

کتاب جامع

بهداشت عمومی

فصل ۱۳ / گفتار ۲ / دکتر سوسن پارسای، دکتر حیدر نیا، دکتر کلاهی،

دکتر سهرابی، دکتر حوریه شمشیری، دکتر محمدی

تماس زودرس با بیمار

فهرست مطالب

۲۸۵۶.....	تماس زودرس با بیمار
۲۸۵۹.....	اهداف درس
۲۸۶۱.....	تعریف بیماری و ابعاد آن
۲۸۶۶.....	تاثیر بیماری بر خانواده بیمار و جامعه
۲۸۶۸.....	شناخت نیازها
۲۸۶۹.....	تنوع نیازهای سلامت در گروه‌های مختلف سنی، جنسی، اجتماعی ...
۲۸۷۲.....	اسرار حرفه‌ای و اخلاق پزشکی
۲۸۷۳.....	اخلاق پزشکی
۲۸۷۴.....	حقوق بیمار
۲۸۷۴.....	اصول اخلاق پزشکی June 2001
۲۸۷۵.....	منشور حقوق بیمار
۲۸۷۶.....	سلامت و رفاه
۲۸۷۸.....	ویژگی‌های یک پزشک خوب
۲۸۷۹.....	روش‌های ارتباط پزشک با بیمار
۲۸۸۱.....	مهارتهای ارتباطی
۲۸۸۲.....	برقراری ارتباط با بیمار
۲۸۸۲.....	مهارتهای گوش دادن شامل
۲۸۸۴.....	یک مدل ساده برای مصاحبه با بیمار
۲۸۸۵.....	شرح حال بیمار
۲۸۸۵.....	علل عدم همکاری بیمار
۲۸۸۶.....	مصاحبه با خانم‌های باردار
۲۸۸۷.....	مصاحبه با سالمندان
۲۸۸۸.....	مهارت گوش دادن
۲۸۹۰.....	افزایش مهارت گوش دادن

۲۸۹۰	عوامل مخدوش کننده مصاحبه
۲۸۹۲	بیمارستان‌های آموزشی و خدماتی
۲۸۹۲	طبقه‌بندی بیمارستان‌ها
۲۸۹۲	الف - انواع بیمارستان بر حسب وظیفه
۲۸۹۲	بیمارستان عمومی
۲۸۹۲	بیمارستان تخصصی
۲۸۹۳	بیمارستان آموزشی
۲۸۹۳	بیمارستان صحرایی
۲۸۹۳	ب - انواع بیمارستان بر حسب مالکیت
۲۸۹۳	بیمارستان دولتی
۲۸۹۳	بیمارستان خصوصی
۲۸۹۳	بیمارستان خیریه
۲۸۹۳	واحد‌های بیمارستان
۲۸۹۹	ب - ورود به بیمارستان جهت استفاده از خدمات پیشگیری، تشخیصی و توانبخشی
۲۹۰۰	آمار بیمارستانی و استفاده از کامپیوتر
۲۹۰۱	تخصص‌ها و فوق تخصص‌های موجود در بیمارستان‌ها
۲۹۰۲	کارکنان بیمارستان‌ها
۲۹۰۲	۱ - پزشک (عمومی، متخصص، فوق تخصص)
۲۹۰۴	۲ - پرستار
۲۹۰۵	۳ - ماما
۲۹۰۶	۴ - بهیار
۲۹۰۷	۵ - کمک بهیار
۲۹۰۸	۶ - اطاق عمل
۲۹۰۸	الف - کاردان اطاق عمل
۲۹۰۸	ب - تکنسین اطاق عمل
۲۹۰۸	۷ - هوشبری
۲۹۰۸	الف - کارشناس هوشبری
۲۹۰۹	ب - کاردان هوشبری
۲۹۰۹	ج - تکنسین هوشبری
۲۹۱۰	۸ - رادیولوژی
۲۹۱۰	الف - کارشناس رادیولوژی
۲۹۱۰	ب - کاردان رادیولوژی
۲۹۱۱	ج - تکنسین رادیولوژی
۲۹۱۱	۹ - آزمایشگاه

۲۹۱۱	الف - کارشناس آزمایشگاه
۲۹۱۲	ب - کاردان آزمایشگاه
۲۹۱۳	ج - تکنسین آزمایشگاهی
۲۹۱۳	۱۰ - کارشناس امور روانی
۲۹۱۴	۱۱ - بینایی سنجی
۲۹۱۴	الف - کارشناس بینایی سنجی
۲۹۱۵	ب - کاردان بینایی سنجی
۲۹۱۵	ج - تکنسین بینایی سنجی
۲۹۱۵	۱۲ - شنوایی سنجی
۲۹۱۵	الف - کارشناس شنوایی سنجی
۲۹۱۶	ب - کاردان شنوایی سنجی
۲۹۱۶	ج - تکنسین شنوایی سنجی
۲۹۱۶	۱۳ - امور توانبخشی
۲۹۱۶	الف - کارشناس امور توانبخشی
۲۹۱۷	ب - کاردان امور توانبخشی
۲۹۱۷	ج - تکنسین امور توانبخشی
۲۹۱۸	۱۴ - امور دارویی
۲۹۱۸	الف - کارشناس امور دارویی
۲۹۱۸	ب - کاردان امور دارویی
۲۹۱۸	ج - تکنسین امور دارویی
۲۹۱۹	۱۵ - تغذیه و رژیم‌های غذایی
۲۹۱۹	الف - کارشناس تغذیه و رژیم‌های غذایی
۲۹۲۰	ب - کاردان تغذیه و رژیم‌های غذایی
۲۹۲۰	ج - تکنسین تغذیه و رژیم‌های غذایی
۲۹۲۰	۱۶ - کارشناس امور بیمارستان‌ها
۲۹۲۱	۱۷ - مددکار اجتماعی
۲۹۲۱	۱۸ - مسئول پذیرش و مدارک پزشکی
۲۹۲۲	۱۹ - پزشکی قانونی
۲۹۲۲	الف - کاردان پزشکی قانونی
۲۹۲۳	ب - تکنسین پزشکی قانونی
۲۹۲۳	۲۰ - تکنسین دیالیز
۲۹۲۴	۲۱ - تکنسین نوار نگاری
۲۹۲۴	۲۲ - مأمور سالن تشریح
۲۹۲۵	منابع

تماس زودرس با بیمار Early Patient Contact

دکتر سوسن پارسای، دکتر حیدرنیا، دکتر کلاهی، دکتر سهرابی، دکتر حوریه
شمشیری، دکتر محمدی
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بخش پزشکی اجتماعی

اهداف درس

پس از یادگیری این مبحث و گذراندن این دوره بالینی، فراگیرنده قادر خواهد بود:

- در ابتدای مصاحبه با بیمار ارتباط مناسبی برقرار نماید
- با سوالات باز، بیمار را تشویق به دادن شرح حال دقیق کند
- با دقت به صحبت‌های بیمار گوش دهد، سوالات روشن و واضح مطرح کند و اطلاعات را خلاصه کند
- حداقل با ۱۰ بیمار در بخش‌های مختلف (در هر بخش حداقل ۲ بیمار) ارتباط برقرار کرده و گزارش آن‌ها را در پورت فولیو ثبت کرده باشد
- در یک مصاحبه مختصر، قادر به توصیف مشکل بیمار و تجربه او از بیماری و انتظارات وی از ارائه دهندگان مراقبت‌های سلامتی باشد
- اثرات فقر بر سلامت و بیماری را درک و توصیف نموده، تاثیر مسایل فرهنگی، مسکن، بیکاری، بهداشت نامناسب و ... در مشکلات بیمار را متذکر شود.
- تخصص و وظایف کارکنان بیمارستان‌ها و ارتباط شغلی آنان را با یکدیگر بیان کند.

مقدمه

تغییرات زیادی که در سال‌های اخیر چه از نظر الگوی بیماری‌ها 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 است 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 یافته است و جامعه به تربیت

نوع جدیدی از پزشک که متناسب با احتیاجات فرد و جامعه بوده و مهارت‌های لازم برای رویارویی با این تغییرات را داشته باشد نیازمند می‌باشد. پزشک دیگر نمی‌تواند فقط یک درمانگر باشد بلکه شناخت عوامل خطر و پیشگیری از بیماری‌ها و مدیریت بیماری‌ها و ارتقاء کیفیت زندگی (Promotion) از مهارت‌هایی است که او باید بیاموزد و بصورت یک عمل موثر و هدف‌دار با فکر زیربنایی اعتقاد بهداشتی و تفکیک‌ناپذیری پزشکی و بهداشت بانجام رساند.

حرفه پزشکی به دلیل تماس مستقیم با مردم و سروکار داشتن با شاخص‌ترین و اساسی‌ترین نیازهای آن‌ها یعنی سلامت، رعایت همه جنبه‌های اخلاقی و انسانی را می‌طلبد. این حرفه مجموعه‌ای از اقدامات، رفتارها و توجهاتی می‌باشد که در جهت حفظ منافع بیمار به عنوان فردی از کل جامعه که تحت تاثیر عوامل مختلف است بکار گرفته می‌شود، حرفه‌ای که بدون بهره‌مندی از احساس انسانی، همدردی و اعتماد لازم نمی‌توان آن را به ثمر رسانید. اعتماد و اطمینان به پزشک در قلب اکثریت مردم جای گرفته و در فرهنگ غنی این مرز و بوم، شغل پزشکی به عنوان حرفه‌ای مقدس مطرح بوده و نام پزشک با عنوان حکیم، چنان در هم آمیخته که این انتظار حرکت آفرین و تعهد موجود در صاحبان این شغل مقدس، آنان را موظف می‌سازد که علم و مهارت خود را با قابلیت و تبحر فراوان در جهت بهبود بیماران و حفظ تندرستی افراد سالم، به کار گیرند.

یکی از اهداف حرفه پزشکی، تسکین درد و نه فقط درد جسمانی بلکه آرام بیمار هم می‌باشد. برقراری ارتباط با بیمار و جامعه از اصولی‌ترین اقدامات پزشکی است. ارتباط از شناخت یکدیگر بوجود می‌آید و موجب تسهیل بهبودی در بیمار می‌گردد. اگر فقط از دریچه بیومدیکال به بیمار نگاه نکنیم بلکه بدانیم با هموعی که تمام جنبه‌های انسانی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و شغلی او در ایجاد بیماری وی دخالت داشته طرف هستیم و تمام جوانب انسانی و شخصیتی و رفتاری او را برای درمان او در نظر بگیریم درمان‌ها 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 خانواده نیز بیشتر شده و روز به روز از پزشک در مورد بیماری فرد بیمار توضیحاتی را می‌خواهند و بیشتر وقت پزشک را به خود اختصاص می‌دهند.

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 سوگندنامه جدید براساس محوریت بیمار یا برتری رای او تنظیم می‌گردد و برخلاف سابق از یگانگی نظر پزشک فرهنگ‌ها فاصله دارد. به همین 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 روند 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 زودرس 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 می‌آموزند که خصوصیات یک ارتباط مناسب با بیمار چیست و بیمار را در محیط خانواده و در قالب جامعه می‌بینند و اثرات بیماری بر بیمار، خانواده و جامعه را مشاهده کرده یا به عبارتی ناخوشی را در کنار

بیماری ببینند. در این دوره از دانشجو انتظار تشخیص و یا درمان بیماری نمی‌رود، بلکه وظیفه دانشجو شنیدن صحبت‌های 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 دانشجو با 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 درسی و با دید آسیب شناسی فرا می‌گیرند بسیار متفاوت است. این دوره به دانشجویان کمک می‌کند در سال‌های 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 فرا گیرند. همچنین به بیمار به عنوان یک فرد دارای احساس و فکر که رضایت و اعتماد او قبل از مصاحبه باید جلب شود، نگاه کنند.

تعریف بیماری و ابعاد آن

پزشکی، مجموعه‌ای از علم و هنر است. پزشک با بکارگیری عناصر دانش و مهارت، ایمان و اعتقاد باید این علم و هنر را به کار گیرد. اصل بنیادی اخلاق پزشکی این است که دانش و مهارت و تجربه یک پزشک باید به سفا دادن انسان بیمار که برای دریافت کمک به پزشک روی 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 می‌آید که وی 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 مجموعه‌ای از روابط علت و معلولی ساده در سطح بدن و سیستم‌ها و ارگان‌ها و حتی در عصر حاضر در سلول‌ها و مولکول‌ها ترسیم می‌شود. با این مدل، درمان بسیاری از بیماری‌ها، روند عوامل بیماریزا، آسیب‌هایی که انسان‌ها را گرفتار کرده، امکان‌پذیر شده است. در این مدل، تمایزی بین بیماری و احساس بیماری وجود ندارد. 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 دستگاه‌های بدن مانند شکستگی استخوان ران، سرطان پستان، تالاسمی، بیماری دیابت خود را نشان میدهد.

احساس بیماری یا کسالت (Illness) تجربه ذهنی 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 نگرانی‌های او، ترس از مرگ، تغییرات در زندگی زناشویی 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 می‌نماید. اختلالات روانی، اجتماعی و خانواده می‌تواند بدون وجود اشکال جسمی خاص احساس بیماری در فرد بوجود آورد. مشکل بزرگ مدل زیست پزشکی فرض می‌کند که احساس بیماری را تماماً می‌توان 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 می‌پذیرند.

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 به این نتیجه رسیده‌ایم که فرض بنیادی در بیماری‌ها 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 نیاز دارد بلکه بررسی وضع روانی، اجتماعی وی نیز بسیار ضروری است. مدل زیستی، روانی، اجتماعی بیماری بر این مبنا است که بیماری به وسیله عوامل بیماری‌زای خاص ایجاد می‌شود، هر فرد خاص مجموعه‌ای از عوامل مستعد کننده را دارد. یک فرد با مشخصات بیولوژیک خاص دنیا می‌آید. با عوامل ژنتیک و شرایط زندگی جنینی، خصوصیات مشخص نتیجه تداخل عوامل بیولوژیک تجربیات و تکامل هستند.

شایان ذکر است که در بسیاری از بیماری‌های عفونی، علاوه بر مفاهیم بیماری (Disease) و کسالت (Illness) که به آن اشاره شد گاهی ممکن است با حالات کاملاً بدون علامتی مواجه شویم که صرفاً از طریق آزمون‌های پاراکلینیکی، قابل تشخیص بوده و اصطلاحاً عفونت (Infection) نامیده می‌شوند. مثلاً کسانی که عامل توبرکولوز (سل) در بدن آن‌ها وجود دارد ولی هیچگونه علامتی نداشته و فقط آزمون توبرکولین (مانتو) آن‌ها مثبت است، دچار بیماری، یا کسالت نمی‌باشند! بلکه مبتلا به عفونت سلی هستند که تحت شرایط خاصی ممکن است به بیماری سل، تبدیل شود و یا افراد کاملاً سالمی که هیچیک از علائم گرفتاری کبدی را نداشته و آزمون‌های فعالیت کبدی آنها نیز طبیعی است ولی شاخص آنتی‌ژن سطحی ویروس هپاتیت B (HBsAg) در سرم آنان، وجود دارد در واقع دچار عفونت هپاتیت B یا حالت ناقلی هپاتیت B هستند و نه بیماری هپاتیت و این مثال‌ها را به ایدز (HIV/AIDS) و بسیاری از بیماری‌های عفونی دیگر نیز می‌توان تعمیم داد و نتیجه گرفت که چه بسا یکی از عوامل بیماری‌زا نظیر باکتری‌ها، ویروس‌ها... در بدن ارباب رجوع یا بیمارانی که از آنان شرح حال می‌گیریم وجود داشته ولی هیچگونه ارتباطی به مراجعه یا بستری شدن فعلی آنان نداشته در صورتی که موازین بهداشتی را مراعات نماییم عامل عفونت‌زا تحت شرایط خاصی به ما نیز انتقال یابد.

سوال: آیا حالات کاملاً بدون علامت سل، هپاتیت B و ایدز، برای تماس‌یافتگان، مسری هستند؟ کدامیک؟ چه موقع؟ چه نوع تماس‌هایی؟

خصوصیات بیولوژیک مانند، هوش، استعداد، واکنش‌های رفتاری و مکانیسم‌های 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 دایمی 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 نظیر کم وزنی، آرتریت، الکلیسم و بیماری‌های قلبی بخوبی دیده شده است.

حمایت پزشک و خانواده باعث تسریع در روند بهبودی می‌شود. در این مدل، پزشک روح و جسم را به عنوان مقوله مجزا در نظر نمی‌گیرد. 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 می‌کند که می‌تواند به کمک مکانیسم‌های تطابقی فرد برای مقابله با استرس‌ها و عوامل خطر بخوبی بکار گرفته شود و در برابر حوادث مختلف نقش موثری در توانایی فرد برای روبرو شدن با آن‌ها ایفا کند.

عوامل مربوط به فرد بیمار

فرد بیمار، جزئی از یک مجموعه بزرگتر یعنی خانواده است. خانواده‌های متعدد، یک جامعه را تشکیل می‌دهند و جوامع مختلف در ارتباط با یکدیگر هستند. تغییر در هر کدام از این اجزاء بر روی سایر اجزاء تغییرات غیرقابل 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 جزئی از خانواده و جامعه دید. با این دید عوامل بسیاری بر بیماری تاثیر می‌گذارند که می‌توان آنها را به دو بخش عمده تقسیم کرد:

۱ - عوامل مربوط به فرد بیمار

۲ - 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 می‌پردازیم.

عوامل موثر بر فرد بیمار

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

عوامل ارثی :

زمینه ارثی و ژنتیک هر فرد می‌تواند او را مستعد ابتلاء 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 بیشتر بودن میزان بروز زخم اثنی عشر و بیماری کلرا (وبا) در زمینه گروه خونی «O».

شخصیت بیمار:

شخصیت بیمار هم به صورت مستقیم و هم به صورت غیرمستقیم در ابتلاء به بیماری‌ها دخیل است.

