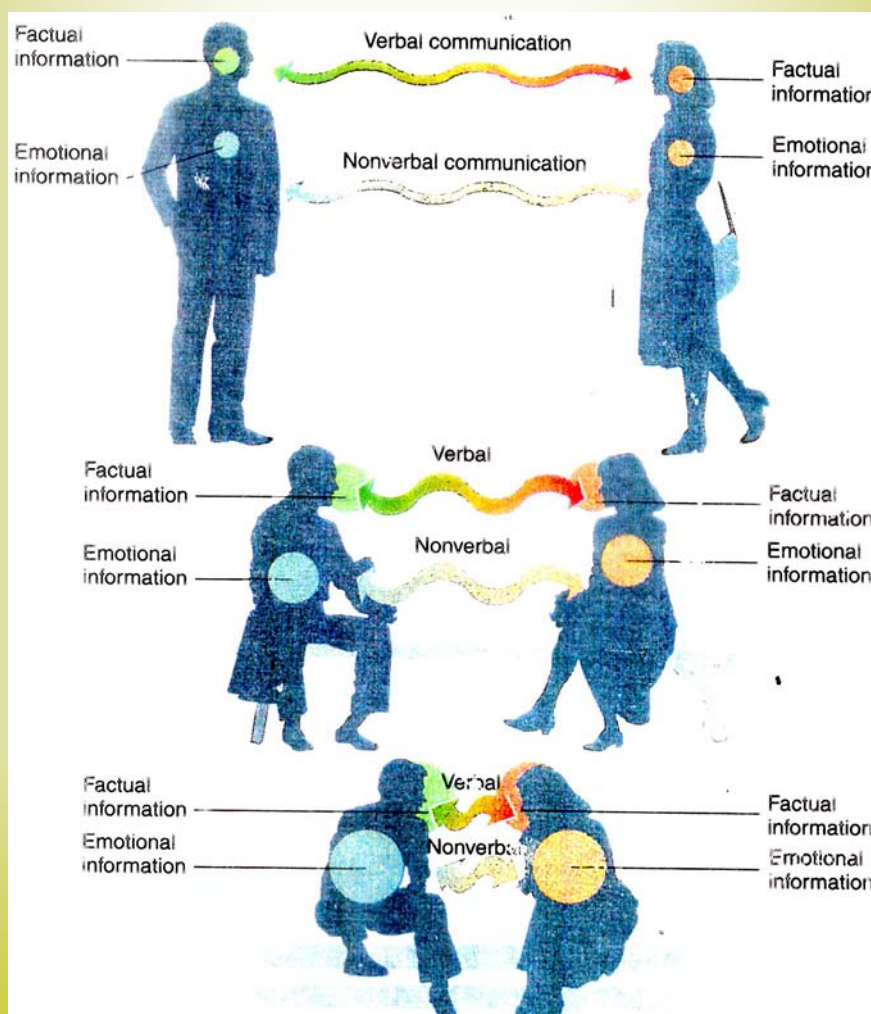




دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
دانشکده پزشکی



درستانه تماس زود رس با بیمار



بهمن ۱۳۸۶

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

تماس زود رس با بیمار (۱)

Early Painteal Contact

نویسندگان

- دکتر سوسن پارسای
- دکتر محمد علی حیدرنیا
- دکتر اصغر کلاهی
- دکتر محمد رضا سهرابی
- دکتر حوریه شمشیری میلانی
- دکتر ناصر محمدی
- آقای عبدالرضا کامیابی

نماینده دانشکده در تالیف درسنامه تماس زود رس

دکتر فاطمه فلاح

درسنامه

تماس زود رس با بیمار

فهرست

- ۱- مقدمه..... ۸
- ۲- تعریف بیماری و ابعاد آن..... ۱۰
- ۳- عوامل مربوط به بیمار..... ۱۲
- ۴- تاثیر بیماری بر خانواده و جامعه..... ۱۵
- ۵- تنوع نیازهای سلامت در گروههای جنسی و سنی و اجتماعی مختلف..... ۱۹
- ۶- اسرار حرفه ای و اخلاق پزشکی..... ۲۳
- ۷- سوگ و ماتم..... ۳۲
- ۸- اصول و مهارت های ارتباطی..... ۴۱
- ۹- بیمار در بیمارستان، تاریخچه و روند بیمار در بیمارستان..... ۵۹
- ۱۰- آشنایی با مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی... ۹۸
- ۱۱- ضمائم کارهای عملی.....

نام دوره: تماس زودرس با بیمار (۱)**تعداد واحد: ۰/۵ واحد****نوع واحد: عملی**

هدف کلی: آشنایی با محیط بالینی و مهارت آموزی در زمینه مهارت‌های ارتباطی و تماس با بیمار و شناخت نیازهای او

اهداف اختصاصی

در پایان دوره دانشجو باید:

۱. قادر به برقراری ارتباط مناسب با بیمار در ابتدای مصاحبه باشد.
۲. با سوالات باز بیمار را تشویق به دادن شرح حال دقیق کند.
۳. با دقت به صحبت‌های بیمار گوش دهد، سوالات روشن و واضح مطرح کند و اطلاعات را خلاصه کند.
۴. درک روشنی از تصور بیمار از بیماری خود و نظرش راجع به درمان داشته باشد.
۵. مهارت برقراری ارتباط و گوش دادن به صحبت‌های بیمار را کسب کند.
۶. مهارت‌های ارتباطی پیشرفته (مباحث اخبار بد، معلولیتها) را کسب کند.

اهداف عینی:

در پایان دوره دانشجو باید:

۱. حداقل با ۲ بیمار در بخش‌های مختلف ارتباط برقرار کرده باشد و گزارش آنها را در پورت فولیو ثبت کرده باشد.
۲. ۷۰ درصد موارد مصاحبه در قسمتهای مختلف opening ، را نام ببرد.
۳. در یک مصاحبه مختصر قادر به توصیف مشکل بیمار و تجربه او از بیماری و انتظارات وی از ارائه دهندگان مراقبت‌های سلامتی باشد.

۴. اصول جلب رضایت بیمار را درک کند و به طور عملی آنرا اجرا نماید.
۵. اصول جلب اعتماد بیمار را درک کند و به طور عملی آنرا اجرا نماید.
۶. اصول تاثیر گذار بر موفقیت مصاحبه از دیدگاه بیمار و خود را تعیین کند.
۷. بیماران را در قالب خانواده و جامعه توصیف کند.
۸. قادر به درک و توصیف اثرات فقر، مسایل فرهنگی، مسکن، بیکاری، بهداشت نامناسب و در مشکلات بیمار باشد.
۹. متناسب با گروه سنی و جنسی و طبقه اجتماعی با بیماران مصاحبه کند.

مقدمه

با تغییرات زیادی که در سال های اخیر چه از نظر الگوی بیماری ها چه از نظر دموگرافیک و الگوی مرگ و میر و عوامل خطر، تاثیر گذار بر جامعه و فرد و سلامت او اتفاق افتاده باعث شده که در وظایف پزشک و ارتباط او با بیمار و در نتیجه در نوع آموزش او تغییرات فراوانی داده شود. نیاز و تقاضاهای مردم نیز در ارتباط با وظایف و اهداف پزشکی کاملاً "تغییر پیدا کرده و جامعه به تربیت نوع جدیدی از پزشک که متناسب با نیازهای فرد و جامعه بوده و مهارت های لازم برای رویارویی با این تغییرات را داشته باشد نیاز فراوان دارد. پزشک دیگر نمی تواند فقط یک درمانگر باشد بلکه شناخت عوامل خطر و پیشگیری از بیماری ها و مدیریت بیماریها و ارتقاء کیفیت زندگی^۱ از مهارت هایی است که او باید بیاموزد و بصورت یک عمل موثر و هدف دار بانجام رساند.

در حرفه پزشکی بدلیل تماس مستقیم با مردم و سروکار داشتن با شاخص ترین و اساسی ترین نیازها آن ها یعنی سلامت، رعایت همه جنبه ها اخلاقی و انسانی این حرفه را می طلبد. حرفه پزشکی مجموعه ای از اقدامات رفتارها و توجهاتی می باشد که در جهت حفظ منافع بیمار به عنوان فردی از کل جامعه که تحت تاثیر عوامل مختلف است بکار گرفته میشود، حرفه ای که بدون بهره مندی از احساس انسانی، همدردی اعتماد لازم نمی توان آن را به ثمر رسانید. اعتماد و اطمینان به پزشک در قلب اکثریت مردم جای گرفته و تعهد، پزشکان را موظف می سازد که علم و مهارت خود را با قابلیت و تبحر فراوان در جهت بهبود بیمار به کار گیرند.

هدف حرفه پزشکی تسکین درد و نه فقط درد جسمانی بلکه آلام بیمار هم میباشد. برقراری ارتباط با بیمار و جامعه از اصولی ترین اقدامات پزشکی است. ارتباط از شناخت یک دیگر بوجود می آید و موجب تسهیل بهبودی در بیمار میگردد. اگر فقط از دریچه بیومدیکال به بیمار نگاه نکنیم بلکه بدانیم با هموعی که تمام جنبه های انسانی - روانی - اجتماعی - اقتصادی شغلی او در ایجاد بیماری او دخالت داشته طرف هستیم و تمام جوانب انسانی و شخصی و رفتاری او را برای درمان او در نظر بگیریم درمان ها موثر و مفید واقع خواهند شد.

امروزه تقاضای مردم که میخواهند در مورد عوارض خطر، فواید عمل جراحی اقدامات پیشگیری و پس از درمان را بدانند بسیار بالا رفته و از طرفی انتظارات بستگان و فامیل بیشتر شده و روز به روز از پزشک در مورد بیماری فرد بیمار توضیحاتی را میخواهند و بیشتر وقت پزشک را به خود اختصاص می دهند.

این تحولات در سی سال گذشته در ارتباط پزشک و بیمار تاثیر گذاشته است. نکته اصلی در تغییر رعایت حقوق افراد است که به موجب آن بیماران حق دارند از حقایق بیماری خود آگاه باشند و محتوی سوگند نامه جدید براساس محوریت بیمار یا برتری رای او تنظیم می گردد و برخلاف سابق از یگانگی نظر پزشک فرهنگ ها فاصله دارد.

1. Quality of Life promotion

بهمین علت پزشک باید با تعاریف بیماری و عوامل موثر بر ایجاد آن و تاثیر این بیماری بر زندگی آینده فرد، خانواده، جامعه، آگاه باشد، بتواند حقوق بیمار را بشناسد از پروسه شروع بیماری تا ترخیص او از بیمارستان آگاهی یابد و در این راستا بتواند ارتباط سالم و اخلاقی با بیمار برقرار نماید. هدف از این دوره آشنایی دانشجویان با محیط بالینی و تماس با بیمار قبل از شروع دوره بالینی است. آنها همچنین با وظایف و نقش آینده خود به عنوان یک پزشک در حیطه طبابت آشنا خواهند شد. در این دوره دانشجویان می آموزند که خصوصیات یک ارتباط مناسب با بیمار چیست و بیمار را در محیط خانواده و در قالب جامعه می بینند و اثرات بیماری بر بیمار، خانواده و جامعه را مشاهده کند یا به عبارتی ناخوشی را در کنار بیماری ببیند. در این دوره از دانشجو انتظار تشخیص و یا درمان بیمار نمی رود، بلکه وظیفه دانشجو شنیدن صبحتهای بیمار، درک مشکل او، توصیف آن و درک و اجرای اصول برقراری ارتباط با بیمار است. بهتر است در کنار بیماران، با افراد سالم نیز ارتباط برقرار شود تا دانشجویان مفهوم سلامتی در کنار بیماری در قالب زندگی حقیقی آشنا شود.

بیان مشکلات از طرف بیماران یا به عبارتی درک آنها از بیماری با آنچه دانشجویان از کتابهای درس و با دید آسیب شناسی فرا می گیرند بسیار متفاوت است. این دوره به دانشجویان کمک می کند درسالهای اول آموزش پزشکی این دید را پیدا کنند که همزمان با مطالعه متون پایه علمی، مشکلات مطرح شده از طرف بیماران را نیز در ذهن داشته باشند و به صورت کاربردی و با دیدی فراتر از تئوری محض مطالب را فراگیرند. همچنین به بیمار به عنوان یک فرد دارای احساس و فکر که رضایت و اعتماد او قبل از مصاحبه باید جلب شود، نگاه کنند.

با تشکر از سرکار خانم مریم غفاری کارشناس بخش بهداشت و پزشکی اجتماعی و سرکار خانم مریم محمدزاده و سایر همکاران در دبیر خانه اصلاحات که در تهیه، ویرایش و تایپ این مطالب بسیار کمک کرده اند.

تعریف بیماری و ابعاد آن :

پزشکی مجموعه ای از علم و هنر است. پزشک بابکارگیری عناصر دانش و مهارت، ایمان و اعتقاد باید این علم و هنر را بکارگیرد.

اصل بنیادی اخلاق پزشکی این است که دانش و مهارت و تجربه یک پزشک باید به شفا دادن انسان بیمار که برای دریافت کمک به پزشک رو می آورده است معطوف گردد. فرد بیمار دچار علائم ناراحت کننده است، در عملکرد طبیعی خود با مشکل روبروست و همراه با آن نگران از دست دادن سلامتی خود و نهایتاً "جان خویش" است، انتظار او این است که پزشک علت علائم ناراحت کننده را مشخص نموده و بیماری را معالجه نماید برای یک پزشک مشکل زمانی پیش می آید که پزشک در شیوه درمان خود تنها عضو بیمار یا جسم او را در نظر بگیرد و تنها از مدل تفکر بیماری بعنوان مدل زیست پزشکی استفاده نماید.

مدل زیست پزشکی بیماری یک مدل کلاسیک علمی است و دیدگاهی است که در آن یک پدیده پیچیده به صورت مجموعه ای از روابط علت و معلولی ساده در سطح بدن و سیستم ها و ارگان ها و حتی در عصر حاضر در سلول ها و ملکول ها ترسیم میشود. با این مدل، درمان بسیار از بیماری ها روند عوامل بیماریزا آسیب هایی که انسان ها و بشریت را گرفتار کرده بوده است امکان پذیر ساخته است.

در این مدل تمایزی بین بیماری و احساس بیماری وجود ندارد در صورتیکه بیماری (Disease) نتیجه اختلال در سطح سلولی است که بصورت اختلالات بیوشیمیایی، فیزیولوژیک و گاهی اوقات تغییرات آناتومیک در فرد ظهور میکند علت زیست پزشکی بیماری در قالب آسیب شناسی و عملکرد دستگاه ها بدن مانند شکستگی استخوان ران، سرطان پستان، تالاسمی، بیماری دیابت خود را نشان میدهد.

احساس بیماری یا (Illness) تجربه ذهنی انسان در مورد ناخوش بودن انسان است. این احساس نقطه مقابل تعریف سلامت است و احساس ناخوش بودن و ناتوانی در انجام اعمال عادی و روزمره است تجربه منحصر به فرد خود شخص است. شامل نگرانی های او، ترس از مرگ، تغییرات در زندگی زناشویی او است. اگرچه بیماری و احساس بیماری در موارد زیادی با هم تداخل دارند ولی بین احساس ذهنی خوب بودن و احساس ذهنی بیمار بودن یک فاصله پیوسته وجود دارد. گاهی بیماری وجود دارد ولی احساس بیماری در فرد وجود ندارد. مانند فشار خون و گاهی بدون وجود بیماری فرد احساس کسالت و بیماری نماید.

اختلالات روانی، اجتماعی و خانواده می تواند بدون وجود اشکال جسمی خاص احساس بیماری در فرد بوجود آورد. مشکل بزرگ مدل زیست پزشکی فرض می کند که احساس بیماری را تماماً می توان به حساب اشکالات و انحرافات از مقادیر قابل سنجش فیزیکی و شیمیایی گذاشت و حتی گاهی انحرافات رفتاری و اختلالات روانی را هم بحساب اختلال در کارکرد مغز می پذیرند.

در دوران پیش از عصر پزشکی علمی مدرن این باور وجود داشت که شرایط روانی و محیطی بیمار در ایجاد احساس بیماری و احساس بهبودی نقش مهمی دارد و امروزه باین نتیجه رسیده ایم که

فرض بنیادی در بیماری ها مدل زیستی روانی ، اجتماعی است و سلامت یا بیماری نتیجه تداخل زیستی - روانی اجتماعی و فرهنگی در یک بیمار خاص است .

درک مفهوم بیماری در یک بیماری خاص و معکوس کردن روند بیماری در وی نه تنها به ارزیابی دقیق وضعیت زیستی (فیزیکی و شیمیایی) بدن وی دارد بلکه بررسی وضع روانی ، اجتماعی وی بسیار ضروری است مدل زیستی ، روانی ، اجتماعی بیماری بر این مبناست که بیماری به وسیله عوامل بیماریزایی خاص ایجاد میشود ، هر فرد خاص مجموعه ای از عوامل مستعد کننده را دارد . یک فرد با مشخصات بیولوژیک خاص بدنیا می آید . با عوامل ژنتیک و شرایط زندگی جنینی ، خصوصیات مشخص نتیجه تداخل عوامل بیولوژیک تجربیات و تکامل هستند .

خصوصیات بیولوژیک مانند، هوش استعداد ، واکنش های رفتاری و مکانیسم های دفاعی روانی ، علاوه بر آن توانایی تطابق با محیط از اهمیت خاصی برخوردار هستند .

نقش سن ، جنس ، عوامل فرهنگی ، مذهب ، قومیت عوامل اقتصادی و اجتماعی (شغل ، تحصیلات و موقعیت اجتماعی اقتصادی) را نیز نباید نادیده گرفت .

تداخل عمل دائمی بین فرد و محیط اطراف او موجود است که گاهی موجب استرس شده و گاهی نقش محافظ دارد و گاه نیز همزمان هر دو حالت را دارا میباشد .

این نقش در مورد وقایعی کم وزنی ، ارتريت ، الکلیسم ، بیماریهای قلبی بخوبی دیده شده است .

حمایت پزشک و خانواده باعث تسريع در روند بهبودی میشود . در این مدل پزشک روح و جسم را به عنوان مقوله مجزا در نظر نمی گیرد . اگر پزشک آگاهانه نقش عوامل اجتماعی و روانی را در نظر نگیرد این عوامل خود بخود مطرح خواهد شد و نتیجه آن بخوبی در روند بیماری و عاقبت بیماری کاملاً روشن است .

حمایت اجتماعی از طرف پزشک و خانواده به عنوان یک عامل مهم حمایت خارجی عمل می کند که می تواند به کمک مکانیسم های تطابقی فرد برای مقابله با استرس ها و فاکتورهای خطر بخوبی بکار گرفته شود و در برابر حوادث مختلف نقش موثری در توانائی فرد برای روبروشدن با آن ها ایفا کند .

عوامل مربوط به فرد بیمار

فرد بیمار جزیی از یک مجموعه بزرگتر یعنی خانواده است. خانواده های متعدد یک جامعه را تشکیل می دهند و جوامع مختلف در ارتباط با یکدیگر هستند. تغییر در هر کدام از این اجزا بر روی سایر اجزا تغییرات غیر قابل اجتنابی ایجاد خواهد کرد. لذا هنگام بررسی مشکل یک بیمار نباید تنها بررسی را به فرد بیمار محدود کرد، بلکه باید او را در قالب محیط اطراف و جزیی از خانواده و جامعه دید. با این دید عوامل بسیاری بر بیماری تاثیر می گذارند که می توان آنها را به دو بخش عمده تقسیم کرد:

- عوامل مربوط به فرد بیمار

- عوامل مربوط به محیط اطراف بیمار

در این نگرش فرد بیمار به عنوان هسته مرکزی است و عوامل مربوط به محیط در اطراف وی قرار دارد. در ادامه به شرح اجزای مربوط به این دو بخش می پردازیم.

فرد بیمار تحت تاثیر سه گروه از عوامل مختلف قرار دارد:

۱. **عوامل ارثی**: زمینه ارثی و ژنتیک هر فرد می تواند فرد را مستعد ابتلا به بیماریهای خاصی

نماید. برای مثال بعضی بیماریها از جمله سرطانهای روده بزرگ و سرطان شبکه چشم زمینه ارثی دارند. گروههای خونی با چند بیماری ارتباط دارند، مانند ارتباط گروه خونی « A » با سرطان معده و شیوع بیشتر زخم اثنی عشر در افراد با گروه خونی « O ».

۲. **شخصیت بیمار**: شخصیت بیمار هم به صورت مستقیم و هم به صورت غیر مستقیم در ابتلا

به بیماریها دخیل است. تیپ شخصیت بیمار به طور مستقیم از طریق افزایش استعداد ابتلا به بیماریهایی مانند بیماریهای قلب و عروق در تیپ شخصیتی « A » اثر دارد. تمایل بیمار برای مراجعه به پزشک در موقع بروز بیماری یا رعایت توصیه های پزشکی به طور غیر مستقیم تحت تاثیر شخصیت اوست.

۳. **طبقه اجتماعی**: عضویت در طبقات اجتماعی مختلف می تواند عامل خطر برای بعضی

بیماریها باشد. بعضی بیماریها مانند کمبودهای تغذیه ای، سرطان گردن رحم عمدتاً طبقات اجتماعی پایین را گرفتار می کند. از طرف دیگر چاقی که عامل خطر بیماریهایی از جمله بیماریهای قلب و عروق است در طبقات مرفه اجتماعی بیشتر دیده می شود.

عوامل مربوط به محیط بیمار

همانگونه که ذکر شد در بررسی بیماری باید علاوه بر فرد بیمار باید به محیط پیرامون وی نیز توجه داشت. این عوامل نقش مهمی در استعداد ابتلا به بیماری، پاسخ به درمان، توانایی شروع و ادامه درمان، پیشگیری از بیماریها و دارند. عواملی که در پیرامون بیمار باید مد نظر باشد عبارتند از:

۱. عوامل اقتصادی - اجتماعی: سطح رفاه عمومی و وضعیت اقتصادی جامعه اثر مهمی در بروز و

طرز برخورد با بیماری دارد. میزان سهم حیطه سلامت از بودجه عمومی در جامعه، سهم امور مربوط به سلامت از بودجه خانوار، پوشش بیمه ها، شغل عمده مردم منطقه بسیار مهم است. در منطقه فقیر نشین برخورد با بیماری با یک منطقه مرفه نشین متفاوت است. برای مثال در

برخورد با یک بیمار مبتلا به کمخونی ناشی از فقر آهن در یک بیمار که قادر به تامین معاش روزانه خود و خانواده اش نیست، توصیه به مصرف روزانه جگر و گوشت قرمز باید با مواد غذایی ارزان قیمت حاوی آهن که در منطقه موجود است جایگزین شود.

۲. شرایط فرهنگی و عاداتهای اجتماعی: بعضی مناطق دارای شرایط فرهنگی خاصی هستند که به صورت عامل مستعد کننده برای بیماریهای خاص عمل می کنند. برای مثال نشستن دست بعد از اجابت مزاج و یا نپوشیدن کفش یا شستن غیر صحیح سبزیجات در بعضی مناطق باعث شیوع بیماریهای انگلی در آن نواحی می شود. طرز تهیه غذا و یا اعتقادات خاص در مورد تغذیه شیرخواران، واکسیناسیون و نگهداری آنها نیز از عوامل دیگر هستند. اعتقادات خاص در مورد وسایل جلوگیری از بارداری باعث ازدیاد بارداریهای ناخواسته و رشد بی رویه جمعیت و به دنبال آن فقر و افزایش بیماریهای واگیر و سوء تغذیه و ... می شود. بدون در نظر گرفتن مجموعه این عوامل برخورد با بیماری کامل نخواهد بود و به نتیجه مطلوب نخواهد رسید.

۳. محیط فیزیکی و محل سکونت بیمار: شرایط محیط سکونت از نظر نور و روشنایی، آب آشامیدنی سالم، سر و صدا، دفع بهداشتی فاضلاب و زباله، رعایت نکات ایمنی در منزل، تراکم جمعیت در هر خانوار باید مد نظر باشد.

۴. وضعیت خانواده بیمار و حمایت آنها از وی: جمعیت بالای خانوار، فقدان پدر، مادر یا هر دو، چند شغله بودن پدر و مادر، کم سواد و بیسوادی والدین، اعتیاد در خانواده، وجود فرزند معلول جسمی یا ذهنی در خانواده در حمایت خانواده از بیمار موثر هستند. اگر فرد بیمار مسئول تهیه معاش خانواده نیز باشد ابتلای وی به یک بیماری جدی خانواده را با بحران روبرو خواهد کرد.

بنابراین عوامل بسیاری در ابتلا به بیماری موثر است و باید در برخورد با بیمار مد نظر باشد. به عبارت دیگر در هنگام مراجعه بیمار با یک دید محدود فقط از نظر مشکل مورد نظرش بررسی نشود، بلکه با یک دید جامع بیمار را به صورت یک فرد با خصوصیات ویژه و مشکل مورد نظر که در خانواده و جامعه ای با شرایط خاص که تحت تاثیر عوامل مختلف قرار دارد نگریسته شود که برای انجام یک مداخله موثر در جهت رفع مشکل باید همه این عوامل را در نظر داشت و موارد قابل اصلاح را برطرف نمود.

برای فهم بهتر مطلب کودک ده ساله ای را در نظر می گیریم که به علت سرفه های مکرر توسط مادرش به درمانگاه آورده شده است. بعد از بیان مشکل توسط مادر بیمار و انجام معاینه گلو پزشکی نسخه دارویی حاوی موثرترین داروهای موجود نوشته و بیمار را مرخص می کند. دو هفته بعد همین کودک با حال عمومی بد و شرح حالی مبنی بر تشنج و عفونت ریه مراجعه میکند. در مصاحبه جامع با مادر بیمار متوجه می شویم که کودک، پدری معتاد و بیکار و والدین بیسواد دارد و نتوانسته داروهای نسخه قبلی را تهیه کند و پدر بیمار از مراجعه مجدد آنها به پزشک ممانعت به عمل می آورده است. در ضمن سابقه واکسیناسیون وی کامل نبوده و در بررسی رشد و تکامل و تطابق وزن و قد وی با منحنی استاندارد متوجه تاخیر رشد اونسبت به هم گروه سنی اش می شویم. در بررسی وضعیت تغذیه کودک و خانوار متوجه اشکالات بسیاری در الگوی تغذیه ای آنها می شویم. محل سکونت آنها یک خانه اجاره ای نم دار و کم نور در منطقه حاشیه ای شهر است که در فضای ۵۰ متری آن ۶ نفر زندگی می کنند. مادر بزرگ بیمار که در خانه قالی بافی می کند، هم همراه آنها زندگی می کند و او نیز از یک سال قبل سرفه

های مکرر داشته که گاهی همراه با رگه های خون بوده است ولی دارویی مصرف نمی کند. در نهایت بیمار با تشخیص سل منتشر کاندید بستری می گردد .

در ویزیت اول تنها به بیمار به عنوان یک فرد با مشکل سرفه نگاه شده و بر این اساس درمان شده است. صرف نظر از درست یا غلط بودن تشخیص که موضوع بحث ما نیست، بسیاری از نکات مرتبط با بیماری در نظر گرفته نشده که پاره ای از آنها در شرح ویزیت دوم آمده است. اما فایده در نظر گرفتن این نکات چیست؟

در ویزیت دوم بیمار در قالب خانواده و محیط پیرامونش توصیف شده است. با توجه به بیکاری پدر بیمار و نداشتن منبع درآمد امکان تهیه داروهای گران قیمت برای خانواده بیمار وجود ندارد. محل زندگی آنها در یک محله حاشیه شهر با کیفیت فیزیکی نامناسب است که تراکم جمعیت بالایی دارد. مسایل فرهنگی مانند ممانعت از مراجعه به پزشک، بیسوادی والدین، مشکلات تغذیه ای ، عدم سابقه واکسیناسیون کامل، اعتیاد پدر بیمار و وجود یک زن سالمند با شرایطی که با بیماری سل مطابقت میکند، از عوامل خطر دیگر هستند.

از یک دیدگاه جامع در بررسی بیماری ، همانگونه که در بالا ذکر شد، می توان :

۱. در تشخیص دقیق بیماری سود جست: در مثال فوق با در نظر داشتن سرفه های مکرر، کمبود

رشد، تغذیه نامناسب، فقر، علایم مادر بزرگ ، محیط فیزیکی نامناسب یکی از تشخیصهای مطرح بیماری سل است؛ در حالیکه بدون در نظر گرفتن این عوامل و تنها با علایم بیمار، این بیماری از اولویت بالایی در میان تشخیصهای مطرح برخوردار نبود.

۲. در برخورد با بیماری از مداخلات کاملتری در مورد عوامل خطر بیشتری استفاده کرد: اگر بیمار فوق درمان شود و به خانه باز گردد، پس از مدتی مجدداً با همان علایم باز خواهد گشت، زیرا منشا بیماری یعنی مادر بزرگ هنوز در مان نشده است. پس برای ریشه گنی این بیماری از آن خانه باید:

- مادر بزرگ به عنوان منبع انتشار بیماری علاوه بر کودک بیمار تحت درمان قرار گیرد.
- سایر اعضای خانواده از نظر ابتلا به سل تحت بررسی قرار گیرند و موارد مبتلا درمان شوند.
- الگوی تغذیه صحیح متناسب با وضعیت اقتصادی و فرهنگی خانواده ارائه گردد.
- فضای فیزیکی ساختمان مطابق استانداردهای بهداشتی تصحیح شود.
- در جهت درمان اعتیاد پدر بیمار و اشتغال وی با مراکز مربوطه تماس گرفت.
- پیگیری دوره ای جهت اطمینان از مصرف درست دارو و بهبود بیماران انجام شود.
- موارد ویژه ای که نیاز به پیشگیری از سل دارند مانند نقص ایمنی مشخص و تحت مراقبت قرار گیرند.

تاثیر بیماری بر خانواده بیمار و جامعه:

هدف از این (مبحث) این است که دانشجویان در برخورد با بیمار، علاوه بر تلاش بر شناسایی علائم بیماری و سعی در تشخیص و درمان آن، به خود بیمار نیز توجه نمایند، به اثراتی که بیماری بر زندگی بیمار و خانواده اش میگذارد و همچنین بر تاثیر بیماری بر جامعه نیز توجه نمایند. بروز بیماری در یک فرد علاوه بر اثراتی که در او منجر به تغییراتی میگردد در محیط اطراف او نیز تاثیر گذاشته و می تواند بر کل مجموعه تاثیر گذارد.

این نگرش باعث می شود که بیمار از یک مورد جالب برای مطالعه و یادگیری برای دانشجو به یک انسان که عضوی عزیز از یک خانواده است، نقش و وظایفی در خانواده دارد و اعضای خانواده، چشم نگران سلامت او هستند، تبدیل شود.

با این نگرش، تشخیص و درمان بیماری، اعتباری با ارزش تر می یابد و پزشک و بیمار و همچنین خانواده اش را در ارتباطی نزدیکتر و صمیمی و قابل اعتماد در کنار یکدیگر قرار میدهد.

با این دید، احساس وظیفه برای تشخیص زودتر بیماری، کنترل بیماری در مراحل اولیه، پیشگیری از بیماری، تدبیر برای تسهیل گذر زمان نقاهت و کاهش اثرات بیماری در فرد و خانواده و جامعه تقویت می شود.

بنابراین از معطل نمودن بیمار تا رسیدن به درمانگاه و پزشک، بستری نمودن بی دلیل و طولانی، اقدامات درمانی غیر علمی، سلیقه ای و غیر ضروری و بر خورد نامناسب، گسترش بیماری در جامعه و افزایش اثر مخرب بیماری بر جامعه و جلوگیری میشود.

پس دیدن یک بیمار بدون ارتباط با محیط و عوامل اطراف او و دیدن بیماری که عضوی از خانواده و جامعه است که آنان با بیماری او زندگی میکنند و وضعیت او، زندگی آنان را نیز تحت تاثیر قرار میدهد، دو رویکرد متفاوت نسبت به مدیریت بیماریست.

خانواده اولین و اساسی ترین نهاد اجتماعی است و عبارت است از مجموع مشترک دو یا چند نفر که به واسطه سببی یا نسبی با هم رابطه زیست شناختی داشته و در زیر یک سقف زندگی میکنند. خانواده متشکل از والد یا والدین و فرزندان آنان میباشد.

امروزه برای خانواده انواع متعددی قایل هستند

۱- خانواده هسته ای یا Traditional Nucleuse Family

۲- خانواده گسترده

۳- خانواده حاصل از زندگی فرزند با یکی از والدین Single Parent Family

گفته شد که خانواده بنیادی ترین نهاد اجتماعی است و آن مجموعه ای است، مشتمل بر زیر مجموعه هایی با سنین، نیازها و نقش های متفاوت که در تقابل تنگاتنگ، پیچیده، نزدیک و صمیمی، در کنار یکدیگر زندگی می کنند. گاه، چگونگی و میزان این ارتباط رادر جای دیگر نمی توان تصور نمود.

در سیستم بهداشتی کشور ایران از خانوار یاد میشود که به مجموعه افرادی گفته میشود که در زیر یک سقف زندگی می کنند و بر سر یک سفره غذا میخورند.

بیماری و مرگ یکی از اعضای خانواده از تغییراتی هستند که در اکثریت موارد، منحصر به یک فرد از خانواده قلمداد نمی شود، بلکه اینان، باعث بروز مشکلات فردی خانوادگی و اجتماعی می شوند.

شدت تاثیر به مقدار زیادی به سن، جنس، نیاز و نقش عضو بیمار در خانواده دارد. از طرف دیگر شدت و ماهیت بیماری، حاد یا مزمن بودن و وخامت و پیش آگهی بیماری نیز میتواند تاثیری خفیف یا شدید تا حد بحران را بر اعضای دیگر و خانواده داشته باشد. بیماری و مرگ پدر، مادر، کودکان، افراد سالمند در خانواده دارای مشخصات ویژه ای می باشند. اگر چنانچه پدر، بعنوان نان آور خانواده دچار بیماری، ناتوانی و یا مرگ شود، خانواده در کنار تالم های روحی، دچار محدودیت های مالی و فقر خواهد شد و بدنبال آن مشکلات اقتصادی شروع میشود و با ادامه این بیماری خانواده در چرخه معلولیت فقر و بیماری می افتد. فقر که همواره بعنوان عاملی مهم و موثر در ایجاد بیماری ها بوده است، تاثیر خود را در ایجاد زمینه ای مساعد برای ابتلا و عدم سلامت افراد دیگر و عدم توانایی از بهره مند شدن از زندگی سالم تر و مراقبت های لازم را بر جای خواهد گذاشت.

اگر چنانچه مادر خانواده دچار بیماری یا مرگ شود، بنابر نقش های حیاتی و متنوع که در خانواده دارد، سلامت دیگر اعضا خانواده و کودکان دچار تزلزل خواهد شد. نمونه کوچک آن مادر دچار کم خونی می باشد که بدلیل احساس ضعف و خستگی بخوبی از عهده وظایف مادری برنمی آید، به دفعات دچار بیماری های مختلف می شود، کم حوصله است و قدرت تعامل بهینه را با افراد دیگر ندارد. افت تحصیلی کودکان بدنبال بیماری آنها یا پدر و مادرشان میتواند سرنوشت و مسیر زندگی آنها را عوض کند کودکی که سرپرست سالم ندارد مستعد گرفتار شدن در انواع ناهنجاریهای اجتماعی است.

نوزادی که پس از مرگ یک مادر باقی می ماند، به ندرت تا یک سالگی زنده میماند. احتمال مرگ کودکان زیر ۱۰ سال مخصوصا دختران حتی تا ۴ برابر افزایش می یابد، کمبود مراقبت، درمان مناسب و ترک تحصیل کودکانی که مادر خود را از دست داده اند زیاد است. دختران مجبور به نگهداری از بقیه اعضا خانواده میشوند. گفته می شود، مرگ مادر یک فاجعه جبران ناپذیر است. مرگ یک نفر نیست، بلکه مرگ و ناتوانی خانواده و جامعه است. کودکانی که مادر خود را از دست میدهند در خطر ترک تحصیل، بزهکاری و اخذ رفتارهای ضد اجتماعی می باشند.

ابتلا عضوی از خانواده به بیماری عفونی و مسری خطر انتشار در اعضای دیگر خانواده و جامعه را دارد و همواره اقداماتی برای پیشگیری از ابتلا از افراد دیگر یا درمان همزمان خانواده توصیه می شود.

در پاره ای داز موارد پیدایش موارد اندک بیماری بویژه بیماریهای عفونی، هشدار و بسیج جامعه را برای رویارویی با آن طلب میکنند. بعنوان مثال از فلج اطفال یا وبا..... میتوان نام برد. ابتلا زن یا شوهر، به بیماری مقاربتی، از دسته بیماریهایی هستند که در صورت عدم اطلاع، فقدان احساس مسئولیت و احترام به شریک زندگی باعث آسیب به سلامتی افراد دیگر می شوند. بعنوان مثال، اگر مردی دچار ایدز، هپاتیت، سیفلیس یا..... شود، در صورت عدم رعایت

ملاحظات لازم، موجب انتقال بیماری به همسر خواهد شد. چون این بیماریها، می توانند از طریق مادر به جنین، نوزاد و کودک نیز منتقل شوند، پس جنین، نوزاد، کودکان نیز گرفتار خواهند شد.

گفته شده است که ماهیت و شدت بیماری نیز دارای اهمیت می باشند، تاثیر بیماری حاد و عفونی، با تاثیر بیماری مزمن، ناتوان کننده، طولانی، وخیم و صعب اعلاج متفاوت می باشند. وجود یک بیمار بد حال مزمن اثرات مخربی و وضعیت روانی خانواده داشته و کارایی آنان را پایین می آورد.

بدیهی است، بیماری نه تنها از جهت فیزیکی و جسمانی بر روی سلامت خانواده و جامعه تاثیر می گذارد، بلکه از جهات روانی، عاطفی، معنوی و اجتماعی نیز دارای اهمیت ویژه ای است. در برخی از جوامع، در بروز بعضی از شرایط و بیماری ها، روانشناس به کمک خانواده می رود تا در آنان را در تطابق با وضعیت پیشامده و اتخاذ عملکرد بهینه، یاری نماید. در بعضی از اختلالات روانی نیز، خانواده درمانی می یابد. تشکیل سازمان های مختلف و فعالیت های داوطلبانه برای یاری به خانواده های بیمار، از جمله اقداماتی هستند که می توانند در این راستا، موثر باشند. هزینه مراقبت و درمان بیماری، غیبت عضو از اجرای وظایف مختص به خود در خانواده، نیز از عوامل مهم دیگری هستند که نباید از دیده دور بمانند.

