



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز

مرکز آموزشی درمانی شهید رجایی

کتابچه



مرکز آموزشی درمانی شهید رجایی کرج

تهیه و گردآوری : واحد منابع انسانی بیمارستان

۱۴۰۲

این کتابچه در راستای افزایش آگاهی کارکنان در خصوص قوانین و مقررات اداری بیمارستان و شرح وظایف پرسنل تنظیم شده است. امید است با مطالعه این کتابچه پاسخ بسیاری از سوالات خود را بیابید و جهت کسب اطلاعات بیشتر در این زمینه به کتابهای دیگری که در این زمینه توسط وزارتخانه منتشر شده است مراجعه نمایید.

با آرزوی موفقیت شما همکار گرامی

خلاصه ای از قوانین و مقررات اداری بیمارستان

**مدت خدمت کارکنان

هر فرد براساس قانون و مقررات اداری موظف است به مدت ۴۴ ساعت در هفته کار کند.

**مرخصی

انواع مرخصی: مرخصی استحقاقی، استعلاجی، اضطراری، بدون حقوق

**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 کارکنان رسمی، پیمانی ۱۵ روز از مرخصی خود را در سال میتوانند ذخیره کنند و ما بقی در صورت عدم استفاده سوخت می شود. کارکنان قرارداد کار معین (قراردادی تبصره ۳)، مدت ۱۵ روز از مرخصی در صورت تمایل پرسنل بازخرید و یا ذخیره می گردد و ما بقی در صورت عدم استفاده سوخت می شود.

کارکنان مشاغل کارگری (قراردادی تبصره ۴) و شرکتی مدت ۹ روز از مرخصی ایشان بازخرید میشود و مازاد بر ۹ روز سوخت می گردد. کارکنان طرحی در مدت طرح خود باید کلیه مرخصی های خود را استفاده کنند در صورت عدم استفاده مرخصی ایشان سوخت می گردد و بازخرید هم نمی شود.

**مرخصی اضطراری

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

۱- ازدواج دائم کارمند ۲- ازدواج فرزند کارمند ۳- فوت بستگان درجه یک شامل همسر، فرزند، پدر، مادر، خواهر، برادر

**مرخصی استعلاجی

مرخصی استعلاجی، مرخصی است که بر اثر بیماری کارمند توسط پزشک معالج صادر می شود این استعلاجی در صورتیکه توسط پزشک معتمد مرکز تایید شود در سیستم ثبت شود و از کارکرد فرد کم نمی شود.

استعلاجی بیشتر از ۳ روز باید به شورای پزشکی فرستاده شود و پس از تایید شورا حکم مرخصی برای فرد صادر می گردد. حداکثر مدت استفاده از مرخصی استعلاجی در طول یکسال تقویمی ۴ ماه خواهد بود. در صورت نیاز به استفاده از استعلاجی، به تشخیص شورای پزشکی مرکز از محدودیت زمانی مذکور مستثنی می باشند و تا یکسال قابل تمدید می باشد و حقوق نیز به صورت کامل دریافت می نمایند (پرسنل رسمی و طرحی از سازمان محل خدمت و پرسنل پیمانی، قرارداد کار معین و مشاغل کارگری از تامین اجتماعی حقوق می گیرند). حال اگر استعلاجی فرد بیشتر از یکسال طول کشید و فرد خوب نشد شخص بابت از کارافتادگی درخواست داده و تا مشخص شدن از کارافتادگی وی استعلاجی تمدید می گردد و فقط حقوق ثابت پرداخت می گردد.

* استعلاجی زایمان برای کلیه کارکنان به مدت ۹ ماه می باشد در این مدت به کارکنان رسمی حقوق بطور کامل توسط سیستم داده میشود. ولی برای کارکنان پیمانی، قرارداد کار معین و مشاغل کارگری ۹ ماه مرخصی زایمان از بیمه تامین اجتماعی حقوق دریافت می کنند. استعلاجی برای زایمان های دو قلو و بالاتر یکسال میباشد.

*کارکنان شرکتی مدت استعلاجی زایمان مدت ۹ ماه میباشد .

*برای نیروهای ضریب کا مدت استعلاجی و مرخصی زایمان جزء مدت تعهدات ضریب کا محاسبه نمی شود.

*به مادرانی که فرزندشان سقط می شود با توجه به استعلاجی که دکتر معالج می نویسد و شورای پزشکی تایید کند مرخصی استعلاجی تعلق می گیرد.

*به مادرانی که فرزند آنها مرده به دنیا می آید به مدت ۲ ماه مرخصی زایمان تعلق می گیرد.

*به مادرانی که فرزند آنها به دنیا می آید و بعد از چند ساعت فوت می کند به مدت ۴ ماه مرخصی زایمان تعلق می گیرد.

* به مادرانی که فرزند آنها به دنیا می آید و بعد از چند روز فوت می کند به مدت ۹ ماه مرخصی زایمان تعلق می گیرد.

*به کارمندانی که همسر ایشان وضع حمل کرده میتوانند به مدت ۱۵روز از مرخصی اضطراری مراقبت از همسر به شرط موافقت مقام مسئول خود استفاده نمایند . ضمناً این مدت مرخصی در صورت عدم استفاده قابل بازخريد و ذخيره نمی باشد.

*پاس ساعتی

هرکارمند در ماه میتواند به مدت یک روز از پاس شخصی استفاده کند ضمناً درسال نمی تواند بیشتر از ۱۲روز تقویمی از پاس ساعتی استفاده کند . حداکثر مدت استفاده پاس ساعتی در روز به میزان نصف ساعت کاری روزانه میباشد.

*پاس شیر

به کارمندان زن پس از اتمام مرخصی زایمان تا سن ۲ سالگی فرزند روزانه یک ساعت پاس ساعتی شیردهی تعلق میگیرد . نحوه استفاده از پاس شیر دهی با هماهنگی مقام مسئول فرد انجام می شود.

*** ضمناً مادرانی فرزند زیر ۶ سال دارند میتوانند از یک ساعت کاهش ساعت کاری درروز استفاده کنند یعنی به جای ۴۴ساعت درهفته ۳۶ساعت کارکنند مشروط براین که از پاس شیر و از قانون بهره وری استفاده ننمایند.***

*مرخصی بدون حقوق

کارکنان رسمی ، پیمانی درطول مدت خدمت خود میتوانند حداکثر تا ۳سال با موافقت بالاترین مقام مسئول خود استفاده کنند در صورت ادامه تحصیل در مقطع دکتری میتوانند تا ۲ سال هم مرخصی خود را تمدید کنند .کارکنان رسمی در صورتی که همسر ایشان جهت ماموریت یا ادامه تحصیل اعزام شده باشد فرد میتواند حداکثر از ۶ سال مرخصی بدون حقوق استفاده کنند.

ضمناً کارکنان رسمی آزمایشی نمی توانند درطول رسمی آزمایشی از مرخصی بدون حقوق استفاده کنند.

*ارتقاء و انتصاب

حداقل شرایط لازم برای انتصاب در مشاغل مدیریت و سرپرستی :

۱- کسب بالاترین امتیاز در فرمهای درخواست تخصیص پست که براساس اطلاعات فردی ، شغلی ، تجربی ، مهارتی و مدیریتی توسط ستاد تنظیم شده است.

۲- دارا بودن مدرک کارشناسی مرتبط به رشته های شغلی طبق طرح طبقه بندی مشاغل

۳- گذراندن دوره آموزش مدیریت و یا دارا بودن مدرک کارشناسی ارشد در یکی از گرایشهای مربوط به سطح مدیریتی خود

۴- حداقل ۷ سال سابقه دولتی در رشته های مربوط یا مشابه و یا ۶ سال سابقه مدیریت با ابلاغ

۵- اخذ حداقل ۶۰ امتیاز از معیارهای کلی وظایف ، نقشها و مهارتهای مدیریتی

۶- اخذ حداقل ۶۵ امتیاز از معیارها و شرایط اختصاصی

۷- اخذ حداقل ۷۰ امتیاز از معیارهای اخلاقی

۸ - اخذ حداقل ۸۰ امتیاز از میانگین نمرات ارزشیابی ۴سال منتهی به درخواست انتصاب

*نحوه ارتقاء طبقه کارکنان

* نکته مورد توجه آن است که هر فرد برای ارتقای از یک طبقه به طبقه بعدی حتما باید در سامانه www.structure.behdasht.gov.ir ثبت نام نماید در غیر این صورت مسئولیتی بعهده کارگزینی نمی باشد.

- کارکنانی که مدرک تحصیلی ایشان پایان دوره ابتدایی و پایان دوره راهنمایی و دوره اول متوسطه میباشد ورودی طبقه ۲ و حداکثر ۵ طبقه (هر ۶ سال یک طبقه می گیرند)

کارکنان دارای مدرک تحصیلی دیپلم میباشد ورودی طبقه ۳ و حداکثر ۶ طبقه (هر ۵ سال یک طبقه می گیرند)

کارکنانی که مدرک فوق دیپلم دارند ورودی طبقه ۴ و حداکثر طبقه ۶ (هر ۵ سال یک طبقه می گیرند)

کارکنانی که مدرک کارشناسی دارند ورودی طبقه ۵ و حداکثر طبقه ۷ (هر ۴ سال یک طبقه می گیرند)

کارکنانی که مدرک کارشناسی ارشد دارند ورودی ۶ و حداکثر طبقه ۷ (هر ۴ سال یک طبقه می گیرند)

کارکنانی که مدرک دکتری حرفه ای دارند ورودی طبقه ۷ و حداکثر طبقه ۷ (هر ۴ سال یک طبقه می گیرند)

کارکنانی که مدرک دکتری تخصصی (PHD) دارند ورودی طبقه ۸ و حداکثر طبقه ۷ (هر ۴ سال یک طبقه می گیرند)

* نحوه ارتقاء رتبه کارکنان

جهت ارتقای کارمند به یک رتبه بالاتر بدین ترتیب عمل میشود.

* نکته مورد توجه آن است که هر فرد برای ارتقای از یک رتبه به رتبه بعدی حتما باید در سامانه www.structure.behdasht.gov.ir

ثبت نام نماید در غیر این صورت مسئولیتی بعهده کارگزینی نمی باشد.

* روند ارتقاء رتبه: مقدماتی - پایه - ارشد - خبره - عالی

درارتقای رتبه و طبقه سیستم براساس سنوات تجربی افراد اقدام میکند.

* مدت سنوات تجربی لازم برای مشاغل تا سطح کاردانی: از مقدماتی به پایه ۸ سال / از پایه به ارشد ۲۰ سال / از ارشد به خبره ۲۴ سال سابقه تجربی نیاز میباشد. حداکثر رتبه تا کاردانی رتبه خبره میباشد.

* ارتقای رتبه از مقدماتی به پایه

بعد از ۶ سال سابقه تجربی - کسب حداقل ۶۰٪ نمره ارزشیابی (میانگین ۷۰) - گذراندن ۳۰۰ ساعت دوره آموزشی

* ارتقای رتبه از پایه به ارشد

بعد از ۱۲ سال سابقه تجربی - کسب حداقل ۷۰٪ نمره ارزشیابی (میانگین ۷۵) - گذراندن ۲۵۰ ساعت دوره آموزشی

* ارتقای رتبه از ارشد به خبره

بعد از ۱۸ سال سابقه تجربی - کسب حداقل ۸۰٪ نمره ارزشیابی (میانگین ۸۰) - گذراندن ۲۰۰ ساعت دوره آموزشی

* ارتقای رتبه از خبره به عالی

بعد از ۲۴ سال سابقه تجربی - کسب حداقل ۹۰٪ نمره ارزشیابی (میانگین ۸۵) - گذراندن ۱۵۰ ساعت دوره آموزشی - کسب ۳۶۰ امتیاز از فرم ارتقاء رتبه، در صورت عدم کسب امتیاز ۳۶۰ حتما باید مقاله مرتبط با رشته شغلی در سامانه ثبت تجارب تایید و سپس در سامانه ارتقاء رتبه بارگذاری گردد.

لیست امتیازات

کپی کردن و خارج کردن این مستند
از سیستم ممنوع است
تاریخ: ۹۸/۴/۲۵

ردیف	عامل ارزیابی کارمندان	شاخص امتیاز	امتیاز	حد اکثر امتیاز	امتیاز مکتسبه
۱	تحصیلات (مدرک تحصیلی)	دکتر و بالاتر	۲۵	۲۵	
		کارشناسی ارشد	۲۰		
		کارشناسی	۱۵		
۲	سنوات خدمتی	به ازای هرسال سنوات با مدرک دیپلم و پایین تر	۱	۸۰	
		به ازای هرسال سنوات با مدرک کاردانی	۱.۵		
		به ازای هرسال سنوات با مدرک کارشناسی	۲		
		به ازای هرسال سنوات با مدرک کارشناسی ارشد	۲.۵		
		به ازای هرسال سنوات با مدرک دکتر و بالاتر	۳		
۳	سوابق مدیریتی	به ازای هرسال سابقه مدیریت و معاون مدیر	۵	۲۵	
		به ازای هرسال سابقه رئیس گروه و اداره و معاون	۴		
۴	عضویت در شوراهای و کمیته‌ها	به ازای هرسال عضویت در شورا/ کمیته‌هایی که براساس قانون و دستورالعمل وزارت شکل میگیرد	۲	۱۰	
۵	دوره‌های آموزشی (پس از تاریخ ارتقاء به خبره)	به ازای هرسال آموزش عمومی	۰.۵	۱۵۰	
		به ازای هرسال آموزش تخصصی و شغلی	۱		
		به ازای هرسال آموزش مدیریتی	۱.۵		
۶	ارزیابی عملکرد	معدل شش سال منتهی به زمان استحقاق	-	۱۰۰	
۷	تشویقات در ۱۰ سال اخیر	به ازای هر تشویق از سوی رئیس دانشگاه و هم‌سطح	۷	۲۰	
		به ازای هر تشویق از سوی معاونین دانشگاه و هم‌سطح	۵		
		به ازای هر تشویق از سوی مدیران میانی دانشگاه	۴		
		به ازای هر تشویق از سوی مدیران پایه دانشگاه/ دانشکده	۲		
۸	مستندسازی تجربیات	در صورت اخذ تأیید در سامانه ثبت تجربیات مدیران	۵۰		

* نحوه محاسبه سوابق بخش خصوصی و قراردادی در حکم حقوقی

برای محاسبه سوابق بخش خصوصی مراحل زیر انجام می‌گردد:

- ۱- ارائه درخواست بابت بخش خصوصی جهت دریافت سیاهه ریز حقوقی به مرکز مربوطه
 - ۲- ارائه سابقه بیمه که مهم‌مورد به مهر تأمین اجتماعی باشد.
 - ۳- ارائه سیاهه ریز حقوقی سالهای مربوطه که دارای مهر و امضای شرکت تحت پوشش باشد.
 - ۴- در صورت داشتن سابقه قراردادی تبصره ۳، کلیه احکام قراردادی مهم‌مورد به مهر کارگزینی محل خدمت قبلی ارائه گردد.
- مدارک به همراه صورتجلسه و ۵۰۲ و حکم حقوقی فرد، مدیریت تحول اداری جهت تأیید سوابق به ستاد ارسال میگردد.
- * ضمناً ICDL، آزمون توجیهی حتماً باید در شناسنامه آموزشی فرد ثبت گردد. در صورت عدم ثبت نسبت به تهیه صورتجلسه فرد اقدام نخواهد شد.

* ارزشیابی

در واقع به واسطه ارزشیابی عملکرد کارمند در طول دوره یکساله که مورد بررسی قرار می‌گیرد موجب می‌شود خطاهای رایج کاهش یافته و کار براساس اطلاعات موثق و مستند انجام گردد.

* نکته مورد توجه آن است که هر فرد برای ارزشیابی حتماً باید در سامانه www.karkonan.behdasht.gov.ir ثبت نام نماید در غیر این صورت مسئولیتی بعهده کارگزینی نمی‌باشد.

دوره ارزشیابی: از ابتدای سال تا پایان همان سال می‌باشد.

کلیه پرسنل رسمی، پیمانی، طرحی، ضریب کا، قرارداد کار معین که بیش از ۶ ماه در سال اشتغال به خدمت در واحد مربوطه را داشته باشند توسط مسئول ما فوق مورد ارزیابی قرار میگیرند.

