



# پیشگامان سلامت

فصلنامه داخلی بیمارستان شهید یحیی نژاد - شماره اول - پائیز ۹۳

مرکز آموزشی و درمانی شهید یحیی نژاد



هر هفته

کلین

در واقع مظهر عشق

ایمان . آگاهی . مجاهدت و آمادگی  
برای سربلند کردن کشور و ملت است .

مقام معظم رهبری

دستگاه درمان دولتی پایه  
بکونه اسی بکار باشد که  
دولت و مسئولان به آن  
مبالغت و افتخار کنند ...

همان قدر که رضایت و  
سلامت بیمار محتم است  
متایین آرامش خاطر و  
رفع رنج از همراهان او  
بر دیگر امور ارجحت و  
برتری دارد ...

(عظام معلم سیری)

## پیشگامان سلامت

فصلنامه داخلی بیمارستان شهید یحیی نژاد

صاحب امتیاز: مرکز آموزشی درمانی شهید یحیی نژاد

مدیر مسئول: دکتر محمد سالکی

سر دپرس: دکتر محمد حسین پور

مدیر اجرایی: هادی رضویان

دپرس اجرایی: جواد جلالی نیا

همکاران تحریریه:

دکتر سید مظفر ریسی

دکتر فرزان خیرخواه

دکتر محمد سالکی

حسین پور

دکتر محمد اسماعیلی

دکتر علی زاهدانی

شکراله نیازی

جواد جلالی نیا

زهرا همایونی

طراحی جلد و صفحه ارایی:  
جواد جلالی نیا

نشانی دپرسخانه:  
بابل،  
خیابان مدرس - خیابان شهید مصطفی خمینی -

بیمارستان شهید یحیی نژاد - فکر روابط عمومی ...

تلفن: ۰۱۱ ۳۲۲۲۳۵۹۴ - ۷

تماسبر: ۰۱۱ ۳۲۲۲۵۰۳۵

چاپ و صفحه پندتی:  
 مؤسسه انتشارات، چاپ رضائی

آدرس سایت:  
[www.yahya.mubabol.ac.ir](http://www.yahya.mubabol.ac.ir)

پست الکترونیک:

Mag.yahyanezhad@yahoo.com

Mag.yahyanezhad@gmail.com

منتظر ارائه نظرات، انتقادات، پیشنهادات، مطالبات ارزشمند  
شما همکاران گرامی هستیم ...

# یاد داشت

## سردبیر

یا مَنْ اِسْمُهُ دَوَاءٌ وَ ذِكْرُهُ شَفَاءٌ

دیری بود که دغدغه انجام کاری در چیز ارتباط هرچه بیشتر با همکارانمان در دل و جامان ریشه دوایند بود. مایل بودیم که از میان این همه مشکلات و نابسامانی‌ها، راه تازه‌ای باز کنیم و قدمی مثبت برداریم، به جای آنکه آسوده بنشینیم و با سایرین هم‌حصداً شویم و اندور مذمت اوضاع و احوال بکوشیم، شگاه تازه و راه تازه همراه با زیبا بیسی و نیک اندیشی را رونق دهیم.

در پی این افکار، ایندا به فکرمان رسید که یک نشریه هفتگی منتشر کنیم ولی با توجه به سختی کار و گروه‌های موجود، بران شدید که به همت برخی همکاران با تجربه در این خصوص مهارتمند و یا حتی فصلنامه‌ای جذاب و خواندنی شامل:

مطلوب علمی، فرهنگی، پژوهشی، ادبی و خبرهای داخلی را به چاپ برسانیم.

اینک نشریه پیش رو با تمام ضعف‌ها، کاستی‌ها و مشکلات حاصل احسان نیاز چندین ساله برای داشتن یک راه اطلاع‌رسانی و ارتباطی منظم، مدون و دائمی در بیمارستان شهید یجیسی نژاد می‌باشد که الحمد لله به حول و قوه الهی و به همت برخی دوستان حاصل گردید.

به جز مدیر مسئول، سردبیر و سایر همکاران اجرایی نشریه که طبق معمول امور جاری این فصلنامه را انجام می‌دهند، شما همکاران گرامی هم می‌توانید با ارسال آثار خود در اداره نشریه سهمی پاشیدم.

بنابراین با شوق و ذوق تمام منظر مطالب ارزشمند شما هستیم. قالب مطلب شامل: مقالات علمی، ادبی و کل‌اھر مقوله‌ای است که به نوعی با محیط کاری ما در ارتباط باشد.

امیدواریم با همکاری و همزری شما عزیزان بتوانیم به اهداف مذکور مرازن دست یابیم. سنت بزرگ هم بر نمی داریم! همین که تورق این نشریه و خواندن مطلب آن بتواند قدری حسن تارگی و لذت در شما عزیزان ایجاد کند، برایمان کافی است ...

... والسلام

## فهرست مطالب

۱	.....	یاد داشت سردبیر
۲	.....	دبیاجه
۳	.....	تاریخچه
۴	.....	با کاروان محترم
۵	.....	گفتگو با ریاست بیمارستان
۶	.....	مفاهیم انتشار بخشی
۷	.....	گفتگو با مدیریت بیمارستان
۸	.....	مقاله "لایبراسکوپی"
۹	.....	اطلاعات عمومی
۱۰	.....	مقاله "بنایلکرها"
۱۱	.....	صفحه علمی
۱۲	.....	رؤسای بیمارستان
۱۳	.....	مدیران بیمارستان
۱۴	.....	صفحه پژوهشی
۱۵	.....	ناگفته‌های شما
۱۶	.....	صفحه اجتماعی
۱۷	.....	مقاله "تفیرات در سازمان"
۱۸	.....	عبرت بگیریم!
۱۹	.....	مقاله "آموزش به بیمار"
۲۰	.....	فرهنگ و هنر
۲۱	.....	جدول
۲۲	.....	دانستان کوتاه
۲۳	.....	دل نوشته‌ها
۲۴	.....	معرفی بخشنده‌ها
۲۵	.....	بخش پوست
۲۶	.....	گزارش
۲۷	.....	برنامه درمانگاه

# دیاچه

الصحة أَفْضَلُ النِّعَمِ

سلامت از برترین نعمت هاست ...  
مولاعلیٰ



سلامت. تنها نبود بیماری تن نیست! بلکه تعریف سلامت عبارت است از: امنیت اقتصادی، اجتماعی، روحی - روانی و معنویت اخلاقی.

در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران با تحقق طرح تحول نظام توین سلامت به همت وزیر مدتیر و پر نلاش و نیز حمایت دولت تدبیر و امید، با ارتقاء امر سلامت به اولویت دوم کشور، تمام مؤثر و مفیدی برداشته شده است.

برنامه کاهش پرداخت هزینه بستری بیماران در مراکز آموزشی - درمانی دولتی، بزرگترین بسته این طرح به حساب می آید که پرداختی بیماران بستری را به ۸۱٪ رسانده است.

طرح ارتقاء کیفیت هتلینگ بیمارستان ها و بهینه سازی فضای فیزیکی، طرح زایمان طبیعی راگان، پزشکان مقیم، بسته های تشوهی چهت ماندگاری پزشکان در مناطق محروم و ارتقاء کیفیت ویزیت در مراکز درمانی از دیگر بسته های حمایتی طرح نظام توین سلامت ایرانیان است که در کلیه مراکز تابعه دانشگاه علوم پزشکی بابل به اجراء در می آید.

کتاب ارزش نسبی خدمات پزشکی، امر مارک دیگری است که از تاریخ ۹۲/۷/۱۱ ابلاغ و از ۹۳/۸/۱۵ بصورت تام و تمام اجراء می شود و هر گونه رابطه مالی بیماران با پزشکان را خارج از ضوابط بیمارستانی منع و با کند گذاری ۱۷۰۰ خدمت پزشکی برگ زیرینی در خدمات سلامت جامعه رقم زده است.

در راستای اجرای این طرح عظیم، به مساعدت کلیه همکاران، پرسنال، پرستاران، پیرا پزشکان و کارکنان صدیق دانشگاه و مراکز آموزشی - درمانی چشم امید بسته ایم.

امید است در ارتقاء سلامت جامعه، همگان موفق و مؤید باشید ...

دکتر سید مظفر ربیعی - رئیس دانشگاه

پیامبر گرامی اسلام (ص) می فرماید:

"من قام علىٰ تبریضه يوماً و لیشناً بعثة الله شیع ابراهیم الخلیل عليه السلام فجحداً غلیٰ الصراطه ئالیئرق اللائیع و من سعی لم تبریضه فی حاجۃ فقضها خرج من ذسویه کنیم ولذشة ائمه ..."

کسی که یک روز و یک شب پرسنال بیماری را به عهده بگیرد، خداوند او را با ابراهیم خلیل عليه السلام محصور می کند. پس همچون درخشش برقی از صراط عبور می کند و کسی که در برطرف کردن نیازهای مریض تلاش کند و نیازهای او را برآورد، همانند روزی که از مادر متولد شده است، از گناهان پاک می شود ...

# تاریخچه

به گواهی سنگ نیشته موجود، کلنج بنای بیمارستان شهید یحیی نژاد بابل (شاهپور سابق) در سال ۱۳۰۷ هجری شمسی بر زمین زده شد.

پس از حدود سه سال یعنی در سال ۱۳۱۰ تا این مرکز با نام "میریخانه شاهپور" به بهره برداری رسید. متأسفانه مستندات قابل توجهی در مورد نحوه فعالیت این بیمارستان در سالهای شروع به کار آن در دست نیست، اما آنچه از قرائن و شواهد برمی آید این است که این مرکز در آن سالها دارای بخش‌های: جراحی اتاق عمل - بیماریهای داخلی و اورژانس بوده است.

این بیمارستان در ابتدا تحت نظرارت جمعیت هلال احمر شیر و خوبید سابق و سپس در سالهای آغازین انقلاب تحت نظرارت وزارت بهداشت وقت و بعنوان تنها بیمارستان "جنرال" در استان مازندران فعالیت می‌کرده است.

با بررسی ساختمان‌های موجود می‌توان دریافت که یک ساختمان مرکزی؛ بخش جراحی و اتاق عمل فلی و سه ساختمان مرکزی دیگر (ایرووله تنفسی متزو اعصاب سابق و اعصاب و روان فلی) در همان ابتدا ساخته شدند.

این سازه‌ها به لحاظ حالت نما و سقف بپرتوانی و همجینین نما و سقف داخلی از همانگی خاصی برخوردار هستند.

کاملاً مشهود است که در ساخت آنها از لکوی واحدی استفاده شده است. این ساختمان‌ها به لحاظ رعایت اصول معماری و مهندسی نیز با توجه به امکانات و شرایط زمانی قابل توجه می‌باشند. از شواهد موجود چنین برمی آید که طرفیت پذیرش بیماران متولی این مرکز در دهه بیست به حدود ۴۰ - ۵۰ نفر می‌رسید که امور درمانی آنها تنها توسط ۲۰ کارمند انجام می‌شده است.

بتدویج با راه انداری موتور برق بیمارستان امکان استفاده از روش‌ای برق در برخی از ساعت شبانه روز فراهم گردید.

با گذشت زمان و تعدد جمعیت شهرنشین و افزایش نیازهای درمانی و بهداشتی مردم، تدریجاً بخش‌ها و واحد‌های دیگری نیز به این تنها مرکز درمانی اضافه گردید. پس از این حدوداً از آغاز دهه چهل به بعد روند گسترش بخش‌ها و واحد‌های این مرکز شروع شد.

روندی که در سالهای اخیر با به ضرورت افزایش قابل ملاحظه ای داشته و تا کنون نیز با توجه به نیازهای موجود همچنان ادامه دارد.



نمای خارجی ساختمان مرکزی بیمارستان شاهپور (بین زیو و فلی)  
پیش از بازسازی سال ۱۳۶۰

از جمله واحدهایی که در اولین موج بزرگ اندامات عمرانی در دهه چهل ساخته و تجهیز گردیدند. میتوان به بخش‌های: کودکان - دادیولوژی - دندانپزشکی - زنان و زایمان و نیز برخی از واحدهای دیگر اشاره کرد.

آنجه که در این میان می‌باشد مورد توجه ویژه قرار گیرد، نقش بسیار تأثیرگذار و غیر قابل انکار خیرین شهر در گسترش فضای درمانی این مرکز می‌باشد. به جرات می‌توان گفت:

نام مرحوم نوشیروانی همچون تغیییرات در حلقه خیرین درمان و دیگر عرصه‌های اجتماعی شهر بابل می‌درخشید.

با تلاشی دقیق تر به ساختمان‌هایی که بعد از بنای اولیه ساخته شدند، می‌توان دریافت علیرغم تمامی تلاش‌ها در افزایش کارایی و گسترش واحد‌های درمانی این مرکز که در جرای خود در روند خدمت رسانی به مردم این منطقه بسیار مؤثر بوده است متأسفانه از لگوئی واحد و برنامه‌ای منسجم و دراز مدت برای بازارسازی این مرکز استفاده نگردیده است که این امر موجب شده توانی عمومی بیمارستان از هم‌اگنی و انسجام لازم برخوردار نیاشد.

بررسی ترکیب نیروی انسانی این مرکز نشان می‌دهد حضور چند پزشک و پزشکیار شاکله اصلی پرسنلی این مرکز را در آن سالها تشکیل می‌دادند که این حداقل نیرو، کلیه خدمات سریابی و پستری و حتی سرویس‌های حمامی و درمانی خارج از این مرکز را نیز تحت پوشش داشتند. که از جمله این پزشکان می‌توان به دکتر باباوف، دکتر اخون و ... اشاره نمود.

شاید از برترین اتفاقات بیماران بدخل به این بیمارستان بوده است ...!

پر واضح است که حضور بیش از هشتاد ساله این مرکز در عرصه درمان و سلامت منطقه آن را به شاهدی بی‌بدیل برای تحولات و حوادث کوچک و بزرگ منطقه و به ویژه شهر بابل تبدیل کرده است. به جرات می‌توان گفت مهمترین خاطرات و تجربه‌های کارکنان این مرکز، در طول سال‌های انقلاب اسلامی و دوران دفاع مقدس رسم خورده است. البته به این لیست می‌توان حوادث بی‌شمار دیگری از جمله: زلزله - سیل - آتش سوزی - مسومیت‌های جمعی - تصادفات جاده‌ای - ایدمه‌ها و بسیاری دیگر را نیز اضافه نمود.



نمای خارجی بخش قلب بیمارستان ناسیمپور (بیماری نژاد) قطبی - پیش از تجدیل سال ۱۳۶۰

خطاوه انتقال شبانه اجساد شهدان و مجروحین انقلاب و نیز تعقیب و گریزها و درگیری‌های خیابانی در زمان اوج گیری حوادث انقلاب هرگز از اذهان کارکنان این مرکز یاک خواهد شد. در همین درگیری‌ها بود که با شهادت جوانی مجاهد و انقلابی که در ادامه تظاهرات خیابانی در جلوی درب روودی این بیمارستان هدف گلوله ماموران شهربانی قرار گرفت، نام این مرکز به پاس گرامیداشت باد و نام آن جوان شهید، به بیمارستان شهید یحیی نژاد تغییر یافت.

در دوران هشت سال دفاع مقدس نیز کارکنان این مرکز همچون سایر راکز و دستگاه‌ها، ضمن شرکت در جبهه‌های نبرد حق علیه باطل، در عرصه درمان مجروحان در داخل بیمارستان نیز حضوری فعال داشتند. بیمارستان شهید یحیی نژاد ضمن امداد رسانی فعال به مجروحان و جانبازان عرصه دفاع مقدس، تنها مرکز و مبدأ انتقال و تسبیح اجداد پاک شهدای جنگ نیز بوده است. اینک پس از گذشت سالها هنوز هم این مرکز پذیرای اجساد شهداء و استخوان‌های بی‌پلاک شهدای گمنام و جاوداگران می‌باشد.

تدبیس گل لاله که در مقابل درب اصلی این مرکز نصب گردیده است به زیارتی بیانگر اوج شور و هیجان و حال و هوای آن روزهای شهر می‌باشد.

بیمارستان شهید یجی نژاد ارائه خدمات بهداشتی و درمانی شهر و حتی منطقه را به دوش کشیده و علیرغم تماشی کمودها محدودیت ها با بهره‌گیری از کارکنانی کار آزموده و مجرب، صدیق و فداکار به فعالیت خود ادامه داده است. حتی پس از افتتاح مرکز درمانی دیگر مانند بیمارستان های شهید بهشتی و آیت الله روحانی نیز علیرغم وضعیت ناساعد ساختمانی و فیزیکی، با تلاش و همت کارکنان خود هنوز هم در برخی رشته ها همچون: دوان پزشکی و پوست و ... تنها مرکز مورد ارجاع بیماران از اقصی نقاط استان می‌باشد.

با بررسی روند اقدامات عمرانی در طول عمر اشتاد ساله این مرکز می‌توان دریافت که نمودار گسترش فضای فیزیکی این بیمارستان همواره رو به رشد بوده است. به جز مقطع چند ساله که همزمان با افتتاح بیمارستان آیت الله روحانی<sup>(۱)</sup> با انتقال تعدادی پخش‌های این بیمارستان از فعالیت آن کاسته شد.

اما در همان زمان با دریافت مسئولین وقت دانشگاه، با بازسازی پخش‌های زبانگاه اتفاق عمل زنان و اورژانس ... امید احیای دوباره این مرکز در دلهای مردم عزیز منطقه و کارکنان پُرتلاش بیمارستان زنده نگه داشته شد.

اکنون در سال ۱۳۹۳ با اختصاص اعتبارات لازم دولتی که از محل طرح تحول نظام سلامت به این مرکز درمانی تخصیص داده شد، مجدد شاهد آغاز یکی از بزرگترین و جامع ترین بروزهای عمرانی در واحدهای مختلف اینمرکز بوده و هستیم.

و شاید هم این امر تا حدودی موجب نزدیک شدن بیش از پیش ساختار فیزیکی این مرکز به استاندارهای بیمارستانی و اقداماتی که برخی از آنها در طول سالهای گذشته دیگر تبدیل به خواسته هایی محل شده بود.

براستی می‌توان سال جاری را به عنوان نقطه عطفی در طول حیات این مرکز قلمداد کرد که در آن ضمن اجرام بازسازی پخش‌ها و واحدهای موجود براساس ضوابط و استانداردهای بیمارستانی، به بازگشایی و راه اندازی پخش‌هایی که در طول سالهای گذشته غیرفعال گردیده بودند نیز توجه ویژه شده است.

به نظر می‌رسد با ادامه شرایط موجود و اتمام پروژه‌های عمرانی، بیمارستان شهید یجی نژاد تنفس در "هوایی تازه" را تجربه خواهد کرد ....!!!

