

مدیریت پزشکی

مشخصات کتاب

عنوان و نام پدیدآور: مدیریت پزشکی / www.modiryar.com

ناشر: www.modiryar.com

مشخصات نشر دیجیتالی: اصفهان: مرکز تحقیقات رایانه ای قائمیه اصفهان ۱۳۹۱.

مشخصات ظاهری: نرم افزار تلفن همراه , رایانه

موضوع: مدیریت - پزشکی

فیزیک هسته ای در عرصه پزشکی

medical ...

پیشرفت تکنیک های فیزیک هسته ای مهدی عشقی یار عزیز

با وجود اینکه نقش شیمی و زیست شناسی در پزشکی به خوبی پذیرفته شده است نقش فیزیک در پزشکی به همان اندازه روشن نیست، چرا که اکثر کسانی که در رشته پزشکی در حال تحصیل هستند دوره مقدماتی فیزیک را می گذرانند اما آنان غالباً یا هیچگونه ارتباطی میان فیزیک و پزشکی نمی بینند یا این ارتباط را بسیار ناچیز می دانند. استفاده از پرتو در تشخیص و درمان بیماری و نیز استفاده از رادیونوکلئیدها در پزشکی (پزشکی هسته ای) بخشی از کاربردهای فیزیک از جمله فیزیک هسته ای در عرصه پزشکی است. پیشرفت تکنیک های فیزیک هسته ای تجربی به طور موازی

تصویربرداری پزشکی را هم گسترش داده است: دوربین های پرتوگاما، شتاب دهنده های مخصوص برای تولید ایزوتوپ های پزشکی و تکنیک های اعجاب انگیز برای به دست آوردن تصاویر اعماق مشخص بدن. این شاخه تحقیقی را پزشکی هسته ای می گویند که مسئولان آن معمولاً متخصصان فیزیک هسته ای تجربی هستند که در همکاری تنگاتنگ با پزشکان برای توسعه و کاربرد این تکنیک ها کار می کنند. به عنوان نمونه فیزیكدانی که در بخش رادیوتراپی کار می کند، سه وظیفه مهم بر عهده دارد: ۱- تعیین میزان تابش تولید شده با یک ماشین درمانی در شرایط استاندارد، یعنی واسنجی ماشین Calibration. ۲- محاسبه دزی که باید به تومور و هر بافت طبیعی در بیمار داده شود. ۳- تایید اینکه مقدار صحیح تابش، به درستی در نواحی مناسب به بیمار داده شده است. حتماً شما هم تصویر یا عکس پرتورونتگن (پرتو ایکس) تشخیص از دندان ها یا سایر بخش های بدن را گرفته اید. پرتورونتگن در تشخیص بیماری ها کاربرد بسیار دارد. به گونه ای که بیش از نیمی از مردم در سال حداقل یک تصویر پرتورونتگن می گیرند. کشف این پرتوها مانند بسیاری از دستاوردهای مهم علمی، اتفاقی بود که در سال ۱۸۹۵ از سوی وی.سی.روننگن فیزیكدان آلمانی در دانشگاه ورزبورگ در هنگام آزمایش با پرتوهای کاتودی متوجه پرتوهای ایکس شد. او پس از چند روز اولین تصویر پرتورونتگن (X) را از دست همسرش گرفت. از آنجا که پرتو X به سادگی از بافت های نرم بدن عبور می کند ولی در استخوان به طور قوی تضعیف می شود. عکاسی با پرتو X اطلاعات جامعی از ساختمان اسکلت بدن به انسان به دست می دهد و در نتیجه در روش تشخیص پزشکی که منجر به ترمیم استخوان های شکسته می شود ارزش بسیار دارد چرا که پرتوهای (X) ایکس به طور یکسان جذب همه مواد نمی شوند. اگر چنین بود کاربرد مفیدی در تشخیص نداشتند. رادیواکتیویته طبیعی برای فیزیكدانان شگفت انگیزتر از پرتوهای روننگن بود زیرا برای تولید پرتوهای روننگن انرژی الکتریکی لازم بود. در حالی که

رادیواکتیویته طبیعی منبعی ثابت از ذرات پرنرژی را برای مدت زمان نامحدود بدون نیاز به انرژی تامین می کرد. مادام کوری یکی از پیشگامان برجسته در این زمینه است. وی که از سال ۱۸۹۸ تا ۱۹۰۴ با همسرش پییر کار می کرد به جداسازی یک عنصر بسیار قدرتمند رادیواکتیو، یعنی رادیم از چندین سنگ کانی اورانیم پرداخت. این عنصر نقشی بزرگ در درمان سرطان ایفا کرد و امروزه هنوز هم کاربرد دارد. رادیواکتیویته طبیعی کمک بزرگی به دانش ما درباره هسته اتم کرده و پاره ای از پژوهش های اولیه «ردیابی» در پزشکی با به کارگیری عناصر رادیواکتیو طبیعی انجام گرفته است. با این وجود، نقطه عطف در کاربرد رادیواکتیویته در پزشکی، ساخت راکتور هسته ای هنگام جنگ جهانی دوم درباره پروژه بمب اتمی بود. راکتور هسته ای تولید بسیاری از رادیونوکلیدهای مصنوعی را به مقدار زیاد ممکن ساخت. از این عناصر رادیواکتیو در پزشکی برای پژوهش، تشخیص و درمان استفاده می شود. در پایان دهه ۴۰ میلادی رادیواکتیویته به دست آمده از راکتورها بیشتر در پژوهش های پزشکی کاربرد داشت تا تشخیص. مثلاً رادیواکتیو برای بررسی چگونگی کار بسیاری از اندام ها و نیز تغییرات شیمیایی که در بدن رخ می دهد به کار رفته است. مفیدترین رادیونوکلیدها در پزشکی هسته ای آنهایی هستند که پرتوهای گاماگسیل می کنند چرا که پرتوهای گاما قابلیت نفوذ بیشتری دارند. یک عنصر رادیواکتیو گسیل کننده گاما را که درون بدن است می توان از بیرون بدن شناسایی کرد. به عنوان نمونه اکنون تکنیکی را بررسی می کنیم که برای ایجاد تصویر از قسمت های خاص بدن از ایزوتوپ های گاماگسیل استفاده می کند. در این روش با به کار بردن نقش پرتو گامای گسیل شده می توان تصویری از آن قسمت از بدن تهیه کرد. یک کاربرد ساده و سریع این تکنیک در اندازه گیری مقدار جذب ید در غده تیروئید است. ید رادیواکتیو بلعیده می شود و شمارشگر پرتو گاما در نزدیکی گردن ازدیاد فعالیت را برحسب زمان، در حالی که ید در غده تیروئید متمرکز می شود، نشان

می دهد. در ابتدا ید ۱۳۱ برای این منظور به کار می رفت که یک محصول شکافت با نیمه عمر ۸ روز است ولی از آنجا که معمولاً زمان لازم برای مشاهده غده تیروئید از مرتبه ساعت ها است. چنین طول عمری خیلی زیاد است و در نتیجه فعالیت در بدن به درازا می کشد و بیمار دز زیادی دریافت می کند. اما اکنون ید ۱۳۲ با نیمه عمر ۱۳ ساعت به طور گسترده ای به کار گرفته شده است و نیمه عمر این ایزوتوپ نیز ایده آل است زیرا برای آزمایش ۲۴ ساعته کافی است. در ضمن به آن اندازه کم است که بعد از آزمایش دز زیادی در بیمار باقی نمی ماند. کار کلیه نیز با استفاده از ترکیبی با ایزوتوپ ید ۱۳۱ نشان داده شده است (سدیم ید و هیپوریت) از طریق تزریق وریدی مورد بررسی قرار گرفته است. یک آشکار ساز گاما هر کلیه را زیر نظر می گیرد و با مقایسه آهنگ پذیرش ید ۱۳۱ و اختلاف آن در دو کلیه چگونگی اختلال آنها را مشخص می سازد. تازه بیماران دز نسبتاً کمی را دریافت می کنند زیرا ترکیب رادیواکتیو بعد از یک دوره گردش کاملاً از خون خارج و از کلیه دفع می شود. برخی تصور می کنند که پرتودرمانی روشی موقت در درمان سرطان است که سرانجام با یک «درمان سرطان» جایگزین آن خواهد شد. اما در حال حاضر به کارگیری مناسب پرتو درمانی بهترین راه برای زنده ماندن مبتلایان به سرطان است. پرتودرمانی اگر در آغاز بیماری صورت گیرد، احتمال درمان بیش از ۹۰ درصد است. این شیوه درمانی به اندازه جراحی شکل ظاهری بیمار را تغییر نمی دهد و از این رو برای درمان سرطان های سر و گردن انتخاب می شود.

[http://www.magiran.com/npview.asp?ID=1649314*](http://www.magiran.com/npview.asp?ID=1649314)

نقش محوری بهداشت حرفه ای در توسعه ی پایدار

medical ...

از نظر سازمان جهانی بهداشت

طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت زیان های اقتصادی ناشی از عدم رعایت بهداشت حرفه ای در جهان مجموعاً بیش از ۱۰ تا ۱۵ درصد از CNP را به خود اختصاص می دهد .

بنا بر اعلامیه کنفرانس بین المللی عالی ریو در سال ۱۹۹۲ ، توسعه پایدار به عنوان یک استراتژی برای برآورد نیازهای جمعیت موجود دنیا ، بدون ایجاد آثار سوء بر بهداشت و سلامت و محیط زیست و بدون به خطر انداختن منابع پایه جهانی و بالاخره بدون به خطر انداختن قابلیت های تولید در آینده ، تبیین گردید . بنابراین اعلامیه در نقش محوری انسان در توسعه پایدار تأکید نموده و انسان را مستحق برخورداری از یک زندگی بارور و سالم و هماهنگ با طبیعت می داند. و بهداشت حرفه ای بعنوان عنصری پایه ، از اصل توسعه پایدار می باشد . سازمان جهانی بهداشت به استناد قابلیت های بهداشت حرفه ای به شرح ذیل ، نقش محوری آن را در توسعه پایدار مورد تأکید قرار میدهد :

- ۱- پیشگیری از حوادث و بیماری های شغلی و نتیجتاً جلوگیری از کاهش منابع مادی و انسانی
- ۲- کاهش فشارهای روانی و استفاده بهینه از نیروی انسانی موجود
- ۳- به کارگیری ایمن ترین تکنولوژی همراه با مصرف انرژی کمتر ، تولید آلودگی کمتر و مواد زاید کمتر
- ۴- ایجاد انگیزه و نشاط و سلامتی نزد نیروی کار که منجر به افزایش کیفیت محصولات ، بهره وری و فرآیند مدیریت می گردد
- ۵- اغلب مخاطرات محیطی از صنعت ، کشاورزی و حمل و نقل ناشی می شود که حضور بهداشت حرفه ای در مشاغل فوق ، مخاطرات محیطی ناشی از آنها را نیز به حداقل می رساند
- ۶- بیش از ۵۰٪

افراد بزرگسال در محیط کار خود به نحوی در معرض یکی از عوامل زیان آور شیمیایی، فیزیکی، بیولوژیک، ارگونومیک یا استرسهای روانی و فشار کار بیش از حد قرار دارند، بنابراین اعمال بهداشت حرفه ای می تواند نقش اساسی در تأمین یک زندگی سالم و بارور را برای جوامع فراهم کند ۷- وضعیت کلی محیط زیست و اکوسیستم بطور مستقیم یا غیر مستقیم بر روی بهداشت کارگران در مشاغل مختلف مانند کشاورزی، معدن، ماهیگیری و تولید تأثیر می گذارد بنابراین یک ارتباط دو جانبه بین ایمنی و بهداشت حرفه ای از یک طرف و توسعه پایدار توأم با محیط سالم از طرف دیگر وجود دارد. ۸- اختصاصاً در کشورهای در حال توسعه بهداشت و رفاه خانواده در گرو سلامتی و بهره وری نیروی کار آن است، در صورت فقدان امنیت اجتماعی و پایین بودن سطح بهداشت و کاهش توان کاری این عضو کلیدی، بحران شدیدی در خانواده بوجود می آید که بطور غیر مستقیم سلامت، رفاه و اقتصاد جوامع را تحت تأثیر قرار می دهد.

*<http://markazsalamat.ir/acomps.php>?

نقش سازمان جهانی بهداشت در اجرای برنامه های شهر سالم

نقش سازمان جهانی بهداشت در اجرای برنامه های شهر سالم ... WHO
روستای سالم و رویکرد نیازهای اساسی توسعه در کشور جمهوری اسلامی ایران
پس از توافق کشورهای عضو سازمان جهانی بهداشت که کنفرانس آلماتا برای دستیابی به هدف «سلامت برای همه (HFA)»، دو اصل اساسی این برنامه (همکاری بین بخشی و مشارکت مردمی) بدلیل معضلات اجرائی پیگیری و اجرا نشد. از طرف دیگر با آشکار شدن تأثیر عوامل اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و ... بر روی سلامت و لزوم همسو و همسان نمودن محورهای مختلف توسعه با محوریت انسان سالم برای

دستیابی به توسعه پایدار، سازمان جهانی بهداشت و دفتر منطقه ای مدیترانه شرقی (EMRO) را بر آن داشت تا برنامه ای را تحت عنوان «ابتکارهای جامعه محور» Community Based Initiatives (CBI) طراحی و معرفی نماید. این برنامه بر محوریت دو اصل یادشده (هماهنگی بین بخشی و مشارکت مردمی) تنظیم شده و مشتمل بر برنامه های شهر سالم-روستای سالم، رویکرد نیازهای اساسی توسعه (BDN) و مشارکت زنان در امر سلامت و توسعه (توانمندسازی زنان) است. با پیگیری فراوان و حمایت های بسیار خوبی که از طریق سازمان جهانی بهداشت، دفتر منطقه ای و دفتر نمایندگی سازمان در کشور جمهوری اسلامی ایران انجام شد، این برنامه ها از سالهای گذشته بمرحله اجرا گذارده شد. بدلیل علاقمندی و پشتیبانی بسیار خوب همکاران دفتر نمایندگی سازمان بخصوص جناب آقای دکتر مبشر شیخ (نماینده محترم سازمان) نسبت به این برنامه و حمایت های بیدریغ ایشان چه بعنوان مسئول برنامه CBI در EMRO در گذشته و چه بعنوان نماینده محترم سازمان در حال حاضر، باعث گردید تا روند روبه رشد برنامه نسبت به سایر کشورهای منطقه نمود بسیار بارزتری پیدا کند. در حال حاضر این افتخار را داریم که بعنوان یک فیلد آموزشی، بطور مرتب مورد بازدید مشاورین محترم سازمان جهانی بهداشت و کارشناسان کشورهای منطقه قرار گرفته و براساس گزارشهایی که به دفتر منطقه ای ارسال شده، روش اجرایی برنامه CBI در ایران بعنوان الگوی خوبی برای سایر کشورهای منطقه اعلام شده است. این سایت نیز با پشتیبانی و حمایت سازمان جهانی بهداشت راه اندازی شده و در نظر است تا کلیه اطلاعات مربوط به مرکز سلامت محیط و کار در اختیار علاقمندان و صاحب نظران قرار گیرد.

name=Ne&http://markazsalamat.ir/acomp.php?op=modload
&mode=thread%E2%88%A8der=0&sid=59&file=article&wsthold=0

سیستم های مدیریت کیفیت ابزار پزشکی

- الزامات ... Requirements

کلیه الزامات این استاندارد اختصاصی است

۱ دامنه کاربرد (Scope)

۱-۱ کلیات

این استاندارد بین المللی، الزامات (Requirements) یک سیستم مدیریت کیفیت را در مواردی مشخص می کند که سازمان به اثبات توانایی خود در ارائه ابزارهای پزشکی و خدمات مرتبط که بطور مستمر خواسته های مشتری و الزامات قانونی و مقرراتی مربوط به ابزارهای پزشکی و خدمات مرتبط را برآورده می نماید نیاز دارد.

هدف اولیه این استاندارد بین المللی تسهیل نمودن هماهنگی های لازم الزامات ابزار پزشکی برای سیستم های مدیریت کیفیت می باشد. در نتیجه، برخی الزامات خاص برای ابزارهای پزشکی به این استاندارد اضافه و برخی الزامات ایزو ۹۰۰۱ که بعنوان الزامات قانونی و مقرراتی کاربرد ندارند حذف می شوند. بدلیل این گونه حذفیات، سازمان هایی که سیستم مدیریت کیفیت آنها با این استاندارد بین المللی انطباق دارد، نمی توانند انطباق سیستم خود را با ایزو ۹۰۰۱ اعلام نمایند، مگر اینکه سیستم مدیریت کیفیت آنها با تمامی الزامات ایزو ۹۰۰۱ تطابق داشته باشد. (به پیوست ب رجوع شود.)

۲-۱ کاربرد (Application)

کلیه الزامات این استاندارد اختصاصی بوده و بوسیله تمامی سازمان هایی که ابزارهای پزشکی تولید می کنند بدون توجه به نوع یا اندازه سازمان قابل بکارگیری

میباشد. چنانچه الزامات قانونی، اجازه استثناء نمودن (حذف) کنترل های طراحی و تکوین را بدهد (به بند ۷-۳ رجوع شود)، این مورد می تواند بعنوان توجیهی برای حذف آنها از سیستم مدیریت کیفیت بکار رود. این قوانین می توانند ترتیبات دیگری که باید در این سیستم مدیریت کیفیت اشاره شوند را ارائه دهد. حصول اطمینان از ادعای انطباق با این استاندارد بین المللی، با وجود حذف کنترل های طراحی و تکوین وظیفه سازمان می باشد. (به بند ۴-۲-۲ الف و ۷-۳ رجوع شود).

هرگاه برخی الزامات بند ۷ این استاندارد بین المللی بدلیل ماهیت ابزار(ها) پزشکی که این سیستم مدیریت کیفیت برای آن استفاده شده، کاربرد نداشته باشد، سازمان نیازی به ذکر این الزامات در سیستم مدیریت کیفیت خود ندارد. (به بند ۴-۲-۲ الف رجوع شود).

فرآیندهایی که در این استاندارد بین المللی الزامی بوده، برای ابزار(ها) پزشکی مورد نظر کاربرد دارد و توسط سازمان بکار گرفته نمی شوند، جزء مسوولیت سازمان می باشند و باید در سیستم مدیریت کیفیت سازمان برای ذکر نشدن آنها دلیل موجه وجود داشته باشد. (به بند ۴-۱ الف رجوع شود).

در این استاندارد بین المللی اصطلاح "در صورت مقتضی" بارها به کار رفته است. هرگاه یک الزام بوسیله این اصطلاح مطرح شود، فرض بر "مقتضی" بودن آن الزام می باشد، تا زمانی که سازمان بتواند توجیهی برای عدم بکارگیری آن مدون نماید. هر الزامی که برای یکی از موارد زیر لازم باشد، بعنوان "مقتضی" در نظر گرفته می شود:

الف) برآورده نمودن الزامات مشخص شده، توسط محصول و / یا

ب) انجام اقدام اصلاحی توسط سازمان

۲ مراجع الزامی (Normative references)

سند مرجعی که نام آن در زیر می آید برای بکارگیری این استاندارد ضروری میباشد. در مورد مراجع تاریخ دار، فقط نسخه ذکر شده کاربرد دارد. برای مراجع

روزآمد شده، آخرین نسخه مرجع (شامل هر گونه اصلاحات) معتبر است.
 استاندارد ایزو ۹۰۰۰ - سال ۲۰۰۰ - سیستم های مدیریت کیفیت - مبانی و واژگان
 ۳ اصطلاحات و تعاریف (Terms and definitions)
 در این استاندارد، اصطلاحات با تعاریف مذکور در استاندارد ایزو ۹۰۰۰،
 بعلاوه موارد زیر بکار رفته است. اصطلاحات زیر که در این ویرایش
 استاندارد ایزو ۱۳۴۸۵، برای تشریح زنجیره تامین (Supply chain) بکار
 گرفته شده، به منظور هماهنگی با واژگانی که اکنون بکار می رود }
 نسبت به ویرایش سال ۱۹۹۶ { تغییر یافته است.

مشتري	سازمان	تامین کننده
(Customer)	(Organization)	Sup)
(plier		

در این استاندارد اصطلاح "سازمان" جایگزین اصطلاح "عرضه کننده" که قبلاً
 در استاندارد ایزو ۱۳۴۸۵ سال ۱۹۹۶ بکار رفته است شده و به واحدی اطلاق
 می گردد که این استاندارد در آن به کار گرفته می شود. همچنین اصطلاح
 "تامین کننده" نیز جایگزین اصطلاح "پیمانکار فرعی" شده است. در سر تا
 سر این استاندارد، هر گاه اصطلاح "محصول" بکار می رود، این اصطلاح می
 تواند به معنای خدمت نیز باشد. هر گاه الزامات "ابزار پزشکی" مطرح گردند، این
 الزامات همچنین می توانند جهت خدماتی که توسط سازمان ارائه می گردند نیز کاربرد
 داشته باشند.

تعاریف زیر عمومی هستند، و با مفاهیم مطرح شده در قوانین ملی کشورها ممکن است
 اندکی متفاوت بوده و اولویت آنها تغییر یابد.

۱-۳ ابزار پزشکی کار گذاشتنی فعال (Active Implantable Medical
 device)

ابزار پزشکی فعال که به صورت کلی یا جزئی، از طریق جراحی در بدن انسان و یا با مداخله پزشکی در یکی از منافذ طبیعی انسان قرار داده می شود و پس از کار گذاشته شدن در بدن باقی می ماند.

۲-۳ ابزار پزشکی فعال (Active Medical device)

ابزار پزشکی که عملکرد آن وابسته به یک منبع انرژی الکتریکی یا هر منبع انرژی دیگر که منشاء آن غیر از نیروی تولید شده توسط بدن انسان یا جاذبه باشد.

۳-۳ هشدار توصیه ای (Advisory Notice)

هشدارهایی که سازمان پس از تحویل ابزار پزشکی، جهت ارائه اطلاعات تکمیلی یا اضافی و/ یا هشدار در مورد اعمالی که باید انجام بگیرد جهت موارد زیر صادر می کند:

- استفاده از ابزار پزشکی.
- تغییر و تبدیل ابزار پزشکی.
- بازگرداندن ابزار پزشکی به سازمانی که آنرا تأمین نموده است.
- انهدام ابزار پزشکی.
- یادآوری- صدور هشدار توصیه ای ممکن است جهت انطباق با مقررات ملی یا منطقه ای نیز لازم باشد.

۴-۳ شکایت مشتری (Customer Complaint)

مکاتبات و تماس های کتبی، الکترونیکی یا شفاهی که نقائص مربوط به اصل و شناسایی، کیفیت، ماندگاری، قابلیت اعتماد، ایمنی یا عملکرد یک ابزار پزشکی که وارد بازار شده است را ارائه نماید.

۵-۳ ابزار پزشکی کار گذاشتنی (Implantable Medical device)

ابزار پزشکی که در موارد زیر بکار می رود:

- از طریق عمل جراحی، به طور کلی یا جزئی در داخل بدن انسان یا یکی از منافذ

طبیعی وارد شود.

- از طریق عمل جراحی، برای جایگزینی سطح پوششی یا سطح چشم بکار رود.
این ابزار می بایست حداقل ۳۰ روز در بدن باقی مانده، خروج آن منوط به عمل جراحی یا مداخله پزشکی می باشد.

یادآوری- این تعریف برای ابزار پزشکی کار گذاشتنی به غیر از ابزار پزشکی کار گذاشتنی فعال به کار می رود.

۳-۶ برچسب گذاری (Labeling)

موارد نوشته شده، چاپ شده یا طراحی شده که

- بر روی ابزار پزشکی یا هر یک از اجزاء یا لفاف بسته بندی

- همراه ابزار پزشکی

و مربوط به شناسایی، توضیحات فنی و کاربرد ابزار پزشکی بجز مدارک حمل باشند.

۳-۷ ابزار پزشکی (Medical Device)

هر گونه وسایل، ادوات، دستگاه ها، ابزار، ماشین، تجهیز، قطعات کار گذاشتنی، معرف

های تشخیصی، کالیبراتور، نرم افزار مواد و موارد مشابه و مرتبط که به تنهایی یا به

صورت ترکیبی بکار رفته و برای مصرف انسان جهت اهداف زیر استفاده دارد:

- تشخیص، پیشگیری، پایش، معالجه یا تسکین بیماری

- تشخیص، پایش، معالجه، تسکین یا ترمیم آسیب دیدگی

- تحقیق، جایگزینی، اصطلاح یا پشتیبانی ساختمان بدن (Anatomy) یا یک فرآیند

فیزیولوژیک

- حمایت و نگهداری زندگی

- کنترل جنین

- ضد عفونی کردن ابزار پزشکی

- آماده نمودن اطلاعات برای مقاصد پزشکی بوسیله آزمایش تشخیصی نمونه های

بدست آمده از بدن انسان و آن ابزارهایی که عملیات اصلی مورد نظر در داخل و خارج بدن انسان را از طریق وسایل و ابزارهای داروشناسی، ایمنی شناسی و متابولیک به انجام نمی رسانند. (اما این سه گروه ابزار به اثربخشی عملکرد ابزارها کمک می کنند.)

۳-۸ ابزار پزشکی استریل (Sterile Medical Device)

آن گروه از ابزار پزشکی که انتظار می رود الزامات سترونی (Sterility) را برآورده نمایند.

یادآوری- الزامات سترونی ابزار پزشکی ممکن است بر طبق قوانین ملی یا منطقه ای باشند.

<http://medicblog.blogfa.com/post-814.aspx>*

نانو غذاهای ایمن و بی خطر

۳۸۷ ، ۱۹:۱۷

نانو غذاهای ایمن و بی خطر... Nanotechnology

اختراعات فناوری نانو در محصولات غذایی

لیلا زارع پور - فرزانه خوش نام

خلاصه

اختراعات فناوری نانو در محصولات غذایی منجر به ورود محصولات جدید و بدیعی به بازار شده است. در طی چند سال اخیر فناوری نانو به عنوان جزء مهمی از صنعت غذا تبدیل شده است. شرکت های مطرح در صنایع غذایی به تحقیق و توسعه در این زمینه پرداخته اند و انتظار می رود اولین موج محصولات در آینده نزدیک به بازار وارد شود.

این مقاله نگاهی به تلاش چند شرکت در زمینه نانو غذاهاست که خوانندگان را با قسمتی از پیشرفت‌های جدید در این عرصه آشنا می‌کند.

در طی چند سال اخیر فناوری نانو به عنوان جزء مهمی از صنعت غذا تبدیل شده است. شرکت‌های مطرح در صنایع غذایی به تحقیق و توسعه در این زمینه پرداخته‌اند و انتظار می‌رود اولین موج محصولات در آینده نزدیک به بازار وارد شود. البته این تنها شروع است و یقیناً فناوری نانو در این عرصه راهی طولانی در پیش خواهد داشت. بنابراین یک پیش بینی اقتصادی به وسیله تحلیل گران، بازار نانو غذاها از ۶,۲ میلیارد دلار فعلی به ۷ میلیارد دلار در سال آینده و به ۴,۲۰ میلیارد دلار در سال ۲۰۱۰ خواهد رسید.

فناوری نانو می‌تواند در خط تولید به منظور ایجاد ریز حسگرها و ماشین‌های تشخیص به کار رود و تولید غذاهای فاقد آلودگی را تضمین کند. این نانو ابزارها در تشخیص میکروب‌های مضر و تعیین زمان ماندگاری محصول نیز کاربرد دارند و به مدیران در اتخاذ تصمیمات راهبردی مانند انتخاب بهترین روش حمل و نقل و انبار محصولات کمک می‌کنند. به گفته کامپرز، مدیر برنامه بیو فناوری نانو در دانشگاه واخینگن، استفاده از فناوری نانو به منظور تضمین کیفیت فرآورده‌های غذایی، یقیناً به نفع مصرف‌کننده است؛ البته نانو حسگرها و تشخیص دهنده‌های روباتیک فعلاً فقط در مراکز تحقیقات به کار می‌روند، اما پیش‌بینی می‌شود اولین سری این ماشین‌ها در طی ۴ سال آینده در محصولات غذایی ظاهر شوند. در حال حاضر شرکت‌های زیادی مانند Nestle، Food، Hershey، Keystone و Unilever مشغول کار روی نانو غذاها هستند. گزارش شده است Nestle و Unilever امولوسیون‌هایی از نانو ذرات را کشف کرده‌اند که باعث یکنواخت‌تر شدن بافت غذا شده، و می‌توان در تولید محصولات مانندی مانند بستنی از آنها استفاده کرد. دیگر پروژه‌های این شرکت، کار روی

نانوکپسول‌هایی حاوی غذاهای غنی شده است که مواد مغذی و آنتی‌اکسیدانت‌ها را به تدریج به بخش‌های خاصی از بدن تحویل می‌دهند. این فناوری مواد غذایی قدیمی را به ذراتی در ابعاد نانو تبدیل می‌کند که در داخل بدن رها شده و به خوبی جذب می‌شوند. این فناوری در غذاهای جدید کاربرد زیادی خواهد داشت. یکی دیگر از شرکت‌های پیشگام در توسعه نانوغذاهای شرکت Kraft است که با تأسیس کنسرسیون نانوتک (Nanotek) در سال ۲۰۰۰ اولین گام‌های ورود فناوری نانو به صنعت غذا را برداشت. این کنسرسیون مجموعه‌ای از ۱۵ دانشگاه و آزمایشگاه‌های تحقیقاتی ملی است و بیشتر در زمینه تهیه انواع غذاهای تعاملی و فرآورده‌های نوشیدنی فعالیت می‌کند که با ذائقه و نیازهای فردی مصرف‌کننده سازگار باشد و دامنه وسیعی، از نوشیدنی‌های تغییر رنگ‌دهنده تا غذاهای جدید سازگار با حساسیت مصرف‌کننده (یا نیازهای تغذیه‌ای او) را در برمی‌گیرد. فعالیت دیگر این شرکت، تهیه نانوفیلترهایی است که مولکول‌ها را بیشتر بر اساس شکل و نه بر حسب اندازه غربال می‌کنند، و این مسئله تفکیک اجزای خاصی از یک فرآورده، حتی در دست مصرف‌کننده را امکان‌پذیر می‌سازد. از دیگر اهداف این شرکت، کار روی بسته‌بندی‌های هوشمند غذایی است. از نانوحسگرهایی که به ره‌ایش مواد شیمیایی ناشی از فساد غذاها حساس هستند می‌توان در بسته‌بندی‌های هوشمند استفاده کرد، تا به محض شروع خراب شدن غذا، رنگ بسته‌بندی تغییر کرده، به مشتری هشدار می‌دهد. این سیستم به مراتب دقیق‌تر و مطمئن‌تر از فروش با تاریخ مصرف است. یکی دیگر از شرکت‌های فعال در زمینه نانوغذا، NutraLease است که روی فناوری غذاهای غنی شده تحقیق کرده و جهت افزایش ره‌ایش زیستی (Biodelivery) مواد غذایی، از نانوکپسول‌ها استفاده می‌کند. این فناوری در نوعی روغن آشپزی به کار برده شده است که از استرول‌های گیاهی به منظور کاهش جذب کلسترول و کاهش خطر بیماری‌های قلبی استفاده می‌کند. بر اساس گزارشی این فرآورده باعث کاهش حدود ۱۴ درصد از میزان

کلسترول LDL می‌شود. شرکت Oil Fresh از اجزای نانوسرامیکی در تهیه ماهی‌تابه‌های رستوران‌ها استفاده می‌کند که باعث کاهش زمان سرخ کردن و مصرف روغن می‌شود. استفاده از این فرآورده به رستوران‌ها اجازه می‌دهد که از روغن‌های گیاهی به جای روغن‌های هیدروژنه استفاده کنند و در نتیجه میزان چربی‌های ترانس کاهش یافته و غذاهای سالم‌تری به دست می‌آید. شرکت دیگری به نام Voridian از ترکیبات Impern نانو کامپوزیت‌ها در ساخت بطری‌های پلاستیکی نوشیدنی‌ها استفاده کرده است. Impern نوعی پلاستیک است که با نانوذرات خاک رس آمیخته و پلاستیک‌هایی به سختی شیشه ولی محکم‌تر را به وجود آورده است، که نسبت به شیشه شکنندگی کمتری دارند. لایه نانوذرات به گونه‌ای طراحی شده که فرار مولکول‌های دی‌اکسید کربن از نوشیدنی و نفوذ مولکول‌های اکسیژن به درون نوشیدنی جلوگیری کرده، در نتیجه باعث حفظ تازگی و افزایش زمان ماندگاری محصول می‌شود. یکی دیگر از شرکت‌های فعال در این زمینه Nanocor است. این شرکت مهم‌ترین تولیدکننده نانو کامپوزیت‌های پلاستیکی است. این پلاستیک‌ها ویژگی‌های ویژه‌ای از جمله ایجاد مانع بهتر برای جریان اکسیژن و دی‌اکسید کربن دارد، که منجر به افزایش زمان نگهداری محصولات نانو کامپوزیت پلاستیک مقاوم می‌شود. همچنین این پلاستیک‌ها از پخش بو جلوگیری کرده، مانع جذب طعم یا ویتامین‌های موجود در غذا به وسیله بسته‌بندی می‌شوند. به طور کلی طراحی مولکولی این پلاستیک‌ها به گونه‌ای است که مقاومت محصولات را در برابر آتش و ثبات ساختار آنها را در برابر حرارت بهبود می‌بخشد. به عنوان مثال این مواد در سبدهایی برای جوشاندن مواد غذایی و بسته‌بندی‌هایی برای استفاده در مایکروویو کاربرد دارد. نانو کامپوزیت‌های پلاستیکی در بسته‌بندی‌های جدید مواد غذایی نیز قابل استفاده هستند. از دیگر محصولات کلیدی، حسگرهای بویایی الکترونیکی (بینی الکترونیکی) و هم خانواده جدیدتر آنها حسگرهای چشایی الکترونیکی (زبان الکترونیکی) هستند. این وسایل از

زبان و بینی انسان تقلید می کنند با این تفاوت که نسبت به طعم‌ها و بوهای ناچیز حساسیت بیشتری دارند. بینی الکترونیکی آرایه‌ای از حسگرهای گازی در مقیاس نانو است و سطح بالای نانوذرات اجازه عبور بیشترین گاز ممکن از روی آنها را می‌دهد. این فناوری به همراه فناوری تشخیص الگویی، امکان ایجاد یک اثر انگشت دیجیتالی از هر بوی خاص را فراهم می‌کند. این محصولات در آزمایشگاه‌هایی از جمله NASA برای تشخیص مواد شیمیایی در حد ناچیز استفاده شده‌اند؛ اما در حال حاضر در صنایع غذایی جهت کنترل بهترین سطح تولید شده غذاها به کار می‌روند. این محصولات همچنین در جهت تشخیص آلاینده‌ها و تجزیه کیفی و کلی غذا مؤثر هستند. در حال حاضر بعضی شرکت‌ها نوعی زبان الکترونیکی را به کار می‌برند که شامل آرایه‌ای از حسگرهای مایع (الکترودهای پوشش داده شده با پلیمرهای هادی) به همراه فناوری تشخیص الگویی است که قادر به تشخیص طعم‌های ویژه از هم می‌باشد. از کاربردهای مهم این زبان، آزمون چشایی نوشیدنی‌ها مانند آب میوه‌ها، شیر، قهوه، آب معدنی و نوشابه‌ها و همچنین توانایی چشیدن مواد شیمیایی در حد PPT است و هزینه تولید آن در حدود ۵۰ سنت می‌باشد. یقیناً این زبان نقش حیاتی خود را در مطالعات غذایی پیدا خواهد کرد. حسگر چشایی، در بسته‌بندی گوشت قادر به تشخیص اولین نشانه‌های فساد مواد غذایی بوده و با تغییر رنگ، فساد ماده غذایی را هشدار می‌دهد. نوع دیگر فناوری حسگرها، نانوبارکدها هستند که به وسیله شرکت Nanoplex Technologies تولید شده‌اند. نانوبارکدها مدل مولکولی بارکدهای سنتی است و شامل نانوذرات فلزی می‌باشند که اثر انگشت شیمیایی قابل شناسایی و خاصی دارند و می‌توانند از طریق یک ماشین (احتمالاً یک لامپ UV یا میکروسکوپ نوری) تشخیص داده شوند. این نوع بارکدها می‌توانند برای حفاظت مارک و ارزیابی غذاهایی که در حالت عادی نمی‌شود بارکدهای سنتی را روی آنها چسبانند، استفاده شود. آنها همچنین برای تشخیص پاتوژن‌ها در غذا مانند E. coli

مورد استفاده قرار می گیرند. در حقیقت تشخیص پاتوژن‌ها از دیگر اهداف اصلی فناوری نانو در صنایع غذایی است. هانگ نیز روی نانو حسگرهای زیست‌شناسانه کار کرده است. این حسگرها قادرند مقادیر اندک پاتوژن‌ها در غذا را تشخیص دهند. همچنین امکان استفاده از آنها در مراکز نگهداری و حمل و نقل غذا به منظور کنترل دقیق در مقیاس مولکولی وجود دارد. وی همچنین روی غذاهایی که «عملکردی» نامیده می‌شوند کار کرده و نقش مواد مغذی که موجب سلامت و مانع از بیماری می‌شوند را کشف کرده است. هانگ می‌گوید: «بسیاری از غذاها به صورت ذاتی قادر به جلوگیری از بیماری‌ها هستند مثل چای سبز، هسته انگور و زنجبیل؛ اما مسئله این است که مصرف مستقیم این غذاها فایده‌ای برای بدن نداشته و بدن نیز به سختی آنها را جذب می‌کند؛ بنابراین به یک سیستم تحویل نیاز داریم که دسترسی زیستی آنها را افزایش دهد.» او به خصوص به جلوگیری از دیابت و چاقی علاقه‌مند است و این سؤال را مطرح می‌کند که چطور می‌توان از غذاهایی مانند بستنی و شکلات‌های خوش طعم استفاده کرد به صورتی که موجب چاقی نشوند؟ در جواب باید گفت استفاده از مواد فیبری و کربوهیدرات‌ها به جای چربی می‌تواند به حل این مسئله کمک کند و برای دیابت نیز باید جایگزین‌های بهتری را برای شکر پیدا کرد. اگر هانگ یا دیگران بتوانند موفق به ایجاد غذاهایی خوش طعم ولی حاوی مواد جایگزین چربی شوند و یا با به کارگیری نانوذرات مانع از جذب و ذخیره‌سازی چربی و کالری به وسیله بدن گردند، هدف نهایی را در غذا به دست آورده‌اند. هانگ می‌گوید: شرکت‌های زیادی درباره غذایی که شما را سیر کند ولی تأثیری روی وزن نداشته باشد، تحقیق می‌کنند ولی به دلیل توافق‌های محرمانه هنوز جزئیات فاش نشده است. گرچه دسترسی به این فناوری جدید آسان است، اما به دلیل گران بودن محصولات، ورود آن به بازار به این سرعت امکان‌پذیر نیست. البته این مشکلات قابل حل هستند و به زودی شاهد هجوم فرآورده‌های فناوری نانو از فرآورده‌هایی مؤثر برای ایمنی و سلامت گرفته تا غذاهای

قابل برنامه ریزی و مطابق با سلیقه افراد، به صنعت غذا خواهیم بود که نتایج شگفت آوری را در بر خواهند داشت، فقط باید امیدوار باشیم که یک ترس عمومی مانع از موج ابداع نشود همان گونه که برای غذاهای اصلاح شده ژنتیکی این اتفاق افتاد. جمع بندی: در طی سه سال گذشته، تأثیر عمیق فناوری نانو در صنایع غذایی و بسته بندی به اثبات رسیده است. اکنون بیش از ۳۰۰ فرآورده نانو غذایی در بازارهای جهانی موجود است. این موفقیت شگفت انگیز، منجر به سرمایه گذاری های هنگفتی در زمینه D&R در نانو غذا شده است. امروزه فناوری نانو یک شایعه پوچ نیست، بلکه حقیقتی لازم الاجرا در صنایع غذایی است و هر شرکتی که بخواهد در صنایع غذایی پیشگام باشد، باید کار با فناوری نانو را سریعاً شروع کند. در حال حاضر بیش از ۴۰۰ شرکت در سراسر دنیا در امر تحقیق، توسعه و تولید نانو غذاها فعالیت می کنند که در صدر آنها، ایالات متحده امریکا، ژاپن و چین قرار دارند. تا سال ۲۰۱۰، آسیا با ۵۰ درصد جمعیت دنیا، به بزرگ ترین بازار نانو غذا تبدیل می شود و چین نیز در موقعیت پیشگام قرار خواهد داشت. پیشرفت بیشتر در رمز گشایی DNA و آنالیز آن، صنایع را قادر به پیش بینی، کنترل و بهبود محصولات کشاورزی می کند. تلفیق این فناوری با فناوری دستکاری مولکولها و اتم های غذا، روش قدرتمندی را در اختیار صنایع غذایی می گذارد تا غذاهایی با قابلیت بسیار بیشتر و هزینه ای کمتر را طراحی کنند.