از سال ۱۳۹۳، ارزشیابی به صورت الکترونیکی انجام شده و پس از تایید ستاد قابل اعمال در ارتقا کارکنان می باشد.

****اعمال مدرک تحصیلی**

نحوه اعمال مدارک تحصیلی درمقاطع تحصیلی بالاتر بدین ترتیب میباشد:

نکته: کارمند قبل از شروع به تحصیل در مقطع بالاتر موظف است موافقت کتبی مقام مافوق خود و کمیته طبقه بندی مشاغل دانشگاه را اخذ نماید.

*سپری شدن حداقل پنج سال از شروع خدمت دولتی کارکنان به صورت رسمی و یا پیمانی برای ارائه درخواست ادامه تحصیل در دانشگاه الزامی است.

*استفاده از دو مقطع تحصیلی حداکثر تا سطح کارشناسی ارشد با نظر کمیته مهندسی مشاغل دانشگاه بلامانع است.

- ارائه گواهی موقت تحصیلی به واحد کارگزینی
- ارسال گواهی موقت فرد به دانشگاه محل تحصیل جهت دریافت تاییدیه تحصیلی
- بعداز دریافت تاییدیه تحصیلی، تهیه صورتجلسه طبقه بندی مشاغل جهت اعمال مدرک به همراه مدارک مربوطه (۵۰۲، آخرین حکم، کپی آخرین صورتجلسه قبلی)
- گواهی از محل کار خود جهت تحصیل در ساعات غیر اداری

پس از تایید صورتجلسه طبقه بندی مشاغل و آمدن از ستاد دانشگاه مدرک تحصیلی فرد اعمال می گردد.

*در صورتی که مدرک تحصیلی ارائه شده فرد با پست سازمانی ایشان مرتبط باشد، پس از طرح در کمیته طبقه بندی مشاغل دانشگاه، از تاریخ فراغت از تحصیل، اعمال مدرک نامبرده قابل احتساب می باشد.

*کارمند تا ۶ ماه از زمان فراغت از تحصیل لازم است مدرک تحصیلی جدید خود را به واحد کارگزینی ارائه نماید (جهت دریافت تاییدیه تحصیلی و ارائه صورتجلسه اعمال مدرک به ستاد دانشگاه).

*در صورتی که کارمند مدرک تحصیلی خود را ۶ ماه بعد از فارغ التحصیلی به واحد کارگزینی ارائه دهد تاریخ احتساب مدرک تحصیلی ارائه شده از زمان تصویب کمیته طبقه بندی دانشگاه خواهد بود.

****روند تبدیل وضع کارکنان از پیمانی به رسمی آزمایشی**

استخدام در بدو ورود یا به صورت پیمانی است و یا قراردادی.

تبدیل وضع کارکنان از قراردادی به پیمانی منوط به قبولی در آزمون استخدامی و مصوبه هیات امناء مرکز می باشد.

مستخدمین پیمانی حداقل ۳ سال و حداکثر ۵ سال خدمت پیمانی در صورت طی دوره های آموزشی (تا کارشناسی حداکثر ۱۳۰ ساعت دوره کارشناسی ارشد و بالاتر حداکثر ۱۵۰ ساعت دوره) و (توجهی بدو خدمت و ICDL)، کسب امتیازات لازم و تاییدیه هسته گزینش

ماندن در وضعیت رسمی آزمایشی حداقل ۶ ماه و حداکثر ۱۸ ماه می باشد که فرد پس از حصول اطمینان از نحوه کارکرد و رضایتمندی مقام مسئول و گذراندن دوره های آموزشی مربوطه و تاییدیه هسته گزینش می توانند از رسمی آزمایشی به رسمی قطعی تبدیل وضع شوند.

*در صورت عدم رضایت از کارمندی که در وضعیت رسمی آزمایشی است سه حالت دارند در حالت اول تا ۲ سال آزمایشی تمدید می شود. در حالت دوم به پیمانی برگردانده می شود و در حالت سوم رابطه استخدامی وی با مرکز قطع می شود.

*زمانی که فرد رسمی آزمایشی می گردد حتما باید درخواست کتبی خود را جهت تبدیل بیمه از تامین اجتماعی به خدمات درمانی و یا ادامه بیمه قبلی انجام دهد در صورت عدم ارائه درخواست به صورت اتوماتیک بیمه نامبرده از تامین اجتماعی به خدمات درمانی تبدیل می گردد.

****تبدیل وضع از رسمی آزمایشی به رسمی قطعی**

مدارک مورد نیاز جهت تبدیل وضع به رسمی قطعی عبارتند از :

۱- اولین حکم رسمی آزمایشی

۲- فرم ۵۰۲

۳- فرم امتیاز دهی امضاء شده توسط مسئول مافوق

۴- شناسنامه آموزشی به مدت ۵۰ ساعت که فرد در دوران رسمی آزمایشی گذرانده است.

پس از ارسال مدارک به ستاد و تاییدیه هسته گزینش فرد از آمایشی به قطعی تبدیل وضع می شود.

****روند استفاده از قانون نیمه وقت بانوان**

این قانون فقط مختص خانم ها می باشد مدت آن نامحدود است روند انجام این قانون بدین ترتیب میباشد :

۱- ارائه درخواست فرد متقاضی به مقام مسئول

۲- در صورت داشتن فرزند با معلولیت شدید ارائه نامه از سازمان بهزیستی

۳- اعلام نظر مقام مسئول و مدیریت مرکز

۵- در صورت موافقت نامه به ستاد و معاونت درمان ارسال و در صورت موافقت ستاد و معاونت درمان با نیمه وقت فرد حکم نامبرده صادر

می گردد.

****اولین سال استفاده فرد از قانون نیمه وقت بانوان کمتر از یکسال امکانپذیر نمی باشد و امکان قطع این موضوع در نیمه راه وجود ندارد.**

****اگر فرد شاغل تابع قانون تامین اجتماعی باشد در ۳ سال اول استفاده از این قانون فرد به جای ۴۴ ساعت در هفته ۲۲ ساعت کار میکند و مبلغ حقوقی فرد نیز نصف می شود ولی کسورات به طور کامل پرداخت شده و سابقه بیمه کامل محاسبه می شود.**

حال مازاد بر سه سال علاوه بر ساعت کاری و حقوق نصف می شود کسورات نامبرده نیز نیمه پرداخت می شود لذا سابقه نیز نصف می گردد.

****اگر فرد شاغل تابع قانون خدمات کشوری باشد فرد به جای ۴۴ ساعت در هفته ۲۲ ساعت کار می کند و مبلغ حقوقی فرد نصف می شود ولی کسورات تازمانی که از این قانون استفاده میکند بصورت کامل پرداخت شده و سابقه کار نیز کامل محاسبه می شود.**

****در دوران استفاده از این قانون مرخصی استحقاقی نامبرده طبق مقررات مربوط کارمندان تمام وقت ۳۰ روز بوده و سالانه می توانند ۱۵ روز نیز از مرخصی خود ذخیره کنند.**

****مدت استفاده از مرخصی استعلاجی و زایمان برای بانوان مشمول خدمت نیمه وقت مانند کارمندان تمام وقت خواهد بود و در این مدت نیز از لحاظ حقوق و مزایا تابع مقررات مربوط به خدمت نیمه وقت خواهد بود.**

****پرداخت اضافه کاری به این مستخدمین (نیمه وقت) ممنوع می باشد.**

****تمدید نیمه وقت کارمند منوط به درخواست کتبی و موافقت مجدد سیستم و معاونت توسعه و درمان می باشد.**

****عیدی به نامبرده کامل پرداخت می شود.**

**** خانم هایی که فرزند با معلولیت شدید داشته باشند تمام قوانین و مقررات نیمه وقت بانوان اجرا می شود فقط حقوق و مزایا را کامل دریافت می کنند .**

****برقراری کمک هزینه عائله مندی**

برای برقراری حق عائله مندی مدارک زیر مورد نیاز است :

۱- درخواست فرد جهت برقراری عائله مندی

۲- کپی عقدنامه زوجین

۳- کپی شناسنامه زن و مرد صفحه اول و دوم

پس از دستور مدیر مرکز حق عائله مندی برای فرد برقرار می شود.

حق عائله مندی ۱- به آقایان متاهل ۲- خانم هایی که به استناد رای دادگاه حضانت فرزند خود را به عهده دارند

****برقراری کمک هزینه اولاد**

برای برقراری حق اولاد در حکم به مدارک ذیل نیاز می باشد :

۱- درخواست کارمند (فقط آقایان) به مسئول مافوق خود

۲- کپی شناسنامه کارمند صفحه اول و دوم و کپی شناسنامه فرزند

پس از دستور مدیر مرکز ، حق اولاد در حکم کارمند برقرار می گردد.

حق اولاد ۱- به آقایان دارای فرزند ۲- خانم هایی که طبق رای دادگاه حضانت مالی فرزند ایشان به عهده زوجه می باشد.

برای فرزندان دختر تا زمانی که ازدواج نکرده باشد و یا بیمه بازنشستگی واریز نگردد (شاغل نباشد) ، برای فرزندان پسر تا ۱۸ سالگی و در صورت ادامه تحصیل فرزند ذکور (پسر) به شرط ارائه گواهی اشتغال به تحصیل تا سن ۲۵ سالگی و نداشتن شغل امکان پرداخت کمک هزینه اولاد می باشد.

****موارد قطع کمک هزینه اولاد**

۱- ازدواج دختر

۲- اشتغال دختر

۳- رسیدن پسر به سن ۲۰ سالگی و غیر محصل بودن

۴- پسری که اتمام تحصیل کرده قبل از ۲۵ سالگی

****موارد برقراری مجدد**

۱- دختری که شوهرش رو از دست داده و شاغل نیست

۲- پسری که مجدداً دانشجو می شود و سن ایشان زیر ۲۵ سال می باشد.

****پرداخت کمک هزینه ازدواج (فرزند یا خود) کارمند**

برای دریافت کمک هزینه ازدواج به مدارک زیر نیاز می باشد :

۱- درخواست کارمند جهت ارائه به امور مالی

۲- کپی شناسنامه از تمام صفحات عروس و داماد

۳- کپی عقدنامه

۴- کپی حکم کارمند متقاضی

پس از دستور مدیریت مرکز هزینه توسط امور مالی پرداخت می شود.

****فوق العاده نوبتکاری**

نوبتکاری به مستخدمینی پرداخت می شود که برحسب نوع شغل در نوبت های غیرمتعارف به صورت مستمر و تمام وقت انجام وظیفه میکنند.

****برقراری نوبت کاری در احکام پرسنل**

۱- افرادی که در شیفت ثابت صبح کار می کنند مشمول فوق العاده نوبتکاری نمی شوند.

۲- افرادی که به غیر از شیفت صبح خود در برنامه کاری حداقل به تعداد ۶ شیفت عصر داشته باشند مشمول برقراری فوق العاده نوبتکاری (دونوبته) می شوند.

۳- افرادی که در برنامه کاری آنها علاوه برشیفت صبح ، شیفت های عصر و شب در برنامه تنظیمی بخش موجود باشد مشمول فوق العاده نوبتکاری (سه نوبته یا شیفت درگردش) می شوند.

۴- افرادی که در برنامه کاری آنها علاوه بر شیفت شب دارای ۲ شیفت عصر یا ۲ شیفت صبح باشند مشمول نوبتکاری (فیکس شب) می شوند.

۵- به کارکنان اداری و مالی نوبتکاری تعلق نمی گیرد.

***محاسبه ساعت کار براساس قانون بهره وری**

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

***فرمول نحوه محاسبه ساعت کار براساس قانون بهره وری**

ساعت کار موظف در هفته : (کسرناشی از نوبتکاری + کسرناشی از سختی کار + کسر ناشی از سابقه) - ۴۴
ساعت کار موظف در روز : ساعت کار موظف در هفته تقسیم بر ۶
ساعت موظفی در ماه : (تعداد روزهای مرخصی - ایام غیر تعطیل) ضربدر ساعت کار موظف در روز
کارکرد ماهیانه : محاسبه شیفت ها براساس نظام هماهنگ (به جز مرخصی)
اضافه کار : ساعت موظفی در ماه - کارکرد ماهانه (که در قالب طرح پرداخت مبتنی بر عملکرد به کارکنان پرداخت می شود)
***ساعت موظفی افراد متفاوت می باشد.

***کار دانشجویی**

برای کمبود کادر درمانی بیمارستان ها مقرر گردیده با استفاده از دانشجویان پرستاری ترم ۶ به بالا این کمبود مرتفع گردد.
لذا با توجه به هماهنگی مدیر پرستاری بیمارستان با مدیر پرستاری دانشگاه مجوز جهت به کارگیری دانشجوی صادر می گردد.
مدارک مورد نیاز کار دانشجویی:

- ۱- تکمیل فرم درخواست کار بر بالین توسط دانشجو
- ۲- تایید توسط مدیر بیمارستان
- ۳- تایید مدیر مالی بیمارستان
- ۴- تایید معاونت آموزشی دانشگاه دانشجو
- ۵- تایید معاونت دانشجویی دانشگاه

پس از تکمیل فرم مربوطه دانشجو به واحد کارگزینی مراجعه کرده و پس از تکمیل مدارک با هماهنگی با دفتر پرستاری محل خدمت نامبرده مشخص و قرارداد وی صادر می شود.

مدت کارکرد دانشجو در ماه ۱۰۰ ساعت بوده و مبلغ ساعت کار ایشان توسط بخشنامه ای هر سال از دانشگاه به مراکز اعلام می گردد . به ازای ساعات کارکرد فرد مبلغ محاسبه شده و بدون کسر بیمه و مالیات بطور کامل پرداخت می شود.

به فرد دانشجو عیدی پایان سال ، کارانه تعلق نمی گیرد.

قرارداد ایشان ۳ ماهه صادر می گردد و در صورت رضایت مسئول مربوطه تمدید می شود..

***بازنشستگی**

دستگاه های اجرایی با یکی از شرایط زیر میتوانند کارمند خود را بازنشسته نمایند:

درقانون مدیریت خدمات کشوری بازنشستگی به دو صورت می باشد مشاغل تخصصی و مشاغل غیر تخصصی

* حداکثر ۳۰ سال سابقه خدمت برای مشاغل غیر تخصصی و لیسانس و پایین تر)

* حداکثر ۳۵ سال خدمت برای مشاغل تخصصی با تحصیلات دانشگاهی کارشناسی ارشد و بالاتر به شرط درخواست کارمند برای ادامه همکاری
مازاد بر ۳۰ سال و موافقت دستگاه متبوع

ضمناً کارمندانی که مازاد بر ۳۰ سال خدمت دارند به ازای مدت مازاد بر سی سال ۲/۵٪ رقم تعیین شده به حقوق بازنشستگی اضافه می گردد.

**** بر اساس شیوه نامه جدید مورخ ۱۴۰۱/۹/۱۹ وزارت متبوع جهت کارمندان مشترک صندوق بیمه تامین اجتماعی سابقه خدمت بخش خصوصی بر اساس سابقه بیمه پردازی و درخواست کتبی شخص به سنوات بازنشستگی اضافه می‌گردد.**

اقدامات مورد نیاز :

- ۱- ارائه لیست واریز بیمه و لیست بیمه تلفیقی به کارگزینی
 - ۲- تکمیل و امضا فرم درخواست
 - ۳- ارائه فرم درخواست به دبیرخانه مرکز جهت ثبت در سیستم
 - ۴- تحویل فرم و مستندات به کارگزینی جهت صدور حکم سابقه و سنوات بازنشستگی
- نکته ۱: این بخشنامه فقط شامل حال پرسنل مشترک بیمه تامین اجتماعی می باشد .
- نکته ۲ : در صورت درخواست احتساب سابقه بخش خصوصی کل سابقه در بازنشستگی لحاظ میشود و امکان اینکه قسمتی از سابقه محسوب شود وجود ندارد
- نکته ۳ : احتساب سابقه بخش خصوصی فقط در سنوات بازنشستگی محاسبه می شود و مزایای دیگری به این سنوات تعلق نمی گیرد .
- نکته ۴ : در صورتی که کارمندی درخواست عدم احتساب سابقه غیر دولتی و خصوصی را داشته باشد در صورتی که به آن قسمت از سابقه رتبه ، طبقه و یا مزایای دیگری تعلق گرفته باشد بازپس گرفته خواهد شد .

