

افتخار طلایی سلامت

پوشش
همگانه
سلامت

برای همه
در همه جا

Universal Health Coverage:
everyone, everywhere

◆ شعار هفته سلامت سال ۱۳۹۷



شناخت فرآیند جوشکاری



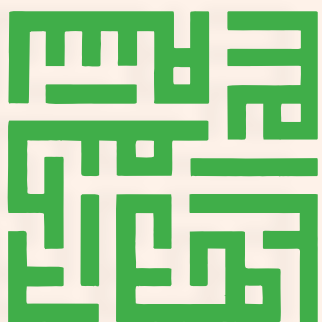
گوش درد کودکان



تب استخوان شکن



آسم



فصلنامه بهداشتی، درمانی، علمی و فرهنگی فصلنامه افق طلایی سلامت

نشریه داخلی حوزه معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی زابل

فهرست مطالب شماره ۵۴

- ۱ ■ سخن سردبیر
- ۲ ■ اولویت برنامه‌های سال ۱۳۹۷
- ۶ ■ تأثیر ورزش‌های آبی در بهبود قند خون
- ۷ ■ فشارخون و خودمراقبتی
- ۱۱ ■ ژنتیک اجتماعی
- ۱۳ ■ تالاسمی
- ۱۶ ■ خدمات مشاوره تغذیه و کنترل وزن
- ۱۸ ■ پیام‌های تغذیه در سفر و ایام نوروز
- ۲۰ ■ غذاهای سنتی منطقه سیستان (۲)
- ۲۲ ■ شرح وظایف واحدهای همکار معاونت بهداشتی
- ۲۵ ■ مارگزیدگی
- ۲۸ ■ نقش متادون در درمان اعتیاد
- ۳۲ ■ روش‌های مثبت فرزند پروری
- ۳۴ ■ افسردگی دوره نوجوانی
- ۳۷ ■ تشخیص اوتیسم در سنین پایین
- ۳۸ ■ سندرم پرهیز نوزادی
- ۴۱ ■ بیماری دنگی یا تب استخوان‌شکن
- ۴۳ ■ نحوه تهیه نمونه‌های بالینی
- ۴۴ ■ گوش درد کودکان
- ۴۶ ■ مفهوم ارتباط در حوزه سلامت
- ۴۹ ■ تهیه و نگارش گزارش
- ۵۲ ■ کوه نعمتی پر بها
- ۵۴ ■ شناخت فرآیند جوشکاری
- ۵۷ ■ راستی آزمایی مراقبت‌های بهداشتی
- ۵۸ ■ پوشش همگانی سلامت
- ۵۹ ■ صفحه احساس و قلم
- ۶۱ ■ جدول جایزه دار

صاحب امتیاز: معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی زابل

مدیر مسئول: دکتر جواد اکبری زاده

سردبیر: سید محمود فاطمی

مسئول دبیرخانه: مجتبی کندری

همکاران تحریریه:

■ دکتر جواد اکبری زاده

■ سید محمود فاطمی

■ مجتبی کندری

■ زینب کریمی راد

■ حسینعلی ستوده - 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

فرا رسیدن سال نو را به همه ی همکاران عزیز و یکایک خوانندگان محترم تبریک عرض می کنم. سلامت همواره به عنوان یکی از مؤلفه های مهم بهره مندی اجتماعی مطرح بوده است. مدیریت رده های مختلف در بخش بهداشت و درمان عموماً بر عهده پزشکان و یا سایر نیروهای بهداشتی و درمانی گذاشته می شود که در زمینه مدیریت و خصوصاً مدیریت در سلامت تخصص لازم را ندارند و در شروع کار اجرایی، بر اساس استنباطات شخصی، هوش و ذکاوت خویش و نیز بسیاری از مواقع از طریق آزمون و خطا واحد تحت مسئولیت خود را اداره می کنند.

اگرچه از بین نیروهای مختلف بهداشتی و درمانی مدیران لایق و موفقی پیدا شده اند ولی با توجه به ابعاد، پیچیدگی های وظایف و انتظاراتی که از آنان می رود، ضرورت دارد کلیه نیروهای بهداشتی درمانی در طول دوران تحصیل در زمینه مدیریت سلامت اطلاعات علمی مورد نیاز را کسب نمایند و سپس با حضور در شرایط واقعی مدیریت و رویارویی عملی با مسایل و مشکلات تجربیات لازم را نیز فراگیرند و مهارت های اساسی مدیریت را ارتقاء بخشند.

قریب دو دهه از اجرای برنامه پزشک خانواده در مناطق روستایی با هدف بهبود سلامت و تقویت نظام ارجاع می گذرد. ولی هنوز اهداف تعیین شده برای این برنامه بطور کامل محقق نشده است. یکی از ارکان این برنامه تعیین شرح وظایف برای پزشک خانواده می باشد.

این وظایف عبارتند از:

مراقبت کننده Care provider

ارتقاء دهنده سلامت Health Promoter

پژوهشگر Researcher

آموزش دهنده و مربی Educator

مدیر Manager

رهبر جامعه (در سلامت) Community Leader

و دروازه بان و هماهنگ کننده Gatekeeper & coordinator

ولی آیا در اجرای برنامه پزشک خانواده در این مدت به این وظایف توجه شده است؟ ضروری است در همه جنبه ها برنامه پزشک خانواده مورد ارزیابی قرار گیرد تا برای اجرای مراحل تکمیلی این برنامه که سرلوحه وزارت بهداشت برای سال ۹۷ قرار گرفته است با اطمینان و توانمندی بیشتر آماده و مهیا باشیم. انشاء...

سید محمود فاطمی

معاون اجرایی معاونت بهداشتی

اولویت برنامه‌های سال ۱۳۹۷

در معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



محمود فاطمی

۱- اولویت های کلی

- ارائه خدمت منطبق بر برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع متناسب با گام های اجرایی تعیین شده از طریق توسعه گام های برنامه متناسب با منابع تخصیص یافته

- اصلاح و تکمیل پرونده الکترونیک سلامت و ثبت برخط خدمات، پایش (راستی آزمایی) و ارزشیابی مبتنی بر پرونده الکترونیک با استفاده از سامانه های بهداشت برای ثبت، مدیریت و پایش و ارزشیابی برنامه

- اصلاح نظام پرداخت به سرانه‌ای تعدیل شده با خدمت راستی آزمایی شده برای ارائه دهندگان خدمت و دانشگاه با افزایش پوشش و ارائه خدمت اثربخش و جلب رضایت مردم

- انجام اصلاحات در برنامه اجرایی مبتنی بر نتایج ارزشیابی با ارتقای کیفیت برنامه با استفاده از نتایج پایش و ارزشیابی

- اصلاح برنامه آموزشی نیروهای درگیر برنامه و ارائه دهندگان خدمت از طریق توافق با معاونت آموزشی برای اصلاح برنامه های آموزشی متناسب با نیاز

۲- اولویت های مرکز مدیریت شبکه

- اصلاح و توسعه برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع متناسب با منابع

- اصلاح، تکمیل و توسعه پرونده الکترونیک سلامت

- طراحی و استقرار نظام پایش و ارزشیابی

- اصلاح نظام پرداخت و تخصیص منابع مبتنی بر عملکرد راستی آزمایی شده

گام های استقرار برنامه پزشک خانواده

گام اول: تبیین الزامات قانونی، برنامه ریزی

برای تأمین منابع و تصویب برنامه اجرایی

گام دوم: برقراری نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد با سقف بسته متناسب با خدمات ارائه شده (capitation adjusted by service) و استقرار نظام پایش و ارزشیابی مرتبط با نظام پرداخت برای مراقبین سلامت فعلی

گام سوم: کاربرد پرونده الکترونیک سلامت توسط کلیه ارائه دهندگان خدمت شاغل در بخش بهداشت

گام چهارم: تخصیص افراد به مراقب سلامت (به جای تخصیص به پایگاه) و مطالبه پیگیری خدمات مراقب سلامت برای همه شهرنشینان با نظام پرداخت سرانه‌ای تعدیل شده با خدمات ارائه شده.

گام پنجم: فراهم کردن اینترنتی خود مراقبتی الکترونیک برای کاهش کار مراقب و تبادل اطلاعات با فرد تحت پوشش

گام ششم: اجبار کاربرد پرونده الکترونیک سلامت برای همه ارائه دهندگان خدمات سطح یک (حتی پزشکان بخش غیردولتی)

گام هفتم: انتخاب پزشک عمومی یا سایر پزشکان مجاز توسط مردم و برقراری ارجاع مراقب به پزشک خانواده

گام هشتم: استقرار پرونده الکترونیک سطح ۲ و ۳ و ارجاع الکترونیک به متخصص بدون حذف مراجعه مستقیم.

گام نهم: تهیه و استقرار گایدلاین خدمات مهم

گام دهم: تغییر نظام پرداخت پزشک خانواده به service capitation adjusted by مردم و مراجعه انحصاری به مراقب و پزشک خانواده خود با اجازه مراجعه به متخصص با یا بدون ارجاع.

گام یازدهم: الزامی کردن ارجاع الکترونیک از سطح یک به دو و سه.

گام دوازدهم: اصلاح نظام پرداخت سطح دو و سه و مشارکت پزشک خانواده و متخصص در ریسک مالی تحمیلی به بخش سلامت

راه اندازی "مرکز پایش و ارزشیابی مراقبت های سلامت" و راستی آزمایی به دور روش سیستماتیک و راندوم از طریق:

- مرکز تماس (Contact Center)

- مدیریت ارتباط با مشتری (CRM)

- تلفن گویا (IVR)

مبانی اصلاح نظام پرداخت

- ۱- پرداخت سرانه‌ای تعدیل شده به ازای خدمت
- ۲- خدمت واقعی و ثبت شده (پرداخت دستمزد)
- ۳- خدمت غیرواقعی و ثبت شده (جریمه)
- ۴- خدمت ثبت نشده (عدم پرداخت)
- ۵- خدمت ناقص و ثبت شده (کسر پرداخت)

مداخلات برنامه ریزی شده جهت

کنترل هزینه های بهداشت:

- ۱- اصلاح نظام پرداخت
- ۲- مدیریت و کنترل توسعه پروژه های عمرانی
- ۳- برون سپاری و خرید خدمات قابل واگذاری
- ۴- کاهش قیمت ارائه خدمات
- ۵- برنامه های کاهش پرداخت از جیب مردم
- ۶- شناسایی و استفاده از فرصت ها جهت خلق منابع

۳- اولویت برنامه های مرکز سلامت محیط و کار

- کاهش تصدی گری با ایجاد و توسعه دفاتر خدمات سلامت محیط و کار

- توسعه برنامه ایمنی آب

- شروع برنامه ایمنی فاضلاب

- ساماندهی دفع پساب و پسماند بیمارستانی

برون سپاری خدمات سلامت محیط و کار

- صدور کارت بهداشت

- خدمات ممیزی بهداشت محیط

- مشارکت در صدور مجوز پروانه ها

- نظارت و رتبه بندی رستوران ها و هتل ها

- نظارت و رتبه بندی اماکن ورزشی و استخرها

- رتبه بندی ممیزی مشاغل خانگی و کارگاهی مرتبط با مواد غذایی

- شناسایی و نظارت بر اماکن بهداشتی و درمانی غیرمجاز

- نمونه برداری و آنالیز سموم در محصولات کشاورزی و غذایی (مجموع های سلامت)

۴- اولویت برنامه های بهداشت دهان و دندان

- ارتقاء کیفیت و پوشش خدمات دندانپزشکی برای گروه هدف

۱- کودکان زیر ۱۴ سال، مادران باردار و شیرده

۲- اضافه کردن پوشش کودکان ۳-۶ سال

۳- اجرای طرح دهان «بدون دندان پوسیده»

- طرح واگذاری دندانپزشکی مراکز "شیفت عصر" به بخش غیردولتی

- تربیت و به کارگیری بهداشت کار دهان و دندان جهت خدمات در روستا
- پوشش کامل افراد زیر ۱۴ سال، مادران باردار و شیرده

۵- اولویت برنامه های مرکز مدیریت بیماری های واگیر

۱- برنامه حذف بیماری مالاریا
- توانمندسازی و آموزش رده های مختلف سطوح ارائه خدمت
- فرهنگ سازی، اطلاع رسانی و آموزش همگانی پیشگیری از بیماری مالاریا
- اجرای عملیات کنترل ناقلین (سم پاشی و لارو کشی) و حشره شناسی
- تأمین پکیج حفاظت فردی و مقابله با طغیان ها و پشه بند و قرص مفلوکین
- تقویت پست های پاسیو و امکانات بیماریابی در شهرستان های دارای انتقال محلی مالاریا
- تقویت اقدامات تشخیص و تضمین کیفیت در سطح کشوری و دانشگاهی و اجرای نظام OTSS و راه اندازی بانک کشوری اسلاید

۲- برنامه کنترل بیماری سل فعال و نهفته

- کمک به راه اندازی و نگهداری بخش بستری مراکز ارجاع منطقه ای سل بیماران مسلول مقاوم در دانشگاه زابل، اهواز و زاهدان (پاسخگو به بیش از ۱۰۰ بیمار)
- کمک به راه اندازی آزمایشگاه های کشت و آنتی بیوگرام سل مورد نیاز در دانشگاه ایران و کرمان (پاسخگو به بیش از ۵۰۰ بیمار مشکوک به مقاومت دارویی در سال)
- کمک به ارتقاء و نگهداری آزمایشگاه های آنتی بیوگرام سل موجود در کشور (پاسخگو به بیش از ۱۰۰۰۰ بیمار مسلول خاص و با احتساب اضافه کردن روش های تشخیصی

سریع مولکولار (LPA)
- کمک به ارتقاء و نگهداری آزمایشگاه های کشت سل (با احتساب تهیه و استقرار دستگاه جین اکسپرت در ۲۰ آزمایشگاه در شبکه آزمایشگاهی در راستای تعهد بین المللی حذف)

- نگهداری آزمایشگاه های میکروسکوپی
- ارائه خدمات بستری رایگان به بیماران مسلول مقاوم بستری شده در بیمارستان های مرجع تعیین شده (بدون احتساب داروهای ضد سل) اجرای برنامه های تشخیصی و بیماریابی فعال سل و عفونت سلی در گروه های هدف "افراد در تماس، HIV+، معتادان تزریقی، دیالیزی ها، زندانیان، پرسنل بهداشتی درمانی، (+/- پروفیلاکسی)
- اجرای DOTS بیماران مسلول برای افراد دارای اندیکاسیون به مدت ۱۸۰ روز
- اجرای DOTS بیماران مسلول مبتلا به سل مقاوم به دارو به مدت حداقل ۶۳۰ روز

۳- برنامه کنترل بیماری ایدز و بیماری های آمیزشی

۴- برنامه تأمین واکسن های روتاویروس و پنوموкок و افزودن آنها به برنامه ایمن سازی

۵- برنامه کنترل فعال آنفولانزای پرندگان

۶- اولویت برنامه های مدیریت بیماری های غیر واگیر

- اجرای برنامه ریزی شده طرح ایراپن (خطرسنجی بیماری های قلبی عروقی، بیماری های مزمن ریوی، دیابت، سرطان

پروستات، سرطان پستان، سرطان سرویکس)
- تکمیل نظام ثبت سرطان مبتنی بر جمعیت

اجزاء ایراپن

- ارزیابی خطر ۱۰ ساله ابتلا به سکتة قلبی و مغزی با استفاده از چارت خطرسنجی
- اندازه گیری قند خون و کلسترول خون با استفاده از دستگاه های پرتابل /آزمایشگاهی
- اندازه گیری ابعاد آنتروپومتریک
- نمونه گیری با ابزار سیتو برآشینگ و پاپ اسمیر
- تشخیص آسم با استفاده از پیک فلومتر
- «ایرپن» به طور روشن و واضح بر روی موارد زیر تمرکز می کند:
- ۴ بیماری غیر واگیر (بیماری های قلبی و سکتة مغزی، دیابت، سرطان و بیماری ریوی مزمن)
- ۴ عامل خطر رفتاری (مصرف دخانیات، رژیم غذایی ناسالم، نداشتن فعالیت بدنی و مصرف الکل)
- ۴ عامل خطر بیولوژیکی مشترک بیماری غیر واگیر (چاقی، اختلال کلسترول، اختلال قند خون و فشارخون)

برنامه ملی ثبت سرطان

- بازتعریف (Re Code) و ثبت اطلاعات سال های ۸۲ به بعد، در سامانه جدید.
- کنترل کیفیت داده ها با تعامل بین دبیرخانه ملی ثبت سرطان و دبیرخانه های دانشگاهی.
- آنالیز نهایی داده ها و ثبت.
- انتشار داده و دسترسی به آن از طریق وبسایت.

همچنین نرم افزار سیمای سرطان به عنوان یک نرم افزار پیشرفته برای ثبت و مدیریت اطلاعات سرطان، در سال ۲۰۱۸ به تأیید نهادهای بین المللی از جمله WHO و IARC خواهد رسید.

۷- اولویت برنامه های دفتر سلامت خانواده

۱- کاهش مرگ و میر مادران باردار:

- طراحی و برنامه ریزی مراقبت های ویژه در خونریزی های بارداری و زایمان
- طراحی نظام عوارض شدید بارداری و زایمان
- طراحی فرآیند پیگیری مادران باردار پرخطر در سطح ۱ و ۲ و بازطراحی سامانه بارداری های پرخطر
- بهبود دسترسی به مراقبت های زایمان
- ارتقاء برنامه کلاس های آمادگی برای زایمان به عنوان جزئی از برنامه ترویج زایمان طبیعی در طرح تحول سلامت
- طراحی نظام مراقبت زایمان ایمن
- اجرای آزمایشی کلینیک های قلب و بارداری در دانشگاه های منتخب آموزشی
- دستور عمل ترانسفوزیون در بارداری و زایمان

۸- اولویت برنامه های دفتر سلامت روان

برنامه کاهش آسیب های مصرف مواد:

- کاهش میزان شیوع اچ آی وی در میان کسانی که مواد تزریق می کنند (سالانه نیم درصد).
- افزایش درصد بیماران سی تزریقی تحت پوشش مراکز کاهش آسیب درمان با آگونست استانه پائین از ۳۰ به ۵۰ درصد
- افزایش درصد مراجعین به مراکز کاهش آسیب که خدمات (سرنگ، سوزن، ...) دریافت می کنند از ۴۵ به ۶۰ درصد.

- اجرای پایلوت غربالگری آنتی بادی در زمان بارداری یا پس از زایمان در دانشگاه های منتخب

۲- برنامه کشوری کاهش مرگ و میر نوزادان

ماده ۷۶ قانون برنامه ششم توسعه: دولت مکلف است با رعایت سیاست های کلی جمعیت، سلامت مادر و کودک و ارتقای شاخص های نسبت مرگ مادر و نوزادان را بر اساس جدول زیر تأمین نماید:

برنامه کشوری کاهش مرگ و میر نوزادان:

- اجرای برنامه احیا و مراقبت های ضروری نوزاد برای بقا
- برنامه مراقبت تکاملی نوزاد در بیمارستان
- پیگیری مراقبت از نوزاد پرخطر
- فن آوری داده ها در بخش مراقبت ویژه
- برنامه مراقبت تغذیه ای نوزادان
- مراقبت تنفسی نوزاد
- مراقبت روانی، معنوی

عنوان	۹۶	۹۷	۹۸	۹۹	۱۴۰۰
کاهش میزان مرگ نوزادان (کمتر از ۷ در هزار تولد زنده)	۹,۵	۸,۷	۸	۷,۴	۶,۹
افزایش درصد مراقبت تکاملی نوزادان در بخش مراقبت ویژه نوزادان	۴۳,۸	۵۰,۴	۵۷	۶۳,۶	۷۰
کاهش درصد صدمات زایمانی نوزاد	۱۰	۹	۸	۷	۶

برنامه تشخیص و مراقبت از اختلالات شایع روانپزشکی:

- درصد موارد مثبت در افرادی که غربالگری اولیه سلامت روان شده اند (شاخص مورد انتظار: ۱۷ درصد)
- درصد تشخیص اختلال روانپزشکی توسط پزشک در افرادی که در غربالگری اولیه سلامت روان مثبت شده اند. (شاخص مورد انتظار ۴۰ درصد)
- درصد افراد مبتلا به اختلال روانپزشکی ارجاع شده از پزشک که آموزش روانشناختی را دریافت کرده اند. (شاخص مورد انتظار ۷۰ درصد)
- درصد بیماران شناسایی شده مبتلا به اختلالات شایع روانپزشکی که در نظام

مراقبت های بهداشتی اولیه خدمات مراقبتی دریافت می کنند (شاخص مورد انتظار ۷۰ درصد افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی که تحت پوشش هستند).

۹- اولویت برنامه های دفتر آموزش

- ارتقاء و توسعه برنامه خود مراقبتی با محوریت استفاده از فناوری های اطلاعات
- تقویت و توسعه کیفی مراکز آموزش بهورزی
- توانمندسازی مراقبین سلامت
- توانمندسازی کارشناسان بهداشت روان و تغذیه

فشار خون و خودمراقبتی

خلیل شهریاری

-کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی

- ۵ درصد بیماران دیده می‌شود.
- شرایط گوناگون و مصرف داروهای مختلف می‌توانند به بروز فشارخون بالا منجر شود که عبارتند از:
- مشکلات کلیوی و غده فوق کلیه
- نقص مادرزادی قلب
- برخی داروهای خاص
- مواد مخدر مثل کوکائین و انواع آمفتامین‌ها



علائم فشار خون

در برخی موارد فشارخون با علائمی همچون سردرد در ناحیه پس سر، سرگیجه، تاری دید، تپش قلب، خستگی زودرس، تنگی نفس شبانه و یا هنگام فعالیت، درد قفسه سینه، ادرار کردن بیش از یکبار در طول شب همراه است.

عوامل مؤثر در ایجاد فشارخون بالا

- سابقه خانوادگی، سن و جنس
- چاقی، اضافه‌وزن و فعالیت بدنی کم
- مصرف زیاد نمک، استعمال دخانیات و مصرف الکل
- استرس‌های روحی و روانی
- دیابت و میزان چربی خون
- مصرف قرص‌های ضدبارداری خوراکی
- درمان فشارخون بالا

۱- تغییر در شیوه زندگی شامل: کاهش وزن: کاهش وزن و رسیدن به

فشارخون یکی از علائم حیاتی مهم است که تغییرات آن میتواند گویای بیماری‌های مهم در بدن باشد. فشارخون بالا یکی از عوامل خطر ساز بیماری‌های عروق قلب است و به دیگر اعضای حیاتی مهم بدن مثل مغز، قلب، کلیه و چشم آسیب می‌رساند. اگر فشارخون بالا در فرد تشخیص داده شود و به‌موقع درمان گردد، میتوان از بروز عوارض آن پیشگیری نمود. فشارخون بالا که اغلب بدون علامت است قاتل بی‌صدا نیز نامیده می‌شود.

تعریف فشارخون

برای اینکه خون در سرخرگ‌های بدن جاری شود و مواد غذایی را به اعضای مختلف آن برساند نیاز به نیرویی دارد که به آن فشارخون گفته میشود و تولیدکننده آن قلب است. قلب خون را به‌طور مداوم به داخل دو سرخرگ مهم بدن بنام آئورت و سرخرگ ششی پمپ می‌کند. از آنجاکه پمپ کردن خون توسط قلب به داخل شریان‌ها نبض‌دار است، فشارخون شریانی بین دو سطح حداکثر و حداقل تغییر می‌کند. سطح

حداکثر یا سیستولی در زمان انقباض قلب و سطح حداقل یا دیاستولی در زمان استراحت قلب به وجود می‌آید.

انواع فشارخون

فشارخون بالای اولیه: دلیل پزشکی مشخصی برای این بیماری پیدا نشده است و ۹۵ درصد بیماران را شامل می‌شود. فشارخون بالای ثانویه: به معنای آن است که فشارخون بالا ناشی از عارضه دیگری است و در



تأثیر ورزش‌های آبی در بهبود قند خون

به‌اندازه کار کردن در روی زمین

مهرنگار آرزوغ

-کارشناس بیماری‌های غیر واگیر

که قند خون بهبود یافته است، اما مهم است که مطالعات طولانی‌مدتی به چند دلیل انجام گردد.

اول اینکه تاثیرات ورزش‌های طولانی‌مدت هنوز یک چالش و این چالش‌ها می‌تواند در خصوص دسترسی داشتن به استخر از لحاظ (هزینه، مسافت، وقت داشتن) باشد که کار را سخت‌تر از فعالیت‌هایی مثل پیاده‌روی می‌کند.

دوم اینکه این مطالعات می‌تواند مخصوص افرادی باشد که محدودیت‌های بدنی برای ورزش دارند مثل درد مفصل دارند.

Boule گفت یک مطالعه طولانی‌مدت بهبودی در کارایی و کاهش درد مفصل، ممکن است به‌صورت افزایش توانایی فعالیت‌های فیزیکی خارج از استخر باشد؛ بنابراین ورزش‌های آبی باعث کمک بیشتر به بهبود کیفیت زندگی از قبیل سلامتی ذهنی و جسمی می‌شود.

2w*evrs Acta/SOURCE: bit.ly
10 Diabetologica, online July
(Reuters Health)2017

متوجه شدیم که بعضی از افراد نمی‌توانند در ورزش‌هایی مثل پیاده‌روی به دلیل مشکل درد مفصلی شرکت کنند. سپس ما برنامه‌ریزی کردیم تا تمرکز کنیم در مورد اشکال متداول ورزش که می‌توانند برخی از این موانع را حل کنند. **Boule** که یک پژوهشگر در دانشگاه آلبرتا در ادمنتون، کانادا است، گفت ورزش‌های آبی به نظر یک جایگزین منطقی است. این محققان دریافتند که پس از ۸ هفته ورزش در آب، **HbA1C** به همان مقدار افراد مبتلا که تمرینات زمینی انجام می‌دادند، کاهش یافته بود.

Boule گفت علاوه بر این، پس از ۸ تا ۱۲ هفته تمرینات مبتنی بر آب، افراد ممکن است بهبود فشارخون، کلسترول و تری‌گلیسیرید را داشته باشند. با وجود محدودیت‌هایی در آنالیز و ارزیابی، بیشتر مطالعات انجام‌شده کوتاه‌مدت بودند بنابراین تحقیقات بیشتری لازم است تا ورزش‌های آبی را با ورزش‌های زمینی مقایسه کند. اگرچه این مطالعه نشان داده

با توجه به بررسی تحقیقات موجود در افراد مبتلا به دیابت نوع دو، ورزش در آب به‌اندازه سایر ورزش‌ها در بهبود قند خون مؤثر است.

نویسندگان این مقاله در **Acta Diabetologica** می‌نویسند: افرادی که در رفتن به باشگاه یا ورزش خارج از منزل مشکل دارند باید از استخر برای رسیدن به اهداف ورزشی خود استفاده کنند.

ورزش کمک می‌کند به کاهش سطح قند خون که هدف اصلی مدیریت دیابت است، همچنین باعث تغییرات مثبت در ترکیب بدن، فشارخون و کلسترول می‌شود و به افزایش کیفیت کلی زندگی کمک می‌کند؛ اما تنها حدود ۳۰ درصد از افراد مبتلا به دیابت نوع ۲، به یک برنامه ورزشی سنتی شامل راه رفتن، دویدن یا ورزش‌های مقاومتی روی می‌آورند.

Boule و همکارانش چندین مطالعه ورزشی را در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام داده‌اند. آنها اظهار داشتند که ما

محدوده وزن طبیعی، احتمال ابتلا به فشارخون بالا را بهطور قابل توجهی کاهش می‌دهد.

افزایش فعالیت بدنی: برای کاهش فشارخون، پیاده‌روی سریع ۳۰ تا ۴۵ دقیقه در روز و ۳ تا ۵ بار در هفته توصیه می‌شود.

کاهش نمک دریافتی بدن: مصرف بیش از اندازه سدیم که در نمک وجود دارد از عوامل اصلی به وجود آورنده فشارخون بالا شناخته شده است. ارتباط بین نمک و فشارخون با افزایش سن بیشتر میشود. برای پیشگیری از بالا رفتن فشارخون مصرف نمک به میزان ۵ گرم در روز (حدود یک قاشق مرباخوری نمک در روز) توصیه می‌شود.

تغذیه در پیشگیری و کنترل فشارخون بالا

مصرف مقدار بیشتری از مواد غذایی دارای مواد معدنی مثل پتاسیم، منیزیم و کلسیم که در بهبود فشارخون مؤثر هستند.

غنی‌ترین منابع خوراکی پتاسیم در گوجه‌فرنگی، طالبی و زردآلو است. همچنین در بیشتر سبزیجات به خصوص سبزیجات تیره برگدار مانند اسفناج، جعفری، گشنیز و کدو و در میوه‌ها به خصوص موز و در مرکبات به‌ویژه پرتغال و در حبوبات مانند انواع لوبیا و در قارچ‌ها وجود دارد.

البته برخی سبزی‌ها مثل چغندر، هویج، کلم پیچ، اسفناج، کرفس، شلغم و انواع کلم‌ها، سدیم زیادی دارند و نباید مصرف شوند.