<http://nano.ir/paper.php?PaperCode=418>*

اطلاعات یک سیستم جامع مدیریت در بیمارستان

اطلاعاتی که باید در یک سیستم جامع اطلاعات مدیریت یک بیمارستان باید در نظر گرفت:

سیستم اطلاعات مدیریت (پذیرش و مدارک پزشکی ترخیص "صورت حساب

بیمار") الف) سیستم پذیرش *** پذیرش ***

در این سیستم کاربر می تواند اطلاعات ذیل را در کامپیوتر ثبت نماید.

۱. نام و نام خانوادگی، تاریخ تولد، جنس، نام پدر، شهر محل زندگی، وضعیت تاهل، شغل، نحوه پرداخت مخارج (آزاد، بیمه،...)، پیش پرداخت، نحوه پذیرش (بستری، سرپایی، اورژانس)، تشخیص اولیه، وضعیت بیمار در هنگام مراجعه، آدرس، تلفن، مشخصات همراه و نسبت با بیمار، پزشک معالج، بخش بستری، علت بیماری، شماره تخت

۲. امکان تصحیح کلیه اطلاعات فوق در مورد بیمار ۳. امکان پذیرش مجدد بیمارانی که سابقه پذیرش قبلی را داشته اند ۴. امکان انتقال بیمار به بخش جدید در مورد بیماران انتقالی ۵. امکان چاپ در فرمهای پذیرش 6 (paste). امکان تصحیح شماره پرونده بیمار ۷. امکان حذف پرونده بخش و تخت بیمار ۸. امکان مشاهده وضعیت کلی تختها ۹. امکان ورود اطلاعات توضیحی برای بیمار ۱۰. امکان تهیه فایل های پشتیبان از اطلاعات برنامه *** ترخیص و تعیین هزینه ***

۱. امکان محاسبه مخارج و تعیین هزینه (صورت حساب) بیمار با توجه به بیمه مربوطه و بخش مربوطه در مورد هر بیمار در این قسمت بر اساس بخش بستری، لیست هزینه های مربوط وارد می گردد و سپس بر اساس آنکه بیمار آزاد باشد یا بیمه باشد بر اساس بیمه مربوطه تعیین هزینه با زدن کلید انجام می شود.

۲. امکان اعمال و در نظر گرفتن تخفیف و یا مخارج اضافی و پرداخت علی الحساب (پیش پرداخت)

۳. در مورد بیماران انتقالی بین بخشها امکان صدور صورت حساب مخارج به تفکیک بخشها یا یکجا نیز وجود دارد.

۴. امکان تکمیل پرونده بیمار از نظر اطلاعات مربوطه نظیر بیماری اصلی، بیماری فرعی اول و دوم، درمانهای اختصاصی، جراحی اصلی، جراحی فرعی اول و دوم، نتیجه درمان و...

۵. امکان چاپ صورتحساب مخارج بیمار وجود دارد که اطلاعات آن شامل هزینه ها ، سهم بیمار، جمع کل هزینه ها، باقیمانده، مبلغ دریافتی، پیش پرداخت، هزینه همراه و مخارج ویژه، مخارج اضافی و تخفیف می باشد و صدور قبض نیز میسر است.
۶. امکان تعریف هزینه های متعلق به پزشکان از قبیل ویزیت، آنژیو و...***جستجو***۱. امکان جستجوی یک پرونده بر اساس نام و نام خانوادگی بیمار ۲. امکان جستجوی یک پرونده بر اساس شماره پرونده ۳. امکان جستجوی یک پرونده بر اساس نام پزشک معالج ۴. امکان باز نمودن مستقیم پرونده بیمار پس از جستجو ۵. امکان جستجو بر اساس بخش بیمار ۶. امکان جستجو بر اساس تاریخ بستری ۷. امکان جستجو بر اساس تاریخ ترخیص

ساختار بیمه ها

۱. امکان تعریف سازمانهای طرف قرارداد با درصد مربوطه (٪ سهم بیمار و ٪ سهم سازمان)
 ۲. امکان تعریف درصد پرداخت متفاوت در مورد هزینه های مختلف برای هر بیمه یا سازمان طرف قرارداد.
 ۳. امکان Edit اطلاعات قبلی
 ۴. امکان تعریف هزینه های مختلف برای بخشها و بیمه های مختلف
 ۵. امکان تعیین قیمت تختها برای بیمه های مختلف
- سیستم گزارش گیری
- امکان ارائه گزارشات مالی و پزشکی و آماری
- ***گزارشات آماری و پزشکی***
۱. امکان ارائه لیست بیماران پذیرفته شده در هر بخش بر اساس تاریخ
 ۲. امکان ارائه لیست بیماران بستری در هر بخش بر اساس تاریخ
 ۳. امکان ارائه لیست بیماران فوتی بر اساس تاریخ

۴. امکان ارائه لیست بیماران انتقالی بین دو بخش بر اساس تاریخ ۵. امکان ارائه لیست بیماران انتقالی از اورژانس بر اساس تاریخ ۶. امکان ارائه لیست بیماران ترخیص شده بر اساس تاریخ ۷. امکان ارائه لیست بیماران بر اساس بیماری ۸. امکان ارائه لیست بیماران بر اساس پزشک معالج ۹. امکان ارائه لیست بیماران ۱۰. امکان چاپ و نمایش تمامی موارد فوق ، یا ذخیره به شکل فایل ۱۱. امکان ارائه آمار بخشها ۱۲. امکان ارائه آمار تخت در بیمارستان ۱۳. امکان ارائه آمار ماهانه به طور کلی

*** گزارشات مالی *** ۱. امکان ارائه لیست صورتحساب سازمانهای بیمه و طرف قرارداد ۲. امکان ارائه لیست صورتحساب بیماران بر اساس بخش بستری ۳. امکان ارائه لیست صورتحساب جهت سازمان بیمه مربوطه ۴. امکان ارائه گزارش لیست اسامی بیماران هر بیمه بر اساس بخش ۵. امکان گزارش مقایسه ای بیمه های مختلف در بخشهای مختلف بر اساس تاریخ ۶. امکان گزارش موارد تسویه تسویه نهایی

/http://managment86.blogfa.com

آشنایی با رشته مدیریت خدمات بهداشتی – درمانی

در کشور ما متوسط زمان پذیرش بیمار تا تعیین تکلیف نهایی ۲۱۹ دقیقه است؛ یعنی از زمان پذیرش بیمار در بخش اورژانس تا تعیین تکلیف نهایی او به طور متوسط سه ساعت و نیم طول میکشد، زمانی که موجب صدمات جسمی، روحی و خسارات مالی غیر جبرانی میگردد. بیشک یکی از مهمترین دلایل بروز این مشکل و سایر مشکلات موجود در بیمارستانها، نبود مدیریت قوی و توانمند است. مدیریتی که بتواند با تکیه بر دانش و تجربه لازم از امکانات موجود، بهترین بهره وری را داشته باشد و رضایت کارکنان و بیماران را تأمین کرده و بهترین خدمات را در کمترین زمان ارائه دهد امروزه چنین مدیریتی نیاز به دانش تخصصی دارد. دانشی که در کشور ما در رشته

مدیریت خدمات بهداشتی - درمانی آموزش داده میشود. در حقیقت از طراحی ساختمان تا برنامه ریزی برای ایجاد، اداره، توسعه و احتمالاً تعطیل یک بیمارستان نیازمند بهره گیری از اندیشه متخصصان رشته مدیریت خدمات بهداشتی - درمانی است. افرادی که علاوه بر دانش مدیریت در زمینه داروشناسی، مدیریت اختصاصی واحدهای مختلف بیمارستانی، استانداردهای بیمارستانی، کاربرد کامپیوتر در مدیریت بیمارستان، روابط درون بخشی و برون بخشی بیمارستان، سازمان و مدیریت بهداشت و درمان در ایران، ارزیابی مراقبتهای بهداشتی و درمانی، برنامه ریزی و مدیریت استراتژیک در نظام بهداشتی و درمانی و نظام بهداشتی و درمانی تطبیقی اطلاعات لازم را دارند همچنین کلیاتی درباره داروسازی، پرستاری، پزشکی و بهداشت بیمارستان میخوانند. رشته مدیریت خدمات بهداشتی - درمانی با بررسی دروس مدیریت و تطبیق آن با دروس بهداشتی؛ نحوه اداره امور شاخه ها یا زیرمجموعه های مختلف نظام بهداشت و درمان را تعیین میکند؛ یعنی نحوه اداره شبکه های مختلف نظام بهداشت و درمان از خانههای بهداشت گرفته تا مراکز بهداشتی - درمانی روستایی و شهری، بیمارستانهای عمومی و تخصصی وابسته به مرکز بهداشتی - درمانی شهری، درمانگاهها، دانشگاههای علوم پزشکی و بیمارستانهای تخصصی و آموزشی وابسته به آنها و حتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، به دانشآموختگان این رشته در سه مقطع کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکترا آموزش داده میشود. تواناییهای لازم: فارغ التحصیل رشته مدیریت خدمات بهداشتی - درمانی به عنوان مدیر بخش بهداشت و درمان عمدتاً با بیماران؛ یعنی با ضعیفترین، مظلومترین، نیازمندترین، حساسترین و ناشکیباترین انسانها روبرو است. و از سوی دیگر با استرس، اضطراب، کمبودها، نواقص، نارضایتی ها و برخوردهای متنوع سروکار دارد؛ بنابراین باید از پختگی، تحمل و شکیبایی برخوردار باشد. همچنین لازم است که از نظر جسمی و روحی قوی بوده و در تصمیمگیری قاطع باشد. در ضمن دانشجوی این رشته باید به دروس علوم تجربی

مثل فیزیک، شیمی، ریاضی، زیستشناسی و همچنین زبان انگلیسی مسلط باشد. موقعیت شغلی در ایران: امروزه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به اهمیت رشته مدیریت خدمات بهداشتی - درمانی و نیاز جامعه به فارغ التحصیلان آن پی برده است و به همین دلیل به رغم آن که در تعدادی از رشته های علوم پزشکی مانند پزشکی، پرستاری و مامایی با تعداد قابل توجهی فارغ التحصیل مازاد نیاز روبرو هستیم؛ در کل ساختار مدیریتی نظام بهداشت و درمان کشور، از وزارتخانه گرفته تا دانشگاههای علوم پزشکی، شبکه های بهداشتی - درمانی و بیمارستانها به فارغ التحصیلان این رشته در هر سه مقطع لیسانس، فوق لیسانس و دکترا نیاز داریم. همچنین فارغالتحصیل این رشته میتواند در هلال احمر، سازمان تأمین اجتماعی و سازمان بیمه خدمات درمانی فعالیت نماید.

قانون مدیریت پسماند

یپهشت ۱۳۸۸ ، ۱۶:۵۵

قانون مدیریت پسماند ۲- پردازش : کلیه فرایندهای مکانیکی ، شیمیایی ، بیولوژیکی که منجر به تسهیل در عملیات دفع گردد .د- منظور از آلودگی همان تعریف مقرر در ماده (۹) قانون حفاظت و بهسازی محیط زیست _ مصوب ۱۳۵۳/۳/۲۸ _ است .تبصره ۱- پسماندهای پزشکی و نیز بخشی از پسماندهای عادی ، صنعتی و کشاورزی که نیاز به مدیریت خاص دارند ، جزو پسماندهای ویژه محسوب می شوند .تبصره ۲- فهرست پسماندهای ویژه از طرف سازمان، با همکاری دستگاه های ذیربط تعیین و به تصویب شورای عالی حفاظت محیط زیست خواهد رسید .تبصره ۳- پسماندهای ویژه پرتوزا تابع قوانین و مقررات مربوط به خود می باشند .تبصره ۴- لجن های حاصل از تصفیه فاضلاب های شهری و تخلیه چاه های جذبی فاضلاب خانگی در صورتی که خشک یا کم رطوبت باشند در دسته پسماندهای عادی قرار خواهند گرفت

ماده ۳ موسسه استاندارد و تحقیقات صنعتی ایران موظف است با همکاری وزارت بهداشت - درمان و آموزش پزشکی و سایر دستگاههای حسب مورد، استاندارد کیفیت و بهداشت محصولات و مواد بازیافتی و استفاده های مجاز آنها را تهیه نماید ماده ۴ دستگاه های اجرایی ذیربط موظفند جهت بازیافت و دفع پسماندها تدابیر لازم را به ترتیبی که در آیین نامه های اجرایی این قانون مشخص خواهد شد، اتخاذ نمایند. آیین نامه اجرایی مذکور می بایستی دربرگیرنده موارد زیر نیز باشد: ۱- مقررات تنظیم شده موجب گردد تا تولید و مصرف، پسماند کمتری ایجاد نماید. ۲- تسهیلات لازم برای تولید و مصرف کالاهایی که بازیافت آنها سهل تر است، فراهم شود و تولید و واردات محصولاتی که دفع و بازیافت پسماند آنها مشکل تر است، محدود شود. ۳- تدابیری اتخاذ شود که استفاده از مواد اولیه بازیافتی در تولید گسترش یابد. ۴- مسئولیت تامین و پرداخت بخشی از هزینه های بازیافت بر عهده تولید کنندگان محصولات قرار گیرد. ماده ۵ مدیریت های اجرایی پسماندها موظفند بر اساس معیارها و ضوابط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ترتیبی اتخاذ نمایند تا سلامت، بهداشت و ایمنی عوامل اجرایی تحت نظارت آنها تامین و تضمین شود.

* <http://eshiraz.ir/bazyaft/fa/ghanon,50003>

سلامت دیجیتال

وحید نقشینه

در این مقاله سلامت الکترونیک شرح داده می شود. تعریف سلامت الکترونیک، تاریخچه سلامت دیجیتال، حوزه های سلامت دیجیتال، و زیرساخت های e-Health مباحث این مقاله را تشکیل می دهند. ۱- مقدمه سلامت الکترونیک (e-Health) یک زمینه نوظهور از برخورد انفورماتیک، پزشکی، بهداشت عمومی و تجارت است که از طریق شبکه جهانی وب (world wide web) و تکنولوژی های مرتبط با آن ارتقا و

تکامل می یابد. سلامت الکترونیک را نه تنها به عنوان یک توسعه فنی بلکه به عنوان حالتی روحی، طرز تفکر و یک حرکت عمومی جهانی می توان توصیف کرد. برای توصیف واژه سلامت الکترونیک باید از فناوری اطلاعات و ارتباطات (Information Communication Technology) در بخش سلامت بهره برد. اطلاعات دیجیتالی در بخش سلامت و بهداشت برای مقاصد بالینی و آموزشی و مدیریتی از طریق الکترونیک، انتقال ذخیره و بازیابی می شود. ۲- تعریف سلامت الکترونیک سلامت الکترونیک یک زمینه جدید و روبه رشد از تلاقی اطلاع رسانی پزشکی - سلامت عمومی و مبادلات تجاری است که به خدمات و اطلاعات سلامت ارائه شده و یا تقویت شده از طریق اینترنت و فناوری های وابسته اطلاق می گردد. در مفهومی وسیع تر این واژه نه تنها به توسعه فناوری اشاره می کند بلکه زمینه ای جامع برای ارتقای محلی - منطقه ای و بین المللی مراقبت بهداشتی با استفاده از فناوری اطلاعات و ارتباطات است. ۳- تاریخچه سلامت دیجیتال واژه e-Health ابتدا در دهه ۹۰ میلادی کلمه ای عمومی بود و به تمام مسائل مشترک میان کامپیوتر و پزشکی اطلاق می شد. این کلمه در ابتدا بیشتر به وسیله بخش صنعت و تجارت مورد استفاده واقع می شد و کاربرد علمی آن بسیار کم بود. در آن زمان تمام خدماتی که اینترنت برای سلامت جامعه می توانست ارائه دهد در این حوزه قرار می گرفت. به عنوان مثال شرکت Intel از e-Health به عنوان تلاشی مشترک از سوی مسئولان بهداشت جهانی و فناوری یاد می کند، اما با گسترش نفوذ اینترنت در جوامع و افزایش گرایش کاربران به استفاده از اینترنت، سلامت دیجیتال نیز دچار تحولی عظیم شد و از کاربردی عمومی خارج شده و تبدیل به یک زیرشاخه از بهداشت عمومی شد. پس از آن کاربران و متخصصان فراوانی به استفاده از e-Health روی آوردند و سلامت الکترونیک به واژه ای علمی و آکادمیک تبدیل شد اما در ابتدا گروهی از دانشمندان و متخصصین با ورود این واژه به لغات علمی و دانشگاهی مخالف بودند و آن را واژه

ای صرفاً تجاری می دانستند اما بر اثر توسعه دامنه کاربرد مجوز ورود صادر شد به گونه ای که امروزه در بانک اطلاعات پزشکی دنیا (medline) صدها مقاله علمی مرتبط با حوزه سلامت الکترونیکی می توان یافت. ۴- حوزه های سلامت دیجیتال فواید فراوانی از سلامت الکترونیکی می توان به دست آورد اما باید این نکته را نیز در نظر داشت که توسعه و گسترش خدمات بهداشتی و درمانی بدون استفاده از رایانه و تکنولوژی های مرتبط عملیاتی نخواهد بود. لذا برای تبیین بیشتر این کاربرد در ۱۰ حوزه به شرح زیر قابل تفسیر است: ۴-۱- توانمندسازی به دلیل در دسترس قرار گرفتن اطلاعات و دانش پایه و مورد نیاز پزشکی و بهداشتی از سوی شبکه های اطلاعاتی برای همگان، راه های جدیدی به سوی درمان بیمار محور در جامعه اطلاعاتی ایجاد می شود. مردم جوامعی که اطلاعات صحیح و کافی را نسبت به مراقبت از سلامت خود دارند، کمتر دچار بیماری شده و در صورت ابتلا به بیماری نیز می دانند که در چه زمانی به چه متخصصی رجوع کنند. بدین ترتیب از مراجعه های مکرر آن ها به مراکز غیرمرتبط جلوگیری به عمل آمده و در نتیجه شاهد ترافیک های بیهوده در محیط های بهداشتی نخواهیم بود، افزون بر این افراد بیمار می توانند آموزش های مورد نیاز خود را در مورد برخورد با بیماری و عوارض آن از طریق شبکه های اطلاع رسانی دریافت کنند. ۴-۲- امکان تبادل اطلاعات میان مؤسسات بهداشتی در این حوزه از سلامت دیجیتال امکان تبادل اطلاعات و اسناد پزشکی میان مؤسسات بهداشتی و درمانی فراهم خواهد شد به نحوی که همواره از آخرین تغییرات دارویی، نسخه های درمانی، آموزش های پرستاری و مراقبتی و دیگر اطلاعات مورد نیاز آگاه شوند، بانک های اطلاعاتی (Data Base) این مؤسسات همواره به روز بوده و از آخرین تجربیات همکاران خود در هر گوشه از جهان می توانند استفاده کنند. ۴-۳- اصول اخلاقی سلامت الکترونیکی الگوهای نوین ارتباطی میان پزشک و بیمار؛ پزشک و پزشک را ایجاد خواهد کرد و چالش ها، تهدیدها، تحولات و نیز فرصت های جدیدی از جنبه اخلاق را به وجود می آورد. از

جمله این چالش‌ها بحث اخلاق پزشکی در درمان‌های online، محرمانه ماندن اطلاعات بیماران، محرمانه نگه داشتن مهارت‌های تخصصی پزشکان و نیز رضایت پزشک و بیمار در درمان است. ۴-۴- کارآیی خصوصیتی همچون حافظه، سرعت در پردازش و تحلیل و توانایی انجام حجم زیادی از عملیات موجب خواهد شد که مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی با استفاده از رایانه بتواند پیشرفت‌های قابل ملاحظه‌ای در راه توسعه و پیشرفت بردارد. برای تصمیم‌گیری در عرصه ارائه خدمات سلامت اصل نخست جمع‌آوری اطلاعات مناسب است. در زمان‌های گذشته در اثر یک مورد بیماری جدید زمان زیادی را به خود اختصاص می‌داد، اما امروزه به عنوان اقدامی فوری در بخش سلامت دیجیتال، قابل انجام است. ۴-۵- آموزش online یکی از حوزه‌های سلامت الکترونیکی که ارتباط بسیار نزدیک و تنگاتنگی نیز با آموزش الکترونیکی e-learning دارد حوزه آموزش online سلامت است. در این بخش از سلامت دیجیتال متون آموزش پزشکی، آموزش سلامت، اطلاعات بهداشتی و درمانی و نیز اطلاعات پیشگیری از وقوع بیماری‌ها به صورت online و به شکل متن، صدا، تصویر و فیلم بر روی شبکه جهانی وب (world wide web) قرار می‌گیرد تا همه کاربران به آن دسترسی داشته باشند. همچنین جدیدترین مسائل و یافته‌های پزشکی دنیا نیز بر روی شبکه جهانی قرار می‌گیرد تا پزشکان و متخصصان با مراجعه به آن اطلاعات پزشکی و درمانی خود را به روز نگاه دارند. ۴-۶- ارتباطی جدید سلامت دیجیتال نوعی ارتباط جدید میان بیمار و پزشک برقرار خواهد کرد. ارتباطی تمام وقت و ۲۴ ساعته که این ارتباط در روزهای غیرکاری و تعطیل نیز قابل انجام است. بیمار از طریق آدرس اینترنتی که پزشک معالجش در اختیار او قرار داده، می‌تواند آخرین اطلاعات را درباره بیماری خود به دست آورده و با آخرین و جدیدترین درمان‌ها آشنا شود. افزون بر این می‌تواند علایم و نشانه‌های جدید را که خود می‌بیند و دردهایی را که در بدن خود احساس می‌کند به صورت online در اختیار پزشک

معالجات خود قرار دهد و پزشک نیز راهنمایی‌های خود را به صورت online انجام دهد، بدون این که نیاز به حضور فیزیکی هر یک از دو طرف در مطب و یا بیمارستان باشد. همچنین در صورت حاد شدن مشکل مریض می‌تواند با ارسال درخواستی برای پزشک معالج خود، تقاضای حضور فیزیکی ایشان را در منزل و یا محل کار خود بنماید. این نوع از ارتباط که شکل جدیدی از ارتباط میان پزشک و بیمار است به نوعی مشارکت تبدیل شده و منجر به اتخاذ تصمیمات مشترک نیز خواهد شد که این امر در بیماری‌های جدید موجب افزایش سطح علمی پزشک و معالجه زودتر بیمار خواهد شد. ۴-۷- گستره جغرافیایی توسعه گستره مراقبت‌های بهداشتی به فراتر از مرزهای جغرافیایی در مقوله سلامت الکترونیکی بیماران مفهوم جدیدی است از پزشکان بی‌مرز. در حوزه e-Health مراقبت‌های درمانی به فراتر از مرزهای قراردادی بشری، پزشکان را قادر می‌سازد تا به آسانی مراقبت‌های پزشکی خود را به صورت online از طریق اینترنت پیگیری نمایند و نیز دسترسی بیماران را به دلیل نبود حضور فیزیکی پزشک معالج، محدود نخواهد کرد. همچنین پزشکان قادر خواهند بود تا با حضور مجازی در کشورهای عقب مانده به مشکلات بیماران این کشورها رسیدگی کنند. بدون آن که حضور فیزیکی خود را در کشورشان از دست بدهند. این امر منجر به افزایش سطح جهانی سلامت بهداشتی خواهد شد. ۴-۸- افزایش کیفیت خدمات سلامت به دلیل ثبت و نگهداری اطلاعات پزشکان و مراکز بهداشتی در حافظه رایانه‌ها، مقایسه میان ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی درمانی راحت‌تر خواهد بود. زمانی که این مقایسه صورت می‌گیرد مشتریان به سوی مراکزی که خدمات با کیفیت‌تری ارائه می‌دهند، هدایت خواهند شد و این امر سبب ازدحام جمعیت در مراکز بهداشتی و لزوم نوبت دهی برای مراجعه، اعلام نتایج آزمایشگاهی و امکان بحث و بررسی راه‌های درمانی از طریق اینترنت را فراهم می‌آورد و به دلیل استقبال مردم از مراکز درمانی با کیفیت‌تر، دیگر مراکز نیز به سمت تعالی پیش خواهند رفت.

۴-۹- مبتنی بر مدارک بودن معالجات در محیط e-Health باید براساس مستندات صورت بگیرد به این معنی که اگر برای بیمار روش درمانی خاصی پیشنهاد شود این روش باید با یافته های علمی روز مطابقت داشته باشد همچنین پیش بینی یک روش درمانی نیز براساس آخرین اطلاعات و دانش پزشکی روز میسر خواهد شد. البته در این حوزه نیاز به کار زیادی وجود دارد تا بسترهای علمی آن فراهم شود. ۴-۱۰- افزایش دسترسی به خدمات تأمین عدالت استفاده از خدمات e-Health سبب خواهد شد که افراد خدمات سرویس های بهداشتی درمانی مورد نیاز خود را از ارائه دهندگان آن در هر نقطه از جهان دریافت کنند. این خدمات می تواند شامل مشاوره های ساده و ابتدایی تا معالجات پیچیده تری در بیماری های مزمن باشد. به این ترتیب فردی که تاکنون تنها امکان استفاده از خدمات بهداشتی را تنها در شهر خود داشته است اکنون توانایی استفاده از این خدمات را در هر کجای دنیا دارد و دسترسی استفاده کنندگان به مراکز بهداشتی راحت تر شده و بدین ترتیب امکان برقراری عدالت فراهم خواهد شد.

۵- زیرساخت های e-Health بحث سلامت الکترونیک رابطه نزدیکی با زیرساخت های دیجیتالی هر کشوری و نیز فرهنگ دیجیتالی آن کشور دارد. برای برقراری نظام سلامت دیجیتالی هر کشوری زیرساخت های مخابراتی و اینترنتی آن کشور نقش تعیین کننده ای دارد. درصد کاربران از اینترنت، میزان نفوذ فیزیکی اینترنت در کشور، سایت های ارائه دهنده اطلاعات پزشکی و درمانی، سرویس دهندگان اینترنت و غیره از عوامل مهم در توسعه سلامت الکترونیک هستند. همچنین نقش وزارتخانه ها و سازمان های درگیر در حوزه سلامت الکترونیک مانند وزارت فناوری اطلاعات و ارتباطات (ICT) و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دیگر سازمان های مرتبط بسیار مهم خواهد بود. منبع: روزنامه ایران، یکشنبه ۲۳ اردیبهشت ۱۳۸۶، سال سیزدهم، شماره ۳۶۳۶، صفحه ۱۶. کلیدواژه: سلامت الکترونیک؛ e-Health؛ سلامت دیجیتال

اصول مدیریت اثربخش بیمارستان

مدیر بیمارستان مجبور است با کارکنانی که در سازمان حضور دارند، کار کند. بنابراین باید آنها، انگیزه‌ها و آرزوهایشان را بشناسد و آنها را به صورت یک گروه مرتبط سازماندهی نماید. کارکنان سازمان چه کسانی می‌باشند؟، خواسته‌های آنها چیست آیا خواسته‌های آنها برآورده شده است اگر برآورده نشده است به چه علت‌هایی بوده است آیا کارکنان برای انجام درست وظایفشان سازماندهی شده‌اند؟

مدیریت اثربخش برای اداره موثر بیمارستان به اصول زیر نیاز دارد: ۱- درک موقعیت الف - اهداف سازمان برای چه تأسیس شده است؟ اهداف کدامند؟ آیا اهداف تغییر یافته‌اند؟ چرا اهداف تغییر یافته‌اند؟ آیا سازمان به اهداف دست یافته است اگر دست نیافته است به چه علت‌هایی بوده است آیا می‌توان به اهداف دست یافت احتیاجات و نیازمندی‌ها کدامند؟ اولویتها کدامند؟ آیا همه کسانی که در بیمارستان کار می‌کنند، از اهداف اطلاع دارند؟ ب - کارکنان مدیر بیمارستان مجبور است با کارکنانی که در سازمان حضور دارند، کار کند. بنابراین باید آنها، انگیزه‌ها و آرزوهایشان را بشناسد و آنها را به صورت یک گروه مرتبط سازماندهی نماید. کارکنان سازمان چه کسانی می‌باشند؟، خواسته‌های آنها چیست آیا خواسته‌های آنها برآورده شده است اگر برآورده نشده است به چه علت‌هایی بوده است آیا کارکنان برای انجام درست وظایفشان سازماندهی شده‌اند؟ ج - خدمات هر بیمارستانی از طریق منابع سازمانی به بیماران خدمات ارائه می‌دهد. بیشترین نیاز چیست بیشترین تقاضا چیست بیشترین امکانات چیست چگونه می‌توان نیازها، خواهش‌ها و تقاضاها را برآورده ساخت چگونه می‌توان خدمات بیمارستانی را بهبود بخشید؟ ۲- هماهنگی و یکپارچگی هیچ کدام از بخش‌های بیمارستان مستقل از سایر بخش‌ها نمی‌باشد، بلکه در ارتباط با یکدیگر هستند. مدیر به هنگام اعمال تغییر در سازمان باید از خود پرسد که آیا این تغییر و

تحول منجر به توسعه و بهبود کل بیمارستان می‌گردد یا خیر؟ چه کسانی از این تغییر و تحول زیان یا منفعت می‌برند؟ علاوه بر این وجود هماهنگی بین بیمارستان و سایر مؤسسات خدمات بهداشتی و درمانی نیز ضروری است با توجه به نوع بیمارستان مدیر بیمارستان قادر به پذیرش همه بیماران نمی‌باشد، بلکه باید تعدادی از آنها را به مراکز و مؤسسات درمانی دیگر ارجاع دهد و بالعکس سطح بندی مراقبت‌های بهداشتی و درمانی منجر به افزایش درصد اشغال تخت خواهد شد. ۳- رهبری یک رهبر خوب باید دارای ویژگی‌های زیر باشد: الف - صداقت کارکنان وقتی از مدیر خود صداقت ببینند، در کارهای خودشان نیز صداقت خواهند داشت ب - اعتماد به نفس اگر مدیر به خودش ایمان داشته باشد، برای رسیدن به اهداف بیشتر تلاش می‌کند. ج - ابتکار: مدیر باید خود خلاق فرصت‌ها باشد. هیچگاه نباید منتظر باشد تا دیگران کارهای بزرگ را برای وی انجام دهند. د - جدیت مدیر برای هر کاری که می‌خواهد انجام دهد باید جدیت به خرج دهد. علاوه بر این باید بتواند اهداف شخصی کارکنان را به اهداف سازمانی تبدیل کند. ه - همکاری مدیر مجبور است با افرادی کار کند که تجارب و آگاهی‌های مختلفی دارند. بنابراین باید بتواند اهداف شخصی کارکنان را به اهداف سازمانی تبدیل کند. و - تصمیم‌گیری با توجه به اختیاراتی که به مدیر داده شده است او باید تصمیم بگیرد، مشکلات را مشخص، راه‌حلها را تعیین و بهترین راه حل را با توجه به موقعیت فعلی انتخاب کند. ز- دور ریختن ترس مدیر به هنگام بوجود آوردن تغییر و تحول در سازمان باید آمادۀ رویارویی با خطرات و مشکلات باشد. به خصوص با وجود سازمان‌های غیر رسمی که همواره در مقابل تغییر و تحولات از خود مقاومت نشان می‌دهند، این مورد تشدیدتر می‌شود. مدیر نباید از شکست و انتقاد بترسد. شکست مقدمه‌ای برای پیروزی است شکست زمینه را برای پیروزی فراهم می‌سازد. پیروزی در دامان شکست پرورش می‌یابد. ح - انتخاب هدف مدیر باید در مورد آنچه که می‌خواهد انجام شود، تصمیم بگیرد و اهداف را

مشخص کند. ۴- تشکیل گروه‌تنها تلاشهای گروهی می‌تواند نتایج مطلوبی به همراه داشته باشد. مدیر باید هیأت مدیره همکاران و زیردستان خود را به طور کامل بشناسد. کارکنان را به مشارکت در فرایند برنامه ریزی و به عهده گرفتن مسئولیت‌ها تشویق نماید. نیازمندی‌های کارکنان را بشناسد و نسبت به رفتارهای روزانه آنها بی‌تفاوت نباشد. ۵- اطلاعات مهارتها و تجارب مدیر باید دارای اطلاعات کافی در زمینه مدیریت بیمارستان باشد. قوانین و مقرراتی وجود دارد که باید نسبت به آنها آگاهی به‌دست آورد و مهارت‌های خود را در زمینه مدیریت توسعه دهد. نیازی نیست که مدیر در مورد هر چیزی اطلاعات داشته باشد و مجبور هم نیست که اطلاعات دقیقی از همه چیز داشته باشد، ولی باید دارای یک سری اطلاعات ضروری و کاربردی باشد. به عنوان مثال در مورد تجهیزات بیمارستانی باید اطلاعاتی داشته باشد که بتواند به این سؤالات پاسخ دهد؛ از این دستگاه چه انتظاراتی داریم آیا دستگاه می‌تواند انتظارات ما را برآورده سازد؟ این دستگاه به چه تعداد بیمار خدمات می‌دهد؟ در صورت بروز عیب و مشکل باچه کسی باید برای رفع عیب دستگاه تماس گرفت ۶- خلاقیت و نوآوری برای توسعه و بهبود هر بیمارستان خلاقیت و نوآوری ضروری است مدیر باید خلاق و نوآور باشد؛ زیرا با شرایط جدید، فرصت‌های جدید، خطرات و تهدیدهای جدید مواجه خواهد شد. برای مقابله با این موارد باید کارهایی انجام دهد که قبلاً انجام نمی‌شد. توانایی بیمارستان در ترویج نوآوری و خلاقیت اغلب موفقیت آن را به دنبال دارد. همه انسانها دارای خلاقیت و نوآوری می‌باشند منتها با اندکی کم‌وزیاد. انسانها همواره سعی در مقاومت در مقابل پدیده‌های ناشناخته دارند و از ایجاد تغییرات به علت عوارضی که ممکن است در برداشته باشد، می‌ترسند.

