مرکز آموزشی درمانی امام خمینی (ره)

کتابچه راهنما و دوره توجیهی بدو خدمت
کارکنان تازه وارد

(بخش دیالیز)

ویرایش دوم ، اسفند ماه ۱۳۹۱

تهیه : دفتر بهبود کیفیت

کیوان سلیمی ، محمد آذر یار ، شکوفه مرآتی ، فرانک کریمی

فهرست مطالب

ردیف	عنوان	نویسنده	صفحه
۱	**فصل اول**		
	تاریخچه و معرفی بیمارستان	دفتر بهبود	۳
۲	فرهنگ مردم استان کرمانشاه	دفتر بهبود	۶
۳	آشنایی با اعتبار بخشی بیمارستانی	کیوان سلیمی	۸
۴	گزیده ای از مبانی حاکمیت خدمات بالینی	محمد آذریار	۹
۵	مدیریت خطر	"	۱۰
۶	ایمنی بیمار	"	۱۲
۷	مدیریت بحران	"	۱۳
۸	اطفای حریق	"	۱۴
۹	حقوق گیرندگان خدمت	شکوفه مرآتی	۱۶
۱۰	نحوه برخورد با مشتری عصبی	زینب مهدوی	۱۸
۱۱	شرح وظایف پرسنل به تفکیک رده های شغلی	مهین مرادی	۱۹
۱۲	آشنایی با مقررات اداری	بتول کاظمی	۲۵
۱۳	آیین‌نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلین	جمال زارعی	۳۴
۱۶	مقررات گزارش نویسی	مهین مرادی	۳۶
۱۷	فرم پوشش پرسنلی	دفتر بهبود	۴۳
۱۸	چارت سازمانی مرکز	دفتر بهبود	۴۴
۱۹	**فصل دوم**		
	دستورالعمل ،آیین نامه های داخلی،بخشنامه ها مربوط به شرح وظایف شغلی فرد	**فرانک کریمی**	۴۵
۲۰	**فصل سوم**		۵۳
	تجهیزات اختصاصی بخش دیالیز	**فرانک کریمی**	

شناسنامه مرکز آموزشی درمانی امام خمینی (ره) کرمانشاه

نام : مرکز آموزشی درمانی امام خمینی (ره)
موقعیت جغرافیایی : کرمانشاه بلوار نقلیه
سال احداث : ۱۳۵۰
سال بهره برداری : ۱۳۵۸
نوع ارائه خدمات در شرایط فعلی : آموزشی درمانی
سازمان پشتیبانی کننده : دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
تلفنهای مرکز: ۷۲۷۸۹۲۵-۷۲۷۸۷۵۹-۷۲۸۳۶۰۲
دفتر بهبود: داخلی ۳۰۰
مدیریت مرکز: ۷۲۶۰۰۱
ریاست مرکز: ۷۲۷۹۱۰۴
دورنگار : ۷۲۲۴۵۱۶
تعداد تخت مصوب : ۲۲۰
تعداد تخت فعال : ۱۶۴

- بخش های تخصصی و فوق تخصصی :

۱- بخش چشم
۲- بخش گوش و حلق و بینی
۳- بخش داخلی
۴- بخش جراحی
۵- بخش مراقبتهای ویژه
۶- بخش اورژانس مسمومیت
۷- بخش اورژانس داخلی
۸- بخش عفونی
۹- بخش سوختگی
۱۰- بخش دیالیز

- کلینیک های تخصصی و فوق تخصصی :

درمانگاه جراحی
درمانگاه داخلی
درمانگاه گوش و حلق و بینی
درمانگاه تخصصی چشم
درمانگاه عمومی چشم
درمانگاه سوختگی
درمانگاه بیهوشی
درمانگاه بیماران هموفیلی
درمانگاه لیزیک
درمانگاه روانپزشکی
درمانگاه پوست

- واحدهای پاراکلینیکی :

۱- آزمایشگاه
۲- سونوگرافی
۳- رادیولوژی
۴- سی تی اسکن
۵- آندوسکوپی

- واحدهای پیراپزشکی :

فیزیوتراپی
شنوایی سنجی
بینایی سنجی
اکوکاردیوگرافی

چشم انداز (vision)

مرکز آموزشی درمانی امام خمینی(ره) کرمانشاه در تلاش است در آینده به یک مرکز پیشتاز کیفیت درمان و آموزش در منطقه غرب کشور تبدیل شود.

بیانیه ارزشها(values)

ارج نهادن به ارزش های دین مبین اسلام .رعایت اصل برابری و عدالت اجتماعی . رعایت منشور حقوق بیمار. مشتری مداری . دانش محوری .کرامت کارکنان. مهارت و کارایی .ارج نهادن به ارزش های اخلاقی وانسانی در بیمارستان اجرای طرح تکریم ارباب رجوع .اجرای طرح انطباق .فراهم نمودن شرایط رفاهی پرسنل در حد امکان. توجه به مدیریت مشارکتی .استقرار نظام شایسته سالاری.

اعتقاد ما بر این است که : یک فرد خدمتگذار در این مرکز فردی است که در کار او صداقت، در نگاه او محبت و حیا، در اندیشه او خیرخواهی، در رفتار او شادابی، در سکوت او دقت، و در تلاش او اخلاص و جدیت است.

با توجه به موارد فوق اعلام میگردد که این مرکز تنها مرجع سوختگی و مسمومیت در غرب کشور است که توانسته است در مدت بیش از ۳۰ سال گامهای خوبی را در راستای بهبود سلامت مردم بردارد و افتخار دارد که با تکیه بر تجارب و همت والا و ارزشمند پرسنل تلاشگر خود ارائه دهنده خدمات مورد نیاز به بیماران و مردم باشد و با تکیه بر ارزشهای والایی همچون **عدالت . بهترین خدمات با کیفیت . شایسته سالاری . همدلی و مشارکت پرسنل . نظم وانضباط اداری** تمام سعی و تلاش خود را جهت بهبود کیفیت کار و ارائه خدمت به مشتریان بکار ببرد .

مرکز آموزشی درمانی امام خمینی (ره) کرمانشاه به منظور درمان بیماران و ارتقاء سطح سلامت مردم ایجاد شده است. رسالت این بیمارستان عبارتند از:

۱- ارائه خدمات درمانی و مراقبتی تخصصی جراحی و فوق تخصصی چشم، ENT، مسمومیت، سوختگی، داخلی و بیماری های مرتبط به صورت موثر و کارآمد به بیماران

۲- بهبود کیفیت خدمات درمانی

۳- افزایش تنوع و کمیت خدمات درمانی

۴- آموزش و تربیت پزشکان و سایر حرف پزشکی برای اطمینان از تداوم خدمات درمانی جامع برای بیماران آینده

۵- حمایت از طرح ها، تحقیقات و پژوهش های کاربردی و به کارگیری نتایج آن برای تامین نیازهای درمانی مردم

نقشه بیمارستان امام خمینی

شماره	طبقه همکف	طبقه اول	طبقه دوم
۱	بخش سوختگی	بخش گوش و حلق وبینی	بخش چشم
۲	اتاق عمل سوختگی	درمانگاه تخصصی ENT	درمانگاه چشم
۳	واحدهای پاراکلینیکی	بخش اورژانس	درمانگاه فیزیک-بایگانی پزشکی
۴	واحد فروش لنز-بخش دیالیز	اتاق عمل	بخش داخلی
۵	ساختمان اداری (مددکاری)	ساختمان اداری	
۶	نگهبانی		
۷	کارشناس بیمه - بانک		
۸	درمانگاه سوختگی		
۹	بخش عفونی		
۱۰	بخش مراقبتهای ویژه		
۱۱	فروشگاه		
۱۲	رختشویخانه		
۱۳	آشپزخانه –تریا		
۱۴	تاسیسات		
۱۵	نمازخانه		
۱۶	پذیرش		
۱۷	درآمد و ترخیص		
۱۸	دفتر پرستاری		
۱۹	نقلیه		
۲۰	کتابخانه –آموزش		
۲۱	داروخانه –انبار دارویی		
۲۲	سردخانه		
۲۳	آزمایشگاه		
۲۴	پارک		

سیرپیشرفت مرکز آموزشی درمانی امام خمینی (ره) کرمانشاه
از زمان تاسیس تا پایان سال ۱۳۹۱

این مرکز در سال ۱۳۵۰ با عنوان مرکز سرطان شناسی احداث وبعد از پیروزی انقلاب اسلامی، در سال ۱۳۵۸ براساس نیاز به تختهای بستری در آن زمان با ۱۵۰ تخت مصوب به عنوان بیمارستان امام خمینی (ره) افتتاح گردید وبا انتقال تعداد ۱۵۰ نفر نیروی رسمی سازمان شیر و خورشید شروع به کار کرد ودر سال ۱۳۵۹ تعداد ۶۰ نفر از بنیاد امور مهاجرین جنگی در سال به عنوان نیروی شرکتی به پرسنل این مرکز اضافه گردید . پرسنل این مرکز در ابتدای سال۸۷ به ۴۷۴ نفر رسید و در حال حاضر

- از سال ۱۳۵۹ تا ۱۳۶۷ یعنی اززمان شروع تا پایان جنگ بخش جدیدی تحت عنوان بخش مجروحین افتتاح و به مجروحین خدمات رسانی نمود.
- بخش جراحی عمومی در سال ۱۳۶۰ فعال گردید.
- درمانگاه تخصص چشم راه اندازی و در سال ۱۳۷۲ و در سال بعد (۱۳۷۳) با دستگاههای آنژیوگرافی چشم ، سونوگرافی چشم و دستگاه یاگ لیزرتجهیز گردید.
- بخش چشم بیمارستان در سال ۱۳۷۳ فعال گردید.
- بخش مراقبتهای ویژه سال ۱۳۷۶ در مرکز افتتاح گردید.
- تعداد تخت مصوب مرکز از سال ۱۳۷۷ از ۱۵۰ تخت به ۲۲۰ تخت افزایش یافت .
- مساحت زیر بنای بیمارستان در سال ۱۳۵۹ برابر با ۶۰۰۰ متر مربع بوده که تا سال ۱۳۷۸ این میزان به ۱۲۰۰۰متر مربع افزایش یافت (ساختمانهای آزمایشگاه ، اداری ، پاویون پزشکان و..... ساخته شد).
- در سال ۱۳۷۸ بخش گوش و حلق و بینی فعلی این مرکز فعال گردید. با خرید دستگاه واحد CTS در مرکز آغاز به فعالیت نمود
- در سال ۱۳۷۹ بخش عفونی این مرکز افتتاح گردید.
- ساختمان آموزش ، کتابخانه و سالن آمفی تئاتر مرکز در سال ۱۳۸۰ احداث گردید.
- جراحی فک و صورت در سال ۱۳۸۱ به بخش جراحی این مرکز اضافه گردید.
- در سال ۱۳۸۴ این مرکز در برنامه کشوری طرح اصلاح ساختار مقام اول را کسب نمود .

- همچنین در این سال تعمیر و بازسازی کامل بخش سوختگی که از سال قبل آغاز شده بود به پایان رسید.
- تعداد مراجعین این مرکز درنیمه اول سال ۱۳۸۴ به مرز ۸۵۴۸۸ نفر رسید در مقایسه با سالهای قبل ۲۷ ٪ افزایش را نشان داد که بیشترین رشد مربوط به اعمال جراحی چشم و جراحی عمومی می باشد ، همچنین آمار مراجعین واحدهای پیراپزشکی و یا پاراکلینیکی رشدی ۳۷ ٪ را نشان داد .
- از سال۱۳۸۵ این مرکز به صورت هیات امنایی اداره می گردد.
- دستگاه پیشرفته **فیکو امولسیفیکاسیون** و **ویترکتوم** در سال ۱۳۸۷ جهت عمل کاتاراکت خریداری گردید که تحول شگرفی در کیفیت عمل های چشمی منطقه غرب ایجاد نموده است .
- دراین سال به عنوان پایلوت طرح کشوری آموزش احتیاطات استاندارد پیشگیری از HIV انتخاب گردید.
- تعمیر و بازسازی کامل بخش اورژانس در سال ۱۳۸۷ انجام گردید.
- درابتدای سال ۱۳۸۷ ساخت جایگاه زباله همچنین خرید و نصب دو دستگاه امحاء زباله انجام گردید
- خرید ۱۰ تخت ICU با کلیه تجهیزات همچنین درسال۱۳۸۷ از سوی دولت تامین اعتبار گردید.

سال ۱۳۸۸

- ساخت جایگاه اکسیژن و همچنین نصب دو دستگاه اکسیژن ساز سانترال
- تامین اعتبارخرید دستگاه لیزر اگزایمر در منطقه غرب کشور
- بازسازی و تجهیز بخش VIP چشمی
- ساخت و راه اندازی بخش لیزیک به عنوان مرکز جراحی لیزیک غرب کشور
- درمانگاه ترمیمی (سوختگی) راه اندازی و فعال نمودن مجدد از تاریخ ۸۸/۸/۳
- در سال ۱۳۸۸ دو دستگاه فیکو جدیدجهت اتاق عمل مرکز تهیه گردید که هم اکنون در حال بهره برداری می باشد
- ده دستگاه ونتیلاتور جهتICU مرکز تهیه و نصب گردید
- دستگاه رادیولوژی پرتابل جهت مرکز خریداری شد.
- نصب و راه اندازی لوله کشی کلیه گازهای طبی مرکز
- انجام نما سازی مرکز.
- ترمیم آسفالت محوطه مرکز.
- ساخت جایگاه منبع آب شرب مرکز به ظرفیت لیتر .
- بازسازی و تعمیر آشپزخانه مرکز طبق استانداردهای موجود٠
- اضافه شدن یک دستگاه زباله غیر سوز به مرکز٠

تحولات اداری در سال ۱۳۸۸ :

ایجاد دفتر رسیدگی به شکایات و ارتباط با مشتریان از تاریخ ۸۸/۸/۲۵
ایجاد دفتر بهبود کیفیت از تاریخ ۸۸/۱۰/۱۵
ایجاددبیرخانه هیات امنا از تاریخ ۸۸/۸/۱

آشنایی با ویژگیها و فرهنگ مردم کرمانشاه

دهمین شهر پرجمعیت و یکی از کلان‌شهرهای ایران و مرکز استان کرمانشاه می‌باشد که دارای جمعیتی بالغ بر ۷۸۴،۶۰۲ نفر و مساحت ۹۳،۳۸۹،۹۵۶ متر مربع است. شهر کرمانشاه بزرگترین شهر کرد نشین و پرجمعیت‌ترین شهر، در منطقهٔ مرکزی غرب ایران است.کرمانشاه از شهرهای تاریخی و فرهنگی ایران به شمار می‌رود و پیدایش آن به قرن چهارم میلادی باز می‌گرددو از آن دوران تا حمله اعراب به ایران به عنوان دومین پایتخت ساسانیان مورد توجه حکومت بود اوج شکوفایی کرمانشاه بعد از اسلام، در قرن یازدهم میلادی یعنی دوران سلجوقیان بود؛ زمانی که این شهر به عنوان مرکز فرمانداری ایالت کردستان در غرب خاورمیانه برگزیده شد.، این شهر در دوران قاجار مجدداً شکل شهر نشینی خود را باز یافت و به‌دلیل قرارگرفتن در تقاطع دو محور شمال به جنوب و شرق به غرب و نیز همجواری با کشور عراق و واقع شدن بر سر راه شهرهای زیارتی کربلا و بغداد از اهمیت بسیاری برخوردار است .این شهر در جنبش مشروطه سهمی به سزا داشت و در جنگ جهانی اول و دوم به تصرف قوای بیگانه در آمد و پس از پایان جنگ تخلیه شد. همچنین این شهر در جنگ ایران و عراق، خسارات زیادی دید.

موقعیت شهر کرمانشاه از شمال به کوه فرخشاد، از شمال غربی به کوه طاق بستان و از جنوب به سفید کوه ختم می‌شود و یکی از شاهراه‌های ارتباطی شرق و غرب و قدیمی‌ترین راه عبور از ایران به میان رودان(بین النهرین) است در قسمت مرکزی استان کرمانشاه با موقیعت ۴۷ درجه و ۴ دقیقهٔ شرقی و ۱۹ درجه و ۳۴ دقیقهٔ شمالی قرار دارد و دارای ۲۴۵۰۰ کیلومتر مربع گستردگی و ارتفاع ۱۲۰۰ متر از سطح دریا است .کرمانشاه یکی از شاهراه‌های ارتباطی شرق و غرب و قدیمی‌ترین راه عبور زائران عتبات عالیات است فاصله زمینی شهر کرمانشاه در شرایط مطلوب تا بغداد، ۳۹۰ کیلومتر، تا تهران، ۵۹۰ کیلومتر، تا مرز خسروی ، مرز ایران و عراق در حدود ۲۰۰ کیلومترو فاصله هوایی آن تا تهران ۴۱۳ کیلومتر است.

آب و هوا شهر کرمانشاه دارای اقلیم معتدل کوهستانی است در قرن چهارم میلادی شهر کرمانشاه روستای خوش آب و هوایی بوده است و باغ‌های بزرگی در دوران ساسانیان در این منطقه ساخته شد. در دوران اسلامی نیز بارها شهر کرمانشاه را شهری خوش آب و هوا توصیف کرده‌اند که در آن آب‌ها جاری است و درختان و میوه جات فراوان دارد و کالاها در آن ارزان‌اند.

زبان توزیع جغرافیایی مناطقی که در آن‌ها به زبان کردی سخن گفته می‌شود.زبان اهالی کرمانشاه، کردی و لهجه فارسی کرمانشاهی است .علاوه بر کردی کلهری دیگر گویش‌های کردی از جمله کردی کرمانشاهی، سنجابی، زنگنه و سورانی هم گویشورانی در میان مردم دارد ، عده‌ای از مردم به لهجه فارسی کرمانشاهی که از ۲۰۰ سال پیش تاکنون در کرمانشاه رایج شده‌است تکلم می‌کنند .لهجه فارسی کرمانشاهی تنها خاص شهر کرمانشاه است .همچنین در بخشی از مناطق شهر، گویش لکی در میان برخی ساکنان رواج دارد.

نژاد اکثریت جمعیت مردم کرمانشاه را کردها که از اقوام اصیل آریایی هستند تشکیل می‌دهند .کرمانشاه از دید گوناگونی آب و هوایی و قومی و مذهبی دارای تنوع بسیاری است چرا که اقوام، مذاهب و نژادهای بسیاری در این دیار همواره در کنار هم زندگی کرده‌اند.

مذهب بیشتر جمعیت استان کرمانشاه را مسلمانان تشکیل می‌دهد که در حدود ۹۹٪ درصد می‌باشد. در میان پیروان اسلام بیشتر شیعیان و درصدی نیز اهل تسنن می‌باشند. گروهی نیز با نام اهل حق شناخته می‌شوند. برخی نیز زردشتی هستند.به طور کلی اقلیت‌های مذهبی استان در مجموع ۱۷/۰ درصد از کل جمعیت را تشکیل می‌دهند که مهمترین آنها زردشتیان با ۱۲/۰ درصد، مسیحیان ۰۲/۰ درصد و کلیمیان ۰۳/۰ درصد از کل جمعیت را دارد.

کرمانشاه نهمین شهر پرجمعیت ایران است که براساس آمار درگاه ملی آمار ایران در سال ۱۳۸۵ جمعیت شهر در سال ۱۳۸۸ براساس آماری که انتشار داده **۸۱۵۰۰۱۴** نفر برآورد شده‌است.

اقتصاد کرمانشاه مرکز کشاورزی ایران است و بیشتر درآمد اقتصادی این شهر نیز از این راه است .همچنین میزان صادرات مواد غذایی، مصالح ساختمانی و صنایع دستی کرمانشاه در ۳ ماه نخست سال ۱۳۸۸ در مجموع ۹٪ از صادرات کل کشور را شامل می‌شود .کرمانشاه مرکز کشاورزی ایران است و بیشتر درآمد اقتصادی کرمانشاه از این راه است. درکرمانشاه دو شهرک صنعتی وجود دارد که بیش از ۲۵۶ واحد صنعت و تولیدی در آن احداث شده‌است. در شش ماه اول سال ۱۳۸۷ بیش از ۲۳۸،۶۵۲ تن کالای غیرنفتی به ارزش ۱۰،۵۳۱ میلیون دلار را از مبادی‌های خروجی استان کرمانشاه صادر شد و همچنان مقام اول صادرات به کشور عراق و مقام هشتم صادرات کشور ایران را به خود تخصیص داد[مهمترین کارخانه‌های شهر کرمانشاه عبارتند از: کارخانه‌های قند، پالایشگاه کرمانشاه، پالایشگاه نفت آناهیتا، مجتمع پتروشیمی کرمانشاه، کارخانه سیمان غرب، کارخانه سیمان سامان، کارخانه اسید سیتریک کرمانشاه (تنها کارخانه اسید سیتریک خاورمیانه) .

اعــتبار بخــشی بیــمارســتانیJCI

تعریف اعتبار بخشی:

اعتباربخشی به معنی ارزیابی سیستماتیک مراکز ارائهٔ خدمات سلامت با استانداردهای مشخص است. استانداردهایی که بر بهبود مداوم کیفیت، محوربودن بیمار و بهبود امنیت بیمار و کارکنان تأکید دارد. «اعتباربخشی » برای تشریح کیفیت خدمات بهداشتی درمانی و به عنوان مبنای تفکر آن به کار گرفته می شود.
خط مشی مراقبت های سلامت و درک آنچه به کیفیت مراقبت مربوط می شود و تمرکز برروی اصول بنیادی برای یکپارچه نمودن توسعهٔ سیستم بهداشت و درمان و پویانمودن آن، اساس «اعتباربخشی » را تشکیل می دهد.

