

ISSN:2251-6018

سال نهم ◆ شماره ی ۸۶ ◆ مرداد ۱۳۹۷ ◆ ماهنامه خبری پژوهشی کلید سلامت



## روز پزشک، داروساز و بهورز گرامی باد



روز داروساز مبارک



### در این شماره میخوانید:

- از پزشک خوب تا پزشک بزرگ
- توصیف بیماران از تعامل‌های نادرست
- هماهنگی جنسیتی بین پزشک - بیمار و مرگ و میر افزایش یافته در میان زنان با حمله قلبی
- اثر بخشی مداخلات داروسازان در کاهش خطاهای دارویی و بهره برداری از منابع خدمات سلامت
- تجربه آموزش مراقبین سلامت جامعه در ایران
- دنوخته دانشجویی

صفحه	عنوان
۳	از پزشک خوب تا پزشک بزرگ
۵	توصیف بیماران از تعامل‌های نادرست: قوم‌نگاری انتقادی از کیفیت تعامل پزشک‌بیمار در یکی از بیمارستان‌های آموزشی شیراز، ایران
۵	هماهنگی جنسیتی بین پزشک-بیمار و مرگ و میر افزایش یافته در میان زنان با حمله قلبی
۶	اثر بخشی مداخلات داروسازان در کاهش خطاهای دارویی و بهره‌برداری از منابع خدمات سلامت در مرحله گذار درمان: متا‌آنالیز کارآزمایی‌های بالینی تصادفی شده
۶	تجربه آموزش مراقبین سلامت جامعه در ایران: یک مطالعه کیفی
۷	دلیوشته دانشجویی



## کلید سلامت

شماره شاپا: ۶۰۱۸-۲۲۵۱

سال هشتم - شماره ۸۶

مرداد ماه ۱۳۹۷

صاحب امتیاز و مدیر مسئول:

دکتر کامران باقری لنگرانی، رئیس مرکز تحقیقات سیاست‌گذاری سلامت

سرمدبیر:

دکتر مریم کاظمی، دکتر احمد کلاته ساداتی

اعضای هیأت تحریریه:

دکتر محمود نجابت، دکتر حسن جولایی، دکتر سولماز قهرمانی،

دکتر مجید فروردین، دکتر نجمه مهارلویی

همکاران این شماره:

زهرا اقلیدس، امیر حسین جلال پور

طراحی و صفحه آرایی:

فرحناز ایزدی



در این شماره میخوانید:

- از پزشک خوب تا پزشک بزرگ
- توصیف بیماران از تعامل‌های نادرست
- هماهنگی جنسیتی بین پزشک-بیمار و مرگ و میر افزایش یافته در میان زنان با حمله قلبی
- اثر بخشی مداخلات داروسازان در کاهش خطاهای دارویی و بهره‌برداری از منابع خدمات سلامت
- تجربه آموزش مراقبین سلامت جامعه در ایران
- دلیوشته دانشجویی

# از پزشک خوب تا پزشک بزرگ، مردم‌نگاری انتقادی بر اساس دیدگاه‌های بیماران

Title: From good to great physician: a critical ethnography based on patients views

آدرس مجله‌ای که گزارش در آن ارائه شده است:

J Med Ethics Hist Med. Dec 9:18;20. eCollection 2016

نویسندگان: احمد کلاته ساداتی، محمدتقی ایمان\*، کامران باقری لنگرانی، نجمه ابراهیم‌زاده

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28523119>

جامعه است:

- در ایران، با توجه به تغییرهای بسیار اجتماعی و رفتاری، پزشکی به‌طور چشمگیری تجاری شده است و به‌مثابه یک نتیجه، جنبه‌ی انسانی این تجارت در حال محو شدن است؛ علاوه‌براین، افزایش شایان توجه دانش افراد در ایران در مقایسه با دو دهه‌ی قبل، به نوسان در تعامل دکترا و بیمار منجر شده است؛

- به‌طور کلی، بیماران انتظارهایی از پزشکان خود دارند. اگر بیماری تجربه‌ی تعاملی بدی با پزشک داشته باشد، به احتمال زیاد شروع به قضاوت درباره‌ی رفتار پزشکان بر اساس انتظارات خود می‌کند. در اینجا، پزشک بر اساس ویژگی‌هایی که ندارد، قضاوت می‌شود؛

- در جامعه‌شناسی، درباره‌ی تعامل پزشک و بیمار دو دیدگاه مخالف وجود دارد، یکی نظریه‌ی پارسونز است که همچنین به بیان نقش بیمار در جامعه‌ی پزشکی می‌پردازد. این دیدگاه رویکردی کاربردی دارد و معتقد است پزشک باید وظایف خود را با درمان بیماران انجام دهد تا زمانی که سفارش به نظام اجتماعی باز گردد. دیدگاه دوم، دیدگاهی انتقادی است که چشم‌اندازی انسانی در تعامل پزشک و بیمار دارد. در این دیدگاه، تعامل پزشک و بیمار نباید تحریف شود و باید ارتباطی مناسب بین پزشکان و بیماران، بر اساس درک متقابل وجود داشته باشد؛ روش مطالعه:

- این مطالعه‌ی قوم‌نگاری انتقادی در میان بیماران بستری‌شده در بیمارستان‌های آموزشی در شیراز انجام شده است. برای جمع‌آوری داده‌ها و تجزیه و تحلیل، از روش مثلث استفاده شده است؛

- برای این منظور، ۱۵۶ مشاوره بالینی که اعضای هیئت‌علمی و دانشجویان آن‌ها در بازدید روزانه از بیماران بستری‌شده انجام داده‌اند، به‌صورت دیجیتالی ثبت شده است. پیش از این، محققان از هر شرکت‌کننده، رضایت شفاهی را گرفته‌اند. در مجموع، ۱۵۶ مشاوره را هشت اعضای هیئت‌علمی در بخش قلب و عروق، داخلی و بخش مغز و اعصاب به‌صورت دیجیتالی ثبت کرده‌اند؛

- علاوه‌براین، محقق، ۹۲۰ ساعت مشاهده از شرکت‌کنندگان را در بخش‌های بستری بیمارستان انجام داد. محقق در جایگاه سرپرست بالینی، با پنهان‌کردن هویت خود، مشاوره‌ها را مشاهده می‌کرد و در برخی مواقع، با بیماران مصاحبه انجام داده است (N = 5). در این مصاحبه، بیماران دیدگاه‌های خود را تعامل پزشک و بیمار بیان کرده‌اند و اطلاعات به‌صورت دستی برای تجزیه و تحلیل ثبت شد.

- در مجموع، شش مباحثه به‌صورت متمرکز در گروه، با بیماران در بخش‌های داخلی، اورولوژی، جراحی عمومی، بخش‌های جراحی قلب و بخش مراقبت ویژه قلب (CCU) انجام شد. تحقیق‌های گروه متمرکز، بحث سازمان‌یافته با گروهی انتخاب‌شده از افراد با هدف به‌دست‌آوردن اطلاعات درباره‌ی نظرها و تجربه‌های آن‌ها از یک موضوع را دربرمی‌گرفت. پس از توضیح اهداف مطالعه به بیماران و خانواده‌های آنها، کسانی که مایل به شرکت بودند

محل دقیق اجرای طرح: بیمارستان‌های آموزشی در شیراز، ایران

تاریخ ارائه‌ی گزارش: ۱۳۹۶/۱/۱۴

نام و نام‌خانوادگی تهیه‌کننده‌ی گزارش: مریم قریشی  
قبل از انجام این تحقیق درباره‌ی موضوع مدنظر چه میدانستیم؟

- درباره‌ی بیماری مبتلا به دیابت در سال ۱۹۶۰ اعلام کرد که پیدا کردن پزشکی بزرگ آسان نیست؛ چراکه برخی پزشکان به سخ و ویژگی‌های متعددی برای پزشک خوب برشمرده شده است، از جمله اینکه انتظار می‌رود پزشک، توجه کافی، تحلیلی معتبر، قدرت انطباق، قدرت مشورت، اطمینان و... را داشته باشد؛

- به‌نظر می‌رسد که پزشک خوب با پزشک بزرگ متفاوت است؛ اما هیچ پژوهش علمی عمیقی برای بررسی این تفاوت انجام نشده است؛

- سر ویلیام اوسلر اظهار داشته است که پزشک خوب بیماری را درمان می‌کند، درحالی‌که پزشک بزرگ بیمار دچار این بیماری را درمان می‌کند. این بدان معناست که پزشک بزرگ، به بیمار اهمیت می‌دهد؛ درحالی‌که پزشک خوب، به بیماری توجه می‌کند؛

- ن بیمار گوش نمی‌دهند. این به بدان معنی است که پزشک بزرگ باید شنونده‌ی خوبی باشد؛

- تعامل پزشک و بیمار در دید بیمار به پزشک نقشی مهم ایفا می‌کند. اگر پزشکی رابطه‌ای راستین را تسهیل و مطابق انتظار بیمار خود این ارتباط را برآورد کند، بیمار احساس می‌کند که آن فرد، پزشکی بزرگ است. به‌نظر می‌رسد که رابطه‌ای با کیفیت خوب از نظرگاه بیماران موضوعی ضروری است؛ بنابراین، پاسخ بیماران به این سؤال که «پزشک بزرگ کیست؟» به دیدگاه آن‌ها در تعامل پزشکان با بیماران مربوط خواهد بود؛

- اگرچه قدمت تعامل دکترا و بیمار به زمان سوگند بقراطی برمی‌گردد، ولی در اواخر قرن بیستم و بعد از آن موضوعی مهم در نظر گرفته شده است؛

- به‌طور کلی، دیدگاه جهانی واحد و یکپارچه‌ای از ویژگی‌های پزشک بزرگ وجود دارد؛ با این حال، دیدگاه بیمار به پزشک بزرگ مبتنی بر محیط است و به تجربه‌ی تعامل دکترا و بیمار مربوط می‌شود؛ علاوه‌براین، در هر زمینه‌ی اجتماعی و فرهنگی، نمایشی متفاوت در برابر ارزش‌ها و هنجارهای پزشکی و رفتارهای پزشکان وجود دارد. این به بدان معنی است که ارزش‌های هر جامعه، با توجه به موقعیت پزشکان و وابسته به زمینه‌ی تاریخی آن

