

باسمه تعالی راهنمای نویسندگان مقالات

هدف از چاپ فصل نامه پرستاری، توسعه و نوآوری در زمینه‌های مختلف علوم پرستاری در بالین، جامعه، مدیریت و آموزش است. مقالات مورد پذیرش شامل مقالات مروری، نکته و گزارش موارد نادر و جالب است.

شرایط پذیرش مقاله

- مقالات ارسالی نباید بطور همزمان برای سایر مجلات ارسال شده باشد و یا در مجله دیگر به چاپ رسیده باشد.
- زبان مقاله فارسی باشد و از آوردن اصطلاحات خارجی که معادل‌های دقیق و رسایی در زبان فارسی دارند، خودداری شود. در مواقع ضروری معادل لاتین در پرانتز جلو لغت نوشته شود.

نحوه تنظیم مقاله

- در صفحه روی جلد مقاله: عنوان مقاله، نام و نام خانوادگی نویسنده(گان)، نشانی و آدرس پست الکترونیکی و شماره تلفن نویسنده اول (با رابط)، محل کار و مرتبه علمی ذکر شود. نویسنده(گان) باید ترتیب درج اسامی خود را مشخص نمایند.
- صفحه اول مقاله شامل خلاصه فارسی با حداکثر ۱۰۰-۲۰۰ کلمه در صفحه جداگانه تایپ شود.
- در متن مقاله به شماره عکس‌ها، جدول‌ها، شکل‌ها و نمودارها اشاره شود و همه صفحه‌ها باید شماره‌گذاری شوند، نمودارها تا حد امکان فارسی باشند.
- جدول‌ها در صفحه‌های جداگانه تهیه و تنظیم شوند. منحنی‌ها، شکل‌ها و نمودارها سیاه و سفید بوده و حداقل دو نمونه از هر کدام ارسال شود. متن جدول‌ها فارسی باشد.
- شماره و جهت عکس‌ها، جدول‌ها، شکل‌ها و نمودارها با مداد نرم در پشت آن‌ها نوشته شود و زیرنویس آن‌ها در صفحه‌ای بطور جداگانه آورده شود.
- تعداد صفحه‌های هر مقاله (بدون احتساب فضای عکس‌ها، نمودارها، جدول‌ها و منابع) از شش صفحه تجاوز نکند.
- برای تایپ مقالات از نرم‌افزار Microsoft Word 2003 با فونت میترا ۱۴ و دو ستونه استفاده شود و از طریق اینترنت به نشانی faslnamehnp@bmsu.ac.ir فرستاده شود.
- مقاله بر روی کاغذ A4 با حاشیه ۲/۵ cm در هر طرف تایپ شده‌باشد.
- منابع به ترتیب استفاده در متن مقاله و در داخل پرانتز شماره‌گذاری شود. منابع در آخر مقاله آورده شود، به ترتیب نگارش آن‌ها در راهنمای منبع‌نویسی اشاره شده‌است.

اصول کلی

- ✓ مقالات رسیده پس از بررسی در کمیسیون اولیه برای داوری ارسال می‌شوند و پس از اخذ نظر داوران برای تأیید نهایی در کمیسیون هیأت تحریریه مطرح می‌شوند.
- ✓ مقالاتی که برای چاپ آماده شده‌اند برای تأیید نهایی به نویسنده ارجاع می‌شود. صحت و سقم و مسئولیت مطالب مقاله به عهده نویسنده(گان) است.
- ✓ فصل نامه پرستاری، حق رد یا قبول و نیز ویراستاری مقالات را برای خود محفوظ می‌دارد. هیأت تحریریه در انجام اصلاحات (با تأیید مولف) آزاد است.

راهنمای منبع‌نویسی

لازم به ذکر است که راهنمای زیر مطابق با معاهده تهران است که در آن الگوی ونکوور استفاده شده‌است.

- فهرست منابع به ترتیب استفاده در متن شماره‌گذاری شود و مشخصات آن‌ها مانند مثال‌های زیر تکمیل شود.
- منابع فارسی و انگلیسی از هم جدا فهرست نشوند بلکه با شماره به ترتیب ورود در متن در فهرست منابع لیست شوند.
- مقاله فارسی: نام خانوادگی و نام نویسنده(گان)، عنوان مقاله، نام مجله، سال انتشار، شماره مجله، شماره صفحه (ها).
مثال: شوقی معصومه، احمدی صدیقه، قربانی فرشته. عادات بازی در کودکان ۱۱ تا ۱۶ ساله، فصل‌نامه پرستاری ایران. ۱۳۸۲، ۱۸(۴۲): ۱۳۸-۱۳۱.
- مقاله انگلیسی: نام خانوادگی و نام نویسنده(گان)، عنوان کامل مقاله، نام کوتاه‌شده مجله، سال انتشار، شماره مجله، شماره صفحه (ها)، (در صورتی که تعداد نویسندگان از ۶ نفر بیشتر باشد، پس از نام نفر ششم از عبارت et al استفاده شود).
Russell FD, Coppel AL, Fauci AS, Braunwald E, Lsselbacher kj, Wilson JD, et al. Davenport AP In vitro enzymatic processing of radiolabelled big ET-1 in human kidney as a food ingredient. Bicochem pharmacol. 1998;55:697-701.
- کتاب: نام خانوادگی و نام نویسنده(گان)، عنوان کتاب، شماره چاپ، شهر محل چاپ، ناشر، سال انتشار، شماره صفحه.
Lodish H, Baltimore D. Molecular Cell Biology. 3rd ed. New York: Scientific American; 1995. P. 100-2.

● فصلی از کتاب: نام خانوادگی و نام نویسنده (گان) فصل، عنوان فصل، نام خانوادگی و نام نویسنده (گان) کتاب، عنوان کتاب، شماره چاپ، شهر محل چاپ، ناشر، سال انتشار، شماره صفحه.

Porter RJ, Meldrum BS. Antiepileptic drugs. In: Katzung BG. Basic and clinical pharmacology. 6th ed. Norwalk, CN: Appleton and Lange; 1995. P. 301-80.

● مقاله ارائه شده در کنفرانس

Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: lun kc, Degoulet P, Piemme TE, Reinhoff O. MEDINFO 92. Proceedings of 7th world congress on medical informatics: 1992 SEP 6-10: Geneva, Switzerland, Amsterdam: North – Holland; 1992. P. 1561-5.

● عنوان مجله

از علائم اختصاری ژورنال‌ها که در Medline آمده‌است، استفاده کنید. فهرست علائم اختصاری را می‌توانید در <http://www.nlm.nih.gov> پیدا کنید.

● نحوه درج مشخصات منابع الکترونیکی

- کتابی که بر روی لوح فشرده (CD) قرار دارد:

Title of book on CD-ROM. Place of production, producer; year. Based on, Author/s or editors of book- title of book. Place of publication, publisher; year. Title of CD-ROM series or database. E.g.: Martindale: The complete drug reference [book on CD-ROM]. Englewood, Co: Micromedex; 1999. Based on, Parfitt K, editor. Martindale: The complete drug reference. London, pharmaceutical press; 1999. International Healthcare Series.

- مجله‌ای که روی لوح فشرده (CD) قرار دارد:

Gershon ES. Antisocial behavior. Arch Gen Psychiatry [Serial on CD-ROM] 1995; 52: 900-901.

- مجله‌ای که در اینترنت قرار دارد:

Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: The ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [Serial on the Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12]; 102(6): [about 3 p.]. Available from: .Accessed December 25, 2002.<http://www.nursingworld.org/AJN/2002/jun/Wawatch.htm>

- تک‌نگاشت که بر روی اینترنت قرار دارد:

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care of cancer [monograph on the Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://nap.edu/books/030974029/html/>. Accessed August 21, 2001.

- صفحات خانگی و یا وبسایت‌ها:

Cancer-Pain. Org [homepage on the Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc; c2000-01 [updated 2002 May 16; cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.cancer-pain.org/>. Accessed Jun 12, 2002.

- بخشی از صفحات خانگی و یا وبسایت‌ها:

American Medical Association [homepage on the Internet]. Chicago: The Association; c1995-2002 updated 2001 Aug 23; cited 2002 Aug 12]. AMA Office of Group Practice Liaison; [about 2 screens]. Available from: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/1736.html>. Accessed Jun 12, 2002.

- بانک اطلاعاتی که در اینترنت قرار دارد (Open database)

Who's Certified [database on the Internet]. Evanston (IL); The American Board of Medical Specialist. C2000- [cited 2001 Mar 8]. Available from: <http://www.abms.org/newsearch.asp>. Accessed October 5, 2001.

- بانک اطلاعاتی که در اینترنت قرار دارد (Closed database)

Jablonski S. Online Multiple Congenital Anomaly/Mental Retardation (MCA/MR) Syndromes [database on the Internet]. Bethesda(MD): National Library of Medicine(US). C1999[updated 2001 Nov 20; citedv2002 Aug 12]. Available from: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/jablonski/syndrome/title.htm>. Accessed April 10, 2002.

- بخشی از بانک اطلاعاتی که در اینترنت وجود دارد:

MeSH Browser [database on the Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine(US); 2002, [cited 2003 Jun 10]. Meta-Analysis; unique ID: DO15201; [about 3 p.] Available from:<http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.htm> files updated weekly. Accessed August 23, 2003.

وسواس، سد راه نیل به حضور قلب در عبادات

حجة الاسلام و المسلمین علی ثمری

مبارک که فلق می فرماید: "قُلْ أَعُوذُ بِرَبِّ الْفَلَقِ، مِنْ شَرِّ مَا خَلَقَ، وَ مِنْ شَرِّ غَاسِقٍ إِذَا وَقَبَ، وَ مِنْ شَرِّ النَّفَّاثَاتِ فِي الْعُقَدِ، وَ مِنْ شَرِّ حَاسِدٍ إِذَا حَسَدَ".

وسوسه و وسواس یکی از صفات زشت و شیطانی است که اگر در وجود کسی ایجاد شد، نفس عمل ضایع می شود و آن را از بین می برد و یکی از کارهایی است که شیطان در آخر استفاده می کند. انسان ممکن است از ریا و عجب و بخل رهایی پیدا کند و خود را نجات بخشد و در مسیر معرفت و سیر و سلوک افتد، اما اگر گرفتار وسوسه شد و وسواس به سراغ او آمد، او دیگر به ریا آلوده نیست، گرفتار سمعه نیست ولی شیطان نفس عمل را ضایع می کند و از بین می برد.

اگر از انسان گرفتار وسواس درخواست کنی که با نیت قرص و دل پاک حرفی بزند، امکان ندارد. نشانه اش هم این است که افراد وسواسی در عباداتی که بوی بندگی خدا در آن به مشام برسد و فقط بین خود او و خدا هست، وسوسه دارد. مثلاً از او بپرسید که آیا در خمس پرداخت شده شک دارد یا خیر؟ اصلاً شکی ندارد و وسوسه هم گرفتارش نیست که مثلاً یک بار دیگر بپردازد که این حاکی از وجود شیطان است.

لذا تعریفی که برای وسواس می شود مبنایش روایتی است که از وجود مبارک امام صادق (ع) در ابتدای بحث ذکر شد، نظر حضرت امام صادق (ع) این بود که اگر از افراد دچار وسواس سؤال شود در کارهایی که می کند از چه کسی دستور می گیرد؟ مثلاً در غسل و وضو و پاک و نجسی و ... آیا از پیامبر (ص)، از امام معصوم؟ آن فرد مطمئن است که از شیطان پیروی می کند.

در احوال امام صادق (ع) آمده که ایشان وقتی قصد دستشویی می کردند، به لباس خود که غالباً روشن بوده است آب می پاشیدند. از حضرت سؤال شد که چرا چنین می کنند؟

در ادامه بحث توضیح چهل حدیث امام (ره) به حدیث 25 و 27 این کتاب شریف می پردازیم. عَنْ عَبْدِ... ابن سنان، قَالَ ذَكَرْتُ لِأَبِي عَبْدِ... (ع)، رَجُلًا مُبْتَلَى بِالْوُضوءِ وَالصَّلَاةِ وَ قُلْتُ: هُوَ رَجُلٌ عَاقِلٌ. فَقَالَ أَبُو عَبْدِ... (ع): وَ أَيْ عَقْلٍ لَهُ وَ هُوَ يُطِيعُ الشَّيْطَانَ؟ فَقُلْتُ لَهُ: وَ كَيْفَ يُطِيعُ الشَّيْطَانَ؟ فَقَالَ: سَلَهُ هَذَا الَّذِي يَأْتِيهِ مِنْ أَيْ شَيْءٍ هُوَ، فَأَيْتَهُ يَقُولُ لَكَ: مِنْ عَمَلِ الشَّيْطَانَ. (اصول کافی ج 1 - ص 12).

عبدال... ابن سنان گوید: برای حضرت صادق (ع) مردی را یاد کردم که به وسوسه در وضو و نماز مبتلا بود و گفتم: او مرد عاقلی است، حضرت صادق (ع) فرمود: (چه) عقلی برای اوست و حال آن که از شیطان پیروی می کند؟ به آن حضرت گفتم: چگونه پیروی شیطان می کند؟ فرمود: از او پرس این که برای او می آید آن چه چیزی است؟ پس همانا می گوید: از عمل شیطان است.

بعد از مباحثی که در راستای حرکت در مسیر حضرت حق مطرح شد، گفته شد که برخی نکات ظریف و ضروری است که حجم و ثقل شان بیشتر از کارهایی است که به چشم می آید و گاهی انسان در صدد اصلاح مفاسد آنها بر نمی آید چون به چشم نیستند. یکی از دامهایی که شیطان به صورت حساب شده در سر راه انسان می گسترده و مانع بر سر راه او ایجاد می کند، تغییر دادن شکل عمل انسان است.

گاهی انسان مشغول به خود می شود و به جای آن که از اولیای خدا و از خود حضرت حق درس بگیرد از شیطان خط می گیرد. در سوره مبارکه ناس و فلق به این معنا اشاره دارد که فرمود: "قُلْ أَعُوذُ بِرَبِّ النَّاسِ، مَلِكِ النَّاسِ، إِلَهِ النَّاسِ، مِنْ شَرِّ الْوَسْوَاسِ الْخَنَّاسِ، الَّذِي يُوَسْوِسُ فِي صُدُورِ النَّاسِ، مِنَ الْجِنَّةِ وَ النَّاسِ" و یا در سوره

دومین گام شیطان جهت ایجاد شک و شبهه در نماز نیت است که انشان را به شک می‌اندازد که آیا قصد قربت کرده‌ام یا خیر و این برای او سخت می‌شود.

سپس برای اقتدا و امام جماعت ایجاد شک و شبهه می‌کند و به کسانی که به حکم نص فتوی محکوم به عدالت هستند اقتدا نمی‌کند. نص حکم و فتوی این است که هر جا وارد شدی و مشاهده کردی تعدادی ظاهرالصلاح به فردی اقتدا کرده بودند و افرادی نیستند که بدون دلیل به کسی اقتدا کنند و امام جماعت هم ظاهرالصلاح است و متظاهر به فسق نمی‌باشد، شما هم می‌توانید به او اقتدا کنید.

حضرت امام (ره) در چهل حدیث آورده اند که: "با این وصف شیطان شخص وسواس را مهار می‌کند و در گوشه مسجد از جماعت مسلمین کناره گرفته و فرادی نماز می‌خواند و معلل می‌کند عمل خود را به اینکه شبهه می‌کنم، به دلم نمی‌چسبد، ولی در عین حال از امامت مضایقه ندارد، با آنکه کار امامت سخت تر و جای شبهه در آن بیشتر است ولی چون موافق هوای نفس است، در آن شبهه نمی‌کند. مرتبه چهارم در راه نفوذ شیطان، وسوسه در قرائت است، بواسطه تکرار آن و تغلیظ در ادای حروف، گاهی از قواعد تجوید هم خارج می‌شود. بلکه صورت کلمه به کلی تغییر می‌کند. مثلاً "ضالین" را طوری ادا می‌کند که به قاف شبیه می‌شود و "حاء" "رحمن و رحیم" را به طوری در هم می‌پیچد که تولید صوت عجیبی می‌کند و بین حروف یک کلمه را منفصل می‌نماید به طوری که هیئت و ماده کلمه به هم می‌خورد و از صورت اصلی خود منسلخ می‌شود. بالاخره نمازی که معراج مؤمنین و مقرب متقین و عمود دین است از جمیع شئون معنویه و اسرارالهییه آن غفلت شده و به تجوید کلمات آن پرداخته و در عین حال از تجوید کلمات سر به فساد آن‌ها در آورده بطوری که به حسب ظاهر شرع نیز مجزی نخواهد بود".

فرموده بودند که اگر ترشچی هم ایجاد شد به مشکل برنخورند (برای جلوگیری از شک و شبهه).
نظر حضرت در روایت اول بحث این است که آن شخص عقل ندارد چرا که او مطیع شیطان است.

**افراد وسواسی در عباداتی که بوی بندگی خدا
در آن به مشام برسد و فقط بین خود او و خدا
هست، وسوسه دارد.**

ایجاد حضور قلب در گرو عدم وسواس

در نمازی که وسواس وارد می‌شود و دائماً در فکر مخرج حروف و دلهره از اشتباه و متزلزل، حضور قلب هم حاصل نخواهد شد. این موارد به شکل زنجیره به هم متصل هستند. در نتیجه شکر، تذکر ایجاد می‌شود پس باید مواظبت کرد که شیطان وارد نشود و در آن صورت حضور قلب تحصیل خواهد شد و در چنین حالتی اگر حضور قلب خدشه پیدا کند، مجرای محبت انسان گم می‌شود و در نتیجه ولایت انسان مخدوش می‌شود و انسانی که ولایتش مخدوش شده همه چیز او از بین می‌رود.

گام‌های شیطان در ایجاد وسواس

اولین راههایی که شیطان برای وسوسه وارد می‌شود وضو، غسل، طهارت و نجاست است.
یکی از دوستان، سخت گرفتار وسواس پاک و نجس شده بود، قرار گذاشتیم که پس از نماز به محضر آیه العظمی مرعشی نجفی (ره) رفته و سؤال کنیم و پرسیدیم که سنگ دستسویی از نظر پاک و نجسی چه حکمی دارد؟ ایشان پس از تأملی فرمودند: پاک است. سؤال شد: درون سنگ توالی مدرسه چه؟ ایشان پس از لبخندی گفتند: من داخل سنگ توالی را گفتم.

صَلَّيْتُ مِنْ زِيَادَةٍ أَوْ نَقْصَانٍ فَقَالَ إِذَا دَخَلْتَ فِي صَلَاتِكَ فَاطْعَنَ فُحْذَكَ الْأَيْسَرَ بِأَصْبِعِكَ الْيُمْنَى الْمُسَبِّحَةَ ثُمَّ قُلْ: "بِسْمِ اللَّهِ... وَبِ...، تَوَكَّلْتُ عَلَى اللَّهِ...، أَعُوذُ بِاللَّهِ... السَّمِيعِ الْعَلِيمِ مِنَ الشَّيْطَانِ الرَّجِيمِ" فَإِنَّكَ تَنْحَرُهُ وَتَطْرُدُهُ (فروع کافی - ج 3. ص 358).

حضرت امام صادق (ع) فرمودند: مردی خدمت رسول خدا (ص) آمد و گفت: یا رسول الله... شکایت می‌نمایم به تو از آنچه القا می‌شود به من از وسوسه در نماز، حتی اینکه نمی‌دانم از کمی یا زیادی چقدر نماز بجای آوردم، فرمود: وقتی داخل نماز شدی، انگشت سبابه دست راست خود را به ران پای چپت بزن، پس بگو: "بِسْمِ اللَّهِ... وَبِ...، تَوَكَّلْتُ عَلَى اللَّهِ...، أَعُوذُ بِاللَّهِ... السَّمِيعِ الْعَلِيمِ مِنَ الشَّيْطَانِ الرَّجِيمِ" پس همانا دور کنی و طرد کنی او را."

حضور قلب

اگر انسانی توفیق پیدا کرد و گرفتار وسوسه نشد، حضور قلب برایش حاصل خواهد شد. تمام عوامل و مباحثی که ذکر گردید، همه برای این است که انسان حضور قلب پیدا کند و خود را در محضر خدا ببیند و بحث حضور قلب به همین معنا اشاره می‌کند که حضور قلب عبارت است از توجه داشتن و درک ساحت نورانی حق در فعل و ذکر و ظاهر و باطن.

حضرت امام (ره) در حدیث 27 از کتاب شریف اربعین حدیث آورده‌اند که: عَنْ أَبِي عَبْدِ اللَّهِ... (ع)، قَالَ: فِي التَّوْبَةِ مَكْتُوبٌ يَا بَنَ آدَمَ، تَقَرَّغْ لِعِبَادَتِي أَمْلَأُ قَلْبَكَ غِنًى وَ لَا أَكِلَكَ إِلَى طَلَبِكَ وَ عَلَىَّ أَنْ أَسُدَّ فَاقَتَكَ وَ أَمْلَأُ قَلْبَكَ خَوْفًا مِثْلِي وَ إِنْ لَا تَقَرَّغْ لِعِبَادَتِي أَمْلَأُ قَلْبَكَ شُغْلًا بِالدُّنْيَا ثُمَّ لَا أَسُدُّ فَاقَتَكَ وَ أَكِلَكَ إِلَى طَلَبِكَ (اصول کافی ج 2. ص 83).

حضرت صادق (ع) فرمودند: که در تورات نوشته شده است: "ای پسر آدم؛ از برای عبادت من فارغ شو تا قلب تو را از بی‌نیازی پرکنم و تو را به سوی طلب خویش واگذار نکنم و بر من است که راه فقر تو را ببندم و دل تو را از خوف خویش پرکنم و اگر برای عبادت من فارغ نشوی دل تو را از اشتغال به

حضرت امام (ره) در ادامه آورده اند که: "آیا این‌ها مصیبت نیست که انسان از حضور قلب و معالجه تشویش خاطر عبادت نداند و طریق تحصیل آن را از علمای قلوب یاد نگیرد و آن را عمل نکند و به این اباطیل که به نص کتاب کریم از ضالین لعین و به نص صادقین (ع) از عمل شیطان است و به فتوای فقها عمل به واسطه آن باطل است، بپردازد، سهل است آن‌ها را از شئون قدس و طهارت به شمار آورد؟".

اولین راه‌هایی که شیطان برای وسوسه وارد می‌شود وضو، غسل، طهارت و نجاست است.

درمان وسواس

وسواس مرضی قلبی و روحی است و اولین راه علاج آن فکر کردن است. در نفس عمل که این عمل را من برای چه کسی می‌خواهم به جا آورم و این نماز برای کیست؟ آیا برای این است که خودم راضی شوم یا برای ادای دستور خداست؟ که قطعاً جواب معلوم است. اگر برای اجرای دستور شرع است، آیا آن‌گونه که دستور داده‌اند، به جای آورم یا آن‌گونه که خودم خیالم راحت شود؟

راه دوم برای علاج وسواس بی‌اعتنایی به عمل است چون وقتی به شیطان بی‌محلّی کردی خسته می‌شود و خواهد رفت و باید توجه انسان این باشد که مثلاً اگر قرار است با یک مشت آب وضوی من باطل باشد، حضرت رسول (ص) هم با مشت آب وضو می‌ساختند، اگر وضوی ایشان باطل بوده، وضوی من هم باطل است.

