش و شلوار زیتونی
کارکنان رادیولوژی	روپوش سفید
کارکنان آزمایشگاه	روپوش سفید
کارکنان فیزیوتراپی	روپوش سفید
کارکنان خدمات	پیراهن و شلوار طوسی با نوار طوسی روشن
کارکنان تأسیسات	لباس یکسره سرمه ای - سبز
کارکنان انتظامات	بصورت فصلی (پیراهن و شلوار آبی و سرمه ای)
کارشناسان تغذیه	روپوش سفید
کارکنان سالن آشپزخانه	لباس و شلوار با کلاه و دمپایی سفید
کارکنان توزیع کننده غذا در بخش	لباس و شلوار زرد با دمپایی سفید جلو بسته و جوراب
کارکنان توزیع کننده غذا در سلف	لباس و شلوار سرمه ای با پیش بند سفید، کلاه و دمپایی جلو بسته
کارکنان داروخانه	روپوش سفید
کارکنان بهداشت محیط و حرفه ای	مانتو و شلوار سرمه ای با نوار سبز

کاربران جایگاه موقت پسماند

لباس یکسره طوسی تیره

بسمه تعالی



دانشگاه علوم پزشکی تهران

راهنمای پوشش حرفه‌ای دانشگاه

اعضای هیأت علمی، کارکنان، دستیاران و دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران ضمن رعایت شئون اسلامی و آیین نامه پوشش دانشجویان دانشگاه ها، 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
- برانگیختن حس احترام، آرامش و اعتماد در دریافت کنندگان خدمات
- جلوگیری از انتقال عفونت و حفظ ایمنی خود و بیماران

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.

لباس:

۱. لباس‌ها باید ساده، تمیز و مرتب باشند.
۲. لباس‌ها باید ضمن رعایت حدود شرعی، متناسب با اندام و آزاد باشند و نباید جلوی حرکات آزادانه بدن را بگیرند.
۳. لباس‌ها باید به رنگ‌های متعارف باشند و نباید حاوی تصاویر، غلایم تبلیغاتی نامتعارف و حاوی پیام باشد.
۴. رعایت ضابطه بخش در پوشیدن لباس فرم پاکیزه و جلو بسته ضروری است. خارج از محیط‌هایی که اسکراب جزو ضوابط بخش است، نباید اسکراب بر تن داشت و یا پوشیدن روپوش سفید روی آن لازم است.
۵. در محیط بالینی نصب کارت شناسایی عکس دار در محل قابل رویت همگانی روی لباس الزامی است.
۶. پوشیدن کفش و جوراب مناسب الزامی است.
۷. پوشیدن مقنعه یا روسری باید ضمن تأمین پوشش شرعی، به نحوی باشد که مداخله‌ای در معاینه و اقدامات بالینی ایجاد نکند.
۸. در محیط بالینی نباید. پوششی روی لباس فرم پوشید که مزاحم کار بالینی شود.

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 نمی باشد.
۳. ناخن‌ها باید کوتاه، مرتب و تمیز باشند. داشتن لاک و ناخن مصنوعی مجاز نمی باشد.

بهداشت:

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.

امکانات رفاهی :

➤ تسهیلات اقامتی و سیاحتی شامل :

- ✓ رامسر : شمال
- ✓ هتل اسپادانا : مشهد
- ✓ کرمان
- ✓ یزد
- ✓ قشم

➤ تسهیلات وام شامل :

- ✓ بانک ملت : وام کالا ، وام ضروری
- ✓ بانک رفاه
- ✓ بانک صادرات
- ✓ بانک رسالت
- ✓ صندوق پرستاری سخاوت
- ✓ بانک قرض الحسنه مهر ایران

➤ ساماندهی بیمه های پرسنل شامل :

- ✓ بیمه تکمیلی پرسنل
- ✓ بیمه شخص ثالث خودرو
- ✓ بیمه مسئولیت پزشکان

➤ پاداش فرزندان پرسنل ممتاز که دارای معدل بالا می باشند.

بهبود کیفیت

دفتر بهبود کیفیت بیمارستان سینا

موقعیت : ساختمان شماره ۶ - طبقه اول

کیفیت یعنی وجود ویژگی‌هایی در محصول (ویژگی‌های کیفی) که نیازهای مشتری را پاسخ دهد و موجب رضایت مشتری گردد. هدف، کیفیت بالاتر، ایجاد رضایت بیشتر در مشتری و انتظار درآمد بیشتر است. واحد بهبود کیفیت مدتی است که در بیمارستان ها راه اندازی شده است تا بهتر بتواند اقدامات با کیفیت را برای مراجعه کنندگان فراهم کند. بهبود کیفیت به اقدامات سیستماتیک و مداومی که منجر به بهبود قابل اندازه گیری در خدمات سلامت و وضعیت سلامتی دریافت کنندگان (بیماران) می‌شود گفته می‌شود. به عبارت دیگر بهبود کیفیت یک رویکرد رسمی به تحلیل عملکرد و وضعیت و تلاش برای بهبود آن است.

شرح وظایف واحد بهبود کیفیت :

۱. هماهنگی و یکپارچه سازی فعالیتهای بهبود کیفیت در بیمارستان
 ۲. تدوین برنامه بهبود کیفیت فراگیر بیمارستان در موضوعات بالینی و غیر بالینی (مدیریت، امور مالی، خدمات پزشکی، خدمات پرستاری، خدمات عمومی و پشتیبانی، خدمات پاراکلینیک)
 ۳. تدوین سیستم ها و فرایند های بیمارستان منطبق بر اصول بهبود کیفیت طراحی شده
 ۴. تدوین شاخص های مهم عملکردی اختصاصی، قابل اندازه گیری، قابل دستیابی و زمان دار جهت فرایند های مختلف بیمارستان
 ۵. پایش مستمر برنامه بهبود کیفیت، داده ها، اقدامات و مداخلات مدیریتی از طریق تحلیل شاخص ها
 ۶. تهیه گزارش سالیانه برنامه بهبود کیفیت
 ۷. تدوین و اجرای خط مشی رسیدگی به پیشنهادات، انتقادات و شکایات در بیمارستان
 ۸. تعیین و نشر بیانیه رسالت بیمارستان در سطح واحدهای مختلف بیمارستان
 ۹. پیگیری و هماهنگی پیاده سازی استانداردهای اعتبار بخشی در بخش ها و واحدهای مختلف بیمارستان
 ۱۰. تدوین برنامه عملیاتی سالیانه پیشبرد هماهنگ و یکپارچه برنامه های بهبود کیفیت، ارتقای ایمنی بیمار در راستای الگوی اعتبار بخشی
 ۱۱. ایجاد نظام جامع مدیریت خطر بیمارستان
 ۱۲. ایجاد نظام گزارش دهی خطاهای پزشکی در بیمارستان
 ۱۳. تصویب و ابلاغ خط مشی و روش های دریافتی از واحدها و بخش های مختلف بیمارستان
 ۱۴. هماهنگی در اجرای راهنماهای طبابت بالینی در سطح واحد ها و بخش های مختلف بیمارستان
 ۱۵. اجرا و پایش برنامه ممیزی جامع بیمارستان
 ۱۶. پیگیری برگزاری کمیته های بیمارستانی و رهگیری اجرای مصوبات
- این دفتر در حال حاضر شامل قسمت های اعتبار بخشی، مدیریت خطا، مدیریت ایمنی بیمار و کمیته های بیمارستانی می باشد.

اعتبار بخشی به معنی ارزیابی سیستماتیک مراکز ارائه خدمات سلامت با استاندارد های مشخص است. استانداردهائی که بر بهبود مداوم کیفیت، محور بودن بیمار و بهبود امنیت بیمار و کارکنان تاکید دارد «اعتبار بخشی» برای تشریح کیفیت خدمات بهداشتی- درمانی و به عنوان مبنای تفکر آن به کارگرفته می شود.

خط مشی مراقبت های سلامت و درک آنچه به کیفیت مراقبت مربوط می شود و تمرکز بر روی اصول بنیادی برای یکپارچه نمودن توسعه سیستم بهداشت و درمان و پویا نمودن آن، اساس «اعتبار بخشی» را تشکیل می دهد.

نحوه اعتبار بخشی بیمارستان ها :

تاکنون پنج دوره استانداردهای اعتباربخشی از طرف معاونت محترم درمان و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به بیمارستان ها جهت اجرا ابلاغ شده است و در دو سال اخیر نیز استانداردهایی برای اعتباربخشی آموزشی نیز تهیه شده اند که هر ساله مورد بازبینی قرار می گیرند . در اجرای ارزیابی اعتباربخشی نسل چهارم که براساس کتاب راهنمای استانداردهای اعتباربخشی انجام می گیرد بیمارستان های تحت پوشش دانشگاه در سامانه اعتباربخشی ملی اطلاعات بیمارستانی خود را بارگذاری کرده و براساس برنامه زمانی مشخص که توسط دانشگاه به بیمارستان ها اعلام می گردد ارزیابی داخلی خود را بارگذاری کرده و پس از تایید توسط اداره اعتباربخشی معاونت درمان دانشگاه و ارسال به سامانه اعتباربخشی بیمارستان براساس برنامه تعیین شده و اطلاع زمان انجام ارزیابی اعتباربخشی توسط معاونت درمان با بهره گیری از ارزیابان منتخب وزارت متبوع و دانشگاه علوم پزشکی انجام می پذیرد؛ و امتیازات ارزیابی در سامانه ملی اعتباربخشی بارگذاری شده و طی گذشت زمانی مشخص برای بیمارستان کارنامه صادر گردیده و بر این اساس گواهینامه توسط وزارت متبوع صادر می گردد. نحوه امتیاز دهی به بیمارستان ها از بالاترین تا پایین ترین درجه و سالانه متغیر می باشد که برای معمولاً یک سال می باشد و به سازمان های بیمه صادر می شود و در نهایت بر میزان درآمد بیمارستان اثر می گذارد. لذا هرچه تلاش بیشتری در راستای ارتقای کیفیت و ایمنی بیمار که از نکات مهم اعتباربخشی است انجام بگیرد درجه ی ارزشیابی بیمارستان ها بالاتر می باشد، لذا ضروری است تمامی کارکنان درخصوص این فعالیت ها توجه و همکاری لازم را داشته باشند و آموزش های لازم را دریافت کنند .

ایمنی بیمار

ایمنی بیمار از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت ، اجتناب از آسیب های بی مورد یا بالقوه ، مرتبط با خدمات مراقبت سلامت است . بررسی ها نشان داده است که خدمات درمانی یکی از پرخطرترین فعالیت ها در عرصه خدمات هستند . حقیقت آن است که میزان بروز مرگ و میر ناشی از خطاهای درمانی در آمریکا از میزان حوادث خطوط هوایی ، سرطان سینه ، حوادث ترافیکی و ایدز فراتر است.

برآورد کلی حاکی از آن است که به طور متوسط حدود ۱۱٪ موارد بستری در موسسات درمانی به نوعی از ناحیه این خدمات دچار آسیب می شوند که می توان یک درصد مرگ را در آن لحاظ نمود . دو نکته مهم در خصوص نحوه برخورد با این حوادث یکی ناخواسته بودن و دیگری قابل پیشگیری بودن آنها است.

مطالعات نشان می دهد که بین ۵۱ تا ۷۱ درصد این وقایع در صورت برنامه ریزی و اقدام لازم و به موقع می توانند اصلاً "فرصت بروز پیدا نکنند و یا اینکه با حداقل تبعات سوء همراه باشند.

تعریف ایمنی

استانداردهای ایمنی بیمار مجموعه ای از الزامات هستند که برای اجرای برنامه ایمنی بیمار در سطح بیمارستان حیاتی می باشند. این استانداردها قالبی عملیاتی ارائه می دهند که بیمارستان ها را برای ارزیابی مراقبت بیمار از منظر ایمنی بیمار، توانمندسازی کارکنان در ایمنی بیمار و مشارکت خدمت گیرندگان در ارتقاء ایمنی در خدمات درمانی توانمند می سازد.

آژانس بین المللی ایمنی بیمار، ایمنی بیمار را فرایندی تعریف کرده که به موجب آن بیمارستان ایمنی بیشتری برای بیمارانش ایجاد می کند.

فرهنگ ایمنی بیمار

اگر در بیمارستان فرهنگ ایمنی بیمار نهادینه نشده باشد، امید به اجرای موفق برنامه های ایمنی بیمار امری بیهوده است. این فرهنگ باید در تمام اجزاء سازمان اعم از مدیریت و کارکنان ساری و جاری باشد.

خصوصیات یک فرهنگ ایمنی مطلوب

در یک سازمان با فرهنگ مطلوب ایمنی باید کارکنان بتوانند نظرات خود را آزادانه بیان کنند و در مواردی که حادثه ناخواسته ای به علت مشکلات سیستم و یا عوامل انسانی در شرف وقوع است به موقع در این خصوص اعلان خطر نمایند.

چهار خصوصیت عمده فرهنگ مطلوب ایمنی

- ❖ امنیت روانی: به این معنا که افراد در قبال اظهار نظر آزادانه و گزارش وقایع از حمایت و اعتماد سازمان برخوردار باشند
- ❖ مدیریت: در ایجاد محیطی که در آن کلیه کارکنان بتوانند به راحتی دغدغه های خویش را بیان نمایند، نقش فعالانه خواهد داشت.
- ❖ شفافیت: باید در سازمان به گونه ای باشد که در خصوص مشکلات مربوط به ایمنی بیمار پنهان کاری صورت نگیرد. به این طریق کارکنان این اعتماد را در حداعلی خواهند داشت که سازمان از خطاها، درس گرفته و از آنان در راستای ارتقاء سیستم استفاده خواهد نمود.
- ❖ انصاف: به شکلی رعایت شود که کارکنان بدانند به خاطر خطاهایی که مبتنی بر نواقص سیستم است تنبیه و سرزنش نخواهند شد.

اقدامات عملی در راستای حصول و ارتقاء ایمنی بیمار

سیستم سلامت ملی بعنوان ارائه راه کار عملی برای رسیدن به ایمنی بیمار ۷ قدم را به سازمان های ارائه کننده خدمات درمانی پیشنهاد نموده است که ذیلا "خلاصه این گامها آورده شده است:

- ۱- ایجاد فرهنگ و بستری سازی: بستری باز و منصفانه برای دستیابی به ایمنی بیمار فراهم کنید.
- ۲- کارکنان خود را حمایت و رهبری کنید: بطور شفاف و محکم در سازمان خود بر ایمنی بیمار تاکید و تمرکز کنید.
- ۳- عملیات مدیریت خطر را همسو و یکپارچه کنید: برای مدیریت خطرات، سیستم و فرایندهای ایجاد کنید و خطاها را شناسایی و ارزیابی نمایید.
- ۴- گزارش دهی را تشویق کرده و ارزیابی نمایید: به کارکنان خود این اطمینان را بدهید که می توانند به راحتی وقایع را در سطح محلی و ملی گزارش کنند.
- ۵- مردم و جامعه را در موضوع درگیر کرده و با آن ها ارتباط برقرار کنید: راه هایی را برای برقراری ارتباط صریح با بیماران ایجاد و به حرف آن ها گوش دهید.
- ۶- درس های ایمنی را بیاموزید و به دیگران هم یاد دهید: کارکنان را به تحلیل ریشه ای علل تشویق کنید تا یاد بگیرند که چرا و چگونه حوادث رخ می دهند.
- ۷- راه حل هایتان را برای جلوگیری از بروز آسیب اجرایی کنید: درسهایی را که آموخته اید با تغییر در عملیات، فرایندها یا سیستم ها، نهادینه و عملی سازید.