منیزیم بیشتر در جوانه‌ها به خصوص جوانه گندم، در خرما و در اکثر میوه‌ها و سبزی‌ها و همچنین بادام‌زمینی، عدس و انواع لوبیا وجود دارد.

کلسیم به مقدار زیادی در لبنیات به خصوص شیر، ماست، دوغ و کشک وجود دارد.

ماهی‌ها حاوی مقادیر زیادی اسیدهای چرب امگا ۳ و ۶ میباشند و مصرف دو بار در هفته توصیه می‌شود.

سیر به کاهش فشارخون کمک می‌کند. مواد موجود در سیر، فشارخون و کلسترول را پایین می‌آورد. حدود ۳ حبه سیر متوسط تازه در روز مصرف کنید.

برای پختن غذا به جای کره و روغن نباتی جامد بهتر است از روغن‌زیتون، روغن ذرت و روغن کلزا استفاده گردد.

از غلات، نان و ماکارونی تهیه‌شده از گندم کامل (سبوس‌دار) به دلیل داشتن فیبر و ویتامین در حد اعتدال استفاده شود.

نان لواش، نان باگت، نان ساندویچی و به‌طور کلی نان‌هایی که با آرد سفید تهیه‌شده‌اند و فاقد سبوس هستند، مصرف نشود. بهترین نان، از نظر میزان سبوس، نان سنگک و نان جو است.

مواد حاوی کافئین مانند قهوه، چای، نوشابه‌های گازدار و شکلات سبب افزایش فشارخون می‌شوند و در مصرف آنها نباید زیاده‌روی کرد.

پوست مرغ حاوی مقدار زیادی چربی است و باید قبل از طبخ، پوست مرغ کاملاً جدا شود.

کشیدن سیگار باعث شدید شدن بیماری فشارخون بالا می‌شود.

۲- درمان‌های دارویی

بسته به نوع و میزان فشارخون، شرایط و معاینات بیمار توسط پزشک، داروی خاصی تجویز می‌شود.

راهنمای اندازه‌گیری فشارخون

بازوبند را باید روی بازوی لخت فرد حدود ۲ تا ۳ سانتیمتر بالاتر از چین آرنج (گودی بین

ساعد و بازو) طوری بپیچید که فضای کافی برای اینکه بتوانید یک انگشت زیر بازوبند قرار دهید، داشته باشد.

شرایط وضعیت معاینه شوند

۳۰ دقیقه قبل از اندازه‌گیری فشارخون از مصرف کافئین (قهوه و چای) و الکل و مصرف محصولات دخانی خودداری کنید.

فعالیت بدنی شدید نداشته باشند، در غیر این صورت فشارخون نباید اندازه‌گیری شود.

نباید ناشتا باشند.

قبل از اندازه‌گیری فشارخون مثانه آنها خالی باشد.

به مدت ۵ دقیقه قبل از اندازه‌گیری فشارخون استراحت کنند و صحبت نکنند.

برای اندازه‌گیری فشارخون باید پاهای فرد دارای تکیه‌گاه باشد لذا باید کف پا را روی زمین یا یک سطح محکم بگذارد.

در یک وضعیت آرام و راحت بنشینند و پشت خود را تکیه دهد و دست‌ها و پاهایش را روی هم نگذارد.

از گفتگوهای مهیج و شوخی با فرد معاینه شونده، باید خودداری شود.

در حین اندازه‌گیری فرد باید آرام و بی‌حرکت بنشیند و ساکت باشد و گیرنده فشارخون نیز باید ساکت باشد.

در افراد پیر فشارخون باید در هر دو دست اندازه‌گیری شود. اگر فشارخون در هر دو بازو متفاوت بود، مقدار فشارخونی که بالاتر است در نظر گرفته شود.

در خانم‌های باردار فشارخون را در حالت نشسته اندازه‌گیری شود.

منابع:
- راهنمای خود مراقبتی ۲، وزارت بهداشت
- دستورالعمل اجرایی ایران ویژه پزشک، وزارت بهداشت
- راهنمای اندازه‌گیری فشارخون، وزارت بهداشت
- راهنمای فشارخون، شرکت برکت تل

آسم



- مربیان آموزشگاه بهورزی زابل
- بهروز معتمدی زاده
- شهین دخت جهانتیغ پور
- راضیه سالاری

تعریف و شکل بالینی بیماری: آسم،

یکی از بیماری‌های مجاری هوایی است که در آن افزایش پاسخ مجاری تراکئوبرونشیل به محرک‌های مختلف دیده می‌شود. علائم بالینی سه گانه آن تنگی نفس، سرفه و خس‌خس است. حملات آسم از چند دقیقه تا چند ساعت طول می‌کشند. آسم مداوم، انسدادی مداوم در مجاری هوایی است که برای روزها یا هفته‌ها ادامه پیدا می‌کند. آسم به سبب التهاب مداوم و تحت حاد راه‌های هوایی ایجاد می‌شود. ویژگی آسیب شناختی آسم، کاهش قطر مجاری هوایی به علت انقباض عضلات صاف، احتقان عروقی جدار برونش‌ها، ادم و ایجاد ترشحات غلیظ

و چسبناک می‌باشد.

حتی در مبتلایان بدون علامت نیز در راه‌های هوایی، ادم توام با ارتشاح آئوزینوفیل‌ها، نوتروفیل‌ها و لنفوسیت‌ها وجود دارد. ممکن است محتوای کلاژنی غشای پایه اپی‌تلیوم افزایش یابد و یا تغییری در آن ایجاد نشود. در آسم افزایش کلی در تراکم سلولی و دانسیته مویرگی وجود دارد و ممکن است اختلال اپی‌تلیوم و هیپرتروفی غده‌ای نیز دیده شود. این تغییرات ممکن است صرف نظر از انجام اقدامات درمانی نیز وجود داشته و بدون ارتباط با شدت بیماری باشند.

از نظر سبب شناسی، آسم یک بیماری هتروژن است و از لحاظ علت شناسی و

بالینی آسم به دو گروه آسم آلرژیک و آسم ایدیوسنکراتیک قابل تقسیم‌بندی است.

مشخصات آسم آلرژیک عبارتند

از: سابقه‌ی وجود بیماری‌های آلرژیک مانند رینیت، کهیر و اگزما در خود بیمار یا خانواده او، ایجاد واکنش‌های کهیری به دنبال تزریق داخل پوستی آنتی ژن‌های معلق در هوا، سطح سرمی بالای IgE آزمون‌های تحریکی مثبت مانند استنشاق آنتی ژن خاص در مبتلایان به آسم.

مشخصات آسم ایدیوسنکراتیک

عبارتند از: عدم سابقه بیماری‌های آلرژیک در خود یا خانواده سطح طبیعی



مهرنگار آرزو

- کارشناس بیماری‌های غیر واگیر

✓ ژنتیک اجتماعی برنامه عرضه خدمات ژنتیک سلامت به صورت نظام مند و در قالب ارجاعات سازمان یافته در سه سطح ارائه خدمت برای عموم جامعه و گروه‌های در معرض خطر با رعایت عدالت است.

خدمات ژنتیک سلامت مجموعه خدماتی است که از طریق بکارگیری دانش و فنآوری ژنتیک در کنترل و پیشگیری بیماریها کاربست می‌یابند. بیماری‌های ارثی فAMILIALLY شایع و مهم کودکان و بزرگسالان حیطه های اصلی فعالیت برنامه ژنتیک اجتماعی هستند.

رویکرد ژنتیک اجتماعی در پیشگیری و کنترل بیماری‌های ژنتیک: سازمان جهانی بهداشت ژنتیک اجتماعی را به عنوان هنر و علم پاسخگویی به مطالبات ژنتیک عموم از طریق کاربرد عملیاتی دانش و تکنولوژی ژنتیک برای ارائه خدمات مورد نیاز در سطح جامعه معرفی نموده است. از اهداف اصلی این برنامه ها دسترسی عادلانه به مشاوره ژنتیک، تست های ژنتیکی مقرون به صرفه، غربالگری، تشخیص ژنتیک و سایر مداخله های ضروری است.

نحوه انجام غربالگری ژنتیکی زمان ازدواج

- غربالگری ژنتیکی زمان ازدواج در مرکز ارائه خدمات زمان ازدواج انجام می‌گردد. در زمان پذیرش در مرکز، برگه آموزشی غربالگری ژنتیکی زمان ازدواج به زوجین تحویل می‌شود. سپس قبل یا بعد از کلاس آموزشی، پرسشنامه غربالگری ژنتیکی توسط مراقب سلامت مرکز (دارای تجربه مشاوره تالاسمی) تکمیل می‌شود.

- تأیید پرسشنامه غربالگری به عهده

- بیماریهای متابولیک ارثی: PKU و ۲۴ بیماری قابل کنترل و پیشگیری
- بیماریهای خون ریزی دهنده ارثی: هموفیلی A و B
- ناهنجاریهای مادرزادی: نقص لوله عصبی
- بیماریهای کروموزومی: سندرم داون و سایر تریزومی ها
- دیستروفی عصبی - عضلانی: دوشن و بکر
- نقص ایمنی ارثی
- ناشنوایی و کاهش شنوایی ارثی
- نابینایی و کاهش بینایی ارثی (RP)
- سرطان های ارثی فAMILIALLY: کولون و برست
- بیماریهای قلبی- عروقی ارثی فAMILIALLY (FPCAD)

هدف: پیشگیری از بروز و کاهش معلولیت های ناشی از بیماریهای ژنتیک شایع و مهم کودکان و بزرگسالان در ایران

استراتژیها:

استراتژی اول: خدمات ژنتیک ادغام یافته هنگام ازدواج شامل غربالگری تالاسمی - سیکل سل و غربالگری ژنتیکی

استراتژی دوم: خدمات ژنتیک ادغام یافته در بسته‌های موجود خدمات سلامت پیشگیری و کنترل بیماری‌های ژنتیک در اولویت کشور با رویکرد ژنتیک اجتماعی

- هموگلوبینوپاتی های شایع: تالاسمی و سیکل سل

وارد واکنش شوند. استفاده از دستکش‌های حاوی این لاتکس عامل اصلی تماس شغلی در این گروه می‌باشد. پرسنل بهداشت و درمان که از این دستکشها استفاده می‌کنند، از جمله افرادی هستند که در معرض خطر بیش‌تری قرار دارند.

۳- آرد گندم: شیوع آسم معروف به آسم نانوایان در بین کارگرانی که در تماس با آرد گندم هستند حدود ۹ در صد گزارش شده است.

۴- آلرژی‌های حیوانی

۵- آلرژی‌های مواد غذایی دریایی

۶- نظافت و گردوخاک خانگی

۷- شوینده‌ها

۸- سایر موارد: مانند مواد شیمیایی اسید آمیدراز (صنایع رزین) و سایر موارد محرک مانند دود در محیط کار

اپیدمیولوژی آسم در ایران:

بیماری‌های ریوی جزء ۱۰ علت اصلی مرگ و همین‌طور ۱۰ علت اصلی بار بیماری‌ها در ایران به شمار می‌روند. آسم بیماری است که هرچند با بهبود کیفیت و دسترسی به خدمات سلامت، مرگومیر آن رو به کاهش بوده است، اما پیامدهای با عملکرد، کیفیت زندگی و اقتصادی آن، ضرورت شناخت هرچه بیش‌تر و مدیریت این بیماری در کشور را امری ضروری می‌نماید.

منابع: ۱- پروین باوری و همکاران، مرجع اپیدمیولوژی بیماریهای شایع ایران (جلد نخست، بیماریهای واگیر)، انتشارات گپ، چاپ سوم ۱۳۹۶-۲ عزیز، فریدون و همکاران، اپیدمیولوژی و کنترل بیماریهای شایع در ایران، انتشارات خسروی، چاپ سوم ۱۳۸۳

گردید و منجر به بهبود جهانی مراقبت از این بیماری شد.

آسم شغلی:

آسم شغلی عبارت است از بیماری ریوی که مشخص می‌شود با بیش‌پاسخ دهی راه‌های هوایی، محدودیت متغیر جریان هوایی و التهابی که منتسب به محیط شغلی بوده و به سبب مواجهه در خارج از محیط شغلی ایجاد نشده باشد.

آسم شغلی به دو نوع عمده تقسیم‌بندی می‌گردد:

الف: آسم شغلی که توسط حساس سازنده‌های شیمیایی یا آلرژی‌های طبیعی پروتئینی پس از یک دوره تأخیری رخ می‌دهد.

ب: آسم شغلی ناشی از محرک‌های بدون دوره تأخیری و بدون سابقه قبلی آسم که پس از یک یا چند دوره مواجهه با سطوح بالای این محرک‌ها در محیط شغلی رخ می‌دهد.

مهم‌ترین محرک‌های ایجادکننده آسم شغلی می‌توان به موارد زیر اشاره نمود:

۱- دیسوسیاناتها: محرک شیمیایی بسیار قوی و با وزن مولکولی پایین هستند. از صنایعی که احتمال تماس با این مواد بالاست می‌توان به صنایع رنگ‌آمیزی پاشیدنی اشاره نمود.

۲- لاتکس لاستیک طبیعی: ترکیب پیچیده‌ای از حداقل ۱۳ پروتئین آلرژن که می‌تواند با آنتی‌بادی‌های E و I انسانی

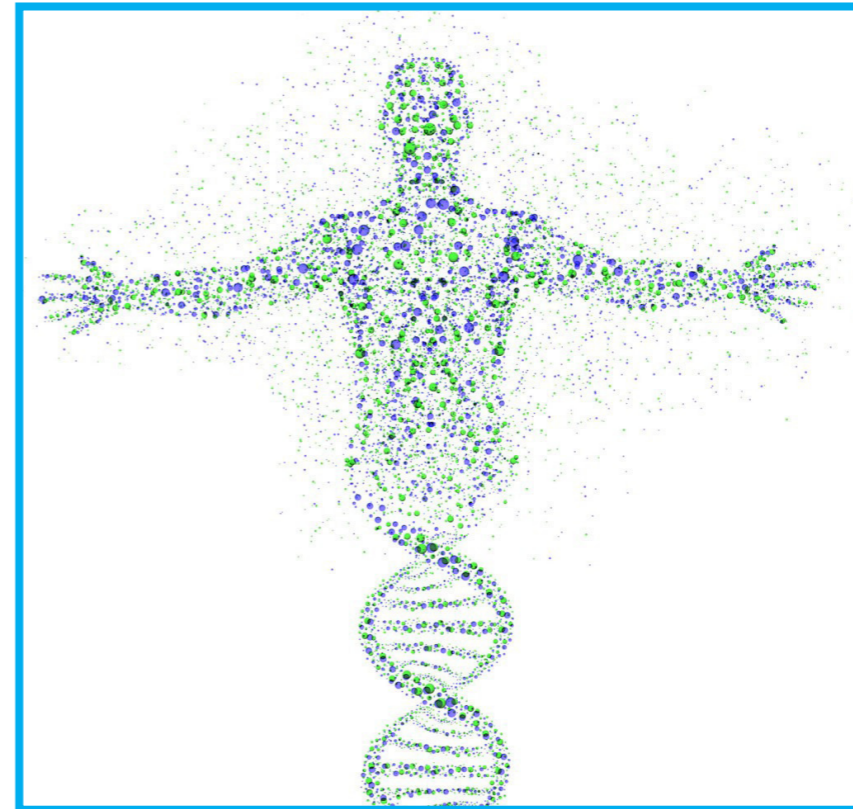
IgE سرم و آزمون‌های پوستی منفی.

علائم بالینی آسم عبارتند از:

تنگی نفس، سرفه و خس‌خس سینه که آنها را اغلب شرط لازم در تشخیص آسم می‌دانند. افراد مبتلا در شروع حمله احساس تنگی و فشردگی در قفسه سینه نموده و دچار سرفه بدون خلط می‌شوند. در این اشخاص خشونت تنفسی قابل‌سمع ایجاد می‌گردد. خس‌خس در هردو جز دم و بازدم تنفس شنیده می‌شود و مدت بازدم طولانی می‌گردد. ریه‌ها طی مدت کمی دچار پرهوایی شده و قطر قدامی-خلفی سینه افزایش می‌یابد. اگر حمله آسم شدید باشد یا مدت‌زمان طولانی ادامه یابد، صداهای غیرطبیعی تنفسی کاهش یافته و خس‌خس با فرکانس بالایی ایجاد می‌شود. خاتمه حمله آسم با سرفه‌ای همراه با دفع خلط غلیظ، سفت و چسبنده مشخص می‌گردد.

اپیدمیولوژی بیماری در جهان:

شیوع ابتلا، مرگومیر و بار اقتصادی بیماری آسم از سال ۱۹۶۰ سیر بالارونده‌ای به خود گرفت. این سیر صعودی در کودکان محسوس‌تر بود. گرچه آسم در کشورهای پیشرفته، مهم‌تر و شایع جلوه نموده، اما با گسترش زندگی شهرنشینی بر اهمیت و شیوع آن در کشورهای در حال توسعه نیز روز بروز افزوده می‌گردد. پس از شکل‌گیری پروژه بین‌المللی ابتکار جهانی برای آسم معروف به GINA (Global Initiative for Asthma) در سال ۱۹۸۹ بود که جدی‌ترین نقشه راه مراقبت از آسم تبیین



پزشک مرکز می‌باشد. با توجه به این که غربالگری ژنتیکی زمان ازدواج در بستر موجود غربالگری تالاسمی اجرا می‌شود، پزشک مرکز ارائه خدمات زمان ازدواج (که طبق روال سابق بررسی آزمایشات غربالگری و مشاوره ژنتیک تالاسمی را انجام می‌دهد) پرسشنامه غربالگری ژنتیکی زوجین را بررسی می‌نماید.

- در خصوص زوجینی که پرسشنامه غربالگری مثبت نشده است، گواهی "انجام خدمات زمان ازدواج" توسط پزشک مرکز صادر شده و بعد از درج امضا و اثر انگشت در دفتر شماره‌گذاری گواهی ازدواج توسط زوجین، به ایشان تحویل می‌گردد.

- در خصوص زوجین دارای پرسشنامه مثبت، با توجه به اینکه کمک به تصمیم‌گیری در خصوص زمان مشاوره ژنتیک (پیش از ثبت ازدواج یا پیش از بارداری) برای تکمیل فرایند غربالگری این زوجین ضروری می‌باشد، پزشک مرکز ارائه خدمات زمان ازدواج (اعم از مشاور ژنتیک تالاسمی یا مشاور ژنتیک آموزش دیده) این جلسه را به انجام می‌رساند و سپس گواهی "انجام خدمات زمان ازدواج" این زوجین را صادر می‌نماید.

- بدیهی است غربالگری و مشاوره ژنتیک تالاسمی، طبق دستورالعمل این برنامه و هماهنگ با غربالگری ژنتیکی زمان ازدواج طبق دستورالعمل برنامه ژنتیک اجتماعی انجام می‌شود.

چند اصل مهم در ژنتیک اجتماعی

- شناسایی موارد در معرض خطر در بیماری‌های هدف در دو بستر تالاسمی و

بسته‌های خدمات گروه‌های سنی ادغام شده و در سطح یک انجام می‌شود.

- موارد در معرض خطر به مشاور ژنتیک که در قالب برنامه ژنتیک اجتماعی کار می‌کنند ارجاع می‌شوند.

- با مشاوره پیش از تشخیص و درخواست تست تشخیص ژنتیک (در صورت لزوم) قطعیت خطر بررسی می‌شود.

- در صورت قطعیت خطر با انجام مشاوره ژنتیک بعد از تشخیص افراد در معرض خطر بالا در خانواده و فامیل مشاوره گیرنده مشخص می‌شوند.

- افراد در معرض خطر بالا در خانواده و فامیل فراخوان و قطعیت خطر در ایشان بررسی و در صورت قطعی شدن، مراقبت ژنتیک قطعی می‌شوند.

- بیماران شناسایی شده مراقبت ژنتیک خواهند شد.

برنامه ژنتیک اجتماعی در مرکز مشاوره خدمات هنگام ازدواج زابل اجرا و مشاوره توسط پزشک دوره دیده انجام می‌شود.

منبع: دستورالعمل کشوری برنامه جامع ادغام خدمات کنترل و پیشگیری بیماریهای ارثی، ژنتیکی در نظام سلامت ایران بازنگری چهارم ۱۳۹۶

تالاسمی

مربیان آموزشگاه بهورزی زابل
بهروز معتمدی زاده
شهین دخت جهانتیغ پور
راضیه سالاری

واگیر است و مشخصات اپیدمیولوژیک بیماری‌های ژنتیک را دارد. از این رو، سیر تحولات اپیدمیولوژی بیماری در طول چند نسل به وقوع می‌پیوندد که این موضوع در تمامی بررسی‌های اپیدمیولوژی باید در نظر گرفته شود.

اپیدمیولوژی بیماری در جهان

گزارش‌های نسبتاً متفاوتی از میزان‌های شیوع تالاسمی در مطالعه‌های مختلف ارائه شده است. اغلب برای توضیح این تفاوت‌ها، حجم نمونه‌های مطالعه شده و همین‌طور تفاوت در استعداد نژادهای خاص به برخی بیماری‌ها و از جمله تالاسمی، مورد بحث قرار گرفته است. البته نقش تفاوت‌های فرهنگی و مذهبی موجود در جمعیت‌های مختلف، مانند گرایش به ازدواج‌های فامیلی در برخی گروه‌های قومی و مذهبی را نیز نباید در توضیح تفاوت‌های موجود در میزان‌های شیوع از نظر دور داشت.

آنها همگلوبین به مقدار کافی پروتئین آلفا تولید نمی‌کند به تالاسمی آلفا مبتلا می‌گردند. تالاسمی بتا نیز در افرادی که همگلوبین، پروتئین بتای کافی تولید نمی‌کند ایجاد می‌شود. به جز تالاسمی آلفا و بتا، اختلالات وابسته دیگری نیز وجود دارند که به سبب وجود ژن‌های غیرطبیعی در کنار ژن‌های آلفا و بتا یا جهش ژنی ممکن است رخ دهد. تالاسمی ماژور دارای عوارض حادی بوده و معمولاً مبتلایان تا دهه چهارم زندگی در معرض خطر مرگ زیادی هستند در حالی که مبتلایان به نوع مینور می‌توانند دارای یک زندگی سالم مانند افراد غیر بیمار باشند. در افراد مبتلا به تالاسمی مینور، تحت تأثیر سبب‌های مختلفی مانند بیماری‌های عفونی و استرس‌های روانی، علائمی از جمله دردهای عضلانی و ضعف عمومی ظاهر می‌شود که لازم است به دقت مورد توجه و تحت کنترل قرار گیرد.

تالاسمی، یک بیماری مزمن و غیر

تعریف بیماری و شکل بالینی آن

تالاسمی یک اختلال خونی وراثتی است که با عنوان کم‌خونی مدیترانه‌ای نیز شناخته می‌شود. در این بیماری تولید همگلوبین با سرعت زیادی کاهش می‌یابد، در حالی که در افراد سالم در فواصل چندماهه این کاهش و جایگزینی به صورت طبیعی اتفاق می‌افتد. همگلوبین مولکولی در گلبول‌های قرمز کار حمل کردن اکسیژن به بافت‌های بدن بر عهده دارد. علائم این بیماری زمانی ظاهر می‌شود که اکسیژن کافی به بافت‌های مختلف بدن به دلیل مقدار اندک همگلوبین و کم‌خونی نرسد. به سبب ماهیت وراثتی بیماری تالاسمی، با ازدواج زن و مرد که هر دو مبتلا به تالاسمی نهفته (مینور) هستند: در هر بارداری در این ازدواج یک‌چهارم فرزندان این زوج احتمالاً به بیماری شدید تالاسمی (ماژور) مبتلا خواهند شد.

تالاسمی در تقسیم‌بندی اولیه به دو شکل آلفا و بتا وجود دارد. افرادی که در

بر مبنای اصل انتخاب طبیعی در تکامل داروینی نشان داده‌شده است که بین شیوع تالاسمی و مالاریا ارتباط وجود که این موضوع در جمعیت‌های متعددی تاکنون مورد مطالعه قرار گرفته است. به‌طور کلی میزان بروز سالانه افراد علامت‌دار بیماری یک در صد هزار در سراسر جهان تخمین زده می‌شود. در حدود ۱۵۰ میلیون نفر در سراسر دنیا حامل ژن تالاسمی بتا هستند. تاکنون تالاسمی از بیش از ۶۰ کشور دنیا گزارش شده است. این بیماری در مناطق مدیترانه‌ای، بخش‌هایی از شمال و غرب آفریقا، خاورمیانه، شبه‌جزیره هند، خاور دور و آسیای جنوب شرقی شایع‌تر است. نواحی یادشده، منطقه‌ای است که در اصطلاح به "کمربند تالاسمی" معروف است. مطالعه‌ها نشان داده‌اند که پراکندگی تالاسمی در اطراف راه ابریشم می‌تواند بیانگر آن باشد که سفر، مهاجرت، التقاط و رفت‌وآمدهای بازرگانی در این مسیر حیاتی به‌احتمال‌زیاد نقش عمده‌ای در گسترش ژن این بیماری در طول زمان در این حوزه بر عهده داشته‌اند. شیوع بیماری در تعدادی از کشورهای آمریکای جنوبی مانند آرژانتین، حاکی از مشابهت تالاسمی بتا با مناطق مدیترانه‌ای است که البته بیش‌تر به‌وسیله مهاجران ایتالیایی وارد این مناطق شده‌اند.

در کشورهای غربی، شیوع بیماری بسیار کم است. به‌عنوان‌مثال، در ایالات‌متحده آمریکا، تنها حدود هزار نفر بیمار مبتلا به تالاسمی ماژور وجود دارد. علاوه بر این، بیش‌تر بیمارانی هم که در کشورهای غربی ساکن می‌باشند، از

مهاجرانی هستند که از نواحی واقع در کمربند تالاسمی به این کشورها رفته‌اند. بیش‌ترین موارد تالاسمی آلفا در آسیای جنوب شرقی و نواحی غربی آفریقا با شیوع بین ۱۰-۵ درصد دیده می‌شود. در شرق عربستان سعودی نیز به‌طور تقریبی نیمی از مردم مبتلا به شکل بدون علامت از تالاسمی آلفا هستند.

اپیدمیولوژی بیماری در ایران

ایران مانند بسیاری از کشورها در منطقه، دارای تعداد نسبتاً زیادی بیمار مبتلا به تالاسمی می‌باشد. بیماری بتاتالاسمی ماژور در ایران، هموگلوبینوپاتی شایع کشور است. برخی برآوردها نشان می‌دهند که در کشور حدود ۲۰۰۰۰ نفر مبتلا و حدود ۳-۲ میلیون نفر (۴ درصد جمعیت) نیز حامل بیماری وجود دارد. البته در ایران، تالاسمی آلفا تقریباً نادر است. پراکندگی بیماری در نقاط مختلف کشور یکسان نیست و در حاشیه‌ی دریای مازندران در شمال و خلیج‌فارس و دریای عمان در مناطق جنوبی شایع‌تر از سایر مناطق است. برآوردها نشان می‌دهد که استان‌های خوزستان، بوشهر، هرمزگان، سیستان و بلوچستان، کرمان، گیلان، مازندران و حتی در استان‌های نواحی مرکزی مانند اصفهان و فارس تا ۱۰ درصد از مردم حامل ژن بیماری هستند. شیوع ژن تالاسمی در بین اقوامی که ازدواج درون‌گروهی و ازدواج‌های خانوادگی در آنها متداول است، مانند جمعیت یهودی‌های کشور بیش‌تر می‌باشد. تالاسمی در ایران از گوناگونی بسیار زیادی برخوردار است و تاکنون

بیش‌تر از ۱۰ نوع موتاسیون مختلف از این بیماری گزارش شده است.

اقدامات کنترل و پیش‌گیری در ایران

برنامه‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و همین‌طور اصول اساسی کنترل و پیش‌گیری از اختلالات ژنتیکی در بخش‌های مرتبط با اپیدمیولوژی، کنترل و پیش‌گیری از ناهنجاری‌های مادرزادی و اختلالات ژنتیکی بحث شده است. در ادامه به برنامه‌های کنترل و پیش‌گیری تالاسمی اشاره می‌شود.

در حال حاضر، علاوه بر اقدامات درمان علامتی بیماران (تزریق مکرر خون و سایر روش‌های بالینی به همراه پاره‌ای از ملاحظات تغذیه‌ای مرتبط با جذب آهن) و درمان مبتلایان با استفاده از پیوند مغز استخوان که کاری بسیار پرهزینه و در مواردی اساساً غیرممکن است، مؤثرترین راه پیش‌گیری از این بیماری، غربالگری در سطح جمعیتی و سپس بررسی مولکولی افرادی می‌باشد که در غربالگری اولیه، به‌عنوان افراد پرخطر شناسایی شده‌اند.

در این صورت، ازدواج نکردن دو فرد سالم حامل با یکدیگر، اصلی‌ترین توصیه پیش‌گیری خواهد بود، اما چنان چه به هر دلیلی دو فرد سالم حامل باهم ازدواج کنند، توصیه می‌شود که از بچه‌دار شدن خودداری و از روش‌های جایگزین، مانند انتخاب فرزندخوانده استفاده نمایند. ولی به‌رحال، در صورت بارداری استفاده از خدمات تشخیص پیش از تولد (بررسی وضعیت ژنتیک زوج‌ها و جنین) ضرورت خواهد داشت.