تیپ شخصیت بیمار به طور مستقیم از طریق افزایش استعداد ابتلاء 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 توصیه‌های پزشکی به طور غیرمستقیم تحت تاثیر شخصیت او است.

طبقه اجتماعی:

عضویت در طبقات اجتماعی مختلف می‌تواند عامل خطر برای بعضی بیماری‌ها باشد. بعضی بیماری‌ها مانند کمبودهای تغذیه‌ای یا سرطان گردن رحم، عمدتاً طبقات اجتماعی پایین را گرفتار می‌کند. از طرف دیگر چاقی که عامل خطر بیماری‌هایی از جمله بیماری‌های قلب و عروق است در طبقات مرفه اجتماعی بیشتر دیده می‌شود.

عوامل مربوط به محیط بیمار

همانگونه که ذکر شد در بررسی بیماری باید علاوه بر فرد بیمار به محیط پیرامون وی نیز توجه داشت. این عوامل نقش مهمی در استعداد ابتلاء 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:

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 بیمه‌ها و شغل عمده مردم منطقه بسیار مهم است. در منطقه فقیرنشین، 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 خانواده‌اش نیست، توصیه به مصرف روزانه جگر و گوشت قرمز باید با مواد غذایی ارزان قیمت حاوی آهن که در منطقه موجود است جایگزین شود.

شرایط فرهنگی و عادت‌های اجتماعی:

بعضی مناطق دارای شرایط فرهنگی خاصی هستند که به صورت عامل مستعد کننده برای بیماری‌های خاص عمل می‌کنند. برای مثال نشستن دست بعد از اجابت مزاج و یا نپوشیدن کفش یا شستن غیرصحیح سبزیجات در بعضی مناطق باعث شیوع بیماری‌های انگلی در آن نواحی می‌شود. 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 ... می‌شود. بدون در نظر گرفتن مجموعه این عوامل، برخورد با بیماری کامل نخواهد بود و به نتیجه مطلوب نخواهد رسید.

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 و تراکم جمعیت در هر خانوار باید مد نظر باشد.

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 بیسواد والدین، اعتیاد در خانواده و 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 ابتلاء 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 نظر او بررسی نشود، بلکه با یک دید جامع، بیمار را به صورت یک فرد با خصوصیات ویژه و مشکل مورد نظر که در خانواده و جامعه‌ای 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 ساله‌ای را در نظر می‌گیریم که به علت سرفه‌های مکرر، توسط مادرش به درمانگاه آورده شده است. بعد از بیان مشکل توسط مادر بیمار و انجام معاینه گلو، پزشک نسخه دارویی حاوی موثرترین داروهای موجود نوشته و بیمار را مرخص می‌کند. 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 می‌شویم 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 می‌آورده 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 او نسبت به همسن و سالانش می‌شویم. در بررسی وضعیت تغذیه کودک و خانوار متوجه اشکالات بسیاری در الگوی تغذیه‌ای آنها می‌گردیم. محل سکونت آنها یک خانه اجاره‌ای نمدار و کم نور در منطقه حاشیه‌ای شهر است که در فضای ۵۰ متری آن ۶ نفر زندگی می‌کنند. مادر بزرگ بیمار که در خانه قالی بافی می‌کند، هم همراه آنها زندگی می‌نماید و او نیز از یک سال قبل سرفه‌های مکرر داشته که گاهی همراه با رگه‌های خون بوده است ولی دارویی مصرف نمی‌کند. در نهایت بیمار با تشخیص سل منتشر، لازم است بستری 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 پاره‌ای 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 تغذیه‌ای، عدم سابقه واکسیناسیون کامل، اعتیاد پدر بیمار و حضور یک زن سالمند در خانواده با شرایطی که با بیماری سل مطابقت می‌کند، از عوامل خطر دیگر هستند.

احتراز از فردنگری صرف و توصیه به جامعه‌نگری و جامع‌نگری

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

در تشخیص دقیق بیماری سود جست:

در مثال فوق با در نظر داشتن سرفه‌های مکرر، کمبود رشد، تغذیه نامناسب، فقر، علایم مادر بزرگ و 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 و تنها یک ویزیت سرپایی را می‌طلبد.

در برخورد با بیماری از مداخلات کامل‌تری در مورد عوامل خطر بیشتری استفاده کرد:

اگر به سوابق و زمینه‌های مورد اشاره توجه نشود و بیمار فوق با تشخیص بالینی ساده‌ای درمان و به خانه باز گردد، پس از مدتی مجدداً با تشدید علایم و پیشرفت بیماری باز خواهد گشت، و چه بسا در ادامه تماس‌های خانوادگی، همچون مادر بزرگ خود، موجبات ابتلاء سایر اعضاء خانواده را نیز فراهم کند. در حالی که توجه به تماس با مادر بزرگ مسلول، باعث ایجاد ظن بالینی قوی در مورد تشخیص سل در بیمار، انجام آزمایش‌های اختصاصی و درمان بیماری اصلی در خود بیمار و بررسی و درمان مادر بزرگ وی به عنوان مخزن بیماری نیز می‌شد. پس برای ریشه‌کنی 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 ابتلاء 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 اصلاح شود.
- در جهت درمان اعتیاد پدر بیمار و اشتغال وی با مراکز مربوطه تماس گرفته شود.
- پیگیری دوره‌ای جهت اطمینان از مصرف درست دارو و بهبود بیماران انجام شود.
- موارد ویژه‌ای که نیاز به پیشگیری از سل دارند مانند نقص ایمنی، مشخص گردد 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 علایم بیماری و سعی در تشخیص و درمان آن، به خود بیمار نیز توجه نمایند، به اثراتی که بیماری بر زندگی بیمار و خانواده او می‌گذارد و همچنین بر تاثیر بیماری بر جامعه نیز توجه نمایند. زیرا بروز بیماری در یک فرد علاوه بر اثراتی که بر خود فرد می‌گذارد منجر به تغییراتی در اطراف او نیز میشود.

❖ این نگرش باعث می‌شود که بیمار از یک مورد جالب برای مطالعه و یادگیری برای دانشجو به یک انسان که عضو عزیزی از یک خانواده است، نقش و وظایفی در خانواده دارد و اعضای خانواده، چشم نگران سلامت او هستند، تبدیل شود. همچنین بیمار بعنوان جزئی از اعضای جامعه محسوب شده و همچنین اختلال در سلامت وی، موثر بر کل جامعه در نظر گرفته شود.

❖ با این نگرش، تشخیص و درمان بیماری، اعتباری با ارزش‌تر می‌یابد و پزشک و بیمار و همچنین خانواده او 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 می‌شود.

❖ بنابراین از معطل نمودن بیمار تا رسیدن به درمانگاه و پزشک، بستری نمودن بی دلیل و طولانی، اقدامات درمانی غیرعلمی، سلیقه‌ای و غیرضروری و بر خورد نامناسب، گسترش بیماری در جامعه و افزایش اثر مخرب بیماری بر جامعه و ... جلوگیری میشود.

❖ پس ویژگی 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 بیماری است.

خانواده اولین و اساسی‌ترین 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 طبقه‌بندی‌های متعددی قابل هستند :

۱ - خانواده هسته‌ای یا Traditional Nucleus Family

۲ - خانواده گسترده

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

گفته شد که خانواده، بنیادی‌ترین نهاد اجتماعی است و آن مجموعه‌ای است، مشتمل بر زیرمجموعه‌هایی با سنین، نیازها و نقش‌های متفاوت که در تقابل تنگاتنگ، پیچیده، نزدیک و صمیمی، در کنار یکدیگر زندگی می‌کنند. به طوری که چگونگی و میزان این ارتباط را در جای دیگر نمی‌توان تصور نمود. بیماری و مرگ یکی از اعضای خانواده از تغییراتی هستند که در اکثریت موارد، منحصر به یک فرد از خانواده قلمداد نمی‌شود، بلکه اینان، باعث بروز مشکلات فردی، خانوادگی و اجتماعی می‌شوند و 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 پیش‌آگهی 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 ویژه‌ای می‌باشند.

اگر چنانچه پدر، بعنوان نان‌آور خانواده دچار بیماری، ناتوانی و یا مرگ شود، خانواده در کنار تالم‌های

روحي، دچار محدودیت‌های مالی و فقر خواهد شد و بدنبال آن مشکلات اقتصادی شروع میشود و با ادامه این بیماری خانواده در چرخه معلولیت فقر و بیماری می‌افتد. فقر که همواره بعنوان عاملی مهم و موثر در ایجاد بیماری‌ها بوده است، تاثیر خود را در ایجاد زمینه‌ای مساعد برای ابتلاء و عدم سلامت افراد دیگر و عدم توانایی از بهره‌مند شدن از زندگی سالم‌تر و مراقبت‌های لازم را بر جای خواهد گذاشت.

اگر چنانچه مادر خانواده دچار بیماری یا مرگ شود، بنابر نقش‌های حیاتی و متنوع که در خانواده دارد، سلامت دیگر اعضای خانواده و کودکان دچار تزلزل خواهد شد. نمونه کوچک آن، مادر دچار کم خونی می‌باشد که بدلیل احساس ضعف و خستگی بخوبی از عهده وظایف مادری برنمی‌آید، به دفعات دچار بیماری‌های مختلف می‌شود، کم حوصله است و قدرت تعامل بهینه را با افراد دیگر ندارد. افت عقلی کودکان بدنبال بیماری آنها یا پدر و مادرشان میتواند سرنوشت و مسیر زندگی آنها را عوض کند. کودکی که پیش‌آگهی سالمی ندارد مستعد ابتلاء به انواع ناهنجاریهای اجتماعی است.

نوزادی که پس از مرگ یک مادر باقی می‌ماند، به ندرت تا یک سالگی زنده می‌ماند. احتمال مرگ کودکان زیر ۱۰ سال مخصوصاً دختران حتی تا ۴ برابر افزایش می‌یابد، کمبود مراقبت، درمان مناسب و ترک تحصیل کودکانی که مادر خود را از دست داده‌اند زیاد است. دختران مجبور به نگهداری از بقیه اعضای خانواده میشوند. گفته می‌شود، مرگ مادر یک فاجعه جبران‌ناپذیر 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 ضداجتماعی می‌باشند.

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

در پاره‌ای از موارد پیدایش موارد اندک بیماری بویژه بیماریهای عفونی، هشدار و بسیج جامعه را برای رویارویی با آن طلب می‌کند. بعنوان مثال از فلج اطفال یا وبا ... میتوان نام برد.

ابتلاء 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 می‌شوند. بعنوان مثال، اگر مردی دچار ایدز، هپاتیت، سیفیلیس یا ... شود، در صورت عدم رعایت ملاحظات لازم، موجب انتقال بیماری به همسر خواهد شد. چون این بیماریها، می‌توانند از طریق مادر به جنین، نوزاد و کودک نیز منتقل شوند، پس جنین، نوزاد، کودکان نیز گرفتار خواهند شد.

در زمانهای نه چندان دور بالا بودن میزان بیماری و مرگ کودکان، والدین را ترغیب به فرزندآوری زیاد می‌کرد. گفته شد، ماهیت و شدت بیماری نیز دارای اهمیت می‌باشند، تاثیر حاد و عفونی، با تاثیر بیماری مزمن ناتوان کننده طولانی وخیم و صعب‌العلاج متفاوت می‌باشد. وجود یک بیمار بدحال مزمن اثرات مخربی بر وضعیت روانی خانواده داشته و کارایی آنان را پایین می‌آورد.

شناخت نیازها

یکی از مهمترین اقدامات و قدمهایی که یک پزشک جامعه‌نگر در اولین مرحله برای شناخت بیمار و

درمان همه جانبه او باید بکار گیرد. 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 حتماً 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 به آنها 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، مردم نیاز به ارائه خدمات و درمان احساس می‌کنند در صورتی که نیاز واقعی، تدارک کامل آب آشامیدنی سالم است.

نیاز درک شده توسط فرد تبدیل به نیاز بیان شده (Express need) می‌شود که در نهایت به صورت تقاضا یا (Demand) در می‌آید. فرد تقاضاهای خود را بیان می‌کند و پزشک باید جهت برآورده شدن نیازهای بهداشتی واقعی او، راهنمای وی باشد. البته بعضی از این تقاضاها قابل برآورده شدن نیست زیرا یا واقعاً در اولویت نیستند یا مشکل کنونی آنها نیست و باید قبل از آن مسائل دیگری مورد توجه قرار گیرد. *نیازهای واقعی جامعه و فرد آنهايي هستند که محتاج پیشگیری، درمان، کنترل و ریشه‌کنی هستند. مانند مراقبت‌های اولیه، ثانویه، آب آشامیدنی سالم، دفع فاضلاب، رفاه و سلامت خانواده، تغذیه ایمن و کافی، ارتباط جنسی ایمن.*

تنوع نیازهای سلامت در گروه‌های مختلف سنی، جنسی، اجتماعی ...

افرادی که به ما مراجعه می‌کنند و یا ما در صدد ارائه خدمت به آنها هستیم در طیف بسیار وسیعی می‌باشند 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.

مراقبت‌هایی که برای بیمار و یا ارباب رجوع (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 باشد و براساس سن، جنس، میزان آگاهی و شرایط اجتماعی بیماران طرح ریزی شود. بعضی از بیماری‌ها و مشکلات سلامتی، مخصوص گروه سنی خاصی است. در ابتدای دوران کودکی، بیماری‌های عفونی، بیشترین علت ابتلاء و مرگ و میر را تشکیل می‌دهد.

خانواده‌ای که دارای یک نوزاد سالم است لازم است که نیازهای 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 را با مراقبت‌های اولیه مانند واکسیناسیون و شیر مادر و آغوش مادر می‌توان برآورده نماید و از معاینات و بررسی‌های ماهیانه (Check up) و مراکزی که یا بنام کلینیک کودکان سالم (Well Baby Clinic) خبر داشته باشد و بداند که نیازهای کودکان در هر سنی متفاوت است و پیشگیری از حوادث و سوانح در این دوران، بسیار مهم است و با بالا رفتن سن، الگوی بیماری‌ها تغییر می‌نماید.

نیازهای شروع بلوغ و آگاهی در سن ۱۴-۱۱ سال برای پیدا کردن نقش خود، تغییرات بدنی اتفاق افتاده

و ارتباط با همجنس و غیرهمجنس، تعیین هویت و نگرشی که به خانواده دارند شروع می‌شود. بسیاری از اقدامات به هنگام اخذ شرح حال پزشکی ممکن است از دید پزشک دور بماند و با ارزیابی صحیح و تشخیص نیاز، گاهی ممکن است لازم باشد مادر، تغییراتی در الگوی رفتاری بدهد یا گاهی تاکید بر آموزش و یا درمان نوجوان باشد. در مورد افراد بالغ، جنسیت جمعیت (gender) یا مرد و زن بودن افراد، عامل مهمی در تعیین نیاز و برآورده کردن تقاضا در مورد سلامت به حساب می‌آید.

ماهیت نیاز، شدت نیاز، درجه تطابق با مشکلات و پاسخ به آموزش و درمان در این دو گروه بسیار متفاوت می‌باشد. نیازهای بهداشتی زنان و مردان نه تنها به دلیل تفاوت‌های فیزیولوژیک و واکنش‌های روانی است بلکه حتی نقش‌های مختلفی که در جامعه دارند و غیرقابل تغییر است می‌تواند بر روی نحوه درمان آنان تاثیر گذار باشد.

خانم‌ها حتی در شرایط عادی، به دلیل مسائلی نظیر بارداری، زایمان و عادت ماهیانه، از مراقبت‌های بهداشتی رایج بیشتری برخوردار میشوند و کمتر اتفاق می‌افتد که نیاز به مراقبت‌های جدی‌تری داشته باشند. از طرفی با وجودی که اطلاعات زیادی در مورد مشکلات مخصوصی که سلامت مردان را مورد تهدید قرار میدهد، وجود دارد. مانند بیماری قلبی و عوامل خطر 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 سیستم‌های خدمات بهداشتی وارد میشوند، از علامت بیماری Symptom, Sign کمتر خبر دارند و به مقوله پیشگیری، کمتر توجه می‌کنند. بصورت داوطلبانه دنبال کمک نمی‌گردند مگر در مواقعی که دیگر بیماری کاملاً جا گرفته و پیشرفته است و تغییرات در فعالیت آن‌ها ایجاد شده است، مردها به پیشگیری اعتقاد چندانی ندارند. آموزش نمی‌بینند و بسیاری از علامت‌های اولیه بیماری در خود را اصلاً گزارش نمی‌کنند. خیلی مایل نیستند که مشکلات خود را بخصوص اگر خیلی هم خصوصی باشد با کسی در میان بگذارند و نیاز به ایجاد ارتباط بسیار خوب مناسب با موقعیت آن‌ها وجود دارد. تفاوت بین نیازهای زن و مرد فقط به دلیل ارگان باروری (Reproductive) آن‌ها نیست و به خصوصیات 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 هستند. اکثر شاخص‌ها (Criteria) برای شناخت بیماری، متأسفانه بخاطر تحقیقات بر روی مردان بوده و کاربرد زیادی در شناخت مشکلات زنان نداشته است. علائم و شکایت‌هایی که زنان برای اظهار یک بیماری میدهند بسیاری از اوقات با شکایات مردها در مورد همان بیماری متفاوت است. مثلاً دیده شده است که بسیاری از زنان، علامت‌های مشکلات Myocardial Infraction را به جای درد کلاسیک قفسه سینه (Chest Pain) با درد گردن و چانه و صورت گزارش می‌نمایند. زنانی که قربانی ضرب و جرح و خشونت در خانواده هستند بیشتر از بقیه مراجعه می‌نمایند و نیاز به درمان دارند بدون این که دلیل اصلی این نیاز را بیان کنند نیاز به شناخت کامل و نوع شرح حال گرفتن، بسیار حیاتی و اساسی می‌شود.