چرا خطاها اتفاق می افتند؟

به طور مرسوم، خطاها به صورت یک حادثه منفرد (خطای فعال) دیده شده و در سطح ارتباط مستقیم بین بیمار و ارایه دهنده خدمت رخ داده و بعد از وقوع آن آنالیز می شوند. در حالی که در رویکرد جدید براساس مدل‌هایی که در سیستم های نیروی هوایی و نیروگاه های اتمی وجود دارد استفاده میشود. در این رویکرد وجود چندین لایه دفاعی برای به حداقل رساندن و یا پیشگیری از بروز خطا طراحی می شود نه آن که فقط یک عامل به تنهایی به عنوان عامل بروز خطا تلقی شود. این مفهوم، وجود سیستم دفاعی متعدد و یا **Multiple Defense** را مطرح می کند که به منظور جلوگیری یا کاهش بروز خطاها، طراحی شده است و به مدل پنیر سوییسی معروف است. هر لایه از این مدل مانند یک لایه محافظ و دفاعی تلقی می شود. این مدل لایه های دفاعی سیستم را به لایه های پنیر تشبیه می کند که هر کدام از این لایه ها سوراخهایی دارند که نشان دهنده نقص در ایمنی هستند. حضور یک سوراخ در یک لایه ممکن است باعث حادثه ناگواری نشود چون لایه های دیگر به عنوان محافظ عمل می کنند. ولی اگر سوراخ های هر لایه در امتداد هم قرار گیرند، خطا به وقوع می پیوندد که نشان از نبود لایه های دفاعی برای پیشگیری از بروز خطا بوده است. در این مفهوم از دیدگاه وجود عوامل کمکی متعدد در بروز خطا حمایت می شود.

مفهوم دیگر در نحوه قضاوت در خطاها مفهوم « قابل مشاهده بودن » است. این مفهوم در رابطه با مشهود بودن خطا است. مراقبت کننده سلامت به وسیله دیگران تنها فرد مقصر در نظر گرفته می شود، بدون آن که بیش از ۹۰٪ موارد خطا مربوط به مشکلات سازمانی نظیر فرهنگ غالب بر سازمان، رویه های مدیریت، ساختار، فرآیند و نحوه هماهنگی های درون بیمارستان است و کمتر از ۱۰٪ با مشکلات فردی و تجهیزات رابطه دارد. بنابر این جا دارد که با شناسایی خطاها و طبقه بندی آنها به کشف عوامل خطر ساز سیستمیک بپردازیم و از مچ گیری افراد و تنبیه آنها حذر کنیم.

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 خطاهاست که امری اساسی است. این یادگیری هاست 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.

۲۰ استاندارد الزامی ایمنی بیمار که در ۵ گروه تقسیم شده است	
<p>A111- ایمنی بیمار در بیمارستان یک اولویت استراتژیک می باشد و در قالب برنامه عملیاتی تفصیلی در حال اجرا است.</p> <p>A112- یکی از کارکنان در بیمارستان با اختیارات لازم به عنوان مسئول و پاسخگوی برنامه ایمنی بیمار منصوب گردیده است.</p> <p>A113- مدیریت ارشد بیمارستان به منظور بهبود فرهنگ ایمنی بیمار، شنا سایی خطرات موجود در سیستم و اعمال مداخله جهت ارتقاء فرصت ها به طور منظم برنامه بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار را به اجرا می گذارد.</p> <p>A211- یکی از مدیران میانی بیمارستان به عنوان هماهنگ کننده فعالیت های ایمنی بیمار و مدیریت خطر منصوب شده است.</p> <p>A212- بیمارستان جلسات ماهیانه کمیته مرگ و میر را به صورت مرتب برگزار می نماید.</p> <p>A411- بیمارستان وجود تجهیزات ضروری را تضمین می نماید.</p> <p>A412- بیمارستان ضد عفونی مناسب و مطلوب کلیه وسایل پزشکی با قابلیت استفاده مجدد را قبل از کاربرد تضمین می نماید.</p> <p>A413- بیمارستان دارای وسایل و تجهیزات کافی به منظور تضمین ارتقای ضد عفونی و استریلیزاسیون فوری می باشد.</p> <p>A511- جهت ارائه خدمات و مراقبت های درمانی، کادر بالینی حائز شرایط توسط کمیته ذی صلاح به صورت ثابت و موقت استخدام و بکار گمارده می شوند.</p>	<p>A حاکمیت و رهبری ۹</p>
<p>B211- پزشک قبل از انجام هر گونه اقدام درمانی و تشخیص تهاجمی، کلیه خطرات، منافع و عوارض جانبی احتمالی پروسیجر را به بیمار توضیح داده و با حضور و نظارت پرستار، بیمار برگه رضایت نامه را امضاء می نماید.</p> <p>B311- قبل از انجام هر گونه پروسیجر درمانی، تشخیصی و آزمایشگاهی، تجویز دارو و یا انتقال 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 تایید قرار گیرند (شماره اتاق و تخت یکی از این شناسه ها نمی باشد).</p>	<p>B مشارکت جامعه و تعامل با بیمار ۲</p>
<p>C111- بیمارستان به منظور اعلام اضطراری نتایج حیاتی آزمایشات، کانال های ارتباطی آزاد پیش بینی کرده است.</p> <p>C112- بیمارستان داری روال های مطمئن برای اعلام نتایج معوقه تستهای آزمایشگاهی و پاراکلینیکی به بیماران بعد از ترخیص می باشد.</p> <p>C211- بیمارستان دارای برنامه پیشگیری و کنترل عفونت مشتمل بر چارت سازمانی، برنامه عملیاتی، راهنماها و کتابچه راهنما می باشد.</p> <p>C212- بیمارستان تمیزی، ضد عفونی و استریلیزاسیون مناسب کلیه تجهیزات را با تاکید خاص بر واحدها و بخش های پر خطر تضمین می نماید.</p> <p>C311- بیمارستان راهنماهای معتبر از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت را در زمینه خون و فرآورده های خونی ایمن اجرا می نماید.</p> <p>C312- بیمارستان دارای روشهای اجرایی ایمن قبل از انتقال خون مانند ثبت نام، رد و قبول داوطلبین و غربالگری خون در مواردی مثل HIV، BV است.</p> <p>C511- بیمارستان دسترس به داروهای حیاتی را در تمامی اوقات شبانه روز (۲۴ ساعته) تضمین می نماید.</p>	<p>C خدمات بالینی ایمنی 7</p>
<p>D211- بیمارستان بر اساس میزان خطر، پسماندها را از مبدأ تفکیک و کد بندی رنگی می نماید.</p> <p>D212- بیمارستان از راهنماها، از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت، جهت مدیریت رفع پسماندهای نوک تیز و برنده تبعیت می نماید.</p>	<p>D محیط ایمن ۲</p>
	<p>E آموزش مداوم</p>

۹ راهکار اجرایی سازمان جهانی بهداشت برای حصول و ارتقاء ایمنی بیمار

- 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 پروسیژر 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 صرفا یکبار از وسایل تزریقات
- ۹- بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبت های سلامتی

اقدامات اجرایی برنامه ایمنی بیمار در بیمارستان سینا :

- ❖ آموزش و زمینه سازی فرهنگ ایمنی و گزارش داوطلبانه خطاها
- ❖ شناسایی خطرات مرتبط با بیمار و کارکنان و پایش ماهانه شاخص های ایمنی بیمار
- ❖ گزارش دهی خطا و جمع آوری و تجزیه و تحلیل خطاها با استفاده از روش RCA
- ❖ انجام اقدامات اصلاحی و پایش مداخلات و دادن بازخورد به مدیریت ارشد و کارکنان
- ❖ یادگیری از خطاها ، پیگیری حوادث و پیاده سازی راه حل هایی برای به حداقل رسانیدن تکرار مجدد آن خطا
- ❖ پیاده سازی ۲۰ استاندارد الزامی ایمنی بیمار و ۹ راه ایمنی بیمار اقدامات برنامه ریزی شده جهت رسیدن به این اهداف ؛ بازدید های مدیریتی ایمنی با حضور تیم مدیریت ارشد و ایمنی بیمارستان می توان اشاره نمود.

فهرست تعدادی از شاخص های ایمنی بیمار :

۱. تعداد موارد بروز عوارض بیهوشی و اینتوباسیون
۲. تعداد موارد بروز نشت دارو
۳. تعداد موارد زخم بستر بعد از پذیرش
۴. تعداد موارد CPR ناموفق
۵. تعداد موارد جسم خارجی بجا مانده در بدن بیمار بعد از جراحی
۶. تعداد موارد پنوموتراکس / هموتراکس بعد از انجام پروسیجر
۷. تعداد موارد بروز عفونت بدلیل مراقبت درمانی
۸. تعداد موارد شکستگی بعد از عمل جراحی
۹. تعداد موارد بروز نمونه گیری اشتباه از بیمار
۱۰. تعداد موارد اختلالات فیزیولوژیک و متابولیک / نارسایی تنفسی بعد از عمل جراحی

۱۱. تعداد بیماران بانجام بیش از یک جراحی در طی زمان بستری
۱۲. تعداد موارد آمبولی پس از جراحی یا ترومبوز عمیق وریدی (DVT)
۱۳. تعداد موارد عفونت خون بعد از جراحی
۱۴. تعداد موارد جدا شدن زخم بعد از جراحی در بیماران جراحی شکمی و لگنی
۱۵. تعداد موارد سونداژ ناموفق/پارگی مجرا
۱۶. تعداد موارد رگ گیری مکرر(منجر به هماتوم یا فلیبیت)
۱۷. تعداد موارد رگ گیری ناموفق(منجر به CVI-شالدون)
۱۸. تعداد موارد فلیبیت زیر ۷۲ ساعت
۱۹. تعداد موارد عوارض انتقال خون و فرآورده های آن
۲۰. تعداد موارد انتقال غیر ایمن بیمار
۲۱. تعداد موارد اشتباهات دارویی
۲۲. تعداد موارد لیز خوردن (بیمار / پرسنل)
۲۳. تعداد موارد سوختگی ناشی از کوتر/ شوک
۲۴. تعداد موارد هماتوم یا خونریزی بعد از انجام جراحی یا پروسیجرهای تهاجمی
۲۵. تعداد موارد سقوط از تخت
۲۶. تعداد موارد انجام جراحی بر روی ناحیه اشتباهی از بدن بیمار
۲۷. تعداد موارد پارگی عروق بدنبال آنژیوگرافی (سودوآنورسم)
۲۸. تعداد موارد انجام جراحی بر روی بیمار اشتباه
۲۹. تعداد موارد مرگ در حین عمل یا بلافاصله بعد از جراحی در بیمار با وضعیت سلامتی طبیعی.

مدیریت خطا

مقدمه



در سازمانهای بهداشتی - درمانی بخصوص بیمارستانها با توجه به نوع فعالیت آنها کارکنان در معرض خطرات مختلفی هستند. مدیریت خطر شناسایی، ارزیابی و کنترل خطرات واقعی را شامل می شود. برای شناسایی خطرات و ارزیابی ریسک ها، تکنیکهای زیادی معرفی شده است که تعداد آنها از عدد ۱۰۰ تجاوز می کند و می توان از دیدگاههای مختلف آنها را طبقه بندی کرد. در سیستم های بهداشتی درمانی مسائل و مشکلات ناشی از سهل انگاری و عملکرد نامناسب کارکنان همواره دامنگیر مدیریت بوده است. مدیریت خطر در بیمارستان عبارتست از: حصول اطمینان از اینکه بیماران خدمات مورد نیازشان را بصورت کافی (نه کم نه زیاد) در سطح هزینه- اثربخش از طریق کاهش یا حذف حوادث ناخواسته دریافت کنند. ریسک ها در بیمارستان انواع مختلفی دارند که در ادامه به شرح آنها خواهیم پرداخت. مدیریت خطر در بیمارستان با بکارگیری ابزارهای خاص به فعالیتهای ویژه خود جهت کاهش خطرات و افزایش ایمنی در بیمارستان می پردازد.

تعاریف

- * خطای پزشکی: خطاها یا اشتباهاتی که توسط گروه پزشکی رخ می دهد و میتوانند منجر به آسیب به بیمار گردند. این خطاها شامل اشتباهات تشخیصی، اشتباهات در تجویز دارو و روشهای درمانی، اشتباه در پروسیجر جراحی، اشتباه در استفاده از فناوری و تجهیزات، اشتباه در تفسیر تستهای پاراکلینیک می باشند.
- * مخاطره: هر وضعیت واقعی یا بالقوه که می تواند باعث صدمه، بیماری یا مرگ افراد، آسیب یا تخریب یا از دست دادن تجهیزات و دارایی سازمان شود.
- * خطر: احتمال مخاطره یا عواقب بد، احتمال قرار گرفتن در معرض آسیب
- * شدت خطر: نتیجه قابل انتظار از لحاظ درجه صدمه، آسیب به اموال و یا دیگر موارد مضر که می تواند اتفاق بیفتد.
- * احتمال خطر: احتمال رخ دادن یک رویداد

انواع خطا

خطاهای پزشکی دو نوعند:

- Error of execution:** خطا در اجرای درمان. روش درست ما آنطور که میخواهیم پیش نمی رود.
- Error of planning:** خطا در برنامه ریزی برای بیمار. روش انتخابی ما از ریشه اشتباه است.

حوادث ناخواسته قابل پیشگیری (Preventable Adverse Event)

حوادثی که متعاقب یک مداخله یا مواجهه پزشکی منجر به آسیب به بیمار از سوی ارائه کنندگان می گردند و با شرایط بیمار و بیماری زمینه ای او ارتباطی نداشته و خارج از سیر قابل انتظار بیماری رخ می دهند.

حوادث مرگ آفرین و ناگوار (Sentinel Event)

وقایع غیرمنتظره فیزیکی یا فیزیولوژیک منجر به مرگ یا صدمه جدی death/harm یا خطر وقوع آنها اگرچه منجر به مرگ یا صدمه جدی نشود.



نزدیک به خطا / Near-Miss / Close Call

اشتباهی که توانائی بالقوه ایجاد حادثه یا اتفاق ناخواسته را دارد اما بعلت شانس متوقف شده و روی نداده است.

حوادث بدون عارضه No Harm Event

حوادثی که اتفاق می افتد ولی نتیجه هیچ آسیبی جهت بیمار ندارد، ولی حالت بالقوه در ایجاد آسیب را تاپایان پروسه دارد.

تحلیل ریشه ای خطاهای پزشکی / Root Cause Analysis:

وجود فرآیند تحلیل ریشه ای خطاها بخشی از معیارهای اعتبار بخشی بیمارستانی در کشورهای توسعه یافته است.

رویکرد به خطاهای پزشکی:

خطاهای پزشکی را می توان از دو دیدگاه کلی مورد بررسی قرار داد.

۱) دیدگاه سنتی یا رویکرد فردی به خطا Person Approach به طور معمول برخورد اولیه با یک خطا، پیدا کردن فرد خطا کار و سرزنش کردن وی است. رویکرد ساده ایست که طبق آن رخداد نامطلوب و علت ایجاد آن (فرد خطا کار) کاملاً مشخص است. با تأکید بر این اصل که هر فردی به تنهایی پاسخگوی عمل خویش است.

۲) دیدگاه جامع نگر یا رویکرد سیستمی به خطا System Approach در این رویکرد به جای سرزنش افراد خطا کار، به خطاها به عنوان پدیده هایی اجتناب ناپذیر که می توان از آنها جهت ارتقاء عملکرد سیستم

بهره برد، نگرینسته می شود. بر خلاف رویکرد فردی به خطا که منحصر به یافتن فرد خطا کار و مجازات وی می باشد، رویکرد سیستمی کوششی در جهت تغییر سیستم به گونه ای است که احتمال وقوع خطا در آن کم شود. برای این منظور، باید به بررسی و تحلیل عوامل زمینه ای تأثیر گذار بر پیدایش خطا در داخل سیستم پرداخت.