درصورتی‌که دو فرد حامل ژن باهم ازدواج

کنند، از هر ۴ فرزند آنها، یک نفر ممکن است مبتلا به تالاسمی ماژور شود. با نمونه‌گیری از این افراد، تشخیص بیماری در جنین مبتلا در مراحل اولیه بارداری ممکن بوده و می‌توان اقدام به سقط نمود؛ که بر این اساس و با غربالگری تمام بارداری‌های پرخطر، هیچ کودک مبتلا به تالاسمی ماژور متولد نخواهد شد. برای تالاسمی در ایران برنامه کشوری غربالگری توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به‌طور موفقیت‌آمیزی انجام‌گرفته و در حال حاضر گفته می‌شود که این بیماری در ایران کنترل‌شده است. در اینجا خلاصه‌ای از اقدامات انجام‌شده توسط وزارت بهداشت برای پیش‌گیری و کنترل تالاسمی ارائه می‌گردد که برای تهیه آن از گزارش‌های متعددی که توسط اداره ژنتیک وزارت بهداشت در کشور منتشر شد، استفاده گردیده است.

زمانی که برنامه کشوری پیش‌گیری از بتاتالسمی ماژور توسط وزارت بهداشت در کشور آغاز شد، تعداد بیماران تالاسمی در ایران، حتی بیشتر از تمامی بیماران اروپا برآورد می‌شد.

برنامه‌های کنترل این بیماری از اواخر دهه‌ی ۶۰ در استان‌های شمالی و جنوبی کشور آغاز شد. در نیمه‌ی اول سال ۱۳۶۵ در پی نامه‌ی نمایندگان استان مازندران در مجلس شورای اسلامی به معاونت بهداشتی وقت در وزارت متبوع، کمیته‌ای با عنوان (کمیته پیش‌گیری و کنترل تالاسمی) در حوزه معاونت بهداشت تشکیل شد. در همان سال، طرحی برای پیش‌گیری و کنترل این بیماری توسط اعضای کمیته مزبور تهیه و استان مازندران به‌عنوان

اولین پایلوت برای اجرای برنامه انتخاب گردید. محور این طرح، غربالگری خانواده بیماران تالاسمی و انجام ویژه با افراد مینور شناسایی شده و رسم شجره‌نامه و تشکیل پرونده برای بیماران بود. این طرح تا سال ۱۳۶۸ در منطقه اجرا و از آن‌پس انجام غربالگری در داوطلبان ازدواج نیز به‌صورت آزمایشی به این برنامه اضافه شد. سپس در سال ۱۳۷۰ در استان‌های فارس، مازندران، گیلان و خوزستان به‌عنوان پایلوت^۳‌های بعدی انجام غربالگری داوطلبان ازدواج به اجرا درآمد.

نتایج حاصل از اجرای طرح، بیانگر این واقعیت بود که طرح قابلیت اجرایی مطلوبی داشته و باصرفه اقتصادی قابل‌توجهی توأم بوده است، لذا در سال ۱۳۷۵ این طرح مورد بازبینی قرار گرفت و پس از اضافه شدن استراتژی‌های جدید از ابتدای سال ۱۳۷۶ به‌صورت کشوری در ۳۹ دانشگاه علوم پزشکی کشور به اجرا درآمد. این اولین برنامه ژنتیکی بود که در سیستم سلامت ایران در مناطق شهری و روستایی ادغام گردید.

اهداف اصلی برنامه پیش‌گیری از تالاسمی در کشور:

- کاهش میزان بروز تالاسمی
- کاهش میزان معلولیت‌های ناشی از تالاسمی
- کاهش میزان مرگ‌ومیر ناشی از تالاسمی
- کاهش هزینه‌های دارویی، درمانی، امکانات و تجهیزاتی که نیاز به ارز دارند
- کاهش عوارض روحی، روانی و اقتصادی ناشی از بیماری در خانواده‌ها و جامعه
- افزایش آگاهی‌های کارکنان بهداشتی و

درمانی درباره تالاسمی

- افزایش آگاهی‌های مردم در زمینه روش‌های مربوط به پیش‌گیری و کنترل اولیه بیماری.

برای نیل به این اهداف نیز فعالیت‌های عملیاتی زیر صورت می‌گیرد:

- غربالگری زوج‌ها به هنگام ثبت ازدواج که با کمک مقامات مربوط اجباری شناخته شد.

- توانمندسازی علمی و عملی رده‌های مختلف بهداشتی و درمانی برای اجرای فعالیت‌های پیش‌بینی‌شده

- آگاه‌سازی توده مردم برای پذیرش اهداف برنامه از طریق اجرای فعالیت‌های آموزشی کوتاه‌مدت در شروع برنامه با کمک رسانه‌های گروهی

- آگاه‌سازی درزمینه تثبیت برنامه و جا افتادن آن از طریق تدوین فعالیت‌های آموزشی درازمدت و اجرای آن با همکاری وزارت آموزش‌وپرورش برای دانش آموزان و با مساعدت فرماندهی نیروهای مسلح برای سربازان

- آموزش خدمات مشاوره^۳‌ای برای زوج‌ها پس از سال‌ها فعالیت مستمر، اکنون می‌توان ادعا کرد که این برنامه الگویی برای کشور درزمینه خدمت یکپارچه و نظام‌مند از سطوح محیطی تا سطح فوق تخصصی و الگویی موفق برای عرضه خدمات ژنتیک اجتماعی حتی در سطح کشورهای مختلف جهان است.

منابع: ۱- پروین یآوری و همکاران، مرجع اپیدمیولوژی بیماریهای شایع ایران (جلد نخست- بیماریهای واگیر)، انتشارات گپ، چاپ سوم ۱۳۹۶، ۲- عزیزی، فریدون و همکاران، اپیدمیولوژی و کنترل بیماریهای شایع در ایران، انتشارات خسروی، چاپ سوم ۱۳۸۳

خدمات مشاوره تغذیه و کنترل وزن در کودکان و نوجوانان



نعیمه گنجعلی
-کارشناس معاونت بهداشتی

بررسی کلینیکی و پاراکلینیکی کودکان و نوجوانان مبتلا به اضافه وزن و چاقی

۱. ارزیابی های تن سنجی

شامل اندازه گیری وزن، قد و محیط کمر و محاسبه نمایه توده بدن (Body mass index=BMI)

ارزیابی چاقی کودکان و نوجوانان با استفاده از استاندارد سازمان جهانی بهداشت (WHO) و CDC، با چارت نمایه توده بدن و بر اساس سن و جنس انجام می شود.

۲. ارزیابی پاراکلینیکی قبل از درمان :

ارزیابی و تأیید پاراکلینیکی شامل اندازه گیری سطوح:

T₃, T₄, TSH, قند خون ناشتا، آنزیم های کبدی (AST, ALT)، پروفایل لیپیدهای خون شامل: تری گلیسرید، کلسترول HDL LDL

تبصره ۱: در موارد مقاوم به درمان ارزیابی های بیشتری ضرورت دارد.

تبصره ۲: در موارد اختلالات داخلی، بیمار به متخصص مربوطه ارجاع شود.

۳. ارزیابی های پیش نیاز :

- ارزیابی وضعیت اقتصادی-اجتماعی خانواده شامل: سن، وضعیت مسکن، شغل پدر، شاغل بودن مادر، نگهداری یا سرپرستی کودک یا نوجوان توسط مادر بزرگ یا پدر بزرگ یا سایر اشخاص و ...
- اطلاعات مربوط به مدرسه کودک یا نوجوان شامل شیفت مدرسه و مواد غذایی ارائه شده در بوفه مدرسه ارزیابی شود.
- ارزیابی محیط مدرسه در ایجاد رفتارهای غلط غذایی که موجب چاقی می شود اهمیت دارد.
- توجه به وزن و قد والدین و میزان آگاهی

آنان از تأثیر محیط در ایجاد چاقی اکتسابی در کودک یا نوجوان آنان

- ارزیابی زمان های صرف غذا، مصرف صبحانه، دفعات صرف غذا در رستوران، رفت و آمدهای خانوادگی خصوصاً ارتباط با پدر و مادر بزرگ و نقش آنها در بروز چاقی کودک یا نوجوان در ارزیابی ها مورد نظر قرار گیرد.

- ارزیابی عوامل خطر ساز چاقی غیر قابل مداخله شامل وزن هنگام تولد، مدت تغذیه با شیر مادر و چاقی والدین صورت گیرد.

- ارزیابی وضعیت بیماری های توأم با چاقی بر اساس تاریخچه بیماری های کودک یا نوجوان، شواهد پاراکلینیکی شامل عوامل خطر ساز بیماری هایی همچون دیابت، دیس لیپیدمی و نتیجه بررسی های روان شناسی، روحی، روانی و انگیزشی موجود بر حسب نیاز و سابقه بیماری های فامیلی
- ارزیابی خواب و کم خوابی شبانه کودک و نوجوان صورت گیرد.

- ارزیابی تغذیه ای: سابقه اضافه وزن یا کاهش وزن قبلی، سن بروز چاقی و علایق غذایی فرد در ماه های اخیر ثبت می شود.
- داروهای مصرفی، ساعات صرف غذا، دفعات صرف غذا و میان وعده، دریافت انرژی اضافه و عادات غذایی ثبت شود. دامنه آزادی دریافت تنقلات با کودک، نوجوان و خانواده در میان گذاشته شود.

- ارزیابی فعالیت بدنی کودک یا نوجوان جهت بررسی موانع افزایش فعالیت یا مبنای محاسبه انرژی صورت گیرد.

- ارزیابی کمبودهای پنهان تغذیه ای: کمبود مواد مغذی ناشی از فقدان یا از دست

دادن آن در ماه های اخیر باید مورد بررسی قرار گیرد. ارزیابی کفایت دریافت کلسیم، آهن، ویتامین د، روی و ویتامین های محلول در آب نیز از اهمیت ویژه ای برخوردار است. نشانه های بالینی ناشی از کمبود این ریزمغذی ها در نوجوانانی که اخیراً در تلاش برای کاهش وزن، غذای خود را کاهش داده اند و پس از مقداری کاهش وزن مراجعه نموده اند جستجو گردد. مصرف فعلی گروه های غذایی در این نوجوانان به دقت ارزیابی گردد.

- ارزیابی انرژی مورد نیاز

۴. برنامه ریزی و ارائه رژیم غذایی:

با توجه به اطلاعات جمع شده که ذکر شد، کودک یا نوجوان از نظر میزان تغییرات وزن، وجود بیماری های خاص مانند دیابت، هایپرکلسترولمی و ...، سن، میزان فعالیت بدنی و نوع داروهای مصرفی مورد ارزیابی قرار گرفته و میزان تغییرات وزن وی تفسیر و بر اساس آن برنامه غذایی مناسب تنظیم گردد.

برنامه غذایی تغییرات وزن با توجه به ملاحظات متابولیک و سن کودک یا نوجوان و سابقه وضعیت نمایه توده بدنی وی در قالب های زیر اجرا می شود:

الف - محاسبه انرژی مورد نیاز و انرژی صرف شده با توجه به عادات غذایی کودک یا نوجوان

ب - توجه به کمبودهای تغذیه ای احتمالی کودک یا نوجوان.

- تعیین زمان دقیق مراجعه بعدی کودک یا

نوجوان جهت کنترل وزن

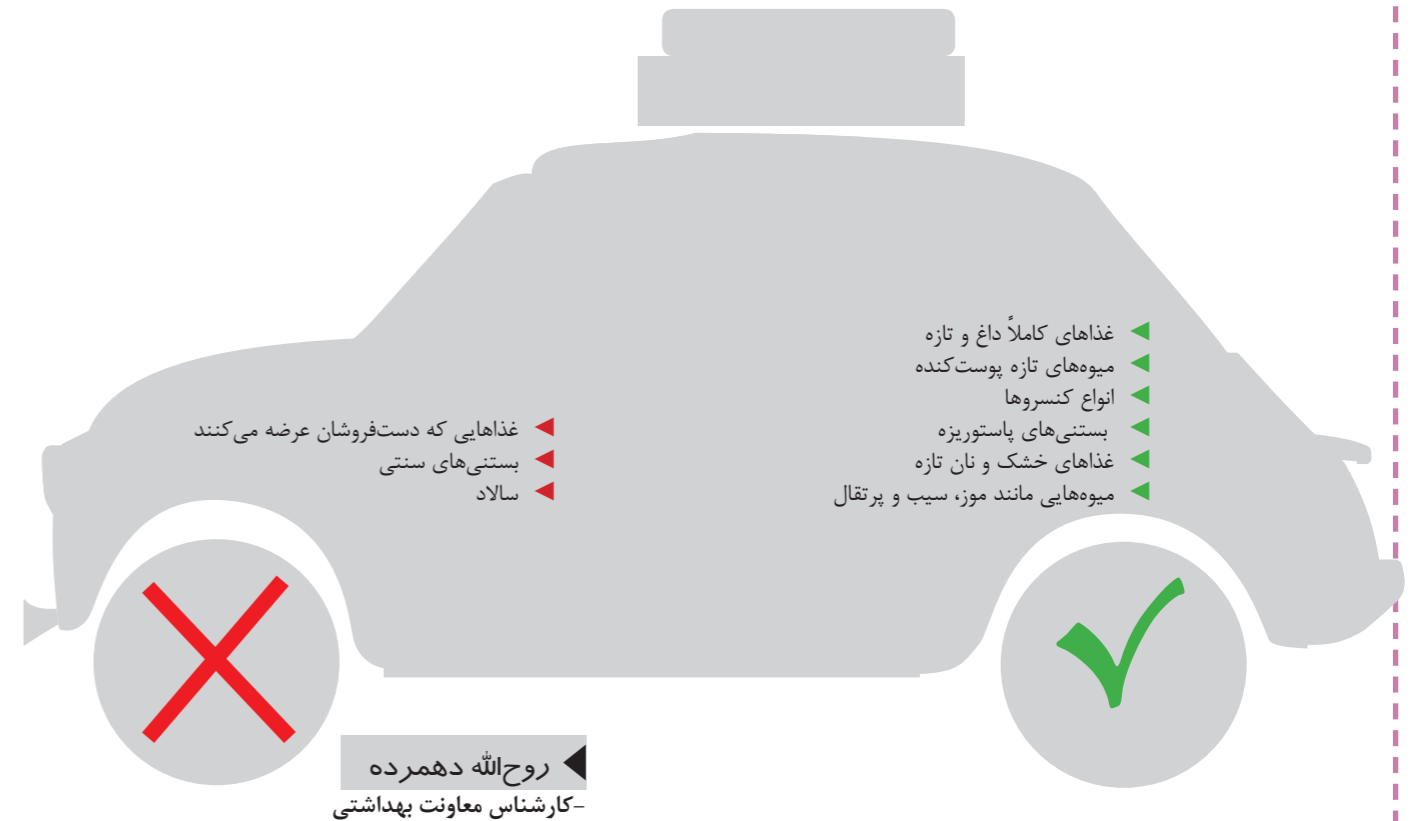
- آموزش به کودک، نوجوان و سرپرست کودک یا نوجوان جهت بهینه سازی استفاده از برنامه غذایی توصیه شده
- تجویز مکمل های تغذیه ای: با توجه به سرعت کاهش وزن و الگوی مصرف گروه های غذایی، تجویز مکمل های غذایی بر حسب شرایط کودک و نوجوان و با توجه به دستورالعمل های وزارت بهداشت لازم خواهد بود.

- پیگیری پیروی کودک یا نوجوان (و خانواده) از برنامه ارائه شده در مراجعه بعدی:

مراجعه بعدی در چاقی های بدون عارضه معمولاً ۳ تا ۴ هفته بعد از مراجعه اول خواهد بود تا اصلاحات لازم در برنامه غذایی انجام شود و پیروی کودک یا نوجوان از برنامه سنجیده شده و به سؤالات احتمالی او پاسخ داده شود. فاصله مراجعه سوم و بعد از آن بستگی به وضعیت کنترل وزن کودک یا نوجوان، شیوه جدید زندگی و پذیرش آن و پیروی او از برنامه کنترل وزن دارد. در چاقی های عارضه دار ملاقات های بعدی به وضعیت کودک و نوجوان بستگی دارد. نهایتاً در موارد تثبیت وزن، ملاقات به ۳ تا ۴ بار در سال محدود می شود.

منبع: بسته خدمت تغذیه ویژه کارشناس تغذیه در طرح نوین نظام تحول سلامت در حوزه بهداشت فصل دوم سال ۹۶

پیام‌های تغذیه در سفر و ایام نوروز



تغذیه در سفر یکی از نکات مهمی است که گاهی نادیده گرفته می‌شود و بعضی اوقات با مسمومیت‌های غذایی یا بیماری‌ها مشکلاتی را ایجاد کند، اما اگر قبل از شروع سفر به نکات ریز و درعین حال مهم غذایی فکر کنید باعث می‌شود یک مسافرت راحت و بدون بیماری داشته باشید. اگر نقشه راه سفر مشخص و دقیق باشد می‌توانید رستوران‌ها

و محل غذاخوری مسیر خود را مشخص کنید و زمان رسیدن به آن را محاسبه کنید؛ اما به خاطر داشته باشید این مکان‌ها به علت دارا بودن مسافرهایی گذری در برخی موارد دارای کمیت و کیفیت بهداشتی مناسب برخوردار نیستند. جهت اطمینان بیشتر و دسترسی به اطلاعات سلامت این مکان‌ها می‌توان به "سامانه جامع بازرسی مرکز سلامت محیط کار" مراجعه

کنید. از طریق این سامانه در هر نقطه کشور می‌توان از وضعیت مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی به‌عنوان مثال رستوران‌ها، هتل‌ها و سایر محیط‌ها مطلع شده و سپس جهت خرید مواد غذایی و یا صرف غذا در رستوران خاص مراجعه نمایید؛ اما رعایت نکات ذیل باعث می‌شود مسافرت راحت و بدون بیماری داشته باشید؛ در هنگام سفر، بهترین غذایی که

می‌توانید همراه داشته باشید غذاهای خشک و یا انواع کنسرو می‌باشد. در مسافرت بهتر است قاشق، چنگال، کارد و لیوان شخصی خود را همراه داشته باشید. ضمناً همراه داشتن دستمال کاغذی‌های مرطوب شده با مواد ضدعفونی‌کننده جهت تمیز کردن قاشق و چنگال توصیه می‌شود. غذاهای کاملاً داغ و تازه، میوه‌های تازه پوست‌کنده، انواع کنسروها، بستنی‌های پاستوریزه، غذاهای خشک و نان تازه جزو غذاهای سالم تلقی می‌شوند در مقابل غذاهایی که دست‌فروشان عرضه می‌کنند، میوه‌هایی که مدتی از پوست کردن آن گذشته است و بستنی‌های سنتی جزو غذاهای پرخطر محسوب می‌شوند. در صورت استفاده از غذا در رستوران‌های بین راه، غذا را به‌صورت کاملاً داغ یا کاملاً سرد مصرف کنید. از مصرف سالاد الویه به‌عنوان غذای مسافرتی اکیداً خودداری نمایید. در صورتی که در سفر غذاهای گوشتی همراه دارید باید قبل از مصرف آن را کاملاً حرارت دهید. از مصرف سالاد به‌ویژه سالادهایی که در آنها کاهو به‌کاررفته است و غذاهای دریایی در غذاخوری‌های بین‌راهی خودداری کنید. مصرف بیش‌ازحد آجیل و شیرینی‌ها علی‌رغم وجود مواد مغذی، می‌تواند عوارض و پیامدهایی به‌خصوص در کودکان به دنبال داشته باشد. مصرف هر نوع ماده غذایی می‌بایست

با رعایت اصل تعادل همراه باشد در غیر این صورت هر ماده غذایی و مغذی می‌تواند به‌جای اثرات مفیدش برای انسان همراه با مضراتی باشد. لذا توصیه می‌شود در ایام نوروز افراد از مصرف بیش‌ازحد آجیل و شیرینی پرهیز نمایند. شیر و فرآورده‌های آن را حتماً به‌صورت پاستوریزه مصرف کنید. در صورتی که سالاد را شخصاً درست می‌کنید حتماً آن را قبلاً ضدعفونی، انگل زدایی و کاملاً پاکیزه نمایید. بهتر است سبزیجات به‌صورت پخته مصرف شوند. بهترین میوه‌هایی که برای مسافرت می‌توان همراه داشت میوه‌هایی مانند موز، سیب و پرتقال هستند که برای مصرف باید پوست آنها کنده شود. در صورت بروز هرگونه علائم تهوع، استفراغ و اسهال به اولین مرکز درمانی مراجعه کنید ضمناً همراه داشتن ORS توصیه می‌شود. - برنج بعد از پختن سریعاً باید مصرف شود. - گوشت، مرغ، ماهی و تخم‌مرغ را فقط از مراکز مجازی که زیر نظر سازمان دامپزشکی کشور هستند تهیه فرمایید. - آب را فقط از منابع مطمئن تهیه کرده و یا از آب‌های بطری شده استفاده کنید. - یخ را از مراکز مطمئن تهیه نموده و از مصرف یخ‌هایی که در شرایط غیربهداشتی و روی زمین نگهداری یا خرد می‌شوند خودداری کنید.

- از مصرف آب‌های سطحی، چشمه‌ها و دریاچه‌ها خودداری کنید. - جوشاندن آب به مدت ۵ دقیقه به‌سلامت آب توصیه می‌شود. - رعایت بهداشت فردی از جمله شست‌وشوی مکرر دست‌ها با آب گرم و صابون و کوتاه نگه‌داشتن ناخن‌ها به حفظ سلامت کمک می‌کند. - در هنگام خرید مواد غذایی به تاریخ استفاده و نحوه نگهداری آن که بر روی برچسب بسته‌بندی غذا نوشته شده دقت کنید. - برای حمل گوشت، مرغ و ماهی حتماً از یخدان استفاده و دقت کنید مواد غذایی خام با پخته تماس نداشته باشد. - از نگهداری و مصرف مواد غذایی اضافه آماده خودداری کنید. - برای طبخ و مصرف غذا از ظروف تمیز استفاده کنید. - در هنگام سفر غذا باید آخرین وسیله‌ای باشد که می‌خواهید همراه ببرید و تا لحظه قبل از حرکت باید در یخچال نگهداری شود. - توصیه می‌شود بجای استفاده از نوشابه‌های گازدار از نوشیدنی‌های طبیعی پاستوریزه و کم‌نمک چون دوغ مصرف کنید. - تا حد امکان غذا را شخصاً آماده کرده و از مصرف مواد غذایی در رستوران و غذاخوری‌های نامطمئن و یا خرید مواد غذایی از دست‌فروشان خودداری کنید. منبع: مطالب آموزشی دفتر بهبود تغذیه جامعه

غذاهای سنتی

منطقه سیستان

ماهی بادوغ

کشک زرد

◀ نعیمه گنجعلی
◀ روح‌الله دهمرده
- کارشناسان معاونت بهداشتی



مواد مورد نیاز:

- کشک زرد ۳-۴ قاشق غذاخوری
- روغن ۲ قاشق غذاخوری
- آب ۴ لیوان

طرز تهیه (روش پخت)

برای تهیهی خوراک کشک زرد روغن حیوانی را سرخ کرده، کشک را داخل آن ریخته و می‌گذاریم تا کمی سرخ شود. سپس ۳ لیوان آب ریخته و به هم می‌زنیم تا جوش بیاید. نان را خرد کرده و داخل آن ریخته، هم زده و مصرف می‌کنیم.

چند نکته:

- به علت مغذی بودن، این غذا در منطقه‌ی سیستان معمولاً در وعده‌ی صبحانه مصرف می‌شود.

- برای تهیه آن بهتر است از روغن کمتری استفاده می‌شود.

نظر کارشناس تغذیه

- هر ۱۰ گرم کشک زرد نپخته تقریباً ۱۵ کالری انرژی دارد.

- سبوس گندم جزء فیبرهای غذایی نامحلول است که در جلوگیری از یبوست و سایر بیماری‌های روده بزرگ تأثیر زیادی دارد.

- تخم شوید ضد درد، نفخ شکم، تقویت‌کننده‌ی معده و افزایش‌دهنده‌ی اشتهاست، همچنین تخم شوید برای مادران شیردهی که شیر کافی ندارند به‌عنوان شیر افزا توصیه می‌شود.

- سیر دارای ترکیبات گوگردی است که خاصیت ضد عفونی‌کننده و میکروب‌کشی

دارد. وجود سیر در این غذا باعث می‌شود که آن را برای بیماران قلبی و دارای پرفشاری خون توصیه کنیم؛ زیرا دارای خاصیت ضد انعقادی، لخته شدن خون و پایین آوردن فشارخون است و خون را رقیق می‌کند. مصرف طولانی‌مدت آن (نصف سیر خام هر روز)، باعث کاهش کلسترول خون می‌گردد.

- زیره نیز در دسته گیاهان شیر افزا قرار می‌گیرد. تقویت‌کننده‌ی معده است سوءهاضمه را برطرف می‌کند. حاوی موسیلاژ است به همین دلیل برای برونشیت سودمند است.

- وجود ماست یا دوغ در این غذای محلی باعث می‌شود که از لحاظ دریافت کلسیم آن را مدنظر قرار دهیم.

مواد مورد نیاز

- ماهی سفید یک عدد (کوچک به اندازه نیم کیلو)
- پیاز یک عدد متوسط
- نمک، زردچوبه و فلفل به مقدار کافی
- دوغ کم‌نمک و کم‌چرب ۱ لیتر

طرز تهیه (روش پخت)

پیاز را خرد کرده و سرخ نمایید، نمک و زردچوبه و فلفل و دوغ را داخل پیاز ریخته و تا موقعی که به جوش آمد هم می‌زنیم، بعد ماهی قطعه‌قطعه شده را اضافه می‌کنیم و درب ظرف را بسته تا خوب پخته شود و آب خیلی کم شود ضمناً شعله گاز باید کم

باشد تا لعاب بگیرد.

چند نکته

- ماهی تهیه‌شده در دوغ به علت عدم استفاده از روغن برای بیماران قلبی بسیار مفید است.

- بهتر است در هنگام طبخ آن از آب و حرارت کم استفاده شود.

نظر کارشناس تغذیه

ماهی استفاده‌شده برای تهیهی این غذا، ماهی شیر است. ماهی شیر ندارد به همین دلیل برای افرادی که خوردن ماهی تیغ‌دار سخت است بسیار مناسب است. این ماهی، نوعی ماهی آب‌شور است و دارای

اسکلت استخوانی می‌باشد.