<http://hcpm.blogfa.com/cat-13.aspx>*

چالش‌هایی برای مدیریت بیمارستان

پس از پایان یافتن جنگ جهانی دوم شاهد رشد چشمگیری در علم و تکنولوژی بوده ایم علوم و تکنولوژی منابع سرشاری را به ما عرضه می‌دارند، تا در حل مشکلات خود از آنها بهره گیریم و در عین حال خود موجد مسائل تازه‌ای هستیم، که واقعیتی از عصر حاضر است

این پدیده‌ای را که مورخان آینده از آن به عنوان ویژگی برجسته دوره ما یاد خواهند کرد، امروزه تعالی علمی ما را از دنیای بعد از جنگ جهانی دوم به طور محسوسی جدا ساخته است مدیریت و چالش‌های وابسته به آن نیز در این راستا به عنوان یک سلسله مسائل انسانی و فنی دستخوش تغییر و تحول شده است اقتصاد افزایش فزاینده هزینه‌های بیمارستانی نیازمند توجهات اساسی مدیران و مشاوران مالی آنها در زمینه کارایی بیمارستان‌ها می‌باشد. عدم کارایی بیمارستان‌ها می‌تواند منتج از علل زیر باشد: ۱- استفاده نامناسب از درمانهای مؤثر ۲- استفاده از درمانهای نامناسب ۳- استفاده نامناسب از تجهیزات بهداشتی درمانی ۴- مدت اقامت نادرست بیماران در سازمان‌های بهداشتی درمانی تکنولوژی تکنولوژی جدید منجر به کارایی و اثربخشی بیمارستان‌ها گردیده است به دلایل متعددی تکنولوژی پیشرفته مورد توجه بیمارستان‌ها می‌باشد:

۱- تکنولوژی حامی علم پزشکی است تکنولوژی علم پزشکی را به عمل تبدیل می‌کند. ۲- استفاده از تکنولوژی جدید موجب افزایش سرعت کار و کاهش بی‌دقتی و سهل‌انگاری می‌شود. ۳- جامعه استفاده از تکنولوژی را پذیرفته است بسیاری از مردم دستگاه سنگ شکن را به جراحی باز ترجیح می‌دهند. ۴- تکنولوژی جدید آموزش پزشکی را ساده و سریع می‌نماید. ۵- تکنولوژی جدید موجب کاهش هزینه‌های بیمارستانی خواهد شد. شاهره‌های اطلاعاتی

مدیران مسئول تجزیه و تحلیل بسیاری از چالش‌های سازمانی اتخاذ استراتژی‌ها برنامه‌های عملیاتی و حل مشکلات سازمانی می‌باشند. سیستم‌های اطلاعاتی یکی از ابزارهای مدیران در دسترسی به اطلاعات مورد نیاز برای حل مشکلات و انجام

مسئولیت‌های فوق می‌باشد. سیستم‌های اطلاعاتی در سازمانها ریشه دوانده‌اند و محصول و برآیند ساختار سازمانی فرهنگ سیاست‌ها، جریان کار و فرایندهای عملیاتی استاندارد می‌باشند. آنها ابزارهایی برای تغییر تحولات سازمانی هستند. پیشرفت در سیستم‌های اطلاعاتی در حال تسریع روندها به سمت جهانی شدن اقتصاد مبتنی بر دانش و ایجاد سازمانهای غیر متمرکز، انعطاف‌پذیر و یکنواخت می‌باشند. فناوری سیستم‌های اطلاعاتی دیگر به رایانه‌ها محدود نمی‌شوند، بلکه شامل مجموعه‌ای از فناوری‌ها می‌باشند که سبب می‌شوند رایانه‌ها برای مبادله اطلاعات از طریق شبکه و از فاصله‌های بسیار دور و خارج از مرزهای سازمانی به هم متصل گردند. شاهره‌های اطلاعاتی شبکه ارتباطات راه دور با سرعت بالا و در سطح ملی یا بین‌المللی است که عموم مردم به آن دسترسی دارند و به سازمان خاصی محدود نیست فمینیسم مسأله فمینیسم در بهداشت و درمان از دو دیدگاه باید مورد توجه مدیران قرار گیرد: اول کارکنان زن شاغل در بیمارستان و دوم مسائل و مشکلات مرتبط با بیماران زن در جوامع گذشته زنان نقش اساسی را در مراقبتهای بیمارستانی به‌عهده داشته‌اند. به موازات رشد جوامع این نقش بیشتر به سمت مردها متمایل گشته است به نحوی که برخی از مردم تصور می‌کنند که حرفه پزشکی مختص مردها می‌باشد و زنها باید خدمات کمکی را ارائه دهند. در اوایل قرن نوزدهم بین پزشکان و قابله‌ها (ماماهای سنتی) بر سر کنترل تولد نوزادان اختلاف زیادی بود. در اواخر قرن نوزدهم با جنبش‌های پرستاری زنان توانستند تا اندازه‌ای قابلیت‌های خود را در حرفه پزشکی نشان دهند. با این وجود هنوز تصور مرد سالاری در حرفه پزشکی وجود دارد. به عنوان مثال در انگلستان که شعار آزادی و تساوی حقوق زن و مرد را سر می‌دهد، در سال ۱۹۹۵ میلادی زنها تنها حدود یک‌دهم مشاغل مدیریت ارشد NHS را به‌عهده داشته‌اند. در حرفه پزشکی بیشتر مرد سالاری و در حرفه پرستاری بیشتر زن سالاری حکمفرماست در سایر تخصصهای بهداشتی و درمانی نیز مردها نقش بیشتری دارند. در سال ۱۹۰۰ میلادی در ایالات متحده حدود ۱۹

درصد زنان در بیرون از خانه کار می کردند که ۴/۴ درصد آنها پست مدیریتی داشتند. این رقم در سال ۱۹۵۰ میلادی به ۳۳/۶ درصد و ۱۳/۶ درصد با پست مدیریتی رسید. در سال ۱۹۹۰ میلادی زنان ۴۵/۶ درصد نیروی کار ایالات متحده را تشکیل می دادند. با این وجود، زنان بیشتر پست های مدیریت عملیاتی و مدیریت میانی را به عهده دارند و تنها ۵ درصد آنها پست مدیریت عالی را به عهده دارند (۱۹۹۰ میلادی). با این حال عضویت زنان در عرصه مدیریت منجر به ایجاد مفاهیم جدیدی در این تخصص شده است. مرد سالاری بودن حرفه پزشکی موجب عدم درک نیازهای بهداشتی و درمانی زنان شده است. زنان در تشریح بیماری های خود به خصوص بیماری های تناسلی برای پزشکان مرد اغلب با مشکل مواجه می شوند. بسیاری از زنان پس از درمان نیز با فشارهای روانی روبرو می گردند. به عنوان مثال برداشتن پستانها طی عمل جراحی توسط جراحان مرد نه تنها بعدها اثرات روانی بر بیشتر بیماران داشته بلکه موجب به وجود آمدن شکایاتی مبنی بر عدم ارائه تسهیلات مشاوره ای و توضیحات کامل قبل از عمل جراحی شده است. بیماری های پزشکی زایمانی های پزشکی شامل بیماری هایی است، که توسط حرفه پزشکی (تشخیصی و درمانی) به وجود می آیند. برای بیماری های پزشکی زایمانی سه بعد بالینی اجتماعی و فرهنگی در نظر گرفت. بیماری های بالینی پزشکی زایمانی دسته از بیماری ها می باشند که به خاطر تشخیص و درمان توسط پزشکان یا متخصصان پزشکی به وجود آمده اند. بیماری های پزشکی زایمانی شامل اشتباهات تشخیصی حوادث حین درمان و اثرات جانبی درمان می باشد. مدارک زیادی در اثبات این حقیقت وجود دارد. گزارش کمیته رسیدگی محرمانه به مرگهای عمل جراحی انگلستان در سال ۱۹۸۷ میلادی بیانگر این واقعیت بود که میزان مرگ و میرهای جراحی ۰/۷ درصد بوده است که یک پنجم این مرگ و میرها قابل جلوگیری بودند. مداخلات جراحی بطور غیر مستقیم مسؤل ۳۰ درصد و بطور مستقیم مسؤل ۷ درصد مرگ و میرهای جراحی بوده است. کمیته مرگ و میر دلایل این مرگ

و میرها را اعمال جراحی نامناسب مراقبت نادرست قبل از عمل و در بعضی از موارد انجام عمل توسط پزشکان کم تجربه بیان نموده است علاوه بر این ۲ درصد مرگ و میرها به خاطر مشکلات مربوط به بیهوشی بوده است خصص پزشکی به حرفه‌های پزشکی این قدرت را داده است که در مورد بیماری دیگران قضاوت نمایند. به محض اینکه شرایط و وضعیت افراد تحت عنوان بیماری تعریف شد، آنها تحت قضاوت و کنترل حرفه پزشکی قرار می‌گیرند. بیماری‌های پزشک زای اجتماعی نوعی از سلطه‌گری پزشکی است که در آن پزشکان بیماری را همیشه در جنبه‌های زندگی فرد تعریف می‌کنند. بدین ترتیب که از فعالیت‌های اثربخش حل مشکلات جامعه و افراد دور شده‌اند. به جای تمرکز بر فرد باید فرد را در جامعه در نظر گرفت بسیاری از بیماری‌های افراد ناشی از مشکلات اجتماع می‌باشد. پزشکی به دنبال این است که درد را کاهش دهد، در صورتیکه درد و تحمل آن قسمت مهمی از تجربه انسان است و با از بین بردن این تجربه در حقیقت توانایی‌های شخصی افراد از بین می‌رود. بیشتر دردها در جوامع صنعتی ساخته دست بشر می‌باشد، که عوارض وسیع‌تری دارد. تسکین درد منجر به خنثی سازی عواملی می‌شود، که می‌توانند علتهای بیماری را از بین ببرند. بیماری‌های پزشک زای فرهنگی که در جوامع صنعتی شیوع دارد، بیشتر به عوارض بیماری‌ها توجه می‌کند. بسیاری از مردم در مواقع بروز دردهای خفیف مثل سردرد بدون معطلی به مصرف داروهای مسکن می‌پردازند. در صورتیکه تسکین موقتی درد مانع از پیگیری شخص در مورد علتهای اصلی درد می‌گردد. انقلاب بدون کاغذ سیستم‌های خدمات بهداشتی و درمانی با توجه به روند تزایدی تکنولوژی اطلاعات باید دوباره سازماندهی شوند. تکنولوژی اطلاعات جدا از تأثیری که بر ساختار سازمان دارد، بر مسیری که بیمارستان‌های فردا باید طی کنند نیز مؤثر واقع می‌شود. تبادل الکترونیکی اطلاعات مشتریان فروشندگان و تولید کنندگان را به طور مستقیم به هم مربوط می‌سازد. این تکنولوژی اطلاعاتی نقش بسزایی در انقلاب بدون کاغذ دارد.

فرمها و دستورهای کتبی حذف خواهند شد، و اطلاعات مستقیماً وارد رایانه‌ها می‌شود. رایانه‌ها به گونه‌ای طراحی می‌گردند که اطلاعات را تفسیر می‌کنند و تصمیم‌های لازم اتخاذ می‌شود. مبادله الکترونیکی داده‌ها موجب حذف بعضی از شغلها می‌شود، زمان انجام وظایف را کاهش و بهره‌وری و سود سازمان را افزایش می‌دهد. سیستم‌های خدمات بهداشتی و درمانی باید قادر باشند تا جمعیت تحت پوشش خود را برای ارائه درمان اثربخش و کارآمد با حداقل هزینه و خطرات احتمالی بشناسد. مدیریت دارای دو ویژگی اساسی است؛ پویایی و سرعت زمان نیمی از فلسفه مدیریت را تشکیل می‌دهد. هدف دستیابی به بهترین سطح بهره‌وری در حداقل زمان و هزینه می‌باشد. برای توسعه سیستم خدمات بهداشتی و درمانی مدارک پزشکی بیمار مبتنی بر رایانه که به عنوان پرونده پزشکی الکترونیک بیمار خوانده می‌شود، الزامی است C.P.R شامل کلیه اطلاعات پزشکی فرد در مدت زندگی وی می‌باشد، که تمام اطلاعات ذخیره شده را در هر مکان و زمانی در دسترس استفاده کنندگان قرار می‌دهد. C.P.R در حقیقت اولین ابزار برای مدیریت اطلاعات بیمار است که معادل چارت‌های کاغذی موجود در پرونده بیمار بوده درمان بیماران را به صورت مقطعی دنبال کرده و استانداردهای کیفی مراقبت را در سیستم بهداشت و درمان تضمین می‌نماید و در نهایت موجب کاهش هزینه‌ها و افزایش کارایی خدمات می‌گردد. تقریباً ۱۱ درصد تستهای آزمایشگاهی به صورت تکراری انجام می‌شود؛ زیرا نتایج آزمایشات در پرونده بیمار قید نشده است علاوه بر این حدود ۳۸ درصد وقت پزشکان و ۵۰ درصد وقت پرستاران صرف نوشتن چارتهای و مدارک بیمار می‌شود. کلیه اطلاعات بالینی فرد بدون توجه به مبدأ و منبع آن (ارائه دهنده بیمار و رایانه در C.D.R بر مبنای اطلاعات ذخیره می‌شود. تسهیلات ذخیره اطلاعات موجب سهولت دسترسی و استفاده از آن اطلاعات برای اهداف مختلف می‌گردد. با استفاده از تکنولوژی C.D.R، با تولد هر شهروند کلیه اطلاعات بهداشتی و دموگرافیک وی در بانک اطلاعات

بهداشتی ذخیره می‌شود. کارت C.D.R باید توسط فرد در طول عمرش نگهداری شود. به هنگام استفاده از خدمات بهداشتی C.D.R همراه وی با اطلاعات بیمارستان محل دریافت خدمات تکمیل می‌شود. اطلاعات موجود در C.D.R باید ساده و کاربردی بوده و مشخصات فرد، عکس و اثر انگشت وی در آن ثبت گردد، تا فرد در هر نقطه‌ای از این کره خاکی قابل شناسایی باشد. در موارد اورژانسی که فرد ممکن است به هوش نباشد، با استفاده از کارت C.D.R وی، به راحتی می‌توان به گروه خونی سابقه بیماری و سایر اطلاعات بهداشتی و پزشکی وی دسترسی پیدا کرد. بیو تروریسم در سال ۱۳۴۶ میلادی سربازان مغول با استفاده از منجنیق عامل عفونی طاعون را از بالای دیوار شهر به درون شهر کافه منتقل نمودند و با این روش پس از مدت‌ها محاصره شهر مذکور را به تصرف در آوردند. در جنگ جهانی دوم ژاپن نیز از عامل بیولوژیکی Bubonic Plague در چین و منچوری استفاده نمود. سیاه زخم و آبله مرغان به آسانی جمعیت زیادی را مبتلا می‌سازد. بیمارستان‌ها به ویژه بیمارستان‌های آموزشی و پژوهشی به دلیل اینکه با نمونه‌های خطرناک بیماری‌ها سر و کار دارند، از این جهت حائز اهمیت هستند. به ویژه بخش آزمایشگاه بیمارستان باید از لحاظ کنترل دقیق نمونه‌های خطرناک آزمایشگاه و محیط‌های کشت آنها مورد مراقبت و کنترل شدیدی باشند. دسترسی افراد تروریست به هر کدام از این نمونه‌ها می‌تواند بحرانی را برای جامعه بوجود آورد. تصور کنید آلوده نمودن آب شهر به عامل بیماری‌زای وبا چه فاجعه‌ای می‌تواند ایجاد نماید. در این میان می‌توان به شیوع سیاه زخم بعد از حادثه یازده سپتامبر در ایالات متحده اشاره نمود. سایت‌های اینترنتی اگر چه از لحاظ نقل و انتقال اطلاعات بهداشتی و درمانی نقش بسزایی را به عهده دارند و در امر آموزش و پژوهش ارائه دهندگان خدمات بیمارستانی و افزایش میزان آگاهی مصرف کنندگان خدمات بسیار مفید می‌باشند، ولی سوءاستفاده از این سایت‌ها می‌تواند به ایجاد رعب و وحشت همگانی منتهی شود. این داده‌های بیوتوریسم موجب اعمال تنش‌های روحی

و جسمی بسیاری بر جامعه می‌گردد. طبق گزارش مرکز کنترل و پیشگیری بیماریها تنها در یک روز در نوامبر سال ۲۰۰۱ میلادی بیش از یک میلیون نفر در معرض آسیب‌های این وب سایت‌های بیوتورویسم قرار گرفتند که منجر به ایجاد وحشت عمومی گردیده است بیمارستانها به دو صورت با حملات بیوتورویستی مقابله می‌کنند: ۱- حوادث و سوانح فوری مانند بمب گذاری‌ها که تعداد زیادی از افراد را در زمان واحدی مصدوم می‌کند یا از بین می‌برد که نیاز به خدمات درمانی اورژانسی دارند. ۲- حوادث و سوانح تأخیری مانند انتشار سیاه زخم که طیف زمانی وسیعتری را در بر می‌گیرد و نیاز به خدمات تشخیصی و درمانی تخصصی دارد.

مقایسه کار مدیر بیمارستان و پزشک‌پزشک برای درمان بیمار باید با بیمار ارتباط برقرار نماید و به معاینه جسمی او پردازد. سپس به جمع‌آوری اطلاعات لازم و کافی می‌پردازد و در مرحله سوم به درمان بیماری اقدام می‌نماید. اگر بخواهیم مدیر را با پزشک مقایسه کنیم مدیر در همه موارد به ایجاد ارتباط با کارکنان سازمان می‌پردازد و از طریق این ارتباطات رسمی و غیر رسمی به جمع‌آوری اطلاعات لازم و کافی می‌پردازد و در نهایت به امر تصمیم‌گیری برای حل مشکلات اقدام می‌نماید. مدیران بیمارستان‌ها علاوه بر داشتن اطلاعات عمومی مدیریت باید در زمینه‌های حسابداری اقتصاد، مدیریت منابع انسانی اقتصاد بهداشت اصول خدمات بهداشتی و درمانی حقوق اساسی حقوق پزشکی مدیریت مالی روانشناسی طرح و تجهیز بیمارستان استانداردهای بیمارستانی و... نیز اطلاعات کافی داشته باشد.

مدیر موفق بیمارستان با توجه به پیشرفت علم و تکنولوژی و تغییرات سریع در ارزش‌های انسانی و انتظارات آنها، تغییرات چشمگیری نیز در نقش‌های مدیران بیمارستان‌ها بوجود آمده است مدیر برنامه ریز و مجری خط مشی و استراتژی سازمان است. مدیر بیمارستان مهمترین فرد سازمانی در بیمارستان می‌باشد و نقش اصلی را در حل مشکلات به عهده دارد. نقش‌هایی که یک مدیر موفق باید در بیمارستان به عهده

داشته باشد، عبارتند از: ۱- توانایی پیش بینی و برنامه ریزی در حالیکه اکنون مدیر هستید برای آینده برنامه ریزی کنید. ۲- توانایی ارائه و پذیرش نظریه‌های جدید: همواره یک عامل تحول در سازمان باشید. ۳- توانایی قبول خطرات برای رسیدن به نظریه‌های جدید: هرگز از به وجود آوردن تغییرات به علت خطرات احتمالی آن نترسید. ۴- توانایی همکاری هماهنگی تشریک مساعی سازماندهی تخصیص منابع و کنترل به خاطر داشته باشید انجام کارها توسط دیگران تنها از طریق هماهنگی و همکاری متقابل امکان پذیر است ۵- توانایی تجزیه و تحلیل اطلاعات دریافتی اطلاعات دریافتی شما باید جامع مختصر و کامل باشد تا به هنگام تجزیه و تحلیل اطلاعات وقت شما راتلف نکند. ۶- توانایی برقراری برابری و عدالت اجتماعی در برخورد‌های داخل و خارج سازمانی به خاطر داشته باشید که روابط عمومی ۵۰ درصد مشکلات را برطرف می‌سازد. هرگز خود را نسبت به همکارانتان برتر ندانید. ۷- توانایی داشتن اطلاعات مهارت و تجربه کافی نیازی نیست که شما اطلاعات تخصصی و کامل در هر زمینه‌ای داشته باشید، چون به درد شما نمی‌خورد. داشتن یک سری کلیات در هر زمینه مفید می‌باشد. سعی کنید از مشاوران تخصصی مورد اعتماد به هنگام تصمیم‌گیری‌ها استفاده کنید. ۸- توانایی تفویض کارها به دیگران تفویض اختیار به شما قدرت می‌دهد. ۹- توانایی استفاده مطلوب از وقت خودتان و وقت دیگران توسط خودشان نگذارید دیگران برای کارهای جزئی وقت شما راتلف کنند. وقت طلایی است که در هیچ طلافروشی یافت نمی‌شود. ۱۰- توانایی ایجاد انگیزه در کارکنان با آگاهی از انگیزاننده‌های شغلی کارکنان را برای انجام مطلوب کارها تشویق کنید. به یاد داشته باشید که در بسیاری موارد تشویق بهتر از تنبیه تاثیر می‌گذارد. ۱۱- توانایی کنترل و ارزیابی صحیح در مواقع ضروری هیچگاه کارکنان را بدون نظارت کافی رها نکنید.

مدیریت خطرات احتمالی در بهداشت و درمان

مدیریت خطرات احتمالی در بهداشت و درمان در سیستم‌های بهداشتی و درمانی به خصوص در بیمارستان‌ها مسایل و مشکلات ناشی از سهل‌انگاری‌ها و عملکرد نامناسب کارکنان همواره دامنگیر مدیریت بوده است این مشکلات شامل موارد زیر می‌باشند درمان اشتباه تشخیص نادرست قطع اشتباه عضو، صدمات عصبی به نوزادان به هنگام وضع حمل کارکرد نادرست تجهیزات در آوردن اشتباه یک عضو، جای گذاشتن اسفنج در محل جراحی عفونت‌های مکتسبه بیمارستانی و...

سؤال‌های مهمی که نیاز به پاسخ دارد عبارتند از: چرا؟ چگونه کجا؟ چه وقت چه کسی چه چیزی مدیریت خطرات احتمالی برای سازمان‌های بهداشتی و درمانی چیزی نیست که تازه مورد توجه قرار گرفته باشد. حدود چهار هزار سال پیش حمورابی پادشاه بابل قوانین تنبیهی شدیدی را برای پزشکانی که موجب مرگ یا صدمه بیماران در اثر سهل‌انگاری می‌شدند، در نظر گرفته بود. به عنوان مثال اگر پزشکی در اثر سهل‌انگاری موجب آسیب رساندن به چشم بیماری شود باید انگشتان دست وی بریده شود. مدیریت خطرات احتمالی برنامه‌ای برای کاهش وقوع و شیوع حوادث قابل پیشگیری می‌باشد. مدیریت خطرات احتمالی عبارتست از حصول اطمینان از اینکه بیماران خدمات مورد نیازشان را به صورت کافی نه زیاد و نه کم در سطح مطلوب هزینه اثر بخشی از طریق کاهش یا حذف حوادث ناخواسته بدست می‌آورند. مدیریت خطرات احتمالی شامل طراحی سازماندهی هدایت و ارزیابی یک برنامه جامع برای تشخیص و تصحیح فعالیت‌ها در مقابل خطراتی است که ممکن است باعث صدمه به بیمار، کارکنان و یا منابع سازمان گردد و یا باعث مسئولیت قانونی شود. هدف این فعالیت عبارتست از پیشگیری از مشکلات درمان نظیر نتایج ناخواسته درمان اشتباه در

تجویز دارو، کاربرد نادرست ابزار و تجهیزات سقوط بیمار، سرقت اشیاء شخصی بیمار و... می باشد.

مدیریت خطرات احتمالی و کیفیت درمان سازمان های بهداشتی و درمانی دولتی باید در یک بازار رقابت آزاد با سایر سازمان های بهداشتی و درمانی خصوصی به رقابت سالم پردازند. چنین رقابتی موجب تشویق مدیران و سهامداران سازمان های بهداشتی و درمانی برای کاهش هزینه ها و جذب بیماران برای ارائه خدمات با کیفیتی بهتر می گردد. مدیریت خطرات احتمالی نیز به عنوان یک ابزار مکمل در عرصه مدیریت بیمارستان ها کاربرد دارد. مدیریت خطرات احتمالی تنها نباید بر جنبه های مالی سازمان های بهداشتی و درمانی تأکید ورزد، بلکه اثربخشی آن باید شامل ارائه خدمات کیفی به افراد نیازمند در زمان و مکان مناسب باشد. وظایف و مسئولیت های مدیر خطرات احتمالی و وظایف کلی مدیر خطرات احتمالی عبارتست از: ۱- ایجاد هماهنگی و انجام فعالیت های مدیریت خطرات احتمالی در راستای اهداف برنامه ۲- انتشار بیانیه های کتبی که مؤید حمایت و پشتیبانی هیأت مدیره و مدیر اجرایی بیمارستان از برنامه های مدیریت خطرات احتمالی می باشد. ۳- تعیین خطوط گزارش دهی چارت مدیریت خطرات احتمالی و تعیین روابط بین مدیر خطرات احتمالی و سایر بخش های سازمان ۴- تعیین شرح وظایف و مسئولیت های مرتبط با مدیریت خطرات احتمالی برای هر بخش ۵- بررسی و پیگیری حوادث مرتبط با بیماران ۶- همکاری با تضمین کیفیت برای تبادل داده های اطلاعاتی مرتبط با مراقبت از بیماران ۷- انجام اقدامات اصلاحی ۸- حصول اطمینان از محرمانه بودن کلیه اطلاعات جمع آوری شده برای برنامه مدیریت خطرات احتمالی

کمیته مدیریت خطرات احتمالی وجود کمیته مدیریت خطرات احتمالی برای اولویت بندی فعالیت ها، کاهش و یا حذف خطرات احتمالی و اتخاذ تصمیمات کاربردی در این زمینه لازم می باشد. کمیته مزبور به بررسی گزارشهای وقوع حوادث و تجزیه و

تحلیل آن می‌پردازد. با استفاده از نیروی فکری کارکنان بالینی و غیر بالینی عضو کمیته می‌توان به پیشنهادهای مفیدی در مورد نحوه کاهش خطرات احتمالی دست یافت دعاوی و دادخواهی‌های بوجود آمده مورد بررسی قرار می‌گیرد و اطلاعات لازم با وکیل دعاوی بیمارستان تبادل می‌شود، کمیته فوق نقش مهمی در آموزش و پیشگیری از خطرات احتمالی به عهده دارد. وظایف کمیته مدیریت خطرات احتمالی عبارتند از:

- ۱- بررسی کلیه گزارشات وقوع حوادث که توسط مدیر خطرات احتمالی جمع آوری و پیگیری شده است ۲- بررسی کلیه شکایات و دعاوی صورت گرفته از جانب بیماران ملاقات کنندگان و همراهان ۳- تعیین سیاست‌ها و دستورالعمل‌های مدیریت خطرات احتمالی و تجدید نظر ادواری آن ۴- نظارت بر کلیه فعالیت‌های خطرات احتمالی در داخل بیمارستان کمیته به صورت ماهانه تشکیل جلسه می‌دهد و گزارش‌های کمیته باید برای مدیر بیمارستان و هیأت مدیره ارسال شود.

<http://hcpm.blogfa.com/cat-13.aspx>*

خانواده درمانی

مهین کوشک آباد

مقدمه: خانواده درمانی واژه‌ای است که به روش‌های کار با خانواده‌های دارای مشکلات زیستی، روانی-اجتماعی اطلاق می‌شود. خانواده درمانی به ویژه در جوامعی که فرهنگی خانواده - محور دارند (مانند جامعه ایران) می‌تواند کاربرد وسیعی داشته باشد. همچنین وضعیت جامعه ما به عنوان جامعه‌ای که فرآیند گذار را تجربه می‌کند و در آن نقش‌ها در حال دگرگونی هستند توجه جدی به خانواده درمانی را ضروری می‌سازد. مفهوم خانواده و ارزش این نهاد اجتماعی برای هر دولت و جامعه‌ای اساس کار تلقی می‌شود و هر جامعه متناسب با ارزشهای خود ابتدا به سراغ خانواده می‌رود تا از درون آن شهروندان آتی خویش را پروراند این موضوع

وقتی اهمیت پیدا می کند که جامعه به خاطر تحولات ساختاری و زیر بنایی به شهروندانی جدید با طرز فکری نو نیاز داشته باشد به همین دلیل است که خانواده یکی از اولین نهادهایی است که در جامعه باید تغییر کند و تغییری در آن حاصل نخواهد شد مگر از طریق درک و شناخت علمی از کارکردها با توجه به اهمیت خانواده به عنوان اولین ساختار جامعه که پایه و اساس تربیت و تعلیم فرزندان و روابط رسمی و قانونی زن و مرد به شکل یک استاندارد مشروع و مقبول در آن بنیان نهاده می شود، اهمیت توجه و حفظ چنین ساختاری با در نظر گرفتن نقش روانی و روحی عاطفی، اجتماعی و رفتاری آن و الگو برداری فرزندان در یک محیط عاطفی کاملاً مشهود است. نظر به اینکه در جوامع امروز درباره آینده خانواده و زندگی خانوادگی عقاید و نظریات متفاوتی ابراز می شود، بسیاری معتقدند که در آینده ای نه چندان دور خانواده به صورتی که هم اکنون وجود دارد، از میان خواهد رفت. پیشرفت و رشد سریع تمدن، تکنولوژی و زندگی ماشینی غالباً اثرات منفی بر نظام خانواده گذاشته و عوارض آن میزان بالای اضطراب افسردگی و... دیگر بیماریهای روحی - روانی می باشد که آمار آن رو به افزایش است. توجه به نظام خانواده و تلاش برای حفظ پایه و اساس آن در جامعه امروزی همراه با بالا بردن سطح اطلاعات و آگاهی عموم در این زمینه از امور اساسی به شمار می رود. خانواده چیست؟ در فرهنگهای مختلف نظرات درباره ی اینکه یک خانواده چیست و ساختار آن باید چگونه باشد متفاوت بوده است و همواره در تغییر. در آمریکا خانواده ها از زمان ورود اولین سکنه به سواحل دنیای جدید پیوسته در حال تغییر و تحول بوده است. از نظر بعضی ها خانواده خویشاوندان تنی را در بر می گیرد، در حالی که برخی دیگر بر این باورند که خانواده شامل افرادی است که با یکدیگر ارتباط عاطفی و روانی دارند و بعضی دیگر معتقدند که خانواده مجموعه ی افرادی است که در یک منزل یا یک محله زندگی می کنند در حقیقت خانواده فاقد تعریف مشخصی است و از نظر گروه های فرهنگی مختلف تعاریف

متفاوتی دارد. حصول به یک اتفاق نظر درباره ی ساختار متشکله ی یک خانواده، دشوار است در تبیین تعریف یک خانواده باید هر دو رشته عوامل فراگیر و انحصاری مد نظر قرار گیرد. برخی ها خانواده را به صورت گروهی متشکل از دو یا چند نفر که از طریق تولد ازدواج و یا فرزند خواندگی با یکدیگر مرتبط شده اند و در یک منزل با هم زندگی می کنند. برخی دیگر خانواده را شامل افرادی که هرگز ازدواج نکرده اند یا ازدواج کرده ولیکن هرگز صاحب فرزندی نشده اند و یا آنهایی که ازدواجشان به طلاق یا فوت انجامیده و بالاخره طیفی از خانواده ها را که اصطلاحاً ((غیر سنتی)) خوانده می شوند در بر می گیرد. خانواده هسته ای (زن، شوهر و فرزندان) به طور سنتی به عنوان تامین کننده اصلی امکان تربیت اجتماعی فرزندان خردسال و نوجوان و حامی سنن فرهنگی تلقی می شود همچنین خانواده هسته ای به عنوان یک گروه اجتماعی که جامعه روابط جنسی را در آن تنها در حریم و چارچوب قانون مجاز می شمارد. (گلادینگ ۱۳۸۲، ۲۴-۲۵) تاریخچه خانواده درمانی خانواده درمانی ثمره ی تلاش افرادی در طول تاریخچه التیام جراحات عاطفی است قدمت اولین نوشته ها راجع به نظام یکپارچه مداوای بیماری روانی به بیش از ۲۰۰۰ سال قبل باز می گردد. خانواده درمانی قبل از سال ۱۹۴۰ تاکید بر فرد، منابع اجتماعات و روان تحلیلی است. مهارتهای تربیت فرزند زندگی خانوادگی را ارنست گروفس، آلفرد آدلر و موسسات همتراز خانه آموزش می دادند. مشاوره ازدواج توسط آبراهام و هانا استون، امیلی مود، پوپنو آغاز شد. شورای ملی روابط خانوادگی در سال ۱۹۳۸ شروع به کار کرد. ۱۹۴۹-۱۹۴۰ انجمن مشاوران ازدواج آمریکا (AAMC) در سال ۱۹۴۲ تاسیس شد میلتن اریکسون روشهای درمانی را رواج داد که بعد ها از سوی خانواده درمانی پذیرفته شد اولین اثر درباره زناشویی درمانی همزمان توسط بلا میتل من در سال ۱۹۴۸ منتشر شد. مطالعه ی خانواده های اسکیز و فرنیك توسط تئودور لیدر و لایمن و این صورت گرفت. جنگ جهانی دوم