****استعفا**

برای اینکه پرسنل رسمی استعفاء دهند :

- ۱- ارائه یکماه قبل درخواست کارمند رسمی به مسئول مافوق
 - ۲- اعلام موافقت مدیر دستگاه
 - ۳- ارسال نامه به ستاد
 - ۴- اعلام موافقت کتبی معاونت توسعه بعد از گرفتن نظریه معاونت درمان (در صورت اینکه از پرسنل کادر درمان باشند) در صورتیکه بعد از گذشت یکماه جواب از طرف دانشگاه ارسال نشد به منزله عدم موافقت می باشد .
 - ۵- صدور حکم استعفا کارمند رسمی
- پس از استعفای کارمند رسمی ، فرد هیچگونه سمتی در سیستم سازمانی و تشکیلاتی واحد مربوطه ندارد.

بابت مدت خدمت پرسنل رسمی پاداش و سنوات به وی تعلق نمی گیرد.

فقط پول ذخیره مرخصی در طول مدت خدمت انجام شده به وی تعلق می گیرد.

***در صورت عدم موافقت با استعفای کارمند و ترک خدمت مشارالیه / مشارالیهها ، کارمند خاطی به هیات تخلفات اداری معرفی شده و تصمیم نهایی توسط هیات تخلفات صادر می گردد.**

***مستخدمی که استعفا میدهد میتواند فردا آن روز استخدام شود.**

****فسخ قرارداد**

برای اینکه پرسنل پیمانی ، قراردادی کار معین و مشاغل کارگری فسخ قرارداد شوند :

- ۱- ارائه یکماه قبل درخواست فسخ قرارداد به مسئول مافوق
 - ۲- برای فسخ قرارداد نیاز به موافقت مسئول نمی باشد و پرسنل می تواند بعد از یکماه سیستم را ترک کند.
 - ۳- ارسال نامه به ستاد جهت بلاتصدی شدن ردیف تشکیلات
 - ۴- صدور حکم فسخ قرارداد
- بابت مدت خدمت پرسنل پاداش سنوات و ذخیره مرخصی تعلق می گیرد.**

****هیات تخلفات اداری**

طبق قانون استخدام کشوری هر کارمندی که یک روز غیبت غیر موجه داشته باشد به هیات تخلفات اعلام می گردد. مواردی که فرد به هیات تخلفات اداری معرفی میشود:

- ۱- نقص قوانین و مقررات مربوطه
 - ۲- اعمال و رفتار خلاف شئونات شغلی و اخلاقی
 - ۳- ایجاد نارضایتی در ارباب رجوع و انجام ندادن و یا تاخیر بی دلیل در انجام امور محوله
 - ۴- ایراد تهمت و افترا ، هتک حیثیت
 - ۵- اخاذی
 - ۶- اختلاس
 - ۷- تکرار در تاخیر و تعجیل بیشتر از ۴ ساعت در ماه
 - ۸- تعلل در حفظ اموال و اسناد دولتی و ایراد خسارت به اموال دولتی
 - ۹- افشای اسرار و اسناد محرمانه اداری
 - ۱۰- ارتباط و تماس غیرمجاز با اتباع بیگانه
 - ۱۱- سرپیچی از اجرای دستورات بالاترین مقام در حدود شرح وظایف و حدود انتظارات اداری
 - ۱۲- ترک خدمت و غیبت غیرموجه به صورت متناوب یا متوالی
 - ۱۳- رعایت نکردن حجاب و شئونات اسلامی
 - ۱۴- ارائه و واگذاری اسناد و مدارک به اشخاص غیر مرتبط
- دستگاه های اجرایی موظفند علاوه بر نظارت مستقیم مدیران از طریق انجام بازرسی های مستمر مدیران خود بر سیستم نظارت داشته باشد . در صورت تخلف کارمند مستندات به گزارش حداقل مسئول مربوطه و تایید مدیر مرکز با نامه به هیات رسیدگی به تخلفات اداری کارمندان دانشگاه همراه مدارک ارسال می گردد .

*** مجازات های هیات تخلفات اداری**

- ۱- کسر ۱/۳ یا ۱/۶ حقوق و مزایا و فوق العاده شغل به مدت مشخص شده در رای هیات تخلفات
 - ۲- انفصال از خدمات دولتی برای یکماه تا یکسال برای فرد خاطی در صورت تکرار تخلف مشمول یکی از مجازاتهای بازخریدی ، اخراج و انفصال دائم از خدمات دولتی می گردد.
- تصدی بیش از یک پست سازمانی برای کلیه کارمندان ممنوع می باشد و در صورت ضرورت به مدت حداکثر ۴ ماه بدون دریافت حقوق و مزایا از پست سازمانی مدیریتی و یا حساس می باشد.

****آماده به خدمت**

کارمندان رسمی دستگاههای اجرایی در حالات زیر به صورت آماده به خدمت در می آیند که مدت آن حداکثر یکسال خواهد بود.

- ۱- انحلال دستگاه اجرایی ذیربط
 - ۲- حذف پست سازمانی کارمند
 - ۳- نبود پست سازمانی بعد از اتمام ماموریت یا مرخصی بدون حقوق
 - ۴- کارمندی که براساس رای مراجع ذیصلاح هیات تخلفات اداری یا مراجع قضایی از خدمت معلق یا آماده به خدمت شده باشند.
- *مدت آماده به خدمت یکسال است در ۶ ماه اول حداقل حقوق ثابت و در ۶ ماه دوم ۱/۲ حداقل حقوق ثابت را فرد دریافت می کند .
(حقوق ثابت (حق شغل + حق شاغل + فوق العاده مدیریت)

بعد از یکسال اگر وضعیت آماده به خدمت فرد مشخص نشد در صورت داشتن شرایط بازنشستگی مستخدم بازنشسته می شود در صورت نداشتن شرایط فرد باید باز خرید شود.

*مستخدمی که بازخرید می شود در هیچکدام از ارگانهای دولتی نمی تواند استخدام شود.

****ازکار افتادگی**

در قانون به دو صورت کارافتادگی وجود دارد :

۱- ازکارافتادگی عادی ۲- ازکارافتادگی به سبب انجام کار

****از کارافتادگی عادی:**

اگر بیماری مستخدم بیشتر از ۴ ماه طول کشید و از یکسال گذشت فرد درخواست ازکارافتادگی میدهد. پس از طرح در کمیته و موافقت با درخواست ، ازکارافتادگی وی انجام می شود.

*اگر سابقه وی زیر ۱۵ سال بود ، سابقه اش را ۱۵ سال در نظر می گیریم و ۱۵ روز حقوق می دهیم.

*اگر سابقه زیر ۲ سال بود سابقه ی او ، متوسط مدل دو سال آخر = آخرین حقوق + فوق العاده های مشمول کسورات که میزان حقوق این فرد را مشخص می کند.

*اگر مستخدم مثلاً ۱۳ سال سابقه داشته باشد میزان حقوق ازکارافتادگی فرد بدین صورت محاسبه می شود:

۱۳ سال سابقه + ۳ سال سابقه ارفاقی = ۱۶ سال سابقه ، در نتیجه ۱۶ روز حقوق می گیرد.

****ازکارافتادگی به سبب انجام کار**

به طور مثال : مستخدم به مأموریت رفته است و راه تصادف نموده و فلج می شود این فرد مشمول ازکارافتادگی به سبب انجام کار می شود .

۱) مستخدم با اشعه یا مواد شیمیایی کار می کند که به مرور زمان بر اثر این مواد از نظر بدنی دچار مشکل می گردد این فرد نیز مشمول ازکارافتادگی به سبب انجام کار می شود.

* از نظر پرداخت حقوق مثل ازکارافتاده عادی محاسبه می شود.

****بازخریدی**

برطبق قانون خدمات کشوری فعلاً بازخرید خدمت برای نیرو ممنوعیت دارد . در صورت اجرای این قانون رابطه استخدامی فرد با دستگاه قطع میشود و سوابق خدمتی خود را سال ۳۰ تا ۴۵ روز براساس میانگین دو سال آخر خدمت بازخرید می کند. کارمندی که بازخرید می شود دیگر نمی تواند در هیچ ارگان دولتی دیگری استخدام شود.

۱- درخواست فرد به مقام مسئول

۲- اعلام نظریه مدیر مرکز و مسئول فرد مربوطه

۳- در صورت موافقت به ستاد

۴- مکاتبات ستاد با وزارت خانه در صورت موافقت

۵- ارسال به مشاوره حقوقی به جهت نداشتن بدهی به سیستم از نظر مأموریت آموزشی ، تعهد استخدامی

۶- پس از اعلام وزارتخانه نامه به ستاد برگشت خورده و مبلغ فرد مشخص میشود.

****اخراج**

مستخدم در صورت ترک خدمت و غیبت غیرموجه در صورت رای احکام هیات های رسیدگی به تخلفات اداری و یا آرای مراجع ذیصلاح به ادمه خدمت وی در سیستم بطور دائم خاتمه داده می شود .

*فردی که اخراج می شود تا یکسال حق استخدام در هیچ ارگان دولتی را ندارد.**

****نقل وانتقالات**

روند نقل و انتقال کارکنان به ترتیب زیر می باشد که بصورت سیستمی انجام می گردد:

- ۱- درخواست کتبی به مقام مافوق و معرفی جانشین
- ۲- ثبت درخواست انتقال فرد در سامانه نقل و انتقالات دانشگاه علوم پزشکی البرز
- ۳- اعلام نظر توسط مدیر مرکز و در صورت کادر درمان اعلام نظر مدیر پرستاری و در نهایت ارجاع به واحد کارگزینی
- ۴- در صورت موافقت با انتقال کارمند ارسال درخواست به ستاد دانشگاه به صورت سیستمی
- ۵- اعلام نظر از دانشگاه مقصد در خصوص درخواست فرد متقاضی انتقال به صورت سیستمی
- ۶- پس از دریافت اعلام نیاز فرد از دانشگاه مقصد فرد به آن مرکز مراجعه کرده و فرم حراست را تکمیل می نماید هر زمان که استعلام حراست از دانشگاه مبدا به مقصد اعلام شد برای فرد ابلاغ صادر می گردد به صورت سیستمی
- ۷- در صورت انتقال دائم به استناد ابلاغ دانشگاه مقصد ، مبدا نیز به مرکز جهت صدور مفاسا حساب و مانده مرخصی ابلاغ می زند.
- ۸- پس از تسویه فرد و صدور مفاسا حساب و اعلام مانده مرخصی فرد مستخدم به اداره کارگزینی دانشگاه مقصد مراجعه کرده و به استناد ابلاغ صادر شده از طریق ستاد مقصد به محل کار خود معرفی و مشغول به کار می شود.
- ۹- دانشگاه مبدا به استناد مفاسا حساب مستخدم حکم انتقال خروجی صادر می نماید.
- ۱۰- دانشگاه مقصد به استناد حکم خروجی و نداشتن فاصله خدمتی بعد از مفاسا حساب حکم انتقال ورودی صادر می نماید.
- ۱۱- پس از خروج کامل فرد از سیستم پست وی بلاتصدی شده و در تشکیلات مرکز و ستاد اسم نامبرده حذف می گردد.

****در صورت ماموریت**

تمام مراحل تا صدور ابلاغ از طرف دانشگاه مقصد انجام میشود ولی فرد مفاسا حساب نمی گیرد. ضمناً حقوق و مزایای مستمر فرد از دانشگاه مبدا به (استناد گواهی انجام کار از مقصد) و مزایای غیر مستمر شامل (نوبتکاری ، سختی کار) از دانشگاه مقصد پرداخت می شود.

در صورتیکه فرد از واحد مبدا خود نامه جهت عدم پرداخت پول لباس ، حق مسکن را برای دانشگاه مقصد ارائه دهند ، تمام این موارد از طریق مقصد قابل پرداخت می باشد.

****روند گرفتن نیروی طرحی**

- ۱- مراجعه فرد پس از تسویه حساب تحصیلی به معاونت درمان و ثبت نام جهت شروع به طرح
- ۲- اعلام نیاز فصلی واحدها به درمان پس از اعلام نیروی های خروجی هر فصل
- ۳- مراجعه فرد به ستاد جهت انجام طرح ، گرفتن تاییدیه تحصیلی نیروی مشمول طرح از سیستم جامع نیروهای طرحی وزارتخانه و صدور معرفینامه توسط کارشناس امور طرحی جهت ارسال به واحدها
- ۴- مراجعه نیروی طرحی به بیمارستان
- ۵- ارائه مدارک مورد نیاز به واحد کارگزینی (پرکردن فرم مشخصات فردی ، فرم بیمه عمر ، دادن فرم بیمه به نیروی طرحی)
- ۶- ثبت اثر انگشت یا چهره جهت حضور و غیاب
- ۷- مراجعه نیروی طرحی به واحد های حسابداری - حراست - بهداشت حرفه ای جهت انجام امور مربوطه
- ۸- طی هماهنگی با دفتر پرستاری ، مدارک پزشکی ، رادیولوژی (البته بسته به نیروی طرحی معرفی شده) بخش و شرایط کاری فرد مشخص شده و حکم صادر می گردد.
- ۹- در نهایت برای نامبرده پرونده طرحی تشکیل می شود.

****نیروهای کاردان یکسال و نیروهای کارشناس به بالا دو سال دارای طرح می باشند****

****در صورت درخواست نیرو و موافقت دفتر پرستاری بیمارستان و ستاد ، امکان تمدید طرح نیز پس از ثبت نام مجدد نیروی طرحی در سامانه رشد وجود دارد .**

****روند اعلام نیروهای ضریب کا**

- ۱- نیروی متخصص پس از فارغ التحصیلی و مراجعه به وزارت بهداشت بسته به تعهد محضری که داده است استان محل خدمت مشخص می شود.
- ۲- پس از تعیین محل و مراجعه فرد به معاونت درمان بسته به نیاز واحدها جهت خدمت پزشک متخصص ابلاغ صادر می گردد.
- ۳- بقیه موارد همانند نیروهای طرحی است .
- ۴- مدت خدمت نیروهای ضریب کا از طریق معاونت درمان به مراکز اعلام می شود.

توضیحات در خصوص احیاء (مخصوص نیروهای جدیدالورود درمانی)

*هر کس نفسی را حیات بخشد (از مرگ نجات دهد) مانند آن است که همه مردم را حیات بخشیده است. قرآن کریم آیه ۳۲ سوره مائده در آمریکا سالانه و حداقل ۳۰۰۰۰۰ ایست قلبی رخ می دهد. بخش عمده ای از مرگ و میر بیماران دچار سکته قلبی در خارج از بیمارستان روی می دهد. بسته به دسترس بودن سرویسهای پزشکی اورژانس ۴۰٪ از قربانیان بیش از رسیدن به بیمارستان بویژه در یک ساعت اول رویداد حاد کرونری فوت می کنند و تنها ۲۵ تا ۳۰٪ نجات یافتگان در خارج از بیمارستان پس از بستری شدن تا ترخیص زنده می مانند. میزان بقاء بدنبال حوادث ناگهانی قلبی-عروقی کمتر از ۱۰٪ است. . به رغم اجرای گسترده احیای قلبی ریوی در سطح مراکز درمانی، کمتر از ۵٪ بیماران دچار ایست قلبی به دلیل دیر رسیدن کمک ، عدم توانایی در اجرای صحیح تکنیکهای احیای قلبی ریوی و وخامت بیش از حد وضعیت بالینی بیمار زنده می مانند. CPR استاندارد فقط ۱۰ تا ۲۰ درصد جریان خون طبیعی قلب و حدود ۲۵٪ جریان طبیعی مغز را تامین می نماید. حال چنانچه پس از ایست قلبی. حمایت اساسی از این عضو انجام پذیرد. در بسیاری از موارد می توان از مرگ بیماران جلوگیری نمود.

در یک مطالعه ثابت شد که انجام عملیات احیاء ظرف مدت کمتر از سه دقیقه از شروع ایست قلبی تنفسی با موفقیت و نجات جان بیماران همراه می باشد. در تمام این موارد، ثانیه ها می توانند شکل دهنده زندگی یا مرگ بیماران باشند. تمام پرسنل حرفه های بهداشتی-درمانی باید آمادگی کامل اجرای عملیات احیای قلبی تنفسی را داشته باشند.