زنانی که فرزندان کوچک و متعدد دارند و یا در منزل از فرد بیماری مراقبت می‌کنند معمولاً به سلامت خود اهمیت چندانی نمی‌دهند و خود را در درجات بعدی قرار میدهند، باید استرس‌هایی را که به علت این وظیفه بر آن‌ها وارد می‌شود و باعث مشکلات می‌گردد مورد شناسایی، قرار داد.

به دلیل اینکه طول عمر بالا رفته، درصد سالمندان (older client) در اکثر نقاط دنیا رو به افزایش است. با وجودیکه امید زندگی افزایش داشته ولی اینکه کیفیت زندگی در سال‌های بالاتر عمر چقدر تغییر کرده و آیا کیفیت زندگی سالمندان بهتر شده است یا خیر مورد سؤال است. به همین علت توصیه می‌شود در زمان انجام مشاوره‌ها 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 می‌توان کیفیت زندگی (quality of life) را در آن‌ها بالا ببریم فکر کرده و توصیه کنیم.

گذراندن عمر، پدیده بسیار مهمی است که متاسفانه 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 می‌کنند همه افراد سالمند یک پروسه کاملاً مشابه یک دیگر را طی می‌کنند. متاسفانه برای بسیاری از افراد، سالمندی زمانی است که مشکلاتی وجود داشته، افزایش می‌یابد و منابع کنار آمدن با این مشکلات و راه حل‌های این مشکلات کم می‌شود. Senility در تمام سالمندان یک جور نیست و الزاماً نتیجه سالمندی نیست چه بسیاری از افراد تا دهه ۹-۸ 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 ممکن است طیف بسیار وسیعی از تغییرات غیرمتشابه در افراد ایجاد کند. در سالمندی، تغییرات پوستی، مو، ناخن، تنفسی، قلبی، گوارشی متعدد اتفاق می‌افتد. هر کدام میتواند اعتماد به نفس، سلامت جسمی، نوع غذا خوردن و حرکت کردن را در آن‌ها تغییر دهد. شکایات آنان اکثراً چندگانه و گاهی کاملاً غیرمرتبط است که دقت در تعیین نیاز و گرفتن تاریخچه مناسب و کافی میخواهد. در برقراری ارتباط در سالمندان باید آگاه باشیم که:

- ❖ تغییرات به دلیل سن است و پاتولوژیک، نیست.
- ❖ حتی در افراد طبیعی، شاخص‌های پاراکلینیکی و آزمایشگاهی برای سالمندان، متفاوت است.
- ❖ علائم و نشانه‌های (Symptoms و signs) بیماری‌ها کاملاً متفاوت با جوانان و میانسالان است.
- ❖ تحمل استرس در آن‌ها کمتر است و معمولاً از دست دادن یکی از اعضای خانواده موضوع (issue) اصلی در سالمندان است.

حمایت از مشکلات سلامت در اقشار آسیب پذیر

لازم است در جامعه همه افراد در حد نیاز از خدمات سلامتی بهره‌مند گردند. این بهره‌مندی باید بدون توجه به میزان مشارکت آن‌ها باشد. در واقع همه افراد در حد توان مشارکت نموده ولی در حد نیاز استفاده کنند. این مفهوم **برابری در سلامت** است. در نظام سلامت برای برقراری این برابری باید سمت و سوی یارانه‌ها از توانمندان به اقشار آسیب پذیر و از افراد سالم به افراد بیمار باشد. در این میان باید توجه ویژه‌ای به اقشار آسیب‌پذیر داشت. زیرا این افراد علاوه بر آنکه توانایی مشارکت کم‌تری در تأمین 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 رده‌های میانی و پایین و همه کارکنان این نظام باید دغدغه مشکلات این اقشار را داشته باشند. طبقه اجتماعی نیز در الگوی ابتلاء و مرگ و میر، نقش به‌سزایی 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. یک نفر از کمبودهای تغذیه‌ای رنج می‌برد، دیگری به دنبال چاره‌ای برای اضافه وزن خود است! یکی، اولین فکری که با دریافت حقوق به ذهنش میرسد، تامین مایحتاج اولیه زندگی است و دیگری به فکر سرمایه‌گذاری و توسعه دارایی‌ها است. لذا در برخورد با هر فرد ابتدا باید گروه سنی، جنسی و اجتماعی او تعیین شده و مطابق با آن‌ها سوال شود و اقدامات لازم نیز با در نظر گرفتن این طبقه بندی انجام گیرد. ایجاد یک رابطه مسئولانه، استفاده از مهارت‌های برقراری ارتباط و آگاهی از (Inter Personal Communication) IPC توسط پزشک در این موارد بسیار کمک کننده و سرنوشت ساز است.

اسرار حرفه‌ای 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 وضعیت‌های مختلف سلامت و بیماری به کار گیریم. این آگاهی‌ها در مورد زمینه‌های مختلف آناتومی، فیزیولوژی و فارماکولوژی بیماری‌ها لازم است ولی کافی نیست. طبابت موفق به مهارت‌هایی وابسته است که ما را قادر می‌سازد که این دانش و آگاهی‌ها را به طور موفقیت‌آمیز در مواقع لزوم بکاربریم و باید:

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

رعایت اخلاق پزشکی و حقوق جامعه هدف توسط پزشک

- ✓ بالا بردن 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 تصمیم‌گیری و ایجاد مهارت در خود در این راستا.
 - ✓ ارزش‌ها براساس اعتماد و اطمینانی که در حرفه پزشکی وجود دارد سنجیده می‌شود. بیمار به پزشک به عنوان فردی امین و مورد اعتماد می‌نگرد و مسائلی را که حاضر نیست به آسانی با کسی در میان بگذارد از او پنهان نمی‌کند. 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 پیش‌داوری در برخورد با بیماران باشد.
 - ✓ و حفظ رقابت علمی در سطح عالی که بسیار کمک کننده است.
 - ✓ 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 حرفه‌ای توجه زیادی نشده است در حالی که

امروزه در تمام دانشگاه‌های دنیا اخلاق پزشکی بعنوان یکی از تخصص‌های پزشکی آموزش داده می‌شود. دانشجویان 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 بالا بردن علم و اطلاعات خود حفظ نماید.

اخلاق پزشکی (Medical ethics)

در لغتنامه دورلند، اخلاق پزشکی اینگونه تعریف شده است: رعایت اصول و ارزشها در تصمیم‌گیری‌های پزشکی. بزرگی و وسعت این تعریف را در دو قسمت می‌توان خلاصه و تعریف کرد.

۱ - اصول ارزشها

۲ - حوزه‌های تصمیم‌گیری‌های پزشکی

در قسمت اول: معمولاً اصول و ارزشها برگرفته از ریشه‌های تاریخی، فرهنگی، مذهب و ... و قوانین مربوط به جوامع می‌باشد و ضمن این که در کلیات، اصول مشترکی با هم دارند، اما در بعضی از جزئیات، برحسب نوع جامعه، تفاوت‌هایی دیده می‌شود. اما در همه مکاتب اخلاقی، انسان سلامت و تکریم او در کانون توجه قرار دارد.

در قسمت دوم: حوزه‌های تصمیم‌گیری‌های پزشکی است و نوع نگاه به پزشکی و سلامت، وظایف این حوزه‌ها را تعیین می‌نماید.

در یک نگاه ساده و کل نگر، پزشکی و پزشک، در نهایت سه شرح وظیفه عمده دارند:

✓ کمک کنند تا مردم بیمار نشوند.

✓ کمک کنند تا بیماران درمان شوند.

✓ کمک کنند تا مشکلات بیماران غیرقابل درمان کمتر شود.

و برای دستیابی به اهداف مهم فوق سیستم‌های بهداشت و درمان نیز سه شرح و طبقه‌بندی را به عهده دارند:

۱ - آموزش پزشکی

۲ - ارائه خدمات

۳ - پژوهش

از این دیدگاه، حوزه‌های تصمیم‌گیری‌ها در پزشکی به دو گروه تقسیم میشوند:

۱ - تصمیم‌گیری‌های پزشک

۲ - تصمیم‌گیری‌های سیستم بهداشت و درمان

و اخلاق پزشکی یعنی این که در تمام این تصمیم‌گیریها اصول و ارزشها رعایت شود. و نتیجه آن نیز عدالت در سلامتی برای مردم و جامعه می‌باشد.

رعایت اصول و ارزشها در آموزش پزشکی، تربیت پزشک و پیراپزشک را به دنبال دارد که ضمن آشنایی

به مهارت‌های حرفه‌ای و نیازهای اساسی سلامت در جامعه، به اخلاق پزشکی نیز توجه دارد و آموزش‌های 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 می‌گیرد و همچنین اخلاق در پژوهش، بیشتر به پژوهش‌های ضروری و تعیین نیازهای ارتقاء سلامت جامعه توجه دارد.

در دستیابی به اخلاق پزشکی مخصوصاً در رابطه با تصمیم‌گیری‌های پزشک، دو استراتژی مهم مورد توجه می‌باشد: حقوق بیمار (Patient & Right) و رابطه پزشک و بیمار (Patient-Doctor Relationship)

حقوق بیمار

همراهی 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، زیربنای حقوق می‌باشد و این اصول عبارتند از:

منشور حقوق بیمار

سیستم‌های 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، طی سال‌های اخیر، منشور حقوق بیمار تهیه و برای اجرا به واحدهای مربوطه و دانشگاه‌های علوم پزشکی ابلاغ شده است. رعایت حقوق بیماران در کشور، مسئله‌ای است که باید مورد توجه و بازبینی جدی قرار گیرد. در مطالعه‌ای توسط نگارندگان 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 عمده‌ترین حقوق خود را، برخورداری از بهترین روش تشخیص و درمانی و رعایت شئون و احترام لازم می‌دانستند. هرچند که ۴۲٪ پزشکان نیز معتقد بودند حقوق آنها هم به عنوان پزشک رعایت نمی‌شود.

اصول اخلاق پزشکی June 2001

مقدمه

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.

اصول اخلاق پزشکی

۱ - پزشک باید تعهد کند که تمام جنبه‌های 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 ارتباط‌های حرفه‌ای‌اش 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 دانسته‌های علمی‌اش 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 می‌خواهد در آن مراقبت‌های پزشکی را به طور مناسب به بیمار ارائه کند، آزاد است.
- ۷ - پزشک مسئولیت دارد، در فعالیتهایی که در رفاه جامعه و بهبود سلامت مردم موثر هستند شرکت نماید.
- ۸ - 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

- 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 تمایل از طریق یکی از بستگان از پزشک معالج، درخواست نماید. به طوری که در فوریت‌های 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 روش‌ها را در حد درک خود از پزشک معالج دریافت و در انتخاب نوع درمان نهایی مشارکت نماید.
- ۵ - بیمار حق دارد در صورت تمایل شخصی و عدم تهدید سلامتی آحاد جامعه طبق موازین قانونی رضایت شخصی خود را از خاتمه درمان، 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 مشاوره‌های بالینی جز در مواردی که براساس وظایف قانونی از گروه معالج اعلام صورت می‌گیرد، اطمینان حاصل نماید.

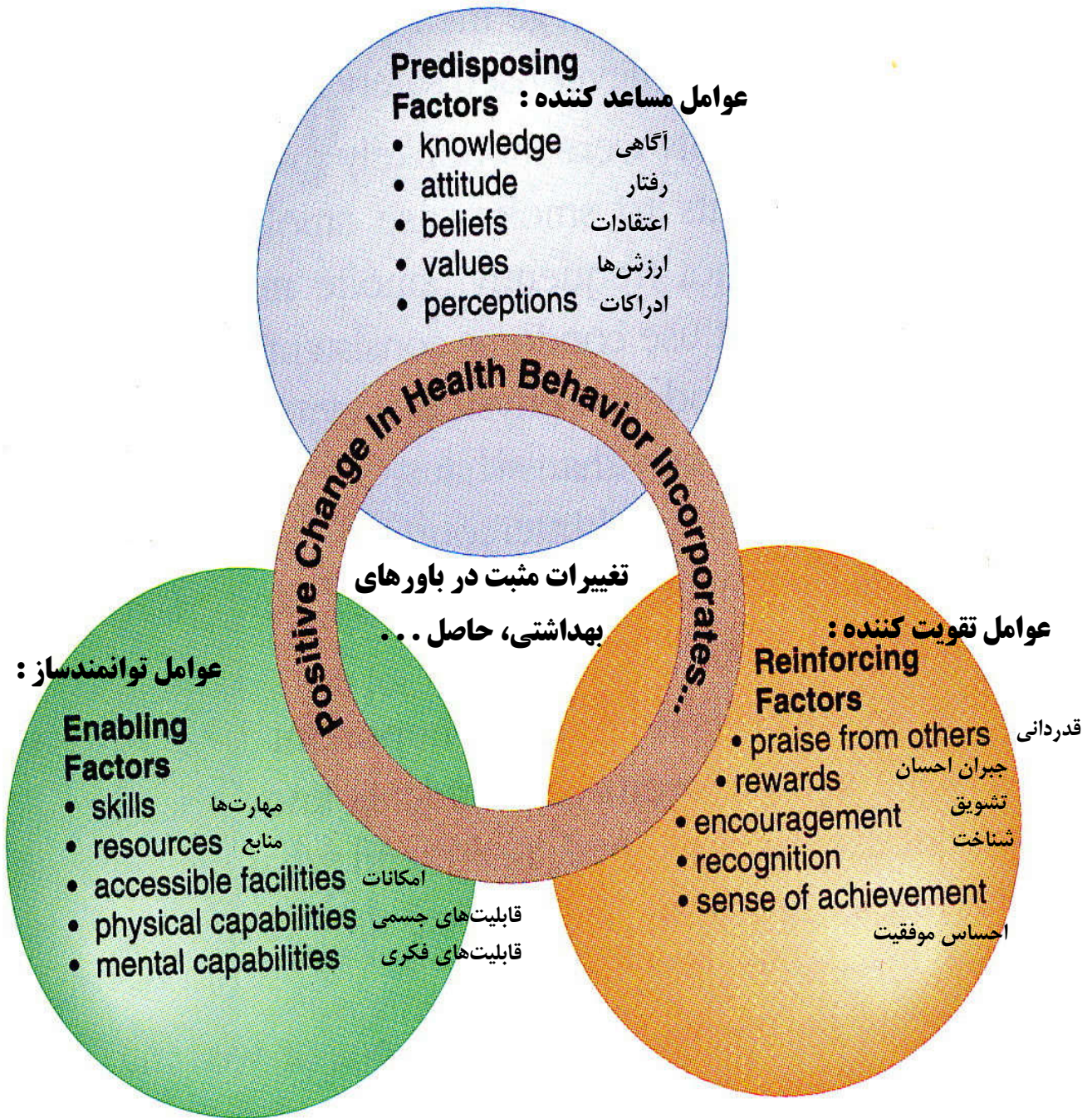
- ۷ - بیمار حق دارد از رازداری پزشک و دیگر اعضای تیم معالج خود اطمینان حاصل کرده به طور بالینی افرادی که مستقیماً بر روند درمان شرکت ندارند، موکول به کسب اجازه بیمار خواهد بود.
- ۸ - بیمار حق دارد از دسترسی به پزشک معالج و دیگر اعضای اصلی گروه معالج در طول مدت بستری، انتقال و پس از ترخیص، اطمینان حاصل نماید.
- ۹ - بیمار حق دارد با کسب اطلاع کامل از نوع فعالیت‌های آموزشی و پژوهشی بیمارستان که بر روی سلامتی و درمان او موثرند، تمایل و رضایت شخصی خود را به مشارکت درمانی اعلام و یا در مراحل پژوهش از ادامه همکاری خودداری نماید.
- ۱۰ - بیمار حق دارد در صورت ضرورت اعزام و ادامه درمان در سایر مراکز درمانی، قبلاً از مهارت گروه معالج، میزان تعرفه‌ها و پوشش بیمه‌ای خدمات در مرکز درمانی مطلع گردد.

سلامت و رفاه (Health and Wellness)

رفاه (wellness) مفهومی گسترده‌تر از سلامت دارد و سلامت هدف‌مند، به همراه شادمانی و خوشبختی می‌باشد. به عبارت دیگر وقتی می‌گوییم یک فرد یا یک جامعه از رفاه برخوردار است که درجه‌ای 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 قدم‌هایی را برداریم تا از بیماری پیشگیری کرده و از رفتارهای خطرآفرین بپرهیزیم و نوعی از زندگی که متعادل تر و رضایت‌بخش تر و با کیفیت بالاتر است را تجربه کنیم. وقتی نوع زندگی (life style) ما براساس تغییرات لازم در جهت بالا بردن کیفیت زندگی در همه ابعاد سلامت، چه فیزیکی، روحی، روانی و خانوادگی باشد به رفاه یا (optimal health) رسیده‌ایم.

رفتارهایی که بر سلامت ما تاثیر دارد مانند تحرک، تغذیه صحیح، داشتن مراقبت‌های منظم و برداشتن قدم‌هایی برای از بین بردن بیماری و یا خطراتی که سلامت ما را تهدید می‌کند. حتی اگر فقط بخواهیم یک رفتار را در خود تقویت کنیم که سلامت ما را ارتقاء بخشد باید متوجه باشیم که بسیار سخت است و تقریباً حدود ۴۰ تا ۸۰ درصد افرادی که سعی کرده‌اند یک رفتار را عوض کنند حدود ۶ هفته بعد به رفتار غلط 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 کرده‌ام. برای این تغییر باید بدانیم که ۳ عامل موثر که در شکل ۱ - می‌بینید 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. آگاه بودن (knowledge) از یک مسئله که سلامتی را به خطر بیندازد و یا حتی نگرش مثبت و منفی داشتن در مورد رفتاری (attitude) نمی‌تواند در بسیاری از اوقات کمک کننده باشند. بسیاری از افراد از خطرات سیگار آگاه هستند از بوی 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 قوی‌تر از آگاه بودن و یا نگرش مثبت یا منفی می‌تواند عمل کند.



