دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زابل
معاونت بهداشتی

افق طلایی سلامت

شماره ۵۹

سال دوازدهم، تابستان ۹۸

فصلنامه
- بهداشتی
- درمانی
- علمی
- فرهنگی

پیامبر خدا صلی الله علیه وآله:
لَيسَ لِلصَّبِيِّ لَبَنٌ خَيرٌ مِن لَبَنِ امِّهِ.
برای كودك، هيچ شيرى بهترِ از شير مادرش نيست.
عيون أخبار الرضا: ج ۲ ص ۳۴ ح ۶۹

((توانمندسازی والدین، تقویت تغذیه با شیر مادر؛ حال و آینده))

۱۰ مرداد ۹۸
روز جهانی تغذیه با شیر مادر گرامی باد

"Empower parents,
enable breastfeeding Now
and
for the future!"

معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی زابل

فصلنامه بهداشتی، درمانی، علمی و فرهنگی

فصلنامه افق طلایی سلامت شماره ۵۹

نشریه داخلی حوزه معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی زابل

در این شماره:

- ۱ سخن سردبیر
- ۲ لوپوس
- ۳ واکسن هموفیلوس آنفلوانزای تیپ ب
- ۴ علایم سکته(حمله) قلبی و اقدامات سریع
- ۵ خود مراقبتی بهداشت فردی و سلامت بلوغ ویژه دختران
- ۷ خشونت علیه زنان
- ۹ ماده مخدر گُل (ماری جوانا)
- ۱۱ امید به زندگی در بیماران دیابتی
- ۱۳ مشکلات شغلی جوانان
- ۱۴ محورهای هفتگانه برنامه ملی کنترل و کاهش طلاق (۱)
- ۱۷ تربیت فرزند محصل
- ۱۹ تغذیه با شیرمادر در بیمارستان (پس از زایمان)
- ۲۱ تـغـذیــــــــه در فشار خون بالا
- ۲۳ جایگزین های سالم و اقتصادی تغذیه ای
- ۲۶ خودمراقبتی فردی (اعضای شوراهای اسلامی روستا)
- ۲۸ تاثیرآموزش در کنترل فشارخون
- ۳۰ خود درمانی
- ۳۲ مراقبت های دلسوزانه پرستاری
- ۳۶ رانندگی در شب
- ۳۸ راه های پیشگیری از پوسیدگی دندان
- ۴۰ نتایج مسابقه شعرطرح بسیج ملی کنترل فشار خون
- ۴۳ صفحه احساس و قلم
- ۴۵ جدول جایزه دار

صاحب امتیاز: معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی زابل

مدیر مسئول: دکتر جواد اکبری زاده

سردبیر: سید محمود فاطمی

مسئول دبیرخانه: حسینعلی ستوده

همکاران تحریریه:

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

عکاس: احمد کیخا

طراح: سید روح ا... داودی

آدرس دبیرخانه: زابل- خیابان طالقانی
روبروی کارخانه یخ خراشادی
حوزه معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی زابل
واحد آموزش و ارتقای سلامت
دبیرخانه فصلنامه افق طلایی سلامت
تلفن: ۰۵۴- ۳۲۲۳۸۰۲۹

پست الکترونیکی: asm@zbmu.ac.ir

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

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

آدرس اینترنتی مجله

ofogh.zbmu.ac.ir

سخن سر دبیر

با سلام آرزومند سلامتی و شادی برای همه خوانندگان محترم فصلنامه افق طلایی هستم.

با توجه به اینکه از شماره قبل (۵۸) فصلنامه به صورت الکترونیک منتشر می گردد لطفا به سایر همکاران نیز اطلاع رسانی فرمائید.خدا قوت عرض می کنم به همه همکاران محترم بخش های مختلف بهداشتی درمانی که با سعی و تلاش مضاعف موجبات اجرای هرچه بهتر برنامه بسیج ملی کنترل فشار خون در سطح منطقه سیستان را فراهم نمودند.در طول اجرای این برنامه و در حین برگزاری جلسات آموزشی توجیهی و بازدید های محیطی در سطوح مختلف عرضه خدمات یک موضوع بسیار مهم یعنی کیفیت خدمات و توانمندی پرسنل برای ارایه خدمات با کیفیت جلب توجه می نمود. جایگاه این موضوع برای اثر بخشی بیشتر، ارتقای سلامت جامعه و افزایش رضایت مندی و نگرش گیرندگان خدمات سلامت بر کسی پوشیده نیست. لذا اولین اقدامی که برای نیل به این هدف به ذهن می آید توانمند سازی کارکنان بخش سلامت می باشد.

توانمند سازی یکی از تکنیک های موثر برای افزایش بهره وری کارکنان و استفاده بهینه از ظرفیت و توانایی های فردی و گروهی در راستای اهداف سازمانی است. با توانمند سازی، توسعه و گسترش نفوذ و قابلیت افراد و تیم ها به بهبود مستمر عملکرد کمک شده و سازمان در مسیر شکوفایی قرار خواهد گرفت.

پس برای تحقق این مهم لازم است همه سطوح بر اصول توانمند سازی خود و پرسنل زیر مجموعه خود اشراف کامل داشته باشند و در ابتدای راه باید وضعیت توانمند سازی کارکنان بررسی شود و پس از آن برای ارتقای توانمند سازی کارکنان برنامه ریزی و اقدام شود ولی نباید فراموش کنیم که فرد و گروهی که برای توانمندی پرسنل اقدام می کنند باید حتما بر همه جوانب مسلط، آگاه و توانمند باشند.

پیش به سوی توانمندی و توانمد سازی
انشاءالله
سید محمود فاطمی

لوپوس

حسینعلی ستوده

منابع : کیانمهر.ناهید، تازه های بیماری لوپوس اریتماتوس سیستمیک، مجله علوم پزشکی رازی، دوره ۲۴، شماره ۱۶۳، دی ماه سال ۱۳۹۶
https://www.printo.it/pediatric-rheumatology/۳/IR/info/

لوپوس اریتماتوز سیستمیک یک بیماری خود ایمنی مزمن است که می تواند ارگان های متعددی به خصوص پوست، مفاصل، خون، کلیه ها و سیستم عصبی مرکزی را در بدن درگیر کند. منظور از "مزمن بودن" این است که بیماری می تواند برای یک مدت طولانی باقی بماند. منظور از "خودایمنی" وجود اختلالی است در سیستم ایمنی که در آن سیستم ایمنی بجای محافظت بدن در مقابل ویروس و میکروب، به بافت های خود بیمار حمله می کند.

نامگذاری "لوپوس اریتماتو سیستمیک" به اوایل قرن بیستم بر می گردد. منظور از "سیستمیک" این است که تعداد زیادی از ارگان های بدن در گیر می شوند. کلمه "لوپوس" از کلمه لاتین به معنی "گرگ" مشتق شده و به بثورات پوستی پروانه ای شکل خاص روی صورت این بیماران، که مشابه طرح سفید رنگ روی

ژنتیکي مساعد و در پاسخ به يك سري عوامل محيطي از جمله ويروس ها مثل ويروس ابشتاين بار، تعادل در سيستم ايمني به سمت بروز واكنش ها عليه سلول هاي خودي شكل مي گيرد، سلول هاي T وB فعال مي شوند و باعث توليد آنتي بادي و كمپلكس ايمني مي شود. جايگيري اين كمپلكس ها در بافت هاي مختلف باعث آسيب بافتي مي شود. با افزايش آگاهي در مورد پاتوژن بيماري لوپوس برنامه هاي درماني بر اساس سلول هدف بسيار پيشرفت داشته است.

خودمراقبتي در بيماري لوپوس

اولين نكته در درمان پايه بيماران لوپوس، پرهيز از نور خورشيد و استفاده از ضد آفتاب با SPF بالاتر از ۳۵ است. نكته مهم ديگر توجه به تعديل فاكتورهاي خطر بيماري قلبي-عروقي مثل سيگار كشيدن و فشارخون بالا هست. مصرف كافي كلسيم و ويتامين D براي پيشگيري از پوكي استخوان بسيار مهم است. آموزش و آگاهي دادن نسبت به ماهيت بيماري مي تواند در پذيرش بيماري توسط بيمار و همكاري جهت ادامه درمان مؤثر باشد. رويكرد كلي درمان دارويي بيماران بستگي به شدت بيماري و درگيري اعضا درگير در بدن دارد.

داروهاي ضد مالاريا

داروي ضد مالاريا مثل هيدروكسي كلروكين در تظاهرات خفيف بيماري مثل ضايعات پوستي، آرتريت، علائم سرشتي تأثير دارد. به علاوه ثابت شده كه شانس عود بيماري و آسيب اعضاي بدن با مصرف هيدروكسي كلروكين كاهش يافته، پيش آگهي و ميزان بقا افزايش مي يابد.

داروهاي كورتيكواستيروئيدي

كورتيكوكواستروئيدها يكي از داروهاي اصلي در درمان بيماري و در كنترل علائم خفيف يا درگيري ارگان هاي حياتي محسوب مي شوند. نكته كليدي در اين گروه داروها تجويز كمترين دوز و در كوتاه ترين زمان ممكن براي كنترل علائم بيماري براي پيشگيري از عوارض كورتون ازجمله ديابت، پوكي استخوان حوادث قلبي-عروقي، نكروز غير عروقي در مفاصل هست.

لوپوس بيماري پيچيده با درگيري ارگان هاي مختلف و تظاهرات باليني گوناگون هست. درمان اين بيماري چالش برانگيز، در حال پيشرفت هست. اميد آن مي رود كه درمان هاي هدفمند عليه سيتوكين هاي التهابي دخيل در پاتوژنز در آينده بتواند اين بيماري هزارچهره را بهتر كنترل كند.

نکات کاربردی در خصوص
واکسن هموفیلوس آنفلوانزای تیپ ب

حسین دانش زائی
عزیزالله مفرح نیا

منابع : کتاب برنامه و راهنمای ایمن سازی مصوب کمیته کشوری ایمن سازی-ویرایش هشتم-۱۳۹۴

واکسن هموفیلوس آنفلوانزای تیپ ب (Hib):

◄ یک واکسن پروتئین کنژوگه با پلی ساکارید کپسول هموفیلوس آنفلوانزای نوع ب است.

◄ در برنامه ایمن سازی کشوری در قالب واکسن پنج گانه (پنتاوالان) برای کودکان در سن ۲، ٤ و ٦ ماهگی تزریق می شود.

◄ به صورت واکسن تک ظرفیتی و یا به صورت ترکیبی با واکسن هپاتیت ب و سه گانه (واکسن پنج گانه) با دز ۰/۵ میلی لیتر و به صورت عمیق عضلانی تجویز می شود.

گروه های واجد شرایط دریافت واکسن هموفیلوس آنفلوانزای تیپ (Hib) عبارتند از:

◄ شیرخواران زیر یک سالی که طبق دستورالعمل، ممنوعیت دریافت واکسن سیاه سرفه داشته و باید واکسن دوگانه خردسالان، هپاتیت ب و واکسن هموفیلوس آنفلوانزای تیپ ب (Hib) را دریافت نمایند. در این گروه برای کاهش تعداد دفعات مراجعه، توصیه می شود همزمان با واکسن دوگانه خردسالان و واکسن هپاتیت ب، واکسن هموفیلوس آنفلوانزای تیپ ب نیز تزریق شود. برای تفکیک موارد احتمالی عوارض موضعی واکسیناسیون، توصیه می شود واکسن هموفیلوس آنفلوانزای تیپ ب در اندام مقابل واکسن دوگانه خردسالان تزریق شود.

◄ در کودکانی که قبلا واکسن دوگانه خردسالان و واکسن هپاتیت ب را دریافت کرده و در حال حاضر فقط نیاز به تزریق واکسن هموفیلوس آنفلوانزای تیپ ب دارند، برای دستیابی سریع تر به ایمنی مطلوب می توان فواصل تزریق واکسن مذکور را به یک ماه کاهش داد.

◄ گروه های پرخطر واجد شرایط دریافت واکسن که شامل نقایص آناتومیک و عملکردی طحال، بیماران طحال برداری شده یا کاندیدای طحال برداری، کمخونی داسی شکل، بیماران دریافت کننده پیوند مغز استخوان و اعضا، بیماران مبتلا به HIV/AIDS، مبتلایان به نقایص مادرزادی سیستم ایمنی، بیماران تحت شیمی درمانی و دریافت کنندگان داروهای مهارکننده سیستم ایمنی هستند.

واکسن هموفیلوس آنفلوانزای تیپ ب هم زمان و یا با هر فاصله زمانی با تمام واکسن های زنده و غیر فعال قابل تزریق است. حداقل فاصله زمانی بین نوبت های واکسن هموفیلوس آنفلوانزای تیپ ب، یک ماه است.

تا سن ۱۲ماهگی سه دز واکسن هموفیلوس آنفلوانزای تیپ ب تجویز می شود در سن بالاتر از۱۲ماه (۱۳ماهگی به بعد) که در موعد مقرر مراجعه نکرده اند تزریق یک دز از واکسن مذکور کفایت می کند ولی در گروه های پر خطر تزریق واکسن هموفیلوس آنفلوانزای تیپ ب در سن۵۹-۱۲ ماهگی، دو دز با فاصله هشت هفته و در سن شصت ماه و بالاتر، یک دز توصیه می شود.

در کودکان شصت ماهه و بالاتر تزریق واکسن هموفیلوس آنفلوانزای تیپ ب فقط برای گروه های پر خطر توصیه می شود.

تزریق این واکسن در کودکان زیر٦هفته و افرادی که سابقه واکنش حساسیتی شدید (مانند آنافیلاکسی) بعد از دریافت دز قبلی واکسن داشته اند، ممنوع است.

آشنایی با علایم سکته (حمله) قلبی

و اقدامات سریع در برخورد با فرد دچار سکته قلبی

زکیه اصالت

سماوات.طاهره، حجت زاده.علیه و همکاران، راههای پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی عروقی، وزارت بهداشت ودرمان وآموزش پزشکی، معاونت بهداشت، واحد بیماری های غیرواگیر

علائم سکته قلبی

۱- بیشتر حملات قلبی با احساس ناراحتی در مرکز قفسه سینه شروع می شود، این درد برای چند دقیقه طول می کشد. احساس ناراحتی ممکن است به صورت یک فشار نامطلوب دردناک، احساس سنگینی و درد روی قفسه سینه باشد. گاهی درد و ناراحتی در قسمت های دیگر بالاتنه نیز احساس می شود، مثل درد و فشار بین دو کتف، در یکی از دو بازوی راست یا چپ، گردن، فک تحتانی و قسمت بالای معده (درد سردل).

۲- احساس تنگی نفس در هنگام فعالیت که غالباً همراه با احساس ناراحتی در قفسه سینه می باشد و معمولاً اولین علامت سکته قلبی است.

۳- احساس سوزش در زیر جناغ قفسه سینه (سوزش سر دل)

٤- تپش قلب ناگهانی بدون سابقه قبلی به خصوص در میانسالان و سالمندان

٥- ضعف شدید ناگهانی بدون علت مشخص

٦- تعریق سرد و فراوان

۷- اختلال در خواب، بی اشتهایی، احساس سبکی سر و سنکوپ

اقدامات لازم در برخورد با فردی که علایم سکته قلبی دارد:

۱- فوراً با اورژانس ۱۱٥ تماس بگیرید.

۲- دو قرص آسپرین ۸۰ میلی گرمی یا یک آسپرین ۳۲٥ میلی گرمی به او بدهید تا بجود (اگر قادر به جویدن و قورت دادن می باشد).

۳- بعد از این که اطمینان حاصل کردید که فشارخون سیستول بیشتر از ۱۰۰ میلی متر جیوه است از قرص های زیر زبانی استفاده کنید.

٤- از حرکت دادن فردی که مشکوک به سکته قلبی است پرهیز نموده و برای انتقال این فرد به مراکز بهداشتی درمانی از برانکارد استفاده کنید.

٥- بهترین زمان برای درمان سکته قلبی بلافاصله بعد از شروع علائم است. منتظر شدن برای اطمینان از این که علائم مربوط به سکته قلبی است یا خیر، منجر به آسیب جدی به عضله قلب و یا حتی مرگ می شود.

٦- کلیه افراد به خصوص بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب که احتمال بروز سکته قلبی در آنها بیشتر است باید شماره تلفن فوریت های پزشکی محل زندگی خود و سریع ترین مسیر رسیدن به بیمارستان از خانه یا محل کار خود را بدانند و با پزشک خود در مورد اقداماتی که می توانند قبل از رسیدن کمک پزشکی انجام دهند، صحبت کنند. همچنین اطلاعات اورژانسی مربوط به شرایط خاص و بیماری های خود را همیشه با خود همراه داشته باشند و این اطلاعات را به نزدیکان خود بدهند.

چرا در سکته (حمله) قلبی باید بلافاصله به بیمارستان مراجعه کرد ؟

۱-واکنش سریع برای درمان، موثرترین اقدام در سکته قلبی است. اغلب بیمارانی که به سرعت مراقبت پزشکی لازم را دریافت می کنند، بدون ایجاد عوارض جدی بهبود می یابند. بنابراین، کیفیت زندگی بعد از سکته قلبی بستگی به مقدار آسیب عضله قلب دارد. هر چه آسیب کمتر باشد، کیفیت زندگی بهتر خواهد بود. خوشبختانه داروهایی در حال حاضر موجود هستند که اگر بلافاصله بعد از ایجاد علایم سکته قلبی استفاده شود، می توانند از میزان آسیب به عضله قلب بکاهند.

۲- راه دیگر برای درمان سکته قلبی، احیای قلبی-تنفسی است. بیمار با ایست قلبی را باید هر چه سریع تر به وضعیت طبیعی برگرداند و گرنه احتمال مرگ دارد.

۳- یکی از روش های پیشگیری از آسیب عضله قلب آنژیوپلاستی اولیه با استفاده از بالون یا فنر است. در بدو ورود بیماری که در شرف سکته قلبی است یا از سکته قلبی او مدت زمان کوتاهی می گذرد(کمتر از ۹۰ دقیقه) بلافاصله آنژیوپلاستی عروق کرونر انجام می شود و شریان مسدود باز می شود.

بیماریهای قلبی عروقی قابل پیشگیری هستند. با کاهش عوامل خطر آنها می توان مرگ زودرس ناشی از بیماری های قلبی عروقی، سکته مغزی و دیابت را کاهش داد.

ویژه دختران

خود مراقبتی بهداشت فردی و سلامت بلوغ

مینا حکمتی زاده

منابع: دستورالعل های اداره سلامت نوجوانان و جوانان
خودمراقبتی، بهداشت فردی و سلامت بلوغ، ارسالی از اداره سلامت نوجوانان و جوانان

مقدمه:

از نظر لغوي بلوغ يعني پختگي و به حد رشد و كمال رسيدن، بلوغ فرايندی طبیعی اسـت و طی آن تغییرات جسـمی و روانی زنجیره وار و متعاقب هم در نوجوان رخ می دهد که هر دوی این تغییرات لازمه تکامل و تثبیت شخصیت وی می باشند.

انواع بلوغ:

الـف) بلـوغ زودرس: چنانچه قبل از ۷ سـالگی علائم بلوغ در دختری ظاهر شـود بلوغ زودرس رخ داده است. معمولاً کودکانی که در مناطق گرم و کم ارتفاع و یا نقاط شهری زندگی می کنند و یا چاق هستند زودتر بالغ می شوند.

ب) بلوغ دیررس: اکثر دختران تا سن ۱۳ سالگی بالغ می شوند ولی چنانچه تا ١٦ سالگی اتفاق نیفتد باید به پزشک مراجعه کرد.

نشانه های بلوغ دختران:

۱- جوانه زدن و درآمدن پستان ها

۲- جهش رشد

۳- رویـش موهـای ناحیه زهـار(ناحیه شرمگاهی)

٤- شروع نخسـتین عادت ماهانه

٥- رویش موی زیر بغل

رشد پستان ها:

در بیشــتر از ۸٥ درصد دختران، یکی از نخستین علایم بلوغ است. بطور کلی در دختران رشد پستان ها و موی شرمگاهی قبل از نخسـتین عـادت ماهانه آغاز می شود. اگر عادت ماهانه پیش از آغاز رشد پسـتان ها اتفاق بیفتد باید فرد را از نظر ناهنجاری جسمی مورد بررسی قرار داد.

جهش رشد:
یکی از نشانه های بلوغ است و افزایش قد و وزن از مهمترین تغییرات این دوره است.

قاعدگی:
به آن عادت ماهانه، رگل و یا پریود شدن هم می گویند، از اساسی ترین و مهمترین تغییرات دوره نوجوانی یک دختر است. این پدیده در سن ۹ تا ۱٦ سالگی و به طور متوسط ۱۳ سالگی در دختران نوجوان رخ می دهد. قاعدگی خونریزی طبیعی بدون دردی است که معمولاً هر ۳۲-۲۸ روز یکبار صورت می گیرد این خون از مجرای تناسلی که خیلی نزدیک به محل خروج ادرار است خارج می شود. قاعدگی از زمان بلوغ تا دوره میانسالی بطور مرتب هر ماه انجام می شود.