وجود بیماری در یکی از اعضاء خانواده، موجب کاهش کارایی افراد خانواده، کاهش زمان تفریح و حتی استراحت آنان می شود. لزوم انتقال بیمار به محل و دیاری دیگر جهت معالجه و یا تکمیل آن، و با بالنتیجه تحمل بار مالی توسط خانواده، علاوه بر فشار روحی و روانی، غیبت سرپرست خانواده و می توانند زمینه ساز پیدایش بیماری و گرفتاری در افراد دیگر شوند.

قابل ذکر است که همیشه بیماری یکی از اعضاء نیست که در خانواده تاثیر می گذارد، بلکه در پاره ای از موارد، این خانواده است که باعث بروز بیماری و یا حتی مرگ در فردی از خانواده می شود. مثلا عدم مراقبت کافی از کودکان، باعث بروز بیماری، حوادث، سوانح و عوارض طولانی مدت در آنان می شود. واضح است که بار تحمل این مشکلات بر جامعه تا چه اندازه ای جدی می باشد.

مراقبت ناکافی، اطلاعات غیر علمی خانواده در باره مسائل تربیتی و طرز برخورد نامناسب با کودکان و نوجوانان، از طرف خانواده، باعث عدم رسیدگی و بلوغ فردی، کسب مهارت های لازم زندگی شده و آنان را در معرض اتخاذ رفتارهای پرخطر، فرار از خانه و در نتیجه زندگی ناسالم قرار میدهد.

بحران های خانوادگی که به علل متفاوت می توانند، در خانواده بروز کنند و نیز روابط ناسالم بین افراد خانواده، باعث بیماریهای متعدد روان تنی می شوند. امروزه میگرد، سندروم روده تحریک پذیر و را جزو بیماریهای ناشی از خشونت در خانواده ها قلمداد میکنند.

البته نباید نقش خانواده را در ایجاد محیطی شاداب، سالم، موجد رضایت و رضایتمندی و سلامتی فراموشی نمود. فرد بیمار در محیط گرم خانواده است که با محبت پرستاری می شود و زودتر از آسایشگاه، سلامتی خود را باز می یابد.

بطور خلاصه مشخص شد که بیماری در یک فرد، بیماری خاص آن فرد نیست و اثرات جدی بر خانواده و جامعه دارد. این پروسه در جهت عکس نیز صادق میباشد، یعنی، اختلالات و بیماری در خانواده و جامعه، می توانند موجب سلب سلامتی در افراد شود.

بنابر این در مواجهه با یک فرد بیمار، نه تنها باید به ماهیت بیماری او باید توجه شود و بیماری تشخیص داده شده و درمان شود، بلکه باید به بیمار به عنوان زیر مجموعه ای از خانواده و جامعه، تا اثرات عدم سلامت در خانواده به حداقل برسد.

در نگاهی ژرف اثرات بیماری در جامعه را میتوان دید "عبارت انسان سالم محور توسعه پایدار" را بارها شنیده ایم. انسان سالم قادر به تفکر و تولید است. انسان بیمار بدون داشتن پشتوانه خانواده نه تنها مولد نیست. بلکه سرمایه های موجود جامعه که میتواند صرف تولید و پیشرفت شود را برای درمان خود صرف می کند. اگر به موقع پیشگیری نکنیم. با افزایش به امید زندگی در جوامع بیماری های مزمن بیشتر میشود و درمان بیماری های مزمن هزینه بیشتری را می طلبد، غیبت از کار افزایش می یابد و تولید کمتر میشود و محور توسعه پایدار متزلزل میگردد.

تنوع نیازهای سلامت در گروههای مختلف

یکی از مهمترین اقدامات و قدم هایی که یک پزشک جامعه نگر در اولین مرحله برای شناخت بیمار و درمان همه جانبه او باید بکارگیرد. شناخت نیازهای فرد برای حفظ سلامت او است .

ارزیابی نیاز (NEED ASSESSMENT)

نیاز احتیاج ذاتی انسان است . اگر نیاز خود را بشناسیم برای برآورده کردن آن نیاز حتما" کوشش بیشتری خواهیم کرد. بعضی نیازها فیزیولوژیک است . مانند : گرسنگی ، تشنگی ، خستگی ، جلوگیری از درد رابطه جنسی ، و بعضی دیگر نیازهایی است که درک میکنیم و برای رسیدن بان ها ممکن است لازم باشد که دیگران هم کمک کنند. بین نیاز درک شده (Felt need) توسط فرد و نیاز درک شده توسط پزشک (Real need) تفاوت بسیار است . مثلاً" ، پس از پیدایش چند مورد حصبه در یک منطقه و مردم نیاز به ارائه خدمات و درمان احساس می کنند در صورتیک که نیاز واقعی تدارک کامل آب آشامیدنی سالم است .

نیاز درک شده توسط فرد تبدیل به نیاز بیان شده (Expressed need) میشود که در نهایت بصورت تقاضا یا (Demand) در می آید.

فرد تقاضاهای خود را بیان می کند و پزشک باید نیازهای واقعی او را برآورده نماید. گاهی بعضی از این تقاضاها قابل برآورده شدن نیست زیرا یا واقعا" در اولویت نیستند یا مشکل کنونی آن ها نیست و باید قبل از آن مسائل دیگری مورد توجه قرار گیرد. نیازهای واقعی جامعه و فرد آنهایی هستند که محتاج پیشگیری ، درمان ، کنترل و ریشه کنی هستند. مانند مراقبت های اولیه ، ثانویه ، آب آشامیدنی سالم ، دفع فاضلاب ، رفاه و سلامت خانواده ، تغذیه ایمنی و کافی ، ارتباط جنسی ایمن. افرادی که به ما مراجعه می کنند و یا ما در صدد ارائه خدمت با آن ها هستیم در طیف (Range) بسیار وسیعی می باشند و تنوع نیازهای سلامت در گروههای سنی ، جنسی ، اجتماعی به مقدار زیادی وجود دارد. نیازهای نوزادان ، کودکان ، نوجوانان ، سالمندان ، زنان ، مردان با همدیگر کاملاً متفاوت است .

مراقبت هایی که برای بیمار یا مددجو (client) خود انجام میدهیم باید براساس درک نیاز او باشد تا باعث افزایش میزان سلامت و قدرت مقابله او برای بیماری شود خدمات ارائه شده باید با نیازهای مردم سازگاری داشته باشدو براساس سن ، جنس ، میزان آگاهی و شرایط اجتماعی بیماران طرح ریزی شود. بعضی از بیماری ها و مشکلات سلامتی مخصوص گروه سنی خاصی است . در ابتدای دوران کودکی ، بیماری های عفونی ، بیشترین علت ابتلا و مرگ ومیر را تشکیل میدهد.

خانواده ای که دارای یک نوزاد سالم است لازم است که نیاز یک نوزاد سالم مانند شیردادن ، نحوه آن ، حمام کردن ، ایجاد رابطه عاطفی با او و رشد و تکامل سالم کودک را بشناسد . بداند که چگونه تکامل جسمی و روانی کودک خود را با مراقبت های اولیه مانند واکسیناسیون وشیرمادر و آغوش مادر برآورده نماید و از بررسی Check up ماهیانه و از مراکزی که بنام کلینیک "(کودکان سالم)" است خبر داشته باشد.

1. Well Baby Clinic

حتی نیازهای کودکان در هر سنی متفاوت است. پیشگیری حوادث و سوانح در این دوران بسیار مهم است و با بالا رفتن سن الگوی بیماری ها تغییر می نماید و تعیین نیازها متفاوت میشود. نیازهای شروع بلوغ و آگاهی در سن ۱۴-۱۱ سال برای پیدا کردن رل خود، تغییرات بدنی در این دوره اتفاق افتاده و ارتباط با هم جنس و غیرهم جنس، تعیین هویت و نگرشی که به خانواده دارند شروع شده و تغییر می یابد. در تاریخچه پزشکی گرفتن ممکن است بسیاری از این سوالات از دید پزشک دور بماند و با ارزیابی صحیح و تشخیص نیاز درست ممکن است به این نتیجه برسیم که مادر باید تغییراتی در الگوی رفتاری بدهد یا گاهی تاکید باید بر آموزش و یا درمان نوجوان باشد.

در مورد افراد بالغ جنسیت جمعیت (gender) یا مرد و زن بودن افراد فاکتور مهمی در تعیین نیاز و برآورده کردن تقاضاهای آنان در مورد سلامت به حساب می آید. ماهیت نیاز، شدت نیاز، درجه تطابق با مشکلات و پاسخ به آموزش و درمان در این دو گروه مرد و زن بسیار متفاوت می باشد.

نیازهای بهداشتی زنان و مردان نه تنها بدلیل تفاوت های فیزیولوژیک و واکنش ها روانی است بلکه حتی رل های مختلفی که در جامعه دارند و غیرقابل تغییر است می تواند بر روی نحوه درمان آنان تاثیر گذار باشد.

زن ها اکثرا "بدلیل مسائل بارداری، زایمان، عادت ماهیانه، بصورت عادی و بیشتر از مراقبت های بهداشتی بطور روتین برخوردار میشوند و کمتر بصورت عمیق (indepth Presentation of care) مراقبت میشوند. از طرفی باوجودیکه اطلاعات زیادی در مورد مشکلات مخصوصی که سلامت مردان را مورد تهدید قرار میدهد وجود دارد مانند بیماری قلبی و ریسک فاکتورهای شناخته شده در آن. ولی بطور کلی برای حفظ سلامتی مردان توجه زیادی به پیشگیری و مراقبت نشده است و اکثر مردان براساس یک بیماری اتفاق افتاده به سیستم های خدمات بهداشتی وارد میشوند.

از علامت بیماری Sign, Symptom کمتر خبر دارند و مطالب پیشگیری را کمتر توجه می کنند. بصورت داوطلبانه دنبال کمک نمی گردند مگر در مواقعی که دیگر بیماری کاملاً جا گرفته و پیشرفته است و تغییرات در فعالیت آن ها ایجاد شده است، مردها به پیشگیری اعتقاد چندانی ندارند. آموزش نمی بینند، و بسیاری از علامت های اولیه بیماری در خود را اصلاً گزارش نمی کنند. خیلی مایل نیستند که مشکلات خود را بخصوص اگر خیلی خصوصی باشد با کسی در میان بگذارند و در این جاست که نیاز به ایجاد ارتباط بسیارخوب مناسب با موقعیت آن ها باید وجود داشته باشد.

تفاوت بین نیازهای زن و مرد فقط بدلیل ارگان باروری (Reproductive) آن ها نیست و بخصوصیات شخصی و روانی آنها نیز بستگی دارد.

زنان مشکلات خود را در میان میگذارند. پزشکان خیلی زود به مشکلات عصبی و روانی آنها و یا مشکلات باروری آنها آگاه میشوند. اکثر شاخص ها (Criteria) برای شناخت بیماری متاسفانه بخاطر تحقیقات بر روی مردان بوده و کاربرد زیادی در شناخت مشکلات زنان نداشته است. علائم و شکایت هایی که زنان برای اظهار یک بیماری میدهند بسیاری از اوقات با شکایات مردها در مورد همان بیماری بسیار متفاوت است. مثلاً دیده شده است که بسیاری از زنان علامت های مشکلات قلبی را (Myocardial Infraction) با درد گردن و چانه صورت به جای درد کلاسیک قفسه

سینه (Chest Pain) گزارش می نمایند. زنانی که قربانی ضرب و جرح و خشونت (Violence) در خانواده هستند بیشتر از بقیه مراجعه میکنند و نیاز به درمان دارند بدون این که دلیل اصلی این نیاز بیان کنند نیاز به شناخت کامل و نوع تاریخچه گرفتن بسیار حیاتی و اساسی میشود.

زنانی که فرزندان کوچک و متعدد دارند و یا در منزل از فرد بیماریها مراقبت می کنند معمولاً" راجع به سلامت خود اهمیت آن چنانی نمی دهند و خود را درجات بعدی قرار میدهند باید استرس هایی که بعثت این وظیفه بر آن ها وارد میشود و باعث مشکلات میشود را شناخت.

بدلیل اینکه طول عمر بالا رفته درصد سالمندان (older client) در اکثر نقاط دنیا رو به افزایش است. با وجودیکه امید زندگی افزایش داشته ولی در مورد اینکه کیفیت زندگی در سالها ی بالاتر عمر چقدر تغییر کرده است و زندگی برای سالمندان بهتر شده است زیر سؤال است. بهمین علت توصیه میشود که در زمان انجام مشاوره ها با سالمندان و تعیین نیازهای آنان باید هم به سن و طول عمر آنان و مشکلاتی که به همراه دارد و هم به راههایی که می توان کیفیت زندگی (quality of life) را در آن ها بالا ببریم فکر کرده و توصیه کنیم.

گذراندن عمر یک پدیده بسیار مهمی است که متأسفانه با باورهای غلط (myths) همراه است مثلاً" باور دارند که

- سالمندی سن استراحت است
- سالمندی سن از دست دادن تفکرات و درست فکر نکردن است (senility)
- سالمندی سن کاهش قدرت و کاهش کارایی (productivity) و سن مقاومت فراوان به تغییرات است
- و بدتر از همه اینکه خیال می کنند همه افراد سالمند یک پروسه کاملاً" مشابه یک دیگر را طی میکنند.

متأسفانه برای بسیاری از افراد، سالمندی زمانی است که مشکلات وجود داشته، افزایش می یابد و منابع کنار آمدن با این مشکلات و راه حل های حل این مشکلات کم میشود.

Senility در تمام سالمندان یک جور نیست و الزاماً" نتیجه سالمندی نیست چه بسیاری از افراد تا دهه ۸-۹ زندگی خود تفکر براساس اصول (fact) و کارایی فکری بالایی را داشته و فعالیت بدنی خود را حفظ میکنند.

سالمندی تأثیر منحصر بفرد خود را در هر فرد داشته و طیف بسیار وسیعی از تغییرات غیر متشابه در افراد ممکن است ایجاد کند.

در سالمندی، تغییرات پوستی، مو، ناخن، تنفسی، قلبی، گوارشی متعدد اتفاق می افتد. هر کدام میتواند اعتماد بنفیس، سلامت جسمی، نوع غذاخوردن، حرکت کردن را در آن ها تغییر دهد. شکایات آنان اکثراً" چندگانه و گاهی کاملاً" غیر مرتبط است که از تعیین نیاز و گرفتن تاریخچه مناسب و کافی در برقراری ارتباط با سالمندان باید آگاه باشیم که:

- ۱- تغییرات بدلیل سن است و پاتولوژی نیست.
- ۲- حتی در افراد نرمال شاخص های پاراکلینیکی و آزمایشگاهی برای سالمندان متفاوت است.
- ۳- علامت (sign و Symptom) بیماری ها کاملاً" متفاوت با جوانان و میان سالان است.

۴- تحمل استرس در آن ها کمتر است و معمولاً "از دست دادن یکی از اعضای خانواده موضوع اصلی در سالمندان است که نیاز آن ها را در زمان مرگ و ماتم کاملاً" تغییر میدهد. زمانی که نیازها تشخیص داده شود، حمایت از مشکلات سلامت در اقشار آسیب پذیر بسیار مورد توجه باید قرار گیرد.

لازم است در جامعه همه افراد در حد نیاز از خدمات سلامتی بهره مند گردند. این بهره مندی باید بدون توجه به میزان مشارکت آن ها باشد. در واقع همه افراد در حد توان مشارکت کنند ولی در حد نیاز استفاده کنند. این مفهوم برابری در سلامت در همه جای دنیاست.

در نظام سلامت برای برقراری این برابری باید جهت یارانه ها از توانمندان به اقشار آسیب پذیر و از افراد سالم به افراد بیمار باشد. در این میان باید توجه ویژه ای به اقشار آسیب پذیر داشت. زیرا این افراد علاوه بر آنکه توانایی مشارکت کمتری در تامین مالی خدمات سلامتی دارند، در معرض مشکلات سلامتی بیشتری نیز قرار دارند. لذا در تمام سطوح نظام سلامت از سیاستگذاران و مدیران ارشد گرفته تا رده های میانی و پایین و همه کارکنان این نظام باید دغدغه مشکلات این اقشار را داشته باشند.

طبقه اجتماعی نیز در الگوی ابتلا و مرگ و میر نقش به سزایی دارد. الگوهای فرهنگی، میزان درآمد و پیامدهای آن و شرایط محیطی از طبقه اجتماعی متاثر است. نیازهای سلامت در یک فرد فقیر با یک فرد مرفه متفاوت است. یکی از کمبودهای تغذیه ای رنج میرد، دیگری به دنبال چاره ای برای اضافه وزن خود است! یکی اولین فکری که با دریافت حقوق به ذهنش میرسد، تامین مایحتاج اولیه زندگی است و دیگری سرمایه گذاری و توسعه داراییهاست. لذا در برخورد با هر فرد ابتدا باید گروه سنی، جنسی و اجتماعی او تعیین شده و مطابق با آن ها سوال شود و اقدامات لازم نیز با در نظر گرفتن این طبقه بندی انجام شود.

ایجاد یک رابطه مسئولانه، استفاده از مهارت های برقراری ارتباط و آگاهی از (Inter Personal Communication) IPC توسط پزشک در این موارد بسیار کمک کننده و سرنوشت ساز است.

اسرار حرفه ای و اخلاق پزشکی :

آموزش پزشکی باید در جهت انتقال دانش و علوم پزشکی به دانشجویان باشد ولی طبابت خوب هنگامی مقدور خواهد بود که بدانیم چگونه و به چه نحوی این دانش را در وضعیت های مختلف سلامت و بیماری به کارگیریم . این آگاهی ها در مورد زمینه های مختلف آناتومی ، فیزیولوژی و فارماکولوژی بیماری ها لازم است ولی کافی نیست . طبابت موفق به مهارتهایی وابسته است که ما را قادر می سازد که این دانش و آگاهی ها را به طور موفقیت آمیز در مواقع لزوم بکاربریم و باید:

- ۱- به مسائل اخلاقی در شرایط مختلف حساس بوده و در مورد آن بیندیشیم.
- ۲- به قوانین مقررات حرفه خود آشنایی کامل داشته باشد و حرفه خود را بشناسیم و بتوانیم ارزیابی نمائیم.

حرفه پزشکی باید خصوصیات زیر را داشته باشد:

- بالابردن سطح آگاهی عمومی مردم
 - کار و خدمت که در اصل برای دیگران باشد.
 - موفقیت در کار و تشخیص و درمان که باید پیش از مسایل مالی آن سنجیده شود.
 - خودکفایی در تصمیم گیری و ایجاد مهارت در خود در این راستا.
 - ارزش ها براساس اعتماد و اطمینانی که در حرفه پزشکی وجود دارد سنجیده میشود.
 - بیمار به پزشک به عنوان فردی امین و مورد اعتماد می نگرد و مسائلی را که حاضر نیست بآسانی با کسی در میان بگذارد از او پنهان نمی کند . حفظ اسرار بیمار بسیار با اهمیت است .
 - توجه که حس انسان دوستانه و حرمت و احترام به بیماران و همکاران و جامعه مورد نظر باشد.
 - رفتارها که براساس قضاوت درست و بدون پیش داوری در برخورد با بیماران باشد .
 - و حفظ رقابت علمی در سطح عالی که بسیار کمک کننده است.
- ۳- استفاده از تجربیات بیماران ، بستگان ، افراد فامیل و سایر کسانی که در این ارتباط هستند.
- متأسفانه هنوز در عمل به آموزش اخلاق پزشکی و اسرار حرفه ای توجه زیادی نشده است در حالی که امروزه در تمام دانشگاههای دنیا اخلاق پزشکی بعنوان یکی از تخصص های پزشکی آموزش داده میشود.

دانشجو از اولین تماسش با بیمار باید این موضوع را ملکه ذهن خود کرده و سعی در اجرای کامل و صحیح آن داشته باشد و به منشور حقوق بیمار توجه کامل مبذول دارد همانگونه که باید حق و حقوق و حرفه خود را کاملاً "شناخته و احترام این حرفه مقدس را با رفتار صحیح و بالابردن علم و اطلاعات خود حفظ نماید.

اخلاق پزشکی Medical ethics

در لغت نامه دورلند اخلاق پزشکی اینگونه تعریف شده است:

رعایت اصول و ارزشها در تصمیم گیری های پزشکی

بزرگی و وسعت این تعریف رادر دو قسمت می توان خلاصه و تعریف کرد.

۱- اصول ارزشها

۲- حوزه های تصمیم گیری های پزشکی

در قسمت اول: معمولا اصول و ارزشها برگرفته از ریشه های تاریخی، فرهنگی، مذهب و و قوانین مربوط به جوامع می باشد و ضمن اینکه در کلیات اصول مشترکی را با هم دارند. اما در بعضی از جزئیات بستگی به نوع جامعه تفاوت هایی دیده می شود. اما در همه مکاتبات اخلاقی. انسان سلامت و تکریم او در کانون توجه قرار دارد.

در قسمت دوم: حوزه های تصمیم گیریهای پزشکی است. ونوع نگاه به پزشکی و سلامت این حوزه ها را تعیین می نماید.

در یک نگاه ساده و کل نگر پزشکی و پزشک درنهایت سه شرح وظیفه عمده دارند.

۱- کمک کنند تا مردم بیمار نشوند.

۲- کمک کنند تا بیماران درمان شوند.

۳- کمک کنند تا مشکلات بیماران غیر قابل درمان کمتر شود.

و برای دستیابی به اهداف مهم فوق سیستم های بهداشت و درمان نیز سه شرح و طبقه بندی را به عهده دارند:

۱- آموزش پزشکی

۲- ارائه خدمات

۳- پژوهش

از این دیدگاه حوزه های تصمیم گیرها در پزشکی به دو گروه تقسیم میشوند:

۱- تصمیم گیریهای پزشک

۲- تصمیم گیریهای سیستم بهداشت و درمان

۳- و اخلاق پزشکی یعنی اینکه در تمام این تصمیم گیریها اصول و ارزشها رعایت شود. و نتیجه آن نیز عدالت در سلامتی برای مردم و جامعه می باشد.

رعایت اصول و ارزشها در آموزش پزشکی تربیت پزشک و پیراپزشکی را به دنبال دارد که ضمن آشنایی به مهارت های حرفه ای و نیازهای اساسی سلامت در جامعه به اخلاق پزشکی نیز توجه دارد و آموزش های لازم را دیده و تمرین کرده است.

در ارائه خدمات توسط سیستم بهداشت و درمان، نوع خدمت ارائه شده و چگونگی آن و نقش آن در ارتقاء سلامت جامعه مورد توجه قرار می گیرد.

و همچنین اخلاق در پژوهش، بیشتر به پژوهش های ضروری و تعیین نیازهای ارتقاء سلامت جامعه توجه دارد.

در دستیابی به اخلاق پزشکی مخصوصا در رابطه با تصمیم گیریهای پزشک، دو استراتژی مهم مورد توجه میباشد:

۱- حقوق بیمار Patient & Right

۲- رابطه پزشک و بیمار Patient-Doctor Relationship

حقوق بیمار:

همراهی گروهی پزشکی با اصول اخلاقی دارای سابقه طولانی است و در درجه اول در جهت حفظ منافع بیمار گسترش یافته است. و مهمترین مسئله این است که پزشک باید مسئولیت خود را در قبال بیماران جامعه و ارتباط با سایر همکاران بهداشتی درمانی بشناسد. آشنایی به اصول اخلاق پزشکی، زیر بنای حقوق می باشد و این اصول عبارتند از:

اصول اخلاق پزشکی

همراهی حرفه پزشکی با اصول اخلاقی دارای سابقه طولانی است و در درجه اول در جهت حفظ منافع بیمار گسترش یافته است. به عنوان یک عضو در این حرفه، اولین و مهمترین مسئله این است که پزشک باید مسئولیت خودش را در قبال بیماران، جامعه و در ارتباط با سایر متخصصین بهداشتی، بشناسد.

- ۱- یک پزشکی باید تعهد کند که تمام جنبه های مراقبت پزشکی را با دلسوزی و حفظ احترام به شان و حقوق بیمار انجام دهد.
- ۲- یک پزشک باید معیارهای استاندارد شده مربوط به تخصص خود را مراعات کند. در تمام ارتباط های حرفه ای اش باید صادق باشد.
- ۳- یک پزشک باید به قانون احترام بگذارد و این مسئولیت را بپذیرد که در جستجوی تغییر شرایطی باشد که مغایر با منافع بیمار است.
- ۴- یک پزشک باید به حقوق بیماران، همکاران و دیگر متخصصین بهداشتی احترام بگذارد. و باید اعتماد بیمار را جلب کند و حافظ اسرار آنها باشد. مگر بر حسب قانون مجبور به افشاء شود.
- ۵- یک پزشک باید دانسته های علمی اش به روز باشد و در آموختن و به کارگیری مطالب جدید اهتمام ورزد. و توجه داشته باشد که در امر آموزش مطالب پزشکی هم مسئولیت دارد. اطلاعات مربوط به بیمار را در اختیارش بگذارد. با همکاران مشورت کند و از تجربیات دیگر متخصصان بهداشتی در مواقع ضروری استفاده کند.
- ۶- به جز در موارد اورژانس، یک پزشک در انتخاب دستیار و محیطی که می خواهد در آن مراقبت های پزشکی را به طور مناسب به بیمار ارائه کند، آزاد است.
- ۷- یک پزشک مسئولیت دارد که در فعالیتهای که در رفاه جامعه و بهبود سلامت عموم مردم موثر هستند شرکت نماید.
- ۸- یک پزشک باید در تمام طول مدت درمان و همراهی با بیمار، رعایت حقوق و مقام بیمار را در درجه اول اهمیت بداند.
- ۹- یک پزشک باید حامی تمام مردم برای رسیدن به مراقبتهای بهداشتی باشد.

منشور حقوق بیمار:

سیستم‌ها ی بهداشت و درمان در کشورهای مختلف برای رعایت حقوق بیماران اصولی را تدوین و اجرا میکنند. که به نام منشور حقوق بیمار خوانده میشود در ایران در سالهای اخیر منشور حقوق بیمار تهیه و برای اجرا به واحدهای مربوطه و دانشگاههای علوم پزشکی ابلاغ شده است.

رعایت حقوق بیماران در کشور مسئله ایست که باید مورد توجه و بازبینی جدی قرار گیرد. در مطالعه ای توسط نگارنده در سال ۱۳۸۰ که بر روی ۵۷۰ نفر بیمار بستری و ۱۲۴ نفر پزشک معالج در ۱۲ مرکز پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انجام شد نزدیک ۳۵٪ بیماران اعتقاد داشتند که حقوق آنها رعایت نمیشود و عمده ترین حقوق خود را، برخورداری از بهترین روش تشخیص و درمانی و رعایت شئونات و احترام لازم میدانستند. هرچند که ۴۲٪ پزشکان نیز معتقد بودند که حقوق آنها هم به عنوان پزشک رعایت نمی شود.

American Medical Association.Principle of Medical Ethics.
June2002

منشور حقوق بیمار

- ۱ - بیمار حق دارد در اسرع وقت درمان و مراقبت مطلوب موثر و همراه با احترام کامل را بدون توجه به عوامل نژادی، فرهنگی و مذهبی از گروه درمان انتظار داشته باشد.
- ۲ - بیمار حق دارد محل بستری، پزشک، پرستار و سایر اعضای گروه معالج خود را در صورت تمایل بشناسد.
- ۳ - بیمار حق دارد در خصوص مراحل تشخیص، درمان و سیر پیشرفت بیماری خود اطلاعات ضروری را شخصاً و یا در صورت مایل از طریق یکی از بستگان از پزشک معالج درخواست نماید. به طوری که در فوریت های پزشکی این امر نباید منجر به تاخیر در ادامه درمان و یا تهدید جانی بیماری گردد.
- ۴ - بیمار حق دارد قبل از معاینات و یا اجرای درمان، اطلاعات ضروری در خصوص عوارض احتمالی و یا کاربرد سایر روش ها را در حد درک خود از پزشک معالج دریافت و در انتخاب؟؟ نهایی درمان مشارکت نماید.
- ۵ - بیمار حق دارد در صورت تمایل شخصی و عدم تهدید سلامتی آحاد جامعه طبق موازین قانونی رضایت شخصی خود از خاتمه درمان را اعلام و یا به دیگر مراکز درمانی مراجعه نماید.
- ۶ - بیمار حق دارد جهت حفظ حریم شخصی خود از محرمانه ماندن محتوای پرونده پزشکی، نتایج معاینات و مشاوره های بالینی جز در مواردی که بر اساس وظایف قانونی از گروه معالج اعلام صورت می گیرد، اطمینان حاصل نماید.
- ۷ - بیمار حق دارد از رازی داری پزشک و دیگر اعضای تیم معالج خود؟؟ به طور بالینی افرادی که مستقیماً بر روند درمان شرکت ندارند، موقوف به کسب اجازه بیمار خواهد بود.
- ۸ - بیمار حق دارد از دسترسی به پزشک معالج و دیگر اعضای اصلی گروه معالج در طول مدت بستری انتقال و پس از ترخیص اطمینان حاصل نماید.
- ۹ - بیمار حق دارد با کسب اطلاع کامل از نوع فعالیت های آموزشی و پژوهشی بیمارستان که بر روی سلامتی و درمان او موثرند، تمایل و رضایت شخصی خود به مشارکت درمانی را اعلام و یا در مراحل پژوهش از ادامه همکاری خودداری نماید.
- ۱۰ - بیمار حق دارد در صورت ضرورت اعزام و ادامه درمان از سایر مراکز درمانی قبلاً از مهارت گروه معالج، میزان تعرفه ها و پوشش بیمه ای خدمات در مرکز درمانی مطلع گردد.

رفاه و سلامت (Health and Wellness) :

رفاه (wellness) مفهومی گسترده تر از سلامت دارد و سلامت هدف مند به همراه شادمانی و خوشبختی میباشد. به عبارت دیگر وقتی می گوییم یک فرد یا یک جامعه از رفاه برخوردار است که درجه ای تعریف شده از سلامتی را داشته و سرزنده و شادمان بوده و احساس رضایت و خوشبختی داشته باشد.

Wellness یا رفاه خیلی بیشتر از آن است که فقط بیمار نباشیم معنی اصلی آن این است که قدم هایی را برداریم تا بیماری را پیشگیری کرده و از رفتارهای خطرآفرین پرهیزیم و نوعی از زندگی که متعادل تر و رضایت بخش تر و با کیفیت بالاتر است را تجربه کنیم. وقتی نوع زندگی (life style) ما براساس تغییرات لازم در جهت بالابردن کیفیت زندگی در همه ابعاد سلامت، چه فیزیکی، روحی، روانی و خانوادگی باشد به رفاه یا (optimal health) رسیده ایم.

رفتارهایی که بر سلامت ما تاثیر دارد مانند، تحرک، تغذیه صحیح، داشتن مراقبت های منظم و برداشتن قدم هایی برای ازبین بردن بیماری و یا خطراتی است که سلامت ما را تهدید می کند. حتی اگر فقط بخواهیم یک رفتار را در خود تقویت کنیم که سلامت ما ارتقاء بخشد باید متوجه باشیم که بسیار سخت است و تقریباً حدود ۴۰ تا ۸۰ درصد افرادی که سعی کرده اند یک رفتار را عوض کنند حدود ۶ هفته بعد به رفتار غلط و غیر بهداشتی گذشته خود برمیگردند.

"مارک تواین راجع به ترک سیگار که یک رفتار بسیار خطرآفرین است گفته که این کار بسیار آسان است من تا کنون ۱۲ تا ۲۴ بار این کار را کرده ام."

برای این تغییر باید بدانیم که ۳ عامل موثر که در شکل می بیند دقیقاً بر روی رفاه ما میتوانند تاثیر گذار باشند و این فاکتورهایی هستند که ما را در جهت مثبت سلامتی که همان رفاه است پیش میبرند.

۱- فاکتورهای توانمندکننده

۲- فاکتورهای تاثیر گذار

۳- فاکتورهایی که تاثیر بقیه عوامل را تشدید نماید.

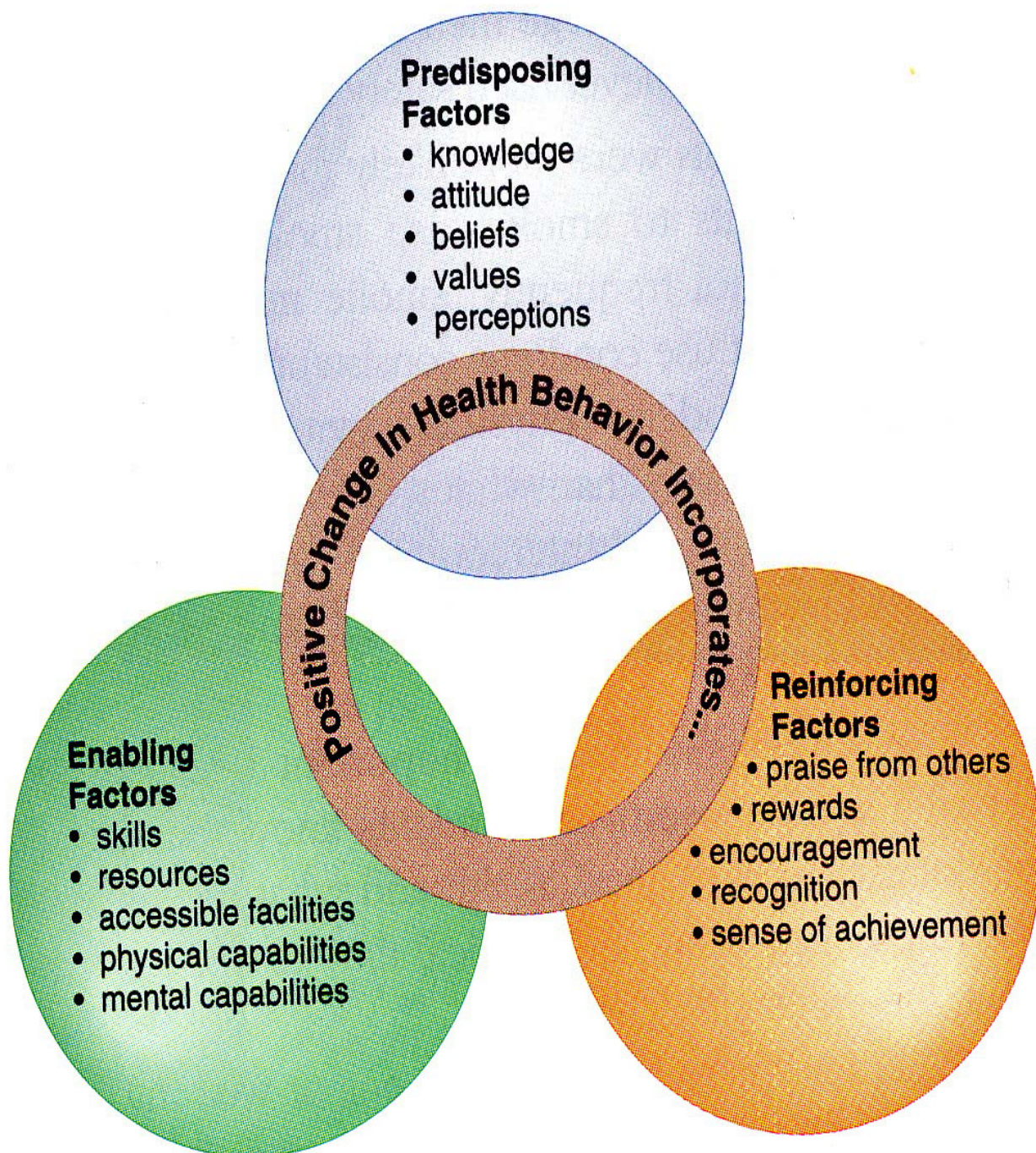


Figure 1-4 Factors that shape positive behavior.

آگاه بودن (knowledge) از یک مسئله که سلامتی را بخطر بیندازد و یا حتی نگرش مثبت و منفی داشتن در مورد رفتاری (attitude) نمی تواند در بسیاری از اوقات کمک کننده باشند. بسیاری از افراد از خطرات سیگار آگاه هستند ازبوی آن هم خیلی راضی نیستند ولی به سیگار کشیدن ادامه میدهند. معمولاً "باور داشتن و اعتقاد داشتن در مورد یک مسئله که سلامت را بخطر میاندازد بسیار قوی تر از آگاه بودن و یا نگرش مثبت یا منفی می تواند عمل کند .

تحقیقات نشان داده است که اگر ۳ مدل از باور را قبول کنیم می توانیم به طرف رفاه قدم برداریم :

۱- حساس بودن (Susceptibility) : بدانند که در خطر فراوان در مورد این رفتار غیر سالم هستند.

۲- شدت (Severity) : بدانند اگر این رفتار را عوض نکنند به قیمت گرانی از نظر اقتصادی و جانی برای آن ها تمام خواهد شد.

۳- منفعت داشتن (Benefit) : از منفعت این تغییر در سلامت خود کاملاً اطمینان حاصل کنند.

باز هم بین این باورها درجاتی وجود دارد. بعضی ها می گویند که ما واقعاً میدانیم که این رفتار برای سلامت ما خطر آفرین است مانند جوانان و ارتباط جنسی غیرایمن که بسیاری از اوقات میدانند که سرنوشت آنان بسیار تاثیر گذار است ولی بدلیل اینکه مثل هر کجای دنیا، جوانان جزء گروهی از مردم هستند که باور دارند هرگز آسیب نمی بینند و مشکلات برای دیگران اتفاق می افتد نه برای آنان و اگر واقعاً رفتار خطرناکی باشد آنان این خطر را حس خواهند کرد و یک راهی برای آن پیدا می کنند ولی زمانی که یک بیماری مقاربتی (STD) اتفاق افتاد و یک حاملگی پرخطر ناخواسته بوجود آمده تازه متوجه شده و برای حل مشکل آن به شدت دنبال چاره می گردند.

فاکتورهایی که ما را قدرتمند و توانمند می کنند مانند مهارت هایی که می آموزیم و یا دسترسی به منابع ، توانایی هایی که از نظر فکری بدست می آوریم می تواند بشدت روی رفاه ما در زندگی تاثیر گذارد.

بعضی از فاکتورها مانند تشویق شدن از طرف دوستان یا فامیل و یا ایجاد شهامت و پشتیبانی و حمایت از تغییراتی که میخواهیم انجام دهیم در این مسئله بسیار تاثیر گذار است و می تواند فاکتوری باشد که بسیاری از اوقات بطور دائمی یک عادت غیربهداشتی تبدیل به یک عادت بهداشتی گردد.

تامین رفاه و سلامتی در جامعه یک مقوله بین بخشی است و از عهده یک وزارتخانه مثل بهداشت بیرون است . برای مثال برای کاهش مرگ و میر ناشی از تصادفات جاده ای اگر برنامه ای تهیه شود مشاهده میشود که مواردی که در حوزه اختیار نظام سلامت و وزارت بهداشت است درصد کمی از کار را تشکیل میدهد.

