کتاب جامع بهداشت عمومی

جلد ۳ : فصل سیزدهم : تجدید نظر در شیوه‌های آموزشی

گفتار	عنوان	صفحه
اوّل	**تماس با جامعه** دکتر سوسن پارسای، دکتر محمد علی حیدر نیا، دکتر حوریه شمشیری میلانی، دکتر علی اصغر کلاهی، آقای عبدالرضا کامیابی، دکتر ناصر محمدی، دکتر علیرضا موسوی جراحی، دکتر پروین یاوری، دکتر فاطمه فلاح، دکتر حسین گودرزی	۲۷۸۸
دوّم	**تماس زودرس با بیمار** دکتر سوسن پارسای، دکتر علی حیدرنیا، دکتر علی اصغر کلاهی، دکتر سهرابی، دکتر حوریه شمشیری، دکتر ناصر محمدی	۲۸۵۶

پیش‌آزمون فصل سیزدهم :

۱ ـ مهم‌ترین محیط آموزشی کارکنان نظام سلامت را نام ببرید

۲ ـ نظام سلامت را تعریف نمایید

۳ ـ هدف نهایی اقدام سلامت، کدام است؟

۴ ـ تاریخچه مختصر نظام سلامت را شرح دهید

۵ ـ مثال‌هایی از بینش بهداشتی در پزشکی نیاکان را ارائه دهید

۶ ـ مفهوم کنونی پزشکی پیشگیری را با ذکر مثال، بیان کنید

۷ ـ نحوه شکل‌گیری نظام سلامت در سطح کشور را شرح دهید

۸ ـ مراکز و سطوح ارائه خدمات بهداشتی را نام برده به طور مختصر، توضیح دهید

۹ ـ سطوح پیشگیری را تعریف نموده برای هریک مثال واضحی ارائه دهید

۱۰ ـ نحوه برقراری ارتباط مناسب با بیمار در ابتدای مصاحبه با وی را توضیح دهید

۱۱ ـ چگونه می‌توان بیمار را تشویق به ارائه شرح حال دقیق نمود؟

۱۲ ـ چگونه می‌توانید مشکلات بیمار را توصیف نمایید؟

۱۳ ـ تاثیر فقر بر سلامتی افراد و جامعه را شرح دهید

۱۴ ـ تخصص و وظایف کارکنان یک بیمارستان آموزشی را شرح دهید

کتاب جامع

بهداشت عمومی

فصل ۱۳ / گفتار ۱ / دکتر سوسن پارسای، دکتر محمد علی حیدرنیا، دکتر حوریه شمشیری میلانی، دکتر علی اصغر کلاهی، آقای عبدالرضا کامیابی، دکتر ناصر محمدی، دکتر علیرضا موسوی جراحی، دکتر پروین یاوری، دکتر فاطمه فلاح، دکتر حسین گودرزی

تماس با جامعه

فهرست مطالب

اهداف درس ۲۷۹۱
مقدمه ۲۷۹۱
بخش اوّل : آشنایی با نظام سلامت ۲۷۹۲
نحوه شکل گیری نظام سلامت در ایران ۲۷۹۵
خانه بهداشت ۲۷۹۸
مرکز بهداشتی درمانی روستایی ۲۸۰۱
واحدهای عرضه خدمات درشهر ۲۸۰۳
سایر بخش‌های ارائه خدمات بهداشتی درمانی در ایران ۲۸۰۴
سایر سازمان‌های عمومی ارائه خدمات بهداشتی درمانی ۲۸۰۶
سایر بخش‌های دولتی ارائه خدمات بهداشتی درمانی ۲۸۰۷
واحدهای ارائه خدمات درمان بستری ۲۸۰۷
مدیریت شبکه شهرستان ۲۸۰۸
دانشگاه‌ها یا دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ۲۸۰۹
وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی ۲۸۱۰
نظام اطلاعات مراقبت‌های بهداشتی اوّلیه ۲۸۱۰

بخش خصوصی و تاثیر آن در ساختار نظام سلامت در ایران ۲۸۱۰
سایر بخش‌های مربوط به نظام سلامت ۲۸۱۱
سازمان‌های غیردولتی مربوط به نظام سلامت ۲۸۱۲
سازمان‌های جهانی مرتبط با نظام سلامت در دنیا ۲۸۱۵
بخش دوم : مفهوم سلامت و جامعه ۲۸۱۶
بخش سوّم : طیف سلامت و بیماری در یک جامعه ۲۸۱۶
عوامل موثر بر سلامت ۲۸۱۸
بخش چهارم ـ تعریف خطر انواع آن ۲۸۲۰
بخش پنجم : ارزیابی سلامت جامعه ۲۸۲۲
آگاهی از خطر و عوامل موثر در برآورد خطر ۲۸۲۶
آگاهی از خطر و عوامل موثر در برآورد خطر ۲۸۲۷
کاربردهای آگاهی از خطرات ۲۸۲۹
ارزیابی‌خطر ۲۸۳۰
اندازه‌گیری شیوع و بروز ۲۸۳۱
بار بیماری‌ها ۲۸۳۶
پیشگیری ۲۸۳۹
سطوح پیشگیری ۲۸۳۹
شاخص‌های بررسی سلامت و بیماری ۲۸۴۲
سلامت و عدالت در خدمت رسانی به روستاییان ۲۸۴۳
پزشک خانواده ۲۸۴۳
اجرای طرح پزشک خانواده و ارتقای بیمه روستاییان ۲۸۴۴
بخش ششم : کار عملی تماس با جامعه ۲۸۴۶
عنوان : بازدید از شهرداری و قسمت‌های مختلف آن ۲۸۴۸
عنوان : بازدید از مرکز بهداشتی روستایی و شهری ۲۸۴۹
عنوان : بازدید از یک (Catehment Area) یا منطقه تعریف شده با حدود مشخص ۲۸۵۰

عنوان : بازدید از آسایشگاه خیریه سالمندان کهریزک ۲۸۵۱
عنوان : بازدید از سازمان‌های غیردولتی ۲۸۵۲
عنوان : بازدید از بیمارستان و پلی کلینیک تخصصی و بیمه ۲۸۵۳
عنوان : بازدید از فرمانداری ۲۸۵۴
منابع ۲۸۵۵

تماس با جامعه

Community contact

دکتر سوسن پارسای، دکتر محمد علی حیدرنیا، دکتر حوریه شمشیری میلانی، دکتر علی اصغر کلاهی، آقای عبدالرضا کامیابی، دکتر ناصر محمدی، دکتر علیرضا موسوی جراحی، دکتر پروین یاوری، دکتر فاطمه فلاح، دکتر حسین گودرزی

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بخش پزشکی اجتماعی

اهداف درس

پس از یادگیری این مبحث، فراگیرنده قادر خواهد بود :

- **مهم‌ترین محیط آموزشی کارکنان نظام سلامت را نام ببرد**
- **نظام سلامت را تعریف نموده، هدف نهایی اقدام سلامت را متذکّر شود**
- **تاریخچه مختصر نظام سلامت را شرح دهد**
- **بینش بهداشتی در پزشکی نیاکان را بیان کند**
- **مفهوم کنونی پزشکی پیشگیری را با ذکر مثال، توضیح دهد**
- **نحوه شکل‌گیری نظام سلامت در سطح کشور را شرح دهد**
- **در درس عملی تماس با جامعه با مراکز و سطوح ارائه خدمات بهداشتی، آشنا شده وظایف خود را در هریک از این مراکز بداند و خطرات عمده و موثر بر سلامتی را در جامعه ارزیابی نماید**
- **سطوح پیشگیری را تعریف نموده برای هریک مثال‌های روشنی را ارائه دهد.**

مقدمه

میدان و عرصه اصلی خدمات سلامت، جامعه می‌باشد که با توجه به اهمیّت آن، بعنوان بهترین محیط آموزشی برای کارکنان نظام سلامت محسوب می‌شود. زمانیکه مؤلفه‌های موثر بر سلامت، دستخوش تغییر می‌گردند زمینه‌های مخاطره‌آمیز سلامت شکل گرفته و ابتلاء به بیماری، معلولیّت و مرگ اتفاق می‌افتد. توجه ویژه به مطلوبیّت به حدی اهمیّت دارد که دانشجویان رشته پزشکی از بدو ورود، با جامعه، سلامت و عوامل موثر

بر آن آشنا شده و سبک و شیوه مدیریت آنها را فرا بگیرد. دوره تماس با جامعه را با این هدف طراحی شده است که دانشجو، در معرض جامعه قرار گرفته، با جامعه، اجزای جامعه، مؤلفه‌های موثر با سلامت، عوامل مخاطره‌آمیز، ساختارها و نهادهای اجتماعی که بطور مستقیم یا غیرمستقیم بر کیفیت زندگی یا مدیریت آنها آشنایی نسبی پیدا کرده و بعنوان، متولیان سلامت، نقش موثرتری ایفا کنند.

پزشکان علاوه بر ارائه خدمات بهداشتی درمانی، وظایف ارزشمند و کلیدی دیگری ازجمله مدیریت و ترویج سلامت، جلب حمایت برای ارتقاء سلامت، رهبری برنامه‌های سلامت و... را برعهده داشته و ارزش کسب مهارت و توانمندی دوره را بیش از پیش نمایان می‌سازند. این دوره در سه مرحله، طراحی شده است :

- **مرحله اوّل** : دانشجویان با جامعه و عوامل موثر بر سلامت آشنا شده و با حضور در عرصه‌های اجتماعی با نهادها و عوامل مخاطره‌آمیز آشنا می‌شوند.
- **مرحله دوّم :** همزمان با کارآموزی، بطور مستمر، مفهوم خطرات سلامت، بطور تخصصی، نحوه و میزان تاثیر آن‌ها بر سلامت، مخاطرات اصلی را فرا گرفته و با ریشه‌یابی و اولویّت‌بندی آنها آشنا می‌شوند.
- **مرحله سوّم** : به طراحی پروژه‌های مداخله‌ای برای رفع مخاطرات سلامت، یا تعامل با بنیادهای اجتماعی جهت رفع خطر، اختصاص می‌یابد که مصادف با دوره کارورزی بالینی می‌باشد.

بخش اوّل : آشنایی با نظام سلامت

امروزه زندگی و سلامت افراد برای شناخت خطرها و مداخلات به منظور پیشگیری از آن در دستان نظام سلامت قرار دارد. از زایمان بی‌خطر یک نوزاد سالم تا مراقبت مادر در دوران بارداری و یا شناخت عوامل خطر برای ایجاد یک بیماری در سال‌های آینده زندگی فرد. نظام‌های سلامت، مسئولیت حیاتی و مداومی نسبت به تمام افراد یک جامعه در تمام دوره زندگی‌شان دارند و ایجاد این نظام‌ها برای رشد سالم افراد، خانواده‌ها و جوامع در هر جای دنیا ضروری و حیاتی است.

تعریف نظام سلامت

نظام سلامت، متشکل از تمام سازمان‌ها و مؤسسات و منابعی است که ارائه کننده خدمات در جهت حفظ و ارتقاء سلامت افراد می‌باشند و از این خدمات می‌توان به عنوان **اقدام سلامت (Health action)** نام برد. این خدمات می‌تواند به صورت هرگونه تلاشی که خواه در مراقبت سلامت فردی ـ خدمات بهداشت عمومی و یا از طریق برنامه‌های بین بخشی انجام گیرد، تعریف شود و هدف اصلی آن ارتقاء سلامت است. در دنیای پیچیده امروز مشکل می‌توان تعریف دقیقی از نظام سلامت ارائه داد ولی **سازمان جهانی بهداشت (WHO)**[1] تمام فعالیّت‌هایی که هدف اصلی آن حفظ، ارتقاء و بازگرداندن سلامت است را **نظام سلامت** می‌گوید.

ارتقای سلامت، هدف اصلی یک نظام سلامت است. اما تنها هدف آن نیست. قابلیت دستیابی (goodness) و ایجاد کمترین تفاوت بین افراد به این دستیابی یا دقیقاً عادلانه بودن (fairness) این نظام بسیار مهم است و آن به این معنی است که یک نظام سلامت به درستی به آنچه مردم از آن انتظار دارند پاسخ دهد و

1-World Health Organization

این نظام به گونه‌ای برای هر فرد و بدون قایل شدن تمایز به این نیازها پاسخ دهد. شاید به همین علّت است که WHO نگرش سنتی خود را در باره تندرستی فیزیکی و روانی افراد تغییر داده و توجّه خود را به ارتقای عملکرد نظام‌های سلامت، معطوف داشته است.

اگر به این مسئله که ارتقای عملکرد در همه کشورها برای دستیابی افراد به بالاترین سطح سلامت با تأکید ویژه برای از بین بردن فاصله‌ها (gap) در داخل و خارج کشورها در سلامت جامعه است نگاه کنیم، می‌توان گفت که این مسئله فقط و قویاً به اثربخشی نظام‌های سلامت کشورهای مختلف، وابسته است و شناخت و تقویت این نظام‌ها در هر کشوری می‌تواند ۳ مسئله اساسی کشورها که شامل کاهش مرگ و میر در کشورهای فقیر و حاشیه‌نشین، برخورد خوب و اثربخش با عوامل خطر عمده و قرار دادن سلامت در کانون برنامه‌های توسعه باشد را انجام دهد. مثلاً برنامه‌های مبارزه با بیمای‌های واگیر، تلاش در کاهش I.M.R[2] مرگ و میر شیرخواران و مرگ و میر نوزادان N.M.R[3]، کوشش برای دسترسی به بارداری‌های بی‌خطر همگی از اولویت‌های دستیابی به سلامت در دنیاست. در اینجا فقط نظام‌های سلامت قوی در هر کشوری با شناخت این مسایل می‌توانند مداخله‌های حیات‌بخش و ارتقاء دهنده سطح سلامت را داشته باشند.

چگونگی تکامل و تاریخچه نظام سلامت

امروزه، نظام‌های سلامت در تمام کشورها (چه غنی و چه فقیر) نقش عمده‌تر و مؤثرتری در زندگی انسان‌ها نسبت به گذشته، ایفا می‌نمایند. از زمانی که افراد برای حفظ سلامت خود و درمان بیماری‌ها تلاش می‌کرده‌اند نظام‌های سلامت به نوعی وجود داشته‌اند اما قبل از حدود یک قرن پیش نظام‌های سلامت سازمان‌یافته به صورت پیشرفته ندرتاً وجود داشته و تعداد اندکی از افراد در دوران زندگی خود حتی یک بیمارستان را می‌دیدند و اکثراً در دوران شیرخوارگی و کودکی با مجموعه‌ای از بیماری‌های کشنده روبرو می‌شدند.

از گذشته‌های بسیار دور، طب سنّتی و پزشکی نیاکان، غالباً مشاوره‌های روانی و روحی را نیز به همراه داشته و هر دو نوع مراقبت پیشگیری و درمانی را با هم ارائه می‌داده‌اند و جالب توجه است که امروزه نیز این‌شیوه‌ها هنوز در کنار پزشکی نوین و پیشرفته حضور دارند و یکی از انواع نظام‌های سلامت به حساب می‌آیند. **نظام سلامت هندی** (آیورورا و سیدها) دانش زندگی سالم یا طول عمر سالم و فعال است و شبیه تئوری طبایع چهارگانه طب یونانی می‌باشد. **نظام سلامت چینی**، صاحب قدیمی‌ترین نوع نظام سلامت به اسم (پین دیانگ) است که به معنی (پایه‌های فعال و شخصی) که تعادل بین این دو به سلامت ختم می‌شود را داشته در این نظام سلامت، پیشگیری بسیار اهمیّت داشته و به آن توجّه زیادی شده است.

یکی دیگر از نظام‌های سلامت را **پزشکی نیاکان**، تشکیل می‌دهد و علیرغم اینکه پایه‌گذاران اصلی آن را دانشمندان عالیقدر ایرانی : **زکریای رازی، ابن سینا، اهوازی، جرجانی** و ... تشکیل می‌دهند ولی به دلیل اینکه زبان علمی کشورهای اسلامی و ازجمله ایران را زبان عربی تشکیل می‌داد، نزد غربی‌ها به **پزشکی عَرَبی** مشهور

[2] - Infant Mortality Rate
[3]- Neonatal Mortality Rate

می‌باشد. **رازی** گرداننده یک بیمارستان بزرگ در بغداد بوده و اوّلین کسی است که نشان داد مردمک چشم به نور واکنش نشان می‌دهد. اوّلین کتاب بیماری‌های کودکان را تحت عنوان افتراق بالینی آبله و سرخک و همچنین کتبی در زمینه داروشناسی و هنر نسخه نویسی و دیگر زمینه‌های پزشکی به رشته تحریر در آورد. ضمناً بسیاری از دیدگاه‌های بهداشتی **ابن سینا** در کتاب قانون در طب، پس از گذشت بیش از یکهزار سال، هنوز از پویایی خاصّی برخوردار است. به طوری که در آغاز این کتاب، ***هدف پزشکی را در درجه اوّل، حفظ تندرستی افراد سالم (بهداشت) و در درجه دوّم، بازگرداندن سلامتی افراد بیمار (درمان)***، ذکر کرده و نکات جالب توجهی در خصوص بهداشت خانواده، بهداشت سالمندان، بهداشت ورزش، بهداشت سفر، بهداشت مادر و کودک، بهداشت مواد غذایی و ... به رشته تحریر درآورده است. ناگفته نماند که **حکیم جرجانی**، حدود ۱۵۰ سال پس از رحلت ابن سینا **اوّلین دائره‌المعارف پزشکی** به زبان فارسی را تحت عنوان **ذخیره خوارزمشاهی** به رشته تحریر در آورد و بهداشت‌گرایی ابن سینا که از افتخارات نظام سلامت نیاکانِ خردمندمان می‌باشد را سرلوحهٔ کار خود قرار داد.

اوج‌گیری توجه به تندرستی در حدود سال‌های ۱۸۴۰ بوده است و **یوحنا پیترفرانک** تندرستی را به عنوان قوانین مطلوب سلامتی که باید توسط پلیس، اعمال شود معرفی کرد، دولت‌ها را مسئول سلامتی مردم دانست و دستورالعمل تندرستی عمومی (Public Health) در سال ۱۸۴۸ رویای او را در مورد مسئولیت دولت‌ها در سلامت جامعه به تحقق در آورد و **سرجان سیمون**[4] پزشک انگلیسی یک نظام سلامت عمومی را پایه‌گذاری کرد و بدینوسیله اوّلین مرحله از تندرستی و سلامتی که مرحله کنترل بیماری‌ها بود، بین سال‌های (۱۹۲۰-۱۸۸۰) بنا نهاده شد.

بعد از کشف علّت میکروبی بیماری‌ها، پزشکی پیشگیری، جان تازه‌ای گرفت، درمان هاری و واکسیناسیون و استفاده از مواد ضدعفونی کننده، قطع زنجیره انتقال بیماری‌ها، نگاهداری مواد غذایی و قرنطینه، پا به عرصه وجود گذاشتند.

در ابتدا **پزشکی پیشگیری** به کنترل بیماری‌ها، محدود می‌شد ولی مفهوم کنونی پزشکی پیشگیری شامل **مراحل: نخستین (Primordial)، سطح اوّل (Primary)، سطح دوّم (Secondary)**، و **سطح سوّم (Tertiary)** است که به سطوح نخستین، اوّلیه، ثانویه و ثالثیه پیشگیری نیز مشهور بوده از کنترل عوامل زیان آور در محیط (**پیشگیری نخستین**) مصون سازی بدن در مقابل عوامل مخاطره‌آمیز (**پیشگیری اوّلیه**)، بیماریابی و درمان زودرس بیماران (**پیشگیری ثانویه**) تا نوتوانی و بازتوانی معلولیت‌ها و باز گردان آنان به جامعه جهت انجام فعالیّت‌های اجتماعی و اقتصادی (**پیشگیری ثالثیه**)، در رویکرد جدید مدیریت سلامت، مورد توجه جدی قرار گرفته است و اخیرا به پیشگیری سطح چهارم به منظور خودداری از تحمیل اقدامات تشخیصی ـ درمانی غیرلازم به بیماران، نیز توجه گردیده و در **فصل ۸، گفتار ۷** کتاب حاضر به آن پرداخته شده است.

در سال ۱۹۱۱ **پزشکی اجتماعی** که در آغاز، یک تخصص اروپایی بود توسط **نیومن** و **ویرشو**[5] مطرح شد. پزشکی اجتماعی اهمیّت عوامل اجتماعی در بروز بیماری‌ها و حفظ سلامت و عوامل خطرساز بیماری‌ها را عنوان کرد. اقداماتی که نظام‌های سلامت در هردوره برای حفظ سلامت مردم انجام دادند شامل مراحل زیر است:

---

4 Sir John Simon
5 Newman& Wirshow

- ❖ مرحله کنترل بیماری‌ها ۱۹۲۰-۱۸۸۰ تأمین آب سالم
- ❖ مرحله ارتقای تندرستی ۱۹۶۰-۱۹۲۰ مانند خدمات تندرستی فردی، سلامت مادر و کودک، سلامت و بهداشت مدارس، سلامت روان که دو حرکت مهم را به همراه داشت.

الف - حرکت اوّل : ارایه خدمات اساسی بهداشتی B.H.S و بعد هم P.H.C ارائه خدمات از طریق مراکز ارایه خدمات بهداشتی در مناطق شهری و روستایی.

ب ـ حرکت دوّم : برنامه توسعه جامعه ـ برای بهبود توسعه روستایی از طریق مشارکت فعال و با انگیزه سلامت کل جامعه.

- ❖ مرحله مهندسی اجتماعی ۱۹۸۰-۱۹۶۰ در این مرحله به شناخت تفاوت فراوان در بیماری‌های عفونی و مزمن و شناخت مفهوم (عوامل خطر) و به جنبه‌های اجتماعی، تغذیه‌أی، رفتاری و اثر آن بر روی بیماری‌ها دقت بیشتری شد.
- ❖ مرحله تندرستی برای همه از سال ۱۹۸۱ تا ۲۰۰۰.

بیشتر افراد، در کشورهای توسعه یافته و طبقات خاصی از مردم در کشورهای در حال توسعه از تمام ابعاد سلامت خوب، مثل درآمد مناسب، تغذیه خوب، آموزش و مراقبت‌های جامع بهداشتی برخوردارند. در صورتی که در کشورهای در حال توسعه فقط ۱۰ تا ۲۰ درصد مردم به این خدمات دسترسی دارند و لذا در حال حاضر توجه جهانی به این مسئله معطوف شده است که این ۸۰ درصد فراموش شده جامعه جهانی، حق برابر برای دسترسی به مراقبت‌های سلامتی، حفاظت از بیماری‌های کشنده کودکی و یا نخستین مراقبت‌های سلامتی برای مادران و کودکان و درمان بیماری‌ها را داشته باشند.

در یکصد سال گذشته نظام‌های سلامت، دستخوش دوره‌ای از اصلاحات با درجات مختلف هم‌پوشانی بوده‌اند و در سال ۱۹۸۱ در سی و چهارمین نشست سازمان جهانی بهداشت، این سازمان اعضای خود را به یک هدف بزرگ، متعهد کرد و راه‌کاری جهانی برای تندرستی برای همه HFA/2000[6] را اعلام نمود. ارتقای مراقبت‌های اوّلیه سلامت بعنوان P.H.C[7] به منظور مسیری جهت دستیابی به خدمت قابل خرید که هدف تندرستی برای همه تا سال ۲۰۰۰ بود را روشن کرد. یعنی با این نظام جدید سلامت و خدمات اوّلیه بهداشتی همه مردم تا سال ۲۰۰۰ به ترازی از تندرستی که از نظر اجتماعی و اقتصادی، زندگی باروری داشته باشند باید برسند.

نحوه شکل گیری نظام سلامت در ایران

شکل‌گیری شبکه‌ای بهداشتی درمانی کشور در چندین دوره از قبل و بعد از انقلاب اسلامی ایران صورت گرفته وقتی در کنفرانس آلماآتا تندرستی برای همه تا سال ۲۰۰۰ برای موفق شدن برنامه برابری‌های اجتماعی و اقتصادی و سیاسی سلامت، بین کشورها مطرح شد، مراقبت اوّلیه بهداشتی بعنوان راه دستیابی سلامت برای همه عنوان شد. ایران هم مثل بقیه کشورهای دنیا با شناخت مجموعه‌ای از مشکلات و تنگناهای نظام ارائه خدمات

---

[6] - Health For All By 2000
[7] - Primary Health Care

شکل ۱ ـ سازمان شبکه سلامت در کشور ایران

بهداشتی و درمانی در سال‌های قبل از انقلاب و تجربه‌ای شکل گرفته در سال‌های نزدیک به وقوع انقلاب، تجربه‌های بین‌المللی ـ فضای سیاسی خاص پس از انقلاب برای اجرای نظریات گرایش و عملکردهای جدید، شرایط لازمی را برای ایجاد یک جهش اصلاحی بزرگ در شکل و محتوای ارائه خدمات بهداشتی و درمانی و نظام سلامت در ایران فراهم نمود.

این مسئله باعث شکل‌گیری یک نظام اصولی و تعریف شده دولتی برای ارائه خدمات بهداشتی و درمانی بصورت عینی و در کنار نظام ارائه خدمات خصوصی ـ خیریه قدیمی و سنتی شد و باعث تحولات جدی در وضعیت سلامت کشور گردید.

در این نظام مراقبت‌های اوّلیه بهداشتی به عنوان درون‌مایه شبکه‌ای تعریف شده است. این رویکرد جدیدی است که در تراز جامعه، همه عوامل لازم برای بهبود وضع سلامت جامعه را تلفیق می‌نماید و حداقل شامل ۸ جزء است که به آن اجزاء **ضروری (P.H.C)** می‌گویند. این جریان عمدتاً بر ۳ اصل زیر پایه‌ریزی شده است :

- اولویت خدمات پیش گیری بر خدمات درمانی
- اولویت مناطق روستایی و محروم بر مناطق شهری برخوردار از امکانات
- اولویت خدمت سرپایی بر خدمات بستری.

براساس این سه اصل در سال ۱۳۶۰ نظام مراقبت‌های اوّلیه بهداشتی در قالب شبکه‌های بهداشتی ـ درمانی شکل گرفت. این نظام دارای خصوصیات زیر است :

- خدمات در سطوح مختلف ارائه می‌شود.
- ارائه خدمات جامع و ادغام شده می‌باشد.
- منابع در واحدهای مختلف هر سطوح برای جمعیت مشخصی کاملاً تعریف شده است.
- خدمات از قبل برنامه‌ریزی شده، استانداردها و شاخص‌ها مشخص است و پیگیری می‌شود.

در سال‌های نخست، تمرکز برنامه و گسترش منابع، بیشتر در محیط روستا بود امّا سال‌های بعد به دلیل مهاجرت روستاییان به مناطق شهری خصوصاً حاشیه شهرها برنامه‌ریزان نظام سلامت، این خدمات را به شهرها نیز توسعه دادند.

واحدهای عرضه کننده خدمات و سطوح مختلف

برای انتقال خدمات به جایی که مردم در آنجا زندگی و کار می‌کنند، یا تأمین دسترسی سهل و آسان به گسترده‌ترین و اساسی‌ترین نیازهای بهداشتی با در نظر گرفتن اطلاعات اقلیمی و جمعیتی قابل دسترس، برای گسترش واحدهای بهداشتی و سطح‌بندی ضوابطی وجود دارد که براساس آن این واحدها مورد بهره‌برداری قرار گرفته‌اند. این ضوابط به شرح زیر است:

- سهولت دسترسی جغرافیایی در هر وضعیت اقلیمی، به طوری که با حداکثر یک ساعت پیاده‌روی مردم

به اوّلین یا محیطی‌ترین واحد دسترسی داشته باشند.