در حدیثی از حضرت امام صادق (ع) از طرف حضرت پیامبر اکرم (ص) نقل شده که: "عَنْ أَبِي عَبْدِ اللَّهِ... (ع): قَالَ: أَتَى رَجُلٌ النَّبِيَّ (ص)، فَقَالَ يَا رَسُولَ اللَّهِ... أَشْكُوا إِلَيْكَ مَا أَلْقَى مِنَ الْوَسْوَسَةِ فِي صَلَاتِي حَتَّى لَا أَدْرِي مَا

و آثار تربیتی. کتاب اسرارالصلوة حضرت امام (ره) در این زمینه بسیار مفید است. تمام عباداتی که به ما دستور انجام آن را داده‌اند، اثرات تربیتی خاصی بر آن مترتب است. هیچ عبادت و هیچ فرعی از فروع دین نیست مگر اینکه اثر تربیتی در کنار آن است.

انسان باید گوش و چشم خود را باز کند، آنچه از طریق وحی و رسالت در کیفیت عبادات و عبودیت از ناحیه حضرت حق رسیده است را اخذ کند و خودش هیچ دخل و تصرفی در آن نداشته باشد. برخی از اهل معرفت به ایجاد تغییر در برخی عبادات و دعاها شبهه می‌کنند. مثلاً در هنگام خواندن زیارت عاشورا "یا ابا عبدا..." را نباید بیش از یکبار (که وارد شده) قرائت کرد چون ایجاد تصرف در آن است. معصوم (ع) فرموده که یکبار بگویند و یا اگر فرموده‌اند که ذکر را هفت بار یا چهل بار تکرار کنید هرگز نباید بیش تر یا کمتر گفت چون آن نتیجه مورد نظر حاصل نخواهد شد.

برای حضور قلب می‌فرمایند: حضور قلب در معبود داریم که انسان خود را در محضر خدا ببیند.

یک وقت انسان نماز می‌خواند و خودش را در پیشگاه خدا می‌بیند و یک وقت انسان در عالم هستی است در محضر خداست و محضر خدا را باید درک کند.

حضور قلب در معبود دارای مراتبی است که عمده آن سه مرتبه است: 1- حضور قلب در تجلیات افعالی که لا مُؤَثِّرَ فِی الْوُجُودِ اِلَّا ا... 2- تجلیات اسمایی و صفاتی به همه صفات و اسماء متعلق به خداست. 3- حضور قلب در تجلیات ذاتی که هر کدام از این تجلیات چهار مرتبه دارند: مرتبه علمی، ایمانی، شهودی و فناء. که فناء مختص انبیا می‌باشد. اقل حضور قلب همان مرتبه علمی است که ما باید کوشش کنیم که به آن برسیم.

والسلام علیکم و رحمة الله و برکاته

دنیا پرکنم پس از آن فقر تو را نبندم و تو را به سوی طلبت واگذارم".

انسان در صحنه‌های مختلف زندگی باید خودش را در محضر خدا احساس کند. ما در عباداتمان برای خدا به اندازه یک انسان معمولی جهت خدا حساب باز کنیم. وقتی با هم صحبت می‌کنیم فرمان در جای دیگر نیست و متوجه هم هستیم. منتها این مقدار را هم برای خدا در نماز فراغت حاصل نمی‌کنیم.

راه تحصیل حضور قلب

اول فراغت وقت و قلب، که این یک راه عملی دارد که انسان یک وقت خاص را برای مناجات با خدا در نظر بگیرد. مثلاً اول وقت پس از اذان را با خود عهد کنیم که بجز نماز در پی هیچ کار دیگری نباشیم و این پس از مدتی برای انسان عادت خواهد شد. یا بطور مثال قرائت قرآن، روزه، بیداری سحرگاه، که این می‌شود فراغت وقت.

سپس نوبت به فراغت قلب می‌رسد. وقتی فراغت وقت را در نظر گرفتیم خود بخود فراغت قلب حاصل می‌شود. بعنوان مثال هنگام ظهر که می‌شود بجز نماز دلش در هیچ جای دیگر نیست و در نماز به جاهای دیگر فکر نمی‌کند.

دوم: فهماندن اهمیت عبادات به قلب، که این اجمال و تفصیلی دارد. اجمالی این است که وقتی انسانی فراغتی حاصل کرد، توجه به نماز داشته باشد که در محضر خداست و می‌خواهد با او حرف بزند. نماز را به جماعت بجای آورد، اول وقت باشد، حمد و سوره و قرائت صحیح باشد، در مسجد باشد.

در بحث تفصیلی اول توجه به معانی الفاظ است، این باعث می‌شود که انسان با حضور قلب باشد. تصور کنید انسانی که وسواس داشته باشد چگونه می‌تواند این حضور قلب را برای خود حاصل نماید، چون گرفتار الفاظ است.

نکته دیگر در فهماندن به قلب و حضور قلب تفصیلی، رسیدن و فهمیدن اسرار عبادت است. هر عبادتی سری دارد

استئوپروز: بیماری خاموش

زهرا حاجی امینی¹

سمیه کلانتری*

چکیده

استئوپروز شایع‌ترین بیماری متابولیک استخوان است که همراه با تغییر و تخریب ساختار اسکلتی مشخص می‌شود و موجب افزایش قابل ملاحظه‌ای در شکستگی‌ها خواهد شد و عامل بیشتر مرگ و میرها ناتوانی در افراد مسن و صرف هزینه‌های اقتصادی برای سیستم بهداشتی-اجتماعی قلمداد می‌شود. هم اکنون حدود 200 میلیون زن در جهان از این بیماری رنج برده و بیش از 75 میلیون نفر در اروپا، ژاپن و آمریکا به این بیماری مبتلا هستند و در اروپا و آمریکا بیش از 2/3 میلیون شکستگی در سال ایجاد کرده و علاوه بر آن 70 درصد زنان و 50 درصد مردان بالای 50 سال در ایران به پوکی استخوان مبتلا هستند و از آنجایی که همیشه پیشگیری بر درمان مقدم است و لزوم پیشگیری از پوکی استخوان بر کسی پوشیده نیست بنابراین طرح‌ریزی برنامه‌های پیشگیری از وقوع پوکی استخوان باید جزو اولویت‌های بهداشتی کشورمان قرار گیرد.

مقدمه

استئوپروز یا پوکی استخوان اپیدمی پنهان دنیای امروز است و شایع‌ترین بیماری متابولیک استخوان است که با

کاهش توده استخوانی و ضعیف شدن ساختمان میکروسکوپی استخوان، ریسک شکستگی را افزایش می‌دهد (1,2,3,4). پوکی استخوان با کاهش تراکم استخوان و از دست رفتن کیفیت ریز ساختمان استخوان شناخته می‌شود در واقع این بیماری بدون علامت است تا این که کاهش تراکم استخوان منجر به بروز شکستگی شود و سازمان جهانی بهداشت، پوکی استخوان را به صورت کاهش تراکم استخوان به میزان 2/5 انحراف معیار کمتر از متوسط حداکثر تراکم استخوانی در افراد جوان جامعه تعریف کرده است. یعنی فردی با $T\text{-Score} < 2/5$ استئوپروتیک محسوب می‌شود و استئوپنی نیز بصورت کاهش تراکم استخوان بین 1-2/5 انحراف معیار کمتر از متوسط حداکثر تراکم استخوانی ($-1 < T\text{ Score} < -2/5$) در افراد جوان جامعه تعریف می‌شود. آنچه مسلم است استئوپنی پیش مقدمه‌ای برای بروز استئوپروز خواهد بود از نظر اپیدمیولوژی استئوپروز یک معضل بهداشت عمومی شناخته شده است که با بالا رفتن سن متوسط جامعه اهمیت آن روز به روز بیشتر می‌شود، بطوری که سازمان جهانی بهداشت، استئوپروز را همراه با سرطان، سکتته مغزی و سکتته قلبی به عنوان چهار دشمن اصلی بشر اعلام نموده و طبق آمار، مرگ و میر سالیانه ناشی از آن بیشتر از سرطان‌ها است (5,6,7,8,9).

کاهش تراکم استخوان در افراد در حدود 45-35 سالگی در هر دو جنس آغاز می‌شود اما در زنان بعد از یائسگی تشدید می‌یابد و زنان در طی 5-7 سال بعد از یائسگی 5 تا 7 درصد از استحکام استخوانی خود را از دست می‌دهند و بیش از 50 درصد از زنان بالای 50 سال را درگیر می‌کند

¹. کارشناس ارشد مامایی، عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... (عج)

* دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری

یائسگی زودرس، بیماری آرتریت روماتوئید، سوء تغذیه، بعنوان عوامل خطر اصلی و تا حدودی غیر قابل اصلاح مطرح هستند ولی عواملی چون رژیم غذایی نامناسب، عدم فعالیت بدنی کافی، مصرف الکل و قهوه بیش از حد، سیگار کشیدن، وزن کمتر از حد نرمال و یا کاهش وزن بیش از ده درصد نسبت به سن 25 سالگی از مواردی هستند که بعنوان خطر فرعی گنجانده می‌شوند و از مواردی هستند که می‌توان با درصد بالایی بعنوان عوامل قابل اصلاح مطرح نمود (12،15،16،17،18).

علائم و عوارض و پیامدها

استئوپروز بیماری خاموش است و تا زمان شکستگی علائم خاصی ندارد، تنها در نوع شدید پوکی استخوان در ناحیه ستون فقرات فرد مبتلا به تدریج دچار کوتاهی قد می‌شود و در شکستگی در ناحیه مهره‌ها کمردرد ایجاد شده و فرد مبتلا وارد فاز علامت‌دار شدن بیماری می‌شود. استئوپروز منجر به ناتوانی و بدشکلی استخوان‌ها می‌شود و به صورت‌های مختلف بر زندگی شخصی افراد تأثیر می‌گذارد از جمله: درد‌های مزمن، کاهش فعالیت فیزیکی، کاهش فعالیت اجتماعی و کاهش اعتماد به نفس و افسردگی و کاهش کیفیت زندگی را ایجاد می‌کند (11،19).

اوزلم (2007) به نقل از رنجیستر نشان داد که افسردگی یک بعد مهم سایکولوژیکی همراه با استئوپروز است که در بیماران مبتلا به کاهش تراکم استخوان باید مورد بررسی و مدیریت قرار گیرد. شکستگی‌های ناشی از استئوپروز خطر مرگ را در افراد مبتلا نسبت به جمعیت عمومی افزایش می‌دهد. که از این میان شکستگی به دلیل استئوپروز لگن به علت موربیدیتی و مورتالیتی متعاقب آن از اهمیت بالایی برخوردار است همچنین به دنبال

هم اکنون حدود 200 میلیون زن در جهان از این بیماری رنج برده و بیش از 75 میلیون نفر در اروپا، ژاپن و آمریکا به این بیماری مبتلا هستند و در اروپا و آمریکا بیش از 2/3 میلیون شکستگی در سال ایجاد کرده و علاوه بر آن 70 درصد زنان و 50 درصد مردان بالای 50 سال در ایران به پوکی استخوان مبتلا هستند و با توجه به افزایش امید به زندگی در جمعیت آسیایی بر آورد شده است تا سال 2050 بیش از 50 درصد شکستگی‌های ناشی از استئوپروز در آسیا رخ دهد و این یک مسئله با اهمیت در نظام بهداشتی ایران است که گستردگی ابعاد آن در حال آشکار شدن است (3،10،11،12). طبق گزارش‌های سازمان جهانی بهداشت مجموعه سال‌های از دست رفته ناشی از استئوپروز در ایران 36026 در سال 1380 محاسبه شده است و با توجه به اهمیت موضوع غربالگری، شناسایی و درمان افراد در معرض خطر در اولویت است (13). بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال 1990 میزان 1/7 میلیون شکستگی هیپ در دنیا رخ داده که با تغییرات دموگرافیک جمعیت این تعداد به 6 میلیون در سال 2050 افزایش خواهد یافت. طبق پیش‌بینی‌های انجام شده در سال 2020 در ایالات متحده آمریکا 50 درصد افزایش در میزان شکستگی‌ها دیده خواهد شد و هر سال 25 بلیون دلار هزینه صرف خواهد شد (10،11،13،14).

علل و عوامل مؤثر بر استئوپروز

در زمینه علل و عوامل مؤثر بر استئوپروز، دو دسته عوامل اصلی و فرعی بعنوان عوامل خطر ساز بیان شده‌اند که عواملی مثل جنسیت، سن، نژاد سفید، سابقه فامیلی استئوپنی و بیماری‌های مرتبط مثل پرکاری پاراتیروئید اولیه، مصرف کورتیکواستروئیدها، هایپوگوناדיسم و

به‌خصوص در سال اول می‌شود ولی استفاده از داروهای آنابولیک می‌تواند دانسیته استخوانی را تا سی درصد نیز افزایش دهند و از داروهای مورد استفاده می‌توان استروژن، رالوکسیفن، اتیدرونات، الیدرونات، ریسدرونات، کلسیتونین، کلسیم، ویتامین D و هورمون پاراتیروئید را نام برد (27,28,29).

مراقبت و پیشگیری

از آنجایی که همیشه پیشگیری بر درمان مقدم است و لزوم پیشگیری از پوکی استخوان بر کسی پوشیده نیست و بر اساس تحقیقات انجام شده، دست یابی به سطح بالایی از تراکم استخوان و حفظ آن در طول زندگی نقش مهمی در پیشگیری از وقوع پوکی استخوان در کهن‌سالی دارد، بنابراین اصل مهم در پیشگیری از پوکی استخوان تمرکز به تغییر طرز فکر، روش زندگی و عادات روزانه افراد با توجه به فرایند و شیوع پوکی استخوان در زنان است منجمله نداشتن فعالیت بدنی، مصرف الکل، عدم مصرف کلسیم و ویتامین D، فعالیت فیزیکی کم، رژیم غذایی نامناسب، عادات‌های دارویی مصرفی مانند داروها سیگار کشیدن احتمال پیشرفت استئوپروز را افزایش می‌دهد و به عنوان عوامل قابل پیشگیری شناخته شده‌اند. در این میان کارکنان بهداشتی نقش مهمی را در آموزش روش‌های پیشگیری از پوکی استخوان به خصوص رژیم غذایی، ورزش و تحرک و عوامل خطر آن به افراد جامعه به خصوص زنان ایفا می‌کنند، اولین قدم در پیشگیری یا درمان استئوپروز در تمام سنین برقراری تغذیه مناسب و اطمینان از دریافت کافی کلسیم و ویتامین D است. میزان کلسیم مورد نیاز در گروه‌های سنی مختلف متفاوت است و برای زنان به طور کلی توصیه می‌شود که با مصرف متوسط بیش از 1000 میلی‌گرم کلسیم در روز در سنین

شکستگی استخوان ران به‌دلیل استئوپروز یا علل دیگر، خطر مرگ در کوتاه مدت و طولانی مدت افزایش می‌یابد. شکستگی مهره نیز، برخلاف آنچه که انتظار می‌رود باعث افزایش مرگ و میر می‌شود بیشتر شکستگی‌های مهره‌ها بی علامت هستند اما همانند شکستگی‌های هیپ افزایش مرگ و میر به دنبال آن دیده می‌شود به‌طور متوسط میزان مرگ و میر طی یک سال اول بعد از شکستگی هیپ بیست درصد و بالاتر است و از طرفی برای زنان خطر شکستگی هیپ نسبت به خطر ابتلا به سرطان سینه در طول زندگی بیشتر است و در نتیجه میزان مرگ ناشی از آن بالاتر است. تعداد بسیاری از بیماران، به‌دنبال شکستگی، درد، ناراحتی پیشرونده و کاهش کیفیت زندگی را تجربه می‌کنند (20,21,22,23). استئوپروز باعث از کار افتادگی در فرد می‌شود و بار اقتصادی قابل توجهی را به جامعه تحمیل می‌کند. بعد از شکستگی استخوان ران، فرد مدت‌ها در بیمارستان بستری می‌شود و پس از ترخیص نیز تعداد قابل توجهی از افراد نمی‌توانند به زندگی عادی خود باز گردند، بنابراین کیفیت زندگی افراد را کاهش می‌دهد (24,25,26).

استئوپروز بیماری خاموش است و تا زمان شکستگی علائم خاصی ندارد.

کنترل و درمان

تحقیقات نشان داده‌اند که درمان استئوپروز برای هر بیمار با توجه به میزان دانسیته معدنی استخوان، بیماری زمینه‌ای، سن، جنس، وضعیت اقتصادی - اجتماعی بیمار متفاوت است. داروهای مربوطه به دو دسته داروهای ضد جذب و داروهای آنابولیک تقسیم می‌شوند. استفاده از داروهای ضد جذب باعث افزایش 5-10 درصد در

به افراد جامعه به خصوص زنان ایفا نمایند. کشور ما ایران نیز همچون سایر کشورهای در حال توسعه در پنجاه سال آینده دارای جمعیت قابل توجهی از افراد کهنسال خواهد بود و به نظر می‌رسد طرح ریزی برنامه‌های پیشگیری از وقوع پوکی استخوان باید جزو اولویت‌های بهداشتی کشورمان قرار گیرد.

پرسش‌ها

1. استئوپروز چیست؟
2. علل و عوامل مؤثر بر استئوپروز را نام ببرید.
3. عوارض و پیامدهای ناشی از استئوپروز را شرح دهید.
4. سه مرحله پیشگیری در استئوپروز را شرح دهید.
5. درمان استئوپروز را توضیح دهید.

کتابنامه

1. لاریجانی محمد باقر، مهاجر تهرانی محمدرضا، حمیدی زهره، سلطانی اکبر، پژوهی محمد. استئوپروز، تشخیص، پیشگیری و درمان، فصلنامه باروری و ناباروری ویژه نامه استئوپروز. 1383، 1(6): 24-5.

2. Strassberger C, Unger L, Weber A.T, Defer A, Flix A.B. management of osteoporosis related bone fracture an integrated concept of care. Arch Orthop Trauma Surg. 2010; 130:103-109.

3. ذوالفقاری میترا، تقی زاده میترا، ژیلما مقبولی، کشت کارعباس علی، کاظم نژاد انوشیروان، اردشیر لاریجانی محمد باقر. بروز شکستگی استئوپروتیک لگن در پیگیری 3 ساله افراد شرکت کننده در طرح جامع پیشگیری، تشخیص و درمان استئوپروز، فصلنامه باروری ناباروری ویژه نامه استئوپروز. 1383، 1(21): 37-42.

قبل از یائسگی و بیش از 1600 میلی‌گرم کلسیم در روز، بعد از یائسگی (در زنان منوپوزی که استروژن دریافت نمی‌کنند تعادل کلسیم برقرار می‌شود).

اولین قدم در پیشگیری یا درمان استئوپروز در تمام سنین برقراری تغذیه مناسب و اطمینان از دریافت کافی کلسیم و ویتامین D است.

مطالعات اپیدمیولوژیکی بالینی و تجربی در زمینه ورزش و تحرک نشان داده‌اند که انجام فعالیت‌های فیزیکی و ورزش منظم برای حفظ و افزایش توده استخوانی و قدرت بدنی حیاتی بوده و از این رو به افراد در پیشگیری از شکستگی‌های ناشی از پوکی استخوان و زمین خوردگی کمک می‌کند. مزایای انجام فعالیت‌های قدرتی عبارتند از افزایش قدرت عضلات و توده استخوانی، انعطاف پذیری، تعادل پویا، اعتماد به نفس و به‌طور اختصاصی مزایای حاصل از به کارگیری یک برنامه افزایش قدرت عضلانی و تعادل در پیشگیری از بیماری پوکی استخوان و عوارض آن بیش از یک برنامه عمومی فعالیت بدنی است (3، 9، 10، 16، 18، 30).

نتیجه گیری

استئوپروز یا پوکی استخوان اپیدمی پنهان دنیای امروز است در واقع این بیماری بدون علامت است تا این که کاهش تراکم استخوان منجر به بروز شکستگی شود. به طور کلی اصل مهم در پیشگیری از پوکی استخوان تمرکز به تغییر طرز فکر، روش زندگی و عادات روزانه افراد با توجه به فرایند و شیوع پوکی استخوان در زنان است، بنابراین باید کارکنان بهداشتی نقش مهمی را در آموزش روش‌های پیشگیری از پوکی استخوان و عوامل خطر آن

11. Hughes D, Solomon D H, Wong J B, King A, Tosteson A, Bess R B. Incidence and Economic Burden of Osteoporosis-Related Fractures in the United States, 2005-2025. *Journal of Bone and Mineral Research*. 2006; 22(3): 465 – 475.
12. Pongchaiyakul C, Songpattanasilp T, Taechakraichana N. Osteoporosis: Overview in Disease, Epidemiology Treatment and Health Economy *J Med Assoc Thai* 2008; 91 (4): 581-94.
13. Cizza G, Primma S, Csako G. Depression as a risk factor for osteoporosis. *Tren in Endocrinology and metabolism*. 2009; 20(8): 367-373.
14. William J, Koop man L.w. Moreland, arthritis and allied conditions, *A Text book of Rheumatology* .2005; (11A): 2480-2484.
15. Thomas EA, Charles JC, Carpenter CR, Griggs LJ. (2004) *Cecil Essentials of Medicine*, 6th edi, W.B Saunders.
16. Cooper C, Eriksson J.G, Forson T. Maternal height, child hood growth and risk of hip fracture in later life. *Osteoporosis int*. 2001; 12:623-629.
17. Lasaite L, Krasauskiene A. Psychological state, quality of life, and body composition in postmenopausal women with osteoporosis in Lithuania. *Arch Osteoporos* .2009; 4:85–90.
18. Altindag O, Altindag A, Soran N, Demirkol A. Quality of Life and Depression in Postmenopausal Women with Osteoporosis. *Turk J Phys Med Reha.b* .2007; 53:61-4.
4. Holroyd C, Cooper C, Elaine D. Epidemiology of osteoporosis. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2008; 22(5):671-685.
5. سالک زمانی یعقوب، شکوری سید کاظم، بهرامی امیر، مبصری مجید، قاسمی محمد، احدی طناز و همکاران. مقایسه تعادل بدن و تراکم استخوان در خانم های پست منوپوز ورزشکار و غیر ورزشکار، *مجله علوم پزشکی تبریز*. 1387، 30(2):62-59.
6. کریم زاده شیرازی کامبیز، نیک نامی شمس الدین، حیدرنیا علیرضا، والاس لوئیس ام، ترکمان گیتی، فقیه زاده سقراط. تاثیر آموزش فعالیت های جسمانی پیشگیری کننده از پوکی استخوان بر اساس مدل TTM در افزایش قدرت عضلانی و تعادلی زنان 40-65 ساله، *مجله پژوهشی حکیم*. 1386؛ 10(2): 42-34.
7. آقامحمد زاده ناصر، نجفی پور فرزاد، بهرامی امیر، نیافر میترا، بیگلریلیلا. علل کاهش تراکم استخوان بیماران مبتلا به استئوپروز و استئوپنی. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان*. 1388؛ 11(2): 67-61.
8. نظری نسرین، جلالی منش شمس الملوک، مشتاق زهرا، محمودی محمود. بررسی نیازهای آموزشی بیماران مبتلا به استئوپروز مراجعه کننده به مرکز سنجش تراکم استخوان، *مجله علمی دانشگاه همدان*. 1386. 15(2): 38-43.
9. نصرالهی فاطمه، نیکپور صغری، شکرابی شعله، حقانی حمید. عوامل باروری مرتبط با ابتلا به استئوپروز در زنان، *فصلنامه ی پرستاری ایران*. 1385؛ 19(4): 79-88.
10. Dennison E, Mohamed MA, Cooper C. Epidemiology of osteoporosis. *Rheum Dis Clin North Am*. 2006; 32(4):617-29.