شکل ۱ - عوامل موثر بر رفتار بهداشتی مثبت (Positive Behavior)

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

- ۱ - حساس بودن (Susceptibility): بدانند که در خطر فراوان در مورد این رفتار غیرسالم هستند.
 - ۲ - شدت (Severity): بدانند اگر این رفتار را عوض نکنند به قیمت گرانی از نظر اقتصادی و جانی برای آن‌ها 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. بعضی‌ها می‌گویند که ما واقعاً می‌دانیم که این رفتار برای سلامت ما خطرآفرین است. مانند جوانان و ارتباط جنسی غیرایمن که بسیاری از اوقات می‌دانند که سرنوشت آنان بسیار تاثیرگذار است ولی به دلیل اینکه مثل هرکجای دنیا، جوانان جزو گروهی از مردم هستند که باور دارند هرگز آسیب نمی‌بینند، مشکلات برای دیگران اتفاق می‌افتد نه برای آنان و اگر واقعاً رفتار خطرناکی باشد آنان این خطر را حس خواهند کرد و راهی برای آن پیدا می‌کنند و فقط زمانی که یک بیماری مقاربتی (STI) اتفاق افتاد و یک حاملگی پرخطر ناخواسته، تازه متوجه میشوند و برای حل چنین مشکلی دنبال چاره می‌گردند.
- عواملی که ما را قدرتمند و توانمند می‌کنند مانند مهارت‌هایی که می‌آموزیم و یا دسترسی به منابع، توانایی‌هایی که از نظر فکری بدست می‌آوریم می‌تواند به شدت روی رفاه ما در زندگی تاثیرگذارد. بعضی از عوامل 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 تاثیرگذار است و می‌تواند عاملی 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 جاده‌ای اگر برنامه‌ای تهیه شود مشاهده می‌گردد که مواردی که در حوزه اختیار نظام سلامت و وزارت بهداشت است درصد کمی از کار را تشکیل می‌دهد.

حتی در موارد مرتبط با بیماری مثلاً برای مبارزه با بیماری‌های ناشی از مصرف سیگار اگر برنامه‌ای تهیه شود فقط در قسمت کاهش مصرف سیگار، بخش‌های مختلف از جمله وزارت بازرگانی برای کاهش واردات سیگار، کلیه وزارتخانه‌ها 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 تعریف سیگار، صدا و سیما برای تبلیغات و آگاه‌سازی مردم، 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. در مورد رفاه که مفهومی فراگیرتر از سلامت دارد مسئله پیچیده‌تر است. رفاه که با کلیه اجزای زندگی همه احاد جامعه سروکار دارد نیازمند عزم راسخ دولت و بسیج کلیه امکانات آن به منظور تامین رفاه مورد نظر است.

ویژگی‌های یک پزشک خوب

پزشکان با ادای یک سوگند، متعهد می‌شوند به نجات زندگی‌ها بپردازند و در اوج رضایت از زمانی که پشت سر گذاشته‌اند، امیدوار به آینده‌ای پرثمر، بر منصب طبابت می‌نشینند. طبابت یکی از ارزشمندترین حرفه‌های

بشری است. حرفه‌ای که رسالت درمان را بر دوش دارد. به سبب این شغل، در طول روز با افراد زیادی از گروه‌های مختلف جنسی، اجتماعی و سنی مواجه می‌شوند. این افراد گرچه با هم فرق دارند اما پزشک همه را با یک نام مشترک یعنی بیمار می‌شناسد و بیمار میداند که میتواند به او اعتماد کند و مشکل خود را با وی در میان گذارد. به دلیل همین اعتماد، بیمار، تصمیم‌گیری در باره سلامت خود را به پزشک می‌سپارد. 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 طبیبی را برای درمان دردش می‌جوید 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 می‌بخشد و تاثیر شگفتی در جلب اعتماد بیمار به طبیب و روند درمان دارد. در گذشته که راه‌های مشخصی برای درمان بیماری‌ها وجود نداشت، پزشکی به جای آنکه یک علم باشد بیشتر یک هنر محسوب می‌شد. با ظهور علم و تکنولوژی، جنبه‌های بین فردی مراقبت از بیمار تحت‌الشعاع 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 تکنیک‌های درمانی، انجام تست‌های تشخیصی و معاینات بدنی است و بعد بیانی آن منعکس کننده هنر طبابت است که شامل برقراری ارتباط صمیمی و گرم با بیمار و احساس همدردی با اوست.

روش‌های ارتباط پزشک با بیمار

غیر فعال

برخی معتقدند که تمکین بیمار به دستورات پزشکی برای تداوم دوره درمانی موثر، لازم است. بیمار برای درمان خود اطلاعاتی را بدست می‌آورد و طلب کمک می‌کند. پزشک هم یک سری دستورالعمل‌ها را توصیه می‌نماید و بیمار ناگزیر باید بپذیرد. این مدل شاید در موارد فوریت‌های پزشکی، موثر می‌باشد اما در مورد بیماری‌های مزمن، مقبولیت خود را از دست داده است. در این روش، پزشک درمان بیماری را بر عهده می‌گیرد اما بیمار هیچ اراده و کنترلی در روند درمان ندارد.

مدل هدایت - همکاری

این روش معمول‌ترین راه درمانی است که در آن پزشک درمان را توصیه نموده و بیمار همکاری می‌کند. این روش با این ایده که دکتر بهتر میداند تطابق دارد که در آن پزشک، دخالت دیکتاتورمآبانه‌ای 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 تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی دوره درمان را بر عهده دارند. هر دو طرف

به نظر یکدیگر احترام می‌گذارند. برخی می‌گویند این مناسب‌ترین راه درمان بیماری‌هایی است که در آن پزشک و بیمار ارتباط پیوسته و مفیدی با هم دارند تا کیفیت درمان را بررسی کنند. براساس اصول اخلاق پزشکی عملکرد پزشک نباید هیچ‌گونه 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 به حداقل می‌رساند.

اصل دیگری که در اخلاق پزشکی مطرح است عدالت است. این مقوله در حوزه پزشکی معمولاً به صورت نوعی انصاف مطرح می‌شود و اشاره به توزیع منصفانه خدمات رسانی دارد. در اینجا نیز همه یکسان هستند و لذا باید از درمان برابر، بهره‌مند شوند. علاوه بر دانش و آگاهی کافی و به روز، مهارت در تشخیص، شناخت و بکارگیری روش‌های درمانی موثر نیز از ویژگی‌های مهم و در واقع لازمه پرداختن به حرفه پزشکی هستند. یک ضرورت دیگر در طب، علاقمندی به بشریت است. یکی از ضروری‌ترین ویژگی‌های 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 و اطمینان دهنده است.

متعادل، با ایمان، با شهامت و شجاع در مورد بیمار خود عمل می‌کند.

شاید شناخت همه ویژگی‌های 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 می‌کند همراهی علم پزشکی با هنر طبابت است. این دو متضاد هم نیستند بلکه کامل کننده یکدیگرند. تصویری که پزشک از بیمار خود بدست می‌آورد یک موضوع بالینی صرف نیست بلکه تصویر بیماری است که توسط مجموعه‌ای از عوامل شامل خانواده، دوستان، شغل، روابط، خوشی‌ها و ناخوشی‌ها، امیدها و ترس‌ها 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 می‌خواهند که به فکر آنها باشد و عمده توجهش نه به بیماری‌ها 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 بی‌حوصله و یا بی‌تفاوت 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 می‌کنند. نحوه رفتار پزشک در شرح بیماری از سوی بیمار دخالت دارد. پزشک خشن و بی‌علاقه به بیمار، ممکن است در تجزیه و تحلیل اطلاعات بالینی یعنی یافتن راه حل مشکل بیمار ناموفق باشد. در حالیکه یک پزشک خوب با نگاهی مهربان و چشمانی پر از همدردی بیمار را می‌نگرد. او بیمار را بر خود ارجح میدانند نه خود را بر بیمار. همه ما پزشکانی را ترجیح می‌دهیم 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 مهارت‌های ارتباطی استفاده میکنند.

به این ترتیب در عین حالیکه به بیمار با هر سطحی از اطلاعات احترام می‌گذارند بهترین و موثرترین روش را برای درمان او بکار می‌بندند. به هنگام پرسش از بیمار ادب را رعایت میکنند و به او اجازه می‌دهند راحت صحبت کند در حالیکه خودشان به دقت به سخنان او گوش میدهند و بالاخره یکی از اساسی‌ترین ویژگی‌های یک پزشک خوب، باور او به وجود قدرتی برتر است که همه را تحت نظر دارد، هم او که مظهر عدالت است و در عین جدیت، بسیار رئوف و مهربان است و از سلامت همگان، حفاظت و مراقبت می‌نماید. این اعتقاد باعث می‌شود هرکسی در انجام وظیفه خود به بهترین نحو بکوشد و در محضر او معصیت ننماید و پزشکان متعهد نیز از این قاعده مستثنی نیستند و کلام آخر این که پزشکان متعهد، علم را به زیور حکمت می‌آرایند، شفقت را با جدیت همراه می‌سازند، انصاف را زینت‌بخش رفتارشان نموده و آنگاه طبابت می‌کنند و از اینها گذشته از ذات اقدس او کمک می‌خواهند و بدینوسیله با تقویت روحیه خود بر ثمره تلاش خویش در راه کسب دانش و مهارت پزشکی و تشخیص و درمان صحیح بیماران و حفظ و ارتقاء سلامتی آنان می‌کوشند، آنگونه که حکیم عالیقدر، ابن سینا کوشید و به درجات رفیع علم و ایمان، دست یافت و این پیام جاوید را برای دانشجویان پزشکی این مرز و بوم به یادگار گذاشت که: *“سب تا صبح نمی‌خوابیدم، روز تا شب نمی‌آسودم، هرگاه به مشکلی برمی‌خوردم که در حل آن عاجز می‌ماندم، به مسجد می‌رفتم، نماز می‌گزاردم و در حل آن از مبدع کل، کمک می‌خواستم . . .”*

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 می‌باشد. 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 بیماری وی و اقدامات لازم، توضیح دهد تا وی در تصمیم‌گیری در مورد بیماری خود با دیدی باز عمل کند. مهارت در این امر باعث رضایت بیمار و پزشک، همکاری بهتر در درمان و کاهش ادعای درمان نادرست می‌شود.

دانشجویان در دوران تحصیل با طیف وسیعی از بیماران، خانواده‌های آنان، پزشکان و سایر ارائه‌کنندگان 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 انعطاف‌پذیری پزشک را می‌طلبد 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 غیرکلامی) و واژگان پایه برای کسب مهارت را ارائه می‌کند. نگرش مناسب شامل درک اهمیت برقراری ارتباط موثر، نیاز به

دیدن بیماران به عنوان فردی از افراد جامعه به جای یک مورد بیماری (case) و همکاری با سایر اعضای تیم مراقبت‌های سلامتی است. پس از پایان این دوره دانشجوی باید دانش پایه برای ارتباط کلامی و غیرکلامی را داشته باشد، قادر به شروع مصاحبه و خاتمه دادن به آن باشد.

برقراری ارتباط با بیمار

برقراری ارتباط با بیمار شامل سه قسمت زیر است:

- ❖ معارفه و شروع رابطه
- ❖ کاوش کردن در مورد موضوع مورد مصاحبه
- ❖ پایان

برای برقراری 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 طولی‌وار، تقلید شوند بلکه آنها را به ذهن سپرده و در مواقع لازم بکار روند:

آماده شدن برای مصاحبه:

قبل از شروع مصاحبه دانشجوی باید روی شرح وظایف خود تمرکز و ذهن خود را از سایر مشغله‌ها خالی کند.

خوشامدگویی و معارفه:

در این قسمت دانشجوی باید ضمن خوشامدگویی به بیمار، خود را معرفی کند و نام او را بپرسد. همچنین موارد زیر را در این قسمت به 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

مهارت‌های گوش دادن شامل

روش‌های کلامی :

- استفاده از این موارد برای روشن سازی موارد ابهام در مصاحبه و تکمیل گفته ها است.
- 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 می‌شود.
- روشن سازی (clarifying) یا سوال مستقیم در موارد ابهام برای روشن شدن درستی برداشت مصاحبه کننده از سخنان بیمار.

- تصمیم‌گیری و مدیریت: با استفاده از اطلاعات مراحل قبل در مورد مشکل بیمار تصمیم‌گیری کرده و اجرای آن مدیریت می‌شود.

روش‌های غیرکلامی شامل:

- سکوت (silence): استفاده مناسب از سکوت به بیمار اجازه می‌دهد 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 طوری که 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.

مهارت‌های گفتاری شامل:

- ❖ **سوالات باز:** باید مصاحبه با بیمار با سوالات باز شروع شود. در سوالات باز از موارد کلی سوال می‌شود و پرسش شونده برخلاف 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 می‌سازد که مشکل اصلی بیمار چیست.
- ❖ **سوالات بسته:** با پیشرفت مصاحبه با روشن شدن موضوع به تدریج باید از سوالات بسته استفاده کرد تا جزئیات 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.
- ❖ **بازگویی عبارات (repetition):** در حین مصاحبه گاه برای تاکید روی یک موضوع، گاه برای روشن شدن یک مطلب و یا برای این که به بیمار نشان داده شود به صحبت‌های او گوش می‌دهیم از بازگویی عبارات استفاده می‌شود.

تسهیل (facilitation): وقتی که مصاحبه شونده در پاسخ به سوالی دچار مشکل می‌شود برای جلوگیری از خاتمه مصاحبه می‌توان با او همراهی کرد و با عباراتی بیان او را تسهیل کرد. البته این عبارات نباید القاکننده مطلبی باشد ولی می‌تواند بدون ارتباط با موضوع و حتی بی معنی باشد. پس از بیان این عبارات مصاحبه شونده مجدداً به موضوع اصلی برمی‌گردد.

تشریح (explanation): در موارد ابهام از مصاحبه شونده خواسته می‌شود که در آن مورد خاص بیشتر توضیح دهد.

تفسیر (interpretation): در مواردی که سخنان بیمار نیاز به تفسیر دارد می‌توان تعبیر آنها را با وی در میان

گذاشت.

جستجوی نقطه نظرات بیمار: نقطه نظرات مصاحبه شونده سوال شود اما نباید در مورد آنها قضاوتی صورت گیرد. **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.

درک اشارات غیر کلامی 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 پیام های آنها را دریافت کند.

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. 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.

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 وی 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 و از نگاه کردن زیاد به راهنما خودداری کند.

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 ای است 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.

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 می‌تواند چک کند که سه مطلب زیر را متوجه شده است:
- ✓ « آیا می‌توانم چک کنم که همه نشانه‌ها و مشکلاتی که شما در حال حاضر دارید و تمایل دارید در آن زمینه به شما کمک شود را متوجه شده‌ام؟ »
- ✓ و سپس « آیا 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 می‌شود؟ »
- ✓ پایان: از بیمار سوال شود: « آیا فکر می‌کنید مطلب مهمی وجود دارد که از شما نپرسیده باشم؟ آیا شما سوالی ندارید؟ »
- ✓ سوال از بیمار در مورد چگونگی برقراری ارتباط در مصاحبه و نکات مثبت و منفی آن و گرفتن پاسخ‌ها 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.

علل عدم همکاری بیمار

- عوامل زیر می‌تواند باعث عدم همکاری بیمار و بازگو نکردن مشکلات شود:
- ناامیدی بیمار و اعتقاد به اینکه نمی‌توان کاری انجام داد: گاهی بیمار تصور می‌کند بیماری غیرقابل

درمانی دارد به خصوص در مواردی که پس از مراجعه به پزشکان متعدد مداوا نشده است. لذا فکر می‌کند صحبت کردن در مورد این مشکل، اتلاف وقت است و از آن پرهیز می‌کند.

- گریز از احساس حقارت. عدم تمایل به اینکه احساساتی به نظر برسد. بیمار با بیان احساس واقعی خود به خصوص وقتی ناخوشایند و غیرمعمول باشد، ممکن است احساس حقارت و ضعف کند.
- شرم حضور و اعتقاد به اینکه گفتن این مسایل صحیح نیست. بعضی افراد تابوهایی دارند که بیان آنها را حتی برای پزشکشان مشکل می‌کند. بسته به فرهنگ هر جامعه این تابوها متفاوت است. البته گاهی نیز فردی است. مسایل مربوط به امور جنسی یا بیماری‌های ناحیه تناسلی در این دسته قرار می‌گیرند.
- رفتار بازدارنده 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 می‌شود. تعدادی از این موارد در ادامه بحث آورده شده است.
- نگرانی از آشکار شدن ترس در مورد وضعیت سلامتی. بیمار این ترس را نشانه ضعف می‌داند، لذا مایل نیست آشکار شود و بدین منظور از برقراری ارتباطی که منجر به این امر شود اجتناب می‌کند.