برای خانواده‌ها استرس به ارمغان آورد. لایحه بهداشت روانی در سال ۱۹۴۶ در کنگره آمریکا به تصویب رسید. ۱۹۵۰-۱۹۵۹ ناتان آکرمن رویکرد روان تحلیلی را برای کار کردن با خانواده‌ها مطرح کرد گروه گریگوری بیتسون مطالعه الگوهای ارتباط را در خانواده آغاز کردند موسسه تحقیقات روانی (MRI) توسط دان جکسون در سال ۱۹۵۹ شروع به کار کرد کارل ویتته کر اولین کنفرانس را درباره‌ی خانواده درمانی درسی ایسلند، ایالت جورجیا در سال ۱۹۵۵ برگزار کرد. موری بوئن پروژه NIMH را درباره مطالعه خانواده‌های دارای اعضای اسکیزوفرنیک آغاز کرد. ۱۹۶۰-۱۹۶۹: جی هیلی رویکردهای درمانی میلتن اریکسون را پالایش و معرفی کرد. اولین نشریه در خانواده درمانی به نام «فرآیند خانواده» منتشر شد (۱۹۶۱) شبکه ساز خانواده درمانی شروع بکار کرد (AAMFC) (۱۹۷۶) در سال ۱۹۷۹ به انجمن طرفدار درمانگران ازدواج و خانواده (AAMFC) تغییر نام دارد. برنامه‌های ارتقای پایه آن توسط دپارتمان بهداشت، آموزش و رفاه بازبینی شد. انجمن خانواده درمانی (AFTA) در سال ۱۹۷۷ شروع بکار کرد. کتاب اضداد و اضداد متقابل توسط گروه میلان (۱۹۷۸) منتشر شد. نفوذ خانواده درمانگر خارجی در آمریکا آغاز شد. جی هیلی کتاب درمان نامتعارف (۱۹۷۳) و روان درمانی خانواده (۱۹۷۶) را منتشر کرد. ۱۹۸۰-۱۹۸۹: عضویت AAMFT به ۱۴۰۰۰ عضو افزایش یافت. نظریه پردازان فمینیست، به رهبری راشل هار-موسستین-مفروضه‌های خانواده درمانی را به تدریج زیر سوال بردند. بخش روان شناسی خانواده در انجمن روان شناسی آمریکا (APA) تاسیس شد (۱۹۸۴) انجمن بین المللی مشاوران ازدواج و خانواده IAMFC در انجمن مشاوره آمریکا ACA در سال ۱۹۸۶ تاسیس شد. رهبران جدیدی در خانواده درمانی ظهور کردند که بسیاری از آنها زن بودند. شیوه‌های تحقیق در خانواده درمانی متدوال شد و مورد بازبینی قرار گرفت. حجم انتشارات در خانواده درمانی چند برابر شد و نشریات ادواری شبکه رسانی خانواده درمانی به ۵۰۰۰۰ رسید. ویرجینیا ستیر در

سال ۱۹۸۸ در گذشت. ۱۹۹۰ خانواده درمانیهای متمرکز بر راه حل دی شی زرو اهانلون فراگیر شدند. رشد عضویت متخصصان در AAMFA و IAMFC و AFTA و بخش ۴۳ انجمن روانشناسی آمریکا به رقم افزوده جدیدی رسید. مراقبت بهداشتی اصلاح شد و جایگاه فراهم کننده اصلی بهداشت روانی به طرز فضاينده ای اهمیت پیدا کرد. (کلادینگ، ۱۳۸۲، ۱۱۱-۱۱۲) فرآیند خانواده درمانی: درمان صرف نظر از رویکرد نظریه مشاور یک فرآیند قابل پیش بینی در خانواده درمانی است (تمامی مکاتب خانواده درمانی از حیث نظری متعهد هستند که با فرآیند تعامل خانوادگی کار کنند) بر خلاف ظواهر عینی سیستمهای متفاوت خانواده درمانی از حیث عمل به یکدیگر شباهت بیشتری دارند تا به لحاظ نظریه هایی که ارائه می دهند. برای خانواده درمانگران مهم است که از روشهای فراگیر کار کردن با خانواده آگاه باشند آنها با چنین آگاهی و اشرافی می توانند با متخصصان گوناگون در ارتباط باشند. همچنین آنها بهتر می توانند به بی نظیر بودن نظریه هایی که تحت الشعاع آنها کار می کنند پی ببرند. چنین معرفتی امکان انعطاف پذیری و اتحاد با دیگران را در حرفه های یاورانه برای آنها فراهم می کند. (کلادینگ، ۱۳۸۲، ۱۱۳) منطق زیر بنایی خانواده درمانی: یک دلیل برای خانواده درمانی این باور است که اکثر مشکلات در زندگی بروز می کند و می توان در درون خانواده آنها را به بهترین نحوی مشخص کرد خانواده ها به عنوان نیروهای قدرتمندی تلقی می شوند که خواه به سود یا به زیان اعضای خانواده بر سلامت یا ناسازگار بودن خانواده به عنوان یک کلیت و اعضایش موثر است. (کلادینگ، ۱۳۸۲، ۸۲) رویکرد بنیادی: اصول رویکرد بنیادی زیر بنای تمام الگوهای درمان است و با عنوان خانواده درمانی استفاده می شوند که می توان آنها را به صورت ذیل خلاصه کرد: - افراد در خانواده پیوندهای نزدیک دارند و برای درک رفتارهای مشکل دار و ایجاد تغییر در آنها تمرکز در پیوندها و باورهای اعضای خانواده معتبرتر از تمرکز بر دیدگاه درمان بر یک فرد است

. - افرادی که نزدیک یکدیگر زندگی می کنند الگوهای تعاملی را بنا می کنند که از زنجیره های نسبتاً ثابت گفتار و رفتار ساخته شده اند . - الگوهای تعاملی ، اعتقادات و رفتار را که درمانگر مشاهده می کند و با آنها درگیر است می توان به عنوان زمینه مشکل شناخت و به صورت علت و معلول در نظر گرفت که به شکل حلقه های بازخورد عمل می کنند و میان مشکل و خانواده پیوند ایجاد می کند . - مسایل موجود در الگوهای زندگی خانوادگی غالباً مربوط به مشکلاتی در انطباق با بعضی از تاثیرات یا تغییرات محیطی هستند . رویکرد بنیادی در واکنش به تغییرات خانوادگی و اجتماعی ذاتاً در تغییر است و اصرار پیشگامان بر ملاقات همه اعضای خانواده در یک اتاق جای خود را به شناخت اهمیت این موضوع داده که درمانگر همه خانواده را در ذهن داشته باشد و پرسد که افراد غایب در نظر افراد حاضر چگونه اند . این شامل بسیاری از افراد در شبکه اجتماعی دوستانه است که در زمانهای مختلف در ندای افکار ذهنی « گفتگوهای درونی ، یا مولفه های خود » سهیم بوده اند . این افکار را از بسیاری بافت های مختلف به وجود می آیند که بعضی از آنها با یکدیگر در رقابت هستند . اصطلاح « گفتمان » معانی مشترک رویدادها در روابط گفتمانهای اجتماعی یعنی توصیفات مشترک دیگران از ما که جنبه هایی از هویت ما را می سازد (بارنس - ص ۱۵ - ۱۷) رویکرد سیستمی : (خانواده به عنوان یک سیستم) این عقیده که خانواده یک سیستم است بر کار لود ویک برتالانفی استوار است . برتالانفی زیست شناسی بود که پدیده های جوهری زندگی را به صورت تمامیت های فردی به نام « ارگانسیم » می دید . وی ارگانسیم را به عنوان شکلی از زندگی ، مرکب از اجزاء و فرایندهای به هم وابسته ای که در تعامل متقابل با هم هستند تعریف می کنند . صاحب نظران اجتماعی بر اساس کار برتالانفی چنین استنباط کردند که تمام سیستمهای زنده ، از جمله خانواده ها طبق مجموعه اصول مشابهی عمل می کنند یعنی آنها از درون به هم مرتبط اند . بنابراین در خانواده ، اعضا پی در پی در تعامل هستند و متقابلاً بر همدیگر

موثرند. وقتی در هر یک از اعضاء تغییر یا حرکتی صورت گیرد تمام جوانب خانواده متاثر می شود خانواده یک ارگانسیم زنده است سلامت و توانایی آن برای انجام وظیفه متاثر از سلامت تمامی اعضایش است. از دیدگاه سیستمها، خانواده ها دائماً در حال تغییر و جایگزین سازی خویش هستند « تلقی خانواده به عنوان یک سیستم مستلزم تشخیص این نکته است که روابط شکل گرفته میان اعضای خانواده بیش از حد قدرتمند هستند و سرشار از میزان قابل توجهی از رفتار، هیجان، ارزشها و نگرشهای آدمی است (گلا دینگ ۱۳۸۲، ۸۲-۸۳) رویکردهای درمانی سیستمی در مقابل فردی:

خانواده درمانگران در نتیجه آغاز رویکرد مشاوره سیستمی، مداخلاتی متفاوت با متخصصان یآوری که بر افراد متمرکز می شوند به عمل می آورند، علیت خطی فلسفه زیر بنایی اکثر مشاوره های فردی است (مثلاً الف علت ب است) خانواده درمانی بر عکس بر تفکر حلقوی استوار است (مثلاً الف و ب بر رفتار یکدیگر تاثیر می گذارند) خانواده درمانی بر «چطور» و «چه چیز» متمرکز می شوند. مثلاً: چطور رفتار خاصی به خانواده کمک می کند؟ و چه چیزی باید تغییر کند؟ سوئمن تفاوتی که خانواده درمانی را از رویکردهای فردی جدا می سازد فرآیند در مقابل محتوا است. در خانواده درمانی توجه قابل ملاحظه ای در کشف پویاییهای تعاملی می شود. حال اینکه در مشاوره فردی اغلب توجه به محتوای خاصی از مطلب و موضوع مربوط جلب می شود. سرانجام اینکه خانواده درمانی از همان ابتدا با موضوعات کنون - اینجایی سر و کار دارد در حالی که بیشتر مشاوره های فردی بر اطلاعات تاریخچه ای تاکید می کنند. وقایع تاریخچه ای با موقعیت هایی مرتبط اند که تحلیل این موضوعات در آن موقعیتها به ساخت شخصیت فرد منجر می شود با این حال در خانواده درمانی اکثر موارد کانون توجه بر فراهم کردن تغییر فی الفور متمرکز است. (گلا دینگ ۱۳۸۲-۸۴) رویکرد روانپوشی: دیدگاه روانپوشی که منبعث از الگوی روانکاوی فروید است، تعامل نیروهای متضاد درون انسان رامبنای انگیزه ها، تعارضات و سرچشمه ی

ناراحتی و اضطراب آدمی می‌داند. دیدگاه اولیه فروید در خصوص اشخاص روان رنجور دیدگاهی متعلق به اروپای میانه و انسان اوایل قرن بیستم بود. بر طبق این دیدگاه روان رنجوری نتیجه‌ی تعارض درونی امیال یا خواسته‌های جنسی و پرخاشگری با وجدان کیفر دهنده و گناه ستیز است. لیکن همان گونه که سنדר خاطر نشان می‌سازد نظریه‌ی روانکاوی در عین توجهی که ظاهراً به رشد شخصیت بیمار دارد عمیقاً به تعامل فرد و خانواده اش اهمیت می‌دهد. با اینکه فروید بر نقش کلیدی خانواده در تکوین شخصیت فرد تاکید می‌ورزید. متفکران بر این عقیده اند که هر دو نیروی درون روانی و بین فردی به گونه‌ای متقابل و دو سویه عمل می‌کنند. بسیاری از خانواده‌های درمانگرهای پیشگام آموزش روانکاوی دیده بودند و هنگامی که اندیشه‌ی سیستمی را کشف کردند آرای روانکاوی رابه صورت عقایدی کهنه و منسوخ که آسیبه‌های افراد بزرگسال را مستقیماً و به گونه‌ای خطی با تعارضات رشدی دوران کودکی پیوند می‌داد کنار گذاشتند. دیدگاه روانپوشی در حوزه‌ی خانواده به دنبال کشف نحوه‌ی پیوند متقابل زندگی درونی و تعارضهای درون روانی اعضای خانواده با یکدیگر و چگونگی تاثیر این امور در اختلال روانی اعضای خانواده است. چنین تلاش‌هایی عمدتاً تحت تاثیر نظریه‌ی روابط فردی بوده است نوعی درمان روانپوشی که نخستین بار در دهه‌ی ۱۹۵۰ در بریتانیا پا گرفت و سعی داشت تانظریه‌ها و روشهای درمانی درون روانی و بین فردی را بایکدیگر آشتی دهد همزمان با ارایه رویکردهای مختلفی که دیدگاه روانپوشی را منعکس می‌سازند و هر کدام از آنها به طور همزمان در پی شناخت و مداخله در دو سطح از پدیده‌های روانی هستند: اولی شامل انگیزه‌های، تخیلات، تعارضهای ناهشیار و خاطرات واپس رانده‌ی هر عضو است و دومی، دنیای پیچیده تر تعامل خانوادگی و پویه‌های خانواده را در بر می‌گیرد. (گلدنبرگ، ۱۳۸۵ - ۱۴۱، ۱۴۲) رویکرد خانواده درمانی استراتژیک: تاکید عمده خانواده درمانی استراتژیک، انعطاف پذیری آن به عنوان ابزار مهم کار با

انواع خانواده های مراجعه کننده است. کاربرد این رویکرد در درمان خانواده ها و اعضایشان که رفتارهای ناکار سازی از قبیل بهم تنیدگی، اختلالات خوردن و سوء مصرف مواد نشان می دهند موفقیت آمیز بوده است دومین تاکید خانواده درمانی استراتژیک این است که اکثراً درمانگرانی که خارج از این رویکرد عمل می کنند، اکنون قویاً معتقدند که تغییر واقعی در سطح فردی و دوتایی ممکن است و همیشه نیاز نیست که کل سیستم در تغییر مرتبه پایین تر درگیر شوند. تغییر اساسی را می توان بدون درگیر شدن کل سیستم در جلسات درمان ایجاد کرد. بنابراین فرصت ها برای کسب نتایج مطلوب افزایش پیدا می کند سومین تاکید خانواده درمانی استراتژیک، تمرکز روی نوآوری و خلاقیت است. چهارمین تاکید خانواده درمانی استراتژیک سهولت استفاده از آن همراه با سایر درمانها به ویژه مکاتب خانواده درمانی ساختی و رفتاری است. دلیل دیگری که درمان استراتژیک غالباً با سایر رویکردها ترکیب می شود یکی از مروجان همکار آن یعنی جی هی لی است که در زمینه ساختی در کلینیک راهنمایی کودک در فیلادلفیا کار می کند. دلیل دیگر تمرکز خانواده درمانی رفتاری بر تعریف، تصریح و تغییر دادن الگوهای تعاملی خاص به روشی موازی با رویکرد استراتژیک است. یک جنبه از خانواده درمانی استراتژیک که آن را از سایر رویکرد متفاوت می سازد تمرکز آن بر یک مشکل است. این کیفیت که به ویژه در نخستین گروه MRI آشکاراست در اوایل تکامل خانواده درمانی استراتژیک آن را از سایر روشهای خانواده درمانی جدا کرد. در اصل این رویکرد به خانواده کمک می کند که در برخورد با مشکل معلوم به سرعت و با کارآمدی منابع اش را تنظیم کند. بعضی از مدل های خانواده درمانی استراتژیک از قبیل آنهایی که هی لی توصیه می کند بر فنون قدرتمند و خبره بودن درمانگر تاکید می کند. جملگی بر خلاقیت درمانگر در یافتن راه حل برای خانواده تاکید می ورزد. (گلادینگ، ۱۳۸۲، ۲۸۱ - ۲۸۳) رویکرد غنی سازی ارتباط رویکرد غنی سازی ارتباط رویکردی است که

دیدگاههای روان تحلیلی رفتاری ارتباطات و سیستمهای خانواده را در هم ادغام می کند این دیدگاه بر اهمیت شناخت باورهای افراد درباره علت بروز مشکلات تأکید کرده و به مراجعان کمک می کند که مهارتهایی را یاد بگیرند که آنها را قادر می کند تا مشکلات را حل کند بطور خلاصه در این برنامه درمانگر ابتدا به مراجعان کمک می کند احساس کنند در کشان کرده است و سپس به آنها کمک می کند تا مشکلاتشان را بصورت روشن تر بشناسند و سپس پی ببرند که یادگیری مهارتهای خاص به آنها کمک می کند تا با همکاری هم مشکلات را حل کنند. درمانگر و مراجع بر روی محدوده زمانی دوره عمل توافق می کند برنامه های غنی سازی ارتباط خدماتی آموزشی هستند که برای پیشبرد و غنی کردن روابط بین افراد نزدیک و صمیمی مخصوصاً افراد خانواده طراحی شده اند. هدف برنامه افزایش رضایت روانشناختی و عاطفی موجود در روابط افراد نزدیک است. این برنامه ها رفاه شناختی عاطفی شرکت کنندگان را افزایش می دهد این برنامه ها بحث و مفاهیم عقلانی و منطقی را شامل می شود و در یک سطح شناختی بر روی مفاهیم و ایده ها عمل میکنند. (نظری ، ۱۳۸۶ ، ۱۵۳ - ۱۵۴) باورهای اساسی رویکرد غنی سازی ارتباط یک باور اولیه غنی سازی ارتباط این است که فقدان درک یا درک نادرست از خود و افراد نزدیک عملکرد ما را تحلیل می برد متقابلاً درک خود و افراد نزدیک به ما کمک میکند تا بهتر عمل کنیم و یکی از اهداف اساسی رویکرد غنی سازی افزایش این درک است. بنابر رویکرد غنی سازی ارتباط ، روابط غنی روابطی هستند که در آنها افراد ظرفیت زیادی را برای درک خود ایجاد کرده اند که این درک را انتقال دهند. هدف این کار صرفاً افزایش ظرفیت درک کردن نیست بلکه استفاده از آن برای بهبود صدمات گذشته عملکردن به صورتی موثر در زمان حال و مواجه شدن با شکستهای زندگی در آینده است وقتی مهارت غنی سازی ارتباط آموزش داده شده اند به صورت بخشی دائمی از گنجینه رفتاری فرد در می آیند و در صورت لزوم می توانند مورد استفاده

قرار گیرند. این رویکرد به انسانها کمک می کند فراتر از تغییر دادن موقعیت عمل کنند آنها قابلیت افراد را برای انجام کارهای متفاوت تقویتی می کنند الگوهای مهارتی رفتار بعد از یادگیری مهارتهای غنی سازی ارتباط تغییر کرده و روشهای کارآمد تر جایگزین آنها می شود. ارزش ها در رویکرد غنی سازی ارتباط: دورتی و باس تاکید می کنند که ارزشها و اخلاقیات زیر بنایی همه فعالیتهاست که برای خانواده انجام میشود همچنین ارزشها دارای عنصری ارزیابانه هستند، یعنی همچون اصولی برای انتخاب کردن بین حوزه های جایگزین فعالیت، عمل می کنند. مسئولیت درمانگر این است که اعتقادات زیر بنایی رویکرد درمانی غنی سازی ارتباط را به اطلاع مراجعین برساند تا آنها بتوانند صادقانه و آزادانه مشارکت و همکاری کنند. پایه های اساسی رویکرد غنی سازی ارتباط: رویکرد غنی سازی ارتباط بر چهار پایه اساسی مبتنی است که عبارتند از: ۱- همدلی ۲- زبان و رابطه ۳- بیان عاطفی ۴- پذیرش این اصول در همه کاربردهای غنی سازی ارتباط پایدار بوده و یک هسته مرکزی را فراهم می کنند. مهارتهایی که به مراجعان آموزش داده می شود: صحبت کردن گویا (شفاف) و یا گوش دادن پذیرا. برای تبادل اطلاعات باید یک نفر بیان کننده و یک نفر دریافت کننده اطلاعات باشد و یا بر عکس اگر در یک زمان هر دو نفر بیان کننده و یا دریافت کننده باشند ممکن است هیچ ارتباطی صورت نگیرد زیرا رابطه به نتیجه صحبت وابسته است. عنصر دیگری که در تعامل ظهور می کند مهارت برگردانی است. اصل تعهد در مهارت برگردانی بیان می کند که از افراد بخواهید بگویند احساسات شخص دیگر برای آنها چه معنایی دارد؟ برای رسیدن به این اهداف دو گانه دو مهارت اضافی آموزش داده می شود که عبارتند: تعمیم و بقا. تعمیم به افراد کمک می کند تا مهارتهای ارتباطی را به داخل زندگی روزمره ببرند. بقا به مراعات کمک می کند تا بفهمند اگر مهارتهای ارتباطی را تمرین نکنند، بازگشت خواهند کرد. ۵ عنصر هسته اصلی مهارتهای غنی سازی ارتباط دامی سازند: ۱- مهارت صحبت کردن گویا ۲-

مهارت گوش دادن پذیرا ۳- مهارت برگردانی (درگیری تعامل) ۴- مهارت تعمیم ۵- مهارت بقاء (نظری ۱۳۸۶، ۱۶۲-۱۶۴) رویکرد روانکاوی و پویه های خانواده (آکرمن) در دهه ۱۹۳۰ ناتان آکرمن در خلال جنبش راهنمایی کودکان به کار روانکاوی کودکان اشتغال داشت، رفته رفته توجهش به خانواده جلب شد و آن را به سان واحدی اجتماعی و عاطفی دانست. آکرمن به مدت یک دهه به درمان افراد و خانواده ی آنان می پرداخت و در ۱۹۶۰ (موسسه خانواده) را در نیویورک تاسیس نمود که به مرکز اصلی درمان و آموزش خانواده درمانی در کرانه شرقی آمریکا مبدل شد. آکرمن که گاهی اوقات پدربزرگ خانواده درمانی نامیده می شود، خانواده را نظامی از شخصیت های در حال تعامل تصور می کند، هر فرد خرده نظام مهمی در داخل خانواده به حساب می آید همان طور که خانواده زیر مجموعه ی جامعه است. برای درک کارکرد خانواده می بایست درون دادهای وارده از سایر منابع مختلف مورد توجه قرار گیرد: شخصیت منحصر به فرد هر عضو خانواده پویه های خانواده در انطباق با نقش ها، تعهد خانواده در قبال مجموعه ای از ارزش های انسانی و رفتار خانواده در قالب یک واحد اجتماعی. در سطح فردی فرآیند تکوین و شکل گیری نشانه های اختلال را می توان بر حسب تعارض درون روانی، دفاع در برابر اضطراب ناشی از آن تعارض و رشد و پدیدایی نشانه های روان رنجور درک کرد. در سطح خانوادگی، نشانه مزبور قسمتی از یک الگوی تعاملی تکراری و پیش بینی پذیر تلقی می شود که به خاطر ایجاد تحریف در روابط خانوادگی بر هم می زند. به نظر آکرمن، تعادل حیاتی بیانگر قابلیت نظام خانوادگی در سازگاری با تغییر است تعادل چیزی بیش از بازگردانی نظام بر سطح تعادل قبلی یا سطح روزمره کارکرد آن به شمار می آید. رفتار بیمارگون فرد تعادل حیاتی خانواده را بر هم می زند و در همان حال منعکس کننده ی تحریف های عاطفی در کل خانواده است. به قول آکرمن نارسایی در تکمیل کنندگی خصیصه ی نقش هایی است که اعضای مختلف خانواده در برابر یکدیگر ایفا می کنند

و تغییر و رشد و نمو در داخل نظام خانواده محدود می شود. نظر آکرمن به خانواده ای که چنین اتفاقی در آن افتاده است باید کمک کرد تا « با تجارت جدید منطبق شود و به سطوح جدیدی از مکمل بودن در نقش های خانوادگی دست یابد. تعارض می تواند در چند سطح رخ دهد - در درون یکی از اعضای خانواده میان اعضای خانواده ی هسته ای میان نسل های خانواده گسترده یا میان خانواده و جامعه ی اطراف آن تعارض در هر سطحی که باشد به سراسر نظام خانواده ریشه می دواند. اگر تعارض میان اعضای خانواده وخیم شود خانواده به دسته بندیهای مخالف با یکدیگر دست می زنند و معمولاً کسی که فرق زیادی با دیگران دارد به بلاگردان یا « تو سری خور » خانواده تبدیل می شود و این شخص منزوی می شود و به خاطر مقصر شناخته شدن دوباره دسته بندیهای جدید در میان خانواده ایجاد می شود. در رویکرد درمانی گستره ی آکرمن به شیوه ای خونسرد و طبیعی و ظاهراً خودمانی و با استفاده از مجموعه ای از مصاحبه های رسمی و دیدار های خانوادگی می کوشد یک برداشت تشخیصی راجع به روابط پویایی میان اعضای خانواده به دست آورد. او که فردی سرزنده و با اعتماد به نفس بود و از طبیعی رفتار کردن و فاش ساختن احساس هایش ترسی به دل راه نمی داد و قادر بود همین ویژگی را در خانواده به راه اندازد. طولی نمی کشید که خانواده موضوعات سکس، پرخاشگری و وابستگی را مطرح می ساخت. همان موضوعاتی که قبلاً به خاطر خطر و قدرت تهدید کنندگی شان اجتناب می کرد. در رویکرد آکرمن تشخیص و درمان درهم تنیده شده اند درمانگر به جای آنکه از یک شیوه ی رسمی و الزامی تبعیت کند به مشاهده ی جدالهای درمانی خانواده پرداخته و به واقعیتهای تاریخی ای ظاهر می شود گوش فرا می دهد. درمانگر از نقاب حفاظتی بیرونی خانواده، توافق های سری در مورد احتراز از سخن گفتن راجع به موضوعات خاص، شخصیت هر یک از اعضا و سازش آنان با نقش های خانوادگی و حال و هوای عاطفی خانواده آگاهی دارد. معمولاً هفته ای یکبار به مدت

یک ساعت با خانواده ملاقات می شود. به اعتقاد وی درمانگر وظیفه دارد وارد فضای خانوادگی شود تعامل ها را به راه اندازد به خانواده کمک کند تا تبادل های عاطفی معناداری داشته باشد و اعضا خودشان، خودشان را بهتر بشناسند. از جنبه ی تشخیصی آکرمن سعی می کرد جریانات عاطفی عمیق تر خانواده - ترسها - بدگمانی ها - احساسهای نومیدی و میل به انتقام را کاملاً درک کند و با استفاده از پاسخ های هیجانی شخصی حدس می زد که خانواده چه احساسی دارد به الگوهای نقش های مکمل در خانواده پی می برد و سرنخ تعارض های عمیق تر و فراگیرتر خانوادگی را پیدا می کرد. وقتی شناخت اعضای خانواده از احساسها، افکار و اعمالشان فزونی می یافت آکرمن به آنها کمک می کرد تا از سایر الگوهای ارتباط خانوادگی آگاه شوند و بتوانند روشهای جدیدی برای کسب صمیمیت، اشتراک نظر و همانند سازی پیدا کنند. (گلدنبرگ، ۱۳۸۵، ۱۴۲-۱۴۹) رویکرد میلان: چهارمین تاثیر عمده بر نحوه آمیزش کار نظری و بالینی از رویکرد میلان حاصل شد که در دهه ۱۹۷۰ توسط چهار روانکاو ایتالیایی بنیانگذاری شد و آنها برای توسعه کار گروهی اصولی گرد هم آمده بودند. این رویکرد چارچوبی ارائه می کند که در آن ها می توان ادراک روان پویشی و بین نسلی را با رویکرد سیستمی در کار با خانواده ها آمیخت. به طور خاص رویکرد میلان راههای مفیدی برای پرداختن به سیستمهای معنایی پیچیده و غالباً متضاد که افراد به کنشهای خود نسبت می دهند، ارائه کرد. این رویکرد به قدرت سیستمهای اعتقادی توجه داشت که هم افراد و هم خانواده ها ممکن است در طول زمان اسیر آنها باشند یا عامل شکوفایی آنها محسوب شود. این رویکرد روشی ارائه نمود که درک فرآیندهای بین نسلی ناآگاهانه که روابط خانوادگی را در طول زمان کنترل می کنند، را به یک رویکرد سیستمی در مورد تغییر قواعد پنهان در الگوهای ارتباطی تعاملی جاری خانواده ها پیوند می دهد. روش رسمی که رویکرد میلان برای کار گروهی و برای تفکر سیستمی درباره وضعیت های دشوار بالینی به متخصصان ارائه کرد - یعنی

استفاده مداوم از فرضیات برای هدایت سوالات درمانگر، بررسی چرخه ای و نفوذ متقابل در فرایند درمانی و نیز در فرایند خانواده، و اندیشه بی طرفی درمانگر نسبت به اعضا خانواده - همه در حوزه خانوادگی سه نسلی ایتالیایی ریشه دارد به چگونگی سازمان یافتن هویت خانواده پیرامون معانی ای که غالباً بدون بررسی به ارث می رسند، می پردازد. همچنین توجه درمانگران را به اسطوره های خانوادگی به عنوان نیرویی قدرتمند در زندگی درونی خانواده ها بازگزداند. تاکید بر زمینه سازی به عنوان عامل اصلی در تعریف معانی موجود در الگوهای روابط خانوادگی، استفاده از سوالات مستقیم و غیر مستقیم برای روشن کردن منظور و تحریک کنجکاوی خود اعضای خانواده درباره ماجرا تاکید بر چرخه ای بودن فرایندهای نفوذ متقابل را که به وضوح از رشته جداگانه رشد کودک به وجود آمده اند، نیز مدنظر قرار دادند و راهی به درمانگران نشان دادند که بدون تحریک احساسات شخصی در مورد سوء استفاده از قدرت و شخصیت درمانگر، در الگوهای پیچیده خانوادگی مداخله نمایند. همچنین لذت و فایده کار گروهی در تکامل این الگو به عنوان کمکی در کار با خانواده ها تأثیر تعیین کننده ای داشته است بیشترین ارزش کار گروهی هنگام کار با خانواده هایی است که قدرت پیوند آنها بیش از آن است که یک درمانگر تنها بتواند میان آن ها فرق بگذارد. بهر حال، این الگو با تشویق درمانگران به اینکه همیشه در رابطه با وضعیتهای دشوار بالینی چند موقعیت متفاوت را در نظر بگیرند نوعی آزادی ایجاد کرده (ریمرز ۲۰۰۰ که سهم خاصی در کمک به درمانگران داشته است و صرف نظر از اینکه به یک گروه دسترسی دارند یا نه، کار مفیدی انجام دهند. (بارنس ۱۳۸۳، ص ۶۵- ۶۷) رویکرد تحلیل گروهی نظامهای باز (اسکینر) به نظر روانکاو بریتانیایی، ا.سی.رابین اسکینر (۱۹۸۱)، که در مکتب ملانی کلاین آموزشهای درمانی را دیده است، خانواده هایی که در طی چند نسل به وجود می آیند، نقاط عطف تحولی مهمی دارند مادری که از رفتارهای مناسب مادرانه بهره نبرده است یا پدری که در حد

رضایت بخشی در حقش پدری نشده است ، وقتی قرار باشد به ایفای نقشی پردازد که برای آن هیچ سر مشق درونی در اختیار ندارد ، رفتارهای نامناسب و ناهمخوانی خواهد داشت . اسکینر با ارایه رویکرد مبتنی بر روابط فردی معتقد است اشخاص بالغی که مشکل ارتباط دارند ، در مورد دیگران نگرشهای غیر واقع بینانه ای به هم خواهند زد ، زیرا هنوز هم انتظارات - یا به قول اسکینر ، نظامهای فرافکنی ای - دارند که در نتیجه کاستیهای دوران کودکی در آنها باقی مانده اند . وقتی چنین اشخاصی همسری را برمی گزینند ، این انتخاب را دست کم تا حدودی بر اساس میزان « همتایی » دو جانبه نظامهای فرافکنی خویش با همسرشان انجام داده اند ، یعنی ، زوجین هر کدام به فرافکنی هایی مجهز هستند که متعلق به مرحله ای است که جنبه ای از رشد و تحول وی در خلال آن مسدوده شده بود هر نفر به صورت ناهشیار از طریق ازدواج می خواهد موقعیتی فراهم آورد تا بتواند به وسیله آن تجربه گمشده اش را ارضا کند . در سبک کار اسکینر ، خانواده درمانی مستلزم شناسایی نظامهای فرافکنی و همچنین بر طرف سازی فرافکنیها نسبت به کودکی است که حامل نشانه ، و احتمالاً بیمار آشکار است . این فرافکنیها به زن و شوهر باز گردانده می شوند و در آنجا ، راه حلهای سازنده تری جستجو می شود . تصریح تبادل پیام و گفتگو ، کسب بینش راجع به انتظارات نامتناسب ، تغییر و اصلاح ساختار خانواده ، و آموزش مهارتهای جدید به والدین همگی قسمتی از اقدامات درمانی اسکینر به شمار می آیند . اسکینر (۱۹۸۱) به فنون درمانی خویش ، رویکرد « تحلیل گروهی نظامهای باز » می گوید . او از طریق « نوعی حایل یا ارتباط نیمه تراوا » ، صادقانه با خانواده قاطی می شود و اجازه تبادل اطلاعات شخصی میان اعضای خانواده و خویش را فراهم می سازد . به نظر او شرط اصلی آن است که درمانگر آگاهی عمیقی از هویت خویش داشته باشد هویتی آن قدر قوی که بتواند (ولو به مدتی گذرا) در برابر برانگیختگی عاطفی توانکاه و طاقت فرسای خانوادگی که در اثر مواجهه درمانی به وجود می آید تاب بیاورد این برانگیختگی در مورد

خانواده های عمیقاً مختلفی که در پی برونی کردن آسیب روانی خویش هستند بسیار شدید است. برای اسکینر، مواجهه و رویارویی درمانی فرصتی است برای رشد و بالندگی خانواده و در مانگر به خاطر آنکه در برابر مشکلات کنونی خانواده و اعضا حالت مشتاق و پذیرا دارد، تبادلها و نظامهای فرافکنی آنان را درک می کند. در برخی موارد ممکن است بر اساس درک خود از پویه های خانواده عمل کند و حتی به ایفای نقش بلاگردان پردازد. در چنین مواردی او هشیارانه تمامی عواطفی را که خانواده انکارشان می کند، به نمایش می گذارد. با اینکه چنین حرکتی با احتیاط - و فقط زمانی که ائتلاف درمانی خوبی با خانواده برقرار شد - صورت می پذیرد، تأثیر آن برای خانواده می تواند بسیار تکان دهنده باشد. اسکینر با ابراز عواطفی که اعضای خانواده با تبانی آن را انکار یا واپس رانده اند، و با جذب نظام فرافکنی خانواده ی پریشان، معمای غامض خانوادگی را مستقیماً تجربه می کند: او با یافتن روشهای فرار خویش، راهی را تدارک می بیند که خانواده می تواند از آن تبعیت کند. اسکینر در رویکرد درمانی بسیار پذیرای خود، اصول و فنون نظریه روابط فردی، تحلیل گروهی، و یادگیری اجتماعی (سر مشق دهی) را با هم در می آمیزد و در عین حال، با هم مجموعاً خانواده را نظامی در حال تکوین می داند که محتاج باز سازی است (گلدنبرگ ۱۳۸۵، ۱۵۶-۱۵۹) رویکرد خانواده درمانی مبتنی بر روابط فردی (شارف و شارف) بی تردید، وفاترین رویکرد خانواده درمانی به نظریه روابط فردی منبعث از یک زوج روانپزشک به نام دیوید شاف و جیل سوج شاف است که عضو «آموزشگاه عالی روانپزشکی واشینگتن» هستند. رویکرد درمانی آنان اساساً روانکاوی است: مطالب نا هشیار بیرون کشیده می شوند و مورد بررسی قرار می گیرند برای خانواده تفسیر صورت می گیرد، به کسب بینش اهمیت داده می شود و برای دستیابی و درک و رشد بیشتر، در احساسهای ناشی از انتقال و انتقال متقابل کند و کاو می گردد. این دونظریه پرداز مدعی هستند که «نظریه روابط فردی، استفاده از رویکرد تحلیلی(یا

روانکاوانه (نظامهای خانوادگی را میسر می سازد ، زیرا نظریه مذبور نوعی نظریه روانکاوی درون روانی است که از دیدگاه رشد بین فردی به وجود آمده است) .