26. رجائی علیرضا، استئوپروز، مجله پژوهش در پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، 1386، 1(31):5-1.

27. منصوریان مرتضی، قربانی مصطفی، سلیمانی محمد علی، مسعودی رضا، رحیمی ابراهیم، آسایش حمید، رحیم زاده هادی. سبک زندگی و عوامل موثر بر آن در دانشجویان دانشگاههای شهر گرگان. مجله دانشگاه علوم پزشکی جهرم. 1388: (1)7: 62-71.

28. صمیمی رقیه، مسرور دریا دخت، حسینی فاطمه، تمدن مهر آسا. ارتباط سبک زندگی با سلامت عمومی دانشجویان. نشریه پرستاری ایران. 1385: 19(48): 83-93.

29. McDonald S, Thompson C, Women's health. Australia: Elsevier; 2005:90-121.

30. محامد فریبا، کریم زاده شیرازی کامبیز، پور محمودی عزیز اله، موسوی عبد محمد. تاثیر آموزش بر اساس مدل قصد رفتار بر رفتار پیشگیری کننده از پوکی استخوان در دانشجویان دختر. مجله ارمغان دانش، 1388، 14(2): 117-125.

31. پیامی فیروزه، فروغی سعید، دلفان رینب، سرلک الهام، علم نشان فاطمه، نصیری الهام. بررسی سبک زندگی دانشجویان دانشکده ی پرستاری الیگودرز. فصلنامه دانشکده پرستاری. 1387، 4(4): 1-5.

32. Jeremiah MP, Galazka SS, Sweet M G, Sweet J M. Diagnosis and Treatment of Osteoporosis. Am FAM Physician .2009, 1; 79(3):193-200

19. Altindag O, Altindag A, Soran N, Demirkol A. Quality of Life and Depression in Postmenopausal Women with Osteoporosis. Turk J Phys Med Reha. 2007; 53:61-4.

20. ولی زاده مجید، حمزه لو لیل، ستاره مهران، موسوی نسب نورالدین. میزان بروز شکستگی های لگن ناشی از استئوپروز در شهر زنجان در سالهای 83-1382، مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران. 1386: 9(4): 357-364.

21. ادیب حاج باقری محسن، مسعودی علوی نگین. بررسی وضعیت مبتلابان به شکستگی های گردن ران ناشی از استئوپروز در کاشان، فصلنامه علمی پژوهشی فیض. 1385، 10(4): 52-58.

22. رحیمی کیان فاطمه، مشرفی مهوش، یآوری پروانه، مهران عباس، میرزایی روز بهانی مهناز، ولی زاده مهنوش. تاثیر آموزش همزمان مادران و دختران بر رفتارهای پیشگیری کننده از استئوپروز دختران دبیرستانی. مجله حیات. 1387: 14(2): 15-22.

23. Fatima M, Nawaz H, Kassi M. Determination the risk factors and prevalence of osteoporosis using quantitative ultrasonography in Pakistan adult women. Singapor med.j. 2009. 5(1): 20-28.

24. Paula A, Lirani R, Lazaretti G.M. Physical approach for prevention and treatment of osteoporosis. Journal endocrinol metab. 2010; 54(2): 171-8.

25. Kachaniuk H, Luczyk M, Luczyk R, Sadowska A. Impact of osteoporosis on limitation of physical fitness of the patients. Journal Medical University of Lublin. 2009; 22(1).

سندرم کودک آبی در اثر نیترات

سمانه شصتی¹

یدا... سیاوش وهابی²

چکیده

مسمومیت با نیترات در انسان در اثر تبدیل نیترات به نیتريت در روده‌ها است. نیترات در مجاورت هموگلوبین به مت هموگلوبین (MHb) تبدیل می‌شود، ماده‌ای که برای انتقال اکسیژن به بافت‌های بدن، با آن باند نمی‌شود و به موجب آن آسفیکسی یا کمبود اکسیژن رخ می‌دهد و موجب سیانوز در بافت‌های بدن می‌شود. مت هموگلوبولینیمیا ممکن است به صورت ارثی در اثر فقدان آنزیم مت هموگلوبین ردوکتاز در کودکان، نقص ساختاری در مولکول هموگلوبین و یا حتی تسهیل اکسیژناسیون هموگلوبین ایجاد شود (2،1).

مت هموگلوبولینیمیا

نیترات به خودی خود برای انسان‌ها سمی نیست. نیترات زمانی مشکل ساز می‌شود که در بدن انسان به نیتريت تبدیل شود و ایجاد مت هموگلوبولینیمیا کند. بیشتر نیترات خورده شده بطور معمول پیش از مواجهه با باکتری‌های روده که موجب شکسته شدن آن به نیتريت می‌شود، جذب می‌شوند و بیشتر نیترات خورده شده از طریق ادرار، مدفوع و عرق دفع می‌شود. اگر نیترات مستقیم وارد روده شود توسط باکتری‌های روده به نیتريت تبدیل شده و از طریق عروق دستگاه گوارش وارد سیستم گردش خون می‌شود. نیتريت به‌عنوان فاکتور اکسید کننده به شکل MHb در سلول‌های خونی عمل می‌کند. اگر چه افراد در تمامی سنین از مت هموگلوبینیمیا آسیب می‌بینند،

سندرم کودک آبی یا مت هموگلوبولینیمیا در اثر کاهش توانایی خون جهت حمل اکسیژن ایجاد شده و موجب کمبود اکسیژن در نقاط مختلف بدن می‌شود. در این میان نوزادان و کودکان نسبت به بزرگسالان مستعدتر هستند. بیماری می‌تواند در اثر مصرف آب و سبزیجات آلوده به نیترات بالا، قرار گرفتن در معرض مواد شیمیایی حاوی نیترات و حتی به صورت ارثی ایجاد شود. آب‌های زیرزمینی در اثر نشت نیترات تولید شده توسط کودهای کشاورزی و زباله‌های روستایی و مناطق حاشیه‌ای آلوده به نیترات می‌شوند. جلوگیری از آلودگی آب، خودداری از نوشیدن آب آلوده و کنترل سطح نیترات در آب شرب توسط تصفیه آب از جمله راه‌های مؤثر در جلوگیری از مسمومیت با نیترات است.

مقدمه

آب آشامیدنی استفاده شده حاوی نیترات بالای 45 میلی‌گرم، سبزیجات حاوی نیترات، یا قرار گرفتن در معرض داروها یا مواد شیمیایی ممکن است موجب مت هموگلوبولینیمیا در کودکان یا بزرگسالان شود.

1. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه... (عج)

2. کارشناس ارشد پرستاری، عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه... (عج)

این اختلال به لحاظ بالینی قابل تشخیص است. البته تشخیص قطعی متهموگلوبینمیا با حذف دیگر عوامل سیانوز توسط آنالیز اسپکتروفوتومتریک خون از نظر بررسی مشخصه‌های حداکثر جذب امکان پذیر است. بیماران ممکن است علائم ضعف و بی‌حالی (کاهش قدرت عضلانی)، سرگیجه، سردرد، عدم تعادل، تنگی نفس (کمبود منابع اکسیژن و سختی در تنفس)، درد قفسه سینه، تهوع و اسهال را از خود نشان دهند. دیگر علائم مانند آسیب کلیوی و کبدی و همولیز نیز ممکن است اتفاق بیفتد. در بیشتر موارد خواب آلودگی، گیجی، افزایش تولید بزاق، کاهش هوشیاری و تشنج دیده می‌شود. زمانی که سطح MHB به 40 درصد یا بیشتر به نسبت کل هموگلوبین خون برسد، بیمار دچار کلاپس شده و در کما می‌رود یا می‌میرد (3).

اولین نشانه مسمومیت با نیترات، تیرگی پوست است.

درمان

تمام بیماران با علائم مسمومیت و یا سطح متهموگلوبین بیش از سی درصد باید درمان شوند. موارد خفیف بیماری نیاز به درمان خاصی ندارند و تنها باید از منابع آب آلوده برای شرب دوری کنند و این بیماران بطور معمول در عرض 24 ساعت تا 72 ساعت تا زمانی که سطح هموگلوبین به زیر محدوده خطر برسد، بهبود می‌یابند. بیماران با مسمومیت شدید نیاز به درمان با متیلن بولو به اندازه 1-2 میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن دارند که به صورت محلول یک درصد از طریق ورید به مدت ده دقیقه تزریق می‌شود. این محلول موجب تبدیل MHB به هموگلوبین و بهبود فوری می‌شود. اسید

ولی کودکان بخصوص در شش ماهه اول زندگی بسیار آسیب پذیرتر هستند که این به واسطه سه برابر بودن مایعات بدن آن‌ها نسبت به واحد وزن در آن‌ها است (2,3). نیتريت حاصل از احیای نیترات معدنی و آلی پس از ورود به سیستم گردش خون، آهن هموگلوبین را اکسید نموده و از ظرفیت II به ظرفیت III تبدیل می‌نماید که در نتیجه هموگلوبین به مت هموگلوبین تبدیل می‌شود. متهموگلوبین ظرفیت اکسیژن‌رسانی بسیار کمتری از هموگلوبین دارد و در نتیجه به بافت‌ها اکسیژن کافی نمی‌رسد. بعد از مدتی رنگ پوست کودک (در ناحیه دور چشم و دهان) به تیرگی می‌گراید و از این رو به آن سندرم (Blue baby) می‌گویند. این عارضه اولین نشانه مسمومیت با نیترات است و نوزادان زیر شش ماه، آسیب پذیرترین گروه سنی در این مورد هستند. زیرا نوزادان برخلاف بزرگسالان، علاوه بر PH بالای معده (عدم فعال شدن فعالیت اسید سازی در معده)، زیادی باکتری‌های طبیعی احیا کننده نیترات در دستگاه گوارش، فاقد آنزیم برگشت‌دهنده مت هموگلوبین به هموگلوبین هستند. از دیگر علائم افزایش مت هموگلوبین می‌توان به سردرد، خواب‌آلودگی و اشکال در تنفس اشاره نمود. همچنین نیتريت حاصل از احیای نیترات توسط باکتری‌ها، در دستگاه گوارش با آمین‌های نوع دوم و سوم ترکیب شده و تشکیل نیتروز آمین‌های سرطانزا را می‌دهد (1,4,5).

علائم بالینی

کودکان آلوده شده به نیترات علائم آبی شدن اطراف دهان، دست‌ها و پاها را از خود نشان می‌دهند. به‌طور تقریبی وجود سطح ده درصد MHB موجب تغییر رنگ ظاهری کودک به خاکستری و حالت سیانوز می‌شود، که

برطرف نمی‌شود و در سبزیجات نیز وجود دارد، برای پیشگیری به خصوص در مناطق روستایی و مناطق محروم بسیار حایز اهمیت است. و در مرحله بعد آگاه بودن و شناسایی علایم بیماری و ارجاع سریع به مراکز درمانی، نقش حیاتی ایفا می‌کند. بنابراین نقش آموزشی پرستار در کنار نقش‌های مراقبتی، حفاظتی، حمایتی و مدیریتی در مشکلات بهداشتی جامعه چشمگیرتر است (10، 11).

روش‌های حذف نیترات از آب آشامیدنی

روش‌های متفاوتی برای حذف نیترات از آب آشامیدنی وجود دارد که برخی از آن‌ها در مقیاس بزرگ عملیاتی نیستند. متداول‌ترین روش‌های موجود برای کاهش نیترات در مقیاس بزرگ عبارتند از:

رقیق‌سازی (Dilution)

در این روش آب آلوده به نیترات با آب‌های خالص‌تر مخلوط شده تا از غلظت نیترات کاسته شود و میزان آن به حد نرمال و بی‌خطر برسد.

تبادل یون (Ion Exchange)

تبادل یون یک واکنش برگشت پذیر است که نیاز به احیا دارد.

در این عمل با استفاده از یک محلول که دارای یون‌های ازدست رفته رزین به مقدار کافی است، رزین دوباره به فرم فعال اولیه تبدیل می‌شود اما مقداری از ظرفیت تبادل خود را از دست می‌دهد. به‌طور کلی هرچه ظرفیت یون بیشتر باشد با تمایل بیشتری جذب رزین می‌شود. بنابراین یون سه ظرفیتی و یون دو ظرفیتی بیش از یون یک ظرفیتی توسط رزین جذب می‌شود. حتی برای یون‌های با ظرفیت یکسان نیز ضریب‌گزینش متفاوت است. اغلب هر چقدر وزن مولکولی بیشتر باشد و یا اندازه یون کوچک‌تر شود، تمایل به جذب افزایش می‌یابد. وجود ضریب‌گزینش

اسکوربیت، به صورت خوراکی در دوزهای منقسم 300 تا 500 میلی‌گرم روزانه همچنین موجب کاهش آهسته در MHB می‌شود. همچنین ثابت شده است که مصرف ویتامین C کمک به پایین نگه داشتن سطح MHB، از طریق کاهش تبدیل نیترات به اکسید نیتريت (NO) می‌شود. ویتامین E و برخی اسیدهای غیر اشباع مانند اسید فرولیک، به عنوان پاک کننده نیترات عمل می‌کنند. تعویض خون اورژانسی زمانی به کار می‌رود که سطح MHB به 70-60 درصد برسد و یا هنگامی که همولیز گسترده اتفاق بیفتد. در موارد شدید تجویز اکسیژن 100 درصد انجام می‌شود، که این کار موجب اشباع هموگلوبین‌های باقیمانده نرمال و افزایش اکسیژن غیر محلول می‌شود (3، 6).

مراقبت‌های پرستاری

مهم‌ترین نقش پرستاری در مواجهه با این مشکل بهداشتی جامعه، نقش آموزشی پرستار است که در خلال فاز مداخله فرایند پرستاری و نیز تمام جنبه‌های مراقبت به‌ویژه پیشگیری، ارتقای سلامتی و بازتوانی بسیار مهم است (7). همانطور که گفته شد بیشترین گروه در معرض خطر نوزادان و کودکان هستند و مسمومیت با نیترات ممکن است اثرات جبران ناپذیری بر روند رشد و تکامل کودکان بر جای گذارد، به این دلیل آموزش به والدین جهت پیشگیری و حفظ سلامتی نسبت به درمان از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است. توقف کوتاه‌تر در بیمارستان و خروج زودتر از تخت و آمادگی برای گذراندن دوره نقاهت در منزل نیز از عوامل مؤثر بر لزوم آموزش به بیمار است (8، 9). اطلاع رسانی صحیح به افراد از نظر وجود آلودگی آب، استفاده از منابع آب آشامیدنی سالم بخصوص در شیرخواران و اینکه آلودگی با نیترات با جوشاندن آب

دارد، حدود دو تا پانزده درصد آب ورودی صرف شستشوی معکوس و احیای رزین می‌شود، قادر به حذف ذرات، میکروارگانیسم‌ها و سایر آلاینده‌ها نیست و هزینه بهره برداری آن در درازمدت زیاد است.

اسمز معکوس (Reverse Osmosis)

درفرآیند اسمز معکوس آب با فشار زیاد از یک سری غشای نیمه تراوا (Semi-Permeable Membrane) عبور داده می‌شود. این فشار خارجی از فشار اسمزی طبیعی بیشتر است در نتیجه مولکول‌های کوچک‌تر از منافذ غشا عبور می‌کنند، در حالی که مولکول‌های بزرگ‌تر، قادر به عبور از غشا نیستند و در جریانی جانبی از کنار غشا عبور داده شده و دفع می‌شوند. در این فرآیند میکروارگانیسم‌ها نیز از آب حذف می‌شوند. به‌طور کلی این فرآیند برای شیرین کردن آب‌های شور به کار می‌رود ولی در سال‌های اخیر برای حذف آلاینده‌های خاص نظیر نیترات مورد توجه قرار گرفته است. اسمز معکوس یک روش تصفیه فیزیکی و نوعی فیلتراسیون است که نیاز به مواد شیمیایی ندارد. در اغلب منابع از روش اسمز معکوس به‌عنوان روشی موفق و اقتصادی در دراز مدت برای کنترل آلاینده‌های آب از جمله نیترات یاد شده است. در این روش علاوه بر نیترات، کل جامدات محلول (TDS) آب نیز کاهش می‌یابد.

به‌طور کلی فرایندهای فیلتراسیون برای جداسازی آلاینده‌ها، به چهار گروه کلی قابل طبقه‌بندی هستند: میکروفیلتراسیون (MF)، اولترافیلتراسیون (UF)، نانوفیلتراسیون (NF) و اسمز معکوس، که به هایدروفیلتراسیون (HF) شهرت یافته است.

به‌دلیل قابلیت‌های چشمگیر غشاهای RO، امروز در سیستم‌های تصفیه در نقطه مصرف (Point of Use) یا همان دستگاه‌های تصفیه خانگی بسیار متداول شده است. در این موارد نیز عملکرد فیلترهای RO بستگی مستقیم به کیفیت و فشار آب ورودی دارد و به دلیل قرار گرفتن فیلتر کربن فعال در کنار فیلتر RO در این دستگاه‌ها، قابلیت

باعث می‌شود که یون‌ها به‌طور یکسان جذب رزین نشوند. ترتیب گزینش یون‌ها در هنگام استفاده از رزین‌های آنیونی رایج به ترتیب ذیل است:



در نتیجه وقتی که نیترات یون مورد نظر برای حذف باشد، قبل از آن به‌طور اجتناب‌ناپذیر، فسفات و سولفات مبادله شده و زمانی نیترات مبادله می‌شود که دیگر یون‌های مذکور به صورت آزاد وجود نداشته باشند.

پس از کاهش ظرفیت رزین مشکل دیگری به وجود می‌آید، مبادله دوباره یون‌های نیترات جذب شده روی رزین با یون‌های سولفات تازه وارد است که منجر به افزایش نیترات در آب خروجی می‌شود. این پدیده به Dumping Nitrate معروف است. در این زمان مقداری نیترات در آب خام وارد می‌شود.

در سال‌های اخیر رزین‌هایی ساخته شده‌اند که نسبت به رزین‌های متداول قابلیت جذب بیشتری دارند و به آن‌ها رزین‌های انتخابی می‌گویند. برای افزایش ضریب گزینش نیترات در این نوع رزین‌ها، طول زنجیره‌های استری (به دلیل وجود گروه فعال، تری اتیل و تری بوتیل آمین) افزایش یافته تا ظرفیت نیترات برای احیای زنجیره‌ها بیشتر شود. اما با افزایش طول این زنجیره، ظرفیت حجمی رزین کاهش می‌یابد. بنابراین رزین‌های انتخابی در فواصل زمانی کوتاه‌تری نسبت به رزین‌های معمولی نیاز به احیا دارند.

آلودگی با نیترات با جوشاندن آب برطرف نمی‌شود.

مزایای روش تبادل یونی به اختصار شامل بهره‌برداری آسان، عدم نیاز به تخصص بالا و تجهیزات پیچیده، عدم نیاز به فضای زیاد جهت احداث و سرمایه‌گذاری اولیه کمتر نسبت به اسمز معکوس است. معایب آن نیز عبارت از روش تصفیه شیمیایی است و نیاز به مواد شیمیایی برای راهبری دارد، مشکل دفع و یا تصفیه پساب خروجی وجود

Royal Society of Chemistry, Cambridge, 1991, p. 373.

5. Macdorman M F, Kirmeyer Sh. The challenge of fetal mortality , NCHS Data Brief. No. 16; 2009, 1.

6. حاتمی حمید، رضوی سید منصور. کتاب جامع بهداشت عمومی، چاپ اول، تهران، انتشارات ارجمند خرداد، 1383، 339-342.

7. Warner D. Theory of nurse Prescribing . United kingdom 2006 Available from: www.jcn.uk/journal.online. Accessed from January 1998 to the present.

8. Cemek M, Akkaya LO, Birdane Y. Nitrate and nitrite levels in fruity and natural mineral waters marketed in Western Turkey. J. Food Composition and Analysis. 2007 20: 236-240.

9. Sakamoto Y, Kamiya Y, Okuhara T. Selective hydrogenation of nitrate to nitrite in water over Cu-Pd bimetallic clusters supported on active carbon. J. Molecular Catalysis A: Chemical. 2006. 250: 80-86.

10. Hammer MJ. Water and Wastewater Technologies. 5th ed. Pearson Prentice Hall, Singapore, 2005. p 137-146-147.

11. رضائیان علی رضا، جهانفرمانیا زهرا. مضرات نیترات در آب آشامیدنی و حذف آن توسط اسمز معکوس. 1386.

Available from:
http://www.aftab.ir/articles/health_therapy/nutrition_health. Accessed from Aug 21, 2010

کاهش ترکیبات آلی فرار (VOCs) نظیر کلروفرم، ترکیبات نفتی وهمچنین ترکیبات آلی محلول (SOCs) نظیر دی اکسینها و آفت کشها نیز فراهم آمده است.

نتیجه گیری

با توجه به موارد ذکر شده درباره سندرم کودک آبی و عوارض ایجاد شده در اثر آن، توجه به آب آشامیدنی سالم به ویژه در کودکان بسیار حایز اهمیت است. نیترات دارای حلالیت زیاد در آب و بدون بو و مزه است که به سستی از آب قابل حذف است. بنابراین کاهش نیترات اغلب با مشکلات و هزینه زیاد روبرو است.

