دانشگاه علوم پزشکی بابل

راهنمـــای توجیهی بدو ورود فراگیران
مرکز آموزشی و درمانی آیت اله روحانی

تدوین و گردآوری:

دکتر سید حسن عابدی   دکتر پیام سعادت
دکتر صدیقه سلیمانیان   سمیه اولادی

معاونت آموزش و پژوهشی و دفتر توسعه آموزش بالینی
مرکز آموزشی درمانی آیت اله روحانی
آذر ۱۴۰۲

راهنمای توجیهی بدو ورود فراگیران
مرکز آموزشی و درمانی آیت اله روحانی

تدوین و گردآوری:

دکتر سید حسن عابدی　　　دکتر پیام سعادت

دکتر صدیقه سلیمانیان　　　سمیه اولادی

و با همکاری ریاست و مدیریت بیمارستان، حراست، بهبود کیفیت، آموزش پرستاری، اسناد پزشکی، ایمنی بیمار، کنترل عفونت، فنی و مهندسی، واحد توسعه تحقیقات بالینی، مدیران و کارشناسان گروه‌های آموزشی

فهرست مطالب

مقدمه ۱

فصل اول: آشنایی کلی با مرکز آموزشی درمانی آیت اله روحانی ۲

بخش اول: معرفی ساختار تشکیلاتی مرکز........................ ۳

بخش دوم: چشم‌انداز و رسالت معاونت آموزشی پژوهشی بیمارستان آیت اله روحانی........................ ۴

بخش سوم: چارت سازمانی و تشکیلات مرکز آموزشی درمانی آیت اله روحانی........................ ۵

بخش چهارم: مختصری از تاریخچه مرکز آموزشی درمانی آیت اله روحانی........................ ۶

بخش پنجم: موقعیت فیزیکی بیمارستان ۷

بخش ششم: آدرس و راه‌های ارتباطی مرکز آموزشی درمانی آیت اله روحانی........................ ۸

بخش هفتم: شماره‌تلفن‌های داخلی بخش‌ها و واحدهای مختلف بیمارستان........................ ۹

بخش هشتم: برنامه درمانگاه تخصصی و فوق‌تخصصی مرکز آموزشی درمانی آیت اله روحانی........................ ۱۲

فصل دوم: نکات مهم آموزشی و کاربردی در بیمارستان ۱۳

بخش اول: کلیاتی از اصول یادگیری و آموزش بالینی در محیط بیمارستان........................ ۱۴

بخش دوم: استانداردهای برگزاری گزارش صبحگاهی، ژورنال کلاب، گراند راند و راند آموزشی ۱۵

بخش سوم: پزشکی مبتنی بر شواهد (EBM)........................ ۲۳

بخش چهارم: استدلال بالینی........................ ۳۲

بخش پنجم: اخلاق حرفه‌ای........................ ۴۱

بخش ششم: آیین‌نامه پوشش دانشجویان ۴۶

بخش هفتم: مهارت‌های ارتباطی و رفتاری........................ ۴۸

بخش هشتم: رعایت حقوق گیرندگان خدمت........................ ۵۲

بخش نهم: خطاهای پزشکی........................ ۵۵

بخش دهم: گزارش‌دهی خطا........................ ۵۸

بخش یازدهم: آشنایی با پرونده پزشکی........................ ۵۹

بخش دوازدهم: الزامات پرونده نویسی........................ ۶۳

بخش سیزدهم: الزامات بیمه‌ای........................ ۶۶

بخش چهاردهم: ایمنی بیمار........................ ۷۰

بخش پانزدهم: استانداردهای زیست‌محیطی........................ ۷۵

بخش شانزدهم: کنترل عفونت در بیمارستان........................ ۷۶

بخش هفدهم: حفاظت فیزیکی بیمارستان ۸۴

بخش هجدهم: آتش‌سوزی و اطفای حریق........................ ۸۶

فصل سوم: راهنمای فراگیران علوم پزشکی ۸۹

بخش اول: راهنمای کارآموزان و کارورزان پزشکی عمومی ۹۰

بخش دوم: راهنمای دستیاران تخصصی........................ ۹۶

بخش سوم: راهنمای دستیاران فوق‌تخصصی........................ ۱۰۰

فصل چهارم: فرایند تهیه و تدوین پروپوزال، پایان‌نامه ۱۰۲
فصل پنجم: راهنمای فراگیران پرستاری و مامایی، پیراپزشکی و توان‌بخشی ۱۰۴

فصل ششم: پیوست‌ها ۱۱۰
پیوست شماره ۱: فرم توجیهی بدو ورود فراگیران ۱۱۱
پیوست شماره ۲: فرم ارزشیابی رفتار حرفه‌ای کارآموزان و کارورزان پزشکی ۱۱۲
پیوست شماره ۳: فرم حضوروغیاب فراگیران در برنامه‌های پزشکی ۱۱۳
پیوست شماره ۴: فرم ارزیابی مهارت‌های بالینی DOPS,Mini-Cex ۱۱۴
پیوست شماره ۵: فرم ارزیابی درون بخشی دستیاران ۱۱۶
پیوست شماره ۶: فرم ارزیابی اخلاق حرفه‌ای دستیاران ۱۱۸
پیوست شماره ۷: فرم به‌اشتراک‌گذاری تجارب فراگیران ۱۲۰
پیوست شماره ۸: فرم ثبت و گزارش‌دهی خطا ۱۲۱
پیوست شماره ۹: فرم ارزیابی پرونده‌های پزشکی ۱۲۳
پیوست شماره ۱۰: فرم مواجهات شغلی ۱۲۴
پیوست شماره ۱۱: فرم ارزیابی مربیان بالینی ۱۲۵
پیوست شماره ۱۲: فرم ارزیابی مربیان از فراگیران ۱۲۶
پیوست شماره ۱۳: فرم انتخاب پایان‌نامه ۱۲۷
پیوست شماره ۱۴: فرم طرح تحقیقاتی ۱۲۸

فصل هفتم: فهرست منابع ۱۳۲

مقدمه

فراگیر محترم

بیمارستان آیت اله روحانی بابل از بزرگ‌ترین مراکز آموزشی درمانی در منطقه شمال کشور است که سعی دارد با استفاده از دانش و فناوری روز و با درنظرگرفتن شأن والای انسانی و بهبود زیرساخت‌ها و فرایندهای آموزشی و پژوهشی در راستای چشم‌انداز این مرکز به سرحد شکوفایی علمی و پژوهشی اساتید و فراگیران ارائه طریق نماید.

لذا معاونت آموزشی این مرکز با ایجاد تسهیلاتی نظیر توسعه فضای فیزیکی، سالن همایش، سایت اطلاع‌رسانی، سالن مطالعه، کلاس‌های مجهز آموزشی و تسهیلات سمعی و بصری، امکانات رفاهی پاویون‌ها، سالن غذاخوری دانشجویان و اساتید تلاش نموده در اصلاح زیرساخت‌ها و توسعه آن نقش فعال داشته باشد. ضمناً این معاونت اقداماتی جهت ارتقاء فرایندهای آموزشی و در راستای پیاده‌سازی سیستم مدیریت کیفیت بیمارستان از جمله راه‌اندازی واحد توسعه و تحقیقات بالینی، مستندسازی و پایش فرایندها، ارزشیابی درونی بخش‌های آموزشی و تعامل با اعضای هیئت‌علمی و فراگیران نموده است.

شایان توجه است که این معاونت ایجاد فرهنگ یادگیری و الگوبرداری از بهترین تجارب را به‌عنوان مهم‌ترین اصل در بهبود سیستم آموزش بیمارستان موردتوجه قرار داده است. حال که به لطف خدای بزرگ این توفیق برای ما حاصل شد تا در خدمت شما فراگیران عزیز باشیم، جهت استفاده بهینه آموزشی از امکانات موجود در این مرکز، درصدد برآمدیم تا کتاب حاضر را در ابتدای دوره تقدیم شما نماییم تا از این طریق ضمن آشنایی با قسمت‌های مختلف بیمارستان که در امر آموزش دخیل هستند، شما را با کلیاتی از مقررات آموزشی و نکات اخلاقی ضروری، مهم و چگونگی ارزشیابی در حین و پایان دوره آگاه نماییم؛ لذا از تمامی فراگیران عزیز درخواست می‌نماییم تا با مشارکت همه‌جانبه خود در برنامه‌های بیمارستان ما را در دستیابی به اهداف کلان مرکز یاری نمایند. امید است ضمن رعایت قوانین و مقررات داخلی مرکز، مراتب کسب دانش و موفقیت را با سربلندی پشت سر بگذارید

فصل اول

آشنایی کلی با بیمارستان آیت اله روحانی

بخش اول: معرفی ساختار تشکیلاتی مرکز

ریاست مرکز: دکتر پیام سعادت
متخصص بیماریهای مغز و اعصاب

مدیر پرستاری: فاطمه دماوندی
کارشناس پرستاری

معاون درمان: دکترغلامحسین حاجی آقایی
متخصص طب اورژانس

معاون توسعه: عیسی علیزاده
کارشناس ارشد مدیریت

معاون آموزشی و پژوهشی
دکتر محمد تقی هدایتی
فلوشیپ الکتروفیزیولوژی قلب

مدیر EDO
دکتر پیام سعادت
متخصص بیماریهای مغز و اعصاب

مدیر آموزش
دکتر صدیقه سلیمانیان
دکترای مدیریت آموزشی

بخش دوم: رسالت و چشم‌انداز و معاونت آموزشی پژوهشی بیمارستان آیت اله روحانی

رسالت و چشم‌انداز:

معاونت آموزشی بیمارستان آیت اله روحانی درصدد است با به‌کارگیری اصول مدیریت کیفیت، نظام آموزش پزشکی و پژوهش این مرکز را در راستای دستیابی به مرتبه " اولین مرجع قابل‌اعتماد جهت بیماران و فراگیران و پژوهشگران" در سطح کشور راهبری نماید.

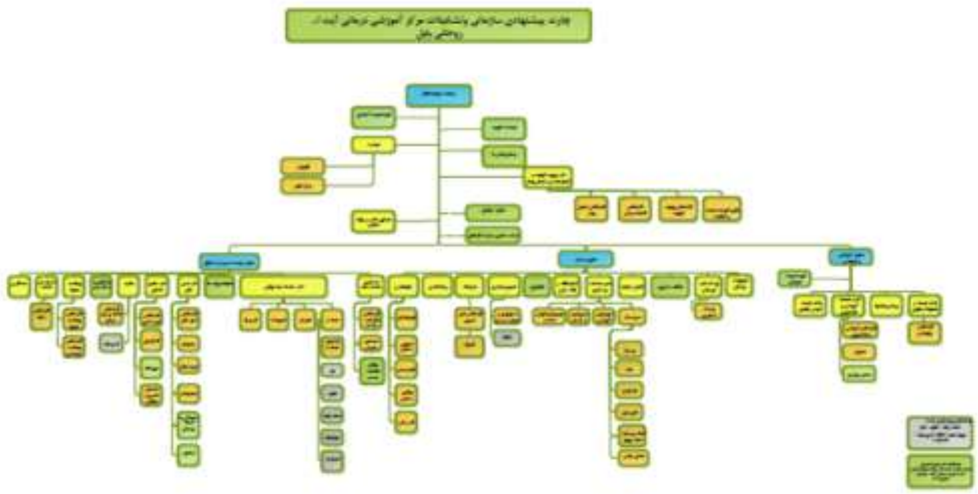
مأموریت و ارزش‌ها:

- تربیت نیروی انسانی متخصص و کارآمد
- رعایت اخلاق پزشکی در آموزش و پژوهش
- پایبندی به اصول اخلاقی و حفظ ارزش‌های انسانی در درمان بیماران
- پایش مداوم فرایندهای آموزشی و ارزشیابی در جهت بهبود مستمر کیفیت آنها ایجاد بستر مناسب جهت هدایت و انجام پژوهش‌های بالینی

این معاونت اهداف ذیل را سرلوحه فعالیت‌های خود قرار می‌دهد

- بهینه نمودن فرایندهای آموزشی و ارزشیابی دانش‌آموختگان باتکیه‌بر استانداردها.
- فراهم ساختن بستر مناسب در جهت رفع نیازهای علمی و پژوهشی کادر هیئت‌علمی بر اساس تکنولوژی‌های نوین.
- ارتباط مؤثر با گروههایی آموزشی دانشگاه و سایر بیمارستان های تابعه جهت اطمینان از حرکت در راستای سیاستهای کلی دانشگاه.
- حفظ و ایجاد انگیزه و اشتیاق فراگیران در آموزش، پژوهش و درمان.
- ایجاد زمینه مناسب برای مشارکت کادر هیأت علمی و فراگیران در ارتقاء فرایندهای آموزشی و بیان آزادانه پیشنهادات و انتقادات.
- تلاش در جهت بهبود امور رفاهی اعضای هیأت علمی و فراگیران.
- ارتقاء رضایتمندی کادر هیأت علمی و فراگیران
- شایان ذکر می باشد که این معاونت با اطمینان از درک خط مشی کیفیت در حوزه آموزش، براجرای صحیح نظام کیفیت و نیز تحقق رضایت بیماران نظارت مستمردارد.

بخش سوم: چارت سازمانی و تشکیلات مرکز آموزشی درمانی آیت اله روحانی



بخش چهارم: مختصری از تاریخچه مرکز آموزشی و درمانی آیت اله روحانی

شهرستان بابل در استان مازندران که قطب کشاورزی کشور می باشد در ۴۵ کیلومتری شمال غرب ساری و ۲۳۰ کیلومتری شمال شرق تهران و از نظر جغرافیایی ۲ متر پایین تر از سطح دریاهای آزاد واقع شده است و جمعیت آن مطابق سرشماری سال ۸۸ (۲۰۱۷۸۹) و جمعیت کل شهرستان (۴۸۳۲۷۱) بوده است که بعد از ساری پرجمعیت ترین شهرستان مازندران می باشد. آب و هوای مناطق شمال شهرستان بابل، مرطوب و شهرهای جنوبی سرد وکوهستانی است. این شهرستان از شمال به بابلسر و از جنوب با سلسله جبال البرز و از غرب با آمل و از شرق با قائمشهر و ساری همسایه می باشد. محصولات عمده شهرستان مرکبات و سبزیجات و درنواحی کوهستانی فراورده های لبنی ودامی می باشد. این شهرستان به سه بخش مرکزی، بندپی غربی و شرقی تقسیم شده است.

مرکز آموزشی درمانی آیت اله روحانی با ۳۷۲ تخت مصوب در تاریخ ۸۸/۳/۳ مصادف با سالروز آزادسازی خرمشهر با حضور معاون اول ریاست جمهوری جناب آقای مهندس داودی و وزیر بهداشت دکتر باقری لنکرانی افتتاح گردید. این مرکز در حال حاضر ۵۱۱ تخت مصوب و ۴۸۹ تخت مشغول فعالیت می باشد. دارای ۲۳ بخش بستری، اتاق عمل و ۸تخت CCU و ۴تخت PCCU، ۲۴تخت ICU داخلی و جراحی،۱۰تخت ICU-OH،۱۶تخت NICU و ۴تخت نوزادان و ۷ تخت قلب اطفال، ۴تخت کاشت حلزون، درمانگاه تخصصی و فوق تخصصی و خدمات پاراکلینیکی که با ارائه خدمات بهداشتی، درمانی و آموزشی در خدمت مراجعه کنندگان محترم می باشد. بیمارستان مذکور با توجه به بکارگیری تجهیزات مدرن و منحصر به فرد و نیز پرسنل متبحر و مجرب علاوه بر درمان بیماران مراجعه کننده، تلاش می کند بهترین خدمات تخصصی و فوق تخصصی را با بالاترین کیفیت به بیماران ارائه نماید و این همان رسالتی است که بارها از سوی مقام معظم رهبری (مدظله العالی) و دولتمردان کشورمان به آن اشاره شده است همچنین به عنوان یک پایگاه تحقیقات آموزش پزشکی و یک مرکز تعلیم و تربیت دانشجویان و دستیاران رشته های پزشکی در سطح تخصصی و فوق تخصصی همه ساله تعداد زیادی از دانشجویان پزشکی و پیراپزشکی، رشته های وابسته و دستیاران تخصصی و فوق تخصصی تحت نظر اعضای هیأت علمی و رؤسای بخش های مختلف این بیمارستان تحت آموزش های علوم بالینی قرار می گیرند.

بخش پنجم: موقعیت فیزیکی بیمارستان

ساختمان اصلی بیمارستان، شامل بخش‌ها و واحدهای ذیل می‌باشد:

- اورژانس در محوطه حیاط بیمارستان و روبروی درب ورودی ساختمان و کلینیک های تخصصی و فوق تخصصی مجاور بیمارستان واقع در کلینیک امید دانشگاه قرار دارد.
- در ضلع شمالی بیمارستان مجتمع آموزش که شامل: دفتر معاونت آموزشی، EDO و دفاتر گروههای مختلف آموزشی، کتابخانه، سایت و واحد توسعه تحقیقات بالینی، کلاسهای آموزشی، سالن های کنفرانس و سالن استراحت اساتید، خوابگاه پزشک مقیم و خوابگاه دستیاران قرار دارد.

راهنمای طبقات مرکز آموزشی درمانی آیت اله روحانی	
طبقه همکف	دفتر پرستاری، دفتر سوپروایزر آموزشی، دفتر فنی مهندسی، تاسیسات، بخش دیالیز، رستوران و آشپزخانه، پاتولوژی، اسناد و مدارک پزشکی، سالن هیئت امنا، رختکن فراگیران، لاندری، سردخانه، انبارها. پذیرش، بستری، صندوق، ترخیص، داروخانه، بانک، اتاق های نمایندگان بیمه و واحد زیراکس وجود دارد. در همان طبقه همکف درمانگاه، اتاق اکو و تست ورزش، خوابگاه دستیاران و کارورزان، فیزیوتراپی، رادیولوژی، MRI، آندوسکوپی، ERCP، دفتر تجهیزات پزشکی، دفتر خدمات، دفترتغذیه، دفتر بهداشت محیط، رسیدگی به شکایات، مددکاری، نمازخانه، روابط عمومی، بانک قرار گرفته است.
طبقه اول	ساختمان اداری، دفتر ریاست و معاونت، حراست، مخابرات، فناوری اطلاعات، اتاق مالی و حسابداری، کنترل عفونت، دفتر بهبود کیفیت، بخش های بستری جراحی عمومی و ارتوپدی، اتاق عمل و دپارتمان بیهوشی، گوش و حلق و بینی، کاشت حلزون، نوروسرجری، بخش زنان و زایمان، الکتیو، قلب اطفال و زایشگاه، آنژیوگرافی و جراحی قلب و عروق، کت لب، ICU OH، اتاق روسای بخش ها کنار هر بخش.
طبقه دوم	خوابگاه کارورزان، خوابگاه دستیاران فوق تخصصی، هماتولوژی و روماتولوژی، بخش قلب و عروق، CCU، نورولوژی و اعصاب و روان، گوارش، NICU، عفونی، ریه و غدد، ICU داخلی و ICU جراحی، اتاق روسای بخش ها کنار هر بخش، CSR.

بخش ششم: آدرس و راه های ارتباطی مرکز آموزشی درمانی آیت اله روحانی

آدرس: مازندران، شهرستان بابل، خیابان گنج افروز، بلوار شهید سرگرد ابوالحسنی، جنب دانشگاه علوم پزشکی بابل، مرکز آموزشی درمانی آیت اله روحانی

تلفن: ۵-۰۱۱-۳۲۲۳۸۳۰۱

فاکس: ۰۱۱-۳۲۲۳۸۳۰۹

کدپستی : ۴۷۱۷۶-۴۱۳۶۷

سایت بیمارستان: http://rohani.mubabol.ac.ir

بخش هفتم: شماره تلفن‌های داخلی بخش‌ها و واحدهای مختلف بیمارستان

« بخش های بستری »	
ICU جراحی	۴۱۶۳ و ۴۱۶۰
ICU داخلی	۴۱۴۵ و ۴۱۴۴
ICU قلب باز	۳۱۶۸-۳۱۶۹
ICU نوزادان	۴۱۷۴ و ۴۱۷۳
اتاق عمل چشم	۴۲۰۸
بستری آنژیوگرافی	۳۰۴۰ و ۳۰۳۹
توراکس	۳۰۶۹ و ۳۰۶۸
جراحی زنان (ا لکتیو)	۳۱۲۳ و ۳۱۲۲
جرّاحی قلب	۳۰۵۵ و ۳۰۵۴
چشم میناگر	۴۲۱۰
ریه و غدد	۴۱۲۱ و ۴۱۲۰
زایشگاه	۳۱۴۱ و ۳۱۴۰
زنان و زایمان	۳۱۰۳ و ۳۱۰۲
CCU	۴۱۸۵-۴۱۸۸
عفونی	۴۱۲۶ و ۴۱۲۵
قلب	۴۰۵۵ و ۴۰۵۴
قلب اطفال	۳۱۳۷ و ۳۱۳۶
گوارش	۴۱۰۱ و ۴۱۰۰
گوش و حلق و بینی	۳۰۹۲ و ۳۰۹۱ و ۳۰۹۰
مغز و اعصاب	۴۰۸۵ و ۴۰۸۴
نرسری	۳۱۰۴
هماتولوژی	۴۰۳۵ و ۴۰۳۳

« اورژانس »	
اورژانس زنان	۲۰۷۱
پزشک اسکرین و منشی	۲۰۷۶
اتاق عمل سرپایی	۲۰۷۵
CPR	۲۰۷۷
تریاژ	۲۰۷۸
اورژانس داخلی	۲۰۸۲و۴۱۱۱و۲۰۸۰
اورژانس قلب	۲۰۸۱
فوریت	۲۰۷۶و۲۰۷۰ و ۲۰۶۸

« اتاق عمل »	
اتاق جراحی	۳۰۳۷ الی ۳۰۲۸
اتاق دکتر بنی هاشم	۳۱۸۴
اتاق دکتر فغانزاده گنجی	۳۱۷۴
اتاق دکتر وفایی	۳۱۸۰
اتاق عمل قلب باز	۳۱۷۶
انبار کت لب	۳۱۸۱
ریکاوری	۳۱۵۹ و ۳۱۵۸
C.S.R	۴۱۷۰ و ۴۱۶۴
کت لب	۳۱۹۴ الی ۳۱۹۰
مسئول اتاق عمل جنرال	۳۱۶۷ و ۳۱۶۳
مسئول اتاق عمل قلب	۳۱۶۱
منشی اتاق عمل	۳۰۳۲

« پاراکلینیک ها »	
مسئول آندوسکوپی	۲۰۹۴
آندوسکوپی	۲۰۹۷ و ۲۰۹۵
سونوگرافی	۲۰۹۲
رادیولوژی	۲۰۸۶ و ۲۰۸۳
سی تی اسکن	۲۰۸۵
ام آر آی	۲۰۳۹ و ۲۰۱۹
فیزیوتراپی	۲۱۴۳و۲۱۴۲
دیالیز	۲۱۲۴

« پاتولوژی »	
مسئول پاتولوژی	۲۱۲۱
منشی پاتولوژی	۲۱۱۶
تکنیک بافت	۲۱۱۸ و ۲۱۱۷
اتاق پزشک	۲۱۲۰ و ۲۱۱۹

« آزمایشگاه »	
مسئول آزمایشگاه	۲۰۲۰
جوابدهی آزمایشگاه	۲۰۱۷ و ۲۰۱۶ و ۲۰۱۱
بانک خون	۲۰۱۸

« نگهبانی »	
نگهبانی درب اصلی	۲۱۵۷ و ۲۱۵۸
نگهبانی سالن انتظار	۲۱۴۹
درب جنوبی (باند هلیکوپتر)	۲۱۰۵
نگهبانی چشم	۴۲۰۱

« واحد آموزش »	
معاونت آموزشی و پژوهشی	۴۲۰۷
مسئول آموزش	۴۱۹۶
ENT و چشم	۴۱۹۵
عفونی	۴۱۹۴
داخلی	۴۱۹۳
زنان	۴۱۹۲
قلب	۴۱۹۸
بیهوشی و پاتولوژی	۴۱۸۶
کتابخانه	۴۲۰۵
سالن کنفرانس	۴۲۱۷
سمعی بصری	۴۱۹۱
اتاق مقیم زنان	۴۲۰۳
توسعه و تحقیات بالینی	۴۱۹۹
آموزش پرستاری	۲۰۲۸

« تغذیه »	
رستوران	۲۱۱۰
بن غذا	۲۱۳۹
کارشناس تغذیه	۲۰۹۹ و ۳۰۶۲

« واحدها »	
آمار و مدارک	۲۰۰۸ و ۲۰۰۶
اسناد پزشکی (بستری)	۲۱۵۰ و ۲۰۱۲
اسناد پزشکی (سرپایی)	۴۲۲۵و۴۲۲۴
اطلاعات	۲۱۴۶
امین اموال	۲۰۹۸
انباراصلی	۲۱۰۴
بانک ملّی	۲۰۰۱
بایگانی	۳۰۰۴
بیمه تامین اجتماعی	۲۰۴۶
بیمه خدمات درمانی	۲۰۴۵
تاسیسات	۳۰۱۶
تجهیزات پزشکی	۳۰۲۱
حراست (مسئول)	۳۰۰۲
حراست (منشی)	۳۰۵۰
حسابداری ۱	۳۰۲۲
حسابداری ۲	۳۰۲۰
حسابداری ۳	۳۰۲۴
حسابداری-مدیر مالی	۳۰۰۳
خانم بزرگی	۳۰۲۱
خانم صاحبیان	۲۱۵۴
بهداشت محیط	۲۱۰۹
داروخانه	۳۰۵۹-۲۱۰۸-۲۱۰۷
دبیرخانه	۳۰۰۷
دفتر پرستاری	۲۰۰۴-۲۰۰۲
دفتر خدمات	۲۰۲۶
رئیس امور اداری	۳۰۰۸
رئیس فنی و مهندسی	۲۱۵۹
کارگزینی	۳۰۱۲ و ۳۰۰۹
واحد کامپیوتر	۳۰۱۵ و ۳۰۱۳
ماشین نویسی	۳۰۱۴
مترون	۲۰۵۰
مدیریت	۳۰۰۶ و ۳۰۰۵

آشنایی با کد های احضار که از طریق سیستم پیج اعلام می شود.

نام کد	علت اعلام کد
کد۹۹	CPRبزرگسال (احیای قلبی وریوی)
کد۹۰	CPRنوزادان (احیای قلبی وریوی)
کد۹۵	CPRاطفال (احیای قلبی وریوی)
کد ۱۰۰	مادران پرخطر
کد۷۷	بحران
کد۱۰	احضارنگهبان به بخش
کد۱۲۵	اعلام حریق (آتش نشانی)
سایر کدها(خارج از سیستم پیج)	
کد۷۲۴	سرویس ارائه خدمات به بیماران حاد مغزی
کد۲۴۷	سرویس ارائه خدمات به بیماران حاد قلبی

بخش هشتم: برنامه درمانگاه تخصصی و فوق تخصصی مرکز آموزشی درمانی آیت اله روحانی

برنامه درمانگاه صبح مرکز آموزشی درمانی آیت اله روحانی

درمانگاه	شنبه	یکشنبه	دوشنبه	سه شنبه	چهارشنبه	پنج شنبه
اعصاب وروان	دکتر حسینی	-	-	-	دکترموعودی	-
ENT	دکتر شعبانی	دکترصبا توسلی	دکتر گیلانی فر	دکترعلی توسلی	دکترکیاکجوری	-
پوست	-	-	-	-	دکتر ابادیان	-
مغز واعصاب	-	دکترسعادت	دکتر علیزاده	دکتر نقشینه	-	-
جراح مغز و اعصاب	-	-	دکتر قدیریان	دکتر علوی	-	-
قلب	دکترضیایی	دکتر ابروتن	دکتر جعفری پور دکتر ساروی	دکتر پورکیا	دکتر هدایتی	-
ارتوپدی	-	-	-	دکتر باقیانی	-	-
روماتولوژی	-	دکتربابایی	-	-	-	-
غدد و دیابت	دکترمفتاح	دکتر بیانی	-	-	-	-
جراحی	دکتر فرزانه	دکترعلیجانپور	دکترنیک بخش	دکتر علیجانپور	دکترفرزانه دکتر طیاری	-
ریه	-	دکترمنادی	-	دکتر مهدی نژاد	دکتر محسنی	-
کودکان	دکتر حق شناس	دکتراکبریان	-	دکتراکبریان	دکتر حق شناس	-
زنان و زایمان	دکتر بوذری دکتر پهلوان	دکتر یزدانی دکترشفیع زاده	دکتر نباتی	دکترملاعلی پور	دکتر برات دکتر قنبرپور	دکتر شفیع زاده
گفتاردرمانی	آقای دهقان	آقای دهقان	آقای دهقان	آقای دهقان	آقای دهقان	آقای دهقان
روا نشناس		خانم میرتبار			خانم میرتبار	خانم میرتبار
شنوایی سنجی	دکتر شیخ زاده	دکتر شیخ زاده	دکتر شیخ زاده	دکتر شیخ زاده	دکتر شیخ زاده	دکتر شیخ زاده
چشم	دکتر رسولی نژاد دکتر قلی پور	دکتر میرزایی راد دکتر ملازاده	دکترهدایتی دکتر قاسمی	دکتر روستایی دکتر قاسمی	دکتر قلی پور دکتر ملازاده	-
قلب اطفال	-	-	-	-	دکتر بابازاده	-
کاشت حلزون	-	-	-	-	دکتر کیاکجوری	-

فصل دوم

نکات مهم آموزشی و کاربردی در بیمارستان

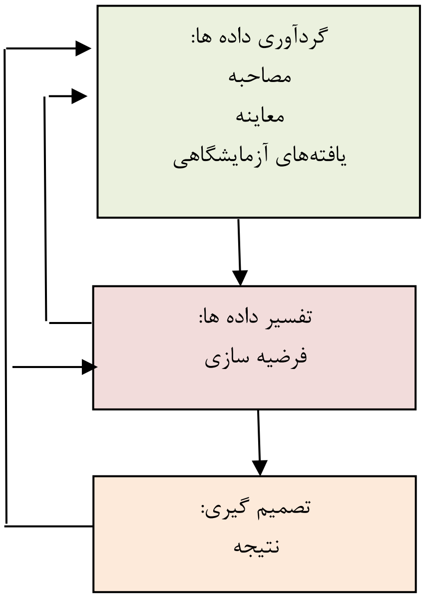
بخش اول: کلیاتی از اصول یادگیری و آموزش بالینی در محیط بیمارستان

یادگیری، تعامل میان استاد و دانشجو است که منجر به تغییرات رفتاری نسبتاً دائمی و پایدار در دانشجو در سه حیطه دانش، مهارت و نگرش می شود. یادگیری فرآیندی پیچیده است که در آن عوامل گوناگونی نقش دارند. تمامی تلاش ها در چرخه آموزش بر افزایش یادگیری دانشجو استوار است. زمینه و محیط حاکم بر آموزش در این فعالیت ها تأثیر دارد. در یک محیط آموزشی، طرح یک سؤال می تواند برای دانشجو تحقیرکننده باشد اما در یک محیط و فضای دیگر، طرح همان سؤال می تواند چالش برانگیز و محرک یادگیری باشد. بنابراین، دو عامل انگیزه و تناسب مطالب، مهمترین مؤلفه های تأثیرگذار بر یادگیری هستند. محیط بیمارستان آموزشی، فضای بسیار مناسبی را برای فراگیران رشته های مختلف پزشکی از این جهت فراهم می آورد؛ چرا که اساساً آموزش بالینی محل تلاقی چهار حیطهی پزشکی، اصول عمومی آموزش، بیماران و دانشجویان می باشد و این حیطهها بهخوبی در بیمارستان آموزشی وجود دارند.

پیوستن به جامعه پزشکی و پزشک شدن، صرفاً یک روند اخذ مدرک دانشگاهی نیست، بلکه یک فرآیند اجتماعی شدن حرفه ای (**Professional Socialization**) یعنی رشد ارزش ها و الگوهای رفتاری است که فرد را قادر به اجرای نقشی می کند که جامعه از صاحب حرفه پزشکی انتظار دارد.

در جهت رسیدن به این هدف بزرگ یعنی اجتماعی شدن حرفه ای، پیشاپیش فراگیر باید در طی دوره آموزشی خود بر بالین بیماران و فضای بیمارستان آموزشی به سه رده از اهداف آموزشی که برای او مشخص شده است دست پیدا کند که این امر با انجام مطالعه و تمرین های مکرر او محقق می شود. یادگیری مهارتهای بالینی توام با عمل است و شامل گردآوری داده ها، تفسیر، تشخیص و تصمیم گیری است و دانشجو باید در فرآیند گردآوری داده های مربوط به بیمار که از طریق مصاحبه، معاینه و یافته های آزمایشگاهی حاصل می شود، تفسیر یافته ها، فرضیه سازی و تصمیم گیری مهارت یابد.

فرایند گردآوری داده ها، تفسیر و نتیجه گیری بالینی



بخش دوم: آشنایی با استانداردهای برگزاری گزارش صبحگاهی، ژورنال کلاب، گراند راند

گزارش صبحگاهی

گزارش صبحگاهی کنفرانسی است که با حضور اساتید بالینی و دانشجویان برگزار می گردد و در طی آن تیم عهده دار شیفت شب مسایل بالینی چند بیمار را که در طی این شیفت بستری شده اند گزارش می دهند و حاضرین در رابطه با نحوه صحیح اداره این بیماران به بحث و تبادل نظر می پردازند.

استانداردها

- **بهتر است** گزارش صبحگاهی در بخش های بالینی آموزشی حداقل پنج روز در هفته برگزار گردد.
- گزارش صبحگاهی در بخش های بالینی آموزشی **باید** حداقل سه روز در هفته برگزار گردد.

شرکت کنندگان

- دستیاران، کارورزان تیم شیفت شب و استاد مسئول شیفت شب **باید** درجلسه گزارش صبحگاهی شرکت نمایند.
- رئیس بخش و سایر اعضا هیات علمی بخش **بهتر** است درجلسه گزارش صبحگاهی شرکت نمایند.
- دستیاران سال دوم، سوم، دستیار ارشد و کارورزان بخش **باید** درجلسه گزارش صبحگاهی شرکت نمایند.
- دستیاران سال اول و چهارم بخش **بهتر** است درجلسه گزارش صبحگاهی شرکت نمایند..
- کارآموزان و سرپرستار بخش **بهتر است** درجلسه گزارش صبحگاهی شرکت نمایند.

مدیریت جلسات

- مدیریت جلسات گزارش صبحگاهی باید برعهده **دستیار ارشد بخش، دستیار ارشد کشیک و یا استاد مسئول شیفت** شب باشد.

مراحل

- **بهتر است** معرفی هر بیمار در گزارش صبحگاهی شامل سه مرحله زیر باشد:

معرفی (بدون انقطاع) بیمار توسط دستیار یا کارورز مسئول بیمار، شامل تظاهرات و یافته های اصلی بالینی، پاراکلینیکی و تصویربرداری، فهرست اولیه تشخیص های افتراقی، رویکرد تشخیصی، درمان اولیه بیمار و برنامه درمان آتی بیمار (حدود پنج دقیقه)

- ارایه بازخورد توسط اساتید و دستیاران ارشد حاضر در جلسه و طرح سوالات سایر اعضاء حاضر در جلسه (حدود پنج دقیقه)
- پاسخ به سوالات و ارایه مختصری از آخرین شواهد در رابطه با بیماری توسط دستیار مسئول بیمار (پنج دقیقه)
- جمع بندی و تاکید بر نکات آموزشی اصلی توسط مدیر جلسه (یک دقیقه)

انتخاب بیماران

- دستیار ارشد کشیک **باید** مشخص نماید که کدامیک از بیماران بستری شده درشیفت شب در گزارش صبحگاهی معرفی شوند.
- بیمارانی که برای معرفی در گزارش صبحگاهی انتخاب می شوند **باید** از میان موارد جالب، چالش انگیز و با ارزش آموزشی انتخاب گردند.
- **بهتر است** هر شش تا دوازده ماه یکبار رزیدنت ارشد بخش با هماهنگی رئیس بخش فهرستی از بیماری های واجد اولویت را برای معرفی در گزارش صبحگاهی تهیه نمایند.

تعداد بیماران معرفی شده در هر جلسه

- **بهتر است** در هر جلسه گزارش صبحگاهی حداقل دو و حداکثر چهار بیمار بطور کامل معرفی گردند.
- **بهتر است** آمار مراجعات، بستری، ترخیص و مرگ و میر در طی شیفت عصر و شب گذشته، پیش از شروع جلسه بر روی وایت بورد ثبت گردد.

آمادگی و پیش زمینه

- **بهتر است** مدیر جلسه و رزیدنت ارشد کشیک قبل از شروع جلسه در رابطه با بیمارانی که معرفی می گردند و نکات آموزشی که باید مورد تاکید قرار گیرند توافق حاصل نمایند.

ثبت و مستند سازی

- دستیار یا کارورزی که مسئول معرفی بیمار است **بهتر است** پس از پایان گزارش صبحگاهی گزارش خلاصه ای از شرح حال بیمار و نتیجه بحث های صورت گرفته تهیه نموده و به امضای مدیر جلسه برساند. نسخه اصلی این گزارش در فایل بخش و تصویر آن در کارپوشه فرد معرفی کننده ثبت می گردد.

پیگیری

- دستیار یا کارورزی که مسئول معرفی بیمار است **بهتر است** نتایج اقدامات تشخیصی و درمانی صورت گرفته در مورد بیمار را پیگیری نماید و تشخیص و پیامد نهایی بیمار را به گزارش فوق الذکر اضافه نماید.
- **بهتر است** هر یک تا دو ماه یکبار نتایج پیگیری بیمارانی که در گزارش صبحگاهی معرفی شده اند، در یک جلسه جداگانه در حضور تمام اساتید و دستیاران بخش مطرح گردد.

ارزشیابی

- **بهتر است** برای ارزشیابی نحوه عملکرد تیم کشیک (شامل مدیریت بیماران و ارایه در گزارش صبحگاهی) فرم خاصی طراحی شده و در هر جلسه توسط دستیار ارشد بخش و اساتید حاضر در جلسه تکمیل گردد.

ارتقا کیفیت

برای ارتقا مداوم کیفیت جلسات گزارش صبحگاهی **بهتر است** از شرکت کنندگان بطور ادواری در رابطه با نحوه بهبود کیفیت جلسات نظرسنجی شود.

ژورنال کلاب

ژورنال کلاب جلسه آموزشی است که با حضور اساتید و دانشجویان برگزار می گردد و در طی آن به مرور محتوا و روش شناسی چند مقاله از مجلات معتبر پرداخته می شود. آگاهی از **جدیدترین ومهمترین دستاورد های علمی** و همچنین ارتقای مهارت های ارزیابی نقادانه مقالات **critical appraisal** دو هدف اصلی جلسات ژورنال کلاب محسوب می شوند.

دو مدل اصلی برای جلسات مرور مقالات وجود دارد:

۱. جلسات مرور مقالات با تاکید بر محتوای مقالات (ژورنال کلاب محتوایی)
۲. جلسات مرورمقالات با تاکید بر مهارتهای ارزیابی نقادانه (ژورنال کلاب مبتنی بر شواهد)

- جلسات ژورنال کلاب در بخش های بالینی آموزشی **باید حداقل یکبار در ماه** برگزار گردد.
- در بخش های بالینی آموزشی **باید حداقل یک ساعت** به هر جلسه ژورنال کلاب محتوایی اختصاص داده شود.
- **بهتر است** در بخش های بالینی آموزشی داخلی **حداقل دو ساعت** به هر جلسه **ژورنال کلاب محتوایی** اختصاص داده شود.
- **بهتر است** در بخش های بالینی آموزشی **حداقل دو ساعت** به هر جلسه **ژورنال کلاب مبتنی بر شواهد** اختصاص داده شود.

شرکت کنندگان

- همه دستیاران بخش **باید** در جلسات "ژورنال کلاب محتوایی" حضور پیدا کنند.
- کارورزان بخش **بهتر است** در جلسات "ژورنال کلاب محتوایی" حضور پیدا کنند.
- همه دستیاران و کارورزان بخش **باید** و کارآموزان بخش **بهتر است** در جلسات "ژورنال کلاب مبتنی بر شواهد" حضور پیدا کنند.
- **بهتر است** از یک نفر اپیدمیولوژیست یا متخصص آمار حیاتی برای شرکت درجلسات "ژورنال کلاب مبتنی بر شواهد" دعوت گردد.

کنترل جلسات

- **بهتر است** مدیریت جلسات ژورنال کلاب برعهده دستیار ارشد بخش باشد.

آمادگی و پیش زمینه

- **بهتر است** نسخه ای از مقالات ژورنال کلاب حداقل یک هفته قبل از تشکیل جلسه جهت مطالعه اساتید و دستیاران تکثیر و توزیع گردد.
- مقالات ژورنال کلاب مبتنی بر شواهد **بهتر است** حداقل دو هفته قبل از تشکیل جلسه جهت مطالعه و ارزیابی نقادانه میان دستیاران توزیع گردد.

