

# کتابچه آشنا سازی

پرسنل جدید

با شرایط عمومی

بیمارستان امام خمینی (ره)

شهرستان پلدختر

تهیه کننده :

دفتر بهبود کیفیت

ویرایش: ۹۷/۱۰/۱۰

## فهرست

صفحه	عنوان مطالب
۳	رسالت بیمارستان
۴	چشم انداز و ارزش ها
5	رعایت حقوق گیرندگان خدمت
10	شناسنامه بیمارستان
11	ایمنی بیمار
۱۵	دستورالعمل ها
۱۸	برنامه واحد کنترل عفونت بیمارستان امام (ره) پلدختر
۱۹	نقشه ساختمانی بیمارستان امام خمینی (ره) پلدختر
۲۰	قانون و مقررات آتش نشانی
۲۲	مدیریت بحران
۲۵	مدیریت خطر
۲۷	ویژگی های فرهنگی و بومی مردم منطقه
۲۸	قوانین مربوط به رعایت استانداردهای پوشش
	امور اداری و مالی مثل مرخصی، تأخیر و تعجیل، حضور و غیاب، حقوق و مزایا، پاداش و اضافه کار
۲۹	و روند ارتقاء شغلی و امکانات رفاهی
۴۲	مقررات و انضباط مربوط به بخشهای بالینی
۴۴	اطلاعات مربوط به تجهیزات هر بخش

# رسالت

## بیمارستان امام خمینی (ره) پلدختر

رسالت بیمارستان امام(ره) پلدختر به شرح زیر می باشد.

(۱) افزایش ایمنی بیمار، همراهان و کارکنان  
بیمارستان

(۲) اجرای فرایندهای استاندارد مبتنی بر بهبود کیفیت و  
ایمنی

(۳) حفظ کرامت انسانی و تکریم ارباب رجوع

چشم انداز (Vision) :

ارتقا کیفیت و ایمنی خدمات بیمارستان

ارزشها (values):

- ۱- حفظ ارزشها و قوانین و رعایت طرح انطباق
- ۲- احترام به حقوق بیماران بر اساس آئین نامه منشور حقوق بیمار و تکریم ارباب رجوع
- ۳- حفظ کرامت انسانی برای همه افراد بدون قائل شدن هرگونه تبعیضی
- ۴- احترام به حقوق کلیه همکاران در هر رده ای

## رعایت حقوق گیرندگان خدمت

مفاهیم و واژه ها:

- بیمار: کسی که خود را به ارائه دهنده خدمت جهت دریافت خدمات بهداشتی درمانی معرفی می کند.
  - حقوق: مجموعه قواعد و مقررات حاکم بر یک جامعه که امتیازات و اختیارات خاصی را برای افراد به رسمیت می شناسد.
  - حقوق در تمام زبانها به معنی آنچه درست و سزاوار است تعریف میشود.
  - منشور حقوق بیمار: سیستمهای بهداشتی و درمانی اکثر کشورها منشوری را تحت عنوان منشور حقوق بیمار به کار میگیرند. بیمارستانها موظف هستند هنگام بستری بیمار در واحد پذیرش منشور حقوق بیمار را به وی تسلیم کنند.
- مراقبت بیمار محور

مدیران بیمارستانها باید با استفاده از منابع فیزیکی، کارکنان را قادر سازند مراقبتهای بهداشتی و درمانی را به صورت اثربخش و با کیفیت بالا برای بیماران فراهم سازند. مراقبت بیمارمحور بر این اصل استوار است که کل منابع و فعالیتهای سازمان باید حول محور بیمار سازماندهی شود. مراقبت بیمار محور اصلیت خود را از بهبود کیفی مستمر دریافت کرده است.

اهداف عمده مراقبتهای بیمار محور عبارتند از:

- تداوم بهبود مراقبت از بیماران
- کاهش انتقال بیماران در بیمارستان
- بهبود و توسعه مداوم روابط تخصصی بین ارائه دهندگان خدمات
- توانمند کردن کارکنان برای انجام وظایفشان به روشی که بیشتر پاسخگوی نیازهای بیماران باشد
- تمرکز بر فعالیتهای مراقبتی و تخصصی که به طور مستقیم بر رفع نیازهای بیمار تأثیر دارد.

اصول مراقبت بیمار محور عبارتند از:

گروهبندی مجدد بیماران: بنابراین اصل، بیمارانی با نیازهای مشابه در یک گروه قرار می گیرند تا ارائه دهندگان خدمات به مشکلات اختصاصی آنها بهتر رسیدگی کنند. در این روش ارائه دهندگان خدمات به طور موفقیت آمیزی قادر به ارائه مراقبتهای کیفی خواهند بود.

عدم تمرکز خدمات: طبق این اصل خدمات مورد نیاز بیمار باید به محل بستری بیمار آورده شود.

افزایش استقلال بیمار: با ارائه اطلاعات بهداشتی و درمانی به بیمار می توان بیمار را در زمینه تصمیم گیریهای بالینی مشارکت داد.

آموزش ضمنی ارائه دهندگان خدمات: کارکنان در زمینه نحوه کارآمد و اثربخش رفع نیازمندیهای بیماران باید آموزشهای لازم را دریافت دارند.

سادگی وظایف: اغلب لازم است وظایف را ساده کرد و مورد تجزیه و تحلیل قرار داد تا بتوان آن را به صورت اثر بخش و کارآمد اجرا کرد. در مراقبت بیمارمحور با گروهبندی بیماران، وظایف مربوطه تخصصی تر و ساده تر می شود.

## منشور حقوق بیمار در ایران

### حقوق بیمار

۱- دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است.

- ارائه خدمات سلامت باید:

- ۱-۱) شایسته شأن و منزلت انسان و با احترام به ارزشها، اعتقادات فرهنگی و مذهبی باشد؛
  - ۲-۱) بر پایه 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) در مورد 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 تأمین کلیه امکانات رفاهی پایه و ضروری و به دور از تحمیل درد و رنج و محدودیتهای غیر ضروری باشد؛
  - ۹-۱) توجه ویژه ای به حقوق گروههای آسیب پذیر جامعه از جمله کودکان، زنان باردار، سالمندان، بیماران روانی، زندانیان، معلولان ذهنی و جسمی و افراد بدون سرپرست داشته باشد؛
  - 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 مراقبت های ضروری و فوری (اورژانس)، بدون توجه به تأمین هزینه آن صورت گیرد. در مورد غیر فوری (الکتیو) بر اساس ضوابط تعریف شده باشد؛
  - ۱۳-۱) در مراقبت های ضروری و فوری (اورژانس)، در صورتی که ارائه خدمات مناسب ممکن نباشد، لازم است پس از ارائه خدمات ضروری و توضیحات لازم، زمینه انتقال بیمار به واحد مجهز فراهم گردد؛
  - ۱۴-۱) در مراحل پایانی حیات که وضعیت بیماری غیر قابل برگشت و مرگ بیمار قریب الوقوع می باشد با هدف حفظ آسایش وی ارائه گردد. منظور از آسایش، کاهش درد و رنج بیمار، توجه به نیازهای روانی، اجتماعی، معنوی و عاطفی وی و خانواده اش در زمان احتضار میباشد. بیمار در حال احتضار حق دارد در آخرین لحظات زندگی خویش با فردی که می خواهد همراه گردد.
- ۲- اطلاعات باید به نحو مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمار قرار گیرد؛
- ۱-۲) محتوای اطلاعات باید شامل موارد ذیل باشد؛
  - ۱-۱-۲) مفاد منشور حقوق بیمار در زمان پذیرش؛
  - ۲-۱-۲) ضوابط و هزینه های قابل پیش بینی بیمارستان اعم از خدمات درمانی و غیر درمانی و ضوابط بیمه و معرفی سیستم های حمایتی در زمان پذیرش؛
  - ۳-۱-۲) نام، مسئولیت و رتبه ی حرفه ای اعضای گروه پزشکی مسئول ارائه مراقبت از جمله پزشک، پرستار و دانشجوی و ارتباط حرفه ای آن ها با یکدیگر؛

- ۲-۱-۴) روش‌های تشخیصی و درمانی و نقاط ضعف و قوت هر روش و عوارض احتمالی آن، تشخیص بیماری، پیش‌آگهی و عوارض آن و نیز کلیه‌ی اطلاعات تأثیر گذار در روند تصمیم‌گیری بیمار؛
- ۲-۱-۵) نحوه‌ی دسترسی به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی در طول درمان؛
- ۲-۱-۶) کلیه اقداماتی که ماهیت پژوهشی دارند؛
- ۲-۱-۷) ارائه آموزش‌های ضروری برای استمرار درمان؛
- ۲-۲) نحوه ارائه اطلاعات باید به صورت ذیل باشد:
- ۲-۲-۱) اطلاعات باید در زمان متناسب و با شرایط بیمار از جمله اضطراب و درد و ویژگی‌های فردی وی از جمله زبان، تحصیلات و توان درک در اختیار وی قرار گیرد، مگر این‌که:
- تأخیر در شروع درمان بواسطه ارائه اطلاعات فوق سبب آسیب به بیمار گردد. (در این صورت انتقال اطلاعات پس از اقدام ضروری، در اولین زمان مناسب باید انجام شود)
  - بیمار 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 کلیه اطلاعات ثبت شده در پرونده بالینی خود دسترسی داشته باشد و تصویر آن را دریافت نموده و تصحیح اشتباهات مندرج در آن را درخواست نماید.
- ۳- حق انتخاب و تصمیم‌گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت باید محترم شمرده شود.
- ۳-۱) محدوده انتخاب و تصمیم‌گیری درباره موارد ذیل می‌باشد:
- ۳-۱-۱) انتخاب پزشک معالج و مرکز ارائه‌کننده‌ی خدمات سلامت در چارچوب ضوابط؛
- ۳-۱-۲) انتخاب و نظر خواهی از پزشک دوم به عنوان مشاور؛
- ۳-۱-۳) شرکت یا عدم شرکت در هر گونه پژوهش، با اطمینان از اینکه تصمیم‌گیری وی تأثیری در تداوم و نحوه‌ی دریافت خدمات سلامت نخواهد داشت؛
- ۳-۱-۴) قبول یا رد درمان‌های پیشنهادی پس از آگاهی از عوارض احتمالی ناشی از پذیرش یا رد آن مگر در موارد خودکشی یا موردی که امتناع از درمان شخص دیگری را در معرض خطر جدی قرار دهد؛
- ۳-۱-۵) اعلام نظر قبلی بیمار در مورد اقدامات درمانی آتی در زمانی که بیمار واجد ظرفیت تصمیم‌گیری می‌باشد و به عنوان راهنمای اقدامات پزشکی در زمان فقدان ظرفیت تصمیم‌گیری وی با رعایت موازین قانونی مد نظر ارائه‌کنندگان خدمات سلامت و تصمیم‌گیرنده جایگزین بیمار قرار گیرد؛
- ۳-۲) شرایط انتخاب و تصمیم‌گیری شامل موارد ذیل می‌باشد:
- ۳-۲-۱) انتخاب و تصمیم‌گیری بیمار باید آزادانه و آگاهانه، مبتنی بر دریافت اطلاعات کافی و جامع (مذکور در بند دوم) باشد؛
- ۳-۲-۲) پس از ارائه اطلاعات، زمان لازم و کافی به بیمار جهت تصمیم‌گیری و انتخاب داده شود.
- ۴- ارائه خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار (حق خلوت) و رعایت اصل رازداری باشد.
- ۴-۱) 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 تشخیص و درمان باید به حریم بیمار احترام گذاشته شود، ضروری است بدین منظور کلیه اقدامات

لازم جهت تضمین حریم خصوصی بیمار فراهم گردد؛

۳-۴) فقط بیمار و گروه درمانی و افراد مجاز از طرف بیمار و افرادی که به حکم قانون مجاز تلقی می شوند می توانند به اطلاعات دسترسی داشته باشند؛

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

۵- دسترسی به نظام کار آمد رسیدگی به شکایات حق بیمار است.

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

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

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

در اجرای مفاد این منشور در صورتی که بیمار به هر دلیلی فاقد ظرفیت تصمیم گیری باشد، اعمال کلیه ی حقوق بیمار - مذکور در این منشور- بر عهده ی تصمیم گیرنده ی قانونی جایگزین خواهد بود. البته چنانچه تصمیم گیرنده ی جایگزین بر خلاف نظر پزشک، مانع درمان بیمار شود، پزشک می تواند از طریق مراجع ذیربط در خواست تجدید نظر در تصمیم گیری را بنماید. چنانچه بیماری که فاقد ظرفیت کافی برای تصمیم گیری است، اما می تواند در بخشی از روند درمان معقولانه تصمیم بگیرد، باید تصمیم او محترم شمرده شود. تکریم ارباب رجوع

عوامل دخیل در رضایت گیرندگان خدمت

۱- زمان انتظار برای دریافت خدمت

۲- اطلاع یافتن از چگونگی خدمات ارائه شده

۳- رفتار پرسنل

۴- فیزیک و محیط درمانی

۵- کیفیت مراقبت‌های پزشکی و پرستاری

۶- دسترسی به خدمات

۶- پائین بودن هزینه های مستقیم پرداختی

پیشنهاداتی برای ارتقاء رضایت ارباب رجوع

سرمایه گذاری در ساختار فیزیکی بیمارستان

استفاده از نیروی انسانی دارای مهارت بالا، خلاق و تحول گرا

استفاده از تجهیزات روز

افزایش مهارت‌های ارتباطی پرسنل و ایجاد الگوی رفتار مناسب و برخورد با بیمار

افزایش اطلاع رسانی از خدمات و چگونگی ارائه آن

استفاده از تکنولوژی‌های نوین اداری



افزایش انگیزه در پرسنل

انتخاب مدیران تحول‌گرا و نظارت‌گر

ایجاد ساز و کارهایی برای افزایش توان مالی بیمارستان

گسترش نظام‌های حمایتی و بیمه درمانی

راهنمایی بر اساس شرح وظایف

در ارائه خدمات هیچ تبعیضی بین ارباب رجوع قائل نشویم.