دوره عادت ماهانه:
اولین روز یک دوره خونریزی تا اولین روز خونریزی بعدی را یک دوره عادت ماهانه می نامند. مدت خونریزی معمولاً ۳ تا ۸ روز است و بجز ۲/۵-۲ سال اول که ممکن است قاعدگی نامنظم باشد برای هر فرد این مدت تقریبا ثابت است. حداکثر خونریزی در روزهای اول و سوم اتفاق می افتد و از آن به بعد کاهش و حتی به صورت لکه بینی می باشد.

نکته:
چنانچه دوره عادت ماهانه بیشتر از ۳۵ روز و یا کمتر از ۲۱ روز طول بکشد باید به پزشک مراجعه کرد.

در شرایط زیر باید به پزشک مراجعه کرد:

۱- طول مدت خونریزی بیش از هشت روز یا کمتر از سه روز
۲- دفع لخته های بزرگ همراه با خونریزی
۳- وجود درد شدید
٤- عدم شروع قاعدگی تا سن ١٦ سالگی
۵- لکه بینی در فواصل قاعدگی
٦- عدم وجود هیچکدام از صفات ثانویه جنسی تا ١٤ سالگی

بهداشت فردی در دوان بلوغ:
خواب: یکی از مسایل مهم در دوران رشد و بلوغ است. به نکات زیر توجه فرمایید:

۱- قبل از خواب کامپیوتر را خاموش کنید.
۲- سعی کنید درطول روز بیش از ۳۰ دقیقه نخوابید.
۳- هر شب سرساعت خاص و معینی بخوابید.
٤- شب هنگام از مشاهده فیلم های خشن خودداری کنید.

موهای بدن: زیر بغل و ناحیه شرمگاهی محل مناسبی برای رشد میکروب است به همین دلیل توصیه می شود:
۱- موهای این نواحی کوتاه نگه داشه شود.
۲- تیغ مصرفی حتما بهداشتی و تیز باشد.
۳- تیغ درجهت عمود و امتداد لبه آن و به آرامی حرکت داده شود.
٤- بر روی خال های پوستی کشیده نشود.
۵- بعد از اصلاح از یک مرطوب کننده استفاده شود.

عرق و بوی بدن: غدد عرق علاوه بر عرق ماده ای سفید، کدر و بودار ترشح می کنند که مسئول بوی خاص بدن افراد است.
۱- هر روز یا یک روز در میان حمام کنید.
۲- از لباس های نخی و آزاد استفاده کنید و هر روز آنها را تعویض کنید.

جوش: به علت تغییر هورمونی در بدن ایجاد می شود. موارد زیر را رعایت نمایید:
۱- رعایت بهداشت پوست
۲- شستشوی مرتب صورت با صابون های غیر محرک
۳- پرهیز از دست زدن به جوش ها

شیوه استفاده از نوار بهداشتی:
۱-نوارها را با فاصله کم و حداکثر هر ٤ تا ٦ ساعت عوض کنید.
۲- قبل و بعد از عوض کردن نوار دست های خود را با آب و صابون بشویید.
۳- نوار بهداشتی را بعد از مصرف حتما داخل کاغذ و یا کیسه پلاستیکی پیچیده و در سطل زباله بیندازید.
٤- همیشه از لباس زیر نخی استفاده کنید.
۵- چنانچه امکان استفاده از نوار بهداشتی را ندارید از پارچه های معمولی و قابل شستشو استفاده نمایید و قبل از استفاده پارچه ها را اطو کنید.

خشونت علیه زنان

زهرا آتش پنجه
منابع: معصومی. سیده زهرا، روشنایی. قدرت الله، سنگستانی.گیتا، باباحیدریان. فرشته، میزان انواع خشونت خانگی در مادران باردار در معرض خشونت شهرستان صحنه، مجله علمی پژوهان، دوره ۱۷، شماره ۲، زمستان ۱۳۹۷، صفحات ۳ تا ۲۴

خشونت علیه زنان یکی از مشکلات مهم حقوق بشر در سطح جهان به شمار می رود و مساله عمده بهداشتی، اجتماعی و سلامت عمومی و از علل مهم مرگ و میر در سراسر دنیاست. افزایش خشونت علیه زنان در تمامی کشورها نگران کننده است. طبق تعریف بیانیه حذف خشونت علیه زنان سازمان ملل در سال ۱۹۹۳، خشونت علیه زنان عبارت است از هر نوع اقدام خشونت آمیز جنسیتی که منجر به آسیب بدنی، جسمی یا روانی در زنان شود (و یا احتمال بروز آن زیاد باشد) براي زنان رنج آور بوده یا به محرومیت اجباري از آزادي فردي یا اجتماعی منجر گردد. انواع اصلی خشونت به خشونت جسمانی، روانی یا عاطفی، جنسی، اقتصادي و کلامی دسته بندي می شوند.

خشونت فیزیکی مانند هل دادن، لگد زدن، کشیدن موي سر، ... و قتل که پیامد آن می تواند منجر به آسیب هاي جسمی و عدم توانایی در وضع حمل، سقط و غیره باشد.

خشونت روانی و عاطفی شامل رفتارهایي است که شرافت، آبرو، اعتماد به نفس و شخصیت زن را خدشه دار می کنند و با پیامدهایی چون گریز از مشارکت در امور اجتماعی، انواع افسردگی ها، عدم کفایت زن در مدیریت خانواده، از بین رفتن اعتماد به نفس و خودکشی و... همراه است.

خشونت جنسی هر گونه رفتار غیر اجتماعی از لمس تا تجاوز را دربر می گیرد و منجر به صدمات روانی، عصبی و عاطفی می شوند که بر روابط آنان نسبت به جنس مرد تاثیر می گذارد.

خشونت اقتصادي؛ در این حالت زنان دسترسی به منابع اقتصادي ندارند و به همین خاطر تا آخر عمر وابسته به مرد خانواده یا افراد مذکر باقی می مانند.

خشونت اجتماعی؛ شامل رفتارهاي

کنترلی مثل جدا کردن زن از خانواده، دوستان و قطع کردن تلفن می باشد.

خشونت علیه زنان یکی از رفتارهایی است که همزمان تهدید کننده امنیت فردي، رواني، خانوادگي و ... است که نه تنها بر افرادي که مستقیم در معرض این رفتار هستند بلکه بر سایر افرادي که شاهد این گونه رفتارها هستند یا از آنها با خبر می شوند نیز تاثیر سوء می گذارند به گونه اي که تهدید کننده سلامت روانی و اجتماعی آنها نیز می شود.

طبق نتایج و پیمایش WHO در سال ۲۰۰۲ در زنانی که خشونت هاي خانگی را تجربه کرده اند احتمال بروز دردهاي مزمن، بیماري هاي گوارشی، خسارات چشمی و کاهش توان فیزیکی نسبت به زنان معمولی و خشونت ندیده بیشتر است.

بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۵، شیوع خشونت خانگی در کشورهاي جهان از ۱۵درصد در ژاپن تا ۷۱ درصد در اتیوپی متغیر است.

در ایران نیز طبق پژوهش ملی در ۱۸ استان کشور خشونت خانگی به طور متوسط ٦٦ درصد عنوان شده است. طبق گزارش دکتر درخشان پور و همکاران ۹۲ درصد از زنان مورد مطالعه تحت خشونت خانگی قرار گرفته و شایع ترین نوع خشونت علیه زنان خشونت روانی (٥٤ درصد) بود و خشونت کلامی و فیزیکی و جنسی به ترتیب با مقادیر ۳۱ درصد، ۲٤/۸ درصد و ٦/۸ درصد در رتبه هاي بعدي قرار داشتند.

زنان حامله به دلیل شرایط خاص شان شانس بیشتري براي خشونت دارند. بارداري به دلایلی مختلف همچون کاهش روابط جنسی، تصور غلط در خصوص بارداري و احساسات غیر طبیعی شوهر در خصوص بارداري می تواند نقطه اي در جهت شروع یا تشدید خشونت خانگی علیه زنان باشد. در یک مطالعه در آمریکا در سال ۲۰۰٤، ۷٤/۲ درصد از زنان باردار در طی بارداري افزایش درگیري و خشونت را نسبت به قبل از آن گزارش کردند. در ایران میزان خشونت اعمال شده بر زنان باردار بسیار بالا و بیش از ٦٠ درصد گزارش شده است. که این میزان در مناطق مختلف متفاوت بوده و از ۱۹ درصد در تبریز تا ۹٤/٥ درصد در بناب گزارش شده است. همچنین شیوع خشونت فیزیکی در دوران بارداري ۱۷درصد و خشونت روانی ٤۱درصد برآورد گردیده است. اهمیت خشونت خانگی در بارداري را در طیف بسیار متنوعی از مشکلات و اختلالات مرتبط با سلامت جسمی و عاطفی، رفتارهاي مضر بهداشتی، اختلال عملکردي و پیامدهاي وخیمی چون خودکشی و مرگ و میر مادران می توان مشاهده نمود. خشونت در بارداري با تروما، افزایش وزن نامناسب و وزن کم هنگام تولد، سقط، زایمان زودرس، پارگی زودرس پرده ها، زایمان سزارین، آپگار پایین نوزاد، آنمی، مشکلات خواب، بیماریهاي منتقل شونده از راه جنسی، مصرف دخانیات، سوء مصرف دارو، سندرم ترس مزمن، استرس، افسردگی و خودکشی در ارتباط است.

از آنجا که خشونت علیه زنان دستیابی به اهداف برنامه هاي بهداشتی مانند ارتقاي سلامت مادران و کودکان را تحت تاثیر قرار می دهد و علاوه بر آن پیامدهاي اجتماعی فراوانی را خواهد داشت ضرورت شناسایی ابعاد این معضل و به تبع آن طراحی مداخلات لازم را ایجاب می نماید. و شناسایی به موقع خشونت خانگی و انواع آن می تواند تاثیر مهمی در شناسایی ریشه ها و مداخله جهت پیشگیري از آن داشته باشد.

توصیه مي شود کارکنان بهداشتی غربالگري لازم را در ملاقات با مادران بر اساس انواع خشونت گزارش شده انجام داده تا ضمن شناسایی به موقع افراد در معرض خطر و انجام مداخلات لازم از عوارض این معضل اجتماعی بهداشتی پیشگیري شود.

آموزش همسران در رابطه با تغییرات بارداري و آموزش زوجین در خصوص مهارتهاي زندگی، داشتن تعاملات مثبت در خانواده از طریق گسترش فرهنگ گفتگو و مشورت و مراجعه به مشاور در صورت لزوم، می تواند گامی در جهت کاهش بروز این معضل و عوارض ناشی از آن باشد.

ماده مخدر گُل
(ماری جوانا)

به مناسبت هفته مبارزه با مواد مخدر سال ۹۸

شیرین شهریاری

منابع: نوروزی.علیرضا، صابری ظفرقندی. محمدباقر، گیلانی پور.مهسا و همکاران، راهنمای مدیریت وابستگی به مواد در بارداری، تولد، شیردهی و نوزادی، انتشارات سپید برگ، چاپ اول، بهار ۱۳۹۱

ماده مخدر گل توهم زاي طبیعی است که بعد از مصرف آن زمان براي فرد کُند می گذرد. این ماده با تاثیر بر روي سیستم عصبی و قوي کردن حواس و تمرکز فرد در اوایل مصرف سبب می شود تا فرد احساس کند زمان کُندتر می گذرد.

ماده مخدر گل (ماري جوانا) به دلیل خاصیت شادي آوري آن پرمصرف ترین ماده مخدر در جهان است و سبب ایجاد احساس سرخوشی در فرد می گردد. همین احساس سرخوشی زیاد سبب فاصله گرفتن فرد از خانواده اش می شود. این افراد معمولاً بعد از مصرف ماده مخدر گل (ماري جوانا) تمایل زیادي به خوابیدن دارند و در زمانی که احساس خماري می کنند بی خواب می شوند.

تبلیغات زیادي در مورد عدم اعتیادآور بودن این ماده مخدر انجام شده و حتی کم خطرتر از حشیش معرفی می‌شود، این درحالی است که میزان توهم‌زایی آن ۴ تا ۶ برابر بیشتر از حشیش اعلام شده است، به همین دلیل دانستن نکات زیر به شناخت این ماده مخدر کمک می‌کند:

۱- این ماده مخدر حتی با یک‌بار مصرف، اعتیادآور است؛ تا جایی که با مصرف نکردن آن فرد دچار اضطراب شدید، بی‌قراری، وحشت‌زدگی، تپش قلب و ... می‌شود.

۲- از سال ۲۰۱۳ مصرف ماری جوآنا در بسیاری از ایالات آمریکا به دلایل سیاسی و اجتماعی آزاد شد و همین اقدام تصور نادرست اعتیادآور نبودن آن را در افکار عمومی به وجود آورد.

۳- مصرف این ماده اغلب به شکل تدخینی است اما اخیرا مصرف خوراکی آن هم رواج پیدا کرده و برخی آن را در کیک و شیرینی به کار می‌برند که در این صورت عوارض بیشتری را نیز برجا می‌گذارد.

۴- اثرات مصرف گل تا۳۰ دقیقه بعد از مصرف به اوج می‌رسد و ۲ تا ۳ ساعت بعد از آن نیز ادامه دارد.

۵- کسب لذت کاذب به دلیل تبلیغات شبکه‌های مجازی، مصرف گروه‌های همتا مانند دوستان و دسترسی آسان به این مواد از مهمترین دلایل گرایش جوانان به آن اعلام شده است.

۶- افزایش ضربان قلب، خشک شدن دهان و گلو، گیجی و عدم تمرکز، تکلم آهسته، پرخاشگری و خشم، افسردگی و انزوا از جمله عوارض شایع مصرف ماری جوآنا و مشتقات آن است.

۷- این ماده اثرات مخربی روی حافظه و عدم تمرکز می‌گذارد به طوریکه فرد به شکل دائم وسیله‌ای را از جا می‌گذارد و شماره تلفن‌ها و اسامی را فراموش می‌کند.

۸- توهم و هذیان از شایع‌ترین عوارض مصرف گل بلافاصله بعد از مصرف آن است به طوری که فرد دچار توهم شنوایی، دیداری و هذیان گویی می شود.

۹- خنده های بی‌مورد و قرمز شدن چشم در بسیاری از مواقع، علامت اصلی مصرف گل به ویژه در نوجوانان است. این علائم در کنار پرخاشگری، عصبی شدن، افزایش اشتها، پایین آمدن حافظه و اُفت تحصیلی باید به عنوان یک زنگ خطر در نظر گرفته شوند.

عوارض ماده مخدر گُل

به طور کلی با توجه به مدت زمان مصرف ماری جوانا در فرد پیامد ها و عوارض متفاوتی شکل می گیرد که می توان این عوارض را در کوتاه مدت و بلند مدت تقسیم بندی کرد.

عوارض کوتاه مدت

- اضطراب، استرس، افسردگی شدید و بروز علائم افسردگی
- کاهش اشتها و از دست دادن وزن

- مشکلات خواب و کابوس های شبانه
- پرخاشگری، عصبانیت، تحریک پذیری و بی قراری
- حرص و ولع مصرف
- مشکلات تنفسی، سرفه های شدید و بوی بد دهان

عوارض بلند مدت

- از دست رفتن حافظه و اختلالات یادگیری
- کاهش و از دست دادن تمرکز
- نوسانات اخلاقی، پرخاشگری و عصبانیت غیر قابل کنترل
- اختلالات جنسی، کاهش میل جنسی و مشکلات باروری
- -شکلات کاری و مالی
- آسم، برونشیت و سرطان.

ازدواج و ادامه زندگی با فرد مصرف کننده ماری جوانا

ازدواج و شروع یک زندگی مشترک خود به تنهایی دارای چالش های بسیار زیادی است. چه برسد به اینکه یکی از زوجین معتاد باشد. از آنجایی که فرد مصرف کننده ماری جوانا در طولانی مدت کنترل هیجانات و تمرکز خود را از دست می دهد و تغییر رفتارهای ناگهانی مانند افراد مبتلا به اختلال دو قطبی دارد؛ زندگی مشترک را با چالش های بزرگی مواجه می سازد. این افراد در زمان مواجه شدن با مشکلات زندگی عصبی و پرخاشگرانه عمل می کنند.

شاید با در نظر نگرفتن مصرف ماری جوانا در نگاه اول ازدواج با فرد مصرف کننده ماده مخدر گل با توجه به موقعیت اجتماعی، مالی و ... که دارد، یک تصمیم عاقلانه به نظر برسد و احساس کنید که می توانید با ازدواج با او خوشبخت شوید. اما توجه داشته باشید که بعد از وارد شدن به زندگی با این فرد همواره در فکر خود با تکرار پارامتر های مثبت همسرتان سعی در بدست آوردن احساس خوشبختی می باشید در حالی که در واقعیت مدام نگران بروز یک اتفاق یا مشکل هستید. توصیه می کنیم در صورتی که از اعتیاد همسر یا کسی که قصد ازدواج با او را دارید با خبر شدید قبل از هر اقدام و واکنشی نسبت به اعتیاد او، حتما از جلسات مشاوره روانشناسی بهرمند شوید.

ترک مصرف ماده مخدر گُل یا ماری جوانا

از آنجایی که اعتیاد به ماده مخدر گل یک اعتیاد فکری و ذهنی است، خود فرد مصرف کننده توانایی ترک اعتیاد به ماریجوانا را ندارد و نقش اعضای خانواده در ترک اعتیاد به ماده مخدر گل بسیار حیاتی است. ماریجوانا از جمله موادی است که باید اعضای خانواده و آشنایان فرد در شروع و روند ترک اعتیاد به فرد کمک کنند. از رایج ترین روش هایی که توسط خانواده ها برای ترک اعتیاد به ماریجوانا مورد استفاده قرار می گیرد می توان به استفاده از کمپ، دارو درمانی، روان درمانی اشاره داشت. اما باید بدانید که اقدامات هیجانی برای ترک اعتیاد به ماده مخدر نتیجه بخش نخواهد بود و حتی باعث بیشتر شدن مصرف فرد می گردد.

کمپ های ترک اعتیاد

مبنای روش های مورد استفاده در مراکز ترک اعتیاد بر مبنای جلوگیری از مصرف مجدد ماده مخدر می باشند. از آنجایی که ماده مخدر گل وابستگی جسمی ندارد، قطع یک باره و حبس شدن تنها تمایل فرد را برای مصرف مجدد ماریجوانا بیشتر می کند. علاوه بر این فرستادن جوانان به مراکز ترک اعتیاد می تواند آسیب های شدیدی را بر روی روان آنان بگذارد و آنان را با مواد مخدر جدید آشنا کند.

دارو درمانی

برای ترک اعتیاد به ماریجوانا در حال حاضر هیچ داروی جایگزینی وجود ندارد و به هیچ وجه تجویز خود سرانه داروهای ضد افسردگی، داروهای ضداضطراب و داروهای خواب آور به جای ماده مخدر گل نتیجه بخش نخواهد بود.

روان درمانی

از آنجایی که اعتیاد به گل ناشی از یک آسیب عاطفی در فرد می باشد. روان درمانی و استفاده از جلسات مشاوره روانشناسی کاربردی ترین روش برای ترک اعتیاد به ماده مخدر گل است. از آنجایی که خلاء عاطفی فرد مصرف کننده در اکثر موارد به دلیل مشکلات و مسائل خانوادگی می باشد؛ اعضای خانواده فرد نیز از باید جلسات روان درمانی استفاده نمایند. با حل مشکل و خلاء عاطفی به وجود آمده در فرد به مرور زمانی به طور تدریجی مصرف ماریجوانا (ماده مخدر گل) در فرد کاهش پیدا کرده و در نهایت به صفر می رسد.

ابتلا به ماده مخدر گل چرا خطرناک است؟

ماری جوانا از دید عموم به عنوان یک ماده بی خطر شناخته می شود که مصرف آن هیچ مشکلی را برای فرد به وجود نمی آورد. حال آنکه مصرف بلند مدت ماریجوانا باعث بروز اختلالات شخصیت، کاهش حافظه و تمرکز، عدم کنترل اعصاب و پرخاشگری بی رویه فرد می گردد. علاوه بر این عوارض اعتیاد پیدا کردن به ماده مخدر گل یا ماریجوانا زمینه ساز اعتیاد فرد به مواد مخدر دیگر می باشد.

آگاهی از تست اعتیاد ماده مخدر به گُل یا ماری جوانا
به شما در تشخیص مصرف ماری جوانا کمک می کند.

امید به زندگی در بیماران دیابتی

حسینعلی ستوده

منابع: صدری دمیرچی.اسماعیل، صمدی فرد.حمیدرضا، پیش بینی امید به زندگی در بیماران دیابتی بر اساس خودکارآمدی، عزت نفس و حمایت اجتماعی ادراک شده، فصلنامه علمی پژوهشی افق دانش، دوره ۲۵، شماره ۲، بهار ۱۳۹۸

دیابت مانند دیگر بیماری های مزمن برای فرد مشکلاتی به وجود می آورد که در نتیجه آن تمام جوانب زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می دهد. آمار بیماران مبتلا به دیابت در جهان بیش از ۲۵۰ میلیون نفر است و پیش بینی می شود که در سال ۲۰۲۰ به میزان ۳۵۰ میلیون و در سال ۲۰۳۰ به بیش از ۴۳۸ میلیون نفر افزایش یابد. در ایران مرکز تحقیقات غدد اصفهان، شیوع دیابت را در کل جمعیت ۲ الی ۳ درصد و در افراد بالای ۳۰ سال ۷ درصد برآورد کرده است.