شارف ها ، هم چون سایر خانواده درمان گران ، خانواده را یک نظام بین فردی و مبتنی بر دانش فرمانش می دانند که در سازگاری با یک مرحله انتقال تحولی دچار مشکل شده است . یک اختلاف اساسی در کار درمان آن است که مطابق نظریه روابط فردی ، تفسیری که درمانگر برای کسب بینش درمانجو ارائه می کند ، موضوعی حیاتی است . لیکن شیوه کار آنان بی طرفانه است و به اعضای خانواده اجازه می دهند که مشکلات ناتمام خویش را به درمان گر فراقنی کنند - مبنی بر اینکه درمانگر ناگزیر به جزء لاینفکی از نظام خانوادگی مبدل می شود - شارف ها معتقدند که می توانند بیرون از نظام خانواده حرکت کنند و لذا در موضعی قرار دارند که علاوه بر اتفاقاتی که در خانواده در حال رخ دادن است ، می توانند بگویند در درون خودشان چه اتفاقی می افتد . به عبارت دیگر آنها از پدیده انتقال استفاده می کنند : این انتقال میان اعضای خانواده اعضای خانواده و درمانگر ، و مخصوصاً میان خانواده در قالب یک گروه با درمانگر اتفاق می افتد . خانواده درمانگرهای طرفدار نظریه روابط فردی در هنگام ائتلاف درمانی با خانواده یک جو نوازشگر به وجود می آورند و اعضای خانواده در آن حال و هوا می توانند اجزای گمشده خانواده و همچنین شخصیت خودشان را باز یابند . روابط فردی مشترک خانواده ، و همچنین مرحله رشد درمانی - جنسی و نوع ساز و کارهای دفاعی که به کار می رود ، مورد ارزیابی قرار می گیرد . برای پیوند دادن اعضای خانواده به یکدیگر از این روشها استفاده می شود : مشاهده تعامل خانواده ، تشویق اعضاء به بیان دیدگاههای شخصی و همچنین توجه به دیدگاه دیگران ، کسب تاریخچه ای از « اشخاص » درونی شده از هر عضو ، و ارائه پسخوراند حاصل از مشاهدات و تفاسیر درمانگر به خانواده بعداً ، برای اینکه خانواده الگوهای خود را تغییر داده و یاد بگیرد که برخوردشان با یکدیگر متناسب با واقعیات کنونی باشد - و نه بر

اساس روابط « فردی » ناهشیار متعلق به گذشته باید به آنها کمک کرد تا الگوهای تعاملی مزمن و همانند سازی های فرافکن خویش را حل و فصل کنند. توفیق درمان را با کاهش نشانه ها در بیمار معلوم نمی سنجند، بلکه با افزایش بینش یا خود شناسی خانواده و بهبود قابلیت آنان در غلبه بر فشارهای روانی تحولی اندازه می گیرند. یک هدف بنیادی برای این قبیل درمانگران عبارت است تشویق خانواده به حمایت کردن از نیاز به دل بستگی، فردیت، و رشد یافتگی در اعضاء (گلدنبرگ، ۱۳۸۵، ۱۵۹-۱۶۱) درمان بافت نگر اصول اخلاقی ارتباط و تراز پرداخت خانواده (بوزورمنی - نگی) رویکرد پر نفوذ دیگری در خانواده درمانی که به الگوهای پیوند چند نسلی درون خانواده عنایت دارد، از کارهای ایوان بوزورمنی - نگی و همکارانش سر چشمه می گیرد. نگی خانواده را به عنوان یک نظام اجتماعی قبول دارد، لیکن معتقد است که مسئولیت های خانواده های کنونی بسیار پیچیده هستند و برای کسب تصویر جامعی از کارکرد آنان باید از زنجیره تعاملهایی که میان اعضای خانواده رخ می دهند، فراتر رفت. به نظر نگی، الگوهای ارتباطی خانواده که از نسلی به نسل دیگر منتقل می شوند، کلید درک کارکرد افراد و خانواده به شمار می آیند. عنصر بنیادی روابط اعتماد است، و بسته به قابلیت اعضای خانواده در حفظ وفاداری و ادای دین خویش هنگام بده بستانهایی که با هم دارند، این اعتماد می تواند کاهش یا افزایش یابد درمانگر بافت نگر به جای توجه به نشانه ی رفتاری یا آسیب خانوادگی، منابع ارتباطی را در حکم اهرمی برای تغییر خانواده می داند؛ روابط زمانی قابل اعتماد شمرده می شوند که امکان تبادل نظر راجع به دعاوی معتبر و مسئولیت های متقابل برای اعضای خانواده فراهم آمده باشند. با اینکه کاهش فشار روانی هدف مهمی به شمار می آید، لیکن هدف اصلی درمان بافت نگر بهبود قابلیت ارتباطی اعضای خانواده و متعادل سازی تراز پرداختهای عاطفی و تبادلات اعضای خانواده است. ویژگی خانواده های برخوردار از کارکرد کارآمد عبارت است از توانایی توافق و مذاکره بر سر نا برابری ها و خصوصاً

توانایی حفظ احساس انصاف و مسئولیت در تعاملهایی که با یکدیگر دارند. با توجه به همین موضوع خانواده درمانی بافت نگر «بافت» خانواده، به ویژه به آن دسته از پیوندهای متقابل اخلاقی و پویا - در گذشته، حال، و آینده - نظر دارد که خانواده ها را به هم گره می زند. معنای ضمنی «بافت» عبارت است از گریز ناپذیری از پیامدهای بین نسلی؛ هیچ کس از عواقب و نتایج روابط خانوادگی خوب یا بد در امان نمی ماند، و گرفتاریهای متعلق به نسلهای قبل در ساختار خانواده کنونی باقی می ماند. همین طور «بافت» تلویحاً به معنی وجود فرصت های ذاتی و درونی در روابط مهم برای تبدیل و تغییر نتایج موجود است (گلدنبرگ، ۱۳۸۵، ۱۶۱-۱۶۲) نظریه و روال کار در رویکردهای تجربه نگر / انسان گرا خانواده درمانی تجربه نگر / انسان گرا ماحصل فنون پدیدار شناختی (گشتالت درمانی، نقش گذاری روانی یا پسیکو درام، درمان درمانجو مدار، و جنبش گروههای رویارویی) است که در میان رویکردهای درمانی انفرادی دهه ۱۹۶۰ شهرت خاصی یافته بودند. این شگردهای درمانی به جای حمایت از یک فن خاص روشهایی به شمار می آیند که بنا به تعریف - منحصراً با یک درمانجو یا خانواده خاص جور بودند. تمامی درمانگرهای تجربه نگر / انسان گرا بر حق انتخاب، اراده آزاد و مخصوصاً قابلیت آدمی در علیت شخصی و خود شکوفایی تاکید می ورزند. این درمانگران اشخاصی فعال و غالباً خود فاش کننده اند که احتمالاً برای کمک به درمانجو جهت نیل هر چه بیشتر به احساسات، حسها، تخیلات، و تجارب درونی شخصیشان از فنون و روشهای تحریک کننده مختلفی استفاده می کنند. درمانجو در طول درمان تشویق می شود تا نسبت به اینجا و اکنون، و تجارب فعلی زندگی اش حساس باشد؛ انکار تکانه ها و فرو نشانی عواطف، اموری نا کارآمد و مانع رشد تلقی می شود. خانواده درمانگرهای تجربه نگر رویکرد خود را با تعارضات و الگوهای رفتاری یگانه هر خانواده متناسب می سازند، هر چند آنها در حد امکان دقت می کنند که هیچ گونه فرض نظری از پیش تعیین شده ای را به خانواده تحمیل

نکنند. درمانگرهای تجربه نگر به جای پرده برداری از گذشته فرد، با زمان حال سر و کار دارند. تاکید آنان بر اینجا و اکنون و موقعیتی است که لحظه به لحظه میان درمانگری فعال و دلسوز و خانواده جریان دارد. تعاملات اعضای خانواده بایکدیگر و با درمانگر تشویق می شود تا کسانی که درگیر این تعاملها هستند بتوانند رفتارهای رشد افزاتری در خود به وجود آورند. یعنی فرصتی برای خود انگیختگی، آزادی بیان، و رشد شخصی اعضای خانواده، همین تاکید بر نفس تجربه بین فردی به جای تکیه بر فنون است که محرک رشد و کمال در رویکرد مزبور به شمار می آید. (گلدنبرگ ۱۳۸۵، ۱۷۱-۱۷۳) رویکرد گشتالت درمانی خانواده (کمپلر) تمامی رویکردهای خانواده درمانی، کم و بیش از ماهیتی وجودی (هستی گرا) برخوردارند. درمانهای متاثر از وجود گرایی، بیشتر نوعی نگرش برای درک رفتار انسان هستند تا مکتبی رسمی از روان درمانی، و علاقه مندند جهان را همان گونه درک کنند که یکایک اعضای خانواده و همچنین خانواده در قالب یک کل کارکردی آن را تجربه می کنند. این درمانها مشترکاً بر معنایی که بیمار برای وجود یا بودن قایل می شود، تکیه دارند. در این چارچوب فکری، رواندرمانی نوعی رویارویی بین دو یا چند نفر است که دائماً در حال رشد و تحول، تکامل، و شکوفا سازی توان درونی خویش اند. فنون درمان اموری بی ارزش تلقی می شوند تا بدین طریق از این که یک نفر طرف مقابل را به صورت یک شیء مورد تجزیه و تحلیل قرار دهد، جلوگیری شود. بر خلاف این باور رایج که درک رفتار در اثر فنون مختلف حاصل می آید، درمانگرهای وجودی معتقدند که فنون منبعث از درک رفتار هستند. اگر وجود گرایی به نحوه تجربه آدمیان از وجود بلاواسطه خویش علاقه داشته باشد، روانشناسی گشتالت بر نحوه ادراک آنان از این وجود تاکید می ورزد. فردریک (فریتز) پرلز با قبول تلویحات درمانی وجود گرایی به علاوه بسیاری از واژگان فنی روانشناسی گشتالت، باعث و بانی جنبش گشتالت درمانی در ایالات متحده به شمار می آید. نقش درمانگر در گشتالت درمانی

عبارت است از کمک به درمانجو برای کسب آگاهی از نحوه به کارگیری ناموثر منابع و امکانات شخصی و نشان دادن کارهایی که باعث می شود از دست یابی به اهداف باز بمانند وظیفه درمانگر آن نیست که به درمانجو بگوید چرا آنها به این شیوه عمل می کنند. تبیین و تفسیر رفتار خود شکن از طریق باز سازی خاطرات گذشته یا گزارشهای تاریخیچه ای، نقشی در تغییر این الگوهای رفتاری ناموثر ندارند. گشتالت درمانی خانواده کوششی است برای ترکیب اصول و روشهای خانواده درمانی و گشتالت درمانی به منظور کمک به آدمیان فرا رفتن از سطح بازیهای خود فریب، دفاع ها، و ظواهر متعارف. در اینجا، هدف هدایت و راهنمایی آنان برای آگاهی بیشتر از احساسها و رها سازی آنها است و فراوان اتفاق می افتد که این امر با استفاده از رفتارهای صریح شخص درمانگر صورت پذیرد؛ به طور آرمانی اعضای خانواده از تاثیرات متقابل خویش بر یکدیگر آگاه می شوند، نشانه های بیمار معلوم بر طرف می گردد و خانواده روشهای جدیدی برای کار و زندگی با یکدیگر فرا می گیرد. در یک رویارویی موثر درمانی باید چهار شرط زیر برآورده شوند: ۱- آگاهی روشن و صریح راجع به این که در هر لحظه از زمان «من که هستم». این امر مستلزم آگاهی از نیازهای من در هر برهه از زمان است. ۲- شناخت یا ارزیابی حساس از کسانی که من با آنها هستم و بافتی که این رویارویی در آن قرار دارد. ۳- پرورش و استفاده از مهارتهای ظریف من به گونه ای تا حد بضاعتم بتوانم به آنچه از این رویارویی نیاز دارم، دست یابم. ۴- قابلیت خاتمه دادن به رویارویی. (گلدنبرگ، ۱۳۸۵، ۱۸۴-۱۸۷)

رویکرد مبتنی بر فرآیند اعتبار یابی انسان (ستیر) جایگاه محوری ویرجینیا ستیر در تاریخ جنبش خانواده درمانی موضع بی همتایی دارد، چونکه تنها زن و یگانه مددکار اجتماعی است که در میان روانپزشکان مذکر سفید پوست به چشم می خورد. در واقع، شاید او از اکثر همتایان مذکرش زودتر به کار با خانواده ها پرداخته باشد. ستیر به همراه آکرمن معمولاً در زمره اولین و پرجاذبه ترین رهبران این حوزه به شمار می آید

، با اینکه ستیر به خاطر پیوند آغازینش با MRI طرفدار رویکرد پیام رسانی جلوه می کرد ، کارش در اسالن که مرکزی رشدنگر بود ، او تشویق کرد تا چهارچوب انسان گرا را به رویکرد خویش اضافه کند و شماری از فنون رشد افزا (مثلاً آگاهی حسی ، رقص ماساژ ، و فنون رویارویی گروهی) را به منظور تحریک احساسها و تصریح الگوهای پیام رسانی خانواده به کار گیرد . ستر (۱۹۸۶) در آخرین تالیفش رویکرد خود را « الگوی فرایند اعتبار یابی انسان » نامید ؛ در این رویکرد ، درمانگر و خانواده نیروی خود را به هم درمی آمیزند تا فرایند ذاتی افزایش سلامت روان را در خانواده به تحریک در آورند . ستیر خانواده را یک نظام متوازن می دانست . مخصوصاً او مایل بود « بهایی » را که نظام برای حفظ توازن کلی آن واحد «می پردازد» تعیین می کند ؛ یعنی ، او نشانه های اختلال در هر عضو را علامتی دال بر وقفه رشد و کمال می داند که برای نظام خانوادگی ارزش تعادلی دارد ، چرا که خانواده باید این انسداد و تحریف رشد را به شکلی در تمامی اعضای آن به وجود آورد تا توازن آن حفظ شود . عامل مهم دیگر در رشد و کمال فرد عبارت است از مثلث روان ، بدن ، و احساس . قسمتهای بدن غالباً از معنایی استعاری برخوردارند ، هر قسمت معمولاً ارزشی مثبت یا منفی دارد که صاحبش ارزش آن را تعیین می کند . برخی محبوب هستند ، سایر قسمتها نامحسوب اند ، و برخی را نیز باید تحریک کرد . ستیز با استفاده از عملی که آن را ضیافت اندامها می نامند ، درمانجو را ترغیب می کند تا از این اجزا آگاهی یافته و یاد بگیرد که از آن ها « به شیوه هماهنگ و یکپارچه » استفاده کند . (گلدنبرگ ، ۱۳۸۵-۱۹۳-۱۹۵)

نظریه و روال کار در رویکرد ساخت نگر : به طور اخص ، سادگی این نظریه درباره سازمان خانواده ، همراه با پژوهشهای مستند و رویکردهای خاص مداخله درمانی که سالوادور میتوچین و همکاران وی کرده اند ، باعث شده است که گروه کثیری از خانواده درمانگران طرفدار نظریه سیستمها ، دیدگاه ساختاری را انتخاب کنند . خانواده درمانی ساخت نگر به خاطر تأکید بر بافت خانواده در پدیدایی مسائل و همچنین یافتن

راه حل‌های درمان آن مشکلات با رویکردهای دیگر نظام‌های خانواده وجه اشتراک دارد با وجود این کاربرد استعاره‌های فضایی و سازمانی آن چه از لحاظ توصیف مشکلات و شناسایی راه حل‌ها چه از لحاظ تأکید بر رهنمودها و دستورات مستقیم و فعال درمانگر باعث منحصر به فرد بودن این رویکرد می‌شود. نظریه پردازان ساخت نگر بر: (۱) کلیت نظام خانواده، (۲) تأثیر سازمانی مرتبه ای خانواده (۳) کارکرد به هم پیوسته ی نظام های فرعی آن تأکید دارند و آنها را تعیین کننده ی اصلی بهزیستی اعضا می‌داند. اولین هدف درمانگران ساختاری عبارت است از تلاش فعالانه برای تغییر سازمان در خانواده ی بدکار و تصورشان بر این است که تغییرات رفتاری فردی و همچنین کاهش نشانه ها، به دنبال تغییر بستر تبادلات خانواده حادث خواهند شد. وقتی نقش درمانگر ساختاری آن است که شخصاً عامل تغییر باشند، فعالانه با کل خانواده درگیر شود چالش‌هایی به راه اندازد که تغییرات انطباقی را به وجود می‌آورند و هرگاه اعضای خانواده بکوشند که با پیامدهای حاصله کنار آیند آنها را حمایت و رهبری کند. (گلدنبرگ ۱۳۸۵، ۲۳۳-۲۳۴) مزایای کارکردن با خانواده: مزایای بی شماری برای کار با کل خانواده به عنوان یک واحد به عوض فقط کسانی که در آن زندگی می‌کنند، وجود دارد اولاً، خانواده درمانی به متخصصان اجازه می‌دهد علل را به صورت حلقوی و نیز گاهی اوقات «خطی» ببینند. مزیت دوم خانواده درمانی که در کار با اعضای خانواده و مسایل خانوادگی درمان مرجح است، این واقعیت است که در این روش درمان، افراد مهم و واقعی جزئی از فرایند هستند. هیچگونه جانشینی که ممکن است به عنوان افراد مهم در زندگی شخص رفتار کنند یا نکنند، وجود ندارد. درمانگران راساً با اشخاص درگیر سر و کار دارند. به تعبیری، اکثر خانواده درمانگران به بازی نقش یا شبیه سازی نقش متکی نیستند. سومین مزیت به کارگیری خانواده درمانی به عنوان شیوه درمانی مرجح این است که در این فرآیند تمامی اعضای خانواده پیام یکسانی را دریافت می‌کنند. با آنها همزمان در افتاده می‌شود تا روی

مسایل با هم کار کنند. این رویکرد، راز و رمزها را از بین می برد و اساساً آنچه را نهان است، آشکار می کند. نتیجه گشایش ارتباط است. مزیت چهارم در استفاده از خانواده درمانی آن است که به عنوان یک قاعده، مختصرتر از مشاوره فردی است. بسیاری از خانواده درمانگران گزارش می دهند که طول مدت زمانی که آنها درگیر کار با خانواده هستند می تواند چند ماه باشد، در واقع بعضی از رویکردهای خانواده درمانی، به طور مشخص آنهایی که با خانواده درمانی استراتژیک مرتبط اند، روی قرار داد با خانواده مراجع برای مدت زمان محدود تأکید می کنند. وضعیت پنجم در استفاده از خانواده درمانی آن است که رویکردهای به کار رفته در کار با خانواده ها به جای توجه محض بر روابط درون شخصی به روابط بین اشخاصی توجه می کند. آخرین وضعیت خانواده درمانی بر سایر روشهای یآوری این واقعیت است که شواهد مستندی وجود دارد مبنی بر این که برخی رویکردهای مناسب شرایط خاصی هستند. (گلادینگ ۱۳۸۲، ۸۵-۸۶) به فعل در آوردن الگوهای مرادده ای خانواده: با اینکه درمانگر باید جایگاه رهبری خود را حفظ کند در عین حال باید از خطر این جایگاه، یعنی خطر مرکزیت یافتن بیش از حد هم پرهیز کند خانواده با روی آوردن به درمان به دنبال کمک یک متخصص است آنها انتظار دارند وضع خود را برای او توصیف و از او راهنمایی بگیرند. درمانگر به مشاهده ی نشانه های غیر کلامی می پردازد نشانه هایی که در تأیید یا تضاد با گفتار خانواده است. بافت بین اشخاصی مرادده همواره ارتباط را تقویت، تعدیل یا نفی می کند. حضور درمانگر همواره یک عامل تغییر زا است. با سوق دادن بعضی اعضای خانواده به طرف تعامل با دیگری در یک چاقوب مشخص می توان سناریوهای خانواده را خلق کرد. تعلیم ها باید صریح باشد. برانگیختن گفتگوها نسبتاً ساده است درمانگر می تواند گوش به زنگ باشد تا یکی از اعضای خانواده راجع به دیگری شروع به صحبت کند، آنگاه سخنگو را سوق می دهد به اینکه به عوض صحبت راجع به دیگری با خود آن فرد حرف بزند. وقتی خانواده برای

اولین جلسه وارد می شود طرز نشستن آنها می تواند سر نخ اتحادها . ائتلافها محور بودن و یا منزوی بودن باشد . تغییر دادن مکان اشخاص در عین حال تکنینی برای ترغیب و تشویق گفتگو است . تغییر مکان می تواند یک شیوه ی موثر در کار روی مرزها باشد اگر درمانگر بخواهد مرزی ایجاد کند یا آن را تقویت کند می تواند اعضای زیر منظومه را به وسط اتاق بیاورد و از سایر اعضای خانواده بخواهد که صندلی های خود را عقب بکشند طوری که بتوانند ناظر باشند ولی نتوانند دخالت کنند . در یک خانواده ی بهم تنیده باید مرزها به منظور تسهیل فردیت یافتن اعضای خانواده تقویت شود . استقلال فردی را می توان با قواعد ساده ای که به عنوان جزئی از قواعد کلی حاکم بر واحد درمانی اعمال می شود حفظ و تقویت کرد (مینوچین ، ۱۳۷۳ ، ۱۸۷-۱۹۲) خانواده درمانی رفتار و شناختی - رفتاری بر اساس یکی از کامل ترین رویکردهای تحقیق شده و بر کمک به خانواده ها یعنی نظریه یادگیری استوار است . سرچشمه این نظریه به اوایل قرن بیستم باز می گردد . پیشگامان اولیه آن کسانی همچون ایوان پاولف ، جان . ب. واتسون ، و ب. اف. اسکینر بوده اند . خانواده درمانی رفتاری دارای چهار شکل اصلی تعلیم رفتاری به والدین ، زناشویی درمانی رفتاری ، درمان اختلال در عملکرد جنسی و خانواده درمانی کارکردی است . این تاکیدها غالباً از روشهای شناختی - رفتاری استفاده می کنند . همه آنها بجز رویکرد چهارم خطی هستند و بر روابط فردی یا دوتایی تاکید می ورزند . بسیاری از مداخلات مورد استفاده در خانواده درمانی رفتاری و شناختی - رفتاری همان مداخلاتی هستند که در درمان فردی به کار می روند . تقویت ، شکل دهی ، حذف کردن ، سر مشق دهی ، بازی نقش ، ایست فکری ، و خاموش سازی رایج هستند . با این حال ، جنبه های خانواده درمانی رفتاری و شناختی - رفتاری نیز شامل مواد عملی جدیدی نظیر قرار دادهای مشروط (وابستگی) ، قرار دادهای یک جانبه ، و رفتارهایی است که بر اصل رفتار نظیر استوارند . در بهترین حالت ، رویکردهای خانواده درمانی رفتاری و شناختی -

رفتاری عینی برای کمک به والدین ، زن و شوهرها ، و خانواده ها برای تغییر کردن فوراً قابل کاربرد هستند . شاخه ای از یکی از این رویکردها ، یعنی خانواده درمانی کارکردی ، سیستمی است . مفاهیم اصلی که درمان بر اساس آن استوار است در حد گسترده ای مورد تحقیق قرار گرفته اند . از میان تمامی خانواده درمانیها رویکردهای خانوادگی رفتاری و شناختی - رفتاری علمی ترین آنهاست . از طرفی ، رویکردهای خانواده درمانی رفتاری و شناختی - رفتاری در بیشتر اوقات هنوز هم به میزان بسیار زیادی بر دید خطی و محدود به خانواده ها تکیه می کند . این رویکردها قدر مسلم می دانند که اگر درمان برای یک واحد در خانواده و برای نشانه های مرضی مشکل به کار رود سایر جنبه های خانواده نیز تغییر خواهد کرد . منابع : ۱- بارنس ، گیل گوریل ، (۱۳۸۳) خانواده درمانی در گذر زمان . ترجمه . فریده عباسی دلوئی (مشهد : انتشارات ارسطو) چاپ اول . ۲- گلادینگ ، ساموئل ، (۱۳۸۲) خانواده درمانی (تاریخچه ، نظریه ، کاربرد) ترجمه : فرشاد بهاری و همکاران . (تهران : انتشارات تزکیه) چاپ اول . ۳- گلدنبرگ ، ایرنه - گلدنبرگ ، هربرت ، (۱۳۸۵) خانواده درمانی . ترجمه : حمید رضا حسین شاهی برواتی و همکاران (تهران : نشر روان) چاپ دوم ۴- مینوچین ، سالوا دور (۱۳۷۳) خانواده و خانواده درمانی . ترجمه : باقر ثنائی تهران : انتشارات امیر کبیر چاپ چهارم . ۵- نظری ، محمد علی (۱۳۸۶) مبانی زوج درمانی و خانواده درمانی ، تهران : نشر علم ، چاپ اول فهرست مطالب

*مقدمه *خانواده چیست ؟ *تاریخچه خانواده درمانی : *فرآیند خانواده درمانی : *

منطبق زیر بنایی خانواده درمانی : * رویکرد بنیادی * رویکرد سیستمی * رویکرد درمانی سیستمی در مقابل فردی * رویکرد روانپوشی * رویکرد خانواده درمانی

استراتژیک * رویکرد غنی سازی ارتباط * رویکرد روانکاوی و پویه هایی خانواده (آکرمن) * رویکرد میلان * رویکرد تحلیل گروهی نظام های باز (اسکینر) * خانواده درمانی مبتنی بر روابط فردی (شارف و شارف) * درمان بافت نگر (اصول اخلاقی و

تراز پرداخت خانواده (بوزرمنی - نگی) * رویکرد تجربه نگر - انسان گرا * رویکرد گشتالت درمانی خانواده (کمپلر) * رویکرد مبتنی بر فرآیند اعتبار یابی انسان (ستیر) * نظریه و روال کار در رویکرد ساخت نگر * مزایای کار با خانواده ها * به فعل در آوردن الگوهای مراوده ای خانواده * نتیجه گیری * منابع

افسردگی

شنبه ، ۱ مرداد ۱۳۸۸ ، ۱۷:۲۶ افسردگی

جنسیت: به طور تقریبی ۲۰-۲۵٪ زنان و ۱۲٪ مردان حداقل یک بار در طول زندگی این بیماری را تجربه می کنند. در میان کودکان افسردگی به طور برابر میان دختران و پسران وجود دارد. هر چند هنگامی که دختران به سنین نوجوانی می رسند در ابتلای به بیماری از پسران پیش می افتند. این تفاوت از باب جنسیت ادامه خواهد یافت. تئوری های متعددی وجود بالاتر افسردگی در زنان نسبت به مردان را تایید می کند: < زنان بیشتر از مردان برای درمان اقدام می کنند، شاید برای آنکه آمادگی بیشتری برای پذیرش علائم احساسی افسردگی، بی ارزشی و ناامیدی دارند. > مردها شاید کمتر خواستار اطلاع از علائم احساسی خود هستند و گرایش بیشتری به سرکوب افسردگی با استفاده از الکل یا مواد دیگر دارند. در چنین شرایطی، افسردگی پشت نقابی پنهان می شود و بیشتر به عنوان اعتیاد به مواد یا الکل خودنمایی می کند تا افسردگی. < در جوامع کنونی که زنان عهده دار نقش های گوناگون و متفاوتی هستند، مسئولیت های فراوان و برنامه زندگی شلوغی دارند. همچنین تاثیر محتمل هورمون ها باعث می شوند زنان بیشتر از مردان در معرض افسردگی قرار گیرند. وضعیت تاهل: زنانی که ناخواسته مجبور به ازدواج می شوند و همچنین زنان مطلقه عده ی بیشتری از مبتلایان را شامل می شوند. در حالی که زنانی که با میل باطنی خود ازدواج می کنند تعداد کمتری را شامل می شوند. < سن: > در حالی که افسردگی بالینی معمولاً برای اولین بار در سنین ۲۰-۵۰ سالگی

رخ می دهد، افراد بالاتر از ۶۵ سال هم آمادگی ویژه ای دارند. دوره های قبلی: اگر تا به حال افسردگی را تجربه کرده اید، احتمال بروز دوباره آن بالاست. بر اساس محاسبات به طور تقریبی نیمی از افرادی که به این بیماری دچار شده اند، بروز آن را دوباره تجربه می کنند. عوامل موروثی: افرادی که خویشاوندی با سابقه ی ابتلای به این بیماری دارند بیشتر در معرض خطر ابتلا قرار دارند همچنین ابتلای فردی نزدیک در خانواده به «اختلال دوقطبی» احتمال ابتلای شخص به افسردگی حاد را تقویت می کند. یک لحظه فکر کنید: آیا احساس شادی می کنید؟ شادی چیست؟ چیزی نیست که در مادیات یا شباهت به ستاره های سینما یا یک حرفه یافت شود. محققانی که در این باره تحقیق می کنند شادی را به عنوان احساس رضایت عمیق و پایدار تعریف می کنند. آیا احساس رضایت می کنید؟ چگونه می توانید به حیطه رضایت خود راه یابید؟ تحقیقات نشان می دهند که درآمد یا وضعیت نامساعد مادی یا حتی وضعیت تاهل شادی را تضمین نمی کنند. در عوض این احساس تحت عواملی است که کمتر قابل لمسند، از جمله خودشناسی، داشتن احساس قدردانی از نکته های مثبت زندگی و قبول این مسئله که منفی ها را هم مثبت کند. چه کارهایی می توانید برای قدم برداشتن به سوی شادی انجام دهید؟ تعهد بدهید تا شاد باشید! هر روز تصمیم بگیرید تا روزی خوب داشته باشید. هر چند نمی توانید عوامل ناخوشایند را دور کنید اما می توانید انتخاب کنید تا چه عکس العملی نشان دهید یا چه برداشتی از مسائل داشته باشید. بگذارید مسائل منفی بگذرند. چگونه می توانید؛ یک روز خوب؛ انتخاب کنید؟ ساعت خود را ۱۰ دقیقه زودتر روی زنگ بگذارید. کاری را انجام دهید که از لحظه به لحظه آن لذت ببرید. قهوه تان را با آرامش خیال بنوشید. قدم بزنید. در دفتر روزانه خود بنویسید. هر چند ۱۰ دقیقه به نظر وقت زیادی نمی آید اما برای نشان دادن به خودتان که شادی و خوب بودن شما بر همه چیز ارجح است کافی است. برای لحظه زندگی کنید. ما معمولاً برای چیزهایی ناراحتیم که اتفاق افتاده اند یا قرار است اتفاق بیفتند.

وقتی متوجه شدید در حالت نگرانی درباره گذشته یا آینده قرار دارید کمی تامل کنید و انتخاب کنید تا در حال زندگی کنید. ۳۰ دقیقه وقت بگذارید تا در حال زندگی کنید. سعی کنید کمی قدم بزنید یا روی نیمکت پارکی بنشینید و فقط حال را احساس کنید. به کارهایی که قرار است انجام دهید فکر نکنید. در لحظه حال تمرکز کنید. نفس عمیق بکشید. از محیط اطرافتان لذت ببرید. خود را در فعالیتی غرق کنید. فعالیتی برای خودتان پیدا کنید که شما را از فکر کردن به موارد دیگر باز می دارد. مثلاً ورزش، نقاشی، نوشتن حتی تمیز کردن خانه، فعالیتی که شما را کاملاً مجذوب خود کند. هر هفته برای این فعالیت کمی وقت صرف کنید. برای آنکه حیطه رضایت خود را بیابید به کار و دقت نیاز دارید. این روش ها را تمرین کنید و فعالانه به دنبال شادی باشید. در خواهید یافت که شاد بودن آنقدرها هم سخت نیست.

<div class="e">

تناسب شخصیتی دانشجویان پرستاری

برای تحصیل و کار در این حرفه محسن ادیب حاج باقری، منصور دیانتی مقدمه. ریزش زیاد دانشجویان پرستاری و بی میلی بسیاری از پرستاران برای تداوم اشتغال در این حرفه، توجه صاحب نظران را به ضرورت در نظر گرفتن ویژگی های شخصیتی افراد در هنگام گزینش برای این رشته، جلب نموده است. با توجه به فقدان مطالعه قبلی در زمینه میزان تناسب شغلی شخصیتی دانشجویان پرستاری در ایران، این مطالعه با هدف تعیین خصوصیات شخصیتی دانشجویان جدیدالورود پرستاری و بررسی تناسب آن برای تحصیل و کار در این حرفه انجام شد. روش ها. پژوهش به صورت توصیفی در دانشکده های پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران، کاشان و یکی از واحدهای دانشگاه آزاد صورت گرفت. انتخاب نمونه به صورت آسان انجام شد و ۵۲ نفر از دانشجویان جدیدالورود سال تحصیلی ۸۱-۱۳۸۰ با استفاده از پرسشنامه شغلی

شخصیتی هالند مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج. شصت و سه و پنج دهم درصد از دانشجویان مؤنث و ۳۶/۵ درصد مذکر و دارای میانگین سنی $22 \pm 1/2$ سال بودند. براساس نتایج به دست آمده، ۴۴/۲ درصد از دانشجویان به لحاظ شخصیتی خصوصیتی مناسب برای حرفه پرستاری نداشتند. ۷۷ درصد از دانشجویان اظهار داشتند که در موقع انتخاب رشته اطلاعات کمی در مورد آن داشته‌اند. بحث. نزدیک به نیمی از دانشجویان پرستاری، به لحاظ بارزترین خصوصیات شخصیتی با خصوصیات لازم برای حرفه پرستاری سازگاری نداشتند. پیشنهاد می‌شود که از آزمون‌های شخصیت و تست‌های رغبت‌سنج برای انتخاب بهترین دانشجویان از میان افرادی که صلاحیت‌های علمی و استعداد تحصیلی خوبی را نشان داده‌اند، برای تحصیل در رشته پرستاری استفاده شود. واژه‌های کلیدی. خصوصیات شخصیتی، دانشجویان پرستاری، حرفه پرستاری، اشتغال، تحصیل. مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی ۱۳۸۳؛ ۴(۱۲): ۵-۱۱ مقدمه هر حرفه‌ای، بسته به نوع تولیدات یا خدماتی که ارائه می‌دهد، نیاز به فراگیری دانش، مهارت و نیز ویژگی‌های خاص فردی دارد. اگر از ابتدا به تطابق میان ویژگی‌های فردی افراد با شغل مورد نظر توجه کافی مبذول نگردد، سازگاری فرد با آن شغل دچار مشکل خواهد گردید (۱). امروزه، برای گزینش افراد و دادن اجازه ورود به بسیاری از حرفه‌ها، از آزمون استفاده می‌شود. در ایران نیز، هر ساله آزمون ورودی دانشگاه‌ها برای تعیین صلاحیت افراد، برای ورود به دوره‌های آموزشی و مشاغل مختلف برگزار می‌شود. به نظر می‌رسد که چند پیش‌فرض اساسی برای انتخاب دانشجویان برای رشته‌های مختلف وجود دارد که شامل مواردی از قبیل: «داوطلبان در تعیین رشته به علایق، توانایی‌ها، خصوصیات روحی و جسمی خود و تناسب آن با شغل کاملاً توجه می‌کنند»، «انتخاب یک رشته توسط داوطلب نشانگر شناخت او از آن رشته است»، «از روی نمرات کسب شده در آزمون، می‌توان صلاحیت افراد را برای حرفه‌های مختلف شناسایی کرد»، «هر فرد که نمره بالاتری در آزمون کسب نماید،

دارای صلاحیت برای حرفه‌های پراهمیت‌تر و حساس‌تر است»، می‌شود. با توجه به اینکه شرکت در آزمون و انتخاب رشته، آزاد و داوطلبانه است، انتظار می‌رود که افراد، دارای انگیزه کافی برای تحصیل در آن رشته بوده و پس از اشتغال در آن، خدمات با کیفیتی را ارائه دهند. متأسفانه، گزارشات نشان می‌دهد که بسیاری از دانشجویان پرستاری در مدت تحصیل، دارای انگیزه کافی نیستند، تمایل پرستاران برای اشتغال در این حرفه کاهش یافته، و با وجود افزایش تعداد پرستاران در سطوح کارشناسی ارشد و دکترا، نه تنها کیفیت خدمات پرستاری به موازات آن افزایش نیافته، بلکه به نظر می‌رسد کاهش هم یافته باشد (۳ و ۲). عوامل مختلفی، از جمله: اشکال در گزینش دانشجوی، روش‌ها و محتوای تدریس و نیز چگونگی ارزیابی دانشجویان می‌تواند در این مشکل نقش داشته باشد (۴). هدف از برگزاری آزمون، گزینش مناسب‌ترین افراد برای یک رشته یا حرفه است. این امر هنگامی به بهترین وجه تحقق می‌یابد که افرادی برای ورود به یک حرفه انتخاب شوند که ویژگی‌های آنها با خصوصیات آن حرفه سازگاری داشته باشد (۵). مروری بر چگونگی پذیرش دانشجوی در رشته پرستاری در کشورهای مختلف نشان می‌دهد که این مسأله مورد غفلت قرار گرفته است. در اسلوانی، تنها داشتن دیپلم دبیرستان برای پذیرش دانشجوی پرستاری کافی است (۶). مدارس پرستاری امریکا نیز از آزمونی همانند سایر رشته‌ها و یا از آزمون‌های استعداد، و در برخی از موارد، از آزمون‌های معلم ساخته که صرفاً توانایی‌های لازم برای کسب پیشرفت تحصیلی را می‌سنجند، برای گزینش داوطلبان استفاده می‌کنند (۳ و ۷). در ایران نیز، آزمون سراسری، صرفاً به سنجش اطلاعات نظری و استعداد تحصیلی داوطلبان می‌پردازد، در حالی که هم شرایط تحصیل و هم شرایط کار پرستاری با سایر رشته‌ها متفاوت است. به دلیل همین تفاوت، در سال‌های اخیر، محققان تأکید نموده‌اند که لازم است افرادی برای تحصیل در این رشته انتخاب شوند که علاوه بر آمادگی و استعداد تحصیلی، درجاتی از ویژگی‌های شخصیتی و روانشناختی متناسب با این حرفه را داشته

باشند. از این رو، استفاده از آزمون‌هایی که علاوه بر استعداد تحصیلی، سنجش شخصیت را نیز شامل گردد، پیشنهاد نموده‌اند (۷ تا ۱۰). بررسی مشاغل مختلف و شرایط محیط کار آنها، و تعیین خصوصیات شخصیتی لازم برای این مشاغل، نشان می‌دهد که حرفه پرستاری نیاز به شخصیتی اجتماعی دارد، اگرچه درجاتی از خصوصیات شخصیتی جستجوگر و هنری نیز لازم است (۱). با توجه به اهمیت گزینش صحیح از میان داوطلبان ورود به حرفه پرستاری و فقدان مطالعه قبلی در این زمینه در ایران، این مطالعه با هدف تعیین خصوصیات شخصیتی دانشجویان جدیدالورود پرستاری و بررسی تناسب آن برای تحصیل و کار در این حرفه انجام شده است. امید است نتایج آن بتواند به عنوان گامی در راه ارتقای خدمات پرستاری و افزایش رضایت حرفه‌ای شاغلین در این حرفه و مددجویان آنها مفید واقع گردد. روش‌ها پژوهشی توصیفی در دانشکده‌های پرستاری دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران و کاشان و یکی از دانشکده‌های پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی انجام شده است. انتخاب دانشکده‌ها بر اساس تفاوت رتبه آنها و در نتیجه تفاوت رتبه دانشجویان پذیرفته شده در آنها انجام شد. به این ترتیب، کوشش شد تا نمونه پژوهش، نماینده‌ای از جامعه بزرگتر پذیرفته‌شدگان در رشته پرستاری باشد. انتخاب نمونه در محل‌های پژوهش، به صورت آسان انجام شد. به این ترتیب که کلیه دانشجویان جدیدالورود پرستاری که برای نیم‌سال اول سال تحصیلی ۸۱-۸۰ در دانشکده‌های مذکور ثبت نام نموده بودند، به عنوان واحد پژوهش تلقی گردیدند (۹۰). $N=50$ نفر تهران، ۲۰ نفر کاشان، ۲۰ نفر آزاد). برای جمع‌آوری داده‌ها، در هر یک از محل‌های پژوهش، پژوهشگر با هماهنگی قبلی با مدرس مربوطه، در یکی از جلسات درسی اولین یا دومین ماه تحصیل دانشجویان نامبرده شرکت کرد و پس از بیان اهداف پژوهش و کسب اجازه برای شرکت در تحقیق، به معرفی پرسشنامه و توضیح درباره نحوه تکمیل آن پرداخت و نیز توضیحاتی را درباره ویژگی‌های بارز هر یک از تیپ‌های شخصیتی اجتماعی، هنری، قراردادی، واقعگرا، متهور و جستجوگر ارائه داد.