امور را بر اساس ضوابط نه بر اساس روابط انجام دهیم.

تا حد امکان فرایند انجام کار راحت‌تر، کوتاه‌تر و شفاف‌تر باشد.

رضایت ارباب رجوع هدف اصلی سازمان است

لطفاً خود را به جای ارباب رجوع بگذارید

اطلاع‌رسانی درست و دلسوزانه

از راهنما استفاده کنیم

در ساعات اداری در محل کارتان حضور داشته باشید.

تبسم یک زبان همگانی است که مردم سرتا سر دنیا آن را درک می‌کنند.

خود را به جای ارباب رجوع بگذارید

کار ارباب رجوع را با تأخیر انجام ندهیم.

هر سازمان موفق به ارباب رجوع می‌اندیشد.

مشکل خود را به دوش دیگران نیندازید

ارباب رجوع را به همدیگر پاس ندهید.

همیشه باور داشته باشید که ما فقط و فقط به خاطر وجود ارباب رجوع حقوق می‌گیریم

آداب برخورد با ارباب رجوع

در برخورد با ارباب رجوع صبر و حوصله داشته باشیم.

با ارباب رجوع به گونه‌ای سخن بگوئید که برای آنان قابل فهم و درک باشد.

با گشاده‌رویی با ارباب رجوع برخورد نمائیم.

مهمترین اهداف تکریم ارباب رجوع در بیمارستان

اطلاع‌رسانی مناسب به بیماران و مراجعین درباره نحوه خدمت‌رسانی از طریق تابلو اعلانات، بروشور و ...

بازنگری و اصلاح و مهندسی روشهای انجام کار

تدوین منشور اخلاقی سازمان به منظور ایجاد برخورد منصفانه و مناسب

نظرخواهی از مراجعین

ایجاد ساز و کارهای لازم به منظور تشویق کارکنانی که از آنها رضایت داریم و برخورد با کارکنان خطا کار

## شناسنامه بیمارستان امام خمینی (ره) پلدختر:



در آغاز در سال ۱۳۷۸ این بیمارستان با ۲۵ تخت مصوب و بخش های اورژانس، CCU، داخلی جراحی مردان، داخلی جراحی زنان، اطفال، زایشگاه، اتاق عمل، رادیولوژی، آزمایشگاه تأسیس گردید. در تاریخ ۸۹/۲/۲۹ بیمارستان امام خمینی (ره) پلدختر با حدود ۵ هزار متر مربع زیر بنا و وسعت ۴۰ هزار متر مربع و ۶۴

تخت مصوب با هزینه پروژه ۱۰۰ میلیارد تومان واقع در جنوب شرقی این شهرستان راه اندازی گردید. اکنون 70 تخت فعال دارد و بطور متوسط با ضریب اشغال تخت 60٪ در حال فعالیت می باشد. این بیمارستان شامل بخشهای اورژانس، CCU، داخلی جراحی مردان، داخلی جراحی زنان، اطفال، زایشگاه، اتاق عمل، بخش NICU، ICU، رادیولوژی، آزمایشگاه، دیالیز، فیزیوتراپی و دارای درمانگاه تخصصی می باشد. واحدهایی که به بخش خصوصی واگذار شده اند با این تعداد پرسنل به فعالیت خود ادامه می دهند: داروخانه ۵ نفر، آشپزخانه ۴ نفر، تأسیسات ۶ نفر و تزریقات ۹ نفر.

از نظر درجه ارزشیابی بر اساس آخرین ارزیابی انجام شده دارای درجه یک است. تعداد کارکنان این بیمارستان که در بخش های درمانی و غیردرمانی فعالیت دارند، ۲۷۳ نفر می باشد که از این تعداد ۱۱۸ نفر رسمی، ۲۱ نفر پیمانی، ۳۶ نفر طرحی، ۷ نفر ضریب k، شرکتی (درمانی) ۱۲ نفر، شرکتی (خدماتی و اداری) ۵ نفر، ۴۰ نفر تبصره ۳ و ۳۳ نفر تبصره ۴ و ۱ نفر پیام آور (سرباز) می باشد. تعداد پزشکان متخصص در این بیمارستان ۲ نفر زنان و زایمان، جراحی عمومی، ۲ نفر اطفال، داخلی، ارتوپدی، بیهوشی، پاتولوژی و اورولوژی هر کدام ۱ نفر فعالیت می کنند.

تعداد تخت های فعال بخش های بیمارستان: داخلی مردان ۵ تخت، داخلی زنان ۹ تخت، جراحی مردان ۶ تخت، جراحی زنان ۸ تخت، اورولوژی مردان ۴ تخت، اورولوژی زنان ۲ تخت، اطفال ۱۷، زنان و زایمان ۱۰، CCU ۵ تخت می باشد. تعداد سایر تخت های بیمارستان که شامل تخت های موقت می باشند: دیالیز ۱۰ تخت، اورژانس 24 تخت، زایشگاه ۷ تخت، پست پارتوم ۳ تخت. خودروهایی این بیمارستان شامل آمبولانس، پیکاب، ماشین دولتی هر کدام ۱ عدد و ۳ ماشین استیجاری دارد. سالیانه حدود ۳۳۰۰ مورد جراحی و ۴۸۰۰ مورد بستری و ۸۰۰۰۰ مورد سرپایی در این بیمارستان انجام می شود.

## ایمنی بیمار

### ایمنی بیمار:

ایمنی بیمار از نظر WHO یعنی اجتناب و خلاصی از آسیب های بی مورد یا بالقوه مرتبط، با خدمات مراقبت سلامت است. ایمنی بیمار پرهیز، پیشگیری و کاهش نتایج ناگوار یا آسیب به بیمار ناشی از فرآیند مراقبت های پزشکی می باشد پس به عبارتی، ایمنی بیمار، حفظ بیمار از آسیب تصادفی به دلیل مراقبت های پزشکی و یا ناشی از خطاهای پزشکی ایمنی بیمار شامل موارد زیر است:

- ارزیابی ریسک
- شناسایی و مدیریت ریسک های مرتبط با بیمار
- گزارش دهی و تحلیل حوادث
- ظرفیت یادگیری و پیگیری حوادث و پیاده سازی راه حل هایی برای به حداقل رساندن تکرار مجدد آن خط

### شاخص های ایمنی بیمار:

در کشور ما ۱۵ شاخص به عنوان شاخص های کشوری ایمنی بیمار برگزیده شده اند که عبارتند از:

- 1- سقوط بیمار ۲- زخم بستر (زخم فشاری) ۳- عفونت های مکتسبه بیمارستانی ۴- عوارض بیهوشی ۵- عوارض انتقال خون ۶-
- بازشدن زخم بعد از عمل جراحی ۷- خونریزی یا هماتوم بعد از عمل ۸- جا ماندن اجسام خارجی طی اعمال جراحی
- ۹- پارگی یا بریدگی اتفاقی ۱۰- مرگ به دنبال زایمان ۱۱- آمبولی ریه یا ترومبوز ورید عمقی به دنبال جراحی ۱۲- عفونت محل عمل جراحی ۱۳- مرگ به دنبال انفارکتوس قلبی یا عمل جراحی پیوند عروق کرونر ۱۴- ترومای زایمانی، زایمان طبیعی بدون وسیله
- زایمان طبیعی با وسیله ۱۵- ترومای به نوزاد حین تولد



بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان لرستان  
بیمارستان امام خمینی پلدختر

شماره: 15/9/1501

تاریخ: 1395/08/24

پیوست :

### سرکار خانم سمیه آفاخانی

سلام علیکم

با احترام به موجب این ابلاغ شما بعنوان **کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار** در بیمارستان امام خمینی (ره) با اختیارت لازم منصوب ، امید است در سایه ایزد منان در امر خدمت رسانی به مردم منطقه موفق و پیروز باشید. لذا شرح وظایف شما به شرح ذیل می باشد .

### شرح وظایف کارشناس ایمنی

1- همکاری در تدوین، اجرا و بازنگری برنامه سالیانه ایمنی بیمار در بیمارستان به منظور دستیابی به سطح یک استانداردهای بیمارستان های دوستدار ایمنی بیمار

2- همکاری در خودارزیابی استانداردهای الزامی بیمارستان های دوستدار ایمنی بیمار در بیمارستان

3- همکاری در بررسی فرهنگ ایمنی بیمار بر مبنای سالیانه و اقدام اصلاحی به منظور ارتقاء آن

4- شرکت در بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار و پی گیری انجام اقدامات اصلاحی و بازخورد به کارکنان

5- همکاری در انجام ممیزی های بالینی و پیشنهاد موضوعات ممیزی بالینی بر اساس نتایج بازدید های مدیریتی و تحلیل ریشه ای وقایع

6- ایجاد و آموزش چگونگی استفاده از سیستم یادگیری و گزارش دهی اتفاقات ناخواسته در بیمارستان

7- راهبری و مدیریت خطر موضوعات تهدید کننده ایمنی بیمار

8- شرکت فعالانه در جلسات مرگ و میر و معلولیت ها و پی گیری اتفاقات تهدید کننده ایمنی بیمار جهت انجام تحلیل ریشه ای وقایع

9- اقدام اصلاحی براساس نتایج تحلیل ریشه ای وقایع به منظور کاهش خطرات در سازمان

10- شرکت و همکاری فعالانه در تدوین خط مشی ها و روش های اجرایی در سازمان به منظور اشاعه ارائه خدمات بهینه

11- بستری سازی و ایجاد شیوه مناسب برقراری ارتباط در خصوص موضوعات مرتبط به ایمنی بیمار در داخل بیمارستان

دکتر ناصر بابایی

رئیس بیمارستان امام خمینی (ره)

شهرستان پلدختر

## 20 استاندارد ضروری در برنامه ایمنی بیمار

- ۱- بیمارستان درمورد ایمنی بیمار برنامه استراتژیک دارد و آن را اجرایی و عملیاتی می کند .
- ۲- بیمارستان دارای مدیران و کارمندانی می باشد که وظایف ، مسئولیت و اختیاراتی در خصوص ایمنی بیمار دارند
- ۳- مدیران به منظور ارتقاء فرهنگ ایمنی بیمار، شیوه های اجرایی سلامت بیمار را رهبری کرده و درمورد مدیریت ریسک آموزش دیده و روی فرصت های بهبود و ارتقاء ایمنی فعالیت می کنند .
- ۴- افراد به کار گرفته شده مدیریت ریسک و سلامت بیمار را کنترل می کنند .
- ۵- بیمارستان به طور ماهیانه مورتالیتی و موربیدیتی را در کمیته های بیمارستانی بررسی می کند .
- ۶- وسایل و لوازم ضروری در بیمارستان در دسترس ، آماده و کالیبر می باشد .
- ۷- بیمارستان برنامه و پروتکل مشخصی جهت پاک سازی لوازم پزشکی جهت استفاده مجدد آنها دارد .
- ۸- بیمارستان تجهیزات کافی جهت پاک سازی و استریلیزه کردن سریع لوازم را دارد. ( بخش CSR و استریل بیمارستان فعال بوده و دستور العمل های جهت اجرای برنامه ها دارد )
- ۹- پرسنل استخدام شده چه دائم و چه موقت مهارت کافی و دانش لازم جهت اجرای برنامه های فرایندی را دارند .
- ۱۰- قبل از انجام هر پروسه تهاجمی از بیمار رضایت گرفته می شود و بیمار از تمام خطرات احتمالی پروسه اطلاع دارد .بیمارستان به اندازه کافی به بیمار اطلاعات داده و بیمار اجازه دخالت و تصمیم گیری در مراحل درمان را دارد .
- ۱۱- تمامی بیماران از طریق مشخصات کامل ، تاریخ تولد شناسایی می شوند ولی شماره اتاق و تخت وسیله شناسایی نمی باشد.( بیمارستان بهترین سیستم را جهت شناسایی بیماران دارد )
- ۱۲- بیمارستان کانالهای ارتباطی برای بحرانهای ضروری دارد و دارای یک نظام و برنامه مشخص جهت شناسایی موارد مربوط به ایمنی بیمار می باشد .
- ۱۳- بیمارستان برنامه مشخص و مناسبی در مورد نتایج آزمایشاتی که پس از ترخیص بیماران دریافت می شود دارد.
- ۱۴- بیمارستان گایدلاین ها و دستور العمل هایی در خصوص کنترل و پیشگیری از عفونت دارد .
- ۱۵- بیمارستان نظام و دستور العمل مشخص در خصوص ضد عفونی تمام تجهیزات و لوازم بخصوص در شرایط بحران را دارد .
- ۱۶- بیمارستان گایدلاین و دستور العمل هایی در مورد ایمنی خون و فرآورده های آن دارد که آن را عملیاتی و اجرایی می کند ( گایدلاین درمورد پروسیجر خون- ترانسفوزیون خون - کراس میچ خون- خون ناسالم و حوادث غیر منتظره و ... دارد )
- ۱۷- بیمارستان سیاست انجام تزریقات ایمن ، تزریقات واکسن و infusion ایمن -جراحی ایمن را دارد.

۱۸- بیمارستان یک سیستم دارو دهی ایمن دارد ( وجود دارو های حیاتی ۲۴ ساعته در بیمارستان ) بیمارستان برای مراحل انتخاب دارو ، خرید و تامین دارو ، نگهداری و انبار دارو، order نویسی آماده کردن دارو و تجویز دارو به بیمار دستور العمل مشخصی دارد )

۱۹- بیمارستان دارای استاندارد های محیط ایمن می باشد. (بیمارستان محیط فیزیکی ایمن برای بیماران ، برای کارکنان و ملاقات کنندگان دارد . کمیته ایمنی محیط در بیمارستان تشکیل می شود و امنیت بیمارستان بخصوص در بخش های اورژانس - ویژه - نوزادان و....در نظر گرفته می شود.

۲۰- بیمارستان دارای سیستم مدیریت دفع مناسب پس مانده های بیمارستانی می باشد .