در گروه‌های کانون ثبت‌نام شده‌اند. سوالات در گروه‌های متمرکز اینگونه بود:

«تعامل پزشک و بیمار در این بیمارستان چگونه است؟»؛  
«نظر شما درباره‌ی این نوع تعامل چیست؟»؛ «از نظر شما پزشک بزرگ کیست؟»

داده‌های جمع‌آوری پس از آن رونویسی شده و تجزیه و تحلیل داده‌ها براساس روش مردم‌نگاری انتقادی انجام شده است.

مطالعه‌ی حاضر چه اطلاعاتی را به دانش موجود اضافه می‌کند؟

- نتایج نشان داده که برخی بیماران از تعامل پزشک با بیمار راضی نبودند، اگرچه بسیاری از آن‌ها معتقد بودند که پزشکان آن‌ها در تخصص‌های خود ماهر بوده‌اند. مشاهده‌ها نشان داده که برخی پزشکان، بیماران خود را در بخش، معاینه نمی‌کنند، هرچند که بیماران و وابستگان آن‌ها ساعت‌ها منتظر بمانند؛

- به‌طور کلی، رزیدنت‌ها مسئول پاسخ به نگرانی‌های بیماران هستند. علاوه‌براین، در مشاوره‌های بالینی، بسیاری از مکالمه‌ها بین اعضای هیئت‌علمی و دانشجویان پزشکی آن‌ها بوده و گفت‌وگو با بیماران بسیار نادر است؛ به‌طور کلی، پزشکان با بیمار درباره‌ی تاریخ ترخیص و نه چیزی بیشتر، صحبت نمی‌کردند؛ بالین‌حال برخی اوقات، دکتر همه‌چیز را برای بیماران توضیح می‌داد. به‌طور کلی، بیماران و خانواده‌های آن‌ها تعامل پزشک و بیمار را به‌شکلی منفی تجربه کردند. این تعامل منفی شکلی از تعامل است که با وجود رضایت بیمار از درمان، انتظارهایش برآورده نمی‌شود و ابهام‌هایی درباره‌ی بیماری برای بیماران باقی می‌ماند؛

- مهربانی موضوعی است که به‌شدت از سوی شرکت‌کنندگان بر آن تأکید شده است. بیمار تمایل دارد که پزشک با رفتاری خوشایند، مانند رفتاری همراه با لبخند با بیمار مواجه شود؛

- بیماران با مسائل جسمانی و روانی و بار مالی که در اثر بیماری ایجاد شده است، مواجه‌اند که باعث ایجاد فشار بیشتری بر خانواده می‌شود. از این رو، آن‌ها انتظار دارند که پزشک به هر جنبه‌ای از بیماری آن‌ها توجه داشته باشد و با آن‌ها احساس یکدلی کند، به‌عبارتی پزشک خودش را جای بیمار بگذارد؛

- دوستی به رابطه‌ی بین پزشکان و بیماران اشاره دارد به‌نحوی که در آن هر دو طرف احساس کنند که مثل دوست باهم ارتباط دارند. دوستانه‌بودن به‌معنای گرم‌بودن رفتار، تعامل چهره‌به‌چهره، همراه با لبخند است؛ به‌طوری‌که هر دو طرف احساس کنند که در تعامل با اعضای خانواده خود هستند. اگر این شکل از تعامل همیشه رخ دهد، بیماران شگفت‌زده خواهند شد؛

- پزشک بزرگ باید در جایگاه شنونده‌ای خوب باشد، این ویژگی به پزشکان صبوری اشاره دارد که به مکالمه‌های بیماران گوش می‌دهند. هر بیمار درباره‌ی وضعیت خود نگران است و همچنین پرسش‌ها و نگرانی‌هایی درباره‌ی وضعیت خود دارد؛

- مطالعه‌های کمی روی ویژگی‌های پزشک بزرگ انجام شده است. سؤال اصلی این است که بیماران چه تقاضایی از پزشکان خود دارند؟ «اگرچه به‌نظر می‌رسد که هر

دو مهارت‌های فنی و ارتباطی مهم است، یافته‌های این مطالعه نشان داد که مهارت‌های ارتباطی مهم‌تر است. نتایج نشان داده که شرکت‌کنندگان تقاضا می‌کنند که پزشک آن‌ها مهربان و نوع‌دوست و شنونده‌ی خوب و همدل باشد. در میان تمام شرکت‌کنندگان در این مطالعه، تنها دو شرکت‌کننده بر اهمیت مهارت‌های فنی پزشکان تأکید کردند؛ اگرچه ممکن است که این موضوع به‌علت این واقعیت باشد که بیماران به‌طور کلی از مهارت‌های پزشکان راضی بوده‌اند؛

