



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز
معاونت درمان

کتابچه راهنمای بیمارستان باقرالعلوم اهر

بازنگری بهار ۱۴۰۱



foto - Kamel Rouhi

FARS NEWS AGENCY



گردآوری مطالب :

خانمناز اسدی مسئول بهبود کیفیت و اعتباربخشی

حمیده ابوطالب زاده کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

با همکاری :

زینال خدائی مدیربیمارستان

حلما مهتدی فر مدیرخدمات پرستاری

عزیزه اسکندری کارشناس کنترل عفونت

خالق وردی میرزائی کارشناس بهداشت محیط

مرتضی داداش پور دبیر کمیته بحران وبلایا

سیما رضاپور سوپروایزر آموزش همگانی

لیلا ابراهیم پور سوپروایزر آموزشی

مینا داداش زاده کارشناس بهبود کیفیت

- معرفی کلی بیمارستان (نقشه ساختمان - ویژگی فرهنگی مردم منطقه - برنامه استراتژیک و...) ۴
- حقوق گیرنده خدمت ۱۸
- ایمنی بیمار و مدیریت خطر ۲۴
- برنامه کنترل عفونت ۴۳
- موضوعات آتش نشانی ۵۷
- مدیریت بحران ۶۶
- قوانین و مقررات اداری (مرخصی ها- حقوق و مزایا - پاداش و اضافه کار- روند ارتقاء شغلی و...)..... ۷۹
- قوانین و مقررات انضباطی (تاخیر و تعجیل - غیبت - قوانین انضباطی و ...)..... ۹۷

نوع وابستگی: دانشگاه علوم پزشکی تبریز رشته فعالیت: جنرال سال تاسیس مرکز: ۱۳۷۷ تعداد تخت فعال: ۱۸۹ تعداد تخت مصوب: ۱۶۳ زیربنای بیمارستان: ۲۰۰۰۰ مترمربع درجه ارزشیابی: درجه یک شماره تلفن: ۶-۴۴۳۳۲۰۰۲

پزشکان متخصص بیمارستان

زنان و زایمان - داخلی - جراحی عمومی - قلب - کودکان - رادیولوژیست - ارتوپدی - بیهوشی - مغز و اعصاب اورولوژی - چشم - پاتولوژیست - روانپزشک - عفونی - ENT - طب اورژانس - طب فیزیکی و توانبخشی - فوق تخصص نوزادان

بخش های درمانی بیمارستان

زایمان	۳۰ تخت	همودیالیز	۹ تخت و ۱۰ دستگاه
جراحی (زنان و مردان)	۳۰ تخت	اتاق عمل	۴ اتاق و تخت عمل
داخلی او (زنان و مردان)	۵۲ تخت	کودکان و نوزادان	۲۵ تخت
اورژانس	۲۱ تخت فعال	آی سی یو	۱۰ تخت در حال توسعه به ۱۵ تخت
سی سی یو	۱۰ تخت	POST CCU	۱۰ تخت
NICU (بخش مراقبتهای ویژه نوزادان)	۶ تخت	LDR	۱۰ تخت و ۳ تخت تحت نظر
نوزادان در حال ساخت		ICU۲ در حال ساخت	

بخش روان ۱۶ تخت و ۱ تخت ایزوله در شرف راه اندازی

درمانگاههای تخصصی

جراحی - زنان - اطفال - داخلی - مغز و اعصاب - گوش و حلق و بینی - چشم - اورولوژی - پوست - بیهوشی - قلب عفونی - مامائی و تنظیم خانواده - تغذیه و رژیم درمانی - روانپزشکی - طب فیزیکی و توانبخشی - ارتوپدی

امکانات تشخیصی

آزمایشگاه - رادیولوژی - سونوگرافی - سی تی اسکن - اکوکاردیوگرافی - تست ورزش - آندوسکوپی -

کولونوسکوپی - سنگ شکنی - اسپیرومتري - ماموگرافی - MRI - TCD

امکانات تاسیساتی و برقی

موتورخانه مرکزی - ژنراتور برق اضطراری - مخزن ذخیره آب - ساکشن و اکسیژن سانترال - چیلر - تصفیه خانه فاضلاب - ایستگاه فشارگاز - کولر - هواساز - فن کوئل - رادیاتور - سیستم اطفاء حریق - سردخانه های جسد و مواد غذایی - آسانسورهای حمل غذا، بیمار، کارکنان - زباله سوز - لنژی

سایر واحدها

دبیرخانه - چاپ و تکثیر - امور مالی - واحد درآمد - پذیرش - ترخیص - مدارک پزشکی - خدمات - آموزش - آشپزخانه - داروخانه مرکزی - داروخانه اورژانس - تدارکات - مددکاری - کارگزینی - بایگانی - حراست - نگهداری - بهداشت محیط - بهداشت حرفه ای - تجهیزات پزشکی - انبار مصرفی - اموال - کتابخانه

طبقه همکف

قسمت اداری و پشتیبانی	
مددکاری	ریاست
تغذیه	مدیریت
اموال	مدیریت خدمات پرستاری
امور مالی	واحد مدارک پزشکی
واحد ترخیص	انبارداری
دبیرخانه	امور دارویی
واحد پذیرش و صندوق	کارشناسان بیمه
بایگانی	واحد خدمات

قسمت درمانی و پاراکلینیک	
رادیولوژی	کودکان
آزمایشگاه	سی تی اسکن
داروخانه	سونوگرافی
دیالیز	اورژانس
MRI	بخش روان در شرف راه اندازی
	اکو و تست ورزش - - اسپیرومتری TCD

قسمت درمانی	
سوپروایزر آموزشی و آموزش همگانی - کنترل عفونت	بخش جراحی
اتاق عمل	بخش داخلی ۱
بخش LDR	بخش داخلی ۲
NICU	بخش زایمان
CCU	POST CCU
	ICU

طبقه اول

ساختمان کلینیک تخصصی بیمارستان

۵

شماره تلفن های تماس با بیمارستان : ۰۴۱-۴۴۳۳۲۰۰۲-۶

شماره تلفن مستقیم اورژانس : ۰۴۱-۴۴۳۳۲۱۷۴

شماره تلفن مستقیم دفتر سرپرستی : ۰۴۱-۴۴۳۳۲۲۰۴

شماره تلفن مستقیم دفتر پرستاری : ۰۴۱-۴۴۳۳۲۱۷۲

شماره تلفن مستقیم ۱۱۵ : ۰۴۱-۴۴۳۳۲۱۷۱

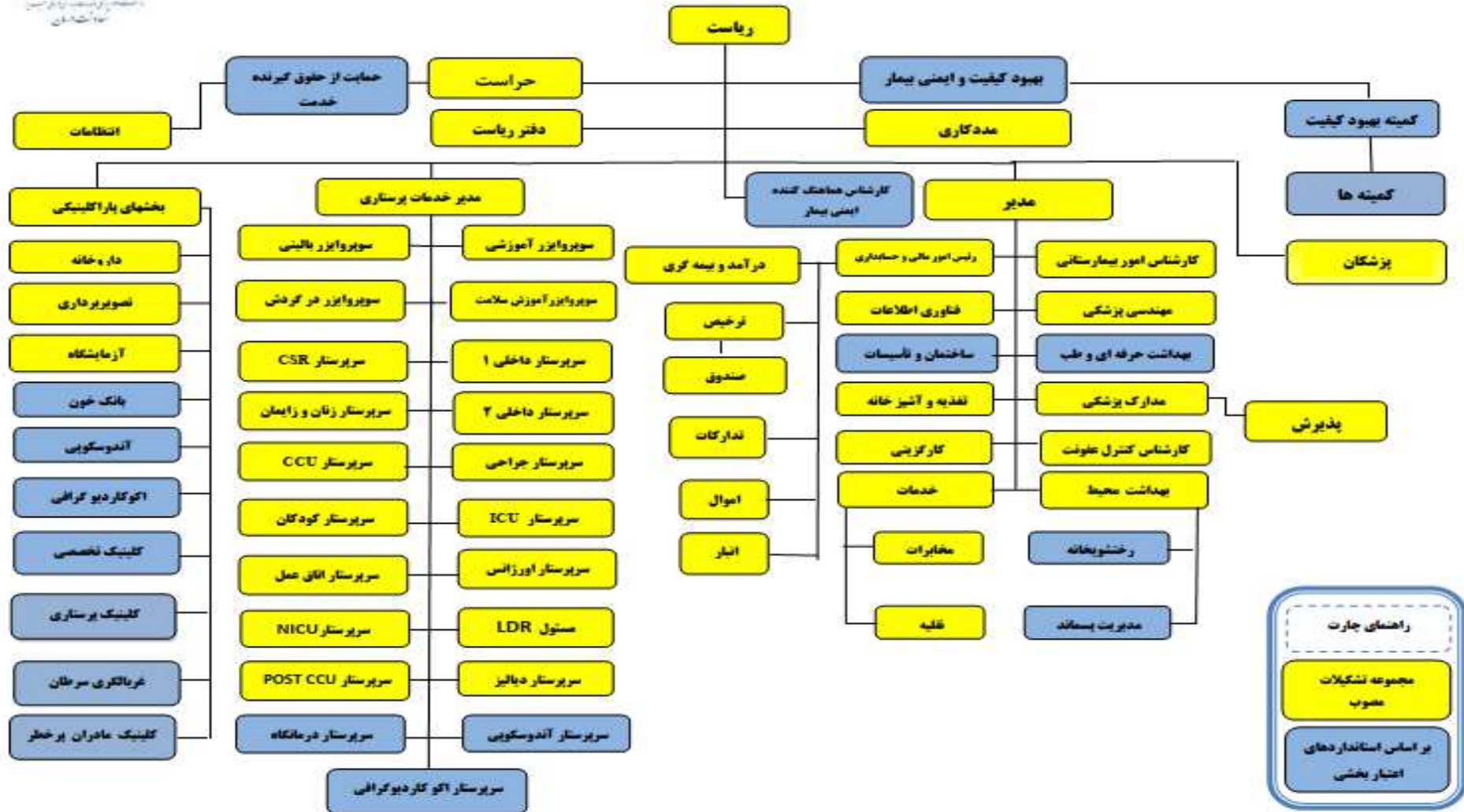
شماره فاکس بیمارستان : ۰۴۱-۴۴۳۳۲۲۰۰

عکس و نقشه هوایی بیمارستان



کتابچه راهنمای بیمارستان







ویژگی های فرهنگی و بومی شهرستان اهر



ویژگی های فرهنگی و بومی شهرستان اهر

شهرستان اهر با مساحت ۳۰۷۳/۹۳ کیلومتر مربع در شمال مرکزی استان اذربایجان شرقی واقع شده است و از شمال به شهرستان کلپبر، از غرب به شهرستان ورزقان، از جنوب به شهرستان هریس و از شرق به شهرستان مشگین شهر در استان اردبیل محدود است. در حال حاضر پس از تقسیمات کشوری این شهرستان دارای دو بخش مرکزی و هوراند می باشد که بخش هوراند نیز در تقسیمات اخیر به شهر تبدیل شده است. مساحت کلی شهرستان ۵۲۳۱/۹ کیلومتر مربع که ۱۱/۸٪ از مساحت استان را تشکیل می دهد. این شهرستان در ۳۸/۲۸ درجه عرض شمالی ۴۷/۳۹ دقیقه طول شرقی واقع شده و ارتفاع آن از سطح دریا ۱۳۴۱ می باشد.

آب و هوا: شهر اهر در مرکز منطقه ی سرسبز و خوش آب و هوای ارسباران گسترده شده است و به همین دلیل، از آب و هوایی خوش بهره مند گشته است. شهر اهر در ۸۹ کیلومتری شمال شرقی تبریز و ۷۶۵ کیلومتری شمال غربی تهران واقع شده است

شهرستان اهر دارای سه اقلیم آب و هوایی گرمسیر ، سردسیر و میان بند که ماههای خشک و یخبندان آن بین ۵ الی ۸ ماه و میزان بارندگی سالیانه ۲۵۰ الی ۴۰۰ میلیمتر و رطوبت آن حداکثر ۸۲٪ و حداقل ۵۳٪ و حداکثر درجه حرارت آن ۳۴+ و ۲۲- سانتیگراد می باشد که با وجود احداث سد ستارخان تغییرات چشم گیری از نظر آب و هوایی به وجود آمده است.

موقعیت جغرافیائی شهرستان اهر

شهرستان اهر در یک منطقه کوهستانی و فلاتی قرار گرفته که مشخصه اصلی آن رشته کوه قره داغ می باشد که قله مرتفع آن چهره کوهستانی به این شهرستان داده و مهمترین ارتفاعاتی که این شهرستان در آن قرار گرفته قیزقلعه سی با ارتفاع ۱۲۶۶ متر و کوه معروف هشت سر با ارتفاع ۲۵۳۶ متر می باشد که در واقع با وجود آنها این شهرستان شکل دره به خود گرفته و ارتفاعات آنها از جهات شمال و جنوب و غرب تا داخل هوراند کشیده شده است و پست ترین نقطه ، بخش کباره های رودخانه قره سو که در قسمت شرقی شهرستان است (منطقه ورگهان و ویجنی) که محل کشت و زرع انواع محصولات باغی و زراعی می باشد .

