

اختلال دوقطبی

گستره کار با مدرک پرستاری

گزارشی از کمبود نیروی پرستاری در
بیمارستان امام رضا تبریز

آسیبها و خطرات رشته پرستاری

ظهور فناوری در پرستاری: دگرگونی در
مراقبت از بیمار

مقطع کارشناسی ارشد پرستاری
سالمندان

کابینتهای توزیع خودکار (ADC)



مصاحبه با دکتر حریریان



گاهنامه علمی صنفی سپیدار | سال ششم | شماره دهم | بهار ۱۴۰۳

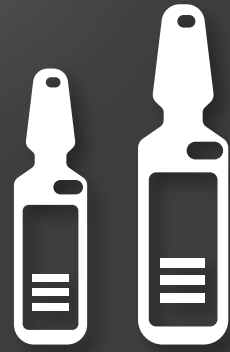


سنة ١٤٤٤
١٤٤٤
١٤٤٤



Sepidar Nursing Magazine
Tabriz University of Medical Sciences

فهرست مطالب



اختلال دو قطبی



گستره کار با مدرک پرستاری



مصاحبه با دکتر حریریان

اختلال دو قطبی

گستره کار با مدرک پرستاری

گزارش از کمیته نیروی پرستاری در بیمارستان امام رضا تبریز

آسیب‌ها و خطرات رشته پرستاری

ظهور فناوری در پرستاری: دکتر نی در مراقبت از بیمار

مطرح کارشناسی ارشد پرستاری سلطان‌نادر

کابینت‌های توزیع خودکار (ADC)

مصاحبه با دکتر حریریان

گازانه علمی منلی سیدار آسان ششم | شماره دوم | بهار ۱۴۰۳

دانشنامه

◀ صاحب امتیاز:

انجمن علمی دانشجویان پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی تبریز

◀ مدیر مسئول: سعید متقی آزاد

◀ سردبیر: علی احمدزاده

◀ گرافیکست و صفحه‌آرا: توحید دمیده

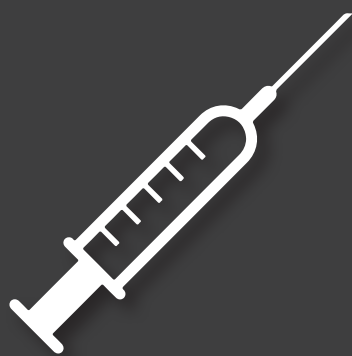
◀ نگارندگان: فرشته عبدالله‌زاده - ندا صالحی - سارا نیک‌سیرت - سعید کریم‌پور - سهیل مهرافروز - طاهر استبصاری - هدیه ولی‌پور - زهرا داداش‌زاده - سینا جان بزرگی - امیررضا صفرخانلو

◀ ویراستار علمی: سینا جان بزرگی، علی احمدزاده و سعید کریم‌پور

◀ با تشکر از:

آقای دکتر مهدی پروین زاده (مدیریت محترم امور فرهنگی)

آقای دکتر هادی فائزی (مسئول محترم خانه نشریات دانشگاه)



۱۶

گزارش کمبود نیروی پرستاری در بیمارستان امام رضا تبریز

آسیب‌ها و خطرات رشته پرستاری

۲۰

ظهور فناوری در پرستاری:
دگرگونی در مراقبت از بیمار

۲۳

گزارش تصویری از محیط‌های بیمارستانی تبریز

۲۵

مقطع کارشناسی ارشد پرستاری
سامندان

۳۰

کابینت‌های توزیع خودکار (ACD)

۳۳

فرآیند پرستاری

۳۵

@nsa_tbzmed





فرشته عبداللهزاده

اختلال دوقطبی

Bipolar Disorder



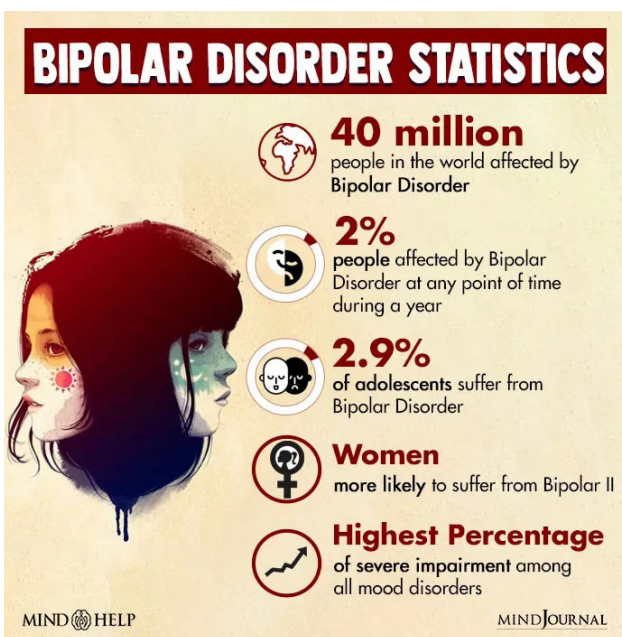
تعریف:

اختلال دوقطبی یا اختلال عاطفی دوقطبی که در گذشته، با نام افسردگی-شیدایی شناخته می‌شد، یکی از اختلالات مهم روانشناختی است. این تشخیص شامل چندین اختلال خلقی می‌شود که وجه مشترک آن‌ها وجود یک یا چند دوره انرژی شناخت و خلق بالا یا بدون یک یا چند دوره افسردگی است.

علائم و نشانه‌ها:

اختلال دوقطبی وضعیتی است که در آن افراد به طور متناوب خلق غیرمعمول بالا، شیدایی یا شیدایی خفیف و در بعضی موارد دوره‌های افسردگی را تجربه می‌کنند و این حالات خلقی موجب افت عملکرد آنان می‌شود. آنچه اختلال دوقطبی را از افسردگی یک قطبی مجزا می‌کند تجربه حالات شیدایی در کنار علائم افسردگی است.

۱- **دوره افسردگی:** نشانه‌ها و علائم افسردگی شامل احساسات نافذ، غم، اضطراب، گناه، خشم، انزوا یا ناامیدی، تنهایی، به هم ریختن خواب و اشتها، خستگی و خجالتی بودن یا اضطراب اجتماعی و ... است. دوره افسردگی اساسی حداقل دو هفته طول می‌کشد و



BIPOLAR DISORDER SYMPTOMS

Manic



Decreased need for sleep



Racing thoughts



Risky behavior



Distractibility

Depressive



Feelings of worthlessness



Appetite changes



Extreme sadness



Suicidal thoughts

verywell

ممکن است بدون درمان تا بیش از ۶ ماه نیز تداوم پیدا کند.

۲- دوره شیدایی: ویژگی اصلی اختلال دوقطبی است و بسته به شدت آن، نوع اختلال دوقطبی مشخص می‌شود. مشخصه‌ی یک دوره شیدایی، وجود خلق بالا است که می‌تواند به حالت سرخوشی مبدل شود. بیماران معمولاً افزایش انرژی و کاهش نیاز به خواب را تجربه می‌کنند. برای بعضی از مبتلایان ۳ یا ۴ ساعت خواب شبانه کافی است در حالی که برخی دیگر می‌توانند چندین روز را بدون خوابیدن سپری کنند.

اختلالات همبود:

تشخیص اختلال دوقطبی می‌تواند با همراه شدن اختلالات روانشناختی دیگری که اختلالات همبود نام دارند، مثل اختلال وسواس فکری-عملی، فوبی اجتماعی، اختلال هراس و بیش‌فعالی و نقص توجه، پیچیده شود. سوءمصرف مواد ممکن است تظاهرات علائم اختلال دوقطبی را تسریع نماید و تشخیص را پیچیده‌تر کند.

پیش‌آگهی:

برای بسیاری از افراد مبتلا به اختلال دوقطبی پیش‌آگهی در صورت اقدام به درمان، خوب است. از آنجا که تشخیص این اختلال دشوار است ارجاع بیماران برای درمان اغلب به موقع انجام نمی‌شود. اگرچه اختلال دوقطبی می‌تواند عملکرد فرد را مختل نماید، با این حال افراد مبتلا می‌توانند در صورت استفاده از خدمات درمانی، زندگی شاد و رضایت‌بخشی داشته باشند. اغلب دارودرمانی برای بهبود این اختلال مورد نیاز است.

تشخیص افتراقی:

اختلالات روانی دیگری نیز وجود دارند که ممکن است نشانه‌هایی شبیه اختلال دوقطبی ایجاد کنند. این اختلالات شامل اسکیزوفرنیا، اختلال بیش‌فعالی-نقص توجه (ADHD)، و سایر اختلالات شخصیتی هستند.

اتیولوژی:

علل بروز اختلال دوقطبی در بیماران مختلف متفاوت است اما بطور کلی بر سه دسته است:

۱- علل ژنتیک: یافته‌ها بر ناهمگونی توزیع ژنی در اختلال دوقطبی تأکید می‌کند. نقش ژن‌های متفاوتی در خانواده‌های مختلف در بروز این اختلال نقش دارند.





بیماران دوقطبی نسبت به آشفتگی چرخه خواب، تغذیه، و سطح فعالیت‌شان حساس‌اند و تغییر این عوامل می‌تواند مسبب بروز تغییرات بیوشیمیایی و نوسان خلق آنان شود. به عنوان مثال بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی باید در مورد شرایطی که چرخه خواب آن‌ها را برهم می‌زند مثل مسافرت به مناطق مختلف جغرافیایی یا مشاغلی که نیازمند تغییر شیفت کاری هستند، اطلاعات کافی داشته باشند و به منظور حفظ الگوی خواب خود از آن‌ها بپرهیزند. خودآگاهی یکی از اجزاء مهم درمان است. آگاهی بیماران از علائم اختلال‌شان منجر می‌شود تا بتوانند در مراحل ابتدایی جلوی بروز آن را بگیرند و مانع از تشدید بیماری‌شان شوند. به عنوان مثال بیماری که دوره شیدایی‌اش با افزایش تحریک‌پذیری همراه بود، زمانی که نسبت به این موضوع آگاه شد حساسیت بیشتری نسبت به این دوره‌ها پیدا کرد و با تمرینات آرام‌سازی و گوش کردن به موسیقی، خود را آرام می‌کرد. او به این ترتیب توانست از عود بیماری‌اش جلوگیری کند.

۲- اثرات استرس: استرس پدیده‌ای ذهنی است. به عنوان مثال یک نفر ممکن است در مواجهه با مشکلی در زندگی مانند بیکاری، آن را به عنوان شکستی فاجعه‌آمیز تفسیر کند و فردی دیگر آن را به حساب بدشانسی بگذارد. از دست دادن شغل به خودی خود برای ایجاد استرس کافی نیست و تنها در صورتی که با سبک اسناد، کلی درونی و منفی فرد (یعنی بیمار اتفاق ناخوشایند را تأثیرگذار بر

همچنین مطالعات نشان می‌دهند که سن بالای والدین احتمال ابتلا به اختلال دوقطبی را در فرزندان بالا می‌برد. این یافته با فرضیه افزایش جهش ژن‌های جدید و نقش آن در ابتلا به اختلال دوقطبی هم راستا است.

۲- علل فیزیولوژیک: نابهنجاری در ساختار یا عملکرد مغز می‌تواند مسبب ابتلا به اختلال دوقطبی باشد. بر اساس نظریه افروزش، افرادی که از نظر ژنتیکی مستعد اختلال دوقطبی هستند، پس از مواجهه با چندین حادثه که هر یک به تنهایی قادر به ایجاد تغییرات خلقی نیستند اما در ترکیب با یکدیگر می‌توانند موجب بروز یک دوره خلقی شوند به این اختلال مبتلا می‌گردند.

۳- علل محیطی: شواهد نسبتاً هماهنگی از مطالعات آینده نگر وجود دارد که نشان می‌دهند حوادث اخیر زندگی و روابط بین‌فردی در شروع و عود دوره‌های خلقی اختلال دوقطبی و افسردگی یک قطبی سهمیم هستند. بین یک سوم تا نیمی از افرادی که در دوران بزرگسالی به اختلال دوقطبی مبتلا شده‌اند، تجارب آسیب‌زا و استرس‌آوری را در دوران کودکی گزارش کرده‌اند.

◀ درمان شناخته رفتاری اختلال دوقطبی:

علی‌رغم خوش بینی اولیه در خصوص درمان اختلال دوقطبی با لیتیم که در دهه ۱۹۷۰ در آمریکا رواج یافت و بعضی بیماران با داروهایی مثل لیتیم، کاربامازپین، و والپروات بهبود می‌یابند، اما تعداد قابل توجهی نمی‌توانند عوارض جانبی داروها را تحمل کنند و مصرف آن را قطع می‌کنند. هنوز هم بعضی از بیماران به دلایل مختلفی مثل تپش قلب یا اختلال در عملکرد کلیه دارو مصرف نمی‌کنند. همین موارد کفایت تا روانپزشکان روی درمان‌های شناختی و رفتاری تمرکز بیشتری داشته باشند:

۱- آموزش به بیمار:

هر قدر بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی بیشتر درباره اختلالش اطلاعات داشته باشد بهتر می‌تواند در جلسات درمانی با درمانگرش همکاری کند.