مراحل

بهتر است ارایه هر مقاله در جلسات ژورنال کلاب محتوایی شامل پاسخ به سوالات زیر باشد:

- پیش از انجام مطالعه در مورد موضوع چه می دانسته ایم؟
- سوال پژوهشی که مبنای انجام مطالعه قرار گرفته است چیست؟
- چگونه به سوال پژوهشی پاسخ داده شده است؟
- پس از انجام مطالعه چه چیزی به دانش ما اضافه شده است؟
- نظر پژوهشگر در مورد نتایج مطالعه چیست؟
- نظر دیگران در مورد نتایج مطالعه چیست؟
- نظر دانشجو در مورد نتایج مطالعه و کاربرد احتمالی آن چیست؟

انتخاب و ارایه مقالات

- **بهتر است** انتخاب مقالات به منظور طرح در جلسات ژورنال کلاب توسط **دستیار ارشد بخش و با مشورت رئیس بخش** صورت گیرد.
- **بهتر است** انتخاب مقالات به منظور طرح در جلسات "ژورنال کلاب محتوایی" به صورت "مقالات یک شماره از ژورنال در یک جلسه" و یا بطور ارجح به صورت "مقالات مرتبط با یک موضوع از ژورنالهای مختلف در یک جلسه" صورت گیرد.
- **بهتر است** انتخاب مقالات به منظور طرح در جلسات "ژورنال کلاب مبتنی بر شواهد" جهت پوشش انواع سوالات پژوهشی (تشخیصی، درمانی، پیش آگهی و سبب شناسی) و یا انواع طرح های پژوهشی (کارآزمایی های بالینی تصادفی شده، مطالعات همگروهی و مطالعات مورد- شاهدی) صورت گیرد.

تعداد مقالات در هر جلسه

- **بهتر است** در هر جلسه "ژورنال کلاب محتوایی" حداقل پنج و حداکثر ده مقاله مطرح گردد.
- **بهتر است** در هر جلسه "ژورنال کلاب مبتنی بر شواهد" حداقل یک و حداکثر دو مقاله مطرح گردد.

ثبت و مستند سازی

- نتیجه نقد مقالاتی که در "ژورنال کلاب مبتنی بر شواهد" بررسی می شوند **بهتر است** بر اساس چارچوب مشخص ثبت گردد و در قالب بانک اطلاعات نقد شده جهت استفاده در تصمیم گیری های آتی در بخش نگهداری شود.

ارزشیابی

- عمکرد دانشجویان در رابطه با ارایه و نقد مقالات در جلسات ژورنال کلاب **بهتراست** بر اساس فرمی که به این منظور طراحی شده است مورد ارزشیابی قرارگیرد.

گراند راند

گراند راند، شکل ویژه ای از راند در بخش های آموزشی است که در طی آن اساتید، دستیاران، و دانشجویان بخش به بحث در مورد بیماران و اقدامات بالینی نادر، جالب، چالش برانگیز و یا پیچیده می پردازند.

اهداف اصلی گراند راند عبارتند از:

- ترویج فضای آکادمیک، آشنایی دانشجویان با نحوه رویکرد بالینی و نقد و بحث علمی اساتید برجسته
- آشنایی دانشجویان با منش و رفتار اساتید برجسته **role modeling**
- تبادل تجربیات اساتید با یکدیگر و با دانشجویان
- ترویج فرهنگ یادگیری مداوم **lifelong learning**
- آموزش دانشجویان در مورد موضوعات و نکات بالینی

مسئول یا مجری برنامه

- رئیس بخش باید مدیریت اجرای گراند راند را بعهده بگیرد.
- در بخش های آموزشی **باید حداقل یک بار در هر ماه** گراند راند برگزار شود.
- زمان گراند راند باید به نحوی انتخاب گردد که با ساعات اتاق عمل و درمانگاه و بخش تداخل نداشته باشد تا همه اساتید و دانشجویان بتوانند در آن شرکت نمایند.
- **بهتر است** زمان گراند راند (بین بخشی یا بین بیمارستانی) در اوقات غیر فعال کاری (صبح پنج شنبه) انتخاب گردد.
- در زمان گراند راند بنا بر صلاحدید رئیس بخش **باید** یکی از پزشکان جهت رسیدگی به امور بالینی در مکان بخش یا درمانگاه آماده **standby** باشد.

شرکت کنندگان

- رئیس بخش، سایر اعضای هیات علمی و دستیاران بخش **باید** در گراند راند شرکت نمایند.
- کارورزان بخش **بهتر است** در گراند راند شرکت نمایند.
- **بهتر است** بر حسب صلاحدید رئیس گروه، سایر اعضا تیم مراقبت از بیماران (مانند متخصص طب فیزیکی، فیزیوتراپ، رادیولوژیست و پاتولوژیست) در گراند راند حضور پیدا کنند.

آمادگی و پیش زمینه: گراند راند بهتر است شامل شش مرحله زیر باشد (۲۰ تا ۲۵ دقیقه برای معرفی هر بیمار):

- معرفی مختصر بیمار توسط دستیار مسئول بیمار، شامل تظاهرات و یافته ای اصلی بالینی و پاراکلینیکی
- درخواست رئیس جلسه از یک یا چند نفر از حاضرین در جلسه (رادیولوژیست و یکی از اساتید یا دستیاران ارشد) برای اظهار نظر در مورد تشخیص محتمل بیمار و پیشنهاد نحوه مدیریت بیمار

- گزارش نتیجه بررسی های تشخیصی، نحوه درمان بیمار و پیگیری وضعیت بالینی وی توسط دستیار یا استاد مسئول بیمار
- درخواست رئیس جلسه از یک یا چند نفر از حاضرین در جلسه (پاتولوژیست و یکی از اساتید یا دستیاران ارشد) برای اظهار نظر در مورد تشخیص نهایی بیمار و نحوه مدیریت بیمار
- ارایه خلاصه ای از آخرین شواهد علمی و پژوهشی در مورد بیماری توسط یکی از دستیاران مسئول بیمار
- درخواست رئیس جلسه از سایر حضار برای طرح نظرات و سوالات

انتخاب و ارایه کیس یا موضوع

- مواردی که برای بحث در گراند راند انتخاب می شوند **باید** از بیماران و اقدامات بالینی نادر، جالب، چالش برانگیز و یا پیچیده انتخاب گردند.
- دستیار ارشد بخش مسئول انتخاب بیماران برای ارایه در گراند راند است و باید فهرست بیماران قابل معرفی را حداقل ۲۴ ساعت قبل از گراند راند با نظر رئیس بخش نهایی نماید و موضوع را به اطلاع دستیاران و کارورزان مسئول بیماران برساند.

تعداد کیس در هر جلسه

- **بهتر است** تعداد بیمارانی که در هر گراند راند معرفی می شوند حداقل سه بیمار و حداکثر پنج بیمار باشد.

ثبت و مستند سازی

- **بهتر است** دستیار مسئول بیمار متن خلاصه ای از آخرین شواهد را در زمینه بیماری مربوطه تهیه نموده و پس از گراند راند در اختیار حضار قرار دهد.

راند آموزشی

راندهای آموزشی شکل خاصی از راندها هستند که صرفا با هدف آموزش تعداد محدودی از دانشجویان از یک مقطع تحصیلی مشخص صورت می گیرند. هدف اصلی راندهای آموزشی در دوران کارآموزی تمرین نحوه اخذ شرح حال و آشنایی با علایم بیماری ها وهمچنین تمرین معاینه فیزیکی و مشاهده نشانه های بیماری ها می باشد. سایر اهداف راندهای آموزشی شامل ارتقا مهارتهای ارتباطی، تفسیر اطلاعات بالینی و پاراکلینیکی، استدلال تشخیصی و برنامه ریزی درمانی می باشد.

استانداردها

راند های آموزشی **باید** به عنوان یک جزء اصلی در برنامه آموزشی کارآموزان رشته پزشکی لحاظ گردد.

مسئول برنامه

- راندهای آموزشی **باید** توسط یک عضو هیات علمی بخش هدایت گردد.
- **باید** ترتیبی اتخاذ گردد تا **همه** اعضای هیات علمی بخش به نوبت آموزش در راندهای آموزشی را بر عهده گیرند.

گردش های مورد توصیه

- بخش های آموزشی بیماری های داخلی، جراحی عمومی، اطفال، روانپزشکی، بیماری های اعصاب و بیماری های قلب و عروق **باید** راند های آموزشی را با هدف آموزش کارآموزان برگزار نمایند.
- سایر بخش های آموزشی **بهتر است** راند های آموزشی را با هدف آموزش کارآموزان برگزار نمایند.

مکان

- راند آموزشی **باید** بر بالین(کنار تخت) بیمار صورت گیرد.

زمانبندی

- **تواتر**

- راند های آموزشی **باید** حداقل دو بار در هفته و **بهتر است** حداقل سه بار در هفته برای دانشجویان مقطع کارآموزی انجام شوند.

- **مدت زمان**

- مدت زمان هر جلسه راند آموزشی **بهتر است** بین چهل و پنج تا نود دقیقه باشد.
- مدت زمان ویزیت هر بیمار در راند آموزشی **بهتر است** بین سی تا چهل و پنج دقیقه باشد.

- **زمان مناسب**

- زمان راند آموزشی **بهتر است** پس از انجام راند کاری بخش صورت گیرد.

- زمان راند آموزشی **باید** به نحوی تنظیم گردد که با زمان ملاقات، صرف غذا و نظافت اتاق بیمار تداخل نداشته باشد.

شرکت کنندگان

- راند آموزشی **باید** با حضور استاد مربوطه و کارآموزان صورت گیرد.
- **بهتر است** تعداد کارآموزان حاضر در راند آموزشی حداکثر پنج نفر باشد.
- **بهتر است** جلسه راند اموزشی با حضور حداقل افراد ممکن برگزار گردد و از حضور افراد غیر ضروری در جلسه اجتناب گردد.

انتخاب بیمار

- قبل از شروع راند آموزشی استاد **بهتر است** با توجه به سطح دانشجویان و اهداف برنامه آموزشی بیماران را برای انجام راند انتخاب نماید.

تعداد بیمار در هر راند

- **بهتر است** در هر جلسه راند آموزشی، حداقل یک و حداکثر سه بیمار ویزیت گردد.

اخلاق

- پیش از شروع راند آموزشی در بالین هر بیمار، **باید** با اشاره به ماهیت آموزشی ویزیت، از وی اجازه گرفته شود.
- **بهتر است** پیش از شروع راند آموزشی در بالین هر بیمار، استاد خود و همراهانش را به بیمار معرفی نماید.
- **بهتر است** پس از اخذ شرح حال و انجام معاینه فیزیکی، زمان مواجهه آموزشی استاد و دانشجو بر بالین بیمار کوتاه (کمتر از ده دقیقه) باشد.
- **بهتر است** در طول راند آموزشی، تمام معاینات و اقدامات صورت گرفته برای بیمار توضیح داده شود.
- در طول راند آموزشی، **باید** از تکرار معایناتی که موجب درد یا ناراحتی بیمار می گردد، اجتناب شود.
- در صورت حضور بیماران دیگر در اتاق بیمار **بهتر است** تخت بیمار در طول معاینه توسط پاراوان از سایرین جدا گردد.
- **بهتر است** حتی الامکان در حین بحث بر بالین بیمار، واژگان بکار گرفته شده توسط استاد و دانشجویان برای بیمار قابل فهم باشد.
- قبل از ترک بالین بیمار **بهتر است** زمانی را برای پاسخ به سوالات بیمار و تشکر از وی اختصاص دهید.
- در حین راند آموزشی و در حضور بیمار بازخورد استاد به دانشجو **باید** با رعایت احترام کامل دانشجو صورت گیرد.
- بازخورد استاد به دانشجو در رابطه با مسایل و نکات جزئی **باید** پس از راند آموزشی و بدون حضور بیمار صورت گیرد.

بخش سوم: پزشکی مبتنی بر شواهد

مقدمه:

- طبابت مبتنی بر شواهد دیدگاهی است که ضمن احترام به تجربه یک طبیب پیشنهاد می کند که این تجربه بایستی با آخرین شواهد و یا مستندات علمی موجود در جهت ارزشها و خواسته های بیماران یا مشتریان سلامت تلفیق شود و در آن صورت می توان انتظار یک پیامد مناسب را در جهت ارتقاء سلامت جامعه داشت.
- چرا به پزشکی مبتنی بر شواهد نیاز داریم؟ از آنجائی که شکاف بین" پژوهش " و " ارائه مراقبت " هر روز عمیق تر می شود طب مبتنی بر شواهد به منظور پر کردن این شکاف به وجود آمده است. طب مبتنی بر شواهد تلاش می کند شکاف بین دانش موجود که حاصل پژوهش های علمی است و عملکرد ارائه کنندگان خدمات را پر کند. به طور اجمال، در بسیاری از موقعیت های بالینی کارهایی را که نباید انجام دهیم، انجام می دهیم و در موقعیت های دیگر کارهایی را که باید انجام دهیم، انجام نمی دهیم.
- چون پژوهش های معتبر بسیار زیادی منتشر شده اند قابل درک است که پزشکان بالینی از بسیاری از این پژوهش بی اطلاع بوده و ابزاری برای ارزیابی آنها در اختیار نداشته باشند. از طرفی اغلب افراد نتایج کارهای پژوهشی خود را به طریقی منتشر می کنند که برای کادر درمانی پرمشغله به آسانی قابل دسترس نیست. شواهد زیاد و محدودیت زمان پرداختن به آنها یکی از عواملی است که پزشکان ما با آن درگیر هستند. پزشکان بایستی به نوعی به منابع موجود در تحقیقات پزشکی ارتباط داده شوند که به آنها اجازه دهد به طور مداوم به اطلاعات به روز شده مبتنی بر نتایج نهایی درمان ها و مراقبتهای پیشنهادی دسترسی داشته و در جریان آنها قرار گیرند.

مثال ذیل اهمیت نیاز پزشکی مبتنی بر شواهد را بهتر مشخص می نماید:

استفاده از کورتیکوستروئیدها در زایمان زودرس

در سال ۱۹۷۲: یک مورد RCT به چاپ رسید که نشان می داد وضعیت نوزادان زودرسی که مادران آنها یک دوره کوتاه مدت کورتیکوستروئیدی قبل از تولد نوزادشان دریافت نموده اند، بهتر از بقیه نوزادان زودرس می باشد.

۸۹-۱۹۷۲: شش مطالعه RCT دیگر منتشر شد که همگی با نتایج پژوهش انجام یافته در سال ۱۹۷۲ یکسان بودند. در همین زمان، بیشتر متخصصین زنان هنوز اطلاع نداشتند که درمان کورتیکوستروئیدی مفید است و بدین سبب زنانی که در شرف زایمان زودرس بودند از این دارو محروم ماندند.

۱۹۸۹: اولین مرور طبقه بندی شده در مورد استفاده از کورتیکوستروئیدها در زایمان زودرس منتشر گردید.

۹۱-۱۹۸۹: در این دوره هفت مطالعه دیگر نیز در تایید استفاده از کورتیکوستروئیدها به چاپ رسید.

نتیجه گیری: درمان کورتیکوستروئیدی مادرانی که در شرف زایمان زودرس قرار دارند نتایج نامطلوب آن را (یعنی تولد نوزادانی که از مشکلات بوجود آمده در سیستم ایمنی شان تلف می شوند) به میزان ۳۰ الی ۵۰ درصد کاهش می دهد. با این حال عدم اطلاع پزشکان از اثرات درمانی کورتیکوستروئیدها که برای اولین بار در سال ۱۹۷۲ نشان داده شده بود، سبب گردید که هزاران نوزاد از اثرات زیانبار زایمان زودرس رنج ببرند، تا زمانی که یک مرور طبقه بندی شده این داده ها را یک جا بررسی و آنالیز نمود (متاآنالیز).

مراحل مختلف عملکرد پزشکی مبتنی بر شواهد:

طب مبتنی بر شواهد یک فرایند پنج مرحله ای است که مراحل آن عبارتند از:

طرح یک سوال قابل پاسخ:

- تنظیم یک سئوال قابل پاسخ دادن، مهمترین گام می باشد. یک سؤال بالینی خوب می بایست شامل ۴ بخش باشد؛ به عبارت دیگر اکثر سوالات را می توان به چهار قسمت اصلی تقسیم کرد که مخفف PICO می باشد:

۱- جمعیت: P= population: سوال مربوط به چه افرادی می باشد؟

۲- مداخله: I= Intervention: مداخله مورد نظر چیست؟

۳- مقایسه گر، کنترل: C= Comparison: گروه مقایسه (Comparison) ما کدام است؟ این مداخله (بخش دوم سؤال) در مقایسه با چه چیزی مورد سؤال ما است؟

۴- نتایج درمانی: O= Outcome: نتیجه و پیامد (Outcome) مورد انتظار ما چه چیزی می باشد؟

بدون شک طراحی سؤال بدین شکل سبب می شود تا با توجه به حجم بالای یافته های علمی، ما دقیقا به همان چیزی برسیم که می خواهیم. ما چه می خواهیم؟ ما می خواهیم به بیمارمان کمک کنیم. بیمارمان دقیقا همان شرایطی را دارد که ما در اجزای سؤال آورده ایم. حتما تائید می نمائید که بیمار با بیمار فرق می کند و معلوم نیست که جواب سؤال برای یک گروه از بیماران به درد گروه دیگری از بیماران بخورد. همینطور در مقایسه با چه چیزی؟ چه پیامدی؟ همه اینها مهم هستند و پاسخها با هم بسیار متفاوت خواهند بود و ما با مشخص کردن دقیق این اجزاء دقیقا به سراغ همان چیزی می رویم که برای بیمارمان مفید است. در سرعت عمل ما هم بسیار مهم است. به ما کمک می کند تا دقیقا به سراغ گروهی خاص از اطلاعات برویم و سریعتر به پاسخ برسیم.

- **سوال بالینی چیست؟**

بطور کلی سؤالات بالینی به ۲ شکل می باشند

- سؤالات با نگاه به گذشته (Background): در مورد دانش های پایه و عمومی است
- سؤالات با نگاه به آینده (Foreground): سؤالات اختصاصی تری هستند که برای مدیریت صحیح یک بیمار با یک شرایط خاص مطرح می شود. به عبارت دیگر سؤالات کاملا اختصاصی تری هستند که با توجه به شرایط خاص بیمار مورد نظر مطرح می شوند.

با افزایش آگاهی های افراد متخصص بالینی از نسبت سؤالات Background کاسته شده و بر نسبت سؤالات Foreground افزوده می شود. این سؤالات علیرغم داشتن دانش پایه و تجربه ایجاد می شوند.

- مثال: تصور کنید در بخش داخلی مشغول ویزیت یک بیمار مبتلا به پرفشاری خون کنترل نشده هستید. در همین حال یک دانشجوی پزشکی از شما می پرسد پرفشاری خون یعنی چه؟ و یا چرا این بیمار سردردهای مقاوم دارد؟ و یا اینکه چه روشهای درمانی برای چنین بیماری وجود دارد؟

به چنین سؤالاتی که در رابطه با فیزیولوژی، پاتولوژی، اپیدمیولوژی و درمانهای عمومی یک بیماری است ***سؤالات زمینه ای*** (***background***) گفته می شود. این بخش از دانش همان اطلاعاتی است که قبلاً یک دانشجوی پزشکی در دانشکده پزشکی یاد می گیرد و در ذهنش حک می شود. اما درست پس از اتمام پاسخ های شما به این دانشجوی پزشکی یکی از دستیاران از شما سؤال می کند که کاهش مصرف نمک در رژیم غذایی روزانه، چقدر ممکن است احتمال حوادث قلبی–عروقی این بیماران را کاهش دهد؟ و یا اینکه برای تشخیص پرفشاری خون با منشاء کلیوی آیا ایزوتوپ اسکن در مقایسه با سونوگرافی داپلر می تواند از دقت بیشتری برخوردار باشد؟ و در نهایت آیا درمان ترکیبی با استفاده از بتابلوکر و دیورتیک ها می تواند نقش بهتری در کنترل فشارخون مقاوم بیمار در مقایسه با بتا بلوکر به تنهایی داشته باشد؟

برای یافتن پاسخ سؤالات فوق، شاید صرفاً سواد حاصل از کتب مرجع دانشکده کافی نباشد و لازم باشد از منابع جدید تر بخصوص از ژورنال های مرتبط استفاده کرد. حتماً لازم نیست یک راست سراغ چند ژورنال مشهور فشارخون و قلب و عروق برویم و شاید منابع ثانویه مثل مرورهای نظام مند، و یا منابع از قبل نقادی شده و گایدلاین ها، پاسخگوی سریعی به این سؤالات باشند. به چنین سؤالاتی که به صورت ساختارمند و پیشرفته به جستجو روشهای تشخیصی درمانی مناسب می پردازد و یا به جستجوی عوارض درمانی و عوامل پروگنوستیک یک بیماری و یا یک مشکل بهداشتی می پردازد ***سؤالات پیشرفته*** (***Foreground***) گفته می شود.

جدول شماره ۱: انواع سوالات در روش آموزش مبتنی بر شواهد

انواع سوالات	نوع سوال
در مورد این موقعیت یا مشکل چکار باید بکنیم؟	مداخله گر
چه چیزی سبب این مشکل شده است؟	اتیولوژی و فاکتورهای خطر
آیا این شخص مبتلا به این مشکل است یا در این وضعیت قرار دارد؟	تشخیصی
چه کسی با شرایط یا مشکل موجود رو در رو خواهد شد؟	پیش آگهی و پیش بینی
مشکل تا چه حدی رایج است؟	فراوانی و میزان
چه انواعی از مشکل وجود دارد؟	پدیده یا تفکرات

جستجوی بهترین شواهد (مطالعات علمی)

جهت یافتن شواهد، آشنایی با روشهای صحیح جستجو، نحوه طرح سوال قابل پاسخ (PICO) و پایگاههای اطلاعاتی مناسب ضروری به نظر می رسد.

- مفهوم شواهد چیست؟ شواهد یا اسناد می تواند به هر مفهومی مانند یک دستور اداری، یک سند مالکیت، یک دستور قضایی، یک تجربه ثبت شده و یا مقالات حاصل از مطالعات و تحقیقات علمی اطلاق شود. طبابت مبتنی بر شواهد در این بین به انتشارات حاصل از تجارب و یا تحقیقات علوم پزشکی استناد می کند.

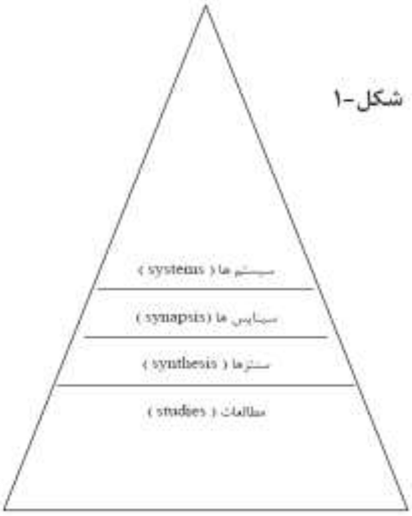
حال که بر بالین بیمار مشخص شد که دقیقاً چه سوالی برایمان مطرح است، باید ببینیم که برای یافتن پاسخ چه باید بکنیم؟ به کجا و چگونه مراجعه کنیم؟ چگونه جستجو کنیم؟

- ابتدا باید نوع سوال بالینی را مشخص کنیم و بر آن اساس مشخص کنیم که در چه جاهایی به دنبال آن بگردیم؟ ما در حقیقت در این اقیانوس بیکران تولیدات علمی، می خواهیم نتایج تحقیقات و پژوهش های انجام شده دیگران را بیابیم و از آن استفاده کنیم.

- بطور مثال مقاله ای که نشانگر فیزیولوژی فشار خون، عملکرد کلیه یا دانسیته استخوانی است، یک مشاهده معتبر به حساب می آید و یا مقالاتی که به سبب شناسی ایجاد بیماریهای مختلف می پردازد مثلاً نقش هلیکوباکتر پیلوری در ایجاد زخم اثنی عشر. از سوی دیگر مطالعات حیوانی نیز ارزش خاص خود را دارد، اما مثالهای بسیار زیادی در علم طب برای ناهمخوانی نتایج حال از مطالعات حیوانی و انسانی کنترل شده وجود دارد. اولاً پایه و اساس هر مداخله انسانی بایستی یک مطالعه اولیه حیوانی باشد. ولی این بدین مفهوم نیست که به طور قطع نتایج هر دو مشابه خواهد بود. به عبارت دیگر یک مداخله ی دارویی ممکن است در مدل حیوانی مؤثر باشد ولی در مدل انسانی غیر مؤثر و یا برعکس. اما موضوع به همین جا ختم نمی شود. گاهی وقتها مطالعات کارآزمایی بالینی کنترل شده، نمی توانند نتایج مطالعات مشاهده ای و یا توصیفی قبلی را تأیید کنند و یا حداقل همسو باشند. زیرا اثر دارونما، طبیعت بیماری و روش شناسی مداخله در کارآزمایی بالینی می تواند بسیاری از نتایج نادرست و یا بعبارت دیگر تورش (Bias) را تقلیل دهد. این مسئله نشان می دهد که روش و نحوه طراحی یک مطالعه چگونه ممکن است در نتایج حاصله تأثیر بگذارد. این موضوع اهمیت سطح بندی شواهد را نشان می دهد.

- بدین نحو که شاید این سؤال پیش بیاید که با توجه به تفاوتهای بیان شده فوق کدام یک از شواهد و یا مستندات علمی معتبرتر هستند؟ به عبارت دیگر در اینجا این سوال مطرح می شود که آیا نتایج تحقیقات مختلف انجام شده همگی در یک سطح از اعتبار، ارزش و اعتماد قرار دارند؟ آیا انواع مختلف مطالعات انجام شده برایمان یک سطح از شواهد علمی را نشان می دهند؟ پاسخ منفی است. به طور کلی ما شواهد موجود را بر سطوح مختلف تقسیم می کنیم (شکل ۱).

شکل-۱



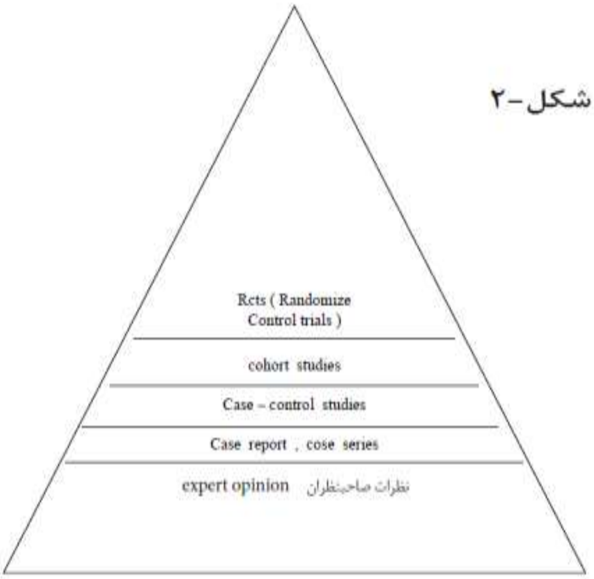
ارزیابی نقادانه شواهد

مبتکران طبابت مبتنی بر شواهد براساس ارزش مطالعه، سطح بندی شواهد را تعریف کردند. همانطور که در شکل ۱ مشاهده می شود ۴ سطح از شواهد را می توانیم نام ببریم.

- ***سطح اول،*** مطالعات انجام شده هستند. این مطالعات همگی در یک سطح از ارزش برای تولید شواهد نیستند.
- ***سطح دوم،*** سنتزها (synthesis) هستند. یعنی مطالعات ثانویه ای که از تجمع و خلاصه سازی چند مطالعه اولیه (سطح ۱) بدست آمده است. به عبارت دیگر، نتایج چند مطالعه اولیه ای که همگی راجع به یک موضوع و سوال پژوهشی پرداخته اند، روی هم ریخته شده و آنگاه بطور جامع تری به آن سوال در قالب یک مطالعه مروری (systematic review) پاسخ داده می شود. طبیعی است که چون در این مطالعات از نتایج چند ساله مرتبط، پس از نقادی و تعیین کیفیت آنها استفاده می شود شواهد قویتری را تولید می نماید.
- ***سطح سوم شواهد،*** سیناپس ها (synapsis) هستند. اینها در حقیقت مجلاتی هستند که عده ای متخصص تحقیق صاحب نظر در هر رشته در آن کار می کند. این محققین مقالات مرتبط در هر رشته (چه از نوع اولیه و چه از نوع ثانویه مروری) را می خوانند، نقد می کنند و به طور خلاصه شرح می دهند و در داخل یک ژورنال می آورند.
- ***سطح چهارم شواهد،*** سیستم ها (systems) هستند. در این سطح از شواهد به طور واقعی اطلاعات یک بیمار در نظر گرفته شده و سپس سیستم بطور خلاصه تمام شواهد مرتبط با سوال بالینی مرتبط با آن بیمار خاص را نشان می دهد اما تصمیم نهایی در خصوص اینکه برای بیمار چه باید کرد را پزشک معالج با در نظر گرفتن. شرایط بیمار، خواسته ها و ترجیحات بیمار اتخاذ می کند.

ملاحظه می نمایید که هر چه به سطح بالاتر شواهد می رویم، شواهد قویتر و از سطح بالاتری از اعتماد برخوردار خواهند بود. برعکس هر چه به سطح پائین تر می رویم تعداد شواهد بیشتر است که البته سطح پائین تری از اعتماد

برخوردار هستند. در اولین سطح از سطح شواهد یعنی مطالعات اولیه، نیز از یک سطح از اعتماد و ارزش برخوردار نیستند.



شکل-۲

در مورد مطالعات (شکل ۲):

- ❖ در پائین ترین سطح از شواهد، نظرات (opinion) صاحبنظران قرار دارد. پس فراموش نکنیم که در پزشکی مبتنی بر شواهد، آنچه که برایمان کمترین اهمیت و ارزشی را دارد، نظرات است. ما در حقیقت بدنبال حقایق (facts) هستیم و نه نظرات. پس ضمن احترام به نظرات دیگران و صاحبنظران باید حتماً بلافاصله پس از شنیدن نظرات آنها، حقایق آن را مطالبه کنیم. بگوئیم این نظر شما مبتنی بر کدام سطح از شواهد چهارگانه فوق است و اگر در سطح اول شواهد و مطالعات اولیه است، کدام مطالعه، آن را ببینیم و نقد علمی کنیم و سپس بکار ببریم.
- ❖ در سطح بعدی، مطالعات توصیفی (بدون هیچگونه آزمون فرضیه ای خاص و یا داشتن گروه مقایسه) مانند گزارش مورد (case report)، گزارش موارد (case series) قرار دارند.
- ❖ سطح بعدی مطالعات تحلیلی مشاهده ای مانند مطالعات مورد شاهدی (case control study) و مطالعات (cohort study) قرار دارند.
- ❖ بعد از آن، مطالعات تحلیلی مداخله ای تجربی مانند کارآزمایی بالینی (clinical trial) و RCT (Randomized Control Trials) ها قرار دارند.

در هر کارآزمایی بالینی بایستی سه اصل اساسی رعایت شود:

- ➢ آیا متدولوژی مطالعه صحیح و معتبر بوده است؟ (شامل: آیا جمعیت هدف به خوبی تعریف شده است؟ و اینکه شرایط ورود و خروج موارد به مطالعه به طور مناسب انتخاب و اجرا شده است؟ آیا تعداد نمونه ها کافی بوده است؟ و اینکه آیا کلیه نمونه ها در دو گروه مداخله و کنترل در آغاز مطالعه شرایط مشابهی داشتند؟ آیا اصول مناسب تصادفی کردن و پنهان سازی (Blinding) بخوبی رعایت شده است؟ آیا پیامد به صورت قابل اندازه گیری تعریف شده است؟ آیا پیگیری کامل و کافی بوده است؟ و ...)
- ➢ آیا نتایج حاصل قابل اعتماد می باشد؟
- ➢ آیا نتایج مطالعه برای بیمار ما در شرایط موجود قابل استفاده است؟

جدول شماره ۲: طراحی مطالعه بر حسب نوع سوال

نوع سوال	بهترین نوع طراحی مطالعه
مداخله	مطالع کنترل شده تصادفی RCT
اتیولوژی و عوامل خطر	RCT مطالعه هم گروه مطالعه شاهد
فراوانی و میزان	مطالعه هم گروه مطالعه مقطعی
تشخیصی	مطالعه مقطعی با مواد انتخاب شده به شکل تصادفی و یا متوالی
پیش آگهی و پیش بینی	مطالعه زنده مانی (پیگیری طولانی مدت هم گروهی)

به طور کلی از کارآزمایی های بالینی کنترل شده برای یافتن پاسخ سوالات درمانی، مطالعات مقطعی برای یافتن سوالات تشخیصی، و مطالعات کوهورت برای یافتن سوالات پیش آگهی استفاده می کنیم.

توجه: برای خواندن سریع یک مقاله ابتدا خلاصه آن را مطالعه کنید، در صورت مرتبط بودن به سرعت سراغ متدولوژی بروید و در صورت مقبول بودن آن، نتایج را مطالعه کنید معمولاً دیگر نیازی به مطالعه مقدمه و بحث و نتیجه گیری نخواهید داشت.

PICO مربوط به مطالعه را تعیین و با سؤال بالینی خود مقایسه کنید، اگر متناسب باشد سراغ مرحله بعدی بروید.

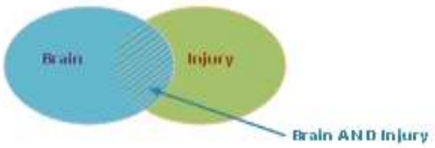
استراتژی جستجو:

استراتژی جستجو استفاده از مؤثرترین نوع جستجو برای بازیابی مطالعات معتبر و یافتن بهترین شواهد موجود است. با استفاده از برخی تاکتیکهای جستجو، راهبرد جستجویمان را شکل می دهیم و بر اساس اجزاء سؤال PICO، یک راهبرد جستجو را تهیه می کنیم.

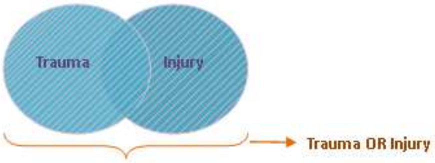
برای تهیه راهبرد جستجو کافی است که برای هر جزء از سوال بالینی واژه اصلی و مترادفات آن را مشخص نمائیم و سپس با ترکیب این واژه ها، راهبرد جستجو مشخص می شود. یافتن واژه های مترادف بسیار مهم و بعضاً مشکل است. برای یافتن واژه های مترادف، هم باید از واژه های متنی (text word) که مؤلف در مقاله خود از آن استفاده کرده است و هم واژگان کلیدی که در پایگاههای داده ای مختلف از آن استفاده می شود بهره برد. به عنوان مثال یکی از پایگاههای داده ای قوی و معتبر، پایگاه مدلاین (انجمن کتابخانه های آمریکا) است. واژه های کلیدی این بانک اطلاعاتی در یک بسته درختی شکل و با ساختار سلسله مراتبی تحت عنوان Mesh قراردارد. Mesh مجموعه وسیعی از واژه های مترادف را پوشش می دهد.

با کمک استراتژیهای جستجو شامل عملگرهای بولین، کوتاه سازی، محدودیتها (limitations) و محدودگرهای خاص هر پایگاه اطلاعاتی، عملیات جستجو را انجام می دهیم.

عملگرهای بولین: سه عملگر مهم برای تسهیل جستجو عبارتند از AND، OR و NOT.



عملگر AND: هنگامی از آن استفاده می کنیم که بخواهیم همه واژه های مورد جستجو، در نتایج جستجو وجود داشته باشد. با گذاشتن تاکتیک جستجوی AND بین مجموعه ای از مقالات یافت شده برای هر جزء PICO می توانیم به مقالات مرتبط با سوال بالینی خودمان دسترسی یابیم.



عملگر OR: اگر بخواهیم هریک از واژه های مورد جستجو، در نتایج جستجو وجود داشته باشد از این عملگر استفاده می کنیم. با قراردادن تاکتیک جستجوی ORبین کلمات مترادف و واژه متنی مربوط به هر جزء PICO میتوانیم به کل مقالات مرتبط با آن جزء دسترسی یابیم.

عملگر NOT: هنگامی از آن استفاده می کنیم که بخواهیم واژه مورد نظر در نتایج جستجو، وجود نداشته باشد.

علامت " " (Quotation): برای جستجوی عین عبارت بکار می رود.

کوتاه سازی (Truncation): عموماً علامت ستاره (*) بکار برده می شود. از این شیوه برای جستجوی صورت های جمع و مفرد واژه ها، و یا واژه هایی که حروف پایانی آنها متفاوت هستند، استفاده می شود.

محدودیتها (Limitations): اگر نیاز به جستجو در زمان، مکان، منبع اطلاعاتی خاص (کتاب، مجله و ...)، شکل ارائه خاص (pdf، powerpoint و ...) و غیره باشد از محدودیتهای خاص هر پایگاه اطلاعاتی استفاده می شود.

مثال: مثلاً فرض کنید یک محقق می خواهد بررسی کند که آیا "زنجبیل" باعث کاهش وزن در افراد چاق (در مقایسه با گروه دارونما) می شود؟

ابتدا این سوال را به چند جزء تقسیم می کنیم (PICO):

P: population = obese people (افراد چاق)

I: Intervention = zanjebil (زنجبیل)

C: comparison = placebo (گروه دارونما)

O: outcome =d ecrease weight (کاهش وزن)

برای جزء اول (P)، می توانیم از واژه متنی obese یا واژه کلیدی overweight استفاده کنیم.(obese or overweight) .

برای جزء دوم (I)، نیز از واژه متنی zanjebil یا واژه مترادف Ginger استفاده می کنیم. (zanjebil or Ginger).

برای جزء سوم (C) از واژه متنی Placebo استفاده می کنیم.

برای جزء چهارم (O) از واژه متنی decrease weight/ kilogram و یا واژه کلیدی استفاده می کنیم (decrease weight OR kilogram).

راهبرد جستجوی خودمان را بشرح ذیل می نویسیم:

Search = 1 به معنای جستجوی شماره1 می باشد.

Search = 1: (obese or overweight)
Search = 2: (zanjebil or Ginger)
Search = 3: (placebo)
Search = 4: (decrease weight or kilogram
Search = 5: # 1 And # 2 And # 3 And #4

- **بکارگیری شواهد و درهم آمیختن نتایج به دست آمده موجود با تخصص بالینی و ارزشهای بیمار**

در بخش های قبلی چگونگی طراحی سوال کلینیکی و چگونگی شناسایی بهترین نوع شواهد از انواع مختلف مطالعات و چگونگی جستجو برای این مطالعات بیان شد. قدم بعدی دقت و توجه به مطالعه یا مطالعاتی است که یافته ایم و تصمیم گیری در مورد اینکه این مطالعات برای پاسخگویی به سوال کلینیکی ما چقدر مناسب هستند. این مرحله به نام بررسی منتقدانه موشکافانه (Critical appraisal) نامیده می شود.

- **ارزشیابی عملکرد**

همواره مهم است که این سوال را از خود بپرسیم که کار ما چقدر درست است؟ آیا این به ما کمک می کند که در دفعات بعدی پیشرفت بهتری نسبت به قبل داشته باشیم؟

فرایند طب مبتنی بر شواهد یک فرایند یادگیری مستمر می باشد. باید با ارزشیابی منظم عملکرد خود در رابطه با استفاده از طب مبتنی بر شواهد، مشخص کنیم چه چیزی به دانش تخصصی خود اضافه کرده ایم و مهارت های خود در زمینه طب مبتنی بر شواهد را چه مقدار افزایش داده ایم. ارزشیابی عملکرد، انباشت دانش و مهارت های ما را در زمینه کاربرد طب مبتنی بر شواهد فراتر از کاربرد موردی طب مبتنی بر شواهد در رابطه با تک تک بیماران نشان میدهد. اساساً ارزشیابی عملکرد هم پیشرفت ها و هم مشکلات را نشان می دهد. با در دست داشتن نتایج ارزشیابی یک دوره از کاربرد طب مبتنی بر شواهد، با بصیرت بیشتری وارد دورهٔ دیگری از کاربرد طب مبتنی بر شواهد می شویم. نگاهی گذرا به مراحل فرایند طب مبتنی بر شواهد نشان می دهد که این فرایند یک فرایند بسیار منطقی و قابل درک است. با این توضیح که با یک سئوال قابل پاسخ دادن شروع می شود؛ برای پاسخ دادن به آن سئوال شواهد لازم، جستجو می شود؛ شواهد علمی پیدا شده، نقادانه ارزیابی می شود تا نسبت به صحت نتایج آن اطمینان حاصل کنیم؛ شواهد را بکار می گیریم و بالاخره، عملکرد خود را ارزشیابی می کنیم. با یک دوره استفاده از طب مبتنی بر شواهد و ارزشیابی عملکرد آن دوره، با بصیرت حاصل از یادگیری، وارد دوره دیگری از کاربرد طب مبتنی بر شواهد می شویم. تکرار کاربرد و ارزشیابی عملکرد، فرایند طب مبتنی بر شواهد را به یک عادت تبدیل می کند. این آن چیزی است که باید در همه افراد بالینی آموزشی و غیر آموزشی اتفاق افتد

بخش چهارم: استدلال بالینی

مقدمه

اولین مسئولیت هر نظام آموزشی، این است که یادگیرندگان را از مرحلۀ یادسپاریِ صرفِ مطالب به سمت استدلال و حل مشکلات سوق دهد. روشهای متداول آموزشی، افرادی با اطلاعات نظری فراوان تحویل جامعه می‌دهند که گاه از حل کوچکترین مسائل جامعه در آینده عاجز می‌باشند. در واقع روش آموزش سنتی در دانشگاهها در بیشتر مواقع مخلوطی از اطلاعات و مفاهیم را به دانشجویان ارائه می‌دهد، اما آنان را در تجزیه و تحلیل، اولویت بندی و سازماندهی دانش نوظهور که لازمه تفکر انتقادی بوده و منجر به یادگیری موثر و با معنی خواهد گشت، به حال خود می‌گذارد. در واقع؛ اساتید بالینی همواره زمان زیادی را برای کمک به دانشجویان در راستای یافتن مفیدترین شواهد، تفسیر آنها و ترکیب شواهد برای رسیدن به تشخیص و برنامه درمانی، صرف میکنند .چنین آموزشی بسیار تجربی و چکیده ای از دروس تجربی است و اغلب به شکل مثال ها و خاطرات بالینی بیان میشوند.