گردنه های معروف عبارتند از: گویجه بل ، سامبران ، گنچی قران و مزرعه شادی است .

تقسیمات کشوری شهرستان اهر

شهرستان اهر در سال ۱۳۲۳ تأسیس و براساس آخرین تقسیمات کشوری سال ۸۵، این شهرستان از ۲ بخش مرکزی و هوراند تشکیل یافته و دارای ۹ دهستان بوده به طوری که ۶ دهستان قشلاق به مرکزیت روستای تازه کند، دهستان گویجه بل به مرکزیت روستای خونیک، دهستان اوچ هاچا به مرکزیت روستای یخفروزان دهستان آذغان به مرکزیت روستای آذغان، دهستان بزکش به مرکزیت روستای کرنگاه و دهستان ورگهان به مرکزیت روستای ورگهان در تابعیت بخش مرکزی و ۳ دهستان دودانگه به مرکزیت شهر هوراند، دهستان چهاردانگه به مرکزیت روستای آق براز و دهستان دیکله به مرکزیت روستای مجیدآباد در تابعیت بخش هوراند قرار دارند. این شهرستان از ۲ شهر (اهر و هوراند) و تعداد ۳۱۵ روستا تشکیل یافته است

وجه تسمیه شهرستان اهر

مورخان در مورد علت نامگذاری این شهر به اهر به موارد گوناگونی اشاره کرده اند از جمله اینکه نام این شهر در قدیم اوزانلار و همچنین میمند بوده چنانچه نویسنده کتاب حدود العالم در سال ۳۵۷ ه.ق. از اهر بنام "میمند" نام برده و این منطقه را منطقه ای بسیار آباد توصیف کرده است . این منطقه بعد از ظهور اسلام به نام اهر یا اهریچ خوانده شد. بعضی دیگر از مورخان معتقدند نام اهر به فتح "الف" و سکون "ه" از کلمه ای که در زبان عربی ون یا درخت زبان گنجشک را می دهد گرفته شده است ، چرا که در این منطقه خوش آب و هوا ، درختان ون به وفور یافت می شده است.

کتابچه راهنمای بیمارستان

عده ای دیگر از مورخان نیز نام این شهر را ریشه در عقاید مذهبی آنان دانسته اند. چنانکه کلمه ی اهر از کلمه "هر" و "هور" که به معنای خورشید می باشد و نشان دهنده مذهب مهر و هور پرستی این منطقه دارد گرفته شده است. به نظر آنوبانی اسامی مناطق وابسته به این شهر تاکید کننده ی این موضوع می باشد؛ مناطق زیر مؤید مهر پرستی این مناطق در دوران قدیم می باشد.

اهر، دژ قوم ماد و رودخانه ارس مرز دولت ماد بود. اهر از شهرهای قدیمی آذربایجان است. در سال ۲۳ هجری قمری در زمان خلیفه دوم، قوای اسلام به فرماندهی بکر بن عبدالله به این منطقه دست یافتند. در زمان خلافت عباسیان از سال ۲۰۰ تا ۲۲۲ هجری قمری بابک خرمدین در آذربایجان بر علیه خلیفه عباسی (معتصم) قیام کرده و قریب به ۲۰ سال در مقابل سپاهیان خلیفه مقاومت نمود و حماسه ها آفرید. او بزرگ ترین سرداران عرب و سپاهیان اش را که بیش از ۲۵۰ هزار نفر بودند نابود کرد.

در زمان حکومت شهر یاران گمنام (کنگریان، جستانیان، آل مسافر، روادیان) شهر اهر در ردیف سرزمین قهرمانان استقلال طلب ایران بود. پس از حکومت سلجوقیان و خوارزمشاهیان، در زمان اتابکان، شهرستان اهر مرکز حکومت اولاد جهان پهلوانان، اتابک آذربایجان بود و تعدادی از آنان به نام مالک اهر در ارسباران حکومت کردند.

در زمان حکومت صفویه جنگ سختی بین مردم اهر و ایل بایبوردلو با قشون عثمانی در محل معروف به قانلی گول در جنوب اهر اتفاق افتاد. در دوره قاجاریه و جنگ های ایران و روس شهر اهر مرکز فرماندهی عباس میرزا نایب السلطنه بود. در سال ۱۲۲۸ قمری در بیماری وبای تبریز که عده بی شماری تلف شدند، محمد شاه مدتی در اهر اقامت داشت و به امور آذربایجان رسیدگی می کرد. مظفرالدین شاه قاجار در سفری به ارسباران بعضی مناظر طبیعی اروپا را با نقاط دل انگیز این منطقه مقایسه کرده است. این منطقه در برگیرنده ی شهرها، بخش ها و روستاهای زیادی است و امروزه یکی از آبادترین نواحی استان آذربایجان شرقی به شمار می رود.

در گذشته شهر اهر از سه محله تشکیل می شده است: کوی ساداتلو، کوی نخجوانلو و کوی باغبانلو. هر سه محله مسکونی بوده و در حد فاصل آنها باغات انبوهی وجود داشته است.

آب شهر از چند قنات تامین می شده که در محله های مختلف شهر مانند قنات محله چلب ورودی وجود داشته که امروزه تقریباً همه آنها از بین رفته است.

پیشینه تاریخی شهرستان اهر

سرزمین اهر دارای گذشته ای دور است. سنگ نیشته اورارتویی، بر دامنه کوه زاغی واقع در شمال روستای سقین دل، در نزدیکی اهر و نیز بقایای دژهای ساسانی در این منطقه گواه این ادعاست. در سده های نخستین اسلامی، اهر از شهرهای آبادان بر سر راه اردبیل به دبیل بوده است. در حدود العالم، اهر قصبه میمد (میمند) معرفی شده است. در اواخر سده ۶ و اوایل سده ۷ق، اهر مدتی تختگاه ملوک پیشتکین بود. در دوره صفویه، اهر به سبب وجود بارگاه شیخ شهاب الدین اهری در آنجا، مورد توجه شاهان صفوی قرار داشت و مدتی نیز حاکم نشین قره داغ شمرده می شد. در دوره قاجاریه و جنگ نخست ایران با روسیه، اهر مدتی مرکز فرماندهی عباس میرزا برضد قوای روسیه بود. در شهریور ۱۳۲۰ش، شهر اهر و شهرهای دیگر آذربایجان، مورد حمله هوایی نیروهای شوروی قرار گرفت و عده ای از مردم اهر در این حمله، کشته شدند.

خصوصیات فرهنگی شهرستان اهر

زبان رایج اهالی این منطقه ترکی آذری بوده و در بعضی از نقاط به خصوص در منطقه هوراند، لهجه های تاتی و هرزنی نیز وجود دارد. مذهب اهالی این شهرستان شیعه اثنی عشری می باشد. این شهرستان نیز زادگاه شعرا - نویسندگان - خوشنویسان - موسیقی دان و سایر چهره های هنری و فرهنگی است که می توان به ادیب اهری - استاد عباس اسلامی - میرزا حاجی آقا مدرس ریاضی - رحیم هویدا - استاد میرزا طاهر خوشنویس - بهرام شاهی - غفار ذابح - جمشید مسگری و ... اشاره کرد.

جمعیت

بر اساس آخرین سرشماری این شهرستان دارای ۱۹۸۰۲۸ نفر جمعیت که ۱۱۷۱۶۱ نفر یعنی قریب به ۵۹٪ آن جمعیت روستائی و ۸۰۸۶۸ نفر جمعیت شهری یعنی ۴۱٪ می باشد. نتایج عمومی نفوس و مسکن سال ۷۵ حاکی از توقف رشد جمعیت در ده سال اخیر بوده است.

متوسط رشد سالانه جمعیت در دوره ۵۵ تا ۱۳۶۵ بوده است در حالی که این رقم در دوره ۶۵ تا ۷۵ به ۰/۰۰۵ درصد کاهش یافته علی رغم مهاجر فرست بودن این شهرستان افزایش جمعیت طی یک دوره ده ساله، افزایش ۲۴۰۰۰ نفری حجم جمعیت از یک سو و مهاجرت همین میزان جمعیت از سوی دیگر دلیل توقف رشد جمعیت می باشد.

مقایسه میانگین سنی و میانه سنی استان با شهرستان حاکی از جوانی جمعیت استان به استان است. بر اساس امار سال ۷۵ در حالی که میانگین سنی استان ۲۵/۶ می باشد میانگین سنی شهرستان ۲۴/۳ است.

علی رغم نرخ رشد پایین شهرستان به ویژه بین سالهای ۶۵ تا ۷۵ شهر اهر از جمعیت ۲۵۰۰۰ نفری در اول انقلاب به شهر قریب به ۸۰۰۰۰ نفری تبدیل شده و نهایتاً این شهر گسترش بی رویه و توسعه شدید حاشیه نشینی بافت و ویژ گیهای موجود را فراهم آورده است.

در سال ۷۵ از ۱۴۵۸۴۳ نفر جمعیت ۱۰ ساله و بالاتر شهرستان، ۴۲٪ از نظر اقتصادی فعال بوده یعنی به کار مجاز اشتغال داشته و یا بیکار و در حال جستجوی کار بوده اند. بر اساس امار سال ۷۵ جمعیت شاغل ۹۱/۸٪ جمعیت فعال را تشکیل می دهد. بنابراین ۸/۲٪ نرخ بیکاری شهرستان می باشد که با توجه به نرخ بیکاری استان که ۶/۲٪ می باشد از نسبت بالاتری برخوردار می باشد. بار معیشت در این شهرستان ۳/۵۳ نفر می باشد. در سال ۷۵ از ۵۶۱۴۴ نفر جمعیت شاغل ۱۰ ساله و بالاتر ۴۰٪ در بخش کشاورزی، ۳۵/۲٪ در بخش صنعت و معدن و ۲۳/۵٪ در بخش خدمات اشتغال داشته اند. لازم به یادآوری است ۲۳/۵٪ مشاغل در بخش صنعت و معدن در بخش ساختمانی مشغول بودند یعنی در اصل کمتر از ۳٪ جمعیت در بخش صنعت اشتغال دارند.

میانگین درصد باسوادی در شهرستان اهر ۶۵/۳۵٪ بوده که از میانگین باسوادی استان ۱۰٪ پایین تر می باشد. با توجه به مهاجر فرست بودن شهرستان به شهرهای تبریز و تهران و سایر مراکز شهری کشور، سیل مهاجرین روستاهای منطقه به شهر اهر همچنان که اشاره شد پدیده حاشیه نشینی و عدم تناسب الگوی فرهنگی و مشکلات ساختاری عمرانی و اجتماعی را فراهم آورده است. اگرچه در حال حاضر تدابیر اصولی دولت تاسیسات زیر بنایی لازم در شهر در دست اجرا می باشد کماکان چهره این شهر از توسعه یافتگی لازم برخوردار نبوده و تاثیرات روانی و اجتماعی منفی از پیامد های طبیعی آن است. در رابطه با نیروی انسانی موانع و محدودیت هایی که به چشم می خورد عبارتند از:

- پایین بودن سطح دانش فنی
- کمبود شدید نیروی انسانی ماهر
- فقدان هنرستان کشاورزی و معدن با توجه به قطب کشاورزی بودن منطقه و وجود معادن غنی در آن
- عدم آشنایی مردم به دانش فنی و فن آوری مواد غذایی و معدنی

کتابچه راهنمای بیمارستان

شهرستان اهر تا آخر سال ۷۵ در مجموع دارای ۱۰۱۳/۴ کیلومتر راه ارتباطی بوده که ۲۳/۷۳٪ آن یعنی ۲۴۰/۵ کیلومتر راه آسفالتی و بقیه راهها شوسه بوده است. سهم راههای آسفالتی شهرستان از کل راهها ۴۰/۸٪ می‌باشد. طول راههای اصلی شهرستان ۳۰ کیلومتر، راه فرعی ۲۵۳/۲ کیلومتر و راههای روستائی ۴۶۴/۷ کیلومتر و سایر راهها (راههای عشایری دسترسی) حدود ۲۶۵/۵ کیلومتر می‌باشد. سهم هر یک از راههای یاد شده از مجموع راههای شهرستان به ترتیب ۳، ۲۵، ۴۶، ۲۶٪ بوده در صورتیکه همین نسبتها در استان ۱۲/۸۶، ۲۱/۴، ۵۵/۳، ۸/۷٪ است. با این تفاوت که شهرستان فاقد آزاد راه و بزرگراه بوده و سهم این راهها از راههای استان ۴٪ و ۱/۲۲٪ محاسبه شده است.

رتبه شهرستان در درصد راههای اصلی، فرعی و روستائی به کل راهها در بین شهرستانهای استان به ترتیب سیزدهم، هفتم و دهم می‌باشد. تراکم راه شهرستان در ۱۰۰ کیلومتر مربع ۱۸/۴ کیلومتر می‌باشد و در این شاخص شهرستان در رتبه چهارم قرار دارد.