#### حضرت علی<sup>(۴)</sup> به مالک اشتر می‌فرماید:

ای مالک! همان مردم را می‌بایست که سزاوارترین افراد برای پوشاندن آن می‌وب، حاکم و مدیر جامعه است در صدد کشف عیوب پنهانی مردم می‌باش، بلکه وظیفه داری که آن جهه بر تو اشکار گشته اصلاح کنی و آن جهه از تو مخفی است خداوند خود در باره اش حکم خواهد کرد. بس تا آنجا که می‌توانی عیوب مردم را بپوشان تا خداوند عیوبی را که دوست می‌داری برای مردم فائی نگردد همچنان بهمان بدارد ...!



انک در چشم انداز، حلقه زده است. سال هاست زمین بغض خود را فرو می خورد و درونش پر از آتش است. فقط تلنگری دیگر باعث فوران این بغض فرو خورده خواهد شد، فراتر از شرم به سرعت می دود تا نگاهش به نگاه علقمه گره نخورد و هر آنچه در ساحل دیده فراموش کند. هنوز بوی دود از خاطره بیابان به مشام می رسد. دل به بدرقه محروم آمده است...!

ظهرها خورشید از بہت، خیره خیره به روی زمین می نگرد. انگار بعد از این سال ها هنوز هم روز واقعه را باور نکرده است. عصر که می شود آن قدر تلخ نگاهش را از روی زمین بر می دارد که اندوهش در هوای غروب منتشر می شود. اینجا هر روزش روز واقعه است. اینجا هنوز گوش بیابان از ندای "هلل مین تامیرا بتصریوی" زنگ می زند و پشت زمین از "إنکسر ظهری" تیر می کشد. در شیار ذهن هر نخل بر ساحل علقمه صدای فریاد "با آخا ادیک! آخا" حک شده است. این خاک هنوز بوی یاس می دهد. گوش زمین هنوز در حرث شنیدن آخرین "لاحتول و لا قوتة الآیالة" وا مانده است. به هر کجا بنگری تکیه هنیّات مین آذله" را در ذرا وجود حسن خواهی کرد.

صدای زنگ کاروان افتتاب به گوش می رسد. هر سال خاطره یک کاروان، به این صحراء قدم می گذاشت. محروم و صفر که می شود کاروان غم به دل اهل زمین و انسان کوچ می کند.

اماً چه می شود کرد، دست تقدیر کاروان اسراء را به کربلا می رساند و همه چیز تکرار می شود...!

خیمه ماه عزایت زده شد در دل ما  
باز نام تو شده زینت هر محفل ما  
جز غم عشق تو ما را نیو سودایی  
عشق سوزان تو آغشت به آب و گل ما

فرا رسیدن ماه صفر، ماه غربت اهل بیت<sup>(۴)</sup> در شام و اربعین سید و سالار شهیدان  
بر رهروان راه حسینی تسلیت و تعزیت باد...

# گفت و سو

## گفتگو با دکتر محمد سالکی " ریاست محترم بیمارستان "

\* با سپاس از فرصتی که در اختیار ما قرار دادید . شما از معدود پزشکانی هستید که حضوری مداوم و طولانی در موقعیت های شغلی مختلف در این مرکز داشته اید و به نوعی می توان گفت که به این مرکز و فدار مانده اید لطفاً به عنوان اولین سوال، یک نمای کلی تقویمی از این حضورتان ارائه بفرمایید :

با عرض سلام و تشکر، از حدود ۱۵ سال پیش به عنوان متخصص داخلی فعالیت درمانی و آموزشی خود را آغاز کردم . در شروع فعالیتم در این مرکز به عنوان مشغول بخش اورژانس نیز متولی رسیدگی به امور مریسوط به اداره بخش و همچنین مراقبت از بیماران داخلی و قلبی بوده ام .

از سال ۱۳۸۵ نیز به مدت سه سال و نیم به عنوان ریاست این بیمارستان فعالیت داشتم و در همان زمان و بعد از آن نیز مسئولیت بخش داخلی را بر عهده داشته ام .



\* شما دوینین دوره ریاست این مرکز را تجربه می کنید . لطفاً پیرامید تمایزات و شاخص های کیفی این دو دوره را چگونه ارزیابی می کنید :

شرایط کار در این دو دوره کاملاً متفاوت است . در آن زمان بیمارستان در زیر گروه های تخصصی محوریت آموزشی داشته و طرف اصلی مراجعات بیماران شهر و یا بعضی شهرهای مجاور محسوب می شده است . در آن زمان محدودیت های منابع مالی شدید و کمبودهای تجهیزاتی و پارا کلینیکی احساس می شده است و اداره وضعیت موجود هم با مشکلات خاصی همراه بود .

بعض نگرانی از عدم کفايت در سرويس دهی به خیل عظیم مراجعین احساس می شد . گاه در بخش اورژانس زمان مراجعت از بیماران قلبی حد تا ساعت طولانی می شد که این امر بسیار ناخوشایند بود .

در حال حاضر با گسترش فضای بیمارستانی داشگاهها و نیز تأمین منابع جدید مالی و عزم ویژه ای که در استاندارد سازی خدمات درمانی و احراز حداقل استانداردها وجود دارد، نوبت بهبود شرایط درمانی را می دهد که این خود انگیزه اصلی بنده در قبول مجدد مسئولیت بیمارستان بوده است .

\* طرح تحول نظام سلامت تقریباً مقارن با آغاز دوره جدید ریاست شما اجرایی شد . لطفاً در مورد اهداف کلی این طرح و اقداماتی که در راستای ارتقاء سطح کیفی خدمات پزشکی و پرستاری صورت گرفته توضیح دهید .

در زمینه پزشکی با اجرایی شدن طرح پژوهش مقیم متخصصین داخلی و جراحی در ارائه سرویس های تخصصی فوری شرایط خوبی فراهم نده است که منحصر به فرد می باشد . در مورد بیماران داخلی و قلب انجام ویزیت و رسیدگی زود هنگام در بد و رود توسط متخصص داخلی ، از اقدامات مؤثر و مفید است که صورت گرفته است . همچنین درخصوص جراحی عمومی که مدت‌ها دچار رکود نمی شده بود ، با حضور همکاران جدید پژوهشی خصوصاً با اقدامات جراحی به روش لابیاراسکوپی فعال گردیده است و اعمال جراحی کوله سیستکتومی و اسپلینکتومی و اپاندکتومی ... با روش لابیاراسکوپی هم اکنون در این مرکز انجام می گردد . البته در زمینه پرستاری تاحدودی اقدامات مثبت صورت گرفته اما هنوز با ایده آل فاصله داریم .

\* آیینه‌رخوص بازگشایی واحده‌ی که در طول سالهای گذشته به دلایل مختلف تعطیل شده اند برنامه‌ای دارد.  
بله، قلمرا! تعطیلی بعضی‌ها غیرمنطقی بوده بخش پاپولوزی که بازگشایی مجدد آن صورت گرفته و اینکه مدتهاست که شاهد آغاز فعالیت مجدد آن هستیم. هچنین در خصوص بخش NICU که هزینه و تلاش زیادی در جهت بازگشایی آن صورت گرفته بود و به دلایل نه چندان منطقی به مطمع انتزاع داده شد. انتظار می‌رود با حمایت ریاست محترم دانشگاه و پیگیری گروه اطفال مرکز به استاندارد قبلی خود باز گردد. البته این امر به موزات ارتقاء سرویس‌های زنان و مامایی ضرورت می‌باشد.

\* استحضاردارید که این مرکز به لحاظ ساختمانی از قدمت زیادی برخودار است و بالطبع اکثر قریب بااتفاق واحده‌ای این مرکز به بازسازی نیاز دارد. خوشبختانه روند بازسازی شروع شده و انصافاً برخلاف برخی مقاطعه‌های اقدامات با کیفیت مطلوب تر و زیربنایی تر انجام می‌شود. لطفاً درمورد برنامه‌های آتی عمرانی توضیح بفرمایید:

در صورتی که بسته‌های حمایتی طرح نجول سلامت تداوم داشته باشد. بازسازی بخش‌های داخلی - قلب - جراحی زنان جراحی مردان - مامایی و زایشگاه ... جزو اولویت بعدی اهداف ماست. لازم به ذکر است با تلاش بی شایبه مدیریت مرکز جنب اقای دکتر حسین پور و همکاران واحد فنی و بیز مشغول محترم خدمات که بار و همراه ما در این مسیر بوده اند، پیشانه لازم برای تداوم اقدامات عمرانی در مراحل بعدی وجود دارد.

\* در طرح تحول نظام سلامت، جای خالی بسته حمایت جدی تر و بیشتر به خصوص به لحاظ تعداد نیروی انسانی و مسائل مالی پرسنل احسان می‌شود. لطفاً درمورد برنامه‌های وزارتی و دانشگاهی در این راستا توضیح بفرمایید:

با شما کاملاً موافقم. چرا که نوعی انتظار طبیعی در همکارانی که دوران فعالیت شغلی و بخش مهمی از زندگی خود را در حساب از بیماران صرف نموده اند، وجود دارد که چه به لحاظ حقوقی و مالی و چه موقعي که نیاز خدمات درمانی برایشان وجود دارد حمایت ویژه صورت گردد! تا این تاریخ نه به صورت نظام مدلکه با چاره‌اندیشی منطقی مشغول دانشگاه برخی کارها انجام شده است و امید است با تلاش‌هایی که انجام می‌شود بسته ویژه حمایت پرسنلی نیز تخصصی باید.

\* پیشنهاد داشتن نشیره در واقع از جانب شما مطرح شده است. لطفاً درخصوص اهداف کلی که در این رابطه مد نظر داشته‌اید توضیح بفرمایید:

مجموعه اموزشی درمانی شهید یجیس نژاد بخش قابل توجه از حجم کار درمانی و آموزشی دانشگاه علوم پزشکی بایل را کماکان عبده دار است. اقبال مراجعتین از سرویس‌های توانمندی‌های تخصصی این مرکز نمایانگر تلاش‌های منتبث است که در طول دهه‌های اخیر در این مرکز انجام شده است و به صورت پویا تداوم دارد. حتی با احداث مرکز آیت الله روحانی<sup>(۱)</sup> همچنان این مرکز علی‌برغم فرسودگی ساختار مورد توجه است. به نظر بندۀ که سالهای زیادی از فعالیت حرفة‌ای خود را در این مرکز گذرانده‌ام، فرهنگ خاص پرسنلی که توان با نوعی صمیمیت و احساس همدردی و دلسوزی مشغولانه می‌باشد پوشش مناسبی برای نقایص فیزیکی بوده است.

ضمن اینکه وجود بخش‌های ویژه‌ای مانند:

پیوست - اعصاب و روان - Icu ایزووله تنفسی - داخلی جنرال و آندوسکوپی - جراحی عمومی و لاپاراسکوپی ... جاذبه منحصر به فردی برای بیماران مراجعه کننده ایجاد نموده است. با ذکر این مقدمه ضروری به نظر میرسد که این فعالیت‌ها در قالب یک نشیره یا فصلنامه تبلور یابد که هم به لحاظ اطلاع رسانی به انبوه مخاطبین و هم به این جهت که چنین بازنگری در عمل موجب نوعی تشویق و خود باوری در همکاران این مرکز می‌گردد ...

به امید توفیقات روز افقرین سرای نساجی همکاران

آشنایی با مفاهیم  
اعتباربخشی

## حاکمیت بالینی

این قسمت:

### تاریخچه

اولین جنبش ارتقاء کیفیت خدمات سلامت در سال ۱۹۴۸ در انگلستان با تأسیس نظام سلامت ملی شروع شد. در دهه ۱۹۷۰ تحلیل گران و نظریه پردازان با شناخت اهمیت درک ارتباط میان ساختارها، فرآیندها و پیامدها به تعریف مفهوم و ارتباط اجزایی کیفیت پرداختند. از سال ۱۹۸۲ به تدریج مدیران پاسخگوی نتایج و برونو داد خدمات شدند و در سال ۱۹۸۳ بدلیل عدم شفافیت در پاسخگویی مدیران در سطح ملی، این امر به انتصاب مدیر عمومی برای رهبری واحد های مراقبت سلامت انجامید و نقش کارکنان پژوهشی درون گروههای درمانی مشخص گردید و این اقدام، پاسخگویی فردی برای خدمت ارائه شده در نظام سلامت را ایجاد نمود.

### تعاریف و مفاهیم حاکمیت بالینی

نظام حاکمیت خدمات بالینی چارچوبی است که در آن سازمانهای ارائه کننده خدمت در قبال بهبود دابی می کیفیت پاسخگو بوده و با ایجاد محیطی که در آن تعالی در خدمات بالینی شکوفا می شود به صبات از استانداردهای عالی خدمت می پردازند. سیستم های پهاداشی درمانی برای اطمینان از اینکه مراقبت های سلامت، با استفاده از بالاترین استانداردهای مراقبت ممکن به جامعه ارائه می شود، به سمت حاکمیت بالینی حرکت نمودند تا بدین وسیله در بخش های مهمی نظری جلوگیری از اشتباكات در مسیر ارائه خدمات، استفاده بهینه از منابع محدود، افزایش اعتماد عمومی به خدمات بیمارستانی و تحقق مستولیت های سازمانهای سلامت گام بردارند. در این نظام بیماران و مشتریان در قلب فرآیندها قرار گرفته و تلاش می شود تا بهبود استانداردهای کار، یادگیری از تجارت پیشین، توانمند سازی کارکنان و نیمهای و استفاده مؤثر از اطلاعات خدماتی با کیفیت و مطبق با استاندارد به جامعه ارائه شود.

حاکمیت بالینی، واژه ای برای توصیف رویکردی نظام مند چهت حفظ و ارتقاء کیفیت مراقبت بیماران در نظام سلامت است. از سایر تعاریفی که در خصوص حاکمیت بالینی مطرح شده است می توان به موارد زیر اشاره نمود:

- حاکمیت بالینی، ابزار دستیابی به کیفیت پاسخگو و محل اصلی ارتقاء مستمر کیفیت مراقبت از بیمار است.
- حاکمیت بالینی، مکالیس قدرتمند، نوین و جامع برای تضمین استانداردهای منتعالی مراقبت های بالینی از طریق سیستم بهداشت ملی و بهبود مستمر کیفیت خدمات می باشد.

طرح حاکمیت بالینی، برای افزایش رضایت بیماران در مراکز درمانی با چهار محور افزایش پاسخگویی و رضایتمندی، استانداردسازی و تضمین کیفیت خدمات درمانی، بازاموزی کارکنان و اعتبار بخشی اجرا می شود. لازم به ذکر است اجرای برنامه های طرح حاکمیت بالینی بدون مشارکت کلیه پژوهشکان، پرستاران و کارکنان مراکز درمانی قابل اجرا نمی باشد.

### حیطه های اصلی حاکمیت خدمات بالینی

کارآمدی ارائه خدمت	Efficiency
مدیریت خطر	Risk Management
رضایت بیمار	Patient Satisfaction
ارزیابی کارآیی حرفه ای	Professional Effectiveness

**هفت محور اساسی در نظام حاکمیت بالینی**

نظام حاکمیت بالینی دارای هفت محور مهم است که به قرار زیر می‌باشد:

**۱) مدیریت خطر Risk Management**

آنچه در این محور مورد توجه است شامل: سلامت و اینمنی، کاهش ریسک بالینی، پایش شکایات، خط مشی‌ها و روش‌های اجرایی به روز شده، سیستم‌های گزارش دهنی و پیگیری رویدادهای نامطلوب است.

**۲) استفاده از اطلاعات Use of information**

استفاده از تئوری اطلاعات و مدیریت جامع آن، ایجاد و ارائه اطلاعات برای بیماران و برقراری ارتباط با برنامه‌های آینده در این محور مورد بررسی و توجه است.

**۳) اثربخشی بالینی Effectiveness Clinical**

اثربخشی بالینی همان استفاده از بهترین داشت، برگرفته از پژوهش، تجربه بالینی و ترجیحات بیمار برای دستیابی به فرآیندها و نتایج مطلوب مراقبت از بیماران می‌باشد.

**۴) مشارکت عمومی و بیماران Involvement Patient and public**

در این محور به مسائلی چون اهمیت ارائه مشاوره به بیماران و مدیریت خدمات ارتباطی، توجه به بیمار بعنوان شریک و درگیر کردن او در امر درمان و ایجاد فرهنگ اعطاف پذیری و مشارکتی پرداخته می‌شود.

**۵) میمیزی بالینی Clinical Audit**

ممیزی بالینی در حقیقت آنچه در سیستم در حال انجام است را به طور مرتب منعکس می‌کند. از دیگر وظایف این محور معرفی فعالیتها و واحدهای برتر و عالی در سطح سازمان می‌باشد. با این وجود ممیزی بالینی باید واقع گرایانه همراه با بررسی منابع مورد نیاز باشد.

از آنچه در فوق بدان اشاره شد می‌توان دریافت که در مواردی نظری: رسیدگی به شکایت و رضابت بیماران، فرآیند احیاء، خطاهای دارویی، تحلیل علت ریشه‌ای رویدادها، تحلیل مرگ و میر، ارزیابی دلیل ترخیص با مبل شخصی و .... حاکمیت بالینی می‌تواند تأثیر گذار باشد.

**۶) مدیریت کارکنان Staff Management**

همانطور که از نام این محور پیداست به کارکنان بعنوان یکی از ارکان اساسی سازمان توجیه و پرور نموده و در زمینه‌های طراحی خط مشی‌ها، روش‌های اجرایی به روز شده و قراردادهای کاری، پایش عملکرد کارکنان، توسعه آنها و آموزش و یادگیری فعالیت می‌کند.

**۷) آموزش و یادگیری Training and Education**

این بخطه به آموزش کارکنان نگاه و پژوه داشته و سازمان را موظف می‌نماید تا به تخصیص زمانی جهت آموزش کارکنان، تدوین استراتژی و برنامه عملی مشخص، دسترسی مناسب و مرتبط تمامی کارکنان به امکانات آموزشی، مدیریت آموزش و نیز استفاده بهینه از نتایج برنامه‌های توسعه فردی جهت برنامه ریزی آموزشی توجه و پژوه ای داشته باشد ...!

والسلام



# گفت و سو

**گفتگو با دکتر محمد حسین پور "مدیریت محترم بیمارستان"**

\* ضمن عرض تشکر از شرکت شما در این گفتگو و فرصتی که در اختیار ما قرار دادید. هرچند شما به سبب حضور چندین ساله در این مرکز چهره‌ای شناخته شده هستید، اما خوب است از زبان خودتان بیشتر با زندگینامه کاری شما آشنا شویم.

- اینجانب محمد حسین پور در سال ۱۳۸۰ در رشته پزشکی فارغ التحصیل شدم و به عنوان پزشک اورژانس در این بیمارستان و هم‌زمان کارشناس مسئول پژوهشی در دانشگاه علوم پزشکی بابل متغیر به کار شدم.

\* دقیقاً چند سال است که مدیریت این مرکز را بر عهده دارید.

