



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی درمانی خراسان شمالی

کتابچه

خبرنامه علمی، آموزشی



معاونت درمان

شاخص های عدالت در نظام سلامت ص: ۱

راهکارهای ارتقا سلامت و کاهش مرگ و میرمادر ص: ۴

روش تحقیق در علوم پزشکی ص: ۷

دستورالعمل نمونه گیری و حمل نمونه ABG ص: ۹

آشنایی با حساب های ملی سلامت ص: ۱۲

دستورالعمل ترخیص از اورژانس (اسهال و استفراغ) ص: ۱۴

نکات مهم و کاربردی کارکنان دولت در مورد استراحت های پزشکی ص: ۱۷

اصطلاحات پزشکی ص: ۱۹

صاحب امتیاز : دکتر علی حق بین

مدیر مسئول : معصومه ارزمانی

سردبیر: آسیه جفاکش مقدم

هیئت تحریریه : (بترتیب حروف الفبا)

مصطفی آهنگری، نجمه بهادری، آسیه جفاکش مقدم، زهره حصاری

حسن سهرابی، سیده مهدیه سید کتولی، آرزو کمالی، زهرا مویدی

مهتاب هدایتی، دکتر علی یوسفی

ویراستار : سیده مهدیه سید کتولی

طراح جلد : معصومه اسدی

سخن اول

سلامت، سرمایه ارزشمندی است که حفظ و ارتقای آن باید جز مهمترین تلاش های زندگی روزمره انسانها محسوب گردد. توجه به سلامتی و تلاش برای حفظ و ارتقای آن همواره یک اولویت مهم می باشد.

انسان سالم، محور توسعه پایدار بوده و سلامتی برای بهره مند شدن انسانها از مواهب الهی، امری ضروری است. لذا پس از سال ها تعهد عملی دولت به ارتقا سلامت مردم، خدمات درمانی در قالب برنامه های تحول نظام سلامت در حال اجرا می باشد و خداوند متعال را سپاس که دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی نیز همگام با سایر دانشگاه های کشور در جهت ارتقای خدمات سلامت، استمرار در اجرای برنامه مذکور را حفظ نموده و به حول و قوه الهی از سال گذشته و با اجرای برنامه تحول خدمات مناسبی در سطح استان در بیمارستان ها ارائه و بسیاری از مردم محروم از خدمات مناسبی بهره مند گردیده اند.

همچنین در راستای برقراری عدالت در جبران خدمات کارکنان بیمارستان های دانشگاهی برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد اجرایی گردید که با اجرای این طرح کلیه کارکنان بیمارستانی اعم از گروه های پرستاری و پشتیبانی شامل پرستاران، بهیاران، کمک بهیاران، تکنسین های اتاق عمل و بیهوشی و همچنین کارشناسان شاغل در بخش های پاراکلینیک و کارکنان پشتیبانی و خدماتی از مزایای طرح بهره مند گردیده که از محاسن عنوان شده برای برنامه مبتنی بر عملکرد، پرداخت بر اساس کارکرد واقعی افراد می باشد. مطمئنا اجرای برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد در ابتدای امر با مشکلات و چالش های زیادی رو به رو بوده که امید است به مرور زمان و با اجرای هر چه دقیق تر و بهتر برنامه، رضایت کارکنان به تدریج فراهم و در نهایت، شاهد ارائه خدمات بهتر و با کیفیت تری به مردم استان باشیم.

دکتر علی حق بین

معاون درمان دانشگاه

گزارش دبیرخانه ستاد برنامه تحول نظام سلامت

دکتر رضا زمان زاده، مسئول دبیرخانه ستاد برنامه تحول نظام سلامت

دبیرخانه ستاد اجرایی برنامه تحول نظام سلامت در شش ماهه اول سال جدید همانند یک سال گذشته با برگزاری جلسات منظم و مدون سعی در اجرای هر چه بهتر این برنامه در سطح استان داشته است.

از ابتدای سال تاکنون ستاد اجرایی به صورت هفتگی با برگزاری جلسات در معاونت درمان و همچنین بیمارستان های تابعه سعی در رفع و بررسی مشکلات موجود در روند اجرایی برنامه تحول نظام سلامت داشته است.

جلسات ستاد اجرایی به صورت منظم و مدون برگزار و تاکنون در طی ۲۱ جلسه علاوه بر قرائت بخشنامه های جدید مشکلات تک تک بیمارستان ها بررسی گردیده است. کمیته نظارت و بازرسی نیز در سال جدید به صورت منظم هر هفته بازدیدی از بیمارستان های سطح استان در رابطه با اجرای برنامه تحول نظام سلامت انجام که بازخورد آن در جلسات ستاد بررسی و جهت رفع مشکلات تصمیم گیری انجام می گردد.

همچنین از ابتدای امسال و با تشکیل کارگروه توزیع درآمد اختصاصی دانشگاه بحث پرداخت مبتنی بر عملکرد جهت پرسنل نیز در دستور کار اعضا قرار گرفته و با تشکیل جلسات متعدد و مداوم پرداخت در بیمارستان ها بر مبنای نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد انجام گرفته است.

امید آن است که با همت و تلاش پرسنل حوزه درمان شاهد بهبود هر چه بیشتر ارائه خدمات با محوریت برنامه تحول نظام سلامت در آینده باشیم.

شاخص های عدالت در نظام سلامت

نجمه بهادری، کارشناس امور بیمارستان ها، معاونت درمان

مقدمه

پایش سالانه شاخص های عدالت در سلامت علی الخصوص عدالت در تامین مالی نظام سلامت بسیار ضروری بوده و می تواند دیدگاه مناسبی را به جهت سیاست گذاری و شناسایی نقاط ضعف و قوت سیاست های اعمال شده فراهم آورد. عدالت آموزه ای بنیادین در دین اسلام و از آرمان های انقلاب اسلامی ایران است. با این حال مباحث مربوط عدالت به حدی اساسی و پیچیده است که برای هزاران سال، متفکران و اندیشمندان را مجذوب خود ساخته است. عدالت مکررترین واژه در ادبیات اجتماعی همه ملت هاست. هیچ متفکری در عرصه اجتماعی و هیچ حکومتی در طول تاریخ بی توجه به این معنا نبوده و اغلب علیرغم همه اختلافات، تلاش کرده اند خود را داعیه دار عدل معرفی نمایند. از این منظر عدالت جنبه سیاسی می یابد. به علاوه در صورت وجود بی عدالتی از لحاظ سیاسی و جغرافیایی، انگیزه افراد برای سرمایه گذاری و اصلاح ساختار ضعیف حکومتی افزایش می یابد و بی عدالتی زیاد ممکن است سبب جرم، خشونت، عدم ثبات و تضاد سیاسی شود که همه این موارد از رشد اقتصادی جامعه جلوگیری می کنند.

عدالت در سلامت

هرگاه تفاوت در پیامدهای سلامت ناشی از عدم توازن قابل جبران در توزیع امکانات و در دسترسی

گروههای مختلف اجتماعی و یا جوامع مختلف باشد بی عدالتی در سلامت رخ داده است. به عبارت دیگر عدالت در سلامت وقتی رخ می دهد که همه آحاد جامعه بتوانند سلامت کامل خود را حفظ کنند و وضعیت اقتصادی و اجتماعی آنها در میزان سلامت آنها تأثیری نداشته باشد.