توجه به ویژگی‌های ماهی تازه، چشم‌های شفاف و سالم، گوشت ارتجاعی و باله‌های سالم و نشکسته، ضروریست همچنین توجه به این نکته مهم است که از سرخ کردن بیش‌از حد ماهی خودداری شود چون باعث از بین رفتن اسیدهای چرب امگا ۳ می‌شود

منبع: کتاب خوراکی‌های بومی ایران، دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت

شرح وظایف واحدهای همکار معاونت بهداشتی

در مدیریت کاهش خطر بلایا (۲)

ناهید صیاد
مهدی کیخا صابر
-کارشناس کاهش خطر بلایا معاونت بهداشتی
-مدیر گروه سلامت محیط و کار معاونت بهداشتی

کارگردهای تخصصی ارائه خدمات تغذیه در بلایا		
نام کارکرد	همکار مرتبط با این کارکرد	کارگردهای هماهنگی
ارزیابی سریع تغذیه‌ای	تیم ارزیابی سریع	- تکمیل چکلیست راهنمای اجرایی فرم ۱ (ارزیابی وضعیت تغذیه کودکان زیر ۵ سال در بلایا) - تکمیل چکلیست راهنمای اجرایی فرم ۲ (فرم ارزیابی سریع تغذیه‌ای خانوار) - استفاده از نرم‌افزار (ENA) (Nutrition Assessment Emergency)
پایش کمی و کیفی سبد غذایی	سلامت محیط کار، مدیریت بیماری‌ها واگیر و سازمان غذا و دارو، سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، توسعه شبکه، سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، محیط کار و مدیریت بیماری‌های واگیر و غیر واگیر	- پایش امنیت غذایی خانوارهای آسیب‌دیده (بر اساس آنالیز سؤال ۱، ۳، ۴، ۵ و ۱۸ مندرج در راهنمای اجرایی ۲) - پایش تأمین ریزمغذی‌ها برای گروه‌های آسیب‌پذیر (بر اساس آنالیز سؤال ۸، ۱۱، ۱۲، ۱۳ و ۱۴ مندرج در راهنمای اجرایی ۲) - استفاده از نتایج پایش سبد غذایی از نظر ایمنی و بهداشت اقلام غذایی دفتر سلامت محیط و کار به‌منظور تصمیم‌گیری بر ادامه توزیع سبد غذایی اهداشده یا تغییر در نوع سبد غذایی - تصمیم‌گیری بر ادامه توزیع سبد غذایی اهداشده یا تغییر در نوع سبد غذایی بر اساس نتایج پایش و ارزشیابی نظارت بر کنترل کمی و کیفی توزیع سبد غذایی - آموزش تغذیه مناسب در بحران به کارکنان و جامعه آسیب‌دیده - ارجاع به واحد مشاوره افراد مبتلا به سوءتغذیه (بر اساس شاخص لاغری حاصل از نتایج ارزیابی وضعیت تغذیه کودکان زیر ۵ سال در بلایا و افراد بزرگسال بر اساس شاخص نمایه توده بدنی کمتر از ۱۸،۵) - ارائه خدمات مشاوره تغذیه‌ای به گروه‌های آسیب‌پذیر تغذیه‌ای از طریق راه‌اندازی یا تقویت واحد مشاوره - ارجاع به مراکز درمانی افراد مبتلا به سوءتغذیه شدید (بر اساس شاخص لاغری حاصل از نتایج ارزیابی وضعیت تغذیه کودکان زیر ۵ سال در بلایا و افراد بزرگسال بر اساس شاخص نمایه توده بدنی کمتر از ۱۸،۵)

کارگردهای تخصصی ارائه خدمات تغذیه در بلایا		
نام کارکرد	همکار مرتبط با این کارکرد	کارگردهای هماهنگی
تشکیل کمیته علمی مشورتی حمایت‌های روانی، اجتماعی	آموزش و ارتقای سلامت، دفتر مدیریت و کاهش خطر بلایا، توسعه شبکه، بیماری‌های واگیر، مدیریت بیماری‌های غیر واگیر، سلامت محیط و کار، سازمان مدیریت بحران، سازمان بهزیستی، جمعیت هلال احمر، کمیته امداد امام خمینی (ره)،	با توجه به آنکه ارائه خدمات بهداشت روان تا مدت‌زمان طولانی بعد از رخداد بلا ادامه می‌یابد برای هماهنگی برنامه‌ریزی و اجرای عملیات پاسخ نیاز است کمیته علمی مشورتی در این زمینه تحت نظارت و پیگیری دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد تشکیل گردد. اعضاء کمیته از بین افرادی انتخاب خواهند شد که واجد صلاحیت علمی و دارای تجربه در زمینه دخالت در بلایا باشند.
آموزش و اجرای مداخلات حمایت‌های روانی، اجتماعی		
اجرای پایش و ارزشیابی مداخلات حمایت‌های روانی، اجتماعی		

کارگردهای تخصصی مدیریت سلامت خانواده در بلایا		
نام کارکرد	همکار مرتبط با این کارکرد	کارگردهای هماهنگی
ارائه خدمات سلامت مادران	- اورژانس و فوریت‌های پزشکی، معاونت دارو غذا (امور دارویی) و تجهیزات پزشکی معاونت درمان - سلامت روان، مبارزه با بیماری‌های واگیر و غیر واگیر	- پیگیری پذیرش فوری زنان باردار در معرض خطر و زنان زایمان کرده در معرض خطر توسط کارشناسان دانشگاهی - پیگیری و برنامه‌ریزی انجام مشاوره زنان باردار و زایمان کرده با مشکلات روانی و ارائه پس‌خوراند به کارشناس مامایی تیم مراقبت بهداشتی - تأمین داروهای موردنیاز زنان باردار و شیرده دارای آسیب‌های روانی - تأمین واکسن توأم (کزاز) برای مادران باردار و همکاری در تلقیح واکسن و اطمینان از ایمنی مادران - تأمین داروهای لازم برای زنان باردار مبتلا به بیماری‌های شایع و بومی منطقه نظیر سل مالاریا و ... مطابق با پروتکل‌های درمانی امور دارویی - تأمین داروها و ملزومات یک‌بارمصرف موردنیاز در فوریت‌های مامایی و زنان و قرار دادن آنها در فهرست قفسه دارویی واحدهای ارائه خدمت (مرکز بهداشتی درمانی و کیف‌های مامایی)
ارائه خدمات سلامت نوزادان	- ستاد هدایت و مرکز فوریت‌های پزشکی و بیمارستان سطح سه ارجاعی - بهداشت روان، مبارزه با بیماری‌ها، امور دارویی و تجهیزات پزشکی	- پیگیری پذیرش فوری زنان باردار در معرض خطر و نوزادان تازه تولد یافته در معرض خطر و فراهم نمودن شرایط انتقال داخل رحمی - بهداشت روان: پیگیری انجام مشاوره زنان باردار و زایمان کرده با مشکلات روانی و ارائه پس‌خوراند به کارشناس مامایی تیم مراقبت بهداشتی - تأمین واکسن بدو تولد نوزاد و همکاری در تلقیح واکسن و اطمینان از ایمنی نوزادان زیر ۲۸ روز - آموزش به مادران و مراقبین نوزاد برای درمان و پیگیری به بیماری‌های شایع و بومی منطقه نظیر سل مالاریا و ... مطابق با پروتکل‌های درمانی و بهداشتی - تأمین داروها و ملزومات و شیر خشک یک‌بارمصرف موردنیاز در فوریت‌های مامایی و زنان و قرار دادن آنها در فهرست قفسه دارویی واحدهای ارائه خدمت (مرکز بهداشتی درمانی و کیف‌های مامایی)
ارائه خدمات سلامت کودکان	- ستاد هدایت و مرکز فوریت‌های پزشکی و سازمان غذا و دارو (امور دارویی) - سلامت روان، مبارزه با بیماری‌های واگیر و غیر واگیر، تجهیزات پزشکی واحد تغذیه	- پیگیری پذیرش فوری کودکان در معرض خطر - پیگیری انجام مشاوره مادران، کودکان و مراقبین کودکان دچار مشکلات روحی روانی و ارائه پس‌خوراند به کارشناس بهداشتی مامایی تیم مراقبت بهداشتی - تأمین واکسن دوره کودکی مطابق با برنامه کشوری ایمن‌سازی و همکاری در تلقیح واکسن و اطمینان از ایمنی کودکان زیر ۸ سال - آموزش به مادران و مراقبین کودک برای درمان و پیشگیری از بیماری‌های شایع و بومی منطقه نظیر سل مالاریا و ... مطابق با پروتکل‌های درمانی و بهداشتی - تأمین داروها و مکمل‌های تغذیه (مولتی‌ویتامین، قطره آهن) و ملزومات یک‌بارمصرف و شیر مصنوعی موردنیاز در فوریت‌های کودکان و قرار دادن آنها در فهرست قفسه دارویی واحدهای ارائه خدمت (مرکز بهداشتی درمانی - بیمارستان)
خدمات سلامت جوانان، نوجوانان، میانسالان، سالمندان، باروری سالم	//	////



« مارگزیدگی

خلیل شهریاری
ابوالفضل پناهی میشکار

- کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی
- کارشناس مسئول جانوران زهری

طبقه‌بندی مارها

بیش از ۳۰۰۰ نوع مار در سراسر جهان وجود دارد که تقریباً ۳۵۰ نوع آنها سمی بوده و از این تعداد، ۱۵۰ تا ۱۸۰ گونه آنها سمی خطرناک هستند.

مارهای ایران به ۳ گروه غیر سمی، نیمه سمی و سمی تقسیم می‌شوند که تاکنون ۳۶ گونه غیر سمی، ۸ گونه نیمه سمی و ۲۵ گونه سمی و همچنین، ۱۰ گونه مار سمی دریایی در خلیج فارس و دریای عمان شناسایی شده‌اند.

مارها از نظر داشتن دستگاه تزریق سم به سه گروه تقسیم می‌شوند: مارهای غیر سمی: این گروه از مارها دستگاه تزریق سم ندارند.

بویایی استفاده می‌کند و علت آنکه اغلب زبان را بیرون از دهانش آورده و تکان می‌دهد، برای دریافت بوهای اطراف است. اندازه، رنگ و نقش‌های پوست مار بسته به نوع و شرایط اقلیمی محیط‌زیست جانور متفاوت هستند و ممکن است در شناسایی آن مؤثر باشند.

مارها جانورانی مهاجم نیستند و فقط در مواقعی که احساس خطر کنند، به انسان حمله‌ور می‌شوند. تقریباً ۹۰ درصد مارگزیدگی‌ها در فصل‌های بهار تا پاییز اتفاق می‌افتد.

گزش مارهای سمی بدون تردید از مهم‌ترین عوامل بروز آسیب‌ها و مرگ‌ومیر در بین حوادث ناشی از گزش جانوران زهردار در بسیاری از مناطق جهان از جمله ایران است. مارها مانند دیگر خزندگان، خونسرد بوده و دمای بدن آن تابع دمای محیط است. قدرت بینایی بسیار ضعیف بوده و حس شنوایی نیز ندارند. مارها از راه هوا، فقط اصوات با فرکانس‌های پایین را می‌شنوند، زبان مارها کشیده، شکاف دار و اغلب بسیار متحرک است و از آن برای حس

کارکردهای تخصصی ارائه خدمات آموزشی بهداشت و ارتقای سلامت در بلایا

نام کارکرد	همکار مرتبط با این کارکرد	کارکردهای هماهنگی
نیازسنجی آموزشی و ارائه آموزش به جمعیت تحت تأثیر	کلیه واحدهای مشارکت‌کننده در فاز پاسخ	- همکاری با واحد آموزش سلامت در ارزیابی وضعیت موجود، استخراج اطلاعات، اولویت‌بندی مشکلات بهداشتی منطقه آسیب‌دیده حین و بعد از وقوع بلایا - تدوین و تهیه رسانه‌های آموزشی مناسب و اجرای مداخلات آموزشی در شرایط عادی، حین وقوع و بعد از وقوع بلایا یا نظارت واحد آموزش سلامت - همکاری با واحد آموزش سلامت جهت پایش و ارزشیابی نهایی مداخلات آموزشی فوق و توانمندسازی کارکنان بهداشتی و درمانی، مردم و رابطین بهداشت

کارکردهای تخصصی ارائه خدمات آزمایشگاهی در بلایا (امور آزمایشگاه‌های معاونت بهداشتی)

نام کارکرد	همکار مرتبط با این کارکرد	کارکردهای هماهنگی
ارزیابی وضعیت خدمات آزمایشگاهی پیش از بحران	واحد مدیریت و کاهش خطر بلایا معاونت بهداشت، دبیرخانه کارگروه بهداشت و درمان در حوادث غیرمترقبه، معاونت درمان	- ارزیابی وضعیت راه‌ها و نحوه دسترسی در صورت وقوع حادثه و بررسی استحکام و کیفیت فضای فیزیکی آزمایشگاه - هماهنگی بین بخشی و درون بخشی، مشارکت در برگزاری مانورهای دوره‌ای و مشارکت در برگزاری کلاس‌های
ارزیابی وضعیت خدمات آزمایشگاهی در منطقه آسیب‌دیده	تیم ارزیابی سریع	- هماهنگی بین بخشی و برون بخشی - پشتیبانی تیم اعزامی به منطقه آسیب‌دیده - ارائه اطلاعات منطقه آسیب‌دیده و ارزیابی همه واحدهای معاونت بهداشتی
مدیریت خدمات آزمایشگاهی	دفتر مدیریت کاهش خطر بلایا معاونت بهداشت، دبیرخانه کارگروه بهداشت و درمان، مرکز توسعه شبکه، معاونت توسعه دانشگاه، معاونت درمان بیماری‌های واگیر، واحد بهداشت محیط	- ارسال گزارش‌های حادثه و اطلاعات به واحدهای مرتبط و هماهنگی جهت اعزام کارشناس مسئول امور آزمایشگاه‌های معاونت بهداشتی و رئیس اداره امور آزمایشگاه‌های درمان به محل حادثه در صورت نیاز - ارائه خدمات پشتیبانی به آزمایشگاه‌های مستقر در منطقه حادثه‌دیده - مشارکت در ارسال ایمن نمونه‌های آزمایشگاهی به سطوح بالاتر ارائه خدمات آزمایشگاهی

کارکردهای تخصصی ارائه خدمات دارویی و مواد بیولوژیکی در بلایا (واحد دارویی معاونت بهداشتی)

نام کارکرد	همکار مرتبط با این کارکرد	کارکردهای هماهنگی
برآورد نیاز به دارو مواد بیولوژیکی	گروه بیماری‌های واگیر، واحد بیماری‌های غیر واگیر، اورژانس پیش بیمارستانی و گروه گسترش معاونت بهداشتی دانشگاه، سازمان غذا و دارو	ارسال اطلاعات حادثه مانند محل دقیق، وسعت، جمعیت تحت تأثیر، موجودی انبارها، کمک‌های دارویی ارسال‌شده به منطقه و سایر آمارها توسط واحد مدیریت و کاهش خطر بلایا و EOC و سایر واحدهای معاونت بهداشتی - تعیین افزایش بار بیماری توسط بیماری‌های واگیر، واحد غیر واگیر، اورژانس و گروه گسترش و ارائه به واحد دارویی معاونت بهداشتی جهت لحاظ در برآورد نیاز به دارو مواد بیولوژیکی
تهیه و توزیع دارو مواد بیولوژیکی	گروه بیماری‌های واگیر، واحد غیر واگیر، اورژانس و گروه گسترش معاونت غذا و دارو	- همکاری در توزیع داروهای مربوط به واحدهای اختصاصی مانند گروه بیماری‌های واگیر، غیر واگیر و سلامت خانواده و جمعیت - همکاری سازمان غذا و دارو جهت تأمین اقلام دارویی که در زمان موردنظر در شرکت‌های توزیع دارو موجود نیست.

موارد	مارهای سمی	مارهای غیر سمی
دندانها	• دندانهای نیش قلاب مانند در آرواره فوقانی	• دندانهای ساده ای هستند که راهی به غده سمی ندارند
سر و گردن	• سر مثلثی، گردن مشخص	• سر بیضی شکل، گردن نامشخص
دم	• کوتاه و ضخیم	• دراز و باریک
فلسی (پولک)	• فلسهای روی سر کوچکتر از فلسهای بدن است	• فلسهای روی سر درشت تر از فلسهای بدن است
مردمک چشم	• عمودی یا بیضی	• گرد و دایره ای
حرکت	• نسبتاً کند	• نسبتاً سریع

مارهای نیمه سمی یا سمی تصادفی:

این گروه از مارها یک دندان تزریق کننده سم در عقب دهان دارند و با توجه به موقعیت دندان در قسمت خلفی دهان، به ندرت ممکن است گزش این مارها با تزریق زهر همراه باشد.

مارهای سمی خطرناک یا زهر آگین: این گروه از مارها، یک دندان تزریق کننده زهر در جلوی دهان دارند به نحوی که به راحتی می توانند زهر خود را تزریق نمایند.

علائم و نشانه‌های عمومی مارگزیدگی:

تهوع، استفراغ، سردرد، احساس کسالت، ضعف، گیجی، درد شکمی، اسهال، کلاپس و تشنج (ممکن است این نشانه‌ها در کودکان جزء اولین نشانه‌های گزش باشد)، افت فشارخون در اغلب موارد، افزایش احتمالی فشارخون در برخی

موارد، تاکیکاردی و برادیکاردی (هر دو در مارگزیدگی مشاهده شده است)، تب (در مارگزیدگی شدید). همه اعضای بدن ممکن است به طور مستقیم تحت تأثیر سم قرار گیرند. ابتدا قلب و عروق بعد سیستم تنفس و سیستم گردش خون و سپس دستگاه عصبی مرکزی متأثر می‌شوند.

درمان مارگزیدگی

اقدامات درمانی اولیه:

- آرام نمودن آسیب‌دیده مضطرب و اطمینان دادن به او که مرگ ناشی از مارگزیدگی بسیار نادر و خیلی کمتر از زنبور گزیدگی است
- دور نمودن آسیب‌دیده از محل حادثه (به منظور جلوگیری از گزیدگی مجدد)
- قرار دادن بیمار در وضعیت نشسته یا درازکش (درحالی‌که اندام مارگزیده در

موقعیت افقی قرار گیرد)

- بی‌حرکت نمودن اندام مارگزیده به وسیله آتل یا باند پارچه‌ای (هرگونه حرکت یا انقباض عضلانی ممکن است به افزایش ورود سم مار به جریان خون و لنف منجر شود)

- ممانعت از راه رفتن بیمار

- خارج ساختن تمام وسایل زینتی مانند ساعت و انگشتر و نیز کفش‌ها

- پرهیز از هرگونه دستکاری زخم ناشی از گزیدگی (ممکن است به عفونت، افزایش جذب سم و خونریزی موضعی منجر شود)
- شستشوی محل گزش با آب و صابون و بانداژ اندام مارگزیده

اقداماتی که نباید صورت گیرد:

ثابت‌شده است بسیاری از اقدام‌های رایج و سنتی در مارگزیدگی نه تنها مفید نیستند بلکه خطرناک هم هستند. این اقدامات عبارتند از:

۱- تلاش در جهت مکیدن سم از محل

گزیدگی

۲- ایجاد برش، خراش یا سوراخ در محل

گزیدگی

۳- سفت بستن دور اندام مارگزیده (این کار بسیار دردناک و خطرناک است زیرا ممکن است منجر به ایسکمی و یا بروز سیاه‌زخم شود)

۴- به کار بردن موضعی مواد شیمیایی یا گیاهی

۵- شوک الکتریکی

۶- کمپرس سرد با استفاده از کیسه‌های یخ هم ممکن است آسیب نسجی را بیشتر کند.

انتقال آسیب‌دیده به بیمارستان و سایر مراکز درمانی معتبر

آسیب‌دیده باید هرچه سریع‌تر به بیمارستان یا سایر مراکز درمانی مجهز انتقال یابد. در حین انتقال باید تا حد امکان از حرکت دادن اندام مارگزیده خودداری شود، زیرا هرگونه افزایش حرکت یا انقباضات عضلانی باعث انتشار سم از محل گزیدگی و افزایش جذب سیستمیک آن می‌شود. بهتر است در صورت امکان، چنانچه گزش مار سمی قطعی باشد، بیمار با ویلچر یا برانکار حمل شود.

درمان در مراکز درمانی

در بعضی مناطق، به علت ترس جدی از عواقب مارگزیدگی، کادر درمانی برای تجویز سرم ضد زهر مار، برخلاف معیارهای علمی تحت فشار قرار می‌گیرند.

این عمل باعث تجویز غیرضروری سرم ضد زهرمار در بیماران می‌شود چون علاوه بر تحمیل هزینه‌های درمانی، آنها را در معرض خطر بروز عوارض ناشی از تجویز غیرضروری سرم ضد زهر مار قرار می‌دهد. در ضمن، ممکن است این امر به کمبود ذخایر این پادزهر در مناطق مذکور منجر شود.

نکته: در حدود ۲۰ درصد موارد، گزیدگی مارهای سمی بدون تزریق سم است. در این موارد، به‌طورمعمول، جز علائم خفیف موضعی، یافته دیگری وجود ندارد (گزیدگی خشک).

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 زیرشاخه درختان، باید از نبود مار مطمئن شوید.

- هنگامی‌که قصد ورود به داخل علف‌های بلند را دارید، بهتر است یک چوب‌دستی بلند دستتان باشد و پیش از آنکه قدم بردارید، با چوب‌دستی علف‌ها را کنار بزنید.

- در بسیاری موارد، مارگزیدگی‌ها در ناحیه زانو به پایین اتفاق می‌افتد؛ بنابراین، هنگام گذر از مناطق احتمالی زیستگاه مار، با پوشیدن کفش‌های مناسب (مانند چکمه

و بوتین) و جوراب‌های ضخیم از ناحیه زیر زانوی پای خود محافظت کنید.

- از دست بردن به زیر توده‌های سنگ یا داخل توده‌های علف اجتناب کنید، زیرا در بسیاری موارد، آشیانه مارها در این نوع

مکان‌ها است.

- در مسافرت یا گردش در جنگل‌ها، پارک‌ها یا کوهستان‌هایی که ممکن است زیستگاه مار باشند، کوله‌پشتی و لباس‌ها را نباید روی زمین رها کرد.

- هنگام دوباره پوشیدن کفش‌ها، باید داخل آنها را به‌دقت بررسی کرد.

- در صورت اقامت در چادر در مناطق مارخیز، باید همیشه درب چادر بسته باشد و شب‌ها وسایل و به‌ویژه کفش‌ها را به درون چادر ببرید و اگر به‌ناچار، برخی لوازم، از جمله کفش‌ها خارج از چادر بماند، حتماً باید آنها را داخل یک کیسه نفوذناپذیر قرار دهید.

- در مناطقی که دید کافی نیست، باید از بالا رفتن خودداری کرد.

- از دست زدن به مار سمی مرده به‌ویژه در ساعت‌های اول مرگ آن باید پرهیز کرد، زیرا خطر گزش رفلکسی در برخی مارها تا ساعت‌ها پس از مرگ وجود دارد.

- اوج فعالیت زمانی مارها پس از تاریکی هوا است که به شکار می‌پردازند، بنابراین هنگام پیاده‌روی در شب باید به‌دقت مراقب بود.

- در بسیاری موارد، مارگزیدگی به دنبال اقدام به صید مار و تحریک حیوان صورت می‌گیرد؛ بنابراین، از صید بی‌مورد مارها اجتناب کنید.

منابع:

- راهنمای کشوری پیشگیری از مارگزیدگی و درمان آن - وزارت بهداشت ۱۳۸۸
- مارها و مارگزیدگی - بهزاد عطیمی ۱۳۹۴
- راهنمای بالینی اقدامات پیش بیمارستانی گزش - وزارت بهداشت

عملکردهای بیولوژی سیستم عصبی را به حالت طبیعی درمی‌آورد.

اثرات طولانی‌مدت متادون

درمان با دوز نگهدارنده متادون یک درمان طولانی‌مدت است. درمان از شش ماه تا یک سال و یا بیشتر به طول می‌انجامد. این درمان طولانی‌مدت به لحاظ پزشکی بی‌خطر بوده و مؤثرترین درمان موجود برای وابستگی به شبه افیونی است. متادون درمانی، درمان تعادلی یا فیزیولوژیکی و ترک تدریجی است. در این نوع درمان، بیمار می‌تواند مانند سایر مردم به تعادل روزمره و قرار گرفتن در مسیر متعارف جامعه بپردازد؛ اما موفقیت در متادون درمانی تنها با تجویز متادون نیست. آنچه در کلینیک‌های درمان اعتیاد با متادون صورت می‌پذیرد علاوه بر تجویز داروی متادون، مشاوره، انجام تست، پیگیری مستمر بیمار توسط مددکار، حضور پرستار و بهیار و مهم‌تر از همه حضور پزشک است. کنار هم قرار گرفتن این عوامل با در نظر گرفتن انگیزه‌ی بیمار و همراهی خانواده‌ی وی باعث موفقیت درمان می‌شود.

شیوه و مقدار مصرف متادون

عده‌ای از پزشکان به دلیل تمایل به ترک کامل مواد از سوی مصرف‌کننده، از ابتدا از دوزهای پایین متادون استفاده می‌کردند، این پزشکان این تصور اشتباه را داشتند که راحت‌تر می‌توان دوزهای پایین متادون را قطع کرد و به هدف کامل رسید. بیماران نیز، با این تصور که متادون استخوان‌ها را خراب می‌کند و ترک آن سخت‌تر از هروئین است، در برابر مصرف دوز دارویی

کافی مقاومت می‌کنند. باوجود آن‌که بسیاری از درمانگران ترک کامل را هدف خود قرار می‌دهند، این هدف مشکل‌زاست و رسیدن به آن برای اغلب بیماران دشوار است.

به‌هرحال، در حال حاضر شواهد علمی کافی وجود دارد که از استفاده از دوز کافی حمایت می‌کند و بیان می‌دارد که دوز کمتر از ۶۰ میلی‌گرم تنها برای عده محدودی از بیماران مناسب است.

مطالعات نشان می‌دهد که رابطه مستقیمی بین کاهش دوز متادون و مصرف هروئین وجود دارد. نیمه‌عمر متادون ۲۴–۳۶ ساعت است. ۱۲ ساعت بعد از تجویز دوز ابتدایی، نیمی از متادون در خون باقی می‌ماند و دوز دوم به آن اضافه می‌شود. نتیجه این عمل، افزایش قابل‌توجه در میانگین سطح متادون بدون افزایش در دوز آن است نکته مهم، این است که اثر دارو در غیاب افزایش دوز، افزایش می‌یابد و در صورت بروز علائم ترک در زمان شروع مصرف دارو پیش از افزایش دوز باید مدتی صبر کرد.

آیا متادون اعتیادآور است؟

تعاریف جدید از "اعتیاد"، عوامل متعددی را در ارزیابی مصرف دارو توسط فرد مدنظر قرار می‌دهند. این عوامل شامل "تحمل" یا نیاز به افزایش مداوم دوز دارو برای رسیدن به اثر یکسان؛ "وابستگی فیزیکی" یا بروز علائم ترک با قطع مصرف و "استعمال همراه با اضطراب" به‌رغم نتایج منفی حاصل از ادامه مصرف دارو هستند. برخی می‌گویند که متادون به همان اندازه هروئین اعتیادآور است. کسانی که متادون مصرف می‌کنند،

مسلماً نسبت به برخی اثرات آن تحمل پیدا کرده و درصورتی‌که دارو را به شکل منظم دریافت نکنند، دچار علائم ترک می‌شوند؛ اما اگر چگونگی و علت مصرف دارو را موردتوجه قرار دهیم، متادون در تعریف کامل "اعتیادآور" نیست. اول‌ازهمه اینکه نگه‌داشتن بیمار بر روی متادون به‌عنوان یک درمان طبیی در نظر گرفته می‌شود و تنها برای کسانی تجویز می‌شود که خود هم‌اکنون وابسته به داروهای شبه افیونی هستند. برای این افراد، متادون یک جایگزین مطمئن برای روش‌های خطرناکی چون استفاده از هروئین به شمار می‌رود. متادون فرد را از اضطراب برای مصرف ماده مخدر رها کرده و به او امکان بهبود زندگی را می‌بخشد. متادون گاه به‌عنوان داروی خیابانی مورداستفاده قرار می‌گیرد، اما استعمال آن بیشتر به‌منظور پیشگیری از علائم ترک هروئین است. اثرات متادون کندتر از آن ظاهر می‌شوند و بیشتر از آن می‌پایند که بتوان از آن به‌عنوان ماده‌ای مناسب برای سوءمصرف یاد کرد.

نشانه‌های کاهش و افزایش دارو در بیمارانی که در حال ترک با متادون می‌باشند عبارتند از:

تعریق، دردهای استخوانی، آبریزش بینی، یبوست و سفتی شکم، پُرش دست‌وپا و تشنج، ایجاد درد در زانو‌ها و پاها، گیجی، گنگی، سستی و بی‌حالی، بدخوابی یا پُرخوابی، کسالت و چرت زدن‌های مکرر، بی‌قراری و تنش در برنامه‌ریزی

این نشانه‌ها در هر دو وجه کاهش و افزایش دارو دیده می‌شود؛ اما از کجا بدانیم که درمان به کاهش دارو یا افزایش آن نیاز دارد؟ شروع درمان بیماری که سال‌ها

مصرف مواد اعتیادآور دارد، با دوزاژ تقریبی است. این دوزاژ دارویی قطعی و حتمی نیست. مسلماً اگر بیمار نشانه‌های گفته‌شده را مطرح کرد به علت اینکه در شروع درمان قرار دارد با کاهش دارو مواجه بوده است که در صورت افزایش دارو می‌توانیم این نشانه‌ها را برطرف کنیم. پس از مدتی که قالب درمان شکل گرفت و بیمار با مقدار داروی تعیین‌شده، در فرآیند درمان قرار گرفت، اگر مجدداً این نشانه‌ها ظهور کرد با افزایش دارو مواجه بوده‌ایم و باید مقدار داروی بیمار را کاهش دهیم. مسلماً کسی که بیش از شش ماه در مسیر درمان با تمام شرایط متعادل آن قرار داشته باشد و نشانه‌های ذکرشده را از خود بروز دهد داروی اضافه مصرف می‌کند و باید مقدار آن را کاهش داد و نکته حائز اهمیت این است که کاهش و افزایش دارو تنها با نظر پزشک انجام می‌گردد.

چند سؤال در ارتباط با متادون

۱- آیا صحیح است که ترک متادون سخت‌تر از ترک یک ماده مخدر است؟

بعضی بیماران ترک متادون را مشکل‌تر از ترک ماده مخدر می‌دانند چون علائم ترک بیشتر طول می‌کشد، از طرفی عده دیگری از بیماران علائم ترک متادون را خفیف‌تر از علائم ترک مواد مخدر می‌دانند.

۲- آیا متادون وارد استخوان بدن شده و موجب ضعف آن می‌گردد؟

خیر، متادون وارد سیستم استخوان نمی‌شود و به هیچ شکل دیگری هم به

سیستم استخوانی آسیب نمی‌رساند. دردهای استخوانی در حین درمان با متادون که در عده کمی از بیماران اتفاق می‌افتد، احتمالاً علامت خفیف ترک است و با تنظیم دوز متادون تسکین می‌یابد.