کمیتهٔ تخصصی سازمان بهداشت جهانی(۱۹۹۲) «بیمارستان » را به عنوان یک بخش جامع ازسازمان پزشکی اجتماعی تعریف کرده است که برای جمعیت تحت پوشش خود، خدمات بهداشتی درمانی کاملی شامل درمان، تشخیص، پیشگیری و سرپایی فراهم میکند. بیمارستان مرکزی است برای آموزش کارکنان بهداشتی درمانی و تحقیقات زیستی اجتماعی؛«
بیمارستان» مؤسسه ای است که مراقب تهای پرستاری و پزشکی را برای بیماران « بیمارستان » بنابراین، ازلحاظ عملی شامل توانبخشی به بیماران بستری و سرپایی، « بیمارستان » بستری فراه مم یآورد .سایر فعالیتپژوهش های اپیدمیولوژی بالینی و تحقیقات سازمانی و اجتماعی است.
«اعتباربخشی به معنی ارزیابی سیستماتیک مراکز ارائهٔ خدمات سلامت با استانداردهای مشخص است .استانداردهایی که بر بهبود مداوم کیفیت، محوربودن بیمار و بهبود امنیت بیمار و کارکنان برای تشریح کیفیت خدمات بهداشتی درمانی و به عنوان مبنای تفکر آن « اعتباربخشی . تأکید دارد»
به کار گرفته می شود.خط مشی مراقبت های سلامت و درک آنچه به کیفیت مراقبت مربوط می شود و تمرکز برروی اصول اعتباربخشی بنیادی برای یکپارچه نمودن توسعهٔ سیستم بهداشت و درمان و پویانمودن آن، اساس را تشکیل می دهد.اعتباربخشی به طور اختصاصی برای ارائهٔ مراقبت های بهداشتی درمانی طراحی و ارائه شده است.بنا بر این ، استانداردهای آن در مقایسه باEFQM یاISO برای سازما نهای بهداشتی درمانی اختصاصی تر به شمار می آید .اعتباربخشی خواهان آن است که درجایی که تقاضای قاطعانه ای برای تعهد و شفافیت وجوددارد، به عنوان راهی برای هدایت نظارت دولت انتخاب شود.
- توانایی‌های EFQM در سادگی و آسان بودن آن است .اجرای آن نیز نسبتاً کم هزینه بوده و به طور تجربی در کشورهای مختلف با تفاو تهایی انجام شده است.
- در مراقبتهای خاص سلامت EFQM .برای استانداردهای عملیاتی مناطق خاص سلامت که نقطهٔ اشتراک با صنعت دارد، همچون نتایج بالینی رضایت مندی بیمار و پرسنل به کار برد ه می شود
- **ایزو** به طور سنتی به عنوان راهی برای تضمین استانداردکردن فرآورده ها و عملکردهای خاص(عمدتاً مستندسازی فرایندها و سیستم مدیریت)مورد استفاده قرارمی گیرد .**ایزو** بیشتر در بخشهای مکانیکال مانند آزمایشگاه، رادیولوژی و حمل ونقل کاربرددارد؛ ولی در تمام بیمارستا نها و کلینیکها نیز به کار گرفته می شود.
- فرایند ممیزی مطابق استانداردها صورت گرفته است و هدفی برای ارتقای سازمان ندارد.
در اواسط قرن نوزدهم، فلورانس نایتینگل ارتباط منطقی را بین کیفیت مراقبت پرستاری سربازان زخمی و کاهش میزان مر گ ومیر دریافت که در طراحی چند معیار برای کیفیت مراقبت پرستاری تأثیرگذار بود
در سال 1998 ، کمیتهٔ مشترک بین المللی(JCI) به عنوان شاخه ای از کمیتهٔ مشترک ایالت متحده به وجود آمد و ویرایش جدید استانداردها مطابق باماُموریت **ارتقای ایمنی** و **کیفیت مراقبت بیمار** درسراسر دنیا بازبینی مجدد گردید.
از دههٔ 1950 تا اوایل 1990 ، برنامه های اعتباربخشی فقط در کشورهای پیشرفته وجودداشت .اما افزایش نیاز به ارتقای کیفی خدمات بهداشتی درمانی و آمارهای روبه تزاید خطاهای پزشکی، به گسترش چشم گیر آن در سا لهای اخیر منجرشد به طوری که در دههٔ 1990 ، در برخی از کشورهای درحال توسعه نیز اجراشد و تا سال 2004 ، تقریباً 60 کشور یا اجراکننده و یا در حال انجام پروسه های ایجاد برنام ههای اعتباربخشی ملی مراقبت سلامت بودند **امروزه درتعیین اعتبار باید به این اصل مهم و اساسی توجه داشت که مؤسسه های درمانی تا چه اندازه قابلیت تأمین نیازهای ایمنی، رفاهی، مراقبتی وحقوقی بیماران را دارا هستند، ازنظراقتصادی در**

چه رتبه و درجه ای از مقبولیت قراردارند و به چه میزان قادرند اطمینان خاطر سازمانهای بیمه گر را به عنوان حافظ منافع بیمه شدگان خود فراهم نمایند.

حیطه های ۱۳ گانه اعتبار بخشی بیمارستانی:

1. Accesses and Continuoing of Care)ACC(— دسترسی به درمان و تداوم درمان
2. Patient and Family Rights)PFR(— حقوق بیمار و خانواده
3. Assessment of Patients)AOP(— ارزیابی بیماران
4. Care of Patients)COP(— مراقبت از بیماران
5. Anesthesia and Surgical Care)ASC(— مراقبت جراحی و بیهوشی
6. Medication Management and Use)MMU(— استفاده و مدیریت دارو
7. Patient and Family Education)PFE(— آموزش بیمار و خانواده
8. Quality Improvement Patient Safety)QIPS(— بهبود کیفیت و ایمنی بیمار
9. Prevention and Control of Infections)PCI(— پیشگیری و کنترل عفونت
10. Governance, Leadership and Direction)GLD(— نظارت، رهبری و مدیریت
11. Management of Communication and Information)MCI(— مدیریت اطلاعات و ارتباطات
12. Facility Management and Safety)FMS(— مدیریت تأسیسات و ایمنی
13. Staff Qualifications and Education) SQE(— آموزش حین خدمت و مهار تهای حرف پزشکی

حاکمیت خدمات بالینی Clinical Governance

تاریخچه

اولین جنبش ارتقاء کیفیت خدمات سلامت در سال ۱۹۴۸ در انگلستان بدلیل نابسامانی در امر درمان بیماران و عوارض زیادی با مراجعه به بیمارستان برای آنان بوجود آمد با تاسیس نظام سلامت ملی شروع شد.

در سال ۱۹۹۹ سازمان ملی خدمات سلامت انگلستان تاسیس شد و مستقیماً به مساله کیفیت مراقبت سلامت پرداخت.

دولت برای اولین بار مسوولیت قانونی امر کیفیت را عهده دار شد و نگرش حاکمیت فراگیر که پیش از این تنها در مورد امور مالی و بارکاری کاربرد داشت به عرصه ارایه کیفیت گسترش پیدا کرد. بدین ترتیب کیفیت به جای یک ضمیمه مطلوب به هدفی غالب تبدیل شد.

تعریف حاکمیت بالینی

چارچوبی که سازمانهای ارائه دهنده خدمات سلامت را موظف به رعایت اصول تعالی خدمات بالینی نموده و از این طریق آنها را در مقابل حفظ و ارتقای کیفیت خدماتی که ارائه می دهند پاسخگو می گرداند.

اجزای حاکمیت بالینی

حاکمیت بالینی بر هفت محور اصلی بنا نهاده شده که عبارتند از :

۱. تعامل و مشارکت با بیماران
۲. تربیت و آموزش نیروی انسانی
۳. مدیریت خطر
۴. استفاده از اطلاعات
۵. ممیزی بالینی
۶. اثر بخشی بالینی
۷. مدیریت کارکنان

۱. محور اول : تعامل و مشارکت با بیماران

در این محور بیمار در اولویت قرار دارد و حفظ کرامت انسانی بیماران با رعایت منشور حقوق بیمار از مهمترین اقدامات این محور است. فعالیتهایی که در این محور بایستی انجام گردد در راستای ایجاد رضایتمندی و سنجش میزان رضایتمندی بیمار خواهد بود

فعالیتهای مهم این محور شامل :

۱- راه اندازی سیستم شکایات و پاسخگویی به این شکایات است

۲- ایجاد سیستم طرح تکریم و جاری سازی محورهای منشور حقوق بیمار است

۳- ایجاد سیستم رضایت آگاهانه برای بیمار مشارکت وی در کلیه تصمیم گیریها

۴- ایجاد سسیستم و فرآیند آموزش به بیمار

۵- ایجاد سیستم رضایت سنجی

مطالعات نشان می دهد هر فرد راضی ، رضایت خود را حداکثر به ۲ یا ۳ نفر بیان می کند ولی هر فرد نارضی، نارضایتی خود را به طور متوسط به ۱۳ نفر گزارش می دهد . در عین حال بین نارضایتی و شکایت فرق است . همه نارضایتی ها منجر به شکایت نمی شوند و این نسبت در فرهنگ های مختلف متفاوت است . در برخی تحقیقات این نسبت ۱ به ۷ گزارش شده است. .

بر مبنای بررسی های به عمل آمده در مقابل هر شکایت شفاهی ، چهار بیمار ناراضی وجود دارد و در مقابل هر شکایت کتبی یکصد شکایت شفاهی وجود دارد.

در حقیقت باید گفت: در مقابل یک شکایت کتبی احتمالا" در حدود چهارصد (۴۰۰) بیمار ناراضی وجود دارد.

بر اساس گزارشی از ایران در هر سال، بیش از ده هزار پرونده قصور پزشکی به سازمان های پزشکی قانونی و نظام پزشکی ارجاع می شود، که در ۵۰٪ موارد پزشکان از اتهام تبرئه و در بقیه موارد محکومیت های مختلف پیدا کرده اند. البته در میان پرونده های منجر به فوت فقط ۱۶ مورد به محرومیت از طبابت محکوم شده اند. این در حالی است که خطاهای داروئی ، شایعترین نوع خطای پزشکی در بیشتر کشورها است.

اطلاعات به دست آمده از فرآیند رسیدگی به شکایات می تواند منجر به بهبود خدمات و فرآیند ها شود و در صورتیکه به خوبی مدیریت شود می تواند اعتبار بیمارستان را صرف نظر از اندازه، موقیت و نوع فعالیت بهبود بخشد.

۲. محور دوم : آموزش کارکنان

توانasازی نیروی انسانی ، یعنی ایجاد ظرفیتهای لازم در کارکنان برای قادر ساختن آنان به ایجاد ارزش افزوده نقشی که بر عهده دارند ..

چرا کارکنان را توانا سازیم :

از نظر برونی ، رقابت شدید در سطح جهانی ، تغییرات سریع و باور نکردنی ، تقاضاهای جدید برای کیفیت و خدمات و محدودیت منابع ، پاسخگویی سریع را از سازمانها می طلبد.

از جنبه درونی ، کارکنان احساس می کنند که با آنها صادقانه برخورد نمی شود ، مایوس و سرخورده شده و سازمان پیوسته توقع بیشتری دارد و مرتباً قواعد بازی را تغییر می دهد ، در عین حال ، کارکنان طالب کار با معنی هستند ، صراحت و صداقت بیشتری را خواستارند و خودیابی ، خود شکوفایی بیشتری از کارشان می خواهند

ویژگیهای سازمان توانمند :

- بر محتوای شغل می افزاید .
- مهارتها و وظایف تشکیل دهنده شغل را توسعه می بخشد .
- برای ابداع و نوآوری و خلاقیت زمینه ای مساعد بوجود می آورد .
- کنترل بیشتری روی تصمیمات مربوط به کار اعمال می کند .
- کارمند بجای یک قسمت از کار ، یک کار کامل را انجام می دهد .
- رضایت مشتری را تامین می کند .
- زمینه جهت یابی بازار را فراهم می آورد .

عوامل موثر بر توانasازی کارکنان :

۱ - عوامل فردی (تحصیلات ، سابقه کار ، جنسیت ، نژاد ، عزت نفس)

۲ - عوامل گروهی (اثربخشی گروه ، اهمیت گروه ، اعتماد درون گروهی ، ادارک افراد گروه نسبت به تاثیرشان بر مدیران)

۳ – عوامل سازمانی (ابهام در نقش ، دسترسی به منابع ، حیطه کنترل ، دسترسی به اطلاعات ، حمایت اجتماعی سیاسی ، جایگاه فرد در سلسله مراتب سازمانی و جو مشارکتی واحد .

نشانه هایی از عدم توانایی در سازمان : افراد نسبت به کارشان رغبت زیادی ندارند . انسانها نسبت به کارشان احساس منفی دارند. هیچکس آنچه را که در ذهنش می گذرد، بیان نمی کند .

موانع توانمند شدن

نگرشهای بد . فقدان امنیت . نیاز به کنترل

۳. محور سوم :**مدیریت خطر (ارزیابی ریسک)**

تعریف : ارزیابی ریسک (مخاطرات)

رویکردی برای شناسایی خطر و تعیین اثرات احتمالی آنها بر هر یک از جامعه یا سازمان است

ارزش ارزیابی آسیب پذیری : ارزیابی مخاطرات اطلاعات لازم برای موارد زیر را فراهم میکند

۱. رشد و توسعه پایدار (برنامه ریزی استراتژیک برای کاهش آسیب پذیری)
۲. پیشگیری و تخفیف شدت حوادث و آماده سازی جامعه برای مقابله با آنها
۳. فاز مقابله با حوادث و بحرانها
۴. بهبود وضعیت مدیریت حوادث و بحرانها

مفهوم آسیب پذیری :

تعریف از جنبه استعداد : فاکتورهایی در جامعه که وقوع شرایط بحران را امکان پذیر می سازد

تعریف از جنبه ظرفیت : توانایی جامعه برای مقابله با آسیب های ناشی از حوادث و خطرات (فاکتور های مختلف که امکان پاسخ دهی به حوادث و بهبودی آن را امکان پذیر می سازد)

معنای خطر : تهدیدی نسبت به افراد و ارزشهای موجود . تهدیدی نسبت به زندگی ، سلامت ، کالاها و محیط اطراف ناشی از تشدیدی فرایندهای طبیعی و تکنولوژیک . پتانسیل ایجاد آسیب در یک عامل یا یک فرایند.

خطر پتانسیل ایجاد حادثه است

چرا باید برای شرایط اضطراری برنامه ریزی نمود :

۱. شرایط اضطراری بر سلامت جامعه تاثیر منفی و مخرب دارد
۲ . باعث مرگ . مصدومیت . کوچ اجباری و بی خانمانی میگردد
۳. خطر بروز اپیدمی وبیماریهای خارج از کنترل میگردد
۴. آثار زیانبار اقتصادی بر جامعه دارد

شناسایی خطر

انجام عملی ارزیابی ریسک

آمارها و مطالعات جهانی

آمار انجمن پزشکی آمریکا IOM :مرگ سالیانه ۴۴ تا۹۸هزار بیمار در اثر خطاهای درمانی . بعضی برآوردها بیش از ۱۹۵هزار نفردر سال . = سقوط روزانه ۶ فروند جت مسافربری! . ۵تا ۶مین علت مرگ در آمریکا . مطالعات انگلیس و استرالیا حتی آمار بالاتری را نشان می دهند

نه (۹) راه حل ایمنی بیمار

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 ازاتصالات 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

چک لیست جراحی بیمار

یکی از موارد مهم ایمنی بیمار ، ایمنی و اطمینان از کلیه مراحل برای عمل جراحی بیمار است و میتوان برای آن یک چک لیست تهیه نمود که به بررسی ۱۰ نکته برای تضمین ایمنی جراحی می پردازد:

۱. بیمار درست، محل درست عمل، عمل جراحی درست
۲. امنیت بیهوشی (داروهای بیهوشی)
۳. ایمن بودن عملکرد تنفسی و راههای بیهوشی
۴. تمهید جبران خون از دست رفته
۵. عوارض ناخواسته یا آلرژیک داروئی
۶. جلوگیری از عفونت محل عمل جراحی
۷. ممانعت از جاماندن سهوی لوازم جراحی و گازها در محل عمل
۸. آماده سازی جهت تحویل صحیح نمونه عمل بیمار به آزمایشگاه
۹. برقراری ارتباط موثر بین اعضای تیم
۱۰. برقراری نظام مراقبت برای اتاق عمل و برنامه جراحی ایمن

شاخصهای ایمنی بیمار شامل چه مواردی است Patient Safety Indicators

۱-عوارض بیهوشی ۲-مرگ در گروههای تشخیصی (DRG) با احتمال مرگ پایین

۳-زخم بستر ۴- شکست در نجات بیمار

۵-جسم خارجی بجا مانده در بدن بیمار به هنگام عمل جراحی

۶-پنوموتوراکس در اثر بی احتیاطی گروه درمانی ۷-عفونت انتخابی به دلیل مراقبت درمانی

۸-شکستگی لگن بعد از عمل جراحی ۹-هماتوم یا خونریزی بعد از عمل جراحی

۱۰-اختلالات فیزیولوژیک و متابولیک بعد از عمل جراحی

۱۱-نارسایی تنفسی بعد از عمل ۱۲ - آمبولی ریوی یا ترومبوز عمیق وریدی

۱۳- عفونت خون بعد از عمل جراحی ۱۴- جدا شدن زخم بعد از عمل جراحی در بیماران جراحی شکمی و لگنی

۱۵- پارگی و سوراخ شدگی تصادفی ۱۶- واکنش ناشی از انتقال خون

۱۷- آسیب حین تولد- آسیب به نوزاد ۱۸- ترومای زایمان طبیعی با ابزار

۱۹-ترومای زایمان طبیعی بدون ابزار ۲۰-ترومای زایمان – سزارین

برای کنترل ایمنی و پیشگیری از خطای درمانی چه باید بکنیم؟

ایجاد فرهنگ عاری از سرزنش سازنده در سازمان تا کارکنان با شجاعت وقایع را گزارش و در یافتن راه حل مشارکت کنند. یک از ریسکهای مهم ، بروز خطاهای پزشکی است

خطاهای پزشکی :

تعریف خطای پزشکی

خطا ها یا اشتباهاتی که توسط گروه پزشکی رخ میدهد و می توانند منجر به آسیب به بیمار گردند

خطاها را اینطور تقسیم نموده اند :

خطاهای انسانی شامل(تشخیص. تجویز. ثبت . درمان)

خطاهای سازمانی شامل (ساختاری. فرآیندی)

خطای وابسته به تکنولوژی

انواع خطاهای انسانی از نظر دانش و اطلاعات مورد نیاز:

Mistak اطلاعات در دسترس نباشد یا اطلاعات ناقص باشد

Lapse اطلاعات درست به کار نادرست گرفته شود

Slip برنامه درمان یا مسیر درمانی درست طراحی شده ولی اجرای آن اشتباه باشد

انواع خطاهای انسانی از نظر توانایی فردی: (Commission Human انجام اقدام اشتباه . داروی اشتباه . اندیکاسیون اشتباه . روش انتقال اشتباه به بیمار مثلا تزریق وریدی بجای عضلانی . طول مدت درمان یا فواصل اشتباه. نام بیمار یا اطلاعات اشتباه از او. Human

Omission عدم اقدام اشتباه . ناتوانی در تنظیم دوز . عدم ذکر طول درمان یا دوز مورد نیاز. عدم تجویز روش استفاده توسط بیمار . عدم ذکر اطلاعات . قانونی مورد نیاز مثل تشخیص بیماری)

انواع خطا از نظر تمایز (Active فورا قابل مشاهده . Latent خطاهای غیر مشهود یا کمتر مشهود)

خطاهای پزشکی در چه مراحلی از کار رخ می دهند؟ در هر مرحله از ارائه خدمات بالینی از تشخیص تا درمان حتی در فاز پیشگیری

حوادث ناخواسته قابل پیشگیری : Event Preventable Adverse : حوادثی که متعاقب یک مداخله یا مواجهه پزشکی منجر به آسیب به بیماراز سوی ارائه کنندگان می گردند و با شرایط بیمارو بیماری زمینه ای او ارتباطی نداشته و خارج از سیر قابل انتظار بیماری رخ می دهند.

Sentinel Event حوادث مرگ آفرین وناگوار :

- وقایع غیر منتظره منجر به مرگ یا صدمه جدی (Death/Harm)، فیزیکی یا فیزیولوژیک یا خطر وقوع آنها اگر چه منجر به مرگ یا صدمه جدی نشود.

مثلا مرگ یک بیمار بدلیل پنومونی متعاقب عمل جراحی

مرگ یا عارضه جدی شبیه از دست دادن عملکرد یک عضو که به شرایط بیماری و بیماری زمینه ای بیمار مرتبط نباشد **نزدیک به خطا**

Near- Miss /Close Call/ Potential Adverse Event

- **اشتباهی که توانائی بالقوه ایجاد حادثه یا اتفاق ناخواسته را دارد اما بعلت زیر متوقف شده و روی نداده است .** (علت خوش شانسی (Good Fortune Reasons) . قوی بودن بیمار (تزریق پنی سیلین به بیمار دارای سابقه آلرژی ولی عدم ایجاد واکنش بیمار) . مداخله همزمان افراد یا اعمالی دیگر (پرستار متوجه تجویز اشتباه پزشک می شود .) . مرور مجدد اطلاعات Recovery of Identification بررسی مجددنام بیمار ونوع داروی تزریقی)

حوادث بدون عارضه No Harm Event

حوادثی که اتفاق می افتد ولی نتیجه هیچ آسیبی جهت بیمار ندارد (No Actual Harm) ولی حالت بالقوه درایجاد آسیب را تاپایان پروسه دارد . حادثه متوقف نمی شود ولی عارضه ندارد

مهمترین خطا های پزشکی : خودکشی بیمارSuicide (۱۶,۷٪) . خطاهای قبل و بعداز عمل جراحی(۱۲,۱٪) Post & pre Operation . خطا در تجویز Medication Error (۱۱,۶٪) . جراحی روی موضع اشتباه(۱۱٪) Wrong Site . افتادن بیمار Patient Fall (۵,۱٪)

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

❋ **رویکرد به خطاهای پزشکی:** خطاهای پزشکی را می توان از دو دیدگاه کلی مورد بررسی قرار داد.

1. **دیدگاه سنتی یا رویکرد فردی Approach Personبه خطا**
2. **دیدگاه جامع نگر یا رویکرد سیستمی Approach System به خطا**

در این دو رویکرد در موارد ذیل با یکدیگر متفاوتند: نوع نگرش به علل و عوامل ایجاد کننده خطا . نحوه مدیریت خطا،

۱- رویکرد فردی Personal Approach

به طور معمول برخورد اولیه با یک خطا، پیدا کردن فرد خطا کار و سرزنش کردن وی است. رویکرد ساده ایست که طبق آن رخداد نامطلوب و علت ایجاد آن (فرد خطاکار) کاملاً مشخص است. تمامی تلاش ها برای کاهش خطا بر افراد و اقدام اشتباه صورت گرفته متمرکز است و برای بهبود عملکرد افراد از روش هایی مانند ذیل برای فرد خطاکار، استفاده می شود از جمله آموزش اجباری، هشدار، وضع قوانین و تعیین مجازات.

۲- رویکرد سیستمی : System Approach

در این رویکرد به جای سرزنش افراد خطاکار، به خطاها به عنوان پدیده هایی اجتناب ناپذیر که می توان از آنها جهت ارتقاء عملکرد سیستم بهره برد، نگریسته می شود. ، رویکرد سیستمی کوششی در جهت تغییر سیستم به گونه ای است که احتمال وقوع خطا در آن کم شود. برای این منظور، باید به بررسی و تحلیل عوامل زمینه ای تأثیر گذار بر پیدایش خطا در داخل سیستم پرداخت.

فاکتورهای تاثیر گذار Factors influencing : عواملی که در وقوع یا نتیجه حادثه غیر مستقیم تاثیر می گذارند.

فاکتورهای مسبب Factors Causative : عواملی که مستقیما باعث ایجاد حادثه می شوند .

آنالیز ریشه ای(Root Cause Analysis-(RCA)

مثال: داروی تجویز شده برای بیمار اطاق ۴۰۲ که در برگه اردر و در لیست داروهای تحویلی از داروخانه درست تحویل گرفته شده به بیماری در اطاق ۴۱۲ داده شده است و منجر به عوارض جانبی شده است..

نتیجه : شناسایی خطاهای مهم . برقراری و مستند سازی فرآیندهای شناسایی و تحلیل و بازخوانی و اصلاح خطاها شناسایی دلایل بروز خطا در بالاترین سطح . شناسایی دلایل بروز خطا درسطح میانی . شناسایی دلایل بروز خطا درسطح عملیات .

سه روش برای شناسایی خطاها وجود دارد : گزارش دهی اجباری . گزارش دهی اختیاری . سیستم های فعال نظارتی

۱- **حادثه ناگوار:** حادثه ای است که موجب مرگ یا آسیب جدی به بیمار شده، یا کارکرد سازمان را مختل نموده باشد.

۲- **حادثه بدون عارضه:** حادثه ای است که بالقوه می توانست ضرر رسان باشد ولی منجر به هیچ گونه زیان واقعی نشده است.

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

ایجاد برنامه های مدیریت خطا:

یک فرآیند ۶ مرحله ای جهت مدیریت خطا پیشنهاد میشود.

۱- شرح حال و معاینه که باید شامل بررسی جزئیات در مورد سازمان و کارکنان آن باشد.

۲-دریافت اطلاعات محرمانه سیستم های گزارش دهی خطاها، جزئیات حوادث ناگوار و موارد نزدیک به خطا و مشاهده سیستماتیک فعالیت های گروهی.