- از جهتی دیگر می‌توان اشاره کرد که بیماران در این بیمارستان با شکل خاصی از تعامل که به‌نوعی خطی و تخصصی است، مواجه بوده‌اند... از آنجاکه بدن انسان نهادی پیچیده است، تشخیص بیماری و درمان باید از طریق روش تعامل غیرخطی انجام شود؛ علاوه‌براین، بیماران به گفت‌وگو و توجه و همدردی نیاز روحی دارند؛

- در میان چهار مبحثی که استخراج شد، همدلی نقش محوری دارد و همدلی و همدردی به‌معنای توانایی فهم و احساس تجربه‌ی فرد دیگر است؛

- یک پزشک بزرگ باید نه‌تنها به مشکلات جسمی و روانی بیمار در زمینه‌ی بیماری توجه کند، بلکه باید روح بیمار و خانواده و وضعیت اجتماعی و اقتصادی بیمار را در نظر بگیرد؛ بنابراین، پزشک بزرگ همیشه برای درمان بیماران به‌صورت کلی‌نگرانه تلاش می‌کند؛

- پزشک خوب‌بودن در اوضاع و احوال عمومی به معنی دانستن چگونگی استفاده از تکنیک‌های پزشکی مناسب است؛ با وجود این، پزشک بزرگ کسی است که فقط فردی حرفه‌ای در استفاده از تکنیک‌های پزشکی مناسب نیست، بلکه مهارت‌های ارتباطی بسیار عالی نیز دارد؛

- نتایج این مطالعه نشان داد که بیماران تعامل بد را تجربه کرده بودند؛ بنابراین، تمایل بیماران این است که پزشک به‌نوعی رفتاری دوستانه و همدلانه داشته و شنونده‌ای خوب باشد. اگر پزشکی می‌خواهد به پزشکی بزرگ تبدیل شود، باید ابعاد انسانی خود و مهارت‌های ارتباطی را علاوه بر مهارت‌های پزشکی تقویت کند.

محدودیت مطالعه:

- از محدودیت‌های این مطالعه، روشی است که در آن مکالمه‌ها ضبط شده است. در واقع، شیوه‌ی ضبط در مشورت و گفت‌وگوی پزشک تأثیر می‌گذارد. این محدودیت مهم و اساسی مطالعه‌های کیفی است که در آن شرکت‌کنندگان از ضبط و جمع‌آوری داده‌ها آگاه هستند؛ البته این موضوع با توجه به این واقعیت است که محقق در سیر طبیعی گفت‌وگوی بین پزشک و بیمار دخالت نمی‌کند.

پیشنهادهایی در زمینه‌ی انجام مداخله‌های بعدی لازم:

- آگاه‌کردن پزشکان از نتایج این مطالعه به‌صورت آموزش‌هایی در دوران تحصیل آن‌ها و بعد از آن.

مخاطبان این گزارش و روش اطلاع‌رسانی مناسب به هر کدام:

- وزارت بهداشت و آموزش پزشکی با ارائه‌ی گزارش ترجمان دانش؛

- مراکز آموزش پزشکی و مراکز بازآموزی پزشکان با ارائه‌ی گزارش به آن‌ها؛

- پزشکان با ارائه‌ی گزارش.

## توصیف بیماران از تعامل‌های نادرست: قوم‌نگاری انتقادی از کیفیت تعامل پزشک‌بیمار در یکی از بیمارستان‌های آموزشی شیراز، ایران

Patients' description of unexpected interactions: A critical ethnography of the quality of doctor-patient interactions in one educational hospital in Shiraz, Iran

آدرس مجله‌ای که گزارش در آن ارائه شده است:

Sadati AK, Lankarani KB, Hemmati S. Patients' description of unexpected interactions: a critical ethnography of the quality of doctor-patient interactions in one educational hospital in Shiraz, Iran. Shiraz EMed J. 8-7(17;2016):e38269. Shiraz EMed J. 8-7(17;2016):e38269.

URL: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=-2s84988492967-2.0&doi=10.17795/fsemj38269&partnerID=40&md571=5e0314b3fbf04e84efde5a92bc92fd>

محل دقیق اجرای طرح: شیراز  
سال(های) اجرای طرح: ۱۳۹۳  
تاریخ ارائه‌ی گزارش: ۱۳۹۶/۲/۶  
نام و نام خانوادگی تهیه‌کننده‌ی گزارش: رضا تیریزی  
قبل از انجام این تحقیق درباره‌ی موضوع مدنظر چه می‌دانستیم؟  
- در رابطه‌ی موفق پزشک‌بیمار، علاوه‌بر ارتباط کلامی، توجه به ارتباط‌های غیرکلامی مانند لمس بیمار و لحن صدا و حالات صورت نیز ضروری است.  
- توجه به دیدگاه‌های بیماران، نقش مهمی در تقویت رابطه‌ی پزشک‌بیمار دارد.