– عدالت در سلامت را می توان بصورت دسترسی براساس نیاز و پرداخت براساس توان نیز تعریف نمود.

انجمن بین المللی عدالت در سلامت، این مفهوم را اینگونه بیان می نماید:

– عدالت در سلامت یعنی فقدان تفاوت های سیستماتیک و بالقوه قابل برطرف کردن در یک یا چند جنبه از سلامت در یک جمعیت و زیرگروه های اقتصادی، اجتماعی، دموگرافی و جغرافیایی.



انواع عدالت

برای اولین بار تفکیک بین عدالت افقی و عمودی توسط ارسطو در یونان قدیم به صورت زیر تعریف می گردد:

– عدالت افقی: با برابری ها باید، برابر رفتار شود.
– عدالت عمودی: با نابرابری ها باید، نابرابر رفتار شود.

۳- عدالت در سطح سلامت

عدالت در تامین مالی نظام سلامت

تأمین عادلانه منابع مالی، در نظام های سلامت به معنی آن است که خطراتی که خانوار به دلیل هزینه های مربوط به نظام سلامت با آن مواجه می شود، برحسب توان پرداخت آنها توزیع شود تا خطر خود بیماری. یک نظام با تأمین مالی عادلانه، از حفاظت همه افراد از نظر مالی، اطمینان حاصل می نماید.

نظام سلامتی که افراد یا خانوارها بعضاً در آن از طریق خرید مراقبت مورد نیاز خود به سوی فقر سوق داده می شوند و یا به دلیل هزینه، مجبور به عدم خرید مراقبت می گردند، ناعادلانه است. این وضعیت، مشخصه اکثر کشورهای فقیرتر و برخی از کشورهای با درآمد متوسط یا بالاتر است که در این کشورها، حداقل بخشی از جمعیت به میزان ناکافی در برابر خطرات مالی محافظت می شوند اما در اکثر کشورهای در حال توسعه معمولاً سهم بخش خصوصی بیشتر از سهم دولت می باشد.

روش های اندازه گیری میزان عدالت در تامین مالی نظام سلامت

➤ روش های ساده اندازه گیری

✚ پرداخت از جیب (OOP (Out of pocket

نسبتی از هزینه های خدمات بهداشتی و درمانی که مستقیماً از جیب به هنگام دریافت خدمت پرداخت می شود. به عنوان یک اصل کلی افزایش آن نامطلوب است (به علت نزولی بودن، و تاثیر بر دسترسی به خدمات). از این رو کاهش هرچه بیشتر آن مثبت ارزیابی شده و به عنوان یک مورد در برنامه

تعریف عدالت افقی و عمودی در نظام سلامت برگرفته از نظر ارسطو اینگونه است:

الف) عدالت افقی

از منظر عملیاتی عدالت افقی عبارتست از درمان برابر برای شرایط برابر؛ و در واقع درمان برابر برای نیازهای برابر است.

به عنوان مثال اگر آقای الف با درآمد ماهیانه ۴۰۰ هزار تومان دچار سکت قلبی شد، همان خدمتی را دریافت کند که آقای ب با درآمد ماهیانه ۲ میلیون تومان اگر سکت قلبی کند، دریافت خواهد کرد.

ب) عدالت عمودی

به این مهم می پردازد که افراد نابرابر در جامعه بایستی به روش های متفاوت درمان شوند که البته روش مورد قبولی در طب است چرا که درمان نزدیک بینی با درمان زنان متفاوت است. از جنبه نیاز مالی در عدالت عمودی تأکید بر این است که افرادی که نیازهای بیشتری دارند، خدمات و حمایت های بیشتری دریافت کنند در مثال قبل آقای الف نه فقط برای درمان حاد سکت قلبی خود احتیاج به مراقبت دارد بلکه برای پیشگیری ثانویه نیز به دلیل اینکه درآمد خودش امکان پرداخت هزینه های پیشگیری ثانویه را نمی دهد باید حمایت و مراقبت شود؛ در حالی که آقای ب می تواند خدمات پیشگیری ثانویه را خود تأمین نماید.

حوزه های عدالت در سلامت

در ادبیات اقتصاد بهداشت همیشه مباحث زیادی در باب حوزه های متفاوت عدالت در سلامت مطرح می گردد ولی به طور کلی سه حوزه ی زیر قابل تفکیک است:

۱- عدالت در تامین مالی نظام سلامت

۲- عدالت در دسترسی به خدمات

➤ **روش های پیچیده**

✚ شاخص کاکوانی (Kakwani Index)

شاخص کاکوانی یکی از بارزترین شاخص های موجود در سنجش میزان عدالت در تامین مالی می باشد. این شاخص میزان تصاعدی بودن پرداخت ها برای نظام سلامت را مورد سنجش قرار می دهد. به عبارتی عدالت افقی در زمینه تامین مالی نظام سلامت از طریق این شاخص آزمون می شود.

اگر مقدار شاخص کاکوانی مثبت باشد، تصاعد در مشارکت ها وجود دارد، همچنین مقدار منفی این شاخص بیانگر تنازلی بودن مشارکت هاست.

✚ شاخص مشارکت عادلانه در تامین مالی

Fairness in Financial Contribution) (Index

شاخص مشارکت عادلانه در تامین مالی با هدف اندازه گیری میزان عدالت در توزیع بار مالی هزینه های درمانی در جامعه طی سالیان اخیر از سوی سازمان جهانی بهداشت (WHO) به عنوان یکی از ۳ هدف عمده یک نظام سلامت خوب مطرح شده است.

از نظر این شاخص نظام سلامت زمانی عادلانه تامین مالی می شود که سهم کل مشارکت در تامین مالی از ظرفیت پرداخت خانوارها برای همه یکسان و مستقل از وضعیت سلامت خانوار باشد. براین اساس عدالت عبارت است از برابر بودن سهم حق مشارکت ها از ظرفیت پرداخت خانوارها.

برگرفته از کتاب اقتصاد سلامت ، دکتر نکویی و همکاران

چهارم توسعه ذکر گردیده است (کاهش پرداخت مستقیم از جیب تا ۳۰ درصد)

✚ هزینه های کمرشکن (فاجعه بار)

(CE) Catastrophic Expenditure

هزینه های کمرشکن سلامتی زمانی اتفاق می افتد که کل هزینه های سلامتی پرداخت شده از جیب خانوار برابر یا بیش از ۴۰ درصد از توان پرداخت خانوار یا مصارف غیر خوراکی او باشد.

به عبارتی از نسبت هزینه های سلامتی (اعم از مستقیم و غیر مستقیم) به ظرفیت پرداخت هر خانوار محاسبه می گردد. کاهش هرچه بیشتر این شاخص نیز مثبت ارزیابی شده و به عنوان یک مورد در برنامه برنامه چهارم توسعه ذکر گردیده است. (کاهش نسبت خانوار های مواجه با هزینه های فاجعه بار سلامت تا به کمتر از ۱/۰)



✚ هزینه های فقرزا

(MI) Medical Impoverishment

این شاخص درصدی از خانوارها را نشان می دهد که از نظر درآمدی پس از کسر پرداخت به سلامت زیر خط فقر قرار می گیرند به عبارتی فقر ناشی از هزینه های درمانی را تجربه می کنند.