۳- مقابله با عوامل مخفی شناسایی شده، تغییر محیط شغلی و سازمانی، تهیه دستورالعمل های اجرایی استاندارد و پایه ریزی یک سیستم شناسایی خطای غیر تنبیهی

۴- اجرای دوره های آموزشی در کارگروهی، شناخت خطاها و محدودیت های عملکردی افراد

۵- تقویت روابط بین فردی و مهارتهای تکنیکی

۶- تداوم مدیریت خطا به عنوان یک برنامه سازمانی از طریق دوره های آموزشی ممتد و جمع آوری اطلاعات

اگر سازمان ها و محیط های شغلی، اجتناب ناپذیری رخداد خطا را بپذیرند و به اهمیت جمع آوری اطلاعات در مدیریت خطا پی ببرند، تلاش های سیستماتیک در ارتقای امنیت به طور حتم میزان و شدت حوادث ناگوار را کاهش خواهد داد.

۴. محور چهارم : **استفاده از اطلاعات در حاکمیت بالینی**

دامنه و حوزه فعالیتهای این محور در کلیه محورها بوده و اطلاعات حاصله از کلیه فعالیتها بایستی جمع آوری و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته و کلیه اطلاعات در صورتی که در زمینه ضعف و یا نقاط قابل بهبود باشد می تواند به عنوان نقاط هدف مد نظر قرار گرفته و نیز در صورتی نقطه قوت باشند برای استفاده از آنها در سایر زمینه ها ودر استراتژی مرکز گنجانده شوند . این دامنه فعالیت شامل موارد ذیل است

۱. ارزشهای حاکم بر مرکز
۲. تعیین اقلام قابل اندازه گیری محورهای حاکمیت بالینی
۳. تعیین سنجه ها و روش اندازه گیری سیاستگذاری و عملکرد
۴. تعیین شیوه سنجش کیفی داده های مرتبط
۵. تعیین شیوه گزارشگیری، گزارش دهی محورهای حاکمیت بالینی
۶. تعیین روش جمع بندی و تحلیل نتایج و بازخورد آن به تصمیمات حوزه درمان
۷. تعیین روش پایش کیفیت و اعتبار داده ها
۸. پیش بینی مکانیزمهای تامین محرمانگی و اعتماد بیمار

۵. محور پنجم : **ممیزی بالینی**

ممیزی بالینی فرایندی است برای ارتقای کیفیت خدمات بالینی که از مجموعه ای از فعالیتهای به هم مرتبط تشکیل شده است. در این فرایند، استاندارد ارائه خدمت یا مراقبت مورد نظر تعیین و تدوین میشود، سپس وضعیت موجود بررسی گردیده و مواردی که عدم تطابق با استاندارد وجود دارد مشخص میشود.

در مورد ممیزی بالینی موارد زیر همواره باید مدنظر قرار گیرند

ممیزی بالینی فرایندی برای ارتقای کیفیت است و بازرسی یا مچ گیری نیست.

برای انجام یک پروژه ممیزی بالینی همه ذینفعها باید درگیر شوند.

ممیزی بالینی باید به قسمتی از فرهنگ سازمان مبدل گردد.

ممیزی بالینی رویکردی نظام مند و مبتنی بر شواهد معتبر، در قالب استانداردها است و به ما اطمینان می بخشد که کیفیت خدمات سلامت به صورت پیوسته ارتقا می یابد.

انواع ممیزی: (مالی . داخلی . سازمانی)

اجزای ممیزی بالینی

۱) تعیین استانداردها

۲) بررسی وضعیت موجود

۳) مقایسه ی وضعیت موجود با استانداردها

۴) اعمال تغییر در صورت لزوم

۵) انجام مجدد ۴ مرحله قبلی جهت اطمینان از بهبود کیفیت فرایند مورد نظر چرخه ی ممیزی می گویند

مراحل انجام ممیزی بالینی:

الف: تشکیل تیم ممیزی بالینی

ب: **انتخاب موضوع :** الویت بندی در انتخاب موضوع (اهمیت بالینی موضوع مورد نظر. اهمیت آن برای استفاده کنندگان از خدمات نظام سلامت، مانند بیماران . فراوانی وقوع و خطرات ناشی از آن. علاقه ی پزشکان و ارائه دهندگان خدمات به آن حیطه. پیچیدگی و مشکل بودن مدیریت آن . هزینه تحمیلی به سیستم . در دسترس بودن استانداردهای حرفه ای و ملی برای آن . امکان اعمال تغییر در حیطه مرتبط با آن)

پ: **انتخاب نمونه :** «اگر چه همانند طرحهای پژوهشی، ایده آل آن است که همه ی جمعیت مورد نظر را بررسی کرده و مورد ممیزی قرار دهید ولی در عمل غیر ممکن بوده و اغلب انتخاب یک نمونه مناسب و با تعداد کافی کفایت می کند.

ت: در نظر گرفتن مسائل اخلاقی **ث: برنامه ریزی و جمع آوری اطلاعات**

ج: آنالیز داده ها چ: ارائه ی نتایج ه: نگارش گزارش

خ: اعمال تغییرات لازم خ: تکرار ممیزی د: انتشار

تعیین اهداف استانداردهای ممیزی: **هدف کلی**

هدف کلی را می توان به صورت سوالی که قرار است با انجام پروژه ی ممیزی به آن پاسخ داده شود بیان نمود، برای مثال: آیا در درمان زخم پای دیابتی، مطابق با بهترین درمان موجود عمل شده است؟

استانداردها

استانداردها باید همواره مبتنی بر «به روز ترین» و «در دسترسی ترین» شواهد موجود باشند، زیرا ارزش استانداردها به شواهدی است که بر آن استوارند. همچنین باید قبل از استفاده از استانداردها توافق در سطوح مختلف محلی و ناحیه ای در مورد آنها ایجاد شده باشد و گرنه در بهبود کیفیت خدمات بالینی نقشی نخواهند داشت.

خصوصیات استاندارد مبتنی بر شواهد:

زبانی علمی، دقیق و گویا داشته باشد. قابل سنجش و مقایسه باشد تا بتوان تطابق وضعیت موجود را با آن، مورد بررسی قرار داد. قابل اجرا باشد. مرتبط با اهداف پروژه ممیزی باشد. از نظر تئوری صحیح و قابل قبول باشد.

انتخاب نمونه:

اگر چه همانند طرحهای پژوهشی، ایده آل آن است که همه ی جمعیت مورد نظر را بررسی کرده و مورد ممیزی قرار دهید ولی در عمل غیر ممکن بوده و اغلب انتخاب یک نمونه مناسب و با تعداد کافی کفایت می کند.

۶. محور ششم : **اثر بخشی بالینی**

اثر بخشی بالینی اندازه گیری میزان رسیدن به هدف هر مداخله خاص است. اندازه گیری به خودی خود مفید است، ولی هنگامی اثربخش تر میشود که تناسب آن مداخله و میزان صرفه جویی اقتصادی ناشی از به کارگیری آن و رسیدن به هدف نیز لحاظ و محاسبه گردد.

راهکارهای طبابت بالینی Clinical Practice Guideline

راهکارهای بالینی که راهکارهای طبابت بالینی نیز نامیده میشوند، عبارات ساختارمندی هستند که به پزشک و بیمار در تصمیم گیری مناسب برای مواجهه با یک شرایط بالینی خاص کمک می کند. راهکارها طراحی می شوند تا کیفیت ارائه خدمات برای بیماران را بهبود بخشند،

در حیطه سلامت عمومی دو نوع راهکار وجود دارد:

راهکارهای مداخلاتی: این نوع راهکارها که توصیه هایی در مورد انواع مشخصی از فعالیت ها (مداخلات) ارائه می دهند. توسط سازمانهای محلی مسوول سلامت هر ناحیه تهیه می شوند.

دستورالعمل:Protocol

در مقابل راهکار که راهنمای ارائه خدمت است و پذیرش آن اختیاری بوده و اجباری نیست، دستورالعمل (پروتکل) وجود دارد که فاقد انعطاف پذیری بوده و عمل به آن الزام و التزام قانونی دارد.

دستورالعملهای مجموعه ای از فرایندها و فعالیتها هستند که برای درمان یک وضعیت خاص ارائه شده و به طور متوالی و با ترتیب مشخصی باید انجام شوند.

محور هفتم : مدیریت کارکنان

پیامدهای رضایت شغلی:

افزایش بهره وری فرد ،

تعهد سازمانی فرد،

تضمین سلامت فیزیکی و ذهنی فرد،

افزایش روحیه فرد،

افزایش رضایت از زندگی و

افزایش سرعت آموزش مهارتهای جدید شغلی

حقوق گیرندگان خدمت

آشنایی با منشور حقوق بیمار

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 تصمیم‌گیری 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

بینش و ارزش

یکایک افراد جامعه متعهد به حفظ و احترام به کرامت انسان ها می باشند. و دولت موظف است خدمات بهداشتی درمانی را برای یکایک افراد کشور تأمین کند.

محور اول: دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است.

۱. شایسته شان و منزلت انسان و با احترام به ارزش‌ها، اعتقادات فرهنگی و مذهبی باشد.
۲. بر پایه‌ی صداقت، انصاف،ادب و همراه با مهربانی باشد.
۳. فارغ از هرگونه تبعیض از جمله قومی، فرهنگی، مذهبی، نوع بیماری و جنسیتی باشد.
۴. بر اساس دانش روز باشد.
۵. مبتنی بر برتری منافع بیمار باشد.
۶. توزیع منابع سلامت مبتنی بر عدالت و اولویت های درمانی بیماران باشد.
۷. مبتنی بر هماهنگی ارکان مراقبت اعم از پیشگیری، تشخیص، درمان و توانبخشی باشد.
۸. به همراه تامین کلیه امکانات رفاهی پایه و ضروری و به دور از تحمیل درد و رنج و محدودیت های غیر ضروری
۹. . در مراقبت‌های ضروری و فوری (اورژانس)، بدون توجه به تأمین هزینه‌ی آن صورت گیرد. در موارد غیرفوری(الکتیو) بر اساس ضوابط تعریف شده باشد.
۱۰. در مراقبت‌های ضروری و فوری (اورژانس) ، در صورتی که ارائه خدمات مناسب ممکن نباشد، لازم است پس از ارائه‌ی خدمات ضروری و توضیحات لازم، زمینه انتقال بیمار به واحد مجهز فراهم گردد.
۱۱. در مراحل پایانی حیات که وضعیت بیماری غیر قابل برگشت و مرگ بیمار قریب الوقوع میباشد با هدف حفظ آسایش وی ارائه گردد. منظور از آسایش کاهش درد و رنج بیمار، توجه به نیازهای روانی، اجتماعی، معنوی و عاطفی وی و خانواده‌اش در زمان احتضار می‌باشد. بیماردر حال احتضار حق دارد در آخرین لحظات زندگی خویش با فردی که می‌خواهد همراه گردد.

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

محتوای اطلاعات باید شامل موارد ذیل باشد :

۱. مفاد منشور حقوق بیمار در زمان پذیرش
۲. ضوابط و هزینه‌های قابل پیش بینی بیمارستان اعم از خدمات درمانی و غیر درمانی و ضوابط بیمه و معرفی سیستم های حمایتی در زمان پذیرش
۳. نام، مسؤولیت و رتبه‌ی حرفه‌ای گروه پزشکی مسئول مراقبت از جمله پزشک، پرستار و دانشجو و ارتباط حرفه‌ای آن‌ها با یکدیگر
۴. روش‌های تشخیصی و درمانی و نقاط ضعف و قوت هر روش و عوارض احتمالی آن ، تشخیص بیماری، پیش آگهی و عوارض آن و نیز کلیه‌ی اطلاعات تأثیرگذار در روند تصمیم‌گیری بیمار .
۵. نحوه‌ی دسترسی به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی در طول درمان
۶. کلیه‌ی اقداماتی که ماهیت پژوهشی دارند.
۷. ارائه آموزش‌های ضروری برای استمرار درمان

نحوه‌ی ارائه اطلاعات باید به صورت ذیل باشد :

۱. اطلاعات باید در زمان مناسب و متناسب با شرایط بیمار از جمله اضطراب و درد و ویژگی‌های فردی وی از جمله زبان، تحصیلات و توان درک در اختیار وی قرار گیرد، مگر این‌که:

- تأخیر در شروع درمان به واسطه‌ی ارائه‌ی اطلاعات فوق سبب آسیب به بیمار گردد. (در این صورت انتقال اطلاعات پس از اقدام ضروری، در اولین زمان مناسب باید انجام شود.)
- بیمار علی‌رغم اطلاع از حق دریافت اطلاعات، از این امر امتناع نماید که در این صورت باید خواست بیمار محترم شمرده شود، مگر این‌که عدم اطلاع بیمار، وی یا سایرین را در معرض خطر جدی قرار دهد.

۲. بیمار می‌تواند به کلیه‌ی تصویر اطلاعات ثبت‌شده در پرونده‌ی بالینی خود دسترسی داشته باشد و آن را دریافت نموده و تصحیح اشتباهات مندرج در آن را درخواست نماید.

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

محدوده انتخاب و تصمیم‌گیری درباره موارد ذیل می‌باشد:

۱. انتخاب پزشک معالج و مرکز ارائه‌کننده‌ی خدمات سلامت در چارچوب ضوابط
۲. شرکت یا عدم شرکت در پژوهش‌های زیستی با اطمینان از اینکه تصمیم‌گیری وی تأثیری در و نحوه دریافت خدمات سلامت ندارد.
۳. 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 می‌دهد.
۴. اعلام نظر قبلی بیمار در مورد اقدامات درمانی آتی در زمانی که بیمار واجد ظرفیت تصمیم‌گیری می‌باشد ثبت و به‌عنوان راهنمای اقدامات پزشکی در زمان فقدان ظرفیت تصمیم‌گیری وی با رعایت موازین قانونی مد نظر ارائه کنندگان خدمات سلامت و تصمیم‌گیرنده جایگزین بیمار قرار گیرد.

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

۱. رعایت اصل رازداری راجع به کلیه‌ی اطلاعات مربوط به بیمار الزامی است مگر در مواردی که قانون آن را استثنا کرده باشد.
۲. در کلیه‌ی مراحل مراقبت اعم از تشخیصی و درمانی باید به حریم خصوصی بیمار احترام گذاشته شود. ضروری است بدین منظورکلیه‌ی امکانات لازم جهت تضمین حریم خصوصی بیمار فراهم گردد.
۳. فقط بیمار و گروه درمانی و افراد مجاز از طرف بیمار و افرادی که به حکم قانون مجاز تلقی می‌شوند میتوانند به اطلاعات دسترسی داشته باشند.
۴. 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 ضرورت‌های پزشکی باشد..

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

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.
۲. بیماران حق دارند از نحوه رسیدگی و نتایج شکایت خود آگاه شوند.
۳. خسارت ناشی از خطای ارائه کنندگان خدمات سلامت باید پس از رسیدگی و اثبات مطابق مقررات در کوتاه ترین زمان ممکن جبران شود.

در اجرای مفاد این منشور در صورتی که بیمار به هر دلیلی فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری باشد، اعمال کلیه‌ی حقوق بیمار- مذکور در این منشور- بر عهده‌ی تصمیم‌گیرنده‌ی قانونی جایگزین خواهد بود.

حقوق مردم

ماده ۲۵- مدیران و کارمندان دستگاه‌هایی اجرایی، خدمتگزاران مردم هستند و باید با رعایت موازین اخلاقی اسلامی و اداری و طبق سوگندی که در بدو خدمت ورود اداء نموده و منشور اخلاقی و اداری که امضا می نمایند وظایف خود را به نحو احسن در راه خدمت به مردم و با در نظر گرفتن حقوق و خواسته های قانونی آنها انجام دهند.

ماده ۲۶- دستگاه‌های اجرائی مکلفند مردم را با حقوق و تکالیف خود در تعامل با دستگاه‌های اجرائی آشنا نمایند.

ماده ۲۷- مردم در استفاده از خدمات دستگاه‌های اجرائی در شرایط مساوی از حقوق یکسان برخوردارند.

ماده ۲۸- دولت مکلف است به منظور تامین حقوق مردم و مراجعان رضایت و عدم رضایت مردم از عملکرد کارمندان را در ارتقاء، انتصاب و تمدید قراردادهای استخدامی و بهره‌مندی از سایر امتیازات استخدامی و اعمال تشویقات و تنبیهات لحاظ نموده و کلیه آئین نامه‌ها، شیوه نامه-ها، ضوابط اداری و استخدامی مربوط به کارمندان دولت را به عنوان یک عامل موثر منظور نمایند.

نحوه برخورد با ارباب رجوع عصبی

حتماً برای همه ما پیش آمده است که با افراد عصبی و پرخاشگر مواجه شویم و مطمئناً تنش های ناخوشایندناشی از برخورد با چنین افرادی ، کار و بعضاً زندگی ما را تحت تاثیر سوء خود قرار داده است حتماً مواجه شده اید با شرایطی که در آن همکاران یا بعضاً مدیر مجموعه نظاره گراعمال و رفتار ما هستند و ما می بایست با ارباب رجوعی که بسیار عصبی است برخورد واقع بینانه و منطقی داشته باشیم.

لزوم یاد گرفتن برخورد منطقی با مشتری عصبی :

اینکه تنش های ناشی از برخورد نامناسب مشتریان عصبی و ناراحت تا چه حد بر کار ما اثرات منفی می گذارد بر کسی پوشیده نیست طبعاً پس از چنین برخورد هائی احساس نا خوشایندی از کار به ما دست می دهد و دید منفی راجع به باقی مشتریان در ما ایجاد خواهد شد ، بهره وری و راندمان کاری ما افت خواهد کردو این مشکل فعالیت سایر همکاران و کل مجموعه را تحت تاثیر سوء خود قرار خواهد داد.

راهکارهای برخورد با یک مشتری عصبی :

۱- به یاد داشته باشید مسایل کاریتان را هیچ گاه شخصی نکنید برخورد هائی که در محیط کاری برای شما پیش می آید همه به کارتان مربوط می شود پس دقت کنید هیچ گاه مسئله را شخصی نکنید. این یعنی اینکه مشکل پیش آمده برای ارباب رجوع ناشی از فرایند ها و مجموعه کاری شما است نه خود شما .(البته در صورتی که برخورد شما منطقی و قانونی باشد)

۲- سعی کنید طرف مقابلتان را خوب بشناسید و خود را آماده برخورد مناسب با وی نمائید. رفتار و گفتار افراد گویای شخصیت آنان خواهد بود و هر فرد نوع برخورد خاص خود را می طلبد .

۳- با توجه به ماهیت کارتان همیشه آمادگی هر نوع برخوردی را در خود ایجاد نموده و توانائی خود را برای مقابله و مدیریت تنش ها بالا ببرید.

۴- در درگیری ها سعی کنید خود را به عنوان یک فرد کاملاً بی طرف که تنها از منظر انسانی به مشکل پیش آمده می نگرد نشان دهید

۵- نام افراد را پرسیده و ضمن صدا کردن افراد با نام آنها ایشان را دعوت به نشستن کنید .

۶- هیچ گاه با بی علاقگی بی اهمیتی و بی حوصلگی با افراد عصبی و پرخاشگر مواجه نشوید زیرا باعث تشدید عصبانیت آنها می شود.

۷- هیچ گاه (مخصوصاً در حضور دیگران) با الفاظ و جملاتی که موجب تحقیر افراد می شود با آنان صحبت نکنید .

۹- سعی کنید حالت رسمی را در مواقعی کنار بگذارید به طرف مقابل نشان دهید که حل مشکل ایشان برای شما اهمیت دارد.

۱۰- خوب به حرفهای آنان گوش دهید واجازه بدهید که فرد صحبتش را تمام کند.

۱۱- برخورد تند با افراد پرخاشگر مطمئناً باعث بدتر شدن اوضاع خواهد شد . پس هیچ گاه با چنین افرادی مثل خودشان برخورد نکنید .

۱۲- از به زبان آوردن جملاتی که باعث بی نظم جلوه دادن همکاران یا سیستم می شود خود داری کنید ، چون این موضوع باعث تشدید عصبانیت افراد می شود و کل مجموعه را نیز تحت تاثیر قرار میدهد و زیر سوال می برد.

۱۳- از به کار بردن جملاتی که احساس یاس و ناامیدی در افراد ایجاد می نماید خود داری کنید .به آنها بفهمانید که مجموعه در حد توان تلاش خواهد کرد مشکل آنان برطرف شو.

14- افراد را راهنمائی کنید تا سرگردان نشوند سرگردانی افراد عامل بسیاری از تنش ها خواهد بود.

۱۵- اگر در محل کارتان قادر به حل مشکل نیستید افراد را به مراجع بالاتر ارجاع دهید .

قطعاً اهداف مشتری به منظور رعایت اصل مشتری‌مداری برای یک سازمان مهم و با ارزش است و برای اینکه بتوان این اصل را در یک سازمان محقق ساخت باید برای این پرسش که" مشتری چه می‌خواهد؟" پاسخ های مناسبی یافت. هرکس و یا هرسازمانی که بتواند پاسخی کامل‌تر ، منطقی تر و قابل فهم تر برای این پرسش پیدا کند به طوریقین در عرصه رقابت از دیگر رقبا پیشی گرفته و می‌تواند اهداف سازمان را به سرمنزل مقصود نزدیک‌تر نماید.

برای اینکه بتوانیم درک کنیم که "مشتری چه می‌خواهد " باید خود را جای مشتری گذاشته و فکر کنیم که در صورتی که خود ما مشتری و نه کارمند یک سازمان هستیم ، توقعات و انتظارات ما از آن سازمان چیست. با کمی‌فکر و تعقل می‌توان به بخشی از این انتظارها رسید :

- مهمترین خواسته و اولویت اول هر مشتری بحث احترام است. هر انسانی دارای یک شخصیت مدنی و مستقل می‌باشد و همیشه دوست داشته و دارد که‌این شخصیت توسط دیگران پاس داشته شود و با دید محترمانه به آن نگریسته شود.

درصد زیادی از مشتریان اولویت اول خود را احترام سازمان و مدیران و کارکنان آن به خود می‌دانند و بعد از آن به فکر مسایل دیگر می‌باشند. وقتی با مشتری محترمانه برخورد کنیم او نیز در صدد پاسخی محترمانه بر می‌آید و این امر باعث می‌شود که فضایی به وجود آید که مشتری در آن احساس بیگانگی نکند.

مشتریان داوران نامریی یک سازمان هستند. بیشتر مشتریان در خصوص سازمان اظهار نظر نمی‌کنند و فقط درصد اندکی وقتشان را صرف می‌کنند تا اشکالات ما را بگویند. پس باید مشتریان را تشویق کنیم که هم شکایت کنند و هم پیشنهاد دهند.

مشتری‌مداری

در واقع نوعی مدیریت اسلامی‌است. مشتری‌مداری در واقع انسان مداریست و ارزش نهادن به‌انسان به عنوان ارزنده ترین موجود ، حضرت علی (ع) در سخنانشان می‌فرمایند:« آنچه را که برای خود می‌پسندی برای دیگران هم بپسند و آنچه را که برای خود نمی‌پسندی برای دیگران نپسند».

سازمانی که فقط و فقط همین جمله را در سر لوحه برنامه‌های خویش قرار دهد می‌تواند به راحتی به‌اصل مشتری‌مداری پایبند بوده و آن‌را رعایت نماید.