برنامه استراتژیک بیمارستان



رسالت یا مأموریت مرکز "MISSION"

بیمارستان باقرالعلوم اهر وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز در مرکزیت منطقه وسیع ارسباران برای حدود ۲۵۰ هزار نفر جمعیت شهری و روستایی منطقه خدمات سلامت ارائه می نماید، همچنین به عنوان بزرگترین و مجهزترین بیمارستان این منطقه پذیرای بیماران زیادی از شهرهای همجوار می باشد.

این مرکز علاوه بر بخشهای جنرال دارای بخشهای ویژه ICU، CCU، POST CCU، NICU، دیالیز، واحدهای پاراکلینیک و درمانگاههای تخصصی می باشد و بیماران نیازمند خدمات فوق تخصصی را در شرایط مناسب وایمن به مراکز مربوطه در تبریز انتقال میدهد.

رسالت بیمارستان باقرالعلوم اهر بعنوان یک مرکز جنرال ارائه خدمات درمانی ایمن و اثربخش توأم با رعایت اصول اخلاقی، احترام به حقوق گیرندگان و ارائه دهندگان خدمت و نهادینه کردن استانداردهای ملی اعتباربخشی همراه با تامین رفاه و ایمنی برای کارکنان و مدیریت بحران می باشد.

ما مدیران و پرسنل متعهد و توانمند بیمارستان باقرالعلوم برآنیم که برترین بیمارستان استان آذربایجانشرقی در حوزه کیفیت ارائه خدمات سلامت و ایمنی بیمار و کارکنان باشیم .

اهداف کلان

- ۱- ارتقای کیفیت خدمات سلامت ، برنامه ریزی و آموزش در بیمارستان .
- ۲- دریافت لوح بیمارستان دوستدار ایمنی .
- ۳- ارتقاء رضایت مندی و تکریم ارباب رجوع .
- ۴- ارتقاء رضایتمندی کارکنان
- ۵- دریافت لوح بیمارستان دوستدارمادر
- ۶- ارتقاء مدیریت بحران

بیانیه ارزشها

- ۱- بهبود مستمر کیفیت در ارائه خدمات
- ۲- آموزش ، پژوهش و توسعه منابع انسانی
- ۳- استفاده بهینه از منابع ، امکانات ، اطلاعات و آمار
- ۴- بیمار محوری و رعایت منشور حقوقی بیماران
- ۵- مراعات مبانی شرع اسلام ، ارزشهای اخلاقی و انسانی و احترام به فرهنگ و دیدگاههای مشتری
- ۶- رعایت استانداردهای وزارت بهداشت و درمان
- ۷- حفظ چارچوب و مقررات سازمانی
- ۸- توجه به نیازها و انتظارات مشتریان داخلی و خارجی
- ۹- توجه به بهداشت و ایمنی بیماران و کارکنان
- ۱۰- توجه به حفظ و ارتقاء سلامت محیط زیست
- ۱۱- کنترل و ساماندهی شرایط پیش آمده با هزینه قابل قبول

ناحیه استراتژیک بیمارستان براساس جدول SOAT

نمره: ۲/۵۲

۱

۲

۳

۴

<p>هدف از استراتژی های WO این است که از مزیت‌هایی که در فرصت‌ها نهفته است در جهت جبران نقاط ضعف استفاده شود</p> <p>استراتژی های WO</p>	<p>در اجرای استراتژی های SO میتوان با استفاده از نقاط قوت داخلی از فرصت های خارجی حداکثر بهره برداری را نمود</p> <p>استراتژی های SO</p>
<p>هدف در اجرای استراتژی های WT کم کردن نقاط قوت و ضعف داخلی و پرهیز از تهدیدات ناشی از محیط خارجی است در چنین موقعیتی وضعیت نامناسب بوده و در وضع مخاطره آمیز قرار خواهیم گرفت و باید سعی کنیم؛ واگذاری؛ کاهش عملیات؛ ادغام و سایر روشها از چنین وضعیتی پرهیز نماییم</p> <p>استراتژی های WT</p>	<p>در این نوع استراتژی تلاش می گردد تا با استفاده از نقاط قوت داخلی برای جلوگیری از تأثیر منفی تهدیدات خارجی؛ ساز و کارهایی در پیش گرفته شود و یا تهدیدات را از بین ببرد</p> <p>استراتژی های ST</p>

۳

نمره نهایی
ماتریس عوامل
خارجی

۲

۱/۹۴

۱

استراتژی های ST:

در این نوع استراتژی تلاش می گردد تا با استفاده از نقاط قوت داخلی برای جلوگیری از تأثیر منفی تهدیدات خارجی، ساز و کارهایی در پیش گرفته شود و یا تهدیدات را از بین ببرد.

استراتژی های بیمارستان

- ۱- استراتژی ارتقاء سطح ایمنی خدمات بیمارستان
- ۲- استراتژی ارتقاء کیفیت خدمات سلامت با بهینه سازی تجهیزات تشخیصی و درمانی و توسعه فضا های درمانی بیمارستان و نیروهای متخصص (در راستای سطح بندی وزارت)
- ۳- استراتژی ارتقاء سلامت مادران و نوزادان
- ۴- استراتژی ترویج فرهنگ بیمار محوری
- ۵- توانمندسازی ، ایجاد ظرفیت ، شناسایی منابع ، آموزش و ارتقاء توان مقابله با بحران و بازسازی افراد و سازمان

سیاست های کلان بیمارستان

- ❖ اداره بیمارستان براساس استانداردهای نیروی انسانی
- ❖ **ارائه خدمات سلامت مبتنی بر احترام به حقوق و رعایت کرامت انسانی بیماران و ارباب رجوع**
- ❖ افزایش سطح علمی کارکنان از طریق توانمند سازی پرسنل و راه اندازی کمیته پژوهش
- ❖ **ترویج فرهنگ کار، ایمنی و بهداشت شغلی و ایجاد تعلق خاطر نسبت به محیط زیست**
- ❖ **استفاده بهینه از منابع انسانی، مالی، امکانات و تجهیزات در راستای ارتقاء ایمنی بیماران و کارکنان و کنترل عوامل زبان آور جهت پیشگیری از بیماریهای شغلی و رویدادها**
- ❖ **استقرار استانداردهای الزامی ایمنی بیمار**
- ❖ اجرای کامل استانداردهای اعتبار بخشی
- ❖ سوق دادن هدفمند جریان پیشرفت امور به روالی قابل کنترل
- ❖ راهکارهای کلان برای جلب مشارکت سازمانهای مردم نهاد و خیرین، تامین کنندگان مالی، سازمانهای مرتبط و...
- ❖ **تداوم اجرای برنامه های مربوط به سیاست های جمعیتی (ترویج فرزند آوری و خود داری از تک فرزندی و ترویج زایمان طبیعی ایمن و...)**
- ❖ **ارتقاء عملکرد بیمارستان از طریق مدیریت هزینه ها و کاهش کسورات همسو با سیاست اقتصاد مقاومتی**
- انتظار این است که مسئولین همه بخشها، با مسئولیت پذیری، مسیر حرکت تیم خود را در راستای اهداف و استراتژیهای بیمارستان تنظیم نموده و با بازنگری دوره ای سیستم مدیریت یکپارچه، از بهبود مستمر خدمات در تمامی امور جاری اطمینان حاصل نموده و در اجرای استراتژی ها و استفاده از سیستم های مدیریت کیفیت و خط مشی ها، با حداکثر توان علمی و رفتار شهروندی ممتاز خود در اجرای دقیق قوانین و مقررات وزارت بهداشت و درمان، قانون پنجم توسعه و قوانین کشوری همکاری نمایند.

حقوق گیرندگان خدمت





منشور حقوق بیمار در ایران

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 شناسند .

• حقوق در تمام زبانها به معنی آنچه راست و سزاوار است تعریف میشود .

حقوق بیمار در ایران

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

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

مقدمه

نظام سلامت کارآمد نیازمند مشارکت فعالانه بین گیرندگان و ارائه کنندگان خدمات سلامت می باشد .ارتباط مناسب وصادقانه ، احترام به ارزش های شخصی و حرفه ای و حساسیت نسبت به تفاوت های موجود، لازمه ی مراقبت مطلوب از بیمار است . به عنوان یکی از ارکان ارائه ی خدمات سلامت، بیمارستان ها باید نهادی برای درک و احترام به حقوق و مسئولیت های بیمار ، خانواده ی آنان ، پزشکان ، پرستاران و سایر مراقبت کنندگان باشند .بیمارستان ها باید به جنبه های اخلاقی مراقبت واقف بوده وبه آن احترام گذارند.

• اثربخشی مراقبت و بهره مندی بیمار از نتایج مثبت درمان تا حدودی بستگی به مسؤولیت پذیری بیماردارد. شایسته است بیماران اطلاعات مربوط به سابقه ی بیماری ها، بستری شدن در بیمارستان، مصرف داروها وسایر مطالب مربوط به وضعیت سلامتی را به طور صادقانه گزارش دهند و از هرگونه تغییر در روند درمانی بدون اطلاع پزشک مسئول خود بپرهیزند.

• وزارت بهداشت ،درمان و آموزش پزشکی امیدوار است در سایه تعامل مناسب ارائه دهندگان و گیرندگان خدمات سلامت نسبت به وظایف خود و احترام به حقوق دیگری، سلامت جامعه در بالاترین سطح ممکن تنظیم گردیده است :

بینش و ارزش

- یکایک افراد جامعه متعهد به حفظ و احترام به کرامت انسان ها می باشند. این امر در شرایط بیماری از اهمیت ویژه ای برخوردار است . بر اساس قانون اساسی توجه به کرامت والای انسانی از اصول پایه نظام جمهوری اسلامی بوده و دولت موظف است خدمات بهداشتی درمانی را برای یکایک افراد کشور تأمین کند. بر این اساس ارائه خدمات سلامت باید عادلانه و مبتنی بر احترام به حقوق و رعایت کرامت انسانی بیماران صورت پذیرد.
- این منشور با توجه به ارزشهای والای انسانی و مبتنی بر فرهنگ اسلامی و ایرانی و بر پایه برابری کرامت ذاتی تمامی گیرندگان خدمات سلامت و با هدف حفظ ، ارتقا و تحکیم رابطه انسانی میان ارائه کنندگان و گیرندگان خدمات سلامت تنظیم شده است.

منشور حقوق بیمار در ایران

محور اول : دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است.

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

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

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

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

محور اول : دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است

- ۱- ۱) شایسته شان و منزلت انسان و با احترام به ارزش ها، اعتقادات فرهنگی و مذهبی باشد .
- ۱- ۲) بر پایه ی صداقت، انصاف، ادب و همراه با مهربانی باشد .
- ۱- ۳) فارغ از هرگونه تبعیض از جمله قومی، فرهنگی، مذهبی، نوع بیماری و جنسیتی باشد .
- ۱- ۴) بر اساس دانش روز باشد .
- ۱- ۵) مبتنی بر برتری منافع بیمار باشد .
- ۱- ۶) توزیع منابع سلامت مبتنی بر عدالت و اولویت های درمانی بیماران باشد .
- ۱- ۷) مبتنی بر هماهنگی ارکان مراقبت اعم از پیشگیری، تشخیص، درمان و توانبخشی باشد .
- ۱- ۸) به همراه تامین کلیه امکانات رفاهی پایه و ضروری و به دور از تحمیل درد و رنج و محدودیت های غیر ضروری باشد .

۹-۱) توجه ویژه ای به حقوق گروه های آسیب پذیر جامعه از جمله کودکان، زنان باردار، سالمندان، بیماران روانی، زندانیان، معلولان ذهنی و جسمی و افراد بدون سرپرست داشته باشد.

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 ی آن صورت گیرد. در موارد غیرفوری (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 ی 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 خانواده اش در زمان احتضار می باشد. بیمار در حال احتضار حق دارد در آخرین لحظات زندگی خویش با فردی که می خواهد همراه گردد.

• احتضار به وضعیت بیماری غیر قابل علاج و غیر قابل برگشت اطلاق می شود که مرگ قریب الوقوع اجتناب ناپذیر است.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

۲-۲) نحوه ی 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 ویژگی های فردی وی از جمله زبان، تحصیلات و توان درک در اختیار وی قرار گیرد، مگر این که:

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

• بیمار علی رغم اطلاع از حق دریافت اطلاعات، از این امر امتناع نماید که در این صورت باید خواستبیمار محترم شمرده شود، مگر این که عدم اطلاع بیمار، وی یا سایرین را در معرض خطر جدی قرار دهد.

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

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

۳-۱) محدوده انتخاب و تصمیم گیری درباره موارد ذیل می باشد:

۳-۱-۱) انتخاب پزشک معالج و مرکز ارائه کننده ی 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 پژوهش های زیستی با اطمینان از اینکه تصمیم گیری وی تأثیری در تداوم و نحوه دریافت خدمات سلامت ندارد.

۳-۱-۴) قبول یا رد درمان های 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 می دهد

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

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

۳-۲-۱) انتخاب و تصمیم گیری 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 تصمیم گیری و انتخاب داده شود.

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

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

۴-۲) در کلیه ی مراحل مراقبت اعم از تشخیصی و درمانی باید به حریم خصوصی بیمار احترام گذاشته شود. ضروری است بدین منظور کلیه ی 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 می شوند میتوانند به اطلاعات دسترسی داشته باشند.