- واحدها در مسیر طبیعی حرکت مردم باشد.
- دسترسی فرهنگی به آن معنا که اختلافات قومی و فرهنگی و مذهبی در آن محل نباشد.
- روستای محل استقرار، سابقه شیوع بیماری‌های واگیر مثل سل و جذام را نداشته باشد.
- محتوای خدماتی که ارائه می‌شود با آداب و سنت‌های قومی ملّی و مذهبی جامعه هماهنگی داشته باشد.

سطوح مختلف ارائه خدمات و حرکت متقاضی خدمات بهداشتی و درمانی در نظام شبکه در شکل شماره ۲ نشان داده شده است و جهت فلش در این شکل حرکت متقاضی خدمات بهداشتی درمانی را نشان می‌دهد :

شکل ۲ ـ سطوح مختلف ارائه خدمات

خانه بهداشت

محیطی ترین واحد ارائه خدمت در نظام سلامت است.

وظایف خانه بهداشت

۱ ـ سر شماری سالانه و ثبت اطلاعات مانند وقایع حیاتی

در آغاز هر سال خانه بهداشت اطلاعات آماری کاملی از منطقه تحت پوشش خود با مشخصات جمعیتی موجود در روستا جمع‌آوری می‌کند.

۲ ـ آموزش بهداشت

مهمترین و امیدبخش‌ترین نقش خانه بهداشت و بهورز آموزش سلامت است. خانواده و مدرسه که بیش از دوسوّم هدف‌های آموزش بهداشت را در خود دارند مناسبترین و بارورترین عرصه‌های فعالیت است.

۳ ـ مشارکت جامعه د ر سلامت

بدلیل آشنایی عمیق کارکنان بومی با آداب و رسوم محلّی، باورها و اعتقادهای مردم و استفاده از گویش‌های محلی امکان ارتباط کارکنان بهداشتی با جامعه و نفوذ آموزش‌های آنان در افراد، تاثیر گذاشته و به مشارکت فعالانه افراد در فعالیت بهداشتی، می‌انجامد و به این ترتیب مشارکت و مداخله مردم در خدمات بهداشتی که (Self Care) و خوداتکایی است به یکی از اساسی‌ترین اهداف نظام سلامت کشور می‌انجامد.

۴ ـ مراقبت از زنان باردار و مراقبت از کودکان و تنظیم خانواده

نگاهداری آمار دقیق زنان باردار، مراقبت‌های ماهیانه، ثبت تولدها، آموزش زنان در مورد تغذیه و کودک خود، ارجاع زنان نیازمند به مراقبت‌های تخصصی آموزش و مراقبت‌های بعد از زایمان، کنترل رشد و نمو و کودک، آموزش تغذیه با شیر مادر و واکسیناسیون در سال اوّل و دوّم زندگی آموزش اجرا، پیگیری‌های برنامه‌های تنظیم خانواده در زنان ۴۹–۱۵ ساله شوهردار.

۵ ـ آموزش و مراقبت تغذیه‌ای

چگونگی استفاده از منابع تغذیه‌ای در آن منطقه، شناخت سنت‌ها و عادات درست و نادرست تغذیه‌ای.

۶ ـ مراقبت از دانش آموزان و بهداشت مدارس

با بازدیدهای منظم از مدارس روستاهای تحت پوشش، معاینه جمعی دانش آموزان، بررسی بوفه‌های مدارس، غربالگری دانش آموزان از نظر بیماری‌های قارچی مو و پوست، ناراحتی‌های پوستی، ورم ملتحمه، تراخم، مشکلات دید و شنوایی.

۷ ـ بهداشت دهان و دندان

آموزش مادران باردار شیرده و دانش آموزان در زمینه مراقبت‌های دندانی برای جلوگیری از افزایش دندانهای پوسیده از دست داده و پر شده D.M.F[8]

۸ ـ ایمن‌سازی

فعالیّت‌های جاری فقط به واکسیناسیون متولّدین جدید و تزریق واکسن‌های یادآور، محدود نیست بلکه با اجرای صحیح برنامه گسترده واکسیناسیون (E.P.I)[9] کودکان ۵–۲ ساله برای برنامه واکسیناسیون، پیگیری شود و کلّیه جمعیت زنان در سنین باروری (۱۵ تا ۴۹ سال) علیه کزاز واکسینه شده باشند.

۹- نظارت بر موازین بهداشت حرفه‌ای

نور کافی، محافظت از گوش‌ها در برابر صداهای زیان آور، پیشگیری از مسمومیت‌های ناشی از حشره کش‌ها و سموم نباتی.

---

[8] - Decay ,Missed , Filled
[9] - Expanded Program of Immunization

۱۰ ـ بهسازی محیط

بهداشت محیط مکان‌های عمومی، کمک فنی به مردم برای بهداشتی کردن توالت‌ها و دستشویی‌ها کنترل بهداشت و سلامت مواد غذایی در رستوران‌ها، لبنیات فروشی، هر دو ماه یک بار انجام می‌گیرد.

۱۱ ـ بیماریابی

بیماریابی یکی از فعالیّت‌های مهم خانه بهداشت است که متناسب با توانایی‌ها و آموخته‌های بهورز و میزان کار کارکنان خانه بهداشت و تکنولوژی مناسب برای هر مورد بیماری متفاوت می‌باشد.

غربالگری زنان در معرض خطر سرطان پستان

غربالگری کودکان مدرسه از نظر بیماری کچلی

غربالگری بیماران مشکوک به مالاریا و گرفتن لام خون از بیماران مبتلا به تب و لرز

غربالگری بیماران روانی

این نکته قابل ذکر است که بعضی از بیماری‌ها دستورالعمل درمانی مشخصی دارند. مانند اسهال، عفونت‌های تنفسی ARI [۱۰] که می‌توانند مستقیماً توسط خانه‌های بهداشت و بهورز آموزش دیده تحت درمان قرار گیرند.

۱۲ ـ کمک‌های اوّلیه درمانی و پیگیری

بهورز فقط مجاز به استفاده از درمان‌های علامتی کم خطر می‌باشد. بیماران خانه بهداشت به ۴ گروه تقسیم می‌شوند :

- بیمارانی که پزشک درمان را برای آنان شروع کرده ولی پیگیری آنها به عهده خانه بهداشت است.
- بیمارانی که ناراحتی آنان با تجویز داروهای اوّلیه و درمان‌های علامتی برطرف می‌گردد.
- مراجعه کنندگانی که نیاز به ارجاع فوری ندارند و ضمن دریافت داروهای اوّلیه در لیست ارجاع غیرفوری برای روز بازدید پزشک قرار می‌گیرند.
- بیمارانی که ارجاع فوری دارند و نیازمند خدمات پزشکی تخصصی‌تر هستند در موارد ضروری مانند ابتلاء به بیماری‌های واگیردار آموزش اطرافیان بیمار در زمینه روش درست پرستاری و پیشگیری از سرایت بقیه اعضاء خانواده بیمار به عهده بهورز است.

بهورزان، جز تزریق واکسن‌ها اجازه انجام تزریقات دیگر را ندارند. تکرار تزریق بدون حضور پزشک مشروط بر این است که تزریق اوّل توسط پزشک انجام و دستور ادامه تزریق در نسخه ذکر شده باشد. در موارد فوریت‌ها و بروز سانحه کمک‌های اوّلیه به عهده بهورز است و اعزام بیمار باید سریع انجام گیرد و همچنین انجام پانسمان‌های ساده به عهده بهورزان می‌باشد.

بهورزان عهده دار شناسایی معلولان و ارجاع آنان به مراکز توانبخشی چه ذهنی و چه جسمی و پیگیری خواهند بود.

---

[10] - Actual Respiratory Infection

مرکز بهداشتی درمانی روستایی

در حال حاضر تنها واحد پزشکی دولتی مستقر در مناطق روستایی است که بوسیله پزشکان عمومی اداره می‌شود. این پزشکان ضمن نظارت بر فعالیّت‌های خانه بهداشت و هدایت آنان نیازهای درمان تخصصی و بستری جمعیت تحت پوشش خود را از طریق ارجاع و ارتباط با بیمارستان شهرستان، تأمین می‌کنند. محل استقرار مرکز باید به گونه‌ای باشد که در مسیر طبیعی جمعیت روستاهای مذکور قرار گیرد و مرکز روستایی حداقل چهار کاردان با وظایف متفاوت دارد :

۱) کاردان زن با مسئولیت بهداشت خانواده
۲) کاردان مرد با مسئولیت بهداشت محیط، بهداشت حرفه‌ای و مبارزه با بیماری‌ها
۳) کاردان بهداشت دهان و دندان
۴) کاردان دارویی و آزمایشگاه

وظایف مرکز بهداشتی درمانی روستایی

جمع‌آوری، کنترل و دسته بندی اطلاعات و آمار بهداشتی و جمعیتی

جمع‌آوری اطلاعات مربوط به روستاهای تحت نظارت خود، اطمینان از صحت به روز بودن (Up dates) آن، گاهی در تهیه و تنظیم این اطلاعات باید با خانه بهداشت همکاری داشته باشد.

کنترل و پیگیری اجرای برنامه‌ها

با بازدید منظم از خانه‌های بهداشت، بازدید مستقیم از فعالیّت‌های در حال اجرا، مذاکره با مردم و نمایندگان آنها، کنترل کمّی و کِیفی کمک‌های اوّلیه درمانی که در غیاب پزشک در خانه بهداشت انجام گرفته، بازدیدهای اتفاقی از روستاهای قمر یا تحت پوشش خانه‌های بهداشت و تیم‌های سیار

پذیرش بیماران

حدود ۲۰ درصد از مراجعه‌کنندگان متقاضی خدمات و کمک‌های درمانی هر خانه بهداشت به سطح بالاتر، ارجاع می‌شوند ارجاع کنندگان به مرکز بهداشتی درمانی روستایی سه گروه مختلف هستند:

الف ـ موارد فوریت‌های پزشکی بدون ارجاع مراجعه می‌کنند
ب ـ ارجاع شدگان فوری از خانه بهداشت
ج ـ ارجاع شدگان غیرفوری که در بازدید پزشک مسئول از خانه بهداشت در محل خانه بهداشت مورد مداوا قرار می‌گیرند.

مشارکت در فعالیّت‌های آموزشی

مراکز بهداشتی و درمانی روستایی عرصه کارآموزی و کارورزی آموزش‌های رده‌های مختلف نیروی انسانی پزشکی است و این مراکز مشارکت در بازآموزی‌ها و آموزش‌های ضمن خدمت بهورز تا پزشک را دارند.

اعزام تیم‌های سیار

در روستاهایی که به دلیل کمبود جمعیت یا نبودن راههای ارتباطی جغرافیایی خانه بهداشت مستقل وجود نداشته و یا در محدوده قمر خانه بهداشت اصلی قرار نمی‌گیرند از مراکز بهداشتی ـ درمانی، کسانی به عنوان تیم سیّار، پیش بینی شده‌اند که عهده‌دار خدمات ایمن‌سازی، بیماریابی، مبارزه با مالاریا، سل بهداشت مادر و کودک و بهداشت محیط می‌باشند. هر تیم باید بتواند حداقل، ماهی یک بار به روستاهای تحت پوشش خود مراجعه کند.

برنامه‌های بهداشتی مختلف

آموزشهای لازم، انجام آزمایش‌های پاراکلینیکی مورد نیاز زنان باردار، ایجاد امکان برخورداری از زایمان سالم، تهیه پاپ اسمیر، گذاشتن"IUD"، غربالگری کارگران کارگاه‌ها و کارخانه‌ها، انجام بررسی‌های اپیدمیولوژیک، برای شناخت مسایل بهداشتی و بیماری‌های بومی منطقه.

پژوهش

مقوله‌های متعددی برای پژوهش کاربردی در مورد روش زندگی مردم،عوامل خطر و برخورداری از خدمات بهداشتی و درمانی را می‌توان در این مراکز به وجود آورد.

رابطه با بیمارستان

بیمارانی که نیاز به بستری شدن دارند، با برگه کتبی ارجاع به بیمارستان اعزام می‌شوند. تسهیلات لازم برای پیگیری و ادامه درمان بیمارانی که از بیمارستان مرخص می‌شوند نیز در اختیار مراکز است و مرکز بهداشتی درمانی، مکلف است که این مهم را انجام دهد. مراکز بهداشتی درمانی روستایی دارای ضمائم احتمالی هستند که بستگی به نیاز آن منطقه دارد. مانند:

الف ـ تسهیلات زایمانی

در برخی مراکز براساس دسترسی بیشتر یک ساعت تا نزدیکترین شهر و زایشگاه، تسهیلات زایمانی برای زایمان‌های طبیعی وجود دارد و در موارد پیچیده با پزشک مرکز بهداشتی مشاوره انجام گرفته و در صورت لزوم ارجاع داده می‌شود. در این مراکز مراقبت‌های بعد از زایمان در برنامه‌ریزی و اجرای آن وجود دارد و فعالیت آن شبانه‌روزی است. یک بهیار زن غیراز ماما نیز باید حضور داشته باشد. پزشک مسئول این مراکز بهداشتی

درمانی روستایی در دسترس "On Call" تلقی می‌گردد.

ب ـ بخش جراحی‌های کوچک

در روستاهایی که گلوگاه مسیر حرکت ۲۰ هزار نفر جمعیت تلقی شده و بیشتر از یک ساعت با اتومبیل تا اوّلین شهر دارای بیمارستان فاصله داشته باشند امکان ایجاد بخش جراحی‌های کوچک وجود دارد.

این مسئله مشروط به تغییر اساسی در آموزش پزشکی است که انجام اعمال جراحی مورد بحث بطور جدی مورد توجه و آموزش بالینی قرار گرفته باشد. توصیه می‌شود که اکثر جراحی‌ها بدون استفاده از بیهوشی عمومی باشد. مانند : بریدگی‌ها، سوختگی‌های درجه یک بدون عارضه، سوختگی کودکان زیر ۵ سال، درناژ آبسه، خارج کردن اجسام خارجی، بند آوردن خونریزی بینی، فتق ساده... شکستگی بدون عارضه استخوان بازو.

واحدهای عرضه خدمات درشهر

۱ ـ پایگاه بهداشتی

خدمات بهداشتی در نظام سلامت در مناطق شهری با توجه به جمعیت‌های مشخص و تعریف شده توسط واحد ارائه خدمات که به آن پایگاه بهداشتی می‌گویند، ارائه می‌گردد. کلیه خدماتی که در روستا بعهده خانه‌های بهداشت قرار دارد در مناطق شهری به عهده پایگاه بهداشتی و تفاوت وظیفه آنان در نکات زیر است :

- دریافت خدمات در این مرکز به ازای مراجعه فرد است و ارائه خدمات از نوع غیرفعال می‌باشد. در این پایگاه یک **کاردان بهداشتی مرد** و سه **کاردان بهداشت خانواده زن** کار می‌کنند و حضور **کاردان مامایی**، حتماً لازم است. وظیفه پیگیری دریافت خدمات به عهده رابطین بهداشتی است. کلاس‌های آموزش برای رابطین بهداشت در هفته یک روز در پایگاه‌های بهداشتی برگزار می‌شود. یکی از این کاردان‌های بهداشت خانواده همه روزه به مدارس و کارگاه‌هایی که کارگران زن، حضور دارند، سرکشی می‌نماید و یکی از کاردان‌های بهداشت خانواده همیشه در محل پایگاه، حضور داشته تا در صورت مراجعه افراد تحت پوشش، خدمات لازم را ارائه نماید.
- **کاردان بهداشت عمومی مرد**، خدمات مرتبط با بهداشت محیط، بهداشت حرفه‌ای، و بررسی اپیدمیولوژیک اوّلیه را در منطقه تحت پوشش خود به عهده دارد.
- **وظیفه کاردان مامایی**، مراقبت از مادران، تنظیم خانواده و گذاشتن I.U.D در مراکز می‌باشد.
- وظیفه پرداختن به کارهای درمانی حتی در مورد تجویز داروهای[1] بدون نسخه را ندارند ولی در مواقع لزوم می‌توانند ارجاع دهند.

مراکز بهداشتی درمانی شهری

- این واحد برحسب تراکم جمعیت یک یا چند پایگاه بهداشت شهری را پوشش می‌دهد.

- تمام وظایف مرکز بهداشتی درمانی روستایی در قبال خانه بهداشت را این مرکز در مقابل پایگاه‌های بهداشت شهری خواهد داشت.
- حداقل ۲ پزشک عمومی به منظور انجام وظایف مدیریتی و پذیرش موارد ارجاعی، اقدام به ارائه خدمات می‌نمایند.
- خدمات ارائه شده عمدتا خدمات مراقبتی اوّلیه است ولی مراجعه بیمار لازم نیست حتماً از طریق ارجاع پایگاه‌های بهداشتی باشد در این مراکز، وظایف شباهت زیادی به مراکز بهداشتی درمانی، روستایی دارد که نمونه‌هایی از آن مانند جمع‌آوری اطلاعات و آمار نوشتن دفاتر سنجش سلامت دانش آموزان توسط پزشکان به ویژه در مقطع ورود به دبستان و سال اوّل راهنمایی می‌باشد.
- از وظایف دیگر این مراکز انجام بررسی‌های اپیدمیولوژیک بیماری‌های بومی منطقه تحت پوشش مرکز میباشد.

وظیفه مرکز بهداشتی درمانی شهری در ۵ دسته زیر خلاصه می‌شود:

- *خدمات پزشکی :* حضور پزشک، بیمار و دارویار لازم است
- *خدمات تشخیص طبی :* حضور کاردان علوم آزمایشگاهی و رادیولوژی لازم است
- *خدمات دندانپزشکی :* حضور دندان پزشک، ضروری است
- *خدمات تکمیلی برای موارد ارجاع شده از پایگاه‌ها و مناطق دیگر :* وجود پزشک و بهیار دارویار لازم است.
- *هدایت و پایش خدمات پایگاههای بهداشت شهری تابعه* : وجود پزشک، بهیار و دارویار لازم است.
- در شهرهای فاقد بیمارستان و نیز در شهرهایی که دسترسی به بخش اورژانس بیمارستان آسان نیست یک یا چند **مرکز بهداشتی درمانی شهری شبانه‌روزی** ایجاد می‌شود تا دسترسی و رسیدگی به موارد اورژانس فراهم باشد.

سایر بخش‌های ارائه خدمات بهداشتی درمانی در ایران

کلینیک

این اصطلاح نیز برای درمانگاه‌های وابسته به بخش خصوصی، خیریه یا دولتی وابسته به مراکز بستری بکار می‌رود. این گونه مراکز بوسیله چند پزشک متخصص (دارای یک نوع تخصص) اداره می‌شود. در این گونه کلینیک‌ها نیز مجموعه‌ای از خدمات مثل؛ پذیرش بیماران سرپایی، اقدامات تشخیصی در حد مقدورات تخصصی، اقدامات درمان سرپایی، تجویز دارو، انجام مشاوره و آموزشهای لازم ... ارائه می‌شود.

پلی کلینیک

معمولاً این اصطلاح برای مراکزی مثل کلینیک‌ها بکار می‌رود، با این تفاوت که مجموعه‌ای از

تخصص‌های مختلف در کنار یکدیگر فعالیت می‌نمایند و محدوده فعالیّت‌های آنها به اقدامات تشخیصی و درمانی سرپایی محدود می‌شود. در اغلب موارد اینگونه پلی‌کلینیک‌ها در کنار مراکز درمان بستری دولتی و خصوصی فعالیت می‌نمایند.

مطب

این اصطلاح برای محل ارائه خدمات یک پزشک عمومی، متخصص یا دندانپزشک، بکار می‌رود. این محل‌های ارائه خدمات، همواره بصورت خصوصی اداره می‌شود و نمونه‌های دولتی، عمومی، یا خیریه آن وجود ندارد فارغ‌التحصیلان مامایی و تغذیه در سطح کارشناسی ارشد می‌توانند در جنب مطب پزشکان عمومی یا متخصص، دفاتر مامایی و یا دفاتر مشاوره تغذیه را دایر نمایند.

مراکز جراحی محدود سرپایی روزانه (Day Clinic)

به مراکزی اطلاق می‌شود که در آنها اَعمال جراحی کوچک (بدون بیهوشی و یا با بی‌حسی موضعی) یا جراحی بزرگ (با بیهوشی عمومی) که بیمار حداکثر ظرف چند ساعت قادر به ترک مرکز بوده و نیازی به بستری شدن نداشته باشد، انجام می‌شود. این مراکز در کشور، عمدتاً بصورت خصوصی اداره می‌شود.

واحد آزمایشگاهی

واحد آزمایشگاهی به واحدی گفته می‌شود که در آن آزمایش‌های مربوط به انسان از قبیل خون، ادرار، نسوج، غدد و انواع آزمون‌های سرطانی انجام گیرد و نتایج آن نیز قابل استناد باشد. واحدهای آزمایشگاهی به چند گروه تقسیم می‌شوند : آسیب شناسی بالینی و تشخیص طبی، آسیب شناسی تشریحی، آسیب شناسی بالینی و تشریحی.

در سال ۱۳۸۱ تعداد ۳۸۳۴ واحد آزمایشگاهی در سطح کشور، فعالیت داشته که بطور متوسط هر واحد آزمایشگاهی جمعیتی حدود ۱۷۰۹۴ نفر را تحت پوشش قرار داده است. حداقل این میزان مربوط به استان چهار محال و بختیاری (یک واحد آزمایشگاهی برای ۷۸۶۲ نفر) و حداکثر آن مربوط به استان کردستان (یک واحد آزمایشگاهی برای ۲۷۶۳۰ نفر) بوده است؟

واحد پرتونگاری (رادیولوژی)

واحد پرتونگاری به محلی گفته می‌شود که طبق مجوز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تأسیس شده و در آن آزمایش‌های پرتوشناسی انجام می‌شود و یا با استفاده از انرژی بصورت اشعه، به تشخیص علل بیماری‌ها می‌پردازد. در سال ۱۳۸۱ تعداد ۱۸۷۹ واحد پرتونگاری در کشور، فعالیت داشته و هر واحد، جمعیتی حدود ۳۴۸۸۰ نفر را تحت پوشش قرار داده است. حداقل میزان مربوط به استان سمنان (یک واحد پرتونگاری برای ۲۱۶۹۱ نفر) و حداکثر آن مربوط به استان سیستان و بلوچستان (یک واحد برای ۶۹۵۳۹ نفر) بوده است.

واحد توانبخشی

توانبخشی به مجموعه اقداماتی گفته می‌شود که به منظور بازگرداندن بخشی از عملکرد از دست رفته و حفظ توانمندیهای بالقوه افراد دارای ناتوانی‌های مختلف انجام می‌شود. در سال ۱۳۸۱ تعداد ۱۸۲۶ واحد توانبخشی در کشور فعالیت داشته است. بطور متوسط به ازای هر ۳۵۸۹۳ نفر یک واحد توانبخشی وجود داشته است.

داروخانه

به محلّی اطلاق می‌شود که طبق مجوز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، به منظور عرضه، ساخت و مشاوره دارویی ایجاد شده است. در سال ۱۳۸۱ تعداد ۵۹۵۴ داروخانه در کشور فعالیت داشته و بطور متوسط برای جمعیتی حدود ۱۱۰۰۸ نفر یک داروخانه موجود بوده است. کمترین نسبت جمعیت به یک داروخانه مربوط به استان اصفهان (۸۰۳۹ نفر) و بیشترین آن مربوط به استان سیستان و بلوچستان (۲۰۲۵۴ نفر) بوده است.

سایر سازمان‌های عمومی ارائه خدمات بهداشتی درمانی

علاوه بر دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی که جایگزین وزارت بهداشت و درمان در سطح استان است و با استفاده از شبکه‌های بهداشت و درمان و بیمارستان‌ها ارائه خدمات بهداشتی درمانی و آموزش پزشکی را بعهده دارند، سازمان‌های دیگر دولتی و نیمه دولتی نیز به ارائه خدمات بهداشتی درمانی (عمدتاً درمانی) اشتغال دارند. برخی از این سازمان‌ها و نهادها عبارتند از:

سازمان تأمین اجتماعی

این سازمان خدمات درمانی سرپایی و بستری را در واحدهای ملکی خود ارائه می‌دهد. بطور عمده دریافت کنندگان خدمات بهداشتی درمانی، از سازمان مزبور، بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی هستند. علاوه بر این، بیمه‌شدگان این سازمان می‌توانند بسیاری از خدمات مورد نیاز خود را از بخش خصوصی طرف قرار داد یا سایر بخش‌های دولتی نیز دریافت نمایند. سایر افراد (غیر بیمه شدگان تأمین اجتماعی) نیز می‌توانند با پرداخت تعرفه‌های دولتی از خدمات ارائه شده در واحدهای بهداشتی درمانی سازمان مزبور بهره مند گردند.

سازمان بیمه خدمات درمانی

سازمان بیمه خدمات درمانی، کلّیه کارمندان رسمی دولتی، روستاییان و خویش‌فرمایان (افراد دارای مشاغل آزاد) را تحت پوشش، قرار می‌دهد.

سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح

این سازمان، همه کارکنان دولت و افراد آزاد داوطلب را تحت پوشش، قرار می‌دهد نیروهای مسلّح در جمهوری اسلامی ایران، شامل : ارتش، سپاه پاسداران و نیروهای انتظامی نیز برای پرسنل نظامی و غیرنظامی خود و خانواده آنها بیمارستان‌ها و درمانگاه‌هایی دارند. همچنین این افراد می‌توانند از بخش خصوصی طرف قرارداد

با سازمان بیمه نیروهای مسلّح و سایر بخش‌های دولتی نیز استفاده نمایند.

سایر بخش‌های دولتی ارائه خدمات بهداشتی درمانی

این بخش‌ها مستقیماً به خود نیروی انسانی و خانواده آنها ارائه خدمت می‌نمایند:

- **وزارت نفت:** خدمات درمانی سرپایی و بستری به پرسنل خود و خانواده آنها ارائه می‌نماید.
- **بانک مرکزی، شهرداری تهران، وزارت دادگستری، وزارت آموزش و پرورش** و ... نیز نسبت به ارائه خدمات درمانی بستری یا سرپایی بطور مستقیم به پرسنل خود اقدام می‌نماید.
- **کمیته امداد** نیز افراد بی‌بضاعت جامعه را تحت پوشش قرار داده است. کمیته امداد امام (ره) با تحت پوشش قرار دادن اقشار آسیب پذیر جامعه (اقشار کم درآمد و آسیب پذیر که به نوعی در چتر حمایتی آن کمیته قرار دارند) نیز تسهیلاتی را برای بهره‌مندی از خدمات آنان فراهم می‌نماید. به عنوان یک سازمان بیمه‌گر، دولتی گسترده‌ترین پوشش بیمه‌ای را دارد. بیمه شدگان این سازمان و افراد تحت پوشش کمیته امداد، می‌توانند از خدمات بستری و سرپایی خصوصی طرف قرارداد این نهاد در حد تعرفه‌های دولتی بیمارستان‌ها، و پلی‌کلینیک‌های تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی، استفاده نمایند.
- **بنیاد شهید و بنیاد جانبازان :** این دو نهاد نیز به جانبازان جنگ تحمیلی و خانواده آن‌ها و خانواده شهدا در مراکز توانبخشی، درمان بستری و سرپایی مستقیماً، خدمات ارائه مینماید.
- **سازمان بهزیستی :** بطور عمده این سازمان به آسیب دیدگان جسمی و روانی و اجتماعی، خدمات توانبخشی، ارائه می‌نمایند. این خدمات بطور عمده رایگان است.

واحدهای ارائه خدمات درمان بستری

این نام به کلیه مراکز درمانی اعم از بیمارستان، بیمارستان و زایشگاه، زایشگاه و آسایشگاه که مجهز به تخت باشند اطلاق می‌شود. در سال ۱۳۸۱، تعداد بیمارستان‌های فعّال در سطح کشور ۷۳۰ واحد بود. برای این تعداد بیمارستان در مجموع ۱۱۰۷۹۷ تخت ثابت پیش بینی شده بود که از این رقم تعداد ۸۶۷۲۹ مورد فعّال بوده است. تعداد بیمارستان، تخت ثابت و تخت فعال به تفکیک بخش‌های مختلف در جدول ۱ آمده است.

