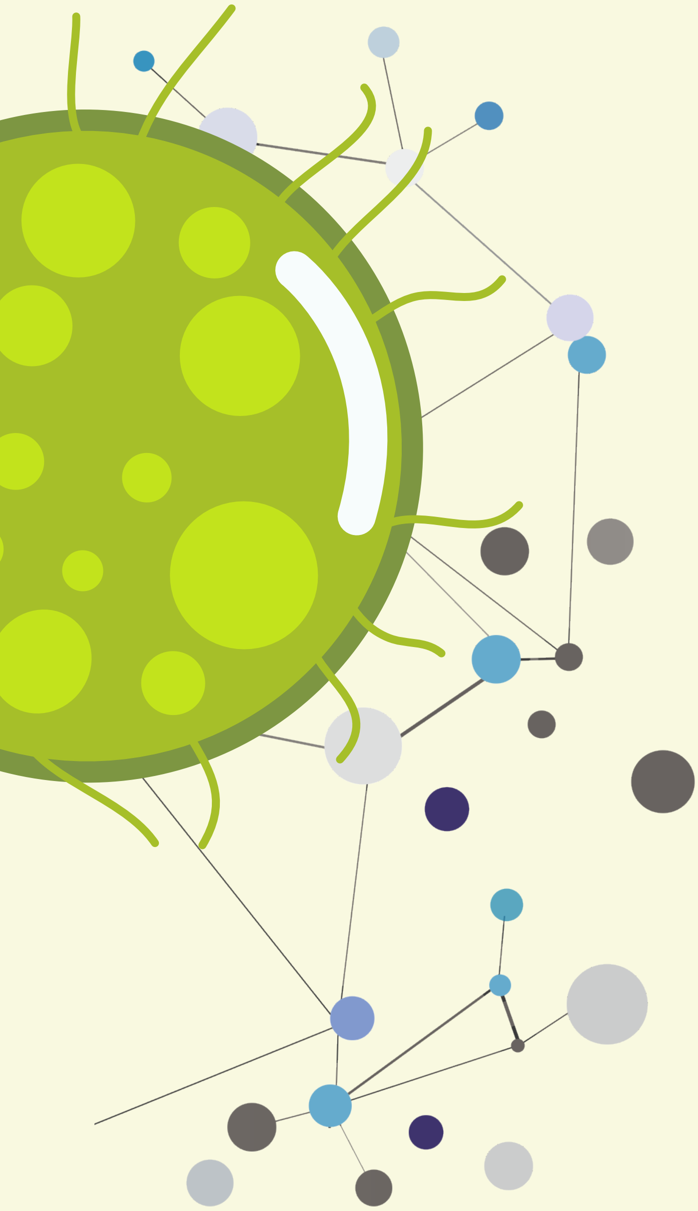
۵۶
The golden horizon of health
معاونت بهداشتی
◆ فصلنامه بهداشتی، درمانی، علمی و فرهنگی
◆ سال یازدهم، پاییز ۹۷

افق طلایی سلامت



آنفلوآنزا باعث عفونت حاد دستگاه تنفسی می شود که با سردرد ناگهانی، درد ماهیچه، تب و ضعف و بی حالی شدید نمایان می شود.

معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی زابل

فصلنامه بهداشتی، درمانی، علمی و فرهنگی

فصلنامه افق طلایی سلامت شماره ۵۶

نشریه داخلی حوزه معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی زابل

فهرست مطالب شماره ۵۶

- ۱ سخن سردبیر
- ۲ اندازه دور کمر
- ۳ همیاری برای کاهش اسراف در مواد غذایی
- ۴ اصول تغذیه در فعالیت بدنی
- ۵ نکاتی پیرامون تغذیه کمکی کودکان
- ۷ آیین نگارش مکاتبات اداری
- ۱۱ زوجین موفق و بهداشت روانی ازدواج
- ۱۳ عوامل کاهش دهنده انگیزه
- ۱۵ اختلال دوقطبی
- ۱۷ بارداری های پرخطر برای مادر
- ۱۸ خودمراقبتی، بهداشت فردی و سلامت بلوغ
- ۲۰ مشکلات اوقات فراغت
- ۲۲ پیشگیری از حوادث و سوانح در کودکان
- ۲۴ بیماری تب مالت
- ۲۵ مارگزیدگی
- ۲۷ آزمایش هموگلوبین ای ـوان ـسی
- ۲۸ علل حوادث و سوانح رانندگی
- ۳۱ اصطلاحات رایج در بهداشت
- ۳۲ وضعیت سل و شاخص های۶ ماهه اول
- ۳۴ چشمهایت را بازکن (ایدز)
- ۳۵ راهبردهای یادگیری
- ۳۷ برای ارتقای سلامت اجتماعی ایرانیان چه کنیم؟
- ۴۰ آشنایی با بانک اطلاعاتی SienceDirect
- ۴۳ مطلب انگلیسی
- ۴۵ تهویه بیمارستان
- ۴۶ دستورالعمل تکمیل فرم پرونده پزشکی شاغل)
- ۴۸ شیوه نامه برخورد پزشکی با مسمومیت حاد متانول
- ۵۱ صفحه احساس وقلم
- ۵۳ جدول جایزه دار

صاحب امتیاز: معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی زابل

مدیر مسئول: دکتر جواد اکبری زاده

سردبیر: سید محمود فاطمی

مسئول دبیرخانه: حسینعلی ستوده

همکاران تحریریه:

- دکتر جواد اکبری زاده
- سید محمود فاطمی
- حسینعلی ستوده
- مجتبی کندری
- زینب کریمی راد
- سید روح ا... داودی

عکاس: احمد کیخا

طراح: سید روح ا... داودی

آدرس دبیرخانه: زابل- خیابان طالقانی

روبروی کارخانه یخ خراشادی

حوزه معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی زابل

واحد آموزش و ارتقای سلامت

دبیرخانه فصلنامه افق طلایی سلامت

تلفن: ۰۵۴- ۳۲۲۳۸۰۲۹

پست الکترونیکی: asm@zbmu.ac.ir

نکته ۱: همکاران می توانند آثار خود را به واحد آموزش و ارتقای سلامت ستاد حوزه معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی زابل تحویل نمایند. این نشریه در انتخاب، حذف و اصلاح مطالب رسیده آزاد می باشد. همچنین مقالات ارسالی برگشت داده نمیشود و مسئولیت مقالات به عهده نویسنده آن می باشد.

نکته ۲: حتماً مقالات خود را بصورت تایپ شده و با ذکر منابع در یک فایل تحویل نمایید.

آدرس اینترنتی مجله

www.zuhen.persianblog.ir

سخن سردبیر

با سلام حضور همه خوانندگان و همراهان محترم فصلنامه افق طلایی سلامت. امیدوارم همه ی شما عزیزانم سال ۹۷ را با صحت و سلامتی به نیمه رسانده و در آغاز فصل پرمهر پاییز موفق، سلامت و پایدار باشید.

در راستای اجرای کامل برنامه های تحول سلامت در بخش بهداشت پس از تامین فضای فیزیکی، تجهیزات و نیروی انسانی برای واحدهای ارایه دهنده خدمات سلامت، به هدف مهم ارتقاء و بهبود کیفیت خدمات سلامت قابل ارایه به جامعه باید دست یابیم و یکی از ارکان این مهم **تامین رضایت گیرندگان خدمات** می باشد. برای تامین رضایت در ابتدای امر باید هر گیرنده خدمت در جریان کامل نوع، نحوه و هدف از ارایه خدمت مورد نظر قرار گیرد.

از دلایل ایجاد نارضایتی می توان به عدم تسلط، شناخت و توان ارایه دهنده خدمت برای آموزش لازم به مراجعین، عدم توجه به ضرورت آموزش و در نتیجه عدم آگاهی گیرنده خدمت از وضعیت خدمتی که دریافت نموده، شلوغی بیش از حد محل ارایه خدمت، عدم تامین امکانات رفاهی، گرمایشی یا سرمایشی مناسب و ... اشاره نمود.

هنر برقراری ارتباط، یکی از ابزارهایی است که هر ارایه دهنده خدمت باید بر آن مسلط باشد و با برقراری ارتباط مناسب و در ادامه آموزش صحیح، گیرنده خدمت را از خدمات ارایه شده مطلع و توصیه های مراقبتی لازم (استفاده از دارو، لوازم بهداشتی، انجام یا عدم انجام برخی موارد خاص، توصیه های غذایی و ...) را نیز یادآوری نماید. چرا که افزایش آگاهی گیرندگان خدمت منجر به بهبود خودمراقبتی شده و در نهایت ارتقای شاخص های سلامت را به دنبال خواهد داشت.

در این راستا نقش مدیران و کارشناسان ناظر نیز برای هدایت پرسنل در این مسیر حایز اهمیت ویژه می باشد. ارزیابی علمی و هدفمند وضعیت ارایه خدمات در واحدهای بهداشتی و برنامه ریزی جهت اقدامات و مداخلات مناسب، خصوصا بررسی دلایل و مواردی که در هر واحد ارایه دهنده خدمت می تواند باعث عدم رضایت و یا کاهش رضایت مندی گردد، باید بصورت مستمر انجام شود.

در همین راستا توجه جدی به راه اندازی سامانه سیب، ثبت شماره تلفن گیرنده خدمت و ثبت کامل خدمات ارایه شده در سامانه نیز نباید فراموش شود.

امیدوارم در ارایه خدمات سلامت موثر بر سلامت جامعه موفق باشیم.

سید محمود فاطمی

اندازه دور کمر

تناسب‌اندام و سلامتی

روح‌الله دهمرده

منبع: ۱- بسته آموزشی ویژه کارشناس تغذیه در طرح نوین نظام تحول سلامت - دفتر بهبود تغذیه- ویرایش دوم ۱۳۹۵
۲- مطالب آموزشی دفتر بهبود تغذیه جامعه- معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

اندازه‌گیری دور کمر یکی از بهترین روش‌ها برای این اسـت که بدانید وزنتان خطری برای سـلامت شـما به‌خصوص سلامت قلبتان دارد یا اینکه شما دارای وزن ایده آل هستید. اندازه دور کمر ازاین‌رو مهم است که تقریباً با میزان چربی موجود در تنه و دور قلب نسـبت مستقیم دارد. برخی از آقایان اضافه‌وزن زیادی ندارند ولی دور کمر آن‌ها بزرگ می‌باشـد. درواقع اندازه دور کمر به‌طور مسـتقل از چاقی می‌تواند یکی از عوامل خطرزا به شمار رود که استعداد فرد را در ابتلا به بیماری‌های قلب و عروق، دیابت، چربی بالای خون و پرفشاری خون افزایش می‌دهد.

حتماً مشاهده کردید افرادی را که همیشه در جستجوی آینه هستند و شاید خودتان هم از آن دسته افرادی باشید که روزی چند بار جلوی آینه می‌ایستید، هیکل خود را بررسی می‌کنید و به شکمتان، نگاه می‌کنید. خیلی از افرادی که دچار چاقی شکمی هستند، بیشتر نگران تناسب‌اندامشان هستند. شاید کمتر فکر کرده باشند که همین چربی‌های انباشته‌شده در شکم علاوه بر هیکل نامتناسب، سلامتی‌شان را به‌شدت تهدید می‌کند.

با بالا رفتن سن معمولاً اندازه دور کمر نیز افزایش پیدا می‌کند، اما نکته جالب این است که بسیاری از افراد این افزایش وزن را انکار می‌کنند یا به آن توجه کافی ندارند و بیشتر به فکر ظاهر و اندازه بودن لباس‌های خود هستند. دراین‌بین تعدادی از افراد به دلیل حفظ تناسب و اهمیت به‌ظاهر با ورزش کردن و رژیم غذایی از افزایش اندازه دور کمر خود جلوگیری می‌کنند؛ اما در عوض تعداد زیادی هستند که به‌راحتی با این قضیه کنار می‌آیند و به‌جای آن‌که برای کاهش اندازه دور کمر خود تلاش کنند لباس‌های با سایز بزرگ‌تر خریداری می‌کنند.

تحقیقات و مشاهدات نشان می‌دهد بسیاری از مردم نمی‌دانند چاقی دور شکمی می‌تواند خطر ابتلا به دیابت، سرطان و بیماری‌های قلبی و ... را به‌طور قابل‌توجهی افزایش دهد.

درگذشته برای اندازه نرمال دور کمر اعداد مختلفی ذکرشده است. اندازه دور کمر خانم‌ها بالای ۸۷ سانتی‌متر و آقایان بالای ۱۰۰ سانتی و یا در مقطعی دور کمر زنان بیش از ۸۰ سانتیمتر و مردان بیش از ۹۴ سانتیمتر، نشان‌دهنده چاقی شکمی و هشداری برای سلامتی بود.

در جدیدترین دستورالعمل‌ها دور کمر میان‌سالان (مرد و زن) کمتر از ۹۰ سانتیمتر مطلوب و ۹۰ سانتیمتر و بیشتر نامطلوب محسوب می‌شود.

اما چگونه درو کمر را محاسبه کنیم:

۱- ناحیه کمر باید بدون لباس باشد.
۲- از متر نواری برای اندازه‌گیری استفاده کنید.
۳- فرد باید صاف و درحالی‌که دست‌ها آزادانه در دو طرف بدن قرارگرفته و پاها حدود ۲۵ تا ۳۰ سانتی‌متر از هم فاصله‌دارند، بایستد.
۴- حدفاصل بین آخرین دنده (دنده دهم) و تاج ایلیاک علامت گذاشته می‌شود و دور کمر در این خط اندازه‌گیری می‌شود.
۵- متر باید بدون پیچ‌خوردگی دورتادور کمر قرار بگیرد. دقت کنید که در هیچ نقطه‌ای لباس‌زیر متر نرفته باشد.
۶- یک‌دم انجام دهیم و سپس بازدم و در همین لحظه دور کمر را بخوانید.
۷- یک‌بار دیگر اندازه‌گیری را انجام دهید. فاصله بین دو عدد نباید بیشتر از ۰/۵ سانتیمتر باشد.
۸- هر دو عدد را یادداشت کنید.
۹- درصورتی‌که فاصله بیشتر از حد انتظار بود باید اندازه‌گیری را دو بار دیگر تکرار کنید.

همیاری برای کاهش اسراف در مواد غذایی

نعیمه گنجعلی

منبع: منبع : همیاری برای کاهش اسراف در مواد غذایی – به مناسبت روز جهانی غذا – منتشر شده توسط دفتر بهبود تغذیه جامعه – ۲۴ مهرماه ۱۳۹۶

هرسـال ۱/۳ میلیـارد تـن غـذا در جهـان هـدر مـی‌رود که ۳۵ میلیـون تن از ایـن رقم در ایران دور ریخته می‌شـود. ایـن مقدار می‌توانـد ۱۵ میلیـون انسـان گرسـنه را در کشور ما سیر کند. کشـورهای صنعتی سـالانه ۲۸۶ میلیون تن از غلات تولیدشده را دور می‌ریزنـد که این رقم معادل ۷۶۳ میلیـون بسـته ماکارونـی است.گرسـنگی بزرگ‌ترین خطر دنیا برای سـلامتی انسان‌هاست و هرسـاله تعـداد کسـانی که از گرسـنگی جان خود را از دسـت می‌دهند از مجموع قربانیان ایدز، مالاریا و سل بیشتر است.

راهکارهای مناسب برای پیشگیری از هدر دادن مواد غذایی هنگام خرید

- در مواقعی که گرسنه و خسته هستید هرگز خرید نکنید زیرا غالباً بیشتر از نیازتان خرید خواهید کرد.
- به‌منظور پیشگیری از فساد مواد غذایی خریداری‌شده همواره مواد غذایی فاسدشدنی و سبزی‌ها را در مرحله آخر خرید انجام دهید.
- در صورت داشتن میهمان حتماً از تعداد نفرات آن‌ها مطمئن شوید تا بیشتر از نیاز و یا بیشتر از ظرفیت یخچال و فریزرتان خرید نکنید.
- به‌منظور حفظ سلامت و تازگی نان و همچنین پیشگیری از بیات شدن نان هنگام خرید نان همیشه از کیسه پارچه‌ای تمیز استفاده کنید.
- نگهداری نان در یخچال باعث بیات شدن و افزایش دورریز نان می‌شود. برای نگهداری نان آن را بسته‌بندی و در فریزر بگذارید.

راهکارهای مناسب برای پیشگیری از هدر دادن مواد غذایی هنگام پخت‌وپز

- همیشه با توجه به وضعیت افراد خانواده غذا تدارک ببینید مثلاً سهم سالمندان و یا کودکان را متناسب شرایط آن‌ها محاسبه کنید.
- از همه قسمت‌های سبزی‌ها مانند ساقه و برگ تازه آن می‌توان برای غذای اصلی، سوپ و یا سالاد استفاده کرد.
- در صورت اضافه ماندن غذا در یک وعده مطمئن شوید برای وعده‌های دیگر حجم کمتری غذا تهیه کنید.
- خمیر جداشده از بعضی از نان‌های مصرفی را دور نریزید. می‌توانید آن را خشک کرده و به‌عنوان پودر در پخت بعضی غذاها مانند انواع کوکو و یا کتلت استفاده کنید.

در صورت اضافه ماندن غذا می‌توانید باقیمانده غذا را در وعده‌ی بعدی با مختصر تغییری مجدداً مصرف نمایید. برای مثال حبوبات باقیمانده از آبگوشت را با چند تخم‌مرغ تبدیل به کوکو کنید و یا اضافه ماکارونی را با اضافه کردن مقداری آب و سبزی‌ها و عدس تبدیل به سوپ کنید و در وعده‌ی بعدی استفاده کنید. این کار علاوه بر پیشگیری از هدر دادن مواد غذایی باعث تنوع غذایی هم می‌شود.

راهکارهای مناسب برای پیشگیری از هدر دادن مواد غذایی باقیمانده

- در صورت وجود باقیمانده غذا بعد از خنک شدن و برچسب زمان مصرف، آن را در ظروف مناسب درب دار در یخچال یا فریزر نگهداری کنید.
- در صورت عدم تمایل به نگهداری می‌توانید با تماس با مؤسسات خیریه معتبر نسبت به انتقال و مصرف آن در مؤسسات اقدام نمایید.
- با اندکی مهارت می‌توانید باقیمانده غذا را با ترکیبات جدید که قبلاً توضیح داده شد به غذای جدید با تنوع بیشتر تبدیل و مصرف کنید.
- اضافه میوه‌ها را به‌صورت برگه‌های خشک، لواشک و یا کمپوت شیرین تبدیل و استفاده کنید.
- به دوستان و بستگان خود راهکارهای پیشگیری از اسراف مواد غذایی را آموزش دهید.
- اضافه سبزی‌ها را پس از شست‌وشو، خشک و فریز نمایید.

اصول تغذیه در فعالیت بدنی

◆ ملیحه میرانی

منبع: بسته آموزشی ویژه هفته سلامت ۹۷، دفتر بهبود تغذیه جامعه– معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

ورزش و تحرک بدنی همراه با رعایت اصول صحیح تغذیه نقش مهمی در بهبود شیوه زندگی و کاهش خطر ابتلا به بیماری‌های غیروا گیر ازجمله دیابت، بیماری‌های قلبی عروقی و انواع سرطان‌ها دارد.

نکات کلیدی تغذیه هنگام انجام فعالیت بدنی

۱- روزانه مقادیر مناسبی از تمام گروه‌های غذایی مانند نان و غلات، شیر و مواد لبنی مثل ماست و پنیر، گوشت، حبوبات و تخم‌مرغ، میوه و سبزی استفاده کنید.

۲- باید توجه کنیم کالری دریافتی متناسب با فعالیت‌های روزانه باشد و از مصرف بیش‌ازحد و محدودیت بیش‌ازحد مواد غذایی پرهیز کنیم.

۳- با انجام فعالیت ورزشی، اشتهای اکثر افراد افزایش پیدا می‌کند، لذا به‌منظور پیشگیری از چاقی و اضافه‌وزن، از تمام گروه‌های غذایی به مقدار متناسب استفاده کنید.

برای تأمین سوخت کافی برای انجام فعالیت ورزشی، کربوهیدرات‌ها شامل نان، برنج، انواع غلات، میوه، سبزی‌ها مهم‌ترین مواد غذایی به شمار می‌روند. غذاهای اصلی و میان وعده‌ها باید حاوی منابع غنی از کربوهیدرات به شرح زیر باشند:

- برنج، ماکارونی، رشته‌ها و سایر فرآورده‌های مشابه
- نان‌های سبوس‌دار
- میوه‌های تازه، آب‌میوه‌ها، انواع برگه‌ها و میوه‌های خشک‌شده
- سبزی‌های نشاسته‌ای مثل سیب‌زمینی، ذرت و ...
- حبوبات شامل لپه، نخود، لوبیا، عدس و فرآورده‌های تهیه‌شده از سویا
- فرآورده‌های لبنی مثل ماست، شیر، پنیر و کشک

۴- برای تأمین انرژی ورزش روزانه علاوه بر وعده‌های اصلی از میان وعده‌های سالم مثل شیر، مغزها، انواع میوه‌ها و سبزی‌ها استفاده نمایید.

۵- برای تأمین نیاز پروتئینی خود مقادیر مناسبی مواد پروتئینی متناسب با نیازتان مثل انواع گوشت‌های سفید و قرمز، تخم‌مرغ، شیر و فرآورده‌های لبنی، حبوبات و مغزها استفاده کنید و از مصرف بیش‌ازحد مواد پروتئینی پرهیز کنید.

۶- اگر مواد پروتئینی به گونه مطلوب و همراه با غذاهای کربوهیدراتی مصرف شود، بهتر است. مثلاً استفاده خوراک عدسی با نان، خوراک لوبیا با نان، ماکارونی با گوشت و یا پنیر. پروتئین‌های گیاهی مثل غلات و حبوبات را با هم مصرف کنید مثل عدس‌پلو یا لوبیاپلو

۷- کلسیم موردنیاز به‌راحتی با مصرف روزانه حداقل ۲–۳ لیوان شیر یا ماست و فرآورده‌های لبنی تأمین می‌گردد و در شرایط طبیعی نیازی به دریافت مکمل نمی‌باشد.

۸- ورزشکاران جوان نسبت به بقیه افراد احتیاج به کلسیم بیشتری برای تأمین نیاز کلسیم دوران رشد خوددارند که به‌راحتی می‌توانند با مصرف مواد لبنی آن را تأمین نمایند.

۹- بسیاری از افرادی که فعالیت ورزشی دارند به بهانه تأمین انرژی مقادیر زیادی چربی مصرف می‌نمایند. لذا چربی در بدن آن‌ها به‌سرعت افزایش می‌یابد و باعث خستگی در هنگام تمرین و افزایش خطر آسیب‌دیدگی می‌شود. توصیه می‌شود برای تأمین چربی موردنیاز از ماهی و روغن‌های مختلف گیاهی، انواع مغزها و دانه‌ها در حد متعادل استفاده نمایید و در تهیه غذاها از مصرف زیاد روغن، چربی و غذاهای سرخ‌شده و انواع سس‌ها و شیرینی‌های خامه‌ای در مقادیر زیاد اجتناب کنید.

۱۰- اگر هدف شما از انجام فعالیت بدنی کاهش وزن است، حداکثر کاهش وزن در هفته باید بین ۰/۵ تا یک کیلوگرم باشد. کاهش وزن بیش از این مقدار به شما آسیب خواهد زد.

چند نکته در مصرف مایعات

- دو ساعت قبل از ورزش یک یا دو لیوان مایعات بیاشامید و ۱۵ دقیقه قبل از شروع ورزش یک لیوان دیگر نیز بنوشید.
- در طی ورزش نیز به‌منظور جایگزینی مایعات ازدست‌رفته، دفع گرما و سموم از بدن و کاهش خستگی هر ۱۵ تا ۲۰ دقیقه، نصف لیوان تا یک لیوان آب بنوشید.
- برای تأمین کامل نیاز مایعات بدن می‌توانید روزانه مقادیری نوشیدنی‌های سالم مثل آب، دوغ، آب‌میوه بدون قند افزوده و غذاهایی که آب زیادی دارند مثل انواع میوه (هندوانه، خربزه، طالبی، گرمک، هلو، مرکبات و ...) سبزی‌ها (کاهو، خیار، گوجه‌فرنگی و ...) سوپ و آش استفاده کنید.
- به‌منظور جبران مایعات اتلاف شده بدن، از مصرف زیاد چای و قهوه پرهیز کنید، چراکه این مواد باعث دفع بیشتر آب از بدن می‌شوند.

نکاتی پیرامون تغذیه کمکی کودکان

◆ نعیمه گنجعلی

منبع: آخرین دستورالعمل تغذیه کمکی کودکان - منتشر شده توسط دفتر بهبود تغذیه جامعه – بهمن ۱۳۹۶

تغذیه انحصاری با شیر مادر و ذخایر دوران جنینی می‌تواند اکثر نیازهای تغذیه‌ای شیرخوار را تا پایان شش‌ماهگی تأمین کند. ویتامین‌های A و D تنها ریزمغذی‌هایی هستند که جهت پیشگیری از بروز عوارض ناشی از کمبود آن‌ها، مکمل یاری با این دو ویتامین از ۵–۳ روزگی هم‌زمان با غربالگری هیپوتیروئیدی توصیه می‌شود. بر اساس دستور عمل کشوری توصیه می‌شود کودکان از روز ۵–۳ پس از تولد تا ۲۴ ماهگی، روزانه ۴۰۰ واحد بین‌المللی ویتامین D و ۱۵۰۰ واحد بین‌المللی ویتامین A دریافت کنند. تغذیه تکمیلی به مواد غذایی جامد، نیمه جامد یا مایع حاوی مواد مغذی و انرژی اطلاق می‌شود که علاوه بر شیر مادر یا شیر مصنوعی به شیرخوار داده می‌شود. طی دوره تغذیه تکمیلی، اگرچه تغذیه با شیر مادر همچنان به‌عنوان منبع مهم تأمین مواد مغذی و عوامل حفاظتی حداقل تا ۲ سالگی ادامه می‌یابد، اما شیرخوار به‌تدریج با غذاهای خانواده آشنا شده و به آن‌ها عادت می‌کند.

مقدار و تنوع غذاهای تکمیلی کودکان زیر یک سال

- غذای کمکی با غلات به میزان ۳-۲ قاشق مرباخوری ۳-۲ بار در روز شروع شود.
- ترتیبی که غذاها دارند اهمیت کم‌تری از قوام و بافت غذا دارد.
- مواد غذایی چه ازنظر نوع و چه ازنظر مقدار باید به‌تدریج به برنامه غذایی شیرخوار اضافه شود.
- در برنامه غذایی کودک، تنوع در نظر گرفته شود. به‌تدریج از گروه‌های اصلی غذایی شامل نان و غلات، گوشت و تخم‌مرغ، حبوبات و مغز دانه‌ها، سبزی‌ها، میوه‌ها و لبنیات (ماست پاستوریزه و پنیر پاستوریزه کم‌نمک) در غذای تکمیلی استفاده گردد. تنوع غذایی و میزان غذا باسن شیرخوار افزایش یابد. معرفی مواد غذایی از هر گروه غذایی باید بر اساس سن شیرخوار انجام شود.

- تا پایان ماه هفتم تمام گروه‌های غذایی باید به شیرخوار معرفی گردند.

- از سبزی‌های سبز تیره و نارنجی و میوه‌های زرد و نارنجی که منابع غذایی ویتامین A و C هستند در غذای تکمیلی استفاده شود.

- پس از معرفی آب‌میوه طبیعی به شیرخوار می‌توان به‌تدریج میزان آن را به ۶-۱۲ قاشق مرباخوری (۳۰-۶۰ سی‌سی) در روز رساند. توصیه می‌شود آب‌میوه با لیوان یا فنجان نشکن داده شود. به شیرخواران بالای یک سال حداکثر ۱۸۰-۱۲۰ سی‌سی در روز آب‌میوه طبیعی (با فنجان) داده شود. آب‌میوه به‌عنوان میان وعده باید در نظر گرفته شود.

میوه‌ها و سبزی‌ها را می‌توان به شکل قطعات زیبا و جذاب بریده و به کودک داد.

میوه‌ها و سبزی‌های رنگی را باید هرروز در برنامه غذایی کودک گنجاند.

- از میوه‌ها و سبزی‌ها می‌توان به‌عنوان میان وعده یا در تهیه غذای تکمیلی به شکل پوره، سوپ و آش استفاده نمود.

- تخم‌مرغ کاملاً پخته‌شده (سفیده و زرده) به شیرخوار داده شود.

- با شروع غذای تکمیلی، دادن آب جوشیده سرد شده به‌دفعات و حجم موردعلاقه شیرخوار لازم است.

- دست شیرخوار و مادر به‌طور مرتب به‌ویژه قبل از غذا خوردن شستشو شود. اصول بهداشتی در تهیه و نگهداری غذای شیرخوار رعایت شود.

معرفی غذاهای آلرژن برای کودکان در معرض خطر آلرژی

شیر گاو، تخم‌مرغ، ماهی، گندم، سویا، بادام، گردو، فندق، پسته و بادام‌زمینی از مواد غذایی بسیار حساسیت‌زا هستند. در شیرخواران، آلرژی به شیر گاو، بادام‌زمینی و تخم‌مرغ نسبت به سایر مواد غذایی آلرژن بیشتر مشاهده می‌شود.

شیرخوار در معرض خطر آلرژی، شیرخواری است که حداقل یک وابسته درجه اول (پدر، مادر، خواهر یا برادر) مبتلابه آلرژی شامل درماتیت آتوپیک (اگزما)، رینیت آلرژیک (آبریزش بینی) یا آلرژی غذایی ثابت‌شده دارد. برای دادن مواد غذایی حساسیت‌زا برای شیرخوار در معرض خطر آلرژی، باید پس از شروع غذای تکمیلی در پایان شش‌ماهگی و در صورت تحمل مواد غذایی مانند غلات، گوشت، میوه و سبزی و نداشتن علائم آلرژی (مانند اگزما) به مواد غذایی، مواد غذایی آلرژی‌زا (غیر از شیر گاو) را به مقدار جزئی به او داد و اگر مشکلی گزارش نشد مقدار آن ماده غذایی را به‌تدریج در برنامه غذایی شیرخوار اضافه نمود. لازم به ذکر است دادن مواد غذایی آلرژی‌زا برای اولین بار به شیرخوار باید در منزل باشد نه مهدکودک یا جای دیگر.

خودداری از مصرف برخی از غذاها و رفتارهای غذایی نادرست در کودکان زیر یک سال

- مصرف نوشیدنی‌های شیرین موجب افزایش خطر اضافه‌وزن و چاقی و پوسیدگی دندان را در شیرخواران افزایش می‌دهد. بنابراین از دادن نوشیدنی‌های شیرین و آب‌میوه‌های صنعتی به شیرخوار خودداری شود.

- چای، قهوه و دم‌کرده‌های گیاهی مانع جذب مواد مغذی مانند آهن می‌شوند و تا حد امکان نباید مصرف شوند (حتی برای نرم کردن غذای شیرخوار از چای استفاده نشود). درصورتی‌که مادر برای دادن چای به شیرخوار اصرار دارد باید حداقل ۲ ساعت قبل یا بعد غذا به شیرخوار داده شود.

- افزایش مصرف آب‌میوه ممکن است موجب اسهال، نفخ و فساد دندان در شیرخوار شود.

- از اضافه کردن شکر یا قند به آب‌میوه خودداری شود. از دادن آب‌میوه در هنگام غذا خوردن یا خوابیدن به شیرخوار خودداری شود.

- از دادن لبنیات غیرپاستوریزه (مانند ماست و پنیر) خودداری گردد.

- از دادن انواع شیرینی‌ها، بیسکوئیت‌های شیرین، چیپس و پفک به شیرخوار خودداری گردد.

- از غذا دادن در هنگام خوابیدن به کودک خودداری شود زیرا این کار موجب بیش خواری و افزایش خطر چاقی در کودکان می‌شود.

- از اضافه کردن شکر به ماست خودداری شود. به شیرخوار ماست میوه آماده نیز داده نشود. زیرا دارای شکر است.

- از دادن شیر گاو به شیرخوار تا یک‌سالگی خودداری شود زیرا مقدار آهن، اسید لینولئیک و ویتامین E در شیر گاو پایین بوده ولی مقدار سدیم، پتاسیم و پروتئین آن زیاد است. مقدار زیاد پروتئین، سدیم و پتاسیم در شیر گاو موجب افزایش بار کلیوی می‌گردد. شیر گاو همچنین موجب اتلاف خون از طریق سیستم گوارش می‌گردد. شیر گاو فقط به میزان توصیه‌شده در تهیه غذای تکمیلی کودک مانند فرنی و حریره بادام باید مصرف شود.

- اگر کودک به ماده غذایی آلرژی دارد، باید از برنامه غذایی کودک حذف و جایگزین مناسب قرار گیرد.

- از دادن عسل به شیرخوار زیر یک سال (به دلیل بوتولیسم) خودداری شود.