مصاحبه با خانم‌های باردار

دوره بارداری به خصوص اولین بارداری یک تجربه منحصر به فرد برای خانم‌ها در طول زندگیشان است. در طول این دوران تغییرات جسمانی و روانی متعددی در زنان رخ می‌دهد و زندگی فردی و اجتماعی آنان دستخوش تغییرات زیادی می‌شود. لذا در مصاحبه با آنها علاوه بر سوالات و مواردی که قبلاً 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 بویژه شوهر، دوستان و محل کار صورت می‌گیرد؟
- ✓ انتظار او از مراقبت‌های دوران بارداری چیست؟
- ✓ برای زایمانش چه برنامه‌ای 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 توصیه‌هایی از خانواده دریافت نموده است (با توجه ویژه به انتظارات و تقاضای جامعه)؟
- ✓ آیا نگرانی و دغدغه‌ای نسبت به آینده دارد و چگونه از نظر روانی خود را با موضوع تطبیق داده است؟

جدول ۱ - ثبت مصاحبه

نکات. شامل چگونگی برقراری ارتباط	مراحل مصاحبه
	معارفه. آیا خود را به روشنی معرفی کرد؟ و کنترل کرد با چه کسی صحبت می‌کند؟
	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
	نشانه‌ها و مشکلات فعلی وی
	دغدغه‌ها و نگرانی‌های بیمار
	انتظارات بیمار. چه کمکی نیاز دارید؟
	خاتمه. تشکر و سوال در مورد چگونگی مصاحبه
ارائه پسخورانده به همکاران در گروه : دیدگاه بیماران موارد مثبت موارد منفی مواردی که قابل تغییر است	

مصاحبه با سالمندان

- در مصاحبه با سالمندان به موارد زیر توجه شود:
- از راهکارهای ارتباط کلامی و غیر کلامی مناسب استفاده شود.
- در صورت نیاز، وضعیت شنوایی و بینایی بیمار تعیین شود.
- چراغها را روشن کنید.

- شان و منزلت آنها حفظ شود.
- قبل از انجام هر کاری برای آنها توضیح دهید.
- از راهکارهای حمایتی زیر استفاده شود:
- بیمار را به بیان احساسش تشویق کنید.
- از مطرح کردن سوالاتی که نیاز به قضاوت دارند خودداری شود.
- صحت سخنان بیمار تایید شود.
- مسئولیت شکست ارتباط به عهده گرفته شود.

موقعی که دانشجو خود مصاحبه‌گر است بهتر است از نوشتن عجولانه شرح حال خودداری نموده و تنها نکات کلیدی را یادداشت نماید و بعد برای تکمیل از آن استفاده کند. در مواقعی که همگروهان وی مشغول مصاحبه هستند، دانشجو جدول ۱ - (ثبت مصاحبه) را برای وی تکمیل کند تا علاوه بر ثبت شرح حال، پس‌خوراند 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 برنامه‌ریزی 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 ۱۰-۵ دقیقه یافته‌های خود را بیان می‌کند و استاد بری آنها بیان می‌کند که چگونه بیماری، زندگی بیمار مورد مصاحبه آنها را تحت تاثیر قرار داده و عوامل فردی و اجتماعی چگونه در شکل‌گیری بیماری نقش دارند.

مهارت گوش دادن

اغلب مردم گمان می‌کنند که شنونده‌های خوبی هستند و آموختن مهارت گوش دادن برای آنها عجیب است! در حالیکه واقعیت این است که بسیاری از ما خوب گوش نمی‌کنیم. 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 می‌کند و از بقیه گفته‌ها صرف‌نظر می‌نماید. شنیدن یک روند غیرفعال 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 سوت داور در بازی را میشنویم 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 می‌گذرد با استفاده از گوش، چشم، احساس و فکر است. گوش دادن فعال، مستلزم توجه به آنچه گفته شده (کلامی) و روشی که برای گفتن استفاده شده (غیرکلامی) می‌باشد. با این روش میتوان این توصیه را تحقق بخشید: « به صحبت‌های بیمار گوش دهید، تشخیص را به شما می‌گوید».

برقراری مهارت گوش دادن را می‌توان به ۴ بخش عمده تقسیم کرد

۱ - همراهی و برقراری ارتباط با بیمار attending :

- عبارتست از برقراری ارتباط چشمی با فرد در فاصله‌ای مناسب: این ارتباط به صورت نگاه خیره و سرد نباشد بلکه توأم با احساس و با تناوب باشد. ارتباط چشمی باید بر حسب تحمل فرد مصاحبه شونده تنظیم شود. نگاه بیمار از نگاه مصاحبه گر، می‌گریزد و نگاه خیره به او باعث قطع ارتباط می‌شود و در مواقعی نگاه نکردن او را به منزله عدم توجه به سخنانش می‌داند. مصاحبه‌گر 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 طوری که 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 صورتی که دانشجو 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: می‌دانم منظور شما چیست، من آنچه به شما گذشته را درک می‌کنم.

۲ - تفسیر و تاویل paraphrasing :

فهم دانشجو از سخنان بیمار را مورد آزمون قرار می‌دهد و نشان می‌دهد که او به دنبال پیام اصلی در سخنان بیمار است. همچنین به روانتر شدن مصاحبه و به خصوص به شفاف شدن عبارات دو پهلو کمک می‌کند. یک خلاصه دقیق و ساده از صحبت‌های اصلی بیمار ارائه می‌کند. هرگز از عبارت «من شنیدم که شما گفتید ...» استفاده نشود زیرا مصاحبه را متوقف می‌کند.

۳ - شفاف سازی clarifying :

موارد مبهم مصاحبه را ابهام زدایی می‌کند. 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 می‌کند که آیا برداشت او از سخنان بیمار درست بوده است:
- تفسیر خود از شنیده‌ها 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 می‌کنند. این موانع به دو دسته داخلی و خارجی تقسیم می‌شوند: موانع داخلی که از درون منشاء می‌گیرند 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.

افزایش مهارت گوش دادن

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 می‌شود تحریف می‌کند.
- در گوش دادن سعی در یافتن اهداف، جزئیات و نتیجه‌گیری داشته باشد.
- گوش دادن فعال، تفسیر را نیز در بر می‌گیرد.
- اشاره ضمنی اغلب از آنچه گفته می‌شود مهمتر است، پس به ناگفته‌ها 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 می‌کند.

عوامل مخدوش کننده مصاحبه

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

- 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 بیپهوده، 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 می‌داند مصاحبه شونده چه می‌خواهد 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

بیمارستان‌های آموزشی و خدماتی

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 می‌باشد این وظایف عبارتند از:

- (۱) پذیرش و درمان سریع بیماران
- (۲) مشارکت در سلامت جامعه
- (۳) انجام فعالیت‌های پژوهشی
- (۴) آموزش علوم پزشکی

طبقه‌بندی بیمارستان‌ها

بیمارستان‌ها از نظر وظایف، مالکیت به دو گروه طبقه‌بندی می‌شوند:

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 مورد (۶۳٪) از آن‌ها تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور می‌باشد.

بیمارستان تخصصی

این بیمارستان‌ها یا از تجمع چند تخصص مختلف تشکیل شده‌اند و یا این که مختص بیماری‌های یک گروه سنی، جنسی یا یک گروه خاص از بیماری‌ها هستند. مانند بیمارستان کودکان (مفید) بیمارستان روانی (رازی)

بیمارستان زنان (مهديه)

بیمارستان قلب (شهید رجائی)

بیمارستان ارتوپدی (اختر)

چشم (فارابی)

ریه (مسیح دانشوری)

بیمارستان آموزشی

در این بیمارستان‌ها ضمن ارائه خدمات درمانی به تربیت نیروی انسانی گروه پزشکی پرداخته می‌شود. البته باید در نظر داشت که ممکن است بعضی از بخش‌های یک بیمارستان آموزشی به تربیت نیروی انسانی نپردازد و بالعکس در خیلی از بیمارستان‌های غیرآموزشی بخصوص در شهرستان‌ها برنامه‌های آموزشی برای تربیت نیروی انسانی بخصوص برای رشته‌های مقاطع کارشناسی و کاردانی اجرا می‌شود.

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 می‌گردد و پس از رفع ضرورت برچیده می‌شود.

ب - انواع بیمارستان بر حسب مالکیت

بیمارستان دولتی

یکی از انواع بیمارستان بیمارستان عمومی، بیمارستان تخصصی، بیمارستان آموزشی، بیمارستان صحرایی و . . . که تولید آن بر عهده یکی از ارگان‌های دولتی و از جمله، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌باشد.

بیمارستان خصوصی

تعداد ۱۲۳ بیمارستان خصوصی وجود دارد که ۱۱۳ (۹۲٪) آن بیمارستان عمومی و تنها ۱۰ (۸٪) بیمارستان تخصصی است.

بیمارستان خیریه

که به صورت خصوصی یا نیمه‌دولتی، اداره می‌شود

واحدهای بیمارستان

بیمارستان‌ها برای انجام وظایف خود دارای ساختار مشخصی هستند. در این نوشته واحدهای بیمارستانی

به دو دسته بزرگ واحدهای ارائه کننده خدمات سلامت و پشتیبانی تقسیم شده است.

الف - واحدهای ارائه خدمات سلامت

- ۱ - اورژانس
- ۲ - تحت نظر
- ۳ - درمانگاه‌های تخصصی و واحدهای کمکی ضمیمه (اطاق گچ‌گیری، نوار قلبی، شنوایی سنجی، اکوکاردیوگرافی، برونکوسکوپی، اندوسکوپی، اسپیرومتری، دانسیتومتری، الکتروانسفالوگرافی (EEG) و ...)
- ۴ - واحدهای تشخیصی

الف - آزمایشگاه

- o هماتولوژی
- o بیوشیمی
- o میکروبیولوژی
- o پارازیتولوژی (انگل شناسی)

ب - رادیولوژی

- o X-Ray
- o سونوگرافی
- o CT-Scan
- o MRI

ج - پاتولوژی

۵ - بخش‌های 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 مراقبت‌های قلبی (CCU) Coronary Care Unit

۸ - بخش مراقبت‌های ویژه بالغین (ICU) Intensive Care Unit

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

۱۰ - سایر: فیزیوتراپی، رادیوتراپی، دندانپزشکی

ب - واحدهای 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 ۲ - این سه مرحله را نشان می‌دهد:

ورود به بیمارستان به عنوان بیمار

مسیر رسمی ورود به بیمارستان، واحد پذیرش و خروج از آن ترخیص می‌باشد. هرچند ممکن است در موارد اورژانس اقدامات درمانی برای بیمار قبل از پذیرش از مسیر رسمی آغاز شود. بیمار یا خود به درمانگاه‌های بیمارستان و اورژانس مراجعه می‌کند، یا این که از بیمارستان‌ها و مراکز درمانی دیگر ارجاع می‌گردد.

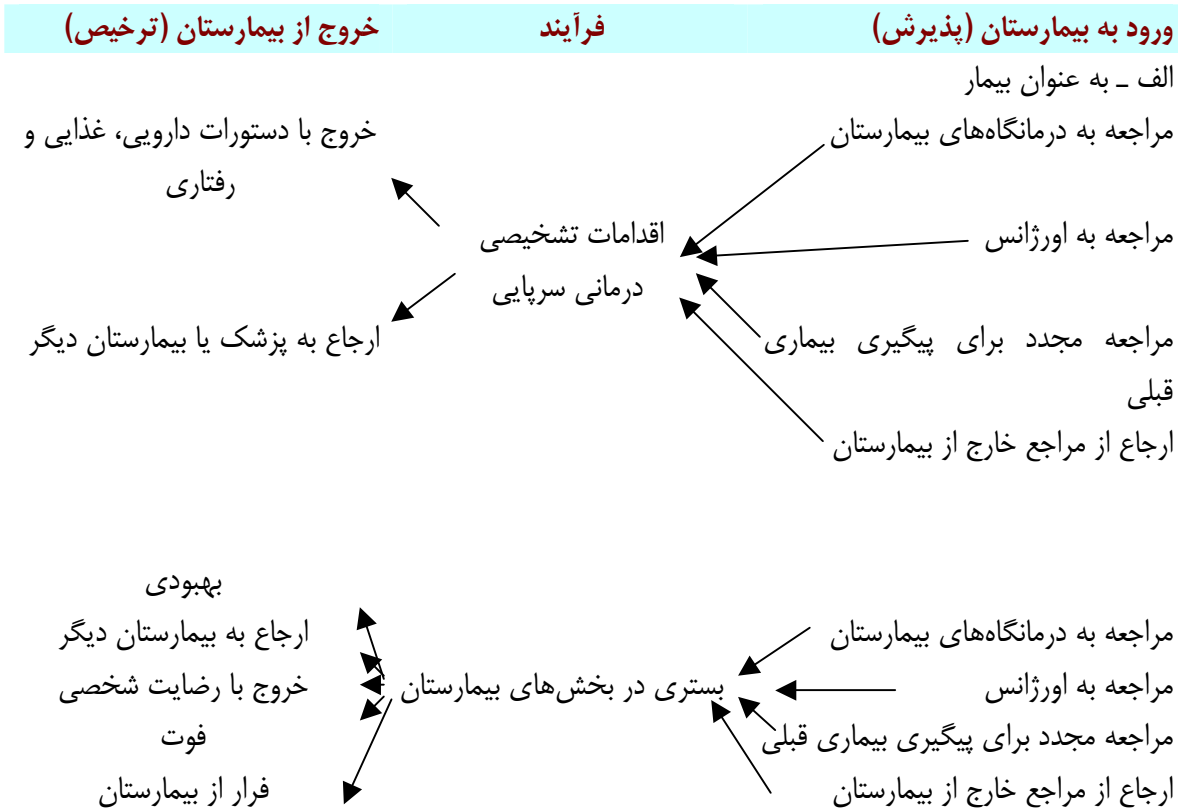
پذیرش بیمار

پذیرش با واحدهای امور مالی (از نظر محاسبه هزینه‌های درمان بیمار) و واحد آمار رابطه نزدیک دارد و از سوی دیگر به علت این که 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 می‌گردد. واحد پذیرش به دو بخش بیماران سرپایی (پذیرش درمانگاه) و پذیرش بیماران بستری تقسیم می‌گردد.

الف - پذیرش سرپایی

ب - پذیرش بیماران بستری

جدول ۲ - مراحل خدمات بیمارستانی



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

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 می‌کند. 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 می‌کند و همچنین اطلاعات تشخیصی و درمانی را از بخش‌های ذیربط دریافت می‌دارد. اطلاعات دریافت شده باید کامل و روشن باشد.

واحد پذیرش چهار قسمت مختلف را به شرح زیر پوشش می‌دهد:

- ثبت جابجایی بیماران در داخل بیمارستان، شامل ورود، خروج یا انتقال، مشاوره‌های بیرون بیمارستان.
- جمع‌آوری اقدامات پزشکی بر روی هر بیمار (اعم از رادیولوژی، بیولوژی، جراحی و غیره).

۳ - شناسایی هویت پرداخت کننده هزینه‌ها، 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 و ملاقاتی‌ها و سایر خدمات مربوط به اطلاعات و اعلام و انتقال این اطلاعات به واحدهای ذیربط.

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

نخست از نظر آسایش بیماران و از جهت دسترسی فوری به واحدها و بخش‌های درمانی در داخل یا خارج بیمارستان، دوم از نظر مشارکت فعال در تنظیم صورتحساب مالی و محاسبه هزینه‌های درمانی. بنابراین انتخاب کارکنان زبده و آموزش‌دیده برای این واحد و نیز گزینش محل کار مناسب دارای اهمیت اساسی برای حسن گردش امور بیمارستان می‌باشد. 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 درمانگاه
- 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 کلینیک‌ها 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 درمانگاه باید از پذیرش، مطلع شده و تشریفات لازم را انجام دهد. مراحل پذیرش بیماران عادی به صورت زیر است:

مراحل پذیرش بیماران عادی :

- 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
- درخواست پرونده قبلی بیمار از قسمت مدارک پزشکی، در صورتی که بیمار سابقه دارد
- تنظیم برگ پذیرش :
 - 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 مشخصات 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

مراحل بستری و ترخیص

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، صادر می‌کند. منشی بخش موظف است پرونده بیمار را مرتب نموده و همراه با مجوز ترخیص، به پذیرش ارسال کند.

مراحل پس از ترخیص

- قسمت پذیرش، پرونده و برگ ترخیص را برای پرداخت هزینه‌های بیمارستان به حسابداری ارجاع می‌دهد.
- حسابداری پس از دریافت هزینه و گواهی تسویه حساب، کلیه مدارک را به پذیرش بر می‌گرداند.
- پذیرش پس از ثبت ترخیص و حذف نام بیمار از نمودار تخت و صدور مجوز خروج بیمار، بخش را مطلع نموده و بیمار می‌تواند بیمارستان را ترک کند.
- پذیرش همزمان با اقدام فوق، موضوع ترخیص را به قسمت اطلاعات، اطلاع می‌دهد.
- بخش پذیرش، نسبت به محاسبه فعالیت بخش‌ها از نظر تعداد بیماران پذیرفته شده، تعداد روزهای بستری، متوسط اقامت بیمار و درصد اشغال تخت‌های بیمارستانی اقدام می‌نماید. 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 می‌کند

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

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 پرونده‌های بیماران می‌پردازند 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، به منظور تشکیل پرونده و ضبط اوراق مورد نیاز در پرونده و ثبت کد مربوطه بر روی آن.
- ثبت مشخصات آورنده یا مقام اعزام کننده بیمار و اخذ رضایت‌نامه جهت مطالعه یا اعمال جراحی.
- ضمیمه کردن نتایج آزمایش‌های انجام شده به پرونده بیمار.
- تنظیم کارت شناسایی 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 به منظور اعزام بیمار به منزل یا شهرستان.
- تنظیم کارت اندکس الفبایی بر حسب نام و نام خانوادگی بیماران بمنظور شناسایی آنها.
- تهیه و تنظیم آمار روزانه، ماهانه و سالانه از تعداد بیماران بستری و مرخص شده و درگذشتگان بیمارستان و تجزیه و تحلیل آنها (احتساب درصد‌های اشغال تخت و غیره).
- تهیه آمار مراجعین به درمانگاه‌ها، سرویس‌های رادیولوژی، آزمایشگاه، داروخانه و سایر واحدهای بمنظور تجزیه و تحلیل خدمات ارائه شده.
- انجام امور بایگانی پرونده‌ها بر اساس روش تعیین شده.
- راهنمایی و کمک به کارآموزان رشته پذیرش و مدارک پزشکی.
- کدگذاری بیماریها و تهیه اندکس بیماری‌ها برابر روش‌های معمول براساس طبقه بندی بین‌المللی.
- کدگذاری اعمال جراحی و تهیه اندکس اعمال جراحی برابر روش‌های معمول یا براساس طبقه بندی بین‌المللی اعمال جراحی.
- تهیه و تنظیم آمار مورد لزوم جهت مقامات بهداشتی و درمانی کشور.
- همکاری در تجزیه و تحلیل کیفی مدارک پزشکی با کمیته‌های مربوطه.

