

۶۸

شماره

سال چهاردهم، پاییز ۱۴۰۱

افق طلایی سلامت



معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زابل

نشریه بهداشتی، درمانی، علمی و فرهنگی



هردم از این باغ بری می رسد
تازه تر از تازه تری می رسد

از خود و خانواده در برابر عفونتهای ویروسی

مراقبت کنیم

به نام ایزد دانا

نشریه داخلی حوزه معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی زابل

فصلنامه

افق طلایی سلامت

پاییز ۱۴۰۱

شماره ۶۸

در این شماره:

۱ سخن سردبیر

۲ بیماری آنفلوآنزا و گروههای در الویت واکسیناسیون

۵ عوارض طولانی مدت کووید

۷ پاسخ به سؤالات در مورد آبله میمونی

۱۳ تشخیص آزمایشگاهی آبله میمونی

۱۶ خود مراقبتی در برابر حمله سگ

۲۶ ورزش برای حفظ سلامتی

۲۸ رویکرد شناختی رفتاری

۳۴ آمادگی در برابر بلایا

۳۷ حدود مجاز مواجهه شغلی با صدا

۴۰ جدول جایزه دار

فصلنامه بهداشتی، درمانی، علمی و فرهنگی

صاحب امتیاز: معاونت بهداشتی

دانشگاه علوم پزشکی زابل

مدیر مسئول: دکتر جواد اکبری زاده

سر دبیر: حسینعلی ستوده

مسئول دبیرخانه: حسینعلی ستوده

همکاران تحریریه:

■ دکتر جواد اکبری زاده

■ حسینعلی ستوده

■ مجتبی کندی

■ زینب کریمی راد

■ سید روح... داودی

طراح: سید روح... 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 نمی شود و مسئولیت مقالات به عهده نویسنده آن می باشد.

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

آدرس اینترنتی مجله

ofogh.zbmu.ac.ir

سخن سردبیر

تربیتی معتقدند که کارکنان مدرسه در سلامت روان دانش‌آموزان دارای نقش حساسی هستند. این مطلب مبتنی بر این فرض است که جوامع هرگز به اندازه و تعداد کافی دارای متخصصان سلامت روان نخواهند شد تا برای کمک به جمعیت روزافزونی که نیاز به خدمات دارند، کفایت کند، بنابراین باید تاکید و توجه را روی کوشش‌هایی در جهت ارتقای سلامت روان قرار داد.

شایان ذکر است که فقط در ارتباطات کلامی نمی‌توان به نوجوان شخصیت داد و آن را در حد شعار خلاصه نمود، بلکه در مسئولیت‌سپاری، شرکت‌دادن نوجوانان در فعالیت‌های فوق‌برنامه مدرسه، فعال نمودن آنان در زمینه‌های ورزشی، برگزاری جلسات بحث و گفتگو و نظرخواهی از آنان در اموری که مربوط به خود نوجوانان است، گام‌هایی هستند که به طور واقع‌بینانه، به گسترش شخصیت آنان و جذب نیروهای خلاق‌شان در اداره جامعه منجر می‌گردد. قطعاً اگر نوجوانان در برخی از تصمیم‌گیری‌های مدرسه، شرکت داشته و نظر خود را بیان نمایند، در مسئولیت‌های ناشی از آن و نیز توسعه وجدان اجتماعی آنان، نقش بسیار مهمی خواهد داشت.

حسینعلی ستوده

از وظایف اساسی دست‌اندرکاران مسائل تربیتی و بهداشتی است و با توجه به نتایجی که عدم ارضای نیازهای نوجوانان به بار می‌آورد و با عنایت به این امر که پیشگیری همیشه ارزان‌تر و آسان‌تر از درمان است. دست‌اندرکاران امور فرهنگی کشورمان خصوصاً معلمان به دلیل ارتباطات گسترده با اقشار نوجوان و جوان جامعه، می‌توانند از یک سو موجبات پیشگیری از مشکلات و اختلالات و نابسامانی‌های روانی نوجوانان را فراهم آورند و از سوی دیگر، مراتب رشد و شکوفایی استعداد‌های آنان را هر چه بیشتر مهیا سازند.

