

بِسْمِ تَعَالَى

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی طالقانی

کتابچه توجیهی بدو ورود فراگیران



پاییز ۱۴۰۱

❖ پیام ریاست و معاون آموزشی و پژوهشی مرکز

فراگیر محترم

ضمن عرض خوشامدگویی؛ به اطلاع می‌رساند، مجموعه مدیریتی و کارکنان مرکز طالقانی تبریز در تلاش هستند تا با ارائه خدمات تشخیصی و درمانی به بیماران، بستر مناسبی برای آموزش فراگیران محترم نیز فراهم آورند. امید است ضمن رعایت قوانین و مقررات داخلی مرکز، مراتب کسب دانش و موفقیت را با سربلندی پشت سر بگذارید.



ریاست بیمارستان - دکتر منصور رضائی

فراگیر محترم

ضمن عرض سلام و خوشامدگویی حضور شما در مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی طالقانی تبریز، به اطلاع می‌رساند، کتابچه پیش رو با هدف آشنایی شما عزیزان با برخی از قوانین، مقررات و استانداردهای آموزشی و بالینی تدوین گردیده است. لذا با آرزوی موفقیت شما در مدت حضور در این مرکز انتظار می‌رود با مطالعه این کتابچه با آمادگی هرچه بیشتر در عرصه‌ی آموزش و خدمت به بیماران حاضر شوید.



معاون آموزشی و پژوهشی بیمارستان - دکتر سولماز قنبری همائی

فهرست

فصل اول: آشنایی کلی با مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی طالقانی تبریز

- بخش اول: معرفی ساختار تشکیلاتی مرکز..... ۵
- بخش دوم: چشم انداز و رسالت معاونت آموزشی، پژوهشی و درمانی بیمارستان..... ۶
- بخش سوم: چارت سازمانی و تشکیلات مرکز آموزشی درمانی طالقانی تبریز..... ۷
- بخش چهارم: آدرس و راه های ارتباطی مرکز آموزشی درمانی طالقانی تبریز..... ۸
- بخش پنجم: معرفی معاونت آموزشی و پژوهشی و نحوه دسترسی..... ۹
- بخش ششم: معرفی بخش ها، واحدها و امکانات مرکز..... ۱۰
- بخش هفتم: راهنمای طبقات..... ۱۲
- بخش هشتم: کدهای مهم بیمارستان طالقانی..... ۱۳

فصل دوم: نکات مهم آموزشی و کاربردی در بیمارستان

- بخش اول: کلیاتی از اصول یادگیری و آموزش بالینی در محیط بیمارستان..... ۱۵
- بخش دوم: آشنایی با استانداردهای برگزاری گزارش صبحگاهی، ژورنال کلاب، گراند راند..... ۱۶
- بخش سوم: پزشکی مبتنی بر شواهد (EBM)..... ۲۵
- بخش چهارم: استدلال بالینی..... ۳۴
- بخش پنجم: اخلاق حرفه ای..... ۴۴
- بخش ششم: آئین نامه پوشش فراگیران..... ۵۰
- بخش هفتم: مهارت های ارتباطی و رفتاری..... ۵۴
- بخش هشتم: رعایت حقوق گیرندگان خدمت در بیمارستان (منشور حقوق بیماران)..... ۵۹
- بخش نهم: خطاهای پزشکی و گزارش دهی خطا..... ۶۰
- بخش دهم: آشنایی با پرونده پزشکی..... ۶۳

بخش یازدهم : الزامات پرونده نویسی.....۶۸

بخش دوازدهم: الزامات بیمه ای.....۷۲

بخش سیزدهم: ایمنی بیمار.....۷۷

بخش چهاردهم: استانداردهای زیست محیطی.....۸۳

بخش پانزدهم: کنترل عفونت در بیمارستان.....۸۴

فصل سوم : راهنمای فراگیران علوم پزشکی

بخش اول: راهنمای کارآموزان پزشکی عمومی.....۹۰

بخش دوم: راهنمای کارورزان پزشکی عمومی.....۹۷

بخش سوم: راهنمای دستیاران تخصصی.....۱۰۲

بخش چهارم: راهنمای فراگیران دانشجویان پیراپزشکی (مامایی، بهداشت و ..).....۱۰۶

معرفی مرکز:

بیمارستان طالقانی تبریز یک مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی، تخصصی و فوق تخصصی با ۱۷۰ تخت مصوب و ۱۳۲ تخت فعال، ۹ بخش فعال، بخش مراقبتهای ویژه نوزادان (NICU)، ICU و بخش کرونا، زیر نظر دانشگاه علوم پزشکی تبریز مشغول خدمت رسانی می باشد و مسئول حفظ و ارتقاء سطح سلامت تمامی مراجعه کنندگان با بهره گیری از تسهیلات و تجهیزات مناسب و نیروی انسانی متخصص و شایسته می باشد. این مرکز مسئولیت خود را در قالب خدمات پیشگیری، درمانی و آموزشی انجام می دهد و در رابطه با ترویج زایمان طبیعی به ویژه زایمان بی درد به عنوان بیمارستان نمونه کشور شناخته شده است.

ضمناً آموزش عملی دانشجویان دستیاری زنان، دکترای عمومی، مامایی، پرستاری، بهداشت نیز در این مرکز انجام می شود.

افتخارات بیمارستان:

۱. مجوز پذیرش بیماران بین الملل (IPD)
۲. بیمارستان دوستدار کودک در سال ۱۳۹۴
۳. گواهینامه اعتباربخشی ملی درجه ۱
۴. بیمارستان دوستدار مادر در سال ۱۳۹۴
۵. بیمارستان نمونه کشوری در ارتقا کیفیت هتلینگ در سال ۱۳۹۴
۶. ترویج زایمان طبیعی در سال ۱۳۹۳



چشم انداز

می خواهیم با ارائه خدمات ایمن، اثربخش و کیفیت بالا، درجه عالی اعتباربخشی را کسب کنیم.

رسالت بیمارستان

مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی طالقانی تبریز بعنوان یک مرکز جنرال وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز با ارائه خدمات تشخیصی، درمانی بستری و سرپایی به کلیه مراجعه کنندگان محترم و آموزش دانشجویان علوم پزشکی در رده‌های مختلف فعالیت می‌کند. هم چنین این بیمارستان به عنوان مرکز برتر در زمینه ترویج زایمان طبیعی در راستای ارائه خدمات ایمن و اثربخش و ارتقای مستمر کیفیت خدمات ارائه شده با استفاده از پرسنل درمانی و اداری مجرب و تجهیزات و امکانات پزشکی خدمات خود را در زمینه های زیر ارائه می‌نماید:

- ✓ ارائه خدمات تخصصی و فوق تخصصی زنان، بارداری و زایمان
- ✓ ارائه خدمات تخصصی و فوق تخصصی نوزادان
- ✓ ارائه خدمات جراحی عمومی به مراجعه کننده های مورد نظر
- ✓ مشارکت در آموزش دانشجویان علوم پزشکی در تمامی سطوح تحصیلی
- ✓ مشارکت در پژوهش های علوم پزشکی

ارزش ها:

- ما متعهد هستیم کرامت انسانی حقوق بیماران و همراهان را رعایت کنیم.
- ما متعهد هستیم استانداردهای کیفیت مراقبت در بیمارستان را به طور مدام ارتقا دهیم.
- ما متعهد به افزایش مسئولیت پذیری در قبال مراجعین به بیمارستان هستیم.

بخش چهارم : درس و راه های ارتباطی مرکز آموزشی درمانی طالقانی تبریز

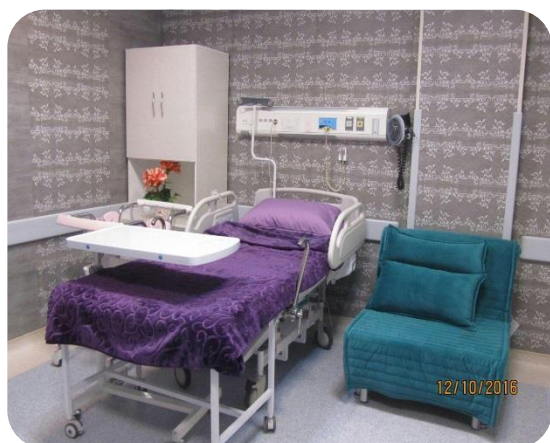
آدرس بیمارستان: تبریز، میدان راه آهن، مرکز آموزشی درمانی طالقانی تبریز

شماره تلفن: ۰۴۱۳۴۴۲۴۸۸۲

فاکس: ۰۴۱۳۴۴۲۴۸۸۲

ایمیل: taleghani.hos@tbzmed.ac.ir

سایت بیمارستان: <http://taleghanihosp.tbzmed.ac.ir>



بخش پنجم: معاونت آموزشی و پژوهشی

➤ معرفی واحد آموزش:

واحد آموزش مرکز با مدیریت معاون آموزشی پژوهشی سرکارخانم دکتر قنبری و پرسنل شاغل در واحد از طریق برنامه ریزی، هماهنگی، نظارت و هدایت برنامه های آموزشی با همکاری مدیر گروه ها، روسای بخش و اعضاء هیئت علمی تلاش دارد خدمات آموزشی استاندارد و مناسب ارائه نماید.

➤ فضاهای آموزشی:

سالن اجتماعات با ظرفیت ۸۰ نفر مجهز به سیستم صوتی، دیتا پروژکتور و کامپیوتر

➤ کتابخانه:

کتابخانه بیمارستان همه روزه (بجز روزهای تعطیل رسمی) از ساعت ۷:۳۰ الی ۱۴ و سالن مطالعات با امکان ارائه انواع کتب و مجلات در خدمت فراگیران، اعضاء هیئت علمی و کارکنان مرکز می باشد.

➤ امکانات رفاهی فراگیران:

محل اقامت (پاویون) دستیاری، دانشجویان پزشکی مقطع انترنی و دانشجویان مامایی مقطع کارشناسی در داخل مرکز در نظر گرفته شده است همچنین پاویون دانشجویان PhD مامایی در ساختمان درمانگاه می باشد. امکانات رفاهی پاویون شامل اتاق استراحت، رایانه، یخچال و ... می باشد. وعده های اصلی غذایی در محل پاویون سرو می گردد.

نحوه دسترسی

اتاق معاون آموزش پژوهشی: طبقه اول روبروی کتابخانه شماره داخلی ۲۱۶

اتاق کارشناسان آموزشی پژوهشی: درمانگاه طبقه دوم اتاق شماره ۲۱۵ - شماره داخلی ۳۵۸

بخش ششم: معرفی بخش ها، واحد ها و امکانات مرکز

بخش های بستری:

- بخش جراحی
- بخش زایمان (LDR)
- بخش نوزادان
- بخش مامایی (پس از زایمان)

بخش های ویژه:

- NICU
- ICU
- اورژانس

اتاق عمل و CSR:

- اتاق عمل و CSR

پاراکلینیک:

- آزمایشگاه
- داروخانه
- رادیولوژی سونوگرافی سی تی اسکن

درمانگاه:

- درمانگاه های تخصصی فوق تخصصی مرکز

ردیف	نام بخش	رئیس بخش	عضو هیئت علمی	سرپرستار بخش	داخلی جهت تماس
۱	اتاق عمل	دکتر لطفی	-	خانم زهرا محمدپور	۱۸۳
۳	بخش زایمان	دکتر ساناز موسوی	*	خانم صونیا اسدی بانوغبیان	۳۴۱
۵	بخش مامایی	دکتر فاطمه عباسعلیزاده	*	خانم پروین علی آبادی	۱۶۲
۶	بخش جراحی	دکتر نازلی نوالی	*	خانم سولماز فخری	۱۱۴
۷	نوزادان	دکتر فاطمه قنبری	-	خانم رویا رحیمی	۱۲۰
۸	NICU	دکتر رضا رادفر	-	خانم شیخ اردوبادی	۲۲۸
۹	ICU	دکتر مجتبی محمدزاده لامع	*	خانم سمیرا کریم پور	۱۹۹
۱۰	اورژانس	دکتر ایرج ذاکری	-	خانم سیده فخری ابراهیم صلبیان	۱۶۶
۱۱	درمانگاه	دکتر کبری حمدی	*	خانم مرادی	۳۶۰
۱۲	رادیولوژی	دکتر رنجکش	*	خانم لیلا مرادی	۲۴۳
۱۲	آزمایشگاه	دکتر شکارچی	*	آقای شعاعی	۳۶۱
۱۳	داروخانه	دکتر سروش فرد	-	-	۱۹۶

بخش هفتم: راهنمای طبقات

بخش‌ها	طبقه
دفتر پرستاری، اورژانس، پذیرش، بخش ICU، نگهبانی	طبقه همکف
بخش مامایی، بخش جراحی، اتاق عمل، کتابخانه، سالن کنفرانس، اتاق معاون آموزشی و پژوهشی	طبقه اول
بخش نوزادان، بخش NICU	طبقه دوم
بخش زایمان (LDR)	طبقه سوم
نگهبانی، مددکاری، درمانگاه‌های تخصصی و فوق تخصصی، داروخانه، بخش‌های اداری - آشپزخانه	محوطه بیمارستان

