

فصل دهم: خدمات پرستاری

واژگان کلیدی

مدارس پرستاری	سیستم هوشمند
شیفت‌های پرستاری	انجمن پرستاران آمریکا ¹ (ANA)
استانداردهای پرستاری	پرستل پرستاری کمکی
مدیر پرستاری	دستگاه‌های کنترل کنار تخت
واحد پرستاری	پرستاری مودی
پرستاری مراقبت‌های اولیه	واحد مراقبت‌های قلبی ² (CCU)
جدول کار	پرستاری عملی
پرستار آموزشی	واحد مراقبت‌های ویژه ³ (ICU)
موضوعات کارگزینی	مادر پرستاری نوین
پرستاری تیمی	انجمن ملی پرستاری ⁴ (NLN)
پایش از راه دور	مدیر پرستاری
معاون واحد پرستاری	ایستگاه پرستاری

مقدمه

بیماران بستری یا سرپایی باید مراقبت‌های کافی، مؤدبانه و با کیفیت را از کارکنان ماهر و فهمیده دریافت کنند. اولین واحدی که دستیابی به این هدف را ممکن می‌سازد، بخش خدمات پرستاری است. پرستاران، بزرگ‌ترین گروه تخصصی بهداشت و درمان در کشور آمریکا به حساب می‌آیند.

تاریخچه پرستاری

گذشته پرستاری هم تحت تاثیر افراد (به عنوان مثال، فلورانس نایتینگل⁵) و هم موسساتی

1. American Nurses Association
2. Coronary Care Unit
3. Intensive Care Unit
4. National League for Nursing
5. Florence Nightingale

همچون کلیسای کاتولیک روم و نیروهای نظامی بوده است. شاید مشهورترین فرد در خصوص پیشینه پرستاری، نایتینگل باشد. کسی که فعالیت او در طول جنگ کریمه^۱، وجهه مناسب تری به پرستاری داد. او به عنوان مادر پرستاری نوین شناخته می‌شود. نایتینگل پس از جنگ، مدرسه پرستاری فلورانس نایتینگل را در بیمارستان سن توماس لندن، در سال ۱۸۵۹ بنیان نهاد.

اسناد و مدارک مربوط به مدارس آموزش پرستاران آمریکایی تا حدود سال ۱۷۹۸ قابل پیگیری می‌باشند. با این وجود، مدارس آمریکایی که بر اساس اصول مدرسه فلورانس نایتینگل در لندن شکل گرفتند، پس از زمان زیادی تاسیس شدند. اولین نمونه چنین مدرسی، بیمارستان نیواینگلند بود که در سال ۱۸۷۲ برای زنان و کودکان در بوستون بنیان نهاده شد. این حرکت در سال ۱۸۷۳ با تاسیس مدرسه پرستاری بلویو^۲ در شهر نیویورک و بیمارستان عمومی ماساچوست در مدرسه پرستاری بوستون^۳ ادامه یافت. در طی نزدیک به ۵۰ سال، دو هزار مدرسه پرستاری در ایالات متحده تاسیس شد. برنامه این مدارس شامل گذراندن یک دوره کوتاه مدت از سطح دیپلم در خصوص اصول بیمارستانی، ۲ سال فوق دیپلم در آموزش‌شده‌های عمومی و چهار سال دوره لیسانس در دانشکده‌ها و دانشگاه‌ها بود.

آموزش پرستاری

در مدل طراحی شده آموزش پرستاری نایتینگل، پس از جنگ جهانی دوم تغییراتی به وجود آمد. همگام با کمبود شدید پرستاران حرفه‌ای تحصیل کرده (RNs)^۴، پرستار پروانه دار تجربی یا پرستار مجوزدار حرفه‌ای رایج شد. شمار کمک پرستاران نیز رو به فزونی گذاشت. در این میان، برنامه‌های آموزشی برای پرستاران تحصیل کرده به خصوص در دهه ۱۹۶۰ تغییر کرد. طی این سال‌ها، برنامه‌های ۲ یا ۳ ساله آموزش پرستاری جهت اخذ دیپلم بیمارستانی، به دلیل فشار بیمارستان‌ها برای تنظیم بودجه و فشار انجمن پرستاران آمریکا برای آموزش مقطع لیسانس یا مقاطع دیگر، متوقف شد. امروزه پرستاران، برای انتخاب، اشکال و گزینه‌های متفاوتی از تلفیق تجربه و آموزش را جهت انتخاب کردن در اختیار دارند (به جدول ۱-۱ نگاه کنید).

1. Crimean War
2. Bellevue Hosoiital School of Nursing
3. The Massachusetts General Hospital in Boston school of nursing
4. Registered nurses

پرستاران تحصیل کرده، به طور معمول، می‌توانند با طی دوره ۷ ساله، همراه با فعالیت‌های دانشگاهی و کسب تجربیات عملی، درجه دکترا (Ph.D) دریافت کنند. پرستاران با داشتن مدارک تحصیلی بالا می‌توانند به عنوان متخصصین پرستاری بالینی، پرستار پزشکی، پرستار جراحی، پرستار مامایی و پرستار بیهوشی فعالیت نمایند. از طرف دیگر، ممکن است یک پرستار آینده نگر، برنامه یک ساله دانشگاهی توأم با تجربه عملی را انتخاب نماید. این پرستاران، پرستاران پروانه دار تجربی (LPNs)^۱ یا پرستاران شغلی کم‌تر آموزش دیده (LVNs)^۲ نامیده می‌شوند.

کلیه پرستاران حرفه‌ای و با تجربه باید از طریق ایالتی که در آن جا آموزش دیده‌اند، گواهی نامه و مجوز دریافت کنند. هر ایالتی برای صدور گواهی نامه، صدور مجدد یا تعلیق و لغو پروانه کار، ملاک و معیار قانونی مربوط به خود را تدوین می‌نماید. به طور معمول، برای صدور گواهی نامه، پیش نیازهای کامل آموزشی و موفقیت در آزمون انجمن ایالتی، ضروری است. صدور مجدد پروانه کار، به راحتی و با پرداخت اندکی پول قابل انجام است مشروط به این که این کار پیش از انقضای پروانه کار صورت گیرد.

دو گروه سازمانی بزرگ، ملی و تاثیر گذار در خصوص پرستاری حرفه‌ای وجود دارد. انجمن پرستاران آمریکا که در سال ۱۸۹۶ تاسیس شده و شامل یک فدراسیون متشکل از ۵۴ انجمن می‌باشد که در بر دارنده ۵۰ ایالت به اضافه ناحیه کلمبیا و پورتوریکو می‌باشد. این اعضا به عنوان یک گروه، قوانین و مقررات را وضع کرده و برنامه‌های عملی قانونی را برای پرستاران تبیین می‌نمایند. دیگر انجمن پرنفوذ پرستاری، انجمن ملی پرستاری می‌باشد که در سال ۱۹۵۱ تاسیس شده است. این انجمن یک گروه اجتماعی است که به عنوان اولین گام با تلاش در جهت توسعه خدمات و آموزش پرستاری برای عامه مردم، آنها را به سوی بهداشت و رفاه اجتماعی رهنمون می‌سازد. اعضاء انجمن ملی پرستاری از پرستاران تحصیل کرده، پرستاران تجربی، کمک پرستاران، پزشکان و رؤسای بیمارستان‌ها که همگی نوعی وابستگی حرفه‌ای به پرستاری دارند، تشکیل شده است.

1. Licensed practical nurses
2. Licensed vocational nurses

سطوح آموزشی	آموزش مورد نیاز فراتر از آموزش‌های دیپلمان	دوره تحصیلات	مکان آموزش
دکتری پرستاری (دکتری علوم پرستاری)	۳-۵ سال پس از دریافت لیسانس	برنامه دانشگاهی توأم با کار عملی در طول کلیه سال‌های تحصیلی	دانشگاه
فوق لیسانس پرستاری	دوره ۵-۶ ساله دانشگاهی	یک یا دو سال برنامه دانشگاهی توأم با کار عملی	دانشگاه - بیمارستان و انجمن‌های بهداشت عمومی
لیسانس پرستاری	۴ سال همراه با دوره‌ای تابستانی	۴ سال برنامه آموزش همراه با تجربیات عملی	دانشگاه - بیمارستان و انجمن‌های بهداشتی
دیپلم پرستاری	۲۷ - ۳۶ ماه	۱ سال آموزش دانشگاهی و دو سال تجربه عملی همراه با دوره‌های بالینی	بیمارستان
فوق دیپلم پرستاری	۲ سال	۲ سال برنامه دانشگاهی به همراه تجربه عملی	آموزشکده
پرستار تجربی یا شغلی کم‌تر آموزش دیده	۱ سال	۱ سال برنامه دانشگاهی همراه با تجربه عملی	هنرستان و آموزشگاه حرفه‌ای، و بیمارستان

جدول ۱-۱: شرایط آموزش پرستاران

سازماندهی بخش

نزدیک به ۴۰ تا ۵۰ درصد کارکنان همه بیمارستان‌ها، در بخش‌های پرستاری مشغول فعالیت هستند. بخش پرستاری، به شکل هرمی و به طور کامل، شبیه یک بیمارستان کامل است. مسولیت اصلی با مدیر بخش پرستاری است. مدیر، تحت عناوین مدیر پرستاری، مدیر ارشد پرستاری یا در حال حاضر بیشتر تحت عنوان رییس پرستاری خوانده می‌شود. به طور معمول، مدیران به دلیل توانایی‌های مدیریتی انتخاب می‌شوند. مدیران، اغلب از میان پرستاران با تحصیلات بالا انتخاب می‌شوند. اغلب هر مدیر پرستاری یک یا دو معاون جهت کمک به مدیریت بخش در اختیار دارد. عنوان سوپروایزر، به طور عمده، به پرستاران تحصیل کرده‌ای که بر فعالیت دو یا چند واحد

پرستاری نظارت می‌نمایند، اطلاق می‌گردد. ممکن است سوپروایزر، هدایت و مدیریت بسیاری از فعالیت‌های خدمات پرستاری را در طول عصرها و شب‌ها و یا تعطیلات آخر هفته بر عهده داشته باشد، از همین رو، عنوان سوپروایزر شب، سوپروایزر آخر هفته یا سوپروایزر روز به طور معمول به کار برده می‌شود. وظیفه آموزش بخش پرستاری به یک پرستار که مربی پرستاری تلقی می‌شود، واگذار می‌گردد. این فرد مسول آموزش، آشناسازی و تداوم آموزش ضمن خدمت کلیه کارکنان در بخش پرستاری است. این فرد، اغلب آموزش بیمار را نیز انجام می‌دهد.

همچنین ممکن است بخش پرستاری در امتداد خطوط جغرافیایی سازماندهی شود. مسولیت مراقبت از بیمار در هر کدام از بخش‌های پرستاری به یک منطقه خاص از بیمارستان اختصاص داده می‌شود که تحت عنوان واحد پرستاری و امروزه تحت عنوان واحد مراقبت از بیمار، معروف است. وظایف و مسولیت‌های خاص مورد نیاز برای هر واحد پرستاری به یک مدیر پرستاری تفویض می‌گردد. یک مدیر پرستاری، نظارت بر کارکنان یک واحد و مراقبت از بیماران را بر عهده دارد. این فرد ممکن است تحت عناوین دیگری از جمله مدیر مراقبت از بیمار نیز شناخته شود. این فرد، مسول و پاسخگوی کیفیت مراقبت پرستاری بخش داخلی، جراحی، زایمان، مراقبت‌های ویژه، اورژانس و غیره، کنترل ملزومات و جدول ساعات کاری کارکنان بخش می‌باشد. به طور معمول، یک مدیر پرستاری، گروهی از پرستاران اداری را در اختیار دارد که در واحد مراقبت از بیمار، وظایف خاصی بر عهده دارند.

شمار زیادی از کارکنان پرستاری، شامل کمک پرستاران، منشی‌ها و تکنسین‌ها می‌باشند. این نیروهای کمکی، به طور معمول، یک برنامه کارآموزی در خصوص آشنایی با بیمارستان را پیش از شروع وظایف پرستاری از بیماران، سپری می‌کنند. برخی از ایالات، به یک برنامه رسمی آموزشی و کارآموزی برای کمک پرستاران، نیاز دارند. این افراد نه تنها به فارغ التحصیل شدن از یک برنامه رسمی آموزشی نیاز ندارند، بلکه نیازی به گواهی و پروانه کار هم ندارند. به طور معمول، یک پرستار تحصیل کرده، پرستار اداری یا مدیر پرستاری، وظایف کمک پرستار را تعیین می‌کند.

بسیاری از واحدهای ویژه پرستاری، دارای شمار زیادی از وظایف اداری هستند. کارکنان بخش یا واحد پرستاری که برای انجام خدمات پرستاری منصوب شده‌اند، مقدار زیادی از کارهای اداری همچون هماهنگ کردن گزارشات، دستورات پزشک و دستورات دارویی برای بیماران، پاسخگویی به تلفن، راهنمایی کردن ملاقات کنندگان، درخواست دادن وسایل و ملزومات

بیمارستانی مورد نیاز بیمار و بسیاری از وظایف دیگر را انجام می‌دهند. به طور معمول، این کارکنان، زیر نظر مستقیم یک مدیر پرستاری فعالیت می‌کنند.

واحد مراقبت از بیماران

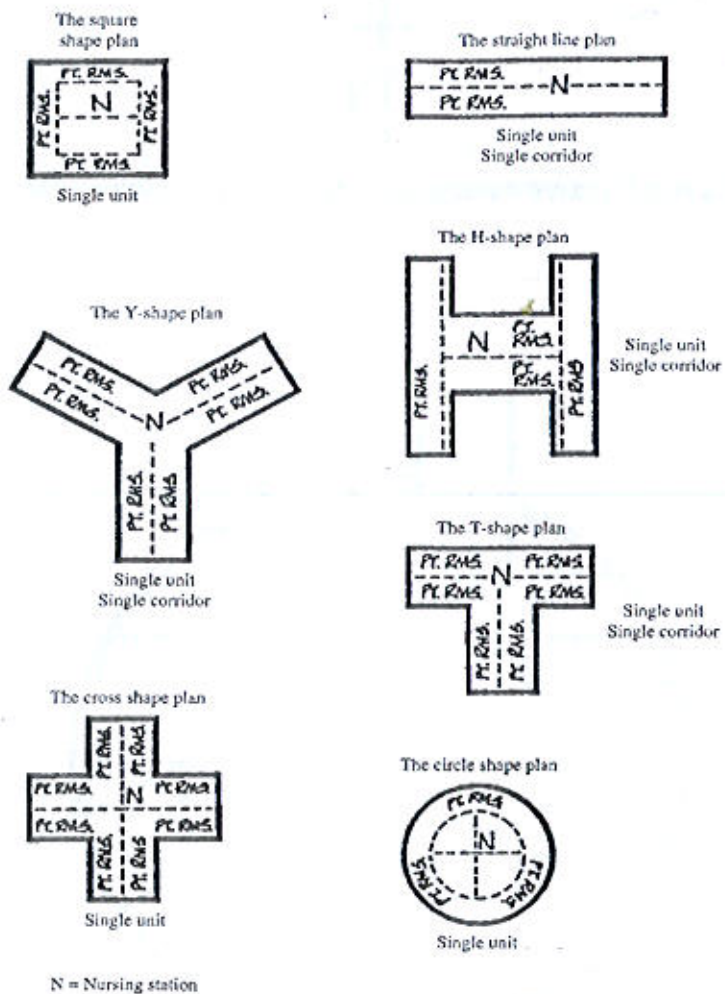
همان گونه که پیش از این گفته شد، مراقبت پرستاری بیمارستان به شکل غیرمتمرکز در واحدهای مراقبت از بیمار یا واحدهای پرستاری، سازماندهی شده‌اند. اندازه واحدهای مراقبت از بیمار متفاوت است. آنها ممکن است خیلی کوچک یعنی واحدهای ۸ تا ۱۰ تختخواهی برای مراقبت‌های خاص، یا خیلی بزرگ یعنی واحدهای ۶۰ تا ۷۰ تختخواهی باشند؛ شاید رایج‌ترین حالت، ۲۰ تا ۴۰ تخت برای یک واحد باشد. بخش‌های پرستاری، به طور معمول، در سه شیفت کاری جهت پوشش ۲۴ ساعته فعالیت می‌کنند. این بخش‌ها، به طور معمول، در قالب شیفت صبح یعنی ۷ صبح تا ۳ بعدازظهر، شیفت عصر یعنی ۳ بعدازظهر تا ۱۱ شب و شیفت شب یعنی از ۱۱ شب تا ۷ صبح روز بعد، فعالیت می‌کنند. بعضی از شیفت‌ها در دو نوبت ۱۲ ساعته یعنی ۷ صبح تا ۷ عصر و ۷ عصر تا ۷ صبح روز بعد، فعالیت می‌کنند.

بیشتر اتاق‌ها، نیمه خصوصی و برای ۲ بیمار در نظر گرفته می‌شوند. در بخش، اتاق‌های خصوصی یا یک تخته نیز وجود دارد. به طور معمول، در هر واحد پرستاری، حداقل یک اتاق یک تخته برای بیماران ایزوله، طراحی و تجهیز می‌شود.

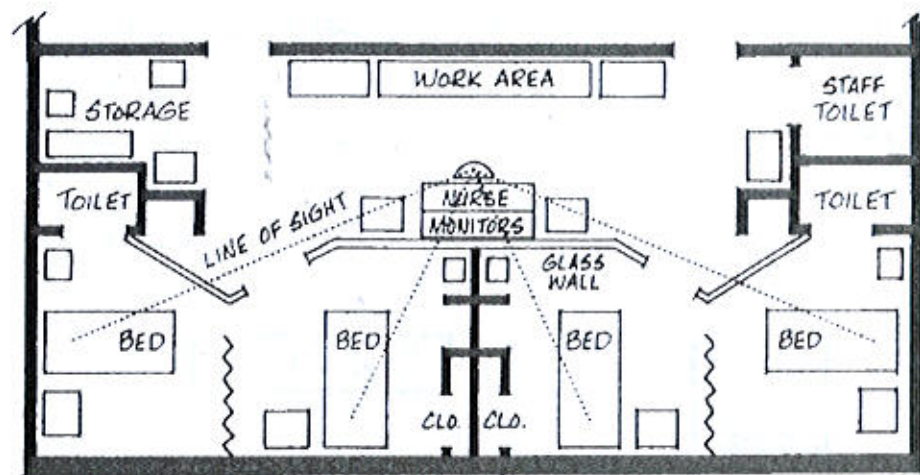
اندازه واحد مراقبت از بیماران و توزیع اتاق‌های یک یا چند تختی، پیش از احداث بخش مورد توجه قرار می‌گیرد. این ملاحظات شامل هزینه ساختمانی بخش، افزایش تجهیزات و میزان زمان خدمات پرستاری مورد نیاز جهت راه اندازی بخش می‌باشد. اگر بخش، بزرگ باشد و اتاق‌های آن از ایستگاه پرستاری دور باشند، کارکنان برای رسیدن به بیمار و ارایه تسهیلات و خدمات به آنان باید به طور مستمر در رفت و آمد باشند.

در این صورت، اگرچه ممکن است بخش دارای ظاهری خوشایند باشد، اما کارائی لازم را نخواهد داشت. طرح‌ها و اشکال متفاوتی برای بخش‌های مراقبت از بیماران وجود دارد. برخی از طرح‌های رایج‌تر واحدهای پرستاری در شکل ۱-۱ نشان داده شده‌اند. اشکال شماره ۱-۲ و ۱-۳، طرح‌های اصلی برای بخش مراقبت‌های ویژه را نشان می‌دهند. اگر از یک طرح دایره‌ای یا مستطیلی استفاده شود، به طور حتم، بیماران از ایستگاه پرستاری قابل رویت می‌باشند. به طور

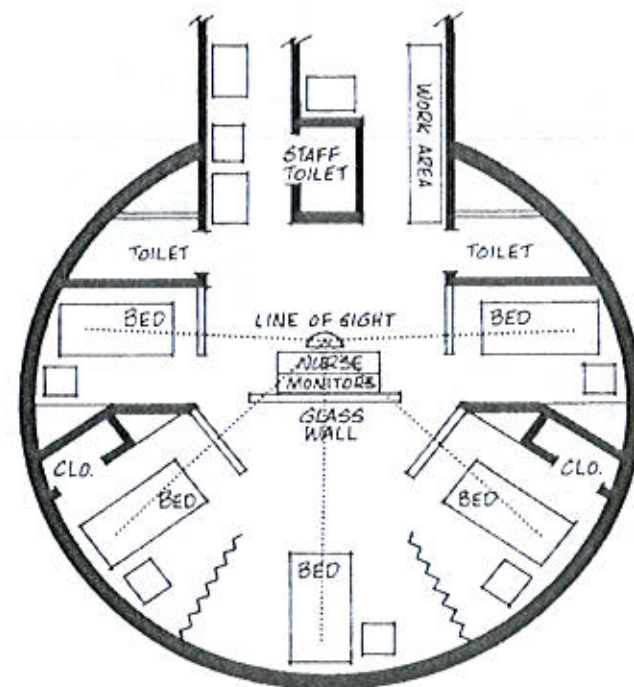
معمول، اتاق بیماران به شکل مکعبی بوده و توسط پرده یا دیوارهای شیشه‌ای از هم جدا می‌شوند. در جاهایی که اتاق بیماران خصوصی یا نیمه خصوصی هستند، اندازه آنها متفاوت است. این امر اغلب از طریق مقررات ایالتی تعیین و ابلاغ می‌شود. نسبت بیمار به پرستار نیز تابع قوانین ایالتی است. به عنوان مثال، در ژانویه سال ۲۰۰۵، ایالت کالیفرنیا، نسبت حداکثر ۵ بیمار به ازای هر پرستار را وضع کرده است.



شکل ۱-۱: اشکال مختلف پلان‌های اصلی بخش همراه با طرح‌های جایگزین



شکل ۱-۲: پلان اصلی ایستگاه پرستاری در وضعیت مربع شکل



شکل ۱-۳: پلان اصلی ایستگاه پرستاری در وضعیت دایره‌ای شکل

سایر اجزای واحد مراقبت از بیماران

در میان کلیه قسمتهای اساسی که در واحدهای مراقبت از بیماران وجود دارد، ایستگاه پرستاری مهم‌ترین بخش و مرکز ثقل فعالیت‌های مدیریتی است، به طور معمول، ایستگاه پرستاری مکانی است که پرستاران مدارک خود را در آن جا نگهداری می‌کنند و این قسمت در مرکز واحد پرستاری، جهت انجام کلیه فعالیت‌های پرستاری استقرار یافته است.

در یک واحد پرستاری، یک اتاق دارو وجود دارد. هر واحد پرستاری دارای یک اتاق تجهیزات است. این اتاق، یک فضای کاری است که وسایل نظافت، تجهیزات و لوازم استفاده شده با کثیف که توسط بیماران مورد استفاده قرار گرفته است، در آن نگهداری می‌شود. با توجه به روش توزیع غذا که توسط بخش تغذیه بیمارستان ارایه می‌شود، به طور معمول، یک آبدارخانه کوچک یا گاهی حتی یک آشپزخانه بزرگ در واحد مراقبت از بیمار وجود دارد. اگر غذا پیش از آمدن به بخش مراقبت از بیمار بسته بندی شود، یک آبدارخانه کوچک کفایت می‌کند. اگر غذا به شکل فله‌ای و بسته بندی نشده در بخش مراقبت از بیمار توزیع گردد، ممکن است یک آشپزخانه بزرگ مورد نیاز باشد. همچنین، یک اتاق استراحت جهت پرستاران برای صرف صبحانه، ناهار، کسب آموزش ضمن خدمت و ارایه گزارش‌های مربوط به تغییر شیفت وجود دارد. اتاق‌های دیگری که احتمال دارد در بخش مراقبت از بیماران ایجاد شود، شامل قسمت سرویس‌های بهداشتی، اتاق مشاوره پزشکان و خانواده بیماران و اتاق معاینات می‌باشد. همچنین، ممکن است بعضی از بخش‌ها، فضای مناسبی برای نشستن و ملاقات کردن کنندگان با بیماران در خارج از اتاق هایشان داشته باشند.

بخش‌های مراقبت خاص

بخش مراقبت‌های خاص دارای تجهیزات مدرن پزشکی، تکنولوژی پیشرفته و توسعه یافته است. در دهه گذشته، بخش مراقبت‌های خاص به طور همه جانبه رشد کرده است. ممکن است بیمارستان‌های مدرن امروزی برای مدیریت بیماران خاص و صدمه دیده تسهیلات ویژه متنوعی داشته باشند. ممکن است این تسهیلات شامل واحد مراقبت‌های ویژه جهت انجام مداوا و جراحی، واحد مراقبت‌های ویژه قلبی، همودیالیز یا مراکز دیالیز کلیوی، واحدهای بستری بیماران روانی، واحدهای بستری بیماران الکلی و آلوده به مواد مخدر، بخش کودکان و تسهیلات پرستاری

پیشرفته جهت ارزیابی مراقبت‌های طولانی مدت باشند. لازم نیست یک بخش ویژه حتماً در بیمارستان مستقر باشد بلکه ممکن است در قالب یک برنامه مراقبت خانگی - بیمارستانی با یک آسایشگاه بنا شده باشد.

بخش‌های مراقبت ویژه

رایج‌ترین نوع بخش مراقبت‌های خاص در بیمارستان، یک بخش عمومی داخلی - جراحی تحت عنوان بخش مراقبت‌های ویژه (ICU) می‌باشد. بخش‌های مراقبت ویژه جهت برآورده کردن نیازهای درمانی بیماران بستری شده و پزشکان مرتبط با آنها احداث می‌شوند. هدف این بخش‌ها، مدیریت بیماران بحرانی و شدیداً بیمار و ناخوش است که در وضعیت بالینی ناپایدار قرار داشته و نیازمند نظارت ویژه هستند. بخش مراقبت‌های ویژه^۱ (ICU)، هم بیماران نیازمند به جراحی و هم بیماران عادی را مدیریت می‌نماید. به عنوان مثال، بیماران بخش مراقبت‌های ویژه، می‌توانند بیماران در حالت اغما، بیماران سکنه مغزی یا افرادی با نارسایی قلبی، عفونت‌های جدی، مشکلات تنفسی و از این قبیل باشند. ایجاد بخش‌های مجزا برای مراقبت‌های ویژه، یک گام مهم برای ایجاد مراقبت‌های مدرن بیمارستانی است. با استقرار منابع بیمارستانی در یک بخش خاص، ارزیابی مراقبت‌های مناسب و با کیفیت، بسیار آسان‌تر خواهد بود. در بخش مراقبت‌های ویژه، نه تنها تجهیزات و امکانات مناسب در دسترس خواهد بود بلکه یک کادر پرستاری متمرکز نیز مورد استفاده خواهند بود به شکلی که حتی گاهی یک پرستار به ازای هر بیمار وجود دارد. ممکن است، این کادر پرستاری از آموزش‌های مورد نیاز در زمینه مراقبت‌ها در بیمارستان برخوردار باشند و تجربه کاری بالایی در خصوص مراقبت پرستاری در زمینه جراحی یا داخلی داشته باشند.

یک شاخه خاص از بخش مراقبت‌های ویژه، واحد مراقبت‌های ویژه نوزادان می‌باشد که در مدیریت مشکلات مهم سلامتی در نوزادان جایگاه خاصی دارد. مراقبت از نوزادان بیمار، مستلزم وجود پزشکان و پرستاران آموزش دیده می‌باشد. بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان، در مراقبت از نوزادان نارس، بسیار موفق بوده است.

1. Intensive Care Unit

بخش‌های مراقبت قلبی

بخش مراقبت‌های ویژه در بیمارستان‌ها، باعث به وجود آمدن بخش مراقبت‌های قلبی شد. مصرف کنندگان و مشتریان عادی مراقبت‌های بهداشتی و درمانی ممکن است با بخش‌های مراقبت‌های قلبی کاملاً آشنا و مألوف باشند، چرا که شهرت و محبوبیت این بخش‌ها بسیار افزایش یافته است. امروزه تقریباً تمامی بیمارستان‌های عمومی و جراحی در ایالات متحده، دارای واحدهای مراقبت‌های قلبی می‌باشند، گرچه ممکن است در یک بیمارستان، تسهیلات مراقبت‌های قلبی در بخش مراقبت‌های ویژه باشد.

بخش‌های مراقبت‌های قلبی برای بیماران قلبی، همان کاری را انجام می‌دهند که بخش‌های مراقبت‌های ویژه برای بیماران بدحال جراحی و عمومی انجام می‌دهند. بخش مراقبت‌های قلبی، تاثیر قابل توجهی در بقا و حفظ حیات بیماران دارد.

خدمات مناسب‌تر در بخش مراقبت‌های قلبی و مراقبت‌های بهتر در زمینه پیشگیری، منجر به کاهش مرگ و میرهای قلبی که پس از سرطان دومین علت مرگ و میرها می‌باشند، گردیده است. حضور یک متخصص قلب تمام وقت، پاره وقت یا گردشگری جهت مدیریت بخش‌های مراقبت ویژه و مراقبت قلبی، امری بسیار رایج است. پزشکان عمومی حاضر در بیمارستان، بیماران خود را تحت مراقبت قرار می‌دهند. اما، به دلیل حضور متخصص، پزشکان عمومی دیگر کنترل کامل و جامعی بر روی بیماران خود ندارند. بیماران باید بدانند که مراقبت از آنها و ارزیابی خدمت به آنها، مسولیت مشترک این دو واحد (مراقبت‌های ویژه و قلبی) می‌باشد.

نقش پرستار در این بخش‌ها بسیار حیاتی است. یک پرستار باید ناظری باهوش بوده و قادر به تفسیر و درک تغییرات در بیماران باشد. ممکن است یک پرستار مجبور باشد در شرایط بحرانی، بیماری را تشخیص و مراقبت‌های فوری را به بیماران ارائه نماید. یکی از اهداف اولیه بخش مراقبت‌های قلبی، تشخیص هر چه سریع‌تر علائم اولیه ناراحتی قریب الوقوع قلبی است که این موضوع می‌تواند به درمان بیمار، پیش از بروز سکنه قلبی بیانجامد.

بخش‌های مراقبت خاص غیرحاد

انواع مختلفی از بخش‌های مراقبت خاص وجود دارد که برای شرایط و موقعیت‌های تهدید کننده زندگی، طراحی شده‌اند. یکی از بهترین نمونه‌ها، مراکز دیالیز بیماران کلیوی است که تعداد

آنها در دهه گذشته رو به افزایش گذاشته است. این مراکز، با استفاده از ماشین کلیه مصنوعی، بیمارانی را که فعالیت کلیه آنها متوقف شده است، تحت مراقبت قرار می‌دهند. این مراکز برخلاف بخش مراقبت‌های ویژه و قلبی، نیازهای مراقبتی طولانی مدت بیماران را تامین می‌کنند. از دیگر بخش‌های مراقبت خاص غیرحاد می‌توان به بخش‌های بستری بیماران روانی و بخش بیماران الکلی و معتاد به مواد مخدر اشاره کرد.

مراکز ارایه مراقبت‌های طولانی مدت

همزمان با افزایش جمعیت سالمندان و نیز شمار بیماران نیازمند به مراقبت در خانه که به تازگی از بیمارستان ترخیص شده‌اند، بسیاری از بیمارستان‌ها در برنامه‌های مراقبت طولانی مدت فعال شده‌اند. روز به روز بر شمار بیمارستان‌های دارای تخت‌ها و امکانات ارایه مراقبت‌های طولانی مدت و یا مراکز پرستاری مبتنی بر بیمارستان در کنار بیمارستانها، افزوده می‌شود. این امر می‌تواند یک راهکار مناسب برای کمک به ترخیص بیماران از یک مرکز ارایه مراقبت‌های حاد باشد.

بیماران در این مراکز به طور معمول، از سکنه قلبی، حوادث و اتفاقات‌های شدید مربوط به ارتوپدی و یا بیماری‌های شدید بهبود می‌یابند.

به طور کلی دو نوع مشخص از خانه‌های سالمندان با دو نوع مراقبت وجود دارد: (۱) تسهیلات و مراکز ارایه مراقبت پرستاری بلندمدت^۱ و (۲) تسهیلات و مراکز پرستاری سطح پایین‌تر که به مراکز ارایه مراقبت پرستاری و توانبخشی میانی^۲ معروف می‌باشند.

روش‌های ارایه مراقبت پرستاری

امروزه ۴ روش کاربردی ارایه مراقبت‌های پرستاری رایج است که عبارتند از: (۱) پرستاری موردی، (۲) پرستاری وظیفه‌ای، (۳) پرستاری تیمی، (۴) پرستاری مراقبت‌های اولیه

(۱) پرستاری موردی

روش پرستاری موردی یکی از قدیمی‌ترین انواع مراقبت پرستاری است. در این روش پرستار،

1. Skilled Nursing Facilities (SNFs)
2. Intermediate Care Facilities (ICFs)

به طور انفرادی مراقبت از بیمار را طرح ریزی و اداره می‌کند. این روش بر اساس اصل یک به یک انجام می‌شود. روش موردی سال‌ها در بخش‌های مختلف پرستاری ادامه داشته است. امروزه، این مدل در مدارس پرستاری مورد استفاده قرار می‌گیرد چرا که به دانشجویان پرستاری این امکان را می‌دهد که در قالب یک نظام ایده آل، مراقبت از بیمار را فرا بگیرند. همچنین این مدل در مراکز مراقبت‌های حاد همچون مراقبت‌های ویژه نیز به کار می‌رود و ممکن است در موقعیت‌های خاص به شکل بخش پرستاری عمومی در مراکز پرستاری خصوصی مورد استفاده قرار گیرد.