۳- آیا متادون به کبد آسیب می‌رساند؟

خیر، درواقع متابولیسم (شکستن و آماده‌سازی) متادون برای کبد از خیلی از داروهای دیگر ساده‌تر است. کسانی که هپاتیت یا بیماری شدید کلیوی دارند می‌توانند متادون را بااحتیاط مصرف کنند.

۴- آیا دوزهای پایین‌تر متادون بهتر از دوزهای بالاتر متادون است؟

دوزهای پائین متادون علائم ترک را کاهش داده، اما دوزهای بالاتر ولع را از بین می‌برد. دوز معمول متادون ۸۰-۶۰ میلی‌گرم است. باین‌حال تعداد کمی از بیماران در دوزهای پایین‌تر احساس خوبی دارند، و تعدادی از بیماران هم دوزهای بالاتری لازم دارند.

۵- آیا متادون باعث خواب‌آلودگی و رخوت می‌شود؟

احساس خواب‌آلودگی و رخوت در بیمارانی که روی دوز ثابت متادون هستند بیشتر از حالت طبیعی نیست

۶- آیا در هنگام مصرف متادون می‌توان از داروهای دیگر استفاده کرد؟

بعضی از داروها را اصلاً نباید همراه با متادون مصرف کرد چون باعث ایجاد

علائم ترک می‌شوند، این داروها عبارتند از: نالترکسون، پنتازوسین و ترامادول. بعضی داروها باعث دفع سریع‌تر متادون می‌شوند و نیاز به متادون را بالا می‌برند مانند فنی‌توئین، کاربامازپین، ریفامپین و بعضی از داروهای درمان HIV.

بعضی داروها متابولیسم متادون را کند می‌کنند و درنتیجه سطح متادون خون بالا می‌رود مانند آمی‌تریپتیلین، سایمتیدین، فلوواکسامین، کتوکونازول. بعضی داروها در ابتدا با متادون تداخل کرده و ایجاد رخوت می‌کنند اما بعد اثر متضادی دارند و باعث ایجاد علائم ترک می‌شوند، مانند بنزدیازپین‌ها، الکل، باربیتورات‌ها.

۷- آیا در دوران بارداری می‌توان متادون مصرف کرد؟

بله متادون درمان انتخابی برای اعتیاد به هروئین و مواد مخدر دیگر در حاملگی است و برای جنین در حال رشد مضر نبوده و باعث ناهنجاری‌های جنینی نمی‌گردد. همچنین می‌تواند مانع از سقط، ناراحتی جنین و زایمان زودرس گردد.

۸- آیا مادری که متادون مصرف می‌کند می‌تواند به نوزاد خود شیر دهد؟

بله سطح متادون در شیرمادر بسیار کم است و مقادیر کمی متادون می‌تواند به بچه منتقل شود.

منبع: انتشارات دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت- حسینی فاطمه، بررسی میزان ماندگاری بر درمان در درمان نگهدارنده با متادون، نشریه طلوع بهداشت، پاییز و زمستان ۱۳۹۰

روش‌های مثبت فرزند پروری



کنیز کندری

معصومه رهدار

-آموزگار اداره آموزش و پرورش ناحیه ۲ زاهدان
-کارشناس ارشد مدیریت اطلاعات، بیمارستان
امیرالمومنین علی (ع)

نمود اما توده عظیمی از اسباب‌بازی‌هایش را در گوشه اتاق باقی گذاشته، به جای اینکه او را برای این غفلت مورد سرزنش قرار دهید، " بگوئید چقدر خوب اتاقت را تمیز و مرتب نموده‌ای."

به جای تنبیه به برقراری نظم و انضباط اصرار نمایید:

نظم عبارتست از ارائه رفتاری قابل قبول که موجب یادگیری اتخاذ تصمیمات عاقلانه توسط فرد می‌گردد.

- به کودکان برای رفتار خوب پاداش بدهید.

- محدودیت‌هایی را بسته به سن و موقعیت برای او تعیین کنید.

- سعی کنید به آنها القا کنید که علاقه‌مندید آنها خود ناظم خود باشند.

- تنبیه فیزیکی و حتی کلامی می‌تواند برای کودک مضر بوده و منجر به تنزل عزت‌نفس در وی شود.

عدم انتقال استرس‌های ناشی از محل کار به خانه و خانواده:

وقتی که والدین در محیط کار با انواع استرس روبرو باشند ممکن است این استرس به زندگی خانوادگی آنها انتقال یابد و نهایتاً آنها بیشتر مستعد بحث و مجادله با فرزندان خود بوده و کمتر قادر به تحمل

موجب طغیان‌های خلقی، نوسانات یا حتی رفتارهای قلدرانه شود. لذا:

- کودکان را تشویق کنید که کاملاً آزادانه درباره احساساتش با شما صحبت کنند.

- به او تفهیم کنید که یک روش سالم برای بیان خشم، ترس، اندوه یا درد، صحبت کردن درباره این احساسات است. - تلاش کنید کودکان عواطف خود را بصورت کلامی ابراز نمایند و خود نیز به‌عنوان یک الگو، درباره احساساتتان با او صحبت کنید.

موجب طغیان‌های خلقی، نوسانات یا حتی رفتارهای قلدرانه شود. لذا:

تشویق در انجام امور:

پاداش و تشویق کودکان بخاطر یک رفتار خوب و مناسب بسیار مهم‌تر از آن است که به انتقاد از بخشی از رفتار که ممکن است ناپخته به نظر برسد، بپردازیم.

به‌عنوان مثال اگر کودک شما اتاقتش را مرتب

بهبود مهارت‌های اجتماعی در فرزندان:

بهترین عامل پیش‌بینی کننده عملکرد سالم دوران بزرگسالی، میزان صلاحیت اجتماعی کودکان است. صلاحیت اجتماعی یعنی کودک بتواند با دیگران کنار بیاید و با آنها با مسالمت زندگی کند. صلاحیت اجتماعی و عزت‌نفس در افراد با یکدیگر ارتباط مستقیم دارند. این موارد شامل همانندسازی، آموزش مهارت‌ها و رفتارهای اجتماعی به کودکان و بکارگیری این آموزش‌ها در گسترش تعاملات اجتماعی مثبت با دیگران می‌باشد.

اختصاص فرصتی برای مکالمه با فرزندان:

انباشت احساسات در درون کودک می‌تواند



رفتارهای نامناسب از طرف آنها باشند.

این مسئله ممکن است اثر سوئی بر روی عزت‌نفس کودک داشته باشد. ضروریست که نسبت به شناسایی عوامل استرس‌زا در مورد خود اقدام نموده و به نیازهای بهداشت روان خود توجه کنیم.

برای ایجاد و برقراری نظم و انضباط به شیوه‌های ذیل توجه نمایید:

- انتقاد سازنده: بجای سرزنش کودک به او بگوئید که چه نیازهایی ضرورت اجرا دارند. روی عمل یا رفتار متمرکز شوید. به‌عنوان مثال بجای گفتن "تو باز شلوغ‌کاری کردی؟ اسباب‌بازی‌هایت را همه‌جا ولو کرده‌ای"، تمرین کنید و بگوئید "این اتاق آشفته است می‌خواهی آن را مرتب کنی؟"
- راهنمایی مجدد: به فرزندان کمک کنید تا هر رفتار ناخواسته را با یک رفتار

قابل قبول جایگزین نماید. به‌عنوان مثال اگر فرزند شما در داخل اتاق توپ‌بازی می‌کند و آن را به اطراف پرت می‌کند، با او به داخل حیاط بروید و توپ‌بازی کنید.

- مکث: وقفه یا مکث بایستی به‌عنوان فرصتی برای کسب مجدد تسلط و کنترل خود توسط کودک، بکار گرفته شوند نه به‌عنوان فرصتی برای تربیت مجدد توسط بزرگسالان. مثلاً برای تمرکز حواس و پیشگیری از حواس‌پرتی کودک، می‌توان

یک‌فاصله زمانی کوتاه از وی خواست که روبروی دیوار بنشیند. بایستی توجه داشت که برای ثمربخشی هر چه بیشتر وقفه‌ها رعایت تناسب و امساک در اجرای این وضعیت توسط بزرگسالان ضروری است.

پیشگیری از حواس‌پرتی کودک، می‌توان یک‌فاصله زمانی کوتاه از وی خواست که روبروی دیوار بنشیند. بایستی توجه داشت که برای ثمربخشی هر چه بیشتر وقفه‌ها رعایت تناسب و امساک در اجرای این وضعیت توسط بزرگسالان ضروری است.

علائم سلامت روان در کودکان:

- دوستانی دارد و با سایر کودکان کنار می‌آید.

- می‌تواند تمرکز حواس داشته باشد و توجهش را روی موضوعی جهت دهد.
- الگوهای نسبتاً ثابتی در تغذیه و خواب خود دارد.

- علاقه و پیشرفت منطقی (با توجه به توانایی‌های خود) در مدرسه نشان می‌دهد.
- بیشتر اوقات از جنبه‌های مختلف زندگی خود نظیر خانواده، دوستان، مدرسه، ظاهر فیزیکی خود و ... احساس رضایت می‌نماید.

- از شکست‌ها و ناسازگاری‌های کوچک بیش‌ازاندازه مضطرب یا عصبانی نمی‌شود.
- به سایرین احترام می‌گذارد.
- با انرژی است و در طول روز این انرژی را حفظ می‌کند.

منبع: ده اصل ثابت فرزندپروری، لارنس اشتاینبرگ، مهرنوش عابر رشد، تهران، ۱۳۹۳، ص ۱۴-۱۸.



افسردگی دوره نوجوانی

مهدی ملاحهری

-مهدی ملاحهری دانشجوی روانشناسی عمومی



افسردگی نوعی اختلال روانی است که در آن خلق شخص آشفته می‌شود. احساس غم و ناراحتی در مقابل از دست دادن شغل یا عزیزان، یک پاسخ عادی است، با این حال وقتی این احساس‌ها نامناسب، افراطی و مخل کارایی می‌شوند از آنها به‌عنوان اختلال خلقی یاد می‌شود چون افسردگی اغلب مورد درمان قرار نمی‌گیرد. در واقع افسردگی به قدری متداول است که گاهی از آن به‌عنوان سرماخوردگی روانی یاد می‌شود. هرکس در برابر شکست‌ها، ناکامی‌ها و یا رویدادهای ناگوار، غمگین و افسرده می‌گردد. تقریباً هرکس در طول زندگی خود گهگاه احساس افسردگی می‌کند. این غمگینی‌ها در برابر شکست‌ها و ناکامی‌ها تقریباً طبیعی است. ولی گاهی اوقات ضربه‌ی حادثه‌ای بسیار شدید است و اثری طولانی در فرد باقی می‌گذارد. سیل، طوفان، زلزله، آوارگی، تصادفات رانندگی و کارگاهی، ورشکستگی و زیان‌های مالی و شغلی و صدها رویداد ناگوار دیگر ممکن است فرد را به نوروژ افسردگی مبتلا سازد. افسردگی پاسخ طبیعی آدمی به فشارهای زندگی است. عدم موفقیت در تحصیل یا کار، از دست دادن یکی از عزیزان و آگاهی از اینکه بیماری یا پیری توان ما را تحلیل می‌برد و ... از جمله موقعیت‌هایی هستند که اغلب موجب بروز افسردگی می‌شوند.

افسردگی تنها زمانی نابهنجار تلقی می‌شود که یا با واقعه‌ای که رخ داده است متناسب نباشد و یا فراتر از حدی که برای اکثر مردم نقطه آغازین بهبود است ادامه یابد. دو مشخصه اصلی و اساسی افسردگی، ناامیدی و غمگینی است. شخص رکود و حشمتناکی احساس می‌کند و در احساس بی‌کفایتی و بی‌ارزشی غوطه‌ور می‌شود، گاهی زیر گریه می‌زند و ممکن است به

فکر خودکشی بیفتد. اگر افسردگی عمده درمان نشود می‌تواند خطرناک باشد. افکار خودکشی جزء جدایی‌ناپذیر این بیماری است.

تعریف افسردگی: افسردگی حالت روانی ناخوشایندی است که با دلزدگی، یأس و خستگی مشخص می‌گردد و غالباً با یک اضطراب کم‌وبیش همراه است.

به‌طور کلی افسردگی به حالتی از خلق گفته می‌شود مانند بی‌روحیه بودن، بی‌توان بودن، احساس فقدان، نومیدی و بی‌هووده بودن که از بی‌رغبتی و بدبینی حکایت می‌کند و شوق، شادی و خوش‌بینی به‌عنوان نمونه‌های متضاد آن است. به‌طور کلی افسردگی به‌نوعی رفتار گفته می‌شود که صاحب آن با فرورفتن در خود و بی‌توجهی یا کم‌توجهی به محیط اطراف و دیگران مشخص می‌شود. همچنین افسردگی را می‌توان بیان عاطفی از حالت درماندگی، ناتوانی خود بدون در نظر گرفتن آنچه باعث شکست مکانیزم مربوط به احترام به خود گردیده، تعریف نمود. همچنین اظهار می‌دارد که افسردگی ممکن است در نتیجه عدم توانایی در انکار جنبه‌های تهدیدکننده محیط به وجود آید.

در روانپزشکی افسردگی را تغییر خلق در جهت غمگینی می‌دانند. با تغییر خلق و متناسب با آن روند و محتوی اندیشه و طرز رفتار و کیفیت واکنش‌ها نیز تغییر یافته، آندوه‌بار می‌گردد.

علائم افسردگی دوره نوجوانی:

خلق افسرده، کاهش علاقه به کلیه فعالیت‌ها، افزایش یا کاهش در اشتها، بی‌خوابی یا پرخوابی، احساس کاهش انرژی، احساس بی‌ارزشی، کاهش توانایی در فکر کردن و تشدید افکار خودکشی شناخت افسردگی: احساس بی‌ارزشی، بدبختی، بیچارگی و ناامیدی معمولاً در فرد افسرده به وجود می‌آید. لذا این افراد ممکن است به‌طور واقعی یا غیرواقعی به

فکر تمام شکست‌ها و ناکامی‌های خود بیفتند و آینده خود را توأم با بی‌پناهی و ناامیدی پیش‌بینی کنند. این ناامیدی‌ها بیم خودکشی را در فرد به وجود آورد.

افسردگی خود را به دو شکل نشان می‌دهد:

۱. **افسردگی عصبی:** نوعی از افسردگی است که به‌صورت امری غیرمعمول، طولانی و ممتد در فرد مریض ظاهر می‌شود مانند از دست دادن شخص موردعلاقه‌ای که از محبوبیت خاصی نزد فرد برخوردار بوده است.

۲. **افسردگی روحی:** بدون هیچ‌گونه علت قابل توجهی در زندگی فرد بیمار نمایان می‌شود، در این نوع افسردگی عوامل بیوشیمیایی تأثیر به‌سزایی دارد. وقایع محیطی ممکن است این نوع عامل را تسریع کند. همچنین خیال‌های باطل در فرد، احساس ناامیدی، عذاب ناشی از گناه، بی‌ارزشی و مالیخولیایی در بیمار افسرده روحی مشاهده می‌شود.

افسردگی از نظر شدت میزان آن به دو نوع تقسیم می‌شود:

افسردگی خفیف: حالتی که احتمال دارد هر یک از افراد در بعضی مواقع به آن دچار شوند و دوام آن برای مدت کوتاهی است و سپس از بین می‌رود.

افسردگی شدید: بیمار با نوعی گیجی و سردرگمی روبه‌روست و دچار اختلالات رفتاری می‌شود. لذا از شدت بیشتری برخوردار است و به همین سبب معالجه

مدت زیادی طول می‌کشد تا به حالت عادی بازگردد.

طبقه‌بندی افسردگی:

افسردگی‌ها اولیه: این نوع به افسردگی‌های اطلاق می‌شود که علائم افسردگی هسته اصلی بیماری مریض است و بیماری روانی یا جسمانی دیگری همراه با علائم اصلی افسردگی در کار نمی‌باشد. به‌عبارت‌دیگر این نوع افسردگی‌ها یا به‌طور خودکار بدون علت مشخص ظاهر می‌شوند و یا به علتی منسوب می‌شوند که شدت و دوام آنها مناسب علل به وجد آورنده‌ی آنها نیست.

افسردگی اولیه به گروه‌های کوچکتر زیر تقسیم می‌شوند:

۱. **دوقطبی:** افسردگی دوقطبی یعنی حملات افسردگی به دنبال یا در فواصل حملات مانیا (جنون، جد و شغف) پیدا می‌شود. این بیماری همچنین به نام بیماری عاطفی دوره‌ای معروف است.

۲. **تک‌قطبی:** افسردگی یک‌قطبی با حملات افسردگی مشخص می‌شود. این نوع افسردگی گروه زیادی را شامل می‌شود.

افسردگی ثانویه: به دسته‌ای افراد افسرده گفته می‌شود که علائم افسردگی هسته اصلی بیماری مریض نبوده، بلکه همیشه با یک بیماری روانی دیگر و یا بیماری جسمی همراه است. به‌عبارت‌دیگر علائم افسردگی ثانویه وابسته به یک بیماری اصلی دیگر است. موضوع مهم در افسردگی ثانویه این است که با درمان بیماری اصلی معمولاً

افسردگی فروکش می‌کند.

افسردگی ثانویه را به گروه‌های زیر تقسیم می‌کنند:

۱. بیماری اصلی یک بیماری روانی غیر از افسردگی است مثل افسردگی ثانویه در شیذوفرنیا.
۲. افسردگی ثانوی در هنگام بروز بیماری خطرناک و کشنده مثل افسردگی در بعضی از سرطان‌ها.
۳. افسردگی ثانوی مربوط به بعضی بیماری‌های طبی خاص مانند تورم کبد، بعضی عفونت‌های ویروسی، سرطان لوزالمعده و سرطان‌های مغز.
۴. افسردگی ثانویه برائر مصرف بعضی داروها از قبیل رزپرین، آلفامتیل، رایتروزین، ترکیبات هورمونی که در قرص‌های ضد حاملگی وجود دارد. همچنین اختلالات ناشی از آب و الکترولیت‌ها و اختلالات بیماری عصبی از قبیل پارکینسون، بیماری پیک و آلزایمر را می‌توان نام برد.

علائم افسردگی:

تأثیر افسردگی بر جسم و بدن:

کاهش میل جنسی، خستگی و ضعف و ناتوانی، اختلال خواب، کاهش اشتها یا گاهی افزایش اشتها، اختلال در فعالیت قلب و عروق، اختلال در دفع ادرار و بیوست، اختلالات گوارشی، اختلالات حسی، احساس غیرواقعی بودن و اختلال در دوره قاعدگی

تأثیر افسردگی بر عواطف:

گریه و زاری، ترس، تشویش و وسواس، تحریک‌پذیری و تندخویی، احساس ندامت و پشیمانی، یأس و ناامیدی و بی‌اعتمادی درمان:

برای رسیدن به این هدف باید از یک یا چند مورد از راه‌های زیر استفاده نمود:

۱- **تشخیص مشکلات:** مشکلاتی که بیماری فرد را تشدید می‌کند باید شناسایی شود سپس برای برطرف نمودن آن اقدام نمود تا شکست‌های احتمالی که تفکرات منفی را به همراه دارد به موفقیت‌های که تقویت مثبت را به همراه دارند تبدیل شوند.

۲- **روان‌درمانی به‌وسیله مشاوران، روان‌شناسان و روان‌پزشکان:** در این روش باید از انواع روش‌های روان‌درمانی کمک گرفت تا شخص بیمار گذشته‌اش را التیام بخشد. برای رسیدن به این هدف از طرح مسائل زیاد برای خود بیمار خودداری می‌شود تا وی بتواند به آینده‌اش خوشبین شود.

۳- **افزایش فعالیت خوشایند و مطبوع:**

مشخص کردن نوع فعالیت‌هایی که برای فرد بیمار جالب است از اهمیت خاص برخوردار است با شناخت این فعالیت‌ها می‌توان شرایطی جهت افزایش فراوانی آن رفتار ایجاد نمود.

۴- **افزایش مهارت‌های اجتماعی:** ابتدا باید مشخص کرد چه حوزه‌هایی از روابط اجتماعی به تشویق و اضطراب منجر می‌گردند تا بتوان از مهارت‌های موجود کمک گرفت و واکنش عاطفی را که باعث اختلال مهارت‌های اجتماعی می‌گردند

نشان داد. لذا با بالا بردن تعداد رویدادهای مطبوع در محیط مریض بهتر می‌توان به روابط متقابل پرداخت.

۵- **دخالت گروهی:** انجام بعضی تمرین‌های ساده و کوچک مشخص‌شده و درجه‌بندی‌شده با اعضای خانواده می‌تواند کمک کند تا بیمار بتواند در راه تعلیم موفقیت‌های گروهی که باید از آن استفاده نماید گام‌هایی مؤثری بردارد و در ارتباط با اعضای گروه از نتیجه و بازتاب رفتار خود در گروه آشکار شود.

۶- **ایجاد مهارت‌های شناختی:** افراد افسرده معمولاً دارای افکار منفی و بیهوده هستند و از آینده‌ی خود رنج می‌برند. بسیاری از این بیماران معیارهای رفتار، موفقیت بالا و سختگیرانه‌ای برای خود دارند. لذا، مهارت‌های اجتماعی و شغلی فعلی خود را برای رسیدن به آن‌ها کافی نمی‌دانند. تغییر دادن اصلاح این جنبه‌های ذهنی یا شناختی موردتوجه رفتارگرایان است.

۷- **روش فراکنی زمان لازاروس:**

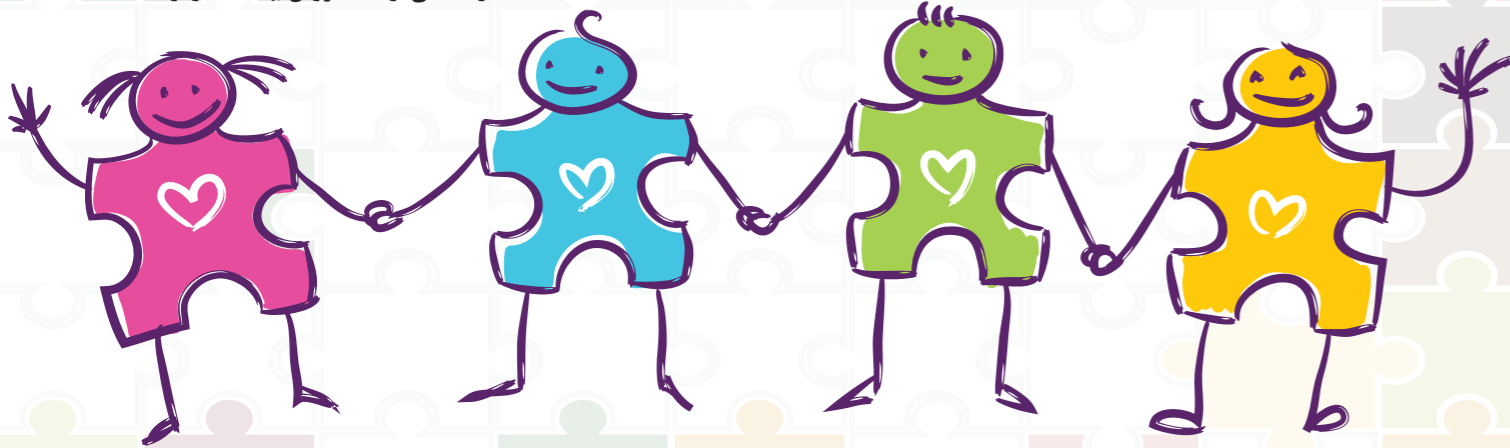
اساس این روش عبارت است از تصویر یا تجسم حوادث و فعالیت‌های مثبت و مطبوع در آینده‌ی واقعی که احساس افسردگی به بیمار دست می‌دهد. این فعالیت‌های لذتبخش از کارهای ساده‌ای چون خوردن یک غذای لذیذ یا گرفتن دوش آب گرم تا فعالیت‌های فکری، کوشش و صحبت با دوستان موردعلاقه را می‌تواند در برگیرد.

منبع: کتاب مشکلات نوجوانی و جوانی دکتر ابوالقاسم اکبری محل نشر: دماوند چاپ ۲

تشخیص اوتیسم در سنین پایین

ام‌البنین عارفی

-کارشناسی ارشد آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت



برخی علائم

■ نسبت به شنیدن اسم خود عکس‌العملی نشان نداده و ممکن است نسبت به برخی از صداها از خود ترس نشان دهد.

■ گروهی از کلمات را دائماً برای خود تکرار کرده و یا خود را با ضمیر "او" خطاب می‌کند.

■ روی پنجه راه می‌رود و یا در حین راه رفتن دست می‌زند.

■ از داشتن تماس چشمی ممانعت می‌ورزد، حالت‌های چهره خود را تغییر نمی‌دهد.

کودکان در معرض خطر

■ کودکانی که خواهر یا برادر مبتلا به اوتیسم دارند.

■ کودکان مادرانی که طی بارداری مبتلا به سرخچه شده باشند.

■ کودکان پدران بالای ۴۰ سال (تشکیل

جنین در سنین بالای ۴۰ سال) دارند.

■ کودکان مادران مبتلا به چاقی، کودکانی که در شرایط نامناسب محیطی بزرگ می‌شوند.

اقدامات اولیه:

■ با مراجعه به متخصص مغز و اعصاب از بروز هر نوع بیماری که سبب ایجاد ناهنجاری در روند رشد مغز می‌شود جلوگیری کنید.

■ با یک روانپزشک کودک تماس بگیرید.

■ تست شنوایی، MRI، EEG می‌تواند به تشخیص اوتیسم کمک کند.

توجه:

■ هیچ روشی وجود ندارد که بتواند اوتیسم را ۱۰۰ درصد تشخیص دهد.

■ تشخیص بر پایه معیارهای رفتاری مختلف انجام می‌شود.

■ تشخیص این بیماری در کودکان زیر ۲

سال بسیار دشوار است زیرا رشد آنها متفاوت است.

■ اگر طی درمان روشی جواب نداد با تغییر آن می‌توان به نتیجه مثبت رسید.

■ هیچ دارویی برای درمان اوتیسم وجود ندارد و داروهای فعلی تنها علائم بیماری را کاهش می‌دهند.

■ اگر کودکی یکی یا چندین مورد از علائم اوتیسم را نشان دهد باید تا قبل از ۳ سالگی تحت درمان قرار بگیرد.

نکاتی برای تشخیص بهتر:

■ در نظر گرفتن روند رشد کودک

■ تحلیل سابقه دارویی کودک

■ تحلیل و پرسش درباره خانواده کودک

■ تحت نظر داشتن رفتار کودک در شرایط مختلف

منبع: ماهنامه تخصصی درباره کودک و نوجوان در ایران، شماره ۱۳۸، دی‌ماه ۹۶

سندرم پرهیز نوزادی

لیلی جهانتیغ
مهدی ملای شهری
-کارشناس شیرمادر معاونت بهداشتی
-شهری دانشجوی روانشناسی عمومی



از آنجایی که مواد مخدر به راحتی از سد جفتی - جنینی عبور می کنند، مصرف مواد به هر شکل در دوران بارداری منجر به وابستگی جنین می شود. به مجموعه علائم فیزیولوژیک و رفتاری مشاهده شده در نوزادانی که پیش از تولد در رحم مادر در تماس با مواد افیونی قرار می گیرند (سندرم پرهیز نوزادی) گفته می شود. این مجموعه علائم با افزایش فعالیت دستگاه اعصاب مرکزی و خودکار مشخص می شود و به صورت تغییرات دستگاه گوارشی، روده ای و تنفسی بازتاب می یابد. سندرم پرهیز نوزادی در نوزادان متولدشده از زنان وابسته به مواد مخدر در مقایسه با نوزادان متولدشده از زنان وابسته به سایر مواد یا الکل شایع تر است. شیوع سندرم پرهیز نوزادی در نوزادان متولدشده از مادران مصرف کننده متادون ۷۵-۵۰ درصد است. با توجه به میزان بالای بروز سندرم پرهیز نوزادی در نوزادان مادران وابسته به مواد افیونی و دریافت کننده درمان های نگهدارنده و آشنایی با نحوه مدیریت درمان این عارضه در مراحل پس از زایمان از اهمیت خاصی برخوردار است.

پاتوفیزیولوژی

عوامل متعددی بر روی زمان شروع و شدت سندرم پرهیز نوزادی تأثیر می گذارد که شامل نوع مواد استفاده شده توسط مادر، آخرین زمان و دوز ماده قبل از زایمان، نوع زایمان، نوع و مقدار بی هوشی یا بی دردی در طول زایمان، نارسایی نوزاد، سرعت متابولیسم کبد نوزاد و وجود بیماری در نوزاد می شوند. به طور کلی علائم محرومیت از متادون دیرتر شروع شده شدیدتر هستند و مدت زمان بیشتری طول می کشند. سندرم پرهیز نوزادی می تواند خفیف و گذرا یا شدید باشد شروع سندرم پرهیز نوزادی ممکن است به علت وجود سایر بیماری های نوزاد به تأخیر بیفتد. علائم محرومیت می تواند در عرض چند دقیقه یا

چند ساعت بعد از تولد تا ۲ هفته بعد شروع شود، اما بیشتر علائم در عرض ۷۲ ساعت ظاهر می شوند. زمان شروع نشانه های محرومیت تابعی از نیمه عمر ماده است به این صورت که علائم محرومیت مواد با نیمه عمر طولانی تر دیرتر شروع خواهند شد. سندرم پرهیز نوزادی در نوزادان متولدشده از مادران مصرف کننده با متادون

زودتر از ۴۸ ساعت شروع نمی شوند.