اگر احیای قلبی تنفسی بلافاصله پس از ایست قلبی آغاز شود. نه تنها کارآیی سیستم عصبی، بلکه زندگی بیمار نیز حفظ می گردد. عملیات احیای قلبی تنفسی می تواند حدوداً ۴۰ درصد برون ده طبیعی قلب را حفظ نماید و حفظ عملکرد قلب، می تواند به احیای تنفس، احیای یک انسان و در نهایت به احیای یک جامعه منجر گردد. بنابراین وقوع زیاد " مرگ ناگهانی " ناشی از حملات قلبی تنفسی، توجه راهبردی دولت ها را برای آموزش همگانی احیای قلبی تنفسی می طلبد.

تاریخچه احیاء

ایجاد درد با سیلی زدن، یا به وسیله شلاق و ضربه وارد آوردن روی پوست
قرار دادن مصدوم از شکم بر روی اسب در حال یورتمه

غلطاندن مصدوم بر روی بشکه
آویزان کردن مصدوم از پاها به درخت
استفاده از دم آهنگری برای دمیدن در ریه
لوله گذاری داخل تراشه از راه دهان و بینی از قرن ۱۷ میلادی
ترا کئوستومی و بیهوشی و لارنگوسکپی مستقیم از قرن ۱۸ میلادی .
استفاده از لارنگوسکوپ و لوله تراشه از قرن ۱۹ میلادی

تعریف احیاء قلب و ریه

(C P R-C P C R-C P B R)

Cardio -Pulmonary-Cerebral(Brain)- Resuscitation

احیاء قلب و ریه عبارت است از نجات بیمارانی که دچار ایست قلبی یا تنفسی یا مغزی و یا ایست قلبی تنفسی مغزی توام شده باشند. بنابراین اقداماتی که جهت نجات این بیماران بکار گرفته می شود، "احیاء قلب و ریه" نامیده می شود.
زمان طلایی: چنانچه عملیات احیاء قلب و ریه ظرف مدت ۶-۴ دقیقه بعد از ایست قلبی تنفسی صورت بگیرد از صدمات مغزی و هیپوکسی جلوگیری خواهد کرد.
* زمان طلایی در مددجو با توجه به علت مصدومیت وی متفاوت می باشد برای مثال این زمان در فیبریلاسیون بطنی و آسیستولی صفر دقیقه، در آنوکسی آلوتولی ۳-۲ دقیقه، در خفگی ۱۲-۵ دقیقه و در سایر موارد مشخص نیست .
مرگ بالینی (ظاهری) - مرگ فیزیولوژیک (حقیقی)

تعریف:

مرگ بالینی - توقف قابل برگشت علائم حیاتی (نبض، تنفس، فشارخون) را گویند. در این مرحله، آسیب های وارده قابل برگشت بوده و فرد به ظاهر مرده را می توان احیاء نمود.

مرگ فیزیولوژیک - توقف دائم تمام اعمال حیاتی را گویند که در آن به علت تاخیر درآغاز احیاء ، فقدان اکسیژن رسانی منجر به آسیب های جبران ناپذیر مغز و سپس سایر ارگانها شده و فرد قابل احیا و برگشت نیست. در واقع کاهش جریان خون و هیپوکسی بیش از ۶-۴ دقیقه منجر به مرگ فیزیولوژیک می گردد.

علائم مشترک مرگ بالینی و فیزیولوژیک

- فقدان نبض، تنفس، فشارخون
- اختلال سیستم عصبی مرکزی: بیهوشی، بیحرکتی ، بیحسی، اختلال رفلکس ها

علائم ویژه مرگ بالینی و فیزیولوژیک

- ۱- حرارت بدن: در مرگ حقیقی، حرارت بدن برابر با دمای محیط و سرد است ولی در مرگ بالینی حرارت بدن تابع محیط نبوده و گرم است
- ۲- قوام عضلات: در مرگ حقیقی، عضلات سفت شده ولی در مرگ بالینی عضلات قوام طبیعی دارند.
- ۳- رفلکس مردمک: در مرگ حقیقی، مردمک ها گشاد و در مقابل نور واکنشی نشان نمی دهند ولی در مرگ بالینی مردمک های در مقابل نور تنگ می شود.

تعریف ایست قلبی تنفسی

ایست قلبی توقف غیر مترقبه و ناگهانی ضربانات قلب و جریان خون موثر قلب می باشد. در این حالت ممکن است تمام اعمال قلب متوقف شده و یا انقباض ناهماهنگ عضلات قلبی (فیبریلاسیون بطنی) رخ دهد. در صورت توقف قلب، عملکرد ریه ها و مغز متوقف می گردد.

علائم ایست قلبی تنفسی

از بین رفتن سریع هشیاری

قطع تنفس

از بین رفتن نفس و صداهای قلبی (عدم نبض کاروتید یا فمورال)

کاهش فشارخون

اتساع مردمک چشم ها

امکان بروز تشنج

سردی، رطوبت و کبودی پوست

سستی بدن

علل ایست قلبی:

- ۱- بیماری عروق کرونر (انفارکتوس میوکارد، آریتمی ها)
 - ۲- اختلالات الکترولیتی (هایپرکالمی - هیپوکالمی)
 - ۳- تجویز وریدی مواد حاجب رادیوگرافی
 - ۴- واکنش نسبت به تجویز وریدی داروها (دیژیتال، کنییدین، پتاسیم، کلسیم، داروهای بیهوشی)
 - ۵- آمبولی ریه
 - ۶- برق گرفتگی، شوک الکتریکی، اختلال در کار پیس میکر
 - ۷- غرق شدن (خفگی در آب)
 - ۸- خفگی با گازهای شیمیایی (آتش سوزی، بمباران شیمیایی)
 - ۹- سوختگی
 - ۱۰- ضربات وارده به قلب - ترومای قفسه سینه (جدال، تصادفات)
 - ۱۱- ثانوی به ایست تنفسی
 - ۱۲- مانورهای خطرناک- تحریک پاراسمپاتیک - ساکشن و لوله گذاری
 - ۱۳- دادن خون سرد یا با حجم زیاد
 - ۱۴- خونریزی - اختلالات متابولیک - شوک آنا فیلاکتیک - سپتی سمی
 - ۱۵- تامپوناد پریکارد
- *شایعترین علل ایست قلبی: در بزرگسالان فیبریلاسیون بطنی و در کودکان آسیستولی و Bradycardic PEA می باشد

علل ایست تنفسی:

- ۱- انسداد مجاری فوقانی هوایی (جسم خارجی، ادم مجاری هوایی، خفگی)
- ۲- سکتة های مغزی
- ۳- مصرف بیش از حد داروها (مواد مخدر- باربیتوراتها)
- ۴- ضربات وارده به سر
- ۵- توقف انقباض عضلات تنفسی
- ۶- ثانوی به ایست قلبی

• مراحل احیاء قلب و ریه

زنجیره احیاء Early Recognition-EarlyACCESS-EarlyCPR-EarlyDEFIB-EarlyACLS

Basic-Life-Support	اقدامات اولیه (پایه)
Advance -Life-Support	اقدامات ثانویه (پیشرفته)
Stabilization & Transportation	انتقال بیمار به یک مرکز مجهز
Termination	پایان احیاء قلب و ریه
Care	مراقبت های بعد از احیاء قلب و ریه
Result	نتیجه احیاء قلب و ریه

اقدامات پایه (اولیه) در احیاء قلبی - ربوی

هدف: برقراری تنفس و ایجاد گردش خون جهت رسیدن O₂ کافی به بافتها

مراحل اولیه: ارزیابی سطح هوشیاری، فراخواندن گروه کد، دادن پوزیشن

اولین قدم: بررسی هشیاری مصدوم، مصدوم را بآرامی تکان داده و صدایش بزنید، اگر پاسخ نداد تقاضای کمک بکنید.

دومین قدم: کمک بخواهید با: فریاد زدن - تلفن به مرکز اورژانس

سومین قدم: دادن پوزیشن مناسب با حفظ وضعیت سر، ستون مهره ها و عروق و اعصاب
چهارمین قدم: کنترل تنفس-کنترل نبض کاروتید - کنترل راه هوایی
مراحل بعدی: ارزیابی وضعیت مصدوم، ثبت گزارش

A باز و پاک نمودن راه هوایی مراحل	Airway
B دادن تنفس مصنوعی	Breathing
C ماساژ خارجی قلب و برقراری مجدد گردش خون	Circulation

A = باز و پاک کردن راه تنفس

- روش های بازکردن
- خم کردن سر به عقب و کشیدن چانه (Head Tilt-Chin Lift)
- خم کردن سر به عقب و بالا بردن گردن (Head Tilt-neck Lift)
- مانور جلو کشیدن آرواره ها (Jaw Thrust maneuver)
- مانور بالا کشیدن آرواره ها توسط شست (Jaw Lift)
- روش های پاک کردن:
- استفاده از ساکشن
- استفاده از ایروی
- استفاده از انگشت سبابه
- استفاده از مانور هملیخ
- مانور ضربه بین دو کتف (پشت)

B=دادن تنفس مصنوعی

- روشی است که طی آن احیاء کننده، هوای بازدم خود را که دارای ۱۸-۱۶٪ اکسیژن است به داخل ریه های بیمار می دمد:
- ۱- بررسی وضعیت تنفسی بیمار (Look-Listen- Feel Method)
 - Look = مشاهده حرکات اپیگاستر و یا قفسه سینه
 - Listen = شنیدن صدای خروج هوای تنفسی
 - Feel = احساس خروج هوا توسط گونه و گوش فرد احیا کننده از دهان و بینی بیمار
 - ۲- روش های دادن تنفس مصنوعی
 - تنفس دهان به دهان
 - تنفس دهان به بینی
 - تنفس دهان به مری
 - تنفس با ماسک و کیسه هوایی
 - لوله گذاری داخل نای
 - ماساژ قفسه سینه

C = برقراری مجدد گردش خون

- ضربه جلو قلبی
- ماساژ خارجی قلب
- ضربه جلو قلبی
- عبارت است از وارد کردن یک ضربه محکم به قسمت وسط جناغ
- این تکنیک در موارد ذیل بکار می رود:

بیمارانیکه تحت مانیتورینگ بوده و ناگهان دچار فیبریلاسیون بطنی و یا تکیکاردی بطنی می شوند یا دفیبریلاتور در دسترس نباشد. بیمارانیکه بلوک کامل داشته و در CCU بستری می باشند. بیمارانیکه در خارج از CCU قرار داشته و فرد احیاء کننده شاهد ایست قلبی تنفسی آنها می باشد. بندرت در آسیستولی موثر است.

این مانور در بچه ها خطرناک و در دیگر بیماران بی اثر است زیرا بعلت طول کشیدن ایست قلبی انوکسی میوکارد پدید می آید. تکنیک: وارد کردن " یک ضربه شدید و سریع " از فاصله ۱۲-۸ اینچی (۲۵-۲۰ سانتی) به وسط جناغ با مشت یا برجستگی کف دست

ماساژ خارجی قلب

در بیمارانیکه فاقد نبض می باشند، جهت برقراری گردش خون به ماساژ خارجی قلب نیاز است. برای انجام این عمل نکات ذیل باید در نظر گرفته شوند:

بیمار باید بر روی سطح سخت و محکمی قرار گیرد.

قفسه سینه بیمار باید در معرض دید قرار گیرد.

ابتدا با دو انگشت یک دست زائده خنجری جناغ را لمس کرده و یک و نیم اینچ بالاتر (یک سوم تحتانی جناغ) را یافته، سپس کف دست دیگر را بر روی خط وسط جناغ گذارده و کف دست دیگر را بر روی آن به موازات هم می گذاریم.

انگشتان دو دست باید در هم گره شوند و به موازات هم قرار گیرند. بدین ترتیب هم انگشتان با قفسه سینه تماس نگرفته تا حداکثر کنترل و فشار حاصل شود و هم از بروز شکستگی دنده ها، جناغ و پارگی احشاء جلوگیری می شود.

دستهای فرد ناجی باید عمود ۹۰ درجه مستقیم و صاف، بدون خم شدن آرنج باشد.

شانه های فرد ناجی باید درست بالای استرنوم قرار گیرد.

یک زانوی فرد ناجی باید کنار شانه بیمار و زانوی دیگر نزدیک کمر وی قرار گیرد.

— فشار باید ریتمیک و منظم و محکم باشد بطوریکه :

جناغ ۱/۵ اینچ به پایین رانده شود

زمان فشردن و آزاد کردن جناغ برابر باشد

در انتهای هر فشار به مکث کوتاهی نیاز بوده تا فشار را موثرتر و جریان خون را بهتر نماید

در حین آزاد کردن جناغ نباید کف دستها را از جناغ جدا نمود

جهت وارد کردن فشار باید از وزن بدن خود استفاده نمود

عمل تنفس مصنوعی نباید حین انجام ماساژ قلبی انجام گیرد

بعد از هر ۴ سیکل CPR باید تنفس و نبض بیمار کنترل گردد (هر سیکل = ۵ ماساژ ، ۱ تنفس)

*بهترین معیار ارزیابی ماساژ خارجی قلب، ایجاد نبض هنگام هر ماساژ است

*بهترین معیار ارزیابی تنفس موثر ، بالا آمدن قفسه سینه می باشد

تعداد ماساژ قلبی در صورتیکه ناجی یک نفر باشد پانزده/ دو دو نفر ناجی پنج/ یک

*توجه ۱: چنانچه ایست قلبی شاهد رخ دهد ، مراحل احیاء پایه به ترتیب زیر خواهد بود :

C) Circulation Restoration

A) Airway Opening

B) Breathing Restoration

*توجه ۲: ایست قلبی در بزرگسالان چنانچه با منشاء قلبی بوده و بدنبال فیبریلاسیون بطنی رخ دهد بهترین اقدام در احیاء ، ماساژ قلبی است

*توجه ۳: ایست قلبی در کودکان چنانچه با منشاء تنفسی بوده و بدنبال آسیستولی رخ دهد بهترین اقدام در احیاء ، ماساژ قلبی + تهویه است

آخرین پروتکل تعداد ماساژ قلبی نسبت به تنفس در ارست قلبی

• در ارست قلبی بزرگسالان در بیمارستان یا خارج از بیمارستان : ۳۰ ماساژ و ۲ تنفس توسط پرسنل آموزش دیده یا غیر آموزش دیده

- در ارست قلبی کودکان در خارج از بیمارستان : ۳۰ ماساژ و ۲ تنفس توسط افراد غیر آموزش دیده
- در ارست قلبی کودکان در بیمارستان یا خارج از بیمارستان : ۱۵ ماساژ و ۲ تنفس توسط افراد آموزش دیده

علائم موفقیت عملیات C.P.R.

- ۱- برطرف شدن گشادی مردمک ها و بازگشت به اندازه طبیعی
- ۲- طبیعی شدن رنگ پوست
- ۳- وجود ضربات قلب (نبض کاروتید یک دقیقه پس از شروع عملیات احیاء شروع به ضربان می نماید)
- ۴- بازگشت ریتم قلب
- ۵- بازگشت تنفس
- ۶- حرکت دست و پا
- ۷- بازگشت رفلکس بلع و هوشیاری بیمار

دلایل عدم موفقیت عملیات C.P.R.