نسبت جمعیت به تخت ثابت در کلّ کشور ۵۲۹ و نسبت جمعیت فعال ۷۵۶ در آن سال می‌باشد. استان یزد با نسبت یک تخت ثابت برای ۳۱۴ نفر، بهترین و استان کهگیلویه و بویراحمد با نسبت یک تخت برای ۱۰۹۵ نفر بدترین وضعیت را در این زمینه دارند.

درصد اشغال تخت:

درصد اشغال تخت، یکی از شاخص‌های مهم در آمار بیمارستانی است. این شاخص متأثر از عوامل متعدّدی ازجمله متوسط اقامت بیماران و میزان پذیرش بیماران بستری است. طبقه بندی درصد اشغال تخت در

بیمارستان‌های تحت پوشش وزارت بهداشت در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۱ ـ وضعیت تعداد بیمارستان، تعداد تخت ثابت و تعداد تخت فعال به تفکیک ملکیت بخش‌های مختلف در سال ۱۳۸۱

تعداد	دانشگاه‌های علوم پزشکی	بخش خصوصی	سازمان تأمین اجتماعی	انجمن‌های خیریه	سایر	جمع
بیمارستان	۴۸۸	۱۲۰	۵۹	۲۷	۳۶	۷۳۰
تخت ثابت	۷۷۳۰۰	۱۱۳۰۱	۱۲۰۵۷	۳۴۴۴	۶۶۹۵	۱۱۰۷۹۷
تخت فعال	۵۹۶۲۰	۱۰۵۸۸	۸۶۸۸	۲۷۲۲	۵۱۲۱	۸۶۷۲۹

طبق گزارش موجود در سایت وزارت بهداشت، تعداد بیمارستان‌های فعال کشور از ۸۰۹ بیمارستان در سال ۸۴ به ۸۵۶ بیمارستان در سال ۸۶ افزایش یافته است. تعداد کل تخت‌های بستری از ۹۷۶۲۵ تخت در سال ۸۴ به ۱۰۱۰۳۷ تخت در سال ۸۶ افزوده شده، طی سال‌های ۸۵ و ۸۶ تعداد ۶۸۷ تخت به تخت‌های CCU افزوده گردیده و هم اکنون تعداد این تخت‌ها به ۳۹۷۲ رسیده است.

جدول ۲ ـ طبقه بندی درصد اشغال تخت بیمارستان‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بر حسب دانشگاه/ دانشکده در سال ۱۳۸۰

دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی	درصد اشغال تخت
کرمانشاه ـ یزد ـ ایلام ـ کهکیلویه و بویر احمد و بوشهر	۴۵٪ و پایین تر
اردبیل ـ اصفهان ـ هرمزگان ـ جهرم ـ رفسنجان ـ سمنان ـ کاشان ـ کردستان ـ لرستان ـ مازندران	۵۰ - ۵۴/۹۹
مرکزی ـ آذربایجانغربی ـ خوزستان ـ ایران ـ بیرجند ـ آذربایجانشرقی ـ چهار محال و بختیاری ـ شیراز ـ کرمان ـ گیلان ـ گلستان ـ همدان	۵۵-۵۹/۹۹
بابل ـ تهران ـ سیستان و بلوچستان ـ زنجان ـ شهید بهشتی ـ قم	۶۰-۶۴/۹۹
سبزوار ـ مشهد	۶۵-۶۹/۹۹
شاهرود ـ گناباد ـ قزوین و فسا	۷۰٪ و بالاتر

مدیریت شبکه شهرستان

واحدی است که اوّلین سطح تخصصی یا کارشناسی خدمات مختلف بهداشتی را بعهده دارد. مسئول هماهنگی فعالیّت‌های ارائه خدمات بهداشتی و درمانی حوزه شهرستان است. مرکز بهداشتی درمانی شهری و

بیمارستان‌های شهرستان در زیر چتر مدیریت آن قرار دارند.

مرکز بهداشت شهرستان

یک سطح مدیریتی است که مسئولیت فرآیندهایی مانند برنامه‌ریزی، پایش، ارزشیابی، و پشتیبانی خدمات فنی و پیچیده‌تری را در عرصه خدمات بهداشتی در حوزه شهرستان خود دارد.

وظایف مدیریت شبکه شهرستان درموارد زیر است:

- جمع‌آوری، طبقه بندی اطلاعات و استفاده از آن به منظور تدوین برنامه‌های محلی.
- بررسی و شناخت اپیدمیولوژی بیماری‌های بومی و همه‌گیر.
- تدوین برنامه‌های بهداشتی برای حل مشکل بهداشتی و مبارزه با بیماری‌های بومی و همه‌گیر.
- مشارکت در برنامه‌ریزی و اجرای آن قسمت از آموزش پزشکی جامعه‌نگر که در واحد بهداشتی می‌گذرد.
- تدوین، اجراء، مشارکت در اجرای آموزش‌های بدو خدمت و حین خدمت پزشکان و کارکنان بهداشتی شهرستان.

برنامه‌های مرکز بهداشت شهرستان را می‌توان به طریق زیر طبقه بندی کرد :

- آموزش بهداشت
- بهداشت و تنظیم خانواده
- بهداشت مدارس
- مبارزه با بیماری‌ها
- بهداشت محیط
- بهداشت حرفه‌ای
- بهداشت دهان و دندان
- تهیه و تدارک دارو
- آمار و اطلاعات
- هماهنگی و گسترش شبکه بهداشتی ـ درمانی شهرستان .

دانشگاه‌ها یا دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی که از تلفیق آموزش گروه‌های پزشکی و شبکه‌ای بهداشت و درمان بوجود آمده‌اند مسئولیت‌های متعددی داشته و علاوه بر تربیت نیروهای انسانی در زمینه سلامت و مورد نیاز جامعه، پژوهش در عرصه‌های سلامت، مدیریت، برنامه‌ریزی، سازماندهی و هدایت و کنترل خدمات پژوهشی و درمانی در منطقه‌ای از کشور که عمدتاً مناطق استانی می‌باشند، را بر عهده دارند.

در زیرمجموعه دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی، **معاونت بهداشت** مسئولیت هدایت خدمات

بهداشتی و **معاونت‌های درمان** مسئولیت هدایت خدمات درمانی را بر عهده دارند. در بعضی از دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، معاونت‌های بهداشت و درمان با هم ادغام شده و **معاونت بهداشتی** را بوجود آورده‌اند.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

در کشور ایران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی دارای دو مسئولیت اساسی است، آموزش پزشکی (علوم وابسته) و ارائه خدمات سلامت به تمامی مردم پهنه جغرافیایی کشور. دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، مسئول اجرای دو مسئولیت فوق در مناطق مختلف ایران هستند و بخش اساسی بدنه عملی نظام سلامت را تشکیل میدهند و پیوند آنان با شبکه‌های ارائه خدمات بهداشتی درمانی، امکان مشارکت و همکاری بیشتر در طراحی برنامه‌های سلامت را بوجود می‌آورد. این همبستگی موجب توسعه نظام شبکه به سوی ارائه خدمات موثر و عادلانه‌تر شدن و پایداری نظام سلامت شده است.

نظام اطلاعات مراقبت‌های بهداشتی اوّلیه

نظام اطلاعات مراقبت‌های بهداشتی اوّلیه، عمدتاً بر محور داده‌هایی است که در سطوح محیطی واحدهای ارائه خدمت، جمع‌آوری می‌شود. با توجه به این که در حال حاضر خانه‌های بهداشت، ۸۶٪ از مردم روستایی را تحت پوشش دارند و علاوه بر این با گسترش پایگاه‌های بهداشت موجب افزایش هرچه بیشتر جمعیّت تحت پوشش مناطق شهری شده است، داده‌ها و اطلاعات به دست آمده از اعتبار بسیار بالایی برخوردار است. نظام شبکه توانسته است با استفاده از ابزار و روش‌های خاصی اقدام به راه‌اندازی یک نظام ثبت اطلاعات جاری نماید. اجزای این نظام برای ثبت جاری اطلاعات، عمدتاً شامل پرونده‌های خانوار، دفاتر مراقبت ماهیانه، فرم‌های گزارش آماری ماهیانه، زیج حیاتی و نرم افزار نظام شبکه است.

از آنجا که به دلایل مختلف ازجمله نیازهای متنوع برنامه ریزان و سیاستگذاران، نظام ثبت اطلاعات جاری، پاسخگوی تمامی نیازهای طراحی و اجرای برنامه‌های سلامت نیست، لذا با استفاده از روش‌های دیگری نیز به صورت دوره‌ای اقدام به گردآوری برخی اطلاعات مورد نیاز می‌شود. این روش‌ها عمدتاً عبارتند از : مطالعات تحقیق منطقه‌ای، کشوری و دوره‌ای بصورت نمونه‌گیری و ثبت اطلاعات پزشکی در واحدهای درمانی می‌باشند.

بخش خصوصی و تاثیر آن در ساختار نظام سلامت در ایران

قدیمی ترین بخش ارائه خدمات بهداشتی درمانی در کشور است. این بخش خدمات خود را بصورت مستقیم و با دریافت پول به مراجعین ارائه می‌نماید. بخش خصوصی در حال حاضر نه تنها مستقیماً از مراجعین، هزینه‌های خود را دریافت می‌کند، در مواردی بخشی از هزینه‌های خود را از طریق سازمان‌های بیمه‌گر (تأمین اجتماعی، نیروهای مسلح، سازمان خدمات درمانی کمیته امداد امام (ره) و....) نیز دریافت می‌کند. البته در مواردی این بخش مشمول یارانه‌های دولتی بخصوص در مورد خرید وسایل و تجهیزات پیچیده نیز می‌گردد. چون به موجب قانون اساسی و سیاست اجتماعی و اقتصادی کشور حضور بخش خصوصی در ارائه خدمات نظام سلامت پیش بینی شده است، نقش آن و تاثیر آن در سازماندهی زیرساخت بهداشتی کشور و نظام سلامت اجتناب ناپذیر و

مهم است و بخش خصوصی جزئی از سرمایه ملی در کشور است و استفاده درست از امکانات و خدمات آن می‌تواند تنگناهای مربوط به سرمایه گذاری دولتی را کاهش دهد.

از اوایل سال۱۳۷۰ با پررنگ تر شدن نقش بخش خصوصی در برنامه توسعه کلی کشور به بهانه طرح تاکید بر محدوده دسترسی CAF[11] در ساختار مراکز بهداشتی درمانی شهری مطرح شد ولی نیاز به پیش نیازهایی دارد که بتوان بخوبی از آن بهره گیری کرد. عرصه فعالیت بخش خصوصی بطور عمده خدمات درمان سرپایی، خدمات تشخیصی، خدمات درمان بستری (محدود)، خدمات توانبخشی و خدمات مشاوره‌ای است. اگرچه اخیراً، در ارائه خدمات سلامت نیز مسئولیت‌هایی را برعهده گرفته اند. در مقابل بخش دولتی بیشترین حجم خدمات سرپایی را در مناطق روستایی بعهده دارد.

عمده خدمات بهداشتی چه در مناطق شهری و چه در مناطق روستایی توسط بخش دولتی ارائه می‌گردد و در مقابل خدمات درمان سرپایی بخصوص در مناطق شهری تقریباً بطور کامل در اختیار بخش خصوصی است. خدمات درمان بستری، برای روستانشینان و شهرنشینان، توسط دولت و بخش عمومی ارائه می‌گردد. بخش خصوصی کمتر از ۲۰٪ از خدمات بستری را ارائه می‌کند.

بخش خیریه

در ایران، بخصوص طی دو دهه اخیر، بخش خیریه آمیختگی زیادی با بخش عمومی و دولتی پیدا کرده است. بطور مثال کمیته امداد امام (ره) با وجود اینکه بخش عمده‌ای از هزینه خدماتی خود را از طریق وجوه خیریه مردم تأمین می‌نماید، همچنین بسیاری دیگر از نهادهای خیریه که در امر بهداشت و درمان فعالیت دارند، از یارانه‌های مستقیم و غیرمستقیم بخش دولتی نیز برخوردار هستند. بخش خیریه در ایران، بطور عمده، در عرصه خدمات درمان سرپایی و گاهی خدمات بستری، مداخله دارد. مداخله این بخش در خدمات درمان بستری اغلب حمایتی است. بخش خیریه ایران کاملاً ایرانی است و در موارد نادری به کمک‌های خارجی متکی است. البته مشارکت و همکاری ایرانی‌های ساکن یا شاغل در کشورهای خارجی را در امور خیریه درمانی باید از مشارکت مستقیم سازمان‌های خیریه خارجی که وابسته یا مستقل از دولت‌های خود هستند جدا کرد.

سایر بخش‌های مربوط به نظام سلامت

سازمان هلال احمر

یکی از وظایف عمده این سازمان که به نوعی به خدمات بهداشتی درمانی مرتبط می‌شود، امداد و نجات در زمان بروز حوادث غیرمترقبه است و در مواردی وظایف امداد و نجات در مناطق غیرشهری را نیز بعهده دارد. این وظایف در مناطق شهری بعهده سازمان آتش نشانی است. سازمان هلال احمر در کنار ارائه وظایف امداد و نجات، هم در زمان بروز حوادث غیرمترقبه و هم در خارج از آن اقدام به ارائه خدمات بهداشتی درمانی می‌نماید. گرچه در سطح بین‌المللی سازمان مرجع هلال احمر «صلیب سرخ» یک سازمان خیریه غیردولتی است ولی در

ایران تا کنون این سازمان بصورت یک بخش نیمه دولتی اداره شده است.
سازمان‌های خارجی که در مواقع بحران خدمات بهداشتی درمانی ارائه می‌نمایند، سازمان‌های جهانی مرتبط با نظام سلامت در دنیا می‌باشند.

سازمان‌های خارجی

در مواقع بحرانی، زمان بروز حوادث غیرمترقبه و جنگ، سازمان‌های بین‌المللی نسبت به سامان دهی ارائه خدمات درمانی اقدام می‌نمایند؛ نمونه‌هایی از این نوع فعالیّت‌ها، مداخله‌های درمانی در جریان جنگ خلیج فارس، زلزله رودبار و ... و تداوم آن تا مدت‌ها پس از خاتمه شرایط بحرانی می‌باشند.

سازمان‌های غیردولتی مربوط به نظام سلامت (Non governmental organization : NGO)

امروزه با مطرح شدن اصطلاحات **جامعه مدنی** و مشارکت‌های مردمی، تمایل حکومت‌ها به حضور بیشتر مردم در همکاری و یا نظارت بر عملکرد دولت، افزایش یافته است. به جهت گرفتن امتیاز مردمی بودن حکومت‌ها در داخل و کسب وجهه مطلوب جهانی روز به روز مشارکت سازمان‌های غیردولتی در جوامع افزایش می‌یابد.

قابل ذکر است که فعالیّت‌های مردمی از دیرباز در جوامع و ازجمله در کشور ایران بصورت انجمن‌های خیریه، هیئت‌های مذهبی و ... در حال انجام بوده است که در کلیه امور اجتماعی و بیشتر خدمات درمانی و مراسم مذهبی فعال بوده‌اند.

سازمان‌های غیردولتی نهادهایی اجتماعی هستند که بصورت داوطلبانه و با مقاصد غیرانتفاعی شکل می‌گیرند. فعالیّت‌های داوطلبانه دارای سه خصوصیت است:

۱ ـ خدمت برای منافع مادی انجام نمی‌شود

۲ ـ خدمت باید داوطلبانه انجام شود.

۳ ـ خدمت باید به نفع فرد یا افرادی غیراز داوطلب و یا به نفع جامعه انجام شود.

در مرکز خدمات داوطلبانه خدمت و همبستگی و باور به با هم بودن برای ساختن جهانی بهتر نهفته است. خدمات داوطلبانه مشارکت طیف وسیعی از مردم را از تمامی سن‌ها، جنس‌ها، مذاهب، فرهنگ‌ها، ملیّت‌ها و وضعیت‌های اجتماعی اقتصادی شامل می‌گردد. گفته می‌شود که اعتماد و ارتباط بین افراد سرمایه اجتماعی محسوب گردیده و پیامد آن مشارکت و عضویت داوطلبانه در سازمان‌های غیردولتی و انجمن‌های داوطلبانه است که در ابعاد مختلف اجتماعی، سیاسی، اقتصادی و فرهنگی دیده می‌شود. ورود افراد به این انجمن‌ها و عضویت در آنها بر اساس رضایت و تعهد، استوار است و هیچ کس بنا به اجبار به این انجمن‌ها وارد نمی‌شود.

افراد در این انجمن‌ها می‌توانند با فرصت به دست آمده به عضویت گروه‌های بزرگ‌تری درآیند و روابط اجتماعی خود را گسترش دهند. به این ترتیب فرد در اداره جامعه خود بیشتر دخالت می‌کند و مشارکت موثر و داوطلبانه به فرد اجازه می‌دهد که خود را متعهد بداند و در جهت وصل بیشتر به جامعه تلاش کند. در این مرحله است که فرد نه تنها در عرصه عمومی اجتماع، خود را دخالت میدهد بلکه با ابزار عقیده و مشارکت در مسائل اجتماعی، ذهن خود را مشغول می‌دارد و با بررسی مسائل به راه حل و پیشنهاد نیز می‌اندیشد و به عنوان یک

شهروند مسئول و متعهد ایفای نقش می‌شود، نقشی که برای او رضایتمندی به همراه دارد. امروزه خدمات داوطلبانه بیشتر در قالب سازمان‌های غیردولتی تظاهر می‌یابد.

نحوه شکل گیری و اداره سازمان‌های غیردولتی

سازمان‌های غیردولتی، نهادهای مدنی، غیرانتفاعی و غیردولتی می‌باشند. معمولاً با فعالیت جمعی هیئت موسس و تهیه اساسنامه که حاوی ماموریت، اهداف، تشکیلات، وظایف، مقررات ... می‌باشد و ارائه آن به نهادهای مربوطه مثل ثبت شرکت‌ها و وزارت کشور جهت طی مراحل، ثبت قانونی و تعیین هیئت مدیره برای ادامه فعالیّت‌های سازمان شروع به کار می‌کند.

در وجه نخست، تمامی سازمان‌های غیردولتی بایستی در چار چوب قوانین و مقررات جاری در هر کشور تاسیس شده و فعالیت کنند. مقررات کشورها سنگ بنای قواعد اخلاقی در سازمان‌های غیردولتی محسوب می‌شوند، اما معیارها و استانداردهای اخلاقی و کاری در این سازمان‌ها به این مقررات محدود نمی‌شود. ارزش‌های زیربنایی دیگری نظیر وجدان و شرافت، ثبات و انسجام، صداقت، احترام متقابل، اعتماد عمومی، مسئولیت پذیری، شفافیت و قابلیت حسابرسی، ازجمله اصولی هستند که سایر قواعد کاری در سازمان‌های غیردولتی را تشکیل می‌دهند.

اصول سازمان‌های غیردولتی

ماموریت:

- سازمان‌های غیردولتی بایستی ماموریت خود را به درستی و با دقت تعریف و برنامه‌های خود را به شکل موثر و کارآمد درجهت اجرای ماموریت، طراحی کنند.
- سازمان موظف است که برای اجرای برنامه‌های خود، منابع کافی را تامین و مصرف کند. ماموریت سازمان بایستی به دقت توسط هیئت موسس و هیئت مدیره آن تعریف و تدوین شود و در طول زمان، از ثبات منطقی برخوردار باشد.

ارزشیابی:

- سازمان غیردولتی بایستی به صورت دوره‌ای به بازنگری ماموریت و محیط اطراف خود بپردازد تا در صورت لزوم، تغییرهای ضروری در ماموریت و میان برنامه‌های سازمان اعمال شود.
- سازمان‌های غیردولتی بایستی ابزار ارزشیابی معینی را از پیش طراحی کنند تا بصورت منظم و دوره‌ای میزان کارایی برنامه هایشان را بر آورد نماید.

ارائه خدمات

سازمان غیردولتی باید خدمات خود را به صورت حرفه‌ای و تخصصی ارائه کند و حرمت و احترام لازم را برای ارباب رجوع خود قائل شود.

راهبری سازمان

در سازمان‌های غیردولتی بایستی داوطلبین و هیئت مدیره به ماموریت سازمان، پایبند و متعهد باشند. داوطلبین بیشتر نقش سیاستگذاری را دارند آنان به همراه هیئت مدیره، تعیین ماموریت سازمان، تعیین سیاست‌ها و روش‌های مدیریتی، تامین نیروی انسانی لازم (داوطلب یا استخدامی) تامین منابع مالی مورد نیاز و نظارت مستمر بر مدیریت اجرایی و مالی سازمان را برعهده دارند.

تعارض منافع

اعضای هیئت مدیره و کارکنان سازمان باید در هر مسیری که بیشترین منافع را برای سازمان دارد حرکت کنند و منافع سازمان را در هر شرایطی بر منافع خود و سایرین ترجیح دهند. بدین منظور آیین نامه‌ها و دستورالعمل‌های مربوطه تهیه، تدوین و به مورد اجرا در می‌آید.

منابع انسانی

سازمان، معمولاً یک بدنه داوطلبانه دارد. داوطلبان افرادی هستند که بدون چشم‌داشت مالی و تنها براساس انگیزه و میل باطنی خود برای فعالیت در اجتماع در انجمن حضور دارند. ممکن است انجمن‌ها برای اجرای برنامه‌های خود افراد حقوق بگیری را به استخدام خود درآورند رابطه سازمان با داوطلبان و کارکنان خود رکن اساسی دستیابی به اهداف و ماموریت آن سازمان است.

امور مالی و حقوقی سازمان

سازمان باید دارای سیستم حسابداری مناسب و دقیق باشد و مقرّرات و قوانین مربوطه را به دقت رعایت کند.

شفافیت

سازمان غیردولتی موسسه‌ای خصوصی است که بر اهداف عام‌المنفعه شکل گرفته و با کمک‌های مردمی و مانند آن در حال فعالیت است.

تجهیز منابع مالی

تجهیز منابع مالی برای کارهای عام‌المنفعه در همه سازمان‌های غیردولتی به روش‌های مختلف صورت می‌گیرد. این تجهیز منابع بایستی براساس اعتماد و پاسخگویی و با اعمال نظارت لازم صورت بگیرد و با ماموریت سازمان و ظرفیت اجرایی آن و نیز اهداف و نظر اهداکنندگان، تطبیق داشته باشد.

امور عمومی و سیاست‌های جاری

سازمان‌های غیردولتی ابزار مناسبی جهت سامان‌دهی افراد برای همکاری با یکدیگر در جهت بهبود و توسعه جوامع محسوب می‌شوند. لذا این سازمان‌ها بایستی مسئولیت نمایندگی جمعیت هدف خود را به عهده گیرند و به امر آموزش و آگاه‌سازی عمومی، ترویج سیاست‌هایی که به بهبود و توسعه جامعه منجر می‌شود و نیز ترویج مشارکت هرچه بیشتر در امور عمومی و مسائل مرتبط با جمعیت هدف بپردازند.

منافع و مزایای وجود سازمان‌های غیردولتی

سازمان‌های داوطلبانه آثار زیادی در اجتماع به جا می‌گذارند، ازجمله تقویت همبستگی اجتماعی، گسترش فعالیّت‌های داوطلبانه در بین مردم و در امور مختلف، کاهش تراکم قدرت در جامعه، آسان‌سازی نقل و انتقال اطلاعات، کمک به پویایی جامعه. سازمان‌های غیردولتی با ترجیح مصالح جمع و مشارکت در جامعه بار سنگینی را از دوش دولت‌ها بر میدارند. آنها می‌توانند با جلب اعتماد و کمک‌های مردمی، ملّی و بین‌المللی به رفع معضل‌های جامعه بپردازند. سازمان‌های غیردولتی به دلیل عدم وجود بوروکراسی‌های رایج در سیستم دولتی، چرخش کاری آسانتری دارند. افراد در این سازمان‌ها به دلیل اینکه انگیزه داوطلبانه دارند، می‌توانند رضایتمندی بیشتری را احساس کنند. چرا که کار آنها وظیفه اداری آنها نیست. بلکه از میل باطنی آنها سرچشمه می‌گیرد. سازمان‌های غیردولتی در برخی از مسائل جامعه می‌توانند با خلاقیّت و طرح مسائل نو، نقش پیش قراول را ایفا نمایند. سازمان‌های غیردولتی از انرژی‌های نهفته در جامعه استفاده می‌کنند و از نیروی افرادی که به بهتر شدن جامعه می‌اندیشند استفاده می‌نمایند. این سازمان‌ها برای عضوگیری شرایط و خصوصیات خاصی را بر اساس ماهیت سازمان خود مقرر می‌دارند و افراد علاقمند میتوانند در جهت انجام ماموریت سازمان‌ها به آنها ملحق شوند.

سازمان‌های جهانی مرتبط با نظام سلامت در دنیا

به گفته **پل راسل** ***در جهان هیچ چیز بین‌المللی‌تر از بیماری نیست.*** به منظور هماهنگ سازی فعالیّت‌های جهانی سلامت و دولتها، با هدف ارتقای جهانی و منطقه‌ای سلامت، سازمان جهانی بهداشت در زیر مجموعه سازمان ملل این مسئولیت را برعهده گرفته است که به منظور تسهیل مدیریت و همچنین تنوع جغرافیایی، شش منطقه را تعیین نماید و هر منطقه مسئولیت هماهنگ سازی کشورهای تحت پوشش را برعهده داشته باشد.

تقسیم بندی مناطق ٦ گانه سازمان جهانی بهداشت و زیر گروه‌های آن به شرح زیر می‌باشد:

۱ ـ منطقه AFRO : Africa Region Organization

۲ ـ منطقهAMRO : America Region Organization

۳ ـ منطقه EMRO : Eastern Mediterranean Region Organization

۴ ـ منطقه EURO : European Region Organization

۵ ـ منطقه SEARO : Southeast Asia Region Organization

۶ ـ منطقه WPRO: west Pacific Region Organization

با توجه به توزیع غیرعادلانه وضعیت سلامت در کشورهای مناطق ۶ گانه برای کمک به تحلیل‌های علّت مرگ، تحلیل‌های بار بیماری و ارزیابی مقایسه‌ای عوامل خطر ۱۹۱ کشور عضو سازمان جهانی بهداشت برمبنای سطوح مرگ و میر کودکان زیر پنجسال و بالغین به ۵ منطقه مرگ و میر تقسیم میشوند.

- در منطقه AFRO – کشورها در دو گروه D,E
- درمنطقه AMRO – کشورها در سه گروه A,B,D

- در منطقه EMRO– کشورها در دو گروه B,D
- در منطقه EARO – کشورها در سه گروه A,B,C
- در منطقه SEARO – کشورها در دو گروه B,D
- در منطقه WPRO – کشورها در دو گروه A,B تقسیم میشوند و جمعا" ۱۴ زیر گروه در جهان تشکیل میشود. به عنوان مثال ایران در منطقه EMRO و در زیرگروه B واقع است.EMRO-B میباشد.

بخش دوم : مفهوم سلامت و جامعه

مهمترین وظیفه پزشک جامعه نگر، حفظ و ارتقاء سلامت فرد و جامعه است. برای ارزیابی سلامت جامعه باید با اصطلاحاتی مانند سلامت، جامعه و روش ارزیابی آن آشنا شد. برای سلامت تعاریف زیادی ارائه شده است:

۱ ـ تعریف سلامت (Health) در یک جمله عبارتست از تطابق کامل و کاراً و مستمر با محیط زیست برای بدست آوردن بهترین عملکرد. سالم بودن جسم، اندیشه، روح. سلامت مجموعه‌ای از عناصر جسمی، روانی، معنوی، اجتماعی، هوشی و محیطی است و با رویکردی کل‌نگر باید به آن نگاه کنیم.