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

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

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 .

۵-۳) خسارت ناشی از خطای ارائه کنندگان خدمات سلامت باید پس از رسیدگی و اثبات مطابق مقررات در کوتاهترین 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 چنان چه تصمیم گیرنده ی جایگزین بر خلاف نظر پزشک، مانع درمان بیمار شود، پزشک می تواند از طریق مراجع ذیربط درخواست تجدید نظر در تصمیم گیری را بنماید. چنانچه بیماری که فاقد ظرفیت کافی برای تصمیم گیری است ، اما میتواند در بخشی از روند درمان معقولانه تصمیم بگیرد، باید تصمیم او محترم شمرده شود.

ایمنی بیمار و مدیریت خطر



ارجاع به کتابچه ایمنی

خلاصه اطلاعات کنترل عفونت‌های بیمارستانی



آتش نشانی





در آتش سوزی ، سریع و دقیق فکر کردن حیاتی است . آتش به سرعت گسترش پیدا میکند . بنا براین اولین اولویت شما ، آگاه کردن افراد در معرض خطر است . اگر در داخل ساختمان هستید ، نزدیکترین آژیر حریق را فعال کنید . همچنین باید فوراً به خدمات اورژانس اطلاع دهید ، اما اگر این کار ، خروج شما را از محل به تأخیر میاندازد ، امنیت خود را به خطر نیندازید . افرادی که در آتش گیر افتاده اند ، به سرعت دچار هراس می شوند . شما به عنوان ارایه کننده کمکهای اولیه ، می توانید با آرام کردن افراد ی که رفتارشان احتمالاً ترس و دلهره را در دیگران تشدید 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 می توانید وارد ساختمان شوید که یک آتش نشان راه را برای این کار باز کرده باشد .

هشدار!

تحت هیچ شرایطی از آسانسور استفاده نکنید . پس از ورود به محل حریق یا اشتعال ، یک لحظه صبر کنید ، محل را زیر نظر گرفته و فکر کنید و به سرعت وارد صحنه نشوید . اما مکان دارد مواد قابل اشتعال یا انفجار (مثل گاز یا دودهای سمی) یا خطر برق گرفتگی وجود داشته باشد . یک آتش سوزی جزئی میتواند 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 نمیدهید .

نحوه برخورد با آتش سوزی

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

به عنوان مثال :

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

ترک ساختمان در حال سوختن

هنگامی که آتش را در یک ساختمان مشاهده می کنید یا به آن مشکوک می شوید، نزدیک ترین آژیر حریق را فعال کنید. سعی کنید بدون آنکه خود را در معرض خطر قرار دهید، به افراد کمک کنید تا ساختمان را ترک کنند. درها را پشت سر خود ببندید تا از گسترش آتش جلوگیری شود. به دنبال راه های خروج از آتش و محللهایی برای تجمع بگردید. شما باید قبلاً عملیات تخلیه را در محل کار خود فرا گرفته باشید. وقتی با ساختمانهای دیگری مواجه می شوید، نشانهای مربوط به راههای گریز اضطراری را دنبال کنید و دستورات (روی آنها) را انجام دهید.

کمک به گریز از ساختمان در حال سوختن: افراد را تشویق کنید که خونسرد اما سریع، ساختمان را از طریق نزدیکترین خروجی امن ترک کنند. اگر مجبور به استفاده از راه پله هستید، مطمئن شوید که کسی عجله نخواهد کرد و خطر سقوط وجود ندارد.

آتش گرفتن لباس

همیشه الگوی زیر را طی کنید: **توقف، انداختن روی زمین و چرخاندن**. در صورت امکان قبل از اقدام به چرخاندن مصدوم، وی را در یک پارچه کلفت بپیچید. از وحشتزدن شدن، دویدن یا بیرون رفتن مصدوم جلوگیری کنید. هرگونه حرکت یا باد، مانند بادبزنی 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 های 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.

دود و گاز

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

اجتناب از دود و گاز در صورتی که در داخل ساختمان در حال سوختن هستید، اقداماتی برای اجتناب از استنشاق دود و گازهای 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

انتخاب صحیح نوع خاموش کننده با توجه به کلاس آتش

انواع مواد اطفای حریق

خاموش کننده های پودری:

در گذشته نحوه استفاده از پودر شیمیایی بدین ترتیب بود که تعدادی قوطی یا ظروف به اشکال مختلف را از پودر پر می کردند و در جاهای مناسب قرار می دادند و به محض شروع آتش سوزی افراد مسئول درب قوطیها را باز کرده و پودر آن را بر روی آتش می پاشیدند که در اغلب این موارد این تکنیک با ناکامی مواجه می شد ولی با گذشت زمان برای پاشیدن پودر بر روی آتش دستگاه های خاموش کننده پودر طراحی و ساخته شد. پودر شیمیایی و پودر خشک عبارتند از گرد بعضی از مواد شیمیایی مانند کربناتها ، سولفات ها و فسفاتها که جهت خاموش کردن حریقها به کار می رود.

خاموش کننده های گاز کربنیک:

از سالها قبل گاز کربنیک (CO_2) به عنوان یک گاز آتش نشانی در دستگاه های ثابت اتوماتیک ، خاموش کننده های دستی و چرخدار مورد استفاده قرار گرفت و اکنون نیز مصرف فراوانی دارد. گاز CO_2 غیر قابل احتراق ، بی بو ، خنثی ، خنک و غیر سمی است و هادی الکتریسیته نمی باشد.

وزن آن سنگین تر از هواست ، لذا در صورت پرتاب روی حریق ، اکسیژن را خارج و خود جا نشین آن می گردد. در حقیقت با تقلیل درصد اکسیژن هوا موجب اطفای حریق می شود CO_2 جامد یا یخ خشک در 100° - درجه زیر صفر به دست می آید که در 79° - درجه به سرعت از حالت جامدی بدون اینکه به حالت مایع درآید به صورت بخار گاز در می آید.

خاموش کننده های مولد کف:

کف مورد مصرف برای اطفای حریق ، مایعی است که در صورت پرتاب آن بر روی مواد در حال اشتعال به سرعت روی را پوشانده و مانع برخاستن گاز قابل اشتعال از روی مواد می گردد ، و با پوشاندن سطح ماده در حال اشتعال از رسیدن اکسیژن هوا به آتش جلوگیری به عمل می آورد. وزن مخصوص آن کمتر از وزن مخصوص مواد و مایعات قابل اشتعال است لذا در سطح آن شناور گشته و پایین نمی رود.

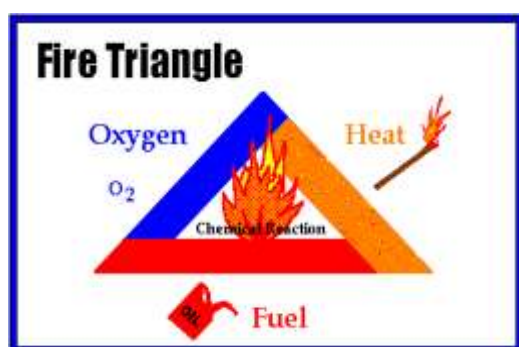
خاموش کننده های هالوژنه:

مواد هالوژنه خاموش کننده هایی هستند که مکا نیسم خاموش کردن آن شبا هت زیادی به گاز CO_2 دارد ، بدین معنی که بعلت سنگین تر بودن از هوا به سرعت روی حریق را پوشا نده و جا نشین هوا می شود و ماده سوزان را از اکسیژن محیط محروم می سازد . این مواد وقتی از خاموش کننده خارج و در محیط ریخته می شود به سرعت تبدیل به بخار و تبخیر می شود.

۳۲

روشهای عمومی اطفاء حریق:

اصولا 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 می شود.



روشهای عمومی بر اساس ماهیت حریق به اشکال زیرمی باشد:

الف - سرد کردن

ب - خفه کردن

ج - سد کردن یا حذف ماده سوختنی

د - کنترل واکنش های زنجیره ای

سرد کردن:

یک روش قدیمی و متداول و موثر برای کنترل حریق ، سرد کردن است . این عمل عمدتا با آب انجام می گیرد . یکی ازخواص 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 میباشد .

خفه کردن:

خفه کردن، پوشاندن روی آتش با موادی است که رسیدن اکسیژن به محوطه آتش گردد . این روش اگرچه در همه حریق ها موثر نیست ولی روش مطلوبی برای اکثر حریق ها می باشد . مورد استثناء موادی است که در حین سوختن اکسیژن تولید می کنند ، مانند: نیترات و زنجیره های آلی اکسیژن دار مثل پراکسید های آلی $R-NO_2$ و $R-COOR$ یا $R-O-O-R$ H همچنین موادی که سرعت آتش گیری در آنها زیاد است مانند دینامیت ، سدیم ، پتاسیم که از این قاعده مستثنی

کتابچه راهنمای بیمارستان

هستند. موادی که برای خفه کردن بکار می روند بایستی سنگین تر از هوا بوده و یا حالت پوششی داشته باشند. خاک، شن، ماسه، پتوی خیس نیز این کار را می توانند انجام دهند.

حذف مواد سوختنی:

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

۳۳

کنترل واکنش های زنجیره ای:

برای کنترل واکنش های زنجیره ای استفاده از برخی ترکیبات هالان مانند CBrF_3 (۱۲۱۱) و CBrcF_2 (۱۳۰۱) 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 ۴ دسته قرار می گیرند. بدلیل لزوم سرعت عمل و افزایش پوشش خاموش کننده ها، می توان از دو یا چند عنصر خاموش کننده بطور همزمان استفاده نمود.

طبعاً هر کدام از مواد یاد شده در اطفاء انواع حریقها دارای مزایا و معایبی می باشند. این گروه شامل گروههای زیر است:

الف - مواد سرد کننده (آب، CO_2)

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

ج - مواد رقیق کننده هوا ($\text{N}_2 - \text{CO}_2$)

د - مواد محدود کننده واکنش های زنجیره ای شیمیایی (هالان و پودرهای مخصوص)

آیا استفاده از آب برای کنترل حریق یکی از ساده ترین و در عین حال موثرترین روشی است که تمام افراد با آن آشنا می باشند. 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

۱- فراوان و ارزان است، خصوصاً که برای این منظور تصفیه کامل آن لازم نیست.

۲- ویسکوزیته پایین و قابلیت انتقال آسان داشته و در مجاری فلزی، لاستیکی و برزنتی براحتی جاری می شود

۳- دارای ظرفیت گرمایی ویژه بالایی بوده که آن را بصورت یک سرد کننده مطلوب مطرح می کند. ظرفیت گرمایی آب ۵ برابر آلومینیوم و ۱۰ برابر روی و مس می باشد. مهمتر از آن اینکه گرمای نهان تبخیر آب بسیار بالا بوده و گرمای زیادی هنگام تبخیر جذب می کند.

۴- غیر قابل تجزیه بر اثر حرارت است ، حتی در دمای بالا نیز تجزیه نمی شود . بطوری که در ۲۰۰۰ درجه سانتیگراد تنها یک دهم مولکولهایش تجزیه می شوند.

۱- توان سرد کنندگی بالایی دارد بطوری که در حجم مساوی ۵/۶ برابر سرد کننده تر از CO₂ است . هر لیتر آب می تواند هنگام تبخیر حدود ۵۵۰ کیلو کالری گرما جذب نماید و هر متر مکعب آب نیز برای افزایش دمایی به اندازه ۱۰ درجه گرمایی حدود ۱۰۰۰۰ کیلو کالری گرما جذب می کند.