تعریف استدلال بالینی

در پزشکی، استدلال یعنی شما از بیمار شرح حال می گیرید، علائم و نشانه‌های بیمار را می‌بینید و با گذر کردن از آنها، با استنتاج به تشخیص و تدبیر بالینی می‌رسید. استدلال بالینی روند تفکری است که پزشک را به برداشتن قدم های عاقلانه در تشخیص و درمان بیماران رهنمون می شود و در تمام مراحل ارزیابی بیمار از مراحل اولیه گرفتن شرح حال تا کامل کردن درمان بیمار و پیگیری آن حضور دارد. در این روند ابتدا از داده های بیمار اطلاعات معنادار تولید میکند، سپس این اطلاعات را با دانش و تجربه پزشکی در هم می آمیزند و پزشک با یاری گرفتن از آن ها درست به اقدامات تشخیصی و درمانی می زند.

چارچوب نظری

روند کلی استدلال بالینی شامل بخش‌های **جمع‌آوری اطلاعات**، **ساختن فرضیه** و **ارزیابی فرضیه** است. در هر برخورد پزشک و بیمار، پزشک ابتدا با تعدادی سرنخ یا داده از بیمار مواجه می شود. این داده ها شامل سن و جنس بیمار، وضعیت ظاهری وی و شکایت/ شکایات اصلی او هستند. داده های اولیه باعث فعال شدن دانش قبلی پزشکی می شود و اولین فرضیه های تشخیصی در ذهنش نقش می بندد. سپس با هدایت این فرضیه ها و دانش قبلی، پزشک شروع به جمع آوری اطلاعات بیشتر از بیمار می کند. این جمع آوری اطلاعات شامل همه مراحل شرح حال گیری، معاینه فیزیکی و پاراکلینیک می باشد. این داده های جدید فرضیه های تشخیصی قبلی را ارزیابی کرده و باعث تضعیف یا تقویت آن ها می شوند. در بعضی موارد ممکن است داده ای جدید به تولید فرضیه های جدید منجر شوند. این روند به صورت دوری ادامه می یابد یعنی داده های جدید باعث تولید فرضیه ها می شوند که برای ارزیابی این فرضیه های جدید نیاز به داده های جدید داریم. این روند دایره وار تا تصمیم نهایی پزشک برای یک تشخیص یا یک لیست تشخیص افتراقی ادامه می یابد. در ادامه هم همین روند استدلال بالینی

به همان شکل ادامه می یابد. این فرآیند نهایتا منجر به حل مساله و تصمیم گیری می شود که می تواند تشخیص، درمان یا مجموعه ای از هردو باشد.

جمع آوری اطلاعات

روند استدلال بالینی در تشخیص و تدبیر بالینی، بر پایۀ اطلاعاتی استوار است که پزشک از بیمار بدست می آورد. منابع جمع آوری اطلاعات شامل شرح حال (شرح حال خود بیمار، همراهان بیمار و مدارک پزشکی همراه بیمار و ...)، معاینه فیزیکی و آزمایشات پاراکلینیک و تصویربرداری و .... است.

اطلاعاتی که از منابع مختلف به دست می‌آید، می تواند **ذهنی** و یا **عینی** باشد.

اطلاعات ذهنی: اطلاعاتی است که بیمار در اختیار پزشک قرار می‌دهد که اصطلاحاً در پزشکی به آنها نشانه می گویند.

اطلاعات عینی: اطلاعاتی هستند که پزشک آنها را در بیمار جستجو می‌کند.

اطلاعاتی که از طریق شرح حال کسب می‌شوند، ذهنی و آنها که در خلال معاینات فیزیکی و پاراکلینیک به دست می‌آیند، عینی هستند. داده‌های ذهنی بهتر است توسط داده‌های عینی تایید شوند، مثلاً تب، بنا به اظهار خود بیمار با اندازه‌گیری دمای بدن با دماسنج تایید شود.

برای کسب اطلاعات در مورد بیمار منابع مختلفی وجود دارد، گفته‌های بیمار تنها منبع برای گرفتن شرح حال نیست، بلکه از منابع دیگر مانند همراهان بیمار، مدارک پزشکیِ همراهِ بیمار، توضیحات کادر درمانی و البته معاینۀ بیمار می توان بهره برد. باید اعتبار گفته‌های بیمار را با استفاده از منابع دیگر سنجید.

مشکلی که ممکن است در جمع‌آوری اطلاعات گریبان‌گیر پزشکان شود، عدم وجود فهم مشترک مشکلات بیمار، توسط پزشک و بیمار است. برای حل این مشکل تاکید می شود که پزشک فهم خود را از نشانه‌های بیماری با خودِ بیمار مرور کند تا اگر سوءتفاهمی وجود دارد اصلاح شود.

پس از آنکه پزشک، اطلاعات را از منابع مختلف بدست آورد و اعتبار آنها تائید شد، می تواند داده‌ها را به واژه‌های تخصصی پزشکی تبدیل کند. بسیاری از مواقع بیمار با شکایت خلط خونی مراجعه می‌کند ولی در اصل استفراغ خونی دارد. عدم تلاش پزشک برای فهمیدن منظور بیمار از خلط خونی باعث ارجاع بیمار به بخش ریه و انجام برونکوسکوپی و ... می‌شود.

پس از تکمیل جمع‌آوری اطلاعات، در نهایت پزشک فهرستی از مشکلات بیمار تهیه می‌کند که سیاهۀ مشکلات problem list نامیده می شود و این سیاهه مبنایی برای ادامه روند استدلال بالینی است.

این اطلاعات دو گونه هستند:

یکی **اطلاعات بالینی** هستند که شامل علائم و نشانه‌ها بیمار هستند.

دستۀ دیگر **اطلاعات زمینه‌ای** که نه علامت هستند و نه نشانه و شامل سن، جنس، شغل، وضعیت اقتصادی و اجتماعی، عادات، نوع تغذیه، تاریخچه بیماری، سابقه فامیلی، سابقه دارویی و رفتارهای پرخطر... می شوند.

مطالعات مختلف نشان داده اند که دانشجویان و پزشکان مبتدی، بیشتر روی اطلاعات بالینی متمرکز هستند در صورتی که متخصصان وخبرگان به اطلاعات زمینه‌ای همسنگ یا حتی بیشتر از اطلاعات بالینی اهمیت می‌دهند.

مثال: فرض کنید از شما در مورد تشخیص بیماری با دل درد نظر می‌خواهند. شما می‌توانید بدون در نظر گرفتن اطلاعات زمینه‌ای در مورد تشخیص‌های افتراقی دل درد فکر کنید، اما به محض اینکه در مورد سن بیمار بپرسید مسیر عوض می‌شود. مثلاً اگر به شما بگویند کودک ۳ ساله‌ای با دل درد مراجعه کرده است یا مرد ۷۰ ساله‌ای با دل درد مراجعه کرده است دو دسته تشخیص افتراقی متفاوت به ذهن شما متبادر می‌شود و این تمایز بر اساس اطلاعات زمینه‌ای شکل می‌گیرد.

باید به این نکته توجه داشت که جمع آوری اطلاعات برای ساخت و ارزیابی فرضیه‌ها با یکدیگر متفاوت هستند. جمع‌آوری اطلاعات در زمان ساختن فرضیه و ارزیابی آن دو مسیر متفاوت است.

استدلال همگرا: در زمان ساختن فرضیه روند جمع‌آوری اطلاعات همگراست، چرا که یافته‌های بالینی به هم پیوند می‌خورند تا فرضیهٔ تشخیصی تشکیل شود. این روند استدلال همگرا استدلال رو به جلو نام دارد.

استدلال واگرا: برعکس در ارزیابی فرضیه، فرضیه به صورت واگرا تعدادی یافته را که باید در بیمار جستجو شوند، بازتولید می‌کند که به آن استدلال رو به عقب می‌گویند.

به عنوان دانشجو در شروع مواجهه با بیمار باید به روشهای جمع آوری اطلاعات توجه کامل داشت:

- بدقت در جستجوی اطلاعاتی از زبان غیر کلامی و ظاهر و ویژگی های گفتاری و حرکتی بیمار باشید.
- اطلاعات مفید که از مشاهدات در مورد همراهان بیمار دارید را مشخص کنید.
- هر گونه تناقض در گفتار و رفتار بیمار را مشخص کنید.
- میزان اهمیت و مفید بودن اطلاعات را مشخص کنید.
- منظور واقعی بیمار از کلماتی که به زبان می آورد را متوجه شوید.

ساختن فرضیه

پس از جمع آوری اطلاعات و نوشتن فهرست مشکلات بیمار، اکنون زمان ساختن فرضیه است. جمع آوری اطلاعات بصورت منظم و هدفمند در ساختن فرضیه بسیار کمک کننده است و پزشک در مراحل دیگر استدلال بالینی، کمتر با مشکل مواجه می شود. در ساختن فرضیه، استدلال رو به جلو نقشی حیاتی دارد، استدلالی همگرا که یافته‌ها را جمع‌بندی می‌کند و فرضیه (های) به دست می‌دهد. یافته‌های به دست آمده باید به حد آستانه‌ای برسد تا فرضیهٔ تشخیصی شکل بگیرد. این حد آستانه برای یک پزشک مجرب و یک دانشجوی نوآموز متفاوت است. پزشکان باتجربه، گاهی با دیدن بیمار و بدون پرسیدن حتی یک سوال از او به تشخیص می‌رسند.

فرضیه تشخیصی که در اینجا در مورد آن صحبت می‌کنیم، طیفی است که در یک سوی آن فرضیه‌هایی کلی در مورد درگیری یک ارگان یا سیستم است و در سوی دیگر آن، تشخیص قطعی. فرضیهٔ تشخیصی که ابتدا شکل می‌گیرد هنوز در مرحلهٔ جنینی است و نیاز به ارزیابی دارد تا به تشخیص قطعی ختم شود. این فرضیه‌های تشخیصی می توانند در یکی از چهار دسته زیر قرار می گیرد:

- درگیری سیستمیک مانند درگیری سیستم قلبی- عروقی
- درگیری ارگان مانند کبد و یا کلیه
- وضعیت بالینی مانند شوک یا نارسایی کلیه
- بیماری مانند اندوکاردیت باکتریال یا انفارکتوس میوکارد

می توان برای ساختن فرضیه های تشخیصی از فرضیه های کلی تر مثل درگیری سیستم یا ارگان آغاز کرد و سپس وضعیت بالینی و بیماری را مشخص نمود. این عمل کمک می کند که جمع آوری اطلاعات هدفمندتر صورت گیرد و هم اینکه سرعت و دقت فرضیه سازی بیشتر شود.

یکی از اصول مهم در ساختن فرضیه، قاعده امساک است که بیان می کند که باید در زمان ساختن فرضیه های تشخیصی، امساک به خرج داد و با بیشترین تعداد علائم و نشانه ها، کمترین تعداد فرضیه های تشخیصی را ساخت. با رعایت قاعده امساک تلاش می کنیم همه علائم بیمار را با یک تشخیص توجیه کنیم. عدم رعایت این قاعده مهم باعث می شود در بسیاری از موارد پزشکان دست به درمان علامتی بیماران بزنند، یعنی هر علامت را جداگانه درمان کنند، بدون آنکه مشکل اصلی بیمار را بفهمند.

در فرضیه سازی به موارد زیر باید توجه داشت:

- حساس ترین و اختصاصی ترین یافته ها را جهت حمایت از فرضیه تان انتخاب کنید.
- یافته ها را با تمام موقعیت هایی که می تواند سبب آن باشد تطبیق دهید.
- تشخیص های محتمل را در کنار هم گذاشته و مقایسه کنید.
- همگام با یافتن توضیحی برای مشکل بیمار، توجهی خاص به موقعیتهایی که تهدید کننده حیات هستند و قابل درمان می باشند داشته باشید.

نمونه سناریو در ساخت فرضیه :

بیمار آقای ۲۵ ساله ای است که از ۴-۳ روز پیش دچار قفسه سینه در سمت راست و در ناحیه تحتانی ریه راست شده است. درد به صورت ناحیه ای با ابعاد ۵*۵ سانتیمتر بوده با حرکت و سرفه تشدید میشد، همراه با درد، بیمار از احساس تنگی نفس از ۲-۱ روز قبل و همچنین از تب و لرز نیز شاکی بوده است.

روش های ساخت فرضیه

- روش فهرست سازی:

در این روش ابتدا بر اساس هر علامت یا نشانه، تشخیص افتراقی‌های مطرح می‌کنیم و سپس با پیدا کردن تشخیص‌های مشترک بین علائم و نشانه‌های مختلف بیمار به تشخیص می‌رسیم. در ابتدا با توجه به هر یک از علائم بیمار، تشخیص افتراقی‌های آن را پیدا می‌کنیم. به عنوان مثال اگر بیمار دو علامت الف و ب را دارد، ابتدا تشخیص افتراقی های علامت الف را که ۳۰ تشخیص است را می یابیم سپس تشخیص‌های علامت ب را می یابیم. با کنار هم قرار دادن تشخیص افتراقی های هر دو علامت و یافتن تشخیص های مشترک بین آنها (ب+الف) می توانیم به تشخیص اصلی برسیم. با اینکه این روش شباهت چندانی به شیوۀ فرضیه‌سازی در استدلال بالینی واقعی ندارد، اما برای نوآموزان روش مناسبی است تا قدم به قدم با این مهارت آشنا شوند.

- روش فرضیه سازی براساس آناتومی یا پاتوفیزیولوژی:

یکی دیگر از روش‌های ساختن فرضیه استفاده از دانش زیست پزشکی است. با توجه به اینکه دانشجویان پزشکی که به بخش‌های بالینی وارد می‌شوند پیش‌زمینه‌ای قوی از این نوع دانش را دارند، این روش برای این گروه از دانشجویان قابل فهم و استفاده است. این روش براین پایه بنا شده است که بیماری‌ها از دو منظر قابل طبقه‌بندی هستند: محل آناتومیک و مکانیسم پاتوفیزیولوژیک. به عنوان مثال درد قفسه سینه می‌تواند

با منشا قلب، ریه، معده، مری یا عضلات و استخوان‌ها باشد. این یک تقسیم‌بندی بر اساس محل آناتومیک درگیری است. همین طبقه‌بندی می‌تواند به ما کمک کند تا فرضیه بسازیم. حال اگر بدانیم این درد فعالیتی است و با استراحت برطرف می گردد، می توان هم به درگیری قلب و هم عضلات شک کرد. چنانچه بیمار در حین حمل بار با دست چپ خود متوجه این مشکل شده است، احتمال درگیری عضلات بیشتر می شود.

■ ارزیابی فرضیه‌ها

پس از ساخته شدن فرضیه تشخیصی، روند استدلال بالینی به پایان نمی رسد و فرضیه تشخیصی ساخته شده باید در بوته آزمایش قرار گیرد. برای ارزیابی فرضیه های تشخیصی باید اطلاعات جدیدی را به دست آوریم، حال این اطلاعات می تواند در شرح حال، معاینه فیزیکی و یا یافته های پاراکلینیک باشد. اغلب پزشکان از شرح حال و معاینه فیزیکی برای ساخت فرضیه های تشخیصی بهره می گیرند و از آزمایشات پاراکلینیک را برای ارزیابی این فرضیه ها استفاده می کنند. توجه به این موضوع اهمیت دارد که اغلب پزشکان متوجه نیستند که اکنون مشغول ساخت فرضیه هستند یا ارزیابی آن. توجه به این موضوع که اکنون در کدام مرحله از روند استدلال بالینی هستیم می تواند کمک بسیاری به استفاده صحیح از روش های شناخته شده و سرعت بخشیدن به روند استدلال بالینی کند. در ادامه به بیان روش های مختلف ارزیابی فرضیه ها خواهیم پرداخت.

○ روش های ارزیابی فرضیه ها

۱. روش اثباتی Confirmation

پزشک در این روش سعی می‌کند فرضیه تشخیصی خود را با به دست آوردن اطلاعات جدید تائید کند و به اثبات برساند. به عنوان مثال فرض کنید مرد میانسالی با علائم درد قفسه سینه، تهوع، استفراغ و تعریق به شما مراجعه کرده است و شما فرضیه تشخیصی انفارکتوس میوکارد را مطرح می کنید. برای آنکه این فرضیه را اثبات کنید به دنبال دیگر علائم انفارکتوس میوکارد یعنی تغییرات نوار قلب، بالا رفتن آنزیم های قلبی و غیره می گردید. در اینجا با یافتن این موارد، فرضیه اثبات خواهد شد و تشخیص نهایی، انفارکتوس میوکارد خواهد بود. حال اگر اطلاعاتی برای اثبات فرضیه خود پیدا نکردید، در واقع شما نتوانسته‌اید فرضیه خود را اثبات کنید و باید دوباره از ابتدا شروع به جمع‌آوری اطلاعات یا ساخت فرضیه های تشخیصی جدید نمایید. لازم به ذکر است که روش اثباتی اغلب زمانی استفاده می شود که یک یا دو فرضیه تشخیصی وجود داشته باشد؛ به عبارت دیگر روش اثباتی هنگامی به کار می‌آید که با راهکار فعال شدن شرحنامه فرضیه ساخته باشیم. اگر تعداد فرضیه ها زیاد باشد این روش اغلب کارایی لازم را ندارد و می تواند باعث سردرگمی پزشک شود.

۲. روش حذفی Elimination

در روش حذفی، پزشک با جمع آوری اطلاعات جدید سعی دارد فرضیه تشخیصی خود را رد کند. به این مثال دقت کنید: بیمار جوانی با درد قفسه سینه به شما مراجعه کرده است و شما می‌خواهید فرضیه تشخیصی انفارکتوس میوکارد را که در این سن نامحتمل است را رد کنید. دقت کنید که رد احتمال انفارکتوس میوکارد، حتی در سنین جوانی بسیار مهم است. شما در ابتدا مساحت محل دردناک را از بیمار سوال می کنید و او یک نقطه به مساحت نوک انگشتش را نشان می دهد. سپس شما با فشار دادن این محل دردناک و یافتن تندرنس در آن نقطه تشخیص انفارکتوس میوکارد را رد می‌کنید. روش حذفی اغلب در مواردی بکار می رود که یا با موقعیتی مواجهیم که جان بیمار را به صورت بالقوه تهدید می‌کند و مطرح کردن هر تشخیصی موکول به این است که احتمال این بیماریِ

تهدید کننده را بررسی و رد کنیم یا فرضیه‌های تشخیصی نسبتاً زیادی مطرح هستند و با این روش یک به یک را حذف می‌کنیم تا به جواب برسیم.

۳. روش افتراقی Discrimination

روش افتراقی روش دیگری است که برای ارزیابی فرضیه ها می تواند بکار رود، هرچند این روش برای ساخت فرضیه‌های تشخیصی نیز بکار رود. در روش افتراقی پزشک سعی دارد با یافتن اطلاعات جدید بین دو دسته از فرضیه های تشخیصی افتراق بگذارد. این روش اغلب باعث می شود یک دسته از فرضیه ها حذف و دسته دیگر تائید شود ولی ممکن است در برخی از موارد تنها احتمال یک دسته کم و دسته دیگر را زیاد کند. مثلاً فرض کنید بیماری با تابلوی بالینی نارسایی کلیه مراجعه کرده است. علل نارسایی کلیه به طور کلی سه دسته هستند که با عناوین پیش-کلیوی، کلیوی و پس-کلیوی طبقه‌بندی می‌شوند. با یک آزمایش ساده تا حدودی می‌توان تشخیص داد که بیمار در کدام یک از این دسته‌ها جای می‌گیرد؛ به این ترتیب، یک دسته از فرضیه‌ها تایید و دو دیگر حذف می‌شوند.

۴. روش کاوشی Exploration

روش کاوش آخرین روش ارزیابی فرضیه های تشخیصی است. این روش زمانی به‌کار می‌رود که پزشک به یک فرضیه تشخیصی بسیار کلی مانند درگیری یک ارگان مثل بیماری قلبی رسیده باشد و اطلاعاتی برای ساخت فرضیه‌های دقیق‌تر نداشته باشد. در این زمان مسلماً هیچکدام از روش های اثباتی، حذفی و یا افتراقی نمی تواند کمکی در ارزیابی و پیشبرد روند استدلال بالینی به وی بکند، او باید با کندوکاو و یافتن اطلاعات بیشتر، فرضیه های تشخیصی اختصاصی‌تری را بسازد. شاید در این زمان بهترین راه حل استفاده از پرسشنامه مربوط به مرور سیستم ها باشد، تا با یافتن اطلاعات جدید، پزشک بتواند فرضیه‌های تشخیصی اختصاصی‌تری را بسازد.

اگر دقت کرده باشید روش های ارزیابی فرضیه‌ها با روش‌های ساخت فرضیه و بطور کلی‌تر مراحل ساخت و ارزیابی فرضیه ارتباط تنگاتنگی با یکدیگر دارند. با این حال توانایی ساخت فرضیه مناسب تضمین کننده توانایی ارزیابی خوب آن ها نیست و بالعکس. به همین جهت لازم است که به هر کدام از این مراحل بطور جداگانه توجه ویژه‌ای شود.

■ روش های ارزیابی استدلال بالینی

بر اساس مدل استدلال بالینی روش های متفاوتی برای ارزیابی استدلال بالینی طراحی شده است که هرکدام از آن ها یکی از چار مولفه اصلی استدلال بالینی را می سنجد. ارزیابی استدلال های بالینی با استفاده از روش های زیر انجام میگیرد.

- آزمون ویژگی های کلیدی[1] (KF)
- آزمون استدلال بالینی[2] (CPR)
- آزمون همخوانی با شرح نامه[3] (SC)
- آزمون جمع آوری اطلاعات[4] (IGT)
- آزمون سناریو نویسی یا ساختن فرضیه
  - ✓ آزمون پازل بیماری ها (IP)
  - ✓ آزمون استدلال تحلیلی

---

[1] Key Feature Problem
[2] Clinical Reasoning Problem
[3] Script Concordance
[4] Information Gathering Test

اکثر این روش ها بر پایه یک سناریوی بالینی استوار است. از شرکت کنندگان خواسته می شود سناریو را بخوانند و سپس به سوالاتی پاسخ دهند. روش های بسیار متنوع ارزیابی استدلال بالینی هرکدام یکی از چهار مرحله اصلی استدلال بالینی یا آمیزه ای از چند مولفه را می سنجند. مثلا تست KFP ابتدا شرح حال بیماری را مطرح می کند و سپس از آزمودنی ها خواسته می شود که از بین یک لیست طولانی مشخص کنند که برای تشخیص این بیمار نیاز به چه داده های دیگری دارند (مثال ۱). تمرکز این آزمون بر جنبه های مختلف جمع آوری اطلاعات می باشد. بر عکس آزمون هایی مانند CPR بیشتر برروی ساختن فرضیه های تشخیصی متمرکز است. در این آزمون از شرکت کنندگان خواسته می شود که پس از خواندن یک شرح حال مختصر از بیمار محتمل ترین تشخیص را انتخاب کنند (مثال ۲). پس از آن آزمودنی ها باید یافته هایی از بیمار که به نفع یا به ضرر تشخیصشان انتخاب کنند. به این شکل ارتباطی بین فرضیه های تشخیصی و یافته های بیمار برقرار می شود. شاخص ترین آزمون استدلال بالینی که ارزیابی فرضیات را می سنجد، SC است (مثال ۳). در این آزمون فرضیه های تشخیصی پیشنهاد شده اند و فقط بر اساس یافته ایی که خود آزمون پیشنهاد می دهد فرضیه های پیشنهادی را ارزیابی کرد.

- **مثال ۱ –** بیمار خانم ۲۵ ساله ای است که با تنگی نفس ناگهانی به اورژانس مراجعه کرده است. بیمار دیسترس تفسی دارد و قادر است در هر تنفس دو کلمه حرف بزند. فشار خونش ۱۱۰/۷۰ میلی مترجیوه و ضربان تپش قلبش ۱۳۰ در دقیقه است. در سمع ریه صداهای تنفسی به صورت قرینه در دو طرف کاهش یافته است، اما ویز شنیده نمی شود. شما به کدامیک ا زموارد ذیل برای تشخیص این بیمار نیاز دارید. شما مجاز هستید حداکثر ۵ مورد را انتخاب نمایید.

سابقه قبلی تنگی نفس ☐سابقه آسم ☐مصرف اسپرس سالبوتامول ☐تروما به قفسه سینه ☐سرفه ☐انحراف تراشه ☐انحراف PMI ☐مصرف داروهای ضد بارداری (بستری طولانی مدت ☐عمل جراحی شکم (سابقه خس خس)☐

- **مثال ۲–** بیمار زن ۷۰ ساله ای که بعلت درد ناگهانی رترواسترنال که به گردن و پشت تیر می کشد، مراجعه کرده است. درد بیمار به مدت ۴۵ دقیقه طول کشیده است. سابقه هیپر لیپیدمی و دیابت از چندین سال قبل را می دهد.

در معاینه بیمار مضطرب و عرق کرده است و ضربان قلب وی ۹۶ و منظم و تعداد تنفس ۲۴ عدد در دقیقه است. فشارخون او ۱۶۰/۹۰ میلی متر جیوه است (از دست راست) در دق و سمع ریه مشکل ندارد. در سمع قلب، S1نرمال و A2 تشدید یافته است و S4 دارد.

۱- کدام تشخیص، تابلوی فعلی در بیمار را توجیه می کند؟ (انتخاب فقط یک تشخیص)

پریکاردیت ☐آمبولی ریه ☐ اندوکاردیت ☐ انفارکتوس میوکارد ☐ دیسکسیون آئورت ☐ آشالازی ☐

۲- از بین یافته های بیمار که در مجموعه زیر گرد آمده اند، حداکثر ۵ یافته را انتخاب و طبق دستورالعمل زیر عمل کنید. یافته بیمار که به نفع تشخیص (+) یا به ضرر (-) آن است، مشخص نموده سپس آن ها را به این ترتیب ارزش گذاری کنید.

☐زن ۷۰ ساله .... ☐درد ناگهانی رترواسترنال ....

□انتشار درد به گردن و پشت .... □مدت ۴۵ دقیقه ای درد .....
□سابقه هیپرلیپیدمی ...... □سابقه دیابت ....
□بیمار مضطرب .... □ BP=160/90 ....
□A2 تشدید یافته........... □تعریق ....

۳- اگر اثبات شود که تشخیص شما غلط است، تشخیص بعدی شما چیست؟ از مجموعه تشخیص های زیر فقط یک تشخیص را انتخاب کنید.

پریکاردیت □ آمبولی ریه □ اندوکاردیت □ انفارکتوس میوکارد □دیسکسیون آئورت □ آشالازی □

۴- مثل تشخیص قبلی، یافته هائی که به نفع یا به ضرر تشخیص شماست در جدول زیر انتخاب کرده و طبق دستورالعمل بالا آن ها را ارزش گذاری کنید.

□زن ۷۰ ساله .... □درد ناگهانی رترواسترنال ....
□انتشار درد به گردن و پشت .... □مدت ۴۵ دقیقه ای درد .....
□سابقه هیپرلیپیدمی ...... □سابقه دیابت ....
□بیمار مضطرب .... □BP=160/90......
□A2تشدید یافته .... □تعریق ....

➢ مثال ۳: آزمون Script Concordance

بیمار مرد ۶۵ ساله ای که بعلت درد ناگهانی رترواسترنال که به گردن و پشت تیرمی کشد، مراجعه کرده است. درد بیمار به مدت ۴۵ دقیقه طول کشیده است. سابقه هیپرلیپیدمی و دیابت از چندین سال قبل را می دهد. با توجه به شرح حال بالا از ۲+ تا ۲- یکی را انتخاب کنید.

اگر به تشخیص فکر کردید	و بعداً در شرح حال یا معاینه یا پاراکلینیک بیمار به یافته زیربرخوردید	این یافته، فرضیه تشخیصی را تایید یا رد می کند
انفارکتوس میوکارد	در EKGبیمار بالا رفتن قطعه stوجود ندارد	۲+ ۱+ صفر ۱- ۲-
ترومبو آمبولی ریوی	سابقه دراز مدت بستری	۲+ ۱+ صفر ۱- ۲-
دیسکسیون آئورت	نبض نرمال آئورت شکمی	۲+ ۱+ صفر ۱- ۲-

یکی دیگر از آزمون های ارزیابی استدلال بالینی، آزمون جمع آوری اطلاعات است. هر بیماری یا هر شکایت بیمار، شرحنامه ای را در ذهن پزشک فعال می کند که روند استدلال بالینی بر اساس آن، سامان می یابد. این شرح نامه مشخص می کند که چه اطلاعاتی باید جمع آوری شوند و چه اقدامات تشخیصی و تدبیری باید صورت گیرد. هدف از آزمون جمع آوری اطلاعات، ارزیابی مهارت دانشجویان در پیدا کردن نکات کلید و مهارت اعتباربخشی و سنجش قابلیت اعتماد داده هاست. فرض کنید بیماری با هیپرکلسمی و علائم نارسایی کلیه به شما مراجعه کرده و یکی از فرضیات شما مصرف قرص کلسیم توسط بیمار است. بیمار، مصرف چنین دارویی راانکار می کند، اما شما هنوز متقاعد نشده اید. چه روشی برای تایید یا رد این داده دارید؟ آیا باید آن را در خون بیمار جستجو کرد یا درکیسه داروی همراه بیمار؟ پیدا کردن راه درست سنجش اعتبار داده ها که هم کم هزینه ترین باشد و هم قابل اعتمادترین، یک مهارت

کلیدی در جمع آوری اطلاعات است. بنابراین در این آزمون دو پرسش باید پاسخ داده شود: انتخاب داده های کلیدی که نیازمند سنجش اعتبار هستند و دوم راه اعتباربخشی آن ها.

توجه داشته باشید که این اعتباربخشی به دو معنا می تواند باشد: یکی اینکه به صحت و سقم یک داده شک می کنیم و می خواهیم آن را ارزیابی کنیم؛ مثلاً بیمار از تب شکایت دارد و برای اثبات آن از دماسنج استفاده کنیم یا اینکه به داده ای برمیخوریم که نیاز به کاوش بیشتر دارد، اما در مورد سنجش اعتبار خود آن، سوالی نداریم؛ مثلاً در معاینه بیماری در آنتی کوبیتال فوسای دست چپش به آثاری از تزریق برمیخوریم. در شرح حال، بیمار هرگونه استفاده از مواد تزریقی را منکر می شود. راهی که ما در پیش رو داریم، نه اثبات اعتیاد تزریقی او، بلکه کاوش بیشتر این داده و بررسی وضعیت بیمار از نظر ابتلا به ویروس اچ آی وی و هپاتیت و بررسی او از نظر ابتلا به اندوکاریت است.

از روش های دیگر ارزیابی در استدلال بالینی، روش آزمون سناریونویسی یا ساختن فرضیه است. در این آزمون به دنبال آن هستیم که توانایی آزمون دهندگان را در حیطه ساختن فرضیه بسنجیم. در این روش، فرد با خواندن اطلاعات بیمار، به یک جمع بندی از آن می رسد که همان فرضیه تشخیصی است و این جمع بندی نوعی تفکر همگرا را می طلبد.

در این آزمون، تعدادی علامت و نشانه به داوطلب داده می شود و از او خواسته می شود بر اساس این علائم و نشانه ها، سناریوی یک بیمار را بنویسد، به گونه ای که حداکثر تعداد علائم و نشانه ها در این سناریو گنجانده شود. در ضمن او باید تشخیص نهایی سناریو را نیز بنویسد. نکته مهم در طراحی این آزمون آن است که علائم و نشانه ها، کلی و بدون توضیح نوشته شوند تا جا برای سناریوها باز باشد؛ مثلاً اگر به درد قفسه سینه اشاره شده است، لازم نیست که مشخص شود قلبی، ریوی یا در اثر درگیری قفسه سینه اشاره شده است. این داوطلب است که باید بتواند این علائم را بهگونه ای تعریف و توصیف کند که در آن زمینه، درد قفسه سینه ویژگی های خاصی داشته باشد؛ یعنی اگر درد قفسه سینه را به سمت یک در رترواسترنال که با فعالیت بدتر می شود هدایت کرده است، بداند که این درد با نفس کشیدن نباید بدتر شود و بداند که باید در سناریو ریسک فاکتورهای قلب را نیز بگنجاند. باید علائم و نشانه ها را با یک بیماری توجیه کرد و تا حدامکان از کاربردن چند بیماری همزمان پرهیز کرد. در نوشتن سناریو باید به انسجام، استفاده بجا از اطلاعات زمینه ای (سن، جنس، رژیم غذایی و ...) و صحت آن توجه ویژه نمود.

در آزمون پازل بیماری ها، وقتی پزشک با تجربه، با بیماری برخورد م یکند که در حیطه تجربه و تخصص اوست، بلافاصله الگویی (یا شرحنامه ای) از آن بیماری در ذهنش فعال می شود و او بلافاصله بیماری را تشخیص می دهد. در این آزمون، روش شناسایی الگو ارزیابی خواهد شد، بنابراین برعکس بسیاری از روش های آزمون استدلال بالینی (مثل CRPیا HFT)، در این آزمون برای هر سناریو، فقط باید یک تشخیص مطرح کرد که این مطلب، مستلزم بازشناسی الگوی بیماری هاست. این روش مانند آن است که پرونده تعدادی از بیماران در هم ریخته شده است و ما تلاش می کنیم تا با خواندن مجدد اطلاعات مربوط به پرونده ها، آن ها را دوباره مرتب کنیم.
در روش آزمون استدلال تحلیلی، سناریو به گونه ای طراحی می شود که داده ها بصورت گام به گام در اختیار داوطلب گذاشته می شود. در پایان هر مرحله، از دانشجو خواسته می شود که فرضیه های خود را بنویسد. داده ها به گونه ای در سناریو ارائه می شوند که برخی از آن ها با داده های قبلی تناقض داشته باشند.

بخش پنجم: اخلاق حرفه‌ای

راهنمای اخلاق حرفه ای پزشکی (ویژه اعضای هیات علمی، مدرسین و فراگیران)

مقدمه

اخلاق پزشکی همزاد و همراه تاریخی این حرفه ارجمند بوده است. اخلاق حرفه ای، ویژگی ها و معیارهایی است که هر کس متناسب با شغل و حرفه خود، باید بر اساس آن عمل کند. شغل پزشکی نیز به تناسب اهمیت و جایگاه ویژه اش، اخلاق و ویژگی هایی را می طلبد که پایبندی هر پزشکی به آنها ضروری است. اخلاق پزشکی مجموعه‌ای از ارزش هاست که بر روابط پزشک و بیمار حاکم است. در این تعریف، کمک به بیمار به دور از هر گونه قضاوت و به دور از دیدگاه جنسی/ دینی/ رنگ پوست/ قومی همواره الویت نخست یک پزشک است.

تدوین موازین رفتار حرفه ای پزشکی با توجه به موازین شرعی و قانونی اظهار شفاف ارزشهای بنیادین حرفهٔ پزشکی است که سلامت بیماران را در اولویت قرار داده و ضامن اعتماد عمومی به این حرفه است که در این مجموعه در ۶ سرفصل شامل **۱. وظیفه شناسی و مسئولیت پذیری ۲. احترام به دیگران ۳.شرافت و درستکاری ۴.نوع دوستی ۵.عدالت و ۶. تعالی شغلی** معرفی می‌شود.

در این قسمت توجه شما را به نکات مهم مرتبط با سرفصل های فوق در راستای عملکرد بهتر جلب می‌نماییم.

۱- وظیفه شناسی و مسئولیت پذیری

- قوانین و مقررات شرعی، حرفه‌ای پزشکی و ضوابط دانشگاهی را رعایت می‌کند و در چارچوب وظایف و اختیارات خود عمل می‌نماید.
- وظایف آموزشی خود را نسبت به فراگیران، همکاران، بیماران و اعضای جامعه مسئولانه انجام می‌دهد.
- همیشه در ساعات موظف کار در بیمارستان نشان شناسایی‌اش را در محل قابل دید لباس خود نصب می‌کند.
- در انجام کامل و به موقع وظایف و مسئولیت های خود در مهلت مقرر، مسئولانه رفتار می کند. بویژه در مواقع موظف دردسترس است و به فراخوان ها به سرعت پاسخ می دهد.
- نسبت به وقت بیماران، همکاران و دانشجویان اهمیت قائل می باشد و مسئولانه عمل می کند.
- پس از اتمام نوبت کاری خود، از رها نشدن بیمار و انتقال مسئولیت مراقبت از وی به شخص واجد صلاحیت دیگر، اطمینان حاصل می کند.
- روند مراقبت از بیماران را پیگیری می نماید و از ارائهٔ اطلاعات لازم برای ادامهٔ مراقبت از آنها پس از ترخیص، اطمینان حاصل می نماید.
- با سایر اعضای تیم ارائه دهندهٔ خدمات سلامت، همکاری به موقع و مناسبی دارد، تا طرح درمانی یکپارچه و مستمری برای بیمارارائه گردد.
- در صورت بروز بیماری یا ناتوانی جسمی و روانی و مشکلات شخصی که در طبابت وی اختلال ایجاد می‌کند یا بیمار را در معرض خطر قرار می‌دهد، درخواست کمک خواهد کرد و طبق ضوابط، مسئول ذیربط را مطلع می‌گرداند.
- خطای پزشکی خود را صادقانه و دقیق به مرجع تعیین شده در مرکز درمانی گزارش می‌دهد.

- به منظور جلوگیری از آسیب به بیمار و کمک به همکار، اعتیاد به مواد مخدر و روانگردانها، اختلالات روانی و ناتوانیهای همکاران که محل انجام وظایف محولهٔ آن ها باشد را در مورد پزشکان و فراگیران پزشکی به دانشکدهٔ پزشکی و درخصوص پرسنل به مرجع ذیصلاح در مرکز درمانی مربوطه، گزارش می‌کند.
- در صورت مشاهدهٔ خطای پزشکی همکار، موضوع را با وی مطرح می‌سازد و به او در کنترل آسیب وارد شده و اظهار خطا به بیمار و یا مرجع ذیصلاح کمک می‌کند.
- سوء رفتارهای حرفه‌ای همکارش را در صورت جدی نبودن، به خود فرد بازخورد می‌دهد و در صورت جدی بودن یا عدم اصلاح رفتار، طبق شیوه‌نامهٔ مربوطه گزارش می‌کند.

۲-احترام به دیگران (Respect for others)

- به عقاید، آداب، رسوم و عادات بیماراحترام بگذارد.
- بیمار را به عنوان یک انسان در نظر گرفته، نام و مشخصات وی را با احترام یاد کند.
- به وقت بیماران احترام گذاشته و نظم و ترتیب را رعایت نماید.
- به همراهان بیمار، همکاران و کادر تیم درمانی احترام بگذارند.
- وضعیت ظاهری آن ها مطابق با شئون حرفه ای باشد.
- در صورت درخواست بیمار برای دریافت نظر پزشکان دیگر، این حق را برای بیمار محترم شمرده و فرآیند اجرای این مشاوره را تسهیل مینماید.
- در حضور بیماران و همراهان، از تصمیمات سایر همکاران انتقاد نمیکند و صرفاً در صورت درخواست بیمار، بدون قضاوت در مورد عملکرد همکاران، راه های قانونی پیگیری را معرفی مینماید.
- نسبت به معلمان، پیشکسوتان و افراد باسابقه تر از خود، با احترام و حق شناسی رفتار می کند.
- رازداری را دربارهٔ اطلاعات بیمار رعایت می کند و از مطرح ساختن اطلاعات هویتی بیمار، به گونه ای که موجب نقض تعهد رازداری شود، پرهیز می کند.
- برای اقدامات تشخیصی، درمانی، آموزشی یا پژوهشی اطمینان می یابد که اطلاعات لازم به نحو قابل فهم به بیمار و در مواردی که بیمار فاقد ظرفیت تصمیم گیری است به فرد تصمیم گیرنده جایگزین قانونی بیمار ارائه شده است و جز درموارد تهدید کنندهٔ حیات که امکان اخذ رضایت وجود ندارد، با رضایت بیمار یا تصمیم گیرنده جایگزین قانونی وی عمل می کند.

۳-شرافت و درستکاری (Honor and Integrity)

- در کردار، گفتار و نوشتار (نظیر گواهی ها، گزارش ها و تکالیف) صداقت و امانتداری را رعایت می کند.
- در صورت بروز خطای پزشکی، ضمن پذیرش مسئولیت، خود را متعهد به پاسخگویی به بیمار و مقامات مسئول دانسته و درجهت اصلاح آثار آن اقدام می کند. همچنین تجربیات خود را در این زمینه به همکارانش انتقال می دهد.
- اگر از توانایی و مهارت لازم برای انجام مراقبت های بیمار برخوردار نیست، از همکاران خود کمک می گیرد و بیمار را نیز از این موضوع آگاه می سازد.