روش مطالعه:

این مطالعه با رویکرد کیفی انجام گرفت. داده‌های این تحقیق از ضبط صدای ۱۵۶ مشاوره‌ی بالینی، ۹۲۰ ساعت مشاهده‌ی رابطه‌ی بیمارپزشک و مصاحبه با ۵۱ بیمار یا خانواده‌های بیماران در سال ۱۳۹۳ در یکی از بیمارستان‌های آموزشی شیراز جمع‌آوری گردید.  
مطالعه‌ی حاضر چه اطلاعاتی را به دانش موجود اضافه می‌نماید؟  
- بیماران و خانواده‌های بیماران با نوعی از تعامل‌های نادرست بین پزشک‌بیمار مواجه هستند که برای آن‌ها فرم‌های ارتباطی پذیرفتنی‌ای نبوده و به ناامیدی منجر شده است. دلیل اصلی این ناامیدی‌ها را ضعف در تعامل پزشک‌بیمار می‌دانند.  
- تعامل پزشک‌بیمار در زمینه‌ی مطالعاتی حاضر، ویژگی سلطه‌گرانه

دارد که می‌تواند به خودمختاری پزشکان مرتبط باشد.  
- دلایل تعامل نادرست پزشک‌بیمار را میتوان در چهار موضوع قرار داد.  
- تعامل نابرابری، از دلایل تعامل نادرست پزشک‌بیمار است. به عبارتی، نابرابری، شکلی از رابطه است که در آن پزشک خود را نسبت به بیماران در موقعیت غالب می‌بیند.  
- تعامل غیرحرفه‌ای، از دلایل تعامل نادرست پزشک‌بیمار است. غیرحرفه‌ای شکلی از رابطه است که به دنبال رابطه‌ی غیرفعال بین پزشک‌بیمار اتفاق می‌افتد؛ برای نمونه، زمانی که دانشجوی پزشکی درباره‌ی تاریخچه‌ی بیماری فرد در گذشته اطلاعات کافی نمی‌پرسد.  
- تعامل ابزاری، از دلایل تعامل نادرست پزشک‌بیمار است. ابزاری، شکلی از رابطه است که در آن پزشک هیچ ارتباط کلامی یا غیرکلامی با بیمار ندارد.  
- تعامل غیرمشارکتی، از دلایل تعامل نادرست پزشک‌بیمار است. غیرمشارکتی، نوعی رابطه است که در آن پزشک یا تیم درمان، بدون مشارکت بیمار برای فرد تصمیم‌گیری می‌نماید.

محدویت مطالعه:

- شدت بیماری یا نوع بیماری ممکن است از عواملی باشد که بر تعامل پزشک‌بیمار تأثیر بگذارد. محققان متأسفانه نتوانستند شدت و نوع بیماری در بررسی تعامل پزشک‌بیمار را لحاظ نمایند.

پیشنهادهایی در زمینه‌ی انجام مداخله‌های بعدی لازم:  
- آموزش مهارت‌های ارتباطی در رابطه‌ی پزشک‌بیمار به دانشجویان پزشکی و پزشکان؛  
- ایجاد سیستم نظارتی با عملکرد کنترلی و مراقبتی در رابطه‌ی بین پزشک‌بیمار؛  
- اصلاحات ساختاری در نظام سلامت و ایجاد ساختار مناسب براساس ساختار بیمارمحور؛  
- انجام مطالعه‌های کمی و کیفی بیشتر در آینده برای دیدن همه‌ی جوانب پیشنهاد.

مخاطبان این گزارش و روش اطلاع‌رسانی مناسب به هرکدام:  
- سیاست‌گذاران سلامت اعم از وزیر بهداشت، معاونت درمان وزارت بهداشت، معاونت آموزشی وزارت بهداشت (ارائه‌ی گزارش)؛  
- ریاست دانشگاه و معاونت آموزشی و درمان دانشگاه، مدیر مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی و رؤسای بیمارستان‌ها (ارائه‌ی گزارش)؛  
- پزشکان و دانشجویان پزشکی (ارائه‌ی گزارش).

## هماهنگی جنسیتی بین پزشک - بیمار و مرگ و میر افزایش یافته در میان زنان با حمله قلبی

Title: Patient-physician gender concordance and increased mortality among female heart attack patients  
Brad N. Greenwood, Seth Carnahan, and Laura Huang

<http://www.pnas.org/content/early/1800097115/31/07/2018.short>

PNAS August 201800097 .2018 ,6; published ahead of print August 2018 ,6. <https://doi.org/10.1073/pnas.1800097115>

\*نکته دیگری توسط نویسنده عنوان میشود که پزشکان مرد علایم حمله قلبی در زنان را به خوبی تشخیص نمیدهند که معمولاً این علایم با علایم حمله قلبی در مردان متفاوت است  
\*همچنین محققین اظهار میکنند که هر چه میزان تجربه پزشک مرد در درمان بیماران زن با حمله قلبی بیشتر باشد نتایج درمان بهتر خواهد بود.