نشانه های سندرم پرهیز: گریه با صدای بلند، بی قراری، اختلال در چرخه خواب و بیداری، لرزش، تشنج، ناتوانی در شیر خوردن علیرغم افزایش رفلکس مکیدن، اسهال، استفراغ، تب، تعریق، افزایش دفعات تنفس در دقیقه، خمیازه های مکرر و آینه.

نکته: نوزادان مادران سوء مصرف کننده علاوه بر علائم فوق ممکن است دچار تأخیر رشد داخل رحمی و وزن پایین هنگام تولد نیز باشند.

آزمایش ادرار از نظر مواد در تمام نوزادان به طور معمول اندیکاسیون ندارد. آزمایش ادرار و یا مکنیوم از نظر مواد باید در مواردی در نظر گرفته شود که یافتن مواد مصرف شده توسط مادر اهمیت تشخیصی دارد، خصوصاً در مواردی که ارتباط درمانی مناسبی با مادر ایجاد نشده است. آزمایش ادرار نوزاد نشان دهنده مواجهه داخل رحمی با مواد در چند روز قبل و آزمایش مکنیوم نشان دهنده مواجهه در عرض چند ماه قبل است. احتمال منفی کاذب در آزمایش ادرار با توجه به دشواری گرفتن نمونه ادرار از نوزاد در روز اول بالاست. نتایج آزمایش مکنیوم معمولاً چند روز طول می کشد آماده شود و همچنین به طور معمول در آزمایشگاه های طبی بیمارستان ها انجام نمی شود. در مواردی که تصمیم بر انجام آزمایش ادرار یا مکنیوم قرار می گیرد، باید انجام آزمایش برای مادر توضیح داده شده و از او رضایت آگاهانه گرفته شود.

نکته: ارزش یک شرح حال دقیق در تشخیص سندرم پرهیز نوزادی از غربالگری نوزادان با آزمایش ادرار یا مکنیوم بیشتر است.

مدیریت سندرم پرهیز نوزادی

نوزادان تمام مادرانی که مواد افیونی را به صورت طولانی مدت مصرف می کنند باید از نظر سندرم پرهیز نوزادی پایش شوند. سندرم پرهیز نوزادی ممکن است حتی اگر مادر متادون را یک ماه قبل از زمان زایمان (اما نه زودتر) قطع کرده باشد دیده شود، بنابراین اخذ یک شرح حال دقیق مصرف مواد افیونی اهمیت دارد. از طرف دیگر، نوزادان زنان دریافت کننده یک یا چند دوز مواد افیونی برای مثال در هنگام تولد را نباید در معرض خطر پرهیز در نظر گرفت.

احیای نوزاد

اگر تاریخچه مصرف مستمر مواد افیونی در طول بارداری وجود داشته باشد، استفاده از داروهای آنتاگونیست مثل نالوکسان در دوره نوزادی از جمله برای احیا ممنوع است. استفاده از آن می تواند شروع سریع و شدید علائم پرهیز و تشنج را القا کند. در صورت سرکوب تنفسی در نوزاد مادر وابسته به مواد افیونی، روش های معمول احیاء از شامل باز نگه داشتن راه هوایی و تهویه مکانیکی در صورت نیاز باید انجام شود.

جایگاه مراقبت

در مورد این که نوزاد باید در بخش مراقبت های ویژه نوزادان درمان شود یا در بخش بعد از زایمان در کنار مادر مراقبت شود باید تصمیم گیری شود. به عنوان یک اصل، باید از جدا کردن غیر ضروری نوزاد از مادر اجتناب شود. گرچه در صورت شدید بودن سندرم پرهیز نوزادی پذیرش بخش مراقبت های ویژه نوزادی اجتناب ناپذیر خواهد بود.

نکته: در صورت امکان انتخاب اول

نگه داشتن نوزاد با مادر است.

اقدامات حمایتی و درمان های غیر دارویی

۵۰ تا ۷۰ درصد نوزادان متولدشده از زنان مصرف کننده مواد افیونی به دلیل بروز سندرم پرهیز نوزادی نیاز به درمان پیدا می کنند.

درمان غیر دارویی، درمان خط اول برای تمام کودکان متولدشده از زنان وابسته به مواد افیونی است. این درمان شامل مداخلات مراقبت حمایتی مثل یک محیط آرام، شیردهی مکرر، استفاده از پستانک، از نزدیک در آغوش گرفتن، خوب پوشاندن، تغذیه مکرر با حجم کم و تماس پوستی نزدیک می شود.

نوزادانی که در معرض خطر سندرم پرهیز نوزادی هستند باید در بیمارستان برای حداقل ۳ روز باقی بمانند. این کار یک زمان حداقلی برای پایش نشانه های سندرم نوزادی، ارزیابی مهارت های فرزندپروری بیمار، ارزیابی کیفیت تغذیه نوزاد و کنترل از نظر کاهش وزن بیش از حد فراهم می کند. پایش دقیق وزن نوزاد در طول این دوره ضروری است زیرا اختلالات تغذیه شایع هستند. در صورتی که دریافت کالری با شیردهی به تنهایی ناکافی باشد، باید استفاده کمکی از شیر دایه یا... تا زمان برقراری دریافت کالری کافی در نظر گرفته شود.

نکته: تغذیه با شیرمادر شدت علائم محرومیت، احتمال شروع تأخیری علائم و نیاز به درمان دارویی را کاهش می دهد. مادران نوزادان در معرض خطر سندرم پرهیز نوزادی باید اطلاعات کافی و



« بیماری دنگی یا تب استخوان شکن

روح الله دهمرده

- کارشناس بیماریهای معاونت بهداشتی

علائم و نشانه‌ها:

نزدیک به ۸۰ درصد از بیماران مبتلا به ویروس دنگی هیچ‌گونه نشانه‌ای نداشته و یا نشانه‌های بسیار خفیفی مانند تب ملایم دارند. فقط وضعیت ۵ درصد از بیماران وخیم می‌شود. نشانه‌ها ۳ تا ۱۴ روز بعد از ابتلا به ویروس دنگی نمایان می‌شوند. معمولاً نشانه‌ها در کودکان مبتلا به ویروس دنگی، مشابه سرماخوردگی معمولی و یا گاستروانتریت (استفراغ و اسهال) است.

سیر بالینی:

نشانه‌های معمول بیماری دنگی عبارتند از تبی که ناگهانی آغاز می‌شود، سردرد معمولاً پشت چشم‌ها، حساسیت پوستی و درد ماهیچه‌ها و مفاصل. بیماری دنگی در سه مرحله اتفاق می‌افتد: تب، وخامت و بهبودی.

بیماری تب دنگی از جنگ جهانی دوم به معضلی جهانی تبدیل شده است، در بیش از ۱۱۰ کشور شیوع داشته و ۵۰ تا ۱۰۰ میلیون نفر در هر سال به آن مبتلا می‌شوند. بیماری دنگی عفونتی است که توسط ویروس دنگی ایجاد می‌شود. پشه‌ها عوامل منتقل‌کننده (پخش‌کننده) این ویروس هستند. بیماری دنگی به‌عنوان تب استخوان‌شکن نیز شناخته می‌شود، چراکه به دلیل درد شدید حاصل از آن بیمار تصور می‌کند استخوان‌هایش در حال شکستن هستند. برخی نشانه‌های بیماری عبارتند از تب، سردرد، حساسیت‌های پوستی مشابه سرخک و درد در ماهیچه‌ها و مفاصل. ممکن است بیماری دنگی در تعداد کمی از بیماران به یکی از دو گونه خطرناک و کشنده تبدیل شود. گونه اول تب هموراژیک دنگی است که باعث خونریزی، ترشح مایعات به بیرون از عروق خونی و کاهش پلاکت‌های خون می‌شود. گونه دوم سندروم شوک دنگی است که باعث افت شدید فشار خون می‌شود. ویروس دنگی ۴ نوع متفاوت دارد. اگر فردی به یک نوع از ویروس‌ها مبتلا شود تا آخر عمر به آن نوع ویروس مصونیت دارد. اگرچه، در برابر سه گونه دیگر فقط تا مدت محدودی مصونیت دارد. اگر بعدها به یکی از سه نوع دیگر این ویروس مبتلا شود، ممکن است مشکلاتی جدی برای او ایجاد شود.

واکسنی برای جلوگیری از ابتلا به ویروس دنگی وجود ندارد. مردم باید در برابر پشه‌ها از خود محافظت کرده و دفعات گزیدگی با نیش آنها را محدود کنند. همچنین به پیشنهاد کارشناسان بهداشتی می‌توان زیستگاه پشه‌ها را کوچک‌تر کرد و در نتیجه تعداد پشه‌های موجود را کاهش داد. اگر کسی دچار بیماری دنگی شد و در صورتی که بیماری خفیف باشد، برای بهبودی باید مقدار زیادی مایعات بنوشد. اگر کسی به گونه حادتری از بیماری مبتلا شد نیازمند مایعات وریدی و انتقال خون خواهد بود.



متناسب درباره شیردهی، حمایت برای فرزندپروری و ارزیابی دریافت کنند و باید به آنها تکنیک‌های آرام کردن آموزش داده شود. زنان و والدین و افراد حمایت‌کننده آنها درباره بهداشت خواب خصوصاً وقتی داروهای آرام‌بخش مثل متادون دریافت می‌کنند آموزش ببینند. در صورتی که مادر منع شیردهی نداشته باشد باید به ادامه شیردهی تشویق شود.

نکته: اگر مادر اصرار به ترخیص زودرس نوزاد در معرض خطر داشت، نوزاد باید توسط فوق تخصص نوزادان بررسی شده و والدین نیز برگه رضایت‌نامه را امضا نمایند.

اصول کلی شیردهی

شیردهی به‌عنوان بهترین تغذیه برای نوزاد شناخته شده است. این روش ارزان بوده و اجرای آن نیز از سایر روش‌ها ساده‌تر است. شیرمادر کامل‌ترین شکل تغذیه نوزادان بوده و علاوه بر دارا بودن طیفی از منافع سلامتی، رشدی، ایمنی و تکاملی باعث کاهش هزینه‌های اجتماعی نیز می‌شود. به‌علاوه مشخص شده که تماس پوستی با مادر برای نوزاد اهمیت دارد و باید به‌صورت فعال به مادری که کاملاً بیدار و هوشیار است و می‌تواند به نیازها نوزادش پاسخ دهد توصیه شود.

۱- در توصیه به زنان وابسته به مواد در خصوص شیردهی خطرات اختصاصی بالقوه شیردهی هر مادر باید در برابر منافع آن به‌صورت انفرادی شده سنجیده شده و مادر باید از آنها مطلع گردد.

۲- برای به حداقل رساندن آسیب‌های احتمالی توصیه می‌شود مادر از اثرات محتمل مصرف مواد بر نوزاد مطلع شود و به مادر کمک شود تا برای به حداقل رساندن

اشکال است که دوز متادون مادر بیش از ۲۰ میلی‌گرم روزانه نباشد. گرچه، مطالعات اخیرتر نشان می‌دهد که در دوزهای نگهدارنده متادون زیر ۱۸۰ میلی‌گرم در روز ترشح متادون در شیرمادر بسیار اندک بوده و محدودیت دوز ۲۰ میلی‌گرم در روز برای شیردهی مبنای علمی ندارد. سطح متادون در شیرمادر در حدود ۳۱۴-۲۱ نانوگرم / میلی‌لیتر بوده و بر سطوح خونی متادون در نوزاد تأثیر ندارد، باین‌حال نشان داده شده شیردهی مادران روی درمان نگهدارنده با متادون می‌تواند طول مدت سندرم پرهیز نوزادی را کوتاه کند. هرچند متادون در شیرمادر قابل‌ردیابی هستند، اما مقادیری از دارو که در مصرف خوراکی جذب بدن نوزاد می‌شود اندک بوده و عوارض نوزادی ایجاد نمی‌کند. از طرف دیگر شیردهی منافع متعددی دارد که شامل پیوند مادر-نوزاد، تغذیه و پیشگیری از بیماریهای کودکی می‌شود. مادران دریافت‌کننده درمان‌های نگهدارنده با متادون باید برای شیردهی تشویق شوند مگر کنتراندیکاسیون دیگری برای شیردهی وجود داشته باشد. لازم به ذکر است که شیردهی و از شیر گرفتن نوزاد مادر روی درمان نگهدارنده با متادون باید تحت نظارت طبی اختصاصی انجام شود، زیرا احتمال پرهیز نوزادی حاصله در اثر از شیر گرفتن سریع را نمی‌توان قطعاً رد کرد.

مواجهه با اثرات این مواد برنامه‌ریزی کند. ۳- بهتر است شیردهی بلافاصله قبل از مصرف دارو یا حداقل ۱ تا ۲ ساعت پس از مصرف آخرین دوز دارو انجام شود. ۴- توصیه می‌شود دارو به‌صورت دوز واحد و قبل از خواب نوزاد مصرف شود. ۵- به علت احتمال بروز علائم محرومیت ناشی از قطع ناگهانی شیردهی، از شیر گرفتن کودک باید تدریجی طی چند هفته و زیر نظر پزشک انجام شود. ۶- در صورتی که در مورد نحوه راهنمایی مادر در خصوص شیردهی و مشکلات مصرف مواد اطمینان ندراید با یک روانپزشک یا متخصص زنان و زایمان مشورت نمایید.

تداوم شیردهی و درمان‌های نگهدارنده با آگونیسست

مادرانی که در دوران بارداری مواد مخدر مصرف می‌کرده یا تحت درمان نگهدارنده بوده‌اند باید بدانند منافع تغذیه نوزاد با شیرمادر از مضرات آن بیشتر است. شیردهی می‌تواند در ایجاد پیوند میان مادر و کودک مفید باشد و به‌صورت بالقوه شدت سندرم پرهیز نوزادی را کاهش دهد. در واقع شیردهی به‌عنوان بخش پایه‌ای از مراقبت حمایتی در درمان سندرم پرهیز نوزادی محسوب می‌شود. همچنین در مقایسه با شیر خشک، مصرف شیرمادر با سندرم پرهیز نوزادی خفیف‌تری همراهی دارد.

به‌طور کلی مادران تحت درمان نگهدارنده با متادون را بایستی به شیردهی تشویق کرد. توصیه سال ۱۹۸۳ آکادمی طب کودکان آمریکا این است که درمان نگهدارنده با متادون در شیردهی فقط زمانی بدون

منبع: راهنمای مدیریت وابستگی به مواد در بارداری، تولد (هنگام زایمان)، شیردهی و نوزادی انتشارات دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد



نحوه تهیه نمونه‌های بالینی

برای انجام آزمایش میکروبی‌شناسی مستقیم (۳)

ابوالفضل پناهی میکشکار

- کارشناس هماهنگ کننده سل دانشگاه



در مرحله تب، شخص دچار تب شدید می‌شود. معمولاً تب بالای ۴۰ درجه سانتیگراد است. همچنین ممکن است شخص دردهای عمومی و سردرد داشته باشد. مرحله تب اغلب بین ۲ تا ۷ روز ادامه می‌یابد. ممکن است دانه‌های کوچک قرمز (پتشی) روی پوست نمایان شوند. این لکه‌ها با فشار موضعی از بین نمی‌روند.

انتقال:

در بیشتر مواقع ویروس دنگی توسط پشه آئدس به‌خصوص گونه آئدس اجیپتی منتقل و پخش می‌شود. این پشه‌ها معمولاً در روز نیش می‌زنند. اگر پشه ماده، انسان مبتلا به دنگی را نیش بزند، ویروس دنگی به او نیز منتقل می‌شود. به نظر می‌رسد این ویروس هیچ‌گونه آسیبی به پشه‌های آلوده که تا آخر عمر خود آلوده باقی می‌مانند، وارد نمی‌کند. احتمال پخش شدن ویروس دنگی توسط پشه آئدس اجیپتی از دیگر پشه‌ها بیشتر است. چراکه این

پشه نزدیک به انسان‌ها زندگی می‌کند و به‌جای حیوان‌ها از انسان‌ها تغذیه می‌کند. همچنین این پشه در منابع آب ساخته انسان تخم‌گذاری می‌کند. ویروس دنگی از طریق خون‌آلوده و اهدای عضو نیز منتقل می‌شود. همچنین ممکن است دنگی هنگام بارداری یا پس از زایمان از مادر به کودک منتقل شود.

خطرات ناشی از بیماری:

احتمال شدت گرفتن بیماری دنگی در نوزادان و کودکان بسیار بیشتر از بزرگسالان است. احتمال شدت گرفتن بیماری در زنان بیشتر از مردان است. ممکن است دنگی در افرادی با بیماری‌های مزمن مانند آسم و دیابت، منجر به مرگ شود. تشخیص بیماری دنگی از تب چیکن گونیا کار مشکلی است. تب چیکن گونیا نشانه‌هایی شبیه به دنگی داشته و در همان مناطق جغرافیایی مشاهده می‌شود که دنگی در آنها شایع است. دنگی نیز ممکن

است نشانه‌هایی مشابه بیماریهای دیگر همچون مالاریا، لپتوسپیروز، تب حصبه و بیماری مننگوکوکی را داشته باشد. معمولاً پیش‌ازاین که پزشک متخصص شخص را برای بیماری دنگی مورد معاینه قرار دهد، از عدم ابتلای فرد به این بیماریها باید اطمینان حاصل نماید. تب دنگ و چیکون گونیا و همچنین زیکا بیماری‌هایی منتقله توسط ناقلین به شمار می‌آیند که به‌سرعت گسترش پیدا کرده و از نظر بهداشت عمومی اهمیت دارند که به‌وسیله پشه آئدس بخصوص آئدس اجیپتی و پس‌از آن آلبوپیکتوس منتقل می‌شوند. با توجه به اینکه این بیماریها اخیراً به‌عنوان یک اورژانس بهداشتی توسط سازمان بهداشت جهانی مطرح‌شده است ضرورت توجه به این بیماریها را دوچندان کرده است.

منبع: راهنمای مراقبت پشه آئدس ناقل بیماری‌های تب دنگ، زیکا، چیکونگونیا

بدیهی است که برای نتیجه‌گیری دقیق از یک آزمایش، نمونه موردبررسی باید به روش صحیح جمع‌آوری شود.

نمونه‌ی خوب نمونه‌ای است که:

الف- از محل ضایعه و به مقدار کافی گرفته‌شده باشد

ب- در ظرفی مناسب با ثبت مشخصات کامل بیمار قرار گیرد

ج- در وضعیت مناسب نگهداری شده و به روش صحیح به آزمایشگاه انتقال یابد.

۱- نمونه خلط

۲- تهیه شیره معده

در بخش اول این مقاله (فصلنامه ۵۲) با نحوه و روش گرفتن نمونه خلط و نکات قابل‌توجه در نمونه خلط و در بخش دوم (فصلنامه شماره ۵۳) نیز با نحوه تهیه شیره معده آشنا شدیم.

۳- القاء خلط

توجه داشته باشید که برخلاف تهیه شیره معده، القاء خلط شیوه‌ای است که در طی آن آئروسول ایجاد می‌شود. بنابراین می‌بایست در یک اتاق ایزوله که در آن امکانات احتیاطی کافی برای کنترل عفونت "نظیر فشار منفی، اشعه ماوراءبنفش (که در زمانی که اتاق در حال استفاده نیست باید روشن باشد) و هواکش" وجود دارد انجام پذیرد.

لقاء خلط روشی است که از نظر ایجاد

خطر برای فرد بیمار، روشی کم‌خطر تلقی می‌شود و موارد بسیار کمی از عوارض ناخواسته (نظیر حملات سرفه، ایجاد ویزینگ ملایم و خونریزی بینی) در اثر آن گزارش شده است.

مطالعات اخیر نشان داده است که این شیوه می‌تواند بدون مشکل حتی در کودکان کم سن و سال انجام پذیرد؛ اما برای انجام آن در سنین پائین، پرسنل به آموزش‌ها و تجهیزات ویژه نیاز خواهند داشت.

اقدامات اولیه:

افراد را قبل از این اقدام معاینه نمایید تا از سلامتی کافی آنان برای انجام عملیات القای خلط مطمئن شوید.

افراد دارای خصوصیات ذیل نباید تحت القاء خلط قرار گیرند:

- ناشتا بودن به میزان ناکافی؛ در صورتی که کودک حداقل ۳ ساعت ناشتا نبود، القای خلط را تا زمان مناسب به تعویق بیندازید.

- وجود ناراحتی شدید تنفسی؛ (نظیر تنفس سریع، خس‌خس سینه، هیپوکسی)

- لوله‌گذاری شده

- خونریزی یا خطر بالای بروز آن؛ پائین بودن تعداد پلاکت (کمتر از ۵۰ عدد در میلی‌لیتر خون)، گرایش به خونریزی، خونریزی شدید بینی

- سطح هوشیاری پایین

- سابقه آسم شدید (آسم تشخیص داده و

معالجه شده توسط پزشک)

روش کار

۱- یک داروی برونکودیلاتور (مانند سالبوتامول) برای کاهش احتمال بروز ویزینگ تجویز کنید.

۲- محلول سالیین هیپرتونیک (سالیین ۳درصد) را به‌صورت بخور برای مدت ۱۵ دقیقه یا تا زمانی که ۵ سی‌سی از محول به‌طور کامل استفاده‌شده باشد تجویز کنید.

۳- دادن فیزیوتراپی قفسه سینه برای به حرکت درآوردن ترشحات لازم است. هرچند که باید از تلاش ارادی خود فرد برای ارائه خلط پس از سرفه عمیق نیز بهره برد.

۴- برای کودکان به‌ویژه کودکان کم سن و سال که خود قادر به همکاری برای دادن خلط در پی سرفه عمیق نیستند می‌توانید مراحل زیر را دنبال کنید:

- راه‌های تنفسی (هوایی) را برای خارج کردن ترشحات تنفسی ساکشن کنید؛

- ترشحات ناروارنژیال را برای جمع‌آوری نمونه مناسب جمع‌آوری کنید.

نکته: هر وسیله‌ای که مجدداً مورد استفاده قرار خواهد گرفت می‌بایست قبل از استفاده برای بیمار بعدی استریل و ضدعفونی گردد.

منبع: دستورالعمل کشوری مبارزه با سل، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

تعداد زیادی از کودکان تا ۳ سالگی به درجاتی از عفونت گوش مبتلا می‌شوند. میکروب‌ها، باکتری‌ها و ویروس‌ها می‌توانند در قسمت گوش میانی با فعالیت خود گوش کودک را دچار عفونت کرده و سبب گوش درد شوند. برخی مواقع عفونت‌هایی که به مایع پشت پرده گوش سرایت می‌کند، می‌تواند عامل گسترش باکتری شود و به شکل گوش درد علامت بیماری را ظاهر سازد. از جمله عفونت‌های مسبب این حالت در کودکان، عفونت‌های حاصل از ای‌کولای و پنوموکوک است. گاهی عفونت‌هایی ظاهراً غیر مرتبط با گوش نیز در قسمتی دیگر از بدن یافت می‌شود که گوش بگذارد و مسبب گوش درد در کودکان شود که عفونت‌های ناشی از سیستم تنفسی از این دست به شمار می‌رود. همچنین سرماخوردگی هم ممکن است اثراتی بر احساس گرفتگی، عفونت و گوش درد در این ناحیه داشته باشد.

« گوش درد کودکان



ام‌البین عارفی
-کارشناس سلامت کودکان

غیرطبیعی می‌باشد، پرده به‌طور معمول رنگ نقره‌ای-خاکستری دارد و مانند کاغذ روغنی براق می‌باشد، رنگ قرمز، زرد یا سفید پرده می‌تواند نشان‌دهنده مشکل در گوش میانی باشد. قرمز بودن پرده می‌تواند در اثر گریه، عطسه یا فین کردن نیز ایجاد شود که در این موارد باید به حرکت پرده توجه نمود. پرده صماخ به‌طور معمول نیمه شفاف است و ساختمان‌های پشت آن تا حدی قابل‌رؤیت است. پرده طبیعی در صورتی که بینی با دست‌بسته شده باشد با قورت دادن آب دهان یا فوت کردن کودک به داخل بینی و یا با اتوسکوپ پنوماتیک حرکت می‌کند. وجود یا فقدان رفلکس نوری همیشه کمک‌کننده نیست، مشاهده حباب یا مایع از ورای پرده غیرطبیعی بوده و در اوتیت میانی سرروز با تجمع مایع دیده می‌شود.

عصب صورت: ضعف یا فلج نیمه صورت، نشانه فلج عصب صورت است که با عدم توانایی در بستن ارادی چشم‌ها، بالا بردن ابروها و یا نشان دادن دندان‌ها مشخص می‌شود. این مشکل در فلج بل، هرپس گوشی، تومورها و بیماری‌های نورولوژیک دیده می‌شود.

سایر موارد: وجود یک دسته موی سفید در جلوی سر کودک می‌تواند با کاهش شنوایی همراه باشد. تب می‌تواند در اوتیت میانی دیده شود. کودکی که تب و درد شکم در اطراف ناف دارد باید اتوسکوپ میانی را معاینه کرد. عدم تعادل و تلو تلو خوردن در راه رفتن که اخیراً ایجاد شده می‌تواند به دلایل گوش- مغزی با اختلالات داخلی باشد.

منبع: ماهنامه تخصصی کودک و نوجوان، شماره ۱۳۹، بهمن‌ماه ۹۶

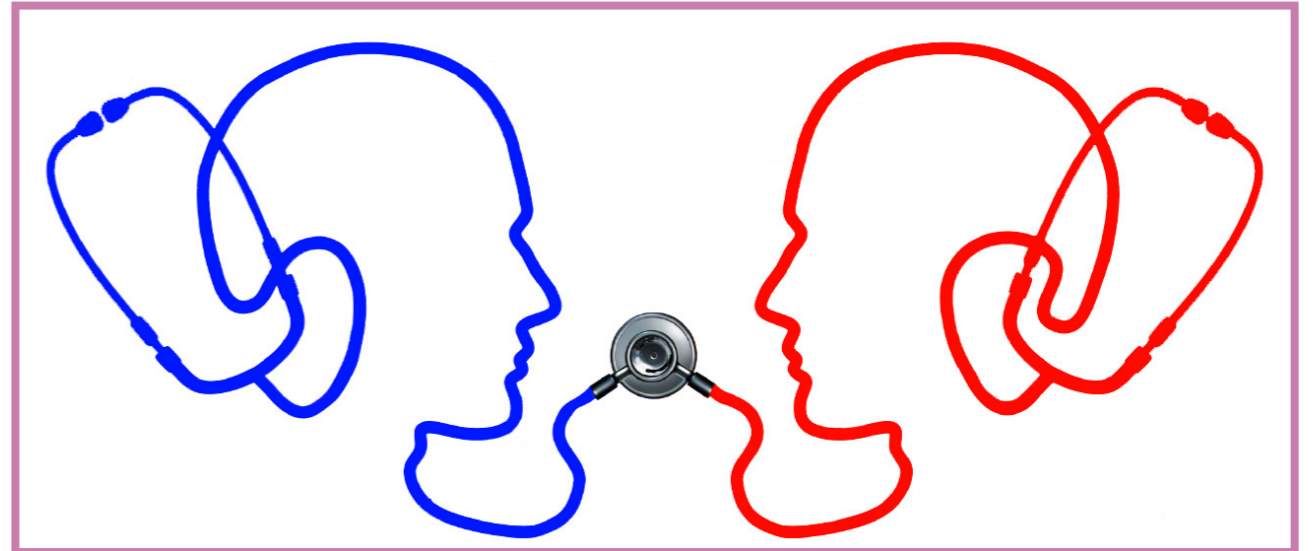
پرده صماخ: برای دیدن پرده صماخ نیاز به اتوسکوپ می‌باشد، نور اتوسکوپ باید کافی باشد، در غیر این صورت پرده کدر به نظر می‌رسد، کودک باید در بغل مادر بنشیند به‌طوری‌که دستان وی توسط بازوی مادر و پاهایش در بین پاهای مادر نگه‌داشته شود، دست دیگر مادر سر کودک را نگه می‌دارد، بزرگ‌ترین اسپیکولومی که در مجرا جا می‌گیرد را انتخاب کنید، اتوسکوپ مانند مداد در دست راست گرفته‌شده و لاله گوش کودک به سمت پایین کشیده می‌شود، پرده صماخ مقعر است. بیرون‌زدگی (برجسته شدن) یا به داخل کشیده شدن (رتراکسیون) پرده به‌خصوص در قسمت فوقانی یا قسمت شل پرده

می‌دهد. فقدان مجرای گوش علاوه بر اینکه باعث کاهش شنوایی می‌شود می‌تواند با نقایص بیشتری در گوش میانی یا داخلی همراه باشد. ترشح از گوش در موارد اوتیت خارجی و یا میانی دیده می‌شود. ترشحات باید تمیز شود تا پرده صماخ به‌طور کامل دیده شود. تنگی مجرا در موارد اگرما، عفونت مزمن و تومورهای استخوانی مجرا دیده می‌شود و معاینه کامل را دشوار می‌سازد. ذرات سیاه یا سفید در داخل مجرا در عفونت‌های قارچی دیده می‌شود. جسم خارجی در مجرا باید خارج شود بوی بد ترشحات گوش نشانه عفونت مزمن یا کلسفاتوم است.