۱- مرحله اولیه: در مرحله اولیه درمانگر، تاریخچه زندگی بیمار را ارزیابی می‌کند. مصاحبه بین فردی انجام می‌دهد. به بیمار درباره مشکلش آموزش می‌دهد. درمان ممکن است در شرایطی که بیمار تمام یا برخی از علائم اختلال را تجربه می‌کند یا فقط خلق بالایی دارد آغاز گردد. در این مرحله درمانگر و بیمار هر هفته به مدت ۴۵ دقیقه یکدیگر را ملاقات می‌کنند. درمانگر کار خود را با اخذ تاریخچه روانپزشکی و پزشکی بیمار شروع می‌کند. به علاوه وی تلاش می‌کند تا به دقت عوامل مؤثر در بروز دوره‌های پیشین و کنونی اختلال را پیدا کند.

۲- مرحله میانی: مرحله میانی درمان هر هفته برگزار می‌شود و به مدت چندین ماه به طول می‌انجامد.

در طی این مرحله درمانگر به بیمار کمک می‌کند تا راهبردهایی را به منظور کنترل علائم اختلالش اتخاذ نماید. چرخه‌های زندگی شخصی‌اش را منظم و مشکلات بین فردی خود را حل و فصل کند؛ همچنین درمانگر در یک جلسه به طور اختصاصی

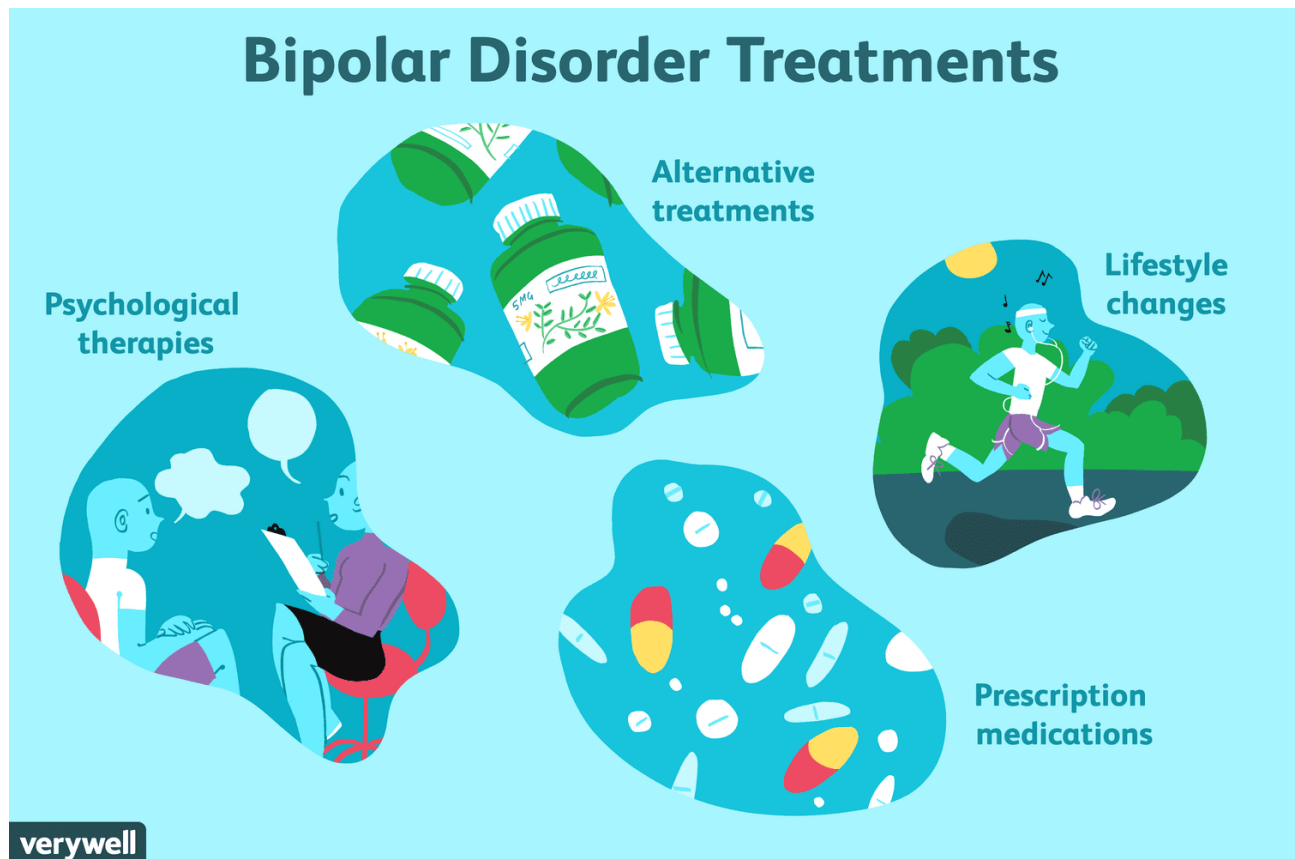
قادرند با کنترل تنفس خود، مشکلشان را تقلیل دهند، بیماران در دوره‌ی شیدایی و شیدایی خفیف نیز می‌توانند از طریق کاهش میزان و حجم تنفس، عواطفشان را تعدیل کنند. اثربخشی این شیوه وقتی همراه تمرین‌های آرام‌سازی به کار می‌رود افزایش می‌یابد. درمانگران باید به بیماران خود بیاموزند زمانی که دچار هیجانات شدید شدند، یک جا بنشینند، چشمانشان را ببندند و به آرامی (نه به صورت عمیق) نفس بکشند و در نهایت از روش آرام سازی جیکوبسن استفاده نمایند. در روش آرام سازی جیکوبسن، به بیماران آموزش داده می‌شود که به طور منظم ماهیچه‌های مختلف بدنشان را به مدت ۵ ثانیه منقبض و سپس رها کنند. تجربه احساس تنش و آرام‌سازی موجب کاهش برانگیختگی بیمار می‌شود. پیش شرط استفاده از این فن حضور در موقعیت مناسب است چون گاهی شرایط اطراف امکان انجام این روش را غیر ممکن می‌کند.

و اما درمان که شامل ۴ مرحله است: اولیه، میانی، پیشگیری و پایانی

تمام ابعاد زندگی مرتبط با خود و با نگاهی منفی می‌بیند همراه شود، منجر به احساس استرس و بروز علائم افسردگی می‌شود. مطالعات اخیر، نشان می‌دهند که این سبک‌های اسنادی پیش‌بینی کننده دوره‌های افسردگی و شیدایی هستند.

۳- آموزش حل مسئله: یک راهکار کلیدی برای کاهش میزان استرس افراد مبتلا به اختلال دوقطبی آموزش مهارت حل مسئله به آنان است. تمام انسان‌ها در طول زندگی خود با مشکلاتی روبرو می‌شوند و افراد شاد و موفق کسانی هستند که با مسائلشان ماهرانه برخورد کنند. این مهارت برای افراد مبتلا به اختلال دوقطبی از اهمیت بیشتری برخوردار است. وقتی این بیماران مشکلاتی را در زندگی خود تجربه می‌کنند، احتمال بروز نوسانات خلقی‌شان افزایش می‌یابد. بر اساس گزارش، گاهی وقوع یک یا مجموعه‌ای از رخداد‌های ناخوشایند در زندگی این افراد، مسبب بروز دوره‌های افسردگی و شیدایی در آن‌ها می‌شود.

۴- تنظیم و تعدیل عواطف: همان طور که بیماران مبتلا به اختلال هراس



پس از پایان این بخش، در مرحله پیشگیری از بیمار خواست تا بر اهداف شغلی‌اش متمرکز شود و تلاش کند تا در این حیطه به موفقیت‌هایی دست یابد. همچنین با همکاری بیمار، برنامه منظمی جهت تنظیم چرخه خواب و بیداری وی تنظیم گردید. به این ترتیب او توانست علاوه بر مدیریت علائم بیماری‌اش، عملکرد شغلی مناسبی را نیز کسب کند. یک سال پس از آغاز درمان، بیمار تصمیم گرفت مجدداً در کنفرانسی که سال گذشته با بروز بیماری‌اش همراه بود شرکت کند.

۴- مرحله پایانی: مرحله نهایی به خاتمه درمان اختصاص دارد. درمانگر در این بخش به بررسی موفقیت‌ها و دستاوردهای درمانی و آسیب‌پذیری‌های بالقوه بیمار می‌پردازد و به وی کمک می‌کند تا راهبردهایی را برای حل مشکلات بین‌فردی و علائم اختلالش شناسایی کند. ختم درمان به تدریج انجام می‌شود که طی ۴ تا ۶ ماه و به صورت هفتگی صورت می‌گیرد. از آنجا که این اختلال، یک مشکل مزمن محسوب می‌شود، بیماران اغلب نسبت به ختم درمان نگران هستند. به همین دلیل معرفی منابع ارزنده و مفید برای یاری به بیماران جهت مقابله با علائم آتی حائز اهمیت است. به علاوه درمانگران در این مرحله می‌توانند با تشویق بیماران به منظور کاربرد مهارت‌های آموخته شده در موقعیت‌های جدید بدون کمک درمانگر روند بهبود را تسریع نمایند. در بعضی موارد به خاطر ماهیت مزمن اختلال و این احتمال که بیمار باید به طور نامحدود دارو مصرف کند می‌توان روان‌درمانی را به مدت طولانی تری با تعداد جلسات کمتر ادامه داد.

به بررسی غمگینی بیمار به دلیل مشکلاتی که به تازگی با آنها مواجه شده است، افکار ناراحت‌کننده‌اش و تلاش برای برقراری تعادل و ثبات روانی وی می‌پردازد.

۳- مرحله پیشگیری: از آنجا که هدف این درمان پیشگیری از عود بیماری و بهبود عملکرد فرد در صورت بروز تغییرات خلقی است، پیشگیری بخش مهمی از درمان را تشکیل می‌دهد. در این مرحله جلسات درمان به صورت ماهیانه برگزار می‌شود و به مدت دو سال یا بیشتر ادامه می‌یابد.

به این ترتیب برای بیمار فرصتی فراهم می‌شود تا آموخته‌هایش را مورد استفاده قرار دهد و به توانمندی خود در به‌کارگیری مستقل این مهارت‌ها مطمئن شود.

برای مثال استاد دانشگاهی حین شرکت در یک کنفرانس تخصصی، اولین علائم خلقی خود را تجربه کرد. وی بسیار تحریک‌پذیر شده بود، نمی‌توانست بخوابد و چندی نگذشت که به خاطر ابتلا به اختلال دوقطبی در بیمارستان بستری شد. درمانگر در مرحله حاد درمان، بر بهبود اختلال و ارتقاء عملکرد بیمار در زندگی شخصی و حرفه‌ای او متمرکز شد. علائم وی



منابع:

کتاب اختلال دوقطبی، مولفان دکتر فاطمه زرگر، دکتر نگار اصغری‌پور و دکتر اسما عاقبتی - نشر نیوند - نوبت چاپ دوم ۱۳۹۶.



گستره کار با مدرک پرستاری

ندا صالحی

سعید کریم پور



لیسانس با دو سال سابقه کار می‌باشد البته گذراندن دوره طرح برای دو سال سابقه کافی است. بعد از گرفتن مجوز تا یک سال فرصت برای راه‌اندازی شرکت وجود دارد. در غیر این صورت مجوز باطل می‌شود. این مراکز از مراکز مراقبت‌های بالینی در منزل متفاوت است، زیرا مؤسس و مسئول فنی مراکز مراقبت بالینی در منزل باید پزشک باشد.



مرکز توانبخشی و نگهداری از سالمندان:

با افزایش تعداد سالمندان و روند روبه پیری جمعیت نیاز به این مراکز نیز افزایش می‌یابد. در این مراکز خدمات آموزشی، توانبخشی، اجتماعی و حرفه‌ای به سالمندان ارائه می‌شود. برای گرفتن مجوز تأسیس این مراکز از سازمان بهزیستی، مؤسس و مسئول فنی هر دو حداقل باید مدرک کارشناسی ارشد در پرستاری با معدل حداقل ۱۷ در دو مقطع تحصیلی متوالی همراه با سابقه کار با سالمندان رو داشته باشند.

تعهدات قانونی خود نظیر سربازی را به اتمام برسانید. همچنین آخرین مدرک تحصیلی، حکم استخدام رسمی یا پیمانی، آزمایشات هیاتیت و ایدز، گواهی عدم اعتیاد به مواد مخدر و عدم سوء پیشینه را باید ارائه دهید. بعد از دریافت مجوز نیز تا ۲ سال اعتبار دارد و باید در این دو سال مرکز خود را راه‌اندازی کنید و این گواهی در محل تأسیس نصب شده و فردی که مجوز به نام او صادر شده باید در محل حضور داشته باشد.



مرکز مشاوره و خدمات پرستاری:

این مراکز خدمات پرستاری را برای فرد، خانواده و جامعه از سطح پیشگیری تا نوتوانی ارائه می‌دهند. فعالیت‌های این شرکت از آموزش مسائل بهداشتی، خودمراقبی تا انجام پروسیجرهایی نظیر سونداژ، شست‌وشوی معده و... را شامل می‌شود. برای راه‌اندازی این مرکز به عنوان مؤسس مدرک کارشناسی کفایت ولی برای ریاست در این مراکز نیاز به مدرک فوق

زمانی که وارد رشته پرستاری شدید احتمالاً حداقل یکبار این حرف را شنیدین: «فارغ‌التحصیل که شدی میتونی توی بیمارستان‌ها و کلینیک‌ها کار پیدا کنی». همه برایتان از بازار کار خوب این رشته گفتند و خیلی‌ها نیز اطلاع زیادی از پرستاری نداشته آن را به تزریقات خلاصه کردند ولی تابحال با خودتان فکر کرده‌اید به غیر از کار در بیمارستان و کلینیک، با مدرک پرستاری می‌توان چه کارهایی انجام داد؟ می‌خواهیم کارایی‌های مدرک پرستاری را که کم‌تر راجبشان صحبت شده بازگو کنیم. افرادی که دوست دارند در آینده صاحب و رئیس کار خود باشند، با مدرک پرستاری می‌توان مجوز تأسیس مراکز نظیر مرکز تزریقات و پانسمان، شرکت خدمات پرستاری، خانه سالمندان، مراکز درمان اعتیاد، مهدکودک و حتی مرکز شبانه‌روزی برای کودکان بی‌سرپرست را گرفت. شرایط هر کدام را بصورت مختصر باهم بررسی می‌کنیم.