- از دادن آدامس، آب‌نبات، تکه‌های بزرگ سیب، آجیل، ذرت، کشمش، هویج خام، کرفس، انگور و گیلاس به دلیل احتمال خفگی به شیرخوار خودداری شود. از مغزها می‌توان به‌صورت پودر شده برای مقوی کردن غذاها استفاده نمود.

- نمک و ادویه به غذای شیرخوار اضافه نشود.

- از مواد غذایی کنسرو شده در تهیه غذای شیرخوار استفاده نشود. زیرا حاوی نمک و شکر زیادی هستند.

- از دادن تخم‌مرغ خام و خوب پخته نشده خودداری شود.

- مواد غذایی به‌صورت پودر شده می‌توان جهت مقوی کردن غذای کودک استفاده کرد.

آیین نگارش مکاتبات اداری

محمود فاطمی

منابع:
۱- امینی، کاظم (۱۳۹۰). آیین نگارش مکاتبات اداری. تهران، مرکز آموزش مدیریت دولتی، چاپ۲۹
۲- عبائیان، غلامحسین (۱۳۸۷). اصول نگارش مکاتبات اداری. تهران، مرکز آموزش و تحقیقات صنعتی ایران.

انجام مکاتبات اداری یکی از مهمترین وظایف تمامی کارکنان در کلیه سطوح است و بیانگر تمامی فعالیت های هر فرد در سیستم کاری خود است. نوشتن صحیح نامه های اداری مهارتی مهم و ضروری است که همه ما بایستی به آن توجه کنیم.

در شماره ۱ این مقاله به اهمیت ارتباطات در سازمان، عناصر ارتباط،
انواع ارتباط، نقش و آثار ارتباط در انجام امور و نقش مکاتبات در انجام امور اداری و نامه های اداری، مشخصات نامه های اداری و
اجزای نامه های اداری اشاره شد.

انواع نامه های اداری

نامه های اداری به شکل های مختلف و با کاربردهای متفاوتی در نظام اداری جریان دارد، از این رو برای بررسی بهتر این نامه ها می توان آنها را از دو دیدگاه ماهیت کار و سطوح سازمانی تقسیم بندی نموده و سپس در تنظیم عنوان های آنها به ضوابط یادشده پرداخت:

الف) نامه های اداری از دیدگاه ماهیت کار:

نامه های اداری از نظر ماهیت کار به چهار دسته تقسیم می شوند:

- **نامه های خبری:** نامه هایی که به واسطه آنها نتیجه کاری یا آغاز و پایان کاری اطلاع داده می شود.
- **نامه های بازدارنده:** نامه هایی که از انجام کاری یا بروز حادثه ای بطور موقت یا دائم جلوگیری می کنند.
- **نامه های دستوری- درخواستی:** نامه هایی که در آنها ارتباط عمودی حاکم است، مثل درخواست از مقام بالا و یا دستور مافوق به کارمند زیر دست.
- **نامه های هماهنگی:** نامه هایی همانند بخشنامه ها که بمنظور هماهنگی بین دو یا چند واحد و سازمان تهیه می شوند.

ب) نامه های اداری از دیدگاه سطوح ارتباطی:

نامه های اداری ممکن است در داخل سازمان جریان داشته باشد که به آنها نامه های داخلی می گویند و یا اینکه از سازمانی به سازمان دیگر تهیه و ارسال می شود و نامه خارجی می نامند. در ادامه به بررسی انواع مختلف این نامه ها می پردازیم

ب-۱) نامه های داخلی: نامه های داخل ادارات، بر اساس سطوح ارتباطی خود به پنج دسته تقسیم می شوند:

- نامه بین دو واحد هم سطح: نامه هایی برای ارتباط و هماهنگی میان واحدهای داخلی یک سازمان همانند ارتباط بین واحد مالی و واحد اداری که واحد مالی برای امورات خود به نیروی انسانی آنها و واحد اداری به منابع مالی امور مالی نیازمند است.

- **نامه واحد بالاتر به واحد پایین تر:** این نامه ها به دو صورت جریان می یابند: حاشیه نویسی بر روی نامه های وارده از خارج از سازمان که با دستور اطلاع و نظرخواهی و یا اقدامی همراه است و نامه هایی که برای انجام اموری خاص از سوی مقام بالاتر به مقام پایین صادر می شود.

- نامه از واحد پایین تر به واحد بالاتر: ارائه گزارش و پاسخ در برابر نامه مقام بالاتر، درخواست و تقاضا از مقام بالاتر، گزارش عملکرد واحد و پیشنهادات واحد اجرایی به مقام بالاتر در این دسته قرار می گیرد.

- نامه یک کارمند به واحد اداری: این نامه ها شامل

درخواست کارمند از واحد خود یا سایر واحدها و ارائه گزارش وی از ماموریت خود را شامل می شود و در صورت استناد آینده، باید ثبت و بایگانی شود.

- نامه واحد اداری به کارمند: احکام ماموریت، تشویق نامه ها، توبیخ نامه ها و پاسخ نامه هایی که کارمند به اداره داده است، در زمره این نامه ها قرار می گیرند.

ب-۲) نامه های خارجی: مکاتباتی که از سوی سازمان با ادارات و سازمان های دیگر انجام می شود و به اشکال زیر نگاشته می شود:

- نامه به یک واحد مشخص از سازمان: زمانی از این شکل نامه استفاده می شود که با ماموریت اداره مقصد آشنا هستیم و مستقیما به آن اداره نامه می نویسیم. مثال نامه به اداره کل آموزش و پژوهش استانداری البرز.

- نامه به سازمان در ارتباط با وظایف سازمان: اگر با تشکیلات داخلی سازمانی آشنایی نداشته باشیم و مشخص نباشد که درخواست ما به کدام بخش از سازمان مرتبط است، از عنوان کلی آن سازمان استفاده می کنیم.

- نامه به یک شخص حقیقی: در پاسخ به تقاضای فرد و یا صدور تقدیرنامه، احضارنامه، توبیخ نامه و ابلاغ و اخطار به یک فرد این نوع نامه ها نوشته می شوند.

- نامه به یک شخص حقیقی مشخص در بخش خصوصی: نامه ای که بر حسب ضرورت ارتباط سازمانی دولتی با بخش خصوصی ایجاد شده و برای مدیر آن موسسه نوشته می شود.

مراحل تهیه نامه اداری

با توجه به اینکه صدور و وجود هر نامه در نظام اداری دارای تبعات حقوقی، مالی و اداری متفاوتی است و پس از صدور و ارسال نامه، امکان اصلاح و برگرداندن نامه برای فرستنده وجود ندارد؛ لازم است در تهیه نامه اداری توجه و دقت کافی مبذول داشت. مراحل تهیه یک نامه اداری در سه بخش مورد ارزیابی قرار می گیرد: شناخت، نگارش و آماده سازی نامه.

شناخت: مرحله شناخت برای تهیه یک نامه بدین معناست که با توجه به شرایط حاضر آیا نوشتن نامه ضروری است و یا صرفا بدلیل داشتن نسخه بایگانی نامه تهیه می شود؟ آیا بجای نوشتن نامه از وسیله دیگری نمی توان برای اطلاع رسانی و یا ارسال پیام استفاده نمود؟ آیا نامه در حال حاضر بهترین، کم هزینه ترین و سریع ترین وسیله ممکن است؟ پس از نیل به جواب صحیح در این بخش، پیرامون موضوع نامه اندیشه لازم اتخاذ می گردد. بدین معنی که واقعه ای که در حال نگارش نامه در خصوص آن هستیم از چه ویژگی هایی برخوردار است؟:

۱- چه کسی یا کسانی در این واقعه نقش دارند؟ موضوع نامه در خصوص چه کسی و یا کسانی است؟ چه کسی برای چه شخصی نامه می نویسد؟(که)

۲-این واقعه در کجا صورت یافته و چه موقعیت مکانی را شامل می شود؟ در کجا مسئله را بیان می کند؟ (کجا)

۳- زمان وقوع حادثه و موضوع نامه کی بوده است؟ از نظر سال، ماه و روز و حتی ساعت وقوع و یا گزارش(کی)

۴- موضوع اصلی واقعه در خصوص چیست؟ شناخت دقیق مسئله و بیان صریح آن (چی)

۵- دلایل اصلی وقوع و علل ایجاد این پدیده را بداند و بتواند در نامه خود بیان کند. (چرا)

۶- بتواند مسئله را بطور کامل تحلیل کند، چگونگی حدوث و وقوع مسئله را بیان نماید. (چگونه)

بررسی عناصر شش گانه یادشده، نویسنده و تهیه کننده نامه را در نوشتن، انشاء، انتخاب واژه ها و واژه گزینی یاری می دهد و در حقیقت اشراف او را بر موضوع رقم زده و از جمیع جهات و حتی آثار نوشته مطلع می شود. آنگاه تصمیم می گیرد که بنویسد؟ ننویسد؟ و یا چگونه بنویسد؟ بدین ترتیب نامه ای که با این تفاصیل تهیه شود، که پایه و اساس نامه و طی کامل مراحل نگارش از ابتدا تا پایان کار است.

برای تهیه پیش نویس نامه، دو بخش در نظر گرفته ایم که در بخش اول به آماده سازی مقدمات نگارش نامه و در بخش دوم به تدوین نامه می پردازیم.

مقدمات نگارش نامه: برای نگارش نامه مقدماتی مورد نیاز است تا بر اساس آن نامه ای با محتوی مناسب تهیه گردد. منابع مناسب برای استفاده در تدوین یک نامه رسمی عبارتند از: بخشنامه ها، قوانین، آیین نامه ها، دستورالعمل ها، کتب و نشریات از یک سو و پرونده ها و مکاتبات قبلی از سوی دیگر منابع مکتوب و منابع شفاهی همانند مشاوره از افراد مطلع و حتی مسئولین مافوق. منابع مناسب برای استفاده در تدوین یک نامه رسمی یکی از مقدماتی است که با تهیه و استفاده از آنها در تهیه یک نامه دارای محتوی دقیق و مستند می توان به نتیجه حاصل از نامه مطمئن تر بود. پس از اطمینان از محتوی صحیح و قوی نامه، باید به تنظیم فهرستی از مطالبی که قید آنها در نامه مورد نیاز است و تعیین اولویت های درج آنها در نامه پرداخت. برای این کار نیز باید در ابتدا به یادداشت برداری تمام مطالب مورد نیاز در بیان مسئله پرداخت و سپس از روی این عناوین یادداشت برداری شده به تعیین اولویت در ذکر آنها در نامه اقدام نمود.

با بررسی و تنظیم مطالب مورد نیاز در تنظیم نامه، کلیات نامه بدست می آید.

تدوین نامه: پس از بیان کلیات نظری در باب قوانین و آداب نگارش و آماده سازی مطالب برای نگارش نامه، در اینجا به بیان نکته ای مهم در خصوص تدوین بخش های مختلف یک نامه می پردازیم. جای تردیدی نیست که عناوین و متن نامه مهم ترین بخش های نامه هستند که میان نویسنده و مخاطب تفهیم و تفهم ایجاد می کنند. لذا چنانچه در بخش های پیشین نیز بیان کردیم استفاده از عناوین صحیح، دقیق و مطمئن در عناوین نامه ها از یک سو و استفاده از متون پیچیده، طولانی و نامفهوم در متن نامه باعث عدم ارتباط مناسب بین نویسنده و مخاطب شده و نامه نتیجه لازم را برای نویسنده در پی نخواهد نداشت.

بررسی پیش نویس: پس از تهیه پیش نویس و قبل از تایپ نامه، برای حصول اطمینان از کفایت و کارآیی و تاثیر مطلوب محتویات آماده شده، به بررسی نهایی نامه می پردازیم. این بررسی براساس یک فهرست(چک لیست) انجام می شود که تمامی مراتب و موارد لازم برای تهیه نامه ای مطلوب را یادآوری می نماید.

پرسش های مطرح شده در فهرست بررسی به سلیقه نویسنده و یا موقعیت و خواسته سازمان بستگی دارد، که می بایست قبلا توسط سازمان تهیه و در معرض دید نویسندگان نامه های سازمان قرار می گیرد تا بر آن اساس نامه تهیه شود. نمونه ای از این چک لیست در زیر آورده شده است.

بهتر است برای تهیه پیش نویس به موارد زیر توجه کرد:

- پیش نویس با خط خوش و خوانا نوشته شود.
- بهتر است بجای کاغذهای متفرقه، از کاغذهای پیش نویس اداری استفاده گردد.
- در صورت خط خوردگی زیاد، بهتر است بازنویسی شود.
- بمنظور امکان اعمال تغییرات، فاصله خط ها با یکدیگر باید حداقل ۱۵ میلیمتر باشد.
- در چهار سوی متن پیش نویس، حاشیه کافی برای اصلاحات در نظر گرفته شود.

- درستی املای کلمات کنترل شده و در صورت تردید در املای واژگان به فرهنگ مراجعه شود.
- سعی شود هماهنگی لازم بین روال نوشته و موضوع و هدف نامه وجود داشته باشد.
- نشان گذاری و آیین آن به خوبی رعایت و استفاده شود.

پس از تهیه پیش نویس، نمونه آماده شده توسط کارمند تایید شده و به استحضار مقام مافوق می رسد و پس از تایید مدیر، ماشین نویسی می شود. پس از تایپ، نامه دوباره توسط کارمند مربوطه چک می شود تا غلط های احتمالی تایپ، اصلاح شده و پس از اصلاحات نهایی، نامه در سه نسخه تهیه می شود: نسخه بایگانی، نسخه اقدام کننده و نسخه اصلی

نسخه بایگانی توسط کارمند تایید شده و هر سه نسخه به تایید و امضای مدیر سازمان رسیده و پس از ثبت شماره و تاریخ و درج "پیوست ندارد" در نامه های بدون پیوست و تعداد پیوست ها در نامه های دارای پیوست به سازمان مقصد ارسال می شود.

نسخه اقدام کننده به کارمند مربوطه تحویل می شود تا در صورت لزوم، پیگیری نماید.

در صورتی که نامه دارای رونوشت گیرندگان باشد، به تعداد افرادی که در رونوشت گیرندگان درج می شوند، با ذکر نام رونوشت گیرنده تهیه و با امضای اصلی مدیر تایید و ارسال می شود.

جدول - وارسی پیش نویس

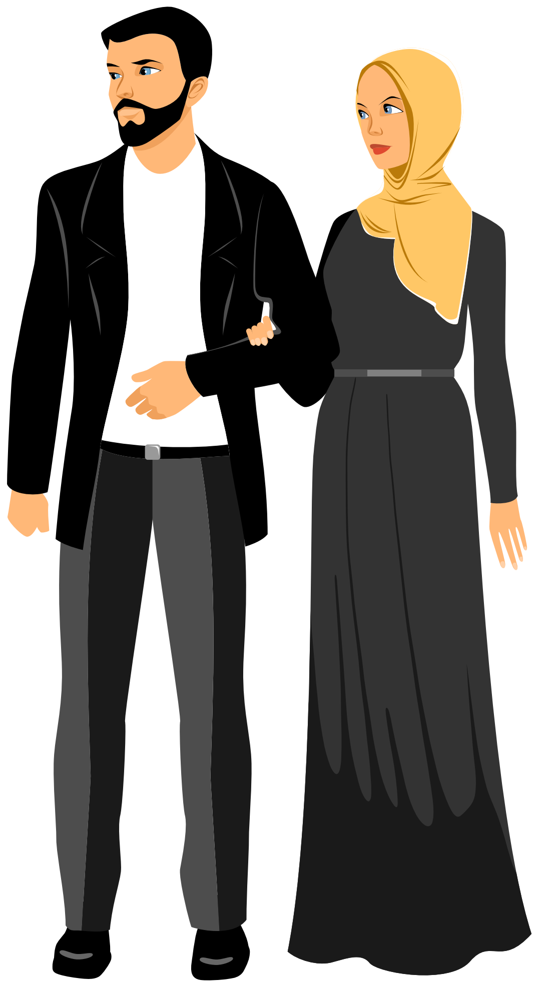
ردیف	پرسش های مطروحه	نتیجه وارسی	
		تایید شد	اصلاح شد
۱	آیا موضوع قبل از نوشتن به خوبی مورد بررسی قرار گرفته است؟		
۲	آیا متن نوشته شده به سهولت قابل فهم و خواندن است؟		
۳	آیا متن تهیه شده با موضوع اصلی نامه ارتباط دارد؟		
۴	آیا واژه های مناسب در نوشتن نامه استفاده شده اند؟		
۵	آیا پیش نویس تهیه شده بیش از حد طولانی و خسته کننده و یا مختصر و خالی از مفاهیم اصلی نیست؟		
۶	آیا موضوع به خوبی توجیه و تفسیر شده است؟		
۷	آیا هدف اصلی به طور کامل ملحوظ گردیده است؟		
۸	آیا ارتباط بین مطالب نامه (جمله ها و عبارات) حفظ گردیده است؟		
۹	آیا نامه از قاطعیت و صراحت لازم برخوردار است؟		
۱۰	آیا تقسیم بندی منطقی در تنظیم نامه رعایت گردیده است؟		
۱۱	اگر نامه در پاسخ دیگری است؛ آیا به کلیه موارد مطروحه در نامه اصلی پاسخ گفته شده است؟		
۱۲	آیا آثار قانونی نامه مورد توجه بوده است؟		
۱۳	آیا سیاست کلی سازمان ملحوظ گردیده است؟		
۱۴	آیا نامه بخوبی پایان یافته است؟		
۱۵	آیا موقعیت های خاص مخاطب از هر لحاظ در نظر گرفته شده است؟		
۱۶	آیا لحن نامه صحیح است؟		
۱۷	آیا به تعداد افراد و یا واحدهایی که باید از محتوی نامه مطلع باشند، رونوشت داده شده است؟		

نمودار - اجزای مختلف یک نامه

سرلوحه		آرم الله وزارت........... (معاونت/ اداره کل/ استانداری/...) — بسمه تعالی — تاریخ: شماره: پیوست:
عناوین		به: جناب آقای .... مدیر کل محترم امور اداری و مالی (گیرنده نامه) از: اداره آموزش و پرورش ناحیه ۸ تهران موضوع: درخواست مجوز استخدام
متن نامه	مقدمه	- عبارت سلام و احترام - راهنمایی مخاطب برای رسیدن به سوابق - راهنمایی مخاطب برای دریافت آسان پیام - توجیهی برای ارائه پیام و یا دلیلی برای نوشتن نامه
	اصل پیام	- ممکن است درباره یک یا چند موضوع باشد، بهتر است برای هر موضوع نامه مستقل تهیه شود - بیان موضوع اصلی در نامه و اشاره به موضوعات فرعی در دنباله آن بر اساس اهمیت و اولویت - بیان مطلب به شیوه روشن، مختصر و صریح - پرهیز از تفصیل، اطاله کلام و توضیحات اضافی خسته کننده
	نتیجه	- تشویق مخاطب به انجام درخواست و توجیه درخواست - تاکید ورزیدن بر خواسته و بیان اهمیت درخواست و توجیه عاطفی و قانونی موضوع - تعیین مدت زمان برای پاسخ و اثرات موضوع - اتمام جمله با پیام تشکر از مخاطب
امضا		- قید نام و نام خانوادگی (از بیان اضافات نام خانوادگی حتی الامکان پرهیز شود) - قید عنوان سازمانی (در صورت داشتن چند عنوان، از عنوان مرتبط با موضوع استفاده شود) - علامت امضاء
رونوشت		- برای اطلاع افراد و یا ادارات مرتبط با موضوع - نحوه نگارش: جناب آقای...... مدیرکل محترم......... برای آگاهی و هماهنگی با .... - ترتیب رونوشت گیرندگان بر اساس اهمیت سازمانی و اهمیت وظیفه ای که بر عهده دارند.

ادامه این مطلب را در شماره های بعدی همین فصلنامه پیگیری نمایید.

زوجین موفق و بهداشت روانی ازدواج



◆ ندا ذخیره داری

منابع:
۱- ۱۰ راز موفقیت و آرامش، دکتر وین دایر، ترجمه: آزاده سخایی منش
۲- مشاوره ازدواج، دی آنجلیس، باربارا. ترجمه ابراهیمی، (۱۳۸۲).
۳- آیا تو آن گمشده‌ام هستی؟ هادی ابراهیمی. تهران: نسل نواندیش (۱۹۹۴).

لازاروس ویژگی‌های زوجین موفق را این‌گونه مطرح می‌کند:

- بیشتر زوجین سازگار و موفق متوجه این نکته هستند که آن‌ها در قفس زندگی نمی‌کنند و نیز به یاد دارند که به همدیگر آزادی هایی را بدهند و فضاهای خصوصی نیز برای هم قائل‌اند.
- زوجین موفق هدف خود را در ازدواج مبتنی بر عواطف واقع‌گرایانه می‌پندارند تا یک سری هیجانات رمانتیک.
- زوجین باهوش ازخودراضی نیستند و درصدد جذب شدن به‌سوی دیگران و نیز جذب دیگران به‌سوی خود هستند.
- ازدواج سالم بر مبنای مذاکره و مصالحه و سازش است.
- در یک ازدواج موفق ذهن‌خوانی وجود ندارد و سعی در بازسازی شخص مقابل نیست.

برای ایجاد و تداوم یک ازدواج موفق نکات ذیل لازم است:

- **وحدت در هدف:** برای همساز بودن باید نگرش‌های همسانی داشت تا منجر به ایجاد اهداف همسانی شود.
- **وحدت در با هم بودن:** منظور این است که وقت بیشتری را با هم باشند نه این‌که شخصیت خود را با هم همانند کنند. نحوه‌ی این با هم بودن را هم باید یاد بگیرند. نه این‌که به شکلی بیمارگونه به یکدیگر وابسته شوند. اگر این‌گونه باشد، تفاوت در نقطه نظرات می‌تواند زندگی آن را تضمین کند.
- **وحدت در آزادی:** بعضی از توافق‌ها برای تداوم در زندگی لازم است. مثل توافق و سازگاری در فعالیت‌های اقتصادی، تربیتی و مذهبی. هرچقدر این شباهت‌ها و سازگاری‌ها بیشتر باشد، راه رسیدن به اهداف مناسب برای آن‌ها آسان‌تر است.

ملاک‌ها و معیارهای ازدواج:

۱- توجه به اصالت خانواده و ریشه‌دار بودن فرد موردنظر
۲- توجه به شرایط سنی فرد موردنظر
۳- توجه به اصول دینی و اعتقادات مذهبی فرد موردنظر

۴- توجه به میزان تحصیلات فرد موردنظر
۵- توجه به زیبایی، وضعیت ظاهر و همسانی با فرد موردنظر
۶- توجه به سطح اقتصادی خانواده‌ی فرد موردنظر
۷- توجه به وضعیت شغلی و میزان درآمد فرد موردنظر
۸- توجه به‌سلامت جسمانی و روانی فرد موردنظر
۹- توجه به رشد و بلوغ عاطفی- فکری و روانی فرد (پختگی)
۱۰- توجه به نگرش و طرز فکر فرد موردنظر

آثار ازدواج بر فرد

ازدواج را می‌توان همانند یک سرمایه اجتماعی تلقی نمود که زن و مرد بر پایه‌یک سلسله باورها، ارزش‌ها و روابط اجتماعی به‌طور مشترک سرمایه‌گذاری می‌کنند، هرچقدر که قدرت ریسک و خطرپذیری این سرمایه‌گذاری کمتر باشد، پیامدهای آن قابل پیش‌بینی و احتمالاً مطلوب است و برعکس هر چه قدرت خطرپذیری آن افزایش یابد، پیامدهای آن در زندگی فردی و اجتماعیِ زنان و مردان، غیرقابل‌پیش‌بینی و احتمالاً نامطلوب است. ازدواجی که در بستر و شرایط مناسب اجتماعی، بر پایه‌ی عشق، ایمان، اعتماد و تعهدات متقابل استوار گشته و مبتنی بر سیستم پیچیده‌ای از وابستگی‌های دوجانبه است، پیامدهای اجتماعی آن نیز قابل پیش‌بینی و مطلوب خواهد بود، لذا خطرپذیری آن نیز کاهش می‌یابد (محبوب منش، ۱۳۸۳).

ویژگی‌های لازم برای ازدواج

شش ویژگی شخصیتی که باید در همسران آینده خود به دنبال آن باشید عبارت‌اند از:

۱- تعهد به رشد شخصی: چنانچه بتوانید کسی را بیابید که به رشد شخصیتی فرد متعهد و پایبند باشد، از همان ابتدا بسیاری از مشکلات را که عده کثیری از زوج‌ها با آن روبه‌رو هستند، نخواهید داشت.

۲- باز بودن روحی و احساسی: چنانچه همسرتان نتواند احساسات خود را به زبان بیاورد و آن‌ها را با شما در میان بگذارد، آمادگی یک رابطه صمیمی را ندارد.

۳- صداقت: صداقت، درستی و قابل‌اعتماد بودن از ضروری‌ترین اجزای یک رابطه سالم هستند. هنگامی‌که همسرتان به‌طور دائم و همیشگی با شما صادق است، طبیعتاً به او اعتماد خواهید کرد.

۴- پختگی و مسئولیت‌پذیری:
مسئولیت‌پذیری این نیست که «بگویید« مسئولیت‌پذیرید.
مسئولیت‌پذیری، مسئولانه عمل کردن است. مسئولیت‌پذیری یک »مفهوم« نیست، یک »عمل« است. چنانچه همسرتان به سطح مورد قبولی از پختگی و مسئولیت‌پذیری نرسیده باشد، احساس خواهید کرد بیشتر یک بچه را به فرزندخواندگی گرفته‌اید تا این‌که معشوقی برای خود یافته باشید.

۵- اعتمادبه‌نفس بالا: کسی که اعتمادبه‌نفسش پایین باشد، برای رسیدن به احساس «خوب» عشق می‌ورزد، درحالی‌که یک شخص با اعتمادبه‌نفس بالا عشق می‌ورزد، زیرا که احساس «خوبی» نسبت به خود دارد.

۶- نگرش مثبت به زندگی: هنگامی‌که با شخصی با دید مثبت هستید، رابطه‌تان بسیار ساده‌تر خواهد بود. مشکلاتتان را سریع‌تر حل می‌کنید، سرزنش کمتر و تشریک‌مساعی بیشتری در میان خواهد بود و از همه مهم‌تر عشق بیشتری نیز وجود خواهد داشت.

بهداشت روانی ازدواج

بحث بهداشت روانی، بحثی بسیار تخصصی در روان‌شناسی و روان‌پزشکی است. بنا بر تعریف بهداشت روانی، رشته‌ای تخصصی از بهداشت عمومی است و به معنای سلامت فکر می‌باشد و در زمینه کاستن بیماری‌های روانی در یک اجتماع فعالیت می‌نماید و وضع مثبت و)سلامت روانی(را نشان می‌دهد. بهداشت روانی سعی دارد تا به بررسی انواع مختلف اختلالات روانی و عوامل روانی، عضوی و اجتماعی که در بروز بیماری‌های روانی اثر مشخصی دارند، بپردازد و بحث نماید. هدف اصلی بهداشت روانی پیشگیری است و این منظور به‌وسیله ایجاد ارتباط فردی و اجتماعی مناسب حاصل می‌گردد.

اصول اساسی بهداشت روانی عبارت‌اند از:
۱- احترام فرد به شخصیت خود و دیگران.
۲- شناختن محدودیت‌ها در خود و افراد دیگر.
۳- دانستن این حقیقت که رفتار انسان معلول عواملی است.
۴- آشنایی به اینکه رفتار هر فرد تابع تمامیت وجود است.
۵- شناخت احتیاجات محرک‌هایی که سبب ایجاد رفتار و اعمال انسان می‌گردد (دژکام،۱۳۸۶).

۱۰ راز موفقیت و آرامش

راز اول: ذهن و تفکر خود را برای قبول هر چیزی آماده و خلاق سازید، اما هرگز به آن‌ها وابسته نشوید.
راز دوم: تا وقتی نغمه‌ی درونتان را شکوفا نسازید، هرگز آرامش حقیقی را به دست نخواهید آورد.
راز سوم: شما هرگز نمی‌توانید هر آنچه ندارید را به دیگران هدیه کنید.
راز چهارم: سکوت معنای نهفته‌ی ناگفته‌هاست.
راز پنجم: گذشته‌تان را برای همیشه رها کنید.
راز ششم: نمی‌توانید مشکل خود را با ذهنیتی حل‌وفصل نمایید که خلق نموده‌اید.
راز هفتم: هیچ خشونت و رنجشی قابل توجیه و منطقی نخواهد بود.
راز هشتم: با خودتان به‌نوعی رفتار کنید که گویی همان فردی هستید که آرزویش را دارید.
راز نهم: معنویت درون خود را عزیز و گرامی بدانید.
راز دهم: امتناع از هرگونه افکار و احساساتی که شما را تضعیف می‌کند.

عوامل کاهش‌دهنده انگیزه

مجتبی کندری - معصومه رهدار

منبع: دنی. ریچارد، ترجمه ندیمی. محبوبه، هنر ایجاد انگیزه، چاپ شاد رنگ، چاپ ششم، سال۱۳۹۲

تاریخ بشر با دستیابی انسان از هدفی به هدف دیگر همچنان ادامه دارد و این به جلو و به آینده نگاه کردن است که برای به وجود آوردن ذهنی باانگیزه بسیار کمک‌کننده است. شخصی که انگیزه ندارد یا شرایط محیط یا اطرافیان باعث کاهش انگیزه در او شده‌اند، از طریق زبان بدن، حالت‌های چهره و بدنش نشان می‌دهد که چه احساسی دارد.

بنابراین لازم است که علائم ظاهری شخص بی‌انگیزه را بشناسیم:

۱- علائم بیرونی: اولین مورد ظاهر شخص است. این افراد کمتر از موهایشان مراقبت می‌کنند و برای مرتب کردن لباسشان تلاشی نمی‌کنند، آن‌ها لباس‌هایشان را کمتر اتو می‌کشند و می‌شویند. کفش‌هایشان نیز نامرتب به نظر می‌رسد، این افراد اغلب یا کاهش وزن یا افزایش وزن دارند. این علائم را می‌توان به نگهداری آنان از ماشینشان، حتی روشی که کار می‌کنند همین‌طور به وضعیت اتاق کار و میز کار نیز تعمیم داد.
در مورد حالت چهره آن‌ها باید بگوییم که گوشه‌های دهانشان به‌جای اینکه بالا باشد، پایین افتاده است و پیام‌های زبان بدن نشان می‌دهد که مغز این افراد ممکن است غمگین، بی‌انگیزه، بی‌اعتماد و یا حتی عبوس باشد.

۲- عدم اعتمادبه‌نفس: این موضوع می‌تواند اغلب با احساسات درونی از قبیل آیا می‌توانم آن کار را انجام دهم یا من به‌اندازه کافی مناسب آن کار نیستم، من بی‌کفایتم و نمی‌توانم و ... این قبیل جملات بیان گردد. عدم وجود اعتمادبه‌نفس در افراد، به دلایل عوامل زیر است:
- اعتماد آن‌ها به خاطر آنچه دیگران می‌گویند از بین می‌رود.
- عدم اعتمادبه‌نفس ممکن است به خاطر شرایط فرد در دوران بچگی‌اش باشد.
هر بچه‌ای که به دنیا می‌آید بامغزی مثبت وارد جهان می‌شود و در اولین ماه‌های زندگی‌اش داده‌های مثبتی را از والدینش دریافت می‌کند به‌محض اینکه بچه شروع به حرکت می‌کند داده‌های مثبت بیشتر می‌شود "بله تو می تونی " و "تو می تونی آن کار را انجام دهی " کودک به‌زودی قادر به ایستادن می‌شود و غرور پدر و مادر افزایش می‌یابد و درنتیجه آن‌ها واژه‌های مثبت بیشتری را به کار می‌برند. بالاخره کودک اولین کام را برمی‌دارد دوستان و اعضای خانواده برای سهیم شدن در این شادیِ دعوت می‌شوند، اما به‌محض اینکه واقعاً توانایی راه رفتن پیدا کرد، داده‌ها به طرز شگفت‌انگیزی از داده‌های مثبت به داده‌های منفی تغییر می‌کند "مواظب باش "، " آن کار را نکن "،"دست نزن "، تو ممکن است به خودت صدمه بزنی و ... درنتیجه مغز مثبت شرایط منفی " نه- نه " را شروع به تجربه کردن می‌کند.

۳- به‌وسیله تجربیات گذشته شرطی شده: فرض کنید که از شما خواسته‌شده است سخنرانی کنید. ضمیر ناخودآگاه شما به‌طور خودکار شروع به فراخوانی می‌کند. اگر آخرین سخنرانی شما مورد استقبال خوبی قرارگرفته باشد، جملاتی مانند "بله من می‌توانم این کار را انجام دهم " به ذهنتان خطور می‌کند. اگر آخرین سخنرانی‌تان یک آبروریزی باشد، آنگاه تجربیات گذشته شرطی شده باعث می‌شود که احساس "من نمی‌توانم " در شما ایجاد شود.