راهکارهای ارتقا سلامت و کاهش مرگ و میر مادر

زهرا مویدی، سرپرست اداره مامایی، معاونت درمان

مقدمه

اداره سلامت مادران، وزارت بهداشت و آموزش پزشکی کشور در سال ۱۳۹۴ به منظور پیشگیری از مرگ های قابل اجتناب مادران به تدوین ده توصیه مهم برای پیشگیری از مرگ و میر قابل اجتناب مادران احترام نموده است. این توصیه ها بر اساس مصوبات کمیته های دانشگاهی و کشوری تدوین شده است و بر نحوه مدیریت و اداره تیمی و تخصصی خدمات تمرکز دارد.



۱.۲ استفاده از چک لیست بین المللی کنترل مادران پرخطر (MEOWS) برای کلیه خانم های باردار و پس از زایمان اعم از بستری و سرپایی می تواند به تشخیص به موقع کمک کند.

۱.۳ هر مادر بارداری که قبل از زمان تعیین شده مراجعه می کند و یا برای تسکین درد به مسکن بیش از معمول نیاز دارد باید مورد توجه ویژه قرار گیرد.

➤ توصیه دوم

کنترل وضعیت برون ده ادراری همه مادران پس از زایمان (طبیعی و سزارین)

۲.۱ برای کاهش خطاهای تشخیصی و پیشگیری از وخامت وضعیت بیمار در شرایطی نظیر خونریزی پس از زایمان و پره اکلامپسی و پیشگیری از ایجاد وضعیتهای غیرقابل کنترل از قبیل ابتلا به اختلال انعقادی داخل عروقی منتشر (DIC)، اندازه گیری حجم برون ده ادراری ضروری است.

۲.۲ درخواست کنترل وضعیت برون ده ادراری باید توسط متخصصین در دستورات پس از زایمان و سزارین درج گردد و در صورت وجود برون ده ادراری کمتر از ۵۰ میلی لیتر در ساعت باید اقدام فوری انجام گیرد.

➤ توصیه سوم

بررسی همه مادران سزارین تکراری از لحاظ چسبندگی جفت

۳.۱ سزارین با افزایش خطر چسبندگی جفت در بارداری های بعدی همراه است. بنا بر این ضروریست به منظور تشخیص به موقع عارضه چسبندگی جفت انجام سونوگرافی معمولی با هدف تاکید بر بررسی چسبندگی جفت برای همه مادران

➤ توصیه اول

تشخیص به موقع مادران ناخوش و بدحال

۱.۱ برای پیشگیری از تاخیر در اطلاع به آنکال و تاخیر در اقدامات مناسب لازم است ارائه دهندگان خدمت (نظیر پزشک، ماما، پرستار و بهیاران) از توانائی کافی در تشخیص حال عمومی مادر برخوردار باشند و حال عمومی نامناسب را تشخیص دهند.

از ترومبوآمبولی از نظر خطر ابتلا به ترومبوآمبولی بررسی گردند و فرم مربوطه برایشان تکمیل گردد.

➤ توصیه ششم

افزایش پوشش مشاوره پیش از بارداری

۶.۱ لازم است برای همه زنان در سنین باروری به خصوص قبل از اقدام به حاملگی " مشاوره پیش از بارداری " انجام شود.

۶.۲ زنان مبتلا به بیماری زمینه ای باید پیش از اقدام به بارداری در مورد تغییر دوز داروها و کنترل بیماری زمینه ای بررسی شده و پس از اجازه پزشک اقدام به بارداری نمایند.

➤ توصیه هفتم

تقویت مهارت ها و آموزش ارائه دهندگان خدمت

۷.۱ یکی از علل مهم مرگ مادران ضعف دانش و مهارت ارائه دهندگان خدمت (پزشکان متخصص، پزشکان عمومی ماماها و پرستاران و رزیدنت ها) است که منجر به عدم تشخیص یا تشخیص دیر هنگام، تاخیر در اعزام، عدم گزارش به موقع به سطوح بالاتر و انجام اقدامات نامناسب می شود . بنابراین تمامی کارکنان باید در خصوص نحوه برخورد با فوریت های مامایی، ارزیابی بیمار و اقدامات فوری در موارد پر خطر آموزش ببینند.

۷.۲ این آموزش ها می بایست دوره ای و منظم به صورت حضوری و غیر حضوری با استفاده از جزوات آموزشی و چک لیست باشد.

سزارین تکراری درخواست شده و در صورت وجود تردید، با سونوگرافی داپلر رنگی تایید شود.

۳.۲ مادران مبتلا به این عارضه باید به محض تشخیص به مراکز سطح سه معرفی شوند و تحت مراقبت قرار گیرند.

➤ توصیه چهارم

فوریت تلقی شدن فشارخون سیستول مساوی و یا بیشتر از ۱۵۰ میلیمتر جیوه در بارداری و پس از زایمان

۴.۱ تمام خانمهای باردار و پس از زایمان باید از نظر فشارخون کنترل شوند و در صورت وجود فشارخون سیستول ۱۵۰ میلی متر جیوه و یا بالاتر می بایست اقدامات فوری بر طبق پروتکل کشوری انجام گیرد.



➤ توصیه پنجم

ارزیابی خطر ترومبوآمبولی برای همه مادران

۵.۱ روند رو به افزایش مرگ مادران در نتیجه آمبولی باید مد نظر تمام ارائه دهندگان خدمت باشد.

۵.۲ همه مادران در طی بارداری، زایمان و پس از زایمان باید با استفاده از پروتکل کشوری پیشگیری

➤ توصیه هشتم

۹.۳ روند اعزام و ارجاع بیمار مشخص و نحوه اجرای آن ارزیابی گردد.

۹.۴ سطح بندی خدمات و روند اعزام و ارجاع بیماران طراحی گردد.

۹.۵ در هر بیمارستان دارای بلوک زایمان، استانداردهای تعریف شده (پرسنل، فضا، تجهیزات) اجرا شود.

هر بیمارستان باید برای چهار علت اصلی مرگ و نحوه تامین حجم و تزریق خون پروتکل مشخص داشته باشد.

۸.۱ در همه بیمارستان ها پروتکل برخورد با فوریت‌های مامایی (از قبیل خونریزی، پره اکلامپسی و ترومبو آمبولی و عفونت ها)، تزریق خون، بیماران بدحال تدوین شود.

➤ توصیه دهم

گزارش دقیق موارد مرگ و تشکیل منظم کمیته های بررسی مرگ مادر

۱۰.۱ موارد مرگ مادر به دلیل بارداری و عوارض آن به طور کامل پیگیری شده و کمیته های دانشگاهی در اولین فرصت برگزار گردد.

۱۰.۲ علل وقوع هر مرگ به طور جداگانه و ریشه ای با متدولوژی (Root Cause Analysis) توسط اعضای کمیته مرگ مادر در سطح بیمارستان و دانشگاه مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرد.

۱۰.۳ مداخلات مناسب بر اساس علل وقوع مرگ توسط اعضای کمیته در سطح بیمارستان و دانشگاه طراحی و اجرا گردد.