درمانگاه تخصصی - فوق تخصصی

طبقه	درمانگاه تخصصی - فوق تخصصی
طبقه همکف	رادیولوژی - سی تی اسکن - سونوگرافی - پذیرش - صدور گواهی ولادت - نگهبانی - نماز خانه - سرویس بهداشتی
طبقه اول	آزمایشگاه - درمانگاه‌های زنان - درمانگاه کودکان - درمانگاه داخلی و جراحی - کلینیک پرستاری و مامایی - واحد مادران باردار
طبقه دوم	قلب - اکوکاردیوگرافی - تست ورزش - گوارش - آندوسکوپی - کولونوسکوپی - تزریقات و پانسمان - بخش نازایی - حراست - واحد بهبود کیفیت - اتاق سرپرستار درمانگاه - کارشناسان معاونت آموزشی و پژوهشی - سوپروایزر آموزشی - کارشناس کنترل عفونت - بهداشت محیط - واحد تغذیه - واحد IT - اتاق اعضای هیات علمی گروه مامایی

بخش هشتم: کد های مهم بیمارستان

احیای بزرگسال	۹۹
احیای نوزاد	۱۱
مادران پرخطر	کد نجم
سرویس ارائه خدمات به بیماران حاد مغزی	۷۲۴
سرویس ارائه خدمات به بیماران حاد قلبی	۲۴۷
GCS مساوی با ۳	۳۲۴
کد فراخوان نگهبانی	۵۳
کد اعلام فرار بیمار از بخش	۵۵
کد آتش سوزی	۲۵
اعلام حضور در اتاق بحران	۹۸
اعلام تخلیه ساختمان با نام بخش	۱۰۰
اعلام آماده با شبه تمام نیروهای تحت امر	۸۸
اعلام تخلیه کل ساختمان	۹۲

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 حیطه ی پزشکی، اصول عمومی آموزش، بیماران و دانشجویان می باشد و این حیطه ها به خوبی 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 توأم 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.

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 در جلسه گزارش صبحگاهی شرکت نمایند.
- رئیس بخش و سایر اعضا هیات علمی بخش بهتر است در جلسه گزارش صبحگاهی شرکت نمایند.
- دستیاران سال دوم، سوم، دستیار ارشد و کارورزان بخش باید در جلسه گزارش صبحگاهی شرکت نمایند.
- دستیاران سال اول و چهارم بخش بهتر است در جلسه گزارش صبحگاهی شرکت نمایند.
- کارآموزان و سرپرستار بخش بهتر است در جلسه 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 موارد 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 اعضا 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 در شیفت 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 بیماریهای 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 و مهمترین 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 مرور مقالات با تاکید بر مهارت های 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 در جلسات "ژورنال کلاب مبتنی بر شواهد" دعوت گردد.

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 رایه 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.

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
 - 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 پنجشنبه) 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 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
 - ارائه 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 ارائه 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 ارائه 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 صرفاً 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 علائم بیماری ها و همچنین تمرین معاینه فیزیکی و مشاهده نشانه های بیماری ها می باشد. سایر اهداف راندهای آموزشی شامل ارتقا مهارت های ارتباطی، تفسیر اطلاعات بالینی و پاراکلینیکی، استدلال تشخیصی و برنامه ریزی درمانی می باشد.

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.

مکان

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

زمان بندی

• راند های آموزشی باید حداقل دو بار در هفته و بهتر است 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 آموزشی 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.

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 کورتیکواستروئیدها 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 کورتیکواستروئیدی قبل از تولد نوزادشان دریافت نموده اند، بهتر از بقیه نوزادان زودرس می باشد.

۱۹۷۲-۸۹: 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 کورتیکواستروئیدی 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 کورتیکواستروئیدها در زایمان زودرس منتشر گردید.

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

نتیجه گیری: درمان کورتیکواستروئیدی 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 کورتیکواستروئیدها 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 سؤال قابل پاسخ دادن، مهم ترین 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 (Out come) 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 دقیقاً به همان چیزی برسیم که می خواهیم. ما چه می خواهیم؟ ما می خواهیم به بیمارمان کمک کنیم. بیمارمان دقیقاً همان شرایطی را دارد که ما در اجزای سؤال آورده ایم. حتماً تأیید 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 دقیقاً 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 دقیقاً 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 کاملاً 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 گفته می شود. این بخش از دانش همان اطلاعاتی است که (background) است سؤالات زمینه ای 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 جدیدتر 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 نقدی 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.

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 درحقیقت 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 حاصل 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 به عبارت 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 تفاوت های 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.

ارزیابی نقادانه شواهد

مبتکران طبابت مبتنی بر شواهد براساس ارزش مطالعه، سطح بندی شواهد را تعریف کردند. 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 چندمطالعه 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 (چهار 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.

در پائین ترین سطح از شواهد، نظرات (opinion) صاحب نظران 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 (fact) هستیم و نه نظرات. پس ضمن احترام به نظرات دیگران و صاحب نظران 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 (Randomized Control Trials RCT)ها قرار دارند.

در هر کارآزمایی بالینی بایستی سه اصل اساسی رعایت شود:

- I. 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 ...)
- II. آیا نتایج حاصل قابل اعتماد می باشد؟
- III. آیا نتایج مطالعه برای بیمار ما در شرایط موجود قابل استفاده است؟

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 قرار دارد. 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 OR بین 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 powerpoint.pdf و ... و غیره باشد از محدودیت‌های خاص هر پایگاه اطلاعاتی استفاده می‌شود.

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

ابتدا این سوال را به چند جزء تقسیم می‌کنیم PICO :

population	obese people افراد چاق
Intervention	zanjebil زنجبیل
comparison	Placebo دارونما گروه
outcome	decrease weight کاهش وزن

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 بیماردر 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 می‌شود.

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 می دهد. 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 دوره 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 سوال قابل پاسخ دادن شروع می شود؛ برای پاسخ دادن به آن سوال 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 رابه 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 مرحله ی یادسپاری صرف 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 برنامه‌درمانی، صرف میکنند. چنین آموزشی بسیار تجربی و چکیده ای از دروس تجربی است و اغلب به شکل مثال‌ها و خاطرات بالینی بیان میشوند.

تعریف استدلال بالینی

در پزشکی، استدلال یعنی شما از بیمار شرح حال می‌گیرید، 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 قدم‌های عاقلانه در تشخیص و درمان بیماران رهنمون می‌شود 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 داده‌های بیمار اطلاعات معنادار تولید میکند، سپس این اطلاعات را با دانش و تجربه پزشکی در هم می‌آمیزد و پزشک با یاری گرفتن از آن‌ها درست به اقدامات تشخیصی و درمانی می‌زند.

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 سرخ یا داده از بیمار مواجه می‌شود. این داده‌ها شامل سن و جنس بیمار، وضعیت ظاهری وی و شکایت/شکایات اصلی او هستند. داده‌های اولیه باعث فعال شدن دانش قبلی پزشکی می‌شود و اولین فرضیه‌های تشخیصی در ذهنش نقش می‌بندد. سپس با هدایت این فرضیه‌ها و دانش قبلی، پزشک شروع به جمع‌آوری اطلاعات بیشتر از بیمار می‌کند. این جمع‌آوری اطلاعات شامل همه مراحل شرح حال گیری، معاینه فیزیکی و پاراکلینیک می‌باشد. این داده‌های جدید فرضیه‌های تشخیصی قبلی را ارزیابی کرده و باعث تضعیف یا تقویت آن‌ها می‌شوند. در بعضی موارد ممکن است داده

ای جدید به تولید فرضیه های جدید منجر شوند. این روند به صورت دوره ای 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 نهایتاً منجر به حل مساله و تصمیم گیری می شود که می تواند تشخیص، درمان یا مجموعه ای از هر دو باشد.

جمع آوری اطلاعات

روند استدلال بالینی در تشخیص و تدبیر بالینی، برپایه ای اطلاعاتی استوار است که پزشک از بیمار به دست 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.

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

اطلاعات ذهنی: اطلاعاتی است که بیمار در اختیار پزشک قرار می دهد 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 می آیند، عینی هستند. داده های ذهنی بهتر است توسط داده های عینی تایید شوند، مثلاً تب، بنا به اظهار خود بیمار با اندازه گیری دمای بدن با دماسنج تایید شود.

برای کسب اطلاعات در مورد بیمار منابع مختلفی وجود دارد، گفته های بیمار تنها منبع برای گرفتن شرح حال نیست، بلکه از منابع دیگر مانند همراهان بیمار، مدارک پزشکی همراه بیمار، توضیحات کادر درمانی و البته معاینه بیمار میتوان بهره برد. باید اعتبار گفته های بیمار را با استفاده از منابع دیگر سنجید.

مشکلی که ممکن است در جمع آوری اطلاعات گریبان گیر 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 نشانه های بیماری با خود بیمار مرور کند تا اگر سوء تفاهمی وجود دارد اصلاح شود. پس از آنکه پزشک، اطلاعات را از منابع مختلف بدست آورد و اعتبار آنها تأیید شد، می تواند داده ها را به واژه های 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 ... می شود.

پس از تکمیل جمع آوری اطلاعات، در نهایت پزشک فهرستی از مشکلات بیمار تهیه میکند که سیاهه ی 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 نشانه ها بیمار هستند. دسته ی 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 و خبرگان به اطلاعات زمینه ای همسنگ یا حتی بیشتر از اطلاعات بالینی اهمیت می دهند.

مثال: فرض کنید از شما در مورد تشخیص بیماری با دل درد نظر می خواهند. شما میتوانید بدون در نظر گرفتن اطلاعات زمینه‌ای در مورد تشخیص های افتراقی دل درد فکر کنید، اما به محض اینکه در مورد سن بیمار پیرسید 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 زمینه ای شکل می گیرد.

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

استدلال همگرا: در زمان ساختن فرضیه روند جمع آوری اطلاعات همگراست، چرا که یافته های بالینی به هم پیوند می خورند تا فرضیه ی 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:

- ✓ به دقت در جستجوی اطلاعاتی از زبان غیرکلامی 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 یافته ها را جمع بندی میکند و فرضیه های به دست می دهد. یافته های به دست آمده باید به حد آستانه ای برسد تا فرضیه ی تشخیصی شکل بگیرد. این حد آستانه برای یک پزشک مجرب و یک دانشجوی نوآموز متفاوت است. پزشکان با تجربه، گاهی با دیدن بیمار و بدون پرسیدن حتی یک سوال از او به تشخیص می رسند. فرضیه تشخیصی که در اینجا در مورد آن صحبت میکنیم، طیفی است که در یک سوی آن فرضیه هایی کلی در مورد درگیری یک ارگان یا سیستم است و در سوی دیگر آن، تشخیص قطعی. فرضیه تشخیصی که ابتدا شکل می گیرد هنوز در مرحله ی جنینی است و نیاز به ارزیابی دارد تا به تشخیص قطعی ختم شود. این فرضیه های تشخیصی می توانند در یکی از چهار دسته زیر قرار می گیرند:

- 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 موقعیت هایی 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 ۳-۴ 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 میشود، همراه با درد، بیمار از احساس تنگی نفس از ۱-۲ روز قبل و همچنین از تب و لرز نیز شاکی بوده است.

شیوه‌های ایجاد فرضیه

روش فهرست سازی:

در این روش ابتدا بر اساس هر علامت یا نشانه، تشخیص های افتراقی مطرح میکنیم و سپس با پیدا کردن تشخیص های مشترک بین علائم و نشانه های مختلف بیمار به تشخیص می‌رسیم. در ابتدا با توجه به هر یک از علائم بیمار، تشخیص های افتراقی آن را پیدا می‌کنیم. به عنوان مثال اگر بیمار دو علامت الف و ب را دارد، ابتدا تشخیص های افتراقی ه علامت الف را که ۳۰ تشخیص است را می‌یابیم سپس تشخیص های علامت ب را می‌یابیم. با کنار هم قرار دادن تشخیص های افتراقی هر دو علامت و یافتن تشخیص های مشترک بین آنها (ب+الف) می‌توانیم به تشخیص اصلی برسیم. با اینکه این روش شباهت چندانی به شیوه فرضیه سازی 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 پیشزمینه‌های 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 طبقه بندی اند : محل آناتومیک و مکانیسم پاتوفیزیولوژیک. به عنوان مثال درد قفسه سینه میتواند با منشا قلب، ریه، معده، مری یا عضلات و استخوان ها باشد. این یک تقسیم بندی بر اساس محل آناتومیک درگیری است. همین طبقه بندی میتواند به ما کمک کند تا فرضیه بسازیم. حال اگر بدانیم این درد فعالیتی است و با استراحت برطرف می‌گردد، می‌توان 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 می‌شود.