(۲) پرستاری وظیفه‌ای

در این روش که از دهه ۱۹۲۰ شروع و تا دهه ۱۹۴۰ ادامه یافت، پرستاران از تحقیقات و توسعه در بخش صنعت همچون رویکرد خط مونتاژ جهت تولید که توسط هنری فورد^۱ و سایر صنعت‌گران مورد استفاده قرار گرفت، آگاهی یافتند. سپس پرستاران، مطالعات حرکت و زمان را در وظایف خود استفاده نمودند. به طور کلی، پرستاری وظیفه‌ای، یک سازمان هرمی شکل را برای تقسیم کار مورد استفاده قرار می‌دهد. بر اساس این نوع سازماندهی، جنبه‌های فنی و تکنیکی هر یک از مشاغل پرستاری تعیین می‌شود و به هر یک از اعضای بخش، بر اساس این مهارت‌ها و تخصص‌های فنی، وظایف خاصی جهت انجام داده می‌شود. به عنوان مثال، ممکن است یک پرستار مسول تحویل دارو شود و دیگری، همه امور مربوط به معالجه و درمان را انجام دهد و ممکن است سومی، فشار خون و دمای بدن همه بیماران را اندازه‌گیری نماید و چهارمی، بیمارانی را که قرار است تحت عمل جراحی یا تصویر برداری قرار گیرند، آماده کند. همه پرستاران می‌توانند استحمام بیماران را انجام داده، تخت آنها را آماده کنند و در جهت برآورده ساختن نیازهای عاطفی و روانی بیمار تلاش نمایند. وظایف ساده‌تر به پرستاران کمتر آموزش دیده و وظایف پیچیده‌تر به پرستاران آموزش دیده واگذار می‌شود. پرستاری وظیفه‌ای اغلب در شیفت‌های عصر و شب که میزان خدمات به تدریج کاهش می‌یابد، مورد استفاده قرار می‌گیرد.

(۳) پرستاری تیمی

پرستاری تیمی در حول و حوش جنگ جهانی دوم، زمانی که تعداد پرستاران آموزش دیده به

1. Henry Ford

شدت کاهش یافت، شروع شد. بیمارستان‌ها با توجه به نبود پرستاران آموزش دیده مجبور شدند از تکنسین‌ها، پرستاران تجربی و کمک پرستاران استفاده کنند. پرستاران کم‌تر آموزش دیده اغلب تحت نظارت پرستارانی قرار می‌گرفتند که بیشتر آموزش دیده بودند و به عنوان رهبر تیم محسوب می‌شدند. از این تیم خواسته می‌شد تا به گروهی از بیماران بخش پرستاری، خدمات ارائه کنند. در شرایط ایده آل، رهبر تیم، آماده‌ترین فرد به حساب می‌آمد و از وی انتظار می‌رفت تا برنامه‌های سازماندهی مراقبت‌ها و ارائه خدمات پرستاری را برای هر کدام از بیماران که به این تیم اختصاص می‌یافت، تسهیل نماید. پرستاری تیمی به خوبی در ساختار هرمی شکل سازمان بیمارستان جای می‌گیرد.

۴) پرستاری مراقبت‌های اولیه

پرستاری مراقبت‌های اولیه برخی از ویژگی‌های پرستاری موردی را داراست، به طوری که در این روش، یک پرستار آموزش دیده به یک بیمار ارائه خدمت می‌نماید. اما، برخلاف روش پرستاری موردی، پرستار اختصاص یافته برای بیمار، تنها برای یک شیفت کاری مسولیت ندارد. پرستار مراقبت‌های اولیه، مسولیت مراقبت ۲۴ ساعته و هفتگی از بیمار را بر عهده دارد. این مسولیت پرستار مراقبت‌های اولیه، برای ارزیابی نیازهای پرستاری یک بیمار می‌باشد. پرستار مراقبت‌های اولیه با سایر مشاغل بهداشت و درمان از جمله پزشکان همکاری داشته و برنامه مراقبت پرستاری را برای آنچه او در مقابل آن مسول و پاسخگو می‌باشد، برنامه ریزی می‌کند. پرستار مراقبت‌های اولیه، کلیه نیازهای مراقبتی بیمار همچون استحمام و تغذیه و نیز نیازهای تخصصی بیمار، همچون درمان را تامین می‌نماید.

ممکن است پرستار مراقبت‌های اولیه، مسولیت‌های مشخصی برای اجرا بر عهده داشته باشد که در شیفت‌های کاری دیگر برنامه ریزی شده است، اما این مسولیت از طریق سایر برنامه‌های مراقبت پرستاری از جمله یادداشت‌ها و موارد ثبت شده انجام می‌شود. برنامه مراقبت به هیچ عنوان توسط سوپروایزر یا شخص ثالثی انجام نمی‌شود، از این رو یک جزء مهم در پرستاری مراقبت‌های اولیه، وجود سه ویژگی برای پرستار است: یک پرستار مراقبت‌های اولیه برای مراقبت از بیمار باید دارای آزادی عمل، اختیار و مسولیت باشد.

اصطلاحات و استانداردها

درک صحیح و دقیق این موضوع که به هنگام تدوین جدول نیروی انسانی و مالی بخش

پرستاری، کدام استانداردها مورد استفاده قرار می‌گیرند، یک فاکتور اساسی در خدمات پرستاری است. یک استاندارد یا یک حد مطلوب در خدمات پرستاری عبارت است از: زمان و منابع مورد نیاز و مطلوب برای هر بیمار در طول ۲۴ ساعت به منظور ارائه نوعی از خدمات که مناسب تشخیص داده می‌شود. انجمن بیمارستان‌های آمریکا و انجمن ملی پرستاری، در اوایل سال ۱۹۵۰، استانداردهای مختلفی برای خدمات پرستاری ارائه نمودند. مدیران پرستاری باید به سؤالاتی نظیر سؤالات زیر پاسخ دهند:

آیا نسبت پرستاران ماهر و تحصیل کرده به سایر پرسنل بخش کافی است؟ آیا تعداد پرستاران پروانه دار بیش از تعداد مورد نیاز است یا کم‌تر از حد نیاز؟ آیا راه دیگری برای تقسیم کار به منظور بهبود عملکرد مالی وجود دارد؟ مدیران امور مالی باید بدانند، زمانی که هزینه‌های خدمات پرستاری کم و از بودجه پایین‌تر است، ممکن است یک توجه دقیق‌تر به الگوهای نیروی انسانی بخش پرستاری لازم باشد و احتمالات زیر باید مد نظر قرار گیرند:

۱) شاید دانشجویان پرستاری به جای پرستاران رسمی به کار گرفته شده باشند.

۲) شاید پرستاران به سایر مراکز هزینه^۱ جذب شده و به جای کارکنان قانونی پرستاری به کار گرفته شده باشند.

۳) شاید در زمان تدوین بودجه، اطلاعات کافی در دسترس نبوده است.

۴) شاید بخش پرستاری قادر به هزینه کردن در تمام ردیف‌های مالی در نظر گرفته شده.

۵) شاید پرسنل پرستاری به وظایف خود به طور کامل عمل نمی‌کنند. برای تجزیه و تحلیل کلیه این ابعاد خاص، یک مدیر امور مالی باید درک صحیحی از تعاریف و اصطلاحاتی که در حوزه خدمات پرستاری به طور کامل، مورد پذیرش می‌باشند، داشته باشد. بیمار باید بتواند به یک استاندارد منطقی مراقبت اعتماد کند، عبارتی، وی باید مطمئن باشد که مراقبتی که ارائه دهندگان بیمارستانی ارائه می‌دهند، استانداردهای منطقی و نیازهای قانونی بیمار را تامین خواهد نمود.

تامین نیروی انسانی

تامین نیروی انسانی بخش پرستاری، حاصل تعیین تعداد مناسب پرسنل پرستاری معادل تمام

1. Cost centers

وقت^۱ از طریق جذب هر کدام از سطوح پرستاری (پرستاران تحصیل کرده، پرستاران دارای پروانه و کمک پرستاران) برای اداره مناسب هر کدام از بخش‌های پرستاری است. وجود تفاوت‌های عمده در سطوح مراقبت‌های پرستاری مورد نیاز برای بیماران مختلف و نیز نیازهای شغلی فراوان در یک بخش پرستاری، تامین نیروی انسانی بخش پرستاری را به یک چالش عمده تبدیل کرده است. راه حل تعیین تعداد نیروی انسانی و نوع ویژگیها و شرایط لازم برای آنها، با استفاده از سیستم‌های تعیین شدت بیماری بیمار، مشخص می‌گردد.

سیستم‌های تعیین شدت بیماری بیمار، بیماران را به گروه‌های مراقبتی تقسیم نموده و میزان خدمات پرستاری مورد نیاز را تعیین می‌نماید. به طور کلی، نیازهای آموزشی، اجتماعی، روانی، فنی و فیزیکی بیماران به طور اتوماتیک در سطوح معین، ارزیابی می‌شوند.

سیستم طبقه بندی رایج عبارت است از یک فهرست از شاخص‌های حیاتی یا شاخص‌های بیماری همچون کاهش علائم حسی، اکسیژن درمانی و درمان جراحی که به طور جداگانه درجه بندی شده و سپس جهت تعیین نوع مراقبت، جمع‌بندی شده‌اند. دسته بندی مراقبت‌ها، شامل مراقبت‌های روتین، مراقبت‌های متوسط و مراقبت‌های کامل و مراقبت‌های دایمی می‌باشند.

بسیاری از سیستم‌های تعیین شدت بیماری به صورت کامپیوتری درآمده‌اند. در چیدمان نیروی انسانی، تفاوت‌های فصلی، هفتگی و روزانه باید مورد توجه قرار گیرند. ممکن است بیمارستان‌ها جهت تکمیل نیروی پرستاری تمام وقت خود و برای رفع نیازهای مراقبتی از پرستاران گردش، کارکنان پرستاری پاره وقت و پرستاران قراردادی استفاده نمایند.

جدول زمانی

زمانی که بخش پرستاری جهت استفاده از استانداردهای تامین نیروی انسانی واحد پرستاری موافقت نمود و مدیریت پرستاری باشیوه پرستاری (نحوه خدمات پرستاری) که برای بیمارستان بهترین حالت است، موافقت کرد، چالش فرا روی خدمات پرستاری این است که جدول زمانی کادر پرستاری برای ارائه خدمات ضروری به بیمار به شکلی تهیه شود که بیماران خدمات مورد نیاز خود را سر وقت دریافت کنند. جدول زمانی کادر پرستاری مشخص می‌نماید که هر کدام از

1. Full-time equivalent nursing personnel (FTEs)

اعضای کادر پرستاری چه زمانی و در چه شیفتهای برای انجام وظیفه در محل خدمت، حاضر خواهد بود. جدول زمانی باید تعطیلات آخر هفته، توان کاری افراد و نیاز پرستاران به مرخصی و استراحت را مدنظر قرار دهد. به طور کلی، جدول زمانی برای یک دوره زمانی ۴ تا ۶ هفته‌ای تنظیم می‌شود و اغلب متناسب با هر کدام از واحدهای خاص پرستاری است. سه رویکرد رایج برای تهیه جدول زمانی کار پرستاری مورد استفاده قرار می‌گیرد؛ سنتی، گردش و سنتی تنظیم شده به کمک کامپیوتر.

جدول زمانی سنتی

در جدول زمانی سنتی، جدول کار پرستار در هر دوره کاری به اجرا در می‌آید (به عنوان مثال هفتگی یا ماهانه). مدیر پرستاری، جدول زمانی را با استفاده از کامپیوتر، یا قلم و کاغذ و با توجه به لیست افرادی که برای انجام وظیفه در زمان‌های خاص و برای مواقع خاص در دسترس می‌باشند، تنظیم می‌نماید. بخش عمده‌ای از مسولیت بر عهده مدیر پرستاری است تا کمیت و کیفیت پوشش خدمات در واحد پرستاری را تضمین نماید. بزرگ‌ترین امتیاز این رویکرد، انعطاف پذیری آن است. پرستاران به سرعت قادر به تطابق با تغییرات محیط در بخش مراقبت از بیماران می‌باشند. بعضی از نقاط ضعف جدول زمانی سنتی شامل ناهماهنگی در ارائه خدمات در زمان‌های خاص و کیفیت نابرابر در پوشش خدمات می‌باشد.

اگر خط مشی‌ها در مدیریت پرستاری، برخی انعطاف پذیری‌ها در فرآیند را نداشته باشند، تامین نامناسب نیروی انسانی نیز باعث به حداکثر رسیدن هزینه و از سوی دیگر، به حداقل رسیدن مراقبت از بیمار می‌گردد.

جدول زمانی گردش

جدول زمانی گردش روشی است که یک دوره زمانی خاص، شاید ۱ تا ۳ ماه را پوشش می‌دهد. این دوره، مقطعی از یک سیکل یا دوره زمانی است. زمانی که پرستار موافقت خود را برای دوره معین اعلام می‌کند، جدول زمانی گردش صرفاً دوره به دوره تکرار می‌شود. امتیاز جدول زمانی گردش این است که این روش، یک پوشش برابر و منظم همراه با کیفیت بالا برای خدمات تعیین شده جهت هر واحد پرستاری را ارائه می‌نماید.

درخواست‌های خاص باعث ایجاد اختلال در پوشش‌ها می‌گردد که می‌تواند روی کیفیت

تامین نیروی انسانی تاثیر بگذارد. نقطه ضعف عمده جدول زمانی گردش آن است که این روش در مقایسه با روش سنتی غیرقابل انعطاف بوده و قادر به تطبیق سریع با تغییرات محیطی واحدهای پرستاری نمی‌باشد. توانایی انطباق بسیار حائز اهمیت می‌باشد چرا که تغییر، ویژگی بسیاری از واحدهای پرستاری است. محیطی که در آن، استفاده از چنین جدول زمانی، بهترین انتخاب به نظر می‌رسد محیطی است که در آن شمار بیماران و نیازهای آنان یکسان بوده و نیز پرستاران تا حدودی ثابت هستند و بین شیفت‌ها گردش نمی‌کنند. پرستاران جدید می‌توانند در برخی از قسمت‌های خالی برنامه گردش با کم‌ترین مشکل به کار گرفته شوند.

جدول زمانی سنتی تنظیم شده به کمک کامپیوتر

سومین رویکرد برای زمان بندی، با استفاده از کامپیوتر و برنامه ریزی مبتنی بر ریاضی جهت کمک به زمان بندی سنتی بهره می‌برد. این روش، انعطاف پذیری بیشتری داشته و همچنین باعث کاهش هزینه‌های ناشی از عملیات محاسبه و زمان بندی جدول کار می‌گردد. کامپیوتر تا حدودی فرآیند زمان بندی را متمرکز می‌نماید. اگر مدل‌های ریاضی به خوبی و به تناوب استفاده شوند، کامپیوتر قادر به تهیه جدول زمانی با کیفیت بالا خواهد بود. همچنین، این روش ترکیب خط مشی‌های استاندارد پرستاری در چهارچوب برنامه زمانی را تسهیل خواهد کرد و خط مشی‌ها می‌توانند در تمام بخش‌های پرستاری به طور یکسان اجرا شوند. همچنین، این روش می‌تواند در تمام بخش‌های پرستاری باعث افزایش ثبات گردد. مزیت جدول زمانی سنتی تنظیم شده به کمک کامپیوتر، به طور چشمگیر در وضعیت‌هایی که پرستاران به طور مکرر بین شیفت‌های کاری در گردش می‌باشند و در جایی که محیط‌های پرستاری دچار تغییر مداوم و مکرر می‌باشند، مشاهده می‌شود. جدول زمانی کامپیوتری شده و متمرکز، باعث کاهش اتلاف وقت در تهیه و اجرای جدول زمانی می‌گردد.

پایش از راه دور و دستگاه‌های کنترل کننده کنار تخت

همزمان با رشد سریع فناوری و نوآوری و استفاده از سطوح شدت بیماری بیمار، پرستاران از تجهیزات پایش، کنترل‌های کنار تخت و پرونده‌های کلینیکی اتوماتیک نیز استفاده می‌کنند. ممکن است تجهیزات پایش از راه دور، با توجه به پیچیدگی فعالیت‌ها در بخش، نیازهای بیماران و منابع بیمارستانی، از بیمارستانی به بیمارستان دیگر متفاوت باشد. تجهیزات را می‌توان برای ارزیابی

روتین فشار خون، نبض، تنفس، دمای بدن و سایر شرایط فیزیکی و روانی به کار برد. در بخش مراقبت‌های ویژه، داشتن سیستم‌های هشدار دهنده که پرسنل را از تغییرات حیاتی در وضعیت بیماران آگاه می‌کنند، بسیار اهمیت دارد. انواع تجهیزات پایش بیماری‌های قلبی از جمله تجهیزات بصری نشان دهنده ریتم‌ها و ضربان قلبی در کنار تخت بیمار که با امکانات اندازه گیری جریان کار قلب، توأم با هشدارهای سمعی و بصری تجهیز شده‌اند، قلب‌های مصنوعی با کنترل‌های دسنی و یا اتوماتیک و دستگاه ثبت الکتروکاردیوگراف می‌باشند. در ایستگاه پرستاری به طور معمول، یک صفحه مرکزی که شامل کنترل کننده وضعیت ضربان قلب بیماران همراه با علائم هشدار دهنده سمعی بصری می‌باشد، وجود دارد.

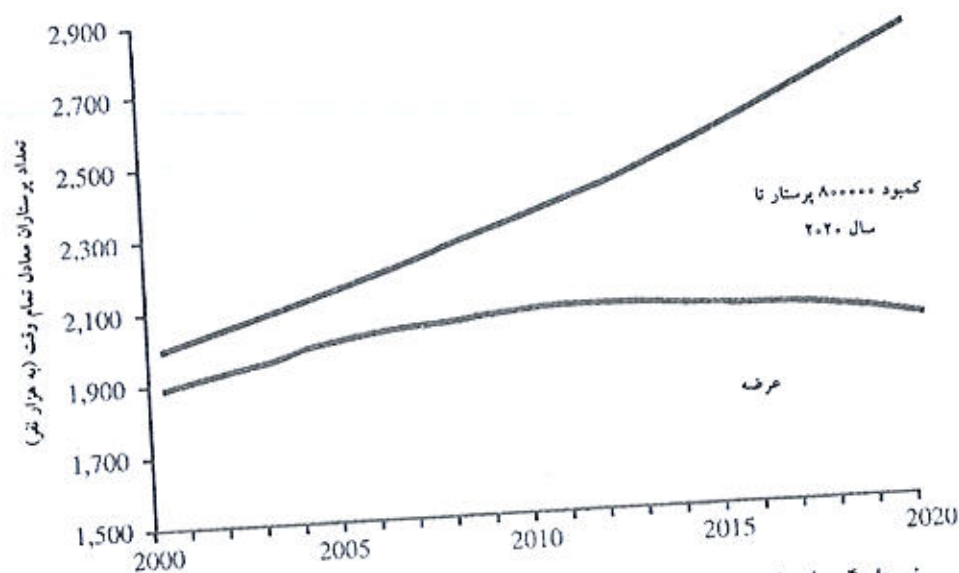
برخلاف تجهیزات پایش از راه دور، کنترل کننده‌های کنار تخت در تعاملات پرستار با بیمار دخیل هستند. پرستاران به طور مستقیم داده‌های کلینیکی بیماران را به کامپیوترهای کنترل کننده کنار تخت آنها، وارد و یا اصلاح می‌کنند. داده‌ها، ممکن است شامل علائم حیاتی، نتایج آزمایشات و دستورات دارویی باشند. با استفاده از کنترل کننده‌های کنار تخت، پرستاران کارایی بیشتری داشته و دقت بیشتری جهت مراقبت از بیماران و سایر وظایف پرستاری خواهند داشت. علاوه بر این با ماشینی کردن داده‌ها در مکر یا محل مراقبت، اطلاعات بیماران از صحت بیشتری برخوردار خواهد شد. در این وضعیت، شکل ایده آل آن است که کنترل کننده‌های کنار تخت به سیستم اطلاعات بیمارستان متصل گردند. این امر، ارتباط بین پرستاران و سایر حرفه‌های بهداشتی وابسته را تسهیل نموده و در نتیجه، مراقبت از بیماران را مناسب‌تر و موثرتر می‌نماید. ماحصل کنترل کننده‌های کنار تخت یک پرونده بالینی اتوماتیک است. این روش، جایگزین پرونده قدیمی بیمار است. داده‌های بالینی بیماران قسمتی از یک سیستم جامع است که دسترسی آسان پرستاران، پزشکان و سایر مشاغل وابسته بهداشتی به اطلاعات را مقدور می‌سازد.

مسایلی پیرامون تامین نیروی پرستاری

به علت تغییرات نیروی انسانی در بیشتر حوزه‌های کشور آمریکا، کمبود در نیروی پرستاری و سایر مشاغل بهداشتی کمکی نیز به وجود آمده است. با توجه به این که بیمارستان، یک صنعت به شدت وابسته به نیروی کار می‌باشد، کمبود نیروی انسانی می‌تواند تاثیر زیادی روی عملکرد بیمارستان داشته باشد. بیمارستان‌ها با استفاده از راهکارهای بدیع با چالش‌های مربوط به نیروی

انسانی مقابله می‌کنند. برخی از این راهکارها عبارتند از: اعطای پاداش، استفاده از مسیر ارتقای شغلی جهت ایجاد انگیزش و اعطای پاداش به پرستاران درگیر در مراقبت مستقیم از بیماران، دادن اجازه به پرستاران جهت انجام بودجه بندی برای بخش خود، توسعه شغلی و آزادی عمل، ارایه آموزش ضمن خدمت و ارایه خدمات مهدکودک. مشکلات پیرامون تامین نیروی انسانی به دلایل زیر برای سال‌های متمادی وجود خواهد داشت: (۱) میانگین سنی پرستاران در ایالات متحده بیش از ۴۰ سال است، (۲) به ازای هر ۸ پرستاری که محل کار خود را ترک می‌کنند، تنها ۵ پرستار وارد محیط کار می‌شوند، (۳) افزایش جمعیت سالمندان که منجر به افزایش نیاز به مراقبت خواهد شد (نمودار ۴-۱).

همان گونه که پیش از این ذکر شد، تاثیر قانون سال ۲۰۰۵ کالیفرنیا که نسبت بیمار به پرستار را ۵ به ۱ تعیین کرده است، نیز قابل توجه خواهد بود. در اینجا سوالی که مطرح می‌شود این است که چند ایالت از این قانون تبعیت خواهند کرد و اگر چنین کاری را انجام دهند، کمبود نیروی انسانی پرستاری حاصل از اجرای این قانون چه قدر خواهد بود؟



نمودار ۴-۱: پیش بینی تعداد کل پرستاران آموزش دیده و تحصیل کرده: تعداد پرستاران معادل تمام وقت موجود در مقابل تعداد پرستار مورد نیاز، ۲۰۰۱-۲۰۲۰

مرور فصل

- ۱- سه روش آموزشی برای اخذ مدرک پرستار تحصیل کرده را نام ببرید.
- ۲- سه نوع مختلف پرستارانی که توسط ایالات متحده به رسمیت شناخته می‌شوند را فهرست کنید.
- ۳- دو روش سازماندهی کارکنان پرستاری بیمارستان کدامند؟
- ۴- انواع بخش‌های مراقبت از بیمار را شرح دهید.
- ۵- چهار روش ارایه خدمات پرستاری را شرح دهید.
- ۶- سه رویکرد رایج تدوین جدول زمانی کار پرستاری کدامند؟
- ۷- پرستاران چگونه از کنترل کننده‌های کنار تخت استفاده می‌کنند؟
- ۸- انواع روش‌هایی که بیمارستان‌ها جهت مقابله با کمبود نیروی پرستاری به کار می‌گیرند، شرح دهید.

- ۹- شما مدیر ارشد اجرایی یک بیمارستان یکصد تختخوابی هستید و از ۴۵۰ نفر پرسنل شما ۲۱۹ نفر پرستار هستند. شما به طور متوسط روزانه ۷۵ بیمار بستری دارید. به علت اپیدمی آنفولانزا، تعطیلات لغو ر یک اتوبوس سرویس نیز خراب است، شما در حال تجربه دو مشکل یعنی هم اشتباه در سرشماری (شما در حال حاضر ۹۴ بیمار دارید) و هم کمبود نیروی انسانی پرستاری (شما در حال حاضر ۱۹۱ پرستار دارید) مواجه هستید. چه برنامه‌ای برای ارایه پرستاری کامل از بیماران و رفع نیازهای ایمنی آنها خواهید داشت؟
- ۱۰- در مورد مزایا و معایب تامین نیروی انسانی بخش پرستاری بر اساس شدت و وخامت بیماری بیماران، بحث نمایید.

بخش پنجم: خدمات تشخیصی - درمانی

فصل یازدهم: خدمات تشخیصی - درمانی^۱ اصلی

واژگان کلیدی

تشخیصی-درمانی	متخصص بیهوشی
سی تی اسکن ^۱	مرکز تصویربرداری سربایی
رضایت نامه جراحی	سیستم های اطلاعات آزمایشگاهی
تصویربرداری به وسیله تشدید میدان مغناطیسی ^۲ (MRI)	تصویربرداری
پزشکی	
پزشکی هسته ای	پرستار بیهوشی
متخصص آسیب شناسی	رادیولوژیست
تکنسین بالینی حرقه ای	ویلهلم رونتگن ^۴
نمونه های جراحی ^۵	اولتراسوند ^۶ (مافوق صوت)

مقدمه

بخش های تشخیصی-درمانی بیمارستان، ممکن است تحت عنوان بخش های خدمات تخصصی هم نامیده شوند. خدمات تشخیصی-درمانی در واقع جهت کمک به پزشک در تشخیص با درمان بیماران می باشند. یک بخش تشخیصی-درمانی، هم یک مرکز هزینه بر و هم یک مرکز درآمدزا (قادر به اخذ صورتحساب از بیماران شخص ثالث بابت خدمات ارائه شده) در درون یک بیمارستان محسوب می شود که بر اساس مقررات و با اصرار به پزشکی نیاز دارد که هم بخش را مدیریت نماید و هم اینکه کلیه پزشکان را هدایت و تحت نظارت خود داشته باشد. به عبارت ساده، آن چیزی که بخش خدمات تشخیصی-درمانی را از سایر بخش های بیمارستان متمایز می نماید، این است که بخش های تشخیصی-درمانی می توانند به طور مستقیم بیمار پذیرش

1. Ancillary services
2. Computerized Tomography(CT)
3. Magnetic Resonance Imaging
4. Wilhelm Rontgen
5. Surgical specimens
6. Ultrasound

نمایند، موجب درآمدزایی بیمارستانی شوند لذا باید تحت نظارت یک پزشک باشند.

بخش‌های تشخیصی-درمانی پیچیده هستند، زیرا ساختار مسولیتی در آنها متفاوت بوده و مجموعه‌ای از تست‌ها و آزمایشات خاص می‌باشند. به طور کلی، این بخش‌ها دارای تجهیزات قابل توجه و پیشرفته و طیف گسترده‌ای از کارکنان فنی و ماهر می‌باشند. فاکتور دیگری که مدیریت این بخش‌ها را پیچیده می‌کند، پرداخت به پزشک است. راه‌های مختلفی برای پرداخت به پزشکی که این بخش‌ها را مدیریت می‌کند، وجود دارد.

ممکن است یک بیمارستان بزرگ دولتی، کلیه بخش‌های تشخیصی-درمانی مورد اشاره در این فصل را داشته باشد و یا ممکن است این بیمارستان، تنها بخشی از خدمات همچون خدمات آزمایشگاه طبی، رادیولوژی (تصویربرداری پزشکی)، فیزیوتراپی، بیهوشی، خدمات تغذیه‌ای، نوار قلب (الکتروکاردیوگرافی، مرکز قلب) و نوار مغز (الکتروآنسفالوگرافی) را داشته باشد. در فصول آینده به برخی جزئیات اشاره خواهد شد و تجزیه و تحلیلی از سه بخش تشخیصی عمده یعنی آزمایشگاه‌های طبی، رادیولوژی و بیهوشی جهت به تصویر کشیدن عملکرد سازمان و چگونگی برقراری ارتباط بین بخش‌های تشخیصی-درمانی و پزشکان و بیماران، ارائه خواهد شد.

بخش آزمایشگاه تشخیص طبی

آزمایشگاه‌های طبی که نام دیگر برای بخش‌های پاتولوژی می‌باشد، دارای پیشینه کمی هستند. با وجود اینکه مدت زمان کوتاهی از ایجاد آنها می‌گذرد، اما رشد بسیار زیادی داشته‌اند. تا پیش از جنگ جهانی اول، بخش پاتولوژی یک بیمارستان خاص، بسیار کوچک و دارای تجهیزات کمی بود. پاتولوژیست‌ها، بیشتر وقت خود را با انجام آزمایشات ساده ادرار و اورولوژی، شمارش گلبول‌های خون و تا حدودی تشخیص‌های شیمیایی و باکتری شناسی می‌گذراندند. فقط تعداد کمی از نمونه‌های جراحی (بافت‌هایی که پزشکان در حین جراحی بر می‌داشتند) آزمایش می‌شدند و تنها شمار اندکی اتوپسی انجام می‌شد. پس از جنگ جهانی اول، بخش‌های آزمایشگاه تشخیص طبی و آسیب شناسی شروع به رشد کردند. پزشکان با استفاده از تجربیات دوران جنگ، به ارزش خدمات پاتولوژی پی بردند و تقاضای ایجاد چنین خدماتی را در بیمارستان‌های شهری مطرح نمودند.

بین سال‌های ۱۸۷۵ و ۱۹۰۰ میلادی، حیطة باکتری شناسی، رشد چشمگیری کرد. در حقیقت،

بیشتر میکروارگانیزم‌های پاتولوژیک مهم شناخته شده به این دوره تعلق دارند. با این وجود، فرآیند باکتری شناسی، از سال‌ها پیش از آن، به طور گسترده مورد استفاده قرار می‌گرفت. از سال ۱۹۳۷، بانک خون به عنوان یک روش مفید در بیمارستان‌ها مورد استفاده قرار گرفت. پس از جنگ جهانی دوم، پیشرفت‌های قابل توجهی به وقوع پیوست. علوم جدید در مورد چگونگی تعیین سلامت و بیماری، به سرعت گسترش یافت. رادیوایزوتوپ‌های تشخیصی، سیتولوژی سلول‌های سطح پوست، بیماری‌های مولکولی، ویروس شناسی عملی و مطالعات فلونورسنت معرفی شدند.

وظایف آزمایشگاه تشخیص طبی

آزمایشگاه تشخیص طبی بیمارستان دارای یک مجموعه وظایف است. هدف اولیه آن تهیه و ارائه اطلاعات به منظور کمک به پزشکان و دیگر اعضای تیم بهداشتی در تشخیص، پیشگیری و درمان بیماری‌هاست. مأموریت اصلی آن به انجام رساندن آزمایشات سیتولوژی، سرولوژی، هیستولوژی، بیوشیمی و باکتریولوژی است.

آزمایشگاه تشخیص طبی، مسول بانک خون نیز می‌باشد. فعالیت‌های بانک خون به عنوان یک خدمت متعارف و مرسوم در بیمارستان، مرتبط با روش‌ها و رویه‌های خونی مانند کراس میچ^۱، تست‌های سازگاری و تهیه و تدارک و ذخیره سازی خون پیش از تزریق، می‌باشد. موضوع مهم دیگری که به بانک خون مربوط می‌شود غربالگری و جداسازی فرآورده‌های خونی آلوده است. یک مسولیت دیگر آزمایشگاه طبی، عملیات مربوط به سردخانه بیمارستان است. وظایف دیگر مرتبط با این بخش، به بزرگی، گستردگی و پیچیدگی بیمارستان ارتباط دارد؛ این وظایف می‌تواند شامل تحقیق و برنامه‌های آموزشی باشند.

یکی از روش‌های مهمی که از طریق آن یک آزمایشگاه کیفیت درمان را بهبود می‌بخشد، ارائه گزارش‌های رسمی به ویژه بر اساس آزمایشات کالبدشکافی و آزمایشات نسوج جدا شده در اعمال جراحی می‌باشد (نمونه‌های جراحی).

1. Cross matching

نوعی آزمایش که در انتقال خون انجام می‌گیرد و عبارت است از آزمایش آگلوتیناسیون گلبولهای قرمز دهنده با سرم گیرنده خون و گلبولهای فرمز گیرنده با سرم دهنده خون.

کمبته نسج به عنوان یک مکانیزم کنترل کیفی کلاسیک عمل می‌کند. به طور معمول، ترکیبی از پاتولوژیست و چند جراح، گزارش نمونه‌های آزمایش را جهت تعیین جراحی‌هایی که به طور غیرضروری انجام گرفته‌اند، بررسی می‌کنند؛ به عنوان مثال، در موردی که آپاندیس حاد تشخیص داده شده است، اما پس از نمونه برداری از بافت مربوطه، نتیجه به تشخیص پاتولوژیست، کاملاً طبیعی، گزارش شده است. اگر چندین مورد از چنین جراحی‌هایی اتفاق بیافتد، ممکن است پزشک جراحی که چنین اعمال جراحی را انجام می‌دهد به گذراندن آموزش‌های بیشتر یا کار تحت نظارت پزشکان دیگر توصیه شده و یا حتی عضویت وی در بیمارستان به حالت تعلیق درآید.