(بیمارستان دارای گایدلاین برای دفع بهداشتی زباله های عفونی و غیر عفونی و وسایل برنده و نوک تیز دارد)

## بنام خدا

دستورالعمل پیشگیری از سقوط بیمار وارزیابی ریسک سقوط بر اساس معیار موریس

\*اقدامات پیشگیرانه از سقوط بیمار از تخت:

-استفاده از نرده محافظ کنار تخت جهت بیماران در معرض سقوط ضروری است.

-در هر شیفت ضروری است ایمنی نرده های محافظ کنترل شود.

-ضروری است پس از ارائه هر گونه خدمات به

بیمار در معرض خطر نرده

محافظ مجدداً بالا آورده شود.

-در صورت هر گونه خرابی نرده مراتب را سریعاً گزارش دهید و پیگیری نمائید.

-الزامی است که بیماران مسن و در معرض خطر همراه داشته باشند.

-الزامی است که تمامی پرسنل در تمامی شیفتها توجه خاصی به بیماران مسن و در معرض خطر داشته باشند.

-در صورتی که بیمار بی قرار است یا درد دارد ضروری است به این

نکته توجه شود و اقدام لازم جهت کنترل آن انجام شود.

-در صورتی که بیمار سابقه سقوط از تخت را دارد در هنگام انتقال به

بخش دیگر حتماً این موضوع را به اطلاع پرسنل بخش مقصد برسانید.

-شاخصهای بیماران در معرض سقوط:

1فقدان هوشیاری

2نداشتن همراه

3کپهولت سن

4توهم / دلیریوم

5کاهش ناگهانی فشار خون

6ضعف عضلانی

7ضعف بینایی

8نابینایی

9معلولیت

10درد غیر قابل تحمل

11مصرف دارویی که باعث گیجی شود

12سابقه سقوط از تخت

13تکرر ادرار

14بی قراری

روش های گوناگونی برای بررسی خطرات سقوط از تخت وجود دارد که در میان انها روش موریس (Morse fall Risk Assesment یا همان MFS بیشتر از سایر روش ها مورد استفاده قرار می گیرد

ارزیابی ریسک سقوط بیمار بر اساس معیار موریس		
ریسک فاکتور	شاخص	امتیاز
سابقه افتادن	بله	۲۵
	خیر	۰
شخیص ثانویه ( سابقه بیماری - سن - مصرف دارو و....)	بله	۱۵
	خیر	۰
وسایل کمک حرکتی	کمک گرفتن از وسایل داخل اتاق ( کمد - صندلی و....)	۳۰
	استفاده از واکر و عصا	۱۵
	کمک گرفتن از پرستار - استراحت در تخت - بدون حرکت - بدون هیچ وسایل کمک حرکتی	۰
IV درمانی و هپارین لاک	بله	۲۰
	خیر	۰
الگوی گام برداشتن و حرکتی	مختل	۲۰
	ضعیف	۱۰
	بیحرکت - استراحت در تخت - طبیعی	۰
وضعیت مغزی	فراموشی و محدودیت های حرکتی	۱۵
	آگاه به توانایی و محدودیت های خود	۰

امتیاز ریسک سقوط بیمار	
ریسک بالا	۴۵ و بیشتر
ریسک متوسط	۲۵-۴۴
ریسک کم	۰-۲۴

اقدامات بعد از سقوط از تخت:

**A** - ارزیابی بلافاصله بعد از سقوط:

بیمار را از نظر صدمات و جراحات وارد شده بررسی کنید و اطلاعات زیر را جمع اوری کنید:

۱- ساعت و زمان سقوط

۲- توضیح بیمار در مورد حادثه سقوط (در صورت امکان)

در هنگام سقوط از تخت بیمار در حال تلاش برای انجام چه کاری بوده است؟

۳- در مورد حادثه از همراه بیمار / مراقبت کننده از بیمار پرس و جو کنید.

۴- علائم حیاتی بیمار را کنترل کنید (دما)

نبض - تنفس - فشار خون



-نبض و فشار اورتوستاتیک)

5 - داروهای بیمار را کنترل کنید.

ایا تمامی داروها به موقع داده شده است ؟

ایا دارویی به اشتباه دو بار داده شده است ؟

6- ارزیابی بیمار از نظر:

-جراحات

-دلیل احتمالی سقوط

-دمانس

-بیماری قلبی

-نورویاتی و....

-ریسک فاکتورها : اختلال در تعادل

-ضعف و....

7- ارزیابی نمره مورس

-سایر فاکتورها:

-ایا تخت در ارتفاع مناسبی قرار دارد ؟

-ایا چرخ های تخت قفل بوده است ؟

-ایا نور مناسب بوده است ؟

-ایا میله محافظ کنار تخت بالا بوده است ؟

B - مستند سازی و پیگیری :

1- گزارش حادثه باید به طور کامل نوشته شده باشد.

2- برگه سیر بیماری باید به پرونده بیمار اضافه شود و نتایج ارزیابی ها ی بعد از سقوط از تخت در ان نوشته شود.

3- بیمار جهت ارزیابی تکمیلی توسط پزشکان معاینه شود.

4- به تیم های لازم جهت بررسی ایمنی بیمار اطلاع داده شود .

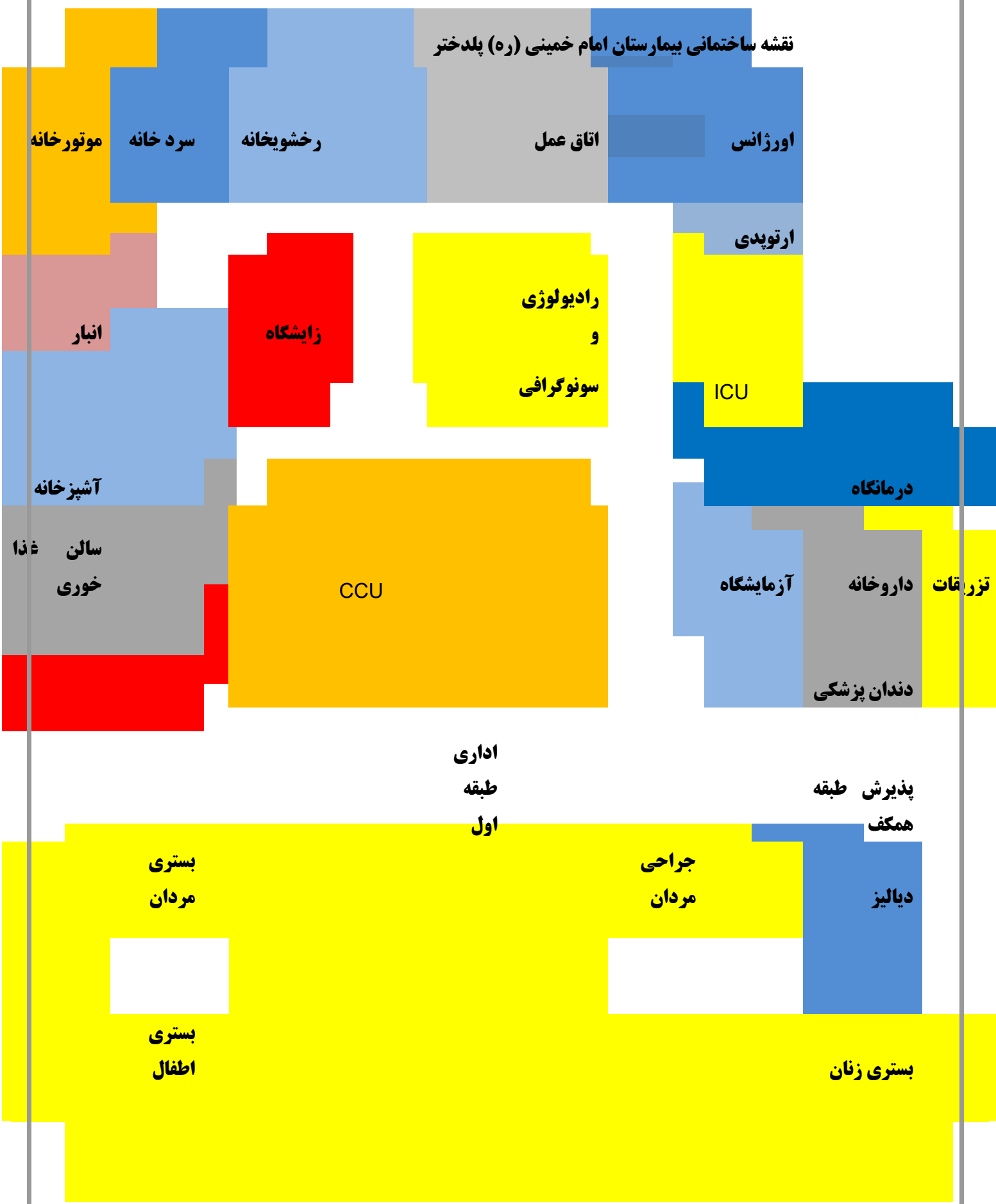
5- به پرسنل همه شیفتها اطلاع داده شود کهبیمار از تخت سقوط کرده است و ممکن است در ریسک سقوط مجدد باشد

اداره پرستاری دانشگاه علوم پزشکی لرستان

## برنامه واحد کنترل عفونت بیمارستان امام(ره) پلدختر:

۱. تشکیل پرونده بهداشتی و تنظیم برنامه معاینات دوره ای و پیگیری واکسیناسیون سه نوبتی هپاتیت B و انجام آزمایشات Hbs Ag – Hbs Ab – Hcv Ab – Hiv Ab برای کلیه پرسنل درمانی و خدماتی مرکز
۲. همکاری در توسعه و اجرای برنامه های آموزشی و افزایش سطح آگاهی پرستاران و دانشجویان و سایر کارکنان و در صورت لزوم به منظور پیشگیری و کنترل عفونت که در این راستا آموزش پرسنل درمانی و خدماتی مرکز بصورت ماهانه انجام می شود .
۳. شناخت منابع عفونتهای بیمارستان از طریق بررسی و انجام پژوهش و بکارگیری نتایج پژوهش ها و مطالعات جدید، که در این راستا نمونه برداری میکروب بصورت هفتگی از بخشهای ویژه و ماهانه از بخشهای دیگر انجام می شود که نتایج آزمایشات فوق در کمیته کنترل عفونت مرکز مطرح و راهکار مناسب به اجرا گذاشته می شود.
- نتایج پژوهشها و اقدامات انجام شده در واحد کنترل عفونتهای بیمارستانی مرکز در سمینارها و کنفرانس های مختلف کشوری ارائه گردیده و مقالات سمینارهای فوق بنام بیمارستان حضرت ولیعصر به چاپ رسیده است .
۴. ارزیابی وسایل و تهیه تجهیزات لازم برای مقابله با عفونتهای خطرناک ، برای تحقق این امر از پیشرفته ترین تجهیزات پزشکی و مواد ضد عفونی که مطابق با استاندارد های بین المللی میباشد ، در این مرکز استفاده می گردد .
۵. بازدید روزانه از بخش های مختلف بیمارستانی برای کشف موارد جدید احتمالی و پیگیری موارد گذشته از طریق نتایج آزمایشات و علائم بالینی .
۶. نظارت و کمک در ایزولاسیون بیمارهای عفونی با توجه به خط مشی های کمیته و امکانات موجود .
۷. تفکیک نیدل های آلوده در ظروف مخصوص در بخشها
۸. در صورت نیدل استیک شدن بلافاصله صور تجلسه انجام و با مهر مسئول بخش به اطلاع پرستار کنترل عفونت رسانده شود.
۹. استفاده از وسایل ایمنی لازم در بخش با توجه به نوع بیماریها(دستکش، ماسک، عینک محافظ)
۱۰. آموزش لازم بیماران بستری در خصوص بیماری مربوط بخصوص بیماران عفونی
۱۱. گزارش موارد مشکوک به عفونتهای بیمارستان به پرستار کنترل عفونت
۱۲. گزارش موارد کشت مثبت بیماران بستری به مسئول بخش و پرستار کنترل عفونت
۱۳. گزارش موارد Temperetur بالا به پرستار کنترل عفونت و ثبت V/S بدو ورود کلیه بیماران

نقشه ساختمانی بیمارستان امام خمینی (ره) پلدختر



## موضوعات مربوط به آتش نشانی

آموزش تنوري شامل :

- ۱- چگونگی عکس العمل اولیه صحیح افراد هنگام وقوع حادثه خصوصاً آتش سوزی ها
- ۲- آشنایی با انواع مواد آتش زا
- ۳- آشنایی با نحوه اطفای انواع مختلف آتش سوزیها
- ۴- رعایت نکات ایمنی جهت جلوگیری از وقوع بحران
- ۵- آموزش عملی به صورت مانور سالیانه انجام می شود.

در صورت آتش سوزی اولین اقدام تماس با اطلاعات جهت پیچ کردن کد آتش نشانی ( 100) می باشد

کلیه بخشها بیمارستان مجهز به ددکتور حساس به دود و حرارت می باشد، به طور خودکار آتش سوزی را اعلام می کند دارای کپسولهای آتش نشانی پر و آماده استفاده و در معرض دید به تناسب بخش می باشد.

تعداد این کپسولها در کل بیمارستان 76 عدد می باشد. که سالانه جهت شارژ آنها اقدام می شود.

عملیات شبیه سازی بر طبق استاندارد های اعتبار بخشی سالیانه در بیمارستان انجام می گردد.

نگهداری از مواد قابل اشتغال و خطر ناک به روش ایمن انجام می گردد (فیکس بودن کپسول های اکسیژن و...)

روشهای عمومی اطفاءحریق : با مهار نمودن یک از اضلاع (حرارت ، اکسیژن و مواد سوختنی ) آتش مهار میشود

الف - سردکردن : این روش با اب و یا دی اکسید کر بن انجام میشود .