۱. روش اثباتی confirmation

پزشک در این روش سعی میکند فرضیه تشخیصی خود را با به دست آوردن اطلاعات جدید تأیید 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 نتوانسته اید فرضیه خود را اثبات کنید و باید دوباره از ابتدا شروع به جمع آوری 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 می آید 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 تندرns در آن نقطه تشخیص انفارکتوس میوکارد را رد میکنید. روش حذفی اغلب در مواردی بکار می رود که یا با موقعیتی مواجه ایم که جان بیمار را به صورت بالقوه تهدید میکند و مطرح کردن هر تشخیصی موقول به این است که احتمال این بیماری تهدید کننده را بررسی و رد کنیم یا فرضیه های 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 فرضیه های 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 تأیید 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 طبقه بندی میشوند. با یک آزمایش ساده تا حدودی میتوان تشخیص داد که بیمار در کدام یک از این دسته ها جای میگیرد؛ به این ترتیب، یک دسته از فرضیه ها تایید و دو دیگر حذف میشوند.

۴. روش کاوشی Exploration

روش کاوش آخرین روش ارزیابی فرضیه های تشخیصی است. این روش زمانی به کار میرود که پزشک به یک فرضیه تشخیصی بسیار کلی مانند درگیری یک ارگان مثل بیماری قلبی رسیده باشد و اطلاعاتی برای ساخت فرضیه های دقیق تر 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 اطلاعاتی بیشتر، فرضیه های تشخیصی اختصاصی تری 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 فرضیه های تشخیصی اختصاصی تری را بسازد. اگر دقت کرده باشید روش های ارزیابی فرضیه ها با روشهای ساخت فرضیه و بطور کلی تر 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 ویژه ای شود.

روش های ارزیابی استدلال بالینی

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

- آزمون ویژگی های کلیدی Key Feature Problem
- آزمون استدلال بالینی Clinical Reasoning Problem
- آزمون همخوانی با شرح نامه Script Concordance
- آزمون جمع آوری اطلاعات Informatin Gathering Test
- آزمون سناریو نویسی یا ساختن فرضیه
- آزمون پازل بیماری ها
- آزمون استدلال تحلیلی

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. مثال 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 بر روی 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. 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. 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 تنفسی 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 از موارد 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: 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 بال 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 زیر برخوردید	یافته، فرضیه تشخیصی را تایید یا رد می کند
انفارکتوس میوکارد	در ECG بیمار بالا رفتن قطعه St وجود 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، شرح نامه 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 را انکار 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 در کیسه 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 برمی خوریم 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

تزیقی 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 به گونه 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 بدتر شود و بداند که باید در سناریو ریسک فاکتورهای قلب را نیز بگنجانند. باید علائم و نشانه ها را با یک بیماری توجیه کرد و تا حد امکان 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 می کند که در حیطه تجربه و تخصص اوست، بلافاصله الگویی (یا شرح نامه 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 CRP یا 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 حرفه ای

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 مجموعه ای 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 حرفه 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 می شود.

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

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 شناسایی اش 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 در دسترس 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 ارائه اطلاعات لازم برای ادامه مراقبت از آنها پس از ترخیص، اطمینان حاصل می نماید.

با سایر اعضای تیم ارائه دهنده خدمات سلامت، همکاری به موقع و مناسبی دارد، تا طرح درمانی یکپارچه و مستمری برای بیمار ارائه 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 محوله آن ها باشد را در مورد پزشکان و فراگیران پزشکی به دانشکده پزشکی و درخصوص پرسنل به مرجع ذیصلاح در مرکز درمانی مربوطه، گزارش میکند. در صورت مشاهده 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 شیوه نامه مربوطه گزارش میکند.

۲- احترام به دیگران (Respect for others)

به عقاید، آداب، رسوم و عادات بیمار احترام 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 می نماید.

نسبت به معلمان، پیشکسوتان و افراد باسابقه تر از خود، با احترام و حق شناسی رفتار میکند.

رازداری را درباره 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

بیمارارائه شده است و جز در موارد تهدید کننده 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 در جهت 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 مشاجره 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 مقابله 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 حرفه 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 غیرمستعارف 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.

شان حرفه 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 هزینه 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 در موقعیتی که برای او خطر غیرقابل قبول دارد، قرار نمی دهد و اقدام یا هزینه بی مورد به بیمار تحمیل نمی کند.

از تحمیل اموری که ارزش مراقبتی و آموزشی ندارد، به فراگیران اجتناب می کند.

در کلیه امور پژوهشی، ضوابط و راهنماهای عمومی و اختصاصی اخلاق در پژوهش را رعایت می کند. از جمله:

- از کلیه شرکت کنندگان در پژوهش ها رضایت آگاهانه می گیرد و هزینه های پژوهشی را به آنها تحمیل نمی کند.
- از هرگونه فریب کاری و سرقت علمی در گزارش ها 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 جامعه 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 ارائه 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 دهنده خدمات در رفع مشکلاتی که برای آنها در زمینه 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 دهنده 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، پیشینه کیفی 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.

درباره عملکرد خود تأمل می کند و از تجربیات خود درس می گیرد.

نظر همکاران و نظرات دریافت شده 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 دهنده خدمات سلامت، راهنمایی روشن و بازخورد به موقع داشته و از پیشنهادهای سازنده برای ارتقاء عملکرد ایشان استفاده می کند.

شیوه 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: آئین نامه پوشش فراگیران

تمامی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تبریز جهت گذراندن دوره های بالینی و حضور در محیط های بالینی ملزم به اجرای مفاد این آئین نامه می باشند.

لباس فرم دانشجویی جهت ورود به بیمارستان های آموزشی و سایر محیط های بالینی باید **متحد الشكل** بوده و شامل مجموعه ویژگیهای زیر باشد:

الف پوشش حرفه ای دانشجویان دختر در محیط های آموزشی و پژوهشی

۱. حجاب باید کامل و بر اساس شوون اسلامی و دانشجویی باشد.
۲. استفاده از مانتو ، شلوار ، مقنعه و جوراب متعارف جهت پوشش الزامی است.
۳. مدل مانتو ، شلوار ، مقنعه ، کفش ، کیف و جوراب باید ساده و به دور از مدهای افراطی باشد.
- تبصره ۱ : پوشیدن مانتو تنگ یا خیلی گشاد ، کوتاه یا خیلی بلند مجاز نیست.
- تبصره ۲ : شلوار باید اندازه متعارف داشته باشد و تنگ و کوتاه نباشد.
- تبصره ۳ : استفاده از لباسهایی که تعددا پاره یا وصله باشد ممنوع است.
- تبصره ۴ : پوشش چادر یا مقنعه باید کامل و بر اساس موازین شرعی باشد.
- تبصره ۵ : کفش باید ساده ، تمیز ، با پاشنه متعارف و بدون سر و صدای آزار دهنده باشد.
- تبصره ۶ : پوشیدن چکمه روی شلوار ، دمپایی و صندل در محیط های آموزشی و پژوهشی مجاز نمی باشد.
۴. رنگ مانتو ، شلوار ، کیف ، کفش و جوراب نباید تند و زننده باشد و جلب توجه نماید.
۵. از مانتو ، شلوار ، مقنعه و جورابی که ضخامت لازم را برای حفظ پوشش و حجاب ندارد استفاده نگردد.
۶. استفاده از لباس ، کیف ، کفش ، جوراب ، پیشانی بند ، مچ بند ، شال ، دستمال گردن ، کمر بند ، انگشتر و کلاههایی که غیرمتعارف و دارای نقوش و نوشته های زننده و یا علامت گروههای ضد اسلام ، ضد انقلاب و ضد اخلاق باشند مجاز نیست.
۷. استفاده از عینک و زیورآلات متعارف مانند انگشتر و ساعت مجاز می باشد.
۸. ناخن ها باید کوتاه ، تمیز ، پیراسته و بدون هیچگونه تزئینی باشند.
۹. انجام هرگونه آرایش و خالکوبی که در معرض دید باشد ممنوع است.

۱۰. استفاده از عطر یا ادکلن با بوی تند و غیر متعارف مجاز نیست.

ب - پوشش حرفه ای دانشجویان پسر در محیط‌های آموزشی و پژوهشی

۱. پوشش باید کامل و براساس شوون اسلامی و دانشجویی باشد.

۲. استفاده از شلوار ، پیراهن و جوراب متعارف جهت پوشش الزامی است.

۳. مدل پیراهن ، شلوار ، کیف ، کفش و جوراب باید ساده و به دور از مدهای افراطی باشد.

تبصره ۱ شلوار نباید تنگ و کوتاه باشد. -

تبصره ۲ پیراهن باید آستین دار بوده ، کوتاه و خیلی تنگ نباشد.

تبصره ۳ استفاده از لباسی که تعدا پاره یا وصله باشد ممنوع است.

تبصره ۴ پوشیدن دمپایی و صندل در محیط‌های آموزشی و پژوهشی مجاز نیست.

تبصره ۵ کفش باید ساده و تمیز باشد.

۴. از پیراهن و شلوازی که ضخامت لازم را برای حفظ پوشش ندارد استفاده نگردهد.

۵. رنگ لباس ، کفش و جوراب نباید تند و زننده باشد و جلب توجه نماید.

۶. استفاده از لباس ، کیف ، کفش ، جوراب ، پیشانی بند ، مچ بند ، شال ، دستمال گردن ، کمر بند ، انگشتر و کلاههایی که غیرمتعارف و دارای نقوش و نوشته های زننده و یا علامت گروههای ضد اسلام ، د انقلاب و ضد اخلاق باشند مجاز نیست.

۷. استفاده از کراوات و پاپیون ممنوع است.

۸. استفاده از عینک و زیور آلات متعارف مانند انگشتر و ساعت مجاز است.

۹. به دلیل افزایش انتقال عفونت و آسیب به افراد و تجهیزات ، ناخن ها بایستی کوتاه ، تمیز و پیراسته باشند.

۱۰. انجام هرگونه آرایش و خالکوبی که در معرض دید باشد ممنوع است.

۱۱. پیرایش موی سر و صورت باید ساده ، کوتاه و به دور از مدهای افراطی باشد.

۱۲. استفاده از عطر یا ادکلن با بوی تند و غیر متعارف مجاز نیست.

رعایت کلیه ضوابط این شیوه نامه الزامی است.

۱. دانشجویان بالینی باید در طول مدت حضور در محیط‌های بهداشتی و درمانی از لباس فرم مخصوص به خود (برطبق استانداردهای تعریف شده دانشگاه) و با رعایت کامل شوون اسلامی و دانشجویی استفاده نمایند.

تبصره ۱: استفاده از لباس مناسب و ضخامت پارچه ی لباس فرم و اندازه و سایز آن منطبق با مشخصات محیط‌های آموزشی و پژوهشی باشد.

تبصره ۲: لباس فرم دانشجویان باید به صورت پاکیزه و مرتب و با دکمه های بسته باشد.

تبصره ۳: پوشش دانشجویان در محیط بالینی آزمایشگاهی خاص مانند اتاق عمل و بخش های مراقبت‌های ویژه میبایست کاملاً برطبق استاندارد تعریف شده در آن بخش و با رعایت حجاب و پوشش کامل اسلامی باشد.

۲. به دلیل افزایش انتقال عفونت و آسیب به افراد و تجهیزات و یا جلب توجه استفاده از هرگونه آرایش و بلندی ناخن ها برای دانشجوی بالینی ممنوع است.

۳. پوشیدن جوراب به جهت حفظ بهداشت در محیط‌های آموزشی و بهداشتی ضروری است.

۴. به منظور کاهش صدمه به پا و پیشگیری از انتقال عفونت ، کفش دانشجویان باید جلو بسته باشد.

۵. کارت شناسایی ارائه شده از سوی معاونت آموزشی شامل : عکس ، نام و نام خانوادگی ، آرم دانشگاه ، رشته تحصیلی و سمت دانشجو باید بصورت متحدالشکل بر روی لباس فرم بطوریکه قابل رویت باشد نصب گردد.

همچنین رعایت موارد زیر مورد توجه قرار بگیرد:

✓ 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، انگو، 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.
- ✓ 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.
- ✓ 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 وتلفن های همراه باید خاموش باشند.
- ✓ از جویدن آدامس در کلاس درس، سالن کنفرانس و در حضور اساتید پرهیز شود.

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 نسبتاً 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.

❖ **پاسخ های کوتاه:** مثلاً 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 نگویید.

❖ **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 دست هایمان 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. مثلاً ممکن است پرسد (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 (مثلاً احساس گناه می‌کردید؟ آیا درست متوجه شدم) به درک حرف بیمار کمک می‌کند.

❖ **یافتن راه حل‌ها:** آگاهی به برخی عوامل که مشکلات را ایجاد می‌کند و بیمار نسبت به آن آگاه نیست می‌تواند 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 می‌خواهند فردا مرا عمل کنند. میخواهم بدانم چه ساعتی مرا عمل می‌کنند؟ فراگیر می‌گوید: من لیست عمل فردا را دیده‌ام، 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 فعالیت‌های بیمار مورد توجه قرار گیرد. به منظور کمک به بیمار، فراگیر باید به بیمار گوش دهد. برای گوش دادن، فراگیر باید روبروی بیمار در فاصله ۳ 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 موقعیت‌های 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 محبت‌آمیز 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 می‌شود که روش درمانی محسوب نمی‌شود.