- از شهریور سال ۱۳۸۷ تا پایان آخر همان سال به عنوان جاتین بن مدیر وقت بیمارستان و از دی ماه سال ۸۷ تا کنون رسمایه عنوان مدیر این مرکز مشغول خدمتگزاری هستم.



\* با توجه به حضور چندین ساله حضرت‌عالی در این سمت، فضای کاری بیمارستان شهید یحیی نژاد را چگونه ارزیابی می‌کنید:

- فضای کاری اینمرکز بسیار فرح‌بخش و دوستانه می‌باشد. ساخته بارز کار و فعالیت در بیمارستان تنها بر اساس محبت و مودت و صداقت می‌باشد که این امر در جهت رضایت مندی بیماران عزیز زیارت‌خواه و عام‌نیز هست.

\* به نظر حضرت‌عالی ساختار فیزیکی این بیمارستان (از نظر پراکنده‌ی بخش‌ها) و

قدمت آن چه تاثیری بر کیفیت و کیمیت ارائه خدمت به مردم عزیز دارد.

- طبیعتاً ساختار فیزیکی و پراکنده‌ی بخشها در کیفیت خدمات رسانی به مردم مشکلاتی را بوجود می‌آورد و اما تحریه و تومندی پزشکان و پرسنل بیمارستان و همکاری هم‌دان صدیق اینمرکز تا حدی این ضعف را پوشش داده است.

\* آیا این نوع ساختار را که عموماً تأثیرات بازدارنده و محدود کننده دارد، میتوان با یک نگرش تازه به عنوان یک فرم است نگاه کرد.

- انساء... با نگاه مثبت مسئولین دانشگاهی خصوصاً ریاست دانشگاه "جناب آفای دکتر ربیعی" و ریاست این مرکز "جناب آفای دکتر سالکی" می‌توان آن را به عنوان یک فرم است خوب نگاه کرد.

\* در ماه‌های اخیر شاهد آغاز یک سری اقدامات عمرانی در سطح نسبتاً وسیعی در این مرکز هستیم. لطفاً در مورد جزئیات طرح بازسازی واحد ها و اهداف و روئید کلی آن توضیح دهید.

- عملیات عمرانی در راستای اجرای برنامه تحول نظام سلامت به عنوان یک شاخص ارزشی در دولت تدبیر و امید اجرایی شده و سبب افزایش رضایت‌مندی در سطح آحاد جامعه خصوصاً اقلش کم درآمد شده است.

در این راستا حدود مبلغ سیصد میلیون تومان برای بازسازی و بهسازی واحدها و بخش‌ها و افزایش سطح کمی و کیفی "هتلیگ" به اینمرکز اختصاص داده شده است که با تلاش فراوان همکاران عزیز بویژه همکاران فنی و مسئول خدمات در حال انجام است.

بنده هم به سهم خودم از تلاش و خدمات آنها کمال تشکر و قدردانی را می‌نمایم. به ویژه از محضر ریاست محترم دانشگاه و ریاست محترم بیمارستان به خاطر حمایت های بسیار دریافت شده ام. ضمناً طرح بازسازی بخش ها و احداثاً من جمله بخش اورژانس، روان پیشگشکی بزرگسالان و اورژانس رانیزشکی به مثراً ۴۵۰ متر و اسانسور پوشش داخلی و قلب هم اکنون با برنامه ریزی دقیق و مشورت های فنی رو به اتمام بوده و سایر واحدهای درمانی نیز بنابر اولویت در دستور کار قرار دارد. ضمناً تاکنون مبلغ ۴۰۰،۰۰۰،۰۰۰ تومان چهت سیستم سرمایشی و گرمایشی این مرکز هزینه شده است.

همچنین در کنار این بازارسازی ها از محل طرح تحول نظام سلامت، از خیرین عرصه سلامت نیز در این راستا بهره مند گردیده ایم. به غیر از واحد هایی که در حال تعمیر هستند جه بخش های دیگری در قالب این طرح بازسازی می شوند: در این طرح کلاً بخش های: زایشگاه - ICU - جراحی مردان - جراحی زنان - اتفاق عمل جراحی - داخلی بک - قلب - درمانگاه تخصصی و .... بازسازی خواهد شد.

کلام موضع کاری یک مدیر اجرایی در موقعیت حساسی مانند مدیریت بیمارستان چیست؟ به عبارت دیگر موانعی که بطور پس زمینه شمارا درگیر گرده است، چیست:

حقیقتاً مدیریت بیمارستانی از جمله مدیریت سخت در عرصه سلامت می باشد که می توان ادعا نمود قابل قیاس با سایر مدیریت های عرصه سلامت نیست به خصوص در بیمارستانی با این قدمت که ویژگی خاص خودش را دارد و فرسودگی و قدیمی بودن بافت فیزیکی بخش ها و نیز کهنه ای و فرسودگی تجهیزاتی و همچنین کمبود نیروی انسانی و تأخیر در پرداخت ها جزوی از این مشکلات است که خوشبختانه در دولت تدبیر و امید پرداخت پرسنل و پیشگان مرتکب گردیده است.

همانطور که استحضار دارید بازوه اصلی اداره هر مجموعه نیروی انسانی و کارمندان آن می باشند. با توجه به روند خوب بهسازی بخش ها، آیا برنامه ای برای بهبود وضعیت شغلی و حقوقی همکاران وجود دارد:

صد البته در هر سازمان رکن اصلی آن اداره نیروی انسانی است که به عنوان بازوان قدرتمند و مفتر منفرد در جهت اهداف آن سازمان فعالیت دارد. سازمان بدون آنها حتی با تجهیزات و ساختار فیزیکی استاندارد هم در رسیدن به اهداف خود دچار منتكل و جالش می گردد. لذا با توجه به این مسئله تمام سعی و تلاش مجموعه مدیریتی دانشگاه و بیمارستان در جهت اعtnای وضیعت معیشتی همکاران خدوم و زحمکش و ارتقاء سطح آموزش آنهاست که این امر جزو اولویت های ریاست دانشگاه "جناب آفای دکتر ریبعی" می باشد که البته ایشان در همین راستا دستور پرداخت بموضع مطالبات پرسنلی را نیز صادر نمودند. مجدداً از شرکت شما در این گفتگو تشکر می کنیم و اگر در پایان حرف ناگفته ای باقی مانده است، لطفاً بفرمایند.



نمایی پیروزی پیشگشکی داخلی بیمارستان شاهیبور (یحیی نژاد نعلی) پس از بازسازی سال ۱۳۶۰

بنده نیز از همکاران محترم و پیشگان صدیق و تلانگر این بیمارستان که علیرغم وجود تمامی محدودیت ها و کمبود امکانات و تجهیزات در جهت جلب رضایت مندی بیماران تلاش می کنند و به خاطر مسائل و مشکلاتی که به علت اجرام عملیات عمرانی برایشان ایجاد گردیده که با صبوری تحمل نمودند، کمال سپاس و قدردانی را دارم و همچنین به دلیل قصور در کوتاهی خدمت پوزش می طلبم.

خصوصاً از حمایت ها و عنایت ویژه ریاست محترم دانشگاه علوم پیشگشکی باپل کمال تشکر را دارم.

به امید توفیقات روز انقران برای توانمندی همکاران

## مقاله



دکتر علی زاهدیان

## اعمال جراحی به روش لپاراسکوپی

دکتر علی زاهدیان "متخصص جراحی عمومی و لپاراسکوپی"

در دنیا روم به پیشرفت امروزی همگام با همه رشته ها در زمینه جراحی نیز تحولات شگرفی ایجاد شده است.

یکی از مهمترین آن در طول جند دهه اخیر اعمال جراحی لپاراسکوپی یا درون بین می باشد. اگرچه به نظر می رسد که نامگذاری اولیه آن بر اساس تفکر مربوط به آن بوده است که آنهم فقط به موارد تشخیصی محدود می شده است.

برای افراد پیش رو در این امر موارد مربوط به درمان چنانچه بحث نمی رسید. ولی در ادامه امر و تا کنون وضعیت به گونه ای است که بسیاری از اعمال جراحی با این روش انجام می شود. تنها مشکل اساسی در فرآیند این روش جراحی وابستگی آن به ابزار خاص می باشد. حداقل در جوامعی مانند ایران که در حال طی کردن اقتصاد مقاومتی هستند نیاز به تلاش برای خودکفا شیابی در این زمینه وجود دارد. مسئله مهم دیگر در این روش بحث آموزش و فرآیند تکنیک های مربوطه است.

اعمال جراحی کلابه دو دسته Basic (باشه) و پیشرفته تقسیم می شود. اعمال جراحی باشه شامل: برداشتن کیسه صفراء و آپاندیس و کیست تخمدان و حتی در بعضی موارد ترمیم فتق می باشد. اعمال جراحی پیشرفته شامل: هیسترتومی، نفرکتومی، اسپلینکتومی، باپس های روده ای و ... می باشد که انجام آن نیاز به آموزش بیشتری دارد.

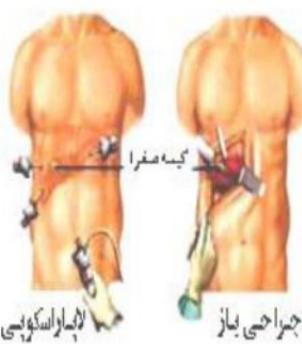
آنچه که باشیستی بیشتر مورد نوجه و دقت فرار نگیرد وجود تجهیزات کامل می باشد. بطور کلی لپاراسکوپی یا اعمال جراحی کم نهاجی بدون داشتن تجهیزات لازم معنی نخواهد داشت و حتی می تواند خطرناک هم باشد. انجام لپاراسکوپی به دو روش با تزریق گاز درون شکم و یا بدون تزریق گاز می باشد. درحال حاضر روش بدون تزریق گاز کاربرد چندانی ندارد. برای تزریق گاز با پیشتر از گاز دی اکسید کربن استفاده می شود.

اعمال جراحی درون بین انجام می شود.

تقریباً به درمان استاندارد در این زمینه جراحی لپاراسکوپیک می توان به:  
دوره بسترهای کوتاه تر و حتی به نوعی اشاره نمود.

ایرانیانی وارد بود ولی در حال حاضر حتی می توان به جرأت گفت که مدت زمان عمل در جراحی باز می باشد.

بیمارستان شهید یحیی نژاد انجام شده که جزء اعمال جراحی پیشرفته بوده بیمارستان شهید یحیی نژاد انجام شد.  
در مدت زمانی فریب کمتر از ۲ ساعت



شایعترین عملی که در حال حاضر توسط عمل جراحی کیسه صفراء می باشد که تبدیل شده است. از جمله مزایای عده

درد کمتر و زیبایی بیشتر و همچنین تصمیم گیری های بهتر در موارد تشخیصی اگرچه در سابق به دست زمان عمل با نوجوه به پیشرفت وسایل و تکنولوژی زمان عمل در موارد لپاراسکوپی کمتر از

یکی از اعمال مهم جراحی که اخیراً در عمل اسپلینکتومی لپاراسکوپیک می باشد و به هست مستولین و پرستنل خود و علیرغم عدم وجود تجهیزات پیشرفته با موقوفیت انجام گردید.

امید است که با تهیه تجهیزات بیشتر در بیمارستان های شهرمان و بهره گیری از امکانات مربوطه و نیز توجه به آموزش و اشاعه روش های جراحی درون بین در خدمت به هموطنان عزیزمان گام های جدی تری برداشته شود ... لشان الله

اطلاعات

## عمومی

## مار و بیمار

در ذهن خیلی از افراد، نماد پزشکی یعنی روپوش سفید با گوشی پزشکی...! اما نماد واقعی پزشکی، ماری پیچیده به دور یک عصا با دو مار پیچیده به دور عصاست.

اما مار و عصا چه ارتباطی با پزشکی دارند!! و چرا از مار به عنوان نشانه حرفه پزشکی استفاده می‌شود؟ داستانهای متفاوتی در این زمینه وجود دارد.

## داستان اول:

بنابر یکی از داستان‌های اساطیری مشهور یونان، وقتی اسکولابیوس (رب النوع پزشکی) مشغول معاینه مردی بود که زنوس (رب النوع جنگ) وی را با یک صاغه از پای در اورده بود، یک مار خزان خزان وارد آنقدر شد. اسکولابیوس مار را با عصای خود کشت ولی کمی بعد مار دیگری به درون آنقدر خزید و گیاهی را در دهان مار مرده گذاشت و او را زنده کرد. سپس اسکولابیوس از همان گیاه برای زنده کردن آن مرد استفاده کرد.

رابطه مار و علم پزشکی تاریخچه‌ای اسرارآمیز حدود ۵۵ قرن پیش از میلاد حضرت مسیح<sup>۱</sup> بهره مند بود به طوری که نقل شده است  
براحتی سینه‌ها را می‌شکافت و تیرها یونان باستان، این خدای طب در طبابت تربیت کرده بود که زخم بیماران را بمکنند تا



و به اصول اخلاقی تزلزل ناپذیر پزشکان و نشانه توایی منحصر به فرد مارها در آنها نیز می‌باشد.

همجنین صاحب‌نظران تاریخ پزشکی معتقدند که دارد. براساس کاوش‌هایی که در یونان انجام گرفته اسکولابیوس با خدای طب از قدرتی خارق العاده این پزشک که استعدادی فوق العاده در جراحی داشت را از بدن‌ها بیرون می‌کشید. براسان افسانه‌های از مارها کمک می‌گرفت به طوری که آنها را به نحوی آنها به سرعت شفا پایند.

عصای اسکولابیوس نشانه قدرت و استحکام است نیز اشارة دارد. سار نماد قدرتی حیات بخش است انداختن پوست قدیمی و جوان و سالم شدن مجرد

## داستان دوم:

داستان دیگری نیز هست که می‌گوید: در شهر رم بر اثر ویرانی و هجوم موشها به شهر، بیماری طاعون شروع یافت و مردم ماری را که در معبدی بیرون شهر رم بود از مار دسته آن را دفعه موشها، این بیماری را از بین برد. مار به هر کوی و بزرگ نمی‌ترسد.

آنگاه مردم شهر به پاس قدردانی از آن مار، سر سر راه او جام شرابی نهادند تا آن بشوشد. مار دور آن جام حلقه زد و از آن بالا رفت و سر در آن فرو برد و از آن جام نوشید و سپس به راه خود ادامه داد. از آن پس ماری را که سر در جام شراب کرده به عنوان نمادی برای پزشکی یا ارتوسازی برگزینند.

امروزه در بیشتر نقاط دنیا علامت پزشکی عبارت است از یک مار که بر گرد محوری پیچیده و سر در پیاله‌ای فرو برده است. در ویرانه‌های بابل نیز پیاله‌ای کشف شده است که بر روی دسته آن دو مار به هم پیچیده شده‌اند و بر پشت آن نوشته شده است: "برای طولانی بودن زندگی" این پیاله هم اکنون در موزه لوره پاریس نگهداری می‌شود.

در افسانه‌های یونان باستان و نیز در بسیاری از عقاید، مار نماد تندرستی بوده است. و بیمار را به این دلیل بی مار می‌گویند که مار یا همان سلامتی را ندارد ولذا او را بیمار و فاقد مار نامند.

همجنین در دارو سازی از مار استفاده های پزشکی زیادی بعمل می‌آید، بیش از مفتاد تا هشتاد درصد داروهای پزشکی از سمو مارها نهیه می‌شود و در طب قدیم و جدید همواره زهر مار را بعنوان بهترین داروی پادرزه رمی شناخته‌اند...



## مقاله

### موارد استفاده از بتا بلکرها

دکتر محمد اسماعیلی " متخصصین بههوشی و احیاء "

دکتر محمد اسماعیلی



بتا بلکرها داروهایی هستند که بر روی گیرنده‌های B1 و B2 سیستم سمعانیک مؤثر بوده و مانع اثرات گیرنده‌های فوق می‌گردند.  
داروهای بتا بلکر به دو دسته تقسیم می‌شوند:  
**الف) بتا بلکرهای غیر انتخابی** Non Selective \* که بر هر دو گیرنده‌های B1 و B2 مؤثر بوده و باعث بلک اثرات هردو گیرنده می‌گردد . سوتالول ، پروپرتوالول ، تیمولول ، پیپرالول از شایعترین گروه فوق می‌باشد .  
**ب) بتا بلکرهای انتخابی Selective \*** که عمدتاً گیرنده B1 را بلک می‌کند و در نتیجه موجب کاهش ضربان قلبی و کاهش انقباض پذیری قلبی و کاهش ترشح رینین می‌شود .  
لازم به ذکر است که داروهای فوق در دوز بالا خاصیت انتخابی بودن خود را از دست داده و گیرنده B2 را همانند داروهای غیر انتخابی بلوک می‌کنند . آنسولول ، اس‌مولول ، متیپرولول از شایعترین داروهای فوق می‌باشند . در بیماریهای انسدادی ریه مثل : بیماری عروق محیطی ، COPD ، فنومن رینود ، دیابت ملیتوس تجویز آن ارجح می‌باشد .

### \* موارد استفاده از بتا بلکرها

#### الف) استفاده قبل از عمل

- تنها مورد برای شروع بتا بلکرها قبل از عمل . بیمارانی هستند که بر اساس بررسی انجام شده از نظر ایسکمی قلبی دارای ریسک بالا " Hiyh Risk " بوده و کاندید جراحی عروق می‌باشند . در موارد فوق تنظیم دوز دارو بر اساس ضربان قلب بین ۶۰ - ۷۰ می‌باشد .
- بیمارانی که بعلت درد قلبی ، آریتمی علامت دار یا فشار خون " HTN " بتا بلکر دریافت می‌نموده‌اند باید به این امر ادامه داده و در صورت قطعه داروهای فوق بطور ریباند سبب تاکی کاری ، ایسکمی می‌تواند گردند . در صورت عدم امکان تجویز خواهی بصورت وریدی IV تجویز گردند .

#### ب) ایسکمی قلبی یا ایسکمی میوکارد

- بتا بلکرها سبب کاهش نیاز اکسیژن بعلت کاهش ضربان قلب HR و کاهش انقباض پذیری قلب می‌شوند . هم بتا بلکرهای انتخابی و هم غیر انتخابی در ایسکمی میوکارد مؤثرند .
- داروهایی که برای درمان آنژین تأیید شده‌اند ، شامل : آنسولول ، متیپرولول ، پروپرتوالول بوده و آنسولول ، متیپرولول برای مصرف وریدی در انفارکتوس قلبی حاد " Acute MI " تأیید شده‌اند .
- پس از انفارکتوس قلبی " MI " تجویز داروهای فوق باعث کاهش مرگ و میر و انفارکتوس مجدد شده و تجویز وریدی بتا بلکرها در بیمارانی که تحت درمان ترمومولیتیک قرار گرفته‌اند باعث کاهش ایسکمی و انفارکتوس مجدد " Reynfaretion " و کاهش آریتمی بطنی می‌گردد .
- تجویز دارو در دوزهایی انجام می‌گیرد که ضربان قلب در محدوده ۸۰ - ۶۰ باشد و با فعالیت فرد تاکی کاری ایجاد نشود .