(مزایای استفاده از اب ، فراوان و ارزان است و غیر قابل تجزیه توسط حرارت است و معایب ان این است که سنگین است و هادی الکتریسیته و تخریب کننده می باشد ) می باشد

ب - خفه کردن: خفه کردن، با پوشاندن آتش به وسیله خاک و شن و ماسه و پتوی خیس انجام میشود

ج - حذف ماده سوختنی: در ابتدای آتش سوزی موثر است و با قطع جریان و یا ریختن خاکریز انجام پذیر است

د - کنترل واکنشهای زنجیره ای: با استفاده از ترکیبات هالان و یا جوش شیرین انجام می شود

آتش سوزی:

برای شروع آتش سوزی وجود مثلث آتش الزامیست ، جر قه آتش (یک جر قه الکتریکی) و یک منبع سوخت (بنزین ،چوب یا پارچه ) و اکسیژن ( هوا )

انواع مختلف اطفاء کننده ها : اب ، پودر خشک ، گاز دی اکسید کر بن ، فوم

## انواع کپسول آتش نشانی

طرز کار کپسول آتش نشانی:

دهانه آتش نشان رو به آتش گرفته می شود و آتش نشان بوسیله کشیدن ضامن در بالای آن فعال می شود. فشار دادن اهرم باعث خروج فوری مواد خاموش کننده از دهانه می شود. مواد آتش گرفته را فرا می گیرد و مانع رسیدن هوا به شعله شده و آن را سرد می کند حرکت دست به صورت جارویی می باشد و با زاویه ۳۰ درجه گرفته می شود

محتوا	مناسب برای
آب	A
کف	A , B
پودر	A , B , C , E
دی اکسید کربن	A , B , E
مایع بخار شونده	A , B , C , E
هالون	A , B , E
مواد تر	A , F

**B:** مایعات قابل اشتعال مانند بنزین

**A:** جامدات مانن کاغذ و چوب

**E:** الکتریکی از جمله برق

**C:** گازهای قابل اشتعال از جمله پروپان و بوتان

## منابع آتش زنه:

۱- شیمیایی قابل اشتعال: اشتعال و پارچه های روغنی بوسیله اکسیداسیون یا مایعات

۲- الکتریسیته ساکن: از بین رفتن روکش کابلها، اتصالهای کوتاه، تخلیه بار

۳- مکانیکال: جرقه به وسیله اصطکاک یا گرم شدن شدن بیش از حد موتور ، جمع شدن گرد و غبار

۴- منابع عمده: سیگار، سطوح گرم

## مدیریت بحران

مدیریت چیست ؟

صاحب نظری ، مدیریت را هنر انجام امور به وسیله دیگران توصیف کرده و بر نقش دیگران و قبول هدف از سوی آنان تأکید ورزیده است.

گروهی دیگر مدیریت را در قالب انجام وظایفی چون برنامه ریزی، سازماندهی، هماهنگی و... بیان نموده اند بعضی هم مدیریت را اینگونه تعریف کرده اند که : مدیریت را می توان علم و هنر متشکل و هماهنگ کردن ، رهبری و کنترل فعالیت های دسته جمعی ، برای نیل به هدفهای مطلوب با حداکثر کارایی تعریف کرد .

عده ای هم مدیریت را اینگونه تعریف کرده اند : مدیریت عبارتند از حداکثر استفاده مطلوب از منابع موجود (نیروی انسانی - امکانات مالی و امکانات فیزیکی) از طریق اعمال اصول یا نظام مدیریت ( برنامه ریزی - سازماندهی - هدایت و رهبری - نظارت و کنترل و هماهنگی ) برای رسیدن به هدفی خاص.

بحران چیست ؟

بحران در حقیقت یک فشار زایی روانی - اجتماعی بزرگ و ویژه است که باعث در هم شکسته شدن انگاره های متعارف زندگی و واکنش های اجتماعی می شود و با آسیب های جانی و مالی ، تهدیدها ، خطرها و نیازهای تازه ای که به وجود می آورد .

در نتیجه می توان بحران را اینگونه تعریف کرد :

- حادثه ای که به طور طبیعی و یا توسط بشر به طور ناگهانی و یا به صورت فزاینده به وجود می آید و سختی و به مشقتی به جامعه انسانی به گونه ای تحمیل نماید که جهت بر طرف کردن آن نیاز به اقدامات اساسی و فوق العاده باشد.

آثار و خصوصیات بحران

به طور کلی اثرات و خصوصیات بحران را می توان در سه بخش زیر طبقه بندی نمود:

الف - سطح جهانی؛

ب - سطح ملی؛

الف ( حوادث طبیعی

ب ( حوادث غیر طبیعی

( ساخته دست بشر )

۱ - ناگهانی : مثل سیل - زلزله - طوفان -

آتشفشان - رانش زمین

۲ - درازمدت : مثل اپیدمی - خشکسالی - قحطی

انواع حوادث و بحرانها :

۱ - ناگهانی : مثل سوانح ساختمانی - تصادفات -

انفجارات - آتش سوزی

۲ - درازمدت : مثل درگیری های داخلی و اغتشاشات

اجتماعی - جنگ

ویژگی های بحران :

- ۱- بحران عموماً غیر قابل پیش بینی است ( یعنی نمی توان پیش بینی کرد که کی و در کجا اتفاق می افتد )
- ۲- بحران ها آثار مخربی دارند و مردمی که تا قبل از بحران نیازمند کمک نبودند به محض وقوع بحران نیازمند کمک می شوند .
- ۳- ماهیت و آثاری طولانی و استهلاکی دارند .
- ۴- در وضعیت بحرانی معمولاً تصمیم گیری تحت شرایط وخیم و در زمان محدود و اطلاعات مورد نیاز تصمیم گیرندگان ناقص است .
- ۵- زمان موجود برای پاسخ دهی پیش از انتقال تصمیم را محدود کرده و اعضای واحد تصمیم گیری را به تعجب و حیرت وا می دارد .
- ۶- محدودیت و فشردگی زمان ، غافلگیری ، استرس و مخدوش شدن اطلاعات .

مدیریت بحران

- فرآیند پیش بینی و پیشگیری از وقوع بحران برخورد و مداخله در بحران و سالم سازی بعد از وقوع بحران را مدیریت بحران گویند

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

امروزه عمده ترین نقاط ضعف مدیریت بحران عدم هماهنگی و همکاری سازمانها ، کمبود ضوابط و مقررات جامع و مانع و پراکندگی و نا کافی بودن قوانین و مقررات موجود ، محدودیت منابع مالی است، اما خوشبختانه نقاط قوت بسیاری نیز وجود دارد که خود شامل تجارب مفید در مدیریت ها بحران و روحیه تعاون و نودوستی در جامعه و مشارکت خوب و ارزشمند مردم و سازمانهای NGO همچون جمعیت هلال احمر است که می توان با مرتفع نمودن نقاط ضعف و توجه بیشتر به نقاط قوت راه را برای عملکرد هر چه بهتر و قویتر در امر مدیریت بحران هموار نمود . باید تهدیدها و فرصت ها را به خوبی شناخت و خود را برای مقابله با تهدیدها و استفاده از فرصتها آماده ساخت .

تهدیدها

تهدیدها عبارتند از : کاهش انگیزه و علاقه نیروهای داوطلب و مردمی در همکاری لازم وارد به خدمات ، ادامه یافتن مشکلات هایی و کمبودها در زمینه امکانات و تجهیزات تأخیر در روند افزایش عمومی جامعه .

فرصت ها

فرصت ها عبارتند از : روند رو به توسعه اطلاعات رسانی و فن آوری ارتباط مانند اینترنت و سیستمهای ماهواره ای، تکنولوژی جهانی در حیطه تجهیزات امداد، افزایش باور عمومی در خصوص آسیب پذیری و خطر خیزی کشور و جریان جهانی موجود که مایه افزایش باور عمومی در خصوص آسیب پذیری و خطر خیزی کشور و جریان جهانی موجود که مایه افزایش توجه و اعتماد مردم به سازمانهای NGO گردیده است . در حقیقت مدیر بحران یک هماهنگ کننده بین ارگانهای سرویس دهنده و تعیین کننده خط مشی فعالیت ها است و باید حداقل در سازمان خود آمادگی لازم را بوجود بیاورد ، سیستمهای اداری را بهبود بخشد و با تاکتیک مدیریتی ، کارایی و اثر بخشی افراد را بیشتر و به عوامل اجتماعی ، سیاسی و فرهنگی بحران توجه کند . مدیر بحران باید تفویض اختیارات را در نظر بگیرد یعنی سطح اختیار هر شخصی را با توجه به نیازهای مشخص کند تا از تداخل اختیارات جلوگیری کند در مدیریت بحران معمولاً چندین سازمان مختلف درگیر انجام وظایفی می شوند که باید با هماهنگی کامل نسبت به پیشگیری از بحران کاهش اثرات آن و آمادگی لازم اقدام نمایند و همچنین سازمانهای مربوط باید بنحو مطلوبی نسبت به انجام تمهیدات لازم و ضروری و همچنین بهبود امور و اوضاع بعد از بروز بحران اقدام بعمل آورند .

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 » متاسفانه در کشور ما زنگ خطرها نادیده و نا شنیده گرفته می شوند و بعد از وقوع بحران تازه به فکر می افتیم و راه حلی جستجو می نمائیم . متاسفانه 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 آشفستگی 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. خصوصیات فرآیند تصمیم گیری را به شرح زیر می توان بیان کرد:

- ۱- پرهیز از جزئی نگری
- ۲- انجام به موقع و درست کار
- ۳- نظر خواهی برای انتخاب راه حل
- ۴- انتخاب بهترین راه حل و تصویب و اجرای به موقع آن
- ۵- اتخاذ تصمیمات مؤثر بر اساس اطلاعات صحیح در جهت کاهش خسارات و کنترل سریع بحران 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 نابسامان 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 .



## مدیریت خطر و ایمنی بیمار (Risk manage) : (ment & patient safety)

### تعریف مدیریت خطر:

انجام فعالیت های بالینی و اداری برای شناسایی، ارزیابی، و کاهش خطر آسیب به بیماران، کارکنان، و ملاقات کنندگان و خطر از دست دادن خود سازمان.

مفهوم مدیریت خطر موضوع نوینی است که در آن به خطرات ناشی از نظام سلامت بر روی بیماران می پردازد. در واقع یکی از عواملی که بیماران و جامعه را مورد خطر قرار می دهد خود نظام سلامت است.

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

ریسک و ایمنی رابطه معکوس دارد؛

بطوریکه می توان گفت:

هر چه احتمال بروز خطر کمتر باشد، ایمنی بیشتر است پس در واقع ایمنی، نداشتن یا کم کردن حوادث ناخوشایند یا خطا است. طبیعی است که سازمانها در تلاش هستند تا ایمنی را به حد مطلوب برسانند. به مجموعه کارهایی که انجام می دهیم تا این امر به حد مطلوب مهیا شود مدیریت خطر گفته می شود.

علل نیاز به مدیریت خطر در نظام سلامت

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

## چهار روش مدیریت خطر

### ۱- اجتناب از خطر

### ۲- به حداقل رساندن و یا کاهش اثرات منفی خطر

### ۳- انتقال خطر

### ۴- پذیرش برخی یا تمامی عواقب ناشی از خطر

#### ۱- 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 ۱۰٪ گلوکز که بسته بندی یکسانی دارند. پس با بسته بندی دارویی به گونه ای که دارو ها به طور واضح از هم قابل تشخیص باشند، از بروز خطرات احتمالی اجتناب کنیم.

#### ۲- به حداقل رساندن و یا کاهش اثرات منفی خطر :

در مواقعی 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 .

#### ۳- انتقال خطر:

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.


#### ۴- پذیرش برخی یا تمامی عواقب ناشی از خطر

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.

## شهرستان پل دختر



### اطلاعات

کشور:	 ایران
استان:	لرستان
مرکز شهرستان:	شیرپل دختر
جمعیت شهرستان (۱۳۸۵):	۷۵,۰۱۴
مساحت شهرستان:	
تعداد بخش:	۲
تعداد شهری پایه:	
تعداد دهستان:	۷
وبگاه:	

شهرستان پلدختر یکی از شهرستانهای استان لرستان است که در جنوب این استان قرار گرفته است. این شهرستان دارای آب و هوای معتدل در زمستان و گرم در تابستان است. جاده سراسری تهران به خوزستان از این منطقه می‌گذرد و رودخانه دائمی کشکان نیز از دره‌های تنگ

کوههای زاگرس منطقه عبور می‌کند. کار مردم منطقه بیشتر کشاورزی است. مرکز این شهرستان شهر پلدختر است.

شهرستان پل دختر در حدود ۱۰۰ کیلومتری جنوب باختری خرم‌آباد واقع شده و شهرستان مرزی بین استان‌های لرستان و ایلام است. محدوده این

شهرستان قبلا از توابع بخش ملاوی خرم‌آباد بود، اما در حال حاضر خود به یک شهرستان تبدیل شده و مرکز آن شهر پل دختر است. پل دختر حدود ۴۹ کیلومتر با شهرستان دره شهر از استان ایلام فاصله دارد.

نام این شهر ظاهرا از نام پل بزرگ و محکمی که از روزگار ساسانیان به جا مانده گرفته شده است. هم اکنون ستونهای تخریب شده از این پل که بر روی رودخانه زده شده قابل رویت بوده و کنگره آن که جاده سراسری از زیر آن رد می‌شود همچنان پا بر جاست. مرکز شهرستان پل دختر از نظر جغرافیایی در ۴۷ درجه و ۴۲ دقیقه درازای خاوری و ۳۳ درجه و ۹ دقیقه پهنای شمالی و در ارتفاع ۶۶۰ متری از سطح دریا قرار دارد. آب و هوای آن نسبتا گرم و نیمه خشک است و بیشترین درجه گرما ۴۵ درجه، کمترین دما ۱۵- درجه و مقدار بارش سالانه بطور متوسط ۴۵۰ میلیمتر است. شهرستان پل دختر از شمال و خاور به شهرستان خرم‌آباد، از شمال و شمال باختری به شهرستان کوهدشت، از جنوب به استان‌های خوزستان و ایلام محدود می‌باشد. راه اصلی خرم‌آباد - اندیمشک از شهرستان پل دختر می‌گذرد. از این شهرستان به سوی شمال تا خرم‌آباد حدود ۱۱۰ کیلومتر و به سوی جنوب خاوری تا اندیمشک حدود ۱۰۲ کیلومتر فاصله است.