مرکز تزریقات و پانسمان:

خیلی از افراد جامعه حداقل چندباری در سال نیاز به خدمات تزریقاتی و پانسمان پیدا می‌کنند مخصوصاً افراد سالخورده و دارای بیماری‌های خاص. برای گرفتن مجوز این مکان شما در درجه اول باید طرح و

کلینیک زخم:

کارشناس زخم یکی از شاخه‌های فرعی پرستاری هست که به زخم‌های حاد و مزمن (زخم بستر، زخم پای دیابتی، زخم‌های عروقی، سوختگی و ...) با استفاده از روش‌های نوین درمانی و زیرنظر متخصصان عفونی و جراح و ارتوپد می‌پردازد. شرایط تأسیس این کلینیک نیز مشابه مراکز درمان اعتیاد می‌باشد و مسئول فنی در این مراکز باید پزشک باشد و در حقیقت به پروانه پزشک نیاز دارید.



مراکز شبانه‌روزی برای کودکان بی‌سرپرست:

این مراکز خیریه با هدف کمک به کودکانی که بی‌سرپرست یا بدسرپرست هستند شکل گرفته که مجوز تأسیس آن از سازمان بهزیستی گرفته می‌شود. با مدرک کارشناسی پرستاری امکان گرفتن پروانه مؤسسه وجود دارد البته در کنار مدرک حتما باید سابقه ۲ سال همکاری مثبت با سازمان بهزیستی و یا حداقل ۳ سال سابقه فعالیت در حوزه آسیب‌ها و مسائل اجتماعی و حضور یک نفر دارای حداقل مدرک کارشناسی در رشته‌های علوم اجتماعی، روانشناسی، مددکاری اجتماعی، علوم تربیتی برای تأسیس مرکز ضروری هست.



مراکز درمان اعتیاد:

در این مراکز خدمات درمانی سم‌زدایی، پیشگیری از عود، درمان‌های غیردارویی، درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیست و درمان سم‌زدایی ننگه دارنده (طولانی مدت) با داروی آگونیست افیونی برای درمان سرپایی معتادان ارائه می‌شود. برای تأسیس این مراکز مدرک یک پرستار به تنهایی قابل قبول نیست و طبق آیین نامه تأسیس درمانگاه حداقل باید ۵ نفر باشند که ۳ نفرشان از گروه پزشکی و پیراپزشکی باشد و مسئول فنی این مراکز حتما باید پزشک و یا روانپزشک باشد. مجوز ثبت شده حداکثر تا ۲ سال اعتبار دارد و در صورت عدم راه‌اندازی مرکز باطل می‌شود.

مهد کودک:

در این مراکز سعی می‌شود در فضای مفّرّح و شاد، با آموزش‌های مخصوص ذهن، روان و مهارت‌های کودکانی که به هر دلیل والدین امکان نگهداری از آنها را در ساعتی مشخص در خانه نداشته‌اند تقویت شود. مهدکودک‌ها انواعی دارند ولی در حالت کلی می‌توان با حداقل مدرک کارشناسی مجوز تأسیس را گرفت ولی برای مسئول فنی باید فرد دارای مدرک رشته علوم تربیتی و روانشناسی باشد. لازم به ذکر هست که شما می‌توانید پروانه یکی از این مراکز رو

مراکزی که مدرک پرستاری به تنهایی برای گرفتن مجوز آنها کافی نیست و نیاز به افرادی با سایر مدارک از جمله پزشک دارید؟

کلینیک زیبایی و لیزر:

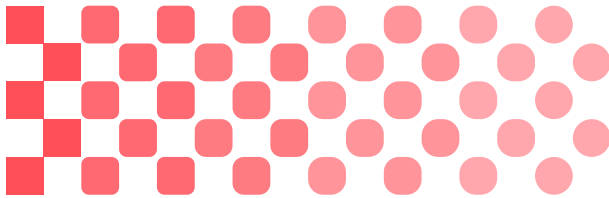
امروز خیلی از افراد به دنبال دریافت خدمات زیبایی هستند و این حرفه در روزهای اخیر بسی پولساز و جذاب بوده. شرایط مجوز برای این مراکز به دو صورت است اگر قصد انجام کارهای درمانی در این مرکز داشته باشید نیاز به حضور پزشک برای گرفتن مجوز دارید ولی برای انجام خدمات زیبایی غیردرمانی مثل لیزر، خال برداری و ... نیاز به حضور پزشک نیست. البته باید گواهی‌های معتبر برای هرکدام از خدماتی که ارائه می‌دهید داشته باشید یا فردی که دارای گواهی است استخدام کنید.



دریافت کنید و هر فرد هم می‌تواند حداکثر در دو موسسه سهامدار باشد. می‌توانید اطلاعات تکمیلی را از سایت معاونت درمان علوم پزشکی با آدرس <https://vct.iums.ac.ir> و از قسمت واحدهای ستادی دریافت کنید.

همچنین با مدرک پرستاری میتوان در ارگان‌های دیگر نیز مشغول به کار شد. مثل آموزش و پرورش، بخش‌های دولتی وزارت بهداشت، مراکز توانبخشی و حتی شرکت‌های پتروشیمی و فرودگاه‌ها

هدف از این بخش افزایش گستره دید شما نسبت به پرستاری بود. فارغ از ارزش هر کدام از مواردی که اشاره شد، داشتن نگاهی جامع‌تر نسبت به این رشته می‌تواند در تصمیم‌گیری‌هایتان برای آینده الهام‌بخش باشد.



منابع:

1. <https://darman.sums.ac.ir/page-DarmanMain/fa/132/show-form/84486-1>
2. <https://darman.sums.ac.ir/Dorsapax/userfiles/Sub132/Form/Nezarat/44-dastor--sodor-parvaneha.pdf>
3. <https://vct.iums.ac.ir/>
4. <https://grimator.com/>
5. <https://agahsabt.com/>
6. <https://lawmingo.com/mag/advice-on-getting-a-preschool-and-kindergarten-license-and-tips-about-it/>
7. <https://www.heyvalaw.com/web/articles/view/4077/%D9%85%D8%AC%D9%88%D8%B2-%D9%85%D9%87%D8%AF-%DA%A9%D9%88%D8%AF%DA%A9.html>
8. https://medcare.skums.ac.ir/Dorsapax/Data/Sub_10/File/darmang.pdf
9. <https://darman.umsu.ac.ir/uploads/ainnamesomasraf.pdf>
10. <https://vindad.com/blog/%D8%AB%D8%A8%D8%AA-%D9%85%D9%88%D8%B3%D8%B3%D9%87-%D8%AA%D8%B1%DA%A9-%D8%A7%D8%B9%D8%AA%DB%8C%D8%A7%D8%AF/>
11. https://medcare.skums.ac.ir/Dorsapax/Data/Sub_10/File/balini.pdf
12. <https://persianplan.com/explanatory-plan-for-establishing-a-wound-clinic/>
13. https://imbeig.ir/%D8%B5%D9%81%D8%B1-%D8%AA%D8%A7-%D8%B5%D8%AF-%D9%88%D8%B1%D9%88%D8%AF-%D8%A8%D9%87-%D8%A8%D8%A7%D8%B2%D8%A7%D8%B1_%DA%A9%D8%A7%D8%B1-%D9%85%D8%B1%D8%A7%D9%82%D8%A8%D8%AA-%D8%A7%D8%B2-%D8%B2%D8%AE/
14. <https://tsabt.ir/%D9%85%D8%AC%D9%88%D8%B2-%D8%AA%D8%A7%D8%B3%DB%8C%D8%B3-%D8%AA%D8%B2%D8%B1%DB%8C%D9%82%D8%A7%D8%AA/>
15. <https://www.heyvagroup.com/shownews/7518/%D8%B4%D8%B1%D8%A7%DB%8C%D8%B7-%D8%AA%D8%A7%D8%B3%DB%8C%D8%B3-%D8%AE%D8%A7%D9%86%D9%87-%D8%B3%D8%A7%D9%84%D9%85%D9%86%D8%AF%D8%A>
16. <https://permonmed.com/get-a-beauty-clinic-license>
17. <https://etarh.com/%D8%B7%D8%B1%D8%AD-%D8%A7%D8%AD%D8%AF%D8%A7%D8%AB-%DA%A9%D9%84%DB%8C%D9%86%DB%8C%DA%A9-%D8%B2%D8%AE%D9%85/>



هدیه ولی‌پور

مصاحبه با دکتر حریریان

I N T E R V I E W

همانطور که می‌دانیم، دکتر حریریان از شخصیت‌های برجسته‌ی دانشکده‌ی ما هستند؛ که در زمینه‌های مختلف مثل زمینه‌های پژوهشی و تدریس همیشه سرآمد بوده و از مقبولیت بالایی بین دانشجویان دانشکده‌ی ما برخوردارند. ایشان علاوه بر سوابق پژوهشی بالا، از جمله استادان جوان و بااخلاق دانشکده‌ی ما هستند. در این قسمت از مجله؛ ما به مصاحبه با این استاد گرانقدر پرداخته ایم و امیدواریم گفته‌های ایشان نقشی راهی برای دانشجویان نوپای دانشکده‌ی ما باشد.



ممنون می‌شوم که یک رزومه و پیشینه مختصر راجع به خودتان برای ما دانشجویان بیان کنید.

بله حتماً؛ حمیدرضا حریریان هستم، متولد تبریز، فارغ التحصیل PhD پرستاری از دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال ۱۳۹۶. تمامی مقاطع تحصیلی خود را در همین دانشگاه گذراندم و پس از آن یک دوره کوتاه‌مدت برای فرصت مطالعاتی به دانشگاه Federation (اطراف ملبورن) استرالیا رفتم و پس از آن در حدود پنج سال به شکل تعهدات خدمت دوره کارشناسی و کارشناسی ارشد، عضو هیئت علمی دانشگاه زنجان بودم. در حال حاضر نیز عضو هیئت علمی گروه پرستاری داخلی جراحی دانشکده پرستاری و مامایی تبریز هستم.

سلام و عرض ادب خدمت شما استاد عزیز، خیلی ممنون که وقت خود را در اختیار ما گذاشته‌اید.

من هم عرض سلام و ادب دارم خدمت شما و همه‌ی دانشجویان عزیز. خواهش می‌کنم؛ من هم مفتخرم که در خدمت دانشجویان خوب و فعالی مثل شما هستم.



دکتر حمیدرضا حریریان



بیش‌تر در چه زمینه‌هایی فعالیت داشته‌اید؟

بیش‌تر کارهای پژوهشی من در زمینه‌ی احیا و مراقبت‌های خانواده محور CPR هست؛ یک زمینه‌ی دیگر علاقه‌مندی بنده رشد حرفه پرستاری به ویژه افزایش استقلال کاری است؛ برای مثال یکی از کارهایی که در دنیا انجام می‌شود و من دوست دارم که در کشور ما نیز اجرا شود نسخه‌نویسی است و پرستار قدرت تجویز داشته باشد؛ در این زمینه نیز علاقه‌مند هستم و مقالاتی را تا به اینجا کار کرده‌ام.

یکی از شاخص‌های پژوهشی افراد نیز H-index است و خوشبختانه برای بنده این عدد ۱۶ هست. سال پیش نیز من و دکتر غفوری‌فرد و دکتر حسن‌خانی جزو یک درصد پژوهشگر برترهای جهان در رشته‌مان بوده‌ایم و این افتخار را توانستیم به دست آوریم.

آیا با انتخاب مسیر ادامه تحصیل از بالین جدا شده‌اید؟

خیر از بالین جدا نشده‌ام، در گذشته ادامه تحصیل باعث جدا شدن از بالین می‌شد ولی اخیراً (حدود ده سال اخیر) در مقطع PhD نیز بالین رفتن همچنان ادامه دارد. اتاق کار من در بیمارستان است و بیش‌تر واحدهای درسی‌ام نیز به صورت بالینی است.

بالین کار کردن کار سختی است، بخصوص با وجود تبعیض‌ها در پرداختی‌های پرستاران نسبت به گروه‌های دیگر به نسبت حجم کاری که دارند. اما ادامه تحصیل من به این علت نبود؛ بلکه کلاً اخلاق من اینگونه است که وقتی کاری را انتخاب می‌کنم باید تا انتها بروم و در مسیر ماندن برایم قابل قبول نیست؛ و در غیر این صورت احساس ناراحتی می‌کنم؛ و همچنین می‌خواستم به جایگاهی که از لحاظ علمی علاقه‌مند هستم برسم؛ و ترجیح می‌دهم این‌گونه در بالین حضور یابم.