۳۴

معایب آب

- ۱- سنگین وزن است لذا حمل و نقل آن در اطفاء متحرک مشکل است.
 - ۲- هادی الکتریسیته است ، در محل هایی که جریان برق وجود دارد ، خطر برق گرفتگی را افزایش می دهد.
 - ۳- آب دارای خطر تخریب است ، زمانی که آب تحت فشار پاشیده شود قدرت تخریب بالایی دارد که گاهی کمتر از خود حریق نیست.
 - ۴- هنگام اطفاء حریق مواد و محصولات در اثر ترکیب با آب دچار خسارت می گردند . مانند داروها ، اثاثیه ، کارت‌های بسته بندی ، رنگها و محصولات تولیدی.
 - ۵- به خاطر افزایش حجم آب هنگام تبخیر در هنگام پاشیدن به روی مایعات قابل اشتعال مثل نفت یا روغن باعث پرتاب شدن مایعات ، انفجار و پاشش آن شده و گسترش حریق را باعث می شود.
 - ۶- بدلیل کشش سطحی آب نفوذ آن به داخل تل مواد (تل ذغال سنگ ، خاک اره و مانند آن) محدود است.
- کف آتش نشانی کف بصورت محلول تهیه می گردد . 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 می تواند 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 حریق C-B-A بکار می روند . به همین دلیل در استفاده های عمومی معمولا این ترکیب خاموش کننده توصیه می شود به این ترکیبات پودر شیمیایی گفته می شود . پودر شیمیایی اگر چه برای حریق دسته A کاربرد دارد . ولی بدلیل اقتصادی 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 ۶ 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 ۱۰-۷۵ میکرون می باشد . هرچه قطر ذرات ریزتر باشد موثرتر است . پودر

شیمیایی تحت فشار ازت یا CO_2 در سطح قاعده حریق به صورت جارویی پاشیده شده و در صورتی که 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 CO_2 دی اکسید کربن گازی است غیر قابل احتراق ، بی بو ، غیر سمی و سنگین تر از هوا که دارای چگالی ۵/۱ بوده و هادی الکتریسیته نیست . مکانیسم عمل آن هنگام حریق به سه صورت است : اول خفه کردن آتش با تشکیل یک لایه سنگین مقاوم در مقابل عبور هوا ، دوم رقیق کردن اکسیژن هوادر اطراف محوطه حریق و سوم سرد کردن آتش . یکی از

۳۵

خصوصیات مهم گاز CO_2 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 . CO_2 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) : ترکیبات هالوژنه از مشتقات CH_4 یا C_2H_6 می باشند که به جای یک یا چند عنصر هالوژنه (شامل F, Cl, Br, I) 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 CO_2 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 CO_2 می باشد . هالن می تواند در هنگام مجاورت با آتش از سرعت واکنش های زنجیره ای بکاهد و 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 CO_2 مورد نیاز برای اطفاء است . خاموش کننده هالن برای محدوده های کوچک ولی مهم تجهیزات یا مواد قابل اشتعال مانند ماشینهای الکترونیکی و الکتریکی ، حریق های مواد جامد پر ارزش ، سایت های دیسپاچینگ ، مراکز مخابراتی و مانند آن کاربرد دارد.

انواع مختلف اطفاء 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 آن:

• 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

• برچسب یا نوار قرمز رنگ داشته باشد

• آب تحت فشار می باشد

• آمپر فشار داشته باشد



دی اکسید کربن

• برای آتش های کلاس **B** ، **C** ، **E** استفاده نمایید

• برچسب یا نوار مشکی دارد

• نازل سخت و پلاستیکی دارد

• نشانگر فشار ندارد

پودر خشک

• برای آتش های کلاس **A** ، **B** ، **C** ، **D** و **E** استفاده می شود

• برچسب یا نوار آبی رنگی دارد

• ذرات پودر تحت فشار می باشند

• نشانگر فشار سنج دارد



فوم

. برای آتش های کلاس **A** و **B** استفاده می شود

• برچسب یا نوار کرم رنگی دارد

• طوری استفاده می شود که همانند یک پتو روی سطح آتش را می پوشاند و از دوباره شعله ور شدن آن جلوگیری می کند و خاصیت سر کنندگی نیز دارد

شیمیایی تر

• برای آتش نوع **F** استفاده نمایند

• دارای برچسب یا نوار زرد رنگ است

• با روغن واکنش شیمیایی انجام می دهد و از شعله ور شدن آن جلوگیری می کند.

کپسول آتش نشانی بیوورسال چیست ؟

کپسول آتش نشانی بیوورسال، نقش عمده ای در اطفاء حریق دارد؛ چرا که حاوی ۹۴ درصد آب رقیق شده و ۶ درصد بیوورسال می باشد که می تواند به آسانی آتش های سه بعدی یا گسترده را خاموش کند. خوشبختانه به نحوی به وظیفه خود عمل می کند که احتمال ایجاد مجدد حریق را به حداقل می رساند، یعنی مصرف کنندگان هرگز با پدیده خطر **Back draft** رو به رو نمی شوند که این ویژگی می تواند تاثیر بسزایی در افزایش امنیت آتش نشان ها داشته باشد.



این ویژگی در آتش سوزی های مایعات آتشزا بسیار ویژگی مهمی است. در آتش سوزی هایی مانند نفت، بنزین، گازوئیل و ... در صورتی که نتوانید آتش

را به صورت کامل خاموش کنید آتش برگشت خواهد داشت.
در صورتی که با کپسول آتش نشانی بیوورسال تا مدتی بعد جلوی برگشت حریق را می گیرد که این برای شخص
اطفا کننده بسیار مهم می باشد.

چرا باید از کپسول های بیوورسال استفاده کنیم؟

شاید شما هم این دغدغه را داشته باشید که چرا باید این دسته از کپسول ها را تهیه کرد و برتری آن نسبت به
سایر کپسول ها در چیست؛ در ادامه به این موارد اشاره می کنیم.

سرعت بی نظیر: همه ما می دانیم که خاموش کردن حریق از جمله مسائلی است که نیاز به سرعت عمل بالا دارد
و از دست دادن هر فرصتی می تواند پیامد های جبرات ناپذیری را به دنبال داشته باشد.
اما کپسول های بیوورسال می توانند در کوتاه ترین زمان ممکن یک آتش پر حجم و گسترده را اطفاء کنند که
شما با استفاده از آن با خسارت های اندکی مواجه می شوید.

عدم برگشت آتش: بدیهی است که آتش نشان ها در اغلب موارد قادر به مهار کردن حریق می باشند، اما
متأسفانه اندکی بعد با شعله ور شدن مجدد آتش غافل گیر می شوند که به اصطلاح این حادثه **flash over**
نامیده می شود و در این مسیر آتش نشان ها با آسیب های بسیاری مواجه می شوند؛ اما بهتر است بدانید که
کپسول های دستی از جمله عمده علت های این واقعه به شمار می آیند که خوشبختانه کپسول های آتش نشانی
بیوورسال از این موضوع مستثنی می باشند و اگر حریق توسط این محصول خاموش شود هرگز امکان احتراق
مجدد آن وجود ندارد.

حفظ محیط زیست: همه ما می دانیم که اغلب کپسول های خاموش کننده، حاوی مواد شیمیایی متنوع می باشند
که قطعاً این مورد تهدیدی عظیم برای محیط زیست شمرده می شود.
اما کپسول های بیوورسال دوست دار محیط زیست هستند و استفاده از آن ها هرگز صدمه ای به حیوانات یا
گیاهان وارد نمی کند.

عدم خوردگی: یکی دیگر از مزایایی که سبب برتری کپسول های بیوورسال با سایرین می شود این است که اگر
مواد تشکیل دهنده درون آن بر روی لوازم یا وسایل متفاوت سر ریز شود در آن هنگام هیچ گونه خوردگی، زنگ
زدگی، تغییر رنگ و ... را پدید نمی آورد.

شما پس از پایان آتش سوزی نیازی به تعمیر و یا تعویض وسایل مورد نظر خود ندارید. البته دیگر کپسول های
آتش نشانی هم خوردگی های بسیار بالایی در کوتاه مدت ندارند.

ولی این عدم خورندگی باعث افزایش طول عمر کپسول آتش نشانی می شود و از سوراخ شدن سیلندر در زمان های کوتاه می شود.

قیمت مقرون به صرفه: استفاده از تجهیزات آتش نشانی بسیار لازم و ضروری می باشد اما تهیه کردن برخی از آن ها کار ساده ای نیست؛ چرا که هزینه آن ها بالا می باشد. اما کپسول های بیوورسال با توجه به کارآیی خود از قیمت مناسب و مقرون به صرفه ای برخوردار می باشند، به طوری که همگان توانایی تهیه کردن آن را دارند.

کتابچه راهنمای بیمارستان



Photo : Kamel Rouhi

FARS NEWS AGENCY



Photo : Kamel Rouhi

FARS NEWS AGENCY



مدیریت بحران

❖ مقدمه

کشور جمهوری اسلامی ایران در معرض انواع مخاطرات طبیعی و انسان - ساخت قرار دارد. بنا بر گزارش جهانی کاهش خطر بلایا که در سال ۲۰۰۹ انتشار یافته، سطح خطر ایران تنها در برابر مخاطرات طبیعی بر اساس مرگ حدود ۱۰۶ هزار نفر طی چهار دهه اخیر، ۸ از ۱۰ برآورد شده است. بطور اختصاصی اجزاء سازه ای، غیر سازه ای و عملکردی بیمارستانها می توانند در وقوع مخاطرات و یا بلایای ناشی از آنها تحت تاثیر قرار گیرند و علاوه بر پیامدهای جانی به پرسنل و بیماران و همچنین خسارت به اموال و تجهیزات، عملکرد خود را برای پذیرش مصدومین از دست دهند و در نتیجه به بار مرگ ناشی از حادثه بیفزایند.

راستای	تیم ارزیابی بیمارستان باقر العلوم شهرستان اهر	کمپین
جهانی دو		سالانه
سازمان		ملل متحد
در سالهای		۲۰۰۸ و
۲۰۰۹ که		تحت
عنوان		"ایمنی
بیمارستان		ها در برابر
بلایا "		نامگذاری
شد،		سازمان
جهانی		بهداشت بر
اساس		تجربه
کشورهای		مختلف
ابزاری را با		هدف
ارزیابی		خطر بلایا
در		

بیمارستانها تدوین و معرفی کرد. این ایندکس دارای ۱۴۵ شاخص در زمینهای ایمنی سازه ای، غیرسازه ای و عملکردی و دو بخش مقدماتی شامل اطلاعات کلی بیمارستان و مخاطراتی که بیمارستان را تهدید می کنند، می باشد. این ابزار از سوی وزارت برای ارزیابی ایمنی بیمارستان تدوین و ارسال شده و بیمارستان باقرالعلوم اهر نیز توسط تیم ارزیابی بیمارستان طبق همین ابزار ارزیابی شده است.

۱	دکتر محمد میرزاپور	ریاست شبکه بهداشت و درمان
۲	سعید عبدی	مدیر بیمارستان
۳	حلما مهتدی فر	رئیس خدمات پرستاری
۴	بهزاد راهنورد	دبیر کمیته حوادث غیر مترقبه
۵	عیسی نصیرزاده	مسئول تاسیسات
۶	حامد ادیب زاده	مسئول خدمات
۷	خانمناز اسدی	بهبود کیفیت
۸	حمیده ابوطالب زاده	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار
۹	وحید محمدپور	مسئول تجهیزات پزشکی
۱۰	علیرضا عبدالهیان	مسئول فنی داروخانه
۱۱	دکتر مسعود تربتی	مسئول فنی بیمارستان
۱۲	عباس علیزاده	حراست

۴۱

❖ **برگزاری مانور در بیمارستان:** حوادث و مراجعات اورژانس در بسیاری از بیمارستانها جزو امور عادی هستند؛ به همین علت

پزشکان و کارکنان این مراکز همیشه آمادگی پذیرش این مراجعان را دارند. و دقیقا از همین جا، اولین نقطه ضعف نظام مدیریت بیمارستان برای بحران و حوادث غیرمترقبه شکل میگیرد!

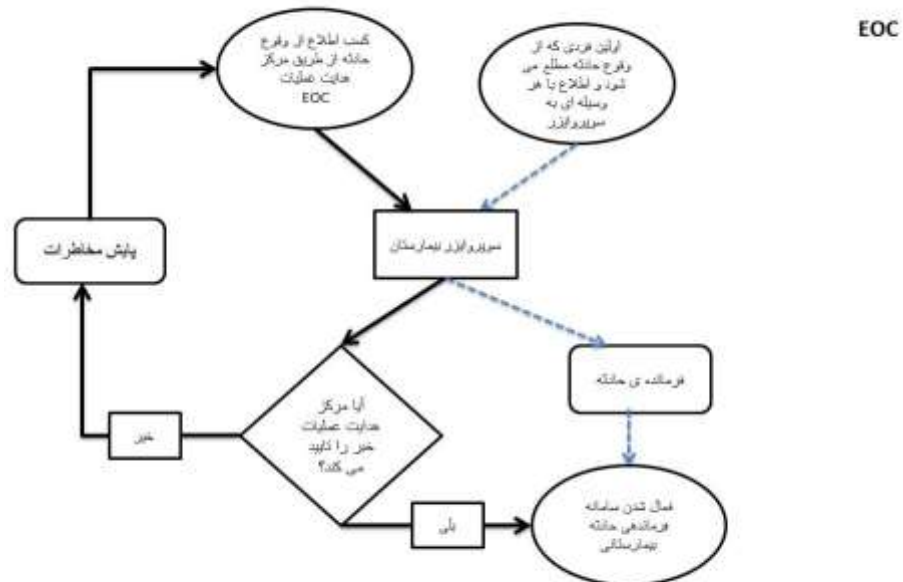
بزرگترین اشتباه افرادی که با فرایندها و ظرفیتهای مدیریت بحران آشنایی کافی ندارند، وجود این تصور نادرست است که بحران و فاجعه، همان حوادث اورژانس است ولی در یک مقیاس بزرگتر! اما واقعیت این است که فاجعه یا بحران اساساً با حوادث روزمره متفاوت است. مهمترین تفاوت شرایط بحران با حوادث منتظره در دو زمینه مهم و حیاتی است: اول اینکه در حوادث مترقبه تمامی ساختارها و زیرساختها سالم و پابرجا هستند و به پاسخگویی عادی به موارد اورژانس مشغولند؛ اما در شرایط بحران و فجایع تمام یا بخشی از زیرساختها و امکانات و ساختارها نابود شده اند و یا قابل استفاده نیستند!