کشاورزی در این منطقه رواج نسبتا خوبی دارد و آب مورد نیاز برای آن از رودخانه‌ها و چاه‌ها تامین می‌شود. محصولات کشاورزی این منطقه عبارتند از: خیار، انجیر، گندم، جو، بنشن، تره بار و برنج. اقتصاد پل دختر بر پایه کشاورزی، دام‌داری و صنایع استوار است. فرآورده‌های کشاورزی این استان همراه با فرآورده‌های دامی و لبنی جزو صادرات این شهرستان است. صنایع کارخانه‌ای پل دختر، بیش‌تر صنایع ساختمانی است که مصالح ساختمانی تولید شده آن نیز به دیگر شهرستان‌ها صادر می‌شود. تالابهای زیبای پلدختر (۱۳ تالاب)، غار مشهور و باستانی کلماکره، پل کلهر یا «مملو»، گورستان چشمک

پل دختر

پل



و مقبره حیات‌الغیب از مهم‌ترین مکان‌های دیدنی و تاریخی شهرستان پلدختر به شمار می‌آیند. **بخش‌ها و دهستانها** بخش مرکزی شهرستان پلدختر دهستان جایدرد دهستان جلوگیر دهستان ملاوی دهستان میانکوه غربی بخش معمولان دهستان میانکوه شرقی دهستان افرینه دهستان معمولان

مختصات: شرقی "۴۹' ۴۲' ۴۷° شمالی "۱۳' ۰۹' ۳۳° شرقی ۴۷°/۱۵۳۶۱۱۱ شمالی (نقشه)



## **قوانین مربوط به رعایت استانداردهای پوشش**

کلیه کارکنان بیمارستان موظف به رعایت استانداردهای پوشش در بیمارستان می‌باشند. لباس کارکنان کادر درمانی با رنگهای مشخص و متحدالشکل به شرح ذیل می‌باشد:

و کفش روبسته

**دانشجویان پرستاری (خانم):** روپوش سفید، مقنعه مشکی، شلوارمشکی و کفش روبسته

**دانشجویان پرستاری (آقا):** روپوش سفید، شلوار مشکی و کفش روبسته

**مدیر پرستاری (آقا):** روپوش سفید و شلوار سرمه‌ای، کفش مشکی

**سر پرستاران (خانم):** مانتو، شلوار و مقنعه سرمه‌ای و کفش روبسته سفید

**پرستاران (خانم):** مانتو و شلوار سرمه‌ای، مقنعه سفید و کفش روبسته سفید

**سر پرستاران (آقا):** روپوش سفید و شلوار سرمه‌ای و کفش روبسته

**پرستاران (آقا):** روپوش سفید و شلوار سرمه‌ای و کفش روبسته

**سوپروایزران (خانم):** مانتو و شلوار سرمه‌ای و مقنعه سرمه‌ای و کفش روبسته سفید

**سوپروایزران (آقا):** روپوش سفید و شلوار سرمه‌ای و کفش روبسته

**پرسنل اتاق عمل:** کل پوشش به رنگ سبز

**پرسنل بیهوشی:** کل پوشش به رنگ آبی

### **مقررات مرخصی:**

مستخدم رسمی و پیمانی دولت از نخستین ماه خدمت خود ماهانه بمیزان ۲/۵ روز به نسبت به مدت خدمت، استحقاق مرخصی دارد. طبق قانون خدمات کشوری کلیه کارکنان رسمی و پیمانی قرارداد تبصره ۳ و ۴ و مجاز به ذخیره مرخصی خود تا سقف ۱۵ روز درسال می باشند. درضمن کارگران دائم می توانند ۲۶ روز درسال از مرخصی استحقاقی استفاده نمایند. و نیز ۹ روز درسال از مرخصی استحقاقی خودرا ذخیره کنند.

ماده ۳۴- در احتساب مرخصی، روز، ماه و سال مطابق تقویم رسمی کشوری است و در مرخصی روزانه ماه سی روز حساب می شود. مرخصی های کمتر از یک روز(پاس) با توجه به ساعات کار روزانه وزارتخانه یا مؤسسه دولتی جزء مرخصی استحقاقی مربوطه محاسبه خواهد شد. و از مرخصی استحقاقی سالیانه کسر می شود.

### **آئین نامه مرخصی استحقاقی:**

مستخدم می تواند با درخواست کتبی و موافقت رئیس یا معاون اداره از مرخصی استحقاقی سالیانه استفاده نماید.

طبق ماده ۱، مستخدم رسمی و پیمانی قراردادی از نخستین ماه خدمت، از مرخصی استحقاقی بهره مند بوده و بر اساس مقررات این آئین نامه می توانند به صورت کلی و جزیی از مرخصی خود استفاده نمایند.

تبصره- افرادی که طبق ماده ۶۷ قانون استخدام کشوری مجدداً استخدام می شوند می توانند از مرخصی استحقاقی ذخیره شده قبلی خود طبق مقررات این آئین نامه استفاده نمایند.

ماده ۶- استفاده از مرخصی استحقاقی منوط به تقاضای کتبی مستخدم و موافقت رئیس واحد مربوطه و در غیاب او معاون وی می باشد. هر کارمند موظف است در طول سال مرخصی استحقاقی سالیانه خود را درخواست نماید و رئیس یا معاون واحد مربوطه نیز موظفند ترتیبی اتخاذ نمایند تا امکان استفاده کارمندان از مرخصی سالیانه «به میزان استحقاق» فراهم گردد. و با درخواست ایشان در این زمینه با در نظر گرفتن زمان مناسب، موافقت نماید.

ماده ۱۰- حداکثر مدتی که مستخدم در یکسال تقویمی می تواند از مرخصی استحقاقی همان سال و مرخصی استحقاقی ذخیره شده استفاده نماید جمعاً بیشتر از چهار ماه نباید تجاوز کند. چنین مستخدمی هر گاه بخواهد از باقیمانده مرخصی ذخیره شده خود نیز استفاده نماید باید حداقل یکسال تمام خدمت کرده باشد.

ماده ۱۳ - مستخدم دولت در صورت ذخیره مرخصی می تواند در هنگام بازنشستگی از مرخصی های ذخیره شده خود استفاده نماید. همچنین تعطیلی بین مرخصی استحقاقی بر اساس قانون خدمات کشوری بعنوان مرخصی محاسبه نمی گردد. ولی برای نیروهای بهداشتی درمانی و غیره اگر بصورت شifیتی انجام وظیفه نمایند (کامل محاسبه میگردد)

مرخصی استحقاقی پرسنل مشمول قرارداد ، تبصره ۳ ماده ۲ و تبصره ۴ ماده ۲ . تبصره ۳ ماده ۲ ، ۱۵ روز در سال قابل ذخیره می باشد. ولی تبصره ۴ ، ۹ روز در سال قابل ذخیره می باشد.

در صورت استخدام پرسنل طرحی بصورت پیمانی یارسمی ، امکان انتقال مرخصی استحقاقی دوره طرح قابل ذخیره و انتقال میباشد.

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

### **آئین نامه مرخصی استعلاجی:**

ماده ۲۱ - هر گاه مستخدم رسمی دولت بیمار شود و آن بیماری مانع از خدمت او باشد لازم است مراتب را در کوتاه ترین مدت به اداره متبوع اطلاع دهد و گواهی استراحت از پزشک معالج را به رئیس اداره یا معاون ارائه نماید.

ماده ۲۴ - چنانچه مستخدم بیش از چهار ماه مرخصی استعلاجی استفاده نماید برابر ماده ۲۴ آیین نامه مرخصی ها و تشخیص کمیسیون پزشکی مبنی بر صعب العلاج بودن بیماری حکم مرخصی صعب العلاج تا سقف ۴ ماه توسط کارگزینی صادر می گردد و در صورت عدم بهبودی ، قابل تمدید می باشد . در مورد بیماری صعب العلاج، حداکثر تا یکسال حقوق و فوق العاده های مربوطه و در مدت مازاد بر یکسال فقط حقوق و کمک هزینه اولاد و عائله مندی پرداخت می گردد.

ماده ۱۹ - در مدت مرخصی صعب العلاج، مرخصی استحقاقی به کارکنان فوق الذکر تعلق نمی گیرد. ضمناً برابر دستور العمل شماره ۸۲/۷/۱ مورخ ۱۳۷۱/۳/۲ ک بانوان باردار بعد از زایمان چنانچه دچار عارضه دیگری مانند شکستگی شوند، در صورت تأیید کمیسیون پزشکی می توانند از مرخصی صعب العلاج بهره مند شوند.

ماده ۲۷ - بر اساس آئین نامه مرخصیها به مستخدمی که از مرخصی استعلاجی استفاده می نمایند تا چهار ماه و در صورتیکه به علت ابتلا به بیماری صعب العلاج یا زایمان، مرخصی استعلاجی فرد بیش از چهار ماه باشد تا حداکثر یک سال حقوق و فوق العاده های مربوط (فوق العاده سختی شرایط محیط کار، کمک هزینه عائله مندی، کمک هزینه اولاد) قابل پرداخت می باشد.

ماده ۱۹- به مرخصی استعلاجی بیش از چهار ماه، مرخصی بدون حقوق، کارمند آماده به خدمت، معلق، منفصل از خدمت، غایب و در حال انجام خدمت زیر پرچم مرخصی استحقاقی تعلق نمی گیرد.

ماده ۱۴ - آیین نامه استخدام پیمانی - حقوق و فوق العاده های مستخدمین پیمانی و قراردادی که عدم اشتغال آنان به سبب بیماری باشد تا سه روز توسط دستگاه مربوطه پرداخت خواهد شد و مازاد بر سه روز تا خاتمه بیماری و حداکثر تا پایان قرارداد مشمول مقررات تامین اجتماعی خواهد بود.

### **مرخصی بدون حقوق:**

برابر تبصره ۲ ماده ۴۹ قانون استخدام کشوری مستخدم رسمی دولت می تواند در طول خدمت در وزارت متبوع با موافقت رئیس اداره از حداکثر سه سال مرخصی بدون حقوق استفاده نماید ضمناً در صورت ادامه تحصیل در تحصیلات عالی تا دو سال دیگر قابل تمدید خواهد بود (حداکثر ۵ سال). برای کارکنانی که همسران آنان در مشاغل حساس دولتی می باشند برابر تبصره ۵ ماده قانونی تا سقف ۶ سال قابل تمدید می باشد.

برابر بند یک تصویبنامه شماره ۲۸۵۷۶/ت-۵۳۱۶۵۷- مورخ ۸۵/۵/۱۰ هیات وزیران مستخدم پیمانی می تواند در صورت نیاز با موافقت دستگاه استخدام کننده از مرخصی بدون حقوق و حداکثر به میزان مدت قرارداد استفاده نماید.

ماده ۳۲- استفاده از مرخصی بدون حقوق به اختتام دوره آزمایشی است و فقط در موارد ذیل امکان پذیر خواهد بود:

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

۲- مستخدم قصد ادامه تحصیل داشته باشد و مدارک لازم را ارائه نماید.

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

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

تبصره - اعطای مرخصی بدون حقوق به مستخدمین آزمایشی که در طول خدمت آزمایشی با ارائه مدارک و با تشخیص مؤسسه متبوع خود نیاز به استفاده از مرخصی بدون حقوق داشته باشند حداکثر تا دو ماه متوالی با رعایت سایر مقررات این فصل امکان پذیر خواهد بود.

ماده ۳۳- مستخدم باید تقاضانامه استفاده از مرخصی بدون حقوق را با ذکر علت و مدت آن بعد از موافقت مسئول مربوطه (بلافاصل) به مدیر یا رئیس مرکز تحویل نماید و در صورت موافقت حکم مرخصی بدون حقوق با رعایت تبصره ۲ ماده ۴۹ قانون استخدام کشوری صادر خواهد نمود. در مورد مستخدمین موضوع بند «۴» ماده ۳۲ این آئین نامه چنانچه بیماری به تأیید پزشک معتمد برسد موافقت با مرخصی بدون حقوق الزامی خواهد بود.

تبصره ۴: کارمندان زن که همسران آنان در مأموریت به سر می برند تا پایان مأموریت حداکثر به مدت ۶ سال می توانند از مرخصی بدون حقوق استفاده نمایند.

- در استعلام بعمل آمده و اصلاحیه هیئت محترم وزیران احتساب سوابق خدمتی ایام مرخصی بدون حقوق در لایحه خدمات کشوری به هر شکل ممکن لغو گردیده است.

### **مرخصی کمتر از یک روز**

طبق ماده ۲ مرخصی کمتر از یک روز (پاس شخصی) جزء مرخصی استحقاقی مستخدم منظور و محاسبه می شود و به ازاء هر ۷/۵ ساعت معادل یک روز از مرخصی استحقاقی مستخدم کسر می گردد. سقف تعیین شده حداکثر ۱۲ روز در یکسال می باشد.

### **آیین نامه حضور و غیاب کارکنان :**

ماده ۱- کلیه کارکنان دستگاه های اجرائی مکلفند ساعات تعیین شده برای ورود به محل خدمت و خروج از آن را رعایت نموده، ساعات ورود و خروج خود را در کارت ثبت نمایند.

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

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

ب- تأخیر در ورود بیش از ۲ ساعت در ماه مستلزم کسر حقوق و مزایای شغل و مزایای مستمر مستخدمین رسمی و ثابت و اجرت و فوق العاده مخصوص و سایر فوق العاده های مستخدمین پیمانی یا دستمزد کارکنان خرید خدمت و قراردادی به میزان کل ساعات تأخیر خواهد بود.

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

ماده ۵- به مستخدمی که در هر ماه بیش از ۴ بار تأخیر در ورود یا تعجیل در خروج غیرموجه داشته باشد و جمع مدت تأخیر مزبور به بیش از ۴ ساعت در ماه برسد در قبال مجموع تأخیر برای ماه اول و دوم کتباً اخطار داده خواهد شد و برای ماه سوم فوق العاده شغل مستخدم خاطی بمیزان ۳۰ درصد و برای ماه چهارم به میزان ۵۰ درصد و برای ماه پنجم به میزان صد درصد و به مدت یکماه کسر خواهد شد و در صورت تکرار پرونده مستخدم جهت رسیدگی به «هیأت رسیدگی به تخلفات اداری» ارجاع خواهد گردید.