۸.۲ کد فوریت مامایی در هر بیمارستان تعریف شود. اجزا این کد و مسئولیت و وظایف هر یک از پرسنل (خدمه، پرستار، پزشک اورژانس، سوپروایزر، پزشکان و ... به هنگام فوریت های مامایی باید مشخص باشد.

۸.۳ در موارد پیچیده و بیماران خیلی بدحال تیم چند تخصصی برای تعیین خط مشی درمانی و تصمیم گیری تشکیل گردد و اداره بیمار به صورت گروهی انجام پذیرد.

۸.۴ در طی مراقبت های بارداری و مواقع اورژانس همه مادران باردار پرخطر باید توسط متخصص زنان ویزیت شوند.

➤ توصیه نهم

فرآیند شناسایی مادران پرخطر به طور کامل در سطح دانشگاه علوم پزشکی استقرار یابد.

۹.۱ واحد های مراقبت برای گروه های ویژه شامل مهاجرین، معتادان و افراد حاشیه نشین دچار فقر شدید اقتصادی (low socio economic patient) ایجاد شود.

۹.۲ پزشکان معین برای هر دانشگاه تعریف شود.

**)فایل مطالب مذکور جهت دسترسی و استفاده آسان همکاران در سایت معاونت درمان، اداره مامایی قرار داده شده است)

برگرفته از دستورالعمل اداره سلامت مادران وزارت بهداشت، درمان و

آموزش پزشکی

روش تحقیق در علوم پزشکی

آسیه جفاکش مقدم، کارشناس پژوهش معاونت درمان

اهداف پژوهش

پس از تنظیم عنوان و قبل از شروع مطالعه، محقق باید هدف انجام پژوهش را کاملا روشن کند. بدون داشتن اهداف مشخص و معین، روش کار نیز نامشخص خواهد بود. به بیان دیگر، داشتن هدف روشن و مشخص، مسیر محقق را روشن می کند.

هدف تحقیق را می توان به سه صورت تنظیم کرد

(۱) به صورت عبارت یا عبارات اخباری.

(۲) به صورت سوالی.

(۳) به صورت فرضیه.

هدف پژوهش باید به روشنی نشان دهد که تحقیق به صورت عبارات روشن و خالی از ابهام تنظیم شود. هدف پژوهش باید در مورد اینکه محقق چه کاری می خواهد انجام دهد (مشاوره، توصیف و سنجش پدیده ها...) در چه مکانی (محل اجرای پژوهش) و چه گروهی یا افرادی (نمونه ها) مورد مطالعه قرار خواهند گرفت اطلاعات کافی ارائه دهد. در یک مطالعه ممکن است یک هدف کلی (منظور و مقصود نهایی) و چند هدف اختصاصی وجود داشته باشد.

هدف کلی که در یک یا دو جمله به صورت صریح و واضح نوشته می شود و اهداف اختصاصی، هدف کلی را به اجزا کوچکتر تقسیم می کنند.

در تنظیم اهداف پژوهش باید نکات زیر در نظر گرفته شوند

۱- هدف به صورت روشن، قابل اندازه گیری و با افعال رفتاری (تعیین، سنجش، مقایسه) نوشته شود.

۲- هدف باید منطقی و قابل دستیابی باشد.

۳- هدف نشان دهنده متغیرهای مورد مطالعه، مکان، زمان و جمعیت مورد مطالعه باشد.



سوال پژوهش

عبارت روشن و دقیقی که به صورت پرسشی مطرح شده و معمولا یک یا دو متغیر را در برمی گیرد.

سوال معمولا در مورد چگونگی وضعیت یک متغیر (ویژگی ها، گستردگی و ...) و یا مقایسه دو متغیر مطرح می شود.

فرضیه پژوهش

در مواردی که رابطه و همبستگی بین پدیده ها مورد توجه باشد، محقق فرضیه ارائه می دهد.

به عبارت دیگر فرضیه یک پیش بینی و حدس علمی است که محقق درباره رابطه احتمالی بین متغیرها ارائه می کند.

فرضیه ساده و فرضیه چند متغیر (مربک، پیچیده) **فرضیه ساده** رابطه بین دو متغیر را پیش بینی می کند. پیاده روی منظم موجب کاهش کلسترول خون میشود.

ویژگی های فرضیه

➤ **آزمون پذیری.**

فرضیه آزمون پذیر فرضیه ای است که متغیرهای قابل سنجش و اندازه گیری را مطرح کرده و در دنیای واقعی قابل آزمون باشد.

فرضیه مرکب فرضیه ای است که رابطه میان چند متغیر را با همدیگر بیان می کند.

فرضیه را به صورت فرضیه پژوهش و یا فرضیه آماری نیز می توان بیان کرد.

➤ **فرضیه باید منطقی باشد.**

به این معنی که با دانش موجود در ارتباط باشد و زیربنای علمی داشته باشد.

فرضیه آماری یا فرضیه صفر یا فرضیه پوچ (H0) فرضیه ای است که بر اساس عدم وجود ارتباط و همبستگی بین متغیرها تدوین می شود.

فرضیه پژوهش یا فرضیه (H1) وجود همبستگی و ارتباط میان متغیرها را پیش بینی می کند و به صورت جمله مثبت نوشته می شود.

➤ **فرضیه ساده و قابل درک باشد.**

فرضیه را باید با استفاده از واژه های مشخص و به صورت قابل فهم بیان کرد و از عبارات مبهم و گنگ استفاده نشود.

فرضیه پژوهش را می توان به دو صورت جهت دار (یک دامنه) و بدون جهت (دو دامنه) ارائه داد.

فرضیه جهت دار یا یک دامنه فرضیه ای است که علاوه بر پیش بینی رابطه بین دو متغیر جهت همبستگی بین آنها را نیز پیش بینی می کند.

➤ **روابط بین دو یا چند متغیر را بیان کند.**

مثلا با افزایش میزان یا شدت یک متغیر، متغیر دیگری نیز افزایش یا کاهش پیدا می کند.

➤ **مستقیما در ارتباط با مساله پژوهش باشد.**

غالبا در تحقیق های تحلیلی و آزمایشی فرضیه ارائه می شود.

در حالی که **فرضیه بدون جهت یا دو دامنه**، عبارتی است که وجود رابطه بین دو متغیر را بیان می کند ولی در مورد چگونگی این رابطه توضیحی ارائه نمی شود.

انواع فرضیه

فرضیه دارای انواع متعددی است.

بین میزان نمک دریافتی و اندازه فشار خون بیماران ... رابطه وجود دارد.

فرضیه را از نظر تعداد متغیرهایی که مورد مطالعه قرار می گیرد می توان به دو نوع تقسیم کرد:

دوگروه از خطاهای شایع در سیستم های بلاذ گاز شامل موارد ذیل می باشند.

۱- کیفیت پائین و نامناسب نمونه ارسالی

۲- حمل و نگهداری غیر استاندارد نمونه بلاذ گاز

دستورالعمل نمونه گیری و حمل نمونه ABG

زهرا حساری - آرزو کمالی، کارشناس اداره امور آزمایشگاه ها، معاونت درمان

مقدمه

بررسی گازهای خونی شریانی (ABG) اطلاعات مهمی در خصوص عملکرد تنفسی و متابولیک فراهم می آورد و هم اینک در درمان بالینی جایگاه ویژه ای دارد.