- بررسی و تحقیق در باره فرم‌های مدارک پزشکی، روش‌های کار، وسایل، جا و مکان قسمت مدارک پزشکی.
- شرکت در کمیته‌های بیمارستانی و عهده‌دار 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 امور مربوطه.

آمار بیمارستانی و استفاده از کامپیوتر

وجود آمار و اطلاعات صحیح در هر سازمان نقش عمده‌ای در تجزیه و تحلیل عملکرد آن سازمان ایفا نموده و کمک موثری در ارزشیابی فعالیت‌ها و برنامه‌ریزی طرح‌ها و فعالیت‌های آینده می‌نماید. 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 برنامه‌ریزی و کنترل فعالیت‌های مختلف که در بخش‌های گوناگون انجام می‌شود، 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 جمع‌آوری شده و سپس طبقه بندی می‌گردد. آمار طبقه بندی شده نیز طبق نمونه‌های چاپی خلاصه شده و تجزیه و تحلیل می‌گردد. از تفسیر و تجزیه و تحلیل آمار، نحوه فعالیت‌های کمی و نیز انعکاس مالی و ریالی فعالیت‌ها بدست می‌آید. آمار بیمارستانی اگر به صورت صحیح جمع‌آوری، 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 می‌باشد و یکی از موارد استفاده آن یافتن راه حل‌های مشکلات موجود در بیمارستان است. باید توجه داشت که گردآوری و نگهداری آمار، به تنهایی حائز ارزش لازم نمی‌باشد. آمار فقط در صورتی اهمیت خواهد یافت که پس از طبقه‌بندی، با دیدی انتقادی مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرد.

مهم‌ترین آمار بیمارستانی به شرح زیر است:

- ۱ - آمار ۲۴ ساعته پذیرش و ترخیص و انتقالات بخش‌ها که به وسیله منشی هر بخش تهیه و به قسمت مدارک پزشکی و پذیرش، ارسال می‌گردد.
- ۲ - آمار روزانه بیمارستان که بر اساس آمار دریافتی از بخش‌های مختلف و قسمت پذیرش به وسیله مدارک پزشکی تهیه می‌شود.
- ۳ - آمار پذیرش و ترخیص بیماران سرپایی بوسیله قسمت پذیرش درمانگاه تهیه و به قسمت‌های تعیین شده ارسال می‌گردد.

بیمار سرپایی فردی است که از تسهیلات تشخیص یا درمانی بخش‌های یک بیمارستان استفاده می‌کند ولی از تخت ثابت بیمارستان، تحت عنوان تخت‌های بستری استفاده نمی‌کند. بیمار سرپایی ممکن است عادی یا اورژانس باشد و آمار بیماران سرپایی عبارت است از تعداد ویزیت‌های انجام شده در درمانگاه یا کلینیک‌ها و یا سایر بخش‌ها، و خدمات انجام شده پیراپزشکی برای تشخیص بیماری در واحدها و بخش‌های مربوطه.

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

تخصص‌ها و فوق تخصص‌های 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 درون‌ریز، قلب و عروق
- بیماری‌های عفونی و 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 هسته‌ای
- 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، نازایی
- طب اورژانس
- گوش و گلو و بینی

علاوه بر رشته‌های تخصصی و فوق تخصصی مورد اشاره، دو رشته طب کار و طب هوا و فضا وجود دارد که ممکن است در برخی از بیمارستان‌های خاص شاغل باشند. همچنین دوره تکمیلی (فلوشیپ) دیگری وجود دارد که متخصصین طی دوره‌های کوتاه مدت سه ماه تا یکساله جنبه خاصی از مهارت‌ها را در یک رشته کسب می‌کنند با این تفاوت که گذراندن این دوره‌ها منجر به اخذ مدرک نمی‌شود

کارکنان بیمارستان‌ها

برخلاف خدمات سلامت سرپایی که بطور عمده پزشک محور می‌باشد، وظیفه مراقبت از بیمار بستری نیاز به یک همکاری تیمی دارد. هرچند به نظر می‌رسد که پزشک معالج، رهبر این تیم می‌باشد ولی بار اصلی مراقبت بر دوش نیروی‌های کمکی است. تامین سلامتی بیمار بیشتر مرهون تلاش نیروی‌های غیرپزشک 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 بر عهده دارند. وجود روابط صمیمانه و احترام متقابل بین پزشک و سایر همکاران، ضامن عملکرد خوب تیم مراقبت از بیمار می‌باشد. کارکنان بیمارستان‌ها به شرح زیر می‌باشد:

۱ - پزشک (عمومی، متخصص، فوق تخصص)

پزشک شخصی است که خدمات بهداشتی و درمانی را به منظور پیشگیری، تشخیص، درمان و بازتوانی انجام می‌دهد و یا خدمات مشاوره‌ای، تحقیقاتی، آموزشی، طرح ریزی، هماهنگی و سرپرستی در زمینه‌های مربوط به سلامت را عهده‌دار 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 روستایی، تحت نظر قرار می‌گیرند (وضعیت بیمار حد اکثر ظرف ۲۴ ساعت روشن گردیده، یا مرخص شده یا به علت نیاز به خدمت سطح بالاتر به بیمارستان، اعزام می‌شود).
- 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 همه‌گیری می‌شود.
 - انجام اقدامات لازم به منظور پیشگیری از بیماری‌ها از طریق برنامه‌های ایمن‌سازی در جامعه.
 - پیشگیری از گسترش بیماری‌ها از طریق بررسی‌های 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 برنامه‌های آموزشی و مطالعه آخرین تحقیقات پزشکی مربوطه در حد امکان.
 - کنترل و مراقبت از وضع دارو و لوازم فنی و اداری واحد مربوطه جهت تأمین کسری آنها.
 - راهنمایی بهداشتی و تغذیه‌ای مربوط به زنان و مادران و کودکان.
 - اجرای برنامه‌های بهداشتی، اقتصادی و اجتماعی مندرج در قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت.
 - تهیه گزارش از فعالیت‌های انجام شده به مقام مافوق.
 - همکاری با سایر قسمت‌های بهداشتی و هماهنگ نمودن برنامه‌های اجرایی.
 - اجرای برنامه‌های 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 برنامه‌های آموزشی کارورزان و دستیاران و دانشجویان دانشکده‌های پزشکی و پرستاری و بهیاری و تدریس به آنان در صورت لزوم.
 - آموزش پزشکان، دندانپزشکان یا سایر کارکنان فنی مربوطه در کلاس‌های تکمیلی کوتاه مدت.
 - تهیه مقالات علمی و انتشار آنها در مجلات مختلف پزشکی و علمی و معرفی آنها در سمینارها و کنفرانس‌های مربوطه.
 - شرکت در امر تحقیقات بهداشتی و درمانی با سایر مؤسسات بهداشتی بمنظور بالا بردن بهداشت عمومی.
 - تنظیم برنامه‌های کشیک کارورزان، دستیاران و پزشکان یا دندانپزشکان متخصص برای شب و ایام تعطیل و نظارت بر برنامه‌های کشیک.
 - نظارت و همکاری برای مجزا کردن مبتلایان به بیماری‌های مُسری در بیمارستان‌ها بمنظور جلوگیری از شیوع آنها.

- تهیه و تنظیم برنامه‌های 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 پیشنهادهای رؤسای بخش.
- تعیین وظایف رؤسای بخش و نظارت بر برنامه‌های غذایی و دارویی سایر امور بیمارستان یا آسایشگاه.
- سرپرستی جلساتی که بمنظور تعلیم کارکنان بیمارستان یا آسایشگاه برای انجام خدمات پزشکی تشکیل می‌گردد.
- تنظیم بودجه سالانه بیمارستان یا آسایشگاه برحسب احتیاجات و سفارش خریده‌ها و سایر مخارج و امضای اسناد پس از رسیدگی.
- ارائه خدمات پشتیبانی به خانه‌های 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 شناسایی مسائل بهداشتی طبقات مختلف مردم و جمع‌آوری اطلاعات مورد نیاز جهت برنامه‌ریزی.
- مطالعه و بررسی تسهیلات و تجهیزات و نیروی انسانی بهداشتی و درمانی موجود در نقاط مختلف کشور و تعیین احتیاجات.
- بررسی و تهیه برنامه‌های آموزشی و تحقیقاتی و برآورد احتیاجات مربوط به امور بهداشتی و درمانی.
- تجزیه و تحلیل و ارزیابی فعالیت‌های بهداشتی و درمانی.

۲ - پرستار

پرستاران، عهده‌دار کارهای مربوط به حرفه پرستاری از قبیل مراقبت از بیماران، انجام خدمات بهداشتی و درمانی، امور آموزشی تحقیقاتی می‌باشند و یا سرپرستی و طرح‌ریزی و هماهنگی فعالیت‌های مذکور را بعهده دارند.

نمونه وظایف و مسئولیت‌ها:

- سرپرستی 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، درخواست دارو و وسایل مورد نیاز بخش، آماده کردن بیماران جهت انجام آزمایش‌های مربوطه و گرفتن نتایج آنها، تکمیل پرونده بیماران از نظر مشاهدات پرستاری و گزارش به پزشک معالج. ارائه 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 و ضدعفونی کردن یا استریل نمودن وسایل لازم اطاق عمل و جراحی و مرتب کردن و آماده نمودن آنها، منعکس نمودن مشکلات اطاق عمل به مقام مافوق و تنظیم برنامه عمل‌های روزانه با نظر جراح و بیهوشی دهنده.
- تهیه آمار عمل‌های جراحی جهت ارائه به مقام مافوق و تنظیم کشیک و آماده نمودن کارکنان اطاق عمل در عصر و شب، در مواقع اورژانس نمونه‌برداری از وسایل و زمین اطاق عمل و فرستادن آن به آزمایشگاه و ترتیب دادن آزمایش ترشحات گلو و بینی کارکنان اطاق عمل.
- نظارت در امر سرویس کلیه دستگاه‌ها و وسایل و طرز صحیح بکار بردن وسایل که خارج یا داخل می‌شود.
- مطالعه کلیه کاتالوگ‌ها و مجلات مربوط به وسایل جدید جراحی و بیمارستانی بمنظور کسب اطلاعات مفید و نوین پیرامون آنها.
- تشکیل کمیته‌های لازم برای تعیین استاندارد خدمات پرستاری و تنظیم مقررات و راهنمایی کادر پرستاری در بخش‌های بیمارستان مربوط.

شرایط احراز از نظر تحصیلات و تجربه:

وجود یکی از شرایط زیر:

- دانشنامه لیسانس یا معادل آن یا فوق لیسانس یا دکترا در رشته پرستاری و یا مدیریت پرستاری و حصول تجارب لازم
- گواهینامه فوق دیپلم یا معادل آن در رشته پرستاری و حصول تجارب لازم
- گواهینامه پایان تحصیلات مدرسه عالی پرستاری طرفه (معادل فوق دیپلم) و حصول تجارب لازم
- گواهینامه تحصیلی دیپلم پرستاری و یا معادل آن و حصول تجارب لازم
- گواهینامه پایان تحصیلات دوره اول متوسطه و طی دوره دو ساله یا یک ساله پرستاری و حصول تجارب لازم

۳ - ماما

ماماها عهده‌دار انجام امور وظایف حرفه‌ای مامایی شامل مراقبت قبل و بعد از زایمان، کمک به زنان باردار در زایمان‌های طبیعی و مراقبت از نوزادان می‌باشند و در امور آموزشی و تعلیماتی و تحقیقاتی و اجرای برنامه‌های بهداشت عمومی نیز همکاری می‌نمایند 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 درمانی مادران و زنان باردار.
- کمک در زایمان‌های طبیعی در زایشگاه‌ها و تجویز 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 و تجویز وسایل و داروهای جلوگیری از بارداری.
- پیش بینی برنامه‌های کوتاه‌مدت و درازمدت برای رفع نیازمندی‌های کشور در زمینه مامایی.

شرایط احراز از نظر تحصیلات و تجربه:

وجود یکی از شرایط زیر:

- دانشنامه فوق لیسانس یا لیسانس یا معادل آن در رشته مامایی و حصول تجارب لازم دانشنامه لیسانس پرستاری یا معادل آن و طی دوره عالی مامایی و حصول تجارب لازم
- دانشنامه لیسانس پرستاری یا معادل آن و ترکیبی از تجارب لازم
- گواهینامه فوق دیپلم یا دیپلم عالی مامایی و حصول تجارب لازم
- گواهینامه دیپلم بهیاری و طی دوره یکساله مامایی و حصول تجارب لازم

۴ - بهیار

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

نمونه وظایف و مسئولیت‌ها:

- مراقبت از بیمار (سرپایی و بستری) در مراکز بهداشتی و درمانی تحت نظارت سرپرست مربوطه 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، درجه‌گذاری، گرفتن نمونه ادرار، مدفوع و خلط برای آزمایش طبق دستور پزشک.
- شرکت در انجام زایمان‌های طبیعی و مراقبت از نوزادان و مادران و ارجاع حاملگی‌های غیرطبیعی به بیمارستان و یا پزشک مربوط
- نظارت بر کار کمک بهیاران، مامورین نظافت در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی.
- تهیه گزارش‌ها و ارائه آن به مقام مافوق.

شرایط احراز از نظر تحصیلات و تجربه:

وجود یکی از شرایط زیر:

- گواهینامه دیپلم بهیاری و حصول تجارب لازم
- گواهینامه دوره اول متوسطه و طی دوره حداقل دو ساله بهیاری و حصول تجارب لازم گواهینامه پایان تحصیلات کامل متوسطه و طی دوره یکساله بهیاری و حصول تجارب.
- گواهینامه دوره اول متوسطه و طی دوره پزشکیاری و یا پرستاری و حصول تجارب لازم
- گواهینامه پایان تحصیلات ابتدایی و طی دوره آموزشی در زمینه مربوطه و حصول تجارب لازم
- گواهینامه پایان تحصیلات دوره کامل متوسطه در رشته مددیاری پزشکی با طی دوره حداقل دو ماهه کارآموزی و حصول تجارب لازم

۵ - کمک بهیار

وظایف کمک بهیاران بطور کلی انجام اموری از قبیل اجرای دستورات بهداشتی و درمانی، کمک به پرستاران و بهیاران می‌باشد و یا ممکن است به عنوان مامای روستایی در زایمان‌های طبیعی به روستاییان کمک نمایند.

نمونه وظایف و مسئولیت‌ها:

- تعویض لوازم تخت بیمار از قبیل: روتختی، روبالشی، پتو و غیره.
- کمک به بیمار برای نشست و برخاست و راه رفتن و کمک به رفع احتیاجات ضروری ایشان با رعایت کلیه دستورات پزشک معالج.
- نظافت بیمار 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 کلینیک‌های پزشکی برای معاینه و درمان زنان باردار و سایر مسائل مربوطه.
- تنظیم پرونده جهت مراجعین و آماده کردن بیمار برای معاینه پزشک.
- خوراندن غذا به شخص بیمار در موارد لزوم و جمع‌آوری ظروف غذا.
- مراقبت و دقت‌های 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.

شرایط احراز از نظر تحصیلات و تجربه

وجود یکی از شرایط زیر:

- گواهینامه پایان تحصیلات ابتدایی و طی دوره دو ساله پزشکیاری یا پرستاری یا بهیار مامایی و یا دوره اول متوسطه و طی دوره آموزشی در زمینه مربوطه و حصول تجارب لازم
- گواهینامه پایان تحصیلات دوره اول متوسطه و طی دوره آموزشی در زمینه مربوطه و حصول تجارب لازم

- گواهینامه پایان دوره تحصیلات ابتدایی و طی دوره آموزشی در زمینه مربوطه و حصول تجارب لازم

۶ - اطاق عمل

الف - کاردان اطاق عمل

کاردان اتاق عمل عهده‌دار انجام وظایف حرفه‌ای کاردانی اطاق عمل در زمینه آماده نمودن بیماران برای عمل جراحی و همکاری‌های لازم با جراحان در موقع عمل می‌باشد.

نمونه وظایف و مسئولیت‌ها:

- کسب دستور و برنامه کار از سرپرست مربوطه.
- کمک و همراهی در کارهایی که برای آمادگی قبل و بعد از عمل جراحی لازم می‌باشد.
- 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 وسایل جراحی مورد نیاز.

ب - تکنسین اطاق عمل

وظایف حرفه‌ای تکنسین اطاق عمل، شامل کمک در آماده نمودن بیماران برای عمل جراحی و همکاری‌های لازم با کاردان اطاق عمل می‌باشند.

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 به امور مربوط به دادن بیهوشی به بیماران تا ریسک سه می‌پردازند.

نمونه وظایف و مسئولیت‌ها:

- بررسی پرونده بیمار و آزمایش‌های وی قبل از عمل.
- مشورت با رئیس گروه بیهوشی و تصمیم‌گیری در مورد نوع بیهوشی (عمومی - ناحیه‌ای) با توجه به وضعیت بیمار و نتایج آزمایش‌های 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 قلبی، 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 تا ریسک 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 عهده‌دار انجام وظایف حرفه‌ای 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.
- تهیه آمار داروها 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 - تکنسین هوشبری

وظیفه کلی تکنسین هوشبری، شامل آماده نمودن بیماران برای بیهوشی در موقع عمل است

نمونه وظایف و مسئولیت‌ها:

- همکاری در آماده نمودن وسایل بیهوشی.