از نظر شما برای استقلال رشته‌مان باید چه کنیم؟

ماسوی من، همکاران دیگری که در بخش‌های مختلف مشغول هستند، حداقل کمکی که می‌توانند بکنند؛ به همکاران پرستار در بیمارستان است؛ سعی کنند تبعیض‌ها در پرداختی‌ها کم شود، بار کاری را کم کنند؛ اموری که نسبت به شرایط لازم نیست را اضافه نکنند. در سطح وسیع‌تر، نسبت به گذشته بهتر شده است. برای مثال؛ تصویب نظام پرستاری که بسیار کمک‌کننده است و دانشکده‌ی ما جزو اولین‌هایی بود که اساسنامه نظام پرستاری را تصویب کرد و دانشجویان در این امر نقش بسزایی داشتند. همین تغییرات مثل به وجود آمدن نظام پرستاری و تعریف شدن یک معاونت برای پرستاری؛ همین که مسئولین قبول کرده‌اند برای پرستاران تعرفه‌گذاری انجام دهند آن هم در جامعه‌ی پزشک سالار ما؛ تغییرات بزرگی است و باید به فال نیک گرفت.

آن چیزی که می‌تواند کمک کند حرفه‌ی ما مستقل‌تر شود حضور پرستاران در پست‌های تصمیم‌گیری است و مشارکت پرستاران در این پست‌ها و ارتباط خوب پرستاران با دیگر گروه‌هاست و این که ما بتوانیم آن دسته از کارهایی که در دنیا انجام می‌شود را سازماندهی کنیم و وارد سیستم خودمان کنیم.



اگر به عقب بر می‌گشتید باز هم این رشته را انتخاب می‌کردید؟

من با مریض کار کردن را دوست دارم؛ کار سختی است ولی لذت می‌برم وقتی به بیماران کمک می‌کنم. پرستاری رشته‌ی بسیار خوب و مهمی است و این رشته را دوست دارم و هنگام انتخاب رشته هم وجود امکان ادامه تحصیل در این رشته را بررسی کردم؛ از طریق این حرفه زندگی‌ام را می‌گذرانم و برایش زحمت کشیده‌ام و اگر به عقب برگردم باز هم با توجه به شرایط تصمیم می‌گیرم و چرا که نه؛ شغلم را دوست دارم؛ و کلاً به کمک به بیمار در بیمارستان علاقه‌مند هستم.



فرصت مطالعاتی شما به چه شکل بود؟ چه تفاوت‌هایی بین سیستم آموزشی و بالینی ما و کشور استرالیا می‌بینید؟

من در طول مدت فرصت مطالعاتی ام در دانشگاه بودم و با یک استاد کار می‌کردم و از ایشان پذیرش گرفتم. سر کلاس هایشان حاضر شده و مشاهده کردم و بالین را مشاهده کردم و به صورت visiting scholar بود. به دلیل موضوع پایان نامه‌ام و در واقع به این مناسبت که شما دانش پژوهی هستید که برای مشاهده و ویزیت رفته‌اید.

از لحاظ محتوای آموزشی، با کشور ما بسیار مشابه هست. می‌توان گفت بیش از نود درصد شباهت وجود دارد. کوریکولوم آموزشی برای دانشجویان کارشناسی ارشد و دکترا بسیار شبیه است. محتوای بالینی هم بسیار به کشور ما شبیه است ولی ممکن است یک مقدار از لحاظ سیستم مدیریتی متفاوت باشند.

کدام یک از مباحثی که تاکنون خوانده‌اید بیشتر در زندگی‌تان مؤثر بوده است؟

کودکان، داخلی جراحی، و همچنین؛ به مباحث مربوط به روان علاقه داشتم و همیشه برایم جالب توجه بود و حتی ادامه تحصیل در این شاخه را نیز می‌پسندم.

دلیل موفقیت خود را در رشته‌تان چه می‌دانید؟

موفقیت تعریف‌های مختلف دارد؛ اگر بتوان اسمش را موفقیت گذاشت؛ پافشاری، پیگیر بودن، تا انتها بردن هر کاری که شروع می‌کنم و دیگر هم لطف خداوند.

توصیه شما به دانشجویان این رشته چیست؟

ممکن است بعضی از دانشجویان پس از آگاهی یافتن از حقوق پرستاران بگویند که اگر شغل آزاد داشته باشند درآمد بهتری دارند؛ من همیشه این توصیه را می‌کنم که وقتی تحصیلات عالی را انتخاب کرده‌اید نباید خود را از نظر صنف شغلی با دیگر اصناف مقایسه کنید؛ و این امر را در نظر بگیرید که فقط همیشه مسائل مالی مطرح نیست و مقبولیت اجتماعی مسئله‌ی مهمی است.

مهم‌ترین توصیه من این است که اگر به این رشته علاقه دارید ادامه دهید و تا پایان پیش روید و در غیر این صورت زودتر تکلیف خود را مشخص کنید. ادامه دادن در صورت عدم علاقه، عذاب‌آور است. همچنین اگر درآمد داشتن برایتان مهم است؛ از الآن به فکر منبع درآمد دیگری برای خود باشید.

خیلی ممنونم از وقتی که برای ما گذاشتید. آرزوی موفقیت و سربلندی روز افزون برای شما دارم.

من هم از شما ممنونم و آرزوی موفقیت برای تمامی دانشجویان عزیز این رشته دارم.



آیا تا به حال به مهاجرت فکر کرده‌اید یا در طول مدت زمانی که استرالیا بودید نسبت به این امر اقدام کرده‌اید؟

در طول مدتی که استرالیا بودم، خیر. چرا که من به این فکر می‌کردم که با پول این ملت به این کشور آمده‌ام و حمایت خوبی نیز از ما شد؛ در واقع در قبال این اعتماد مردم و کشورم به خودم مسئولم و به هر حال مسائل خانوادگی و سایر مسائل مهم زندگی نیز در چنین تصمیمی دخیل است؛ ولی اگر بگویم اصلاً به مهاجرت تا به حال فکر نکرده‌ام؛ دروغ است. البته باید گفت که این کشورها هم مدینه فاضله نیستند و معایب خاص خود را دارند.

گزارش کمبود نیروی پرستاری در بیمارستان امام رضا تبریز

زهرا داداشزاده



کمبود پرستار زمانی اتفاق می‌افتد که تقاضای بیشتری برای به کارگیری و جذب پرستار جهت ارائه خدمات مطلوب در جامعه، نسبت به نیروهای در دسترس، وجود داشته باشد. در ایران نیز علاوه بر افزایش جمعیت و بالا رفتن میانگین سن افراد جامعه اگر بخواهیم حیطه وظایف پرستاران را به طرف هر سه سطح پیشگیری توسعه بدهیم، احتمالاً با کمبود پرستار بیشتری مواجه خواهیم بود. با توجه به محاسبات فوق، در کشور ایران هم اکنون برای رسیدن به حداقل استانداردهای منطقه‌ای، نیاز به تقریباً ۱۳۰ هزار پرستار وجود دارد، که با احتساب رشد جمعیت و بازنشستگی پرستاران طی سالهای آتی این میزان بیشتر خواهد شد.

پایین بودن نرخ استخدام نسبت به نرخ بازنشستگی در سالهای گذشته موجب کمبود نیروی پرستار در بیمارستان‌ها شده است. در ایران با توجه به اینکه بیشتر مراکز بهداشتی و درمانی

سیاست‌های کلی سلامت بر افزایش کیفیت، ایمنی خدمات و مراقبت‌های سلامت با استقرار و ترویج نظام حاکمیت بالینی و تعیین استانداردها تأکید دارد. در شرایط کنونی بیمارستان‌های ایران با کمبود پرستار و بحران منابع انسانی مواجه اند. به گفته‌ی معاون محترم پرستاری وزیر بهداشت، پرستاران از مهم‌ترین منابع انسانی نظام سلامت هستند و کمبود گروه پرستاری، اصلی‌ترین مشکل کمبود نیروی انسانی نظام‌های سلامت جهان و کشور ما می‌باشد. بر اساس مروری بر متون در حال حاضر در دنیا حدود ۲۸ میلیون پرستار وجود دارد با این وجود بنا به اعلام سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۲۲ در جهان ۶ میلیون کمبود نیروی پرستاری وجود دارد. در کشور ما ایران نیز معضل کمبود نیروی پرستار در مراکز بهداشتی و درمانی کاملاً به چشم می‌خورد طوریکه به ازای هر تخت ۱/۸ پرستار وجود دارد این در حالی است که براساس استانداردهای جهانی یکی از معیارهای صحیح در بخش پرستاری این است که به ازای هر تخت، دو و نیم نفر نیروی انسانی پرستار باید داشته باشیم.

استان آذربایجان شرقی یکی از ۳۱ استان کشورمان ایران است که با بیش از ۵۰ بیمارستان در حال خدمات‌رسانی به مراجعه‌کننده‌گان مراکز بهداشتی و درمانی می‌باشد. یکی از این مراکز بیمارستان امام رضا علیه‌السلام تبریز می‌باشد که بزرگ‌ترین و مجهزترین مرکز آموزشی درمانی و تحقیقاتی کشور در منطقه شمال غرب به شمار می‌آید. هم اکنون این مرکز با ظرفیت ۸۴۴ تخت مصوب و با



دانشگاهی از لحاظ اقتصادی غیرخصوصی بوده و وابسته به دولت هستند، لذا برای جذب نیروی پرستاری باید اعتبار و مجوز از سازمانهای دولتی کسب کنند که میتواند محدودیتی برای استخدام نیروی جدید پرستاری یا پذیرش بیشتر دانشجو باشد.

از سوی دیگر فرسودگی شغلی ناشی از حجم و فشار کاری، موجب افزایش تمایل پرستاران به تغییر شغل یا ترک خدمت و تشدید کمبود منابع انسانی در بیمارستانها می‌شود.

مهاجرت پرستاران به کشورهای توسعه‌یافته عامل مهم دیگر برای کمبود پرستار در ایران و سایر کشورهای منطقه است.

عوامل دیگری مانند کمبود تعداد اعضای هیئت علمی پرستاری، عدم استخدام پرستاران، عدم استقلال بیمارستانها برای جذب نیرو، درآمد اندک و سطح اجتماعی پایین و عدم تمایل برای فعالیت در حرفه پرستاری در کمبود نیروی پرستاری در مراکز درمانی دخیل هستند. بنا به اعلام معاون محترم وزیر در این دو سال اخیر به دلایل مختلف، از جمله مهاجرت پرستاران، ابتلا به کرونا، شهید خدمت شدن آنها، بازنشسته شدن پرستاران، افزایش تخت‌های بیمارستانی، محدود بودن نرخ استخدام و... موجب شد تا تعداد پرستاران نسبت به هر تخت کاهش قابل توجهی داشته باشد.

در خصوص بررسی علل کمبود و خروج نیروی پرستاری از مرکز امام رضا بنا به اعلام مسئولین محترم پرستاری آن مرکز؛ حجم کار زیاد، سختی کار، کثرت تنوع مراجعین بیماراران و همراهان آنها، ارائه خدمات ویژه پرستاری علاوه بر بخش‌های ویژه، در بخش‌های داخلی و جراحی، اعزام و ارجاعات زیاد از سایر مراکز درمانی منجر به افزایش بار کار پرستاران در مرکز آموزشی و درمانی بیمارستان امام رضا شده است. محدودیت نیروی پرستار در بکارگیری آنها برای بخش‌ها خصوصاً مراقبت‌های تخصصی در بخش‌های عادی،

بیش از ۱۰۰۰ تخت فعال بستری فعالیت آموزشی و درمانی خود را انجام می‌دهد. مرکز آموزشی و درمانی امام رضا تبریز در چهار حوزه اصلی، شامل خدمات تشخیصی و درمانی، خدمات آموزشی، حوزه پژوهش و تحقیقات، حوزه پشتیبانی ارائه‌ی خدمت می‌دهد. این بیمارستان حجم بالایی از بیماران را در انواع تخصص‌ها پذیرش می‌کند. پذیرش بخش‌های بیمارستان امام رضا بر اساس اعلام سایت بیمارستان بیش از ۳۵۰۰۰ بیمار در سال بوده که بیش از ۵۰ درصد این بیماران در بخش‌های جراحی پذیرش شده و دیگر بیماران در بخش‌های داخلی، ویژه و... پذیرش می‌شوند. از ابتدای شیوع بیماری کووید ۱۹ در کشور، بیمارستان امام رضا تبریز به عنوان بیمارستان مرجع، جهت پذیرش بیماران مبتلا به کرونا تعیین گردید و در این بحران نقش کلیدی در سطح استان ایفاء نمود.

وضعیت نیروی پرستاری بیمارستان امام رضا

در حال حاضر بیمارستان امام رضا با بخش‌های جراحی، داخلی، ویژه، تروما، عفونی و...؛ با تعداد قریب به ۱۰۰۰ نیروی پرستاری در حال ارائه‌ی خدمات با مدارک کارشناس پرستاری و بالاتر در پست‌های پرستاری، مسئول بخش، سوپروایزر و... می‌باشد. از آنجا که، از بدو تأسیس بیمارستان امام رضا در شمال غرب ایران، این مرکز به عنوان بیمارستان فوق تخصصی آماده پذیرش بیماران با وضعیت‌های بالینی پیچیده بوده است، بنابراین حجم کار بیمارستان زیاد و با کمبود نیروی انسانی روبرو بوده است که این امر می‌تواند دلایل مختلفی را داشته باشد.

دلایل کمبود نیروی پرستاری

مشکل کمبود پرستار چالش مهم سیستم‌های بهداشتی و درمانی است که به مرز هشداردهنده‌ای رسیده است.

منجر به افزایش حجم کاری پرستاران و نارضایتی آنها می‌شود.

عوامل انگیزشی اعم از تفاوت امتیاز سختی کار، تفاوت دریافتی اضافه کاری بیمارستان‌های خصوصی نسبت به مراکز دولتی بر میزان رضایت‌مندی پرستاران تاثیرگذار می‌باشد. از طرف دیگر تورم اقتصادی در جامعه نسبت به گذشته منجر به این شده است که درآمد پرستاران کفاف خرج زندگی آنها را نداشته باشد و به فکر قطع همکاری بوده و برخی از آنها مسیر مهاجرت را انتخاب می‌نمایند.