شرح وظایف کارکنان

شرح وظایف عمومی پرستار

پرستاری حرفه ای است تخصصی با نقش های چند گانه که دارای وظایف عمومی و اختصاصی می باشد . (وظایف عمومی در کلیه سطوح خدماتی و وظایف اختصاصی در سطوح تخصصی ارائه می شود) جهت تعیین شرح وظایف عمومی ، هدف کلی ارائه خدمات پرستاری و شرح شغل پرستاری ذیلا" ارائه می شود :

الف – هدف کلی :

ارائه خدمات پرستاری به مددجویان / بیماران - به مفهوم افراد نیازمند مراقبت در طیف سلامت – به جهت تامین ، حفظ و ارتقاء سطح سلامت و رفاه اجتماعی مددجویان

ب – شرح شغل :

پرستار با دید جامع و جامعه نگر ، بمنظور تامین ، حفظ و ارتقاء سطح سلامت و رفاه اجتماعی مددجویان ، در کلیه سطوح ارائه خدمات بهداشتی درمانی و توانبخشی که سطح اول آن فرد ، خانواده ، مدرسه ، کارخانه و ... سطح دوم مراکز بهداشتی درمانی ، سطح سوم بیمارستان و کلینیک های عمومی و تخصصی اعم از دولتی و خصوصی ، سطح چهارم مراکز فوق تخصصی و سطح پنجم مراکز توانبخشی

و نگهداری است انجام وظیفه می نماید .
وظایف یادشده در کلیه سطوح خدماتی ، شامل : پیشگیری ، غربالگری ، درمانی ، توانبخشی و نگهداری است که پرستاری در انجام وظایف با بکارگیری فرآیند پرستاری (بررسی و شناخت ، تشخیص پرستاری ، تدوین اهداف ، برنامه ریزی ، اجرا و ارزشیابی) خدمات خود را با توجه به ضرورت ایفای نقش های حمایتی ، حفاظتی ، آموزشی ، مراقبتی ، هماهنگی ، رهبری ، مشاوره ای و پژوهشی ارائه می نماید .
فعالیت ها / مداخلات پرستار بر سه نوع ا ست :
۱- فعالیت ها / مداخلات مستقل : فعالیت هایی است که براساس بررسی و شناخت و تشخیص پرستاری انجام می شود . (تغییر وضعیت در بیماران بی حرکت ، ارتقاء سطح آگاهی مددجو خانواده در مراقبت بهداشتی ، استفاده از روش های آرام سازی در کاهش اضطراب و ...)
۲- فعالیت ها / مداخلات غیر مستقل : فعالیت هایی است که در حیطه های بهداشتی درمانی و توانبخشی بنا به تجویز و توصیه پزشک و سایر اعضای تیم بهداشتی انجام می شود .
۳- فعالیت ها / مداخلات بینابینی : فعالیت هایی است که پرستار با همراهی و مشارکت سایر اعضای تیم مراقبت بهداشتی ، با توجه به عکس العمل های بیمار نسبت به درمان های تجویز شده انجام می دهد (کمک به مددجو در کاهش عوارض شیمی درمانی ، داروهای قلبی و غیره)
وظایف پرستار با تکیه بر رعایت منشور حقوق مددجو و مبتنی بر فرآیند پرستاری و استانداردهای مراقبتی بشرح ذیل می باشد :
۱) جلب اعتماد و اطمینان مددجو (فرد ، خانواده و جامعه) و برقراری ارتباط حرفه ای موثر و پاسخ صحیح به سوالات ، درخواست ها و مشکلات با دادن اختیار به وی (با بکارگیری مهارتهای کلامی و غیر کلامی و در نظر گرفتن تفاوتهای فردی مددجویان ، تلاش در ایجاد محیطی امن ، حفظ استقلال و کیفیت زندگی و سلامت)
۲) بررسی و شناخت و کسب اطلاعات از وضعیت سلامت مددجو و ثبت در پرونده
۳) تعیین و ثبت مشکلات و نیازهای بهداشتی مددجو و تشخیص پرستاری مبتنی بر دانش ، مهارت و پژوهش
۴) برنامه ریزی اقدامات مراقبتی براساس اهداف و اولویت ها وثبت آن در پرونده
۵) مشارکت وهمکاری با پزشک در انجام معاینات و نظارت بر فعالیت تیم پزشکی
۶) انجام اقدامات مراقبتی براساس استانداردهای خدمات پرستاری وثبت و پیگیری آن ، با توجه به : الف – تامین نیازهای جسمی ، روانی ، اجتماعی و خصوصی مددجو در موارد زیر :
بهداشت فردی (پوست و مو ، دهان و ...) / خواب ، استراحت و آسایش / تغذیه و متابولیک (گذاشتن سوند معده ، رژیم های غذایی ، تامین نیازهای تغذیه ای بیمار از طریق سوند معده ، لاواژ ، گاواژ) تامین نیازهای دفعی بیماری (سوند گذاری ، شست و شوی مثانه ، مراقبت از سوند و درن ها ، مراقبت از کلستومی ، انواع تنقیه و لاواژ) تنفس (تمرینات تنفسی ، اکسیژن رسانی ، ساکشن ، مراقبت از تراکتوستومی ، مراقبت از لوله تراشه) گردش خون (کنترل علایم حیاتی) – تحرک (حرکت در تخت ، خروج از تخت ، انتقال به صندلی تغییر وضعیت ، انجام حرکات فعال و غیرفعال ، بکارگیری از وسایل کمک حرکتی) تعادل آب الکترولیت ها (کنترل جذب و دفع و بررسی و حفظ تعامل الکترولیتی ، توزین روزانه) مراقبت از سیستم پوششی (مراقبت از پوست ، انواع زخم ها ، انجام بخیه لایه اول پوست ، کشیدن بخیه) مراقبت از سیستم عصبی (کنترل سطح هوشیاری بیمار و کنترل تحریکات محیطی مناسب) ارتقاء کیفیت زندگی و خودکفایی در فعالیت های روزمره زندگی با مشارکت تیم توانبخشی ، اعتلای مفهوم از خود در مددجو / تطابق روانی اجتماعی مددجو (تشویق بیمار به شرکت فعال تر در تصمیم گیری های درمانی خود ...) محیط مناسب جهت تامین نیازهای معنوی و مذهبی مددجو
ب - تامین نیازهای تشخیصی درمانی و تجویز شده در موارد زیر :
انجام بخور ، دادن داروهای خوراکی ، واژینال ، رکتال ، تزریقی (جلدی ، زیرجلدی ، وریدی ، عضلانی و واکسیناسیون) ، مایعات وریدی / تزریق خون و فرآورده های آن / پیشگیری و کنترل اثر درمان و عوارض جانبی آنها / TPN / تغذیه کامل وریدی / انجام EEG ،ECG ، گچ گیری ، آتل گذاری ، سوند گذاری داخل مثانه ، گذاشتن تراکشن ، بخیه لایه اول پوست
ج – انجام اقدامات اولیه احیاء قلبی ریوی تا حضور تیم احیاء
د – ارائه اقدامات پرستاری در انتقال بیمار از اورژانس یا اتاق عمل به بخش – از بیمارستان به بیمارستان – از بیمارستان به شهرستان و انجام اقدامات پرستاری در بحران ها و فوریت ها (اورژانس ها) تا حضور پزشک و ثبت و ارائه گزارشات مربوطه
۷) ارزشیابی نتایج خدمات ارائه شده به مددجو و درصورت لزوم بررسی و برنامه ریزی مجدد به منظور ارائه مراقبت های لازم

۸) ارائه اقدامات پرستاری جهت کنترل درد .
۹) شرکت در تیم بحران و اجرای وظایف از پیش تعیین شده
۱۰) بکارگیری روشهای تصمیم گیری و حل مشکل به کمک سایر اعضای تیم در موقعیتهای خاص و بحرانی و حوادث غیرمترقبه
۱۱) اقدامات مناسب در جهت تامین ایمنی بیمار یا مددجو و پیشگیری از حوادث احتمالی
۱۲) سرپرستی و نظارت مستمر برحسن اجرای اقدامات مراقبتی توسط سایر اعضای گروه پرستاری
۱۳) بررسی نیازهای آموزشی ، تعیین سطح انگیزش ، توسعه برنامه های آموزشی ، اجرای آموزش و ارزیابی یادگیری در مددجو ، خانواده و جامعه بمنظور تامین ، حفظ و ارتقاء سطح سلامت و رفاه اجتماعی
۱۴) ارائه اقدامات پرستاری قبل و بعد از عمل
۱۵) راهنمایی و مشاوره با مددجو در صورت لزوم ارجاع به سایر منابع تخصصی ، حمایتی و اجتماعی
۱۶) اولویت و آماده سازی مددجو جهت ترخیص
۱۷) شرکت در دوره های آموزشی و همکاری در برنامه ریزی های آموزشی – پژوهشی (آموزش ضمن خدمت ، بازآموزی ها ، آموزش دانشجویان پرستاری و سایر اعضای گروه بهداشتی درمانی ، همکاری در انجام پژوهش های مورد نیاز در جهت اعتلای کیفیت خدمات پرستاری ...)
۱۸) مشارکت در ارائه خط مشی های مراقبتی و بهداشتی و توانبخشی در جهت بهبود مداوم کیفیت خدمات
۱۹) مراقبت از بیمار و خانواده در مرحله احتضار و نظارت و کنترل به مراقبت از جسد طبق موازین شرعی
۲۰) تحویل بخش به پرسنل شیفت قبل و بعد بر بالین بیماران و گزارش اقدامات انجام شده
۲۱) پیگیری اقدامات پرستاری در منزل پس از ترخیص یا هماهنگی مرکز درمانی
۲۲) ثبت گزاش پرستاری در پرونده بیماران
۲۳) شرکت و همراهی با پزشک در ویزیت بیماران

شرح وظایف تخصصی پرستار در بخش دیالیز

علاوه بر وظایف عمومی، وظا یف تخصصی پرستار در بخش دیالیز با تکیه بر رعایت منشور حقوق مددجو ومبتنی بر فرایند پرستاری و استانداردهای مراقبتی به شرح زیر می باشد:

الف -شرح وظایف پرستار در بخش همودیالیز:

1-پذیرش و ارزیابی مددجو قبل از دیالیز
2-بررسی و حمایت روانی – جسمی مددجو جهت دیالیزو انجام تدابیر لازم در صورت مثبت بودن آزمایشات HIV ،
3-بررسی وضعیت مددجو از نظر انواع هپاتیت فوق.
4-رعایت اصول جداسازی در صورت مثبت بودن آزمایشات فوق
5-برنامه ریزی و اجرای واکسیناسیون براساس ضوابط مربوطه
6-بررسی راههای دست یابی به عروق و انتخاب بهترین راه ممکن
7-دستیابی به عروق به روش استاندارد از طریق فیستول / کاتترهای دو جداره / کورتکس و سایر روش ها
8-انجام مراقبت پرستاری از راه عروقی باز در مددجویان
9-رعایت اصول احتیاطات همه جانبه استاندارد به منظور پیشگیری از ابتلاء به بیماری های منتقله از راه خون
10-انتخاب صافی مناسب براساس وضعیت مددجو
11-انجام و بررسی آزمایشات قبل، حین و بعد از دیالیز و تعیین شرایط دیالیز مددجو
12-آماده کردن دستگاه دیالیز و وسایل مربوطه جهت وصل نمودن به مددجو
13-ست کردن دستگاه به روش استاندارد، شستشو و آماده کردن ست و صافی دستگاه دیالیز
اتصال مددجو به دستگاه دیالیز با توجه به وزن خشک و راه های دستیابی به عروق، تنظیم دستگاه براساس نیازهای خاص.
15- ROهماهنگی، کنترل و نظارت بر کالیبراسیون منظم و مستمر دستگاه های دیالیز و سیستم
بررسی نتایج آزمایشات قبل و بعد از همودیالیز و گزارش موارد ضروری به پزشک
17-ارائه تدابیر لازم در مواقع اضطراری از قبیل : پارگی ست و صافی، لخته شدن صافی، قطع برق، خرابی دستگاه.
18-ارائه مراقبت های خاص حین دیالیز جهت پیشگیری از عوارض، کنترل و درمان حین دیالیز از قبیل افت فشار خون، کرامپ عضلانی، درد قفسه سینه و سایر موارد

19-بررسی وضعیت مددجو از نظر میزان نیاز هپارین و تنظیم دستگاه جهت تزریق هپارین
20-بررسی مددجو و ارائه مراقبت های خاص دارویی با توجه به ویژگی های دارو به منظور پیشگیری از عوارض
21-بررسی مددجو از نظر علایم کم خونی و اتخاذ تدابیر لازم با نظر پزشک
22-تعیین و محاسبه میزان کفایت دیالیز در مددجویان و اتخاذ تصمیمات لازم با نظر پزشک
23-جدا نمودن مددجو از دستگاه بعد از انجام دیالیز و انجام مراقبت های لازم حین قطع و بعد از دیالیز
24-شستشوی دستگاه دیالیز براساس استانداردها
25-هماهنگی جهت انجام کشت های منظم از دستگاه دیالیز
26-تعیین نیازهای آموزشی و مشاوره با مددجو و خانواده مددجو و ارائه آموزش های لازم
27-بررسی و اتخاذ تصمیمات لازم جهت دیالیز در منزل در صورت امکان
28-بررسی وضعیت اقتصادی – اجتماعی مددجو و ارجاع وی به واحدهای ذیربط در صورت امکان
29-هماهنگی با تیم درمان در انجام فرآیندهای تشخیصی، درمانی و توانبخشی
30-ثبت دقیق و گزارش کلیه اقدامات انجام شده

ب -شرح وظایف پرستار در دیالیز صفاقی:

1-پذیرش و ارزیابی مددجو
2-بررسی و حمایت روانی – جسمی مددجو جهت دیالیز.
3-بررسی وضعیت مد دجو از نظر انواع هپاتیت HIV ، انجام تدابیر لازم و در صورت مثبت بودن آزمایشات فوق.

آماده نمودن مددجو و وسایل جهت انجام دیالیز صفاقی

5-مراقبت از محل ورود کاتتر، پانسمان و فیکس نمودن آن
6-آماده کردن محلول دیالیز صفاقی براساس اصول استاندارد
7-کنترل و برقراری سیستم دریافت و خروج مایع دیالیز صفاقی
8-بررسی مددجو از نظر کیفیت دیالیز، نتایج آزمایشگاهی و اتخاذ تدابیر لازم جهت انتخاب محلول مناسب
9-بررسی کیفی و کمی مایع خروج دیالیز صفاقی
10-رعایت اصول کنترل عفونت قبل، حین و در زمان اتمام دیالیز
11-ارائه تدابیر لازم حین دیالیز صفاقی و رفع مشکلات موجود
12-بررسی مددجو از نظر بروز عوارض تعبیه کاتتر صفاقی از قبیل؛ پارگی روده، لیک سوند، پریتونیت و سایرموارد
13-تزریق داروهای مورد نیاز در محلول دیالیز براساس استاندارد و ثبت آن
14-ارزیابی وضعیت مددجو پس از اتمام دیالیز صفاقی
15-ثبت و گزارش وضعیت مددجو، اقدامات انجام شده، اطلاعات مربوط به دوره های دیالیز در فرم های مخصوص و کنترل تعادل مایعات
16-تعیین نیازهای آموزشی و مشاوره با مددجو و خانواده مددجو و ارائه آموزش های لازم
17-ثبت دقیق و گزارش کلیه اقدامات انجام شده

ج -شرح وظایف پرستار در دیالیز صفاقی مداوم سرپایی:

1-آشنا نمودن مددجو در زمینه روش های مختلف دیالیز و کمک به او در اتخاذ تصمیم برای انتخاب این روش.
2-بررسی وضعیت اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی ، خانوادگی و فردی جهت انتخاب مددجو برای دیالیز صفاقی
3-بررسی محل سکونت از نظر فضا ، امکانات موجود در خصوص انجام دیالیز صفاقی قبل از کاتتر گذاری و شروع دیالیز صفاقی در منزل و ارائه پیشنهادات لازم
4-مشاوره و حمایت روحی روانی مددجو قبل از کاتترگذاری در اتاق عمل.
5ارائه مراقبت های بعد از عمل کاتترگذاری در اتاق عمل از قبیل نصب کانکتر تیوپ، شستشوی صفاق، فیکس کردن کاتتر، پانسمان و سایر موارد
6-ارائه خدمات پس از انتقال مددجو به بخش از قبیل شستشوی صفاق، هپارینه کردن صحیح کانکتر تیوپ وسایر موارد.

7-ارائه آموزش های مستمر به صورت دوره ای، مدون و اختصاصی به مددجو و خانواده تا حصول اطمینان ازتاثیر آموزش های ارائه شده از قبیل نحوه انجام دیالیز، تعویض پانسمان، آموزش تغذیه، عوارض و علائم عفونی و سایر موارد

8-هماهنگی لازم با واحدهای مربوطه جهت تامین وسایل و تجهیزات مورد نیاز

9-ثبت دقیق و گزارش کلیه اقدامات انجام شده.

شرح وظایف بهیار

بهیار فعالیتهای زیر را در امر مراقبت مددجویان / بیماران تحت نظارت مسئول شیفت (سرپرست مربوطه) و با تکیه بر رعایت منشور حقوق مددجو و مبتنی بر فرآیند پرستاری و استانداردهای مراقبتی بشرح ذیل می باشد :

۱) کسب دستور و برنامه کار از مسئول شیفت

۲) کمک در امر پذیرش ، ترخیص و یا انتقال مددجویان به / از مراکز بهداشتی درمانی تحت نظارت مسئول شیفت / مراقبت از بیمار و انتقال بیمار از بخش به بخش ، از اتاق عمل یا اورژانس به بخش و از بیمارستان به بیمارستان و انتقال بین شهری

۳) تامین نیازهای بهداشتی اولیه مددجو شامل : تامین بهداشت پوست و مو / تامین بهداشت دهان و دندان و غیره ...

۴) کمک در تامین نیازهای تغذیه ای مددجو شامل : کمک در دادن غذا به بیمارانیکه نمی توانند به تنهایی غذا بخورند ، تغذیه به وسیله لوله معده

۵) تامین نیازهای فعلی مددجو : (استفاده از لگن و لوله در بیمارانی که بی حرکت هستند ، انما براساس دستور پزشک و نظارت سرپرست مربوطه / تعویض بگ کلستومی)

۶) کمک درحفظ درجه حرارت طبیعی بدن (استفاده از کیف آب گرم ، یخ ، پاشویه و غیره)

۷) آماده سازی تخت ها (با بیمار – بدون بیمار) و برانکارد

۸) کمک به بیمار در خروج از تخت و راه رفتن

۹) کنترل علایم حیاتی ، جذب و دفع مایعات و ثبت در پرونده

۱۰) گرفتن نمونه های آزمایشگاهی شامل : مدفوع ادرار ، خلط

۱۱) حضور در هنگام تحویل بخش با حضور پرسنل شیفت و گزارش اقدامات انجام شده

۱۲) انجام امور مربوط به مراقبت از جسد طبق موازین شرعی

۱۳) برقراری ارتباط موثر و مداوم با مددجویان و پاسخ به آنها و ملاحظه کلیه تغییرات حال مددجویان و گزارش به سرپرست مربوطه و ارائه آموزش های لازم به مددجو و همکار زیرگروه

۱۴) گزارش و ثبت مراقبت های انجام شده از بیماران در پرونده بالینی بیماران براساس اصول گزارش نویسی

۱۵) انجام آمادگی های قبل و پس از عمل جراحی براساس استانداردهای موجود :

(کنترل شیو ناحیه عمل ، تمیز بودن ناحیه عمل ، کنترل نداشتن انگشتر ، زیورآلات ، دندان مصنوعی و سایر پروتزهای فلزی ، آمادگیهای روده ای و پوشاندن گان)

۱۶) پذیرش آماده سازی مددجو جهت ترخیص و انتقال

۱۷) آماده کردن بیمار در موارد لزوم جهت انجام معاینات پزشکی با رعایت منشور حقوق بیمار شامل (برقراری ارتباط / دادن وضعیت مناسب به بیمار / برداشتن پوشش از محل معاینه و در معرض قرار دادن آن / حفظ محیط مناسب جهت معاینه / در دسترس قراردادن وسایل معاینه)

۱۸) آماده کردن وسایل جهت استریلیزاسیون

۱۹) انجام پروسیجرهایی مانند تعویض پانسمان ، انجام EKG ، کشیدن بخیه ، تزریقات (عضلانی ، زیرپوستی ، داخل پوستی ، واکسیناسیون) کمپرس ها تحت نظارت مسئول مربوطه .

۲۰) کمک در امر توانبخشی مددجو (مانند کمک در بکار بردن چوب زیر بغل و پروتزها)

۲۱) پیشگیری از بروز حوادث احتمالی در رابطه با حفظ امنیت بیمار

۲۲) شرکت در کلاس های ضمن خدمت / بازآموزی مصوب

۲۳) انجام سایر امور محوله حرفه ای طبق دستور مسئول شیفت

شرح وظایف کمک بهیار

کمک بهیار فعالیت های مشروحه زیر را در امر مراقبت اولیه از بیمار به صورت خدمات غیرحرفه ای با تکیه بر رعایت منشور حقوق مددجو و مبتنی بر فرآیند پرستاری و استانداردهای مراقبتی ، تحت نظارت مسئول شیفت انجام می دهد :

۱) کسب دستور و برنامه کار از سرپرست مربوطه

۲) تامین نیازهای بهداشتی اولیه مددجو برحسب صلاحدید سرپرست مربوطه شامل : حمام دادن یا کمک در حمام کردن – دهان شویه – امور نظافتی مانند شستن دست و صورت – کوتاه کردن ناخن ها – تعویض البسه – مرتب کردن مددجو – ماساژ – تغییر وضعیت – شیو

۳) کمک در خوردن غذا به مددجویانی که قادر به این کار نیستند

۴) دادن لگن و لوله به مددجویان بنا به نیاز مددجو و شست و شوی ضدعفونی آنها با رعایت اصول بهداشتی . جمع آوری نمونه خون ، ادرار ، مدفوع

۵) کمک به مددجو در حرکت و نقل و انتقالات (راه رفتن ، انتقال به برانکارد و صندلی چرخدار)

۶) آماده کردن وسایل لازم جهت انجام امور مراقبتی توسط پرستار (مانند وسایل پانسمان و ...) جمع آوری آنها پس از اتمام کار / شست و شوی وسایل و در صورت لزوم انتقال بر حسب سیاست بیمارستان به مرکز استریلیزاسیون

۷) آماده کردن تخت ها (با یا بدون بیمار) و برانکارد

۸) شمارش ملحفه و البسه قبل از تحویل به رختشویخانه و هنگام تحویل گرفتن آنها

۹) آماده کردن بیمار برای معاینه پزشک شامل : برقراری ارتباط / دادن وضعیت مناسب به بیمار / حفظ محیط مناسب برای معاینه / برداشتن پوشش و در معرض قراردادن عضو مورد معاینه / در دسترس قرار دادن وسایل مورد نیاز جهت معاینه یا رعایت موازین شرعی و اصول طرح انطباق امور پزشکی به شرع

۱۰) پاکیزه نگهداشتن کلیه وسایل و تجهیزات پزشکی موجود (تخت بیمار ، میز بیمار ، مانیتورها ، وسایل کمک تنفسی)

۱۱) مراقبت در حفظ و نظم و نظافت بخش و پاکیزگی کلیه لوازم بخش

۱۲) تحویل وسایل بخش طبق روتین در هر شیفت

۱۳) خالی کردن پگ های ادراری ، درنهای مختلف ، شیشه های ساکشن و نظافت و ضدعفونی آن

۱۴) مشارکت و انجام انما بیماران طبق دستور و روتین بخش

۱۵) انجام مراقبت از جسد طبق موازین شرعی

۱۶) پیشگیری از بروز حوادث احتمالی در رابطه با حفظ امنیت بیمار

۱۷) کمک در امر توانبخشی مددجو (کمک در بکار بردن چوب زیربغل و ...)

۱۸) حفظ و نگهداری وسایل و اموال شخصی بیمار طبق سیاستهای مرکز

۱۹) انجام امور محوله طبق نظر سرپرست مربوطه

مخاطرات وابسته به شغل پرستاری

کادر پزشکی و بوِیژه پرستاران همواره در معرض انواع خطراتی هستند که در صورت هر گونه سهل انگاری درحین ارائه خدمات می تواند باعث بروز زیانهای جبران ناپذیری گردد بهمین دلیل به معرفی خطرات شغلی کادر پرستاری و تمهیداتی که در رابطه با این خطرات اندیشیده شده پرداخته می شود.