آن گاه پرسشنامه در میان دانشجویانی که مایل به شرکت در تحقیق بودند (۷۵ نفر) توزیع و از آنها خواسته شد تا پس از ۲۴ ساعت، پرسشنامه‌های تکمیل شده را عودت دهند. تاکنون بیش از ۴۰۰ تحقیق در کشورهای مختلف با استفاده از پرسشنامه هالند انجام شده و روایی و پایایی آن مورد تأیید قرار گرفته و در مواردی نیز، از آن برای توزیع دانشجویان در رشته‌های دانشگاهی استفاده شده است که هالند خلاصه‌ای از آنها را در یک کتاب راهنمایی شغلی به چاپ رسانده است (۱). ابزار جمع‌آوری داده‌ها دارای دو قسمت بود: الف. پرسشنامه‌ای که ضمن سؤالاتی درباره مشخصات دموگرافیک، دربردارنده سه سؤال بود. یک سؤال چند گزینه‌ای درباره نظر هر فرد در مورد تیپ شخصیتی خودش (از میان تیپهای شخصیتی اجتماعی، هنری، قراردادی، واقعگرا، متهور و جستجوگر)، یک سؤال در مورد اینکه در هنگام انتخاب رشته پرستاری تا چه حد درباره این رشته اطلاع داشته و چه تصویری از این حرفه در ذهن خود داشته است؟ و نیز یک سؤال درباره هدف فرد از انتخاب رشته پرستاری. ب. پرسشنامه شغلی شخصیتی هالند. این پرسشنامه شامل ۳ بخش است: بخش اول. طبقه‌بندی شغلی، حاوی لیستی از ۵۰۰ شغل که متناسب با تیپ‌های شخصیتی به ۶ طبقه: اجتماعی، هنری، قراردادی، واقعگرا، متهور و جستجوگر تقسیم شده‌اند. بخش دوم. جستجوی خودفرمان، که شامل ۶ قسمت است: ۱. آرزوهای شغلی. در این بخش که به صورت سؤال باز است، از فرد خواسته می‌شود تا تاریخچه‌ای از آرزوهای شغلی خود را به ترتیب از جدیدترین تا قدیمی‌ترین آنها بنویسد. ۲. فعالیت‌ها. در این قسمت لیستی از فعالیت‌های اجتماعی، هنری، قراردادی، واقعگرایانه، متهورانه و جستجوگرانه وجود دارد که فرد به صورت علاقه دارم یا علاقه ندارم، پاسخ می‌دهد. در نهایت، جمع مواردی که فرد ابراز علاقه نموده است، محاسبه می‌شود. ۳. صلاحیت‌ها. در این قسمت، لیستی از فعالیت‌هایی که فرد به خوبی قادر به انجام آنهاست ارائه شده که به صورت بلی - خیر جواب داده می‌شود و در پایان، جمع جواب‌های مثبت حساب می‌گردد. ۴.

مشاغل. در این قسمت، لیستی از مشاغل ارائه شده که فرد علاقه یا عدم علاقه خود را به صورت بلی خیر ابراز می‌دارد و در پایان جمع جواب‌های مثبت حساب می‌شود. ۵.

خودسنجی. در این قسمت، فرد توانایی‌ها و مهارت‌های مکانیکی، علمی، هنری، تدریس، فروشندگی، امور دفتری، دستی، ریاضی، موسیقی، دوستی و تعاون و مدیریت اداری خود را با همسالان مقایسه می‌کند و در هر زمینه، به خود نمره‌ای از یک تا هفت می‌دهد. ۶. سازمان‌دهی پاسخ‌ها. در این قسمت، مجموع نمرات بخش‌های مختلف محاسبه می‌شود و در نهایت، یک کد اختصاصی سه حرفی برای هر فرد به دست می‌آید که اولین حرف آن نشانگر بارزترین خصوصیت شخصیتی فرد بوده و با استفاده از آن می‌توان در لیست مشاغل، مشاغلی را که با خصوصیات شخصیتی فرد سازگارتر است، پیدا نمود. در این پژوهش، پرسشنامه اطلاعات فردی همراه با قسمت‌های دو تا پنج از پرسشنامه هالند برای پاسخ‌گویی در اختیار دانشجویان قرار گرفت و سازمان‌دهی پاسخ‌ها توسط محقق انجام شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها به شیوه دستی و با استفاده از آمار توصیفی انجام شد. برای تعیین تناسب شخصیتی دانشجویان با حرفه پرستاری، بارزترین ویژگی شخصیتی فرد که در بخش سازمان‌دهی پاسخ‌ها به دست آمد، مورد استفاده قرار گرفت. به این ترتیب، هرگاه دانشجوی دارای یکی از تیپ‌های اجتماعی، جستجوگر و هنری بود، از نظر شخصیتی با حرفه پرستاری سازگار تلقی می‌شد. افرادی با سایر تیپ‌های شخصیتی، برای این حرفه مناسب تلقی نشده‌اند. تجزیه و تحلیل پاسخ دانشجویان به سؤالات باز به روش تحلیل محتوا انجام شد. به این منظور، پس از چند بار مطالعه هر پاسخ، مفهوم و معنای اصلی موجود در آن استخراج و به صورت کدهایی ثبت گردید، سپس کدهای مشابه در یک طبقه قرار گرفت. نتایج از مجموع ۷۵ پرسشنامه تحویل داده شده، ۵۲ نفر پرسشنامه را تکمیل و عودت دادند (میزان برگشت ۶۸/۱ درصد) که ۶۳/۵ درصد از آنها مؤنث و ۳۶/۵ درصد مذکر و دارای میانگین سنی $22 \pm 1/2$ سال بودند. جدول یک توزیع تیپ‌های شخصیتی را در نمونه پژوهش،

براساس نظر افراد و نیز نتایج حاصل از پرسشنامه شغلی - شخصیتی هالند نشان می‌دهد. چنان که مشخص است، بیش از ۴۴ درصد از واحدهای پژوهش، خود را دارای شخصیتی واقعگرا می‌دانستند ولی براساس پرسشنامه، این میزان در حدود ۲۵ درصد بوده است. همچنین مشخص شد که در مجموع ۵۵/۸ درصد از دانشجویان دارای شخصیت اجتماعی یا جستجوگر و یا هنری بوده‌اند، در حالی که در حدود ۴۵ درصد از دانشجویان به لحاظ شخصیتی، خصوصیات مناسب برای حرفه پرستاری نداشته‌اند.

جدول ۱. توزیع درصد تیپ‌های شخصیتی در نمونه پژوهش براساس نظر افراد و نتایج حاصل از پرسشنامه شغلی - شخصیتی هالند. تیپ شخصیتی نظر افراد پرسشنامه

هالند اجتماعی	۸ (۱۵/۴)	۱۳ (۲۵)	جستجوگر	۶ (۱۱/۵)	۱۱ (۲۱/۲)	هنری	۵ (۸)
۳	۵ (۹/۶)	واقع‌گرا	۲۳ (۴۴/۲)	۱۳ (۲۵)	متهور	۷ (۱۳/۵)	۷ (۱۳/۵)
۶	۷ (۱۳/۵)	قراردادی	۳ (۵/۷)	۳ (۵/۷)	در پاسخ به این سؤال که در هنگام انتخاب رشته پرستاری چقدر در مورد آن اطلاع داشتید؟ در حدود ۲۳ درصد از افراد اطلاعاتی در حد متوسط و بالا داشته‌اند و ۷۷ درصد اظهار نمودند که در موقع انتخاب این رشته، اطلاعات کمی در مورد آن داشته‌اند. اکثر این افراد اطلاعات درستی در مورد حرفه پرستاری نداشته و در ذهن خود از این رشته تصویری نزدیک به پزشکی داشته‌اند بگونه‌ای که داده‌های مربوط به ذهنیت افراد در ارتباط با حرفه پرستاری در چهار طبقه «فقدان اطلاع و ذهنیت خاص» (۳۰/۸ درصد)، «وجود تصویر نزدیک به پزشکی» (۴۰/۴ درصد)، «کمبود اطلاع» (۱۷/۳ درصد) و «شناخت کافی» (۱۱/۵ درصد) قرار گرفت. در ارتباط با هدف از انتخاب رشته پرستاری به ترتیب: ورود به دانشگاه (توسط ۲۱/۲ درصد)، تصور اینکه این رشته زمینه ادامه تحصیل در رشته پزشکی را فراهم می‌کند (توسط ۲۱/۲ درصد)، یافتن شغل (توسط ۱۹/۲ درصد)، عدم دقت در انتخاب رشته (توسط ۱۵/۴ درصد)، خدمت به انسانها (توسط ۱۳/۴ درصد) و انتخاب رشته توسط دیگران (توسط ۹/۶ درصد) به عنوان مهمترین دلایل ذکر شده بودند. بحث‌تایج پژوهش نشان		

داد نزدیک به نیمی از واحدهای پژوهش به لحاظ بارزترین خصوصیات شخصیتی با خصوصیات لازم برای حرفه پرستاری سازگاری نداشتند. مطالعات دیگر نیز، نتایج تقریباً مشابهی را گزارش نموده و استفاده از آزمون‌های شخصیت‌سنج را برای پذیرش دانشجو در رشته پرستاری و پزشکی پیشنهاد نموده‌اند (۱۰ تا ۱۳). بر اساس داده‌ها، تفاوت محسوسی میان نظر افراد درباره تیپ شخصیتی خود و نتایج استخراج شده از پرسشنامه شغلی شخصیتی هالند وجود داشت. این مسأله احتمالاً تا حدی ناشی از آن است که واحدهای پژوهش در سن جوانی بوده و ضمن اینکه هنوز بلوغ شخصیتی کافی نیافته‌اند، شناخت کافی نیز از خود ندارند. مارلو (Marlow) دوره نوجوانی و جوانی را دوره‌ای می‌داند که افراد به لحاظ شخصیتی هنوز در حال شکل‌گیری بوده و ثبات کاملی ندارند (۱۴). همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد که بیشتر واحدهای پژوهش در هنگام انتخاب رشته، آگاهی مناسبی در مورد حرفه و شرایط کار پرستاری نداشته‌اند، به نظر می‌رسد همان‌گونه که دیگران بیان نموده‌اند، بسیاری از دانشجویان پرستاری با بینش عامیانه وارد این رشته می‌شوند (۲). افرادی که با شناخت ناکافی وارد حرفه‌ای می‌شوند، نه تنها قادر نخواهند بود سطح فعالیت را به حد نصاب و استاندارد لازم برسانند، بلکه در معرض فشارهای روانی نیز قرار می‌گیرند (۵). بنابراین، لازم است که مسؤولان رویه‌هایی را در پیش گیرند که به افراد کمک کند تا قبل از انتخاب یک رشته در آزمون سراسری، اطلاعات مناسبی در مورد آن حرفه و شرایط کاری آن به دست آورند. متخصصان هدایت شغلی هر نوع انتخاب شغل و راهنمایی حرفه‌ای را مستلزم شناخت خصوصیات شغل و شناخت خصوصیات شخصیتی، رغبتی و سوابق افراد، هم از سوی گزینش‌کنندگان و هم از سوی داوطلبان می‌دانند. در غیر این صورت، ناسازگاری شغلی شخصیتی منجر به عملکرد ضعیف شاغل شده و ممکن است امنیت و رفاه دیگران را به خطر اندازد (۵). حرفه و شرایط کار پرستاری به شخصیت‌هایی اجتماعی، هنری و جستجوگر و به خصوصیات مانده صبر و

خویشتن داری، صمیمیت، رفتار اجتماعی، روحیه همکاری و کمک به دیگران، احساس مسؤولیت، عشق به انسان‌ها و... نیاز دارد (۱) که چنین خصوصیتی در آزمون‌های معمول گزینش برای این حرفه سنجیده نمی‌شود. مطالعات دیگر با اشاره به این مطلب، آن را از علل فقدان انگیزه در دوران تحصیل و نیز ترک شغل و بی میلی پرستاران برای اشتغال در این حرفه پس از اتمام تحصیل دانسته‌اند (۲ و ۷). هدف از برگزاری آزمون سراسری ورود به دانشگاه‌ها آن است که آمادگی داوطلبان برای ورود به حرفه‌ها و دوره‌های آموزشی بررسی و مناسب‌ترین افراد برای یک حرفه انتخاب شوند. با این حال، این آزمون برای رشته‌های مختلف بطور یکسان برگزار شده و خصوصیات شخصیتی و ویژگی‌های روحی- روانی لازم برای حرفه‌های مختلف را نمی‌سنجد. از این رو، با توجه به نتایج این پژوهش، پیشنهاد می‌شود که از آزمون‌های شخصیت و تست‌های رغبت‌سنج برای انتخاب بهترین دانشجویان از میان افرادی که صلاحیت‌های علمی و استعداد تحصیلی خوبی را نشان داده‌اند، برای تحصیل در رشته پرستاری استفاده شود. به عبارت دیگر، بهتر است پس از سنجش توانایی‌های علمی داوطلبان ورود به دانشگاه، از میان افرادی که رشته پرستاری را انتخاب کرده‌اند، اسامی دو برابر ظرفیت هر دانشکده اعلام شود و سپس با استفاده از آزمون‌های شخصیت و تست‌های رغبت‌سنج، مناسب‌ترین افراد برای تحصیل در رشته پرستاری انتخاب شوند. این کار می‌تواند از ریزش دانشجویان در طی تحصیل کاسته و تا حد زیادی رضایت شغلی و کیفیت مراقبت ارائه شده پس از اشتغال آنها را تضمین نماید. این پژوهش اولین گام در راستای بررسی تناسب شغلی شخصیتی دانشجویان پرستاری بوده و بر روی نمونه محدودی از دانشجویان صورت گرفته است. همچنین با توجه به داوطلبانه بودن شرکت در پژوهش و پاسخ ۶۸/۱ درصد از دانشجویان به تحقیق و محدود بودن دانشکده‌های پرستاری مورد بررسی، نتایج به دست آمده ضرورتاً به همه دانشجویان پرستاری قابل تعمیم نیست. انجام پژوهش مشابه در سطح وسیع‌تر می‌تواند اطلاعات

- بیشتری را در این زمینه فراهم نماید. منابع ۱. حسینیان س، یزدی م. در ترجمه: حرفه مناسب شما چیست؟ راهنمایی و مشاوره به انضمام پرسشنامه. هالند جال (مؤلف). چاپ اول. تهران: صاحب اثر. ۱۳۷۳، ۲. Ghazi F. , Henshaw L. How to keep student nurses motivated. *Nursing Standard* 1998 13(8): 43-8.3. National League for nursing. Official guide to & undergraduate and graduate nursing schools. Boston: Jones & Bartlet Co. 1999.4. عالیشان ش. چگونه می توان انگیزه دانشجویان پرستاری را حفظ نمود. فصل نامه پرستاری دانشکده پرستاری ارتش جمهوری اسلامی ایران ۱۳۷۹؛ (۹): ۱-۸، ۵. اردبیلی ی. راهنمایی و مشاوره حرفه ای و روش های کسب و کاربرد اطلاعات شغلی. تهران: نصر. ۱۳۷۴، ۶. Dornik E, Vidmar G. Impact of nursing education in Slovenia on nurses' publishing in their professional Journal. *Stud Health Technol Inform* 2003 95: 794-9.7. Ehrenfeld M, Rotenberg A, Sharon R, Bergman R. Reasons for student attrition on nursing courses. *Nursing Standard* 1997, 11(23): 34-8.8. Stuart CC. Assessment, supervision and support in clinical practice. Edinburgh: Churchill Livingstone Co. 2003.9. سنجری کرهرودی ا. طراحی مجدد شغل در مدیریت منابع انسانی. تدبیر ۱۳۸۰؛ ۱۱۸: ۲۰-۲۶، ۱۰. ذوالفقاری ب؛ ادیبی پ. ملاکهای پذیرش دانشجویان پزشکی. مجله دانشکده پزشکی. ویژه نامه چهارمین همایش آموزش پزشکی. ۱۳۷۹؛ ۱۱، ۲۰۳. Long NR. , Gordon CJ. Variables important in the selection of New Zealand nurses: implementation and evaluation of a multivariate selection technique. *Int J Nurs Stud* 1981, 18(4): 227-35.12. Fujita M, Uchino Y, Ohara H. Study on personality characteristics of nursing students (1). A comparison of student groups of various nursing courses at the time of school admission. *Kango Kyoiku* 1987 2 (۳): ۱۶۷-۷۱، ۱۳. Martin MJ, Vila J, Capellas R. Studies of the personality of nursing students. *Rev*

Enferm 2000 23(9): 643-6.14. Marlow DR, Redding BA.
Textbook of pediatric nursing. 6th ed. Philadelphia: WB
Saunders Co. 1988. آدرس مکاتبه. دکتر محسن ادیب حاج باقری (استادیار)،

دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان. e-mail: ('

document.write(addy6514)

(")document.write

<script/> n\<---//

---!>

('<\span style=\display: none>')document.write

<---//

<script/> آدرس ایمیل جهت جلوگیری از رباتهای هرزنامه محافظت شده اند،

جهت مشاهده آنها شما نیاز به فعال ساختن جاوا اسکریپت دارید >!--

('/>')document.write

('<document.write('span

<---//

<script/> منصور دیانتی (مربی)، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی

کاشان. این مقاله در تاریخ ۸۳/۶/۱۸ به دفتر مجله رسیده و در تاریخ ۸۳/۱۰/۱۴ پذیرش

گردیده است

<div class="e">

نانو تکنولوژی در پزشکی

۱۳۸۸ ، ۰۷:۴۱ نانو تکنولوژی در پزشکی نگاه اجمالی: نانو تکنولوژی یا کاربرد فناوری

در مقیاس یک میلیونیم متر ، جهان حیرت انگیزی را پیش روی دانشمندان قرار داده

است که در تاریخ بشریت نظیری برای آن نمی توان یافت. پیشرفتهای پرشتابی که در

این عرصه به وقوع

می پیوندد ، پیام مهمی را با خود به همراه آورده است. بشر در آستانه دستیابی به تواناییهای بسیاری برای تغییر محیط پیرامون خویش قرار گرفته است و جهان و جامعه‌ای که در آینده‌ای نه چندان دور به مدد این فناوری جدید پدیدار خواهد شد، تفاوتی بنیادی با جهان مانوس آدمی در گذشته خواهد داشت. عقاید مختلف در مورد نانو تکنولوژی مهم‌ترین نکته درباره موقعیت کنونی فناوری نانو آن است که اکنون دانشمندان این توانایی را پیدا کرده‌اند که در تراز تک اتمها به بهره‌گیری از آنها پردازند و این توانایی بالقوه می‌تواند زمینه ساز بسیاری از تحولات بعدی باشد. یک گروه از برجسته‌ترین محققان در حوزه نانو تکنولوژی بر این اعتقاد هستند که می‌توان بدون آسیب رساندن به سلولهای حیاتی ، در درون آنها به کاوش و تحقیق پرداخت. شیوه‌های کنونی برای بررسی سلولها بسیار خام و ابتدایی است و دانشمندان برای شناخت آنچه که در درون سلول اتفاق می‌افتد ناگزیرند سلولها را از هم بشکافند و در این حال بسیاری از اطلاعات مهم مربوط به سیالهای درون سلول یا ارگانهای موجود در آن از بین می‌رود. رابطه نانو تکنولوژی و بیوتکنولوژی نانو تکنولوژی مجموعه‌ای است از فناوریهایی که به صورت انفرادی یا باهم در جهت بکارگیری و یا درک بهتر علوم مورد استفاده قرار می‌گیرند. بیوتکنولوژی جزء فناوریهای در حال توسعه می‌باشد که با بکارگیری مفهوم نانو به پیشرفتهای بیشتری دست خواهد یافت. نانوبیوتکنولوژی به عنوان یکی از حوزه‌های کلیدی قرن ۲۱ شناخته شده است که امکان تعامل با سیستمهای زنده را در مقیاس مولکولی فراهم می‌آورد. بیوتکنولوژی به نانو تکنولوژی مدل ارائه می‌دهد، در حالی که نانو تکنولوژی با در اختیار گذاشتن ابزار برای بیوتکنولوژی آن را برای رسیدن به اهدافش یاری می‌رساند. شناسایی پروتئینهای ترشح شده از سلولهای یک گروه از محققان که در گروهی موسوم به اتحاد سیستمهای زیستی گرد آمده‌اند، سرگرم تکمیل ابزارهای ظریفی هستند که هدف آن بررسی اوضاع و

احوال درون سلول در زمان واقعی و بدون آسیب رساندن به اجزای درونی سلول یا مداخله در فعالیت بخشهای داخلی آن است. ابزاری که این گروه مشغول ساخت آن هستند ردیف‌هایی از لوله‌ها یا سیمهای بسیار ظریف هستند که قادرند وظایف مختلفی را به انجام برسانند. از جمله آنکه هزاران پروتئینی را که بوسیله سلولها ترشح می‌شود شناسایی می‌کنند. مهندسی بافت Tissue engineering سطح استخوان از ترکیباتی تشکیل شده است که حدوداً ۱۰۰ نانومتر عرض دارند. اگر سطح یک عضو مصنوعی به استخوان طبیعی پیوند بخورد بدن آن را پس می‌زند. دلیل امر تولید بافت مصنوعی در محل استخوان طبیعی و سطح مصنوعی می‌باشد. استئوبلاستها در بافت پیوندی استخوان وجود دارند و بخصوص در استخوانهای در حال رشد دارای فعالیت چشمگیری هستند. با ایجاد ذراتی در اندازه نانو در سطح مفاصل و استخوانهای مصنوعی احتمال دفع عضو جایگزین به دلیل تحریک سلولهای استئوبلاست کمتر می‌شود. ایجاد این ذرات با ترکیب مواد پلیمری، سرامیکی و فلزی چندی پیش توسط دانشمندان به اثبات رسید. مواد مورد استفاده در ترمیم استخوان تیتانیوم ماده شناخته شده‌ای برای ترمیم استخوان است و به دلیل ترکیبات خاص و وزن زیادش جهت بالا بردن میزان استحکام بطور وسیع در دندانپزشکی و ارتوپدی استفاده می‌شود. ولی متأسفانه به دلیل آنکه بخش چسبنده‌ای که با Apatite (بخش فعال استخوان) پوشیده شده با تیتانیوم سازگار نیست فاقد فعالیت زیستی می‌باشد. استخوان واقعی نانو کامپوزیتی از موادی است که از ترکیب بلورهای هیدروکسید Apatite در ماتریکس آلی بوجود آمده و به حالت منفرد یافت می‌شود. استخوان طبیعی از نظر مکانیکی، ضخیم و در عین حال دارای الاستیسیته می‌باشد و در نتیجه قابل ترمیم است. ساخت یک دندان مکانیسم نانویی دقیقی که منجر به تولید ترکیباتی با خواص مفید شود، همچنان مورد مطالعه و بررسی قرار دارد. اخیراً با استفاده از روش tribology یک دندان مصنوعی به صورت viscoelastic ساخته شده و دارای

روکش نانویی می‌باشد. از خواص منحصر به فرد این دندان مصنوعی می‌توان به عایق بودن آن در مقابل خراش و افزایش التیام دندان اشاره کرد. معالجه سرطان به روش فتودینامیک معالجه سرطان با استفاده از روش فتودینامیک بر اساس نابودی سلولهای سرطانی بوسیله لیزری است که تولید اکسیژن اتمی می‌کند. به این طریق که اکسیژن اتمی رنگ خاصی را تولید می‌کند و سلولهای سرطانی بیش از سلولهای دیگر آن را جذب می‌کنند. در نتیجه فقط سلولهای سرطانی توسط اشعه لیزر نابود می‌شوند. البته یکی از معایب این روش آن است که به دلیل آب گریز بودن مواد رنگی، این مواد به سمت پوست و چشمها حرکت می‌کند و در صورتی که شخص در معرض نور خورشید قرار گیرد باعث حساسیت در پوست و چشمها می‌شود. برای این حل مشکل صورتهای آب گریز مولکول رنگها را داخل ذرات نانویی متخلخل مثل ormosil nano partical که دارای منافذی در حدود یک نانومتر می‌باشند قرار می‌دهند که این دارای دو مزیت است اولاً از انتقال مواد رنگی به سایر نقاط بدن جلوگیری می‌کنند و ثانیاً امکان ورود و خروج آزادانه اکسیژن را مهیا می‌سازد.

ساخت فیبر نوری گروههایی از محققان در تلاشند تا ابزارهای مناسب در مقیاس نانو برای بررسی جهان سلولها ابداع کنند. یکی از این ابزارها فیبر نوری است که ضخامت نوک آن ۴۰ نانومتر است و بر روی نوک آن نوعی پادتن جا داده شده که قادر است خود را به مولکول مورد نظر در درون سلول متصل سازد. این فیبر نوری با استفاده از فیبرهای معمولی و تراش آنها ساخته شده و بر روی فیبر پوششی از نقره اندود شده تا از فرار نور جلوگیری به عمل آورد. نحوه عمل این فیبر نوری در خور توجه است. از آنجا که قطر نوک این فیبر نوری، از طول موج نوری که برای روشن کردن سلول مورد استفاده قرار می‌گیرد به مراتب بزرگتر است، فوتونهای نور نمی‌توانند خود را تا انتهای فیبر برسانند، در عوض در نزدیکی نوک فیبر جمع می‌شوند و یک میدان نوری بوجود می‌آورند که تنها می‌تواند مولکولهایی را که در تماس با نوک فیبر قرار می‌گیرند

تحریک کند. به نوک این فیبر نوری یک پادتن متصل است و محققان به این پادتن یک مولکول فلورسان می‌چسبانند و آنگاه نوک فیبر را به درون یک سلول فرو می‌کنند. در درون سلول، نمونه مشابه مولکول فلورسان نوک فیبر، این مولکول را کنار می‌زند و خود جای آن را می‌گیرد. به این ترتیب نور ساطع شده از مولکول فلورسان از بین می‌رود و فضای درون سلول تنها با نوری که به وسیله میدان موجود در فیبر نوری بوجود می‌آید روشن می‌گردد. در نتیجه محققان قادر می‌شوند یک تک مولکول را در درون سلول مشاهده کنند. مزیت بزرگ این روش در آن است که باعث مرگ سلول نمی‌شود و به دانشمندان اجازه می‌دهد درون سلول را در هنگام فعالیت آن مشاهده کنند. شناسایی مولکولهای زیستینانو تکنولوژی همچنین به محققان امکان می‌دهد که بتوانند رویدادهای بسیار نادر یا مولکولهای با چگالی بسیار کم را مشاهده کنند. به عنوان مثال بلورهای مینیاتوری نیمه هادیهای فلزی در یک فرکانس خاص از خود نور ساطع می‌کنند و از این نور می‌توان برای مشخص کردن مجموعه‌ای از مولکولهای زیستی و الصاق برچسب برای شناسایی آنها استفاده کرد.

کنترل فعالیت درون سلولها محققان امیدوار هستند که در آینده‌ای نه چندان دور با استفاده از نانو تکنولوژی موفق شوند امور داخلی هر سلول را تحت کنترل خود در آورند. هم اکنون گامهای بلندی در این زمینه برداشته شده و به عنوان نمونه دانشمندان می‌توانند فعالیت پروتئینها و مولکول DNA را در درون سلول کنترل کنند. به این ترتیب نانو تکنولوژی به محققان امکان می‌دهد تا اطلاعات خود را درباره سلولها یعنی اصلی ترین بخش سازنده بدن جانداران به بهترین وجه کامل سازند. چشم انداز بحثها توجه به پیشرفت سریع و دامنه گسترده بیوتکنولوژی زمینه‌های بروز انقلاب بیوتکنولوژی عصر جدیدی در علوم مختلف مانند بیولوژی، پزشکی، فارماکولوژی و مهندسی ژنتیک فراهم گردیده است. به علاوه حوزه‌های دیگری مانند اقتصاد و سیاست نیز از آن تاثیر بسزایی پذیرفته است. هم اکنون از دیدگاه اخلاق زیستی در این

رابطه سوالات مهم و اساسی مطرح شده است که علاوه بر اثرات بسزایی که بر پیشرفتهای علمی و سایر زمینه‌های علوم زیستی دارد، نسلهای آینده بشر را نیز به صورت گسترده‌ای تحت الشعاع قرار می‌دهد. در این باره مشارکت مداوم دانشمندان کنجکاو و خردمندی می‌تواند راه گشا بوده و بایستی با در نظر گرفتن این منابع و پیشرفتهای جدید و با امید به حل چنین مشکلات و مسائلی با فائق آمدن بر همه محدودیتها در جهت گسترش این دانش فعالیت نمود.

<http://daneshnameh.roshd.ir/mavara/mavara-index.php?page=%D9%86%D8%A7%D9%86%D9%88%D8%AA%DA%A9%D9%86%D9%88%D9%84%D9%88%DA%98%DB%8C+%D8%AF%D8%B1+%D9%BE%D8%B2%RandSSOReturnPage=Check&D8%B4%DA%A9%DB%8C=0>

رشته مدیریت خدمات بهداشتی - درمانی

معرفی رشته

در کشور ما متوسط زمان پذیرش بیمار تا تعیین تکلیف نهایی ۲۱۹ دقیقه است؛ یعنی از زمان پذیرش بیمار در بخش اورژانس تا تعیین تکلیف نهایی او به طور متوسط سه ساعت و نیم طول میکشد، زمانی که موجب صدمات جسمی، روحی و خسارات مالی غیر جبرانی میگردد. بیشک یکی از مهمترین دلایل بروز این مشکل و سایر مشکلات موجود در

بیمارستانها، نبود مدیریت قوی و توانمند است. مدیریتی که بتواند با تکیه بر دانش و تجربه لازم از امکانات موجود، بهترین بهره‌وری را داشته باشد و رضایت کارکنان و بیماران را تأمین کرده و بهترین خدمات را در کمترین زمان ارائه دهد امروزه چنین مدیریتی نیاز به دانش تخصصی دارد. دانشی که در کشور ما در رشته مدیریت خدمات بهداشتی - درمانی آموزش داده میشود. در حقیقت از طراحی ساختمان تا برنامه ریزی

برای ایجاد، اداره، توسعه و احتمالاً تعطیل یک بیمارستان نیازمند بهره گیری از اندیشه متخصصان رشته مدیریت خدمات بهداشتی - درمانی است. افرادی که علاوه بر دانش مدیریت در زمینه داروشناسی، مدیریت اختصاصی واحدهای مختلف بیمارستانی، استانداردهای بیمارستانی، کاربرد کامپیوتر در مدیریت بیمارستان، روابط درون بخشی و برون بخشی بیمارستان، سازمان و مدیریت بهداشت و درمان در ایران، ارزیابی مراقبتهای بهداشتی و درمانی، برنامه ریزی و مدیریت استراتژیک در نظام بهداشتی و درمانی و نظام بهداشتی و درمانی تطبیقی اطلاعات لازم را دارند همچنین کلیاتی درباره داروسازی، پرستاری، پزشکی و بهداشت بیمارستان میخوانند. رشته مدیریت خدمات بهداشتی - درمانی با بررسی دروس مدیریت و تطبیق آن با دروس بهداشتی؛ نحوه اداره امور شاخه ها یا زیرمجموعه های مختلف نظام بهداشت و درمان را تعیین میکند؛ یعنی نحوه اداره شبکه های مختلف نظام بهداشت و درمان از خانهای بهداشت گرفته تا مراکز بهداشتی - درمانی روستایی و شهری، بیمارستانهای عمومی و تخصصی وابسته به مرکز بهداشتی - درمانی شهری، درمانگاهها، دانشگاههای علوم پزشکی و بیمارستانهای تخصصی و آموزشی وابسته به آنها و حتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، به دانشآموختگان این رشته در سه مقطع کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکترا آموزش داده می شود.