۴- نگرانی (تشویش): کلمه "worry" از یک واژه آنگلوساکسونی به نام "weirgan"، گرفته‌شده است که به معنی خفه کردن و فشردن گلو تا از بین بردن حیات است. نگرانی نیز تقریباً چنین کاری را در مورد بعضی از افراد انجام می‌دهد. البته نگرانی (تشویش) یکی از عامل‌های کاهش انگیزه می‌باشد. احساسی است که مردم وقتی نگران هستند آن را پیدا می‌کنند که اگر شکست بخورند چه اتفاقی خواهد افتاد.

می‌ترسند اگر اشتباهی مرتکب شوند کارشان را از دست خواهند داد و شاید بدترین ترسشان این است که در پیش همکاران و همسالانشان تمسخر شوند.

۵- عقاید منفی: این عامل به‌یقین زیان‌بارترین عامل کاهش‌دهنده انگیزه می‌باشد. این عامل گفته دیگران است که به شما صدمه می‌زند. موفقیت‌های بالقوه و بالفعل بسیاری به‌واسطه عقاید منفی افراد از بین رفته است. اگر شما در حال دریافت کردن عقاید منفی شخص دیگری هستید به خاطر داشته باشید که این فقط یک عقیده است که ممکن است صحیح باشد یا اینکه ممکن است غلط باشد. به نظر می‌رسد که ویژگی افراد موفق در زندگی این است که آنان خیلی به‌ندرت عقاید منفی‌ای را به‌طور صریح ابراز می‌کنند.

۶- احساس اینکه در اینجا آینده وجود ندارد: وقتی شخصی احساس می‌کند که هیچ آینده‌ای ندارد، بالطبع بی‌انگیزه می‌گردد. در بعضی محیط‌های کاری افراد منتظر مرگ کسی می‌مانند تا پستش را اشغال کنند. در مواردی دیگر آن‌ها می‌دانند که هیچ شانسی برای ارتقای درجه ندارند چون پیشرفت از آن اعضای خانواده حاکمان بود.

در بعضی از سازمان‌های پیشرفته تعداد سال‌های خدمت افراد در نظر گرفته می‌شود درحالی‌که در بعضی از شرکت‌های دیگر همه پست‌های ارشد از بیرون پرشده‌اند.

باید پذیرفت که لزوماً برای بعضی از تجارت‌ها بهتر است که رویه و اسلوب مسیر شغلی فراهم نکنند، در بسیاری موارد کارکنان از کارفرمایان به‌عنوان پله‌های رسیدن به اهداف خود استفاده می‌کنند که البته این کاری صحیح و معقول است.

حقیقت این است که کارمندان و کارفرمایان باید بتوانند شرایط کاریشان را بشناسند و به همدیگر احترام بگذارند. داشتن این احساس که "اینجا آینده‌ای ندارد " احساسی است که می‌تواند با مدیریت مناسب اداره شود و از بین برود. اگر مدیری از حقیقت آگاه است که ممکن است در سازمانش فرصت‌ها یا پیشرفت‌های شغلی وجود نداشته باشد، حداقل می‌تواند انگیزه‌ها و محرک‌هایی را ایجاد کند که احساس "در اینجا آینده‌ای نیست " را کاهش دهد. آنان می‌تواند با فراهم کرد موقعیتی برای شناخت کارهایی که به‌خوبی انجام می‌شود و با تغییر و تقسیم مسئولیت‌ها و با مشارکت دادن کارمندان در تصمیم‌گیری‌ها و شاید مهم‌تر از همه اینکه با فراهم کردن فرصت‌های آموزشی برای کارمندان، این کار را انجام دهند.

۷- من احساس ناچیزی (بی‌اهمیت بودن) می‌کنم: وقتی شخصی واقعاً چنین احساسی دارد، مطمئناً فرد بی‌انگیزه‌ای خواهد بود. این احساس معمولاً با این جملات بیان می‌شود که "هیچ‌کس به من اهمیت نمی‌دهد "، "من مانند مهره ایی ناچیز در دستگاه بزرگ هستم ".

با مدیریتی درست می‌توان به‌راحتی مانع این طرز فکر شد و آن را مانند همه عوامل دیگر کاهش‌دهنده انگیزه از بین برد. مدیران مجهز به مهارت‌های رهبری و انگیزش می‌دانند که تعریف و تحسین می‌تواند این احساس را از بین ببرد. این کار می‌تواند فقط یک نامه تشکرآمیز باشد و یا یک نامه شخصی از طرف مدیر ارشد به یک گروه اداری باشد و می‌تواند به‌سادگی دانستن نام تک‌تک اعضاء شرکت به‌وسیله مدیرکل باشد.

مثال جالبی از شخصی است که یک محل ساختمان‌سازی را بازدید می‌کرد. در حین صحبت کردن با یک بنا، از او پرسید که چه‌کاری انجام می‌دهد، بنا به او پاسخ داد: من در حال چیدن آجرها هستم. از بنای دوم همان سؤال را پرسید و او پاسخ داد "من در حال ساختن دیوار هستم "، بنای سوم به این سؤال به این صورت پاسخ داد که "من در حال ساختن یک‌خانه هستم " کاملاً بدهی است که بنای سوم احساس کرده بود که جزئی از این پروژه به‌حساب می‌آید که در کنار آن احساس می‌کرد که فرد خیلی مهمی است به همین دلیل است که سبک مدیریتی از سندروم "بزرگ زیباست " تبدیل به "کوچک زیباست " شده است. شاید ساده‌ترین و راحت‌ترین روش از بین بردن احساس بی‌اهمیتی این باشد که باید گام‌های فعال و محکمی برداریم تا به‌جای گرفتن به دادن بپردازیم. بینید به کارهای برای دیگران می‌توانید انجام دهید و چگونه می‌توانید به آنان کمک کنید؟

۸- من نمی‌دانم چه خبر است: عامل شایع دیگری که کاهش‌دهنده انگیزه است، این احساس درست یا غلط در افراد است که از جریانات بی‌خبر هستند. هیچ‌کس به خودش زحمت نمی‌دهد که حقیقت را به آن‌ها بگوید و آن‌ها همیشه برای شنیدن خبرها آخرین نفر هستند.

در سازمانی که این احساس، رایج است، اغلب اطلاعات توسط خبرچین‌ها منتقل می‌شود، البته این اطلاعات در بیشتر موارد به‌طور وحشتناکی نادرست هست و تقریباً همیشه منفی است و با بدگویی و شایعات بد جلوه داده می‌شود.

افراد باید از اطلاعات باخبر باشند و اخبار را از کارفرمایشان بشنوند و نباید با خواندن نشریات محلی از اخبار باخبر شوند. آن‌ها نباید به شایعات وابسته باشند. همان‌طور که می‌دانیم شایعه همیشه نادرست است.

۹- عدم وجود آموزش: دومین و رایج‌ترین علت نیاز مردم به مراقبت‌های پزشکی برای رفع استرس، کمبود آموزش است. با افزایش تقاضاها برای ایجاد تغییرات در محیط کار، به افراد مسئولیت‌ها و وظایف جدیدی داده می‌شود؛ بنابراین مدیران انتظار دارند که این افراد وظایفشان را مطابق انتظارات آن‌ها انجام دهد، اما این افراد آموزش لازم را ندیده‌اند و راهنمایی هم نشده‌اند. آنان کار را درست انجام نمی‌دهند چون نمی‌دانند چطور آن را انجام دهند یا این‌که آن کار را به خاطر ترس از اینکه اشتباه کنند، انجام نمی‌دهند. سپس سعی می‌کنند این موقعیت‌ها را پنهان کنند و درنتیجه احساس گناه وحشتناکی می‌کنند؛ اما از طرف دیگر، رهبران بدون درک کامل نتایج به کسی مسئولیت نمی‌دهند و همچنین با تمام وجود از فرهنگ سرمایه‌گذاری بر روی کارمندانشان و آموزش دادن به آن‌ها استقبال می‌کنند تا مطمئن شوند که کارهای آن‌ها به موفقیت ختم می‌شود.

اختلال دوقطبی

شیرین شهریاری - محجوبه راشکی

منبع: امینی همایون و همکاران، کیفیت زندگی بیماران مبتلابه اختلال دوقطبی و برخی ویژگی‌های بالینی آن‌ها، مقاله،مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)، تابستان ۱۳۹۲, دوره ۱۵, شماره ۲ (پیاپی ۵۷) ، از صفحه ۱۷۵ تا ۱۸۲.

یکی از اختلالات روانی که بیشتر در سنین نوجوانی و بزرگ‌سالی دیده می‌شود، اختلال روانی دوقطبی یا افسردگی- شیدایی است که عموماً افراد مبتلا از نشانه‌های آن بی‌اطلاع هستند. افراد مبتلابه این بیماری دچار تغییرات شدید خلق می‌شوند.

این بیماری انواع مختلفی دارد که مهم‌ترین انواع آن اختلال دوقطبی نوع یک و اختلال دوقطبی نوع دو است. تفاوت این دو اختلال در وجود دوره شیدایی است. در نوع یک این حالت اتفاق می‌افتد ولی در نوع دو فرم خفیف‌تری از آن‌که نیمه‌شیدایی است، بروز می‌کند. شروع بیماری معمولاً با دوره‌ای از افسردگی می‌باشد و پس از یک یا چند دوره از افسردگی، دوره شیدایی بارز می‌شود. در تعداد کمتری از بیماران شروع بیماری با دوره شیدایی یا نیمه-شیدایی است.

اغلب افرادی که دچار اختلال دوقطبی هستند دو وضعیت و حال مختلف و متناوب را تجربه می‌کنند، یکی دوران پرانرژی و تکانش (مانیا) و دیگری دوران غم و نومیدی و از دست دادن علایق به فعالیت‌های مختلف (افسردگی).

این مسئله در مورد کودکانی که دچار اختلال دوقطبی هستند نیز صادق است، هرچند نشانه‌ها و عوارض آن در کودکان ممکن است تا حدودی متفاوت باشد، برای مثال، کودکان و نوجوانان در دوران مانیایی، احتمالاً بیشتر از بالغین زودرنج و تحریک‌پذیر می‌شوند و رفتارهای تخریبی نشان می‌دهند تا رفتارهای شادمانه.

به‌علاوه، کودکان بیشتر از بالغین احتمال دارد که این حالت‌ها را در یک‌زمان و به‌طور توأم داشته باشند که به آن حالت مختلط گفته می‌شود.

تغییر حالت از حالت مانیایی به افسردگی در کودکان و نوجوانان به‌سرعت و گاهی حتی در خلال یک روز، صورت می‌گیرد. درحالی‌که این تغییر حالت در بالغینی که دچار اختلال دوقطبی هستند معمولاً در دوره‌های هفتگی یا ماهانه اتفاق می‌افتد.

علت اختلال دوقطبی

علل دقیق اختلال دوقطبی ناشناخته است، اما عوامل متعددی در ایجاد و شکل‌گیری این بیماری نقش دارند که عبارت‌اند از:

تفاوت‌های بیولوژیکی: محققان بر این باورند که تغییرات فیزیکی بارزی در مغز افراد مبتلابه اختلالات دوقطبی دیده‌شده است. تأثیر و اهمیت این تغییرات در بروز این امر هنوز نامشخص است، اما درنهایت می‌تواند در کشف علت دقیق این بیماری کمک کند.

انتقال‌دهنده‌های عصبی: عدم تعادل در مواد شیمیایی مغز یا همان انتقال‌دهنده‌های عصبی نقش قابل‌توجهی در اختلال دوقطبی و دیگر تغییرات خلق‌وخوی داراست.

هورمون‌ها: تغییرات هورمونی نیز ممکن است در ایجاد و یا تحریک این بیماری دخیل باشد.

وراثت: اختلال دوقطبی در بستگان خونی (مانند خواهر و برادر و یا پدر و مادر) شایع‌تر است. محققان در حال تلاش برای یافتن ژن مؤثر در بروز این بیماری هستند.

عوامل محیطی: استرس، تجاوز و یا تجربیات تلخ و آسیب‌زا در زندگی فرد ممکن است نقش مهمی در اختلال دوقطبی را بازی کند.

پزشکان به اولیایی که نشانه‌ها و رفتارهای مرتبط با اختلال دوقطبی را به مدت حداقل دو هفته در کودکانشان مشاهده می‌کنند، توصیه می‌کنند که حتماً با پزشک متخصص مشورت کنند. البته تشخیص اختلال دوقطبی در کودکان می‌تواند دشوار و بحث‌انگیز باشد زیرا معیار و ضابطه تشخیصی جداگانه‌ای برای این‌گونه کودکان وجود ندارد.

باوجوداین، بسیاری از بالغینی که تشخیص اختلال دوقطبی برای آنان داده‌شده اظهار داشته‌اند که نشانه‌های بیماری از دوران کودکی در آن‌ها شروع‌شده است به‌علاوه، اختلال دوقطبی در کودکان معمولاً به همراه اختلالات دیگری ازجمله بیش فعالی بروز می‌کند.

علائم و نشانه‌های مانیا و یا هیپومانیا در اختلال دوقطبی عبارتنداز:

سرخوشی، اعتماد به نفس کاذب، قدرت قضاوت ضعیف، گفتار سریع، رفتار پرخاشگرانه، تحریک‌پذیری ، افزایش فعالیت بدنی، رفتارهای پرخطر، هزینه‌های مالی غیرمعقول، افزایش تمایل جهت انجام یا رسیدن به اهداف، افزایش میل جنسی، نیاز به خواب اندک، پریشانی زودهنگام، استفاده بی‌دقت و خطرناک مواد مخدر و یا الکل، غیبت مکرر در مدرسه یا محل کار، توهمات و یا فرار از واقعیت (سایکوز) و عملکرد ضعیف در محل کار یا مدرسه.

علائم و نشانه‌های افسردگی در اختلال دوقطبی

علائم و نشانه‌های این فاز از اختلال دوقطبی نیز عبارت‌اند از:

غمگینی، ناامیدی، افکار یا رفتار خودکشی، اضطراب

احساس گناه، مشکلات در خوابیدن، کم‌اشتهایی و یا افزایش اشتها، خستگی، علاقه اندک به انجام فعالیت‌های لذت‌بخش، مشکلات در تمرکز، کج‌خلقی ، درد مزمن بدون علت، غیبت مکرر در مدرسه یا محل کار، عملکرد ضعیف در محل کار یا مدرسه و سایر علائم و نشانه‌های اختلال دوقطبی. ایجاد تغییرات فصلی در خلق‌وخوی: برخی از افراد مبتلابه اختلال دوقطبی با تغییر فصل حالاتشان نیز تغییر می‌کند. بسیاری از این افراد در بهار یا تابستان دچار مانیا و یا هایپو مانیا می‌شوند و در فصول پائیز و زمستان این حالات و خلق‌وخوی به افسردگی تبدیل می‌شود و در برخی دیگر از افراد، این چرخه معکوس است.

چرخه سریع اختلال دوقطبی: برخی از افراد مبتلابه اختلال دوقطبی از تغییرات خلقی بسیار سریعی برخوردارند. این افراد دارای چهار نوع نوسانات خلقی و یا بیشتر در طول یک سال هستند و تغییرات خلقی در آن‌ها بسیار سریع رخ می‌دهد، گاهی اوقات این نوسانات در چند ساعت اتفاق می‌افتد.

روان‌پریشی (سایکوز): حملات شدید مانیا یا افسردگی در بیماران ممکن است منجر به سایکوز گردد، علائم روان‌پریشی (سایکوز) شامل باورهای غلط و بسیار قوی (هذیان) و شنیدن یا دیدن چیزهایی که وجود ندارد (توهم) می‌باشد.

روش‌های درمانی اختلال دوقطبی

بیماری اختلال دوقطبی نیاز به درمان طولانی‌مدت دارد، حتی در طول دوره‌های زمانی که شما احساس بهتری دارید. درمان این بیماری معمولاً توسط یک روان‌پزشک ماهر هدایت می‌شود. درمان اولیه برای اختلال دوقطبی شامل دارودرمانی، مشاوره (روان‌درمانی) فرد، گروه یا خانواده، آموزش و تشکیل گروه‌های حمایتی می‌باشد.

درمان دارویی

لیتیوم: لیتیوم ازجمله داروهایی است که در برقراری ثبات خلق‌وخوی فرد و جلوگیری از نوسانات روانی بسیار مؤثر است و مدت زیادی است که مورداستفاده قرار می‌گیرد. داروهای ضد تشنج: این داروها نیز در ایجاد ثبات رفتار و خلق‌وخوی بکار رفته و شامل والپروئیک اسید (Depakene، Depakote)، دی والپروکس (Stavzor) و لاموتریژین (Lamictal) هستند. داروی اسناپین (Saphris) نیز در درمان ترکیب دوره‌های مختلف این اختلال مفید است. داروهای آنتی سایکوتیک: مانند آریپیپرازول (Abilify)، الانزاپین (Zyprexa)، ریسپریدون (Risperdal) و کوئتیاپین (Seroquel)، می‌توانند به افرادی که داروهای ضد تشنج در آن‌ها بی‌تأثیر است کمک کنند. تنها آنتی سایکوتیکی که در حال حاضر توسط سازمان غذا و داروی ایالات‌متحده (FDA) برای درمان اختلال دوقطبی مورد تأیید قرارگرفته کواتیاپین است.

Symbyax: این دارو ترکیبی از داروی ضدافسردگی (فلوکستین) و داروی آنتی سایکوتیک (اولانزاپین) است. این دارو به‌عنوان داروی درمان افسردگی و تثبیت‌کننده خلق‌وخوی و رفتار بکار می‌رود و توسط FDA برای درمان اختلالات دوقطبی تأییدشده است.

بنزودیازپین: این دسته از داروهای ضد اضطراب به بهبود خواب و کاهش اضطراب فرد کمک می‌کند. مانند کلونازپام (Klonopin)، لورازپام (آتیوان)، دیازپام (والیوم)، کلرودیازپوکساید (لیبریوم) و آلپرازولام (Xanax، Niravam). بنزودیازپین ها به‌طورکلی برای تسکین اضطراب و به‌صورت کوتاه‌مدت استفاده می‌شود.

روان‌درمانی

روان‌درمانی می‌تواند برای فرد مبتلابه اختلال دوقطبی بسیار مؤثر باشد و روش‌ها و تمرینات مؤثری را به فرد مبتلا ارائه می‌دهد تا شخص بتواند با استفاده از آن‌ها علائم اختلال دوقطبی را از بین ببرد. روان‌درمانی همچنین با آموزش‌های که برای حل مسئله به افراد مختلف ارائه می‌دهد به‌مرورزمان انعطاف‌پذیری و عادات خود مراقبتی را به این افراد می‌آموزد. روان‌درمانی برای درمان اختلال دوقطبی در افراد به دو صورت درمان سرپایی و درمان بستری می‌تواند صورت گیرد.

رفتاردرمانی (CBT)

روش رفتاردرمانی به افراد برای غلبه به افکار منفی‌شان بسیار کمک کند. در این روش با توجه به شرایط فرد، به او کمک می‌شود تا راهکارهای لازم برای کنترل رفتار و خلقیات خود را بیاموزد. روش رفتاردرمانی آموزش‌های لازم به فرد داده می‌شود تا بتواند رفتار خود را تا حدی زیادی تحت کنترل داشته باشد. رفتاردرمانی یکی از بهترین روش‌های درمان افسردگی در افراد می‌باشد.

خانواده‌درمانی

خانواده‌درمانی به اعضای خانواده کمک می‌کند تا بتوانند رابطه مؤثری با فرد مبتلابه اختلال دوقطبی برقرار کنند و استرس موجود در فضای خانه را کاهش دهند. خانواده‌های افراد مبتلابه اختلال دوقطبی لازم است تا اطلاعات خود را در مورد این اختلال افزایش دهند و راهکارها و رفتارهای صحیح در زمان بروز حملات عصبی را بیاموزند.

بارداری‌های پرخطر برای مادر

◆ اعظم پورجوادیان، اعظم نورا

منابع: محمدکیاسالار، راهنمای خودمراقبتی خانواده ۳، پارسای سلامت، چاپ اول -۱۳۹۶

بهره‌مندی از موهبت داشتن فرزندی سالم نعمتی است که شاید قابل‌مقایسه با بسیاری از نعمت‌های الهی نباشد. لیکن نباید فراموش کرد که بارداری نباید نعمت سلامتی مادر را به خطر بی اندازد؛ زیرا سلامتی جزء برترین نعمت‌های هر انسانی به شمار می‌رود و حفظ آن از واجبات است همان‌گونه که در بسیاری از موارد حتی انجام برخی فرایض دینی (مثل روزه) اگر سلامت فرد را به خطر اندازد واجب نخواهد بود. پس ضروری است قبل از بارداری از سلامت مادر و تأثیر بارداری بر آن آگاه بود و پس از اطمینان از نداشتن عوارض جدی حاملگی، بر سلامت مادر و نوزاد تصمیم به بارداری گرفت. در برخی موارد پزشک معتمد به دلیل ابتلا به بیماری یا شرایط خاص خانم، ممکن است تعویق بارداری تا زمان بهبودی نسبی و یا منع قطعی حاملگی را برای خانم توصیه نماید.

پس لازم است قبل از بارداری با یک فرد صاحب‌نظر مانند پزشک یا ماما مشورت نمایید تا بتوانید از مراقبت‌های پیش از بارداری بهره‌مند شوید. لازم است بدانید که بسیاری از مشکلات با بررسی سلامت زوجین پیش از حاملگی، قابل‌پیشگیری خواهد بود.

۱- برخی از مواردی که به مادر توصیه می‌شود از باردارشدن خودداری نماید:

* ابتلای فعلی یا قبلی به سرطان (همه قسمت‌های بدن)
* برخی از بیماری‌های قلبی_عروقی، خود ایمنی، کبدی، بیماری‌های روانی
* بیماری‌های مزمن ریوی، کلیوی، خونی، فشارخون، نارسایی کلیه، سندروم نفروتیک، پیوند کلیه
* هر ضایعه مغزی
* بیماری‌های نورولوژیک مزمن (ام‌اس، صرع، میاستنی گراوا)
* سابقه‌ی سه بار سزارین با حداقل ۲ فرزند، تعداد ۵ فرزند و بیشتر
* ابتلا به ایدز

۲- برخی از مواردی که به مادر توصیه می‌شود تا زمان بهبودی نسبی بارداری به تعویق افتد:

* برخی از بیماری‌های قلبی_عروقی (مثل نارسایی دریچه‌ای) خود ایمنی (مثل لوپوس، پمفیگوس ولگاریس)، کلیوی (مثل نارسایی کلیه)
* بیماری‌های مزمن: دیابت، فشارخون بالا، بیماری‌های تیروئید (پرکاری نیرویید، کم‌کاری نیرویید)، بیماری‌های روانی، سل، برخی از کم‌خونی‌ها
* هرگونه تومور در سیستم عصبی مرکزی
* بیماری‌های نورولوژیک مزمن (ام‌اس، صرع و...)
* فاصله کمتر از ۲ سال از زایمان قبلی
* سن کمتر از ۱۸ سال
* افراد تحت شیمی‌درمانی
* بیماری‌های مقاربتی
* عقب افتادگان ذهنی
* روحی و روانی نظیر افزایش احتمال افسردگی و تغییرات روحی
* جسمی مانند عفونت‌های لگنی، احتمال ناباروری در آینده و افزایش سقط‌های بعدی ناشی از نارسایی سرویکس در صورت دست‌کاری سرویکس هنگام سقط

بارداری برنامه‌ریزی نشده

از حقوق اولیه زوجین این است که بتوانند به تعداد دلخواه و در زمان مناسب که ازنظر تمامی شرایط جسمی، روحی، اقتصادی و... آمادگی دارند بچه‌دار شوند. برنامه‌ریزی قبل از بارداری از جنبه‌های مختلفی قابل اهمیت است. به‌عنوان‌مثال:

۱- جنبه بهداشتی: در هر بار حاملگی مادر مقداری از ذخایر بدن خود را در اختیار جنین می‌گذارد و حداقل ۲ سال زمان لازم است تا ذخایر بدن مادر به‌صورت اول دربیاید و از طرفی بچه ۲ سال شیر بخورد. همین‌طور اگر سن مادر ۱۸ سال تمام نشده باشد و یا مادر دچار بیماری‌هایی باشد که برای سلامت او یا فرزندش مشکل‌آفرین باشد لازم است با برنامه‌ریزی درست، بارداری در زمانی اتفاق بیافتد که مشکلی برای سلامت هیچ‌یک از آن‌ها ایجاد نکند.

۲- جنبه فرهنگی و اجتماعی: وجه دیگری است که باید در برنامه‌ریزی برای حاملگی مدنظر قرار بگیرد. بدیهی است که داشتن فرزندان صالح، توانمند و تحصیل‌کرده، نیازمند برنامه‌ریزی است تا امکان تولد فرزندی فراهم آید که لایق مقام خلیفه الهی در زمین باشد.

متأسفانه در بسیاری از مواقع وقوع بارداری ناخواسته در زمانی که برای پدر و مادر مطلوب نیست می‌تواند عواقب بسیار ناگواری به همراه داشته باشد. از یک‌سو ممکن است به دلیل مشکلات جسمی مادر، بارداری بیماری او را تشدید نماید و حتی در برخی موارد جان مادر را به خطر بی اندازد. از سوی دیگر ممکن است والدین تصمیم به انجام اقدام غیرشرعی یا غیرقانونی سقط بگیرند. شایان‌ذکر است در مواردی که بارداری برای جان مادر مخاطره‌آمیز باشد با تأیید پزشکی قانونی امکان سقط قانونی قبل از چهار ماه و ده روز وجود دارد.

سقط غیرقانونی: (سقطی که توسط فرد غیر مجرب یا در شرایط غیربهداشتی انجام می‌شود) با انجام هر مورد سقط احتمال اینکه مادر با عوارض زیر مواجه شود وجود دارد.

بارداری برنامه‌ریزی‌شده:

انتظار می‌رود هر انسان فرهیخته و مسئولیت‌پذیری با بهره‌مندی از دو نعمت عقل و آزادی قبل از اقدام به هر کاری با برنامه‌ریزی نتایج و تبعات آن را بررسی نماید. فرزند آوری که از مهم‌ترین مسئولیت‌های هر فردی است نیازمند برنامه‌ریزی و دقت نظر فراوان خواهد بود. توصیه می‌شود زوجین پیش از هر اقدامی برای بارداری با توجه به نقش و وظیفه خود در برابر همسر و فرزند به این سؤال پاسخ دهند که آیا تمایل و توانایی پذیرش مسئولیت فرزند را دارند؟

خودمراقبتی، بهداشت فردی و سلامت بلوغ

(ویژه پسران)

◆ منصور قزاق – مینا حکمتی زاده

منابع:
۱- دستورالعمل آموزشی خودمراقبتی، بهداشت فردی و سلامت بلوغ پسران وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، اداره سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس
۲- بلوغ جسمی، روحی وروانی پسران، معاونت بهداشتی دانشگاه تهران، آموزش‌وپرورش شهرستان‌های تهران

بلوغ انتقال از مرحله کودکی به بزرگ‌سالی و زمان کسب قدرت باروری است. بلوغ ازنظر لغوی به معنی رسیدن به سن رشد مرد یا زن شدن، پختگی و به حد کمال رسیدن می‌باشد. بلوغ یکی از حیاتی‌ترین مراحل زندگی انسان است که در آن مرحله تغییرات سریع رشد و نمو اجتماعی به وجود می‌آید. سن شروع و خاتمه دوران بلوغ جسمانی در افراد مختلف متفاوت است. این دوران در پسران بین ۱۳ تا ۱۵ سالگی اتفاق می‌افتد، هرچند ممکن است در بعضی افراد زودتر یا دیرتر از این صورت گیرد.

انواع بلوغ:

الف) بلوغ زودرس: در سنین قبل از ۹ سالگی در پسرها به‌عنوان یک رویداد غیرطبیعی تلقی می‌شود.

ب) بلوغ دیررس: گاهی اوقات، فردی از محدوده سنی ۱۵-۱۳ عبور می‌کند بدون اینکه هیچ نشانه‌ای از تغییرات بدنی بروز دهد، به این پدیده بلوغ دیررس گفته می‌شود.

برای اینکه بتوانید از سلامت بلوغ خود مراقبت کنید ابتدا باید به تغییرات جسمانی خود دقت نمایید.

تغییرات جسمانی دوران بلوغ:

شروع مرحله بلوغ با یک سری تغییرات بیولوژیک همراه است. مراحل ایجاد این تغییرات عبارت‌اند از:

۱- رویش موهای جنسی (زهار، رویش موی صورت، زیر بغل)

۲- رشد سریع جسمانی

۳- رشد و بزرگ شدن بیضه‌ها و رشد آلت تناسلی

۴- سایر تغییرات (جوش صورت و بدن، عرق و بوی بدن، تغییر صدا، افزایش سریع وزن و...)

موهای شرمگاهی: غالباً اولین علامت بارز بلوغ در پسران رشد موهای شرمگاهی است و به‌طور متوسط در ۱۲ سالگی شروع می‌شود.

رویش موی صورت: موهای صورت (سبیل و ریش)، تحت تأثیر هورمون مردانه (تستوسترون) بوده و لذا فقط در پسران و مردان رویش می‌کنند. ریش و سبیل معمولاً در ۱۴٫۵ سالگی شروع به درآمدن می‌کنند و تا اواخر جوانی نیز ممکن است ادامه پیدا کند.

موهای زیر بغل: حوالی ۱۴ سالگی (۱۶-۱۲) موهای زیر بغل نیز شروع به رشد، ضخیم و تیره شدن می‌کنند و تا ۱۸ تا ۲۱ سالگی به شکل بالغین درمی‌آید.

رشد سریع جسمانی: حدوداً ۱ تا ۲ سال بعد از شروع علائم ظاهری بلوغ (بزرگ شدن بیضه‌ها و درآمدن موهای شرمگاهی) سرعت رشد قد نیز افزایش می‌یابد و به‌اصطلاح نوجوان دچار جهش رشدی می‌شود. حوالی ۱۳/۵-۱۳ سالگی قد ۶ تا ۱۱ سانتی‌متر افزایش می‌یابد.

تغییر صدا: یکی از بارزترین تغییرات دوران بلوغ خصوصاً در پسرها، تغییر صدا است. در پسران به دلیل رشد بیشتر قفسه سینه، حنجره و تارهای صوتی صدا بم می‌شود. تغییر کیفیت صدا معمولاً در۱۳ تا ۱۴ سالگی شروع می‌شود.

رعایت نکات بهداشت فردی در دوران بلوغ:

- استحمام مرتب و تعویض البسه
- استفاده از حوله و وسایل بهداشتی شخصی و همچنین زدودن موهای زائد بدن به روش صحیح
- رعایت بهداشت دهان و دندان از طریق مسواک زدن، نخ دندان کشیدن و مراجعه به دندانپزشک
- استراحت و ورزش به‌قدر کافی
- تغذیه مناسب و کافی
- کسب اطلاعات لازم در زمینه بلوغ و مسائل آن از طریق مطالعه کتاب و مراجعه به مشاور مدرسه و والدین
- معاشرت و هم‌نشینی با دوستان خوب و تأییدشده از طرف والدین
- خودداری از کشیدن سیگار و دوری از افراد سیگاری و معتاد
- پرهیز از دستکاری و فشار دادن جوش‌ها هر روز جوش‌ها را با آب و صابون بشویید درصورتی‌که صفات ثانویه جنسی تا ۱۵ سالگی اتفاق نیفتد و یا علاوه بر بیضه‌ها توده دیگری لمس شود باید به پزشک مراجعه گردد.

بهداشت روان نوجوانی:

دوره اول نوجوانی که همزمان با سال‌های دوره متوسطه اول در مدارس است، معمولاً دشوارترین زمان برای شما خواهد بود. هیجانات و عواطف شما اغلب شدید و تغییر حالت‌ها زیاد و سریع می‌باشد و ممکن است به دنبال هیجان باشید و از اینکه با شما مانند کودکان رفتار می‌شود، به‌شدت خشمگین شوید. ممکن است درباره ظاهر خود، طبیعی بودنتان، امور مدرسه و درس خود نگران باشید، علاوه بر آن در موردپذیرش و یا عدم پذیرش در گروه همسال خود احساس نگرانی کنید؛ و یا اینکه به دلیل گرایش‌های مذهبی، نسبت به آنچه در خلوت انجام داده‌اید، احساس گناه کنید.

در پسران مسئله خود ارضایی (استمناء) نشانه اختلال روانی نیست و با مراقبت‌ها و آرامش جسمی و روانی، ورزش، فعالیت‌های هنری، برنامه‌های روزانه فعال و نگرش‌های سازنده والدین قابل‌کنترل می‌باشد.

مهم‌ترین نکات قابل‌توجه در زمینه بهداشت روان

- ترس یکی از حالات هیجانی در نوجوان است که تخیلی است و باید آن را با یادگرفتن مهارت‌های اجتماعی، دریافت راهنمایی‌های تحصیلی و یا شغلی مناسب از افراد شایسته و آگاه جایگزین نمود.
- خشم یکی دیگر از حالات روانی است که بیشتر به دنبال برخورد با والدین، مربیان در زمینه وظایف و تکالیف مدرسه و فعالیت‌های اجتماعی به وجود می‌آید که با شناخت و آگاهی بیشتر و صحبت و مشورت با افراد آگاه و مطمئن مانند یک روانشناس می‌توان آن را برطرف کرد ورزش و مطالعه یکی از راه‌های دیگر به دست آوردن آرامش است.
- حسادت مشکل دیگری است که درنتیجه تبعیض والدین و مربیان ممکن است اتفاق بیفتد که با مشاوره و صحبت کردن باید آن را اصلاح نمود.