1. Sexually Transmitted Disease

حتی در موارد مرتبط با یک بیماری مثلاً " برای مبارزه با بیماریهای ناشی از مصرف سیگار اگر برنامه ای تهیه شود فقط در قسمت کاهش مصرف سیگار، بخشهای مختلف از جمله وزارت بازرگانی برای کاهش واردات سیگار ، کلیه وزارتخانه ها بخصوص وزارت آموزش و پرورش و تحقیقات و فناوری و دفاع برای آموزش افراد جوان تحت پوشش برای جلوگیری از گسترش مصرف سیگار، اقتصاد و دارایی برای افزایش مالیات و صدا و سیما برای تبلیغات و آگاه سازی مردم ،در مورد این خطر وزارت کشور برای جلوگیری از فروش سیگار به افراد زیر ۱۸ سال ، نیروهای انتظامی و اطلاعاتی برای مبارزه با قاچاق آن و اجرای بخشهای مختلف این برنامه را به عهده دارند و وزارت بهداشت تنها بخش کوچکی از برنامه را به عهده دارد.

بنابراین در مورد رفاه که مفهومی فراگیرتر از سلامت یا پیشگیری از بیماریها را دارد، مسئله پیچیده تر می باشد. رفاه که با همه اجزای زندگی همه آحاد جامعه سروکار دارد نیازمند عزم قاطع دولت و بسیج کلیه امکانات آن به منظور تامین رفاه مورد نظر است .

مرگ و سوگواری

در این بخش ما سعی می کنیم مسائل پیچیده ای که در پاسخ برخی از سؤالات حساس در مورد مرگ و زندگی

می باشد را بزبان ساده بیان کنیم .

مرگ چگونه تعریف میشود، چهره مرگ در فرهنگ ها و در مقاطع مختلف زندگی یک فرد چگونه است ؟

چطور بیمار یا فرد با مرگ خود روبرو میشود و چگونگی انطباق افراد با مرگ دیگران و رویارویی با مرگ خود چگونه است ؟ و مردم به چه عللی فوت می کنند .

سالها به دنبال یکدیگر هر روز بخشی از زندگی ما را می دزدد : سرانجام آن ها ما را از خودمان می ربایند. زندگی ما نهایتاً " پایان می یابد وقتی ما به آرامگاه زندگی ابدی نزدیک می شویم در آن روز یا با آرامش و ایمانی شگفت خواهیم بود یا با ترس و دلهره . وقتی آخرین سال زندگی سرانجام ما را از خودمان می رباید ، زمانی است که ما با زنجیره اولادهايمان از فرزند به فرزند و از نسلی به نسلی دیگر حضور داشته ایم . این آخرین فصل از زندگی شامل اولین فصل از زندگی دیگر نیز می باشد .

تعریف مرگ و زندگی و چالشهای مرگ:

آیا نقطه ای در روند مرگ وجود دارد که بگوییم در آن نقطه مرگ اتفاق افتاده است ؟ یا اینکه مرگ یک روند تدریجی میباشد؟ چه تصمیماتی افراد می توانند در مورد زندگی ، مرگ و مراقبت بهداشتی بگیرند.

چالش ها در تعریف مرگ :

۲۵ سال پیش تعیین اینکه فردی مرده است یا نه آسانتر از امروز بود . پایان عملکردهای زیستی اصلی مثل تنفس و فشارخون و سفتی و استحکام بدن به عنوان مرگ شناخته می شد . در چند دهه اخیر تعریف مرگ پیچیده تر گشته است و وجود پدیده هایی مثل مرگ مغزی تعریف مرگ را مشکل نموده است .

مرگ مغزی : مرگ مغزی یک توصیف مغزی ، عصبی از مرگ می باشد، در حالتی که تمام فعالیتهای الکتریکی مغز متوقف شده باشد در یک دوره زمانی خاص . یک الکتروانسفالوگرام صاف در یک دوره زمانی مشخص دلالت بر مرگ مغزی دارد . بخشهای بالایی مغز اغلب زودتر از بخشهای پایین می میرند . به علت آنکه بخشهای پایین مغز فعالیتهای قلب و تنفس را انجام می دهند در حالیکه بخشهای بالایی مغز مرده اند عمل تنفس و ضربان قلب ادامه دارد .و تعریف مرگ مغزی از نظر بیشتر پزشکان شامل مرگ قسمتهای بالایی یا کورتکس و فعالیتهای قسمت پایینی یا ساقه مغز میباشد . در حال حاضر ۳۶ ایالت در امریکا و بخشی از کلمبیا قبول نموده اند که پایان عملکرد مغز به عنوان استاندارد صحت گذاشتن بر مرگ تعیین شود.

پیشرفت ها در تکنولوژی پزشکی تعریف مرگ را مشکل نموده است . مجادله در مورد برگزیدن ضوابطی که باید در مورد تشخیص مرگ یک نفر استفاده شود ادامه دارد . در بیشتر ایالات امریکا تعریفی را که شامل پایان عملکرد قسمت بالایی و پایینی مغز می باشد قبول دارند اما بعضی از کارشناسان پزشکی

بحث دارند که حتی اگر مناطق تحتانی مغز هنوز فعال باشند آن فرد باید مرده در نظر گرفته شود چون عملکرد مناطق فوقانی مغز است که از ما یک انسان می سازد.

افرادی که طرفدار مرگ قسمت فوقانی مغز می باشند عقیده دارند آنچه با انسان بودن ما همراه است مثل هوش و شخصیت در قسمت فوقانی مغز قرار دارد. آنها عقیده دارند که وقتی این عملکردها نباشد انسان نیز بیش زمانی زنده نخواهد بود. امروزه مرگ قسمت های فوقانی مغز در هیچ ایالتی از امریکا از نظر قانونی مرگ محسوب نمی شود.

در سال ۱۹۹۳ در هلند مرگ بیماران در ضمن شرایطی توسط پزشک بصورت قانونی درآید. متقاضی این گونه مرگ ها باید بیماری شدید داشته باشد و باید درخواست خاتمه زندگی اش را بنماید. پزشک نیز مجبور است دلایل خانمه به زندگی بیمار را به پزشکی قانونی اطلاع دهد و جزئیات موقعیت بیمار و درمان های انجام شده را تهیه نموده به مرجع قانونی اطلاع دهد و در حال حاضر هلند تنها کشوری است که قانونی روشن و واضح در مورد مجوز قانونی به پایان دهی زندگی بیماران دارد. با وجود این حتی در هلند مرگ داوطلبانه بیماران به علل اخلاقی و معنوی مخالفان زیادی دارد.

تصمیمات مربوط به زندگی مرگ و مراقبت بهداشتی، زیرا در موارد بیماری مصیبت بار یا بشرایط اضطراری بیماران ممکن است قادر نباشند به اندازه کافی در تصمیمات مربوط به مراقبت های پزشکی خود شرکت نمایند. اقدامات دیگری باید انجام گیرد.

مرگ آسان: عملی است که مرگ بدون درد را برای افرادی که از بیماریهای لاعلاج یا معلولیت شدید دارند فراهم می آورد، بعضی اوقات به آن مرگ از روی ترحم نیز می گویند. دو نوع مرگ آسان فعال و غیر فعال وجود دارد. مرگ آسان فعال زمانی است که با قصد و اراده شرایط مرگ برای یک نفر فراهم می شود مثل تزریق یک ماده مرگ آور. مرگ آسان غیرفعال زمانی است که با به تعلیق درآوردن درمانها شرایط مرگ بیمار فراهم میشود. مثل خاموش کردن دستگاه قلب و ریه. بعضی محافل اخلاق پزشکی مرگ آسان غیرفعال را مرگ آسان محسوب نمی نمایند. امروزه مرگ آسان فعال در همه کشورها بجز کشور هلند آن هم تحت شرایط بسیار خاص غیرقانونی میباشد.

پیشرفتهای زیادی که در مورد حمایت حیات وجود دارد، بحث هایی را در مورد کیفیت زندگی بوجود آورده است که این سؤال را مطرح می کند؟ آیا بایستی افراد را در شرایط بدون امید و بدون احترام زنده نگه داشت؟ یا خیر؟

سؤالات زیادی در این موارد وجود دارند که پاسخ ساده و یا پاسخی همگانی برای آن وجود ندارد. در یک بررسی اخیر بر روی کارکنان بهداشتی کانادایی نشان داده شده است که تغییراتی در مورد تصمیم گیری ایشان در مورد قطع دستگاه های حیاتی در بیماران صعب العلاج بوجود آمده است. افراد در حال مرگ نیاز به مراقبت بهتر برای دارند و گزارش اخیر از یک (Pannel) یا گردهم آیی کارشناسان نتیجه گرفته شده که مرگ در امریکا اغلب تنها، دردناک و بوده افراد در حال مرگ اغلب مراقبت های کم و ناکافی دریافت می نمایند. پیشرفت های علمی اغلب مرگ را سخت تر و به ناچار به تاخیر می اندازد. با وجود آنکه داروهای ضد درد، در دسترس می باشند بیشتر بیماران در روزهای آخر زندگی درد زیادی را تجربه می نمایند. این گردهم آیی پیشنهاد نموده است که تجویز ضد دردها باید برای پزشکان در مورد بیماریهای صعب العلاج آسانتر باشد. این پنل هم چنین اشاره نموده است که بسیاری از متخصصین در

مراقبت های پزشکی ، آموزشی کافی در مورد فراهم نمودن مراقبت های لازم در بیماران رو به مرگ نداشته اند و به اهمیت آن نیز واقف نیستند.

مرگ و زمینه های تاریخی اجتماعی و فرهنگی :

کی ، کجا و چگونه مردن در طول تاریخ عوض شده است و نگرش نسبت به مرگ با توجه به فرهنگها تغییر پیدا نموده است .

تغییر تاریخی: یکی از تغییرات تاریخی : افزایش پیچیدگی درمورد مشخص نمودن اینکه یک فرد واقعا " مرده است . یک تغییر تاریخی دیگر در مرگ در گروه سنی می باشد که اغلب با مرگ روبه رو میشوند . دویست سال پیش تقریبا " یک کودک از دو کودک قبل از سن ده سالگی می مردند و قبل از اینکه کودکان رشد کنند یکی از والدین آنها

می مرد. امروزه مرگ اغلب در کهنسالی اتفاق می افتد . امید زندگی از ۴۷ سال برای کسی که در سال ۱۹۰۰ به دنیا می آمد به ۷۵ سال برای کسی که امروز به دنیا می آید افزایش پیدا کرده است همانطور که جمعیت ما مسن تر میشود ، جمعیت تحرک بیشتری دارد و افراد پیر بیشتری جدا از خانواده هایشان می میرند . امروزه در ایالات متحده بیشتر از

۸۰٪ تمام مرگ ها در بیمارستان و آسایشگاه ها اتفاق می افتد . مراقبت از افراد مسن در حال مرگ دیگر در چارچوب خانواده نمی باشد و این مسئله مواجهه افراد با مرگ را به حداقل رسانده است این مسئله ای بسیار دردناک است .

مرگ در فرهنگ های مختلف متفاوت است . یونانیان باستان با مرگ همانطور که بازندگی روبرو میشوند همانطور که برخورد میکردند ، زندگی پربار و مرگ با شکوه مسئله ای بوده که همیشه در یونان حکم فرما بود.

افراد در مواقع جنگ ، خشکسالی و طاعون نسبت به مرگ آگاهی بیشتری داشتند. در کشورهای عقب نگاه داشته شده سیمای مرگ متفاوت است . هر روزه افراد زیادی در خیابانهای کلکته جلو چشم مردم می میرند همانطور که مردم در دهکده های گمنام در ساحل آفریقا می میرند، کودکان با سوء تغذیه شدید و بیماری زندگی می کنند و مادران کودکانشان را تا قبل از یکسالگی از دست می دهند. و تعداد کمی از آنها تا بزرگسالی زنده می مانند و خیلی بندرت پیش می آید تا خانواده ای برای چند سال عضوی را از دست ندهد . این موارد موقعیت هایی است که افراد را با مردن نزدیک تر میسازد. حتی در مکان هایی که وضعیت زندگی و سلامت مردم بهتر است ، وجود افراد در حال مرگ در خانه و شرکت در مراسم خاکسپاری و تماس روزانه با افراد سالخورده در منزل جوانان را برای رویارویی با مرگ آماده تر می سازد. چگونه مردن را به آنها نشان می دهد . بیشتر جوامع در گذشته تاکنون عقاید فلسفی و مذهبی در باره مرگ داشته اند و بیشتر جوامع دارای تشریفات مربوط به مرگ می باشند . برای مثال اسکیموها ی سالخورده در گرین لند که نمی توانند دیگر در آن جامعه زندگی مفیدی داشته باشند تنها از محل زندگی خود دور میشوند و دیگر هرگز کسی آنها را نمی بیند.

در بسیاری از جوامع با مرگ به عنوان پایان حیات برخورد نمی شود اگر چه جسم بیولوژیکی مرده است ولی عقیده دارند کالبد روح زندگی می نماید. از نظر دیدگاههای فرهنگی مرگ و واکنش نشان دادن به مرگ با یکدیگر متفاوت هستند. در فرهنگ گونه در هند عقیده دارند مرگ بر اثر جادو و شیاطین اتفاق می

افتد و واکنش آنها نسبت به مرگ خشمگینانه می باشد. در فرهنگ تانالادر ماداگاسکار عقیده دارند مرگ بر اثر نیروهای طبیعی اتفاق می افتد و واکنش آنها نسبت به مرگ به مراتب آرامتر از واکنش در هم‌تایانشان در فرهنگ گونه می باشد.

برای برخی مرگ معنی تنهایی می دهد، برای دیگری مرگ جستجوی شادی است. هنوز برای افرادی مرگ رستگاری به ارمغان می آورد ویا آرامش و راحتی از یک آزمون سخت در دنیایی خاکی (green land) برای آنها که پذیرای مرگ می باشند مرگ پایان خوب و تکمیل کننده زندگی است. از این دیدگاه چگونگی ترک این دنیا تحت تاثیر چگونگی زندگی آنها در دنیا می باشد. به نظر لئوناردو داوینچی مرگ بایستی به سراغ افراد بیاد بعد از یک زندگی پربار همانطور که خواب به سراغ ما می آید بعد از یک روز کارسخت با راههای زیادی از مرگ اجتناب می کنیم و مرگ را انکار می کنیم. این انکار به شکلهای مختلف می تواند صورت پذیرد، گرایش و تمایل به زرق و برق های در مراسم خاکسپاری، پذیرش بکاربردن زبانی که مرگ را نفی کند مثل حیات ابدی، هرگز نگویم، قبول مفاهیم خوشایند مانند پاداش پس از زندگی و قبول آنکه ما ابدی هستیم، متأسفانه تاکید جامعه پزشکی بر طولانی کردن عمر و زندگی بجای تاکید بر کم کردن رنجهای بشری بوده است. اگر چه ما از مرگ اجتناب می کنیم و منکر مرگ هستیم در نهایت ما با مرگ روبرو میشویم، هم دیگران و خود ما.

علل مرگ و انتظارات درباره مرگ:

اگر چه ما اغلب فکر می کنیم مرگ در سنین پیری اتفاق می افتد اما مرگ در هر زمانی از زندگی می تواند به سراغ ما بیاید. مرگ ممکن است در طول زندگی جنینی یا هنگام تولد اتفاق بیفتد. مرگ می تواند در هنگام پروسه تولد یا در چند روز اول زندگی بعد از تولد اتفاق بیفتد که این موارد معمولاً به علت نقص و کاستی هنگام تولد یا عدم رشد کافی نوزاد اتفاق می افتد که او نمی تواند خارج از رحم زندگی نماید. به عنوان یک شکل تراژدیک از مرگ می توانیم از سندرم مرگ ناگهانی نوزادان نام ببریم (SIDS). بدین ترتیب مرگ بعضی از افراد بنظر میرسد تراژدیک تر از دیگران میباشد. مرگ یک ۹۰ ساله طبیعی تلقی میشود چون او سالهای زیادی زندگی کرده و از زندگی لذت برده در حالیکه مرگ یک نوزاد تراژدیک تلقی میشود چون زندگی او قبل از آنکه واقعا شروع شده باشد به پایان رسیده است در دوران کودکی مرگ بیشتر بر اثر تصادفات و بیماریها ناشی میشود. مهمترین بیماری که در کودکان باعث مرگ میشود بیماریهای قلبی و سرطان و نقصهای مادرزادی میباشد. بیشتر کودکان در حال مرگ می دانند که بیماری سختی دارند سطح تکامل آنها، حمایت اجتماعی و مهارت های آنها برای آنکه از عهده موقعیت خود برآیند تاثیر زیادی بر رفتار آنها که می دانند خواهند مرد دارد.

درمقایسه با دوران کودکی، مرگ در نوجوانی بیشتر به علت خودکشی، تصادف با وسایل موتوری و قتل اتفاق

می افتد بسیاری از تصادفات و سایل موتوری که به مرگ منجر میشود به علت استفاده از الکل می باشد. در سنین بالاتر و در بزرگسالی مرگ بیشتر بر اثر بیماریهای مزمن مثل بیماریهای قلبی، سرطان اتفاق می افتد در حالیکه جوانان بیشتر از تصادفات می میرند. بیماریهای میانسالان اغلب قبل از پا در آوردن آنان آنها را ناتوان می سازد که دوره از ناراحتی و درد را که به آهستگی منتهی به مرگ میشود را پدید می آورد. بسیاری از افراد جوان و میانسال از بیماریهای مثل سرطان و بیماریهای قلبی می میرند. افراد جوان رو به مرگ اغلب احساس فریب خوردگی بیشتری نسبت به افراد مسن تری دارند که در حال

مرگ می باشند. افراد جوان بیشتر این احساس را دارند که آنها فرصتی برای رسیدن به آنچه در زندگی می خواهند ندارند آنها فکر میکنند موفقیت هایی را که ممکن بود در زندگی داشته باشند از دست داده اند در حالیکه مسن تر ها در می یابند آنچه را که در حال حاضر دارند از دست خواهند داد.

نگرش نسبت به مرگ در مقاطع مختلف زندگی :

یک مفهوم عقلانی از مرگ شامل درک این است که مرگ حتمی و سرانجامی تغییر ناپذیر است ، مرگ پایان زندگی است و تمام موجودات زنده می میرند .بیشتر محققین در یافته اند که همانطور که کودکان رشد می کنند به مفهوم کامل از مرگ نزدیک میشوند.

کودکی

بیشتر محققین عقیده دارند نوزادان هیچ مفهومی حتی ناقص و اولیه نیز از مرگ ندارند. بهر حال همانطور که نوزاد بزرگ میشود یک وابستگی نسبت به فردی که از او مراقبت می کند پیدا می نماید . نوزادان می توانند جدایی یا از دست دادن را تجربه نمایند که همراه با اضطراب می باشد . کودکان نمی توانند مفهومی از زمان را درک نمایند حتی یک جدایی کوتاه باعث بوجود آمدن ناراحتی مثل از دست دادن فرد مراقب برای آنها باشد. برای بیشتر نوزادان بابرگشتن فرد باعث احساس راحتی و کاهش اضطراب آنها میشود.

حتی کودکان ۳-۵ ساله هم در ک درستی از مرگ ندارند . آنها ممکن است مرگ را با خواب اشتباه کنند . کودکان در سنین قبل از دبستان با دیدن مرگ یک حیوان یا شنیدن خبر فوت یک نفر به ندرت برآشفته میشوند آنها اعتقاد دارند که فرد فوت شده با استفاده از جادو یا غذا یا دارو می تواند بطور ناگهانی زنده شود کودکان کم سن اعتقاد دارند که افراد بد یا بی احتیاط و افراد ی که خود میخواهند می میرند . گاه خود را متهم می کنند که فرد بدلیل نافرمانی آنها از او فوت نموده است. در اواسط و اواخر دوران کودکی این دید واقعی تر شده بطوریکه در سنین ۳-۵ سال کودکان مرگ را انکار می کنند . در سنین ۶-۹ سال اعتقاد دارند که مرگ وجود دارد اما فقط برای بعضی افراد رخ میدهد و در سن ۹ سالگی و بالاتر مفهوم مرگ را بصورت همگانی و سرانجام زندگی می شناسند.

بسیاری از روانشناسان عقیده دارند که صداقت بهترین راهکار در تشریح مرگ برای کودکان است اما متأسفانه مادر جوامعی رشد یافته ایم که مرگ در آنها به ندرت توصیف میشود. نوجوانان تصویری متفاوت از کودکان دارند برای مثال نوجوانان مرگ را به عنوان تاریکی ، نور، انتقال ، nothingness (پوچی) توصیف می کنند آنها همچنین اعتقادات مذهبی و فلسفی درباره طبیعت مرگ و وجود حیات پس از مرگ پیدا میکنند . شواهدی وجود ندارد که در نوجوانان early adulthood جهت گیری بخصوصی نسبت به مرگ داشته باشند اما با افزایش سن آگاهی نسبت به مرگ بیشتر شده و جوانان در middle adulthood تشدید میشود. (mid life) میانسالی زمانی است که فرد فکر

می کند چقدر از عمر او باقی مانده است. (older adults) بیشتر در مورد مرگ فکر می کنند و با دیگران در ارتباط با آن صحبت می کنند و بدلیل تماس با دوستان و نزدیکان بیمار و مرگ آنها تجربه مستقیم بیشتری در این زمینه دارند . حتی در میان افراد مسن نگرش به مرگ حالت منحصر به فرد دارد.

هم اکنون نیز بسیاری از ما در جامعه ای بزرگ شده ایم که در آن بندرت درباره مرگ صحبت می شود. در یک تحقیق نگرش ۳۰۰۰۰ جوان نسبت به مرگ مورد ارزشیابی قرار گرفت. بیشتر از ۳۰ درصد آنها گفته بودند در زمان بچگی هیچگونه بحثی را درباره مرگ به یاد نمی آورند و به همین تعداد گفته بودند اگر چه صحبتی در مورد مرگ در زمان بچگی داشته اند اما فضای مباحثه همراه با ناراحتی و عدم آسایش بوده تقریباً "یک نفر از هر دو نفر پاسخ داده بودند که مرگ یکی از پدر بزرگ یا مادر بزرگ آنها اولین مواجهه شخصی ایشان با مرگ بوده است."

هیچ شواهدی مبنی بر اینکه جهت گیری خاصی نسبت به مرگ در جوانی پدید می آید وجود ندارد. افراد درک خود از مرگ را با بالا رفتن سن افزایش میدهند که معمولاً "این درک در میانسالی بیشتر میشود در بحث ما عنوان میشود که میانسالی زمانی است که افراد بیشتر به مرگ فکر می کنند میانسالی زمانی است که افراد فکر می کنند چقدر زمان در زندگیشان باقی مانده است. محققین دریافته اند که میانسالان واقعاً "بیشتر از جوانان و کهنسالان از مرگ

می ترسند. کهنسالان به مرگ خیلی فکر می کنند و درباره آن نیز بیشتر از جوانان و میانسالان صحبت می نمایند. کهنسالان همچنین تجربیات مستقیم زیادی با مرگ بصورت مرگ دوستانشان یا اقوامی که مریض شده و مرده اند دارند. کهنسالان مجبور هستند تجربه نمایند مفاهیم مرگ و زندگی را به کررات و بیشتر از جوانان تجربه نمایند..

برخورد با مرگ

از دو جنبه قابل بررسی است :

۱- مواجهه فرد با مرگ خود

۲- مواجهه فرد با مرگ نزدیکان و خویشاوندان

برای تجزیه و تحلیل مرگ خود باید به سئوالات زیر پاسخ داد و پاسخها برای چندین نفر از اعضای دوستان و خانواده تشریح شود:

- در اولین بار بطور مشخص با مرگ چه کسی روبرو شده اید؟ از آن چه چیزی به خاطر می آورید؟

- مرگ برای شما چه معنی دارد؟

- چه جنبه ای از مرگ شما برای شما تلختر است ؟

- اگر شما حق انتخاب داشته باشید چه نوع مرگی را ترجیح میدهید؟

وقتی فردی جز مرگ قریب الوقوع خود را میشنود واکنشهای مختلفی نشان میدهد این واکنش مراحل مختلفی دارد. یکی از توصیفاتی که برای آن شده توسط Kubler Ross است که در کتاب stages of Dying رفتار و افکار افراد در مقابله با این مسئله یا مراحل مختلف برخورد با مرگ نوشته شده است کاملاً "متفاوت است. بطور کلی این واکنش ۵ مرحله دارد."

مرحله اول : انکار و انزواست (Denial and Isolation) که در آن فرد وقوع مرگ را انکار می کند این یک واکنش معمول به مراحل نهایی بیماری است. این واکنش یک دفاع موقتی است و با افزایش آگاهی فرد و مواجهه با مسائلی مانند ملاحظات اقتصادی، کارهای ناتمام و نگرانی درباره اعضای خانواده جایگزین میشود.

مرحله دوم: عصبانیت یا خشم (anger) است که در آن فرد در می یابد که انکار بیش از این پایداری نیست. در این مرحله بیمار سؤال می کند " چرا من؟ " در این مرحله مراقبت از بیماری مشکل میشود زیرا عصبانیت خود را ممکنست به پزشک، پرستار، اعضای خانواده و حتی مقدسات دینی فرافکنی کند.

مرحله سوم: چانه زدن یا مذاکره کردن (Bargaining) است در این مرحله فرد امید دارد که مرگ را کمی به تاخیر بیندازد. بعضی افراد برای تاخیر اغلب با خدا نیایش می کنند. فرد در این مرحله می گوید: بله، من، اما..... " و سعی میکند و قول میدهد که زندگی خود را وقف خداوند یا خدمت به مردم نماید.

مرحله چهارم: افسردگی (Depression) است. در این مرحله فرد قطعیت مرگ را می پذیرد و دچار افسردگی یا واکنش سوگ میشود. فرد معمولاً ساکت شده و ملاقات کنندگان را نمی پذیرد مدت زمان بیشتری را به گریه و داغداری می پردازد این رفتار باید به عنوان یک رفتار طبیعی تلقی شود و از مداخله در آن پرهیز شود تا فرد با مرگ پیش رو تطابق یابد. باید باو کمک شود تا بار سنگین مرگ خودش را تحمل کند.

مرحله پنجم: پذیرش (acceptance) است. فرد احساس آرامش (peace) و پذیرش تقدیر (ones fate) خود را دارد و در بسیاری موارد تمایل به تنها بودن دارد. در این مرحله احساس و درد جسمی ممکنست اصلاً وجود نداشته باشد. مرحله پایان کشمکش با مرگ است و باسم مرحله پایانی آرامش قبل از مرگ است. هیچکس نمی تواند تأیید نماید که افراد از این پنج مرحله حتماً عبور خواهند نمود. تفاوت‌های فردی در روبروشدن با مرگ وجود دارد بعضی از افراد تا انتهای زندگی در حال تقلا و کوشش هستند. دریک فرد ممکن است احساساتی مثل امید، بی ایمانی، بهت، خشم و پذیرش ممکن است در فرد پیدا و یا ناپدید شود و افراد سعی دارند بفهمند آنچه را که بر آن ها می گذرد و چگونه است. پذیرش و انکار در افرادی که با مرگ روبه رو می باشند به عنوان استراتژی تطبیقی می باشد. وقتی افراد پی می برند می توانند بر وقایع کنترل و تاثیر داشته باشند مثلاً "عمر خود را طولانی تر بنمایند. آنها ممکن است بیشتر گوش به زنگ و بشاش باشند و کوشش بیشتری نمایند.

برای افراد در حال مرگ محیطی که در آن جان می سپارند خیلی مهم است بیشتر از ۵۰٪ آمریکایی ها در بیمارستان

می میرند و نزدیک ۲۰٪ آنها در آسایشگاه ها می میرند. بعضی از افراد بدبختانه روزهای آخر زندگی را در تنهایی و ترس سپری می نمایند. بیمارستانها خدمات پیشرفته مهمی در اختیار افراد در حال مرگ می گذرانند کارکنان تربیت شده در اختیار می باشند و تکنولوژی حاضر می تواند به ادامه زندگی کمک نماید با این وجود بیمارستان ممکن است بهترین مکان برای مرگ بسیاری از افراد نباشد. بسیاری از افراد می گویند ترجیح میدهند در خانه بمیرند بسیاری احساس می نمایند که آنها در خانه باعث زحمت میشوند و خود را به دیگران تحمیل می نمایند. نبودن فضای مناسب دلیلی برای اعزام به بیمارستان است. حضور فرد در حال مرگ در خانه احساسات قدیمی را در افراد زنده می سازد. **افراد در حال مرگ چنانچه در خانه بمانند نگران درمانهای اورژانسی ضروری در بیمارستان نیز می باشند.**

بررسی ها در بیمارستان نیز نشان دهنده ارتباط بسیار ضعیف پزشک و بیماران در حال مرگ و افراد خانواده آن ها میباشد. در اکثر موارد تصمیم گیری در مورد توقف اقدامات پزشکی بسیار دیر انجام

میشود. بررسی ها پیشنهاد می کند در بیماران در حال مرگ ارتباط نزدیک پزشک با بیمار و پرستار با بیمار و ارتباط نزدیک بیمار با افراد خانواده اش و باز گذاشتن ارتباط باعث کاهش درد در بیماران و کاهش هزینه های درمانی میشود.

نحوه ارتباط با فردی که دارد می میرد بسیار موثر است . بسیاری از روانپزشکان اعتقاد دارند بهتر است فردی که در حال مرگ می باشد بداند که چه وضعی دارد و اطرافیان او نیز از این موضوع اطلاع داشته باشند تا آنان براساس آنچه از یکدیگر می دانند با یکدیگر ارتباط برقرار سازند .

فایده های این آگاهی چیست ؟ ۴ مورد از فواید این آگاهی عبارتند از:

۱- از آگاهی از مرگ افراد می تواند آنها را به یکدیگر نزدیک سازد و فرد در حال مرگ با آرامش خاطر جان بسپارد.

۲- افراد در حال مرگ می توانند کارهای ناتمام را تکمیل نمایند و ترتیب لازم برای زندگی بازماندگان را انجام دهند و درباره مراسم تدفین و سوگواری خود تصمیم بگیرند .

۳- افراد در حال مرگ فرصت هم صحبتی با افراد مهم در زندگیشان را دارند و در پایان زندگی هم هوشیارانه عمل نمایند.

۴- افراد در حال مرگ می توانند تصمیمی درباره آنچه بر سر جسم آنها می آید بگیرند . بطورمثال : می توانند اعضاء بدن خود را اهدا نمایند.

به علاوه یک سیستم ارتباط باز با یک بیمار در حال مرگ می تواند برای او بسیار مفید باشد . به نظر عده ای از کارشناسان مکالمه نباید بر روی آسیب شناسی روانی یا آمادگی برای مرگ تمرکز داشته باشد اما باید بر نحوه ادامه زندگی و کیفیت باقیمانده زندگی تمرکز داشته باشد.

اگر چه ارتباط بر طول زندگی افراد اثری ندارد اما ارتباط بر کیفیت زندگی اثر خوبی خواهد داشت . باید بخاطر داشت مراقبت از این بیماران فقط از جانب کارشناسان بهداشت روانی نباید باشد. یک پرستار آگاه ، یک پزشک با دقت ، یک همسر حساس، یا یک دوست صمیمی می توانند یک سیستم مراقبتی کارا را جهت افراد در حال مرگ فراهم آورند.

راهکارهای موثر برای برقراری ارتباط با فرد در حال مرگ:

برای ارتباط با فردی که از مرگ قریب الوقوع خود آگاه است باید موارد زیر را رعایت کرد:

۱- حضور خود را اعلام کنید. چشمهای شما با بیمار در یک سطح باشد . از تماس با فرد در حال مرگ نهراسید.

۲- Distraction را کاهش دهید. برای مثال سؤال کنید. اگر اشکالی ندارد تلویزیون را خاموش کنیم . در نظر داشته باشید که جملات کوتاه متعدد می تواند یک distraction باشد .

۳- افراد در شرف مرگ اغلب انرژی کمی دارند . در صورتی که فرد بیمار خیلی ضعیف است نباید دیدار او طولانی شود.

۴- در صورتی که فرد مرگ را انکار می کند اصراری بر پذیرش مرگ از سوی فرد در حال مرگ نداشته باشید. از طرف دیگر در صورتی که فرد مرگ را پذیرفته است اصراری بر انکار مرگ نداشته باشید.

۵- به فرد در حال مرگ اجازه بیان عصبانیت یا گناه (guilt) را بدهید و بیان احساساتش را تشویق کنید.

۶- از سؤال در مورد پیش آگهی بیماری نهراسید. جایگزین ها و کارهای ناتمام را تشریح کنید.

۷- گاهی افراد در شرف مرگ دسترسی به سایرین ندارند. از او سؤال کنید آیا مایل است با کسی دیدار کند و شما برای او تماس بگیرید.

۸- فرد در شرف مرگ را به یادآوری گذشته تشویق کنید. بخصوص اگر خاطرات مشترک دارید.

۹- وقتی که فرد تمایل به صحبت دارد با او صحبت کنید. در صورت امکان با قرار قبلی این کار را انجام دهید.

۱۰- به فرد در حال مرگ احترام خود را ابراز کنید. از بیان دوست داشتن و یا گفتن خدا حافظ هراس نداشته باشید.

مراحل سوگ و کنار آمدن با مرگ دیگر:

سوگ عبارت است از بی حسی، هیجان، ناباوری، اضطراب جدایی (depair)، غمگینی، تنهایی که همراه با فقدان فرد مورد علاقه است.

فقدان یا ازدست دادن به صورت های مختلف ممکن است رخ دهد. طلاق، از دست دادن شغل، اما هیچکدام بزرگتر از فقدان فردی که مورد علاقه بوده و خاطرات بیشتری را برای ما بجا گذاشته است نمی تواند باشد مانند والدین، همسر، بستگان و دوستان نزدیک.

در دسته بندی وقایع استرس زا که نیاز به تعدیل و کمک دارد مرگ همسر بالاترین استرس را دارد.

واکنش سوگ و سوگواری سه مرحله دارد:

۱- Shock (ضربه روحی)

۲- Despair (یاس)

۳- Recovery (التیام)

در مرحله اول فرد احساس شوک، کرختی، عدم باور (disbelief)، زود حساس شدن دارد. این مرحله بلافاصله پس از مرگ شروع شده و ۳-۱ روز طول می کشد. این مرحله شبیه مراحل انکار و عصبانیت (Kubler-Ros) است در مورد مرگ خودش شخص است.

در مرحله دوم (painful longing) مرحله ای است خاطرات فرد فوت شده، خاطرات، تصاویر ذهنی متوقی، غم، بیخوابی، تحریک پذیری و بیقراری در ما وجود دارد. این مرحله با فاصله کمی از مرگ شروع شده و در هفته ۴-۲ بعد از مرگ به اوج رسیده و در طی ماهها فروکش می کند و حتی می تواند ۲-۱ سال به طول بیانجامد.

مرحله سوم معمولاً "حدود ۶ ماه پس از مرگ شروع شده بستگی به میزان نزدیکی فرد با ما و با علاقه ما با او یا تاثیر که او در زندگی ما داشته است دارد و و معادل مرحله پذیرش Kubler Ross می باشد. این مرحله همراه با برگشت فعالیتهای عادی روزانه به احتمال بیشتر به یادآوری خاطرات خودش در مورد متوفی و برقراری ارتباط جدید با دیگران است

ارتباط با بیمار و مهارت های ارتباطی

ویژگی های یک پزشک خوب

پزشکان با ادای یک سوگند، متعهد می شوند به نجات زندگی ها بپردازند و در اوج رضایت از زمانی که پشت سر گذاشته اند، امیدوار به آینده ای پر ثمر، بر منصب طبابت می نشینند. طبابت یکی از ارزشمند ترین حرفه های بشری است. حرفه ای که رسالت درمان را بر دوش دارد. به سبب این شغل، در طول روز با افراد زیادی از گروه های مختلف جنسی، اجتماعی و سنی مواجه می شوند. این افراد گرچه با هم فرق دارند اما پزشک همه را با یک نام مشترک یعنی بیمار می شناسد و بیمار میدانند که میتواند به او اعتماد کند و مشکل خود را با وی در میان گذارد. به دلیل همین اعتماد، بیمار، تصمیم گیری درباره سلامت خود را به پزشک می سپارد. قابلیت و توانایی علمی پزشک از مهمترین دلایل این اعتماد است اما آنچه بیمار بدان نیاز دارد تنها تجربه و مهارت علمی پزشک نیست بلکه او طبیعی را برای درمان دردش می جوید و طبیب پزشکی است که درمان را با حس همدردی و محبت نسبت به بیمار خود همراه میسازد. این شفقتی است که طبابت را زینت می بخشد و تاثیر شگفتی در جلب اعتماد بیمار به طبیب و روند درمان دارد. در گذشته که راه های مشخصی برای درمان بیماریها وجود نداشت، پزشکی به جای آنکه یک علم باشد بیشتر یک هنر محسوب میشد. با ظهور علم و تکنولوژی، جنبه های بین فردی مراقبت از بیمار تحت الشعاع قرار گرفت اما امروزه نگاه اجتماعی به علم پزشکی مجدداً رواج یافته است. بطور کلی ارتباط بین پزشک و بیمار دو بعد ابزاری و بیانی دارد. جنبه ابزاری پزشکی مستلزم مهارت پزشک در استفاده از تکنیک های درمانی، انجام تست های تشخیصی، معاینات بدنی است و بعد بیانی آن منعکس کننده هنر طبابت است که شامل برقراری ارتباط صمیمی و گرم با بیمار و احساس همدردی بالوست.

روش های ارتباط پزشک با بیمار

غیر فعال: برخی معتقدند که قدرت بین پزشک و بیمار برای تداوم دوره درمانی موثر لازم است. بیمار برای درمان خود اطلاعاتی را بدست می آورد و طلب کمک میکند. پزشک هم یک سری دستورالعمل ها را توصیه میکند و بیمار ناگزیر باید بپذیرد. این مدل شاید در موارد فوریت های پزشکی موثری باشد اما در مورد بیماریهای مزمن محبوبیت خود را از دست داده است. در این روش پزشک درمان بیماری را بر عهده می گیرد اما بیمار هیچ اراده و کنترلی در روند درمان ندارد.

مدل هدایت- همکاری: این روش معمول ترین راه درمانی است که در آن پزشک درمان را توصیه نموده و بیمار همکاری می کند. این روش با این ایده که دکتر بهتر میدانند تطابق دارد که در آن پزشک دخالت دیکتاتور مابانه ای ندارد بلکه مسئول است بهترین درمان را بیابد. بیمار هم اجازه دخالت چندانی نداشته و موظف است با پزشک همکاری کند.

مدل مشارکت دو طرفه یا مدل فعال: در مدل سوم پزشک و بیمار هر دو مسئولیت تصمیم گیری و برنامه ریزی دوره درمان را بر عهده دارند.