۲ ـ از طرفی سلامت در اساسنامه سازمان جهانی بهداشت (۱۹۴۸) حالتی از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی است و تنها نبود بیماری یا معلولیت نیست.

۳ ـ سلامت ازدید پزشک جامعه نگر باید بصورت همه‌جانبه (Holistic) و از همه ابعاد مورد بررسی قرار گیرد و تمام ابعاد سلامت فردی و اجتماعی با شاخصی کمّی و علمی قابل اندازه‌گیری هستند. درک و شناخت همه جانبه سلامت، دلالت بر این دارد که کلیه نظام‌ها و ساختارهایی که شرایط اجتماعی ـ اقتصادی و محیط فیزیکی را تحت کنترل دارند باید فعالیّت‌های خود را در رابطه با اثراتی که بر روی سلامت و رفاه و جامعه دارد در نظر بگیرند.

بخش سوّم : طیف سلامت و بیماری در یک جامعه

وضعیت‌های گوناگون سلامت و بیماری را طیف سلامت و بیماری می‌نامند و می‌توان به صورت نقاطی بر روی محور مختصات در نظر گرفت. در سویی مرگ نا بهنگام و زودرس و در سوی دیگر سلامت در حد مطلوب قرار دارد. سلامت مطلوب زمانی است که عملکرد و احساس و برداشت فرد در حد اعلای توانایی‌های اوست و از عوامل خطرزای تهدید کننده سلامت خود کاملاً آگاه است.

در قسمت وسط این محور مختصات افرادی وجود دارند که گاهی نه باندازه‌ای بیمارند که به مراقبت‌های پزشکی نیاز مبرم داشته باشند و نه آنقدر سالم تا هر روزشان را با نشاط و رغبت و پرانرژی آغاز کنند و هر آن احتمال دارد که یک پیامد نامطلوب یا عامل خطری باعث شود که به طرف بیماری مرگ زودرس یا معلولیت و ناتوانی سوق داده شوند. طیف سلامت و بیماری را هم می‌توان در محور مختصات نشان داد و هم می‌توان در یک جامعه نشان داد.

شکل ۳ ـ وضعیت سلامت و بیماری

افراد جامعه همیشه می‌توانند در قسمتی از این حالات سلامتی و بیماری قرار داشته باشند. وظیفه پزشک و نظام سلامت در مقابل هرکدام از گروه‌های بالا کاملاً مشخص است. به منظور دستیابی به بالاترین حد سلامت جسم و روان باید گام‌های مثبت به سوی آن برداریم و خود را از قرار گرفتن در طرف مرگ زودرس و بستری شدن در بیمارستان و ابتلاء به بیماری‌های مزمن با شناخت عوامل خطر به طرف سلامت مطلوب سوق دهیم. تغذیه مناسب، ورزش مرتب، دوری از رفتارهای مخرب، مواد مخدر، محافظت در برابر حوادث و تشخیص به موقع بیماری‌ها و درمان مناسب و محافظت از آسیب‌های اجتماعی می‌تواند جامعه را بطرف سلامتی حرکت دهد و سلامتی را حفظ کند.

اگر به طیف سلامت و بیماری نگاه کنید اقدامات طراحی شده پیشنهادی WHO برای حفظ و ارتقاء سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها را بخوبی می‌توانید ببینید این اقدامات عبارتست از :

ارتقاء سلامت (Promotion)

مراقبت از سلامت (Protection)
پیشگیری از بیماری‌ها (Prevention)
درمان بیماری‌ها (Treatment - Cure -)
مراقبت از اقشار آسیب پذیر (Care)
پیگیری خدمات ارائه شده (Fallow Up)

شکل ٤ ـ طیف سلامت

عوامل موثر بر سلامت

عوامل متعددی در سلامت افراد در جامعه تاثیر دارد. این عوامل در چند گروه تقسیم می‌شود که در نمودار ۱ به نمایش گذاشته شده است.

بر اساس تخمین اخیر سازمان جهانی بهداشت ۵۳ درصد سلامت انسان‌ها بستگی به نوع زندگی آن‌ها و عادات و رفتارهای شخصی و اجتماعی آنان دارد. ۱۶ درصد سلامتی ما بصورت ژنتیک بدست آمده و رعایت بهداشت ازدواج و انتخاب همسر مناسب و سالم یک ارزش است که سلامت نسل بعدی را تعیین میکند. و محیط زیست انسانی که شامل آب و هوای سالم است ۲۱ درصد سلامت انسانی را تشکیل می‌دهد و مراقبت‌های مناسب پزشکی پیشگیری مسئول ۱۰٪ سلامت ماست.

در زمان سلامت و بیماری عملکردهای ذهنی (Mental) و جسمی (Physical) و روحی (Spiritual) انسان‌ها کاملاً با هم هم پوشی داشته و می‌توانند بر روی یکدیگر تاثیر مثبت یا منفی بگذارند. این سه عنصر مهم

در انسان در مجموع در یک محیط که جامعه است (Community) زندگی کرده و با سلامت و عدم سلامت محیط زیست بیولوژیکی (Environment) خود در حال تعامل است.

نمودار ۱ ـ درصد سهم عوامل موثر بر سلامت

تعریف جامعه

گروهی از مردم که در یک منطقه تعریف شده جغرافیایی با مرز مشخص زندگی کرده و در ابعاد رفتارها و عادات باورها و بسیاری از عقیده‌ها (Characteristics) با هم وجوه مشترک داشته باشند جامعه نامیده می‌شوند.

یک جامعه از سیستم‌های متعدد درست شده است که " CORE" آن مردم هستند که پایه‌ای اساسی اصلی و با دوام یک جامعه را تشکیل می‌دهند سیستم‌ها باید بر اساس نیاز این " CORE " کار کنند. " CORE" مردمی هستند که تاریخ، ارزش‌ها، باورها و اعتقادات مذهبی، قلبی شبیه بهم دارند و همیشه

شکل ۵ ـ

تعامل پویا و زنده‌ای بین سیستم‌های جامعه، کیفیت زندگی و سلامت مردم وجود دارد.

عوامل متعددی بر روی سلامت افراد تاثیر دارند. این عوامل مجموعه‌ای از عوامل خطر هستند که خطرات حقیقی برای سلامت فرد و جامعه به حساب می‌آیند و غالباً باعث ایجاد بیماری‌های مهم و خطر آفرین میگردند مانند کم وزنی کودکان، فشار خون بالا، رابطه جنسی غیرایمن، کلسترول بالا، هوای آلوده.

درک تعریف خطر و عوامل خطر آفرین برای سلامت افراد بسیار اساسی و ضروری است. شناخت این عوامل خطر زمانی میسر است که جامعه را به صورت Client خود دیده و با استفاده از ابزارهای لازم علمی جامعه را ارزیابی نماییم. بنابراین اوّل به تعریف خطر و شناسایی انواع آن پرداخته و بعد جامعه را از نظر سلامت ارزیابی می‌نماییم.

بخش چهارم ـ تعریف خطر[11] انواع آن

خطر عبارت است از ***احتمال یک عارضه نامطلوب سلامت یا عاملی که این احتمال را افزایش دهد.*** بدین ترتیب خطر میتواند به معنای یک احتمال باشد. بطور مثال، پاسخ به این پرسش : خطر ابتلاء به سوزاک در اثر تماس جنسی با یک شریک جنسی مبتلا چقدر است؟ همچنین خطر می‌تواند ***به معنای عاملی باشد که احتمال یک عارضه نامطلوب را افزایش دهد.*** بطور مثال، خطرات عمده سلامت جوانان عبارتند از: سوء مصرف مواد، رفتار جنسی ناسالم و ... شناسایی عوامل خطرزا کلید پیشگیری از بیماری‌ها و آسیب‌ها است و بکارگیری این کلید موجب ارتقاء سلامت، افزایش طول عمر بدون ناتوانی و پیشگیری از مرگ‌های زودرس است.

انواع عوامل خطر

عواملی که با افزایش خطر و قوع بیماری همراهند عوامل خطر نامیده می‌شوند. انواع عوامل خطر را می‌توان به عوامل خطر موجود در محیط فیزیکی، محیط اجتماعی، عوامل خطر رفتاری، فیزیولوژیک و عوامل خطر ارثی تقسیم نمود.

- **عوامل خطر موجود در محیط فیزیکی** شامل: فقدان زیرساخت‌های سلامت (آب سالم، دفع مناسب فاضلاب) هوای آلوده، عوامل عفونی، سموم و ... است.
- **عوامل خطر محیط اجتماعی** مانند: ازهم‌گسیختگی خانواده (طلاق، بیماری، مرگ یکی از والدین)، بیکاری، بی‌خانمانی، فقدان نظام حمایتی اجتماعی و . . . می‌باشد.
- **عوامل خطر رفتاری** بیشتر به رفتار فردی وابسته است، مانند: استعمال دخانیات، مصرف الکل، رفتار جنسی نا سالم، نبستن کمربند ایمنی، عدم رعایت بهداشت فردی و ... است.
- **عوامل خطر فیزیولوژیک مانند:** فشارخون و کلسترول بالا، بیماری‌های روانی، سوء تغذیه.

یادآوری می‌شود همیشه یک عامل خطر نیست که موجب پیشامد نامطلوب یا بیماری، ناتوانی و مرگ زودرس می‌شود. بلکه ترکیبی از عوامل خطر (عوامل خطر مرکب) می‌تواند در کنار عوامل زمینه‌ساز و تشدید کننده

12 -Risk

سلامتی انسان را مورد مخاطره قرار دهد. ازجمله این عوامل می‌توان به فقر، بیسوادی، خشکسالی و قحطی، جنگ، مهاجرت و نظایر آن اشاره نمود.

شناسایی عوامل خطر زا

عوامل خطرزا با اثبات مواجهه قبلی با یک عامل خطر و سپس بروز بیماری‌ها یا عارضه نامطلوب شناخته می‌شود. مواجهه با عامل خطر، بدین معنی است که یک نفر قبل از بیمار شدن با عامل مورد نظر تماس داشته باشد. مواجهه می‌تواند در یک لحظه باشد (تماس فرد با یک بیمار سرخکی). ولی در بیماری‌های مزمن مواجهه با خطر در یک دوره زمانی طولانی روی میدهد مانند سیگار کشیدن، پرفشاری خون، بی‌بندوباری جنسی و مواجهه با آفتاب

عامل خطر ← بیماری

درک رابطه بین مواجهه و بیماری در مواردی مثل ابتلاء به هپاتیت نوع B پس از فرو رفتن سوزن به دست بطور اتفاقی، یا خوردن یک غذای آلوده و ابتلاء به مسمومیت غذایی در عرض سه ساعت بعد نشان دهنده علّت مسمومیّت غذایی می‌باشد. یا وقتی عامل خطرساز بزرگ باشد مانند وقتی که مردم در معرض یک حمله با عامل شیمیایی مثل گاز خردل قرار بگیرند اثرات آن بلافاصله ظاهر می‌شود و به آسانی رابطه عامل خطرزا در بروز بیماری شناخته می‌شود. ولی وقتی عامل خطر جهت بروز بیماری نیاز به زمان طولانی داشته باشد مانند عامل خطر سرطان ریه در صورت مصرف طولانی سیگار و یا عامل خطر کوچک یا ناشناخته باشد مانند خطر سرطان پانکراس در صورت مصرف قهوه، چون در آنها شبکه‌ای از عوامل خطر دور و نزدیک با بروز بیماری مرتبط است، تشخیص روابط بین مواجهه و بیماری شناخت عوامل خطرساز به آسانی مقدور نیست.

در این موارد نیاز به مطالعه دقیق و مقایسه دو گروه از افراد مواجهه یافته و مواجهه نایافته با عامل خطرساز مظنون هستیم تا بتوانیم تاثیر مواجهه را اندازه بگیریم. در صورتی که تعداد افراد مبتلا در گروه مواجهه یافته با عامل خطر مظنون بیش از تعداد افراد مبتلا در گروه مواجهه نایافته باشد، آن عامل خطر مظنون به عنوان عامل خطر مظنون شناخته می‌شود. تعداد مواجهه بطرق گوناگون مشخص می‌گردد از آن جمله طول مدت مواجهه

بصورت در نظر گرفتن میزان مواجهه یا تعداد روز مواجهه با عامل. مثال فردی که ۱۰ سال یک بسته پاکت سیگار در روز مصرف می‌کند با فردی که ۱۵سال دو بسته سیگار در روز مصرف می‌کند، بسیار متفاوت است.

بعلاوه ادراک خطر توسط مردم با واقعیت‌ها متفاوت است. مطالعات نشان داده است که مردم تعداد مرگ و میر ناشی از خطرات نادر و غیرمتداول را بیش از حد معمول تخمین می‌زنند، درحالیکه تعداد مرگ و میر را در موارد شایعی مانند سرطان‌ها و دیابت کمتر از حد واقعی حدس زده بودند. هرچه عامل خطر مانند نیروی هسته‌ای و تروریسم دارای جنبه‌های مجهول بیشتری باشد به علّت ایجاد ترس، برآورد خطر بالاتری از واقعیت را القا می‌کند. در مقابل خطراتی که با بسیاری از مداخلات سلامت و روندهای بالینی در ارتباط هستند، کمتر از واقعیت برآورد می‌شوند. بطور مثال مصرف آنتی بیوتیک نابجا، انتخاب سزارین وقتی که هیچ ضرورتی هم برای آن وجود ندارد، ایمن قلمداد می‌شوند. ولی گاهی وقتی یک عامل خطر شیوع بیشتری دارد مانند آلودگی هوا به علّت مشکلات ترافیک کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد. اگرچه ممکن است در مورد بیمارهای عفونی رابطه یک به یک در مورد مواجهه با عامل خطر و ابتلاء به پیامد وجود داشته باشد ولی در مورد بیمارهای مزمن و غیرواگیر و ناهنجاری (مرتبط با سلامت) ممکن است یک عامل خطر موجب پیامدهای متعدد شود و یا یک پیامد ناشی از چند عامل خطر باشد.

بخش پنجم : ارزیابی سلامت جامعه

شناخت موقعیت جامعه‌ای که فرد در آن زندگی می‌کند و پیدا کردن عوامل موثر بر سلامت و عوامل خطر Triple A.A.A[12] توسط :۱ ـ ارزیابی جامعه ۲ ـ تحلیل اطلاعات ۳ ـ مداخلات برای حفظ و ارتقاء سلامت، قابل انجام است. شاخص‌های اندازه‌گیری سلامت فرد و جامعه شاخص‌های علمی و مورد تایید و قابل مقایسه در تمام جهان است.

در ارزیابی هسته جامعه لازم است اطلاعات مربوط به مطالب زیر جمع‌آوری شود:

۱ ـ بررسی تاریخچه، ارزش‌ها، اعتقادات مذهبی

۲ ـ اطلاعات دموگرافیک، جنس، نژاد، سن

در سال‌های اخیر، نقش عامل جنسیت (gender) بسیار مورد توجه قرار گرفته و اکثراً ناآشنا برای افرادی است که در حیطه سلامت، فعالیّت می‌کنند. تفاوت سلامت و بیماری در بین زنان و مردان بیشتر از آنچه که در تفاوت‌های جنسی (Sex) باشد بدلیل تفاوت‌های جنسیتی است.

جنس (Sex) به خصوصیات تشریحی و فیزیولوژیکی افراد اطلاق می‌شود و در همه زمان‌ها و مکان‌ها ثابت است. مثل بارداری و زایمان در جنس زن، در صورتیکه **جنسیت** مطابق تأثیر ارزش‌ها و مشخصه‌های تاریخی، قومی، اعتقادی و اقتصادی ... تعیین می‌گردد. بعبارت دیگر تأثیر عوامل فوق بر جنس را نشان می‌دهد، جنسیت در زمان‌ها و مکان‌های مختلف می‌تواند متفاوت باشد و عمدتاً ناشی از

[12] - Assessment, Analysis, Action

الزامات زیستی نیست. زن بودن و مرد بودن به منزله خطرات در معرض بودن و یا مستعد بودن به بیماری‌ای متفاوت و تفاوت تبعات بیماری می‌باشد و امری فراتر از مسئله وراثت و بیولوژیکی صِرف است. تبعیض‌های جنسیتی، سلامت زنان را به فراوانی تحت تاثیر قرار میدهد و تبعیض در دسترسی به منابع تغذیه، ورزش، آموزش، مراقبت‌های اساسی، حمایت‌های قانونی باعث کاهش کیفیت سلامت آنان می‌گردد. مثال : ابتلاء به ایدز در زنان آفریقایی بیشتر از مردان است.

۳ ـ اطلاعات مربوط به خانواده، انواع آن، نوع تشکیل، طلاق و ازدواج

۴ ـ آمار مربوط به ابتلاء، مرگ و میر، موالید و اپیدمیولوژی بیماری‌های مربوط به منطقه، گزارش بیماری‌های واگیر و غیرواگیر، ثبت موارد سرطان‌ها، بیماری‌های مزمن و برنامه‌های بیماریابی،

میتواند بخوبی در جمع‌آوری آمار ابتلاء به بیماری‌ها به ما کمک نماید. در این راستا برای تشخیص عوارض و بیماری (Morbidity) بسیاری از اوقات بیمه‌های پزشکی و تصادفات، بیمه‌های بازنشستگان، گزارش غایبان کارخانه‌ها و مدرسه‌ها به علت بیماری، و آزمایش قبل از استخدام و انجام آزمایش‌های دوره‌ای در کارخانه‌ها برای غربالگری بیماری در ثبت و ارزیابی میزان ابتلاء به بیماری‌ها کمک بسیار موثری میباشد. در بررسی‌های اپیدمیولوژیک بیماری‌ها، گزارش‌های بیمارستانی در مورد شدت بیماری، خصوصیات فرد مبتلا، طول مدت بستری می‌تواند در شاخص‌های جمع‌آوری و برای ارزیابی جامعه مورد توجه قرار گیرد.

در آمارهای مربوط به مرگ و میر، طبیعی ترین روش استفاده از ثبت واقعه مرگ و میر است که این اطلاعات اگر جهت و دقت خوبی داشته باشد می‌تواند در ارزیابی سلامت و نوع بیماری‌ها در جامعه استفاده شود.

۵ ـ رفتارهای مربوط به نوع زندگی (Life style)

بعضی از عوامل خطر، رفتاری هستند مانند استعمال دخانیات، رانندگی بدون کمربند ایمنی. رفتارها نوع زندگی افراد را تشکیل میدهد. شیوه زندگی افراد، حدود ۵۳ درصد سلامت انسان‌ها را تشکیل می‌دهد. سلامت یک سرمایه غیرمنقول است و خود ما در سلامت خویش بخوبی مشارکت داریم. اگر نقش بخشی از عوامل خطر را که عادات بد غذایی ـ عدم رعایت بهداشت فردی و عدم تحرّک که نوع زندگی ما را تشخیص می‌دهد را بشناسیم و در رفع آن بکوشیم بسیار آسان‌تر و با صرفه‌تر می‌توانیم، سلامت را بدست آوریم. علّت اصلی سلامت نامطلوب در اکثر کودکان در جریان به دو دلیل بیماری‌های واگیر و سوء تغذیه است و اگر به این مسئله دوّم که شیوه زندگی است توجّهی نشود و فقط در پی درمان بیماری‌های واگیر باشیم، به آسیب‌های ناشی از بیماری‌های غیرواگیر مانند سوء تغذیه و عدم استفاده از مسکن سالم و آب سالم توجه نکنیم تا سال ۲۰۲۰ آسیب‌ها برابر با آسیب‌های ناشی از بیماری‌های واگیر خواهد بود و تغییرات اساسی و شناخت عوامل خطر در شیوه زندگی (life style) می‌تواند این فاکتورهای خطر را در جامعه کاهش بدهد.

عوامل موثر بر تغییر رفتارهای خطر آفرین

با توجه به شناخت خطر و ارزیابی خطرات موجود باید در نظر داشت که شناسایی آداب، رسوم، عادات و رفتارهای بهداشتی و غیربهداشتی که بطور مستقیم و غیرمستقیم بر سلامت جامعه و فرد تاثیر دارد بسیار قابل اهمیّت است ولی این مسئله را هم باید در نظر بگیریم که درست است که ***رمز زندگی سالم و طولانی در حفظ رفتارهای درست و تغییر عادات نادرست است*** ولی تغییر عادات نادرست و عاداتی که برای مدت‌ها به صورت رفتار، شکل گرفته است بسیار مشکل است و به همین دلیل در بسیاری از موارد به جای **تغییر رفتار**، به **تعدیل رفتار**، پرداخته می‌شود که در فرهنگ ما جایگاه شناخته‌شده‌ای دارد.

تغییر به معنی گام نهادن به فراسوی آنچه که اکنون راحت و آشنا و امن است می‌باشد و حدود ۴۰ تا ۸۰ درصد از کسانی که سعی در ترک عادات نامطلوب از نظر سلامتی و کاهش ریسک خطر خود دارند در طی مدت کوتاهی حتی تا شش هفته به رفتارهای نا سالم گذشته بر می‌گردند. ایجاد تغییرات در جهت رفتارهای سالم نیازمند شناخت عوامل خطر آفرین از یک طرف و عوامل موثر در فرد از طرف دیگر می‌باشد. واقعیتی که در ارزیابی سلامت (CORE) جامعه باید در نظر گرفته شود اینست که آیا می‌توان این تغییرات را به آسانی انجام داد یا نیاز به مداخلات برنامه ریزی شده کامل دارد ؟

عوامل موثر بر رفتارهای بهداشتی و غیربهداشتی

شناخت عوامل زیر در رفتارهای بهداشتی و غیربهداشتی بسیار مهم است :

۱ ـ انگیزه (Motivation) و عوامل زمینه ساز :

تنها آگاهی داشتن به عواقب ناگوار سیگار کشیدن و یا مصرف الکل برای تغییر رفتار، کافی نیست بلکه نگرش‌ها، ارزشها و برداشت‌ها باید تغییر کنند. در اینجا باید استعداد و انگیزه برای این تغییر را ایجاد کرد. پذیرش این موضوع که آنان در معرض خطر عواقب ناگوار رفتارشان هستند بستگی زیاد به مسایل زیر دارد:

الف : باور کنند که در مقابل عمل غیربهداشتی خود تاوان جسمی و هزینه سنگین روحی و اقتصادی را باید تحمل کنند.

ب : باور کنند که تغییرات پیشنهادی برای سلامت حال و زندگی آینده آنان بسیار مفید است.

۲ ـ عوامل توانمندسازی (Enablement)

انگیزه هر چقدر هم که قوی باشد در برخورد با موانع می‌تواند سبب درماندگی شود. باید سیستم‌های مربوطه در جامعه مانند ایجاد مهارت‌ها که میتواند در توانمندسازی آنان موثر واقع شود را تشخیص داده، منابع توانمندسازی را شناسایی کنیم و از شیوه گام به گام (**تعدیل رفتار** است) به منظور تغییر رفتار، استفاده کنیم.

۳ ـ عوامل تقویت کننده و شناخت موانع تغییر

تمجید، تحسین و تشویق شدن به سبب دست یافتن به هدف کوتاه مدت ثمربخش است ولی پایدار نیست باید تغییر از درون فرد باشد تا سبب تغییر رفتار گردد. **مثال :** اگر برای جشن فارغ‌التحصیلی وزن خود را کاهش دادید بی‌شک پس از آن وزنتان افزایش می‌یابد ولی اگر می‌دانید و باور دارید که اضافه وزن با سلامتی

شما مغایر است و به خاطر آن وزن از دست می‌دهید به هدف خود می‌رسید و سالم باقی می‌مانید.

شکل ٦ ـ مدل چرخ دنده

بعد از بررسی "CORE" جامعه باید در نظر داشت که جامعه از یک سری پره‌های چرخ، زیر سیستم جامعه را تشکیل می‌دهد که معمولاً ۸ تا۱۰ بخش میباشد. هرکدام از آنها مانند محیط زیست افراد، مسکن، سواد جامعه، سرویس‌های بیمارستانی و درمان سرپایی، اقتصاد جامعه و سیاست‌گذاری در قبال سلامت جامعه، جاده و سلامتی جاده‌ها و نوع رانندگی می‌تواند اثرات مطلوب و یا نامطلوب بر سلامت جامعه داشته باشد در بسیاری از کشورهای جهان سوّم عملکرد این سیستم‌ها بر کیفیت زندگی انسان‌ها به دلیل اینکه نیازهای جامعه کاملا شناخته نشده و عملکرد بر اساس این نیاز برنامه ریزی نشده است نتوانسته تاثیر مطلوب داشته باشد و بعضی از آنها مانند جاده‌های ناسالم در دسترس گذاشتن غذاهای غیرمغذی یا عدم دسترسی زود و مناسب به خدمات بهداشتی و یا ناکافی بودن و مناسب نبودن میزان سوادآموزی می‌توانسته حتی سلامت جامعه را به خطر اندازد. در بسیاری از این تقسیم بندی‌ها در چرخه اندازه‌گیری سلامت جامعه این اجزاء مجزا از یکدیگر مورد بحث قرار می‌گیرد. در صورتیکه اثرات فزاینده و یا کاهنده بر میزان سلامت مردم "CORE" جامعه دارند. اثر این سیستم‌ها بطور تک بُعدی باید فراموش شود و باید نگرش جامعی نسبت به این سیستم‌ها پیدا کرد تا بر اساس اطلاعاتی که بدست می‌آوریم و مدیریت صحیح این اطلاعات و پیدا کردن مشکل جامعه بتوانیم مداخله‌ای را برنامه ریزی کرده و تدابیری را بیندیشیم که بتواند راهگشای مشکلات سلامتی مردم و کاهش عوامل خطر سلامت آنان باشد.

۴ ـ مسایل مربوط به محیط زیست انسان‌ها

آب سالم، هوای سالم و پیشگیری از آلودگی صوتی و آلودگی صدا در بسیاری از مناطق در سلامت انسان‌ها دخالت فراوان دارد. ارزیابی بهداشت محیط در هر جامعه می‌تواند در شناخت مشکلات بهداشتی مردم و جامعه کمک فراوانی بنماید.

شکل ۷ ـ عوامل موثر بر سلامت جامعه

۵ ـ گروههای در معرض خطر

شناسایی این افراد بسیار مهم است. این گروهها، می‌توانند بسیار زودتر از بقیه سلامت خود را از دست بدهند و باید توسط پزشک و نظام ارائه خدمات سلامت شناسایی شوند. سلامت نامطلوب رابطه مستقیم با فقیر و یا غنی بودن دارد. بیش از ۵۰ درصد مرگ و میر و ابتلاء به بیماری‌ها در بین فقرا از سن ۱۵ سالگی اتفاق می‌افتد و این در حالی است که در افراد غنی این مسئله فقط ۴درصد است.

گروههای در معرض خطر را به ۳ دسته تقسیم می‌شوند.

الف ـ از نظر موقعیت زیستی مانند کودکان، مادران باردار، کم خونی، سوءتغذیه، کلسترول بالا، اعتیاد.

ب ـ از نظر موقعیت فیزیکی مانند سطح، اشتغال در کارخانه‌ها، محل زیست نامناسب نزدیک به فرودگاه ، کارخانه‌هایی که آلودگی ایجاد می‌کنند.

ج ـ از نظر موقعیت اجتماعی فرهنگی، سواد، طبقه اجتماعی، عادات، خرافات

در جمع‌آوری این اطلاعات باید بدانیم که این اطلاعات را از چه منابعی به دست می‌آوریم و تا چه اندازه منبع اطلاعاتی قابل اعتماد و ارزشمند است.

در شکل ۷ عوامل موثر بر سلامت جامعه را می‌توان بخوبی طبقه‌بندی کرد و ملاحظه نمود.