افسردگی، گوشه‌گیری و خود ارضایی ممکن است در بعضی از نوجوانان به وجود آید که با برنامه‌ریزی روزانه یا هفتگی فعالیت‌های هنری، ورزشی و شرکت در گروه‌ها می‌توان پیشگیری نمود. اختلال در خواب و اشتها (بی‌اشتهایی روانی) ممکن است درنتیجه اضطراب و ترس‌های دوران نوجوانی بروز کند که با روش‌های ذکرشده در بالا می‌توان این مشکلات را برطرف نمود.

مسئله مهم این دوران، انتخاب دوستان است. دوستان ناشایست ممکن است برای شما مشکلات اخلاقی و رفتاری بسیاری ایجاد نموده که مشورت با والدین، مربیان و استفاده از نظرات منطقی و هدایت‌کننده آنان می‌توان بهره گرفت.

یاد خدا و انجام فرایض مذهبی در ایجاد آرامش و اطمینان قلبی شما سهم بسزایی خواهد داشت و شما را از افتادن در مسیرهای انحرافی و پی آمده‌ای آن حفظ خواهد کرد.

اگر دچار ترس، اضطراب، نگرانی و عصبانیت هستید، اول باید به علت آن فکر کنید. خیلی وقت‌ها ترس و نگرانی فرد به‌این‌علت است که نسبت به مسائل آگاهی کافی ندارد بنابراین بهتر است در این‌گونه موارد افکارتان را بنویسید و سعی کنید علت مسئله را بفهمید و با خوش‌بینی با اتفاقات برخورد کنید تا آرامش بیشتری داشته باشید.

- ممکن است بین سلیقه و طرز فکر شما و والدینتان، اختلاف وجود داشته باشد. توجه داشته باشید که این اختلاف‌سلیقه طبیعی است. به‌علاوه شما سعی کنید که در این دوران به استقلال و خودکفایی برسید، کم‌کم از وابستگی‌های دوران کودکی رهاشده و آزادی عمل داشته باشید؛ اما باید توجه کنید که هنوز تجربه کافی ندارید و تا استقلال کامل از والدین راه درازی در پیش است.

روابط صمیمانه و گرم با خانواده داشته باشید؛ زیرا مطمئن‌ترین راهنما برای شما والدین و خانواده هستند. حتی اگر در بعضی موارد نتوانند راهنمایی مناسبی بکنند ولی چون دلسوز واقعی هستند می‌توانند افراد مناسب دیگری را برای راهنمایی به شما معرفی کنند.

ورزش و بازی نیز در سلامتی جسم و روان بسیار مؤثر است با انجام ورزش‌هایی مثل دویدن، والیبال، شنا، پینگ‌پنگ، کوهنوردی، فوتبال و... که هم سبب پر شدن اوقات فراغت و هم تخلیه انرژی انباشته‌شده در شما می‌شود موجبات سلامتی روانی خود را فراهم کنید.

نوجوان و جوان عزیز:

با مرور آنچه گذشت، شما دریافتید که ممکن است بسیاری از مسائل مثل درون‌گرایی، پرخاشگری و رؤیاپردازی را یک ناهنجاری بپندارید، درحالی‌که این‌گونه نیست بلکه از ویژگی‌های طبیعی دوران بلوغ است. به‌هرحال مسائل جسمی، روانی- اجتماعی و معنوی ممکن است ذهن شما را بیش‌ازحد مشغول کرده و باعث اضطراب و نگرانی شما شود.

مشکلات اوقات فراغت

مهدی ملاشهری

منبع: مشکلات نوجوانی و جوانی، دکتر ابوالقاسم اکبری، نشر: دماوند/چاپ ۳

روابط نامناسب با والدین، انتخاب شغل، روابط نامناسب با مربیان و بزرگسالان، عدم وجود امکانات آموزشی، گذراندن اوقات فراغت، اعتیاد، عدم وجود استقلال، بیکاری، مشکلات ازدواج و ... همه و همه جزو مشکلات رایج جوانان امروز است.

تعریف اوقات فراغت:

فراغت در لغت نامه عمید به معنای آسودگی و آسایش از کار است. ماکس کاپلان فراغت را خاطره‌ای دلپذیر، نوعی رهایی از وظایف اجتماعی، ادراک روانی، آزادی و فعالیت فرهنگی و سرشتی از بازی و تفریح می‌داند و فراغت را شامل دو جنبه می‌داند، جنبه فردی که می‌تواند رضایت درونی را شامل شود و جنبه اجتماعی که مبتنی بر ارزشی است که جامعه بر آن قابل است.

اوقات فراغت مشکل اجتماعی:

در کشور ما نیز گذراندن اوقات فراغت جوانان و نوجوانان براثر عدم برنامه‌ریزی صحیح از جناح‌های مختلف و همچنین کمبود امکانات و اعتبارات لازم و کافی مشکلاتی را درزمینه های گوناگون به وجود آورده است. اگر طرح و نقشه زندگی و کار جوانان با برنامه‌هایی که برای اوقات فراغت تنظیم کرده‌اند مغایرت داشته باشد و تفریحات ازنظر ارزشی و فرهنگی با آموزش‌ها و ارزش‌های اجتماعی متباین باشد آنگاه اوقات فراغت به‌صورت یک مشکل اجتماعی درخواهد آمد. نبودن آموزش برای جوانان در ارتباط با گذراندن اوقات فراغت و کمبود قوانین باوجود قوانین نامناسب می‌تواند مشکل‌زا باشد.

توجه به این مسئله ضروری است که در اوقات فراغت، یادگیری‌ها و کسب دانش به‌صورت غیررسمی صورت می‌گیرد که موجب شکوفایی رغبت و انگیزه در جوانان می‌گردد.

انواع بی‌برنامگی:

بخشی از این بی‌برنامگی‌ها مربوط به برنامه درسی مدارس و دانشگاه‌هاست. وجود برخی از ساعات خالی و فقدان برنامه‌ریزی مناسب برای پر کردن این زمان‌ها، زمینه مناسبی جهت ابتلا به برخی از انحرافات و خلافکاری‌ها می‌شود.

بی‌برنامگی خود نوجوان و جوان هم مزید بر علت است زیرا آن‌ها با عدم استفاده مفید از این‌چنین اوقاتی دچار شکست می‌شوند. در این عصر که به عصر انفجار اطلاعات موسوم است چنانچه جوانی نتواند به‌موقع مسئولیت‌های درسی خود را به اتمام برساند مسلماً از غافله عقب‌مانده و سازگاری اجتماعی با دیگران برای او بسیار دشوار می‌شود.

در قسمت سوم، بی‌برنامگی مربوط به خانواده‌هاست که به نظر به همه امور فرزندان اعم از درس و لباس و پوشاک و تغذیه و... اهمیت می‌دهند الا نحوه درست پر کردن اوقات فراغت که در اینجا

فعالیت‌های خارج از مدرسه و دانشگاه یا فعالیت‌های فوق‌برنامه نیز مطرح می‌شود که هماهنگی نوجوان و جوان با سایر نهادهای اجتماعی ضروری است. ضمن اینکه توجه به این مسئله ضروری است که در اوقات فراغت، یادگیری‌ها و کسب دانش به‌صورت غیررسمی صورت می‌گیرد که موجب شکوفایی رغبت و انگیزه در جوانان می‌گردد.

با این اوصاف هم‌نهادهای اجتماعی و دولتی و هم‌خانواده‌ها باید به پر کردن اوقات فراغت جوانان و نوجوانان خود اهمیت ویژه‌ای داده و همواره تلاشی جدی در این راستا داشته باشند و سعی کنند برای پر کردن و غنی‌سازی این اوقات برنامه‌ریزی مدون و شایسته‌ای داشته باشند.

فلسفه اوقات فراغت از پیچیدگی، تنوع و تفاوت‌های بنیادی برخوردار است و هر فرد بر اساس تفاوت‌های زیست‌شناختی، فرهنگی، نگرش، خودیابی، خلاقیت، آرامش و کمال‌جویی از آن بهره‌مند می‌شود
.

دیدگاه های مختلف در مورد اوقات فراغت

دو دیدگاه معتبر در چگونگی گذراندن اوقات فراغت در حوزه علوم اجتماعی مطرح می باشد که به شرح زیر است:

دیدگاه اول: دیدگاه نظری حاصل از تأثیر روانی و معنوی در برنامه ریزی اوقات فراغت می باشد که شامل سه نظریه است.

نظریه اول حاکی از آن است که مبنای تفریح، اشتغال و فراغت، سنن مذهبی است، به‌طوری‌که در جوامع اولیه عملاً مراسم مذهبی از تحریکات جمعی و اجتماعات و جماعات جدا نبود و نیایش دسته‌جمعی به‌صورت سرودهای دینی و آواز و نمایش و سرودخوانی و نظایر آن، رابطه ای تنگاتنگ با سنن مذهبی داشته است.

نظریه دوم راجع به فراغت و فرضیه غریزی بازی و تفریح است که بازی را یک نیاز فطری انسان می داند و وظیفه اصلی بازی در دوره کودکی را آماده سازی برای دوره نوجوانی به شمار می آورد.

نظریه سوم مربوط به استراحت و کسب لذت است. طرفداران این نظریه می¬گویند که سلامت روانی فرد با بازی و ورزش تأمین می شود و توضیح آن، این است که فرد با پرداختن به‌گونه‌ای از امور، به نحوه تخلیه هیجانی می شود، برخی از عواطف منفی، عوارض، تضادها و تعارضات درونی شخصیت او برونریزی می شود و بدین‌وسیله تنشهای روانی از بین می رود و از به وجود آمدن یک شخصیت ضداجتماعی جلوگیری می شود.

دیدگاه دوم: دیدگاه کارکردگرایی اوقات فراغت است که این دیدگاه به سه موضوع اشاره دارد.

موضوع اول مربوط به اقتصاددانان است که درزمینه تولید و سودآوری به بررسی پدیده فراغت پرداخته است.

موضوع دوم، مربوط به نگاه اجتماعی در مورد اوقات فراغت است و می گوید: حرکت انسان به‌سوی انزواگرایی سوق می یابد، فرصت کمتری برای تعامل بین فردی در جامعه فراهم می شود و گذراندن اوقات فراغت به شکل غیرمتعارف ترویج می یابد که این امر موجب کمرنگ شدن نشاط، تحریک و جذابیت می گردد. در این نظریه، انسان تلاش دارد با گذراندن اوقات فراغت خود باکسانی که با وی مأنوس¬اند، به تعادل خوبی برسد و به دیگران نیز نفعی متناسب برساند. در نگاه اجتماعی، اوقات فراغت وقتی مناسب است که جامعه از کنش فعالانه فرهنگی و تربیتی برخوردار باشد و با در اختیار داشتن فرصت بتواند به سالم سازی اجتماعی بپردازد.

موضوع سوم، به اوقات فراغت نگاه سیاسی دارد که در این دیدگاه خدمات مربوط به اوقات فراغت متناسب باسیاست و امکانات موجود از طرف مسئولان جامعه برای مهار یا کاهش هیجانات متراکم در قشرهای مختلف جامعه و جلوگیری از سقوط در بی هویتی ارائه می شود تا بتوانند از انواع کج روی ها یا احیاناً به هم زدن نظم عمومی در جامعه جلوگیری کنند.

وظیفهٔ عملکرد اوقات فراغت

سه وظیفه برای عملکرد اوقات فراغت می‌توان برشمارد. این وظایف عبارت‌اند از رفع خستگی، تفریح و سرگرمی، توسعه و رشد انسانی و امکان تخصیص دادن قسمتی از زمان آزاد برای بالا بردن سطح معلومات، مشارکت آزاد اجتماعی و پرورش استعدادها؛

راه‌های کم نمودن آسیب‌های اوقات فراغت

- رعایت آزادی، خودانگیختگی و به انتخاب و میل بودن.
- رعایت پرهیز از سرگرمی‌های بیهوده، گذراندن وقت، صرف انرژی بیهوده و اشتغال بدون هدف
- رعایت ایجاد فرصت جستجو، تفکر و تأمل درباره خود، طبیعت و خدای خویش
- رعایت حرمت نفس، شکوفایی، زیبایی دوستی، حقیقت‌یابی، خیرخواهی و خیر دوستی
- رعایت احترام به انتخاب جوان باظرافت های تربیتی
- رعایت تفاوت قابل شدن میان لذت، فرح و نشاط. لذت چیزی است که طبیعت برای ما به وجود آورده است تا ادامه حیات دهیم و به‌عنوان هدف زندگی نیست اما فرح، انبساط و شادمانی، همواره تداوم‌دهنده زندگی موفقیت‌آمیز و پیروز است. چنین احساسی باید به‌طور طبیعی و درونی در جوان به وجود آید.
- رعایت در آموزش‌های موردنظر در اوقات فراغت. این‌گونه آموزش‌ها باید آزاد باشد و آموزش آزاد آن است که اول دوست داشته شود، سپس آموخته شود و پس‌ازآن مورداستفاده قرار گیرد.

پیشگیری از حوادث و سوانح در کودکان

◆ لیلی جهانتیغ

منابع: بو کلت مانا (سوانح و حوادث) بوکلت کودک سالم – کتابچه راه‌های پیشگیری از حوادث در کودکان. سال ۱۳۹۳

با عنایت به اینکه هفته جهانی کودک از ۱۷ لغایت ۲۴ مهرماه سال جاری آغاز می‌شود و نظر به اهمیت پیشگیری از سوانح و حوادث به‌عنوان شایع‌ترین علت مرگ‌ومیر کودکان در کشور ما، شعار امسال احتیاط، شادی، زندگی انتخاب گردیده است.

اهمیت موضوع: یکی از علل شایع مرگ‌ومیر در کودکان سنین ۱ تا ۱۵ سال سوانح و حوادث می‌باشد و بر اساس تحقیقات انجام‌شده سوانح و حوادث:

* پنجمین علت مرگ در دنیا هستند.
* عمده‌ترین علت مرگ کودکان زیر ۵ سال می‌باشند.
* از شایع‌ترین مشکلات جراحی کودکان می‌باشند.
* عمده‌ترین علت بستری در بیمارستان‌ها هستند.
* ممکن است ناتوانی مادام‌العمر در افراد ایجاد کنند.

لذا حفظ و ارتقاء سطح سلامتی کودکان زیر ۸ سال و کم کردن بار بیماری و جلوگیری از مرگ‌ومیر آن‌ها از اولویت‌های مهم برنامه‌های بهداشتی بشمار می‌آید. پس باید تلاش کرد با دادن آگاهی‌های لازم و ضروری در این زمینه به والدین و سایر افراد خانواده و اجتماع، از آمار حوادث و سوانح کم نمائیم. بدیهی است که اطلاعات در زمینه بروز حوادث و ارائه آموزش در زمینه راه‌های پیشگیری از آن می‌تواند نقش مؤثری در کاهش میزان حوادث و مرگ‌ومیر ناشی از آن داشته باشد.

مهم‌ترین حوادثی که کودکان را بیشتر تهدید می‌کنند عبارت‌اند از: سوختگی‌ها، سقوط، غرق‌شدگی و خفگی، مسمومیت‌ها و حوادث ترافیکی.

والدین گرامی: مراقبت از کودکتان را حتی‌الامکان خود به عهده داشته باشید و در ساعات غیبت از منزل و یا دوری از طفل خود مراقبت از فرزندانتان را به فرد قابل‌اعتمادی بسپارید. استفاده از کودکان بزرگ‌تر به‌عنوان مراقب بدترین انتخاب می‌باشد.

نکات آموزشی جهت ارتقاء آگاهی خانواده‌ها و جامعه در جهت پیشگیری از حوادث و سوانح در کودکان:

سوختگی:

– هنگامی‌که کودک خود را در آغوش دارید هرگز مایعات داغ ننوشید و از کارهایی مانند پخت‌وپز و ریختن چای و سیگار کشیدن و ... پرهیز کنید.

– کودک را در معرض مایعات داغ و وسایل پخت‌وپز و گرم‌کننده (سماور، بخاری، اجاق‌گاز، چراغ گرم‌کن، اتو، منقل) قرار ندهید. – ظروف حاوی مایعات داغ همچنین ظروف خوراک‌پزی را در دسترس کودکان و روی میز قرار ندهید.

– پیش از حمام کردن کودک از ولرم بودن آب مطمئن شوید.

– در پریزهای برق محافظ پلاستیکی قرار دهید.

– چراغ خوراک‌پزی در مسیر رفت‌وآمد کودکان نباشد.

سقوط:

– کودک را درست و مطمئن در آغوش بگیرید.

– هرگز کودک را در تخت یا گهواره بدون حفاظ یا درجاهای بلند مانند میز و صندلی و نیمکت تنها رها نکنید.

– هرگز کودک را به فرد غیرمطمئن و کودکان دیگر نسپارید و از بازی‌های خطرناک مانند پرتاب کردن کودک به بالا پرهیز نمایید.

– در هیچ سن و سالی کودک را در روروک نگذارید.

– پنجره‌ها، بالکن و راه‌پله‌ها باید حتماً دارای حفاظ باشند.

– تا زمانی که کودک مهارت بالا و پایین رفتن از پله را فرانگرفته هرگز او را در مسیر راه‌پله تنها نگذارید.

– محل بازی کودک ایمن بوده و به کودکان آموزش دهید از بازی در جای بلند پرهیز کنند.

– قوانین ایمنی و دوچرخه‌سواری را به کودک آموزش دهید و کلاه ایمنی در زمان دوچرخه‌سواری بر سر کودک بگذارید.

– در صورت وجود چاه آب یا هرگونه گودال در حیاط منزل و یا احتمال تنورهای خانگی هم‌سطح زمین حتماً روی آن را درپوش قرار دهید.

– از سوار کردن کودکان به‌تنهایی در پشت حیوانات خودداری کنید.

– مطمئن شوید فردی که کودک را در آغوش می‌گیرد بیماری خاصی که منجر به تهدید سلامت کودک می‌شود نداشته باشد (تشنج– اعتیاد – عدم تعادل روحی و روانی و ...)

غرق شدن و خفگی:

– هرگز کودک را در تشت آب یا وان حمام تنها رها نکنید و همیشه او را با دست محافظت کنید (بخصوص بدو تولد تا ۶ ماهگی).

– اشیاء نوک‌تیز و کوچک را از دسترس کودکان دورنگه‌دارید

– سطل‌ها و تشت و حوضچه‌ها را خالی نگه‌دارید

– کودک را هرگز به شکم نخوابانید. کودک باید به پشت یا پهلو خوابانده شود (بدو تولد تا یک‌سالگی) تا از خفگی احتمالی کودک جلوگیری شود

– از قنداق کردن کودک یا بستن شکم کودک به‌صورت محکم بپرهیزید.

– کودک را دور از دود و گردوغبار قرار دهید و هنگام خواب سماور و منقل در اتاق‌خواب کودک روشن نکنید.

– بادکنک یا کیسه پلاستیکی را از دسترس کودک دورنگه دارید چون بر اساس کنجکاوی ممکن است آن را بر سر کشیده باعث خفگی کودک شود.

– از بازی کردن کودک در کنار چاه، رودخانه و استخر جلوگیری کرده و چنانچه در منزل استخر و حوض وجود دارد دور آن را حصار بکشید.

– هرگونه طناب و نوار باریک و ضخیم و سیم تلفن و برق که احتمال دارد کودک هنگام بازی به دور گردن خود بیاویزد و باعث خفگی وی شود را دور از دسترس او قرار دهید.

– آموزش شنا کردن و قوانین ایمنی آب را به کودک بیاموزید و تا موقعی که کاملاً فن شنا کردن را یاد نگرفته او را در آب تنها نگذارید.

– از اسباب‌بازی‌های نرم یا اسباب‌بازی‌های حلقه‌دار استفاده نکنید.

مسمومیت:

– درصورتی‌که از کودک فرد دیگری مراقبت می‌کند از سلامتی وی ازنظر بیماری، اعتیاد و ... مطمئن شوید.

– بیشترین مسمومیت‌ها در کودکان ناشی از مصرف مواد مخدر یا داروهای گیاهی در هنگام بیماری کودکان است که بایستی جدا از مصرف آن‌ها بخصوص تریاک در زمان بیماری کودک خودداری شود.

– کلیه مواد شوینده، پاک‌کننده و سموم و داروها و اشیاء آلوده درجایی قرار گیرد که از دسترس و دید کودکان دور باشند.

– مواد نفتی، سموم و مواد شیمیایی باید در ظروف دربسته و دور از محیط و ظروف غذا و آب قرار داده تا به‌اشتباه توسط کودکان خورده نشود.

– مواد سمی (نفتی و یا مواد شوینده) را در ظروف مخصوص ریخته و دور از دسترس کودکان قرار دهید.

– در صورت استفاده از سموم برای سم‌پاشی خانه یا از بین بردن حشرات، کودکان را دور از محیط نگه‌دارید.

حوادث ترافیکی

– از قرار دادن کودک در صندلی جلو ماشین خودداری کنید.

– کودک را در صورت نبودن مراقب حتماً در صندلی مخصوص کودک و صندلی عقب اتومبیل قرار دهید.

– از بازی کردن کودکان در مسیر رفت‌وآمد ماشین و موتورسیکلت جلوگیری شود.

– در هنگام گذر از کوچه و خیابان حتماً دست کودک را گرفته و او را تنها نگذارید.

– علائم و نشانه‌های راهنمایی و رانندگی را متناسب با سن کودک به او آموزش دهید.

– قوانین دوچرخه‌سواری را به کودک آموزش دهید.

– به کودک بیاموزید که با افراد غریبه صحبت نکنند.

– شماره تلفن فوریت‌ها را به کودک آموزش دهید.

– بر اساس بو کلت چارت مانا بایستی تمامی کودکان مصدوم را ازنظر علائم خطر فوری (انسداد تنفسی، دیسترس شدید تنفسی، سیانوز، علائم شوک، کما، تشنج) بررسی و مادر را در مورد علائمی که کودک را تهدید به مرگ می‌کند آگاه کنیم.

– معمولاً مرگ کودکان بدحال اغلب در ۲۴ ساعت اول مراجعه اتفاق می‌افتد. پس کودکی که به علت حادثه، سوختگی، مسمومیت و گزیدگی مراجعه می‌کند باید سریعاً بلافاصله پس از ورود، قبل از انجام هرگونه ثبت و یا اتلاف وقت تحت درمان قرار گیرد تا از مرگ وی جلوگیری شود.

بیماری تب مالت

◆ اعظم پورجوادیان - اعظم نورا

منابع: محمدکیاسالار، راهنمای خودمراقبتی خانواده ۳، پارسای سلامت، چاپ اول -۱۳۹۶

تب مالت بیماری است که میکروب آن از طریق حیوانات آلوده به میکروب بروسلا به انسان منتقل می‌شود. این حیوانات شامل گاو، گوسفند، بز و شتر هستند. این بیماری تقریباً در هر جا که گاو، بز و گوسفند آلوده و دامداری غیر صنعتی وجود دارد دیده می‌شود. در مناطقی که نگهداری دام‌ها در شرایط غیربهداشتی باشد یا نگهداری دام در کنار محل زندگی انسان باشد شیوع بیشتری دارد. این بیماری علاوه بر ایجاد دردهای شدید و ناتوانی طولانی‌مدت بیماران و گاهی مرگبار و تحمیل هزینه‌های زیاد به سیستم بهداشتی کشور به دلیل سقط دام‌ها و کم شدن شیر دام‌ها سالیانه میلیاردها تومان خسارت به دامداران وارد می‌کند.

علائم و نشانه‌ها:

این **بیماری هزارچهره** بوده و در ابتدا با نشانه‌های حاد بی‌اشتهایی، تعریق شبانه، سردرد، درد بدن، زانو یا سایر مفاصل بروز می‌کند و در صورت عدم‌تشخیص و ادامه بیمار در هر جای بدن به‌ویژه در استخوان‌ها و مفاصل دیده می‌شود. علائم چشمی، قلبی و مغزی و یا نشانه‌هایی در دستگاه، گوارش، کبد، طحال، بیضه‌ها و ... ایجاد می‌کند و یا با علائم افسردگی، دردهای مزمن، اختلالات ذهنی و بیماری‌های روانی تظاهر می‌کند. کلیه افرادی که بادام تماس دارند، محصولات لبنی غیرپاستوریزه و غیربهداشتی مصرف می‌کنند یا در نزدیکی محل نگهداری دام زندگی می‌کنند، اگر تب به همراه بدن‌درد یا هرکدام از علائم دیگر تب مالت را داشتند یا حتی بدون تب دچار رخوت و افسردگی و سستی چندهفته‌ای باشند مشکوک به این بیماری هستند.

بیماری از طرق زیر به انسان انتقال می‌یابد:

۱- از راه استنشاقی (هوای آلوده آغل)

۲- از راه خوراکی (شیر و لبنیات غیربهداشتی و گوشت و بافت نیم‌پز دام‌ها)

۳- از راه پوست زخمی و مخاط (هنگام شیردوشی، زایمان دام، ذبح دام، لمس حیوان بیمار، تماس با اشیا آلوده)

توصیه‌های خود مراقبتی:

۱- فراورده‌های لبنی پاستوریزه استفاده نمایید.

۲- در صورت استفاده از شیر غیرپاستوریزه حتماً باید بعد از رسیدن به نقطه‌جوش و قل زدن به مدت ۳ تا ۵ دقیقه بجوشانید.

۳- از مصرف شیری که در نخستین روزهای پس از زایمان دام تهیه می‌شود و به آن آغوز می‌گویند جدا پرهیز کنید.

۴- مخلوط شیر و ماست که به آن اصطلاحاً گرماست می‌گویند منبع مناسبی برای آلودگی است جدا از مصرف آن خودداری کنید.

۵- اگر از شیر نجوشیده پنیر درست می‌شود، حداقل پنیر به مدت سه ماه در آب و نمک ۱۷ درصد قرار داده شود (از حل کردن ۱۷۰ گرم نمک در یک لیتر آب، آب‌نمک ۱۷ درصد به دست می‌آید).

۶- همیشه از بستنی پاستوریزه که دارای بسته‌بندی مناسب، تاریخ تولید و انقضا و مجوز بهداشتی است استفاده نمایید.

۷- دوغی که از شیر شتر تهیه می‌شود چون جوشانده نمی‌شود هرگز استفاده نکنید.

۸- شیرینی حاوی خامه غیرپاستوریزه را مصرف نکنید.

۹- از شیر و فراورده‌های لبنی پاستوریزه استفاده کنید و از شیر، پنیر، خامه، سرشیر، کشک، کره فله غیرپاستوریزه جدا پرهیز کنید.

۱۰- در هنگام تماس بادام از لباس مجزا یا روپوش پلاستیکی، دستکش کار اختصاصی، دستکش مخصوص شیردوشی (پلاستیکی) و عینک محافظ استفاده کنید و پس از اتمام کار آن‌ها را درآورده و دست‌های خود را با آب و صابون بشویید.

۱۱- ظرف‌هایی که در آن لبنیات ریخته شده پس از شست‌وشو با ماده شوینده با مواد ضدعفونی‌کننده مناسب یا آب جوش ضدعفونی کنید.

۱۲- از پابرهنه بودن کودکان جلوگیری کنید تا از تماس پوست پاها با خاک و فضولات آلوده حیوانی پیشگیری شود.

۱۳- به کودکان خود احتمال مبتلا شدن به بیماری تب مالت را در صورت بازی بادام‌ها تأکید نمایید.

۱۴- از مصرف فراورده‌های خام و یا نیم‌پز (جگر، گوشت، بافت‌های عصبی، مغز و ...) جدا خودداری نمایید.

۱۵- از گوشت مورد تأیید سازمان دامپزشکی کشور (گوشت مهره‌دار یا برچسب دار) استفاده کنید.

۱۶- از مصرف دنبلان به دلیل آنکه آلودگی بسیار بالایی دارند و نیم‌پز مصرف می‌شوند خودداری کنید.

۱۷- از مصرف خام یا نیم‌پز گوشت، جگر و دنبلان خودداری کنید.

۱۸- از خرید و مصرف بره تودلی (جنین به دنیا نیامده گوسفند یا گاو) به دلیل آلودگی بالای آن خودداری کنید.

۱۹- در طی اعیاد و مراسم خاص، دام را از مراکز مجاز سازمان دام‌پزشکی تهیه نمایید و در کشتارگاه ذبح کنید.

۲۰- از کشتار غیرمجاز دام در کوچه و خیابان خودداری کنید.

۲۱- از مصرف گوشت‌هایی که اطمینان کامل از سلامت دام قبل از ذبح ندارید خودداری نمایید.

۲۲- فضولات دام‌ها را در مکانی مناسب به فاصله حداقل ۵۰۰ متر در خارج از اماکن مسکونی انباشته و روی آن‌ها پلاستیک بکشید و به مدت حداقل ۳ ماه جابه‌جا نکنید.

۲۳- بهداشت محیط و پاکیزگی اطراف خانه‌تان را جدی بگیرید.

۲۴- در صورت بروز علائم مشکوک به تب مالت (تب طول کشیده، ضعف، درد مفاصل، کمردرد و ...) بلافاصله به مرکز بهداشت مراجعه نمایید.

۲۵- به دلیل آنکه درمان تب مالت طولانی‌مدت است در صورت بهبود علائم پس از شروع درمان دوره درمان را کامل کنید و درمان را قطع نکنید.

مارگزیدگی

◆ ابوالفضل پناهی میشکار

منبع: مغیثی. علیرضا و همکاران، راهنمای کشوری پیشگیری از مارگزیدگی و درمان آن، ویرایش دوم، سال ۱۳۹۷

پراکندگی گونه‌های مار در ایران:

در ایران، راسته مارها، ۷ خانواده و درمجموع، ۷۲ گونه (۶۳ گونه خشک زی و ۹ گونه دریایی در آب‌های جنوب کشور) را شامل می‌شوند.

طبقه‌بندی مارها در ایران:

- مارهای غیر سمی (۳۶ گونه)

مارهای غیر سمی	مارهای سمی
سر باریک و مدور	سر مثلثی شکل
نبود این حفره‌ها در سایر گونه‌ها	حفره بین چشم‌ها در صورت و حفره بینی در افعی‌های حفره‌دار
مردمک‌های مدور	مردمک‌های بیضی‌شکل عمودی (مانند گربه)
دو یا چند ردیف فلس در انتهای دم	یک ردیف فلس در انتهای دم
نبود این نوع دندان‌ها	دندان‌های اختصاص‌یافتهٔ تزریق زهر

- مارهای نیمه سمی یاسمی تصادفی (۸ گونه)
- مارهای سمی خطرناک یا زهرآگین (۲۵ گونه،۱۰ گونه مارسمی دریای در خلیج‌فارس و دریای عمان)

مارهای سمی خطرناک یا زهرآگین بر اساس ثابت یا متحرک بودن استخوان آرواره که حامل دندان تزریق کننده هستند عبارت‌اند از:

۱- سولنوگلیف (انواع زیر در این گروه جای می‌گیرند)
- مارهای تیره افعی‌های بدون حفره
- افعی‌های حفره‌دار

۲- پروتروگلیف (انواع زیر در این گروه جای می‌گیرند)
- مارهای تیره کبرا
- مارهای دریایی

تشخیص افتراقی مارهای سمی از غیر سمی:

طبقه‌بندی مارهای سمی در ایران:

◀ خانواده الاپیده (کفچه‌مار، مار کبرا (مار زنگی))

◀ خانواده ویپریده (گرزه مار، مار جعفری، مار شاخ‌دار ایرانی، افعی قفقازی، کک‌مار و...)

* اکثر گونه‌های این خانواده در منطقه ما نیز می‌باشند.

◀ خانواده کروتالیده (افعی قفقازی)

◀ خانواده هیدروفیده (مارهای دریایی)

وضعیت مارگزیدگی در منطقه سیستان:

در سال ۱۳۹۶ در منطقه سیستان، ۳۸۱ مورد مارگزیدگی گزارش‌شده است، ۲۹درصد (۱۱۱ مورد) زن و ۷۱درصد (۲۷۰ مورد) مرد. از این تعداد ۳۲٫۱درصد در گروه سنی زیر ۱۵ سال، ۴۸٫۲درصد در گروه سنی ۴۴-۱۵ سال رخ‌داده است. ۷۶درصد در روستا و ۶۴درصد موارد گزش در ناحیه پا اتفاق افتاده است. بیشترین موارد گزارش‌شده در ساعت ۶ عصر تا ۱۲ شب گزارش گریده است (۴۷٫۵درصد).

خوشبختانه با توجه به سرم تراپی و در دسترس بودن آن در سیستم بهداشتی درمانی، هیچ‌گونه مرگی ناشی از مارگزیدگی در سال ۱۳۹۶ گزارش نشده است.