- خارج از مهارت علمی و عملی خود اطلاعاتی ارائه نمی کند و اگر از او این گونه اطلاعات خواسته شد، آنان را به منابع یا اشخاص خبره راهنمایی می کند.
- تا زمانی که بیمار برای مراقبت های خود به او احتیاج دارد، از برقراری هرگونه ارتباط عاشقانه با وی و همراهانش اجتناب می کند.
- از جایگاه خود به عنوان درمانگر برای بهره جویی جنسی، اقتصادی و اداری از بیمار و همراهانش استفاده نمی کند.
- معاینات حساس بیمار غیرهمجنس را حتی المقدور و با جلب رضایت بیمار در حضور پرسنل همجنس یا همراه بیمار انجام می دهد. در صورتی که انجام این معاینه توسط همکار هم جنس مقدور باشد نسبت به آن اقدام و نتیجه معاینه را دریافت می کند.
- از هرگونه مشاجرهٔ لفظی و برخورد فیزیکی اجتناب می کند. در مواقع مواجهه با خشونت های خدمت گیرندگان جهت رفع خطر و ممانعت از ورود آسیب به خود و دیگران، تا حد امکان از مقابلهٔ فیزیکی امتناع می ورزد و مورد را به انتظامات اطلاع می دهد.
- موقعیت تعارض منافع خود را در جهت تأمین منافع سلامتی بیماران مدیریت می کند. از جمله:
  - در مواجهه با تبلیغات صنایع و شرکتهای دارویی و تجهیزات پزشکی، با رعایت منزلت و جایگاه حرفهٔ پزشکی، فقط به منافع بیماران توجه می نماید و منافع شخصی خود را دنبال نمی کند.
  - از مشارکت در برنامه هایی که در جهت تأثیر نهادن بر رفتار پزشکان و فراگیران با اهداف تجاری شرکت ها یا صنایع دارویی برگزار می شوند، خودداری می کند.
  - از پذیرش هدایای غیرمتعارف صنایع و شرکتهای دارویی و تجهیزات پزشکی و بیماران که منجر به تعارض منافع می شود، خودداری می کند.
  - در ارجاع بیمار، تنها منافع او را در نظر می گیرد و هیچ گاه بیماری را به خاطر منافع شخصی خود و یا افراد دیگر از مرکز دانشگاهی به مراکز درمانی دیگر نمی فرستد.
  - در ازای ارجاع بیمار، وجه یا امتیازی دریافت یا پرداخت نمی کند.
  - در معرفی آزمایشگاه، داروخانه، مراکز تشخیصی درمانی و یا تجهیزات پزشکی به بیمار، تنها مصالح بیمار را در نظر می گیرد و در صورت وجود تعارض منافع، آن را اظهار می کند.
- علیرغم خستگی، فشارهای شغلی و مشکلات شخصی، صبوری می نماید و آرامش خود را در مواجهه با بیمار، همراهان وی و همکاران حفظ می کند.
- الکل، مواد مخدر و روانگردان مصرف نمی کند و از استعمال دخانیات در محیط های بالینی و آموزشی پرهیز می نماید.
- شأن حرفهٔ پزشکی و دانشگاه را در پوشش و رفتار خود در محیط های بالینی و دانشگاهی رعایت می کند. در این راستا خود را ملزم به رعایت ضوابط مربوطه می داند و از هرگونه رفتار مخالف ضوابط شرعی پرهیز می نماید.
- از تحمیل هزینهٔ بی مورد به بیمار یا سازمانهای پرداخت کننده و اتلاف منابع نظام سلامت می پرهیزد.
- از اختیارات و امکانات نظام سلامت سوء استفاده نمی کند.

- تحت هیچ شرایطی از مقام و قدرت خود سوء استفاده نمی کند.
- ضوابط و مقررات و راهنماهای اخلاق در آموزش را در تمام امور آموزشی رعایت می کند. از جمله:
  - در آزمون ها، ارزشیابی ها، شرکت در برنامه های آموزشی (از جمله کشیک و آنکالی) و سایر مسئولیت های آموزشی و بالینی، درستکاری را رعایت می کند.
  - ضمن معرفی نام و جایگاه حرفه ای خود، از بزرگ نمایی یا کوچک نمایی جایگاه خود نزد مراجعین پرهیز می کند.
  - مراقبت از بیمار را فدای یادگیری، آموزش و پژوهش نمی کند و برای آموزش و پژوهش هیچگاه فردی را درموقعیتی که برای او خطر غیرقابل قبول دارد، قرار نمی دهد و اقدام یا هزینهٔ بی مورد به بیمار تحمیل نمی کند.
- از تحمیل اموری که ارزش مراقبتی و آموزشی ندارد، به فراگیران اجتناب می کند.
- در کلیهٔ امور پژوهشی، ضوابط و راهنماهای عمومی و اختصاصی اخلاق در پژوهش را رعایت می کند. از جمله:
  - از کلیهٔ شرکت کنندگان در پژوهش ها رضایت آگاهانه می گیرد و هزینه های پژوهشی را به آن ها تحمیل نمی کند.
  - از هرگونه فریب‌کاری و سرقت علمی در گزارشها و مقالات خود اجتناب می ورزد.
  - نتایج تحقیقات و طرح های خود را صادقانه و با دقت گزارش می کند.

۴- نوع دوستی (Altruism)

- منافع و مصالح بیمار را محور تصمیمات پزشکی می داند و آن را بر امور و منافع شخصی خود ترجیح می دهد. در ملاحظات مربوط به ایمنی، هر یک از اعضای جامعهٔ پزشکی حق دارد از تمهیدات لازم ایمنی برخوردار شود.
- در راستای مراقبت از بیمار، برای گوش دادن به مشکلات و نگرانی های او و پاسخ به سؤالات وی، وقت کافی و متناسب صرف می کند.
- دلسوزانه در جهت رفع نگرانی، ترس و رنج بیمار تلاش می کند و به بیمار و خانواده اش آگاهی و امید واقع بینانه می بخشد.
- در صورت ناتوانی مالی بیمار، از ارائهٔ خدمات حیاتی به وی امتناع نمی کند.
- در صورت نیاز فوری جامعه به خدمات پزشکی در هنگام بروز سوانح و حوادث، با حداکثر توان خود همکاری می کند.
- به همکاران و سایر اعضای تیم ارائه دهندهٔ خدمات در رفع مشکلاتی که برای آن ها در زمینهٔ رفتار حرفه ای، عملکرد بالینی و سلامتشان پیش می آید، کمک می کند و به ایشان در مسایل آموزشی و پژوهشی در حد توان خود، یاری می رساند.
- از آموزش دانسته ها و تجارب خود به فراگیران، همکاران و سایر اعضای تیم ارائه دهندهٔ خدمات سلامت دریغ نمی ورزد.

۵- عدالت (Justice)

- در امر درمان و آموزش و پژوهش، از هرگونه تبعیض براساس سن، جنسیت، سواد، ملیت، قومیت، نژاد، زبان، اعتقادات، پیشینهٔ کیفری و وضعیت اقتصادی و اجتماعی اجتناب می نماید.
- در مراقبت از گروه های آسیب پذیر (نظیر افراد کم توان ذهنی یا جسمی، کودک، اشخاص با اختلال هوشیاری، بیمار روانی و ...) همانند سایر بیماران، به کیفیت و جامعیت خدمات و احترام به حقوق و شأن بیمار توجه مناسب نشان می دهد.
- به افراد مبتلا به بیماری های خاصی که انگ اجتماعی محسوب می شوند یا خطر انتقال دارند، با رعایت ضوابط و اصول ایمنی همانند سایر بیماران، خدمت رسانی می کند.
- در مورد همکاران و سایر کارکنان، عادلانه رفتار می کند و در حل اختلافات با رعایت شأن و کرامت انسانی تمام افراد درگیر تلاش می کند.
- در ارزیابی فراگیران، همکاران و سایر کارکنان، از معیارها و ابزارهای منصفانه استفاده می کند و از سوگیری اجتناب می ورزد.
- در آموزش سطوح مختلف فراگیران، عدالت را رعایت می نماید.

۶- تعالی شغلی (Excellence)

- در تمام طول عمر حرفه ای از یادگیری و ارتقاء معنوی، علمی و عملی خود دریغ ننموده و فرصت کافی به این امر اختصاص میدهد.
- دربارهٔ عملکرد خود تأمل می کند و از تجربیات خود درس می گیرد.
- نظر همکاران و نظرات دریافت شدهٔ بیماران را نسبت به رفتارهای حرفه ای و توانمندی های خود جویا می شود و روی آن ها تأمل کرده و به نحو سازنده ای از آن ها بهره می برد.
- در بحث با همکاران، استدلال منطقی را می پذیرد و از ستیزه جویی در بحث و انتقاد مخرب و بی اساس با آنها می پرهیزد.
- بازخورد همکاران و بیماران نسبت به رفتار فراگیران را به نحو صحیحی به آن ها ارائه می دهد.
- به همکاران و سایر اعضای تیم ارائه دهندهٔ خدمات سلامت، راهنمایی روشن و بازخورد به موقع داشته و ازپیشنهادهای سازنده برای ارتقاء عملکرد ایشان استفاده می کند.
- شیوهٔ زندگی شامل عادات روزانه، تفریحات، تغذیه، رعایت راه های پیشگیری از بیماری و غیره را در جهت ارتقاء سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی خود تنظیم می کند.
- خود را نسبت به ارتقاء کیفیت محیط درمانی و آموزشی مسئول می داند و علاوه بر اعلام نظرات خود در جهت ارتقاء کیفیت، با سیستم های نظارتی، ارزشیابی و اعتبار بخشی، همکاری مؤثر دارد.
- با فرآیند ارزیابی های رسمی که از سوی دانشگاه یا سایر مراجع ذیصلاح از وضعیت سلامت، رفتار و عملکرد وی انجام می شود، نهایت همکاری را به عمل می آورد.
- در صورتی که از جریان های اداری بیمارستان شکایتی دارد، به مدیریت بیمارستان رجوع می کند.

بخش ششم:آیین نامه پوشش فراگیران

در مسیر رشد و بالندگی انسان، با هدف صیانت از کرامت انسانی وحقوق گیرندگان خدمت وحفظ شان اعضای محترم هیات علمی وفراگیران، ضمن افزایش اعتماد و اطمینان بیمار در محیط آموزشی و درمانی و ایجاد آرامش، راحتی وارتقای سلامت روانی بیماران و مراجعین، آیین نامه رفتار و پوشش حرفه ای اعضای هیات علمی و دانشجویان در مرکز آموزشی درمانی آیت ا...روحانی بابل توسط تیم مدیریت آموزش تدوین و توسط ریاست مرکز مورخ ۹۴/۱۱/۱۲ ابلاغ گردیده است. لذا پس از مطالعه دقیق آیین نامه،کلیه اعضای هیات علمی و فراگیران ملزم به رعایت آن درمرکز آموزشی درمانی آیت ا...روحانی می باشند.

■ **اعضای محترم هیات علمی:**

- کلیه اساتید محترم ملزم به حفظ اسرار بیمار می باشند
- احترام به بیمار و عدالت در رفتار از سوی کلیه پزشکان الزامی می باشد.
- حق تصمیم گیری وانتخاب ازادانه خدمات سلامت از سوی بیمار توسط کلیه اساتید محترم شمرده شود.
- اطلاعات لازم به نحو مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیماران قرار گیرد.
- پوشیدن روپوش سفید جهت حضور بر بالین بیمار الزامی می باشد.
- الصاق کارت شناسایی عکس دار، حاوی نام و نام خانوادگی، تخصص و محل خدمت در جلوی لباس، به نحوی که به راحتی از فاصله دو متری قابل خواندن باشد الزامی است.

■ **دانشجویان وفراگیران محترم (دختر و پسر):**

- رعایت ادب و اخلاق حرفه ایی به ویژه فروتنی و برخورد مناسب با اساتید، کارکنان، بیماران و ...الزامی است.
- از آن جایی که رعایت حریم شخصی و آرامش روحی بیمار در هر شرایطی برای دانشجویان الزامی است، لذا باید سعی نمایند قبل از معاینه، آزمایش و یا تهیه شرح حال، رضایت بیمار را اخذ نمایند.
- دانشجویان در صورتی که دستورالعملی را به ضرر بیمار و یا ناقض مقررات بالینی و ایمنی ببینند باید در ابتدا آن را با مسئول ارشد بالینی در میان بگذارند.
- هنگام معاینه باید حریم خصوصی بیماران رعایت شود.
- دانشجویان باید به مذهب و فرهنگ بیماران احترام بگذارند.
- دانشجویان نباید از موقعیت بیماران و یا خانواده های آنان سوء استفاده نمایند.
- دانشجویان باید اسرار بیماران را حفظ نمایند.
- لباس دانشجویان پسر باید ساده، متعارف، مرتب و مناسب باشد.
- استفاده از تی شرت و لباس های ورزشی حاوی تصاویر و نوشته های نامناسب با عرف پرهیز شود.
- دانشجویان پسر نباید مو های خود را به صورت غیر متعارف و بلند تر از حد معمول نگاه دارند.

- دختران دانشجو باید از مقنعه های بلند، مانتو و شلوار استفاده کنند و حجاب اسلامی مناسب با ضوابط شرعی را رعایت نمایند. از پوشیدن مانتو های نامناسب و کوتاه، بالای زانو، تنگ و برش غیر متعارف خودداری گردد.
- جوراب باید متناسب باشد. کفش ها باید راحت، تمیز، جلو بسته با پنجه و پاشنه پهن باشد و هنگام راه رفتن صدا ندهد. در ضمن از پوشیدن دمپایی در محیط های آموزشی خودداری شود.
- در محیط های آموزشی از به کار بردن وسایل آرایشی و زیور آلات مانند دست بند، گردن بند، النگو، انگشتر(به جز حلقه ازدواج) و عطر های تند و حساسیت زا خودداری شود.
- ناخن ها باید کوتاه، بدون لاک و استفاده از ناخن های مصنوعی ممنوع است.
- لباس فرم باید متناسب با حرفه و در رده های مختلف متحدالشکل باشد.
- روپوش بیمارستان باید به رنگ سفید، سالم، تمیز، دکمه ها بسته، اتو کشیده، گشاد و حداقل تا زانو با ضخامت مناسب باشد به نحوی که لباس زیر روپوش قابل رویت نباشد. شلوار نباید تنگ، چسبان،کشی یا کوتاه باشد.
- الصاق کارت شناسایی عکس دار، حاوی نام و نام خانوادگی کامل و حرف اول نام، رشته تحصیلی و محل خدمت در جلوی لباس، به نحوی که به راحتی از فاصله دو متری قابل خواندن باشد الزامی است.
- استعمال انواع دخانیات در محیط های آموزشی و بالینی ممنوع است.
- هر گونه تصویر برداری، فیلم برداری و ضبط صدا از بیمار با استفاده از تلفن همراه و غیره بدون اجازه کتبی بیمار ممنوع است.
- در زمان حضور در کلاس های درس، سالن های کنفرانس، کتابخانه ها و ......تلفن های همراه باید خاموش باشند.
- از جویدن آدامس در کلاس درس، سالن کنفرانس و در حضور اساتید پرهیز شود.

توجه: در صورت عدم رعایت قوانین و مقررات فوق دو هفته پس از ابلاغ ریاست/معاون آموزشی مرکز، عواقب ناشی از آن متوجه آن پزشکان/دانشجو می باشد.

بخش هفتم: مهارت های ارتباطی و رفتاری

تعریف ارتباط موثر :

ارتباط موثر عبارتست از انتقال صریح و دریافت محتوای هر پیام و نیاز به این دارد که نیت یا قصد فرستنده پیام از طریق کانال نسبتا واضحی گیرنده پیام انتقال می یابد و گیرنده نیز می باید درک و فهم مشابه از معانی که نزد فرستنده است را دارا باشد.

عوامل کمک کننده به برقراری ارتباط موثر در یک ارتباط درمانی و حرفه ای:

- **تکرار کلمات کلیدی:** فراگیر باید در بین کلمات بیمار عبارات کلیدی را بیابد و از آنها برای ارتباط با او استفاده نماید. برای مثال بیمار می گوید (از وقتی پارسال عمل کردم هیچ چیز خوب پیش نمی رود. دیگر نمی توانم مانند گذشته به انجمنی که دوست داشتم بروم) در اینجا عبارت کلیدی (از وقتی پارسال عمل کردم) است.
- **پاسخهای کوتاه:** مثلا گفتن کلماتی مانند (آهان فهمیدم) و یا (بله) یا تکان دادن سر به نشانه تاکید به یک ارتباط موثر کمک میکند.
- **سکوت:** گاهی اوقات اگر فراگیر احساس کند که بیمار می خواهد حرفی به گفته های قبلی خود اضافه کند بهتر است چیزی نگوید.
- **لمس:** لمس به عنوان یکی از موثرترین راه های غیر کلامی جهت بیان احساسات مانند آسودگی، عشق، دلبستگی، امنیت و عصبانیت، محرومیت و پرخاش و هیجان و ... می باشد. ما از دستهایمان در بسیاری از اقدامات مراقبتی درمانی استفاده می کنیم. ولی باید با احتیاط استفاده شود زیرا بعضی آن را نشانه بی احترامی می دانند. لمس در بچه ها جهت تکامل (من) لازم است و در افراد مسن نشانه توجه است.
- **بازتاب احساسات:** به این طریق فراگیر علاقه و توجه خود را نشان می دهد. یعنی از لابه لای گفتار بیمار و یا رفتار بیمار برداشتی را که دارد به صورت کلامی ابراز می دارد. برای مثال بیمار می گوید: (من در را محکم کوبیدم) که نشان دهنده عصبانیت فرد است. در این جا فراگیر در حرف های خود می گوید (من متوجه بودم که تو عصبانی بودی و یا اذیت شدی)
- **استفاده از سوالات باز:** اگر فراگیر بخواهد راجع به یک موضوع اطلاعات بیشتری به دست بیاورد می تواند از سوالات باز استفاده نماید. مثلا ممکن است بپرسد (شما گفتید که سال گذشته عمل داشتید، شاید بتوانید راجع به این موضوع بیشتر با من صحبت کنید)
- **درخواست برای روشنی و وضوح:** گاهی درک حرفهای بیمار مشکل است. بنابراین سوالاتی نظیر (منظور شما این بود که (مثلا) احساس گناه می کردید؟ آیا درست متوجه شدم) به درک حرف بیمار کمک می کند.
- **یافتن راه حل ها:** آگاهی به برخی عوامل که مشکلات را ایجاد می کند و بیمار نسبت به آن آگاه نیست می تواند به فراگیر کمک نماید که راهکارهایی در پیش گیرد تا در جهت حل مشکل بیمار اقدام نماید. در عین حال باید مراقب باشد تا عقاید شخصی خود را تحمیل نکند.
- **دادن اطلاعات:** فراگیر باید همیشه به سوالات بیمار پاسخ بدهد. پاسخها باید همیشه واضح باشد و نکات گفته شده در موارد قبل مورد توجه قرار گیرد. برای مثال بیمار بپرسد (من شنیدم که آنها می خواهند فردا مرا عمل

کنند. میخواهم بدانم چه ساعتی مرا عمل می کنند ؟) فراگیر می گوید: من لیست عمل فردا را دیده ام، عمل شما فردا ۵ صبح است)

- **گوش دادن به بیمار:** در کلیه ارتباطات بیمار با فراگیر قبل از هر چیز بایستی مشکلات، علایق، احساسات و فعالیت های بیمار مورد توجه قرار گیرد. به منظور کمک به بیمار، فراگیر باید به بیمار گوش دهد. برای گوش دادن، فراگیر باید روبروی بیمار در فاصله۳ فوتی قرار گرفته و موانع فیزیکی برداشته شده و ارتباط چشمی برقرار شود. یک موقعیت راحت به خود بگیرد و جهت بازخورد مختصری به جلو خم شود و با تکان سر تصدیق نماید. در بیشتر مواقع نیاز بیمار فقط گوش شنوا است. فراگیر باید موقعیت های مناسب برای گفتگو را کشف کند.
- **رعایت ادب و احترام و مهربانی:** مانند گفتن سلام و خداحافظی، در زدن قبل از ورود، معرفی خود و بیان منظور، صدا زدن با نام خانوادگی، گفتن لطفا و تشکر و ... اجتناب از اصطلاحات محبت آمیز نظیر (عزیز و.....) اجتناب از ارجاع بیمار با تشخیص و یا شماره اتاق و ...
- **راز داری:** فراگیر باید کسانی را که در دریافت اطلاعات برای بیمار سهیم هستند را مشخص نماید.
- **جلب اعتماد بیمار با درستی**
- **در دسترس بودن و اجتناب نکردن از بیمار**
- **همدلی نه همدردی:** همدلی به معنی توانایی برای فهمیدن و پذیرش واقعی شخص دیگر و درک درست احساسات و نشان دادن آن است یعنی خود را به جای دیگران بگذاریم. همدردی غمگین بودن یا احساس ترحم و دلسوزی به وسیله فراگیر برای بیمار است که مانع از بررسی تمام جوانب مشکلات بیمار می شود که روش درمانی محسوب نمی شود.
- **آرزو و تشویق:** البته باید در جایگاه مناسب استفاده گردد و از اطمینان دادن نامناسب خودداری کرد.
- **شوخی:** جهت کاهش احساسات نامناسب بیمار بوده و باید در جایگاه مناسب استفاده گردد.
- **درک حساسیتهای فرهنگی و جنسی**
- **گرمی و دوستی:** مثل شروع آشنایی با یک سلام و احوال پرسی
- **شایستگی و هدفمندی در ارائه مراقبت**
- **محیط راحت:** مانند صندلی و نور و حرارت مناسب و جو آرام و بدون استرس.
- **حفظ خلوت و تعیین حریم بیمار:** مثل کشیدن پاراوان، صحبت در محیطی خصوصی و .... یا در بعضی از بیماران تماس نزدیک موجب خشم بیمار می شود.
- **حفظ بیمار محوری و نه فعالیت محوری**
- **حفظ تن مناسب صدا**
- **داشتن اطلاعات مناسب در هنگام گفتگو با بیمار**
- **قابلیت انعطاف در گفتگو با بیمار:** اگر بیمار به موضوع گفتگو علاقمند نیست در یک زمان مناسب با بیمار صحبت کنیم.
- **استفاده از جملات ساده و مختصر** و نه اصطلاحات پیچیده پزشکی و یا دارای تعابیر مختلف
- **مهارتهای قاطعانه** که دارای ۴ جزء اصلی است:

  همدلی، توصیف احساسات یا موقعیت فرد، مشخص نمودن انتظارات، پیش بینی پیامد ها.
- **خلاصه کردن:** گاهی جهت مرور کلمات کلیدی استفاده می شود.

- **ارتباط متمرکز:** برای تاکید بر موضوع خاص و یا هدایت موضوع و جلوگیری از پراکندگی موضوع به کار می رود
- **استفاده از بیان واضح و مناسب**
- **پذیرش و واکنش:** به صورت یک واکنش مثبت و یا اطمینان دهی مناسب از طریق یک بیان کلامی و یا غیر کلامی مناسب می باشد.
- **مواجهه مناسب:** با تشخیص شرایط روحی و جسمی و رفتاری مددجو.
- **اجتماعی کردن:** یعنی فراگیر با صحبتهای روزمره ارتباط صمیمانه تری برقرار نماید. ولی باید از اجتماعی کردن نامناسب خودداری کرد و این با توجه به موقعیت متفاوت است.
- **اجازه به بیمار جهت بیان خود و استقلال**

مراحل ارتباط فراگیر و بیمار

بسیاری از افرادی که به مراکز مراقبتهای بهداشتی وارد می شوند قصد کمک به مردم را دارند و این امر به صورت اتفاقی امکان پذیر نبوده و بیشتر با برقراری یک ارتباط هدفدار به تحقق می پیوندد. ارتباط یاری دهنده بین بسیاری از افرادی که در جهت ارضای نیازهای بشری همکاری می کنند وجود دارد. پزشک هم جزو این افراد به شمار می رود. این نوع ارتباط شرایطی را جهت افراد مشارکت کننده ایجاد می نماید تا به سوی هدفهای مشترکشان به جهت دستیابی به نیازهای اساسی بشر حرکت نمایند. بنابراین نتیجه موفقیت آمیز یک ارتباط یاری دهنده، خوشنودی و رضایت است. هنگام برقراری ارتباط یاری دهنده بین پزشک و بیمار، پزشک به بیمار جهت رسیدن به هدف و ارضای نیازهای اساسی کمک می کند. این نوع ارتباط با یک ارتباط اجتماعی و یا دوستانه متفاوت است و خود به خود به وجود نمی آید و ارتباطی حرفه ای و پویا به شمار می رود. بنابراین پزشک باید تلاش نماید در این ارتباط چهره ای مطلوب از حرفه پزشکی نشان دهد . این ارتباط دارای ۴ مرحله است:

مرحله معرفی یا آشنایی

زمانی است که صرف آشنایی پزشک و بیمار با یکدیگر شده و اعتماد متقابل بین آنان ایجاد می گردد. این مرحله به دلیل اینکه پذیرش بیمار برای او و خانواده اش اضطراب آور و تنش زا است، حائز اهمیت می باشد و شروع یک ارتباط درمانی موثر باعث ایجاد محیط مراقبتی گرم و مناسب و کاهش اضطراب بیمار و همراهان می گردد.

فراگیر با آشنایی با بیمار اطلاعاتی از وی در خصوص تاریخچه و شرح بیماری دریافت می کند و در این مرحله اعتماد بیمار را جلب می کند.

مرحله اجرا

طولانی ترین مرحله در ارتباط است. این مرحله با جمع آوری اطلاعات و طرح برنامه مراقبتی همراه با تشریک مساعی با بیمار شروع می شود. فراگیر و بیمار هر دو در جهت رفع نیازهای بیمار کار می کنند. تعاملات فراگیر و بیمار هدفدار بوده و وسیله ای است جهت اطمینان به دستیابی توافق دو جانبه که بر اساس اهداف بهداشتی کوتاه مدت و بلند مدت طراحی شده است. در این مرحله فراگیر موظف است هرگونه یاری مورد نیاز را جهت نیل به اهداف فراهم آورد و در این مرحله فراگیر با انجام اقدامات تشخیصی و درمانی مناسب در جهت بهبودی بیمار تلاش می نماید .

عقد قرارداد با بیمار

عقد قرارداد با بیمار و یا ارائه آموزش های موثر به بیمار و خانواده وی در خصوص بیماری و عوارض ناشی از آن و همچنین شرح خدمات تشخیصی و مراقبتی لازم برای بیمار به همراه مزایا و معایب روش می باشد و در نهایت با ارائه ی آگاهی های لازم به بیمار و خانواده ی وی، آن ها را از نگرانی و اضطراب خارج نموده و از سردرگمی نجات می دهد.

مرحله پایانی (اختتام)

شامل ارائه آموزش های موثر حین ترخیص و آگاه نمودن بیمار و خانواده وی در خصوص چگونگی مراقبت در منزل و همچنین پیگیری روند درمان بیمار پس از ترخیص می باشد. در واقع ارتباط بیمار با پزشک حتی پس از ترخیص نیز ادامه یافته و سبب تسریع روند بهبودی بیمار و کاهش عوارض پس از ترخیص می گردد .

مراقبت از بیمار در حال احتضار(مرگ)

مفهوم مرگ از دیرباز ذهن بشر را به خود مشغول داشته و انسان همیشه جویای آن بوده است که راهی به سوی این دنیای مرموز و مجهول پیدا کند و از آینده ی سرنوشت خویش مطمئن شود.

بیماران در حال مرگ نیازهای فراوان جسمانی، اجتماعی و روانی دارند امروزه علاقه قابل توجهی نسبت به تعیین نیازهای فرد در حال مرگ و اعضای خانواده وی نشان داده می شود. بیشتر از ۴۲ درصد مرگ ها در بیمارستان اتفاق می افتد و فراگیران به دلیل ماهیت شغلی خود، اولین افرادی هستند که با بیماران بدحال و مشرف به مرگ، دوستان و خویشاوندان وی در تماس می باشند.

مراقبت از بیماران در حال احتضار و آرامش بخشیدن و تسلی دادن به خانواده ی وی، خواه مرگ ناگهانی بوده و یا به دنبال یک بیماری طولانی بروز کند، از دشوارترین تجارب فراگیران است. نقش فراگیر در کمک به بیمار در جهت درک و قبول مرگ است. فراگیر نقش محوری در تیم بهداشتی درمانی دارد. این مساله ایجاب میکند که او در مراقبت از بیمار در حال مرگ از مهارت های خاصی، استفاده کند. فراگیر در این زمان به عنوان یک فرد مراقب و مشاور عمل می کند.

فراگیر باید برای کمک به بیمار و خانواده ، موقعیت بیمار را نسبت به مراحل مختلف مرگ تشخیص دهد و بر اساس وضع روحی بیمار وی را حمایت کند. در سال های اخیر توجه به مرگ و فرآیند آن در سطح دنیا افزایش یافته است. مرگ و احتضار به طور معمول در همه ی برنامه های آموزشی کارکنان بهداشت گنجانیده شده است. مرگ بیمار مرحله ای جدایی ناپذیر از حرف گروه پزشکی است و در بسیاری از موارد فراگیر تنها فردی است که هنگام مرگ مراقب بیمار می باشد.

یک فراگیر با تجربه و مقید خود را ملزم می سازد که اصول مراقبت از بیمار و خانواده ی وی را قبل و پس از مرگ به نحوی مطلوب اجرا نماید اما لازمه ی این امر داشتن آگاهی از اینگونه مراقبت ها است.

بخش هشتم: رعایت حقوق گیرندگان خدمت در بیمارستان(منشور حقوق بیماران)

نظام سلامت کارآمد نیازمند مشارکت فعالانه بین گیرندگان و ارائه کنندگان خدمات سلامت می باشد. ارتباط مناسب و صادقانه، احترام به ارزش های شخصی و حرفه ای و حساسیت نسبت به تفاوت های موجود، لازمه مراقبت مطلوب از بیمار است. به عنوان یکی از ارکان ارائه خدمات سلامت، بیمارستان ها باید نهادی برای درک و احترام به حقوق و مسؤولیت های بیمار، خانواده آنان، پزشکان، پرستاران و سایر مراقبت کنندگان باشند. بیمارستان ها باید به جنبه های اخلاقی مراقبت واقف بوده و به آن احترام گذارند.

این مرکز بنا بر اهمیت رعایت حقوق گیرندگان خدمت شعار خود را برمبنای تعهد در اجرای منشور حقوق بیماران قرار داده و هدف از این امراحترام به شأن و منزلت افراد و افزایش رضایتمندی بیماران و همراهان میباشد بدین منظور در کلیه طبقات تابلوی منشور حقوق بیماران درمعرض دید کلیه مراجعین و پرسنل قرار داده شده است این بیمارستان می کوشد تا فرهنگ سازی مناسب برای اجرا و پیاده سازی کلیه بندهایا ین منشور توسط کلیه پرسنل را ایجاد نماید. دوره های آموزشی تکریم ارباب رجوع به طور دوره ای برای کلیه پرسنل برگزار می گرددمسئولین این مرکز در کلیه جلسات و آموزشهای برگزار شده مرتبط بارعایت حقوق گیرندگان خدمت توسط معاونت محترم درمان شرکت نموده و بخشنامه ها و دستور العمل ها را اطلاع رسانی می نمایند.

کمیته اخلاق پزشکی به طور منظم در مرکز برگزار شده و اجرای مصوبات راپیگیری می نماید. جهت دستیابی به آیتم های مورد نظر اعتبار بخشی مبحث حقوق گیرنده خدمت بند به بند پیگیر ی و اجرا خواهد شد. ایجاد سیستم رسیدگی به انتقادات و پیشنهادات از دیگر فعالیت های این مرکز در راستای اجرای حقوق گیرندگان خدمت می باشد.

منشورحقوق بیمار

تعریف بیمار: کسی که خود را به ارائه دهنده خدمت جهت دریافت خدمات بهداشتی درمانی معرفی می کند.

تعریف حقوق: مجموعه قواعد و مقررات حاکم بر یک جامعه که امتیازات و اختیارات خاصی را برای افراد به رسمیت می شناسد.

منشور حقوق بیمار در سال ۱۳۸۰ توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین گردید که شامل ۱۰ بند می باشد. این منشور دارای کاستی هایی بود لذا بررسی مجدد در زمینه ی محورهای حقوق بیمار صورت گرفت و منشور جدید در آبان ماه سال ۱۳۸۸ توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به تمامی دانشگاه ها ابلاغ گردیدکه شرح آن در ذیل بیان شده است:

منشور حقوق بیماردر ایران

۱ -دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است.

- شایسته شان و منزلت انسان و با احترام به ارزشها، اعتقادات فرهنگی و مذهبی باشد.
- بر پایه ی صداقت، انصاف، ادب و همراه با مهربانی باشد.
- فارغ از هرگونه تبعیض از جمله قومی، فرهنگی، مذهبی، نوع بیماری و جنسیتی باشد.
- بر اساس دانش روز باشد.
- مبتنی بر برتری منافع بیمار باشد.
- توزیع منابع سلامت مبتنی بر عدالت و اولویت های درمانی بیماران باشد.

۲ -اطلاعات باید به نحو مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمار قرار گیرد.

محتوای اطلاعات باید شامل موارد ذیل باشد:

- مفاد منشور حقوق بیمار در زمان پذیرش
- ضوابط و هزینه های قابل پیش بینی بیمارستان اعم از خدمات درمانی و غیر درمانی و ضوابط بیمه و معرفی سیستم های حمایتی در زمان پذیرش
- نام، مسؤولیت و رتبه ی حرفه ای اعضای گروه پزشکی مسئول ارائه مراقبت از جمله پزشک، پرستار و دانشجو و ارتباط حرفه ای آنها با یکدیگر
- روشهای تشخیصی و درمانی و نقاط ضعف و قوت هر روش و عوارض احتمالی آن، تشخیص بیماری، پیش آگهی و عوارض آن و نیز کلیه ی اطلاعات تأثیرگذار در روند تصمیم گیری بیمار
- نحوه ی دسترسی به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی در طول درمان
- کلیه ی اقداماتی که ماهیت پژوهشی دارند
- ارائه آموزشهای ضروری برای استمرار درمان

۳ -حق انتخاب و تصمیم گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت باید محترم شمرده شود.

محدوده انتخاب و تصمیم گیری درباره موارد ذیل می باشد:

- انتخاب پزشک معالج و مرکز ارائه کننده ی خدمات سلامت در چارچوب ضوابط
- انتخاب و نظر خواهی از پزشک دوم به عنوان مشاور
- شرکت یا عدم شرکت در پژوهشهای زیستی با اطمینان از اینکه تصمیم گیری وی تأثیری در تداوم و نحوه دریافت خدمات سلامت ندارد.
- قبول یا رد درمان های پیشنهادی پس از آگاهی از عوارض احتمالی ناشی از پذیرش یا رد آن مگر در موارد خودکشی یا مواردی که امتناع از درمان شخص دیگری را در معرض خطر جدی قرار می دهد.

شرایط انتخاب و تصمیم گیری شامل موارد ذیل می باشد:

- انتخاب و تصمیم گیری بیمار باید آزادانه و آگاهانه ، مبتنی بر دریافت اطلاعات کافی و جامع (مذکور در بند دوم) باشد.
- پس از ارائه اطلاعات، زمان لازم و کافی به بیمار جهت تصمیم گیری و انتخاب داده شود.

۴ -ارائه خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار و رعایت اصل رازداری باشد.

- رعایت اصل رازداری راجع به کلیه ی اطلاعات مربوط به بیمار الزامی است مگر در مواردی که قانون آن را استثنا کرده باشد.
- در کلیه ی مراحل مراقبت اعم از تشخیصی و درمانی باید به حریم خصوصی بیمار احترام گذاشته شود. ضروری است بدین منظورکلیه ی امکانات لازم جهت تضمین حریم خصوصی بیمار فراهم گردد.

- فقط بیمار و گروه درمانی و افراد مجاز از طرف بیمار و افرادی که به حکم قانون مجاز تلقی می شوند می توانند به اطلاعات دسترسی داشته باشند.
- بیمار حق دارد در مراحل تشخیصی از جمله معاینات، فرد معتمد خود را همراه داشته باشد. همراهی یکی از والدین کودک در تمام مراحل درمان حق کودک می باشد مگر اینکه این امر بر خلاف ضرورتهای پزشکی باشد.

۵ -دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات حق بیمار است.

- هر بیمار حق دارد در صورت ادعای نقض حقوق خود که موضوع این منشور است، بدون اختلال در کیفیت دریافت خدمات سلامت به مقامات ذی صلاح شکایت نماید.
- بیماران حق دارند از نحوه رسیدگی و نتایج شکایت خود آگاه شوند.
- خسارت ناشی از خطای ارائه کنندگان خدمات سلامت باید پس از رسیدگی و اثبات مطابق مقررات در کوتاه ترین زمان ممکن جبران شود.

بخش نهم: خطاهای پزشکی (Medical Malpractice)

منظور از خطاهای پزشکی، قصور در ارائه خدمات درمانی و تشخیص با ارتکاب عمل اشتباه در برنامه ریزی یا اجرا می باشد که به طور بالفعل و بالقوه باعث نتیجه ناخواسته می شود. یا اعمال غیرعمدی و ناخواسته کادر بیمارستانی است که مطابق با استاندارد درمانی نبوده و می تواند منجر به صدمه جانی، مالی یا روانی بیمار شود.

۱. قصور پزشکیMedical Negligence عبارت است از کوتاهی در استاندارد: مراقبتهای پزشکی که باید در امر درمان بیمار به عمل آید.

۲. سوء رفتار حرفه ایProfessional Misconduct: عدم رعایت اصول رفتارحرفه ای (کیفیت کار درمانی کمتر از حدی بوده است که از ایشان انتظار می رود) مانند سوء رفتار با بیماران یا انجام اعمال خلاف عفت پزشکی.

۳. برای اعمال لفظ قصور پزشکی وجود سه شرط الزامی است:

- پزشک وظیفه درمان یا مراقبت بیمار را به عهده گرفته باشد.
- در انجام این وظیفه تخطی کرده باشد(ترک فعل لازم یا انجام فعل ممنوعه)
- تخطی از این وظیفه موجب آسیب جسمی یا روانی به بیمار شده باشد.

دسته بندی انواع خطاهای پزشکی :

- خطاهای درمانی
- خطای مربوط به تجهیزات پزشکی
- خطای جراحی و خطاهای پس از جراحی
- خطاهای مراقبتی
- خطاهای زنان و زایمان
- خطاهای آزمایشگاهی
- خطای تشخیصی
- مربوط به حفاظت بیمار
- خطای دارویی
- مسائل حقوقی و کیفری

خطاهای ۲۸ گانه

خطاهای ۲۸گانه که به صورت وقایع ناخواسته تهدیدکننده حیات در درمان بیماران تعریف میشوند، عبارتند از:

کد۱. انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی عضو سالم

کد۲. انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی بیمار دیگر

کد۳. انجام عمل جراحی با روش اشتباه بر روی بیمار (مثال: در بیماری که مبتلا به توده های متعدد بافتی دریک عضو از بدن است و می بایست یکی ازتوده های بافتی راکه اثر فشاری ایجاد کرده است برداشته شود، به اشتباه توده دیگری مورد عمل جراحی قرار گیرد)

کد۴. جا گذاشتن هر گونه device اعم از گاز، قیچی، پنس و... در بدن

کد۵. مرگ در حین عمل جراحی یا بلافاصله بعد از عمل در بیمار دارای وضعیت سلامت طبیعی(کلاس یک طبقه بندی ASA انجمن بیهوشی آمریکا)

کد۶. تلقیح مصنوعی با دهنده اشتباه در زوجین نابارور

کد۷. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هرگونه استفاده از دارو و تجهیزات آلوده میکروبی

کد ۸. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال استفاده از دستگاههای آلوده (مثال: وصل دستگاه دیالیز HBSAg آنتی ژن مثبت به بیمار HBSAg آنتی ژن منفی)

کد ۹. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه آمبولی عروقی

کد ۱۰. ترخیص و تحویل نوزاد به شخص و یا اشخاص غیر از ولی قانونی

کد۱۱. مفقود شدن بیمار در زمان بستری که بیش از ۴ ساعت طول بکشد (مثال: زندانیان بستری...)

کد۱۲. خودکشی یا اقدام به خودکشی در مرکز درمانی

کد ۱۳. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هرگونه اشتباه در تزریق نوع دارو، دوزدارو، زمان تزریق دارو و...

کد۱۴. مرگ یا ناتوانی جدی مرتبط با واکنش همولیتیک به علت تزریق گروه خون اشتباه در فرآورده های خونی

کد ۱۵.کلیه موارد مرگ یا عارضه مادر و نوزاد بر اثر زایمان طبیعی و یا سزارین

کد ۱۶. مرگ یا ناتوانی جدی به دنبال هیپوگلیسمی در مرکز درمانی

کد ۱۷. زخم بستر درجه ۳ یا ۴ بعد از پذیرش بیمار

کد ۱۸. کرنیکتروس نوزاد ناشی از تعلل در درمان

کد۱۹. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به علت هرگونه دستکاری غیر اصولی ستون فقرات (به دنبال فیزیوتراپی و ...)