تواناییهای لازم: فارغ التحصیل رشته مدیریت خدمات بهداشتی - درمانی به عنوان مدیر بخش بهداشت و درمان عمدتاً با بیماران؛ یعنی با ضعیفترین، مظلومترین، نیازمندترین، حساسترین و ناشکیباترین انسانها روبرو است. و از سوی دیگر با استرس، اضطراب، کمبودها، نواقص، نارضایتی ها و برخوردهای متنوع سروکار دارد؛ بنابراین باید از پختگی، تحمل و شکیبایی برخوردار باشد. همچنین لازم است که از نظر جسمی و روحی قوی بوده و در تصمیمگیری قاطع باشد. در ضمن دانشجوی این رشته باید به دروس علوم تجربی مثل فیزیک، شیمی، ریاضی، زیستشناسی و همچنین زبان انگلیسی

مسلط باشد.

موقعیت شغلی در ایران: امروزه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به اهمیت رشته مدیریت خدمات بهداشتی - درمانی و نیاز جامعه به فارغ التحصیلان آن پی برده است و به همین دلیل به رغم آن که در تعدادی از رشته های علوم پزشکی مانند پزشکی، پرستاری و مامایی با تعداد قابل توجهی فارغ التحصیل مازاد نیاز روبرو هستیم؛ در کل ساختار مدیریتی نظام بهداشت و درمان کشور، از وزارتخانه گرفته تا دانشگاه های علوم پزشکی، شبکه های بهداشتی - درمانی و بیمارستانها به فارغ التحصیلان این رشته در هر سه مقطع لیسانس، فوق لیسانس و دکترا نیاز داریم. همچنین فارغ التحصیل این رشته میتواند در هلال احمر، سازمان تأمین اجتماعی و سازمان بیمه خدمات درمانی فعالیت نماید.

مدیریت منابع در حوزه سلامت

معیار های انتخاب تکنولوژی پزشکی

معمولا مطالعات پیرامون مدیریت، رفتار سازمانی یا نوآوری و توسعه یک محصول جدید؛ با این سوال آغاز می شود: تکنولوژی چیست؟ تکنولوژی به عنوان یک ساخت، تعریف گسترده ای از نقطه نظرات و دیدگاه های مختلف از نمود انسانی است که در مدیریت، علم، سازمان ها و در واقع همه جوانب زندگی ما، جلوه می یابد. بنابراین، تلاش جهت تعریف تکنولوژی به عنوان یک ضرورت اجتماعی، اقتصادی و سازمانی یک دیدگاه چند وجهی و چند خاصیتی است. از نظر جامعه شناسان، تکنولوژی مساوی با ایده ها و نوآوری های جدید است. انسان شناسان، تکنولوژی را یک محصول فرهنگی می دانند که مردم از آن برای مقابله با محیط استفاده می کنند. نهایتا از دیدگاه مدیریتی، محققان، تکنولوژی را این گونه تعریف می کنند: اطلاعات اختصاصی ثابتی که ویژگی ها و مناسبات اجرایی روند طراحی و تولید محصول را

مورد توجه قرار می دهد تکنولوژی پزشکی تنها به عنوان قسمتی از تکنولوژی که در برگیرنده همه موارد تسهیل کننده و تقویت کننده امر درمان و سلامت است، مورد بحث قرار می گیرد ۱ تعریف تکنولوژی پزشکیینابراین تکنولوژی پزشکی را به عنوان همه یا هر یک از موارد زیر تعریف می کنیم: دانش، سیستم، اطلاعات، مواد، کالا، خدمات، رسوم، رویه ها و هر چیز دیگری که توانمند کننده و تسهیل کننده عملکردهای حرفه ای مراقبت سلامت باشد و موجب دستیابی به اهداف شود

۲ تکنولوژی پزشکی شامل موارد زیر است [۱] ۰ ابزارها و سیستم های پزشکی ۰ داروها و فرآورده های مشابه ۰ تکنولوژی اطلاعات ۰ وسایل یک بار مصرف ۰ خدمات و اعمال پزشکی و جراحی ۰ استراتژی و سیاست های مرتبط با تکنولوژی ۰ قوانین و روال کاری و اداری ۰ آموزش تکنولوژی از نظر فیزیکی، تکنولوژی پزشکی به معنای عام تکنولوژی است. در این دیدگاه، تکنولوژی پزشکی به صورت ابزار، تجهیزات، سیستم ها، وسایل یک بار مصرف و داروهای به کار رفته در عرصه کلینیکی بررسی می شود که همه این ها، ابعاد فیزیکی دارند و مشتریان و خریداران اغلب با این ها مواجهند. تکنولوژی پزشکی با این تعریف، قابل ارزیابی و سنجش و قیمت گذاری می شود. بنابراین، با این تعریف کار سازمان هایی که ارائه خدمات پزشکی را پشتیبانی می کنند (مانند بیمه گران شخص ثالث) راحت تر می شود، زیرا قادر خواهند بود تکنولوژی را مورد سنجش و ارزیابی و قیمت گذاری قرار دهند. اما هنگامی که تکنولوژی پزشکی فقط به صورت اهداف فیزیکی دیده شود، تنها یکی از ابعاد نقش آن در سیستم مراقبت سلامت مورد بررسی قرار گرفته است. با چنین تعریف محدودی نمی توان درک دقیقی از اتفاقاتی که در سیستم مراقبت سلامت می افتد داشت. برای این که کسی قدرت اداره کردن را پیدا کند، باید توانایی درک موقعیت سازمان را داشته باشد. پس باید دیدی وسیع تر نسبت به کار تکنولوژی داشته باشیم تا بتوانیم مدیریتی معقول برقرار کنیم ۱ ابزارها، سیستم ها و تجهیزات؛

محصولاتی هستند که کارکنان بهداشتی و مجریان و مدیران را جهت بهینه شدن عملکرد و اهداف حرفه ای شان توانمند می کنند. این تکنولوژی ها شامل تکنولوژی های تشخیصی مانند ماموگرافی، سی تی اسکن، سونوگرافی و پزشکی هسته ای و تکنولوژی های درمانی مانند شیمی درمانی و رادیوتراپی و تکنولوژی های قابل کاربرد در خانه است ۳ هسته تکنولوژیک سازمان مراقبت سلامت، تقابل بیمار با کارکنان بهداشتی است که در این تقابل تنها یکی از محصولات تکنولوژی مورد استفاده قرار می گیرد؛ اما برای رسیدن به اهداف خاص باید فرایندی چند مرحله ای را در نظر داشت که تکنولوژی در تمامی این مراحل حاضر است. فرایند ارائه مراقبت سلامت در قالب هسته تکنولوژیک در شکل ۱ نمایش داده شده است، این شکل فرایندی عمومی را نشان می دهد و بر روی نقش تکنولوژی پزشکی تاکید دارد. در قلب این شکل، خدمات کلینیکی قرار دارند که در تقابل با جامعه و زیربنای آن هستند. خدمات پشتیبانی کلینیکی، مانند آزمایشگاه ها و داروخانه ها؛ خدمات اجرایی را تقویت می کنند. نهایتاً بقیه قسمت های فرایند را شبکه های صنعتی سازنده کالا و خدماتی مثل داروسازی و کامپیوترها و ... تشکیل می دهند ۱ جزء مدیریت تعبارت مدیریت تکنولوژی، جامع است و آن دسته از عملکردها و فعالیت هایی را که در هدف "انجام شدن کارها" واقع شده اند مشخص می کند ۴ بنابراین تکنولوژی پزشکی منبع و سرمایه ای برای تهیه کنندگان و نهادهای پشتیبان مراقبت سلامت است. مدیریت این منبع به صورت کلینیکی، اجرایی، مدیریتی و تنظیمی؛ جنبه غالب در مدیریت تکنولوژی پزشکی MMT است. مدیریت تکنولوژی پزشکی MMT)، کل سازمان مراقبت سلامت را به صورتی که در شکل ۱ نشان داده شده، تحت نظر دارد. برای این که MMT بتواند به وظیفه اش عمل کند، باید در زمینه آموزشی که تجارت و موسسات پزشکی را به هم مرتبط می کند، قرار گیرد ۱ Your browser .may not support display of this image MMT چیست مدیریت

تکنولوژی پزشکی، MMT، یک قاعده پدیدار و ارتباطی بین تجارت و حوزه های قاعده مدار مراقبت سلامت است. در تلاقی قواعد تجارتي و علوم پزشکی (مشاغل پزشکی، پرستاری، داروسازی و غیره MMT) به عنوان فضای ذهنی پدیدار می شود که در آن قواعد این دو حوزه به هم ملحق می شوند [۱] وظایف و فعالیت های اصلی مدیریت تکنولوژی پزشکی ۱ ۰ طراحی و یکپارچگی تکنولوژی ۰ پیاده سازی تکنولوژی پزشکی ۰ نظارت، پایش و هوشمندی ۰ تجارتي کردن تکنولوژی پزشکی ۰ ارزیابی و سنجش ۰ بازاریابی تکنولوژی پزشکی ۰ بررسی بهره وری تکنولوژی ۰ مدیریت منابع تکنولوژیک ۰ یکپارچگی مدیریت تکنولوژی پزشکی با مدیریت کل سازمان مراقبت سلامت ۰ ارزیابی فعالیت MMT ۰ طراحی و یکپارچگی تکنولوژی: این فعالیت ها، فعالیت های طراحی هستند که منجر به ایجاد طرحی برای تکنولوژی پزشکی می شوند. تلاش های طراحی معمولاً با شناسایی نیازهای مصرف کننده بالقوه شروع می شوند (مانند سازمان ارائه مراقبت سلامت). مرحله بعدی، پیش بینی چگونه به دست آوردن تکنولوژی پزشکی، تخصیص منابع و شناسایی مصرف کنندگان تکنولوژی در سازمان است. فعالیت طراحی از مراحل متعدد مرتبط هم تشکیل شده است. ۰ پیاده سازی تکنولوژی پزشکی: شامل مراحل است که منجر به پذیرش، تطابق، و اجرا و پیاده سازی تکنولوژی پزشکی می شود. این وظیفه نه تنها با محصولات فیزیکی و سیستم ها بلکه با دانش و اطلاعات نیز مرتبط است. که البته ما دانش و اطلاعات را جزء کامل کننده تکنولوژی پزشکی می دانیم. آموزش و توسعه، اجزای حیاتی اجرا و پیاده سازی هستند. ۰ نظارت، پایش و هوشمندی: این فعالیت ها از دو کانون اصلی تشکیل می شوند. کانون اول، نظارت داخلی بر تکنولوژی پزشکی است که پذیرش شده و به اجرا در آمده است. نظارت و ارزیابی هوشمندانه از روند تکنولوژی در داخل سازمان، جزء ضروری ارزیابی تکنولوژی پزشکی توسط مدیران مراقبت سلامت است. کانون دوم نظارت و پایش

تکنولوژی پزشکی در خارج از سازمان است. این فعالیت ها، فعالیت های پویایی هستند و سازمان با این فعالیت ها می تواند با محیط پیرامون خود ارتباط برقرار کند و در واقع به نوعی "پنجره ای رو به جهان" هستند چنین نظارتی در عملکرد استراتژیک سازمان های مراقبت سلامت نیز جز ضروری است. این پایش به آن ها اجازه می دهد که با جمع آوری اطلاعات برای یک تصمیم گیری صحیح یا کسب تکنولوژی پزشکی معینی، در رقابت حضور یابند و سازمان را حفظ کنند. بنابراین، نظارت شامل تبادل داده ها با فروشندگان، رقبای، مقالات پزشکی و ... در محیط خارجی مرتبط با سازمان می شود. مسلم است که هر چه محیط پویا تر باشد؛ فعالیت های نظارتی هم باید پیشرفته تر و تطابق یافته تر باشند تا سازمان بتواند به بهترین نحو با محیط

پیرامون خود مرتبط شود O بررسی بهره وری

تکنولوژی: شامل فعالیت هایی است که میزان بهره برداری ها از تکنولوژی پزشکی را می سنجند. بهره برداری از تکنولوژی پزشکی بررسی روش مصرف تکنولوژی و نقش آن در ارائه مراقبت سلامت است. O مدیریت منابع تکنولوژیک: فعالیت یا وظیفه ای است که هدفش مدیریت آن دسته از منابع است که در سازمان ها برای استفاده از تکنولوژی پزشکی مورد نیازند. این مدیریت شامل منابع انسانی (متخصصین و سایر پرسنل)، منابع مالی و تسهیلات و تجهیزات فیزیکی (علاوه بر تکنولوژی پزشکی) می شود. ایجاد ارتباط بین مدیریت این منابع و مدیریت تکنولوژی پزشکی اهمیت بسیاری دارد. MMT در فضای تهی عمل نمی کند؛ بلکه در کنار گروهی از منابع مدیریت شده که اجرا و عملکرد تکنولوژی پزشکی را تسهیل می کنند، عمل می کند. O یکپارچگی MMT با مدیریت کلی سازمان: این فعالیت به میزان یکپارچگی MMT با مدیریت جامع سازمان در سیستم ارائه مراقبت سلامت مربوط می شود O ارزیابی فعالیت MMT این فعالیت نیز، مشابه ارزیابی و بررسی اجزای تکنولوژی پزشکی، تمام حوزه MMT را بررسی و ارزیابی می کند. اثربخشی مدیریت تکنولوژی

پزشکی، به وسیله سیستم نظارتی مبتنی بر معیارهای موفقیت، ارزیابی می شود در واقع همانطور که در شکل ۲ نشان داده شده است MMT با مدیریت سیستم های مختلف ارتباط مستقیم دارد در اصل MMT ابزارهای روش شناسی و نظری به کار گرفته توسط MOT را به حوزه اختصاصی از پزشکی و مراقبت سلامت توسعه می دهد و فضای ذهنی در فاصله بین تجارت و پزشکی ایجاد می کند Your browser may not support display of this image MMT و سیستم های اطلاعاتی سیستم های اطلاعاتی و تکنولوژی اطلاعات در زمینه های پزشکی MMT را به عنوان یک تخصص در اختیار دارند ۱. سیستم های اطلاعاتی و تکنولوژی اطلاعات چگونه MMT را در سازمان های پزشکی و موسسات پزشکی تحت تاثیر قرار می دهند؟ ۲. مدیریت سیستم های اطلاعات پزشکی و تکنولوژی اطلاعات چگونه روی اثربخشی ارائه پزشکی تاثیر می گذارد؟ ۳. چگونه MMT انتخاب سیستم های اطلاعاتی و تکنولوژی اطلاعات، کاربرد آنها و به کارگیری سودمند و موثر آنها را در سازمان های پزشکی تحت تاثیر قرار می دهد این سوالات، به وسیله فیلتر MMT نقطه اتصالی بین سیستم های اطلاعاتی به عنوان قاعده دانشگاهی و اثر آن روی محیط پزشکی ایجاد می کنند. با این حال، سیستم های اطلاعاتی به عنوان یک زمینه دانشگاهی، به مسائل دیگری که تاکنون در حوزه هایی غیر از پزشکی مراقبت سلامت به کار رفته توجه دارند. چنین کاربردها و حوزه های مسئله ای، امروزه، می توانند با MMT یکی شوند و به محیط پزشکی منتقل شوند. برای مثال، محققان سیستم های اطلاعاتی روی ساختار نرم افزاری، کارایی پروژه نرم افزار و ارتباط بین تولید کنندگان نرم افزار و مصرف کنندگان نهایی، تحقیق می کنند. این مسائل به طور تجربی در بخش های تولیدی و خدمات مالی و کمتر در سازمان های مراقبت سلامت، مورد مطالعه قرار گرفته اند MMT و بازاریابی MMT با قواعد تجاری قدیمی نیز در ارتباط است. در واقع پارامترهای ارتباط دهنده بسیاری بین MMT و بازار وجود

دارند. بازاریابی، به عنوان یک قاعده تجارت، چنین پارامترهایی را از قبیل ارتقا، ارزش گذاری، خواص محصول، مدیریت فروش و برخورد با مشتری بررسی می کند. همه این ها تا وقتی که فضای ذهنی جدید با تکنولوژی پزشکی درگیر است، مستقیماً با MMT ارتباط دارند. تکنولوژی پزشکی نیز مثل هر تکنولوژی دیگری در محیط مراقبت سلامت، توسط شبکه های صنعتی تولید، ارتقایابی و بازاریابی می شود. محصولات، ابزارها، سیستم ها، داروسازی ها و خدمات قویاً به سازمان های پزشکی، پزشکان و متخصصین دیگر مراقبت سلامت عرضه می شوند و بسیاری از این تکنولوژی ها توسط همین خریداران اداره می شوند ۱. بنابراین MMT حوزه قاعده مداری است که خود را متوجه جوانب بازاریابی تکنولوژی پزشکی می کند و موضوعاتی را که متوجه "چارچوب" قاعده مدار بازاریابی هستند بررسی می کند. اما MMT به عنوان یک تخصص نیز در بازاریابی قابل بررسی است. MMT و بازاریابی نه تنها مورد توجه محققان بلکه مورد توجه کارکنان مشاغل در تولید یا مصرف تکنولوژی پزشکی نیز هست. سازنده های تکنولوژی پزشکی (ابزارها، داروها و سیستم ها) باید کاملاً متوجه باشند که تکنولوژی آن ها در سازمان های مراقبت سلامت چگونه کسب می شود، چگونه مصرف می شود و چگونه اداره می شود. در سوی دیگر فرایند، مدیران و متخصصان مراقبت سلامت نیز باید متوجه ارتباط بین بازاریابی و تکنولوژی پزشکی باشند ۱. برخی سوالات تحقیقی ایجاد شده در رابطه بین MMT و بازاریابی در زیر آورده شده است ۱. چه ارتباطی بین بازاریابی تکنولوژی پزشکی توسط صنعت آن و مدیریت این تکنولوژی توسط سازمان های مراقبت سلامت و متخصصین پزشکی وجود دارد ۲. اثر بازاریابی تکنولوژی پزشکی روی موفقیت و بقای بلند مدت سازمان های مراقبت سلامت چیست؟ محققین "چارچوب" قاعده مدار بازاریابی به دیگر موضوعات تحقیقی که تا محیط پزشکی گسترده می شوند، نیز علاقمندند. این موضوعات شامل موارد زیر هستند: ارتباط های بازاریابی و سایر

حوزه های مالی مثل RD 2، منابع خارجی، بازاریابی و بازاریابی استراتژیک. حوزه مهم و اصلی دیگر در تحقیقات این "چارچوب" توسعه محصول جدید و بازاریابی آن است. باید متوجه باشیم که در مورد "چارچوب" بازاریابی، مثل سایر "چارچوب ها" ارتباط MMT با "چارچوب"؛ محدود به کاربرد آن در مراقبت سلامت نمی شود. این ارتباط از گسترش مشکلات تحقیقی تا کاربردهایشان در پزشکی فراتر رفته است. حتی مشکلات بازاریابی و سوالات تحقیقی در MMT ادغام می شوند یعنی سر و کار داشتن با موضوعات و مشکلاتی که در محیط پزشکی اصلی و همیشگی هستند این موضوع، به طور واضح در دومین سوال تحقیقی بالا ذکر شده است. ارتباط مطالعه شده، بین یک موضوع بازاریابی و موقعیت و بقای سازمان مراقبت سلامت است. این موضوع فقط محدود به بازاریابی تکنولوژی در سازمان های مراقبت سلامت و چگونگی اصلاح این فرایند نمی شود. امروزه بیشتر توجه به سمت اثرات بازاریابی (ارتقا، ارزش گذاری، کیفیت محصول و خواص دیگر بازاریاب) روی سازمان ها یا متخصصان پزشکی است ۱ تکنولوژی پزشکی چگونه خود را با این محیط در حال تغییر وفق می دهد؟ همکاری های تکنولوژی پزشکی از هزینه هایش بسیار مهم تر است. تکنولوژی پزشکی منجر به موسسه ای شدن پزشکی، تخصص های پزشکی، نیروهای اجتماعی قدرتمند که توسعه آن را شکل می دهند و به برخی تغییرات ساختاری کوچک (مثل پزشکی از راه دور) شده است. تکنولوژی پزشکی به طور سنتی، راه حلی برای هر آنچه که مانع پزشکی بوده، است نه دلیل این موانع مزایایی که از تکنولوژی پزشکی حاصل می شود ناشی از مدیریت تکنولوژی پزشکی است. وقتی که یک تکنولوژی پزشکی جدید به سازمان ارائه دهنده مراقبت سلامت معرفی می شود، به خودی خود برای سازمان و بیمارانش ارزش تولید نمی کند. لازم است که تکنولوژی تطابق یافته، مدیریت شده و برای ایجاد ارزش جهت دهی شود. در عبارتی کلی تر، این جنبه اثربخشی کاربرد تکنولوژی است. اگر چه به طور همزمان، جوانب

اطمینان یابی از کاربرد کارایی تکنولوژی نیز وجود دارد، مزایای اقتصادی آن و بازگشت آن به سرمایه، نیز تعدیل پذیر و قابل محاسبه است. منابع

۱- "Management of Technology -1 Research -2 Development
 E-nodnoL/thcerdroD/notsoB srehsilbuP cimedacA rewulK
 89912"ygolonhceT dna ecneicS ni tnetnoC dna stxetnoC
 ,ygolonhceT lacideM" ,snavE .T ,enaJtteggoD kraM,
 .AadnariM eD .A LeahciM- 50023b nniF-?hcraM ,kramneD
 ,htlaeH fo draoB lanoitaN" kooB dnaH tnemssesa
 ygolonhceT htlaeH" dnumgiS agleH ,nesnetsirk mulr
 8002,2.noitide dn

۴- طارق خلیل "مدیریت تکنولوژی، رمز موفقیت در رقابت و خلق ثروت

" Development -2 Management Of Technology -1 Research "

راهکارهای بهبود مدیریت منابع انسانی در نظام سلامت

دکتر مهدی باسرخا- دکتر ارشک مسائلی

چکیده: پیشرفت در توسعه منابع انسانی در بخش بهداشت و درمان با چالش‌های بیشتری همراه است. با توجه به اهمیت توسعه انسانی و مطرح شدن انسان به عنوان محور توسعه که نمود بارز آن را می‌توان در برنامه توسعه هزاره سازمان ملل دید، مدیریت منابع انسانی در این بخش از اهمیت بالایی برخوردار خواهد بود. برنامه ریزی پیرامون توسعه نیروی انسانی در بنگاه‌های سلامت و مزایای ناشی از آن برای بنگاه‌ها، جذابیت روزافزونی را برای آنها به دنبال داشته است. مطالعه حاضر با دسته‌بندی مهمترین حوزه‌های تاثیر گذاری بر مدیریت منابع انسانی در بخش سلامت، اقدامات اساسی لازم در هر بخش را مورد توجه قرار داده است. واژگان کلیدی: مدیریت منابع انسانی، سلامت، بهره‌وری، مشارکت، رهبری، تامین مالی ۱- مقدمه پیشرفت در

توسعه منابع انسانی در بخش بهداشت و درمان با چالش‌های بیشتری همراه است. با توجه به اهمیت توسعه انسانی و مطرح شدن انسان به عنوان محور توسعه که نمود بارز آن را می‌توان در برنامه توسعه هزاره سازمان ملل دید، مدیریت منابع انسانی در این بخش از اهمیت بالایی برخوردار خواهد بود. برنامه ریزی پیرامون توسعه نیروی انسانی در بنگاه‌های سلامت و مزایای ناشی از آن برای بنگاه‌ها، جذابیت روزافزونی را برای آنها به دنبال داشته است. میزان موفقیت سیستم‌های سلامت ملی به طور قابل توجهی به نیروی کار شاغل در آنها بستگی دارد. مدیریت منابع انسانی متمرکز و اهمیت آن در خدمت رسانی به بیماران در بسیاری از مطالعات مورد توجه قرار گرفته است. اما این موضوع در سال‌های اخیر توجه سیاست‌گذاران را به خود معطوف نموده و به منظور بهبود دسترسی به خدمات سلامت، توسعه نوآوری در خدمات و ایجاد مدل‌های نوین برای ارائه خدمات به همراه فراهم نمودن خدمات برپایه نیازهای بیماران، سیاست‌های مدیریت منابع انسانی متمرکز پایه اصلاحات در این بخش‌ها قرار گرفته است. ۲- مدیریت منابع انسانی و نظام سلامت همواره نظریه پردازان مدیریت به دنبال یافتن ارتباط نظری پیرامون راهکارهای مدیریت نیروی انسانی و عملکرد سازمان بوده‌اند. مطالعات صورت گرفته نشان می‌دهد که میان مدیریت منابع انسانی و عملکرد سازمان ارتباط گسترده‌ای وجود دارد. (West et al, 2002 Huselid, 1995) Arthur, 1994) این موضوع در سیستم سلامت کشورهای مختلف نیز مورد بحث قرار گرفته است. به عنوان مثال برخی معتقدند که همکاری میان مدیران منابع انسانی و مدیران اجرایی بیمارستان‌ها، یکی از شاخص‌های اساسی در افزایش توانایی کارکرد موفق آنها خواهد بود. (Whittaker and Marchington, 2003) بیش از ۳۲۰ هزار نفر شاغل در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایران وجود دارد که این بخش را به یکی از مهمترین بخش‌های خدماتی از نظر نیروی کار فعال تبدیل نموده است. سیستم سلامت ملی یکی از پیچیده‌ترین ساختارهای اقتصادی از نظر نیروی کار

در هر کشور به شمار می‌رود؛ این سیستم در برگیرنده طیف وسیعی از افراد، شامل کارکنان بخش‌های اداری، تا پیچیده‌ترین تخصص‌های پزشکی می‌باشد که برنامه‌ریزی پیرامون نیروی انسانی در این بخش را با دشواری‌های بیشتری همراه می‌سازد. سیستم ملی سلامت، به عنوان یک بخش دولتی، ویژگی‌های متمایزی را نسبت به سایر بخش‌ها دارد. مهمترین این تمایزها را می‌توان در محدودیت‌ها، تاثیرات سیاسی، محدودیت‌های اعتباری، فعالیت جغرافیایی گسترده و موارد مشابه دانست. مدیریت منابع انسانی (HRM) امروزه در هر سازمان از ضروری‌ترین ابزارهای لازم برای افزایش کارایی یکی از عوامل تولید، یعنی نیروی انسانی به شمار می‌رود. این اهمیت در بخش‌هایی که نیروی انسانی نقش ویژه‌ای در تولید دارند، اهمیت بیشتری خواهد داشت. بخش خدمات، به دلیل نقش کاربردی نیروی انسانی در فرایند تولید، اهمیت بالایی را به مدیریت این عامل تولید قایل خواهد بود. اهمیت نیروی انسانی در بخش‌های مختلف خدمات نیز یکسان نیست؛ با توجه اهمیت یافتن بعد انسانی توسعه در سال‌های اخیر، تاکید بسیاری از کشورها در برنامه‌های توسعه خود بر روی سرمایه‌انسانی بوده است. آموزش و بهداشت، به عنوان دو مورد از مهمترین جنبه‌های سرمایه انسانی مطرح می‌باشند. بنابراین مدیریت منابع انسانی در بنگاه‌هایی که با این دو سرمایه در ارتباط هستند، از اهمیت بالایی برخوردار خواهد بود. در بنگاه‌های سلامت، متخصصین بهداشت و درمان، مهمترین سرمایه برای تولید به شمار می‌روند؛ هنگامی که این بنگاه‌ها مدیریت کارآمدی بر روی این بخش از منابع خود داشته‌باشند، نتیجه افزایش کیفیت خدمات ارائه شده و حرکت بنگاه به سمت رقابت‌پذیری بیشتر خواهد بود. با نگاهی به مشکلات مربوط به بنگاه‌های سلامت، مشاهده می‌شود که مفهوم مدیریت منابع انسانی به صورت مناسبی در آنها به اجرا در نمی‌آید. علیرغم اینکه بسیاری از مدیران مکرراً بر اهمیت نیروی انسانی تاکید دارند، اما آنها غالباً از سیستم مدیریتی، راهکارها و فرایندهایی که برای حمایت از این عامل مهم تولید نیاز است، غافل

هستند. مدیریت منابع انسانی در بخش سلامت بسیاری از کشورهای در حال توسعه بسیار ضعیف و چند پاره بوده و نبود انگیزه یکی از مهمترین مشکلات سیستم سلامت در غالب این کشورها به شمار می‌رود. نیروی انسانی یکی از مهمترین منابع نظام ارائه خدمات بهداشتی - درمانی است چرا که بهره‌گیری از تکنولوژی‌های بهداشتی در مدیریت و تدارک خدمات به منظور ارتقای سطح سلامت، به عهده این بخش از سیستم بهداشتی - درمانی است. از طرف دیگر هزینه پرسنلی معمولاً بین ۶۰ تا ۸۰ درصد کل هزینه جاری صرف شده در بخش سلامت را تشکیل می‌دهد. لذا با توجه به ماهیت این بخش تربیت تعداد نامناسب نیروی انسانی علاوه بر اتلاف منابع اثرات منفی بر سلامت جامعه خواهد داشت. ۳- ارکان مدیریت منابع انسانیمدیریت منابع انسانی عبارتست از استفاده جامع از سیستم، سیاست‌ها و تکنیک‌های مدیریتی به منظور استخدام، حمایت و پرورش نیروی کار در راستای نیل به اهداف مطلوب سازمان. (Armstrong, 2006) این تعریف از مدیریت منابع انسانی بر یکپارچگی سه عنصر اساسی در سازمان تاکید دارد که هر کدام در جایگاه خود از اهمیت بالایی برخوردار هستند. این سه عنصر عبارتند از: سیستم؛ سیاست‌ها و تکنیک‌های مدیریتی و رهبری. یک سیستم مدیریت منابع انسانی خوب باید از سیاست‌های مناسب منابع انسانی حمایت نماید. سیاست‌های مناسب در زمینه نیروی انسانی، نیازمند سیستم جامع مدیریت منابع انسانی مناسب، و این سیستم نیز نیازمند مدیرانی در سطوح متفاوت است که دارای تجارب مناسب در این زمینه بوده و در کنار احترام داشتن ارتباطات مناسب، مدافع نیازهای کارکنان خود باشند. بعلاوه باید در سطوح بالای سازمان، بر اهمیت وجود سیستم مدیریت منابع انسانی تاکید گردیده و وجود آن برای سازمان لازم شناخته شده باشد. هنگامی که مدیریت منابع انسانی کارکرد مناسبی در سازمان داشته باشد، سیستم با بهبود مهارت‌ها، رضایت شغلی و ایجاد انگیزش در کارکنان منجر به بهبود عملکرد سازمان خواهد شد. در جدول شماره (۱) اجزای لازم برای داشتن کارکرد

مناسب در یک سیستم مدیریت منابع انسانی مورد اشاره قرار گرفته است. جدول شماره ۱: اجزای مدیریت منابع انسانی (HRM) ظرفیت HRM بودجه HRM نیروی انسانی HRM برنامه ریزی HRM رسالت و اهداف سازمان برنامه ریزی منابع انسانی سیاست های پرسنلی سیستم طبقه بندی مشاغل سیستم سود و جبران خدمات استخدام، اجاره، انتقال و ترفیع برنامه موقعیت یا توصیه های سیاستی فرایند تادیب، فسخ قرار داد و شکایت سایر سیستم های انگیزشی ارتباطات اتحادیه ای قبول و اجرای قوانین کار داده های HRM داده های نیروی کار کامپیوتری کردن داده ها (دیجیتالی کردن) ایجاد پرونده برای نیروی کار مدیریت عملکرد تعریف کار نظارت بر کارکنان برنامه ریزی کاری و نظارت بر عملکرد آموزش و کارآموزی آموزش و کارآموزی کارکنان آموزش کارکنان توسعه مدیریت و رهبری سازمان Hyde and et al., 2006 با توجه به اینکه بسیاری از سازمان ها، ظرفیت مدیریت منابع انسانی پایینی دارند، مدیران غالباً از امکان دریافت سیستماتیک راهنمایی ها و سیاست های پیشنهادی محروم هستند. عدم وجود سیستم های مدیریت منابع انسانی، تجارت شخصی مدیران را عامل اساسی در اتخاذ تصمیم پیرامون نیروی کار خواهد بود. مزایای بسیاری برای به کارگیری مدیریت منابع انسانی در سازمان ها مورد شناسایی قرار گرفته است. مهمترین مزایای این فرایند که طی آن سازمان و نیروی کار منتفع می شوند، به صورت خلاصه در جدول (۲) بیان گردیده است. جدول شماره ۲: مزایای سیستم مدیریت منابع انسانی مناسب برای سازمان برای نیروی کار افزایش قابلیت بنگاه در حفظ نیروی کار مناسب برای نیل به اهداف بلند مدت سازمان بهبود پاداش دریافتی نیروی کار و سطح پاسخگویی و افزایش کارکرد نیروی کار افزایش درک نیروی کار از ارتباط کار و اهداف سازمان استفاده بهینه از دانش و مهارت نیروی کار ایجاد انگیزش بالا کاهش هزینه ها از طریق افزایش بهره وری و کارایی کارکنان افزایش رضایت شغلی بهبود توانایی های سازمان در مدیریت تغییرات تشویق انجام کار به صورت گروهی ۴- چارچوب

عملی برای منابع انسانی بخش بهداشت و موفقیت در تامین منابع انسانی برای بنگاه‌های اقتصادی، با محوریت مدیریت منابع انسانی به عوامل مختلفی بستگی دارد. سیاست‌های اشتغال مناسب، تامین منابع مالی کافی برای نیروی انسانی، همکاری با موسسات آموزش و کارآموزی برای کارکنان، مشارکت با شرکت‌های خصوصی، نهادهای غیر دولتی و غیر انتفاعی را می‌توان از جمله این عوامل به شمار آورد. مدیریت منابع انسانی در این فرایند به دلیل اهمیت و نقشی که در ایجاد یکپارچگی ای مجموعه دارد، در مرکز قرار گرفته است. شاخص‌های زیادی وجود دارد که رضایت کارکنان یک بنگاه را تحت تاثیر قرار می‌دهد. افراد دوست دارند دستمزد عادلانه‌ای دریافت نمایند، اما مطالعات بسیاری نشان داده است که پول تنها عامل در رضایت شغلی به شمار نمی‌رود. با این وجود، دستمزد عادلانه، نیروی کار را برای مشارکت در مسیر نیل به اهداف بنگاه تشویق نموده و نیروی کار همواره به دنبال افزایش بهره‌وری خود از طریق به روز کردن دانش و توانایی‌های خود خواهد بود. به روز نگه داشتن دانش و توانایی‌های مهارتی، موضوع بسیار اساسی برای بنگاه‌های سلامت به شمار می‌رود؛ چرا که دانش پزشکی روز به روز در حال پیشرفت بوده و به روز بودن متخصصان این رشته منابع فراوانی را می‌تواند نصیب بنگاه و جامعه نماید. مرور مطالعات صورت گرفته در زمینه مدیریت منابع انسانی نشان می‌دهد که شاخص‌های گسترده‌ای را می‌توان در این زمینه مورد توجه قرار داد. با توجه به ساختار مورد بررسی (بخش سلامت)، طبقه‌بندی لازم از مهمترین عوامل موثر در فرایند مدیریت منابع انسانی را صورت گرفت. در نمودار (۱) چارچوبی جامع منابع انسانی بخش سلامت را که بر اساس آن می‌توان بهبود در وضعیت برون‌دادهای بخش بهداشت را انتظار داشت طراحی شده است. این چارچوب گذرگاهی را برای دولت و مدیران بخش سلامت فراهم می‌سازد تا استراتژی‌هایی که عرضه مناسب از نیروی کار آموزش دیده در این بخش را به دنبال دارد را مورد استفاده قرار دهند. در این چارچوب اجزاء لازم برای اطمینان از این موضوع در بهترین