- ۱- استفاده از روش های غلط در شروع عملیات مثل:
 - عدم اکستانسیون گردن بیمار
 - باز نشدن دهان بیمار به اندازه کافی
 - بسته نشدن کامل دهان بیمار
 - قرار ندادن بیمار بر روی سطح سخت
- ۲- در صورتیکه زمان زیادی قبل از شروع CPR مکث شده باشد.
- ۳- در صورتیکه ۳۰-۱۵ دقیقه از شروع CPR گذشته باشد و بیمار فاقد رفلکس های عصبی، هشیاری، تنفس، ضربان قلب و نبض باشد.
- ۴- خونریزی یا تامپوناد قلبی
- ۵- بیماریهای جدی ریتمین
- ۶- انسداد در مسیر جریان خون بیمار بعلت آمبولی
- ۷- عدم تعادل شدید الکترولیتی
- ۸- پر شدن ریه ها با مواد آسپیره شده از معده
- ۹- شکستگی دنده ها و جناغ سینه در اثر ماساژ
- ۱۰- اسیدوز

داورهای ترالی احیاء

اپی نفرین (Epinephrine)

مواد مصرف : در ایست قلبی ناشی از آسیستول - PEA- در فیبریلاسیون بطنی و تاکیکاردی بطنی بدون نبض که به شوک و CPR جواب نداده اند - در برادیکاردی علامت دار به صورت انفوزیون- درمان شوک آنافیلاکسی به صورت تزریق عضلانی و یا وریدی از محلول ۱/۱۰۰۰ مقدار و طریقه مصرف : در احیاء قلبی- ریوی : ۱ mg به صورت IV و یا IO و در صورت نیاز تکرار آن هر ۳-۵ دقیقه انفوزیون ۲-۱۰ mcg/min در درمان برادیکاردی علامت دار، ۰/۵ - ۰/۳ میلی گرم تزریق IM برای شوک آنافیلاکسی بزرگسالان و در صورت نیاز تکرار آن هر ۱۵ تا ۲۰ دقیقه

وازوپرسین (Vasopressin)

موارد مصرف : در درمان آسیستول- VF - PEA و VT بدون نبض مقدار و طریقه مصرف : به مقدار ۴۰ IU (واحد بین المللی) به صورت IV/IO و تنها یک بار بجای دوز اول و یا دوم اپی نفرین استفاده می شود.

آتروپین (Atropine)

موارد مصرف : درمان برادیکاردی علامت دار - مسمومیت با ارگانوفسفات ها مقدار و طریقه مصرف : در برادیکاردی علامت دار ۰,۵ mg و در صورت نیاز تا سقف ۰/۴ mg/kg داده می شود .

آمیودارون (Amiodarone)

موارد مصرف : درمان VT - VF بدون نبض - Stable VT - reentry SVT - پلی مورفیک VT با QT نرمال - تاکیکاردی با QRS پهن

مقدار و طریقه مصرف : در VT و VF بدون نبض قبل یا بعد از شوک سوم به صورت ۳۰۰ میلی گرم تزریق IV/IO در زمان یک دقیقه و در صورت عدم پاسخ ۱۵۰ میلی گرم دیگر تکرار می شود - در سایر موارد ابتدا ۱۵۰ میلی گرم در عرض ۱۰ دقیقه و به دنبال آن انفوزیون ۱ mg/min برای ۶ ساعت و سپس ۰.۵ mg/min برای ۱۸ ساعت به عنوان دوز نگه دارنده تا سقف دوز ۲.۲ g/۲۴h ساعت داده می شود .

لیدوکائین (Lidocaine)

موارد مصرف : درمان VT و VF بدون نبض - درمان VT ضربان دار و انواع SVT

مقدار و طریقه مصرف : در ابتدا ۱ - ۵/۱ mg/kg به صورت وریدی و سپس ۵/۰ - ۷۵/۰ mg/kg تا سقف دوز ۳ mg/kg داده می شود.

سولفات منیزیم (Magnesium sulphate)

موارد مصرف : درمان Torsades de pointes (پلی مورفیک VT به همراه QT طولانی شده) - هیپومنیزیمیا

مقدار و طریقه مصرف : ۱ - ۲ g گرم به همراه ۱۰ سی سی سرم قندی ۵٪ به صورت تزریق سریع وریدی در خلال ۲۰-۵ دقیقه داده می شود.

اگر Torsades de pointes به همراه نبض باشد تزریق آهسته وریدی با ۱۰۰ سی سی سرم قندی ۵٪ در خلال ۵-۶۰ دقیقه صورت می گیرد.

آدنوزین (Adenosine)

موارد مصرف : درمان reentry SVT که به تحریک واگ جواب نمی دهد و تاکیکاردی با QRS باریک

مقدار و طریقه مصرف : ۶ mg به صورت تزریق سریع وریدی (Rapid IV PUSH) در عرض ۱ تا ۳ ثانیه و اگر مؤثر نبود ۱ تا ۲ دقیقه بعد ۱۲ میلی گرم دیگر تکرار می شود .

کلسیم کلراید (Calcium chloride)

موارد مصرف : در مسمومیت با CCB (داروهای مسدود کننده کانال کلسیم) - هیپوکلسمی - هیپرکالمی

مقدار و طریقه مصرف : ۸-۱۶ mg/kg از محلول ۱۰٪ آن تزریق می شود .

وراپامیل (verapamil)

موارد مصرف : reentry SVT که به تحریک واگ پاسخ نمی دهد - stable VT با QRS باریک، کنترل ریت قلبی در حضور فیبریلاسیون دهلیزی و فلاتر دهلیزی (Af/AF)

مقدار و طریقه مصرف : ۵-۲/۵ میلی گرم به صورت وریدی در خلال ۲ دقیقه داده می شود و در صورت عدم پاسخگویی ۱۰-۵ میلی گرم دیگر در خلال ۱۵ تا ۳۰ دقیقه تا سقف دوز ۲۰ میلی گرم داده می شود. داروی دیلتیازم نیز با دوز ۲۵/۰ mg/kg و به دنبال آن ۳۵/۰ mg/kg نقش مشابهی دارد.

ایندرال (inderal)

موارد مصرف : تاکیکاردی با کمپلکس باریک ناشی از reentry که با تحریک واگ و آدنوزین کنترل نمی شود ، کنترل ریت قلبی در حضور فیبریلاسیون دهلیزی و فلاتر دهلیزی (Af/AF)

مقدار و طریقه مصرف : ۱/۰ mg/kg به صورت تزریق آهسته وریدی در ۳ دوز مساوی هر ۲ تا ۳ دقیقه برای بیمار تزریق می شود. سرعت تزریق نباید بیش از ۱ mg/min باشد. ممکن است همین مقدار طی ۲ دقیقه تکرار شود.

بی کربنات سدیم (sodium bicarbonate)

موارد مصرف : اسیدوز متابولیک وجود در احیاء طولانی شده - مسمومیت با ضدافسردگیهای سه حلقه ای TCA - اسیدوز سلولی آشکار و هیپرکالمی

این دارو به علت عوارض جانبی زیاد در مراحل اولیه احیاء جایی ندارد .

مقدار و طریقه مصرف : در ابتدا ۱ meq/kg به صورت وریدی داده می شود که بهتر است برای جلوگیری از بروز عوارض ناشی از آن در صورت امکان بر اساس جواب ABG و محاسبه کمبود باز داده شود و سپس براساس جواب ABG و محاسبه کمبود باز ۰.۵ meq/kg از طریق وریدی انفوزیون می شود . این دارو نباید به همراه داروهای وازوپرسور از طریق یک مسیر وریدی داده شود چرا که باعث کم شدن اثر این داروها می گردد.

چند نکته در مورد استفاده از داروها در احیاء قلبی- ریوی :

تزریق داروها از طریق داخل استخوانی (IO) بر روش داخل تراشه‌ای (ETT) ارجحیت دارد .
در صورت بکارگیری داروها از طریق ETT از ۲ تا ۲/۵ برابر دوز معمول دارو باید استفاده شود و باید دارو با ۵ تا ۱۰ میلی لیتر سرم نمکی و یا آب مقطر رقیق شود.

بعد از تزریق داروهای وریدی ۲۰ ml از محلول نرمال سالین تزریق می‌شود و بهتر است محل تزریق به مدت ۱۰ تا ۲۰ ثانیه بالا نگه داشته شود.

تجویز روتین مایعات در حین احیاء توصیه نمی‌شود و تنها در بیماران با کاهش حجم خون از مایعات وریدی برای جایگزینی حجم استفاده می‌شود .

دوز بالای اپی نفرین در درمان ایست قلبی توصیه نمی‌شود .

مدیریت احیاء قلبی، ریوی و مغزی در بیمارستان

(Hospital CPR Management)

مدیریت احیاء قلبی، ریوی و مغزی در بیمارستان شامل: برنامه‌ریزی - سازماندهی - هماهنگی - نظارت و کنترل می باشد.

استانداردهای احیاء قلبی، ریوی و مغزی در بیمارستانها و مراکز درمانی

- وجود کمیته احیاء و ترکیب آن در مراکز درمانی
- سوپروایزر احیاء و شرح وظایف آن
- آموزش پرسنل
- پیشگیری از وقوع ایست قلبی - تنفسی (MET Team & EWS System)
- تیم احیاء و سازماندهی و شرح وظایف اعضای آن (۹۹ Code or Code Blue)
- برنامه‌ریزی و آمادگی برای احیاء قلبی- ریوی در گروه های خاص مثل کودکان و نوزادان، زنان حامله و بیماران ترومایی
- محیط فیزیکی؛ تجهیزات احیاء (Crash Cart Standard List&Layout)
- تصمیم‌گیری در مورد احیاء قلبی - ریوی (دستور قطع احیاء و عدم انجام احیاء DNAR)
- انتقال بیماران به سایر مراکز و مراقبتهای پس از احیاء
- حسابرسی و نظارت بر استانداردها و موارد احیاء و ثبت
- ثبت استاندارد وقایع احیاء (فرم ثبت استاندارد Utstein)
- تحقیق در زمینه احیاء در مراکز درمانی

مدیریت CPR:

-اقدامات قبل از احیاء توسط دفتر پرستاری:

برنامه ریزی کد انجام شده است.

برنامه کد در بخش های مختلف موجود است.

حضور اعضا کد توسط سوپروایزر کنترل می شود.

برنامه ریزی آموزشی CPR گروه کد موجود است.

-اقدامات قبل از احیاء توسط بخش:

برنامه ریزی کد درون بخشی در تقسیم وظایف صورت می گیرد.

اقدامات درمانی لازم توسط پرسنل بخش تا رسیدن اعضای کد صورت می گیرد.

برنامه ریزی لازم جهت آماده کردن وسایل و تجهیزات کد برای هر شیفت توسط سرپرستار صورت می گیرد.

-در صورت عدم حضور یکی از اعضای کد جایگزینی لازم صورت می گیرد.

-اقدامات حین عملیات احیاء:

اعضا کد بلافاصله پس از شنیدن صدای کد ۹۹ بر بالین بیمار حضور می یابند.

سوپروایزر بر عملکرد بالینی اعضا نظارت دارد.

هر کدام از اعضا بر اساس نقش خود در کد، زیر نظر پزشک حاضر، انجام وظیفه می نماید.

اقدامات انجام شده حین احیاء بر اساس دستورالعمل مراقبت های مدیریت شده ۲۷ ثبت می گردد.

-اقدامات بعد از احیا توسط دفتر پرستاری:

برگه CPR تکمیل می گردد.

وسایل مصرف شده سریعاً جایگزین می گردد.

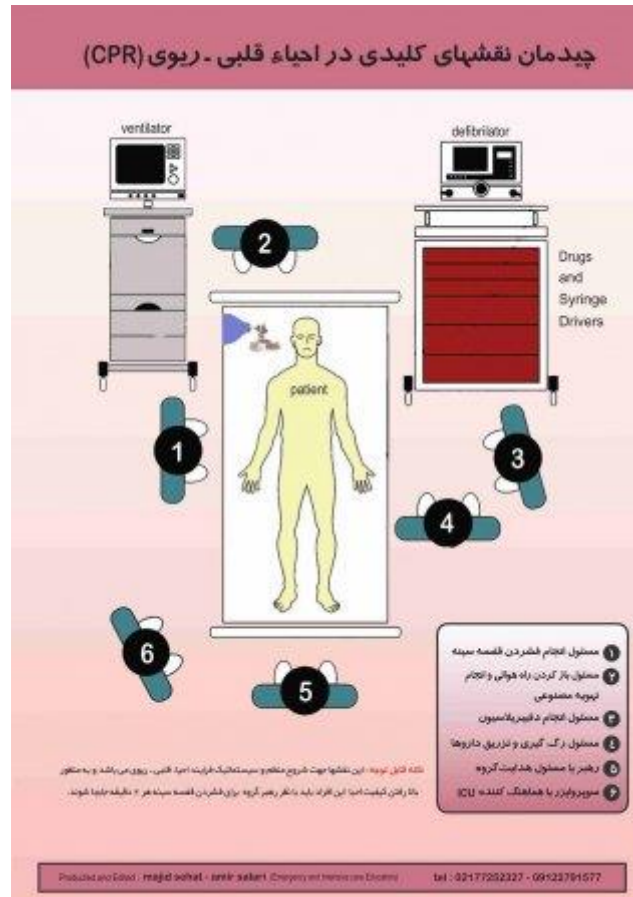
گزارشات کد سوپروایزر توسط مدیر پرستاری تجزیه و تحلیل می گردد.

برنامه ریزی اصلاحی پیرو وجود نقاط ضعف صورت می گیرد.

میزان بهبود کیفیت بررسی می گردد.

چیدمان نقش ها در احیاء قلبی-ریوی

جهت بالا بردن کیفیت احیا و انجام برنامه احیاء قلبی-ریوی، چیدمان نقش ها ضروری می باشد.



منبع:

"مدیریت احیا"،سایت امیرسالاری

محمد رضا حیدری "پرستاری در بخش مراقبتهای ویژه قلبی"،

اعظم دبیریان، غلامرضا گلشنی،علی قزلقاش "کلیات فوریت های پرستاری"

روش اجرایی ۹ راه حل ایمنی بیمار

۱-هدف: ارتقاء اصلاحات مشخص در ایمنی بیماران در راستای زمینه های مسئله ساز در مراقبت از سلامتی برای طرح درست و بی نقص سیستم که ذاتا مراقبت از سلامتی ایمنی وبا کیفیت بالا را بدست میدهد

۲-دامنه کاربرد: در کلیه بخشهای بستری و واحدهای پذیرش، بهداشت محیط، داروخانه و انبار کل کاربرد دارد

۳-مراجع:

- استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان در ایران
- آشنایی با مبانی حاکمیت بالینی
- استاندارد بین المللی اعتبار بخشی بیمارستانها JCI
- گایدلاین شناسایی صحیح بیماران در بخش بستری و سرپایی؛ انتقال خون؛ درمان دارویی؛ اعمال جراحی و اقدامات آزمایشگاهی به منظور کاهش وقوع اتفاقات ناخواسته بهداشتی درمانی
- دستورالعمل تلفیق دارویی همگام بستری
- دستورالعمل رعایت بهداشت در مراکز بهداشتی درمانی
- استاندارد مرجع پرستاری

۴-تعاریف:

آلودگی: وجود عاملی عفونی بر روی سطحی متحرک یا غیر متحرک

خطای دارویی: هرگونه رویداد قابل جلوگیری که ممکن است باعث استفاده نامناسب از دارو یا به خطر انداختن ایمنی بیمار شود. ایمنی: درجه و میزانی که بر اساس آن ساختمان های سازمان، محوطه ها و تجهیزات، موجب بروز حادثه یا خطری برای بیماران، کارکنان یا ملاقات کنندگان نشوند.

عوارض جانبی: تاثیر دارو شناختی یک دارو معمولا بصورت ناسازگار به جز آنچه دارو برای آن تجویز شده است.

انتقال: جابجایی رسمی مسئولیت مراقبت از بیمار (۱) یک واحد مراقبتی به واحد دیگر، (۲) از یک خدمات بالینی به خدمات بالینی دیگر (۳) از یک پزشک واحد صلاحیت به پزشک دیگر (۴) از یک سازمان به سازمانی دیگر

۵-شرح اقدامات:

۱. توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی

۲. توجه به مشخصات فردی بیمار جهت جلوگیری از خطا

۳. ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار

۴. انجام پروسیژر صحیح در محل صحیح بدن بیمار

۵. کنترل غلظت محلول های الکترولیت

۶. اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارایه خدمات
۷. اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها
۸. استفاده صرفا یکباره از وسایل تزریقات
۹. بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبت های سلامتی

۵-۱) توجه به داروهای با نام وتلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی:

کلیه بخش های درمانی لیستی از داروهایی را که اسامی مشابه دارند واحتمال بروز خطا در آنها وجود دارد (چه از نظر نام وچه از نظر شکل و ظاهر آنها) در دسترس کارکنان قرار دهند. در داروخانه سرپایی بیمارستان نیز مشابهت های دارویی در دست خط پزشکان و اشتباهات رایج با اصلاح فرایند توزیع و مصرف دارو در مرکز به منظور افزایش ایمنی بیمار صورت گیرد. لذا موارد زیر باید انجام شود: داروهای شبیه بهم (چه از نظر نام وچه از نظر شکل وظاهر آنها) در باکسها و قفسه های جداگانه چیدمان شود. در خصوص داروهای باغلظت بالا وخطرناک حتما باید نام دارو با برچسب جداگانه مشخص شده باشد. رعایت فرایند دارو دادن از جمله تطبیق دارو با کارت دارویی در بالین بیمار، توجه به نام ژنریک داروها، آگاهی از نمونه های مشابه دارویی و ...