آگاهی از خطر و عوامل موثر در برآورد خطر

آگاهی از خطرات و ارزیابی خطرهایی که سلامت را مورد تهدید قرار می‌دهد و نحوه مواجهه یا در معرض خطر قرار گرفتن، بسیار مهم است. هر کس به آسانی می‌تواند خطرهای بزرگ و قابل توجّه را تشخیص دهد. بدین ترتیب، درک رابطه بین مواجهه و بیماری در مواردی نظیر آبله مرغان، آفتاب سوختگی، یا مسمومیت با آسپیرین مشکل نیست، زیرا اینها در یک مسیر نسبتاً صریح مشخص و آشکار مواجهه را دنبال می‌کنند، ولی در جامعه ما بسیاری از مرگ‌ها و ابتلائات، ناشی از بیماری‌های مزمن است. در این حالت‌ها، روابط بین مواجهه و بیماری وضوح بسیار کمتری دارد.

عوامل موثر در برآورد خطر

دوره نهفتگی طولانی

در بسیاری از بیماری‌های مزمن بین مواجهه با عوامل خطر و نخستین تظاهرات بیماری، دوره‌های نهفتگی طولانی وجود دارد. در زندگی شغلی یک پزشک، بیمارانی که زمانی مواجهه یافته‌اند ممکن است سال‌ها بعد، وقتی که مواجهه اصلی کاملاً فراموش شده، عواقب آن را تجربه کنند. در نتیجه ارتباط بین مواجهه و بیماری، پنهان می‌ماند.

مواجهه مکرر با عوامل خطر

بسیاری از عوامل خطر، نظیر سیگار کشیدن یا رانندگی در حال مستی، بقدری در جامعه آمریکا شایع است که به ندرت خطرناک بنظر می‌رسند. تنها وقتی می‌توانیم این خطرها را که نسبتاً بزرگ هستند درک کنیم که الگوی بیماری را با سایر جوامع، مقایسه نماییم یا زیرگروه‌های خاص خود جامعه آمریکا(مثل مورمون‌ها که نه سیگار می‌کشند و نه مشروب می‌نوشند) را بررسی کنیم.

بروز کم بیماری

بیشتر بیماری‌ها، حتی آنهایی که **شایع** بنظر می‌رسند، در واقع کاملاً کمیاب هستند. بدین ترتیب، هرچند سرطان ریه شایعترین نوع سرطان در بین آمریکایی‌ها است، بروز سالانه آن حتی در سیگاری‌های قهار کمتر از دو در هزار است. بطور متوسط طی دوره طبابت یک پزشک، ممکن است بین موارد جدید سرطان ریه سال‌ها فاصله باشد. نتیجه‌گیری از چنین پیشامدهای نادری مشکل است.

بزرگی همراهی مواجهه با بیماری

اگر یک عامل تنها خطر خفیفی داشته باشد، برای مشاهده اختلاف میزان‌های بیماری بین افراد مواجهه یافته و مواجهه نیافته به تعداد زیادی **موارد** نیاز است. حتی اگر عامل خطر و بیماری بطور نسبتاً مکرر روی دهد این امر صحت دارد. هنوز معلوم نیست که آیا قهوه و دیابت از عوامل خطر سرطان لوزالمعده هستند یا خیر، زیرا تمام برآوردهای خطر، کوچک هستند و در نتیجه اثر سوگرایی یا شانس براحتی از اهمیّت و ارزش آنها می‌کاهد. در مقابل، راجع به اینکه هپاتیتB یک عامل خطر برای هپاتوم است بحثی نیست، زیرا احتمال ابتلاء به سرطان کبد در مبتلایان به هپاتیتB صدها مرتبه بیشتر از غیر مبتلایان است.

بیماری شایع

اگر بیماری و برخی از عوامل خطر آن قبلاً شناخته شده است تشخیص یک عامل خطر جدید از سایر عوامل مشکل است. همچنین انگیزه کمتری برای جستجوی یک عامل خطر جدید وجود دارد. برای مثال، یکی از علل شایع مرگ در بزرگسالان، **سندرم مرگ ناگهانی غیرمنتظره** است. بنظر می‌رسد بسیاری از موارد با بیماری عروق تاجی قلب رابطه داشته باشند. در عین حال، کاملاً امکان پذیر است که علل مهم دیگری وجود داشته باشد، ولی چون استدلال کافی برای بیشتر موارد وجود ندارد هنوز ناشناخته مانده است. از طرف دیگر، بیماری‌های نادر تلاش‌هایی را برای یافتن علّت طلب می‌کند. **فوکوملیا** ناهنجاری مادرزادی چنان غیرمعمولی است که ظهور فقط چند مورد آن شک ایجاد می‌کند که ممکن است عامل جدیدی (مثل، داروی تالیدومید) مسئول آن باشد.

همینطور، وقتی در چند مورد **کارسینوم واژن** (یک حالت بسیار نادر) دیده می‌شود، پزشکان به سرعت متوجه آن می‌شوند و جستجوی دقیقی را برای توجیه آن انجام می‌دهند و مواجهه مادر با **دی اتیل استیل بسترول** معلوم می‌گردد.

علل و اثرات متعدد خطر

معمولاً بین عامل خطر و بیماری خاص یک رابطه نزدیک، یک به یک، وجود ندارد. برخی از افراد مبتلا به پرفشاری خون، دچار نارسایی احتقانی قلب می‌شوند و بسیاری مبتلا نمی‌گردند. از طرفی خیلی از افرادی که پرفشاری خون ندارند نیز به نارسایی احتقانی قلب مبتلا می‌شوند. ارتباط بین پرفشاری خون و نارسایی احتقانی قلب به این دلیل که بیماری، چندین علّت دیگر دارد، و پرفشاری خون باعث چندین بیماری می‌شود، پنهان می‌ماند. بدین ترتیب، با وجود اینکه مبتلایان به پرفشاری خون تقریباً سه برابر بیشتر احتمال دارد به نارسایی احتقانی قلب مبتلا شوند و پرفشاری خون، علّت اصلی این حالت است، تا این اواخر که داده‌های کافی حاصل شد، پزشکان کاملاً با این ارتباط موافق نبودند.

کاربردهای آگاهی از خطرات

آگاهی از خطر چندین منظور را برآورده می‌کند.

پیشگویی

از عوامل خطر، قبل از هر چیز، برای پیشگویی رویداد یک بیماری استفاده می‌شود. کیفیّت پیشگویی‌ها به شباهت افرادی که بر اساس آنهاست با افرادی که برای آنها پیشگویی انجام می‌شود، بستگی دارد. هرچند ممکن است عوامل خطر، منعکس کننده افزایش خطر بیماری در یک نفر نسبت به شخص مواجهه نیافته تلقی شود، حضور آنها بدین معنی نیست که شخص با احتمال زیاد بیمار می‌شود. بیشتر افراد، حتی آنهایی که تعداد زیادی عوامل خطر قوی دارند بعید است، لااقل پس از چند سال، بیمار شوند. البته می‌دانیم که یک نفر سیگاری قهار در مقایسه با غیرسیگاری‌ها بیست مرتبه بیشتر در معرض خطر سرطان ریه است.

علت

غالباً تصور می‌شود بروز بیش از اندازه بیماری در افراد مواجهه یافته در مقایسه با مواجهه نیافته به علت مواجهه با یک عامل خطر است. در حالی که عوامل خطر، الزاماً به مثابه علل نیستند. یک عامل خطر ممکن است در واقع به علّت ارتباط با برخی عوامل تعیین‌کننده دیگر به طور غیرمستقیم پیامد یک بیماری را مشخص کند، یعنی ممکن است با یک عامل علتی مخدوش کننده باشد. برای مثال، بیسوادی مادر، یک عامل خطر برای کودکان کم وزن در موقع تولّد است. در عین حال، عوامل دیگر نظیر سوء تغذیه، کمی مراقبت قبل از تولد، سیگار کشیدن و غیره با سواد ارتباط دارد و بطور مستقیم‌تر باعث کمی وزن هنگام تولد می‌شود. عامل خطری که علّت بیماری را **نشان** می‌دهد. علّت بیماری نبودن، از ارزش یک عامل خطر بعنوان راهی برای پیشگویی احتمال بیماری نمی‌کاهد، ولی این مطلب را می‌رساند که حذف چنین عامل خطری ممکن است خطر اضافی همراه با آن را از بین نبرد.

ارزیابی‌خطر (Risk Assessment)

ارزیابی خطر یک روند کاملاً تعریف شده می‌باشد که تمامی منابع و یافته‌های علمی (اپیدمیولوژیک و تجربی و حیوانی) استفاده کرده تا عامل خطرزا را بشناسد، میزان خطر را با میزان کمیّت عامل خطرزا ارتباط دهد، مکانیسم، قدرت و روش‌های مواجهه افراد را با عامل خطرزا تعریف نموده بر این مبنا میزان خطر یک مواجهه را با دقت مشخص برای یک مواجه مشخص پیش بینی نماید.

ارزیابی سیستماتیک خطر به سوالات زیر پاسخ میدهد

- ✓ نحوه توزیع مواجهه با عامل خطر چگونه است؟
- ✓ چه صدماتی از مواجهه با عامل خطر ممکن است پیش بیاید؟
- ✓ چه فاکتورهایی حساسیت به مواجهه را تعیین و مشخص می‌کند؟
- ✓ چگونه می‌توانیم میزان مواجهه را کم کنیم؟
- ✓ آیا ارزش کاهش خطر بار مالی دارد و چقدر بار بیماری را کاهش می‌دهد؟
- ✓ آیا ارزش کاهش خطر بیشتر از مخارج صرف شده در کاهش بیماری میباشد؟

روش سیستماتیک ارزیابی‌خطر:

ارزیابی‌خطر دارای چهار بنیاد اساسی به شرح زیر می‌باشد.

۱) شناخت عامل خطرزا (Hazard Identification)
۲) شناسایی روند تاثیر عامل خطرزا (Dose- Repose establishment)
۳) مشخص نمودن و یا برآورد میزان، روش و چگونگی مواجهه فرد با عامل خطرزا (Exposure assessment)
۴) تعیین مصداق‌های عملی خطرات سلامت

شناخت عامل خطرزا (Hazard Identification) :

در ارزیابی عامل خطرزا اوّلین مرحله، شناخت عامل خطرزا می‌باشد. این مرحله به این سوال پاسخ می‌دهد که آیا این عامل می‌تواند برای سلامتی انسان مضر باشد یا خیر؟ پاسخ به چنین سوالی وقتی ممکن است که شواهد علمی بر مبنای مطالعات اپیدمیولوژیک، مطالعات آزمایشگاهی تجربی مطالعات حیوان مبنی بر نامطلوب بودن عامل خطرزا وجود داشته و یا تولید گردد.

تاثیر شناسایی روند (Dose- Repose establishment) :

موقعی که یک عامل خطر شناخته شد مرحله بعدی شناخت ارتباط بین شدّت عامل خطر و میزان صدمه بر سلامتی می‌باشد. در این مرحله به این سوال پاسخ داده میشود که آیا اگر میزان مواجهه با عامل خطرزا افزایش

پیدا کند میزان صدمه وارده بیشتر می‌شود و این ارتباط چگونه است.

ارزیابی مواجهه (Exposure assessment) :

مرحله سوّم ارزیابی‌خطر مربوط به ارزیابی مواجهه با عامل خطر می‌باشد. افراد جامعه از منابع مختلفی می‌توانند با عامل خطر مواجهه گردند. مثلاً مواجهه با آلودگی‌های کربُنی که هم می‌تواند از راه همراهی با افراد سیگاری باشد، هم از راه سیگار کشیدن، و هم می‌تواند از طریق آلودگی هوای محیطی باشد. در مرحله سوّم ارزیابی سیستماتیک خطر، تمامی منابع مواجهه، چگونگی و راههای مواجهه مشخص شده روش و چگونگی و میزان مواجهه افراد با عامل خطرزا تعریف می‌شود.

تعیین مصداق‌های عملی عامل خطرزا:

این مرحله که مرحله نهایی ارزیابی ریسک می‌باشد شامل استفاده از اطلاعات تولید شده در سه مرحله پیش و ترکیب این اطلاعات و ساخت مدل‌های منطقی است تا بتوان میزان بالفعل خطر را در جمعیت‌های مختلف برآورد نموده و با دقت خاصی بیان نمود. نتایج تولید شده در این مقطع، مبنای حقوقی و قانون‌گذاری خواهد داشت.

اندازه‌گیری شیوع و بروز

بررسی شیوع

شیوع بیماری با بررسی یک جمعیت تعریف شده، که برخی از آنها در زمان بررسی بیمارند در حالیکه دیگران سالمند، اندازه‌گیری می‌شود. کسر یا نسبتی از گروه که بیمارند شیوع آن بیماری را در آن جمعیت در آن زمان نشان می‌دهد. چنین بررسی‌هایی که در یک زمان خاص و در یک جمعیت بخصوص، انجام میگردد به **مطالعات شیوع**، موسومند. واژه دیگر آن **مطالعات مقطعی** است، زیرا افراد در لحظه‌ای (مقطعی) از زمان مطالعه می‌شوند. این مطالعات از بین انواع طرح‌های پژوهشی که در متون پزشکی گزارش می‌شوند متداول‌تر هستند و تقریباً بخش مهمی از مقاله‌های اصلی مجله‌های عمده پزشکی را تشکیل می‌دهد. مثال زیر نمونه‌ای شاخص از یک مطالعه شیوع است :

مثال ـ شیوع دیابت در جمعیت عمومی چقدر است؟ برای پاسخ به این پرسش، بایستی تمام یک جمعیت که بیش از ۱۵سال دارند و در یک منطقه مشخص زندگی می‌کنند را بررسی نمود. برای هر شرکت کننده یک پرسشنامه پُرکرد و آزمایشات خون انجام داد. از بین افراد شرکت کننده تعداد افرادی که در آزمایش خون قند بالایی داشته باشند به عنوان صورت کسر و افراد شرکت کننده در مطالعه در مخرج کسر قرار میگیرد.

مطالعات بروز

بروز، برخلاف شیوع، نخست با شناسایی یک جمعیت فاقد پیشامد مورد نظر و سپس با پیگیری آنها و بررسی‌های دوره‌ای برای تعیین وقوع پیشامدها اندازه‌گیری می‌شود. به این فرایند مطالعه همگروهی نیز می‌گویند، تا اینجا، بروز را به صورت میزان پیشامدهای جدید در گروه ثابتی از افراد تعریف کردیم، که تمام آنها در یک دوره زمانی مشاهده می‌شوند. به این میزان، **بروز تجمعی** گویند زیرا موارد جدید با گذشت زمان روی هم انباشته شده‌اند.

مثال ـ اگر در یک گروه ۱۰۰۰۰۰ نفری خانم بالای سن ۳۵ سال در مدت ۱ سال ۳۵ نفر بیمار شوند میزان بروز سرطان پستان سالیانه برابر خواهد بود با ۳۵ بیمار در ۱۰۰۰۰۰ نفر

روش دیگر اندازه‌گیری بروز، عبارت است از اندازه‌گیری تعداد موارد جدید که در یک جمعیت همواره در حال تغییر پدیدار می‌شود، در شرایطی که افراد مورد مطالعه در طول زمان‌های مختلف متفاوت می‌باشند. به طور مثال در یک کارخانه در حال توسعه همیشه و در سال‌های مختلف افراد جدیدی استخدام شده و افرادی کار در کارخانه را ترک کرده و به محل دیگری میروند یک مطالعه برسی میزان بروز بیماری که در آن بیماران واجد شرایط بیش از چندین سال در نظر گرفته می‌شوند، بطوریکه بیمارانی که زودتر به مطالعه وارد و درمان شده‌اند بیش از آنهایی که دیرتر وارد شده‌اند پیگیری می‌شوند. برای اینکه سهم هر نفر با فاصله پیگیری آنها قابل اندازه‌گیری باشد، مخرج کسر بروز که در این مطالعات اندازه‌گیری می‌شود افراد در معرض خطر برای یک دوره زمانی خاص نیست، بلکه **شخص ـ زمان در خطر** آن پیشامد می‌باشد. فردی که ۱۰ سال پیگیری شده و بیمار نشده ۱۰ **شخص ـ سال** مشارکت کرده است، در حالی که شخصی که یک سال پیگیری شده فقط یک **شخص ـ سال** در مخرج کسر شرکت کرده است ۱ شخص سال مشارکت کرده است. این نوع بروز بصورت تعداد موارد جدید به ازاء تعداد کل شخص ـ سال‌های در خطر، بیان می‌شود و گاهی به آن **تراکم بروز** گویند.

روش شخص ـ سال برای برآورد بروز یک بیماری در جمعیت‌های بزرگ با اندازه معلوم مثل یک مرکز ثبت آمار سرطان بر مبنای جمعیت که شمارش صحیح موارد جدید و برآوردی از جمعیت در خطر، در اختیار می‌باشد، نیز مفید است. عیب روش تراکم بروز، این است که دوره‌های پیگیری متفاوت را رویهم می‌ریزد.

تعداد کمی از بیماران که برای یک زمان طولانی پیگیری شده‌اند می‌توانند با اندازه بیماران زیادی که برای یک دوره کوتاه پیگیری شده‌اند در مخرج کسر مشارکت نمایند اگر بیمارانی که برای مدت طولانی پیگیری شده‌اند با بیمارانی که برای مدت کوتاه پیگیری شده‌اند بطور منظم متفاوت باشند، اندازه‌های بروز حاصل می‌تواند سوگرا باشد.

شیوع خطر (Risk prevalence)

نسبتی از جمعیت که با یک خطر خاصی مواجهه می‌باشند را شیوع خطر گویند. برای مثال شیوع سیگار در یک جمعیت خاصی ۲۵٪ می‌باشد. اندازه تاثیر عوامل خطر به دو صورت خطر **نسبی (Relative Risk)** و **خطر**

قابل انتساب (Attributable Risk) بیان می‌شود. درک مفاهیم خطر نسبی و خطر قابل انتساب برای تعیین رابطه علیّت و احتمال پیشگیری از بیماری ضروری است.

خطر نسبی: خطر نسبی ابتلاء به بیماری عبارتست از ابتلاء به بیماری در دو گروه مواجهه یافته و گروه مواجهه نیافته با عامل خطر :

$$\text{خطر نسبی} = \frac{\text{خطر ابتلاء به بیماری در افراد مواجهه یافته}}{\text{خطر ابتلاء به بیماری در افراد مواجهه نیافته}}$$

تفسیر خطر نسبی

خطر نسبی را چگونه می‌توان تفسیر کرد؟ سه احتمال وجود دارد :

- **اگر خطر نسبی معادل ۱ باشد**، یعنی صورت و مخرج کسر یکسان باشند، خطر ابتلای افراد مواجهه یافته و مواجهه نیافته برای ابتلاء به بیماری، مساوی است. بنابراین کسانی که در مواجهه بوده‌اند نسبت به افرادی که مواجهه نداشته‌اند در مخاطره بیشتری برای ابتلاء به بیماری نبوده‌اند و بین مواجهه مورد نظر و ایجاد بیماری نیز **همبستگی وجود نداشته** است.

- **اگر خطر نسبی بزرگتر از ۱ باشد** یعنی صورت کسر بزرگتر از مخرج آن است که نشان می‌دهد افرادی که در مواجهه بوده‌اند نسبت به کسانی که در مواجهه نبوده‌اند در خطر بیشتری برای ابتلاء به بیماری قرار داشته‌اند. در اینجا یک **همبستگی مثبت وجود دارد** و می‌تواند علیتی باشد.

- **اگر خطر نسبی کمتر از ۱ باشد**، یعنی صورت کسر کوچکتر از مخرج آن است که نشان می‌دهد خطر ابتلاء به بیماری در افرادی که مواجهه داشته‌اند کمتر از آنهایی بوده که مواجهه نداشته‌اند. این نتیجه‌گیری نشانه‌ای از وجود **همبستگی منفی** بین مواجهه و ابتلاء به بیماری است و ممکن است گفته شود که مواجهه با عامل مورد نظر اثری محافظت کننده در مقابل ابتلاء به بیماری مورد بحث دارد.

تمرین ۱: جدول ۳ نتایج یک مطالعه فرضی را در ۳۰۰۰ نفر سیگاری و ۵۰۰۰ نفر غیرسیگاری برای تعیین ارتباط بین سیگار و ابتلاء به بیماری قلبی، در مدت یکسال نشان می‌دهد. خطر نسبی را محاسبه و تفسیر نمایید.

جدول ۳ ـ نتایج مطالعه فرضی در افراد سیگاری و غیرسیگاری

وضعیت ابتلاء / وضعیت مصرف سیگار	مبتلا به بیماری قلبی شده‌اند	مبتلا به بیماری قلبی نشده‌اند	جمع	میزان بروز در هزار در سال
سیگار می‌کشند	۸۴	۲۹۱۶	۳۰۰۰	۲۸/۰
سیگار نمی‌کشند	۸۷	۴۹۱۳	۵۰۰۰	۱۷/۴

سوال : وقوع بیماری قلبی تا چه اندازه مربوط به مواجهه با سیگاری می‌باشد؟ این سوال با نوعی دیگر از اندازه‌گیری خطر به نام خطر قابل انتساب (خطر منتسب) پاسخ داده می‌شود.

خطر قابل انتساب : عبارت خواهد بود از مقدار یا نسبتی از میزان بروز بیماری که می‌تواند منسوب به یک مواجهه خاص باشد. شکل زیر مفهوم این نوع خطر را به تصویر کشیده است. در مجموع، خطر ابتلاء به بیماری در افراد گروه مواجهه‌دار بیشتر از افراد گروه بدون مواجهه است. در اینجا می‌توانیم سوال کنیم که : واقعاً چه اندازه از خطر در گروه مواجهه‌دار مربوط به مواجهه داشتن آنها با عامل مورد نظر است (مثلا در یک گروه سیگاری، ابتلای آنها به بیماری قلبی تا چه اندازه مربوط به سیگار کشیدن آنها است).

(الف) مجموع خطر ابتلا به بیماری در افراد مواجهه داشته و نداشته، (ب) خطر زمینه‌ای، (پ) میزان بروز بیماری که منسوب به مواجهه است و میزان بروز که منسوب به مواجهه نیست

چگونه می‌توانیم به این سوال بسیار مهم پاسخ دهیم؟ اگر نمودار ستونی گروه مواجهه نداشته را در سمت راست این شکل در نظر بگیریم. با وجود این که این افراد، مواجهه نداشته‌اند ولی تا اندازه‌ای در مخاطره ابتلاء به بیماری بوده‌اند. (البته خطر ابتلاء به بیماری نزد آنها کمتر از کسانی بوده است که مواجهه داشته‌اند). بنابراین حتی برای افرادی که مواجهه نداشته‌اند نیز خطر ابتلاء به بیماری کاملاً منتفی شده نیست. مثلاً در مثال سیگاری بودن و ابتلاء به بیماری قلبی حتی کسانی که سیگاری نیستند نیز مبتلا به بیماری قلبی می‌شوند. (اگرچه میزان بروز بیماری در آنها کم است) و ممکن است بیماری آنها در اثر آلودگی محیط زیست به مواد شیمیایی سرطانزا و یا عوامل دیگری صورت گرفته باشد. این خطر به خطر زمینه‌ای شهرت دارد. هر یک از افراد جامعه، صرف نظر از آن که مواجهه با یک عامل اختصاصی داشته و یا نداشته باشند (در این مورد مواد دُخانی) مقداری از این خطر زمینه‌ای را با خود دارند بنابراین مواجهه داشته‌ها و نداشته‌ها، هر دو گروه، این خطر زمینه‌ای را دارند لذا خطری که افراد مواجهه داشته با آن روبرو هستند عبارت خواهد بود از مجموع خطر زمینه‌ای که تمام افراد آنرا دارند، به اضافه یک خطر اضافی که در اثر مواجهه متوجه آنهاست. اگر بخواهیم بدانیم که چه اندازه از مجموعه خطر در افراد مواجهه داشته مربوط به مواجهه آنها با عامل مورد نظر مثل سیگار است، باید مقدار خطر زمینه‌ای را از این مجموع کسر نماییم. بنابراین **میزان بروز یک بیماری** در گروه مواجهه داشته که می‌تواند قابل انتساب به عامل مواجهه باشد را میتوان از طریق فرمول زیر محاسبه نمود.

میزان بروز اختصاصی در اثر مواجهه = (میزان بروز در گروه مواجهه داشته) - (میزان بروز در گروه مواجهه نداشته)

و **خطر قابل انتساب** گروه مواجهه از فرمول زیر محاسبه می‌شود:

$$\text{خطر قابل انتساب گروه مواجهه} = \frac{(\text{میزان بروز در گروه مواجهه داشته}) - (\text{میزان بروز در گروه مواجهه نداشته})}{(\text{میزان بروز در گروه مواجهه داشته})}$$

خطر قابل انتساب، حداکثر انتظار مار را در کاهش میزان بروز بیماری، در صورتی که قادر به حذف کامل عامل مواجهه باشیم، نشان می‌دهد. به این معنی که اگر تمام سیگاری‌ها کشیدن سیگار را ترک کنند، انتظار داریم تا چه اندازه از میزان ابتلاء به بیماری قلبی کاهش پیدا می‌کند؟ از نقطه نظر عملی در برنامه‌های اجرایی، استفاده از خطر قابل انتساب، قابل اتکاءتر از خطر نسبی است. خطر نسبی معیاری برای نشان دادن همبستگی و احتمال وجود رابطه علیتی است.

تمرین ۲ : با استفاده از اطلاعات داده شده در تمرین ۱، خطر قابل انتساب در گروه مواجهه‌دار با سیگار را محاسبه و تفسیر نمایید.

محاسبه خطر قابل انتساب در تمام افراد جامعه مشابه محاسبه خطر در افراد مواجهه‌دار است. در اینجا نیز یا کاهش خطر زمینه‌ای (میزان بروز در مواجهه نداشته‌ها) از میزان بروز در کلیه افراد جامعه (مواجهه داشته و

مواجهه نداشته) خطر قابل انتساب در کل افراد جامعه محاسبه می‌شود.

$$\text{نسبت خطر قابل انتساب} = \frac{(\text{میزان بروز در کل افراد جامعه}) - (\text{میزان بروز در گروه مواجهه داشته})}{(\text{میزان بروز در کل افراد جامعه})}$$

خطر قابل انتساب برای دست اندر کاران بهداشت عمومی بسیار مهم است. سوال این است که چه نسبتی از ابتلاء به بیماری قلبی در افراد جامعه منتسب به سیگار کشیدن آنها است؟ این سوال را می‌توان به کلام دیگر نیز بیان کرد : اگر سیگار کشیدن، متوقف شود چه نسبتی از میزان بروز بیماری قلبی در کل جامعه، را می‌توان پیشگیری نمود؟ پاسخ این سوال از طریق محاسبه خطر قابل انتساب، به طریقی که در بالا بحث شد، داده می‌شود.

درک این مطلب و محاسبه آن اغلب از نقطه نظر بهداشت عمومی و مقامات تصمیم گیرنده و کسانی که تامین کننده اعتبار مالی اجرای برنامه‌های پیشگیری هستند، بسیار مهم است. آنها مایل هستند بدانند نتیجه اجرای طرح پیشنهادی بر سلامت مردم و پیشگیری از بیماری مطرح شده تا چه اندازه است. اجرای طرح تا چه اندازه می‌تواند به نظام بهداشتی جامعه کمک کرده و یا بار بیماری بر روی افراد را کاهش دهد، برای آنها تنها افرادی که مواجهه دارند مطرح نیست. مثلاً اگر تمام سیگاری‌های جامعه، کشیدن سیگار را رها کنند، این عمل چه نقشی در تغییر بروز سرطان ریه در کل افراد جامعه (که شامل سیگاری‌ها و غیرسیگاری‌ها است) خواهد داشت.