❖ **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 می‌شوند قصد کمک به مردم را دارند و این امر به صورت اتفاقی امکان پذیر نبوده و بیشتر با برقراری یک ارتباط هدفدار به تحقق می‌پیوندد. ارتباط یاری دهنده بین بسیاری از افرادی که در جهت ارضای نیازهای بشری همکاری می‌کنند وجود دارد. پزشک هم جزو این افراد به شمار می‌رود. این نوع ارتباط شرایطی را جهت افراد مشارکت کننده ایجاد می‌نماید 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 می‌کند. این نوع ارتباط با یک ارتباط اجتماعی و یا دوستانه متفاوت است و خود به خود به وجود نمی‌آید و ارتباطی حرفه‌ای و پویا به شمار می‌رود. بنابراین پزشک باید تلاش نماید در این ارتباط چهره‌ای 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 می‌گردد. این مرحله به دلیل اینکه پذیرش بیمار برای او و خانواده اش اضطراب آور و تنش‌زا است، حائز اهمیت می‌باشد و شروع یک ارتباط درمانی موثر باعث ایجاد محیط مراقبتی گرم و مناسب و کاهش اضطراب بیمار و همراهان می‌گردد. فراگیر با آشنایی با بیمار اطلاعاتی از وی در خصوص تاریخچه و شرح بیماری دریافت می‌کند و در این مرحله اعتماد بیمار را جلب می‌کند.

➤ مرحله اجرا

طولانی‌ترین مرحله در ارتباط است. این مرحله با جمع‌آوری اطلاعات و طرح برنامه مراقبتی همراه با تشریح مساعی با بیمار شروع می‌شود. فراگیر و بیمار هر دو در جهت رفع نیازهای بیمار کار می‌کنند. تعاملات فراگیر و بیمار هدفدار بوده و وسیله‌ای 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 می‌نماید.

➤ 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 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.

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 بر مبنای تعهد در اجرای منشور حقوق بیماران قرار داده و هدف از این امر احترام به شأن و منزلت افراد و افزایش رضایتمندی بیماران و همراهان میباشد بدین منظور در کلیه طبقات تابلوی منشور حقوق بیماران در معرض دید کلیه مراجعین و پرسنل قرار داده شده است این بیمارستان می کوشد تا فرهنگ سازی مناسب برای اجرا و پیاده سازی کلیه بندهای این منشور توسط کلیه پرسنل را ایجاد نماید. دوره های آموزشی تکریم ارباب رجوع به طور دوره ای برای کلیه پرسنل برگزار می گردد. مسئولین این مرکز در کلیه جلسات و آموزش های برگزار شده مرتبط با رعایت 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 آیت های مورد نظر اعتبار بخشی مبحث حقوق گیرنده خدمت بند به بند پیگیری 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.

منشور حقوق بیمار

۱. دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است.
۲. اطلاعات باید به نحو مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمار قرار گیرد.
۳. حق انتخاب و تصمیم گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت باید محترم شمرده شود.
۴. ارائه خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار و رعایت اصل رازداری باشد.
۵. دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات حق بیمار است.

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 غیر عمدی و ناخواسته کادر بیمارستانی است که مطابق با استاندارد درمانی نبوده و می تواند منجر به صدمه جانی، مالی روانی بیمار شود.

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

۲. سوء رفتار حرفه ای **Professional Misconduct** : عدم رعایت اصول رفتار حرفه 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.

انواع خطا

۱. بدون آسیب (No harm)

۲. نزدیک به وقوع (Near miss)

۳. **(Never event) sentinel event** شامل ۲۸ مورد وقایع ناخواسته یا نباید اتفاق بیفتاد.

نحوه گزارش خطا

۱. خطای **No harm** بدون آسیب از طریق **HIS**- فرم گزارش خطا- تماس با داخلی ۱۲۱

در این خصوص سیستم گزارش خطا بصورت محرمانه و عاری از سرزنش و تنبیه می باشد. نتایج ماهیانه توسط کارشناس ایمنی و به صورت فصلنامه هر سه ماه با هدف درس آموزی از خطا به بخشها ارسال می گردد.

۲. خطای **Near mis** از طریق **HIS**- فرم گزارش خطا- تماس با داخلی ۱۲۱

بررسی و نتایج در قالب فرم به اشتراک گذاری خطا به بخشها اعلام می گردد.

۳. اقدامات انجام گرفته در صورت وقوع خطای Never event :

گزارش فوری و اجباری واقعه به سرپرستار یا سوپروایزر کشیک/ اطلاع واقعه ناخواسته به دکتر منصور رضائی (آنکال وقایع ناخواسته)/ اطلاع بلافاصله واقعه ناخواسته به معاونت درمان توسط کارشناس ایمنی

تشکیل جلسه RCA (تحلیل علل ریشه ای) در ۲۴ ساعت اول با حضور پرسنل و پزشکان کشیک

تشکیل جلسه RCA ظرف ۷۲ ساعت با حضور نماینده معاونت درمان و پزشکان معرفی شده از سوی معاونت

ارسال نتایج RCA به بخش‌ها با هدف درس آموزی از خطا برای پیشگیری از وقوع مجدد خطا

خطاهای ۲۸ گانه

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

عبارتند از:

کد ۱. انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی عضو سالم

کد ۲. انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی بیمار دیگر

کد ۳. انجام عمل جراحی با روش اشتباه بر روی بیمار مثال: در بیماری که مبتلا به توده های متعدد بافتی در یک عضو از بدن است و می بایست یکی از توده های بافتی را که اثر فشاری ایجاد کرده است برداشته شود، به اشتباه توده دیگری مورد عمل جراحی قرار گیرد.

کد ۴. جا گذاشتن هر گونه device اعم از گاز، قیچی، پنس و... در بدن

کد ۵. مرگ در حین عمل جراحی یا بلافاصله بعد از عمل در بیمار دارای وضعیت سلامت طبیعی (کلاس یک طبقه انجمن بیهوشی آمریکا ASA بندی)

کد ۶. تلقیح مصنوعی با دهنده اشتباه در زوجین نابارور

کد ۷. 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

- کد ۱۱ . مفقود شدن بیمار در زمان بستری که بیش از ۴ ساعت طول بکشد (مثال: زندانیان بستری...)
- کد ۱۲ . 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...
- کد ۱۴ . 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
- کد ۱۹ . مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به علت هرگونه دستکاری غیر اصولی ستون فقرات (به دنبال فیزیوتراپی و ...)
- کد ۲۰ . 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.
- کد ۲۱ . 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)
- کد ۲۳ . موارد مرتبط با محافظ و نگهدارنده های اطراف تخت (مثال: گیر کردن اندام بیمار در محافظ و...)
- کد ۲۴ . سقوط بیمار (مثال: سقوط در حین جابجایی بیمار در حین انتقال به بخش تصویر برداری و...)
- کد ۲۵ . موارد مرتبط با عدم رعایت و عدول از چارچوب اخلاق پزشکی
- کد ۲۶ . هرگونه آسیب فیزیکی (ضرب و شتم و ...) وارده به بیمار
- کد ۲۷ . ربودن بیمار
- کد ۲۸ . اصرار به تزریق داروی خاص خطرآفرین یا قطع عمدی اقدامات درمانی توسط کادر درمان

بخش دهم : 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 غنی‌ترین منبع اطلاعاتی مطرح می‌باشد. پرونده پزشکی بیمار مهمترین ابزار ذخیره و بازیابی اطلاعات و آنالیز مراقبت‌های بهداشتی و درمانی است و بیانگر کلیه اطلاعات مربوط به تاریخچه بهداشتی بیمار، بیماری‌ها، مخاطرات بهداشتی، تشخیص‌ها، آزمایشات، معاینات، روش‌های درمانی، سیر بیماری، پاسخ بیمار به درمان، پیگیری و غیره می‌باشد. هر پرونده به عنوان یک سند پزشکی محسوب می‌شود و حاوی برگه‌هایی می‌باشد که کلیه فعالیت‌های درمانی تشخیصی انجام شده برای بیمار در آن مکتوب می‌گردد. نام، به همراه مهر و امضاء فرد انجام دهنده و تاریخ و ساعت انجام هر عملی باید ذکر گردد. مکتوبات موجود در پرونده هر بیمار می‌تواند بعنوان یک سند در محاکم قضائی مورد استناد قرار گیرد.

برگه‌های موجود در پرونده پزشکی

برگه‌ها شامل برگ مشخصات بیمار که توسط واحد پذیرش در بدو بستری تکمیل می‌گردد. 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.

➤ نشانه‌های فعلی بیمار Presenting Symptoms

اصلی‌ترین 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 در آن موارد زیر درمورد مشکل بیمار پرسیده می شود. زمان شروع: چگونگی شروع (ناگهانی یا تدریجی)، مشخصات شامل؛ محل، انتشار و کیفیت (تیز یا مبهم) - تغییرات در طی 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 History Past Diseases

از بیماریهای قبلی سوال می شود. ابتدا بیماریهای مهم که مزمن باشند از جمله بیماریهای قلبی ریوی، فشار خون، دیابت و هم چنین درمورد وجود سابقه ای از مشکل فعلی که در گذشته 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 و نوزادی، رشد و نمو، انجام کامل واکسیناسیون، تغذیه با شیر مادر و تغذیه کمکی.

➤ سوابق DH

داروهای در حال مصرف و سایر اعتیادات (Current Drugtherapy & Other Addiction):

- سابقه مصرف دارو ها دارو ها (داروهای مهم و یا داروهائی که بطور طولانی مدت استفاده می کند) و سابقه مصرف سیگار، الکل و مواد مخدر، قلیان و...
- سابقه حساسیت Alergy to: دارویی، غذا و
- سابقه فامیلی Familial History: سابقه بیماری مهم در خانواده

معاینه بدنی و بررسی های بالینی

پستان □ قفسه سینه □ غدد لنفاوی □ گردن □ گلو □ دهان □ بینی □ گوش □ چشم
□ جمجمه □ پوست □ استخوان -مفاصل -عضلات

قلب □ ریه □ عروق □ شکم □ مرد تناسلی اندام □ زن تناسلی اندام □ مقعد □ اعصاب □ اندام ها (تحتانی، فوقانی)

برگه دستورات

دستور درمانی یا تشخیصی توسط پزشک اتند 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 غیرداروئی بیمار می باشد.

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.

✓ اتند 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 اساس 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 در این برگ 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 و در صورت امکان تلفن تماس

✓ خلاصه ای از شرح حال و معاینات بیمار-خلاصه ای از آزمایشات که در سیر بیماری از اهمیت خاص برخوردار بوده اند.

✓ اعمال جراحی و تشخیصی که برای بیمار انجام شده است و نتایج حاصل از آنها

✓ داروهای مصرفی

✓ شرایط فعلی بیمار

✓ دستوراتی که باید پس از ترخیص از آنها پیروی نماید

✓ برنامه مراجعه و پیگیری بیماری

✓ امضا و نام فردی 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 و صرف 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 در پرونده بیمار باقی و نسخه دیگر توسط منشی گروه به پزشکی که از وی درخواست مشاوره شده است داده می شود. درخواست مشاوره توسط اتند یا رزیدنت ها 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 معمولاً در قسمت "درخواست مشاوره با " نوشته می شود آنکال محترم.... و از قید نام پزشک خودداری می شود مگر اینکه حتماً قصد مشاوره با فرد خاصی در میان باشد که در این 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 و کلی باید اجتناب گردد برای مثال در بیمار دچار کم خونی که مشاوره خون درخواست شده است نوشته شود لطفاً بیمار را از نظر علت آنمی و اقدامات لازم درمانی مشاوره فرمائید نه اینکه لطفاً بیمار را از نظر هماتولوژی ویزیت فرمائید.

بخش یازدهم: الزامات پرونده نویسی



پرونده پزشکی مخزن اولیه و اصلی کلیه اطلاعات مربوط به مراقبت بیمار می باشد و امکان پشتیبانی از تصمیم را فراهم می نماید و به مثابه ابزاری مهم برای حمایت از فعالیت های وابسته به مراقبت بهداشتی از قبیل: مدیریت، تضمین کیفیت، پژوهشی و اپیدمیولوژی می باشد. 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 و با کیفیت از بیمار است. اطلاعات وقتی سودمند است که در همان ابتدا به دقت و درست ثبت شده باشد . مراقبت بهداشتی باید کیفیت ، بستگی به اطلاعات کامل و جامع پرونده پزشکی بیمار داشته باشد.

➤ الف - چگونه مستندسازی انجام شود (HOW):

- ✓ عینی بودن: حقایق را ثبت کنید و نظرات شخصی خود را حین مستند سازی منعکس نکنید.
- ✓ صریح باشد: برای ثبت باید از بیان صریح به جای گفته های کلی و مبهم استفاده شود. حدسیات و گمان ها را مستند نکنید. ثبیتات 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 ثبیتات 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.