## ج) نارسایی احتقانی قلب "CHF"

- ۱- در نارسایی قلبی افزایش تحریک سینایک بعلت کاهش برفیوزن ارگانها شده و افزایش سوراپی نفرین ناشی از آن مستعد آسیب بطنها شده و بتاپلاکرها ریسک آریتمی و مرگ ناگهانی را کاهش می‌دهند. کاروپیدولول و متیورولول داروهایی هستند که در درمان نارسایی احتقانی قلب توسط FDA تأیید شده‌اند.

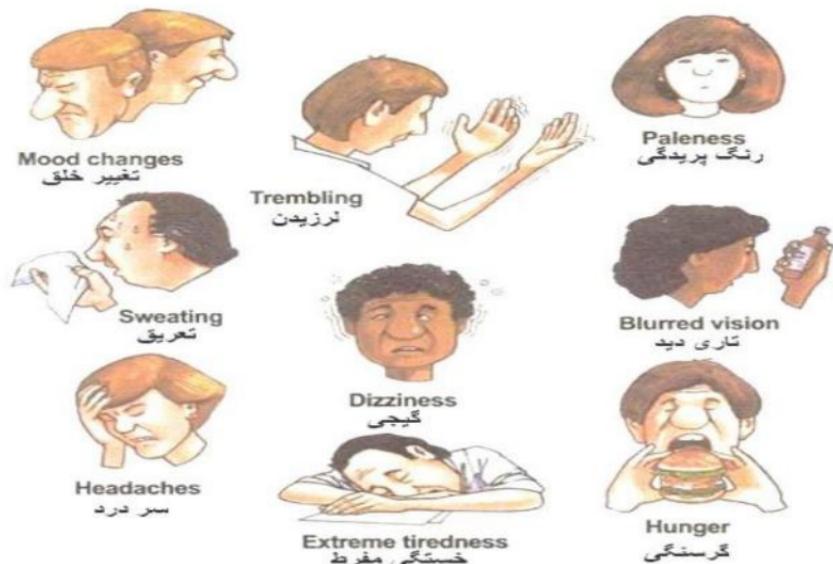
تذکر مهم: اگر در صورت مصرف بتاپلاکرها، نارسایی قلبی به فاز عدم جبران برود از داروی ابسوتروپ مهارکننده‌های فسفودی استرازاها نظیر: آمیریتون و میلریتون باید استفاده گردد.

## د) هیپر تانسیون "HTN"

- ۱- فشارخون BP را در افراد دارای هیپرتانسیون کاهش می‌دهد ولی در افرادی که فشارخون نرمال دارند، پایین نمی‌آورد.
- ۲- مکاتیسم احتمالی کاهش فشارخون عبارت از: کاهش برون ده قلبی "Cardiac Out Put" و کاهش مقاومت عروق سیستمیک "SVR" و کاهش رتین می‌باشد.
- ۳- لابتولول، بتاپلاکری است که فشارخون را پایین می‌آورد ولی برون ده قلبی را کاهش نمی‌دهد.

علائم هیپو گلیسمی یا کاهش قند خون به روایت تصویر

## LOW BLOOD SUGAR Hypoglycemia



## اختلالات مربوط به آب و املال

دکتر محمد سالکی

متخصص بیماریهای داخلی\*



### اختلالات مربوط به آب و املال Fluid & Electrolyte Disorders

در شرایط طبیعی محتوای آب و الکترولیت‌های داخل سلول‌های بدن و فضاهای خارج سلولی علیرغم دریافت متغیر، ثابت باقی میماند. این نسبت بواسطه عملکرد کلیه‌ها در تنظیم ترشح ادراری آب و املال و سایر مواد محلول در مواجهه با دریافت و نیاز بدن برقرار است. در یک فرد طبیعی محتوای مواد محلول در مایعات بدن بین ۲۸۵ تا ۲۹۵ میلی اسماول (کلیوکروم نگهداری می‌شود. تنظیم دقیق آب بدن مردهن توانایی کلیه در تنظیم حجم ادرار در حدود ۵۰۰ تا ۲۴ لیتر در ۲۴ ساعت می‌باشد. در این راستا درستی عملکرد عوامل احساس تنفسی و محور نزد هیبوفیزیال کلیه بسیار حائز اهمیت است.

### اختلالات حجم Volume disorders

آب ۶۰٪ وزن بدن را تشکیل می‌دهد، میزان آب بدن با میزان چربی بدن، سن، جنس وضعیت تغذیه‌ای نیز مرتبط است. از کل میزان آب بدن داخل سلول‌ها ۳۴٪ مابین سلول‌ها و کائیون‌های اصلی داخل سلولی پتامیم و میزیم می‌باشد و پروتئین آلبوم اصلی فضای داخل سلولی می‌باشد. در حالیکه کائیون اصلی خارج سلولی سدیم است. فسفات ۱۴٪ نیز داخل عرقی به عبارتی داخل پلاسم است.

در فضای خارج سلولی کلرو بیکربنات آلبومین اصلی غشاء سلولی یعنوان سدی می‌باشد بخش مایعات و این غشاء بطور تسبیح نسبت به آب نفوذپذیر است. جایگایی آب از طریق غشاء می‌باشد. لذا تعادل اسماونیک نسبت به هم قرار دارد.

جایگایی مایع میان بخش‌های داخل عروقی صورت می‌گیرد که این تعادل نتیجه پروتئین‌های پلاسمایی است. معادله استراپینگ:

$(\text{تفییرات} \times \text{فشار انکوتیک}) - (\text{تفییرات} \times \text{فشار هیدروستاتیک}) = K_1 \times (A_P - A_T)$

(در شرایطی مانند نارسایی احتقانی قلب) و نیز کاهش سو، تغذیه با سیروز کبدی) سبب جایگایی مایع به

نتیجه حجم مایع خارج سلولی دارد.

خارج سلولی هم پاسخ همودنامیک مشتمل بر تنظیم بروون ده قلبی و مقاومت عروقی در راستای نسبت نگهدارشتن فشارخون و از طرف دیگر پاسخ کلیوی در تنظیم سدیم و حجم آب مجموعاً پاسخ حجمی منمرک نامیده می‌شود. واکنش همودنامیک ذکر شده عمولانه طی دقایق اولیه بصورت افزایش ضربانات قلب و افزایش مقاومت عروق محیطی بصورت انقباض عروقی شریانی و کاهش ظرفیت پذیری وریدی ناشی از انقباض وریدی می‌باشد.

نتیجه حجم در شرایط طبیعی: کلیه‌ها نقش مهمی در پاسخ حجمی منمرک: در واکنش به کاهش حجم مایع فشار انکوتیک پلاسم است. در شرایط هیبو پرو تیسمی مثل: فضای بین سلولی و ایجاد ادم می‌گردد.

نتیجه حجم در شرایط طبیعی: کلیه‌ها نقش مهمی در پاسخ حجمی منمرک: در واکنش به کاهش حجم مایع تنظیم بروون ده قلبی و مقاومت عروقی در راستای نسبت نگهدارشتن فشارخون و از طرف دیگر پاسخ کلیوی در تنظیم سدیم و حجم آب مجموعاً پاسخ حجمی منمرک نامیده می‌شود. واکنش همودنامیک ذکر شده عمولانه طی دقایق اولیه بصورت افزایش ضربانات قلب و افزایش مقاومت عروق محیطی بصورت انقباض عروقی شریانی و کاهش ظرفیت پذیری وریدی ناشی از انقباض وریدی می‌باشد.

و اکشن کلیوی که حدوداً ۱۲ تا ۲۴ ساعت تأخیر دارد شامل ترشح هورمون های متعدد است. تحريك گیرنده های فشاری (Baro receptor) مسیب ترشح هورمون ADH شده که خود مسیب باز جذب آب از کلیه ها می شود. اندوتلین آزاد شده در سلولهای عضلانی دیواره عروق سبب افزایش مقاومت سروتونین و کلیوی شده سبب تشید Filtration Pressure شده که متعاقباً سبب تعليط پروتئین میان بافتی وايجاد فشار لکوتیک بالا و بدنبال آن افزایش سدیم و آب باز جذب شده می شود. پروستاگلالنیدت های رگ گشا مثل PGE ۲ سبب تعدیل این اکشن انتباختی سرووقی شده و در تداوم برقراری GFR و نهایتاً برقراری جریان خون کلیوی نقش مهمی ایفا می کنند.

در پاسخ به افزایش حجم ترشح کلیوی نمک و آب با مهار و اکشن های ذکر شده فوق افزایش می یابد. ترشح ANP در پاسخ به افزایش حجم افزایش می یابد. این هورمون از سلول های عضلانی دهلیز در پاسخ به کشیدگی جداری دهلیز ناشی از افزایش حجم ترشح می شود که نهایتاً سبب افزایش CFR می گردد.

تنظیم حجم غیر طبیعی: پاسخ حجم متمنکر به بیماری های اور دکی که تغییرات حجم مؤثر گردشی را احساس می کنند بستگی دارد. ECV به پرستگاری و نیروی کشیدگی ستر درخت شرباتی مرتبط است.

از آنجایی که فقط ۱۵٪ حجم خون در بستر شرباتی قرار دارد، حجم خون شرباتی نیز بدلیل کاهش ظرفیت پذیرنده ای این فضا کاهش می یابد. در اکثر موارد ECV (حجم مؤثر گردشی) با ECF (حجم مایع خارج سلوالی) مرتبط است.

موارد استثناء، عبارت از نارسایی احتقانی قلبی (CHF) بیماری کبدی، سیتی بیمی، سندروم نفروتیت حاملگی و آنافلکسی در این موارد حجم مؤثر شرباتی کم می شود که علت آن کاهش بروون ده قلبی یا گشادشدنی عروق شرباتی است. پاسخ گیرنده های اور دن به میزان ECV (حجم مؤثر گردشی) به مرأت بیشتر از پاسخ آن به حجم کلی مایع سلوالی است (در شربات بیماری مثل CHF و سرزوگردی که حجم مؤثر گردشی پایین است)

#### \* کاهش حجم

اختلالات حجم خارج سلوالی ناشی از تغییرات توازن سدیم است. عوامل کاهش حجم واقعی مربوط می شود به کاهش در ECV و حجم ECF که در جدول ذیل فهرست شده است:

از دست رفتن گولارش	استفراغ. ساکتشن. خونریزی فوقانی. تخلیه لوله ای. فیشنول رودهای باکترین. اسهال. خونریزی تحتانی
کلیوی	دیبورتیک ها، دیورز اسماوتیک. دیبورزین از دفع انسداد، بهبود نکررور حاد توپولاز، نفروپاتی از دست رفتن نمک، نارسایی فوق کبیه و RTA
آب	دیابت بی مزه
پوست و تنفس	دفع نامحسوس، سوختگی، تعریق
نجمع	انسداد رودهایی، رابدو میولیز

علل خارج کلیوی، شایعترین عوامل بالینی کاهش حجم می باشد و زمانیکه عملکرد کلیوی طبیعی باشد ادرار بسیار غلیظ شده با سدیم بسیار کم و اسیدیک خواهد شد.

زمانیکه کاهش حجم منشاء دفع کلیوی مایع دانسته باشد ادرار بسیار ریقی بعضاً با سدیم بالا خواهد بود. چنین وضعیتی در دیابت بی مزه روی می دهد. کاهش حجم خفیت مجرب به علامت بالینی مثل گیجی ارتوستاتیک و تاکیکارדי می شود.

زمانیکه کاهش حجم به بخش مایعات داخل سلوالی نیز سرازیر می کند، تاکیکارדי حین استراحت باز ریز می شود و حجم ادرار نیز تقصیان پیدا می کند. در شربات کاهش حجم شدید علامت مرتب با انتباخت عروقی آفت فشار و تغییرات قوای ذهنی بصورت منگی و انتهای های سرد و حجم ادرار بسیار انکد پیدا می گردد. در بروز این علامت بالینی هورمون های تنگ کننده عروقی نظری: کانه کولاوین ها و آنزیوتانین II که در پاسخ به کاهش حجم از دمای شوند نقش دارند.

در مواردی که بیمار داروهای کلیه مصرف می کند یا زمانیکه سدیم زیادی بدلیل مصرف دیبورتیک (مذرها) یا بیماری درونزد کلیوی دفع می شود ارزیابی وضعیت کمبود آب کلی بین مشکل خواهد بود. اصلاح کاهش حجم ترجیحاً با محلول های وریدی حاوی سدیم کلراید که داخل عروق باقی میماند ارجح است در مقایسه محلول فندی گلوکز ۷.۵ تهیه بمزان ۱۱۳ در فضای خارج سلوالی باقی خواهد ماند.

## \* افزایش حجم

زمانیکه در بحث مایع از دفع کلبوی و غیرکلبوی بیشتر باشد افزایش حجم روى می دهد. علل افزایش حجم در فهرست ذیل خلاصه شده است:

- احتباس اولیه سدیم توسط کلیه (افزایش ECV)
- ✓ نارسایی کلبوی الکتریک
- ✓ کلو مروغوفریت حاد
- ✓ نارسایی مزمن کلبوی شدید
- ✓ سدروم نفروتیک و سدروم نفروتیک
- ✓ هیپرالدوسترونیسم اولیه
- ✓ سدروم کوشینگ
- ✓ بیماری شدید کبدی در مراحل ابتدایی
- ✓ سدروم کن
- ✓ سدروم گوردون
- ✓ سدروم لبد

## احتباس ثانویه سدیم توسط کلیه (کاهش ECV)

- ✓ نارسایی قلبی
- ✓ بیماری شدید کبدی در مراحل انتهایی
- ✓ سدروم نفروتیک
- ✓ حاملگی

اختلال زمینه‌ای در این گروه از بیماری‌ها احتباس آب و سدیم توسط کلیه است. این احتباس عوضاً اولیه بوده سبب افزایش ECV می‌شود یا ثانویه و در پاسخ به کاهش ECV است. نتیجه احتباس سدیم و آب تغییر در نیروهای استارتریک بصورت افزایش فشار هیدروستاتیک ورزیدی و ایجاد تقابل در جایگاهی مایع از فضای داخل عروقی به فضای بین سلولی است. اغلب بیماران با سدروم نفروتیک بعلت احتباس اولیه سدیم و آب افزایش ECV دارند. حال آنکه در بیماری پیشرفتی کبدی ECV کاهش بافته و بدليل کاهش پررشدنی شرباتی و اتساع عروقی بصورت ثانویه سدیم آب بازجذب و احتباس عی باید.

هیو آلبومینیمی شدید در بیماری پیشرفتی کبدی سدروم نفروتیک و سوء تغذیه شدید نیز با تغییر در تعادل استارترینگ به تنکیل ECV منجر می‌شود. محور اساسی در درمان افزایش حجم محدودیت سدیم همراه با تجویز داروهای مذر است. دیورتیک‌ها با مهار بازجذب سدیم در نقاط مختلف نفرون مایع از ECV عمل می‌کنند. مثال اصلی دیورتیک مؤثر در مجرای پروکسیمال اسمازوایدید (مهار کننده‌های کربنیک ایدیار) است. مصرف طولانی این دارو به اسیدوز هیپرکلریک منجر می‌شود. متولاژون که از تیازیدها است از بازجذب سدیم در مجرای دیستال کلیه دارو فسفاتوری شدید نیز خواهد بود. دیورتیک‌های مؤثر بر لوب هنله فورسماید، بومتانید، مهار کوتارانسپورت سدیم و کلرید پاتسیم در شاخه صعودی ضخیم هنله ایجاد می‌کند.

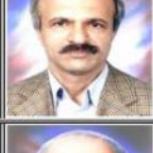
تیازیدها در کوتارانسپورت مجرای دیستال اثر مهاری اعمال می‌کنند.

لوب دیورتیک‌ها سبب تشدید دفع کلسیم و بتأثیرهای سبب کاهش دفع کلسیم می‌شوند. اسپیرونولاكتون که یک آنتاگونیست الدوسترون است سبب کاهش بازجذب سدیم در مجرای جمع کننده کوتیکال می‌شود.

مهار کننده اولیه کاتال سدیم مثل آبلیوارید بازجذب سدیم در مجرای جمع کننده کوتیکال با مکابیسم غیر وابسته به الدوسترون عمل می‌کنند. این دو دیورتیک هیو گالمی ایجاد نمی‌کنند. در ادام شدید ناشی از نارسایی قلبی و سدروم نفروتیک بکارگیری ترکیبی از دیورتیک‌ها که در نقاط مختلف اعمال نیز می‌کند، مؤثر است.