مشاهده شده است.  
\*محققین دریافته‌اند که میزان مرگ و میر بالاتری در بین بیماران زنی که پزشک معالج آنها مرد میباشد (۱۳٫۳٪) در مقایسه با زنان بیماری که پزشک آنها خانم است (۱۲٪)، مشاهده میشود.  
\* نویسنده عنوان میکند که این تفاوتها می تواند به این مورد مربوط شود که در کل بیماران ارتباط بهتری با پزشکان هم جنس خود برقرار میکنند

نتایج منتشر شده توسط اکادمی ملی علوم نشان میدهد که زنان مبتلا به حمله قلبی به احتمال بیشتری زنده میمانند اگر پزشک معالج اورژانس آنها زن باشد  
\*مطالعه بر روی ۵۸۲۰۰۰ بیمار بستری شده به علت حمله قلبی در بیمارستان فلوریدا، امریکا در طی سالهای ۱۹۹۱ تا ۲۰۱۰ انجام شده است  
\*پیامدهای یکسانی برای بیماران زن و مرد معالجه شده توسط پزشک خانم

## اثر بخشی مداخلات داروسازان در کاهش خطاهای دارویی و بهره برداری از منابع خدمات سلامت در مرحله گذار درمان: متا آنالیز کارآزمایی های بالینی تصادفی شده

Title: Effectiveness of Pharmacist Intervention to Reduce Medication Errors and Health-Care Resources Utilization After Transitions of Care: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials

De Oliveira GS Jr 1 , Castro-Alves LJ , Kendall MC , McCarthy R

Journal of Patient Safety [30 Jun 2017]

DOI: 10.1097/PTS.0000000000000283

<https://europepmc.org/abstract/med/28671909>

مداخله داروسازان در بروز ویزیت‌های اورژانس در مقایسه با گروه کنترل به نفع داروسازان با نسبت شانس ۰٫۴۲ است (فاصله اطمینان ۹۵٪: ۰٫۲۲-، ۰٫۷۸).

مداخله داروسازان استراتژی مهمی برای کاهش خطاهای دارویی بعد از مرخص شدن از بیمارستان و کاهش ویزیت‌های اورژانس است. بیمارستانها باید به اجرایی شدن این مداخلات برای بهبود کیفیت خدمات درمانی بیماران پس از مرخص شدن و امنیت بیماران توجه کنند

درمانی، مرخص شدن، پیامدهای اولیه و مهم شامل خطای پزشکی و بهره برداری از خدمات سلامت (بستری مجدد) یا ویزیت اورژانس). آنالیز با استفاده از روش اثر تصادفی بر روی ۱۳ کارآزمایی بالینی و با ۳۵۰۳ بیمار انجام شد.

اثر جمعی ۱۰ مطالعه در بررسی اثر مداخله داروسازان در مقایسه با گروه کنترل، در بروز خطای دارویی در طی دوره گذار درمان را با نسبت شانس ۰٫۴۲ نشان داد (فاصله اطمینان ۹۵٪: ۰٫۲۱-، ۰٫۶۳) در کل اثر ۴ مطالعه نشان داد که اثر

خطاهای دارویی در دوران گذار درمانی شایع هستند. هدف از انجام این مطالعه بررسی اثر بخشی مداخلات داروساز محور در مرحله تغییرات دوره درمان در کاهش خطاهای دارویی بعد از مرخص شدن از بیمارستان می باشد. جستجو نظامند برای یافتن کارآزمایی های بالینی منتشر شده تا اول جولای ۲۰۱۵ در پایگاههای اطلاعاتی کتابخانه ملی پزشکی PubMed و Cochrane، Google Scholar انجام شد. واژه های کلیدی برای جستجو عبارت بودند از داروساز، خطای دارویی، بستری مجدد، گذار

## تجربه آموزش مراقبین سلامت جامعه در ایران: یک مطالعه کیفی

Title: The experience of community health workers training in Iran: a qualitative study

Sara Javanparast<sup>1,7\*</sup>, Fran Baum<sup>2</sup>, Ronald Labonte<sup>3</sup>, David Sanders<sup>4</sup>, Zohreh Rajabi<sup>5</sup> and Gholamreza Heidari<sup>6</sup>

BMC Health Services Research 2012;12:291

<https://doi.org/291-12-6963-1472/10.1186>

©Javanparast et al.; licensee BioMed Central Ltd. 2012

محتوای آموزشی در طول زمان منعکس کننده تعدد برنامه‌هایی است که در برنامه مراقبت اولیه سلامت ادغام شده و پیچیدگی کارهایی است که از مراقبین سلامت توقع می‌رود، است.

گرچه که برنامه‌های مراقبین سلامت جامعه در کشورهای مختلف تفاوت محتوایی دارد برنامه آموزش مراقبین سلامت در ایران درسهای قابل انتقالی برای سایر کشورهایی دارد که تمایل به بهبود آموزش مراقبین سلامت خود به عنوان یک عنصر کلیدی در برنامه مراقبت سلامت جامعه دارند.

صورت گرفت. سیاستهای آموزشی با بررسی و مطالعه مدارک سیاستگذاری در دسترس، محتوای آموزشی و سایر مدارک مرتبط در سطح ملی و استانی انجام شد

انالیزها علاوه بر بررسی مدارک، با مصاحبه فردی با ۹۱ بهورز از ۱۸ استان کشور در تمام رده‌های سنی، تجربه کاری و سطوح تحصیلات و هر دو جنس مرد و زن تکمیل گردید.