سازماندهی آزمایشگاه تشخیص طبی

این بخش، تحت مدیریت یک متخصص پاتولوژی سازماندهی می‌شود. این پزشک دارای پروانه مجاز در آسیب شناسی تخصصی عملی بوده و به طور معمول، شایستگی دریافت پروانه کار از انجمن پاتولوژی آمریکا^۱ جهت فعالیت در پاتولوژی آناتومیک یا طبی و یا شاید هر دو را دارا می‌باشد. بخش آزمایشگاه تشخیص طبی، به طور طبیعی، می‌تواند به دو دسته عمده یعنی یک قسمت پاتولوژی طبی و یک قسمت پاتولوژی آناتومیک تقسیم شود. آزمایشگاه طبی و خدمات پاتولوژی، ممکن است در دو سطح فعالیت نمایند؛ (۱) آن قسمت‌هایی که به طور مستقیم تحت نظر پاتولوژیست کار می‌کنند و (۲) آن دسته از فعالیت‌هایی که در حوزه مسولیت و نظارت پاتولوژیست قرار دارند اما در واقع زیر نظر تکنسین پزشکی کار می‌کنند. آزمایش کلیه نمونه‌های جراحی (شامل انوپسی، قسمت‌های یخ زده و مشاوره‌های نسج) از وظایف پاتولوژیست می‌باشد. وظایف تکنسین پزشکی، تحت نظارت پاتولوژیست و در زمینه‌های زیر می‌باشد؛ (۱) باکتری شناسی، (۲) بیوشیمی، (۳) بانک خون، (۴) خون شناسی، (۵) آماده سازی نسج، (۶) بانک اعضای بدن، که بعضی از بیمارستان‌ها برای نگهداری اعضای بدن انسان و نسج، جهت جراحی‌های پیوندی نظیر مغز و کلیه هستند، دارا م باشند، (۷) پزشکی هسته‌ای و ایزوتوپ‌ها.

همچنین ممکن است بعضی از بیمارستان‌ها با آزمایشگاه‌های خصوصی خارج از بیمارستان که

1. American Board of Pathology

برای انجام آزمایش‌های پیشرفته به عنوان آزمایشگاه رفرنس با مرجع شناخته می‌شوند، قرارداد منعقد نمایند.

تامین نیروی انسانی آزمایشگاه تشخیص طبی

بیشتر کارکنان آزمایشگاه‌های تشخیص طبی، به طور معمول، تکنسین‌های دارای پروانه پزشکی یا تکنسین‌های آزمایشگاه می‌باشند. یک تکنسین دارای پروانه باید تحصیلات لیسانس خود را در یکی از کالج‌های معتبر یا دانشگاه، توأم با فراگیری و گذراندن دوره‌های علمی ویژه در دانشکده تکنولوژی پزشکی که مورد تایید و تصویب هیات آموزش پزشکی و یکی از بیمارستان‌های وابسته به انجمن پزشکان آمریکا می‌باشد، تکمیل نماید. سپس این تکنسین، باید در آزمونی که توسط انجمن پاتولوژیست‌های طبی آمریکا^۱ برگزار می‌شود شرکت نموده و در آن قبول شود.

سایر پرسنل شاغل در آزمایشگاه طبی شامل تکنسین‌های بانک خون، دستیاران دارای پروانه آزمایشگاهی، تکنسین‌های سلول شناسی، تکنسین‌های بافت‌شناسی و میکروبیولوژیست‌ها می‌باشند. ممکن است برخی از افراد فاقد پروانه کار، در آزمایشگاه‌های طبی فعالیت نمایند. زیرا در برخی از ایالات، نیروی انسانی تحصیل کرده به اندازه کافی وجود ندارد. گاهی به صورت پاره وقت، افرادی با درجه تحصیلی دکتری در رشته‌های علمی ویژه (مانند شیمی) در این بخش‌ها کار کنند.

تعداد پرسنل بخش با توجه به بار کاری، مختلف خواهد بود. بدیهی است بخش‌هایی که به طور چشمگیری با موضوع تدریس و آموزش و تحقیق با تقاضا برای آزمایش‌های مربوط به خارج از بیمارستان درگیر هستند، کارکنان بیشتری را به کار گیرند. یک الگوی خاص برای تامین نیروی انسانی بیمارستان، تنها زمانی قابل تعیین خواهد بود که تجزیه و تحلیل محیطی به انجام برسد و از بار کاری در بیمارستان، آگاهی وجود داشته باشد.

بر اساس مطالعات انجام گرفته، تنها برای تکنسین‌های پزشکی، میانگین بار کاری جهت هر سال پیشنهاد شده است. این مطالعات، نوع آزمایشات را مورد توجه قرار داده و انواع بیمارستان‌ها را از نظر تعداد به کم، متوسط و زیاد تقسیم می‌نماید. تجزیه و تحلیل در خصوص نیروی انسانی و بار کاری، وقتی بسیار حیاتی به نظر می‌رسد که مقدار فضا و تجهیزات لازم برای انجام مناسب

1. American Society of Clinical Pathologists

وظایف آزمایشگاهی مشخص شده باشد. تجربه به همراه وجود روش های خودکار انجام آزمایشات، بیانگر آن است که بر اساس میزان مداخله آزمایشگاه طبی، حجم بالاتری از کار در یک محیط مشابه قابل انجام است.

محل استقرار و تسهیلات فیزیکی آزمایشگاه های تشخیص طبی

تسهیلات آزمایشگاهی زمانی در طبقه همکف و یا طبقه اول مستقر می شدند، به این علت که طبقه اول، قابلیت دسترسی برای بیماران سرپایی که به آزمایشگاه اعزام می شوند را فراهم می کند. اما این وضعیت با به وجود آمدن شرایط آسان برای آزمایش نمونه ها تغییر کرده است. این موضوع برای بیماران بستری جهت ورود به این بخش اهمیت چندانی ندارد، چرا که بیشتر کار آزمایشگاه (یعنی جمع کردن نمونه ها) در بخش های مراقبت از بیماران انجام می شود. در تعیین اندازه فضای نهایی آزمایشگاه، توجه به عملکرد هر واحد فنی که در اینجا منظور میکروبیولوژی، بیوشیمی، هماتولوژی و یا پاتولوژی است، اهمیت دارد. تنها پس از تعیین اندازه هر واحد مورد نظر، طرح های معماری مناسب جهت تکمیل برنامه بخش آزمایشگاه قابل اجرا می باشد. در نظر گرفتن نسبت یک فوت مربع به ازای هر تخت، به عنوان یک راهنما و دستورالعمل، برای تعیین فضای یک آزمایشگاه، کافی نیست. هر طرح و برنامه ای برای یک آزمایشگاه تشخیص طبی، باید مبتنی بر حجم کار در محدوده خاص از آزمایشگاه باشد. به طور مثال، انجام ۴۰۰۰۰ تا ۷۵۰۰۰ آزمایش در آزمایشگاه نیازمند یک فضای بسیار زیاد در آزمایشگاه می باشد. بیمارستان های کوچک (۲۰ تا ۴۰ تختخوابی) ممکن است یک واحد آزمایشگاه داشته باشند. اما انتظار می رود بیمارستان های بزرگ تر بتوانند آزمایشگاه هایی داشته باشند که برای تمام قسمت های فنی نظیر هماتولوژی، اورولوژی، بیوشیمی، بافت شناسی، باکتریولوژی و... واحدهای مجزا احداث کنند. سطوح و قسمت های پشتیبانی مخصوص برای شیشه و لوله شویی و استریلیزاسیون نیز قابل پیش بینی هستند. دفتر پاتولوژیست و قسمت منشی و پذیرش در اتاقک های جداگانه وجود دارند. ممکن است نمونه های آزمایشگاهی، روزانه به طور مستقیم از بخش های مراقبت از بیماران و یا از ایستگاههای طراحی شده مخصوص در قسمت های مختلف بیمارستان نظیر بخش اورژانس دریافت شوند.

سیستم های اطلاعات آزمایشگاه تشخیص طبی

تهیه نتایج آزمایشات در قالب گزارش و ارایه دقیق و مناسب آن به پزشکان و متخصصان

بهداشت و درمان که به آن نتایج نیاز دارند یک امر ضروری است. به طور سنتی، آزمایشگاه ها دارای سیستم گزارش دهی و ثبت و ضبط مدارک به شکل دستی هستند. امروزه، همراه با افزایش تقاضا از آزمایشگاه ها جهت پذیرش بیماران بیشتر و ارایه سریع تر نتایج آزمایشات، بسیاری از بیمارستان ها از سیستم اطلاعات آزمایشگاهی اتوماتیک، استفاده می کنند. یک سیستم اتوماتیک، قادر به ارایه سریع دستورات جهت آزمایش، پیگیری آزمایش و گزارش نتایج آزمایش می باشد. داده های آزمایشگاهی را می توان به صورت منظم تر و به موقع تر ارایه کرد. بنابراین پزشکان، پرستاران، تکنسین های پزشکی و سایر مشاغل کمکی بهداشتی - درمانی، قادر به دسترسی هر چه سریع تر به نتایج آزمایشات، به محض انجام آن ها می باشند. مزایای دیگر شامل کاهش خطاهای گزارش و افزایش دقت و صحت آزمایشات است. همچنین، ممکن است سیستم ماشینی اطلاعات، اقدام به جمع آوری آمارهای درخواستی پزشکان و مطالعه حساسیت و آسیب پذیری بیماران به منظور تعیین مقدار دوز مطلوب دارویی که توسط پزشکان تجویز می شود، بنماید.

علاوه بر مزایای افزایش سرعت، دقت و صحت در گزارش نتایج، سیستم های اتوماتیک، برای ایجاد نظام گزارش دهی اتوماتیک پاتولوژی، گزارش کنترل کیفی و نگهداری اسناد مربوط به کنترل فهرست موجودی، مورد استفاده قرار می گیرند.

بازنگری کیفیت آزمایشگاه

علاوه بر بازنگری کیفیت بیمارستان ها که توسط کمیته مشترک اعتبار بخشی و سازمان های بهداشتی درمانی آمریکا (که در فصل ۲۴ مورد بحث قرار می گیرد) انجام می گیرد، دانشکده پاتولوژیست های آمریکا (CAP)، از برنامه بازنگری کیفی منحصر به خود جهت بررسی آزمایشگاه ها برخوردار است. کیفیت در آزمایشگاه، نه تنها شامل صحت و دقت کار می باشد، بلکه شامل گزارش دهی سریع نتایج به بیماران نیز می گردد. دانشکده پاتولوژیست های آمریکا، داده های مربوط به مصرف و بهره برداری از خون و هزینه را جمع آوری کرده، عملکرد آزمایشگاه را تحلیل نموده و به همراه عملکرد کلی سایر آزمایشگاه ها، گزارش می نماید. بیمارستان ها می توانند عملکرد آزمایشگاه را با توجه به گردش زمانی کار، خطاهای گزارش شده و میزان عفونت های بیمارستانی

ارزیابی کرده و آن را با سایر آزمایشگاه‌ها مقایسه نمایند.

خلاصه: آزمایشگاه تشخیص طبی

آزمایشگاه تشخیص طبی به عنوان یک عنصر اصلی در مراقبت از بیماران بیمارستان شناخته شده است. تست‌های آزمایشگاهی از نظر تعداد، تنوع و پیچیدگی، به سرعت رشد یافته‌اند. همچنین به واسطه این که تشخیص و تحقیق در مراقبت‌های پزشکی به طور فزاینده‌ای گسترش یافته و نیاز به آنها احساس می‌شود، پاتولوژیست بیمارستان به عنوان یک عامل مهم در مراقبت از هر بیمار شناخته می‌شود. به دلیل ماشینی شدن فرآیندها، بیشتر آزمایشات آزمایشگاهی یک روال طبیعی را طی می‌کنند و انجام کار آزمایشات، به تجهیزات مناسبی که می‌توانند شمار زیادی از آزمایشات را در مدت کوتاهی انجام دهند، سپرده شده است.

یک پاتولوژیست، نه تنها نماینده و سخنگوی آزمایشگاه است، بلکه همکار علمی کادر پزشکی نیز محسوب می‌شود. نقش مهم پاتولوژیست در کمیته نسج، ارایه تفسیر و راهنمایی به پزشکان در انجام اقدامات از طریق آزمایشات و فرآیندهای آزمایشگاهی می‌باشد. این بخش و به ویژه پاتولوژیست، عناصر کلیدی در برنامه‌های ارتقای کیفیت بیمارستان می‌باشند.

بخش تصویربرداری

اگر تشخیص، سنگ بنای پزشکی نوین باشد، تصویربرداری پزشکی که پیش از این، بخش اشعه ایکس نامیده می‌شد، اساس تشخیص‌های پزشکی است. رشته رادیولوژی در هشتم نوامبر سال ۱۸۹۵ میلادی، زمانی که ویلهلم رونتگن، محقق باهوش و استاد فیزیک دانشگاه ورزبورگ^۱ آلمان، اشعه ایکس را کشف کرد، حیات خود را آغاز نمود. اخبار این کشف به سرعت گسترش یافت. در طول چند هفته، فیزیکدانان و پزشکان سراسر دنیا انواع مختلفی از اشعه ایکس را تولید کردند. آنان به سرعت از اشعه ایکس در اقدامات پزشکی استفاده کردند. اگر اشعه ایکس به درستی مورد استفاده قرار گیرد، به پزشک ماهر اجازه می‌دهد تا بسیاری از مشکلات پزشکی را که در موقعیت‌های دیگر در بیماران قابل تشخیص نیستند، تشخیص دهد. همچنین، اگر پرتوهای

1. Wurzburg University

رادیواکتیو، به دقت و با دوز مناسب استفاده شوند، به عنوان یک روش درمانی موثر برای بسیاری از بیماری‌ها شناخته می‌شوند. وسایلی همچون دیتاترون‌ها^۱ و سیکلوترون‌ها^۲، که در درمان با اشعه بسیار حایز اهمیت هستند، از پرتوهای اشعه X که به وسیله تیوپ اشعه ایکس تولید و ساطع می‌شوند، به وجود آمده‌اند. این امر، منجر به ایجاد روش دیگری شد که رادیوتراپی یا پرتو درمانی نامیده می‌شود. دستگاه‌های پرتو درمانی نظیر شتاب دهنده‌های خطی، که از شتاب و سرعت زیاد ذره استفاده می‌کنند، در رادیوتراپی به کار برده می‌شوند. پیشرفت چشمگیری در جهت استفاده بیشتر از روش‌های تشخیصی - درمانی رادیولوژی در حال انجام است.

وظایف بخش تصویربرداری

وظایف اصلی بخش تصویربرداری (اصطلاح قدیمی: رادیولوژی) کمک به پزشکان و دیگر اعضای تیم سلامت در تشخیص و درمان یک بیماری از طریق رادیوتراپی، فلوروسکوپی، خاصیت مغناطیسی، رادیوایزوتوپ‌ها و امواج مافوق صوت می‌باشد (به کار بردن عبارت رادیولوژی در بیشتر موارد صحیح نیست چرا که دستگاه‌های MRI در تولید تصویر از امواج الکترومغناطیس به جای امواج رادیواکتیو بهره می‌برند و نیز به طور مشابه دستگاه‌های اولتراسوند یا مافوق صوت از امواج صوتی برای ایجاد تصویر استفاده می‌کنند).

ماموریت یا وظیفه دوم بخش رادیولوژی، مشارکت در تحقیقات پایه‌ای جهت کمک به پیشرفت‌های پزشکی و مشارکت در برنامه‌های آموزشی و ضمن خدمت کارکنان و رزیدنت‌های بیمارستان است. در نهایت، یک بیمارستان، ممکن است در آموزش تکنسین‌های رادیولوژی و سایر متخصصین فنی تصویربرداری مشارکت نماید.

چندین روش خاص یا روش‌های تشخیصی وجود دارند که در بخش تصویربرداری یک بیمارستان مدرن استفاده می‌شوند. فلوروسکوپی روشی است که در آن ساختمان بدن از طریق ارسال اشعه‌های ایکس به قسمت‌هایی از بدن و سپس مشاهده سایه‌های تشکیل شده بر روی پرده

1. Datatrons
2. Cyclotrons

سیکلوترون، دستگاهی است جهت ایجاد شتاب در پروتونها و نوترونها برای تولید انرژی به منظور ایجاد یک میدان الکترومغناطیسی.

فلوئورسنت (پرده تابان) بررسی می‌شود. سینرادیوگرافی^۱ یعنی تبدیل تصاویر پرده فلوئورسنت به تصاویر رادیوگرافی و یا به تصاویر متحرک. استریوسکوپی^۲، روشی است برای گرفتن دو تصویر رادیوگرافی از زوایای مختلف و به وسیله آن، قادر ساختن پزشکان به دیدن ساختمان بدن در تصاویر سه بعدی.

پیشرفت‌ها در حوزه تصویربرداری به دلیل کامپیوتری شدن، باعث استفاده از روش‌هایی با فناوری بالا در بخش رادیولوژی شده است. یکی از اولین موارد استفاده از اشعه ایکس و کامپیوتر، توموگرافی محوری رایانه ای^۳ (CAT یا سی‌تی‌اسکن) می‌باشد. در یک سی‌تی‌اسکن، نقاله و حامل^۴ گردان، با چرخش خود به تیم تصویربرداری اجازه می‌دهد که یک مقطع نازک و باریک از بدن را اسکن نمایند. از این نوع اسکن‌ها به تعداد زیاد (شاید ۱۸۰ مورد) به فواصل بسیار کم از یکدیگر تهیه می‌شود. سپس این تصاویر، جمع آوری و با استفاده از یک رایانه نمایش داده می‌شوند. در حالی که یک تصویربرداری با اشعه ایکس می‌تواند تنها یک شکستگی یا استخوان شکسته را اسکن نماید، ولی یک سی‌تی‌اسکن می‌تواند خونریزی و عفونت را نیز مشخص نماید. برخی از توموگرافی‌های رایانه‌ای که از تصاویر سه بعدی استفاده می‌کنند، قادر به چرخش تصاویر جهت ارایه چشم اندازه‌های مختلف از نسوج هستند.

در حالی که توموگرافی کامپیوتری از امواج رادیواکتیو برای ایجاد یک تصویر استفاده می‌کند، تصویر برداری به کمک امواج الکترومغناطیسی^۵ می‌تواند آناتومی داخل بدن را بدون به کار بردن اشعه‌های یونیزه کننده، در معرض دید قرار دهد. بیمار در درون دستگاهی قرار می‌گیرد که شبیه تونل است. نیروی مغناطیسی شدید باعث چرخش و هم سو شدن پروتون‌ها در مولکول‌های بدن می‌گردد. این حرکت پروتون‌ها موجب آزاد شدن انرژی می‌شود که به وسیله امواج رادیویی اندازه گیری شده و در قالب تصاویر فتوگرافیک واضح از قسمت‌های مختلف بدن رویت می‌شوند. MRI قادر به تولید عکس‌هایی است که تغییرات مغز استخوان و مراحل خونریزی را نشان می‌دهد. همچنین، با استفاده از امواج مغناطیسی به جای امواج رادیواکتیو، تومورها، تاندون‌ها،

1. Cineradiograph
2. Stereoscopy
3. Computerizes axial tomography (CAT)
4. Carriage
5. Magnetic resonance imaging(MRI)

لیگامنت‌ها و غضروف‌ها نیز به وضوح در MRI نشان داده می‌شوند.

هم توموگرافی محوری کامپیوتری و هم تصویربرداری از طریق تشدید میدان مغناطیسی، تنها می‌توانند ترکیب ساختمانی بافت را نشان دهند. یک روش جدیدتر در تصویربرداری وجود دارد که توموگرافی انتشار پوزیترون^۱ نامیده می‌شود که قادر به تهیه تصاویر عملکرد و متابولیک سه بعدی از اندام‌ها می‌باشد. تجهیزات مورد استفاده برای این کار، یک سیکلوترون می‌باشد. این وسیله، رادیو ایزوتوپ‌ها را به منظور تولید تصاویر مقطعی از بدن، به وجود می‌آورد. توموگرافی انتشار پوزیترون به ویژه در تشخیص بیماری‌های عروق کرونر با ارزش می‌باشد چرا که به متخصص قلب اجازه مطالعه بافت‌های قلبی بدون استفاده از روش‌های تهاجمی به ویژه کاتتریزاسیون^۲ قلب را می‌دهد. همچنین توموگرافی انتشار پوزیترون جهت تشخیص حملات قلبی، تومورهای مغزی، صرع، بیماری‌های آلزایمر و شیزوفرنی مورد استفاده قرار گرفته است.

روش دیگری در تصویربرداری وجود دارد که اولتراسوند یا مافوق صوت نامیده می‌شود و از تکنیک داپلر^۳ برای اسکن اندام‌های داخلی استفاده می‌کند. این روش، سایه‌های متحرک را بر روی یک پرده نمایش ایجاد می‌کند. پروب‌های مخصوص برای نواحی مشخص آناتومیکی طراحی شده‌اند که قادر به تشخیص سریع اندام‌های داخلی می‌باشند. اولتراسوند به طور گسترده به منظور بررسی و دیدن جنین در رحم مادر به کار می‌رود. موارد غیر طبیعی جنین را می‌توان از طریق این روش تشخیص داد و جنسیت نوزاد را پیش از تولد مشخص کرد. بعضی از تجهیزات اولتراسوند با استفاده از روش‌های داپلر قادر به نمایش جریان خون و تشخیص مشکلات قلبی هستند.

پزشکی هسته‌ای

ممکن است در بسیاری از بیمارستان‌ها، پزشکی هسته‌ای قسمتی از بخش رادیولوژی باشد. پزشکی هسته‌ای مانند سایر روش‌های تصویربرداری، از تکنیک‌های با ارزش در تشخیص و درمان است. همچنین، روش‌های پزشکی هسته‌ای به پزشکان توانایی ارزیابی عملکرد بافت و نیز

1. Positron Emission Tomography(PET)
2. Catheterization

کاتتریزاسیون، عبور یک سوند به داخل یک مجرا یا یک حفره بدن است.

3. Doppler

متابولیسم و جریان خون را می‌دهد. یک ماده تصویربرداری تحت عنوان رادیوفارماکوتیکال^۱ یا رادیو دارو، به بدن بیمار تزریق می‌گردد. این ماده حاوی مقدار کمی عنصر رادیواکتیو است که خود به خود جذب اندامها می‌شود. نوع ماده مورد استفاده بستگی به اندام ویژه مورد مطالعه دارد. یک دوربین، اشعه‌های رادیواکتیوی را که اندام و بافت‌های اطراف آن منتشر می‌نمایند ضبط کرده و یک تصویر نقشه مانند ایجاد می‌کند. پزشکی هسته‌ای دارای یک فناوری همچون توموگرافی کامپیوتری است که توموگرافی کامپیوتری انتشار تک فوتونی^۲ (SPECT) نامیده می‌شود. این روش همانند روش سی‌تی‌اسکن، یک مقطع از اندام را نشان می‌دهد. این روش در مقایسه با سایر روش‌های پزشکی هسته‌ای، می‌تواند با دقت و صحت بیشتری، ناهنجاری‌های مغزی و قلبی را نشان دهد. SPECT، همچنین امکان و قابلیت ارزیابی بیماری‌های استخوان و تشخیص نومورها، ضربات و عفونت‌ها را افزایش داده است.

یک پیشرفت جدید در فناوری، چاقوی گاما^۳ می‌باشد. بیمار می‌تواند با استفاده از تابش متمرکز اشعه گاما که چاقوی گاما نامیده می‌شود، از مزایای جراحی مغز بدون شکافتن جمجمه برخوردار شود.

پرتو درمانی

یکی از انواع خدمات تشخیصی-درمانی مرتبط با تصویربرداری پزشکی، پرتو درمانی است که نوعی درمان برای کنترل سرطان‌های متمرکز می‌باشد. این شیوه به طور معمول، در بیمارستان‌های بزرگ‌تر و مراکز پزشکی ناحیه‌ای یافت می‌شود. تجهیزات تصویربرداری سنتی از اشعه ایکس یا اشعه رونتگن برای تابش پرتوهای یونیزه کننده‌ای که به وسیله دستگاه‌های ساخت بشر تولید می‌شوند، استفاده می‌کنند. در پرتو درمانی، پرتوها به طور طبیعی تولید می‌شوند و یا به طور مصنوعی از طریق عناصر رادیو اکتیو به دست می‌آیند. ممکن است تجهیزات به کار رفته شامل یک شتاب دهنده خطی یا وسیله مشابهی بنام بتاترون^۴ باشد. این تجهیزات پرتوهایی با انرژی بالا تولید می‌کنند. بیمارانی که با پرتوها تحت درمان می‌باشند، به طور معمول، دوز کمی را در چندین

1. Radiopharmaceuticals
2. Single Photon Emission Computed Tomography (SPECT)
3. Gamma Knife.
4. Betatron

نوبت در هفته برای مدت ۴ تا ۷ هفته دریافت می‌کنند. این خدمت ممکن است از مسولیت‌های رادیولوژیست بیمارستان باشد اما اغلب بخش بالینی جداگانه‌ای جهت پرتو درمانی با زیر نظر پزشکی که آموزشهای پیشرفته در خصوص فیزیک پرتوها دیده است، وجود دارد. همچنین، بخش تصویربرداری در روش‌های غیرتهاجمی دخالت دارد. یک روش رایج تحت عنوان آنژیوگرافی وجود دارد که با به کار بردن یک مایع کنتراست (رنگی) و تزریق آن به درون رگ‌های خونی بیمار، وضعیت ساختار بدن و وضعیت سلامت یک اندام را نشان می‌دهد.

سازماندهی بخش تصویربرداری

در بیمارستان‌های بزرگ، بخش تصویربرداری، ممکن است به صورت سه قسمت مجزای رادیولوژی تشخیصی، رادیولوژی درمانی و پزشکی هسته‌ای سازماندهی شود. ممکن است در بیمارستان‌های کوچک، این بخش‌ها در قالب یک سازمان قرار گیرند. این بخش تحت مدیریت و نظارت یک رادیولوژیست با صلاحیت که فارغ التحصیل یک دانشکده پزشکی بوده و دارای مجوز برای فعالیت در ایالات متحده می‌باشد، قرار دارد. این فرد به عنوان عضوی از کارکنان پزشکی شناخته می‌شود و باید دارای آرزش تخصصی قابل توجهی در رادیولوژی (در زمینه‌های تشخیصی، درمانی و یا هر دو) بوده و از انجمن رادیولوژی آمریکا که گواهی پرتودرمانی نیز صادر می‌کند، گواهی نامه دریافت نموده باشد. رادیولوژیست‌ها به طور معمول تکنسین‌های ارشد رادیولوژی را تحت نظارت دارند. یک رادیولوژیست، رییس یک بخش بالینی است و در این راستا، کلیه مسولیت‌های بالینی و اداری بخش رادیولوژی را به عهده دارد. از دیدگاه کلی تر، یک رادیولوژیست به عنوان مدیر بخش، در برابر رییس بیمارستان پاسخگو می‌باشد. همان گونه که یک متخصص پزشکی در قبال کیفیت مراقبت‌ها مسول می‌باشد، یک رادیولوژیست نیز در برابر کادر پزشکی مسول است. اعضای کادر پزشکی، بیماران خود را برای تشخیص و درمان به این بخش اعزام می‌کنند. خدمات بیماران سرپایی، نزدیک به ۵۰ درصد تمام فعالیت‌های بخش تصویربرداری را به خود اختصاص می‌دهند. این خدمات سرپایی شامل مواردی که از بخش اورژانس می‌آیند نیز می‌شود. همچنین، بخش‌های پرستاری مختلف، بیماران بستری را روزانه جهت رادیولوژی به این بخش اعزام می‌کنند.

محل استقرار و تسهیلات فیزیکی بخش تصویربرداری

بخش تصویربرداری و یا حداقل قسمتی از آن باید در طبقه نخست بیمارستان باشد تا به این وسیله، دسترسی راحت برای بیماران سرپایی و بستری که برای پذیرش در نوبت قرار داده شده‌اند، فراهم شود و این بخش باید جهت آسایش و راحتی بیماران و تیم ترنوما، نزدیک بخش اورژانس باشد. استقرار بخش تصویربرداری در نزدیکی آسانسور و در مجاورت بخش‌های سرپایی ارجحیت دارد. همچنین، بهتر است بخش تصویربرداری در بال بیمارستان قرار گیرد، به شکلی که اتاق‌های تصویربرداری در انتهای بال بیمارستان استقرار یابند. در چنین حالتی، الگوی رفت و آمد و از طریق بخش به حداقل خواهد رسید و به دلیل وجود دیوارهای خارجی در اطراف اتاق‌های تصویربرداری، دیوارهای محافظ کم تری مورد نیاز خواهد بود.

یک بخش تصویربرداری که خوب طراحی شده باشد، از طریق فراهم آوردن یک برنامه زمانی مناسب و مدبرانه برای بیماران، همراه با حداقل جابه جایی و حرکت، هم برای کارکنان بخش تصویربرداری و هم برای بیماران، یک جریان اثربخش از خدمات را ایجاد خواهد کرد. البته تعداد دستگاه‌های تصویربرداری جهت استقرار در واحد، به اندازه بیمارستان، تعداد تخت‌های موجود در بیمارستان، حجم کار اورژانس و نیازهای جامعه‌ای که بیمارستان به آن خدمات را ارائه می‌نماید، بستگی خواهد داشت.

انعطاف پذیری در طراحی بخش، به ویژه در بیمارستان‌های کوچک‌تر مهم است. این، یک پیش شرط اساسی برای افزایش ظرفیت در حجم و بار کاری است. اگر در ابتدای کار فضای مناسبی در نظر گرفته شود، افزایش حجم کار با افزودن تعداد پرسنل و استقرار دستگاه‌های دیگر به سهولت امکان پذیر می‌باشد. در زمان طراحی و برنامه ریزی یک بخش رادیولوژی و بازننگری و بررسی این موضوع که آیا یک بخش رادیولوژی باید توسعه یابد یا خیر، استانداردهای مربوط به رویه‌ها و روش‌های رادیولوژی جهت استفاده و بهره برداری از اتاق‌ها، بی نهایت مفید خواهد بود. ممکن است به دلیل پیچیدگی آمیزه و ترکیب معاینات و عکسبرداری‌هایی که در هر اتاق انجام می‌شود، اختلافاتی در مورد تعداد اتاق‌های مورد نیاز، وجود داشته باشد؛ اما دستورالعمل‌هایی وجود دارد که برای تعیین تعداد اتاق‌های مورد نیاز برای معاینه و عکسبرداری در بخش تصویربرداری، قابل استفاده می‌باشند. اغلب، قوانین انجمن‌های قانونگذاری ایالتی روی این امر، تاثیرگذار خواهند بود.

تامین نیروی انسانی بخش تصویربرداری

کارکنان اصلی بخش، تکنسین‌های تصویربرداری یا تکنسین‌های اشعه ایکس هستند. در این بخش، باید کارکنان به تعداد کافی برای پاسخگویی به نیاز بیماران وجود داشته باشد. این تکنسین‌ها باید در موسسات تصویربرداری آموزش دیده و عضو انجمن تکنسین‌های رادیولوژی آمریکا باشند. تکنسین‌ها، کار خود را تحت نظارت یک رادیولوژیست و به طور معمول، یک تکنسین ارشد انجام می‌دهند. بسته به تراکم و بار کاری و وضعیت بیماران، ۲ تا ۳ تکنسین، مورد نیاز خواهد بود. وضعیت بیماران (سرپایی یا بستری) و این که آیا خود تکنسین‌ها بیماران را جا به جا می‌کنند یا خیر، از عوامل مهمی است که باید مورد توجه قرار گیرد. تکنسین‌ها به منظور انجام روش‌های تصویربرداری پیشرفته که امروزه رایج است، باید آموزش‌های تکمیلی دریافت کنند و از این طریق زمانی که روش‌های درست را فرا گرفتند، اغلب برای انجام کار با یکی از وسایل و روش‌ها مانند سی‌تی‌اسکن یا MRI، متخصص خواهند شد.

مراکز تصویربرداری مستقل^۱

امروزه، شمار روزافزونی از بیمارستان‌ها، روش‌های رادیولوژی تشخیصی و درمانی را در مراکز سرپایی مستقل از بیمارستان ارائه می‌نمایند. از این مراکز به عنوان مراکز مستقل نام برده می‌شود. امتیازات و برتری‌های این مراکز شامل پرداخت‌های بهتر به آنها بابت ارائه خدمات سرپایی، عمل کردن به عنوان یک منبع ارجاع بیمار به بیمارستان و راحتی و آسایش بیشتر برای بیماران است. اغلب، این مراکز برای اعضای کادر پزشکی بیمارستان، و خود بیمارستان، یک شریک تجاری محسوب می‌شوند و گاهی اوقات این مراکز به طور کامل، تحت مالکیت پزشکان قرار دارند. همچنین، برخی از بیمارستان‌ها درگیر روش‌های رادیولوژی تشخیصی - درمانی سیار می‌شوند. آنها خدمات رادیولوژی را به وسیله خودروهای سیار و در قالب روشی جهت ارائه خدمات به بیماران در سایر بیمارستان‌ها یا مراکز رادیولوژی ارائه می‌نمایند.