پرسشها

1. سندرم کودک آبی در اثر چه اختلالی ایجاد می شود؟
2. اقدامات پرستاری در سندرم کودک آبی کدام است؟
3. راههای کاهش نیترات آب کدام است؟

کتاب نامه

1. Majundar D. The Blue Baby Syndrome - Nitrate Poisoning in Humans. Resonance Journal; 2003. 55:703-710.
2. Roger P, Smith P. What makes my baby blue. Dartmother Medicine ; 2000.36:57-68.
3. مرتضوی حامد، طباطبایی چهر محبوبه. درس نامه پرستاری کودکان، چاپ دوم، تهران، نشر سالمی، 1383، 302.
4. Bockman O C, Granli T. Human health aspects of nitrate Intake from food and water in Chemistry. Agriculture and the Environment, ed Richardson M L, The

ضرورت اعتباربخشی برنامه‌های آموزش پرستاری

شهزاد پاشایی پور¹

مهرنوش بازارگادی²

مقدمه

اعتباربخشی (Accreditation)، یکی از مکانیسم‌های طراحی شده ملی در هر کشور است که برای ارزشیابی کیفیت برنامه‌های آموزشی از جمله پرستاری تدوین شده است. هدف اولیه آن، ارزیابی و تشخیص برنامه‌هایی است که در عملکردهای مؤثر آموزشی نقش دارند (1). اعتباربخشی شامل فرایندی است که در آن قابلیت‌های یک برنامه یا مؤسسه از نظر دارا بودن استانداردهای مناسب مورد بررسی قرار می‌گیرد (2). طبق نظر کمیسیون آموزش عالی (Higher Learning Commission) (2003) اعتباربخشی دارای دو هدف عمده ارتقای کیفیت (Quality improvement) برنامه‌ها و مؤسسات و تضمین کیفیت (Quality assurance) آنهاست (3). در واقع اعتباربخشی راهی است که با آن مؤسسات آموزشی به ارتقای کیفیت خود تشویق می‌شوند (4). اعتباربخشی را می‌توان برای کل یک مؤسسه و یا فقط برای یک برنامه یا حرفه خاص انجام داد و در مورد کیفیت آن قضاوت نمود و آن را با استانداردها مقایسه نمود (5). اعتباربخشی حرفه‌ای برنامه‌های پرستاری با معیارها و استانداردها مورد مقایسه قرار گرفته و در مورد کیفیت برنامه‌ها قضاوت می‌شود. بطور کلی می‌توان گفت که معیارها در زمینه مدیریت، منابع مالی و بودجه، دانشجویان، اثربخشی برنامه‌ای، پیامدها، منابع و ... هستند (6)، معیارهای اعتباربخشی نشان دهنده جنبه‌هایی از مدیریت، منابع انسانی، امکانات و تسهیلات، طرح‌های آموزشی، عملکرد حرفه‌ای و گزارشات و

چکیده

امروزه دنیای مراقبت از بیماران بسیار چالش انگیز شده است و تغییرات عمده‌ای در سیستم‌های مراقبت بهداشتی رخ داده است، از طرفی پرستاران با رشد مداوم فناوری و رشد سریع دانش و درمان‌های جدید، بیماری‌های جدید و نوپدید و ... مواجه هستند و از طرف دیگر بر کیفیت مراقبت، کاهش هزینه‌ها و ... تأکید می‌شود. مطالعات اخیر نشان داده است که مراقبت‌های بهداشتی به‌طور چشمگیری پیچیده‌تر شده‌اند، فرصت‌های آموزشی در پی اصلاح و ارتقای عملکردهای شغلی هستند. در حال حاضر نگرانی عمده مدیران پرستاری این است که در مسیر رشد و پیشرفت علم، کیفیت آموزش پرستاری چگونه است و چه تأثیری بر عملکرد پرستاری می‌تواند داشته باشد. با اعتباربخشی برنامه‌های پرستاری می‌توان به جواب این سؤال رسید. اعتباربخشی با هدف ارتقا و تضمین کیفیت در مؤسسات آموزشی از جمله مؤسسات آموزش پرستاری صورت می‌گیرد و در پی ارتقای کیفیت خدمات ارائه شده به جامعه است. بنابراین، پرداختن به موضوع اعتباربخشی در آموزش عالی بویژه آموزش پرستاری از چالش‌های کنونی کشورهای دنیا و ایران است.

¹ دانشجوی دکتری تخصصی آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی،

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

² دکتری پرستاری، دانشیار دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

مراقبت از بیماران بسیار چالش‌انگیز شده‌است و تغییرات عمده‌ای در سیستم‌های مراقبت بهداشتی رخ داده است، از طرفی پرستاران با رشد مداوم فناوری و رشد سریع دانش و درمان‌های جدید، بیماری‌های جدید و نوپدید و ... مواجه هستند و از طرف دیگر بر کیفیت مراقبت و کاهش هزینه‌ها و ... تاکید می‌شود (11). مطالعات اخیر نشان داده است که مراقبت‌های بهداشتی بطور چشمگیری پیچیده‌تر شده‌اند، فرصت‌های آموزشی در پی اصلاح و ارتقای عملکردهای شغلی هستند. پرستاران در محیط‌های کاری خود با چالش‌های متعددی روبرو هستند، گزارش اخیر منابع بهداشتی و خدماتی امریکا در سال 2004 پنج محیط عمده که پرستاران در آن ارایه خدمات می‌نمایند را مشخص کرده است، 56 درصد در بیمارستان‌ها، 6/3 درصد خانه‌های سالمندان و مراکز بهداشتی، 2/6 درصد آموزش پرستاری، 14/9 درصد محیط‌های جامعه و بهداشت جامعه و 1 درصد محیط‌های مراقبتی سرپایی. اما باید اذعان داشت که علاوه بر حضور فعال و تأثیرگذار پرستاران در محیط‌های ذکر شده، پرستاران نیاز به یادگیری مادام‌العمر و به روزرسانی دانش و مهارت‌های خود دارند تا بتوانند در محیط‌های پیچیده و متغیر و رشد روزافزون دانش و فناوری ارایه خدمات نمایند (12). اعتباربخشی در برنامه‌های پرستاری بر انعطاف، خلاقیت و ارتقای مستمر کیفیت تمرکز دارد و بر باز بودن (Openness) برای تنوع برنامه‌ای و ایجاد یک جو آموزشی که یادگیری مادام‌العمر را با دانشجویان، فارغ التحصیلان و اعضای دانشکده حمایت کند، تأکید دارد. در واقع اعتباربخشی مانعی برای خلاقیت و اجرای برنامه‌ها نیست، بلکه به دنبال در نظر گرفتن استانداردهای کیفی برای عملکرد پرستاری است تا ارایه خدمات بتواند

ارزشیابی‌ها است و به دنبال بهترین عملکرد پرستاری هستند (7).

حتی عنوان شده است که برای برنامه‌های پرستاری قابل قبول نیست که از حداقل استانداردهای اعتباربخشی برخوردار باشند. برنامه‌های پرستاری باید در جستجوی روش‌های نو و خلاق نه تنها برای این استانداردها، بلکه رفتن به ورای آن‌ها باشند و این کار با ارزشیابی‌ها و بهبود برنامه‌ای مداوم انجام می‌گیرد (8).

پرداختن به کیفیت را باید یکی از جنبه‌های مهم در آموزش پرستاری دانست.

اهمیت اعتباربخشی

آموزش عالی در دو دهه گذشته بطور چشمگیری رشد یافته و انتظارات از آن دچار تغییرات شگرفی شده است. انتظارات جدید از آموزش عالی آن را با چالش‌هایی مواجه ساخته است، انتظار عمده گروه مخاطبان آموزش عالی، ارتقای کیفیت آن و پاسخگو بودن در قبال جامعه است (3). در حال حاضر، آموزش عالی فقط به ارتقای کیفیت خود در زمینه‌های آموزشی نپرداخته و با نقش‌های متعددی که بر عهده دارد لازم است که علاوه بر آموزش در زمینه‌های پژوهشی، مدیریتی، تولیدی، فناوری، رشد حرفه‌ای و خدماتی نیز کیفیت خود را ارتقا داده و آن را نیز تضمین کند (9). بدیهی است که پرستاری نیز مانند هر رشته دیگری مخاطبانی دارد که انتظار دارند پرستاری از کیفیت لازم و استانداردهای مناسب برخوردار بوده و بتواند پاسخگوی نیازهای متعدد و متنوع جامعه خود باشد (7). بنابراین، پرداختن به کیفیت را باید یکی از جنبه‌های مهم در آموزش پرستاری دانست (10)، چراکه امروزه دنیای

تلاش برای اطمینان از کیفیت برنامه‌ها و ایمنی جامعه استفاده می‌کنند. در سال‌های اخیر دپارتمان آموزش ایالت متحده امریکا، فعالیت بیشتری را برای اعتباربخشی برنامه‌ای و نیاز به ارزشیابی و اندازه‌گیری پیامدها در همه برنامه‌های دانشگاهی کرده‌است. در این میان نیز پرستاران نیز همواره نگران این هستند که آیا برنامه‌های آن‌ها می‌تواند پاسخگوی نیازهای مراقبتی و بهداشتی جامعه باشد یا خیر (15).

اعتباربخشی برنامه‌ای پرستاری دارای پیامدهای بسیاری از جمله شناسایی توسط گروه هم‌تایان، فرصت‌های توسعه حرفه‌ای برای اعضای هیأت علمی دانشکده، محرکی برای خودارزیابی مداوم و ارزشیابی مجدد برنامه، افزایش بالقوه جذب دانشجو، تضمین کیفیت برای کاریبی دانشجویان مستعد، سهولت انتقال اعتبار به مؤسسات آموزشی دیگر است (16).

علاوه بر آن بلک (Bellack) و همکاران (1999) فواید اعتباربخشی برنامه‌های پرستاری را چنین عنوان می‌نمایند: اخذ اعتبار در واقع اخذ نشان اعتبار برای داشتن یک برنامه عالی است و بازاریابی حرفه‌ای و حرکت‌های آموزشی را تسهیل می‌کند، فرصت‌هایی را برای مشارکت برای مطالعه خود به صورت دوره‌ای را فراهم می‌کند که می‌تواند پایه‌ای برای پیشرفت‌های بعدی باشد، هم‌چنین امکان پاسخگویی به جامعه و مشتریان را فراهم می‌کند، مرور هم‌تایان امکان مشاوره با آنان را فراهم کرده و به اصلاح برنامه‌های پرستاری کمک می‌کند (17)، حتی اعتباربخشی می‌تواند در جذب منابع محیطی و مؤسسه‌ای بسیار تأثیرگذار باشد (16) تضمین کیفیت برنامه، اولویت در فرصت‌های استخدامی، پذیرش فارغ التحصیلان آن

جوابگوی نیازهای جامعه به بهترین نحو ممکن باشد (13). در حال حاضر نگرانی عمده مدیران پرستاری این است که در مسیر رشد و پیشرفت علم، کیفیت آموزش پرستاری چگونه است و چه تأثیری بر عملکرد پرستاری می‌تواند داشته باشد. با اعتباربخشی برنامه‌های پرستاری می‌توان به جواب این سؤال رسید (14).

با اعتبار بخشی برنامه‌های پرستاری می‌توان به بررسی کیفیت آموزش پرستاری و چگونگی تأثیر آن بر عملکرد پرستاری پرداخت.

اهداف اعتباربخشی آموزش پرستاری

انجمن دانشکده‌های پرستاری آمریکا 2003، اهداف اعتباربخشی را به شرح زیر ذکر می‌کند:

- پاسخگویی برنامه‌های آموزش پرستاری به جامعه
- ارزشیابی موفقیت برنامه آموزش پرستاری در دستیابی به مأموریت، اهداف و پیامدهای خود
- ارزیابی میزان دستیابی برنامه‌های پرستاری به استانداردهای لازم
- آگاه کردن جامعه از اهداف و ارزش‌های اعتباربخشی و تشخیص برنامه آموزش پرستاری که دارای استانداردهای لازم هستند.
- بهبود مداوم در برنامه‌های آموزش پرستاری و به تبع آن در عملکرد حرفه‌ای پرستاری (13).

پیامدهای اعتباربخشی

پرستاری، تاریخچه‌ای طولانی در اعتباربخشی برنامه‌های خود دارد. بیش از صد سال است که مدیران پرستاری از شاخص‌های کیفیت برای برنامه‌های پرستاری خود برای

- انجمن پزشکی امریکا (American Medical Association) که مسئولیت تدوین قوانین و مقررات در تخصیص اعتبار را بر عهده دارد.

- انجمن اعتباربخشی ایالات متحده در آموزش مداوم پزشکی (American Council for Continuing Medical Education) که مسئولیت اعتباربخشی به سازمان‌های آموزش پزشکی را عهده دار است (18).

در کشورهای مختلف از جمله ایالات متحده برنامه پرستاری به تأیید بوردهای ایالتی و منطقه‌ای پرستاری خواهند رسید (10). علاوه بر اعتباربخشی ایالتی و منطقه‌ای، برنامه‌های پرستاری اغلب به‌طور داوطلبانه در جستجوی اعتباربخشی توسط سازمان‌های حرفه‌ای پرستاری نیز هستند. اعتباربخشی حرفه‌ای به جامعه اطمینان می‌دهد که سطح قابل قبولی از استانداردها بدست آمده‌است و اینکه کیفیت آموزش در آن حرفه خاص در آن برنامه وجود دارد (16). در آموزش پرستاری در ایالات متحده، انجمن دانشکده‌های پرستاری آمریکا سازمانی مستقل است که مسئولیت اعتباربخشی را با هدف ارتقای سلامت جامعه به‌عهده دارد. این شورا به عنوان یک مرکز اعتباربخشی تخصصی - حرفه‌ای، درصدد اطمینان از کیفیت و تمامیت برنامه‌های آموزش پرستاری کارشناسی و بالاتر است. این کمیسیون، خودارزشیابی مداوم برنامه‌های آموزش پرستاری را تأکید و تشویق نموده و رشد و بهبود مداوم دانشکده‌های آموزشی حرفه‌ای را طی یک فرایند داوطلبانه و خودتنظیمی مورد حمایت قرار می‌دهد (1).

متأسفانه وضعیت موجود ارزشیابی و اعتباربخشی آموزش عالی ایران، با وضعیت مطلوب فاصله دارد. اما، باید اظهار داشت که بازارگادی و همکاران (1387) الگویی را برای

مؤسسه، دستیابی به کمک‌های مالی نیز از جمله پیامدهای دیگر اعتباربخشی برنامه‌های پرستاری است (14). ارتقای کیفیت آموزش، فرصتی برای شبکه‌ای شدن با دانشکده‌های دیگر، محرکی برای تغییر، تشخیص برنامه باکیفیت را نیز می‌توان ذکر کرد (15).

اعتباربخشی، علاوه بر ارتقا و تضمین کیفیت برنامه‌های آموزش پرستاری می‌تواند خود عاملی برای شروع تغییر و مشوقی برای شروع دوباره باشد.

وضعیت اعتباربخشی در جهان و ایران

بطور کلی در آموزش عالی، سه نوع الگوی اعتباربخشی در جهان وجود دارد. اولین الگو، الگوی کاملاً متمرکز دیوان‌سالاری است که مبتنی بر حاکمیت بدون قید و شرط دولت در اداره امور دانشگاه‌های دولتی و غیردولتی است و در حال حاضر در بسیاری از کشورهای در حال توسعه حاکم است. دومین الگو، الگوی نیمه متمرکز انگلیسی است که کلیه ضوابط توسط دولت و نمایندگان آن اجرا می‌شود. اما استقلال دانشگاه‌ها برای تدوین استانداردها و شاخص‌های عملکردی حفظ می‌شود و بالاخره آخرین الگو، الگوی غیرمتمرکز آمریکایی است که با رویکردی داوطلبانه، به آزادی مردم توجه شده‌است. این الگو سیستمی قابل انعطاف با تأکید بر حفظ و بهبود استانداردها و همخوانی با ملاک‌های کمیته اعتباربخشی است (9).

در ایالت متحده اعتباربخشی علوم پزشکی توسط انجمن‌های زیر انجام می‌شود:

پرسش‌ها

1. اعتبار بخشی و انواع آن را تعریف کنید.
2. اهمیت اعتبار بخشی در آموزش پرستاری چیست؟
3. الگوهای اعتبار بخشی در جهان و ایران را با هم مقایسه کنید.
4. پیامدهای اعتبار بخشی در آموزش پرستاری چیست؟

کتابنامه

1. Commission on Collegiate Nursing Education. Procedures for accreditation of baccalaureate and graduate nursing education programs. Washington DC. 2009.3-6.
2. Harman G, Meek V L. Repositioning quality assurance and accreditation in Australian higher education. Department of Education, Training and Youth Affairs. Evaluations and Investigations Programme Higher Education Division. 2000. 7. www.dest.gov.au/archive/highered/eippuds.
3. Beard R. Accreditation processes and organization learning capabilities in institution of higher education. Dissertation in Capella University. 2005. 205-210.
4. Zanten M V, Norcini J J, Boulet J R. Overview of accreditation of undergraduate medical education programme worldwide. Medical Education. 2008. 42:930-937.
5. Staab E. Higher education accreditation in the united states. EAIE Conference-Torino Rolf Lofstad. 2004. 3. www.eaie.org/pdf/torino/205.pdf.

اعتبار بخشی دانشکده‌های پرستاری کشور طراحی نمودند که در آن مؤلفه‌ها و شاخص‌های عملکردی دانشکده‌های پرستاری تعیین شده و میزان مطلوبیت علمی و اجرایی الگو نیز توسط صاحب نظران به تأیید رسیده است (19). بنابراین، ما هنوز در مرحله طراحی الگو هستیم. آموزش عالی به ویژه آموزش پرستاری در ایران همانند بسیاری از کشورهای دیگر نیاز به توسعه مداوم حرفه‌ای با هدف ارتقا و تضمین کیفیت دارد تا در پناه آن بتواند به ارائه خدمات مناسب و با کیفیت بپردازد.

اعتبار بخشی راهی است که با آن مؤسسات آموزشی به ارتقای کیفیت خود تشویق می شوند.

نتیجه گیری

برنامه‌های آموزش پرستاری برای اطمینان از کیفیت خود نیاز به اعتبار بخشی دارند. اعتبار بخشی فرایندی است که در آن برنامه یا مؤسسه‌ای از نظر دارا بودن استانداردهای لازم مورد بررسی قرار می‌گیرد و برای آن احراز صلاحیت می‌شود. اعتبار بخشی یکی از جنبه‌های اساسی آموزش پرستاری است که در دنیای پر رقابت و در حال رشد امروزی به آن نیاز مبرم وجود دارد. اعتبار بخشی، علاوه بر ارتقا و تضمین کیفیت برنامه‌های آموزش پرستاری می‌تواند خود عاملی برای شروع تغییر و مشوقی برای شروع دوباره باشد، اما متأسفانه در کشور ایران هنوز به این مسئله بطور جدی پرداخته نشده است و لازم است که اقدامات جدی در این زمینه صورت گیرد.

14. Gropper R G. Specialized accreditation in nursing education. University of Maryland College Park.2000.2
15. Freitas F A .Cost-benefit analysis of professional accreditation: a national study of baccalaureate nursing programs. A dissertation submitted to the Kent State University Graduate School of Education, Health and Human Services in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy.2007. 3-210.
16. Mc Cleish J . Relationship between accreditation affiliation, definitions and tools used to assess critical thinking as a learning outcome in schools of nursing. Iowa State University.2002.14-17.
17. Bellack J P, Gelmon S B. Responses of baccalaureate and graduate programs to the emergence of choice in nursing accreditation. *Journal of Nursing Education*.1999. 38(2): 53-61.
18. Vandendael K, Hemelryck F V . Continuing medical education and its accreditation. *European Journal of Cancer*.2003. 39(17):2430-2438.
19. بازارگادی مهربانوش، زاغری تفرشی مریم. طراحی الگویی برای اعتباربخشی دانشکده های پرستاری کشور. پروژه تحقیقاتی دانشکده پرستاری و مامایی علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی.1387. 3-47
6. Chitty K . Professional Nursing: Concepts and Challenges. Philadelphia: Saunders.2001. 350.
7. Carroll V S, Thomas G, Dewolff D. Academic quality improvement program: using quality improvement as tool for the accreditation of nursing education. *Quality of Manage Health Care*.2006. 15(4): 291-295.
8. Pross E A . Promoting excellence in nursing education (PENE): Pross evaluation model. *Nurse Education Today*. 2010.30(6).557-561.
9. بازارگادی مهربانوش. اعتباربخشی در آموزش عالی. تهران: انتشارات صباح. 16-17.
10. Cherry B, Jacobs S R . Contemporary Nursing Issues, Trends & Management. St Louise: Mosby.2002. 312.
11. Jackie H, Libbie V. Evaluation of critical thinking skills in an associate degree nursing program. *Teaching and Learning in Nursing*. 2007. 2. 109 - 115 .
12. Whitehead T D, Lacey-Haun L . Evolution of accreditation in continuing nursing education in America. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. 2008. 39(11): 493-499.
13. Van Ort S, Townsend J . Community based nursing education and nursing accreditation by the commission on collegiate nursing education. *Journal of Professional Nursing*.2000. 16(6): 330-335.

اختیار و قدرت در پرستاری

پرستاران بوده‌اند. در طول تاریخ، عوامل اجتماعی، فرهنگی و آموزشی منجر به احساس عدم قدرت پرستاران شده است که در بررسی عوامل مؤثر بر این حالت باید به آن‌ها توجه شود.

شناسایی و درک عوامل مرتبط با قدرت (توانمندسازی و هم‌چنین احساس عدم قدرت در پرستاران) می‌تواند به احساس قدرت و کارآمدی پرستاران در انجام نقش حرفه‌ای خود کمک نماید که تأثیر نهایی این امر ارتقای مراقبت از مددجویان خواهد بود.

مقدمه

درک قدرت (Power) در پرستاری و فراگیری چگونگی استفاده از آن توسط پرستاران، برای انجام صحیح فعالیت‌ها و وظایف، با هدف دستیابی به موفقیت، حیاتی است. این که قدرت پرستاری چیست، چگونه مورد دستیابی واقع می‌شود و تظاهر می‌نماید، برای بسیاری از پرستاران حتی برای آنان که دارای قدرت بوده‌اند و از آن استفاده می‌کرده‌اند، کاملاً واضح نیست. قدرت پرستاری یک سازه وسیع است و در سیاست‌های مراقبت بهداشتی، ساختارهای سازمانی، و عملکرد پرستاری نقش دارد. داشتن قدرت به پرستاران اجازه می‌دهد که عملکرد پرستاری را به عنوان افراد حرفه‌ای هدایت نمایند. زمانی که قدرت وجود نداشته باشد یا به کار گرفته نشود، احتمال دارد که دیگران مداخله نمایند و حتی در مورد این که پرستاری چیست و چه کاری انجام می‌دهد، تصمیم‌گیری نمایند (1).

شرایط کنونی قدرت در پرستاری

در بسیاری از کشورها، پرستاران بزرگ‌ترین گروه حرفه‌ای هستند که در زمینه بهداشت مشغول به فعالیت می‌باشند (2). برخی نیز معتقدند پرستاران بزرگ‌ترین بخش از ارایه دهندگان خدمات بهداشتی را تشکیل داده، نقش اساسی در تداوم مراقبت و ارتقا و حفظ سلامت در سطوح مختلف

طاهره اشک تراب¹
شراره خسروی²

چکیده

پرستاران بزرگ‌ترین گروه حرفه‌ای ارایه دهنده مراقبت‌های بهداشتی هستند که برای انجام وظایف خود و دستیابی به موفقیت نیاز به درک قدرت و چگونگی استفاده از آن دارند. تغییرات صورت گرفته در سیاست‌های بهداشتی از یک سو و ایجاد نقش‌های جدید و گوناگون برای پرستاران از سوی دیگر، این ضرورت را ایجاد نموده که پرستاران خود را با این شرایط تطبیق داده و از قدرت خود استفاده نمایند تا بتوانند نقش خود را به عنوان افراد حرفه‌ای ایفا نمایند.