قبل از اجرای فرایند دارو دادن از اشکال دارویی و نوع دارو آگاهی کسب نمایید. هنگام دارو دادن، حتما بیمار را با نام و نام خانوادگی مخاطب قرار دهد (وی را به اسم می خواند) هنگام دارو دادن یکبار دیگر مشخصات بیمار را با کارت دارویی مطابقت داده شود. هنگام آماده کردن داروها به دوز دارو، شکل دارویی تاریخ انقضا توجه شود هنگام دارو دادن، نوع دارو دوز دارو و... را مجددا با کارت دارویی مطابقت داده شود.

۵-۲) توجه به مشخصات فردی بیمار جهت جلوگیری از خطا

کلیه گلوگاههایی که توجه به مشخصات بیمار اهمیت حیاتی دارد مانند فرایند تجویز داروها، اعمال جراحی، انتقال خون، اقدامات آزمایشگاهی و تحویل نوزاد به مادر و خانواده مدنظر قرار گیرد. طبق دستورالعمل گایدلاین شناسایی صحیح بیماران در بخش بستری و سرپایی، انتقال خون درمان دارویی اعمال جراحی و اقدامات آزمایشگاهی به منظور کاهش وقوع اتفاقات ناخواسته بهداشتی درمانی از خطاها جلوگیری شود در این بیمارستان جهت شناسایی بیماران از نام بیمار کارت شناسایی تاریخ تولد مچ بند ویا بارکد استفاده می شود.

به منظور به حداقل رسانیدن اتفاقات ناخواسته ناشی از عدم شناسایی صحیح بیماران الزامی است کلیه بیماران بخش بستری بیمارستانی در دوره پذیرش در بیمارستان دارای باند شناسایی یا مچ بند جهت دریافت اقدامات درمانی تشخیصی مراقبتی باشند: ۱-کیدا یادآوری می شود که استفاده از مچ بند شناسایی توسط بیماران از مسئولیت کارکنان درمانی جهت کسب اطمینان از انجام اقدام صحیح بر روی بیمار صحیح نمی کاهد

۲-دستبندهای شناسایی بیماران در دوسایز بزرگسال تهیه شده است این دستبندها در بدو پذیرش بیماران اتفاقات به صورت تحت نظر و بیماران بستری در بخشهای مختلف پس از تشکیل پرونده توسط پرسنل محترم پذیرش نام ونام خانوادگی بیمار تاریخ تولد وبستری تشخیص نام بخش نام پزشک و در صورت امکان بارکد مخصوص در مندرجات دستبند نوشته خواهد شد.

۳-صحت اطلاعات مندرج در روی باند شناسایی بیمار در هنگام پذیرش بابیمار ویا درصورت ضرورت یکی از بستگان درجه یک وی کنترل می شود

۴-الزامیست مشخصات بیمار با رنگ مشکی یا ابی بر روی زمینه باند شناسایی به رنگ سفید درج یا پرینت شود در صورت امکان برای بیماران در معرض خطر که شامل بیماران دچار نقایص عضوی، خطر افتادن،الرژی،بیماران همودیالیزی دارای شانت بیماران

مبتلا به سرطان به دلیل توجهات خاص، بیماران مسن و بی تحرکی که نیاز به تغییر وضعیت مداوم بدلیل مستعد بودن به زخم بستر دارند مشخصات شناسایی بیمار با رنگ مشکی در پس زمینه نوشته شده و بر روی باند قرمز چسبانیده می شود.

۵- پرستار بخش موظف است در ادمیت و یا هنگام تحویل بیمار وجود باند شناسایی و صحت اطلاعات مندرج را چک نماید.

۶- بمنظور پیشگیری از خطا، مشخصات بیماران بایستی به صورت خوانا و واضح به یک روش یکسان در کل بیمارستان بر روی باندهای شناسایی نوشته شوند و پرستار مسئول بیمار موظف است در صورت خدشه دار شدن نوشته مجدداً برگ مندرجات را از پذیرش درخواست نماید.

۷- در صورتی که هر یک از اعضای تیم درمانی بمنظور ارائه یک خدمت درمانی، تشخیصی و یا مراقبتی باند شناسایی را از بازوی یک بیمار باز نمود ضروریست سریعاً پس از اتمام فرایند درمانی راساً نسبت به بستن باند شناسایی بر بازوی بیمار اقدام نماید. لطفاً باند شناسایی بر روی میز، ترائی یا تخت بیمار بسته نشود.

۸- سرپرستار بخش موظف است در هنگام راند بالین بیماران هر روز صبح علاوه بر سایر وظایف نسبت به وجود باند شناسایی و صحت اطلاعات مندرج در باند نیز حساسیت نشان داده و اطمینان حاصل فرماید.

۹- سوپروایزر شیفت در گردش موظف است در هنگام راند بالین در هر بخش به صورت راندم نسبت به وجود باند شناسایی و صحت اطلاعات مندرج در باند نیز حساسیت نشان داده و اطمینان حاصل فرماید.

۱۰- هر یک از پرسنل پرستاری به عنوان مسئول بخش در شیفتهای عصر و شب در هنگام تغییر و تحول بخش موظفند نسبت به وجود باند شناسایی و صحت اطلاعات مندرج در باند نیز حساسیت نشان داده و اطمینان حاصل فرماید.

۱۱- در برگه آموزش به بیمار در بدو ورود به بخشها و یا هنگام ادمیت بیمار ضرورت وجود دستبند و مراقبت از آن در طول مدت بستری برای بیمار توضیح داده شود.

۱۲- تاکید می شود هیچگاه از شماره اتاق و تخت بیمار به عنوان شناسه وی استفاده نشود.

۱۳- پس از بستری شدن بیمار در بخش در صورت مشابهت نام و نام خانوادگی دو بیمار بستری ضروریست نام پدر بیماران نیز قید گردد.

۱۴- باندهای شناسایی به نحوی بسته شوند که سبب فشردگی پوست نشوند

۱۵- در هنگام انتقال بیمار برای انجام کلیه پرویسجرهای درمانی و تشخیصی وجود باند شناسایی بر روی بازوی غالب الزامی بوده و پرسنل تحویل گیرنده موظف به کنترل آن می باشد.

۱۶- پرسنل محترم آزمایشگاه، رادیولوژی، فیزیوتراپی و تغذیه موظفند در هنگام حضور بر بالین بیمار به منظور انجام اقدامات مشخصات بیمار بیمار فوق را با باند شناسایی تطبیق داده و اطمینان حاصل نمایند.

۱۷- پزشکان محترم در هنگام راند بالین و معاینه بیمار ملزم به تطابق نام بیمار با مشخصات باند شناسایی می باشند.

۱۸- کارتهای شناسایی بیماران بالای تخت بیمارستان و در صورت امکان درب ورودی بخشها نیز حاوی مشخصات نام و نام خانوادگی تشخیص و نام پزشک معالج باشد.

۵-۳) ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار

آموزش کلیه پرسنل پرستاری و پاراکلینیک توسط مسئولین بخشی و سوپروایزرین در خصوص مواردی که باید به هنگام تحویل بیمار به واحدهای مختلف (از بخش به اتاق عمل و بالعکس، از بخش به واحدهای پاراکلینیک و بالعکس و...) و یا از یک شیفت به شیفت دیگر به آن توجه کنند.

بطور کلی مقوله ارتباط با بیمار به چند بخش تقسیم می شود :

ارتباط با بیمار قبل از بستری در بیمارستان (ارتباط نیروهای خدمات فوریت های پزشکی با مددجو و یا مددجویانی که دریافت کننده خدمات بهداشتی در سطوح اولیه پیشگیری می باشد).

ارتباط با بیمار در زمان بستری در بیمارستان که خود شامل بدو پذیرش، زمان بستری، موقعیت های ویژه، زمان ترخیص، ارتباط با همراهان بیمار، بدحال و فوت شده و ...

ارتباط با بیمار بعد از ترخیص که بیشتر مربوط به زمان پیگیری بیماری و پرستاران بهداشت جامعه می شود.

از دسته بندی بالا تنها مورد دوم که مربوط به زمان بستری بیمار است جزء موارد تحت پوشش توسط پرسنل درمانی بوده و باید نکات مربوط به آن را کاملاً رعایت نماییم.

ارتباط بعنوان هسته اساسی، بین پرستار و بیمار و براساس اعتماد و احترام متقابل است.

برقراری ارتباط صحیح، مهمترین عامل در ایجاد حس اعتماد و هر چه بهتر اجرا شدن فرایند درمان می باشد.

گروههای مختلف درمانی و غیر درمانی که با بیمار در ارتباط می باشند به ترتیب شامل: نیروهای انتظامات بیمارستان، پرسنل

پذیرش، پرسنل تریاژ، پرسنل فوریت، تحت نظر اورژانس، پزشک اسکرین، بخش های پاراکلینیک (آزمایشگاه، داروخانه، اکو،

رادیولوژی و...) بخشهای بستری و بخش هایی مانند اتاق عمل و... است.

الف: انتظامات و حراست بیمارستان

در واقع اولین خط ارتباط با بیمار و همراهان بیمار در بدو ورود به بیمارستان پرسنل محترم این بیمارستان هستند. رعایت اصول

ارتباط صحیح توسط همکاران انتظامات که در عین حال همراه با حفظ حریم وظایف انتظامی شان می باشد، باعث پدیدار شدن

بازخورد مثبت به بیمار و همراه وی می شود. این ارتباط بایستی دارای ویژگی های زیر باشد:

- برخورد محترمانه همراه با راهنمایی کامل جهت انجام ساده تر و سریعتر مراحل پذیرش در مواقع اورژانس
- پرهیز از هر گونه درگیری لفظی و فیزیکی با ارباب رجوع و مددجویان
- برقراری ارتباط صحیح براساس اصول مرتبط با مددجو و همراه به منظور آرامسازی
- برقراری نظم و انضباط بخش ها و کنترل ورود و خروج افراد همراه با توضیحات کافی، روشن و قابل فهم جهت جلوگیری از سوء تفاهم
- ایجاد حس اعتماد و همدلی و برخورد دوستانه در عین حال جدی با همراهان
- خودداری از هر گونه رفتار و گفتار تهدیدآمیز و خشن که باعث ایجاد حس بی اعتمادی در فرد می شود.

ب: پذیرش بیمارستان

- ارتباط بین واحد پذیرش و بیماران محدودتر از سایر بخش ها می باشد.
- پرسنل محترم پذیرش موظفند به سوالات بیمار پاسخ داده، فرم رضایت به بستری را به طور دقیق کنترل نموده و در گرفتن اطلاعات شخصی بیمار اهمال نکنند.
- پرسنل پذیرش موظفند به هر بیمار بستری، دستبند شناسایی و پمفلت اصول و مقررات بیمارستان که شامل منشور حقوق بیمار نیز می باشد را تحویل دهند. اطلاعات مندرج در دستبند شناسایی با دقت و خوانا ثبت شود.
- پرسنل پذیرش بایستی در هر شرایط تنها با نیروی جایگزین، محل خدمت خود را ترک نمایند.
- در هنگام ازدحام خونسردی خود را حفظ نموده و در صورت بروز مشکل خاص اعم از مالی و... حتماً سوپروایزر شیفت را در جریان امر قرار داده و در راه پیشبرد اقدامات بیمار وظایف خود را به نحو احسن انجام دهند و این میسر نمی شود مگر با ارتباط همراه با احترام و ارائه توضیحات کافی به بیمار.

ج: بخش فوریت ها یا اورژانس بیمارستان

معمولا اولین بخش درمانی که بیمار با آن در ارتباط است. بخش فوریت ها می باشد. بسته به شرایط بیمار مراجعه کننده (اورژانسی یا غیر اورژانسی بودن)، ارتباط در هر دو مقوله از حساسیت ویژه ای برخوردار است.

مواردی که باید در ارتباط با بیمار در بدو ورود به بخش فوریت ها در مواقع غیر اورژانس رعایت شود شامل:

- پذیرش بیمار و همراهان بیمار با روی باز و با احترام کامل و راهنمایی آنها به بخش فوریتها
- معرفی خود به عنوان پرستار مسئول تریاژ
- گرفتن تاریخچه بیماری و پرسیدن مشکل اصلی بیمار بدون سوگیری
- ایجاد حس همدلی با بیمار یا همراهان وی
- احترام متقابل بین بیمار و پرسنل
- صدا کردن بیمار با نام خود
- حفظ شان و منزلت بیمار در حین انجام اقدامات درمانی
- حفظ حریم شخصی بیمار در هر شرایطی از انجام اقدامات درمانی و تشخیصی
- زمانی که از بیمار می خواهید وظیفه ای را انجام دهد " خواهش میکنم و متشکرم" را فراموش نکنید.
- ارائه توضیحات کافی به بیمار در ارتباط با اقدامات درمانی و تشخیصی مورد نیاز
- اجازه گرفتن از بیمار، قبل از انجام پروسیجرهای درمانی و مراقبتی و رعایت طرح انطباق بیماران
- داشتن صداقت در هر مرحله از انجام کار، امری ضروری برای ادامه دار بودن ارتباط مناسب است.
- گفتن فکاهی و شوخی می تواند یک راهکار مناسب جهت از بین بردن استرس و اضطراب اولیه باشد و توجه داشته باشید که گفتن آن در زمان مناسب و با حفظ حریم های شخصی صورت پذیرد.
- بیمار را به ابراز احساسات تشویق نمایید تا او بتواند به راحتی اضطراب پنهان خود را افشا نماید.
- رازداری باعث تقویت ارتباط و برقراری اعتماد خواهد شد.

سوالات باز می تواند نتایج فوق العاده ای را در استخراج اطلاعات در بر داشته باشد (سوالات باز، سوالاتی است که بیمار را مجبور به دادن پاسخ های مفصل تر از بلی یا خیر می کند. (مثلا با چه مشکلاتی به عنوان مشکل اصلی روبرو هستید؟)

- ارائه توضیحات کافی، شفاف با شرایط سنی، فرهنگی و سطح تحصیلات بیمار
- انتخاب مناسب ترین کلمات برای بیمار و خودداری از بکار بردن اصطلاحات
- زمان عامل اساسی در ارتباط است به طور مثال بیمار در هنگام درد به سختی قادر به برقراری ارتباط می باشد.
- تشویق به برقراری ارتباط با برقراری فضای صمیمی و دوستانه و پذیرش بیمار
- بروزرسانی ارائه اطلاعات به بیمار از روند بیماری
- شنونده خوب بودن هنری است که کلید اصلی باز کردن قفل ارتباط با بیمار می باشد.

ارتباط با بیمار اورژانسی و همراهیان وی به مراتب سخت تر از مراجعین دیگر می باشد زیرا بیمار در شرایط خوبی نبوده و قادر به برقراری ارتباط نیز نمی باشد. از طرفی همراهیان بیمار نیز به دلیل نگرانی و اضطراب، قادر به برقراری ارتباط مناسب نیستند لذا در این شرایط علاوه بر رعایت کلیه موارد فوق بخصوص ایجاد حس همدلی، صبر و خویشتن داری، احترام و وظیفه شناسی بیش از پیش نمود خواهد کرد.

در هنگام انتقال بیمار از بخش اورژانس به بخش های بستری نیز کلیه موارد فوق از طرف پرستاران بایستی رعایت گردد. نحوه معرفی اولیه بیمار به بخش از طرف بخش اتفاقات و ایجاد ذهنیت مثبت و بدون سوگیری مطلب بسیار مهمی است که متاسفانه در اکثر موارد پذیرش بیمار رعایت نمی شود. بیمار به طور کامل به پرستاران بخش معرفی شده و پس از بررسی کامل بیمار توسط پرستار بخش، قوانین و مقررات درون

بخشی و درون بیمارستانی به بیمار گفته می شود. منشور حقوق بیمار را بطور کامل برای وی توضیح دهید. به اضطراب پنهانی بیمار بدلیل ناشناخته بودن محیط، کاملاً توجه داشته باشید. عوامل مخربی را که باعث اختلال در خواب و آرامش بیمار می شود، حذف نمایید. کلیه پرسنل مرتبط با بیمار (مانند نیروهای خدمات، پرسنل آزمایشگاه، پرسنل رادیولوژی و...) نیز موظف به حفظ شان و منزلت بیماران در هر شرایطی می باشند.