مطالعات نشان داده است که بیماری دیابت، می تواند تأثیرات منفی بر سلامت عمومی و احساس خوب بودن و به عبارتی بر کیفیت زندگی بیماران داشته باشد. دیابت نوع دو، به صورت ناهنجاری پاتولوژیک، اختلال در ترشح انسولین، مقاومت محیطی به انسولین و تولید بیش از حد گلوکز کبدی خود را نشان می دهد.

این مفهوم به معنای توانایی باور به داشتن احساس بهتر، در آینده می باشد که با نیروی نافذ خود، تحریک کننده فعالیت فرد است تا بتواند تجربه های نو کسب نماید و نیروهای تازه ای را در فرد ایجاد کند. امید به زندگی با سلامت روانی و جسمی که با انواع مقیاس ها مانند پاسخ مثبت به مداخله پزشکی، سلامت ذهنی، خلق مثبت، پرهیز از رویدادهای پرفشار زندگی، نشاط و شادکامی در امور زندگی ارتباط مثبت دارد و آنها را پیش بینی می کند.

یکی از عواملی که ممکن است در امید به زندگی بیماران دیابتی تأثیرگذار باشد **خودکارآمدی** است.

▣ خودکارآمدی اطمینان خاطری است که شخص درباره انجام فعالیت خاصی احساس می نماید. این مفهوم میزان تلاش و سطح عملکرد فرد را تحت تأثیر قرار می دهد و به معنای قضاوت فرد در مورد توانایی هایش برای انجام یک عمل بوده و می تواند شخص را به اتخاذ رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و ترک رفتارهای مضر برای سلامت، قادر سازد. خودکارآمدی روی انگیزه فرد اثر گذاشته و فرد را به تلاش و مداومت در رفتار وا می دارد. نتایج مطالعات مختلف نشان داده است که خودکارآمدی در رفتارهای

ارتقاء دهنده رفتارهای خودمراقبتی، میزان استقامت و پشتکاری در برخورد با مشکلات، کیفیت زندگی و سلامت جسمی و روانی بیماران نقش دارد.

از عوامل دیگری که ممکن است در امید به زندگی بیماران دیابتی تأثیرگذار باشد **عزت نفس** است.

▣ این مفهوم اعتماد به توانایی خود در اندیشیدن، کنار آمدن با چالش های اولیه زندگی، اعتماد به حق خود برای موفق و شاد بودن، احساس ارزشمند و شایسته بودن و برخوردار شدن از ثمرات تلاش های خویشتن است. امید و عزت نفس به عنوان نمادی از بعد روانی اغلب با نتایج گزارش شده از سلامت جسمی و روانی همراه بوده و باید به این نکته توجه داشت که امید به زندگی تحت تأثیر عزت نفس می باشد.

عزت نفس رابطه بسیار نزدیکی با تصویر ذهنی فرد از خود و همچنین شیوه سازگاری دارد. همچنین عزت نفس هسته مرکزی و ساختار روانشناسی فرد است که وی را در برابر اضطراب محافظت نموده و آسایش خاطر وی را فراهم می آورد.

نتایج مطالعات مختلف نشان داده است که عزت نفس در امید به زندگی، کیفیت زندگی و سازگاری سلامت روانی و تعادل شخصیت و سازگاری متغیر دیگر پژوهش حمایت اجتماعی ادراک شده، یک منبع مهم سازگاری بوده و دارای نقش بسیار مؤثری در پیامدهای حاصل از کارکرد و سازگاری روانشناختی افراد است.

حمایت اجتماعی ادراک شده

حمایت قابل پذیرش از طرف افراد دیگر، گروه ها و جامعه بزرگتر است.

▣ این مفهوم به عنوان قوی ترین و نیرومندترین نیروی مقابله ای برای مواجهه موفقیت آمیز و آسان فرد در زمان درگیری با شرایط تنش زاست و تحمل مشکلات را برای بیماران تسهیل می کند. حمایت اجتماعی ادراک شده به بیماران کمک می کند تا آنها به طور مثبتی در خود تغییر ایجاد کنند.

نتایج مطالعات نشان داده است حمایت اجتماعی ادراک شده در کیفیت زندگی بیماران دیابتی و سلامت روان، افزایش فعالیت بدنی و پیروی از درمان بیماران نقش دارد.

با توجه به اینکه امید به زندگی بالا، باعث بهبود سلامت روانی و رضایت از زندگی بیماران می شود، لذا تلاش برای افزایش امید به زندگی بیماران امری ضروری و اجتناب ناپذیر است. بیشتر پژوهش های انجام شده به بررسی نقش متغیرهای خودکارآمدی، عزت نفس و حمایت اجتماعی ادراک شده با کیفیت زندگی بیماران پرداخته است و در مورد نقش این متغیرها در امید به زندگی بیماران دیابتی پژوهش اندکی صورت گرفته است. مطالعات نشان داده اند ،که بیماران دارای امید به زندگی پایین، افسرده و بی قرار بوده و غالبا از بی معنایی و پوچی زندگی شکایت دارند. امید به زندگی یک عامل شفابخش چند بعدی، پویا و قدرتمند بوده و نقش مهمی در سازگاری با بیماری دارد. همچنین در ایران بررسی پیشینه پژوهشی نشان میدهد که مطالعات انگشت شماری در زمینه عوامل موثر در امید به زندگی بیماران دیابتی انجام گرفته است.

نتایج نشان داد که بین خودکارآمدی و امید به زندگی بیماران رابطه مثبت معناداری وجود دارد. به این معنا که با افزایش خودکارآمدی، امید به زندگی در بیماران نیز افزایش می یابد. خودکارآمدی، عزت نفس و حمایت اجتماعی ادراک شده در زمره متغیرهای مرتبط با امید به زندگی بیماران دیابتی بوده و توانایی پیش بینی آن را دارند. با توجه به نتایج پژوهش حاضر خودکارآمدی، عزت نفس و حمایت اجتماعی ادراک شده در بهبود امید به زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو دارای اهمیت است.

مشکلات شغلی جوانان

مهدی ملاشهری

منابع: دکتراکبری ابوالقاسم، مشکلات نوجوانی و جوانی، نشردماوند، چاپ ۳

ورود به دنیای کسب و کار در عصر حاضر که جهان وارد دوره ای از فرصت ها و چالش های بزرگ شده است، نیاز به دانش، مهارت و ویژگی های خاص دارد، لذا لازم است افراد در طول تحصیلات برای انتخاب زندگی شغلی و مقابله با بحران ها و چالش ها آماده شود.

تعریف شغل

"شغل" عبارت است از گروهی از موقعیت های مشابه در یک مؤسسه، اداره یا کارگاه که افراد واجد شرایط خاص، می توانند این موقعیت ها را احراز کنند و وظایف محوله را انجام دهند.

مشکلات انتخاب شغل

چهار عامل باعث بی تصمیمی و تردید فرد در انتخاب شغل می باشد:

۱- خواسته خانواده و دوستان می تواند سبب عدم تصمیم گیری و تردید فرد درباره ی انتخاب شغل گردد. اگر تمایلات و خواسته های والدین با رغبتهای فرد مغایرت داشته باشد، فرد در انتخاب شغل مردد خواهد بود.

۲- طرز تلقی فرد نسبت به شغلی خاص ممکن است، مشکلاتی را در انتخاب مناسب و صحیح فراهم آورد. ارزش اجتماعی شغل و حرفه نیز ممکن است فرد را در انتخاب دچار شک و تردید کند.

۳- بی تصمیمی و تردید در انتخاب ممکن است زاییده ی تساوی در استعدادهای فردی باشد، فردی که توانایی و استعداد انجام مشاغل متعددی را دارد احتمالاً در انتخاب مناسبترین شغل با مشکل مواجه خواهد شد.

۴- انسان ممکن است بر اثر عدم یادگیری و نیز محدودبودن فرصتها دچار شک و تردید گردد. یعنی فرد هیچگاه نیاموخته است که در یک موقعیت، قاطعانه تصمیم بگیرد و آن را به مرحله عمل درآورد.

انتخاب درست شغل زمانی صورت می گیرد که :

۱- ذوق و رغبت فرد مشخص باشد.

۲- استعداد های ذهنی و بدنی او برای مشاغل مشخص باشد.

۳- اطلاعات شغلی از حرفه های مختلف در دست باشد.

۴- امکانات محیطی اجازه ورود به شغل را بدهد.

۵- فشار خانوادگی و اجتماعی در انتخاب شغل به حداقل برسد.

۶- مشاوران حرفه ای برای تبادل نظر و مشورت وجود داشته باشند.

وضع فعالیت و اشتغال

معمولاً جمعیت ۱۵ تا ۶۵ سال را جمعیت سنین کار و فعالیت می گویند و آن را از نظر اقتصادی به دو گروه فعال و غیر فعال تقسیم بندی می کنند و شاغلان و بیکاران جویای کار، گروه اول را تشکیل می دهند و محصلان، خانه داران و سایرین در گروه دوم جای دارند.

بلوغ حرفه ای

از میان انواع بلوغ، بلوغ حرفه ای نقش مهمی در زندگی دارد. به این سبب اتخاذ تصمیم شغلی مناسب با نیازها و ویژگی های فردی از اهمیت خاصی برخوردار می باشد. گزینش شغلی مناسب همراه با واقعیت و قابل حصول بودن آن پاسخگویی نیازهای اقتصادی و اجتماعی و روانی است. فرآیند رشد حرفه ای همانند دیگر جنبه های رشد مراحلی دارد که باید طی کند. رشد بلوغ حرفه ای به عوامل خودشناسی، برخورداری از اطلاعات شغلی، ارزش های کاری، داشتن اعتقاد به کار، عادت های صحیح کاری و برخورداری از مهارت های برنامه ریزی و مشکل گشایی بستگی دارد.

بمنظور پیگیری و ساماندهی اجرای برنامه ملی کنترل و کاهش طلاق و تعیین نسبت و نقش هر یک از دستگاه ها در کنترل و کاهش طلاق و جلوگیری از پراکنده کاری و موازی کاری دستگاه ها، اقدامات دستگاهی مندرج در این برنامه به لحاظ موضوعی در هفت محور زیر دسته بندی شده است:

۱- آموزش

۲- مشاوره

۳- حمایت های اجتماعی

۴- ترویج و فرهنگ سازی

۵- قضاء و داوری

۶- سلامت

۷- برنامه و بودجه

محورهای هفتگانه

برنامه ملی کنترل و کاهش طلاق (۱)

لیلی جهانتیغ

منابع: کارگروه ملی کنترل و کاهش طلاق و افزایش ازدواج شورای عالی فرهنگی - معاونت برنامه ریزی و هماهنگی ۱۳۹۵

۱- محور آموزش برنامه ملی کنترل و کاهش طلاق

اقشار آموزش گیرنده:

۱- زوجین قبل از ازدواج و در بدو ازدواج

۲- دانش آموزان به ویژه دانش آموزان دختر و دانش آموزان مناطق محروم

۳- انجمن اولیاء و مربیان و معلمان

۴- دانشجویان، والدین و مدرسان، مربیان و پژوهشگران

۵- مشاورین ویژه خانواده و ازدواج و مشاورین و مبلغین

۶- عوامل برنامه ساز به ویژه تهیه کنندگان و کارگردان ها

مددکاران

ابعاد آموزش

■ آگاه سازی نسبت به فرزندآوری بهنگام

■ آموزش مدیریت مؤثر روابط جنسی

■ آموزش علمی-کاربردی تخصصی در حوزه ازدواج و خانواده

■ تهیه و تدوین محتوای آموزشی مرتبط با خانواده در چارچوب ارزش ها و معیارهای اسلامی

■ توانمندسازی و ارتقای آمادگی های جسمی، روانی و اجتماعی دانش آموزان

■ تقویت، توسعه و ارتقای کمی و کیفی انجمن اولیاء و مربیان

■ -نظام جامع آموزش خانواده با تأکید بر تحکیم بنیان خانواده

■ محتواهای آموزشی و تربیتی غیررسمی مکتوب و مجازی پیرامون موضوع ازدواج و خانواده

■ تهیه و تدوین کتابهای درسی دوره های تحصیلی مرتبط با موضوع ازدواج و تحکیم بنیان خانواده

■ پژوهش های کاربردی به روز در حوزه خانواده

■ تهیه متون آموزشی با هدف ارتقاء مهارت های ازدواج به هنگام، آگاهانه، آسان و پایدار دانشجویان

■ برگزاری نشست های تخصصی و کارگاه های آموزشی ویژه مشاورین با محوریت موضوع احیای ((سنت حکمیت و داوری))

■ ((حکمیت به سبک قرآن و عترت)) در جهت کاهش طلاق

■ تربیت مشاوران ویژه خانواده و ازدواج و تایید صلاحیت حرفه ای آنان

■ نشست های تخصصی و کارگاه های آموزشی ویژه مشاورین با محوریت موضوع احیای ((سنت حکمیت و داوری))

■ توسعه و تقویت حرفه ای مشاوران و مددکاران و ارتقای تحصیلی آنان

نهادهای آموزش دهنده

■ وزارت آموزش و پرورش، بهداشت درمان و آموزش پزشکی، وزارت علوم، تحقیقات و فناوری

■ سازمان صدا و سیما

■ نهاد نمایندگی مقام معظم رهبری در دانشگاه ها

■ قوه قضاییه با همکاری حوزه علمیه و نظام روانشناسی و مشاوره وزارت علوم، تحقیقات و فناوری و سایر نهادهای ذیربط

■ مراکز مشاوره سازمان بهزیستی کشور با استفاده از ظرفیت حوزه و دانشگاه

■ نیروی انتظامی کشور با همکاری مراکز حوزوی و دانشگاهی

متن اقدام	اقشار آموزش گیرنده	ابعاد آموزش	نهادهای آموزش دهنده
ارائه آموزش ها و خدمات در دوران پس از عقد و ازدواج باتوجه ویژه به پنج سال اول زندگی مشترک براساس سیاست های جمعیتی و نقشه مهندسی فرهنگی کشور با بهره گیری از مراکز بهداشتی و مراکز مورد تأیید موجود در کشور	زوجین در بدو ازدواج	آگاه سازی نسبت به فرزندآوری بهنگام	وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی با بهره گیری از مراکز بهداشتی و مراکز مورد تأیید موجود در کشور
توسعه وارتقای مستمرآموزش های در آستانه ازدواج مرکزبهداشت ویژه افراد در شرف ازدواج با محوریت مدیریت مؤثر روابط جنسی به همراه اهداء بسته آموزشی و تقویت الزامات قانونی آن	زوجین در بدو ازدواج	آموزش مدیریت مؤثر روابط جنسی	وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، مراکز بهداشت
آموزش علمی - کاربردی تخصصی در حوزه ازدواج وخانواده مختص عوامل برنامه ساز به ویژه تهیه کنندگان و کارگردان ها	عوامل برنامه ساز به ویژه تهیه کنندگان و کارگردان ها	آموزش علمی-کاربردی تخصصی در حوزه ازدواج و خانواده	سازمان صدا و سیما
تهیه و تدوین محتوای آموزشی برای دانش آموزان کلیه دوره های تحصیلی به منظور آشنایی بیشتر با ویژگی ها، کارکردها، نیازها و وظایف خانواده در چارچوب ارزش ها و معیارهای اسلامی براساس سند تحول بنیادین آموزش و پرورش از جمله راهکار ۴-۶ آن	دانش آموزان کل دوره های تحصیلی	تهیه و تدوین محتوای آموزشی خانواده در چارچوب ارزش ها و معیارهای اسلامی	وزارت آموزش و پرورش
توانمندسازی و ارتقای آمادگی های جسمی، روانی و اجتماعی دانش آموزان به ویژه دانش آموزان دختر و دانش آموزان مناطق محروم	دانش آموزان به ویژه دانش آموزان دختر و مناطق محروم	توانمندسازی و ارتقای آمادگی های جسمی، روانی و اجتماعی دانش آموزان	وزارت آموزش و پرورش
تقویت، توسعه و ارتقای کمی و کیفی انجمن اولیاء و مربیان آموزش و پرورش در سراسر کشور	انجمن اولیاء و مربیان	تقویت، توسعه و ارتقای کمی و کیفی انجمن اولیاء و مربیان	وزارت آموزش و پرورش
طراحی و اجرای نظام جامع آموزش خانواده با تأکید بر تحکیم بنیان خانواده، آموزش دانش آموزان و والدین، آمادگی برای ازدواج مناسب و پیشگیری از آسیب های خانواده متزلزل و بروز طلاق	دانش آموزان و والدین	نظام جامع آموزش خانواده با تأکید بر تحکیم بنیان خانواده	وزارت آموزش و پرورش
انتشار محتواهای آموزشی و تربیتی غیررسمی مکتوب و مجازی برای دانش آموزان، اولیا، مربیان و معلمان پیرامون موضوع ازدواج و خانواده	اولیا، مربیان و معلمان	محتواهای آموزشی و تربیتی غیررسمی مکتوب و مجازی برای دانش آموزان، اولیا، مربیان و معلمان	وزارت آموزش و پرورش
تهیه و تدوین کتاب های درسی دوره های تحصیلی مرتبط با موضوع ازدواج و تحکیم بنیان خانواده	دانش آموزان	تهیه و تدوین کتاب های درسی دوره های تحصیلی مرتبط با موضوع ازدواج و تحکیم بنیان خانواده	وزارت آموزش و پرورش
انجام پژوهش های کاربردی به روز در حوزه خانواده	-	پژوهش های کاربردی به روز در حوزه خانواده	وزارت آموزش و پرورش
تهیه متون آموزشی برای دانشجویان، والدین و مدرسان ایشان با هدف ارتقاء مهارت های ازدواج به هنگام، آگاهانه، آسان و پایدار دانشجویان	دانشجویان، والدین و مدرسان	تهیه متون آموزشی برای دانشجویان، والدین و مدرسان ایشان با هدف ارتقاء مهارت های ازدواج به هنگام، آگاهانه، آسان و پایدار دانشجویان	وزارت علوم، تحقیقات و فن آوری
برگزاری نشست های تخصصی و کارگاههای آموزشی ویژه مشاورین و مبلغین با محوریت موضوع احیای((سنت حکمیت وداوری))	مشاورین و مبلغین	برگزاری نشست های تخصصی و کارگاه های آموزشی ویژه مشاورین و مبلغین با محوریت موضوع احیای سنت حکمیت و داوری	نهاد نمایندگی مقام معظم رهبری در دانشگاهها
برگزاری گارگاههای آموزشی ودورههای تربیت مربی به صورت کشوری با هدف به روزرسانی وانتقال اطلاعات،پژوهشها ویافتهای جدید تحت عنوان (حکمیت به سبک قرآن و عترت)) در جهت کاهش طلاق	مربیان، پژوهشگران	((حکمیت به سبک قرآن و عترت)) درجهت کاهش طلاق	نهاد نمایندگی مقام معظم رهبری در دانشگاهها
تهیه، تدوین و جرای دستورالعمل صلاحیت حرفه ای تربیت مشاوران ویژه خانواده با همکاری حوزه علمیه و نظام روانشناسی و مشاوره وزارت علوم، تحقیقات و فناوری و سایر نهادهای ذیربط	مشاوران ویژه خانواده	تربیت مشاوران ویژه خانواده و تایید صلاحیت حرفه آنان	قوه قضایه با همکاری حوزه علمیه، نظام روانشناسی، مشاوره وزارت علوم و سایر نهادهای ذیربط
تربیت مشاورین ویژه خانواده و ازدواج برای بکارگیری در مراکز مشاوره سازمان بهزیستی با رویکرد اسلامی و با استفاده از ظرفیت حوزه ودانشگاه	مشاوران ویژه خانواده وازدواج	تربیت مشاورین ویژه خانواده و ازدواج	مراکز مشاوره بهزیستی با رویکرد اسلامی، با استفاده از ظرفیت حوزه و دانشگاه
برگزاری نشست های تخصصی و کارگاه های آموزشی ویژه مشاورین و مبلغین با محوریت موضوع احیای ((سنت حکمیت و داوری))	مشاورین و مبلغین	نشست های تخصصی و کارگاه های آموزشی ویژه مشاورین و مبلغین با محوریت موضوع احیای "سنت حکمیت و داوری"	نهاد نمایندگی مقام معظم رهبری در دانشگاه ها
اجرای طرح توسعه و تقویت حرفه ای مشاوران و مددکاران و ارتقای تحصیلی آنان با تأکید بر روزآمدی از طریق ارائه بسته های آموزشی، برگزاری کارگاه های آموزشی و انجام همایش های مشارکتی با همکاری مراکز حوزوی و دانشگاهی	مشاوران و مددکاران	توسعه و تقویت حرفهای مشاوران و مددکاران و ارتقای تحصیلی آنان	نیروی انتظامی کشور با همکاری مراکز حوزوی ودانشگاهی

تربیت فرزند محصل

کبری فوآد

منابع: مختاری.عباس، ویتامین روابط خانوادگی، چاپ اول، سال ۱۳۸۶

دشوارترین وظیفه ی هر پدر و مادر تربیت فرزندان است. معمولاً در مورد والدینی که فرزند محصل دارند، این امر مشکل تر به نظر می رسد. باید توجه داشته باشیم که وظیفه‌ی ما در آموزش و پرورش فرزندان‌مان بسیار حساس و پیچیده است. درست مانند کلاف سر در گمی که گشودن گره های آن بستگی به علاقه، شکیبایی و درک صحیح از تجربیات مختلف دارد. برای آگاهی بیشتر نسبت به چگونگی رفتار با فرزندان محصل چند نکته را بررسی می کنیم:

- اگر در خانه دانش آموز پسر داریم، برایش لباس های ساده بخریم. اصولا"بچه ها را به پوشیدن لباس های ساده عادت بدهیم. پسرمان را مانند دختر مان در مورد رفت و آمدها و امور دیگر کنترل کنیم. دوستان او را ارزیابی و در راه مدرسه به طور پنهانی گاه و بی گاه مراقبش باشیم. به هیچ وجه تسلط و نفوذمان را بر او از دست ندهیم. احترام او را حفظ کنیم زیرا اگر پسر ما از افراد خانه ناراحت باشد، پیشرفت تحصیلی اش با مشکل مواجه خواهد شد و همه ی کوشش های مان بی ثمر خواهد گشت. اگر فرزند ما وسیله ای خواست و خواسته اش بی ربط نبود، فورا"خواسته اش را برآورده کنیم زیرا این اقدام ما در درس خواندن او تاثیر عجیبی گذاشته و در او احساس تعهد ایجاد می کند.