هر دو طرف به نظر یکدیگر احترام می گذارند. برخی می گویند این مناسب ترین راه درمان بیماری های است که در آن پزشک و بیمار ارتباط پیوسته و مفیدی با هم دارند تا کفایت درمان را بررسی کنند. براساس اصول اخلاق پزشکی عملکرد پزشک نباید هیچ گونه صدمه عمدی چه از طریق یک اقدام غلط و یا غفلت از انجام کاری را به بیمار برساند و تلاشهای صورت گرفته جهت درمان باید به نفع او باشد و این به معنی فراهم آوردن یک استاندارد قابل قبول و مناسب برای مراقبت از بیمار است که احتمال آسیب رسانی به وی را حداقل میسراند.

اصل دیگری که در اخلاق پزشکی مطرح است عدالت است. این مقوله در حوزه پزشکی معمولاً به صورت نوعی انصاف مطرح می شود و اشاره به توزیع منصفانه خدمات رسانی دارد. در اینجا نیز همه یکسان هستند و ادا باید از درمان برابر، بهره مند شوند.

علاوه بر دانش و آگاهی کافی و به روز، مهارت در تشخیص، شناخت و بکارگیری روش های درمانی موثر که از ویژگی های مهم و در واقع لازمه پرداختن به حرفه پزشکی هستند. یک ضرورت دیگر در طب، علاقمندی به بشریت است. یکی از ضروری ترین ویژگی های پزشک خوب، حس بشردوستانه اوست چرا که راز مراقبت از بیمار در علاقه به وی نهفته است.

بطور خلاصه یک پزشک خوب:

- متوجه نیاز بیمار، توانا، همراه، مشاور، صمیمی، واطمینان دهنده است.
- متعادل، با ایمان، با شهامت، و شجاع در مورد بیمار خود عمل می کند.

شاید شناخت همه ویژگی های پزشک خوب دشوار باشد و حتی با اطلاع از این شرایط، ممکن است موارد دیگری در زمینه درمان برخی بیماران باشد که وی باید از آن آگاهی یابد.

آنچه یک پزشک را به طبیبی حاذق تبدیل می کند همراهی علم پزشکی با هنر طبابت است. این دو متضاد هم نیستند بلکه کامل کننده یکدیگرند. تصویری که پزشک از بیمار خود بدست می آورد یک پروفایل کلینیکی صرف نیست بلکه تصویر بیماری است که توسط مجموعه ای از عوامل شامل خانواده، دوستان، شغل، روابط، خوشی ها و ناخوشی ها، امیدها و ترس ها احاطه شده است.

بنابراین پزشکی که بدون توجه به این عوامل موثر در زندگی احساسی بیمار، در پی درمان او باشد، در کار خود موفق نخواهد شد. بیماران کسی را می خواهند که به فکر آنها باشد و عمده توجهش نه به بیماری ها بلکه به خود بیماران باشد. این افکار زیبا و خوشایند از رابطه بیمار و پزشک امروزه بیش از پیش مورد توجه قرار میگیرد. طبابت به عنوان یک حرفه ارزشمند زمانی موثر خواهد بود که طبیب توجه ژرفی به بیمار در مقام یک انسان داشته باشد و این درک عمیق را با حس همدردی و علم و دانش کافی همراه نماید. پزشک بی حوصله و یا بی تفاوت نسبت به بیمار موفق به کسب اطلاعات سودمند از او نخواهد شد. بد نیست پزشکان بدانند که بیماران اغلب، آنها را به دقت زیر نظر دارند و به رفتارشان توجه می کنند. نحوه رفتار پزشک در شرح بیماری از سوی بیمار دخالت دارد. پزشک خشن و غیر علاقمند به بیمار، ممکن است در آنالیز اطلاعات بالینی یعنی یافتن راه حل مشکل بیمار ناموفق باشد. در حالیکه یک پزشک خوب با نگاهی مهربان و چشمانی پراز همدردی بیمار را می نگرد. او بیمار را بر خود ارجح میداند نه خود را بر بیمار. همه ما پزشکانی را ترجیح می دهیم که بدون توجه به موقعیت

اجتماعی اقتصادی بیماران با آنها یکسان برخورد میکنند. این پزشکان حامی بیماران خود هستند و برای این حمایت از قدرت دانش و مهارت های ارتباطی استفاده میکنند. به این ترتیب در عین حالیکه به بیمار با هر سطحی از اطلاعات احترام میگذارند بهترین و موثر ترین روش را برای درمان او بکار می بندند.

به هنگام پرسش از بیمار ادب را رعایت میکنند و به او اجازه می دهند راحت صحبت کند در حالیکه خودشان به دقت به حرفه های او گوش میدهند. و بالاخره یکی از اساسی ترین ویژگی های یک پزشک خوب، باور او به وجود قدرتی برتر است که همه را تحت نظر دارد. این اعتقاد باعث می شود هر کسی در انجام وظیفه خود به بهترین نحو بکوشد و پزشکان متعهد نیز از این قاعده مستثنی نیستند. و حرف آخر اینکه پزشکان متعهد، علم را به زیور حکمت می آرایند، شفقت را با جدیت همراه می سازند، انصاف را زینت بخش رفتارشان نموده و آنگاه طبابت می کنند.

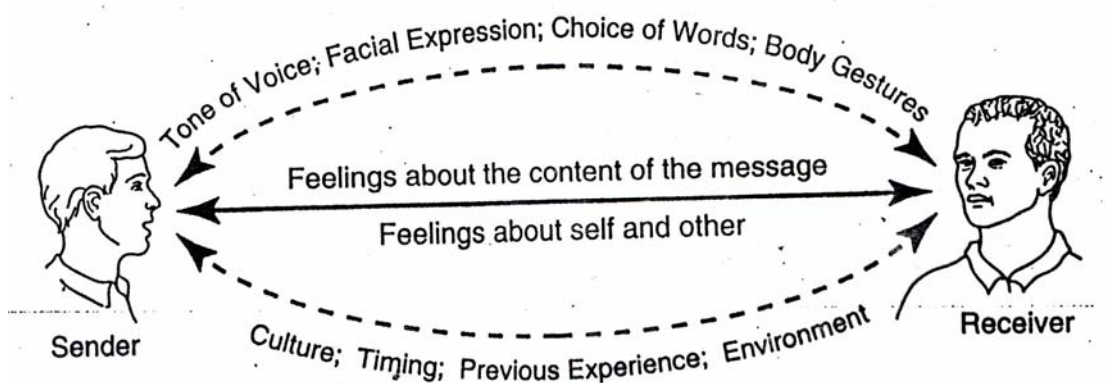
مهارت‌های ارتباطی

مقدمه:

جوهره اصلی طبابت ارتباط پزشک با بیمار است. این ارتباط یک ارتباط دو طرفه و پویاست. برقراری ارتباط لازمه کسب اطلاعات در مورد بیماری و تشخیص صحیح و درمان مناسب می باشد. بیمار باید در حضور پزشک احساس راحتی کند و به او اعتماد داشته باشد، پزشک از طرف دیگر باید شنونده خوبی باشد و با زبانی قابل فهم برای بیمار در مورد بیماریش و اقدامات لازم را توضیح دهد تا وی در تصمیم گیری در مورد بیماریش با دیدی باز عمل کند. مهارت در این امر باعث رضایت بیمار و پزشک، همکاری بهتر در درمان و کاهش ادعای درمان نادرست می شود.

دانشجویان در دوران تحصیل با طیف وسیعی از بیماران، خانواده های آنان، پزشکان و سایر ارایه کنندگان خدمت تماس دارند که مستلزم کسب مهارت برقراری ارتباط بین فردی است. از طرف دیگر آنها شاهد تنوع سنی، جنسی، فرهنگی، وضعیت اقتصادی- اجتماعی، شخصیت و ابعاد روانی، اعتقادات مذهبی و ادراک بیماران هستند. این تنوع، حساسیت و انعطاف پذیری پزشک را می طلبد تا رضایت بیمار و پزشک را به ارمغان آورد.

داشتن ارتباط مناسب با بیمار مستلزم ارتقاء دانش و نگرش در کنار مهارت است. دانش در مورد مفاهیم پایه برقراری ارتباط (مانند مدل‌های ارتباط، پیام‌های مستقیم و غیرمستقیم، انواع و عملکرد ارتباط غیر کلامی، درک و نسبت دادن attribution) به دانشجو قالب و واژگان پایه برای مهارت آموزی را ارائه می کند. نگرش مناسب شامل درک اهمیت برقراری ارتباط موثر، نیاز به دیدن بیماران به عنوان یک فرد از جامعه به جای یک مورد case و همکاری با سایر اعضای تیم مراقبت‌های سلامتی است. پس از پایان این دوره دانشجو باید دانش پایه برای ارتباط کلامی و غیر کلامی را داشته باشد، قادر به شروع مصاحبه و خاتمه دادن به آن باشد.



برقراری ارتباط با بیمار:

برقراری ارتباط با بیمار شامل سه قسمت زیراست:

۱. معارفه و شروع رابطه
 ۲. کاوش کردن در مورد موضوع مورد مصاحبه
 ۳. پایان
- (یک مدل ساده برای برقراری ارتباط در پیوست ۱ ارائه شده است).

برای برقرار یک ارتباط موفق باید موارد زیر را در طی مصاحبه در نظر داشت . البته لازم نیست که همه آنها مورد استفاده قرار گیرند یا به صورت طوطی وار تقلید شوند، بلکه آنها را به ذهن سپرده و در مواقع لازم بکار روند:

۱. آماده شدن برای مصاحبه: قبل از شروع مصاحبه دانشجو باید روی شرح وظایف خود تمرکز و ذهن خود را از سایر مشغله ها خالی کند.
۲. خوشامدگویی و معارفه: در این قسمت دانشجو باید ضمن خوشامد گویی به بیمار ، خود را به بیمار معرفی کند و نام او را بپرسد. همچنین موارد زیر را در این قسمت در خاطر داشته و در موقع لزوم از آنها استفاده کند:
 - از حالت چهره (facial expression) متناسب با سخنان مطرح شده برای همراهی کردن با بیمار
 - تغییر یا تنظیم تون صدا (voice tone) متناسب با وضعیت موجود
 - دست دادن در صورت نیاز
 - حرکات سر و دست برای تایید و یا نفی

۳. مهارت‌های گوش دادن شامل:

- روشهای کلامی : استفاده از این موارد برای روشن سازی موارد ابهام در مصاحبه و تکمیل گفته هاست.
- بازگویی (restating) یا بیان مطالب: در این مرحله اطلاعات مربوط به بیماری جمع آوری میشود.
- کاوش (probing) یا سوالات بیشتر از مصاحبه شونده در مورد نکات کلی یا مبهم : در این مرحله ارتباط توسعه بیشتری یافته و اطلاعات تکمیل می شود.
- روشن سازی (clarifying) یا سوال مستقیم در موارد ابهام برای روشن شدن درستی برداشت مصاحبه کننده از سخنان بیمار.
- تصمیم گیری و مدیریت: با استفاده از اطلاعات مراحل قبل در مورد مشکل بیمار تصمیم گیری کرده و اجرای آن مدیریت می شود.

• روشهای غیر کلامی شامل:

- سکوت (silence): استفاده مناسب از سکوت به بیمار اجازه می دهد تا بیان افکار و احساسات خود را تکمیل کند.
 - ارتباط چشمی (eye contact) بر حسب تحمل طرف مقابل و شرایط فرهنگی
 - وضعیت (posture) مناسب بدن به طوریکه بیمار احساس کند به سخنان او توجه میشود.
 - تماس (touch) در موقع لزوم
 - حرکات سر، صورت ، تنه، و اندامها و حالات چهره
- مهارت‌های گوش دادن در قسمتهای بعدی مورد بحث قرار خواهد گرفت.

۴. مهارت‌های گفتاری شامل:

- سوالات باز: باید مصاحبه با بیمار با سوالات باز شروع شود. در سوالات باز از موارد کلی سوال می شود و پرسش شونده بر خلاف سوالات بسته که جواب آن محدود به بلی یا خیر و یا کلمات و جملاتی در ارتباط با موضوع خاص است، در جواب دادن محدوده اختیار بیشتری دارد. این سوالات در ابتدای مصاحبه روشن می سازد که مشکل اصلی بیمار چیست.
- سوالات بسته: با پیشرفت مصاحبه با روشن شدن موضوع به تدریج باید از سوالات بسته استفاده کرد تا جزییات مورد نظر در مورد مشکل بیمار را که ممکن است بیمار به آن توجه نداشته باشد یا برای بیان آن با سوالات باز زمان زیادی نیاز دارد ، روشن کرد.
- باز گویی عبارات (repetition): در حین مصاحبه گاه برای تاکید روی یک موضوع، گاه برای روشن شدن یک مطلب و یا برای اینکه به بیمار نشان داده شود به صحبت‌های او گوش می دهیم از بازگویی عبارات استفاده می شود.

- تسهیل سازی (facilitation): وقتی که مصاحبه شونده در پاسخ به سوالی دچار مشکل می شود برای جلوگیری از خاتمه مصاحبه می توان با او همراهی کرد و با عباراتی بیان او را تسهیل کرد. البته این عبارات نباید القا کننده مطلبی باشد ولی می تواند بدون ارتباط با موضوع و حتی بی معنی باشد. پس از بیان این عبارات مصاحبه شونده مجدداً به موضوع اصلی بر می گردد.
 - تشریح (explanation): در موارد ابهام از مصاحبه شونده خواسته می شود که در آن مورد خاص بیشتر توضیح دهد.
 - تفسیر (interpretation): در مواردی که سخنان بیمار نیاز به تفسیر دارد می توان تعبیر آنها را با وی در میان گذاشت.
۵. جستجوی نقطه نظرات بیمار: نقطه نظرات مصاحبه شونده سوال شود اما نباید در مورد آنها قضاوتی صورت گیرد.
 ۶. درک نیازهای هیجانی بیمار: بیمار دارای احساسات و هیجاناتی است که باید در مصاحبه در نظر گرفته شوند و مصاحبه کننده به آنها احترام بگذارد. بی تفاوتی نسبت به این احساسات موجب خدشه دار شدن ارتباط پزشک و بیمار می شود.
 ۷. درک اشارات غیرکلامی بیمار: بیمار ممکن است همیشه مسایل را به طور مستقیم و شفاف بیان نکند. این مسئله به خصوص در حیطه های خصوصی که فرد از بیان آن شرم دارد، مواردی که نیاز به تاکید یا تکذیب دارد یا بنا به دلایل خاص استفاده از عبارات کلامی میسر نیست، صادق است. گاهی نیز در همراهی با عبارات کلامی به کار میرود. لذا مصاحبه کننده باید به حرکت سر، دست، چشم بیمار، حالات چهره و ... بیمار توجه داشته باشد و پیامهای آنها را دریافت کند.
 ۸. مسایل فرهنگی موثر بر برقراری ارتباط: در مناطق مختلف آداب و رسوم مختلفی وجود دارد که پزشک شاغل در آن مناطق باید در بدو ورود به منطقه با آنها آشنا شده و به دقت در برقراری ارتباط آنها را رعایت نماید.
 ۹. سطح سواد بیمار و اثر آن در برقراری ارتباط و اعتماد به نفس بیمار. بیماران کم سواد و بیسواد ممکن است از ترس یا شرم از بیان عبارات نادرست و احساس تحقیر شدن به خوبی ارتباط برقرار نکنند. در این موارد با شروع مناسب مصاحبه و بیان سوالات قابل فهم و استفاده از عبارات بیمار میتوان او را به ادامه مصاحبه ترغیب کرد.
 ۱۰. یادداشت برداری: در صورت نیاز به یادداشت برداری در حین مصاحبه اینکار نباید در گفتگو و ارتباط خللی ایجاد کند. بهتر است تنها کلمات کلیدی با سرعت نوشته شود و در موقع تشریح مصاحبه استفاده شود زیرا با نوشتن تمام سخنان بیمار ممکن است رشته کلام از دست مصاحبه کننده خارج شود و بیمار تصور می کند که او به سخنان او توجه نمی کند.

یک مدل ساده برای مصاحبه با بیمار:

این یک مدل ساده برای ساختار مصاحبه است که شامل سه بخش معارفه، بخش میانی یا کاوش برای شرح حال بیمار و بخش پایانی بوده و به دانشجو در انجام موفق مصاحبه کمک می کند.

دانشجو قبل از شروع مصاحبه باید با این مدل آشنا بوده و آنرا در حین مصاحبه در اختیار داشته باشد ولی در حین انجام کار توجه او باید معطوف به بیمار باشد واز نگاه کردن زیاد به راهنما خودداری کند.

۱. معارفه:

- در ابتدا دانشجو باید خود را به بیمار معرفی کند و مطمئن شود که آن شخص همان بیماری است که قرار است با او مصاحبه کند.
- دانشجو باید به بیمار بگوید که او یک دانشجوی سال دوم پزشکی است و این اولین دوره ایست که مستقیماً با بیماران مصاحبه می کند و این مصاحبه بدین منظور است که توانایی او در برخورد با بیماران افزایش یابد.
- رضایت و اعتماد بیمار برای مصاحبه جلب شود و به او گفته شود که اطلاعاتی که میدهد تنها در اختیار سایر پزشکانی که در ارتباط با او هستند قرار خواهد گرفت. در ضمن مدت مصاحبه نیز به وی گفته شود.
- به بیمار بگوید که وظیفه او در آن روز این است که با یک بیمار مصاحبه کند، علت مراجعه او به آن مرکز را دریابد و بیاموزد که چگونه این کار را انجام دهد تا بیمار احساس راحتی داشته باشد.

۲. شرح حال بیمار:

- از بیمار علت مراجعه او به آن مرکز سوال شود.
- به بیمار بگوید که مایل است داستان بیماری او را از آغاز بشنود: « آیا ممکنست چگونگی شروع مشکلی که باعث مراجعه شما به پزشک شده را تشریح کنید و بگویید در حال حاضر وضعیت بیماری شما چگونه است؟ »
- با بیان عباراتی خود را علاقمند به صحبت‌های بیمار نشان داده و او را تشویق به ادامه سخنانش کند: « بعد چه اتفاقی افتاد؟ میتوانید بیشتر توضیح دهید؟ »
- مطمئن شود که تجربه بیمار از بیماریش را کشف کرده: « این بیماری چه اثری روی زندگی شما داشته است؟ » همچنین احساس بیمار از بیماریش ارزیابی شود.
- در مورد تجربه حضور در بیمارستان در بیماران بستری و اثرات آن بر زندگی ایشان سوال شود.
- وقتی بیمار داستان بیماریش را به اتمام رساند از او تشکر کرده و از او سوال کند آیا می تواند چک کند که سه مطلب زیر را متوجه شده است:
- « آیا می توانم چک کنم که همه نشانه ها و مشکلاتی که شما در حال حاضر دارید و تمایل دارید در آن زمینه به شما کمک شود را متوجه شده ام؟ »
- و سپس « ایا میتوانید به من بگویید چه چیزی بیشتر ذهن شما را مشغول کرده و باعث نگرانی شما شده است؟ »

- و « انتظار دارید دکتر برای کمک به شما امروز چه کاری انجام دهد؟ و در صورت بستری بودن بیمار، تجربه بستری شدن شبیه چیست؟ چه چیزی باعث بهتر شدن این تجربه بستری شما می شود؟»

۳. پایان:

- از بیمار سوال شود: « آیا شما سوالی ندارید؟»
- سوال از بیمار در مورد چگونگی برقراری ارتباط در مصاحبه و نکات مثبت و منفی آن و گرفتن پسخوراند کمک کننده است.
- از بیمار صمیمانه تشکر شود.

پس از پایان مصاحبه دانشجو به همراه بیمار نزد facilitator بروند و گزارش کار به او ارائه شود.

عوامل زیر می تواند باعث عدم همکاری بیمار و بازگو نکردن مشکلات شود:

- اعتقاد به اینکه نمی توان کاری انجام داد: گاهی بیمار تصور می کند بیماری غیر قابل درمانی دارد به خصوص در مواردی که پس از مراجعه به پزشکان متعدد مداوا نشده است. لذا فکر می کند صحبت کردن در مورد این مشکل اتلاف وقت است و از آن پرهیز می کند.
- عدم تمایل به اینکه احساساتی به نظر برسد. بیمار با بیان احساس واقعی خود به خصوص وقتی ناخوشایند و غیر معمول باشد، ممکن است احساس حقارت و ضعف کند.
- اعتقاد به اینکه گفتن این مسائل صحیح نیست. بعضی افراد تابوهایی دارند که بیان آنها را حتی برای پزشکشان مشکل می کند. بسته به فرهنگ هر جامعه این تابوها متفاوت است. البته گاهی نیز فردی است. مسائل مربوط به امور جنسی یا بیماریهای ناحیه تناسلی در این دسته قرار می گیرند.
- رفتار بلوک کننده پزشک: گاهی پزشک در شروع رابطه قادر به جلب اعتماد بیمار نیست یا در حین مصاحبه با رفتار یا گفتار خود موجب اختلال در مصاحبه می شود. تعدادی از این موارد در ادامه بحث آورده شده است.
- نگرانی از آشکار شدن ترسش در مورد وضعیت سلامتی. بیمار این ترس را نشانه ضعف می داند، لذا مایل نیست آشکار شود و بدین منظور از برقراری ارتباطی که منجر به این امر شود اجتناب میکند.

مصاحبه با زنان باردار

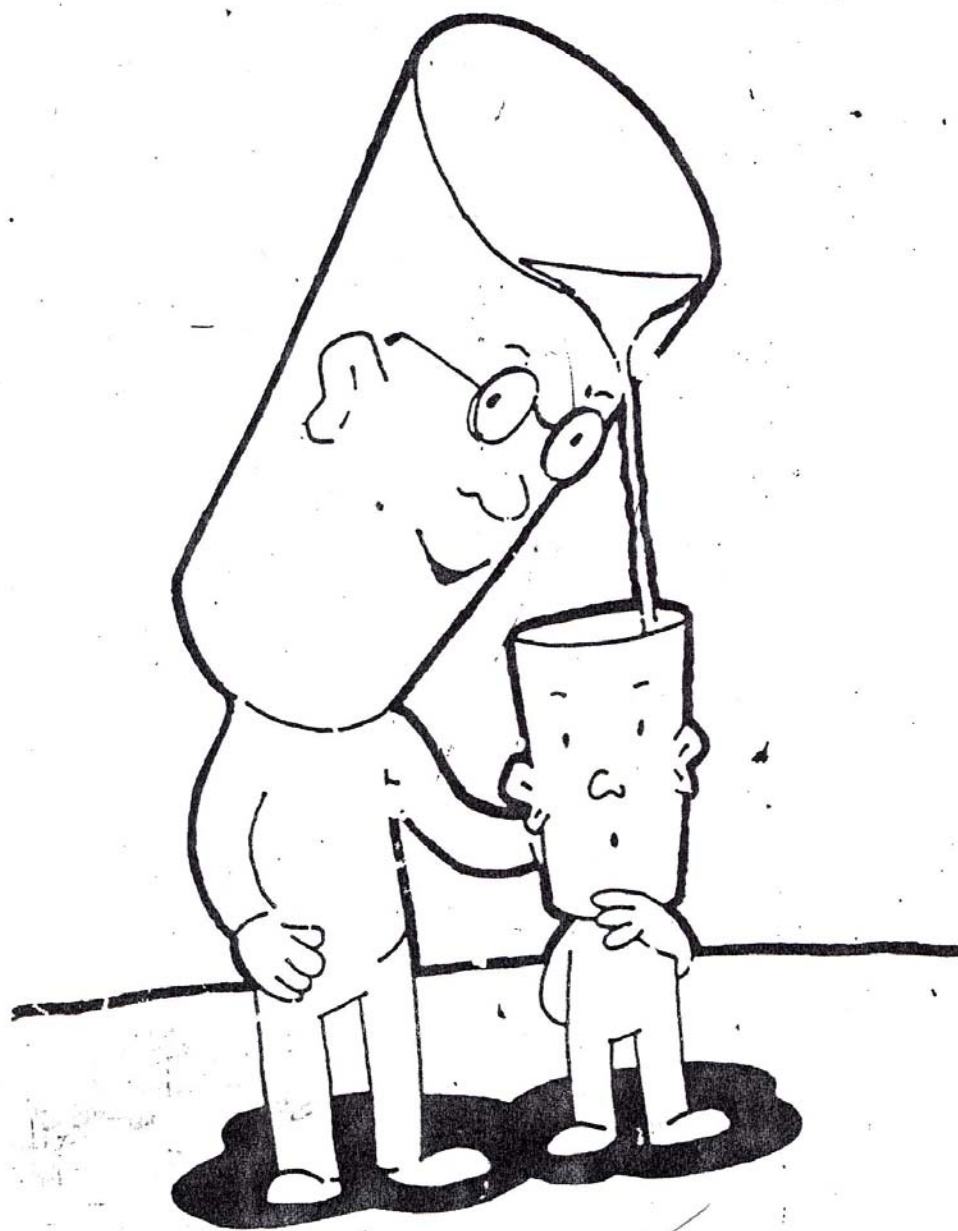
دوره بارداری به خصوص اولین بارداری یک تجربه منحصر به فرد برای هر زن در طول زندگی است. در طول این دوران تغییرات جسمانی و روانی متعددی در زنان رخ می دهد و زندگی فردی و اجتماعی آنان دستخوش تغییرات زیادی می شود. لذا در مصاحبه با این زنان باید علاوه بر سوالات و مواردی که در بالا اشاره شد، باید به موارد زیر نیز توجه شود:

- اولین واکنش وی به بارداری پس از اطلاع از آن
- چگونگی تغییرات جسمانی وی در مدت بارداری
- تغییرات فکری او در این دوره
- در صورت شاغل بودن، اثر بارداری روی کار او
- طرز تفکر خانواده راجع به او پس از باردار شدن
- و به خصوص اثر بارداری روی همه خانواده
- چه حمایت‌هایی از طرف خانواده به خصوص شوهر، دوستان و محل کار صورت می گیرد؟
- انتظار او از مراقبت‌های دوران بارداری چیست؟
- برای زایمانش چه برنامه ای دارد؟
- تجربه مراقبت‌های دوران بارداری چگونه بوده است؟
- در صورت انجام زایمان، تجربه وی از آن چگونه بوده است؟
- نظر او راجع به بارداری، زایمان و پرورش کودک چیست؟
- او راجع به بارداری، زایمان و پرورش کودک چه توصیه هایی از خانواده دریافت نموده است (با توجه ویژه به انتظارات و تقاضای جامعه)؟
- آیا نگرانی و دغدغه ای نسبت به آینده دارد و چگونه از نظر روانی خود را با موضوع تطبیق داده است؟

مصاحبه با سالمندان:**در مصاحبه با سالمندان به موارد زیر توجه شود:**

۱. راهکارهای ارتباطی کلامی و غیر کلامی مناسب استفاده شود.
۲. در صورت نیاز وضعیت شنوایی و بینایی بیمار تعیین شود.
۳. چراغها را روشن کنید.
۴. شان و منزلت آنها حفظ شود.
۵. قبل از انجام هر کاری برای آنها توضیح دهید.
۶. از راهکارهای حمایتی زیر استفاده شود:
 - بیمار را به بیان احساسش تشویق کنید.
 - از مطرح کردن سوالاتی که نیاز به قضاوت دارند خود داری شود.
 - صحت سخنان بیمار تایید شود.
 - مسئولیت شکست ارتباط به عهده گرفته شود.

TRADITIONAL EDUCATION THE EMPTY VESSEL THEORY



جدول ثبت مصاحبه

مراحل مصاحبه	نکات. شامل چگونگی برقراری ارتباط
معارفه. آیا خود را به روشنی معرفی کرد؟ و کنترل کرد با چه کسی صحبت می کند؟	
بیان زمینه مصاحبه. آیا خود را به عنوان دانشجوی پزشکی معرفی کرد و از بیمار اجازه مصاحبه گرفت؟	
جلب اعتماد بیمار. آیا به بیمار گفته شد اطلاعات وی در اختیار چه کسانی قرار خواهد گرفت؟	
شرح وظایف. آیا هدف از مصاحبه توضیح داده شد؟	
گرفتن شرح حال. آیا میتوانید در مورد برای من توضیح دهید؟	
علاقه مندی به سخنان بیمار و تشویق وی. بعد چه اتفاقی افتاد؟	
تجربیات بیمار و اثرات بیماری روی زندگی وی	
نشانه ها و مشکلات فعلی وی	
دغدغه ها و نگرانی های بیمار	
انتظارات بیمار. چه کمکی نیاز دارید؟	
خاتمه. تشکر و سوال در مورد چگونگی مصاحبه	
ارائه پسخوراند به همکاران در گروه : دیدگاه بیماران موارد مثبت موارد منفی مواردی که قابل تغییر است	

موقعی که دانشجو خود مصاحبه گر است بهتر است از نوشتن عجولانه شرح حال خودداری نموده و تنها به نکات کلیدی را یادداشت نماید و بعد برای تکمیل از آن استفاده نماید. در مواقعی که همگروهان وی مشغول مصاحبه هستند، دانشجو جدول ثبت مصاحبه را برای وی تکمیل کند تا علاوه بر ثبت شرح حال، پاسخورانده به همکار ارائه شود و نکات مثبت و منفی مصاحبه به وی گوشزد شود.

پس از پایان مصاحبه با همگروهان تشکیل جلسه داده و تجربیات خود را مبادله کنند و برای ارائه گزارش کار به facilitator برنامه ریزی کنند. لازم به ذکر است که تبادل اطلاعات به معنای نگارش مشترک گزارش نیست و هر دانشجو باید گزارش خود را ارائه کند.

در نهایت گزارش کار به استاد مربوطه ارائه خواهد شد. هر دانشجو به طور خلاصه در ۵-۱۰ دقیقه یافته های خود را بیان می کند و استاد بری آنها بیان می کند که چگونه بیماری، زندگی بیمار مورد مصاحبه آنها را تحت تاثیر قرار داده و عوامل فردی و اجتماعی چگونه در شکل گیری بیماری نقش دارند.

مهارت گوش دادن

اغلب مردم گمان می کنند که شنونده های خوبی هستند و آموختن مهارت گوش دادن برای آنها عجیب است؛ در حالیکه واقعیت این است که بسیاری از ما خوب گوش نمی کنیم. باید توجه داشت شنیدن با گوش دادن تفاوت دارد. شنیدن تنها بخشی از گوش دادن است و شخص در آن تنها به آنچه که مایل است توجه می کند و از بقیه گفته ها صرف نظر می کند. شنیدن یک روند غیر فعال است و گوش دادن یک روند پویا و فعال است که نیاز به آموزش و کسب مهارت دارد. ما صدای والدین برای دعوت به شام، نجوای همکلاسی و یا صدای صوت داور در بازی را می شنویم و این با گوش دادن متفاوت است. در اینجا مقصود از گوش دادن، شنیدن با گوش سوم و سعی در فهم آنچه در فرد مصاحبه شونده می گذرد با استفاده از گوش، چشم، احساس و فکراست. گوش دادن فعال مستلزم توجه به آنچه گفته شده (کلامی) و روشی که برای گفتن استفاده شده (غیر کلامی) می باشد. با این روش میتوان این توصیه را تحقق بخشید: «به صحبت های بیمار گوش دهید، تشخیص را به شما می گوید».

برقراری مهارت گوش دادن را می توان به ۴ بخش عمده تقسیم کرد:

۱. همراهی و برقراری ارتباط با بیمار attending: عبارتست از:

- برقراری ارتباط چشمی با فرد در فاصله ای مناسب: این ارتباط به صورت نگاه خیره و سرد نباشد بلکه توام با احساس و با تناوب باشد. ارتباط چشمی باید بر حسب تحمل فرد مصاحبه شونده تنظیم شود. گاه بیمار از نگاه مصاحبه گر می گریزد و نگاه خیره به او باعث قطع ارتباط می شود و در مواقعی نگاه نکردن او را به منزله عدم توجه به سخنانش می داند. مصاحبه گر باید جایگاه بیمار در بین این دو طیف را مشخص و مطابق آن ارتباط چشمی مناسب برقرار کند.

- استفاده از یک وضعیت طبیعی و مناسب: این وضعیت بهتر است کمی خمیده به جلو در یک وضعیت راحت و نه به صورت ایستاده و دست به سینه در مقابل بیمار باشد؛ به طوریکه طرف مقابل متوجه علاقه و توجه مصاحبه کننده به سخنانش شود.
- تنظیم فاصله نشستن یا ایستادن با فرد مصاحبه شونده به طوریکه حریم شخصی او حفظ شده و احساس راحتی داشته باشد.
- تنظیم تون صدا به نحوی که شایسته طرف مقابل باشد.
- استفاده از ایما و اشاره برای نشان دادن توجه و علاقه به سخنان بیمار. از حرکات شدید و تند پرهیز شود.
- بازتاب دادن احساس. احساس طرف مقابل درک شود و مانند آینه با کلام یا به صورت غیر کلامی مثل حالت چهره به طرف مقابل نشان داده شود.
- عدم هدایت شخص یا تغییر جهت سخنان او به طور مستقیم. در صورتیکه دانشجوی قسمتی از سخنان بیمار را متوجه نشد یا خواستار تغییر مسیر صحبت است از عباراتی مانند: «من منظور شما را از ... متوجه نشدم، من به دنبال این موضوع نیستم» استفاده نماید.
- استفاده از عبارات کلامی مرتبط با سخنان بیمار بدون تفسیر، سوال یا عنوان جدید، مانند: می دانم منظور شما چیست، من آنچه به شما گذشته را درک میکنم.

۲. تفسیر و paraphrasing :

- فهم دانشجوی از سخنان بیمار را مورد آزمون قرار می دهد و نشان می دهد که او به دنبال پیام اصلی در سخنان بیمار است. همچنین به روانتر شدن مصاحبه و به خصوص به شفاف شدن عبارات دوپهلو کمک می کند.
- یک خلاصه دقیق و ساده از صحبت های اصلی بیمار ارائه می کند. هرگز از عبارت «من شنیدم که شما گفتید» استفاده نشود زیرا مصاحبه را متوقف می کند.

- ## ۳. شفاف سازی clarifying :
- موارد مبهم مصاحبه را ابهام زدایی می کند. شفاف سازی تفسیر مشکل نیست بلکه روشن سازی آن است. پس از اقرار به وجود ابهام با جمله بندی مجدد، تکرار یا توضیح سعی در رفع آن شود.

- ## ۴. کنترل فهم مطالب perceptual checking :
- دانشجو با چند عبارت از بیمار سوال می کند که آیا برداشت او از سخنان بیمار درست بوده است:
- تفسیر خود از شنیده ها را بیان کند.
 - از بیمار به طور مستقیم در مورد صحت برداشت سوال شود.
 - در صورت صحیح نبودن برداشت، از بیمار برای تصحیح آن کمک گرفته شود.

گوش دادن همیشه به راحتی میسر نیست . گاه موانعی از گوش دادن و درک پیام اصلی سخنان بیمار جلوگیری می کنند. این موانع به دو دسته داخلی و خارجی تقسیم می شوند:

- موانع داخلی که از داخل خود منشا می گیرند عبارتند از: موانع روانی، عصبانیت ، اضطراب، خستگی و قضاوت زودرس.
- موانع خارجی که در محیط بیرون ریشه دارند، عبارتند از: نداشتن تمرکز در محیط، سر و صدا، فعالیت دیگران و راحت نبودن از نظر جسمی.

برای افزایش مهارت گوش دادن موارد زیر را رعایت شود:

- از قطع کردن صحبت طرف مقابل خود داری شود.
- پس از طرح سوال سکوت شود تا پاسخ را بشنود؛ تنها روی گوش دادن تمرکز شود.
- بدون پیش داوری گوش دهد. پیش داوری آنچه را گوش داده می شود تحریف می کند.
- در گوش دادن سعی در یافتن اهداف، جزئیات و نتیجه گیری داشته باشد.
- گوش دادن فعال، تفسیر را نیز در بر می گیرد.
- اشاره ضمنی اغلب از آنچه گفته می شود مهمتر است، پس به نا گفته ها نیز توجه شود.
- در فاصله بین جملات فکر شود.
- قبل از بیان جملات، خوب آنها را تجزیه و تحلیل کند.
- با کنش خود نشان دهد که گوش می کند.

استفاده از موارد زیر باعث عدم پذیرش ارتباط از سوی مصاحبه شونده و مخدوش شدن مصاحبه می شود:

- دستور دادن، جهت دادن و برخورد آمرانه
- هشدار دادن، متنبه کردن و تهدید کردن
- پند و اندرز دادن، نتیجه اخلاقی گرفتن
- التماس کردن
- توصیه کردن و پیشنهاد راه حل
- قضاوت کردن، متهم کردن و انتقاد کردن
- مقایسه کردن
- ترغیب کردن، خطابه و یا بحث کردن
- تمجید، چاپلوسی و پسند کردن
- اسم گذاشتن، مسخره و استهزاء
- تفسیر، تجزیه و تحلیل و تشخیص گذاری
- اطمینان دادن، دلداری دادن، حمایت کردن
- کاوش و بازجویی کردن
- منحرف و گیج کردن
- رفتار نامناسب مانند: خمیازه کشیدن، کارهای بیهوده، خیره شدن به بیرون از اطاق و...
- در حین شنیدن صحبت‌های مصاحبه شونده در فکر پاسخ دادن به او باشد
- خواندن فکر بیمار: پیش خود فکر کند می داند مصاحبه شونده چه می خواهد بگوید.
- فیلتر کردن : گوش دادن به بعضی صحبت‌های بیمار و گوش ندادن به بعضی دیگر
- عدم تمرکز کافی و در فکر فرو رفتن حین مصاحبه
- از خط خارج شدن و تغییر ناگهانی مسیر مصاحبه

الف: تاریخچه ای مختصر از سیر تحول بیمارستانها در جهان

از زمانهای قدیم هر فرد برای خلاصی همسایه خویش از درد و رنج آماده و عرضه نمودن معالجات و خدمات مورد نظر خود بوده، به تدریج با پیشرفت تمدن از خود به فامیل و از فامیل به اجتماع و به صورت متشکل مسئولیت مورد نظر را به عهده گرفته شد. اگر اجتماعی تغییر کرده، طبیعت بشری تغییر نیافته و تنها همین عواطف و احساس مسئولیت اساسی بوده است که مردم قدیم را هدایت نموده تا برای بیماران و آسیب دیدگان بیمارستان بنا نمایند.

در اینجا به تغییر و تحولات بیمارستانها در اعصار مختلف به صورت مختصری می پردازیم.

دو کشور قدیم و متمدن مصر و هند، دارای بیمارستان بوده اند. در ادبیات هند آمده است که ۶ قرن قبل از میلاد بودا برای هر ده قریه یک پزشک تعیین می نمود، و بیمارستان برای افراد فقیر نیز بنا میکرد. پسر وی به نام اوپاتیسو (Vpatiso) محلی برای پناه بیماران و زنان باردار ساخت و این عمل بعدا سرمشق فدائیان بودا گردید.