مدیریت خطر و مراحل آن

وجود خطر یک جزو اجتناب ناپذیر از زندگی است و بطور کامل نمیتوان آن را حذف کرد ولی میتوان آنرا به حداقل رساند. همه جنبه های مراقبت های سلامتی نیز همراه با خطر است. در گذشته مدیریت خطر در محیط بالینی با نگاه reactive یا واکنشی، بررسی می شد یعنی این که پس از بروز واقعه به تحلیل علل و عوامل آن پرداخته می شد تا از تکرار مجدد آن جلوگیری به عمل می آمد ولی اکنون تأکید بر شیوه پیشگیرانه یا proactive بوده که در این شیوه احتمال خطر پذیرفته شده و به طور مناسب قبل از وقوع خطر، مدیریت می شود.

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



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

❖ مرحله سوم: آنالیز خطر

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

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

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

❖ مرحله چهارم: برخورد با خطر

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

شیوه های متعدد مقابله با خطر

۱- کنترل خطر

در مورد خطرهای غیر قابل حذف، گامهای پیشگیرانه بایستی به منظور به حداقل رساندن احتمال بروز آن از طریق استفاده از راهنماهای بالینی، پروتکل ها و سیر مراقبت (care pathways) برداشته شود. مانند استفاده از گایدلاین برای پیشگیری از ترومبوز پیش از عمل جراحی به منظور کاهش خطر ترومبوز عروق عمقی و آمبولی ریه.

۲- 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 باشیم. یک مثال، خطر غیر قابل اجتناب خرابی هر گونه تجهیزات مانند پمپ انفوزیون و تدارک یک وسیله پشتیبانی در صورت بروز نقص فنی است.

۳- اجتناب از خطر

این امکان وجود دارد که با فهم علل بروز خطر و انجام عملکرد مناسب، از خطری اجتناب کرد. به طور مثال متوجه شویم که داروهای مختلف بسته بندی مشابهی داشته باشند مانند سرم های کلرید پتاسیم همراه با ۵٪ گلوکز و سرم کلرید سدیم همراه با ۱۱٪ گلوکز که بسته بندی یکسانی دارند. پس با بسته بندی دارویی به گونه ای که دارو ها به طور واضح از هم قابل تشخیص باشند، از بروز خطرات احتمالی اجتناب کنیم.

۴- کاهش و یا به حداقل رساندن خطر

درمواقعی که نتوان خطری را حذف کرد می توانیم عواقب و عوارض بالقوه آن را محدود کنیم. این یک دیدگاه اساسی در مدیریت خطر محسوب می شود 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.

۵- 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، می توان آنها را پوشش داد.

❖ مرحله پنجم: ارزیابی مدیریت خطر

در این مرحله اثربخشی رویکردهایی که برای شناسایی، آنالیز و مدیریت خطر به کاررفته است، مرور وارزشیابی می شود. نقش ممیزی بالینی در این مرحله ضروری است چون استانداردهای مدیریت درمان، تعیین و پایش می شوند تا درجه تطابق با این استانداردها مشخص شود. پس از تعیین مشکل، مهم این است که یک محیط با حداقل سرزنش " low blame " ایجاد شود تا افراد بتوانند صادقانه عقیده خود را بیان کنند و پیشنهاداتی را برای چگونگی کاهش خطر در آینده ارائه دهند.

ارزیابی ریسک به روش FMEA:

رویکردی گام به گام برای شناسایی حالات بالقوه خرابی و شکست در فرآیند طراحی و تولید یک کالا یا ارائه یک خدمت (با هدف پیشگیری از وقوع این خرابی ها و حالات شکست) است.

روشی سیستماتیک و سازمان یافته برای بررسی حالات شکست در سیستم، به منظور یافتن راه حل هایی برای بهبود می باشد.

روشی ساختار یافته برای کمی کردن اثرات بالقوه بروز خطا است که امکان اولویت بندی اقداماتی را برای کاهش یا حذف این حالات شکست به وجود می آورد.

پایه و اساس FMEA

➤ چه خطایی ممکن است رخ دهد؟

➤ احتمال وقوع این خطا و آثار و پیامدهای آن کدام است؟

➤ احتمال شناسایی و کشف این خطا پیش از وقوع چقدر است؟

هدف از انجام FMEA

➤ شناسایی

➤ راه هایی که ممکن است یک فرآیند دچار شکست شود

➤ اثرات یا نتایج احتمالی بروز این شکست ها

- علل احتمالی بروز این شکست ها
- اتخاذ تدابیری برای کاهش احتمال وقوع این حالات
- جلوگیری یا کاهش احتمال وقوع
- کاهش پیامدهای وقوع

مراحل انجام FMEA

- تشکیل تیم
- مشخص نمودن فرآیند/ سیستم تحت مطالعه
- مشخص کردن گام های فرآیند یا اجزا و عوامل تشکیل دهنده سیستم
- فهرست کردن حالات بالقوه خطا برای هر یک از آنها
- تعیین اثرات بالقوه بروز هر یک از این حالات خطا
- تعیین علل بروز هر یک از این حالات خطا
- فهرست کردن کنترل های جاری بمنظور شناسایی هر یک از این خطاها
- محاسبه عدد ریسک (الویتها)
- اجرا و پیاده سازی اقدامات اصلاحی

آتش نشانی

مقدمه

حوادث خود به خود بوجود نمی آیند و قابل پیشگیری هستند. مشکل ما این است که خیلی از مردم با نادیده گرفتن و یا از روی سوء تفاهم غالباً فکر میکنند که حوادث اجتناب ناپذیرند. این نه تنها یک گمان باطل است بلکه غیر منطقی هم می باشد. حوادث بدون علت به وجود نمی آیند شناسایی این علتها و دور کردن آنها و کنترل آنها تنها راه جلوگیری از حوادث می باشد.

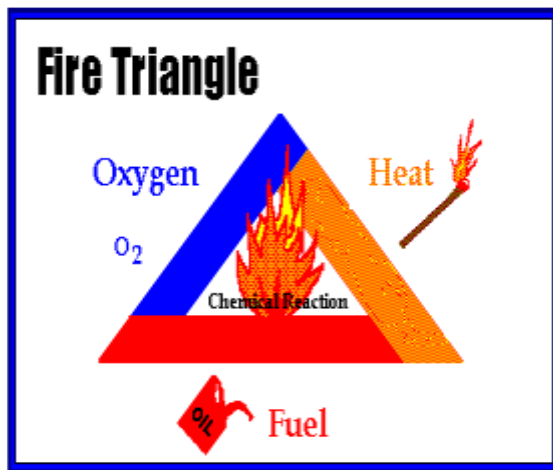
و اما آتش عبارت از یک سری عملیات شیمیایی و اکسیداسیون سریع حرارت زای مواد قابل اشتعال است. با بررسی آمارهای موجود در جهان مشاهده میکنیم که آتش سوزیهای بزرگ زیادی در دنیا رخ داده و تلفات زیادی در برداشته است. در شیگاگو در سال ۱۸۷۱ تعداد ۱۷۴۵۰ واحد ساختمانی طعمه حریق گردید. در سال ۱۹۶۶ در لندن ۱۳۳۰۰ ساختمان ویران شد. در ایران در آتش سوزی جلفا در سال ۱۳۵۵ یک میلیارد تومان خسارت بر جای گذاشت. در ماههای اخیر نیز آتش سوزی انبار پارس خودرو و شرکت سالمین ساوه میلیارد ها ریال خسارت بر جای گذاشت. آمارها نشان میدهد که حریق های بزرگ معمولاً برای اولین بار و بدن پیش آگهی ماموس رخ میدهد و طبق بررسی ها حداقل ۷۵٪ از موارد حریق قابل پیشگیری است. با توجه به اهمیت موضوع و با فهم اینکه در آغاز آتش سوزی آتش بسیار کوچک می باشد که به علت عدم کنترل و اقدام بموقع و سریع در اطفاء گسترده می گردد. لذا در نظر داریم شما دوستان عزیز را با روشهای مقدماتی اطفاء حریق آشنا نماییم تا در صورت بروز حریق آمادگی لازم را داشته باشید.

❖ علل نیاز به سیستم آتش نشانی و اطفاء حریق :

- ۱- پیشگیری از بروز آتش نشانی
- ۲- محافظت از ساختمان در برابر حریق
- ۳- تامین سلامت کارکنان در ساختمان
- ۴- به حداقل رساندن خسارت های مالی و اقتصادی

روشهای عمومی اطفاء حریق:

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



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

الف: سرد کردن

ب: خفه کردن

ج: سد کردن یا حذف ماده سوختنی

د: کنترل واکنش های زنجیره ای

الف: سرد کردن

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

ب: خفه کردن

خفه کردن، پوشاندن روی آتش با موادی است که رسیدن اکسیژن به محوطه آتش گردد. این روش اگرچه در همه حریق هاموثر نیست ولی روش مطلوبی برای اکثر حریق ها می باشد. مورد استثناء موادی است که در حین سوختن اکسیژن تولید می کنند، مانند: نیترات و زنجیره های آلی اکسیژن دار مثل پراکسید های آلی $3R-NO$ و $R-COOR$ یا $R-O-O-H$ همچنین موادی که سرعت آتش گیری در آنها زیاد است مانند دینامیت، سدیم، پتاسیم که از این قاعده مستثنی هستند. موادی که برای خفه کردن بکار می روند بایستی سنگین تر از هوا بوده و یا حالت پوششی داشته باشند. خاک، شن، ماسه، پتوی خیس نیز این کار را می توانند انجام دهند.

ج: سد کردن یا حذف مواد سوختنی

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

د: کنترل واکنش های زنجیره ای

برای کنترل واکنش های زنجیره ای استفاده از برخی ترکیبات هالن مانند $CBRCLF_2(1211)$, $CBRF_3(1301)$ و جایگزینهای آن و برخی ترکیبات جامد مانند جوش شیرین k_2CO_3 موثر می باشد. این عمل برای کنترل حریق مشکل تر و گرانتر از سایر روشهاست ولی می تواند بصورت مکمل برای مواد پر ارزش بکار رود. مواد خاموش کننده آتش موادی که بعنوان خاموش کننده آتش به کار می روند در 4 دسته قرار می گیرند. بدلیل لزوم سرعت عمل و افزایش پوشش خاموش کننده ها، می توان از دو یا چند عنصر خاموش کننده بطور همزمان استفاده نمود. طبعاً هر کدام از مواد یاد شده در اطفاء انواع حریقها دارای مزایا و معایبی می باشند.

این گروه شامل گروههای زیر است:

الف: مواد سرد کننده (آب، CO_2)

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

ج: مواد رقیق کننده هوا ($N_2 - CO_2$)

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

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

مزایای آب

- 1 - فراوان و ارزان است، خصوصا که برای این منظور تصفیه کامل آن لازم نیست.
- 2 - ویسکوزیته پایین و قابلیت انتقال آسان داشته و در مجاری فلزی، لاستیکی و برزنتی براحتی جاری می شود.
- 3 - دارای ظرفیت گرمایی ویژه بالایی بوده که آن را بصورت یک سرد کننده مطلوب مطرح می کند. ظرفیت گرمایی آب 5 برابر آلومینیوم و 10 برابر روی و مس می باشد. مهم تر از آن اینکه گرمای نهان تبخیر آب بسیار بالا بوده و گرمای زیادی هنگام تبخیر جذب میکند.
- 4 - غیر قابل تجزیه بر اثر حرارت است، حتی در دمای بالا نیز تجزیه نمی شود. بطوری که در 2000 درجه سانتیگراد تنها یک دهم مولکولهایش تجزیه می شوند.
- 5 - توان سرد کنندگی بالایی دارد بطوری که در حجم مساوی، 5/6 برابر سرد کننده تر از CO₂ است. هر لیتر آب می تواند هنگام تبخیر حدود 550 کیلو کالری گرما جذب نماید و هر متر مکعب آب نیز برای افزایش دمایی به اندازه 10 درجه گرمایی حدود 1000 کیلو کالری گرما جذب می کند.

معایب آب

- 1- سنگین وزن است لذا حمل و نقل آن در اطفاء متحرک مشکل است.
- 2- هادی الکتریسیته است، در محل هایی که جریان برق وجود دارد، خطر برق گرفتگی را افزایش می دهد.
- 3- آب دارای خطر تخریب است، زمانی که آب تحت فشار پاشیده شود قدرت تخریب بالایی دارد که گاهی کمتر از خود حریق نیست.
- 4 - هنگام اطفاء حریق مواد و محصولات در اثر ترکیب با آب دچار خسارت می گردند. مانند داروها، اثاثیه، کارتنهای بسته بندی، رنگها و محصولات تولیدی.
- 5 - به خاطر افزایش حجم آب هنگام تبخیر در هنگام پاشیدن به روی مایعات قابل اشتعال مثل نفت یا روغن باعث پرتاب شدن مایعات، انفجار آن شده و گسترش حریق را باعث می شود.
- 6- بدلیل کشش سطحی آب نفوذ آن به داخل تل مواد (تل ذغال سنگ، خاک اره و مانند آن) محدود است. کف آتشنشانی کف بصورت محلول تهیه میگردد. کف در هنگام پاشیده شدن توسط سر لوله کف ساز با هوا و آب مخلوط شده و حباب سازی می گردد. کف در هنگام استفاده، با گسترش فراوانی که دارد میتواند روی حریق را پوشانده و مانع رسیدن اکسیژن و صعود گازهای ناشی از حریق می گردد. نکته مهم در استفاده از کف، توسعه خوب آن و پخش شدن روی سطح ماده احتراقی مخصوصا مایعات قابل اشتعال بدلیل سبکی آن می باشد.
- پودر های خاموش کننده استفاده از برخی از مواد شیمیایی که معمولا دارای بنیان کربنات، سولفات یا فسفات می باشند یکی از راه های متداول و ساده برای خاموش کردن آتش از طریق خفه کردن آن است. این ترکیبات براحتی برای اطفاء انواع بکار می روند. به همین دلیل در استفاده های عمومی معمولا این ترکیب خاموش کننده توصیه می شود. پودر شیمیایی اگر چه برای حریق دسته توصیه نمی گردد مگر اینکه مواد در حال اشتعال پر بها باشند یا استفاده از آب ماهیت آنها را تغییر دهد. پودر شیمیایی روی حریق پاشیده شده و باعث پوشاندن آتش و جلوگیری از رسیدن اکسیژن می گردد.
- پودر ها در حرارت بالای 60 درجه سانتیگراد پایداری خوبی ندارند و امکان چسبندگی آنها در کپسول زیاد می گردد. قطر دانه های پودر بسته به نوع مواد و شرکت سازنده حدود 10-75 میکرون می باشد. هرچه قطر ذرات ریزتر باشد پودر موثرتر است. پودر شیمیایی تحت فشار ازت یا CO₂ در سطح قاعده حریق به صورت جارویی پاشیده شده و در صورتیکه افراد آموزش کافی دیده باشد براحتی آتش را خاموش می نمایند. پودر خشک این پودر برای خاموش کردن حریق فلزات قابل اشتعال مثل سدیم، پتاسیم، منیزیم و مانند آن بکار می رود.
- گاز CO₂ دی اکسید کربن گازی است غیر قابل احتراق، بی بو، غیر سمی و سنگین تر از هوا که دارای چگالی 5/1 بوده هادی الکتریسیته نیست. مکانیسم عمل آن هنگام حریق به سه صورت است: اول خفه کردن آتش با تشکیل یک لایه سنگین مقاوم درمقابل عبور هوا، دوم

رقیق کردن اکسیژن هوادر اطراف محوطه حریق و سوم سرد کردن آتش. یکی از خصوصیات مهم گاز CO₂ این است که باعث خسارت به مواد موجود در محیط حریق نمی شود لذا در مواردی که مواد با ارزش دچار حریق می شوند مناسب تر از آب است CO₂ برای حریق های الکتریکی و الکتریکی بسیار مناسب است زیرا بدلیل عدم هدایت برق و عدم وجود مواد باقیمانده باعث اتصال یا خرابی در حساس نمی گردد. ترکیبات هالوژنه (هالن)، مواد هالوژنه از مشتقات CH₄ یا C₂H₆ می باشند که بجای یک یا چند عنصر هالوژنه (شامل I, Br, Cl, F) جایگزین شده است.