\_ پایان \_

## رؤسای بیمارستان شهید یحیی نژاد از پدرو انقلاب اسلامی تا کنون

<p>نام: مرحوم دکتر سید محمد عزیزی نام خانوادگی: عزیزی متولد: ۱۳۱۲ مدرک و رشته تحصیل: مخصوص حراختی عمومی مدت منیلویت: از سال ۱۳۵۶ تا سال ۱۳۵۸</p> 
<p>نام: دکتر ابراهیم میکانیکی نام خانوادگی: میکانیکی متولد: ۱۳۲۷ مدرک و رشته تحصیل: مخصوص بماری‌های جسم مدت منیلویت: از سال ۱۳۵۸ تا سال ۱۳۵۹</p> 
<p>نام: دکتر فاضر گوران اوریمی نام خانوادگی: گوران اوریمی متولد: ۱۳۲۴ مدرک و رشته تحصیل: مخصوص زبان و رایمان مدت منیلویت: از سال ۱۳۵۹ تا سال ۱۳۶۰</p> 
<p>نام: دکتر سید علی بدالدین صدر نام خانوادگی: صدر متولد: ۱۳۲۹ مدرک و رشته تحصیل: مخصوص زبان و رایمان مدت منیلویت: از سال ۱۳۶۰ تا سال ۱۳۶۱</p> 
<p>نام: دکتر حبیب الله مصطفی لو نام خانوادگی: مصطفی لو متولد: ۱۳۲۵ مدرک و رشته تحصیل: مخصوص قلب و عروق مدت منیلویت: از سال ۱۳۶۱ تا سال ۱۳۶۲</p> 
<p>نام: دکتر حبیب حسین فرخنده نام خانوادگی: فرخنده متولد: ۱۳۲۶ مدرک و رشته تحصیل: مخصوص گوش و حلق و سی مدت منیلویت: از سال ۱۳۶۲ تا سال ۱۳۶۵</p> 
<p>نام: دکتر هادی نوریان نام خانوادگی: نوریان متولد: ۱۳۲۷ مدرک و رشته تحصیل: مخصوص حراختی عمومی مدت منیلویت: از سال ۱۳۶۵ تا سال ۱۳۶۷</p> 

.... ارامنه از عده» قبل

نام: دکتر علیرضا

نام خانوادگی: حقانی

متولد: ۱۳۲۹

صدرگ: رشته تحصیل: محض حرآجی اربوبدی

صدت مسئولیت: از سال ۱۳۶۷ تا سال ۱۳۶۹



نام: دکتر علی

نام خانوادگی: نقشینه

متولد: ۱۳۲۴

صدرگ: رشته تحصیل: محض حرآجی عمومی

صدت مسئولیت: از سال ۱۳۶۹ تا سال ۱۳۷۵



نام: دکتر علی اصغر

نام خانوادگی: درزی

متولد: ۱۳۴۳

صدرگ: رشته تحصیل: محض حرآجی عمومی

صدت مسئولیت: از سال ۱۳۷۵ تا سال ۱۳۸۴



نام: دکتر محمد

نام خانوادگی: سالکی

متولد: ۱۳۴۶

صدرگ: رشته تحصیل: محض سماری های داخلی

صدت مسئولیت: از سال ۱۳۸۴ تا سال ۱۳۸۷



نام: دکتر شهرام

نام خانوادگی: سیفی

متولد: ۱۳۴۵

صدرگ: رشته تحصیل: محض بهومنی

صدت مسئولیت: از سال ۱۳۸۷ تا سال ۱۳۸۹



نام: دکتر علی

نام خانوادگی: اوپسیب نتاج

متولد: ۱۳۵۱

صدرگ: رشته تحصیل: محض طب فریبکی و توانبخشی

صدت مسئولیت: از سال ۱۳۸۹ تا سال ۱۳۹۳



نام: دکتر محمد

نام خانوادگی: سالکی

متولد: ۱۳۴۶

صدرگ: رشته تحصیل: محض سماری های داخلی

صدت مسئولیت: از سال ۱۳۹۳ تا کنون



## مدیران بیمارستان شهید یحیی نژاد از بدء انقلاب اسلامی تا کنون

<p><b>نام: آقای پرویز فولادی</b>          نام خانوادگی: فولادی          متولد: ۱۳۳۱          صدرگ رئیس تحریلی: کارشناس مدارک بررسکی          مدت منولیت: از سال ۱۳۵۷ تا سال ۱۳۶۰</p>	
<p><b>نام: آقای محمد احمدزاده</b>          نام خانوادگی: احمدزاده          متولد: ۱۳۳۲          صدرگ رئیس تحریلی: کارشناس بهداشت عمومی          مدت منولیت: از سال ۱۳۶۰ تا سال ۱۳۶۱</p>	
<p><b>نام: آقای ابراهیم داوودی</b>          نام خانوادگی: داوودی          متولد: ۱۳۴۰          صدرگ رئیس تحریلی: تکسین بهوشی          مدت منولیت: از سال ۱۳۶۱ تا سال ۱۳۶۶</p>	
<p><b>نام: آقای عسکری ثقفی</b>          نام خانوادگی: ثقفی          متولد: ۱۳۴۶          صدرگ رئیس تحریلی: کارشناس هماهنگی امور بیمارستانها          مدت منولیت: از سال ۱۳۶۶ تا سال ۱۳۶۹</p>	
<p><b>نام: آقای محمد احمدزاده</b>          نام خانوادگی: احمدزاده          متولد: ۱۳۴۲          صدرگ رئیس تحریلی: کارشناس بهداشت عمومی          مدت منولیت: از سال ۱۳۶۹ تا سال ۱۳۷۴</p>	
<p><b>نام: آقای یعقوب گلی خپلر</b>          نام خانوادگی: گلی خپلر          متولد: ۱۳۴۳          صدرگ رئیس تحریلی: کارشناس ارشد مدیریت دولتی          مدت منولیت: از سال ۱۳۷۴ تا سال ۱۳۸۴</p>	
<p><b>نام: آقای عادل مشهدسری</b>          نام خانوادگی: مشهدسری          متولد: ۱۳۵۱          صدرگ رئیس تحریلی: کارشناس ارشد اقتصاد سلامت          مدت منولیت: از سال ۱۳۸۴ تا سال ۱۳۸۵</p>	

.... اراده از حفظ قبل

<b>نام: دکتر مسعود اسدی</b> نام خانوادگی: اسدی متولد: ۱۳۵۵ مدرک و رشته تحصیلی: دکتری عمومی سدت مشغولیت: از سال ۱۳۸۵ تا سال ۱۳۸۷	
<b>نام: دکتر محمد حسین پور</b> نام خانوادگی: حسین پور متولد: ۱۳۵۰ مدرک و رشته تحصیلی: دکتری عمومی سدت مشغولیت: از سال ۱۳۸۷ تا کنون	

### فرمان حضرت علی<sup>(ع)</sup> به مالک اشتر در باب مدیریت:

ای مالک...! مبادا در تماس خود با زیرستان ، منصب مدیریت حجابی گردد و  
بیش از اندازه خویش را از آنان پنهان داری . زیرا دوری و فاصله مدیران جامعه از مردم  
نوعی نامهربانی و بی اطلاعی نسبت به امور مدیریت است .

این چهره پنهان داشتن مدیران در حجاب مدیریت ، آنها را از جزئیات امور دور نگه می دارد  
و در تیجه بینش و برداشت را از کارها آنچنان تغییر می دهد که بزرگ در نظر آنان کوچک  
و کوچک را بزرگ و کار نیک را زشت و کار زشت را نیک جلوه می کند .  
وبالآخره حق و باطل به یکدیگر آمیخته می شود .

— نهج البلاغه ، نامه ۵۳ —

نهجه و تدوین:  
جواد جلالی نبا

## صفحه پزشکی

### طیش‌های ناگهانی قلب را جدی بگیرید ...

طیش قلب همیشه نشانه اضطراب نیست و گاهی ریشه آن در یک بیماری قلبی به نام اختلال ریتم قلبی نهفته است. ضریبان قلب فرد بالغ در زمان استراحت و در حالت عادی بین ۵۰ تا ۸۰ بار در دقیقه می‌باشد. به هرگونه نامنظمه در ضریبان قلب و اختلال ریتم قلبی "آرتیمی" گفته می‌شود، که شامل دو نوع اصلی است:

برادی کاردی نوع اول اختلال ریتم قلبی بوده و زمانی رخ می‌دهد که ضریبان قلب بسیار آهسته و کمتر از ۵۰ بار در دقیقه است. تاکی کاردی نوع دیگر آرتیمی است که با ضریبان قلب شدید اختلال ریتم قلبی، طیش قلب و تنگی نفس و احساس لرزش در قفسه سینه و کاهش سطح هوشیاری از عالم هشدار دهنده این بیماری است.

آرتیمی‌های شدید در صورت عدم درمان ممکن است باعث مرگ بیمار شوند و معمولاً تپش قلب دائمی ناشی از وجود اضطراب در بیمار است. اما اگر فردی به صورت کامل‌ناگهانی و به طور موقت از چند دقیقه تا چند ساعت دچار تپش قلب گردد. حتماً باید برای انجام معایبات لازم به پزشک متخصص مراجعه نماید.

#### اختلال ریتم قلبی به چه دلایلی ایجاد می‌شود؟

اختلال ریتم قلبی ممکن است به دلایل مختلفی از جمله تنگی ریهای قلبی نارسایی قلبی، بیماری‌های دریچه قلب و یا وجود یک عصب اضافه در مدارهای الکتریکی قلب ایجاد گردد.

پرکاری تپروئید و کم خونی نیز از دلایل علل اختلال در ریتم قلبی و ایجاد بی نظمی در ضریبان قلب افراد می‌باشد.

گرفتن نوار قلبی (کلتروکاردیوگرام) و استفاده از دستگاه هولتر مونیتور یا توار قلب متخرگ (دستگاه قابل حملی که به مدت ۲۴ تا ۴۸ ساعت

ضریبان قلب بیمار را تپت می‌کند) و تحریک الکتریکی قلب از طریق آنژوگرافی و تست‌های ورزشی و ... از راههای تشخیص آرتیمی به شمار می‌روند.

آرتیمی خفیف نیاز به درمان نداشته و با پیشگیری از موارد تشدید بیماری مانند: مصرف ادویه‌جات، چای غلیظ، نوشابه و قهوه می‌توان آن را کنترل نمود.

تپش قلب در زنان شایع‌تر است، اما درمان‌های دارویی آن ربطی به سن و جنس ندارد و در همه افراد بسته به علت و ریشه تپش قلب بیکسان است. دارو درمانی راه اول درمان اختلال ریتم قلبی می‌باشد و هنگامی که استفاده از دارو برای درمان آرتیمی مؤثر واقع نگردد، عمل ابلیشن بافت قلبی انجام می‌شود.

ابلیشن روشنی است که با هدایت یک لوله نازک به سیاهرگ و عضله قلبی بیمار، بافت‌هایی را که باعث ایجاد بی نظمی در ضریبان قلب می‌گردند را به وسیله امواج رادیویی تخریب می‌کند.

استفاده از باتری‌های ضریبان ساز (پیس میکر) و دیپریلاسیون قلبی و جراحی از دلایل روش‌های اصلاح ریتم قلبی شدید هستند.

"بدون شک، میزان تپش قلب بالا با سلامت جسمی افراد رابطه مستقیم دارد که این موضوع در فشارخون بالا، اضافه وزن و چربی خون بالا نیز نسباً نگران می‌باشد. در نتیجه، افرادی که از لحظه فیزیکی فعل هستند دارای تپش قلب پایین‌تری می‌باشند" اما صرف نظر از موضوع سلامت و وزن‌گذگی جسمی، تپش قلب بالا احتمال خطر مرگ را افزایش می‌بخشد.

- تعداد ضریبان قلب ۸۵ تا ۹۰ در هر دقیقه و بیش از آن، احتمال مرگ را تا سه برابر نیز افزایش می‌دهد. بر اساس این تحقیق! هر ۱۰ تا ۲۲ ضریبان اضافی در یک دقیقه، در مجموع احتمال مرگ را تا ۱۶٪ افزایش خواهد داد.

نامه های

شما...

## دانشگاه علوم پزشکی بابل

## دانستان بخش روان‌پزشکی

به قلم: دکتر فروزان خیرخواه

از کودکی علاقه زیادی به مسائل روانشناسی و روانپزشکی داشتم. تعاملات انسانی و زندگی آدمها برایم جذاب بود. از اوخر دوره دبیرستان تصمیم به ادامه تحصیل در رشته روانپزشکی در ذهنم ایجاد شد. در دوره استجری علاقه شدیدی به بیماران روانپزشکی و دنیای پیچیده ذهن انسانها و کاهش درد و رنج بیماران روانی در خود احساس کردم. این علاقه در دوره اینترنتی انشگاه علوم پزشکی مشهد با توانایی تشخیص و درمان بیماران دچار اختلالات روانی تقویت شد.

در سال ۱۳۷۷ در رشته پزشکی عمومی فارغ التحصیل شدم و بعد از گذراندن دوره سربازی در همان سال اول در رشته روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران (تهران) پذیرفته شدم. در سال ۱۳۷۸ بعد از طی یک دوره سه ساله که بسیار برایم جذاب بود بعنوان طرح ضریب K در دانشگاه علوم پزشکی بابل شروع به کار نمودم.

در آن زمان کل امور روانپزشکی دانشگاه بابل بصورت دو روز در هفته بود که با همت اساتید عزیز: جناب افای دکتر امیر مسعود احمدی و سرکار خاتم دکتر شکوفه موسوی برگزار می شد و البته گاهی در طول سال چند جلسه درس نئوری روانپزشکی نیز برای کلیه استعدادهای سال دوم ارائه می گردید. اما همچنان هیچ خبری از فعالیت بخش روانپزشکی و خدماتی همچون ECT و سایر امور روانپزشکی در دانشگاه نبود...!

علاقه و شور جوانی باعث شد که هر روز جهت ایجاد بخش روانپزشکی مراحم مسئولین وقت دانشگاه شوم. تا اینکه با توجه به محدودیت امکانات و عدم تکریش مناسب

مسئولین مربوطه وقت به بخش روانپزشکی.

با تلاش فراوان گروه روانپزشکی موفق گردید تا در شهریور ماه سال ۱۳۷۹ در قدیمی ترین مرکز درمانی شهر (بیمارستان شهید یجیس نژاد) و در دورترین قسمت و فرسوده ترین ساختمان این بیمارستان (ساختمان اداری قدیم)!

بخش جدید روانپزشکی را دایر نماید که البته این امر هم با حمایت ریاست وقت دانشگاه جناب افای دکتر نوریاران میسر و ممکن گردید.

در سال ۱۳۸۰ با توجه به کمبود تخت روانپزشکی، بخش روانپزشکی زنان با تعداد ۸ تخت فعال و با حداقل هزیمه راه اندازی شد.



(البته موافق با ساخت و راه اندازی این بخش خود نیز دانشگاه مفصلی است که از حوصله شما عزیزان خوشنده خارج است...) همزمان با راه اندازی این بخش ها، خدماتی جون ECT و خدمات روان شناسی، روان درمانی، مشاوره و تستهای روان شناختی هم از همان سال در مرکز درمانی شهید یجیس نژاد شکل گرفت. در سالهای ۱۳۸۲ تا ۸۸ نیز با حمایت جدی و مساعدت ریاست محترم بیمارستان و بواسطه چانه زنی با مسئولین وقت دانشگاه موفق به ساخت و تجهیز بخش مستقل ECT با مساحتی حدود ۱۰۰ متر مربع شدیم.

در سال ۱۳۸۸ بخش عفوونی قدیم بیمارستان که در نزدیکی بخش روانپزشکی قرار داشت به بخش روانپزشکی کودک و نوجوان اختصاص داده شد و به ریاست استاد گرامی سرکار خانم دکتر موسوی راه اندازی و اداره گردید.  
در تمام این سال‌ها حجم بسیار زیاد بیماران و نیز لیست انتظار طولانی مدت جهت بستری شدن بیماران، روانپزشکان و پرسنل زحمتکش این بخش را آزار می‌داد و چه بسا بیماران جوانی که در انتظار نوبت بستری و بدليل عدم وجود تخت خالی در این مرکز اقدام به خودکشی نمودند!

در سال ۱۳۹۲ آرزوی دیرینه من که پذیرش دستیار روانپزشکی در دانشگاه علوم پزشکی بابل بود به همت همسکاران جوانم:  
خانم دکتر مسعودی و خانم دکتر ازاد فروز و خانم دکتر حمیدا که به گروه روانپزشکی افزوده گردیدند، به بار نشست.  
در زمستان سال ۱۳۹۲ یکی از ضروری ترین نیازهای بخش روانپزشکی که همانا اوزان مستقل روانپزشکی بود با ساختمانی به مساحت فربی ۴۵۰ متر مربع در محله اسخاتمان بخش روان پزشکی اینمرکز تحت عنوان: اوزان بخش روانپزشکی،  
بخش کودک و نوجوان و بخش روان شناسی شروع به ساخت گردید. ناگفته نمایند که برای تحقق این موضوع همکار ارجمند و زحمتکش ما جناب آقای دکتر سفیدچیان نیز در کنار مسئولین محترم دانشگاه و بیمارستان زحمات زیادی را متحمل گردیدند. البته امیدواریم تا زمستان سال جاری هر دو بخش جدید بهمراه بخش بازسازی شده روانپزشکی مردانه  
شروع به کار نماید.

لازم به ذکر است که در طی این سال‌ها با توجه به مظلومیت بیماران بخش روانپزشکی و عدم درآمد زانی این بخش جهت مراکز درمانی و مسائل ناخودآگاهی که در ذهن بسیاری از همکاران و مسئولین نسبت به این رشته پزشکی وجود داشته است، مقاومت‌ها و سختی‌های زیادی پیش روی این مسأله گرفت که با عنایت خداوند متعال و زحمات همکاران عزیزم و نیز پرسنل بسیار مهریان و فدائکار بخش‌های روانپزشکی علاوه بر فائق اصدقین بر این مشکلات عدیده ۱ با اختصار عرض می‌دارم که بعد از قریب ۱۵ سال خدمت در این دانشگاه و فراهم نمودن امکانات موجود در بیمارستان شهید یجیی نیاز دارد که قبلًا ذکر شد.  
توانستیم بخش فوق نخصصی روانپزشکی را از سال ۱۳۸۹ در بیمارستان مجهر آیت... روحانی<sup>۱</sup> با بابل راه اندازی نموده و همچنین در اوایل سال ۱۳۹۳ اولین کلینیک فوق نخصصی چند رشته‌ای در راه درمانگاه آن مرکز قعال نمائیم.

در همین سال نیز با شروع به کار چهار روزه‌نیت علاقمند (دوبن دوره پذیرش دستیاری) تربیت دستیار روانپزشکی در دانشگاه بابل را شروع ننمودیم که امیدواریم بزودی شرایطی فراهم گردد تا بتوانیم خدمات مناسب روانپزشکی را به بیماران این شهرستان و نیز سایر مناطق استان به خوبی ارائه نمائیم.  
در پیان توفیقات روز افرون همراه با بهنوی و شادکامی برای تمامی همکاران عزیز و مسئولین محترم دانشگاه خصوصاً جناب آقای دکتر ربیعی و معاؤنین محترم ایشان و نیز مسئولین گرانقدر این مرکز جناب آقای دکتر سالکی و دکتر حسین پور که در راه ارتقاء کیفیت خدمات رسانی به بیماران بی وقفه تلاش می‌نمایند، آرزو دارم ...  
والسلام -



بخش اعصاب و روان فیل از بازسازی سال ۱۳۸۹

## صفحة اجتماعی

# آشنایی با مواد مخدر: شیشه

دکتر محمد حسین پور

پژوهش درمانگر اعتیاد

### شیشه چیست؟

شیشه با کریستال یک ماده محرك بسیار قوی است. همانطور که از نام آن مشخص است یک پودر کریستالی، مانند خرده شیشه است که سفید، بی بو و تلخ مزه بوده و به آسانی در آب با الکل قابل حل شدن است که در این حالت برای تزریق از آن استفاده می شود. این ماده که در کشورهای نام شیشه و در اروپا و امریکا پیشتر به نام آیس (Ice) و کریستال شناخته می شود از دی مت افتخاری هیدروکلراید که ماده ای بسیار خطیرنگ و اعتیاد آور است ساخته می شود.

شیشه قویترین نوع مت افتخاری می باشد که با نامهای: کرالک، شابو، Ice، کریستال (Cristal)، Glass، تینا (Tinna) و شیشه در بین جوانان شناخته شده است. مت افتخاری در پژوهشی نیز مورد مصرف قرار میگیرد و به صورت قرصهایی بنام "دزوکسین" تجویز می گردد، اما نوع غیر قانونی آن با همان شیشه در آزمایشگاه های غیرمجاز تهیه شده و در خیابان ها بفروش می رسد و با نوعی که در مصارف پژوهشی به کار می رود کاملاً متفاوت است.