1. Freestanding imaging centers

بخش هوشبری و بیهوشی

ایجاد و توسعه بیهوشی با معرفی اثر توسط دکتر ویلیام مورتون، یک دندانپزشک اهل ماساچوست، در سال ۱۸۴۷ میلادی آغاز شد. برخلاف توسعه بیهوشی در بریتانیای کبیر، فعالیت هوشبری و بیهوشی در ایالات متحده، همواره به عنوان یک رشته پزشکی مطرح نبود. اگرچه بعضی از جراحان به مسایل مربوط به هوشبری و بیهوشی علاقمند بودند، اما تعداد این افراد انگشت شمار بود. اما این وضعیت فقط پیش از دهه ۱۹۳۰ وجود داشت چرا که از دهه ۱۹۳۰، مطالعه فیزیولوژی تروما در جراحی به صورت آشکارا آغاز شد و پزشکان هم به طور جدی به رشته بیهوشی علاقه مند شدند.

بیهوشی و هوشبری، در طول جنگ جهانی دوم پیشرفت چشمگیری کرد، یعنی زمانی که پزشکان در ارتش، به خصوص در زمان جنگ و پیش از اعزام به بیمارستان‌ها، جهت انجام وظیفه خود، در زمینه هوشبری و بیهوشی آموزش دیدند. امروزه، هوشبری و بیهوشی یکی از بزرگ‌ترین گروه‌های تخصصی در ایالات متحده می‌باشد که تعداد زیادی از اعضای آن به عنوان عضو دانشکده متخصصین بیهوشی آمریکا^۱ شناخته می‌شوند. تا جنگ جهانی دوم، پرستاران بیهوشی، افراد اصلی درگیر در فرآیند بیهوشی بودند. اگرچه پرستاران بیهوشی در بسیاری از بیمارستان‌ها مشغول به کار می‌باشند، اما امروزه، بسیاری از بیمارستان‌ها ترجیح می‌دهند از متخصصین بیهوشی دارای گواهی نامه از انجمن متخصصین بیهوشی آمریکا استفاده نمایند.

پرستار بیهوشی، یک پرستار حرفه‌ای و تحصیل کرده است که در انجام عمل بیهوشی، آموزش دیده است. همچنین، ممکن است پرستار بیهوشی به بیماران قلبی-تنفسی کمک و مساعدت نماید. پرستار بیهوشی، ممکن است پس از تکمیل آموزش و اخذ گواهی نامه، از عبارت "پرستار بیهوشی دارای گواهی نامه"^۲، پس از نام خود استفاده نماید.

وظایف بخش بیهوشی

بخش بیهوشی، دارای چهار وظیفه اصلی می‌باشد: (۱) نگه داشتن بیمار در حالت بیهوشی در

1. American College of Anesthesiologists
2. Certified Registered Nurse Anesthetist (CRNA)

طول یک عمل جراحی؛ (۲) کنترل فیزیولوژی بیمار در طول عمل؛ (۳) پیگیری وضعیت بیمار در دوره پس از عمل جراحی؛ (۴) راه انداختن و اداره یک مرکز سرپایی جهت مدیریت درد. علاوه بر این، بخش بیهوشی مسولیت انجام بیحسی موضعی یا ناحیه‌ای در عمل‌های جراحی معین نظیر زایمان را نیز بر عهده دارد.

مدیران بیمارستان‌ها، پزشکان، پرستاران و متخصصین بیهوشی، همگی باید مطلع باشند که ضروری است. پیش از عمل، از بیماران اعزامی جهت عمل جراحی، رضایت نامه دریافت نمایند. هر بیمار پیش از امضای رضایت نامه عمل جراحی، باید از روش جراحی، آمادگی‌های پیش از عمل و خطرات حین عمل آگاه شود. همچنین، معاینه بیماران پیش از عمل جراحی از مسولیت‌های متخصصین بیهوشی است. بیمار باید در مورد نوع بیهوشی مورد استفاده، چگونگی اجرای آن و این که وی چه احساسی خواهد داشت، آگاه شود.

متخصصین بیهوشی در مراقبت از بیماران به خصوص بیماران بخشهای مراقبت ویژه نیز نقش دارند. آنها ممکن است همانند پزشکان مراقبت‌های اولیه عمل کنند، با آنها همکاری کنند یا به عنوان پزشکان مشاور فعالیت نمایند. متخصصین بیهوشی در مدیریت تغذیه بیماران و مشکلات مرتبط با مسایل تنفسی و نارسائی‌های گردش خون بیماران نیز درگیر هستند.

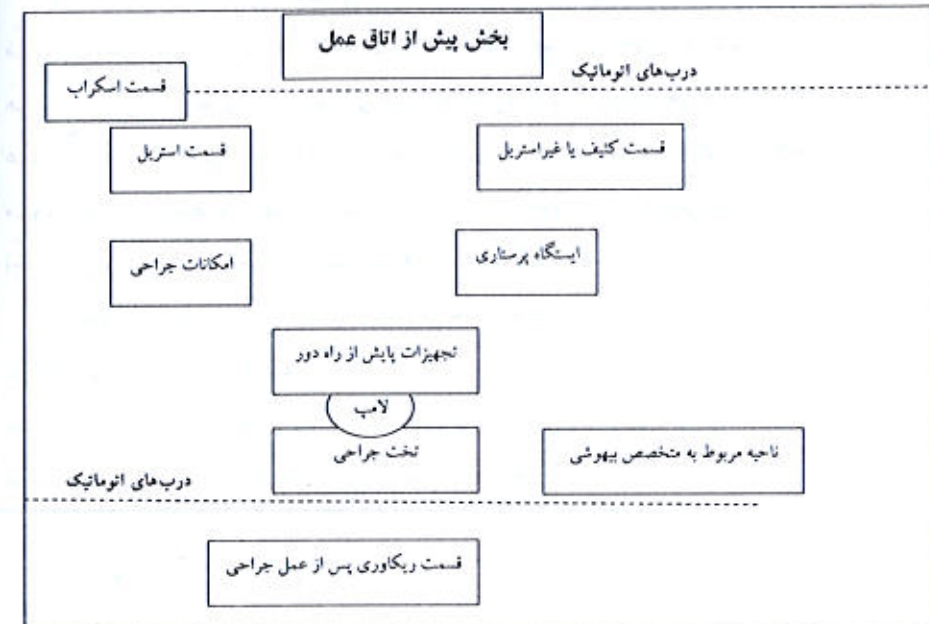
سازماندهی بخش بیهوشی

بسیاری از بیمارستان‌ها، از بخش مجزایی برای بیهوشی و هوشبری برخوردار هستند. آن دسته از بیمارستان‌هایی که بخش بیهوشی جداگانه‌ای ندارند، به طور معمول، هوشبری را به عنوان یکی از وظایف بخش جراحی محسوب می‌کنند. اغلب، بخش بیهوشی توسط یک پزشک که در زمینه بیهوشی و هوشبری پزشکی آموزش دیده است و دارای مجوز و پروانه کار از سوی انجمن متخصصین بیهوشی آمریکا می‌باشد، اداره می‌شود. بخش بیهوشی، به طور معمول بیش از یک پزشک متخصص بیهوشی دارد. همچنین وجود پرستار بیهوشی در بخش، یک امر رایج است. متخصصین پزشکی و پرستاری بیهوشی، هر دو فرآیند بیهوشی را مدیریت می‌کنند. زمانی که پزشک متخصص بیهوشی در دسترس نباشد (به عنوان مثال، در برخی از بیمارستان‌های روستایی)، ممکن است به طور اختصاصی از پرستار بیهوشی، جهت مدیریت بیهوشی استفاده شود. پس از متخصص بیهوشی، مسولیت این بخش به جراح ارشد یا سایر افراد واجد شرایط سپرده می‌شود.

در چنین مواردی، جراح اتاق عمل مسول کارها و اقدامات حرفه‌ای پرستار بیهوشی است.

محل استقرار و تسهیلات فیزیکی بخش بیهوشی

بخش بیهوشی به طور معمول، نزدیک بخش اعمال جراحی بیمارستان قرار دارد. یک شکل و شمای کلی از یک اتاق عمل در شکل زیر نشان داده شده است.



نمای ۱-۱۱: پلان طبقه برای اتاق عمل معمولی

تامین نیروی انسانی بخش بیهوشی

تعداد دقیق پزشک متخصص بیهوشی و پرستار بیهوشی در یک بیمارستان خاص، بستگی به تعداد و نوع اعمال جراحی و تعداد زایمانها که توسط ماماها در بیمارستان انجام می‌گیرد، دارد. وجود نیروی آنکال در بخش بیهوشی ضروری است. بنابراین، این امر، بر الگوهای تامین نیروی انسانی تاثیر گذار است. پرستار بیهوشی، بر اساس ترتیبات قراردادی بین متخصصین بیهوشی و بیمارستان، یا به طور مستقیم، برای متخصصین بیهوشی کار می‌کند و یا به عنوان کارمند بیمارستان فعالیت می‌نماید. در برخی از مواقع، پرستار بیهوشی، تحت نظارت فنی یک متخصص بیهوشی کار می‌کند.

مرور فصل

- ۱- بخش‌های تشخیصی درمانی چگونه تعریف می‌شوند؟
- ۲- بعضی از بخش‌های تشخیصی - درمانی را نام ببرید؟
- ۳- نحوه سازماندهی شغلی و حرفه‌ای بخش آزمایشگاه چگونه است؟
- ۴- چرا نام قدیمی بخش رادیولوژی به مرکز تصویربرداری تغییر یافته است؟
- ۵- تفاوت بین یک متخصص بیهوشی و پرستار بیهوشی دارای گواهی نامه چیست؟
- ۶- چند وظیفه مهم متخصص پاتولوژی را شرح دهید.
- ۷- وظایف دیگر متخصص بیهوشی را علاوه بر نقش وی در جراحی توضیح دهید.
- ۸- چرا ارسال نمونه‌های جراحی به بخش پاتولوژی در برنامه ارتقای کیفیت خدمات اهمیت دارد؟

فصل دوازدهم: سایر خدمات تشخیصی - درمانی

واژگان کلیدی

تسهيلات جامع توانبخشي بیمار سرپایی	سیستم دوز واحد دارویی
داروخانه غیرمتمرکز	داروهای مخدر
نوار قلب (الکتروکاردیوگرافی)	متخصص کار درمانی
نوار مغز (الکتروانسفالوگرافی)	فیزیوتراپ
کف (حداقل) موجودی	مطالعات عملکرد ریوی
دستگاه‌های تهویه	

مقدمه

فصل یازدهم شامل یک بررسی اجمالی در خصوص واحدهای آزمایشگاه، تصویر برداری و بیهوشی بود. سایر خدمات تشخیصی درمانی مهم شامل مراقبت‌های تنفسی، الکتروانسفالوگرافی، مرکز خدمات قلبی، فیزیوتراپی، کار درمانی، گفتار درمانی و داروخانه می‌باشند.

بخش مراقبت‌های تنفسی

بخش مراقبت‌های تنفسی یک رشته بسیار مرتبط با رشته بیهوشی است. رشته مراقبت‌های تنفسی با حمایت سازمان‌هایی همچون کالج پزشکان آمریکا و انجمن متخصصین بیهوشی آمریکا، به سرعت توسعه یافته است. در بیمارستان‌های امروزی، وجود بخش مراقبت‌های تنفسی یک عامل بسیار مهم در تشخیص و درمان گروه خاصی از بیماران است. بخش مراقبت‌های تنفسی، زمانی تحت عنوان بخش استنشاق درمانی نامیده می‌شد. اصطلاح قدیمی، به درمان بیماران با استفاده از اکسیژن یا سایر درمان‌های تنفسی اشاره دارد.

بخش مراقبت‌های تنفسی، ارزش اکسیژن درمانی و سایر درمان‌ها همراه با مطالعات عملکرد ریوی (اندازه‌گیری ظرفیت و بازدم تنفسی بیمار که به ویژه در تشخیص بیماری‌های مرتبط با مصرف دخانیات و نیز در زمینه طب ورزش سودمند می‌باشد) و تجزیه و تحلیل گازهای مربوط به خون را در برمی‌گیرد. این بخش هم در تشخیص و هم در درمان بیماران

سرپایی و بستری مشارکت دارد. این بخش در تشخیص و درمان بیماران مبتلا به ناراحتی‌های تنفسی و موارد خاص قلبی، از جایگاه مهمی برخوردار است. همچنین، مسولیت اجرای درمان‌های تنفسی از قبیل باز کردن برونش‌های بیماران، نصب و راه اندازی تجهیزات مربوط به اکسیژن درمانی و ارایه فیزیوتراپی قفسه‌سینه برای بیماران، نظارت و عملکرد مطلوب دستگاه ونتیلاتور را بر عهده دارد. این بخش از طریق تدارک کلیه تجهیزات و ملزومات مورد نیاز برای ارزیابی بیماران مبتلا به ناراحتی‌های تنفسی، در درمان نارسایی‌های قلبی مشارکت دارد. به طور معمول، متخصص مراقبت‌های تنفسی مسول تنفس مصنوعی به بیمار می‌باشد (تنفس بیمار با استفاده از یک وسیله مکانیکی) و پزشک معالج و اعضای تیم به ارایه کمپرس‌های قفسه سینه و دادن داروهای ویژه ایست قلبی باز می‌پردازند. کلیه روش‌های ارایه شده به بیمار یا به وسیله پزشک و یا به وسیله متخصص مراقبت‌های تنفسی صورت می‌گیرد. این روش‌ها به استثنای موارد اورژانسی، به طور معمول، فقط در قالب تجویز کتبی پزشک قابل انجام می‌باشند.

الکتروانسفالوگرافی یا نوار مغز^۱

یکی از خدمات تشخیصی درمانی تخصصی‌تر در بیمارستان، الکتروانسفالوگرافی یا نوار مغز است. به طور معمول، این خدمت، قسمتی از بخش جراحی اعصاب یا بخش اعصاب بیمارستان می‌باشد. آزمایش نوار مغز یک ابزار بسیار ضروری برای پیگیری درمان صدمات عصبی یا جراحی اعصاب است. آزمایش نوار مغز، فعالیت‌های الکتریکی مغز بیماران را اندازه گیری می‌نماید. زمانی که بیماران، دچار صدمات شدید و جدی به سر خود می‌شوند، از این روش، مکرراً استفاده می‌شود. در چنین شرایطی، نوار مغزی می‌تواند یک عامل اساسی و حیاتی در نجات زندگی بیمار باشد. پیش از این، نوار مغزی برای تشخیص صرع و تومورها به کار می‌رفت. اما در سال‌های اخیر، نوار مغز برای تجزیه و تحلیل مشکلات زیادی، از ضعف و سردردهای خفیف گرفته تا بیماری‌های صرع و صدمات شدید وارد شده به سر، مورد استفاده قرار گرفته است. نوار مغز، توسط تکنسین‌های آموزش دیده ماهر و به تجویز

1. Electroencephalography (EEG)

پزشک انجام می‌گیرد. این آزمایش باید در اتاقی انجام گیرد که صداهای مزاحم و غیر ضروری شنیده نشود. اگر اتاق مزبور به طور مناسب ساماندهی نشده باشد، مشکلات گوناگونی در انجام نوار مغز بروز خواهد کرد که آن را غیر قابل خواندن و غیر قابل استفاده می‌نماید. آزمایشگاه انجام نوار مغز، بر خلاف بخش آزمایشگاهی طبی و تصویر برداری، از حجم کاری بالایی برخوردار نیست. با این وجود، تکنسین‌های نوار مغز اغلب و برای موارد اورژانسی، در ۲۴ ساعت شبانه روز، در آماده باش هستند. تست‌های نوار مغز، هم برای تعیین علایم اولیه حیاتی و هم علایم ثانویه که از مغز ارسال می‌گردد، به کار می‌روند. روش‌های دوگانه‌ای برای آزمایش نوار مغزی وجود دارد که شامل مطالعات بیمار در زمان بیداری و در زمان خواب است. نوارهای مغزی هنگام خواب، برای مطالعه بر روی انواع مختلف صرع از اهمیت خاصی برخوردارند. آزمایش‌های نوار مغزی اغلب همراه با اسکن‌های سی تی اسکن جهت کمک به پزشکان در تشخیص کامل‌تر بیماری به کار می‌روند.

نقش تشخیصی نوار مغز به حدی گسترده است که به عنوان یک روش درمانی محسوب می‌شود. این موضوع با استفاده از تست‌های نوار مغز در درمانگاه‌های اختلال خواب و جهت درمان بیماران دارای مشکلاتی نظیر کم خوابی قابل اثبات می‌باشد.

مرکز قلب

خدمات تشخیصی برای بیماری‌های قلب، به طور معمول، در قسمتی از بیمارستان که عمدتاً تحت عنوان مرکز قلبی شناخته می‌شود، ارایه می‌گردد. یکی از کارهای اصلی مرکز قلب، انجام الکتروکاردیوگرافی^۱ یا نوار قلب می‌باشد.

انجام نوار قلب، به طور مکرر، در بیماران قلبی شامل افراد دچار بیماری قلبی یا افراد مستعد به بیماری‌های قلبی، به کار می‌رود. این آزمایش، به عنوان یک آزمایش پایه قفسه سینه، پیش از عمل جراحی نیز بسیار سودمند می‌باشد. اگر نتیجه الکتروکاردیوگرافی غیر طبیعی باشد، انجام آزمایش‌های دقیق‌تر به منظور تشخیص و مدیریت بیماری پیش بینی می‌شود. این امر، دوره درمان بیمار را منطقی‌تر و عملی‌تر می‌سازد. الکتروکاردیوگرام با استفاده از تجهیزات

1. Electrocardiography (ECG)

تخصصی الکتروکاردیوگراف گرفته می‌شود. دستگاه اصلی نوار قلب، یک وسیله میز مانند چرخدار است که تا کنار تخت بیمار منتقل می‌شود و به وسیله تکنسین‌های ماهر مورد استفاده قرار می‌گیرد. تفسیر نوار قلب، به طور معمول، توسط یک متخصص قلب یا متخصص داخلی در قرائت خطوط نوار قلب انجام می‌شود. تکنسین جهت گرفتن منحنی‌های گرافیکی، یعنی منحنی‌های حاصل از ۱۲ رشته سیم که برای به دست آوردن یک نوار قلب و الکتروکاردیوگرام معمولی، به بدن بیمار متصل می‌باشند، باید آموزش ببیند.

ممکن است بیمارستان‌ها از یک کارت EKG سه کانالی، همراه با ضمائم چاپگر رایانه‌ای در قالب بخشی از تجهیزات خود استفاده کنند. در این روش، تکنسین به همراه یک دستگاه نوار قلب که یک گیرنده تلفنی دارد به کنار تخت بیمار می‌رود. منحنی‌های رسم شده که به طور الکتریکی فرستاده شده و قابل خواندن هستند به یک دستگاه کامپیوتر ارسال می‌گردد. این نوار قلب یک نوار قلب غیر قابل تایید است؛ چرا که توسط یک کامپیوتر، تهیه و خوانده شده است و کامپیوتر، یک متخصص قلب نیست. سپس متخصص قلب بیمارستان بر روی تفسیرهای کامپیوتری چاپ شده یک بررسی اجمالی انجام داده و آن را تایید می‌کند. با ایجاد تکنولوژی نوین، دیگر نیازی به جا به جایی پزشک نیست و همه امور به صورت الکترونیکی صورت می‌گیرد. دو ویژگی عمده سیستم کامپیوتری الکتروکاردیوگرام دوگانه عبارتند از: (۱) این روش یک روش دقیق و با کیفیت بالا می‌باشد. (۲) این روش، بازخورد سریعی از مطالعه‌ها و قرائت‌ها ارائه می‌نماید.

اگر چه الکتروکاردیوگرام، یک خدمت رایج در بیمارستان‌ها می‌باشد، اما تفاوت‌هایی در منحنی‌های نوار قلبی وجود دارد که برای اهداف مختلف و جهت تعیین مشکلات خاص انجام شده‌اند. به عنوان مثال، تست استرس یا تست ورزش، روشی است که در آن یک بیمار تحت فشار شدید و استرس قرار گرفته و حرکات قلبی بیمار، تحت آن شرایط تفسیر می‌شود. بیمارستان‌ها از آنسفالوگرافی و پایش هولتر^۱ نیز استفاده می‌کنند که در این روش‌ها، بیمار یک وسیله مونتورینگ به خود می‌چسباند و همزمان برای یک دوره زمانی خاص فعالیت می‌کند؛ سپس خطوط منحنی شکل ترسیم می‌شوند و از طریق خواندن کامپیوتری تفسیر می‌شوند.

1. Holter monitoring

روش‌های پزشکی هسته‌ای همچون بررسی حرکت دیوار MUGA^۱ و توموگرافی کامپیوتری انتشار فوتون عنصر تالیوم^۲ (SPECT)، برای ارزیابی بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی - عروقی، درد قفسه سینه، نوار قلب مشکوک و تست‌های استرس به کار می‌روند. آزمایش‌های تشخیصی دیگر که توسط مرکز قلب انجام می‌شوند، شامل اکوکاردیوگرافی، روش داپلر و مطالعات عروق محیطی می‌باشد. نصب قلب مصنوعی و ارزیابی آن نیز در مرکز قلب انجام می‌شود.

پزشکی توانبخشی - فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتار درمانی

رشته طب فیزیکی و توانبخشی که توسط یک متخصص درمان بیماری‌ها به روش‌های فیزیکی^۳ (پزشک متخصص طب فیزیکی) به کار برده می‌شود، یک تخصص پزشکی است و با تشخیص و درمان مشکلات اسکلتی، ماهیچه‌ای و بیماری‌ها و مسایل ماهیچه‌ای - عصبی مرتبط می‌باشد. طب فیزیکی در طی جنگ جهانی اول، زمانی که نیروهای نظامی، درگیر برنامه‌های آموزشی و دستورالعمل‌های حرفه‌ای جهت درمان معلولان شدند، شکل گرفت. اما، این رشته بلافاصله پس از جنگ جهانی دوم به عنوان یک تخصص شناخته شد و برنامه‌های آموزشی رسمی بیشتر در این زمینه، در دسترس قرار گرفت.

برای اولین بار، دستیاری سه ساله در طب پزشکی و توانبخشی در کلینیک مایو^۴ بنیان نهاده شد. امروزه، تعداد در حال افزایشی از بیمارستان‌ها در طب فیزیکی و خدمات توانبخشی جامع، تخصصی شده‌اند. بخش طب فیزیکی توسط پزشکی که تخصص او در زمینه طب فیزیکی، طب ورزشی و توانبخشی می‌باشد، اداره می‌شود. ترتیبات و ساز و کارهای مالی بین متخصصین طب فیزیکی (فیزیاتریست‌ها) و مدیریت بیمارستان به طور معمول، بر اساس حقوق یا کارانه می‌باشد. کارانه روشی است که به موجب آن، پزشک، صورت‌حساب خود را از بیمار یا شخص ثالث به ازای هر خدمت پزشکی ارائه شده، دریافت می‌کند.

1. Multigated acquisition
2. Thallium single photon- emission computed tomography
3. Physiatrist
4. Mayo clinic

حوزه‌های پزشکی توانبخشی شامل فیزیوتراپی، کار درمانی و گفتار درمانی می‌باشند. فیزیوتراپی توسط یک پزشک درخواست می‌شود و بیمار ارجاع شده به وسیله فیزیوتراپ‌های بیمارستان مورد ارزیابی و درمان قرار می‌گیرد. این متخصصان دارای مدرک لیسانس، فوق لیسانس و دکترای فیزیوتراپی و یا دارای گواهی نامه فوق دیپلم آموزشی می‌باشند. فیزیوتراپ‌ها که به طور معمول، دارای مدرک فوق لیسانس هستند از طریق ایالت مربوطه جواز کار دریافت می‌کنند. افرادی که دارای مدرک لیسانس می‌باشند به طور معمول، دستیار فیزیوتراپ‌ها هستند. فیزیوتراپ‌ها از نور، گرما، آب، برق، دستگاه اولتراسوند و نیروی فیزیکی جهت درمان درد یا درمان بیماری بیماران استفاده می‌کنند. با توجه به این که تسهیلات فیزیکی بسیار متعدد و متنوع می‌باشد، بیمارستان به طور معمول، دارای یک سالن بزرگ ورزشی برای فیزیوتراپی است. در این قسمت فضای کافی برای دراز کشیدن، وجود رختکن، توالت، حمام و تعدادی از تجهیزات فیزیوتراپی وجود دارد. ممکن است این تجهیزات شامل دستگاه‌های دیاترمی (حرارتی)، اولترا سوند، وسایل ژیمناستیک، پله‌های ورزشی و دستگاه‌های افزایش مقاومت، استخرهای هابارد، میله‌های موازی (پارالل) برای راه رفتن، لامپ‌های ماورای بنفش، حمام‌های ویرپول و میزهای درمانی باشد. همچنین، بیمارستان‌ها ممکن است، خدمات کاردرمانی را تحت نظر پزشک ارایه نمایند. متخصصین کاردرمانی در درمان ناتوانی‌های جسمی و آموزش روش‌های کمکی به بیماران به منظور انجام فعالیت‌های روزمره از مشارکت خود بیماران در این امر کمک می‌گیرند. متخصصین کاردرمانی در آموزش نیز مشارکت می‌کنند. این افراد به هنگام ارایه فعالیت‌های فیزیکی و آموزش‌های خاص جهت کمک به بیماران، توسط یک پزشک راهنمایی می‌شوند. متخصصین کاردرمانی همانند فیزیوتراپ‌ها قادر به دریافت مدرک فوق لیسانس در رشته کاردرمانی می‌باشند؛ دستیاران کاردرمانی ممکن است دارای مدرک لیسانس باشند.

در نهایت این که، گفتاردرمانی در بیمارستان‌های عمومی، رایج‌تر شده است. این رشته درمانی از پزشکان و متخصصین گفتار درمانی برای اصلاح مشکلات گفتاری بیماران یا آموزش مجدد بیمارانی که به دلیل بیماری، حادثه یا ضربه، توان صحبت کردن را از دست

داده‌اند، استفاده می‌کند. متخصصین گفتاردرمانی اغلب با تاکید بر روش‌های اصلاح گفتار و ناتوانی‌های گفتاری، با هدف بازگرداندن هر چه بیشتر بیماران به وضعیت طبیعی، در این امر مشارکت می‌کنند. متخصصین گفتاردرمانی دارای مدرک فوق لیسانس یا دکترای بوده و توسط ایالت، مجوز کار دریافت می‌کنند.

مدیکیر، ایده طب توانبخشی سرپایی را با صدور مجوز برای بیمارستان‌ها جهت راه اندازی مراکز جامع توانبخشی سرپایی، تصویب کرده است. یک مرکز جامع توانبخشی سرپایی یک مرکز فاقد پرسنل مقیم می‌باشد که جهت ارایه خدمات تشخیصی، درمانی، ترمیمی و تقویتی تاسیس می‌شود. خدمات در یک مرکز ثابت و ویژه و تحت نظر یک پزشک ارایه می‌شوند. این خدمات شامل فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتار درمانی و نیز خدمات پشتیبانی در زمینه روانشناسی، خدمات اجتماعی و خدمات ارتوپدی و اندام مصنوعی می‌باشد.

داروخانه

داروخانه بیمارستان می‌تواند نقش ساخت و توزیع داروها و سایر مواد شیمیایی درمانی و تشخیصی مورد استفاده در بیمارستان را داشته باشد. ممکن است در بیمارستان‌های خیلی کوچک یک بخش دارویی کامل وجود نداشته باشد؛ در عوض، ممکن است این نوع بیمارستان، خرید اقلام دارویی خود را از شرکت دارویی محلی انجام داده و تنها یک ذخیره محدود و تحت نظارتی را نگهداری نماید. در بیشتر بیمارستان‌ها، یک داروساز تمام وقت و گاه همراه با چند دستیار، حضور دارند به طور معمول، در صورت وجود ذخیره دارویی محدود، بسیاری از بیمارستان‌ها با شرکت‌های دارویی خارج از بیمارستان جهت مدیریت بخش دارویی و تامین کارکنان مورد نیاز، قرارداد می‌بندند.

برخی بیمارستان‌ها یک سیستم دارویی غیر متمرکز دارند به شکلی که دارای یک داروخانه اصلی و چند داروخانه اقماری در هر بخش پرستاری هستند. بیمارستان‌های بسیار پیشرفته، از روپات‌هایی برخوردارند که داروها را از داروخانه مرکزی به اتاق‌های بیماران جهت توزیع توسط پرستاران، منتقل می‌کنند. همچنین، بعضی از بیمارستان‌ها، داروخانه‌های سرپایی راه اندازی می‌کنند. ممکن است داروخانه، اقلام دارویی را به غیر از بیماران و به عموم مردم نیز

عرضه کند، اما این امر به طور معمول، توصیه نمی‌شود و با توجه به قوانین ایالتی، نحوه اجرای آن متفاوت است.

گاهی داروخانه، براساس خط مشی‌های بیمارستان، محلول‌ها یا داروهای خاصی را تهیه و تولید می‌کند. بیشتر بیمارستان‌ها به دلیل مسایل مالی و کیفیتی ترجیح می‌دهند داروها و محلولهای از قبل آماده شده، اعم از آمپول‌ها یا داروهای تزریقی وریدی را خریداری نمایند.

مسول داروخانه باید پروانه کار داشته باشد و برنامه ۵ ساله آموزشی را در یکی از دانشکده‌های داروسازی مورد تایید گذرانده باشد. برخی از داروسازان، مدرک دکتری داروسازی دریافت می‌کنند. وظیفه تکنسین‌های دارویی، کمک به داروساز در بررسی داروها پیش از تحویل دارو، کنترل لیست موجودی، توزیع اقلام جهت ذخیره^۱ در طبقات و همکاری و کمک کردن در فعالیت‌هایی است که نیاز به قضاوت حرفه‌ای و تخصصی ندارند، می‌باشد. ممکن است این تکنسین‌ها، در حین خدمت (در محل کار) و یا توسط یک برنامه آموزشی مبتنی بر بیمارستان، آموزش ببینند.

کمیته دارو و درمان^۲

کمیته دارو و درمان، به عنوان یک رابط بین داروخانه و کادر پزشکی و نیز به عنوان ناظر ارشد جنبه‌های بالینی فعالیت‌های دارویی بیمارستان عمل می‌کند. اعضای کمیته به طور معمول، شامل پزشکان، یک نفر داروساز، یک نفر پرستار و یک مدیر می‌باشد. اگرچه این کمیته، داروهای استاندارد جهت تجویز و توزیع در بیمارستان را معرفی و پیشنهاد می‌نماید، اما در تعداد بسیار زیادی از بیمارستان‌ها، انتخاب نوع و مارک دارو و یا عرضه کننده داروی تجویزی برای کلیه تجویزها و دستورات دارویی، از مسولیت‌های داروساز بیمارستان است، مگر در مواردی خاص که فرد تجویز کننده دارو، برخلاف این رویه عمل می‌نماید.

یکی از وظایف مهم کمیته دارو و درمان، تهیه و ارایه چارچوبی برای داروهای قابل قبول و مجاز می‌باشد. این چارچوب، شامل لیستی از داروها (به طور معمول، با نام‌های ژنریک آنها) می‌باشد که مورد تایید کادر پزشکی قرار گرفته و جهت استفاده در بیمارستان، موجود

1. Stock
2. Pharmacy and Therapeutics Committee

است. دوزهای دارویی توصیه شده، موارد منع مصرف، هشدارها و مطالب مربوط به داروشناسی، در این چارت دارویی توضیح داده می‌شوند. سایر وظایف کمیته دارو و درمان، شامل آموزش کادر پزشکی در زمان معرفی داروی جدید، بررسی و بازبینی حساسیت‌های دارویی، مطالعات مربوطه، مشارکت در ارتقای کیفیت و ارایه روش‌های دارو درمانی اثر بخش می‌باشد.

سیستم توزیع دارو

زمانی که داروها و لوازم مصرفی توسط داروخانه بیمارستان دریافت می‌شوند، ابتدا در بخش‌های پرستاری توزیع می‌گردند.

بخش عمده داروهایی که توسط داروخانه توزیع می‌شوند، توسط بیماران بستری مورد مصرف قرار می‌گیرند. به طور کلی، داروها به یکی از سه دسته زیر تقسیم می‌شوند:

۱- داروهایی که جهت تکمیل ذخیره موجود در بخشها به واحدهای پرستاری ارسال می‌گردند. این داروها، داروهایی هستند که به طور منظم و مکرر در واحد ذخیره می‌شوند و به طور مستقیم به حساب بیماران نوشته نمی‌شوند. ترکیبات فرار، ضد عفونی کننده‌های زخم و باندازها، نمونه‌هایی از این موارد غیر قابل محاسبه برای بیماران هستند.

۲- داروهای قابل محاسبه برای بیماران که در بخش پرستاری نگهداری می‌شوند. این اقلام شامل بسته‌های تنقیه و سایر ملزومات مصرفی هستند.