مکان و بهترین زمان مورد توجه قرار می‌گیرد. این مدل به سیاست‌گذاران و مدیران در پنج حوزه برای فعالیت جایگاه قائل می‌گردد. این پنج حوزه که بر اساس مطالعات صورت گرفته انتخاب و طراحی گردیده‌اند، عبارتند از سیاست (Biscoe, 2001)، تامین مالی (Frosberg et al., 2001)، آموزش (Bosert et al. 2007)، مشارکت (Bennet and Franco, 2003) و رهبری (Lok and Crawford, 1999). نمودار شماره ۱: چارچوب جامع مدیریت منابع انسانی در حوزه سلامت ۴-۱- الزامات سیاست‌در سطح ملی محیط سیاسی برای تصمیم‌گیری پیرامون منابع انسانی به صورت پراکنده شکل گرفته است. اختیار لازم برای برنامه‌ریزی پیرامون جبران خدمات نیروی کار، استخدام، ترفیع، کارآموزی و مدیریت نیروی انسانی در میان سازمان‌های مختلف توزیع شده است. هماهنگی نمودن اهداف و سیاست‌های اتخاذ شده توسط هر کدام از این سازمان‌ها برای بهبود وضعیت نیروی انسانی در بخش سلامت بسیار اساسی می‌نماید. در زمینه الزامات سیاستی باید دو نکته را مورد توجه قرار داد. اولاً سیاست‌های پرسنلی نامناسب ممکن است کمبود نیروی انسانی ماهر را برای بنگاه به دنبال داشته باشد. بعلاوه حقوق پایین مهاجرت نیروی کار ماهر را به دنبال خواهد داشت. بهترین مدیران افرادی هستند که بتوانند با استفاده از سیاست‌های مناسب زمینه مقابله با این محدودیت‌ها را تدارک ببینند. مهمترین اقداماتی که می‌توان در این زمینه انجام داد، عبارت خواهد بود از: - شناسایی محدودیت‌های مربوط به نیروی انسانی - اتخاذ سیاست‌های مناسب و توسعه انگیزه لازم برای جلوگیری از مهاجرت نیروی کار نخبه - همتراز کردن فعالیت‌هایی که کادر بنگاه سلامت توانایی انجام آن را دارند - بهبود ساختار حقوق و مزایا. ۴-۲- الزامات تامین مالی مدیریت مالی قوی در بنگاه‌های سلامت، از ارکان مهم برای فعالیت نیروی انسانی کارآمد می‌باشد. مهمترین شاخصه مدیریت مالی پویا در بنگاه، وجود سیستم بودجه‌ریزی پرسنلی مناسب می‌باشد که در نتیجه آن بنگاه توانایی تامین هزینه‌های لازم برای فعالیت و توسعه نیروی انسانی

ماهر در بخش سلامت را داشته باشد. نباید از این مهم غافل بود که افرادی که در قبال تصمیمات خود پاسخگو هستند، باید از توانایی لازم برای ایجاد پوشش مالی برای تصمیمات خود برخوردار باشند. در این زمینه نیز باید دو نکته اساسی را مورد توجه قرار داد؛ اول اینکه با توجه به اهمیت مهاجرت نخبگان در بخش سلامت از اهمیت بالایی برخوردار است، منابع لازم برای بازآموزش و افزایش توانایی‌های آنان از جمله عوامل مهم در حفظ این دسته از نیروی کار به شمار می‌رود. این موضوع علاوه بر آنکه نیازهای علمی نیروی کار را مرتفع می‌سازد، توانایی بنگاه را نیز با افزایش توانایی‌های مهارتی آن افراد، به دنبال خواهد داشت. ثانیاً تاخیر زیاد در زمینه جذب نیرو، منجر به کاهش بهره‌وری در سیستم سلامت را خواهد شد. محدودیت منابع مالی باید این امکان را به مدیران بدهد تا فرایند جذب نیروی کار را در زمان مناسب به انجام برسانند. پیشنهادهاتی که برای مواجهه با این دو موضوع می‌توان ارائه داد عبارت خواهد بود از: - بررسی وضعیت حقوق و دستمزد - ارزیابی نابرابری‌های موجود در حقوق و دستمزد - ارزیابی نیازهای کارآموزی و بازآموزی کارکنان - هدف گذاری‌های انگیزشی برای کارکنان. ۳-۴- بهبود آموزش‌های اساسی برای حصول اطمینان از اینکه بنگاه دارای نیروی کار مفید و کارآمد می‌باشد، ان است که بنگاه توانایی آموزش مناسب برای کارکنان و مدیران خود را در مراحل مختلف داشته باشد. ترکیب سیستم آموزش پزشکی در وزارت بهداشت و درمان بسیاری از کشورها، دغدغه‌های پیرامون آموزش نیروی کار لازم برای بخش سلامت را تا حدودی حل کرده است؛ اما در این بین نباید از کارآموزی و یا بازآموزی نیروی کار در بخش سلامت غافل بود، زیرا همانگونه که گفته شد، بخش سلامت به دلیل رشد سریع دانش در حوزه سلامت، این دو موضوع تاثیری بسیار زیادی در افزایش بهره‌وری نیروی کار خواهد داشت. مهمترین اقداماتی که در این زمینه می‌توان اتخاذ کرد عبارتند از: - بررسی نقش تامین کنندگان (پروایدرها) خدمات سلامت و ارتباط آنها با

نیازهای سلامت در جامعه - قانون گذاری در زمینه کارآموزی و بازآموزی - در نظر گرفتن مشوق های آموزشی برای جلوگیری از فرار مغزها - ایجاد ارتباط میان آموزش مداوم و سیستم درآمد. ۴-۴- ایجاد مشارکتاگر اجرای برنامه های خاص در سیستم سلامت با مشکل کمبود نیروی انسانی مواجه است، می توان خدمات سلامت را با استفاده از ایجاد مشارکت میان بخش سلامت و سایر بخش های جامعه مانند سازمان های غیر دولتی، نهادهای مدنی، نهادهای مذهبی و یا سایر سازمان های مشابه پیگیری نمود. ایجاد چنین ظرفیتی در نظام سلامت، علاوه بر پوشش کاستی های مربوط به نیروی انسانی در این بخش، قدرت رساندن خدمات بهداشتی و درمانی را به سطوح مختلف جامعه افزایش خواهد داد. مهمترین اقدامات لازم برای ایجاد چنین ظرفیتی در نظام سلامت کشور را می توان در قالب فعالیت های زیر دسته بندی نمود:- ایجاد ساختارهای نظیر هیئت امناء در بیمارستان و کمیته های سلامت اجتماعی - تسهیل برنامه ریزی مشترک - آموزش نیروی لازم برای جذب سرمایه و مدیریت پروژه - تشکیل تیم های مدیریت سلامت منطقه ای - افزایش انگیزه های مشارکت در جوانان و گروه های اجتماعی مختلف در برنامه های سلامت. ۴-۵- شکل دادن رهبریرهبری نظری، در سطوح مختلف سلامت یکی از ضروریات لازم برای مواجهه با مشکلات سلامت و نیل به اهداف لازم در شرایط پیچیده به شمار می رود. مدیران بخش های مختلف می توانند در ایجاد یک رهبری نظری پیرامون اهداف و برنامه های نظام سلامت با هم همکاری نزدیک داشته باشند. در راستای این امر مهمترین اقدامات عملی را می توان در قالب موارد زیر بین داشت:- تعیین شفاف وظایف کارکنان و دادن بازخوردهای مناسب و حمایتی به آنان - سهم کردن کارکنان در فرایند تنظیم و نظارت بر اهداف بنگاه - توسعه برنامه های نظارتی و حمایتی بر روی مدیران جدید - تمرکز بر کار گروهی برای تشخیص و حل مشکلات. ۵- نتیجه گیری با توجه به اهمیت نیروی انسانی در بخش سلامت، مهمترین جنبه های مدیریت منابع

انسانی در این بخش مورد توجه قرار گرفت. با مروری بر مطالعات صورت گرفته پیرامون مدیریت منابع انسانی در سازمان‌های سلامت، مدل مناسبی از ارکان مدیریت در بخش سرمایه انسانی این بخش مطرح گردید. این مدل مدیریت منابع انسانی را از پنج بعد الزامات سیاسی، الزامات تامین مالی، بهبود آموزش، بهبود مدیریت منابع انسانی و ایجاد مشارکت مورد توجه قرار داد. در هر کدام از این بخش‌ها اقدامات اساسی موثر برای بهبود وضعیت منابع انسانی ارائه گردید. به طور کلی می‌توان بیان نمود که مدیریت مناسب منابع انسانی ارتباط مستقیمی با بهره‌وری و عملکرد بنگاه‌های سلامت دارد. این فاکتور می‌تواند این اطمینان را در نیروی کار ایجاد نماید که چه کاری باید انجام دهد، بازخورد بموقع دریافت نماید، احساسی با ارزش بودن و احترام نماید و در نهایت امکان افزایش توانایی‌ها و رشد در بنگاه را داشته باشد. مدیریت منابع انسانی تکه تکه و سیاست زده و کمبود مدیران منابع انسانی دو محدودیت عمده برای داشتن سیستم مناسب برای مدیریت منابع انسانی به شمار می‌روند. برای غلبه بر این مشکل سیاست‌های زیر را می‌توان مورد تاکید قرار داد:- تعیین مدیر ارشد برای تصدی گری مدیریت منابع انسانی - ایجاد دوره‌های مدیریت منابع انسانی برای مدیران - توسعه آموزش‌های حین خدمت و مهارت محور برای نیروی کار - تقویت نظارت - شناسایی نابرابری‌های مربوط به حجم کار و دستمزد و پاداش. ۶- منابع و مواخذ

West, M., Boril, C., Dawson, J., Sculy, J., Carter, M., -۱

Anelay, S., Patterson, M. and Waring, J, 'The link between the management of employees and patient mortality in acute hospitals', International Journal of Human Resource

Huselid, M. A., -Management, 13:8, 2002,1299-1310. 2

'The impact of human resource management practices on turnover, productivity and corporate financial performance',

- Academic of Management Journal, 38(3), 1995, 635–72.3
- Arthur , J. B., ‘Effects of human resource systems on manufacturing performance and turnover’, Academy of Management Journal, 37, 1994, 670–687.4
- Whitaker, S. and Marchington, M., ‘Devolving HR responsibility to the line: Treat, opportunity or partnership?’ Employment Relations, 25(3), 2003, 245–261.5
- Armstrong, Michael, ‘A Handbook of Human Resource Management Practice’, 10th edition, London: Kogan Page, 2006.6
- Hyde P., Boaden R., Cortvriend P. and Harris C., ‘Improving Health through Human Resource Management’ Chartered Institute of Personnel and Development and the Department of Health, Biscoe G., ‘Human resources: the political and policy context’, Prepared for the Global Health Workforce Strategy Group, Geneva: World Health Organization –2006.7
- Forsberg E, Axelsson R, Arnetz B, ‘Financial incentives in health care, The impact of performance-based reimbursement, Health Policy 58, 2001, 243–262.9
- Bossert, T., Barnighausen T., Bowser D., Mitchell A. and Gedik G., ‘Assessing Financing, Education, Management, and Policy Context for Strategic Planning of Human Resources for Health. Geneva’, World Health Organization, 2007.10
- Bennett S., Franco L., ‘Public sector health worker motivation and health sector reform: a conceptual framework’, Partnership for Health Reform. Bethesda: Abt Associates 1999.11
- Lok, P. and Crawford, J. ‘The relationship between commitment and organizational structure, subculture, leadership style and job satisfaction in

& organizational change and development', Leadership
Organizational Development Journal, 20(7), 1999, 365-73

انگیزش: ضرورت نظام خدمات درمانی کشور

۲۶

مدیریت انگیزشی: ضرورت نظام خدمات بهداشتی درمانی کشور محمود رضا هاشم

ورزی

با توجه به اجرای برنامه طرح تکریم ارباب رجوع در نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی و تاکید مدیران اجرایی سیستم بر لزوم جلب رضایت مشتریان (ارباب رجوع)، اگر بنا باشد حد قابل قبولی از مشتری مداری را در نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی حفظ کنیم باید تا همان حد به انگیزه ها و رضایت شغلی کارکنان نیز توجه داشته باشیم. مدیران سیستم باید کارکنان خود را بعنوان مشتریان داخلی تلقی نموده و به این نکته مهم توجه داشته باشند که آنها نیز نیازها و انتظاراتی دارند. این امر با درک مهمترین خواسته های کارکنان از فعالیت شغلی شان، فراهم ساختن محیطی آرام همراه با اعتماد متقابل و تعهد نسبت به اهداف و ارزشهای سازمان میسر می شود. لذا یک مدیر کارآمد باید آنچنان شرایطی را برای کارکنان فراهم نماید تا آنان صرف نظر از حقوق و مزایایی که می گیرند با جان و دل در خدمت سیستم باشند. بنابراین ایجاد انگیزه شغلی در کارکنان برای ارائه بهترین خدمات سازمانی به ارباب رجوع اساس مدیریت می باشد. از سوی دیگر اساس انگیزه شغلی در کارکنان این است که به افراد آنچه را بدیم که واقعاً از کارشان انتظار دارند. یک مدیر هر چه بیشتر بتواند آنچه را که کارکنان نیاز دارند در اختیارشان بگذارد همان قدر هم می تواند آنچه را سیستم نیاز دارد، مانند بهره وری، کیفیت، خدمات و.. را از کارکنان خود انتظار داشته باشد. بررسیها غالباً حاکی از این است که کارکنان، مایلند بهترین نمود شغلی و شیوه ارائه

خدمات را از خود به نمایش بگذارند ، ولی گاهاً احساس می شود که مدیریت و سیستم مانعی بر سر راه آنهاست . بسیاری از مدیران ، علیرغم داشتن کمال حسن نیت ، آنچنان محیطی را برای کارکنان فراهم می سازند که موجب کاهش بازده کاری ، بهره وری کم و تزلزل روحی کارکنان می شود. از طرفی عدم درک صحیح از شرایط کارکنان و نبود ارتباط موفق بین مدیران و کارکنان موجب آن می شود که آنان غالباً بر ضد هم عمل نموده ، در این میان ، مشتری قربانی جنگ بین آنها شود . برای ارائه خدمات بهینه لازم است کارکنان احساس خوشایند و دلپذیری نسبت به خود و کارشان داشته باشند . هنگامی که به کارکنان و خدماتشان ارزش داده شود آنان با جان و دل کار خواهند نمود ، لذا برای شکوفایی و پیشرفت و مدیریت کیفیت در عصر فن آوری و اطلاعات ، مدیران سیستم باید برای کارکنان خود نیز آنچنان باشند که مورد انتظار کارکنان کارآمد و توانمند است . در اجرای برنامه ها زمانی که نیازمند همکاری تیمی هستیم گاهاً به نظر می رسد که در جا می زنیم ، برخی از کارکنان آنچنان عمل می کنند که گویی از کارشان طفره می روند و یا کوشش چندانی از خود نشان نمی دهند . هرچند خوشبختانه ، علی رغم مشکلاتی که در سیستم مدیریتی برخی ادارات تابعه وجود دارد ، کارکنان کم کار و ناسازگار در اقلیتند . ولی با این حال این معدود کارکنان هم می توانند بی نظمی و اختلال را در سیستم اشاعه دهند . مدیران باید بدانند چرا و چگونه کارکنان یک سیستم ناسازگار و کم کار می شوند ؟ بیشتر کارکنان از ابتدا ناسازگار و کم کار نیستند ! بلکه سیستم مدیریتی و فرایند موجود زمینه را برای کم کاری آنان فراهم می آورد ، بررسیهای صورت گرفته توسط مؤسسه آمار گیری گالپ در همین زمینه حاکی از آن است که : ۸۸ درصد از کارکنان می خواهند سخت کار کنند و بیشترین تلاش خود را در کارشان نشان دهند . ۵۵ درصد اظهار داشتند که یک احساس و احتیاج درونی ، مشوق استفاده از بهترین توان آنهاست ، صرف نظر از حقوق و مزایائی که دریافت می کنند . اما : ۵۰ درصد گفته اند ، فقط آنقدر تلاش می کنند که

اخراج نشوند. ۷۵ درصد بیان داشته اند: که می توانستند بطور قابل ملاحظه ای موثر تر کار کنند، وقتی از آنها پرسیده شد پس چرا کوشا تر نیستید؟ گفته اند: رئیس ما نمی داند چگونه ما را به کار وا دارد!! آنقدر حقوق نمی گیریم که بهتر کار کنیم!! مدیران ارجمند! آیا این جوابها به نظر شما آشنا نیستند؟ آیا این جوابها شما را ناراحت نمی کند؟ لذا می بینیم که اکثر کارکنان می خواهند کوشش کرده و نیازهای خود را از طریق کار برآورده سازند. در عین حال تامین باشند، به خواسته های ارباب رجوع توجه داشته باشند، از کارشان راضی و خشنود باشند و مهارتهای جدید را کسب نمایند. اما می بینیم، غالباً آنچه کارکنان از کارشان توقع دارند آنی نیست که مدیران سیستم در اختیارشان می گذارند. غالب مدیران، ارائه خدمات شایسته با درد سرکمتر و موفقیت بیشتر را از کارکنانشان توقع دارند و خیلی کم به احتیاجات واقعی کارکنان توجه می کنند. از سوی دیگر، با پیشرفت تکنولوژی امروزه کارکنان به مهارتهای بیشتری نیاز خواهند داشت، لذا اداره افراد خلاق و توانمند، حساسیت بیشتری را طلب می کند. هر چه کارکنان از سطح علمی بالاتری برخوردار باشند، انتظار دارند در محیط کار با آنها رفتار بهتری داشته باشند رفتار بهتر با کارکنان، یعنی یافتن روشهایی که در آنها اشتیاق بیشتری نسبت به کارشان ایجاد کنیم! مادامی که رضایت کارکنان جلب می شود، اعتقاد و اعتماد آنان به سازمان افزایش می یابد. فضای کار تغییر می کند، توقعات جنبه مثبت تری بخود می گیرد، جریان کار سریعتر شده، همچنین کارکنان با علاقه و اشتیاق بیشتری به انجام وظیفه می پردازند. خلاصه آنکه: هر کارمند می تواند نسبت به کاری که انجام می دهد، احساس خوشایندی داشته باشد اگر مدیران سیستم انگیزه و رضایت بیشتری را در آنان ایجاد نمایند. ویژگیهای دهگانه ای که کارکنان بیش از هر چیز از مدیرانشان انتظار دارند در محیط کارشان حاکم باشد عبارتند از: ۱، برای مدیران کارآمد کار کنند. ۲، خودشان اندیشه کنند. ۳، نتیجه نهائی کار خود را ببینند. ۴، وظیفه خوشایندی به عهده آنان باشد. ۵، از جریان کار

آگاه باشند، ۶ نظراتشان شنیده شوند، ۷ مورد احترام باشند، ۸ از زحماتشان قدردانی شود، ۹ به چالش دعوت شوند، ۱۰ فرصتهایی برای بهبود مهارت‌هایشان داشته باشند. امید است مدیران نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی در قبال زحمات صادقانه پرسنل خدمت عرصه بهداشت و درمان کشور آنچنان عمل کنند که باید. منابع: شیوه‌های ایجاد انگیزه در افراد نوشته: تایلا دل ترجمه: فرهاد احمدی نائینمجموعه آموزشی فنون مدیریت کیفیت در یک هفته - هم افزایی (برنامه ریزی عصبی، زبانی) NLP نوشته: موشاپیرو ترجمه و تدوین: گروه کارشناسان ایران تهیه و تدوین با دخل و تصرف: محمودرضا هاشم ورزی - کارشناس ارشد روانشناسی بالینی - MPH بهداشت روان - مدرس دانشگاه

document.write(addy58494)

)document.write ("

<script/> n\<---//

--!>

('<\span style=\display: none>')document.write

<---//

<script/> آدرس ایمیل جهت جلوگیری از رباتهای هرزنامه محافظت شده اند،

جهت مشاهده آنها شما نیاز به فعال ساختن جاوا اسکریپت دارید >!--

('/>')document.write

('<document.write('span

<---//

<script/>

<div class="e>

مدیریت پرستاری

رضا جانی تاریخچه مدیریت: گرچه مدیریت به مفهوم کلی آن سابقه ای به قدمت زندگی اجتماعی انسان و حتی بیشتر از آن را دارد اما آنچه که به نام دانش مدیریت برای مدیریت سازمانها و موسسات بخصوص موسسات انتفاعی تکامل پیدا کرده است، مربوط به اواخر قرن نوزدهم و عمدتاً قرن بیستم می باشد. تا قبل از قرن بیستم، سازمانها در مقیاسی کوچک و با استفاده از روشهای ساده اداره می شدند و هنوز پیچیدگی امروز خود را پیدا نکرده بودند، در حالی که امروز مدیریتها با مسائل گوناگون همچون جمعیت فزاینده، رکود آگاهی اجتماعی، کمبود منابع بخصوص منابع انرژی، تورم، تامین رفاه، رقابت و نظایر آن روبرو هستند و رعایت همه این مسائل همراه با بزرگ شدن نسبی سازمانها و پیشرفت فن آوری و استفاده از علوم ریاضیات، اقتصاد و رایانه، پیچیدگی مدیریت را بیشتر کرده است. مکاتب مدیریت: در طول تاریخ و همگام با پیشرفت دانش مدیریت، مکاتب مختلفی در این زمینه پایه عرصه حیات نهادند که عبارتند از: الف) مکتب کلاسیک: طور کلی نظریه های دانشمندی مانند هنری فایل، فردریک تیلور، مونی ورایلی، ماکس وبر و لوترگیولیک مهمترین معرف عقاید کلاسیک می باشند و نظریه های مکتب کلاسیک دارای چهار نکته اصلی است که عبارتند از: کاصل تقسیم کار - سلسله مراتب - رابطه منطقی - حیطة یا قلمرو نظارت (مکتب روابط انسانی در این نظریه عامل اجتماعی به نوعی عامل مهم در مدیریت مطرح شد. بر این اساس میزان کار و تولید تنها به فرد بستگی ندارد، بلکه به شبکه ارتباطی اجتماعی که فرد در آن قرار دارد وابسته می باشد. ج) مکتب نئوکلاسیک: نظریه های نئوکلاسیک بر این اساس بود که یک کارگر خوشحال یک فرد مولد و سارنده است. بنابراین کارآیی و اثر بخشی سازمانها از راضی و خوشحال نگه داشتن عامل انسانی ناشی می شود، نه ساخت و روابط رسمی سازمان. د) مکتب

جدید مهمترین وجه مشخص کننده مکتب جدید استفاده از نظریه سیستمها در تجسم و تجزیه و تحلیل سازمان می باشد. طرز فکر سیستمی و استفاده از این نظریه بر تمام رشته های علمی از جمله مدیریت سایه افکنده است. مدیریت از دیدگاه اسلام: مدیریت اسلامی: مدیریتی است که در زمینه رشد انسان به سوی الله (الی الله المصیر) را فراهم نماید و مطابق کتاب و سنت و سیره، و روش پیامبر (ص) و امامان معصوم و علوم و فنون و تجارب بشری جهت رسیدن به هدفهای یک نظام در ابعاد مختلف، همانند یک محور و مدار و قطب عمل کند. این شیوه مدیریت را مدیریت اسلامی می نامند. سرور آزادگان حضرت امام حسین (ع) در خطبه معروف امر به معروف و نهی از منکر می فرمایند: و این که میگویم شما علما و دانشمندان دین قیام کنید و حکومت و مدیریت را از دست ناپاکان و بی لیاقتها بگیریید برای آن است که مجاری امور و احکام باید به دست دانشمندان مومن به خدا باشد آنان که امین بر حلال و حرام هستند. قرآن کریم در موارد متعدد و منابتهای گوناگون، امانت مدیریت و امانت داری مدیر را گوشزد نموده است. حضرت علی (ع) در نامه معروف خود به مالک اشتر توصیه می کند که در مدیریت از شیوه های مستبدانه استفاده ننماید: مبادا در منصب مدیریت برخورد های تو مانند جانور درنده ای باشد که فرصت خوردن آنان را غنیمت بشمرد. زشتی و خسارت این گونه مدیریت را باید از زبان پیامبر اسلام شنید که می فرماید: یک ساعت ستمگری در مسند مدیریت از نود سال گناه کردن در پیشگاه خداوند بزرگتر است. یکی از فقیهان بزرگ و یاران نزدیک امام رضا (ع) فضل بن شاذان نیشابوری است، او میگوید من از علی بن موسی الرضا در مورد ضرورت مدیریت شنیدم که می فرمودند: در مطالعه افراد بشر هیچ گروه و ملتی را نمی یابیم که در زندگی موفق و پایدار باشد مگر به وجود مدیر و سرپرستی که امور عادی و معنوی آنان را مدیریت نماید. از دیدگاه اسلام ضرورت مدیریت تا آنجاست که اگر گروهی قصد مسافرت داشته باشند، در حالی که تعدادشان از سه نفر بیشتر نباشد باید یکی از آنان را به عنوان مدیر برگزینند تا

روح نظم و انضباط را بر اجتماع خود حاکم گرداند و کارها در پناه نظارت و هماهنگی مدیر، نتیجه مطلوب را به دست آورد نقش محوری مدیر: از خصوصیات که با مقام و منصب مدیریت در آمیخته و مدیر را هرگز گزیریزی از آن نیست محوریت است. در این مورد می توان ادعا کرد که هرگاه محوریت را مدیریت جدا کنیم، چیزی دیگر به نام مدیر و مدیریت وجود نخواهد داشت. حضرت علی (ع) مدیریت را به رشته ای که از وسط دانه های تسبیح می گذرد تشبیه می نماید و می فرمایند: نقش مدیر و زمامدار از کشور همانند رشته ای است که از وسط مهره ها گذشته و آنان را در یک محور گرد آورده و به یکدیگر پیوند زده است. هرگاه این رشته پاره شود مهره ها عامل ارتباط را از دست داده و پراکنده خواهند شد و با گسستن آن رشته، دیگر زمینه ای برای گردآوری وجود ندارد. اصول مدیریت: ۱- برنامه ریزی (اسلام و برنامه ریزی) چون اسلام عبادت و زراعت دنیا و آخرت، مادیت و معنویت است و به انسان با دیدی جامع می نگرد؛ به برنامه ریزی در ابعاد گوناگون مادی و معنوی سخت معتقد است. اسلام، مسلمانان بی برنامه را مسلمانانی گمشده در بیابانی می داند که به خیال آب به دنبال سراب می گردد و چنین فردی هرگز به سعادت و کمال نخواهد رسید. ۲-

سازماندهی سازماندهی عبارت است از عمل طبقه بندی وظایف، تفویض اختیار و تثبیت مسئولیت برای اجرای وظایف، و تعیین روابط به منظور همکاری موثر در انجام هدفهای سازمان. ۳- هماهنگی از ارکان دیگر مدیریت هماهنگی است که مدیر تشکیلات با یک سلسله حرکات و برنامه های منظم، واحدهای مختلف سازمان را به یکدیگر ارتباط می دهد و عاملی اصلی برای ایجاد پیوند بین افراد و واحدهای سازمان می باشد. ۴- نظارت نظارت و کنترل از دیگر ارکان مدیریت به شمار می آید و مدیر به عنوان یکی از وظایف اصلی خود باید، شیوه ها، امکانات و عملیات گوناگون تشکیلات را زیر پوشش نظارتی قرار دهد تا حرکت دستگاهها به انحراف و امکانات موجود به هرز نرود. ۵- ارزشیابی منظور از ارزشیابی این است که مدیر کلیه امکانات به

کار برده شده، اعم از مادی یا معنوی را با بازدهی کار، بر اساس معیارهای مورد قبول به دست آورد تا روشن گردد که آیا به هدفهای کمی و کیفی مورد نظر نایل آمده است یا نه؟ امام کاظم (ع) می فرمایند: کسی که هر روز در محاسبه به ارزشیابی کارهای خود پردازد از ما نیست و اگر کار نیکی انجام داده است از خداوند فزونی آن را بخواهد و خدا را بر موفقیتی که به دست آورده سپاس گوید و اگر کار زشتی را مرتکب شده است از خداوند آمرزش آن را بخواهد و توبه کند. برنامه ریزی نیروی انسانی در پرستاری: برنامه ریزی پرسنلی (نیروی انسانی) عبارت است از تعیین تعداد افرادی که در سالهای آینده برای تامین هدفهای سازمان باید انتخاب و آموزش داده شوند، ترفیع بگیرند و بازنشسته شوند. بر این اساس تسهیلات و وسایل مورد نیاز پیش بینی میگردد. شروع برنامه ریزی نیروی انسانی با تهیه نمودار سازمانی است که با توجه به نمودار سیر ترفیعات در سازمان؛ آیین نامه استخدامی، برنامه های آموزشی ضمن خدمت و غیره تهیه میگردد. از آنجا که در سازمانهای بهداشتی و درمانی بیشترین بودجه سازمان را کارنان خدمات پرستاری جذب می کنند لذا مدیران پرستاری جهت موفقیت در ارائه مراقبتهای پرستاری باید طبقه و سطوح علمی کارکنان پرستاری را مشخص نموده و از حداقل آنان برای رفع نیازهای بیماران استفاده نماید. توجه به کارکنان پرستاری نیز در برنامه ریزی نیروی انسانی پرستاری از اهمیت ویژه ای برخوردار است. مک کی، عامل نارضایتی در میان پرستاران را کمبود پرستار میدانند. سدلر، در تایید این موضوع اظهار میدارد: سلامت بیمارستان در نتیجه کمبود پرستار تهدید می شود. کمبود پرستار در سیستم بهداشت و درمان امری حساس بشمار می آید. بطوریکه انجمن بیمارستانهای آمریکا گزارش کرده است که ۸۵ درصد از بیمارستانهایی که در سال ۱۹۸۷ تحت بررسی قرار گرفته اند کمبود پرستار دارند. با توجه به موارد فوق چنانچه مدیران پرستاری در پی راهی جهت پیشگیری کمبودی که در کارکنان پرستاری بیمارستانها مشاهده می شود، نباشند و در برنامه ریزی نیروی

انسانی کمبود پرستار مورد نظر قرار نگیرد، ممکن است رون ارائه خدمات درمانی دچار مشکلاتی گردد. کلیات سازماندهی: سازماندهی یکی دیگر از وظایف مهم هر مدیر محسوب می شود. تلاش در جهت شناخت وظیفه سازماندهی و اهمیتی که این وظیفه در مدیریت دارد، مستلزم بررسی و مطالعه جنبه های مختلف این وظیفه است. (سازمان عبارت است از وجود هماهنگی معقول در فعالیت گروهی از افراد برای نیل به یک هدف یا منظور مشترک از طریق تقسیم کار و وظایف و از مجرای سلسله مراتب اختیار و مسئولیت قانونی) حیطة نظارت (انواع سازمانها): هامیلتون ، یورویک و گرایکوناز اولین کسانی بودند که در مورد حیطة قلمرو مدیر تحقیق کردند و هامیلتون پیشنهاد کرد که حدودی برای تعداد افرادی که تحت نظارت مدیر قرار می گیرند باید قائل ، او تعداد مورد بحث را سه الی شش نفر تعیین کرد و بعدها گرایکوناز در تایید نظریه هامیلتون، حداکثر شش نفر را در حیطة قلمرو یک مدیر پیشنهاد کرد. در تعیین حیطة قلمرو مدیر باید به دو نکته یکی پیچیدگی کار و دیگری قدرت کسانی که کار را انجام میدهند توجه داشته باشد و هر چه نیاز به نظارت بیشتر باشد باید از تعداد افرادی که در حیطة قلمرو قرار دارند کاسته شود. در واقع قضاوت این که در حیطة قلمرو باید چه تعداد افراد قرار گیرند، به چگونگی کار ، قدرت افراد، قدرت اداره کننده و موقعیت بستگی دارد. سازمان اداری معمولاً از سه منطقه مدیریت و یک منطقه عملیات به ترتیب زیر تشکیل میشود: ۱- مدیران اداری: به اشخاصی اطلاق می گردد که خط مشی و سیاست کلی موسسه را تعیین می کند. ۲- مدیران واسط یا اجرایی: مسوول اجرای خط مشی و سیاست کلی سازمان هستند. ۳- مدیران سرپرست: به اشخاصی اطلاق می شود که در موسسات صنعتی به کارگران و در سازمانهای دولتی با کارمندان مامور اجرای عملیات ، دائماً در تماس و مستقیماً مسؤل عملیات آنان هستند و بالاخره کارکنان مامور اجرای عملیات که وظایف این دسته عبارت از اجرای عملیات اصلی سازمان است. سازماندهی در پرستاری: از آنجا که رده

های مختلف در پرستاری وجود دارد وجود این رده ها ایجاب می کند که سازماندهی پرستاری به دقت صورت گیرد تا وظایف و فعالیت های هر رده روشن شود. سازماندهی یکی از وظایف مهم هر مدیر محسوب می شود، بخصوص مدیر خدمات پرستاری وظیفه سنگینی در این رابطه به عهده دارد، زیرا تعداد کارکنان پرستاری، تفاوت بین معلومات آنها، پیچیدگی و اکثر اوقات بحرانی بودن محیط کار، ساعات طولانی کار، به عبارت دیگر ضرورت وجود پرستاران در رده های مختلف به طور منظم در ۲۴ ساعت شبانه روز و ۳۶۵ روز از سال، نیازهای کارکنان، وجود تضاد و هماهنگی بین مقاصد و هدف های آنان و بسیاری از مسائل دیگر، گویای این حقیقت است که روسای سطوح مختلف واحد پرستاری نه تنها باید به سازماندهی به عنوان فعالیت مربوط به خود توجه نمایند بلکه، باید سعی کنند به منظور پیشبرد هدف های پرستاری با مطالعات گسترده و عمیقو کسب معلومات جدید و استفاده از فرایندهای علمی فعالیت های پرستاری را سازمان دهند. مدیر خدمات پرستاری در طی سازماندهی فعالیت های مورد نظر را باید مورد توجه قرار دهد، این فعالیتها بر اساس هدف های سازمان تعیین می شود. تقسیم کار: تقسیم کار ابتدا توسط آدام اسمیت مطرح شد و مورد استفاده قرار گرفت. آدام اسمیت در کتاب معروف خود به نام ((ثروت ملل)) به اهمیت تقسیم کار اشاره نموده است، او در بررسی های خود در یک کارخانه سوزن دوزی ملاحظه کرد که هر کارگر به تنهایی قادر نیست روزانه بیشتر از بیست سوزن تولید کند، بدین جهت او با تقسیم کار به وظایف ساده محصول کار روزانه ده نفر کارگر را به ۴۸۰۰ سوزن در روز افزایش داد یعنی در حقیقت بازده کار کارگران، ۲۴۰ برابر گردید. روش های تقسیم کار در پرستاری: ۱- روش گروهی یا تیمی: در روش گروهی یا تیمی اعضای گروه شامل پرستار، بهیار و کمک بهیار می باشد، که تعداد هر یک به میزان فعالیت مورد نظر بستگی دارد. ۲- روش پرستاری عملی: در این روش مراقب پرستاری به وظایف مختلف تقسیم می شود، کارها از قبل تنظیم و بین کارکنان پرستاری تقسیم می شود. ۳- روش

موردی: اولین و قدیمی ترین نظام بالینی پرستاری ((روش موردی)) است، این نظام زمانی به کار گرفته می شود که فلسفه پرستاری بر این اصل استوار باشد که مراقبت یک بیمار به طور کامل به یک پرستار واگذار می شود. ۴- پرستاری اولیه: در این روش توجهات پرستاری به صورت مداوم از طرف پرستار متخصص و فارغ التحصیل صورت می گیرد و پرستار مسئولیت و اختیار بررسی، برنامه ریزی، اجرا و ارزیابی برنامه مراقبتی بیمار و مسئولیت ۲۴ ساعته بیمار را تا شیفت بعدی به طور انفرادی به عهده دارد. ۵- روش قیاسی یا مدولار: در این روش پرستاری اولیه به نوعی تفسیر شده است و زمانی مورد استفاده قرار می گیرد که کارکنان پرستاری مرکب از پرستار، کمک بهیار، و بهیار باشند، به هر گروه ۸-۱۲ بیمار داده می شود. منابع: ۱- استیفن، پی و رابینز: مدیریت رفتار سازمان، جلد دوم ۲- اخسری، عباسعلی: مدیریت علمی مکتبی از دیدگاه اسلام ۳- هانت، راجر. شلی، جان: مفاهیم اساسی کامپیوتر ۴- بیتانه، ناهید: بررسی مشخصات مدیران پرستاری و ارزیابی