### شیشه چگونه بدست می آید؟

شیشه یک ماده متنوعی است که مانند سایر موادی چون تریاک، هروئین، کوکائین متعبغ طبیعی در محیط ندارد و بصورت مصنوعی در آزمایشگاه های غیرمجاز تولید می گردد. این آزمایشگاه ها ممکن است در زیرزمین هناآل، کارگاه ها یا محل ها و یا حتی مسافرخانه ها باشد. شیوه تولید این ماده نیز آزمایشگاهی به آزمایشگاه دیگر متفاوت است و ترکیبات شیمیایی که در ساخت آن بکار می رود از تنوع بسیار برخوردار است. برخی از این مواد شیمیایی که بعضاً سمی و خطیرنگ از عبارتند از: داروی افردین، فسفر قرمز، اسید هیدروکلراید، اسید باطری، مواد قلبایی، سوخت چراغ و ضد بیخ ...

### شیشه چگونه مصرف می شود؟

شیشه به اشکال متنوعی وجود دارد و ممکن است به شیوه های تدخین با دود کردن، استنشاق از راه بینی، خوراکی و یا تزریق و در موارد نادر حتی بصورت شیاف مقدی مصرف می شود. افراد بدبخت تقریباً و تنوع هستند و در مهماتی ها برای بالا بردن و وسعت دادن به لذات جنسی و در بعضی موارد برای بیدار ساندن مصرف می شود. بلاfaciale پس از مصرف شیشه بصورت تدخین و یا تزریق این ماده، فرد مصرف کننده احسان سرخوشی شدیدی می کند که به این حالت راش با فلش می گویند و این حالت چند دقیقه دوام می پابند که از لحظه شدت آنرا مانند ارگاسم روانی توصیف گرده اند.

کشیدن و تزریق شیشه، این اثر را خیلی سریع و در حدود ۵ تا ۱۰ ثانیه پس از مصرف ظاهر می سازد، مصرف شیشه به صورت استنشاقی و یا خوراکی نیز فرد را به سرخوشی می رساند اما حالت شدید راش ایجاد نمی کند.

با استنشاق شیشه، علائم پس از ۳ تا ۵ دقیقه ظاهر می شوند و در حالت خوراکی حدود ۱۵ تا ۲۰ دقیقه طول می کشد تا اثرات حاصل از مصرف این ماده ظاهر شوند.





آلات کوتاه مدت مصرف شیشه کدامند؟

- افراش خربلاب قلب ، فشار خون و ریتم تنفس
- گلگلون شدن چهره
- گشاد شدن مردمکها
- قرمز شدن چشمها
- مصاعده شدن بزی شبیایی ناشی از تنفس
- تعریق پیش از حد
- تکلم سریع
- ناتوانی در به خواب رفتن
- تهوع و استفراغ
- اسیال
- افزایش درجه حرارت بدن و تب
- از دست دادن اشتها و بعد از مدتی کم شدن وزن بدن
- تحریک پذیری و عصبی بودن
- گیجی و پریشانی
- رفشارهای خشن و آسیب زدن به خود و با دیگران نیز در این افراد دیده می شود.
- علائم مسمومیت با مصرف پیش از حد این ماده شامل: تب، تشنجم، اغصه و درنهایت مرگ می باشد.

آلات بلند مدت مصرف شیشه کدامند؟

- کمسود و شاممنی ها و مواد معدنی
- مقاومت سیار پایین در برایر بیماری ها
- انسب به انداز ها بیوژه شن ها، کند و کله ها
- زخم های پوسی و آکنه
- پوسیدگی دندان ها
- دندان سانی
- خشک شدن پوست و خارش
- بی قراری
- رعشه
- نوسانات هیجانی، اضطراب، افسردگی
- هدایان، توهם
- روان پریشی ناشی از مصرف مواد
- از دست دادن عاطفه
- لاغری پیش از حد
- دندان های کج و سیار خراب به رنگ فهوده ای با خاکستری
- خشکی دهان ( بدیل تخلیه غدد برازقی در اثر مصرف شیشه و اسیدی که در ساخت آن به کار رفته است )
- تخریب لثه ها

راه ترک اعتیاد به شیشه چیست؟

اعتیاد به شیشه صرفاً جسمانی نیست، بلکه این ماده ویستگی روان شناختی نیز ایجاد می کند و این مسئله ترک را دشوار تر خواهد کرد. بنابراین برخلاف موادی مانند: تریاک، کراک، هروئین که با داروهایی مثل متادون و به روش نوینی درمان می شوند، داروی خاصی در درمان شیشه وجود ندارد و برای درمان شیشه از داروهای کمکی مثل ضد افتراقی و ضد افسردگی استفاده می شود که در کاهش علائم موئیرند. در حال حاضر موئیرین درمان برای اعتیاد به شیشه و سایر مبت امتحانی ها مداخلات شناختی - رفتاری است. درمان اعتیاد به شیشه از مشکل ترین درمان ها می باشد ... !



## مقاله

### مقاومت در برابر تغییرات در سازمان

شکرالله نیازی " مدیر پرستاری بیمارستان "

#### مقدمه

محیط پیرامون ما همواره در حال تغییرات و جهان نیز در همین لحظه به طور چشمگیری در حال تغییر است. فرقتهای ریسک‌ها برای سازمانهای امروزی یک امر ثابت به شمار می‌آیند که موجب می‌شوند تا به دنبال بهبود مستمر، نه تنها برای رقابت بلکه برای بقاء باشند. از این رو سازمانها باید در مورد مفاهیم خود بازآمدی‌شی کرده، الگوها را تغییک نموده و تغییرات را ترویج نمایند.

Joelmana Goncalves et al ۲۰۱۳

بیش از دهه ۱۹۷۰ رهبران به محیط بیرونی به اندازه کافی توجه نداشتند. تنها نکته پُرآهمیت این بود که سهمی از بازار را در اختبار بگیرند. در طی دهه ۱۹۷۰ نیروهای محیطی از قبیل: فناوری، مقررات زدایی و نواوری بسیاری از سازمان‌ها و صنایع را با تغییرات شدید مواجه ساختند. در اواخر دهه ۱۹۷۰ قلمرو تغییرات گسترش یافت، تمرکز بر تغییر سازمان در اواسط دهه ۱۹۸۰ و سپس در ابتدای دهه ۱۹۹۰ با ظهیران مهندسی مجدد آغاز یافت. این حرکت امروزه با چشم‌فراز ارتباطات و اطلاعات، برنامه‌ریزی منابع و جستجو برای یافتن راهی که بتوان از تغییر بهترین بهره برای سازمان حاصل شود، به کار خود ادامه می‌دهد.

(اندرسون و اندرسون ۱۳۸۷، ترجمه نقوی، ص ۲۲)

#### تعریف:

هر فرشار یا واکنشی است که نشان دهنده عدم تمایل شخص به ایجاد یا حمایت تغییر مورد نظر باشد. چنین مقاومتی همیشه بد نیست، در واقع بهترین کارگزاران تغییر عقیده دارند که مقاومت در مقابل تغییر نوعی بازخورد است که می‌توان از آن برای تسییل اهداف تغییر استفاده کرد. آنها اظهار می‌دارند زمانی که افراد در مقابل تغییر مقاومت می‌کنند از چیز مهمی دفاع می‌کنند. چیزی که به نظر مرسد با وقوع تغییر مورد تهدید قرار گیرد.

#### مدیریت تغییر سازمانی

به کارگیری سیک‌های مدیریت و رهبری در آماده نگاه داشتن و ترغیب کارکنان برای یادگیری و رشد مستمر و قبول تغییر و همچنین ایجاد شرایط و امکانات مناسب جهت انجام تغییرات سازمانی می‌باشد. رهبران تغییر کسانی هستند که به آنندۀ فکر می‌کنند، مقصد را می‌شناسند، اعتماد به نفس برای ایجاد تغییر در خودشان دارند و همچنین برای کمک یا هدایت دیگران در ایجاد تغییر صبور و پردازی به خروج می‌دهند.

نیکلر (۲۰۰۴) پس از انجام تحقیقی درباره نقش و مهارت‌های مدیریون در فرآیند تغییر، خاطرنشان کرد که مهارت ایجاد تغییر یک مهارت رهبری است نه مدیریتی. لذا برای مدیریت تغییر باید گام‌هایی به شرح زیر برداشته شود:

- ۱- تعیین رهبر، یعنی فردی که مستولیت هدایت و سازماندهی فعالیت‌های مدیریت تغییر را بر عهده داشته باشد
- ۲- آموزش رهبر و اعضای نیم پروره و مجریان آن با تأکید ویژه بر تکنیک‌ها، فرآیندها و اصول مدیریت تغییر
- ۳- ارزیابی تغییر و سازمان و انتخاب تیم مدیریت تغییر با منابع انسانی مناسب و متخصص درباره مدیریت تغییر
- ۴- ایجاد یک مدل حمایتی و ساختار تیمی
- ۵- خلق برنامه‌های مدیریت ...

(جنیفی ۱۳۸۶، ص ۶۷)

## اهداف سازمانی برای تغییر

تغییر تها عصر دائمی در زندگی و در کسب و کار تلقی می‌شود. همواره عواملی ما را مجبور به پیشه ساری نخواه عملکرد خود در سازمان می‌کند، به گونه‌ای که سازمان واکنش مناسبی نسبت به «تغییر» بروز هد. یکی از مهمترین چالش‌های پیش روی سازمان‌ها در این موارد، موضع تغییر و مدیریت آن است. در صورتی که پیش نیازهای لازم در برنامه تغییر گنجانده نشوند، فرآیند تغییر با مانع روبه رو می‌شود و این امر به کند شدن یا شکست اختلالی آن خواهد انجامید.

درک مقاومت و مدیریت کارآمد آن از عوامل مهم در موقعیت سیستم است. اما در خصوص شرح یک راهکار اجرایی موفق برای از میان برداشتن موضع تغییر - به ویژه مقاومت افراد - تفاوچ کلی وجود ندارد (اقتصادی و همکاران ۱۲۸۷، ۲۷-۲۸). ولی از طریق پیش‌بینی مقاومت و درک فرآیند تغییر برنامه ریزی، می‌توان پیش‌بینی از مقاومت تا حد زیادی به نفع سازمان بهره برداری کرد. می‌شک مقاومت در برای تغییر یک موضوع کلیدی در مدیریت تغییر است و باید به طور جدی مورد بررسی قرار گیرد. عمولاً مدیران توجه خود را به مجموعه وسیعی از اجزای سازمانی معطوف می‌دارند.

از جمله مهمترین اهداف تغییر سازمانی عبارتند از:

\* بیان یا ایجاد مأموریت و اهداف جدید

\* به روز رسانی مکانیزم‌های هماهنگی و طراحی سازمانی

\* بهبود فن آوری و تسهیل و تسریع روند کاری

\* به روز رسانی طراحی شغلی فردی و گروهی

\* تبیین یا ایجاد طرح‌های عملیاتی و استراتژیک

\* روش سازی یا ایجاد باورها و ارزش‌های مهم

\* به روز رسانی امور گزینش و استخدام

\* بهبود داشش و مهارت کارکنان

\* ارتقای سطح زندگی و رفاه معيشی کارکنان

## عوامل مقاومت در مقابل تغییرات

مقاومت در مقابل تغییرات دو منشاء دارد:

- مقاومت‌هایی که منشاء فردی دارند و به ویژگی‌های شخصی افراد مربوط می‌شود که عبارتند از: عادت، امنیت، ترس از ناشناخته‌ها، عوامل اقتصادی و بی‌اعتمادی به خود
- مقاومت‌هایی که منشاء سازمانی دارند که عبارتند از: مکانیسم‌های ساختاری، احسان تهدید توسط متخصصان، هنجارهای گروه و سرمایه‌گذاری شغلی

## مقابله‌های فردی

- عادت: انسان موجودی پایبند عادت است. افراد هنگامیکه با پدیده تغییر روبرو می‌شوند، این نوع تمایل (عادت) بصورت منبعی در می‌آید که در برای پدیده تغییر ایستادگی می‌کند. بنا بر این زمانی که محل کارفرما تغییر می‌کند و به نقطه دیگری منتقل می‌شود او باید بسیاری از عادتهای خود را تغییر دهد.
- امنیت: کسانیکه به شدت احساس امنیت شغلی می‌کنند در برای پدیده تغییر مقاومت می‌نمایند. زیرا این پدیده میتواند احساسی را که آنان از "امنیت" دارند دستخوش تهدید قرار دهد.
- عوامل اقتصادی: یکی دیگر از دلایلی که موجب مقاومت فردی می‌شود این است که فرد می‌ترسد تغییر باعث شود که در آمد وی کاهش باید، تغییر در نوع کار یا وظیفه‌ای که فرد در سازمان انجام می‌دهد می‌تواند موجب برخی تهدیدات اقتصادی شود.
- چشم پوشی از واقعیت: اصولاً افراد از میان اطلاعاتی که به آنان می‌رسد، تنها انبهای را گوش می‌دهند که در نوع پنداشت با برداشت‌شان خدشیده ای وارد نکند. آنان همان جیزهای را می‌شنوند که می‌خواهد بشنوند و به اطلاعاتی علاقه مندند که دنیای "خود ساخته" آنان را مورد تهدید قرار ندهد.



## غلبه بر عوامل مقاومت :

برای ازین بردن منابع یا عواملی که در بررسی پدیده تغییر مقاومت می‌کند روش‌هایی وجود دارد:

۱- آموزش و ارتباطات: برای ازین بردن مقاومت باید با کارکنان و اعضای سازمان ارتباط برقرار کرد و علت ایجاد تغییر را به آن تفهیم نمود و دلایل آن را بر شمرد. اگر کارکنان و اعضای سازمان از همه واقعیتها آگاه شوند و هر نوع سوء تفاهمی ازین برود از میزان مقاومتها کاسته خواهد شد. برای اینجا ایستگار می‌توان با افراد به می‌باشند پرداخت، بخشنامه صادر کرد و یا در آن رابطه سخنرانی کرد یا گزارش‌هایی تهیه و ارائه نمود.

۲- مشارکت: اگر افراد در امور ایجاد تغییر و به هنگام تصمیم‌گیری مشارکت کرده باشند به ندرت امکان دارد که در بررسی آن ایستادگی نمایند. باید پیش از ایجاد هر نوع تغییر از کسانی که احتمال می‌رود با آن به مخالفت پرخیزند. دعوت عمل آور و آنها را در زمینه تصمیم‌گیری مشارکت کرد.

۳- در نظر گرفتن تمهیلات: یکی دیگر از راههایی که می‌تواند مقاومتهای بالقوه برسره راه تغییر را از این بردن برد این است که در ازای کم شدن مقاومت، چیزی ارزشمند به ان افراد داده شود و یا منافعی را که از این راه حاصل افراد می‌شود برگشته شود.

۴- استفاده از زور: استفاده از زور اخرين روشی است که در این فهرست قرار دارد. یعنی مدیریت سازمان، گروههای مقاوم را مستقیماً مورد تهدید قرار می‌دهد و آنرا راجحه می‌نماید تا دست از مقاومت بردارد. نصوهای کاربرد زور عبارتند از:

تهدید به اخراج ، تغییر پست و تنزل مقام یا دادن معزوفی نامه ضعیف ...

**چگونه مقاومت در مقابل تغییر را به حداقل برسانیم؟**

نوع مقاومت	پاسخ پیشنهادی
ترس از ناشناخته ها	اطلاعات و دلگرمی های لازم را ارائه دهید
فقدان منابع	منابع مورد نیاز را فراهم سازید
زمانیابندی ضعیف	تغییر را به تأخیر اندیزید و متصرف فرست بهتری باشید و منابع حمایتی را فراهم آورید
احساس عدم نیاز به تغییر	مسایل یا فرستندها را بیان کنید
تهدید منافع شخصی	افراد مهم را در برنامه ریزی تغییر شرکت دهید
تفصیلهای متباین	اطلاعات با ارزش را منتشر کنید و مشارکت گروهی را تسهیل نمایید

در پایان ذکر این مطلب ضروری به نظر می‌آید که اگر عوامل محیطی بصورت کامل ثابت می‌مانند. اگر مهارت‌ها و توانایی‌ها همواره به "روز" بودند و منسخ نمی‌گردیدند و اگر فردا درست همانند امروز بود، در اتصول مدیران نمایند به تغییرات سازمانی توجه می‌کرددند. ولی دنبای واقعی همواره دستخوش تنشج، تحول و دگرگوئی است و اگر سازمان با اعضای آن بخواهد در مسنه پُر رقابت ایستادگی کند باید همواره متحول شوند! ...  
پایان

به یاد آور :

زندگی آهنگی است موزون

بین روز و شب

تایستان و زستان

آهنگی ممتد

سکون هرگز

حرکت و حرکت

هر قدر جهش بالاتر

تجربه رُزفتر





## از خود شروع کنید!

این عبارت روی سنگ قبر کشیشی انگلیسی در کلیسا وست مینستر

نوشته شده بود:

"جان و آزاد که بودم، تغیرات و آزو هایم محدودیتی نداشت.

در خیال خود می خواستم دنیا را تغییر دهم. بزرگ تر که شدم،

دریافتیم که دنیا تغییر نمی کند، بنابراین توقعم را کم کردم و

تصمیم گرفتم کشوم را تغییر دهم. اما این آرزو غیرممکن بود!

به میانسالی که رسیدم، اخیرین توام را به کار گرفتم تا فقط

خانواده ام را تغییر دهم. اما افسوس که آنها هم نمی خواستند عوض شوند.

اینک در بستر مرگ و در حال احتضار! نایا همان دریافتیم که: اگر خودم را تغییر داده بودم، خانواده ام نیز تغییر می کرد.

با دلگرمی آنان می توانستم کشوم را تغییر دهم و کسی چه میداند شاید می توانستم دنیا را هم عوض کنم...!!

## تا کی زنده ایم؟

یکی از دوستان برایم تعریف می کرد. به روز مردی او مد دفترم. حالش خیلی عجیب بود، فهمیدم با یقینه فرق می کنه!

گفت: یه سؤال دارم که جوابش خیلی برایم مهمه... گفتم: اگه جوابش رو بدونم خوشحال میشم بتونم کمکتون کم.

گفت: من رفتنی ام! گفتم: یعنی چی؟ گفت: به من گفتن دارم میمیرم.

گفتم: پیش دکترای دیگه هم رفتنی! تهران چی؟ گفت: نه، ولی همه اتفاق نظر دارن، گفتن حتی خارج هم بی فایده است!

گفتم: خدا کریم، انشا الله که بیهت سلامتی میده...! با تعجب نگاه کرد و گفت: اگه من بعیرم یعنی خدا کریم نیست؟

فهمیدم آدم فهمیده ایه، نمیشه گل مالید سرش! گفتم: راست میگی، حال سوالات چیه؟

گفت: من از وقتی فهمیدم دارم میمیرم، خیلی ناراحت و افسرده شدم!

از خونه بیرون نسودم، کارم شده بود تو اتفاق موندن و غصه خوردن...