پیشگیری از مارگزیدگی:

◀ در روزهای گرم، هنگام حضور و پیش از ورود به مکان‌های خنک و سایه‌دار، مانند شکاف کوه‌ها، غارها، سنگ‌های کنار چشمه‌ها و زیرشاخهٔ درختان، باید از نبود مار مطمئن شوید.

◄ در حیـــن راه رفتن میان علف‌هــای بلند، حتماً باید با دقت زیر پا را پایید و با اســتفاده از یک چوب‌دستی یا عصا و کشیدن آن به زمین و ضربه زدن به ســنگ‌ها یا شــاخه‌های جلو از وجود مار آگاه شوید.
◄ در بســیاری موارد، مارگزیدگی‌ها در ناحیهٔ زانو به پایین اتفاق می‌افتــد. بنابراین، هنگام گذر از مناطق احتمالی زیســتگاه مار، با پوشیدن کفش‌های مناســب (مانند چکمه و پوتین) و جوراب‌های ضخیم از ناحیهٔ زیر زانوی پای خود محافظت کنید.
◄ از دســت بردن به زیر توده‌های ســنگ یا داخل توده‌های علف اجتناب کنید؛ زیرا در بســیاری موارد، آشــیانهٔ مارهــا در این نوع مکان‌ها است.
◄ در بســیاری مــوارد، مارگزیدگی به دنبال اقــدام به صید مار و تحریک حیوان صــورت می‌گیرد. بنابراین، از صیــد بی‌مورد مارها اجتناب کنید.
◄ در مســافرت یا گردش در جنگل‌ها، پارک‌ها یا کوهستان‌هایی که ممکن است زیســتگاه مار باشند، کوله‌پشتی و لباس‌ها را نباید روی زمین رها کرد.
◄ هنــگام دوباره پوشــیدن کفش‌ها، باید داخــل آن‌ها را به‌دقت وارسی کرد.
◄ در صورت اقامت در چادر در مناطق مار خیز، باید همیشــه در چادر بسته باشد و شب‌ها وسایل و به‌ویژه کفش‌ها را به درون چادر ببرید و اگــر به‌ناچار، برخی لوازم، ازجملــه کفش‌ها خارج از چادر ماند، حتماً باید آن‌ها را داخل یک کیسهٔ نفوذناپذیر قرار دهید.
◄ در مناطقی که دید کافی نیســت، بایــد از بالا رفتن خودداری کرد.
◄ از دست زدن به مارسمی مرده به‌ویژه در ساعت‌های اول مرگ آن بایــد پرهیز کــرد؛ زیرا خطر گزش رفلکســی در برخی مارها تا ساعت‌ها پس از مرگ وجود دارد.
◄ اوج فعالیت زمانی مارها پس از تاریکی هوا اســت که به شــکار می‌پردازنــد؛ ازاین‌رو، هنگام پیاده‌روی در شــب باید به‌دقت مراقب بود.

در مناطــق روســتایی و کشــاورزی، بــرای پیشــگیری از مارگزیدگی باید:

◄ اطــراف خانه‌هــا را از مکان‌هایی که برای مخفی شــدن مارها مناســب می‌باشــند (مانند: تــوده زبالــه، بوته‌ها بلنــد، نخاله‌های ساختمانی) پاک‌سازی نمود.
◄ شاخه‌های درختانی که در تماس با دیوارهای خانه می‌باشند و بوته‌های گل و گیاه در حیاط و اطراف خانه را کوتاه نمود.
◄ انبار نگهداری محصولات کشــاورزی را دور از محل مســکونی ساخت.
◄ مخــازن آب، حوضچه‌ها و اســتخرهای آب (بــا توجه به جذب جانورانی مانند قورباغه و وزغ به‌عنوان طعمه‌های موردعلاقه مارها)، می‌توانند ســبب جذب مارها در این مکان‌ها شــده و باید به‌صورت دوره‌ای ازنظر وجود و یا عدم وجود مار، بررسی شوند.
◄ جمع‌آوری هیزم در شب در مناطق مار خیز، با افزایش احتمال خطر مارگزیدگی همراه است.
◄ از راه رفتــن بــا پاهای برهنه و یا پوشــیدن صندل در حیاط و بیرون منزل اجتناب کنید.
◄ در مناطق ییلاقی و بیرون از شــهر، در هنگام راه رفتن در شب به‌ویژه پس از بارندگی، حتماً از نور مناســب (چراغ‌قوه یا مشــعل) استفاده کنید.
◄ در نواحی خارج از شــهر، بارندگی می‌تواند ســبب خروج مارها از لانه‌ها و محل‌های اختفای آن‌ها شــده و پس از بارندگی احتمال مواجهــه با مارها و مارگزیدگی افزایش یابد؛ بنابراین در مناطق مار خیز، در هنگام راه‌پیمایی در جاده به‌ویژه در شب باید مراقب بود.
◄ در هنگام رانندگی با وسایل نقلیه، از زیر گرفتن عمدی مارهای در جاده خودداری شــود. این امر ممکن اســت سبب زخمی شدن مار و افزایش خطر حمله مار زخمی به عابران پیاده گردد. از طرفی احتمــال اینکه مار به زیر وســیله نقلیه پیچیــده و در هنگامی‌که وسیله نقلیه متوقف است از سوراخ‌ها و منافذ کف آن خزیده و وارد خودرو گردد، وجود دارد.
◄ از نزدیک شــدن و آوردن کودکان به نواحی مار خیز خودداری نمایید.

اقدامات اولیه در محل حادثه:

بیمار یا اطرافیــان وی باید این اقدامات را فوری و پس از گزیدگی و پیش از رسیدن بیمار به بیمارستان یا مراکز درمانی انجام دهند:
- تلاش برای به تأخیر انداختن جذب سامانه‌ای سم مار
- حفظ حیات بیمار و پیشــگیری از بروز عوارض پیش از رســیدن بیمار به بیمارستان یا مراکز درمانی
- کنترل دیسترس یا علائم زودرس و خطرناک ناشی از مارگزیدگی
- فراهم نمودن شرایط انتقال بیمار به بیمارستان یا مراکز درمانی
- پرهیز از اقداماتی که باعث آسیب دیدن بیشتر به بیمار می‌گردد.

اقدام‌های درمانی اولیه:

- آرام نمودن مصدوم
- دور نمــودن آســیب‌دیده از محــل حادثه به‌منظــور جلوگیری از گزیدگی مجدد
- قرار دادن بیمــار در وضعیت نشسته یا درازکش؛ درحالی‌که اندام مارگزیده در موقعیت افقی قرارگیری
- بی‌تحرک نمودن اندام مارگزیده به‌وســیله آتــل یا باند پارچه‌ای (هرگونــه حرکت یا انقباض عضلانی ممکن اســت به افزایش ورود سم مار به جریان خون و لنف منجر شود)
- خارج ساختن تمام وسایل زینتی مانند ساعت و انگشتر
- پرهیــز از هرگونه دســت‌کاری زخم ناشــی از گزش (برش، گرم کردن، ســوزاندن، برداشــتن ناحیه گزش و ...) زیــرا باعث عفونت، افزایش جذب زهر و خونریزی می‌گردد.
- شستشوی محل گزش با آب و صابون و باند اندام مارگزیده
- استفاده از برانکارد، درصورتی‌که نیاز به حمل مارگزیده

متأســفانه ثابت‌شده است که بســیاری از اقدامات رایج و سنتی در این‌گونــه موارد، نه‌تنها مفید نیســتند، بلکه می‌توانند خطرناک نیز باشند.

از اقدامات زیر اکیداً خودداری گردد:

- ایجاد برش یا خراش در محل گزیدگی
- تلاش در جهت ساکشــن (مکیدن توســط دهان) ســم از محل گزیدگی
- سفت بستن تورنیکه به دور اندام مارگزیده
- کمپرس سرد با استفاده از کیسه‌های یخ هم ممــکن است آسیب نسجی را بیشتر کند.
- دســت‌کاری زخم ناشی از گزش (دســت‌کاری زخم محل گزش ممکن است منجر به عفونت، افزایش جذب زهر و خونریزی شود).

آزمایش هموگلوبین ای_ وان_ سی

HbA1C Test

◆ مهرنگار آزوغ

منابع:

۱. Genetics in the ۳rd Millennium ۲۰۱۳-۱;۲۰۱۳
۲. Word Health Organization;-۲۰۱۱ Use of Glycated Hemoglobin(HbA۱C) in the Diagnosis off Diabetes Mellitus-Abbreviated Report of a WHO Consultation
۳. Diabetes Care ۴۱;۲۰۱۸(Suppl.۱):S-۵۵S۶۴
۴. Diabetes Care ۴۱;۲۰۱۸(Suppl.۱):S-۱۲۶S۱۳۶
۵. Diabetes Care ۴۱;۲۰۱۸(Suppl.۱):S-۱۳۷S۱۴۳
۶. StarttonIm,etal. Association of Glycaemia With Macrovascular and Microvascular Complications of Type ۲ Diabetes(UKPDs):Prospective observational study.BMJ.۲۰۰۰Aug ۱۲-۴۰۵:(۷۲۵۸)۱۲,۳۲۱

تاریخچه:

پروفسور ســاموئل رهبر از مفاخر پزشکی ایران کاشف هموگلوبین گلیکوزیلــه (HbA۱C) می‌باشــد کــه در ســال ۱۹۶۷ مهم‌ترین دســتاورد پژوهشی او به شــمار می‌آید و نام او را در جهان پرآوازه کرده اســت. وی گزارش کرد که در ۴۷ بیمــار دیابتی ازجمله ۱۱ کــودک دیابتی این نوع هموگلوبین را پیداکرده اســت. اندکی بعد مشخص شــد این هموگلوبین خاص که فقط در بیماران دیابتی به مقدار قابل‌ملاحظه‌ای یافت می‌شود همان هموگلوبین ای وان سی است.

آزمایش هموگلوبین ای- وان- سی

آزمایــش هموگلوبیــن HbA۱C، یک آزمایش خون بســیار رایج می‌باشــد که برای غربالگری بیماران دیابتی کار آیی داشته و نشان می‌دهــد بیمــاران به چه میــزان در کنترل بیمــاری دیابت موفق بوده‌انــد. هموگلوبین یکی از پروتئین‌هــای داخل گلبول‌های قرمز اســت و وظیفه حمل اکسیژن در خون را بر عهده دارد. هموگلوبین نیــز مانند پروتئین‌های دیگر بدن با قندهــا ازجمله گلوکز ترکیب می‌شــود. این ترکیب تا زمانی که گلبول قرمز در خون زنده اســت (تقریباً ۱۲۰ روز) پایدار می‌باشــد و این اساس آزمایش هموگلوبین ای- وان- ســی را تشــکیل می‌دهد. هرچقدر میزان قند خون شما در طول ۸-۱۲ هفته گذشــته بالاتر از مقدار طبیعی باشــد، درصد هموگلوبین ای- وان- سی خون شما که با گلوکز ترکیب‌شده است نیز بیشتر خواهد بود.

رابطه بین مقدار ای - وان - سی و میانگین سطح قند خون در ۳ ماه گذشته

میزان قند خون میلی‌گرم/دسی لیتر	HbA۱Cدرصد میلی مول/مول
۱۲۶	۶درصد
۱۵۴	۷درصد
۱۸۳	۸درصد
۲۱۲	۹درصد

توجه

۱درصد کاهش در میزان هموگلوبین ای- وان- ســی مساوی است با کاهش چشمگیر در عوارض دیابت شامل:
- کاهش ۱۲ در صد سکته‌های مغزی
- کاهش ۱۴ درصد سکته‌های قلبی
- کاهش ۳۷ در صد عوارض میکرو واسکولار
- کاهش ۲۱ درصد عوارض ناشی از دیابت
- کاهش ۱۹ درصد جراحی آب‌مروارید

میزان ایده آل هموگلوبین ای- وان- سی در افراد دیابتی:

در کودکان	کمتر از ۷,۵ درصد
افراد بالای ۱۸ سال	کمتر از ۷ در صد
زنان باردار	کمتر از ۶,۵ در صد

توصیه

به افراد دیابتی که به اهداف درمان دست‌یافته‌اند، انجام حداقل ۲ بار در سال آزمایش هموگلوبین ای- وان- سی توصیه می‌شود.
به افراد دیابتی که داروی خود را تغییر داده‌اند یا به اهداف درمان دست نیافته‌اند، توصیه می‌شود سالی ۴ بار آزمایش هموگلوبین ای- وان- سی را انجام دهند.

◆ عباسعلی ملای شهری

منبع: پیشگیری از حوادث حمل‌ونقل در جوانان
نویسندگان، دکتر محمد اسماعیل مطلق دکتر فیروزه مصطفوی دکتر آسیه پیرزاده دکتر محسن جلیلیان
ناشر: انتشارات سمند۹۷۸-۶۰۰-۹۶۳-۳۶۲ -۳: شابک
نوبت چاپ: اول تاریخ چاپ: بهار ۱۳۹۵

علل حوادث و سوانح رانندگی

علل انسانی مرتبط با تصادفات را می‌توان به چند بخش علل زمینه‌ای، علل رفتاری، علل روان‌شناختی، علل مرتبط با بیماری‌ها و اختلالات جسمی و علل مرتبط با استفاده از لوازم ایمنی، دسته‌بندی کرد. که در ذیل به‌تفصیل این علل موردبررسی قرار می‌گیرند.

سن: آمارها نشان می‌دهد، جوانان در سنین بین ۲۵-۱۸ بیشتر در معرض سوانح و حوادث رانندگی قرار دارند. همچنین بیشترین عامل مرگ‌ومیر در سن ۲۹-۱۵ سال ناشی از حوادث ترافیکی است. این در حالی است که افراد ۳۴-۱۸ سال بیشترین صدمات جسمی ناشی از حوادث ترافیکی را در بین بزرگ‌سالان متحمل می‌شوند.

از علل مهم وقوع تصادفات رانندگی در بین جوانان می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: احتمال انحرافات اجتماعی، نقض قوانین، مصرف مشروبات الکلی، مهارت و تجربه‌ی کمتر در رانندگی، استفاده کمتر از کمربند ایمنی، تصور توانمندی در کنترل وقایع و داشتن احساس خطر کمتر.

جنس: در مردان جوان، میزان مرگ‌ومیر ناشی از تصادفات و حوادث ترافیکی ۲ برابر زنان است. احتمال دریافت جریمه‌های رانندگی به علت نقض قوانین در مردان در هر سنی، بیش از خانم‌ها است. مردان نسبت به زنان کمتر از کمربند ایمنی استفاده می‌کنند و به شیوه تهاجمی‌تری رانندگی می‌کنند.

تحصیلات: افراد با تحصیلات بالاتر، بیشتر از کمربند ایمنی استفاده می‌کنند و به قوانین پایبندی بیشتری دارند.

عادات نگرش‌های منفی: زمانی که فرد تصور کند نسبت به‌طرف مقابل، موقعیت بالاتری دارد، خشونت‌های رانندگی بیشتر اتفاق می‌افتد. مسئله‌ای که خیلی جالب است این است که مبنای این قضاوت فقط بر اساس اتومبیلی که فرد مقابل سوار است و نه شخصیت او صورت می‌گیرد. ماشین‌های بزرگ‌تر معمولاً به ماشین‌های کوچک‌تر قلدری می‌کنند و ماشین‌های نوتر به قدیمی‌ترها. راننده‌های ماشین‌های گران‌تر معمولاً نسبت به عابرین پیاده خشن‌تر برخورد می‌کنند.

احساس خودبرتربینی نسبت به راننده‌ی مقابل: تحقیقات نشان می‌دهد که بوق زدن‌های ممتد، بدزبانی یا سایر رفتارهای خشن، درصورتی‌که فرد خود را در موقعیت برتر احساس کند، به‌مراتب بیشتر رخ می‌دهد. جوانان و کسانی که تازه گواهینامه گرفته‌اند، خطرات را کمتر از حد واقعی تخمین می‌زنند. افرادی که الکل و مشروبات الکلی می‌نوشند، خود را کمتر در معرض حوادث و خطرات می‌بینند.

عادات نادرست رانندگان:

- رانندگی با چراغ خاموش در شب
- صحبت و توجه به همراه در حین رانندگی
- خوردن و نوشیدن حین رانندگی
- عدم رعایت فاصله ایمنی و توجه نکردن به‌سرعت
- حرکات نمایشی در حین رانندگی
- بی‌توجهی به علائم راهنمایی رانندگی
- صحبت با تلفن همراه در حین رانندگی
- وجود نقص فنی در خودرو و بی‌توجهی به آن
- جروبحث در داخل خودرو
- رانندگی بی‌دقت‌تر و خشن‌تر در صورت تنهایی
- خوردن شربت و یا قرص‌های مسکن و خواب‌آور

رفتارهای تهاجمی و خشونت در رانندگی: رفتار تهاجمی در رانندگی به آن نوع از رانندگی اطلاق می‌شود که راننده به دلیل هیجانات عاطفی مثل خشم، عصبانیت و ...، وسیله نقلیه‌ی خود را به طرزی ناامن و خلاف مقررات هدایت می‌کند. به‌طورکلی هیجان‌زدگی در رانندگی متأثر از ۳ مؤلفه اصلی است:

۱- داشتن شخصیت ناشکیبا، بی‌قرار و بی‌دقت
۲- قدرت‌طلبی و زورداری
۳- بی‌پروایی و یاغی‌گری خیابانی (جاده‌ای)

برای همه ما پیش‌آمده که خودرویی بافاصله کمی از خودروی ما در پشت سر رانندگی کند. خیلی‌ها هم عادت دارند راه دیگران را سد کنند، از سمت راست ناگهان جلو خودرو بغل‌دستی بپیچند یا در هر حالتی قلدری کنند. راننده پرخاشگر، با عصبانیت و خشونت، قصد انجام اعمال خلاف مقررات راهنمایی و رانندگی را دارد؛ اعمالی همچون تغییر مسیر ناگهانی و خطرناک، سبقت غیرمجاز، رعایت نکردن فاصله مناسب طولی و عرضی، بوق زدن‌های مکرر، استفاده از نوربالا برای تنبیه دیگران، حرکت سریع و تعقیب و گریز خودرویی، سرعت‌های نابجا، مانور و تغییر مسیر به‌طور مکرر، اشغال طولانی خط سبقت، ترمزهای ناگهانی و مکرر، انحراف از مسیر اصلی و عبور از خط مقابل برای رهایی از ترافیک غیر روان و قانون‌شکنی و دیگر رفتارهای ناپسند همراه با فحاشی و هتاکی به دیگران، در کارنامه رانندگی افراد پرخاشگر کاملاً مشهود است.

دلایل خشونت در رانندگی نیز می‌تواند تعمدی یا سهوی باشد. تحقیقات نشان می‌دهد رانندگان جوان‌تر که در ارزیابی‌های شخصیتی، هیجان خواهی و تحریک‌پذیری نمره‌ی بالاتری گرفتند، پشت فرمان رفتار خشن‌تری دارند. مسئله جالب دیگر این است که این راننده‌ها نسبت به جریمه‌ها حساسیت کمتری نشان می‌دهند، به عبارتی اقدامات تنبیهی ساده، عامل بازدارنده مؤثری از رفتارهای پرخطر این گروه رانندگان نمی‌باشد.

راهکارهای مقابله با علل تصادفات:

- آموزش ارتباط خطرات رانندگی با مصرف نوشابه‌های الکلی.
- آموزش مهارت‌های رانندگی به‌طوری‌که راننده بتواند کنترل خودرو را در صورت وجود شرایط خاص نیز به عهده بگیرد
- عدم استفاده از گوشی تلفن حتی از طریق هندزفری (دست‌آزاد)
- قوانین بازدارنده‌ی قوی در صورت بروز نقض قوانین
- شرایط بازدارنده‌ای چون دوربین و چشمان نظاره‌گر پلیس و قدرتمند نمودن پلیس و قوانین در رابطه با اجرای دقیق قوانین
- آموزش‌های ساده و تصویری از نحوه‌ی رعایت قوانین در سیما در ساعات پربیننده
- نهادینه کردن احترام به حقوق دیگران و ترجیح منافع فردی

ایجاد هنجارهای شهروندی مناسب از طریق آموزش‌های رسانه‌ای و بیلبوردها در سر چهارراه‌ها و سایر معابر به‌صورت مداوم و پیگیر در همه رده‌ها

- ایجاد بستر فرهنگی صحیح رانندگی برای نسل بعدی. همواره یک راننده مؤدب و محتاط باشید. از ایجاد شرایطی که به تحریک سایر رانندگان می‌انجامد خودداری کنید.
- همیشه قوانین رانندگی را رعایت کنید و کمربند ایمنی خود را پیش از رانندگی ببندید
- فاصله مناسب و ایمن خود را با خودروهای دیگر حفظ کنید. هیچ‌گاه بافاصله اندک به تعقیب خودروها نپردازید
- اگر در محدوده‌ی حداکثر سرعت مجاز رانندگی می‌کنید و راننده‌ای می‌خواهد از شما سبقت بگیرد، به وی اجازه دهید تا عبور کند
- از نشان دادن حرکات توهین‌آمیز دست و یا صورت به‌طورجدی خودداری کنید
- از بوق خودرو درست و به هنگام استفاده کنید. بوق یک وسیله ارتباطی است، از آن برای مجازات سایر رانندگان استفاده نکنید؛ کنترل بوق خودروی خود را به دست بگیرید! - هرگاه با یک راننده عصبانی مواجه شدید سعی نکنید به اوضاع بحرانی دامن بزنید. از برقراریِ تماس چشمی با راننده خشمگین جداً خودداری کنید.

هرگاه راننده‌ای شمارا به مبارزه طلبید یا سعی در تحریک شما داشت، نفس عمیقی بکشید و بدون توجه، به مسیر خود ادامه دهید؛ به خودتان نگیرید.

- اگر احساس کردید که مقصر هستید، اشتباه خود را بپذیرید و فوراً با بالا آوردن دست خود عذرخواهی کنید.
- شتاب‌زده تصمیم‌گیری نکنید، شاید راننده موردنظر شما عجله داشته باشد، عصبانی باشد، راه را گم‌کرده، به فن رانندگی آشنایی کامل ندارد و یا به دنبال آدرس می‌گردد. همواره خونسردی خود را حفظ کنید
- از رفتار تلافی‌جویانه در رانندگی خودداری کنید
- از استرس خود بکاهید و حین رانندگی به یک موسیقی ملایم و آرامش‌بخش گوش دهید
- بردباری خود را افزایش دهید و زود از کوره درنروید
- به یاد داشته باشید که شما فقط می‌توانید خودتان را تغییر دهید نه دیگران را.
- وقتی خشمگین شدید تا۲۰ بشمارید یا به رادیو گوش دهید. پیش از آنکه تصمیم بگیرید عمل راننده دیگر را تلافی کنید یا با وی گلاویز شوید از خود بپرسید: آیا ارزش دارد که وقت خود را هدر دهید، به دردسر بیفتید یا آسیب ببینید؟
- قبل از سبقت گرفتن یا هرگونه تغییر مسیر، راهنما بزنید.
- هنگام استفاده از نوربالای خودرو دقت کنید و مراقب باشید که این کار سبب آزردگی راننده مقابل نشود.

- از سد معبر جدا خودداری کنید و هنگام رانندگی با عابران پیاده صحبت نکنید. برنامه خود را طوری تنظیم کنید تا به ترافیک برخورد نکنید.
- از سلامتی خودروی خود پیش از رانندگی مطمئن شوید.
- زمانی که خسته، خواب‌آلود، خشمگین و مضطرب هستید رانندگی نکنید.
- آگاهی دادن به افراد در مورد هزینه‌های بیمارستانی و خطرات ناشی از رانندگی ناایمن
- استفاده از الگوهای رفتاری مناسب: تولید فیلم‌ها یا تیزرهای تبلیغاتی که در آن هنرپیشه‌ها و فوتبالیست‌ها و یا حتی وزرا و سیاستمداران در ابتدای رانندگی، کمربند ایمنی خود را می‌بندند یا در هنگام رانندگی با گوشی همراه صحبت نمی‌کنند و برای صحبت در کنار جاده می‌ایستند می‌تواند الگوهای رفتاری مناسبی را در این زمینه ارائه دهد.
- شیشه جلوی خودرو، عینکتان و چراغ‌های جلو را تمیز نگه‌دارید.
- دو بار در سال برای آزمایش به چشم‌پزشک مراجعه کنید، به‌ویژه اگر بالای ۴۰ سال سن دارید.
- بهتر است راننده به‌صورت ممتد و ارادی، عضلات پشت ساق پا را منقبض و منبسط کند تا گردش خون به‌اندازه مناسب در بدن جریان داشته باشد.
- اگر قرار است برای مدت طولانی رانندگی کنید، بهتر است هر ۲ ساعت یک‌بار توقف کرده، از اتومبیل خود بیرون بیایید و چند دقیقه قدم بزنید زیرا در این حالت گردش خون در بدن آسان‌تر انجام می‌شود.
- استفاده از کفش مناسب حین رانندگی علاوه بر اینکه گردش خون را راحت‌تر می‌کند، باعث افزایش تمرکز می‌شود.
- اگر شغل شما رانندگی است و ناچار هستید ساعت‌های متمادی رانندگی کنید، حتماً در هر هفته ۳ بار و هر بار به مدت ۳۰ دقیقه اقدام به پیاده‌روی آرام و طولانی کنید و سعی کنید در طول روز یا پیش از شروع کار روزانه نرمش‌های کششی سبک انجام دهید. پس از پایان مسیر، بلافاصله ننشینید. با قدری راه رفتن آرام یا در جا زدن، بدن را به حالت اول بازگردانید.
- در صورت وجود افسردگی و سایر علائم جسمی که منجر به بی‌خوابی یا بد خوابیدن در شب می‌شود، به پزشک مراجعه و پس از رفع مشکل رانندگی کنند.
- از کار شبانه نامنظم و شب‌زنده‌داری پیش از رانندگی بپرهیزند.

به‌اندازه کافی بخوابید: قبل از رانندگی غذاهای سبک و کم‌کالری میل کنید.
- عدم رعایت قوانین رانندگی، نبستن کمربند ایمنی، عدم استفاده از کلاه ایمنی و نیز عدم استفاده از صندلی کودک ازجمله عواملی است که احتمال خطاهای منجر به مرگ را در رانندگی بالا می‌برد. گذاشتن بچه‌ها در صندلی مخصوص، در زمان‌های مناسب و به کار بردن صندلی به شکل درست راهی برای پیشگیری از مرگ‌ومیر کودکان در تصادفات است. بستن کمربند ایمنی میزان مرگ‌ومیر ناشی از تصادفات را به نصف کاهش می‌دهد.

به‌محض مشاهده هرگونه تصادف منجر به جرح بلافاصله با اورژانس ۱۱۵ تماس بگیرید. رانندگان باید هنگام رانندگی فقط به جاده مقابلشان و روی علائم نصب‌شده توجه کنند و از انجام کارهایی که باعث حواس‌پرتی راننده می‌شود مانند خواندن نقشه، خوردن و آشامیدن و تنظیم مواردی که در ماشین کنترل می‌شوند، مانند کولر، بخاری، رادیو و یا سایر سیستم‌های صوتی خودداری کنند.
- بهتر است رانندگان در شب، به‌خصوص در جاده‌های تاریک، سرعت خود را کم کنند و در مواقعی که محل عبور بسته است، مواظب باشند و تلاش کنند تا در هنگام رانندگی احساساتی و یا عصبی نشوند. همیشه هنگام رانندگی و به‌ویژه سفر، گواهینامه و کارت مشخصات مالکیت و کارت بیمه و معاینه‌ی فنی را باید همراه داشته باشید.

نکاتی در مورد ایمنی موتورسواران
- استفاده از کلاه ایمنی برای کلیه افرای که روی موتورسوار می‌شوند. بند کلاه ایمنی حتماً باید بسته باشد. به‌اندازه‌ای که هنگام ضربه نه منجر به خفگی شود و نه کلاه از سر بیفتد.
- برای افزایش قابلیت دیده شدن این وسایل نقلیه استفاده از چراغ‌خطر عقب، پلاک‌های شبرنگ و یا منعکس‌کننده نور، نوار سفید منعکس‌کننده نور، کلاه ایمنی و لباس‌های نیم‌تنه شبرنگ که دارای مواد فلورسنت به رنگ قرمز و نارنجی ازجمله مواردی است که از خطرات ناشی از دیده نشدن موتورسوار توسط سایر رانندگان پیشگیری می‌کند.
- حرکت نکردن در جهت خلاف و تغییر مسیر ناگهانی به‌ویژه در ساعات تاریکی هوا.
- سوار نکردن مسافر اضافی
- موتورسواری نکردن در جاده‌ها
- هنگام موتورسواری به‌ویژه در سر چهارراه‌ها سر را بچرخانید تا تسلط کافی بر نقاط کور داشته باشید.

آمادگی قبل از شروع سفر
هر مسافرتی با ماشین نیاز به آمادگی دارد، به‌خصوص اگر قرار است برای مدت طولانی پشت فرمان بنشینید. پیش از شروع رانندگی برای فواصل طولانی به این توصیه‌ها عمل کنید:
- اگر قصد مسافرت در شب رادارید سعی کنید پیش از سفر خوب بخوابید و یا اینکه هر دو ساعت یک‌بار توقف نموده و استراحت نمایید
- سعی کنید قبل از سفر از وضعیت جاده و هوا باخبر شوید و به توصیه‌های ایمنی پلیس توجه کنید
- اگر فرزند خردسال به همراه خوددارید سعی کنید صندلی نگه‌دارنده خردسال تعبیه کنید. اگر نور خورشید شمارا اذیت می‌کند از آفتاب‌گیر، سایبان و عینک آفتابی استفاده نمایید.
- ابزار ضروری را فراموش نکنید. سیم اتصال باتری به باتری، جعبه کمک‌های اولیه، چراغ‌قوه، تابلوی مثلثی، جعبه‌ابزار کامل، کپسول آتش‌نشانی و غیره را با خود به همراه داشته باشید. آب اضافی برای رادیاتور هم به همراه داشته باشید.
- شناسنامه افراد، کارت ملی و دفترچه‌های بیمه افراد، نقشه مسیر سفر و گردشگری شهر موردنظر نیز فراموش نشود.

اصطلاحات رایج در بهداشت

بهروز معتمدی زاده- حسین معتمدی زاده

منبع: ناصری. کیومرث، فرهنگ جامع همه‌گیری‌شناسی اپیدمیولوژی)، انتشارات گپ، چاپ اول ۱۳۸۹

آلایش POLLUTION: هر نوع تغییر نامطبوع در آب، هوا و غذا به علت وجود مواد سمی، یا تأثیرگذار بر سلامت.

آلاینده POLLUTANT: هر ماده جامد، مایع و یا گازی نامطبوع که در هر محیط جامد، مایع و یا گازی دیگری وجود داشته باشد.

آلودگی CONTAMINATION: یک عامل عفونی، ماده سمی و یا عامل زیان‌بار دیگری در درون و یا سطح خارجی بدن.

آموزش بهداشت HEALTH EDUCATION: وسایل و برنامه‌های آموزشی در ارتباط با حفظ و ارتقای بهداشت.

ابتلا MORBIDITY: هر انحرافی، خواه عینی و خواه ذهنی، از آسایش جسمی و یا روانی

بار بیماری BURDEN OF DISEASE: اثرات بیماری در یک جامعه. نگرشی در تحلیل مسائل بهداشتی یک جامعه که سال‌های ازدست‌رفته زندگی سالم را نیز دربرمی گیرد.

بیماری بومی ENDEMIC DISEASE: حضور دائمی یک بیماری و یا بیماری و یا عامل عفونی در یک محدوده جغرافیایی یا یک جمعیت معین.

پیشگیری PREVENTION: هر نوع عملیاتی برای جلوگیری از وقوع بیماری.

مزمن CHRONIC: درزمینه موضوعاتی که به‌سلامت بستگی دارند به معنی درازمدت به کار می‌رود. درزمینه مواجهه با عوامل بیماری‌زا به معنی مواجهه طولانی و یا درازمدت و غالباً با شدت کم.

حاد ACUTE: درزمینه تأثیر در سلامت، عبارت است از: ناگهانی، غالباً کوتاه‌مدت، **درزمینه مواجهه با عوامل بیماری‌زا عبارت است از: کوتاه، شدید، کم‌دوام**

حامل CARRIER: انسان یا حیوانی که یک عامل بیماری‌زای عفونی خاص را بدون داشتن علائم واضح در خود جای‌داده و بتواند به‌صورت یک منبع عفونت آن را به دیگران منتقل کند.

حذف ELINIMATION: کاهش انتقال بیماری در جامعه به سطح بسیار پایینی که از قبل تعیین‌شده باشد.

مخزن عفونت RESERVOIR OF INFECTION: هر فرد حیوان، حشره، گیاه، خاک، ماده و یا مجموعه‌ای از آن‌ها که عامل بیماری‌زا بتواند به‌طور طبیعی در آن زندگی کرده و تولیدمثل نماید، برای بقای خود به آن وابسته باشد و در آن به‌نوعی تکثیر پیدا کند که بتواند به میزبان حساس منتقل شود.