پرستاران در مراقبت از مددجو و بستگان وی از انواع گوناگونی از قدرت مثل قدرت تغییر، قدرت تکمیلی، قدرت وکالت، قدرت التیام، قدرت مشارکت و قدرت حل مشکل استفاده می‌نمایند. از سوی دیگر انواع قدرت پرستاری را به طور کلی می‌توان در سه حیطه؛ کنترل بر محتوای عملکرد پرستاری، کنترل بر زمینه عملکرد پرستاری و کنترل بر کارایی عملکرد پرستاری؛ مورد بحث قرار داد. هم‌چنین منابع قدرت به خصوص از دیدگاه مدیریت پرستاری شامل قدرت پاداش، قدرت تنبیه، قدرت قانونی، قدرت مرجعیت، قدرت تخصصی، و قدرت غیررسمی؛ هستند.

ضرورت کسب قدرت در پرستاری واقعیتی انکارناپذیر است که این امر طی فرآیند توانمندسازی صورت می‌گیرد. برای به مرحله عمل درآوردن این امر، ابعاد گوناگون توانمندسازی را باید مورد توجه قرار داد. کاربرد دانش و مهارت، داشتن اختیار، و خودباوری توسط پرستاران به علاوه حمایت و ساختار سازمان؛ متغیرهای اساسی قدرت

1. استادیار، دکتری پرستاری، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

2. نویسنده مسئول دانشجوی دکتری پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

ندارد و وسعت کار پرستار به خوبی مشخص نشده، پرستاران ممکن است در تطبیق با این شرایط دچار مشکل شوند (5).

دیده نشدن بسیاری از کارهای پرستاری موجب کاهش موقعیت اجتماعی و ارزش درک شده پرستاران می‌شود که منجر به احساس عدم قدرت می‌شود.

در چنین شرایط پیچیده‌ای پرستاران ممکن است عملکرد خود را به میزان زیادی تحت تأثیر شرایط اقتصادی و تغییرات سیاست‌های بهداشتی ببینند. این امر می‌تواند حس عدم قدرت را ایجاد نماید. این حس زمانی بیشتر می‌شود که پرستاران تلاش می‌کنند خدمات خود را با کیفیت بالاتری انجام دهند (مثل صرف زمان بیشتر برای آموزش به بیماران یا اختصاص تعدادی از ساعات کاری به آموزش مسایل جدید علمی برای بهبود ارایه خدمات)، اما ناچار می‌شوند که خود را با نیازهای اورژانس بیماران، برنامه‌های استراتژیک استخدام‌کنندگان، و تلاش در فعال نگاه داشتن سیستم در هر شرایط؛ تطبیق دهند. گاهی نیز خود پرستاران در اثر برخی عملکردهای خاص خود، این دیدگاه را به مجموعه القا می‌کنند که در شرایط با ارزشی قرار ندارند. احساس عدم قدرت یک مشکل بین‌المللی برای پرستاری است (2).

مفهوم و تعاریف قدرت

گفته می‌شود که قدرت مفهومی اساسی در زندگی اجتماعی است. فلاسفه و نظریه پردازان از دیرباز به مسأله قدرت توجه داشته‌اند و در قرون اخیر نیز بررسی‌های جامعه‌شناختی توجه ویژه‌ای به آن نموده‌اند با این حال قدرت هنوز هم به صورت رازی ابهام‌آمیز باقی مانده است (3). تعاریف بسیاری از قدرت مطرح شده است: در تعریفی ساده قدرت توانایی تأثیر بر دیگران توصیف شده است (6).

سیستم ارایه خدمات بهداشتی ایفا نموده، و به لحاظ قانونی مسئول و پاسخ‌گوی خدماتی هستند که ارایه می‌دهند (3).

طی دهه‌های اخیر دنیا شاهد دست‌یابی پرستاران به سطوح بالاتر مدارک تحصیلی و ایجاد راه‌های گوناگون فعالیت پرستاران فوق‌لیسانس و دکتری بوده است. پرستاران حتی به مناصب مدیریتی و نقش‌های سیاسی بیشتری دست یافته‌اند که منجر به تأثیرات سیاسی می‌شود (2). هیوز (Hughes) ضمن تأیید این که پرستاران امروزی از دانش پیشرفته آکادمیک و مهارت‌های وسیع عملی برخوردارند و توانسته‌اند یک بدنه منحصر به فرد دانش را برای حرفه پرستاری توسعه دهند، معتقد است که این پیشرفت‌ها نتوانسته تأثیر عمده‌ای بر قدرت حرفه‌ای پرستاری بگذارد و آن‌ها همچنان از فقدان قدرت و اختیار برای انجام خدمات پرستاری شکایت دارند (4).

از طرف دیگر در برخی جوامع، سیاست بر این قرار گرفته که ارایه خدمات بهداشتی توسط دولت به حداقل برسد. بطور مثال در کانادا، طول مدت اقامت در بیمارستان کاهش یافته است و مراقبت‌کنندگان خانوادگی، فعالیت‌های مراقبت در منزل را که در گذشته توسط متخصصین مراقبت بهداشتی صورت می‌گرفته، انجام می‌دهند. تمرکز منابع در بخش خصوصی نیز موجب تغییر شکل مراقبت‌های بهداشتی شده است. در برخی کشورها خدمات بهداشتی به صورت کالایی درآمدی که باید از طریق بیمه مورد دست‌یابی واقع شود (مثل ایالات متحده) در حالی که در برخی دیگر (مثل استرالیا، کانادا، سوئد) دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی همچنان یکی از حقوق شهروندی محسوب می‌شود (2).

در سایر کشورها (مثل ایرلند) نیز تغییراتی در ارایه خدمات بهداشتی به سمت مراقبت‌های اولیه بهداشتی و خدمات جامعه صورت گرفته است. این امر همراه با افزایش انتظارات بیماران، نقش‌های جدیدی را برای پرستاران ایجاد نموده است که باید خود را با آن تطبیق دهند. با توجه به این که تعریف واحدی از این نقش جدید وجود

کارهای پرستاری موجب کاهش موقعیت اجتماعی و ارزش درک شده پرستاران می‌شود که منجر به احساس عدم قدرت می‌شود (12).

هم‌چنین کمبود قدرت در پرستاران ممکن است به‌طور کلی ریشه در یک مقاومت اجتماعی کلی نسبت به بحث در مورد قدرت داشته‌باشد (11).

عوامل آموزشی نیز با این وضعیت ارتباط دارند و شامل دو مسأله هستند. اول اینکه پرستاری در طول تاریخ در بیمارستان‌ها آموزش داده می‌شده که در نتیجه، آنان را در موقعیت پایین‌تری نسبت به پزشکان و سایر مراقبت-کنندگان بهداشتی قرار می‌داده است. دوم وجود سطوح مختلف ورود به پرستاری است که منجر به پراکندگی بیشتر تأثیر پرستاری در جامعه می‌شود. این دو مسأله ممکن است بر قدرتی که آموزش پرستاری می‌تواند ایجاد کند تأثیری نامطلوب داشته‌باشند (13).

انواع قدرت در پرستاری

انواع مختلف ذکر شده قدرت به اشکال گوناگونی در پرستاری مطرح می‌شوند. به‌عنوان مثال سرپرستاران، سوپروایزرها، مترون‌ها و سایر مدیران پرستاری دارای قدرت سمت (Position power) هستند. پرستاران دارای دانش و مهارت بالا در مراقبت‌های بهداشتی نیز دارای قدرت تخصصی (Expert power) هستند. هم‌چنین قدرت نهفته و قدرت تعداد مصداق بارز پرستاری می‌باشند. هم‌چنین چیتی (Chitty) معتقد است که پرستاران به‌عنوان بزرگ‌ترین گروه مراقبین بهداشتی، دارای قدرت نهفته (Latent power) هستند. بطور مثال در ایالات متحده بیش از 2/7 میلیون پرستار وجود دارند. وی می‌گوید تصور کنید یکپارچه شدن قدرت این گروه چه تأثیراتی را بر جای خواهد گذاشت. پرستاران حتی می‌توانند در تصویب قوانین مربوط به ارتقای رشته خود و هم‌چنین مراقبت‌های بهداشتی نقش بسیار مهمی داشته‌باشند (14). در امر مراقبت از بیمار نیز نقش قدرت پرستاری انکار نشدنی است. این پرستاران هستند که به دلیل حضور مداوم بر بالین مددجو نیاز آنان را می‌شناسند و علاوه بر

برای بنر، قدرت شامل عملکردهای مراقبتی به‌وسیله پرستاران است که برای توانمندی بیماران مورد استفاده قرار می‌گیرد (7).

کینگ می‌گوید قدرت توانایی استفاده از منابع برای دستیابی به اهداف است (8). از سوی دیگر او عنوان می‌کند که قدرت فرآیندی است که از طریق آن فرد یا افراد در شرایطی بر فردی دیگر تأثیر می‌گذارند (9).

فوکالت (Foucault) معتقد است به‌طور سنتی قدرت فقط به‌عنوان یک نیروی منفی و ممانعت‌کننده در نظر گرفته می‌شده است. اما ما باید تلاش کنیم که خود را از این دیدگاه سنتی دور سازیم زیرا که قدرت می‌تواند با استفاده از اشکال گوناگون دانش و فعالیت‌های سازمانی موجب خودسازی شود. وی معتقد است راه‌هایی وجود دارند که قدرت، درگیری و محدودیت کمتری را ایجاد نماید و حتی موجب پیشرفت شود (2).

تاریخچه قدرت در پرستاری

مرور تاریخچه قدرت در پرستاری باید شامل عوامل اجتماعی، فرهنگی، و آموزشی؛ که بر قدرت و عملکرد پرستاری تأثیر می‌گذارند؛ باشد.

عوامل اجتماعی و فرهنگی که بر قدرت پرستاری تأثیر می‌گذارند ریشه در این دیدگاه دارد که پرستاری کاری زنانه است. در ابتدا پرستاری، نقشی خانگی برای زنان بوده که انتظار می‌رفته در خانه انجام دهند (10). مانوژلویچ (Manojlovich) می‌گوید که 95 درصد پرستاران زن هستند و زنان از نظر اجتماعی در طول تاریخ قادر به اعمال قدرت نبوده‌اند. به قدرت همواره به‌عنوان یک مسأله مردانه و در نقطه مقابل مراقبت، که جوهره پرستاری و به‌طور سنتی عملکردی زنانه است، نگریسته شده‌است. حتی بسیاری از پرستاران به قدرت به‌عنوان امری مردانه نگاه می‌کنند که با هویت آنان به‌عنوان زن سازگار نیست. بنابراین دیدگاه مردانه از قدرت می‌تواند منجر به ایجاد حس کمبود قدرت در پرستاری شود (11). به‌علاوه بسیاری از کارهای پرستاری به‌صورت خصوصی و پشت پرده صورت می‌گرفته است، دیده نشدن بسیاری از

*** قدرت مشارکت (Participative power)**

در این شکل قدرت، پرستار می‌تواند از طریق مراقبت از بیمار توانمند شود و در مقابل توانمندی لازم را نیز در بیمار ایجاد نماید.

*** قدرت حل مشکل (Problem solving power)**

پرستاران مراقبت‌کننده و مشارکت‌کننده نسبت به پرستارانی که کمتر درگیر مراقبت هستند، قادر به حل مشکلات در سطح بالاتری هستند. این پرستاران نسبت به اشارات و سرنخ‌ها حساس‌تر بوده و راه‌حل‌های مناسب را برای حل مشکل جستجو می‌کنند (15).

سه حیطه کلی قدرت در پرستاری

در جمع‌بندی کلی از انواع قدرت در پرستاری می‌توان از مانوژلویچ نقل‌قول نمود که می‌گوید، حداقل سه نوع قدرت وجود دارد که پرستاران برای این که بتوانند وظایف خود را انجام دهند، باید داشته باشند و انواع مختلف قدرت همه می‌توانند در این سه حیطه قرار گیرند: کنترل بر محتوای عملکرد پرستاری (Control over the Content of Nursing Practice)، کنترل بر زمینه عملکرد پرستاری (Control over the Context of Nursing Practice)، کنترل بر شایستگی عملکرد (Control over the Competence of Nursing Practice) (11):

* قدرت از طریق کنترل بر محتوای عملکرد پرستاری: قدرت صفتی است که پرستاران باید به منظور عملکرد مستقل ترویج دهند، زیرا از طریق قدرت است که اعضای یک حرفه قادر به ارتقای شرایط، توصیف زمینه‌های مهارت، و حفظ استقلال و تأثیر خود هستند. یکی از خصوصیات هر حرفه این است که اعضای آن در دیسپلین خود قدرت داشته باشند که اغلب به آن استقلال حرفه‌ای اتلاق می‌شود (16).

* قدرت از طریق کنترل بر زمینه عملکرد پرستاری: نوع دیگر قدرت مورد نیاز پرستاران از طریق کنترل بر زمینه عملکرد پرستاری حاصل می‌شود. بیش از بیست سال قبل

ارایه مراقبت بهداشتی مناسب به بیماران، می‌تواند اطلاعات لازم را در اختیار سایر اعضای تیم مراقبتی قرار دهند.

بنر (Benner)، از شش نوع قدرت که پرستاران می‌توانند در ارتباط با مددجو و بستگان آنان به کارگیرند، نام برده است:

*** قدرت تغییر (Transformative power)**

این قدرت نشان‌دهنده توانایی پرستاران در کمک به مددجو برای تغییر تصور از خود (Self-image) است. پرستاران این شکل قدرت را بیشتر در مراقبت از مددجویان دچار بیماری‌های مزمن و دراز مدت نشان می‌دهند. مراقبت دلسوزانه از افرادی که قادر به انجام مراقبت‌های معمول بهداشتی خود نیستند می‌تواند به آنان کمک کند تا تصور از خود را از حالت بی‌ارزشی به ارزشمند تغییر دهند.

*** قدرت تکمیلی (Integrative power)**

نشان‌دهنده توانایی پرستار در کمک به مددجو برای بازگشت به زندگی طبیعی است. در این فرایند پرستار به مددجو کمک می‌کند تا توانایی‌های خود را برای زندگی طبیعی تکمیل نماید و به دامان خانواده و جامعه بازگردد.

*** قدرت وکالت (Advocacy power)**

این قدرت پرستار را قادر می‌سازد که به مددجو و بستگان او کمک کند تا با بوروکراسی مراقبت بهداشتی کنار بیایند. هم‌چنین می‌تواند برای آنان توضیح دهد که چه خدماتی در دسترس هستند. به علاوه می‌تواند نقش تسهیل‌کننده رابطه پزشک و مددجو را داشته باشد.

*** قدرت التیام (Healing power)**

پرستاران می‌توانند ارتباط و محیطی التیام‌بخش را برای مددجو فراهم آورند. ارتباط التیام‌بخش با ایجاد امید، اطمینان و اعتماد؛ موجب توانمندی مددجو می‌شود. این امر از طریق تفسیر شرایط برای مددجو و کمک به وی در استفاده از حمایت‌های اجتماعی، روانی و مذهبی؛ محقق می‌شود.

به این واقعیت توجه شد که "پرستاران باید به طور معنی داری در اداره بیمارستان‌ها شرکت نمایند" (19). شرکت پرستاران در امور بیمارستانی یکی از نشانه‌های محیط جذاب بیمارستانی است. خصوصیات بیمارستان‌های جذاب (Magnet Hospitals) که منجر به حفظ پرسنل ماهر پرستاری شده، شامل تمرکز زدایی و تصمیم‌گیری مشارکتی بوده‌اند. مطالعات بسیاری صورت گرفته که نشان می‌دهد بیمارستان‌های جذاب، پرستاران را تا حدودی به دلیل محیط‌های توانمندکننده شان جذب می‌کنند. تمامی مطالعات مربوط به بیمارستان‌های جذاب نشان داده‌اند زمانی که پرستاران بر محتوا و زمینه عملکرد خود کنترل داشته باشند، نتایج مثبتی را برای آن‌ها و بیماران در بر خواهد داشت (20، 16).

* قدرت از طریق کنترل بر شایستگی عملکرد پرستاری: یکی از پیش نیازهای اصلی استقلال و قدرت، شایستگی است که اساس آن در آموزش مناسب است. قدرت از طریق گسترش دانش حفظ می‌شود که آن هم از طریق آموزش و مهارت کسب می‌شود. سطوح متعدد ورود به پرستاری، و همچنین سطح پایین آموزش پرستاران (در مقایسه با سایر متخصصین مراقبت بهداشتی) می‌تواند منجر به احساس عدم قدرت پرستاران شود. این جمله که "پرستاران نسبت به سایر گروه‌های بیمارستانی بخوبی آموزش ندیده‌اند و در نتیجه نمی‌توانند در سیاست‌های سازمانی در شرایط مناسبی قرار گیرند"، امروزه دیگر صحت ندارد (19، 21).

منابع قدرت در پرستاری (قدرت مدیریت)

برخی نویسندگان معتقدند، قدرت (قدرت مدیریت) در پرستاری از منابع زیر منشأ می‌گیرد (22، 23):

• قدرت پاداش

از توانایی مدیر در تشویق دیگران، برای اطاعت و انجام دستورات، منشأ می‌گیرد و می‌تواند شامل پاداش مالی، ارتقا و قدردانی باشد.

• قدرت تنبیه

نقطه مقابل قدرت پاداش است و بر اساس ترس از تنبیه یا شکست در انجام وظایف است. منابع قدرت تنبیه شامل توقف دریافت اضافه‌کار، ارجاع وظایف نامطلوب، اخطار شفاهی یا کتبی، و اخراج هستند.

• قدرت قانونی

بر اساس سمت فرد در سازمان است. از طریق قدرت قانونی، مدیر حق تأثیرگذاری بر کارکنان را دارد و کارکنان باید این تأثیر را بپذیرند.

• قدرت مرجعیت

از چگونگی شناسایی مدیر توسط کارکنان ایجاد می‌شود. مدیر مطلوب قادر به تأثیرگذاری بر کارکنان است زیرا که آنان علاقه دارند هم‌چون مدیر مطلوب خود باشند.

• قدرت تخصصی

از تخصص، مهارت، توانایی و دانش فرد سرچشمه می‌گیرد. به‌عنوان مثال پرستارانی که در زمینه‌های خاصی مهارت دارند یا در مورد عناوین جدید اطلاعات مهمی دارند، مورد احترام و پذیرش دیگران هستند.

• قدرت غیررسمی

بر اساس خصوصیات فردی است. قدرت غیررسمی می‌تواند ناشی از ارتباطات فردی و تماس با افراد دارای سمت‌های قدرتمند و یا بر اساس خصوصیات فردی مثل جذابیت، آموزش، تجربه، و مهارت باشد.

داگلاس (Douglas) می‌گوید: قدرت قانونی، قدرت پاداش و قدرت تنبیه بر اساس کنترل منابع مهم سازمانی است و توسط سازمان به مدیر داده می‌شود. در حالی که قدرت تخصصی و تا حدودی قدرت مرجعیت بر اساس خصوصیات افراد است و ممکن است از جانب سازمان تفویض شده و یا خود فرد بدان دست یابد (24).

بحث قدرت در مدیران پرستاری به طور خاص مورد توجه بوده‌است. لی و کامینگز (Lee and Cummings) در مطالعه خود مروری سیستماتیک بر چهارده پژوهش، که در آن‌ها عوامل مؤثر بر رضایت شغلی مدیران پرستاری بررسی شده بود، را بررسی نمودند. آنان دریافتند که

8. قدرت پرستاری و دپارتمان پرستاری در سازمان خود را، از طریق بررسی اهداف و ارزش‌های سازمان و تعهد آن به تقویت قدرت از دیدگاه‌های گوناگون؛ ارزشیابی می‌نمایند.

توانمندسازی پرستاران

ضرورت کسب قدرت در پرستاری واقعیتی انکارناپذیر است که این امر طی فرآیند توانمندسازی (Empowerment) صورت می‌گیرد. برای به مرحله عمل درآوردن این امر، باید ابعاد گوناگون توانمندسازی را مورد توجه قرار داد.

ادیب حاج باقری در پژوهش خود به این نتیجه رسیده است که توسعه قدرت حرفه‌ای پرستاران در گروه، از طریق کسب و کاربرد دانش و مهارت حرفه‌ای توسط آنها است. وی به سه مقوله کاربرد دانش و مهارت، اختیار، و خودباوری پرستار؛ به عنوان متغیرها و فرآیندهای اساسی اشاره کرد که قدرت فردی پرستار را به وجود می‌آورند. او هم چنین می‌گوید که دو مقوله حمایت و ساختار سازمان نیز موضوعات اصلی هستند که سایر مقوله‌ها را تحت تأثیر خود قرار می‌دهند (3).

کانتز (Kanter) نیز چهار شرط ساختاری مرتبط با توانمندسازی را داشتن فرصت برای پیشرفت و یا فرصت برای شرکت در فعالیتهای خارج از شرح وظایف فرد، دسترسی به اطلاعات مربوط به مشخصات و اهداف سازمان، حمایت مسئولین برای انجام وظایف و تصمیم‌گیری، و بالاخره دسترسی به منابع مورد نیاز فرد؛ مطرح نموده است (25).

توانایی، تمایل و انگیزه خود فرد نیز در دست یابی به قدرت مؤثر است که این جنبه دارای ابعاد گوناگونی است (11):

- بین باورها، ارزش‌ها، رفتارها و نیازهای شغلی پرستار باید هماهنگی وجود داشته باشد.

گسترش دامنه کنترل (Control span)، افزایش حمایت سازمانی از سوی مسئولین، توانمندی و قدرت مدیران در تصمیم‌گیری؛ می‌تواند موجب افزایش رضایت شعلی آنان شود (17). اما پالیادلیس (Paliadelis) در مطالعه خود به عدم وجود قدرت لازم در مدیران پرستاری اشاره نموده‌است. او در مطالعه کیفی خود، طی مصاحبه با بیست مدیر پرستاری دریافت که شرکت‌کنندگان معتقد بودند، قدرت متناسب با مسئولیت‌های مرتبط با نقش خود را ندارند (18).

خصوصیات عملکرد حرفه‌ای قدرتمند در پرستاری

پوته و همکاران در مطالعه خود تحت عنوان "قدرت عملکرد حرفه‌ای در پرستاری" از یازده مدیر پرستاری، در سمت‌های مختلف برای شرکت در یک بحث گروهی دعوت نمودند که نتیجه مباحثه‌ی آنان در مورد خصوصیات پرستاران دارای عملکرد حرفه‌ای قدرتمند به شرح زیر بود (1):

پرستاران دارای عملکرد قدرتمند:

1. نقش منحصر به فرد خود را در ارایه مراقبت‌های بیمار-محور و خانواده-محور می‌بینند.
2. در آموزش مداوم، تکمیل مهارت‌ها، و مراقبت مبتنی بر شواهد شرکت می‌کنند.
3. دارای رفتار حرفه‌ای هستند و ماهیت حیاتی "حضور (Presence)" را تشخیص می‌دهند.
4. برای همکاری مؤثر با همکاران پرستاری و سایر حرفه‌ها ارزش قایل هستند.
5. برای تأثیرگذاری بر تصمیمات و تخصیص منابع، خود را در شرایط مناسب قرار می‌دهند.
6. تلاش می‌کنند که شخصیتی بدون نقص را ایجاد کنند تا بتوانند الهام بخش، دلسوز و معتبر باشند.
7. تشخیص می‌دهند که نقش مدیر پرستاری هموار کردن مسیر شنیده‌شدن صدای پرستاران، و کمک به پرستاران تازه کار در تبدیل شدن به افراد حرفه‌ای قدرتمند است.