- فرورفتن سر سوزن یا نیدل استیک شدن (Needel stick)

فرو رفتن سر سوزن به دست پرستاران یک از عوارض شایع شغلی در بین شاغلان حرفه پرستاری است که موجب بروز بیماریهایی مانند هپاتیت B ، هپاتیت C ، HIV و سایر بیماریهای عفونی می گردد. به موجب جلوگیری از بروز چنین ضایعاتی این مرکز به برگزاری برنامه های آموزشی مراقبتهای مدیریت شده و توجیه پرستاران محترم و برگزاری آزمون پرداخته است که تا حد زیادی موجب جلوگیری از بروز نیدل استیک گردیده است.

۲-شیوع اختلالات اسکلتی – عضلانی بویژه کمر درد

آسیب به کمر یکی از شایع ترین خطرات شغلی پرستاران است. در این رابطه عوامل خطر جسمی و روان شناختی متعددی در محیط کار وجود دارند که می توانند باعث ایجاد و عود کمر درد شوند . عدم شناخت و عدم کنترل این عوامل باعث ناتوانی افراد حرفه ای و متخصص ، هزینه های درمانی و مراقبتی قابل توجه ، غیبت از کار و هزینه های ناشی از آن می گردد. در هر حال پرستاری در میان

مشاغلی است که دارای بالاترین میزان صدمات اسکلتی – عضلانی است. این صدمات در فعالیتهای حرفه پرستاری با عوامل خطر ساز ارگونومیک در ارتباط است و در بیشتر موارد به عوامل مربوط به نیرو و وضعیت های کشش اندام نسبت داده میشود.
خم شدن حین تعبیه آنژیوکت ، جابجا کردن بیمار در تخت و انجام بسیاری از پروسیجر ها در صورتی که با اصول صحیح انجام نگیرد می تواند موجب بروز آسیب های شدید عضلانی – اسکلتی گردد.به منظور آگاهی پرستاران محترم در انجام صحیح پروسیجر ها کلاس ها آموزشی توسط متخصص طب ورزش بیمارستان امام علی (ع) به صورت دوره ای برگزار می گردد که تا حدود زیادی توانسته است مثمر ثمر باشد.

۳-پاشیده شدن خون و مایعات بدن بیمار از جمله ادرار به روی پرستار

جهت جلوگیری از بروز چنین مواردی به پرسنل آموزش داده شده که تا حد امکان کفش های جلوبسته بپوشند و در حین ساکشن کردن بیماران وصل به ونتیلاتور از عینک ، دستکش ، گان استفاده کنند و در حین انجام هر گونه پروسیجری از دستکش استفاده کنند .

۴- قرار گرفتن در معرض اشعه رادیواکتیو به واسطه گرفتن X-Ray

به دلیل انجام گرافی از بیمارانی که به دلایلی قابل انتقال به بخش رادیولوژی نبوده و الزاماً باید در بخش بستری گرافی انجام گردد احتمال بروز خطر بواسطه در معرض قرار گرفتن اشعه رادیواکتیو بسیار بالاست . به منظور جلوگیری از بروز هر گونه خطری د راین رابطه ، به پرسنل آموزش لازم داده شده و از پاراوان های سربی در بخش استفاده می گردد.

مخاطرات وابسته به کادر پرستاری اتاق عمل

الف : مخاطرات حادثه ای (سانحه ای): آسیب به انگشتان و پاها بعلت سقوط اشیاء ابزارآلات پزشکی و غیره. سرخوردن، پشت پا خوردن و افتادن در روی سطوح خیس مخصوصاً در طول موقعیتهای اورژانسی، سوراخ شدگی و بریدگی ها از طریق اشیاء تیز و برنده مخصوصاً با نوک سر سوزن و بریدگی ها با تیغه ها ، سوختگی ها و تاول زدن ه ااز طریق سطوح داغ اشیاء استریل شونده ، شوک الکتریکی از طریق تجهیزات معیوب با اتصال به زمین غلط یا تجهیزات با عایق کاری معیوب، کمر درد حاد متعاقب پوزیشن بد بدن با تحمل فشار زیاد هنگام حمل و نقل و انتقال بیماران سنگین .

ب- **مخاطرات فیزیکی** : در معرض قرارگیری با اشعه رادیواکتیو بواسطه گرفتن X-Ray

ج- **مخاطرات شیمیایی** – در معرض قرارگیری با داروهای بیهوشی(N_2O ، هالوتان، اتیل بروماید، اتیل کلراید، اتر، منوگزیل فلوران و غیره) حساسیتها، سوزشها، تحریکات و درماتیتهای پوستی بخاطر استفاده مکرر از صابونها، شوینده ها و مواد ضدعفونی کننده و غیره. آزردگی چشمها ، بینی ، گلو بخاطر در معرض قرارگیری با ذرات آئروسلها و ذرات مایع معلق در هوا از مایعات شوینده و پاک کننده ، مسمومیتهای مزمن بخاطر د رمعرض قرارگیری طولانی مدت با داروها، مایعات استریلیزاسیون (گلوتارالدئید و غیره) و گازهای بیهوشی و غیره ، حساسیت بالاتکس بخاطر تماس با دستکشهای بالاتکس طبیعی و دیگر منابع لاتکس بکار رفته در وسایل پزشکی

د: **مخاطرات زیستی** : عفونتهای ناشی از در معرض قرار گیری با خون، مایعات بدن، یا با نمونه های یافتی که شاید بتواند بیماریهایی مثل HIV ، هپاتیت B و هپاتیت C را منتقل کند. خطراتی که می تواند یک بیماری نازوکومیال را به فرد منتقل کند مثلاً به خاطر سوراخ شدگی با سر سوزن (مثل : هپاتیت عفونی، سیفلیس، مالاریا، سل)، عواملی که باعث هریس کف دست و انگشتان می گردند. خطراتیکه بصورت خودبخود، بدون علت مشخص ایجاد می شوند.

هـ - **مخاطرات ارگونومیک**: روانی- اجتماعی و فاکتورهای سازمانی : خستگی ، گرفتگی و کمر درد خفیف ناشی از نقل و انتقال بیماران سنگین ، کار طولانی مدت در پوزیشن ایستاده- استرسهای روانی ناشی از احساس مسئولیت سنگین در قبال بیماران، استرسهاو فشارهای مناسبات و روابط با خانواده و سختی ناشی از شیفت و کار شبانه، اضافه کار و تماس با افراد ناخوش و بیمار مخصوصاً با بیمارانی که از عمل جراحی بهبود نمی یابند، مسائل مربوط و مرتبط با روابط و مناسبات بین فردی با جراحان و دیگر اعضاء تیم جراحی ، در معرض قرارگیری با بیماران ترومایی شدید و وخیم، قربانیان زیاد از یک حادثه با واقعه فاجعه آمیز و مصیبت بار و یا برخورد با بیماران شدیداً وخیم که ممکن است دچار سندرم post-Traumatic stress شوند .

مقررات استخدامی

ورود به خدمت

ماده ۴۱- ورود به خدمت و تعیین صلاحیت استخدامی افرادی که داوطلب استخدام در دستگاه های اجرائی می باشند بر اساس مجوزهای صادره، تشکیلات مصوب و رعایت مراتب شایستگی و برابری فرصت ها انجام می شود.

ماده ۴۲- شرایط عمومی استخدام در دستگاه های اجرائی عبارتند از:
۱- داشتن حداقل سن ۲۵ سال تمام و حداکثر ۴۰ سال برای استخدام رسمی و برای متخصصین با مدرک تحصیلی دکتری ۴۵ سال
۲- داشتن تابعیت ایران
۳- انجام خدمت دوره ضرورت یا معافیت قانونی برای مردان
۴- عدم اعتیاد به دخانیات و مواد مخدر
۵- نداشتن سابقه محکومیت جزائی موثر
۶- دارا بودن مدرک تحصیلی دانشگاهی و یا مدرک همتراز برای مشاغلی که مدارک همتراز احراز آنها پیش بینی شده است.
۷- داشتن سلامت جسمانی و روانی و توانایی برای انجام کاری که استخدام می شوند بر اساس آیین نامه‌ای که با پیشنهاد سازمان به تصویب هیأت وزیران می رسد.
۸- اعتقاد به دین مبین اسلام یا یکی از ادیان شناخته شده در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران
۹- التزام به قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران
استخدام
استخدام رسمی برای تصدی پست های ثابت در مشاغل حاکمیتی
استخدام پیمانی برای تصدی سازمان و برای مدت معین
ماده ۴۶- کسانی که شرایط ورود به استخدام رسمی را کسب قبل از ورود به خدمت رسمی یک دوره آزمایشی را که مدت آن ۳ سال می باشد طی خواهند نمود و در صورت شرایط ذیل از بدو خدمت جزء کارمندان رسمی منظور خواهند شد.
الف) حصول اطمینان از لیاقت (علمی-اعتقادی و اخلاقی) به کاردانی، علاقه به کار، خلاقیت، نوآوری، روحیه خدمت به مردم و رعایت نظم انضباط اداری از طریق کسب امتیاز لازم با تشخیص کمیته تخصصی تعیین صلاحیت کارمندان رسمی
ب) طی دوره های آموزشی و کسب امتیاز لازم
ج) تایید گزینش
تبصره ۱) در صورتی که در ضمن یا پایان دوره آزمایشی کارمندان شرایط ادامه خدمت و یا تبدیل به استخدام رسمی را کسب ننمایند با وی به یکی از روشهای ذیل رفتار خواهد شد.

۱- اعطاء مهلت ۲ ساله دیگر برای احراز شرایط لازم
۲- تبدیل وضع به استخدام پیمانی
۳- لغو حکم

ماده ۴۹- تمدید قرارداد کارمندان پیمانی منوط به تحقق شرایط ذیل می باشد.

- استمرار پست سازمانی کارمندان
- کسب نتایج مطلوب از ارزیابی عملکرد و رضایت از خدمات کارمند
- جلب رضایت مردم و ارباب رجوع
- ارتقاء سطح علمی و تخصصی در زمینه شغل مورد تصدی

فصل یکم: **مرخصی استحقاقی**

ماده ۱- مرخصی استحقاقی مستخدم از نخستین ماه خدمت به نسبت مدت خدمت به او تعلق می‌گیرد و طبق مقررات این آیین نامه جزئاً یا کلاً قابل استفاده است.
تبصره: افرادی که طبق ماده ۶۷ قانون استخدام کشوری مجدداً استخدام می‌شوند می‌توانند از مرخصی استحقاقی ذخیره شده قبلی خود طبق مقررات این آئین نامه استفاده نمایند.
ماده ۲- مرخصی کمتر از یک روز جزء مرخصی استحقاقی منظور می‌شود (بیشتر از ۲ ساعت) و حداکثر مدت مرخصی موضوع این ماده از ۱۲ روز در یکسال تقویمی نباید تجاوز نماید.
تبصره: بانوانی که فرزند شیرخوار داشته و فرزند آنها از شیر مادر استفاده می‌نمایند می‌توانند تا هنگام ۲ سالگی فرزند شیرخوار خود از مرخصی ساعتی تا سقف مرخصی استحقاقی (شامل مرخصی استحقاقی سالیانه به اضافه مرخصی ذخیره شده) خود استفاده نمایند.
ماده ۶- استفاده از مرخصی استحقاقی موکول به تقاضای کتبی مستخدم و موافقت کتبی رئیس واحد مربوط و در غیاب او معاون وی است هر کارمند موظف است در طول سال مرخصی استحقاقی سالیانه خود را درخواست نماید و رئیس یا معاون واحد مربوطه نیز موظفند ترتیبی اتخاذ نمایند تا امکان استفاده کارمندان از مرخصی سالیانه (به میزان استحقاقی) فراهم گردد و با درخواست ایشان در این زمینه با نظر گرفتن زمان مناسب موافقت نماید.

ماده ۸- مستخدمی که تحصیل مرخصی نموده باید از تمام آن مرخصی استفاده کند مگر آنکه بنا به ضرورت رئیس اداره مربوطه او را دعوت بکار نماید.
ماده ۹- هیچ مستخدمی به اختیار نمی‌تواند در هر سال بیش از ۱۵ روز از مرخصی استحقاقی سالانه خود را ذخیره نماید و هر گاه از بقیه مرخصی مذکور استفاده نکند مدت زائد بر ۱۵ روز ذخیره نخواهد شد.
ماده ۱۰- حداکثر مدتی که مستخدم در یکسال می‌تواند از مرخصی استحقاقی همان سال و مرخصی استحقاقی ذخیره شده استفاده نماید جمعاً از ۴ ماه نباید تجاوز نماید چنین مستخدمی هر گاه بخواهد از باقیمانده مرخصی ذخیره شده خود نیز استفاده نماید باید حداقل یکسال تمام خدمت کرده باشد.
ماده ۱۲- در صورتی که تصمیم رئیس اداره در مورد تمدید مرخصی به مستخدم ابلاغ نشده باشد مستخدم مکلف است در پایان مدت مرخصی در پست خود حاضر شود.
ماده ۱۳- حفظ پست ثابت سازمانی مستخدمی که در حال استفاده از مرخصی استحقاقی است الزامی می‌باشد و در این مدت رئیس اداره وظایف او را به مستخدم یا مستخدمین دیگر محول می‌کند.
ماده ۱۴- با مستخدمی که در حال استفاده از مرخصی استحقاقی بیمار شود مطابق مقررات فصل دوم رفتار خواهد شد و مرخصی استحقاقی استفاده نشده وی ذخیره می‌شود.
ماده ۱۵- موافقت با تقاضای مرخصی استحقاقی استفاده نشده مستخدمین در هنگام بازنشستگی با رعایت مقررات مربوط الزامی است و در این مورد حفظ پست سازمانی مستخدم ضروری نمی‌باشد.
ماده ۱۹- به مرخصی استعلاجی که از ۴ ماده تجاوزنماید نسبت به مدت زائد بر ۴ ماه و به دوران مرخصی بدون حقوق و آمادگی به خدمت و تعلیق و برکناری از خدمت و انفصال و خدمت زیر پرچم و غیبت موجه مرخصی استحقاقی تعلق نمی‌گیرد.
معذوریت بانوان باردار که وضع حمل (مرخصی زایمان) مشمول محدودیت ۴ ماه موضوع این ماده نمی‌باشد.
مدت مرخصی زایمان ۶ ماه می‌باشد.
- کارمندان مشمول قانون کار در یکسال ۳۰ روز مرخصی استحقاقی دارند که می‌بایستی تا پایان سال ۲۱ روز آن را استفاده کنند و در صورت عدم استفاده از مرخصی استحقاقی فقط ۹ روز آن قابل ذخیره شدن است.

فصل دوم: **مرخصی استعلاجی**

ماده ۲۱- مرخصی استعلاجی بالاتر از ۳ روز در مورد کارکنان رسمی و مشمولین قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان می‌بایستی به تأییدیه پزشک معتمد معاونت درمان برسد.
مرخصی استعلاجی بالاتر از ۳ روز کارکنان پیمانی و قراردادی می‌بایستی به تأیید تامین اجتماعی برسد مرخصی استعلاجی این قبیل کارکنان می‌بایستی توسط خود فرد و مسئول ذیربط به اطلاع کارگزینی و امور مالی برسد. بدیهی است در صورت عدم اطلاع رسانی مشکلات بعدی متوجه کارمند و مسئول مربوط می‌باشد.
ماده ۲۲- کارگزینی مکلف است گواهی پزشک معالج مستخدم را برای اظهار نظر نزد پزشک معتمد وزارتخانه یا موسسه دولتی متبوع ارسال دارد و در صورتی که مفاد گواهی مورد تایید قرار گیرد حکم مرخصی استعلاجی را صادر نماید.
تبصره: اگر مستخدم به نظر دستگاه ذیربط معترض باشد موضوع به کمیسیون پزشکی ارجاع داده می‌شود و نظر این کمیسیون قطعی خواهد بود.
ماده ۲۴- تشخیص ابتلاء مستخدم به بیماری صعب العلاج و تعیین مدت معذوریت وی به عهده کمیسیون پزشکی است حداکثر مدت این معذوریت در هر نوع نوبت شش ماه است و قابل تمدید خواهد بود.
ماده ۲۶- به بانوان باردار برای هر بار وضع حمل تا ۳ فرزند ۶ ماه می‌باشد و برای وضع حمل دوقلو به بالا یکسال معذوریت استفاده از حقوق و فوق‌العاده مربوطه داده می‌شود معذوریت وضع حمل جزو مرخصی استعلاجی محسوب می‌شود و تشخیص تاریخ شروع آن بر عهده پزشک معالج است.
ماده ۲۷- به مستخدمی که از مرخصی استعلاجی استفاده می‌نماید تا چهار ماه و در صورتی که به علت ابتلاء به بیماری صعب العلاج یا زایمان فرزندان توامان (وفق ماده ۲۶ اصلاحی آیین نامه مرخصی‌ها) مرخصی استعلاجی بیش از ۴ ماه باشد تا حداکثر یک سال حقوق و فوق العادهها مربوطه و در مورد بیماری صعب العلاج در مدت زائد بر یک سال تا هنگامی که مشمول ماده ۷۹ قانون استخدام کشوری قرار نگرفته است فقط حقوق پرداخت میگردد.
ماده ۳۰- مرخصی استعلاجی مستخدم در صورتی که بیماری او ادامه یابد با رعایت مقررات این فصل قابل تمدید است.
ماده ۳۱- به جز مستخدمان موضوع ماده ۲۶ این آیین نامه حفظ پست ثابت سازمانی مستخدمی که از مرخصی استعلاجی استفاده می‌کنند بیش از ۴ ماه الزامی نیست.

- مرخصی استعلاجی کارمندان مشمول قانون کار همانند نیروهای قراردادی و پیمانی مشمول قانون تأمین اجتماعی می‌باشد.

فصل سوم: **مرخصی بدون حقوق**

ماده ۳۲- استفاده از مرخصی بدون حقوق موقوف به اختتام دوره آزمایشی است و فقط در موارد زیر ممکن خواهد بود.

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

۲- مستخدم قصد ادامه تحصیل داشته باشد و مدارک لازم را ارائه نماید.
۳- مستخدم ناگزیر باشد به اتفاق همسرش به خارج از محل خدمت خود مسافرت کند.
۴- مستخدم پس از استفاده از ۴ ماه مرخصی استعلاجی به سبب ادامه همان بیماری یا ابتلاء به بیماری دیگر قادر به خدمت نباشد و بیماری او هم صعب العلاج تشخیص داده نشود.

تبصره: اعطای مرخصی بدون حقوق به مستخدمین آزمایشی که در طول خدمت آزمایشی یا ارائه مدارک و به تشخیص موسسه متبوع خود نیاز به استفاده از مرخصی بدون حقوق داشته باشد حداکثر تا ۲ ماه متوالی با رعایت سایر مقررات این فصل امکان پذیر خواهد بود.

ماده ۳۵- روزهای تعطیل که طی مدت مرخصی بدون حقوق واقع است جزو مدت مرخصی محسوب می‌شود.

ماده ۳۶- پرداخت حقوق و فوق العاده‌های مدت مرخصی بدون حقوق قبل از صدور حکم مرخصی ممنوع است.

ماده ۳۷- عدم حضور مستخدم در پست خود که مدت آن از ۳ روز تجاوز ننماید و مستند بعللی از قبیل آنچه که ذیلا درج می‌شود باشد موجه شناخته خواهد شد.

۱- بیماری او
۲- صدمات ناشی از حوادث که به او پدر یا مادر یا همسر یا فرزندان او وارد آمده باشد
۳- بیماری شدید پدر یا مادر یا همسر یا فرزندان
۴- فوت همسر یا اقربای نسبی و سببی تا طبقه سوم
۵- دارا شدن فرزند
۶- ازدواج او و فرزندانش
۷- احظار مستخدم توسط مراجع قضائی برای ادای شهادت و انجام تحقیقات

تشخیص صحت و سقم جهات ادعائی مستخدم به عهده رئیس اداره است در صورتی که صحت ادعا تصدیق شود غیبت مستخدم بر حسب علت جزو مرخصی استعلاجی یا استحقاقی وی محسوب و حکم لازم در این مورد صادر خواهد شد.

۸- کارمندان دستگاه‌های اجرائی می‌توانند در طول مدت خدمت خود با موافقت دستگاه ذیربط حداکثر ۳ سال از مرخصی بدون حقوق استفاده نمایند و در صورتی که کسب مرخصی برای ادامه تحصیلات عالی تخصصی در رشته مربط به شغل کارمندان باشد تا مدت ۲ سال قابل افزایش خواهد بود.
کارمندان زن که همسر آنها در مأموریت بسر می‌برند می‌توانند تا پایان مأموریت حداکثر به مدت ۶ ماه از مرخصی بدون حقوق استفاده نمایند.
ساعت کار کارمندان ۴۴ ساعت در هفته می‌باشد.
کارمندان دستگاه‌های اجرایی می‌توانند در طول مدت خدمت خود با موافقت دستگاه ذیربط حداکثر سه سال از مرخصی بدون حقوق استفاده نمایند و در صورتی که کسب مرخصی برای ادامه تحصیلات عالی تخصصی در رشته مربوط به شغل کارمندان باشد تا مدت ۲ سال قابل افزایش خواهد بود.
کارمندان زن که همسر آنها در مأموریت بسر می برند می توانند تا پایان مأموریت حداکثر به مدت ۶ سال از مرخصی بدون حقوق استفاده نمایند.
ساعت کار کارمندان ۴۴ ساعت در هفته می باشد.

فصل چهارم: **پاس ساعتی**

۱- حداقل مدت برای استفاده از مرخصی ساعتی در یک روز ۱ ساعت است.
۲- حداکثر مدت برای استفاده از مرخصی ساعتی ۲ ساعت است.
۳- پاس ساعتی بیشتر از ۲ ساعت یک روز محسوب می‌شود.
۴- ۸ ساعت پاس ساعتی یک روز محاسبه می‌شود.
۵- هر کارمند درطول یک ماه مجاز به استفاده از ۸ ساعت پاس ساعتی می‌باشد.
۶- هر کارمند درطول یک سال مجاز به استفاده از ۱۲ روز پاس ساعتی درطول سال می‌باشد مشروط به اینکه مرخصی استحقاقی داشته باشد.
۷- مدت استفاده شده از پاس ساعتی در خاتمه سال به ازاء هر ۸ ساعت پاس ساعتی یک روز از مرخصی استحقاقی کارمند کسر می‌شود.

- در آخر هر سال وضعیت مرخصی استحقاقی مستخدم در فرم ۴-۱۴ (۸-۵۲) ت به اطلاع مستخدم خواهد رسید.
- مستخدم موظف است به طریق مقتضی قبل از درخواست مرخصی از استحقاق خود برای استفاده از مرخصی مورد نظر اطمینان حاصل کند و درصورت عدم کنترل توسط مستخدم و نیز عدم استحقاق مدت مرخصی استفاده شده غیبت تلقی می‌گردد.
- در صورت موافقت با مرخصی استحقاقی ردیف ۱۱ فرم توسط مقام مسئول تکمیل و پس از اطلاع به مستخدم درخواست مذکور از طریق واحد مربوطه مستقیماً جهت انجام اقدامات لازم به کارگزینی ارسال می‌گردد.
- درصورت عد موافقت با مرخصی استحقاقی ردیف ۱۱ فرم توسط مقام مسئول تکمیل و درخواست مذکور به مستخدم عودت داده می‌شود.

- مرخصی زایمان تا ۳ فرزند برای مادرانی که فرزند خود را شیر می‌دهند در بخش‌های دولتی (رسمی- پیمانی- طرحی- قراردادی) ۶ ماه می‌باشد.
- مادران شیرده پس از شروع بکار مجدد در صورت ادامه شیردهی می‌توانند حداکثر تا ۲ سالگی کودک روزانه یک ساعت از مرخصی (بدون کسر از مرخصی استحقاقی) استفاده کنند .
- بانوان استخدام رسمی که در دوران بارداری با تایید پزشک معالج از مرخصی استعلاجی استفاده می‌کنند از ۶ ماه مرخصی زایمان بهره‌مند خواهند بود و مدت مرخصی استعلاجی از مرخصی زایمان آنان کسر نخواهد شد.
- مدت مرخصی ساعتی (حق شیر) برای مادران دو قلو و بالاتر به میزان ۲ ساعت می‌باشد.