➤ ب-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 انگاری‌های 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
- ✓ به علاوه 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 داشته باشد. اختصارات باید از بخش های حیاتی تر پرونده بیمار (تشخیص های نهائی، اقدامات، علل خارجی حوادث، علل فوت) حذف شوند.
- ✓ در صورت 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.

➤ ج- 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 زمانی 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. آنچه در پرونده مراجع قانونی رسیدگی به سهل انگاری های درمانی بر این نظر هستند که ثبت نشده یعنی انجام نشده

باید توجه شود که:

۱. اطلاعات سر برگ فرم های پر شده در پرونده بیمار باید به طور کامل و دقیق ثبت و تکمیل شود.
۲. در تمامی گزارش های موجود در پرونده های بستری درج تاریخ و ساعت در محل مربوطه خود الزامی است.
۳. اطلاعات در پرونده کاغذی باید با خودکار آبی یا مشکی ثبت شود.
۴. کلیه مستندات باید واضح، مداوم و پیوسته باشد و هیچ فضای خالی یا قابل استفاده در بین نوشته ها نباشد. رعایت خوانا بودن، مرتب بودن، املاء صحیح، نقطه گذاری و جمله بندی صحیح در ثبت اطلاعات ضروری است.
۵. گزارشات مشاوره، آزمایشگاه، رادیولوژی باید تاریخ و ساعت داشته باشند و توسط شخصی که آنها را درخواست نموده پاراف گردد.
۶. اخذ رضایت نامه در اجازه درمان و رضایت آگاهانه از بیمار و یا ولی و قیم یا سرپرست قانونی ولی الزامی است و باید مهر و امضا پزشک معالج و رزیدنت مربوطه هر دو وجود داشته باشد.
۷. پزشک معالج مکلف است که تشخیص حین درمان و تشخیص نهایی را در قسمت مربوطه به زبان انگلیسی و به طور کامل ثبت کند. (تشخیص نهایی شامل بیماری اصلی و بیماری های همراه و سایر عوارض میباشد).

۸. فرم پذیرش و خلاصه ترخیص باید امضا مسئول پذیرش و مهر و امضاء رزیدنت را داشته و پس از بررسی و اطمینان از تکمیل بودن پرونده ، مهر و امضای سرپرستار بخش نیز الزامی است (تاریخ مراجعه بعدی نیز باید حتماً ذکر گردد).
۹. تکمیل کلیه مندرجات خواسته شده در فرم خلاصه پرونده و شرح عمل و سیر بیماری ، مشاوره پزشکی و بقیه اوراق پرونده به طور کامل و در محل مربوطه الزامی است.
۱۰. فرم آموزش به بیمار توسط پزشک باید به طور دقیق و کامل تکمیل شود .
۱۱. برگ شرح حال و معاینه بدنی ، باید به طور صحیح و مناسب تکمیل گردد.
۱۲. فرم درخواست خون و رضایت خون باید توسط پزشک معالج مهر و امضاء شود.



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 ارائه 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 ارائه 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 ارائه 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 ارائه ی خدمت

در هنگام مراجعه بیمار تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی به پزشک، ارائه ی دفترچه درمانی الزامی نیست و می توانید احراز هویت بیمار را با دریافت کد ملی 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، 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 ثبت کد پیگیری استحقاق درمان (پوشش بیمه درمان) بر روی سرنسخه پزشک/مرکز درمان الزام است (ثبت 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(سربگ 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 سربگ 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 TIF و JPG 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 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: ۹۳۷۰۰۰۸۵-۱۱۱۴۳۲۹۶۷۰

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 مستقیماً با خودکار نوشته شده و یا ممهور به مهر تاریخ شده باشد(برگ دوم حتماً باید کاربندی 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.

دستور العمل نحوه تکمیل کردن برگه های بیمه در درمانگاه

- 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 طالقانی 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 تأیید نماینده بیمه رسیده و روی آنها به مهر پزشک 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 هر دو 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 بر موارد 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 وامضای دستیار همراه باشد.

دستور العمل نحوه تکمیل کردن برگه های بیمه در اورژانس

- دفترچه بیمه بیمار تاریخ اعتبار داشته باشد و در برگ بیمه نیز تاریخ اعتبار را قید نمائید.
- تاریخ اعتبار و تاریخ ویزیت خوانا وبدون خط خوردگی نوشته شود. (در صورت اشتباه پشت نویسی گردد) تاریخ صفحه دوم نیز کپی باشد.
- برای هر برگه فقط یک متخصص مهر وامضاء کند. در صورتی که مهر با نشان بیمارستان طالقانی تبریز نباشد مهر اورژانس بیمارستان طالقانی تبریز 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 بر موارد 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 پرهیز نمایند.

عواملی که منجر به کسورات بیمه در این مرکز می شود:

۱. خط خوردگی ها و مغایرت امضاء برگه دستورات و سایر برگه ها توسط پزشک، فاقد مهر و امضا پزشک
۲. عدم مهر و امضای برگه های ECG، NST، و مشاوره های انجام شده توسط رزیدنت سال ۳ و ۴
۳. عدم رعایت توالی order نویسی

بخش سیزدهم : ایمنی بیمار

ایمنی بیمار یک دغدغه جهانی در زمینه سلامت است که بیماران را در تمامی عرصه های خدمات سلامت در کلیه 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 داروهای 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. در خصوص داروهای با غلظت بالا و خطرناک نام دارو با برچسب جداگانه مشخص شده اند. 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 ۴۸ مشخص 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.

۱	کلرید پتاسیم	۷	آتروپین
۲	سولفات منیزیم	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 بیماردرج گردیده است. دستبند شناسایی در نوزادان به صورت دو پابند شناسایی که به هر دو دست نوزاد بسته می‌شود که نام و نام خانوادگی مادر، نام پزشک، جنسیت نوزاد، تاریخ و ساعت تولد، شماره پرونده، دستبند شناسایی در بیماران کد بندی 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 (بزرگسالان)
GS	مستعد یا مبتلا زخم فشاری در بخش نوزادان و NICU
F.A= Fall Risk	در معرض خطر سقوط (ابزار مورس)
EM	در معرض ترومبو آمبولیسم (ابزار ولز برای مادران باردار)
S.U=Suicide Risk	ریسک خودکشی
S.Z= Seizure	تشنج
MAN	در معرض سوء تغذیه

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

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

۴. انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح در 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

گام دوم : تأیید هویت بیمار

گام سوم: علامت گذاری محل عمل جراحی یا پروسیجر تهاجمی

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

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

۵. کنترل غلظت محلول های الکترولیت در هنگام تزریق

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 محلول های 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.

۸ راه صحیح

داروهای

بیمار صحیح - داروی صحیح - راه صحیح مصرف - دوز صحیح مصرف - ثبت صحیح - درمان صحیح - پاسخ مناسب دارو

۷. اجتناب از اتصالات نادرست سوند ولوله 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 استریزاسیون 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 عفونت مرتبط با مراقبت های سلامتی

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

شستن دست:

در صورت وجود آلودگی مشهود، شستن دست ها ۴۰ تا ۶۰ ثانیه به روش صحیح با آب و صابون توصیه می-شود. ضدعفونی دست ۲۰ تا ۳۰ ثانیه به روش صحیح با محلولهای مخصوص



به طور کلی در پنج موقیعت 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

توجه :

*استفاده از دستکش نباید جایگزین شستن دست ها شود.

* صرفاً پوشیدن دستکش نمی تواند جایگزین مناسب و کاملی به جای شست و شوی دست ها باشد.

*بدون در نظر گرفتن پوشیدن دستکش یا تعویض آن، دست ها باید 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 ۷۰ درصد استفاده نمود.

فراگیران باید برای **Hand rub** کردن به نکات زیر توجه کنند:

✚ ۲۰ تا ۳۰ ثانیه وقت صرف کنند.

✚ مراحل هندراب را برای هر دو دست اجرا کنند.

✚ مالش دست ها را تا خشک شدن محلول روی پوست دست ادامه دهند.
 ✚ لازم به ذکر است که در صورت وجود آلودگی واضح و روشن بر روی دست مانند آلوده شدن دست به خون وادرار و سایر ترشحات بیمار حتماً بایستی دست ها با آب و صابون شسته شوند
 ✚ در عین حال باید به خاطر داشت که حتماً بعد از پنج تا شش بار Hand rub حتما دست ها با آب و صابون شسته شوند.
 ✚ در صورت تماس با بیماران پرخطر ناخن مصنوعی استفاده نشود (مانند: ICU و اتاق عمل و..)
 ✚ 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.

فراگیران باید به روش تصویری ذیل دستها را بشویند و مراحل را برای هر دو دست اجرا کنند:



بخش چهاردهم: استاندارد های 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 کد بندی 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. (در بیمارستان طالقانی این موارد توسط خانم ایازی کارشناس بهداشت محیط می گردد.)
- ✓ پسماندهای نوک تیز و برنده باید در همان محلی که تولید شده و مورد استفاده قرار گرفته اند داخل **Safety Box** قرار گیرند (سرسوزن های استفاده شده به هیچ عنوان نباید **Recap** شوند).



تفکیک زباله های عفونی و غیر عفونی را مطابق دستورالعمل وزارت بهداشت رعایت نمایید.

بخش پانزدهم : 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.

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 می افتد 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 در مکان های متفاوت بیمارستانی مانند ایستگاههای پرستاری، درمانگاه ها، ورودی اتاق های بیماران، اتاق های پانسمان، اتاق های معاینه و بخش های ویژه مانند لیبر و ICU..)
- جهت افزایش سطح ایمنی در حین کار با وسایل تیز و برنده به دستورالعمل تزریقات ایمنی توجه نمایید.
- رعایت پروتکل های حضور در بخش های بالینی بر اساس شیوع بیماری های نوپدید الزامی می باشد.

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 به خودی خود هیچ خطری را بدنبال ندارد. بزرگترین نگرانی زمانی بروز می کند 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 هیپاتیت B ، هیپاتیت C ، HIV می باشد.

به هنگام بروز آسیب های ناشی از نیدل استیک (مواجهه با اشیا نوک تیز و برنده) :

- ✓ زخم را بلافاصله با آب و صابون شستشو داده و از ایجاد فشار در محل زخم اکیداً خودداری کنید(سبب خونریزی بیشتر از محل زخم نشوید)
- ✓ در صورت مشخص بودن بیمار، موضوع را به مسئول خود جهت انجام آزمایشات لازم از بیمار اطلاع دهید.
- ✓ موضوع را بلافاصله به مسئول کنترل عفونت و یا مسئول بهداشت حرفه‌ای مرکز اطلاع داده و تا انجام اقدامات متقاضی را پیگیری نمایید.

➤ اقدامات لازم در زمان پاشیدن خون بر روی چشم و...

موضع را فوراً، با آب فراوان به مدت ۱۵ دقیقه شستشو داده، از بیمار مربوطه آزمایش خون تهیه و مراتب را به مسئولین اطلاع رسانی کنید.

جهت جلوگیری از مواجهات شغلی خود و نیروی خدماتی از انداختن اشیاء نوک تیز (مثل سرسوزن، آنژیوکت، لانس، تیغ بیستوری و ویالهای شکسته و ...) در داخل سطل های زباله خودداری نمائید و آنها را داخل ظروف ایمنی (سیفتی باکس) ببندازید و وقتی ۳/۴ سیفتی باکس پر شد یا ۷۲ ساعت از تاریخ آن گذشت درب آن را ببندید و از سرپوش گذاری سرسوزن های آلوده جدا خودداری نمایید.