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

۸- رادیولوژی

الف - کارشناس رادیولوژی

کارشناس رادیولوژی عهده‌دار انجام کارهای تخصصی و مطالعاتی و برنامه‌ریزی در زمینه‌های امور فنی رادیولوژی، انتخاب روش‌های مناسب برای کار با پرتوهای یونساز، انجام برنامه‌های آموزشی و تحقیقاتی، تشریح مساعی در انجام کارهای روزانه از جمله فلوروسکوپی، آنژیوگرافی و سایر کارهای اختصاصی می‌باشند.

نمونه وظایف و مسئولیت‌ها:

- طرح ریزی و انجام برنامه‌های آموزشی و تحقیقاتی با همکاری و نظارت رادیولوژیست واحد مربوطه.
- دادن دستورات لازم به بیماران بمنظور آمادگی جهت 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 تکنسین‌های رادیولوژی بهنگام امور فوق‌الذکر براساس دستورات رادیولگ.

ب - کاردان رادیولوژی

کاردان رادیولوژی، عهده‌دار انجام وظایف مربوط به فعالیت‌های رادیولوژی و رادیودرمانی از قبیل ظهور و ثبوت و بازبینی فیلم‌ها بررسی و کنترل قسمت‌های مختلف دستگاه‌های رادیوگرافی و رادیوتراپی امور مربوط به عکسبرداری عضو بیمار می‌باشند و یا با کارشناسان این رشته در زمینه برنامه‌ها و انجام فعالیت‌های اساسی خدمات رادیولوژی همکاری می‌نمایند. انجام این فعالیت‌ها ممکن است برحسب مورد تصدی، متضمن نظارت و سرپرستی نیز باشد.

نمونه وظایف و مسئولیت‌ها:

- دادن دستور لازم جهت آمادگی بیماران بمنظور رادیولوژی.
- آماده نمودن بیمار زیر دستگاه رادیولوژی به نحوی که 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 تکنسین‌های تحت سرپرستی.

ج - تکنسین رادیولوژی

تکنسین رادیولوژی به انجام امور فنی رادیولوژی و رادیودرمانی از قبیل ظهور و ثبوت و بازبینی فیلم‌ها و همکاری با کارشناس رادیولوژی و رادیولگ می‌پردازند.

نمونه وظایف و مسئولیت‌ها:

- آماده نمودن بیمار زیر دستگاه رادیولوژی بنحویکه مشاهده عضو بیمار برای عکس‌برداری، امکان پذیر باشد.
- دادن دستور لازم به بیماران به منظور انجام رادیولوژی.
- آماده نمودن و به کار انداختن دستگاه با توجه به مدت تشعشع لازم و سایر عوامل فنی که جهت رادیوگرافی و یا فلوروسکوپی از عضو مورد نظر بیمار بعمل می‌آید.
- کنترل کلیدهای دستگاه رادیوگرافی.
- اقدام به رادیولوژی سطحی بیماران طبق دستور رادیولوژیست مربوطه.

۹ - آزمایشگاه

الف - کارشناس آزمایشگاه

کارشناس آزمایشگاه، عهده‌دار انجام وظایف حرفه‌ای آزمایشگاهی که برحسب پست مورد تصدی متضمن انجام آزمایش‌های استاندارد تشخیص پزشکی، دارویی، بهداشتی و نظایر آن می‌باشند و یا ممکن است طرح‌ریزی، هماهنگی، اجرا و سرپرستی فعالیت‌های مذکور را به عهده داشته باشند.

نمونه وظایف و مسئولیت‌ها:

- تعیین خط مشی و تنظیم برنامه‌های تحقیقاتی، مطالعاتی، تخصصی آزمایشگاهی، تقسیم وظایف و نظارت بر انجام و همچنین سرپرستی و هماهنگی فعالیت‌های مربوطه یا همکاری در انجام فعالیت‌های فوق.
- نظارت و یا انجام آزمایش‌های ساده آزمایشگاهی شامل: شمارش و افتراق گلبولی، سدیمان‌تاسیون، هماتوکریت، هموگلوبین، سیلان و انعقاد، گروه خون، رایت و یدال ...
- انجام آزمایش‌های مستقیم و فلوتاسیون، مدفوع، قارچ کچلی و یا نظارت بر انجام آن.
- انجام اقدامات آزمایشگاهی مربوط به امتحان کامل ادرار و اندازه‌گیری قند و اوره خون.
- انجام آزمایش‌های آسیب شناسی و سیتولوژی.
- انجام آزمایش بر روی مواد اولیه دارویی و غذایی نظیر تعیین مقدار و تشخیص ناخالصی‌ها با توجه به استانداردهای موجود.
- انجام آزمایش‌های مربوط به تعیین میزان آلودگی هوا و سایر آزمایش‌ها 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 زمینه‌های مربوط.
- شرکت در برنامه‌های اپیدمیولوژی و سایر برنامه‌های بهداشتی.
- شرکت در دادگاه‌های مربوط به امور مواد خوردنی، آرایشی، بهداشتی و آشامیدنی.
- ارائه راهنمایی لازم به کارخانه‌های داروسازی به منظور بالا بردن استاندارد ساخت و تکنیک‌های کنترل فرآورده‌های دارویی.
- شرکت در دادگاه‌های مربوطه به عنوان کارشناس طبق درخواست و بمنظور ارائه نظارت تخصصی لازم.

شرایط احراز از نظر تحصیلات و تجربه:

وجود یکی از شرایط زیر:

- دارا بودن دانشنامه لیسانس، فوق لیسانس یا دکترا در یکی از رشته‌های علوم آزمایشگاهی یا علوم وابسته، پزشکی، داروسازی، شیمی، بیوشیمی، صنایع مواد غذایی، شیمی مواد غذایی، کشاورزی (صنایع غذایی یا فرآورده‌های غذایی) بیولوژی، علوم بهداشتی (تغذیه)، تغذیه و تکنولوژی پزشکی (علوم آزمایشگاهی) حسب نوع آزمایشگاه، علوم جانوری، علوم گیاهی، علوم طبیعی، دیرری طبیعی، دیرری زیست شناسی، ژنتیک، شیمی کاربردی، فیزیولوژی (گیاهی یا حیوانی) فارماکولوژی، سم شناسی و حصول تجارب لازم
- دارا بودن دانشنامه لیسانس و طی دوره آموزشی مربوطه یا پایان دوره کامل متوسطه و طی دوره آموزشی مربوطه و حصول تجارب لازم
- دارا بودن گواهینامه فوق دیپلم در یکی از رشته‌های تحصیلی فوق و حصول تجارب لازم

توضیح: علوم وابسته به علوم آزمایشگاهی نظیر بیوشیمی، باکتریولوژی، سروولوژی، ایمونولوژی، هماتولوژی، انگل شناسی، میکروبیولوژی، بیولوژی سلولی و مولکولی، پاتوبیولوژی، پاتولوژی و میکروب شناسی می‌باشد.

ب - کاردان آزمایشگاه

کاردان آزمایشگاه، عهده‌دار انجام خدمات آزمایشگاهی از قبیل آزمایش‌های مربوط به تهیه و گرفتن نمونه‌های مجاز آزمایشگاهی از انسان و حیوان، انجام آزمایش‌های استاندارد تشخیص پزشکی، دارویی، غذایی، بهداشتی و نظایر آن می‌باشند و یا با کارشناسان این رشته در زمینه تهیه طرح‌ها و انجام فعالیت‌های اساسی خدمات آزمایشگاهی همکاری می‌نمایند.

نمونه وظایف و مسئولیت‌ها:

- همکاری با کارشناسان آزمایشگاه در انجام کلیه وظایف مربوطه و انجام تمام یا قسمتی از وظایف آنان

برحسب ارجاع.

- انجام آزمایش‌های ساده استاندارد آزمایشگاهی و نگهداری سوابق مربوط.

ج - تکنسین آزمایشگاهی

تکنسین آزمایشگاهی عهده‌دار انجام وظایف حرفه‌ای آزمایشگاهی از قبیل تهیه و گرفتن نمونه‌های مجاز آزمایشگاهی از انسان یا حیوان و جمع‌آوری نمونه‌های اولیه غذایی و دارویی به منظور کمک در تشخیص بیماری‌ها یا کیفیت و کمیت‌های غذایی و دارویی و نیز آزمایش‌های ساده و استاندارد تشخیص پزشکی، دارویی، غذایی و بهداشتی و نظایر آن می‌باشند.

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 غیرتخصصی 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 برنامه‌های اپیدمیولوژی برای جمع‌آوری نمونه‌های 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، عهده‌دار انجام کارهای تخصصی و مطالعاتی و برنامه‌ریزی در زمینه‌های تهیه و تنظیم طرح‌های مختلف روانی و استانداردهای لازم جهت بهداشت روان، بررسی و تحقیق در مورد بیماری‌های روانی، انجام تست‌های روانی با وسایل استاندارد شده و کمک به روانپزشک در تشخیص بیماری‌های روانی، تهیه و تنظیم برنامه آموزشی مربوطه می‌باشند و یا سرپرستی و طرح ریزی و هماهنگی فعالیت‌های مذکور را برعهده دارند.

نمونه وظایف و مسئولیت‌ها:

- تهیه و تنظیم برنامه‌های آموزشی به منظور آشنایی مردم به اصول بهداشت روانی با استفاده از وسایل ارتباط جمعی.

- بررسی و تحقیق در مورد بیماری‌های روانی و تعیین نوع و حجم بیماری‌های روانی.
- شرکت در گروه بهداشت روانی به منظور 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 آزمون‌های روانی از قبیل: آزمون هوش، شخصیت و تعیین استعدادهای افراد.
- تهیه و تنظیم برنامه‌های مربوط به بهداشت روان جهت نگاهداشت سلامت روانی و پیشگیری از بروز بیماری‌های روانی.
- نظارت بر حسن جریان امور در مراکز روانی و کوشش در بهبود و گسترش آنها.
- همکاری با تیم بهداشت مدارس و سنجش هوش و استعداد دانش‌آموزان و دانشجویان و سایر واحدهای بهداشتی و درمانی در مواقع ضروری.
- تهیه آمار و گزارش‌های لازم مربوط.

شرایط احراز طبقات مختلف از نظر تحصیلات و تجربه:

- وجود یکی از شرایط زیر:
- دانشنامه دکترا، فوق لیسانس، لیسانس در رشته روان شناسی و حصول تجارب لازم
- دانشنامه فوق لیسانس یا لیسانس در یکی از رشته‌های علوم تربیتی، مشاوره و راهنمایی، علوم اجتماعی به معنای آخص و طی دوره آموزشی در زمینه مربوطه و حصول تجارب لازم .

۱۱ - بینایی سنجی

الف - کارشناس بینایی سنجی

کارشناس بینایی سنجی، عهده‌دار انجام کارهای تخصصی، مطالعاتی و برنامه‌ریزی در زمینه‌های مربوط به خدمات اپتومتری از قبیل گرفتن حدت بینایی، تشخیص و تعیین عیوب انکساری چشم، دوربینی، هیپرمتری، پیرچشمی، انواع آستیگماتیسم با کمک عینک و تشخیص و اصلاح انواع استرایسیم (لوچی)، افتالموسکوپی، گراتومتري بیومیکروسکوپی، ريفرکتومی پريمتری، سینوپتوفوری کردن با بیماران، معاینه با دستگاه یونیت جهت تعیین نمره عینک و کانتکت لنز می‌باشند و یا ممکن است که سرپرستی، طرح‌ریزی و هماهنگی فعالیت‌های مذکور را بعهدہ داشته باشند.

نمونه وظایف و مسئولیت‌ها:

- مطالعه در زمینه دانش بینایی سنجی و پیشرفتهایی که در این زمینه شده است.
- تعیین حدت بینایی 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 اترابیسم با کمک دستگاههای مربوطه و در صورت لزوم مپریاز کردن کودکان دچار اترابیسم کمتر از ۸ یا ۹ سال،
- همکاری با پزشک مربوطه.

شرایط احراز از نظر تحصیلات و تجربه:

وجود شرط زیر:

دانشنامه لیسانس در رشته اپتومتری (بینایی سنجی) و حصول تجارب لازم

ب - کاردان بینایی سنجی

کاردان بینایی سنجی عهده‌دار انجام وظایف مربوط به آماده نمودن بیماران برای درمان و همکاری‌های لازم با چشم‌پزشک در گرفتن حدت بینایی، تشخیص وضع ظاهری چشم و عیوب آن و تعیین نمره عینک می‌باشند و یا با کارشناسان این رشته در زمینه انجام فعالیت‌های اساسی خدمات بینایی سنجی همکاری می‌نمایند.

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 می‌پردازند.

۱۲ - شنوایی سنجی

الف - کارشناس شنوایی سنجی

کارشناس شنوایی سنجی عهده‌دار انجام کارهای تخصصی و مطالعاتی و برنامه‌ریزی در زمینه‌های خدمات ادیومتری متضمن همکاری‌های لازم با پزشک متخصص، تعیین نوع کری، امکان سنجش شنوایی با دیپازون و آموزش افراد برای تهیه ادیوگرام می‌باشند. و یا سرپرستی و طرح‌ریزی و هماهنگی فعالیت‌های مذکور را بعهده دارند.

نمونه وظایف و مسئولیت‌ها:

- مطالعه و بررسی یافته‌های علمی از نظر دانش شنوایی و بکارگیری آنها.
- تحقیق و تهیه مقالات و نشریات پژوهشی در زمینه شنوایی سنجی.
- تعیین نوع کری.
- تفسیر یا تعبیر ادیوگرام.
- امکان شنوایی سنجی با دیپازون.

- تجویز و تعیین نوع سمک برای بیماران.
- آموزش لبخوانی برای بیماران مبتلا به کری کامل.
- آموزش به افراد زیر نظر برای تهیه ادیوگرام.
- انجام سایر امور مربوطه.

شرایط احراز طبقات مختلف از نظر تحصیلات و تجربه:

وجود شرط زیر:

- دانشنامه لیسانس در رشته شنوایی سنجی و حصول تجارب لازم

ب - کاردان شنوایی سنجی

کاردان شنوایی سنجی، عهده‌دار انجام امور مربوط به آزمایش‌های تکمیلی برای تعیین محل ضایعه، آزمایش‌های مختلف اتروکوکالر و تعیین نوع سمک می‌باشند و یا با کارشناسان این رشته در زمینه انجام فعالیت‌های اساسی مربوط به خدمات شنوایی سنجی همکاری لازم را بعمل می‌آورند. 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 می‌پردازند و در این زمینه‌ها با پزشک معالج همکاری دارند.

۱۳ - امور توانبخشی

الف - کارشناس امور توانبخشی

کارشناس امور توانبخشی، عهده‌دار انجام کارهای تخصصی و مطالعاتی و برنامه‌ریزی در زمینه‌های 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 می‌باشند و یا سرپرستی و طرح ریزی و هماهنگی فعالیت‌های مذکور را بعهده دارند.

نمونه وظایف و مسئولیت‌ها:

الف - امور توانبخشی

- مطالعه بر روی 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 و با تجویز پزشک معالج.
- ثبت تاریخچه تهیه و تنظیم گزارش روزانه و گزارش نهایی از پیشرفت بیمار.
- ارزشیابی حرفه‌ای برای بیماران روانی و جسمی.
- مستقل کردن بیمار در انجام فعالیت‌های روزانه.
- تشخیص، طرح‌ریزی 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 می‌شوند.
- انجام فیزیوتراپی بیماران بستری در بیمارستان‌ها و یا آسایشگاه‌های معلولین.
- راهنمایی دانشجویان فیزیوتراپی در دوره‌های کار آموزی فیزیوتراپی در بیمارستان‌ها.

شرایط احراز از نظر تحصیلات و تجربه:

- وجود یکی از شرایط زیر:
- دانشنامه لیسانس یا فوق لیسانس یا دکترا در رشته فیزیوتراپی یا سایر رشته‌های مربوط به فعالیت و حصول تجارب لازم
- گواهینامه فوق دیپلم در یکی از رشته‌ها مندرج در بند ۱ و حصول تجارب لازم

ب - کاردان امور توانبخشی

کاردان امور توانبخشی عهده‌دار انجام وظایف مربوط به امور توانبخشی و فیزیوتراپی از قبیل تهیه وسایل 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 ... می‌باشند و یا با کارشناسان این رشته در زمینه تهیه طرح‌ها و انجام فعالیت‌های اساسی خدمات توانبخشی و فیزیوتراپی همکاری می‌نمایند. انجام این فعالیت‌ها ممکن است برحسب پست مورد تصدی متضمن نظارت و سرپرستی نیز باشد.

ج - تکنسین امور توانبخشی

تکنسین امور توانبخشی، عهده‌دار انجام اموری از قبیل آماده نمودن بیمار برای درمان و انجام برنامه‌های درمانی تعیین شده هماهنگ با روحیه و وضع جسمانی بیمار، کمک به مستقل کردن بیمار در انجام فعالیت‌های

روزانه، ساختن وسایل کمکی (اسپیلنت) برای معلولین با در نظر گرفتن نوع معلولیت و کمک به آموزش دادن بیماران جهت انجام کار مناسب می‌باشند و نیز ممکن است نگهداری و نظافت دستگاه‌های فیزیوتراپی را نیز بر عهده داشته باشند.

۱۴- امور دارویی

الف - کارشناس امور دارویی

کارشناس امور دارویی، به طور کلی عهده‌دار انجام کارهای تخصصی و مطالعاتی و برنامه‌ریزی در زمینه‌های وظایف حرفه‌ای خدمات دارویی مانند تهیه و ساخت داروها، نگهداری مواد دارویی، بیولوژیکی، سرم، واکسن و تهیه گزارش‌های مربوط، نظارت بر امر تحویل دارو، بازرسی از واحدهای دارویی و بهداشتی و بررسی امور مربوطه می‌باشند و یا سرپرستی و طرح ریزی و هماهنگی فعالیت‌های مذکور را بعهده دارند.