ارتباط غیر کلامی :

ارتباط غیر کلامی یکی از اصیل ترین شیوه های برقراری ارتباط می باشد. بیش از ۵۰٪ پیام در هر ارتباط توسط علائم غیر کلامی، حدود ۴۰٪ بوسیله تون صدا و فقط کمتر از ۱۰٪ توسط کلمات منتقل شود.

علائم غیر کلامی شامل :

- * **حرکات صورت یا facial expression** ، شاید معمولی ترین راه بیان احساسات به شکل غیر کلامی است. این ارتباط فارغ از سن، تحصیلات، جنس، زبان حتی در فرهنگ های مختلف با تفاوتی اندک و بین تمامی انسان ها مشترک می باشد. کنترل حالات غیر کلامی ناخوش آیند مانند خشم و تحقیر توسط پرستار در برقراری و ادامه ارتباط موثر می باشد.
- * **وضعیت بدن یا posture** ، از راههای غیر کلامی ارتباطی است. یک وضعیت صاف و کشیده معمولاً تداعی کننده حس اعتماد به نفس و ثبات شخصیتی بوده و افتدگی و خمودگی وضعیت بیانگر افسردگی و ضعف اعتماد به نفس می باشد.
- * **آراستگی یا grooming** ، ظاهر تمیز و آراسته پرستار با حفظ موازین شرع و عرف می تواند در ارتباط نقش موثری داشته باشد. در بیماران نیز این وضعیت بیانگر بهبود وضعیت نسبت به قبل می باشد.
- * **ژست gestures** ، ژست ها نقش مهمی در انتقال افکار و احساسات دارند. ژست مجموعه ای از حرکات بدن است که یک رفتار را تشکیل و ژست ویژه و مختص فرد را ایجاد می کند.
- * **لحن صدا یا intonation** ، نحوه بیان یک مطلب از خود آن مطلب مهمتر است. بخصوص در کودکان فوق العاده تاثیرگذار خواهد بود.
- * **لمس یا touch** ، در صورت امکان و با در نظر گرفتن موازین شرع و عرف می توان واکنش مثبتی ایجاد و در برقراری ارتباط بعدی موثر باشد.

رفتارهایی که باعث اختلال در زنجیره ارتباط شده و در نتیجه باعث قطع ارتباط و عدم اعتماد فرد به پرستار و تیم درمان خواهد شد شامل : قوت قلب دادن بیجا، پاسخ های تکراری و کلیشه ای، خصومت، تحمیل ارزش های خود به بیمار، نصیحت کردن، کنجکاوی، تحقیر کردن و طرد کردن به صورت کلامی و غیر کلامی است.

راهکارهای بهبود ارتباط، نهادینه کردن فرهنگ ارتباط و نحوه تدوین اجرای این برنامه، نتیجه در پیشرفت هر چه بیشتر کیفیت مراقبت بیمار خواهد داشت.

- آموزش تخصصی ارتباط با بیمار و همراهان جهت پرسنل درمانی از طریق برگزاری سمینار، پانل، فیلم های آموزشی و جزوات مربوطه انجام گیرد.
- تاکید بر اهمیت مبحث ارتباط به عنوان یک کلید اصلی در چک لیست ها، گاید لاین ها و یا سیاست گذاریهای کلی بیمارستان لحاظ گردد.
- تاکید بر ارتباط به عنوان یکی از آیتم های ارزشیابی پرسنل منظور گردد.
- نظارت دقیق تر مسئولان بخش و سوپروایزرهای محترم در مورد استفاده عملی اصول ارتباط توسط پرسنل با بیمار و همراهان بیمار صورت پذیرد.

- استفاده الزامی از کارت های شناسایی جیبی (اتیکت) مناسب که نشاندهنده نام، نام خانوادگی و سمت فرد می باشد، به عنوان یکی از راهکارهای ارتباط اولیه شناخته شده است. معرفی خود به بیمار به عنوان عضوی از تیم درمان بایستی قبل از شروع هر گونه اقدام درمانی، انجام پذیرد.
- تهیه پمفلت آموزشی در مورد بیمارستان و هر بخش به صورت جداگانه و اختصاصی، که مشخصات بخش و قسمت های مختلف آن برای آگاهی بیمار توضیح داده باشد.
- استفاده از آموزش های گروهی برای بیماران با حال عمومی بهتر و بیمارانی که از نظر بیماری در یک دسته بندی قرار می گیرند.
- تهیه کارت های تصویری جهت برقراری ارتباط با بیمارانی که از نظر شنوایی، گویایی دچار مشکل بوده یا بیمار به هر دلیل قادر به برقراری ارتباط به صورت گویا نمی باشد. (مثال بیمار اینتوبه شده تحت درمان با دستگاه ونتیلاتور)

۴-۵) انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار

این مسئله به خصوص در اتاق عمل بسیار با اهمیت است لذا در صورت تصویب از چک لیست جراحی ایمن استفاده خواهد شد و در ضمن بخش ها نیز قبل از فرستادن بیمار به اتاق عمل باید تدابیر پیشگیرانه اتخاذ نمایند.

- محل عمل به درستی طبق دستور پزشک مشخص شود.
- محل عمل ب پرونده بیمار، ابراز خود بیمار، شرح حال بیمار و تشخیص های پرستاری صحت گذاشته شود.
- در صورت امکان محل عمل علامت گذاری شود.
- محل عمل قبل از انتقال به اتاق عمل و یا اتاق تریتمنت توسط مسئول بازبینی و صحت گذاری شود.

فرآیند اصلی که در پروتکل جهانی وجود دارد عبارتند از :

- علامت گذاری محل جراحی
- فرآیند تایید پیش از عمل
- یک زمان استراحت (یک وقفه، درست پیش از اجرای یا روش دیگر در زمانی که هر گونه پرسش و پاسخ داده نشده یا سر در گمی در مورد بیمار، روش، محل عمل، توسط تیم جراحی یا اجرای روش رفع می شود) که فوراً پیش از شروع یک روش منظور می شود.

علامت گذاری روی محل جراحی، بیمار را دخالت داده و با نشانه ای بدون ابهام انجام می شود. نشانه می بایست در کلیه بخش ها به صورت یک دست به کار رود. باید توسط کسی که اجرای روش را به عهده دارد انجام شود. باید در صورت امکان هنگامی که بیمار بیدار و به هوش است صورت بگیرد و می بایست پس از اینکه بیمار آماده عمل شد، قابل رویت باشد. محل عمل در تمام موارد علامت گذاری می شود، شامل محل جانبی و کناری، ساختارهای چندگانه (انگشتان دست و پا، جراحات) سطوح چندگانه (ستون فقرات)

مقصود از فرایند تایید پیش از عمل اینست که :

- تایید محل، روش و بیمار صحیح
- حصول اطمینان از این که تمام مدارک، تصویرها و تحقیقات مرتبط در دسترس هستند، به صورت مناسب برچسب زده شده اند و در معرض دید قرار دارند.
- تایید اینکه تمامی تجهیزات مورد نیاز و یا درون کاشت ها implants آماده هستند.

وقت استراحت فرصتی است تا هر پرسش بی جواب یا سر درگمی و بی نظمی حل و فصل شود. وقت استراحت در همان مکان اجرای کار طی می شود، درست پیش از شروع کار و با شرکت تمامی اعضای تیم جراحی باید صورت گیرد و از چک لیست جراحی ایمن برای کلیه بیماران استفاده گردد.

۵-۵) کنترل غلظت محلول های الکترولیت

یک مسئله متداول که در مورد ایمنی داروها از آن ذکر می شود، توزیع سهوی الکترولیت ها است (برای مثال ک پتاسیم کلراید با غلظت ۲ meq/ml یا بیشتر، فسفات پتاسیم، سدیم کلراید با غلظت ۹ درصد یا بیشتر و سولفات منیزیم با غلظت ۵۰ درصد یا بیشتر) جهت جلوگیری از خطاها خصوصا مواقع بکارگیری نیروی انسانی استخدام جدید، کارورز و یا طرحی به نکات ذیل باید توجه شود.

- حتی امکان داروهای با غلظت بالا در بخش نگهداری نشود.
- داروهای مورد نظر از دیگر داروها به صورت واضح جدا شود.
- کلیه داروهای یاد شده با اتیکت قرمز جدا شود.
- هنگام مصرف دارو به دستور پزشک دوباره چک شود.
- نحوه مصرف و رقیق کردن آن در معرض دید همکاران قرار گیرد.
- علائم حیاتی بیمار در حین مصرف دارویی به صورت متوالی چک و ثبت گردد.
- دستورالعمل نحوه رقیق سازی و تهیه دوز مورد نظر بیمار طبق دستور پزشک در دسترس باشد.
- در صورت تشابه شکلی با اتیکت رنگی از هم جدا شود.

۵-۶) اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارایه خدمات

یکی از علل عمده ایراد صدمه به بیماران به هنگام ارائه خدمات درمانی وقایع مربوط به داروها هستند. خطاهای دارویی به هنگام تهیه، تجویز، توزیع و دادن دارو به بیمار و پایش آن رخ می دهند و لیکن میزان بروز خطا به هنگام تجویز دارو دادن آن به بیمار شایعتر برآورد می گردد. رعایت دستورالعمل تلفیق دارویی در بخش ها الزامی می باشد و به دنبال آن پایش تطابق دستور پزشک با گزارش پرستاری به صورت منظم روزانه چک شود. برای کلیه بیماران از فرم تلفیق دارویی برای جلوگیری از تداخلات دارویی و آموزش هنگام ترخیص استفاده شود.

۵-۷) اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها

در بازدیدهای سوپروایزری این گزینه بصورت یکی از سوالات چک لیست مطرح می باشد و روزانه در بخش هایی که مورد بازدید قرار می گیرد کنترل می گردد. توجه به سایز، تاریخ انقضاء، مدت زمان استفاده از آن و دستور پزشک از الزامات کنترل آن می باشد.

۵-۸) استفاده صرفا یکبارہ از وسایل تزریقات

در این بیمارستان کلیه وسایل تزریق یک بار مصرف می باشد. تزریق یکی از روش های شایع در تجویز داروها می باشد. بدیهی است که در صورت عدم رعایت استانداردهای آن، خطرات زیادی برای ارائه دهنده خدمت- گیرنده خدمت و جامعه خواهد داشت. لذا توجه به دستورالعمل تزریقات ایمن از الزامات می باشد انجام تزریقات براساس استانداردهای زیر صورت گیرد:

- ۱- استفاده از وسایل استریل
- ۲- برای هر تزریق از یک سرنگ یکبار مصرف جدید استفاده کنید.
- ۳- از یک سرنگ و سر سوزن استریل یکبار مصرف جدید، برای هر بار تلقیح هر نوع واکسن و یا دارو استفاده کنید.

- ۴- از آلودگی وسایل (سرنگ - سر سوزن و ویال ها) پیشگیری کنید.
- ۵- روی یک میز یا سینی تمیز که مخصوص تزریقات می باشد و احتمال آلودگی سرنگ و سر سوزن وجود ندارد، وسایل تزریق را آماده نمایید.
- ۶- حتی المقدور از ویالهای تک دوزی دارو استفاده کنید.
- ۷- در صورتی که ملزم به استفاده از ویالهای چند دوزی دارو هستید برای هر بار کشیدن دارو از سر سوزن استریل استفاده نمایید.
- ۸- هنگامی که سر آمپول را می شکنید، با قرار دادن لایه نازک گاز تمیز مابین انگشتان دست خود و جدار آمپول، انگشتان خود را از آسیب و صدمه محافظت نمایید.
- ۹- قبل از اقدام برای تزریق به بیمار، کلیه داروهای تزریقی را از نظر کدورت، شکستگی جداره آنها و تاریخ انقضاء بررسی نموده و در صورت مشاهده هر یک از این موارد آنها را به نحوه صحیح دفع نمایید.
- ۱۰- توصیه های اختصاصی کارخانه سازنده را در ارتباط با نحوه استفاده، نگهداری و جابجایی دارو مورد توجه قرار دهید.
- ۱۱- در صورت تماس سر سوزن با سطوح غیر استریل، آن را به نحوه صحیح دفع نمایند.
- ۱۲- قبل از آماده کردن دارو و تزریق، دست های خود را با آب و صابون بشوید و یا با استفاده از الکل ضدعفونی کنید. در صورتی که بین تزریقات، دست شما کثیف یا آلوده به خون و مایعات بدن بیمار گردید، رعایت بهداشت دست ضروری است.
- ۱۳- از تزریق به بیمار در نواحی ناسالم پوستی اجتناب نمایید.
- ۱۴- نیازی به ضدعفونی کردن سرویال (جدید) نیست ولی در صورت نیاز، از سوآپ تمیز و الکل ۷۰ درجه تازه استفاده نمایید. از گلوله های پنبه آغشته به الکل موجود در ظرف پنبه الکل استفاده نکنید.
- ۱۵- از کاربرد ماده ضدعفونی در زمان تزریق واکسن و ویروس زنده ضعیف شده برای تلقیح اجتناب نمایید.
- ۱۶- قبل از تزریقات اگر محل تزریق بصورت مشهود کثیف باشد، حتما پوست را بشوید.
- ۱۷- سرنگ و سر سوزن را از نظر وجود پارگی بسته بندی چک کنید و به تاریخ انقضاء آن توجه نمایید.
- ۱۸- اگر سر پوش گذاری سر سوزن لازم باشد، تکنیک استفاده از یک دست را بکار ببرید.

۵-۹) بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبت های سلامتی

اجرای دستورالعمل بهداشت دست در مراکز درمانی تدوین شده توسط وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی ددر بخش ها رعایت و کنترل پایش قرار گیرد. باید توجه داشت که شستن دست ها به تنهایی مهمترین راه پیشگیری از عفونت های بیمارستانی به شمار می آید. شستن دست ها توسط صابون های معمولی یا انواع ضد میکروبی صورت توصیه می گردد. شستن دست با صابون های معمولی و آبکشی باعث می شود تا میکروارگانیسم ها به روش مکانیکی از روی پوست زدوده شوند و شستن دست با محصولات ضد میکروبی علاوه بر زدودن مکانیکی میکروب ها باعث کشته شدن میکروارگانیسم ها یا مهار رشد آنها نیز می گردد.

پوست دست کارکنان پزشکی دارای میکروارگانیسم های مقیم و انواع موقت است. اکثر میکروب های مقیم پوست در لایه های سطحی قرار دارند ولی حدود ۱۰ تا ۲۰٪ آن ها در لایه های عمقی اپیدرم قرار دارند که بدنال شستشوی دست ها ب صابون های معمولی پاک نمی شوند ولی معمولا بوسیله مواد ضد میکروبی کشته شده یا رشدشان مهار می گردد. شستن دست ها با صابون معمولی باعث زدودن میکروب های موقتی پوست خواهد شد.

مواردی که باید دست ها شسته شوند عبارتند از:

- در فواصل تماس با بیماران و قبل از تهیه داروهای بیماران
- قبل از مراقبت از بیماران آسیب پذیر مانند نوزادان و افراد دچار سرکوب شدید سیستم ایمنی

- قبل از انجام اقدامات تهاجمی
- بعد از دست زدن به اشیایی که احتمال آلودگی آنها با میکروب های بیماریزا وجود دارد و یا پس از مراقبت از بیمارانی که احتمال دارد با میکروب هایی که از لحاظ اپیدمیولوژی اهمیت خاصی دارند کلونیزه شده باشند مانند باکتری های مقاوم به چند نوع آنتی بیوتیک
- قبل و بعد از تماس با زخم
- پس از در آوردن دستکش ها از دست

روش های رعایت بهداشت دست عبارتند از:

الف : روش hand rub :

بمنظور ضد عفونی دست با استفاده از محلول های مایع با بنیان الکلی جهت hand rub مقدار کافی از محلول را در کف دست خود ریخته و تا زمانی که دستها کاملا خشک شوند آنها را بهم بمالید.