دوم اینکه ساختارها و امکانات و زیرساختهای مراکز درمانی متناسب با حوادث "منتظره" طراحی شده اند! و توان پاسخگویی به آنها را دارند (مثلا تعداد کارکنان یا پزشکان هر شیفت، تعداد تختهای خالی، برنامه ها، دارو و تجهیزات موجود در بخشها، خطوط تلفنی و ...) و این امکانات به هیچ عنوان تجواب نیازهای متنوع و فراوان بحران را نمی کنند!

به طور خلاصه می توان گفت: اساسا تعریف بحران از نقطه نظر عملیاتی یعنی موقعیتی که در آن تشکیلات و امکانات و برنامه های عادی و روزمره سازمانی پاسخگوی شرایط حادثه نباشند و نیاز به برنامه و امکانات و تشکیلات ویژه و جدید احساس شود.

➤ فرآیندی جهت گزارش حوادث و یا موقعیت های خطر آفرین برای کارکنان (روش اجرایی):

کارکنان بیمارستان در صورت مواجهه با حوادثی نظیر آتش سوزی، درگیری، مواجهه کارکنان با عوامل عفونی و ... سریعا موارد را به سوپروایزر کشیک اطلاع میدهند



فلوچارت گزارش حوادث به سوپر وایزر

مواردی که باید به سوپروایزر گزارش شوند

- ۱- حوادث ترافیکی با فوتی و مصدوم بیش از ۴ نفر که خود ۴ نفر مد نظر نمی باشد.
- ۲- حوادث ترافیکی با تعداد بیش از ۲ فوتی که خود ۲ نفر مد نظر نمی باشد.
- ۳- هرگونه تحسن و تجمع
- ۴- موارد مربوط به اغتشاشات
- ۵- حوادث هوایی اعم از سقوط و یا سانحه هواپیما و بالگرد
- ۶- موارد مربوط به تیراندازی-چاقوخوردگی اعم از مجروح یا فوتی حتی یک مورد
- ۷- آلودگی های آب و هوا
- ۸- موارد مربوط به حوادث غیر مترقبه سیل / زلزله
- ۹- خودکشی منجر به فوت حتی یک مورد
- ۱۰- موارد فوت مشکوک (از نظر حوزه سلامت) ۱۱- حوادث تروریستی ۱۲- حوادث گروگانگیری
- ۱۳- حوادث مربوط به اماکن خاص (استانداری/فرمانداری/بیمارستان / دادگاه /... من جمله آوار، حریق و...)
- ۱۴- موارد فوت یا جراحت افراد شاخص در استان
- ۱۵- حوادث مربوط به موارد خطرناک اعم از واژگونی یا سانحه وسایل نقلیه حمل کننده مواد خطرناک یا حوادث مربوط به کارخانجات و مخازن نگهداری مواد خطرناک
- ۱۶- حوادث بهداشتی محیطی یا شغلی که حوزه سلامت را درگیر خواهند نمود .
- ۱۷- مسمومیت با منوکسید کربن حتی یک مورد
- ۱۸- غرق شدگی حتی یک مورد ۱۹- مسمومیت گروهی از ۴ نفر به بالا ۲۰- حوادث هسته ای و بیولوژیکی
- ۲۱- انفجار مین ۲۲- حوادث و اتفاقات برای پرستل حوزه سلامت در هنگام کار و ماموریت(بیمارستان / بهداشت / ۱۱۵)

الف- در صورت وقوع هر یک از موارد فوق در هر یک از بخشهای بیمارستان ، لازم است که کادر کشیک بخش مربوطه ، مورد را به سوپروایزر کشیک اطلاع دهد.

ب- سوپروایزر جزئیات اطلاعات را بر اساس هر مورد(سن - آدرس - زمان وقوع حادثه-مراجعه با ۱۱۵ یا به هر روش دیگر و سایر اطلاعات که بر اساس هر حادثه متفاوت می باشد) دریافت می کند .

ج- مورد حادثه با جزئیات آن توسط سوپروایزر به مرکز مدیریت بحران استان (EOC) به شماره تلفن ۳۳۳۷۶۴۰۱ اطلاع داده می شود.

دفتر پرستاری بیمارستان باقرالعلوم اهر

❖ عوامل وموقعیتهای خطرآفرین داخل و خارج بیمارستانی

تعاریف :

➤ حوادث غیرمترقبه خارجی (External Disasters)

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

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

➤ حوادث غیرمترقبه داخلی (Internal Disasters):

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

۱. بمب گذاری
۲. گروگان گیری
۳. قطع ارتباطات
۴. قطع برق یا آب
۵. آتش سوزی
۶. سیل
۷. نشست مواد مضر / پرتوهای رادیواکتیو
۸. نقص سیستم گرمایشی
۹. قطع گازهای درمانی
۱۰. ازدحام و تراکم بیش از حد جمعیت
۱۱. حمله دسته جمعی و نزاع های قومی و...

- موقعیت وقوع حوادث غیرمترقبه بیمارستانی را می‌توان براساس شدت و میزان تاثیر بر بیمارستان نیز تقسیم بندی کرد
- بر این اساس پنج موقعیت قابل تصور است که عبارتند از:
- ۱- حوادث غیرمترقبه داخلی: مانند آتش سوزی، انفجار، نشت یا آزاد شدن مواد مضر
 - ۲- حوادث غیرمترقبه خارجی جزئی: تعداد محدودی مصدوم ایجاد می‌کند.
 - ۳- حوادث غیرمترقبه خارجی عمده: تعداد زیادی مصدوم ایجاد می‌کند.
 - ۴- تهدیدات ناشی از حوادث غیرمترقبه متوجه بیمارستان یا جامعه می‌باشد: مانند آتش سوزی در نزدیکی بیمارستان و طوفان، سیل یا انفجار قریب الوقوع.
 - ۵- حوادث غیرمترقبه ای که در منطقه ای دیگر رخ می‌دهد .

➤ سامانه هشدار اولیه HEWS بیمارستان باقرالعلوم اهر:

یکی از مهمترین جنبه های مدیریت بحران هشدار به مردم در خصوص تهدیدهاست هشدار سریع (اولیه) مجموعه از ظرفیت ها برا آنکه اطلاعات هشدار مناسب و به موقع برای جامعه در معرض خطر ارسال گردد تا اقدامات مناسب و موثر برای کاهش احتمالی خسارت و آسیب ها انجام شودمانند پیش بینی مخاطرات آب و هوایی توسط هواشناسی شامل سه مرحله: ۱- قیل از حادثه آمادگی ۲- مرحله اقدامات حین بحران ۳- مرحله بازسازی و بازگشت به وضعیت عادی می باشد.

شرح وضعیت های هشدار سفید- زرد- نارنجی- قرمز

وضعیت سفید ← احتمال وقوع مخاطره برطرف شده و اعلام بازگشت به شرایط عادی

وضعیت زرد ← امکان وقوع مخاطره وجود دارد ولی احتمال آن کم است اطلاع وضعیت هشدار به تیم عملیاتی.

وضعیت نارنجی (آماده باش) ← امکان وقوع مخاطره وجود دارد ولی احتمال آن زیاد است، فعال کردن سامانه فرماندهی حادثه و برنامه ریزی.

وضعیت قرمز (اقدام) ← مخاطره روی داده یا وقوع آن قطعی است، فعال کرد سامانه فرماندهی حادثه.

عملیات و اجرای کارکردهای عملیات:

- ✓ دریافت خبر به صورت ۲۴ ساعته از مراکز پایش کننده مخاطرات
- ✓ تحلیل و تایید خبر از مراکز پایش کننده مخاطرات و EOC سطح بالاتر
- ✓ اعلام خبر و سطح هشدار به واحدهای همکار و تیم های عملیاتی

در اقدامات آمادگی:

خط تلفن دفترپرستاری به صورت ۲۴ ساعته دایر و در تماس با EOC می باشد، شماره تلفن آنکالین و اعضای تیم در دسترس سوپروایزر می باشد.

لیست موارد قابل گزارش به EOC در دفترپرستاری موجود و به کلیه بخش های درمانی ابلاغ شده است.

چگونگی نحوه و روش گزارش موارد به بخش ها اطلاع داده شد.

افزایش ظرفیت بیمارستان باقرالعلوم اهر در حوزه فضای فیزیکی در حوزه تجهیزات- منابع انسانی(روش اجرایی)

هدف: افزایش ظرفیت بیمارستان جهت ارائه خدمات درمانی در بحران

✓ **مراحل:**

- ۱- اعلام بحران توسط EOC، فرمانداری، نیروی انتظامی و سایر مراکز مسول به سوپروایزر کشیک /فرمانده حادثه صورت می پذیرد.
- ۲-فرمانده حادثه مرکز بحران بیمارستان و بخش های مهم مثل اورژانس را بازدید کرده و در راهرو های بیمارستان و سالن انتظار اقدام به افزایش ظرفیت کرده نیروها کادر درمانی- خدماتی- تاسیساتی- حراست فراخوان کرده و گزارش مراحل را به EOC دانشگاه اعلام می کند.
- ۳- فراخوانی کد (تیم واکنش سریع) بر اساس دستورالعمل کد مربوطه توسط فرمانده حادثه صورت می گیرد.
- ۴- فعال کردن تیم پاسخ اضطراری توسط فرمانده حادثه صورت می پذیرد.
- ۵- ورود و خروج مصدومان در زمان بحران از طریق درب ورودی پرسنلی توسط مسئول انتظامات و رئیس مناطق درمان صورت می پذیرد.
- ۴- با توجه به نوع بحران سطح بندی و ترخیص بیماران بخش های اورژانس و بخش های بستری جهت افزایش ظرفیت پذیرش مصدومین بحران توسط مسئول ارشد پزشکی و پزشک معالج بیمار و یا پزشک انکال صورت می گیرد. تا فضا و تخت بیشتری جهت مصدومین بحران صورت پذیرد.
- ۵-آماده سازی فضاهای جایگزین جهت تریاژ مصدومین توسط رئیس عملیات در راهروهای ورودی (۲۰تخت) و راهروی دیالیز (۱۰تخت) و بخش پشتیبانی بحران (۲۰ تخت) و در مجموع (۳۰ تخت) جهت بستری بیماران سرپایی مهیا می گردد. فرمانده حادثه دستور چینش و آماده سازی تخت ها و تجهیزات در فضاهای جایگزین را صادر کرده و بر مراحل انجام آن نظارت می کند.
- ۶-ادغام بخش های بیمارستانی توسط رئیس بخش عملیات و مسئول ارشد پزشکی جهت افزایش پذیرش مصدومین بحران صورت می گیرد .
- ۷-مدیریت همراهان جهت جلوگیری از اختلال فرایند درمان و پذیرش مصدومان توسط انتظامات بیمارستان صورت گرفته و همراهان بیمار به محل انتظار تعیین شده در زمان بحران که محل تجمع ایمن می باشد هدایت می شوند و هر ۱۵ دقیقه یک بار توسط مسئول روابط عموم در جریان روند درمان بیمارشان قرار گیرند.

برنامه افزایش ظرفیت بیمارستان باقرالعلوم اهر در بحران

ردیف	فعلیت	مجری	زمان
۱	اطلاع سوپروایزر حادثه از ابعاد آن		زمان وقوع حادثه
۲	اطلاع به فرمانده حادثه	و سوپروایزر	زمان وقوع حادثه
۳	اطلاع به EOC به ستاد هدایت	فرمانده حادثه و سوپروایزر	زمان وقوع حادثه
۴	هماهنگی با پزشک مقیم با انتقال جهت ترخیص بیماران الکتور	فرمانده حادثه و سوپروایزر	زمان وقوع حادثه
۵	فرانکون کادر ترخیص	فرمانده حادثه و سوپروایزر	زمان وقوع حادثه
۶	فرانکون کادر مددکاری	فرمانده حادثه و سوپروایزر	زمان وقوع حادثه
۷	آماده سازی سریع سکان انتظار اصلی برای استقرار تلفظها	فرمانده حادثه و سوپروایزر	زمان وقوع حادثه
۸	هماهنگی با مسئول خدمات جهت فرانکون نیروهای تحت سرپرستی	فرمانده حادثه و سوپروایزر	زمان وقوع حادثه
۹	هماهنگی با مسئول تأسیسات جهت فرانکون نیروهای تحت سرپرستی	فرمانده حادثه و سوپروایزر	زمان وقوع حادثه
۱۰	هماهنگی با نگهبانی و حراست جهت حفظ امنیت و کنترل ملاقات کنندگان	فرمانده حادثه و سوپروایزر	زمان وقوع حادثه
۱۱	فرانکون کادر مورد نیاز برای اداره تلفظهای اصلی	فرمانده حادثه و سوپروایزر	زمان وقوع حادثه
۱۲	هماهنگی با حراست و نگهبانی جهت تغییر مسیرهای اصلی (سکان فرعی به عنوان سکان اصلی جهت رفت و آمد استفاده گردد)	فرمانده حادثه و سوپروایزر	زمان وقوع حادثه

۱۱

➤ تخلیه بیمارستان در زمان وقوع حادثه (دستور العمل)

تعریف:

حادثه ممکن است به صورتی رخ دهد که به تخلیه تمام یا قسمتی از بیمارستان نیاز باشد. بسته به نوع حادثه و داخل یا خارج بیمارستانی بودن آن، محدوده زمانی و اقدامات لازم برای اینکار متفاوت است؛ ولی اغلب، از همان ابتدای حادثه آغاز می شود. تخلیه برای افزایش ظرفیت بیمارستان صرفاً شامل بیماران بستری می شود اما هنگامی که حادثه در داخل بیمارستان وجود دارد و ایمن نباشد همه افراد شامل پرسنل و بیماران تخلیه می شوند.