تمرین ۳ : در صورتی که نسبت افراد سیگاری جامعه ۴۴ درصد باشد، با استفاده از اطلاعات ارائه شده در تمرین ۱ ، خطر قابل انتساب در کل افراد جامعه را محاسبه نمایید.

بار بیماری‌ها (Burden of disease)

یکی از موفق ترین روش‌ها برای اندازه‌گیری وضعیت سلامت جامعه، اندازه‌گیری بار بیماری‌ها است. وضعیت سلامت جامعه را با شاخص‌های متعددی ازجمله شاخص‌های مرگ و میر و ابتلاء**(Mortality& Morbidity)** و انواع شاخص‌های دیگر، ارزیابی می‌کنند و با نگاه کلّی به همه این شاخص‌ها در رابطه با وضعیت سلامت جامعه قضاوت می‌نمایند که البته این کار مشکلی است و همیشه کمبود یک شاخص کلّی و واحد برای بیان سلامت جامعه مشهود بوده است.

در سال ۱۹۹۲ دانشگاه هاروارد با کمک‌های سازمان جهانی بهداشت و بانک جهانی، شاخصی را تحت عنوان **بار بیماری‌ها** ابداع کرد که با این شاخص میتوان وضعیت سلامت جهان و مناطق و کشورها را در قالب یک عدد بیان کرد. این شاخص در سطح جهانی بنام بار بیماری جهانی (Global burden of diseases) در سطح کشوری تحت عنوان بار بیماری ملی یا (National burden of disease : NBD) و در سطح شهر بنام بار بیماری شهری (City burden of disease) نامگذاری شده است. و سازمان جهانی بهداشت در سال‌های اخیر گزارش جهانی سلامت را با این شاخص، ارائه می‌نماید و توصیه می‌کند که کشورها نیز NBD را برای کشور خود نیز محاسبه کنند.

اکثر کشورهایی که در زمینه سلامت جامعه پیشگام هستند بار بیماری‌ها را برای کشور خود محاسبه و حتی بعضی از شهرهای بزرگ نظیر لُس آنجِلِس، بار شهری بیماری‌ها را نیز محاسبه کرده‌اند. **واحد اندازه‌گیری بار بیماری‌ها** دالی(DALY) می‌باشد که برگرفته از حروف اوّل جمله Adjusted of Life Years Disability میباشد.

دالی چیست؟

عبارتست از ***"سال‌های زندگی تعدیل شده برحسب ناتوانی"*** و در تعریف واضح‌تر عبارتست از سال‌های عمر سالم از دست رفته به علّت بیماری‌ها و آسیب ها. در گزارش جهانی سلامت در سال ۲۰۰۴ گزارش میشود که در سال ۲۰۰۳ نزدیک به ۱۵۰۰۰۰۰۰۰۰ دالی در جهان به علّت بیماری‌ها و آسیب‌ها از دست رفته است. در این گزارش، دالی‌های هر کدام از بیماری‌ها به تفکیک مناطق شش گانه و ۱۴ گانه سازمان جهانی بهداشت ارائه گردیده است.

برای درک بهتر DALY و کاربرد GBD به اعداد و ارقامی مربوط به دالی بعضی از بیماری‌ها که در گزارش جهانی سلامت توسط سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۴ ارائه شده است توجه کنید:

- کل دالی‌های از دست رفته به علّت کلیه بیماری‌ها و آسیب‌ها در جهان ۱۴۹۰۱۲۶۰۰۰ دالی
- بیماری‌های عفونی و انگلی ۲۳/۵٪ از کل دالی‌ها یعنی ۳۵۰۳۳۳۰۰۰ دالی
- بیماری‌های قلبی عروقی ۹/۹٪ از کل دالی‌ها یعنی ۱۴۸۱۹۰۰۰۰ دالی
- آسیب‌ها و حوادث ۱۲/۲٪ از کل دالی‌ها یعنی ۱۸۱۹۹۱۰۰۰ دالی

دالی چگونه محاسبه میشود؟

برای درک محاسبه دالی به مثال زیر توجه کنید:

خانمی به علّت ابتلای ۲۰ ساله به بیماری X در سن ۳۸ سالگی فوت کرده است. این خانم چند سال عمر سالم را به علّت این بیماری از دست داده است یا این بیماری باعث ایجاد چند دالی شده است ؟

جواب : در اینجا باید به دو مسئله توجه کرد. اوّل اینکه این خانم دچار مرگ زودرس شده و دوّم اینکه سال‌هایی را نیز با ناتوانی یعنی بیماری زندگی کرده است که قطعاً کیفیت یک زندگی سالم را نداشته است. برای برآورد دالی، ابتدا محاسبه می‌کنیم که این خانم به علّت مرگ زودرس چند سال عمر را از دست داده است و برای این کار باید از جدول طول عمر و امید به زندگی استفاده کرد و سازمان جهانی بهداشت پیشنهاد می‌کند که بیشترین امید به زندگی در دنیا که مربوط به کشور ژاپن میباشد ملاک محاسبه قرارگیرد (امید به زندگی در بدو تولد برای زنان و مردان ژاپن به ترتیب ۸۰ و ۸۲/۵ میباشد) براساس این محاسبه این خانم ۴۸ سال عمر را به علّت مرگ زودرس از دست داده است. از طرفی این خانم مدت ۲۰ سال را با بیماری زندگی کرده که کیفیت مطلوبی نداشته و به نوعی دچار ناتوانی بوده است. باید برآورد کرد که میزان این ناتوانی چه مقدار است و برای این کار از جدولی بنام Dutch استفاده میشود که وزن ناتوانی‌ها (Disability Weight) در آن ذکر شده است و این

وزن از صفر به معنای سلامت کامل تا یک به عنوان مرگ، طبقه‌بندی شده است. حال چنانچه در مراجعه به جدول وزن ناتوانی بیماری x این خانم ۰/۳ باشد بدین معنی است که یکسال زندگی با این بیماری معادل ۰/۷ سال زندگی سالم بوده و ۰/۳ سال آن به نوعی مردگی بوده است. پس این خانم ۶ = ۰/۳× ۲۰ دالی را نیز به علّت ناتوانی از دست داده که در مجموع دالی کلی عبارت خواهد بود از ۵۴ = ۴۸+ ۶

پس در محاسبه دالی یک جزء مربوط به مرگ زودرس میباشد تحت عنوان YLL که برگرفته از ابتدای حروف Years of lost lifeو یک قسمت مربوط به سال‌های زندگی توام با ناتوانی تحت عنوان YLD که برگرفته از ابتدای حروف Years lived with disability ،

DALY = YLL + YLD, DALY = 48 + 6 = 54

این تمرین برای درک اساسی محاسبه دالی میباشد و برای تعیین دقیق دالی محاسب وزن و سن age weight نیز ضروریست و معمولاً با داشتن اطلاعات لازم با نرم افزار Dismed دالی محاسبه میشود.

بار قابل انتساب و بار قابل اجتناب بیماری‌ها

یکی از مزایای عمده شاخص بار بیماری‌ها این است که با داشتن دالی مربوطه می‌توان تاثیر مداخلات انجام شده در کاهش بار بیماری‌ها را محاسبه و بیان کرد و دیگر ویژگی آن این است که می‌توان میزان و سهم هریک از عوامل خطر را در ایجاد بیماری اندازه‌گیری نمود و سپس پیش بینی کرد که با حذف یا کاهش این عوامل خطر در آینده چه مقدار از بار بیماری کاهش می‌یابد. بار فعلی بیماری که ناشی از تاثیر کلیه عوامل در گذشته می‌باشد به نام بار انتساب (attributed burden) یا اجتناب ناپذیر نامیده میشود. و آن مقدار از بار بیماری را که با کاهش یا حذف عوامل خطر در آینده می‌توان کاهش داد بار قابل اجتناب (avoidable burden) خوانده میشود.

تعیین بار قابل انتساب مربوط به یک عامل خطر برای تعیین این بار خطر نسبی این عامل خطر در ایجاد بیماری و شیوع این ریسک فاکتور در جامعه ضروریست. به عنوان مثال یک عامل خطر با شیوع ۲۰٪ در جمعیت که خطر ایجاد بیماری را به میزان ۱۸ برابر افزایش میدهد. چنانچه بار این بیماری یک میلیون دالی باشد خطر منتسب به این عامل خطر ۰/۷۷ میلیون دالی محاسبه میشود.

****

پیشگیری

پس از شناخت عوامل موثر بر سلامت فردی جامعه اقدامات، تدابیر، فنون و علومی که به موقع در سطوح مختلف پیشگیری بکار گرفته می‌شود تا سلامت افراد جامعه و خود جامعه حفظ شده و ارتقاء یابد را باید بشناسیم که هدف از شناخت این عوامل پیدا کردن یک راه حل مناسب و ارزان قابل دسترس و متناسب با فرهنگ جامعه باشد،که بتواند بر سطوح مختلف اقدامات پیشگیری سلامت را حفظ و ارتقاء دهد.

۱ ـ مفهوم پیشگیری

در یک نگاه ساده میتوان گفت که وظیفه سیستم‌های بهداشت و درمان که تامین، حفظ و ارتقاء سلامت جامعه را به عنوان هدف نهایی خود انتخاب کرده‌اند سه چیز است:

۱ ـ کمک کنند کمتر با خطر مواجهه شوند

۲ ـ کمک کنند سلامتی افراد سالم، حفظ شود و ارتقاء یابد

۳ ـ کمک کنند تا بیماری مردم به موقع تشخیص داده شده و به نحو موثر و زودرسی درمان شود

۴- کمک کنند تا بیماران غیرقابل درمان، رنج کمتری را متحمل شوند.

مفاهیم فوق را در پزشکی مدرن تحت عناوین **پیشگیری** نامگذاری می‌کند و به ترتیب پیشگیری نخستین، اوّلیه، ثانویّه، ثالثیّه، خوانده می‌شوند:

سطوح پیشگیری

در حال حاضر، سطوح پیشگیری، شامل مقدماتی، سطح اوّل، سطح، دوّم، سطح سوّم و سطح چهارم است که در این گفتار، به اختصار، توضیح داده می‌شود:

پیشگیری سطح اوّل: (Primary Prevention)

اقداماتی که پیش از شیوع بیماری انجام می‌گیرد و امکان بروز بعدی بیماری را از بین می‌برد پیشگیری اوّلیه نامیده می‌شود. پیشگیری اوّلیه عمدتاً شامل مداخله در مرحله پیش از بیماری‌زایی بیماری‌ها یا دشواری‌های بهداشتی یا انحراف‌های سلامتی (مثلاً کمبود وزن به هنگام تولد است). پیشگیری اوّلیه را می‌توان با تدابیر طرح شده برای ارتقای بهداشت عمومی و بهزیستی کیفیت زندگی افراد، و یا بوسیله اقدامات حفاظتی اختصاصی انجام داد. معنای پیشگیری اوّلیه بیش از دفع بروز بیماری و طولانی کردن زندگی و شامل مفهوم «سلامت مثبت» است. این مفهوم رسیدن به سطح قابل قبول سلامتی است که افراد بتوانند به یک زندگی اجتماعی اقتصادی مثمر دست یابند.

پیشگیری مقدماتی یا بدوی یا نخستین (Primordial)، مفهوم جدیدی است که بر پیشگیری از بیماری‌های مزمن توجه ویژه‌ای دارد. این نوع پیشگیری به مفهوم واقعی کلمه است. یعنی پیشگیری از وجود یا

ایجاد عوامل خطر در کشور یا گروه‌های جمعیتی که هنوز عوامل خطر در آنها بروز ننموده است. مثلاً ریشه بسیاری از دشواری‌های بهداشتی بزرگسالان (مانند چاقی و پرفشاری خون) در کودکی افراد است زیرا در این هنگام سبک زندگی شخص شکل می‌گیرد (مانند سیگار کشیدن، الگوی غذا خوردن، ورزش و تمرین بدنی) در پیشگیری نخستین یا پیش از بروز عامل خطر، بیشتر کوشش‌ها معطوف به منع کودکان از در پیش گرفتن سبب زندگی خطر آفرین است. مهمترین اقدام مداخله‌ای در این مرحله از راه آموزش شخصی و آموزش همگانی است.

استراتژی جمعیتی (همگانی)

یک روش دیگر پیشگیری، استراتژی جمعیتی است که معطوف به همه مردم و بدون توجه به سطح خطرات شخصی است. مثلاً بررسی‌ها نشان داده‌اند که حتی مختصر کاهش در میزان فشار خون یا مقدار کلسترول سرم در جمعیت، کاهش بسیار در میزان بروز بیماری‌های قلبی ـ عروقی را به دنبال خواهد داشت. روش جمعیتی بر ایجاد تغییرات رفتاری و سبک زندگی جمعیت معطوف است.

استراتژی گروه پرمخاطره

مقصود از استراتژی گروه پُرمخاطره انجام خدمات پیشگیری برای اشخاص در معرض خطر بخصوص است. این کار مستلزم تشخیص افراد در معرض خطر شدید به وسیله روش‌های بالینی مناسب است. پیشگیری اوّلیه یک هدف آرمانی است که به وسیله روش‌های بالینی مناسب عمل می‌کند. لازم به یادآوری است که کشورهای صنعتی موفق به از بین بردن تعدادی از بیماری‌های واگیر مانند وبا، حصبه، اسهال خونی و مبارزه با چند بیماری دیگر مانند طاعون، جذام و سل شده‌اند و این کار نه با مداخلات پزشکی بلکه بطور عمده در نتیجه بالا بردن استانداردهای زندگی و رعایت موازین بهداشتی (پیشگیری اوّلیه) انجام گردیده است.

بسیاری از این موفقیت‌ها حتی پیش از رایج شدن ایمن‌سازی همگانی به دست آمده است. کاربرد پیشگیری اوّلیه در پیشگیری از بیماری‌های مزمن یک پیشرفت تازه است. برای آنکه این تدابیر تاثیر نهایی بر جامعه داشته باشند هر سه روش مزبور (پیشگیری نخستین، استراتژی جمعیتی، استراتژی گروه پرمخاطره) باید به عنوان مکمل یکدیگر بکار گرفته شوند.

بطور خلاصه پیشگیری اوّلیه عبارتست از یک روش «جامع» متکی بر تدابیر طرح ریزی شده برای ارتقاء بهداشت یا حفظ اشخاص در برابر «یک عامل بیماریزای» ویژه با خطرات محیط زیست. در پیشگیری اوّلیه دانش مربوط به مرحله پیش از بروز علائم بالینی، ازجمله عامل بیماریزا، میزبان و محیط زیست بکار گرفته میشود. اقدامات ارزان و مطمئن پیشگیری اوّلیه کاربرد وسیع آن را توجیه می‌کند. پیشگیری اوّلیه روز بروز بیشتر به عنوان « آموزش بهداشت» و مفهوم مسئولیت شخصی و اجتماعی در برابر سلامتی شناخته میشود.

۲ ـ پیشگیری سطح دوّم (Secondary Prevention)

پیشگیری ثانویه را می‌توان چنین تعریف کرد «اقدامی که پیشرفت بیماری را در مراحل ناپیدای آن متوقف و از بروز عوارض بیماری جلوگیری می‌کند» اقدامات مداخله‌ای خاص پیشگیری ثانویه عبارتند از:

تشخیص زودرس (مانند آزمون‌های غربالگری و برنامه‌های بیماریابی) و **درمان کافی**. به وسیله تشخیص زودرس و درمان کافی و کوشش‌های پیشگیری ثانویه، پیشرفت بیماری متوقف می‌شود و سلامتی با یافتن بیماری‌های نامشخص و درمان به موقع آنها و پیش از بروز ضایعات بیماری‌شناختی بازگشت‌ناپذیر، محفوظ می‌ماند و از بازگشت قابلیت واگیری بیماری‌های عفونی، جلوگیری می‌شود. پیشگیری ثانویه در بیماری‌هایی که دارای قابلیت سرایت از انسانی به انسان دیگر هستند، افراد دیگر جامعه را هم از ابتلاء به عفونت محفوظ می‌دارد و به این ترتیب، پیشگیری ثانویه‌ای که برای یک فرد انجام شود، پیشگیری اوّلیه برای موارد تماس بالقوه خواهد بود. پیشگیری ثانویه عمدتاً در حیطه پزشکی بالینی است. برنامه‌های بهداشتی که به وسیله دولت ایجاد می‌شوند معمولاً در سطح پیشگیری ثانویه هستند. زمینه و پایه فلسفی پیشگیری ثانویه آن است که بیمار مستعد ابتلاء به ناراحتی‌های روانی، دردهای بدنی و جامعه مستعد به از دست دادن نیروهای مولد خود است. این موقعیت‌ها در پیشگیری اوّلیه در نظر گرفته نمی‌شوند.

پیشگیری ثانویه در مبارزه با انتقال بیماری یک ابزار ناقص است و اجرای آن گران‌تر و کم‌اثرتر از پیشگیری اوّلیه می‌باشد و در درازمدت سلامت انسان، شادمانی و طول عمر مفید را با بهای بسیار کمتر و تلفات ناچیزتر می‌توان بوسیله پیشگیری اوّلیه به دست آورد، نه پیشگیری ثانویه.

۳ ـ پیشگیری سطح سوّم (Tertiary Prevention)

هنگامی که فرآیند بیماری از مراحل اوّلیه خود فراتر رود هنوز هم می‌توان به وسیله آنچه «پیشگیری نوع سوم» نامیده می‌شود کارهای پیشگیرانه انجام داد، این کار شامل اقدامات مداخله‌ای در مراحل پایانی بیماریزایی بیماری است. پیشگیری نوع سوّم را می‌توان چنین تعریف کرد: « ***به کار گرفتن همه تدابیر موجود برای کاهش یا محدود کردن نقص عضو و ناتوانیهای حاصله از بیماری، به حداقل رساندن رنج و آسیب ناشی انحراف از سلامت کامل وارتقاء قدرت تطابق بیمار با حالات بهبود ناپذیر*** « مثلاً درمان حتی اگر در مراحل آخر سیر طبیعی بیماری انجام شود می‌تواند از بروز داغ‌ها و عوارض حاد جلوگیری و ناتوانی را محدود نماید. هنگامی که نقص عضو یا ناتوانی کاملاً جاافتاده و مستقر شده باشد، بازتوانی، نقش مهمی می‌تواند داشته باشد. بازتوانی نوین شامل اجزای روان شناختی، حرفه‌ای و پزشکی است که بر پایه کار گروهی تخصص‌های گوناگون انجام می‌گیرد و پیشگیری را تا زمینه بازتوانی، می‌کشاند.

٤ ـ پیشگیری سطح چهارم (Quatrain)

این سطح از پیشگیری به صورت شناسایی بیماران در معرض خطر "**اقدامات تشخیصی ـ درمانی بیش از حد لازم**" (که "**طبی سازی**" و "**طبی کردن زیاد**"[13] هم ترجمه شده است) و محافظت آنان از روش‌های تهاجمی جدید تشخیصی ـ درمانی و پیشنهاد مداخلات قابل قبول از نظر اخلاقی، تعریف گردیده و شرح مفصل آن در فصل هشتم کتاب حاضر، درج شده است.

[13] Overmedicalization

شاخص‌های بررسی سلامت و بیماری

برای توصیف بیماری و سلامت ما احتیاج به شاخص و یا وسایلی داریم که بتوانیم **فراوانی یک پیامد** (چه سلامت و چه بیماری) و **تاثیر پیامد** را در سطح جامعه اندازه بگیریم. به طور کلی شاخص‌های اندازه‌گیری فراوانی بیماری و یا سلامت کسرهایی هستند که در آن صورت کسر تعداد افرادی که پیامد (بیماری و سلامت) را تجربه کرده‌اند (موارد) و مخرج کسر تعداد افرادی است که پیامد می‌تواند در آنها روی دهد. البته چنین کسرهایی در اصل شاخص‌هایی هستند که در اپیدمیولوژی، **"میزان"** اطلاق می‌شود.

جدول شماره ۵

پزشکان با دو اندازه فراوانی ـ یعنی شیوع و بروز، سروکار دارند. شیوع، کسری (سهمی) از یک گروه است که پیامد (سلامت / بیماری) را در لحظه معینی از زمان نشان میدهد. شیوع با بررسی جمعیت معین که شامل افراد مبتلا و غیرمبتلا به حالت مورد نظر در یک لحظه زمانی واحد است اندازه گرفته می‌شود.

بروز، کسری یا سهمی از یک گروه است که در آغاز، فاقد حالت مورد نظر بوده طی دوره زمانی خاص به آن حالت مبتلا می‌شود. بروز با مشخص کردن گروهی از افراد مستعد (یعنی افراد فاقد بیماری یا پیامد) و بررسی آنها بطور دوره‌ای در یک فاصله زمانی اندازه‌گیری می‌شود، بطوری که موارد جدید بیماری که در آن فاصله زمانی مبتلا شده‌اند کشف و شمارش می‌شود.

مثال در جدول ۵ جمعیت فرضی به تعداد ۲۶ نفر در سال‌های ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۰ را میبینیم که در هر سال

تعدادی بیمار و یا فوت میکنند: تعداد موارد شیوع و تعداد موارد بروز در هر سال در زیر جدول، مشخص شده است. میزان شیوع بیماری در سال ۱۳۷۸ چقدر است؟

هر سنجشی از فراوانی بیماری لزوما دارای بعد زمانی است. در سنجش‌های شیوع، فرض می‌شود که زمان، مثل یک تصویر واحد از یک فیلم سینمایی، یک وهله است. شیوع، وضعیت را در آن لحظه زمانی برای هر بیمار نشان می‌دهد، هرچند ممکن است جمع‌آوری مشاهدات از افراد گوناگون گروه مورد مطالعه واقعاً چندین هفته یا ماه به طول انجامد. برای بروز، زمان، جوهر و اصل است. زیرا فاصله‌ای را که در طی آن افراد مستعد برای رویداد پیشامد مورد نظر نظارت می‌شوند مشخص می‌کند. چه فرقی بین میزان شیوع و بروز است؟ کدامیک شاخص بهتری است؟

سلامت و عدالت در خدمت رسانی به روستاییان

طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع، یکی از برنامه‌های بنیادی برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور در بخش بهداشت و درمان است. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان متولی سلامت کشور، با توجه به فرصت به وجود آمده و مساعدت مجلس شورای اسلامی در تامین اعتبارات اجرای این طرح و همکاری کامل و صمیمانه سازمان بیمه خدمات درمانی، از اواخر اسفند ماه سال ۱۳۸۳ با بسیج کلیه امکانات خود در ستاد و دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی، مراحل اوّلیه طراحی و اجرای «طرح بسیج همگانی پزشک خانواده و بیمه روستاییان» را با نظارت مستقیم وزیر بهداشت آغاز کرد. خوشبختانه همگام با اتفاقات فوق، زمینه‌ای برای مرمّت و نوسازی مراکز بهداشتی ـ درمانی روستایی و تامین خودرو و تجهیز مراکز بهداشتی ـ درمانی روستایی با اعتبار بانک جهانی فراهم شد و مراکز بهداشتی ـ درمانی روستایی پس از ۳۰ سال به حد مناسبی از تجهیزات پزشکی استاندارد مورد نیاز و خودرو تجهیز شدند و مرمت و بازسازی مراکز بهداشتی درمانی صورت گرفت. در عین حال، به کارگیری پزشکان و پیراپزشکان جویای کار، باعث فراهم ساختن زمینه‌های لازم برای ارائه هرچه بهتر خدمات بهداشتی ـ درمانی به روستاییان به صورت شبانه روزی شد.

اعتبارات این طرح در مرحله اوّل ۴۱۵ میلیارد تومان بود که با اهتمام نمایندگان مجلس هفتم تامین شد و علاوه بر آن حدود ۵۲ میلیارد تومان از اعتبارات بانک جهانی و همچنین سایر منابع وزارت بهداشت به یاری طرح آمد.

منظور از نظام ارجاع چیست؟

نظام ارجاع، نظامی پیشرفته در ارائه خدمات بهداشتی ـ درمانی است که خدمات درمانی در این نظام بر اساس ظرفیت‌های خالی موجود و در سطح پایه، تخصصی و فوق تخصصی ارائه میشود.

پزشک خانواده

پزشک خانواده، حداقل دارای مدرک دکترای حرفه‌ای پزشکی و مجوز معتبر کار است. پزشک خانواده در

نخستین سطح خدمات، عهده دار خدمات پزشکی سطح اوّل است و مسئولیت‌های زیر را بر عهده دارد: تامین جامعیت خدمات، تداوم خدمات، مدیریت سلامت، تحقیق و هماهنگی با سایر بخش‌ها. پزشک خانواده مسئولیت دارد خدمات سلامت را در محدوده بسته تعریف شده. بدون تبعیض سنی، جنسی، ویژگی‌های اقتصادی ـ اجتماعی و ریسک بیماری در اختیار فرد، خانواده، جمعیت و جامعه تحت پوشش خود قرار دهد. پزشک خانواده می‌تواند برای حفظ و ارتقای سلامت، از ارجاع فرد به سطوح بالاتر استفاده کند، ولی مسئولیت تداوم خدمات با او خواهد بود. پزشک خانواده مسئول اداره کردن تیم سلامت است. در طرح کنونی که با هدف ارائه خدمات عدالت‌گرایانه به روستاییان کشور اجرا می‌شود، در صورتی که بیمار به خدمات سطح دوّم نیاز داشته باشد، به مراکز تخصصی که در شهرهای نزدیک روستا قرار دارند، اعزام می‌شود.

اجرای طرح پزشک خانواده و ارتقای بیمه روستاییان

اجرای طرح مذکور مزایای متعدد و مختلفی را به همراه دارد که در زیر فهرست وار به آنها اشاره می‌شود.

۱ـ تعمیق عدالت در مناطق روستایی و محرومیت زدایی از آنها

متاسفانه در گذشته، سرانه سلامت برای روستاییان ۵ درصد سرانه مناطق شهری بود که با اصلاحات به عمل آمده توسط مجلس شورای اسلامی این سرانه کاملاً متعادل و همسان مناطق شهری شد و اجرای این طرح ممکن گردید. با اجرای طرح بیمه روستایی و پزشک خانواده، عملاً امکان بهره‌مندی روستاییان از حداقل امکانات درمانی، فراهم آمده و آنان به طور رایگان و شبانه روزی از خدمات سلامت در دسترس، استفاده خواهند کرد. این اقدام بی‌تردید پاسخوگویی به یکی از انتظارات انقلاب اسلامی و نظام مردمی ایران است که ارائه خدمات مناسب و کیفی را در نقاط محروم و دور از دسترسی، یکی از آرمان‌های خود می‌داند.

۲ ـ کاهش هزینه‌های درمان روستاییان

در گذشته روستاییان برای بهره مندی از خدمات سلامت، باید هزینه‌های تردد از روستا به شهر را نیز متقبل می‌شدند که با اجرای این طرح، حدود ۳۰ درصد از این هزینه‌ها کاسته می‌شود.

۳ ـ اشتغال زایی برای پزشکان و پیراپزشکان

با اجرای این طرح حداقل ۲۰ هزار نفر اشتغال برای پزشکان و پیراپزشکان ایجاد خواهد شد و براساس آن ۸ هزار پیراپزشک و ۵ هزار نیروی انسانی دیگر به کادر درمانی اضافه می‌شوند. این مهم، فرصت ارائه خدمات شبانه روزی را ممکن می‌کند.

٤ ـ افزایش پوشش خدمات سلامت

با اجرای این طرح که حداقل ۲۲ میلیون روستایی را پوشش می‌دهد، قریب به یک سوّم جمعیت کشور از

خدمات استاندارد سلامت بهره‌مند می‌شوند. این افراد تحت نظارت پزشکان خانواده قرار گرفته و در بیماریابی از آنان حداقل ۲۸ هزار بهورز ایفای نقش خواهند کرد. این اقدام می‌تواند به ارتقای سلامت جامعه منجر شود.