برنامه آموزش مراقبین سلامت در برنامه ملی سلامت و تسهیلات مالی برای اجرا و تداوم این برنامه مشخص شد. وجود مراکز تخصصی آموزش که بوسیله شبکه بهداشت ناحیه مدیریت می‌شود محیط مناسبی را برای آموزش فراهم می‌آورد تا آموزش مناسب و قابل فهمی جهت افزایش دانش، مهارت و ترغیب مراقبین سلامت جهت ارائه خدمات محلی به آنها داده شود. تغییر در

نقش مراقبین سلامت جامعه در بهبود دسترسی به خدمات پایه سلامت و متحول کردن فعالیتهای جامعه در امر سلامت مشخص است. مراقبتهای اولیه سلامت که در نشست الماتا در سال ۱۹۷۸ به آن پرداخته شد و بر روی نقش مراقبین سلامت جامعه در جهت برآورد نیازهای سلامت جامعه تاکید شد آموزش این مراقبین یکی از نکات کلیدی است که در کل در جهت توسعه دانش و مهارت آنها در زمینه عملکردهای خاص و افزایش ظرفیت مراقبین سلامت برای برقراری ارتباط با مردم محلی و ارائه خدمات سلامت به آنها انجام میشود. این مطالعه با هدف انالیز پروسه آموزش مراقبین سلامت جامعه در ایران (بهورز) و اینکه اجزا متفاوت این آموزش چگونه بر عملکرد و رضایت مراقبین سلامت جمع آوری داده از منابع اولیه و ثانویه

## دلنوشته دانشجویی

«آهستگی»: پیش‌نیازی برای رهایی از مخدرهای مدرن

مطالعات نشان می‌دهد که میتوان اعتیاد را با توجه به ای‌ه‌ویژگی تعریف کرد:

الف) درگیری با رفتاری که موجب دستیابی به یک تاثیر هوس انگیز!!!

ب) شیفتگی نسبت به یک رفتار

ج) سیری و اشباع شدگی موقت نسبت به آن رفتار

د) از دست دادن کنترل

ه) رنج بردن از تاثیرات منفی و نامساعد رفتار

با ذکر این تعریف در مقدمه قصد دارم به سراغ بررسی رفتارهای مختلفی در زندگی روزمره‌ی دانشجویی مان بروم که آن‌ها را بر اساس همین ۵ مورد میتوانم نوعی اعتیاد در نظر بگیرم. بهتر است برای این رفتارها از واژه‌ی مخدر استفاده کنم چرا که مخدرها همه یک ویژگی مشترک دارند و آن هم «فرار از مسئله‌ی اصلی» است. گویا مخدرها ما را برای لحظاتی از پرداختن به آن‌چه واقعا موجب رنج ما می‌شود منحرف می‌کند و این عدم درگیری موقتی برایمان خوش آیند است!

اما مخدرهای این روزها تنها به سیگار و داروهای روانگردان و یا مسکن‌های قوی محدود نمی‌شوند. این روزها خیلی از تصمیم‌ها و فعالیت‌های روزمره هم تبدیل به مخدر شده است. برای ما دانشجویان گاهی حتی درس خواندن هم تبدیل به مخدر میشود تا از این سوال‌ها مهم و حیاتی زندگی فرار کنیم. سوال‌هایی که مدت‌هاست درگیر آن هستیم و برایشان آنقدر که درخور باشد زمان تفکر نگذاشته‌ایم. حتی در آموزه‌هایی که در نظام آموزشی دریافت کرده‌ایم راه کارهای اساسی برای حل این مسائل و مشکلات و یا مهارت‌زیستن با سوالاتمان را نیاموختیم. و حالا همچون سربازان بی‌سلاحی در میدان نبردیم که اصلی‌ترین سلاح زندگیمان یعنی تفکر و یا بهتر بگویم «روش تفکر» را همراه نداریم. پس آسان‌ترین راه را انتخاب میکنیم! از مسئله فرار میکنیم و یا صورت مسئله را پاک می‌کنیم. به سراغ رفتارهای بی‌هدف و موقتی می‌رویم که وقت بگذرانیم. اما باز وقتی از آن رفتار به طور موقتی اسباب شدیم و از آن دست کشیدیم باز با خویشتن مواجه میشویم که پر از سوال است. پر از مسئله‌ی حل نشده و این رنجی بزرگ را در پی دارد.

بهترین نمونه مخدر این روزهای ما گشت زدن بی‌هدف در فضای مجازی است، فضایی که آنقدر جذاب و اسرارآمیز و بی‌انتها طراحی شده است که هر قدر بیشتر وقت بگذاریم تا سر در بیاوریم که در آن چه میگذرد بیشتر و بیشتر غرق در «هیچ» میشویم. بمباران داده‌های درست و غلطی که تمیز دادنشان ناممکن است و تنها اضطراب‌زا و گمراه‌کننده‌اند.