تفسیر ABG زمانی مفید واقع می شود که بر پایه یک نمونه مناسب و درست باشد، چرا که پارامترهای ABG به شدت وابسته به نحوه صحیح نمونه برداری و انتقال آن به آزمایشگاه با رعایت زنجیره سرد می باشد.

دستگاه های بلاذ گاز بیمارستانی متأسفانه به غلط و با طراحی نادرست عمدتاً در داخل آزمایشگاه های بیمارستانی مستقر می باشند در حالی که از ابتدا بایستی در بخش های مراقبت های ویژه بیمارستان طراحی و استقرار یابند .

گزارشات غیرطبیعی بلاذ گاز به جز مواردی که با کلینیک بیمار همخوانی دارد عمدتاً خطاهای راندوم بوده و بیشتر این خطاهای راندوم نیز مرتبط با خطاهای پره آنالیتیک هستند.

(با توجه به این موضوع که دستگاه های بلاذ گاز معمولاً اتو کالیبره بوده و خطای راندوم آنالیتیکال در این نوع دستگاه ها محدود و خطاهای رخ داده عمدتاً سیستماتیک می باشند)



نکات ضروری در نمونه گیری

نمونه خون شریانی معمولاً با خون گیری مستقیم از شریان رادیال به دست می آیند برای این کار رعایت نکات زیر الزامی می باشد.

۱- بیمار را در وضعیتی راحت قرار داده، برای جلوگیری از بروز ترس بی مورد، کار خود را برایش توضیح دهید.

۲- بازو را بر روی میز یا تخت تکیه داده، ساعد و مچ را با زاویه حدوداً ۳۰ درجه نسبت به هم قرار می دهیم. شریان رادیال را حدوداً در یک یا دو اینچی شیار مچ دست لمس می کنیم. پوست اطراف محل خونگیری را با سوآب الکل کاملاً پاک می کنیم. اگر احتمال بروز مشکلی به هنگام خون گیری موجود است، پوست و بافت های نرم را با تزریق زیر جلدی یک تا دو میلی لیتر لیدوکائین دو درصد بی حس می کنیم.

- ۱۱- در آوردن دستکش و شستشوی دست
- ۱۲- ثبت اطلاعات لازم روی فرم درخواست آزمایش
- ۱۳- ارسال سریع نمونه خون همراه فرم مربوطه به آزمایشگاه
- ۱۴- بدیهی است برای سرعت بخشیدن در امور ذکر شده، همکاری سایر کارکنان الزامی است.

عدم نمونه گیری صحیح موجب تغییر فاحش در نتایج آزمایش گازهای خون می شود که شامل موارد ذیل می باشد

- ۱- به ازاء هر ۱۰۰ لاندا حباب هوا در سرنگ هپارینه حاوی خون شریانی حدود ۴ میلی متر جیوه نیز PO₂ افزایش می یابد و PCO₂ به همان میزان کاهش می یابد .
- ۲- زمان گردش کار مجاز جهت نمونه گاز خونی(از زمان نمونه گیری تا زمان انجام) حداکثر یک ساعت می باشد، لذا ثبت ساعت نمونه گیری روی سرنگ توسط کادر پرستاری الزامی است .
- تأخیر در ارسال نمونه به آزمایشگاه منجر به تغییرات جدی نتایج گازهای خونی و تغییر تفسیر نتایج می گردد. به ازاء هر ساعت تأخیر در ارسال نمونه در حرارت ۳۷ درجه ۰.۰۴ الی ۰.۰۸ ، در حرارت اتاق ۰.۰۲ الی ۰.۰۳ و در حرارت ۴ درجه حدود ۰.۰۱ افت PH خواهیم داشت، لذا حمل نمونه گاز خونی با کیسه یخ و در شرایط ۴ درجه الزامی است .تأخیر در ارسال نمونه گاز خون علاوه بر تغییرات ذکر شده در PH منجر به افت محسوس PO₂ و افزایش PCO₂ نیز می گردد .

۳- سرنگ ۵ میلی لیتری با سوزن ۲۰ یا ۲۱ را با ۰.۵ میلی لیتر از محلول هپارین ۱/۱۰۰۰ پر می کنیم. بدقت پیستون را به عقب و جلو حرکت می دهیم. سطح داخلی محفظه را با هپارین آغشته میکنیم. هپارین اضافی را خارج کرده تنها لایه ای نازک از هپارین درون سرنگ باقی بماند.

۴- درحالی که شریان را لمس می کنیم با سوزنی به سرعت پوست را سوراخ می کنیم.

۵- با دقت سوزن را تا زمان ورود خون به سرنگ به جلو می بریم. اجازه می دهیم ۲ تا ۳ میلی لیتر از خون با جریان نبض بصورت خود بخود وارد سرنگ شود. در صورت استفاده از سرنگ پلاستیکی لازم است پیستون را به عقب بکشیم تا نمونه بدست آید.

۶- سوزن را بیرون کشیده، به مدت ۵ دقیقه(در بیماری که داروی انعقادی دریافت می کند یا مشکل انعقادی دارد بمدت بیشتر)مستقیماً بر روی شریان(در محل خونگیری) فشار بیاورید.

۷- نمونه را به یکی از همکار خود داده تا حباب های هوای آن را خارج نماید و در پوش پلاستیکی سوزن را بپوشاند. چند دقیقه بعد مجدداً محل خونگیری را از نظر وجود خونریزی بررسی می کنیم.

۸- جهت جلوگیری از فعالیت متابولیک سلول های خون و تغییر مقادیر واقعیت، باید نمونه خون را بلافاصله در یخ(پس از خروج از بدن مصرف مداوم اکسیژن و تولید دی اکسید کربن بوسیله ی سلول های خونی می تواند مقادیر واقعی را تغییر دهد).

۹- چسبانیدن برچسب مشخصات بر روی سرنگ(نام و نام خانوادگی بیمار، شماره تخت، بخش، تاریخ نمونه گیری)

۱۰- قراردادن سرنگ در یک ظرف محتوی یخ

۹- داروهایی مثل استازولامید، متی سیلین، نیتروفوانتوئین و تتراسیکلین ممکن است PaCO₂ را کاهش دهد.

برگرفته از کتاب دستورالعمل های نمونه گیری در آزمایشگاه

هرگز هیچ روززندگی را سرزنش نکن!

روز خوب به تو شادی می دهد، روز بد به تو تجربه

و بدترین روز به تو درس می دهد.

فصل ها برای درختان هر سال تکرار می شود.

اما فصل های زندگی انسان تکرار شدنی نیست.

تولد... کودکی... جوانی... پیری و دیگر هیچ!

تنها زمانی صبور خواهی شد که صبر را یک قدرت بدانی

نه یک ضعف!

آنچه ویرانان می کند، روزگار نیست، حوصله کوچک و

آرزوهای بزرگ است.

۳- قرار دادن نمونه در معرض هوا موجب تغییر در صحت نتایج PaO₂ و PaCO₂ خواهد شد.