- در مورد ساعت رفت و آمد فرزندانمان به خانه و مدرسه لازم است نه آزادی بیش از حد به آنها بدهیم و نه با سخت گیری های بی مورد و بی

جا کلافه شان کنیم. فرزند ما باید از روی علاقه، سر ساعت به خانه برگردد. این امر در صورتی امکان پذیر است که پدر و مادر نیز وقت شناس و خوش قول باشند.

به طور مرتب با مدیر، ناظم و معلم فرزند مان، گاه بی‌خبر و گاهی علنا» در حضور خود بچه ها تماس بگیریم. وضع تحصیلی ایشان را بررسی کنیم. با معلم شان روابط صمیمانه ایجاد کنیم. بسیاری از اولیای مدرسه از آمدن پدر و مادر به مدرسه لذت می برند. از طرفی این کار باعث می شود اگر اولیای مدرسه مسامحه کار باشند. از رفت وآمد ما به خود بیایند، در کارشان تجدید نظر کنند غفلت و تنبلی را کنار بگذارند.

در خانه برای درس خواندن به فرزندان خود فشار نیاوریم. فشارآنها را از درس بیزار می کند.

آن ها را از خود نترسانیم. به حرف شان گوش دهیم، شاید کم کاری شان علت موجهی داشته باشد.

اگر فرزندمان کم استعداد است یا در آموختن و انجام تکلیفش مسامحه می کند، او را سرزنش نکنیم. سر کوفت باعث تحقیر شخصیت فرزند مان می شود.

بچه ها را به تفریح ببریم، اما هرگز حواس آنها را از درس منحرف نسازیم. اگر به سینما می رویم، فیلم را خودمان با نظر او انتخاب کنیم. از این همه دقت و توجه در کار او خسته و بی حوصله نشویم.

در خانه از معلمان و اولیای مدرسه نزد فرزندمان بد گویی نکنیم. اگر اعتماد بچه ها نسبت به مربیان خود سلب شود، هدایت شان به راه درست مشکل می شود به خصوص که ممکن است اعتماد و احترام بچه ها به ما هم تنزل یابد.

اگر بچه ها از مدرسه شکایتی دارند، پشت گوش نیاندازیم، فورا»با اولیای مدرسه تماس بگیریم و مشکل را حل کنیم.

مراقبت خشک بچه ها را عاصی می کند در مورد آنها طوری رفتار نکنیم که خیال کنند همیشه پدر، مادر یا کس دیگری مسئول کارهای آن هاست. آنان را با وظیفه شان آشنا سازیم و حس مسئولیت پذیری را در آن ها بوجود بیاوریم. اگر در خانه بیکار هستند، آن ها را به کار بگماریم و نگذاریم تنبل و بی مسئولیت بار بیایند. پول جیبی مناسبی به فرزند مان بدهیم، اما به او فرصت ندهیم به جیب های پر پول تکیه کند و در خارج از مدرسه به نوعی دیگر خرج کند، به فرزند خود بیاموزیم که پول نمی تواند آینده کسی را تضمین کند و هر آن ممکن است پولدار ترین افراد به فقیرترین اشخاص تبدیل شوند.

فرزندان خود را تشویق کنیم که مطالعات آزاد و خارج از محدوده ی دروس مدرسه داشته باشند. البته کتابهایی در زمینه مختلف علمی، مذهبی، اجتماعی و ادبیات جهان را توصیه کنیم، نه رمانهای پلیسی یا کتاب های مبتذل دیگر. برای این کار باید خودمان بنا به حکم وظیفه ی پدر و مادری مطالعه داشته باشیم تا محدوده ی کتاب ها را بدانیم.

توجه به تلویزیون نباید کودک را از کار خود غافل کند به او توصیه کنیم فقط فیلم ها و نمایش های با ارزش و آموزنده را در برنامه اش بگنجاند و از برنامه های بی مصرف دیگر چشم بپوشد.

از ترتیب دادن مهمانی برای فرزند مان در گروه سنی خودشان حتی الامکان اجتناب کنیم. به آن ها نیز اجازه ندهیم در مهمانی های دوستانه به تنهایی شرکت کنند. این امر در دوره ی بلوغ اهمیت بسزایی دارد. سعی کنیم آن ها را همراه خود به مهمانی دوستانه و سالم ببریم تا از این لحاظ احساس خلاء و کمبود نکنند.

تغذیه با شیرمادر در بیمارستان (پس از زایمان)

ام البنین عارفی
معصومه خواجه داد

منابع: راهنمای تغذیه باشیرمادر، اداره سلامت کودکان وزارت متبوع

گرچه اغلب مادران می توانند شیر کافی تولید کنند و اغلب شیرخواران نیز به خوبی تغذیه شده و حجم کافی از شیر مادر دریافت می کنند، اما برخی عوامل خاص در مادر و شیرخوار می تواند شیرخوار را در معرض خطر مشکلات تغذیه با شیر مادر قرار دهد. فرض براین است که عوامل خطر بروز مشکلات شیردهی بعنوان بخشی از مراقبت های روتین دوران بارداری بررسی می شود. اما ممکن است برخی مادران مراقبت های کمتری در دوران بارداری دریافت کرده باشند یا اصلا مراقبت نشده باشند.

در معاینه پستان مادر در دوران بارداری یافته هایی چون نوک پستان فرو رفته، پستان های به شدت غیر قرینه یا پستان های توبولار و جراحی های قبلی پستان مادر که می تواند روی تولید کافی شیر مادر اثر منفی داشته باشد باید بررسی شود و با مادر در مورد راهکارهای بالقوه برای موفقیت هر چه بیشتر تغذیه با شیر مادر بحث گردد. ضمنا این مشکلات باید بصورت واقع بینانه و با هدف حمایت از مادر، با وی در میان گذاشته شود. به خصوص عدم رشد پستان ها در طول بارداری یک وضعیت هشدار دهنده است و باید این اطلاعات و نیز سایر اطلاعات مرتبط با وضعیت بارداری و زایمان مادر توسط متخصصین زنان و مامایی به ارائه دهندگان مراقبت های کودکان منتقل شود.

مادران تازه زایمان کرده باید تشویق شوند که در هربار تغذیه شیرخوار، از هر دو پستان شیر دهند و در این صورت شیردهی را از پستان شروع کنند که دفعه قبل، شیردهی را به آن ختم نموده اند. این مسئله به تولید بهتر شیر مادر کمک می کند. گرچه برای یک نوزاد تازه متولد شده کاملا طبیعی است که پس از تغذیه از یک پستان به خواب رفته و از گرفتن پستان دوم اجتناب ورزد. باید اجازه داد که شیرخوار ترجیحا پستان اول را کاملا تخلیه نموده و سپس وی را به پستان دیگر گذاشت. مادر نباید تغذیه را فقط به خاطر گذاشتن شیرخوار به پستان دیگر

مادران تازه زایمان کرده باید تشویق شوند که در هربار تغذیه شیرخوار، از هر دو پستان شیر دهند و در این صورت شیردهی را از پستان شروع کنند که دفعه قبل، شیردهی را به آن ختم نموده اند. این مسئله به تولید بهتر شیر مادر کمک می کند. گرچه برای یک نوزاد تازه متولد شده کاملا طبیعی است که پس از تغذیه از یک پستان به خواب رفته و از گرفتن پستان دوم اجتناب ورزد. باید اجازه داد که شیرخوار ترجیحا پستان اول را کاملا تخلیه نموده و سپس وی را به پستان دیگر گذاشت. مادر نباید تغذیه را فقط به خاطر گذاشتن شیرخوار به پستان دیگر قطع نماید. شیرخوار معمولاً پستان اول را پس از تخلیه کافی، خودبخود رها می سازد. زمان بندی شیردهی از هر پستان نه لازم است و نه مطلوب. محدود کردن زمان تغذیه از پستان هیچ تاثیری در زخم نوک پستان ندارد، بلکه به پستان گذاشتن صحیح و بغل کردن درست شیرخوار، نقش مهمی را در این زمینه به عهده دارد.

بسیاری از والدینی که تازه صاحب فرزند شده اند انتظار دارند نوزاد گرسنگی خود را به گریه اعلام کند. والدین باید بدانند که گریه علامت دیررس گرسنگی است که در صورت بروز، آرام کردن شیرخوار و پستان گرفتن وی را با مشکل روبرو می کند. آموزش های بموقع و هم اتاقی ۲۴ ساعته مادر و شیرخوار این امکان را به والدین می دهد که به علایم زودرس گرسنگی شیرخوار مثل افزایش هوشیاری، جمع کردن انتهاها، حرکات دهان و زبان، در آوردن صداهای آرام، رفلکس جستجو، بردن مشت به دهان یا مکیدن انگشتان دست توجه بیشتری نمایند.

علایم سیری (مثل مکیدن های غیرتغذیه ای با فواصل طولانی بین مکیدن ها، رهاسازی پستان توسط شیرخوار، برطرف شدن علایم گرسنگی، آرام و شل شدن شیرخوار و به خواب رفتن) نیز نیاز به آموزش و یادگیری دارد.

مادر باید علاوه برآموزش در مورد نحوه پستان گرفتن و بغل کردن شیرخوار، در مورد روش های معمول شیردهی که انواع مختلف دارد، آموزش ببیند.

معمولاً نوزاد تازه متولد شده ۸ تا ۱۲ بار یا بیشتر در۲۴ ساعت و حداقل ۱۰ تا ۱۵ دقیقه از هر پستان شیر می خورد. فاصله بین تغذیه ها از شروع یک نوبت تغذیه تا شروع نوبت بعدی تغذیه محاسبه می شود.

تغذیه مکرر در چند روز اول میزان افت وزن نوزاد پس از تولد و همچنین سطح بیلی روبین را کاهش می دهد و به تولید و برقراری شیر کمک می کند. گرچه همه شیرخواران به طور متوسط هر ۳-۲ ساعت یکبار تغذیه می شوند اما بین هر شیرخوار با شیرخوار دیگر و همچنین در یک شیرخوار در طول یک۲۴ ساعت تفاوت بسیاری وجود دارد.

شیرمادر سریع تر از شیر مصنوعی از معده تخلیه شده و هضم می شود. در صورت عدم آموزش این نکته به مادر، او اغلب شیرخوار خود را با یک نوزاد شیر مصنوعی خوار مقایسه نموده و از تعداد دفعات طبیعی تغذیه شیرخوار خود با پستان دچار سوء برداشت شده و تصور می کند شیرکافی ندارد.

هرچه سن شیرخوار افزایش می یابد بهتر و موثرتر شیر می خورد دفعات و مدت تغذیه کاهش می یابد.

گرچه سال ها است که گریه به عنوان علامت نیرو و توان شیرخوار، ریه های سالم و سلامت عمومی وی تفسیر گردیده، اما گریه سبب افزایش فعالیت، صرف انرژی و بلع هوا می شود که ممکن است منجر به استفراغ شود. به علاوه گریه ذخایر متابولیک شیرخوار را تخلیه می کند و ممکن است موجب هیپوگلیسیمی شود و رفتارهای ابتدایی تغذیه ای شیرخوار را مختل کند. گریه علامت بسیار دیررس گرسنگی است.

شیرخوارانی که برای مدت طولانی گریه می کنند خسته می شوند و بدون تغذیه یا قبل از تغذیه کامل به خواب می روند. تغذیه مکرر، دوره های گریه را کاهش می دهد و باید تلاش کرد گریه شیرخوار را به حداقل رساند.

تغذیه در فشار خون بالا

نعیمه گنجعلی

منابع: متون ارسالی دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت بهار ۹۸ (به مناسبت بسیج ملی کنترل فشار خون بالا)

مقدمه

امروزه فشارخون بالا یکی از مشکلات بهداشتی در جهان محسوب می شود. ۳۰ درصد انسان ها در سراسر جهان مبتلا به پرفشاری خون هستند. بر اساس گزارشات سازمان جهانی بهداشت ۳۳ درصد از مبتلایان بزرگسالان می باشند. به عبارت دیگر از هر۳ فرد بزرگسال یک نفر مبتلا به پر فشاری خون است و هر چه سن افزایش می یابد خطر ابتلا به پرفشاری خون هم بیشتر می شود.

در ایران نیز مطالعه عوامل خطر بیماری های غیرواگیر حاکی از آن است که ۸۲ درصد علل مرگ و میر مربوط به بیماری های قلبی و عروقی، سرطان ها، دیابت و بیماری های مزمن تنفسی است و بیش از یک چهارم جمعیت کشور مبتلا به فشار خون بالا هستند.

عوارض فشار خون بالا چیست؟

پرفشاری خون سبب افزایش خطر حملات قلبی، سکته و نارسایی کلیه می شود. همچنین فشارخون بالای کنترل نشده می تواند منجر به نابینایی، نامنظمی ضربان قلب و نارسایی قلبی شود. خطر این عوارض در صورت وجود عوامل خطر بیماری های قلبی عروقی مانند دیابت افزایش می یابد.

عوامل مؤثر در ایجاد بیماری کدامند؟

بیشتر مردم از میان عوامل غذایی مرتبط با فشارخون، نمک را می شناسند، در حالی که هر چند فشارخون بیش از نیمی از افراد به نمک حساس است، **عوامل دیگری نیز در این امر دخیل می باشند که عبارتند از:**

ارث: در صورت ابتلای یکی از اعضای خانواده به فشارخون بالا، احتمال ابتلای سایر اعضای خانواده زیاد است.

سن: با افزایش سن احتمال بروز فشارخون بالا بیشتر می شود.

قرص های ضد بارداری خوراکی:
بانوانی که از قرص ضد بارداری خوراکی استفاده می کنند، شانس بیشتری برای ابتلا به فشارخون بالا دارند مخصوصاً اگر همزمان سیگار بکشند.

جنس: پرفشاری خون در مردان تا سن ۴۵ سالگی شایع تر است. در ۴۵ تا ۵۴ سالگی خطر در دو جنس برابر است.

اضافه وزن و چاقی: افرادی که وزن بالاتر از حد طبیعی دارند، شانس بیشتری برای ابتلا به فشار خون بالا دارند. پرفشاری خون در افراد چاق ۲ تا ۶ برابر بیش از افرادی است که اضافه وزن ندارند.

عدم فعالیت جسمانی: شیوه زندگی غیرفعال و بدون تحرک سبب افزایش احتمال ابتلا به فشارخون بالا و اضافه وزن می شود. با افزایش وزن، فشارخون باز هم بیشتر می شود.

نمک و رژیم غذایی ناسالم: رژیم حاوی مقادیر اندک میوه و سبزیجات یا دارای مقادیر زیاد چربی، سبب افزایش خطر ابتلا به فشارخون بالا می شود. بسیاری از افراد مبتلا به فشارخون بالا به نمک حساس هستند و مصرف زیاد نمک، فشارخون را در اکثر افراد بالا می برد.

مصرف مشروبات الکلی:
سوء مصرف منظم الکل ممکن است فشارخون را بطور قابل توجهی افزایش دهد.

برخی داروها:
داروهای استروییدی، بعضی از انواع داروهای مهارکننده اشتها، ضد احتقان ها (دکونژستانت ها) در داروهای ضد سرماخوردگی و نیز برخی از مکمل های غذایی ممکن است فشارخون را افزایش دهند. قرص های ضد حاملگی هم می توانند سبب افزایش فشارخون در برخی از زنان شوند.

منابع غذایی سدیم:
سدیم (ماده موثره نمک) در انواع محصولات غذایی بصورت آشکار و پنهان وجود دارد. مهمترین منبع نمک (سدیم) دریافتی در کشور ما نان است. با مصرف نان هایی که بیشتر از حد مجاز یعنی بیشتر از یک درصد نمک دارند، روزانه مقدار زیادی نمک (سدیم) وارد بدن می شود.

برخی منابع عمده غذایی سدیم عبارتند از:

- مواد غذایی نمک سود و دودی شده
- انواع شور و ترشی

• دسرها، سس های سالاد های آماده، سویا سس، زیتون و خردل و سوپ های آماده که خریداری می شوند سدیم بالایی دارند مگر اینکه بر روی آنها ذکر شود بدون نمک تهیه شده است.

• تنقلات شور (چیپس سیب زمینی، چوب شور، چیپس ذرت، کراکر، آجیل ، مغز های شور و ...)

• فرآورده های غلات حجیم شده (چیتوز، لینا، مزمز، پفک و...).

• مونوسدیم گلوتامات که در محصولاتی مثل بیسکویت و شکلات های خارجی بکار رفته و در روی برچسب محصول به آن اشاره شده است.

• جوش شیرین که در پخت شیرینی وکیک کاربرد دارد

• نان هایی که در پخت آنها جوش شیرین بکار رفته است.

روش های پیشگیری و کنترل فشارخون بالا

برای پیشگیری از ابتلا به فشار خون بالا و کنترل آن بکارگیری نکات زیر ضروری است:

کنترل وزن

چربی اضافی ذخیره شده در بدن به ویژه چربی ناحیه شکمی می تواند باعث افزایش فشارخون شده و در نتیجه خطر بروز حمله قلبی و مغزی را افزایش دهد. کاهش وزن به تنهایی یکی از موثرترین درمان های غیرداروییِ برای مبتلایان به پرفشاری خون می باشد.

فعالیت جسمی

فعالیت فیزیکی می تواند به طور غیر مستقیم به پیشگیری از افزایش فشارخون کمک کند. افرادی که فعالیت ورزشی منظم (فعالیت هوازی) دارند ممکن است برای کنترل پرفشاری خفیف خون نیازی به مصرف دارو نداشته باشند. هرچه فشارخون بالاتر و فعالیت قبلی فرد کمتر باشد، احتمال این که انجام فعالیت جسمی مناسب، سبب کاهش فشارخون وی شود بیشتر خواهد بود.

کاهش مصرف نمک (سدیم)

نمک در افزایش فشارخون بسیاری از افراد تاثیر دارد. بنابراین نمک (کلرید سدیم) نسبت به سدیم یا کلراید به تنهایی یا در ترکیب با سایر یون ها، اثرات بیشتری بر فشارخون دارد. به علاوه از آنجا که بیشتر سدیم غذا از نمک است، رژیم غذایی که مصرف یکی را محدود کند، خواه ناخواه مصرف دیگری را نیز محدود نموده است.

افزایش مصرف پتاسیم

در افراد مبتلا به فشارخون بالا، مصرف مقادیر کافی مواد غذایی حاوی پتاسیم از حملات مغزی جلوگیری می کند. بسیاری از پژوهش ها نشان داده اند که پتاسیم هم در پیشگیری و هم در درمان پرفشاری خون موثر است. زمانی که بدن سدیم را جذب می کند، پتاسیم را دفع می کند و بالعکس.

مصرف مواد غنی از پتاسیم یعنی میوه ها (موز، زردآلو، پرتقال، انجیر، گریپ فروت، هلو، انگور و آلو) و سبزی ها (سیب زمینی، سیر، کلم بروکلی، کدو سبز، قارچ، گوجه فرنگی و...) و حبوبات می تواند نقش مهمی در کنترل پُرفشاری خون داشته باشد. سیب زمینی علاوه بر پتاسیم دارای یک ترکیب کاهنده ی فشار خون است.

منیزیوم

منیزیوم یک عنصر مهم در جلوگیری از انقباض عضلات صاف رگ ها به شمار می رود. از این رو به عنوان گشاد کننده عروق می تواند در تنظیم فشارخون ایفای نقش کند. دریافت مقادیر مناسبی منیزیوم از طریق منابع غذایی مثل سبزیجات با برگ سبز تیره، مغزها، حبوبات، نان و غلات سبوس دار و غذاهای دریایی توصیه می شود.

کلسیم

منابع غنی کلسیم مانند شیر سبب کاهش فشارخون می شوند. روزانه باید ۱۰۰۰ تا ۱۲۰۰ میلی گرم کلسیم دریافت نمود. یک لیوان شیر حدود ۳۰۰ میلی گرم کلسیم دارد. سایر منابع خوب کلسیم عبارت هستند از: ماست، پنیر، کشک، دوغ، بادام، کنجد، انواع کلم.

کاهش مصرف چربی

• مصرف ماهی حداقل۲ بار در هفته. ماهی های آب های سرد مانند سالمون، تون، آزاد و قزل آلا، منابع غنی امگا – ۳ هستند که می توانند باعث کاهش فشار خون شوند. مصرف ۲ بار در هفته ماهی مقدار امگا ۳ مورد نیاز بدن را تامین می کند. گردو هم منبع خوبی از امگا۳ است که در میان وعده ها می توان از آن استفاده کرد.