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



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

هشدار!

تحت هیچ شرایطی از آسانسور استفاده نکنید.

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

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

نحوه برخورد با آتش سوزی

برای شروع و ادامه پیدا کردن حریق 3 چیز باید وجود داشته باشد: جرقه آتش (یک جرقه الکتریکی یا شعله)؛ یک منبع سوخت (بنزین، چوب یا پارچه) و اکسیژن (هوا). برای شکستن این (مثلث حریق) باید یکی از این اجزا را حذف کنید. به عنوان مثال: سویچ ماشین را خاموش کنید و یا شیر سوخت را در ماشینها ی دیزلی بزرگ خارج کنید. تمام مواد سوختنی را که میتوانند به عنوان منبع سوخت برای آتش عمل کنند (مثل کاغذ و مقوا) از مسیر آتش دور کنید. درها را به روی آتش ببندید تا منبع اکسیژن آن قطع شود. شعله های آتش را با استفاده از پتو یا سایر مواد غیرقابل نفوذ، خفه کرده، مانع رسیدن اکسیژن به آن شوید.

ترک ساختمان در حال سوختن

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

آتش گرفتن لباس

همیشه الگوی زیر را طی کنید: **توقف، انداختن روی زمین و چرخاندن**. در صورت امکان قبل از اقدام به چرخاندن مصدوم، وی را در یک پارچه کلفت بپیچید. از وحشت زده شدن، دویدن یا بیرون رفتن مصدوم جلوگیری کنید. هرگونه حرکت یا باد، مانند بادبزن به شعله ها دامن می زند. مصدوم را به زمین بیندازید. در صورت امکان، با یک کت، پرده، پتو (غیر از انواع نایلونی یا گشادبافت) فرش یا سایر پارچه ها ی کلفت، مصدوم را محکم بپیچید.

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

هشدار!

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

آتش سوزی در فضای بسته، جو خطرناکی ایجاد میکند که اکسیژن کمی دارد و ممکن است با مونوکسیدکربن و گازهای سمی آلوده شده باشد. هرگز وارد ساختمانی که در حال سوختن یا پر از گاز است نشوید و هرگز دری را که به محل آتش سوزی ختم می شود، باز نکنید. این کارها را به گروه خدمات اورژانس واگذار کنید.

اجتناب از دود و گاز در صورتی که در داخل ساختمان در حال سوختن هستید، اقداماتی برای اجتناب از استنشاق دود و گازهای مضر انجام دهید. فضای باز زیر در را مسدود کنید و نزدیک به کف اتاق قرار بگیرید تا با دود کمتری مواجه شوید.

انواع آتش:

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

انواع مختلف اطفای کننده ها

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

چهار نوع مشهور خاموش کننده:

- آب
- گاز دی اکسید کربن
- فوم
- پودر خشک

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

آب

- برای آتش کلاس A استفاده نمایید
- آب تحت فشار می باشد
- آمپر فشار داشته باشد

دی اکسید کربن (CO₂)

- برای آتش های کلاس E، C، B استفاده نمایید
- نازل سخت و پلاستیکی و شیپوری شکل دارد
- نشانگر فشار ندارد





پودر خشک

- برای آتش های کلاس A، B، C، D و E استفاده می شود.
- ذرات پودر تحت فشار می باشند
- نشانگر فشار سنج دارد
- قبل از استفاده سر و ته شود

شرح وظایف واحد آتش نشانی :

۱. مقابله با هرگونه آتش سوزی
۲. شرکت در عملیات امداد و نجات سوانح و اطفاء حریق با توجه به تقسیم کار از طرف مافوق
۳. استفاده از وسایل و تجهیزات استحضالی و ایمنی فردی در محل حادثه و حریق
۴. استفاده از لباس فرم و نصب پلاک سینه و درجات و علائم منطبق با سمت توأم با نظافت کامل
۵. آشنایی کامل با موتور پمپ ها ، کف ساز ها یا پودر پاش ها ، مانیتورها و سایر تجهیزات و ابزار
۶. حسن استفاده از تجهیزات و ابزار قطعات و وسایل و ماشین آلات و مراقبت در نگهداری از آن
۷. نجات محبوس شدگان در زیر آوار ساختمان و ماشین آلات
۸. بازدید از جایگاههای سوخت و سوخت رسانی
۹. مقابله و پیشگیری از سقوط اجسام و مصالح
۱۰. نجات سقوط کنندگان در چاه، گودال و کانال آب
۱۱. مقابله با حیوانات وحشی و موذی
۱۲. نجات مصدومین حوادث
۱۳. کلیه موارد دیگری که در آن جان و مال کارکنان در معرض خطر می باشد
۱۴. انجام سایر امور محوله از طرف مدیر بیمارستان

نکات ایمنی در هنگام بروز آتش سوزی

- ✓ در آتش سوزی ، سریع و دقیق فکر کردن حیاتی است.
- ✓ دستپاچه نشده و خونسرد باشید.
- ✓ آتش به سرعت گسترش پیدا می کند . بنابراین اولین اولویت ما، آگاه کردن افراد در معرض خطر است.
- ✓ منبع برق و گاز را سریعاً قطع کنید.
- ✓ اگر در داخل ساختمان هستیم، نزدیک ترین آژیر حریق را فعال کنیم یا به آتش نشانی اطلاع دهیم همچنین باید فوراً به خدمات اورژانس اطلاع دهیم و تا آن جا که می توانید اطلاعات کامل در مورد حریق به آن ها بدهید .اما اگر این کار، خروج ما را از محل به تأخیر می اندازد، امنیت خود را به خطر نیندازیم .

- ✓ افرادی که در آتش گیر افتاده اند، به سرعت دچار هراس می شوند. ما به عنوان ارائه کننده کمک های اولیه می توانیم با آرام کردن افرادی که رفتارشان احتمالاً ترس و دلهره را در دیگران تشدید می کند، از میزان هراس کاهیم.
- ✓ تحت هیچ شرایطی از آسانسور استفاده نکنید.
- ✓ افراد را برای ترک محل، تشویق و کمک کنیم.
- ✓ هرگز برای برداشتن لوازم شخصی، مجدداً به ساختمان در حال سوختن وارد نشوید و یا خروج خود را به تأخیر نیندازید.
- ✓ قبل از فرار از اتاقی که در آن بسته است ابتدا دستگیره را لمس کنید اگر داغ بود از خروجی دیگر استفاده کنید.
- ✓ اگر در ساختمان آتش گرفته گرفتار شدید وارد اتاقی شوید که پنجره داشته باشد و با فرش یا پتو زیر در را بگیرید به طوریکه آتش وارد اتاق نشود و از پنجره تقاضای کمک کنید.
- ✓ اگر دود یا حرارت مسیر خروجی را مسدود کرده بود در اتاق بمانید.
- ✓ تمام تهویه های ساختمان را خاموش کنید تا از ورود اکسیژن اضافی جلوگیری شود.
- ✓ افرادی که در جریان حریق قرار گرفته اند باید لباس های با الیاف مصنوعی و پلاستیکی را از خود دور کنند.
- ✓ در فرو نشاندن آتش سوزی مواد نفتی آب به کار نبرید.
- ✓ هیچ گاه برای مبارزه با یک حریق هر چند کوچک و جزئی یک خاموش کننده را به محل حریق نبرید و حداقل دو یا سه دستگاه اطفایی در محل داشته باشید. لازم نیست همه آن ها را آماده کار کنید. با یکی شروع کنید و اگر به هر علتی عمل نکرد از دستگاه های دیگر استفاده کنید و به این صورت از هدر رفتن وقت جلوگیری می شود.
- ✓ در آتش سوزی های روی سطح زمین خاموش کردن را از جلو شروع کرده و با به عقب راندن آتش پیشروی کنید و در حریق های روی دیوار و مکان های مشابه آتش را از پایین به بالا اطفاء کنید.
- ✓ هنگام استفاده از خاموش کننده لازم نیست به حریق نزدیک شوید زیرا قدرت پرتاب خاموش کننده ها به جز CO₂ بین ۴-۶ متر است.
- ✓ در حریق های جامدات مواد را با آب کاملاً خیس کنید.
- ✓ در کپسولهای پودری حتماً قبل از استفاده کپسول را سر و ته کنید با اینکار اگر پودر کلوخه شده باشد برای انجام عملیات آماده می شود.
- ✓ فقط ریشه آتش را هدف بگیرید.
- ✓ در هوای آزاد پشت به باد بایستید.
- ✓ قانون نهایی این است که همیشه قبل از تلاش به منظور اطفاء حریق خودتان را در وضعیتی قرار دهید که از پشت راه خروج یا موقعیت فرار داشته باشید خودتان را در تله نیندازید.

نکات ایمنی بعد از وقوع آتش سوزی

- ✓ بستن دستمال خیس به دور دهان و بینی، باعث محافظت شما در برابر گاز های سمی و دود خواهد شد.
- ✓ ابتدا مطمئن شوید که برای نجات جان مصدوم، ایمنی خود را به خطر نمی اندازید.
- ✓ برای نجات جان مصدوم از اتاق آتش گرفته ای که در آن بسته است، باید قبل از ورود با لمس در اتاق میزان آتش را بسنجید. اگر داغ بود وارد اتاق نشوید و اگر داغ نبود، قبل از ورود به اتاق چند نفس عمیق بکشید تا خون شما پر از اکسیژن شود. سپس با شانه خود از پهلو به در ضربه بزنید، آن را باز کنید و در همین حال صورت خود را برگردانید. اتاق ممکن است پر از هوای سوخته فشرده باشد و ممکن

- است هر لحظه انفجاری رخ دهد اگر دود کاملا متراکم است، روی زمین سینه خیز بروید. چون با توجه به اینکه هوای داغ بالا می رود ممکن است لایه ای از هوای تمیز وجود داشته باشد.
- ✓ مصدوم را بگیرید و با توجه به تمام جنبه های ایمنی او را به سرعت به سمت در خروجی بکشید. لباس سوخته مصدوم را خاموش کنید.
 - ✓ اگر مصدوم هوشیار است از او مراقبت کنید چون ممکن است به علت نیم سوز شدن اشیای داخل اتاق گازمنوکسید کربن در اتاق پراکنده شده باشد که بر هوشیاری مصدوم تاثیر می گذارد.
 - ✓ اگر تنفس مصدوم قطع شد به او تنفس مصنوعی بدهید.

➤ نحوه خاموش کردن آتش:

- ✓ خونسردی خود را حفظ کنید.
- ✓ از نوع آتش مطمئن شوید و کپسول متناسب با نوع حریق انتخاب کنید.
- ✓ در مسیر جریان باد قرار بگیرید.
- ✓ ضامن را بکشید:
- ✓ این به شما اجازه میدهد که دسته آنرا فشار دهید تا مواد خاموش کننده از آن خارج شود
- ✓ ریشه آتش را هدف قرار دهید:
- ✓ وسط آتش را هدف قرار دادن خوب نیست.
- ✓ عامل آتش را در نظر بگیرید.
- ✓ دسته را به پایین فشار دهید:
- این عمل باعث خارج شدن مواد اطفای کننده می شود.
- ✓ آتش را جارو کنید از یک سمت به سمت دیگر:
- روی آتش را بپوشانید تا زمانیکه آتش خاموش شود.
- محل خاموش شده را بخوبی نگاه کنید تا دوباره آتش نگیرد.
- بخاطر داشته باشید پشت به آتش بیایستید.

توجه: مدت اعتبار شارژ کپسولها یک سال می باشد.

➤ محل و مناطقی که دارای خطرات آتش سوزی بالا هستند (پر خطر)

- انبار های اصلی و قسمت های فعال بیمارستان
- بخش جراحی
- بخش مراقبت های ویژه
- بخش مدارک پزشکی

جهت مهار حریق از مواد مناسب طبق طبقه بندی زیر استفاده می کنیم:	
<p>طبقه: A آتش سوزی جامدات</p>	<p>ماده مناسب جهت مهار: آب معمولاً در این گونه آتش سوزیها پس از سوختن خاکستر آنها برجای می ماند</p>
<p>طبقه: B آتش سوزی مایعات</p>	<p>ماده مناسب: در صورت بالا بودن چگالی ماده قابل اشتعال از چگالی آب جهت اطفاء می توان از آب استفاده نمود در غیر اینصورت ماده مناسب پودر و گاز می باشد.</p>
<p>طبقه: C آتش سوزی گاز</p>	<p>ماده مناسب: پودر و گاز</p>
<p>طبقه: D آتش سوزی فلزات</p>	<p>ماده مناسب: گاز آرگون، پودرهای مخصوص، نمک طعام و شن می باشد.</p>
<p>طبقه: E آتش سوزی الکتریکی</p>	<p>ماده مناسب: حتی المقدور از CO₂ استفاده شود چون بعد از خاموش کردن اثری از خود باقی نمی گذارد و می توان از قطعات نسوخته مجدداً استفاده نمود اگر مهار نشد از پودر و گاز استفاده می کنیم.</p>
<p><u>قابل توجه</u></p> <p>پرسنل محترم علاوه بر دانستن اطلاعات فوق و کد آتش سوزی (۱۲۵) زمان وقوع حریق به این ترتیب وارد عمل شوند. موضوع را بلافاصله به مرکز و تیم اطفاء حریق اطلاع دهند اگر چنانچه حریق قابل مهار بود آن را مهار کنند در صورت گسترده بودن حریق با رعایت نکات ایمنی در بهای خروجی اضطراری را باز نموده و بیماران را به خارج از منطقه آتش سوزی هدایت نمایند.</p>	

گام اول : اقدامات پیشگیرانه . رعایت نکات ایمنی و اصول نگهداری مواد قابل اشتعال

گام دوم : اعلام حریق.

بلافاصله به مسئول بخش اطلاع داده و در صورت نبودن به نگهبانی بیمارستان و واحد تلفنخانه جهت اعلام کد حریق ۱۲۵ اطلاع میدهیم .



شستی اعلام حریق :

دتکتورها در حال حاضر فقط در انبارها و بخشهای جدید نصب شده اند. دتکتورها بنا به نوع حساسیتی که دارند شروع حریق را بصورت خودکار اعلام می کنند بطوریکه زون قسمت مربوطه در تابلو طراحی شده در مرکز مخابرات آلام می زند و حریق در آن قسمت را اعلام می کنند .



گام سوم : اطفاء حریق با استفاده از مواد مناسب :

۱. باکسهای آتش نشانی

۲. کپسولهای آتش نشانی پودروگاز و گاز-CO2



گام چهارم : اقدامات لازم برای اطفاء حریق

۱. پین (ضامن) کپسول را بیرون بکشید.
۲. نازل کپسول را به سمت ریشه حریق نشانه بگیرید (در مورد کپسولهای پودر و گاز ابتدا یک مرتبه کپسول را وارونه کنید)
۳. دسته نازل را به سمت پائین فشار دهید.
۴. بصورت جاروئی از بن حریق آتش را خاموش کنید.