موارد موجه تأخیر در ورود یا تعجیل در خروج با تشخیص مدیر ذیربط جزء مرخصی استحقاقی منظور می شود:

-حوادث غیر مترقبه برای مستخدم ، فرزندان و سایر افراد تحت تکفل

-احضار مستخدم توسط مراجع قضایی و انتظامی

### **خدمت نیمه وقت بانوان:**

ماده ۲- خدمت نیمه وقت خدمتی است که ساعات کار آن طبق مقررات این قانون نصف ساعات کار مقرر هفتگی وزارتخانه و مؤسسات مربوطه باشد. نحوه و ترتیب انجام خدمت نیمه وقت بر اساس ساعات کار وزارتخانه و مؤسسه ذیربط و طبق نظر بالاترین مقام مسئول دستگاه تعیین خواهد گردید و در هیچ مورد کمتر از نصف ساعات کار مقرر هفتگی وزارتخانه و مؤسسه و شرکت مربوطه نخواهد بود.

ماده ۳- کارمندان زنی که از خدمت نیمه وقت استفاده می کنند نصف حقوق گروه و پایه و یا حقوق ثابت و فوق العاده شغل و یا مزایای شغل و یا عناوین مشابه دیگر و فوق العاده ها و مزایائی که بطور مستمر پرداخت می شود به آنان تعلق خواهد گرفت و لیکن فوق العاده های محل خدمت، بدی آب و هوا و محرومیت از تسهیلات زندگی از محدودیت مذکور مستثنی بوده و بطور کامل پرداخت می شود.



ماده ۵- حداقل مدت استفاده از خدمت نیمه وقت بانوان یک سال می باشد

ماده ۷- سنوات خدمت نیمه وقت بانوان از لحاظ سابقه خدمت لازم برای بازنشستگی و استفاده از حقوق وظیفه یا مستمری، در صورت پرداخت کسورات بیمه کامل بطور کامل محسوب خواهد شد لیکن در احتساب حقوق بازنشستگی و وظیفه و یا مستمری و نیز دریافت پایه این گونه کارمندان (علاوه بر مدت خدمت تمام وقت) نصف مدت خدمت نیمه وقت منظور و محسوب خواهد گردید. کسور بازنشستگی یا حق بیمه مربوط به سهم کارمندان مزبور به نسبت حقوق و مزایائی که بر اساس این قانون به آنان تعلق می گیرد، کسر و به صندوق مربوطه واریز خواهد شد.

تبصره- سنوات خدمت نیمه وقت بانوان به شرط پرداخت کسور بازنشستگی و حق بیمه به نسبت تمام حقوق گروه و پایه و یا حقوق بازنشستگی در حکم خدمت تمام وقت محسوب می شود.

ماده ۱۱- در صورتی که کارمندان نیمه وقت قبل از پایان مدت خدمت نیمه وقت درخواست انجام خدمت تمام وقت را بنمایند در صورت ضرورت و موافقت وزارتخانه و مؤسسه مربوطه، خدمت نیمه وقت آنان به خدمت تمام وقت تبدیل خواهد گردید و در هر حال خدمت نیمه وقت کمتر از یک سال نخواهد بود.

ماده ۱۲- استفاده از خدمت نیمه وقت منوط به درخواست کتبی مستخدم و صدور حکم جداگانه در این مورد است و در حکم باید نحوه و ترتیب خدمت نیمه وقت و مدت استفاده از خدمت نیمه وقت و سایر موارد مشخص گردد.

ماده ۱۵- پرداخت فوق العاده اضافه کار ساعتی و فوق العاده روزانه به این قبیل کارکنان ممنوع می باشد.

### قانون ترویج تغذیه با شیر مادر و حمایت از مادران در دوران شیردهی

ماده ۵- مادران مشمول این آیین نامه پس از پایان مرخصی زایمان و در دوران شیردهی باید در کار قبلی خوداشتغال یابند. در دوران یاد شده نقل و انتقال آنها ممنوع است مگر اینکه خود، متقاضی تغییر شغل یا نقل و انتقال باشند.

ماده ۶- مادران مشمول این آیین نامه می توانند طی ساعات مقرر کار روزانه حداکثر از یک ساعت مرخصی ساعتی استفاده کنند. مادران یادشده می توانند برحسب نیاز کودک، مرخصی یاد شده را حداکثر در سه نوبت استفاده کنند مدت مرخصی ساعتی برای مادران دارای فرزند دوقلو و بالاتر به میزان دو ساعت می باشد.

تبصره ۱ ماده ۳- قانون ترویج تغذیه با شیر مادر و حمایت از مادران در دوران شیردهی:

این بانوان پس از شروع بکار مجدد و اتمام مرخصی استعلاجی (زایمان) در صورت ادامه شیردهی می توانند حداکثر تا بیست و چهار ماهگی کودک، روزانه یک ساعت از مرخصی (پاس شیر) بدون کسر از مرخصی استحقاقی استفاده نمایند.

ماده ۴- استفاده از مرخصی ساعتی تا سن (۲۴) ماهگی کودک، منوط به ارایه گواهی مرکز بهداشتی- درمانی مبنی بر تغذیه شیرخوار توسط مادر است.

### مرخصی زایمان

۱- مدت مرخصی استعلاجی زایمان بمدت ۹ ماه (مربوط به کسانی است که از بیمه سلامت استفاده می کنند و کارکنان دولت محسوب می گردند)/

۲- مدت مرخصی استعلاجی وضع حملهای دو قلو و بیشتر بمدت یکسال می باشد.

۳- مدت و ساعت شیردهی برای وضع حملهای دوقلو و بیشتر بمدت ۲ ساعت در روز و بمیزان ۲۴ ماه می باشد.

درضمن طبق نامه شماره ۲۰۹/۸۹ مورخ ۹۲/۶/۵ و پیرو نامه شماره ۷۳/۲۰۹ مورخ ۹۲/۵/۹ مبنی برارسال مصوبه اصلاح قوانین تنظیم جمعیت و خانواده توسط ریاست محترم جمهوری نامه شماره ۹۲/۹۱/۹۲ ت ۴۶۵۲۷ مورخ ۹۲/۴/۱۹ هیئت محترم وزیران به آن وزارتخانه باستحضار می رساند علیرغم تکلیفی که در بند ۱ مصوبه فوق مبنی برافزایش مدت مرخصی زایمان (یک ودوقلو) جهت زنان شاغل دربخشهای دولتی و غیر دولتی به ۹ ماه تمام باپرداخت حقوق و فوق العاده های مربوط گردیده است شعبه تامین اجتماعی اعلام می دارند مصوب فوق به آنان ابلاغ نشده و غرامت دستمزد مازاد بر ۶ماه مرخصی زایمان را پرداخت نمی نمایند /.

### **مرخصی ورزشی:**

-شامل مربیان، قهرمانان، داوران، پزشکان ورزشی و ...

-بدرخواست کتبی سازمان تربیت بدنی

-مأموریت بدون پرداخت حق فوق العاده.

## نحوه محاسبه حقوق در قانون مدیریت خدمات کشوری

### نحوه محاسبه حق شغل و شاغل

کسانی که دارای ۶ سال سابقه خدمت مرتبط یا ۱۰ سال سابقه خدمت غیر مرتبط باشند در رتبه پایه و اگر به این سابقه نرسیده باشند با رتبه مقدماتی سنجیده می شوند. (کارمندانی که در رتبه مقدماتی قرار گرفته و به ازای هر ۶ سال سابقه خدمت تمام وقت با تجربه مربوط و مشابه و یا ۱۰ سال تجربه غیر مربوط، به یک رتبه بالاتر، ارتقا می یابند. کارمندان مشمول این بند در مشاغل تا سطح کاردانی حداکثر تا رتبه پایه و در مشاغل سطح کارشناسی و بالاتر، حداکثر تا رتبه ارشد ارتقا می یابند)

باید توجه داشت که امتیاز حق شغل مشاغل آموزشی تمام وقت وزارت آموزش و پرورش و مشاغل بهداشتی و درمانی وزارت بهداشت درمان آموزش پزشکی با توجه به طبقه و رتبه شغلی مربوط به ضریب (۱/۱) محاسبه می شود. (یعنی باید آنرا در ۱/۱ ضرب نماییم. (جدول شماره ۱)

امتیاز فوق العاده مدیریت هر یک از عناوین مدیریت و سرپرستی (مدیران حرفه ای) متناسب با پیچیدگی وظایف و مسئولیت ها حیطه سرپرستی و نظارت و حساسیت های شغلی و سایر عوامل مربوط بر اساس جدول شماره ۲ تعیین می شود.

این جدول مخصوص ادارات شهرستان ها، مدیریت شهرستان ها و استان و همچنین در سطح وزارتخانه می باشد. که برای محاسبه می توان بطور خلاصه چنین عنوان نمود که شهرستان ها و استان باید از سطح ۲ استفاده نمایند. (از طرح سوابق مدیریتی در این بحث صرف نظر می کنیم).

جدول شماره ۱) امتیاز حق شغل بر اساس این جدول است (

امتیاز حق شغل × ضریب سال

رتبه های شغلی	طبقات جدول		پایه	ارشد	خبره	عالی
	گروه های					
	۲۰ گانه					

					قبلی	
			۲۶۵۰	۲۴۰۰	۵ تا ۱	طبقه ۱
			۲۸۵۰	۲۶۰۰	۶	طبقه ۲
			۳۰۵۰	۲۸۰۰	۷	طبقه ۳
۴۶۰۰	۴۰۵۰	۳۶۰۰	۳۲۵۰	۳۰۰۰	۸	طبقه ۴
۴۸۰۰	۴۲۵۰	۳۸۰۰	۳۴۵۰	۳۲۰۰	۹	طبقه ۵
۵۰۰۰	۴۴۵۰	۴۰۰۰	۳۶۵۰	۳۴۰۰	۱۰	طبقه ۶
۵۲۰۰	۴۶۵۰	۴۲۰۰	۳۸۵۰	۳۶۰۰	۱۱	طبقه ۷
۵۴۰۰	۴۸۵۰	۴۴۰۰	۴۰۵۰	۳۸۰۰	۱۲	طبقه ۸
۵۶۰۰	۵۰۵۰	۴۶۰۰	۴۲۵۰	۴۰۰۰	۱۳	طبقه ۹
۵۸۰۰	۵۲۵۰	۴۸۰۰	۴۴۵۰	۴۲۰۰	۱۴	طبقه ۱۰
۶۰۰۰	۵۴۵۰	۵۰۰۰	۴۶۵۰	۴۴۰۰	۱۵	طبقه ۱۱
۶۲۰۰	۵۶۵۰	۵۲۰۰	۴۸۵۰	۴۶۰۰	۱۶	طبقه ۱۲
۶۴۰۰	۵۸۵۰	۵۴۰۰	۵۰۵۰	۴۸۰۰	۱۷	طبقه ۱۳
۶۶۰۰	۶۰۵۰	۵۶۰۰	۵۲۵۰	۵۰۰۰	۱۸	طبقه ۱۴
۶۸۰۰	۶۲۵۰	۵۸۰۰	۵۴۵۰	۵۲۰۰	۱۹	طبقه ۱۵
۷۰۰۰	۶۴۵۰	۶۰۰۰	۵۶۵۰	۵۴۰۰	۲۰	طبقه ۱۶

جدول امتیاز مدیریت (شماره ۲)

حوزه جغرافیایی	سطوح مدیریت	۵	۴	۳	۲	۱
شهرستان	سطح ۱	۵۱۰	۹۵۰	۱۴۰۰	۱۸۵۰	۳۳۰۰
	سطح ۲	۵۵۰	۱۰۰۰	۱۴۵۰	۱۹۰۰	۲۳۵۰
	سطح ۳	۶۰۰	۱۰۵۰	۱۵۰۰	۱۹۵۰	۲۴۰۰
استان	سطح ۱	۶۵۰	۱۱۰۰	۱۵۵۰	۲۰۰۰	۲۴۵۰
	سطح ۲					

۲۵۰۰	۲۰۵۰	۱۶۰۰	۱۱۵۰	۷۰۰	سطح ۳	
۲۵۵۰	۲۱۰۰	۱۶۵۰	۱۲۰۰	۷۵۰		
۲۶۰۰	۲۱۵۰	۱۷۰۰	۱۲۵۰	۸۰۰	سطح ۱	ملی
۲۶۵۰	۲۲۰۰	۱۷۵۰	۱۳۰۰	۸۵۰	سطح ۲	
۲۷۰۰	۲۲۵۰	۱۸۰۰	۱۳۵۰	۹۰۰	سطح ۳	

امتیاز حق شاغل بر اساس این جدول است

ردیف	امتیاز تحصیلات	امتیاز دوره های آموزشی مصوب	امتیاز مهارت و توانایی	امتیاز سنوات خدمت در هر سال و مشابه در هر سال	امتیاز تجربه مربوط
۱	دیپلم	به ازای طی هر یک	۲۵۰	۱۵	۱۰
۲	فوق دیپلم	ساعت دوره آموزشی	۳۰۰	۲۰	۱۲
۳	لیسانس	مصوب نیم	۴۰۰	۲۵	۱۴
۴	فوق لیسانس	امتیاز (حداکثر ۵۰۰)	۶۰۰	۳۰	۱۶
۵	دکتر		۸۰۰	۳۵	۱۸

جدول شماره ۳

**امتیاز حق مشاغل:** کارمندان بر اساس عوامل تحصیلات، سنوات خدمت و تجربه، دوره های آموزشی و مهارت ها و توانایی های فردی بر اساس

جدول شماره ۳

**حق شاغل:** برای محاسبه حق شاغل باید از جدول شماره ۳ امتیازات مربوطه را مشخص نموده (طبق فرمول زیر)

**امتیاز حق شاغل = سابقه خدمت × (امتیاز تجربه + امتیاز سنوات) + امتیاز مهارت + امتیاز ضمن خدمت + امتیاز تحصیلات**

**مبلغ حق شغل = ضریب سال × امتیاز حق شغل**

**مبلغ حق شاغل = ضریب سال × امتیاز حق شاغل**

**مبلغ فوق مدیریت = ضریب سال × امتیاز فوق العاده مدیریت**

تفاوت تطبیق ۱ = مجموع مبالغ مشمول کسور باز نشستگی سال قبل (به استثنای سختی کار) - حقوق ثابت با ضریب ۵۰۰

مجموع مبالغ مشمول کسور باز نشستگی سال قبل (به استثنای سختی کار) = حقوق مینا، افزایش سنواتی، فوق العاده شغل، فوق العاده جذب، ترمیم فوق العاده جذب، فوق العاده وزه و همترازی

حقوق ثابت با ضریب ۵۰۰ = (امتیاز حق شغل + امتیاز حق شاغل + امتیاز حق ایثارگری) × ۵۰۰

تفاوت تطبیق ۲ = ((مجموع مبالغ مشمول کسور باز نشستگی سال قبل (به استثنای سختی کار) × ۱۱۵ درصد)) - حقوق سال ۸۸

تفاوت تطبیق ۳ = ۱۰۰۰۰۰۰ ریال - (حقوق سال ۸۸ + حق عایله مندی + حق اولاد)

تفاوت تطبیق ۳ (در صورت نداشتن حق عایله مندی و حق اولاد): ۶۰۰۰۰۰ ریال - حقوق سال ۸۸

حق ایثارگری = امتیاز ایثارگری × ضریب سال

کمک هزینه اولاد = ضریب سال × سقف ندارد

حق عائله مندی = ضریب سال × ۸۱۰

حقوق ثابت: حق شاغل + حق شغل + ایثارگری

تفاوت تطبیق ۲ شامل کسانی می گردد که حقوق آنها نسبت به سال ۸۷ کمتر از ۶۰۰۰۰۰ ریال افزایش یافته (در صورت نداشتن حق عایله مندی و حق اولاد)

تفاوت تطبیق ۳ شامل کسانی می گردد که حقوق آنها نسبت به سال ۸۷ کمتر از ۱۰۰۰۰۰۰ ریال افزایش یافته باشد.