• استفاده از ادویه ها نه تنها مزه غذاهای کم نمک را بهتر می کند، بلکه برخی از آن ها سبب کاهش فشارخون می شوند. زعفران، فلفل سیاه، پونه، ریحان و ترخون نمونه هایی از آنها هستند.

• مطالعات ۵۰ سال اخیر نشان داده اند که مکمل سیر می تواند به اندازه داروهای کاهنده خون در کاهش فشارخون موثر باشد. ۶۰۰ تا ۹۰۰ میلی گرم از دوز پودر سیر حاوی ۵/۴ – ۳/۶ میلی گرم آلیسین (ماده موثر موجود در سیر) و یک بوته سیر حاوی ۵ تا ۹ میلی گرم آلیسین است.

جایگزین های سالم و اقتصادی تغذیه ای در دید و بازدیدها و سفرهای تابستانی

روح الله دهمرده

منابع:بسته آموزشی پویش تغذیه سالم در نوروز، تعطیلات و سفر- دفتر بهبود تغذیه- نوروز ۱۳۹۸

برای حفظ سلامت خود به نکات تغذیه ای زیر توجه کنید:

• از انواع شیرینی های ساده و در اندازه کوچک که کالری کمتری دارند در پذیرایی ها استفاده کنید.

• در مصرف شیرینی و شکلات زیاده روی نکنید.

• به منظور پیشگیری از اضافه وزن و چاقی، در دید و بازدیدها بجای شیرینی های خامه ای و شکلاتی، ژله ای و مربایی که حاوی مقدار زیادی کالری هستند، از انواع خشک و ساده شیرینی ها در اندازه کوچک استفاده کنید .

• بجای مصرف شیرینی و شکلات در دید و باز دید های نوروزی بهتر است از میوه استفاده کنید. میوه ها علاوه بر ویتامین ها و املاح معدنی که برای حفظ سلامت بدن لازمند، حاوی ترکیباتی بنام آنتی اکسیدان هستند که نقش آنها در پیشگیری از بیماری های غیرواگیر ازجمله دیابت، بیماری های قلبی عروقی و سرطان ها شناخته شده است.

• میوه های ریز و درشت دارای مواد مغذی یکسان هستند نیازی نیست حتما میوه های درشت که معمولاً گران تر هستند را بخرید.

• برای صرف چای، بجای قند، از کشمش، توت خشک (۳ یا ۴ عدد) و یا خرما (یک عدد نه بیشتر) استفاده کنید.

• در مصرف آجیل زیاده روی نکنید.

• انواع مغزها و تخمه ها حاوی مقادیر زیادی چربی هستند. بطوری که هر ۱۰۰ گرم آنها حاوی ۵۰۰ تا ۶۰۰ کالری است که معادل میزان کالری دو کفگیر برنج است.

• آجیل لزوما پسته و بادام و ... نیست. از انواع تنقلات سنتی مثل گندم پفکی و بو داده، شاهدانه، کنجد، آجیل سویا، نخود چی و کشمش، عدس و ماش بو داده، برنجک و مغز تخمه ها و انواع برگه ها یک آجیل سنتی ارزان تر و دارای ارزش غذایی بالا استفاده کنید.

• از آجیل های بدون نمک و یا کم نمک استفاده کنید. آجیل های شور با داشتن مقادیر زیاد نمک، زمینه را برای فشار خون بالا فراهم می کنند.

• در میهمانی ها، در وعده ناهار و شام برای احتراز از دریافت زیاد کالری که با مصرف غذاهای چرب و سرخ شده وارد بدن می شود، سعی کنید نیمی از بشقاب خود را با سالاد و سبزی پر کنید.

• مصرف سالاد و سبزی بدلیل داشتن فیبر، جذب چربی ها و مواد قندی را کاهش داده و بدین ترتیب از چاقی جلوگیری می کند.

• نوشیدن نوشابه (حتی انواع کم کالری) و آب میوه های صنعتی را که حاوی قند افزوده هستند، به حداقل رسانده و از آب ساده و یا دوغ های کم نمک و بدون گاز و شربت های سنتی کم شیرین استفاده کنید.

• بعضی ها فکر می کنند بجای شام اگر میوه بخورند چاق نمی شوند. دقت کنید که مصرف زیاد میوه هم موجب اضافه وزن می شود.

• روزانه حداقل ۲ عدد میوه و حداکثر ۴ عدد میوه با اندازه متوسط کافی است.

• در تهیه غذا با بکار بردن توصیه های زیر می توانید یک غذای سالم و دارای ارزش غذایی و ارزان تر برای خود و میهمانان تهیه کنید:

• سویا جایگزین خوبی برای گوشت

است. می توان در تهیه غذا ها از سویا بجـای گوشـت و یا مخلوط با گوشت استفاده کرد.

● حبوبـات منبع خـوب پروتئین و جایگزین مناسب گوشت است. غذاهایی مثل عـدس پلـو، لوبیاپلـو و ... نیاز به افزودن گوشـت ندارنـد. ترکیب برنج و انـواع حبوبات از نظـر ارزش پروتئینی مانند گوشت است.

● مصـرف روزانه حبوبـات همراه با غلات علاوه بر تامین پروتئین، ریزمغذی های مورد نیاز بدن را نیز تامین می کند. ضمن اینکه با داشتن فیبر از اضافه وزن و چاقی نیز پیشگیری می کند.

● غـذا را بـه انـدازه تهیــه کنید. باقیمانده آنـرا در فریزر بـرای مصارف بعـدی نگهداریـد و از دور ریز غذا جدا خودداری کنید.

● درسـفر به نـکات تغذیــه ای زیر توجه داشته باشید:

● تا حـد امـکان غـذا را شـخصا آماده کـرده و از مصرف مواد غذایی در رسـتوران و غذاخوری هـای نامطمئن و یـا خرید مواد غذایی از دسـتفروشـان خودداری کنید.

● غذایـی که برای بین راه تهیه می کنید، نباید آبکی باشـد. غذاهای آبکی مثل انواع خورش ها، سریع تر فاسد می شـوند چون میکرب ها و باکتری ها در فضای مایع، محیط مناسـب تری برای رشد و تکثیر دارند.

● غذاهای خشـک همـراه با سبزی جات تازه که خوب شسته شـده اند غذاهای مناسبی برای سفرند.

● در طـول سـفر از مصرف پنیر، سرشیر، خامه که پاستوریزه شده نیسـت اسـتفاده نکنید. مصـرف محصـولات لبنـی پاستوریزه نشـده خطر ابتلا بـه بیماری تـب مالت را به همراه دارد.

● مصرف سـس مایونز وسایر سـس های چرب از نظـر تغذیه ای بطـور کلی توصیه نمی شوند. مخصوصا در طول سفر از مصرف سس مایونز و یا سس های خامه ای جدا خودداری کنید.

● می توانید با مخلوط ماست، آبلیمو، کمی نمـک و فلفل و در صـورت امکان کمی روغن زیتون یک سـس سالم برای سالاد تهیه کنید.

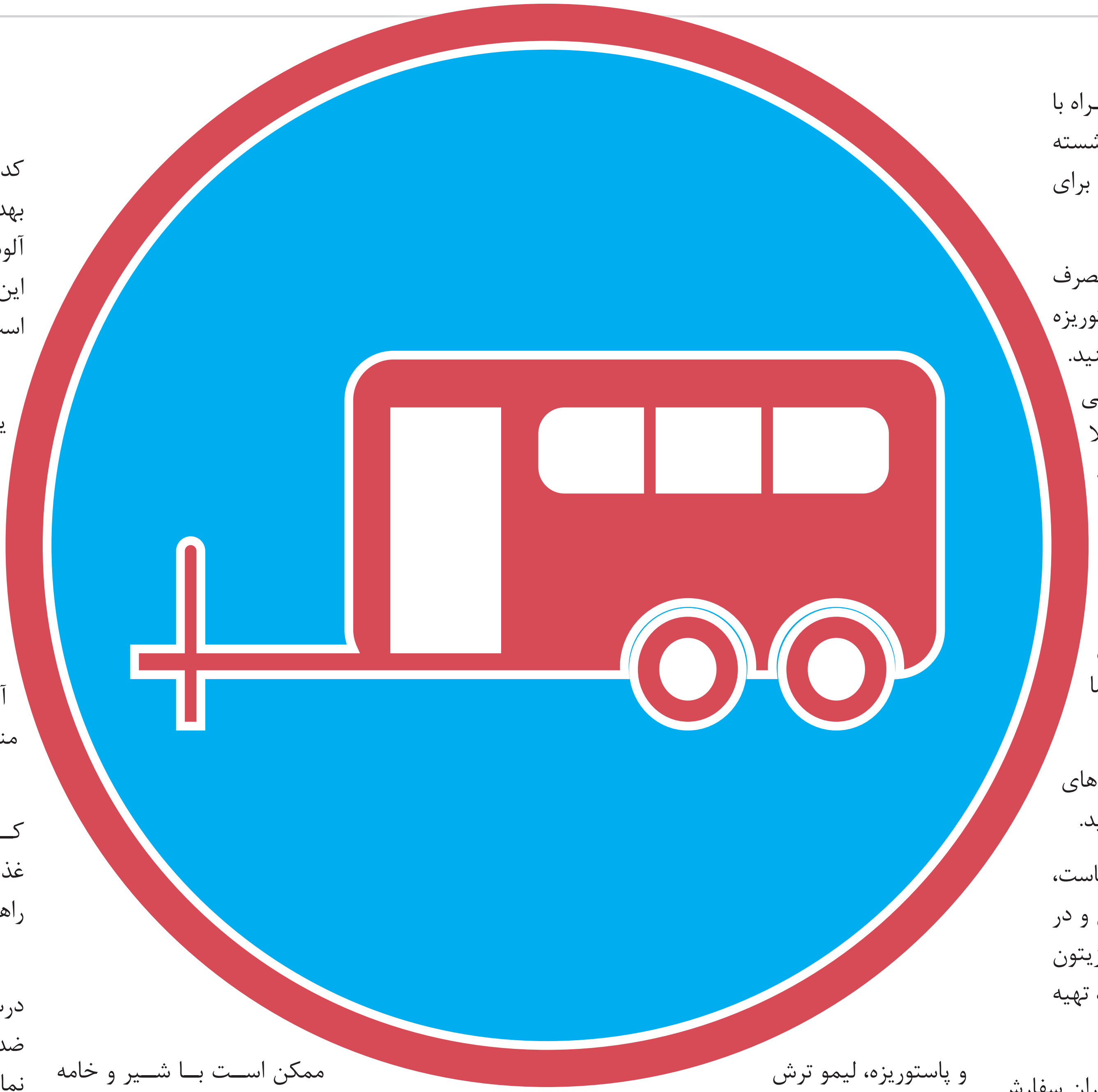
● غذاهایی را در رسـتوران سفارش دهید که سـس، ادویه و چاشـنی زیاد نداشـته باشـند. گاهی ممکن است در رستوران ها به غذاهـای کهنه و مانده مقـدار زیادی سـس و چاشـنی اضافه کنند کـه تغییر رنگ و طعـم نامطبوع ناشی از فساد غذا مشخص نشود.

● در رستوران، حتما همراه با غذایی که میل می کنید، از ماسـت (کم چرب و پاستوریزه، لیمو ترش و یـا آب لیمو اسـتفاده کنید. با مصرف اینها، دسـتگاه گوارش اسـیدی می شـود و در نتیجه، از رشـد و تکثیر میکروب ها در دسـتگاه گـوارش و در نتیجه مسمومیت غذایی جلوگیری می شود.

● مصرف انواع دسرهای خامه ای در طول سـفر توصیه نمی شـود چون ممکن اسـت بـا شـیر و خامه پاسـتوریزه نشـده تهیه شـده باشد و یا اینکه به علت کهنگی، فاسد شده باشد.

● اگـر مایـل بـه مصرف بسـتنی هسـتید، حتما از نوع پاستوریزه شده و کم چرب آن استفاده کنید.

● از خرید و مصرف نوشـیدنی های محلـی مثل آب زرشـک، آب آلبالو و... و هم چنین لواشک، تمبرهندی، آلوچه و... در صورتی که بسـته بندی نشده کد بهداشـتی و پروانه ساخت از وزارت بهداشـت ندارند، خودداری کنید. انواع آلودگی های میکربی و انگلی با خوردن این نوع مواد غذایی غیر بهداشتی ممکن است به بدن منتقل می شود.



● بـرای جلوگیـری از کـم آبی و یبوست مقادیر مناسبی آب (ترجیحا آب معدنی) همراه داشـته باشید. به همراه داشتن میوه ها و سبزی هایی مانند هویج، گوجـه فرنگی، خیار و کاهو در طول مسافرت به تامین آب، املاح و ویتامین های مورد نیاز بدن کمک می کند. قبل از سـفر در خانه آنها را خوب بشـویید و در ظرف های مناسب دربسته با خودتان ببرید.

● از مصرف سالاد به ویژه سالادهایی کـه در آنهـا کاهو به کار رفته اسـت و غذاهـای دریایی در غذاخوری های بین راهی خودداری کنید.

● در صورتی که سـالاد را شـخصا درسـت مـی کنیـد حتمـا آن را قبلا ضدعفونی، انگل زدایـی و کاملا پاکیزه نمایید.

● گوشـت، مرغ، ماهی و تخم مرغ را فقـط از مراکـز مجازی کـه زیر نظر سـازمان دامپزشکی کشور هستند تهیه کنید.

● آب را فقـط از منابـع مطمئـن تهیه کرده و یا از آب های بطری شـده استفاده کنید.

● یخ را از مراکز مطمئن تهیه نموده و از مصرف یخ هایی که در شـرایط غیر بهداشتی و روی زمین نگهداری یا خرد می شوند خودداری کنید.

● از مصـرف آب هـای سـطحی، چشمه ها و دریاچه ها خودداری کنید.

● در هنـگام خرید مـواد غذایی به تاریخ اسـتفاده و نحوه نگهداری آن که بر روی برچسب بسته بندی غذا نوشته شده دقت کنید .

● به نشـانگرهای رنگـی تغذیه ای که بر محصولات غذایی درج شده دقت کنید. رنگ قرمز نشان دهنده مقدار زیاد قند، نمک و یا چربی در محصول اسـت که عامل خطر بروز چاقی، دیابت، چربی خون بالا و فشار خون بالاست.

● برای حمل گوشـت، مرغ و ماهی حتمـا از یخدان اسـتفاده و دقت کنید مواد غذایی خام با پخته تماس نداشـته باشد.

● برای طبخ و مصرف غذا از ظروف تمیز استفاده کنید.

● در هنگام سـفر، غذا باید آخرین وسیله ای باشـد که می خواهید همراه ببریـد و تا لحظه قبل از حرکت باید در یخچال نگهداری شود.

● توصیه می شـود بجای اسـتفاده از نوشـابه های گازدار از نوشیدنی های طبیعی پاستوریزه و کم نمک چون دوغ کم نمک و بدون گاز استفاده کنید.

تأثیر توانمندسازی اعضای شوراهای اسلامی روستا بر اجرای برنامه خودمراقبتی فردی

مجتبی کندری
معصومه رهدار

منابع: قاسمی فرد.فاطمه، جهانگیری.کتایون، حاجی نبی.کامران،تأثیر توانمندسازی اعضای شوراهای اسلامی روستا بر اجرای برنامه خودمراقبتی فردی، فصلنامه علمی پژوهشی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دوره ۶، شماره ۳، پاییز۱۳۹۷، صفحه۲۹۲- ۲۸۴

"مشارکت جامعه" از اصول اساسی استراتژی سازمان جهانی بهداشت برای همه است که در کنفرانس معروف آلماتی در سال ۱۹۸۷ به تصویب سران کشورهای جهان رسیده است. به دنبال این انقلاب مهم، تمام تلاش های جهانی برای توسعه ازجمله منشور اوتاوا، بیانیه ساندس وال، اعلامیه جاکارتا، برنامه سلامت ۲۱، پروژه شهرهای سالم وبالاخره منشور بانکوک بر اصل مهم مشارکت اجتماعی و توانمندسازی تأکید کردند و زمینه های آن را گسترش دادند.

به استناد نظر متخصصان، ریشه بسیاری از مشکلات مرتبط با سلامت در خود جوامع است و مداخله بخش بهداشت به تنهایی اغلب بی اثر است. این موضوع در گذشته نه تنها در زمینه سلامت بلکه در بسیاری از زمینه های دیگر همچون اعمال اجتماعی و توسعه تجربه شده است. از این رو نگرش سیستمی به سلامت و مفهوم نظام سلامت و نهضت بسیار مهم تعیین گروهای اجتماعی بیش ازپیش بر مشارکت و توانمندسازی اجتماعی اصرار دارند و برنامه های گسترده ای را در سراسر جهان طراحی و اجرا می کنند. امروزه مشارکت اجتماعی بخش اساسی سلامت جامعه و برنامه های توسعه ای است.

مفهوم مشارکت در سلامت اساسا از رویکرد مردم محوری در اقدامات توسعه ای نشأت گرفته است و این مهم را به ذهن متبادر می سازد که برای ارتقای سلامت باید به اصل "با مردم، نه برای مردم" متعهد بود و بر این اساس استراتژی هایی را در پیش گرفت که بر دخالت مردم در امور اجتماعی و سلامت شهری استوار باشند.

از بین نهادهای مردمی و سازمانی، شوراهای اسلامی در روستاها نقشی بی بدیل دارند. همکاری شوراهای اسلامی در امر سلامت مردم روستا می تواند تأثیرات مثبتی داشته باشد. یکی از عرصه های حضور شوراهای اسلامی در حوزه سلامت در روستاها، عرصه اجرای برنامه خودمراقبتی است. حضور شوراها می تواند در جذب و بازاریابی این کالای سلامت بسیار مؤثر باشد و این افراد با توجه به نفوذ اجتماعی خود مردم را به استفاده از این کالا ترغیب کنند.

در عصر حاضر، روند تغییر ساختار جمعیتی، الگوی بیماری ها و فشار مالی بی سابقه ای که بر سیستم عرضه خدمات عمومی تحمیل شده، سیستم بهداشت و درمان را نیازمند ارائه رویکردی جدید و متفاوت برای مراقبت بهتر و متناسب با نیازهای مردم حال و آینده می سازد. در این رویکرد مردم به عنوان خالقان سلامت کنترل بیشتری بر سلامت خود دارند و مراقبت های جامع به جای مراقبت های پراکنده و نامنسجم توسعه می یابد و منابع موجود در جامعه، که می توانند حامی تغییرات مورد نیاز برای ارتقای سلامت باشند، بیش ازپیش مورد توجه قرارمی گیرند. این رویکرد مبتنی بر خودمراقبتی است و طی آن هر فرد مسئول مراقبت از سلامت خود است.

شواهد متقن حاکی از آن است که با ترویج خودمراقبتی و حمایت ازآن، می توان شاهد صرفه جویی ۷ درصدی در هزینه های بهداشتی بود. خودمراقبتی هزینه مراقبت های سطوح پایه و تخصصی و همچنین پذیرش ضروری و غیرضروری سرپایی را کاهش می دهد و می تواند به خانواده ها کمک کند تا از صرف هزینه های غیرضروری اجتناب کنند و از سلامت خود به عنوان دارایی ارزشمند محافظت کنند.خودمراقبتی توانمندی و مهارتی است که فرد برای کسب آن باید بیاموزد و تمرین کند و هر روز آگاهی خود را ارتقا دهد. فرد باید این مهارت را به دست آورد که چگونه و از کجا فراگیرد و چگونه و در چه زمان این مهارت رابه کار گیرد.

خودمراقبتی به سه دسته خودمراقبتی فردی، خودمراقبتی اجتماعی و خودمراقبتی سازمانی تقسیم می شود. خودمراقبتی فردی رویکردی است که طی آن سیستم بهداشت و درمان سعی دارد افراد را در زمینه خودمراقبتی توانمند سازد تا علاوه بر حفاظت از سلامت خود به سلامت افراد خانواده و پیرامون خود نیز توجه کنند و در صورت نیاز اقدامات لازم را انجام دهند. در این رویکرد هدف تربیت یک نفر سفیر سلامت به ازای هرخانوار است. سفیر سلامت عضوی از خانواده است که حداقل ۸ کلاس سواد خواندن و نوشتن دارد و به صورت داوطلبانه مسئولیت انتقال مطالب آموخته شده در حوزه سلامت و مراقبت فعال از سلامت خود و اعضای خانواده و جامعه را بر عهده دارد. برای هر خانواری که فاقد عضو واجد شرایط باشد، سفیر سلامت افتخاری تربیت خواهدشد.

از هر سفیر سلامت انتظاراتیمی رود از جمله: گذراندن دوره های آموزشی خودمراقبتی حضوری/آنلاین، تعیین نیازهای آموزشی خود و خانواده در حوزه سلامت، گذراندن دوره های آموزشی بیماری های مزمن، فعالیت خانوادگی، کنترل بیماری های مزمن خود و خانواده، فعالیت اجتماعی، فعالیت به عنوان سفیر سلامت افتخاریو ثبت پرونده خودمراقبتی خود و خانواده در پورتال ملی خودمراقبتی. عملکرد کیفیسفیر سلامت بر اساس این هشت بند سنجیده می شود، اقداماتی هستند که در ابتدای مسیر برنامه خودمراقبتی طراحی و پیش بینی شده اند.