۴- افزایش نسبت هپارین به خون (اثر رقتی هپارین مایع) منجر به تغییر PH و افت محسوس PO₂ می گردد، لذا تخلیه هپارین اضافی مایع و حباب از سرنگ (فضای مرده سرنگ) قبل از ارسال نمونه گاز خون الزامی می باشد.

۵- خطای ناشی از انتخاب نامناسب سرنگ و گیژ نامناسب (گیژ ۱۹ و ۲۰ جهت گاز خون نامناسب بوده و منجر به خروج گاز ها می گردد).

گیژ مناسب ۲۳ یا بالاتر می باشد. حجم سرنگ نیز هرچقدر کمتر باشد میزان حباب و فضای مرده داخل سرنگ کمتری شود.

۶- به دلیل تبادل گاز بین بدنه پلاستیکی سرنگ و محیط خارج سرنگ فاصله زمانی بسیار ایده آل بین نمونه گیری گاز خون تا انجام آزمایش کمتر از ۱۵ دقیقه می باشد. به همین جهت در غالب مراکز بیمارستانی استاندارد توصیه می گردد. دستگاه ABG در داخل مراکز مراقبت های ویژه (CCU/ICU) استقرار یابد تا علاوه بر کاهش محسوس زمان گردش کار نمونه گازهای خون، پزشک بتواند به نتایج سریع و درست و قابل تفسیر دستیابی پیدا کند.

۷- خون وریدی در نمونه، PaO₂ پایین تر و PaCO₂ بالاتری را نشان می دهد. (ارسال جابجای خون وریدی با خون شریانی)

۸- داروهایی مثل بیکربنات، اسید اتا کریدینیک، هیدروکورتیزون، متولازون و پرونیزولون ویتازید (ممکن است PaO₂ را بالا ببرد)

آشنایی با حساب های ملی سلامت

مصطفی آهنگری، مسوول اداره اقتصاد درمان

مقدمه

در سراسر جهان نظام های سلامت در جهت افزایش رفاه ملت ها، در حال توسعه هستند و بهبود سطح خدمات آنها مستلزم ایجاد هزینه های جدید و گزاف تری می باشد. در راستای طراحی یک سیاست رفاهی، آگاهی از روش بهینه تأمین مالی هزینه های سلامت از اهمیت خاصی برخوردار است.

حسابهای ملی سلامت، از جمله حساب های اقماری حسابهای ملی هستند که اطلاعات مختلف اقتصادی در زمینه نظام سلامت و روش تهیه حساب مالی را بکار می گیرند تا نمایشی از عملکرد مالی نظام سلامت هر کشور جهت تأمین مالی را ارائه دهند. این حسابها ابزار شناخته شده بین المللی برای تلخیص، تشریح و تجزیه و تحلیل روش تأمین مالی نظام ملی سلامت هستند. حسابهای ملی سلامت برای استفاده مفیدتر از اطلاعات مربوط به تأمین مالی سلامت و به منظور بهبود عملکرد نظام سلامت اهمیت اساسی دارند. بر اساس اطلاعات موجود، تا سال ۲۰۰۵ میلادی حدود ۶۴ کشور جهان مبادرت به تهیه این حساب ها نموده اند هدف این نوشتار آن است که اطلاعات پایه از مفهوم حساب های سلامت، نحوه تهیه، محتوی و مفهوم جداول، روش استفاده و موارد کاربرد آنها را در اختیار افرادی که با این حسابها آشنا نیستند قرار دهد.

در مباحث بعدی ابتدا با مفهوم و هدف حساب های ملی سلامت آشنا خواهید شد. سپس روش تهیه این حساب ها در قالب بخش های متنوع اعم از توضیح هزینه سلامت، نظام طبقه بندی و چارچوب حسابهای ملی سلامت، روش جمع آوری و تجزیه و تحلیل داده ها تشریح می گردد. اشاره به کاربردهای مختلف حساب های ملی سلامت یکی از قسمت های قابل توجه این نوشتار بوده و نحوه استفاده داده های حساب های ملی سلامت برای سیاست گذاری را نشان می دهد.

مفهوم حساب های ملی سلامت

حساب های ملی سلامت مجموعه جداول استاندارد هستند که هزینه های ملی سلامت را از جنبه های مختلف به نمایش می گذارند. این حساب ها مجموع مخارجی را که در یک کشور برای سلامت انجام می شود، در بر دارند و شامل انواع مخارج بخش دولتی، خصوصی و کمک های بلاعوض می گردند. حساب های ملی سلامت علاوه بر مشخص نمودن میزان مخارج سلامت به تفکیک هریک از منابع تأمین مالی، جریان وجوه از یک منبع به منبع دیگر را نیز ردیابی می نماید.

به عنوان مثال، این حساب ها نحوه توزیع وجوه توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به هریک از زیربخش های خدمات مرتبط با سلامت دولتی را نشان میدهد. بطور خلاصه، حسابهای ملی سلامت مسائل مالی نظام های ملی سلامت را بررسی نموده و به پرسش های اساسی مانند موارد زیر پاسخ می دهد.

اهداف تهیه حسابهای ملی سلامت

حسابهای ملی سلامت، ابزاری است که بطور مشخص به منظور اطلاع رسانی از فرآیند سیاست های مرتبط با سلامت، شامل طرح و اجرای سیاست، تبادل نظرهای سیاستی و کنترل و ارزیابی وضعیت سلامت، طراحی گردیده است. استفاده کنندگان اولیه این جداول سیاستگذاران و مدیران نظام سلامت هستند که داده های حسابهای ملی سلامت را برای بهبود وضعیت مدیریتی و اجرایی نظام سلامت بکار می گیرند.

اطلاعات حساب های ملی سلامت به دلیل ارائه برآوردی از کاربرد جاری منابع، برای فرآیند تصمیم گیری مفید بوده و میتواند برای مقایسه نظام سلامت کشورها با یکدیگر به کار رود.

چنانچه این حسابها بطور منظم و مستمر تهیه شوند، برای پیگیری روند هزینه های سلامت و کنترل و ارزیابی فعالیت های مرتبط با سلامت ابزار مفیدی هستند.

اطلاعات حسابهای ملی سلامت برای پیش بینی نیازهای مالی آتی نظام سلامت نیز کاربرد دارد.

داده های حسابهای ملی سلامت همراه با داده های غیرمالی مانند میزان پیشگیری از بیماری ها و میزان بهره برداری از خدمات ارائه شده، به سیاستگذاران برای تصمیم گیری های مستدل و پرهیز از انتخاب سیاست های بالقوه نامطلوب کمک می نماید.

ادامه دارد...

منابع تأمین مالی خدمات مرتبط با سلامت از کجا تأمین میشود؟

چه کسانی خدمات مرتبط با سلامت را تأمین مالی می نمایند؟

چه کسانی کالاها و خدمات مربوط به سلامت را ارائه می کنند؟

وجوه مربوط به سلامت بین کدام فعالیت ها و خدمات و چگونه توزیع می شود؟

چه کسانی از هزینه های سلامت بهره مند می گردند؟



انعطاف پذیری چارچوب حسابهای ملی سلامت امکان تجزیه و تحلیل داده های مرتبط با بخشهای معینی از جمعیت و یا فعالیت های مشخص مرتبط با سلامت را فراهم می آورد.