کد۲۰. مرگ یا ناتوانی جدی در اعضای تیم احیاء متعاقب هرگونه شوک الکتریکی به دنبال احیای بیمار که می تواند ناشی از اشکالات فنی تجهیزات باشد.

کد۲۱. حوادث مرتبط با استفاده اشتباه گازهای مختلف به بیمار (اکسیژن با گاز های دیگر)

کد ۲۲. سوختگی های به دنبال اقدامات درمانی(سوختگی های بدن به دنبال استفاده از الکترودها حین جراحی)

کد۲۳. موارد مرتبط با محافظ و نگهدانده های اطراف تخت (مثال:گیر کردن اندام بیمار در محافظ و...)

کد۲۴. سقوط بیمار (مثال: سقوط در حین جابجایی بیمار در حین انتقال به بخش تصویر برداری و...)

کد۲۵. موارد مرتبط با عدم رعایت و عدول از چارچوب اخلاق پزشکی

کد ۲۶. هرگونه آسیب فیزیکی (ضرب و شتم و ...) وارده به بیمار

کد۲۷. ربودن بیمار

کد۲۸. اصرار به تزریق داروی خاص خطرآفرین یا قطع تعمدی اقدامات درمانی توسط کادر درمان

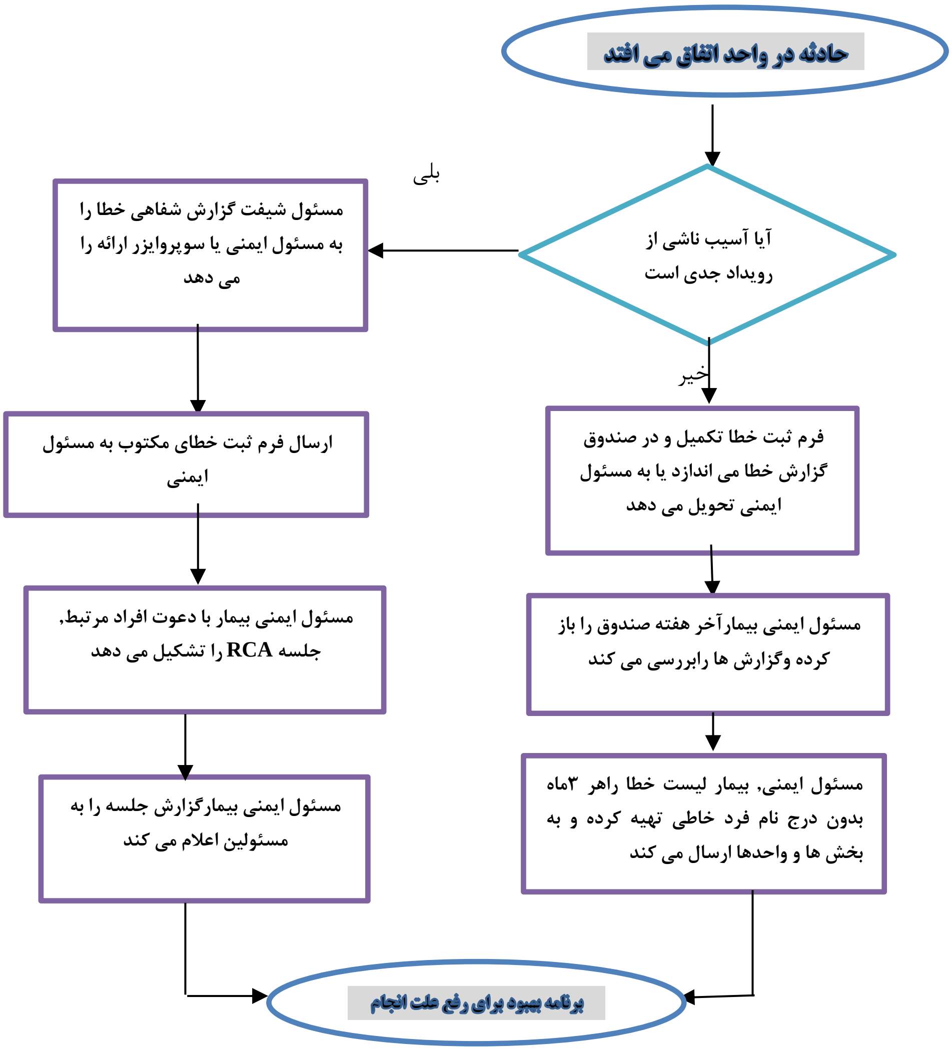
توجه :

در صورت مشاهده این خطاها در اسرع وقت به سوپروایزر اطلاع دهید تا سوپروایزر وقت به اطلاع کارشناس ایمنی رسانده و در همان ساعات اولیه پس از وقوع ،گزارش به معاونت درمان صورت می پذیرد ، ظرف مدت ۴۸- ۲۴ساعت پس از تحلیل ریشه ای (RCA) نتیجه توسط کارشناس ایمنی بیمار به معاونت درمان ارسال می گردد.

بخش دهم: گزارش دهی خطا

بمنظور ارتقا ایمنی بیمار و پیشگیری از بروز خطای مشابه ترویج فرهنگ گزارش دهی خطا و برخورد سیستمی به جای برخورد فردی در مواجهه با موضوع خطای پزشکی در مرکز مورد توجه قرار دارد. بدین منظور کلیه پرسنل و فراگیران مکلف به گزارش دهی خطاهای پزشکی هستند.

فلوچارت گزارش و ثبت خطاپزشکان،کارکنان، فراگیران



بخش یازدهم: آشنایی با پرونده پزشکی

مقدمه

در سازمانهای مراقبت سلامت مثل بیمارستان یکی از منابع اصلی اطلاعات مراقبت سلامت، پرونده پزشکی بیمار است و به عنوان مهمترین و غنی ترین منبع اطلاعاتی مطرح می باشد. پرونده پزشکی بیمار مهمترین ابزار ذخیره و بازیابی اطلاعات و آنالیز مراقبت های بهداشتی و درمانی است و بیانگر کلیه اطلاعات مربوط به تاریخچه بهداشتی بیمار، بیماری ها، مخاطرات بهداشتی، تشخیص ها، آزمایشات، معاینات، روش های درمانی، سیر بیماری، پاسخ بیمار به درمان، پیگیری و غیره می باشد. هر پرونده به عنوان یک سند پزشکی محسوب می شود و حاوی برگه هائی می باشد که کلیه فعالیتهای درمانی تشخیصی انجام شده برای بیمار درآن مکتوب می گردد. نام، به همراه مهر و امضاء فرد انجام دهنده و تاریخ و ساعت انجام هر عملی باید ذکر گردد. مکتوبات موجود درپرونده هر بیمار می تواند بعنوان یک سند در محاکم قضائی مورد استناد قرار گیرد.

برگه های موجود در پرونده پزشکی

برگه ها شامل برگ مشخصات بیمار که توسط واحد پذیرش در بدو بستری تکمیل می گردد. برگ شرح حال- برگ دستورات پزشک- برگ سیر بیماری- برگ گزارش آزمایشات- برگ کنترل علائم حیاتی- برگ درخواست مشاوره-برگ خلاصه پرونده-برگ گزارش پرستاری-برگ علائم حیاتی- فرم آموزش به بیمار/همراه بیمار در بخش- فرم آموزش حین ترخیص به بیمار/ همراه بیمار- فرم ارزیابی اولیه پرستاری- فرم رضایت آگاهانه

❖ شرح حال پزشکی(Medical History)

- **اطلاعات دموگرافیک**

نام و نام خانوادگی، سن، جنس، شغل، محل سکونت، تاریخ پذیرش، منبع اطلاعات و شرح حال و قابل اعتماد بودن آن

*قبل گرفتن شرح حال باید مشخصات بیمار در بالای صفحه تکمیل گردد. سپس منبع اطلاعات و میزان قابل اعتماد بودن شرح حال ذکر شود.

- **نشانه های فعلی بیمار Presenting Symptoms**

اصلی ترین مشکلی که بیمار بخاطر آن به پزشک مراجعه کرده است که حتی الامکان باید جملات گفته شده توسط بیمار نوشته شود.

- **تاریخچه بیماری فعلی History of Present Illness**

شکایت اصلی بیمار به تفصیل مورد بررسی قرار می گیرد که درآن موارد زیر درمورد مشکل بیمار پرسیده می شود.

زمان شروع: چگونگی شروع (ناگهانی یا تدریجی)، مشخصات شامل؛ محل، انتشار وکیفیت (تیز یا مبهم)- تغییرات درطی شبانه روز چگونه بوده است؟ چه مواقعی مشکل وجود داشته است؟ با چه عواملی کم یا زیاد میشود؟

اگر چند شکایت اصلی وجود داشته برای هر کدام، موارد بالا تکمیل می گردد.

- ### تاریخچه بیماری های قبلی Past Diseases History

از بیماریها ی قبلی سوال می شود. ابتدا بیماریهای مهم که مزمن باشند از جمله بیماریها ی قلبی ریوی، فشار خون، دیابت و هم چنین درمورد وجود سابقه ای از مشکل فعلی که درگذشته داشته است باید سوال شود. سابقه بستری قبلی بیمار نیز سوال شود.

*اگر بیمار کودک است موارد زیر باید بررسی شود: سابقه ناتال مثل نوع تولد، زمان تولد، مشکلات حین تولد ونوزادی، رشد و نمو، انجام کامل واکسیناسیون، تغذیه با شیر مادر و تغذیه کمکی.

- ### سوابق

داروهای در حال مصرف و سایر اعتیادات (Current Drugtherapy & Other Addiction): سابقه مصرف داروها (داروهای مهم و یا داروهائی که بطور طولانی مدت استفاده می کند) و سابقه مصرف سیگار، الکل و مواد مخدر، قلیان و غیره

سابقه حساسیت Alergy to : دارویی، غذا و .....

سابقه فامیلی Familial History : سابقه بیماری مهم درخانواده

- ### معاینه بدنی و بررسی های بالینی: Physical Eamination & Clinical Investigation

پوست ▢ جمجمه▢ چشم ▢ گوش ▢ بینی▢ دهان▢ گلو▢ گردن▢ غدد لنفاوی▢ قفسه سینه▢ پستان▢ قلب▢ ریه▢ عروق▢ شکم▢ اندام تناسلی مرد▢ اندام تناسلی زن▢ مقعد ▢ اعصاب▢ اندام ها (فوقانی، تحتانی) ▢ استخوان- مفاصل- عضلات▢

❖ برگ دستورات پزشک

دستور درمانی یا تشخیصی توسط پزشک اتندینگ داده می شود. دستوردرمانی یا تشخیصی میتواند کتبی یا شفاهی باشد.

دستورات پزشک توسط گروه پرستاری، مدیر یا رئیس پرستاری بخش اجرا میگردد. دستورات در برگیرنده تمام داروها و درمانهای غیردارویی بیمار میباشد.

انواع دستورات پزشک:

۱-دستورات روتین هربخش standing orders ۲-دستورات مخصوص هر بیمار per case

ترتیب نوشتن یک دستور: تاریخ-ساعت- دستور-امضای پزشک معالج- امضای پرستار

❖ برگ سیر بیماری Progress records/treatment progress/progress notes

اجزای تشکیل دهنده این برگ:

۱) یادداشت زمان پذیرش Admission note on service note

۲) یادداشتهای روزانه شامل سیر بیماری fallow up note daily note

۳) یادداشت نهائی: یادداشت روز ترخیص final note or discharge note or off service note

✓ این برگ توسط رزیدنت-اینترن –استاجر تکمیل می گردد.

- ✓ حاوی یادداشت های اختصاصی مربوط به سیر بیماری، پاسخ بیمار به درمان، وضعیت بیمار در موقع ترخیص می باشد.
- ✓ اتندینگ مربوطه مسئول نظارت بر ثبت سیر بیماری توسط گروه درمانی می باشد.
- ✓ تمام درمانها، پاسخ به درمان، عوارض داروئی وغیر داروئی باید ثبت گردند.
- ✓ نتایج گزارشات پاتولوژی، رادیولوژی، نوار قلب، الکترومیوگرافی، مشاوره بر حسب زمان آنها باید ذکر شود.
- ✓ در یادداشت روز آخر final note، وضعیت بیمار در موقع ترخیص (یا فوت) یا ارجاع، دستورات لازم و زمان پیگیری باید ذکر شود.
- ✓ اگر چند گروه در درمان بیمار دخالت مستقیم دارند باید جداگانه برگ مربوط به پیشرفت سیر بیماری را تکمیل نمایند.

▪ سیر روزانه شامل SOAP

- ✓ **Subjective :** مسائلی که از طرف خود بیمار بیان می شود.
- ✓ **Objective**: مسائلی که در مشاهده و معاینه وجود دارد.
- ✓ **Assesment**: ارزیابی انجام شده براساس مسائل Subjective و Objective
- ✓ **Plan**: برنامه درمانی یا تشخیصی که بر اسا س ارزیابی بعمل آمده طراحی می گردد.

❖ برگ ترخیص یا خلاصه پرونده Discharge note

هدف از تکمیل این برگ و ارائه آن به بیمار در واقع کمک به سایر پزشکانی است که بیمار ممکن است پس از ترخیص به آنها مراجعه نماید.

اطلاعاتی که دراین برگه باید تست شود شامل موارد زیر است:

-مشخصات بیمار، شماره پرونده، تاریخ بستری، تاریخ ترخیص، تشخیص بیماری

-نام پزشک یا پزشکان معالج با ذکر تخصص ودرصورت امکان تلفن تماس

-خلاصه ای از شرح حال ومعاینات بیمار

-خلاصه ای از آزمایشات که درسیر بیماری از اهمیت خاص برخوردار بود ه اند.

-اعمال جراحی و تشخیصی که برای بیمار انجام شده است ونتایج حاصل از آنها

-داروهای مصرفی

-شرایط فعلی بیمار

-دستوراتی که باید پس از ترخیص از آنها پیروی نماید

-برنامه مراجعه وپیگیری بیماری

-امضا و نام فرد ی که این اطلاعات را ثبت کرده است

-تاریخ

ثبت این اطلاعات و ارائه آن به هر پزشک و یا تیم پزشکی که در رابطه با همان بیماری و یا مورد دیگری مواجه شوند از انجام اقدامات تکراری وصرف وقت و هزینه بی مورد جلوگیری نموده و جریان درمان را تسریع می نماید.

❖ **برگ درخواست مشاوره** Consultation request sheet

این برگ در دو نسخه تکمیل می گردد یک نسخه درپرونده بیمار باقی ونسخه دیگر توسط منشی گروه به پزشکی که از وی درخواست مشاوره شده است داده می شود. درخواست مشاوره توسط اتندینگ یا رزیدنتها صورت می گیرد و برگ آن توسط اینترن/ دستیار پر می شود در این برگ علاوه بر مشخصات دموگرافیک بیمار و نام پزشک معالج و درخواست کننده مشاوره، نام پزشکی که از وی درخواست مشاوره شده است قید می گردد. با توجه به اینکه مشاوره در هر روز توسط پزشک آنکال همان روز انجام می شود معمولا درقسمت "در خواست مشاوره با " نوشته می شود آنکال محترم.... و از قید نام پزشک خودداری می شود مگر اینکه حتماً قصد مشاوره با فرد خاصی درمیان باشد که دراین حالت ذکر نام فرد ضروری است.

در این برگ خلاصه ای از شرح حال بیمار و سیر بیماری ذکر می گردد و در پایان علت درخواست مشاوره باید ذکر شود و از ذکر جملات مبهم وکلی باید اجتناب گردد **برای مثال در بیمار دچار کم خونی که مشاوره خون درخواست شده است نوشته شود لطفاً بیمار را از نظرعلت آنمی و اقدامات لازم درمانی مشاوره فرمائید نه اینکه لطفاً بیمار را از نظر هماتولوژی ویزیت فرمائید**

بخش دوازدهم: الزامات پرونده نویسی

مدارک پزشکی بیماران سرمایه غنی علم پزشکی و ابزار اولیه در زمینه ارزیابی و برنامه ریزی آتی برای مراقبتهای بهداشتی و درمانی است و فلسفه اصلی از ثبت دقیق جزئیات بیماری فراهم ساختن امکان مراقبت بهتر از بیمار است.

دستورالعمل های مستندسازی

- **چگونه مستندسازی انجام شود(How)**
  - **صحت:** داده های ثبت شده باید دارای ارزش های درست و معتبر باشند.
  - **جامعیت:** تمام داده های مورد نیاز جمع آوری و ثبت شود.
  - **جاری بودن:** داده ها باید به روز باشد.
  - **تعریف داده ها**: هر عنصر داده ای باید دارای معنای مشخص و ارزش های قابل قبولی باشد.
  - **دارای جزئیات بودن:** صفات و ارزش های داده ها باید به صورت مشروح تعریف شده و در برگیرنده جزئیات لازم باشند.
  - **دقت:** ارزش داده ها به اندازه ای باشد که بتوانند کاربرد یا فرا یند مورد نظر را حمایت کنند.
  - **مرتبط بودن:** داده ها برای کاربرد یا فرایند مورد نظر معنادار باشند.
  - **به هنگام بودن:** اطلاعات مربوط به اقدامات تشخیصی و درمانی را باید بلافاصله بعد از انجام آنها ثبت کرد.

- **چه چیزی مستند شود(what)**

در مسائل قانونی، یک پرونده ناقص انعکاس دهنده مراقبت و درمان ناقص است. حذف جزئیات یک اشتباه مهم و عمومی در مستندسازی است. البته این بدان معنا نیست که هر چیزی باید در پرونده بیمار ثبت شود.

- ✓ **دیدگاه حقوقی**: مراجع قانونی رسیدگی به سهل انگاری های درمانی و قصور پزشکی بر این نظر هستند که:

  آنچه در پرونده ثبت نشده : یعنی انجام نشده

- ✓ **قوانین عمومی مستند سازی پزشکی:**

  مستندسازی در هر ویزیت و مواجهه با بیمار باید شامل موارد زیر باشد:

  A. شکایت اصلی یا دلیل مراجعه
  B. تاریخچه
  C. معاینه فیزیکی
  D. یافته ها
  E. نتایج آزمایشات تشخیصی اولیه
  F. ارزیابی و تشخیص بالینی
  G. برنامه مراقبت
  H. تاریخ و هویت خوانای متخصص مراقبت بهداشتی درمانی

بعلاوه:

- امتناع بیمار از پیگیری توصیه های پزشکی باید ثبت شود.
- مدارک پزشکی باید بطور کامل مطابق با الزامات اخلاق پزشکی و قوانین، محرمانه حفظ شود.
- هر مورد ثبت شده در پرونده باید دارای تاریخ و امضاء باشد و عنوان و سمت فرد امضاء کننده مشخص باشد.

✓ مستند سازی اصطلاحات پزشکی:

- تیم درمانی باید اطلاعات کاملی در زمینه اصطلاحات پزشکی داشته و با اختصارات و علائم استاندارد آشنایی داشته باشند.
- اختصارات باید از بخشهای حیاتی تر پرونده بیمار(تشخیص های نهائی، اقد امات، علل خارجی حوادث، علل فوت) حذف شوند.
- درصورت استفاده از اختصارات (بجز موارد استثناء) بهتر است برای بار اول به جای استفاده از اختصار، مطلب مورد نظر بطور کامل ثبت شده و در موارد بعدی از اختصار آن استفاده شود، چرا که ممکن است یک اختصار به چندین واژه پزشکی اطلاق شود و از طرفی استفاده کنندگان مختلف برداشتهای متفاوتی از این اختصارات داشته باشند که پی بردن به واژه صحیح، ضمن اتلاف وقت گاهی غیرممکن است.

✓ اصول مستندسازی

- **عینی بودن:** حقایق را ثبت کنید و نظرات شخصی خود را حین مستند سازی منعکس نکنید.
- **صریح باشد:** برای ثبتیات باید از بیان صریح به جای گفته های کلی و مبهم استفاده شود. حدسیات وگمان ها را مستند نکنید. ثبتیات باید حاوی اطلاعات واقعی و حقیقی باشند.
- **به هنگام باشد:** چون حافظه انسان به آسانی دچار فراموشی می شود، ثبت اطلاعات مراقبت درمانی باید به هنگام رخداد حوادث انجام شود. بنابراین بعد از ارائه مراقبت درمانی تجویز داروها و انجام درمان ها اطلاعات مربوطه را همیشه بعد از دادن دارو یا انجام درمان و نه قبل از آن ثبت کنید.
- **مستندسازی واضح و مداوم باشد:** کلیه اطلاعات ثبت شده باید خوانا و مرتب باشد. رعایت املاء صحیح و نقطه گذاری و جمله بندی در ثبت اطلاعات ضروری است.
- **کامل بودن**
- **خوانا بودن:** تعیین معیار برای خوانایی چیز ساده ای نیست. به طور کلی خوانایی را می توان این گونه تعریف کرد که آیا یک یادداشت به وضوح و راحتی قابل خواندن است یا نه. تمام ثبتیات داخل پرونده باید خوانا باشد. ناخوانا بودن مستندات می تواند بیمار را در معرض مخاطرات زیادی قرار دهد. خوانا بودن مستندات به سایر درمانگران کمک می کند و تداوم طرح مراقبت بیمار را تضمین می کند.

چه موقع مستند شود(when)

- مراقبت و درمان را به هنگام انجام آن یا بلافاصله بعد از انجام آن ثبت کنید.
- هرگز قبل از انجام عملی مطلبی را ثبت نکنید.

چه کسی مستند کند (who)

تمام افرادی که خدمات مراقبت بهداشتی ارائه می کنند مستندساز نامیده می شوند زیرا آنها به ترتیب زمان حقایق و مشاهدات دائمی درباره سلامت بیماران را ثبت می کنند.

به خاطر داشته باشیم که در مسائل قانونی یک پرونده ناقص انعکاس دهنده مراقبت و درمان ناقص است. مراجع قانونی رسیدگی به سهل انگاری های درمانی بر این نظر هستند که" آنچه در پرونده ثبت نشده یعنی انجام نشده"

بخش سیزدهم: الزامات بیمه ای

فرآیند نحوه تجویز خدمات پزشکی بدون نیاز به دفترچه ی درمانی

از اول اسفندماه سال ۱۳۹۹ صدور دفترچه درمان در تمام شعب و کارگزاریهای سازمان متوقف گردید و تمام افراد تحت پوشش سازمان می توانند با ارایه کارت ملی، شناسنامه و یا جلد دفترچه درمان در اختیار خود از خدمات تشخیص و درمان مورد تعهد سازمان برخوردار شوند و در زمان مراجعه به پزشک و موسسات تشخیص و درمان الزام به ارایه دفترچه درمان از سوی بیمار نیست.

پزشکان

تمام پزشکان اعم از طرف قرارداد و غیرطرف قرارداد، می توانند با ثبت نام در سامانه نسخه الکترونیک سازمان (ep.tamin.ir) و دریافت نام کاربری، نسبت به نسخه نویسی الکترونیک اقدام نمایند.

پزشکان و موسسات طرف قرارداد پس از احراز هویت فرد (رویت کارت ملی، شناسنامه و یا جلد دفترچه درمان) و استعلام برخورداری بیماران از استحقاق درمان (پوشش بیمه ای درمان) از روش های اعلام سازمان، نسبت به نسخه نویسی و ارایه خدمات تشخیص و درمان در بستر الکترونیک و در صورت قطع بودن سیستم مکانیزه با استفاده از سرنسخه مخصوص مطب پزشک و یا سرنسخه متعلق به موسسه درمان به جای برگ دفترچه درمان بیمار اقدام نماید.

نحوه ی احراز هویت بیمار هنگام ارایه ی خدمت

در هنگام مراجعه بیمار تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی به پزشک، ارایه ی دفترچه درمانی الزامی نیست و می توانید احراز هویت بیمار را با دریافت کدملی و رویت یکی از مدارک زیر انجام دهید:

۱.دفترچه ی پیشین که هنوز برگ های آن به پایان نرسیده است.

۲.کارت ملی

۳.شناسنامه

۴.جلد دفترچه ی در اختیار بیمه شده

نسخه نویسی الکترونیک:

در صورت مراجعه بیمار به پزشک طرف قرارداد، پزشک پس از احراز هویت و ثبت شماره تلفن همراه (موبایل) تعلق به بیمار و انجام معاینه نسبت به ثبت خدمات پزشک (اعم از انجام ویزیت، تجویز دارو و سایر خدمات تشخیص و درمان ... در سامانه نسخه الکترونیک به نشانی ep.tamin.ir، اقدام می نماید. در این صورت حق الزحمه پزشک معالج طرف قرارداد برابر ضوابط مربوطه و به صورت بر خط توسط سازمان پرداخت خواهد شد.

نسخه نویسی غیرالکترونیک:

در صورت مراجعه بیمار به پزشک طرف قرارداد، چنانچه امکان استفاده از سامانه های الکترونیک به هر دلیل (قطع اینترنت، قطع سامانه نسخه نویسی و..) میسر نباشد، پزشک پس از احراز هویت بیمار با استفاده از کارت ملی/ شناسنامه/ دفترچه درمان و استعلام برخورداری وی از استحقاق درمان (پوشش اقدام A(بیمه درمان) ، نسبت به معاینه و تجویز در سرنسخه مخصوص مطب/ مرکز درمان(ترجیحا در قطعه A5 می نماید..لازم به ذکر است تا زمان ابلاغ استاندارد لازم برای سرنسخه از طرف سازمان، دستور پزشک می بایست به صورت خوانا در دو برگ تجویز گردد. برگ اول سرنسخه برای مراجعه به داروخانه و سایر موسسات پاراکلینیک به بیمار و برگ دوم سرنسخه برای دریافت

حق الزحمه به مدیریت درمان استان تحویل می شود. ارسال برگ دوم سرنسخه مخصوص پزشک به مدیریت درمان استان، کمافی السابق مشابه فرآیند ارسال برگ مخصوص پزشک در دفترچه درمان است.
ثبت مشخصات هویت بیمار شامل نام و نام خانوادگی، شماره کدملی، تاریخ ویزیت بیمار و ثیت کد پیگیری استحقاق درمان (پوشش بیمه درمان) بر روی سرنسخه پزشک/مرکز درمان الزام است (ثیت کد پیگیری استحقاق درمان توسط پزشکان تا ابلاغ ثانوی اجباری نیست.)
در صورت مراجعه بیمه شدگان به پزشکان محترم آن مرکز، رویت برگه مشخصات دفترچه بیمار (سربرگ اول) و یا کارت ملی الزامی است و پزشکان محترم کد ملی و نوع بیمه (بطور مثال بیمه شده بیمه سلامت- بیمه همگانی) را در بالای سربرگ مرکز مرقوم و در پشت نسخه، مهر بیمارستان را درج نمایند.
در مسیر حذف گزارش کاغذی خدمات CT و MRI و همچنین کلیشه های OPG و بارگذاری فایل مربوطه و ارسال آن، رعایت نکات زیر الزامی می باشد:

فایل گرافی OPG:

۱- فایل ها با پسوند JPG و TIF مجاز به ارسال بوده و سایر پسوند ها پذیرفته نمی شود.
۲- سایز فایل حداکثر ۳۰۰ کیلوبایت باشد.
۳- پوشه حاوی فایل گرافی OPG با عدد ۷۱ نامگذاری گردد.
۴- فایل های گرافی OPG بایستی با ساختار زیر نامگذاری و ارسال گردد:

به ترتیب از سمت چپ ابتدا شماره بیمه سپس شماره صفحه و در آخر کد خدمت

مقادیر شماره بیمه، شماره صفحه و کد خدمت با حروف لاتین را درج شده و همچنین با علامت خط تیره(-) از هم جدا شوند.

مثال: ۱۱۱۴۳۲۹۶۷۰-۹۳-۷۰۰۰۸۵

توجه: در ساختار فعلی نام فایل گرافی OPG فقط شماره بیمه و کد خدمت تعبیه شده است که این ساختار فقط تا پایان سال ۱۳۹۹ معتبر بوده و لذا برای نسخ ماه فروردین ۱۴۰۰ و به بعد بایستی با ساختار جدید (بالا) به سازمان ارسال گردد.

ضوابط لازم الاجرا توسط پزشکان در خصوص نسخ سرپایی:

۱-کنترل تاریخ اعتبار دفترچه بیمه در زمان ویزیت

۲-تطبیق مشخصات مراجعه کننده و دفترچه بیمه

۳- هرگونه اصلاح تاریخ در زمان نوشتن نسخه می بایست در رو یا پشت نسخه مخصوص پزشک قید گردیده و مهر و امضا گردد.

۴-پس از نوشتن نسخه، حتما برگ مخصوص بیمار را به عنوان سابقه پزشکی مهر نمایند.

۵- در قسمت متن نسخه، نسخه دارویی (نام دارو، شکل دارو، دوز دارو، تعداد تجویزی، دستور آن)، نسخ پاراکلینیک (نوع آزمایش و یا اقلام درخواستی بدون خط خوردگی) باید نوشته شود.

۶-در قسمت تجویز کننده در نسخه، نام و نام خانوادگی پزشک یا تجویز کننده مجاز و شماره نظام پزشکی الزامی است

موارد زیر جزء تعدیلات محسوب خواهد شد:

نسخ فاقد اعتبار/ تاریخ مخدوش / فاقد تاریخ / تاریخ آینده / تاریخ گذشته/ بدون مهر و امضا/ سفید/ نسخی که بخشی از اطلاعات آن توسط پزشک تصحیح گردد و مورد تایید پزشک واقع نشده است/ نسخ کاربن گذاری شده/ عدم تطابق امضا نسخ مطابق با نمونه امضا پزشک در فرم قرارداد / امضا نسخ باید بدون استفاده از مهر امضا باشد/ عدم ارسال گزارش خدماتی چون آندوسکوپی، الکترومیوگرافی، دانسیتومتری، اکو، تست ورزش،اسپیرومتری و مواردی که طی بخشنامه و ضوابط به پزشکان اعلام گشته است موجب کسور نسخه خواهد شد/ برگ مخصوص پزشک که تاریخ و امضا آنها مستقیما با خودکار نوشته شده و یا ممهور به مهر تاریخ شده باشد(برگ دوم حتما باید کاربنی نوشته شده باشد).

در خصوص الزامات بیمه ای پرونده بیماران بستری نیز واحدهای ترخیص و رسیدگی به اسناد پزشکی اقدام به بررسی موارد نامنطبق کرده و ضمن اعلام علل بروز کسورات قوانین و آئین نامه های مربوطه را در اختیار دستیاران قرار می دهند.

<u>دستور العمل نحوه تکمیل کردن برگه های بیمه در درمانگاه</u>

- برگه بیمه تاریخ اعتبار داشته باشد
- برگه خلاصه پرونده بصورت کامل و خوانا و بموقع نوشته شود
- تاریخ اعتبار و تاریخ ویزیت خوانا و بدون خط خوردگی نوشته شود. (در صورت اشتباه پشت نویسی گردد) تاریخ در صفحه دوم بیمه نیز بصورت کپی ثبت شود.
- برای هر برگه یک متخصص مهر و امضاء کند.
- مهر پزشک باید با نشان بیمارستان آیت ا.. روحانی باشد.
- حتماً امضاء با نمونه امضاء پزشک مطابقت داشته باشد.
- در هر روز تنها یک برگه بعنوان ویزیت از دفترچه بیمار جدا شود.
- برگه ها حتماً تا پایان ماه تحویل شوند.
- برگه های بیمه های روستایی به تائید نماینده بیمه رسیده و روی آنها به مهرپزشک بهداشت خانواده ممهور گردد.
- هرگونه آزمایش ،گرافی و دارو که در درمانگاه درخواست شد در برگه بیمه ثبت شده و برگه دوم از دفترچه بیمار جدا شده و تحویل منشی گردد.
- در صورتیکه برای بیمار ویزیت یا پروسیجر انجام شده باشد هردو برگه تحویل منشی درمانگاه گردد.

- در صورت عدم حضور اتند برگه های بیمه به نام دستیار مهر و امضاء شود.
- در صورت حضور اتند برگه ها توسط خود اتند مهر و امضاء نماید .
- کارورزان های محترم از امضاء برگه های بیمه خودداری نمایند.
- منشی های محترم حتماً برموارد ذکر شده نظارت کامل داشته باشند.
- کارورزان محترم از امضاء دستورات پزشک برای بیماران سرپائی خودداری نمایند.
- دستورات پزشک در بیماران سرپائی فقط با مهر و امضاء استاد مربوطه باشد در صورت عدم حضور استاد، با مهر و امضای دستیار همراه باشد.

<u>دستور العمل نحوه تکمیل کردن برگه های بیمه در اورژانس</u>

- دفترچه بیمه بیمار تاریخ اعتبار داشته باشد و در برگ بیمه نیزتاریخ اعتبار را قید نمائید.
- تاریخ اعتبار وتاریخ ویزیت خوانا وبدون خط خوردگی نوشته شود. (در صورت اشتباه پشت نویسی گردد)تاریخ صفحه دوم نیز کپی باشد.
- برای هربرگه فقط یک متخصص مهر وامضاء کند.
- در صورتی که مهر با نشان بیمارستان آیت ا. روحانی نباشد مهراورژانس بیمارستان آیت ا..روحانی اضافه شود.
- حتما امضاء با مهر پزشک مطابقت داشته باشد.
- برگه های بیمه های روستایی به تائید نماینده بیمه رسیده و پشت برگه مهر زده شود.
- هرگونه پروسیجری در اورژانس انجام شده در برگه بیمه ثبت شده و برگه دوم به منشی مسترد گردد.
- در صورتیکه بیمار فقط ویزیت شده باشد هر دو برگه تحویل منشی اورژانس گردد.
- کارورزان محترم از امضاء برگه های بیمه خودداری نمایند.
- منشی های محترم حتماً برموارد ذکر شده نظارت کامل داشته باشند.
- کارورزان محترم از امضاء دستورات برای بیماران سرپائی خودداری نمایند.
- برای بیمارانی که پرونده سرپائی تشکیل می شود تنها یک برگ بیمه برای کلیه خدمات مختلف مورد نیاز کفایت می کند و از جداکردن برگه های اضافی پرهیزنمایند.

بخش چهاردهم: ایمنی بیمار(Patient Safety)

ایمنی بیمار یک دغدغه جهانی در زمینه سلامت است که بیماران را در تمامی عرصه های خدمات سلامت درکلیه کشورهای جهان اعم از توسعه یافته یا در حال توسعه، متأثر می سازد. مطالعات پژوهشی نشان داده اند که به طور متوسط حدود ٪۱۰ از تمام موارد بستری، بیماران به درجات مختلف دچار آسیب می شوند و این در حالی است که برآورد می گردد که تا ٪۷۵ از این خطاها قابل پیشگیری می باشند. مراقبت و خدمات درمانی غیر ایمن علاوه بر تحمیل رنج به انسان، هزینه اقتصادی سنگین نیز به بار می آورند. در واقع چنین تخمین زده می شود که بین ٪۵ تا ٪۱۰ هزینه های مربوط به سلامت ناشی از خدمات بالینی غیر ایمن می باشد که منجر به آسیب بیماران می گردد. در این میان سهم نارسایی سیستم ها و روال ها بیش از نقش افراد است. به منظور پیشگیری از خطا بر آن شدیم که مطالب لازم توجه را برای شما جمع آوری و به اشتراک بگذاریم.

۹ راه حل ایمنی بیمار

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

لیست داروهای مشابه (آوایی، شنیداری، دیداری) در هر بخش مشخص و داروها در باکس های مجزا، با نوار زرد رنگ از هم مجزا و مشخص شدند. کلیه بخش های درمانی لیستی از داروهایی را که اسامی مشابه دارند و احتمال بروز خطا در آنها وجود دارد (چه از نظر نام و چه از نظر شکل و ظاهر آنها) به دیوار اتاق دارو و درمان هر بخش نصب گردیده است.

داروهای شبیه به هم (از نظر نام، شکل و ظاهر آنها) در باکس ها و قفسه های جداگانه چیدمان شده اند.

درخصوص داروهای با غلظت بالا و خطرناک نام دارو با برچسب جداگانه مشخص شده اند.

- **داروهای پرخطر**

در این مرکز لیست داروهای پرخطر مشخص شده و به تایید کمیته دارو و تجهیزات رسیده و لیست داروهای پرخطر به دیوار اتاق دارو و درمان هر بخش نصب گردیده است و نام این داروها با نوشته مشکی و پس زمینه قرمز با فونت ۴۸مشخص گردیده است و در بین این داروها، ۱۲ دارو بر اساس دستورالعمل ارسالی از وزارت بهداشت به عنوان داروهای ۱۲ گانه هشدار بالا اعلام گردیدند.

- **داروهای هشدار بالا (High-Alert)**

داروهای با هشدار بالا شامل آن دسته از فرآورده های دارویی می باشند که بروز اشتباه در مصرف آنها با خطر بالایی از ایجاد آسیب های جدی حتی مرگ بیماران همراه می باشد.

نحوه چیدمان این داروها بر اساس دستورالعمل

ردیف	نام دارو	ردیف	نام دارو
۱	کلرید پتاسیم	۷	آتروپین
۲	سولفات منیزیوم	۸	اپی نفرین
۳	بیکربنات سدیم	۹	هپارین
۴	گلوکانات کلسیم	۱۰	رتپلاز
۵	هایپر سالین	۱۱	هالوپریدول
۶	لیدو کائین	۱۲	پروپرانولول

۲- توجه به مشخصات فردی

بیمار جهت جلوگیری از خطا

به منظور به حداقل رسانیدن اتفاقات ناخواسته ناشی از عدم شناسایی صحیح بیماران، الزامی است کلیه بیماران بخش بستری بیمارستانی در دوره پذیرش در بیمارستان دارای باند شناسایی (مچ بند) دریافت اقدامات درمانی، تشخیصی و مراقبتی باشند.
در بیمارستان دستبند شناسایی برای بیماران تعبیه گردیده که شامل: نام، نام خانوادگی، نام پدر، شماره پرونده بیمار درج گردیده است. دستبند شناسایی در نوزادان به صورت دو پابند شناسایی که به هر دو پای نوزاد بسته می شود که نام ونام خانوادگی مادر، نام پزشک، جنسیت نوزاد، تاریخ و ساعت تولد، شماره پرونده.
دستبند شناسایی در بیماران کدبندی رنگی شده اند که هر رنگ نشان دهنده موضوعی می باشد.

رنگ زرد: شامل بیمارانی است که در معرض خطر می‌باشند.

کد	تعریف
B.S=Bed Sore	مستعد یا مبتلا به زخم فشاری
F.R= Fall Risk	در معرض خطر سقوط
D.T=DVT/VT	در معرض ترومبو آمبولیسم
S.R=Suicide Risk	ریسک خودکشی
S.Z= Seizure	تشنج
HB=Hepatitis B	هپاتیت
H.V=Human immunodeficiency virus	ایدز

رنگ قرمز: شامل بیمارانی است که نسبت به دارویی حساسیت دارند.

بیماران در واحد پذیرش دستبند شناسایی به رنگ سفید دریافت می کنند و در زمان ارزیابی اولیه توسط پرستار چک و به دست غالب بیمار بسته می‌شود و در صورت دارا بودن شرایط بر اساس کدبندی رنگی نوار/ لیبل رنگی با درج کدریسک به دستبند سفید بیمار الحاق می گردد و در زمان ترخیص توسط پرستار از دست بیمار خارج و در سطل زباله عفونی امحاء می گردد.

۳- ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار

ریشه بروز بسیاری از موارد خطای پزشکی تحویل نادرست بیمار از یک شیفت به شیفت بعدی یا انتقال بیمار از بخشی به بخش دیگر می باشد. در گروه دستیاری برای ارتقاء فرایند تحویل بیمار دفاتر مخصوص پیش بینی گردیده است.

۴- انجام پروسیجر صحیح درمحل صحیح از بدن بیمار

اجرای دستورالعمل بیمار صحیح، محل صحیح، پروسیجر صحیح به طور ویژه در اتاق عمل بسیار بااهمیت است. لذا همزمان با اجرای پروتکل مذکور در بخش های مختلف درمانی و اتاق عمل رعایت چک لیست جراحی ایمن در اتاق عمل الزامی است.

❖ گام اول : اطمینان از اخذ رضایت آگاهانه معتبر

به عنوان یک خط مشی، انجام اعمال جراحی، طبی، بیهوشی، رادیولوژی و پروسه های انکولوژی، بدون اخذ رضایت آگاهانه غیرممکن می باشد. مشروط بر آنکه رضایت دهنده صلاحیت لازم را جهت اخذ رضایت دارا باشد. در صورت ناتوانی بیمار جهت اخذ رضایت، وجود حکم یا دستور قضایی (قیومیت) لازم می باشد. لذا الزامی است که فرم رضایت آگاهانه و خط مشی کامل آن در واحدهای درمانی موجود و در دسترس کلیه ی کادر درمانی قرار گیرد.

❖ گام دوم : تأیید هویت بیمار

قبل از اجرای هر گونه داوری مؤثر بر وضعیت شناختی بیمار، یکی از اعضاء تیم درمانی موظف است که هویت بیمار را دقیقاً شناسایی نموده تا با طرح پرسش های ذیل از بیمار، فرآیند شناسایی صحیح بیمار به نحو احسن صورت گیرد.