۵ ـ نوسازی و مرمت مراکز بهداشتی ـ درمانی روستایی

با توجه به عدم وجود اعتبارات لازم در گذشته به منظور مرمت و بازسازی مراکز بهداشتی ـ درمانی روستایی، تمامی اعتباراتی که در قالب وام بانک جهانی اعطا شده بود نیز در راستای تعمیر و تجهیز مراکز و تامین خودرو هدایت و استفاده شد.

٦ ـ تجهیز مراکز درمانی ـ بهداشتی روستایی

تجهیز مراکز مذکور لازمه ارائه خدمات مطلوب به حساب می‌آید. به همین منظور و با تامین ۵۲۴/۸۰۰ میلیون ریال از اعتبارات بانک جهانی، تجهیزات پزشکی، ترابری و تشخیصی خریداری و بین مراکز بهداشتی ـ درمانی روستایی توزیع خواهد شد. فهرست این تجهیزات به شرح زیر است.

- ۵۰۰ دستگاه آمبولانس
- ۱۰۸۰ دستگاه خودرو
- ۳۶۰۰ دستگاه موتور سیکلت
- ۱۸۰۰۰ دستگاه انواع ترازو
- ۲۵۵۰۰ دستگاه انواع فشارسنج
- ۱۳۳۰۰ دستگاه لارنگوسکوپ، اتوسکوپ و ست تشخیص و معاینه
- ۱۱۰۰ دستگاه اتوکلاو
- ۱۱۰۰ دستگاه الکتروکاردیوگراف
- ۱۱۰۰ دستگاه ساکشن
- ۲۰۰۰ دستگاه سیلندر اکسیژن
- ۵۰۰۰ دستگاه یخچال نگهداری واکسن
- ۷۰۰۰ دستگاه کلد باکس و واکسن کریر
- ۴۰ دستگاه خودروی یخچال دار
- ۶۰۰۰ دستگاه کولر گازی
- ۵۰۰ دستگاه یونیت دندانپزشکی

بی‌تردید با این برنامه که براساس آن، هر مرکز باید حداقل ۲۴ دستگاه ضروری در اختیار داشته و از امکانات ترابری مناسب برخوردار باشد، بستر مناسبی برای ارائه خدمات مطلوب به روستاییان ایجاد شده است.

۷ ـ تامین داروخانه، رادیولوژی و آزمایشگاه در روستاها

براساس تعریف به عمل آمده از اجرای طرح، باید در قالب آن، همه روستاها، از امکان دسترسی به دارو،

آزمایشگاه و رادیولوژی بهره‌مند شوند. به این ترتیب در واقع ارائه خدمات پایه سلامت در روستاها به حد مطلوبی خواهد رسید. در قالب این طرح، قریب به ۷ هزار داروخانه، آزمایشگاه و مراکز رادیولوژی در روستا به ارائه خدمت می‌پردازند و در هر داروخانه حداقل ۳۹۰ قلم دارو عرضه خواهد شد.

۸ ـ قطع رابطه درمان و پول

در واقع اجرای این طرح، نقطه آغازینی برای قطع رابطه درمان و پول است که خود یکی از اساسی ترین جنبه‌های عدالت محوری به شمار می‌آید. براساس این طرح بیمار صرفاً خدمت می‌گیرد و پرداخت هزینه‌های آن در قالب بیمه خدمات درمانی، تامین می‌شود تقریبا تمامی خدمات سطوح اوّل در قالب:

- خدمات پزشکی
- خدمات دندان پزشک
- خدمات بهداشت خانواده
- خدمات تغذیه‌ای
- خدمات جوانان و مدارس
- خدمات بهداشت دهان و دندان
- خدمات مامایی
- خدمات پیشگیری، کنترل و مبارزه با بیماری‌ها
- خدمات بهداشت روان
- خدمات بهداشت محیط و حرفه‌ای
- فعالیّت‌های پرستاری
- فعالیّت‌های بیمه‌گری

به صورت کامل تحت پوشش این طرح قرار خواهند گرفت.

امروز باید این طرح را به عنوان برگ زرینی در کارنامه درخشان نظام جمهوری اسلامی ایران قلمداد کرد. تحقق یکی از آرمان‌های والای نظام را به فال نیک گرفته و آغاز این دستاورد اساسی را به جشن می‌نشینیم.

بخش ششم : کار عملی تماس با جامعه

مقدمه

در عصری زندگی می‌کنیم که خطرات مختلفی سلامتی افراد و جامعه را تهدید می‌کند. و این در حالیست که تشخیص خطرات سلامت و کاستن این خطرات برای یک زندگی کارآ و سالم و طولانی یکی از دغدغه‌های مردم و پزشکان و سیاستگذاران در طول تاریخ بوده است. تمامی پیشرفت‌ها در بهداشت عمومی باعث کاهش یا حذف بعضی از خطرات شده‌اند مانند تامین آب آشامیدنی سالم، واکسیناسیون عمومی، ریشه‌کن کردن بعضی از بیماری‌های عفونی مانند : فلج اطفال و آبله، وضع قوانین و مقررات در مورد سلامت محیط کار و جاده‌ها،

الزام استفاده از کلاه‌های ایمنی و تدابیر مخصوص برای پیشگیری از آلودگی هوا. بنظر میرسد جهان از بسیاری جهات ایمن‌تر شده یا شاید ایمن‌تر از نظر ابتلاء به بیماری‌هایی که روزگاری مرگبار و غیرقابل درمان محسوب می‌شده است. ولی از بسیاری جهات دیگر دنیا خطرناک‌تر شده و عواملی که خطرات حقیقی برای سلامت به حساب می‌آیند شدیداً مورد توجه دولت‌ها که وظیفه محافظت مردم در مقابل خطرات سلامت را دارند قرار گرفته است.

براساس گزارش جهانی سلامت در سال ۲۰۰۲ مجموعه بیماری‌های واگیردار و غیرواگیردار و حوادث توانسته ۱۴۶۷۲۵۷ سال عمر مفید از جامعه جهانی گرفته و هنوز بیماری‌های عفونی و انگلی ۲۴/۵ درصد از بار بیماری‌ها (DALY) را بخود اختصاص میدهند. اکنون عوامل خطر مانند کم‌وزنی در کودکان و نوجوانان ۶۰ درصد کل موارد مرگ کودکان را باعث شده است. در سال ۲۰۰۱ بالغ بر ۲/۹ میلیون مورد مرگ به رابطه جنسی غیرایمن وابسته بوده است. مصرف الکل، دخانیات، حوادث، بهداشت فردی نامناسب، فقر آهن، کلسترول بالا و چاقی، دود ناشی از سوخت‌های جامد و آلودگی هوا مسئول موارد زیادی از مرگ و میر در سطح جهان هستند.

از آنجا که مهمترین وظیفه پزشک جامعه‌نگر حفظ و ارتقای سلامت فرد و جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کند می‌باشد. برای انجام این وظیفه لازم است که خطرات را بشناسد، روش تشخیص و شناسایی این خطرات را فرا گیرد. از تفاوت‌های میان خطرات پیشگیری و درمانی و برقراری تعادل بین این دو نوع خدمت و اجرای برنامه‌های پیشگیری که بیشترین دستاوردهای سلامتی را بهمراه داشته آگاه باشد و روش‌های مناسب تشخیص به موقع و درمان مناسب بیماری‌ها را فرا گیرد. از طرف دیگر وظیفه حکومت‌ها تامین، حفظ و ارتقای سلامت از طریق طراحی و اجرای مداخلات لازم برای تحت کنترل درآوردن عوامل مخاطره‌آمیز، برای جامعه می‌باشد.

کنترل تعداد قابل توجهی از عوامل مخاطره‌آمیز به اعمال قانون و ضوابط و مقررات مربوط به سلامت می‌باشد (مانند پیشگیری از تبلیغات و فروش مواد غذایی غیرسالم) ولی در بعضی دیگر غیر از اعمال قانون آموزش و ارتقای دانش، بهبود نگرش، اصلاح ساختارهای خانواده و جامعه باید مورد توجه قرار گیرد (مانند فاکتور خطر رفتارهای جنسی ناسالم).

پزشکان و حکومت‌ها عرضه کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی در سطوح مختلف نظام سلامت می‌باشند و نقش مهمی در افزایش چشمگیر امید زندگی و شناسایی خطرات تهدیدکننده سلامت و ارائه مداخله‌ای لازم باید داشته باشند که متاسفانه فاصله زیادی بین توان بالقوه نظام سلامت و عملکرد واقعی فعلی آنان وجود دارد.

از آنجا که شناخت نیازهای سلامتی (Health need) مفاهیم چند بعدی دارد و درک فرد از وضعیت سلامت خود، روی تصمیم وی برای تماس با پزشک موثر است و قضاوت پزشک از وضعیت سلامت فرد روی ادامه استفاده از خدمات نظام سلامت بسیار موثر خواهد بود، پزشک باید بداند که شرط حصول اهداف نظام ارائه خدمات بهداشتی و درمانی بهره‌مندی جمعیت هدف از ارائه خدمات ارائه شده می‌باشد و عوامل مختلفی بر بهره مندی از خدمات موثر خواهد بود تا فرد بتواند برای سلامت خود از این نظام سلامت و پزشک استفاده بهینه ببرد.

بنابراین پزشک لازم است :

۱) از خطرات تهدید کننده سلامت آگاه باشد و در جامعه آن‌ها را شناسایی نماید.
۲) راههای شناسایی این خطرات را فرا گیرد و از اثر هرکدام از این خطرات بر سلامتی فرد و جامعه آگاه باشد.
۳) با نظام ارائه خدمات و نظام سلامت و ابعاد سطوح آن در ارائه خدمات کاملاً آشنا شود.
۴) میزان بهره‌مندی مردم از خدمات بهداشتی را بتواند اندازه‌گیری نماید. و متغیّرهای زمینه‌ای که باعث تغییر در بهره‌مندی خدمات شده و یا موانع دسترسی که می‌توانند روی بهره‌مندی مردم از خدمت آنان تاثیر گذاشته و در نتیجه باعث کاهش سطح سلامتی گردد را بشناسد.
۵) در درس عملی تماس با جامعه با مراکز و سطوح ارائه خدمات زیر آشنا شده وظایف خود را در هریک از این مراکز بداند و خطرات عمده و موثر بر سلامتی را در جامعه ارزیابی بنماید.

عنوان : بازدید از شهرداری و قسمت‌های مختلف آن

معرفی اجمالی محیط مورد بازدید

شهرداری محیط پیچیده و متنوعی از تشکیلات اداری، اجرایی، عمرانی، فرهنگی و اجتماعی و مشارکت‌های مردمی است که می‌تواند آینه تمام‌نمایی از محیط بوروکراتیک جامعه شهری باشد، لذا با معرفی صحیح و اصولی از روند اجرایی می‌تواند برای توسعه افق دید دانشجویان مهم و اساسی باشد.

هدف

آشنایی با تشکیلات، مدیریت نیروی انسانی و ساختار کلی شهرداری در حفظ سلامت شهر

وظایف دانشجو در روز بازدید

با ارائه مقدمه‌ای از معرفی شهرداری و وظایف و مسئولیت‌های آن توسط استاد، دانشجویان باید به دقت واحدهای مختلف شهرداری را نظاره و بعد با قدرت تجزیه و تحلیل خود که متکی به اطلاعات به دست آمده و تجربیات قبلی است نقد و بررسی لازم را معمول نمایند.

نحوه Feed Back دانشجو بعد از بازدید

با توسعه دید دانشجو توان تجزیه و تحلیل او پس از بازدید، نسبت به قبل می‌تواند مورد ارزیابی قرار گیرد و بازخورد وی توسط استاد مشخص شود.

وظایف استاد در روز بازدید

قبل از شروع بازدید، استاد باید حساسیت لازم را برای دقت بیشتر و بیان سوالات در دانشجویان ایجاد و پس از آن نیز در تجزیه و تحلیل بازدید با آنان مساعدت نماید.

نحوه ارزشیابی دانشجو

با گزارش نویسی بر مبنای مشاهدات و اطلاعات علمی و تجربی توسط دانشجویان استاد ارزشیابی لازم را انجام خواهد داد.

عنوان : بازدید از مرکز بهداشتی روستایی و شهری

معرفی اجمالی محیط مورد بازدید

خانه بهداشت و مرکز بهداشتی درمانی روستایی در یک روستا واقع شده است که ارائه خدمات بهداشتی در سطوح مختلف به عهده آنان میباشد و پایگاه بهداشتی و مرکز بهداشتی درمانی شهری در نقطه شهری قرار دارد.

محل بازدید

می‌تواند دماوند یا شمیرانات باشد.

هدف

- آشنایی با ساختار ارائه خدمت بهداشتی درمانی در خانه بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی روستایی و شهری
- آشنایی با وظایف و نوع ارائه خدمت در هر یک از واحدها
- آشنایی با کارکنان و وظایف آنان در هر یک از واحدها

وظایف دانشجو

۱ ـ مشارکت در بحث در جریان بازدید

۲ ـ مشاهده فرایند کار در مدت حضور در واحد مورد بازدید و بازدید از فعالیّت‌هایی که در مراکز ارائه انجام میگردد.

نحوه Feed Back دانشجو بعد از بازدید

۱ ـ مشارکت در بحث‌ها در جریان بازدید

۲ ـ گزارش پایانی

وظایف استاد

- بیان ساختار ارائه خدمات بهداشتی درمانی در واحدهای مورد بازدید
- بیان وظایف کارکنان بهداشتی درمانی در واحدهای مورد بازدید

- بیان نقاط قوت و ضعف بهداشتی درمانی در واحدهای مورد بازدید

نحوه ارزشیابی دانشجویان

- گزارش استاد
- گزارش پایانی
- امتحان پایانی

عنوان : بازدید از یک (Catchment Area) یا منطقه تعریف شده با حدود جغرافیایی مشخص

معرفی جامعه

جامعه براساس درسنامه آموزشی دارای محورها و اجزاء مختلفی برای زندگی مردم می‌باشد که در تعامل گسترده در درون خود سلامت را تحت تاثیر قرار میدهد. Catchment area منطقه مشخصی با حدود جغرافیایی مشخص می‌باشد که در مناطق مختلف، با ترکیب اجزاء، نوع زندگی، وجود عوامل خطر بر سلامت و رفتارهای اجتماعی کاملاً متفاوت بوده و توجه به آنها در برنامه کاری دانشجویان می‌باشد.

هدف

آشنایی با یک منطقه جغرافیایی مشخص در یک منطقه برای شناخت تفاوت‌های نوع زندگی و اثرات آن بر وضع موجود آن منطقه

شناخت نقاط قوت و ضعف ارائه خدمت در آن منطقه

شناخت رفتارهای درون گروهی قومی و یا سنت‌ها و باورها در یک منطقه مشخص و تاثیر آن بر سلامت

وظایف دانشجو

- مشاهده، جامعه، مصاحبه در صورت نیاز بازدید از مراکزی که در منطقه وجود دارد و بحث‌های درون گروهی در رابطه با مشاهدات
- تحلیل و جمع بندی اطلاعات بدست آورده از جامعه مورد نظر با استفاده از شاخص‌های ارزیابی فرا گرفته در درس تئوری
- تهیه گزارش نهایی از مشاهدات

نحوه Feed Back دانشجو

ترسیم سیمایی منطقه، بیان مشکلات در آن و اظهار نظر در نوع زندگی و عوامل خطر و بیان نقاط قوت

و ضعف نوع زندگی در ارتباط با سلامت و نیازهای جامعه مورد نظر

وظایف استاد

- توجیه دانشجویان در رابطه با اصول و مقررات بازدید از جامعه
- توجیه دانشجویان در رابطه با شیوه‌ای ارزیابی و شاخص‌های آن در یک جامعه
- نظارت و هماهنگی گروه در بازدید از عرصه
- ارزیابی عملکرد دانشجویان

نحوه ارزشیابی

- در هر دوره یک جلسه برای گزارش گروهی یا فردی وجود دارد
- گزارش دانشجویان
- پرسش و پاسخ
- گزارش و نظارت غیرمستقیم استاد در روز بازدید از رفتارها و دقت دانشجو
- پیشنهادهای سازنده و نوین

عنوان : بازدید از آسایشگاه خیریه سالمندان کهریزک

معرفی اجمالی ـ محل بازدید

آسایشگاه کهریزک با ۱۶۰۰ مدد جو در ۳۵ کیلومتری جنوب شرقی تهران واقع شده است. آسایشگاه دارای دو قسمت معلولین جسمی و ذهنی جوان و قسمت سالمندان است. بخش‌های جانبی مانند بخش MS، در درمانگاهها بیمارستان‌ها، کارگاه‌های توانبخشی می‌باشد.

هدف

۱ ـ آشنایی با ساختار یک سازمان غیردولتی از نظر

ـ شکل گیری و مشارکت مردم

ـ نحوه تصمیم گیری و مدیریت در آن

ـ تامین بودجه و هزینه برای موسسه

۲ ـ آشنایی با فعالیّت‌های مدد جویان در آسایشگاه

۳ ـ آشنایی با بهداشت محیط و عوامل موثر بر آن در آسایشگاه مربوطه

وظایف دانشجو در عرصه

- شرکت در جلسات معارفه و بخش‌های مورد بازدید
- برقراری ارتباط با مدد جویان در بخش‌های مورد بازدید
- مشارکت در بحث‌های گروهی

نحوه گزارشFeed Back

- بیان وظایف آسایشگاه در قبال سلامتی مددجویان
- بیان نقاط قوت و ضعف مراقبت‌ها در آسایشگاه

وظایف استاد

- معرفی آسایشگاه و بیان اهداف بازدید
- توضیح نحوه کار مددجویان در جریان بازدید از محل کارگاه‌ها
- بیان مفهوم قرنطینه در جریان بازدید از قرنطینه
- توضیح در مورد حجم کار و اهمیّت واحد رختشویخانه آسایشگاه
- توضیح وظایف در درمانگاه بخش بیمارستانی
- بیان نقاط قوت آسایشگاه مراقبت‌ها در آسایشگاه

نحوه ارزشیابی

- گزارش استاد
- گزارش پایانی
- امتحان پایانی

عنوان : بازدید از سازمان‌های غیردولتی (N.G.O)

معرفی اجمالی محل بازدید

سازمان‌های غیردولتی نهادهای مدنی می‌باشند که به صورت غیرانتفاعی و غیردولتی اداره می‌شوند. خدمات در آنجا داوطلبانه بوده و براساس همبستگی و باور با هم بودن به وجود آمده است که باعث مشارکت طیف وسیعی از مردم از تمامی سن و جنس، مذاهب و فرهنگ و سطوح اقتصادی و اجتماعی می‌گیرد و می‌تواند در تمام عرصه‌های فرهنگی و اجتماعی که در ارتقا، و سلامت جسمی و روانی جامعه دخالت دارد فعالیت نماید.

هدف

- آشنایی با این نهادهای مدنی به منظور فراگیری نحوه شکل‌گیری سازمان‌های غیردولتی

- آشنایی با خصوصیات خدمات داوطلبانه در این سازمان‌ها
- آشنایی با فواید اینگونه سازمان‌ها در ارتباط با سلامت
- شناخت اصولی که بر پایه آنها سازمان‌های غیردولتی به وجود آمده
- شناخت تفاوت‌های سازمان‌های دولتی و غیردولتی در ارائه خدمت به مردم و حفظ و ارتقای سلامت آنان

وظایف دانشجو

- با فعالیت‌ها، نحوه شکل‌گیری و اداره سازمان غیردولتی آشنا شود.
- خصوصیات خدمات داوطلبانه را بشناسد و بتواند نقاط قوت و ضعف این خدمات را نسبت به خدمات غیردولتی بیان کند.
- از اصول و اساسنامه مربوط و اهداف سازمان‌های غیردولتی مورد بازدید در ارائه خدمات آگاه شود.
- مشاهده و استماع توضیحات در مورد فعالیت سازمان و پرسش و پاسخ‌های لازم در جریان بازدید
- گزارش پایانی

وظایف استاد

- توضیح ساختار و نوع فعالیت و ماهیت خدمات داوطلبانه سازمان غیردولتی مورد بازدید
- نظارت و هماهنگی گروه در بازدید از عرصه و پاسخ به سوالات دانشجویان

عنوان : بازدید از بیمارستان و پلی کلینیک تخصصی و بیمه

معرفی اجمالی محل بازدید

در نظام شبکه بهداشت و درمان شهرستان، بیمارستان با حداقل چهار بخش اصلی (Major) وظیفه ساماندهی وارائه خدمات بیماران بستری را بعهده دارد. این بخش‌ها عبارتند از داخلی، اطفال، جراحی، زنان و مامایی. بیمارستان از ارگان مهم شبکه بهداشت و درمان می‌باشد. پلی کلینیک شهرستان با درمانگاههای تخصصی وظیفه ارائه خدمات تخصصی سرپایی را بعهده دارد و اداره بیمه مستقر در شبکه بهداشت و درمان با توجه به تغییرات ایجاد شده از جایگاه آموزش خوبی برخوردار می‌باشد.

هدف

هدف کلی آشنایی با ساختار و جایگاه بیمارستان و پلی کلینیک و اداره بیمه در سیستم شبکه بهداشت و درمان شهرستان

اهداف اختصاصی

- آشنایی با بیمارستان شهرستان و شرح وظایف

- آشنایی با ضریب اشغال تخت و Turn over
- آشنایی با نحوه ارجاع بیماران
- آشنایی با شرح وظیفه و ساختار پلی کلینیک تخصصی
- آشنایی با قوانین و مقررات بیمه در ایران

نحوه اجرا

دانشجویان همراه با استاد راهنما و رئیس بیمارستان و پلی کلینیک بیمه یا نماینده آنها از مراکز فوق بازدید و نسبت به اهداف اختصاصی توجیه و آشنا می‌شوند.

وظایف دانشجو

حضور فعال در بازدید و جلسه آموزش و تهیه گزارش نهایی بر مبنای بازدید.

وظایف استاد

هماهنگی بین مسئولین مراکز فوق و دانشجویان و هدایت مطالب به سوی اهداف اختصاصی

نحوه ارزشیابی

براساس مشارکت فعال و گزارش بازدید

عنوان : بازدید از فرمانداری

معرفی اجمالی فرمانداری

هر شهرستان، کوچکترین واحد مستقل کشوری محسوب می‌شود و فرمانداری محل رهبری و هدایت شهرستان می‌باشد هر تصمیمی در رابطه با کل شهرستان از طریق شورای اداری شهرستان در محل فرمانداری اتخاذ می‌گردد. آشنایی دانشجویان با این ساختار از اهمیّت اساسی برخوردار است.

هدف

هدف کلی آشنایی با ساختار مدیریت کلان شهرستان

اهداف اختصاصی

- آشنایی با ادارات تحت پوشش فرمانداری با تاکید بر اداراتی که نقش بیشتری در سلامتی جامعه دارند.
- آشنایی با نحوه مدیریت شهرستان
- آشنایی با وضعیت اقتصادی اجتماعی و فرهنگی شهرستان
- آشنایی با چالش‌های موجود در شهرستان

- آشنایی با واحدهای مستقر در فرمانداری

نحوه اجرا

دانشجویان، همراه با استاد راهنما در جلسه‌ای با حضور فرماندار محترم شهرستان یا نماینده ایشان نسبت به مسائل فوق توجیه و در پایان از واحدهای مستقر در فرمانداری بازدید می‌نماید.

وظایف دانشجو

شرکت فعال در جلسه آموزش و در پایان تجزیه و تحلیل اطلاعات بدست آمده و تهیه گزارش بازدید.

وظایف استاد

هماهنگی بین دانشجویان و فرمانداری و هدایت مطالب به سوی اهداف اختصاصی

نحوه ارزشیابی

براساس مشارکت فعال و گزارش پایان بازدید.

منابع

1. Carole Lium Edelman, Carol Lynn Mandell, Mosby, 1994.

2. Dianne Hales, An invitation to health, 9th edition, Brooks Publishing Company, 2002.

۳ ـ لنو ن، گوردیس : اپیدمیولوژی، ترجمه و تنظیم دکتر حسین صباغیان و کوروش هلاکویی نائینی، سال ۱۳۸۲.

٤ ـ گزارش جهانی سلامت، سال ۲۰۰۲، کاهش خطرات، ارتقای زندگی سالم، ترجمه : احمدوند، جمشیدی، ستوده، سیاری، . . . ، زمستان سال ۱۳۸۱.

٥ ـ نقوی، جمشیدی: بهره‌مندی از خدمات سلامت سال ۱۳۸۱ در جمهوری اسلامی ایران، معاونت بهداشتی، سال ۱۳۸٤

٦ ـ گزارش اجمالی، عملکرد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. (قابل دستیابی: فروردین ۱۳۹۸).
http://behdasht.gov.ir/index.jsp?fkeyid=&siteid=1&pageid=10995

کتاب جامع

بهداشت عمومی

فصل ۱۳ / گفتار ۲ / دکتر سوسن پارسای، دکتر حیدرنیا، دکتر کلاهی، دکتر سهرابی، دکتر حوریه شمشیری، دکتر محمدی

تماس زودرس با بیمار

فهرست مطالب

تماس زودرس با بیمار ۲۸۵۶

اهداف درس ۲۸۵۹

تعریف بیماری و ابعاد آن ۲۸۶۱

تاثیر بیماری بر خانواده بیمار و جامعه ۲۸۶۶

شناخت نیازها ۲۸۶۸

تنوع نیازهای سلامت در گروه‌های مختلف سِنی، جنسی، اجتماعی ۲۸۶۹

اسرار حرفه‌ای و اخلاق پزشکی ۲۸۷۲

اخلاق پزشکی ۲۸۷۳

حقوق بیمار ۲۸۷۴

اصول اخلاق پزشکی June 2001 ..... ۲۸۷۴

منشور حقوق بیمار ۲۸۷۵

سلامت و رفاه ۲۸۷۶

ویژگی‌های یک پزشک خوب ۲۸۷۸

روش‌های ارتباط پزشک با بیمار ۲۸۷۹

مهارتهای ارتباطی ۲۸۸۱

برقراری ارتباط با بیمار ۲۸۸۲

مهارتهای گوش دادن شامل ۲۸۸۲

یک مدل ساده برای مصاحبه با بیمار ۲۸۸۴

شرح حال بیمار ۲۸۸۵

علل عدم همکاری بیمار ۲۸۸۵

مصاحبه با خانم‌های باردار ۲۸۸۶

مصاحبه با سالمندان ۲۸۸۷

مهارت گوش دادن ۲۸۸۸

افزایش مهارت گوش دادن ۲۸۹۰

عوامل مخدوش کننده مصاحبه ۲۸۹۰

بیمارستان‌های آموزشی و خدماتی ۲۸۹۲

طبقه‌بندی بیمارستان‌ها ۲۸۹۲

الف ـ انواع بیمارستان بر حسب وظیفه ۲۸۹۲

بیمارستان عمومی ۲۸۹۲

بیمارستان تخصصی ۲۸۹۲

بیمارستان آموزشی ۲۸۹۳

بیمارستان صحرایی ۲۸۹۳

ب ـ انواع بیمارستان بر حسب مالکیت ۲۸۹۳

بیمارستان دولتی ۲۸۹۳

بیمارستان خصوصی ۲۸۹۳

بیمارستان خیریه ۲۸۹۳

واحدهای بیمارستان ۲۸۹۳

ب ـ ورود به بیمارستان جهت استفاده از خدمات پیشگیری، تشخیصی و توانبخشی ۲۸۹۹

آمار بیمارستانی و استفاده از کامپیوتر ۲۹۰۰

تخصص‌ها و فوق تخصص‌های موجود در بیمارستان‌ها ۲۹۰۱

کارکنان بیمارستان‌ها ۲۹۰۲

۱ ـ پزشک (عمومی، متخصص، فوق تخصص) ۲۹۰۲

۲ ـ پرستار ۲۹۰۴

۳ ـ ماما ۲۹۰۵

۴ ـ بهیار ۲۹۰۶

۵ ـ کمک بهیار ۲۹۰۷

۶ ـ اطاق عمل ۲۹۰۸

الف ـ کاردان اطاق عمل ۲۹۰۸

ب ـ تکنسین اطاق عمل ۲۹۰۸

۷ ـ هوشبری ۲۹۰۸

الف ـ کارشناس هوشبری ۲۹۰۸

ب ـ کاردان هوشبری ۲۹۰۹

ج ـ تکنسین هوشبری ۲۹۰۹

۸ ـ رادیولوژی ۲۹۱۰

الف ـ کارشناس رادیولوژی ۲۹۱۰

ب ـ کاردان رادیولوژی ۲۹۱۰

ج ـ تکنسین رادیولوژی ۲۹۱۱

۹ ـ آزمایشگاه ۲۹۱۱

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

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 متذکّر 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 اساسی ترین 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 مقدّس 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 آلام 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 همنوعی 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 محوریّت بیمار یا برتری رای او تنظیم می‌گردد و برخلاف سابق از یگانگی نظر پزشک فرهنگ‌ها فاصله دارد. به همین علّت 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 اوّل 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 شفا 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 علّت 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. علّت 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 ـ 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 بدنیا 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 صِرفاً از طریق آزمون‌های پاراکلینیکی، قابل تشخیص بوده و اصطلاحاً **عفونت (Infection)** نامیده می‌شوند. مثلاً کسانی که عامل توبرکولوز (سِل) 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 ننماییم عامل عفونتزا تحت شرایط خاصی به ما نیز انتقال یابد.