مدیریت بحران

تعریف بحران

- بحران را یک وضعیت اضطراری و آنی با زمان وقوع نامشخص دانسته اند
- بحران آن موقعیتی است که افراد، گروهها و سازمان و بطور کلی جوامع با آن مواجه گشته و با استفاده از رویه های معمول قادر به مقابله با آن نیستند

تعریف مدیریت بحران

- مدیریت بحران یک علم کاربردی است که بوسیله مشاهده سیستماتیک بحرانها و تجزیه تحلیل آنها در جستجوی یافتن ابزاری است که بوسیله آنها بتوان از بروز بحران ها پیش گیری نموده و یا در صورت بروز آن در خصوص کاهش اثرات امداد رسانی سریع و بهبود اوضاع اقدام کرد
- مدیریت بحران هنر فهم و درک این مهم است که چه زمانی در جستجوی یک بحران باشیم و چه زمانی از آن دوری جوئیم
- مدیریت بحران از سه مرحله اصلی تشکیل شده است که عبارت است از مدیریت بحران قبل، حین و بعد از وقوع بحران. قبل از وقوع بحران باید سه فعالیت کلیدی صورت گیرد: تشکیل تیم مدیریت بحران در سازمان، ایجاد یک سناریویی که بدترین حالت ممکن را نشان دهد، و تعریف رویه‌ای اجرایی استاندارد برای انجام فعالیتهایی قبل از وقوع بحران. در زمان وقوع بحران سه فعالیت اصلی باید انجام شود: تمرکز بر اشاعه اخبار و اطلاعاتی که مورد تمایل عموم باشد، مشخص کردن یک نفر به عنوان سخنگوی سازمان، و ارسال پیامها و گزارشها به صورت حرفه‌ای در رسانه‌ها. بعد از وقوع بحران دو فعالیت اصلی باید صورت گیرد: شناسایی عوامل ایجاد کننده بحران برای استفاده‌های آینده و برقراری ارتباط با ذی‌نفعان برای آگاه‌سازی آنها از نتایج و اثرات بحران.

هدف از مدیریت بحران

- هدف اصلی مدیریت بحران، دستیابی به راه حلی معقول برای برطرف کردن شرایط غیرعادی به گونه ای است که منافع و ارزشهای اساسی، حفظ و تامین گردند.

عوامل ایجاد بحران در سازمان

عوامل محیطی:

- عوامل تاثیرگذار غیرمستقیم بر فعالیت های سازمان
- نوآوری های تکنولوژی
- رقابت های قوی
- عوامل فرهنگی و اجتماعی
- نامعلومی و نوسانات کلی اقتصادی
- سوانح طبیعی

عوامل درون سازمانی و مدیریت ناموفق:

- بی کفایتی مدیران راس سازمان
- عدم کفایت تجربه و جمع اوری اطلاعات
- ارزشها، اعتقادات و نگرشهای مدیریت
- پیشینه تاریخی و تجارب موسسه

- مرحله عمر (زندگی) سازمان
- ویژگی های دیگر سازمان: درجه تمرکز مدیریت، ویژگی های کار، نوع کالا یا خدمات و تنوع آن، انعطاف پذیری ساختار، جریان اطلاعات و تصمیم گیری.

مدیر بحران کیست؟

کسی که تهدید کننده ها را بشناسد و از فرصتها خوب استفاده کند. در فرهنگ ما ضرب المثلی است که می گوید «علاج واقعه قبل از وقوع باید کرد» متأسفانه در کشور ما زنگ خطرها نادیده و ناشنیده گرفته می شوند و بعد از وقوع بحران تازه به فکر می افتیم و راه حلی جستجو می نمائیم. متأسفانه مدیر بحران یا علائم را نمی شناسد و یا به اهمیت این علائم واقف نیست. مدیر بحران باید به دنبال راه کارهایی جهت کاستن ابعاد بحران باشد. به عبارت دیگر آثار هر عامل را با پارامترهای دیگر سنجید و پس از تحلیل نسبت به رفع آن بکوشد مدیر بحران باید تفکر استراتژیک را یاد بگیرد یعنی بتواند به آشفته گی ذهنی خویش در کوتاهترین مدت نظم بخشد این امر امکان ندارد مگر با حضور مداوم در بحران ها نهایت پایداری مدیریت این سازمان را می طلبد.

وظایف و ویژگیهای مدیر بحران:

- ۱- آمادگی کامل برای هر گونه پیشامد.
- ۲- پی ریزی دفاتر مطالعاتی ملی، منطقه ای و هماهنگ سازی آنها به نحوی که از دوباره کاری پرهیز شود.
- ۳- تهیه بانک اطلاعاتی روز آمد برای استفاده هر چه بهتر آن.
- ۴- استفاده از سیستم هشدار دهنده خطر گرچه هزینه بالایی را می طلبد.
- ۵- تفکیک وظایف واحدهای امداد رسانی و انجام رزمایش های عملیاتی سالانه.
- ۶- ایمن سازی شبکه ها و شریانهای حیاتی که شامل آب، برق، سوخت، ارتباطات جاده ای مخابراتی برج کنترل فرودگاهها و سدها و... به دلیل اینکه شرایط منطقه پس از بحران ناسامان است در کوتاهترین زمان نمی توان به ترمیم این شبکه پرداخت، زیرا این کار خود خسارات زیادی را به بار می آورد و از سرعت عمل امداد می کاهد.
- ۷- تقویت بیمه در مناطق حادثه خیز حتی به صورت اجباری می توان ابعاد بحران را کاهش دهد، چرا که با توجه به ابعاد حادثه، پرداخت خسارت خود عامل بزرگی در رفع بحران است.
- ۸- آگاهی افکار عمومی یکی دیگر از وظایف مدیر بحران است تا وقتی مردم قدم در این راه نگذارند تلاش دولتها بی فایده است.
- ۹- شناسایی انواع بحرانها، ارزیابی ریسک و الویت بندی آنها.
- ۱۰- تعیین ارتباطات بحرانی.
- ۱۱- تعیین راهبردهای برخورد با رسانه ها.
- ۱۲- تشکیل گروه مدیریت بحران و تهیه برنامه مدیریت بحران.
- ۱۳- پیش بینی و پیشگیری از وقوع بحران.
- ۱۴- تعیین روشهای مداخله در بحران.
- ۱۵- تعیین روشهای سالم سازی.
- ۱۶- برنامه ریزی، سازماندهی و کوشش در جهت استفاده بهینه از منابع.

مراحل مقابله با بحران سازمانی

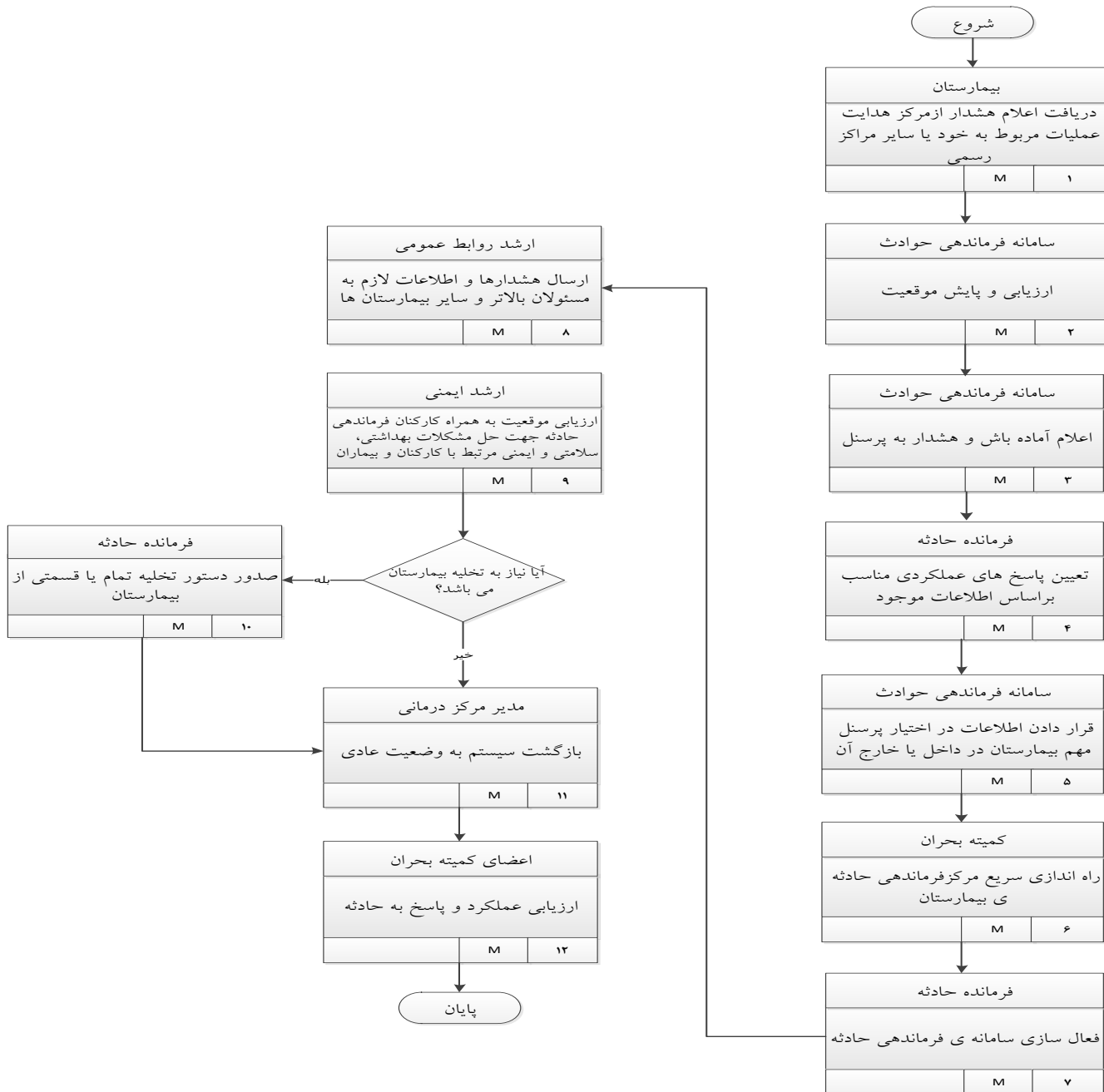
۱. تشکیل ستاد بحران متشکل از حداکثر ۱۰ نفر از مدیران ارشد
۲. تشکیل کمیته های ضروری

۳. تعیین دامنه بحران (حداقل و حداکثر خطر) توسط کمیته تحقیق مشخص
۴. اولویت بندی مشکلات صورت مساله توسط کمیته برنامه ریزی و تخمین سرعت انتشار بحران و همچنین تعیین اهداف اولیه کوتاه مدت و بلند مدت زیر نظر ستاد بحران
۵. مشخص کردن اطلاعات مورد نیاز توسط کمیته برنامه ریزی به منظور جلوگیری از گسترش بحران با توجه به اهداف اولیه و ارجاع آن به کمیته اطلاعات .
۶. همکاری کمیته های اطلاعات و ارتباطات برای تهیه نهاده های مورد نیاز برای کمیته برنامه ریزی
۷. ارایه مستندات به کمیته برنامه ریزی توسط کمیته تحقیق و بررسی وضعیت موجود از لحاظ ارتباطات منابع و منافع آنها توسط کمیته برنامه ریزی
۸. با توجه به اطلاعات حاصل شده از کمیته اطلاعات ، بررسی علل بروز بحران و تزیه تحلیل آن توسط کمیته برنامه ریزی
۹. بررسی اهداف اولیه و اصلاح آنها با توجه به اطلاعات حاصله از شناخت وضعیت موجود و تحلیل آنها توسط کمیته برنامه ریزی با همکاری سایر کمیته ها
۱۰. انتخاب بهترین راه حل با توجه به اولویت آنها توسط کمیته برنامه ریزی با در نظر گرفتن محدودیت ها
۱۱. پیاده سازی نظارت بر اجرا ، بهبود مستمر راه حلها توسط کلیه کمیته و زیر نظر ستاد بحران

فعال سازی برنامه بحران بیمارستان سینا :

- فعال سازی برنامه زمانی صورت می گیرد که سانحه در داخل یا خارج بیمارستان رخ داده و عملکرد بیمارستان را متأثر یا مختل نموده است و این فعال سازی در سطوح مختلف انجام می گیرد . این سطوح عبارتند از:
- الف) فعال سازی برنامه در سطح بخش اورژانس: در صورتی که منابع موجود در بخش اورژانس برای مقابله با سانحه ایجاد شده، کافی باشد و این بخش بتواند با حمایت بخش های دیگر بیمارستان بدون مشکل سانحه را مدیریت نماید.
- ب) فعال سازی جزئی برنامه مدیریت بحران بیمارستان: در صورتیکه منابع موجود در بخش اورژانس برای مقابله با سانحه ایجاد شده، کافی نباشد ولی با افزودن منابع اضافی به این بخش و تجهیز بیشتر این امکان فراهم شود، برنامه بطور جزئی فعال میشود.
- ج) فعال سازی کامل برنامه مدیریت بحران بیمارستان: تعداد قربانیان ناشی از سانحه و یا میزان آسیب ناشی از سوانح در حدی است که منابع و عملکرد بیمارستان بطور قابل توجه متأثر نموده و فعال سازی کامل بیمارستان را طلب می کند.
- پس از تعیین سطح فعال سازی اقدامات زیر صورت می گیرد:
- فرمانده حادثه بیمارستان دستور اعلام فعال شدن برنامه را از طریق سیستم پیچ و با اعلام کد 111 صادر میکند.
 - مرکز عملیات اضطراری بطور کامل فعال می شود.
 - پرسنل کلیدی از هر طریق ممکن مانند تماس تلفنی توسط مرکز تلفن به مرکز عملیات فراخوانده می شوند.
 - متن تعیین شده از طریق سامانه پیام کوتاه توسط واحد روابط عمومی برای کلیه اعضای تیم بحران ارسال می گردد.
 - در صورت عدم امکان استفاده از سیستم صوتی و پیامک، ارسال پیک جهت اعضای کلیدی فعال می شود.
 - برنامه مدیریت بحران بیمارستان طبق دستورالعمل های اختصاصی خود به اجرا در می آید.

فرآیند فعالسازی برنامه بحران بیمارستان سینا



کنترل عفونت

آشنایی با کمیته کنترل عفونت و اهداف آن در راستای استقرار نظام مراقبت های عفونت بیمارستانی :

یکی از بهترین روش های مراقبتی که دارای تعاریف استاندارد شده برای عفونتهای بیمارستانی بوده و از جامع ترین روش هاست، نظام کشوری مراقبت از عفونتهای بیمارستانی یا National nosocomial infection surveillance system (NNIS) می باشد. این روش از دهه ۱۹۷۰ میلادی در بیمارستان های امریکا و زیر نظر مرکز مدیریت و پیشگیری از بیماریها (CDC) به مورد اجرا گذاشته شده است. در ایران کمیته کشوری کنترل عفونت های بیمارستانی در سال ۱۳۸۳ بعد از بحث و تبادل نظر فراوان دو تصمیم مهم اتخاذ کرد-۱ NNIS را به عنوان ابزار تشخیص و بیماریابی عفونتهای بیمارستانی انتخاب نمود-۲ با عنایت به اینکه بیشتر از ۸۰٪ عفونتهای بیمارستانی را عفونتهای ادراری، زخم های جراحی، تنفسی و خونی تشکیل می دهد، در مرحله اول برقراری نظام مراقبت عفونتهای بیمارستانی در کشور به شناسایی و تشخیص و بیماریابی این چهارنوع عفونت اختصاص یافت.

تعریف عفونت بیمارستانی:

عفونتی است که حداقل ۴۸ ساعت بعد از پذیرش بیمار در بیمارستان ایجاد شود به شرط آنکه:

- در زمان پذیرش، فرد علائم آشکار عفونت مربوطه نداشته و بیماری در دوره نهفتگی خود نباشد
- معیارهای مرتبط با عفونت اختصاصی (کدمربوطه) راجعت تعریف عفونت بیمارستانی داشته باشد.