۳- داروهای تجویز شده معمولی که تنها با نسخه پزشک، قابل توزیع و محاسبه هستند. این دسته از داروهای تجویز شده، بخش اعظم داروهای مصرفی را تشکیل داده و بیشترین هزینه داروخانه، متعلق به این داروها می‌باشد.

روش رایج توزیع اقلام دارویی برای بیماران، سیستم دوز- واحد^۱ می‌باشد. داروخانه یا رأساً داروها را بسته بندی می‌کند و یا این بسته‌های از قبل آماده شده را با دوزهای خاص خریداری می‌کند. روش دوم، باعث کنترل بهتر و به هدر رفتن داروها می‌گردد؛ به عبارت دیگر، این روش، هزینه اضافی بسته بندی را نیز حذف می‌کند. براساس سیستم دوز- واحد،

1. Unit dose system

در هر ۲۴ ساعت، یک بار داروها بین واحدهای پرستاری توزیع می‌گردد. افلام دارویی در کشوی مخصوص بیماران که در قفسه‌های کمد دارویی واحد پرستاری قرار دارند، نگهداری می‌شوند. قفسه‌ها شامل جعبه‌هایی هستند که هر روز و در مواقع خاص، توسط داروخانه کنترل و تکمیل می‌شوند. سیستم دوز- واحد به بیماران، پرستاران و داروسازان بیمارستان، آرامش خاطر بیشتری می‌دهد. با این سیستم، اثر بخشی وظایف افزایش یافته و خطای مربوط به آماده سازی و توزیع کاهش می‌یابد.

بخش داروخانه، مسول آماده سازی و توزیع محلول‌های وریدی و یا محصولات تغذیه‌ای غیر گوارشی^۱ نظیر مواد غذایی و مواد و عناصر مربوط به شیمی تراپی نیز می‌باشد. زمان آماده سازی و توزیع، بسیار حایز اهمیت است چرا که بعضی از محلولها تنها برای همان روز، قابل استفاده می‌باشند. جهت آماده سازی و تهیه دارو، محیط باید استریل باشد، بنابراین، وجود هودها و هواکش‌های چند لایه برای واحد داروخانه‌ای که چنین محلولهایی را تهیه و آماده می‌کند، ضروری می‌باشند.

کنترل داروهای مخدر و داروهای خواب آور

بیمارستان باید بر روی توزیع داروهای مخدر و داروهای خواب آور، کنترل شدیدی داشته باشد. این داروها، هم باید تحت نظارت و حفاظت داروخانه (به طور معمول، با ایمنی بالا) و هم باید تحت نظارت بخش‌های پرستاری (به طور معمول، در جعبه‌های محکم بزرگ) قرار داشته باشند. باید مدارک و اسناد کافی و کاملی در مورد داروهای مخدر و خواب آور، نگهداری شود. در زمان تعویض هر شیفت پرستاری، داروهای مخدر و خواب آور شمارش می‌شوند. نگهداری داروهای مخدر در بیمارستان باید مطابق قوانین مشخص حکومت ایالتی و

1. Parenteral feeding products

در روش تغذیه غیرگوارشی، برای بیمارانی که قادر به خوردن غذا از طریق دستگاه گوارش خود نیستند (مثل بیمارانی که برای مدتی طولانی در حالت اغما هستند، بیماران مبتلا به سوختگی شدید و یا بیمارانی که جراحی‌های بزرگ دستگاه گوارش انجام داده‌اند)، محلول‌های غذایی (محتوی نمک‌ها، لیپیدها، آمینو اسیدها، گلوکز و ویتامین‌ها) از طریق یک کاتتر که وارد سیاهرگ بزرگ (سیاهرگ گردن و یا بالای کتف) آنها شده است، بطور مستقیم وارد جریان خون می‌شوند.

فدرال انجام گردد، هر دوی این حکومت‌ها، نمایندگانی دارند که ممکن است بازرسی‌های سرزده انجام دهند.

پزشکان باید تعداد مجاز تجویز داروهای مخدر بر روی نسخه‌ها را مد نظر قرار دهند. وقتی دستور تلفنی برای داروی مخدر به پرستار داده می‌شود، پرستاری که آن دستور دارویی را دریافت می‌کند، باید حداکثر تا ۴۸ ساعت، دستور مکتوب که در آن شماره پرونده بیمار درج شده است را از پزشک تجویز کننده دریافت نماید. بیشتر بیمارستان‌ها روشی را بنیان نهاده‌اند که طبق آن، دستورات دارویی در مورد داروهای مخدر، پس از گذشت مدتی خاص می‌بایستی دوباره تکرار شوند. داروهای مخدر به طور دقیق تعریف شده و تحت مقررات و قوانین ایالتی یا فدرال قرار دارند.

داروهای با نام علمی در مقابل داروهای با نام تجاری

دولت فدرال و سایر آژانس‌ها، استفاده از داروهای ژنریک را بیشتر تشویق می‌کنند زیرا هزینه این داروها به طور قابل ملاحظه‌ای کمتر از داروهای با مارک و عناوین تجاری است. نام ژنریک، نامی است که دارو به طور علمی به آن اسم شناخته می‌شود که اساس آن بدون توجه به سازنده، بر پایه ترکیبات شیمیایی دارو می‌باشد. شرکت‌های سازنده دارو یک نام یا مارک تجاری که به عنوان مارک تجاری آن دارو ثبت شده است را جهت داروهای خود انتخاب می‌کنند.

فروش دارو به بیمارستان‌ها

بحث در مورد داروخانه بیمارستان‌ها و فروش دارو، بدون توجه به افراد دست اندرکار فروش دارو و نمایندگان خدمات دارویی که به وسیله شرکت‌های بزرگ داروسازی استخدام شده‌اند، بحث کاملی نیست. این افراد، خدماتی با ارزش، به خصوص به پزشکانی که دستورات دارویی صادر می‌کنند، ارائه می‌نمایند. تیم خدمات دارویی، پزشکان شاغل در بیمارستان‌ها را با داروهای جدید آشنا کرده و برای افزایش استفاده از داروهای جدید تلاش می‌نمایند. بیمارستان‌ها، قسمت اعظم داروهای مورد نیاز خود را از طریق ترتیبات و تمهیدات خرید گروهی که به وسیله آن، بیمارستانها با یکدیگر خریداری می‌کنند و به طور گروهی

برای خرید داروها و لوازم مورد نیاز، اقدام می‌نمایند تا از تخفیف‌های حاصل از مقادیر زیاد خرید، بهره‌مند شوند و یا داروها را از شرکت‌هایی که برای مدیریت داروخانه با آنها قرارداد دارند، خریداری می‌نمایند.

امنیت داروها

ترکیبات و مواد تحت نظارت و کنترل، یک معضل برای بیمارستان‌ها محسوب می‌شوند. مدیر ارشد اجرایی و کارکنان تحت نظر وی باید به خاطر داشته باشند که فقط داروخانه نیست که، محل انبار کردن و نگهداری داروهای مخدر می‌باشد. اغلب بخش اورژانس، بخش اعمال جراحی و کاتتریزاسیون قلبی، واحد جراحی و حتی بخش‌های سرپایی، ممکن است قفسه‌های ویژه داروهای مخدر داشته باشند. همچنین پرستاران، پزشکان و سایر مشاغل بهداشتی درمانی ممکن است مواردی از سوء استفاده و جا به جایی این داروها را برای اهداف شخصی خود داشته باشند. یک حسابرسی صحیح و کامل دارویی در هر تغییر شیفت کاری به همراه بررسی تصادفی این داروها به جلوگیری و کنترل چنین مشکلاتی کمک می‌کند. هر فردی که به طور نامناسب و نابه جا از این داروها استفاده نماید، باید فوراً به نیروهای انتظامی و قانونی و نیز به انجمن شغلی و حرفه‌ای مربوطه معرفی شود.

ارتقای کیفیت

یک برنامه ارتقای کیفیت برای خدمات دارویی بیمارستان، باید خط مشی‌ها و روش‌هایی را برای آماده سازی، توزیع داروها و محصولات پایه نظیر ترکیبات تغذیه‌ای، طراحی نماید. داروساز باید در طراحی و ایجاد معیارها و استانداردهایی برای استفاده از داروها در بیمارستان، فعالانه عمل کند. باید سوء مصرف داروها شناسایی شود و اقدامات اصلاحی لازم پیشنهاد گردد.

یکی از کارهای ویژه‌ای که در برنامه‌های ارتقای کیفیت انجام می‌شود، تعیین نحوه مصرف و استفاده از دارو بر اساس نوع دارو می‌باشد. آمارها می‌توانند نشان دهند که چند درصد از بیماران، داروهای خاصی را در طول زمان بستری در بیمارستان، دریافت می‌کنند. وظیفه دیگری که برنامه ارتقای کیفیت دنبال می‌کند، تعیین نحوه مصرف و استفاده از دارو بر اساس تشخیص‌های بیماری است. در گذشته، تشخیص‌های بیماری مورد بازبینی قرار می‌تا تعیین

شود آیا دارو یا داروهایی برای یک مشکل خاص پزشکی استفاده می‌شوند که نمی‌بایستی استفاده شوند و موارد منع استعمال دارند یا خیر. به عنوان مثال، استروئیدها که برای زخم معده مورد استفاده قرار می‌گرفتند در حالی که نمی‌بایستی در این مورد مصرف شوند. این بازبینی‌ها به وسیله استقرار نرم افزارهایی در داروخانه که تناقض‌ها را مشخص کرده و سوء استفاده از محصولات دارویی داروخانه را نشان می‌دهند، به طور کامل جایگزین شده‌اند. این موارد در فصل ۲۲ تحت عنوان ایمنی بیماران بیشتر توضیح داده می‌شوند.

مرور فصل

- ۱- وظایف اصلی بخش مراقبت‌های تنفسی کدامند؟
- ۲- تست‌های الکتروانسفالوگرافی چگونه و برای چه منظوری به کار می‌روند؟
- ۳- موارد استفاده از الکتروکاردیوگرافی کدامند؟
- ۴- متخصص طب فیزیکی یا فیزیوتراپیست کیست؟
- ۵- کاردرمانی چه تفاوتی با فیزیوتراپی دارد؟
- ۶- مرکز جامع توانبخشی بیماران سرپایی چیست؟ شما چه انتظاری از یافته‌های یک برنامه مصوب این مرکز دارید؟
- ۷- وظیفه کمیته دارو و درمان چیست؟
- ۸- روش‌های مختلف توزیع دارو برای بیماران کدامند؟
- ۹- چرا پرسنل بیمارستان در زمان هر تعویض شیفت کاری، مواد تحت کنترل را شمارش می‌کنند؟
- ۱۰- در بسیاری از موارد، بیماران متصل به دستگاه کمکی تنفسی (ونتیلاتور)، نیازمند یک مجموعه‌ای از مراقبت‌های حاد (بیمارستان) نیستند. برخی از روش‌های جایگزین برای مراقبت از چنین بیمارانی را توضیح دهید.
- ۱۱- در مورد نقش "سختی کار" در یک برنامه کار درمانی بحث کنید.
- ۱۲- راه‌هایی را که بیمارستان و بیمار ممکن است از یک برنامه هایپرباریک^۱ سود ببرند، مورد بحث قرار دهید.

۱. استفاده درمانی از اکسیژن دارای فشار بالا (فشاری بالاتر از فشار معمولی اتمسفر) 1. Hyperbaric

بخش ششم: پشت صحنه - خدمات پشتیبانی

فصل سیزدهم: خدمات پشتیبانی بیمار

واژگان کلیدی

انجمن تغذیه امریکا	برنامه ترخیص
کشیش، فرد روحانی	لیست غذای بیمار
خدمات قراردادی	نماینده بیماران
غذای مناسب	انتقال بیمار
سیستم مرسوم و رایج	رژیم غذایی خاص
کارشناس تغذیه	مددکار اجتماعی

مقدمه

به طور کلی، خدمات پشتیبانی چه خدماتی هستند؟ ممکن است خدمات پشتیبانی بیمارستان، در قالب بخش‌هایی از بیمارستان یا مراکز هزینه تعریف شوند که خدمات تشخیصی و درمانی مستقیمی به بیماران ارائه نمی‌دهند اما به طور کلی، از مأموریت‌های بیمارستان حمایت می‌کنند. این خدمات، به طور طبیعی نقشی در درآمدزایی بیمارستان نداشته و تحت هدایت و نظارت تخصصی یک پزشک، به شکلی که توسط کمیته مشترک اعتبار سنجی و سازمان‌های بهداشتی درمانی آمریکا الزامی شده است، قرار ندارند. در یک بیمارستان، سه نوع بخش خدمات پشتیبانی وجود دارند که عبارتند از: بخش‌های خدمات پشتیبانی بیمار، بخش‌های خدمات پشتیبانی تاسیسات و تجهیزات و بخش‌های خدمات پشتیبانی اداری.

ممکن است خدمات پشتیبانی بیمار در ارتباط مستقیم با بیمار باشد و بخش‌های زیر را شامل شوند: تغذیه، خدمات اجتماعی، مراقبت‌های روحی- روانی، حفاظت از بیمار و خدمات مربوط به نمایندگی بیماران و رسیدگی به شکایات آنها.

خدمات پشتیبانی تجهیزات و تاسیسات، شامل خدمات مربوط به عملکرد ماشین آلات و دستگاه‌ها همچون کاخداری، مهندسی یا نگهداری، ماشین آلات فیزیکی و بخش مهندسی پزشکی می‌باشند.

خدمات پشتیبانی اداری آن دسته از بخش‌های غیر مراقبتی است که به طور مستقیم، اهداف مدیریت بیمارستان را مورد پشتیبانی قرار داده و شامل بخش‌های مدیریت مواد، منابع انسانی، امور داوطلبان و بخش‌های ارتباطات از راه دور است. مباحث فصلهای ۱۳ تا ۱۵ بر روی خدمات پشتیبانی، متمرکز خواهند بود.

بخش تغذیه

شاید در بیمارستان، هیچ بخشی به اندازه بخش تغذیه، در ارتباط با بیماران، کارکنان بیمارستان و ملاقات کنندگان نباشد. حتی اگر خدمات غذایی کافی و موثر هم باشند، به طور معمول، قدردانی کمی از طرف بیماران و کارکنان نسبت به این بخش صورت می‌گیرد. اگر خدمات غذایی فاقد کیفیت لازم باشد، انتقادات و عیبجویی‌ها شدت می‌یابند. بیماران شاکی اغلب عنوان می‌کنند که «برای چه در قبال این اتاق پول پرداخت می‌کنم، باید به فکر بهتر شدن غذا باشید، این غذا باید گرم باشد، اگر در هتل بودم می‌توانستم فلان غذا را درخواست کنم». این اظهار نظرها در ارتباط با ابعاد مختلف بخش تغذیه، مطرح می‌شوند.

در سال‌های ابتدایی، آماده سازی و توزیع غذا، تحت نظر بخش پرستاری، رییس کاخداری یا سرآشپز بود. پس از تحول و تکامل بخش کاخداری، بخش تغذیه با یک وظیفه جداگانه شروع به فعالیت نمود و خدمات غذایی از شرح وظایف بخش پرستاری، حذف شد. پیشرفت‌های به وجود آمده در دنیای تغذیه و رژیم‌های غذایی، نقش زیادی در شکل‌گیری بخش‌های ویژه تغذیه داشته‌اند. حوزه پزشکی شروع به مطالعه نقش تغذیه صحیح و مواد غذایی مناسب به عنوان یک عامل کمکی مهم در حفظ سلامت نمود. پیشرفت بعدی، ارزیابی علم تغذیه به عنوان یک زمینه شغلی و تخصصی بود. انجمن تغذیه آمریکا، یک گروه حرفه‌ای از افرادی است که در زمینه تغذیه فعالیت می‌کنند و بر آموزش مناسب کارشناسان تغذیه تاکید نموده‌اند. امروزه، کارشناسان تغذیه، به طور معمول، دارای مدرک تحصیلی لیسانس و گاهی فوق لیسانس بوده و سپس یک دوره یک ساله اینترنی^۱ را پیش از اخذ مدرک مربوط به تخصص در رشته تغذیه، که بسیاری از ایالات و نیز کمیته مشترک اعتبار بخشی سازمان‌های

1. Internship

بهداشتی و درمانی، پیش از اشتغال به کار در بیمارستان، آن را الزامی نموده‌اند، طی می‌نمایند. بخش تغذیه در مراقبت‌های درمانی بیماران و نیز ارائه لیستهای غذایی استاندارد برای بیماران و کارکنان نقش دارد. کارشناسان تغذیه، برنامه ریزی و هدایت خدمات غذایی و تغذیه و آموزش بیماران در زمینه تغذیه مناسب را بر عهده دارند.

فهرست غذای بیمار^۱

برنامه ریزی فهرست غذای بیماران و کارکنان، از مسولیت‌های کارشناس تغذیه است. کارشناس تغذیه باید دانش فنی کاملی از مواد غذایی و همچنین ذهنیت کافی از گروه بندی غذاها برای بیماران و کارکنان به منظور جذابیت و عده‌های مختلف غذایی داشته باشد. کارشناس تغذیه باید به اثرات روانی که غذا می‌تواند در بهبود بیمار داشته باشد، آگاه باشد. بیمارستان‌های جدید خواسته‌های بیماران را با توجه به سلیقه آنان و در راستای نیازهای تغذیه‌ای آنها تعیین می‌کنند. آنها انواع گوشت‌ها، سبزیجات و دسرهای شامل محصولات غیر فصلی و میوه‌های گل خانه‌ای را ارائه می‌کنند. بسیاری از بیمارستان‌ها، فهرست غذایی بسیار مناسبی را ارائه می‌کنند.

کارشناسان تغذیه ترجیح می‌دهند در ارائه فهرست غذایی یک جدول ۲ یا ۳ هفته‌ای تهیه نمایند. برای این کار، یک لیست اصلی ارائه می‌شود و برای کنترل نیازهای غذایی خاص، اصلاحات روزمره صورت می‌گیرد. فهرست غذایی انتخابی (که به بیماران اجازه می‌دهد بیش از یک نوع غذا انتخاب کنند) مقبولیت زیادی یافته و بسیار مورد استفاده می‌باشد. همان گونه که انتظار می‌رود، فهرست انتخابی غذا در بیمارستان‌های بزرگ‌تر قابلیت اجرایی بیشتری دارند. فهرست‌های غذایی با ملاقات منظم مسول تغذیه با بیماران جهت بررسی نیازهای آنها، قابل اصلاح می‌باشد. اهمیت جنبه روابط عمومی در ملاقات‌های کارشناس تغذیه، قابل اغماض نیست. بهبود وضعیت خدمات تغذیه‌ای و کاهش شکایات بیماران و ایجاد این احساس در آنها که افرادی ویژه و مهم هستند (همان گونه که باید هم باشند)، بخشی عمده و مهم از نقش کارشناس تغذیه بیمارستان می‌باشد.

1. Patient Menues

رژیم‌های غذایی خاص

استفاده روزافزون از رژیم‌های غذایی خاص برای بیماران بستری در بیمارستان وجود دارد. این امر، به علت پیشرفت‌های تغذیه درمانی و درک بهتر از علم تغذیه رخ داده است. رژیم‌های غذایی خاص، در واقع براساس دستورات درمانی پزشکان که در پرونده پزشکی بیمار ثبت می‌شوند، اعمال می‌گردد. پزشک با مشورت با کارشناس تغذیه، یک رژیم غذایی ویژه را براساس وضعیت بیمار توصیه می‌کند. رژیم‌های غذایی خاص برای بیماران تحت نظارت مستقیم کارشناس مسول تغذیه یا متخصص تغذیه، تهیه می‌شود. از آن جایی که ممکن است تنوع غذایی تا حدود زیادی کاهش یابد، احتمال ایجاد یک چالش روانشناختی واقعی برای کارشناس تغذیه، جهت جذاب و دل چسب نمودن رژیم غذایی خاص آماده شده برای بیمار، وجود دارد. بعضی از انواع رژیم‌های غذایی خاص عبارتند از: غذای کم نمک (فاقد سدیم)، غذای کم کلسترول، غذای با فیبر بالا، غذای با کالری محدود، غذای افراد دیابتی، مایعات صاف شده، مایعات مقوی و غذاهای پوره ای.

انواع خدمات تغذیه‌ای

به علت فشار فزاینده بر مدیریت بیمارستان جهت محدود کردن هزینه‌ها و در عین حال جهت برآورده کردن نیازهای بیماران، همراه با به وجود آمدن خدمات غذایی نوین، بیمارستان‌ها انواع روش‌های تهیه و توزیع مواد غذایی مناسب را مورد بررسی قرار داده‌اند. به طور کلی، ۴ روش در تهیه و توزیع غذا در بیمارستان وجود دارد: روش سنتی^۱، غذای ساده و راحت^۲، غذای منجمد^۳ و غذای آماده یخ زده (سیستم پخت - انجماد)^۴. کارشناسان خدمات تغذیه‌ای، چهار سیستم تغذیه‌ای را به شکل زیر تشریح می‌کنند:

سیستم یا روش سنتی

یک فهرست غذایی است که به طور روزمره و از مواد و ترکیبات اصلی تهیه، آماده سازی

1. Conventional system
2. Conventional system
3. Cook-chill system
4. Frozen ready (cook-freez) system

و بسته بندی می‌شود و کلیه این اقدامات در خود بیمارستان انجام می‌شود.

روش غذای ساده و راحت

از یک فهرست غذایی استفاده می‌نماید که در خارج از بیمارستان تهیه شده و به صورت یخ زده یا خشک شده عرضه می‌گردند و به آسانی و با یک گرم کردن ساده و بدون نیاز به کارهای پیچیده‌تر آماده می‌شوند. یک مثال از این نوع روش، رژیم‌های خاص از پیش آماده شده بیمارستانی است که شبیه شام یخ زده پای تلویزیون است (به سرعت گرم و آماده مصرف می‌شود).

روش غذایی منجمد

از مواد غذایی آماده شده در محل (در بیمارستان) استفاده می‌نماید که ضرورتاً در روز آماده سازی به مصرف نمی‌رسند. این مواد غذایی به سرعت منجمد شده و در یک جای سرد (در حدود ۳۵ درجه فارنهایت) انبار می‌شوند و پیش از مصرف به سرعت گرم می‌شوند.

غذای آماده یخ زده یا روش پخت - انجماد

از یک فهرست غذایی استفاده می‌نماید که در محل به طور انبوه تهیه و به شکلی منجمد و انبار می‌شوند که تنها نیاز به آب کردن و گرم کردن پیش از مصرف دارد. ممکن است یک بیمارستان با انتخاب ترکیبی از این ۴ نوع سیستم برای تهیه و توزیع غذای خاص بیمارستان خود، از بیش از یک نوع سیستم تهیه و توزیع غذا استفاده کند. انتخاب یک روش از میان ۴ روش به کارشناس تغذیه، مدیر خدمات تغذیه و مدیریت بیمارستان بستگی دارد. هزینه‌ها، یعنی هزینه عملیاتی به ازای هر وعده غذایی یا هزینه سالانه به ازای هر وعده غذایی، می‌تواند بسیار متفاوت باشد. هزینه مواد غذایی در روش سنتی، به احتمال زیاد، بالاتر از روش غذایی ساده می‌باشد.

بر حسب روش تهیه و توزیع غذا که یک بیمارستان انتخاب می‌کند، خدمات غذایی آرایه شده به بیماران متفاوت خواهد بود. به طور کلی، دو سیستم اصلی در توزیع سینی غذا وجود دارد: متمرکز و غیر متمرکز. بسیاری از بیمارستان‌ها با توجه به طراحی فیزیکی بیمارستان، در هر یک از این دو نوع سیستم، تغییرات و اصلاحاتی ایجاد کرده‌اند. روش توزیع غذا به صورت یک جا و عمده، در واقع، یک شکل تغییر یافته از سیستم متمرکز و غیر متمرکز است.

روش‌های متمرکز، به علت اثربخشی بیشتر، اقتصادی‌تر بودن و قابلیت بیشتر برای نظارت و همچنین به علت استفاده مناسب کارکنان از زمان، توسط بسیاری از بیمارستان‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرند. سینی غذای بیماران به طور مرکزی آماده و تحت نظارت مرکزی و در راستای یک سیستم انتقال و گاهی شبیه یک خط مونتاژ در یک کارخانه ماشین‌سازی، کنترل می‌شود.

روش غیر متمرکز، قدیمی‌ترین روش توزیع غذا می‌باشد. در این روش، غذا در آبدارخانه بخش مراقبت از بیماران، آماده و در سینی غذای بیماران قرار داده می‌شود. این روش، کارایی کم تری نسبت به روش متمرکز دارد، از آن جا که بخش مراقبت از بیماران نیاز به آشپزخانه جداگانه‌ای برای توزیع غذا دارد، هزینه‌های سرمایه‌ای افزایش می‌یابد و با یک تغییر ساده در روش متمرکز می‌توان غذا را به راحتی در کنار تخت بیمار قرار داد. از آن جا که سینی‌های غذا به وسیله چهارچرخ‌ها و ترالی‌های بزرگ به بخش‌های مراقبت از بیماران منتقل می‌شوند، ممکن است میزان گرمای غذا در مسیر حمل غذا، تغییر یابد. سینی‌های غذا با عایق بندی جدید می‌تواند این نقیصه را برطرف نماید. بسیاری از دستگاه‌ها از یک صفحه گرمازا برای گرم نگه داشتن غذا برخوردارند.

تسهیلات فیزیکی

تسهیلات فیزیکی بخش تهیه و توزیع غذا، چیزی بیش از یک آشپزخانه را شامل می‌شوند. بخش تغذیه باید دارای یک روش مشخص جهت دریافت مواد غذایی باشد. به همین علت، یک بخش دریافت، یک سکو و یک بخش اداری مورد نیاز است. علاوه بر این، زمانی که مواد غذایی در ساختمان مربوطه تحویل شد، باید توجه داشت که آیا یک انبار مناسب و تمیز برای آن وجود دارد یا خیر. باید یک انبار مرکزی، هم برای ذخیره سازی مواد خشک و هم برای نگهداری مواد سردخانه‌ای وجود داشته باشد. علاوه بر این، جهت کاهش هزینه‌های نیروی کار و کاهش هزینه انتقال مواد غذایی، قسمت تولید مواد غذایی باید نزدیک انبار باشد. در قسمت آماده سازی، تسهیلات طبخ غذا نظیر کباب پزها، فرها و اجاق‌های خوراک پزی باید موجود باشند. باید یک قسمت جهت شستشو نیز در نظر گرفته شود.

غذاخوری

غذاخوری بیمارستان که خدمات رستوران را برای کارکنان، کادر پزشکی، ملاقات کنندگان

و حتی بیماران سرپایی بیمارستان ارایه می‌نماید، به طور معمول، در بخش تغذیه قرار دارد. این غذاخوری‌ها، اغلب، در نزدیک محل آماده سازی غذا قرار دارند، این به آن دلیل است که آسانسورها و بالابرها بتوانند در حمل و نقل غذا از بخش آماده سازی تا غذاخوری کمک کنند. دو بخش عمده در غذاخوری عبارتند از قسمت‌های سرو غذا و صرف غذا.

زمانی غذاخوری بیمارستان‌ها، به طور عمده، غذاهای یارانه‌ای را به عنوان مزایای جنبی و شغلی، به کارکنان عرضه می‌کردند؛ این موضوع به بیمارستان اجازه می‌داد تا کارکنان با حقوق‌های پایین‌تر را به طور منطقی پشتیبانی کند. از آن جا که حقوق کارکنان بیمارستان یک حالت رقابتی‌تر به خود گرفته است، قیمت‌های غذای رستوران بیمارستان نیز افزایش یافته است. در عین حال، خدمات غذاخوری نیز افزایش یافته‌اند. بسیاری از غذاخوری‌ها، علاوه بر ارایه سه وعده غذای گرم و سرد در یک روز، ساندویچ و غذاهای سبک و میان وعده نیز ارایه می‌نمایند. برخی از بیمارستان‌ها با شرکت‌های تولید کننده غذای آماده جهت تهیه غذای کارکنان و ملاقات کنندگان قرارداد منعقد می‌کنند.

خدمات فروش غذا

بیمارستان‌ها در بسیاری از اوقات، غذاخوری خود را به دستگاه‌های سکه‌ای فروش غذا و نوشیدنی تجهیز می‌کنند. اغلب، نظارت بر فعالیت فروش مواد غذایی در بیمارستان بر عهده بخش تغذیه است. به طور معمول، برای ارایه این نوع خدمات، با شرکت‌های خارج از بیمارستان قرارداد بسته می‌شود، اما برخی از بیمارستان‌ها خدمات فروش غذا را خود ارایه می‌دهند. این دستگاه‌ها، مواد غذایی و غذاهای سبک را برای کارکنان و ملاقات کنندگانی که ممکن است ۲۴ ساعته در بیمارستان باشند، عرضه می‌نمایند.

خدمات غذایی در مناسبت‌های عمومی

بخش تغذیه مسول ارایه خدمات غذایی در مناسبت‌های عمومی است. خدمات غذایی در مناسبت‌های عمومی برای مدیریت، کادر پزشکی و نیز در فعالیت‌های بیمارستانی از قبیل برگزاری جلسات عمومی و امور داوطلبانه ارایه می‌گردد. اگر چه این خدمات، بسیار پر زحمت و پر دردسر هستند، اما می‌توانند روابط عمومی مثبتی برای بخش تغذیه و بیمارستان

ایجاد نمایند.

خدمات غذایی مبتنی بر قرارداد

همان گونه که بیمارستان‌ها، همواره روش‌های مختلفی را برای تهیه و توزیع مواد غذایی مورد بررسی قرار می‌دهند، درصدد ارزیابی خدمات قراردادی بخش تغذیه نیز می‌باشند. تعداد زیادی از بیمارستان‌ها از مدیریت‌های خارج از بیمارستان جهت مدیریت بخش‌های تغذیه و مواد غذایی استفاده می‌کنند و به طور معمول، برای تامین این هدف به شرکت‌های تجاری وابسته هستند. نتیجه این کار، طیفی از رضایت کامل تا نارضایتی را شامل می‌شود. ارایه خدمات غذایی بیمارستان‌ها به صورت قراردادی، دارای مزایا و معایبی است. برخی از مزایای داشتن قرارداد با شرکت‌های خارج از بیمارستان، شامل استفاده از کارکنان آموزش دیده و در نتیجه کاهش نیاز به کارکنان بیمارستان و استخدام دائمی این افراد است. علاوه بر این، گروه مدیریتی خارج از بیمارستان می‌تواند از طریق بهبود روش‌ها و افزایش کارایی، هزینه را کاهش دهد. نتایج جنبی این روش‌ها، کاهش تعداد کارکنان و کاهش تجهیزات تهیه و توزیع مواد غذایی در بخش تغذیه می‌باشد که به روش انتخاب شده جهت خدمات تغذیه‌ای بستگی دارد. این روش می‌تواند منجر به ایجاد فضای بیشتر در بیمارستان و فراهم آمدن فضای فیزیکی برای سایر بخش‌ها گردد. هر بیمارستانی که از خدمات غذایی یک شرکت خارجی استفاده می‌کند باید به صورت مستمر، عملکرد آن شرکت را نظارت و بررسی کند.

پیمانکاران خارج از بیمارستان، مزایای کار خود را بهره وری بالاتر، نظارت مناسب، مهارت‌های بالا در زمینه تهیه و توزیع و تهیه و تدارک تجهیزات و محصولات پیشرفته می‌دانند. این پیمانکاران خارجی، انعطاف پذیری بیشتری در مقابل تغییرات محیط بیمارستانی خواهند داشت. با این همه، مزایایی برای بیمارستان‌ها جهت ادامه روند ارایه خدمات غذایی توسط خودشان نیز وجود دارد. یکی از این امتیازات، ایجاد حس وفاداری به سازمان در کارکنان می‌باشد. علاوه بر این، بیمارستان‌ها دریافته‌اند که اگر کارکنانی تمام وقت در بخش تغذیه بیمارستان داشته باشند، می‌توانند برنامه زمانی انعطاف پذیری داشته باشند. علاوه بر این، وقتی بیمارستان از بخش تغذیه خود استفاده می‌کند و کارکنان بخش تغذیه در کنار هم کار می‌کنند، یک روحیه تیمی در بین آنها ایجاد می‌شود. همچنین، بیمارستان‌ها بر این باورند

که با استفاده از کارکنان خود بیمارستان، ضریب امنیت نیز افزایش می‌یابد. شرکت‌های خصوصی مواد غذایی متعهدند که خدمات خود را با قیمت مناسب و حداکثر کارایی و اثر بخشی ارایه نمایند.

برنامه‌های خدمات غذایی گسترده (کامل)

بیمارستان‌ها، برنامه خدمات غذایی خود را به چیزی بیش از ارایه خدمات سنتی غذا به کارکنان و بیماران توسعه داده‌اند. در واکنش به خدمات نه چندان مناسب در بخش تغذیه و تمایل برای کسب درآمد، روش‌های کاری جدیدی به وجود آمده‌اند. بعضی از نمونه‌های برنامه جدید خدمات غذایی عبارتند از: تهیه غذای آماده منجمد برای بازارهای محلی و منطقه‌ای، تهیه مواد غذایی برای بیماران بستری در خانه، تهیه غذا برای افرادی که آن را خریده و در محلی دیگر به مصرف می‌رسانند (غذاهای بخر و ببر)^۱، یکشنبه بازارهای عمومی، نانواهای، تدارک غذا در خارج از محوطه بیمارستان و تهیه و تدارک غذا برای سالمندان مقیم خانه‌های سالمندان.