موارد استفاده از دستکش های مختلف را به شرح ذیل می باشد:

موارد استفاده از دستکش استریل:

- ✓ انجام هرگونه اقدامات جراحی
- ✓ انجام اقدامات رادیولوژیکی تهاجمی
- ✓ برقراری راه عروقی و انجام اقدامات مرتبط با راه های عروقی (ایجاد راه وریدی مرکزی در بیماران)
- ✓ آماده نمودن محلول های تغذیه مکمل جهت انفوزیون
- ✓ تغذیه وریدی
- ✓ زایمان طبیعی

موارد استفاده از دستکش تمیز

تماس مستقیم با بیمار: ۱. احتمال قرارگرفتن در معرض خون، مایعات بدن، ترشحات و مواد دفعی بیمار و اشیا و مواردی که به صورت مشهود آلوده به مایعات دفعی بیمار می باشد. ۲. تماس با خون غشا مخاطی و پوست آسیب دیده بیمار ۳. احتمال قرار گرفتن در معرض تماس ارگانسیم های شدیداً عفونی و خطرناک ۳. گرفتن خون از بیمار ۴. موقعیت های اورژانس یا اپیدمی ۵. گذاردن و یا برداشتن آنژیوکت ۵. معاینه لگنی یا واژینال ۶. قطع یا بستن راه وریدی و کشیدن خون ۷. ساکشن سیستم های آندوتراکیال باز

تماس غیر مستقیم با بیمار: ۱. تخلیه مواد برگشتی از معده بیمار ۲. جابه جایی یا تمیز کردن وسایل و تجهیزات ۳. جابه جای یا تخلیه پسماند ۴. تمیز نمودن ترشحات مایعات بدن پاشیده شده روی اشیا و یا در ضمن لکه گیری البسه

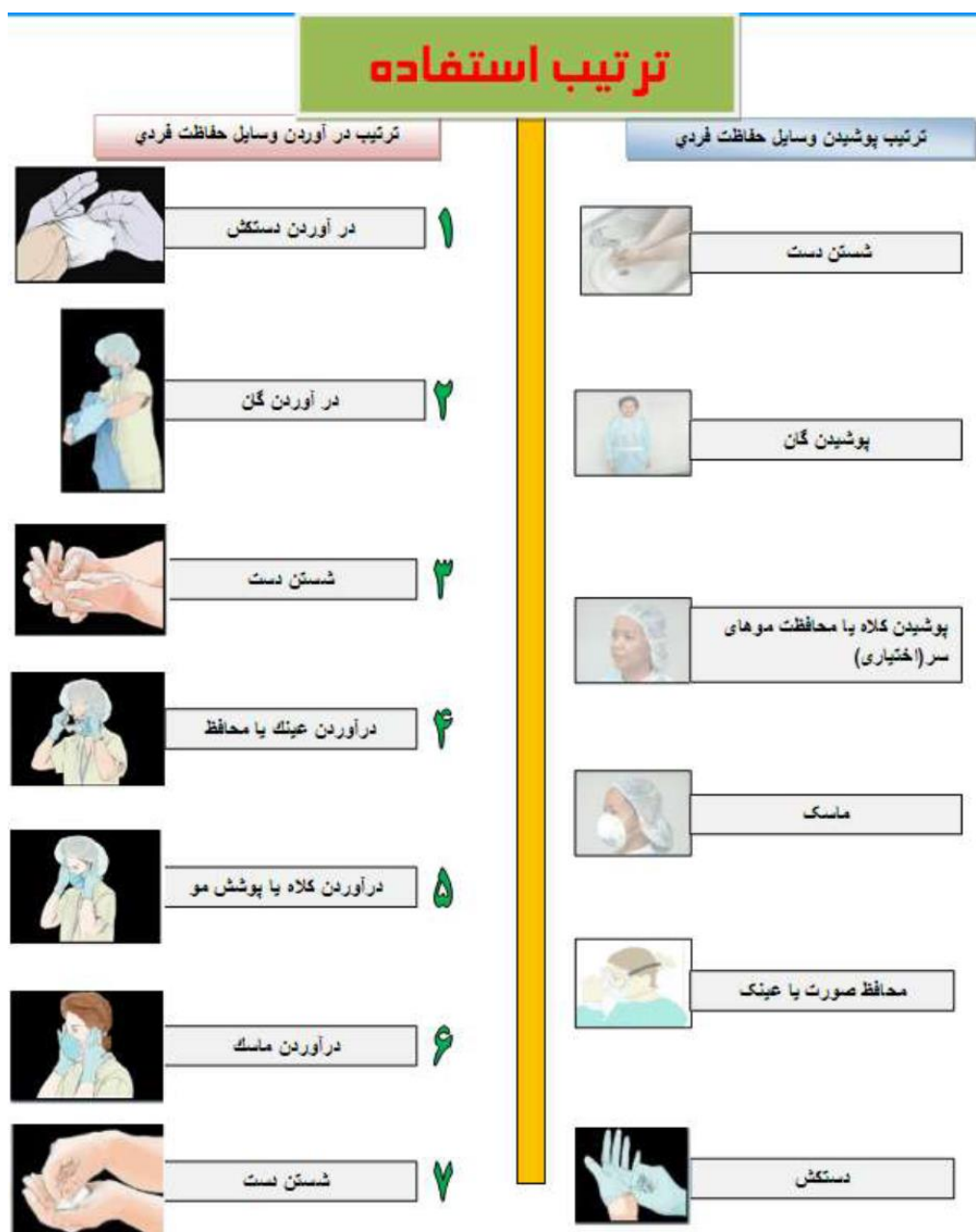
مواردی که پوشیدن دستکش ضروری نمی باشد:

- ✓ گرفتن فشارخون، درجه حرارت و نبض بیمار
- ✓ تزریق زیرپوستی یا عضلانی به بیمار حمام دادن بیمار و پوشانیدن لباس بیمار
- ✓ انتقال بیمار
- ✓ مراقبت از گوش و یا چشم بیماران در صورت فقدان ترشح
- ✓ هرگونه مراقبت از راه وریدی در بیماران در صورت عدم نشت
- ✓ استفاده از گوشی تلفن مشترک بین بیماران و کادر بخش
- ✓ دادن داروهای خوراکی به بیماران
- ✓ جابه جایی اثاثیه بیمار و....

وسایل حفاظت فردی :

پوشیدن لوازم محافظت کننده شخصی و یا (Personal Protection Equipment) PPE نظیر گان، کلاه، ماسک، چشم بند (عینک) و ... در پیشگیری از ایجاد آسیب های احتمالی پرسنل به بیمار و بالعکس کمک کننده می باشد.

رعایت توالی در پوشیدن و خارج کردن آن ها به شرح ذیل می باشد:



پیشگیری

گام های پیشگیرانه در سطح های مختلف شامل

کاهش یا حذف استفاده از وسایل نوک تیز و برنده تا آنجا که ممکن است، مهندسی کنترل، کنترل های اداری از جمله آموزش و ارائه منبع کافی، استفاده از ابزار (بجای انگشتان دست) و دوری جستن از دست به دست کردن ابزار نوک تیز و برنده و احتیاط به ویژه برداشتن و گذاشتن درپوش سوزن در سرنگ که یکی از مهم ترین دلیل های زخم سر سوزن است، می باشد.

خط مشی های بهداشتی و استاندارد عملکرد در مورد برداشتن و گذاشتن درپوش سرنگ ها همواره بهترین و ایمن ترین روش را پیش روی پرسنل قرار می دهد. در تمام بخش های بیمارستانی، سلامت و بهداشت سیفتی باکس و ظروف جمع آوری پسماندهای تیز و برنده مانند سوزن و ... باید قرار داده شده و پرسنل موظف به قرار دادن همه ابزار تیز و برنده دوراندختنی در این جعبه ها شده اند. شیوع این عارضه با عوامل مختل کننده تمرکز شامل شلوغی، حجم کاری، شیفت کاری، حواس پرتی، عجله کردن، خستگی و ناکافی بودن آموزش و کم تجربگی ارتباط مستقیم دارد.

بهداشت حرفه ای و حفاظت شغلی

✓ واکسیناسیون فراگیران جدیدالورودان علیه ویروس هپاتیت ب ضروری است. چنانچه فرد سابقه واکسیناسیون داشته باشد و تیتراژ آنتی بادی زیر ۱۰ باشد واکسیناسیون مجدد توصیه می گردد.

✓ راههای ارتقاء ایمنی شغلی:

*به هنگام انجام هرگونه پروسیجر درمانی، بیمار مربوطه بایستی عفونی تلقی شده و احتیاطات ایمنی (پوشیدن دستکش، ماسک و روپوش) مدنظر قرار گیرد.

*در صورت وجود بریدگی و یا زخم در دستها الزامی است از دستکش استفاده شده و موضع با پانسمان ضد آب پوشانده شود.

*به هنگام انجام پروسیجرهای درمانی بر روی افراد پرخطر، استفاده از شیلد محافظ صورت ضروری است.

فصل سوم:

راه‌نمای فراگیران علوم پزشکی



بخش اول : راهنمای کارآموزان پزشکی عمومی

کارآموز پزشکی به دانشجوی دکتری عمومی پزشکی اطلاق می شود که مقاطع علوم پایه و فیزیوپاتولوژی را به پایان رسانده است و مجاز به ورود به بخش های بالینی برای کسب دانش نظری و تجربیات عملی و مهارت های حرفه ای، تحت نظارت اعضاء هیات علمی و برای اخذ مدرک دکتری پزشکی است. مسئولیت کارآموزان در هر گروه یا بخش با مدیر گروه یا رئیس آن بخش و در ساعات کشیک با پزشک معالج کشیک یا عضو هیات علمی آنکال یا دستیار ارشد کشیک بخش یا بیمارستان است. پزشک معالج به عضو هیات علمی که بیمار تحت نظارت وی در بیمارستان بستری می شود اطلاق می گردد.

دوره کارآموزی می تواند به دو دوره کارآموزی پایه یا استیودنتی و کارآموزی پیشرفته یا اکسترنی تقسیم شود. در دوره استیودنتی دانشجوی عمدتاً نقش نظاره کننده و مشاهده گر داشته و در دوره اکسترنی می تواند تحت نظر پزشک معالج یا دستیار، فعالیت های تشخیصی و درمانی مندرج در این آیین نامه را انجام داده تا بتواند برای انجام وظایف آینده خود به عنوان کارورز آمادگی لازم را کسب نماید.

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 از کارآموزی می بایست به آموزش در درمانگاه ها اختصاص یابد و نحوه بررسی و درمان بیماران سرپائی با حضور اعضاء هیئت علمی و دستیاران بخش به دانشجویان تعلیم داده شود.
- حداکثر زمان مجاز برای گذراندن مرحله کارآموزی ۲۷ ماه است. در صورتی که دانشجوی 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 غیبت های موجه دانشجویی طی کارآموزی در یک بخش از یک دهم کل مدت کارآموزی در آن بخش تجاوز کند، دانشجوی 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 بندهای زیر است:

الف- کلیات

۱. حفظ و رعایت شئون شرعی و اخلاق پزشکی در کلیه ی ساعات حضور در بیمارستان.
۲. رعایت مقررات داخل گروه یا بخش، بیمارستان، دانشکده و دانشگاه.
۳. رعایت مفاد آیین نامه ها و مقررات ابلاغ شده از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

ب-مراقبت از بیمار و مدارک پزشکی:

۴. اخذ شرح حال و انجام معاینه بالینی، تفسیر و پیگیری نتایج آزمایشات و بررسی های پاراکلینیک، ، ارزیابی و بیان برنامه تشخیصی و مطرح نمودن تشخیص های افتراقی مناسب از کلیه بیماران بستری مربوط به خود در اوقات عادی و کشیک.
۵. ویزیت روزانه بیماران بستری مربوط در بخش و به همراه کارورز و دستیار و پزشک معالج و اطلاع و از کلیات برنامه درمانی و لیست داروهای دریافتی و نوشتن سیر بیماری در صورت لزوم و یا ویزیت بیماران سرپایی.
۶. در صورت لزوم و به تشخیص دانشکده پزشکی و گروه مربوطه پی گیر دریافت جواب آزمایشات (به شکل غیرحضور مگر در موارد اورژانس) و بررسی آخرین گزارش های پاراکلینیکی بیمار.
۷. در صورت لزوم و به تشخیص دانشکده پزشکی و گروه مربوطه نوشتن یادداشت های مخصوص آغاز و پایان هر دوره
۸. نوشتن برگه های درخواست تصویربرداری از جمله ScanMRI,CT، رادیوگرافی، سونوگرافی، آندروسکوپی، آنژیوگرافی و کلیه ی 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.

پ- اقدامات تشخیصی - درمانی :

۹. فراگیری امور زیر به منظور کسب مهارت حداکثر به مدت ۶ماه و با تعیین معاونت آموزشی دانشکده برعهده کارآموز می باشد. بدیهی است باتوجه به راه اندازی مراکز آموزش مهارت های بالینی لازم است این مهارت ها قبل از مواجهه با بیمار واقعی در این مراکز و به نحو مقتضی به کارآموزان آموزش داده شود.

* تزریق

* رگ گیری (IV Cannulation)

* نمونه گیری وریدی (venous blood sampling)

* نمونه گیری برای کشت خون

* گرفتن ECG و تفسیر آن

* پانسمان ساده

* رنگ آمیزی گرم و مشاهده لام

* تهیه و تفسیر میکروسکوپی نمونه ادرار و لام خون محیطی

* ساکشن ترشحات حلق و لوله تراشه

* فیزیوتراپی تنفسی

* تهیه لام خون محیطی

* نمونه گیری از گلو و زخم ها

۱۰. انجام امور زیر تنها با موافقت و تحت نظارت مستقیم پزشک معالج یا دستیار بر عهده کارورز می باشد.

* گذاشتن لوله معده و گرفتن نمونه از ترشحات معده

* گذاشتن سوند ادراری بجز در نوزادان و شیرخواران (ترجیحاً در بیماران هم جنس)

* گرفتن گازهای خون شریانی (ABG)

* فلوتومی

* بخیه زدن و کشیدن بخیه

* انجام تست PPD و خواندن آن

*انجام پانسمان هایی که نیاز به دبریدمان، شستشوی تخصصی (غیر روتین) و یا بخیه مجدد طبق نظر پزشک معالج دارند و یا عفونی شده باشند.