نمونه وظایف و مسئولیت‌ها:

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

شرایط احراز طبقات مختلف از نظر تحصیلات و تجربه:

- وجود یکی از شرایط زیر:
- دانشنامه لیسانس یا فوق لیسانس یا دکترا در رشته داروسازی و حصول تجارب لازم
- گواهینامه فوق دیپلم داروسازی و حصول تجارب لازم
- گواهینامه پایان تحصیلات کامل متوسطه و طی دوره آموزشی و حصول تجارب لازم

ب - کاردان امور دارویی

- کاردان امور دارویی، عهده‌دار انجام امور مربوط به خدمات دارویی از قبیل تهیه و ترکیب انواع داروها، نگهداری مواد دارویی بیولوژیکی، سرم، واکسن می‌باشند و یا با کارشناسان این رشته در زمینه طرح‌ها و انجام فعالیت‌های اساسی خدمات دارویی همکاری می‌نمایند.
- انجام این فعالیت‌ها ممکن است برحسب پست مورد تصدی متضمن نظارت و سرپرستی نیز باشد.

ج - تکنسین امور دارویی

تکنسین امور دارویی به انجام اموری از قبیل بهم زدن، پاشیدن مواد دارویی، صاف کردن شربت‌ها و

مخلوط نمودن پماد یا اختلاط و امتزاج مواد دارویی و نصب بر چسب بر روی آنها و یا همکاری با کارشناسان مربوطه در تهیه انواع داروها و یا آماده نمودن نسخه‌های تخصصی و یا تهیه صورت موجودی داروها و نیازها و تحویل و سفارش و ثبت مواد دارویی می‌پردازند.

۱۵ - تغذیه و رژیم‌های غذایی

الف - کارشناس تغذیه و رژیم‌های غذایی

کارشناس تغذیه و رژیم‌های غذایی عهده‌دار انجام کارهای تخصصی و مطالعاتی و برنامه‌ریزی در زمینه‌های تدوین برنامه‌های تغذیه می‌باشند و یا سرپرستی و طرح ریزی و هماهنگی فعالیت‌های مذکور را بعهده دارند.

نمونه وظایف و مسئولیت‌ها:

- مطالعه و ارزشیابی غذاها و خوراکی‌های بومی و محلی با توجه به عادات غذایی 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 فرمول‌های خاص غذایی برای بیماران طبق دستور پزشک.
- تنظیم برنامه‌های هفتگی، ماهانه و فصلی برای تهیه و سرویس غذا.
- تهیه و تدوین اجرای برنامه‌های تحقیقاتی خاص در زمینه درمان یا رژیم و تغذیه و همچنین تهیه و اجرای برنامه‌های خاص تغذیه‌ای در موقع اضطراری و بروز حوادث در 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 غذایی خام و نظارت بر بهداشت مواد غذایی و ارائه خط مشی در زمینه خدمات غذایی.
- نظارت بر اجرای برنامه‌های آموزشی تغذیه در سطوح عمومی، اختصاصی و عالی.
- انجام امور تغذیه در مراکز بهداشت مادر و کودک.
- پیشنهاد انجام آزمایش‌های لازم از مواد غذایی خام و پخته.
- ارائه نظرات مشورتی و همکاری با بیماران و یا سایر کارکنان بیمارستان و یا واحدهای دیگر در مورد تغذیه و رژیم‌های مربوطه، اجرای برنامه‌های آموزش غیرمستقیم به مصرف کنندگان به منظور ترغیب آنان به مصرف اغذیه و خوراکی‌های جدید و یا غیرمتداول.
- 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 جنبه‌های اجتماعی و اقتصادی مربوطه.

شرایط احراز از نظر تحصیلات و تجربه:

وجود یکی از شرایط زیر:

دانشنامه لیسانس، فوق لیسانس یا دکترا در یکی از رشته‌های بهداشت، زیست‌شناسی، پزشکی، دامپزشکی، بیوشیمی، داروسازی شیمی مواد غذایی و ترجیحاً تغذیه، علوم بهداشتی و رژیم‌شناسی و حصول تجارب لازم

ب - کاردان تغذیه و رژیم‌های غذایی

کاردان تغذیه و رژیم‌های غذایی عهده‌دار انجام وظایف مربوط به نظارت بر تهیه برنامه‌های غذایی کارکنان، دانشجویان و دانش‌آموزان و همکاری در اجرای برنامه‌های بهداشتی و رژیم غذایی همکاری می‌نمایند. انجام این فعالیت‌ها ممکن است برحسب پست مورد تصدی متضمن نظارت و سرپرستی نیز باشد.

ج - تکنسین تغذیه و رژیم‌های غذایی

تکنسین تغذیه و رژیم‌های غذایی عهده‌دار انجام اموری از قبیل همکاری در اجرای برنامه‌های بهداشتی و یا رژیم غذایی، نظارت بر تهیه برنامه‌های غذایی کارکنان، دانشجویان، دانش‌آموزان و غیره می‌باشند.

شرایط احراز از نظر تحصیلات و تجربه:

وجود یکی از شرایط زیر:

گواهینامه پایان تحصیلات کامل متوسطه در یکی از رشته‌های خانه‌داری، 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 مربوطه، ایجاد هماهنگی و اجرا و سرپرستی را بعهده دارند.

نمونه وظایف و مسئولیت‌ها:

الف - تحت عنوان مدیر بیمارستان

- کسب خط مشی و برنامه کلی و دستورالعمل‌های 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 به منظور حصول اطمینان از صحت اجرای برنامه‌های تنظیمی پیش بینی شده.

- تطبیق و هماهنگی امور بیمارستان با توجه به استانداردهای بیمارستانی.
- انجام نظارت و رسیدگی‌های لازم به امور اداری، مالی، تغذیه، تأسیسات، انبار و سایر واحدهای غیرپزشکی بیمارستان مربوط.

ب - تحت عنوان کارشناس امور بیمارستان‌ها و مشاغل نظیر.

- انجام مطالعات و بررسی‌های لازم در زمینه نیازهای پرسنلی بیمارستان‌ها و ارائه راه‌حل‌های رفع کمبود از طریق استفاده صحیح از وجود آن‌ها به صورت‌های 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.
- جمع‌آوری اطلاعات مربوط به نیازهای کلی بیمارستان‌ها از نظر ساختمان، لوازم و تجهیزات و نیاز به تعمیرات و یا بازسازی و تهیه گزارش‌های لازم پیرامون آن جهت مسئولان مربوطه.
- مطالعه و بررسی در مورد وسایل و لوازم مصرفی، غذایی و دارویی و تجهیزات مورد نیاز بیمارستان‌ها و تهیه و تنظیم طرح‌های مربوط به خرید، توزیع و نگهداری و کنترل آنها به منظور استفاده صحیح از وسایل.
- برنامه‌ریزی طرح‌های بیمارستانی کوتاه و درازمدت و فعالیت‌های مراکز درمانی با توجه به امکانات هر یک از آنها در مواقع ضروری به منظور ایجاد سهولت در پذیرش بیماران.
- همکاری با سایر واحدهای دیگر در زمینه‌های 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 اجرایی را در بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی و درمانی تعیین می‌کنند بعهده دارند و یا طرح ریزی، هماهنگی، اجرا و سرپرستی فعالیت‌های فوق را عهده‌دار می‌باشند.

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 پرونده‌های بیماران می‌پردازند و یا ممکن است به عنوان کاردان یا کارشناس در این رشته شغلی فعالیت داشته باشند.

نمونه وظایف و مسئولیت‌ها:

- ثبت مشخصات و نشانی بیمار روی کارت‌ها یا فرم‌های مخصوص به منظور تشکیل پرونده و ضبط اوراق مورد لزوم در پرونده و ثبت کد مربوطه بر روی آن.
- ثبت مشخصات آورنده یا مقام اعزام کننده بیمار و اخذ رضایت نامه جهت مطالعه یا اعمال جراحی.
- ضمیمه کردن نتایج آزمایش‌های انجام شده به پرونده بیمار.
- تنظیم کارت شناسایی ثبت مشخصات و شماره بایگانی روی آن به منظور تسلیم به بیمار یا کسان وی.
- راهنمایی بیمار به منظور 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 به منظور اعزام بیمار به منزل یا شهرستان.
- تنظیم کارت اندکس الفبایی بر حسب نام و نام خانوادگی بیماران به منظور شناسایی 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، سرویس‌های رادیولوژی، آزمایشگاه، داروخانه و سایر واحدها به منظور 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 کمیته‌های مربوطه.
- بررسی و تحقیق در باره فرم‌های مدارک پزشکی، روش‌های کار، وسایل جا و مکان قسمت مدارک پزشکی.
- شرکت در کمیته‌های بیمارستانی و عهده‌دار 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 عهده‌دار می‌باشند.

نمونه وظایف و مسئولیت‌ها:

- کمک به پزشک مربوطه و نظارت بر وظایف تکنسین پزشکی قانونی در اجرای برنامه‌های مربوطه.

- آماده نمودن اجساد برای معاینات پزشکی قانونی.
- بررسی قسمت‌های مهم و مشکوک اجساد یا بدن، لباس و آزمایش و ارائه نمونه‌ها به مقامات انتظامی یا قضائی یا اداره تشخیص هویت.
- نمونه برداری از افراد زنده (نمونه ادرار، خون، محتویات دستگاه تناسلی و غیره و ارسال آن به آزمایشگاه)
- بسته بندی نمونه‌ها بطریق علمی جهت ارسال به آزمایشگاه و سایر بخش‌های پزشکی قانونی.
- مومیایی و ضد عفونی اجساد.
- بررسی سطح بدن از لحاظ لکه‌های مشکوک، مواد حیوانی، مواد نفتی.
- نظارت بر کار مامور سالن تشریح و راهنمایی 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 - تکنسین پزشکی قانونی

تکنسین 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 می‌نمایند.

نمونه وظایف و مسئولیت‌ها:

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

۲۰ - تکنسین دیالیز

تکنسین دیالیز، عهده‌دار انجام اموری از قبیل شستن و تمیز کردن ماشین دیالیز و کمک به پرستار در مورد وصل نمودن بیمار به کلیه مصنوعی می‌باشند.

نمونه وظایف و مسئولیت‌ها:

- شستن و تمیز کردن ماشین‌های دیالیز.
- گذاردن و تمیز کردن داخل محفظه مخصوص در ماشین دیالیز.

- کمک نمودن به پرستار در مورد وصل نمودن بیمار به کلیه مصنوعی با فیستول 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.
- آشنایی 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 - تکنسین نوارنگاری

تکنسین نوار نگاری، عهده‌دار انجام اموری از قبیل کاردیوگرافی، الکتروانسفالوگرافی، قرار دادن بیمار در برابر دستگاه‌های مربوطه و مراقبت از وی در حین کار دستگاه می‌باشند.

نمونه وظایف و فعالیت‌ها:

- قرار دادن الکترودها روی اعضای مورد نیاز بیمار و اتصال آنها به دستگاه نوار نگاری جهت نوارنگاری.
- کنترل دستگاه‌های مربوطه قبل از بکار انداختن به منظور اطمینان از درستی آنها.
- دادن دستورات لازم به بیمار در حین آزمایش برای تغییر امواج و یادداشت مواقع و نوع تحریک روی نوار.
- تشخیص زیادی یا کمی فرکانس در مواقع 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 مربوطه جهت برطرف کردن آنها.
- خوراندن داروهای تجویز شده توسط پزشک به بیمار یا اتصال سرم به بدن بیمار.

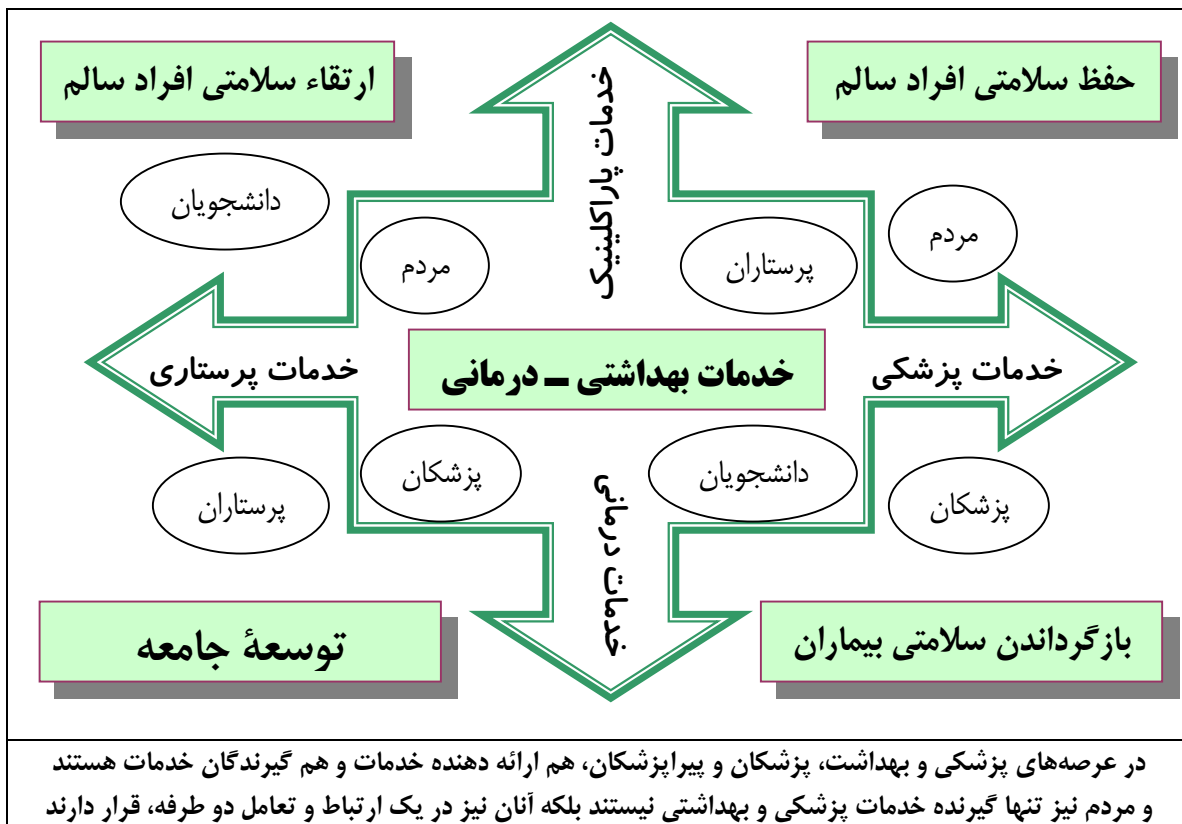
۲۲ - مأمور سالن تشریح

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 احياناً مومیایی اجساد طبق دستور پزشک می‌پردازند.

نمونه وظایف و مسئولیت‌ها:

- حمل و نقل اجساد با برانکار از آمبولانس به سالن تشریح و جابجایی آن در محل تشریح.
- به کار بردن حشره‌کش جهت از بین بردن مگس‌ها و کرم‌هایی که در اجساد فاسد شده یافت می‌شود.

- 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، وسایل و لوازم، ظروف و ابزار سالن تشریح.
- مومیایی نمودن اجساد جهت اعزام به خارج طبق دستور پزشک.



منابع

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

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

2. 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
3. Preparing for Patients (PfP). Module A: Meeting patients in primary care. 2004 – 2005. GP Tutors' Guide. University of Cambridge
4. PATIENT-CENTRED MEDICAL INTERVIEW COMMUNICATION SKILLS GUIDE available from EEG/commskills/GKTM/2001
5. Kurtz, S, Laidlaw, T, Makoul, G, Schnabl, G. Medical Education Initiatives in Communication Skills Cancer Prevention & Control 3, 1999; 3(1): 37-45.
6. 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.)
7. 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
8. Communication Skills, available from: http://www.nottingham.ac.uk/medical-school/undergraduate/communication_skills.html#semester-1. Oct 2004
9. Communication Skills, available from: http://www.nottingham.ac.uk/medical-school/undergraduate/communication_skills.html#semester-34. Oct 2004
10. 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.
11. PPD - Engaging with people: self, patients, colleagues and the community. Available from: <http://www.hull.ac.uk/engprogress/Prog3Papers/LittlewoodES.pdf>. Oct 2004
12. 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.
13. Makoul, G. Essential Elements of Communication in Medical Encounters Academic Medicine .2001. 76: 390-393.
14. Communication Skills & Cultural Competency. Available from:
15. <http://www.users.cloud9.net/~jgh841/OLCon9/welcome.htm>.
16. Towle, A, Godolphin, W. Framework for teaching and learning informed shared decision making. BMJ 1999;319:766-771.
17. Maguire, P, Pitceathly, C. Key communication skills and how to acquire them. BMJ 2002;325:697-700

18. Silverman, J. Griffiths, J. Preparing for Patients (PfP) course. Module D
19. Meeting patients at home: continuity of care. Student Handbook 2003 – 2004. University of Cambridge. Available from:
20. <http://www.bio.cam.ac.uk/sbs/fachiol/courseinfo/PfP/PFPDhandbk.pdf> . Oct 2004
21. WHAT ARE LISTENING SKILLS? The University of Alabama. Available from: <http://leadership.ua.edu>. Oct. 2004
22. Listening Strategies. Available from: <http://www.w3.org/TR/REC-html40> . Oct 2004
23. Gordon, T. Listening Skills. Available from: www.laypastorsociety.org. Oct 2004 .
24. LISTENING SKILLS. Available from: <http://www.northyorks.gov.uk/pps/psych>. Oct 2004
25. 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.
26. Listening Skills. Available from: http://www.d.umn.edu/student/loon/acad/strat/ss_listening.html.
27. Gill, E. Clinical Communication and Ethics in Healthcare. IPE Year 1. Student Pack. King's college, London. 2003-2004