در جزیره میلان در سال ۴۳۷ قبل از میلاد نیز بیمارستانهایی بوده است که خدمت ارائه می کردند. در هند بوسیله شاه آسکا (Asoka) در سالهای بین (۲۳۲-۲۷۳) قبل از میلاد ۱۸ بیمارستان که دارای بعضی از مشخصات بیمارستانهای جدید بوده اند ساخته شده بود. در این بیمارستانها به پرستاران اکیدا توصیه میشد که در نظافت و پاکیزگی خود نهایت دقت را رعایت کنند، به بیماران میوه جات و سبزیهای تازه بدهند و داروی مناسب برای آنان تهیه نمایند و سفارش های آنان در حد امکان انجام شود. بقول گارنسن (Garrison) پزشکهای بیمارستان در امر جراحی بسیار ماهر و غیر از زخم بندی به تمام اعمال آن وارد بودند، هر روز وسایل حمامشان فراهم مو و ناخن های آنها همیشه کوتاه و لباس آنان سفید بود.

از طرف دیگر این حقیقت که پزشکان معمولا از طبقه کشیش ها بوده اند نشان میدهد که قبل از یونانیان مردم خردمند آن زمان همین روحانیون بوده اند، البته علم و سحر از هم مجزا نبوده اند و برای معالجه بیماران تواما بکار می رفتند.

در اوایل تمدن یونانیها و رومی ها محل معاینه و معالجه بیماران همان معابد بود و عملیات طبی فقط بوسیله معالجات متداول صوفیانه و خرافات انجام می گرفته است چون به عقیده آنان مار حیوان مقدسی بود و در معالجه بیماران نقش مهمی به عهده داشت برای نمونه جهت بهبود زخم زبان افعی بکار میبردند از الهامات روحی در این دوره استفاده میشد و آخرین مرحله بوسیله جراحی بوده است. با این وجود معابد یونانی راه را برای بیمارستانهای جدید فعلی باز نمود زیرا معابد و بیمارستانها برای بیماران بهترین پناه بودند.

بقراط در سال ۴۶۰ قبل از میلاد متولد و وی بعد ها به مقام پزشکی رسید و فرضیه های طبی این دانشمند شباهت زیادی با فرضیه های پزشکی جدید دارد، درباره بیماریهای غش، سل، مالاریا، زخم معده بحث و تشریح زیادی نموده است و از تمام بیماران خویش یادداشت های کلینیکی مفصلی برداشته است.

(گارنسن) درباره پیشرفت های پدر طب چنین می نویسد (آنچه را یک مرد نابغه در مورد طب داخلی بدون ابزار و آلات طبی و فقط به کمک فکر و هوش سرشار خود میتواند استنباط کند. بقراط به متتهی

درجه خود رساند و شرح و توضیحات وی در امراض مختلف گواه این مدعا و بهترین نمونه برای اطباء امروزی است.)

بقراط علم پزشکی را مبتنی بر حقیقت نمود و همین امر باعث شد که علم پزشکی مبتنی بر عقل و منطق باشد.

به تدریج معابد به صورت بیمارستانها در آمد گرچه معالجات اصلی روی پرهیز و امساک بود و این نظریه در قرن اول میلادی بوسیله "Celsus" و در سال ۱۶۰ بعد از میلاد بوسیله جالینوس "Galen" تقویت یافت. در این دوره اندیشه و روح طب و پزشکی بیشتر از ۱۵ قرن دیگر به طب امروز شباهت داشت.

بوسیله حضرت مسیح(ع) الهام شده بود و عواطف شفقت و محبت از انگیزه هائیست که موجب تاسیس بیمارستان گردیده و با پیشرفت مسیحیت بیمارستان قسمت لاینفکی از کلیساشد.

یکی از روسای ممتاز و معروف رومی موسوم به "Fabiola" در سال ۳۹۰ میلادی بیمارستان بزرگی در روم بنا و اهداء نمود. درادس(اورفه کنونی) "Edessa" و بیمارستانهای بزرگ دیگری بوسیله عیسویان بنا گردید. تا سال ۵۰۰ میلادی در تمام شهرهای بزرگ روم بیمارستانهای بزرگی بنا گردید، که در آنها با ملاحظت و مهربانی خاصی از بیماران پرستاری می نمودند ولی متأسفانه دستورهایی که بوسیله بقراط حکیم و جالینوس غالباً داده شده بود برای معالجه و مداوای بیماران بکار نمی رفت زیرا دو طبیب مزبور را کافر می دانستند و خودشان غالباً بوسیله سحر و جادو و تصوف به معالجه می پرداختند.

بیمارستانهای مسلمین

مسلمین همانند عیسویان در مراقبت از بیماران علاقه مفراطی نشان می دادند. آنها در بغداد، قاهره، دمشق، قونیه و شهرهای زیاد دیگری بیمارستانهای متعددی با وسایل و تجهیزات عالی فراهم نمودند. هارون الرشید که در سالهای بین ۸۰۹-۷۸۶ م خلافت بغداد را به عهده داشت فوق العاده به تندرستی قلب خویش علاقمند بود به همین جهت بیمارستانهای متعددی ساخته و حقوق پزشکان را خودش می پرداخت و بیماران در این بیمارستانها بطور مجانی و رایگان معالجه میشوند.

محمد زکریای رازی که در (۹۲۳-۸۵۰)م در ایران می زیسته است در عمل جراحی فوق العاده مهارت داشته و اولین کسی بوده که برای بخیه روده گوسفند را بکار برده و برای پاک نمودن جراحت از الکل استفاده می نموده است، نوشته های این حکیم دانشمند درباره آبله و سرخک عاقلانه ترین و منطقی ترین روش شناخت این دو بیماری می باشد.

ترقی طب مسلمین تا قرن ۱۵ م ادامه داشت، پزشکان مسلمان به طرز استفاده از داروهای بیهوشی آشنایی کامل داشتند و نسبت به قلب در دارو نهایت احتیاط می نمودند و تعداد زیادی از داروهای دیگر را هم کشف کردند، پس از اینکه علم طب بین مسلمین از ترقی و رونق قبلی خود افتاد، هنوز به ارزش داروهای آنان لطمه ای وارد نیامده بود. نکته جالب این است که مسلمانان سال قبل از اروپائیان مسلمین برای بیماران روانی خود تیمارستان داشتند.

تاریخ بیمارستان ها در ایران و سرزمینهای شرق اسلامی

مقدمتا باید دانست اولین محلی که در اسلام می توان بدانه نام درمانگاه و یا محل پرستاری بیماران و زخم خوردگان را نهاده در صدر اسلام در زمان پیامبر اکرم (ص) بود. «توضیح اینکه در جنگ خندق

سعد بن معاذ تیری خورد که به امر رسول خدا (ص) در جنب مسجدالحرام چادری بر پا کردند و سعد را در آن چادر (خیمه) که متعلق به رفیده و یکی از زنان پرستار و برای مجروحین برپا شده بود قرار دادند تا نزدیک مسجدالحرام باشد و پیامبر اکرم (ص) بتواند از سعد عیادت فرماید.

در اینجا بی مناسبت نیست از بعضی منابع تحولات و پیشرفت های بیمارستانهای اسلامی رایادآور شویم. جرجی زیدان در این باره می نویسد «بیمارستانهای اسلامی آن روز، همه در کمال نظم و ترتیب اداره میشد و بدون توجه ملیت و مذهب و شغل همه بیماران با نهایت دقت معالجه میشدند و هر مرضی سالن یا سالنهای مخصوصی داشت، طب و داروسازی در همان محل تدریس می شد و شاگردان علاوه بر تحصیل علمی، تمرین عملی نیز داشتند. مسلمانان، بیمارستانهای سیار (مثل امروز) نیز دایر کرده بودند و با شتر و قاطر آن را به این طرف و آن طرف می بردند، از آن جمله اردوی سلطان محمود سلجوقی بیمارستانی بود که چهل شتر آن را حمل می کردند».

دکتر گوستاولوبون درباره کیفیت بیمارستانهای اسلامی چنین می نویسد: «بیمارستانهای مسلمین موافق اصول حفظ الصحة و بهداشت بنا شده و از بیمارستانهای امروز اروپا بهتر بوده است زمانیکه به محمد زکریای رازی دستور داده شده که بهترین نقطه بغداد را از حیث آب و هوای برای بنای بیمارستان انتخاب نماید، او برای این منظور امتحانی که به عمل آورد که محققین امراض واگیر دار امروز هم آن را تصدیق دارند، او نقاط مختلفه شهر را در نظر گرفت و در هر نقطه ای قطعه گوشتی را آویزان کرد و آن نقطه ای که گوشت دیرتر در آن عفونت برداشت، اجازه داد که بیمارستان را در همان نقطه بنا کنند....

مسلمین مانند امروز، برای بعضی بیماریهای خاص و برای بیماران روانی بیمارستانهای مخصوصی تاسیس کرده بودند و داروخانه هایی بطور مجانی دارو در اختیار بیماران قرار میدادند و برای نقاطی که ساخت بیمارستان در آن نقاط میسر نبود، اطباء را در اوقات مخصوص با دوا و سایر وسایل لازم به آن جاها می فرستادند».

بیمارستانهای قرون وسطائی

در قرن وسطی بیمارستانها تحت نفوذ کامل مذهب بوده و بیشتر به صورت بنگاههای مذهبی اداره میشد تا پزشکی در این دوره عمل جراحی و شکافتن شکم مریض، توهینی به مقدمات مذهبی بشمار میرفت و معتقد بودند که جسم انسانی به صورت خداوندی آفریده شده و لذا به روح باید کمک کرد نه جسم، بر این اساس پرستاران و پزشکان را بیشتر مجبور به مراعات خصائل اخلاقی و انضباط های سخت می نمودند و تعالیم حضرت مسیح (ع) را به آنها می آموختند، مذهب در این دوره مهمترین عامل تاسیس بیمارستانها محسوب می شد، چون عیسویت در اروپا به ترقی می گذارد، نهضتی برای تاسیس بیمارستانها که از قرن نهم شروع شده بود به وجود آمد. در این دوره بود که موسسات مخصوصی را به اسم "Hospita" بنا میکردند تا در این موسسات مسافرین به استراحت و آسایش بپردازند و نیز درمانگاههای مجاور کلیسا ها بنا میکردند و در آنجا غذا تهیه می شد و پناه مناسب و خوبی برای مسافرین و زائرین بود.

با انتشار بیماری جذام در قرن ۱۲ و ۱۳ میلادی بیمارستانهایی بنام خانه لازار (ایلعازر: نام فقیری با بیماری جذام که در انجیل لوقا از آن سخن گفته شده است) به تعداد زیاد در شهرها بنا شد، از این حیث

این خانه ها به سایر بیمارستانها کمک می کردند، خانه های مذکور معمولاً خارج از شهرها ساخته می شدند و هدف دور نگهداشتن بیماران از اشخاص سالم بود.

هتل دیو در پاریس که از بهترین بیمارستانهای قرون وسطی می باشد در قرن ۱۳ ساخته شد و برای بیماران به نسبت شدت امراض ۴ سالن بزرگ داشت، آب گرم، برای حمام بیماران بکار برده میشد ولی به منظور از استحمام، پاکیزگی نبود، بلکه تصور می نمودند این عمل برای درمان مریض موثر است. تشکیلات بیمارستان شبیه بیمارستانهای کنونی بوده، هر قسمت رئیس مخصوصی داشته یکی از کارکنان مامور خرید غذا دیگری مامور خرید دارو و یکی از خواهران نیز عهده دار رختشویخانه بود و هر سال دو نوبت هیئت مدیره بیمارستان بازرسی کاملی از بخش های مختلف به عمل می آوردند. این موسسه محلی برای پختن نان و همچنین مزرعه کوچکی برای تهیه سبزیجات داشته است.

دوران ظلمت بیمارستانها

براساس شواهد تاریخی تمام بیمارستانهای دوره قرون وسطی همانند هتل دیو نبوده، در بیمارستانهای دیگر بدون در نظر گرفتن نوع مرض و شدت آن تمام بیماران را با هم بستری می کردند. اغلب اتفاق افتاده بیماری که مرض حاد مسری داشته در کنار مریضی که بیماری اش ساده بود قرار می دادند و در نتیجه امراض سایر بیماران به سرعت به دیگران سرایت می کرد، چه بسا مریضی صبح از خواب بیدار می شد، جسد بیماری را کنار خویش مشاهده می نمود.

تغییر بنیانی که در طرز مداوای مریض در بیمارستان داده شد (سال ۱۱۶۳ م) از زمانی آغاز شد که دستوری از طرف کلیسا صادر شد مبنی بر اینکه عملی که منتج به جراحی و خروج خون می شود نبایستی در بیمارستان اجراء شود تنها کشیش ها و اعضاء کلیسا مجاز بودند که در تعلیم و تربیت دخالت نمایند، بنابراین به جز اطباء غیر مجاز تنها کشیش ها بودند که حق طبابت داشتند، معمولاً کشیش ها اجازه اخذ حق معاینه و یا مخارج دیگر بیمار را نداشتند و بارها از طرف کلیسا دستورهای صادر میشد که تا اندازه ای کشیش ها را از این عمل منع می نمود و این امر باعث شد که شغل پزشکی در جامعه کاری دون و پست جلوه داده شود. در مورد تشریح، کلیسا ها با قدرت و نفوذی که در آن موقع داشتند با شدت از این عمل جلوگیری می نمودند، عده معدودی از کشیش ها که دارای نسخه های از بقراط حکیم بودند پنهانی از روی دستورهای و ی عمل می کردند و این کمک بزرگی برای بیماران بوده در اینجا لازمست بدانید با وجود آن که اروپا از حیث بیمارستان در تاریکی محض به سر می برد در سالهای ۱۲۷۶ م در شهر قاهره بیمارستانی به نام «منصور خلیفه» (بیمارستان منصوری) ساخته شد که از حیث تجهیزات قابل مقایسه با بیمارستان های اروپائی نبود، اطاق مخصوصی در بیمارستان برای امراض سخت اختصاص داده شده بود درمانگاه به کلی از بیمارستان جدا بود. آشپزخانه های جداگانه ای با رژیم غذایی منظم برای بیماران مختلف برقرار بود و اشخاص مخصوصی بودند که برای کسانی که به بیماری بی خوابی مبتلا بودند قصه نقل می کردند و از هر حیث وسایل رفاه حال بیمارانی که در مرحله بهبود بودند فراهم می نمودند و هر مریضی پس از شفا یافتن در زمان ترخیص مبلغی به عنوان چند روز استراحت دریافت می نمود.

بیمارستانها در دوران رنسانس

در اواخر قرن ۱۴ میلادی که مردم اروپا ارزش علم و تحصیل را دریافتند، ضرورت ایجاد بیمارستانها با طبیبانی حاذق احساس میشد لذا تاسیس بیمارستان در سر لوحه امور قرار گرفت و پس از مدتی داروهای جدید کشف شد، تشریح پس از مرگ متداول گردید و نوشته های طب قدیم چاپ و در دسترس قرار گرفت.

در قرن ۱۶ م بیمارستانها سیر قهقرائی داشتند، چون بیمارستانهایی که وابسته به کلیساهای کاتولیک بودند از طرف دربار ضبط شد و هانری شاه انگلستان دستور داد که این قبیل بیمارستانها بایستی برای عموم مردم باشند و گر نه منحل گردد. پس از انحلال این بیمارستانها بیماران در خیابانهای شهر سرگردان شدند و وضع به قدری رقت بار شد که اهالی لندن از شاه تقاضا کردند جهت پرستاری از بیماران تعدادی از بیمارستانها به آنان واگذار شود و همچنین تقاضای کمک و مساعدت مالی از شاه نمودند. پادشاه نسبت به این درخواست موافقت نموده و حتی جراح سلطنتی به اسم Thomas Vicary را برای سرپرستی این بیمارستانها گماشت.

بیمارستانهای قرن ۱۸ میلادی

قرن ۱۸ م را می توان دوره شکوفایی بیمارستانها نامید، در ابتدا قرن مذکور نهضت پیشرفت کند و بطینی بود زیرا فقر و بیچارگی هنوز بر اغلب ممالک اروپا حکمفرما بود. در دوره الیزابت (ملکه انگلستان) یعنی دوره اینکه مردم گرایش به مادیت داشتند و به امور فرهنگی و اجتماعی کمتر توجه میشد خرابی و فساد در مریض خانه ها به همان صورت که از دوره های هانری سوم شروع شده بود ادامه یافت و به این ترتیب تا نیمه م قرن ۱۹ اقدام موثری برای افتتاح و پیشرفت بیمارستانها به عمل نیامد.

چند سال بعد در سال (۱۶۴۴ م) یک زن نجیب زاده به نام Jeanne Mance که از لژانژ دنیوی دست کشیده و به امور مذهبی پرداخته بود، اولین بیمارستان در کشورهای متحده آمریکا در شهر مانهاتان بنا شد که در سال ۱۶۶۳ م جهت مداوای سربازان مجروح فعالیت داشته است. در سال ۱۷۶۹ م جمعیت شهر نیویورک متجاوز از ۳۰۰ هزار نفر بوده است اما فاقد بیمارستان بود، لذا در سال ۱۷۷۱ م گروهی گرد هم جمع شده و با رهبری «جونز» اجازه تاسیس ساختمان بیمارستان را اخذ نمودند، و در بهترین نقطه نیویورک زمینی تهیه و بیمارستان را بنا کردند و این ساختمان در زمان مذکور نمونه بوده و هر اطاق گنجایش حداکثر ۷ مریض را داشته و وضع تهویه و تجهیزات آن در آن موقع خوب بود. پس از اتمام ساختمان در داخل آن آتش سوزی شد و بخشی زیادی از آن از بین رفت که بعداً ترمیم شد. در سال ۱۷۷۳ م چند بیمارستان مهم مانند: بیمارستان برای بیماریهای مغزی در بالتیمور "Baltimore" در محلی که فعلاً John Hopkins Hospital قرار گرفته است واقع شده بود ساخته شده است.

علیرغم اینکه تعداد زیادی بیمارستان در قرن ۱۹ م ایجاد شد، ولی باز دوره تاریک بیمارستانها به شمار می رود، گرچه در این دوره جراحان بواسطه آشنایی با تشریح قادر به جراحی های کوچک و معمولی بودند ولی تفاوت اصلی با قرون وسطی این بود که در قرون وسطی معتقد به عفونت بوده و محل زخم را، حتی با شراب می شستند تا موجب عفونت نگردد ولی در این دوره جراحان معتقد بودند که لازمه

معالجه جراحی و زخم، چرک و فساد است. لذا سعی می نمودند با وسایلی ایجاد چرک و فساد نمایند، روی این اصل بوی چرک و فساد در بیمارستانها باعث میشد که ملاقات کنندگان برای حس نکردن بوی نامطبوع به عطریات متوسل شوند. لباس جراحان ماهها و حتی سالها تمیز نمی شد، ملافه های بیمارستان مورد استفاده انواع بیماران قرار می گرفت، بدون آنکه رعایت اصول بهداشتی گردد خونریزی و تعفن در بیمارستانها متداول بود و روی این عمل خطا حدود ۹۰٪ از بیماران در هنگام عمل جراحی تلف می شدند.

دوره تجدید بیمارستانها در اواخر قرن ۱۹ میلادی

فلورانس تایتینگل در سال ۱۸۵۴ م در موقع جنگ کریمه فرصتی جهت فعالیت یافت، زیرا مسئولین کشور انگلستان با دریافت گزارش هایی که حاکی از اوضاع ناهنجار زخمیها و مجروحین جنگی بود، متاسف و ناراحت بودند، لذا فلورانس تایتینگل جهت کفایت این امر انتخاب شد. وی باهمت کم نظیری نظم و بهداشت را برقرار نمود و در بیمارستان رختشویخانه و انبارهایی برای خواروبار و لوازم ضروری ایجاد کرد، وی اغلب مخارج را شخصا متقبل می گردید و در نتیجه کار و تلاش وی میزان مرگ و میر از حدود ۴۰٪ به ۲۰٪ کاهش یافت.

وی در حقیقت مدیری لایق در امور بیمارستانی بود که بعدها امور اداری خود را با منظم نمودن طرح مهندسی بهداشت در یک بیمارستان نظامی جدید توسعه داد.

پیشرفت های پزشکی در قرن بیستم

بسط و توسعه بیمارستانها در قرن بیستم بسیار وسیع بود، چنانکه در هیچ یک از دوران گذشته چنین پیشرفتی صورت گرفته بود. در اوایل سال ۱۹۰۶ م Gowland Hopkins تحقیقاتی را در مورد ویتامین ها شروع کرد. دو سال بعد دانشمند دیگری به نام Finlay نتایجی را بوسیله یک رژیم کمبود ویتامین حاصل نمود. در سال ۱۹۲۲ م کشف انسولین بوسیله بانتینگ Banting و مطالعات کم خونی بوسیله Whipple و دو دانشمند دیگر دنبال شد کشف عصاره جگر نیز از جمله کشفیاتی بود که کمک زیادی به علم تغذیه نمود براساس نتایج مذکور دو بخش جدید بیمارستانی به نام کلینیک متابولیسم و بخش رژیم غذایی در بیمارستانها ایجاد شد.

حاصل این امکانات تشخیصی تداوی تسخیر بیماریهایی است که سابقا غیر علاج تصور می شوند که این امر به نوبه خود باعث افزایش اعتماد عمومی مردم به بیمارستانها شد. دیگر از صفات متمایز این قرن توسعه سریع امر آموزش پرستاری می باشد.

یکی از عوامل موثر توجه به مدیریت امور بیمارستانها فعالیت های انجمن نظار بیمارستانها "Association of Hospital super intendents" است که در سال ۱۸۹۹ م تاسیس شد و باعث اعتلا حرفه مدیریت بیمارستانی در مراکز بهداشتی و درمانی گردید. این انجمن پس از مدت زمانی به نام «انجمن بیمارستانهای آمریکا» تغییر نام یافت و از سال ۱۹۱۰ م جلساتی برای مدیران و هیات امناء بیمارستانها ترتیب داده و در مجامع سالانه مطبوعات و کتابخانه فعالیت هایی جهت اشاعه این حرفه به عمل آورده است. مساعی این انجمن ها مخصوصا در معیار سازی Standardization وسایل و تجهیزات بیمارستانها و همچنین پیشرفت اتخاذ روش های موثر

بیمارستانی بسیار پر ارزش می باشد. هیات پزشکی اخلاقی و منظم و صالح در بیمارستان و ایجاد سوابق صحیح و مستند و کامل از بیماران و بالاخره تامین وسایل تشخیص و درمان مناسب در بیمارستانها موردنظر انجمن مذکور می باشد.

اما خوشبختانه این شرایط غیر رضایت بخش منجر به این گردیده که موسسات مذکور بیشتر وضع خود را مورد مذاقه و تجزیه و تحلیل قرار دهند.

تعریف بیمارستان

بیمارستان واحدی است که حداقل دارای ۱۵ تخت با تجهیزات و خدمات عمومی پزشکی لازم و حداقل دو بخش داخلی و جراحی همراه با گروه پزشکان متخصص باشد.

وظایف بیمارستان

بیمارستان دارای چهار وظیفه عمده می باشد این وظایف عبارتند از:

- پذیرش و درمان سریع بیماران
- مشارکت در سلامت جامعه
- انجام فعالیت های پژوهشی
- آموزش علوم پزشکی

بیمارستان ها را از نظر وظایف، مالکیت به دو گروه تقسیم بندی می شوند.

الف- انواع بیمارستان بر حسب وظیفه

- بیمارستان عمومی
- بیمارستان تخصصی
- بیمارستان آموزشی
- بیمارستان صحرایی

بیمارستان عمومی

بیمارستان عمومی حداقل دارای چهار بخش داخلی، اطفال، جراحی عمومی و جراحی زنان و متخصص بیهوشی است. در حال حاضر تعداد ۵۸۸ بیمارستان عمومی در کشور وجود دارد که ۳۶۸ (۶۳٪) تحت پوشش دانشگاه های علوم پزشکی کشور می باشد.

بیمارستان تخصصی

این بیمارستان ها یا از تجمع چند تخصص مختلف تشکیل شده اند و یا اینکه مختص بیماری های یک گروه سنی، جنسی یا یک گروه خاص از بیماری ها هستند. مانند بیماری های کودکان (مفید)

روانی (رازی)

زنان (مهدیه)

قلب (شهید رجائی)

ارتوپدی (اختر)

چشم (فارابی)

ریه (مسیح دانشوری)

بیمارستان آموزشی

در این بیمارستان ها ضمن ارایه خدمات درمانی به تربیت نیروی انسانی گروه پزشکی پرداخته می شود. البته باید در نظر داشت که ممکن است بعضی از بخش های یک بیمارستان آموزشی به تربیت نیروی انسانی نپردازد و بالعکس در خیلی از بیمارستان های غیر آموزشی بخصوص در شهرستانها برنامه های آموزشی برای تربیت نیروی انسانی بخصوص برای رشته های مقاطع کارشناسی و کاردانی اجرا می شود.

بیمارستان صحرایی

بیمارستان صحرایی بنا به ضرورت و در مواقع بروز حوادث طبیعی و جنگ به منظور درمان سریع مصدومین در مناطق حادثه دیده به فوریت ایجاد می گردد و پس از رفع ضرورت برچیده می شود.

ب- انواع بیمارستان بر حسب مالکیت

- بیمارستان دولتی
- بیمارستان خصوصی، تعداد ۱۲۳ بیمارستان خصوصی وجود دارد که ۹۲٪ آن بیمارستان عمومی و تنها ۸٪ بیمارستان تخصصی است.
- بیمارستان خیریه

واحد های بیمارستان

بیمارستان ها برای انجام وظایف خود دارای ساختار مشخصی هستند. در این نوشته واحد های بیمارستان به دو دسته بزرگ واحد های ارائه کننده خدمات سلامت و پشتیبانی تقسیم شده است.

الف- واحد های ارائه خدمات سلامت

۱- اورژانس

۲- تحت نظر

۳- درمانگاه های تخصصی و واحد های کمکی ضمیمه (اطاق گچ گیری، نوار قلبی، شنوائی

سنجی، اکوکاردیوگرافی، برونکوسکوپی، اندوسکوپی، اسپیرومتری، دانسیتومتری،

الکتروانسفالوگرافی (EEG) و)

۴- واحد های تشخیصی

الف- آزمایشگاه

هماتولوژی

بیوشیمی

میکروبیولوژی

پارازیتولوژی (انگل شناسی)

ب- رادیولوژی

X-Ray

سونوگرافی

Ct-Scan

MRI

ج- پاتولوژی

۵- بخش های بستری شامل:

گروه داخلی (داخلی عمومی، قلب و عروق، ریه، غدد، روماتولوژی، کلیه، گوارش، خون)، مغز و اعصاب، پوست عفونی، کودکان (نوزادان)، روانپزشکی، اورژانس و مسمومین، گروه جراحی (جراحی عمومی، جراحی اعصاب، اورتوپدی، ارولوژی، چشم، گوش و گلو و بینی، زنان و زایمان، جراحی قلب، جراحی عروق و پیوند)

۶- اطاق عمل

۷- بخش مراقبت های قلبی (CCU) Coronary Care Unit

۸- بخش مراقبت های ویژه بالغین (ICU) Intensive Care Unit

۹- بخش مراقبت های ویژه نوزادان (NICU) Neonatal Intensive Care Unit

۱۰- سایر: فیزیوتراپی، رادیوتراپی، دندانپزشکی

ب- واحد های اداری - پشتیبانی

پذیرش

ترخیص

آمار

مدارک پزشکی

بایگانی پزشکی

مددکاری اجتماعی

واحد استریلیزاسیون (CSR) Central sterilization room

داروخانه

کتابخانه

حسابداری

خدمات

تدارکات

آشپزخانه

تاسیسات

دفع زباله و تصفیه فاضلاب

خیاطی

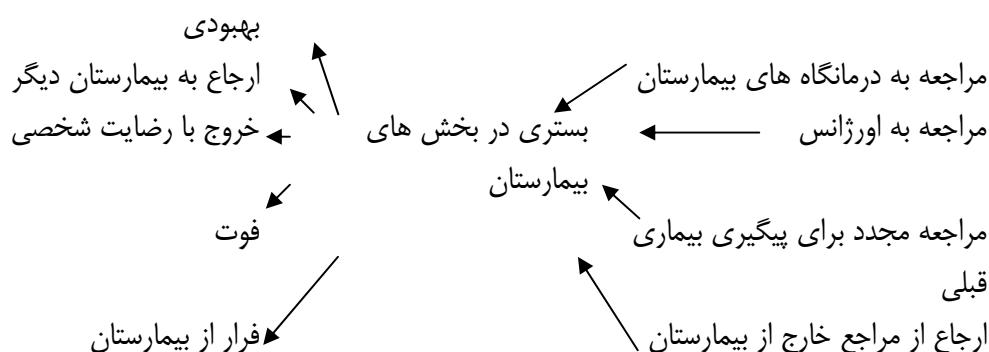
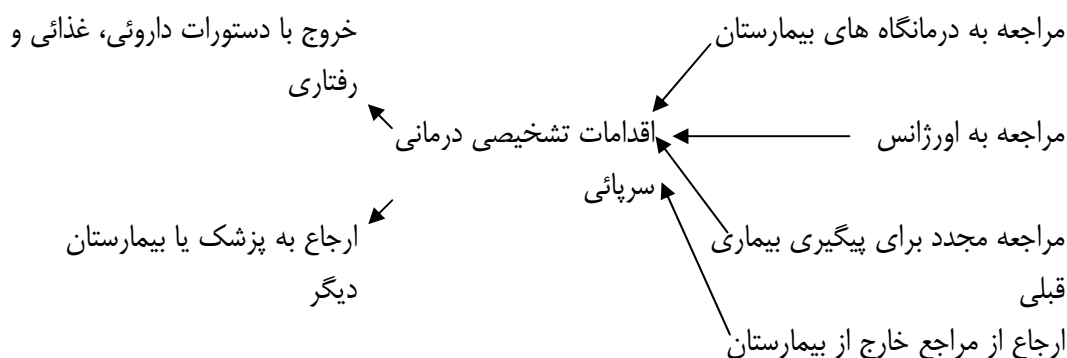
رختشویخانه

فرآیند و گردش کار در بیمارستان

بیمارستان به عنوان یک سیستم دارای سه مرحله ورودی، فرآیند عملیات و خروجی است. جدول زیر این سه مرحله را نشان می دهد.

ورود به بیمارستان (پذیرش) فرآیند خروج از بیمارستان (ترخیص)

الف- به عنوان بیمار



ب- جهت استفاده از خدمات پیشگیری، تشخیصی و توانبخشی موجود در بیمارستان

الف- ورود به بیمارستان به عنوان بیمار

مسیر رسمی ورود به بیمارستان واحد پذیرش و خروج از آن ترخیص می باشد. هر چند ممکن است در موارد اورژانس اقدامات درمانی برای بیمار قبل از پذیرش از مسیر رسمی در آغاز شود. بیمار یا خود به درمانگاه های بیمارستان و اورژانس مراجعه می کند، یا اینکه از بیمارستان ها و مراکز درمانی دیگر به بیمارستان فرستاده می شود.

پذیرش بیمار

پذیرش با واحدهای امور مالی (از نظر محاسبه هزینه های درمان بیمار) و واحد آمار رابطه نزدیک دارد و از سوی دیگر به علت اینکه قسمت پذیرش مجرای ارتباطی بین بیمارستان و بیمار و نزدیکان وی است، از لحاظ روابط عمومی و حفظ شهرت بیمارستان در جامعه با اهمیت تلقی می گردد. واحد پذیرش به دو بخش بیماران سرپائی (پذیرش درمانگاه) و پذیرش بیماران بستری تقسیم می گردد.

الف- پذیرش سرپائی

ب- پذیرش بیماران بستری

در بخش اورژانس ثبت مشخصات و اطلاعات لازم معمولاً به سبب عدم آمادگی بیمار که قادر به حرف زدن نیست یا فاقد اوراق هویت و شناسنامه است، مشکلاتی برای پذیرش ایجاد می کند. در زمینه کسب اطلاعات صحیح، بیمارستان، به ویژه واحد پذیرش دارای وظایف سنگینی است، چرا که عدم توفیق در این زمینه مشکلات حقوقی مهمی برای بیمارستان و صاحبان بیمار ایجاد خواهد نمود. از سوی دیگر ثبت دقیق مقدار پول و اشیاء قیمتی که همراه بیمار به هنگام پذیرش بوده است حائز اهمیت است. به هر ترتیب واحد پذیرش اطلاعات ضروری را در پرونده بیمار ثبت می کند و همچنین اطلاعات تشخیصی و درمانی را از بخش های زیرربط دریافت می دارد. اطلاعات دریافت شده باید کامل و روشن باشد.

واحد پذیرش چهار قسمت مختلف را به شرح زیر پوشش می دهد:

۱- ثبت جابجایی بیماران درداخل بیمارستان، شامل ورود- خروج یا انتقال، مشاوره های بیرون بیمارستان.

۲- جمع آوری اقدامات پزشکی بر روی هر بیمار (اعم از رادیولوژی، بیولوژی، جراحی وغیره).

۳- شناسایی هویت پرداخت کننده هزینه ها، تنظیم صورتحساب از نظر هزینه تخت روز و سایر خدمات، راساً یا با اعلام اطلاعات به واحد مالی یا حسابداری.

۴- فراهم آوردن اطلاعات لازم در مورد بیماران، مطلع ساختن خانواده بیماران وملاقاتی ها و سایر خدمات مربوط به اطلاعات و اعلام و انتقال این اطلاعات به اراد یا واحد های ذیر ربط.

اهمیت گزارش کار مطلوب این واحد از دو نظر قابل ذکر است:

نخست از نظر آسایش بیماران واز جهت دسترسی فوری به واحد ها وبخش های درمانی در داخل بیمارستان یا خارج بیمارستان، دوم از نظر مشارکت فعال در تنظیم صورتحساب مالی ومحاسبه هزینه های درمانی. بنابراین انتخاب کارکنان زبده و آموزش دیده برای این واحد ونیز گزینش محل کار مناسب دارای اهمیت اساسی برای حسن گردش امور بیمارستان میباشد. بنابراین مهمترین وظایف قسمت پذیرش عبارتند از :

- انجام امور مربوط به پذیرش بیماران
- انجام امور مربوط به ترخیص بیماران
- تهیه آمار روزانه پذیرش و ترخیص (درمانگاه و بیمارستان)

- تعیین وقت پذیرش با استفاده از دفتر تعیین وقت بیمارستان یا در مانگاه.
- مطلع نمودن پزشک در مورد پذیرش بیماران بستری
- تکمیل و مرتب نگاهداشتن تابلوی نمودار تخت بیماران
- انعکاس جابجایی درونی بیمار از بخشی به بخش دیگر
- انعکاس جابجایی بیمار از بیمارستان به بیمارستان دیگر
- کمک در صدور گواهی فوت براساس مدارک و پرونده بیمار و نظر پزشک معالج با همکاری قسمت مدارک پزشکی و تسلیم آن به بستگان بیمار.
- ایجاد تسهیلات و کمک لازم برای راهنمایی بیماران و یا بستگان آنان
- ارتباط با قسمت اطلاعات و راهنمایی بیمار و گزارش آخرین اطلاعات مربوط به پذیرش، ترخیص و جابجایی در بخشها
- تهیه برنامه روزانه کلینیک ها و آماده نمودن پرونده بیماران
- حفظ روابط عمومی

روشهای معمول پذیرش و ترخیص:

عمل بستری نمودن بیمار همیشه باید به دستور پزشک معالج صورت گیرد و در صورتی که پذیرش به صورت اورژانس و در ساعات شب انجام شود، قسمت پذیرش از طریق شعبه خود در قسمت اورژانس و یا در مانگاه باید از پذیرش مطلع شده و تشریفات لازم را انجام دهد. مراحل پذیرش بیماران عادی به صورت زیر است:

- بررسی دستور پزشک مبنی بر بستری نمودن بیمار
 - تعیین تخت در بخش مربوطه و اطلاع به بخش به منظور آماده نمودن تخت
 - تعیین وقت بستری در صورت نبودن تخت خالی
 - در خواست پرونده قبلی بیمار از قسمت مدارک پزشکی، در صورتی که بیمار سابقه دارد
 - تنظیم برگ پذیرش در چهار نسخه :
 - یک نسخه به مدارک پزشکی
 - یک نسخه به حسابداری
 - یک نسخه به بایگانی پذیرش.
 - ثبت نام بیمار در آمار پذیرش روزانه و در دفتر ثبت پذیرش و ترخیص
 - اعلام بیمار بر روی تابلوی نمودار تخت
 - اعزام بیمار به بخش به همراه برگ پذیرش و سایر اوراق نظیر نتایج آزمایشگاه، رادیوگرافی ، سونوگرافی و غیره ...
 - اطلاع به پزشک معالج در مورد بستری شدن بیمار
- پس از بستری شدن بیمار در بخش و انجام معالجات و ارائه خدمات بیمارستانی دیگر، پزشک معالج دستور ترخیص را کتبا " بر روی پرونده بیمار می دهد. منشی بخش موظف است پرونده بیمار را مرتب نموده و همراه با مجوز ترخیص به پذیرش ارسال کند.

قسمت پذیرش، پرونده و برگ ترخیص را برای پرداخت هزینه های بیمارستان به حسابداری ارجاع می دهد.

حسابداری پس از دریافت هزینه و گواهی تسویه حساب کلیه مدارک را به پذیرش بر می گرداند. پذیرش پس از ثبت ترخیص و حذف نام بیمار از نمودار تخت و صدور مجوز خروج بیمار، بخش را مطلع نموده و بیمار می تواند بیمارستان را ترک کند.

پذیرش همزمان با اقدام فوق، موضوع ترخیص را به قسمت اطلاعات، اطلاع می دهد. بخش پذیرش نسبت به محاسبه فعالیت بخش ها از نظر تعداد بیماران پذیرفته شده، تعداد روزهای بستری، متوسط اقامت بیمار، درصد اشغال تخت های بیمارستانی اقدام می نماید. این بخش در آخر وقت هر روز آمار پذیرفته شدگان و مرخص شدگان ۲۴ ساعته را تنظیم و به قسمت مدارک پزشکی، حسابداری، مدیریت بیمارستان و اطلاعات ارسال می کند.

مسئول پذیرش و مدارک پزشکی

مسئول پذیرش و مدارک پزشکی به انجام امور مربوط به پذیرش بیماران و تهیه و تنظیم اطلاعات آماری از دفاتر و مدارک تنظیمی، کدگذاری و اندکس اعمال جراحی، اصلاح فرمهای مدارک پزشکی و تکمیل و نگهداری پرونده های بیماران می پردازند و یا ممکن است بعنوان کاردان یا کارشناس در این رشته شغلی فعالیت داشته باشند.