فصل چهارم: **تخلفات اداری**

ماده ۸- تخلفات اداری به قرار زیراست:

۱- اعمال و رفتار خلاف شئون شغلی و اداری
۲- نقض قوانین و مقررات مربوط
۳- ایجاد نارضایتی در ارباب رجوع یا انجام ندادن یا تاخیر در انجام امور قانونی آنها بدون دلیل
۴- ایراد تهمت و افتراء و هتک حیثیت
۵- اخاذی
۶- اختلاس
۷- تبعیض یا اعمال غرض یا روابط غیر اداری در اجرای قوانین و مقررات نسبت به اشخاص
۸- ترک خدمت در خلال ساعات موظف اداری
۹- تکرار در تاخیر ورود به محل خدمت یا تکرار خروج از آن بدون کسب مجوز
۱۰- تسامح در حفظ اموال و اسناد و وجوه دولتی- ایراد خسارات به اموال دولتی
۱۱- افشای اسرار و اسناد محرمانه اداری
۱۲- ارتباط و تماس غیر مجاز با اتباع بیگانه
۱۳- سرپیچی از اجرای دستورهای مقام‌های بالاتر در حدود وظایف اداری
۱۴- کم کاری یا سهل انگاری در انجام وظایف محوله شده
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 هر گونه مالی که در عرف رشوه خواری تلقی می‌شود.
۱۸- تسلیم مدارک به اشخاص 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 شئون و شعایر اسلامی
۲۱- رعایت نکردن حجاب اسلامی
۲۲- اختفاء نگهداری حمل توزیع و خرید و فروش مواد مخدر
۲۳- استعمال یا اعتیاد به مواد مخدر
۲۴- داشتن شغل دولتی دیگر به استثنای سمت‌های آموزشی و تحقیقاتی
۲۵- هر نوع استفاده غیر مجاز از شئون یا موقعیت شغلی ئ امکانات و اموال دولتی
۲۶- جعل و 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- غیبت غیر موجه به صورت متناوب یا متوالی
۲۹- سوء استفاده از مقام و موقعیت اداری
۳۰- توقیف، اختفاء بازرسی یا باز کردن پاکت‌ها و محمولات پستی یا معدوم کردن آنها و استراق سمع بدون مجوز قانونی
۳۱- کارشکنی و شایعه پراکنی، وادار ساختن یا تحریک دیگران به کارشکنی یا کم کاری و ایراد خسارت به اموال دولتی و اعمال فشاهای فردی برای تحصیل مقاصد غیر قانونی
۳۲- دادن امتیاز یا نمره برخلاف ضوابط
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 فرقه‌های ضاله که از نظر اسلام مردود شناخته شده‌اند.
۳۵-عضویت در سازمان‌هایی که مرامنامه یا اساسنامه آنها مبتنی بر نفی ادیان الهی است یا طرفداری و فعالیت به نفع آنها

۳۶- عضویت در گروه های محارب یا طرفداری و فعالیت به نفع آنها

۳۷- عضویت در تشکیلات فراماسونری

مجازاتها

ماده ۹- تنبیهات اداری به ترتیب عبارتند از:

۱- اخطار کتبی بدون درج در پرونده استخدامی
۲- توبیخ کتبی با درج در پرونده استخدامی
۳- کسر حقوق و فوق العاده شغل یا عناوین مشابه حداکثر تا یک سوم از یکماه تا یکسال
۴- انفصال موقت از یکماه تا یکسال
۵- تغییر محل جغرافیایی خدمت به مدت یک تا پنج سال
۶- تنزل مقام و یا محرومیت از انتصاب به پست‌های حساس و مدیریتی در دستگاه‌های دولتی و دستگاه‌های مشمول این قانون
۷- تنزل یک یا دو گروه و یا تعویق در اعطای یک یا دو گروه به مدت یک یا دو سال
۸- بازخرید خدمت در صورت داشتن کمتر از ۲۰ سال سابقه خدمت دولتی در مورد مستخدمین زن و کمتر از ۲۵ سال سابقه خدمت دولتی در مورد مستخدمین مرد با پرداخت ۳۰ تا ۴۵ روز حقوق مبنای مربوط در قبال هر سال خدمت به تشخیص هیات صادر کننده رای
۹- بازنشستگی در صورت داشتن بیش از ۲۰ سال سابقه خدمت دولتی برای مستخدمین زن و بیش از ۲۵ سال سابقه خدمت دولتی برای مستخدمین مرد بر اساس سنوات دولتی با تفکیک یک یا دو گروه
۱۰- اخراج از دستگاه متبوع
۱۱- انفصال دائم از خدمات دولتی و دستگاه‌های مشمول این قانون

فصل پنجم: **آئین نامه حضور و غیاب کارکنان دولت**

ماده ۱- کلیه کارکنان دستگاه‌های اجرائی مکلفند ساعات تعیین شده برای ورود به محل خدمت و خروج از آن را رعایت نموده ساعات ورود و خروج خود را در کارت یا دفتر حضور و غیاب ثبت نمایند مگر آنکه از سوی مقام ذیصلاح دستگاه مربوط برای ورود و خروج هر یک از آنان کتباً ترتیب دیگری مقرر شده باشد.

ماده ۲- ورود به محل خدمت بعد از ساعت مقرر و بدون کسب مجوز قبلی تاخیر ورود محسوب گردید و با مستخدمی که تاخیر ورود داشته باشد بشرح ذیل رفتار می‌شود.

الف) تاخیر ورود تا ۲ ساعت در هر ماه قابل اغماض بوده و در مرخصی استحقاقی منظور می‌شود.

ب) تاخیر ورود بیش از ۲ ساعت در ماه مستلزم کسر حقوق و فوق العاده شغل و مزایای مستمر مستخدمین رسمی و ثابت و پیمانی به میزان کل ساعات تاخیر خواهد بود.

ماده ۳- خروج از محل خدمت زودتر از ساعات مقرر نیز تعجیل خروج محسوب گردیده و حسب مورد مشمول حکم قسمت‌های الف و ب ماده خواهد بود.

ماده ۴- تاخیر ورود و تعجیل در خروج در موارد زیر موجه محسوب گردیده و مدت تاخیر در هر صورت جزو مرخصی استحقاقی منظور خواهد شد.

الف) وقوع حوادث سوانح غیر مترقبه برای مستخدم و یا خانواده وی.

ب) احضار مستخدم توسط مراجع قضائی و انتظامی با ارائه گواهی مرجع احضار کننده تشخیص موارد مذکور در این ماده با مدیر واحد ذیربط خواهد بود.

فصل هفتم: **ساختار سازمانی**

ماده ۲۹- دستگاه‌های اجرائی مکلفند سازماندهی، طراحی و تنظیم تشکیلات خود را متناسب با ویژگی‌های مربوط در چهارچوب الگوها، ضوابط وشاخص‌هایی که سازمان تهیه و به تصویب هیأت وزیران می‌رسد انجام دهند.

ماده ۳۲- هر یک از کارمندان دستگاه‌های اجرائی متصدی یکی از پست‌های سازمانی خواهد بود.

انتصاب و ارتقاء شغلی و توانمندسازی کارمندان

ماده ۵۳- انتصاب و ارتقاء شغلی کارمندان باید با رعایت شرایط تحصیلی و تجربی لازم و پس از احراز شایستگی و عملکرد موفق در مشاغل قبلی آنان صورت گیرد.

- دستگاه‌های اجرائی مکلفند امکان ارتقاء مسیر شغلی را با توجه به امتیازات مربوطه در فضای رقابتی برای کلیه کارمندان فراهم نماید.

ماده ۵۵- سازمان مکلف است به منظور حفظ سرمایه‌های انسانی و شناسایی افراد واجد الشرایط احراز پست‌های مدیریت به نسبت به ایجاد بانک اطلاعات مدیران جهت استفاده مقامات و مدیران ذی ربط اقدام نماید.

ماده ۵۸- سازمان موظف است به مظور ارتقاء سطح کارایی و اثر بخشی دستگاه‌های اجرائی نظام آموزش کارمندان، دستگاه‌های اجرایی را به گونه‌ای طراحی نماید که همراه با متناسب ساختن دانش، مهارت و نگرش کارمندان و مدیران با شغل مورد نظر انگیزه‌های لازم را جهت

مشارکت مستمر کارمندان و مدیران در فرآیند آموزش تامین نماید به نحوی که رابطه‌ای بین ارتقاء ارمندان و مدیران و آموزش برقرار گردد و از حداقل سرانه ساعت آموزشی بر اساس مقررات مربوطه درهر سال برخوردار گردند.

ماده ۵۹- دستگاه‌های اجرائی مکلفند با رعایت مقررات این قانون و نظام آموزش کارمندان دولت برنامه‌های آموزشی کارمندان را تدوین نماید.

- فرزندان شاهد جهت ادامه تحصیل می‌توانند از مرخصی آموزشی استفاده نمایند.

فصل هشتم: دوره‌های آموزشی

هر دسته از دوره‌های آموزشی با عنایت به محتوای آن در زیر گروه‌های زیر طبقه بندی می‌گردد:

۱- دوره آموزش توجیهی
۲- دوره‌های آموزشی شغلی
۳- دوره‌های آموزش عمومی
۴- دوره‌های آموزش بهبود مدیریت

دوره آموزش توجیهی= به آموزش‌هایی اطلاق می‌گردد که در بدو خدمت افراد جدید الاستخدام ارائه می‌گردد. هدف این دوره آشنا ساختن کارکنان جدید با اهداف و وظایف سازمان محل خدمت آنها، قوانین و مقررات استخدامی به حقوق فردی و شغلی، محیط کار، قانون اساسی نظام جمهوری ایران و نظام اداری است

هدف این دوره= پایه گذاری ارتباط سالم کارمند با نظام اداری و دستگاهی که کار خود را در آن آغاز می‌کند

زمان برگزاری دوره: قبل یا بدو خدمت مستخدم

نوع دوره الزامی است

مجری دوره: مرکز آموزش مدیریت دولتی و کلیه مراکز آموزشی که صلاحیت آنها به تأیید سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور رسیده باشد

مدت دوره ۶۰ ساعت می باشد که کارمند از امتیاز مربوطه برخوردار می‌گردد.

کلیه مستخدمین جدید الاستخدام بعد از تدییدیه حکم پیمانی یا رسمی می بایستی نسبت به تکمیل فرم ثبت نام دوره توجیهی اقدام نموده و به سازمان مدیریت دولتی معرفی شوند.

فصل نهم: حقوق و مزایا

نظام پرداخت کارمندان دستگاه‌های اجرائی بر اساس ارزشیابی عوامل شغل و شاغل و سایر ویژگی‌های که به اختصار توضیح داده می‌شود تعیین می‌گردد.

ماده ۶۵- کلیه مشاغل مشمول این قانون بر اساس عواملی نظیر اهمیت و پیچیدگی وظایف و مسئولیت‌ها، سطح تخصص و مهارت‌های مورد نیاز به یکی از طبقات جدول یا جداول حق شغل اختصاص می‌یابند.

حداقل امتیاز جدول ارزشیابی مشاغل (۲۰۰۰) و حداکثر آن (۶۰۰۰) می‌باشد.

تبصره: هر کدام از مشاغل متناسب با ویژگی‌ها حداکثر در پنج رتبه بشرح ذیل طبقه بندی می‌گردند:

۱- پایه
۲- مقدماتی
۳- ارشد
۴- خبره
۵- عالی

رتبه‌های خبره و عالی به مشاغل کارشناسی و بالاتر اختصاص می‌یابد.

شاغلین مربوط در بدو استخدام در رتبه مقدماتی قرار می‌گیرند.

امتیاز طبقه مشاغل آموزشی تمام وقت وزرات آموزش و پرورش و بهداشت و درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی درجدول حق شغل با ضریب ۱/۱ محاسبه می‌گردد.

امتیاز حق شاغل نبایستی از ۷۵ درصد حق شغل بیشتر شود.

با آب و هوا، بدی آب و هوا ۵٪ حقوق ثابت می‌باشد.

حقوق ثابت= حق شغل+ حق شاغل+ تطبیق

فوق العاده ایثارگری متناسب با درصد جانبازی و مدت خدمت داوطلبانه در جبهه و مدت اسارت تا ۱۵۵۰ امتیاز و دارندگان نشان دولتی تا ۸۰۰ امتیاز تعلق می‌گیرد.

خدمت در مناطق جنگی= کارمندان و بازنشستگان که در زمان جنگ در مناطق جنگزده مشغول خدمت اداری بوده‌اند به ازاء هر سال در زمان جنگ ۱۳۰ امتیاز در نظر گرفته می‌شود.

کمک هزینه عائله‌مندی و اولاد

به کارمندان مرد شاغل و بازنشسته و وظیفه بگیر مشمول این قانون که دارای همسر می‌باشند معادل ۸۱۰ امتیاز و برای هر فرزند معادل ۲۱۰ امتیاز و حداکثر ۳ فرزند. حداکثر سن برای اولادی که از مزایای این بند استفاده می‌کنند به شرط ادامه تحصیل و نیز غیر شاغل بودن فرزند ۲۵ سال تمام می‌باشد و کارمندان زن که دارای همسر نبوده و یا همسر آنان معلول و یا از کار افتاده کلی می‌باشد و یا خود به تنهایی متکفل مخارج فرزندان هستند از مزایای کمک هزینه عائله‌مندی موضوع این بند بهره‌مند می‌شوند فرزندان معلول و از کار افتاده به تشخیص مراجع پزشکی ذیربط مشمول محدودیت سقف سنی مزبور نمی‌باشند.

جدول حق شغل:

امتیاز حق مشاغل دستگاه های اجرایی بر اساس اهمیت و پیچیدگی وظایف و مسئولیت ها سطح تخصص و مهارت های مورد نیاز بر اساس جدول شماره ۱ برای اجراء از ۱۳۸۸/۱/۱ به شرح ذیل تعیین می‌شود:

جدول شماره ۱

رتبه های شغل / طبقات جدول	مقدماتی	پایه	ارشد	خبره	عالی
طبقه ۱	۲۴۰۰	۲۶۵۰	-	-	-
طبقه ۲	۲۶۰۰	۲۸۵۰	-	-	-
طبقه ۳	۲۸۰۰	۳۰۵۰	-	-	-
طبقه ۴	۳۰۰۰	۳۲۵۰	۳۶۰۰	۴۰۵۰	۶۴۰۰
طبقه ۵	۳۲۰۰	۳۴۵۰	۳۸۰۰	۴۲۵۰	۴۸۰۰
طبقه ۶	۳۴۰۰	۳۶۵۰	۴۰۰۰	۴۴۵۰	۵۰۰۰
طبقه ۷	۳۶۰۰	۳۸۵۰	۴۲۰۰	۴۶۵۰	۵۲۰۰
طبقه ۸	۳۸۰۰	۴۰۵۰	۴۴۰۰	۴۸۵۰	۵۴۰۰
طبقه ۹	۴۰۰۰	۴۲۵۰	۴۶۰۰	۵۰۵۰	۵۶۰۰
طبقه ۱۰	۴۲۰۰	۴۴۵۰	۴۸۰۰	۵۲۵۰	۵۸۰۰
طبقه ۱۱	۴۴۰۰	۴۶۵۰	۵۰۰۰	۵۴۵۰	۶۰۰۰
طبقه ۱۲	۴۶۰۰	۴۸۵۰	۵۲۰۰	۵۶۵۰	۶۲۰۰
طبقه ۱۳	۴۸۰۰	۵۰۵۰	۵۴۰۰	۵۸۵۰	۶۴۰۰
طبقه ۱۴	۵۰۰۰	۵۲۵۰	۵۶۰۰	۶۰۵۰	۶۶۰۰
طبقه ۱۵	۵۲۰۰	۵۴۵۰	۵۸۰۰	۶۲۵۰	۶۸۰۰
طبقه ۱۶	۵۴۰۰	۵۶۵۰	۶۰۰۰	۶۴۵۰	۷۰۰

حق شاغل:

امتیاز حق شاغل کارمندان بر اساس عومال تحصیلات- سنوات خدمت و تجربه- دوره‌های آموزشی و مهارت و توانایی فردی بر اساس جدول شماره ۲ تعیین می‌شود:

جدول شماره ۲

تحصیلات	امتیاز تحصیلات	امتیاز دوره‌های آموزشی مصوب	امتیاز مهارت و توانایی	امتیاز سنوات خدمت در هرسال	امتیاز تجربه مربوط و مشابه در هر سال
زیر دیپلم	۱۱۰۰	به ازای طی هر ساعت دوره‌های آموزشی مصوب نیم امتیاز در نظر گرفته می‌شود حداکثر امتیاز دوره‌های آموزشی ۵۰۰ امتیاز می باشد	۲۰۰	۱۰	۸
دیپلم	۱۲۰۰		۲۵۰	۱۵	۱۰
فوق دیپلم	۱۴۰۰		۳۰۰	۲۰	۱۲
لیسانس	۱۷۰۰		۴۰۰	۲۵	۱۴
فوق لیسانس و دکتری عمومی	۲۰۰۰		۶۰۰	۳۰	۱۶
دکتری PHD	۲۳۰۰		۸۰۰	۳۵	۱۸

امتیاز جانبازی به شرح جدول ذیل می‌باشد:

ردیف	درصد جانبازی	مدت اسارت	مدت خدمت داوطلبانه درجبهه	امتیاز
۱	۵ درصد	۳ تا ۶ ماه	۳ تا ۶ ماه	۴۰۰
۲	تا ۱۰ درصد	تا ۱۲ ماه	تا ۱۲ ماه	۵۰۰
۳	تا ۱۵ درصد	تا ۱۸ ماه	تا ۱۸ ماه	۶۰۰
۴	تا ۲۰ درصد	تا ۲۴ ماه	تا ۲۴ ماه	۷۰۰
۵	تا ۲۵ درصد	تا ۳۰ ماه	تا ۳۰ ماه	۸۰۰
۶	تا ۳۰ درصد	تا ۳۶ ماه	تا ۳۶ ماه	۹۰۰

۷	تا ۳۵ درصد	تا ۴۲ ماه	تا ۴۲ ماه	۱۰۰۰
۸	تا ۴۰ درصد	تا ۴۸ ماه	تا ۴۸ ماه	۱۱۰۰
۹	تا ۴۵ درصد	تا ۵۴ ماه	تا ۵۴ ماه	۱۲۰۰
۱۰	تا ۵۰ درصد	تا ۶۰ ماه	تا ۶۰ ماه	۱۳۰۰
۱۱	تا ۵۵ درصد	تا ۷۰ ماه	تا ۷۰ ماه	۱۵۰۰
۱۲	تا ۶۰ درصد	بالاتر از ۷۰ ماه	بالاتر از ۷۰ ماه	۱۵۵۰

در صورتی که کارمند از اجتماع حالات ایثارگری برخوردار باشد بالاترین امتیاز مربوط به یکی از آنها مبنای تعیین امتیاز قرار گرفته و بیست و پنج درصد (۲۵٪) از امتیاز حالات دیگر ایثارگری به امتیاز ایثارگری وی اضافه خواهد شد.

***تطبیق**=نوعی مقایسه آخرین حکم کارگزینی سال ۸۷ با حکم ۸۸/۱/۱ می باشد تفاوت بین این دو حکم در دو سال متفاوت را تفاوت تطبیق می گویند.*

طبقه یا گروه:

۱- شاغلین مجموعه مشاغلی که شرایط احراز تحصیلی آنها، مدرک تحصیلی آنها مدرک تحصیلی پایان دوره ابتدایی بوده است به ازای هر شش سال سوابق تجربی از دریافت آخرین گروه استحقاقی یک طبقه و حداکثر تا ۵ ارتقاء می یابند.

۲- شاغلین با تحصیلات:
- سیکل به ازاء هر ۵ سال سوابق تجربی یک طبقه ← حداکثر طبقه ۶
- دیپلم به ازاء هر ۵ سال سوابق تجربی یک طبقه ← حداکثر طبقه ۷
- فوق دیپلم به ازاء هر ۵ سال سوابق تجربی یک طبقه ← حداکثر طبقه ۸

۳- شاغلین با تحصیلات:
- لیسانس به ازاء هر ۴ سال سوابق تجربی یک طبقه ← حداکثر طبقه ۱۰
- فوق لیسانس به ازاء هر ۴ سال سوابق تجربی یک طبقه ← حداکثر طبقه ۱۱
- دکتری به ازاء هر ۴ سال سوابق تجربی یک طبقه ← حداکثر طبقه ۱۲
- دکتری تخصصی به ازاء هر ۴ سال سوابق تجربی یک طبقه ← حداکثر طبقه ۱۳

نحوه ارتقای کارمندان در رتبه‌های جدول حق شغل

۱- مدت تجربه لازم برای ارتقای رتبه متصدیان مشاغل کاردانی و کارشناسی و بالاتر بشرح جدول زیر می‌باشد.

رتبه / مدت تجربه	مقدماتی	پایه	ارشد	خبره	عالی
مدت تجربه لازم برای مشاغل تا سطح کاردانی	۰	۸	۲۰	-	-
مدت تجربه لازم برای مشاغل تا سطح کارشناسی و بالاتر	۰	۶	۱۲	۱۸	۲۴

تبصره ۱: مشاغل کاردانی و کارشناسی به مشاغلی اطلاق می شود که به رشته های شغلی تحت عناوین کاردانی و کارشناسی تخصیص می یابند و یا اینکه پست سازمانی شاغلین دارای عنوان کاردانی یا کارشناسی باشد. همچنین آن دسته از مشاغلی که به موجب مقررات مربوط همتراز مشال کاردانی و یا کارشناسی شناخته شده‌اند در زمره مشاغل مذکور محسوب می گردد.

۲- عوامل ارزیابی کارمندان برای ارتقای رتبه شغلی به شرح جدول شماره ۲ زیر می باشد.

ردیف	عوامل	امتیاز
۱	میزان ابتکار و خلاقیت در انجام وظایف محوله	۰ تا ۲۰
۲	میزان افزایش مهارت های مربوط به وظایف محوله	۰ تا ۲۰
۳	انجام خدمات برجسته در راستای شغل مورد تصدی	۰ تا ۲۰
۴	آموزش های طی شده مرتبط با شغل	۰ تا ۲۰
۵	میزان جلب رضایت ارباب رجوع	۰ تا ۲۰

۳- برای ارتقاء کارمند به یک رتبه بالاتر علاوه بر رعایت مفاد بندهای ۱ و ۲ تحقق شرایط زیر نیز الزامی می باشد.

۱-۳ برای ارتقای به رتبه پایه

* کسب حداقل ۶۰ درصد امتیاز از نمره ارزیابی جدول شماره ۲
* گذراندن ۳۰۰ ساعت دوره آموزشی درچارچوب نظام آموزش کارمندان دولت

۲-۳ برای ارتقای به رتبه ارشد

* کسب حداقل ۷۰ درصد نمره ارزیابی جدول شماره ۲
* گذراندن ۲۵۰ ساعت دوره آموزشی درچارچوب نظام آموزشی کارمندان دولت.

اضافه کار

ماده ۱: مبلغ اضافه کار کارمندانی که با توجه به سیاست های ابلاغی ازسوی بالاترین مقام دستگاه و یا مقام مجاز از طرف ایشان موظف به انجام کار اضافی در خارج از ساعات اداری می شوند و انجام اضافه کار آنان به تایید بالاترین مقام واحد متبوعشان می رسد بر اساس ضوابط زیر تعیین می شود.