بخش خدمات اجتماعی

دکتر مالکولم مک ایچرن^۲ که یکی از قدیمی‌ترین بزرگان در اداره امور بیمارستان‌ها محسوب می‌شود در کتاب خود تحت عنوان سازمان و مدیریت بیمارستان عنوان نموده است که بیمارستان بریتیش^۳، در قرن نوزدهم فردی شبیه به مددکار اجتماعی داشت که «آلمونر»^۴ یا مددکار اجتماعی خوانده می‌شد. به گفته وی، آلمونر فردی بود که به نمایندگی از عموم جامعه، صدقات را توزیع می‌کرد. وظیفه اصلی آلمونر، پیشگیری از سوء استفاده از صدقات و خیرات بود. این فرد، همچنین، در برنامه‌های اجتماعی بیمارستان مشارکت داشت. مک ایچرن، سابقه فعالیت این افراد در قالب مددکارانی با اخلاق و متعصب را مربوط به قرون وسطی می‌داند و عنوان می‌کند که بیمارستان‌های دیگر در مقایسه با بیمارستان بریتیش در قرن نوزدهم، از روحیه انجام فعالیت‌های خیریه کم‌تری

1. Take-out delis
2. Dr. Malcolm Maceachern
3. British hospital
4. Almoner

برخوردار بودند. در ظاهر، هدف اصلی آلمونر، کمک کردن، اما با حداقل هزینه ممکن بوده است. با توجه به لیاقت و شایستگی آلمونرها در قرن نوزدهم به نظر می‌رسد شغل آنها مقدمه‌ای برای به وجود آمدن مددکار اجتماعی در بیمارستان‌های امروزی بوده است.

یکی از اولین بخش‌های سازماندهی خدمات اجتماعی در ایالات متحده مربوط به بیمارستان عمومی ماساچوست است که در سال ۱۹۰۵ توسط دکتر ریچارد سی کابوت^۱ تاسیس شد. در آن زمان، استفاده از یک مددکار اجتماعی، راهی جدید برای تکمیل تلاش‌های پزشکان در ارایه بهتر مراقبت‌های پزشکی بود. نقشی که دکتر کابوت برای این حرفه جدید در نظر گرفته بود، بررسی و گزارش وضعیت‌های مختلف اجتماعی و خانوادگی تاثیر گذار بر بیماران، پزشک آنها و نیز طراحی ارتباط بین بیمارستان، سایر موسسات و بیمار بود.

شرایط و صلاحیت‌های لازم برای یک مددکار اجتماعی درمانی

مددکاران اجتماعی افراد تحصیل کرده‌ای هستند و ترجیحاً باید از مقطع لیسانس یا فوق لیسانس فارغ التحصیل شده باشند. همچنین، آنها می‌بایستی مجوز و پروانه کار از دولت ایالتی خود دریافت نمایند. انجمن مددکاران اجتماعی آمریکا، شرایط و صلاحیت‌های لازم برای آموزش و عضویت در آن انجمن را ارایه نموده است.

وظایف مددکار پزشکی اجتماعی

یک بیمارستان مدرن امروزی می‌تواند از بخش خدمات مددکاری، حداقل در ۶ مقوله مرتبط با ماموریت بیمارستان انتظار مشارکت داشته باشد:

- ۱- کمک به تیم سلامت برای شناخت عوامل اقتصادی و اجتماعی که بر روی بیماری، درمان و بهبود بیماران تاثیر می‌گذارند.
- ۲- کمک به بیماران و خانواده آنها و کارکنان بیمارستان برای درک این عوامل و استفاده مناسب از منابع موجود در نظام مراقبت‌های پزشکی. این امر، یک بخش مهم از برنامه ریزی جهت ترخیص می‌باشد.
- ۳- ارتقای سطح بهبودی بیمار و بالا بردن روحیه خانواده وی از طریق برقراری ارتباط با خانواده و بیمار.

1. Dr. Richard C. Cabot

- ۴- توسعه و ارتقای ماموریت بیمارستان از طریق مشارکت در آموزش و فعالیت‌های بیمارستانی به همراه کارکنان بیمارستان و افراد خارج از بیمارستان.
 - ۵- ارایه مراقبت مناسب‌تر به بیماران از طریق تعیین خدمات مختلف از جمله خدماتی که خارج از بیمارستان بوده و قابل دسترسی و استفاده برای بیماران می‌باشند.
 - ۶- افزایش بهره مندی از منابع جامعه و استفاده از این منابع به منظور کمک به رفع نیازهای بیمار و خانواده وی در هنگام ترک بیمارستان.
- همچنین، بخش مددکاری اجتماعی می‌تواند خدماتی نظیر کمک‌های داوطلبانه، اطلاعات مرتبط با منابع جامعه و گروه‌های پشتیبان در جامعه، خدمات مراقبت در منزل، کمک به دریافت مداوم تسهیلات درمانی بهتر و ارجاع به موسسات کارایی و آسایشگاه‌ها ارایه نماید. یک نکته مهم این است که اگر قرار است خدمات اجتماعی موثر واقع شود، این موضوع باید به طور مستقیم در ارتباط با پزشک و بیمار جستجو شود.

نقشی جدید برای مددکار اجتماعی درمانی

مددکار اجتماعی نقش مهمی در کمک به فرآیند ارتقای کیفیت ایفا می‌کند. مددکاران اجتماعی، همزمان با فعالیت در زمینه ارتقای کیفیت می‌توانند مشارکت قابل توجهی در بخش ترخیص داشته باشند. کمیته مشترک اعتبار بخشی و سازمان‌های بهداشتی درمانی آمریکا توصیه می‌کنند که بخش مددکاری اجتماعی، سیاست و روش‌های اجرایی مدون برای برنامه ترخیص بیماران داشته باشد. برنامه ترخیص، یک نظام متمرکز سازمان یافته جهت اطمینان از این موضوع است که هر بیمار بستری شده دارای یک برنامه مدون برای دریافت مستمر مراقبت‌های مورد نیاز و پیگیری نیازهای دیگر می‌باشد. پزشکان، پرستاران و مدیران، به طور مداوم به کمک مددکاران اجتماعی، برای تدوین برنامه‌هایی جهت توانمند سازی بیماران در دریافت مراقبت‌های مستمر پس از ترک بیمارستان، نیاز دارند.

برای این که برنامه ترخیص کارآمد و اثربخش باشد، این برنامه باید به محض پذیرش یک بیمار جهت بستری در بیمارستان آغاز شود. یک جنبه حیاتی برنامه ترخیص، پیش بینی و تعیین مراکز نظیر مراکز توانبخشی و مراکز مراقبت‌های طولانی مدت برای بیمارانی است که پس از بستری شدن در بیمارستان قادر به عزیمت به خانه‌های خود نیستند و این یک چالش عمده بر سر راه مددکاران

اجتماعی است. یک مددکار اجتماعی نه تنها به طور مستقیم در بهبود و سلامتی بیمار موثر است، بلکه بر روی هزینه- اثربخشی و کارایی فعالیت‌های بیمارستان نیز تاثیرگذار می‌باشد. اگر بیمار به یک مرکز مناسب (جهت دریافت مراقبت بیشتر) انتقال نیابد، ممکن است بیمارستان برای درمان بیشتر وی، منابع زیادی را به هدر دهد. مددکار اجتماعی در بیمارستان، به یکی از مهم‌ترین کمک‌کننده‌ها در انجام امور مدیریت مالی و صرفه جویی در بودجه بیمارستان تبدیل شده است.

بخش مددکاری اجتماعی می‌تواند به طور نامحسوس، باعث کسب درآمد و منافع برای بیمارستان شود، اگرچه این منافع به شکل پول نبوده و در اظهار رضایت بیماران و خانواده آنها در خصوص نحوه خدمت مددکاران، منعکس گردد. بیمارستان‌ها دریافته‌اند که بخش خدمات مددکاری اجتماعی- درمانی به یک جزء ضروری در سازمان بیمارستان تبدیل شده است. پزشکان همواره قدردانی خود را از مددکاران اجتماعی اعلام می‌کنند، که این، نشاندهنده نقش مشارکت مددکاران اجتماعی در بازتوانی سریع بیماران مشهود می‌باشد.

مددکاران اجتماعی - روانی

مددکاران اجتماعی که با بیماران دارای مشکلات عاطفی و روحی و نیز مشکلات شخصی و اجتماعی کار می‌کنند، دارای یک نقش تخصصی می‌باشند. مددکاران اجتماعی- روانی، متخصصان روانپزشکی را در تشخیص و درمان یاری می‌کنند، به خانواده این بیماران در تطابق با مشکل آنها و همچنین در امر ترخیص بیمار کمک می‌کنند. این افراد، در امر تشخیص منابع و امکانات جامعه که یک بیمار می‌تواند پس از ترخیص به آنها مراجعه و از آنها بهره مند شود، کارشناسان ماهر و متبحری هستند.

خدمات مراقبت‌های معنوی

روحانیون و اعضای مذهبی فعال در بیمارستان، به عنوان گوش شنوای بیماران و خانواده آنها عمل می‌کنند و ارایه کننده مسایل مذهبی به ویژه در بخش اورژانس و پس از جراحی می‌باشند. روحانی بیمارستان با کمک به بیماران در شناخت و استفاده از قدرت معنوی و ایمان شخصی خود، در انجام اقدامات مهم و حساس و نیز در مدیریت استرس مشارکت می‌نمایند. روحانیون همواره به عنوان یک رابط بین بیمار، خانواده و پزشکان عمل می‌کنند. برخی از روحانیون در جلسات درون گروهی کارکنان شرکت کرده، پرونده‌های بالینی بیماران را مطالعه می‌کنند و در پرونده پزشکی بیماران، موارد و مطالبی را ثبت و یادداشت می‌نمایند. آنها همچنین می‌توانند از

اعضای مهم کمیته اخلاق پزشکی بیمارستان باشند.

خدمات حمل و نقل بیمار

بخش حمل و نقل بیمار یا با استفاده از ویلچر و یا برانکار، انتقال بیمارانی که نیاز به رفتن به بخش‌های مختلف بیمارستان را دارند، انجام می‌دهند. یک حمل کننده بیمار همچنین می‌تواند به پرستاران بخش در جا به جایی و بلند کردن بیماران در روی تخت یا خارج از آن کمک کند. در کنار این فعالیت جسمی و فیزیکی، یک حمل کننده بیمار ممکن است با بیماران رابطه اجتماعی نیز داشته باشد. بیمارستان‌ها ممکن است دارای خدمات متمرکز حمل و نقل بیمار باشند. بیمارستان‌ها، براساس میزان برخورداری از بخش‌های فرعی و جنبی، ممکن است دارای یک نظام حمل و نقل متمرکز برای بیمار باشند و یا در بخش‌های خاصی از بیمارستان دارای یک سیستم حمل و نقل غیر متمرکز باشند، این بخش‌ها مسول حمل و نقل بیماران خود می‌باشند. علاوه بر این، برنامه‌های نرم افزاری کامپیوتری وجود دارند که امکان برنامه ریزی سریع و کارآمد برای حمل و نقل بیمار در بیمارستان‌های بزرگتر و پیچیده را فراهم می‌آورند.

نماینده بیماران^۱

برنامه‌های نماینده بیماران در دهه ۱۹۵۰ برای تضمین این موضوع بنیان نهاده شد که بیماران در حد شأن و مقام خود تحت درمان قرار می‌گیرند. در سال ۱۹۷۱، مجمع نمایندگان خدمت به بیماران تشکیل و در سال ۱۹۷۲ انجمن نمایندگان بیماران به رسمیت شناخته شد. امروزه، برنامه‌های نماینده بیماران در بین بیمارستان‌ها، متداول و مرسوم می‌باشند.

نمایندگان بیماران به عنوان رابطین بین بیماران، خانواده آنها و سیستم پیچیده بیمارستانی و مراقبت‌های بهداشتی و درمانی ایفای نقش می‌نمایند. نمایندگان بیماران، شنونده و مستمع، خوش بیان و تسهیل کننده هستند. وظایف این افراد شامل بررسی مشکلات و گرفتاری‌های بیماران، کاستن از اضطراب آنها، توضیح و تشریح خط مشی‌های جاری بیمارستان و گاهی اوقات توجه به نیازهای روحی بیماران است. همچنین نمایندگان بیماران با پزشکان، پرستاران، مددکاران اجتماعی، روحانیون و مدیران

1. The patient representative

خطر، به منظور افزایش رضایتمندی بیمار، همکاری نزدیک داشته و در جهت ایجاد ذهنیت عمومی مثبت نسبت به بیمارستان تلاش می‌کنند. این افراد اغلب، دستورالعمل‌های پیچیده و فرم‌های نمایندگی و وکالت نامه‌های مراقبت‌های بهداشتی درمانی طولانی مدت را برای بیماران توضیح می‌دهند.

مرور فصل

- ۱- چند بخش در خدمات پشتیبانی بیمار فعالیت می‌کنند؟
- ۲- چهار نوع سیستم تهیه و توزیع غذا در بیمارستان را توضیح دهید.
- ۳- دو نوع اصلی خدمات غذایی را توضیح دهید.
- ۴- چرا خدمات فروش غذا در بیمارستان مهم است؟
- ۵- خدمات غذایی مبتنی بر قرارداد را از نظر معایب و مزایا توضیح دهید.
- ۶- مأموریت مددکار اجتماعی چیست؟
- ۷- نقش بخش خدمات مراقبت‌های معنوی چیست؟
- ۸- نقش نماینده بیمار چیست؟
- ۹- اهمیت حفاظت و مراقبت از بیمار در چیست؟ چرا آموزش جهت ارابه خدمات به مشتری، مهم است؟

فصل چهاردهم: خدمات پشتیبانی تاسیسات و تجهیزات

واژگان کلیدی

مدیر رخت شوی خانه	مهندس پزشکی
مدیریت و ایمنی کار	متخصص تجهیزات پزشکی
سطح تراز	شرکت‌های خدمات پیمانی
ژنراتور مولد برق	برنامه ریزی حوادث و بلایای طبیعی
نگهداری پیشگیرانه	کاخدار اجرایی
کارکنان بهسازی و بهداشتی	ایمنی حریق
حراست (امنیت)	ایمنی عمومی
دستور کار	زباله‌های عفونی

مقدمه

این فصل بر روی بخش‌هایی متمرکز خواهد بود که از مراکز پزشکی پشتیبانی می‌کنند. این بخش‌ها عبارتند از: (۱) خدمات بهداشت محیط، (۲) رخت شوی خانه، (۳) حفظ و نگهداری، (۴) مهندسی ماشین آلات، (۵) پارکینگ، (۶) حراست (امنیت)، (۷) برنامه ریزی ایمنی و بلایای طبیعی، (۸) مهندسی پزشکی.

بخش خدمات بهداشت محیط

در گذشته‌ای نه چندان دور، خدمات بهداشت محیطی که به عنوان خدمات کاخداری شناخته می‌شد، زیر نظر بخش خدمات پرستاری اداره می‌شد. به موازات افزایش فعالیت‌های آموزش پرستاران و تغییر در وظایف آنها، نیاز به پشتیبانی بخش بهداشت محیط آشکار شد. این بخش دارای دو وظیفه اصلی است: حفظ پاکیزگی بیمارستان و کنترل وسایل نظیف.

پاکیزه و تمیز نگاه داشتن بیمارستان، بک چالش عمده است. بخشی از مشکل این است که بیمارستان یک مرکز فعال در طول ۲۴ ساعت و در طول سال می‌باشد. بخش‌های پر رفت و آمد برای پیشگیری از به وجود آمدن چهره‌ای نامناسب از کل بیمارستان و پیشگیری از عفونت‌های بیمارستانی، نیازمند توجه خاص می‌باشند.

آنچه که مهم‌تر از نظافت بیمارستان است، ایجاد اطمینان و اعتماد نسبت به نظافت مناسب اتاق‌ها و کف ساختمان است. این امر که چرا نظافت انجام می‌شود به اندازه این موضوع که چه چیزی نظافت می‌شود، اهمیت دارد. آلودگی بیمارستان برای بیماران، ملاقات کنندگان و کادر پزشکی، عوارض جانبی گوناگونی را در پی خواهد داشت. پاکیزگی، یک تصویر عمومی مثبت برای بیمارستان ایجاد می‌کند. این امر، یک تاثیر روانی بر روی بیماران و ملاقات کنندگان دارد. به نظر می‌رسد، بیمارستانی که خوب سازماندهی شده باشد و از آن مهم‌تر، بیمارستانی که دارای یک محیط پاکیزه است، می‌تواند احتمال عفونت‌های بیمارستانی را کاهش دهد.

تامین نیروی انسانی

بخش خدمات بهداشت محیط، یک بخش وابسته به نیروی کار است. این بخش از تجهیزات مدرن و به روز استفاده می‌کند، اما کار تمیز کردن اتاق بیمار، راهروها، دفاتر و اتاق‌های انتظار بیمارستان نیاز به نیروی انسانی دارد که به طور عمده، از کارکنان بهسازی و بهداشتی تشکیل شده است. سرپرست بخش، یک کاخدار اجرایی، یک کاخدار ارشد یا مدیر بخش کاخداری است. سازماندهی بخش کاخداری، امری رایج است، به شکلی که بر مبنای اصل سلسله مراتب، یک کاخدار ارشد در رأس قرار دارد و دارای یک یا دو دستیار یا معاون (ناظر ارشد) بوده و بعد از آنها کارکنان بهسازی و بهداشتی قرار دارند.

درجه بندی کارکنان بهسازی و بهداشتی بر حسب یک تقسیم بندی ستی در نیروی کار است که ناشی از شرح وظایف قدیمی مشاغل است. برخی از افراد، وظیفه نظافت لامپ‌ها، گردگیری و جاروکنی کف راهروها را بر عهده دارند. بقیه افراد، وظیفه خدمات نظافتی سنگین‌تر و جا به جایی اسباب و اثاثیه را انجام می‌دهند. این افراد در خط مقدم بخش خدمات بهداشت محیط قرار دارند و به طور معمول، به بخش‌ها، قسمت‌ها و یا واحدهای بیمارستان، اختصاص می‌یابند. یک بخش پرستاری می‌تواند به طور مستقیم، یک فرد مشخص که مختص بخش است، به همراه افرادی اضافی جهت کار در شیفت شب یا تعطیلات آخر هفته داشته باشد. این افراد کلیدی، به اشکال مختلف روی بیماران تاثیر می‌گذارند. نتیجه کار آنها (یعنی ایجاد یک واحد پرستاری و یا اتاق بیمار تمیز)، هم بر روابط عمومی و هم بر مسایل روانی تاثیر می‌گذارد. رویکرد، مهارت، نگرش و شخصیت کارکنان بهسازی و بهداشتی به طور مستقیم بر روی بیماران تاثیر می‌گذارد.

چرا که آنها هر روز در هنگام تمیز کردن اتاق بیماران، با آنها در تماس هستند. یک خدمتگزار خوشرو، مودب و آگاه به نحوه انجام وظیفه و ایجاد یک برنامه ارتباطی مناسب با میهمانان، می‌تواند میزان اعتبار و محبوبیت بیمارستان را افزایش دهد.

جا به جایی و حمل و نقل زباله‌های خطرناک و عفونی

بیمارستان‌های امروزی، هر بیمار را با رعایت مفهوم احتیاطات عمومی که بیان گر مستعد بودن کلیه بیماران در گسترش و انتشار بیماری‌های ایدز، هپاتیت C,B,A و غیره می‌باشد، درمان می‌کنند. بخش کاخداری با اعتقاد به این که هر بیمار می‌تواند عفونی باشد، باید اتاق بیماران را ضدعفونی نموده و زباله‌های عفونی و خطرناک را جا به جا نماید. این بخش با سیاست‌های کمیته کنترل عفونت در مورد ضد عفونی اتاق‌ها و یا سطوح معین با استفاده از محلول‌های باکتری کش ویژه و غبارزدهای معین یا سایر روش‌هایی که اثر بخش بودن آنها در ضد عفونی به اثبات رسیده است، ارتباط مستقیم دارد. زباله‌های عفونی، همواره در کیسه‌های مخصوص قرمز رنگ و دو جداره جمع آوری می‌شوند. سوزاندن، یک روش اثر بخش و در واقع موثرترین روش برای دفع زباله‌های عفونی است. نحوه دفع زباله به شکل قانونی و قابل قبول از ایالتی به ایالت دیگر متفاوت می‌باشد. نظافت کنندگان همواره باید از دستکش استفاده نموده و مراقب سرسوزنهای مصرف شده و ریخته شده در سطل زباله باشند. سرسوزن‌ها می‌توانند به دلیل عفونی بودن، تهدیدکننده زندگی باشند. دفع زباله‌های خطرناک نظیر داروهای شیمی درمانی و مواد رادیواکتیو (رادیو نوکلئوتیدهای مصرف شده در بخش تصویر برداری) توسط دولت‌های محلی و آژانس‌های فدرال، قانونمند شده‌اند. بسیاری از ایالت‌ها در رابطه با زباله‌های خطرناک، از قوانین فدرالی انجمن حفاظت از محیط زیست^۱ پیروی می‌کنند. بخش خدمات بهداشت محیط باید همواره از تغییر قوانین، آگاه باشد. ممکن است بیمارستان‌ها، دارای مکانیسم‌های دفع زباله نظیر زباله سوز بوده و یا ممکن است با شرکت‌های بیرون از بیمارستان، برای خدمات دفع زباله، قرارداد داشته باشند. بیمارستان به عنوان تولید کننده زباله‌های عفونی و خطرناک (بافت‌های برداشته شده در حین جراحی، فرآورده‌های خونی دور ریخته شده، نمونه‌های آزمایش بیماران و...)، به طور معمول، مسول و متعهد به دفع

1. Environmental Protection Agency (EPA)

موثر و ایمن این محصولات می‌باشد.

رخت شوی خانه بیمارستان

به طور معمول، بیمارستان‌ها دارای رخت شوی خانه ویژه خود هستند که در کنار بیمارستان و یا درون بیمارستان فعالیت می‌کند و یا ممکن است با خدمات رخت شویی بیرون از بیمارستان قرارداد داشته باشند. یک رخت شوی خانه معمولی دارای قسمت‌هایی برای دریافت و دسته بندی البسه کثیف می‌باشد. سایر قسمت‌های عملیاتی رخت شوی خانه عبارتند از: اتاق شستشو و اتاق کنترل البسه تمیز که دارای میزهای بزرگ برای دسته بندی، ماشین‌های خشک کن برای خشک کردن و دستگاه‌هایی برای اتو و پرس کردن است. در کنار اتاق کنترل البسه رخت شوی خانه، ممکن است یک اتاق البسه تمیز و آماده سازی بسته‌ها نیز باشد که در آن جا البسه تمیز به منظور نگهداری و انبار کردن، در قفسه‌هایی قرار می‌گیرند و یا در داخل گاری‌های غیر متمرکز البسه قرار داده می‌شوند. سرپرستان و مدیران رخت شوی خانه به منظور صرفه جویی در زمان، همواره در پی تهیه تجهیزات اتوماتیک هستند.

رئیس بخش رخت شوی خانه، مدیر آن است. مدیر این بخش باید مهارت‌های ارتباطی را بیاموزد و با دستگاه‌های رخت شوی خانه نیز آشنا باشد و با شناخت محلول‌های مناسب و روش‌های شستشو، نسبت به ابعاد فنی رختشویی آگاهی داشته باشد. تعداد واقعی پرسنل مورد نیاز رخت شوی خانه بیمارستان، با توجه به تعداد تخت‌های بیمارستان، متفاوت خواهد بود. اگر رخت شوی خانه مسول جایگزینی البسه کثیف، توزیع البسه و بسته بندی‌های استریل باشد، تعداد افراد مورد نیاز افزایش خواهد یافت.

باید تعداد سری رخت مورد نیاز تعیین شود. استاندارد معمول عبارت است از داشتن شش سری کامل البسه برای هر تخت اشغال شده. با توجه به تحقیقات و بررسی‌های ایالتی، شش دست البسه به شرح زیر مورد نیاز و مورد استفاده خواهند بود:

یک سری برای روی تخت بیمار، یک سری در مسیر رخت شوی خانه، یک سری در حال آماده سازی در رخت شوی خانه، یک سری آماده استفاده در بخش پرستاری و دو سری در انبار برای تعطیلات آخر هفته یا مواقع اضطراری (اورژانسی).

رخت شوی خانه بیمارستان به بخش بزرگی از بیمارستان خدمت ارائه می‌کند. بخش‌های

مراقبت از بیمار، نیاز به البسه و رخت دارند. اتاق عمل، مقادیر زیادی از رخت‌ها و البسه تمیز را استفاده می‌کند. اتاق زایمان و بخش تصویر برداری نیازمند روپوش و گان هستند. انبار مرکزی لوازم پزشکی (لوازم استریل)، جایی که کلیه بسته‌ها و لوازم، استریل و پیچیده می‌شوند، یک بخش بزرگ استفاده کننده از خدمات رخت شوی خانه است. بخش خدمات بهداشت محیط نیز یک مشتری عمده برای بخش رخت شوی خانه است.

کنترل و توزیع البسه

یک مشکل سنتی و مزمنی که بیمارستان‌ها با آن درگیر هستند، کنترل موثر البسه است. بدون وجود میزان مناسب و کافی البسه و در زمان مناسب، مراقبت از بیمار، روحیه کارکنان و فعالیت‌های اقتصادی بیمارستان، همگی تاثیر منفی می‌پذیرند. یکی از اقدامات مورد بحث در کنترل البسه، ایجاد سطوح منظم عملیاتی یا سطوح تراز است. سطح تراز، میزانی از موجودی البسه است که برای یک دوره مشخص و در یک بخش معین، مورد نیاز است. در بخش مراقبت از بیمار، سطح تراز به طور معمول، به صورت روزانه و یا هفتگی برنامه ریزی می‌شود. کنترل البسه از طریق کنترل سطوح تراز در بخش مراقبت از بیمار، انجام می‌گیرد.

عامل دیگر در کنترل البسه، به ویژه جهت جلوگیری از سرقت البسه، این است که البسه بیمارستان باید به صورت مناسب علامت گذاری شوند. مارک زدن و علامت گذاری بر روی البسه‌ها (که ممکن است نام بیمارستان یا علامت بافته شده یا مهر شده بر روی اقلام پارچه‌ای باشد)، یک راه موثر جهت کنترل کاهش البسه به واسطه سرقت آنهاست. چسباندن برچسب بر روی البسه اغلب انجام می‌گیرد. همچنین، استفاده از البسه با رنگ‌های گوناگون در بیمارستان، نیز رایج است. به عنوان مثال، ممکن است اتاق عمل از البسه سبز استفاده کند و بخش مراقبت از مادر و کودک از رنگ آبی کم رنگ یا صورتی و یا بخش‌های جراحی و داخلی از البسه‌های نقش دار استفاده کنند.

دو روش توزیع در بخش‌های پرستاری وجود دارد. البسه تمیز برای استفاده روزانه بخش پرستاری باید پیش از شروع شیفت کاری (به عنوان مثال، ۷ صبح) آماده باشد. توزیع به روش متمرکز به این شیوه است که یک یا چند ترالی بزرگ البسه به صورت منظم در بخش‌های پرستاری از طبقه‌ای به طبقه دیگر گردش می‌کنند. روش دیگر توزیع البسه، روش غیر متمرکز

است که هر واحد مراقبت از بیمار دارای یک توالی جداگانه ویژه خود می‌باشد. در این روش، ممکن است بخش مراقبت از بیمار، مقدار کمی از البسه را جهت موارد اضطراری در محلی که به آسانی قابل دسترس است نگهداری کند اما قسمت عمده البسه را در توالی‌های قفل شده و تحت نظر ذخیره نماید.

بخش حفظ و نگهداری^۱

بخشی از بیمارستان که اغلب از نگاه بیماران و ملاقات کنندگان دور مانده است، بخش حفظ و نگهداری است. وجود این قسمت به ویژه در بیمارستان‌های مدرن امروزی، امری انکارناپذیر است. تصور این که بخش حفظ و نگهداری به مقدار زیادی، در امر تعمیر تجهیزات، ساختمانها و اماکن در یک مرکز جدید، درگیر باشد، تا حدودی مشکل و دور از ذهن است. با این وجود، وقتی به برخی از بیمارستان‌های قدیمی‌تر نظر بیفکنیم، نقش این بخش در حفظ عملکرد بیمارستان، آشکار می‌گردد. زمانی تجهیزات و ساختمان‌های بیمارستان، بسیار ساده بودند. با افزایش پیچیدگی تجهیزات و تسهیلات بیمارستانی، نقش تعمیر و نگهداری بسیار پیچیده‌تر شد و بار دیگری بر وظایف واحد نگهداری بیمارستان اضافه شد.

وظایف

وظیفه اولیه و رایج بخش حفظ و نگهداری، نگهداری از ساختمان‌ها و ماشین آلات بیمارستان‌ها می‌باشد. این وظیفه، شامل نگهداری از دستگاه بخار و آب داغ، لوله کشی، سیستم‌های دفع زباله و سیستم تولید برق (از جمله دستگاه ژنراتور اضطراری) و نیز تعمیر وسایل و اثاثیه بیمارستان و نقاشی و نمای درون و بیرون ساختمان می‌باشد. به طور کلی این واحد می‌تواند مسول نگهداری محوطه‌ها و فضای سبز و نیز برف روبی بیمارستان نیز باشد. نگهداری پیشگیرانه براساس یک برنامه منظم و به منظور حفظ و نگهداری بیمارستان در وضعیت سالم و نگهداری ماشین آلات و تجهیزات جهت پیشگیری از خراب شدن آنها،

1. Maintenance Department

صورت می‌گیرد. این فرآیند شامل بازرسی‌ها، نگهداری، تغییرات کوچک و تعمیرات استاندارد از پیش برنامه ریزی شده می‌گردد. تشکیل پرونده و نگهداری از آن، در یک برنامه نگهداری پیشگیرانه مناسب، بسیار حیاتی است. اسناد موجود در پرونده باید شامل تاریخ خرید هر قلم جنس، تعمیرات اساسی تجهیزات و گزارش بازرسی‌ها باشد.

یک دستورالعمل کاری، سندی کلیدی در امر کنترل و نگهداری است. این دستورالعمل جهت برنامه ریزی، برآورد، ارزیابی برنامه زمانی و کنترل کار به کار می‌رود. شماری از موارد موجود در دستورالعمل عبارتند از: تاریخ ارزیابی خدمات درخواست شده، تاریخ زمانی که آن خدمت مورد نیاز بوده است، شماره دستورالعمل، ابزار لازم، مقدار تخمینی ساعت کار، خلاصه‌ای از شرح کار و نام ناظر و سرپرست.

برخی از بیمارستان‌ها از برنامه‌های رایانه‌ای نگهداری پیشگیرانه و سیستم‌های کامپیوتری جهت اجرای دستورالعمل استفاده می‌کنند. رایانه‌ای کردن، بخش نگهداری را قادر به واکنش سریع‌تر و موثرتر در مقابل مشکلات و تقاضاها می‌نماید.

نگهداری به شکل قراردادی عبارت است از استفاده از کارشناسان حفظ و نگهداری بیرون از بیمارستان جهت تعمیرات بیمارستان. به طور عمده، این کار جهت قطعات و تجهیزات بزرگ و پیچیده مانند آسانسورها صورت می‌گیرد. با این وجود، همزمان با پیچیده‌تر شدن بیمارستانها به دلیل استفاده از تجهیزات پزشکی پیچیده، کارشناسان نگهداری بیرون از بیمارستان جهت کمک به کارکنان نگهداری درون بیمارستان، بیشتر فراخوانده خواهند شد. کارشناسان بیرون از بیمارستان به طور معمول، تجهیزات تصویر برداری را تعمیر می‌کنند. هزینه این تعمیرات را می‌توان به طور قانونی در قالب هزینه‌های نگهداری بیمارستان در نظر گرفت. حتی این هزینه‌ها ممکن است در قالب هزینه‌های مستقیم بخش پزشکی مطرح شوند. همچنین، ممکن است تعمیرات و نوسازی بیمارستان توسط بخش نگهداری انجام شود. با توجه به هزینه بالای احداث بیمارستان جدید، تعمیرات و نوسازی، به یک کار ضروری و رایج در بیمارستان‌ها تبدیل شده است. اما تعمیرات و نوسازی نیز در جایی که نحوه مدیریت و برنامه ریزی اجرا و استفاده از نیروی انسانی، نامناسب باشد، درست به اندازه هزینه احداث یک بیمارستان جدید هزینه بردار می‌باشد. همچنین، بخش نگهداری باید تامین دایمی انرژی الکتریکی مورد نیاز بیمارستان را به علت فعالیت مستمر در تمام طول هفته و نیز استفاده از

دستگاه‌های نیازمند انرژی برق نظیر واحدهای استریلیزاسیون در استریلیزاسیون مرکزی و واحدهای سی تی اسکن و ام آر ای در بخش تصویر برداری، مد نظر قرار دهد.