چهارنوع عفونت بیمارستانی براساس تعاریف استاندارد INIS بررسی می شود:

- ۱- عفونت ادراری (کد UTI) (URINARY TRAC INFECTION)
- ۲- عفونت خونی (کد BSI) (BLOODSTREAM INFECTION)
- ۳- عفونت محل جراحی (کد SSI) (SURGICAL SITE INFECTION)
- ۴- عفونت تنفسی (کد PNEU) (PNEUMONIA)

معیارهای تشخیصی UTI :

- ۱- معیارهای عفونت ادراری علامت دار به شرح ذیل می باشد.
 - بیمار سوندفولی دارد و حداقل یکی از علائم تب، تندرns سوپراپوئییک، یا درد و تندرns زاویه کوستوورتمبرال و کشت ادرار مثبت بیش از ۱۰۰۰۰ کولونی و حداکثر دارای دو میکروارگانسیم باشد و نه بیشتر
 - طی ۴۸ ساعت قبل سوند فولی خارج شده است و حداقل یکی از علائم و نشانه های زیر را داشته باشد
تب بالای ۳۸ درجه، تکرر ادرار، دیزوری، فوریت در ادرار، تندرns و درد سوپراپوئییک، درد و تندرns زاویه کوستو ورتبرال و
کشت ادرار با کولونی بالای ۱۰۰۰۰۰ و حداکثر دو میکروارگانسیم
 - بیمار سوندفولی ندارد و یا طی ۴۸ ساعت قبل سوندفولی خارج شده است و دارای یکی از علائم
تب در بیمار زیر ۶۵ سال فوریت در ادرار، تکرر ادرار، دیزوری، تندرns سوپراپوئییک، و درد و تندرns زاویه کوستوورتمبرال و
کشت ادرار مثبت بالای ۱۰۰۰۰۰ کولونی بارشد حداکثر دو کلونی
- توجه و ذکر علائم مشاهده شده در آنالیز ادراری از نظر تشخیصی حایز اهمیت است. مثل پیوری (وجود WBC بیشتر یا مساوی ۱۰ در هر میلیتر مکعب ادرار)، مثبت بودن نیتريت، و وجود میکروارگانسیم در آنالیز ادرار
- عفونت ادراری بدون علامت (ASYMPTOMATIC BACTEREMIC URINARY TRAC) (ABUTI) (INFECTION)
بیمار هیچ گونه علائمی ندارد ولی کشت ادرار مثبت با کولونی بالای ۱۰۰۰۰۰ با رشد حداکثر ۲ میکرو ارگانسیم دارد.
- و
حداقل یک کشت مثبت خون بایک پاتوژن مشابه با میکروارگانسیم رشد کرده در کشت خون

معیارهای تشخیص عفونت خونی (BSI)

- ۱- وجود کشت مثبت خون حداقل یک نمونه کشت یا بیشتر به نحوی که ارگانسیم مشاهده شده مربوط به عفونت در محل دیگری نباشد.
- ۲- بیمار حداقل یکی از علائم ذیل رداشته باشد.
تب بالای ۳۸ درجه، لرز، افت فشارخون و وجود کشت مثبت غیر مرتبط به سایر قسمتهای بدن
- و
وجود آلوده های شایع پوستی مثل استاف ایپیدرمیدیس، کورینوباکتریوم، استرپتوکوک ویریدانس و... حداقل از ۲ کشت یا بیشتر

معیارهای تشخیصی عفونت های جراحی (SSI)

سه نوع عفونت زخم جراحی شامل:

- ۱- عفونت سطحی محل جراحی
- ۲- عفونت عمقی محل جراحی
- ۳- عفونت ارگان و فضای خاص

- عفونت سطحی: (superficial)

در صورتیکه در ۳۰ روز اول جراحی پوست وزیر جلد درگیر باشد و یکی از علایم ترشح چرکی، جداسدن ارگانسیم از محل جراحی، التهاب و تورم، و عفونت توسط جراح و متخصص عفونی تشخیص داده شود.

عفونت

- عفونت عمقی محل جراحی (DEEP)

اگر طی ۳۰ روز و یا برای برخی از اعمال جراحی ۹۰ روز بافت زیرپوست (عضله و فاشیا) درگیر شده باشد و یکی از علایم ذیل مشهود باشد:

ترشح چرکی از عمق زخم؟ فزخم خودبه خود باز شود و یا جراح باز کرده و کشت تهیه نماید
تورم، تندرینس در محل.

- عفونت ارگان و فضای خاص

اگر طی ۳۰ تا ۹۰ روز از زمان جراحی علایم ذیل مشهود باشد

ترشح چرکی از درن

وجود ارگانسیم در ترشحات

وجود آبسه در عمق و فضا و یا ارگان

و یا پاتولوژیست و جراح وجود آبسه را تایید کند عفونت عمقی تلقی می گردد.

در صورت وجود جسم خارجی و پروتز در صورتیکه طی سه ماه بیمار با علایم عفونت مراجعه کند SSI تلقی می شود.

توجه: عفونت سطحی محل جراحی مربوط به محل انسزیون در هر نوع عمل جراحی فقط یک ماه در نظر گرفته می شود.

عفونت عمقی محل جراحی در اعمال جراحی توراکس. قلب. عمل جراحی قلب باز. کرانیوتومی. فیوژن های مهره. جا اندازی باز شکستگی. هرنیورافی. پروتز هیپ. پروتز زانو. پیس میکر گذاری. جراحی بای پس عروق محیطی. شنت مغزی تا سه ماه و در سایر اعمال جراحی تا یک ماه در نظر گرفته می شود.

معیارهای تشخیص پنومونی وابسته به ونتیلاتور:

گام اول: در صورتیکه بیمار متصل به ونتیلاتور باشد و حداقل ۴۸ ساعت از آن گذشته باشد و دچار اختلالات اکسیژناسیون و در نتیجه تغییرات PEEP و FIO2 شده باشد.

(VENTILATOR ASSOCIATED CONDITION)

گام دوم: علاوه بر موارد ذکر شده دارای علائم تب بالای ۳۸ درجه و یا هیپوترمی زیر ۳۶ درجه سانتیگراد و شروع آنتی بیوتیک جدید و ادامه آن برای ۴ روز

(INFECTION RELATED VENTILATOR ASSOCIATED COMPLICATION)

گام سوم: علاوه بر موارد ذکر شده، وجود ترشحات زیاد تنفسی یا کشت مثبت خلط یا نمونه بال یا بافت ریه (POSSIBLE VAP)

گام چهارم: وجود ترشحات تنفسی چرکی و کشت مثبت و یا کشت مثبت مایع پلور. پاتولوژی مثبت ریه، تست تشخیصی مثبت برای لژیونلا و یا ویروس ها (PROBABLE VAP)

عفونتهای بیمارستانی از چند جنبه حائز اهمیت می باشند:

- مرگ و میر و بیماریزایی در بیماران.
 - افزایش طول مدت بستری بیماران در بیمارستان.
 - افزایش هزینه های ناشی از طولانی شدن اقامت بیماران، اقدامات تشخیصی و درمانی.
 - نارضایتی بیمار و همراهان
 - انتقال به سایر بیماران و بعضا پرسنل
- شایان ذکر است که علیرغم بکارگیری تمام تمهیدات، عفونتهای بیمارستانی تنها در یک سوم موارد قابل پیشگیری هستند.

پنج حقیقت غیر قابل انکار در ارتباط با کنترل عفونت:

۱- بروز عفونتهای بیمارستانی در هر بیمارستان غیر قابل انکار است

به گفته سازمان بهداشت جهانی ۵ تا ۱۰ درصد بیماران بستری شده در بیمارستانهای کشورهای توسعه یافته، به یک عفونت بیمارستانی مبتلا شده که این رقم در کشورهای در حال توسعه به ۲۵٪ می رسد.

هریک از اعضای بدن انسان میتواند در بیمارستان، دچار عفونت گردد. طبق بررسیهای انجام شده عفونت ادراری شایع ترین و پنومونی کشنده ترین عفونتهای بیمارستانی محسوب می شوند، البته بسته به نوع بخش این آمار متفاوت است مثلاً در بخش ICU پنومونی شایعترین و در بخش های جراحی معمولاً عفونت محل زخم جراحی شایعترین علت عفونت بیمارستانی می باشند.

۲- عفونتهای بیمارستانی قابل پیشگیری اند.

۳- بهداشت دست مهمترین اصل در پیشگیری از عفونتهای بیمارستانی است

۴- گزارش موارد عفونت و تجزیه و تحلیل آن در ارائه راهکارهای پیشگیری و کنترل آن موثر است

۵- در پیشگیری و کنترل عفونت در یک بیمارستان کلیه پرسنل اعم از پزشک، پرستار و نیروهای خدماتی بایستی ایفای نقش و همکاری نمایند، در غیر اینصورت کمیته کنترل عفونت در راه رسیدن به هدف اصلی خود که کنترل و پیشگیری از عفونتها می باشد با دشواریهای بسیاری روبرو خواهد شد.

فعالیتهای واحد کنترل عفونت در بیمارستان سینا

۱- آموزش پرسنل جدیدالورود از نظر تشکیل پرونده بهداشتی، تکمیل واکسیناسیون، بررسی سطح ایمنی پرسنل در برابر هپاتیت B، و دادن آگاهی در ارتباط با اصول کنترل عفونت و احتیاطات استاندارد. (واکسیناسیون پرسنل بر علیه بیماری های هپاتیت بی، آنفلوانزا و بیماری های نوپدید مانند کووید ۱۹)

۲- پایش و نظارت بهداشت دست ها، ارزیابی آن و ارایه بازخورد به بخش ها، برگزاری برنامه های آموزشی تهیه پوستر و پمفلت جهت پرسنل کادر درمان-خدمات-و بیماران و همراهان در رابطه با بهداشت دست، احتیاطات استاندارد، انواع ایزولاسیون.

۳- نظارت بر تهیه و خرید انواع محلول های مربوط به بهداشت دست، گندزدا های حدواسط و سطح بالا در بیمارستان و همکاری با واحد بهداشت محیط و حرفه ای.

۴- همکاری و نظارت بر واحد سی اس اس دی بیمارستان در فرآیند استریلیزاسیون وسایل و تجهیزات پزشکی مرتبط با اتاق های عمل و بخش های مختلف.

۵- مدیریت و پیگیری موارد مواجهه شغلی و ارائه آمار موارد به مرکز بهداشت به صورت ماهیانه و سالیانه به معاونت درمان آموزش پرسنل در رابطه با مواجهه شغلی و تکمیل فرم های مواجهه شغلی

۶- بیماریابی و ارائه آمار عفونتهای بیمارستانی به طور ماهیانه از طریق نرم افزار (NNIS) INIS

۷- گزارش بیماریهای واگیر دار و مشمول گزارش فوری و ماهیانه به مرکز بهداشت شرق و تهیه ی داروهای مرتبط با بیماریها از این مرکز.

۸- برگزاری کمیته کنترل عفونت به صورت ماهیانه

۹- ارائه و اجرای برنامه های عملیاتی در راستای بهبود کیفیت به منظور کاهش عفونتهای بیمارستانی صورت مستمر

۱۰- توجه به اجرای صحیح ایزولاسیون بیماران براساس راه های انتقال بیماری در بخش های بیمارستان

۱۱- نظارت بر رعایت و استفاده مناسب از وسایل حفاظت فردی (PPE) توسط پزشکان و پرسنل هنگام انجام اقدامات تشخیصی یا درمانی تهاجمی

یکی از مهمترین اصول کنترل عفونت بیمارستانی رعایت احتیاطات استاندارد است.

احتیاطات استاندارد چیست:

احتیاطات استاندارد به معنی کاهش خطر انتقال بیماری در طی تماس با هر بیماری باشد. اساس کنترل عفونت رعایت احتیاطات استاندارد است

که به عنوان حداقل اقدامات مورد نیاز بایستی در مورد همه بیماران بکاربرده شود.

بخش عمده و اساسی احتیاط های استاندارد در پیشگیری از انتقال عفونت در مراکز بهداشتی درمانی رعایت بهداشت دست هاست و همچنین

استفاده درست و به موقع از وسایل حفاظت فردی در صورت احتمال تماس با خون و مایعات بدن و عوامل بیماری زا.

احتیاطات استاندارد شامل:

- ۱- شستن دست
- ۲- پوشیدن دستکش درموارد لزوم
- ۳- دفع اجسام تیزوبرنده داخل سفتی باکس
- ۴- پوشیدن گان در صورت احتمال تراوش ترشحات بیمار
- ۵- دفع صحیح زباله های عفونی درون کیسه زباله زردو ملافه های آلوده درون بین جداگانه.
- ۶- رعایت ادب سرفه (پوشاندن دهان و بینی درهنگام سرفه)
- ۷- سطوح مختلف در بخش طبق اصول تمیز شود
- ۸- استفاده از وسایل حفاظت فردی مثل عینک و ماسک درمواردلزوم.

STANDARD PRECAUTIONS احتیاط‌های استاندارد



« پوشیدن گان در صورت احتمال ترشحات « استفاده از لوازم حفاظت فردی



« شستن دست



« پوشیدن دستکش



« ملافه‌های آلوده درون بین گذاشته شود



« سطوح بخش تمیز شود



« دفع صحیح زباله‌های عفونی درون کیسه « دفع اجسام تیز و برنده درون سفتی باکس زباله زرد



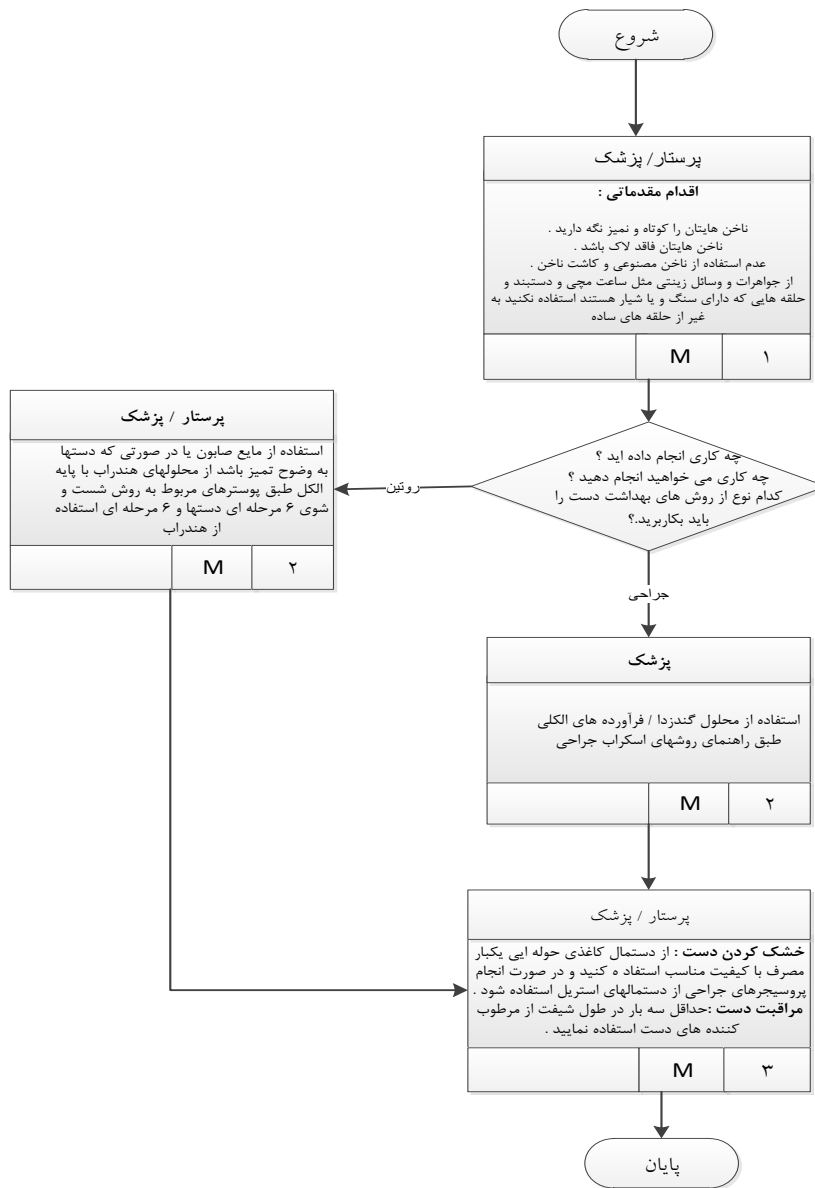
با استفاده از لوازم حفاظت فردی، تماس با خون و ترشحات بدن را به حداقل برسانید.
رعایت احتیاط‌های استاندارد برای کلیه بیماران الزامی است.