داخلی همراه باشد، تورم یا قرمزی لاله گوش نیز هست که در موارد پری کندریت و کندریت رخ می‌دهد، دردناک بودن لاله گوش در لمس یا کشیدن در موارد اوتیت خارجی و یا پری کندریت دیده می‌شود. **مجرای گوش:** سررومن طبیعی گوش دارای رنگ زرد مایل به قهوه‌ای است. قوام نرم و معمولاً غیر مایع و تقریباً بدون بو می‌باشد. البته در نوزادان به‌طور طبیعی مجرای گوش با ماده نرمی به رنگ زرد کمرنگ (ورنیکس کازنوزا) پر شده که بعد از مدت کوتاهی برطرف می‌شود. کشیدن، مالیدن یا گرفتن گوش به‌طور مکرر توسط کودک می‌تواند در موارد اوتیت رخ دهد ولی قابل‌اطمینان نیست. این علامت در دردهای ارجاعی مانند دندان‌درد نیز روی

لاله گوش: از بین رفتن شیپار پشت گوش در مورد ماستوئیدیت حاد است و به دلیل تورم روی استخوان ماستوئید به وجود می‌آید. حفره یا سوراخ ریز یا زائده‌ی پوستی در جلوی گوش می‌تواند با نقص داخلی گوش همراه باشد. لمس توده در جلوی گوش نیز از دیگر موارد است که در عفونت‌های گوش خارجی دیده می‌شود؛ اما اگر به مدت طولانی باقی بماند باید تومور پاروتید را مدنظر داشت. وجود تاول در پشت گوش در زونای گوش‌ی نیز رخ می‌دهد و می‌تواند با فلج عصب صورت و کاهش شنوایی همراه شود. شکل غیرطبیعی لاله‌ی گوش، کوچک بودن یا نقص در برخی قسمت‌ها یا برجسته بودن نیز می‌تواند با نقایصی در گوش میانی یا

مفهوم ارتباط در حوزه سلامت



مجتبی کندی
احمد کهخا ژاله
- کارشناس آموزش و ارتقای سلامت
- سمعی بصری

مفهوم ارتباط در حوزه سلامت مفهومی است که با سرعت و اهمیت فزاینده‌ای در هر دو عرصه سلامت عمومی و بخش‌های انتفاعی و غیرانتفاعی ارائه‌دهنده خدمات سلامت جامعه، در حال رشد است. ارتباط یعنی فرایند درک و به اشتراک گذاری معانی، مفاهیم و ارتباط مؤثر، رابطه‌ای است که در آن طرف مقابل، پیام فرستنده را با حداکثر دقت دریافت و درک می‌کند. در یک ارتباط مؤثر هدف انتقال معنی است. معانی پل ارتباطی میان عوامل عینی و انتزاعی هستند. هر پیام حاوی دو بخش جداگانه است، صورتی ظاهری و مفهومی درونی که اشاره بر مفهوم خاصی دارد. توانایی برقراری ارتباط و پیوند میان این دو بخش به توان افراد و مخاطبین بازمی‌گردد. واژه‌ها و تصاویر با معانی مشترک می‌توانند واکنش‌های کاملاً متفاوتی را در مخاطبین برانگیزاند.

مثلاً واژه‌های چاق، تپل، مپل، تنومند و دارای اضافه‌وزن را در نظر بگیرید. همه‌ی اینها دلالت بر مفهومی مشترک دارند اما در عمل کاربردهای متفاوتی دارند. واژه‌ی تپل مپل احساس خوبی ایجاد می‌کند و معمولاً بار منفی ندارد اما واژه‌ی چاق عملاً و ظاهراً بار منفی دارد و استفاده از آن چندان خوشایند به نظر نمی‌رسد. دقیقه مانند واژه‌ها، تصاویر بصری نیز دارای معانی مختلفی هستند. به‌طور کلی وقتی بخشی از انتقال پیام و مفهوم به تصورات و تجسمات واگذار می‌شود، اثرگذاری آن خیلی بیشتر از حالتی است که تمام جزئیات دقیق و ریزبه‌ریز مطرح می‌شود.

عینی پیام همان علائم و نشانه‌هایی است که پیام را به‌صورت خبر، نکته یا موضوع به‌گیرنده انتقال می‌دهند.

۵- وسایل و مجاری ارسال پیام: برای ارسال پیام از وسایل و طرق متنوعی استفاده می‌شود، برای مثال، از هوا برای انتقال اصوات، از کاغذ برای انتقال پیام و از سیم برای انتقال پیام‌های تلفنی استفاده می‌شود. برخی از صاحب‌نظران پیام را از وسیله ارسال آن متمایز می‌سازند ولی پیوستگی و امتزاج پیام و وسیله ارتباطی چنان زیاد است که تفکیک‌ناپذیر به نظر می‌رسند. به‌رحال تناسب پیام یا وسیله ارسال آن، تأثیر زیادی بر کارایی و اثربخشی ارتباط دارد.

۶- دریافت و ثبت پیام: دریافت و ثبت

صحیح پیام ارسالی از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است و عامل مهمی در برقراری ارتباط مؤثر محسوب می‌شود.

۷- تبدیل کردن پیام به مفهوم ذهنی: پس از دریافت پیام، گیرنده باید آن را به اطلاعاتی تبدیل کند که موردنظر فرستنده پیام بوده است، بنابراین بر مبنای تجربه گذشته گیرنده و انتظارات و مقاصد فرستنده و ادراک گیرنده از علائم ارسالی، برای تبدیل پیام به مفاهیم ذهنی اقدام می‌شود.

۸- ادراک پیام: پس از تبدیل پیام به مفاهیم ذهنی، محتوای آن را ادراک می‌گردد.

۹- عوامل ایجاد اختلال (پارازیت): در فراگرد ارسال پیام از فرستنده به گیرنده،

مراحل طراحی پیام

مرحله اول: شناخت مخاطبین و مشارکت آنها

و سالمند متفاوت خواهد بود. در غیر این صورت احتمال عدم موفقیت آموزش‌ها کمپین‌های اطلاع‌رسانی بسیار است چراکه ممکن است تفاسیر اشتباه در بین مخاطبین ایجاد شده و افراد نسبت به محتوای اصلی بی‌تفاوت شوند. به عبارتی دسته‌بندی مخاطبین و شناخت نیازهای آنها کلید اصلی در این گام می‌باشد.

مرحله دوم: طراحی اولیه پیام

این مرحله بر اساس نتایج به‌دست‌آمده از مرحله اول (شناخت مخاطبین) و اصول و قواعد کلی طراحی پیام، انجام می‌شود. هدف این مرحله، طراحی پیام ساده و شفاف برای مخاطبین است.

عوامل متعددی وجود دارند که موجب اختلال در ارسال پیام و نامفهوم شدن آن یا تداخل در ارتباطات می‌گردند که به‌عنوان پارازیت می‌باشند.

اصطلاح "طراحی پیام‌های آموزشی" از دهه ۱۹۷۰ در ادبیات رشته تکنولوژی آموزشی به‌کاررفته است. طراحی پیام‌هایی به زبان ساده پاسخ به این سؤال است که "چگونه می‌توانیم از طریق بیان، نوشته، تصویرهای ثابت یا متحرک و منابع اینترنتی و غیره به نحوی مؤثر آموزش خود را به اجرا بگذاریم؟" طراحی پیام بهداشتی صحیح و اثربخش یکی از مهم‌ترین مراحل در یک برنامه آموزشی است که برای تغییر رفتار طراحی شده است.

پرسشنامه زیر، ابزار پیش‌آزمون پیام بر حسب ویژگی‌هایی محتوایی آن می‌باشد که جهت ارزیابی یک انیمیشن تولید شده برای بیماران دیابتی مورد استفاده قرار گرفته است.

سوال	بلی	خیر
۱- آیا پیام توجه مخاطبین را جلب کرده است		
۲- آیا مفاهیم کلیدی در شروع پیام قرار دارد		
۳- آیا پیام واضح و روشن است		
۴- آیا رفتار خواسته شده از مخاطب آسان و قابل قبول است		
۵- آیا در پیام از محرک‌های اثر بخش استفاده شده است		
۶- آیا در پیام ها، علت انجام رفتار به صورت شفاف ارایه شده است		
۷- آیا پیام دهنده یک منبع معتبر است		
۸- آیا پیام قابل باور است		
۹- پیام از یک جاذبه متناسب با مخاطب (منطقی یا هیجانی) استفاده کرده است		
۱۰- آیا پیام تهدید کننده یا اهانت آمیز نیست		

مرحله سوم: پیش‌آزمون پیام
پیش‌آزمون پیام می‌تواند با روش‌های مختلفی مانند مشورت با متخصصان، مصاحبه‌های فردی یا بحث گروهی متمرکز و بارش افکار با مخاطبین انجام می‌شود. یکی از تکنیک‌های مورد استفاده در این مرحله بارش فکری است بارش فکری یک تکنیک گروهی است و مخاطبین پیام، طی جلسه‌ای در مورد یک رسانه تولیدشده و پیام آن نظرات خود را بیان می‌کنند.

مثال عملی از برگزاری یک جلسه بحث گروهی متمرکز برای پیش‌آزمون یک پوستر:

سلام اسم من ... است و من از دانشگاه فلان در خدمت شما هستم. ما امروز اینجا هستیم تا نظرات شما را راجع به چند پیام بشنویم. ما به شما چند پوستر که برای ارائه در جامعه شما طراحی شده را نشان خواهیم داد. این پوسترها نهایی نیستند و ما می‌خواهیم اول نظرات شما درباره آنها را جویا شویم. حال چند دقیقه با دقت به این پوسترها نگاه کنید (زمان لازم را در اختیار شرکت‌کنندگان قرار دهید). سپس این سؤالات را بپرسید:

۱- لطفاً به ما بگویید که چه چیزی در این تصویر می‌بینید چه چیز این تصویر به شما شباهت دارد

۲- در مورد افراد موجود در تصویر چه تصویری دارید. شما فکر می‌کنید آنها در حال انجام چه کاری هستند

۳- آیا شما فکر می‌کنید که این پوستر از شما می‌خواهد کار خاصی را انجام دهد؟ چه کاری؟

۴- آیا افراد موجود در این تصویر، شما را

به یاد دوستانتان می‌آورند؟ یا این افراد از دوستان شما متفاوت هستند؟ چرا؟ باید توجه داشت که تا این قسمت باید کلمات موجود در پوستر مخفی بماند و تنها تصویر به افراد نشان داده شود.

۵- آیا کلماتی در این پوستر وجود دارد که شما آن را نمی‌فهمید؟ اگر بلی، کدام یک از آنها؟

۶- حال به زبان خودتان بیان کنید که پیام این پوستر چیست؟

۷- آیا در این پوستر، تصویر یا نوشته‌ای وجود دارد که فکر کنید باعث آشفتگی یا رنجیدگی افراد دیگر شود؟ اگر بلی کدام نوشته یا تصویر؟

۸- آیا در این پوستر، چیزی وجود دارد که شما آن را دوست نداشته باشید؟ اگر بلی، چه چیزی؟

۹- آیا در این پوستر، چیزی وجود دارد که شما آن را واقعاً دوست داشته باشید؟ اگر بلی، چه چیزی؟

۱۰- آیا در این پوستر، چیزی وجود دارد که گیج‌کننده باشد؟ اگر بلی، چه چیزی؟

۱۱- آیا شما فکر می‌کنید که می‌توانید پوستری بهتر از این طراحی کنید؟

۱۲- کدام نسخه از این پوستر را ترجیح می‌دهید؟ و چرا؟

مرحله چهارم: استفاده از نتایج پیش‌آزمون و انجام تغییرات لازم در پیام طی نتایج استخراجی

مرحله پنجم: انتخاب کانال مناسب برای انتشار پیام:
انتخاب کانال مناسب نیز باید با توجه

به یافته‌های مرحله قبل و نوع پیام طراحی شده انتخاب می‌شود. در کانال‌های بین فردی (مانند رابطه پزشک با بیمار، امام جماعت با عموم مردم مریبان بهداشت با سفیران سلامت و...) پیام‌های بهداشتی باید به زبان ساده و آشنا ارائه شود. با رعایت این نکته این کانال نسبت به سایر راه‌های انتقال پیام برای افراد با تحصیلات پایین‌تر مؤثر خواهد بود. همچنین این کانال در زمره مؤثرترین کانال‌ها برای تأثیرگذاری بر نگرش به حساب می‌آید.

در کانال‌های گروهی (بحث‌های گروهی، نشست‌های علمی و رسانه جمعی...) یک پیام سریع‌تر به دست عموم مردم می‌رسد و در صورتی که این پیام‌ها مهیج و احساسی باشد مخاطبان زیادی را به رفتار تشویق می‌کند؛ مانند زلزله شهرستان بیم که از رسانه جمعی اطلاع‌رسانی شد و حمایت مالی و عاطفی اکثریت شهروندان را جلب نمود.

مرحله ششم: انتشار و توزیع پیام آموزشی

در این مرحله پیام نهایی از طریق کانال‌های مناسب به اطلاع مخاطب رسانیده می‌شود. باید توجه داشت که تکرار بیش‌ازحد و ارائه یک پیام واحد از طریق کانال توجه مخاطبان به پیام را کاهش می‌دهد.

منبع: اصول طراحی پیام‌های بهداشتی، نژاد دادگر نازیلا با همکاری زاهدی لیل، چاپ پارسا، نوبت اول ۱۳۹۶

تهیه و نگارش گزارش

مریم میرخزاعی

-کارشناس بهداشت عمومی، مرکز بهداشت زابل

گزارش‌نویسی چیست؟

به هر نوشته تحلیلی از یک خبر، اتفاق، کتاب یا... گزارش گویند. یک گزارش باید کوتاه اما جامع باشد و تمام ابعاد بحث را در خود جای دهد. متن گزارش باید به نحوی باشد تا هدف اصلی را در کمترین حجم با بیشترین اثرگذاری به خواننده منتقل کند.

در نوشتن گزارش باید به موارد زیر دقت کرد:

۱- برای چه کسی گزارش تهیه می‌شود؟ دانستن اینکه خواننده از چه قشری است و نیاز او چیست در گزارش‌نویسی مهم است.

۲- انتخاب عنوان و سرفصل‌های مناسب: عنوان گزارش از رکان مهم گزارش‌نویسی است. عنوان باید حاوی عبارات کلیدی و بامعنا متن اصلی باشد.

در نوشتن گزارش باید دقت شود که در همان سطرهای ابتدایی هدف اصلی گزارش و موضوع اصلی عنوان شود. مثلاً اگر گزارش درباره همایشی است، مکان آن و موضوع سریعاً ذکر شود.

۴ گام در تهیه گزارش

• مقدمه و پیش‌زمینه لازم

• تدوین و سامان‌دهی

• تدوین متن گزارش

• اصلاح و ویرایش نهایی متن

قدم اول

قدم دوم

قدم سوم

قدم چهارم



گزارش‌نویسی یعنی نوشتن اخبار، اطلاعات، رویدادها، دلایل و تجزیه‌وتحلیل آنها به شکل روشن و کوتاه با رعایت دو اصل مهم ساده‌نویسی و درست‌نویسی.

نکته: گزارش باید به‌گونه‌ای تهیه شود که هدف موردنظر را در کوتاه‌ترین زمان و با ساده‌ترین گفتار بیان کند.

مراحل تهیه گزارش

برای تهیه گزارش مراحل زیر، پیموده می‌شود:

- ۱- مشخص ساختن موضوع گزارش
 - ۲- تعیین محورها و سؤال‌های مطلوب در گزارش
 - ۳- تهیه اسناد، مدارک و گردآوری اطلاعات
 - ۴- تجربه، مشاهده، بررسی و مطالعه منابع، مجلات و ...
 - ۵- تدوین و تنظیم نهایی همه آگاهی‌های فراهم‌شده
 - ۶- ضمیمه ساختن اسناد، جدول‌ها، آمارها، تصاویر و ...
- معلومات موردنظر را در تحقیق و گزارش، از منابع عمومی یا منابع خاص به دست می‌آوریم.

منابع محقق و گزارشگر عبارت است از:

- ۱ - مطالعه: مطالعه کتب، مقالات، مطبوعات، پرونده‌ها و آثار مکتوب پیرامون موضوع، یک‌راه است.
- ۲- مشاهده: مشاهده حضوری از صحنه،

حادثه، سوژه پژوهشی و ثبت دیده‌ها و شنیده‌ها به‌عنوان مواد خام کاربرد دارد و اغلب، سریع‌ترین و مطمئن‌ترین دانستنی‌ها را در اختیار پژوهشگر می‌گذارد.

۳- مصاحبه: مصاحبه، چه با افراد کارشناسی و صاحب‌نظر در مسائل تخصصی و چه با گفتگو با عموم، در مسائل عام به‌صورت گزارش‌های مردمی و گردآوری نظرات شاهدان صحنه و آگاهان از موضوع، راه دیگری است. پرس‌وجو و طرح سؤال، به‌عنوان مکمل مصاحبه، راه دیگری برای کسب معلومات است. طرح سؤال هم به‌صورت حضوری می‌تواند باشد.

۴- اندیشه: آمادگی ذهنی و تیزهوشی و جولان اندیشه محقق، پیرامون موضوع مورد کاوشی، کار پژوهشی او را جامع‌تر و غنی‌تر می‌سازد. در این زمینه، دقت در کارهای تحقیقی ارزشمند دیگران و توجه به سرفصل‌ها، جزئیات، منابع و شیوه کار آن، آموزنده است.

۵- منابع شنیداری و تصویری: تحقیق و گزارش، بسته به اینکه تحقیق میدانی یا کتابخانه‌ای باشد، نوع مأخذ و منابعی که مورد استفاده قرار می‌گیرد، تفاوت می‌کند. استفاده از پرس‌وجو، مصاحبه، مشاهده، تحقیقات محلی و ... در پژوهش‌های میدانی کاربرد دارد، نه در تحقیق‌های کتابخانه‌ای.

۴ گام در تهیه گزارش

قدم اول: مقدمه و پیش‌زمینه لازم

گزارشگر باید از مخاطبان خودآگاهی کامل داشته باشد. نیازها و طرز فکر آنها را بشناسد. همچنین گزارشگر موظف است تا از تمام امکانات لازم برای تهیه گزارشی خوب استفاده کند.

قدم دوم: تدوین و سامان‌دهی

گزارشگر پس از شناخت مخاطب خود باید تلاش کند تا نوشته خود را بر اساس دیدگاه خواننده سمت‌وسو ببخشد و از آوردن فرعیات خودداری کند. در یک گزارش خوب باید بین هدف گزارش و اجزای اصلی گزارش هم‌خوانی وجود داشته باشد.

لذا گزارش باید بتواند به سؤالات زیر پاسخ دهد:

- مخاطب گزارش چه کسی است؟
- گزارش به خواست چه کسی تهیه‌شده است؟
- گزارش در کجا مورد استفاده قرار می‌گیرد و پر کاربرد است؟
- انتظار و نیاز خواننده از گزارش چیست؟
- به بیانی ساده‌تر یک گزارش باید به چه چیز؟ چگونه؟ چه موقع؟ چه کسی؟ کجا؟ جواب بدهد.

بدنه و استاندارد یک گزارش خوب: درون‌مایه و محتوای یک گزارش مناسب بر سه پایه مقدمه خوب، محتوای تأثیرگذار و پایان توانمند استوار است. در ذیل هر بخش توضیح داده‌شده است:

۱- مقدمه گزارش: یک مقدمه فنی باید نکات زیر را رعایت کند:

- مقدمه باید با زبانی رسا و قابل‌درک برای مخاطبان تهیه شود.

- مقدمه باید توانایی جذب خواننده را داشته باشد و جذاب باشد.

- مقدمه نیازهایی که خواننده از محتوا دارد را شکل می‌دهد.

۲- محتوای گزارش: متن اصلی گزارش به همراه تمام جزئیات، تحلیل‌ها و تفسیرها محتوای گزارش را تشکیل می‌دهند.

۳- پایان گزارش: پیشنهادها، جمع‌بندی و قضاوت‌ها در پایان گزارش می‌آید.

ذکر کردن نکات مهم در گزارش‌ها:

از دو روش زیر برای برجسته کردن متن گزارش استفاده می‌شود:

- اندازه و سایز: هراندازه که متنی مهم‌تر باشد به آن توجه بیشتر می‌شود و فضای بیشتر برای توضیحات آن استفاده می‌گردد.
- زبان نوشتار: استفاده از عبارتی مانند "مهم‌ترین جز، نکته مهم و ..." خواننده را به خود جذب می‌کند.

رعایت انسجام محتوایی و ترتیب منطقی:

منطق گزارش باید پشت سر هم و منظم باشد و تا حد امکان از گسیختگی مطالب جلوگیری کرد. در این بخش باید موارد زیر را موردتوجه قرارداد:

۱- تیتربندی اصلی و فرعی از هم

قابل تفکیک باشند. در این مرحله رعایت اصول زیر مفید است:

- بندهای گزارش از نظر تعداد سطور در یک حد باشند.

- مطالب باید به یکدیگر مرتبط باشند و از آوردن مطالب فرعی خودداری شود.

- کل و جز یکسان تلقی شوند.

۲- قبل از نگارش اصلی پیش‌نویس از گزارش تهیه گردد.

قدم سوم: تدوین متن گزارش

در این بخش باید چهاراصل زیر را مدنظر قرارداد:

۱- نوشتن پیش‌نویس: درون‌مایه اصلی گزارش در این مرحله تهیه می‌شود.

۲- نحوه نوشتن گزارش: گزارش باید دقیق و روشن نوشته شود و با حفظ

امانت اصل مطلب را به خواننده برساند. در گزارش‌نویسی از گزافه‌گویی و به کار بردن عباراتی چون "هرگز، بی‌نهایت و ..." باید خودداری کرد.

۳- نحوه استفاده از عبارات و کلمات: گزارش نویس ابدأ نباید برای سر نشان دادن مقاله از کلمات کمتر رایج و عجیب استفاده کند.

۴- جمله‌بندی: گزارش نویس موظف است از جملاتی استفاده کند که در یک

راستا هستند و یک معنا را می‌رسانند. لذا بهتر است به موارد زیر دقت شود:

- نکات اصلی جمله‌بندی حتی به بهای فهم آسان نباید از آن حذف شوند.

- جملات ابدأ نباید طولانی باشند.

- قواعد نگارشی و دستوری زبان فارسی در جمله‌بندی دقت شود.

- حروف ربط در یک جمله در مکان مناسب خود قرار گیرند.

- توضیحات غیرضروری از جملات حذف شوند.

- حروف ربط به‌درستی استفاده شوند. مثلاً "یا" بدون "و" بیاید و از نوشتن "و یا" پرهیز شود.

بند: در معنا به چند سطر که محتوا و هدف یکسانی را دنبال می‌کنند. یک‌بند می‌گویند. مزایای استفاده از بند در زیر آمده است:

- متن از حالت یکنواخت بیرون می‌آید.

- موضوع به‌درستی به زیر موضوعاتی تقسیم می‌شود.

- ارجاع به هر مطلب آسان‌تر می‌شود.

- نظر خواننده را به موضوعات مختلف جلب می‌کند.

تذکر: در یک نگارش گزارش باید تلاش شود تا جزئیات به‌دقت عنوان شوند و میزان راستی و روشنی موضوع نشان داده شود.

قدم چهارم: اصلاح و ویرایش نهایی متن

در این مرحله گزارشگر گزارش خود را یک‌بار به‌طور کامل مورد بازبینی و بررسی قرار می‌دهد و چنانچه مشکلی دیده شد سعی می‌کند آن را رفع کند.

منبع: کتاب گزارشگری کاربردی برای رسانه‌های جمعی، محمدتقی روغنی‌ها

کوه

نعمتی پر بها

زهرا سنچولی

-دبیرباشگاه کوهنوردی دانشگاه علوم پزشکی

ایران کشوری است نسبتاً بزرگ و کوهها قسمت بزرگی از آن را پوشانده‌اند. از شرق تا غرب و از شمال تا جنوب آن در کمتر جایی، کوهی را در افق نمی‌بینیم. اختلاف حرارت کوه با دشت‌ها و ایجاد جریان هوا، در این دوران آلودگی هوا، باعث کاهش آلودگی و افزایش پاک‌ی هواست. پس کوه‌ها نعمت و موهبتی عظیم برای مردم ما و سرچشمه زیبایی و برکت و زندگی ما هستند و حیات ما باوجود آنها درآمیخته است.

مزیت و نعمات وجود کوه:

۱- کوه‌ها وسعت خاک را افزایش داده، بر ثروت کشور افزوده است.

۲- کوه‌ها به علت پوشش گیاهی و سنگ‌ها و معادن مختلف، از منابع ثروت کشاورزی، دامداری و معدنی ما هستند.
۳- کوه‌ها منابع آب و درواقع منبع و مبنای زندگی مردم ما هستند. شاید اگر کوه نداشتیم ایران کویری لخت و برهنه بود.
۴- کوه‌ها همانند تابلوهای زیبایی بزرگی هستند که در فصول مختلف رنگ و جلوه‌ای دیگر دارند و از بهترین منابع ارضای حس زیبایی‌شناسی مردم ما هستند.

علل ضعف کوهنوردی در ایران:

باوجود عمر تقریباً ۷۰ ساله کوهنوردی در کشور و آسان بودن صعود اکثریت قریب به اتفاق کوه‌های ما، هنوز تمام قله بالای

۳۵۰۰ متری صعود نشده، یعنی تمام کوهنوردان ما در طی تاریخ کوهنوردی کشور، تمام کوه‌های بلند را صعود نکرده‌اند. چرا؟

۱- هنوز مردم ما از جاهای جدید یک نوع ترس و واهمه دارند و به همین علت به کوهنوردی در نقاط جدید و دورافتاده تمایل ندارند، به‌خصوص که به علت تنوع قومی، در نقاط دیگر معمولاً با زبان یا حداقل لهجه و عادات و اخلاق ناآشنا مواجه می‌شوند و نوعی بیگانگی احساس می‌کنند.
۲- تعدادی از کوه‌ها هنوز ناامن است مانند اشتران کوه و گرین و حتی بیستون و انسان‌ها فکر می‌کنند: شاید فلان کوه دورافتاده هم ناامن باشد.

۳- تعدادی از کوه‌ها از جاده‌های آسفالته و حتی هر نوع جاده ماشین‌رو دور هستند و رسیدن به آنها با مشکلات نسبتاً زیادی روبرو است. مثل برخی از کوه‌های لرستان و کوه‌های اطراف زردکوه و بعضی کوه‌های کرمان.

۴- ما نه عادت به تحقیق داریم و نه منابع کافی در دسترسمان هست. مثلاً کمتر کوهنوردی از تهران یا غرب ایران، زحمت پرس‌وجو و تحقیق راجع به کوه‌های لرستان و یا کرمان را به خود می‌دهد.

۵- فقر و وضع نابسامان اقتصادی، کرایه اتومبیل در جاده‌های خاکی و دورافتاده اطراف اغلب کوه‌های ایران و یا قیمت گران لباس‌های زمستانی و یا کمبود نگرانی وسایل فنی کوهنوردی را در نظر بگیریم.

۶- هر چه هم سخت نگیریم و مته به خشخاش نگذاریم، باز دو مورد دیگر را نمی‌توان نادیده گرفت و آن فقر آموزش جغرافیا در مدارس و فقر آموزش کوهنوردی صحیح در طول تمام طول عمر این ورزش است.

چگونه کوه‌نوردی کنیم تا به طبیعت کمتر آسیب برسانیم؟

همیشه یک کیسه با خود داشته باشیم و تمام پسماندهای خود را به پایین (نقاط تعیین‌شده برای زباله) برسانیم.
از راه‌های پاکوب عبور کنیم گذر از راه‌های میان‌بر و دلخواه سبب از میان رفتن پوشش گیاهی و فرسایش خاک می‌شود.
از چیدن هرگونه گل و گیاه خودداری کنیم. دیده می‌شود که عده‌ای در فصل بهار به چیدن انواع سبزی صحرائی می‌پردازند. لازم است بدانیم که امروزه با زیادشدن

جمعیت و افزایش شمار کسانی که به کوه و صحرا می‌روند. دیگر امکان ندارد مانند گذشتگان خود از سبزی‌های خودرو استفاده کنیم.

در حفظ درختان بکوشیم و هیچ‌گاه با چوب و بوته آتش روشن نکنیم. برای گرم کردن غذا و درست کردن چای یک چراغ کوچک همراه ببریم. اگر درجایی آتش روشن کردیم، پیش از ترک محل آن را کاملاً خاموش کنیم و روی آن خاک بریزیم.
هنگام زدن چادر با پهن کردن زیرانداز، از کندن گیاهان و تخریب دامنه‌ها خودداری کنیم.