این پرسش ها شامل:

- نام کامل بیمار و تاریخ تولد (لازم به ذکر است که این مورد بایستی از بیمار پرسیده شود نه به گونه ای باشد که بیمار تأیید نماید)
- نوع درمان یا پروسیجر طراحی شده
- دلایل انجام روش درمان یا پروسیجر مورد نظر
- نشان دادن قسمت و محل عمل یا پروسیجر

گاهاً بسیاری از بیماران مزمن (از قبیل بیماران دیالیزی و یا بیماران تحت شیمی درمانی)، از دستبند شناسایی استفاده نمی کنند و نمی توان از این طریق قبل از انجام پروسیجر هویت بیمار را مورد شناسایی قرار داد. لذا اتخاذ تدابیری به منظور اطمینان از شناسایی صحیح این گونه بیماران الزامی است.

❖ گام سوم: علامت گذاری محل عمل جراحی یا پروسیجر تهاجمی

محل عمل جراحی یا پروسیجر تهاجمی بایستی به صورت کاملاً مطلوب توسط فرد انجام دهنده پروسیجر و یا توسط جراح نشانه گذاری شود اگر فرد مورد نظر، در هر زمانی احساس نماید که در خصوص محل عمل یا سمت عمل دچار ابهام و یا اشتباه گردیده و یا تجربه لازم جهت تقبل این وظیفه را ندارد، بایستی فوراً جراح و یا فرد انجام دهنده پروسیجر را مطلع نماید. در هر صورت نبایستی هیچ بحرانی بیمار را تهدید کند، حتی اگر بروز هیچ اشتباهی هم ثابت نشده باشد.

پزشک مسئول بیمار باید مطمئن شود که محل عمل جراحی یا پروسیجر تهاجمی به درستی شناسایی و علامت گذاری شده و عمل جراحی یا پروسیجر تهاجمی در محل و سمت درست انجام می گردد.

❖ گام چهارم : بررسی نهایی بیمار در محل انجام پروسیجر یا در اتاق عمل (به منظور بازبینی، تأیید نهایی و صحه گذاری پیش از عمل)

هم زمان با ورود بیمار به اتاق عمل همه اعضاء تیم درمانی، تیم جراحی درگیر شامل: جراح، متخصص بیهوشی، دستیاران و پرستار، بایستی در بررسی نهایی بیمار به طور فعال شرکت نمایند. موفقیت در فرآیند بررسی بیمار کاملاً وابسته به میزان ارتباط فعال بین همه اعضاء تیم درمان است.

❖ گام پنجم: اطمینان از موجود بودن، صحیح بودن و در دسترس بودن تمام مدارک و گرافی های تشخیصی مرتبط

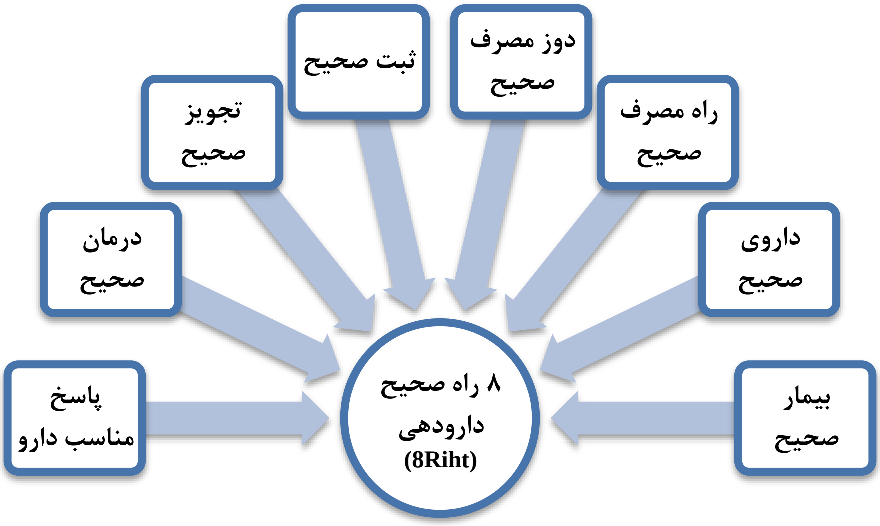
خطاهای پزشکی ناشی از نقص در مستند سازی و یا نادرست بودن لیبل گذاری روی تصاویر تشخیصی، یک واقعیت مخاطره آمیز در شناسایی بیمار صحیح می باشد.

۵- کنترل غلظت محلول‌های الکترولیت

محلولهای الکترولیت تزریقی(کلرید پتاسیم، کلرید سدیم، سولفات منیزیم و ...)طبق استاندارد باید دستور رقیق سازی پیش از تزریق داشته باشد و در مدت زمان معین و به روش صحیح تزریق صورت پذیرد. توجه شود تزریق محلولهای الکترولیت غلیظ عوارض جبران ناپذیر برای بیمار به همراه دارد. نسخه نویسی محلول های الکترولیتی با غلظت بالا بایستی خوانا باشد در هنگام نسخه نویسی نام دارو و میزان سرعت انفوزیون بایستی با استفاده از حروف درشت باشد.

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

خطاهای داروئی به هنگام تهیه، تجویز، توزیع و دادن دارو به بیمار و پایش آن رخ می دهند ولیکن میزان بروز خطا به هنگام تجویز دارو و دادن آن به بیمار شایعتر برآورد می گردد. رعایت دستورالعمل تلفیق دارویی دربخشها الزامی می باشد و بدنبال آن پایش تطابق دستور پزشک با گزارش پرستاری به صورت منظم روزانه چک شود. برای کلیه بیماران از فرم تلفیق دارویی برای جلوگیری از تداخلات دارویی و آموزش هنگام ترخیص استفاده شود.



۷- اجتناب از اتصالات نادرست سوندها و لوله ها

هرگونه دسترسی به محیط داخلی بدن از طریق انواع لوله و سوندها (لوله معده-لوله تراشه-کاتترهای وریدی (مرکزی و محیطی(انواع سوند، درن و....) می بایست به روش صحیح و در محل صحیح و مخصوص به خود انجام گیرد. هرگونه عدم انطباق در این خصوص ایمنی بیمار را به مخاطره می اندازد.

۸- استفاده صرفا یکباره از وسایل تزریقات

کلیه اقلام و تجهیزاتی که به نوعی با محیط داخلی بدن در تماس هستند باید استریل و عاری از آلودگی باشد. این اقلام در صورتی که یکبار مصرف نباشند بلافاصله پس از استفاده وارد فرایند شستشو، ضدعفونی و استرلیزاسیون می شوند و در صورتیکه یکبار مصرف باشند از قبیل: انواع سرسوزن، لوله تراشه، لوله معده، انواع سوند و...) می بایست پس از استفاده به روش صحیح امحاء شده و هرگز مورد استفاده مجدد قرار نگیرد.

۹- بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونتهای مرتبط با مراقبت‌های سلامتی

بهداشت دست به عنوان ساده ترین معیار در پیش گیری از عفونت های بیمارستانی می باشد.

بخش پانزدهم: استانداردهای زیست محیطی

به استناد ماده ۱۱ قانون مدیریت پسماندها، به منظور حفظ سلامت عمومی و محیط زیست در مقابل اثرات نامطلوب پسماندهای پزشکی، دفع زباله های بیمارستانی به شرح ذیل انجام می گیرد:

تفکیک در مبدا پسماندها بر عهده کلیه کارکنان در قسمت ها و بخش های مختلف مراکز درمانی می باشد. اساس تفکیک پسماند کدبندی رنگی است.

- پسماندهای عادی ناشی از واحدهای اداری و مدیریتی، محوطه، بخشها، درمانگاه ها، واحدهای پاراکلینیک و سایر نقاط بیمارستان می بایست در سطل هایی با کیسه مشکی رنگ قرار داده شود.
- کلیه پسماندهای عفونی باید در سطل هایی با کیسه زرد رنگ جمع آوری گردد.
- پسماندهای شیمیایی می بایست در سطل هایی با کیسه سفید رنگ ریخته شوند.
- پسماندهای حاوی فلزات سنگین خطرناک مانند ترمومترهای حاوی جیوه، باید به طور جداگانه و در ظروف درب داری که بدین منظور تعبیه شده است قرار گیرند.
- پسماندهای نوک تیز و برنده باید در همان محلی که تولید شده و مورداستفاده قرارگرفته اند داخل Safety Box قرار گیرند (سرسوزن های استفاده شده به هیچ عنوان نباید Recap شوند).

مخصوص زباله عفونی

مخصوص زباله عادی

مخصوص اشیا نوک تیز و برنده

بخش شانزدهم: کنترل عفونت در بیمارستان

یکی از مهمترین وظایف کارکنان و فراگیران در این مرکز انجام اقدامات ضروری به منظور پیشگیری از ایجاد و انتقال عفونت ها است. پرسنل و دانشجویان حاضر در بیمارستان ضمن توجه به رعایت حقوق بیمار باید به فکر سلامت خود، همکاران و افراد خانواده نیز بوده و با رعایت کلیه موارد مرتبط، به کاهش خطر انتقال بیماری کمک نمایند.

ساختار تیم کنترل عفونت بیمارستان آیت اله روحانی

پزشک کنترل عفونت: دکتر معصومه بیانی- متخصص عفونی و عضو هیات علمی دانشگاه

کارشناس کنترل عفونت: آقای ابراهیم نصیرایی- کارشناس ارشد مدیریت بیمارستانی

شماره تماس داخلی واحد کنترل عفونت: ۳۰۵۸

واحد کنترل عفونت بیمارستان واقع در طبقه اول برای اجرای نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی و ارتقاء آگاهی پرسنل در مرکز آموزشی پژوهشی و درمانی آیت اله روحانی دستورالعمل هایی تهیه و در اختیار بخش های درمانی قرار داده است.

توصیه های واحد کنترل عفونت به فراگیران جدیدالورود:

- با توجه به اینکه عفونت بیمارستانی، عفونتی است که بعد از ۴۸ ساعت بعد از بستری بیمار در بیمارستان اتفاق می‌افتد موارد مشکوک را طبق خط مشی گزارش دهی عفونت های بیمارستانی به واحد کنترل عفونت اطلاع دهید.
- خط اول مبارزه با انتقال عفونت در بیمارستان شستشوی صحیح دستان است. شستشوی دست ساده ترین و موثرترین روش برای جلوگیری از انتقال عفونت محسوب می شود. لذا شستشوی مداوم دست با آب و صابون در کلیه ی بخش ها و واحدهای بیمارستانی الزامی است و در صورت وجود آلودگی مشهود شستن دستها ۴۰ تا ۶۰ ثانیه به روش صحیح با آب و صابون توصیه می شود.
- ضدعفونی کردن دست ها با محلولهای با پایه الکلی(تهیه محلول های Hand rub و دیسپنسرهای مخصوص آن درمکان های متفاوت بیمارستانی مانند ایستگاههای پرستاری، درمانگاه ها، ورودی اتاقک های بیماران، اتاق های پانسمان، اتاق های معاینه و بخش های ویژه مانند لیبر و ICU و......).
- جهت افزایش سطح ایمنی در حین کار با وسایل تیز و برنده به دستورالعمل تزریقات ایمنی توجه نمایید و در صورت تماس با ترشحات آلوده با بریدگی های باز و ملتحمه و گازگرفتگی که منجربه پارگی اپیدرم می شود و فرو رفتن سرسوزن به دست اقدامات ذیل را انجام دهید.

الف) شستشوی اولیه فوری با آب ولرم و صابون

ب) کمک به جلوگیری از خون روی در محل اولیه زخم

ج) خودداری از مالش موضعی چشم

د) شستشوی چشم ها و غشای مخاطی با مقادیر زیاد آب در صورت آلودگی

ه) گزارش فوری سانحه به مسئول کنترل عفونت و تکمیل فرم تماس با موارد عفونی یا اشیاء تیز آلوده و پیگیری مورد جهت مشاوره و راهنمایی

- تفکیک زباله های عفونی و غیرعفونی را مطابق دستورالعمل وزارت بهداشت رعایت نمایید.
- جهت جلوگیری از مواجهات شغلی خود و نیروی خدماتی از انداختن اشیاء نوک تیز (مثل سرسوزن، آنژیوکت، لانست، تیغ بیستوری و ویالهای شکسته و ...) در داخل سطل های زباله خودداری نمائید و آنها را داخل ظروف ایمنی (سیفتی باکس) بیاندازید و وقتی ۳/۴ سیفتی باکس پر شد درب آن را ببندید و از سرپوش گذاری سرسوزن های آلوده جداً خودداری نمایید.
- به طور کلی در پنج موقعیت زیر بایستی شستن دست و ضدعفونی کردن آنها با استفاده از آب و صابون و یا مواد حاوی الکل انجام شود :

۱ .قبل از تماس با بیمار
۲ .بعد از تماس با بیمار
۳ .قبل از انجام اعمال آسپتیک
۴ .بعد از تماس با مایعات مرتبط با بدن مانند : خون و ادرار و .....
۵ .بعد از ترک محوطه حریم بیمار

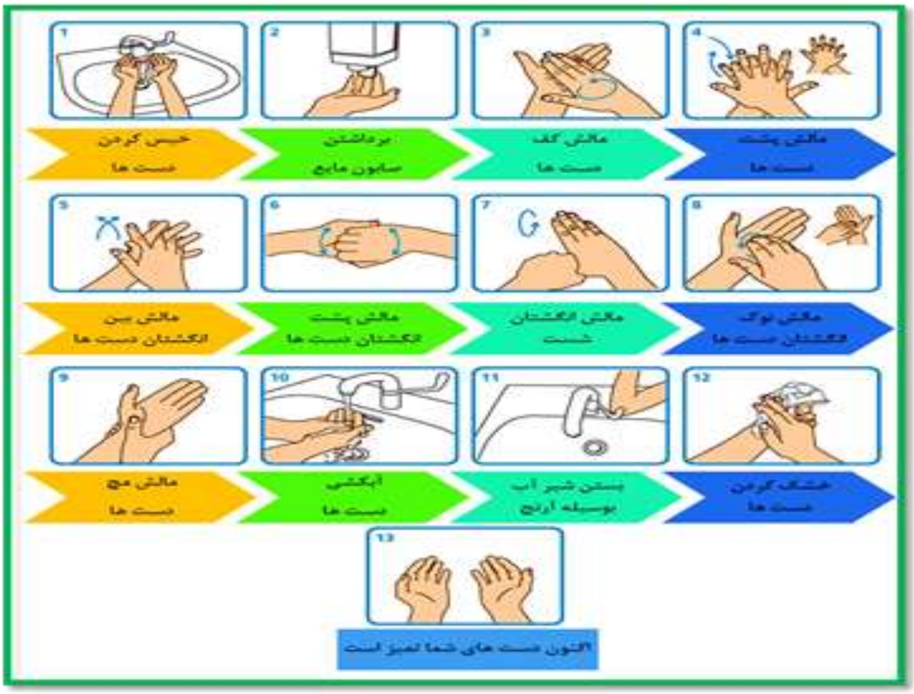
- لازم به ذکر است که در صورت وجود آلودگی واضح و روشن بر روی دست مانند آلوده شدن دست به خون و ادرار و سایر ترشحات بیمار حتماً بایستی دست ها با آب و صابون شسته شوند.
- در فواصل تماس با بیماران و زمانی که دسترسی به آب و صابون کم است و یا زمانی که فرصت برای انجام اقدامات درمانی کم است می توان از روش Hand rub با استفاده از محصولات حاوی الکل استفاده نمود. در عین حال باید به خاطر داشت که حتماً بعد از پنج تا شش بار Hand rub حتماً دست ها با آب و صابون شسته شوند.
- در صورت تماس با بیماران پرخطر ناخن مصنوعی استفاده نشود (مانند : ICU و اتاق عمل)
- برای حفظ بهداشت فردی خود و همچنین کاهش میزان عفونتهای بیمارستانی همیشه ناخن ها را کوتاه نگهدارید و زیورآلات، لاک یا کاشت ناخن و ناخن مصنوعی و ... نداشته باشید و بلندی ناخن ها کمتر از یک اینچ باشد.

توجه :

**استفاده از دستکش نباید جایگزین شستن دست ها شود.

**بدون در نظر گرفتن پوشیدن دستکش یا تعویض آن، دست ها باید شسته شوند .

<u>**فراگیران باید به روش تصویری ذیل دستها را بشویند و مراحل را برای هر دو دست اجرا کنند:**</u>



فراگیران باید برای hand rub کردن نکات ذیل را رعایت کنند:

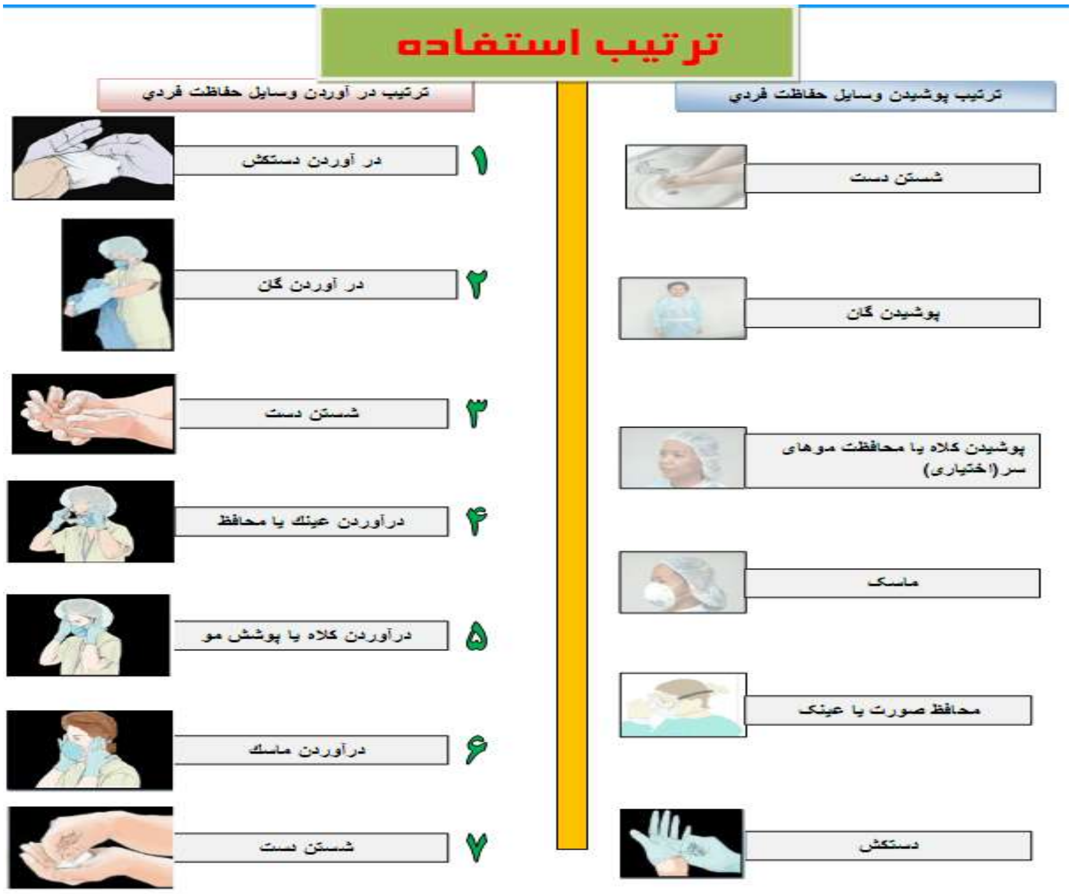
۱. ۲۰ تا ۳۰ ثانیه وقت صرف کنند.
۲. مراحل هندراب را برای هر دو دست اجرا کنند.
۳. مالش دست ها را تا خشک شدن محلول روی پوست دست ادامه دهند.
۴. حداکثر بعد از ۷-۸ بار انجام هندراب ،یک نوبت دستها را با آب و صابون بشویند.

فراگیران باید به روش تصویری ذیل دستهایشان را توسط hand rub شسته و مراحل را برای هر دو دست اجرا کنند:

صرفاً پوشیدن دستکش نمی‌تواند جایگزین مناسب و کاملی به‌جای شست‌وشوی دست‌ها باشد. بنابراین به پوستر زیر توجه کنید که موارد استفاده از دستکش‌های مختلف را به‌شرح ذیل توضیح می‌دهد:

وسایل حفاظت فردی :

پوشیدن لوازم محافظت کننده شخصی و یا **PPE (Personal Protection Equipment)** نظیر گان، کلاه، ماسک، چشم بند (عینک) و ... در پیشگیری از ایجاد آسیب‌های احتمالی پرسنل به بیمار و بالعکس کمک کننده می‌باشد. رعایت توالی در پوشیدن و خارج کردن آن‌ها به شرح ذیل می‌باشد:


ترتیب استفاده
ترتیب پوشیدن وسایل حفاظت فردي
شستن دست
پوشیدن گان
پوشیدن کلاه یا محافظت موهای سر(اختیاری)
ماسک
محافظ صورت یا عینک
دستکش
ترتیب در آوردن وسایل حفاظت فردي
۱ در آوردن دستکش
۲ در آوردن گان
۳ شستن دست
۴ درآوردن عینك یا محافظ
۵ درآوردن کلاه یا پوشش مو
۶ درآوردن ماسك
۷ شستن دست

زخم سر سوزن یا نیدل استیک شدن (Needlestick):

نیدل استیک شدن به مفهوم آسیب نفوذی جلدی ناشی از وسایل پزشکی نوک تیز در صورت آلوده بودن به خون یا ترشحات بدن و پاشیدن خون و مایعات بدن بیماران به صورت (چشم) در هنگام مداخلات پزشکی یا پرستاری می باشد. زخم سرسوزن توسط یک سرنگ نو و استریل به‌خودی خود هیچ خطری را بدنبال ندارد. بزرگترین نگرانی زمانی بروز می‌کند که سوراخ شدن پوست توسط یک سرنگ استفاده شده و آلوده به خون بیمار باشد که در این میان بیشترین خطر برای ابتلا به ویروس هپاتیتB (HBV)، هپاتیت C(HCV) و HIV یا ایدز منجر به نگرانی خواهد شد.

پیشگیری

گام‌های پیشگیرانه در سطح‌های مختلف شامل کاهش یا حذف استفاده از وسایل نوک تیز و برنده تا آنجاکه ممکن است، مهندسی کنترل، کنترل‌های اداری از جمله آموزش و ارائه منبع کافی، استفاده از ابزار (بجای انگشتان دست) و دوری‌جستن از دست به دست کردن ابزار نوک تیز و برنده و احتیاط به‌ویژه برداشتن و گذاشتن درپوش سوزن در سرنگ که یکی از مهم‌ترین دلیل‌های زخم سر سوزن است. خط مشی های بهداشتی و استاندارد عملکرد در مورد برداشتن و گذاشتن درپوش سرنگ‌ها همواره بهترین و ایمن‌ترین روش را پیش روی پرسنل قرار می‌دهد. در تمام بخش‌های بیمارستانی، سلامت و بهداشت سیفتی باکس و ظروف جمع‌آوری پسماندهای تیز و برنده مانند سوزن و ... باید قرار داده شده و پرسنل موظف به قرار دادن همه ابزار تیز و برنده دورانداختنی در این جعبه‌ها شده‌اند.
شیوع این عارضه با عوامل مختل‌کننده تمرکز شامل شلوغی، حجم کاری، شیفت کاری، حواس‌پرتی، عجله کردن، خستگی و ناکافی بودن آموزش و کم تجربگی ارتباط مستقیم دارد.

در صورت مواجهه با اجسام تیز وبرنده برای فرد مصدوم شده اقدامات زیر ضروری است:

- شستشوی زخم با آب ولرم و صابون
- کمک به خونروی ازمحل اولیه زخم موضع تماس
- شستشوی چشم ها و غشا مخاطی با مقادیر زیاد آب
- تکمیل فرم مواجهات شغلی
- اطلاع به مسئول کنترل عفونت در اسرع وقت پس از مواجهه

دانشگاه علوم پزشکی بابل
مرکز آموزشی و درمانی آیت ا... روحانی بابل
الگوریتم مدیریت تماس با خون و مایعات بدن (Needle Stick)
- موارد زیر جهت مدیریت بعد از تماس با خون ومایعات حاوی خون وجود دارد:
*تماس با اشیای نوک تیز آلوده به پوست یا مخاط
*بیمار بالقوه آلوده باشد.
*تماس با خون و مایعات بدن با مخاط (پاشیدن به چشم و دهان)
* مصدوم مستعد بیماریهای منتقله از راه خون باشد.
بلی
خیر
ارائه کمک های اولیه به فرد مورد تماس:
- شستشوی زخم با صابون و آب ولرم بمدت ۳-۲ دقیقه
- کمک به خونروی از محل اولیه زخم
- شستشوی چشم ها و غشاء مخاطی با مقادیر زیاد آب در صورت آلودگی
- خودداری از مالش موضعی چشم
نیاز به اقدام خاصی نمی باشد.
گزارش فوری سانحه به سوپروایزر بالینی و کارشناس کنترل عفونت
ارسال نمونه خون مصدوم* و بیمار به آزمایشگاه از نظر:
HBsAg** ، HIVAb ، HCVAb
دریافت جواب آزمایش در طی ۲۴ ساعت
اگر بیمار (منبع) مشخص بود.
اگر بیمار (منبع) مشخص نبود.(High Risk)***
انجام آزمایشات HCVAb ، HBCAb ، HBsAg و HIV Ab برای مصدوم در فواصل زمانی ۱/۵، ۳ و ۶ ماه پس از تماس
HIV
HCV
HBSAg
HBCAb
بیمار HIV مثبت باشد.
بیمار HIV منفی باشد.
بیمار HCV مثبت باشد.
بیمار HCV منفی باشد.
بیمار HBSAg مثبت باشد.
بیمار HBSAg منفی باشد.
بیمار HBCAb مثبت باشد.
بیمار HBCAb منفی باشد.
ویزیت اورژانس متخصص عفونی
نیاز به اقدام خاصی ندارد.
معرفی به متخصص عفونی
نیاز به اقدام خاصی ندارد.
نیاز به اقدام خاصی ندارد.
نیاز به اقدام خاصی ندارد.
شروع درمان پروفیلاکتیک
انجام آزمایشات کبدی و تخصصی در فواصل صفر و ۱/۵و۳ و ۶ ماه
انجام آزمایشات Anti LFT.RFT.HIV CBC
بدون پاسخ به واکسیناسیون تیتر زیر ۱۰ دارد.
مصدوم واکسن نزده یا با وجود واکسن تیتر زیر ۱۰ دارد.
مصدوم قبلاً واکسن زده و تیتر بالای ۱۰ دارد.
بیمار HBSAb منفی باشد.
بیمار HBSAb مثبت باشد.
تزریق HBIG در دو نوبت با فاصله صفر و یک ماه
- شروع واکسیناسیون هپاتیت B
-تزریق HBIG ظرف ۴۸ساعت اول
نیاز به اقدام خاصی ندارد.
بهبود یافته.
انجام آزمایشات آنتی HIV در فواصل صفر، ۳ و ۶ هفته و ۳ و ۶ ماه
*در صورت مشخص نبودن وضعیت مصدوم از نظر پاسخدهی به واکسن هپاتیت B انجام آزمایش HBSAb توصیه می شود.
** انجام مجدد آزمایشات HBsAg برای مصدومینی که حین حادثه HBsAg مثبت بودند ،نیاز نیست.
***جهت مصدوم در صورت عدم دریافت واکسیناسیون هپاتیت B سری کامل واکسن تزریق شود.
****آزمایشات کبدی شامل:AST.ALT.PT
High Risk: افراد با رفتار پرخطر،اعتیاد،زندانی،خالکوبی و روابط جنسی غیر متعارف
کمیته کنترل عفونت مرکز آموزشی و درمانی آیت ا... روحانی بابل

بخش هفدهم: دستورالعمل تیم حفاظت و امنیت بیمارستان

تعریف حفاظت فیزیکی

حفاظت فیزیکی عبارت است از صیانت که مرتبط با اقدامات فیزیکی طراحی شده به جهت حفاظت از پرسنل، جلوگیری از دسترسی غیر مجاز به تجهیزات، تاسیسات، اسناد، جلوگیری از خرابکاری، جاسوسی، خسارت و دزدی می باشد.

شرح وظایف تیم انتظامات

- آگاهی به کلیه وظایف محوله نسبت به امور حفاظت فیزیکی
- حضور به موقع در محل پست و خروج به موقع
- هوشیاری و مراقبت از پست مورد حفاظت در زمان موظفی و گزارش هر گونه وضع غیر منتظره و یا اشیاء مکشوفه به مسئول مربوطه
- رعایت پوشش از نظر نوع فرم تعیین شده و نظم و نظارت لباس و سر ووضع (نمونه بارز نظم)
- حفظ و حراست از حوزه استحفاظی و تاسیسات(آب، برق، تلفن، تهویه و...) اموال و اسناد اداره
- پیشگیری و جلوگیری از بروز آتش سوزی، سرقت، سایر خطرات احتمالی و گزارش فوری حوادث ناگهانی به امداد و مسئولین ذیربط
- بازدید از کلیه قسمت های اداره پس از خاتمه ساعت اداری و حصول اطمینان از عدم حضور افراد غیر مجاز و قفل نمودن درب های ورود و خروج
- تامین و نگهداری کلیه اوراق مربوط به امور حفاظتی، لوحه نگهبانی، دفاتر وقایع، برگه های ورودی و خروجی و کلیه امکانات در اختیار
- انجام کلیه ماموریت ارجاعی از طریق مسئول مافوق رده حفاظتی
- کنترل ورود و خروج پرسنل، ملاقات کنندگان، مراجعین، اشیا خودروها و ثبت مشخصات مراجعین و خودروها در دفاتر
- حسن اخلاق با ارباب رجوع و راهنمایی صحیح آن

کنترل و نظارت تردد نیروی انسانی اعم از اعضای هیئت علمی، کارکنان، دانشجویان و ارباب رجوع

تردد اعضای هیئت علمی

با توجه به ضرورت دقیق ساعت حضور اساتید در دانشگاه لازم است تا طبق ضوابط ابلاغی محیط با در نظر گرفتن شان و منزلت اعضای محترم هیئت علمی دانشگاه انجام پذیرد و اعضای هیئت علمی هم طبیعتا ورود و خروج خویش را به نحوی به اطلاع حفاظت فیزیکی خواهند رساند.

تردد دانشجویان

- تردد دانشجویان در دانشگاه طبق آیین نامه انضباطی است و دانشجو موظف به رعایت کامل آن می باشد.

- از طریق معاونت دانشجویی فرهنگی در خصوص رعایت آیین نامه انضباطی به دانشجویان یادآوری گردد و هنگام مطالبه کارت از سوی همکاران تیم حفاظت فیزیکی کارت دانشجویی خود را ارائه نمایند.
- همکار حفاظت فیزیکی موظف است ورود و خروج در غیر ساعت آموزشی با لحاظ دوره شبانه هنگام ورود و خروج دانشجویان از آنها کارت دانشجویی را مطالبه نماید و موارد تخلف آنها را در دفاتر ثبت گزارش ثبت نماید.
- همکار وظیفه ندارد پوشش نامناسب دانشجویان را به آنها متذکر گردد و همچنین در خصوص مراجعه دیر هنگام دانشجویان آنان را مواخذه نماید در صورت ارائه دلیل از سوی دانشجویان می بایست توضیحات را در گزارش ارسالی خود مورد تاکید قرار دهد هرگونه برخورد با دانشجویان بر اساس ضوابط و مقررات بر عهده کمیته انضباطی دانشجویان خواهد بود.
- مکان های تعیین شده برای نگهبانان- درب اصلی ورودی ارباب رجوع سمت شرقی- ورودی پارکینگ ضلع جنوبی بیمارستان می باشد.
- دوربین های مدار بسته- سالن اصلی بیمارستان (سالن انتظار)- انبارهای کت لب- داروخانه- ورودی سمت غربی بیمارستان به سالن داخلی
- نحوه فراخوان اعضای تیم انتظامات (کد۱۰)- کلیه پرستاران جهت موارد و روش استفاده از سیستم زنگ خطر نگهبانی متصل به مرکز و یا اعلام کد احضار نگهبان (کد۱۰) توسط مسئول بخش آموزش داده می شوند. کلیه پرستاران اورژانس به محل نصب زنگ خطر نگهبانی متصل به مرکز (واقع در واحد تریاژ)، آشنا هستند تا در صورت لزوم سریعاً اقدام کنند. پرستار مسئول شیفت تریاژ در ابتدای تحویل شیفت سیستم زنگ خطر نگهبانی متصل به مرکز را جهت اطمینان از سالم بودن با هماهنگی تلفنی با نگهبان چک می کند. در صورت نیاز به فراخوان نگهبان در واحد اورژانس یکی از پرستاران شیفت کلید زنگ خطر را فشار می دهد و با صدا در آمدن زنگ در واحد نگهبانی، نگهبان سریعاً در عرض حداکثر ۳ دقیقه خود را به بخش اورژانس می رساند. در سایر بخش ها بعد از تماس پرسنل بخش با مرکز تلفن و درخواست اعلام کد ۱۰، نگهبان سریعاً در عرض حداکثر ۳ دقیقه خود را به بخش می رساند.
- برنامه کاری و تعویض شیفت: شیفت ها به صورت ۱۳ ساعته می باشد از ۷ صبح لغایت ۸ شب و از ۷ شب لغایت ۷ صبح روز بعد

- **نحوه پوشش کارکنان:** لباس فرم تعیین شده توسط حراست دانشگاه

بخش هجدهم: آتش سوزی و اطفای حریق در بیمارستان

روش های خاموش کردن آتش :

بر اساس نوع مواد قابل اشتعال و عوامل دیگر، راههای خاموش کردن آتش ها متفاوت است، اما به طور کلی سه روش زیر در خاموش کردن و مهار آتش استفاده می شود:

۱ - سرد کردن (قطع عامل حرارت): توسط عواملی مانند آب و گاز کربنیک (CO_2)

۲ - خفه کردن (قطع عامل هوا): توسط عواملی مانند خاک، ماسه، پتوی نمدار، خاموش کننده های پودری

۳ - سد کردن (قطع عامل ماده سوختنی): از راههای مختلف از جمله قطع جریان گاز، قطع جریان سوخت، دور کردن مواد قابل اشتعال

تجهیزات خاموش کننده (اطفای حریق):

الف – متحرک: مثل شن، سطل آب، پتوی خیس

ب – جعبه اطفاء حریق (Fire Box)، اسپرینکلرها (افشانه ها)

چگونه با یک کپسول آتش نشانی کار کنیم ؟

در ابتدا باید نوع آتش سوزی را تشخیص دهید تا بتوانید بر این اساس کپسول مناسب را برای خاموش نمودن آتش انتخاب کنید. بعد از انتقال کپسول مناسب به محل آتش سوزی، عملیات زیر را به ترتیب انجام دهید:

۱ . میله ضامن را بکشید.

۲ . سر شلنگ کپسول را به سوی آتش هدف بگیرید.

۳ . دستگیره را فشار دهید.

۴ . شلنگ کپسول را به سمت مرکز آتش قرار دهید.

نحوه ی اطفاء حریق با کپسول آتش نشانی:

ابتدا سیلندر را به صورت آماده در دست گرفته و سپس پشت به باد و رو به موضع حریق قرار می گیریم و اطفاء را از لبه آتش شروع و با حرکت به سمت جلو و حرکت سریع نازل به طرفین ادامه می دهیم (به صورت جاروکش). جریان تخلیه نباید در فاصله خیلی نزدیک به مواد قابل اشتعال انجام شود. زیرا در اثر سرعت و فشار زیاد در هنگام خروج ماده اطفاء امکان پخش سوخت به اطراف و توسعه حریق وجود دارد. بنابراین فاصله باید با توجه به نوع حریق، وسعت و نوع خاموش کننده آن معین گردد. معمولا فاصله ۱/۵ متر از شعله در آتش سوزی های محدود مناسب است.

فایر باکس یا جعبه آتش :

از این نوع جعبه ها در ساختمانهای بلند، انبارها، موسسه ها و کارگاهها استفاده می شود و معمولاً به رنگ قرمز بوده و با حروف بزرگ F که مخفف کلمه(Fire)آتش می باشد، مشخص می شوند. در این جعبه ها که عموما روی دیوار نصب شده اند، وسایل اطفاء حریق از نوع سیستم اطفاء حریق آبی قرار دارد. دراین جعبه یک لوله ۱/۵ اینچی و سر نازل و یک قرقره برای جمع آوری طول لوله وجود دارد که به یک مخزن آب و موتور تقویت فشار متصل است. در هنگام بروز حادثه با شکستن درپوش شیشه ای که بر روی محفظه کلید قرار دارد، قفل درب جعبه را باز می نماییم و با چرخاندن و آزاد کردن قرقره، شلنگ آب را کشیده و به سمت آتش حرکت می کنیم. بعد از قرار گرفتن در فاصله مناسب از آتش، دکمه موتور تقویت فشار آب را روشن کرده و بعد از پر شدن شلنگ از آب با باز کردن شیر اصلی، آب کافی برای اطفای حریق در اختیار خواهیم داشت .

باید توجه داشت که از این رو درب جعبه را درون محفظه ای با درب شیشه ای قرار می دهند که :

اول: کلید آن در دسترس کودکان نباشد و یا گم نشود .
دوم: زمانی که از جعبه استفاده شد نفر بعدی بداند که از آن استفاده شده و نسبت به شارژ مجدد آن اقدام کند.

تجهیزات تشخیص حریق (دتکتورها)

دتکتورها وسایل الکترونیکی هستند که در شکل ها و طرحهای مختلف و معمولاً به رنگ سفید توسط کارخانه های سازنده ارائه می شوند و در محل های مناسب ساختمان مانند آشپزخانه، موتورخانه، اتاق بایگانی، راهروها، اتاق های منزل، اتاق های کنفرانس به صورت سقفی یا دیواری روی پایه های مخصوص نصب می شوند و وظیفه آنها تشخیص حریق و اعلام آن به مرکز کنترل می باشد. بسته به اینکه دتکتورها از کدام اثر آتش برای تشخیص استفاده می کند در انواع گوناگونی به صورت زیر ساخته می شوند:

- **دتکتور دودی:** وسیله ای است که در برابر دود بسیار حساس بوده و عکس العمل نشان می دهد.
- **دتکتور حرارتی:** این دتکتور نسبت به افزایش درجه حرارت بوده و در صورت افزایش درجه فعال می شود. در مکانهایی که دتکتور دودی کاربرد ندارد مانند آشپزخانه، اتاق دیگ بخار، اتاق ژنراتور و غیره .... استفاده می شود.

آتش نشانی در بیمارستان:

کپسول های آتش نشانی بیمارستان، طوری طراحی شده اند که به آسانی برای آتش سوزی های کوچک و قابل کنترل مورد استفاده قرار گیرند. انتخاب محل مناسب جهت نصب و قابل دسترس بودن این کپسول ها، نکته مهم دیگری است که مورد توجه قرار گرفته است. این کپسول ها در هر بخش در محل های قابل مشاهده و قابل دسترس، نصب شده است تا در واقع ضروری بتوان با کمترین اتلاف وقت از آنها استفاده کرد. نظارت ماهانه و سالانه کپسول های آتش نشانی و نگهداری و مراقبت و نیز شارژ آنها توسط واحد خدمات و تاسیسات بیمارستان انجام می گیرد.

روش اجرایی برخورد با حادثه آتش سوزی در بیمارستان :

در صورت وقوع آتش سوزی در محیط داخلی و خارجی بیمارستان، فراخوان تیم آتش نشانی در این بیمارستان توسط اولین پرسنلی که متوجه حادثه شده است، به شرح زیر صورت می گیرد:

تماس تلفنی با مرکز تلفن (شماره تماس صفر) و اعلام کد ۱۲۵ توسط مرکز تلفن

با اعلام کد ۱۲۵، اعضاء گروه که شامل سوپروایزرکشیک، مسئول نگهبانی شیفت، نگهبان درگردش، تکنسین تاسیسات کشیک، مسئول شیفت محل وقوع حادثه، خدمه سالن و خدمات بخش محل وقوع حادثه است در محل حادثه حاضر می شوند.

در صورت عدم پاسخگویی مرکز تلفن و یا خرابی سیستم پیج مرکز، فراخوان از طریق تماس با نگهبان در گردش و باشماره تلفن صورت می گیرد.

سوپروایزر کشیک در صورت نیاز به دخالت سازمان آتش نشانی شهری و مهار آتش سوزی، اطلاع رسانی لازم را انجام می دهد.

تامین کپسول آتش نشانی و سایر موارد مرتبط توسط پرسنل خدمات انجام می گردد.

نگهبان کشیک مسئول کنترل عبور و مرور می باشد.

سوپروایزر کشیک به عنوان رهبر تیم می باشد.

سوپروایزر کشیک موظف است مراتب را هرچه سریعتر به تیم مدیریت بیمارستان اطلاع دهد.

فصل سوم:
راهنمای فراگیران علوم پزشکی

بخش اول: راهنمای کارآموزان و کارورزان پزشکی عمومی

کارآموز پزشکی:

به دانشجوی دوره دکترای عمومی پزشکی اطلاق می‌شود که مقاطع علوم پایه و مقدمات بالینی را به پایان رسانده است و مجاز به ورود به بخش‌های بالینی برای کسب دانش نظری و تجربیات عملی و مهارت‌های حرفه‌ای تحت نظارت اعضاء هیئت علمی و برای اخذ مدرک دکتری پزشکی عمومی است.

هدف از این مرحله تشخیص بیماریها از دیدگاه بالینی و آزمایشگاهی و بدست آوردن توانائی های لازم در بکار بردن اندیشه و استقلال و نتیجه گیری سریع به منظور برخورد منطقی و صحیح با بیمار و طراحی عملیات پیشگیری و درمانی می باشد.