مسری CONTAGIOUS: قابل‌انتقال از راه تماس مستقیم. در بیان امروزی به معنی بسیار عفونی مورد مصرف قرار دارد.

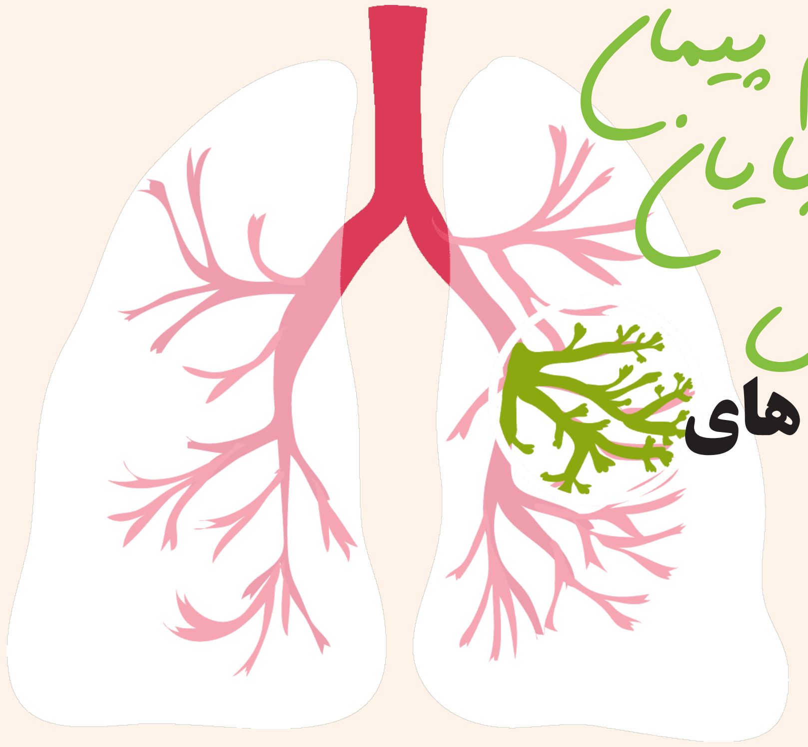
سرشماری علمی DE FACTO CENSUS: سرشماری افراد بر اساس حضور در محل سرشماری بدون توجه به محل زندگی.

سرشماری دائمی DE JURE CENSUS: سرشماری افراد بر اساس محل زندگی در زمان سرشماری.

ایمنی فعال IMMUNITY, ACTIVE: ایمنی که درواکنش به تحریک پادگنی (عامل عفونی یا واکسن) در فرد به وجود می‌آید و معمولاً با ایجاد پادتن همراه است.

ایمنی طبیعی IMMUNITY, NATURAL: مقاومت سرشتی در مقابل یک عامل بیماری‌زا که بسته به نوع میزبان تفاوت می‌کند.

شعار روز ملی سل(۲۳مهر ماه)؛



وضعیت سل و شاخص های ۶ ماهه اول

در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زابل

◆ ابوالفضل پناهی میشکار

درجهان؛ بیماری سل شایعترین علت مرگ ناشی از بیماریهای عفونی تک عاملی در دنیا است و از نظر بار جهانی بیماری، در رتبه دهم قرار دارد. پیش بینی می شود این بیماری تا سال۲۰۲۰ همچنان در این جایگاه بماند و یا تا رتبه هفتم بالا رود. در این میان ۹۵ درصد از موارد سل و ۹۸ درصد از مرگ‌های ناشی از سل درکشورهای درحال توسعه رخ می‌دهد که این مقدار بالای آلودگی، یک مشکل اساسی برای کنترل عفونت سل می باشد. حدس زده می شود که از هر سه نفر جمعیت جهان، یک نفر به باسیل سل آلوده بوده و در هر ثانیه یک نفر به تعداد آنان افزوده می شود. نگران کننده این است که طبق برآوردهای موجود ۵۰ میلیون نفر از این افراد، به باسیل سل مقاوم به چند دارو (MDR-TB) آلوده هستند.

در سال ۲۰۱۶ میلادی، حدود ۱۰,۴ میلیون نفر جدید به سل فعال مبتلا شده (۵,۹ میلیون نفر مرد، ۳,۵ میلیون نفر زن و یک میلیون نفرکودک) که برآورد می شود حدود ۱,۶۷ میلیون نفر در اثر این بیماری جان می سپارند.

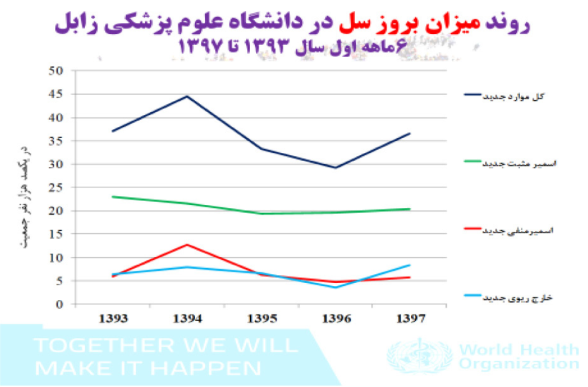
بیش از ۹۰موارد موارد بیماری و مرگ ناشی از سل در کشورهای در حال توسعه رخ می دهد، کشورهایی که ۷۵موارد موارد بیماری در آنها به فعال ترین گروه سنی به لحاظ اقتصادی (یعنی ۱۵ تا ۵۴ سالگی) تعلق دارد. در این کشورها یک فرد بزرگسال مبتلا به سل به طور متوسط ۳ الی ۴ ماه قادر به کار کردن نبوده و لذا ۲۰ تا ۳۰موارد درآمد سالانه خانواده وی از دست می رود؛ این در حالیست که با مرگ چنین فردی به طور متوسط ۱۵ سال درآمد خانواده به طور یکجا از بین خواهد رفت.

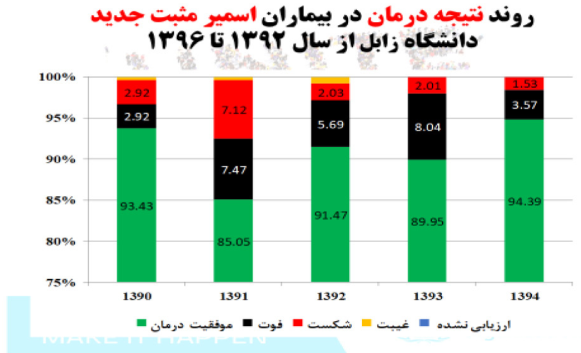
در ایران؛ درسال ۱۳۹۶در کشورمان میزان بروز گزارش شده سل ریوی با اسمیرخلط مثبت ۵/۴۶ مورد در یکصد هزار نفر جمعیت بوده است.

از تعداد ۸۸۱۹ مورد مبتلا به سل گزارش شده کشور در سال ۱۳۹۶، ۴۶موارد موارد را زنان بیمار و ۱۴,۷موارد موارد را بیماران غیر ایرانی (اغلب افغانی) تشکیل می دهند و بیشترین میزان بروز سل مربوط به گروه سنی ۶۵ سال به بالا بوده است که این حاکی از موفقیت چشمگیر کشور در کنترل این بیماری است.

در سیستان؛ منطقه سیستان کانون بیماری سل در کشور می‌باشد و متوسط میزان بروز سل در ۱۰ سال گذشته حدود ۱۲۰ در یکصد هزار نفر بوده است. علیرغم اقدامات انجام شده در زمینه کنترل این بیماری، همچنان میزان بروز بالا دارد، که به علل مختلفی از قبیل وزش طوفان های شدید و دائمی اکثرا همراه با گرد و خاک (بادهای۱۲۰ روزه)، خشکسالی، فقر و وضعیت تغذیه نامناسب مردم، همجواری با کشور افغانستان و سکونت افاغنه در این منطقه و جابجایی پزشکان دوره دیده و مجرب بنابه دلایلی منجمله انتقال، ادامه تحصیل و ... می باشد.

سال	میزان بروز کل موارد سل در۱۰۰ هزارنفر در۶ ماهه اول سال دانشگاه ع.پ زابل	میزان بروز موارد اسمیر مثبت در ۱۰۰ هزار نفر در ۶ ماهه اول سال دانشگاه ع.پ زابل
۹۳	۳۷/۱	۲۳
۹۴	۴۴/۵	۲۱/۶
۹۵	۳۳/۲	۱۹/۴
۹۶	۲۹/۲	۱۹/۶
۹۷	۳۶/۵	۲۰/۴





با توجه به شیوع و بروز بالای بیماری در منطقه، خوشبختانه موفقیت درمان در برنامه سل، مشابه استاندارد کشوری بوده که بایستی با تلاش همکاران بهداشتی همچنین مراجعه به موقع مردم با توجه به بروز علائم بالینی سل(سرفه بیش از دو هفته، تب، تعریق شبانه، بی اشتهایی وکاهش وزن) به نزدیکترین خانه بهداشت، پایگاه بهداشتی و مرکز خدمات جامع سلامت محل زندگی خود شاهد ۱۰۰ درصدی این شاخص باشیم.

همچنین بایستی با تلاش و جدیت همکاران بهداشتی و درمانی و همکاری مردم به اهداف تعیین شده از سوی WHO و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نزدیک و سل را با توجه بر اجزای ذیل تا سال ۲۰۵۰ به مرحله ی کنترل و حذف برسانیم :

- استقرار خدمات پیشگیری و مراقبت ادغام یافته و بیمارمحور
- تسریع در تشخیص از طریق بیماریابی فعال و غربالگری سیستماتیک سل و مقاومت دارویی در افراد دارای سابقه تماس با بیمار مسلول و افراد در معرض خطر
- ارائه درمان صحیح به همراه حمایت های اجتماعی
- تشخیص و درمان بیماری های همراه، بویژه HIV
- تجویز درمان پیشگیرانه برای افراد در معرض خطر مبتلا به عفونت سلی
- تخصیص منابع کافی ومشارکت جامعه، سازمانهای مردم نهاد و بخش های دولتی و خصوصی
- ارائه خدمات با کیفیت
- اجرای اصول کنترل عفونت سل
- ارائه حمایت های اجتماعی و فقر زدایی

چشم انداز برنامه سل تا سال۲۰۵۰؛ دنیای بدون سل(صفر مورد بیمار مسلول/صفر مورد مرگ مسلول/ صفر مورد خانواده رنجدیده/ خسارت دیده از سل) و هدف تعیین شده برای سال ۲۰۵۰ حذف بیماری سل در جهان می باشد.

با توجه به تعهد ایران و وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به سازمان بهداشت جهانی همگام با سایر کشورها مبنی بر حذف بیماری سل در جهان، لزوم اجرای این طرح را در منطقه سیستان و ادامه ی روند آن در روستاهای منطقه ی سیستان بصورت آموزش چهره به چهره و بیماریابی فعال روز به روز مهمتر می کند. چرا که بهترین و موثرترین راه کنترل بیماری سل، تشخیص به موقع و درمان صحیح بیماران می باشد و یکی از راه های موثر برای یافتن بیماران مسلول در جمعیتی که از نظر این بیماری وضعیت اپیدمیک و اندمیک دارند بیماریابی فعال است (مراجعه مستقیم به داخل جمعیت و بررسی کل افراد از نظر علائم بیماری سل و در نهایت انجام آزمایش خلط و سایر آزمایشات تکمیلی از افراد دارای علائم بیماری).

با توجه به اهداف وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی مبنی بر ارتقای سلامت و توانمندنمودن جامعه، حوزه معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی زابل برآنست تا با برنامه ریزی مدون، عوامل تاثیرگذار بر سلامت مردم منطقه را در چارچوب ارتقای سلامت، با توانمندی مردم و همگام با جامعه کنترل و مهار نماید. بدون برنامه ریزی موزون، هماهنگ، همزمان و برابر نمی توان به ارتقای سلامت مردم امیدی داشت و در این بین آموزش سلامت مهمترین و سرآمدترین فاکتور برای رسیدن به هدف مهم ارتقای سلامت است.

چشمهایت را باز کن

◆ هادی جهانتیغ

ایدز یکی از بیماری‌های صعب العلاج دنیای امروز است که به وسیله ویروس نقص ایمنی انسانی یا HIV (اچ ای وی) ایجاد می‌شود و این در حالی است که تغییر الگوی ابتلا به ویروس اچ‌آی‌وی (ایدز) از معتادان تزریقی، به روابط محافظت نشده جنسی تغییر یافته است.

کارشناسان بهداشتی در مورد سر بر آوردن موج سوم ایدز در کشور، هشدار می‌دهند و ابراز نگرانی می‌کنند.

آمارهای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نیز نشان می‌دهد که انتقال ایدز از طریق روابط جنسی رو به افزایش است.

اگرچه طی این سال‌ها تابوی ایدز تا حدی از بین رفته است و آموزش و اطلاع‌رسانی در مورد راه‌های پیشگیری از این بیماری انجام می‌شود، اما همچنان ایدز قربانی می‌گیرد.

آمار وزارت بهداشت و درمان در مورد مبتلایان به ایدز در کشور، که جمع‌آوری شده از دانشگاه‌های علوم پزشکی تا اول فروردین ماه سال جاری است، نشان می‌دهد ۳۷هزار و ۶۵۰ نفر به اچ‌آی‌وی/ ایدز مبتلا هستند که ۸۳درصد درصد مبتلایان را مردان و ۱۳درصد درصد آنها را زنان تشکیل می‌دهند.

بیشترین مبتلایان در گروه سنی ۲۱ تا ۳۵ سال قرار دارند و مقایسه این آمار با مواردی که ابتلای آنها در سال ۱۳۹۲ اعلام شد، نشان می‌دهد اعتیاد تزریقی ۶۱/۷ درصد، برقراری روابط ناسالم جنسی ۲۰/۹ درصد و انتقال از مادر به کودک ۳ درصد گزارش شده است.

بر اساس این گزارش همچنین در بین کل موارد ابتلا به ایدز که از سال ۱۳۶۵ تاکنون گزارش شده، با وجود آنکه اعتیاد تزریقی همچنان بیشترین علت ابتلاست، در چند سال اخیر عامل روابط جنسی ناسالم رو به افزایش است.

وضعیت بیماری ایدز در منطقه سیستان؛ در منطقه سیستان شناسایی و تشخیص بیماران نسبت به شاخص های کشوری بسیار پایین می باشد. علیرغم اقدامات انجام شده در زمینه کنترل این بیماری، همچنان شناسایی بیماران در حد انتظار نمی باشد. که این امر مستلزم افزایش آگاهی و اطلاعات کافی در زمینه بیماری ایدز می باشد.

آمار مبتلایان به ایدز در منطقه سیستان، تا اول فروردین ماه سال جاری است، نشان می‌دهد۵۴ نفر به اچ آی وی/ ایدز مبتلا هستند که ۸۳ درصد مبتلایان را مردان و درصد آنها را زنان تشکیل می‌دهند.

بیشترین مبتلایان در گروه سنی ۲۱ تا ۳۵ سال قرار دارند تجزیه و تحلیل آمار نشان می‌دهد اعتیاد تزریقی ۷۸درصد، برقراری روابط ناسالم جنسی ۱۸درصد و انتقال از مادر به کودک ۲ درصد گزارش شده است.

چالش ها و مشکلات برنامه ایدز در منطقه سیستان

- عدم همکاری و تعامل لازم از سوی ادارات و ارگانهای ذی ربط
- ترددهای غیرقانونی و کنترل نشده اتباع بیگانه در سطح کشور ، استان و منطقه سیستان
- همجواری با کشور تولید کننده مواد مخدر و گذرگاه مواد مخدر به دیگر استانها و کشور
- عدم همکاری و مراجعه افرادی که رفتار پرخطر دارند بعلت ترس از پیگیری و مؤاخذه قانونی
- روی آوردن و وجود بیماران و معتادان ازدیگر شهرستانها و استانهای کشور
- عدم آگاهی کافی اقشار مختلف جامعه درخصوص بیماری
- عدم مراجعه تعدادی از افراد شناخته شده برای دریافت خدمات مراقبتی و درمانی
- تعداد زیادی از افرادیکه تحت درمان ضد رتروویرسی قرار گرفته اند درمان را به شکل مستمر ادامه نمی دهند
- عدم آگاهی کافی مردم از بیماری اچ ای وی و طریقه انتقال آن
- دستیابی آسان به مواد مخدر تزریقی

درحال حاضر کلیه مراکز خدمات جامع سلامت و مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری آمادگی لازم جهت انجام مشاوره و تست در زمینه بیماری ایدز را به صورت رایگان انجام می‌دهند.

مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری شهرستان زابل:
خیابان امام خمینی (ره) – حد فاصل امام خمینی یک و سه –
شماره تماس: ۳۲۲۴۰۳۷۶

مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری شهرستان زهک: خیابان ۲۲بهمن – کوچه پرستار – شماره تماس: ۳۲۶۱۴۴۴۶

راهبردهای یادگیری

◆ مجتبی کندری – احمد کهخا ژاله

منبع: اصول طراحی پیام های بهداشتی، نژاد دادگر نازیلا، زاهدی لیلا، نشر پارسا، نوبت اول، ۱۳۹۶

استراتژی یا راهبرد در لغت به معنی شیوه عمل در موقعیت خاص می باشد. راهبردهای یادگیری، روش ها و شیوه هایی هستند که مخاطبین (سفیران سلامت، رابطین بهداشتی و ...) در حین یادگیری به کار می گیرند تا به هدف های آموزشی مورد نظر دست یابند برای مثال، مخاطبی که پس از خواندن متن یک پمفلت یا بروشور آموزشی محتوی آن را در یک یا چند بار با خود تکرار می کند در واقع در حال استفاده از یک راهبرد یادگیری است.

انواع راهبردهای آموزشی

۱- راهبرد تکرار و تمرین

روش معمول مخاطبین در این راهبرد برای بخاطر سپردن محتوی آموزشی ارائه شده در جلسات آموزشی تکرار و تمرین است. لازم است کارکنان بهداشتی به این نکته توجه داشته باشند که هر چه مخاطبین سن بالاتری داشته باشند از این راهبرد برای به خاطر سپردن پیام ها بیشتر استفاده می کنند. بنابراین تکرار پیام ها از کانال های مختلف در یک جلسه آموزشی یا مرور پیام در جلسات آموزشی بعدی نکته مهمی است که باید توجه شود.

۲- راهبرد تکرار و تمرین پیچیده

وقتی محتوی آموزشی ارائه شده موضوعی است که نیاز به محاسبه و تحلیل دارد، (مانند محاسبه نمایه توده بدنی خود و خانواده توسط سفیران سلامت و رابطین بهداشتی یا سنجش کلر باقیمانده در آب توسط بهورز) مخاطبین معمولا از این راهبرد استفاده می کنند. در این راهبرد نسخه برداری، یادداشت برداری، رونویسی روش معمول می باشد.

کارکنان بهداشتی و طراحان رسانه های نوشتاری باید به نکات زیر توجه نمایند:

۱- تعیین هدف: قبل از طراحی پیام، هدف از طراحی آن را مشخص کنیم. به عنوان مثال اگر هدف ما افزایش سطح آگاهی مخاطب است پیامی متناسب با آن طراحی کنیم.

۲- شناسایی گروه هدف: در این مرحله لازم است طراحان شناخت صحیح از مخاطبین (علایق و افراد تاثیر گذار بر آنها) داشته باشند، چرا که در برخی مواقع لازم است پیام های مختلف برای پرداختن به یک موضوع تهیه شود.

۳- محتوی پیام نباید بیش از ۳ الی ۴ نکته مهم در خود داشته باشد. در طراحی پیام به این نکته توجه داشته باشیم که پیام اصلی در قالب ۳ الی ۴پیام اصلی گفته شود. در هر پاراگراف نیز نکته کلیدی در ابتدا گفته شود و هر جمله بیش از ۱۵ کلمه نباشد.

۴- مخاطبین را نصیحت نکنیم: در پیام طراحی شده هرگز مخاطبین را نصیحت و سرزنش نکنید و بهتر است فعل های منغعل استفاده نشود. مثلا به جای اینکه بگوییم "به جای پله از آسانسور استفاده کنید" مناسب تر است بگوییم" تنبل نباش و از پله استفاده کن".

۵- در پیام طراحی شده به نتیجه فوری رفتار تاکید کنید: مثلا در زمینه ورزش پیام هایی که بر نقش ورزش درکاهش ابتلا به دیابت و بیماری قلبی تاکید می کند

برای مخاطب جالب و برانگیزاننده نیست در حالی که اگر تاثیر ورزش بر کاهش وزن در پیام گنجانده شود مخاطبان بیشتر بدان توجه می کنند. در حقیقت نتیجه گیری های فوری و صریح تاثیر ترغیب کنندگی بیشتری نسبت به نتیجه گیری های تلویحی و طولانی مدت را دارد.

۶- از سناریو یا داستان استفاده کنید: در صورتی که مخاطب شما کم سواد باشد بهتر است پیام های تهیه شده را در قالب سناریو یا داستان شبه واقعی ارائه کنید به طوری که نزدیک به شرایط مخاطبین باشد و مخاطبین بتوانند همانند سازی کنند.

۷- در طراحی پیام از نقل قول استفاده نکنید: مثلا در پوستر یا استند تهیه شده برای سفیران ادارات استفاده از پیام های زیر صحیح نمی باشد:

علی: ورزش منظم و روزانه کار سختی است؟

محمد: برای اغلب افراد مشکل است ولی من با دوستانم ۳ بار در هفته به باشگاه می رویم.

۸- در صورت تهیه پیام برای بیماران باید احتیاط کرد: در تهیه پیام برای بیماران مزمن و خاص از کلماتی مثل ناعلاج و معلولیت استفاده نکنید. اول به فرد استناد کنید، بعد بعد به ناتوانی او مثلا به جای گفتن واژه دیابتی ها، سرطانی ها، هموفیلی ها و ... بگوییم افراد مبتلا به دیابت، افراد مبتلا به سرطان، افراد مبتلا به هموفیلی و در صورتی که از پمفلت برای آموزش آنها استفاده می کنید سعی کنید تمام لت های آن جذاب طراحی شود.

۹- از فونت ها و رنگ های مناسب استفاده کنید: اندازه قلم برای تایپ کلمات در پمفلت ،کتاب و کتابچه و نشریه بهتر است بین ۱۲تا ۱۴ باشد. برای تاکید بر نکات مهم و پیام های کلیدی و نیز جذاب تر نمودن متن، می توان از قلم هایی با اندازه های متفاوت استفاده کرد در خصوص رنگ نوشته نیز بر حسب رنگ زمینه و سن افراد تصمیم گرفته می شود.

۱۰- رعایت فضای مناسب بین خطوط ضروری می باشد: در رسانه های نوشتاری فاصله بین خطوط بهتر است بین ۱/۲ تا ۱/۵سانتی متر باشد.

۱۱- هماهنگی بصری مناسب بین زمینه نوشته رعایت شود:

هماهنگی بصری بین متن و نوشته می تواند باعث خوانا تر شدن متن رسانه شود توصیه می شود از درج کلمات در زمینه های سایه دار یا الگودار اجتناب شود

۱۲- در بکارگیری علائم و نشانه ها حساس باشید:

علائمی مانند، فلش، مساوی، ضربدر و غیره باید بجا و صحیح در متن رسانه استفاده شود زیرا ممکن است مانع ارتباط کامل با مخاطب رسانه شود.

۱۳- در محتوی پیام از جاذبه های هیجانی، تهدید کننده و منطقی استفاده کنید:

می توان از جاذبه های ا حساس گناه (که نوعی جاذبه هیجانی است) در طراحی پیام های ترغیب کننده استفاده نمود. این نوع پیام ها برای کودکان و جوانان بیشتر استفاده می شود.

پیام های حاوی جاذبه تهدید کننده در زمره پیام های ترغیب کننده هستند که با توصیف حوادث ترس آور، برای ایجاد ترس در افراد طراحی می شوند. این دسته از پیام ها به مردم هشدار می دهند که اگر رفتار توصیه شده را انجام ندهند حوادث ترس آور برای آنها اتفاق می افتد.

در طراحی پیام تهدید کننده سن مخاطب و سطح اضطراب او بسیار مهم است.

۱۴- مرحله تغییر رفتار مخاطب را در نظر بگیرید:

در نظر گرفتن مرحله تغییر افراد جهت انتخاب نوع پیام و رسانه آموزشی بسیار مهم است.

پنج مرحله تغییر رفتار شامل: پیش تفکر، تفکر، آمادگی، عمل و نگهداری است.

مرحله پیش تفکر به مرحله ای گفته می شود که شخص هنوز در مورد تغییر یا انجام رفتار، حداقل تا شش ماه آینده، فکر نکرده و برنامه ای هم ندارد.

در مرحله تفکر، فرد واقعا به تغییر رفتار در طول شش ماه آینده فکر می کند، اما هنوز از آمادگی کامل برای اقدام برخوردار نیست.

در مرحله آمادگی، فرد قصد ایجاد تغییری را در آینده نزدیک (معمولا در ماه آینده) دارد.

مرحله عمل، مرحله ای است که فرد تغییرات مناسب در سبک زندگی خود در طول شش ماه گذشته به وجود آورده است

در مرحله حفظ و نگهداری، شاهد دورانی طولانی تر(بیشتر از شش ماه) استقرار و استحکام تغییر رفتار در افراد هستیم.

۱۵- برای طراحی پیام های نوشتاری، رعایت نکات ویرایشی را از قلم نیندازید.

برخی از این نکات عبارت اند از:

متن پیام را نشانه گذاری کنید. نشانه گذاری مناسب سبب سهولت فهم مطلب و سرعت خواندن پیام می شود. مثلا وجود نقطه در پایان جمله سبب مکث خواننده می شود و امکان تفکر و مرور را فراهم می کند.

در برخی موارد می توان از ضمایر اول شخص در طراحی پیام استفاده کرد. اگر مطالب کلامی به سبک محاوره ای و غیر رسمی و با استفاده از ضمیرهای اول شخص ارائه شوند، در مقایسه بابیان آن مطلب به سبک رسمی و ضمیر سوم شخص، یاد گیری بیشتری را به همراه خواهد داشت .

۱۶- از جملات معلوم استفاده کنید:

به کار بردن فعل ها و جملات معلوم سبب تسهیل درک مطلب خواهد شد. مثلا به جای اینکه بگویید "دیابت با سیگار ایجاد می شود" بنویسید که "سیگار کشیدن باعث ایجاد بیماری دیابت می شود".

برای ارتقای سلامت اجتماعی ایرانیان چه کنیم؟

حسینعلی ستوده-فاطمه بگم ستوده

منبع: دماری. بهزاد، ناصحی. عباسعلی، وثوق مقدم.عباس، برای ارتقای سلامت اجتماعی ایرانیان چه کنیم ؟ مروری بر وضع موجود، راهبردهای ملی و نقش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دوره ۱۱، شماره ۱، بهار ۱۳۹۲، صفحه ۴۵ تا ۵۸

سلامت از مفاهیم بسیار پویایی است که روز به روز بر دامنه و ابعاد آن افزوده می شود. چنانکه تعریف سازمان جهانی بهداشت از سلامت نیز به ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و اخیراً معنوی بسط یافته است. ابعاد سلامت اثرات متقابل بر هم دارند، به عنوان مثال بعد اجتماعی سلامت اثرات پیشگیرانه بر روی دو بعد جسمی و روانی دارد. کمیت و کیفیت درگیر شدن و تعامل فرد با اجتماع به منظور ارتقای رفاه آحاد جامعه یکی از تعاریف سلامت اجتماعی است و نتیجه نهایی این تعامل ارتقای سرمایه اجتماعی، امنیت اجتماعی، کاهش فقر و بی عدالتی است که نقطه مقابل آن افزایش آسیب های اجتماعی است. جامعه شناسان سرمایه اجتماعی را به عنوان یک شاخص ترکیبی و نشانگر سلامت اجتماعی معرفی می کنند و عوامل کاهنده سرمایه اجتماعی را مسبب ایجاد آسیبهای اجتماعی می دانند. مطالعات نشان می دهد با افزایش سرمایه اجتماعی بعنوان یکی از ارزشمندترین محصولات و نشانگرهای سلامت اجتماعی یک جامعه، می توان به اثرات زیر دست یافت:

۱- رشد بهره وری از مداخلات سلامت

۲- کاهش نرخ مرگ نوزادان و کاهش میزان مرگ ناشی از علل اختصاصی

۳- افزایش طول عمر و در نهایت امید به زندگی

۴- ارتقای شاخص توسعه انسانی جوامع

۵- دسترسی بهتر به آموزش و اطلاعات سلامت

۶- طراحی بهینه سیستم های حمایتی و مراقبتی از بیماران

۷- اثر بخشی بالای برنامه های پیشگیری و اصلاح شیوه زندگی

۸- تسهیل و پایدار نمودن هنجارها و باورهای صحیح فرهنگی تعیین کننده ی سلامت

لذا به طور قطع برنامه ریزی برای "ارتقای سلامت اجتماعی" در ارتقای وضعیت سلامت جسمی و روانی افراد جامعه موثر خواهد بود. از دیدگاه پزشکی اجتماعی نیز رشد آسیب های اجتماعی، بار بیماریهای روانی و جسمی را افزایش داده و با کاهش کیفیت زندگی و نشاط جامعه موجب افزایش هزینه های انتظامی، قضایی و خدمات سلامت می شود. آسیب ها و تهدیداتی از قبیل بیکاری، بحران هویت، خودکشی، افزایش جرایم جنسی، روسپیگری، دختران فراری، کودکان خیابانی، فرار مغزها، فقر، شکاف طبقاتی، نابرابری و بی عدالتی اجتماعی، فساد مالی و اداری، رشوه و ارتشا، قاچاق انسان، خشونت علیه زنان، طلاق، اعتیاد، تمایز نسلی، مهاجرت روستا به شهر و حاشیه نشینی تعدادی از آسیب های اجتماعی را تشکیل می دهد که نتیجه نهایی تعامل دو حیطه شامل رفتارهای اجتماعی افراد با عوامل محیطی و اجتماعی پیرامون می باشد. در نگاهی جامع، سلامت اجتماعی در هرسه حوزه فرد، خانواده و جامعه قابل تعریف است و بهبود آن نیازمند کار بین بخشی و مشارکت مردم است. تا چند دهه پیش مهمترین دغدغه های نظام های سلامت، با تکیه بر مدل های زیستی، بیشتر بر ابعاد جسمی و روانی سلامت متمرکز بوده است اما امروزه این نظام ها نمی توانند اهمیت مقوله سلامت اجتماعی و شاخص های مرتبط به آن را نادیده بگیرند. در طول دو دهه گذشته نیز تحقیقات بعد "سلامت اجتماعی" گسترش یافته به طوری که اهمیت و جایگاه مداخلات مرتبط به آن را در نظام های سلامت متذکر می شود. در اولویت قرار گرفتن موضوع سلامت

اجتماعی برای نظام های سلامت در درجه اول به دلیل "پاسخگویی اجتماعی" است و در مرتبه بعدی به عنوان یک عامل خطر (آسیب های اجتماعی) و یا عامل حفاظتی (بروز رفتارهای اجتماعی سالم و محیط افزاینده سرمایه اجتماعی) موثر در افزایش بار بیماری ها و یا کاهش آن است.

بر اساس پژوهش دماری و همکاران "عوامل محیطی و اجتماعی مشوق" در کنار "رفتارهای اجتماعی سالم" موجب ارتقای سلامت اجتماعی و کاهش آسیب های اجتماعی (یا مسائل اجتماعی) خواهد شد.

شواهد مورد بررسی در این مطالعه نشان می دهد که رشد آسیب های اجتماعی طی سال های اخیر به طور متوسط هر سال ۱۵ درصد است، البته به دلیل نبود نظام دیده بانی شاخص های سلامت اجتماعی به طور قطع نمی توان روند صعودی یا نزولی وضعیت سلامت اجتماعی جامعه را در دو دهه گذشته ترسیم کرد اما مستندات موجود نشان می دهد علی رغم اقدامات و مداخلات گوناگون در این زمینه شاهد کاهش سرمایه اجتماعی و افزایش آسیب های اجتماعی چون اعتیاد، طلاق، ترک تحصیل، مهاجرت متخصصان، جرم ها، انواع خشونت و رفتارهای آسیب زننده به محیط زیست هستیم مصوبات و مداخلات متعددی برای کاهش آسیب های اجتماعی توسط سازمان ها در جریان است. اما از دیدگاه اعضای کمیته راهبری خصوصیات زیر مانع از تاثیر این اقدامات در بهبود شاخص های سلامت اجتماعی است:

۱- نبود تعریفی مشخص و اجماع شده از سلامت اجتماعی

۲- ناکافی بودن حساسیت مسوولان

۳- ارزشیابی نشدن مداخلات فعلی و مشخص نبودن هزینه اثربخشی این اقدامات از جمله نبود یا پراکندگی زیاد نظام پایش و رصد دوره های شاخص ها.