مطمئنا با پیشرفت این برنامه و ارتقای مهارت های سفیران سلامت، این انتظارات نیز افزایش و ارتقا می یابند.

طبق مطالعهBabaieوJabbari، صاحب نظران بر این باورند که زمینه های متنوع و بسیاری برای مشارکت اعضای شوراهای اسلامی در نظام بهداشتی وجود دارد، بنابراین نظام بهداشتی بایستی با اتخاذ استراتژی های مناسب، مشارکت شوراها را تسهیل و عملیاتی سازد و از پتانسیل بالای موجود برای پیشبرد اهداف نظام سلامت استفاده کند.

MohammadiShahbolaghiو همکاران نیز دریافته اند که ارتقای آگاهی عمومی، تمهید و تسهیل عوامل زمینه ای بروز مشارکت اجتماعی از طریق کاهش تمرکزگرایی دولتی و برانگیختن و بسیج مردم می تواند سبب افزایش دانش و بهبود نگرش جامعه نسبت به مشارکت اجتماعی در ارتقای سلامت جامعه شود.

اجرای برنامه خودمراقبتی فردی یا همان سفیران سلامت نیازمند مشارکت اجتماعی گسترده است. در این رویکرد باید بخش های مختلف جامعه در جذب و به کارگیری سفیران سلامت مشارکت کنند و فعالانه به ترویج خودمراقبتیروی آورند. برانگیختن جامعه برای حضور فعال در برنامه های خودمراقبتی و ازجمله خودمراقبتی فردی، نیازمند مشارکت اجتماعی بالاست، که این مشارکت اجتماعی می تواند از شوراهای اسلامی آغاز شود، شوراهایی که برخاسته از متن مردم و منتخب آنان هستند. شوراهای اسلامی نمونه بارز مشارکت اجتماعی مردم هستند که می توان از این پتانسیل در تحقق بخشیدن به شعار "بهداشت برای همه" یاری گرفت.

نتیجه گیری

توانمندسازی اعضای شوراهای اسلامی شهر و روستا به عنوان منتخبان مردم برای مدیریت و توسعه روستا، موجب می شود مشارکت مردم در برنامه های نظام سلامت و به طور ویژه در برنامه خودمراقبتی فردی افزایش یابد، که این افزایش صرف حضور داوطلبانه نیست، بلکه مشارکتی را پدید می آورد که در آن شاهد فعالیت های پویا و اثرگذار هستیم.

سرمایه گذاری برای جذب همکاری اعضای شوراهای اسلامی روستا می تواند یک شتاب دهنده و تسهیلگر در بهبود مشارکت اجتماعی و درنتیجه کیفیت زندگی و سلامت مردم باشد. توانمندسازی اعضای شورای اسلامی روستا تأثیر مثبتی بر برنامه خودمراقبتی فردی دارد و باعث جذب بیشتر سفیر سلامت و همچنین عملکرد بهتر آنان می شود.

تاثیرآموزش مبتنی بر الگوی باور سلامتی در کنترل فشارخون زنان مبتلا به پرفشاری خون

مجتبی کندری
معصومه رهدار

منابع: افتخار اردبیلی.حسن، فتحی.سمیه، مرادی. حکمت، محمودی.محمود، ماهری.آق بابک، تاثیرآموزش مبتنی بر الگوی باور سلامتی در کنترل فشارخون زنان مبتلا به پرفشاری خون، مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دوره ۲۴، شماره ۱۱۹،آذر۱۳۹۳، صفحه۷۱ -۶۳

پرفشـاری خون یـک مشـکل بهداشـتی در سراسـر جهـان اسـت و فاکتور خطر اصلـی بـرای سـکته مغـزی و نارسـایی قلبـی مـی باشـد.

پرفشـاری خـون مهمتریـن مسـاله بهداشـتی در کشـورهای پیشـرفته و در حال توسـعه و یکی از علـل مرگ زودرس و عامل خطـر بیماریهـایی چون قلبی و عروقی، سـکته مغزی و نارسایی کلیه است و عواملـی از قبیل چاقـی، مصرف رژیـم غـذایی نامناسـب، سیگار کشیدن در ایجاد آن تاثیر دارد.

در بیـن منـاطق مختلف شیوع فشار خون متفاوت است. شـیوع فشارخون در آفریقا بـالا اسـت و بـرای هـر دو جنـس ۴۶ درصـد گزارش شده است. کمتریـن شـیوع پرفشاری خـون در آمریکـا گـزارش شـده کـه در هردو جنـس حـدود ۳۵ درصد می باشد. شیوع فشـار خون بالا در مردان بیشتر از زنان اسـت (۳۹ درصد در مردان در مقابـل ۳۲ درصد در زنـان).

درکشـورهایی بـا درآمـد بـالا تشـخیص سـریع و درمان با داروهـای کـم هزینـه سـبب شـده کـه بـه طـور چشمگیری میانگیـن فشـارخون در بیـن جمعیت ها کـاهش یابد و ایـن امر بـه کـاهش مـرگ ناشی از بیماری قلبـی کمـک مـی کنـد.

سـازمان بهداشـت جهـانی در سـال ۲۰۱۱ میـزان مـرگ ناشـی از پرفشـاری خـون در بیـن ایرانی هـا را ۴۴/۳۳ در یکصـد هـزار نفـر جمعیت اعـلام نمود و رتبه ۶۷ دنیا را برای ایران ثبت کرد.

فشـارخون بالا از جمله بیمـاری های غیر واگیری مـی باشـد که با سـبک زنـدگی رابطـه دارد. بنـابراین عدم رعایت سـبک زندگی سالم می تواند در ابتلاء به پرفشـاری خـون و عوارض ناشی از آن کمک کند. مطالعات مختلفی که روی پرفشاری خون انجام شـده نشـان مـی دهد کـه رعایت سـبک زندگی سالم یکی از عوامل موثر در پیشـگیری از ابتلاء به عوارض پرفشـاری خون می باشـد. از جملـه عوامل مرتبط با سـبک زندگی کـه در کنترل فشـارخون مناسـب می باشد، شـامل مصرف رژیـم غـذایی مناسـب (مصـرف سبزیجات و میوه جات، مصـرف غـذاهای کـم چـرب و کـم نمـک)، تـرک سـیگار و دخانیـات، عـدم مصـرف الکل، کـاهش وزن، عـدم فعالیت فیزیکـی و مـدیریت ضعیف استرس است.

بر اسـاس اسـناد علمی، آمـوزش یکی از اساسی تـرین ابزارها و روش های پیشگیری از ابتلاء به پرفشاری خـون و عوارض ناشی از آن اسـت. آموزش بهداشت ابزاری است کـه افـراد را قـادر مـی سـازد کنتـرل بیشـتـری بـر سـلامت خود و عواملی که سلامتی شـان را تحت تـاثیر قرار می دهد داشته باشد. اثربخشی برنامه هـای آمـوزش بهداشت به مقدار زیادی به استفاده صحیح از تئـوری هـا و الگوهای مورد استفاده در آمـوزش بهداشت بسـتگی دارد. لذا امروزه اسـتفاده از تئـوری هـا و الگوهـای تغییـر رفتـار بـرای متخصصـان آمـوزش بهداشـت و ارتقـای سـلامت امـری ضروری اسـت.

الگـوی بـاور بهداشـتی یکی از رایج ترین تئوری ها در تحقیقـات رفتـار سـلامتی مـی باشد. این الگو یکی از مـدل هـای روانی توسـعه یافتـه اسـت که توسط گروهی از روانشناسـان اجتماعـی در سـال ۱۹۵۰ ارائه گردیـد. در ایـن الگـو رفتارهـای پیشـگیری کننـده مبتنی بـر اعتقـادات شـخص اسـت.

ایـن اعتقـادات شـامل مـوارد ذیل می باشد:

۱- آسیب شخص نسبت به بیماری

۲- تاثیر وقـوع بیماری بـر زنـدگی فرد

۳- تـاثیر اقدامات بهداشـتی در کاهش حساسیت و شدت بیماران.

الگوی بـاور بهداشتی می توانـد نقش مـوثـری در بهبـود کنتـرل فشـارخون داشـته باشـد. دراین الگـو بـرای اینکه افراد مبتلا بـه پرفشـاری خـون تشویق شـوند کـه سبک زندگی شـان را تغییر دهنـد، لازم اسـت کـه آنها نسـبت به خطراتی کـه سـلامتی شـان را تهدید مـی کنـد، حساس شوند و وخامت بیماری را درک کنند. بـه دنبـال ایجاد پرفشـاری خـون، کنتـرل فشـارخون بـالا از اهمیت خاصـی دارد تا شـانس ایجاد عـوارض به واسـطه فشـارخون به حداقل مقدار خـود برسـد.

بـه طـورکلی آمـوزش مبتنی بـر الگوی باور سـلامتی در ارتقاء رفتارهای مرتبط با کنترل فشارخون، موثر بـوده اسـت.

همچنیـن از آنجـا کـه متغیرهـای مربـوط بـه اجـزای الگـوی بـاور بهداشـتی، به دنبال اجرای مداخله درگروه مداخله به طور معناداری ارتقاء یافته است، می توان گفت مداخله اجرا شـده با الگوی باور بهداشتی تناسب داشته است.

بنـابرایـن با توجـه بـه اهمیـت نقـش آمـوزش بهداشـت در ارتقـاء رفتارهای مرتبـط با کنتـرل فشـارخون و همچنین پیشـگیری از ابتـلاء به عوارض ناشـی از پرفشاری خون (سـکته قلبـی و مغـزی، نـاراحتـی کلیـه) و اهمیـت رعایـت رفتارهـای مرتبـط بـا فشـارخون در پیشگیری از ابتلاء به این عوارض، ضرورت آموزش در ابعاد وسـیع تر و بـا ابزارهـای مختلـف درجامعـه بیـش از پیـش احسـاس مـی گـردد و بایـد از اولویت های بهداشتی درجامعه محسوب شـود.

خود درمانی

حسینعلی ستوده

منابع: مرزبان.آمنه، رحمانیان.وحید، ایاسی. مریم، برزگران.مهران، سنجش نگرش و عملکرد دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شیراز نسبت به خوددرمانی با دارو، مجله طب پیشگیری، سال پنجم، شماره دوم، پاییز و زمستان ۱۳۹۷

مصرف بی رویه دارو از جمله معضلات اقتصادی- اجتماعی کشورهای مختلف می باشد که ایران نیز از این مشکل بی بهره نبوده است و آمار مصرف دارو در کشور با توجه به وضعیت اپیدمیولوژیک بیماریها گویای آمار بالای خود درمانی در جامعه می باشد.

خود درمانی که به عنوان معمولی ترین فرم خودمراقبتی تلقی می شود عبارت است از به دست آوردن و مصرف یک یا تعداد بیشتری دارو در درمان بیماری یا علائمی که خود فرد بدون نظر پزشک تشخیص می دهد. خود درمانی شامل مصرف داروهای گیاهی یا صناعی می باشد.

در حال حاضر مصرف خودسرانه داروها باعث شده است مواردی مثل مقاومت باکتریایی، عدم درمان بهینه، مسمومیت های ناخواسته و حتی عمدی، آثار جانبی و عوارض ناخواسته دارویی، اختلال در بازار دارویی، هدر رفتن هزینه و افزایش سرانه مالی مصرف دارو در جامعه افزایش پیدا کند.

خود درمانی در دانشجویان به عنوان افراد تحصیل کرده در جامعه، یکی از مسائل مهم بهداشتی اجتماعی به شمار می رود. مصرف خود سرانه دارو در دانشجویان، در بسیاری از جوامع شایع و رو به افزایش است. شیوع خود درمانی با دارو در دانشجویان اتیوپی ۳۳ درصد، کنگو ۸۶ درصد، پاکستان ۴۴ درصد، عربستان ۷۵ درصد، فلسطین ۹۸ درصد، ایتالیا ۶۹ درصد، ایران ۸۳ درصد، کشورهای اروپایی ۶۸ درصد، آمریکا ۷۷ درصد، کویت ۹۲ درصد، هند ۳۱ درصد و در نپال ۵۹ گزارش شده است.

درصد شایع ترین بیماری هایی که در آنها اقدام به خود درمانی صورت گرفته، به ترتیب بیماری های تنفسی، اعصاب و روان، گوارشی، مفصلی، پوستی، قلبی و حساسیت ها و عمده ترین علت خود درمانی نیز مهم تلقی نکردن بیماری ذکر شده است. از شایع ترین دسته های دارویی به ترتیب مسکن ها، آنتی بیوتیک ها، داروهای گوارشی، ویتامین ها و داروهای اعصاب و روان نام برده شده و بیشترین شکل دارویی مورد مصرف قرص و پس از آن به ترتیب شربت، کپسول، آمپول، پماد، قطره و شیاف بوده است.

متأسفانه در کشورهای در حال توسعه سوء استعمال داروها ریشه ای دیرینه دارد به طوری که داروی های تهیه شده طبیعی(داروهای گیاهی یا سنتی) ریشه در مجموعه فرهنگ اجتماعی اکثر کشورهای در حال توسعه دارد.

خود درمانی در اشخاصی که تنها زندگی می کنند، وضع نامناسب اقتصادی دارند، ناراحتی مزمن دارند، در بیماران تحت درمان روان پزشک و همچنین در جوانان و دانشجویان، دانش آموزان در حال افزایش است.

نتایج مطالعات انجام شده در دانشگاه های مختلف ایران نشان داد، دانشجویان یزدی ۸۳درصد، بیرجندی ۷درصد، تربت حیدریه ۱۸درصد و تهران ۳۶درصد خود درمانی با دارو داشته اند. یکی از اقشار مهم و تأثیرگذار بر جامعه، دانشجویان هستند. این قشر می توانند در تغییر یا ثبات سبک زندگی جامعه نقش فعالی داشته باشند و الگوی سایر جوانان و مادران و پدران آینده این مرز و بوم باشند. پس لازم است توجه ویژه ای به سبک و الگوهای رفتاری زندگی و سلامت این قشر جوان داشته باشیم تا بتوانیم اهداف جامعه خود را در آینده بهتر و دقیق تر برنامه ریزی کنیم.

یکی از دلایل اقدام به خود درمانی در دانشجویان بی ضرر دانستن داروهای مصرفی است. در نتیجه بدون تجویز پزشک دارو را مصرف می نمایند. در این خصوص شاید بتوان تشویق پزشکان و توضیح ندادن عوارض داروها به بیماران را دلیلی بر این برداشت دانست. ۸۲ درصد از دانشجویان فروش داروی بدون نسخه در داروخانه ها را دلیلی بر مصرف خود سرانه دارو می دانند. در این زمینه نظارت دقیق تر بر داروخانه های متخلف می تواند راهکار مؤثری باشد. ۶۱ درصد از دانشجویان در هنگام مواجهه با بیماریهای حاد گرایش به مصرف خود سرانه دارو داشتند. در این زمینه کاهش قدرت تحمل فرد در مواجهه با درد شدید و آنی ناشی از بیماریهای حاد منجر به اقدام به خود درمانی می شود که با نهادینه سازی و تغییر در نگرش افراد نسبت به عوارض جبران ناپذیر خود درمانی می توان در اصلاح این معضل بهداشتی گام برداشت.

نتایج نشان می دهد که رابطه نگرش و عملکرد از نظر آماری معنی دار (۰>p-value/۰۵) می باشد. یعنی بین افزایش سطح نگرش و بهبود عملکرد دانشجویان مبنی بر کاهش اقدام به مصرف خودسرانه دارو همبستگی مستقیم و مثبتی مشاهده شد. نگرش صحیح منجر به بهبود عملکرد و رفتار فرد می شود.

نبود فرصت برای مراجعه به پزشک و بی خطر دانستن بیماری از عوامل مؤثر در مصرف خودسرانه دارو بوده است. آگاهی ناکافی از عوارض خود درمانی و تلقی نکردن جدی این موضوع سبب شده تا مراجعه به پزشک در اولویت افراد قرار نگیرد، که این امر در دانشجویان رشته های علوم پزشکی که خود مسئولان بخش بهداشت و سلامت یک کشورند بسیار نگران کننده است و نیاز به برنامه ریزی های بیشتر توسط مسئولین وزارت بهداشت جهت رفع این مشکل احساس می شود.

طبق مطالعات انجام شده میانگین نمره نگرش و عملکرد دانشجویان درحد بسیار پایینی می باشد، از این رو تدوین برنامه های آموزشی خاص و استفاده از وسایل آموزشی مختلف و همچنین برگزاری کارگاهها و در صورت لزوم واحد درسی مرتبط برای این گروه از دانشجویان در این زمینه می تواند مثمر ثمر باشد.

دلایل متعددی از جمله خصوصیت فرد، نبود آگاهی کافی در مورد عوارض داروها، عدم نظارت بر داروخانه ها در اقدام به مصرف خود سرانه دارو موثر می باشد.

مراقبت های دلسوزانه پرستاری

فاطمه بگم ستوده

زمانزاده.وحید، ولیزاده.لیلا، رحمانی.آزاد، غفوریفرد.منصور، مراقبت دلسوزانه در پرستاری: تحلیل مفهوم به روش هیبرید، مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات)، دوره ۲۲، شماره ۴، سال۱۳۹۵، صفحه ۳۸۰ -۳۶۲

یکی از مسایلی که برای بیماران و خانواده های آنها اهمیت خیلی زیادی دارد، آن است که به هنگام نیاز به خدمات بهداشتی درمانی، چه نوع مراقبتی را با چه کیفیتی دریافت می کنند و رفتار کارکنان با آنها چگونه است.

بر این اساس، موسسات بهداشتی نیز بر ارایه مدل های مراقبتی که براساس ارزش های اخلاقی و انسانی شکل گرفته باشد، تأکید می کنند. یکی از مباحثی که اخیرا با تأکید بر ارزش های اخلاقی و انسانی مطرح و تبدیل به یک موضوع جهانی شده است، بحث ارایه مراقبت های دلسوزانه (COMPASSIONATE CARE) می باشد. بر این اساس سیاستگذاران، پژوهشگران و متولیان بهداشتی در سراسر دنیا در تلاش هستند تا مراقبت های مبتنی بر دلسوزی را در اولویت کارهای خود قرار دهند.

از آنجا که پرستاران در مقایسه با سایر کارکنان بیشترین تماس را با بیماران دارند و در بیشتر اوقات در کنار بیماران هستند، بنابراین در زمانی که بیمار از درد و رنج شکایت دارد، یا نگران سلامتی خود و خانواده اش است، این پرستاران هستند که در کنار بیمار حضور دارند، در دسترس بیمار می باشند و پاسخ آنها در قبال درد و رنج بیمار و نحوه ارایه مراقبت های پرستاری اهمیت زیادی دارد.

بنابراین از پرستاران به عنوان اعضای حرفه مراقبتی انتظار می رود که از طریق رفتارهای دلسوزانه، با بیماران ارتباط صمیمانه ای برقرار کنند تا بتوانند به درد و رنج آنها پاسخ دهند. استانداردهای حرفه ای نیز از پرستاران انتظار دارد تا دلسوزانه با بیماران برخورد کنند. به طوری که در کدهای اخلاقی ارایه شده توسط انجمن پرستاران آمریکا، از پرستاران خواسته شده است تا در برخورد با بیماران رفتار دلسوزانه ای داشته باشند. شواهد موجود نشان می دهد زمانی که مراقبت براساس رفتارهای دلسوزانه انجام می گیرد، بیماران به راحتی می توانند نشانه های بیماری و نگرانی های خود را ابراز کنند و این امر باعث می شود تا کارکنان درمانی نیز شرایط بیمار را به طور کامل بررسی کنند و تشخیص های دقیق ارایه نمایند. همچنین ارایه مراقبت دلسوزانه می تواند باعث بهبود کیفیت مراقبت، افزایش رضایت بیمار و حتی کاهش دعاوی قضایی از سوی بیماران گردد. به همین خاطر است که امروزه مؤسسات بهداشتی در تلاش هستند تا از رویکردهایی که باعث افزایش مراقبت های دلسوزانه می شود حمایت کنند. در مقابل، اگر مراقبت ها به صورت غیردلسوزانه انجام گیرد، سبب کاهش استانداردهای مراقبتی شده و تأثیر منفی بر کیفیت مراقبت می گذارد. همچنین باعث می شود تا بیماران احساس کنند که به فراموشی سپرده شده اند و ارزش چندانی برای آنها قایل نیستند که این فرایند نهایتاً سبب نارضایتی بیماران می شود.

اگرچه مراقبت دلسوزانه به عنوان هسته مرکزی مراقبت های پرستاری شناخته شده و از نظر آموزشی، بالینی و سازمانی دارای اهمیت زیادی است و حتی در برخی متون نیز، پرستاری را مترادف با دلسوزی معنی کرده اند اما هنوز تعریف دقیق و یکسانی از این مفهوم وجود ندارد و شواهد موجود نشان می دهد که مراقبت دلسوزانه به عنوان یک مفهوم پیچیده و قابل بحث، نیاز به بررسی بیشتری برای کشف معانی و شناسایی ابعاد مختلف آن دارد در متون پرستاری مفاهیمی از قبیل مراقبت کردن، همدردی و همدلی به اشتباه به جای واژه دلسوزی به کار رفته، این در حالی است که دلسوزی مفهوم جداگانه ای دارد که باید براساس مطالعات بیشتر، از سایر واژه ها تمیز داده شود.