ب : روش صحیح شستن دست با آب و صابون :

- در صورت امکان همیشه از آب تمیز و روان و لوله کشی استفاده نمائید.
- ابتدا دستها را با آب مرطوب کنید سپس با استفاده از صابون دستشویی دستها را بهم بمالید بنحوی که کلیه سطوح دستها را بپوشانید.
- با استفاده از حرکات چرخشی کف دستان و بین انگشتان را محکم بهم بمالید.
- دستها را کاملا آبکشی نمائید.
- با حوله پارچه ای تمیز و یا حوله کاغذی یکبار مصرف دستها را کاملا خشک نمائید.
- با همان حوله یا دستمال کاغذی استفاده شده شیرآب را ببندید و سپس جهت شستشوی مجدد حوله را به بین مخصوص لاندری کثیف و یا در صورتی که دستمال یکبار مصرف است آن را در سطل آشغال بیندازید.

اصولا اگر بتوان یک یا از اضلاع هرم حریق (حرارت اکسیژن مواد سوختنی یا واکنش یهای زنجیره ای) را کنترل و محدود نمود یا قطع کرد، حریق مهار می شود

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

الف) سرد کردن

ب) خفه کردن

ج) سد کردن یا حذف ماده سوختنی

د) کنترل واکنش های زنجیره ای

سرد کردن

یک روش قدیمی و متداول و موثر برای کنترل حریق، سرد کردن است. این عمل عمدتا با آب انجام میگیرد

یکی از خواص گاز دی اکسید کربن نیز سرد کردن آتش می باشد. میزبان روش بکار گیری آب در اطفاء حریق اهمیت دارد، این روش برای حریق های دسته مناسب A می باشد

خفه کردن:

خفه کردن، پوشاندن روی آتش با موادی است که رسیدن اکسیژن به محوطه آتش گردد. این روش اگر چه در همه حریق ها موثر نیست ولی روش مطلوبی برای اکثر حریق های می باشد. مورد استثنا موادی است که در حین سوختن اکسیژن تولید می کند مانند نیترات و زنجیره های آلی اکسیژن دار مثل پراکسید های آلی $R-O-H$ یا $R-COOH$ و $R-NO_2$ موادی که برای خفه کردن به کار می رود بایستی سنگین تر از هوا بوده و یا حالتی پوششی داشته باشد. خاک شن ماسه پتوی خیس هم این کار را می تواند انجام دهد.

جذف مواد سوختنی :

این روش در ابتدای بروز حریق امکان پذیر بوده و با قطع جریان جابجا کردن ماده ججدا کردن منابعیک که تاکنون حریق به آنها نرسیده، کشیدن دیوهای حائل و یا خاکریز خمچنین رقیق کردن ماده سوختنی مایع راشملا می گردد.

کنترل واکنش های زنجیره آی

برای کنترل واکنش های واکنش های زنجیره ای استفاده از برخی ترکیبات هالن مانند $CBrcf_2$ (۱۲۱۱) و $CBrf_3$ (۱۳۰۱) و جایگزینهای آن و برخی ترکیبات جامد مانند جوش شیرین K_2CO_3 موثر میباشد این عمل برای کنترل حریق مشکل تر و گرانتر از سایر روشهاست. ولی می تواند به صورت مکمل برای مواد پر ارزش به کار رود

مواد خاموش کننده آتش : موادی که به عنوان خاموش کننده آتش به مار میروند در ۴ دسته قرار میگش رند به دلیل لزوم سرعت عمل و افزای شپوشش خاموش کننده ها می توان م میتوان از ۲ یا چند عنصر خاموش کننده به طور همزمان استفاده نمود

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

۱- مواد سرد کنند

۲- مواد خفه کننده

۳- مواد رقیق کننده هوا

۴- مواد محدود کننده واکنش های زنجیره ای شیمیایی (هالان و پودر های مخصوص)

استفاده از آب برای کنترل حریق یکی از ساده ترین و در عین حال موثر ترین روشی است که تمام افراد با آن آشنا می باشد همان اندازه که استفاده از آب دمی 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 خصوصا که برای این منظور تصفیه کامل آن لازم نیست

۲- وسکوزیته 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 به صورت یک سرد کننده مطلوب مطرح میکند ظرفیت گرمایی آب ۵ برابر آلومینوم و ۱۰ برابر روی و مس می باشد. مهمتر از آن اینکه گرمای نهان تبخیر آب بسیرا بالا بوده و گرمای زیادی هنگام تبخیر جذب می کند

۴- غیر قابل تجزیه بر اثر حرارت است حتی در دمای بالا هم تجزیه نمی شود به طوری که در ۲۰۰۰ درجه سانتی گراد تنها یک دهم مولکول هایش تجزیه می شوند.

۵- توان سرد کنندگی بالایی دارد به طوری که در حجم مساوی ۵٫۶ برابر سرد کننده تر از CO_2 است. هر لیتر آب می تواند هنگام تبخیر حدود ۵۵۰ کیلو کالری گرما جذب کند و هر متر مکعب آب نیز برای افزایش دمایی برابر ۱۰ درجه گرمایی حدود ۱۰۰۰۰ کیلو کالری گرما جذب می کند.

معایب آب

۱- سنگین وزن است لذا حمل و نقل آن در اظفا 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 اظفا حریق مواد و محصولات در اثر ترکیب با آب دچار خسارت می گردند. مانند داروها، اثاثیه، کارتنهای بسته بندی رنگها و محصولات تولیدی.

۵- به خاطر افزایش حجم آب هنگام تبخیر در هنگام پاشیدن به روی مایعات قابل اشتعال مثل فت یا رونا باعث با عث 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 بصورت محلول تهیه میگردد. کف در هنگام پاشیده شدن توسط سرلوله کف ساز با هوا و آب مخلوط شده و حباب سازی می گردد کف در هنگام استفاده با گسترش فراوانی که دراد می تواند روی حریق را پوشانده و مانع رسیدن اکسیژن و صعود گازهای ناشنی از حریق میگردد.

نکته مهم در استفاده از کف توسعه خوب آن و پخش شدن روی سطح ماده احتراقی خصوصا مایعات قابل اشتعال بدلیل سبکی آن می باشد.

پودر های خاموش کننده استفاده از برخی از مواد شیمیایی که معمولا دارای بنیانی 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 اظفا انواع حریق A، B، C و 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 خریق دسته A کاربرد دارد ولی بدلائل اقتصادی توصیه نمی گردد مگر اینکه مواد در حال اشتعال پربها باشند یا استفاده از آب ماهیت آنها را تغییر دهد پودر شیمیایی روی خریق پاشیده شده و باعث پوشانده آتش و جلوگیری از رسیدن اکسیژن میگردد.

پودر های در حرارات بالای ۶۰ درجه سانتیگراد پایداری خوبی ندارند و امکان چسبندگی آنها به کپسول زیاد می گردد. دانه های پودر بسته به نوع مواد و شرکت سازنده حدود ۱۰-۷۵ میکرون می باشد هرچه قطر ذرات کوچکتر باشد پودر موثر تر است. پودر شیمیایی تحت فشار ازت یا CO_2 در تسطح قاعده خریق 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 خریق فلزات قابل اشتعال مثل سدیم، پتاسیم، منیزیم، ومانند آن بکار میرود.

گاز CO_2 دی اکسید کربن گازی است غیر قابل احتراق، بی بو، غیر سمی و سنگین تر از هوا که داری چگالی ۵/۱ بوده و هادی الکتریسیته نیست. مکانیسم عمل آن هنگام خریق به سه صورت است:

۱- خفه کردن آتش با تشکیل یک لایه سنگین مقاوم در مقابل عبور هوا

۲- رقیق کردن اکسیژن در اطراف محوطه خریق

۳- سرد کردن آتش

یکی از خصوصیات مهم CO_2 این است که باعث خسارت به مواد موجود در خریق نمی شود لذا در مواردی که مواد با ارزش دچار خریق می شوند مناسب تر از آب است برای خریق های الکتریکی و الکترونیکی بسیار مناسب است زیرا بدلیل عدم هدایت برق و عدم وجود مواد باقیمانده باعث اتصال یا خرابی در خساس نمی گردد.

ترکیبات هالوژنه (هالن) مواد هالوژنه از مستقات CH_4 یا C_2H_6 می باشند که بجای یک یا چند عنصر هالوژنه (شامل F, Cl, Br, I) جایگزین شده است.

هالن در هنگام اطفای بدون بجا گذاشتن اثرات تحریمی و باقیمانده بر روی مواد و دستگاه ها می تواند بطور بسیار موثری ایفای نقش نماید. مکانیسم اثر رهالن تا حدودی CO_2 بوده چون سنگین تر از هوا هستند می توانند بسرعت روی خریق را پوشانده و مانع رسیدن اکسیژن شوند. بعلاوه پاشش این مواد بر روی خریق می تواند باعث رقیق شدن اکسیژن هوا در اطراف خریق شده و آن را مهلا نماید. این مواد با نسبت افزایش حجم حدود برابر هنگام تغییر فاز از حالت مایع به بخار بیش از برابر افزایش حجم تیشتری نسبت به CO_2 دارند. به همین دلیل در وزن مساوی قدرت خاموشش کنندگی آنها ۲-۳ برابر CO_2 می باشند هالن می تواند در هنگام مجاورت با آتش از سرعت واکنش های زنجیره ای بکاهد و بصورت موثر تری آتش را مهلا نماید به همین دلیل در شرایط یکسای برای خاموش کردن آتش میزان مورد نیاز هالن کمتر از یک چهارم میزان CO_2 مورد نیاز برای اطفای است. خاموش کننده هالن برای محدوده های کوچک ولی مهم تجهیزات یا مواد قابل اشتعال مانند ماشینهای الکترونیکی و الکتریکی خریق های مواد جامد پرازش، سایت های دیسپاچینگ، مرکز مخابراتی و مانند آن کاربرد دارد.

آتش سوزی

در آتش سوزی سریع و دقیق فکر کردن حیاتی است. آتش به سرعت گسترش پیدا می کند بنابر این اولین اولویت شما راگاه کردن افراد در معرض خط است. اگر در داخل ساختمان هستید، نزدیک ترین آژیر خریق را فعال کنید. همچنین باید فورا به خدمات اورژانس اطلاع دهید اما اگر این کار خروج شما را از محل به تاخیر می اندازد امنیت خود را به خطر نیندازید افرادی که در آتش گیر افتاده اند به سرعت دچار هراس می شوند. شمار به عنوان ارایه کننده کمک های اولیه می توانید با ارام کردن افرای که رفتارشان احتمالا ترس و دلهره را در دیگران تشدید می کند از میزان هراس بکاهید. افراد را برای ترک محل تشویق و کمک کنید هرگز برای برداشتن لوازم شخصی به داخل ساختمان در حال

سوختن وارد نشوید و یا خروج خود را به تاخیر 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 فک رک کنید و به سرعت وارد صحنه نشوید امکان دارد مواد قابل اشتعال یا انفجار مثل گاز یا دود های سمی یا خطر برق گرفتگی وجود داشته باشد. یک آتش سوزی جزئی می تواند در عرض چند دقیقه گسترش یافته تبدیل به حریق جدی شود اگر خطری شمار تهدید می کند تارسیدن خدمات اورژانس منتظر بمانید.

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

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: سوئیچ ماشین را خاموش کنید. و یا شیر سوخت در ماشین های دیزلی بزرگ را خارج کنید.

تمام موارد سوختنی را که می توانند به عنوان منبع سوخت برای آتش عمل کنند (مثل کاغذ و مقوا) از مسیر آتش دور کنید.

درها را به روی آتش ببندید تا منبع اکسیژن قطع شود. شعله های آتش را با استفاده از پتو یا سایر مواد غیر قابل 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 با 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 از ساختمان خارج شوند در های را پشت سر خود ببندید تا از گسترش آتش جلوگیری شود به دنبال راهایی خریج از آتش و محل های برای تجمع بگردید. شما باید قلا عملیات تخلیه را در محل کار خود فرا گرفته باشید. وقتی با ساختمان ها دیدگری مواجه می شوید، نشانه های مربوط به راه های 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 خونسر اما سریع ساختمان را از طبق نزدیک ترین خروجی امن ترک کنند. اگر مجبور به استفاده از راه پله هستید مطمئن باشید کسی عجله نخواهد کرد. و خط سقوط وجود ندارد.

آتش گرفتن لباس

همیشه الگوی زیر را طی کنید

توقف-انداختن روی زمین و چرخاندن در صورت امکان قبل از اقدام به چرخاندن مصدوم وی را در یک پارچه کلفت بپیچید.

از وحشت زده شدن، دویدن یا بیرون رفتن مصدوم جلوگیری کنید. هرگونه حرکت باد مانند بادبزن به شعله های دامن میزند

مصدوم را به زمین بیندازید

در صورت امکان با یک کت پرده پتو (غیر از انواع نایلونی یا گشاد بافت) فرش یا سایر پارچه های کلفت مصدوم را محکم بپیچید

مصدوم را روی زمین بچرخانید تا شعله ها خفه شوند.

اگر آب یا مایع غیر قابل اشتعال دیگری در دسترس است مصدوم را طوری روی زمین بخوابانید که بخش در حال سوختن در بالای 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 می کند که اکسیژن کمی دارد و ممکن است با منو اکسید کربن و گاز های سمی آلوده شده باشد. هرگز وارد ساختمانی که در حال سوختن و یا پر از گاز است نشوید و هرگز دری را که به محل آتش سوزی ختم می شود باز نکنید این کار ها 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 گاز های مضر انجام دهید. فضای باز زیر درب را مسدود کنید و نزدیک به کف اتاق قرار گیرید 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 و روغن

کلاس C: گازهای قابل اشتعال از جمله پروپان و بوتان

کلاس D: فلزات از جمله آلومینیوم ، مگنیزیم

کلاس E: الکتریکی (برق)

کلاس F: روغن های خوراکی و چربی ها

انواع مختلف اطفای کننده ها

هرکدام از خاموش کننده مخصوص خاموش کردن بعضی از انواع آتش می باشد. 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 اطفاء حریق بر حسب نوع کاربرد کپسول های اطفاء حریق نشانه گذاری میشوند

آب

- برای آتش کلاس A استفاده نمایید
- برچسب یا نوار قرمز رنگ داشته باشد
- آب تحت فشار می باشد.
- امپر فشار داشته باشد

دی اکسید کربن

- برای آتش های کلاس B، C و E استفاده دنمایید
- برچسب یا نوار مشکی دارد
- نازل سخت و پلاستیکی دراد
- نشانگر فشار ندارد

پودر خشک

- برای آتش های کلاس A، B، C و E استفاده می شود
- برچسب یا نوار آبی رنگ 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 رنگ 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 سرکندگی نیز دارد.

شیمیایی تر

- برای آتش نوع F استفاده نمایید
- دارای برچسب یا نوار زرد رنگ است

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

انتخاب صحیح نوع خاموش کننده با توجه به کلاس آتش

انواع مواد اطفای حریق

خاموش کننده های پودری:

در گذشته نحوه استفاده از پودر های 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 آتش سوزی افراد مسئول درب قوطی ها 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، سولفاتها، و فسفان=تها که جهت خاموش کردن حریقها به کار کی رود.

خاموش کننده های گاز کربنیک:

از سال های 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 انون نیز مصرف فراوانی دارد. گاز CO_2 غیر قابل احتراق بی بو خنثی خنک و غیر سمی است و های الکتریسیته نمی باشد.

وزن آن سنگین تر از هواست لذا در صورت پرتاب روی حریق اکسیژن را خارج و خود جانشین آن می گردد. در حقیقت با تقلیل درصد اکسیژن هوا موجب اطفای حریق می شود CO_2 جامد یا یخ خشک در

۱۰۰- درجه زیر صفر به دست می آید که در ۷۹- درجه به سرعت از حالت جامدی بدون اینکه به حالت مایع در آید به صورت بخار 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 آتش 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 آورد. وزن مخصوص آن کمتر از وزن مخصوص مواد و مایعات قابل است لذا در سطح آن شناور گشته و پایین نمی رود.

خاموش کننده های هالوزنه:

مواد هالوزنه خاموش کننده هایی هستند که مکانیسم خاموش کردن آن شباهت زیادی به گاز CO_2 دارد، بدین معنی که بعلت سنگین تر بودن از هوا به سرعت حریق را پوشانده و جانشین 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 و به سرعت تبدیل به بخار و تبخیر می شود.