ارائه حسابهای ملی سلامت به صورت مجموعه جداول استاندارد، منطبق بر یک طرح طبقه بندی بین المللی می باشد. این ترکیب می تواند برای سیاست گذاری که آشنائی چندانی با اقتصاد ندارند هم به راحتی قابل درک و تفسیر باشد.



دستورالعمل ترخیص از اورژانس (اسهال و استفراغ)

حسن سهرابی، کارشناس اعتباربخشی معاونت درمان

مقدمه

با توجه به بررسی های انجام شده چنانچه فرد مبتلا به اسهال و استفراغ عفونی (گاستروانتریت) باشد، این علائم ناشی از التهاب معده و روده ها در اثر عفونت یا مسمومیت غذایی بوده و شایع ترین علت بروز آن ویروس ها هستند، عفونت با باکتری ها یا انگل ها هم ممکن است باعث ابتلا به این بیماری و بروز اسهال، استفراغ یا هر دو شوند، هم چنین این بیماری می تواند باعث کم آبی بدن و از دست رفتن آب و نمک های ضروری بدن شود.

علائم شایع بیماری

تهوع و استفراغ که اغلب ۲-۱ روز طول می کشد.

اسهال که معمولاً ۳-۱ روز طول می کشد اما ممکن است تا ۱۰ روز ادامه یابد.

تب خفیف

بی اشتها

دل پیچه و درد شکمی

احساس خستگی

ضعف و درد عضلانی

اگر عامل بیماری باکتری باشد تب شدیدتر است و اسهال ممکن است با دفع مخاط یا خون همراه باشد.

نکات و توصیه های پس از ترخیص تا

زمان بهبودی

این بیماری در اغلب موارد نیاز به درمان تخصصی و ویژه نداشته و خود بخود بهبود می یابد و هدف اصلی درمان، تنها کنترل علائم و رفع کم آبی بدن است.

این بیماری واگیردار و مسری است و به راحتی از فردی به فرد دیگر منتقل می شود.

علائم معمولاً ۵-۳ روز بعد بهبود می یابند اما ممکن است بهبودی کامل ۱۰-۷ روز طول بکشد.

از مصرف خودسرانه ی داروهای ضد اسهال و انواع آنتی بیوتیک ها خودداری کنید چون ممکن است باعث بدتر شدن علائم شوند.

مصرف آنتی بیوتیک تنها زمانی لازم است که علت اسهال میکروبی باشد، در صورت تجویز آنتی بیوتیک آن را به طور دقیق و در زمان مناسب مصرف کرده و دوره ی درمان را به طور کامل به پایان برسانید.

به هیچ وجه از آسپرین، بروفن و ناپروکسن استفاده نکنید چون باعث تشدید درد و ناراحتی معده خواهند

شد، در صورت نیاز تنها از استامینوفن برای بهبودی درد و تب استفاده کنید.

جهت پیش گیری از کم آبی بدن می توانید از محلول های آماده مانند او آر اس (ORS) استفاده کنید، این دارو به شکل پودر به فروش می رسد، هر بسته پودر را در ۴ لیوان آب سرد حل و در زمان تشنگی از آن مصرف کنید.

در صورت عدم دسترسی به محلول های آماده می توانید یک قاشق چایخوری نمک و یک قاشق غذاخوری شکر را در چهار لیوان آب جوشیده ی سرد شده حل کرده و در هنگام تشنگی از آن بنوشید.



تا زمان بهبودی کامل روزانه مقدار زیادی آب و مایعات بنوشید، بهتر است هر ۲۰-۱۵ دقیقه مقدار کمی آب بنوشید و از مصرف مقدار زیاد مایعات در یک نوبت خودداری کنید، توصیه می شود از مایعات کاملاً سرد استفاده کنید.

از مصرف شیر، چای سنگین و نوشیدنی های حاوی کافئین مثل انواع قهوه و نسکافه خودداری نمایید.

استفاده از آبمیوه های بسته بندی شده و انواع نوشابه های گاز دار و نوشیدنی های بسیار شیرین باعث تشدید اسهال خواهد شد، می توانید از آبمیوه های طبیعی و رقیق یا نوشیدنی های حاوی نعنای استفاده کنید.

دقت کنید که مصرف مایعات باعث بهبود اسهال یا استفراغ نخواهد شد ولی از کم آبی بدن و عوارض خطرناک آن جلوگیری می کند.

توصیه می شود ۲-۱ ساعت پس از بروز استفراغ از خوردن و آشامیدن خودداری کنید.

در صورت احساس گرسنگی می توانید غذا بخورید، بهتر است در ابتدا از غذاهای ساده و خشک با حجم کم استفاده کنید، سعی کنید پس از ۳-۲ روز حتی در صورت ادامه ی اسهال به رژیم غذایی همیشگی خود برگردید.

جهت شروع رژیم می توانید از برنج یا غلات پخته شده، سیب، موز، نان، گوشت و سبزیجات پخته شده، سیب زمینی و ماست شیرین (با چربی کم) استفاده کنید، غذا را حجم کم در نوبت های زیاد مصرف کنید.

از کلیه ی عواملی که باعث نگرانی، استرس، اضطراب یا فشار عصبی- روانی می شوند تا حد امکان دوری کرده و از هیجانات عاطفی، بحث و مجادله پرهیز کنید.

برای کاهش درد شکم می توانید دوش آب گرم بگیرید یا شکم را گرم کنید (کمپرس گرم با استفاده از کیسه ی آب گرم یا یک حوله که آن را به کمک اتو یا سشوار گرم کرده اید)

از استعمال بوهای تند و شدید (مثل انواع عطر یا ادویه) خودداری کنید.

بی اشتهاهی شدید (نخوردن غذا حداقل به مدت ۱۲ ساعت)

عدم بهبود کامل اسهال پس از ۱۰ روز

احساس خستگی و خشکی دهان شدید و مداوم

کاهش حجم ادرار (عدم دفع ادرار در طول ۸ ساعت) یا تیره شدن رنگ ادرار

کاهش شدید وزن بدن

ضعف و بی حالی شدید

سرگیجه و سبکی سر

خواب آلودگی شدید یا کاهش سطح هوشیاری

سر درد شدید

درد یا سفتی حرکات گردن

درد یا سنگینی قفسه سینه

تنگی نفس

تعریق یا رنگ پریدگی شدید

برگرفته از دستورالعمل یکپارچه تشخیص از اورژانس، وزارت بهداشت،

درمان و آموزش پزشکی

کسی که تفکرش با تو متفاوت است، دشمن نیست!

انسان دیگری ست با دیدگاه دیگر...

فقط همین ...

اگر فقط همین یک اصل را می پذیرفتیم روابط

مان بهتر می شد آرامشی همراه با احترام

به همین سادگی.

دستان خود را بطور مرتب با آب و صابون بشویید، این کار را بعد از استفاده از دستشویی، قبل و بعد از خوردن غذا، قبل و بعد از تماس با مواد غذایی حتما انجام دهید.

کلیه ی وسایل شخصی و بهداشتی از جمله حوله، صابون و ظروف غذا خوری خود را از بقیه جدا کنید.