- زمان گذراندن کارآموزی بالینی بطور مطلوب ۲۱ ماه است که طی آن دوره های داخلی، جراحی، کودکان، زنان و زایمان، قلب و عروق، چشم، گوش و حلق و بینی، عفونی، روانپزشکی، رادیولوژی، ارتوپدی، ارولوژی، پزشکی و اجتماعی، مغز و اعصاب و پوست و واحدهای باقیمانده دروس عمومی گذرانده می شود. محل گذراندن کارآموزی ها، بیمارستانهای آموزشی می باشند.
- کارآموزی بالینی شامل دو بخش است آموزش بر بالین بیماران بستری در بخش و آموزش در درمانگاه.
- بخش قابل توجهی ازکارآموزی می بایست به آموزش در درمانگاه ها اختصاص یابد و نحوه بررسی و درمان بیماران سرپائی با حضور اعضای هیئت علمی و دستیاران بخش به دانشجویان تعلیم داده شود.
- حداکثر زمان مجاز برای گذراندن مرحله کارآموزی ۲۷ ماه است. در صورتی که دانشجو بدون ترک تحصیل موقت و داشتن عذر موجه در طول ۲۷ ماه موفق به گذراندن دوره کارآموزی نباشد، مجاز به ادامه تحصیل نمی باشد.
- در صورتی که مجموعه غیبتهای موجه دانشجوئی طی کارآموزی در یک بخش از یک دهم کل مدت کارآموزی در آن بخش تجاوز کند، دانشجو موظف به تکرار کامل کارآموزی در آن بخش می باشد. در خصوص موارد استثنایی تصمیم بر عهده شورای آموزشی دانشکده است.
- حضور و غیاب کارآموزان توسط اساتید، مسئول آموزش گروه، دفاتر حضور و غیاب بخش و دستیاران انجام شده و غیبت در برنامه های آموزشی، باعث کسر نمره نهایی در پایان ترم شده و به منزله غیبت برای تمام ساعات آن روز تلقی می گردد.

شرح وظایف کارآموز مطابق بند های زیر است:

الف) کلیات:

- حفظ و رعایت شئون شرعی واخلاقی بیمارستان
- رعایت مقررات داخلی بخش و بیمارستان
- رعایت مفاد آئین نامه ها و مقررات ابلاغ شده از وزارت بهداشت، درمان آموزش پزشکی
- حضور به موقع در گزارش صبحگاهی، گراند راند، ژورنال کلاب
- حضور در راند آموزشی بخش ها
- حضور در درمانگاه ها
- برگزاری و حضور در کنفرانس های آموزشی بخش ها
- فراگیری Must Learn ها (در هر بخش به تفکیک موجود می باشد).
- حضور فعال در کشیک های از پیش تعیین شده
- حضور فعال در کلاس های تئوری

ب- مراقبت از بیمار و مستند سازی پرونده پزشکی :

- اخذ شرح حال و انجام معاینه بالینی، تفسیر و پیگری نتایج آزمایشات و بررسی های پاراکلینیک، ارزیابی و بیان برنامه تشخیصی و مطرح نمودن تشخیصهای افتراقی مناسب از کلیه بیماران بستری مربوطه به خود در اوقات عادی و کشیک و ثبت در پرونده
- ویزیت روزانه بیماران بستری مربوط در بخش و به همراه کارورز و دستیار پزشک معالج و اطلاع از کلیات برنامه درمانی و لیست داروهای دریافتی و نوشتن سیربیماری در صورت لزوم ویا ویزیت بیماران سرپایی
- در صورت لزوم و به تشخیص دانشکده پزشکی و گروه مربوطه پیگیری دریافت جواب آزمایشات (به شکل غیر حضوری مگر در موارد اورژانس) و بررسی آخرین گزارش های پاراکلینیکی بیمار
- در صورت لزوم و به تشخیص دانشکده پزشکی و گروه مربوطه نوشتن برگه های درخواست تصویر برداری از جمله CT Scan، MRI، رادیوگرافی، سونوگرافی، آندوسکوپی، آنژیوگرافی و کلیه برگه های درخواست پاراکلینیک

پ - اقدامات تشخیصی – درمانی که مطابق با برنامه آموزشی دوره پزشکی عمومی می باشد.

فرایند دوره کارآموزی بالینی در مرکز آموزشی و درمانی آیت اله روحانی

کارورز پزشکی:

به دانشجوی مرحله پایانی دوره دکترای عمومی پزشکی اطلاق می‌شود که آموزش‌های نظری و دوره عملی کارورزی را به پایان رسانده باشد و مجاز به کاربرد آموخته‌های قبلی، تحت نظارت اعضاء هیئت علمی برای کسب مهارت‌های حرفه‌ای برای اخذ مدرک دکترای پزشکی است. مسئولیت کارورزان در هر گروه یا بخش با مدیر گروه یا رئیس آن بخش و در ساعات کشیک با پزشک معالج کشیک یا عضو هیئت علمی آنکال یا دستیارارشد کشیک بخش یا بیمارستان است.

هدف از این مرحله پرورش مهارتها و تقویت قدرت تصمیم گیری و افزایش اتکاء بنفس و تکمیل پرورش اندیشه از طریق رویاروئی مستقیم کارورز با مسائل بهداشتی و درمانی و واگذارکردن مسئولیت امور بهداشتی- درمانی به عهده او می باشد.

- ❖ زمان مطلوب گذراندن مرحله کارورزی ۱۸ ماه است که طی آن دوره های داخلی، جراحی، کودکان، زنان و زایمان، بهداشت، گوش و حلق و بینی، چشم و روانپزشکی، اعصاب، عفونی، قلب و پوست و ... توسط کلیه کارورزان گذرانده می شود.
- ❖ کارورز در طول ۱۸ ماه دوران کارورزی می تواند از یکماه مرخصی استفاده نماید.
- ❖ در صورتیکه مجموع غیبتهای کارورزی در طول یک بخش از یک دهم کل مدت آن تجاوز نماید موظف به تکرار کارورزی در آن بخش است. در خصوص موارد استثنائی تصمیم بر عهده شورای آموزشی دانشکده است.
- ❖ ساعت کار کارورزان توسط شورای آموزشی دانشکده و یا بخشهای مربوطه تنظیم خواهد شد.
- ❖ بخش عمده ای از کارورزی بالینی هر بخش می بایست به بررسی و درمان بیماران سرپائی در درمانگاه ها با حضور و راهنمائی اعضای هیئت علمی و دستیاران بخش اختصاص یابد.
- ❖ پس از خاتمه زمان کارورزی در هر بخش گواهی انجام کار و ارزیابی کیفیت کارورزی بصورت نمره صفر تا ۲۰ با توجه به موارد زیر توسط گروه مربوطه به منظور ضبط در پرونده کارورز صادر می شود.
  - ✓ رعایت اخلاق اسلامی و حفظ شئونات پزشکی و حسن رابطه با بیماران و سایر کارکنان بخش.
  - ✓ حضور مرتب و تمام وقت در بخش و انجام کشیک های محوله براساس برنامه تنظیمی بخش.
  - ✓ دقت و احساس مسئولیت در انجام امور محوله طبق ضوابط بخش.
  - ✓ افزایش مهارت و میزان برداشت کارورز از طول دوره کارورزی در آن بخش.
- ❖ شرط قبول شدن در کارورزی هر بخش کسب حداقل ۱۲ نمره از ۲۰ می باشد در غیر این صورت کارورز موظف به تکرار کارورزی در آن بخش است.
- ❖ حداکثر زمان مجاز برای گذراندن مرحله کارورزی ۲ سال است. در صورتیکه کارورزی موفق به گذراندن این مرحله طی ۲ سال نباشد تصمیم درخصوص وی بر عهده شورای پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است.
- ❖ بمنظور اخذ دانشنامه پزشکی هر کارورز موظف به ارائه یک رساله تحقیقی در یکی از زمینه های پزشکی می باشد.

شرح وظایف کارورز مطابق بند های زیر است:

الف) کلیات :

- حفظ و رعایت شئونات شرعی واخلاقی در بیمارستان
- رعایت مقررات داخلی بخش و بیمارستان
- رعایت مفاد آئین نامه ها و مقررات ابلاغ شده از وزارت بهداشت، درمان آموزش پزشکی
- حضور به موقع در گزارش صبحگاهی، گراند راند، ژورنال کلاب
- حضور در راند آموزشی بخش ها
- حضور در درمانگاه ها
- برگزاری و حضور در کنفرانس های آموزشی بخش ها
- فراگیری Must Learn ها(در هر بخش به تفکیک موجود می باشد).
- حضور فعال در کشیک های از پیش تعیین شده
- حضور فعال در کلاس های تئوری

ب) مراقبت از بیمار و مستند سازی پرونده پزشکی

- اخذ شرح حال و انجام معاینه بالینی، ارزیابی و طرح برنامه تشخیصی درمانی از کلیه بیماران بستری مربوط به خود در اوقات عادی و کشیک و مطرح نمودن تشخیصهای افتراقی مناسب
- ویزیت بیماران بستری مربوط در بخش، قبل از پزشک معالج یا دستیار
- پیگیری دریافت جواب آزمایشات (به شکل غیرحضوری مگردر موارد اورژانس) و بررسی آخرین گزارشهای پاراکلینیکی بیمار
- نوشتن دستورات پزشکی تحت نظارت پزشک معالج یا دستیار
- نوشتن یادداشت های مخصوص آغاز و پایان هردوره درمان بیمار
- نوشتن خلاصه پرونده زیرنظر پزشک معالج یا دستیار مسئول در بخش
- نوشتن برگه سیربیماری
- نوشتن برگه مشاوره با نظرپزشک معالج یا دستیار مسئول دربخش
- نوشتن برگه های درخواست تصویر برداری از جمله MRI, CT Scan، رادیوگرافی، سونوگرافی، آندوسکوپی، آنژیوگرافی و کلیه برگه های درخواست پاراکلینیک دیگر، در صورتی که برابر مقررات آن گروه یا بیمارستان یا دانشکده نیاز به نگارش شرح حال بیمار در فرم مربوط باشد.
- حضور بربالین و انجام CPR در بیمارانی که نیاز به احیاء دارند.
- حضور بربالین بیماران بدحال و بیمارانی که نیاز به مراقبت ویژه دارند و هر بیماری که در بخش نیاز به ویزیت مجدد داشته باشند.
- کنترل علائم حیاتی و مراقبت از بیماران پس از انجام اقدامات تشخیصی تهاجمی نظیر بیوپسی کبد، بیوپسی کلیه یا کسانی که برای آنها تستهای خطیر نظیر محرومیت از آب یا تست تحمل گلوکز و انسولین انجام می شود تحت نظارت پزشک معالج یا دستیار مسئول در بخش

❖ همراهی با بیماران بدحال که علائم حیاتی بی ثبات داشته باشند و بیمارانی که نیاز به مراقبتهای خاص پزشکی دارند و امکان بروز عارضه ای آنها را تهدید می کند، در انتقال به بخشهای دیگر و سایر بیمارستانها با نظر پزشک معالج یا دستیار ارشد کشیک

فرایند دوره کارورزی بالینی در مرکز آموزشی و درمانی آیت اله روحانی

بخش دوم: راهنمای دستیاران تخصصی

دستیار:

به فردی اطلاق می‌شود که با داشتن مدرک دکترای پزشکی عمومی و پذیرش در امتحان ورودی دستیاری جهت آموزش نظری و کسب مهارت‌های عملی، در یکی از رشته‌های تخصصی پزشکی به امر تحصیل، آموزش، پژوهش و انجام فعالیت‌های کارورزی تخصصی اشتغال می‌ورزد. تربیت پزشک متخصص و متعهد دررشته های مورد نیازکشور جهت مهارتهای نظری وعملی، آموزش پزشکی، تعمیم وگسترش بهداشت درجامعه، اموردرمانی وانجام فعالیتهای پژوهشی در راستای پیشبرد دانش پزشکی است.

الف: آموزش دوره دستیاری:

- دستیاران موظفند طبق برنامه های که ازطرف گروه آموزشی مربوطه تنظیم می شود، در فعالیتهای آموزشی، پژوهشی ودرمانی، ازجمله کلاسهای نظری،گزارش صبحگاهی، ژورنال کلاب، گزارشهای مرگ و میر، گزارش موردی بیمارستانی و درمانگاهی، آزمایشگاهی وکشیکهای بخش و درمانگاه مربوطه و ماموریتهای علمی و طرحهای تحقیقاتی به طور فعال شرکت نمایند.
- تحصیل در دوره دستیاری به طور تمام وقت و براساس برنامه ای است که از طرف مدیر گروه تنظیم می شود.
- حداقل ساعات کار به شرح زیر است:

روزهای شنبه الی چهارشنبه ازساعت۷:۳۰ لغایت ۱۶:۳۰

پنج شنبه ها از ساعت۷:۳۰ لغایت ۱۲:۳۰

- گزارش ماهانه حضور وغیاب وکارکرد دستیاران مطابق با تایمکس، توسط روسای بخشها به معاونین آموزشی گروه یا مدیر گروه مربوطه و از طریق معاونین مراکز به دانشکده ذیربط ارسال خواهد شد.
- پرداخت مقرری تحصیلی منوط به ارائه گزارش کار ماهانه دستیاران بر اساس کارکرد تایمکس و تایید مدیر گروه می باشد.
- حداقل برنامه کشیک دستیاران در زمینه های بالینی به شرح زیر خواهد بود:
  - سال اول ۱۲ کشیک درماه
  - سال دوم ۱۰ کشیک درماه
  - سال سوم ۸ کشیک درماه
  - سال چهارم و پنجم ۶ کشیک در ماه
- کلیه دستیاران شاغل به تحصیل در بیمارستانها، از نهار ودستیاران کشیک علاوه برآن از پاویون، صبحانه و شام برخوردار خواهند بود.
- تنظیم برنامه و افزایش کشیک موظف طبق ضوابط به عهده مدیر گروه است.
- حکم آموزشی دستیار یک ساله است وصدور حکم سال بالاتر بعد از احراز شرایط ارتقاء سالیانه می باشد.

- همه ساله دو نفر از بین دستیاران تخصصی دو سال آخر در هر گروه آموزشی بیمارستانی با توجه به کفایت، تعهد، وجدان کاری و میزان فعالیت آنها، توسط دستیاران پیشنهاد و از بین آنها یک نفر به تائید شورای گروه انتخاب و با حکم رئیس دانشکده به عنوان دستیار ارشد منصوب می شود.
- وظایف دستیار ارشد به موجب آئین نامه ای است که به پیشنهاد مدیر گروه و تصویب رئیس مربوطه به اجرا گذاشته می شود.

ب: مرخصی ها

دستیاران باتوجه به نیاز ودر صورت بروز موارد ناخواسته و ضرورت می توانند در هر سال دستیاری از مرخصیهای استحقاقی، استعلاجی، زایمان و بدون مزایا استفاده نمایند.

مرخصی استحقاقی

- دستیاران می توانند به ازاء هر ماه ۲/۵روز و هر سال تحصیلی جمعا به مدت یک ماه ازمرخصی استحقاقی استفاده نمایند.
- درصورت عدم استفاده از مرخصی در طول سال تحصیلی فقط ۱۵ روز ذخیره و به سالهای بعد موکول می شود دستیار مجاز است در سال آخر حداکثر از ۴۵ روز مرخصی ذخیره علاوه بر مرخصی استحقاقی همان سال استفاده کند.

ترتیب استفاده ازمرخصی با نظر رئیس بخش و تائید مدیر گروه مربوطه خواهد بود.

مرخصی بدون مزایا

هر دستیار می تواند در طول دوره معادل مجموع مدت مرخصی استحقاقی خود با موافقت رئیس بخش و مدیر گروه آموزشی و دانشکده انقطاع از تحصیل داشته باشد (برای مثال دستیار دوره های چهارساله می تواند از چهار ماه مرخصی بدون کمک هزینه تحصیلی استفاده نماید) بدیهی است مدت مذکور به طول دوره دستیاری افزوده خواهد شد.

تبصره : پرداخت کمک هزینه تحصیلی دستیاری در مدت انقطاع تحصیلی مجاز نیست.

مرخصی استعلاجی

- استفاده از مرخصی استعلاجی برای دستیاران به میزان حداکثر یک ماه درطول دوره دستیاری بر اساس گواهی پزشک و تائید پزشک معتمد و شورای پزشکی دانشگاه بلامانع است. در صورتی که غیبت دستیار به علت بیماری در طول دوره تحصیلی از یک ماه بیشتر باشد برابر ما به التفاوت مدت مذکور به دوره دستیاری وی با استفاده از مقرری دستیاری اضافه خواهد شد. اما در مدت بیماری بیش از سه ماه به دستیار مقرری دستیاری پرداخت نخواهد شد.
- درصورت بروز بیماری، دستیار موظف است مراتب را ظرف یک هفته به دانشگاه اطلاع دهد و ارائه گواهی استعلاجی برای شروع مجدد دوره الزامی است.

- در صورتی که مدت بیماری دستیار از شش ماه تجاوز کند تصمیم گیری درمورد ادامه یا لغو دوره دستیاری پس از تائید شورای پزشکی دانشگاه به عهده شورای آموزشی دانشگاه خواهد بود.
- استفاده دستیاران خانم از شش ماه مرخصی زایمان برای یکبار درطول دوره دستیاری بلا مانع می باشد. فقط یکماه از این مدت جزء دوران آموزشی محاسبه می شود.
- فقط برای یکبار در طول دوره دستیاری استفاده کنندگان از مرخصی زایمان از مقرری دستیاری استفاده خواهند کرد.

پ: امور رفاهی

- به دستیاران ماهانه مبلغی به عنوان مقرری دستیاری پرداخت خواهد شد.
- در مدت مرخصی استعلاجی بیش از سه ماه به دستیاران مقرری دستیاری تعلق نمی گیرد.
- مقرری دستیاران همه ساله به میزان افزایش ضریب حقوقی کارکنان دولت مشمول قانون نظام هماهنگ پرداخت افزایش یافته که از محل اعتبارات دانشگاه مربوطه پرداخت خواهد شد.
- در صورتی که همسر دستیار نیز دستیار باشد، حق تاهل به هردوی آنها تعلق می گیرد.
- به دستیاران ارشد معادل ده درصد مقرری دستیاری ماهیانه به عنوان حق ارشدیت پرداخت خواهد شد.
- درتمام مدت دوره دستیاری، دستیاران به هیچ وجه حق تاسیس و اداره مطب خصوصی یا درمانگاهها را ندارند و نمی توانند حتی به صورت قراردادی و ساعتی به استخدام هیچ یک از موسسات دولتی یا وابسته به آن، بخش خصوصی قرارداد خاص استفاده نماید.
- دستیارانی که تمایل داشته باشند از مزایای بیمه خدمات درمانی به صورت خویش فرما استفاده نمایند می توانند با پرداخت پنجاه درصد حق سرانه از این امتیاز برخوردار شوند.

ت: مقررات انضباطی

- دستیارانی که در انجام وظایف خود به نحو قابل توجهی کوشش کنند برحسب مورد به شرح زیر مورد تشویق قرار خواهند گرفت:
  - اعطای تقدیرنامه از سوی مدیرگروه پیشنهاد رئیس بخش.
  - اعطای تقدیرنامه ازسوی رئیس دانشکده به پیشنهاد رئیس بخش و تائید مدیرگروه.
  - اعطای تقدیر نامه از سوی رئیس دانشگاه به پیشنهاد رئیس دانشکده

- در صورتی که دستیاران مقیم در انجام وظایف محوله قصور ورزند ویا به اعمالی مغایر با قداست پزشکی و اهداف جمهوری اسلامی ایران مبادرت ورزند با توجه به اهمیت مسئله برحسب مورد تنبیهاتی به شرح زیر درمورد آنها اعمال خواهد شد.
  - اخطار کتبی از سوی مدیرگروه به پیشنهاد رئیس بخش.
  - توبیخ کتبی ازسوی رئیس دانشکده به پیشنهاد رئیس وتائید مدیرگروه.

ج: ارتقا دستیاری

کسب کف نمرات مورد نیاز بندهای زیر برای ارتقاء هر دستیار به سال بالاتر بشرح ذیل میباشد:

۱.حداقل نمره ارزیابی درون بخشی

۲. حداقل نمره آزمون کتبی دوره ها

۳.حداقل نمره آزمون کتبی سالیانه

۴.حداقل نمره آزمون کتبی کل

۵. حداقل نمره کل

توجه :کلیه دستیاران موظفند پروپوزال پایان نامه خود را حداکثر تا زمان معرفی به آزمون کتبی ارتقاء سالیانه، سال ۲ به ۳ آماده و پس از تائید گروه در شورای پژوهشی دانشکده و یا دانشگاه به تصویب رسانده باشد.

مقررات و آئین نامه های مربوط به **آزمونهای ارتقا دستیار ی** در سایت بارگزاری گردیده است http://sanjeshp.ir

د: رفتار حرفه ای

۳۰نمره از مجموع نمرات ارتقا سالیانه دوره دستیاری (۳۰۰) به موضوع رعایت رفتار حرفه ای اختصاص دارد و کسب حداقل ٪ ۷۰ نمره از بخش رفتار حرفه ای برای قبولی دستیار در ارزیابی درون بخشی ضروری است.

ابعاد رفتار حرفه ای عبارت است:

- **وظیفه شناسی و مسوولیت پذیری**
- **شرافت و درستکاری**
- **نوع دوستی**
- **احترام به دیگران**
- **عدالت**
- **تعالی شغلی**

پرسشنامه ارزشیابی رفتار حرفه ای دستیاران توسط عضو هیات علمی که دستیار زیر نظر وی آموزش می بیند، تکمیل و در پرونده آموزشی نگهداری می شود.

بخش سوم: راهنمای دستیاران فوق‌تخصصی

دستیار فوق تخصصی

به فردی اطلاق می‌شود که با داشتن مدرک دانشنامه تخصصی رشته پیش نیاز یا گواهی قبولی آن و پذیرش در آزمون ورودی، با رعایت کلیه مفاد این آیین‌نامه در مدت زمان مصوب به آموزشهای نظری، کسب مهارتهای عملی و فعالیتهای پژوهشی بپردازد.

هدف از برقراری دوره‌های فوق تخصصی پزشکی، تربیت پزشک فوق تخصصی مورد نیاز کشور، به منظور ارتقاء سطح علمی آموزش پزشکی، پژوهش و خدمات پزشکی و نیز دستیابی به آخرین یافته‌های علمی پزشکی می‌باشد.

دوره فوق تخصصی پزشکی بالینی، بالاترین مقطع تحصیلات دانشگاهی پزشکی است. متقاضیان واجد شرایط پس از موفقیت در آزمون پذیرش دستیار (کتبی و شفاهی) و گذراندن دوره آموزش علمی و عملی مصوب، در یکی از مراکز مورد تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با دفاع و تأیید رساله و موفقیت در آزمون نهایی به اخذ دانشنامه فوق تخصصی نایل می‌گردند.

الف: آموزش دوره دستیاری

- آموزش دوره دستیاری بر مبنای برنامه و محتوای آموزشی هر رشته فوق تخصصی که توسط هیات ممتحنه همان رشته پیشنهاد می گردد، پس از تصویب شورای آموزش پزشکی و تخصصی قابل اجرا است.
- طول دوره رشته های دستیاری فوق تخصصی ۲۴ تا ۳۶ ماه کامل است که بنا به پیشنهاد هیأت ممتحنه بر حسب برنامه آموزشی رشته مربوطه توسط شورای آموزش پزشکی و تخصصی تعیین و به اجرا گذاشته میشود.
- دستیاران موظفند وظایف آموزشی، پژوهشی و درمانی، اعم از آموزش دوره های پایین تر، برگزاری کلاس های نظری، کارآموزیهای بیمارستانی و درمانگاهی و کشیک را مطابق برنامه گروه آموزشی مربوطه انجام دهند.
- خدمت دستیار به طور تمام وقت (حداقل از ساعت ۸ صبح لغایت ۱۶) و بر اساس برنامه گروه آموزشی می باشد. دستیاران در طول دوره آموزش حق هیچ گونه اشتغال خارج از برنامه گروه آموزشی مربوطه از جمله طبابت در مطب را ندارند.
- اشتغال دستیاران در رشته مربوطه در کلینیک ویژه، به شرط موافقت بخش آموزش دهنده حداکثر دو روز در هفته بلامانع است و پرداخت حق الزحمه این گروه از دستیاران برابر مقررا ت کلینیک ویژه می باشد.

ب: ارتقا

- ارتقاء دستیاران به سال بالاتر توسط گروه آموزشی مربوطه براساس مقررات ارتقاء دستیاران که توسط هیأت ممتحنه رشته فوق تخصصی تنظیم می شود، خواهد بود و دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور موظف هستند هر سال نتایج ارتقاء دستیارا ن را به دبیرخانه شورای آموزش پزشکی وتخصصی منعکس نمایند.
- صدور حکم آموزشی دستیاران برای سال بالاتر، پس از احراز شرایط ارتقاء سالیانه، توسط دانشگاه محل آموزش انجام می شود. در صورت عدم موفقیت در ارتقاء، توسط گروه آموزشی نسبت به تمدید دوره اقدام می شود.

- دستیارانی که در طول دوره دستیاری فوق تخصصی در امتحان ارتقاء دستیاری سه بار مردود شوند از سیستم آموزش فوق تخصصی بالینی پزشکی اخراج می شوند.
- دستیارانی که در امتحان ارتقاء ۱ به ۲ دو بار مردود شوند مجاز به ادامه تحصیل در دوره مربوطه نمی باشند و از سیستم آموزش فوق تخصصی بالینی پزشکی اخراج خواهند شد.

پ: مرخصی

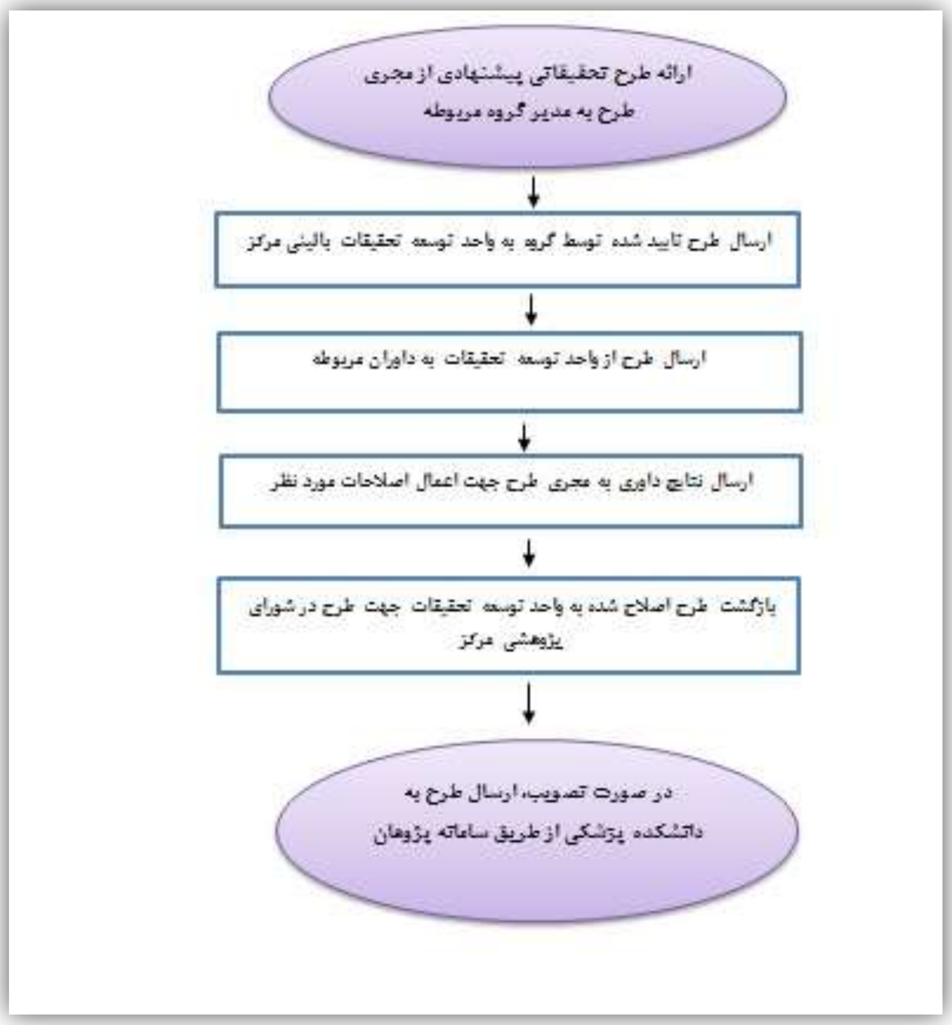
- دستیاران می توانند از مرخصی های سالیانه، استعلاجی و زایمان حسب مورد استفاده نمایند.
- دستیاران می توانند با رعایت مقررات، در هر سال تحصیلی حداکثر پانزده روز از مرخصی سالیانه استفاده نمایند. مدت مذکور جزء دوره آموزشی محسوب می گردد.
- دستیاران می توانند با ارائه گواهی پزشکی تأیید شده از سوی شورای پزشکی دانشگاه محل تحصیل از مرخصی استعلاجی برابر مقررات استفاده نمایند.

تبصره : در صورتی که مدت مرخصی استعلاجی دستیار از ۶ ماه تجاوز کند ادامه دوره دستیاری منوط به نظر گروه آموزشی مربوطه می باشد و بنا به درخواست دانشگاه دبیرخانه می تواند نسبت به معرفی فرد جایگزین با رعایت مقررات مندرج در تبصره ماده ۱۶ اقدام نماید.

- استفاده دستیاران خانم از چهار ماه مرخصی زایمان برای یک بار در طول دوره دستیاری بلامانع است.
- مدت زمان مرخصی های استعلاجی و زایمان جزء دوره آموزش محسوب نشده و به طول دوره افزوده می شود.

فصل چهارم: فرایند تهیه و تدوین پروپوزال، پایان‌نامه و مقاله

روند تصویب طرح های تحقیقاتی در بیمارستان آیت اله روحانی



ادامه روند مراحل تصویب پروپوزال مقاطع پزشکی عمومی و تحصیلات تکمیلی در دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بابل:

- اخذ فرم انتخاب پروپوزال پایان نامه و فرم خام طرح تحقیقاتی از سایت دانشکده پزشکی به آدرس **mubabol.ac.ir** ← دانشکده ها ← دانشکده پزشکی ← پژوهشکده سلامت، معاونت پژوهشی ← امور پایان نامه ها، فرم انتخاب پایان نامه و فرم خام طرح تحقیقاتی
- تهیه پروپوزال با همکاری و نظارت استاد راهنما، تائید مشاور علمی و آمار و متدولوژی به همراه مهر و تائید آموزش دانشکده
- طرح و تصویب پروپوزال در کمیته پژوهشی گروه مربوطه
- تصویب پروپوزال در مراکز توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان ها یا مراکز تحقیقاتی دانشگاه
- تحویل پروپوزال به صورت دستی به واحد پژوهشی دانشکده پزشکی همراه با مستندات شامل حداقل ۵ خلاصه مقاله مرتبط با موضوع پایان نامه، فرم پرسشنامه و چک لیست در صورت لزوم و درصورت کارآزمائی بالینی بودن مطالعه، فرم رضایت آگاهانه
- ارسال الکترونیک پروپوزال به سامانه پژوهان به صورت همزمان با تحویل دستی
- طرح پروپوزال در جلسه شورای پژوهشی مربوطه که در این جلسه سه حالت ممکن است رخ دهد:

❖ تصویب پروپوزال

درصورت تصویب طرح، پروپوزال به شورای پژوهشی پژوهشکده دانشگاه ارجاع می گردد.

❖ درخواست انجام اصلاحات

درصورت درخواست اصلاحات طرح به مجری عودت داده می شود تا اصلاح و سپس بررسی گردد و درصورت تصویب به شورای پژوهشی دانشگاه ارجاع می گردد.

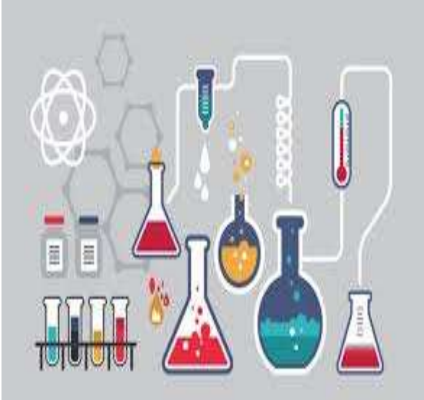
❖ رد طرح

درصورت رد طرح به مجری محترم اطلاع داده خواهدشد.

- اعلام مجوز شروع به کار پژوهشی بعد از تصویب کمیته اخلاق در پژوهش

فصل پنجم:

راهنمای فراگیران پرستاری و مامایی، پیراپزشکی و توانبخشی



در این فصل به معرفی و توضیحات لازم مربوط به فراگیران رشته‌های پرستاری و مامایی، علوم آزمایشگاهی، رادیولوژی، هوشبری و اتاق عمل، فیزیوتراپی، شنوایی شناسی و گفتاردرمانی می‌پردازیم.

- تعداد واحدهای درسی لازم برای گذراندن هر یک از دوره های تحصیلی گروه پزشکی، برابر سرفصل برنامه های مصوب شورای عالی برنامه ریزی علوم پزشکی در دوره کارشناسی پیوسته ۱۳۰ واحد می باشد.
- ساعات غیبت دانشجو در کارآموزی و کارآموزی در عرصه از یک دهم مجموع ساعات آن درس نباید تجاوز کند، در غیر این صورت نمره دانشجو در آن درس صفر محسوب می شود.
- نحوه برخورد با غیبت دانشجو (موجه یا غیر موجه) بر عهده استاد و با تایید دانشکده خواهد بود.
- حداکثر مدت مجاز تحصیل در دوره کارشناسی پیوسته روزانه ۶ سال است.
- ارزیابی تحصیلی دانشجو در واحدهای کارآموزی و کارآموزی در عرصه با توجه به موارد زیر انجام می شود:
  - رعایت اخلاق اسلامی و حرفه ای ، حفظ شئونات دانشجویی و حسن رابطه با بیماران و مراجعین و کارکنان واحد مربوط
  - حضور مرتب و تمام وقت
  - دقت و احساس مسئولیت در انجام امور محوله طبق ضوابط واحد مربوط
  - افزایش مهارت و بهره گیری دانشجو از واحدهای کارآموزی و کارآموزی در عرصه
  - شرکت در امتحانات پایانی واحدها و کسب نمره لازم
- حداقل نمره قبولی در کارآموزی و کارآموزی در عرصه ۱۲ می باشد.

رعایت نکات ذیل در طول دوره کارآموزی و کارآموزی در عرصه ضروری است :

- پوشیدن لباس فرم طبق دستورالعمل دانشگاه
- نصب اتیکت مشخصات فردی
- عدم استفاده از هر گونه آرایش و زیورآلات
- رعایت حجاب و شئونات اسلامی
- رعایت نکات و دستورالعمل های ایمنی بیمار
- رعایت تکریم بیماران و همراهان و کارکنان در بیمارستان
- کارورزی تنها با حضور مربی امکانپذیر می باشد.
- در صورت بروز هر گونه مشکلی به مربی و یا سوپروایزر آموزشی مراجعه فرمایید
- حفظ اسرار بیماران و سوابق پزشکی آنان الزامی است.
- کارآموزان باید طبق برنامه تدوین شده در بخش های مربوطه حضور پیدا کرده و از حضور در سایر بخش ها خودداری نمایند.
- استفاده غیر ضروری از تلفن همراه مجاز نبوده و در صورت داشتن کار اضطراری، برای صحبت با تلفن از مسئول بخش یا مربی اجازه بگیرد.

- برای وسایل شخصی کارآموزان کمد هایی در نظر گرفته شده است که کلید آنها باید در پایان دوره برگشت داده شود.
- حفظ وسایل شخصی و جواهرات بر عهده ی کارآموز است و بیمارستان جوابگوی موارد گم شدن وسایل نمی باشد. (بهتر است وسایل غیرضروری را بهمراه نیاورید)

کارآموزان باید موارد زیر را در ارائه خدمات رعایت نمایند:

- احساس مسئولیت در انجام وظایف محوله
- سرعت عمل مناسب در کارها و عکس العمل مناسب در برخورد با مسائل
- شرکت منظم در جلسات و کلاس های آموزشی
- رفتار مناسب با همکاران و دیگر کارآموزان
- رعایت انضباط در محیط کار، صرفه جویی و مراقبت از تجهیزات و دستگاه ها
- کارآموزان در طول دوره موظفند تکالیف محوله از جمله ارائه کنفرانس و... را نیز انجام دهند.

- در رابطه با اقدامات **پرستاری** به خط مشی‌ها، دستورالعمل ها و ... شامل نکات مهم در ثبت و گزارش نویسی، دارو دادن و ... را توجه فرمائید.
- رعایت کامل اصول بهداشتی و ایمنی **آزمایشگاه** اعم از استفاده از دستکش، کوتاه بودن ناخن ها، شستشوی منظم دست ها، عدم خوردن و آشامیدن در بخش های آزمایشگاه، رعایت نکات ایمنی کار با مواد شیمیایی و بیولوژیک و...ضروری است.
- در خصوص کارآموزان **رادیولوژی** موارد زیر مورد توجه می باشد:
  - حفاظت و ایمنی بیماران و همراهان بیمار از اشعه در اولویت می باشد.
  - کارآموزان زمان کار با اشعه از شیلد سربی و روپوش سربی برای بیماران و همراهان استفاده نمایند.
  - کارآموزان قبل از ورود خانم ها به اتاق رادیوگرافی با پرسش از آنها از باردار نبودن آنها مطمئن شوند (ورود خانم های باردار ممنوع).
  - کارآموزان باید احترام لازم را به کلیه پرسنل بگذارند و از اطلاعات و تجربیاتشان استفاده نمایند.
  - کارآموزان بدون اطلاع پرسنل هیچ گرافی را انجام ندهند. تمام کارهای بخش از جمله دستگاه ها و ... باید در حضور پرسنل باشد.
  - کارآموزان نباید بدون اطلاع پرسنل مواد کنتراست (ماده حاجب) را آماده و یا به بیمار بدهند.
  - کارآموزان باید در مصرف فیلم و حفاظت فیلم دقت لازم را داشته باشند.

فرایند دوره کارآموزی بالینی دانشجویان پرستاری و مامایی در مرکز آموزشی و درمانی آیت اله روحانی

برگزاری دوره کارآموزی بالینی دانشجویان پرستاری و مامایی در مرکز آموزشی درمانی آیت اله روحانی

ابلاغ لیست دانشجویان از طرف دانشکده پرستاری و مامایی به معاونت آموزش بالینی مرکز و سوپروایزر آموزشی

هماهنگی مربیان بالینی با سوپروایزر آموزشی قبل از شروع کارآموزی

برگزاری کلاس توجیهی بدو ورود برای دانشجویان و اعلام قوانین و مقررات گروه و اجرای برنامه آموزشی طبق برنامه ی تنظیمی

هماهنگی مربی باسرپرستار بخش جهت دریافت اطلاعات بیماران و تقسیم کار دانشجویان

انجام اقدامات درمانی و دارویی برای مددجو با نظارت مربی و پرستار مسئول

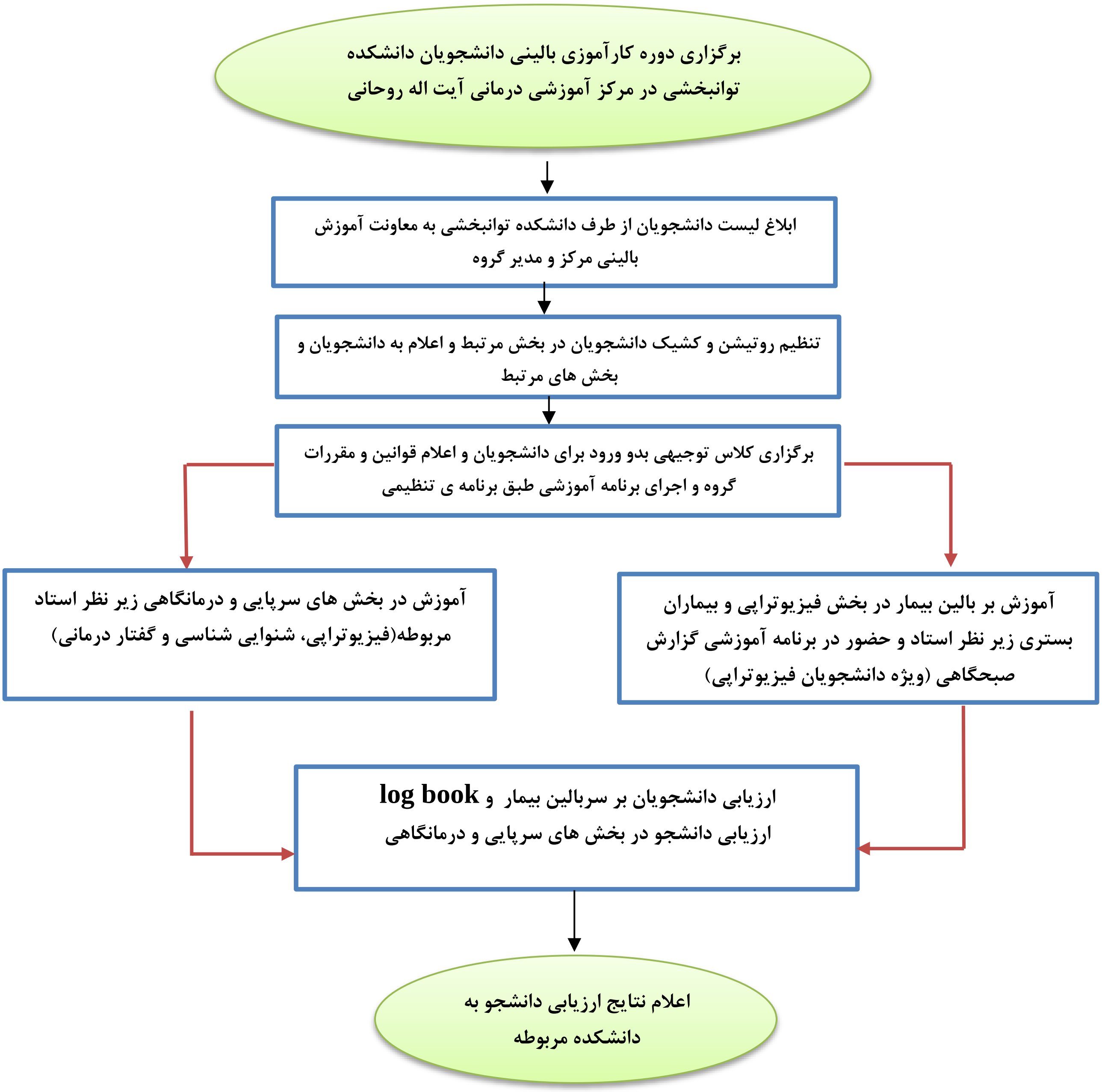
تایید گزارش پرستاری نوشته شده دانشجو توسط مربی و پرستار مسئول بیمار

ارزشیابی دانشجو توسط مربی، سرپرستار و سوپروایزر آموزشی

اعلام نتایج ارزیابی دانشجو به دانشکده مربوطه توسط مربی

فرایند دوره کارآموزی بالینی دانشجویان دانشکده پیراپزشکی در مرکز آموزشی و درمانی آیت اله روحانی

فرایند دوره کارآموزی بالینی دانشجویان دانشکده توانبخشی در مرکز آموزشی و درمانی آیت اله روحانی



فصل ششم

پیوست

پیوست شماره ۱

چک لیست توجیهی بدو ورود فراگیران

نام و نام خانوادگی : **نام دانشکده محل تحصیل:**

رشته تحصیلی: **تاریخ شروع فعالیت آموزشی فراگیر:** **شماره تماس:**

اینجانب................ متعهد می شوم که در تمام دوره های توجیهی بدو ورود این مرکز شرکت کرده ام و در موارد ذیل توضیحات لازم به بنده داده شده است.