* انجام واکسیناسیون روتین اطفال در خانه های بهداشت و یا درمانگاه ها

* انجام شستشوی گوش

* کنترل ضربان قلب جنین (Fetal Heart Rate) و انقباضات رحم و حرکات جنین

* گچ گیری ساده و باز کردن گچ

۱۱. کارآموزان در موارد زیر تنها می تواند انجام هر کدام از این اعمال را توسط فراگیران مقاطع بالاتر (کارورز یا دستیار) مشاهده نمایند.

* مشاهده تامپون قدامی بینی

* مشاهده خارج کردن جسم خارجی از گوش، حلق، بینی و چشم

* مشاهده کوتر خون ریزی بینی

* مشاهده گذاشتن لوله تراشه و airway

* مشاهده کارگذاری کشش پوستی

* مشاهده آتل گیری

* مشاهده انجام پونکسیون لومبار (Lumbar puncture)

* مشاهده آسپیراسیون و بیوپسی مغز استخوان

* مشاهده تخلیه آبسه

* مشاهده نمونه گیری سوپراپوپیک

* مشاهده کشیدن (tap) مایع آسیت و پلور

* مشاهده و یادگیری CPR

* مشاهده و یادگیری زایمان طبیعی

* مشاهده آسپیراسیون و بیوپسی مغز استخوان

* مشاهده پونکسیون مفصل زانو

* مشاهده تزریق داخل نخاعی (Intrathecal) و داخل مفصلی

* مشاهده انجام جراحی های سرپایی ساده (ختنه، برداشتن توده های سطحی، خارج کردن ingrowing nail)

* مشاهده گذاشتن chest tube

* مشاهده تزریق داروهای خطرناک

* مشاهده تعویض لوله نفروستومی یا سیستوستومی

* مشاهده درناژ سوپراپوبیک مثانه

* مشاهده گذاشتن کاتتر وریدی نافی و همکاری در تعویض خون نوزادان

* مشاهده سونداژ ادراری شیرخواران

* مشاهده کات دان

* مشاهده هر اقدام تشخیصی، درمانی و تهاجمی دیگر که در برنامه آموزشی مصوب کارورزان پیشنهاد شده است.

* بقیه موارد مشابه که در این آیین نامه نیامده است.

ت- شرکت در همایش های آموزشی

۱۲. شرکت منظم و فعال در کلیه کلاس های درس تئور و یا کارگاهی و جلسات آموزشی بخش شامل گزارش صبحگاهی، کنفرانس های علمی، کلاس های management، اتاق های عمل، راندهای آموزشی و سایر برنامه های آموزشی.

۱۳. حضور فعال و منظم در ویزیت بیماران توسط پزشک معالج.

۱۴. شرکت در درمانگاه یا خانه های بهداشت طبق برنامه تعیین شده و گرفتن شرح حال، انجام معاینه از بیمار و معرفی بیمار به پزشک معالج یا دستیار.

۱۵. معرفی بیمار در راندهای آموزشی طبق نظر پزشک معالج یا دستیار مربوط، شامل: معرفی کوتاه بیمار، دلیل بستری شدن، بیان تشخیص های افتراقی و طرح درمانی.

۱۶. ارائه کنفرانس های علمی در صورت لزوم طبق برنامه تنظیمی توسط مسئول آموزش بخش یا دستیار ارشد.

ث- حضور در بیمارستان:

۱۷. حضور در بیمارستان، درمانگاه و یا خانه های بهداشت طبق برنامه تعیین شده از سوی ریاست هر گروه یا بخش یا دانشکده (مسئول آموزش کارآموزان هر بخش موظف است برای کلیه ساعات حضور آنان در بخش برنامه آموزشی مدون تهیه و در آغاز دوره اعلام کند).

۱۸. حداکثر تعداد کشیک، براساس شرایط گروه و دانشکده تعیین و در هر صورت از ۱۰ شب در ماه تجاوز نخواهد کرد. حداقل تعداد کشیک در گروه های داخلی، جراحی، کودکان و زنان ۵ شب در ماه و در گروه های دیگر مدیر گروه یا رئیس بخش براساس تعداد بیمار، تعداد کارآموز، امکانات رفاهی، تعداد تخت بیمارستانی و برنامه آموزشی حداقل تعداد کشیک را تعیین می کنید. ساعت کشیک کارآموزان براساس امکانات و شرایط هر دانشکده پزشکی تعیین می گردد.

۱۹. تنظیم برنامه چرخش کارآموزان در بخش ها و کشیک ها به عهده پزشک یا دستیار مسئول آموزش کارآموزان است.

۲۰. جا به جایی کشیک ممکن نیست مگر با اطلاع قبلی (حداقل ۲۴ ساعت) و یا در موارد اضطراری، به شرط تعیین جانشین و موافقت پزشک یا دستیار مسئول آموزش کارآموزان.

۲۱. ترک کشیک جز در موارد اضطراری و با کسب اجازه از پزشک یا دستیار ارشد کشیک مطلقاً ممنوع است.

۲۲. خروج از بیمارستان در اوقات عادی با استفاده از مرخصی ساعتی و با موافقت پزشک یا دستیار مستقیم و پزشک یا دستیار مسئول آموزش کارآموزان مقدور است.

۲۳. اولویت کاری کارآموزان شرکت در جلسات و همایش های آموزشی، راندهای آموزشی و در درمانگاه ها است.

۲۴. موارد تخلف کارآموزان از شرح وظایف فوق و یا هرگونه اهمال در انجام وظایف و یا شکایات کارآموزان در این رابطه حسب مورد در شورای آموزشی بخش، گروه یا بیمارستان یا دانشکده مطرح و تصمیمات لازم گرفته خواهد شد. چنانچه مسائل مطروحه در هر کدام از مراجع رسیدگی کننده اولیه به نتیجه قطعی نرسید، مورد به مرجع بالاتر جهت اتخاذ تصمیم مقتضی ارجاع خواهد شد. مرجع نهایی تصمیم گیری شورای آموزشی دانشکده خواهد بود.

۲۵. مدیران گروهها و روسای بخشهای بیمارستانهای آموزشی مسئول، مسئول حسن اجرای این آیین نامه هستند. روسای دانشکده های پزشکی از طریق معاونین آموزشی بیمارستانها بر حسن اجرای این آیین نامه نظارت خواهند داشت.

تبصره ۱: برنامه مدون آموزشی کارآموزان در هر گروه باید با تایید دانشکده پزشکی تهیه و از طریق دانشکده و گروه به کارآموزان ابلاغ گردد.

تبصره ۲: گروه های آموزشی موظفند در یک جلسه توجیهی کارآموزان هر دوره را در ابتدای دوره کارآموزی در آن گروه توجیه نموده و آنان را با شرح وظایف و مقررات گروه آشنا نمایند.

۲۶. این آیین نامه در ۲۶ ماده و ۳ تبصره در بیست و هفتمین جلسه شورای عالی برنامه ریزی علوم پزشکی مورخ ۷ / ۹ / ۸۳ به تصویب رسید و از تاریخ تصویب کلیه آیین نامه ها و دستورالعمل های مغایر با آن لغو می گردد.

بخش دوم: آئین نامه شرح وظایف کارورزان دکترای عمومی پزشکی

کارورز پزشکی به دانشجوی مرحله ی پایانی دکترای عمومی پزشکی اطلاق می شود که آموزش های نظری و دوره عملی کارآموزی را به پایان رسانده باشد و مجاز به کاربرد آموخته های قبلی، تحت نظارت اعضا هیات علمی، برای کسب مهارت های حرفه ای برای اخذ مدرک دکترای پزشکی است. مسؤولیت کارورزان در هر گروه یا بخش با مدیر گروه یا رییس آن بخش و در ساعات کشیک با پزشک معالج کشیک یا عضو هیات علمی آنکال یا دستیار ارشد کشیک بخش یا بیمارستان است. تشخیص موارد اورژانس در این آیین نامه بر عهده ی پزشک معالج و در ساعات کشیک بر عهده ی پزشک معالج کشیک یا عضو هیات علمی آنکال یا دستیار ارشد کشیک بخش یا بیمارستان است. پزشک معالج به عضو هیات علمی که بیمار تحت نظارت وی در بیمارستان بستری می شود اطلاق میگردد.

شرح وظایف کارورز مطابق بندهای زیر است:

الف- کلیات:

۱. حفظ و رعایت شئون شرعی و اخلاق پزشکی در کلیه ی ساعات حضور در بیمارستان.
 ۲. رعایت مقررات داخل گروه یا بخش، بیمارستان، دانشکده و دانشگاه.
 ۳. رعایت مفاد آیین نامه ها و مقررات ابلاغ شده از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- پ- مراقبت از بیمار و مدارک پزشکی:
۴. اخذ شرح حال و انجام معاینه بالینی، ارزیابی و طرح برنامه تشخیصی درمانی از کلیه ی بیماران بستری مربوط به خود در اوقات عادی و کشیک و مطرح نمودن تشخیص های افتراقی مناسب.
 ۵. ویزیت بیماران بستری مربوط در بخش، قبل از پزشک معالج یا دستیار.
 ۶. پی گیری دریافت جواب آزمایشات (به شکل غیر حضوری مگر در موارد اورژانس) و بررسی آخرین گزارش های پاراکلینیکی بیمار.
 ۷. نوشتن برگه ی سیر بیماری.
 ۸. نوشتن دستورات پزشکی تحت نظارت پزشک معالج یا دستیار.
 ۹. نوشتن یادداشت های مخصوص آغاز و پایان هر دوره.

۱۰. نوشتن خلاصه ی پرونده زیر نظر پزشک معالج یا دستیار مسئول در بخش.

۱۱. نوشتن برگه ی مشاوره با نظر پزشک معالج یا دستیار مسئول در بخش.

۱۲. نوشتن برگه های درخواست تصویربرداری از جمله MRI, CT Scan، رادیوگرافی، سونوگرافی، آندروسکوپی، آنژیوگرافی و کلیه ی 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.

۱۳. حضور با بالین بیمارانی که احیا می شوند و انجام CPR

۱۴. حضور بر بالین بیماران بدحال و آنهایی که نیاز به مراقبت ویژه دارند و هر بیماری که در بخش نیاز به ویزیت مجدد داشته باشند.

۱۵. کنترل علائم حیاتی و مراقبت از بیماران پس از انجام اقدامات تشخیصی تهاجمی نظیر بیوپسی کبد، بیوپسی کلیه، یا کسانی که برای آنها تست های خطیر نظیر محرومیت از آب یا تست تحمل گلوکز و انسولین انجام می شود، تحت نظارت پزشک معالج یا دستیار مسئول در بخش.

۱۶. همراهی با بیماران بدحال که علائم حیاتی بی ثبات داشته باشند و بیمارانی که نیاز به مراقبت های خاص پزشکی دارند و امکان بروز عارضه ای آنها را تهدید می کند، در انتقال به بخش های دیگر یا سایر بیمارستان های با نظر پزشک معالج یا دستیار ارشد کشیک.

ب- اقدامات تشخیصی-درمانی

۱۷. انجام اقدامات زیر بر عهده ی کارورز می باشد:

گذاشتن لوله ی معده؛ گذاشتن سوند ادراری در بیماران ترجیحاً هم جنس به جز در شیرخواران؛ گرفتن گازهای خون شریانی (ABG)؛ تهیه ی لام خون محیطی؛ نمونه برداری از زخم ها؛ نمونه گیری برای کشت گلو؛ بخیه زدن و کشیدن بخیه؛ انجام تست PPD و خواندن آن؛ تفسیر مقدماتی ECG و نوشتن آن در پرونده؛ انجام پانسمان هایی که نیاز به دبریدمان، شست و شوی تخصصی (غیر روتین) و یا بخیه مجدد طبق نظر پزشک معالج دارند و یا عفونی شده باشند؛ انجام شست و شوی گوش؛ تامپون قدامی بینی، چک کردن مشخصات کیسه خون یا فرآورده خونی برای تزریق خون یا فرآورده به بیمار.

۱۸. انجام امور زیر تنها با موافقت و تحت نظارت مستقیم پزشک معالج یا دستیار بر عهده کارورز می باشد.

نوشتن نسخه های دارویی بیماران بستری خود؛ گذاشتن لوله ی تراشه و airway؛ گرفتن زایمان واژینال؛ انجام اینداکشن در زایمان؛ کنترل ضربان قلب جنین (FHR) و انقباضات رحم و حرکات جنین؛ گذاشتن IUD،

کورتاژ، خارج کردن جسم خارجی از گوش، حلق، بینی و چشم؛ کوتر خون ریزی بینی؛ کارگذاری کشش پوستی؛ آتل گیری؛ گچ گیری ساده؛ انجام پونکسیون لومبار (LP)؛ آسپیراسیون و بیوپسی مغز استخوان؛ پونکسیون مفصل زانو؛ تزریق داخل نخاعی (intrathecal) و داخل مفصل؛ انجام جراحی های سرپایی ساده (ختنه، برداشتن توده های سطحی، خارج کردن nailingrowing)، تخلیه ی آبسه؛ نمونه گیری سوپراپوبیک؛ گذاشتن chesttube؛ کشیدن (tap) مایع آسیت و پلور؛ washoutcolon؛ تزریق داروهای خطرناک؛ تعویض لوله ی نفروستومی یا سیستوستومی؛ درناژ سوپراپوبیک مثانه؛ گذاشتن کاتتر وریدی نافی و همکاری در تعویض خون نوزادان؛ سونداژ ادراری شیرخواران؛ کات دان و هر اقدام تشخیصی درمانی تهاجمی دیگر که ممکن است در برنامه آموزشی کارورزان پیشنهاد شده باشد.