شناسایی و درک کامل عوامل منجر به احساس عدم قدرت و همچنین عوامل مؤثر بر توانمندسازی آنان توسط مدیران و پرستاران، می تواند به احساس قدرت و کارآمدی پرستاران در انجام وظایف حرفه ای خود کمک نماید که تأثیر نهایی این امر ارتقای مراقبت از مددجویان خواهد بود.

پرسش ها

1. قدرت را از دیدگاه کینگ تعریف کنید.
2. عوامل مؤثر بر قدرت در پرستاری را بیان کنید.
3. انواع قدرت در پرستاری از دیدگاه بنر را بیان کنید.
4. پرستاران قدرتمند دارای چه خصوصیتی هستند؟
5. متغیرهای اصلی در توانمندسازی پرستاران کدامند؟

کتاب نامه

1. Ponte PR, Dann E, McCollum K, Anne Gross A, Tyrrell R, Branowicki P, et al. The power of professional nursing practice – an essential element of patient and family centered care. The Online Journal of Issues in Nursing [Serial on the Internet]. 2007;12(1). [cited 29 March 2007]. Available from: <http://www.medscape.com/viewarticle/55340>
5. Accessed: October, 2008.
2. Reed PG, Shearer NC, Nicoll LH. Perspectives on nursing theory. Forth ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2003.
3. حاج باقری محسن. بررسی مفهوم قدرت در پرستاری و طراحی الگوی توانمندسازی حرفه ای. پایان نامه جهت اخذ دکترای پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، 1383.
4. Hughes M. The professional status and power of nursing in Ireland. INO Journal of Nursing Research. 2001;1(5):33-34.
5. Irish Nurses Organization [homepage on the Internet]. Ireland: New nursing roles: Putting nursing into (general) practice. [cited May 2001]. Available from:

- پرستار باید به خود و توانایی هایش برای انجام وظایف اطمینان داشته باشد (در واقع حس خودکارآمدی داشته باشد).

- پرستار باید بر کارهایش کنترل و در انجام وظایف خود استقلال داشته باشد.

- پرستار باید احساس کند که فعالیت هایش بر برابری کاری سازمان تأثیر خواهد داشت.

باتوجه به کلیه مطالب ذکر شده برخی مطالعات هم چنان نشان می دهند که پرستاران هنوز قدرت کافی را برای تأثیر بر شرایط کاری خود ندارند. به هر حال به نظر می رسد که ممکن است در شرایط گوناگون امکان تحقق کلیه ابعاد توانمندسازی فراهم نباشد.

**افزایش حمایت سازمانی از سوی مسئولین،
توانمندی و قدرت مدیران در تصمیم گیری؛
می تواند موجب افزایش رضایت شعلی آنان
شود.**

نتیجه گیری

هزاره جدید با پیشرفت های بسیار در تکنولوژی و مراقبت های بهداشتی در مقابل ما قرار دارد. در این زمان است که به نظر می رسد پرستاران بیش از همیشه نیاز به احساس توانایی و قدرت دارند.

مفهوم قدرت در پرستاری بحثی بسیار مهم و گسترده است. پرستاران برای دست یابی به اهداف حرفه ای خود نیاز به قدرت دارند. پرستارانی که احساس عدم قدرت می کنند، پرستاران موفق نیستند. میزان رضایت از کار در آنان پایین است و بیشتر در معرض فرسودگی شغلی قرار دارند. دلایل انکارناپذیری برای ضرورت توانمندسازی پرستاران وجود دارد. تحقیقات متعدد ارتباط میان احساس قدرت پرستاران و میزان رضایتمندی بیماران را نشان داده اند. برخی عوامل مؤثر در احساس رضایت پرستاران شامل دسترسی به اطلاعات، فرصت، حمایت، و منابع هستند.

15. Blais kk, Hayes JS, Kozier B, Erb G . Professional Nursing Practice: concepts and perspectives. Fifth edition. Upper Saddle River, New Jersey: Pearson-Prentice Hall; 2006.
16. Laschinger HKS, Sabiston JA, Kutzcher L. Empowerment and staff nurse decision involvement in nursing work environments: Testing Kanter's theory of structural power in organizations. *Research in Nursing & Health*. 1997; 20(4): 341-352.
17. Lee H, Cummings GG. Factors influencing job satisfaction of front line nurse managers: a systematic review. *Journal of Nursing Management*. 2008; 16(7): 768-783.
18. Paliadelis PS. The working world of nursing unit managers: responsibility without power. *Australian Health Review*. 2008; 32(2):256-264.
19. Prescott PA, & Dennis KE. Power and powerlessness in hospital nursing departments. *Journal of Professional Nursing*. 1985; 1(6): 348-355.
20. Donahue MO, Piazza IM, Griffin MQ, Dykes PC, Fitzpatrick JJ. The relationship between nurses' perceptions of empowerment and patient satisfaction. *Appl Nurs Res*. 2008; 21(1): 2-7.
21. Rafael AR. Power and caring: A dialectic in nursing. *Advances in Nursing Science*. 1996; 19(1): 3-17.
22. Cherry B, Jacob SR. *Contemporary Nursing: issues, trends, and management*. Second edition. St Louis: Mosby; 2002.
23. Daly J, Speedy S, Jackson D. *Context of Nursing*. 2nd edition. Sidney, Churchill Livingstone-Elsevier; 2006.
24. داگلاس لورای. مدیر و رهبر اثربخش در پرستاری. (ترجمه نیک شکر نیا ف). چاپ اول. تهران، نشر بشری، 1375.
25. Kanter RM. Power failure in management circuits. *Harvard Business Review*. 1979; 57(4): 65-75.
- <http://www.ino.ie/DesktopModules/Articles/ArticlesView.aspx?TabID=102&ItemID=1082&mid=7107>. Accessed 5 October 2008.
6. Tomey AM. *Guide to Nursing Management and Leadership*. 6th ed. St Louis: Mosby; 2000.
7. Basavanthappa BT. *Nursing Theories*. 1st ed. New Delhi: Jaypee Brothers; 2007.
8. Allgood MR, Tomy AM. *Nursing Theory Utilization and Application*. 3rd ed. St Louis: Mosby; 2006.
9. Fawcett J. *Analysis and Evaluation Contemporary Nursing*. Philadelphia: F.A. Davis co; 2000.
10. Wuest J. Professionalism and the evolution of nursing as a discipline: A feminist perspective. *Journal of Professional Nursing*. 1994; 10(6): 357-367.
11. Manojlovich M. Power and Empowerment in Nursing: Looking Backward to Inform the Future. *The Online Journal of Issues in Nursing* [Serial on the Internet]. 2007 12(1). [cited 31 Jan 2007]. Available from: www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume122007/No1Jan07/LookingBackwardtoInformtheFuture.aspx. Accessed October, 2008.
12. Wolf ZR. Uncovering the hidden work of nursing. *Nursing & Health Care*. 1998; 10(8): 463-467.
13. Spratley E, Johnson A, Sochalski J, Fritz M, Spencer W. The registered nurse population: Findings from the national sample survey of registered nurses. Washington DC; 2000 [cited March 2000]. Available from: <http://bhpr.hrsa.gov/healthworkforce/reports/rnsurvey/rnss1.htm>. Accessed 5 Oct 2008.
14. Chitty KK. *Professional Nursing Concepts and Challenges*. Fourth edition. St. Louis: Elsevier-Saunders; 2005.

مدل اجرایی نظام پیشنهادات در سازمان های پرستاری

اسماعیل حیدرانلو¹

چکیده

مقدمه

امروزه دنیای کسب و کار و فعالیت های سازمان ها با گذشته تفاوت زیادی کرده است. بدون شک نظام پیشنهادات در دنیای کنونی یکی از مناسب ترین روش های افزایش بهره وری در سازمان های مختلف است. از نظام پیشنهادات باید به عنوان زمینه شکل گیری کشف استعدادها و مؤثرترین روش حل و فصل مسایل سازمان تلقی داشت که هر یک از ابعاد مذکور به نحوی جاذبه های سازمان و بالندگی فکری- مهارتی و اجتماعی را تعیین نموده است (1). سیستم پیشنهادات (Suggests system: SS) ابزاری است که از طریق آن می توان با ایجاد روحیه مشارکت فردی و گروهی به یافته های ذهنی و اندیشه های سرمایه عظیم انسانی در حل مسایل و دستیابی به راه حل های بهینه، در راستای بهبود فرآیندها و بهسازی مستمر سازمان دست یافت. این سیستم به منظور جلب مشارکت کارکنان، پیشنهاداتی ایشان را در جهت بهبود عملکرد سازمان دریافت، کارشناسی و به پیشنهاداتی پذیرفته شده جوایزی اهدا و آن ها را به مرحله اجرا در می آورد (2). مطالعه حاضر ضمن تحقیق در خصوص سیستم های مشارکتی به ارتباط موفقیت شیوه های مشارکتی در بهبود فعالیت های سازمان های پرستاری اشاره دارد.

ضرورت مشارکت کارکنان در سازمان های امروزی مانند هوای تنفسی برای یک موجود زنده است. نیروی انسانی به لحاظ برخورداری از قدرت اندیشه، خلاقیت و نوآوری بزرگترین دارایی هر سازمانی محسوب می شود، چرا که هرگونه بهبود و پیشرفت در سیستم های فنی و سازمانی توسط نیروی انسانی صورت می گیرد. توان فکری و اندیشه های کارکنان در سازمان به عنوان سرمایه نهفته و راکد است. هر سازمان و مدیریتی باید بتواند از این سرمایه های نهفته بیشترین استفاده را بکند به همان اندازه امکان رشد و توسعه میسر خواهد شد. نیروی انسانی بر خلاف سایر منابع با مصرف کردن کاهش و یا مستهلک نمی شود هر چقدر از اندیشه و فکر بیشتر استفاده نماید به همان اندازه توانایی اش بهبود می یابد. از طرف دیگر مشارکت یکی از نیازهای فرا مرتبه انسان ها به شمار می رود که ریشه در فطرت بشری دارد. افرادی که در امور و فعالیت های سازمان شرکت نمایند و از اندیشه و فکر پاک استفاده کنند علاوه بر پیشرفت سازمان در تعالی خویش نیز گام برداشته اند. برای بهبود بهره وری از مکانیزم های مختلف استفاده می کنند که یکی از مکانیزم های مدیریتی، بهره گیری از تکنیک های مختلف مدیریت مشارکتی است. مشارکت راهکاری است که به کارکنان اجازه داده می شود به جای این که همیشه مدیریت

1. دانشجوی دکتری پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... (عج)

حل مسایل و مشکلات سازمانی بهره جست. بر اساس نظام پیشنهادات کلیه کارکنان از عالی‌ترین رده سازمانی تا پایین‌ترین سطح آن می‌توانند پیشنهادات، ایده‌ها، ابتکارات و نظرات خود را برای رفع نارسایی‌های موجود در روند کاری و یا بهبود روش‌های انجام کار و یا افزایش کیفیت تولید ارایه دهند. البته نظام پیشنهادات فقط انتقاد نیست بلکه در آن راه چاره نیز ارایه می‌شود. فقط به بیان مشکلات پرداخته نمی‌شود بلکه راه حل‌های رفع مشکلات نیز ارایه می‌شود از این طریق کارکنان می‌توانند به همه امور و فعالیت‌های سازمان بپردازند و پیشنهادهای اصلاحی خود را بر اساس فریندی مشخص تدوین و ارایه نمایند. استقرار نظام پذیرش و بررسی پیشنهادات در یک سازمان توجه و حساسیت کارکنان را به فرایندهای کار بیشتر کرده و باعث مشارکت بیشتر کارکنان در سازمان می‌شود، و با افزایش مشارکت، خلاقیت و روحیه کارکنان، راهکارهای عملی برای حل مسایل و مشکلات سازمان پیدا می‌شود (4،5).

متأسفانه به دلایل مختلف، نظام مشارکتی و پیشنهادات در کشور ما جایگاه خود را پیدا نکرده است. کارکنان در تصمیم‌گیری‌های سازمان مشارکت داده نمی‌شوند و اگر در یک سازمانی مشارکت هم داده شوند از طرف کارکنان استقبال نمی‌شود.

شاید از مهم‌ترین دلایل عدم استقبال کارکنان از سیستم پیشنهادات به دلیل بی‌توجهی به نظرات و پیشنهادات کارکنان بوده است که نظرات و پیشنهاداتی را مطرح کرده اند ولی به آن‌ها بهایی داده نشده است و از این رو برای کارکرد بهتر این نظام در سازمان‌های ایران ابتدا باید کار فرهنگی صورت گیرد تا ذهنیتی که از ارایه پیشنهادات دارند تغییر یابد، به همین علت اگر این سیستم را در سازمان مستقر شد انتظار نداشته باشید که از فردای آن

و رهبری شوند از توانایی‌های خود بهره گیرند، فکر کنند و قوه خلاقیت خود را به کار اندازند و در تصمیم‌گیری‌ها مشارکت و دخالت داشته باشند. مشارکت یک فرایندی است که طی آن کارکنان یک سازمان به طور داوطلبانه در امور و فعالیت‌های مربوط به خود دخالت کنند به شرطی که توان و انگیزه مناسب برای دخالت مؤثر را داشته باشند.

توان فکری و اندیشه‌های کارکنان در سازمان به عنوان سرمایه نهفته و راکد است.

مدیریت مشارکتی عبارت است از عملیاتی که طی آن کارکنان یک سازمان را در روند تصمیم‌گیری‌ها دخالت و شرکت می‌دهند. تأکید این شیوه مدیریت بر همکاری و مشارکت داوطلبانه کارکنان استوار است و می‌خواهد از اندیشه‌ها، نظرات و ابتکارات آن‌ها در حل مشکلات و مسایل سازمان استفاده کند. البته نظام مشارکتی با افزایش رضایت مندی، انگیزه کارکنان را نیز بهبود می‌بخشد. کارکنان با انگیزه، توانایی‌های بیشتری داشته و می‌توانند در سازمان خلاقیت و نوآوری را افزایش دهند. بزرگترین پشتوانه جهت اعمال مدیریت مشارکتی، تعهد، ایمان و اعتقاد مدیران سازمان‌ها است. تا زمانی که مدیریت سازمان اعتقاد به مشارکت کارکنان نداشته باشد مدیریت مشارکتی تحقق پیدا نخواهد کرد.

مکانیزم‌های متفاوتی برای عملی کردن مدیریت مشارکتی وجود دارد که استقرار نظام پیشنهادات عمده‌ترین تکنیک برای مشارکت کارکنان در یک سازمان است (آن‌که بیشتر مشورت می‌کند کمتر اشتباه می‌کند) (3).

تاریخچه

نظام یا سیستم پیشنهادات، تکنیکی است که می‌توان از فکر و اندیشه‌های کارکنان برای مسئله‌یابی، چاره‌جویی و

اشاعه فرهنگ همکاری داوطلبانه و خودجوش
بهبود روحیه و انگیزه کارکنان
افزایش میزان خلاقیت، نوآوری و ابتکار
تقویت مسئولیت پذیری و تعلق سازمانی
بهبود بهره‌وری، کیفیت و آرایه بهتر خدمات
کاهش مقاومت در مقابل تغییر
افزایش توانمندسازی مدیران و کارکنان
افزایش پویایی و انعطاف‌پذیری
گردش بهتر اطلاعات و اطلاع رسانی
افزایش درآمدها و کاهش هزینه‌ها
افزایش میزان وقت، سرعت و صحت (7)

**مشارکت راهکاری است که به کارکنان اجازه
داده می‌شود به جای این‌که همیشه مدیریت و
رهبری شوند از توانایی‌های خود بهره‌گیرند،
فکر کنند و قوه خلاقیت خود را به کار اندازند و
در تصمیم‌گیری‌ها مشارکت و دخالت داشته
باشند.**

در بعضی از سازمان‌ها، هدف از استقرار نظام پیشنهادات را
افزایش درآمد و کاهش هزینه‌ها می‌دانند در حالی که
هدف اصلی باید ایجاد انگیزه، رضایت شغلی و ایجاد
زمینه‌های مناسب برای تعامل گروهی در محیط غیر
رسمی باشد که به دنبال خود ممکن است افزایش درآمد و
کاهش هزینه‌ها را هم داشته باشد. فرصت‌هایی که
خلاقیت و نوآوری از طریق سیستم پیشنهادات ایجاد
می‌کند باعث نشاط کارکنان در کار شده و روحیه کارکنان
را بهبود می‌بخشد. رشد و پیشرفت هر شرکت و سازمانی
را وجود نیروهای با انگیزه، خلاق و نوآور رقم می‌زنند (به

روز پیشنهادات از جای جای سازمان سرازیر شود بلکه
برای معتبر سازی و ایجاد یک ذهنیت مثبت تلاش کنید و
آن نیز با شعار امکان پذیر نیست بلکه باید در عمل نظام
پیشنهادات را تقویت کنید (3). بررسی‌ها و تحقیقات نشان
می‌دهد که در بین کشورهای دنیا ژاپنی‌ها از این نظام
بهتر و بیشتر استفاده کرده‌اند و قسمتی از رشد و پیشرفت
خود را مرهون مدیریت مشارکتی می‌دانند. به همین منظور
بیشتر موفقیت شرکت‌های ژاپنی را نه به خلاقیت و
نوآوری کارکنانش بلکه به نوع و شیوه مدیریت آن‌ها
نسبت می‌دهند. شیوه‌ای که در کل جهان به الگوی ژاپنی
معروف شده است و یکی از عمده‌ترین برتری الگوی
ژاپنی نسبت به سایر الگوها، به چگونگی تشویق و ترغیب،
افزایش انگیزه، خلاقیت و نوآوری کارکنان بستگی دارد. به
خاطر همین است که نظام پیشنهادات در کلیه سازمان‌های
ژاپنی مستقر است. در ژاپن میزان پیشنهادات هر سازمان
به عنوان افتخارات سازمانی محسوب می‌شود هر مدیر که
مسایل کشف شده بیشتری داشته باشد از شهرت بهتری
برخوردار می‌شود و هر کارمندی که مسایل جدیدی کشف
کند معززتر است و سرانه پیشنهادات میزان مشارکت،
انگیزه، خلاقیت و نوآوری را در هر سازمانی مشخص
می‌کند (6).

اهداف نظام پیشنهادات

استقرار سیستم پیشنهادات در هر سازمانی منافع خوبی
برای همه دارد. کارکنان، مدیران، سهام‌داران، مشتریان،
جامعه، دولت و ... از جمله ذینفعان استقرار نظام
پیشنهادات به شمار می‌روند. در سازمان‌هایی که نظام فوق
را اجرا کرده‌اند دستاوردهای خوبی داشته‌اند که در زیر به
چند نمونه آن اشاره می‌شود:

سیستم پذیرش و بررسی پیشنهادات در قسمت‌های مختلف سیستم درمان، شامل تمام کارکنان است و می‌تواند درباره هر موضوع دلخواه کارکنان و سایر افراد به صورت فردی یا گروهی و تنها در چارچوب وظایف و مأموریت‌ها و خط‌مشی سازمان باشد نظام پیشنهادات با هر الگویی که اجرا شود از چهار بخش اصلی تشکیل شده است. 1. دریافت پیشنهادات فردی و یا گروهی، 2. ارزیابی پیشنهادات و مشخص کردن پیشنهادات قابل قبول، 3. پرداخت پاداش‌ها و جوایز و 4. اجرای پیشنهادات (11).

سیستم نظام پیشنهادات در سازمان‌های مختلف دارای اصول ثابت و روش اجرای مختلف است. در سازمان‌های بهداشت و درمان با توجه به اهمیت سبک رهبری در ارتقای کیفی سیستم و همچنین اهمیت رضایتمندی مشتریان داخلی و خارجی سیستم رعایت اصول از ارکان مهم اجرای نظام پیشنهادات است (12). از مهمترین اصول زیربنایی نظام پیشنهادات عبارتند از:

- نیل انسانها به احترام، برابری و اظهار وجود
- حمایت و پشتیبانی انسان از نظرات و دستاوردهای خویش
- کمال جویی مستمر انسان
- مشورت که مشارکت در عقول دیگران است.
- هدایت به بهترین تصمیم با داشتن نظرات متعدد
- شکوفایی و پرورش نیروی انسانی در فرآیند مشارکت
- نیاز به اطلاعات جامع در تصمیم‌گیری‌های مهم
- نیاز به هماهنگی با تغییرات محیط پر تحول ملی و جهانی (13)

خلاقیت کاربردی به جای اطاعت کورکورانه پاداش دهید (9,8).

عمده‌ترین اهدافی که از اجرای نظام پیشنهادات در بخش‌های مختلف درمان متصور است را در هفت دسته می‌توان تقسیم بندی نمود:

1. ایجاد شرایط کاری پویا و سازنده با هدف سرعت بخشیدن به روند رشد و دسترسی به اهداف بخش با مشارکت پرسنل.
2. بهبود مستمر امور محوله، کاهش هزینه‌ها، بهبود روندها و فرآیندهای عملیاتی، افزایش رضایتمندی شغلی و ایجاد انگیزش و رفع مشکلات بخش درمان با بهره‌گیری از نظرات و آرای کارشناسی.
3. افزایش حس وفاداری سازمانی در پرسنل و هم‌سو نمودن افکار کارکنان با اهداف بخش.
4. شناسایی افکار و روحیات کاری پرسنل برای شناخت و تمایز افراد خوش‌فکر، خلاق و علاقمند از سایرین و ایجاد زمینه جهت استفاده از افکار و نظرات.
5. ارج نهادن به شخصیت وجودی انسان‌ها، دلپذیرتر کردن محیط کار و افزایش اعتماد به یکدیگر و تقویت روحیه همکاری و کارگروهی.
6. ایجاد فرصت برای همکاران در شناخت، پرورش و تقویت استعدادها و توانایی‌های خود.
7. افزایش حس مسئولیت‌پذیری و افزایش بهره‌وری (10).

مراحل استقرار نظام پیشنهادات

در صورت رد پیشنهاد باید فرم مربوطه توسط کارشناس در جهت مطرح نمودن ادله کامل رد پیشنهاد پر شود. پیشنهاد دهنده می‌تواند در صورت اعتراض، فرم مربوطه را پر کرده و به دبیر شورا تحویل دهد).