دلسوزی مفهومی است که به عنوان ویژگی انسانی در اکثر پرستاران موجود است و بسیاری از پرستاران انگیزه خود برای ورود به رشته پرستاری را دلسوزی کردن به سایر افراد علام کرده اند و انجام دلسوزی لزوماً به معنی انجام کار بزرگ و یا شاهکار نیست، بلکه می تواند از طریق کارهای بسیار ساده نیز ارایه گردد. مراقبت دلسوزانه صرفاً یک مفهوم نظری نیست، بلکه بر پایه تعلق و ارتباط مبتنی بر اعتماد میان پرستار و بیمار استوار است. برای درک بیشتر مفهوم، نیاز به مطالعات بیشتر براساس تجارب واقعی افراد می باشد.

مدل هیبرید تصویر واضحی از مفاهیم براساس زمینه و موقعیت خاص ترسیم می کند و از این نظر بر سایر روش های تحلیل مفهوم برتری دارد. آنها نیز به این موضوع تأکید کرده اند که برای ارایه تعریف دقیق از مراقبت دلسوزانه باید به بررسی نظرات و تجربیات واقعی افراد در محیط کار پرداخته شود، چرا که تجربیات افراد و تعاریف ارایه شده توسط آنها براساس فرهنگ سازمانی و محیط مورد مطالعه متفاوت می باشد.

آنها نتیجه گیری کرده اند که برای نهادینه سازی مراقبت دلسوزانه باید براساس دیدگاه ها و باورهای افراد سازمان، امکانات و حمایت های سازمانی و همکاری تیمی، گام های عملی برداشته شود. به این ترتیب با نگاهی به متون در می یابیم که مفهوم مراقبت دلسوزانه در متون پرستاری همچنان نیاز به بررسی بیشتر برای کشف ابعاد مختلف آن دارد. از طرف دیگر مفهوم مراقبت دلسوزانه در کشور ما مورد تحلیل قرار نگرفته و هیچ نوع مطالعه ای در زمینه مراقبت های دلسوزانه انجام نیافته است.

همچنین همانگونه که اشاره شد، شواهدی وجود دارد که نشان می دهد عوامل فرهنگی و اجتماعی نیز بر نحوه مراقبت از بیماران اثرگذار است و برای ارایه مراقبت دلسوزانه، پرستاران باید راهبردهای مؤثری را براساس شرایط فرهنگی و موقعیت جامعه خود پیدا کنند. به عبارت دیگر، این نوع مراقبت، وابسته به موقعیت بوده و زمینه ای که پرستاران در آن کار می کنند و نیز فرهنگ سازمانی حاکم بر مؤسسه بهداشتی، اعتقادات و باورهای پرستاران و غیره در آن دخالت دارند.

مراقبت دلسوزانه یک مفهوم مهم در ارایه مراقبت های پرستاری است و پرستاران می توانند ضمن آشنایی با ابعاد مختلف مراقبت دلسوزانه تلاش کنند تا در مراکز بهداشتی و درمانی این گونه مراقبت ها را به کار بگیرند.

مراقبت دلسوزانه جزء جدایی ناپذیر از مراقبت پرستاری است. به عبارت دیگر، پرستاری اساساً حرفه ای است که با مراقبت عجین شده است. بنابراین از پرستاران انتظار می رود که مراقبت های دلسوزانه را سرلوحه کارهای خود قرار دهند. دلسوزی و مراقبت در هم عجین هستند و مراقبت دلسوزانه از عوامل مهم در ارایه مراقبت های پرستاری با کیفیت به شمار می رود. به

طوری که مراقبت دلسوزانه به عنوان بهترین مراقبت براساس حداکثر توانایی پرستار مطرح گردیده است.

برای ارایه مراقبت دلسوزانه، پرستار در یک تعامل سازنده با بیمار ارتباط برقرار کرده و ضمن کشف دغدغه های بیمار، در حد توان خود برای رفع آن دغدغه ها تلاش می نماید. بنابراین اولین عامل در ارایه مراقبت دلسوزانه برقراری یک ارتباط مناسب بین پرستار و بیمار است. برقراری ارتباط مؤثر بین بیمار و کارکنان بالینی یک عنصر ضروری برای مراقبت دلسوزانه است. اگرچه بدون انجام دلسوزی، مراقبت ممکن است که از نظر تکنیکی عالی به نظر برسد، اما منجر به بی تفاوتی به ارزش ها، فرهنگ و ویژگی های افراد شده و در نتیجه فرهنگ خاص بیماران و خانواده های آنها، نگرانی ها و دیسترس شان شناسایی نمی شود.

بنابراین، ارتباط مبتنی بر دلسوزی نیازمند آن است که پرستار به بیمار احترام بگذارد و علاقمند به درک تجربه های بیمار باشد. همچنین پرستار باید از طریق برقراری ارتباط با بیمار، راهبردهای بیمار در مواجهه با درد و رنج و مشکلات و نحوه سازگاری وی را نیز شناسایی کند و تا حد امکان بیمار را در امر مراقبت مشارکت دهد.

بررسی متون نیز نشان می دهد که انجام اقدامات و تلاش برای کاهش درد و رنج از ویژگی های اصلی دلسوزی است که در همدلی و همدردی معمولاً چنین اقدامی صورت نمی گیرد.

یکی از ملزومات مراقبت دلسوزانه شناسایی دغدغه های بیمار و درخواست های آنهاست. پرسیدن سؤالاتی از قبیل اینکه "اکنون چه چیزی برای تو مهم است؟" باعث می شود تا اولویت های بیمار را شناسایی کنیم. حتی اگر بیمار قادر به صحبت کردن نیز نباشد، پرسیدن این سؤال باعث می شود تا پرستار به نیازها و اولویت های بیمار اهمیت دهد و از این طریق نیازهای بیمار و خانواده اش (شامل نیازهای جسمی، روانی و معنوی) را شناسایی کند.

در ارایه مراقبت های دلسوزانه به این اصل مهم اشاره می شود که ما باید با بیمار طوری برخورد کنیم که دوست داریم با ما همانگونه رفتار شود. البته یک رشته انتقادات نیز بر این دیدگاه وارد شده است. مراقبت دلسوزانه یعنی اینکه ما براساس خواسته های بیمار اقداماتی را برای بیمار انجام دهیم بنابراین ممکن است، بسیاری از دیدگاه ها و خواسته های ما با خواسته های بیمار متفاوت باشد. از این رو مراقبت دلسوزانه یک مراقبت مبتنی بر ارتباط است که پرستار با مشارکت بیمار و با در نظر گرفتن دیدگاه های بیمار و دیدگاه های خود به ارایه مراقبت می پردازد، نه این که صرفاً خودش به تنهایی انتخاب کند که چه چیزی برای بیمار انجام دهد. بنابراین دریافت بازخورد از بیمار و نیز دادن بازخورد به بیمار یکی از راه های اطمینان از ارایه مراقبت های دلسوزانه است.

علاوه بر این، ارزیابی پرستاران از رفتارهای خود نیز کمک کننده است، به طوری که اگر پرستاران رفتارهای خود را مورد بررسی قرار دهند، ممکن است رفتارهای خود را تغییر دهند و به سمت مراقبت دلسوزانه حرکت کنند.

ممکن است برخی ها این تعبیر را داشته باشند که گفتگو با بیمار در خصوص کیفیت مراقبت زمان گیر است. اما نتایج مطالعات نشان داده است که انجام این گفتگوها نیاز به تخصیص زمان بیشتری ندارد و خود کارکنان درمانی نیز به مزایای این روش اذعان کرده اند. مهم این است که مراقبت دلسوزانه یک فرآیند بین فردی و ارتباطی است که علاوه بر رضایت بیمار، باعث افزایش انرژی پرستار و نیز رضایت وی می شود. البته باید به این نکته نیز اشاره کرد که این فقط بیماران و خانواده های آنها نیستند که دوست دارند تا مراقبت های دلسوزانه را دریافت کنند، بلکه سازمان ها و ارایه دهندگان خدمات بهداشتی درمانی از قبیل پرستاران نیز تلاش می کنند تا علاوه بر اینکه مراقبت دلسوزانه را به سایر افراد ارایه می دهند، خودشان نیز این نوع مراقبت ها را دریافت نمایند.

دلسوزی دو طرفه و جو سازمانی

از طرف دیگر، پرستاران و سایر ارایه دهندگان خدمات بهداشتی، مراقبت دلسوزانه را در درون سازمان انجام می دهند، نه در محیط ایزوله، بنابراین جو سازمانی مثبت و حمایت مسؤولان در جهت ارایه خدمات

مراقبت دلسوزانه ضروری است. بر این اساس است که از دلسوزی دو طرفه صحبت به میان می آورند که به منزله دلسوزی سازمان به کارکنان و کارکنان به مراجعان است. آنها معتقدند که در موقعیت های بهداشتی درمانی امروزی که تأکید بیشتری بر صرفه جویی و کاهش هزینه هاست، چگونه می توان از پرستاران انتظار داشت تا با همکاران، خودشان و در نهایت با بیماران دلسوزانه رفتار کنند. زمانی که سیستم های بهداشتی بر کاهش هزینه ها و کاهش زمان بستری بیماران تأکید می کنند، طبیعی است که میزان تماس پرستار با بیمار کمتر شده و در نهایت مراقبت دلسوزانه نیز کم رنگ تر می شود.

اگرچه موانع زیادی برای ارایه مراقبت دلسوزانه وجود دارد، اما پرستاران تلاش می کنند تا از طریق گذاشتن وقت برای بیمار، در کنار بیمار و خانواده وی حضور داشته و مراقبت شایسته را براساس فرهنگ بیمار ارایه نماید. بنابراین، فقط تلاش پرستار کافی نیست و باید سازمان های بهداشتی نیز شرایط و محیط کار را برای ارایه مراقبت های دلسوزانه از سوی پرستاران تأمین نمایند و با کاهش حجم کاری پرستاری و رفع کمبود نیروی انسانی، فراهم کردن محیط حمایتی و ارایه پاداش مناسب، زمینه لازم برای حضور بیشتر پرستار بر بالین بیمار و ارایه مراقبت های دلسوزانه را فراهم نمایند.

بعد اخلاقی و انسانی دلسوزی:

واژه دلسوزی و مراقبت دلسوزانه به سختی در متون پرستاری یافت می شود و کلماتی مثل همدلی و همدردی خیلی رایج تر از دلسوزی است. بسیاری از رفتارهای ما ایرانیان براساس آموزه های مذهبی و خانوادگی شکل گرفته که از همان بدو تولد به خصایص انسانی و فطرت پاک انسان ها تأکید می شود. از سایر ابعاد مراقبت دلسوزانه می توان به بعد اخلاقی و انسانی آن اشاره کرد که در مطالعات قبلی نیز مورد تأکید قرار گرفته و با یافته های ما در مرحله کار در عرصه هم خوانی دارد. بنابراین می توان نتیجه گیری کرد که مراقبت دلسوزانه یک فضیلت اخلاقی است که بایستی در کنار سایر اصول اخلاقی در ارایه مراقبت های پرستاری به کار گرفته شود. از طرف دیگر این نوع رفتارهای دلسوزانه جزء رفتارهایی است که انسان ها به همنوع خود ارایه می کنند تا بتوانند با استفاده از احساسات و عواطف انسانی، از آلام و درد همدیگر بکاهند. بنابراین، مراقبت دلسوزانه در درجه اول یک فضیلت اخلاقی است به طوری که در اکثر ادیان، دلسوزی به عنوان پایه و اساس باورها، رفتارها و مراسم مذهبی بیان شده است علاوه براین، دلسوزی یک رفتار انسانی است که انسان ها برای همنوع خود نشان می دهند در واقع دلسوزی و انسانیت ارتباط تنگاتنگی با هم دارند.

در رشته های علوم پزشکی، خصوصاً پرستاری نیز، دلسوزی علاوه بر این که یک فضیلت اخلاقی است، به عنوان جوهره مراقبت و بنابراین جوهره پرستاری نیز به حساب می آید و از پرستاران انتظار می رود تا رفتار دلسوزانه ای با بیماران داشته باشند.

همچنین، شواهد موجود نشان می دهد که مراقبت دلسوزانه یک فرآیند پیچیده ای است که نیازمند مجموعه ای از مهارت ها از قبیل توجه کردن به بیمار، درگیر شدن احساسات در امر مراقبت، احساس صمیمیت با بیمار و ابراز تواضع و انسانیت می باشد.

مراقبت دلسوزانه دارای ابعاد مختلفی از قبیل بعد ذاتی بودن، اخلاقی، انسانی، معنوی و مذهبی است. بنابراین، تحلیل این مفهوم به آشنایی پرستاران کشور عزیزمان، با مفهوم مراقبت دلسوزانه کمک فراوانی می کند و آنها ضمن آگاهی از ماهیت و ابعاد آن می توانند این گونه مراقبت ها را در اقدامات پرستاری خود به کار بگیرند.

در حوزه آموزش نیز مدرسان پرستاری می توانند در تدریس خود به اهمیت مراقبت های دلسوزانه تأکید داشته باشند. برای این که مراقبت دلسوزانه در محیط های مراقبتی نهادینه شود، مدیران و متولیان بهداشت و درمان باید گام های مؤثری را در جهت نهادینه کردن فضیلت های اخلاقی و انسانی خصوصاً مراقبت دلسوزانه در امر مراقبت های بالینی بردارند.

رانندگی در شب

عباسعلی ملای شهری

منابع: دکتر مطلق. محمداسماعیل، دکتر مصطفوی. فیروزه، دکتر پیرزاده .آسیه، پیشگیری از حوادث حمل و نقل در جوانان ایمنی در سفر، انتشارات سمند، چاپ اول، بهار ۹۵

برای خیلی از ما رانندگی در شب سخت تر از رانندگی در روز است. معمولا بین نیمه شب تا ۶ صبح پرمخاطره ترین زمان از نظر تصادف و بروز حوادث می باشد. رانندگی ایمن در شب نیازمند آمادگی و توجه بیشتر به محیط اطراف است. واکنش سریع رانندگان با قدرت بینایی آنها رابطه ی مستقیم دارد و این در حالی است که در شب قدرت تشخیص رنگ ها و وسعت میدان بینایی کاهش می یابد.

از آنجا که تصادفات منجر به مرگ در شب چند برابر روز است، در رانندگی های شبانه به نکته های زیر توجه کنید:

● وسیله ی نقلیه ی خود را بطور منظم چک کنید تا مطمئن شوید از تجهیزات مناسب نوری برخوردار است. چراغ های جلو، پشت، راهنما و چراغ پلاک را درصورت شکستگی تعویض کرده و همیشه آنها را پاک و تمیز کنید. به یاد داشته باشید که چراغ ها به تدریج و درطی زمان نور خود را از دست می دهند یا تنظیم آنها به هم می خورد. هرچند وقت یک بار چراغ ها را تنظیم کنید.

● هنگام برخورد با اتومبیلی که از رو به رو می آید، از نور پایین استفاده کنید. اگر ماشین مقابل با نور بالا حرکت می کند از سرعت خود بکاهید و به منتهی الیه سمت راست بروید تا از نور شدید او در امان باشید. چراغ های جلویی را به موقع و با هدف به کار ببرید تا موجب کاهش دید سایر رانندگان نشود.

در شهر نمی توانیم از نور بالا استفاده کنیم و در جاده های بیرون شهر باید با ماشین جلویی ۱۵۰متر فاصله داشته باشیم تا بتوانیم نوربالا استفاده کنیم. برای اینکه نوربالای ماشین های رو به رو چشم را اذیت نکند به هیچ وجه نگاه مستقیم به نور چراغ های ماشین رو به رو نکنید. بلکه خطوط کنار جاده یا وسط جاده را در نظر بگیرید و حرکت کنید.

بعضی مواقع ماشین پشت سر نور بالا انداخته که باعث اذیت شدن چشم ها می شود. باید سعی کنیم با روشن کردن چند ثانیه ای فلاشر، راننده را مطلع کنیم. اگر باز هم چراغ های خود را نور پایین نکرد کافی است ضامن زیر آیینه ی وسط را فشار داده یا به سمت خود بکشید. این عمل موجب تغییر زاویه ی آیینه شده و نور شدید عقب به حالت مات دیده می شود. وقتی وضعیت عادی شد ضامن را به حالت اول بر می گردانیم.

● وقتی که غروب می شود یا روشنایی روز، به تاریکی می رود، بدترین زمان برای رانندگی است. در این زمان نور طبیعی بی اثر و رفت و آمد هم بیشتر از شب است. در تاریک روشنی غروب هم چراغ های جلو را روشن کنید. این کار شاید در دید شما تأثیر نگذارد اما باعث می شود که رانندگان دیگر شما را ببینند. تمام نکات ایمنی رانندگی در شب را بلافاصله بعد از غروب خورشید اجراکنید. زیرادراین دقایق چشم شما درحال تطابق با نور موجود است و میزان خطای دید در این زمان به حداکثر می رسد.

● مشکلات بینایی چشم سبب بدتر شدن وضعیت رانندگی می شود. حتما مراقب سلامتی چشم هایتان باشید. اما صرف نظر از سلامت چشم، رانندگی در شب فشار بیشتری به آن وارد می کند و موجب خستگی بیشتر می شود. پس اگر دچار مشکلات بینایی هستید حتما به چشم پزشک مراجعه کنید و عینک خود را همیشه همراه داشته باشید.

● قبل از این که در شب رانندگی کنید از وضعیت خیابان ها و حتی جاده ها اطلاع حاصل کنید. به علایم راهنمایی رانندگی از جمله تابلوها، وسایل نقلیه، موتورسیکلت ها،دوچرخه ها، عابرین پیاده و همچنین حیوانات بیشتر توجه کنید.

رانندگی با سرعت زیاد در شب، خطر را چند برابر می کند. چرا که شما فقط می توانید محدوده روشن شده توسط چراغ هایتان را ببینید. در سرعت بالا وقتی چیزی جلوی ماشین می آید یا در وضعیت های خطرناک عکس العمل شما کندتر است. پس احتمال وقوع حوادث بیشتر می شود.

● فاصله ی خود را با خودروهای عقبی و جلویی حفظ کنید.

● در مورد سبقت در شب خیلی دقت کنید چرا که ممکن است چیزهایی در خارج از محدوده ی دید شما باشند. اگر شک دارید هرگز این کار را انجام ندهید. موقع سبقت گرفتن به شرطی که تابلوی سبقت ممنوع نباشد یا خط ممتد نباشد (که بیشتر سر پیچ ها این تابلو هست)، اگر دو چراغ ماشین روبرو را یک چراغ دیدیم می توانیم سبقت بگیریم و اقدام به این کار می کنیم در غیر این صورت دیگر اقدامی برای سبقت نکنید چون خطرناک است.

اگر ماشین پشت سر ماشین روبرو در حال سبقت گرفتن باشد و حس کنید نمی تواند به موقع خودش را کنار بکشد و امکان برخورد داشته باشید ماشین را کمی سمت راست جاده بکشید.

● خیلی جاده های برون شهری شانه خاکی ندارد پس مواظب باشید ماشین را زیاد سمت راست نکشید و به خط کنار جاده دقت کنید. جایی مطمئن بودید شانه خاکی وجود دارد و البته هم سطح جاده بود (چون در شب شاید نتوانید درست تشخیص بدهید) اگر یک طرف ماشین را در خاکی انداختید با همان سرعت ماشین را به جاده هدایت نکنید چون باعث چپ شدن ماشین می شود. حتما در همان حال که نصف ماشین در خاکی است سرعت را پایین بیاورید و بعد ماشین را کامل وارد خیابان کنید. راهنما و کنترل پشت سر فراموش نشود.

● هنگام رانندگی در شب سیگار نکشید. نیکوتین سیگار و منوکسیدکربن حاصل از سوختن آن، بینایی شما را کاهش می دهد.

● اگر خسته و خواب آلود هستید هرگز در شب رانندگی نکنید. اگر مجبور به رانندگی هستید، قبل از آن کمی استراحت کنید. چای یا نوشیدنی بنوشید. کمی نرمش سبک انجام دهید و سپس اقدام به رانندگی کنید .با سرعتی بین ۱۵ تا ۲۰ کیلومتر، کمتر از سرعت روز حرکت کنید. به یاد داشته باشید سرعت کم و هوشیاری مداوم، لازمه ی رانندگی بی خطر درشب هستند.

● هنگام بارندگی سطح خیابان و جاده بسیار لغزنده تر است حال اگر قصد دارید در شب های زمستان و هنگام بارندگی رانندگی کنید، بایدبیشتردقت کنید وعلاوه بر بستن زنجیر چرخ در هنگام برف و یخ، با سرعت بسیار کمتر از شب های معمول رانندگی کنید.

از مصرف نوشابه های الکلی خودداری کنید الکل نه تنها قابلیت های رانندگی شما را کاهش می دهد بلکه موجب افسردگی و خواب آلودگی می شود.

● در مسیرهای طولانی برای خوردن یک غذای سبک و انجام چند حرکت کششی توقف کنید. اگر بیش از حد خسته هستید توقف کرده و استراحت کنید.

● اگر خودرو شما مشکلی دارد تا حد امکان از جاده کنار کشیده و با روشن کردن چراغ های فلاشر، استفاده از مثلث های شب نما و یا روشن کردن چراغ داخل اتومبیل رانندگان دیگر را از موقعیت خود مطلع کنید.