با توجه به موارد فوق میتوان گفت که مجموعی از عوامل سازمانی، جمعیت‌شناسی و اقتصادی باعث بوجود آمدن مسئله کمبود پرستار در مناطق مختلف شده است. و هر چند این مسئله بیش از یک دهه است که به وضعیت هشداردهنده‌ای رسیده، اما عملاً راه حلی اساسی برای آن ارائه نشده است.

راهکارهای مقابله با کمبود پرستار

به نظر میرسد که برای حل مشکل کمبود پرستار، همکاریو هماهنگی سازمانهای مختلف مانند مؤسسات آموزشی، مراکز بهداشتی و درمانی و سازمانهای تأمین بودجه ضروری است، همچنین نیاز به تدابیر دقیق برای بهینه سازی محیط کار، بهبود جو سازمانی و ابقای پرستاران وجود دارد.

براساس مروری بر مطالعات، افزایش فرصت استخدام پرستاران و ابقاء آنها در حرفه خود یکی از مهمترین این راهکارهاست. اقداماتی مانند افزایش فرصتهای استخدام، افزایش رضایت کاری، بهبود تصور اجتماعی از رشته پرستاری و حمایت از سازمان نظام پرستاری، دادن اختیار به مراکز درمانی جهت استخدام پرستار، تأمین اعتبارات لازم، افزایش حقوق نیروهای پرستاری، اختصاص بخش بیشتری از بودجه سلامت به پرستاری، وضع قوانین و مقررات کار در خصوص



جذب نیرو، فراهم کردن جو سازمانی و محیط کار مطلوب برای پرستاران و افزایش قدرت مدیریتی و رهبری پرستاران برای ابقای بیشتر را به عنوان راه حل‌های رفع مشکل کمبود پرستار بیان کرده اند. ابقای پرستاران به مراتب مقرون به صرفه‌تر از استخدام آنها است. جهت ابقاء میتوان از روش‌هایی مانند افزایش حیطه اختیارات، شرکت دادن آنها در تصمیم‌گیری‌ها، تکریم مدیران نسبت به کارکنان و عملکرد آنها، آموزش مداوم، برنامه کاری منطبق با علاقه فرد، تلاش برای توسعه سازمانی و فردی پرستار و دادن پاداش برای کار اضافی استفاده کرد. تقدیر و تشکر: از همکاری سوپروایزر آموزشی بیمارستان امام رضای تبریز آقای جیب واحد تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

منابع:

۱. رنگریز حسن، موسوی سیده زهرا. تاثیر فرسودگی شغلی ناشی از فشار کاری بر کمبود پرستار در بیمارستان های ایران با توجه به سیاست های کلی سلامت. سیاست های راهبردی و کلان [Internet]. 1393. 43-64:(7)2:Internet]. Available from: <https://sid.ir/paper/244338/fa>
۲. عباس زاده، عباس، عبدی. چالش کمبود پرستار؛ تهدید جدی برای نظام سلامت: یک مطالعه مروری. سلامت جامعه. ۲۰۱۷ May ۹;(۱)۹:۳۷-۴۷.
۳. سایت نظام پرستاری
۴. سایت بیمارستان امام رضا.





Florence Nightingale

(1820-1910)

*The Founder of
Modern Nursing*

a.k.a "The Lady with the Lamp"



سارا نیک‌سیرت

آسیب‌ها و خطرات رشته‌ی پرستاری

این ویروس می‌تواند از طریق یک سوزن آلوده یا زخم در دست پرستار در تماس با بزاق و سایر غشاهای مخاطی منتقل شود. در بسیاری از موارد، پرستاران ممکن است در معرض بیماری‌های عفونی مختلفی مانند سرخک، اوریون، سرخچه، آنفولانزا و آخرین بلای انسانی یعنی بیماری عروق کرونر قلب قرار بگیرند. برای جلوگیری از گسترش عفونت‌ها، رعایت اصول ایمنی، درمان منظم کارکنان و دفع صحیح و جمع‌آوری سوزن‌های آلوده ضروری است. پرستاران هر بار ساعت‌های طولانی روی پای خود می‌مانند، به این معنی که استرس فیزیکی یکی از مهم‌ترین خطراتی است که پرستاران را تحت تاثیر قرار می‌دهد.

بلند کردن و حمل و نقل بیماران، بیماران فوق‌العاده چاق، نیز خطرناک است و شایع‌ترین علت آسیب کمر در بین کارکنان مراقبت‌های بهداشتی است. پرستاران و کادر پزشکی زیادی برای بلند کردن بیماران، انتقال بیماران مسن به تخت یا تجهیزات مورد نیاز هستند. داروی سنگین حمل‌کنند. به همین دلیل احتمال بروز کمردرد در آنها بیشتر است. البته میزان کمردرد و آسیب نخاعی در پرستاران و پرستاران بیشتر است.

بیمارستان‌ها باید مجهز به تجهیزات مکانیکی برای جابجایی و بلند کردن بیماران باشند تا آسیب‌های فیزیکی به پرستاران کاهش یابد. به پرستاران کمک می‌کند تا بیماران را با کمترین فشار فیزیکی حرکت دهند و بلند کنند. این ابزارها صدمات پرستاران را به میزان قابل

خطرات شغلی زیادی برای پرستاران وجود دارد، آشنایی با خطرات شغل پرستاری از جمله مشکلات ناشی استفاده از مواد ضدعفونی‌کننده و پرخاشگری از جانب بیماران برای افرادی که می‌خواهند این شغل را انتخاب کنند، می‌تواند تأثیر زیادی در روند تصمیم‌گیری داشته باشد. در این متن به معرفی ریسک‌های شغل پرستاری و روش‌های کاهش تأثیر آنها می‌پردازیم. هر شغلی خطرات خود را دارد، از جمله وضعیت یک پرستار. پرستاران در ساعات کاری خود با خطرات جسمی و روانی زیادی مواجه هستند. این موارد شامل عفونت، سموم، ضربه، استرس، شیفت کاری خسته‌کننده و طولانی، آسیب‌های مختلف کمر، قرار گرفتن در معرض تشعشعات و حتی خشونت توسط بیماران و همراهان آنها می‌شود. بررسی این عوامل و یافتن راه حلی برای کاهش خطرات پرستاری ضروری است. معرفی رایج‌ترین خطراتی می‌پردازیم که کادر پزشکی را تهدید می‌کند:



بیماری‌های عفونی و مشکلات ناشی از مواد ضدعفونی‌کننده

خطر عفونت در بیمارستان‌ها و سایر مراکز درمانی مانند کلینیک‌ها، مراکز جراحی سرپایی، خانه‌های سالمندان، مراکز دیالیز، مراکز بهداشتی و درمانی و مراکز درمانی زندان وجود دارد. بیمارستان‌ها شامل بخش‌های پرخطر، بخش اطفال، بخش عفونی، بخش اورژانس و بخش مراقبت‌های ویژه است.

به عنوان مثال، هیپاتیت B یکی از شایع‌ترین بیماری‌های عفونی مرتبط با پرستاری است. اگرچه ویروس در خون وجود دارد، اما ممکن است در بزاق، مدفوع و منی بیماران نیز وجود داشته باشد.



فلوران) و اختلالات کبدی (هالوتان) در صورتی که پرستاران اتفاق عمل برای مدت طولانی در معرض گازهای بیهوشی قرار گیرند، افزایش می‌یابد. این بیماری‌ها باعث ایجاد مشکلاتی مانند سقط جنین و ناتوانی‌های مادرزادی در پرستاران باردار می‌شود. پرستاران شاغل در واحدهای دیالیز کلیه در معرض فرمالدئید هستند. فرمالدئید باعث درماتیت و آلرژی، سوزش چشم و آسم می‌شود.

گلو تار آلدئید همچنین یک میکروبوکش است که در دیالیز، آندوسکوپی و واحدهای مراقبت‌های ویژه برای عقیم‌سازی سرد استفاده می‌شود. پوست و غشاهای مخاطی را تحریک می‌کند و اگر پرستاران بیش از حد در معرض این ماده قرار گیرند، در بدنشان مسمومیت کبدی ایجاد می‌شود.

استفاده از جیوه در ابزارهای مختلف پزشکی. با این حال، فرض کنید قسمت شیشه‌ای این دستگاه‌ها حاوی جیوه است. در این صورت پرسنل پزشکی در معرض آن مسموم می‌شوند که مقدار کمی از این مسمومیت باعث آسیب به سیستم تنفسی و عصبی ریه و در موارد شدید منجر به مرگ می‌شود.

لاتکس در بسیاری از وسایل پزشکی مانند دستکش‌های جراحی و بهداشتی وجود دارد. برخی از آلرژی‌های لاتکس می‌توانند یک واکنش آلرژیک خفیف ایجاد کنند که ممکن است باعث درماتیت شود، در حالی که آلرژی‌های شدید می‌توانند باعث آنافیلاکسی شوند.

برای کاهش خطرات مواد سمی برای پرستاران، لازم است:

- مواد خطرناک و سمی باید برچسب گذاری شوند.
- مواد قابل اشتعال را در ظروف در بسته نگهداری کنید.
- از تجهیزات ایمنی مانند ماسک و لباس ایمنی استفاده کنید.
- اگر به لاتکس حساس هستید، از

مواجهه با انواع تجاوزات

بهترین راه برای کاهش خطر ابتلا به بیماری‌های عفونی در پرستاران، رعایت نکات بهداشتی و بهداشتی و استفاده از روش‌های مناسب شستشو و ضدعفونی تجهیزات و دست‌های پزشکی است. شستن مرتب دست‌ها برای کاهش عفونت و البته استفاده از کرم‌های مرطوب‌کننده برای جلوگیری از خشکی پوست ضروری است. با این حال، بسیاری از پرستاران از آسیب‌های ناشی از ضد عفونی‌کننده‌ها مصون نیستند. استفاده از مواد ضد عفونی‌کننده غیرسمی مانند نانو نقره که به پوست آسیبی نمی‌رساند و در عین حال خاصیت ضد میکروبی قوی دارند می‌تواند کمک شایانی به حفظ سلامت پرستاران کند.



قرار گرفتن در معرض مواد سمی

داروهای سیتوتوکسیک برای پرستارانی که با آنها کار می‌کنند خطرناک است. این مواد در موارد خفیف باعث تحریک پوست، چشم و واکنش‌های آلرژیک می‌شوند و در موارد حاد باعث جهش‌های ژنتیکی و سرطان می‌شوند.

اکسید اتیلن در بیمارستان‌ها برای استریل کردن وسایل پزشکی و مواد حساس به حرارت استفاده می‌شود و ممکن است در مراکز جراحی و بخش‌های مراقبت از بیمار در دسترس باشد. مطالعات نشان داده است که این ماده دارای خواص سرطان‌زایی، جهش‌زایی و ترانوژن نیز می‌باشد.

خطر بیماری‌های زمینه‌ای

خطر اختلالات کلیوی (متوکسی

توجهی کاهش می‌دهند.

پوشیدن کفش‌های طبی مناسب برای راه رفتن و ایستادن در محل کار و رعایت اصول ارگونومیک برای انجام کار در یک وضعیت خاص مانند قرار دادن دست‌ها بالای شانه‌ها یا انجام کارهای تکراری نیز می‌تواند به کاهش آسیب‌های بدنی پرستاران کمک کند.



استرس و افسردگی

پرستارانی که با بیماران مزمن سرو کار دارند و کسانی که در بخش مراقبت‌های ویژه، اورژانس، اتاق سوختگی یا اتاق عمل کار می‌کنند، در معرض خطر بیماری عصبی و استرس هستند. علائم اولیه شامل از دست دادن اشتها، سردردهای میگرنی، بی‌ثباتی عاطفی و اختلالات خواب است. عوامل محیطی مختلف بر استرس پرستاران، تقاضای بیماران، کار بیش از حد، کمبود نیروی انسانی و شیفت کاری سنگین، فشار مراقبین و مرگ بیماران تأثیر می‌گذارد. گاهی اوقات این مشکلات منجر به افزایش مصرف سیگار، الکل و مواد مخدر می‌شود و رفتار پرستاران را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

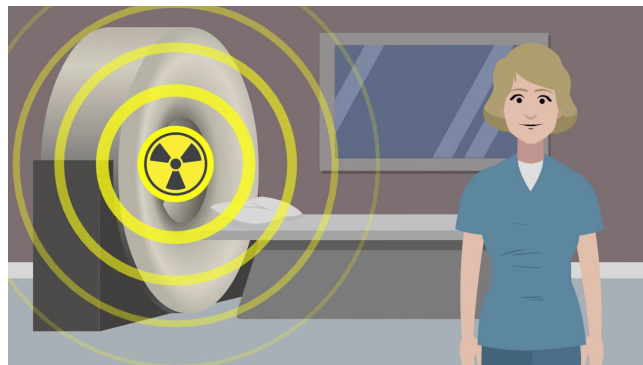
آموزش کافی و ارتباط با پرستاران و کارکنان می‌تواند به کاهش استرس آنها در حین کار روزانه کمک کند. اینها شامل جلسات منظم برای به اشتراک گذاشتن احساسات و ایده‌ها، آموزش مدیریت استرس و تمرینات تمدد اعصاب است. داشتن یک برنامه منظم بدون استرس کاری، داشتن نیروی کار کافی در بیمارستان نیز به کارکنان کمک می‌کند تا از استرس کاری دوری کنند.