اضافه کاری:

رسمی و پیمانی:

مجموع امتیازات شغل، شاغل و مدیریت × ضریب سال = مبلغ هر ساعت اضافه کاری

۱۷۶

جمع حقوق: حقوق سال مورد نظر + سختی کار + بدی آب و هوا + (محرومیت از تسهیلات + محرومیت روستایی + فوق العاده محل خدمت

توجه: امتیاز حق شاغل نباید از ۷۵ درصد حق شغل بیشتر شود.

جدول ایثارگری

ردیف	درصد جانبازی	مدت اسارت	مدت خدمت داوطلبانه	امتیاز
۱	۵ درصد	۶ ماه	۶ ماه	۴۰۰
۲	تا ۱۰ درصد	تا ۱۲ ماه	تا ۱۲ ماه	۵۰۰
۳	تا ۱۵ درصد	تا ۱۸ ماه	تا ۱۸ ماه	۶۰۰
۴	تا ۲۰ درصد	تا ۲۴ ماه	تا ۲۴ ماه	۷۰۰
۵	تا ۲۵ درصد	تا ۳۰ ماه	تا ۳۰ ماه	۸۰۰
۶	تا ۳۰ درصد	تا ۳۶ ماه	تا ۳۶ ماه	۹۰۰
۷	تا ۳۵ درصد	تا ۴۲ ماه	تا ۴۲ ماه	۱۰۰۰
۸	تا ۴۰ درصد	تا ۴۸ ماه	تا ۴۸ ماه	۱۱۰۰
۹	تا ۴۵ درصد	تا ۵۴ ماه	تا ۵۴ ماه	۱۲۰۰
۱۰	تا ۵۰ درصد	تا ۶۰ ماه	تا ۶۰ ماه	۱۳۰۰
۱۱	تا ۵۵ درصد	تا ۷۸ ماه	تا ۷۸ ماه	۱۴۰۰
۱۲	۶۰ درصد و بالاتر	۷۸ ماه و بالاتر	۷۸ ماه و بالاتر	۱۵۰۰

تا تصویب و ابلاغ دستورالعملهای مربوط به نحوه تعیین و تخصیص امتیاز، درصد یا مبالغ مربوط به فوق العاده اشتغال خارج از کشور، سختی کار و کار در محیط های غیر متعارف، مناطق کمتر توسعه یافته، بدی آب و هوا، نوبت کاری، مبلغ تضمین، کسر صندوق، فوق العاده محل خدمت ( جابجایی محل خدمت)، مبالغ مقطوع تعیین شده مندرج در آخرین حکم کارگزینی سال ۱۳۸۷ کارمندان مبنای پرداخت برای سال ۱۳۸۸ می باشد.

مبالغ مربوط به فوق العاده های محرومیت از تسهیلات زندگی مناطق مرزی و فوق العاده جذب مناطق محروم و دور افتاده تحت عنوان فوق العاده مناطق کمتر توسعه یافته، قابل پرداخت می باشد.

پس از تصویب و ابلاغ فهرست مناطق کمتر توسعه یافته از سوی هیئت وزیران پرداخت مبلغ مذکور بر اساس فهرست مصوب و ضوابطی خواهد بود که از سوی شورای توسعه مدیریت و سرمایه انسانی اعلام می شود.

تا ابلاغ دستورالعمل های مربوط به تعیین فوق العاده ماموریت روزانه کارمندان، میزان فوق العاده مذکور به ازای هر روز ماموریت معادل یک سی ام حقوق و فوق العاده های مشمول کسور بازنشستگی قابل پرداخت می باشد. سایر موارد مطابق آیین نامه فوق العاده روزانه موضوع بند (ث) ماده (۳۹) قانون استخدام کشوری مصوب ۱۳۵۲/۶/۲۴ و اصلاحات بعدی آن خواهد بود.

میزان معافیت مالیاتی حقوق و دستمزد سال ۱۳۸۸ مبلغ ۴۱۶۸۰۰۰ ریال در ماه تعیین شد.

شورای عالی کار در ایران حداقل حقوق کارگران را ۲۵ درصد افزایش داده و حداقل حقوق کارگران در سال ۱۳۸۸ مبلغ ۲۷۴ هزار و ۵۰۰ تومان تعیین شده است.

حداقل حقوق روزانه سال ۱۳۸۸ برابر با ۸۷۸۴۰ ریال می باشد.

### نحوه محاسبه تفاوت تطبیق ( قانون مدیریت خدمات کشوری) در احکام کارگزینی

۱. جمع حقوق مشمول کسور بازنشستگی آخرین حکم سال ۸۷ خود را بدست می آوریم -

مثال ۵۳۳۲۷۷۴

جمع کل حقوق سال ۸۷ این فرد نیز عدد روبرو می باشد.

مثال ۵۶۰۱۲۹۴

۲. مدیریت -ایثارگری) را در عدد ۵۰۰ ضرب -سپس جمع امتیاز آخرین حکم صادره با تاریخ اجرای ۸۸/۱/۱ را ( حق شغل- حق شاغل - ۲- ۹۳۷۳ \* ۵۰۰ = ۴۶۸۶۵۰۰ می نمایم. مثال

جمع کل حقوق سال ۸۸ این فرد نیز ۶۵۳۸۵۹۴ می باشد

عدد بدست آمده ردیف ۱ را از عدد بدست آمده ردیف ۲ کسر می نمایم . عدد بدست آمده مبلغ تفاوت تطبیق می ۳-  
مبلغ ۶۴۶۲۷۴ بعنوان تفاوت تطبیق مرحله اول در حکم کارگزینی ثبت می ۵۳۳۲۷۷ -۴۶۸۶۵۰۰ = ۶۴۶۲۷۴ باشد.  
گردد.

۴. حالا جمع امتیاز ردیف ۲ را در عدد ۶۰۰ ضرب نموده و با مبلغ تفاوت تطبیق مرحله اول جمع می نمایم -

$$۶۲۷۰۰۷۴ = ۶۴۶۲۷۴ + ۵۶۲۳۸۰۰ = ۶۰۰ * ۹۳۷۳$$

۵. عدد مشمول کسور سال ۸۷ را نیز با افزایش ۱۵٪ محاسبه می نمایم -

$$۶۱۳۲۶۹۰ = ۱۱۵\% * ۵۳۳۲۷۷۴$$

۶- چنانچه مبلغ بدست آمده ردیف چهارم از مبلغ ردیف پنجم کمتر باشد یعنی افزایش حقوق ۸۸ کمتر از ۱۵٪ حقوق ۸۷ باشد تا سقف ۱۵٪ -  
بعنوان تفاوت تطبیق مرحله دوم در حکم اضافه می گردد

در مثال فوق چون مبلغ ردیف چهارم از ردیف پنجم بیشتر است لذا تفاوت تطبیق مرحله دوم به این فرد تعلق نمی گیرد. (افزایش نامبرده  
۶۲۷۰۰۷۴ < ۶۱۳۲۶۹۰ (بیش از ۱۵٪ می باشد

۷- را از جمع کل حکم سال ۸۷ کسر نمایم . در این صورت برای محاسبه تفاوت تطبیق مرحله سوم نیز لازم است جمع کل حکم سال ۸۸ -  
چنانچه افزایش حکم ۸۸ برای مردان متاهل کمتر از مبلغ ۱۰۰۰۰۰۰ ریال و برای مردان مجرد و خانم ها کمتر از ۶۰۰۰۰۰۰ ریال باشد  
مبلغ مابه التفاوت بعنوان تفاوت تطبیق مرحله سوم به حکم فرد افزوده می گردد

$$۹۳۷۳۰۰ = ۶۵۳۸۵۹۴ - ۵۶۰۱۲۹۴$$

$$۶۰۰۰۰۰ < ۹۳۷۳۰۰$$



در مثال فوق چون فرد خانم می باشد و مبلغ افزایش یافته بیشتر از ۶۰۰۰۰۰۰ ریال می باشد لذا تفاوت تطبیق مرحله سوم برای نامبرده تعلق نمی گیرد.

**سختی کار:** بر اساس قسمتی که کارمند کار می کند به وی تعلق میگیرد مثلاً در بخش درمانی زنان ۰/۷۰ بخش CCU ۰/۸۵ بخش داخلی بخش

اطفال ۰/۷۷ اداری و مالی ۰/۰۸

### نوبت کاری:

شامل پرسنلی می شود که شیفت در گردش دارند. کارکنانی که سه شیفت در گردش داشته باشد ۰/۴۰ نوبت کاری می گیرند

دو شیفته ۰/۳۰ یک شیفته ۰/۲۰

**بدی آب هوا:** حقوق مبنا سال ۸۷ ضربدر ۰/۱۰

**حق اشعه:** شامل پرسنلی می شود که در بخش رادیولوژی کار می کنند

### نحوه ارتقاء طبقه:

۱- شاغلین که مدرک تحصیلی دکتری دارند به ازای هر ۴ سال سوابق تجربی از تاریخ آخرین گروه استحقاقی یک طبقه و حداکثر تا طبقه ۱۴ ارتقاء میابد

۲- شاغلین که مدرک تحصیلی کارشناسی دارند به ازای هر ۴ سال سوابق تجربی از تاریخ گروه استحقاقی یک طبقه و حداکثر تا طبقه ۱۱ ارتقاء می یابد.

۳- شاغلین که مدرک تحصیلی کاردانی دارند به ازای هر ۵ سال سوابق تجربی از تاریخ گروه استحقاقی یک طبقه و حداکثر تا طبقه ۹ ارتقاء می یابد

۴- شاغلین که مدرک تحصیلی دیپلم دارند به ازای هر ۵ سال سوابق تجربی از تاریخ گروه استحقاقی یک طبقه و حداکثر تا طبقه ۸ ارتقاء می یابد

۵- شاغلین که مدرک تحصیلی پایان دوره راهنمایی دارند به ازای هر ۵ سال سوابق تجربی از تاریخ گروه استحقاقی یک طبقه و حداکثر تا طبقه

۱۷ ارتقاء می یابد.

۶- شاغلین که مدرک تحصیلی پایان دوره ابتدای دارند به ازای هر ۶ سال سوابق تجربی از تاریخ گروه استحقاقی یک طبقه و حداکثر تا طبقه ۶ ارتقا

می یابد.

## مقررات و انضباط مربوط به بخشهای بالینی

- 1- تحویل و تحول بیماران بر بالین انجام شود و وسایل بخش نیز در دفتر مربوطه با قید تاریخ و نام پرستار باید تحویل داده شود.
- 2- اطلاع رسانی به موقع و فوری به پزشک در صورت وجود هر گونه مشکل درمانی برای بیماران.
- 3- رفتار با ارباب رجوع باید به بهترین نحو ممکن انجام شده و به مقررات خاص ملاقات بیماران توجه گردد.
- 4- گزارش پرستاری در پرونده باید کامل و دقیق بوده و بخصوص گزارش پذیرش بیمار که اولین گزارش پرونده می باشد باید دارای ساعت ورود بیمار، اقدامات انجام شده، نحوه پذیرش بیمار) با برانکارد، توسط همراهیان، توسط اورژانس 115، در وضعیت ایست قلبی- تنفسی و( ... و مهمور به مهر بخش با ذکر تاریخ و نام پرستار باشد. توجه شود که گزارش یک سند حقیقی و حقوقی محسوب شده و در صورت بروز مشکلات قانونی به آن استناد خواهد شد.
- 5- تحویل بیمار به اتاق عمل باید توسط پرسنل پرستاری انجام شود.
- 6- تحویل بیمار از اتاق عمل به بخش ها نیز باید توسط پرسنل پرستاری و با کنترل دقیق سطح هوشیاری بیمار انجام شده همچنین برگه ریکاوری باید تکمیل بوده و دارای مهر ریکاوری باشد.
- 7- در هنگام پذیرش، ترخیص، انتقال و اعزام و مشاوره بیماران دقت لازم انجام شود.
- 8- تقسیم کار پرسنل بخش، با نظارت سر پرستار با دفتر مربوطه انجام پذیرد.
- 9- در ابتدای شروع به کار در هر بخش باید با موارد روتین آن بخش آشنایی لازم انجام شود) نحوه انجام انواع آزمایشات، رادیو گرافی ها و سونو گرافی ها، آمادگی های قبل از عمل، کنترل علائم حیاتی و( ...)
- 10- کنترل ترالی اورژانس و تجهیزات پزشکی بخش در ابتدای هر شیفت و چک کلیه وسایل آن بطور دقیق در دفتر ترالی اورژانس با ذکر نام و امضا انجام شود.
- 11- دارو ها و وسایل اتاق کار در ابتدای هر شیفت چک شده و در صورت وجود کمبود اقدامات لازم بعمل آید.
- 12- کنترل و نظارت بر انجام مراقبت ها و روشهای خاص درمانی نظیر ترانسفوزیون خون، دیالیز، احیای قلبی ریوی و ...
- 13- نظارت بر نحوه سرو غذا جهت بیماران و توجه به رژیم های خاص غذایی با دقت کامل انجام شود.
- 14- کنترل و نظارت بر بهداشت بخش، وسایل، پرسنل و بیماران و همراهیان و در صورت لزوم گزارش موارد خاص به سوپروایزر کنترل عفونت.
- 15- رعایت اصول کنترل عفونت و استفاده از وسایل حفاظتی جهت انجام مراقبت های درمانی بخصوص در مورد بیماران

مشکوک به عفونت های ویروسی و باکتریال نظیر ایدز، هپاتیت و مننژیت و ...