مهندسی تاسیسات

بخش مهندسی تاسیسات، مسول عملکرد صحیح ماشین آلات بیمارستان نظیر ژنراتور برق و واحد تولید آب گرم یا اتاق دیگ بخار است. به طور عمده، این واحد با تولید و انتقال گرما، هوای مطبوع، سیستم خلاء بیمارستان و ژنراتور برق در ارتباط است. بسیاری از بیمارستان‌ها، انرژی مورد نیاز جهت انجام وظایف مهم بیمارستانی از جمله تولید بخار برای سیستم‌های گرمایشی، تولید آب داغ و استریلیزاسیون را در درون بیمارستان تامین می‌کنند. به طور کلی این امر بیشتر برای بیمارستان‌هایی انجام می‌شود که برای تولید انرژی مورد نیاز جهت انجام وظایف فوق، دستگاه‌های مولد انرژی داشته باشند. بخش مهندسی تاسیسات از طریق دستگاه‌های تولید انرژی خود می‌تواند به طور همزمان، برق و بخار تولید کند. پیش بینی و آماده سازی سیستم‌های الکتریکی جایگزین، برای مواقع ضروری نیز از وظایف این بخش می‌باشد. بیشتر موتورخانه‌ها دارای قابلیت ایجاد تهویه مطبوع یا خنک کننده استاندارد هستند.

اتاق دیگ بخار بیمارستان، تحت نظر مستقیم مهندس دیگ بخار می‌باشد. بسیاری از ایالت‌ها و شهرها دارای قوانین صدور مجوز و گواهی نامه می‌باشند که براساس آن مهندسين دیگ بخار برای کسب مجوز و گواهی نامه باید آزمون‌هایی را که توسط هیات مدیره یا گروهی شایسته و واجد شرایط برگزار می‌گردد، با موفقیت پشت سر بگذارند. مهندس دیگ بخار، در این گونه موارد، پس از گذراندن آزمون مهارت‌های فنی، مجوز و پروانه کار دریافت می‌کند. این مجوز باید به عنوان مدرک اثبات شایستگی و صلاحیت وی، در واحد تاسیسات بیمارستان نصب شود. این گواهی نامه مهندسی، در وهله اول، مجوز لازم جهت نظارت بر عملیات دیگ بخار، سردخانه، و اصول اساسی سایر فعالیت‌های مرتبط با دستگاه‌های تولید برق تامین می‌کند.

تسهیلات پارکینگ

همه بیمارستان‌ها نیازمند امکانات پارکینگ هستند. تاسیس و نگهداری پارکینگ می‌تواند از وظایف بخش نگهداری باشد. یک پارکینگ امن، راحت و با فضای کافی می‌تواند برای بعضی از بیمارستان‌ها، محل کسب درآمدهای اضافی باشد. همچنین، وجود تسهیلات و فضای

مناسب جهت پارکینگ می‌تواند در استخدام و به کارگیری کارمندان و کادر پزشکی، مفید باشد. برای بیمارستان‌هایی که در مناطق پرتراфик قرار دارند، وجود یک پارکینگ امن و روشن، جهت حفظ و نگهداشتن کارکنان شایسته، بسیار لازم و ضروری است. بیشترین نیاز به پارکینگ به طور معمول، نیم ساعت پیش از تغییر شیفت صبح (۷ صبح تا ۳/۵ عصر) و نیم ساعت پیش از تغییر شیفت عصر (۳ عصر تا ۱۱/۵ شب) می‌باشد.

به طور معمول، براساس نحوه ساخت، سه نوع پارکینگ وجود دارد: پارکینگ سطحی یا پارکینگ در سطح زمین، پارکینگ چند طبقه یا پارکینگ‌بالای سطح زمین و پارکینگ زیرزمینی. پارکینگ سطحی، کم هزینه‌ترین و پارکینگ زیر زمینی پر هزینه‌ترین آنهاست.

رشد فزاینده در فعالیت و پذیرش سرپایی بیماران، فشار زیادی برای تامین فضای مناسب جهت پارکینگ به بیمارستان تحمیل می‌کند. پیش بینی یک منطقه مناسب جهت پارکینگ، در بیمارستان‌های شهری که در یک محوطه محدود و کوچک قرار دارند، اهمیت ویژه‌ای دارد. به همین دلیل، پارکینگ‌های چند طبقه رایج شده‌اند.

حراست (امنیت)

در بیمارستان‌های کوچک تر، حراست و تامین امنیت، بخشی از مسولیت‌های بخش نگهداری است؛ در حالی که در بیمارستان‌های بزرگ تر، حراست یک بخش مجزا می‌باشد. استخدام یک نیروی بازنشسته پلیس جهت بخش حراست، تا پیش از حادثه تروریستی ۱۱ سپتامبر سال ۲۰۰۱ امری عادی بود. در حال حاضر، بخش حراست، به طور معمول، از طریق خدمات پیچیده و قراردادی حفاظت و تامین امنیت، اداره می‌شود. وجود یک برنامه حفاظتی اثر بخش، نه تنها برای حفاظت از ساختمان و تجهیزات بیمارستان، بلکه برای حفظ از رفاه حال بیماران (به ویژه نوزادان)، کارکنان و ملاقات کنندگان، مهم و ضروری است. بیمارستان‌ها، در مقابل اقدامات غیرایمن، مسول خواهند بود.

ایمنی عمومی

هر بیمارستان باید دارای یک برنامه ایمنی کلی باشد که توسط یک مدیر بهداشت و ایمنی هدایت می‌شود. در بیمارستان‌های کوچکتر این کار از وظایف مدیر نگهداری یا سرپرست

منابع انسانی است.

برنامه ایمنی باید حاوی خط مشی‌های ایمنی مکتوب که به تایید و امضای رییس بیمارستان رسیده است، بوده و به طور آشکار به اطلاع کلیه کارکنان رسانده شود. این برنامه باید یک کمیته متشکل از پزشکان و کارکنان را تشکیل دهد. کمیته ایمنی باید به طور منظم تشکیل جلسه دهد. هر بخش بیمارستان نیز باید خط مشی‌های ایمنی مربوط به خود را داشته باشد.

آموزش مداوم و ارزیابی حوادث مربوط به بیمارستان، کارکنان و ملاقات کنندگان، جهت پیشگیری از حوادث مشابه، از وظایف مدیر ایمنی و مدیر بخش است.

حوادث معمولی مربوط به کارکنان که بیشتر اوقات، قابل پیشگیری هستند، شامل فرو رفتن سر سوزن در بدن، وارد آمدن صدمات به کمر، سُر خوردن و شوک‌های الکتریکی است. صدمات رایج مربوط به بیماران شامل سقوط از تخت و سقوط‌های مشابه است. سُر خوردن و افتادن ملاقات کنندگان نیز گاهی اتفاق می‌افتد.

اداره بهداشت و ایمنی شغلی^۱، یک سازمان دولتی است که در سال ۱۹۷۰ تاسیس شده و مسولیت حفاظت و تامین ایمنی و سلامت کلیه کارکنان را بر عهده گرفته است. اجرا و اعمال استانداردها، محدود کردن مواجهه با مواد خطرناک، گزارش حوادث و آموزش در زمینه ایمنی از وظایف این سازمان است. وب سایت این سازمان در سایت <http://www.OSHA.gov> قابل دسترسی است.

ایمنی می‌تواند مربوط به موضوعات پزشکی نیز باشد. کمیته‌های ویژه نظیر کمیته دارو و درمان باید موضوعات ایمنی نظیر دوزهای نادرست دارویی یا دستورات ناصحیح درمانی ارایه شده به بیماران را پیگیری نمایند.

اگر حادثه‌ای برای بیمار، ملاقات کننده و یا یک کارمند اتفاق بیافتد، مدیر ایمنی باید کمک فوری درخواست نموده، دلجویی لازم انجام دهد و گزارشی مکتوب از آن را بایگانی نماید. آموزش می‌تواند از حوادث آینده جلوگیری کند. گزارش‌ها به شناسایی الگوها و نمونه‌هایی مبنی بر این که در کجا آموزش اضافی مورد نیاز است، کمک خواهند کرد.

1. Occupational Safety and Health Administration(OSHA)

برنامه‌های ایمنی در بیمارستان‌ها

وجود یک برنامه ایمنی در بیمارستان، بخش مهمی در هر بیمارستان و موضوعی بسیار مهم برای هر سازمانی است. برنامه ایمنی می‌تواند زندگی انسان‌ها را نجات دهد، از صدمات پیشگیری نماید و در نهایت، از هزینه‌های بیمارستان بکاهد. طراحی و به کار گیری برنامه ایمنی در بیمارستان، یک کار مناسب و مفید می‌باشد.

یک برنامه ایمنی باید شامل خیلی از موارد باشد اما اساس و بنیان اصلی اجرای کلیه برنامه‌های بیمارستان، حمایت و پشتیبانی مدیریت ارشد است. بدون این پشتیبانی، برنامه ایمنی، جدیت و اثر بخشی نخواهد داشت.

عناصر و اجزای مهم

هر بیمارستانی باید یک سیاست و خط مشی مکتوب برای ایمنی داشته باشد که توسط مدیریت ارشد تدوین می‌گردد. این خط مشی می‌تواند به شکل زیر باشد:

هیچ چیز مهم‌تر از ایمنی بیماران، ملاقات کنندگان و کارکنان ما نیست. ما برای ایمنی همه ارزش قایلیم و نمی‌توانیم منابع انسانی ارزشمندمان را با اجازه دادن به بروز حوادث و صدمات، حوادث زمان بر و یا تعمیر تجهیزات صدمه دیده ناشی از بروز حوادث و استفاده نادرست از آنها هدر دهیم. همه ما باید مطمئن باشیم که وظایف به طور صحیح، توأم با به کارگیری روش‌های مناسب و مطمئن از سوی کارکنان، انجام می‌شوند. این امر بسیار مهمی است که کارکنان به وسیله اعمال و به کارگیری صحیح روش‌ها و استفاده از تجهیزات مناسب و ایمن، امنیت بیماران، ملاقات کنندگان و خود را تامین نمایند و پیش از انجام هر اقدامی، فکر کنند.

یکی از ارکان اصلی برنامه ایمنی، تشکیل منظم جلسات ایمنی است که در هر بخش برگزار می‌شود. بخش‌های بیمارستان با یکدیگر متفاوت هستند. خطرات بخش تغذیه با خطرات بخش پرستاری یکسان نیستند و از این رو مهم است که هر بخش، از وضعیت ویژه

و منحصر به فرد خود آگاه بوده و جهت حفظ امنیت کارکنان خود، از هشدارهای لازم، استفاده نماید. به عنوان مثال، در بخش پرستاری، بسیاری از پرستاران به واسطه فرو رفتن سر سوزن در بدن، مصدوم شده و بسیاری دیگر به واسطه بلند کردن و جا به جا کردن نادرست بیماران، مبتلا به کمر درد می‌شوند. یک برنامه ایمنی خوب و مفید می‌تواند نسبت به این موضوعات آگاهی داده و با ارائه آموزش‌های مناسب، آنها را کاهش دهد.

بسیاری از صدمات، به خصوص در میان بیماران، به دلیل سقوط از تخت‌ها اتفاق می‌افتد. با آموزش‌های ساده توسط پرستاران و نیز با نصب نرده‌های حفاظ جهت تخت بیمار می‌توان از این حوادث پیشگیری کرد. مشکل دیگر مربوط به بیماران، خطاهای دارویی است. کارکنان پرستاری باید نسبت به تجویز دوز دارویی مناسب به بیماران صحیح و در زمان مقتضی، آموزش دریافت نمایند. رعایت کنترل مچ بندهای بیماران، یک مورد ساده است که می‌تواند زندگی را نجات دهد.

مسول ایمنی باید در میان کارکنان، اطلاع رسانی نموده و هر اتفاق را مورد بررسی قرار دهد. نتایج بررسی‌های مناسب می‌تواند در سیستم کامپیوتری پیشگیری از خسارات بیمارستان وارد شده و از آنها به منظور پیشگیری از بروز حوادث مشابه در آینده استفاده شود. این امر نه تنها برای مجازات کارمندی که باعث بروز حادثه شده، بلکه به جهت درس گرفتن از حادثه و پیشگیری از حادث شدن مجدد آن، مهم می‌باشد.

تجهیزات ایمنی می‌تواند در بخش‌های مهندسی و نگهداری نیز موجود باشند. این تجهیزات شامل عینک جوشکاری، کلاه ایمنی و کفش‌های ایمنی بوده که به طور معمول، استفاده از آنها برای کارکنان عادی و معمولی، رایج نیست. شکایات مربوط به ایمنی می‌تواند شامل طیفی از اظهار نظرها نظیر «این گرم است»، «این راحت نیست» و «این مناسب نیست» باشد. مدیریت باید تاکید نماید که تجهیزات ایمنی (که استفاده از آنها از سوی اداره ایمنی و بهداشت اجباری شده است) می‌تواند صدمات را کاهش دهد و استفاده از آنها به نفع کارکنان می‌باشد.

تجهیزات ایمنی در قسمت‌های دیگر بیمارستان، بیشتر شامل دستکش‌های یک بار مصرف، سطل‌های مربوط به سر سوزن‌های استفاده شده و سایر ابزارهای تیز و ماسک‌های صورت که توسط تیم جراحی در طول عمل جراحی استفاده می‌شوند، می‌باشد. امروزه، امکان تشخیص

این موضوع که کدام بیمار، مبتلا به بیماری ایدز، هپاتیت، A، B، یا C است، تنها با یک نگاه و معاینه ساده، وجود ندارد. کلیه کارکنان باید هشدارهای لازم جهت تماس با بیماران را دریافت کنند. به عبارت دیگر باید این گونه تصور کرد که همه بیماران، مبتلا به یک بیماری واگیر هستند.

پشتیبانی مدیریت از طریق تهیه سیاست‌های ایمنی مکتوب، برگزاری جلسات منظم ایمنی توأم با آموزش صحیح، استفاده از تجهیزات ایمنی و تحقیق و بررسی در مورد حوادث، پایه و اساس توقف بروز حوادث و پیشگیری از ایجاد خسارت‌ها و ایجاد محیطی امن و دور از حادثه برای بیماران، ملاقات کنندگان و کارکنان را تشکیل می‌دهد.

ایمنی حریق

علاوه بر بخش حراست یا بخش نگهداری که مسول ایمنی حریق می‌باشند، هر واحد کاری باید در خصوص پیشگیری از حریق، مقابله با آتش سوزی و تخلیه بیماران، آموزش ببیند. از آن جا که بیشتر بیماران قادر به خروج سریع از بیمارستان نیستند، بیمارستان دارای دستگاه‌های دودیاب، اعلام خطر، سیستم‌های آب پاش و درب‌هایی است که برای جلوگیری از گسترش آتش، دود، گرما و گازها به طور خودکار بسته می‌شوند. بیمارستان‌ها باید از مقررات موجود در ایمنی حریق آگاهی داشته و کارکنان و آتش نشانان را به طور مستمر آموزش دهند.

برنامه ریزی جهت مقابله با حوادث غیر مترقبه

بیمارستان‌ها موظف به حفظ جان انسانها هستند. بنابراین، اعتقاد به برنامه ریزی جهت مقابله با حوادث، برای روز مبادا و زمانی که حادثه بروز می‌کند، یک امر حیاتی است. همچنین، این نکته مهمی است که بیمارستان‌ها بدانند که برنامه ریزی به تنهایی کافی نیست. بنابراین آنها باید مانورها و تمرین‌های دوره‌ای جهت اجرا و تمرین برنامه داشته باشند.

طوفان کاترینا که در سال ۲۰۰۵ باعث خسارات شدید در بخش‌هایی از لوئیزیانا، می‌سی‌سی‌پی و آلاباما شد، این امر را به اثبات رساند. مطالعات و مقالات بسیاری این حقیقت را آشکار کرده بودند که شهر نیواورلئان نمی‌تواند ۴ یا ۵ طوفان شدید را تحمل کند، با این

وجود به نظر می‌رسد آمادگی در مقابل این حادثه در اولویت دوم قرار داشته است. در ۱۸ جولای سال ۲۰۰۵، در نشریه اخبار آمریکا و گزارش جهان، دن گیلگاف^۱ گزارشی از یک مطالعه به چاپ رساند. این گزارش از مطالعه ایور وان هیردن^۲، مدیر مرکز دانشگاهی ایالت لویزیانا، در خصوص تحقیق در زمینه تاثیرات طوفان‌ها بر سلامت عمومی تهیه شده بود. وی در این مطالعه عنوان داشت که اگر در ماه آینده طوفانی رخ دهد، نیواورلئان نمی‌تواند چندان دوام بیاورد. صحت این موضوع به اثبات رسیده بود اما بسیاری از سازمان‌های بهداشتی درمانی و بیمارستان‌ها، تلاش چندانی برای کسب آمادگی انجام نداده بودند.

آیا هیچ کس آماده نبود؟ گروهی که در این زمینه، یک فعالیت نمونه انجام دادند، متخصصانی بودند که برنامه برپایی سریع یک بیمارستان صحرائی را در مرکز پت مریویج^۳ دانشگاه ایالت لویزیانا طراحی کرده بودند. این افراد حرفه‌ای و متخصص، از قبل با برگزاری تمرین و مانور، برای مقابله با طوفان فرضی و حادثه‌ای که معتقد بودند روزی اتفاق خواهد افتاد، آماده شده بودند. زمانی که طوفان کاترینا به طور واقعی اتفاق افتاد، آنها یک بیمارستان ۸۰۰ تختخوابی را در مدت چند ساعت در مرکز اقیانوس اطلس بر پا کردند و به سرعت مصدومان را پذیرش کردند، در حقیقت آنها مجبور شدند مقامات FEMA را متقاعد کنند که قربانیان را به آن بیمارستان اعزام کنند، کم‌تر کسی بر این باور بود که کسی بتواند به این سرعت آماده ارایه خدمات شود. برنامه ریزی، تفاوت‌ها را آشکار ساخت.

کمیسیون مشترک اعتبار بخشی سازمان‌های بهداشتی درمانی و آژانس‌های مختلف ایالتی صادر کننده مجوزهای بیمارستانی، این قانون را وضع کرده‌اند که بیمارستان‌ها می‌بایستی جهت مدیریت حوادث طبیعی و پیشامدهای اضطراری و غیرمترقبه‌ای که در ارایه مراقبت و درمان اختلال ایجاد می‌کنند، یک برنامه آمادگی اورژانس به شکل مکتوب داشته باشند. این برنامه شامل تشریح نقش بیمارستان‌ها در تدارک و آماده سازی کل جامعه و برنامه‌های بیمارستان جهت اجرای روش‌های خاص می‌باشد. این برنامه باید مسولیت و وظایف افراد را تعیین نماید و دست آخر این که، چنین برنامه‌ای باید راهکارهایی برای مدیریت بیمارستان،

1. Dan Gilgoff
2. Ivor van Heerden
3. Pete Maivich Center

آموزش فوری کارکنان و تمرینات عملی هر ۶ ماه یک بار (هر سال ۲ بار) داشته باشد.

انواع حوادث غیر مترقبه داخلی و خارجی

حوادث را می‌توان به دو بخش عمده حوادث داخلی و حوادث خارجی دسته بندی کرد. حوادث غیر مترقبه داخلی، اشکال مختلفی دارند و حوادث غیر مترقبه خارجی به انواع بزرگ و کوچک تقسیم می‌شوند. یکی از انواع حوادث داخلی، آتش سوزی در ابعاد کوچک و ریزش دیوار به علت زلزله است. کارکنان و افراد حرفه‌ای و متخصص بیرون از بخش در مقابل چنین حادثه غیرمترقبه‌ای، واکنش و عکس العمل نشان می‌دهند. به طور معمول، بیماران، به جز در مواقع اضطراری و خطرناک، از بخش تخلیه نمی‌شوند.

نوع دوم حوادث غیر مترقبه داخلی از مواردی است که در آن بخشی از بیماران، ملاقات کنندگان و یا کارکنان باید تخلیه شوند. این موارد می‌تواند یک آتش سوزی بزرگ و یا حادثه‌ای باشد که قسمتی از بیمارستان را غیر ایمن و غیر قابل استفاده می‌نماید. سایر بخش‌های بیمارستان به انجام وظیفه و فعالیت خود ادامه می‌دهند.

نوع سوم حوادث غیر مترقبه داخلی، از بین رفتن و یا احتمال از بین رفتن بیمارستان است که در آن، همه افراد تخلیه می‌شوند. این حادثه ممکن است ناشی از یک طوفان قریب الوقوع، گردبادی که قسمت زیادی از بیمارستان را از بین برده است، و یا سیلی که سیستم برق اضطراری بیمارستان را مختل کرده است، باشد. مثالی از این مورد، سیل اخیر شهر هوستون در ایالت تگزاس بود. سیل شدید، تجهیزات تولید برق شهر را از بین برد و ژنراتور برق بیمارستان را که در زیرزمین آن قرار داشت، از کار انداخت. کارکنان برای تخلیه بیمارانی که روی برانکار بودند از چراغ قوه دستی استفاده می‌کردند و مدام از پله‌ها سقوط می‌کردند. یک مشکل بزرگ‌تر این بود که برخی از بیماران که از دستگاه ونتیلاتور (دستگاه کمک تنفسی) استفاده می‌کردند، می‌بایستی در طول عملیات، به صورت دستی و بدون کمک تجهیزات برقی، تنفس مصنوعی داده می‌شدند. در حال حاضر، این بیمارستان گامهایی را برای بهبود سیستم برق اضطراری برداشته است.

یک حادثه غیر مترقبه کوچک خارجی زمانی رخ می‌دهد که بیمارستان ۶ تا ۱۰ بیمار (یک تعداد منطقی و معقول) را پذیرش نماید، اما بخش اورژانس، آشفته و پرازدحام شود و در

همان موقع، پزشکان جهت ارایه گزارش، به مسولین بیمارستان فراخوانده شوند. در این مواقع، طول دوره بحران، کوتاه است.

یک حادثه غیر مترقبه بزرگ خارجی زمانی اتفاق می‌افتد که بیمارستان در حال تخریب بوده و دیگر نمی‌تواند بیماران را برای مدت زمان بیشتری به صورت ایمن نگاه دارد و لذا مجبور به انتقال بسیاری از آنها به مراکز دیگر است. به عنوان مثال، انفجار ساختمان دولتی اوکلاهاما و یا سقوط هواپیما، مواردی از حوادث بزرگ بیرونی به حساب می‌آیند. در این حوادث ممکن است تعداد بیماران، صدها نفر باشد.

هر یک از حوادث و بلایا، واکنش و پاسخ خاص خود را خواهد داشت. این واکنش‌ها باید به صورت مکرر تمرین شوند. مدیریت بیمارستان باید به طور متناوب، سیستم فراخوان تلفنی را فعال نماید، چه از طریق فعال کردن پیچرها و چه از طریق واداشتن پرسنل بخش به تماس گرفتن و فراخواندن یکدیگر. علاوه بر این، باید مانورهای گسترده گروهی به شکل دوره‌ای وجود داشته باشد تا فعالیت‌های هماهنگ شده بین سایر منابع جامعه (پلیس، آتش نشانی، امنیت ملی و...) را ارزیابی نماید. این موضوع می‌تواند نشان دهنده بین کسانی که در آینده زنده خواهند ماند و کسانی که خواهند مُرد، باشد.

مهندسی پزشکی

مهندسی پزشکی که تحت عنوان مهندسی بالینی نیز شناخته می‌شود، وظایف مرتبط با تجهیزات پزشکی را بر عهده دارد. تجهیزات پزشکی که تجهیزات بالینی نیز نامیده می‌شوند، مقوله‌های زیر را پوشش می‌دهند:

تجهیزاتی که برای تشخیص بیماری بیماران به کار می‌روند، از جمله تجهیزاتی که پارامترهای فیزیولوژیکی را اندازه گیری می‌کنند، تجهیزات آزمایشگاه تشخیص طبی، تجهیزات درمانی، وسایلی که برای تابش انرژی به بدن مورد استفاده قرار می‌گیرند، تجهیزات احیا، اندام‌های مصنوعی، تجهیزات فیزیوتراپی و تجهیزات جراحی و تجهیزات پایش بیمار.

وظایف

مهندسان پزشکی، مسول انجام وظایف مشخصی هستند که در سطوح مختلف قابل دسته بندی هستند. وظایف سطح اول شامل تعمیر تجهیزات و تهیه مستندات مربوط به سابقه و

هزینه تعمیر وسایل می‌باشد. وظایف سطح دوم با نگهداری پیشگیرانه مرتبط می‌باشند. این وظایف شامل بررسی ایمنی وسایل الکتریکی، ارزیابی وسایل جدید و آماده سازی تجهیزات پیش از استفاده می‌باشند. وظایف سطح سوم با مدیریت و طراحی سر و کار داشته و با برنامه ریزی، خرید، نصب، طراحی هشدارهای اعلام خطر و تشکیل کمیته ایمنی مرتبط می‌باشند.

نگهداری و تعمیر تجهیزات

یک بیمارستان باید دارای برنامه نگهداری و تعمیر مناسب برای کلیه تجهیزات پزشکی خود باشد، چرا که عملکرد این تجهیزات روی مراقبت و ایمنی بیماران تاثیر مستقیم دارد. بیمارستان می‌تواند چهار رویکرد جهت نگهداری این تجهیزات پزشکی و فنی داشته باشد. این رویکردها، ممکن است شامل: (۱) تدوین برنامه داخلی برای بیمارستان (۲) مشارکت و اعتماد به یک شریک تجاری جهت ارایه خدمات (۳) مشارکت با سایر بیمارستان‌ها در یک طرح خدماتی مشترک (۴) استفاده از ترکیبی از فروشندگان، تولید کنندگان، نمایندگی‌ها و واسطه‌ها جهت نگهداری از تجهیزات. رویکرد چهارم، کامل‌ترین و دقیق‌ترین و در عین حال، گران‌ترین و پرهزینه‌ترین رویکرد می‌باشد.

کارکنان

کارکنان خدمات پشتیبانی که مسول کار با وسایل و تجهیزات پزشکی هستند، تحت عنوان متخصصان تجهیزات پزشکی شناخته می‌شوند. در این جا، دو گروه از متخصصین وجود دارند. سطح اول کارشناسان عملیاتی هستند که دارای آموزش‌های رسمی کم تری بوده اما آموزش‌های ضمن خدمت زیادی در بیمارستان دیده‌اند. این کارشناسان تجهیزات پزشکی را نصب، کنترل و راه اندازی می‌کنند. سطح دوم شامل یک متخصص فنی و ماهر و دارای آموزش‌های ویژه در زمینه تجهیزات پزشکی است. این فرد به منظور ساخت و تعمیر تجهیزات پیشرفته، آموزش دیده است. انجمن ارتقا و توسعه تجهیزات پزشکی، مهندسین پزشکی و متخصصان تجهیزات پزشکی را معرفی و برای آنها گواهی نامه صادر می‌کند.

مدیریت قرارداد

کلیه خدمات پشتیبانی تجهیزات و امکانات در جهت واگذاری به مدیریت قراردادی گام

برمی‌دارند. این که بیمارستانی تصمیم به استفاده از خدمات قراردادی یا استفاده از نیروی انسانی داخلی خود می‌گیرد، بستگی به عوامل زیر دارد:

کیفیت خدمات، در دسترس بودن کارکنان داخلی، دسترسی به مهارت‌ها و دانش‌ها، هزینه - اثربخش بودن، مسایل قانونی، شرایط و مقتضیات اخذ مجوز و نیاز به گسترش خدمات. خدمات قراردادی می‌تواند شامل خدمات کاخداری، تغذیه، داروخانه و حتی فیزیوتراپی باشد. ممکن است بیمارستان برای انجام یک فعالیت کامل، با یک فروشنده قرارداد بسته و از تجهیزات نظافت یا پخت و پزی، جهت انجام آن فعالیت و ارائه خدمت، استفاده نماید و یا ممکن است با یک کارشناس یا ناظر قرارداد منعقد کند تا روش‌ها و تکنیک‌های بهتر انجام دادن کارها را به کارکنان آموزش دهد. اغلب، یک بیمارستان روستایی، ممکن است در به کارگیری و استخدام یک داروساز، کارشناس تغذیه یا فیزیوتراپ دچار مشکل شود. استخدام این افراد مفید و مناسب است اما گاهی اوقات، راه حلی پر هزینه می‌باشد.

مرور فصل

- ۱- کارکنان بهسازی و بهداشتی چه کسانی هستند؟
- ۲- چرا نظافت بیمارستان یک کار چالش برانگیز است؟
- ۳- زیاده‌های خطرناک کدامند و شما انتظار دارید چه زیاده‌های خطرناکی در بیمارستان بیابید؟
- ۴- سطوح تراز چیست؟
- ۵- برخی از وظایف بخش نگهداری را نام ببرید.
- ۶- سه نوع پارکینگ را نام ببرید.
- ۷- چرا ایمنی حریق برای بیمارستان مهم است؟ برخی از اقداماتی که یک بیمارستان جهت تشخیص و مهار آتش به کار می‌گیرد را نام ببرید.
- ۸- عناصر یک برنامه ایمنی عمومی چیست؟
- ۹- دو روش برای طبقه بندی حوادث غیرمترقبه کدامند؟
- ۱۰- یک مهندس پزشکی چه وظایفی بر عهده دارد؟

فصل پانزدهم: خدمات پشتیبانی اداری

واژگان کلیدی

تحلیل هزینه بایی مبتنی بر فعالیت	سیستم هشدار دهنده
خرید متمرکز	درخواست‌های متمرکز
قانون حقوق مدنی	مقدار اقتصادی سفارش
قانون فرصت استخدام برابر	معادل‌های تمام وقتی (FTEs) ^۱
خرید گروهی	نیروی کمکی بیمارستان
منابع انسانی	گردش موجودی
شرح شغل	برنامه آشنا سازی
کارمند	کنترل وضعیت
قانون عمومی ۳۶۰-۹۳	کارپرداز
قانون تافت هارتلی ^۲	میزان جا به جایی

مقدمه

در مورد خدمات پشتیبانی بیمار و خدمات پشتیبانی تجهیزات و امکانات، در فصول ۱۳ و ۱۴ بحث شد. نوع سوم خدمات پشتیبانی، خدمات پشتیبانی اداری است. این فصل، بخش مدیریت مواد، منابع انسانی، نیروی کمکی داوطلب و مدیریت ارتباط از راه دور را مورد بررسی قرار خواهد داد.

بخش مدیریت مواد

مدیریت مواد به مدیریت و کنترل کالاها و لوازم ضروری، خدمات و تجهیزات از زمان دریافت تا مصرف آنها اطلاق می‌شود. مدیریت مواد، موجب ایجاد تمرکز در تهیه و تدارک، پردازش، کنترل موجودی، دریافت و توزیع می‌شود. مدیریت مواد به صورت اثر بخش منجر به خرید کالاها، خدمات و تجهیزات با قیمت‌های پایین تر می‌شود و این اطمینان را ایجاد

1. Full-time Equivalents
2. Taft Hartley Act

می‌کند که موجودی‌ها مورد پایش و کنترل قرار می‌گیرند.

بخش خرید

بخش خرید بیمارستان به طور معمول، تحت نظر یک کارپرداز یا یک مدیر مواد قرار دارد. کارپرداز می‌بایست مشخص نماید که چه چیزی، در چه زمانی و به چه مقداری برای بیمارستان خریداری شود. او مکان‌های عرضه کالا و فروشندگان مناسب را مورد جستجو قرار می‌دهد. یکی از اهداف مهم و کلیدی واحد خرید، تهیه محصولات مناسب با پایین‌ترین قیمت ممکن است. کارپرداز برای تحقق چنین هدفی باید در مورد قیمت‌های پیشنهادی، مذاکره نموده و آنها را مورد ارزیابی قرار دهد.

برای آگاهی از قیمت‌های پیشنهادی مناسب، باید ویژگی‌های هر محصول ترجیحاً به صورت مکتوب قید شده باشد. یکی از مزایای جانبی که از مناقصه و قیمت‌های پیشنهادی رقابتی نصیب بیمارستان می‌شود این است که کارپرداز و مسولین واحد خرید که کالایی را درخواست می‌کنند، باید تفکر و بررسی بیشتری در مورد کالا، مصرف آن و استانداردهایی که آن کالا باید داشته باشد، انجام دهند. یکی از مشکلات توجه محض به قیمت کالا به عنوان یک عامل تعیین کننده و مهم، موضوع قراردادهای ارایه خدمت و هزینه این قراردادهای باشد. اگر محصولی نیاز به تعمیر داشته باشد، خواه یک قسمت کوچک یا بزرگ یک دستگاه باشد و خواه یک قطعه یک بار مصرف، کارپرداز باید درخواست نماید که نمایندگان فروش و خدمات پس از فروش آن کالا، به سرعت جهت تعمیر دستگاه در محل حاضر شوند و یا در مورد محصول و ویژگی‌های آن به مصرف کنندگان توضیح دهند. خدمت (سرویس) عاملی است که باید به همراه قیمت، در مناقصات مورد ارزیابی قرار گیرد. به طور قطع، قیمت‌های مناقصه ای می‌توانند ابزار اقتصادی موثری برای واحد خرید و کل بیمارستان باشند.