- دستکش های بدون لاتکس استفاده کنید.
- آموزش روش صحیح شستشوی چشم در صورت آلودگی چشم به مواد سمی.
- برای دفع مواد و ظروف سمی و آلوده در بیمارستان ها و درمانگاه ها باید قسمت ویژه ای وجود داشته باشد.
- ارائه اطلاعات کافی به پرسنل بهداشتی در مورد علائم و نشانه های مواجهه با آلاینده ها.

استرس فیزیکی ناشی از کار

پرستاران در مراکز درمانی انواع مختلفی از خشونت را به نمایش می‌گذارند، از بیماری‌هایی که مشکلات عصبی و روانی دارند تا «همراهانی که گاهی پرستاران و پزشکان را مسئول نارسایی‌های بیماران خود می‌دانند. گاهی اوقات بیماران به دلیل اختلالات روانی، واکنش‌های دارویی، عدم تعادل الکترولیت‌ها پرخاشگر می‌شوند و حرکاتی را انجام می‌دهند که باعث آسیب رساندن به اطرافیان به ویژه پرستاران می‌شود.

معمولاً پرستاران جوان و کمک پرستاری که آموزش زیادی برای کنترل خشم دیگران ندیده‌اند در معرض این خشونت قرار می‌گیرند. که در برخی موارد خسارات جبران‌ناپذیری را به دنبال دارد.



قرارگیری در معرض تشعشع

پرستاران شاغل در رادیوگرافی یا جراحی با مشکلات متعددی از قرار گرفتن در معرض اشعه‌های مختلف مواجه خواهند شد. افزایش سقط جنین، مرده‌زایی، سرطان‌هایی مانند لوسمی میلوژن، سرطان استخوان و پوست از جمله مشکلات شایع ناشی از قرار گرفتن در معرض این اشعه‌ها هستند.

خطرات شغلی متعددی در حرفه پرستاری وجود دارد، از خطرات مواد ضد عفونی کننده گرفته تا مشکلات ناشی از پرخاشگری بیماران. همه اینها نگرانی‌هایی را برای پرستاران ایجاد می‌کند. شناخت این مشکلات و یافتن راه حل‌های منطقی برای آنها، محیط کار پرستاران را ایمن‌تر می‌کند.



ظهور فناوری در پرستاری: دگرگونی در مراقبت از بیمار



طاهر استیصاری



این تجزیه و تحلیل به پرستاران کمک می‌کند تا خطرات احتمالی سلامتی را پیش‌بینی کنند، برنامه‌های درمانی شخصی را توصیه کنند و حتی بیمارانی را که در معرض خطر بالای عوارض هستند، شناسایی کنند. به عنوان مثال، هوش مصنوعی می‌تواند تصاویر اشعه ایکس قفسه سینه را برای علامت‌گذاری علائم احتمالی ذات‌الریه تجزیه و تحلیل کند و به پرستاران اجازه می‌دهد تا مراقبت از این بیماران را در اولویت قرار دهند.

تله بهداشت و پزشکی از راه دور:

روزهایی که هر نگرانی بیمار نیاز به ویزیت حضوری داشت سپری شده است. تله بهداشت و پزشکی از راه دور شکاف بین بیماران و پرستاران را از راه دور پر می‌کنند. تله بهداشت شامل مشاوره های مجازی است که در آن پرستاران می‌توانند از طریق کنفرانس ویدیویی با بیماران برای بحث در مورد نگرانی های سلامتی آنها، بررسی داروها و ارائه پشتیبانی مداوم ارتباط برقرار کنند. از سوی دیگر، پزشکی از راه دور از تجهیزات تخصصی برای نظارت از راه دور بر سلامت بیمار استفاده می‌کند. به عنوان مثال، یک بیمار دیابتی ممکن است از دستگاهی استفاده کند که قند خون را برای پرستار برای نظارت و تنظیم دارو ارسال می‌کند. این فناوری ها نه تنها دسترسی بیمار به مراقبت را بهبود می‌بخشد، بلکه زمان پرستاران را برای وظایف پیچیده تر آزاد می‌کند.

چشم‌انداز پرستاری به سرعت در حال تغییر است، که توسط موجی از فناوری‌های نوآورانه هدایت می‌شود. این پیشرفت‌ها پرستاران را قادر می‌سازد تا مراقبت‌های کارآمدتر، شخصی‌تر و پیشگیرانه‌تری ارائه دهند و در نهایت نتایج بیمار را بهبود بخشند. ادامه به تعدادی از این فناوری‌های نوین اشاره شده است:

۱. پایش از راه دور بیمار (RPM):

تصور کنید بیماری در حال بهبودی در خانه پس از عمل جراحی است. RPM به پرستاران اجازه می‌دهد تا از راه دور مراقب سلامت او باشند. بیماران دستگاه‌های پزشکی می‌پوشند که علائم حیاتی، سطح قند خون و سایر داده‌های سلامتی را به طور ایمن به یک سیستم نظارت مرکزی ارسال می‌کنند. سپس پرستاران می‌توانند این داده‌های بلادرنگ را برای شناسایی هرگونه روند نگران‌کننده و در صورت لزوم مداخله سریع تجزیه و تحلیل کنند. RPM نه تنها بیماران را قادر می‌سازد تا در مراقبت از خود مشارکت فعال داشته باشند، بلکه به تشخیص زودهنگام عوارض احتمالی نیز منجر می‌شود و به نتایج کلی بهتر سلامتی منجر می‌شود.

۲. هوش مصنوعی (AI):

قدرت هوش مصنوعی در حال تغییر مراقبت‌های بهداشتی است و پرستاری نیز از این قاعده مستثنی نیست. الگوریتم‌های هوش مصنوعی می‌توانند حجم عظیمی از داده‌های بیمار، از جمله سابقه پزشکی، داروهای فعلی و نتایج آزمایشگاهی را تجزیه و تحلیل کنند.



۵ پوشیدنی‌های پیشرفته:

عصر ساعت‌های هوشمند بُعد جدیدی را به پایش سلامت آورده است. پوشیدنی‌های پیشرفته مانند ساعت‌های هوشمند، ردیاب‌های تناسب اندام و وصله‌های بیوسنسور به طور فزاینده‌ای در مراقبت‌های پرستاری رایج می‌شوند. این دستگاه‌ها می‌توانند به طور مداوم ضربان قلب، سطح فعالیت، الگوهای خواب و حتی سطح اکسیژن خون بیمار را ردیابی کنند. این جریان داده بلادرنگ تصویری جامع‌تر از سلامت و رفاه بیمار را به پرستاران ارائه می‌دهد و به آنها امکان می‌دهد برنامه‌های مراقبتی را تنظیم کرده و مسائل احتمالی را در همان ابتدا شناسایی کنند.

۵ واقعیت افزوده (AR) و واقعیت مجازی (VR):

دنیای شبیه‌سازی دیگر محدود به بازی‌های ویدیویی نیست. واقعیت افزوده (AR) و واقعیت مجازی (VR) در حال ورود به عرصه آموزش و تمرین پرستاری هستند. واقعیت افزوده، اطلاعات دیجیتال را روی نمای دنیای واقعی روی هم قرار می‌دهد. تصور کنید کارآموز پرستاری تزریق آمپول را تمرین می‌کند، در حالی که یک پوشش واقعیت افزوده محل صحیح تزریق و دوز دارو را برجسته می‌کند. واقعیت مجازی (VR) محیط‌های شبیه‌سازی کاملاً غوطه‌وری ایجاد می‌کند که در آن کارآموزان می‌توانند در یک محیط مجازی امن، روش‌ها را تمرین کنند. این فناوری‌ها تجربه‌ی یادگیری جذاب‌تر و مؤثرتری را فراهم می‌کنند و پرستاران آینده را برای مراقبت از بیمار آماده می‌سازند.

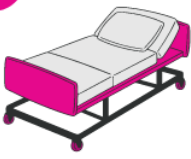
این‌ها تنها تعدادی از پیشرفت‌های هیجان‌انگیزی هستند که آینده‌ی پرستاری را شکل می‌دهند. با پیشرفت مداوم فناوری، می‌توانیم انتظار داشته باشیم که ابزارها و کاربردهای نوآورانه‌ی بیشتری ظهور پیدا کنند و کیفیت مراقبت‌هایی را که پرستاران می‌توانند ارائه دهند،

بیش از پیش بهبود بخشند.


منابع:

1. Patient Care Technology and Safety (Chapter: Patient Care Technology and Safety) by National Institutes of Health
2. The Role of Artificial Intelligence in Remote Patient Monitoring
3. Telehealth and Telemedicine: Transforming Nursing Care


Top 5 Effects of Technology in Nursing

1



Enhances Nursing Skills

4



Promotes Communication and Follow-Up

2


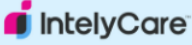
Increases Availability of Nursing Services

3


Reimagines Nursing Education

5


Reduces Busywork





گزارش تصویری از محیط‌های بیمارستان تبریز



زهرا داداش‌زاده





MEHR NEWSAGENCY
Photo: Mina Noei











سینا جان بزرگی

مقطع کارشناسی ارشد پرستاری سالمندان

اغلب پرستاران بازنشسته منازل خود را تبدیل به آسایشگاه سالمندان نیازمند کمک می‌کردند. همچنین کلیه بیمارستان‌ها موظف به رسیدگی و مراقبت از سالمندانی که امکان نگهداری آنها در خانه هایشان وجود نداشت شدند. در طول دهه ۱۹۴۰ تعدادی از ایالت‌های آمریکا حداقل استانداردهای لازم برای مراقبت‌های خانه‌های پرستاری را به وجود آوردند و اعطای گواهینامه و مجوز فعالیت به آنها از سوی دولت آغاز شد. در سال ۱۹۶۵ و به دنبال آغاز فعالیت سیستم بیمه فدرال، صنعت رو به رشد خانه‌های پرستاری ویژه مراقبت از سالمندان گام بلندی به سوی رشد و تکامل بیشتر برداشت. پرستاری سالمندی موجودیت قائم بالذات نداشته بلکه بخشی از حرفه پرستاری، سیستم مراقبت‌های بهداشتی، اجتماع و جامعه جهانی را تشکیل می‌دهد. بدین ترتیب تعریف پرستاری سالمندی و نقش‌ها و وظایف آن از عوامل متعددی تأثیر پذیرفتند که از جمله این عوامل می‌توان به نیازهای خاص هر جامعه شرایط اجتماعی و سنت‌ها و فرهنگ قالب در هر یک از جوامع

مقطع کارشناسی ارشد پرستاری سالمندی در چارچوب سیاست‌های جامع‌نگر و ارتقاء سطح سلامت قشر سالمند جامعه، پرستارانی با علم و مهارت در زمینه ارائه مراقبت‌های بهداشتی، توانبخشی و اجتماعی به گروه سالمندان را تربیت می‌نماید. به طوری که دانش‌آموختگان این مقطع قادر به تلفیق دانش پیشرفته پرستاری سالمندی با سایر رشته‌ها و تخصص‌های وابسته بوده و نظریه‌های پرستاری سالمندی را با هنر حل مسأله و تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد در این حوزه به کار می‌گیرند. دانش‌آموختگان این رشته دارای مهارت کافی در ارائه مراقبت‌ها از پیشگیری تا نوتوانی به فرد سالمند، خانواده و جامعه بوده و قادرند با بکارگیری اصول ارتباطات انسانی، نیازهای بیولوژیکی، روانشناختی، اجتماعی و فرهنگی، مددجوی سالمند را در حیطه‌های خدمات پرستاری شناسایی کرده و به منظور ارتقاء کیفیت خدمات بهداشتی و توانبخشی ویژه سالمندان اقدامات لازم را انجام دهند.

تاریخچه و سیر تکامل دوره در جهان و ایران:

برای صدها سال امر مراقبت از سالمندان برعهده خانواده‌های آنها قرار داشت. با این حال با افزایش جمعیت و طول عمر انسانها، نگرش جامعه نسبت به این مقوله تغییر کرد و مؤسسات رسمی به منظور مراقبت از سالمندان تأسیس گردید. اولین مؤسسات از این نوع توسط مراجع مذهبی و با هدف رسیدگی به وضع سالمندان بی‌بضاعت و بی‌سرپرست تشکیل گردید. پس از تصویب قانون رفاه و تأمین اجتماعی در سال ۱۹۳۵ در ایالات متحده، اولین مراکز مراقبت سالمندی به سبک امروزی در این کشور شکل گرفت. به طوری که



اشاره کرد.

اهداف کلی رشته:

هدف کلی رشته کارشناسی ارشد پرستاری ارائه مراقبت و خدمات پرستاری به جمعیت سالمندان جامعه کشور می باشد. این هدف از طریق تربیت دانش آموختگانی محقق می گردد که دارای نگرش، دانش و توانمندی های لازم در این حوزه باشند. بر مبنای رویکرد فلسفی و رسالت، اهداف کلی رشته پرستاری سالمندی عبارتست از:

1. دستیابی به حداکثر توانمندی های نهفته ی عملکردی و شایستگی فردی مددجویان سالمند و خانواده آنها
2. دستیابی، حفظ و ارتقاء کیفیت زندگی مددجویان سالمند تا حد امکان
3. حصول اطمینان نسبت به اینکه نیازهای ویژه مددجوی سالمند و خانواده تامین شده است
4. ارتقای سازگاری مددجوی سالمند و خانواده با تغییرات زندگی (ناشی از فرایند سالمندی و ناتوانی های احتمالی)
5. حفظ عملکرد اجتماعی و حضور و مشارکت مددجوی سالمند در جامعه.