- § اعلام جوایز و تعیین پاداش‌ها و اهدای جوایز و یا انجام برنامه‌های تشویقی دیگر
 - § اعلام نتایج به مدیر سازمان و واحدهای اجرایی پیشنهاد
 - § پاسخگویی به سؤالات و ابهامات احتمالی
- (15)

وظایف شورای پذیرش و بررسی پیشنهادات

1. تنظیم، تغییر و تصویب و یا اصلاح دستور العمل‌های نظام پیشنهادات و یا آیین نامه‌ها و فرم‌های مربوطه؛
2. سازمان‌دهی چگونگی تنظیم و توزیع فرم پیشنهادات، دریافت، ثبت و رسیدگی به پیشنهاد
3. بررسی پیشنهاد و دریافت نظرات اعضا و تصمیم‌گیری درباره امتیاز بندی آن‌ها و تعیین پاداش
4. در صورت نیاز به نظرات متخصصان برای بررسی علمی و فنی و اجرایی، دعوت از کارشناسان و ارجاع پیشنهاد به آن‌ها و سپس دریافت نظرات کارشناسان و تصمیم‌گیری نهایی و تعیین پاداش
5. تصویب نهایی پیشنهادات و ارسال گزارش برای ریاست محترم دانشکده؛
6. نظارت و پیگیری اجرای پیشنهادات پذیرفته شده؛

1. بررسی محیط از نظر امکان اجرای نظام مشارکت
2. ایجاد اعتقاد راسخ در مدیران ارشد و جلب اعتماد و اطمینان آنان
3. ایجاد بستر و شرایط مناسب جهت اجرای نظام پیشنهادات (که از طریق آموزش نظام مشارکت به کارکنان و آگاهی آنان نسبت به فواید مشارکت و نقش آنان در نظام پیشنهادات انجام می‌گیرد)
4. سازماندهی نظام پیشنهادات (که از طریق تعیین ساختار و تشکیلات و ارکان اجرایی نظام پیشنهادات انجام می‌شود)

5. اجرای نظام پیشنهادات

6. بازنگری و استمرار نظام پیشنهادات (14)

از مهم‌ترین وظایف دبیر شورای نظام پیشنهادات در راستای اجرایی نمودن و استقرار نظام در سازمان عبارتند از:

- § تکثیر و توزیع فرم پیشنهادات
- § دریافت پیشنهادات و ثبت و دسته بندی و کد گذاری پیشنهادات
- § اعلام دریافت پیشنهاد به پیشنهاد دهنده
- § تشکیل جلسات شورای پذیرش و بررسی پیشنهاد و دعوت از اعضای شورا
- § در صورت نیاز به نظرات کارشناسان، دعوت از آنان و تشکیل کمیته های کارشناسی
- § اعلام نتایج (رد یا قبول شدن پیشنهاد) به پیشنهاد دهنده

الف) بستر سازی برای استقرار نظام پیشنهادات: برای اجرای خوب نظام پیشنهادات بستر سازی و آماده سازی مدیران و کارکنان امری ضروری است با توجه به اینکه نظام فوق بر اساس خواست و اراده کارکنان صورت می‌گیرد و یک وظیفه شغلی و کاری نبوده و به مشارکت داوطلبانه کارکنان بستگی دارد با ابلاغ آیین‌نامه، دستورالعمل و بخش‌نامه عملی نمی‌شود بلکه باید به طریقی کارکنان را تشویق و ترغیب نموده برای بستر سازی می‌توان مراحل زیر را در سازمان اجرا نمود:

- آگاهی و اطلاع رسانی مناسب به کارکنان و مدیران میانی و اجرایی

- برگزاری جلسات توجیهی در سطح مدیران

- برگزاری جلسات آموزشی در سطح مدیران و کارکنان

- تشویق و ترغیب کارکنان با بیان مزایا و منافع اجرای نظام فوق

- ایجاد ارتباط و اعتماد متقابل بین کارکنان و مدیران

- تدوین و ابلاغ آیین‌نامه اجرایی نظام برای کلیه واحدها و قسمتها

- محدود نکردن پیشنهادات در زمینه های خاص

- تدوین فرم مشخص و مکان معین برای ارایه پیشنهادات (17)

ب) تعیین گروه (کمیته) یا شورای نظام پیشنهادات: برای اجرای نظام پیشنهادات باید کمیته یا شورایی برای پذیرش پیشنهاد در سازمان تعیین شود. بهتر است انتخاب کمیته دموکراتیک باشد، یعنی نمایندگانی از کارکنان و مدیران در این کمیته حضور داشته باشند تا مسایل و نیازهای کارکنان، مدیران و سازمان در اجرای پیشنهادات لحاظ شود. البته در سازمان‌های مختلف این کمیته ممکن است به نام‌های گروه، تیم یا شورای پذیرش پیشنهادات تشکیل

7. رسیدگی به اعتراضات پیشنهاد دهندگان در باره نتایج ارزشیابی از پیشنهادات؛

8. نظارت بر اهدا جوایز و پاداش‌های مصوب و پاداش‌های ویژه؛

9. گزارش‌دهی کامل پیشرفت کار به مدیر و جامعه کارکنان؛

10. برگزاری مراسم قدردانی از پیشنهادات برجسته و مشارکت کارکنان و همکاران؛

11. اجرای برنامه‌های آموزشی و تشویقی و زمینه سازی فرهنگی برای مشارکت هر چه بیشتر کارکنان، همکاران و استمرار و موفقیت نظام پیشنهادات؛

12. بازنگری بر چگونگی اجرای طرح و انجام اصلاحات و تغییرات لازم مطابق با نیاز و نظرات کارکنان و همکاران دانشکده؛

13. تهیه و نصب صندوق پیشنهادات در مکان قابل دسترسی برای همکاران (برای آن دسته از افرادی که مایلند بطور کامل ناشناس و محرمانه نظرات و پیشنهادات خود را مطرح سازند. بدیهی است که چنانچه پیشنهادات محرمانه پذیرفته و مضمول پاداش شود، پاداش به کل مجموعه تعلق خواهد گرفت) (16).

چگونگی اجرای نظام پیشنهادات

برای اجرا و عملی نمودن نظام پیشنهادات در هر سازمان یک روش واحدی وجود ندارد هر سازمانی بنا به موقعیت خود، نظام پیشنهادات متناسب با نیازهای خود را طراحی و اجرا می‌نماید، اقدامات و فعالیت‌های لازم برای استقرار نظام پیشنهادات به شرح زیر است:

دبیرخانه به بررسی پیشنهاد می‌پردازد، در صورتی که پیشنهاد تکراری یا تنها به بیان مشکلات پرداخته و راه حل اجرایی ارایه نکرده باشد، طی نامه‌ای به پیشنهاد دهنده اطلاع دهد.

در صورت غیر تکراری بودن برای بررسی بیشتر در کمیته پیشنهادات طرح نماید (19).

د) روش بررسی پیشنهادات: کلیه پیشنهادات که قابل طرح در کمیته باشد در جلسه مطرح می‌شود ممکن است پیشنهاد ارایه شده نیاز به بررسی و اظهار نظر کارشناس باشد که در این صورت پیشنهاد به گروه کارشناسی و واحدهای تخصصی ارجاع داده می‌شود که پس از دریافت نظر آن‌ها دوباره در جلسه مطرح شده و در صورت تصویب یا عدم تصویب تشویق مادی و معنوی و علت عدم تصویب به پیشنهاد دهنده ابلاغ می‌شود. باید نتیجه بررسی پیشنهاد به پیشنهاد دهنده اعلام شود تا پیشنهاد دهندگان انگیزه برای ارایه پیشنهادات بعدی داشته باشند (20).

ه) تعیین و پرداخت پاداش برای پیشنهاد دهندگان: در نظام پیشنهادات پاداش مالی و بازخورد سریع که هر دو از اهرم‌های انگیزش مهم هستند باید پیش‌بینی شده باشد اگرچه پاداش‌های مالی ممکن است رقم اندک باشد ولی بیشتر صورت نمادین دارد. در سازمان‌هایی که روابط فرد با سازمانش رابطه بده و بستان است. پرداخت پاداش مالی، خلاقیت، تفکر و روحیه مشارکت افراد را برای ارایه پیشنهادات بیشتر تقویت می‌نماید. البته هر سازمانی می‌تواند معیار و شاخصی برای تعیین و پرداخت پاداش مالی در نظر بگیرد به عنوان مثال می‌تواند درصدی از صرفه جویی‌هایی که در اثر ارایه پیشنهاد حاصل شده به عنوان پاداش در نظر گرفته شود و با درصدی از درآمد

شده باشد. ولی ترکیب اعضای کمیته یا گروه پذیرش می‌تواند به صورت زیر باشد:

- مقام مجاز یا نماینده تام‌الاختیار وی
 - دو نفر نماینده کارکنان (با رأی گیری مستقیم)
 - یک نفر نماینده مدیران (با رأی گیری مستقیم)
 - کارشناس متخصص به تناسب موضوع پیشنهاد شده
 - دبیر کمیته یا گروه
- در اولین جلسه کمیته باید رییس و دبیر مشخص شوند تا وظایف تقسیم شده و پی‌گیری شود
- وظایف کمیته نظام پیشنهادات:
- رسیدگی (درخواست اصلاح، تصویب، رد) به پیشنهادات رسیده
 - تعیین مدت زمان اجرای آزمایش پیشنهاد ارایه شده
 - ارجاع پیشنهادات رسیده به گروه کارشناسی و واحدهای اجرایی
 - تصویب یا رد نهایی پیشنهادها پس از اجرای آزمایش
 - سیاست‌گذاری، تعیین خط مشی، تصویب و اصلاح آیین نامه‌های مربوطه
 - تعیین پاداش به پیشنهاد دهندگان، حق الزحمه کارشناس و همکاران اجرایی
 - ارزشیابی و انتخاب بهترین پیشنهاد در هر سال
 - نظارت بر اجرای بهتر نظام پیشنهادات در سازمان (18)
- ج) روش ارایه پیشنهاد: برای ارایه پیشنهادات توسط همکاران بهتر است فرمی متناسب با نیاز هر سازمانی طراحی و در اختیار قسمت‌ها و واحدها قرار دهد. یا فرم‌ها را می‌تواند از دبیرخانه نظام پیشنهادات گرفته و پس از تکمیل پیشنهاد خود به دبیرخانه ارسال نماید و دبیر نیز موظف است که اعلام وصول پیشنهاد را در اسرع وقت به پیشنهاد دهنده اعلام نماید. پس از وصول پیشنهاد

کتاب‌نامه

1. شادپور کاظم. "بهداشت برای همه و مراقبت بهداشتی در قرن 20 و 21" چاپ سوم. تهران. نشر تهران. 2003. ص. 15-11
2. جمشید بیگی، "اولین گزارش کمیته دولتی از ساختار شبکه بهداشت" تهران: وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. 2002. ص 16-10
3. وفادار زهره، سالاری محمد مهدی "تاثیر اجرای نظام پیشنهادات بر میزان تعهدسازمانی" مجله پرستاری مراقبت ویژه- دوره 2- شماره 1- بهار 1388. صفحه: 7-13
4. جباری، حسین "مکانیزم تمرکز زدایی در سیستم‌های بهداشتی کشورهای در حال توسعه آسیا، اروپا و آمریکای لاتین و طراحی یک مدل برای ایران" دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تحقیقات. 2006. ص. 3
5. زارع حسین، "یک مطالعه مقایسه‌ای برای اجرای پروتکل مراقبت بهداشتی در کشورهای منتخب و طراحی مدلی برای ایران" (پایان نامه دکترا)، تهران دانشگاه آزاد اسلامی واحد تحقیقات. 2005. ص. 13-11
6. سالاری، مهدی "روشهای تحقیق کیفی" تهران. انتشارات بشری. 2004. ص. 34
7. احمدی، علی "یک مطالعه مقایسه‌ای در روشهای جاری سیستم ارجاع خدمات مراقبت بهداشتی در برخی از کشورها و طراحی یک مدل برای کشور ایران" تهران دانشگاه آزاد اسلامی واحد تحقیقات. 2001. ص. 41-23

اضافی که حاصل پیشنهاد باشد یا از طریق امتیاز بندی پیشنهادات درصدی را تعیین و پرداخت نماید. البته بهتر است قسمتی از پاداش در صورت تصویب و قسمتی دیگر را پس از اجرا و عملی شدن پرداخت نماید تا پیشنهاد دهنده برای مشارکت فعال انگیزه مناسب داشته باشد (21).

نتیجه‌گیری

بطور خلاصه می‌توان گفت استقرار نظام پیشنهادات در هر سازمانی علاوه بر افزایش کمیت و کیفیت کالا و خدمات تولید شده، صرفه‌جویی و کاهش هزینه‌ها، ارتقای بهره‌وری در سازمان، بهبود روش‌های انجام کار، ابداع روش‌های تازه و یا تولیدات تازه مشارکت کارکنان را در تصمیم‌گیری‌های سازمان بیشتر نموده و خلاقیت و نوآوری، انگیزه و روحیه رضایت‌مندی کارکنان را بهبود می‌بخشد و بهبود و بالندگی فرد و سازمان را تقویت می‌نماید (22).

پرسش‌ها

1. نظام پیشنهادات را بطور مختصر از دید خود تعریف نمایید؟
2. به نظر شما چه ارتباطی بین ارتباطات صعودی در یک سازمان و سیستم نظام پیشنهادات وجود دارد؟
3. مزایای نظام پیشنهادات در سازمان‌های پرستاری چیست؟
4. یکی از مشکلات احتمالی سازمان‌های پرستاری در اجرای نظام پیشنهادات را ذکر نمایید؟
5. مراحل استقرار نظام پیشنهادات در سازمان خود را به اختصار توضیح دهید؟

16. World Health Organization. International plan of action on ageing: report on implementation. 58th World Health Assembly Provisional Agenda Item 4.15. Available from URL: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB115/B115_29-en.pdf www.SID.ir A primary health care management model for Iran Nasirpour et al IJNMR/Summer 2009; Vol 14, No3. 7. Accessed Sep 3 2010.

17. Polluste K, Kalda R, Lember M. Primary health care system in transition: the patient's experience. International Journal. for Quality in Health Care 2000; 12(6): 503-9.

18. Healy J, Sharman E, Lokuge B. Health system review: Australia. Health Systems in Transition 2006; 8(5): 1-158.

19. Al-Qatari G, Haran D. Determinants of users' satisfaction with primary health care settings and services in Saudi Arabia. International Journal for Quality in Health Care 1999; 11(6): 523-31.

20. Wessells H, McAninch JW. quality management in nursing systems. World J NRM 2010; 175-180.

21. سیفی، ناصر " بررسی مدیریت کیفیت در سیستم های پرستاری " (پایان نامه دکترا)، تهران دانشگاه آزاد اسلامی واحد تحقیقات. 2009. ص. 11-13

22. Yers K, Low A. Evaluation quality in the nursing care WHO 2009; 80: 65-71.

8. کریمی، سعید " یک مطالعه مقایسه ای در دسترسی به سیستم خدمات مراقبت بهداشتی در برخی از کشورها و طراحی یک مدل برای کشور ایران " تهران دانشگاه آزاد اسلامی واحد تحقیقات. 2005. ص. 27-29.

9. رسولی نژاد، سعید " یک مطالعه پیمایشی در خصوص ارجاع در سیستم مراقبت بهداشتی و ارائه راه حل برای شبکه مراقبت بهداشتی اصفهان " پایان نامه کارشناسی ارشد. 1996. ص. 51-57

11. Millar J, Beardall S. Will primary health care reform improve health? Health Care Quarterly 2001; 5(1): 41-4.

12. علیشاهی، علی " بررسی تسهیلات و نیروی انسانی شبکه بهداشت دره شهر " پایان نامه کارشناسی ارشد. تهران دانشگاه آزاد اسلامی واحد تحقیقات. 2005. ص. 67-79.

13. Bell R, Ithindi T, Low A. Improving equity in the provision of primary health care: lessons from decentralized planning and management in Namibia. Bulletin of WHO 2002; 80: 675-81.

14. Naghavi M, Jamshidi H. A national study on burden of disease in IRI in 2004. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2005. p. 13-45.

15. Gallagher K. The ACT primary health care strategy 2006-2009. Canberra: Australian Capital Territory; 2006. p. 12-5. Available from URL: <http://www.health.act.gov.au/c/health?a=dlpol1&policy=1159322632>. Accessed June 7 2007.

مدیریت بحران در برخورد با اجساد قربانیان حوادث و بلایای طبیعی

زیر ساخت‌ها و سیستم آمادگی در مقابله با حوادث و بحران‌ها تحت تأثیر بیشتری قرار می‌گیرند. اغلب در حوادث طبیعی احتمال وقوع بیماری‌های واگیردار به عللی از قبیل جابه‌جایی، زندگی دسته جمعی بازماندگان، سطح بهداشتی پایین، نبود غذا و آب آشامیدنی سالم افزایش می‌یابد (2).

پس از بحران‌ها بخصوص پس از حوادث طبیعی تعداد زیادی از اجساد قربانیان برجای می‌ماند که در اثر غرق شدگی، سوختگی، و تروماهای نافذ و غیر نافذ فوت نمودند. که نمونه‌های آن را می‌توان در طوفان آمریکا سال 1998، طوفان هندوستان سال 1999، زلزله والسالوادور 2001، زلزله ترکیه 2003 و حتی در زلزله اخیر شیلی در سال 2010 مشاهده نمود. به دنبال این حوادث به علت آنکه اطلاعات روشن و دقیقی در این زمینه وجود ندارد و افراد اعزامی از جمله پزشکان، پرستاران، نیروهای مسلح، نیروهای امدادی و افراد داوطلب در این زمینه بی‌اطلاعت، مدیریت صحیحی در زمینه اجساد قربانیان صورت نمی‌گیرد (3).

نحوه عفونی شدن اجساد به سه عامل بستگی دارد: وجود عامل عفونت، در معرض قرار گرفتن با عامل، میزبان حساس. باید توجه داشت در صورت وجود بیماری عفونی در محیط و قرار گرفتن این عوامل با اجساد امکان عفونی شدن آن‌ها وجود دارد به هر حال بدن انسان میزبان بسیاری از ارگانیسم‌ها است که سیستم ایمنی بدن را در مقابل این عوامل محفوظ می‌دارد تا به پاتوژن تبدیل نشود. زمانی که بدن انسان می‌میرد بدن قادر به حفظ در برابر این عوامل نیست و عفونت به سرعت اتفاق می‌افتد. و این اجساد به منبعی از عفونت مبدل می‌شوند که قادرند آن را به انسان‌های زنده نیز منتقل کنند بنابراین در صورتی که بیماری در منطقه بحران زده اپیدمی شده باشد

مریم نظام زاده¹
عبدا... ثقفی²

چکیده

اغلب اوقات پس از وقوع بحران‌های طبیعی شایعاتی در مورد پیدایش بیماری‌های عفونی ناشی از اجساد قربانیان حوادث وجود دارد و نبود اطلاعات روشن در این زمینه سبب شده که مدیریت صحیحی در برخورد با اجساد صورت نگیرد. همین امر باعث بی‌برنامگی و هرج و مرج می‌شود و در نهایت به جمع‌آوری سریع، دفن یا سوزاندن دسته جمعی قربانیانی که حتی هویت و علت مرگ آن‌ها به درستی مشخص نشده است ختم می‌شود و بحران‌های بزرگتری را در پی خواهد داشت. در این مقاله سعی شده است تا ضمن بررسی این شایعات، به تریاژ قربانیان بر اساس بیماری‌های شایع پس از بحران‌های طبیعی پرداخته و نحوه مدیریت صحیح و راهکارهای اصولی ارائه شود.

مقدمه

بلایا و بحران‌های طبیعی از قبیل سیل، آتش‌سوزی، زلزله و حوادث غیر طبیعی از جمله جنگ در طول دو دهه گذشته موجب کشته شدن میلیون‌ها نفر شده و تأثیرات نامطلوب بسیاری بر زندگی حداقل یک میلیارد نفر گذاشته است که معضلات اجتماعی، اقتصادی و مهم‌تر از همه مشکلات بهداشتی فراوانی در پی داشته است (1). کشورهای در حال توسعه به علت کمبود در منابع،

1. دانشجوی کارشناسی ارشد، دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه... (عج)

2. دانشجوی دکتری پرستاری، عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه... (عج)

قربانیان سبب افزایش اپیدمی می شوند. وی افزود اجساد قربانیان خطر کمتری از بازماندگان حوادث دارند زیرا در حوادث، رقابتی بین بازماندگان بر سر منابع وجود دارد و از لحاظ بهداشتی در وضعیت بسیار ضعیفی هستند بنابراین اولویت مراقبت باید برای بازماندگان باشد (9).

همانطور که گفته شد در صورتی که اجساد قربانی بر اثر بیماری‌های و گیردار فوت نموده باشند اجساد آن‌ها قابلیت انتقال بیماری را به افرادی که با آن‌ها در تماسند، دارند و حتی ممکن است سبب آلودگی محیط شوند. این بیماری‌ها شامل موارد زیر می‌شود.

در صورتی که اجساد قربانی بر اثر بیماری‌های و گیردار فوت نموده باشند اجساد آن‌ها قابلیت انتقال بیماری را به افرادی که با آن‌ها در تماسند، دارند و حتی ممکن است سبب آلودگی محیط شوند.

بیماری‌های منتقله از راه خون

خطر ابتلای این بیماری بستگی به محیط حادثه زده و وضعیت واکسیناسیون افرادی دارد که با اجساد در تماسند. در بسیاری از کشورهای در حال توسعه مثل جنوب صحرای آفریقا، آسیای جنوب شرقی، شرق مدیترانه و بسیاری از کشورهای آمریکای لاتین شیوع هپاتیت B، هشت تا ده درصد است. هپاتیت C نیز دارای شیوع سه درصد در کل جهان است و در برخی از کشورهای آفریقایی به 30 تا 40 درصد نیز می‌رسد. ویروس HIV نیز تا شانزده روز پس از فوت در دمای دو درجه سانتی‌گراد و در غیر این صورت تا شش روز پس از فوت در احشای بدن می‌تواند زنده بماند. قرار گرفتن در معرض ویروس‌های منتقله از راه خون به دلیل تماس مستقیم و یا غیر مستقیم با عواملی از قبیل پوست، مخاط، تکه‌های استخوان یا بصورت غیر مستقیم از طریق تماس با سوزن، چوب و

می‌تواند اجساد منطقه را آلوده کرده و همین عوامل نیز به پرسنل و نیروهای امدادی در حین جمع‌آوری اجساد منتقل می‌شود (4).

جدا از مسأله مطرح شده فوق شایعات بسیاری در مورد عفونی شدن خود به خودی اجساد قربانیان پس از حوادث طبیعی وجود دارد. این تصور نادرست است که بدن مرده انسان ذاتاً بیماریزا است و به تنهایی قادر به ایجاد مشکلات سلامتی نیست. اگر این مسأله را از لحاظ تاریخی بررسی نماییم می‌بینیم تلفات عمده مردم در برخورد با اجساد تنها به چند بیماری سل، وبا، حصبه، طاعون، سیاه زخم و آبله محدود می‌شود (5).

گویت (Goyet) (1999) می‌گوید: افسانه اجساد مردگان که سبب بیماری خطرناکی است در تمامی بحران‌ها مدام بازگو می‌شود اما این فقط یک افسانه است (6).

الیور مورگان (Oliver Morgan) در مقاله‌ای که در سال 2004 در مجله بهداشت عمومی آمریکا منتشر کرد بیان نمود که هیچ مدرکی دال بر اپیدمی بیماری پس از حوادث طبیعی ناشی از اجساد قربانیان وجود ندارد (7).