نمونه وظایف و مسئولیتها:

ثبت مشخصات و نشانی بیمار روی کارتها یا فرمهای مخصوص بمنظور تشکیل پرونده و ضبط اوراق مورد لزوم در پرونده و ثبت کد مربوط بر روی آن.

ثبت مشخصات آورنده یا مقام اعزام کننده بیمار و اخذ رضایت نامه جهت مطالعه یا اعمال جراحی. ضمیمه کردن نتایج آزمایشات انجام شده به پرونده بیمار.

تنظیم کارت شناسائی ثبت مشخصات و شماره بایگانی روی آن بمنظور تسلیم به بیمار یا کسان وی.

راهنمایی بیمار بمنظور تعویض لباس و ارسال پرونده متشکله همراه بیمار به بخش مربوطه و مراقبت از البسه بیماران بستری.

تعیین نوبت برای مراجعه مجدد بیمار طبق نظر پزشک و راهنمایی پس از بهبودی بمنظور اعزام بیمار به منزل یا شهرستان.

تنظیم کارت اندکس الفبائی بر حسب نام و نام خانوادگی بیماران بمنظور شناسائی آنها.

تهیه و تنظیم آمار روزانه، ماهانه و سالانه از تعداد بیماران بستری و مرخص شده و در گذشتگان بیمارستان و تجزیه و تحلیل آنها (احتساب در صدهای اشغال تخت وغیره).

تهیه آمار مراجعین به درمانگاهها، سرویس های رادیولوژی، آزمایشگاه، داروخانه و سایر واحدهای بمنظور تجزیه و تحلیل خدمات داده شده.

انجام امور بایگانی پرونده ها بر اساس روش تعیین شده.

راهنمایی و کمک به کارآموزان رشته پذیرش و مدارک پزشکی.

کدگذاری بیماریها و تهیه اندکس بیماریها برابر روش های معمول براساس طبقه بندی بین المللی.

کد گذاری اعمال جراحی و تهیه اندکس اعمال جراحی برابر روش های معمول یا براساس طبقه بندی بین المللی اعمال جراحی.

تهیه و تنظیم آمار مورد لزوم جهت مقامات بهداشتی و درمانی کشور.

همکاری در تجزیه و تحلیل کیفی مدارک پزشکی با کمیته های مربوطه.

بررسی و تحقیق درباره فرم های مدارک پزشکی، روش های کار، وسائل جا و مکان قسمت مدارک پزشکی.

شرکت در کمیته های بیمارستانی و عهده دار بودن مسئولیت کمیته مدارک پزشکی.

تنظیم سیستم کنترل پرونده بیماران بستری.

پاسخ به مکاتبات مربوط به پزشکی قانونی و ارگانهای دیگر با استفاده از سوابق و اطلاعات پزشکی.

نظارت بر کار کارکنان تحت سرپرستی.

انجام سایر امورمربوط.

ب- ورود به بیمارستان جهت استفاده از خدمات پیشگیری، تشخیصی و توانبخشی در بیمارستان

آمار بیمارستانی و استفاده از کامپیوتر

وجود آمار و اطلاعات صحیح در هر سازمان نقش عمده ای در تجزیه و تحلیل عملکرد آن سازمان ایفا نموده و کمک موثری در ارزشیابی فعالیتها و برنامه ریزی طرحها و فعالیتهای آینده می نماید. نظر به طبیعت کارکرد سازمانهای بهداشتی درمانی، که مستقیماً "به حیات انسانها بستگی دارد، وجود آمار و اطلاعات از ارزش زیادی برخوردار است.

باتوجه به اینکه بیمارستان یک واحد کاملاً تخصصی است تهیه آمار بر حسب نوع فعالیتهای تخصصی، از دیدگاه مدیریت و نظارت بر کمیت و کیفیت خدمات ارائه شده و برنامه ریزی و کنترل فعالیتهای مختلف که در بخشهای گوناگون انجام می شود، اهمیت دارد.

آمار بیمارستانی عبارت است از انعکاس کلیه فعالیتهای بیمارستان چه در مورد بیماران سرپایی و چه در مورد بیماران بستری. آمار مذکور ابتدا جمع آوری شده و سپس طبقه بندی می گردد. آمار طبقه بندی شده نیز طبق نمونه های چاپی خلاصه شده و تجزیه و تحلیل می شود. از تفسیر و تجزیه و تحلیل آمار، نحوه فعالیتهای کمی و نیز انعکاس مالی و ریالی فعالیتها بدست می آید.

آمار بیمارستانی اگر به صورت صحیح جمع آموری، طبقه بندی، تلخیص و مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرد، وسیله نظارت بسیار مهمی در دست مدیریت بیمارستان به شمار خواهد رفت. آمار در واقع بیانگر درجه کارایی واحدهای بیمارستان می باشد و یکی از موارد استفاده آن یافتن راه حلهای مشکلات موجود بیمارستان است.

باید توجه داشت که گرد آوری و نگهداری آمار به تنهایی حائز ارزش لازم نمی باشد. آمار فقط در صورتی اهمیت خواهد یافت که پس از طبقه بندی، با دیدی انتقادی مورد تجزیه تحلیل قرار گیرد. مهمترین آمار بیمارستانی به شرح زیر است:

- آمار ۲۴ ساعته پذیرش و ترخیص و انتقالات بخش ها که به وسیله منشی هر بخش تهیه و به قسمت مدارک پزشکی و پذیرش ارسال میگردد.
- آمار روزانه بیمارستان که بر اساس آمار دریافتی از بخش های مختلف و قسمت پذیرش به وسیله مدارک پزشکی تهیه می شود.
- آمار پذیرش و ترخیص بیماران سرپایی بوسیله قسمت پذیرش درمانگاه تهیه و به قسمتهای تعیین شده ارسال می گردد.

بیمار سرپایی فردی است که از تسهیلات تشخیصی یا درمانی بخشهای یک بیمارستان استفاده می کند ولی از تخت ثابت بیمارستان تحت عنوان تختهای بستری استفاده نمی کند. بیمار سرپایی ممکن است عادی یا اورژانس باشد و آمار بیماران سرپایی عبارت است از تعداد ویزیت های انجام

شده در درمانگاه یا کلینیکها و یا سایر بخش ها، و خدمات انجام شده پیراپزشکی برای تشخیص بیماری در واحد ها و بخش های مربوطه.

۴- آمار پذیرش و ترخیص بیماران بستری، بر اساس پذیرش و ترخیص بیماران بوسیله قسمت پذیرش بیمارستان تهیه می شود. بیمار بستری در بیمارستان فردی است که تخت یا کات بیمارستانی را به منظور مراقبت، تشخیص یا درمان اشغال می نماید.

تخصص ها و فوق تخصص های موجود در بیمارستانها:

آسیب شناسی (پاتولوژی)

بیماریهای مغز و اعصاب (نورولوژی)

بیماریهای پوست

بیماریهای داخلی

متخصص داخلی، فوق تخصص در ریه، خون و سرطان بالغین، کلیه بالغین، گوارش

بالغین، روماتولوژی، غدد درون ریز، قلب و عروق

بیماریهای عفونی گرمسیری

بیماریهای قلب و عروق

بیماریهای کودکان

متخصص کودکان، فوق تخصص در نوزادان، عفونی کودکان، خون کودکان، گوارش

کودکان، کلیه کودکان، غدد کودکان، ایمونولوژی و آلرژی کودکان

بیهوشی

پرتودرمانی

پرتو شناسی تشخیصی (رادیولوژی)

پزشکی اجتماعی

پزشکی فیزیکی و توانبخشی

پزشکی قانونی

پزشکی هسته ای

جراحی استخوان و مفاصل (اورتوپدی)

جراحی عمومی

فوق تخصص در جراحی قلب و عروق، جراحی پلاستیک و ترمیمی، جراحی توراکس،

جراحی کودکان

جراحی کلیه و مجاری ادراری - تناسلی (ارولوژی)

جراحی مغز و اعصاب

چشم پزشکی

روانپزشکی و روانپزشکی کودکان

زنان و زایمان و فوق تخصص انکولوژی زنان، نازائی

طب اورژانس

گوش و گلو و بینی

علاوه بر رشته های تخصصی و فوق تخصصی فوق دو رشته طب کار و طب هوا و فضا وجود دارد که ممکن است در برخی از بیمارستان های خاص شاغل باشند. همچنین دوره تکمیلی (فلوشیپ) دیگری وجود دارد که متخصصین طی دوره های کوتاه مدت سه ماه تا یکساله جنبه خاصی از مهارت ها را در یک رشته کسب می کنند با این تفاوت که گذراندن این دوره ها منجر به اخذ مدرک نمی شود

کارکنان بیمارستان

برخلاف خدمات سلامت سرپائی که بطور عمده پزشک محور می باشد، وظیفه مراقبت از بیمار بستری نیاز به یک همکاری تیمی دارد، هر چند به نظر می رسد که پزشک معالج رهبر این تیم می باشد ولی بار اصلی مراقبت بر دوش نیروی های کمکی است. تامین سلامتی بیمار بیشتر مرهون تلاش نیروی های غیر از پزشک است زیرا ممکن است پزشک فقط در ۲۴ ساعت تنها دقایقی را صرف بیمار بکند ولی سایر همکاران تیم هستند که وظیفه مراقبت از بیمار را در تمام ۲۴ ساعت به عهده دارند. وجود روابط صمیمانه و احترام متقابل بین پزشک و سایر همکاران ضامن عملکرد خوب تیم مراقبت از بیمار می باشد.

کارکنان بیمارستان ها به شرح زیر می باشد

پزشک (عمومی، متخصص، فوق تخصص)

پزشک شخصی است که خدمات بهداشتی و درمانی را به منظور پیشگیری، تشخیص، درمان و بازتوانی انجام می دهد و یا خدمات مشاوره ای، تحقیقاتی، آموزشی، طرح ریزی، هماهنگی و سرپرستی در زمینه های مربوط به سلامت را عهده دار است.

نمونه وظایف و مسئولیتها:

معاینه، تشخیص و درمان بیماران در سطح پزشکی عمومی یا تخصصی مربوط. تعیین و دستور نوع آزمایشهای پاراکلینیکی در صورت لزوم. نظارت بر پیشرفت وضعیت درمان بیمارانی که با استفاده از تخت فوریتهای مستقر در مرکز بهداشتی و درمانی روستائی تحت نظر قرار می گیرند. (وضعیت بیمار حد اکثر ظرف ۲۴ ساعت روشن می شوند، یا مرخص می شوند یا به علت نیاز به خدمت سطح بالاتر به بیمارستان اعزام می شوند).

اعزام و راهنمایی بیماران فوری به مراکز مجهز تر.

مشاوره با پزشکان دیگر در صورت لزوم.

مراقبت در اجرای دستورات دارویی و بهداشتی داده شده و راهنمایی بیماران.

بررسی بیماریهای بومی منطقه.

گزارش بیماریهایی که باعث همه گیری می شود.

انجام اقدامات لازم به منظور پیشگیری از بیماریهای از طریق برنامه های ایمن سازی در جامعه.

پیشگیری از گسترش بیماریهای از طریق بررسی های اپیدمیولوژیکی.

ارتقاء سطح بهداشت در جامعه و همکاری با سایر پزشکان و مؤسسات بهداشتی و درمانی.

نظارت و آموزشهای لازم در مورد کارکنان فنی، بهداشتی یا درمانی.

شرکت در برنامه های آموزشی و مطالعه آخرین تحقیقات پزشکی مربوطه در حد امکان.

کنترل و مراقبت از وضع دارو و لوازم فنی و اداری واحد مربوط جهت تأمین کسری آنها.

راهنمایی بهداشتی و تغذیه ای مربوط به زنان و مادران و کودکان.

اجرای برنامه های بهداشت و تنظیم خانواده.

تهیه گزارش از فعالیتهای انجام شده به مقام مافوق.

همکاری با سایر قسمتهای بهداشتی و هماهنگ نمودن برنامه های اجرائی.

اجرای برنامه های مربوط به رشته تخصصی.

ایجاد هماهنگی در اجرای بررسیهای بهداشتی.

سرپرستی کلیه امور بهداشتی، درمانی، آموزشی و اداری یک بخش عمومی و یا تخصصی یا تخصصی آموزشی و تحقیقاتی.

شرکت در برنامه های آموزشی کارورزان و دستیاران و دانشجویان دانشکده های پزشکی و پرستاری و بهیاری و تدریس به آنان در صورت لزوم.

آموزش پزشکان، دندانپزشکان یا سایر کارکنان فنی مربوط در کلاسهای تکمیلی کوتاه مدت.

تهیه مقالات علمی و انتشار آنها در مجلات مختلف پزشکی و علمی و معرفی آنها در سمینارها و کنفرانسهای مربوط.

شرکت در امر تحقیقات بهداشتی و درمانی با سایر مؤسسات بهداشتی بمنظور بالا بردن بهداشت عمومی.

تنظیم برنامه های کشیک کارورزان، دستیاران و پزشکان یا دندانپزشکان متخصص برای شب و ایام تعطیل بر برنامه های کشیک.

نظارت و همکاری برای مجزا کردن مبتلایان به امراض همه گیر در بیمارستانها بمنظور جلوگیری از شیوع آنها.

تهیه و تنظیم برنامه های تحقیقاتی و یا بررسیهای بهداشتی در حوزه عملکرد.

شرکت در شورای بیمارستان یا آسایشگاه بعنوان رئیس شورا و بحث و اتخاذ تصمیم در مورد درمان بیماران و پیشنهادات رؤسای بخش.

تعیین وظایف رؤسای بخش و نظارت بر برنامه های غذائی و داروئی سایر امور بیمارستان یا آسایشگاه.

سرپرستی جلساتی که بمنظور تعلیم کارکنان بیمارستان یا آسایشگاه برای انجام خدمات پزشکی تشکیل می گردد.

تنظیم بودجه سالانه بیمارستان یا آسایشگاه بر حسب احتیاجات و سفارش خریدها و سایر مخارج و امضای اسناد پس از رسیدگی.

ارائه خدمات پشتیبانی به خانه های بهداشت تحت نظر.

بررسی و پیشنهاد تأسیس مراکز بهداشتی و درمانی در منطقه بر اساس طرحهای مصوب.

انجام مطالعات لازم بمنظور آگاهی از وضع بهداشتی و درمانی مناطق مختلف کشور و شناسائی مسائل بهداشتی طبقات مختلف مردم و جمع آوری اطلاعات مورد نیاز جهت برنامه ریزی.

مطالعه و بررسی تسهیلات و تجهیزات و نیروی انسانی بهداشتی و درمانی موجود در نقاط مختلف کشور و تعیین احتیاجات.

بررسی و تهیه برنامه های آموزشی و تحقیقاتی و برآورد احتیاجات مربوط به امور بهداشتی و درمانی.

تجزیه و تحلیل و ارزیابی فعالیتهای بهداشتی و درمانی.

۲- پرستار

پرستاران عهده دار کارهای مربوط به حرفه پرستاری از قبیل مراقبت از بیماران، انجام خدمات بهداشتی و درمانی، امور آموزشی تحقیقاتی می باشند و یا سرپرستی و طرح ریزی و هماهنگی فعالیتهای مذکور را بعهده دارند.

نمونه وظایف و مسؤلیتها:

- سر پرستی و نظارت بر خدمات پرستاری یک بخش در تمام شبانه روز به منظور تأمین بهترین مراقبت از بیماران.
- مراقبت ویژه از بیماران بد حال.
- انجام کلیه خدمات پرستاری مربوط به بیماران از قبیل: پانسمان، نظافت بیماران، واکسیناسیون و تزریقات مختلف طبق دستور پزشک.
- توزین بیماران در صورت لزوم، در خواست دارو و وسایل مورد نیاز بخش، آماده کردن بیماران جهت انجام آزمایشهای مربوط و گرفتن نتایج آنها، تکمیل پرونده بیماران از نظر مشاهدات پرستاری و گزارش به پزشک معالج، دادن گزارش بخش به پرستار مسئول قبل از اتمام ساعت کار و گرفتن گزارش کار بخش از پرستار مسئول قبل از شروع کار.
- انجام یا نظارت در تمیز کردن یا استریلیزه کردن وسایل لازم اطلاق عمل و جراحی و مرتب کردن و آماده نمودن آنها، منعکس نمودن مشکلات اطلاق عمل به مقام ما فوق و تنظیم برنامه عمل های روزانه با نظر جراح و بیهوشی دهنده.
- تهیه آمار عملهای جراحی جهت ارائه به مقام ما فوق و تنظیم کشیک و آماده نمودن کارکنان اطلاق عمل در عصر و شب، در مواقع اورژانس نمونه برداری از وسایل و زمین اطلاق عمل و فرستادن آن به آزمایشگاه و ترتیب دادن آزمایش ترشحات گلو و بینی کارکنان اطلاق عمل.
- نظارت در امر سرویس کلیه دستگاهها و وسایل و طرز صحیح بکار بردن وسایل که خارج یا داخل می شود.
- مطالعه کلیه کاتا لوگ ها و مجلات مربوط به وسایل جدید جراحی و بیمارستانی بمنظور کسب اطلاعات مفید و نوین پیرامون آنها.
- تشکیل کمیته های لازم برای تعیین استا ندارد خدمات پرستاری و تنظیم مقررات و راهنمایی کادر پرستاری در بخش های بیمارستان مربوط.

۳- ماما

ماما ها عهده دار انجام امور وظایف حرفه ای مامائی شامل مراقبت قبل و بعد از زایمان، کمک به زنان باردار در زایمانهای طبیعی، مراقبت از نوزادان می باشند و در امور آموزشی و تعلیماتی و تحقیقاتی و اجرای برنامه های بهداشت عمومی همکارانی می نمایند و یا سرپرستی و هماهنگی فعالیتهای مذکور را بعهده دارند.

نمونه وظایف و مسئولیتها:

- همکاری با پزشک در معاینه و تجویز دارو به بیمار در مراکز بهداشتی و در مانی مادران و زنان باردار.
- کمک در زایمانهای طبیعی در زایشگاهها و دادن دستورات بهداشتی لازم به مادران قبل از وضع حمل.
- نظارت در نظافت بخش و بیماران و انجام دستورات بهداشتی و طبی مربوط به مادر و نوزاد و مراقبت در اجرای این دستورات در مراحل پیش و پس از زایمان.
- تهیه پرونده پزشکی جهت مادر و نوزاد و صدور گواهی ولادت و گزارش ولادت.
- تزریق داروهای مورد نیاز بنا به تجویز پزشک تجویز وسائل و داروهای جلوگیری از بارداری.
- پیش بینی برنامه های کوتاه مدت و دراز مدت برای رفع نیازمندیهای کشور در زمینه مامائی.

۴- بهیار

وظایف کلی بهیاران همکاری در فعالیتهای پرستاری و کمک به زایمانهای طبیعی و زنان باردار و همچنین مراقبت از مادران و نوزادان می باشد.

نمونه وظایف و مسئولیتها:

- مراقبت از بیمار (سر پایی و بستری) در مراکز بهداشتی و درمانی تحت نظارت سرپرست مربوط طبق برنامه تنظیمی.
- آماده نمودن بیمار در موارد لزوم جهت انجام معاینات پزشکی و تهیه پرونده بیمار.
- دریافت داروهای تجویز شده و خوراندن آن به بیمار طبق دستور پزشک.
- شستشو و نظافت بیماران در صورت لزوم و دادن غذا به آنها در موارد ضروری.
- کمک در پذیرش بیمار طبق خط مشی بیمارستان، مراکز پزشکی تحت نظارت سرپرست مسئول.
- انجام انواع تزریقات، سرم و واکسن، پانسمان، درجه گذاری، گرفتن نمونه ادرار، مدفوع و خلط برای آزمایش طبق دستور پزشک.
- شرکت در انجام زایمانهای طبیعی و مراقبت از نوزادان و مادران و ارجاع حاملگی های غیر طبیعی به بیمارستان و یا پزشک مربوط
- نظارت بر کار کمک بهیاران، مأمورین نظافت در بیمارستانها و مراکز درمانی.
- تهیه گزارشات و ارائه آن به مقام مافوق.

۵- کمک بهیار

وظایف کمک بهیاران بطور کلی انجام اموری از قبیل اجرای دستورات بهداشتی و درمانی، کمک به پرستاران و بهیاران می باشد و یا ممکن است بعنوان مامای روستائی در زایمانهای طبیعی به روستائیان کمک نمایند.

نمونه وظایف ومسئولیتها:

- تعویض لوازم تخت بیماران از قبیل: روتختی، روبالش، پتو وغیره.
- کمک به بیماران برای نشست و برخاست و راه رفتن و کمک به رفع احتیاجات ضروری ایشان با رعایت کلیه دستورات پزشک معالج.
- نظافت بیماران از قبیل: حمام دادن و شستن دست و روی و کوتاه کردن ناخن و تعویض ملحفه آنها و غیره.
- کمک به پزشک، ماما، پرستار و بهیار در کلینیک های پزشکی برای معاینه و درمان زنان باردار و سایر مسائل مربوط.
- تنظیم پرونده جهت مراجعین و آماده کردن بیمار برای معاینه پزشک.
- خوراندن غذا به شخص بیمار در موارد لزوم و جمع آوری ظروف غذا.
- مراقبت و دقت های لازم پس از زایمان از مادر و نوزادان و تعلیم دادن به مادران و مراقبت از نوزاد و طرز حمام دادن نوزاد و درست کردن شیر.

۶- اطاق عمل

الف- کاردان اطاق عمل

کاردان اتاق عمل عهده دار انجام وظایف حرفه ای کاردانی اطاق عمل در زمینه آماده نمودن بیماران برای عمل جراحی و همکاریهای لازم با جراحان در موقع عمل می باشند.

نمونه وظایف ومسئولیتها:

- کسب دستور و برنامه کار از سرپرست مربوطه.
- کمک و همراهی در کارهایی که برای آمادگی قبل و بعد از عمل جراحی لازم می باشد.
- آماده نمودن اطاق عمل با لوازم جراحی لازم می باشد.
- آماده نمودن اطاق عمل با لوازم جراحی تعیین شده و اطمینان نمودن از استریل بودن آنها و آگاهی لازم به طرز استفاده صحیح از آنها.
- انجام تزریقات مورد لزوم در اطاق عمل.
- کمک کردن به جراحان و سایر پزشکان و متخصصین در موقع عمل و در اختیار گذاشتن وسائل جراحی مورد نیاز.

ب- تکنسین اطاق عمل

وظایف حرفه ای تکنسین اطاق عمل از قبیل کمک در آماده نمودن بیماران برای عمل جراحی و همکاریهای لازم با کاردان اطاق عمل می پردازند.

نمونه وظایف و مسئولیتها:

- تمیز کردن اطاق عمل و کلیه وسایل موجود در آن.
- کمک نمودن به کاردان اطاق عمل برای شستشو و نظافت بیمار پس از پایان گرفتن عمل جراحی.
- همکاری در آماده نمودن بیمار بر روی تخت عمل.

۷- هوشبری

الف- کارشناس هوشبری

کارشناس هوشبری زیر نظر رئیس گروه بیهوشی یا رئیس بخش بیهوشی و یا جراح مربوطه به امور مربوط به دادن بیهوشی به بیماران تا ریسک سه می پردازند.

نمونه وظایف و مسئولیتها:

- بررسی پرونده بیمار و آزمایشات وی قبل از عمل.
- مشورت با رئیس گروه بیهوشی و تصمیم گیری در مورد نوع بیهوشی (عمومی - ناحیه ای) با توجه به وضعیت بیمار و نتایج آزمایشات بعمل آمده.
- تحت نظر داشتن بیمار در پایان عمل و انتقال بیمار به ریکاوری تا هوشیاری کامل و ترخیص از ریکاوری.
- لوله گذاری و احیاء قبلی، ریوی در بخشهای مراقبتهای ویژه و بخشهای مورد نیاز.
- بررسی بیمار از نظر احتیاج به دستگاه تنفس مصنوعی همچنین بررسی وضعیت بیمار از نظر گازهای خونی در بخشهای مراقبتهای ویژه.
- دادن بیهوشی به بیماران تاريسک سه (در بیمارستانهایی که پزشک متخصص بیهوشی وجود دارد تحت نظر رئیس گروه بیهوشی یا رئیس بخش بیهوشی در مراکزی که پزشک متخصص بیهوشی وجود ندارد با نظارت و مسئولیت جراح مربوطه).

ب- کاردان هوشبری

کاردان هوشبری عهده دار انجام وظایف حرفه ای کاردانی بیهوشی مانند آماده نمودن بیمار برای بیهوشی و همکاریهای لازم با متخصصین بیهوشی در موقع عمل است.

نمونه وظایف و مسئولیتها:

- کسب دستور و برنامه کار از سرپرست مربوطه.

- کنترل پرونده بیمار از نظر تکمیل بودن اوراق و مدارک پزشکی.
- آماده نمودن بیمار بر روی تخت عمل.
- کمک به متخصصین بیهوشی در تمام مراحل قبل، حین و بعد از عمل.
- آتیه آماداروها و لوازم مصرف شده و برآورد و درخواست دارو و لوازم و وسایل مورد نیاز بطور هفتگی.
- آماده نمودن وسایل بیهوشی.
- مراقبت از بیمار در حین عمل جراحی و پس از آن تا بهوش آمدن بیمار.

ج-تکنیسین هوشبری

وظیفه کلی تکنیسین هوشبری عهده دار آماده نمودن بیماران برای بیهوشی در موقع عمل است

نمونه وظایف و مسئولیتها:

- همکاری در آماده نمودن وسایل بیهوشی.
- همکاری در آماده نمودن بیمار بر روی تخت عمل برای بیهوشی.

۸-رادیولوژی

الف- کارشناس رادیولوژی

کارشناس رادیولوژی عهده دار انجام کارهای تخصصی و مطالعاتی و برنامه ریزی در زمینه های امور فنی رادیولوژی، انتخاب روشهای مناسب برای کار با پرتوهای یونساز، انجام برنامه های آموزشی و تحقیقاتی، تشریک مساعی در انجام کارهای روزانه از جمله فلوروسپی، انژیوگرافی و سایر کارهای اختصاصی می باشند.

نمونه وظایف و مسئولیتها:

- طرح ریزی و انجام برنامه های آموزشی و تحقیقاتی با همکاری و نظارت رادیولوژیست واحد مربوطه.
- دادن دستورات لازم به بیماران بمنظور انجام رادیولوژی.
- آماده نمودن بیمار زیر دستگاه رادیولوژی بنحویکه مشاهده عضو بیمار برای عکسبرداری امکان پذیر باشد.
- انجام امور مربوط به رادیوتراپی سطحی بیماران طبق دستور و تجویز متخصص رادیومتری (رادیولگ)
- راهنمایی و کنترل تکنیسین های رادیولوژی بهنگام امور فوق الذکر براساس دستورات رادیولگ.

ب- کاردان رادیولوژی

کاردان رادیولوژی عهده دار انجام وظایف مربوط به فعالیتهای رادیولوژی و رادیودرمانی از قبیل ظهور و ثبوت و بازبینی فیلمها بررسی و کنترل قسمتهای مختلف دستگاههای رادیوگرافی و رادیوترابی امور مربوط به عکسبرداری عضو بیمار می باشند و یا با کارشناسان این رشته در زمینه برنامه ها و انجام فعالیتهای اساسی خدمات رادیولوژی همکاری می نمایند. انجام این فعالیتهای ممکن است برحسب مورد تصدی متضمن نظارت و سرپرستی نیز باشد.

نمونه وظایف و مسئولیتهای:

- دادن دستور لازم جهت آمادگی بیماران بمنظور رادیولوژی.
- آماده نمودن بیمار زیر دستگاه رادیولوژی بنحویکه مشاهده عضو بیمار برای عکس برداری امکان پذیر باشد.
- کنترل کلیدهای دستگاه رادیوگرافی.
- اقداماتی در جهت تهیه لوازم و داروهای مورد نیاز واحد رادیولوژی.
- تهیه و تنظیم آمار و گزارش اقدامات هفتگی و ماهانه.
- نظارت و سرپرستی بر کار تکنیسین های تحت سرپرستی.

ج- تکنیسین رادیولوژی

تکنیسین رادیولوژی به انجام امور فنی رادیولوژی و رادیو درمانی از قبیل ظهور و ثبوت و بازبینی فیلمها و همکاری با کارشناس رادیولوژی و رادیولگ می پردازند.

نمونه وظایف ومسئولیتهای:

- آماده نمودن بیمار زیر دستگاه رادیولوژی بنحویکه مشاهده عضو بیمار برای عکس برداری امکان پذیر باشد.
- دادن دستور لازم به بیماران بمنظور انجام رادیولوژی.
- آماده نمودن و بکار انداختن دستگاه با توجه به مدت تشعشع لازم و سایر عوامل فنی که جهت رادیو گرافی و یا فلوروسکوپی از عضو مورد نظر بیمار بعمل می آید.
- کنترل کلیدهای دستگاه رادیوگرافی.
- اقدام به رادیولوژی سطحی بیمارانبطبق دستور رادیولگ مربوط.

۹-آزمایشگاه

الف- کارشناس آزمایشگاه

کارشناس آزمایشگاه عهده دار انجام وظایف حرفه ای آزمایشگاهی که برحسب پست مورد تصدی متضمن انجام آزمایشهای استاندارد تشخیص پزشکی، دارویی، بهداشتی و نظایر آن می باشند و یا ممکن است طرح ریزی، هماهنگی، اجرا و سرپرستی فعالیتهای مذکور را به عهده داشته باشند.

نمونه وظایف و مسئولیتهای:

- تعیین خط مشی و تنظیم برنامه های تحقیقاتی، مطالعاتی، تخصصی آزمایشگاهی، تقسیم وظایف و نظارت بر انجام و همچنین سرپرستی و هماهنگی فعالیتهای مربوط یا همکاری در انجام فعالیتهای فوق.
- نظارت و یا انجام آزمایشهای ساده آزمایشگاهی شامل فرمول لوکوستیر، شمارش گلبولی، سدیمانتاسیون، همتاکریت، هموگلوبین، سیلان و انعقاد گروه خون، رایت و یدال.
- انجام آزمایشهای مستقیم و فلوئاسیون، مدفوع، قارچ کچلی و یا نظارت بر انجام آن.
- انجام اقدامات آزمایشگاهی مربوط به امتحان کامل ادرار و اندازه گیری قند و اوره خون.
- انجام آزمایشهای آسیب شناسی و سیتولوژی.
- انجام آزمایش بر روی مواد اولیه دارویی و غذائی نظیر تعیین مقدار و تشخیص ناخالصی ها با توجه به استانداردهای موجود.
- انجام آزمایشهای مربوط به تعیین میزان آلودگی هوا و سایر آزمایشات در آزمایشگاههای اختصاصی بهداشت محیط.
- انجام آزمایشهای مربوط به آب شناسی در آزمایشگاههای اختصاصی.
- انجام آزمایش مجدد بر روی موارد مشکوک در صورت لزوم.
- همکاری با سایر گروههای بهداشتی و درمانی در زمینه های مربوط.
- شرکت در برنامه های اپیدمیولوژی و سایر برنامه های بهداشتی.
- شرکت در دادگاههای مربوط به امور مواد خوردنی، آرایشی، بهداشتی و آشامیدنی.
- ارائه راهنمایی لازم به کارخانه های دارو سازی بمنظور بالا بردن استاندارد ساخت و تکنیکهای کنترل فرآورده های دارویی.
- شرکت در دادگاههای مربوط بعنوان کارشناس طبق درخواست و بمنظور ارائه نظارت لازم تخصصی.

توضیح: علوم وابسته به علوم آزمایشگاهی نظیر بیوشیمی، باکتریولوژی، سرولوژی، ایمونولوژی، همتاتولوژی، انگل شناسی، میکروبیولوژی، بیولوژی سلولی و مولکولی، پاتوبیولوژی، پاتولوژی و میکروب شناسی می باشد.

ب- کاردان آزمایشگاه

کاردان آزمایشگاه عهده دار انجام خدمات آزمایشگاهی از قبیل آزمایشهای مربوط به تهیه و گرفتن نمونه های مجاز آزمایشگاهی از انسان و حیوان، انجام آزمایشهای استاندارد تشخیص پزشکی دارویی، غذائی،

بهداشتی و نظایر آن می باشند و یا با کارشناسان این رشته در زمینه تهیه طرحها و انجام فعالیت های اساسی خدمات آزمایشگاهی همکاری می نمایند.

نمونه وظایف و مسئولیتها:

- همکاری با کارشناسان آزمایشگاه در انجام کلیه وظایف مربوط و انجام تمام یا قسمتی از وظایف آنان بر حسب ارجاع.
- انجام آزمایشهای ساده استاندارد آزمایشگاهی و نگهداری سوابق مربوط.

ج- تکنیسین آزمایشگاهی

تکنیسین آزمایشگاهی عهده دار انجام وظایف حرفه ای آزمایشگاهی از قبیل تهیه و گرفتن نمونه های مجاز آزمایشگاهی از انسان یا حیوان و جمع آوری نمونه های اولیه غذایی و دارویی بمنظور کمک در تشخیص بیماریها یا کیفیت و کمیت های غذایی و دارویی و نیز آزمایشهای ساده و استاندارد تشخیص پزشکی، دارویی، غذایی و بهداشتی و نظایر آن می باشند.

نمونه وظایف و مسئولیتها:

- انجام آزمایشهای ساده در آزمایشگاههای تشخیص پزشکی، دارویی، بهداشت محیط، مواد غذایی و بهداشتی، آشامیدنی و نظایر آن.
- انجام آزمایشهای ساده استاندارد غیر تخصصی در صورت لزوم و نگهداری سوابق آزمایشگاهی
- گزارش کارهای جاری آزمایشگاه.
- تنظیم و ارسال جوابهای آزمایش برای پزشک مربوطه.
- انجام نمونه برداریهای ساده.
- همکاری در انجام آزمایشهایی نظیر تعیین میزان آلودگی هوا و سایر مسائل مربوط به بهداشت محیط.
- شرکت در برنامه های اپیدمیولوژی برای جمع آوری نمونه های مورد آزمایش و اطلاعات ضروری.
- همکاری در تزریقات حیوانات آزمایشگاهی.
- نظارت بر کار کارکنان تحت سرپرستی در صورت لزوم.

۱۰- کارشناس امور روانی

کارشناس امور روانی عهده دار انجام کارهای تخصصی و مطالعاتی و برنامه ریزی در زمینه های تهیه و تنظیم طرحهای مختلف روانی و استانداردهای لازم جهت بهداشت روان، بررسی و تحقیق در مورد بیماریهای روانی-انجام تست های روانی با وسایل استاندارد شده و کمک به روانپزشک در تشخیص بیماریهای روانی، تهیه و تنظیم برنامه آموزشی مربوط می باشند و یا سرپرستی و طرح ریزی و هماهنگی فعالیتهای مذکور را برعهده دارند.

نمونه وظایف ومسئولیتها:

- تهیه و تنظیم برنامه های آموزشی به منظور آشنایی مردم به اصول بهداشت روانی با استفاده از وسائل ارتباط جمعی.
- بررسی و تحقیق در مورد بیماریهای روانی و تعیین نوع و حجم بیماریهای روانی.
- شرکت در گروه بهداشت روانی بمنظور مصاحبه و شناخت بیماری و انجام روشهای پیشگیری در این زمینه.
- کمک به روانپزشک در زمینه روان سنجی و تهیه شناسنامه روانی افراد و تعیین شغل برای آنها با توجه به استعداد آنان.
- انجام ازموتهای روانی از قبیل: آزمون هوش، شخصیت و تعیین استعدادهای افراد.
- تهیه و تنظیم برنامه های مربوط به بهداشت روان جهت نگاهداشت سلامت روانی و پیشگیری از بروز بیماریهای روانی.
- نظارت برحسن جریان امور در مراکز روانی و کوشش در بهبود و گسترش آنها.
- همکاری با تیم بهداشت مدارس و سنجش هوش و استعداد دانش آموزان و دانشجویان و سایر واحدهای بهداشتی و درمانی در مواقع ضروری.
- تهیه آمار و گزارش های لازم مربوط.

۱۱- بینایی سنجی

الف- کارشناس بینایی سنجی

کارشناس بینایی سنجی عهده دار انجام کارهای تخصصی، مطالعاتی و برنامه ریزی در زمینه های مربوط به خدمات اپتومتری از قبیل گرفتن حدت بینائی، تشخیص و تعیین عیوب انکسار چشم، دیوپی، هیپرمتروپی، پیرچشمی (پرس با یوپیا)، انواع آستیگماتیسم با کمک عینک و تشخیص و اصلاح انواع اترابیسیم (لوچی)، آنتالموسکپی، گراتو متری بیومیکروسکوپی، ریفراکتومی پریمتری، سینوپتوفوری کردن با بیمار، معاینه با دستگاه یونیت جهت تعیین نمره عینک و کانتک لنز می باشند و یا ممکن است که سرپرستی، طرح ریزی و هماهنگی فعالیتهای مذکور را برعهده داشته باشند.

نمونه وظایف و مسئولیتها:

- مطالعه در زمینه دانش بینائی سنجی و پیشرفتهایی که در این زمینه شده است.
- تعیین حدت بینائی و میزان اندازه دید بزرگسالان و کودکان با کمک تابلوهای دید.
- تشخیص بیماریهای چشمی و معرفی بیماران به چشم پزشک.
- تشخیص و اصلاح عیوب انکسار چشم و انواع آستیگماتیسم، انواع اترایسم با کمک دستگاههای مربوطه و در صورت لزوم مپریاز کردن کودکان دچار اترایسم کمتر از ۸ یا ۹ سال.
- همکاری با پزشک مربوطه.

ب- کاردان بینایی سنجی

کاردان بینایی سنجی عهده دار انجام وظایف مربوط به آماده نمودن بیماران برای درمان و همکاریهای لازم با چشم پزشک در گرفتن حدت بینایی، تشخیص وضع ظاهری چشم و عیوب آن، تعیین نمره عینک می باشند و یا با کارشناسان این رشته در زمینه انجام فعالیتهای اساسی خدمات بینایی سنجی همکاری می نمایند.

ج- تکنسین بینایی سنجی

تکنسین بینایی سنجی به انجام اموری از قبیل آماده نمودن بیماران برای درمان، همکاری با چشم پزشک در گرفتن حدت بینایی، تشخیص وضع ظاهری چشم و عیوب آن و تعیین نمره عینک می پردازند.

شنوایی سنجی

الف- کارشناس شنوایی سنجی

کارشناس شنوایی سنجی عهده دار انجام کارهای تخصصی و مطالعاتی و برنامه ریزی در زمینه های خدمات ادیو متری متضمن همکاریهای لازم با پزشک متخصص، تعیین نوع کری، امکان سنجش شنوایی بادیاپازون و آموزش افراد برای تهیه ادیوگرام می باشند. و یا سرپرستی و طرح ریزی و هماهنگی فعالیتهای مذکور را بعهده دارند.