چشم انداز:

تربیت پرستاران متبحر در حوزه مسائل سالمندی، سالمندشناسی و طب سالمندی موجب:

1. گسترش مراکز سالمندی، حمایتی و مراقبتی از مددجویان با ناتوانی های خاص
2. ارتقاء دانش و مهارت های بالینی پرستاران در حوزه مسائل سالمندی متناسب با استانداردهای قابل قبول جهانی و منطقه ای
3. توسعه مراقبت های پرستاری سالمندی در جامعه
4. به روز کردن دانش و مهارت پرستاران متبحر در زمینه سالمندی با آموزش مداوم
5. ارتقاء کیفیت خدمات بهداشتی درمانی به مددجویان سالمند و خانواده آنها

و توسعه آگاهی ها و توانمندی های مددجوی سالمند و خانواده برای مشارکت در جامعه

6. برقراری ارتباط با سایر کشورهای منطقه در راستای رفع نیازهای تخصصی.

رسالت:

افزایش امید به زندگی و متعاقب آن شیوع بیشتر بیماری های حاد و مزمن مطرح در سنین بالای عمر در جوامع منجر به تشدید نیاز روزافزون به تربیت افرادی شده است که قابلیت ارائه خدمات پرستاری سالمندی را دارا باشند. افزایش مراکز نگهداری و توانبخشی سالمندان نیازمند خدمات مراقبتی علمی، از دیگر ضرورت های تربیت افراد آموزش دیده در زمینه پرستاری سالمندی محسوب می گردد. در حال حاضر در کلیه مراکز مربوط به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت رفاه و سازمان بهزیستی حتی یک نفر پرستار با مهارت بالا در زمینه سالمندی وجود ندارد، لذا خلاء ناشی از عدم این نیروها به منظور برنامه ریزی و ارائه راهکارهای ضروری در راستای خدمات پرستاری سالمندی کاملاً محسوس می باشد. رسالت عمده رشته کارشناسی ارشد پرستاری سالمندی عبارت است از کاهش مرگ و میر و عوارض ناشی از افزایش سن بوسیله گسترش ساختارهای مراقبتی تخصصی و ارتقاء روند مراقبت های پرستاری و تربیت دانش آموختگانی کارآمد با توانائی ها و فراتوانائی های لازم می باشد. پیشرفت های بدست آمده در حوزه طب سالمندی و پرستاری سالمندی امکان بقاء طولانی تر همراه با سلامتی، استقلال و خوداتکائی را برای سالمندان فراهم نموده است. در عین حال افزایش جمعیت سالمندان نیازمند به مراقبت های خاص ایجاد و توسعه مدل ها و ساختارهای مراقبتی و حمایتی بهداشتی-اجتماعی تخصصی را برای این نوع مددجویان در سطح جهان و کشور ضروری ساخته است. آموزش های پرستاران در سطح کارشناسی در این حوزه پاسخگوی چنین نیازهایی نبوده و بسیاری از پرستاران در طی سالها کار در

این حوزه تنها به صورت عملی تجربه کسب می نمایند.

نیاز به ارائه خدمات بهداشتی مبتنی بر جامعه به ویژه مراقبت پرستاری در منزل از سالمندان مبتلا به اختلالات حاد و مزمن جسمی، روانی و اجتماعی از دیگر نکات قابل توجه در رسالت تربیت پرستاران سالمندی می باشد.

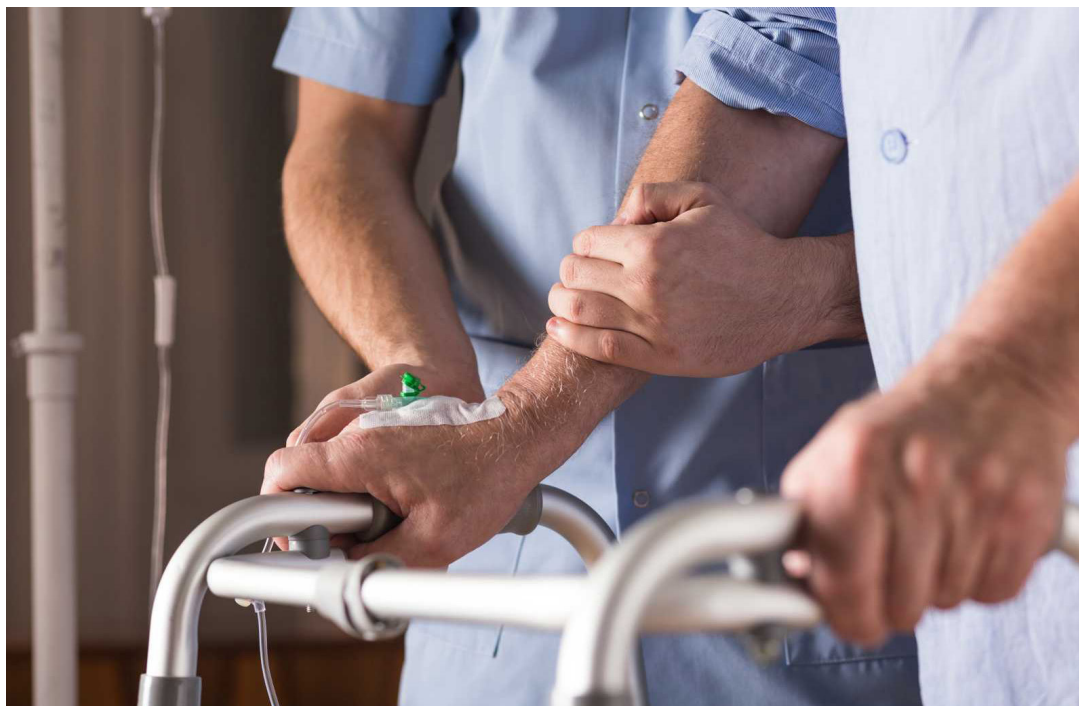
وظایف حرفه ای دانش آموختگان به ترتیب هر نقش به شرح زیر است:

در نقش مراقبتی:

1. تعهد و مسئولیت پذیری در ایفای نقش های عملکردی
2. رعایت و اجرای اصول اخلاقی و حفظ حقوق مددجوی سالمند و خانواده
3. مشارکت و همکاری با اعضاء تیم سلامت در ارائه خدمات و مراقبت های پرستاری به مددجویان سالمند
4. بررسی و تشخیص نیازهای مددجوی سالمند و خانواده، اولویت بندی آنها و ارائه تدابیر پرستاری
5. برقراری ارتباط مناسب با مددجوی سالمند، خانواده و اعضاء تیم سلامت
6. ارجاع مددجوی سالمند و خانواده به نظام سلامت در صورت لزوم
7. همکاری با سایر اعضاء تیم سلامت سالمندان در ارائه خدمات جامعه نگر.

در نقش آموزشی:

1. آموزش و مشاوره با مددجوی سالمند، خانواده و جامعه در سه سطح پیشگیری
2. استفاده از اطلاعات و دانش جدید و به کارگیری آنها در جهت بهبود آرایه خدمات پرستاری سالمندی در حیطه های بهداشتی و تخصصی
3. کمک در تهیه محتوا و انتخاب نرم افزارهای کمک آموزشی به روز و معتبر در حوزه تخصصی سالمندی
4. مشارکت و همکاری با واحدهای آموزش دانشگاهی در تدوین محتوای



منظور ارائه خدمت سلامتی-اجتماعی مبتنی بر جامعه ویژه سالمندان .۷. مشارکت در ایجاد و توسعه مراکز تحقیق و توسعه در حیطه های بهداشتی-درمانی و توانبخشی در حوزه سالمندی.

آموزشی و برگزاری همایش‌ها، کارگاه‌ها و دوره‌های کوتاه‌مدت آموزشی با موضوعات سالمندی.

در نقش پژوهشی:

۱. همکاری و مشارکت در انجام و توسعه پژوهش در نظام ارائه خدمات بهداشتی و خدمات بهداشتی در حوزه سالمندی
۲. بررسی زمینه‌ها و نیازهای طرح‌های پژوهشی و تدوین طرح‌های متناسب در حوزه مسائل سالمندی
۳. استفاده از ابزارها و فناوری‌های جدید در انجام پژوهش در حوزه‌های مختلف بهداشت و سلامت سالمندان
۴. انتشار نتایج تحقیقات در حوزه سالمندی به صورت مقاله و کنفرانس در مجامع تخصصی داخلی و خارجی
۵. به کار بستن نتایج تحقیقات مبتنی بر شواهد به منظور اعتلاء خدمات پرستاری در حوزه سالمندی
۶. مشارکت در ایجاد و توسعه پایگاه‌های تحقیقات جمعیتی به

طول دوره و تعداد کل واحدهای درسی:

تعداد واحدهای درسی در این دوره ۳۲ واحد است که شامل ۲۸ واحد اختصاصی اجباری و ۴ واحد پایان‌نامه می‌باشد که به طور معمول در ۴ ترم توسط دانشگاه ارائه می‌گردد.

| ردیف | نام درس | نظری | عملی | کارآموزی | کارورزی | جمع |
|---------------|--|------|------|----------|---------|-----|
| ۱ | اخلاق پرستاری و روابط حرفه‌ای | ۱ | - | - | - | ۱ |
| ۲ | اپیدمیولوژی فوریت‌ها | ۱ | - | - | - | ۱ |
| ۳ | سیستم‌های اطلاع رسانی سلامت در اورژانس‌های پیش بیمارستانی و بیمارستانی | ۰/۵ | - | ۰/۵ | - | ۱ |
| ۴ | جامعه‌شناسی و روانشناسی در فوریت‌ها و حوادث و بلایا | ۱ | - | - | - | ۱ |
| ۵ | اصول مدیریت در اورژانس‌ها، حوادث و بلایا | ۱ | - | ۱ | - | ۲ |
| ۶ | اورژانس پیش‌بیمارستانی (پرستاری اورژانس ۱) | ۱/۵ | - | ۱ | - | ۲/۵ |
| ۷ | مراقبت‌های پرستاری در بخش‌های اورژانس (پرستاری اورژانس ۲) | ۱/۵ | - | ۲ | - | ۳/۵ |
| ۸ | مراقبت‌های ویژه پرستاری در اورژانس (پرستاری اورژانس ۲) | ۱/۵ | - | ۲ | - | ۳/۵ |
| ۹ | ارائه خدمات سلامت در فوریت‌ها، حوادث و بلایا | ۱ | - | ۱ | - | ۲ |
| ۱۰ | نیازهای ویژه گروه‌های آسیب‌پذیر در فوریت‌ها و حوادث (کودکان سالمندان و بیماران روان) | ۱/۵ | - | ۱ | - | ۲/۵ |
| ۱۱ | داروشناسی اورژانس | ۱/۵ | - | ۰/۵ | - | ۲ |
| ۱۲ | کارورزی | - | - | - | ۶ | ۶ |
| ۱۳ | پایان‌نامه | ۴ | - | - | - | ۴ |
| جمع = ۳۲ واحد | | | | | | |





امیررضا صفرخانلو

کابینت‌های توزیع خودکار (ADC) برای ذخیره‌سازی و توزیع دقیق دارو

فناوری پیچیده و همیشه در حال گسترش، فرآیندهای عملیاتی، نیازهای منابع و ادراکات کارکنان از تجویز دارو را تغییر داده است. نگرش پرستاران در مورد ادغام فناوری در عمل بالینی مثبت است.

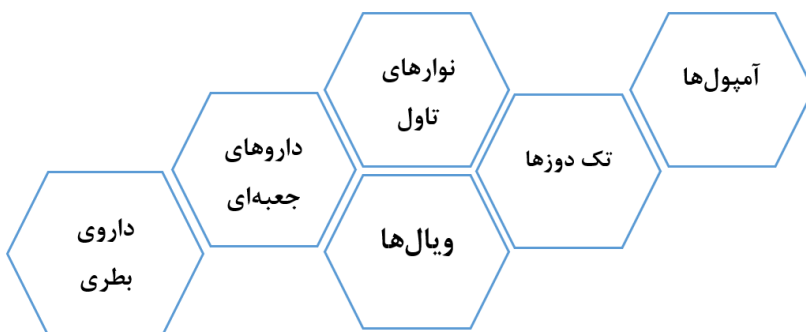
کابینت‌های توزیع خودکار ترکیبی از یک برج اصلی و یک برج کمکی هستند. برج اصلی دارای یک صفحه نمایش لمسی یکپارچه است که مراقبان از آن برای ورود به سیستم برای تکمیل یا توزیع داروها استفاده می‌کنند. برج کمکی قفسه یا کشو اضافی را برای دارو در محل مراقبت فراهم می‌کند. پیکربندی‌های انعطاف‌پذیر یک ADC ذخیره و توزیع ایمن انواع مختلف اشکال دارویی را دارد؛ مانند:

سفارشات رایانه‌ای، مدیریت دارو با بارکد و مستندات را امکان‌پذیر می‌سازد. در نقاط مراقبتی بیمارستان مانند بخش‌ها، اتاق‌های اورژانس و بخش‌های مراقبت ویژه می‌باشد. آنها در حال حاضر استاندارد طلایی برای تجویز دارو هستند و روند تجویز دارو را متحول ساخته‌اند. ADCها مزایای مختلفی را برای بیمارستان‌ها، پرستاران، داروسازان و بیماران ارائه می‌دهند. در این مدل از مدیریت دارو، ADC نقش یک انبار غیرمتمرکز برای ذخیره و ردیابی ایمن داروها را بر عهده می‌گیرد و در عین حال پرستاران را قادر می‌سازد تا داروهای خاص بیمار یا داروی خاص را به طور دقیق در صورت تقاضا توزیع کنند. در محیط مراقبت‌های بهداشتی امروزی، فناوری جزء اساسی در داروسازی و عمل پرستاری است.