۱۹. انجام امور زیر به منظور کسب مهارت تنها در دو دوره کارورزی حداکثر به مدت ۶ماه و به تعیین معاونت آموزشی دانشکده بر عهده ی کارورز می باشد، مگر در موارد اورژانس به تشخیص پزشک معالج یا دستیار ارشد کشیک (چنانچه در دانشکده ای این مهارت ها در دوره کارآموزی کسب شده باشد به تشخیص دانشکده کارورزان از انجام این وظیفه معاف می باشند):

تزریق؛ رگ گیری IV cannulation؛ نمونه گیری ورید blood venous sampling؛ نمونه گیری برای کشت خون؛ گرفتن ECG؛ پانسمان ساده؛ رنگ آمیزی گرم؛ تفسیر میکروسکوپی نمونه ی ادرار و لام خون محیطی؛ ساکشن ترشحات حلق و لوله تراشه؛ فیزیوتراپی تنفسی.

۲۰. انجام امور زیر تنها در موارد ضروری و اورژانس به تشخیص پزشک معالج یا دستیار ارشد کشیک بر عهده کارورز می باشد :

کنترل و چارت علائم حیاتی و Intake/output؛ گرفتن نمونه از ترشحات معده؛ باز کردن گچ؛ فلبوتومی؛ نوشتن برگه های درخواست پاراکلینیک که نیاز به نگارش شرح حال ندارند؛ انتقال نمونه به آزمایشگاه؛ پی گیری. حضوری جواب اقدامات پاراکلینیک؛ همراهی بیماران به قسمت های دیگر بیمارستان؛ آمو زدن؛ حضور پیوسته (standby) بر بالین بیمار؛ شیمی درمانی؛ انتقال بسته های خون.

ت-شرکت در همایش های آموزشی

۲۱. حضور فعال و منظم در ویزیت بیماران توسط پزشک معالج یا دستیار بخش

۲۲. شرکت در درمانگاه طبق برنامه ی تعیین شده و گرفتن شرح حال، انجام معاینه و معرفی به پزشک معالج یا دستیار و نوشتن نسخه با نظارت پزشک معالج یا دستیار.

۲۳. شرکت در راندهای تحویلی و سپردن بیماران خطیر به کارورز کشیک بعد.

۲۴. شرکت منظم و فعال در کلیه ی جلسات آموزشی بخش شامل گزارش صبحگاهی، کنفرانس های علمی، کلاس های management، اتاق های عمل، راندهای آموزشی و سایر برنامه های آموزشی مگر در مواردی که به علت حضور در اورژانس یا بر بالین بیماران بدحال در بخش به تایید پزشک معالج یا دستیار مربوط، امکان پذیر نباشد.

۲۵. معرفی بیمار در گزارش صبحگاهی یا سایر کنفرانس ها طبق نظر پزشک معالج یا دستیار مربوط، شامل: معرفی کوتاه بیمار، دلیل بستری شدن، بیان تشخیص های افتراقی، بیان علت درخواست اقدامات پاراکلینیک و تفسیر نتایج آن ها و اقدامات درمانی.

۲۶. ارائه ی کنفرانس های علمی در صورت لزوم طبق برنامه ی تنظیم شده توسط مسئول آموزش بخش یا دستیار ارشد.

ث- حضور در بیمارستان:

۲۷. زمان حضور در بیمارستان در اوقات طبق برنامه ی تعیین شده از سوی ریاست هر گروه یا بخش یا دانشکده (مسئول آموزش کارورزان هر بخش موظف است برای کلیه ی ساعات حضور آنان در بخش برنامه ی آموزشی مدون تهیه و در آغاز دوره اعلام کند).

۲۸. حداکثر تعداد کشیک، ده شب در هر ماه است. حداقل تعداد کشیک در گروه های داخلی، جراحی، کودکان و زنان هشت شب در ماه و در گروه های دیگر مدیر گروه یا رئیس بخش براساس تعداد بیمار، تعداد کارورز، امکانات رفاهی، تعداد تخت بیمارستانی و برنامه ی آموزشی حداقل تعداد کشیک را تعیین می کند.

۲۹. تنظیم برنامه ی چرخش کارورزان در بخش ها و کشیک ها به عهده ی پزشک یا دستیار مسوول آموزش کارورزان و یا در صورت تفویض اختیار و با نظارت پزشک یا دستیار مسئول آموزش کارورزان به عهده کارورز ارشد است.

۳۰. جابه جایی در برنامه ی کشیک ممکن نیست، مگر با اطلاع قبلی (حداقل ۲۴ ساعت قبل) و یا در موارد اضطراری، به شرط تعیین جانشین و موافقت پزشک یا دستیار مسوول آموزش کارورزان پس از کسب موافقت پزشک معالج یا دستیار بخش.

۳۱. ترک کشیک جز در موارد اضطراری و با کسب اجازه از پزشک یا دستیار ارشد کشیک مطلقاً ممنوع است.

۳۲. خروج از بیمارستان در اوقات عادی با استفاده از مرخصی ساعتی و با موافقت پزشک یا دستیار مستقیم و پزشک یا دستیار مسئول آموزش کارورزان مقدور است.

۳۳. به طور کلی، اولویت با جلسات و همایش های آموزشی است مگر در مواردی که با نظر پزشک یا دستیار مستقیم، وجود خطر جانی برای بیمار، انجام امور تشخیصی - درمانی رادر اولویت قراردهد.

۳۴. در مورد دوره‌ی کارورزی پزشکی اجتماعی و بهداشت، باید مطابق آخرین «برنامه دوره یک ماهه کارورزی بهداشت و پزشکی اجتماعی» مصوب پنجمین جلسه شورای عالی برنامه ریزی علوم پزشکی مورخ ۷۸/۱۱/۲۳ عمل شود و بر اهمیت این دوره تاکید گردد.

۳۵. موارد تخلف کارورزان از شرح وظایف فوق و یا هرگونه اهمال در انجام وظایف و یا شکایات کارورزان در این رابطه حسب مورد در شورای آموزشی بخش، گروه یا بیمارستان یا دانشکده مطرح و تصمیمات لازم گرفته خواهد شد. چنانچه مسائل مطروحه در هر کدام از مراجع رسیدگی کننده اولیه به نتیجه قطعی نرسید، مورد به مرجع بالاتر جهت اتخاذ تصمیم مقتضی ارجاع خواهد شد. مرجع نهایی تصمیم گیری شورای آموزشی دانشکده خواهد بود.

۳۶. مدیران گروه ها و رؤسای بخش های بیمارستان های آموزشی مسؤول حسن اجرای این آیین نامه هستند. رؤسای دانشکده های پزشکی بر حسن اجرای آیین نامه نظارت خواهند داشت.

۳۷. این آیین نامه در ۳۷ ماده در تاریخ ۱۳۸۱/۳/۱۱ در هیجدهمین جلسه شورای عالی برنامه ریزی علوم پزشکی تصویب شد و کلیه آیین نامه ها و دستورالعمل های قبلی مغایر با این آیین نامه از تاریخ تصویب این آیین نامه از درجه اعتبار ساقط است.

بخش سوم: راهنمای دستیاران تخصصی

تربیت پزشک متخصص و متعهد در رشته های مورد نیاز کشور جهت مهارت های نظری و عملی، آموزش پزشکی، تعمیم و گسترش بهداشت در جامعه، امور درمانی و انجام فعالیت های پژوهشی در راستای پیشبرد دانش پزشکی است.

آموزش دوره دستیاری

دستیاران موظفند طبق برنامه های که از طرف گروه آموزشی مربوطه تنظیم می شود، در فعالیت های آموزشی، پژوهشی و درمانی، از جمله کلاس های نظری، گزارش صبحگاهی، ژورنال کلاب، کارورزی های **case report** گزارش های مرگ و میر، گزارش موردی بیمارستانی و درمانگاهی، آزمایشگاهی و کشیک های بخش و درمانگاه مربوطه و ماموریت های علمی و طرح های 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.

✓ گزارش ماهانه حضور و غیاب و کارکرد 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 در ماه

▪ سال دوم ۱۰ کشیک در ماه

▪ سال سوم ۸ کشیک در ماه

▪ سال چهارم و پنجم ۶ کشیک در ماه

✓ کلیه دستیاران شاغل به تحصیل در بیمارستانها، از نهار و دستیاران کشیک علاوه بر آن از پايون، 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 و صدور 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.

تبصره: وظایف دستیار ارشد به موجب آئین نامه ای است که به پیشنهاد مدیر گروه و تصویب رئیس مربوطه به اجرا گذاشته می شود.

لازم به ذکر است حضورغیاب دانشجویان دوره دستیاری در این مرکز با تایمکس انگشتی جنب کتابخانه انجام می شود.

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 ۲/۵ روز و هر سال تحصیلی جمعا به مدت یک ماه از مرخصی استحقاقی استفاده نمایند.

✎ تبصره: 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 از مرخصی با نظر رئیس بخش و تائید مدیر گروه مربوطه خواهد بود.

✓ **مرخصی استعلاجی:** استفاده از مرخصی استعلاجی برای دستیاران به میزان حداکثر یکماه 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.

تبصره ۱: 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.

تبصره ۲: 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 بلامانع می باشد. فقط یک ماه از این مدت جزء دوران آموزشی محاسبه می شود.

تبصره: فقط برای یک بار در طول دوره دستیاری استفاده کنندگان از مرخصی زایمان از مقرری دستیاری استفاده خواهند کرد.

✓ 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.

امور رفاهی:

- دستیاران ماهانه مبلغی به عنوان مقرری دستیاران پرداخت خواهد شد.
- ✓ تبصره ۱: 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.
- ✓ تبصره ۱: در صورتی که همسر دستیار نیز دستیار باشد، حق تاهل به هر دوی آنها تعلق می گیرد.
- ✓ تبصره ۲: به دستیاران ارشد معادل ده درصد مقرری دستیاری ماهیانه به عنوان حق ارشدیت پرداخت خواهد شد.
- در تمام 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 و قرارداد خاص استفاده نمایند.
- 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.

مقررات انضباطی:

- دستیارانی که در انجام وظایف خود به نحو قابل توجهی کوشش کنند برحسب مورد به شرح زیرمورد تشویق قرار خواهند گرفت:
- ✚ اعطای تقدیرنامه از سوی مدیرگروه پیشنهاد رئیس بخش.
- ✚ اعطای تقدیرنامه از سوی 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 و یا 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:

۱. اخطار کتبی از سوی مدیرگروه به پیشنهاد رئیس بخش.
۲. توبیخ کتبی از سوی رئیس دانشکده به پیشنهاد رئیس و تائید مدیرگروه.

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 دستیاری در سایت بارگزاری گردیده است.

<http://sanjeshp.ir>

رفتار حرفه ای

۳۰ نمره 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 از: وظیفه شناسی و مسئولیت 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 چهارم : دانشجویان پیراپزشکی (مامایی، بهداشت و ...)

- ✍ 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
- کارروزی تنها با حضور مربی امکان پذیر می باشد.
- در صورت بروز هر گونه مشکلی به مربی و یا کارشناس آموزش مرکز 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.

- حفظ وسایل شخصی و جواهرات بر عهده ی کارآموز است و بیمارستان جوابگوی موارد گم شدن وسایل نمی باشد. (بهتر است وسایل غیرضروری را به همراه 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 مشی ها، دستورالعمل ها و ... شامل نکات مهم در ثبت و گزارش نویسی، دارو دادن و ... را توجه فرمائید.
- ✓ رعایت کامل اصول بهداشتی و ایمنی 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.

فرایند دوره کارآموزی بالینی دانشجویان پیراپزشکی

برگزاری دوره کارآموزی بالینی دانشجویان
پیراپزشکی (مامایی، بهداشت و ..)

ابلاغ لیست دانشجویان از طرف دانشکده به معاونت
آموزش بالینی مرکز و کارشناس آموزش مرکز

هماهنگی مربیان بالینی با کارشناس آموزش 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

ارزشیابی دانشجو توسط مربی، سرپرستار و کارشناس آموزش مرکز
اعلام نتایج ارزیابی دانشجو به
دانشکده مربوطه توسط مربی

با تشکر از توجه شما



همه و تدوین:

معاونت آموزشی و پژوهشی بیمارستان طالقانی تبریز