تا اینکه یه روز به خودم گفتمن تا کی منتظر مرگ باشم، خلاصه یه روز

از خونه زدم بیرون، مثل همیشه شروع بسکار کردم! اما با صدم فرق داشتم

چون من قرار بود بیرم و انتگار حال من رو کسی نداشت. خیلی مهربون

شده بودم، دیگه رفتارهای غلط مردم خیلی اذیتم نمی کرد. با خودم

میگفتمن: بدار دلشون خوش باشه، آخه من رفتنی ام و اونها انتگار موندندی!

بین مردم بودم اما بهشون ظلم نمی کردم و دوستشون داشتم.

ماشین عروس که می دیدم از نه دل شاد می شدم و دعا می کردم.

مثیل پیر مردها برای همه مردم آرزوی خوبخیتی می کردم. الفرض اینکه این ماجرا من رو آدم خوبی کرد و مهربون شدم...

حالا سوالم اینه که من بخطاطر تو س از مرگ خوب شدم! آیا خدا این خوب شدن من رو قبول می کنه؟

گفتم: البته، اونجور که میدونم و به نظرم میرسه آدمها تا دم رفتن خوب شدنشون واسه خدا عزیزه!!

ارام از خداحافظی کرد، وقتی داشت میورقت گفت: راستی نکنی چقدر وقت داری؟ گفت: معلوم نیست، بین یک روز تا چند هزار روز!

یه چرکنه انداختم دیدم من هم تقریباً همین قدر وقت دارم. با تعجب گفتم: مگه بیماریست؟ گفت: بیمار نیستم!

گفتم: پس چی؟ گفت: فهمیدم مردی ام، رفتم پیش دکترها برسیدم: ایامی تونید کاری کنید که نمیرم! گفتن که نه!

گفتم: خارج چی؟ باز گفتن که نه! خلاصه حاجی، مارفتنی هستیم. مگه وقتی دیر بازود فرقی هم داره؟

باز خنده دید و دل من رو هم با خودش برد...



کل نقصانات انتقالی انسان‌گذار

## مقاله

## بررسی موانع آموزش به بیمار

جواد جلالی نیا

جواد جلالی نیا " کاردان هوتبیری "

"آموزش" از موضوعاتی است که همیشه مورد توجه بشر بوده است.

انسان در هر شرایط و موقعیتی در صدد است تا با فراگیری دانش و مهارت‌های جدید بتواند در شرایط مختلف نیازهای خود را برآورده سازد، هر موقعیتی که تجربه می‌کند نیازهای جدیدی را در مقابل خود می‌بیند و چه بسا پادگیری مهارت‌های خاص حیات او را تضمین نماید.

از دست دادن سلامتی و احباباً بستری شدن در بیمارستان یکی از موقعیت‌هایی است که نیاز به پادگیری را دو چندان می‌نماید به عبارت دیگر بیماری، فرصتی برای آموزش و پادگیری فراهم می‌نماید و در همین راستا مفهوم آموزش به بیمار در هنگام بیماری و بستری شدن در بیمارستان شکل گرفته است.

آموزش به بیمار یکی از بعد امداد مهم مراقبتهای پرستاری و ارتشهای کلی پرستاران در ارائه خدمات بهداشتی درمانی بشمار می‌رود عوامل متعددی ضرورت آموزش به بیمار را نمایان می‌سازد که یکی از مهمترین آنها اهمیت سلامتی نسبت به درمان در قرن کنونی است، بنابراین افراد نیازمند کسب دانش و تغییر نگرش در زمینه سلامتی هستند.

اقامت گوتاهتر در بیمارستان، خروج روزی از تخت، آمدگی برای گذردن دوره تفاہت در منزل، افزایش بیماری‌های مزمن، افزایش نا توانی و معلولیت‌ها... از عواملی هستند که نقش آموزش را مهم می‌سازند.

با توجه به محدودیت‌های مراکز مراقبت‌های بهداشتی و ضرورت کاهش هزینه‌ها که کوتاه کردن مدت بستری را می‌طلبد و همچنین پیشرفت‌های تکنولوژی پزشکی که سوال‌های زیادی را در مقابل بیماران قرار داده است، نیاز به اطلاع رسانی و افزایش آگاهی بهداشتی مردم از اولویت و اهمیت خاص برخوردار شده است.

انرات ارزنده و مفید آموزش به بیمار بارها در تحقیقات مختلفی تأیید شده است، از انجاتیکه حفظ و ارتقاء سلامتی از اولویت‌های سیستم‌های بهداشتی در جهان محسوب می‌شود، آموزش به بیمار و افزایش توانایی افراد در مراقبت از خود، کلید اصلی رسیدن به این منظور است. آموزش به بیمار باعث افزایش رضایت مددجو، بهبود کیفیت زندگی، اطمینان از تداوم مراقبت‌ها، کاهش اضطراب بیمار، کاهش بروز عوارض بیماری و افزایش شرکت در برنامه‌های مراقبت بهداشتی و افزایش استقلال مددجو در انجام فعالیت‌های روزانه می‌شود.

تحقیقات نشان داده اند که افزایش داشت و مهارت بیمار موجب کاهش ابتسرس و اضطراب شده و کاهش مصرف داروهای مخدر پس از عمل را در آنان به همراه داشته است. همچنین برنامه‌های آموزشی که برای گردھمایی مختلف بیماران انجام شده است، نتایج قابل توجهی را از جهت کاهش هزینه، کاهش پذیرش مجدد بیماران، نشان داده است.

در مطالعه بررسی موانع آموزش به بیمار معلوم گردید که بیشترین علل این امر:

- ۱ - کمبود پرستاران شاغل در بخش
- ۲ - عدم هزینه کافی در زمینه آموزش به بیمار
- ۳ - حجم زیاد وظایف کاری پرستاران
- ۴ - عدم کنترل و نظارت بر روند اجرای آموزش به بیمار
- ۵ - کوتاه بودن طول مدت بستری بیمار در بیمارستان و ... می‌باشد.

البته میتوان برخی از عوامل کم اثر دیگر را نیز به این لیست اضافه نمود که از جمله : عدم اختداد به نفس در آموزش به بیمار - عدم اثکه پیداگزی در بیمار - عدم مهارت کافی و توانایی در برقراری ارتباط مؤثر با بیمار - مناسب نبودن حال عمومی بیمار ( عدم امادگی جسمی و با روحی بیمار جهت فراگیری آموزش ) - کمبود داشت و اطلاعات کافی در ابعاد مختلف بیماری - عدم همکاری بیمار با کادر درمان - عدم وجود انگیزه در کادر درمان جهت آموزش - عدم صرف هزینه کافی در زمینه آموزش به بیمار - عدم توجه و حمایت لازم از سوی مدیران در زمینه رفع نیازهای آموزش به بیمار و ... می باشد.

و اما در رایطه با رفع برخی از این موانع و ایجاد راهکارهای تسهیل کننده آموزش به بیمار بر اساس نظرسنجی و تحقیقات بعمل آمد از کادر درمان اعم از پرشکان و پرستاران و همچنین نظرخواهی از بیماران و همراهان بیمار حائز بالاترین امتیاز گردیده است :

- ۱ - ازانه سمعیارهایی در زمینه راهبردهای آموزش و پیداگزی
- ۲ - نیت روند آموزش به بیمار در پرونده پرسشکنی جهت هماهنگی آموزش دهنده‌گان در شیفت‌های مختلف
- ۳ - اعتقاد و علاقه آموزش دهنده به شناخت نیازهای پادگیری بیمار
- ۴ - در نظر گرفتن زمان خاص برای آموزش جهت جلوگیری از تداخل با اقدامات درمانی
- ۵ - انتخاب و آموزش پرستاران ویژه برای انجام آموزش به بیمار
- ۶ - وجود وسایل کمک آموزشی جهت استفاده در امر آموزش
- ۷ - در نظر گرفتن آزمایش ویژه برای انجام آموزش به بیمار در ارزشیابی سالانه
- ۸ - بازخورد آموزش از سوی آموزش دهنده

#### نتیجه گیری :

با توجه به ضرورت و نیاز آموزش به بیمار در جهت تسهیل و تسریع روند پیش بیماری، آنچه بر اساس بررسی های بعضی عمل آمده در این خصوص یعنوان موضع اصلی این امر مطرح گردید ، همانا کافی نبودن تعداد کارکنان بخش و نیز عدم فرمات کافی بر اثر حجم زیاد وظایف کاری پرسنل درمانی بوده است.

لذا با بررسی یافته های تحقیقاتی موجود مشخص می گردد که مهمترین موضع آموزش به بیمار ، موضع سازمانی بیمارستان ها و اجرای نامناسب برنامه آموزش به بیمار می باشد . که از جمله این موارد سازمانی میتوان به : نداشتن ارزشیابی مشخص برای اجرای آموزش به بیمار - کمبود امکانات اجرائی کافی - عدم توجه متولین به ضرورت برنامه آموزش به بیمار و ... اشاره کرد.

بر این اساس پیشنهاد میگردد جهت ارتقاء و بهبود آموزش به بیمار لازم است موانعی که از فراوانی بیشتری برخوردار هستند به حداقل رسانده شود و این امر محقق نمی گردد مگر اینکه متولین ذیربط اقداماتی جهت تعدیل و توزیع نیروی لسانی مطابق استاندارد ، تخصیص بودجه کافی جهت تأمین نیازهای آموزشی بیمارستان ها ، توجه و حمایت کافی از امر آموزش و آموزش دهنده‌گان بیمار ، ایجاد هماهنگی بین پرسنل درمانی در امر آموزش ، ایجاد شرح وظایف مشخص و مدون در زمینه آموزش به بیمار انجام دهد.

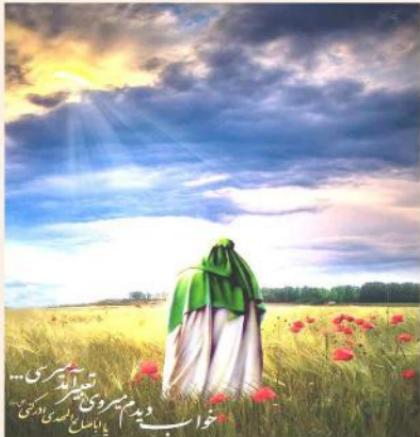
با آرزوی فردایی بهتر و جامعه ای شاداب تر .... به امید انسوز

حضرت امیرالمؤمنین علی علیه السلام

" لا تُقْسِرُوا أَوْلَادَكُمْ عَلَى آدَابِكُمْ فَإِنَّهُمْ مَخْلُوقُونْ لِيَرْمَانَ غَيْرَ زَمَانِكُمْ ... "

فرزندان خود را بر آداب خوبیش مجبور نسازید زیرا آنها برای زمانی غیر از زمان شما آفریده شده‌اند ...

گاهی وقتها میشه  
تبر باشی ،  
اما ...  
تبرتی !!



### بی تو باز هم محروم !!

روزی هزار بار که شکر خدا کنیم  
شاید که حق آمدنیش را ادا کنیم  
شب های ماتم آمده باید که خویشن را  
آمده تا برای دو ماه عزا کنیم  
امسال هم بدون تو سر زد هلال غم  
کی بی رخ تو دیده به این ماه وا کنیم  
ما عهد کرده ایم ، به هر بزم روضه ای  
اول برای روز ظهرورت دعا کنیم  
صاحب عزا بیا که به اذن نگاه تو  
در سینه باز خیمه ماتم بیا کنیم  
دستی بده که سینه زن نوحه ها شود  
انشکی بده که خرجی این دیده ها کنیم  
شاگرد مکتب شهداء و ولایتیم  
هیهات اگر که بیرقتان را رها کنیم  
یک روز میرسد که همه در جوار تو  
عزم زیارت نجف و کربلا کنیم ...

ارسالی از : اقای اسماعیل اکبرپیور - اتاق عمل

### روضه سردار بی سر

این بار بی مقدمه از سر شروع کرد  
این روضه خوان پیر از آخر شروع کرد  
مقتل گشود ، همه دیدند روضه را  
از جای بوسه های پیغمبر شروع کرد  
از تل دوید و خواند روضه قتلگاه را  
از لابلای نیزه و خنجر شروع کرد  
از خط به خط مقتل گودال رد شد  
با گریه از اسپری خواهر شروع کرد  
اینجا چقدر چشم حرامی به خیمه هاست !  
طافت نداشت ، از صفحه دیگر شروع کرد  
بر سر گرفت گوش عبا را و صبحه زد  
از روضه زیون چادر و معجر شروع کرد  
برگشت ! روضه را تمامی به دشت برد  
از تن ازنا ازنا علی اکبر شروع کرد  
لب تشنه بود و به لیوان نگاه کرد  
از تیر چشم و مشک برادر شروع کرد  
هی دست را شبیه گاهواره کرده بود  
از سوز لای لای مادر اصغر شروع کرد  
" تیر از گللوی گودک من در آرید "   
هی با گریه خواند و مکرر شروع کرد  
غش کرد روضه خوان و از حال رفت  
مداح ، ناتهمان از کنار منبر شروع کرد  
" ای اهل حرم میرعلامدار نیامد "   
دم را برای روضه مادر شروع کرد  
یک کوچه باز کنید ، زهرا رسیده است  
مداح بی مقدمه از در شروع کرد  
هیزم میآورند ! حرم را خبر کنید

این بیت را چه مرتبه اور شروع کرد  
این شعر هم که قافیه هایش تمام شد  
شاعر بدون واهمه از سر شروع کرد ...

ارسالی از : آذی و حبیب اکبرپیور - اتاق عمل

## شماره یک

جدول ۰۰۰

الی از ازان پا سازی زبانکار	خانه چرخان پاپلی	استفاده داشت گویند	خون دو زانه	مد او را نیز	جاهه دیاف کن و سله خاص روییں کنیم	دسته های که بروز
نویس ماتن چکار رویز کنی جنکی	کلاه پنهان چشم	دارالعاجین حرف فاصله	توسی کود جریان	واحد ساعت نام	یشم شتر ظرف جوش آوردن آب	شامه نواز شادی
درگاه پاپلی تودید	بول ۱۵ بین کمان	بوی و تقویت رازید درخت پاپل روی	بزند	مرکز بویوی	برگان	کاربر کوه کوه کانه
دست به کاربر زدن دسته	آین قویس آذای	خواران قدیم اسنایر در غیر	گندم سومه آب بند	دختی است شکار	طلایب از شاهان سازانی	منtar کوه کوه کانه
مزده هان جمع کن کوار خوف	هدادن خیل	ساز شاکن قفار	پاک	مکنن لبه	آبندی روحی موهادی مقطی	شیر عرب
فقه کار میر کنی فرماندهی	بیش افتادن آسید بتریک	بیهوده	به بزید بیماری ظفون	خاک سرع خانه ایان	من و شما	من و شما
پس ۵۰۰ کندان در قدیم	دشام از ماهی قمری	مایع حیات ملع	درجه	چکان	جدول سود و کو۱ اعداد ۱۱ را در هر سطر و ستون و مرتبه های کوچک ۳۰۲۳ طوری، قرار دهید. که هر عدد فقط یکبار در جدول	جدول سود و کو۱
نقد و درزش	بلدای آینک شرکت کار لیکس	کسر اوسا	از چونه ایان گوشش آکری	۷	۹ ۳ ۸ ۱ ۲ ۹ ۳ ۴ ۵ ۲ ۶ ۷ ۲ ۴ ۳ ۶ ۸ ۶ ۹ ۳ ۸ ۷ ۱ ۳ ۸ ۹ ۳ ۷ ۳	

- مهلت ارسال پاسخ صحیح جداول نا پایان آذر ماه سالجاري می باشد .

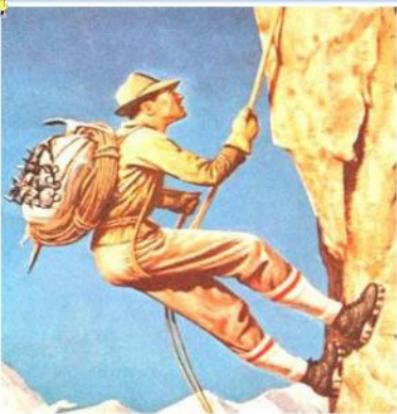
- یمنظور حفظ و سلامت مجله ! فقط به کمی جداول حل شده ترتیب اثر داده خواهد شد .

- از میان پاسخ های صحیح ارسال شده به دفتر مجله، سه نفر به قيد قرعه عنوان برندۀ انتخاب گردیده و اسامی آنان

همراه با پاسخ صحیح جداول در شماره آینده مجله اعلام خواهد شد ...

## داستان کوتاه

### ایمان به خدا



The story tells about a mountain climber , who wanted to climb the highest mountain . He began his adventure after many years of preparation , but since he wanted the glory just for himself , he decided to climb the mountains alone .

The night fell heavily in the heights of the mountain , and the man could not see anything . All was black . Zero visibility , and the moon and the stars were covered by the clouds .

As he was climbing ... only a few feet away from the top of the mountain , he slipped and fell into the air . falling at a great speed the climber could only see black spots as he went down , and the terrible sensation of being sucked by gravity .

He kept falling ... and in those moments of great fear , it came to his mind all the good and bad episodes of his life .

He was thinking now about how close death was getting , when all of a sudden he felt the rope tied to his waist and pulled him very hard . His body was hanging in the air ... only the rope was holding him . And in that moment of stillness he had no other choice but to scream : " Help me God . "

All of a sudden , a deep voice coming from the sky answered want do you want me to do ?

" Save me God ... ! "  
" Do you really think I can save you ? "  
" Of course I believe you can "  
" Then cut the rope tied to your waist . "

There was a moment of silence ... and the man decided , to hold on the rope with all his strength .

The rescue team tells that the next day a climber was , found dead and frozen . His body was hanging from a rope , his hands holding tight to it , only three feet away from the ground !!!

داستان درباره یک کوهنورد است که می خواست کوه بلندی بپرسد . وی پس از سالها آمادگی ، هاجرایوسی خود را آغاز کرد ولی از اینجا که افتخار کار را فقط برای خود می خواست تصمیم گرفت به تنهایی از کوه بپلار .

تب ، بلندی های کوه را در سرگرفت و مرد هیچ چیز را نمی دید . همه جا تاریک بود و اصلاً دید نداشت . این روی ماه و ستاره ها را پیو شاند بیو .

همانطور که از کوه بپلا می بینست . جند قدم مانده به قله کوه ! پایش لیز خورد و در حالیکه سرعت سقوط میکرد از کوه برتاب شد . هنگام سقوط فقط لکه های سیاهی را در مقابل چشمانتش می دید ، و احساس وحشتناک مکیده شدن با قوه حذایه او را در خود میگرفت . همچنان سقوط میکرد و در آن لحظات ترس عظیم . همه رویدادهای خوب و بد زندگی به یادش آمد .