۱۷۶ ÷ [مجموع امتیازات شغل، شاغل و مدیریت X ضریب ریالی سال] = مبلغ هر ساعت اضافه کار

ماده ۲: حداکثر اضافه کار ساعتی کارمندان ۱۷۵ ساعت در ماه تعیین می شود. مشروط بر آنکه مجموع مبلغ اضافه کار و حق التدریس پرداختی به کارمند در یک ماه از حداکثر (۵۰) درصد حقوق ثابت و فوق العاده های مستمر وی تجاوز ننماید.

ماده ۳: حداکثر تا ۲۰٪ کارمندان هر دستگاه اجرایی که وضعیت شغلی آنها ضرورت انجام کار بیشتر را ایجاب می نماید بر اساس دستورالعمل صادره از سوی بالاترین مقام دستگاه از محدودیت سقف ۵۰٪ این دستورالعمل مستثنی می باشد..

آیین‌نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلین

با توجه به اینکه گاهاً عدم آشنایی با شرح وظایف، آیین‌نامه‌ها و مواد قانونی سبب بروز قصور پزشکی و در نتیجه منجر به محکومیت به مجازات‌های کیفری و انتظامی مقرر در قانون می‌شود، لذا توجه همکاران را به موارد ذیل جلب می‌نماید:

در اجرای ماده ۲ و مواد ۲۸ تا ۴۳ قانون سازمان نظام پزشکی مصوب ۸۳/۱/۲۵ مجلس شورای اسلامی که در تاریخ ۸۳/۸/۱۶ با اصلاحاتی به تصویب مجمع تشخیص مصلحت نظام رسیده و به نظور تلاش در راستای پیشبرد و اصلاح امور پزشکی و حفظ شئون جامعه پزشکی و همچنین حفظ و حمایت از حقوق بیماران و حقوق صنفی و حرفه‌ای شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته موضوع ماده ۴ قانون سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران به شرح مواد آتی در دادسراها، هیاتهای بدوی انتظامی شهرستانها، هیاتهای تجدید نظر انتظامی استانها و هیات عالی انتظامی مستقر در سازمان نظام پزشکی مرکز صورت می‌گیرد.

فصل اول : تعریف، شرح وظایف و تخلفات صنفی و حرفه‌ای

قسمت اول: تعریف

ماده ۱- حرفه‌های پزشکی و وابسته به امور پزشکی موضوع ماده ۲۸ قانون سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران که از این پس به اختصار قانون نامیده می‌شود عبارتند از پزشکان، دندانپزشکان، دکترهای داروساز و متخصصین و دکترای علوم آزمایشگاهی (حرفه‌ای و متخصص تشخیص طبی)، مامایی و سایر لیسانسیه‌های پروانه‌دار گروه پزشکی، فارغ‌التحصیلان کاردانی، کارشناسی، کارشناسی ارشد و بالاتر شاغل در رشته‌های علوم آزمایشگاهی، بینایی سنجی، شنوایی سنجی، گفتار درمانی، ایمونولوژی، بیوتکنولوژی، رادیولوژی، بیورادیولوژی، رادیو تراپی، پرستاری، مامایی، اطاق عمل، هوشبری، داروسازی، تغذیه، مبارزه با بیماریها، بهداشت کاری دهان و دندان، شاخه‌های مختلف بهداشت،توانبخشی، فیزیوتراپی، بیوشیمی پزشکی، خدمات اجتماعی و مددکاری، علوم پایه پزشکی، روانپزشکی بالینی، روانشناسی بالینی و کودکان استثنایی، کایرو پراکتیک، ژنتیک پزشکی و نیز سایر حرفه‌های وابسته به امور پزشکی که فعالیت آنان نیاز به اخذ مجوز از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی دارد.

تبصره: شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته موضوع این ماده افرادی هستند که در یکی از مراکز تحقیقاتی، درمانی، آموزشی و بهداشتی اعم از خصوصی، دولتی و تعاونی پزشکی، وابسته به دولت یا خیریه یا حسب مورد، مطب یا دفتر کاراشتغال دارند و از این پس به اختصار «شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته» نامیده می‌شوند.

قسمت دوم: شرح وظایف و تخلفات صنفی و حرفه‌ای

ماده ۲- شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته مکلفند بدون توجه به ملیت، نژاد، مذهب و موقعیت اجتماعی – سیاسی و اقتصادی بیماران حداکثر تلاش ممکن را در حدود وظایف حرفه‌ای خود به کار ببرند.

ماده ۳- شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته باید طبق موازین علمی، شرعی و قانونی با رعایت نظامات دولتی، صنفی و حرفه‌ای انجام وظیفه کرده و از هرگونه سهل‌انگاری در انجام وظایف قانونی بپرهیزند.
ماده ۴- شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته حق افشای اسرار و نوع بیماری بیمار، مگر به موجب قانون را ندارند.
ماده ۵- شاغلین حرفه‌های پزشکی موضوع ماده ۱ قانون موظف به پذیرش آن تعداد بیمار هستند که بنا به تشخیص و اعلام سازمان نظام پزشکی، حسب مورد ، انجام خدمات آنان در یک زمان مناسب، میسر باشد.
ماده ۶- انجام امور خلاف شئون پزشکی که مصادیق آن توسط سازمان نظام پزشکی اعلام خواهد گردید توسط شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته ممنوع است و باید از ارتکاب کارهایی که موجب هتک حرمت جامعه پزشکی می‌شود خودداری کنند.
ماده ۷- تحمیل مخارج غیرضروری به بیماران ممنوع است. تعیین مصادیق مخارج غیرضروری براساس نظر کمیته کارشناسی تخصصی دادسراها و هیات‌های انتظامی می‌باشد.
ماده ۸- ایجاد رعب و هراس در بیمار با تشریح غیرواقعی وخامت بیماری یا وخیم جلوه دادن بیماری ممنوع است و پزشک می‌تواند به نحو مقتضی بیمار و بستگان رادر جریان خطرات، وخامت و عواقب احتمالی بیماری قرار بدهد.
ماده ۹- تجویز داروهای روان‌گردان و مخدر به گونه‌ای که به حالت اعتیاد درآید ممنوع است، مگر در مواردی که بیمار از بیماری روانی یااز دردهای شدید ناشی از بیماری‌های غیرقابل علاج رنج ببرد یا ضرورت پزشکی مصرف آنها را ایجاب کند.
ماده ۱۰- شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته مکلفند در بخش غیر دولتی تعرفه‌های خدمات پزشکی مصوب سازمان نظام پزشکی و در بخش دولتی تعرفه‌های خدمات پزشکی مصوب هیات دولت (موضوع بند ک و تبصره ماده ۳ قانون) را رعایت کنند.
ماده ۱۱- شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته حق ندارند هیچ گونه وجه مالی را از بیماران علاوه بر وجوهی که توسط مسئولان موسسه درمانی ذیربط طبق مقررات دریافت می‌شود، وصول نمایند.
ماده ۱۲- شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته مکلفند در مواقعی که به منظور پیشگیری از بیماریهای واگیر یا در هنگام بروز بحران و سوانح از سوی سازمان نظام پزشکی و یا مراجع قانونی ذیربط اعلام می‌شود، همکاری ممکن و لازم را معمول دارند.
ماده ۱۳- جذب بیمار از مؤسسات بهداشتی درمانی دولتی و وابسته به دولت و خیریه به مطب شخصی یا بخش خصوصی اعم از بیمارستان و درمانگاه و... و بالعکس به منظور استفاده مادی توسط شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته ممنوع است.
ماده ۱۴- جذب بیمار به صورتی که مخالف شئون حرفه پزشکی باشد و همچنین هرنوع تبلیغ گمراه کننده از طریق رسانه‌های گروهی و نصب آگهی در اماکن و معابر، خارج از ضوابط نظام پزشکی ممنوع است. تبلیغ تجاری کالاهای پزشکی و دارویی از سوی شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته، همچنین نصب اعلانات تبلیغی که جنبه تجاری دارند، در محل کار آنها مجاز نیست.
ماده ۱۵- انتشار مقالات و گزارشهای پزشکی و تشریح مطالب فنی و حرفه‌ای که خارج از ضوابط علمی پزشکی بوده و جنبه تبلیغاتی گمراه کننده داشته باشد، ممنوع است.
ماده ۱۶- استفاده شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته از عناوین علمی و تخصصی غیر تائید شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ممنوع است.
ماده ۱۷- تجویز داروهایی که از طرف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در فارماکوپه (مجموعه دارویی کشور) اعلام نشده باشد، بدون توجیه علمی مورد تایید توسط سازمان نظام پزشکی و یا انجمن‌های علمی تخصصی مربوط مجاز نمی‌باشد.
ماده ۱۸- پزشک معالج مسوول ادامه درمان بیمار خود در حد توانایی و تخصص به استثنای موارد ضروری است، مگر اینکه بیمار یا بستگان او مایل نباشند.
تبصره – موارد اورژانس از شمول این ماده مستثنی است و پزشک مکلف به انجام هرگونه اقدام درمانی بدون توجه به نظرو اذن بیمار و یا همراهان او می‌باشد.
ماده ۱۹- در مواردی که مشاوره پزشکی لازم باشد، انتخاب پزشک مشاور با پزشک معالج است. در صورتیکه بیمار یا بستگان او مشاوره پزشکی را درخواست نمایند، مشاوره پزشکی با نظر پزشک معالج به عمل می‌آید اجرای دستورات پزشک مشاور با نظر پزشک معالج می‌باشد و چنانچه بیمار یا بستگان او بدون موافقت پزشک معالج، از پزشک دیگری برای درمان بیمار دعوت به عمل آورند، در این صورت پزشک معالج اول می‌تواند از ادامه درمان بیمار در موارد غیراورژانسی خودداری نماید.
ماده ۲۰- فروش دارو و محصولات آرایشی و بهداشتی و تجهیزات و لوازم پزشکی در محل طبابت توسط شاغلین حرف پزشکی بدون اخذ مجوز رسمی از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ممنوع است.
ماده ۲۱ – مشخصات و طرز استفاده داروهای تجویز شده به بیمار باید توسط پزشک با خط خوانا و انشای قابل فهم در نسخه قید شود.
تبصره – دکتر داروساز موظف به توضیح و درج چگونگی تجویز دارو طبق نسخه پزشک است.

ماده ۲۲- صدور هر نسخه می‌باید براساس شرایط بیمار واصول علمی نسخه نویسی صورت گیرد.
ماده ۲۳- مسئولان فنی مکلفند در تمام ساعات موظف بر امور فنی مؤسسات پزشکی نظارت کنند.
ماده ۲۴- اندازه و سایر مشخصات سرنسخه‌ها، تابلوها و چگونگی درج آگهی در رسانه‌ها باید طبق ضابطه‌ای باشد که به تصویب شورایعالی نظام پزشکی می‌رسد.
ماده ۲۵- به کارگیری و استفاده از افراد فاقد صلاحیت در امور پزشکی و حرفه‌های وابسته در مؤسسات پزشکی و مطب ممنوع است.
ماده ۲۶- شاغلین حرفه‌های پزشکی مکلفند نشانی و تغییر نشانی و تعطیل مطب و مؤسسات پزشکی خود رابه سازمان نظام پزشکی محل اطلاع دهند.
ماده ۲۷- شاغلین حرفه‌های پزشکی مکلفند در موارد فوریتهای پزشکی اقدامات مناسب و لازم را برای نجات بیمار بدون فوت وقت انجام دهند.
ماده ۲۸- مسئولان فنی مؤسسات پزشکی اعم از دولتی، عمومی، خصوصی و خیریه مکلفند علاوه بر قوانین و مقررات موجود در آیین‌نامه‌های مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان نظام پزشکی، ضوابط علمی و حرفه‌ای ذیربط را رعایت کنند.
فصل دوم: مجازاتهای انتظامی
ماده ۲۹- مجازاتهای موضوع تبصره (۱) ماده ۲۸ قانون سازمان نظام پزشکی مصوب ۸۳/۸/۱۶ مجمع تشخیص مصلحت نظام به شرح زیر اعمال می‌شود:
الف – متخلفان از مواد ۵، ۴، ۲، ۱۸، ۸، ۱۹ و ۲۲، ۲۴ و ۲۶ این آیین‌نامه حسب مورد به مجازاتهای مقرر در بندهای (الف) یا (ب)
تبصره – متخلفان از مواد موضوع این بند به استثنای مواد ۸، ۴، ۲ و ۲۴ در صورت تکرار به مجازاتهای مقرر در بند (ج) و در مورد موارد ۸، ۴، ۲ و ۲۴ به مجازاتهای بندهای (ج) یا (د).
ب- متخلفان از مواد ۹، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۲۰، ۲۱ و ۲۳ حسب مورد به مجازاتهای مقرر در بندهای (ب)، (ج) یا (د).
پ – متخلفان از مواد ۷، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴ و ۲۵ حسب مورد به مجازاتهای مقرر در بندهای (ج)، (د) یا (ه).
ت- متخلفان از مواد ۲۷ و ۲۸ حسب مورد به مجازاتهای مقرر در بندهای (ج)، (د)، (ه) یا (و).
ث – متخلفان از مواد ۳ و ۶ به مجازاتهای مقرر در بندهای (ج)، (د)، (ه)، (و) یا(ز).
ماده ۳۰- مفاد آرای قطعی هیاتهای انتظامی نظام پزشکی در مورد بندهای (پ) و (ث) در ماده ۲۹ این آیین‌نامه در نشریات محلی وکثیرالانتشار کشور درج می‌شود.
ماده ۳۱- در مواردی که رای قطعی به محرومیت از اشتغال به امور پزشکی و حرف وابسته صادر می‌شود، اشتغال محکوم علیه به حرفه‌های یاد شده در مدت محرومیت در بخشهای خصوصی، عمومی، دولتی و یا خیریه ممنوع است.
ماده ۳۲- آثار محرومیتهای انتظامی اعمال شده با گذشت مواعد زیر زایل خواهد شد:
الف- مجازاتهای انتظامی مندرج در بند (الف) و (ب) تبصره ۱ ماده ۲۸ قانون، برای مرتبه اول محسوب نگردیده و در صورت تکرار به مدت یکسال بعد ازاجرای رای قطعی .
ب- مجازاتهای انتظامی مندرج در بند (ج) تبصره ۱ ماده ۲۸ قانون، به مدت ۲ سال از تاریخ اجرای رای قطعی و در صورت تکرار به مدت ۳ سال.
ج – مجازاتهای انتظامی موضوع بندهای (د)، (و) و (ه) تبصره ۱ ماده ۲۸ قانون، به مدت ۵ سال از تاریخ اجرای رای قطعی و در صورت تکرار به مدت ۷ سال.
ماده ۳۳ – مرجع تشخیص تمامی موارد تخلف از آیین نامه فوق دادسراها و هیاتهای انتظامی می‌باشند.

مقررات گزارش نویسی

۱- گزارش خوانا ، بدون قلم خوردگی ، دقیق و قابل استفاده باشد
۲- V/S بدو ورود بیماران چک و چارت شود
۳- بهتر است به ترتیب سیستم ها نوشته شود
۴- مشکل اصلی (شکایت اصلی ، با همراه با آمبولانس اعزامی و....) ذکر شود
۵- رژیم غذایی بیماران مشخص باشد
۶- وضعیت خواب ، اشتها ، اجابت مزاج بررسی شود

۷- درصورت فیکس بودن سوند و ..... بررسی عملکرد آن ها یاداشت شود ، ترشحات و .... مثلاً سوند فولی و چک ادرار جریان دارد ، رنگ ادرار Semi clear و حجم ادرار در ۶ ساعت بیمار فرضاً .... سی سی می باشد

۸- در مورد بیماران روانپزشکی از بکار بردن کلمات تشخیصی مانند بیمار افسرده است خودداری می شود مثلاً به جای آن می توان از علایم بیماری بیان کرده بیمار گریه می کند ، کلمات ناامید کننده بر زبان می آورد و .....

۹- آموزش های داده شده به بیمار و همراهان آورده شود مثلاً آموزش Self Care ، تغییر پوزیشن ، گاواژ، elevate، سر، فیزیوتراپی اندام ها و .....

۱۰- داروها براساس نوع دارو ، دوز دارو ، نحوه استفاده ، زمان استفاده و براساس تفکیک ساعت نوشته شود

۱۱- تمام تجهیزات مصرفی جهت بیمار در پرونده بیمار ثبت شود

۱۲- لازم است ساعت انجام امور درمانی آورده شود ، ساعت ویزیت پزشک و ....

چک لیست گزارش نویسی بخش :

ردیف	ثبت اطلاعات در پرونده و فلوچارت بیماران
۱	مشخصات کامل بیمار روی جلد پرونده و کلیه اوراق بطورکامل ثبت شده است. درصورت مجهوالهویه بودن ، جنس و سن تقریبی بیمار قید گردد .
۲	اوراق پرونده براساس شماره مصوب مرکز اسناد و مدارک پزشکی تنظیم شده است .
۳	آزمایشات و.... براساس تاریخ انجام در برگه های مربوطه پرونده نصب شده است.
۴	دستورات پزشک با ثبت تعداد موارد به حروف و درج ساعت و تاریخ توسط چک کننده امضاء شده و سپس با یک خط مستقیم بگونه ای بسته شده است که جایی برای اضافه کردن دستورات نمیباشد .
۵	علایم حیاتی و اطلاعات خواسته شده در برگ چارت و در محل خود بطور دقیق و با رنگ استاندارد چارت شده است .
۶	مشخصات بیمار روی کلیه چارت های زیر پای بیمار ثبت شده است (فقط برای بخش بستری) .
۷	فواصل کنترل علایم حیاتی وضعیت بیمار در چارت زیر پای بیمار با دستورات داده شده در کاردکس مطابقت دارد .
۸	میزان وزن کنترل شده روزانه در برگ مخصوص یاداشت می شود .
	*******************
ردیف	گـزارشـات پـرسـتـاری در پـرونـده
۱	گزارشات پرستاری بدون خط خوردگی و لاک گرفتگی است . یا درصورت خط خوردگی ، کلمه Error با خودکار قرمز نوشته شده باشد .
۲	گزارشات پرستاری بطور خوانا و متوالی نوشته شده و فضای خالی بین آنها نیست .
۳	از واژه های مبهم مثل خوب ، نرمال ، متوسط و ... در گزارش استفاده نشده است.
۴	به ساعت انجام اقدامات خاص (مثل آزمایشات ، رادیوگرافی ، ویزیت پزشک و...) اشاره شده است
۵	پایان گزارش با یک خط مستقیم به گونه ای بسته شده است که جایی برای اضافه کردن نمی باشد و همچنین نام ،سمت ،زمان ثبت گزارش وامضاء شده است .
۶	در گزارش پرستاری بدو ورود بعلت مراجعه ، نحوه مراجعه و نوع حادثه اشاره شده است .
۷	در مورد وضعیت عمومی بیمار (علایم حیاتی ، سطح هوشیاری ، علایم عینی و ذهنی) توضیحات کافی داده شده است .
۸	در مورد وضعیت تغذیه بیمار با معیارهای قابل اندازه گیری توضیحات کامل داده شده است .
۹	در مورد وضعیت دفع بیمار توضیحات کافی داده شده است(درصورت وجود اسهال ،تعداد دفعات ، رنگ و قوام و ...)
۱۰	در مورد وضعیت درمانهای تهاجمی مثل (تجویز اکسیژن ، سوند فولی ، N.G.T و ....) توضیحات لازم ذکر شده است .
۱۱	به فرآیند آموزش و یادگیری بیمار اشاره شده است .
۱۲	دستورات دارویی دقیق ثبت شده است (با ذکر شکل فرآورده دارویی ، نام دارو ، دوز ، راه مصرف ، زمان اجرای دارو ، امضاء پرستار)

۱۳	مداخلات پرستاری (براساس مشکل بیمار) در ثبت گزارشات رعایت شده است .
ردیف	**نحوه ثبت در کاردکس و استفاده از کارت**
۱	در ابتدای کاردکس ، دستورالعمل نحوه ثبت در کاردکس وجود دارد .
۲	موارد ثبت شده در کاردکس خواناست .
۳	به جای فاصله زمانی دستورات ، ساعت انجام هر دستور پزشکی ثید شده است . مثلاً ۲۴-۱۸-۱۲-۶ به جای Q6h
۴	مشخصات کامل دارو شامل نام دارو ، راه استفاده ، دوز ، ساعت و تاریخ شروع دارو کامل ثبت شده است .
۵	در محل تشخیص ، تشخیص بیماری یا علت بستری ثبت شده است .
۶	در ستون دستورات پزشک ، کلیه تستهای تشخیصی و پاراکلینیکی و اعمال تهاجمی که تنها به دستور پزشک قابل انجام است قید شده است .
۷	در ستون مداخلات پرستاری به چهار دسته اقداماتی که پرستار مجاز به انجام آن می باشد . اشاره شده است .
۸	از کارتهای هشدار دهنده بنا به ضرورت و باتوجه به وضعیت بیمار بطور درست استفاده شده است (درصورت موجود نبودن ، آگاهی پرسنل سؤال شود) .
۹	بیماران دارای کارت مشخصات بالای سر شامل اطلاعات خواسته شده (نام بیمار ، شماره تخت ، نام پزشک معالج ، تاریخ بستری و تشخیص و یا علت بستری) منطبق با خود بیمار می باشند .
۱۰	کارت موجود در کاردکس با پرونده بیمار مطابقت دارد .
	******************
ردیف	**ثبت اطلاعات در دفاتر مربوطه**
۱	دفترپذیرش با مشخصات زیرکامل است :ردیف ، شماره پرونده ، نام بیمار ، سن ، نام پدر ، تشخیص،نام پزشک معالج،تاریخ وساعت پذیرش وترخیص،علت اعزام،شماره تلفن و آدرس
۲	دفتر تحویل وسایل روزانه با مشخصات زیر کامل است: تاریخ، شیفت، نام وسایل و تجهیزات موجود دربخش ، سالم بودن، تعداد ، نام تحویل دهنده ، نام تحویل گیرنده ، امضاء
۳	دفتر ارزشیابی پرسنل دارای مشخصات زیر کامل است : نام پرسنل ، ثبت نکات مثبت و منفی ، مستند با ذکر تاریخ و ساعت
۴	دفترمواد مخدر دارای مشخصات زیر و کامل است :ردیف، تاریخ ، شیفت ، نام مواد مخدر ، دوز آن، تعداد آمپولهای پر، تعداد پوکه های خالی ، نام تحویل دهنده ، نام تحویل گینده، امضاء
۵	فرم جابجایی و تعویض برنامه پرسنلی دارای مشخصات زیر و کامل است : با ذکر نام درخواست کننده برنامه ، تاریخ و شیفت مورد نظر ، موافقت مقام مافوق ، امضاء دو نفر جابجا کننده
۶	دفتر یا فرم C.P.R با مشخصات زیر کامل است : ردیف ، نام بیمار ، سن ، تشخیص ، شماره پرونده ، نام پزشک معالج ، تاریخ و ساعت C.P.R شرح C.P.R ، نتیجه C.P.R ، اعضاء تیم C.P.R ، مسئول تیم C.P.R ، زمان اعلام کد احیا .

ردیف	مـــوازیـــن ایمنـــی
۱	درصورت داشتن کپسول اکسیژن کنار تخت بیمار ، کمربند ایمنی کپسول وجود دارد .
۲	چرخ های وسایل چرخدار مثل ویلچر و برانکارد قبل از قرار گرفتن آن قفل می شود .
۳	کپسول اطفای حریق در بخش ، سالم و پُر (دارای دستورالعمل و تاریخ) و در محل مناسب و ایمن نصب شده است .
۴	کلیدها ، پریزهای برق و سیم کشی ها سالم سالم و ایمن (در دسترس نبودن) می باشد .
۵	پرسنل آموزش لازم جهت مواجهه با حوادث ایمنی را دیده اند (درصورت داشتن استاندارد آموزشی)
۶	برای جلوگیری از آسیب کودکان بی قرار از وسایل ثابت کننده نظیر مچ بند ، آتل های روکش دار و .... استفاده می شود .
۷	وسایل بازی در اختیار کودکان از نظر ایمنی (دارا نبودن قسمت های کوچک ، نداشتن لبه های تیز ....) رعایت شده است .
۸	پنجره اتاق ها دارای حفاظ و توری مناسب و سالم می باشد .
۹	در بیماران بیهوش ، بیقرار و ضعیف ، نرده کنار تخت بالا کشیده شده است .