خرید متمرکز

این عقیده وجود دارد که کنترل و خرید متمرکز، باعث عملکرد کارآمد و مهار هزینه‌ها در بیمارستان می‌شود. خرید متمرکز برای کل بیمارستان و جهت کمک به سایر بخش‌ها از طریق یک بخش خرید، صورت می‌گیرد. این امر از طریق ترکیب و ادغام نیازهای بخشی و نیز کاهش تعداد افرادی که در خرید مشارکت دارند، منجر به صرفه جویی می‌شود. علاوه بر این،

خرید متمرکز، وسیله‌ای جهت تقویت واحد خرید و نیز برقراری یک خط مشی شفاف و روشن در خرید می‌باشد.

خرید مشترک

ایده و مفهوم قدرت خرید مشترک یا خرید گروهی برای بیمارستان، موضوع جدیدی نیست. در طول سال‌ها، تجارب و برنامه‌های جمعی و مشترکی در این زمینه وجود داشته است. هدف از این طرح‌های مشترک، کاهش هزینه خریدهای بیمارستان می‌باشد. خرید مشترک می‌تواند به آسانی توسط دو بیمارستان به منظور ادغام برخی فعالیت‌ها جهت خرید محصولات یا خدمات با قیمت‌های پایین‌تر انتخاب گردد. اما هر بیمارستان پیش از پرداختن به موضوع صرفه جویی، باید مقررات و قوانین ضد رقابتی را مورد بررسی قرار دهد. این موضوع باید به وکیل بیمارستان ارجاع داده شود تا وی به بررسی موضوع خرید گروهی بپردازد.

اجاره کردن

اغلب، بیمارستان‌ها برای استفاده از تجهیزات سرمایه‌ای، به جای خرید تجهیزات، آنها را اجاره می‌کنند. اجاره کردن به مدیران اجازه می‌دهد تا تجهیزات را بدون نیاز به پول نقد، به دست آورند. دو نوع اجاره وجود دارد: مالی و عملکردی. اجاره مالی به طور معمول، بر این مبنا استوار است که مدت اجاره از حدود ۸۰ درصد عمر مفید مورد انتظار دارایی، بیشتر نباشد. نوع دیگر اجاره، اجاره عملکردی است که در آن مستاجر می‌تواند قرارداد را با اطلاع قبلی فسخ کند. تجهیزات پزشکی بسیار پیشرفته که در معرض فرسودگی زیاد قرار دارند، به طور معمول، از این طریق مورد استفاده قرار می‌گیرند.

واحد دریافت

واحد دریافت این اطمینان را ایجاد می‌کند که نوع و تعداد مناسبی از تجهیزات و ملزومات به طور صحیح دریافت می‌شوند. این واحد، مسول بررسی وضعیت کالاها و آگاه کردن واحد حسابداری از دریافت کالاها می‌باشد. واحد حسابداری، مسول برنامه ریزی پرداخت به فروشندگان می‌باشد. نظارت بر اقدامات مربوط به دریافت کالاها، به طور عمده، بر عهده

کارپرداز یا کارکنان واحد خرید است.

موجودی کالا و مدیریت موجودی

صرفه جویی زمانی تحقق می‌یابد که سطح موجودی تا جایی کاهش یابد که بتوان پول و فضا را برای خریدهای دیگر به کار برد. در واقع، هدف، کاهش سطح موجودی به حداقل میزان ممکن بدون تمام شدن کالاها می‌باشد.

جدول ۱-۱۵ برخی از ابزارهای مدیریتی موجود، برای کنترل موثر موجودی را نشان می‌دهد.

هدف	توصیف	فرمول	ابزار
کالاها قدیمی، کالاها اضافی یا با حرکت کند، تعیین می‌شوند.	تعیین می‌کند که کالاها با چه سرعتی حرکت می‌کنند.	ارزش سالیانه کالاها به دلار- میانگین ارزش موجودی	گردش موجودی
اهداف اقتصادی و سطح تراز کارآمد را برای هر کالا مشخص می‌کند.	حداکثر مقدار سفارش یک کالا را مشخص می‌کند میزان مصرف سالانه هر کالا به دلار، هزینه سفارشات خرید، هزینه حمل و متوسط موجودی را تعیین می‌کند	$\sqrt{\frac{\text{هزینه سفارش} \times \text{میزان مصرف سالیانه}}{\text{هزینه سالیانه حمل و نقل کالا}}}$	مقدار اقتصادی سفارش
درصدی از هزینه را که برای درصدی از موجودی هزینه می‌شود، مشخص می‌کند.	براساس مصرف سالانه کالا به دلار، کل موجودی را به سه دسته طبقه بندی می‌کند: A: پر هزینه B: متوسط C: کم هزینه	-----	تجزیه و تحلیل ABC

جدول ۱-۱۵: نمونه‌ای از ابزارهای مدیریت موجودی

ذخیره سازی و انبارداری

بخش عمده موجودی بیمارستان در انبار اصلی نگهداری می‌شود. اجناس و کالاها از طریق درخواست‌های متمرکز، سیستم‌های سطح تراز^۱ یا کارت‌های معاوضه، قابل توزیع

1. Par-level systems

می‌باشند. استفاده از درخواست، یک شیوه سنتی است که از طریق آن، بخش‌های مختلف یا واحدهای مراقبت از بیمار، زمان و مقدار سفارش را تعیین می‌کنند. در سیستم سطح تراز، کارکنان از بخش تدارکات مرکزی به هر کدام از بخش‌ها و واحدهای مراقبت از بیمار رفته، ملزومات موجود در بخش را شمارش نموده، تقاضا و سفارشات را ثبت، موارد را از انبار دریافت نموده و به بخش یا واحد مربوط تحویل می‌دهند و موجودی کالاها به یک سطح استاندارد یا تراز رسانده می‌شود. یک ویژگی سیستم سطح تراز، توزیع ملزومات به وسیله یک گاری یا ترالی متحرک و قابل جا به جایی است. براساس یک برنامه از پیش تعیین شده، گاری‌ها و ترالی‌های مصرف شده با گاری‌های جدید و پرعوض می‌شوند.

بخش منابع انسانی

در بیشتر موارد، هر بیمارستانی، یک بخش منابع انسانی دارد که در گذشته به آن بخش پرسنلی اطلاق می‌شد. زمانی اهمیت این بخش خود را نشان می‌دهد که بدانیم به طور معمول، بیش از ۵۰ درصد هزینه‌های عملیاتی بیمارستان مربوط به کارکنان می‌باشد. این بخش بر نگهداری مدارک و امتیازات کارکنان، نظارت نموده و اغلب به مدیر ارشد بیمارستان مشاوره می‌دهد. اهمیت این بخش، به خصوص در حال حاضر که مسولیت‌های حفظ اسناد و مدارک کارکنان افزایش یافته و دولت‌های محلی و فدرال و سایر موسسات نظارتی، الزامات قانونی را متوجه بیمارستان‌ها می‌نمایند، بسیار روشن و مسلم می‌باشد.

وظایف بخش

بخش منابع انسانی، فرآیندهای انتخاب و به کارگیری کارکنان را هماهنگ کرده و بخش‌ها را در خصوص نیازهای جذب نیرو و گزینش آنها یاری می‌دهد. فعالیت‌های این بخش، به طور عمده، در ۴ گروه عملیاتی دسته بندی می‌شود: جذب نیرو، مصاحبه و استخدام نیرو، حفظ و نگهداری مدارک و برنامه‌های کارکنان تا زمانی که آنها در سازمان هستند و اطمینان از این که بیمارستان از قوانین و مقررات قانونی پیروی می‌کند. این اقدامات می‌تواند شامل موارد زیر باشد:

- حفظ و نگهداری یک برنامه جهت کنترل وضعیت نیروی انسانی

- تجزیه و تحلیل شغل
- تهیه شرح شغل
- استخدام
- انجام دادن مصاحبه
- اجرای برنامه‌های آشناسازی
- انگیزش و غنی سازی شغل
- برقراری ارتباط با کارکنان پراسترس

حفظ و نگهداری یک برنامه جهت کنترل وضعیت نیروی انسانی

این طرح یک ابزار مدیریتی است که به بیمارستان اجازه می‌دهد تا تعداد کارمندان حقوق بگیر تمام وقت را براساس لیست حقوق و در مقایسه با آنچه در بودجه تعیین شده است، کنترل نماید. معادل تمام وقت عبارت است از تعداد ساعتی که یک کارمند تمام وقت در طول یک سال باید کار کند (۲۰۸۰ ساعت به ازای هر سال که شامل تعطیلات و روزهای مرخصی نیز می‌شود). حفظ و نگهداری سابقه کارمندان ارشد و پرونده موقعیت و وضعیت کاری آنها، از مسولیت‌های بخش نیروی انسانی است.

تجزیه و تحلیل شغل

پیش از این که یک کارمند به وسیله بیمارستان استخدام، گزینش، مصاحبه و به کار گیری شود، بخش منابع انسانی باید وظایف و فعالیت‌هایی که کارمند باید انجام دهد، شرایط و موقعیتی که او در آن کار خواهد کرد، آموزشها، مهارت‌ها و استعدادهای مورد نیاز او و توانایی‌های مورد نیاز برای انجام وظیفه را مورد بررسی و مطالعه قرار دهد.

تهیه شرح شغلی

به دنبال تجزیه و تحلیل شغل، یک شرح شغل نوشته می‌شود. مشخصات شرح شغل در بین بیمارستان‌های مختلف، متفاوت است، اما به طور کلی، شامل عنوان شغل، بخشی که کارمند باید در آن انجام وظیفه کند، تصویر کلی از وظایفی که باید انجام دهد، تجهیزات و ابزارهای ویژه‌ای که مورد استفاده قرار می‌دهد و فردی که بر کار وی نظارت خواهد داشت، می‌باشد.

استخدام

به طور معمول، آگهی‌هایی جهت تکمیل موقعیت‌ها و فرصت‌های شغلی موجود، در روزنامه‌ها یا مجلات تجاری که توان بالایی در جلب توجه داوطلبان واجد شرایط دارند، انتشار می‌یابند. تقاضاهای گذشته نیز مورد بررسی قرار می‌گیرند. شیوه‌های پیشرفته جهت به کارگیری نیروی انسانی عبارتند از: اعلام پست‌های خالی و بلا تصدی از طریق وب سایت بیمارستان و بررسی تقاضاهایی که از طریق سایت دریافت شده‌اند. در پی آن، کارمندان واجد شرایط جهت انجام مصاحبه دعوت می‌شوند.

برگزاری و انجام مصاحبه

پس از این که بهترین متقاضیان توسط کارمندان منابع انسانی انتخاب شدند، با آنها مصاحبه‌ای در حضور ناظر یا مسول واحد انجام می‌شود. پس از انجام مصاحبه، یک نفر از بین داوطلبان انتخاب می‌شود. به طور معمول، بخش منابع انسانی نباید انتخاب نهایی را انجام دهد، بلکه باید به عنوان مشاور برای مسول بخشی که دارای پست بلا تصدی است، انجام وظیفه نماید.

اجرای برنامه‌های آشناسازی

آشناسازی دو هدف عمده را دنبال می‌کند. (۱) آشناسازی به کارمند اجازه می‌دهد تا اطلاعات زمینه‌ای در مورد بیمارستان و فعالیت و عملکرد آن به دست آورد و (۲) دریابد که شغل او چگونه در دستیابی به مأموریت کلی بیمارستان نقش دارد. آشناسازی باید به گونه‌ای انجام شود که کارمند خود را به عنوان عضو واقعی خانواده بیمارستان احساس کند. بیمارستان‌ها، از روش‌های مختلفی جهت آشناسازی کارمندان استفاده می‌کنند. اما به طور عمده، شامل سخنرانی عمومی و گردش و بازدید عمومی در بیمارستان می‌باشد. مزایای جمله بیمه عمر، بیمه مراقبت‌های بهداشتی درمانی و غیره برای او توضیح داده می‌شوند و اطلاعات کتبی در اختیارش قرار داده می‌شود. سیاست‌ها و خط مشی‌ها توضیح داده می‌شود و برچسب‌ها و تابلوهای محل پارک اتومبیل و کتاب راهنمای بیمارستان به او داده می‌شود. گاهی بیمارستان یک دوست موقتی برای هر یک از کارکنان تازه وارد در نظر می‌گیرد.

انگیزش و غنی سازی شغل

هنگامی که کارمند در بیمارستان استخدام شد، وظیفه نگهداری، ایجاد انگیزش و ایجاد این احساس در او که بخشی از بیمارستان است، آغاز می‌شود. یکی از اقداماتی که بیمارستان‌ها جهت ارزیابی روحیه و ابقای کارمند استفاده می‌کنند، میزان جا به جایی^۱ وی می‌باشد. میزان جا به جایی از تقسیم تعداد کارمندانی که در یک ماه مشخص، به طور داوطلبانه از سازمان جدا شده و یا اخراج می‌گردند، به تعداد کارکنان رسمی تمام وقت در بیمارستان محاسبه می‌شود و میزان جا به جایی باید هر ماه محاسبه شود و مدیریت باید نموداری که روند آن را بر حسب بخش نشان می‌دهد، مورد بررسی قرار دهد.

برقراری ارتباط با کارکنان پراسترس و پردردسر

مسئولیت دیگر بخش منابع انسانی، کار با کارکنان پراسترس و پردردسر می‌باشد. کارکنان معتاد باید به مراکز درمانی مناسب ارجاع داده شوند. این اقدام از طریق برنامه حمایتی کارکنان^۲ انجام می‌شود. این بخش به شکایات مربوط به ارتباطات کارمند-کارفرما رسیدگی می‌کند. همچنین، بخش منابع انسانی، کارگاه‌های آموزش موارد انضباطی برگزار می‌کند تا مدیران بخش‌ها، روش یکسان و واحدی جهت دادن اختراها، تذکرات، گزارشات انفصالات و اخراج‌ها، اجرا نمایند و از سوی دیگر، بیمارستان باید از قوانین و مقررات کار و استخدام تبعیت نماید.

حقوق، دستمزد و مزایا

بخش منابع انسانی، وظیفه طراحی، حفظ و پایش برنامه حقوق و دستمزد را بر عهده دارد. برقراری یک برنامه حقوق و دستمزد به طور معمول شامل ۴ گام اصلی می‌باشد:

- ۱- تجزیه و تحلیل هر شغل، تعیین آموزشها و مهارت‌های مورد نیاز هر شغل.
- ۲- قرار دادن هر شغل در یک طبقه بندی گروهی براساس اهمیت نسبی آن برای بیمارستان.

1. Turnover rate
2. Employee Assistance Program (EAP)

۳- تعیین یک دامنه حقوقی برای هر طبقه.

۴- ارزیابی و درجه بندی کارکنان براساس یک سیستم مشخص.

مطالعات مربوط به حقوق و دستمزد کارکنان بیمارستان که به وسیله مشاوران حقوقی بیمارستان طراحی و انجام می‌شود به دفعات، مورد بازنگری قرار می‌گیرند. بیمارستان‌ها به طور سنتی، مزایایی را علاوه بر حقوق به منظور جذب و حفظ پرسنل در نظر می‌گیرند. برخی از مزایای جنبی متعارف که ممکن است به صورت کلی یا جزئی، به وسیله سازمان پرداخت شوند، عبارتند از: بیمه عمر، مزایای مربوط به بستری شدن و درمان خانواده، طرح‌های پرداخت مستمری و حقوق بازنشستگی، پارکینگ، تعطیلات، کمک‌های آموزشی و غیره. برخی بیمارستان‌ها، یک طرح انتخاب مزایا^۱ برای کارکنان خود در نظر می‌گیرند که به آنها اجازه می‌دهد تا منافع یا مزایای جانبی خود را انتخاب نمایند.

ارزشیابی عملکرد کارمند

بخش منابع انسانی، مدیران بخش را جهت رتبه بندی کارکنان، کمک و راهنمایی می‌کند. روش رتبه بندی ممکن است شامل فرآیند رتبه بندی رسمی براساس تکمیل یک فرم یا نوشتن گزارش توسط ناظر و مسول مستقیم باشد. ارزشیابی عملکرد کارکنان باید دانش، مهارت، رفتار و نگرش و مشارکت کلی کارکنان را بازگو نماید. روش‌های ارزشیابی عملکرد کارکنان در هر سازمان، ویژه و منحصر به آن سازمان می‌باشد.

قوانین، مقررات و موضوعات مهم

یک مدیر ماهر منابع انسانی باید درک کاملی از محیط قانونی و نظارتی، از قوانین مرتبط با حقوق و ساعت کاری گرفته تا مجموعه‌ای از سازمان‌ها از جمله OSHA, EEOC, ERISA, FLMA^۱ و نیز قانون تبعیض در زمان بارداری و سایر مقررات و قوانین حقوقی داشته باشد. مدیریت و کارکنان منابع انسانی باید تضمین کنند که بیمارستان از همه قوانین و مقررات به طور کامل تبعیت می‌کند. برخی مقررات مهم و کلیدی در زیر مورد بحث قرار می‌گیرند:

1. Cafeteria plan
2. Occupational Safety and Health Administration

✓ قانون فرصت استخدامی برابر (EEOC)^۱

در سال ۱۹۷۲، قانون فرصت استخدامی برابر، به عنوان یک اصلاحیه برای بند ششم^۲ قانون حقوق اجتماعی سال ۱۹۶۴، ارایه شد. براساس این قانون، کارفرمایان خصوصی و دولت‌های محلی و ایالتی از اعمال تبعیض بر اساس سن، جنس، نژاد، رنگ، مذهب و اصل و نسب عمومی منع شدند. برای دریافت اطلاعات بیشتر می‌توانید به وب سایت EEOC در <http://www.eeoc.gov> مراجعه نمایید.

✓ قانون سال ۱۹۹۰ در مورد معلولان آمریکا (ADA)^۳

برخلاف افرادی که مشکلات تبعیض نژادی به دلیل رنگ، سن، جنس، مذهب و اصل و نسب عمومی را تجربه می‌کنند، آمریکایی‌های معلول و ناتوان تا پیش از سال ۱۹۹۰، هیچ گونه حمایتی را هنگام مواجهه با تبعیض و تمایز دریافت نمی‌کردند. این وضعیت در سال ۱۹۹۰، زمانی که کنگره، قانون معلولان آمریکا را تصویب کرد که بر اساس آن تبعیض در استخدام، ارتقا و سایر موارد مربوط به استخدام افراد معلول و ناتوان ممنوع شد، تغییر کرد. کارفرمایان باید برای کارمندان ناتوان و معلول، متعهد به تامین امکانات مناسب باشند.

✓ قانون تامین درآمد بازنشستگی کارمندان (ERISA)^۴

این قانون فدرالی که در سال ۱۹۷۴ به تصویب رسید، به این منظور طراحی شده است که برنامه‌های مزایای کارکنان به شکل هماهنگ و یکسان اجرا شود. از آن جایی که این طرح نسبت به قانون ایالتی در اجرای طرح‌های مزایای کارمندان اولویت دارد، بسیاری از کارفرمایان ترجیح می‌دهند که خود به عنوان شخص ثالث، هزینه‌های درمان کارمندان را متقبل شوند تا مشمول طرح‌های مزایای اجباری ایالتی نشوند.

1. Equal Employment Opportunity Act
2. Title VII
3. Americans with Disabilities Act of 1990 (ADA)
4. Employment Retirement Income Security Act (ERISA)

✓ قانون استانداردهای کار منصفانه (FLSA)^۱

این قانون، حداقل حقوق و حداکثر ساعت کاری را برای کارکنان مشخص می‌نماید. البته کارکنان حرفه‌ای و اداری از این قانون معاف هستند. اگر چه این قانون فدرالی در سرتاسر آمریکا یکسان می‌باشد، اما هر بیمارستان باید با قوانین ایالتی خود آشنا باشد چرا که ممکن است این قوانین در جاهای مختلف، متفاوت باشند.

✓ قانون پرداخت برابر سال ۱۹۶۳^۲

کنگره در سال ۱۹۶۳، قانون FLSA را اصلاح کرد تا برای کار برابر و یکسان، پرداخت یکسان انجام شود و به این وسیله تلاش کرد تا به تبعیض بین زنان و مردانی که کار برابر انجام می‌دادند ولی دریافتی نابرابر داشتند، پایان دهد.

✓ قانون پاسخگویی و قابلیت انتقال و جا به جایی بیمه سلامت (HIPAA)^۳

از دیدگاه منابع انسانی، این قانون بسیار حائز اهمیت است، چرا که مشکلات بهداشتی و بیماری‌های موجود از قبل را به منظور تامین اهداف بیمه بهداشتی و پوشش بیمه‌ای، مد نظر قرار نمی‌دهد. این قانون به طور کامل در فصل نوزدهم مورد بحث قرار خواهد گرفت.

✓ گواهی نامه و مجوز پرستاری و سایر مشاغل^۴

یک وظیفه مهم بخش منابع انسانی، تضمین صحت و درستی کلیه گواهی نامه‌ها و مجوزها می‌باشد. نه تنها متقاضی یا کارمند باید یک نسخه از گواهی نامه خود را تهیه و ارایه نماید، بلکه بخش منابع انسانی باید آن را با هیات صدور گواهی نامه کنترل کند تا مطمئن شود آن گواهی نامه فعال بوده و در حال تعلیق نیست.

1. Fair Labor Standards Act (FLSA)
2. Equal pay act of 1963
3. Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)
4. Nursing and other professional licenses

قانون ممنوعیت استفاده از دستگاه دروغ سنجی^۱

این قانون فدرال، کارفرمایان را از مجبور کردن کارمندان به پذیرش و انجام آزمایش‌های دروغ سنجی به جز در برخی صنایع محدود از قبیل صنایعی که در آنها کارکنان به اطلاعات بسیار سری دسترسی دارند، بر حذر می‌دارد. همچنین، یک استثنای کوچک در مورد دزدی و دسترسی به مواد و داروهای تحت کنترل وجود دارد که در این موارد، دروغ سنجی از پرستار یا داروساز لازم است. در این مورد، یک مدیر آگاه باید پیش از انجام هر کاری، در پی اخذ توصیه و مشاوره وکیل قانونی و حقوقی باشد و از تاثیر منفی این عمل بر کارکنان عادی که گاهی، آن را یک نوع مدیریت خشن و ظالمانه می‌پندارند، آگاه باشد. یک روش مناسب‌تر این است که با واحد پلیس محلی و کمیته دارویی و کمیته پرستاری تماس گرفته و از آنها جهت بررسی ناپدید شدن مواد و داروهای تحت کنترل، دعوت نماید.

قانون تبعیض در زمان بارداری^۲

این قانون از زنان باردار در مقابل اعمال تبعیض و اخراج به دلیل بارداری حمایت می‌کند.

بررسی‌های دارویی به صورت تصادفی، بررسی سوء پیشینه و معرفی نامه ها^۳

استفاده از این عناوین در سراسر دنیای کار و تجارت، به عنوان روشی برای حفاظت بهتر محیط کار از بروز مشکلات مرتبط با مواد مخدر و مواد الکلی و جهت پیشگیری از اقامه دعوی به دلیل سهل انگاری در انجام آزمایشات، در حال گسترش است. بیشتر ایالت‌ها دارای مقرراتی جهت اجرای تصادفی آزمایشات از کارکنان از نظر مصرف مواد مخدر و الکل می‌باشند. البته منطقی آن است که یک خط مشی مدون و مکتوب وجود داشته باشد و هر یک از کارکنان، آن را امضا نموده و موافقت خود را جهت اجرای آن آزمایشات اعلام نموده باشند. همچنین انجام آزمایشات برای کارکنان تازه وارد، به عنوان شرط استخدام و نیز انجام آزمایشات بیشتر به صورت تصادفی و نیز آزمایش برای یافتن دلیل اقدامات و حوادث، به عنوان مثال، در مورد رفتارهای غیر قابل پیش بینی و غیر معقول و یا بروز یک سانحه و

1. Polygraph Protection Act
2. Pregnancy Discrimination Act
3. Random drug screens, criminal back ground checks, references

حادثه، منطقی و عاقلانه به نظر می‌رسد. انجام بررسی سوء پیشینه به وسیله یک موسسه دیگر و معرفی نامه‌های شغلی به طور معمول، در طول فرآیند استخدام، به عنوان شرطی برای استخدام ضروری است.

آزارهای جنسی^۱

در سال ۱۹۸۰، EEOC دستورالعملهایی منتشر کرد که قانون فرصت استخدامی برابر را توسعه داد و هرگونه آزار جنسی به صورت ایجاد یک محیط کاری نامناسب و خصمانه یا به شکل "چیزی در برابر چیز دیگر"^۲، ممنوع شد. یک محیط کاری نامطلوب وقتی ایجاد می‌شود که قربانی به دلیل پیشنهادات اغواگرانه ناخوشایند و ناخواسته جنسی، تمایلی برای رفتن به محیط کار ندارد. چیزی در برابر چیز دیگر، اقدام یک فرد دارای قدرت مانند رئیس یا مسول، به دادن پیشنهاد افزایش حقوق یا ارتقای مقام به فرد قربانی در برابر پذیرش اذیت و آزار جنسی و یا اخراج قربانی در صورت عدم پذیرش آن می‌باشد. کارفرمایان، در صورت اعمال آزار جنسی در محیط کار خود، ممکن است جریمه شده و یا با دادخواهی‌های خصوصی مواجه شوند. کارفرمایان یک وظیفه مسلم و قطعی جهت برگزاری جلسات آموزشی و ارزیابی پوسترهایی جهت آگاه نمودن کارکنان از حق خود یعنی مصونیت در مقابل اذیت و آزار بر عهده دارند.

غرامت کارکنان^۳

هر ایالتی دارای قوانینی است که به کارکنانی که در حین کار دچار آسیب می‌شوند غرامت می‌پردازد. مقررات در مورد روزهای مرخصی که باید در نظر گرفته شوند و نیز مقررات مربوط به میزان غرامت و مزایا از ایالتی به ایالت دیگر متفاوت است.

بیمارستان و اتحادیه ها

در سال ۱۹۳۶، AFL-CIO، تلاشی را در جهت سازماندهی کارکنان بیمارستان آغاز نمود.

1. Sexual harassment
2. "Something for something"
3. Workers' compensation

هدف، سازماندهی بخش عمده‌ای از کارکنان غیر حرفه‌ای مراقبت‌های بهداشتی درمانی، شامل کارکنان تغذیه، نگهداری و کاخداری بود. در سال ۱۹۷۴ "تافت هارتلی"^۱ یا قانون روابط کارمند-مدیریت، تصویب شد. این قانون، کارمندان بیمارستان‌های غیر انتفاعی را از حق سازماندهی محروم کرد. کنگره، قانون عمومی ۳۶-۹۳ را در ۲۶ جولای سال ۱۹۷۴ تصویب کرد که براساس آن، استثنا کردن بیمارستان‌های غیر انتفاعی از قانون "تافت هارتلی" را حذف کرد. کمیته ملی روابط کارمندی^۲، ۴ واحد کارگری را در درون بیمارستان دسته بندی کرد: (۱) پرستاران حرفه‌ای و تحصیل کرده، (۲) سایر کارکنان حرفه‌ای شامل اینترن‌ها، رزیدنت‌ها و پزشکان، (۳) کارگران خدماتی و نگهداری شامل کارگران دفتر تجاری و (۴) کارکنان فنی و تکنیکی شامل پرستاران باتجربه دارای مجوز. این موضوع که مدیر بیمارستان، مخالف ایده ایجاد سازمان کارگری در درون بیمارستان بوده است، چندان تعجب آور نیست. تا سال ۱۹۹۱، مهم‌ترین زمینه مورد بحث، بزرگی و ماهیت واحدهای مذاکره کننده بود. این بحث و جدل در آوریل همان سال، زمانی که دیوان عالی ایالت متحده، رهنمودهای انجمن ملی روابط کار را پذیرفت و حداکثر به ۸ واحد مذاکره کننده از سوی کارکنان بیمارستان اجازه فعالیت داد، پایان پذیرفت.

پروانه شغلی

تقاضای روز افزون برای استفاده از تکنولوژی علمی و پزشکی جدید، وجود کارکنان ماهر و دارای پروانه را ایجاب می‌کند. آگاه بودن نسبت به پروانه‌ها یا گواهی نامه‌های کلیه کارکنان از جمله فیزیوتراپ‌ها، کاردرمان‌ها، پرستاران حرفه‌ای دارای مجوز، پرستاران تحصیل کرده و آموزش دیده و غیره، از وظایف بخش منابع انسانی می‌باشد.

سازمان داوطلبان

وظیفه سازمان داوطلبان یا نیروی داوطلب، تکمیل خدمات ارائه شده توسط کارکنان بیمارستان می‌باشد. این افراد داوطلب ارزشمند را می‌توان در تلفن خانه، در واحد پذیرش

1. Taft Hartley
2. National Labor Relations Board

جهت کمک به خانواده و دوستان بیماران، جهت تحویل دادن کتاب و مجله به بیماران و گاهی به عنوان نماینده بیماران یافت. همچنین، این افراد ممکن است در مهدکودک فعالیت نمایند. آنها در ارایه مشاوره به اعضای خانواده بیماران درمان ناپذیر، به بخش خدمات اجتماعی کمک می‌کنند و ممکن است در بخش‌های بستری کودکان، نمایش‌های عروسی اجرا نمایند. داوطلبان می‌توانند جهت انتقال بیماران به واحدهای تصویر برداری پزشکی یا فیزیوتراپی کمک کنند. بسیاری از آنها با ارایه خدمات تایپ و مهارت‌های منشی‌گری، به مدیریت بیمارستان کمک می‌کنند. خدمت ارزشمند دیگری که به وسیله داوطلبان ارایه می‌شود، فروش هدیه و گل در بسیاری از بیمارستان‌هاست. داوطلبان در نمایشگاه‌های بهداشت عمومی، از طریق کارکردن در غرفه‌هایی که در آنها بروشور و کاتالوگ‌های معرفی بیمارستان را توزیع می‌کنند نیز فعالیت می‌کنند و یا به پزشکان و پرستاران جهت انجام آزمایشات رایگان بهداشت عمومی از جمله غربالگری دیابت، فشار خون و کلسترول کمک می‌کنند.

مسئولیت‌های مدیر امور داوطلبان شامل جذب، مصاحبه و سازماندهی و تعیین تکالیف و وظایف داوطلبان با کمک مدیران بخش‌های گوناگون عملیاتی و نیز فراهم کردن امکان آشنایی آنها با بیمارستان و کمک در آموزش آنها می‌باشد. مدیر امور داوطلبان، همچنین، مسول برقراری ارتباط با مسئولین بخش‌هایی است که داوطلبان با آنها کار می‌کنند و با آنها ارتباط دارند. آشنا کردن داوطلبان با فرآیندها و سیاست‌های بیمارستان و مزایایی همچون پارکینگ و وعده‌های غذایی، از وظایف مدیر داوطلبان می‌باشد. یک نکته مهم در خدمات داوطلبانه، میزان قدرت و اختیار داوطلبان در بیمارستان است. میزان قدرت و اختیار داوطلبان در آیین نامه‌های داخلی بیمارستان ذکر می‌شود. در این موارد، آیین نامه‌های داخلی، فعالیت‌ها و اهداف تلاش‌های داوطلبانه را توصیف می‌کنند. یک مدیر ارشد اجرایی خردمند، اغلب در حین برگزاری جلسه کارکنان کمکی بیمارستان، با آنها ملاقات می‌کند.

مدیریت ارتباطات از راه دور

مرکز اصلی برای اجرای وظایف ارتباط از راه دور، تلفن خانه بیمارستان می‌باشد. با توجه به حضور ۲۴ ساعته کارکنان این بخش، مرکز تلفنخانه، یک واحد کلیدی و مهم برای

بیمارستان جهت برقراری ارتباطات عمومی است، چرا که اغلب، اولین تماس یک بیمار یا اعضای خانواده وی با بیمارستان، از طریق این واحد صورت می‌گیرد.

بسیاری از بیمارستان‌ها دارای سیستم‌های پیچیده کامپیوتری هشدار دهنده یا پیج از قبیل سیستم‌های انتقال و پخش ماهواره‌ای، انتقال داده‌ها و تلفنهای پیشرفته هستند. سایر بیمارستان‌ها هنوز هم به اپراتورهای تلفن جهت فعال کردن سیستم پیج متکی هستند. سیستم‌های ارتباط از راه دور جهت کمک به افزایش دسترسی به ارابه دهندگان خدمت و نیز ارابه یک سیستم ارتباطات کاری و حرفه‌ای جدید و مطابق روز، عمل می‌کنند.

مرور فصل

- ۱- وظیفه بخش مدیریت مواد چیست؟
- ۲- کارپرداز چه کارهایی انجام می‌دهد؟
- ۳- مناقصه و قیمت پیشنهادی رقابتی، خرید متمرکز و خرید مشترک را تشریح کنید.
- ۴- برنامه کنترل وضعیت و موقعیت یک کارمند را تشریح کنید؟ چرا این موضوع اهمیت دارد؟
- ۵- برنامه حمایتی کارکنان (EAP) چیست؟
- ۷- بند ششم از قانون حقوق اجتماعی سال ۱۹۶۴ چه چیزهایی را تحت پوشش قرار می‌دهد؟
- ۸- چرا بررسی‌های تصادفی دارویی و سوء پیشینه در غربالگری پیش از استخدام مهم هستند؟
- ۹- آیا ممکن است مدیریت نیاز به انجام آزمایش دروغ سنجی کارکنان داشته باشد؟
- ۱۰- برخی از نقش‌ها و وظایف داوطلبان بیمارستان را بیان کنید.

بخش هفتم: امور مالی بیمارستان