۴- پوشش و بهره مندی ناکافی مردم از مداخلات سطح یک پیشگیری و انتخاب نامناسب و یا عدم انتخاب مداخلات اساسی و ریشه ای

۵- تاکید بر مداخلات سطح سوم پیشگیری (خدمات بعد از آسیب دیدن افراد) و برنامه های ضعیف در سطح یک پیشگیری و کمبود جدی برنامه در سطح پیشگیری دوم (شناسایی افراد در معرض خطر) در چنین شرایطی بار کاری سازمان های متولی سطح دوم و سوم از جمله وزارت بهداشت، سازمان بهزیستی، کمیته امداد (ره) و شهرداری زیاد می شود.

۶- ضعف نظام استقرار عملیات و مشخص نبودن اثر منابع هزینه شده (ضعف پایش و ارزشیابی)

۷- ضعف در همکاری و هماهنگی بین بخشی برای اجرای مداخلات

۸- پراکنده بودن منابع مالی مرتبط به سلامت اجتماعی از جمله صرف بودجه فرهنگی ناهم سو با رفتارهای اجتماعی

آموزش و ارتقای سلامت

سالم

۹- مشخص نبودن نقش مشارکت مردم در سلامت اجتماعی

۱۰- ناکافی بودن حساسیت مردم نسبت به خطرات در کمین در زمینه آسیبهای اجتماعی و انگیزه کم برای ارتقای سواد در این زمینه

از دیدگاه جامعه شناسان علل ریشه ای اغلب آسیب های اجتماعی به روابط ضعیف شده بین نسلی، کمبود یا احساس کمبود عدالت، امنیت و آزادی از طرف شهروندان، تحریم های بین المللی، کاهش هویت و تعلق خاطر ملی، تعارض سنت و مدرنیته، فقر و مسائل اقتصادی، مهاجرت، بیماریهای روانی، معنویت کم، کاهش سرمایه اجتماعی، نابسامانی خانوادگی و سواد و مهارت های اجتماعی مرتبط است.

اسناد بالا دستی از جمله قانون اساسی کشور (اصل دوم، سوم، بیست و نهم و چهل وسوم و پنجاه و ششم)، سند چشم انداز بیست ساله جمهوری اسلامی ایران، آموزه های اصیل دینی در زمینه رفتارهای اجتماعی مطلوب، برنامه پنج ساله پنجم توسعه کشور، وجود ساختارهای هماهنگی بین بخشی (شورای اجتماعی کشور، شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، ستاد مبارزه با مواد مخدر) همگی به عنوان فرصت برای ارتقای سلامت اجتماعی هستند و از این حیث به اندازه کافی از اقدامات عملیاتی حمایت می کنند علل فوق نشان می دهد که تامین و ارتقای سلامت اجتماعی جامعه به عنوان یکی از ابعاد سلامت وظیفه ای است که از عهده یک بخش بر نیامده و لازم است بین بخش های دولتی، غیردولتی و خصوصی تقسیم کار شده و با مشارکت همه خبرگان و رشته های دانشگاهی و حوزوی مرتبط، مداخلات موثر و مبتنی بر شواهد طراحی کرد، به ویژه در شرایطی که روند توسعه کشور ما سریع است. در این میان وزارت بهداشت که سیاست گذار و ناظر عالی سلامت کشور است، باید به عنوان مدعی و حامی عمل کرده و برای افزایش حساسیت مقامات ارشد نسبت به پیامدهای روند موجود و اثر آن بر شیوع و بروز بیماریهای جسمی و روانی هشدار کافی بدهد. بنابراین لازم است نقش های این وزارت خانه در چهار حیطه زیر مشخص شود: تولید دانش، جلب حمایت همه جانبه، رهبری و هماهنگی تغییر و خدمات ویژه. بر اساس این تحلیل چشم انداز وزارت بهداشت در این ارتباط به شرح زیر است:

وزارت بهداشت با تولید دانش کافی در زمینه سلامت اجتماعی و تاثیرات آن در کاهش بار بیماری های روانی و جسمی خواهد توانست رفتارهای اجتماعی موثر بر سلامت جسم و روان را ترویج کرده و حمایت طلبی های لازم را برای ایجاد ساختارها و ظرفیت های ارتقاء دهنده سلامت اجتماعی در سایر بخش ها با هدف ایجاد محیط مناسب برای بروز رفتارهای سالم اجتماعی فراهم آورد، به این ترتیب بعنوان یکی از ذینفعان و هماهنگ کنندگان اصلی در زمینه تدوین سیاست، پیشنهاد لوایح قانونی و دیده بانی سلامت اجتماعی شناخته شده و مقدمات کاهش روند نزولی آسیب های اجتماعی و روند ارتقایی شاخص سرمایه اجتماعی را سبب شده تا در افق ۱۴۰۴ به رتبه برتری در منطقه دست یابد. در همین راستا لازم است **۵ هدف راهبردی** زیر را دنبال کند:

هدف۱: ساختارهای هماهنگ، سهم و نقش دستگاه ها برای مدیریت آسیب های اجتماعی و ارتقای شاخص های سلامت اجتماعی نهادینه شده است.

هدف۲: پیوست سلامت اجتماعی، در تدوین سیاست ها و برنامه ها کلان کشور نهادینه شده است.

هدف۳: بروز رفتارهای سالم اجتماعی در گروه های مختلف جامعه افزایش یافته است.

هدف۴: مشارکت میانجیان مردم در حوزه سلامت اجتماعی نهادینه شده است.

هدف۵: روند نقصان سرمایه اجتماعی کند شده و آسیب های اجتماعی کاهش یابد.

ایجاد ساختارها و روال های قانونی و شفاف در جامعه، عمومیت پیدا کردن موضوع مداخله برای ارتقای سلامت اجتماعی در سطح جامعه، داشتن ردیف های بودجه معین و وجود نیروی انسانی تربیت شده و توانمند برای فرآیندهای مورد نظر شاخصه های نهادینه شدن در اهداف فوق است. مهمترین الزام اولیه برای استقرار این مداخلات تصویب ساختار اداره سلامت اجتماعی وزارت بهداشت و تخصیص ردیف بودجه مشخص برای سلامت اجتماعی در وزارت متبوع است.

باتوجه به وضعیت تغییرات مدیریتی و سیاسی کشور در دوره های متوالی، اجرای برنامه در چهار مرحله پیش بینی شده است:

سال اول به عنوان مرحله آماده سازی استقرار: اطلاع رسانی به ذینفعان، جلب حمایت برای تصویب و جذب منابع مالی، تصویب سند و آموزش ستاد اداره سلامت اجتماعی.

سال دوم به عنوان مرحله بسترسازی مداخلات: پروژه های مطالعاتی کاربردی از جمله تدوین بسته های خدمتی، پیمایش های کشوری مرتبط برای سنجش شاخص های پایه، بازبینی پروتکل ها و ایجاد شرایط ادغام در برنامه های جاری (تا حد امکان) استقرار نظام های پایش مستمر، ساختارهای متناظر، آموزش های استانی و شهرستانی، جلب حمایت ها برای تامین منابع انسانی و مالی در سطح محیطی و جلب حمایت هیات امنا.

سال سوم و چهارم به عنوان مرحله مداخله: اجرای هماهنگ کلیه مداخلات در کشور برای دو سال متوالی و پایش آن از طریق شورای اجتماعی کشور یا شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور.

سال پنجم به عنوان مرحله ارزش یابی و اصلاح برنامه: ارزشیابی مداخلات و انجام پیمایش های کشوری و تصمیم برای برنامه بعدی.

آشنایی با بانک اطلاعاتی SienceDirect

مجتبی کندری - معصومه رهدار

منبع: نور محمدی ،حمزه علی ؛آشنایی با پایگاههای اطلاعاتی ؛تهران:سمت،۱۳۹۳؛ص،۵۶

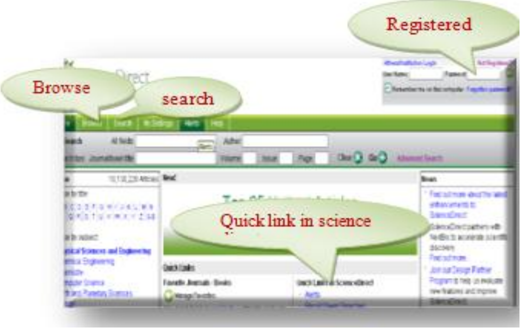
Science Direct یک پایگاه اطلاعاتی تمام متن علمی است که مقالات و کتاب های به دقت بازبینی شده Peer-reviewed را به شما پیشنهاد می‌دهد .در حال حاضر بیش از ۹,۵ میلیون مقاله و فصل های کتاب در آن موجود است. نام شرکتElsevier در سال ۱۵۸۰، زمانی که لوئیس الزویر(Lowys Elsevier) شروع به فروختن کتاب به دانشجویان کرد مطرح شد. Elsevier یکی از اولین ناشرانی است که به چاپ مجلات علمی و شرح وقایع علمی پرداخته است. شعبه اصلی Elsevier Science در آمستردام هلند می باشد.

Elsevier یک ناشر چند رسانه ای پیشرو می باشد که محصولات و خدمات علمی، فنی و پزشکی را در سراسر دنیا منتشر می کند.Elsevier بیش از ۲۰۰۰۰۰ محصول و خدمات ارائه می دهد که شامل مجلات، کتابها، محصولات و خدمات الکترونیکی، پایگاههای اطلاعاتی می باشد و هر سال بیش از ۱۶۰۰ نشریه و ۱۲۰۰ کتاب را منتشر می نماید.

ScienceDirect: یک سرویس اطلاعاتی الکترونیکی پیشرو می باشد که به وسیله آن به بیش از ۱۷۰۰ مجله علمی، فنی، پزشکی به صورت تمام متن (fulltext) دسترسی پیدا می کنید. به بیش از ۵۹ میلیون چکیده مقالات علمی دسترسی پیدا می کنید. با مقالات بیش از ۱۲۰ ناشر دیگر ارتباط برقرار می کنید.دسترسی به مقالات آن طبق اشتراک دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه از سال ۱۹۹۹ به بعد می باشد.

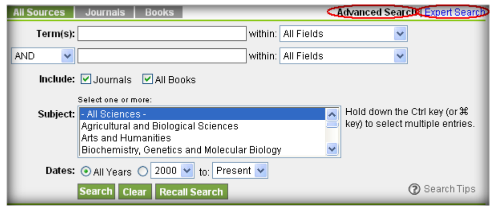
این بانک دربرگیرنده بیش از یک چهارم اطلاعات علمی دنیا در زمینه پزشکی و فنی مهندسی به شکل Online است.این پایگاه شامل منابعی در زمینههای تقریباً تمامی موضوعات بخصوص علوم پایه ، علوم محض، کشاورزی ، فنی و مهندسی، علوم پزشکی ، اقتصاد و علوم انسانی و علوم اجتماعی میباشد.

بخش های اصلی سایت:



Registered: جهت ثبت در سایت برای استفاده از امکانات بسیار بالای این سایت بااستفاده از Ipadress تنظیم شده است که با ایجاد یک پروفایل شخصی کلیه جستجوهای خود را تحت مدیریت و بطور سیستماتیک در آورده و در صورت عدم تمایل به ثبت نام باز؛ همچنان امکان استفاده از سایت جهت جستجو و دریافت اصل مقاله میسر می باشد.

Search: جهت انجام جستجو با انتخاب این گزینه وارد صفحه جستجو می شوید که شامل



- Advance search: برای محدود کردن مراحل جستجو جهت رسیدن به نتیجه بهتر استفاده میشود.
- Expert search: صفحه این جستجو شبیه Advancesearch است باین تفاوت که در قسمت کادر مربوط به ورود کلید واژه می توان یک عبارت را جستجو نمود و بعد از انجام جستجو تعداد مقالاتی که مربوط به موضوع جستجو شده وجود دارد را نشان می دهد و در انتها نتایج جستجو ۴ گزینه زیر مشاهده می شود:

۱. Edit search: این گزینه برای ایجاد تغییر یا محدود نمودن نتیجه جستجو استفاده میشود.

۲. Save search: برای ذخیره نتیجه جستجو بکار می رود و مشاهده آن در مراجعات بعدی به سایت با انتخاب گزینه Recall save searchقابل بازیابی است.

۳. Save search alert: با استفاده از این امکان می توان از جستجوهای خود Alert ساخت. به عبارتی هر زمان که مقاله ای منتشر شود که به موضوع جستجوی ما مربوط شود این سایت بلافاصله به آدرس پست الکترونیکی ما اطلاع می دهد.

۴. Rssfeed: برای خواندن خبرهای جدید بدون مراجعه به این سایت طراحی شده است.

صفحه نتایج جستجو شامل:

Full-text available: با علامت سبز رنگ مشخص شده است که به معنی دسترسی به متن کامل مقاله است و عناوینی که دارای مربع سفید رنگ است به معنی عناوین غیرمشترک می باشد که تنها می توان از چکیده آن استفاده نمود.

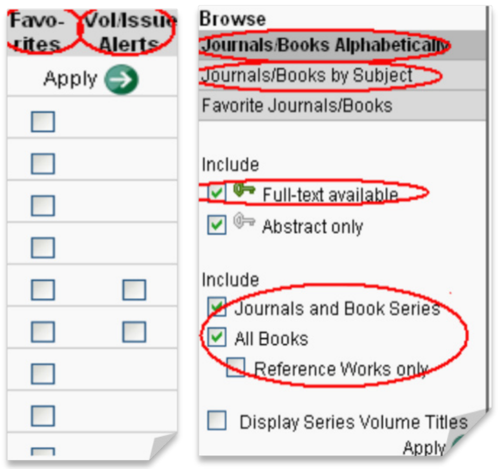
Search with in results: چنانچه بخواهیم از بین مقالات موجود در صفحه نتایج جستجو، جستجوی جدیدی را انجام دهیم کلید واژه موردنظر را در این قسمت وارد می کنیم .

Email articles: جهت ارسال نتایج جستجو برای پست الکترونیکی خود و دیگران است.

Export citation: در صورتی که بخواهیم از مقاله جستجو شده خروجی تهیه کنیم این گزینه را انتخاب می کنیم.

Open all previews: با کلیک برروی این گزینه بدون خارج شدن از صفحه می توان چکیده مقالات را همزمان با اطلاعات مقالات مشاهده نمود.

گزینه Browse شامل ۴ قسمت است:



۱. جستجوی مجلات به دو شکل الفبایی و موضوعی:

Journal/book alphabetic: چنانچه بخواهید لیست عنوان مجلات و کتابها موجود در این سایت رامشاهده کنیم این گزینه را انتخاب می کنیم.

Journal /book by subject: برای انتخاب موضوع و یا خاص ترکردن موضوع می توان از آن استفاده نمود.

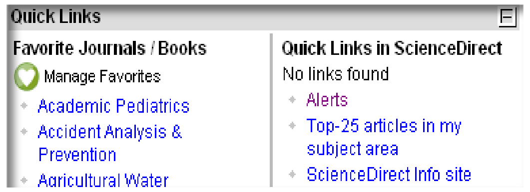
۲. جستجوی مجلات مشترک و غیرمشترک یا هردو

۳. جستجوی مجلات و کتابها باهم، جستجوی کتابها، جستجوی فقط منابع مرجع

۴. ایجاد favorite برای از عناوین مجلات:

برای فعال نمودن عناوین مجلات در قسمت Quick link در مقابل عنوان مربوطه در ستون Favorites علامت می‌زنیم و با زدن علامت در ستون vol/issue alerts از این به بعد فهرست مندرجات هرجلد و هرشماره جدید از مجله به آدرس پست الکترونیکی شما ارسال می گردد.

Quick links in science Direct:



این بخش شامل ۳قسمت است :

۱. Alerts : با انتخاب این گزینه درQuick links نوع alerts مشخص میشود.

۲. Recall saved search: جهت مشاهده تاریخچه جستجوهای انجام شده از آن استفاده می کنیم. اما استفاده از این گزینه مستلزم این است که جستجو خودرا در صفحه advanced search خود ذخیره کرده باشیم.

۳.Top-25 Articles in my subject area: جهت مشاهده ۲۵ مقاله از بهترین مقالات در میان موضوعات و مجلات مشخص شده سایت Science Direct گزینه فوق راکلیک می نماییم.

Quick links on the web: درصورت نیاز میتوانید در صفحه Science direct به دلخواه لینک تهیه نمایید.

SienceDirect
موتور جستجوی عالی
برای محققان و پژوهشگران

Voluntary Euthanasia — Implications for Organ Donation
مرگ آسان داوطلبانه – پیامدهای اهدای عضو (قسمت اول)

دکتر علیرضا آتش پنجه
عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

در سال ۲۰۱۵، دادگاه عالی کانادا تصمیم گرفت که برای کمک به بیمارانی که دچار درد و رنج "سنگین و غیر قابل تحمل" شده اند، کمک های پزشکی را قطع کند. سال بعد، دولت کانادا قانونی را تصویب کرد که به پزشکان اجازه می داد تا مرگ یک بیمار را با کمک خودکشی توسط پزشک (که در آن داروهای کُشنده توسط پزشک تجویز شده و توسط بیماراستفاده می شود) و یامرگ آسان داوطلبانه (که در آن داروهایکُشنده توسط پزشک تزریق می شود) تسریع بخشند. این تحولات راه جدیدی برای اهدای عضو ایجاد می کند و به کمک آن، در برخی از چالش های مربوط به حوزه های قضایی منجربه صدور مجوزهای پزشکی برای مرگ راحت می شود ویا مورد توجه قرار می گیرد.

In ۲۰۱۵, the Supreme Court of Canada decided to decriminalize medical assistance in dying for patients who are experiencing "grievous and irremediable" suffering. The next year, the Canadian government passed legislation that permits physicians to hasten the death of a patient by means of physician-assisted suicide (in which lethal medications are prescribed by the physician and administered by the patient) or voluntary euthanasia (in which lethal medications are administered by the physician). These developments create a new pathwayfor organ donation and with it, some challenges that will also be relevant for other jurisdictions where medical assistance in dying is permitted or under consideration.

در مورد خودکشی بیمار توسط پزشک، بیماران به طور معمول داروهای کُشنده را در خانه و یا در خارج از بیمارستان دریافت می کنند طوریکه امکان اهدای عضو از بین می رود. با این حال، مرگ آسان داوطلبانه می تواند در بیمارستان اتفاق بیفتد و به بیماران اجازه دهد که این روش را برای پایان دادن به زندگی خود و اهدای اعضای بدن خود انتخاب کند. امامرگ آسان داوطلبانه با خدمات معمول مراقبت مراحل پایانی زندگی در بخش مراقبت های ویژه (ICU) به دو روش مهم متفاوت است زیراکه به معنی شانس اهدای عضو می باشد.

In the case of physician-assisted suicide, patients typically take lethal medications at home or elsewhere outside the hospital, rendering organ donation impossible. Voluntary euthanasia, however, may take place in the hospital, enabling patients who choose this method for ending their lives to donate their organs. But voluntary euthanasia differs from traditional end-of-life care provided in the intensive care unit (ICU) in two important ways that have implications for .organ donation

First

First, in an ICU environment, health care teams often rely on surrogates to understand what patients would want if they were capable of making decisions. However, the majority of countries that permit voluntary euthanasia, including Canada, require first-person consent. Clinicians must confirm that patients have decisional capacity and that their choices are fully informed, voluntary, and not unduly influenced by treatable or reversible conditions, such as some forms of mental illness.

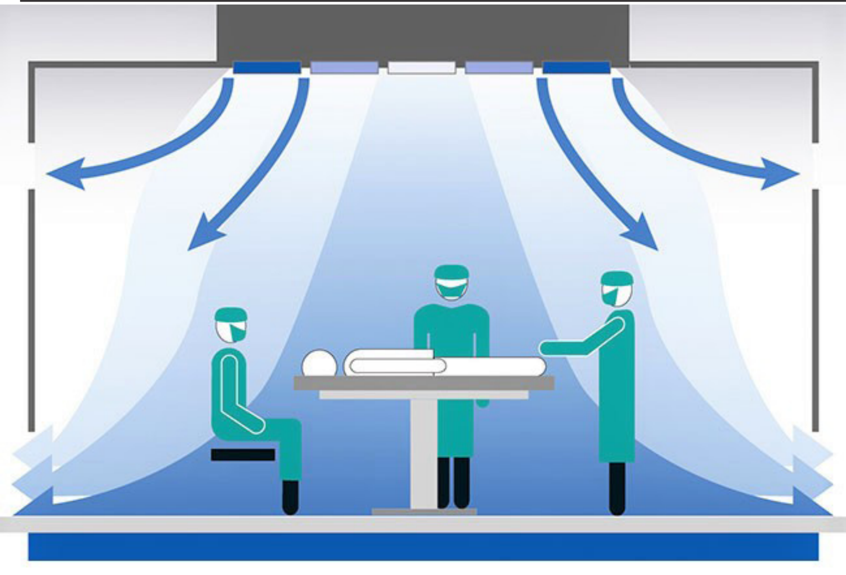
اول، در یک محیط ICU، تیم های مراقبت های بهداشتی اغلب بر جایگزین هایی متکی هستند تا بتوانند پی ببرند که اگر بیمارخودقادر به تصمیم گیری بود چه تصمیمی می گرفت. با این حال، اکثریت کشورهائی که مجوزمرگ آسان داوطلبانه را می دهند، از جمله کانادا، نیاز به رضایت خود شخص دارند. پزشکان باید تأیید کنند که بیماران دارای ظرفیت تصمیم گیری هستند و انتخاب آنها به طور کامل آگاهانه، و داوطلبانه است و به طور غیرمستقیم تحت تاثیر شرایط قابل درمان یا برگشت پذیر مانند برخی از انواع بیماری های روانی نیست.

Second

Second, the administration of sedatives and analgesics during traditional end-of-life care is guided by the doctrine of double effect, which requires that physicians intend only to make the patient comfortable and not to hasten death. That these medications may depress respiratory and cardiac function is foreseen but can never be intended; they are therefore carefully titrated only to the level necessary to ensure patient comfort. Voluntary euthanasia differs from end-of-life care in that medications are given with the primary intention of causing the patient's death. Physicians are not ethically or legally required to titrate medications and rapid administration of lethal medications may sometimes be appropriate.

دوم، تجویز آرام بخشها و داروهای ضد درد در دوران مراقبت های معمول مراحل پایانی زندگیبا دکترین اثر دوگانه صورت می گیرد، به این معنی است که پزشکان قصد دارند که درد های بیمارتسکین یابد و البته مرگش تسریع نگردد. این داروها ممکن است باعث کاهش کارکرد تنفسی و قلب شوند اما هرگز نباید نیت تجویز این داروها کاهش کارکرد آنها باشد. بنابراین، این داروها فقط به میزان لازم برای اطمینان از راحتی بیمار تزریق می شوند. مرگ آسان داوطلبانه با مراقبت های معمول مراحل پایانی زندگی متفاوت است چرا که در مرگ داوطلبانه داروهابه بیمار با قصد اولیه مرگ تجویز می گردند. پزشکان از نظر اخلاقی یا قانونی نیازی به تأیید دارو ندارند و ممکن است گاهی اوقات تجویز سریع داروهای مرگبار مناسب باشد.

تهویه بیمارستان



◆ انیس جهانتیغ

رفرنس: - صادقی.مهربان، بنائی قهفرخی.بهمن، جزایری سورشجاعی. سید راشد،بهداشت محیط در بیمارستان، انتشارات آثار سبحان، چاپ دوم،خرداد۱۳۹۷
- شاهسونی.عباس، راهنمای سیستم تهویه در بیمارستان، نشر پژوهشکده محیط زیست، چاپ اول تابستان ۹۳

تهویه بیمارستانی عبارت است از ورود هوای تازه و تمیز و انتشار آن در درون بخش های بیمارستان یا اتاق های بیماران با هدف فراهم نمودن هوای سالم برای تنفس بیماران و پرسنل، کاهش غلظت مواد آلاینده تولید شده در داخل بیمارستان و نیز خروج این آلاینده ها از بیمارستان می باشد. به نحوی که مانع از گسترش عفونت های منتقله از هوا بین بیماران و یا پرسنل همچنین مانع از گسترش این عفونت ها به خارج از بیمارستان گردد.

سه روش اصلی برای تهویه بیمارستان بکارگرفته می شود که عبارتند از:
۱- تهویه طبیعی ۲- تهویه مکانیکی ۳- تهویه ترکیبی

سالانه ۲ الی ۴ میلیون مورد، عفونت بیمارستان در جهان اتفاق می افتد که منجر به ۲۰ تا ۸۰ هزار مرگ می گردد. هزینه عفونت های بیمارستانی در ایالات متحده آمریکا سالانه ۴ تا ۵ میلیارد دلار برآورد شده است. تخمین زده شده است که ۱۰ درصد از عفونت های بیمارستانی هوابرد بوده و همچنین ۱۶ درصد از عفونت های بخش مراقبت های ویژه نتیجه ای از انتقال پاتوژن های هوابرد می باشد.

سیستم تهویه مطبوعی برای بیمارستان پیشنهاد می گردد ولی تهویه بخش عفونی باید از سایر بخش ها جدا باشد.

ممکن است عوامل عفونت زا در فواصل کوتاه توسط قطرات بزرگ موجود در هوا از منطقه ای به منطقه دیگر منتقل شوند. قطرات کوچک ایجاد شده توسط سرفه و عطسه در فواصل طولانی تری در هوا منتقل می شوند. ذرات کوچک برای مدت طولانی در هوا معلق می مانند و به صورت گسترده در محیط و بخش های بیمارستان با اتاق عمل پخش می شوند.

در ساختمان های جدید در هنگام طراحی ساخت و بازسازی آنها سیستم های جریان یک طرفه در مناطق خاصی باید مدنظر قرار گیرد.

فعالیت های خدماتی نظیر: جارو زدن، استفاده از دستمال و پارچه های خشک جهت گردگیری، تکان دادن ملحفه ها باعث ایجاد ذرات آئروسل شده که ممکن است حاوی میکروارگانیسم ها باشند. تعداد میکروارگانیسم های موجود در هر اتاق بستگی به تعداد افراد حاضر و مقدار فعالیت آنها و میزان تعویض هوای اتاق دارد.

باکتری های جدا شده از نمونه هوای بخش ها معمولا حاوی باکتری های کوکسی گرم مثبت با منشاء پوست بیماران می باشد. برخی عفونت های بیمارستانی توسط میکروارگانیسم های هوابرد ایجاد می شوند که تهویه مناسب ضروری است و در مناطق پرخطر مانند اتاق عمل برای جراحی قلب، جراحی عصب و پیوند اعضاء سیستم تهویه باید برای حداقل رساندن آلودگی طراحی و نگهداری شود.

فشار مثبت هوا برای مناطق پرخطر که باید تمیز نگه داشته شوند و فشار منفی هوا برای مناطق آلوده توصیه می شود. برای ایزولاسیون بیماران که دارای عفونت های قابل انتشار از طریق هوا هستند باید از فیلترهای نوع هپا استفاده می گردد. بنابراین تهویه مناسب امری ضروری و در مناطق پرخطر نظیر بخش های ارتوپدی، جراحی عروق، باید مرتبا پایش شود و در ساخت بیمارستان های جدید باید سیستم های با جریان هوای یک طرفه در محل های مناسب تعبیه گردد. هوای تازه فیلتر شده که گردش مناسب داشته باشد باعث رقیق شدن و حذف آلودگی های باکتریایی منتشره از طریق هوا و همچنین بوهای ناخوشایند می باشد.

مناطق با ریسک خطر بالا مثل اتاق های عمل، نوزدان، ICU، انکولوژی و سوختگی باید جریان هوایی با حداقل آلودگی باکتریایی داشته باشد. فیلترهای بکار رفته در سیستم های مستعد عفونت بکار برده شوند مانند بخش های: هماتولوژی، انکولوژی و بخش هایی که در آن روش های تشخیصی و شوند. این کار جهت جلوگیری از تولید آئروسل های گونه های لژیونلا صورت می گیرد.

تقسیم بندی سیستم های تهویه هوا سبب محدود شدن جریان هوا بخش ها و جداسازی هوای هر بخش می شود. طراحی صحیح جهت کنترل فشار هوا سبب حرکت هوا به داخل یا خارج اتاق یا ناحیه خاص شده و کنترل انتشار آلودگی را امکان پذیر می سازد.

دستورالعمل تکمیل فرم پرونده پزشکی شاغل (بخش اول)

◆ محمدعلی جودی پور

منبع: وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی- مرکز سلامت محیط و کار- دستورالعمل تکمیل فرم پرونده پزشکی **شاغل**- سال۱۳۸۹

افراد تکمیل کننده فرم

۱- مشخصات فردی و سوابق شغلی (قسمت۱و۲) سابقه شخصی، خانوادگی و پزشکی (قسمت۴) بنا به اظهارات فرد معاینه شونده توسط پزشک، کارشناس یا کاردان بهداشت حرفه ای و یا بهگر، بهداشتیار کار، کاردان های مراکز بهداشتی درمانی و بهورز تکمیل گردد.

۲- عوامل زیان آور شغلی که فرد معاینه شونده در مواجهه با آن قرار داشته یا دارد (قسمت۳) توسط فارغ التحصیلان مقاطع کاردانی و بالاتر بهداشت حرفه ای دخیل در امر بازدید واحد تولیدی- خدماتی فرد معاینه شونده/شاغل، تکمیل می گردد. در صورت لزوم اندازه گیری آلاینده های محیط کار، این کار توسط افراد مذکور انجام گردیده و نتایج بدست آمده در محل تعیین شده در فرم معاینات ثبت گردد. در نهایت نظریه کارشناسی بهداشت حرفه ای در خصوص وضعیت مواجهه شاغل با عوامل زیان آور محیط کار و در صورت لزوم مداخلات مورد نیاز در محل کار و یا توصیه به استفاده از وسایل حفاظت فردی در بخش انتهایی جدول درج شده و نام و نام خانوادگی کارشناس مربوطه و تاریخ ثبت و مهر و امضاء شود.

۳- معاینات بالینی توسط پزشک مسئول معاینات صورت گرفته و در پرونده ثبت و در پایان مشخصات پزشک معاینه کننده درج گردد.

۴- نتایج اقدامات پاراکلینیک درخواست شده شامل آزمایشات، رادیوگرافی، سونوگرافی، اپتومتری، ادیومتری، اسپیرومتری و ... تحت نظارت مستقیم پزشک در پرونده ثبت شود.

۵- ثبت مشاوره ها و نتایج ارجاع توسط پزشک مسئول معاینات در پرونده انجام گیرد.

۶- نظریه نهایی در خصوص ادامه کار شاغل (قسمت ۹) توسط پزشک مسئول معاینات تکمیل گردد.

محل نگهداری پرونده های پزشکی تکمیل شده به شرح ذیل:

محل	نوع کارگاه	شاغلین	نوع پرونده	واحد بهداشتی محل نگهداری پرونده
روستا	خانگی	اعضاء یک خانوار هستند	پرونده خانوار	خانه بهداشت
		اعضاء یک خانوار نیستند	پرونده کارگاهی	خانه بهداشت
	غیرخانگی	کمتر از ۲۰ نفر	پرونده کارگاهی	خانه بهداشت
		۲۰ تا ۴۹ نفر	پرونده کارگاهی	مرکز بهداشتی درمانی روستایی
		۵۰ تا ۴۹۹ نفر	پرونده کارگاهی	خانه بهداشت کارگری
		۵۰۰ نفر و بالاتر	پرونده کارگاهی	مرکز بهداشت کار
شهر	خانگی	اعضاء یک خانوار هستند	پرونده خانوار	مرکز بهداشتی درمانی شهری
		اعضاء یک خانوار نیستند	پرونده کارگاهی	مرکز بهداشتی درمانی شهری
	غیرخانگی	کمتر از ۲۰ نفر	پرونده کارگاهی	ایستگاه بهگر
		۲۰ تا ۴۹ نفر	پرونده کارگاهی	مرکز شهری
		۵۰ تا ۴۹۹ نفر	پرونده کارگاهی	خانه بهداشت کارگری
		۵۰۰ نفر و بالاتر	پرونده کارگاهی	مرکز بهداشت کار

۱- فرم مذکور جهت ثبت اطلاعات حاصل از معاینات شاغلین در یک نوبت تنظیم گردیده است.

۲- در صورت انتقال فرد به واحد خدماتی جدید با نظارت و اطلاع معاونت بهداشتی دانشگاه ذیربط در صورتی که پرونده فرد در کارخانه نگهداری می شود می بایستی کلیه سوابق به کارخانه جدید و در غیر اینصورت به مرکز بهداشتی درمانی منتقل گردد.

نحوه تکمیل فرم پرونده پزشکی شاغل

اطلاعات عمومی:

- فرم مذکور برای تطابق با ماده ۹۲ قانون کار تحت عنوان پرونده پزشکی شاغل نامگذاری شده است.
- در بالای هر صفحه از پرونده درج نام و نام خانوادگی شاغل و شماره پرونده الزامی است.
- **نوع معاینات:** بستگی به هدف معاینه یکی از انواع"قبل از استخدام"، " دوره ای" و "موردی" در قسمت مربوطه علامت زده می شود. منظور از "موردی" معاینات اختصاصی به دنبال یک یا چند شکایت بالینی خاص، معاینات زمان خروج از کار و.... می باشد.
- **تاریخ:** تاریخ مراجعه فرد برای تکمیل پرونده می باشد.
- **شماره پرونده:** همان شماره پرونده ای است که در طبقه بندی، ضبط و بایگانی پرونده پزشکی شاغلین مورد استفاده قرار می گیرد.
- **شماره استخدامی شاغل:** بستگی به ضوابط محل کار بر اساس شماره پرسنلی، شماره کارگزینی، شماره استخدامی و... ذکر می گردد.
- **محل الصاق عکس:** الصاق عکس شاغل در محل الزامی است.