16- رعایت صرفه جویی در مصرف آب، برق و سایر لوازم مصرفی.

17- گزارشات پرستاری بخش ها در شیفت صبح و عصر با خودکار آبی و در شیفت شب با خودکار مشکی نوشته شود.

### **استاندارد های پرستاری**

اهداف اصلی از تدوین و توسعه استاندارد های حرفه ای پرستاری شامل موارد زیر است:

-تنظیم، هدایت و راهنمایی عملکرد پرستاری

-ارتقا عملکرد پرستاری حرفه ای

-تسهیل و بستر سازی در جهت ارزشیابی عملکرد پرستاری

-توانمند سازی بیمار/ مددجو جهت قضاوت در مورد کفایت مراقبت پرستاری

**بطور کلی 8 استاندارد حرفه ای برای عملکرد پرستاران تدوین شده است و برای هر استاندارد**

**شاخص هایی در نظر گرفته شده است:**

استاندارد- 1 -مسئولیت پذیری و پاسخگویی

استاندارد- 2 -تداوم در تبحر و کار آمدی

استاندارد- 3 -کاربرد دانش، مهارت و چگونگی انجام قضاوت

استاندارد- 4 -اخلاقیات حرفه ای

استاندارد- 5 -ارتباطات و مشارکت حرفه ای

استاندارد- 6 -مدیریت و رهبری حرفه ای

استاندارد- 7 -کیفیت مراقبت

استاندارد- 8 -خود کنترلی و ارزیابی عملکرد

### **استاندارد های فرآیند پرستاری**

1-بررسی و ارزیابی

2-تشخیص و شناسایی برآیند ها

3- برنامه ریزی

4- اقدامات بالینی / اجرا

5- ارزشیابی

6- حمایت و آسایش بیمار

7- ارتباط موثر

8- حساسیت های فرهنگی

9- ثبت و گزارش نویسی

10- تحرک مددجو

11- استاندارد های تغذیه و آب و الکترولیت ها

12- بهداشت فردی

13- ایمنی و ارزیابی خطر

# اطلاعات مربوط به

# تجهیزات پزشکی

## ۱- دستگاه پالس اکسی متر

**عملکرد دستگاه:** اندازه گیری درصد اشباع هموگلوبین لاین با اکسیژن (۲ SPO)

### قسمت های جانبی دستگاه:

سنسور  
صفحه ی نمایشگر  
کلیدهای نرم افزاری

### منبع تغذیه:

جریان برق مستقیم  
باتری ذخیره

### توجهات خاص:

اطمینان از سالم بودن پروپ  
اطمینان از متناسب بودن اندازه ی پروپ با عضو  
گردش خون کافی عضو و بستر مویرگی

## ۲- دستگاه الکتروکاردیوگرافی

**عملکرد دستگاه:** ثبت ضربانات الکتریکی قلب

### قسمت های جانبی دستگاه:

کابل بیمار  
پوار 6 عدد  
دستبند 4 عدد  
کابل برق

### منبع تغذیه:

جریان مستقیم برق

### توجهات خاص:

اتصالات کابل به بیمار بصورت کامل باشد.

هرگونه عایق می تواند باعث عدم انتقال جریان باشد.  
حدالمقدور در هنگام اخذ EKG از باطری ذخیره استفاده شود.  
بعد از اتمام کار، دستگاه و اتصالات تمیز گردد و به جریان مستقیم برق اتصال یابد.  
۳- دستگاه الکتروشوک

**عملکرد:** ایجاد شوک الکتریکی با ولتاژ بالا در کسری از ثانیه را بوجود می آورد.  
**موارد کاربرد:**

درمان بی نظمی های فوق بطنی (PSVT) بر طبق نظر پزشک  
درمان بی نظمی های بطنی  
ایجاد ضربان از طریق پدهای تماس پوستی

### قسمت های جانبی دستگاه:

۱- صفحه LCD و نمایشگر (پانل)

۲- کابل اتصال به بیمار

۳- پدال

۴- پدهای تماسی

### منبع تغذیه:

۱- برق مستقیم

۲- باطری قابل شارژ

**نوع کاربرد:** درمانی تشخیصی

### روش نگهداری:

۱- پیشگیری از سقوط دستگاه در راستای جلوگیری از آسیب

۲- تمیز نگهداشتن سطح خارج پدال ها در جهت جلوگیری از ایجاد عایق الکتریکی

۳- حفاظت از کابل

۴- مانیتور قلبی (ثابت و پرتابل)

**عملکرد:** با استفاده از یک رشته سیم (3 عدد) و اتصال به قفسه ی صدری بیمار توسط چست لید امکان نمایش یک سیکل قلبی را فراهم می آورد.

## کاربرد:

- نمایش ریت قلب ( کاهش و یا افزایش ضربان در دقیقه)
- نمایش ریتم قلب ( منظم و یا بی نظمی و اکتراستول)
- نمایش بلوک های گره AV ( CHB ، درجه 1 ، درجه 2)

## قسمت های اصلی دستگاه:

- صفحه LCD و نمایشگر
- کابل بیمار ( 3 لید یا 5 لید)
- کابل برق
- پروپ پالس اکسی متر، سنسور درجه حرارت
- کاف فشار خون

## منبع تغذیه:

- برق مستقیم
- باطری قابل شارژ

## نوع کاربری: تشخیصی روش نگهداری:

- حفاظت دستگاه در مقابل هرگونه ضربه احتمالی
- ممانعت از هرگونه ضربه به پروپ
- اجتناب از هرگونه کشیدگی و گره خوردگی و ایرها
- نظافت دستگاه با استفاده از پارچه نرم نمدار سطوح خارجی دستگاه
- اجتناب از غوطه ور کردن سیم ها و پروپ و اتصالات در مواد شیمیایی

## ۵- ساکشن پرتابل

### عملکرد دستگاه:

- خروج ترشحات از حلق لوله تراشه و فضای دهان
- خروج ترشحات فضای شکم در حین اعمال جراحی
- کمک به تخلیه ترشحات در پونوموتوراکسی و هموتوراکسی

## قسمت های دستگاه:

- پمپ وکیوم
- مخزن ترشحات کلید پاور و پدال ولوم حجمی
- شناور فیلتر آنتی باکتریال

## منبع تغذیه:

- جریان برق مستقیم
- باطری ذخیره (درساکشن آمبولانس)

## توجهات خاص:

- بعد از هر بار استفاده و نظافت از صحت کار دستگاه اطمینان حاصل نمائید
- اطمینان از نشت هوا در اتصالات (شامل شیشه فیلتر) و پیشگیری از کاهش قدرت مکش دستگاه
- مخازن ترشحات بعد از هر بار استفاده مایست تخلیه و بصورت خشک بعد از ضدعفونی نگهداری شوند

## ۶- دستگاه تنفس مصنوعی یا ونتیلاتور

ونتیلاتور دستگاهی است که کار تنفس را برای بیمارانی که به طور موقت یا دائم دچار اشکالات تنفسی هستند انجام می دهد تاریخچه استفاده از این دستگاه در ایران حدود 50 سال است و اولین دستگاههای ونتیلاتور ساخت شرکت بنت آمریکا مورد استفاده قرار گرفت.

### انواع ونتیلاتور:

- ۱- ونتیلاتورهای فشار منفی
- ۲- ونتیلاتورهای فشار مثبت

### ونتیلاتورهای فشار مثبت چهار دسته اند:

- ۱- فشار ثابت
- ۲- حجم ثابت
- ۳- زمان ثابت
- ۴- فرکانس بالا

### ۵- طرز کار ونتیلاتور:

کار ونتیلاتور وارد کردن هوا به درون شش ها با استفاده از یکسری محاسبات که میزان ترکیب فشار و اکسیژن را در هوای ورودی به ششها تنظیم می نماید و می توان سرعت تنفس و حجم و مقدار مواد مصرفی را تغییر داد.

### ۶- منبع تغذیه : جریان مستقیم برق و باطری داخلی

### معیارهای آزمایشگاهی استفاده از ونتیلاتور

Pao<sub>2</sub><55 mmg -

Pco<sub>2</sub>>50 mmg -

PH<7.32 -

### چه بیمارانی به ونتیلاتور وصل میشوند:

- نارسایی تنفسی
- آپنه یا ایست تنفسی
- تهویه نامناسب (حاد یا مزمن)
- اکسیژناسیون نامناسب
- نارسایی قلبی
- اختلال در عملکرد عصبی



## ۷- نیولایزر

دستگاهی است که جهت رساندن دارو به قسمت های مختلف دستگاه تنفس از طریق استنشاق مورد استفاده قرار می گیرد. این دستگاه می تواند به عنوان بخور سرد نیز در بیماران با اختلالات تنفسی مورد استفاده قرار گیرد. موارد کاربرد: بیماریهای تنفسی از جمله آسم، برونشیت حاد و مزمن

### قسمت های مختلف دستگاه نیولایزر اولتراسونیک

- تبدیل کننده اولتراسوند (کرشیال)
- محفظه کوپلینگ
- کاپ دارو
- فن جهت خروج هوا

### روش کار

- دستگاه به جریان برق مستقیم اتصال یابد
- محفظه کوپلینگ توسط آب مقطر آبیگری گردد
- دارو در کاپ دارو ریخته شود
- تنظیمات دستگاه انجام شود
- کلید پاور دستگاه در وضعیت ON قرار داده شود

**1 نکته:** امواج صوتی با فرکانس ۱-۲ مگا هرتز در محفظه کوپلینگ ایجاد می شود و هرچه فرکانس بالاتر باشد ذرات با

اندازه کوچکتر (حدود 2 میکرون) به بیرون پرتاب می شود.

**منبع تغذیه:** جریان مستقیم برق

**قسمت های جانبی:** ترالی حمل دستگاه، لوله های خرطومی، ماسک و شیبوری

## ۸- دستگاه همو دیالیز

دستگاه همو دیالیز به منظور حفظ تعادل آب و الکترولیت، دفع سموم و تنظیم یونهای در بیماران دچار نارسایی کلیه مورد استفاده قرار می گیرد.

**عملکرد دستگاه:** مانیتوری که یک دیالیز امن و بی خطر را برای بیمار امکان پذیر می سازد و خون بیمار را تصفیه می نماید

**موارد کاربرد:** بیماران دچار نارسایی حاد و مزمن کلیه

### قسمت های جانبی دستگاه همودیالیز

- پمپ خون
- دتکتور حباب هوا
- دتکتور نشت خون
- دریچه بای پس
- کنترل اولترافیلتراسیون
- پمپ هیپارین
- لاینهای هدایتی محلول و شستشو
- صفحه مانیتور

**منبع تغذیه:**

✓ جریان برق مستقیم

✓ باطري ذخيره

### توجهات خاص:

- ✓ اطمینان از صحت پمپ خون و پمپ هپارین، سنسور هوا، اطمینان از برق رسانی مستقیم دستگاه، اطمینان از صحت
- ✓ پارامترهاي مورد استفاده در هر بار دیالیز بیمار و اطمینان از صحت اتصالات قبل از وصل دستگاه به بیمار و شروع دیالیز وي
- ✓ کنترل فشار غشاء پایه (TMP) و فشار وریدی بیمار، عدم نشت خون به قسمتهای برد الکترونیکی دستگاه در حین دیالیز
- ✓ شستشو و ضد عفونی قسمتهای مختلف دستگاه پس از اتمام دیالیز بیمار
- ✓ انجام رسوب زدایی و چربی زدایی دستگاه با پرسیدین، پروکسان و آب جوش و ضد عفونی دستگاه با وایتکس استاندارد طبق برنامه تنظیمی توسط سرپرستار دیالیز
- ✓ کنترل فیلترهای، سنسورها، آب دستگاه، لاین های مختلف از نظر رسوب گیری توسط شرکت خدمات پشتیبانی بصورت ماهیانه

### ۹- دستگاه تصفیه آب

**عملکرد:** کاهش املاح شیمیایی و باکتریهای تولید شده از آنها و کاهش ذرات معلق در آب  
**کاربرد:** تهیه آب مورد نیاز دیالیز

### قسمت های اصلی دستگاه:

- ✓ مخزن جمع آوری آب شهری
- ✓ پمپ ورودی آب
- ✓ سخت گیر
- ✓ RO
- ✓ مخزن ذخیره آب تصفیه شده

### منبع تغذیه:

برق مستقیم

**نوع کاربری:** بهداشتی درمانی

### روش نگهداری:

- ✓ حفاظت دستگاه در مقابل هرگونه ضربه احتمالی
- ✓ ممانعت از بی آبی و هرگونه ضربه به سخت گیر و RO
- ✓ حفاظت در برابر تغییر ولتاژ پمپ خروجی