خطای انسانی یک عامل خطر بزرگ در مراقبت از بیمار است. در حالی که اقداماتی برای مهار این امر انجام شده است، هنوز هم خطاهایی وجود دارد که باید برطرف و نظارت شود. ارائه مراقبت با کیفیت به بیمار مسئولیت اصلی یک مراقب است و اطمینان از اینکه داروهای مناسب در زمان مناسب به بیمار مناسب داده می‌شود برای تأثیر مثبت بر مسیر بهبودی بیمار بسیار مهم است. با این حال، بعضی از مواقع در حین مراقبت متوجه می‌شوید که در مورد داروی توزیع‌شده مطمئن نیستید و نمی‌دانید که آیا از این دارو موجود دارید؟

۹ کابینت‌های توزیع خودکار (ADC) چیست؟

کابینت توزیع خودکار (ADC) اواخر دهه ۱۹۸۰ در بیمارستان‌ها معرفی شدند. اگرچه پذیرش این فناوری به آرامی شروع شد، از سال ۲۰۰۸، بیش از ۸۰ درصد بیمارستان‌های اروپایی استفاده می‌کردند. ADCها برای جایگزینی می‌باشد برای چرخ دستی‌های دارویی که قبلاً عرضه ۲۴ ساعته دارو را در اختیار داشتند. ADCها فناوری هستند که ذخیره رایانه‌ای، توزیع، کنترل موجودی، ثبت





اینکه سیستم قفل کشو و محل ذخیره مواد مخدر را برای بازیابی پرستار A باز کند که وارد سیستم شود.

توزیع دقیق با دستگاه‌های توزیع خودکار

در طول زمان‌های برنامه ریزی شده روزانه تجویز دارو، پرستاران وارد ADC می‌شوند. به آنها اجازه داده می‌شود تا به سیستم دسترسی داشته باشند تا بیمار را که قرار است برایش دارو تجویز شود، انتخاب کنند. این سیستم نسخه مخصوص این بیمار انتخاب شده را فهرست می‌کند و پرستار داروهای را که قرار است تجویز شود انتخاب می‌کند، که فرآیند توزیع متوالی داروها را خودکار می‌کند.

چراغ‌های راهنمای بصری درها، کشوها و محفظه‌های دقیق داخل کشوهای را که داروهای انتخاب شده در آن ذخیره می‌شوند، روشن می‌کنند. این پرستار را به کشوی سمت راست هدایت می‌کند تا داروی مناسب را انتخاب و توزیع کند. در بالا، راهنمای روی صفحه نمایش وجود دارد که نشان می‌دهد دارو دقیقاً کجا ذخیره شده است. هنگامی که تمام داروهای تجویز شده خاص برای آن زمان تجویز از ADC تجویز می‌شود، پرستاران این گزینه را دارند که لیست نسخه‌ای را چاپ کنند که به آنها در طول فرآیند تجویز کمک می‌کند.

دست زدن به مواد مخدر، مواد کنترل شده و داروهای هوشیاری بالا

مواد مخدر، مواد کنترل شده، داروهای هشدار بالا و گاهی گران‌قیمت منحصراً در کشوهای خاص ADC می‌باشند که کشوهای ایمن با دسترسی دو قفل هستند. این سخت افزار فیزیکی با الزامات ویژه‌ای برای اجرای فرآیندی برای کاهش خطر و آسیب داروهای هشدار بالا مطابقت دارد.

برای یک لایه امنیتی اضافی در هنگام ذخیره و توزیع مواد مخدر، بیمارستان‌ها این گزینه را دارند که قانون دو نفره را برای توزیع ایمن داروهای کنترل شده تنها پس از تأیید توسط کاربر مجاز دوم سیستم اجرا کنند.

بنابراین، هنگامی که پرستار A وارد ADC می‌شود تا یک ماده مخدر را بازیابی کند، سیستم از مراقب دیگر مجاز B می‌خواهد که به عنوان مجموعه دوم تأیید کند قبل از

مراحل بازگرداندن دارو به انبار یا سطل برگشته

پس از ورود به ADC، پرستار بیمار را انتخاب می‌کند که داروهای تجویز نشده است و روی دکمه بازگشت کلیک می‌کند. صفحه نمایش داروهای را که قبلاً برای این بیمار خاص تجویز شده است فهرست می‌کند و پرستار داروی بازگردانده شده و همچنین مقدار برگشتی آن را انتخاب می‌کند. برای تأیید داروی برگشتی یا مقدار، دکمه بازگشت را دوباره انتخاب کنید. سطل برگشتی یا کشوی صحیح قفل باز خواهد شد (در صورت بازگرداندن بیش از یک دارو به ترتیب). چراغ‌های راهنما روی صفحه و بصری وجود خواهد داشت تا پرستار را به محل بازگرداندن دارو هدایت کند.

مزایا در یک نگاه

ماشین‌های توزیع خودکار فرآیند انتقال دارو را در مراکز مراقبت بیمارستان دیجیتالی می‌کنند. ADC یک سیستم بصری است که ذخیره ایمن دارو را امکان‌پذیر می‌کند، از توزیع دقیق پشتیبانی می‌کند و قابلیت ردیابی دارو را در نقاط مختلف مراقبت در بیمارستان تقویت می‌کند. به همین خاطر باعث:

- افزایش بهره‌وری عملیاتی برای پرسنل پرستاری و داروخانه
- بهبود شیوه‌های مدیریت دارو برای افزایش ایمنی بیمار
- موجودی دارو بهبود یافته برای کاهش ضایعات و از دست دادن داروها.





دوروتی جانسون در سال ۱۹۵۹ پرستاری را «پرورش عملکرد رفتاری بیمار» توصیف کرد. فرایند پرستاری جانسون شامل سه مرحله ارزیابی، تصمیم‌گیری و اقدامات پرستاری بود. امروزه فرایند پرستاری بر اساس «نظریه فرایند پرستاری آزادی بخش» توسعه یافته توسط ایدا ژان اورلاندو-پلتیر است. نسخه‌ی خانم اورلاندو-پلتیر از فرایند پرستاری شامل پنج مرحله‌ی ارزیابی، تشخیص، برنامه‌ریزی، اجرا، و ارزیابی می‌باشد.

- اما هدف از فرایند پرستاری چیست؟

به طور کلی هدف از فرایند پرستاری، ایجاد استاندارد مراقبتی است که در آن پرستاران بیماران را ارزیابی کرده و برنامه‌هایی را برای رسیدگی به نیازهای اختصاصی بیمار ایجاد می‌کنند. فرایند پرستاری اهداف دیگری نیز دارد؛ از جمله:

- شناسایی وضعیت سلامت بیمار و مشکلات یا نیازهای واقعی یا بالقوه مراقبتی از طریق ارزیابی
- ایجاد برنامه‌هایی جهت پاسخگویی به نیازهای شناسایی شده‌ی بیمار
- ارائه‌ی مداخلات پرستاری اختصاصی جهت پاسخگویی به نیازهای شناسایی شده‌ی بیمار
- به کار گرفتن بهترین اقدامات مراقبتی در دسترس و ارتقا عملکرد و پاسخ‌های انسانی به سلامتی و بیماری
- حفاظت از پرستاران در برابر مشکلات حقوقی مربوط به مراقبت‌های پرستاری در زمانی که استانداردهای فرایند پرستاری به درستی دنبال شده است.
- ایجاد یک پایگاه داده در مورد وضعیت سلامت بیمار، نگرانی‌های مراقبت بهداشتی، پاسخ به بیماری و توانایی مدیریت

اگر دانشجوی پرستاری باشید یا راهنان به بیمارستان خورده باشید، شاید با این کلمه برخورد داشتید ولی آیا این کلمه‌ی نسبتاً آشنا مفهوم ساده‌ای دارد؟! آیا به سادگی می‌توان از کنار آن گذشت؟ تاریخچه «فرایند پرستاری» به کی برمی‌گردد؟ برای یافتن پاسخ این سوال‌ها ویا سوال‌هایی از این قبیل با ما همراه باشید.

فرایند پرستاری تعاریف متفاوتی می‌تواند داشته باشد ولی اگر به طور کلی بخواهیم یک تعریفی داشته باشیم فرایند پرستاری مجموعه‌ای از مراحل است که پرستاران برای ارزیابی بیماران، برنامه‌ریزی و ارائه مراقبت از بیمار و ارزیابی پاسخ بیمار به مراقبت انجام می‌دهند و به عنوان یک روش سیستماتیک و منطقی برنامه‌ریزی تعریف می‌شود که تمام اقدامات پرستاری را در ارائه‌ی مراقبت‌های جامع و متمرکز بر بیمار هدایت می‌کند.

در بیانی دیگر، فرایند پرستاری نوعی استدلال علمی و تفکر انتقادی است که پرستار را ملزم می‌کند تا بهترین مراقبت ممکن را در اختیار بیمار قرار دهد.

- تاریخچه فرایند پرستاری:

اولین نسخه از فرایند پرستاری در سال ۱۹۵۵ توسط لیدیا هال معرفی شد. هال سه مرحله از فرایند پرستاری را شناسایی نمود که شامل مشاهده، اداره مراقبت، و اعتبارسنجی بود. در سال ۱۹۵۸ ایدا ژان اورلاندو شروع به توسعه‌ی فرایند پرستاری کرد که امروزه نیز در مراقبت‌های پرستاری مشهود است. بر اساس نظریه اورلاندو، رفتار بیمار باعث پویایی فرایند پرستاری می‌باشد. پرستار از طریق دانش خود، تجزیه و تحلیل و تشخیص رفتارهای بیمار، نیازهای او را در می‌یابد.

نیازهای مراقبتی

- کمک به پرستار جهت انجام یک برنامه‌ی مراقبتی سیستماتیک و سازمان یافته

می‌گیرد.

۵. نیازمند تفکر انتقادی است: استفاده از فرایند پرستاری نیازمند تفکر انتقادی است که یک مهارت حیاتی جهت شناسایی مشکلات بیمار و اجرای مداخلات پرستاری برای ارتقا پیامدهای مراقبتی موثر است.

۶. در محدوده قانونی عمل است: یکی از ضروری‌ترین ویژگی فرایند پرستاری این است که باید در محدوده قانونی عمل توسط پرستار مورد استفاده قرار گیرد.

۷. اولویت‌بندی شده است: هنگام برنامه ریزی مراقبت از بیمار، باید تمام مسائل بهداشتی و عوامل خطر را شناسایی نموده و با تمرکز بر جدی‌ترین مسائل، مراقبت از بیمار را در اولویت قرار داد. فرایند پرستاری مداوم است و پرستار باید مراحل را تکرار کند؛ در ادامه، ارزیابی‌های انجام شده و بررسی پاسخ بیمار به مراقبت، ترتیب اولویت‌ها در طرح مراقبتی برنامه ریزی شده ممکن است تغییر کند.

- ویژگی‌های فرایند پرستاری:

۱. فرایندی بیمار محور است: رویکرد منحصر به فرد فرایند پرستاری مستلزم احترام و پاسخگویی به نیازها، ترجیحات و ارزش‌های بیمار است و پرستار به عنوان مدافع بیمار، با حفظ حق بیمار برای تمرین تصمیم‌گیری آگاهانه و حفظ تعامل بیمار محور در مراقبت‌های بهداشتی عمل می‌کند.

۲. فرایندی بین فردی است: شامل تعامل بین پرستار و بیمار با یک هدف مشترک است. فرایند پرستاری پایه و اساس درمان و مراقبت را فراهم می‌کند که در آن پرستار و بیمار به عنوان افراد به همدیگر احترام می‌گذارند و هر دو به دلیل تعامل، رشد می‌کنند.

۳. فرایندی مشترک است: فرایند پرستاری به طور موثر در تیم‌های پرستاری و بین حرفه‌ای، ارتقا ارتباطات باز، احترام متقابل و تصمیم‌گیری مشترک جهت رسیدن به مراقبتی باکیفیت از بیمار عمل می‌کند.

۴. پویا و چرخه‌ای است: فرایند پرستاری یک فرایند پویا و چرخه‌ای است که در آن هر مرحله (فاز) با دیگر مراحل تعامل داشته و تحت تأثیر فازهای دیگر قرار

- مراحل فرایند پرستاری:

پس فرایند پرستاری شامل پنج مرحله بررسی و شناخت، تشخیص، برنامه‌ریزی، مداخلات پرستاری و ارزشیابی است. مخفف ADPIE راهی آسان برای به یاد آوردن اجزای فرایند پرستاری می‌باشد. همچنین باید بدانیم که گام‌های فرایند پرستاری نهادهای جداگانه‌ای نیستند؛ بلکه با هم همپوشانی دارند.

با وجود همچنین فرایند برنامه‌ریزی شده‌ای، ولی برخی مواقع پرستارانی درک درستی از تأثیر استفاده آن در امر مراقبت از بیماران نداشته و در روند درمان دچار سردرگمی می‌شوند.

پرستاران باید یاد بگیرند که چگونه اجزای فرایند را به صورت گام به گام اعمال کنند و در کنار آن، پرستاران با توسعه‌ی تفکر انتقادی از طریق تجربه یاد می‌گیرند که چگونه در میان مراحل فرایند پرستاری به عقب و جلو حرکت کنند.







دانشگاه علوم پزشکی تبریز



گاهنامه علمی صنفی سپیدار
سال ششم | شماره دهم | بهار ۱۴۰۳