ردیف	گـــزارش تغییـر شیـفت
۱	کلیه پرسنل شیفت قبلی و شیفت بعدی در گزارش تغییر شیفت حضور دارند .
۲	درصورت نیاز برخی گزارشات در ایستگاه پرستاری داده می شود (نه در بالین بیمار) .
۳	تمامی اقدامات درمانی و تهاجمی بیمار مانند سرم ، FC , NGT ، اکسیژن تراپی و .... در بالین بیمار توضیح داده می شود .
۴	به هنگام تحویل بالینی ، کلیه اتصالات و تجهیزات متصل به بیمار از نظر صحت کارکرد و میزان ترشحات چک می شود .
۵	در مورد مراقبت های پرستاری و درمانی انجام شده در آن شیفت (مثل تغییر دوز داروها) و نیز مراقبت های درمانی و پرستاری لازم که باید در شیفت بعدی انجام شود توضیحات لازم داده شود .
۶	گزارشی از خلاصه پذیرش بیماران جدید شامل تشخیص ، سن ، برنامه درمانی ، وضعیت عمومی ، نام بیمار ، پزشک و اقدامات درمانی انجام گرفته و ..... ارائه می شود .
۷	گزارشی از تعدادکل بیماران بستری در بخش ، تعداد پذیرفته ، مرخص شده ، انتقال یافته و فوت شده داده می شود
۸	لیستی از نام پزشک آنکال وجود دارد .

ردیف	تـــجــــهـــــــیزات
۱	ترالی اورژانس از نظر محل قرارگیری (کنار راهرو یا روبروی ایستگاه پرستاری) به سهولت در دسترس است .
۲	لیست مکتوب کامل داروها و تجهیزات مورد لزوم به ترالی اورژانس نصب است .
۳	تخته احیاء در قطع و اندازه مناسب به ترالی اورژانس نصب است .

۴	کپسول اکسیژن پُر همراه مانومتر به ترالی اورژانس متصل می باشد .
۵	سینی معاینه حاوی وسایل لازم در بخش موجود است (آبسلانگ ، گوشی ، فشارسنج ، درجه حرارت ، چراغ قوه و ....) .
۶	یخچال دارو (مجهز به دماسنج) و یخچال مربوط به نگهداری غذا جداگانه است .
۷	پک های بخیه ، کت دان ، پانسمان و ست L.P در بخش موجود است .
۸	پالس اکسی متر قابل استفاده در بخش وجود دارد .
۹	دستگاه پمپ انفوزیون یا سرنگ پمپ سالم در بخش موجود است .
۱۰	ترازوی توزین اطفال سالم (با وزنه شاهد) و بزرگسالان در بخش موجود است .
۱۱	دستگاه ساکشن سالم و آماده استفاده وجود دارد .
۱۲	دستگاه الکتروشوک سالم و آماده در دسترس (در بخش ها) وجود دارد .
۱۳	لارنگوسکوپ سالم با تیغه های مناسب آماده و باتری یدک استفاده وجود دارد .
۱۴	لوله تراشه در سایزهای ۲/۵ ، ۳ ، ۴/۵ ، ۵ و ۶ با کانکشن مناسب وجود دارد .
۱۵	Ari Way در اندازه های (صفر ، ۱ ، ۲ و ۳) موجود است .
۱۶	اقلام و تعداد داروهای اصلی و مفید C.P.R در ترالی اورژانس براساس بخشنامه وزارتخانه به تعداد کافی و چیدمان مناسب وجود دارد .
۱۷	آمبوبگ اطفال سالم در بخش وجود دارد .
۱۸	دستگاه نبولایزر و بخور گرم و سرد سالم در بخش وجود دارد .
۱۹	صندلی همراه بیمار (ترجیحاً تختخوابشو) در کنار هر تخت وجود دارد .

مـــوازیـــن کنترل عفـــونت

ردیف	مـــوازیـــن کنترل عفـــونت
۱	نظافت بخش براساس برنامه تنظیمی بخش انجام شده است .
۲	سطل های آشغال (به تفکیک عفونی و غیرعفونی) دارای درب و کیسه زباله است .
۳	وسایل استریل موجود در بخش دارای برچسب مشخصات و تاریخ (طبق دستورالعمل) است .

۴	تخت (انکوباتور درصورت وجود) پس از ترخیص بیمار بطور کامل تمیز می شود (تشک ، سینی زیر بیمار ، شیشه های اطراف و ....)
۵	محفظه آب مقطر (نبولایزر ، اکسیژن) باید روزانه یکبار باز شده و بطور کامل تمیز شود و درصورت عدم استفاده خشک باشد .
۶	نظافت دستگاه بخور (سرد و گرم) مطلوب است .
۷	رعایت بهداشت دست مطابق دستورلعمل انجام می شود .
۸	وسایل نوک تیز و برنده در ظروف مقاوم جمع آوری می شود و بعد از پرشدن به میزان ۸۰ درصد تعویض می شود .
۹	زباله های بخش مطابق دستورالعمل تفکیک و جمع آوری می شود (زمان تعویض) .
۱۰	رعایت اصول انواع ایزوله براساس نوع بیمار بستری در بخش انجام می شود .
۱۱	درصورت عدم استفاده از ساکشن ، خشک نگهداری می شود .
۱۲	کلیه اتصالات مربوط به درناژ (.. , Urine Bag , N.G.Tube) در سطحی پایین تر از محل درناژ قرار دارند و بازمین تماس ندارند .
	*******************

ردیف	رعایت موازین بهداشت فردی بیماران
۱	بیماردرظاهر پاکیزه به نظر می رسد (چشم ها ، دهان ، صورت ، دست ها و .....) و از آراستگی کافی برخوردار است .
۲	لباس ، ملحفه و پتو و بالش تمیز در دسترس است .
۳	کودکی که از پوشک (کهنه) استفاده می نماید ، ناحیه ژنیتال از نظافت لازم برخوردار است .
	*******************

ردیف	حمـــل و نقـــل کـودکـان
۱	وسایل حمل و نقل مناسب ، کارتهای مناسب (کودکان) ، صندلی چرخدار و یا برانکارد مناسب در بخش موجود می باشد .
۲	درحین حمل بیمار از البسه و پوشش مناسب (جهت حفاظت از سرما و ...) استفاده میگردد .
۳	در حین حمل بیمار از کمربندها و یا سایر وسایل امنیتی استفاده می گردد .
۴	آیا حمل بیمار توسط پرسنل بیمارستان (فرد آموزش دیده با لباس مشخص) انجام میگیرد .

ردیف	رضایـت بیمـاران
۱	همراه بیمار از پیگیریمشکلات درمانی بیمار خود رضایت دارد .
۲	همراه بیمار از پاسخ به موقع پرستار به درخواست بیمار خود رضایت دارد .
۳	همراه بیمار از تأمین تسهیلات لازم (برای خود و بیمار) رضایت دارد .
۴	حفظ حریم بیمار در زمان انجام ارائه خدمات رعایت شده است .
۵	به رفع نیازهای روانی کودکان باتوجه به مراحل رشد و تکامل توجه می شود (دادن اجازه ملاقات به نزدیکان مورد علاقه ، اسباب بازی های مناسب ، دیدن تلویزیون و ....)

	******************
ردیف	**ارزیابی فعالیت های آموزشی**
۱	برنامه آموزشی متناسب با نیازها برای پرسنل بصورت مدون و مکتوب در بخش وجود دارد
۲	دستورالعمل راهنمای استفاده از تجهیزات پزشکی مثل الکتروشوک و ..... در بخش در دسترس پرسنل است .
۳	دستورالعمل راهنمای انجام پروسچورهای عمومی و اختصاصی در بخش در دسترس پرسنل است .
۴	بورد آموزشی متناسب با نیاز پرسنل در بخش وجود دارد .
۵	آموزش همراه بیمار بصورت مدون و برنامه ریزی شده در حین پذیرش ، حین بستری و هنگام ترخیص انجام می گیرد .
	******************
ردیف	**ارزیابی عملکرد سرپرستار درحیطه**
۱	تقسیم کار در شیفت های مختلف بصورت کتبی وجود دارد .
۲	جهت اصلاح روش ها و ارتقای برنامه ها ، جلساتی بین پرسنل و سرپرستار برگزار می شود (داشتن صورتجلسه) .
۳	وجود شرح وظیفه به تفکیک رده پرسنل در زونکن بخش موجود می باشد .
۴	توزیع نیروی انسانی در سه شیفت باتوجه به حجم کار و تعداد نیروی موجود مناسب است .

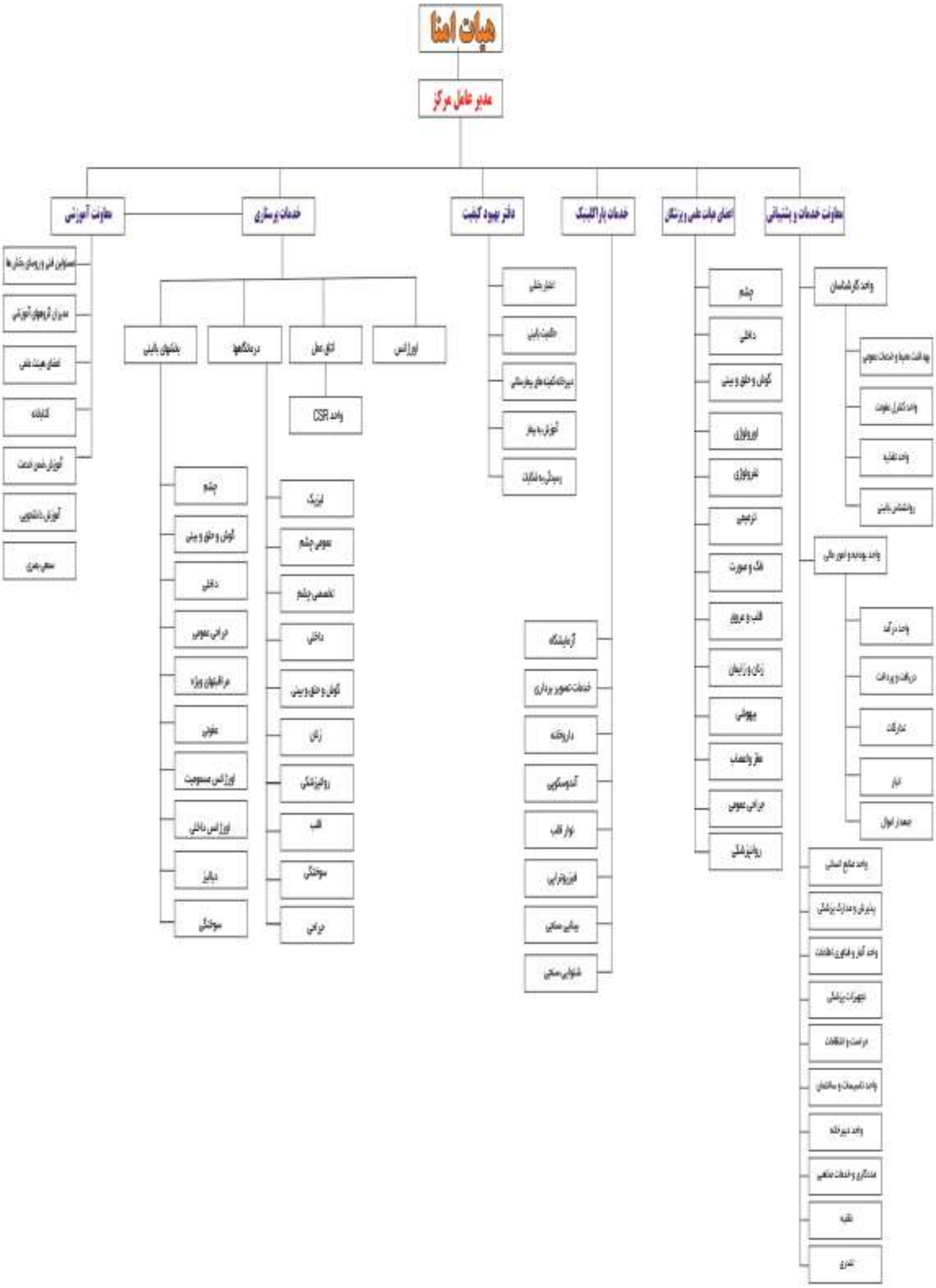
مقررات الزامی نوع پوشش کارکنان مرکز آموزشی درمانی امام خمینی ره

ردیف	جنسیت	مانتو – روپوش / کت – پیراهن	شلوار	مقنعه	کفش	جوراب
۱	سرپرستار زن سوپروایزر	سرمه ای	سرمه ای	سرمه ای	سفید	سفید
۲	سرپرستار مرد سوپروایزر	سفید	سرمه ای	-	سفید	سفید

۳	پرستار زن	سرمه ای	سرمه ای	سفید	سفید	سفید
۴	پرستار مرد	سفید	سرمه ای	-	سفید	سفید
۵	بهیار مرد	سفید	کرم	-	سفید	سفید
۶	بهیار زن	سفید	سفید	سفید	سفید	سفید
۷	کمک بهیار زن	کرم	کرم	کرم	سفید	سفید
۸	کمک بهیار مرد	کرم	کرم	-	سفید	سفید
۹	منشی زن	قهوه ای	قهوه ای	قهوه ای	مشکی	مشکی
۱۰	منشی مرد	قهوه ای	قهوه ای	-	مشکی	مشکی
۱۱	آزمایشگاه زن	سفید	سرمه ای	سرمه ای	مشکی	سفید
۱۲	آزمایشگاه مرد	سفید	سرمه ای	-	مشکی	سفید
۱۳	اداری زن	قهوه ای یا مشکی	قهوه ای یا مشکی	قهوه ای یا مشکی	قهوه ای یا مشکی	قهوه ای یا مشکی
۱۴	اداری مرد	قهوه ای یا مشکی	قهوه ای یا مشکی	-	قهوه ای یا مشکی	قهوه ای یا مشکی
۱۵	خدمات زن	طوسی	طوسی	طوسی	مشکی	مشکی
۱۶	خدمات مرد	طوسی	طوسی	-	مشکی	مشکی

با توجه به خاص بودن بخش هاي ICU ، سوختگي و دياليز پرستاران اين بخش مي توانند از روپوش و مانتو آبي (کم رنگ) استفاده نمايند.

چارت تشکیلاتی بیمارستان امام خمینی (ره) کرمانشاه



فصل دوم

دستورالعمل ،آیین نامه های داخلی،بخشنامه ها مربوط به شرح وظایف شغلی فرد

بسمه تعالی

قابل توجه کلیه مسئولین بخش‌ها

با سلام

احتراماً با توجه به تأکیدات وزارتخانه و انجام بازرسی‌های دوره‌ای و اهمیت نظر سنجی نظام‌مند و مستمر مطابق برنامه‌ریزی صورت گرفته لازم است هر یک از بخش‌ها نسبت به تکمیل و ارائه فرم نظر سنجی پیوست طبق جدول ذیل اقدام نموده و تا تاریخ ۲۵ هر ماه به تعداد تعیین شده به دفتر بهبود مرکز تحویل گردد.

ردیف	نام بخش		تعداد پرسشنامه با توجه به تعداد بیمار پذیرش داده شده
۱	داخلی		۸
۲	ENT	ENT	۱۰
		جراحی عمومی	۳
۳	چشم		۱۵
۴	ICU		۳
۵	عفونی		۵
۶	سوختگی		۴
۷	اورژانس داخلی		۶
۸	اورژانس مسمومیت		۱۴
۹	دیالیز		۷
جمع			۷۵

لطفاً نکات ذیل در تکمیل پرسشنامه‌ها مد نظر قرار گیرد:

۱- حتماً شماره تلفن و مشخصات بیمار تکمیل گردد.

۲- بر روی تمامی برگه‌ها نام بخش مشخص گردد.

۳- وظیفه تهیه کپی از فرمها به تعداد ذکر شده به عهده خود بخش می باشد.

۴- با توجه به ارسال دوره‌ای آمار لطفاً کلیه فرم ها در تاریخ مقرر (۲۵ هر ماه) به دفتر بهبود تحویل شود تا در اسرع وقت تجزیه و تحلیل آن صورت گیرد.

۵- بخشنامه فوق از اول مهر ماه اجرایی و از طرف گروه مدیریت مرکز به دقت کنترل و پیگیری خواهد شد .

۶-لازم به ذکر است دفتر بهبود تنها مسئولیت تحلیل و ارائه اطلاعات تحلیل شده را به ارگان‌های ذیربط خواهد داشت، لذا در صورت قصور هر یک از بخش‌ها، مسئولیت متوجه منشی و سرپرستار بخش مربوطه خواهد بود.

حمید رضا ناصری

رئیس گروه مدیریت مرکز

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه

مرکز آموزشی درمانی امام خمینی (ره)

شماره: ۲/۷/۸۰۲۱ (۱-۱۷۰)

تاریخ: ۱۳۹۲/۲/۱۱

پیوست:

به کلیه بخش ها و واحدهای کلینیکی و پاراکلینیکی

با سلام

احتراماً، با توجه به ضرورت ارائه خدمات و آموزش به همکاران در خصوص نحوه برخورد با بیماران در حال احتضار و همراهان آنها بدینوسیله به اطلاع می رساند حاج آقا حسن الماسی روحانی محترم مرکز آماده هر گونه آموزش و ارائه خدمات معنوی به بیماران فوق الذکر و همراهان آنها می‌باشد. مستدعی است در موارد لزوم با مشارالیه هماهنگی فرمایید./ب

دکتر جویباری

مدیر عامل مرکز

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه
مرکز آموزشی درمانی امام خمینی (ره)

بسمه تعالی

شماره: [illegible]
تاریخ: ۱۳۹۱/۱۱/۲۱
پیوست:

به کلیه سرپرستاران محترم

با سلام

احتراماً پیرو بخشنامه‌های قبلی مجدداً تاکید می‌گردد تحت هیچ عنوان همکاران منشی بخش و اپراتورهای محترم فیش‌های واریزی بدون پرفراژ را از هیچکس نپذیرند. بدیهی است در صورت قبول فیش بدون پرفراژ و یا فیش حاوی شماره حسابی غیر از شماره حساب بیمارستان مراتب از حقوق آنها کسر می‌گردد./ب

دکتر جویباری
مدیر عامل مرکز

مرکز آموزشی درمانی امام خمینی (ره) کرمانشاه
دبیرخانه

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه
مرکز آموزشی درمانی امام خمینی (ره)

بسمه تعالی

شماره: [illegible]
تاریخ: ۱۳۹۱
پیوست:

سرپرستاران محترم

با سلام

احتراماً متأسفانه تعدادی از سرپرستاران برخی از بخش‌های مرکز علی‌الرغم قابل استفاده بودن تجهیزات پزشکی نسبت به درخواست اسقاطی نمودن آنها اقدام می نمایند که این موضوع دقیقاً نشان از بی توجهی آنها به شرایط اقتصادی بیمارستان و یا شرایط اقتصادی کشور است. مقتضی است من بعد از ارسال این گونه درخواست ها جداً خودداری فرمایید و در حد نیازهای اورژانسی و حیاتی نسبت به ارسال درخواست خرید اقدام نمایید./ب

حمید رضا ناصری
رئیس گروه مدیریت مرکز

مرکز آموزشی درمانی امام خمینی (ره) کرمانشاه
دبیرخانه

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه
مرکز آموزشی درمانی امام خمینی (ره)

شماره: ۱۲۷۴/ ۱/۸۰۲/ پ
تاریخ: ۱۳۹۲-۲-۱۱
پیوست:

کلیه بخش های درمانی-کلینیکی- پاراکلینیکی- اداری پشتیبانی

با سلام

احتراماً، با توجه به ممنوعیت بکارگیری منابع انسانی و مشکلات بوجود آمده از تاریخ ۹۲/۲/۳۱ از بکارگیری هر گونه دانش آموز و یا دانشجو تحت عنوان دوره کارآموزی خودداری گردد (البته این موارد شامل رزیدنت ها- اینترن ها-کارورزان پرستاری- اتاق عمل - بیهوشی که از طریق سوپروایزر آموزشی هماهنگی می گردد نمی شود)

دکتر جویباری
مدیر عامل مرکز

مرکز آموزشی درمانی امام خمینی (ره) کرمانشاه
دبیرخانه

FROM :MOAVENAT DARMAN KERMANSHAH FAX NO. :0831 8360863 17 Oct. 2012 10:37 P 1

بسمه تعالی

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی درمانی کرمانشاه
معاونت امور درمان

تاریخ : ۳۱۷۳۴
شماره : ۱۳۹۱/۷/۲۴
پیوست :

«سال ۹۱ سال تولید ملی
حمایت از کار و سرمایه ایرانی»
مقام معظم رهبری

ریاست محترم مرکز آموزشی درمانی امام رضا(ع) / امام خمینی(ره)–طالقانی

سلام علیکم

احتراماً ، باتوجه به انجام رزمایش گردان های بیت المقدس از مورخ ۹۱/۷/۲۹ در استان کرمانشاه، مقتضی است دستور فرمائید آن مرکز آمادگی پذیرش مصدومین احتمالی را داشته باشند.

دکتر سیدمحمود میرمعینی
سرپرست مدیریت امور درمان

مسئول محترم بخش اورژانس
اطلاع رسانی و آمادگی لازم
۹۱/۷/۲۹

۷۸۷
۹۱/۷/۲۶

دفتر پرستاری
اقدام

آدرس : بلوار شهید دکتربهشتی ، ساختمان شماره دو ، معاونت امور درمان
تلفن : ۸۳۵۰۰۳۴-۸۳۵۸۶۲۷ فاکس : ۸۳۶۰۸۶۳

(on call)
۹۱/۷/۲۹
پرویز عزیزی
سوپروایزر

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه
مرکز آموزشی درمانی امام خمینی (ره)

شماره: ۱۰۲۱/ ۷/۸۰۲۱/پ
تاریخ: ۱۳۹۲/۲/۱۱
پیوست:

به کلیه بخش ها و واحدهای کلینیکی و پاراکلینیکی

با سلام

احتراماً، با توجه به ضرورت ارائه خدمات و آموزش به همکاران در خصوص نحوه برخورد با بیماران در حال احتضار و همراهان آنها بدینوسیله به اطلاع می رساند حاج آقا حسن الماسی روحانی محترم مرکز آماده هر گونه آموزش و ارائه خدمات معنوی به بیماران فوق الذکر و همراهان آنها می‌باشد، مستدعی است در موارد لزوم با مشارالیه هماهنگی فرمایید. /پ

دکتر جویباری
مدیر عامل مرکز

مرکز آموزشی درمانی امام خمینی (ره) کرمانشاه
دبیرخانه

۲۸۰۹۱۲
۹۲/۱/۳۱

بخشنامه

به کلیه پرسنل محترم خدماتی

با سلام

احتراماً با توجه به لباس فرم تحویل شده، مقتضی است در ساعات حضور در بیمارستان از لباس فرم استفاده نمایید. بدیهی است رعایت نظم و پوشش در ارزیابی های ماهیانه هر یک از پرسنل و متعاقباً در تغییر وضعیت استخدامی و تغییر عنوان و ارتقاء شما تأثیر مستقیم خواهد داشت.

حمید رضا ناصری
رئیس گروه مدیریت مرکز

فصل سوم

تجهیزات اختصاصی بخش دیالیز

الکتروشوک	۱ دستگاه
ECG	۱ دستگاه
ساکشن ۲ شیشه	۱ دستگاه
همودیالیز	۹ دستگاه
تصفیه آب RO	۱ دستگاه