اگرچون فکر میکرد مرگ چقدر به او نزدیک است . ناگهان احساس کرد که طلبی به دور کمرش مکنم شد . پینش میان اسماں و زمین معلق بود و فقط طناب او را نگه داشته بود . در این لحظه خاموش برایش چاره ای نماند جز آنکه غیرداد بکشد . " خسدا یا کمکم کنن ! "

ناگهان صدای پر طبیعتی که از آسمان شنیده می شد ، جواب داد : - از من چه می خواهی ؟  
- ای خدا ... نجات بده  
- واقعاً باور داری که من می توانم تو را نجات بدهم ؟  
\* البته که باور دارم \*

- اگر باور داری ، طلبای که به دور کمرت بسته شده را بیاره کنن !!  
پک لحظه سکوت ... مرد تصمیم گرفت با تمام تبرو به طناب بچسبد .  
گروه نجات روز بعد یک کوهنورد بیخ زده را مرده پیدا کردند !  
بدنش از یک طناب اورزان بود و با دستاش محکم طناب را گرفته بود  
در حالی که او فقط یک مترا از سطح زمین فاصله داشت !!!

## دل نوشه ها

### حوض احساس

هادی رضویان

دلش از زور "دست به سرشنده" به تنگ امده بود. "دردش" را که می گفت هوای چشم ها که به دیدن "لوکن" ها عادت کرده بودند اتفاقی اتفاقی بود. "دل برای خودش می خواند و می گویند. از اینکه بات هر "هوایی" که می کرد می باشد اول از عقل و ماضین حساب "ok" می گرفت، حسابی کلاهی بود. از این رو "دل" هر روز پر از اشوب بود. "دل اشوبه" را روی پیشخوان صدتارا دارو خانه گذاشت. روی ترازوی صد تا نست خودشناسی نشاند. دست به کار چند کتب خوب هم شد. سراغ بعضی مطب ها هم رفت. جوشانده ها را هم استھان کرد. اما اشگار همه این ها نیر توی تاریکی بود. دل هنوز "به تنگ امده" بود.



شبی توی خیابان بعد از گشت و گذاری طولانی که دور از چشم عقل دوراندیش ترتیبیش را داده بود، پادخانه ایی قدمی افتاد. خانه قدمی طبق معمول باید مال پیدربرزگ و بای مادربرزگ باشد. اما این یکی نبود. اصلاً معلوم نبود که مال کیست؟ شاید اصلاً مال "هیچکس" بود. قدم هایش بی اختیار به سوی خانه تند شدند. نمی دوید اما عرق تند راه رفتنش حساسی درآمده بود. هرجه بخانه نزدیک تر، ضریان قلب تندتر، گلوبنک تر و چشم ها مشتاق تر اعقل دوراندیش چند لایه زنجیر گفت انداخته بود پای مهار در چوبی کهنه. برق زنجیر از دور خودنمایی می کرد. جلوی خانه که رسید تگاهش روی دیوار آرام لغزید. گنجگاهه تمام طول و عرض دیوار را کاوبد. لحظه ای بعد آپریان و دستاویزی بود که از دست عقل دوراندیش جان سالم به در برده بودند. خودش را از سینه دیوار بالا کشید. انقدر که توانست توی حیاط را بیند. دست ها و پایها بودند که به فرمان دل می کشیدند بالا، درینگ کوتاهی روی دیوار کرد و بعد پرید توی حیاط. چشم به آسمان دوخت. ماه بالا آمد و کامل بود. حیاط کوچک بود. خش خش بیرگ ها زیر قدم هایش اهنگ دلنشیست داشت. حوض کوچکی وسط حیاط بود. به "هوای آن خواست کفش هایش را درآورد. اما خیری از کفش ها نبود. نمی دانست کجا آن قدم تند کردن. کفش ها جا منته بودند. دستش را توی آب گذاشت. روی آب پر از بیرگ و خوار و خاشک بود. اما زیرش جس خنکی و تازگی داشت. لب حوض نشست. پاهایش را تاساق توی آب گذاشت. پاهایه کف حوض نرسیده بودند. ماه توی آسمانی در خشید و تصویرش همراه موجی که روی آب افتد بود میرقصید. خودش را بیشتر توی حوض رها کرد. هنوز پاهایا کف حوض را لمس نکرده بودند. حالا فقط انگشت ها حائل لبه حوض بودند. آب تا سینه اش میرسید. چشم از ماه برمنی داشت. حوض اشگار ته نداشت. انگشت ها اخرين تماس با لبه حوض را تحریه می کرددند و چشم ها تا آخرین لحظه ماه را رصد می کرددند ... پایان



هم اکنون که در حال نفس کشیدن هستید،  
شخص دیگری نفس های اخرش را می کشد!

بس بیائید دست از گله و شکایت بردارید  
و با داشته هایتان زندگی کنید ...



معرفی

**بخش‌ها****بیمارستان شهید یحیی نژاد در یک نگاه**

۱۳ - واحد درمانگاه تخصصی (ارتویدی - جراحی عمومی - زنان و زایمان - عفونی - داخلی و قلب - روانیزشکی - طب فیزیکی - بهبودی و ...)

**بخش‌های درمانی :**

- ۱ - بخش اورژانس (۱۵ تخت)
- ۲ - بخش ICU (۴ تخت)
- ۳ - بخش داخلی یک (۲۲ تخت)
- ۴ - بخش داخلی دو (۱۴ تخت)
- ۵ - بخش قلب (۱۳ تخت)
- ۶ - بخش CCU (۸ تخت)
- ۷ - بخش اتاق عمل جراحی
- ۸ - بخش جراحی مردان (۲۰ تخت)
- ۹ - بخش جراحی زنان (۱۶ تخت)
- ۱۰ - بخش اتاق عمل زنان و زایمان
- ۱۱ - بخش زایشگاه (۱۰ تخت)
- ۱۲ - بخش ماماتی (۲۴ تخت)
- ۱۳ - بخش پوست
- ۱۴ - بخش روان‌شناسی
- ۱۵ - بخش اعصاب و روان بزرگسال (۱۶ تخت)
- ۱۶ - بخش اعصاب و روان اطفال (۸ تخت)
- ۱۷ - واحد ECT
- ۱۸ - واحد فیزیوتراپی (۱۰ تخت)
- ۱۹ - واحد پاتولوژی
- ۲۰ - واحد رادیولوژی
- ۲۱ - واحد آزمایشگاه
- ۲۲ - واحد داروخانه
- ۲۳ - واحد درمانگاه تخصصی (ارتویدی - جراحی عمومی - زنان و زایمان - عفونی - داخلی و قلب - روانیزشکی - طب فیزیکی - بهبودی و ...)

**واحدهای پشتیبانی :**

- ۹ - واحد رفاهی
- ۱۰ - واحد آموزش
- ۱۱ - واحد مددکاری
- ۱۲ - واحد بهداشت
- ۱۳ - واحد تقدیمه
- ۱۴ - واحد نقلیه
- ۱۵ - واحد انتیار، نگهداری و ...
- ۱ - واحد ریاست و مدیریت
- ۲ - واحد اداری و مالی
- ۳ - واحد حراست و روابط عمومی
- ۴ - واحد امنی و مدارک پزشکی
- ۵ - واحد خدمات
- ۶ - واحد تدارکات
- ۷ - واحد فنی و تأسیسات
- ۸ - واحد فناوری و اطلاعات

## اسامی و عنایون مسئولین واحدها

ردیف	نام و نام خانوادگی	مدرک تحصیلی	عنوان پست اشغل
۱	محمد سالکی	دکتری تخصصی	ریاست بیمارستان
۲	محمد حسین پور	دکتری	مدیریت بیمارستان
۳	علی پورعلی قس	کار دان	زین امور اداری
۴	محمد حسن راده اخروزی	کارشناس	رئیس حسابداری
۵	ابرج سالاریه	دکتری	رئیس بخش اورژانس
۶	سیده الهام حسینی طبلو	دکتری	منسول فنی داروخانه
۷	عادل عبداله زاده	کارشناس ارشد	منسول فیزیوتراپی
۸	راضی رضسان پور	کارشناس	منسول پاتولوژی
۹	سید مجتبی مهدی پور	کارشناس	منسول آزمایشگاه
۱۰	هزهه صدیق تقی‌زاده	کار دان	منسول رادیولوژی
۱۱	عبدالله گلی روش	کارشناس	منسول حراست خدمات
۱۲	جلالی نبا جهاد	کار دان	منسول روابط عمومی
۱۳	فخری‌پور	کارشناس	منسول آمار و انساد پژوهشکی
۱۴	احمد صالحی گذانی	کارشناس	منسول بهبود کیفیت
۱۵	زهرا ضرابیان	کارشناس	منسول بهداشت
۱۶	سمیه کرمی	کارشناس	منسول تقدیمه
۱۷	ابیبه اقبالی درونکلا	کارشناس	منسول آموزش ضمن خدمت
۱۸	مصطفی سوادکوهی	کار دان	مدیریت بازارگانی
۱۹	حسن کاشی ساسی	کار دان	منسول رفاهی
۲۰	اصغر زاده عباس	کارشناس	منسول تدارکات
۲۱	سید مسعود احسان زاده	دبیلم	منسول فنی و تأسیبات

## اسامی و عنایون مسئولین بخش‌ها

ردیف	نام و نام خانوادگی	مدرک تحصیلی	عنوان پست اشغل
۱	شکراله نیازی	کارشناس	مدیر خدمات پرستاری
۲	عظمت السادات ساداتیان	کارشناس	سوپرایمز آموزشی
۳	مصطفی علی شریاد کمالکار	کارشناس	منسول کنترل غفونت
۴	هدای رضوان	کارشناس	منسول درمانگاه تخصصی
۵	حورا محمودیان	کارشناس	سر پرستار بخش اورژانس
۶	جنت‌الله نژاد	کارشناس	سر پرستار بخش ICU
۷	محسن مطهری	کارشناس	سر پرستار بخش اعصاب و روان بزرگسال
۸	فرشته عربی	کارشناس	سر پرستار بخش اعصاب و روان اطفال
۹	نسرین رسولی	کارشناس	سر پرستار بخش داخلی یک
۱۰	مریم احمدیان	کارشناس	سر پرستار بخش داخلی دو
۱۱	طاهره رضازاده	کارشناس	سر پرستار بخش قلب
۱۲	افروز منادی طبری	کارشناس	سر پرستار بخش CCU
۱۳	یوسف رضا شحریان	کارشناس	سر پرستار اتاق عمل جراحی
۱۴	حسین هیر کاظمی	کارشناس	سر پرستار بخش جراحی مردان
۱۵	رحمه درویشی	کارشناس	سر پرستار بخش جراحی زنان
۱۶	فرشیده السادات ساداتی	کارشناس	سر پرستار اتاق عمل زایشگاه
۱۷	کامیلا قلی پور	کارشناس	سر پرستار بخش رایشگاه
۱۸	لیلا اصغری	کارشناس	سر پرستار بخش مامائی
۱۹	زهرا همایونی	کارشناس	سر پرستار بخش پوست

## (۱) بخش پوست

بخش پوست یکی از معده واحدهای تخصصی این مرکز بوده که بدليل وجود بعضی تجهیزات و ارائه خدمات ویژه در بین سایر مراکز درمانی استان منحصر به فرد می‌باشد.

این بخش در سال ۱۳۸۹ تکمیل و تجهیز شد و در خرداد ماه سال ۱۳۹۰ با حضور ریاست محترم وقت دانشگاه علوم پزشکی و معاونین محترم ایشان رسمی افتتاح و راه اندازی گردید.

برخی از اقدامات درمانی که در این بخش صورت می‌گیرد، بشرح ذیل می‌باشد:

انجام نور درمانی با دستگاه UVB

عمل‌های سریانی شامل: کربابو تراپی، کوتوریزاسیون، اچام بیوسی، اکسیزیون پوستی و ...

\* نور درمانی: این روش درمانی مختص بیماریهای صعب العلاج پوستی نظری: پسودیارس، ویتیگیلو (لک و پیس) اگرمهای شدید و ... می‌باشد. فتو تراپی یا نور درمانی، روش نسبتاً بسیار خطری است که حتی در خانمهای باردار نیز قابل انجام می‌باشد. در این روش لازم است بیمار طی جلسات متعدد تحت درمان انتقام از فلزی که در جدار آن لامپ فلوریست با نور مازوه بنفس قرار داشته که طول موجی برابر ۲۱۱ نانومتر تولید می‌گیرد، قرار پکیده تا پایان بایلی ظاهر شود که معمولاً این جلسات درمانی معمولاً ۲ یا ۳ بار در هفته می‌باشد.

بدليل وجود دستگاه UVB و ویژگی انحصاری آن، بخش پوست این مرکز در استان منحصر به فرد بوده و فریب ۱۰۰ بیمار از سایر شهرهای مختلف مازندران چشم انجام نور درمانی به این مرکز مراجعه می‌نمایند.

\* کربابو تراپی: در روش کربابو با انجام درمانی با استفاده از ازت مایع برای درمان ضایعات پوستی نظری زگل استفاده می‌شود. این روش درمانی نیاز به جلسات متعدد داشته که معمولاً ۲ هفته بکار انجام می‌گردد.

\* کوتوریزاسیون: در این روش بعضی از ضایعات پوستی نظر: زگل، منگوله‌های پوستی (Skintag) و ... با استفاده از دستگاه کوتور سواندنه می‌شود و معمولاً در این موارد از حسی موضعی استفاده می‌گردد.

\* بیوسی: روش بیوسی با نمونه برداری پوستی نوعی روش تشخیصی است که برای تشخیص قطعی ضایعات پوستی انجام می‌گیرد. در این روش که بصورت سریانی صورت می‌گیرد، پس از بی‌حسی موضعی قسمتی از ضایعه پوستی برداشته می‌شود و جهت ارزیابی به بخش پاتولوژی ارسال می‌گردد.

\* اکسیزیون: در روش اکسیزیون با برداشت ضایعات پوستی که نوعی عمل سریانی محسوب می‌شود با استفاده از بی‌حسی موضعی، برداشت کامل ضایعه پوستی نظری: کیست‌ها و تومورهای پوستی انجام می‌گردد.

از نظر فضای فیزیکی، بخش پوست دارای:

اطاق انتظار بیماران، اطاق نور درمانی UVB ،

اطاق کربابو تراپی، اطاق عملیات سریانی و

اطاق پزشک می‌باشد.

در حال حاضر بیشکان متخصص پوست بخش:

۱- سرگار خانم دکتر تیرگر طبری

۲- سرگار خانم دکتر شیرزادیان

۳- سرگار خانم دکتر آریانیان

۴- جناب امدادی دکتر آبادیان

می‌باشند، که در طول ایام هفته صحیح ها

و روزهای زوج هفته عصرها به ارائه خدمت

به بیماران عزیز می‌پردازند ...

« زهرا همایونی سریرستر بخش پوست »



# گزارش

## \* مجمع خیرین سلامت شهرستان بابل:

اقای دکتر "محمد سالکی" ریاست محترم بیمارستان و رئیس این مجمع ، در جلسه خیرین سلامت که در تاریخ ۱۹/۰۸/۹۳ در این مرکز برگزار گردید، اعلام نمودند:

با توجه به مشکلات فضای فیزیکی و کمبود تجهیزاتی بیمارستان مقرر شد ، مجمع خیرین سلامت نسبت به جمع آوری کمکهای مردمی و با همت خیرین نیکوکار جهت انجام ساخت و یا بازسازی بخشهای درمانی و نیز خرید تجهیزات مورد نیاز پذشکی اینمرکز اقدام نمایند.



در پی این اقدام ، یکی از اعضاء محترم هیأت مدیره این مجمع بنام " حاج امیر قلی تبار " با اهداء مبلغ ۸۰۰۰۰۰۰ تومان ، يخشی از هزینه ۲۵۰۰۰۰۰ تومنی انجام تعمیر و بازسازی بخش داخلی یک واحد آندوسکوپی این مرکز را تقبل نمودند که امیدواریم اشاما... به باری سایر عزیزان مابقی هزینه مربوطه نیز تأمین گردد .

## \* فارغ التحصیلان مدرسه دانش بابل:

جمعی از فارغ التحصیلان دهه چهل مدرسه دانش ، در قالب انجمنی خیریه اقدام به انجام برخی امور عام المنفعه و خدا ایسنا نه به اهداف زنده نگاه داشتن یاد و خاطره محصلین و دیسان عزیز این مدرسه نمودند. اقای دکتر تیسف الرضا شهابی " رئیس این انجمن در مصاحبه ای را روابط عمومی این مرکز پیادا و گردیدند که در اولین اقدام خیرخواهانه این انجمن ، با توجه به ضرورت و نیاز تأمین پیداشت و سلامت اهالی شریف منطقه ، درخصوص ساخت بنای درسائی جدیدی جهت ایجاد بخشهای درمانی پوشش دیالیز و ... در فضایی به مجاورت بخش در حال احداث اورژانس روائبشکی ، با مشولین بیمارستان شهید یحیی نژاد را پذیرنی هایی صورت گرفته است که انشاء... بزویدی پس از طرح در جلسه انجمن به مرحله اجراء درخواست آمد.

همچنین درخصوص تهیه و خرید برخی تجهیزات پذشکی مورد نیاز اینمرکز نیز همراهی هایی صورت گرفته است که پس از تیار سنجی اولیه و اولویت بندی اقلام ضروری ، توسط خیرین عزیز و هیأت مدیره انجمن نسبت به انجام خرید این تجهیزات اقدامات عاجل بعمل خواهد آمد.

## \* انتصابات ...

طی حکمی از سوی ریاست محترم بیمارستان ، سرکار خانم دکتر " نازیلا فرنوش " به عنوان رئیس بخش جراحی اینمرکز منصوب گردیدند.

طی حکمی از سوی ریاست محترم بیمارستان ، جناب آقای دکتر " مسعود نعمتی " به عنوان رئیس بخش ارتوبیدی اینمرکز منصوب گردیدند.

طی حکمی از سوی ریاست محترم بیمارستان ، جناب آقای دکتر " شروین شریف پور " به عنوان رئیس بخش ICU اینمرکز منصوب گردیدند.

طی حکمی از سوی ریاست محترم بیمارستان ، جناب آقای " عبداله گلی روشن " به عنوان مستشول امور خدمات اینمرکز منصوب گردیدند.

طی حکمی از سوی ریاست محترم بیمارستان ، جناب آقای " جواد جلالی نیما " به عنوان مستشول روابط عمومی اینمرکز منصوب گردیدند.

پیمانه های خود را در میان این دو کارگاه تضمین می کنند.



بعد از بازسازی

## سالن انتظار اورژانس



قبل از بازسازی



بعد از بازسازی

## راهنرو ورودی اورژانس



قبل از بازسازی

این محرم را زنده نگه دارید، ما هرچه داریم از این محرم است ...

محرم و صفر است که اسلام را زنده نگه داشته است.

(لام خسینی)



فرارسیدن ماه صفر ، ماه اسارت آل ای ... و اربعین سرور و سالار شهیدان  
بر همه عاشقان راستین آن حضرت یسیعیت پاد ...