نمونه وظایف و مسئولیتها:

- مطالعه و بررسی یافته های علمی از نظر دانش شنوایی و بکارگیری آنها.
- تحقیق و تهیه مقالات و نشریات تحقیقی در زمینه شنوایی سنجی.
- تعیین نوع کری.
- تفسیر یا تعبیر ادیوگرام.
- امکان شنوایی سنجی با دیاپازن.
- تجویز و تعیین نوع سمعک برای بیماران.
- آموزش لب خوانی برای بیماران مبتلا به کری کامل.

– آموزش به افراد زیر نظر برای تهیه ادیوگرام.

– انجام سایر امور مربوط.

ب- کاردان شنوایی سنجی

کاردان شنوایی سنجی عهده دار انجام امور مربوط به آزمایشهای تکمیلی برای تعیین محل ضایعه، آزمایشهای مختلف اتروکوکلر، تعیین نوع سمعک می باشند و یا با کارشناسان این رشته در زمینه انجام فعالیتهای اساسی مربوط به خدمات شنوایی سنجی همکاری لازم را بعمل می آورند. انجام این فعالیتها ممکن است برحسب پست مورد تصدی متضمن نظارت و سرپرستی نیز باشد.

ج- تکنسین شنوایی سنجی

تکنسین شنوایی سنجی به انجام اموری از قبیل آماده نمودن بیمار جهت معاینات و آزمایشهای لازم برای شنوایی سنجی می پردازند و در این زمینه ها با پزشک معالج همکاری دارند.

۱۳- امور توانبخشی

الف- کارشناس امور توانبخشی

کارشناس امور توانبخشی عهده دار انجام کارهای تخصصی و مطالعاتی و برنامه ریزی در زمینه های خدمات توانبخشی و فیزیوتراپی از قبیل تست و ارزشیابی معلولین جسمی و روانی مناسب با موازین تستهای استاندارد (کاردرمانی، گفتار درمانی و غیره)، تهیه وسایل کمکی (اسپیلنت) و آموزش کاربرد آن برای معلولین جسمی و مستقل کردن بیماران در انجام کارهای روزمره در جامعه و درمان بیماران و نوتوانی معلولین با استفاده از حرارت، آب، ورزش، ماساژ، برق، نور، و غیره می باشند و یا سرپرستی و طرح ریزی و هماهنگی فعالیتهای مذکور را بعهده دارند.

نمونه وظایف ومسئولیتها:

الف- امور توانبخشی

- مطالعه برروی افراد بیمار جهت درمان مناسب با معلولیت آنها.
- انجام تست و ارزشیابی معلولین جسمانی یا روانی با موازین تستهای استاندارد.
- تعیین و تشخیص هدف درمانی در درمان معلولین جسمانی یا روانی با در نظر گرفتن نوع معلولیت هر یک از آنها تحت نظر با تجویز پزشک معالج.
- ثبت تاریخچه تهیه و تنظیم گزارش روزانه و گزارش نهائی از پیشرفت بیمار.
- ارزشیابی حرفه ای برای بیماران روانی و جسمی.
- مستقل کردن بیمار در انجام فعالیتهای روزانه.
- تشخیص، طرح ریزی و ساختن وسایل کمکی (اسپیلنت) برای معلولین با در نظر گرفتن نوع معلولیت و آموزش لازم جهت کاربرد آن به بیماران.

ب- امور فیزیوتراپی

انجام فیزیوتراپی بیماران نظیر ماساژ دادن و دیاترمی و غیره.
انجام فیزیوتراپی بیماران سرپایی که از درمانگاه طب فیزیکی معرفی می شوند.
انجام فیزیوتراپی بیماران بستری در بیمارستانها و یا آسایشگاههای معلولین.
راهنمایی دانشجویان فیزیوتراپی در دوره های کار آموزی فیزیوتراپی در بیمارستانها.

ب- کاردان امور توانبخشی

کاردان امور توانبخشی عهده دار انجام وظایف مربوط به امور توانبخشی و فیزیوتراپی از قبیل تهیه وسائل کمکی (اسپیلنت) و آموزش کاربرد آن برای معلولین جسمی و مستقل کردن بیماران در انجام کارهای روزمره در جامعه و کمک در درمان بیماران با استفاده از حرارت، آب، ورزش، ماساژ، برق و نور و غیره می باشند و یا با کارشناسان این رشته در زمینه تهیه طرحها و انجام فعالیتهای اساسی خدمات توانبخشی و فیزیوتراپی همکاری می نمایند.
انجام این فعالیتهای ممکن است برحسب پست مورد تصدی متضمن نظارت و سرپرستی نیز باشد.

ج- تکنیسین امور توانبخشی

تکنیسین امور توانبخشی عهده دار انجام اموری از قبیل آماده نمودن بیمار برای درمان و انجام برنامه های درمانی تعیین شده هماهنگ با روحیه و وضع جسمانی بیمار، کمک به مستقل کردن بیمار در انجام فعالیتهای روزانه، ساختن وسائل کمکی (اسپیلنت) برای معلولین با در نظر گرفتن نوع معلولیت و کمک به آموزش دادن بیماران جهت انجام کار مناسب می باشند و نیز ممکن است نگهداری و نظافت دستگاههای فیزیوتراپی را نیز بر عهده داشته باشند.

۱۴- امور داروئی

الف- کارشناس امور داروئی

کارشناس امور داروئی کلی عهده دار انجام کارهای تخصصی و مطالعاتی و برنامه ریزی در زمینه های وظایف حرفه ای خدمات داروئی مانند تهیه و ساخت داروها، نگهداری مواد داروئی، بیولژیکی، سرم، واکسن و تهیه گزارشات مربوط، نظارت بر امر تحویل دارو، بازرسی از واحدهای داروئی و بهداشتی و بررسی امور مربوط می باشند و یا سرپرستی و طرح ریزی و هماهنگی فعالیتهای مذکور را بعهده دارند.

نمونه وظایف و مسئولیتهای:

- مطالعه و بررسی ثبات شکل داروئی با گذشت زمان.
- مطالعه و بررسی قوانین و مقررات حاکم بر فعالیتهای مربوط به امور دارو و تهیه طرحها و پیشنهادات اصلاحی.
- رسیدگی اولیه به مدارک ارائه شده جهت صدور پروانه ها.

ب- کاردان امور داروئی

کاردان امور داروئی عهده دار انجام امور مربوط به خدمات داروئی از قبیل تهیه و ترکیب انواع داروها، نگهداری مواد داروئی بیولوژیکی، سرم، واکسن می باشند و یا با کارشناسان این رشته در زمینه طرحها و انجام فعالیتهای اساسی خدمات داروئی همکاری می نمایند.

انجام این فعالیتهای ممکن است برحسب پست مورد تصدی متضمن نظارت و سرپرستی نیز باشد.

ج- تکنیسین امور داروئی

تکنیسین امور داروئی به انجام اموری از قبیل بهم زدن، پاشیدن مواد داروئی، صاف کردن شربت ها و مخلوط نمودن پماد یا اختلاط و امتزاج مواد داروئی و نصب بر چسب بر روی آنها و یا همکاری با کارشناسان مربوط در تهیه انواع داروها و یا آماده نمودن نسخه های اسپسیالیته و یا تهیه صورت موجودی داروها و نیازها و تحویل و سفارش و ثبت مواد داروئی می پردازند.

۱۵- تغذیه و رژیم های غذائی

الف- کارشناس تغذیه و رژیم های غذائی

کارشناس تغذیه و رژیم های غذائی عهده دار انجام کارهای تخصصی و مطالعاتی و برنامه ریزی در زمینه های تدوین برنامه های تغذیه می باشند و یا سرپرستی و طرح ریزی و هماهنگی فعالیتهای مذکور را بعهده دارند.

نمونه وظایف ومسئولیتها:

- مطالعه و ارزشیابی غذاها و خوراکیهای بومی و محلی با توجه به عادات غذائی مردم.
- مطالعه کیفیت رشد و نمو افراد در جامعه و یا گروهی خاص.
- مطالعه و جمع آوری اطلاعات در مورد وضع تغذیه در اجتماعات و گروههای مختلف یک شهرستان.
- تهیه و تدوین فرمول های خاص غذائی برای بیماران طبق دستور پزشک.
- تنظیم برنامه های هفتگی، ماهانه و فصلی برای تهیه و سرویس غذا.
- تهیه و تدوین اجرای برنامه های تحقیقاتی خاص در زمینه درمان یا رژیم و تغذیه و همچنین تهیه و اجرای برنامه های خاص تغذیه ای در موقع اضطراری و بروز حوادث نقاط مختلف استان.
- سرپرستی و نظارت بر تهیه و نگهداری، پخت، توزیع و مصرف غذا با توجه به اصول بهداشتی و رژیم غذاها و با در نظر گرفتن مقررات بیمارستانی.
- نظارت در انتخاب، سفارش، تحویل، نگهداری مواد غذائی خام و نظارت بر بهداشت مواد غذائی و ارائه - خط مشی در زمینه و خدمات غذائی.
- نظارت بر اجرای برنامه های آموزشی تغذیه در سطوح عمومی، اختصاصی و عالی.
- انجام امور تغذیه در مراکز بهداشت مادر و کودک.
- پیشنهاد انجام آزمایشات لازم از مواد غذائی خام و پخته.

- دادن نظرات مشورتی و همکاری با بیماران و یا سایر کارکنان بیمارستان و یا واحدهای دیگر در مورد تغذیه و رژیم های مربوط. اجرای برنامه های آموزش غیر مستقیم به مصرف کنندگان بمنظور ترغیب آنان به مصرف اغذیه و خوراکیهای جدید و یا غیر متداول.
- جمع آوری آمار و اطلاعات در مورد تغذیه و مواد غذایی در سطح عمومی و یا در موارد خاص نظیر - کودکان، مادران و یا در زمینه ارتباط موجود بین تغذیه و جنبه های اجتماعی و اقتصادی مربوط.

شرایط احراز از نظر تحصیلات و تجربه:

وجود یکی از شرایط زیر:

دانشنامه لیسانس، فوق لیسانس یا دکترا در یکی از رشته های بهداشت، زیست شناسی، پزشکی، دامپزشکی، بیوشیمی، داروسازی شیمی مواد غذایی و مرجحا "تغذیه، علوم بهداشتی و رژیم شناسی و حصول تجارب لازم

ب- کاردان تغذیه و رژیم های غذایی

کاردان تغذیه و رژیم های غذایی عهده دار انجام وظایف مربوط به نظارت بر تهیه برنامه های غذایی کارکنان، دانشجویان و دانش آموزان و همکاری در اجرای برنامه های بهداشتی و رژیم غذایی همکاری می نمایند. انجام این فعالیتها ممکن است برحسب پست مورد تصدی متضمن نظارت و سرپرستی نیز باشد.

ج- تکنیسین تغذیه و رژیم های غذایی

تکنیسین تغذیه و رژیم های غذایی عهده دار انجام اموری از قبیل همکاری در اجرای برنامه های بهداشتی و یا رژیم غذایی، نظارت بر تهیه برنامه های غذایی کارکنان، دانشجویان، دانش آموزان و غیره می باشند.

شرایط احراز از نظر تحصیلات و تجربه:

وجود یکی از شرایط زیر:

۱. گواهینامه پایان تحصیلات کامل متوسطه در یکی از رشته های خانه داری، آشپزی و صنایع غذایی و حصول تجارب لازم

۱۶- کارشناس امور بیمارستانها

کارشناس امور بیمارستانها امور مربوط به فعالیتهای بیمارستانی شامل مطالعه، بررسی و ارائه طرحهای لازم، تدوین ضوابط و مقررات مربوط، ایجاد هماهنگی و اجرا و سرپرستی باشد بعهده دارند.

نمونه وظایف ومسئولیتها:

الف- تحت عنوان مدیر بیمارستان

- کسب خط مشی و برنامه کلی و دستورالعمل های اجرایی از رئیس بیمارستان.

- نظارت بر کارکنان و واحدهای تحت سرپرستی، تنظیم برنامه و تقسیم کار و ایجاد هماهنگی بین فعالیت آنان.
 - انجام بررسیهای لازم در زمینه عملیات و فعالیتهای امور مالی بیمارستان مربوطه.
 - نظارت بر چگونگی مصرف اعتبارات بمنظور حصول اطمینان از صحت اجرای برنامه های تنظیمی پیش بینی شده.
 - تطبیق و هماهنگی امور بیمارستان با توجه به استانداردهای بیمارستانی.
- انجام نظارت و رسیدگی های لازم به امور اداری، مالی، تغذیه، تأسیسات، انبار و سایر واحدهای غیر پزشکی بیمارستان مربوط.

ب - تحت عنوان کارشناس امور بیمارستانها و مشاغل نظیر.

- انجام مطالعات و بررسیهای لازم در زمینه نیازهای پرسنلی بیمارستانها و ارائه راه حل های رفع کمبود از طریق استفاده صحیح از وجود آنها بصورت های تمام یا پاره وقت در مواقع اضطراری و تهیه طرحهای لازم در صورت لزوم.
- مطالعه و بررسی در زمینه ساعات کار کارکنان بیمارستان و تهیه طرح تعیین ساعات تمام وقت و نیمه وقت کار آنها بر اساس نوع و کمیت و در جهت ایجاد هماهنگی در بیمارستانها و نظارت بر اجرای طرحهای تهیه شده.
- جمع آوری اطلاعات مربوط به نیازهای کلی بیمارستانها از نظر ساختمان، لوازم و تجهیزات و نیاز به تعمیرات و یا بازسازی و تهیه گزارشات مربوط پیرامون آن جهت مسئولان مربوطه.
- مطالعه و بررسی در مورد وسائل و لوازم مصرفی، غذائی و داروئی و تجهیزات مورد نیاز بیمارستانها و تهیه و تنظیم طرحهای مربوط به خرید، توزیع و نگهداری و کنترل آنها بمنظور استفاده صحیح از وسائل.
- برنامه ریزی طرحهای بیمارستانی کوتاه و درازمدت و فعالیتهای مراکز درمانی با توجه به امکانات هریک از آنها در مواقع ضروری بمنظور ایجاد سهولت در پذیرش بیماران.
- همکاری با سایر واحدهای دیگر در زمینه های ارزشیابی، تشکیلات بیمارستانی و غیره.
- شرکت در جلسات و کمیسیونهای مربوطه و ارائه نظرات مشورتی و تخصصی.

۱۷- مددکار اجتماعی

مددکار اجتماعی امور مربوط به بررسی مسائل و مشکلات و نیازمندیهای عاطفی، اقتصادی، اجتماعی و روانی مراجعین به بیمارستانها و مراکز بهداشتی و درمانی در محل و یا در واحدهای ستادی که خط مشی اساسی و سیاست اجرائی را در بیمارستانها و مراکز بهداشتی و درمانی تعیین می کنند بعهدہ دارند و یا طرح ریزی، هماهنگی، اجرا و سرپرستی فعالیتهای فوق را عهده دار می باشند.

۱۸- مسئول پذیرش و مدارک پزشکی

مسئول پذیرش و مدارک پزشکی به انجام امور مربوط به پذیرش بیماران و تهیه و تنظیم اطلاعات آماری از دفاتر و مدارک تنظیمی، کدگذاری و اندکس اعمال جراحی، اصلاح فرمهای مدارک پزشکی و تکمیل و نگهداری پرونده های بیماران می پردازند و یا ممکن است بعنوان کاردان یا کارشناس در این رشته شغلی فعالیت داشته باشند.

نمونه وظایف و مسئولیتها:

ثبت مشخصات و نشانی بیمار روی کارتها یا فرمهای مخصوص بمنظور تشکیل پرونده و ضبط اوراق مورد لزوم در پرونده و ثبت کد مربوط بر روی آن.

ثبت مشخصات آورنده یا مقام اعزام کننده بیمار و اخذ رضایت نامه جهت مطالعه یا اعمال جراحی. ضمیمه کردن نتایج آزمایشات انجام شده به پرونده بیمار.

تنظیم کارت شناسائی ثبت مشخصات و شماره بایگانی روی آن بمنظور تسلیم به بیمار یا کسان وی.

راهنمایی بیمار بمنظور تعویض لباس و ارسال پرونده متشکله همراه بیمار به بخش مربوطه و مراقبت از البسه بیماران بستری.

تعیین نوبت برای مراجعه مجدد بیمار طبق نظر پزشک و راهنمایی پس از بهبودی بمنظور اعزام بیمار به منزل یا شهرستان.

تنظیم کارت اندکس الفبائی بر حسب نام و نام خانوادگی بیماران بمنظور شناسائی آنها.

تهیه و تنظیم آمار روزانه، ماهانه و سالانه از تعداد بیماران بستری و مرخص شده و در گذشتگان بیمارستان و تجزیه و تحلیل آنها (احتساب در صدهای اشغال تخت و غیره).

تهیه آمار مراجعین به درمانگاهها، سرویس های رادیولوژی، آزمایشگاه، داروخانه و سایر واحدهای بمنظور تجزیه و تحلیل خدمات داده شده.

تهیه و تنظیم آمار مورد لزوم جهت مقامات بهداشتی و درمانی کشور.

همکاری در تجزیه و تحلیل کیفی مدارک پزشکی با کمیته های مربوطه.

بررسی و تحقیق درباره فرم های مدارک پزشکی، روش های کار، وسائل جا و مکان قسمت مدارک پزشکی.

شرکت در کمیته های بیمارستانی و عهده دار بودن مسئولیت کمیته مدارک پزشکی.

تنظیم سیستم کنترل پرونده بیماران بستری.

پاسخ به مکاتبات مربوط به پزشکی قانونی و ارگانهای دیگر با استفاده از سوابق و اطلاعات پزشکی.

۱۹- پزشکی قانونی

الف- کاردان پزشکی قانونی

این رشته دربرگیرنده طبقات مشاغلی است که متصدیان آنها تحت نظارت پزشک (آسیب شناس) انجام اموری از قبیل آماده نمودن اجساد برای معاینات، کالبد شکافی، نمونه برداری از احشاء و خون و قسمتهای مختلف بدن و تنظیم گزارش فنی از کلیه مراحل کار و ارائه به پزشک یا مقامات ذیربط را عهده دار می باشند.

نمونه وظایف ومسئولیتها:

- کمک به پزشک مربوطه و نظارت بر وظایف تکنیسین پزشکی قانونی در اجرای برنامه های مربوطه.
- آماده نمودن اجساد برای معاینات پزشکی قانونی.
- بررسی قسمتهای مهم و مشکوک اجساد یا بدن، لباس و آزمایش و ارائه نمونه ها به مقامات انتظامی یا قضائی یا اداره تشخیص هویت.
- نمونه برداری از افراد زنده (برداشت ادرار، خون، محتویات دستگاه تناسلی و غیره و ارسال آن به آزمایشگاه)
- بسته بندی نمونه ها بطریق علمی جهت ارسال به آزمایشگاه و سایر قسمتهای پزشکی قانونی.
- مومیائی و ضد عفونی اجساد.
- بررسی سطح بدن از لحاظ لکه های مشکوک، موادیوانی، مواد نفتی.
- نظارت بر کار مأمور سالن تشریح و راهنمائی آقایان.

شرایط احراز از نظر تحصیلات و تجربه:

وجود یکی از شرایط زیر:

- گواهینامه فوق دیپلم در رشته مربوطه.
- گواهینامه کامل دیپلم رشته تجربی، ریاضی، فیزیک و طی دوره آموزش کاردان پزشکی قانونی با حصول تجارب مربوطه

ب- تکنیسین پزشکی قانونی

تکنیسین پزشکی قانونی تحت نظارت پزشک (آسیب شناس) در آماده نمودن اجساد برای معاینات کالبدشکافی، نمونه برداری از احشاء و خون و قسمتهای مختلف بدن، کاردان پزشکی قانونی را طبق روشهای تعیین شده کمک می نمایند.

نمونه وظایف و مسئولیتها:

- کمک به کاردان پزشکی قانونی در اجرای برنامه های مربوطه تحت نظارت و کنترل پزشک مربوطه.
- آماده نمودن اجساد برای معاینات پزشکی قانونی.
-

۲۰- تکنیسین دیالیز

تکنیسین دیالیز عهده دار انجام اموری از قبیل شستن و تمیز کردن ماشین دیالیز و کمک به پرستار در مورد وصل نمودن بیمار به کلیه مصنوعی می باشند.

نمونه وظایف و مسئولیتها:

- شستن و تمیز کردن ماشینهای دیالیز.
- گذارن و تمیز کردن مصنوعی داخل محفظه مخصوص در ماشین دیالیز.
- کمک نمودن به پرستار در مورد وصل نمودن بیمار به کلیه مصنوعی با فسیولا یا شانت.
- تعیین و تنظیم شدت جریان خون.
- ثبت و ضبط معیارهای بررسی وضع بیمار مانند وزن بیمار، نبض، فشارخون و درجه حرارت بیمار قبل از دیالیز، حین دیالیز و پس از دیالیز.
- قطع دیالیز و بازگرداندن خون بیمار طبق اصول و ضوابط موجود زیر نظر پرستار.
- آشنائی با ماساژ قلب و تنفس بکار بردن آن در موارد اضطراری و کمک به گرفتن الکتروکاردیوگرام به پرستار.
- نظارت دقیق و مراقبت از دستگاههای تصفیه آب و آماده کردن آن.
- انجام سایر امور مربوط.

۲۱- تکنیسین نوار نگاری

تکنیسین نوار نگاری عهده دار انجام اموری از قبیل کاردیوگرافی، الکتروانسفالوگرافی قرار دادن بیمار در برابر دستگاههای مربوط و مراقبت از وی در حین کار دستگاه می باشند.

نمونه وظایف و فعالیتها:

- قرار دادن الکتروود ها روی اعضای مورد نیاز بیمار و اتصال آنها به دستگاه نوار نگاری جهت نوارنگاری.
- کنترل دستگاههای مربوط قبل از بکار انداختن بمنظور اطمینان از درستی آنها.
- دادن دستورات لازم به بیمار به حین آزمایش برای تغییر امواج و یادداشت مواقع و نوع تحریک روی نوار.
- تشخیص زیادی یا کمی فرکانس درمواقع تحریک.

- یادداشت تغییر حالات بیمار در حین آزمایش روی نوار و درمانهای اولیه در صورت بروز خطر.
- دقیق کردن آزمایش در نقاط مشکوک.
- انجام مراقبت لازم در حفظ و نگهداری دستگاهها و تعمیرات جزئی و گزارش عیوب کلی به سرپرست مربوط جهت برطرف کردن آنها.
- خوراندن داروهای تجویز شده توسط پزشک به بیمار یا اتصال سرم به بدن بیمار.

۲۲- مأمور سالن تشریح

مأمور سالن تشریح به انجام اموری از قبیل: کالبد شکافی اجساد طبق دستور پزشک، شستشو و تنظیف و حفاظت وسایل و لوازم و ظروف و ابزار سالن تشریح و احیاناً "مومیایی اجساد طبق دستور پزشک می پردازند.

نمونه وظایف ومسئولیتها:

حمل و نقل اجساد با برانکار از آمبولانس به سالن تشریح و جابجائی آن در محل تشریح.
امشی زدن و ازبین بردن مگسها و کرمهائی که در اجساد فاسد شده یافت می شود.
ضد عفونی و شستشوی سالن تشریح و احتمالاً "اجساد مشکوک به بیماریهای واگیر طبق دستور.
کالبد شکافی قسمتهای مختلف اجساد طبق دستور پزشک.
دوختن و بستن اجساد جهت تحویل به صاحبانشان پس از صدور جواز دفن.
شستشو و تنظیف و حفاظت تجهیزات، وسائل و لوازم، ظروف و ابزار سالن تشریح.
مومیائی نمودن اجساد جهت اعزام به خارج طبق دستور پزشک.

آشنایی مراکز پزشکی و آموزشی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

* مرکز پزشکی ، آموزشی و درمانی آیت الله طالقانی

این مرکز در شمال تهران حوالی اوین، خیابان یمن (تابناک سابق) واقع گردیده و مساحت آن ۴۲ هزار متر مربع با جمع زیر بنای ۴۳ هزار مترمربع واقع است و نوع مالکیت آن وقفی می باشد. تاریخ شروع فعالیت این مرکز از سال ۱۳۵۸ بوده است. این مرکز دارای ۴۶۲ تخت فعال به شرح زیر می باشد.

بخش اورژانس	بخش داخلی
بخش جراحی E.N.T	بخش اطفال
بخش قلب و عروق	بخش زنان و زایمان
بخش هماتولوژی	بخش جراحی عمومی
بخش جراحی عروق	بخش پیوند جراحی
بخش روان پزشکی	بخش C.C.U
بخش غدد	بخش گوارش
بخش جراحی فک و	بخش I.C.U
	صورت
بخش داخلی کلیه	بخش ارتوپدی
بخش جراحی اطفال	بخش دیالیز
	بخش ایزوله عمومی و I.C.U نوزادان

بخش های تشخیصی درمانی این مرکز شامل:

آزمایشگاه، رادیولوژی، طب هسته ای، پاتولوژی، فیزیوتراپی، کار درمانی، ادیومتری، آنژیوگرافی، اکوو تست ورزش، الکتروکاردیوگرافی و سونوگرافی

کمیته های فعال این مرکز عبارتند از :

کمیته مرگ و میر، کمیته مدارک پزشکی، کمیته اتاق عمل، تغذیه، مسایل دارویی، بهداشت و کنترل عفونتهای بیمارستانی و شیر مادر می باشد.
این مرکز دارای ۱۲ اتاق عمل و در رشته های گوارش، جراحی اطفال، غدد و نفرولوژی دستیار فوق تخصصی دارد.

* مرکز پزشکی، آموزشی و درمانی اختر

این مرکز در شمال شهر تهران خیابان دکتر علی شریعتی پل رومی خیابان بوستان واقع شده است که قبل از انقلاب اسلامی با ۲۵ تخت و یک اتاق عمل و واحدهای مختلف درمانی در اختیار نیروی هوایی ارتش آمریکا قرار داشت.

ساختمان سه طبقه این مرکز به مساحت ۳۰۶۰ متر مربع با وسعت زمین ۷۷۵۰ متر مربع که توسط خانم اختر الملوک سهرابی به صورت وقف به جمعیت شیر و خورشید سابق واگذار شده بود، از سال ۱۳۶۵ این مرکز به دانشگاه متبوع واگذار گردیده و با تشریک مساعی دانشگاه و هیأت امنای مرکز کمبود فضاهای آموزشی آن مرتفع گردید و از همان سال به مرکز پزشکی اختر تغییر نام یافت و به فعالیت آموزشی خود در رشته ارتوپدی و بیهوشی تداوم بخشید.

تعداد ۱۲۰ تخت ارتوپدی و تخت جراحی عمومی در این مرکز مورد استفاده بیماران قرار میگیرد. از سال ۶۰-۱۳۵۹ با اضافه شدن بناهای همجوار به مرکز جمع بنای آن به ۱۲۰۰۰ متر مربع رسید و ۴ اتاق عمل جدید در این مجموعه احداث گردید.

کمیته های مرکز علاوه بر کمیته های قبلی شامل:

کمیته آموزش پرستاری	کمیته تخت روز
کمیته سوانح و حوادث	کمیته اداری و مالی
کمیته بهداشت	کمیته انطباق
کمیته عفونت بیمارستان	کمیته تجهیزات پزشکی و داروخانه

* مرکز پزشکی، آموزشی و درمانی امام حسین (ع)

این مرکز در شرق تهران، حوالی میدان امام حسین (ع) خیابان شهید مدنی (نظام آباد سابق) در زمینی به مساحت ۹۴ هزار متر مربع در ۸ ساختمان جداگانه با جمع زیربنای ۴۸ هزار متر مربع واقع است و نوع مالکیت آن ملکی می باشد.

این مرکز دارای ۴۸۰ تخت فعال:	بخش نورولوژی
بخش های داخلی مردان و زنان	بخش جراحی مغز و اعصاب
بخش های جراحی مردان و زنان	بخش روانپزشکی اطفال
بخش رادیولوژی	بخش روانپزشکی مردان
بخش های ارتوپدی زنان و مردان	بخش روانپزشکی زنان
بخش نوزادان	

بخش های تشخیصی و درمانی این مرکز شامل:

آزمایشگاه، پاتولوژی، سونوگرافی، رادیولوژی، گفتار درمانی، کار درمانی، الکتروآنسفالوگرافی، سی تی اسکن، اندوسکپی، پزشکی هسته ای، فیزیوتراپی، اپتومتری، الکتروکاردیوگرافی، اکو و تست ورزش، دیالیز، اسپیرومتری، الکترومیوگرافی و بخش اورژانس و اتفاقات می باشد.

کلینک های این مرکز:

داخلی، اطفال، چشم پزشکی، روانپزشکی، قلب، ارتوپدی، جراحی عمومی، جراحی مغز و اعصاب، زنان و مامایی، جراحی ترمیمی، گوارش، داخلی، اعصاب، بیهوشی، کلیه، مامایی و طب فیزیکی

کمیته های مرکز:

کمیته اجرایی پزشکی	کمیته تخت روز و مدارک پزشکی
کمیته اتاق عمل	کمیته اداری و مالی
کمیته دارو و تجهیزات پزشکی	کمیته تغذیه
کمیته بهداشت و کنترل عفونت	کمیته فرهنگ و ارتباطات
کمیته مرگ و میر و عوارض	کمیته تغذیه با شیرمادر

* مرکز پزشکی، آموزشی و درمانی ۱۵ خرداد

از سال ۱۳۲۰ بیمارستانی در خیابان کریم خان زند، خیابان آبان جنوبی با ۸۰ تخت بانام بیمارستان شوروی آغاز به کار نمود و بعد ها به نام «بیمارستان چهارزی» تغییر نام یافت. این بیمارستان از سال ۱۳۳۶ با نام بیمارستان سازمان و برنامه و از سال ۱۳۴۲ به عنوان بیمارستان وزارت اقتصادی و دارایی فعالیت میکرد. از سال ۱۳۵۲ به نام بیمارستان به آور تحت پوشش وزارت صنایع و معادن، مداوای بیماران آن وزارتخانه را به عهده داشت و از سال ۱۳۶۵ تحت پوشش وزارت بهداشتی قرار گرفت. از همان سال نام این بیمارستان به پانزده خرداد تغییر یافت و از سال ۱۳۶۸ وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران گردید. بالاخره در سال ۱۳۷۳ با انحلال سازمان منطقه ای بهداشتی استان تهران این بیمارستان به دانشگاه متبوع وابسته گردید. این بیمارستان تخصصی از ابتدای سال ۱۳۷۴ با عنوان مرکز پزشکی، آموزشی و درمانی پانزده خرداد نامگذاری گردید. این مرکز در جراحی پلاستیک و ترمیمی، فک و صورت، دست و میکروسکپی، سوختگی، زیبایی و درمان بیماران دیالیزی فعال می باشد. در حال حاضر این مرکز دارای ۷۰۰۰ متر زیر بنا در ۴ طبقه ساختمان در زمینی به مساحت ۴/۲۳۵ متر مربع با مالکیت ملکی می باشد.

مرکز ۱۵ خرداد ۱۵۳ تخت فعال و بخش های زیر می باشد:

- بخش های جراحی ترمیمی، دست و میکروسکپی، پلاستیک و زیبایی زنان و مردان
- بخش های سوختگی مردان و زنان
- بخش های C.C.U، Post C.C.U
- بخش جراحی، جمجمه، فک و صورت

درمانگاههای این مرکز عبارتند از:

داخلی، جراحی، جراحی ترمیمی، دست و میکروسکپی، سوختگی، فک و صورت، پوست، نفرولوژی، قلب و عروق، جراحی پلاستیک

پاراکلینیک های مرکز شامل:

کمیته های مرکز:

اتاق عمل	پرونده های پزشکی	لنژ
دارو و تجهیزات پزشکی	پرستاری و سایر کارکنان	تخت روز
تغذیه و رژیم	کنترل عفونت	سوانح و فوریت های پزشکی
مرگ و میر	طرح کارانه	سوانح و فوریت های پزشکی

* مرکز پزشکی، آموزشی و درمانی شهدای تجریش

فعالیت رسمی این مرکز از سال ۱۳۴۰ آغاز گردید. پس از آن ساختمان درمانگاهها، پاولیول پزشکان و ساختمان ۸ طبقه بخش ها در سال ۱۳۴۷، احداث گردیده در سالهای ۱۳۵۰ و ۱۳۵۱ سازمان شاهنشاهی و خدمات اجتماعی آن زمان اقدام به خرید تعدادی از ساختمانهای مسکونی جنب خیابانهای دربند و حمید جهت گسترش فضای درمانی این مرکز نمود. در حال حاضر این مرکز با زیر بنای ۵۵۰۰۰ متر مربع در زمینی به مساحت ۷۴۰۰۰ متر مربع با مالکیت ملکی به فعالیتهای زیربیط ادمه میدهد.

مرکز شهدای تجریش دارای ۳۵۰ تخت فعال و ۱۰ اتاق عمل به شرح ذیل می

باشد:

بخش اطفال	بخش زنان و زایمان
بخش نوزادان	بخش اورژانس
بخش جراحی مغز و اعصاب	بخش I.C.U
بخش مغز و اعصاب	بخش C.CU
بخش لورولوژی	بخش ادلوژی
بخش جراحی مردان	بخش ریکاوری
بخش داخلی	بخش هماتولوژی اطفال
بخش انکولوژی	بخش هماتولوژی

بخش های شخصی مرکز:

آزمایشگاه، پاتولوژی، الکتروانسفالوگرافی، تست ورزش، اسپیرومتری، اندوسکپی، سی تی اسکن، طب هسته ای، فیزیوتراپی، اپتومتری، رادیوتراپی، سونوگرافی و آنژیوگرافی

درمانگاههای فعال مرکز:

ارولوژی، نورولوژی، داخلی چشم، اطفال، جراحی، زنان و زایمان، قلب، هماتولوژی، دندانپزشکی، جراحی مغز و اعصاب، شیمی درمانی، طب فیزیکی، طب سوزنی، درمانگاه MS و پانسمان و تزریقات

کمیته های مرکز:

کمیته مرگ و میر	دستکاری	تغذیه نظارت بر طرح کارانه
مدارک پزشکی	برنامه ریزی طرح	اداری و مالی دارو و لوازم پزشکی
کنترل عفونت تخت روز	ارزشیابی و نظارت	تجهیزات پزشکی

* مرکز پزشکی، آموزشی و درمانی لقمان حکیم

این مرکز در جنوب غربی تهران، چهار راه لشکر خیابان کمالی و در زمینی به مساحت ۱۶ هزار متر مربع در ساختمانهای ۶۴ طبقه با زیر بنای ۳۰۴۸۲ متر مربع با مالکیت ملکی واقع شده است. این مرکز تا قبل از سال ۱۳۴۵ به نام بیمارستان مسمومین تحت پوشش وزارت بهداشتی وقت بود پس از تکمیل و تجهیز ساختمانهای فعلی در سال ۱۳۵۲ بانام «بیمارستان لقمان الدوله ادهم» به دانشگاه ملی ایران واگذار گردید. پس از پیروزی انقلاب اسلامی با نام «مرکز پزشکی، آموزشی و درمانی لقمان حکیم» تحت پوشش دانشگاه متبوع قرار گرفت.

این مرکز دارای ۳۷۵ تخت فعال و ۱۳ اتاق عمل به شرح ذیل می باشد:

بخش داخلی	بخش جراحی مغز و اعصاب
بخش مغز و اعصاب	بخش گوش، حلق و بینی
بخش قلب و ریه	بخش زنان و زایمان
بخش پوست	بخش بلوک زایمان
بخش اطفال	بخش مسمومین
بخش I.C.U	بخش C.CU
بخش I.C.U مسمومین	بخش جراحی عمومی
بخش عفونی	بخش جراحی عمومی
بخش ارتوپدی	بخش روماتولوژی

بخش های تشخیصی و درمانی مرکز:

آزمایشگاه تشخیص طبی، رادیولوژی، سی تی اسکن، سونوگرافی، اندوسکپی، لاپاراسکپی، بروفکوسکپی، ادیومتری، کار درمانی، فیزیوتراپی، الکترومیوگرافی، نوار مغزی، اکو، تست ورزش، اسپرومتری و سنجش تراکم استخوان، دندانپزشکی، الکتروکاردیوگرافی، پاتولوژی، الکترو انسفالوگرافی، آنژیوگرافی، بخش اورژانس

کلینک های مرکز:

ارتوپدی، جراحی عمومی، اطفال وزایمان، جراحی اعصاب، داخلی، اعصاب، قلب، ریه، روماتولوژی، مسمومین، عفونی، ENT، روانپزشکی، مشاوره روانپزشکی و پوست می باشد.

کمیتة های فعال مرکز:

ارزشیابی اعضاء هیئت علمی، ارزشیابی بیمارستان، کنترل عفونت و انرژی اداری و مالی، اتاق عمل مرگ و میر، دارو و لوازم پزشکی مصرفی، بهداشت تغذیه

*** مرکز پزشکی، آموزش و درمانی شهید آیت...مدرس**

این مرکز در شمال غربی تهران، خیابان سعادت آباد قرارداد که در سال ۱۳۵۴ توسط سازمان برنامه و بودجه تجهیز و به دانشگاه ملی ایران واگذار گردید و از همان سال با ۲۲۷ تخت در بخش های مختلف شروع به کار نمود.

در حال حاضر جمع زیر بنای ساختمانهای این مرکز بالغ بر ۱۷۸۸۸ متر مربع می باشد که در زمینی به مساحت ۱۹۵۱۳ مترمربع و با مالکیت ملکی قرار دارد.

این مرکز دارای ۲۳۴ تخت فعال و ۸ اتاق عمل به شرح زیر میباشد:

بخش اورولوژی	بخش داخلی
بخش قلب	بخش I.C.U اطفال
بخش هماتولوژی	بخش I.C.U جنرال (عمومی)
بخش C.CU	بخش I.C.U جراحی قلب
بخش Post C.C.U	بخش جراحی قلب
بخش جراحی عمومی	بخش Post I.C.U
بخش دیالیز	بخش قلب اطفال

درمانگاههای این مرکز عبارتند از:

داخلی، جراحی، اورولوژی، قلب، اورژانس، قلب اطفال، هماتولوژی، نفرولوژی، پوست

بخش های تشخیصی درمانی مرکز:

فیزیوتراپی، اکوکاردیوگرافی، تست ورزش، آنالیز پیس (تحلیل ضربان ساز)، اسپیرومتری، آنژیوگرافی قلب و کلیه، پیس میکرو دایم و موقت (ضربان ساز دایم و موقت)، والولوپلاستی (باز کردن دریچه تنگ)، آزمایشگاه، رادیولوژی، سونوگرافی، سینوسکوپی، اندوسکوپی، آسیب شناسی و لابراتوار کاتریم قلبی

کمیته های فعال مرکز:

کمیته مشترک پرستاری و اداری کمیته انرژی
کمیته بهداشت و کنترل عفونت کمیته تغذیه
کمیته مدارک پزشکی کمیته اجرائی
کمیته نظارت بر اجرای طرح کارانه کمیته مرگ و میر
کمیته دارویی و لوازم مصرفی پزشکی کمیته دستیاری
کمیته دارویی و لوازم مصرفی پزشکی کمیته کاردر برنامه ریزی هیئت علمی
کمیته صرفه جویی کمیته شورای آموزشی

*** مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی سل و بیماریهای ریوی (مسیح دانشوری)**

این مرکز در شمالی ترین نقطه تهران (شمال شرقی نیاوران) در قریه دار آباد به مساحت ۶۰۰۰۰ متر مربع در ۲۰ ساختمان جداگانه از ۱ تا ۶ طبقه جمع زیربنای ۳۰۰۰۰ متر مربع با مالکیت ملکی واقع شده است. این مرکز که در سال ۱۳۱۲ شروع به فعالیت نموده، در گذشته موسوم به بیمارستان شاه آباد بوده است و بیماران ریوی در آن بستری و مداوا میشوند.