کمیته بهداشت و کنترل عفونت بیمارستان سینا

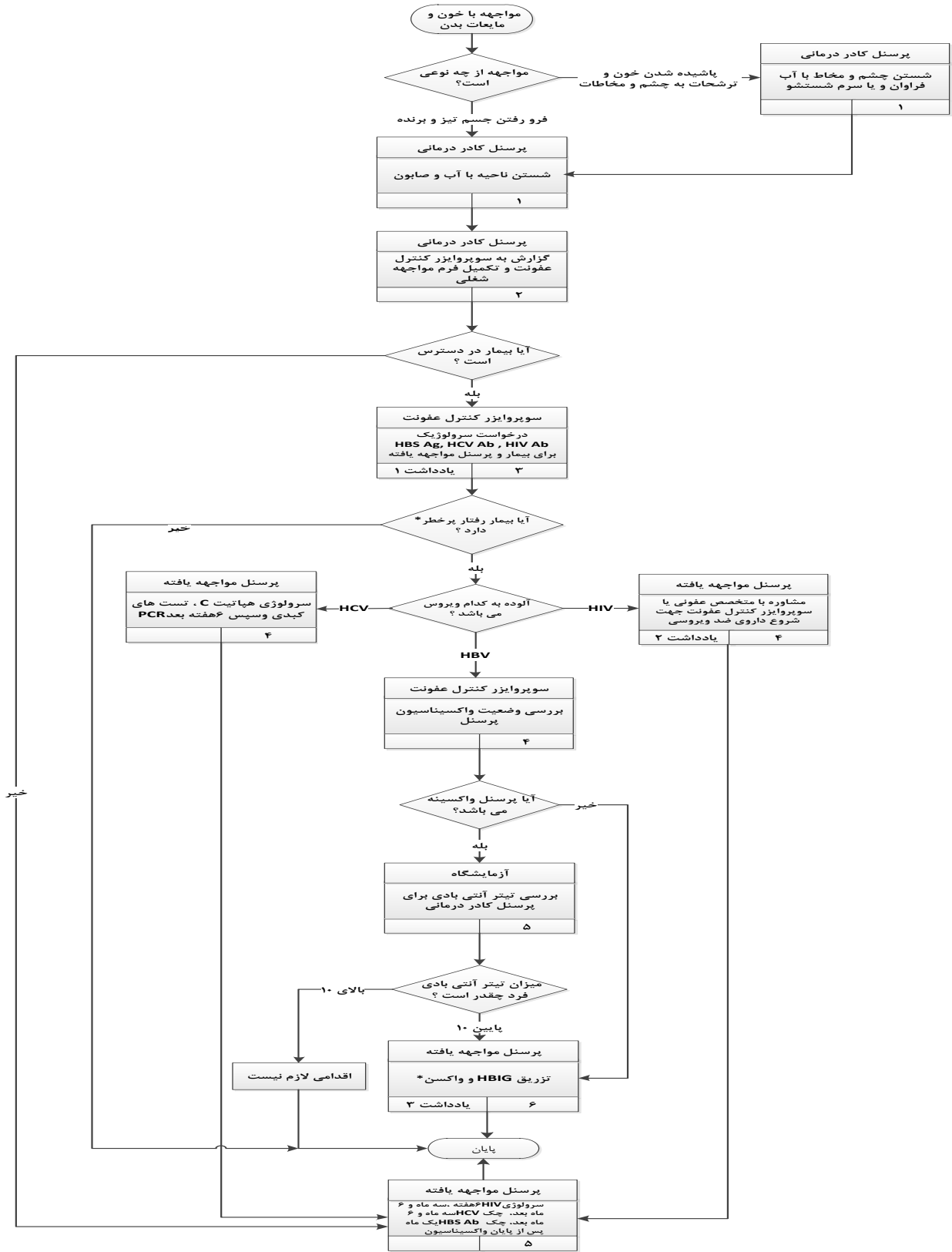
۵ موقعیت بهداشت دست



الگوریتم بهداشت دست



فرآیند مواجهه شغلی پرسنل کادر درمانی با خون و ترشحات آلوده بیماران



یادداشت ها

یادداشت ۱: اگر بیمار در دسترس نیست اما رفتار پرخطر داشته است بلافاصله سرولوژی HIV -HCV -HBS Ag -HBS Ab پرسنل چک و سپس ۶ هفته، ۳ ماه و ۶ ماه بعد سرولوژی HIV چک شود.

همچنین ۳ ماه و ۶ ماه بعد الیزا برای HCV نیز چک شود.

اگر بیمار رفتار پرخطر ندارد و جواب آزمایشات وی منفی است پیگیری بعدی نیاز نیست.

یادداشت ۲: شروع داروی ضد ویروسی هر چه زودتر و قبل از ۷۲ ساعت از تماس می باشد.

به دنبال مواجهه با ویروس HIV چک آنتی ژن و یا PCR لزومی ندارد.

اگر پرسنل با بیمار HIV مثبت مواجهه پیدا نمودند سرولوژی HIV پرسنل در زمان مواجهه، ۶ هفته، ۱۲ هفته و ۲۴ هفته بعد از تماس مجدداً چک شود.

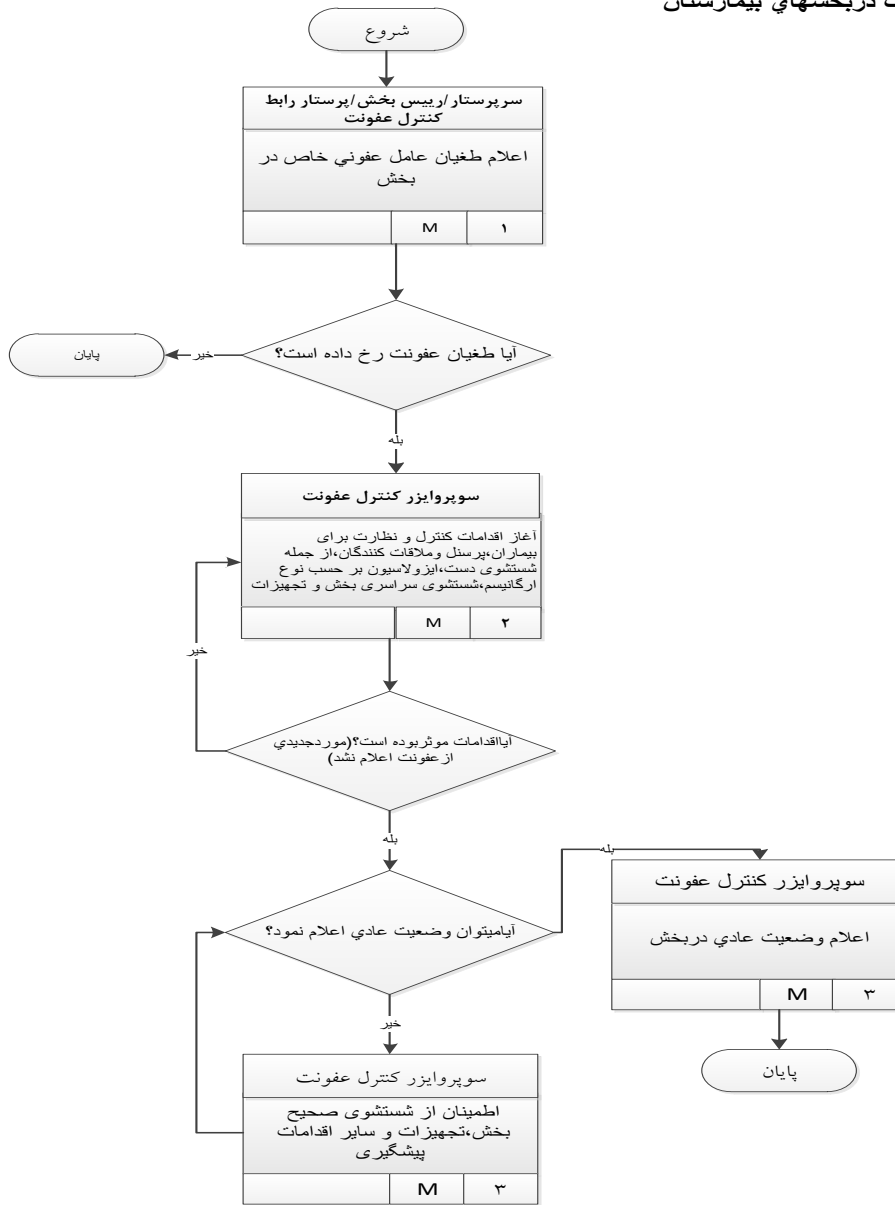
یادداشت ۳: تزریق HBIG ترجیحاً در ۴۸ ساعت اول و حداکثر ۱۴ روز بعد بعد از تماس می باشد. ۱ ماه پس از پایان واکسیناسیون هیپاتیت B سطح آنتی بادی چک شود. *اگر پرسنل کادر درمانی سابقه واکسیناسیون کامل داشته داشته و سطح آنتی بادی زیر ۱۰ باشد یک دوز واکسن و HBIG تزریق و ۶ ماه بعد سطح آنتی بادی چک شود اگر همچنان زیر ۱۰ باشد دوز دوم و سوم واکسن را دریافت دارند، اما اگر سابقه واکسیناسیون ناقص باشد و یا بعد از سه دوز اولیه سطح آنتی بادی منفی باشد علاوه بر HBIG و سه دوز واکسن لازم است.

***رفتار پر خطر :**

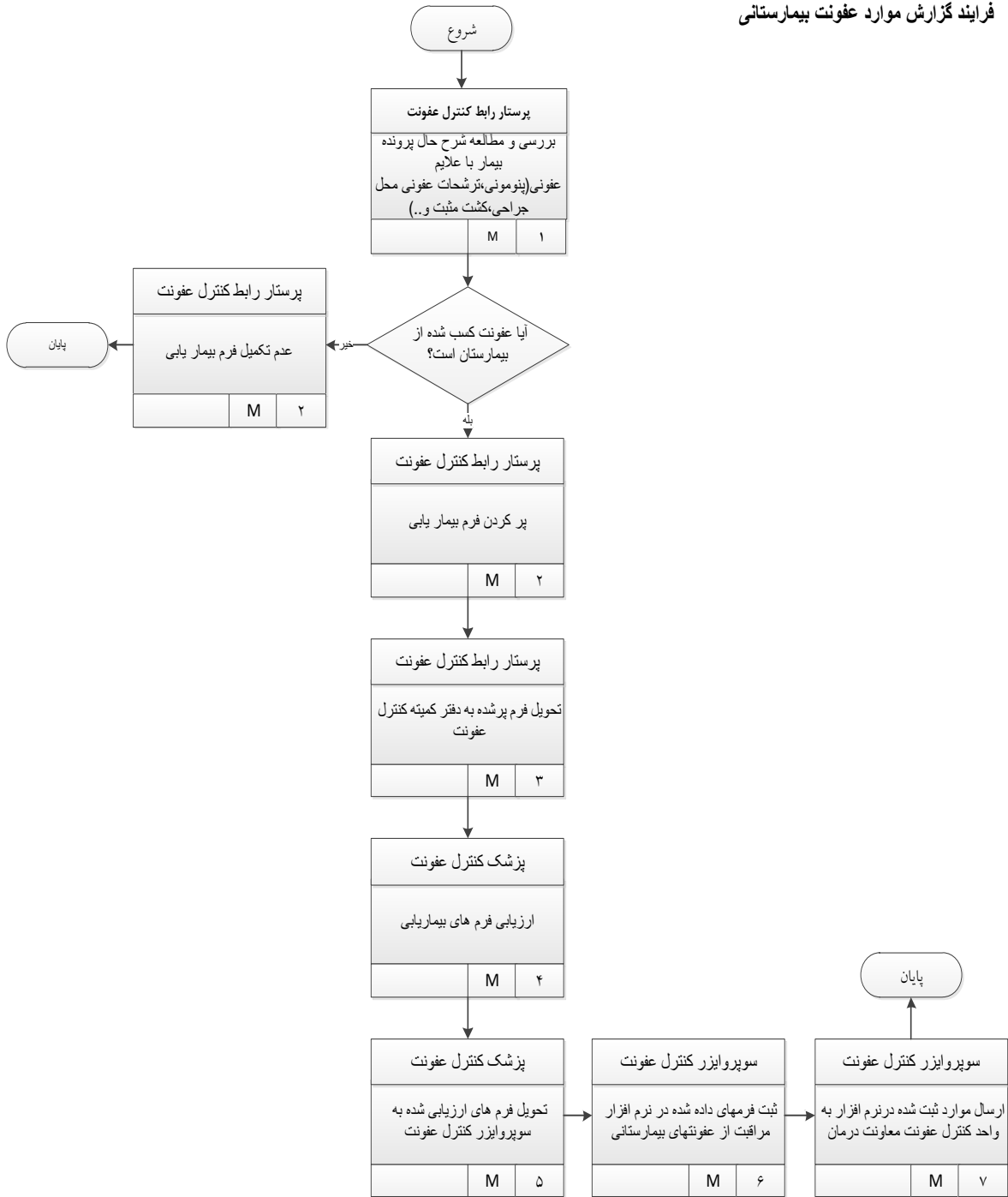
بیمار معتاد تزریقی، سابقه بازپروری یا زندان به علت مواد مخدر، خالکوبی روی بدن،

شریک جنسی متعدد، همسر معتاد تزریقی

فرایند اداره طغیان عفونت در بخشهای بیمارستان



فرایند گزارش موارد عفونت بیمارستانی



بهداشت محیط و حرفه ای

برنامه های واحد بهداشت محیط :

- ۱- شرکت در کمیته بهداشت، کنترل عفونت بیمارستان و بهداشت حرفه ای همچنین پیگیری مصوبه های مربوطه.
- ۲- تدوین برنامه آموزشی پرسنل خدمات و رابطین کنترل کیفیت.
- ۳- نظارت و مطالبه کارت معاینه پزشکی از کلیه نیروهای خدماتی و بخش CSR همچنین نظارت بر گواهینامه آموزش بهداشت عمومی و کارت معاینه پزشکی از کلیه پرسنل شاغل در واحد تغذیه
- ۴- اندازه گیری کلر و PH آب مصرفی بیمارستان و ثبت آن به صورت هفتگی.
- ۵- کنترل بهداشتی آب مصرفی از نظر کمی و کیفی و انجام آزمایشات دوره ای میکروبی و شیمیایی و کلرسنجی با استناد به دستورالعمل ها، استانداردها و شرایط موجود.
- ۶- نظارت، بررسی و کنترل بهداشتی بر کلیه مراحل مختلف جمع آوری، تفکیک، انتقال، نگهداری موقت و دفع زباله های بیمارستانی و کنترل آزمایشات دوره ای میکروبی و شیمیایی دستگاه امحا زباله با استناد به دستورالعمل ها، استانداردها و شرایط موجود.
- ۷- نمونه برداری از سپاس خروجی سیستم تصفیه فاضلاب برابر دستورالعمل های اعلام شده (در صورت وجود تصفیه خانه) بمنظور بررسی کیفیت پالایش فاضلاب.
- ۸- مدیریت و برنامه ریزی جهت سم پاشی و مصرف سموم مورد تایید وزارت بهداشت.
- ۹- نظارت و مداخله در تهیه و کاربرد مواد گندزدا و پاک کننده بیمارستان.
- ۱۰- نظارت فنی و بهداشتی بر نحوه کار آشپزخانه شامل:
 - (شرایط بهداشت محیطی آشپزخانه، وضعیت سردخانه، انبار نگهداری مواد غذایی، سرویسهای بهداشتی، بهداشت فردی کارکنان، اطاق استراحت کارکنان، شستشو و ضدعفونی ظروف، شستشو و ضدعفونی سبزیجات خام مورد استفاده، وضعیت بهداشتی مواد غذایی آماده طبخ وسایل و ظروف مورد استفاده و ...)
- ۱۱- نظارت بر امور مربوط به رختشویخانه و رعایت نکات بهداشتی در آن.
- ۱۲- ارتباط مستمر با معاونت های بهداشت و درمان در هماهنگی کردن فعالیتهای اجرایی و دستورالعملها و اقدامات نظارتی در بیمارستان.
- ۱۳- ثبت و ضبط اقدامات و مکاتبات اداری و تشکیل بایگانی به نحوی که روند فعالیتهای و پیگیری امور بدین طریق کاملاً قابل دسترسی و مشهود باشد. (مستند سازی) .
- ۱۴- فرهنگ سازی و جلوگیری از استعمال دخانیات در فضاهای بسته و عمومی بیمارستان
- ۱۵- بطور کلی نظارت و کنترل لازم بهداشتی بر کلیه بخش ها - همکاری و هماهنگی با مدیران و مسئولین قسمتهای مختلف در حیطه شغلی و وظائف سازمانی تعیین شده.