راه های پیشگیری از پوسیدگی دندان

دکترمحمدعلی عسکری
ام البنین عارفی

منابع: برنامه ارتقای سلامت دهان و دندان دانش آموزان، اداره سلامت دهان و دندان وزارت متبوع

از جمله عوامل موثر بر ایجاد پوسیدگی، وجود پلاک میکروبی بر سطوح دندان ها می باشد که با حذف پلاک می توان مانع ایجاد پوسیدگی شد. هر چند شستشو و شوی دهان با آب در ظاهر، دندان ها را تمیز می کند ولی پلاک را از روی دندان پاک نمی کند.

برخی از راه های پیشگیری از پوسیدگی عبارتند از:

■ استفاده از مسواک و خمیردندان:

صحیح مسواک کردن درست زمانی است که تمام سطوح دندان ها و لثه به خوبی مسواک زده شود. بنابراین بهتر است مسواک کردن در فرصت مناسب و با زمان کافی و توام با آرامش صورت پذیرد چرا که کیفیت مسواک کردن بیشتر از تعداد دفعات آن اهمیت دارد. امکان چسبیدن میکروب ها به سطوح دندانی که با مسواک تمیز شده اند کمتر خواهد بود این نکته به خصوص در مورد کودکان اهمیت دارد زیرا در بسیاری از مواقع والدین کودک خود را در ساعات پایانی شب که کودک خسته و خواب آلود هست مجبور به مسواک کردن می کنند. در حالی که بهتر است در زمانی که کودک پس از صرف وعده غذایی اصلی در شرایطی که آمادگی لازم را برای مسواک زدن دارد، این کار صورت گیرد. توصیه می شود والدین خود نیز به همراه کودک خود دندان های خود را به شکل صحیح مسواک بزنند تا الگوی مناسبی برای رفتار صحیح بهداشتی در فرزند خود گردند. بدیهی است نظارت والدین بر نحوه درست مسواک کردن کودک حائز اهمیت است.

ایده آل آن است که بعد از هر بار مصرف مواد غذایی دندان ها مسواک زده شوند. ولی در هر حال در دو زمان مسواک کردن دندان ها حتما باید صورت گیرد:

۱- شب قبل از خواب به دلیل اینکه در زمان خواب، جریان بزاق و حرکات زبان و گونه جهت تمیزکردن محیط دهان کاهش می یابد و دندان ها مستعد پوسیدگی می شوند.

۲- صبح قبل و یا بعد از صبحانه

■ انتخاب یک مسواک خوب:

✓. **جنس:** موهای مسواک از جنس نایلون نرم وسر موهای آن گرد باشد. لذا استفاده از مسواک با جنس موهای سخت به هیچ وجه توصیه نمی گردد.

✓. **کیفیت:** موهای مسواک منظم و مرتب باشد. معمولاً نمی توان بیش از ۳ الی ۴ ماه از یک مسواک استفاده نمود. چون موهای آن خمیده و نامنظم می شود یا رنگ موهای آن تغییر می کند که در این صورت حتما مسواک را باید تعویض نمود. چنانچه پس از مدت کوتاهی شکل موهای مسواک تغییر کند نشانه این است که فرد نادرست و خشن مسواک می زند.

✓. **اندازه مسواک:** مسواک کودکان کوچکتر از بزرگسالان است همچنین اندازه دسته آن برای کودکان باید به گونه ای باشد که به خوبی در دست های کوچک کودکان قرار بگیرد و هنگام استفاده در دست آنها نلغزد.

✓. **شکل مسواک:** مشخصات دسته مسواک براساس سلیقه افراد می باشد. البته دسته مسواک کمی خمیده، سطوح دندان های خلفی را بهتر تمیز می کند.

■ خمیردندان:

امروزه اکثر خمیرداندان ها حاوی فلوراید هستند که سبب مقاوم تر شدن دندان در برابر پوسیدگی می شود. خمیر دندان ها دارای موادی هستند که به از بین بردن پلاک، رنگدانه و کنترل رسوب کمک می کنند و علاوه بر خاصیت ضد پوسیدگی و ضدحساسیت، خوشبو و خوش طعم کننده دهان نیز می باشند.

■ استفاده از نخ دندان:

سطوح بین دندانی به هیچ وجه با استفاده از مسواک تمیز نمی شوند و تنها با استفاده از نخ دندان می توان این سطوح را تمیزکرد. نخ دندان، نخ نایلونی مخصوصی است که باید آن را از داروخانه تهیه نمود. نوع نخ دندان مورد استفاده فرد براساس سهولت استفاده و علاقه شخصی فرد می باشد. هدف اصلی از تمیزکردن نواحی بین دندانی برداشتن پلاک میکروبی است.

برای استفاده درست از نخ دندان باید:

✓. قبل از استفاده دست ها را با آب و صابون خوب بشویید.

✓. پشت آخرین دندان هر فک را نیز مثل دندان های دیگر نخ بکشید.

✓. استفاده از نخ دندان برای کودک باید به کمک والدینی که آموزش دیده باشند، انجام پذیرد.

✓. بهتر است روزی دو بار (شب ها قبل ازخواب و صبح ها بعد از صبحانه) از نخ دندان استفاده کنید.

✓. اگر هنگام مسواک زدن و نخ کشیدن دندان ها، درد و خونریزی وجود داشت، جای نگرانی نیست. در اکثر موارد با ادامه این کار و برطرف شدن التهاب لثه درد و خونریزی هم از بین می رود. اگر پس از یک هفته علائم برطرف نشد باید به دندانپزشک مراجعه شود.

✓. نخ دندان کشیدن کلیه دندان ها حدود ۳ الی ۴ دقیقه به طول می انجامد.

✓. به جای نخ دندان برای تمیزکردن سطوح بین دندان ها ازهیچ نوع نخ دیگر یا وسایل سخت و نوک تیز مثل سنجاق و چوب کبریت استفاده نکنید.

■ رژیم غذایی:

تغذیه و رژیم غذایی در رشد و نمو دندان، سلامت مخاط دهان و بافت لثه، استحکام استخوان، جلوگیری و کنترل بیماری های دهان نقش مهمی دارد. کمبود مواد مغذی مورد نیاز در زمان رشد سلولی باعث ایجاد عوارض غیرقابل برگشتی در شکل گیری بافت های دهان خواهد شد. در صورتی که در سال های اولیه زندگی، کودک دچار سوء تغذیه گردد احتمال ابتلاء به پوسیدگی دندان های شیری بیشتر می شود. عادات غذایی در زمان کودکی شکل می گیرند و بر سلامت عمومی و سلامت دهان بسیار موثر می باشند. مدارس از جمله مکان هایی هستند که نقش مهمی را در آموزش سلامت کودکان دارند به طوری که در ایجاد عادات غذایی سالم در کودک کمک می کنند.

به طورکلی پوسیدگی زایی مواد غذایی تحت تاثیر عوامل زیر قرار می گیرد که عبارتند از: شکل ماده غذایی (بصورت جامد یا مایع بودن)، قوام ماده غذایی، دفعات مصرف مواد غذایی، ترکیب و ترتیب غذاهای مصرفی.

نکات مهم:

✓. لازم است مسواک کردن حتما با خمیردندان انجام شود زیرا فلوراید داخل خمیردندان به کنترل پوسیدگی های دندانی کمک می کند ولی در صورت عدم دسترسی به خمیردندان با آب خالی هم می توان مسواک نمود. استفاده از نمک خشک، جوش شیرین یا سایر پودرها جهت مسواک کردن درست نیست، زیرا سبب ساییدگی مینای دندان و خراشیده شدن لثه می گردد. استفاده از نمک رقیق (نصف قاشق چایخوری در یک لیوان آب جوشیده سرد) بصورت دهانشویه جهت ضدعفونی کردن محیط دهان کمک کننده است.

✓. زمان ایده آل برای مسواک زدن۳ تا ۴ دقیقه می باشد.

✓. زمان های مناسب برای مسواک زدن صبح ها (قبل و یا بعد از صبحانه)، ظهرها (بعد از نهار)، شب ها (قبل از خواب).

✓. خلال دندان وسیله ای هست که به آسانی به لثه آسیب می رساند و معمولاً استفاده از آن توصیه نمی شود.

بسیج ملی کنترل فشار خون

نتایج مسابقه شعر طرح بسیج ملی کنترل فشار خون

۱

رتبه اول : حسینعلی ستوده

از فشار خون بالا، گفته ام کوته حکایت
گشته عالم گیر و کرده، در جوانان هم سرایت

سکته دارد، مغز و قلبی، خشک کرده هر رگ و پی
از رنین تا آنژیوتانسین، می کنند از او شکایت

هر چه کورتیزول فزاید، میرود بالا فشارت
استرس ویران نماید، جسم و روحت در نهایت

در فشار خون بالا، غصه کم خور مرد والا
جسم خود را کن توانا، تا کنی از خود حمایت

قلوه هایت درد دارد، یا که سنگی سرد دارد
بیشتر بهتر نگویم، گفته ها باشد کفایت

نم نمک ورزش نمودن، یا نمک را کم نمودن
روغنی پاکیزه خوردن، نکته ها باید رعایت

علم بهداشتی فزون کن، باچه؟ آموزش سلامت
یک بسیجی همگانی، از وزیر با درایت

بسیج ملی کنترل فشار خون

نتایج مسابقه شعر طرح بسیج ملی کنترل فشار خون

۲

رتبه دوم : محمد فاطمی منش

بچه ها امروز میخوام، قصه بگم براتون
قصه و ماجرایِ، دخترک و آقاجون

یه روز تویه شهر دور، اون ور کوه های ما
دخترکی سر می کرد، زندگیشو با صفا

مامان و بابایی خوب داشت، شبیه رنگ نوروز
مهربون و صمیمی، خندون و شاد و پیروز

کسایی که همیشه، خنده رو لب ها داشتند
روی تمومه دلها، محبتو می کاشتند

این خانواده ی شاد، آقاجونی عزیز داشت
اونی که با وجودش، غصه تو جمع نمی ذاشت

دخترک قصه مون، عاشق آقاجون بود
خیلی اونو دوست می داشت، چون خیلی مهربون بود

آقاجونش همیشه، اونو بغل می کردش
صداش می کرد نفس جون، قند و عسل می کردش

نوازشش می کرد و، می بوسیدش یکسره
می گفت که نوه ی من، از همگی سرتره

القصه روزی اومد، که آقاجون تو خونه
با دخترک می گفت از، انار دونه دونه

تنهایی شعر می خوندن، با ریتم و ساز و آواز
گوش می دادن به آهنگ، یه نغمه ی گوش نواز

ناگهان آقاجونش، چشاش حسابی تار شد
بیهوش شد و دوباره، از دردِ سر بیدار شد

می گفت سرم سبکّه، تهوّع دارم بسیار
دخترکم قرصارو، از تو اتاقم بردار

گوشام پر وزوزه، قلبم عجیب گرفته
انگاری عمرم این بار، حسابی شیب گرفته

دخترک قصه مون، چشاش یه کاسه خون شد
از غصه آقاجون، خونه ی دلش داغون شد

صداش پر بغض بود و، آقا آقاجون می زد
فریادشو یه باره، از سینه بیرون می زد

اگرچه ترسیده بود، اما یهو هشیار شد
با دقت و با تلاش، از خواب غم بیدار شد

گوشی رو برداشت زود، زنگ زد به صد و پونزده
گفتش سلام! اورژانس؟، جواب بدین دیگه، اَه!!!

آقام حالش خرابه، کمک کنید بهمون
تورو خدا زود باشید، پس افتاده آقاجون

تا اینو گفت اورژانس، اومد سریع اونجا
کمک رسوندن اونا، به پیرمرد تنها

با کمکای اورژانس، آقاجون جونی گرفت
توی رگاش انگاری، دوباره خونی گرفت

پزشک خوب اورژانس، رو کرد به آقاجون گفت
مواظب خودت باش، اینو چه مهربون گفت

گفت می دونی عامله، این درد و غصه چیه
اصلا چی اومد سرت، ریشه قصه چیه

اینا همش نشونه، فشار خون بالاست
عاملشم شدته، نیروی خون تو رگهاست

وقتی نمک همیشه، تو سفره هامون باشه
قلیون و سیگار و دود، تو خونه مهمون باشه

چاقی باشه یکسره، از ورزش زده باشیم
میوه رو از وعده مون، طرد و حذف کرده باشیم

میشه همین که دیدی، فشار خون بالا
غصه و درد خودت، رنج دخترک ما

آقاجون گریش گرفت، دخترک و بغل کرد
با اشک چشماش اونو، غرق عطر عسل کرد

گفت باشه چشم دکتر، دیگه مواظب هستم
واسه کاهش فشار، همش مراقب هستم

دخترکم بوسش کرد، گفت خوشحالم آقاجون
منم مراقِبِتَم، عزیزترین مهربون

دوباره تو خونشون، خنده پیچید با شادی
طعم قشنگ و خوبه، زندگی و آبادی

نتایج مسابقه شعر
طرح بسیج ملی کنترل فشار خون

بسیج ملی کنترل فشار خون

۳

رتبه سوم : زهره کریمیان

می وزد نسیم
دلم پر می کشد برای خانه
قلبم تحمل اینهمه فشار را ندارد

چقدر تلخ است این بستر اندوهگین
چقدر تلخ است بیمارستان

کاش زودتر میشناختم این قاتل خاموشم را
جای قلبم در سینه ام تنگ است
دلش می خواهد آزاد شود از بند اسارت دنده ها
سرم سوت می کشد
خون در تنم در جوش و خروش است
به تمام رگ هایم طعنه می زند

و به سرخی چشمانم
گویی از نگاهم روزنه ای یافته

کاش زودتر می شناختم این قاتل جانم را
سم سفیدی که ذره ذره در وجودم می نشست
هر لحظه مرا بیشتر به مرگ نزدیک می کرد

و هر بار برای خوردنش مشتاقتر بودم
اکنون که فشار خون همراه همیشگی ام شده
قدر زندگی را بیشتر می دانم

انجمن ادبی شعر سلامت

آرزو

خرّمی و سرسبزی سیستانم، آرزوست
هامون پر زآب و گلستانم، آرزوست
امواج رودخانه هلمند باشکوه
توتن سوار سام و نریمانم، آرزوست
تا رقص نی به سینه نیزار بشکفد
بهبودزخم های دلیرانم ،آرزوست
پرواز غاز و نغمه مرغابیان شاد
ماهی به رقص و صید فراوانم، آرزوست
تابنگرم زکوه خواجه بر امواج نیلگون
لبخند شاد مردهستانم، آرزوست
گر دیو تشنگی برباید زما، امید
گرز وکمان رستم دستانم، آرزوست
شادی روح سام و نریمان سرفراز
شه نامه خوان و شور جوانانم، آرزوست
هرگز نمیر ای وطن، سیستان من
انبارغله باز، به ایرانم، آرزوست
نام تو یادگار اساطیر باستان
دیدار شهرسوخته، در جانم، آرزوست
سهراب تا نمیرد در خانهء خراب
بس نوش دارو، به سجستانم، آرزوست.

مسعود سراوانی (مردان)

آرام رفته بالا، از هر دو سو فشارش
بی آن که او بداند، کردست بی قرارش

گردید رنگ و رویش، مثل لبوی قرمز
تب کرده و نداند، از چیست این نثارش

از درد سینه نالد، این شخص غم گرفته
پیوسته اشک ریزد، بر درد از هزارش

بر قند خون نباشد، از کم شدن نشانی
هر بار بیشتر شد، با وعده ی نهارش

درمان درد کرده، صرف مواد افیون
قلیان دو سیب اعلا، هم، صرف در کنارش

افزوده شد فشار از، درمان بی مثالش
رگ پاره شد ز چشمش، یک سکته می شمارش

چون دید چشم کم شد، آشفته و به هم شد
حرف عجیب این که، ماندست او دچارش

چاقی بود نشانه، از درد بی علامت
حرکت نکرده ای و این هم شود سوارش

ای با نمک، نمکدان، از سفره دور گردان
بهورز هم که گفته، در آمده هوارش

پرهیز کن ز چربی، از وعده ی اضافی
گر علم طب بخوانی، پیداست این شعارش

ورزش نما و کم خور، یک ریزه کم نمک تر
از غصه هم جدا شو، باشد ره فرارش

آرام رفته بالا، از هر دو سو فشارش
بی آن که او بداند، کردست بی قرارش

حسینعلی ستوده

انجمن ادبی شعر سلامت

به نام خدایی که جان آفرید
جهان را به عشقی نهان آفرید

به نام خدایی که دردی نداد
اگر داد درمان آن هم نهاد.

به ما گفت کم بخور ای بشر
اگر اینچنین میل داری به سر

که عمری دراز و جوانی کنی
نباید مدام سور چرانی کنی

فشار خون بوَد درد پنهان ما
و نامش چنین بود: قاتل جان ما

رژیمهای بد و نادرست غذا
غذاهای چرب پر از ادعا

مدام استراحت، مدام خواب و خور
رگت را می کند ز چربیش پر

و چربی رسوب می کند در رگت
فشرده شود هم رگ و هم سرت

فشار خون تو چون که بالا رود
به یک حمله قلبی تنت وارهد

اگر حمله مغزی بود وای تو
فلج می شود هم سر و پای تو

فلج کز سوی سکته مغزی بوَد
ندارد دوایی وَ عمری بوَد

زهرا ستوده

نمکدان

نمکدان آمده بر سفره ما
عجب سم تمیزی و سفیدی!
ببین اکنون که جا کرده خودش را...
سیاهی می رود چشمان تارم!
چرا رخسار من اینگونه زرد است؟
به تاپ و توپ، بد افتاده قلبم...
فشار من گذشت از حد و مرزش...
اگر خواهی نبینی این همه درد
نمکدان بشکن از شوری تو بگذر!

کمین کرده برای جمله ما
ندیدم دشمنی با این پلیدی...
چه ها کرده به این جان و تن ما؟
طبیب آرید بر بالین زارم....
سرم همچون یه کوهی پر ز درد است....
اجل آمد بدنبالم، چه کم کم!
سراسر جسم من در جوش و لرزش....
تو بشنو از من و اینگونه برگرد،
که باشی تا ابد سر حال و بهتر...

زهره کریمیان

ایا ای جوان گوش گیر پند را
کناری گذار روغن و قند را

و کم کن نمک را مدام از غذا
و ورزش بکن بی سرو بی صدا

ز سیگار و الکل تو دوری بکن
و پرهیز از نمکها و شوری بکن

از آن وزن بالا کمی کم بکن
و کم تو توجه به هر غم بکن

هراسی مده راه به دل ای عزیز
خداوند بزرگ است، ترست بریز.

عوارض زیاد دارد این درد بد
به مغز و به قلب و به کلیه زد

فشار خون بالا چو درمان شود
لب مغز و قلب تو خندان شود.

زهرا ستوده

جدول جایزه دار

مناسبت نهم مرداد / مناسبت ۱۲ شهریور		پوسته گندم وجو / غرش شیر		وسنی / نفوس خسته		گل سرخ / جنگجو	
از بیماریهای عفونی / خانم نا بارور							محرم اسرار
					تلخ / واحد سطح		
از آن طرف راه کوتاه است / مانع			از آثار امیل زولا / ناشنوا				
		خرده فروشی		رنگی در هم ریخته / پاکیزه			
سرای باقی / مسن					سر فوتبالی		
			شراب / حشره گزنده			طاهر و طیب	
منسوب به یکی از شهرهای بلوچستان / مناسبت اول شهریور					طلا / از اعضای بدن		
							دوازدهمین حرف الفبای فارسی
ضد نوش				از مواد لبنی			

طراح:
طاهره نخعی مقدم

توجه حداکثر زمان مراجعه جهت دریافت جایزه **تا ۳۰ مهر ۹۸** می باشد. **توجه**

برندگان شماره ۵۸

- **مرضیه بارانی**
  - معاونت آموزشی
- **عباسعلی ملاشهری**
  - دانشکده پرستاری مامایی

حل جدول شماره ۵۸

بیماری چشمی / بیماری پوکی استخوان	ا	نشانه / بدن ها	ا	گفتگوی خودمانی / قرض	گ	راس / آماس	س	امر به زدن / گوزنی بی سر	ب
ا	س	ت	ی	و	پ	و	ر	و	ز
بی کس / عامیانه سیاه	ت	ن	ه	ا	امیدها	ر	مرد نیست / عبوس	ز	ن
س	ی	ه	مادرعامیانه / پارچه کهنه	م	ا	م	ا	ت	میزان.... ملت است
بیماری خارش دار / شهری در کرمان	گ	ا	ل	اهلی	م	متضاد شر / خنده تلگرامی	خ	ی	ر
ب	م	بیماریهای چشم / آسمان	ت	ر	ا	خ	م	خرده گیری	ا
علائم بیماری شیگلوز / کوچترین واحد تشکیل دهنده ماده	ا	س	ه	ا	ل	خ	و	ن	ی
ا	ت	م	بی زبان	م	همراه کباب	خ	حشره رخت خواب	ق	سازمان اطلاعات
موی گردن شیر / رب	ی	ا	ل	از نت های موسیقی	س	صورت	س	ا	س
س	س	دربند	ا	س	ی	ر	ماه سرد	د	ی
بیماری سودا	م	ا	ل	ی	خ	و	ل	ی	ا

ofogh.zbmu.ac.ir

۱۳ تیر ۹۸

بیماریهای مشترک انسان و دام گرامی باد

معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی زابل
ofogh.zbmu.ac.ir