ردیف	موضوعات	موارد آموزش داده شده تیک زده شود
۱	آشنایی کلی با مرکز آموزشی و درمانی آیت اله روحانی (بخش ها، فعالیت و امکانات، برنامه استراتژیک، رسالت و.....)	
۲	آشنایی با استانداردهای آموزش بالینی(گزارش صبحگاهی و........)	
۳	آشنایی با اخلاق حرفه ای و آیین نامه پوشش	
۴	آشنایی با مهارتهای ارتباطی و رفتاری	
۵	آشنایی با رعایت حقوق گیرندگان خدمت	
۶	آشنایی با خطاهای پزشکی و گزارش دهی خطا	
۷	آشنایی با نحوه تکمیل پرونده	
۸	آشنایی با الزامات بیمه ای	
۹	آشنایی با اصول ایمنی بیمار و استانداردهای زیست محیطی	
۱۰	آشنایی با اصول کنترل عفونت	
۱۱	آشنایی با حفاظت فیزیکی و آتش سوزی و اطفای حریق	
۱۲	آشنایی با قوانین دوره های آموزشی فراگیران پزشکی و پیراپزشکی (کارآموز، کارورز و..)	
۱۳	آشنایی با فرایند تهیه و تدوین پروپوزال	
۱۴	آشنایی با آیین نامه ها، روش ها و دستورالعمل های داخلی مرکز	
۱۵	آشنایی با کلاسهای الزامی استادردهای اعتبار بخشی	
۱۶	سایر موارد..........................	

امضاء فرد آموزش دهنده: **تاریخ و امضاء فراگیر:**

پیوست شماره ۲

پرسشنامه ارزشیابی رفتار حرفه ای کارورزان و کارآموزان گروه آموزشی

نام و نام خانوادگی دانشجو : گروه آموزشی:

ردیف	گویه ها	ضعیف (۱)	متوسط (۲)	خوب (۳)	بسیار خوب (۴)	عالی (۵)
۱	با بیماران محترمانه برخورد می کند.					
۲	با اساتید و سایر فراگیران محترمانه برخورد می کند.					
۳	حریم خصوصی بیماران را رعایت می کند.					
۴	اسرار بیماران را حفظ می کند.					
۵	اطلاعات لازم در مورد بیماری را با زبان قابل فهم و با حوصله به بیمار ارائه می کند					
۶	وظایف محوله را به درستی انجام می دهد.					
۷	در صورت نیاز، به فراگیران دیگر کمک می کند.					
۸	خطاهای خود را می پذیرد.					
۹	در نگهداری تجهیزات پزشکی دقت و توجه کافی دارد					
۱۰	با پرسش از اساتید سعی می کند کمبودهای دانشی و مهارتی خود را برطرف سازد.					
۱۱	در مواجهه با بیماران عدالت را بدون توجه به نژاد، مذهب و....رعایت می کند					
۱۲	از وسایل و امکانات سیستم سلامت به درستی استفاده می کند.					
۱۳	در تمام امور به شرافت، درستکاری و حفظ شئونات پزشکی پای بند میباشد.					
۱۴	منافع بیمار را بر منافع خود ترجیح می دهد.					
۱۵	به موقع در بخش حاضر می شود.					
۱۶	از جملات تحقیر آمیز استفاده نمی کند.					
۱۷	پوشش و ظاهر متناسب با محیط درمان و مراقبت دارد.					

کسب حداقل ۷۰ درصد نمره (۶۰ از ۸۵) جهت گذراندن دوره الزامی است.

نام و نام خانوادگی ارزیابی کننده/مهر و امضا **امضای ارزیابی شونده**

پیوست شماره ۳

فرم حضور و غیاب فراگیران در برنامه های پزشکی

دانشگاه علو م پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بابل گروه......	# فرم حضور و غیاب	تاریخ : ساعت و دقیقه شروع : ساعت و دقیقه پایان :

نوع جلسه: گزارش صبحگاهی ☐ ژورنال کلاب ☐ سمینار/کنفرانس گروه (یا مشترک) ☐ جلسه معرفی بیمار ☐ راند ☐

موضوع / شرح جلسه :		سخنران:

توضیحات اختصاصی:

نام خانوادگی اعضاء هیات علمی و درمانی شرکت کننده

نام خانوادگی دستیاران شرکت کننده

نام و نام خانوادگی کارورز شرکت کننده

نام و نام خانوادگی کارآموز شرکت کننده

نام و امضاء دستیار مسئول جلسه :	نام و امضاء استاد مسئول جلسه :

پیوست شماره ۴

فرم ارزیابی آزمون کوتاه مدت عملکرد بالینی (Mini-CEX) / دوره آموزشی ....

مشکل بالینی مورد ارزیابی:

نام و نام خانوادگی کارآموز/کارورز: **تاریخ ارزیابی:**

محیط: بخش☐ درمانگاه☐ اورژانس☐ **بیمار:** جدید☐ پیگیری☐ **شماره پرونده:**

ردیف	موضوع	پائین تر از حد انتظار	حد مرزی	در حد انتظار	بالاتر از حد انتظار	بدون نظر*
		۱-۳	۳-۵	۵-۷	۷-۹	صفر
۱	گرفتن تاریخچه بیمار					
۲	مهارت های معاینه بالینی					
۳	قضاوت بالینی					
۴	مهارت های مشاوره					
۵	مهارت ارتباطی، اخلاق حرفه ای و توجه به بیمار					
۶	توانمندی های بالینی کلی					
۷	جمع نهایی					

*بدون نمره: لطفا این مورد را در صورتی علامت بزنید که مهارت مورد نظر مشاهده نشده است و در نتیجه قادر به نمره دهی نیستید.

پیچیدگی مشکل بالینی (با توجه به سنوات تحصیلی فراگیر) کم ☐ متوسط ☐ زیاد ☐

لطفا نقاط قوت و نقاط ضعف فراگیر و یا هرگونه پیشنهاد برای بهبود عملکرد وی را ثبت کنید.

نام و نام خانوادگی آزمون شونده
مهر و امضا

نام و نام خانوادگی آزمونگر
مهر و امضا

پیوست شماره ۴

فرم ارزیابی مهارت علمی فراگیر از طریق مشاهده مستقیم (DOPS)، دوره آموزشی......

پروسیجر مورد ارزیابی :

نام و نام خانوادگی کارآموز/کارورز: **تاریخ ارزیابی:**

محیط: بخش☐ درمانگاه☐ اورژانس☐ **شماره پرونده بیمار:**

ردیف		پائین تر از حد انتظار	حد مرزی	در حد انتظار	بالاتر از حد انتظار	بدون نظر*
		۱-۳	۳-۵	۵-۷	۷-۹	صفر
۱	کسب رضایت آگاهانه					
۲	اطلاع از اندیکاسیون ها و آناتومی					
۳	مرحله آمادگی قبل از پروسیجر					
۴	رعایت شرایط استریل					
۵	استفاده از آرام بخش و بی حسی					
۶	توانایی تکنیکی					
۷	در خواست کمک در صورت نیاز					
۸	اقدامات پس از پروسیجر					
۹	مهارت راتباطی و رفتار حرفه ای					
۱۰	مهارت کلی در انجام پروسیجر					

*بدون نمره: لطفا این مورد را در صورتی علامت بزنید که مهارت مورد نظر مشاهده نشده است و در نتیجه قادر به نمره دهی نیستید.

درجه سختی پروسیجر (با توجه به سنوات تحصیلی فراگیر) کم ☐ متوسط ☐ زیاد☐

لطفا نقاط قوت و نقاط ضعف فراگیر و یا هرگونه پیشنهاد برای بهبود عملکرد وی را ثبت کنید.

نام و نام خانوادگی آزمون شونده
مهر و امضا

نام و نام خانوادگی آزمونگر
مهر و امضا

پیوست شماره ۵

فرم ارزیابی درون دانشگاهی دستیاران گروه ....

استاد ارجمند، در مورد بند ب ، خواهشمند است ارزیابی ها بر اساس ارزیابی های مستند و عینی صورت گیرد. در خصوص بند پ در صورتی که نمره طرز سلوک دستیار ۶ یا کمتر شده است به منظور مستند سازی، مورد یا موارد اشتباه دستیار را در پشت این برگه به طور شفاف مرقوم فرمائید. بدیهی است اطلاعات این برگه محرمانه بوده و به جز هیئت علمی، خود دستیار و مسئولین محترم آموزشی دانشگاه فرد دیگری مجاز به دسترسی به آن نمی باشد.

نام و نام خانوادگی: بخش: تاریخ:

الف) مهارتهای بالینی

	مطلوب	متوسط	نامطلوب	
شرح حال	۷، ۸، ۹	۴، ۵، ۶	۱، ۲، ۳	انجام محاسبه های بالینی هدفدار، منطقی، کامل، قابل اعتماد و متناسب با شرایط ویزیت بیمار(درمانگاه، اورژانس، بخش)
معاینه بالینی	۷، ۸، ۹	۴، ۵، ۶	۱، ۲، ۳	انجام معایات فیزیکی کارشناسانه و هدفدارکه به یافته های دقیق بیانجامد و در جهت مشکلات بیمار باشد.
مهارتهای عملی(Procedural skills)	۷، ۸، ۹	۴، ۵، ۶	۱، ۲، ۳	توانایی در انجام اقدامات علمی، تشخیصی و درمانی به صورت صحیح و دقیق با حداقل خطرات و تالمات وارده به بیمار

ب) قضاوت بالینی

	مطلوب	متوسط	نامطلوب	
طرح تشخیص های افتراقی مناسب	۷، ۸، ۹	۴، ۵، ۶	۱، ۲، ۳	بکارگیری و تلفیق دانسته های نظری و یافته های بالینی در طرح تشخیص های افتراقی
انتخاب مناسب ترین روشهای تشخیصی	۷، ۸، ۹	۴، ۵، ۶	۱، ۲، ۳	استفاده بجا و صحیح از روشهای تشخیصی با در نظر گرفتن محدودیت منابع موجود
طرح مناسب ترین برنامه درمانی	۷، ۸، ۹	۴، ۵، ۶	۱، ۲، ۳	اطلاع از موارد استفاده، منع استفاده و عوارض روشهای مختلف درمانی و برآورد منافع حاصل از اقدامات مختلف و خطرات بالقوه آن و توجه به محدودیت ها

پ) خصوصیات فردی و حرفه ای

	مطلوب	متوسط	نامطلوب	
طرز سلوک	۷، ۸، ۹	۴، ۵، ۶	۱، ۲، ۳	با اساتید، بیماران و همراهان وی، همکاران و کارکنان از نظر نوع دوستی، احساس و پذیرش مسئولیت وظیفه شناسی، نجابت، راستی و احترام به دیگران در برخورد
وقت شناسی و نظم	۷، ۸، ۹	۴، ۵، ۶	۱، ۲، ۳	حضور به موقع و منظم در بخش، درمانگاه، اورژانس، جلسات کنفرانس و کلاسهای درس
ثبت دقیق گزارش ها در پرونده بیمار	۷، ۸، ۹	۴، ۵، ۶	۱، ۲، ۳	ثبت گزارشها، دستورات پزشکی و مشاوره با دقت کامل و به طور خوانا
تسریع در انجام وظایف	۷، ۸، ۹	۴، ۵، ۶	۱، ۲، ۳	شامل امور بیماران، مشاوره ها، اقدامات تشخیصی– درمانی و تکمیل پرونده بیمار
مشارکت فعال در مباحث علمی	۷، ۸، ۹	۴، ۵، ۶	۱، ۲، ۳	در راندها، کلاسها، گزارش صبحگاهی و ژورنال کلاب
مشارکت فعال در امر آموزش	۷، ۸، ۹	۴، ۵، ۶	۱، ۲، ۳	در آموزش به کارآموزان، کارورزان و دستیاران سال پایین

ت) صلاحیت بالینی در کل

	ممتاز	مطلوب	متوسط	نامطلوب	
صلاحیت بالینی در کل	۱۰	۷، ۸، ۹	۴، ۵، ۶	۱، ۲، ۳	میزان مطابقت فرد با دستیار ایده آل این رشته

بازخورد Feed back

نقاط قوت دستیار:

....

....

....

نقاط ضعف دستیار:

....

....

....

برنامه پیشنهادی جهت رفع نقاط ضعف:

....

....

....

....

توضیحات:

....

....

....

....

نام ونام خانوادگی عضو یا اعضاء هیئت علمی :

امضاء

تاریخ :

پیوست شماره ۶

پرسشنامه ارزشیابی اخلاق حرفه ای دستیاران گروه ...

مرکز آموزشی درمانی .... سال تحصیلی ....

نام دستیار....................... سال دستیاری................. تاریخ: از .... تا...........

حوزه تعهد به اصول حرفه ای	گویه ها	غیرقابل قبول	پایین تر از حد انتظار	در حد انتظار	موضوعیت ندارد
		۰	۰/۷۵	۱	
وظیفه شناسی و مسئولیت	۱.اطمینان حاصل می کند که مراقبت از بیمار در مراحل مختلف پیگیری شده است.				
	۲. با آگاهی نسبت به محدودیت در ارزش هر یک از روش های تشخیصی و میزان موفقیت هر یک از روش های درمانی، بهترین مراقبت ممکن را برای بیمارفراهم می کند.				
	۳.به موقع در بخش حاضرمی شود.				
	۴.وظایف محوله را به درستی انجام می دهد.				
	۵.از سوی بیماران و همکاران قابل دسترسی است.				
	۶.پوشش و ظاهر متناسب با محیط درمان و مراقبت دارد.				
	۷.در صورت نیاز، به همکاران خود کمک می کند.				
	۸.از وسایل و امکانات سیستم سلامت به‌درستی استفاده می‌کند.				
	۹.قوانین و مقررات بیمارستان را رعایت می کند.				
	۱۰.نسبت به آموزش دستیاران سال‌پایین‌تر و سایر فراگیران اهتمام می‌کند.				
	۱۱.مستندات مربوط به وضعیت بیمار با مراقبت‌های انجام شده برای او (مستندات بیمارستانی، درمانگاهی و یا آموزشی) را به طور دقیق ثبت می‌کند.				
	۱۲. به بیمار یا در صورت لزوم خانواده وی اطلاعات لازم در مورد بیماری را با زبان قابل فهم و یا حوصله ارائه می کند.				
	۱۳.در انجام مراقبت های درمانی بیمار تحت نظر خود و یا انجام مشاوره های پزشکی تسریع می کند.				
	مجموع				
احترام به دیگران	۱.با بیمارمحترمانه برخورد می کند.				
	۲.حریم خصوصی بیماران را رعایت می کند.				
	۳.به همکاران خود احترام می گذارد.				
	۴.از جملات تحقیرآمیز استفاده نمی کند.				
	مجموع				

حوزه تعهد به اصول حرفه ای	گویه ها	غیرقابل قبول	پایین تر از حد انتظار	در حد انتظار	موضوعیت ندارد
		۰	۰/۷۵	۱	
شرافت و درستکاری	۱. به بیمار با حواس جمع گوش می دهد.				
	۲. با بیمار به عنوان یک انسان (و نه شیء یا Case) رفتار می‌کند.				
	۳. در موقعیت های دشوار خونسردی خود را حفظ می کند.				
	۴. اسرار بیماران را حفظ می کند.				
	۵. در رفتار با بیماران و همکاران خود صادق است.				
	۶. درکل نشان‌داده که فردی قابل‌اطمینان ازسوی همکاران و بیماران‌است.				
	مجموع				
تعالی شغلی	۱. خطاهای خود را می پذیرد.				
	۲. به دنبال دریافت بازخورد از عملکرد خویش است.				
	۳. وقتی به وی بازخورد داده می شود می پذیرد.				
	۴. با سؤال کردن از اساتید و مطالعه فردی تلاش می کند کمبودهای دانشی و مهارتی خود را مرتفع سازد.				
	مجموع				
نوع دوستی	۱. در عمل نشان داده است که منافع بیمار را بر منافع خود ترجیح می دهد.				
	۲. در مواجهه با بیماران مختلف عدالت را بدون توجه به نژاد، مذهب، عقیده، جنسیت و ... رعایت می کند.				
	۳. در صورت نیاز بیمار به منابع مالی و حمایت های اجتماعی فعالانه در جهت فراهم کردن حمایت های قانونی برای آنان و خانواده هایشان از طریق واحد مددکاری با انجمن های خیریه اقدام می کند.				
	مجموع				
	مجموع کل				

با توجه به مصوبه شورای آموزش پزشکی و تخصصی به لزوم کسب حداقل ۷۰٪ نمره از بخش رفتار حرفه ای در صورت کسب نمره کمتر از ۲۱ در یک سال تحصیلی دستیارملزم به تکرار دوره یک ساله دستیار است.

توضیحات /توصیه ها:

....

....

نام و نام خانوادگی عضو هیات علمی: **مهر و امضا**

پیوست
شماره ۷

فرم به اشتراک گذاری تجارب

فراگیر عزیز:

ضمن آرزوی موفقیت روزافزون برای شما هرگونه تجربه ای که شما در پروسه آموزش بالینی با آن برخورد داشته اید شامل تجارب مثبت و منفی که می تواند برای سایر دوستانتان مفید باشد در این فرم لحاظ کنید و آن را جهت مطالعه به کارشناسان آموزش مرکز تحویل نمایید.

۱- تجارب مثبت مانند: (مواجه با کیس های آموزشی متنوع، شرکت در کلاس های آموزشی مفید، انجام پروسیجرهای بالینی موفق، رضایت مندی از برنامه های آموزشی بخش ها)

۲- تجارب منفی مانند (بروز خطا و قصور در انجام فعالیت ها و در مواجهه با بیماران،Needle stick ....)

پیوست شماره ۸

فرم گزارش دهی خطا

گزارش دهنده خطا: پزشک ☐ پرستار ☐ ماما ☐ فراگیر ☐

سمت فردی که دچار خطا شده:

زمان بروز خطا: شب ☐ عصر ☐ صبح ☐

Near-MISS (نزدیک به خطا) Sentinel (فاجعه آمیز) NoHarm (بدون عارضه)

خطا منجر به چه چیز شده است: آسیب بیمار ☐ آسیب پرسنل ☐ آسیب تجهیزات ☐

نوع خطا جراحی: انجام عمل در موضع غلط ☐ انجام عمل غیر ضروری ☐ تفکیک غلط جراحی ☐

انجام عمل روی بیمار دیگر ☐ جا گذاشتن اشیای خارجی در بدن ☐ عوارض بعد از عمل ☐

نوع خطا دارویی: داروی اشتباه ☐ تداخل دارویی ☐ واکنش دارویی ☐ زمان دادن دارو ☐

سرعت انفوزیون ☐ تکرار داروی تجویز شده ☐ دوز اشتباه ☐ حذف دارو ☐

بیمار اشتباه ☐ روش اشتباه تجویز دارو ☐

سایر خطاها: عفونت بیمارستانی ☐ زخم بستر ☐ زمین افتادن بیمار ☐ مشکل در حین ترخیص یا انتقال بیمار ☐ خطاهای آزمایشگاهی ☐ خطا رادیولوژی ☐

اتفاقات مربوط به تشخیص: تشخیص غلط ☐ تأخیر در تشخیص ☐ عدم تشخیص ☐

علت بروز خطا: شب کاری ☐ شیفت طولانی و پشت سر هم ☐ مشکلات شخصی ☐

بی توجهی در خواندن دستورات ☐ حضور همراه و شلوغی بخش ☐ شرایط نامناسب محیطی ☐

کمبود نیرو نسبت به تعداد بیمار ☐ تازه کار بودن پرسنل ☐ کمبود آگاهی پرسنلی ☐

ناخوانا بودن خط پزشک یا پرستار ☐ اشکال در تجهیزات ☐ تشابه شکل و نام دارو ☐

ضعف در محاسبه دوز دارو ☐ عدم ارتباط صحیح با بیمار ☐ ناقص بودن دستورات دارویی ☐

عدم رعایت احتیاطات مربوط به تجویز دارو ☐ عدم گزارش به موقع به پزشک ☐

عدم ثبت دقیق و صحیح اقدامات انجام شده ☐ عدم رسیدگی به موقع و قصور در انجام مراقبتهای پرستاری ☐

شرح واقعه :

درسهای گرفته شده از قایع و پیشنهادات جهت جلوگیری از خطاهای ذکر شده:

هشدار دهنده (Sentinel) خطاهایی که منجر به آسیب می شوند.

بدون عارضه (No Harm) حوادثی که اتفاق می افتد ولی بیمار هیچ آسیبی نمی بیند.

نزدیک به خطا(NearMiss) اشتباهی که توانایی بالقوه ایجاد حادثه را دارد ولی به علت شانس متوقف شده و روی نداده است.

پیوست شماره ۹

چک لیست ارزیابی پرونده های پزشکی (دستیاران،کارورزان و کارآموزان)

نام و نام خانوادگی فراگیر : **ماه:** **بخش :**

	ممتاز	مطلوب	متوسط	نامطلوب	
شرح حال	۱۰	۷ ۸ ۹	۴ ۵ ۶	۱ ۲ ۳	شرح حال از نظر ساختاری(خوانا بودن، بدون خط خوردگی با خودگار آبی یا مشکی، رعایت الزامات اولیه، ذکر تاریخ و ساعت، مهر و امضا فرد مجاز، کامل بودن سربرگ)رعایت شده باشد.
شرح حال	۱۰	۷ ۸ ۹	۴ ۵ ۶	۱ ۲ ۳	کیفیت شرح حال
تشخیص اولیه حین درمان و پایان درمان	۱۰	۷ ۸ ۹	۴ ۵ ۶	۱ ۲ ۳	در پایان شرح حال تشخیص افتراقی نوشته شده است.
محتمل ترین تشخیص در زمان بستری	۱۰	۷ ۸ ۹	۴ ۵ ۶	۱ ۲ ۳	نوشتن محتمل ترین تشخیص زمان بستری
پیشرفت سیر بیماری بر اساس SOAP	۱۰	۷ ۸ ۹	۴ ۵ ۶	۱ ۲ ۳	کیفیت آن متناسب با اهداف SOAP نوشته شود
نحوه پر کردن برگه مشاوره	۱۰	۷ ۸ ۹	۴ ۵ ۶	۱ ۲ ۳	رعایت ساختار و کیفیت مشاوره (علت درخواست مشاوره، نوشتن شرح حال و تشخیص های افتراقی احتمالی)، اشاره به نوع مشاوره(اورژانسی و غیر اورژانسی)
دستورات داروئی	۱۰	۷ ۸ ۹	۴ ۵ ۶	۱ ۲ ۳	رعایت ساختار (نوشتن ساعت، تاریخ، مهر و امضا، خوانا بودن، رعایت دستورات داروئی و تداخلات آن و متناسب بودن دستورات با شرایط بیمار)
خلاصه پرونده	۱۰	۷ ۸ ۹	۴ ۵ ۶	۱ ۲ ۳	رعایت ساختار(نوشتن ساعت، تاریخ، مهر و امضا، خوانا بودن) کیفیت خلاصه پرونده (ثبت علت بستری، سیر بیماری، نتایج، ثبت اقدامات درمانی و پاراکلینیک مهم، ثبت دستورات داروئی و دستورات مراقبت در منزل)
نحوه پوشش حرفه ای	۱۰	۷ ۸ ۹	۴ ۵ ۶	۱ ۲ ۳	از روپوش سفید و تمیز استفاده می شود. اتیکت چسبانده شده است.
	ممتاز	مطلوب	متوسط	نامطلوب	
ارزیابی فرد در کل	۱۰	۷ ۸ ۹	۴ ۵ ۶	۱ ۲ ۳	نتیجه ارزیابی

مهر و امضاء استاد: **مهر و امضاء فراگیر :**

نتیجه بازخورد ارزیابی برای فراگیر:

پیوست شماره ۱۰

فرم مواجهات شغلی (مدیریت تماس با اجسام نوک تیز، خون و مایعات بدن)

بخش: .... **تاریخ:** ....

پرسنل مصدوم: آقا/خانم .... **شماره تماس:**..................

شغل: پزشک☐ پرستار☐ ماما☐ کارشناس اتاق عمل☐ کارشناس آزمایشگاه☐ دانشجو☐ کمک بهیار☐ خدمات☐ سایر ☐

سابقه کار: کمتر از ۵ سال ☐ ۵-۱۰ سال ☐ ۱۰-۱۵ سال ☐ ۱۵-۲۰ سال ☐ بیشتر از ۲۰ سال ☐

سن: ۱۰-۲۵ سال ☐ ۲۵-۳۰ سال ☐ ۳۰-۳۵ سال ☐ ۳۵-۴۰ سال ☐ ۴۰-۴۵ سال ☐ بیشتر از ۵۰ سال ☐

شیفت : صبح ☐ عصر ☐ شب ☐

زمان: ۸-۱۱ صبح ☐ ۱۱صبح تا ۱۴ ☐ ۱۴-۱۷ عصر ☐ ۱۷-۲۰ عصر ☐ ۲۰-۲۴ شب ☐ ۲۴شب-۴ صبح ☐ ۴- ۷ صبح ☐

مورد مواجهه :سرسوزن ☐ نیدل آنژیوکت ☐ اجسام نوک تیز ☐ سوزن بخیه ☐ پاشیدن خون وسایر ترشحات به چشم ☐ تیغ بیستوری ☐ سایر اقدامات ☐

در کدام مرحله دچار نیدل استیک شده اید:

بخیه زدن ☐ رگ گیری ☐ تزریقات ☐ گلوکومتر ☐ درحین جمع آوری زباله ☐ درپوش گذاری ☐ بیوپسی سرپایی ☐ **CVP** ☐ **LP** ☐ سایر اقدامات ☐

پاشیدن ترشحات هنگام: ساکشن کردن ☐ سونداژ کردن ☐ پانسمان کردن ☐ سایر اقدامات ☐

سابقه نیدل استیک: ۶ ماه گذشته ☐ یک سال گذشته ☐ بیشتر از یکسال ☐ ندارد ☐

وضعیت واکسیناسیون پرسنل: واکسیناسیون .... و تیتر آنتی بادی..........نیازبه واکسیناسیون .... یاداور ....

منبع (بیمار): معلوم ☐ نامعلوم ☐

منبع (بیمار): نام و نام خانوادگی بیمار..........تشخیص............شماره پرونده.....................منبع آزمایشات ویرال....... و نتیجه آن ....است.

- در صورت نامشخص بودن ازمایشات ویرال منبع ۳-۵ سی سی خون جهت بررسی **HIV/HBS/HCV** اخذ و به آزمایشگاه ارسال گردد.
- **برای فرد مصدوم شده اقدامات زیر انجام شد:**

شست و شوی زخم با آب ولرم و صابون ☐ کمک به خونروی از محل اولیه زخم موضع تماس ☐

شست وشوی چشم ها و غشا مخاطی با مقادیر زیاد اب ☐ گزارش فوری سانحه به مسئول مربوطه ☐

اطلاع به مسئول کنترل عفونت در اسرع وقت پس از مواجهه ☐

امضا مسئول بخش مربوطه: امضا مسئول کنترل عفونت:

کمیته کنترل عفونت مرکز آموزشی و درمانی آیت اله روحانی بابل

پیوست شماره ۱۱

فرم ارزیابی مربیان بالینی

نام و نام خانوادگی مربی : **نام کارآموزی:**

سمت ارزیابی کننده: **تاریخ ارزیابی:**

حیطه ها	ردیف	عناوین ارزشیابی	همیشه (۳)	بیشتر اوقات (۲)	بعضی اوقات (۱)	هرگز (۰)
دانش و مهارت عملی	۱	در ابتدای دوره طرح درس بالینی (اهداف و انتظارت) را به دانشجویان توضیح می دهد.				
	۲	از دانش تئوری و بالینی کافی در ارتباط باواحد کارآموزی برخوردار است.				
	۳	از فرصت های بالینی موجود برای آموزش مهارتهای بالینی دانشجو استفاده می کند.				
	۴	مطالب تئوری و عملی را در هم آمیخته و در آموزش بالینی بکار می گیرد.				
	۵	در انجام مهارتهای بالینی بر اساس توانمندی دانشجو به وی ازادی عمل می دهد.				
	۶	دانشجویان را برای مطالعه و فعالیت آموزشی بیشتر تشویق می کند.				
اخلاق حرفه ای و روابط فردی	۱	در زمان مشخص شده در محیط آموزشی حضور می یابد.				
	۲	در تمام مدت کارآموزی مطابق طرح درس بالینی رفتار می نماید.				
	۳	در زمان مورد نیاز در دسترس دانشجو قرار دارد.				
	۴	شان و حرمت دانشجویا ن را در برابر سایرین حفظ می کند.				
	۵	الگوی مناسبی از نظر اخلاقی و حرفه ای برای دانشجویان می باشد.				
	۶	با دانشجویان و همکاران ارتباط مناسب برقرار کرده و در برخورد با آنان بر اساس احترام متقابل رفتار می کند.				
نظارت و ارزشیابی	۱	به حضور و غیاب و وقت شناسی دانشجویان اهمیت می دهد.				
	۲	به وضعیت ظاهری دانشجو از نظر یونیفرم، پوشش ورعایت موازین اخلاقی توجه می کند.				
	۳	به موارد قوت و ضعف دانشجو بازخورد مناسب و به موقع ارائه می دهد.				
	۴	ارزشیابی نهایی دانشجو را بر اساس اهداف کارآموزی به عمل می آورد.				
جمع کل						

جمع نمرات: **درصد:**

عالي: ۷۶ تا ۱۰۰٪ ☐ **خوب:**۵۱ تا ۷۵٪ ☐ **متوسط:**۲۶ تا ۵۰٪ ☐

ضعيف:۰تا۲۵٪ ☐

نتايج:

عالي: مکاتبه با دانشکده مربوطه جهت تشویق مربی

متوسط: مکاتبه با دانشکده مربوطه جهت آموزش مربی

ضعيف: مکاتبه با دانشکده مربوطه جهت تغییر مربی

مهر و امضاء

پیوست شماره ۱۲

فرم ارزشیابی مربیان از فراگیران

نام و نام خانوادگی مربی : **نام کارآموزی:**

سمت ارزیابی کننده: **تاریخ ارزیابی:**

ردیف	عمومی	خوب(۳)	متوسط(۲)	ضعیف(۱)
۱	رعایت آیین نامه پوشش و بهداشت فردی			
۲	ورود وخروج به موقع			
۳	مسئولیت پذیری			
۴	ارتباط صحیح و مناسب با دیگران(مسئول بخش، پرسنل، بیمار و همراه بیمار، ناظر...)			
	تخصصی			
۱	گزارش دهی (شفاهی و کتبی)			
۲	توانایی انجام پروسیجر های درمانی و مراقبتی			
۳	توانایی کاربرد شیوه صحیح دارو درمانی			
۴	توانایی کاربرد شیوه صحیح سرم درمانی و ترانسفوزیون خون			
۵	توانایی رفع نیازهای مراقبتی مدد جو (جسمی، روانی و ...)			
۶	توانایی پذیرش بیمار			
جمع کل				

جمع نمرات: **درصد:**

عالي: ۷۶ تا ۱۰۰٪ ☐ **خوب:**۵۱ تا ۷۵٪ ☐ **متوسط:**۲۶ تا ۵۰٪ ☐

ضعیف:۰تا۲۵٪ ☐

نتایج:

ضعیف: مکاتبه با مربی مربوطه جهت آموزش مجدد

مهر و امضاء

پیوست
شماره ۱۳

بسمه‌تعالی
وزارت بهداشت، درمان آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بابل
معاونت پژوهشی

«فرم انتخاب پایان‌نامه »

عضو محترم هیئت علمی: خواهشمند است این فرم با نظارت دقیق جنابعالی به صورت واضح و کامل تکمیل گردد و جهت بررسی به شورای پژوهشی دانشکده پزشکی تحویل داده شود.

همکار گرامی: خواهشمند است این فرم با نظارت دقیق جنابعالی بصورت واضح و کامل تکمیل گردد و جهت بررسی به شورای پژوهشی دانشکده ارسال شود.

شماره طرح:

عنوان:

نام و نام خانوادگی: شماره دانشجویی:
سال ورود به دانشگاه: رشته: امضاء:

نام و نام خانوادگی استاد راهنما: تخصص:
آدرس محل کار:

تعداد موضوعات پایان‌نامه استاد راهنما در سال تا تاریخ
نظریه استادراهنما: امضاء
نظریه استاد مشاور: امضاء

نظریه شورای گروه آموزشی و تأییدیه مدیرگروه مربوطه:
نام و امضاء مدیر گروه:

نظریه آموزش دانشکده :آیا دانشجو مجاز به انتخاب پایان نامه می باشد؟ و منع آموزشی ندارد؟
امضاء معاونت آموزشی:

پیوست
شماره ۱۴

فرم طرح تحقیقاتی

مشخصات طرح پژوهشی

نوع پایان نامه/طرح ارائه شده	
عنوان طرح	
عنوان لاتین طرح	
سازمان متبوع	
محل اجرای طرح	
نوع طرح	
زمان اجرای طرح-ماه	
آیا طرح پایان‌نامه دانشجویی است؟	
نوع پایان نامه	
دانشکده	
گروه	
حیطه اولویت مرتبط	
اولویت مرتبط	
اولویت های دیگر	
خلاصه پروپوزال	
نوع مطالعه	

مشخصات مجری/همکاران طرح

نام و نام خانوادگی	سمت در طرح	نوع همکاری	دوره تحصیلی	رشته تخصصی	مرتبه علمی	پست الکترونیک	تلفن همراه

کلیات و مقدمه

عنوان	متن
مقدمه و بیان مساله	
بررسی متون	

اهداف و فرضیات

عنوان	متن
هدف اصلی	
هدف فرعی	
هدف کاربردی	
فرضیه	
سوال	

جدول متغیرها

نام متغیر	نوع متغیر	مقیاس متغیر	نقش متغیر	تعریف کاربردی	واحد اندازه گیری

روش کار

پژوهشگر محترم، با مراجعه به سایت به آدرس (https://www.equator-network.org/) استانداردهای انواع پروژه ها را مطالعه و رعایت نمایید و ترجیعاً در قسمت پیوست ها چک لیست مربوطه را آپلود نمایید. بدیهی است رعایت استانداردها روند تصویب طرح را تسهیل می کند.

عنوان	متن
جامعه مورد مطالعه /نحوه نمونه گیری و فرمول تعیین حجم نمونه	
روش جمع آوری داده ها و نحوه اجرای مطالعه	
ابزارها	
روش تجزیه تحلیل آماری	

پیش بینی زمانبندی مراحل اجرای طرح

شرح مختصر مرحله -انتخابی	طول مرحله بر حسب ماه
تنظیم و تدوین طرح	
مراحل اجرائی	
تجزیه و تحلیل اطلاعات	
گزارش نهائی طرح	

کل مدت زمان:

ملاحظات اخلاقی

عنوان	توضیحات
ملاحظات اخلاقی	

هزینه پرسنلی

نوع پرسنل	مرتبه علمی	تعداد	میزان اشتغال - ساعت	حق الزحمه هر ساعت - ریال	کل حق الزحمه - ریال
مجریان					
همکار/ مشاوره					

هزینه آزمایش و خدمات تخصصی

موضوع آزمایشات و یا خدمات تخصصی	مرکز سرویس دهنده	تعداد کل دفعات	هزینه برای هر دفعه	جمع کل هزینه ها

هزینه وسایل و مواد خریداری شده

نام دستگاه/مواد	نوع وسیله	شرکت فروشنده /سازنده	کشور سازنده	موجود در ایران	تعداد	قیمت هر عدد به ریال	کل مبلغ

سایر هزینه ها

عنوان هزینه	مبلغ کل (ریال)

اعتبار مصوب برون سازمانی

برون‌سازمانی - پرسنلی	برون‌سازمانی - آزمایشگاه و خدمات تخصصی	برون‌سازمانی - مسافرت	برون‌سازمانی - متفرقه	برون‌سازمانی - وسایل و مواد غیر مصرفی	برون‌سازمانی - وسایل و مواد مصرفی	برون‌سازمانی - کتب و نشریات

جمع هزینه های طرح

درخواست شده - پرسنلی	درخواست شده - آزمایشگاه و خدمات تخصصی	درخواست شده - وسایل و مواد خریداری شده	درخواست شده - متفرقه	کل اعتبار درخواست شده

فهرست منابع و ماخذ

فصل هفتم

منابع

۱- دکتر محمدرضا اسماعیلی و همکاران، راهنمای آموزشی فراگیران بیمارستان کودکان امیرکلا، تیرماه ۱۳۹۸
۲- سعید آصف زاده. راهنمای آموزش بالینی برای دستیاران پزشکی. دبیرخانه شورای آموزش پزشکی تخصصی و عمومی، مزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. ۱۳۸۶.
۳- استانداردها و راهنمای ارزشیابی و اعتباربخشی آموزشی بیمارستان ها، معاونت آموزشی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، زمستان ۱۳۹۵.
۴- استاندارهای آموزش بالینی، معاونت آموزشی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، زمستان ۱۳۹۸
۵- سیمین موعودی، ایمان جهانیان، علی شبستانی منفرد. روش های ارزشیابی مهارت های بالینی در آموزش علوم پزشکی. انتشارات دانشگاه علوم پزشکی بابل. ۱۳۹۳.
۶- دبیرخانه شورای آموزش پزشکی عمومی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. سند توانمندیهای دانش آموختگان دوره دکترای پزشکی عمومی در جمهوری اسلامی ایران. مجموعه مصوبات شورای‌عالی برنامه ریزی علوم پزشکی (مورخ ۱۳۹۴/۱۰/۲۰). ابلاغی شماره ۵۱۸/۱۳/د مورخ ۱۳۹۵/۱/۱۶.
۷- دبیرخانه شورای آموزش پزشکی و تخصصی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. مجموعه دستورالعمل و ابزارهای ارزشیابی پایبندی به اصول حرفه ای دستیاران. سال ۱۳۹۹.
۸- معصومی اصل حسین، زهرایی سید محسن، مجیدپور علی و همکاران. راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی. مرکز مدیریت بیماری ها و چکامه آوا، ۱۳۸۶: ص ۱۰۱.
۹- یوسف یحیی پور، سمیه اولادی. برنامه جامع ارزیابی عملکرد سیستم آموزشی براساس استاندارد اعتباربخشی آموزشی. انتشارات دانشگاه علوم پزشکی بابل، معاونت آموزشی. سال ۱۳۹۷.
10- Global handwashing day world health organization. 15 Oct 2008 Retrieved July 2015
۱۱- آموزش در بیمارستان(هر آنچه دانشجویان پزشکی در بدو ورود باید بدانند)، دکتر مجید حاجی مقصودی، نجمه باقیان، مرضیه نجفی، فاطمه سموری، مهدی رعدآبادی