از نزدیک شدن به آشیان جانوران و آسیب رساندن به آنها خودداری کنیم.

از دفع ادرار و مدفوع در نزدیک جویبارها و رودخانه‌ها خودداری کنیم. تا حد امکان سعی کنیم از توالت‌های پایین‌دست کوه استفاده کنیم.

از نوشتن یادگاری روی سنگ‌ها، دیواره‌ای غارها و دیوار پناهگاه‌ها خودداری کنیم.

برنامه‌های کوهنوردی جمعیتی (چند صدنفره و چند هزارنفره) که فشار ناگهانی زیادی بر طبیعت وارد می‌سازد، اجرا نکنیم.
در هنگام کوهنوردی، چنان یک محیط‌بان مسئول، مراقب تخلف‌ها و آسیب‌رسانی‌های احتمالی دیگران باشیم.

بیشتر کسانی که اشتباه کوچکی مرتکب می‌شوند، با یک تذکر محترمانه قانع می‌شوند. شکارچیان غیرمجاز و جویندگان آثار تاریخی را به مقام‌های مسئول معرفی کنیم.

مشکلات محیط‌زیستی کوهستان (مانند چرای مازاد بر ظرفیت مرتع،

جاده‌سازی غیراصولی، سدسازی، معدن کاری، زمین‌خواری و گردش گری غیرمسئولانه) را بشناسیم و با طرح آن در رسانه‌ها یا با نامه‌نگاری به مسئولان، خواستار رفع این مشکلات شویم.

به‌جای درخواست از مسئولان برای ایجاد تسهیلات کوهنوردی مانند پناهگاه، خواستار ساخت خانه‌ی کوهنورد در شهر یا روستا به‌منظور برگزاری نشست‌ها و تأسیس کتابخانه و مرکز اطلاعات کوه‌نوردی شویم.
منطقه‌های دارای ویژگی استثنایی را به سازمان‌های محیط‌زیست با میراث فرهنگی معرفی کنیم و از آنها بخواهیم که با ثبت این منطقه‌ها در فهرست آثار حفاظت‌شده یا ملی، به حفظ آنها کمک کنیم.

به فرهنگ مردم کوهپایه احترام بگذاریم. این فرهنگ‌ها را بشناسیم و در حفظ آنها به جامعه‌ی محلی کمک کنیم. جنبه‌هایی از فرهنگ بومی می‌تواند به توسعه پایدار جامعه کمک کند.

برای ورود به مناطق حفاظت‌شده و پارک‌های ملی و مانند آن حتماً از مقام‌های مسئول اجازه بگیریم و پاسگاه‌های محلی مأموران را در فشار نگذاریم که با ورود ما موافقت کنند.

در سازمان‌های مردم‌نهاد طرفدار محیط‌زیست عضو شویم و در برنامه‌هایی مانند روز پاک‌سازی کوهستان، روز جهانی کوهستان، روز زمین پاک و روز ملی دماوند و... مشارکت کنیم

منبع: راهنمای صعود قله‌های بلند ایران، زنده‌یاد فریدون اسماعیل‌زاده ۱۳۹۳/۱۱/۱۷

« شناخت فرآیند جوشکاری

در عملیات جوشکاری قطعات فلزی با استفاده از گرما، فشار و یا هر دو عامل به هم متصل می‌شوند. بیش از ۸۰ نوع فرآیند جوشکاری وجود دارد که از متداول‌ترین آنها می‌توان

به جوشکاری قوس الکتریکی، جوشکاری با قوس الکتریکی با الکتروود دستی، جوشکاری با گاز محافظ با الکتروود مصرف شونده، جوشکاری با قوس پلاسما و ... اشاره کرد.

محمدعلی جودی پور

کارشناس بهداشت بهداشت حرفه ای

منبع: راهنمای بهداشت حرفه‌ای در مشاغل کوچک، الزامات، دستورالعمل‌ها و رهنمودهای تخصصی مرکز سلامت محیط و کار، ۱۳۹۲

خطرات بهداشتی محیط کار جوشکاری

به‌منظور ایجاد، حفظ و ارتقاء بهداشت در عملیات جوشکاری، ابتدا ضروریست خطرات این عملیات شناسایی شده و سپس کنترل‌های ضروری برای کاهش ریسک‌های مربوطه موردبحث قرار گیرد. یکی از خطرات مهم در فرآیند جوشکاری در بحث عوامل شیمیایی، فیوم‌های جوشکاری می‌باشد که هنگام کار در نزدیکی این فیوم‌ها، بایستی ملاحظات خاصی در نظر گرفته شود.

فیوم، دمه یا دود فلزی

"دود" جوشکاری مخلوطی از ذرات بسیار ریز (فیوم) و گازها می‌باشد. بسیاری از مواد موجود در دود جوشکاری مثل کروم، نیکل، آرسنیک، آزبست، منگنز، سیلیس، بریلیم، کادمیوم، اکسیدهای نیتروژن، فسژن، اکروئین، ترکیبات فلوراید، مونوکسیدکربن، کبالت، مس، سرب، ازن، سلنیم و روی بسیار سمی می‌باشند. فیوم‌ها ذرات جامدی هستند که در اثر تراکم گازها پس از تصعید از مواد مذاب تولید می‌شوند. تولید آنها معمولاً با یک واکنش



شیمیایی خصوصاً اکسیداسیون همراه است. این ذرات بسیار کوچکند (اندازه قطر آنها در حدود ۰/۲ تا ۰/۳ میکرون است) و از این رو به سهولت استنشاق شده و خود را به قسمت‌های انتهایی دستگاه تنفس می‌رسانند. فیوم‌ها می‌توانند قابل مشاهده یا غیر قابل مشاهده باشند که SMOKE یا دود جوشکاری فیوم‌های قابل دیدن هستند. کلیه روش‌های جوشکاری تولید فیوم می‌کنند؛ اما میزان آن با توجه به نوع عملیات جوشکاری متفاوت است.

معمولاً فیوم‌های جوشکاری از منابع زیر تولید می‌شوند:

- فلز الکتروود یا پوشش الکتروودها
- ماده اصلی یا فلز اصلی تحت جوشکاری
- پوشش‌ها و بتونه‌های روی فلز تحت جوشکاری
- روغن‌ها، زنگ‌زدگی‌ها و رنگ‌های با پایه حلال
- آلودگی‌های موجود در هوا مثل بخارات متصاعد شده از مواد پاک‌کننده و گریس زدا و روغن‌ها

اثر مواجهه با فیوم‌ها بر سلامت افراد:

اثرات اصلی فیوم‌ها بر سلامتی افراد را می‌توان به دو گروه اثرات کوتاه‌مدت و اثرات بلندمدت تقسیم نمود. اثرات کوتاه‌مدت، بلافاصله پس از مواجهه یا چند ساعت یا چند روز پس از مواجهه ظاهر می‌شود. اثرات سوء بهداشتی کوتاه‌مدت (حاد): تماس با فیوم فلزات (مثل روی، منیزیم، مس و اکسید آن) باعث بروز بیماری بنام تب فیوم فلز می‌گردد. علائم این بیماری

بین ۴ تا ۱۲ ساعت پس از تماس نمایان می‌شود و شامل احساس سرماخوردگی، عطش، تب، دردهای عضلانی، درد قفسه سینه، سرفه، خس‌خس کردن، کوفتگی، حالت تهوع و احساس مزه بد در دهان است. برخی ترکیبات موجود در فیوم مثل کادمیوم در مدت‌زمان کوتاه نیز ممکن است کشنده باشند.

اثرات طولانی‌مدت (مزمن): این اثرات ناشی از ویژگی‌های شیمیایی برخی از فیوم‌ها بوده و شامل ایجاد بیماری‌هایی با انواع و شدت مختلف می‌باشد که بستگی به نوع فلز آلاینده در فیوم دارد. مطالعه بر روی جوشکاران، افرادی که با شعله فلزات را برش می‌دهند و کارگرانی که در کنار کوره‌ها کار می‌کنند نشان می‌دهد که خطر ابتلا به سرطان ریه و گاهی اوقات سرطان حنجره و دستگاه ادراری در جوشکاران بیشتر از بقیه است. این موضوع نیز چندان غیرمنتظره نمی‌باشد چراکه مواد سمی موجود در دود جوشکاری مثل کادمیوم، نیکل، بریلیم، کروم و آرسنیک موادی هستند که باعث بروز سرطان ریه می‌گردند.

عوامل مؤثر بر میزان تولید فیوم:

عوامل متعددی بر میزان تولید فیوم در حین عملیات جوشکاری مؤثرند که عبارتند از:
- ولتاژ برق مصرفی: با افزایش ولتاژ، فیوم بیشتری تولید می‌شود.
- طول قوس الکتریکی: با افزایش طول قوس، فیوم بیشتری تولید می‌شود.
- شدت جریان الکتریکی: با افزایش شدت جریان، فیوم بیشتری تولید می‌شود.
- قطر الکتروود: استفاده از الکتروودهای

با قطر کمتر باعث افزایش فیوم تولیدی می‌گردد.

- نوع قطبیت الکتروود: در جریان جوشکاری با قطب مثبت یا DC فیوم تولیدشده ۳۰ درصد بیشتر از جوشکاری با قطب منفی یا AC می‌باشد.

- گاز محافظ: ترکیب گاز محافظ به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای می‌تواند بر میزان تولید فیوم اثرگذار باشد. مخلوط گاز آرگون و دی‌اکسید کربن، فیوم کمتری (تا ۲۵ درصد) نسبت به گاز دی‌اکسیدکربن به‌تنهایی، تولید می‌کند.

- تجربه و عملیات کاری جوشکاری: هرچه فاصله بین قطعه کار و نوک الکتروود افزایش یابد، فیوم بیشتری تولید می‌شود
- رطوبت: در محیط‌های مرطوب، به دلیل جذب آن توسط فلاکس، میزان تولید فیوم افزایش می‌یابد.

- نوع عملیات جوشکاری، جنس روکش قطعه کار، دمای هوای محیط، دمای شعله جوشکاری و ...

با توجه به عوامل فوق مشاهده می‌گردد که تغییر در هر یک از آنها می‌تواند موجب افزایش یا کاهش فیوم‌های تولیدی گردد و لذا ضروریست در طراحی پست کار، تدوین دستورالعمل‌های بهداشتی و آموزش شاغلین، اقدامات لازم جهت کنترل و کاهش میزان تولید فیوم‌ها مدنظر قرار گیرد.

اثرات بهداشتی فیوم‌های تولیدشده در طی فرایند جوشکاری

نوع آلاینده	منابع	اثرات، علائم و نشانه‌ها
آلومینیوم TLV-TWA: 5mg/m3	ترکیبات آلومینیوم در آلیاژی از قبیل مس، روی، آهن، منیزیم، برنج و فلزات پرکننده (بتونه) وجود دارد.	محرک و سوزش آور ریه (در بین فیوم‌های فلزی کمترین خطر را داراست).
بریلیموم TLV-TWA:002mg/m3	عامل استحکام کننده در آلیاژهای مس، منیزیم آلومینیوم و کنتاکت‌های الکتریکی است.	تب فیوم فلزی، سرطان‌زا و سایر اثرات مزمن شامل آسیب به مجراهای تنفسی است.
اکسیدهای کادمیوم TLV-TWA:0.002 mg/m3	فولاد زنگ نزن، فلزات آبکاری و آلیاژهای روی حاوی کادمیوم است.	تحریک و سوزش سیستم تنفسی، جراحت و خشکی گلو (نای)، درد در قفسه سینه و تنفس سخت. اثرات مزمن آن شامل آسیب‌های کلیوی و آمفیوز است. مظنون به سرطان‌زایی
کروم TLV-TWA: 0.01 mg/m3	بیشتر در فولاد زنگ نزن آلیاژهای سخت، فلزات آبکاری و سیم جوش یافت می‌شود.	افزایش خطر سرطان ریه. در بعضی از افراد سبب افزایش تحریک و سوزش پوست می‌شود. نوع کروم شش ظرفیتی آن سرطان‌زا است.
مس TLV-TWA:0.2 mg/m3	در آلیاژهای Monel (آلیاژ مس و کبالت که در برابر خوردگی مقاوم است)، برنج، برنز و سیم جوش وجود دارد.	تب فیوم فلزی، اثرات حاد آن شامل تحریک و سوزش چشم‌ها، بینی گلو و حالت تهوع و استفراغ است.
فلوراید TLV-TWA: 2.5 mg/m3	در اکثر پوشش‌های الکترودها وجود دارد و عامل گدازآور در آلیاژهای کم آهن و پر آهن است.	اثرات حاد آن شامل تحریک و سوزش چشم‌ها، بینی و گلو است. نتیجه مواجهه طولانی‌مدت با آن ایجاد مشکلات استخوانی و مفصلی است. مواجهه زیاد با آن می‌تواند باعث اثرات مزمن از قبیل ادم ریوی و راش پوستی شود.
اکسیدهای آهن TLV-TWA: 5mg/m3	در تمامی فرایندهای جوشکاری آهن و فولاد عامل اصلی آلودگی است.	اثرات حاد شامل تحریک و سوزش بینی و ریه است که پس از قطع مواجهه برطرف می‌شود. باعث بیماری سیدروزیس می‌شود که تأثیر خطرناکی بر ریه ندارد ولی ذرات ریز آن در ریه ته‌نشین می‌شوند.
سرب TLV-TWA: 0.05 mg/m3	در آلیاژهای برنج، برنز پوشش (استر) فولاد و فرایند لحیم‌کاری یافت می‌شود.	اثرات مزمن آن بر روی سیستم عصبی، کلیه‌ها، سیستم گوارشی و ظرفیت فکری و روانی است که می‌تواند سبب مسمومیت با سرب شود.
منگنز TLV-TWA: 0.2 mg/m3	در بیشتر پروسه‌های جوشکاری مخصوصاً در فولادهای کششی (Tensil) وجود دارد.	تب فیوم فلزی (اثرات مزمن آن می‌تواند شامل ایجاد مشکلاتی در سیستم عصب مرکزی شود).
مولیبدن TLV-TWA: 10 mg/m3	در آلیاژهای فولاد، آهن و نیکل یافت می‌شود.	اثرات حاد شامل تحریک و سوزش چشم‌ها، بینی، گلو و کوتاهی تنفس
نیکل TLV-TWA: 0.1 mg/m3	در فولادهای زنگ نزن و آلیاژهای Inconel, Hastelloy, Monel و در دیگر آلیاژها، سیم جوش و فولاد روکش‌دار وجود دارد.	اثرات حاد آن شامل تحریک و سوزش چشم‌ها، بینی گلو است. افزایش ریسک سرطان نسبت به سایر جوشکاری‌ها و مؤثر در ایجاد درماتیت و مشکلات ریوی
وانادیوم TLV-TWA: 0.05 mg/m3	در آلیاژهای نیکل و بعضی از آلیاژهای فولاد و آهن وجود دارد.	اثرات حاد آن تحریک چشم‌ها، بینی و مجاری تنفسی و برونشیت رتینی‌تیس (آماس شبکیه) پنومونی و افزایش مایع داخل ریه است.
اکسیدهای روی TLV-TWA: 5 mg/m3	گالوانیزه و فلزات روکش‌دار	تب فیوم فلزی

راستی آزمایی مراقبت‌های بهداشتی

محمود فاطمی

همزمان با برنامه تحول سلامت، راه‌اندازی پرونده الکترونیک و تأکیدات معاون محترم بهداشت وزارت بهداشت مبتنی بر راستی آزمایی کیفیت خدمات سلامت به جهت سنجش میزان رضایت مردم، ارتقاء کیفیت خدمات و ارتباط آن با نظام پرداخت، طراحی و تعیین مدلی جهت پایش و راستی آزمایی سیستم‌های اطلاعات سلامت و مراقبت‌های بهداشتی، هم در محافل دانشگاهی و هم در مجامع کاربردی کشور مورد توجه خاص بوده است.

تاکنون مطالعات زیادی در زمینه ارزیابی سیستم‌های اطلاعات سلامت انجام شده است اما با توجه به رده‌بندی سازمان جهانی بهداشت، ایران از نظر عملکرد در بهداشت و درمان در رده ۹۳ جهان قرار گرفته که این مسئله دلیلی بر نارسایی ارزیابی سیستم‌های اطلاعات نظام سلامت است.

لذا طراحی، اجرا و تعیین اثربخشی "مدل راستی آزمایی مراقبت‌های بهداشتی" به جهت بهبود و ارتقاء کیفیت خدمات سلامت در مراکز و پایگاه‌های سلامت، باید در دستور کار سیستم بهداشتی قرار گیرد. هدف اصلی راستی آزمایی رضایت‌مندی

مراجعین، ارتقاء کیفیت خدمات و صحت داده‌هاست. راستی آزمایی یا درستی‌سنجی (Fact checking) به بررسی میزان صحت و اعتبارسنجی ادعاهای یک متغیر با حقایق موجود گفته می‌شود. این عمل می‌تواند پیش یا پس از انتشار متغیر انجام شود. - درستی‌سنجی پیش از انتشار به منظور کاهش و حداقل سازی خطا انجام می‌شود. - درستی‌سنجی پس از انتشار معمولاً توسط سازمان‌ها و مؤسسات مشخص با ارائه گزارش میزان اشتباهات و نادرستی‌ها انجام می‌شود. با توجه به اینکه راستی آزمایی درنهایت منجر به بهبود نظام پرداخت می‌شود علاوه بر بهبود عملکرد در مراکز و پایگاه‌ها، به جهت محاسبه دقیق خدمات ارائه‌شده، بخش قابل توجهی از هزینه‌های غیرواقعی را حذف می‌کند و به بحث عدالت در پرداخت توجه ویژه می‌شود.

فرآیند کلی راستی آزمایی و پایش خدمات سلامت

- ۱- خودارزیابی (خدمت دهنده) باهدف: جذب مشتری و ارتقای رضایت و سلامت او
- ۲- تأمین و بهبود استانداردهای فضا، تجهیزات و توانمندسازی نیروی انسانی
- ۳- یافتن مشکلات و پیگیری حل آن

- تدبیر راهکارهای پیشگیری از بروز مشکلات
- ۲- نظارت سطح به سطح حضوری (بازدیدهای حضوری، چک‌لیست‌ها) باهدف: - پایش استانداردهای فضا، تجهیزات و نیروی انسانی و... - آشنایی عمیق با فرآیندها و مشکلات - فیدبک اصلاحی، آموزش و مشاوره
- تماس مستقیم با مردم و مسئولین محلی
- ۳- مطالعات موردی میدانی (پیگیری ارجاعات فوری و مادر و کودک پرخطر) باهدف: - افزایش توان آزمایش - تعمیم نتایج به شرایط و گروه‌های مختلف - اطمینان از واکنش آزمودنی‌ها
- ۴- پایش از منظر مردم و مشتریان (مرکز تماس و نظرسنجی رندوم) باهدف: - رضایت سنجی و بررسی کیفیت خدمات - راستی آزمایی و بررسی صحت داده‌ها - تعیین علل و نارضایتی و عدم مراجعه - تماس مستقیم با مردم و نیازسنجی

اعتماد کن، ولی راستی آزمایی کن "doveryai no proveryai"

ضرب‌المثلی روسی

منبع: طراحی، اجرا و تعیین اثربخشی "مدل راستی آزمایی مراقبت‌های بهداشتی" در مراکز بهداشتی درمانی و پایگاه‌های سلامت، معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۹۶

پوشش همگانی سلامت :

برای همه؛ در همه جا به زبان ساده

حسینعلی ستوده



پوشش همگانی سلامت به این معنی است که؛ همه افراد جامعه، خدمات مورد نیاز سلامت را بی هیچ فشار مالی دریافت کنند. پوشش همگانی سلامت، همه را به دسترسی خدماتی که مهمترین دلیل مرگ و بیماری است قادر می سازد. خدماتی که به اندازه کافی با کیفیت است و باعث بهتر شدن وضعیت سلامت افراد دریافت کننده خدمت می شود.

زمانی که مردم بیشتر هزینه های خدمات سلامت را باید از جیبشان بپردازند، این امر باعث می شود افراد کم درآمد بیشتر وقت ها خدمات مورد نیازشان را دریافت نکنند، حتی افراد با درآمد متوسط و بالا نیز دچار مشکلات مالی شوند در زمانی که بیماری شدید و طولانی مدت دارند. حفاظت مردم در مقابل پرداخت هزینه های سلامت از جیبشان، خطر فقر و نداری را کاهش می دهد. چرا که بیماری ناخواسته باعث استفاده از پس انداز، فروش سرمایه و یا گرفتن وام برای تامین هزینه می شود که این امر اثر منفی در آینده فرد و فرزندانشان دارد.

چرا روی پوشش همگانی سلامت تمرکز شده؟

پوشش همگانی سلامت بر اساس اساسنامه سازمان جهانی بهداشت در سال

۱۹۴۸ تعریف شده است، که سلامتی را حق اصلی بشر می داند و تعهدیست که مطمئن شویم همه به بالاترین سطح قابل دستیابی سلامت می رسند. ■ با این وجود، هنوز حدود ۱۰۰ میلیون نفر به دلیل پرداخت هزینه های سلامت شان به فقر مطلق دچار می شوند. ■ دست کم نیمی از جمعیت جهان از دسترسی کامل به خدمات اولیه سلامت محروم هستند. ■ سلامتی کامل به کودکان امکان یادگیری داده، به بزرگسالان امکان کسب درآمد و کمک به فرار از فقر و نداری می کند. سلامت پایه اساس توسعه اقتصادی دراز مدت است.

حصول اطمینان از پوشش

سلامت برای همه مردم کشورها می توانند کارهایی انجام دهند

تا با سرعت بیشتری به سمت پوشش همگانی سلامت پیش رفته و سلامتی همه افراد را بهبود و موفقیت های بدست آمده را حفظ کنند. نظام بهداشتی در تمامی کشورها در جهت رسیدن به پوشش همگانی سلامت نیاز به تقویت دارد. اگر منابع مالی مختلف مانند مالیات، سهم بیمه در یک صندوق مشخص جمع آوری شود، پرداخت هزینه های مراقبت سلامت برای افرادی که نیاز دارند از این محل امکان پذیر می شود. این امر کمک به تقسیم بار مالی بین جمعیت و نیز حفاظت مالی بیشتر می شود.

به امید روزی که همه ی مردم دنیا از پوشش کامل خدمات سلامت به طور رایگان بهره مند شوند.

منبع : سازمان بهداشت جهانی در ایران
http://www.whoiran.org/Fa/Art_Compensation_WHD_2018_Persian.htm

تقدیم به امام زمان (ع)

باشد که خاک با قدمش کیمیا شود
مرز حقیقت از دل_باطل جدا شود

باشد که عطر_سبز حضورش در این جهان
در قلب_ گوشه گوشه ی گیتی رها شود

با عشق_ دلنشین وجودش زسوی رب
توحید هم به ساحت دنیا به پا شود

یعقوب دل شکسته به تسلیم انتظار
تا یوسفش ز پرده ی غیبت جدا شود

"هر خانه هم مناره الله اکبر است"
تا دستها به هم برسند و دعا شود

چون رشته های دانه ی تسبیح با وصال
دلها همه مناره ی ذکر خدا شود

باید بیایی ای گل خوشبوی نرگسم
در جمع عاشقان همه شورو ثنا شود

خواهد رسید، حضرت ارباب عاشقان
روزی دگر که بانگ نوا یک صدا شود

بگم سارانی (مهربانو)

در وجودم چیزبست

که می خواهد مرا برای تو

و دارم می کند ترانه سرای کنم برایت

اشکهای دلتنگیم را به پایت می ریزد

در وجودم چیزبست

که از تو سرشارست

و از تو خواهد گفت

فقط به تو می اندیشد و بس

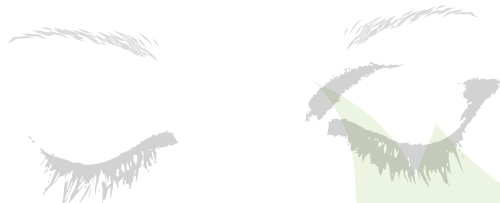
در وجودم چیزبست

که به آن حسادت می کنم

دوست دارد حتی لحظه ای خیال تو را رها نکنم

آری، دلم تو را بیشتر از من دوست دارد.

معصومه رهدار



از چشم تو پیداست، که شیدایی تو
 مهترت به دلم هست و چو لیلابی تو
 آن ناز نگاهت، چه سخن ها دارد
 با هر نگاهی گفت، که زیبایی تو
 بیمار شود، هر که نگاهت ببند
 بیمار منم، همچو مسیحایی تو
 هر لحظه که چشمان تو خندد با من
 در خنده ی مستانه، حمیرایی تو
 ای میوه ی هر فصل، تو را میخواهم
 هم طعم عسل، شیشه مربایی تو
 آتش زده ای، خرمن جانم زیرا
 هم نام ربابی و اهورایی تو
 گر اخم کنی (سام) به هم می ریزد
 آرامش دل، پاک و مصفایی تو

حسینعلی_ستوده (سام_سیستانی)

رفتی و خاطره هایت همه اینجا مانده
 بیت های غزلم بی تو چه تنها مانده

واژه ها دست به دستان قلم بسپارید
 شاعر امشب به دلش شاید و اما مانده

بعد از آن حادثه حتی به غزل میگویم
 شعر هم دربدر حل معما مانده

رفتنت آتشی انداخت به جانم که نگو
 تب این عشق فقط درد دل من جا مانده

همه شب چشم ترم شعر فقط می بارد
 حالتی رفت که جانم به تمنا مانده

مریم-اسداللهی کرمانی

زندگی با مادرم در هر بلایی بهتر است
 بوسه اش بر صورتم از هر هوایی بهتر است
 هر که در دامان مادر هست شادبها کند
 مهر مادر را گدایم چون گدایی بهتر است

حسینعلی_ستوده (سام_سیستانی)

جدول جایزه دار

۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	
		■								۱
					■					۲
			■							۳
				■						۴
		■				■		■	■	۵
■			■				■			۶
										۷
	■							■		۸
					■					۹
			■						■	۱۰

افقی:

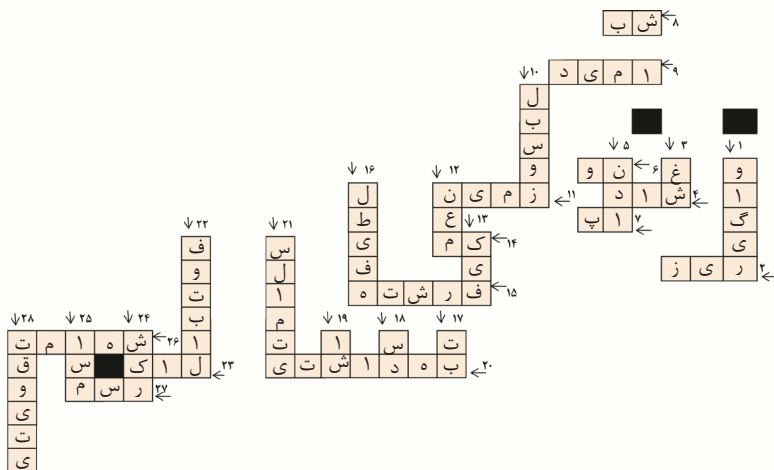
۱- از بیماریهای منتقله توسط پشه- نام یکی از خواهران برونه ۲- دشنه- نا امید ۳- به انسداد شریان توسط یک جسم متحرک گفته میشود- از آنطرف بخوانید یکی از حلالهای شیمیایی ۴- هواپیما - از نامهای خدواند به معنی قائم به ذات ۵- اسب و شیر دارند- یار مت ۶- پرحرفی - غرور و خودخواهی - یکی از سازهاست اگر از آنطرف بخوانید ۷- مخفف نیروی مقاومت بسیج سپاه پاسداران- در ایام نوروز بازار..... گفتن بسیار داغ است ۸- ملاحظه و رعایت کردن ۹- مخالف تنبل - یکی از نامهای دخترانه ۱۰- یکی از پادشاهان باستانی - از اصطلاحات فوتبال

عمودی:

۱- سطح غشای دهان را می پوشاند - شهر روی آب ۲- کم خونی - شهر فراری - صریح و واضح ۳- یکدنده - یکی از هفت سین ها ۴- خطای کامپیوتری - ۱۱ اردیبهشت روز جهانی این عزیزان است ۵- گرمی آتش ۶- دستی - لرزش ۷- زائو ترسان - تازی میگوید: بگو - پسوند نگهدارنده ۸- مخفی - پیر و کهنسال ۹- یکی از رشته های پزشکی - دو دلی ۱۰- پشیمانی - از رشته های ورزش شنا
طراح جدول: طاهره نخعی مقدم

فوج حداکثر زمان مراجعه جهت دریافت جایزه تا ۳۰ خردادماه ۹۷ می باشد. فوج

کامل جدول
شماره ۵۳



برندگان شماره ۵۳

- علی محمودی
- معاونت غذا و دارو
- زهره گلوی
- بیمارستان امیرالمومنین علی(ع)

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



**UNIVERSAL
HEALTH
COVERAGE:
EVERYONE,
EVERYWHERE**

**پوشش
همگانه
سلامت
برای همه در همه جا**



معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی زابل