هدف: کاهش آسیب به بیماران، مراجعین و کارکنان جهت مقابله با حوادث و بلایای خارجی و داخلی

روش انجام کار:

- دریافت دستور تخلیه از فرمانده حادثه
- اطلاع رسانی نیاز به تخلیه به کارکنان
- تعیین اولویت تعداد بیمارانی که باید تخلیه شوند.
- تعیین محل بیمارانی که باید تخلیه شوند.
- نظارت بر اطلاع رسانی به خانواده های بیماران
- اطلاع به EOC دانشگاه و درخواست انجام هماهنگی لازم با سایر سازمانها مانند نیروی انتظامی
- اطلاع به ستاد هدایت و اطلاع رسانی برای تعیین و درخواست هماهنگی با بیمارستانهای مقصد
- نظارت بر تعیین وسایل انتقال مورد نیاز برای تخلیه
- ارزیابی مجدد بیماران

اندیکاسیون های تخلیه:

- آتش سوزی و دود
- خرابی زیرساخت ها و تسهیلات
- از بین رفتن سیستم های گاز یا برق یا آب
- پتانسیل مواجهه با مواد خطرناک
- ترور، خشونت و یا ورود افراد مسلح
- خطر بمب گذاری

وسایل مورد نیاز جهت تخلیه:

- ماسکهای اکسیژن
- لباسو دستکشبرای حفاظت از سر و پاها
- بسته کمکهای اولیه
- کپسول های آشنشانی

توضیح:

در صورتی که حادثه با ابعاد محدود باشد اطلاع از طرف سوپروایزر به EOC بر اساس دستور العمل ابلاغی در صورتی که حادثه در ابعاد وسیع باشد اطلاع به فرمانده حادثه و استقرار فرمانده حادثه در بیمارستان و اطلاع فرمانده حادثه به EOC.

در صورتی که فرمانده حادثه در بیمارستان و یا در دسترس نباشد سوپروایزر به عنوان فرمانده موقت حادثه تا رسیدن فرمانده اصلی شرح وظایف را برعهده گرفته و مراتب را به EOC اطلاع می دهد.

برنامه تخلیه اضطراری در سوانح بیمارستان باقرالعلوم اهر

- ۱- اطلاع سریع به سوپروایزر در صورت مشاهده هرگونه مخاطره (توسط هرکسی)
- ۲- سوپروایزر کشیک با ۱۲۵ (مرکز آتش نشانی) تماس و درخواست نیروهای آتش نشانی و اورژانس برای حضور در محل حادثه را می نماید .
- ۳- سوپروایزر کشیک دستور فعال شدن هشدار نارنجی را فعال می کند .
- ۴- اطلاع رسانی به بخش های بیمارستان در خصوص سانحه ، حادثه داخل بیمارستان از طریق مرکز تلفن
- ۵- مشخص کردن استقرار موقت بیماران از طرف سوپروایزر
- ۶- هماهنگی با واحد تدارکات یا خدمات جهت درخواست پرسنل کمکی از طرف سوپروایزر
- ۷- هماهنگی با واحد انتظامات و نگهبانی و حراست جهت کنترل اوضاع و حفظ امنیت.
- ۸- در صورت عدم گسترش حادثه ؛ تخلیه در همان طبقه صورت گرفته (تخلیه افقی) و در صورت پرخطر بودن این مکانها و نیز گسترش حادثه ، جابجایی به طبقات پایین تر (تخلیه عمودی) و یا خارج ساختمان (تخلیه کامل) صورت گیرد .
- ۹- انتقال و جابجایی بیماران طبق دستور سوپروایزر
- ۱۰- حضور و غیاب هر بخش توسط سرپرستار و یا نرس کشیک انجام می گیرد
- ۱۱- اطلاع وضعیت همه پرسنل و بیماران بخش از طرف سرپرستاران یا مسئولین شیفت به سوپروایزر
- ۱۲- تصمیم گیری در خصوص توقف یا پیشرفت عملیات با توجه به وضعیت توسط سوپروایزر کشیک یا فرمانده سامانه حوادث بیمارستان

➤ نحوه فعال سازی و غیر فعال سازی جایگاه های سامانه فرماندهی حادثه (دستور العمل)

تعریف :

- ✓ سیستم فرماندهی حادثه بیمارستان (HICS) Hospital Incident Command System
- ✓ Emergency operations center (EOC) مرکز عملیات اضطرار

هدف :

الف: پاسخ گویی مناسب و مؤثر به هر حادثه و کاهش آسیب به بیماران , مراجعین و کارکنان
ب: استفاده بهینه از منابع و نیروهای انسانی

شیوه انجام کار:

- ۱- کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا, فلوجارت اطلاع رسانی در شرایط بحران و فعال شدن سامانه هشدار اولیه را تهیه و به همه پرسنل اطلاع رسانی شده است.
- ۲- بر اساس فلوجارت , سوپروایزر مسئول اطلاع بحران به رئیس بیمارستان و یا جانشین وی می باشد و در بحران های داخلی نیاز به تایید خبر توسط EOC نمی باشد و صرفا به EOC اطلاع رسانی می شود . در ساعات غیر اداری, سوپروایزر فرمانده عملیات است و سامانه فرماندهی حادثه را فعال می کند.
- ۳- رئیس بیمارستان مسئول غیر فعال سازی جایگاه های HICS می باشد. و در زمان فعال سازی بر اساس فلوجارت اطلاع رسانی در شرایط بحران و فعال شدن سامانه هشدار اولیه, پرسنل و مدیران به یکدیگر فعال شدن سامانه هشدار را اطلاع می دهند.
- ۴- زمان غیر فعال شدن سامانه نیز سوپروایزر به کلیه پرسنل بخش ها غیر فعال شدن سامانه را اطلاع می دهد.
- ۵- افراد پیشنهادی برای جایگاه فرماندهی حادثه بیمارستانی :
رئیس بیمارستان, مدیر بیمارستان, مترون, سوپروایزر بالینی, مدیر درمان, سرپرستار اورژانس

➤ فعال سازی روش های ارتباطی جایگزین در هنگام وقوع حادثه (دستور العمل)

هدف :

الف: پاسخ گویی مناسب و مؤثر به هر حادثه و کاهش آسیب به بیماران , مراجعین و کارکنان
ب: استفاده بهینه از منابع و نیروهای انسانی

شیوه انجام کار:

- ۱- کمیته خطر بلایا و حوادث جهت جایگزینی تجهیزات و روش های ارتباطی چند لایه, پیش بینی های لازم را انجام داده اند.
- ۲- در کلیه بخش ها تلفن وجود دارد, اما در صورت قطع تلفن بر اساس فلوجارت تهیه شده پرسنل هر بخش موظف است به بخش های مشخص شده وقوع حادثه را اطلاع دهد.
- ۳- تلفن های مورد لزوم به کلیه بخش ها داده شده است.
- ۴- تلفن مرکز هدایت عملیات دانشگاه , مکان ها و افراد مورد لزوم در شرایط بحران در اتاق سوپروایزر موجود است و همواره توسط دفتر پرستاری بروز می شود.
- ۵- مصوب شده است در بیمارستان جهت ارتباط در زمان بحران بی سیم تهیه شده و در قسمت های مدیریت, ریاست, دفتر پرستاری, اتاق سوپروایزر, حراست, تاسیسات و نگهبان قرار داده شود.
- ۶- در دفتر سوپروایزر یک خط ارتباطی که هیچ گاه اشغال نیست وجود دارد.
- ۷- در اتاق سوپروایزر سیستم کامپیوتر با اینترنت و اینترنت وجود دارد.

➤ تداوم ارائه خدمات درمانی حیاتی در زمان وقوع حادثه (روش اجرایی)

تعریف :

سیستم فرماندهی حوادث بیمارستانی (HICS): سیستمی مدیریتی که متشکل از ساختار سازمانی منعطف و اصول مدیریتی مبتنی بر زمان های بررسی شده است. این سیستم شامل تعیین مسئولیت ها و کانال های ارتباطی و استفاده از زبان و اصطلاحات واحد؛ به منظور بهبود ارتباطات داخلی و خارجی و تلفیق با دیگر سازمان های درگیر در پاسخ به حوادث و فوریت هاست.

هدف : ارائه خدمات ضروری و جراحی برای گروه های آسیب پذیر و بدحال (مانند مراقبت های اورژانسی، جراحی های فوری و مراقبت از مادر و کودک، افراد مسن)

شیوه انجام کار:

- 1- سیستم فرماندهی حوادث بیمارستانی در جلسه تیم مدیریت بحران؛ اولویت بندی همه خدمات بیمارستان را بسته به نوع بحران؛ مطابق با مصوبات کمیته خطر حوادث و بلایا لیست می نماید.
- 2- لیست خدمات اساسی بیمارستان، یعنی آنهایی که باید در همه زمان در هر شرایطی نیز در دسترس باشند. مانند: نیاز به مداخله راه هوایی، اقدامات نجات دهنده حیات، برقراری **lv Line**، آتل بندی، بندآوری خونریزی، گچ گیری، عمل جراحی اورژانسی، بخیه و پانسمان و... طبق مصوبات کمیته خطر حوادث و بلایا توسط مدیر خطر بیمارستان تهیه و تدوین شده است.
- 3- فرمانده حادثه در جلسه تیم مدیریت بحران؛ منابع مورد نیاز جهت اطمینان از تداوم خدمات ضروری بیمارستان و تامین آن ها بخصوص برای گروه های دارای شرایط بحرانی و سایر گروه های آسیب پذیر (مانند زنان باردار، نوزادان) را تعیین می نماید.
- 4- مدیریت خطر بیمارستان طبق مصوبات کمیته خطر حوادث و بلایا؛ یک طرح سیستماتیک و قابل گسترش برای حفظ تداوم مراقبت های ضروری (به عنوان مثال، دسترسی به تهویه مکانیکی و داروهای حیاتی) تعیین نموده است.
- 5- طبق تفاهم نامه های امضاء شده با سایر بیمارستانهای دانشگاه؛ مراکز هلال احمر و هماهنگی با مرکز EOC دانشگاه؛ ارائه مداوم خدمات ضروری پزشکی صورت میگیرد.
- 6- در دسترس بودن اقلام ضروری برای زندگی، از جمله آب، برق و اکسیژن در زمان حوادث و بلایا طبق مصوبات کمیته خطر حوادث و بلایا. (مسئول پیگیری و رسیدگی به آن مدیریت خطر حوادث و بلایا می باشد).
- 7- بررسی تاثیر وقایع احتمالی حوادث بر روی تجهیزات بیمارستانی و منابع آب و غذا و... در بررسی های تیم ارزیابی بیمارستان (تکمیل فرم FSHI بیمارستان) در کمیته خطر حوادث و بلایا انجام شده و پیش بینی های لازم صورت گرفته است.
- 8- طبق مصوبات کمیته خطر حوادث و بلایا؛ مکانیسمهای احتمالی برای جمع آوری و دفع اجساد و دیگر ضایعات خطرناک بیمارستانی؛ توسط کارشناس بهداشت محیط و مدیریت خطر تعریف شده است.

قوانین و مقررات اداری و انضباطی



مرخصی استحقاقی:

کلیه کارکنان شاغل به نسبت مدت خدمت به ازای هر ماه ۲/۵ روز و سالی ۳۰ روز حق مرخصی استحقاقی با استفاده از حقوق و مزایا را دارند که در هر سال حداکثر نیمی از آن (۱۵ روز) قابل ذخیره شده می باشد.

قبل از استفاده از مرخصی ، درخواست مرخصی توسط پرسنل در سیستم کنترل تردد ثبت . پس از تایید توسط مسئول مربوطه و مدیریت پرستاری و سپس ریاست بیمارستان توسط امور اداری تایید نهایی میگردد.

مرخصی استعلاجی:

* پرسنل شاغل در صورت بیماری و داشتن گواهی پزشکی باید در روز اول بیماری گواهی پزشکی را به رئیس یا مسئول واحد خود ارجاع نمایند.

* گواهی استعلاجی از طریق واحد کارگزینی جهت تایید به واحد کمیسیون پزشکی معاونت درمان دانشگاه ارسال می گردد.

* کارکنان پیمانی و قراردادی طرحتی در صورت داشتن بیش از ۳ روز مرخصی استعلاجی باید در اسرع وقت به محل کار خود اطلاع دهند و گواهی استعلاجی را جهت تایید به واحد کمیسیون پزشکی سازمان تامین اجتماعی ارائه نمایند.