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

خصوصیات بیولوژیک مانند، هوش، استعداد، واکنش‌های رفتاری و مکانیسم‌های دفاعی روانی، علاوه برآن توانایی تطابق با محیط از اهمیّت 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 ـ عوامل مربوط به فرد بیمار

۲ ـ 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 ازجمله سرطان‌های روده بزرگ و سرطان شبکیه 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 ازجمله 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 ـ 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 نَشستن 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 جمعیّت 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 جمعیّت 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 سوادی و بیسوادی 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. درضمن 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. مادربزرگ 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 اوّل، 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 دوّم، 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 صِرف و توصیه به جامعه‌نگری و جامع نگری

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 مادربزرگ 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 می‌طلبید.

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 مادربزرگ خود، موجبات ابتلاء سایر اعضاء خانواده را نیز فراهم کند. در حالی که توجه به تماس با مادربزرگ 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 مادربزرگ وی به عنوان مخزن بیماری نیز می‌شد. پس برای ریشه‌کنی این بیماری از آن خانه باید:

- مادربزرگ 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 اعضاء 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 اوّلیه، 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 ویزیت 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 اوّلین و اساسی‌ترین نهاد اجتماعی است و عبارت است از مجموع مشترک دو یا چند نفرکه 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 قایل هستند :

۱ ـ خانواده هسته‌ای یا Traditional Nucleus Family

۲ ـ خانواده گسترده

۳ ـ 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 ومرگ 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

روحی، 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 اعضاء 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 اعضاء خانواده به بیماری عفونی و مُسری 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 اهمیّت 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 اوّلین 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 آنهایی هستند که محتاج پیشگیری، درمان، کنترل و ریشه‌کنی هستند. مانند مراقبت‌های اوّلیه، ثانویه، آب آشامیدنی سالم، دفع فاضلاب، رفاه و سلامت خانواده، تغذیه ایمن و کافی، ارتباط جنسی ایمن.***

تنوع نیازهای سلامت در گروه‌های مختلف سِنی، 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 سنّی، 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 سنّی خاصی است. در ابتدای دوران کودکی، بیماری‌های عفونی، بیشترین علّت 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 اوّلیه 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 اوّلیه 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، متاسفانه 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 اهمیّت چندانی نمی‌دهند و خود را در درجات بعدی قرار میدهند، باید استرس‌هایی را که به علّت 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 سئوال است. به همین علّت 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 کارآیی (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 کارآیی فکری بالایی را داشته و فعالیت بدنی خود را حفظ می‌کنند.

سالمندی تاثیر 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 تغیر 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 (signs و Symptoms) بیماری‌ها کاملاً متفاوت با جوانان و میانسالان است.
- ❖ تحمل استرس در آن‌ها کمتر است و معمولاً از دست دادن یکی از اعضاء 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 تامین مالی خدمات سلامتی دارند، در معرض مشکلات سلامتی بیشتری نیز قرار دارند. لذا در تمام سطوح نظام سلامت از سیاستگذاران و مدیران ارشد

گرفته تا 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 به سزایی دارد. الگوهای فرهنگی، میزان درآمد و پیامدهای آن و شرایط محیطی از طبقه اجتماعی، متاثر است. نیازهای سلامت در یک فرد فقیر با یک فرد مرفه متفاوت است. یک نفر از کمبودهای تغذیه‌ای رنج می‌برد، دیگری به دنبال چاره‌ای برای اضافه وزن خود است ! یکی، اوّلین فکری که با دریافت حقوق به ذهنش میرسد، تامین مایحتاج اوّلیه 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 IPC (Inter Personal Communication) 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 مارا قادر می‌سازد که این دانش و آگاهی‌ها را به طور موفقیت‌آمیز در مواقع لزوم بکاربریم و باید:

۱ ـ به مسائل اخلاقی در شرایط مختلف، حساس بوده و در مورد آن بیاندیشیم.

۲ ـ به قوانین و مقررات حرفه خود آشنایی کامل داشته و حرفه خود را بشناسیم و بتوانیم ارزیابی نماییم.

رعایت اخلاق پزشکی و حقوق جامعهٔ هدف توسط پزشک

- ✓ بالابردن سطح آگاهی عمومی مردم.
- ✓ کار و خدمت که در اصل برای دیگران باشد.
- ✓ موفقیت در کار و تشخیص و درمان که باید پیش از مسایل مالی آن سنجیده شود.
- ✓ خودکفایی در 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 اهمیّت 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.

متاسفانه 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. دانشجو از اوّلین 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 تصمیم گیری‌های پزشکی.*** بزرگی و وسعت این تعریف را در دو قسمت می‌توان خلاصه و تعریف کرد.

۱ ـ اصول ارزشها

۲ ـ حوزه‌های تصمیم گیری‌های 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 دوّم : 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 ـ آموزش پزشکی

۲ ـ ارائه خدمات

۳ ـ پژوهش

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

۱ ـ تصمیم گیری‌های پزشک

۲ ـ تصمیم گیری‌های سیستم بهداشت و درمان

و **اخلاق پزشکی** ***یعنی این که در تمام این تصمیم گیریها 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 تصمیم گیری‌های 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 ودر درجه اوّل 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 شئونات 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 اوّل در جهت حفظ منافع بیمار گسترش یافته است. به عنوان یک عضو در این حرفه، اوّلین 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 ـ پزشک باید تعهد کند که تمام جنبه‌های مراقبت پزشکی را با دلسوزی و حفظ احترام به شان و حقوق بیمار

انجام دهد.

۲ ـ یک پزشک باید معیارهای استاندارد شده مربوط به تخصص خود را مراعات کند. در تمام ارتباط‌های حرفه‌ای‌اش باید صادق باشد.

۳ ـ 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 ـ 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 ـ 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 ـ 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 ـ پزشک مسئولیت دارد، در فعالیّت‌هایی که در رفاه جامعه و بهبود سلامت مردم موثر هستند شرکت نماید.

۸ ـ پزشک باید در تمام طول مدت درمان و همراهی با بیمار، رعایت حقوق و مقام بیمار را در درجه اوّل اهمیّت بداند.

۹ ـ یک پزشک باید حامی تمام مردم برای رسیدن به مراقبت‌های بهداشتی باشد.

منشور حقوق بیمار

۱ ـ 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 ـ بیمار حق دارد محل بستری، پزشک، پرستار و سایر اعضای گروه معالج خود را در صورت تمایل بشناسد.

۳ ـ 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 ـ 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 ـ 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 ـ 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 ـ 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 ـ 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 ـ بیمار حق دارد با کسب اطلاع کامل از نوع فعالیّت‌های 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 ـ بیمار حق دارد در صورت ضرورتِ 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 رضایت‌بخش‌تر و با کیفیت بالاتر است را تجربه کنیم. وقتی نوع زندگی (life style) ما براساس تغییرات لازم در جهت بالا بردن کیفیّت 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 تحرّک، 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 مارا 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 ـ 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 بیاندازد 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 ـ 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 ـ حساس بودن (Susceptibility) : بدانند که در خطر فراوان در مورد این رفتار غیرسالم هستند.

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

۳ ـ 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 نمی بینند، مشکلات برای دیگران اتفاق می‌افتد نه برای آنان و اگر واقعاً رفتار خطرناکی باشد آنان این خطر را حس خواهند کرد و یک 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 مشکل آن 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 شدّت 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 دایمی 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 ازجمله 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 کلّیه اجزای زندگی همه آحاد 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 سنّی مواجه می‌شوند. این افراد گرچه با هم فرق دارند امّا 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 امّا در مورد بیماری‌های مزمن، مقبولیّت خود را از دست داده است. در این روش، پزشک درمان بیماری را بر عهده می‌گیرد امّا بیمار هیچ اراده و کنترلی در روند درمان ندارد.

مدل هدایت ـ 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 سوّم 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 کفایت درمان را بررسی کنند. براساس اصول اخلاق پزشکی عملکرد پزشک نباید هیچ گونه صدمه عمدی چه از طریق یک اقدام غلط و یا غفلت از انجام کاری را به بیمار برساند و تلاش‌های صورت گرفته جهت درمان باید به نفع او باشد و این به معنی فراهم آوردن یک استاندارد قابل قبول و مناسب برای مراقبت از بیمار است که احتمال آسیب رسانی به وی را 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 ضروری ترین 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 صِرف 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 بیمارش را می‌نگرد. او بیمار را بر خود ارجح میداند 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 موثر ترین 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 جدیّت 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 ثمرهٔ 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 : ***"شب 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 مُبدعِ 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 ارائه کنندگان خدمت تماس دارند که مستلزم کسب مهارت برقراری ارتباط بین فردی است. از طرف دیگر آنها شاهد تنوع سنی، جنسی، فرهنگی، وضعیت اقتصادی ـ اجتماعی، شخصیت و ابعاد روانی، اعتقادات مذهبی و ادراک بیماران هستند. این تنوع، حساسیت و انعطاف پذیری 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 اهمیّت 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 دانشجو 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 طوطی‌وار، تقلید شوند بلکه آنها را به ذهن سپرده و در مواقع لازم بکار روند:

آماده شدن برای مصاحبه:

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

خوشامدگویی و معارفه:

در این قسمت دانشجو باید ضمن خوشامد گویی 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.

- تصمیم گیری و مدیریت: با استفاده از اطلاعات مراحل قبل در مورد مشکل بیمار تصمیم گیری 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. بی‌تفاوتی نسبت به این احساسات موجب خدشه‌دار شدن ارتباط پزشک و بیمار می‌شود.

درک اشارات غیرکلامی بیمار : بیمار ممکن است همیشه مسایل را به طور مستقیم و شفاف بیان نکند. این مسئله به خصوص در حیطه‌های خصوصی که فرد از بیان آن شرم دارد، مواردی که نیاز به تاکید یا تکذیب دارد یا بنا به دلایل خاص استفاده از عبارات کلامی میسر نیست، صادق است. گاهی نیز در همراهی با عبارات کلامی به کار میرود. لذا مصاحبه کننده باید به حرکت سر، دست، چشم بیمار، حالات چهره و ... بیمار توجه داشته باشد و پیام‌های آنها را دریافت کند.

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 می‌کند که او به سخنان وی توجه نمی‌کند.

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 می‌کند. 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 دوّم پزشکی است و این اوّلین دوره‌أی است که مستقیماً با بیماران مصاحبه می‌کند 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، علّت 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 **علّت 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 کنـــد: « 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 پسخوراند کمک کننده است.
- ✓ از بیمار صمیمانه تشکر شود.

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

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 سلامتیش. 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 اوّلین 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:

- ✓ اوّلین 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 ـ ثبت مصاحبه

مراحل مصاحبه	نکات. شامل چگونگی برقراری ارتباط
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 پسخوراند 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 غیرکلامی 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 خود داری 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 ـ (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 سوّم 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 ٤ بخش عمده تقسیم کرد

۱ ـ 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 توام با احساس و با تناوب باشد. ارتباط چشمی باید بر حسب تحمل فرد مصاحبه شونده تنظیم شود. گاه 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 توجّه 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 غیرکلامی 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 ـ 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 ـ 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 ـ 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 بیهوده، خیره شدن به بیرون از اطاق و ...
- در حین شنیدن صحبت‌های مصاحبه شونده در فکر پاسخ دادن به او باشد
- خواندن فکر بیمار: پیش خود فکر کند 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 فعالیّت‌های پژوهشی
۴) آموزش علوم پزشکی

طبقه‌بندی بیمارستان‌ها

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

الف ـ 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 (مهدیه)
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 ـ انواع بیمارستان بر حسب مالکیت

بیمارستان دولتی

یکی از انواع بیمارستان بیمارستان عمومی، بیمارستان تخصصی، بیمارستان آموزشی، بیمارستان صحرایی و . . . که تولیت آن بر عهده یکی از ارگان‌های دولتی و ازجمله، 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 ـ واحدهای ارائه خدمات سلامت

۱ ـ اورژانس

۲ ـ تحت نظر

۳ ـ درمانگاه‌های تخصصی و واحدهای کمکی ضمیمه (اطاق گچ‌گیری، نوار قلبی، شنوایی سنجی، اکوکاردیوگرافی، برونکوسکوپی، اندوسکوپی، اسپیرومتری، دانسیتومتری، الکتروانسفالوگرافی (EEG) و ...)

۴ ـ واحدهای تشخیصی

الف ـ آزمایشگاه

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

ب ـ رادیولوژی

- X-Ray
- سونوگرافی
- CT-Scan
- MRI

ج ـ پاتولوژی

۵ ـ 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، جرّاحی قلب، جراحی عروق و پیوند)

۶ ـ اطاق عمل

۷ ـ بخش مراقبت‌های قلبی Coronary Care Unit (CCU)

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

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

۱۰ ـ سایر: فیزیوتراپی، رادیوتراپی، دندانپزشکی

ب ـ واحدهای اداری ـ پشتیبانی

- پذیرش
- ترخیص

- آمار
- مدارک پزشکی
- بایگانی پزشکی
- مددکاری اجتماعی
- واحد استریلیزاسیون Central sterilization room (CSR)
- 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 عملیّات و خروجی است. جدول ۲ ـ 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 اهمیّت تلقی می‌گردد. واحد پذیرش به دو بخش بیماران سرپایی (پذیرش درمانگاه) و پذیرش بیماران بستری تقسیم می‌گردد.

الف ـ پذیرش سرپایی

ب ـ پذیرش بیماران بستری

جدول ۲ ـ مراحل خدمات بیمارستانی

ورود به بیمارستان (پذیرش)	فرآیند	خروج از بیمارستان (ترخیص)
الف ـ به عنوان بیمار		
مراجعه به درمانگاه‌های بیمارستان مراجعه به اورژانس مراجعه مجدد برای پیگیری بیماری قبلی ارجاع از مراجع خارج از بیمارستان	اقدامات تشخیصی درمانی سرپایی	خروج با دستورات دارویی، غذایی و رفتاری ارجاع به پزشک یا بیمارستان دیگر
مراجعه به درمانگاه‌های بیمارستان مراجعه به اورژانس مراجعه مجدد برای پیگیری بیماری قبلی ارجاع از مراجع خارج از بیمارستان	بستری در بخش‌های بیمارستان	بهبودی ارجاع به بیمارستان دیگر خروج با رضایت شخصی فوت فرار از بیمارستان

ب ـ 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 اهمیّت 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:

۱ ـ ثبت جابجایی بیماران در داخل بیمارستان، شامل ورود، خروج یا انتقال، مشاوره‌های بیرون بیمارستان.

۲ ـ جمع‌آوری اقدامات پزشکی بر روی هر بیمار (اعم از رادیولوژی، بیولوژی، جراحی و غیره).

۳ ـ 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 ـ 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.

اهمیّت 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، دوّم 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 اهمیّت 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 پز شکی
  - 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 کتباً 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 ـ 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 تحیل عملکرد آن سازمان ایفا نموده وکمک موثری در ارزشیابی فعالیّت‌ها و برنامه‌ریزی طرح‌ها و فعالیّت‌های آینده می‌نماید. نظر به طبیعت کارکرد سازمان‌های بهداشتی درمانی، که مستقیماً به حیات انسان‌ها بستگی دارد، وجود آمار و اطلاعات از ارزش زیادی بر خوردار است.

باتوجه به اینکه بیمارستان یک واحد کاملاً تخصصی است تهیه آمار بر حسب نوع فعالیّت‌های تخصصی، از دیدگاه مدیریت و نظارت بر کمیّت و کیفیّت خدمات ارائه شده و برنامه‌ریزی و کنترل فعالیّت‌های مختلف که در بخش‌های گوناگون انجام می‌شود، اهمیّت دارد. آمار بیمارستانی، عبارت است از انعکاس کلیه فعالیّت‌های 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 فعالیّت‌های کمّی و نیز انعکاس مالی و ریالی فعالیّت‌ها بدست می‌آید.

آمار بیمارستانی اگر به صورت صحیح جمع آوری، 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 کار آیی 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 اهمیّت خواهد یافت که پس از طبقه‌بندی، با دیدی انتقادی مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرد.

مهم‌ترین آمار بیمارستانی به شرح زیر است:

۱ ـ 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 ـ آمار روزانه بیمارستان که بر اساس آمار دریافتی از بخش‌های مختلف و قسمت پذیرش به وسیله مدارک پزشکی تهیه می‌شود.

۳ ـ 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 ـ آمار پذیرش وترخیص 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 مدّت 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 ـ 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 بهداشت و تنظیم خانواده.
- تهیه گزارش از فعالیّت‌های 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 خریدها 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 جمع آوری 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 فعالیّت‌های بهداشتی و درمانی.

۲ ـ 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 فعالیّت‌های 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 مقرّرات 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 اوّل متوسطه و طی دوره دو ساله یا یک ساله پرستاری و حصول تجارب لازم

۳ ـ 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 فعالیّت‌های 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 گوا هی ولادت و گزارش ولادت.
- تزریق داروهای مورد نیاز، بنا به تجویز پزشک و تجویز وسایل و داروهای جلوگیری از بارداری.
- پیش بینی برنامه‌های کوتاه‌مدّت 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

٤ ـ بهیار

وظایف کلّی بهیاران، همکاری در فعالیّت‌های 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 اوّل 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 اوّل 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 مددیار پزشکی با طی دوره حداقل دو ماهه کارآموزی و حصول تجارب لازم

۵ ـ کمک بهیار

وظایف کمک بهیاران بطور کلّی 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 بیماران از قبیل: روتختی، روبالشی، پتو و غیره.
- کمک به بیماران برای نشست و برخاست و راه رفتن و کمک به رفع احتیاجات ضروری ایشان با رعایت کلّیه دستورات پزشک معالج.
- نظافت بیماران از قبیل: حمام دادن و شستن دست و روی و کوتاه کردن ناخن و تعویض ملحفه آنها و غیره.
- کمک به پزشک، ماما، پرستار و بهیار در کلینیک‌های پزشکی برای معاینه و درمان زنان باردار و سایر مسائل مربوط.
- تنظیم پرونده جهت مراجعین و آماده کردن بیمار برای معاینه پزشک.
- خوراندن غذا به شخص بیمار در موارد لزوم و 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 اوّل متوسطه و طی دوره آموزشی در زمینه مربوطه و حصول تجارب لازم
- گواهینامه پایان تحصیلات دوره اوّل 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

٦ ـ اطاق عمل

الف ـ 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 جرّاحان و سایر پزشکان و متخصصین در موقع عمل و در اختیار گذاشتن وسایل جرّاحی مورد نیاز.

ب ـ 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 ـ هوشبری

الف ـ 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 ـ 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 ـ 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 ـ 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 ـ رادیولوژی

الف ـ 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، تشریک مساعی در انجام کارهای روزانه ازجمله 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 ـ کاردان رادیولوژی

کاردان رادیولوژی، عهده‌دار انجام وظایف مربوط به فعالیّت‌های 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 فعالیّت‌های اساسی خدمات رادیولوژی همکاری می‌نمایند. انجام این فعالیّت‌ها 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 برکار تکنسین‌های تحت سرپرستی.

ج ـ 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 مدّت تشعشع لازم و سایر عوامل فنی که جهت رادیو گرافی و یا فلوروسکوپی از عضو مورد نظر بیمار بعمل می‌آید.
- کنترل کلیدهای دستگاه رادیوگرافی.
- اقدام به رادیولوژی سطحی بیماران طبق دستور رادیولوژیست مربوطه.

۹ ـ آزمایشگاه

الف ـ 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 فعالیّت‌های 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 فعالیّت‌های مربوطه یا همکاری در انجام فعالیّت‌های 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 اوّلیه 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 فرآوده‌های 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، دبیری طبیعی، دبیری 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،سرولوژی، ایمونولوژی، هماتولوژی، انگل شناسی، میکروبیولوژی، بیولوژی سلولی و مولکولی، پاتوبیولوژی، پاتولوژی و میکروب شناسی می‌باشد.

ب ـ 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 ویا با کارشناسان این رشته در زمینه تهیه طرح‌ها و انجام فعالیّت‌های 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 ـ تکنسین آزمایشگاهی

تکنسین آزمایشگاهی عهده‌دار انجام وظایف حرفه‌ای آزمایشگاهی از قبیل تهیه و گرفتن نمونه‌های مجاز آزمایشگاهی از انسان یا حیوان و جمع‌آوری نمونه‌های اوّلیه غذایی و دارویی به منظور کمک در تشخیص بیماری‌ها یا کیفیّت وکمیّت‌های 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 ـ کارشناس امور روانی

کارشناس امور روانی، عهده‌دار انجام کارهای تخصّصی 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 فعالیّت‌های 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 اَخَص و طی دوره آموزشی در زمینه مربوطه و حصول تجارب لازم .

۱۱ ـ بینایی سنجی

الف ـ کارشناس بینایی سنجی

کارشناس بینایی سنجی، عهده‌دار انجام کارهای تخصصی، مطالعاتی و برنامه‌ریزی در زمینه‌های مربوط به خدمات اپتومتری از قبیل گرفتن حدّت بینایی، تشخیص و تعیین عیوب انکساری چشم، دوبینی، هیپرمترویی، پیرچشمی، انواع آستیگماتیسم با کمک عینک و تشخیص و اصلاح انواع استرابیسم (لوچی)، افتالموسکوپی، گراتومتری بیومیکروسکوبی، ریفرکتومی پریمنتری، 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 فعالیّت‌های مذکور را بعهده 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 آستیگماتیزم،انواع اترابیسم با کمک دستگاههای مربوطه ودر صورت لزوم مپرریاز 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 ـ 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 فعالیّت‌های اساسی خدمات بینایی سنجی همکاری می‌نمایند.

ج ـ 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 ـ شنوایی سنجی

الف ـ 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 دیاپازون و آموزش افراد برای تهیه ادیوگرام می‌باشند. و یا سرپرستی و طرح‌ریزی و هماهنگی فعالیّت‌های 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 دیاپازون.

- تجویز و تعیین نوع سمعک 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 ـ کاردان شنوایی سنجی

کاردان شنوایی سنجی، عهده‌دار انجام امور مربوط به آزمایش‌های تکمیلی برای تعیین محل ضایعه، آزمایش‌های مختلف اتروکوکلر و تعیین نوع سمعک می‌باشند و یا با کارشناسان این رشته در زمینه انجام فعالیّت‌های اساسی مربوط به خدمات شنوایی سنجی همکاری لازم را بعمل می‌آورند. انجام این فعالیّت‌ها ممکن است برحسب پست مورد تصدی، متضمن نظارت و سرپرستی نیز باشد.

ج ـ 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 ـ امور توانبخشی

الف ـ 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 فعالیّت‌های مذکور را بعهده دارند.

نمونه وظایف و مسئولیت‌ها:

الف ـ 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 فعالیّت‌های روزانه.
- تشخیص، طرح‌ریزی و ساختن وسایل کمکی (اسپیلنت) برای معلولین با در نظر گرفتن نوع معلولیّت و آموزش لازم جهت کاربرد آن به بیماران.

ب ـ 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 ـ 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 فعالیّت‌های اساسی خدمات توانبخشی و فیزیوتراپی همکاری می‌نمایند. انجام این فعالیّت‌ها ممکن است برحسب پست مورد تصدی متضمن نظارت و سرپرستی نیز باشد.

ج ـ 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 فعالیّت‌های

روزانه، ساختن وسایل کمکی (اسپیلنت) برای معلولین با در نظر گرفتن نوع معلولیّت 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.

۱٤ـ امور دارویی

الف ـ 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 فعالیّت‌های 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 فعالیّت‌های مربوط به امور دارو و تهیه طرح‌ها و پیشنهادهای اصلاحی.
- رسیدگی اوّلیه 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 ـ کاردان امور دارویی

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

ج ـ 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 ـ تغذیه و رژیم‌های غذایی

الف ـ 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 فعالیّت‌های 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، زیست شناسی، پزشکی، دامپزشکی، بیوشیمی، داروسازی شیمی مواد غذایی و ترجیحاً تغذیه، علوم بهداشتی و رژیم شناسی و حصول تجارب لازم

ب ـ 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 فعالیّت‌ها ممکن است برحسب پست مورد تصدی متضمن نظارت و سرپرستی نیز باشد.

ج ـ 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 ـ کارشناس امور بیمارستان‌ها

کارشناس امور بیمارستان‌ها امور مربوط به فعالیّت‌های 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 ـ 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 عملیّات و فعالیّت‌های 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 ـ تحت عنوان کارشناس امور بیمارستان‌ها و مشاغل نظیر.

- انجام مطالعات و بررسی‌های لازم در زمینه نیازهای پرسنلی بیمارستان‌ها و ارائه راه حل‌های 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 کمیّت و در جهت ایجاد هماهنگی در بیمارستان‌ها و نظارت بر اجرای طرح‌های تهیه شده.
- جمع آوری اطلاعات مربوط به نیازهای کلّی 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 فعالیّت‌های مراکز درمانی با توجه به امکانات هریک 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.

۱۷ـ 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 فعالیّت‌های فوق را عهده‌دار می‌باشند.

۱۸ـ 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 ـ پزشکی قانونی

الف ـ 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 فنّی 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 ـ تکنسین پزشکی قانونی

تکنسین پزشکی قانونی تحت نظارت پزشک (آسیب شناس) در آماده نمودن اجساد برای معاینات کالبدشکافی، نمونه‌برداری 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 ـ 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 بازگردانیدن 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 ـ 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 فعالیّت‌ها:

- 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 اوّلیه در صورت بروز خطر.
- دقیق کردن آزمایش در نقاط مشکوک.
- انجام مراقبت لازم در حفظ و نگهداری دستگاه‌ها و تعمیرات جزئی و گزارش عیوب کلّی به سرپرست مربوطه جهت برطرف کردن آنها.
- خوراندن داروهای تجویز شده توسط پزشک به بیمار یا اتصال سرم به بدن بیمار.

۲۲ ـ مأمور سالن تشریح

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

- ضدعفونی 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.

در عرصه‌های پزشکی و بهداشت، پزشکان و پیراپزشکان، هم ارائه دهنده خدمات و هم گیرندگان خدمات هستند و مردم نیز تنها گیرنده خدمات پزشکی و بهداشتی نیستند بلکه آنان نیز در یک ارتباط و تعامل دو طرفه، قرار دارند

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/facbiol/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