سازمان بهداشت جهانی [World Health Organization (WHO)] در 1999 اعلام کرد ارتباط بین اجساد و اپیدمی‌ها گزارش نشده و علمی نیست. همچنین در سال 2001 گفت که اگر انسان‌ها بر اثر قحطی یا بحران‌های طبیعی بمیرند خطر بیماری‌های عفونی در آن‌ها ناچیز است اما در جایی که انسان بر اثر طاعون، تیفوس و بیماری‌های عفونی دیگر بمیرند می‌تواند آلودگی را به دیگران منتقل کند همچنین اگر فردی بر اثر وبا و حصبه فوت نماید برای افرادی که با متوفی در تماس هستند می‌تواند خطرناک باشد (8).

استیون روتمن (Steven Rottman) مدیر مرکز (University of California, Los Angeles: UCLA) آمریکا در مجله بهداشت عمومی بیان می‌کند که هیچ مدرک علمی وجود ندارد که نشان دهد اجساد

دفن سریع و مناسب تنها فاکتور در کاهش شیوع بیماری نیست بلکه بهترین سیستم پیشگیری، اصلاح بهداشت عمومی بخصوص توجه به تهیه غذا و تأمین آب آشامیدنی و بهداشتی است (6).

بیماری‌های منتقله از راه دستگاه تنفس

از جمله این بیماری‌ها می‌توان به سل، سارس (سندروم دیسترس حاد تنفسی)، آنفلوآنزای مرغی و آنفلوآنزای خوکی اشاره نمود. هر ساله یک درصد جمعیت جهان به سل مبتلا می‌شوند. میزان مبتلایان در کشورهای توسعه یافته بدلیل شیوع HIV بسیار بالا است (12). بررسی صورت گرفته در ایالت متحده آمریکا نشان داد که مسئولین دفن اجساد می‌توانند به نسبت 3/9 درصد به سل مبتلا شدند (4). انتقال بیماری حتی در صورتی که قفسه سینه متوفی باز نشده باشد وجود دارد که احتمالاً از مواد ترشحاتی خارج شده از بینی و دهان و یا هوای باقیمانده در ریه که هنگام جابه‌جایی ممکن است از ریه خارج شود ناشی می‌شود (4). عفونت‌های تنفسی یکی از عمده‌ترین عوارض مرگ و میر در میان آوارگان پس از بحران‌ها است (12).

بیماری‌های منتقله از راه حشرات و جوندگان

بیماری‌های منتقله از راه جوندگان در بلایای طبیعی از قبیل طوفان دیده می‌شود. بیماری‌های ناشی از حشرات زمان سیل که باعث ایجاد مکان‌های جدید پرورش حشرات می‌شود افزایش می‌یابد. بطوری که شیوع مالاریا در پی جاری شدن سیل در منطقه آتلانتیک در سال 1999 دیده شد (11).

اجساد می‌توانند که در اثر تیفوس و طاعون می‌میرند می‌توانند توسط شپش و کنه آلوده بیماری را منتقل نمایند. توصیه می‌شود که مدیریت این اجساد فقط توسط افراد مجرب و آموزش دیده انجام گیرد این افراد در برخورد با اجساد از لباس‌های محافظتی از قبیل دستکش، روپوش و ماسک استفاده نمایند و بعد از استفاده آن‌ها را ضد عفونی نمایند.

وسایل آغشته به خون اجساد آلوده منتقل می‌شود که در روش غیر مستقیم احتمال ابتلا کمتر خواهد بود (4).

تب خونریزی دهنده ابولا نیز بیماری نادر اما شدید و کشنده است و عامل آن ویروس ابولا است. این ویروس از طریق ترشحات بدن و خون منتقل می‌شود و زمانی که وارد بدن شود بسیار خطرناک است و در تمامی مایعات بدن قادر است زنده بماند اما در خارج از بدن ضعیف است و به راحتی با آب و صابون از بین خواهد رفت با این وجود در صورتی که حتی یک قطره از خون و یا مایع آلوده پاک نشود می‌تواند در محیط بیرون از بدن حتی بیشتر از ویروس HIV زنده بماند. در مناطقی که ابولا شایع است باید آموزش‌های لازم به تیم درمان و افراد داوطلب داده شود تا اصول حفاظتی و نکات ایمنی را رعایت نمایند. دفن سنتی این اجساد می‌تواند سبب گسترش بیماری شود. این اجساد باید بصورت ایزوله و در کیسه‌های ضخیم دفن شوند (10).

بیماری‌های منتقله از راه دستگاه گوارش

این عفونت‌ها شامل اسهال‌های روتا ویروسی، سالمونلا، حصبه، هپاتیت A، اسهال خونی، وبا و عفونت‌های ناشی از اشرشیاکلی است که می‌تواند از طریق تماس افراد با اجساد منتقل شوند. بدلیل این که اجساد بطور معمول پس از فوت نیز دفع خواهند داشت تماس با عفونت‌های دستگاه گوارش از عفونت‌های خونی بیشتر است. تماس از راه مستقیم با بدن اجساد و بصورت غیر مستقیم از راه آلوده شدن وسایل و تجهیزات و آب آشامیدنی امکان‌پذیر است. با این حال عفونت‌های دستگاه گوارش مدت کمی در محیط زندگی می‌کنند مگر آنکه آب را آلوده نمایند (4). از جمله بیماری‌های مهم این گروه می‌توان به وبا و حصبه اشاره نمود. بطور کلی این اجساد بدلیل کاهش گسترش عفونت باید زودتر از بقیه دفن شوند. سازمان بهداشت جهانی در سال 1993 اعلام کرد افرادی که در اثر بیماری وبا فوت می‌نمایند بعد از مرگ می‌توانند غلظت زیادی از ویبریوکلرا را به همراه داشته باشند. با وجود این شرایط

جدول شماره 1- احتیاطات لازم برای مدیریت دفن اجساد

نوع گروه	نوع بیماری ها	پوشاندن با کیسه پلاستیکی	طریقه دفن اجساد
دسته 1	به جز بیماری ها دسته اول و دم	توصیه نمی شود	بسته به فرهنگ منطقه خاک سپاری و یا سوزانده می شود
دسته 2	HIV، هپاتیت C، سندرم دسترس حاد تنفسی (SARS)، آنفلوآنزای خوکی و آنفلوآنزای مرغی	باید انجام شود	سوزاندن الزامی نیست
دسته 3	سیاه زخم، طاعون، هاری، تب ویروسی هموراژیک	باید انجام شود	سوزاندن الزامی است

دسته اول: این گروه در دسته بندی برچسب آبی دریافت می کنند بیماری های این گروه به غیر از بیماری های دسته 2 و 3 است، اقدامات احتیاطی معمول در مورد آنها صورت می گیرد.

دسته دوم: بیماری هایی که در این دسته قرار می گیرند شامل: HIV، هپاتیت C، سندرم دیسترس حاد تنفسی (SARS)، آنفلوآنزای خوکی و آنفلوآنزای مرغی که این بیماران برچسب زرد دریافت می کنند. اقدامات احتیاطی در این موارد از دسته اول بیشتر است.

دسته سوم: بیماری هایی از قبیل سیاه زخم، طاعون، هاری، تب ویروسی هموراژیک که با برچسب قرمز مشخص می شود در این گروه قرار می گیرد که مراقبت های بیشتری را نسبت به دو گروه قبلی می طلبد.

احتیاطات لازم در برخورد با این سه گروه در جدول شماره 1 خلاصه شده است: (14)

روش دفن کردن این اجساد در بیشتر شرایط بر روش های دیگر ترجیح داده می شود مگر بیماران گروه سوم و برخی از مذاهب خاص که از روش های دیگری استفاده می نمایند. مکان دفن در زمان بحران بر اساس جمعیت اجساد و شرایط محلی مشخص می شود. شرایط خاک، سطح آب های زیر زمینی و فضای در دسترس باید در انتخاب مکان در نظر گرفته شود. مکان باید حداقل پنجاه متر بالاتر از آب های زیر زمینی باشد. همچنین حداقل پانصد متر از نزدیک ترین ساختمان مسکونی فاصله داشته باشد. بطور استاندارد به ازای هر هزار نفر، 1500 متر مربع فضا نیاز دارد. عمق مکان دفن نیز مهم است که اجساد در عمق مناسبی دفن شود تا بوی ناشی از تجزیه آن کاهش یابد و از دسترس حیوانات به دور باشد. پوشاندن اجساد با حداقل یک متر خاک توصیه می شود. در برخی از مذاهب نیز به جای دفن اجساد در خاک از روش سوزاندن اجساد استفاده می نمایند که می تواند آلودگی هوا را به همراه داشته باشد. پوشش اجساد نیز بسته به نوع فرهنگ

در صورت امکان باید از دفن سنتی این اجساد خودداری نمود و آنها را با کیسه هایی ضخیم بپوشانند تا از تماس آنها با دیگر اجساد جلوگیری شود و راه ورود حشرات نیز محدود شود (13).

تربیاز اجساد

در مدیریت اجساد با بیماری های عفونی شرح داده شده پس از حوادث و بحران های طبیعی، می توان آنها را در سه دسته قرار داد. این دسته بندی باید توسط پزشک یا مسئول کنترل عفونت تیم اعزامی تشخیص داده شود:

آلودگی آب‌های زیرزمینی

آلودگی آب‌های زیر زمینی توسط اجساد دفن شده به ندرت اتفاق می‌افتد اگر چه این اجساد در مراحل تجزیه تولید ماده سمی به نام دی‌اکسین (dioxin) و فوران (furan) می‌نمایند که نشت این مواد به آب‌های زیر زمینی خطرناک است. مشکلات بهداشتی به‌دنبال تماس با این مواد شامل بیماری‌های پوستی و کانسر پوست است. نگرانی دیگر درباره ورود مواد معطر از قبیل فرمالدئید به آب‌های زیر زمینی است فرمالدئید ماده معطری است که اجساد با آن شستشو داده می‌شوند. اگر چه میزان مصرفی آن اندک است اما در صورت استفاده بیش از حد و نشت آن به آب‌های زیر زمینی می‌تواند باعث آلودگی شوند (15).

آلودگی خاک

عوامل بیماریزا در خاک‌هایی که چسبندگی بیشتری دارند مثل خاک رس دوام بیشتری دارند و در خاک‌هایی که PH قلیایی‌تری دارند کمتر زنده می‌مانند. عوامل بیماریزا در خاک به علت افزایش رطوبت، دما، افزایش PH و کمبود مواد غذایی از بین می‌روند یعنی در هر 10 درجه سانتی‌گراد و افزایش یک واحد PH میزان از بین رفتن عامل بیماریزا به دو برابر می‌رسد، از طرفی تجزیه اجساد در خاک سبب بالا رفتن PH و تولید حرارت می‌شود که همین امر سرعت از بین رفتن را تسریع می‌کند (15).

آلودگی هوا

در مناطقی که بر اساس فرهنگ خود، اجساد را می‌سوزانند در صورتی که تعداد زیادی از اجساد در یک زمان سوزانده شود دود خطرناک دی‌اکسین تولید می‌شود که سبب آلودگی هوا می‌شود (15). مکان سوزاندن اجساد باید حداقل 500 متر از ساختمان‌های مسکونی دور باشد و در مسیر جریان باد نیز قرار نداشته باشد (6).

منطقه است اما توصیه می‌شود که اجساد گروه اول با لباس و یا پارچه کتانی پوشانده شود در صورتی که اجساد گروه دوم یا سوم در کیسه‌های مخصوص قرار داده شود (6).

در شرایط اپیدمی بیماری‌ها می‌توان از ضد عفونی‌کننده‌های بدن، کلر و در بعضی از موارد از محلول‌های کلرین استفاده نمود. اگرچه این ضد عفونی‌کننده‌ها در از بین بردن میکروب‌های سطحی کاربرد دارد اما مصرف بیش از اندازه آن می‌تواند خطرناک باشد و آلودگی‌های محیطی به‌همراه داشته باشد. تهیه پوشش مناسب برای اجساد در اغلب موارد مؤثرتر خواهد بود (12).

عفونت‌های تنفسی یکی از عمده‌ترین عوارض مرگ و میر در میان آوارگان پس از بحران‌ها است.

حمل و انتقال اجساد

در موارد عادی و در زمان برخورد با بیماران گروه اول نیازی به استفاده از وسایل نقلیه نیست اما در برخورد با گروه دوم و سوم باید اجساد با وسایل نقلیه منتقل شوند در این شرایط پس از هر بار استفاده وسایل و تجهیزات خودرو و بدنه آن تمیز و ضد عفونی می‌شود. در برخی موارد نیز که مجبور به استفاده از چرخ دستی هستیم باید قبل از خروج چرخ دستی از محوطه سردخانه ضد عفونی شود (6).

اگرچه در شرایط بحران دفن اجساد به روش‌های دیگر ترجیح داده می‌شود با این وجود این روش نیز آلودگی‌هایی در محیط زیست به‌همراه دارد از جمله:

آلودگی آب‌های سطحی

بیشترین معضل در آلودگی آب‌های سطحی در اجساد با عفونت‌های دستگاه گوارش است (15).

مدیریت بحران در برخورد با اجساد

در مواردی که پس از ایجاد بحران با تعداد زیادی از اجساد مواجه هستیم به نیروی انسانی و تجهیزات مناسب و کافی نیاز داریم. ثبت و تشخیص هویت قربانیان حادثه مشکل ترین کار است و زمان بسیاری را می طلبد. اولین نگرانی بطور معمول تشخیص هویت اجساد است بنابراین مدیران بحران باید اطلاعات متوفی و علت فوت را ثبت و گزارش نمایند. البته در برخی از موارد نیز ممکن است هویت فرد و یا علت فوت محرمانه باقی بماند. اسفرو پروجکت (spheere project) (1999) می گوید زمانی که شروع به کار با اجساد می کنید به مسایل قانونی آن نیز توجه داشته باشید (6).

بعد از مسأله مهم تشخیص هویت وظایف مهم دیگر مدیران بحران در زمینه پیشگیری، تشخیص زودرس و درمان بیماری های عفونی است برنامه ریزی مناسب برای تهیه آب آشامیدنی سالم بازماندگان و پرسنل اعزامی به منطقه مهم ترین اقدام است (12).

دفن سنتی اجساد آلوده می تواند سبب گسترش بیماری شود، این اجساد باید بصورت ایزوله و در کیسه های ضخیم دفن شوند.

لباس های ایمنی که باید برای تمامی افراد حاضر در صحنه استفاده شود شامل دستکش و روپوش است بخصوص افرادی که با اجساد در تماسند و اجساد که دارای زخم باز هستند. پرسنل باید بطور مداوم دست های خود را با آب و صابون ضد عفونی کننده، بشویند بخصوص در زمانی که شیوع بیماری ها بالا است یا اجساد دارای زخم های باز و ترشحات بر روی بدنشان هستند (6).

از سویی دیگر مدیران بحران باید به جنبه های روانی پرسنل و بازماندگان حادثه نیز توجه داشته باشند شاید شدید ترین مشکل در برخورد با اجساد، بهداشت روان افراد بازمانده و پرسنل درمانی باشد که سبب ترومای جستجو (trauma of searching) در بازماندگان می شود این مشکلات بیشتر ناشی از دفن سریع اجساد و عدم انجام مراسم دفن است. در پرسنل بهداشتی نیز مشاهده و تماس با تعداد زیاد اجساد و بوع نامطبوع ناحیه سبب اختلالات استرس پس از حادثه و افسردگی می شود (15).

راهکارهایی که در شرایط اورژانسی برای مواجهه با اجساد توصیه می شود:

1. واکسیناسیون هپاتیت B و سل برای تمامی کارکنان بخصوص افرادی که با اجساد گروه 2 و 3 در تماسند صورت گیرد.
2. الصاق بر چسب های تریاژ و تشخیص هویت بر روی اجساد الزامی است (6).
3. از تماس مستقیم با خون و مایعات بدن اجساد اجتناب شود.
4. دست ها را پس از هر بار تماس و قبل از غذا خوردن بشویند (12).
5. پرسنل و افرادی که با اجساد در تماسند باید از لباس ایمنی مانند روپوش، پیش بند و دستکش استفاده نمایند (6).
6. تمامی بریدگی ها، خراش ها و منافذی که از آن مایعات و خون نشت می کند باید با پوشش های ضد آب بانداژ نمایند.
7. بدن اجساد باید خشک و تمیز شود.
8. تجهیزات و وسایل استفاده شده را با محلول رقیق بلیچ 5/52 درصد شستشو دهید (1 واحد محلول بلیچ + 4 واحد آب)
9. احتیاط های شدید در زمان دور ریختن وسایل متوفی باید رعایت شود.

- سریع سرپرست تیم را مطلع نمایید تا اقدامات درمانی مناسب را صورت دهد (4).
23. به عنوان یک مدیر بحران افراد زنده را بر افراد مرده در اولویت کاری خود قرار دهید.
24. دفن کردن بر سوزاندن اجساد ارجحیت دارد (6).
25. سوزاندن دسته جمعی انجام ندهید.
26. دفن دسته جمعی تا زمانی که هویت قربانیان تشخیص داده نشده انجام ندهید.
27. به عنوان مسئول تیم امکانات و تجهیزات کافی به همراه داشته باشید.
28. نکته مهم این است که به فرهنگ و اعتقادات خانواده قربانی احترام بگذارید (6).

نتیجه گیری

قربانیانی که در اثر بحران‌های طبیعی فوت نمایند نسبت به افرادی که در مناطق با شیوع بالای بیماری فوت نموده‌اند کمتر خطرناکند. با این وجود افرادی که در ارتباط نزدیک با اجساد هستند از قبیل پرسنل امدادی، نیروهای مسلح، افراد داوطلب ممکن است با بیماری‌های عفونی مواجه شوند اقدامات حفاظتی مناسب برای این گروه از جمله آموزش نکات حفاظتی و استفاده از لباس‌های ایمن، رعایت اصول بهداشتی، واکسیناسیون بر علیه بیماری‌های هپاتیت و سل قبل از اعزام تیم درمانی به منطقه مفید است. با این وجود هیچ مدرکی دال بر افزایش خطر اپیدمی بر اثر اجساد قربانیان بلایای طبیعی وجود ندارد و نتایج نشان داده است که خطرات ناشی از بحران‌ها ناچیزتر از قربانیان جنگ‌های شیمیایی، بیولوژیکی و بیماری‌ها است. به هر حال مدیر بحران به عنوان مسئول تیم بحران با اقدامات ساده می‌تواند از شیوع بیماری احتمالی جلوگیری نماید.

پرسش‌ها

1. چهار راهکار در مواجهه با اجساد در شرایط اورژانس بیان کنید.

10. روزنه مقعد با پنبه آغشته به محلول رقیق بلیچ پوشانده شود.
11. اگر فردی مشخص نیست که در چه شرایطی فوت کرده است حتماً او را در کیسه پلاستیکی با ضخامت 15 میلی متر قرار داده و آنرا با یک باند و یا زیپ ببندید و از بکار بردن سنجاق جهت بستن خودداری نمایید.
12. بیرون کیسه را با محلول بلیچ رقیق شده (1 واحد بلیچ + 4 واحد آب) ضد عفونی کنید.
13. اقلام یکبار مصرف را در هنگام دور ریختن در کیسه های قرمز رنگ قرار داده و درب آن را محکم ببندید.
14. لباسهای ایمنی پرسنل را برای ضد عفونی به اتوکلاو بفرستید و یا در محلول بلیچ رقیق شده (1 به 4) به مدت سی دقیقه بخیسانید.
15. لباس‌های ایمنی پرسنل در مکانی جدا از لباس‌های شخصی قرار گیرد.
16. همه سطوحی که اجساد با آن تماس داشته باید با محلول ضد عفونی شوند.
17. سیگار کشیدن، نوشیدن و غذا خوردن در زمان تماس با اجساد ممنوع است.
18. محل نگهداری اجساد باید چهار درجه سانتی‌گراد باشد و تهویه مناسب داشته باشد و مرتب شستشو و ضد عفونی شود بخصوص در مورد اجساد دسته سوم.
19. اجساد که خاکی و یا آغشته به خون هستند بهتر است به جای پارچه‌های کتانی در کیسه های ضخیم قرار داده شود.
20. تا آنجایی که ممکن است احتیاط نمایید تا در هنگام جابه‌جایی اجساد دچار صدمه و آسیب نشوند.
21. اطمینان حاصل نمایید که هیچ بریدگی و یا خراشی بر روی بدن اجساد بدون پانسمان باقی نماند (6).
22. در مواردیکه بطور اتفاقی با خون و مایعات بدن اجساد تماس پیدا کردید سریع ناحیه را با آب فراوان و روان و همچنین صابون شستشو دهید اگر در ناحیه‌ای زخم نافذی ایجاد شد آن را فشار داده تا خون از آن خارج شود. سپس

Available from: www.news-medical.net.
published: 2004 /06/01.

8. World Health Organization. Disposal of dead bodies in emergency conditions. Technical Notes for Emergencies , 8 ; 2005 : 1-4. available from: www.searo.who.int.

9. Health risks from dead bodies. Available from: www.en.wikipedia.org.

10. medicines sans frontiers. an approach to emergency situations. available from: www.mfs.org/2001.

11. World Health Organization . Communicable Diseases Following Natural Disasters - Risk Assessment and Priority Interventions. Published: December 2006. available from: www.who.int/diseasecontrol/emergencies/en/

12. Sterling T, Bishai W, Harrington S, Gershon RR, Chaisson R. Transmission of Mycobacterium tuberculosis from a cadaver to an embalmer. N Engl J Med. 2000;342(4):246-8. 14 October 2009.

13. healing TD, Hoffman PN, Young SEJ. the infection hazards of human cadavers. Communicable disease report. 1995.5(5):61-76.

14. Department of Health Hospital Authority Food and Environmental Hygiene Department. Precautions for Handling and Disposal of Dead Bodies. April 2009. 7th ed:1-18.

15. شیخ هادی رضا و همکاران. خطرات بیماری‌های عفونی ناشی از اجساد پس از بحران‌های طبیعی و نحوه برخورد با اجساد. نشریه پیام بحران، 1384.

Available from: www.bohran.ir. 14 October 2009.

2. به دنبال تماس با در اکسین و فوران چه بیماری‌هایی در انسان ایجاد می‌شود.

3. در اجساد مبتلا سیاه زخم، طریقه دفن جسد چگونه است؟

کتاب نامه

1. About natural disasters. Paris, United Nations Cultural, Scientific and Cultural Organization 2004. Available from: 24 february 2004. (http://www.unesco.org/science/disaster/about_disaster.shtml; published: 6 June 2006).

2. Watson J T, Gayer M, Connolly M A. Epidemics After Natural Disasters. Published: 02/05/2007 available from: www.medscape.com.

3. Goyt C. Maladies transmissible et surveillance epidemiology lots of disasters naturals. Bull World Health Organ. 1979; 57(2):153-65. Available from: www.pubmed.com . 11. December 2009.

4. Morgan O. Infectious disease risks from dead bodies following natural disasters. Rev Panama Salud Publica. 2004;15(5):307-12.

5. Morgan O. Management of Dead Bodies after Disasters: A Field Manual for First Responders, 1th ed, Washington D.C, PAHO HQ Library Cataloguing-in-Publication, 2006, 1-3.

6- Harvey p, Baghri s, Reed R. emergency sanitation. disposal of dead body. 135-141. Available from: www.who.or.id/eng/contents/aceh/wsh/books/es/ES09CD.pdf.

7. Myth of disease threat posed by dead bodies after natural disasters unfounded.