اما چه باید کرد؟ این غر زدن‌های همیشگی را همه‌ی ما بلدیم. گویا هیچ راهکار جهان‌شمولی و یا داروی موثری برای این موضوع وجود ندارد. اما فکر میکنم چیزی هست و آن «پیش‌نیاز» درمان این اعتیادهاست. چیزی شبیه به بیان مسئله و یا مواجه شدن با مسئله. شبیه به احساس نیاز برای رفع این مشکل پیش از اینکه به صرافت درمان بیفتیم و آن «آهستگی» است. آهستگی و تأملی که با کندی و سکون متمایز است.

این شتاب‌زدگی که تحفه‌ی جهان مدرن است ما را از پرداختن به خویش و خلوت با خود باز داشته. به گمانم خوب است لختی آهستگی پیشه کنیم و در محضر خود باشیم. در محضر خویشتن خویش.



وب سایتهای مجلات مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت



**Shiraz E Medical Journal**  
SEMJ is a peer reviewed online quarterly journal published by Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran  
ISSN: 1735-1391



<http://emedicalj.com>



**مجله کلید سلامت**  
Health Policy Research Center



<http://hkj.sums.ac.ir>



**Women's Health Bulletin**  
The Official Journal of Shiraz University of Medical Sciences  
pISSN: 2345-5136  
eISSN: 2382-9990



<http://womenshealthbulletin.com>



**International Journal of School Health**  
The Official Journal of Shiraz University of Medical Sciences  
eISSN: 2383-1219  
pISSN: 2345-5152



<http://intjsh.com>



**Social Pharmacy Journal**



<http://socialpharmacyjournal.com>



WOMEN'S HEALTH  
Bulletin

# WOMEN'S HEALTH Bulletin

Number 1, Volume 1, Issue 1, April 2014



p-ISSN: 2345-5136  
e-ISSN: 2382-9648

[womenshealthbulletin.com](http://womenshealthbulletin.com)

p-ISSN: 2345-5152



INTERNATIONAL JOURNAL OF  
SCHOOL HEALTH

# INTERNATIONAL JOURNAL OF SCHOOL HEALTH

Number 1, Volume 1, Issue 1, June 2014



# بهداشت بهداشت

دانش و تجارب مدیران ارشد و خبرگان در روزند

توسعه شبکه‌های بهداشتی ایران



مولفان:  
کاروان باقری لشکری  
رحمت‌الله خالقی  
سید نبود علیپور  
سید علیرضا مولیانی  
حسام رمضان پور خانی  
محمدعلی فیاض بخش  
محمدحسین شاکری  
بهنام هبیبی  
سولماز قهرمانی

موضوع: بهداشت ارتزی

مقتضیان جهت خرید کتاب فوق به آدرس: شیراز، میدان امام حسین، دانشگاه پزشکی، ساختمان شماره ۲، طبقه ۸، مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت مراجعه نمایند.

شماره تماس: ۰۷۱۳۳۳۰۹۱۱۵



انجمن  
دانشگاه باقری لشکری | دانشیار ارشد  
دانشگاه باقری لشکری | دانشیار ارشد  
دانشگاه باقری لشکری | دانشیار ارشد  
دانشگاه باقری لشکری | دانشیار ارشد



Health Policy Research Center



# دومین کنگره بین المللی مطالعات اجتماعی سلامت

The Second International Congress  
on Social Studies in Health



2-3 January 2019  
Absended are Accepted tail  
22 October 2018

۱۲ - ۱۳ دی ماه ۱۳۹۷  
تهران / فرهنگستان علوم پزشکی

مهلت ارسال خلاصه مقالات

تا ۳ مهر ماه ۱۳۹۷

محورهای همایش: شناخت عوامل اجتماعی موثر بر سلامت / مداخلات اجتماعی برای ارتقاء سلامت / نقش عوامل اجتماعی در سیاست گذاری سلامت / غنی سازی علوم پزشکی با علوم اجتماعی

ssh1.sums.ac.ir  
ssh1sums@gmail.com

دبیرخانه همایش: شیراز / دانشکده پزشکی / باشگاه پژوهشی  
/ شماره تماس: ۰۷۱۳۲۳۰۹۶۱۵ داخلی ۳۰۶۱

برگزارکنندگان کنگره





# The 7<sup>th</sup> International Conference on Women's Health

Nov 21 and 22, 2018 - Shiraz, Iran  
۳۰ آبان و ۱ آذر ۱۳۹۷، شیراز - ایران

Abstracts on all aspects  
of women's health are  
accepted.

مجموعه ارسال خلاصه مقالات تا ۱ آذر ۱۳۹۷



Health Policy Research Center, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

[www.whc2018.sums.ac.ir](http://www.whc2018.sums.ac.ir)

Tel/Fax: +98-7132309615



Together we can  
Save millions  
of lives.



9<sup>th</sup> International Conference on:  
Reducing Burden of Traffic Accidents:  
Challenges and Strategies

# نهمین سمینار بین المللی کاهش سوانح ترافیکی، چالش ها و راهکارهای پیش رو

آخرین مهلت ارسال | 23-24 January 2019, Shiraz, Iran  
شیراز ۳ و ۴ بهمن ماه ۱۳۹۷ | خلاصه مقالات: ۱۵ آذر ۹۷



[www.health-policy.org](http://www.health-policy.org)