راهنمای تفکیک پسماند در بیمارستان :

نوع پسماند	رنگ ظرف	نوع ظرف
عفونی	سطل زرد	کیسه زرد
تیز و برنده	سطل زرد با درب قرمز	Safety box
شیمیایی و دارویی	سطل سفید	کیسه سفید یا بی رنگ
عادی	سطل آبی	کیسه مشکی

برنامه های واحد بهداشت حرفه ای :

(۱) فعالیتهای آموزشی و اجرای کلاسهای آموزشی و بازآموزی ویژه گروههای هدف شامل :

- پرسنل
- پیمانکاران
- مدیران و مسئولین واحدها

(۲) تهیه جزوات و پمفلت های آموزشی مرتبط و بر حسب نیاز

(۳) نظارت بر کنترل عوامل زیان آور (فیزیکی- شیمیایی - بیولوژیکی - ارگونومیکی) محیط کار :

- بازدید از بخش های درمانی و سایر واحدهای بیمارستان
- آگاهی از مواد مصرفی ، به منظور شناسایی عوامل زیان آور شیمیایی و بیولوژیکی محیط کار
- شناسایی عوامل زیان آور محیط کار به تفکیک هر واحد
- اندازه گیری ، نمونه برداری و ارزشیابی عوامل زیان آور محیط کار
- تهیه و تکمیل چک لیستهای مربوط به کنترل عوامل زیان آور محیط کار و ارسال بازخورد آن به مراجع مربوطه
- شرکت و طرح مشکلات و نواقص موجود و ارائه پیشنهادات و راهکارهای لازم در جلسات کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار به عنوان دبیر کمیته
- تشکیل کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار حداقل هر ماه یکبار و ارسال صورت جلسات آن به معاونت بهداشت و درمان
- پیگیری جهت رفع نواقص بهداشتی از طریق مکاتبه با مدیریت و مسئولین واحدها
- تهیه برگه های اطلاعات مواد شیمیایی (MSDS) کلیه مواد شیمیایی مورد مصرف
- قرار دادن برگه های (MSDS) در اختیار واحدها به تفکیک مواد مصرفی تا در شرایط لازم و اضطراری از نحوه برخورد با مواد و کمک های اولیه در صورت تماس با آنها، آگاه باشند.
- آموزش و نظارت بر روش صحیح و ارگونومیک جابه جایی بار و اجسام سنگین یا حساس
- نظارت بر اصول ارگونومیک در واحد اداری از جمله کار با کامپیوتر، نحوه صحیح نشستن و سایر موارد

(۳) نظارت برانجام معاینات دوره ای کلیه پرسنل / پیشگیری از بیماری ناشی از کار و کنترل آن :

- نظارت بر انجام معاینات دوره ای کارکنان و تکمیل فرم ۵ برگه پرونده پزشکی شاغلین
- تشکیل پرونده سلامت (پزشکی) برای کلیه پرسنل
- تهیه آمار سالیانه بیماریهای ناشی از کار و ارسال به وزارتخانه

(۴) تهیه لیست لوازم حفاظت فردی به تفکیک شغل و نظارت بر استفاده صحیح از این وسایل

(۵) تهیه فرم ثبت و گزارش حادثه و در اختیار قرار دادن آن به کلیه بخش ها و واحدهای بیمارستان و تهیه آمار حوادث به صورت سالیانه

۶) نظارت بر تست سالیانه دیگ بخار، چاه های ارت و آسانسورها

۷) تهیه کتابچه ایمنی و سلامت شغلی برای هر واحد

۸) تهیه دستورالعمل ها (نحوه صحیح و ایمن کار با تجهیزات، ابزار و وسایل) برای واحدها در صورت لزوم

۹) تهیه لیست مخاطرات شغلی به تفکیک هر واحد

امور مالی

حسابداری بیمارستان

حسابداری بیمارستان شامل قسمتهای درآمد، هزینه و جمعدهای اموال است که کلیه عملیات مالی بیمارستان از جمله امور مربوطه به وصول به موقع درآمدهای اختصاصی، پرداخت حقوق و مزایای کارکنان و سایر هزینه‌های بیمارستان در حد اعتبارات تخصیص یافته و همچنین ثبت، تنظیم و نگهداری حسابهای مربوط به اموال بیمارستان در این واحد انجام می‌شود.

از آنجا که بیمارستان‌ها با جان افراد در ارتباط هستند، اگر با مشکل مالی مواجه شوند نمی‌توانند سازمان خود را ورشکسته اعلام کنند و نمی‌توانند کارهای سازمان را به صورت تعلیق درآورند لذا نیازمند امور مالی مناسب و کارگشته‌ای هستند که مسائل مالی بیمارستان را تحت کنترل خود درآورد و مدیر را در اداره بهینه بیمارستان یاری رساند. می‌توان گفت: واحد امور مالی بیمارستان در حقیقت بازوی راست مدیریت است. واحد درآمد بیمارستان نیز که نام دیگر آن واحد حسابداری پرونده بیماران می‌باشد آخرین مکانی است که بیمار یا همراهان وی هنگام خروج از بیمارستان به آن مراجعه می‌نمایند تا حساب خود را با بیمارستان تسویه نمایند.

هدف از ایجاد واحد حسابداری و درآمد در حقیقت سازمان دادن به وضعیت مالی بیمارستان و همچنین مشخص کردن صورت حساب‌های بیماران بستری و سرپایی و محاسبه پرونده هایشان است. استقرار واحد حسابداری در ساختمان اداری و داشتن طبقه‌ای مجزا از سایر بخشهای اداری باعث ایجاد مرزی شده است که این سیستم را از سایر واحدهای بیمارستان جدا و مشخص ساخته شده است.

درعین مجزا بودن این سیستم با واحدهای دیگر بیمارستان و سازمان‌های خارج از بیمارستان از قبیل بیمه‌ها، بانک‌ها، سازمان زندان‌ها و ... ارتباط متقابل برقرار می‌کند.

در این مدت با شیوه‌های و روند بایگانی اسناد مربوط به هزینه و شناسایی، ثبت درآمد‌هایی که مربوط به قسمت پذیرش بیمارستان است تا حدی آشنا شدیم. که به طور مختصر به تشریح آن می‌پردازیم

وظایف حسابداری در بیمارستان

- تنظیم اسناد حسابداری با رعایت مقررات مالی و تنظیم و نگهداری حساب‌های دریافت و پرداخت
- تهیه و تنظیم لیست حقوقی کارکنان بیمارستان و پرداخت به موقع کسورات به حساب‌های مربوطه
- تهیه صورت اموال و دارایی‌های منقول و غیر منقول بیمارستان
- همکاری در تهیه و تنظیم بودجه پیشنهادی واحد با رعایت دستورالعمل‌ها
- نگهداری بودجه جاری، عمرانی و ثبت هزینه‌های بیمارستان در دفاتر مربوط

- واحد دریافت و پرداخت و شرح وظایف آن:

*- دریافت گواهی کار و احکام پرسنلی از اداره کارگزینی و گسترش جهت تنظیم لیست حقوق پرسنل بیمارستان در موعد مقرر

*- ارائه لیست کسورات به مسئول امور مالی جهت تامین اعتبار و صدور چک حداکثر دو روز بعد از پرداخت حقوق

*- تنظیم لیست حقوق پرسنل به همراه کسورات واریزی

*- تنظیم سایر اسناد حقوق و مزایا اعم از عیدی- مسکن - کارانه و...

- واحد بودجه و اعتبارات و شرح وظایف آن :

*- جمع آوری اطلاعات و آمار اسناد مالی اعم از حقوقی و تدارکاتی و عمرانی و ردیف های اعتبار و... (در غالب بانک اطلاعاتی)

*- تفکیک اسناد مالی و تهیه نماینده اسناد مربوطه برابر تخصیص های صادره و اعتبارات دریافتی از استان

*- گرد آوری و جمع بندی تخصیص های صادره اعم از جاری و اختصاصی و ردیفهای اعتباری و عمرانی و... و پیگیری این که اعتبار مربوطه دریافت گردیده یا خیر

*- ارائه گزارش به مسئول امور مالی در ارتباط با هزینه های حقوق اعم از جاری و اختصاصی، تعداد پرسنل اعم از رسمی و پیمانی و هزینه شرکت خدماتی و تعداد پرسنل به تفکیک برنامه و سایر اطلاعات جانبی

*- دریافت اطلاعات مربوط به میزان درآمد درمان به تفکیک واحد های مربوطه از مسئول درآمد بیمارستان و ارائه گزارش به مسئول امور مالی

*- گزارش تغییرات احتمالی و غیر معقول در هزینه های معمول اعم از بنزین، پذیرائی و نقلیه و...

*- مقایسه هزینه های انجام گرفته نسبت به اعتبارات و تخصیص های دریافتی و ارائه گزارش عملکرد مقایسه

عملیات مربوط به درآمدها :

درآمد های بیمارستان به دو قسمت عملیاتی که از فعالیت های مربوط به ارائه خدمات به بیماران مراجعه کننده بدست می آید و غیرعملیاتی که از سایر فعالیت ها و سرمایه گذاری های بیمارستان است تقسیم می شود. ابتدا بیماران در هنگام ورود اقدام به ارائه اطلاعات و مدارک خود به پذیرش کرده ، پذیرش این اطلاعات را در سیستم کامپیوتری با مشخصات نوع بیماری و پذیرش، نوع بیمه، مراحل درمان و... ثبت می کند و به هر بیمار کد مخصوص اختصاص داده می شود که با توجه به آنلاین بودن سیستم بیمارستان این اطلاعات به صندوق رفته و مسئول صندوق هزینه ی درمان را از بیماران اخذ می کند و این لیست جهت ثبت درآمد عملیاتی بیمارستان به مسئول ثبت درآمد داده می شود مسئول این واحد فیش های مربوط به واریز این مبالغ را از صندوق دریافت کرده و ثبت مربوط به درآمد را پس گرفتن مغایرت بین این فیش ها و صورت حساب در یافتی از بانک می زند. واحد حسابداری در انتهای هر ماه اسناد و مدارک موجود از بیماران تحت پوشش بیمه را جمع آوری کرده و به نماینده بیمه تحویل می دهد. پس از پایان هزینه های انجام شده برای عملیات درمان حسابداری اقدام به تهیه پیش نویس درخواست وجه از سازمان های بیمه طرف قرداد خود می کند و آن را تسلیم نمایندگان مستقر در بیمارستان می کند.

حقوق و مزایا:

نظام پرداخت کارمندان براساس ارزشیابی عوامل شغل و شاغل و سایر ویژگی های مذکور در مواد آتی خواهند بود امتیاز حاصر از

نتایج ارزشیابی عوامل مذکور در این فصل ضرب در ضریب ریالی سالیانه ، مبنای تعیین حقوق و مزایا کارمندان قرار می گیرد.

حق شغل : به استناد ماده ۵۰ تبصره ۳ براساس طبقه و رتبه شغلی فرد تعیین می گردد.

حق شاغل :

به استناد ماده ۵۱ براساس عواملی نظیر تحصیلات، دوره آموزشی، مهارت و توانایی، سنوات خدمت در هر سال، تجربه مربوط و مشابه شاغلین مطابق با جدول حق شغل محاسبه می گردد. امتیاز جداول ارزشیابی مشاغل حداقل ۲۴۰۰ و حداکثر ۷۰۰۰ می باشد.

کمک هزینه عائله مندی:

به کارمندان مردشاغل، بازنشسته و از کارافتاده که دارای همسر باشند و خانم های سرپرست خانوار (معیل) معادل ۸۱۰ امتیاز قابل پرداخت است.

کمک هزینه اولاد:

به کارمندان مرد شاغل، بازنشسته و از کارافتاده در صورت داشتن فرزند و خانم های معیل (همسر فوت کرده یا مطلقه باشد) یا همسر آنان معلول یا از کارافتاده کلی باشد، به ازای هر فرزند ۲۱۰ امتیاز تعلق می گیرد. این کمک هزینه برای اولاد ذکور تا ۱۸ سالگی و به شرط ادامه تحصیل تا ۲۵ سال تمام قابل پرداخت می باشد. اولاد اناث تا زمانی که ازدواج نکرده اند بدون محدودیت سنی پرداخت می گردد.

اضافه کار:

در صورت نیاز مرکز، کارمند موظف به انجام امور در خارج از زمان اداری گردد. پرداخت مبلغی تحت عنوان اضافه کار تا سقف ۱۷۵ ساعت بلامانع است. نرخ یک ساعت اضافه کاری کارمند به شرح ذیل می باشد.

مبلغ یک ساعت اضافه کار = $\frac{\text{حق شاغل} + \text{فوق العاده مدیریت} + \text{حق شغل}}{176}$

۱۷۶

محاسبه سنوات یک کارمند :

برای کارکنان قراردادی پایان هر سال تسویه می گردد ولی برای کارکنان رسمی و پیمانی ذخیره شده و برای سال آخر پرداخت می گردد. برای کارکنان رسمی و طرحی که از مرخصی استعلاجی استفاده می نمایند حقوق قطع نمی گردد ولی برای کارکنان قراردادی و پیمانی در دوران استفاده از مرخصی استعلاجی حقوق قطع و از بیمه تأمین اجتماعی حقوق دریافت می کنند.

- دستورالعمل های ابلاغ شده از طرف دانشگاه
- استانداردهای اعتباربخشی ابلاغی وزارت بهداشت و درمان
- مصاحبه با مدیران ارشد و مسئولین و کارشناسان واحدها
- مستندات موجود در واحد بهبود کیفیت
- سایت بیمارستان سینا
- تجربیات کارکنان