این مرکز دارای ۳۸۰ تخت فعال و ۴ اتاق عمل است به شرح زیر میباشد:

بخش جراحی عمومی و قفسه سینه و گوش و حلق و بینی	بخش های داخلی زنان
بخش TB سل زنان	بخش اورژانس
بخش TB سل مردان	بخش اطفال
بخش I.C.U	بخش های داخلی مردان

بخش های تشخیصی و درمانی این مرکز:

آزمایشگاهها، رادیولوژی، آزمایشگاه تنفس، واحد قلب، واحد برونکوسکوپی، واحد فیزیوتراپی، واحد لیزر

کلینیک ها عبارتند از:

۹ درمانگاه ریه، داخلی، قلب، اطفال، سل، جراحی، دندانپزشکی، آنکولوژی، گوش و حلق و بینی

شوراهای مرکز:

۱- شورای عالی ۲- شورای علمی ۳- شورای آموزشی ۴- شورای پژوهشی

آموزش	کنترل عفونت	انتشارات	کمیته های مرکز:
اجرایی پزشکی	اتاق عمل	کمیسیون پزشکی	
مدارک پزشکی	پاتولوژی و نسوج	ارزشیابی اعضاء هیئت علمی	
اخلاق پزشکی	پرستاران و کارکنان	بازآموزی	
ارزشیابی بیمارستان	طرح کارانه	مرگ و میر	

* مرکز پزشکی، آموزش و درمانی کودکان مفید

این مرکز که شروع فعالیت آن از سال ۱۳۵۴ می باشد در شمال شهر تهران خیابان دکتر علی شریعتی در زمینی به مساحت ۱۰۰۰۰ مترمربع و در ساختمانی با زیر بنای ۱۲۰۰۰ متر مربع و در شش طبقه با مالکیت واگذاری واقع است.

این مرکز دارای ۱۹۴ تخت فعال و ۱۳ اتاق عمل به شرح زیر است:

بخش خون اطفال	بخش اعصاب اطفال
بخش گوارش و کلیه اطفال	بخش نوزادان
بخش کلیه	بخش جراحی مغز و اعصاب
بخش عفونی اطفال	بخش جراحی مغزو اعصاب
بخش جراحی اطفال	بخش I.C.U
بخش اورژانس	بخش N.I.C.U
بخش دیالیز صفاتی	

بخش های تشخیصی مرکز عبارتند از:

آزمایشگاه، سونوگرافی، الکتروانسفالوگرافی، الکترومیوگرافی، سی تی اسکن، رادیولوژی و آندوسکوپی

کلینیک های فوق تخصصی:

اعصاب، خون، نوزادان، جراحی اطفال، کلیه، گوارش، ارتوپدی، اطفال و جراحی مغزو اعصاب اطفال

کلینیک های تخصصی:

روانپزشکی، بیهوشی، تغذیه (رژیم درمانی)، داخلی اطفال، چشم پزشکی، گفتار درمانی، کاردرمانی، فیزیوتراپی و دندانپزشکی

شوراهای کمیته های مرکز:

- شورای آموزشی، شورای هماهنگی، شورای اتاق عمل
- کمیته های کنترل عفونت، مرگ و میر، مدارک پزشکی، سوانح و فوریت های پزشکی، نظارت بر طرح کارانه، اخلاق پزشکی، پژوهشی دستیاری، ارزشیابی درونی، بهداشت، دارو و لوازم مصرفی پزشکی و امتحانات.

*** مرکز پزشکی، آموزشی و درمانی مهدیه**

این مرکز در جنوب تهران محدوده میدان شوش خیابان فدائیان اسلام روبروی خیابان منصور ور در زمینی به مساحت ۲۹۰۰۰ متر مربع با زیر بنای ۱۳۰۰۰ متر مربع با مالکیت وقفی قرار گرفته است.

بخش های تشخیصی مرکز:

آزمایشگاه، پاتولوژی، سونوگرافی، رادیولوژی

کلینیک های مرکز:

جراحی، اطفال، داخلی، عمومی، پره ناتال، تنظیم خانواده، دندانپزشکی، نازایی و بیهوشی

این مرکز دارای ۱۵۴ تخت فعال و ۴ اتاق عمل به شرح زیر می باشد:

بخش نوزادان	بخش بلوک زایمان
بخش سزارین	بخش I.C.U
بخش جراحی عمومی زنان	بخش N.I.C.U
بخش زایمان طبیعی تحت نظر	بخش لیبر
بخش بعد از زایمان	

درمانگاه های مرکز:

اطفال، بهداشت و تنظیم خانواده، دندانپزشکی، زنان و زایمان، داخلی، جراحی عمومی، پره ناتال، نازایی و IVF و بیهوشی

بخش تشخیصی مرکز:

آزمایشگاه، الکتروکاردیوگرافی، پاتولوژی، سونوگرافی، فیزیوتراپی، رادیولوژی و بخش اورژانس

کمیته های مرکز:

آموزشی، دستیاری، پرستاری، کنترل عفونت، فنی تخصصی، خرید تجهیزات پزشکی، کیفیت حسابرسی، آموزش ضمن خدمت، مرگ و میر، مدارک پزشکی و طرح کارانه

* مرکز پزشکی، آموزش و درمانی شهید دکتر لبافی نژاد

این مرکز در شمال تهران خیابان پاسداران بوستان نهم در زمینی به مساحت ۱۵۰۰۰ متر مربع و در ساختمان جداگانه با زیر بنای ۳۷ هزار مترمربع با مالکیت ملکی واقع است. آغاز فعالیت مرکز از سال ۱۳۶۰ می باشد.

این مرکز دارای ۳۳۷ تخت فعال و ۱۱ اتاق عمل به شرح زیر می باشد:

داخلی مردان	عفونی مردان
داخلی زنان	عفونی زنان
ارولوژی مردان	بخش C.CU
ارولوژی زنان	بخش I.C.U
ارولوژی اطفال	دیالیز بزرگسالان
پیوند کلیه	دیالیز اطفال
سنگ شکن	رتین
چشم مردان	چشم زنان
ریکاوری	

آزمایشگاه، آسیب شناسی، رادیولوژی، سونوگرافی، الکتروکاردیوگرافی، تست ورزش، اسپیرومتری، طب هسته ای، برونکوسکوپ، توپوگرافی، آستوگراف و لیزر چشم، آنژیو اکو چشم، اکو کاردیوگرافی، بینایی سنجی، همودیالیز، سنگ شکن کلیه و اسکن

کلینک های مرکز:

آموزشی	پرستاری
پزشکی	اتاق عمل
مدارک پزشکی	بهداشت
مرگ و میر	کتابخانه
کنترل عفونت های بیمارستانی	ورزش

* بیمارستان طرفه

این بیمارستان در خیابان بهارستان مقابل سازمان تبلیغات اسلامی قار دارد و سابقه خدمات بیمارستان طرفه به سال ۱۳۱۸ بر میگردد. در آن سازمان ریاست بیمارستان به عهده آقای دکتر مهدی طرفه بود. از سال ۱۳۲۰ این بیمارستان بانام «بهداری کل وزارت راه» فعالیت رسمی خود را آغاز کرد و از سال ۱۳۲۵ همزمان با تصویب قانون استخدام کشوری و برخورداری کارکنان بهداری از مزایای قانون رسمی فعالیت این بیمارستان چشم گیر تر شد. این بیمارستان در سال ۱۳۳۶ با مساحت ۴۰۰۰ متر مربع رسماً افتتاح گردید و به پاس خدمات آقای دکتر طرفه به نام ایشان نامیده شد. این بیمارستان از تیر ماه ۱۳۷۳ تحت پوشش دانشگاه متبوع قرار گرفت.

این بیمارستان تعداد ۱۳۴ تخت فعال و ۲ اتاق عمل به شرح زیر دارد:

بخش داخلی	بخش چشم
بخش های C.C.U	بخش اورژانس
بخش های جراحی زنان و مردان	بخش بلوک زایمان
بخش نوزادان	

کلینیک های بیمارستان:

دندانپزشکی، جراحی کلیه و مجاری ادرار، جراحی عمومی، زنان و زایمان، اطفال، گوش و حلق و بینی، چشم پزشکی، پوست، داخلی، قلب و عروق

بخش تشخیصی بیمارستان:

فیزیوتراپی، سونوگرافی، ادیومتری، اپتومتری، الکتروکاردیوگرافی، اندوسکوپی، ادیولوژی، رادیولوژی، آزمایشگاه اورژانس

کمیته های بیمارستان:

تخت روز، بهداشت، کنترل عفونت، مرگ و میر، اتاق عمل، تغذیه و ترویج شیرمادر، پایش تغذیه آموزش، مدارک پزشکی، دارو و تجهیزات پزشکی.

* بیمارستان شهید آیت... اشرفی اصفهانی

این بیمارستان در سال ۱۳۲۰ در چهارراه مولوی تهران، جنب بازار دباغها «درمانگاه برزن» تأسیس گردید. در سال ۱۳۵۳ این درمانگاه به سازمان شیرو خورشید وقت واگذار شد و از سال ۱۳۵۵ تحت پوشش وزارت بهداری قرار گرفت. این درمانگاه از همان زمان با مرکز درمانی دیگری که در مجاورت آن قرار داشت (موقوفه حکیم الملک) ادغام شد و به «بیمارستان مولوی» موسوم گردید. بالاخره پس از شهادت آیت... اشرفی اصفهانی نام این بیمارستان به نام ایشان موسوم گردید.

کل بنای ساختمانهای این بیمارستان ۹۶۳۷ مترمربع می باشد که درزمینی به مساحت ۷۹۰۵ مترمربع استقرار دارد.

این بیمارستان دارای ۹۵ تخت فعال و ۴ اتاق عمل به شرح زیر می باشد:

بخش مردان	بخش اورژانس
بخش زنان	بخش دیالیز
بخش اطفال	بخش تالاسمی

کلینیک:

داخلی، ارتوپدی، اطفال، جراحی عمومی، عفونی، گوش و حلق و بینی، چشم پزشکی، دندانپزشکی، پوست، کلیه و مجاری ادرار

بخش های تشخیصی:

رادیولوژی، سونوگرافی، آزمایشگاه، فیزیوتراپی، اندوسکوپی، الکتروکاردیوگرافی، دیالیز و اورژانس

کمیته ها:

کنترل عفونت بیمارستانی، مرگ و میر، تخت روز، تغذیه، لنز کاری، دارو و لوازم مصرفی، اداری و مالی، نظارت بر اجرای طرح کارانه، نظارت و ارزشیابی درونی بیمارستان، اتاق عمل و برنامه ریزی.

بیمارستانهای وابسته شهرستانها

۱- بیمارستان امام خمینی "ره" فیروزکوه
این بیمارستان در شهرستان فیروزکوه در سال ۱۳۱۶ تاسیس گردید و در حال حاضر دارای ۳۰ تخت فعال می باشد.

۲- بیمارستان سوم شعبان دماوند
این بیمارستان در شهرستان دماوند (جیلارد) واقع گردیده است و در حال حاضر دارای تخت می باشد.

۳- بیمارستان شهید مفتاح
این بیمارستان قبلا به اداره کل کشاورزی و عمران روستایی شهرستان ورامین تعلق داشت و در حال حاضر دارای ۱۲۵ تخت فعال می باشد.

۴- بیمارستان زعیم
این بیمارستان در سال ۱۳۴۹ در شهرستان پاکدشت ورامین با مالکیت وقفی ساخته شده و در حال حاضر دارای ۴۱ تخت فعال می باشد.

*

*

*

مازنی و بان : درآمدی بر اپیدمیولوژی، جانقربانی، محسن. خدمات فرهنگی کرمان. چاپ سوم. ۱۳۸۱

1. Development of effective Patient-Provider Relationships and communication skills

1 . Silverman, J. Preparing for Patients (PfP) course, Module A - Meeting patients in primary care; Student Handbook 2004 - 2005 . University of Cambridge.

Available from:

<http://www.bio.cam.ac.uk/sbs/facbiol/courseinfo/PfP/PFPahandbk2004-05.pdf>.

Oct 2004

1 .. Preparing for Patients (PfP). Module A: Meeting patients in primary care. 2004 – 2005. GP Tutors' Guide. University of Cambridge

1. PATIENT-CENTRED MEDICAL INTERVIEW COMMUNICATION

SKILLS GUIDE available from EEG/commskills/GKTM/2001

1 . Kurtz ,S Laidlaw, T. Makoul ,G. Schnabl, G. Medical Education Initiatives in Communication Skills Cancer Prevention & Control 3, 1999; 3(1): 37-45.

1 . Beck, RS. Daughtridge, R. Sloane, PD. Physician-Patient Communication in the Primary. Care Office: A Systematic Review. J Am Board Fam Pract 2002;15:25–38.)

1 . Silverman, J. Griffiths, J. Preparing for Patients (PfP), Module B: Meeting Patients in Hospital; Student Handbook 2004-2005. University of Cambridge.
<http://www.bio.cam.ac.uk/sbs/facbiol/courseinfo/PfP/PFPBhandbk.pdf> . Oct 2004

1 . Communication Skills, available from:

http://www.nottingham.ac.uk/medical-school/undergraduate/communication_skills.html#semester-1. Oct 2004

1 . Communication Skills, available from:

http://www.nottingham.ac.uk/medical-school/undergraduate/communication_skills.html#semester-34. Oct 2004

1 . Platt FW, Gaspar DL, Coulehan JL, Fox L, Adler AJ, Weston WW, Smith RS, Stewart M. "Tell Me about Yourself": The Patient-Centered Interview. Ann Intern Med. 2001; 134: 1079-1085.

1 . PPD - Engaging with people: self, patients, colleagues and the community. Available from:

<http://www.hull.ac.uk/engprogress/Prog3Papers/LittlewoodES.pdf>. Oct 2004

1 . Kurtz,S. Silverman, J. Benson, J Draper, J. Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching: Enhancing the Calgary–Cambridge Guides. Academic Medicine.2003. 78: 802-809.

1 . Makoul, G. Essential Elements of Communication in Medical Encounters Academic Medicine .2001. 76: 390-393.

1 . Communication Skills & Cultural Competency. Available from:

<http://www.users.cloud9.net/~jgh841/OLCon9/welcome.htm>.

1 . Towle, A. Godolphin, W. Framework for teaching and learning informed shared decision making. BMJ 1999;319:766-771.

1 . Maguire, P. Pitceathly, C. Key communication skills and how to acquire them. BMJ 2002;325:697-700

1 . Silverman, J. Griffiths, J. Preparing for Patients (PfP) course. Module D Meeting patients at home: continuity of care. Student Handbook 2003 – 2004. University of Cambridge. Available from:

<http://www.bio.cam.ac.uk/sbs/facbiol/courseinfo/PfP/PFPDhandbk.pdf> . Oct 2004

1 . WHAT ARE LISTENING SKILLS? The University of Alabama. Available from: <http://leadership.ua.edu>. Oct 2004

1 . Listening Strategies. Available from: <http://www.w3.org/TR/REC-html40> . Oct 2004

1 . Gordon, T. Listening Skills. Available from: www.laypastorsociety.org. Oct 2004 .

1 . LISTENING SKILLS. Available from: <http://www.northyorks.gov.uk/pps/psych>. Oct 2004

1 . Characteristics of good listening. A Resource of: The Office of Greek Life and The IFC and Panhellenic Councils at The University of Montana. Available from: www.daneprairie.com.

1 . Listening Skills. Available from: http://www.d.umn.edu/student/loon/acad/strat/ss_listening.html.

1 . Gill, E. Clinical Communication and Ethics in Healthcare. IPE Year 1. Student Pack. King's college , London. 2003-2004

«کار عملی تماس زودرس با بیمار»

هدف کلی درس عملی تماس زودرس با بیمار آشنائی کلی دانشجویان دانشجویان ترم ۳ با وظایف کلی بیمارستان می باشد. این درس عملی در حال حاضر بصورت حضور چهار پنجشنبه متوالی در یک بیمارستان آموزشی (لقمان حکیم و یا شهدا) می باشد. هر چند این دوره دانشجویان را برای طی دوره های آموزشی بعدی در بیمارستان در سالهای بالاتر تحصیل آماده می کند ولی بیشتر بر جنبه های مدیریتی و مجموعه فعالیت هایی که بطور مستقیم به مراقبت بیمار نمی پردازد تاکید دارد. به عبارت دیگر دانشجویان در خلال این بازدید، دیدی جامع از بیمارستان، واحدها و بخش های مختلف در آن پیدا میکنند. زمانی که در سال های آتی بعنوان کار آموز وارد بخش های مختلف بیمارستان میشوند. از جایگاه آن بخش و فرایند چرخش و خدمات به بیمار در کنار آموزش مسایل طبی، اطلاع دارد. روابط انسانی بین بیماران و همراهان آنان از یکطرف و سیستم ارائه خدماتی بیمارستان نیز موضوع مهم دیگری است که میتواند مورد توجه دانشجویان قرار گیرد.

اهداف اختصاصی :

- A. آشنائی با واحد های بیمارستان
- B. آشنائی با مجاری ورود بیمار و سایر مراجعین به بیمارستان و فرایند پذیرش بیمار
- C. آشنائی با اورژانس و درمانگاه های سرپائی
- D. آشنائی با فعالیت های واحد مددکاری
- E. آشنائی با فرایند چرخش بیمار در بیمارستان
- F. آشنائی با نحوه خروج بیمار (ترخیص)

پنجشنبه	برنامه آموزشی
اول	بازدید کلی از بیمارستان
دوم	آشنائی با درمانگاه های سرپائی و فعالیت های مددکاری
سوم	آشنائی با فرایند پذیرش بیمار و فعالیت های واحد پذیرش
چهارم	آشنائی با فرایند ترخیص بیمار و فعالیت های واحد ترخیص

پنجشنبه اول: تور بازدید از بیمارستان

- در روز اول دانشجویان بصورت گروهی از همه قسمت های بیمارستان به ترتیب زیر بازدید می کنند.
- در ساعت ۸ صبح تعداد ۱۰-۸ نفر از دانشجویان در دفتر گروه پزشکی اجتماعی بیمارستان حضور پیدا می کنند.
 - ابتدا مسئول بازدید از بیمارستان که یک نفر از اعضای هیئت علمی گروه پزشکی اجتماعی می باشد به مدت ۱۵ دقیقه اهداف بازدید را بیان کرده و نحوه ورود بیماران و فرایند چرخش و خروج آنها را نام می برد.

سپس همه دانشجویان با پوشیدن روپوش به همراه استاد از دری که مراجعین وارد بیمارستان وارد می شوند خارج شده و بازدید با ورود به بیمارستان از چند قدمی درب بیمارستان شروع می شود.

در این مرحله دانشجویان باید به نکات زیر توجه نمایند:

- سهولت ورود به بیمارستان و عدم تجمع در مقابل درب آن
- وجود تابلو های بیمارستان و پزشکان
- وجود علائم راهنما و مشخص کننده مکان های مختلف
- مشخص بودن روز ها و ساعات مراجعه و ملاقات
- نحوه برخورد نگهبانان
- وجود واحد اطلاعات
- نحوه راهنمایی و برخورد مسئول اطلاعات
- وجود آب آشامیدنی، دستشوئی و توالت مردانه و زنانه قابل دسترس و بهداشتی بودن آنها
- بهداشتی بودن محیط بیمارستان
- مناسب بودن ورود و خروج آمبولانس و اتومبیل هائی که بیماران را منتقل می کنند
- در دسترس بودن برانکار مناسب حمل بیمار
- وجود افراد کمک کننده به انتقال بیمار
- نحوه برخورد با همراهان

الف- ورود بیمار به بیمارستان

معمولا مسیر رسمی ورود به بیمارستان واحد پذیرش و خروج از آن ترخیص می باشد. در موارد اورژانس اقدامات درمانی برای بیمار قبل از پذیرش از مسیر رسمی آغاز شود. بیمار یا خود به درمانگاه های بیمارستان و اورژانس مراجعه می کند، یا توسط افراد دیگر به اورژانس آورده میشود و یا اینکه از بیمارستان ها و مراکز درمانی دیگر به بیمارستان فرستاده می شود.

واحد پذیرش

پذیرش با واحدهای امور مالی (از نظر محاسبه هزینه های درمان بیمار) و واحد آمار رابطه نزدیک دارد و از سوی دیگر به علت اینکه قسمت پذیرش مجرای ارتباطی بین بیمارستان و بیمار و نزدیکان وی است، از لحاظ روابط عمومی و حفظ شهرت بیمارستان در جامعه با اهمیت تلقی می گردد. واحد پذیرش به دو بخش بیماران سرپائی (پذیرش درمانگاه) و پذیرش بیماران بستری تقسیم می گردد.

الف- پذیرش سرپائی

ب- پذیرش بیماران بستری

بازدید از واحدهای بیمارستان و توضیح مختصر در مورد شرح وظایف آنها و آشنائی با کارکنان هر قسمت

الف- واحد های ارائه خدمات سلامت

۹- اورژانس

۱۰- تحت نظر

۱۱- درمانگاه های تخصصی

۱۲- واحد های تشخیصی طبی

الف- آزمایشگاه (هماتولوژی، بیوشیمی، میکروبیولوژی، پارازیتولوژی)

ب- رادیولوژی (X-Ray، سونوگرافی، MRI، Ct-Scan)

ج- بینائی سنجی

د- شنوائی سنجی

ه- اکو کاردیوگرافی

و- تست ورزش

ز- اسپرومتری

ح- اندازه گیری تراکم استخوانی

ط- سایر

۱۳- بخش های بستری شامل:

گروه داخلی (داخلی عمومی، قلب و عروق، ریه، غدد، روماتولوژی، کلیه، گوارش، خون)، مغز و اعصاب، پوست عفونی، کودکان، روانپزشکی، اورژانس و مسمومین، گروه جراحی (جراحی عمومی، جراحی اعصاب، اورتوپدی، ارولوژی، چشم، گوش و گلو و بینی، زنان و زایمان، جراحی قلب، جراحی عروق و پیوند). هر بیمارستان حداقل باید دارای چهار بخش اصلی، داخلی، جراحی، کودکان و زنان باشد.

۱۴- اطاق عمل

۱۵- (Coronary Care Units) CCU

۱۶- (Intensive Care Units) ICU

۱۷- (Neonatal Intensive Care Units) NICU

۱۰- واحد های توانبخشی: فیزیوتراپی، رادیوتراپی

ب- واحد های اداری - پشتیبانی

ریاست

معاونت آموزشی و پژوهشی

مدیریت بیمارستان

مدیریت پرستاری

امور اداری مالی و واحد های وابسته

پذیرش

ترخیص

آمار

مدارک پزشکی

بایگانی پزشکی

مددکاری اجتماعی

رختشویخانه

واحد استریلیزاسیون (CSR) Central sterilization room

داروخانه

کتابخانه

آشپزخانه

تاسیسات

واحد دفع زباله و تصفیه فاضلاب

خدمات

آشنایی با سیستم سرپائی مرکز آموزش پزشکی درمانی

مقدمه: یکی از ارکان مهم مراکز آموزش پزشکی، سیستم سرپائی آن مرکز یا بیمارستان است. از طریق سیستم سرپائی همراه با بخش اورژانس است که بیماران در بخش های مرکز خدمات درمانی می گیرند. گروهی از بیماران درمان سرپائی میشوند، یعنی با دریافت دستورات دارویی از درمانگاه بیمارستان خارج می شوند و گروهی که نیاز به خدمات بیشتر دارند، در بیمارستان معمولاً صبح ها آموزش دانشجویان و رزیدنت در درمانگاه ها توسط استاد راهنما انجام میشود. ولی در ساعات بعد از ظهر کلینک های ویژه اساتید با حضور و مداوای بیماران توسط متخصص و استاد به بیماران خدمات میدهد. بستری میشوند. سیستم سرپائی، پذیرش و بایگانی مخصوص به خود را دارد و آشنایی دانشجویان با نحوه انجام کارایی این سیستم ضروریست. در مراکز آموزش پزشکی، سیستم سرپائی متشکل از کلینک های مختلف است.

هدف: آشنایی با سیستم سرپائی مرکز آموزش

نحوه اجرا: دانشجویان با کمک استاد راهنما در مرکز درمانگاهی مرکز حضور یافته و در ابتدا با سیستم پذیرش آشنا شده و با درمانگاههای موجود و نحوه کار آنها آشنا میشوند (نوع پذیرش بیماران) در جریان این آموزش سرپرست و مسئول درمانگاههای مرکز استاد راهنما را همراهی و کمک می نماید.

ارزیابی: در پایان دانشجویان گزارش را از بازدید خود تنظیم و ارائه مینمایند.

آشنایی با سیستم مددکاری در بیمارستان ها و نقش این بخش و افراد شاغل در این بخش برای کمک به بیماران.

وظایف دانشجو:

۱- دانشجو با مددکار و شرح وظایف او آشنا شود.

الف - مددکار اجتماعی کیست ؟

مددکار اجتماعی امور مربوط به بررسی مسائل و مشکلات و نیازمندیهای عاطفی ، اقتصادی ، اجتماعی و روانی مراجعین به بیمارستانها و مراکز بهداشتی و درمانی در محل و یا در واحدهای ستادی که خط مشی اساسی و سیاست اجرایی را در بیمارستانها و مراکز بهداشتی و درمانی تعیین می کنند بعهده دارند و یا طرح ریزی ، هماهنگی ، اجرا و سرپرستی فعالیتهای فوق را عهده دار می باشند.

ب - نمونه وظایف و مسئولیتهای:

هماهنگی با پذیرش و پزشکان در ارتباط با معرفی بیماران سرپایی با توجه به مشکل درمانی و اجتماعی و تشخیص نوع بیماری آنها.

تحقیق و بررسی در زمینه شناخت مسائل و مشکلات اجتماعی ، اقتصادی و خانوادگی روانی و درمانی بیماران با مراجعه روزانه به بخشهای بیمارستان و تماس با پزشک و بیمار و سایر کادر درمانی و مذاکره با بیماران.

تماس با موسسات درمانی ، بهداشتی ، آموزشی و اجتماعی در رابطه با مشکلات مالی ، خانوادگی و اقتصادی بیماران بستری و سرپایی .

مصاحبه با بیمار و خانواده وی در مورد اخذ رضای جهت انجام عمل جراحی و آمادگی برای جراحی و قطع عضو و تقویت روحیه بیمار.

بررسی وضعیت مالی بیماران و حل مشکل پرداخت هزینه های درمانی برای بیماران نیازمند. تشکیل پرونده اجتماعی و صدور کارت شناسایی بمنظور حفظ سوابق بیماران و پیگیری اقدامات درمانی پس از ترخیص بیمار.

ارائه گزارش و اطلاعات به مقامات مسئول بیمارستان و یا مراکز بهداشتی و درمانی و کسب اطلاعات مورد نیاز بمنظور حل مشکلات بیماران.

آماده سازی بیماران جهت بازگشت به اجتماع.

تهیه طرح های لازم برای پیشگیری از وقوع حوادث و بیماریها خصوصا " بیماریهایی که علت اصلی آن مشکلات اجتماعی و اقتصادی و یا مسائل نظیر آنها تشکیل میدهد.

شناسایی و استفاده از منابع اجتماعی ، رفاهی خصوصا " نهادهای انقلابی برای کمک به حل مشکل بیماران.

برنامه ریزی جهت آشنا نمودن و جلب مشارکت افراد مخصوصا " موسسات و نهادهای انقلابی و ایجاد انگیزه در مورد همکاریهای بهداشتی و درمانی جامعه.

تهیه گزارش از وضعیت اجتماعی و اقتصادی بیمار که مورد نیاز کمیسیونهای پزشکی و از کارافتادگی و نقص عضو می باشد.

همکاری در جهت پیشبرد آموزش عملی دانشجویان مددکاری

سئوالاتی که دانشجو توسط آن یک مصاحبه خوب (dept Interview) بخش مددکاری در بیمارستان انجام میدهد و میتواند به عملکرد آنان کاملاً آشنا شود.

- ۱- منابعی که احتیاجات مالی این قسمت را تامین می نماید چیست.
- ۲- آیا از طرف بیمارستان بودجه مخصوصی برای کمک به بیماران در دسترس این دایره گذاشته شده است .
- ۳- درمورد خرج و کنترل بودجه مددکار اجتماعی (جهت بیماران) چه فردی کنترل آن را بعهده دارد.
- ۴- در مورد موارد مخصوص و مطالعه بر روی یک بیمار چه نکات و موازینی رعایت می گردد.
- ۵- بطور معمول مشکلات بیماران از چه نوع می باشد و در مقابل آن دایره مددکاری چه کمکهایی می نماید.
- ۶- از چه طریق و به وسیله چه افرادی بیماران به این دایره معرفی میشوند.
- ۷- آیا بجز منابع داخلی و خارجی بیمارستان هم بیماران معرفی می گردند.
- ۸- قبل از کمک های مالی به بیماران تحصیل چه اجازه هایی لازم است .
- ۹- آیا مددکاران اجتماعی در موقع ویزیت بیماران بستری توسط کادر پزشکی با پزشکان همراهی می نمایند.
- ۱۰- تا چه حدود گزارشهایی مددکاران اجتماعی جهت نوع و هزینه درمان بیماران موثر واقع می گردد.
- ۱۱- پس از مرخص نمودن بیماران از بیمارستان آیا دایره مددکاری مشکلات بیماران را پی گیری می کند.
- ۱۲- در مورد بهداشت و تنظیم خانواده در خانواده یا در زمان ترخیص از بخش زنان چیست . نقش مددکار اجتماعی چیست ؟
- ۱۳- آیا مددکار اجتماعی مشکلات کارکنان بیمارستان را حل می نماید.
- ۱۴- در مصاحبه ای که در موقع پذیری بیماران انجام می گیرد آیا مددکار اجتماعی شرکت می نماید.
- ۱۵- رابطه مددکار اجتماعی با دایره نوتوانی چگونه است .
- ۳- دانشجو بتواند با یک نفر از افرادی که در زمان بازدید او از این بخش حضور دارند مصاحبه کرده و از مشکلات او تاثیر بیماری او بر خانواده از نظر عاطفی و مالی و اقتصادی آگاهی نماید.
- ۴- گزارش تهیه نماید و نظرات انتقادی و اصلاحی خود را بنویسید.

وظیفه استاد:

معنی مصاحبه و مصاحبه عمیق (In dept Interview) و انواع روش هایی که می توان سیستمی را ارزیابی کرد و توضیحات لازم را در شروع کار بدهد در طرح این سئوالات و آشنایی با سیستم مددکاری حضور داشته و دانشجو را راهنمایی نماید.

گزارش مربوطه را مطالعه و با اهداف لازم برای آشنایی با این سیستم مقایسه و ارزیابی نماید.

برگه مصاحبه و مشاوره بیمار توسط مددکار اجتماعی**شماره پرونده :**

کد پذیرش :	تاریخ و ساعت مصاحبه :
سابقه بستری :	بخش :
مدت بستری :	تخت :
تاریخ بستری :	انتقال :

مشخصات بیمار:

نام و نام خانوادگی :	محل صدور:	وضعیت
تاهل:		
نام پدر:	ملیت:	شغل:
شماره شناسنامه :	مذهب :	
تحصیلات:		
سال تولد:		بیمه :

آدرس منزل و تلفن :**آدرس محل کار و تلفن:****توضیحات:**

مشخصات خانواده بیمار

ردیف	نام و نام خانوادگی	نسبت با بیمار	سن	تحصیلات	شغل	ملاحظات
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						
۶						
۷						
۸						
۹						
۱۰						

عنوان واحد: پذیرش بیمارستان

معرفی اجمالی:

واحد پذیرش مسیر ارتباطی بین بیمارستان و بیمار می باشد و مسئولیت تشکیل پرونده بیماران جهت به جریان افتادن فعالیتهای بهداشتی و درمانی به عهده این واحد می باشد.

هدف:

آشنایی با ساختار و تشکیلات پذیرش و نحوه جریان یافتن امور بیماران در بیمارستان می باشد.

نحوه اجرا:

دانشجویان همراه با استاد راهنما در جلسه ای با حضور مسئول پذیرش نسبت به امور جاری آن واحد توجیه و سپس جریان کار بیمار را در مراجعه به الف: اورژانس های مختلف بیمارستانی ب: مراجعه به درمانگاههای تخصصی بیمارستانی به صورت عملی با بیمار یا همراه بیمار طی می نمایند.

وظایف دانشجوی:

شرکت فعال در جلسه توجیهی، همراهی با بیمار یا با همراه بیمار جهت سیر تشکیل پرونده و بالاخره پس از تجزیه و تحلیل علمی و تجربی گزارش کتبی بازدید را ارائه خواهند داد.

وظایف استاد:

همراهی و همراهی و توجیه دانشجویان با توجه به اهداف تعیین شده.

نحوه ارزشیابی:

نحوه ارزشیابی دانشجویان براساس مشارکت فعال آنان و ارائه گزارش کتبی گروهی خواهند بود.

عنوان: واحد ترخیص بیمارستان

معرفی اجمالی:

واحد ترخیص بیمارستان امور مربوط به تسویه حساب "محاسبه کلیه هزینه های بیمارستانی، لوازم مصرفی، حق العمل ها، مشاوره ها، و..... را با توجه به نرخ های فرانشیزهای سازمانهای بیمه ای کشور در سازمان تامین اجتماعی، سازمان خدمات درمانی، ارتش، سپاه، بنیاد،....." انجام داده و بالاخره بیماران را ترخیص می نماید.

این واحد از تعدادی کارشناس بیمارستانی که در امور مالی و بیمه ای تجربه دارند تشکیل یافته است. چنانچه درمان بیمار، در بیمارستان از نظر پزشکان بخش تمام شده باشد و بیمار بتواند ارائه درمان را در منزل و با استفاده از دارو و توصیه ها، انجام دهد، بیمار از بخش مرخصی میشود. در این صورت خلاصه پرونده باید به بیمار تحویل داده شود و توصیه های لازم درمانی و نسخه های لازم به او داده شود. علاوه بر این که ترخیص بیمار از نظر اداری نیز مراحل خاص خود را دارد.

هدف:

آشنایی با ساختار ترخیص و نحوه انجام امور مربوط به مرخص شدن بیماران.

نحوه اجرا:

دانشجویان همراه با استاد راهنما با حضور در جلسه توجیهی مسئول ترخیص بیمارستان نسبت به چگونگی جریان کار آشنا شده و سپس با مراجعه به بخش های که بیمار ترخیصی دارند به همراه پرونده (با توجیه امور اجرائی پرونده در بخش ذیربط) به واحد ترخیص مراجعه و در جریان چگونگی سیر کلی اتمام پرونده قرار خواهند گرفت.

وظایف دانشجو:

شرکت فعال در جلسه ذیربط، همراهی با بیمار یا با همراه بیمار جهت طی شدن سیر امور مربوط به ترخیص بیمار و پس از آن نسبت به تجزیه و تحلیل آن و ارائه گزارش کتبی اقدام خواهند نمود.

وظایف استاد:

همراهی و همراهی و توجیه دانشجویان با عنایت به هدفهای فوق الذکر.

نحوه ارزشیابی:

نحوه ارزشیابی دانشجویان براساس مشارکت فعال آنها و ارائه گزارش کتبی گروهی خواهد بود.

ردیف	روز	تاریخ	درس	درسنامه تماس زود رس با بیمار
۱	پنجشنبه	۸۴/۱۲/۴	تماس با جامعه ۱ عملی گروه ۴و۲	تماس با بیمار ۱ عملی گروه ۱
۲	"	۸۴/۱۲/۱۱	تماس با جامعه ۱ عملی گروه ۴و۲	تماس با بیمار ۱ عملی گروه ۱
۳	"	۸۴/۱۲/۱۸	تماس با جامعه ۱ عملی گروه ۴و۲	تماس با بیمار ۱ عملی گروه ۱
۴	"	۸۴/۱۲/۲۵	این جلسه تعطیل بوده است.	
۵	"	۸۵/۱/۱۷	تماس با جامعه ۱ عملی گروه ۴و۲	تماس با بیمار ۱ عملی گروه ۱
۶	"	۸۵/۱/۲۴	تماس با جامعه ۱ عملی گروه ۴و۲	تماس با بیمار ۱ عملی گروه ۳
۷	"	۸۵/۱/۳۱	تماس با جامعه ۱ عملی گروه ۴و۲	تماس با بیمار ۱ عملی گروه ۳
۸	"	۸۵/۲/۷	تماس با جامعه ۱ عملی گروه ۴و۲	تماس با بیمار ۱ عملی گروه ۳
۹	"	۸۵/۲/۱۴	تماس با جامعه ۱ عملی گروه ۴و۲	تماس با بیمار ۱ عملی گروه ۳
۱۰	"	۸۵/۲/۲۱	تماس با جامعه ۱ عملی گروه ۱و۱	تماس با بیمار ۱ عملی گروه ۱-۲
۱۱	"	۸۵/۲/۲۸	تماس با جامعه ۱ عملی گروه ۳و۱	تماس با بیمار ۱ عملی گروه ۱-۲
۱۲	"	۸۵/۳/۴	تماس با جامعه ۱ عملی گروه ۴و۲	تماس با بیمار ۱ عملی گروه ۱
۱۳	"	۸۵/۳/۱۱	تماس با جامعه ۱ عملی گروه ۳و۱	تماس با بیمار ۱ عملی گروه ۱-۲
۱۴	"	۸۵/۳/۱۸	تماس با جامعه ۱ عملی گروه ۳و۱	تماس با بیمار ۱ عملی گروه ۴
۱۵	"	۸۵/۳/۲۵	تماس با جامعه ۱ عملی گروه ۳و۱	تماس با بیمار ۱ عملی گروه ۴
۱۶	"	۸۵/۴/۱	تماس با جامعه ۱ عملی گروه ۳و۱	تماس با بیمار ۱ عملی گروه ۴
۱۷	"	۸۵/۴/۱۵	تماس با جامعه ۱ عملی گروه ۳و۱	تماس با بیمار ۱ عملی گروه ۴