* در مدت مذکور (بیش از ۳ روز استعلاجی) حقوق و مزایا قطع می گردد و پرسنل باید پس از تایید گواهی خود حقوق و مزایای مدت استعلاجی خویش را از تامین اجتماعی دریافت نمایند.

مرخصی اضطراری:

پرسنل شاغل در موارد ذیل حق برخورداری از هفت روز مرخصی اضطراری علاوه بر سقف مرخصی استحقاقی سالانه را دارند و مرخصی مذکور قابل ذخیره یا باز خرید نمی باشد.

الف : ازدواج دائم کارمند

ب : ازدواج فرزند کارمند

قوانین ومقررات اداری

واستخدامی

پ : فوت بستگان درجه یک شامل : همسر ، فرزند ، پدر ، مادر ، خواهر و برادر

مرخصی ساعتی (پاس):

مرخصی کمتر از یک روز هم جزئی از مرخصی استحقاقی محسوب می شود و حداکثر مدت استفاده از این مرخصی ۲/۵ ساعت در ماه می باشد.

ارتقاء و انتصاب:

ارتقاء: تخصیص پست سازمانی یا سطح شغلی بالاتر بر اساس ضوابط طرح طبقه بندی و ارزشیابی مشاغل
انتصاب: به کارگماردن کارمند در پست سازمانی بر اساس شرایط احراز، لیاقت، شایستگی و...

حداقل شرایط لازم برای انتصاب در مشاغل مدیریتی و سرپرستی:

- * کسب بالاترین امتیاز در فرم های درخواست تخصیص پست که بر اساس اطلاعات فردی، شغلی، تجربی، مهارتی و مدیریتی توسط خود بیمارستان تنظیم گردیده است.
- * دارا بودن مدرک کارشناسی مرتبط به رشته های شغلی طبق طرح طبقه بندی مشاغل
- * گذراندن دوره آموزش مدیریت و یا دارا بودن مدرک کارشناسی ارشد در یکی از گرایش های رشته مدیریت
- * حداقل 6 سال سابقه تجربی در رشته های مربوط یا مشابه و یا دو سال سابقه مدیریت
- * اخذ حداقل 60 امتیاز از معیارهای کلی وظایف، نقش ها و مهارت های مدیریتی

روند ارتقاء رتبه و طبقات شغلی

نحوه ارتقای کارمندان در طبقات شغلی:

جهت شاغلینی که مدرک تحصیلی آنها فوق دیپلم می باشد به ازای هر 5 سال سوابق تجربی یک طبقه و حداکثر تعداد طبقاتی که می توانند ارتقاء پیدا کنند طبقه ۸ می باشد.

جهت شاغلینی که مدرک تحصیلی آنها کارشناسی می باشد به ازای هر ۴ سال سوابق تجربی یک طبقه و حداکثر می توانند تا طبقه ۱۰ ارتقاء یابند.

شاغلین با مدرک تحصیلی فوق لیسانس به ازای هر ۴ سال یک طبقه و حداکثر تا طبقه ۱۱ ارتقاء می یابند.

شاغلین با مدرک تحصیلی دکتری حرفه ای به ازای هر ۴ سال یک طبقه و حداکثر تا طبقه ۱۲ ارتقاء می یابند.

نحوه ارتقای کارمندان در رتبه های شغلی:

- ۱- برای کسب رتبه پایه : کسب حداقل ۶۰ درصد از میانگین مجموع امتیازات ارزشیابی در طول دوره ارتقاء رتبه شغلی و گذراندن ۳۰۰ ساعت دوره آموزشی
- ۲- برای کسب رتبه ارشد : کسب حداقل ۷۰ درصد از میانگین مجموع امتیازات ارزشیابی در طول دوره ارتقاء رتبه شغلی و گذراندن ۲۵۰ ساعت دوره آموزشی
- ۳- برای کسب رتبه خبره : کسب حداقل ۸۰ درصد از میانگین مجموع امتیازات ارزشیابی در طول دوره ارتقاء رتبه شغلی و گذراندن ۲۰۰ ساعت دوره آموزشی
- ۳- برای کسب رتبه عالی : کسب حداقل ۹۰ درصد از میانگین مجموع امتیازات ارزشیابی در طول دوره ارتقاء رتبه شغلی و گذراندن ۱۵۰ ساعت دوره آموزشی

ارزشیابی:

ارزشیابی فعالیتی مستمر تلقی می شود یعنی عملکرد کارمند در طول دوره یک ساله مورد بررسی قرار می گیرد که این امر موجب می شود که خطاهای رایج در ارزشیابی کاهش یافته و ارزشیابی بر اساس اطلاعات موثق و مستند انجام می شود. کارکنان در فرآیند ارزشیابی یعنی در تعیین معیارها و تدوین استانداردها و سنجش عملکرد مشارکت دارند.

دوره ارزشیابی : ابتدای فروردین هر سال تا پایان اسفند ماه همان سال می باشد.

کلیه پرسنل رسمی و پیمانی ، طرحی و ضریب کا و قراردادی که بیش از ۶ ماه در سال اشتغال به خدمت داشته اند عملکرد آنها مورد ارزیابی قرار خواهد گرفت.

کسب حداقل ۸۵ درصد از مجموع امتیازات ارزیابی عملکرد کارکنان برای هرگونه ارتقاء شغل از جمله ارتقاء رتبه های شغلی و انتصاب در پست های مدیریتی الزامی است.

کارکنانی که امتیاز ارزیابی عملکرد آنها در سه متوالی یا چهار سال متناوب از ۵۰ درصد کل امتیازات پیش بینی شده کمتر باشد ، بر اساس دستور العملی که از سوی هیات امناء تصویب و ابلاغ می گردد در صورت نداشتن شرایط بازنشستگی ، بازخرید و یا فسخ قرارداد می گردند.

فوق العاده نوبت کاری:

فوق العاده نوبت کاری به متصدیان مشاغلی پرداخت می گردد که بر حسب نوع و ماهیت شغل خود در نوبت های غیر متعارف به صورت تمام وقت و مستمر ملزم به انجام وظیفه می باشند.

محاسبه ساعت کار بر اساس قانون بهره وری

صبح غیر تعطیل	۷ ساعت
عصر غیر تعطیل	۷ ساعت
صبح و عصر غیر تعطیل	۱۳ ساعت
شب غیر تعطیل و تعطیل	۱۹ ساعت
صبح تعطیل	۱۰ ساعت
عصر تعطیل	۱۰ ساعت
صبح و عصر تعطیل	۱۹ ساعت

ضوابط و مقررات خروج از خدمت:

بازنشستگی:

عبارت از آن است که کارمند طبق ضوابط و مقررات قانونی و به موجب حکم رسمی به افتخار بازنشستگی نائل شود و از مستمری بازنشستگی استفاده کند.

برخی از شرایط بازنشستگی بشرح ذیل می باشد:

-موسسه مکلف است کارمندان خود را که سی سال سابقه خدمت دارند بازنشسته نماید

-موسسه می تواند کارمند خود را با داشتن حداقل ۶۰ سال سن و حداقل ۲۵ سال سابقه خدمت را با حداقل ۲۵ روز حقوق بازنشسته نماید.

-به کارکنانی که بازنشسته ، از کار افتاده و یا فوت می گردند به ازاء هر سال خدمت یک ماه آخرین حقوق و مزایای مستمر تا سی سال پرداخت می گردد.

انتقال:

عبارت است از جابجایی محل خدمت کارمند با صدور حکم رسمی به واحدهای تحت پوشش دانشگاه و یا سایر موسسات و دستگاههای دولتی با حفظ سوابق خدمت.

-درخواست نیروهای متقاضی نقل و انتقال که واجد شرایط جابجایی طبق آئین نامه نقل و انتقالات دانشگاه می باشند هر سه ماه (بصورت فصلی) به مدیریت محترم توسعه سازمان و منابع انسانی دانشگاه ارسال می گردد.

بازخرید:

عبارت از آن است که رابطه استخدامی کارمند با دستگاه خدمتی قطع گردد و سوابق خدمتی آنان بازخرید شود.

اخراج:

عبارت از آن است که کارمند در اجرای احکام هیات های رسیدگی به تخلفات اداری و یا آراء قانونی مراجع ذیصلاح به خدمت وی در موسسه بطور دائم خاتمه داده شود

ماده ۸ قانون رسیدگی به تخلفات اداری

۱. اعمال و رفتار خلاف شئون شغلی
۲. نقص 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. اخاذی
۶. اختلاس
۷. تبعیض یا اعمال غرض یا روابط غیر ارادی در اجرای قوانین و مقررات نسبت به اشخاص
۸. ترک خدمت در خلال ساعات موظف اداری
۹. تکرار در تاخیر ورود به محل خدمت یا تکرار خروج از آن بدون کسب مجوز
۱۰. تسامح در حفظ اموال و اسناد و وجوه دولتی، ایراد خسارات به اموال دولتی
۱۱. افشای اسرار و اسناد محرمانه اداری
۱۲. ارتباط و تماس غیر مجاز با اتباع بیگانه
۱۳. سرپیچی از اجرای دستورهای مقام های بالاتر در حدود وظایف اداری
۱۴. کم کاری یا سهل انگاری در انجام وظایف محوله
۱۵. سهل انگاری روسا و مدیران در ندادن گزارش تخلفات کارمندان تحت امر
۱۶. ارائه گواهی یا گزارش خلاف واقع در امور اداری
۱۷. گرفتن وجوهی غیر از آنچه در قوانین و مقررات تعیین شده یا اخذ هرگونه مالی که در عرف رشوه خواری تلقی می گردد.

۱۸. تسلیم مدارک به اشخاصی که حق دریافت آن را ندارند یا خودداری از تسلیم مدارک به اشخاص که حق دریافت آن را دارند.
۱۹. تعطیل خدمت در اوقات مقرر اداری
۲۰. رعایت نکردن حجاب اسلامی
۲۱. رعایت نکردن شئون و شعایر اسلامی
۲۲. اختفا، نگهداری، حمل، توزیع و خرید و فروش مواد مخدر
۲۳. استعمال یا اعتیاد به مواد مخدر
۲۴. داشتن شغل دولتی دیگر به استثنای سمتهای آموزشی و تحقیقاتی
۲۵. هرنوع استفاده غیر مجاز از شئون یا موقعیت شغلی و امکانات و اموال دولتی
۲۶. جعل یا مخدوش نمودن و دست بردن در اسناد و اوراق رسمی یا دولتی
۲۷. دست بردن در سوالات، اوراق، مدارک و دفاتر امتحانی، افشای سوالات امتحانی یا تعویض آنها
۲۸. دادن نمره یا امتیاز، بهر خلاف ضوابط
۲۹. غیبت غیر موجه به صورت متناوب یا متوالی
۳۰. سوء استفاده از مقام و موقعیت اداری
۳۱. توقیف، اختفا، بازرسی یا باز کردن پاکت ها یا محمولات پستی یا معدوم کردن آنها و استراق سمع بدون مجوز قانونی
۳۲. کارشکنی و شایعه پراکنی، وادار ساختن یا تحریک دیگران به کارشکنی یا کم کاری و ایراد خسارت به اموال دولتی و اعمال فشارهای فردی برای تحصیل مقاصد غیر قانونی
۳۳. شرکت در تحصن، اعتصاب و تظاهرات غیر قانونی، یا تحریک به برپایی تحصن، اعتصاب و تظاهرات غیر قانونی و اعمال فشارهای گروهی برای تحصیل مقاصد غیر قانونی
۳۴. عضویت در یکی از فرقه های ضاله که از نظر اسلام مردود شناخته شده اند
۳۵. همکاری با ساواک منحل به عنوان مامور یا منبع خبری و داشتن فعالیت یا دادن گزارش ضد مردمی
۳۶. عضویت در سازمانهایی که مرامنامه یا اساسنامه آنها مبتنی بر نفی ادیان الهی است یا طرفداری و فعالیت به نفع آنها
۳۷. عضویت در گروه های محارب یا طرفداری و فعالیت به نفع آنها
۳۸. عضویت در تشکیلات فراماسونری

امور مالی

شرح وظایف امور مالی

حقوق پرسنلی: کلیه پرسنل جدیدالورود می بایست با معرفی نامه از امور مالی جهت دریافت شماره بیمه اقدام نموده و شماره بیمه خود را به امور مالی ارائه نمایند همچنین می بایست نسبت به افتتاح حساب متمرکز بانک ملت جهت واریز حقوق و مزایا اقدام نموده و شماره حساب را نیز به امور مالی تحویل دهند.

اضافه کاری پرسنل: به کلیه پرسنلی که بر اساس گواهی کار دارای اضافه کار می باشند به صورت ماهانه اضافه کاری پرداخت میشود.

کارانه پرسنلی: در صدی از درآمد های بیمارستان است که بر اساس کارکرد و ضریب کارایی پرسنل به آنها تعلق می گیرد.

و سایر موارد: ماموریت ، دیون ، حق مسکن ، حق لباس ، کمک هزینه مهد کودک ، کمک هزینه فرزندان ممتاز، انتقال در آمد ها ، ارسال لیست بیمه سوابق تامین اجتماعی ، خدمات درمانی ، امور مالیاتی ، ثبت در آمد های ارسالی به بیمه های طرف قرارداد.