۱- مشخصات فردی شاغل شامل:

نام و نام خانوادگی - نام پدر - سال تولد - کد ملی: بر اساس شناسنامه و کارت ملی فرد تکمیل گردد.

جنس - وضعیت تاهل- تعداد فرزندان: بر اساس اظهارات معاینه شونده علامت زده شود.

وضعیت نظام وظیفه: اگر خدمت سربازی انجام داده در محل مربوطه علامت زده شود و رسته خدمتی شامل فنی-مهندسی، بهداری، خدماتی، عملیاتی، اداری پشتیبانی، انتظامی و ...ذکر گردد و اگر خدمت نکرده در صورت معافیت پزشکی این قسمت علامت زده و علت ذکر گردد.

آدرس و تلفن محل کار: آدرس و تلفن واحدکاری ثبت شود.

۲- سوابق شغلی:

جدول مذکور در دو ردیف اصلی مشاغل فعلی و مشاغل قبلی تنظیم شده است. در زمان معاینه در قسمت مشاغل فعلی، مشخصات اصلی فرد شامل عنوان/سمت، نوع وظیفه محوله و تاریخ اشتغال (حداکر در دو ردیف شامل دو فعالیت همزمان عمده فرد در واحد کاری) و در صورت اشتغال فرد به مشاغل دیگری غیر از شغل اصلی، مشخصات آنها مانند مشاغل اصلی ثبت گردد.

- ستون های جدول:

عنوان/سمت: عنوان یا سمت شغلی که فرد تحت آن عنوان در استخدام است ذکر شود.

وظیفه محوله: کلیه فعالیت هایی که فرد شاغل در طول شیفت کاری انجام می دهد.

تاریخ اشتغال: به ماه و سال زمان شروع به کار در وظیفه محوله و تاریخ ترک وظیفه ذکر شود.

علت تغییر شغل یا وظیفه: در مواردی که شغل یا وظیفه تغییر داده شده است، علت تغییر بطور خلاصه ذکر گردد مثلا "پایین بودن دستمزد"، "انحلال شرکت"، "اخراج" و ...

۳- ارزیابی عوامل زیان آور شغلی:

جدول مذکور در دو ردیف اصلی مشاغل فعلی و مشاغل قبلی تنظیم شده است. این جدول همچنین پنج ستون شامل پنج گروه عمده عوامل زیان آور شغلی (فیزیکی، شیمیایی، بیولوژیک، ارگونومی و روانی) است که انواع مختلف مواجهات در هر گروه در ستون مربوطه درج گردیده است. این قسمت ترجیحا بر اساس بازدید کارشناس بهداشت حرفه ای مربوطه از محیط کار شاغل تکمیل گردیده و در مواردی که امکان بازدید فراهم نیست بر اساس پرسش از شاغل در خصوص نوع عوامل زیان آور محیط کار که وی با آنها در تماس است تکمیل گردد.

توضیحات لازم در خصوص موارد ثبت شده در جدول ثبت نتایج اندازه گیری ها: در صورت علامت زدن هر کدام از مواجهات در هر گروه در جدول ۳، ذکر توضیحات مربوط به آن از نظر نوع عامل زیان آور، میزان مواجهه، مدت مواجهه، مجاز یا غیرمجاز بودن مواجهه و ... ضروری است.

در صورتی که بر حسب نیاز اندازه گیری یک عامل زیان آور در محیط کار انجام پذیرد، نتایج به دست آمده از آن باید در زیر مجموعه جداول عوامل زیان آور شغلی در قسمت مربوطه ثبت گردد. مثلا اندازه گیری صدای محیط کار: ۹۵ دسی بل

نظریه کارشناسی بهداشت حرفه ای در خصوص شرایط محیط کار: نظریه کارشناسی بهداشت حرفه ای شامل وضعیت موجود عوامل زیان آور محیط کار و لزوم اصلاحات مهندسی بهداشت حرفه ای در محیط کار و استفاده از تجهیزات حفاظت فردی و مشخصات آنها و ... توسط کارشناس بهداشت حرفه ای واجد شرایط ثبت گردد. ذکر نام و نام خانوادگی، تاریخ، مهر و امضاء کارشناس بهداشت حرفه ای پرونده در محل مربوطه ضروری است.

۴- سوابق شخصی، خانوادگی و پزشکی:

جدول مذکور با ۱۶ سوال تنظیم گردیده که پس از طرح سوال بر اساس اظهارات فرد معاینه شونده متناسب با پاسخ دریافت شده یکی از ستونهای بلی یا خیر علامت زده شود.

توجه: در صورت پاسخ بلی برای هر یک از سوالات، نسبت به اخذ پاسخ و ثبت توضیحات مربوطه به آن مطابق جدول زیر اقدام شود:

شماره سوال	توضیحات ضروری در صورت پاسخ "بلی"	شماره سوال	توضیحات ضروری در صورت پاسخ "بلی"
۱	نوع بیماری و مدت زمان ابتلا به آن	۹	ذکر نام داروی مصرفی،مدت زمان مصرف و دوز دارو
۲	نوع علائم و الگوی تشدید یا تخفیف آن در محیط	۱۰	محاسبه PACK YEAR سیگار مصرفی
۳	نوع علائم در همکاران	۱۱	محاسبه PACK YEAR سیگار مصرفی همراه با ذکر زمان قطع مصرف سیگار
۴	الگوی تغییر علایم در زمان تعطیلات و مرخصی	۱۲	ذکر نام ورزش یا سرگرمی و مدت پرداختن به ان
۵	ذکر نوع غذا، دارو یا ماده ای که فرد با آن حساسیت دارد	۱۳	ذکر نوع حادثه شغلی و علت آن
۶	ذکر علت و زمان بستری در بیمارستان	۱۴	ذکر بیماری که شاغل به دلیل آن غیبت از کار بیش از ۳ روز داشته باشد.
۷	نوع و زمان عمل جراحی	۱۵	ذکر نوع مرکز صنعتی و فاصله از آن
۸	ذکر نوع سرطان یا بیماری مزمن مانند دیابت، فشارخون	۱۶	ذکر زمان، علت معرفی یه کمیسیون پزشکی و نتیجه ان

پس از تکمیل جدول فوق امضاء و اثر انگشت شاغل مبنی بر تائید اظهارات ثبت شده در جدول در محل مشخص شده ثبت می گردد.

شیوه نامه برخورد پزشکی با مسمومیت حاد متانول

◆ مهدی کیخا صابر

منبع: دستورالعمل ستادپدافند غیرعامل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی –پاییز ۱۳۹۷

متاسفانه اخیراً مواردی محدود از بلع الکل های آلوده در سطح شهرستان گزارش شده که منجر به مرگ و یا نابینایی گروهی از افراد گردیده است. از آنجا که هنوز خطر مرگ و یا نابینایی برای این قبیل افراد مصرف کننده وجود دارد توصیه می شود(در راستای عمل به مسایل شرع مقدس اسلام) از استفاده از هر گونه مشروبات الکلی و علی الخصوص مشروباتی که توسط افراد سودجو و به شکل تقلبی و غیر استاندارد تولید گردیده، جدا خودداری گردد. در صورتی که فردی در ۱۲ ساعت اخیر از این قبیل مشروبات استفاده کرده است می تواند جهت اطمینان از عدم بروز مشکل به بیمارستان یا مراکز درمانی مراجعه کرده و از عدم بروز مشکل در ساعات آتی اطمینان حاصل کند. حافظان سلامت مردم آماده خدمت دهی در این موارد بوده و هدف آنان جلوگیری از بروز مشکلات بعدی با در نظر گرفتن راز بیمارانی خواهد بود که به آنان اعتماد کرده اند. بدیهی است در صورت بروز مشکل و مراجعه دیررس کوری و مرگ از عوارض شناخته شده خواهند بود که ممکن است قابل درمان نباشند.

اسامی: متانول، متیل الکل، الکل سمی، الکل متیلیک، الکل چوب

فرمول شیمیائی: CH_3OH or CH_4O

میزان سمیت: سمیت بالا با قدرت کشندگی

دوز توکسیک و کشنده: نوشیدن۵–۱۵سی سی(۰,۲۵ ml/kg) از متانول خالص و یا ۱۰ – ۳۰ سی سی از متانول ۴۰درصد در صورت عدم تشخیص و درمان بموقع می تواند منجر به کوری و مرگ شود.

منابع و مصارف متانول

در صنایع: بعنوان ماده سرد کننده (فریزکننده در یخچال ها)، بعنوان ضدیخ در مایع شیشه شوی اتوموبیل، تهیه فرمالدیئد، بعنوان سوخت موتورهای با احتراق داخلی و سوخت چراغ الکلی، بصورت قرص جامد الکلی برای کوه نوردان، بعنوان حلال در تولید رنگ، پلاستیک، محلول های چاپ، چسب، جلا دهنده ها و مواد انفجاری به کار می رود. در حال حاضر چهار مجتمع پتروشیمی شیراز، فناوران، زاگرس و خارک در ایران این محصول را به صورت انبوه تولید می کنند. آلودگی ناخواسته الکل اتانول تولید شده به روش تقطیر در منازل و کارگاههای غیرقانونی نیز دیده شده.

در آزمایشگاه: بعنوان فیکساتورکاربرد دارد.

مکانیسم اثر

- تولید متابولیت سمی اسید فرمیک(Formate) در بدن،کبد و شبکیه چشم.
- اسید فرمیک سمی است و در چشم موجب نابینایی و در مسمومیت های شدید به دلیل اسیدوز شدید و آسیب به ارگان های حیاتی موجب مرگ می شود. تولید موضعی فرمالدئید در شبکیه عامل آسیب عصب بینایی(کوری) می باشد.

روش های مواجهه و تماس

متانول خالص نیز در بازار ایران برای استفاده بعنوان سوخت وجود دارد که در مواردی منجر به مسمومیت عمدی(به قصد خودکشی) و یا مسمومیت اتفاقی شده است. متانول خالص در آزمایشگاه ها بعنوان فیکساتور در دسترس می باشد و بطور نادر ممکن است منجر به مسمومیت از راه گوارش یا تنفس و پوست شود.

– مواجهه گوارشی: شایع ترین راه آلودگی و تماس خوردن متانول می باشد. مسمومیت معمولا به دنبال خوردن الکل اتیلیک آلوده به متانول رخ می دهد. مسمومیت اتفاقی و غیرعمدی بدنبال نوشیدن الکل اتانول آلوده به متانول در برخی کشورها از جمله ایران بصورت اپیدمی توده ای در تعداد زیادی از افراد (Mass Casualty) بصورت همزمان دیده شده است.

– تماس تنفسی: مواجهه با بخارات متانول در صورت آتش گرفتن یا بجوش آمدن رخ می دهد و ممکن است در کارخانه های تولید کننده متانول بصورت مسمومیت دسته جمعی دیده شود.

– تماس پوستی: متانول به راحتی از راه پوست جذب و می تواند مسمومیت جدی و سیستمیک بویژه در کودکان ایجاد کند.

علل شایع بروز مسمومیت

۱- مسمومیت اتفاقی در اثر نوشیدن مشروبات الکلی آلوده به متانول.
۲- مسمومیت اتفاقی در خوردن عرقیجات گیاهی حاوی متانول.
-۳نوشیدن عمدی به قصد خودکشی.
۴- استنشاق بخار متانول در کارخانه ها و آزمایشگاه ها.

تظاهرات مسمومیت حاد با متانول

زمان بروز علایم: متانول بسرعت از مخاط دهان و گوارش جذب جریان خون می شود بطوری که پس از ۲ ساعت تقریبا تمامی متانول از معده و روده پاک شده و وارد جریان خون شده است. در مسمومیت با متانول خالص علایم در کمتر از یکساعت بروز می کنند ولی در نوشیدن مخلوطی از اتانول و متانول (الکل اتیلیک آلوده به متانول) بروز علایم تاخیری خواهد بود و میزان تاخیر به نسبت غلظت اتانول به متانول بستگی دارد بطوری که ممکن است علایم مسمومیت با تاخیر ۳۱ تا ۴۴ ساعته بروز نماید.

علایم و یافته های مسمومیت

دستگاه اعصاب مرکزی (مغز)، چشم و دستگاه گوارش سه عضو هدف در مسمومیت با متانول هستند.
علائم اصلی و شایع مسمومیت شامل سرگیجه، تهوع، استفراغ، درد شکمی و درد پشت، کاهش سطح هوشیاری، تشنج و اختلال بینایی می باشند.

علایم نورولوژیک: کاهش سطح هوشیاری، بیقراری، احساس خستگی و ضعف، سردرد، عدم تعادل و تلوتلو خوردن، اسپاسم و گرفتگی عضلانی و تشنج. در بیماران شدیدا توکسیک، کاهش سطح هوشیاری، آژیتاسیون، هذیان و تشنج می تواند تظاهر اصلی مسمومیت باشد و مرگ می تواند سریع و یا در عرض چند ساعت بعد از کما رخ دهد. در مواردی ممکن است بیمار با تشنج های مکرر و مقاوم به درمان به بیمارستان آورده شود که در اینصورت در تشخیص افتراقی صرع قرار می گیرد. کمای عمیق نشانه مسمومیت شدید می باشد.

علایم چشمی: مردمک های دیلاته، قرمزی چشم و اشک ریزش، تورم، نقص بینایی و کاهش دید و یا کوری علایم مهم محسوب می گردند.کاهش شدت بینایی دارد و مردمک ها معمولا دیلاته و متسع می شوند و واکنش به نور مردمک ها ممکن است وجود نداشته باشد. در معاینه ته چشم (فوندوسکوپی) پرخونی و قرمزی دیسک اپتیک و در صورت درگیری عصب بینایی در ابتدا پرخونی و قرمزی اطراف دیسک اپتیک و سپس تورم ماکولا و رنگ پریدگی دیده می شود.

علایم قلبی- عروقی: تاکیکاردی، برادی کاردی (در مسمومیت شدید)، اندام های سرد و مرطوب، دیس ریتمی قلبی، هیپوتانسیون و شوک می باشند. فشارخون معمولا در ابتدای مسمومیت در حد طبیعی است ولی بتدریج هیپوتانسیو و تاکیکارد می شود. در بیماران شدیدا توکسیک تعداد نبض کاهش می یابد (برادیکاردی) که پیش آگهی را بد می کند.

علایم ریوی: تنفس نامنظم، تنفس سریع، ادم ریوی، ایست تنفسی. تاکیکاردی و تنگی نفس یافته های شایعی هستند. در حضور اسیدوز شدید، تنفس کوسمال ممکن است دیده شود.

علایم گوارشی: تهوع، استفراغ، درد شکم، دفع ادرار تیره. در مسمومیت شدید ممکن است پانکراتیت حاد نیز رخ بدهد که منجر به درد شدید شکم می گردد.

سایر علایم: نارسایی حاد کلیه ناشی از میوگلوبینوری و رابدومیولیز نیز دیده می شود. نکروز دو طرفه هسته های قاعده ای مغز بویژه پوتامن می تواند منجر به پارکینسونیسم بشود. در مواردی خونریزی داخل پارانشیم مغزی نیز در این نواحی رخ می دهد. تابلوی مرگ شوک کاردیوواسکولر و تشنج در زمینه اسیدوز شدید متابولیک می باشد.

" در مسمومیت های اتفاقی و غیرعمدی بدنبال نوشیدن الکل اتانول آلوده به متانول، بدلیل بروز علایم تاخیری ممکن است تشخیص و درمان به تاخیر بیفتد و در اینصورت کوری و مرگ شایع تر می باشد ".

تشخیص

تشخیص مسمومیت بر مبنای شرح حال مصرف الکل در روزهای اخیر به همراه علایم بالینی اصلی از جمله اختلال حاد بینایی، کاهش سطح هشیاری و تشنج می باشد. سطح بالای متانول سرم یا متابولیت های آن به همراه یک اسیدوز متابولیک با شکاف آنیونی یا اسمولال گپ بالا تشخیص را تایید می نمایند.

طبقه بندی احتمال مسمومیت

مورد مشکوک (suspected) :

- هر بیمار با تهوع و استفراغ طول کشیده و مقاوم به درمان، اختلال حاد بینایی، تشنج و کاهش سطح هوشیاری بدون توجیه و بدون علت مشخص بویژه با شرح حال مصرف هرگونه الکل.
- بیمار با درد شکمی یا درد قفسه سینه با علت نامعلوم و غیرقابل توجیه با سابقه مصرف الکل در چند روز گذشته
- مراجعه چندین بیمار با علایم یکسان پس از حضور در میهمانی ها یا مراسم دسته جمعی

نکته: افراد توریست(داخلی و خارجی)، شرکت کننده گان در میهمانی ها و دورهمی ها از جمله گروه های پرخطر برای شرب الکل محسوب می گردند.

مورد احتمالی (Probable) :

موارد یاد شده در مورد مشکوک بهمراه وجود حداقل یکی از یافته های زیر شامل:

- مردمک های بدون پاسخ به نور
- کما به همراه علایم نکروز دوطرفه در ناحیه پوتامن مغزی
- ارتباط اپیدمیولوژیک با مورد دیگر محتمل مسمومیت با متانول
- اسیدوز متابولیک، افزایش اسمولالیته سرم و افزایش اسمولال گپ و بروز شکاف آنیونی بالای بدون توجیه و بدون علت مشخص

مورد قطعی (confirmed):

- سطح سرمی متانول بالای 5mg/dl
- سطح سرمی بالای Formate سرم

مراجعه تاخیری پس از مصرف الکل با هر علامت یا نشانه ای بایستی مسمومیت با متانول فرض شود تا خلاف آن ثابت گردد.

یافته های آزمایشگاهی

افزایش سطح سرمی متانول، اسیدفرمیک، لاکتات سرم، افزایش کراتینین،CPK، LDH ، افزایش اسمولالیته سرم و افزایش حجم متوسط گلوبولی(MCV) که در ارتباط با شدت مسمومیت و شدت اسیدوز است، دیده می شود. سطح گلوکز خون نرمال یا بالا می باشد. کاهش غلظت بیکربنات سرم (میزان کاهش بی کربنات با سطح متانول خون و شدت علائم مغزی و گوارشی در ارتباط است)، اسیدوز متابولیک با شکاف آنیونی بسیار بالا (شدت آن با میزان مرگ و میر ارتباط دارد) در بررسی گازهای خون شریانی و یا وریدی دیده می شود.

تعیین شدت مسمومیت

تعیین شدت مسمومیت در برنامه ریزی درمانی، استفاده به موقع از منابع، تجهیزات و همچنین تعیین پروگنوز کاربرد دارد.

۱- مسمومیت خفیف تا متوسط: سردرد، سرگیجه، سبکی سر، تهوع و استفراغ و تاری دید مختصر، تند شدن تنفس، درد قفسه سینه، شکمی و پشت، بیقراری و تپش قلب.

۲- مسمومیت شدید: وجود برادیکاردی، کومای طول کشیده و پیشرونده، تشنج، ادم ریه، اختلال شدید تنفسی، شوک، کاهش شدید ادرار، اختلال بینایی و کوری نشانه های مسمومیت شدید و کشنده می باشند.

مدیریت اطلاع رسانی و کاهش خطر در طغیان مسمومیت با متانول:

با در نظر گرفتن محدودیت ها و ممنوعیت های مسکرات، مدیریت درمان این قبیل بیماران اهمیت ویژهای در کشورهای اسلامی دارد.

اعلام همه گیری مسمومیت با الکل باید با در نظر گرفتن حساسیت ها و به منظور جلوگیری از آسیب به بیماران احتمالی صورت گیرد. اعلام نادرست طغیان می تواند آسیب مضاعفی را در برخورد با شرایط مشابه به وجود آورده و عدم اعلان به موقع نیز می تواند به افزایش تعداد قربانیان بینجامد.

معمولا وجود سه مورد بیمار دچار مسمومیت با متانول از سه منبع مجزای متانول در طی ۲۴ ساعت می تواند شروع همه گیری محسوب گردد.

هدف از این تعریف آمادگی برای پذیرش بیمارانی است که هنوز به مراکز درمانی مراجعه نکرده اما ممکن است طی ساعات آتی با وضعیت وخیم مسمومیت مراجعه نمایند. تجارب قبلی مسمومیت در کشور نشان می دهد که اعلام به موقع اپیدمی و اطلاع رسانی فعال به مردم، با هماهنگی ستاد مدیریت بحران و پدافند غیرعامل استانداری شدت عوارض مسمومیت را با تشخیص به موقع و درمان مناسب به حداقل می رساند. از آنجا که درمان مناسب و به موقع نقش کلیدی در موفقیت برخورد با طغیان ایفا می کند و می تواند به کاهش تعداد بیماران نیازمند به دیالیز و تخت های ویژه کمک نماید، بیمار یابی فعال اهمیت بسیار اساسی خواهد داشت که معمولا گرچه توسط پرسنل بهداشتی صورت می گیرد اما نیازمند کمک همه افراد درگیر در سیستم سلامت خواهد بود.

برای بیماریابی فعال باید از تمامی ظرفیت های موجود استفاده کرد. صدا و سیمای منطقه، شبکه های اجتماعی، سیستم پیام رسان مخابرات (SMS) و حتی استفاده از بلندگوی معابر و مساجد همه ظرفیت های بالقوهای هستند که می توان از آن استفاده کرد. اطلاع رسانی بایستی با هماهنگی مراجع ذیربط صورت گرفته و تنها هدف پیشگیری و درمانی داشته باشد. توجه مسئولین هر منطقه اهمیت بسزایی در موفقیت یا شکست این اطلاع رسانی ایفا خواهد کرد.

می تپد عشقت درون تک تک رگهای من
خوب می دانم تویی تنها تویی لیلای من

دائما دنبال عشقت بودم و پایان کار
رنگ پاشیدی بر این بی رنگی ی دنیای من

چون شهاب ازآسمان سینه ام ردمی شوی
نیست راه دیگری یا جای تو یا جای من

پا به پای من بیا دیوانگی کن خوب من
جرم این دیوانگی ها هر چه باشد پای من

پیچکی گردیده ، این احساس بر دور تنم
از زمانی که شده دل چالهء نجوای من

خسته ام از این همه درد آشنای شهر خود
کاش می شدهمدم من میشدی یکتای من

نیستی در فال من اما نمی دانم چرا
سایه ات افتاده بر ، آرامش اعضای من

◆ بگم سارانی (مهربانو)

دلم نقش جهان را میشناسد ،
نگاهم دل و جان را میشناسد ،
بیا با هم بسازیم این زمان را ،
زمانه سیستان را میشناسد ،

دو قدم مانده به پاییز قدم را بردار ،
آمد این صبح دل انگیز قدم را بردار ،
نفس باد صبا شعر و غزل می آ رد ،
با همین شعر تو بر خیز قدم را بردار ،

من که دل بسته ی این شهر و دیارم چه کنم ،
شده این شهر همه دار و ندارم چه کنم ،
آ برویم ،هنرم ، زندگیم ، این شهر است ،
سخت دلبسته ی این ایل و تبارم چه کنم ،

◆ هاشم علیدادی

وقتی که غم با سینه ات همدرد باشد
سرشاخه های آرزویت زرد باشد

تنها دلت یک چیز را کم دارد ای زن
آغوش خوابت شانه ی یک مرد باشد

با هرچه غیر از یاد او مشغول باشی
فرقی ندارد سینه ات دلسرد باشد

مانند مهتابی که در حبس سیاهی ست
بی او دلت در کوچه ها شبگرد باشد

با تیک تاک ساعتی که هدیه ی اوست
وقتی نباشد حاصلت سردرد باشد

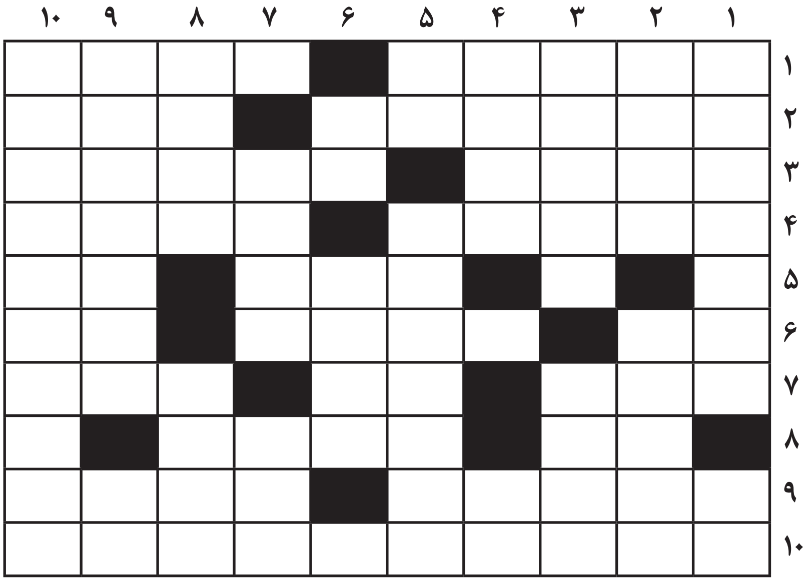
◆ مریم اسدالهی کرمانی (ماه بانو)

تا نقطه باشد دور آن پرگار می رقصد
عاشق، اگر حتی شده بیمار می رقصد
وقتی صدای پای تو در کوچه میپیچد
از شوق دیدارت در و دیوار می رقصد

چشمان تو اعجاز رب العالمین است و
روح هنر در نقشهء معمار می رقصد
در آبیِ چشمان مستت مات و حیرانم
تیر نگاه چشم لاکردار می رقصد
صد معجزه در بین اندامت هویدا شد
گلبرگ گل، از رنگ تو سرشار می رقصد
یک گوشه ازقلبت که دریاداشت باساحل
دیدم که چون موجی براین آوارمی رقصد
ازعشق تومجنون شدم ای ماه شب هایم
از بهر وصلت روح مجنون وار می رقصد
من گم شدم در بین ابیات غزل هایم
هر واژه ای با چرخهء تکرار می رقصد

◆ بگم سارانی (مهربانو)

جدول جایزه دار



عمودی

۱- بیماری فراموشی – گفتگوی خودمانی
۲- تخت - حالت مخفی
۳- التیام درد – سر فصل
۴- بُرنده است اگر از آنطرف بخوانید - ویتامین جدول
۵- پسوند شباهت - نام علمی گیاه رازک
۶- بچه می زند - نوعی زیر انداز
۷- دارای رتبه بالاتر – گوشت عرب
۸ – وسیله اندازه گیری زمان - اوایل
۹- همایش یادبود - خوردنی حرام
۱۰ –روز جهانی آن بیستم مهر است بی یا

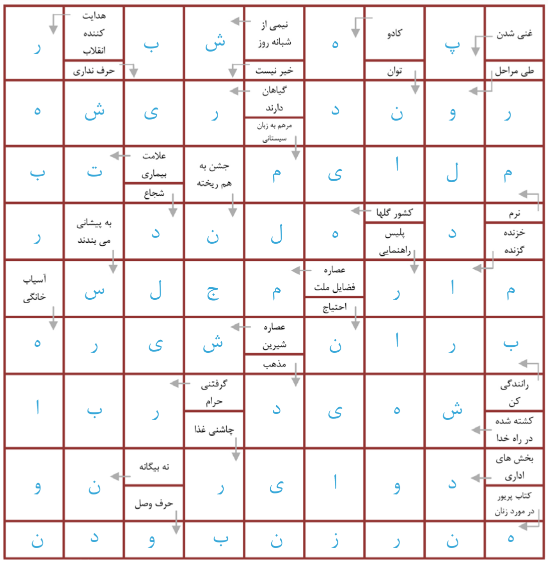
افقی

۱-از علل بروز اختلالات جسمی و روانی – اگر از آن طرف بخوانید ساختاری بسته و کیسه‌مانند است که حاوی مایعات، گاز یا مواد شبه‌جامد می‌باشد که بخش عادی یک بافت به حساب نمی‌آید. ۲- از استانها – سه یار هم قد ۳- نوعی بیماری ویروسی – روش و قانون
۴- تخت سلطنت – ویرایش عکس ۵- جابجایی هوا – صدای درد ۶- آب عرب – آرزو – خرمای بی پایان
۷- جامه و لباس – رها - شهری در شمال غرب کشور ۸- خط کش معروف – بچه ترسان ۹- مصاحبه – حمل کننده
۱۰- مجموعه ای از اختلالات خواب شبانه

طراح: طاهره نخعی مقدم

توجه حداکثر زمان مراجعه جهت دریافت جایزه **تا ۳۰ آذرماه ۹۷** می باشد. **توجه**

حل جدول شماره ۵۵



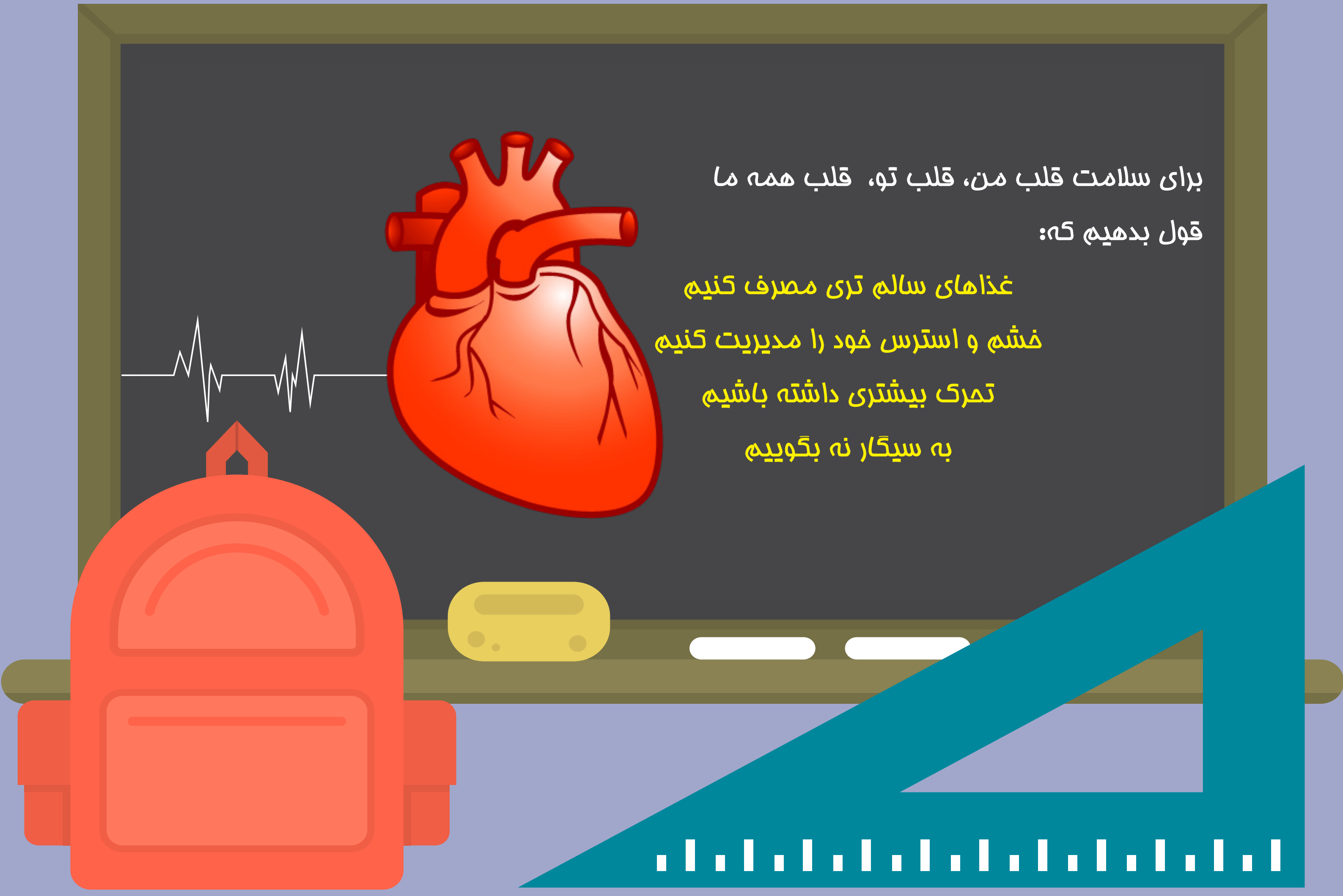
برندگان شماره ۵۵

- **مهدی شریفی راد**
  - معاونت آموزشی
- **فرهاد کریمی**
  - دانشگاه کردستان

www.zuhen.persianblog.ir
asm@zbmu.ac.ir

افق طلایی سلامـــت

شماره ۵۶ - پاییز ۹۷



معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی زابل