لباس و ملحفه های خود را از بقیه افراد جدا کرده و با آب کاملا داغ بشویید و ضد عفونی کنید.

تا حد امکان از استعمال سیگار و تنباکو خودداری کنید.

تا زمان بهبودی از تماس نزدیک با دیگران به خصوص کودکان (مثلا دست دادن، در آغوش گرفتن یا بوسیدن) خودداری نمایید.

۲- ۱ روز پس از رفع علایم می توانید به محل کار خود بازگردید.

در صورت بروز هر یک از علایم زیر مجددا

به اورژانس یا پزشک مراجعه کنید

تشدید درد شکم

بروز درد ثابت و مداوم در یک نقطه ی خاص شکم

بهتر نشدن علایم پس از ۳ روز

دفع خون همراه مدفوع

دفع مدفوع به رنگ سیاه شبیه قیر

وجود خون روشن یا تیره در محتویات استفراغ

تب بالا (بیش از ۳۸.۵ درجه)

تشدید تهوع و استفراغ به طوری که قادر به خوردن

و آشامیدن نباشید

نکات مهم و کاربردی کارکنان دولت در مورد استراحت های پزشکی

مهتاب هدایتی، کارشناس کمیسیون پزشکی، معاونت درمان

مقدمه

تهیه دستور العمل جهت تعاریف متداول، شرح وظیفه کمیسیون های پزشکی دانشگاه ها گامی است در جهت اعتلا و ارتقاء سطح آگاهی کارمندان، یکسان سازی عملکرد کمیسیون های پزشکی و رسیدن به حقوق واقعی بیماران دارای اهمیت زیادی است.

مرخصی استعلاجی

الف) غیبت موجه مستخدم دولت، بنا به توصیه و گواهی پزشک معالج به دلیل ناتوانی فیزیکی یا ذهنی از محل کار

ب) عدم حضور مستخدم بیمار در محل کار بنا به توصیه و گواهی پزشک معالج به دلیل به خطر افتادن سلامتی سایر کارکنان

ماده ۲۱- هرگاه مستخدم شاغل بیمار شود و آن بیماری مانع از خدمت او باشد باید مراتب را در کوتاهترین زمان ممکن به اداره متبوع اطلاع دهد و موارد کمتر از ۱۰ روز گواهی پزشک را در اولین روز پس از مراجعه به محل خدمت و در موارد ده روز و بیشتر، در پایان روز دهم به رئیس یا معاون واحد مربوطه جهت ارجاع به کارگزینی ارسال گردد.

ماده ۲۲: کارگزینی مکلف است گواهی پزشک معالج مستخدم را برای اظهار نظر نزد پزشک معتمد وزارتخانه یا موسسه دولتی متبوع ارسال دارد.

و در صورتی که مفاد گواهی مورد تأیید قرار گیرد، حکم مرخصی استعلاجی را صادر نماید.

بیماری صعب العلاج

طبق قانون استخدام کشوری چنانچه بنا به ضرورت و تشخیص شورای پزشکی، مستخدم نیاز به مرخصی مازاد ۴ ماه داشته باشد مازاد مرخصی به صورت صعب العلاج محاسبه می شود.

تشخیص ابتلا مستخدم به بیماری صعب العلاج به عهده کمیسیون پزشکی موضوع ماده ۲۳ آئین نامه مزبور محول شده است و بیماریهایی که مدت استراحت کمتر از ۴ ماه تعیین شده اند صعب العلاج اطلاق نمی شود.



شرح وظایف شورای پزشکی مستقر در

معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی

۱- بررسی و اظهار نظر در مورد مرخصی ها

استعلاجی بالاتر از ۴ ماه کارکنان رسمی دولت شاغل در منطقه حوزه جغرافیایی دانشگاه بیمه کارکنان مذکور باید خدمات درمانی باشد.

- بررسی مرخصی کمتر از ۴ ماه کارکنان رسمی دولت بر عهده پزشک معتمد سازمان متبوع می باشد.
- مدارک کامل و مستند بیماری مورد نظر اعم از عکس، سونوگرافی، پرونده بستری برابر اصل و MRI
- ۲- بررسی و اظهار نظر در مورد از کار افتادگی کارکنان رسمی دولت
- شماره تلفن مستقیم کارگزینی اداره مربوطه
- ۳- بررسی دریافت داروی مخدر
- شماره تلفن بیمار
- ۴- بررسی بیمار صعب العلاج بنا به معرفی ادارات و سازمانهای دولتی مستقر در حوزه جغرافیایی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی
- حضور بیمار در کمیسیون (مخصوصا بیماران اعصاب و روان و بیماران متقاضی از کار افتادگی)

مدارک لازم جهت تایید استراحت پزشکی یا از کار افتادگی

- ۵- رسیدگی به درخواست متقاضیان صدور یا تمدید مجدد بیمه خدمات درمانی به تبعیت از شخص ثالث (پدر، مادر، قیم و...)
- ۶- بررسی اعتراض به آراء صادره از کمیسیون شهرستانها و پزشکان معتمد ادارات
- ۷- نظارت بر عملکرد شورای دانشگاه
- ارائه اصل گواهی پزشکی مهمور به مهر پزشک معالج با درج مشخصات کامل بیمار و تاریخ گواهی
- ارائه کلیه مدارک پزشکی شامل آزمایشات و پرونده بستری
- ارائه اصل نامه از طرف اداره یا سازمان مربوطه که بیمار را معرفی کرده
- لازم به ذکر است اعلام مرخصی استعلاجی باید در زمان مشخص به اطلاع دستگاه ذیربط رسیده باشد، در غیر این صورت کمیسیون تعهدی در خصوص تایید زمان های اعلام شده نخواهد داشت.



مدارک لازم جهت شرکت در جلسه

کمیسیون پزشکی

**** خواهشمند است از ارسال نامه بصورت دستی خودداری نمائید.**

- نامه اداری از اداره مربوطه به مدیر توسعه سازمان و منابع انسانی دانشگاه
- واریز فیش بانکی

اصطلاحات پزشکی

سیده مهدیه سید کتولی، کارشناس آمار و مدارک پزشکی معاونت درمان



| اصطلاح | معادل انگلیسی | اصطلاح | معادل انگلیسی |
|---------------------|---------------|-----------------|---------------|
| ژنتیک | Genetic | سر درد | Headache |
| ژنژیویت | Gingivitis | سرفه | Cough |
| ژنیتال | Genital | سرگیجه | Vertigo |
| ژیاردیا | Giardia | سرما درمانی | Cryotherapy |
| سادیسم | Sadism | سرویکس | Cervix |
| سازش | Adaptation | سقط خود به خودی | Miscarriage |
| سازمان بهداشت جهانی | WHO | سقف دهان | Palate |
| ساقه مغز | Brain stem | سقف دهان | Uraniscus |
| سالمونلا | Salmonella | سلول تخم | Ovum |
| سپتی سمی | septicemia | سم | Poison |
| زخم | Wound | ژن غالب | Dominant gene |



آدرس: خراسان شمالی - بجنورد - خیابان طالقانی غربی - بلوار فرودگاه - ساختمان معاونت درمان

تلفن: ۰۵۸۳۲۳۱۸۰۰۸