نقش والدین در ارضای نیازهای روانی-اجتماعی نوجوانان، مهم است ولی لازم به ذکر است نوجوانان مدت زیادی از وقت خود را در مدرسه صرف می‌کنند و به تحصیل مشغول می‌باشند. لذا دومین پایگاه اصلی برای ارضای نیازهای روانی-اجتماعی نوجوانان، مدرسه است. علاوه بر نقش آموزشی، نقش تربیتی و پرورشی نیز دارد و به عنوان یک نهاد پرورشی می‌تواند کاستی‌های بهداشت روان نوجوانان را جبران کرده و آنها را در مسیر جاده سلامتی از نظر روان و ثبات شخصیتی سوق بدهد. امروزه بیشتر روانشناسان

در علم روانشناسی، بهداشت روانی به قابلیت برقراری ارتباط هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به طور منطقی، عادلانه و مناسب گفته می‌شود. کودکی که از ایمنی روانی برخوردار است توانایی احترام به خود را داراست و می‌تواند توانایی‌هایش را در حد واقعی و همان‌طور که هست قلمداد کند، در مدرسه ارتباط خوبی با همکلاسی‌هایش برقرار کند و دوستی و احترام دیگران را جلب کند. این کودک در آینده نیز قادر خواهد بود نیازهای زندگی شخصی‌اش را تأمین کند و از اعتماد به نفس خوب و روحیه‌ای شاد برخوردار باشد. یکی از مکان‌هایی که فعالیت بهداشت روان در آنجا می‌تواند مفید باشد، مدارس است. مدارس با در بر گرفتن بخش عظیمی از جمعیت آینده‌ساز جامعه، به عنوان یک مرکز فرهنگی و اجتماعی مهم در جامعه مطرح می‌باشد.

در عصر ما هدف از مدرسه رفتن صرفاً انباشتن مطالب در ذهن نیست، بلکه پرورش همه جانبه شخصیت دانش‌آموز می‌باشد. تأمین بهداشت و سلامت روحی و اخلاقی نوجوانان و جوانان که قریب یک سوم جمعیت کل کشور را تشکیل می‌دهند، یکی

بیماری آنفلوآنزا و گروههای در الویت واکسیناسیون

◆ مهر نگار آزوغ

◆ علیرضا پیری

منبع: دستورالعمل کشوری آنفلوآنزا-
برنامه و راهنمای ایمن سازی / چاپ
شرکت زاراک / ۱۳۹۴

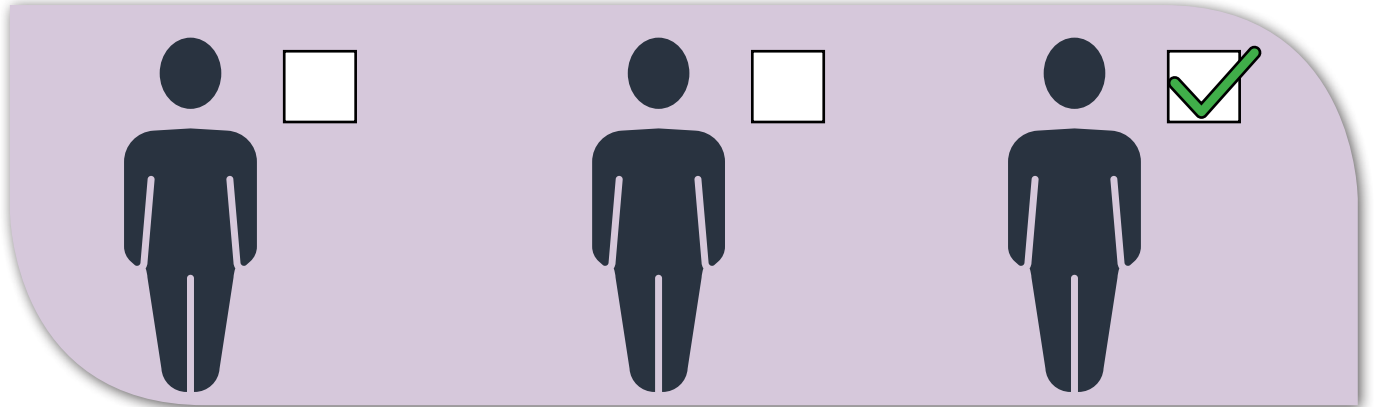
بزرگسال دارای حافظه پاسخ ایمنی در برابر آنفلوآنزا بیماری با شدت کمتری بروز می‌کند. در میان افراد مسن، افراد با بیماریهای زمینه‌ای خاص در معرض خطر بیشتری قرار دارند و نسبت بستری شدن این افراد نسبت به بزرگسالان سالم بیشتر

در گروه‌های پرخطر می‌تواند به فرم شدید و حتی منجر به مرگ و میر شود. ویروس‌های آنفلوآنزا می‌توانند در هر سنی ایجاد بیماری کنند اما توان ایجاد بیماری حاد و مرگ و میر در میان افراد بالای ۶۵ سال بیشتر است. اگرچه گفته می‌شود در افراد

آنفلوآنزا یک عفونت ویروسی حاد، بسیار مسری است که باعث ایجاد همه‌گیری‌های سالانه می‌شود. بیماری دارای طیف وسیعی از علائم خفیف تا شدید که منجر به مرگ و میر می‌شود را داراست. بیماری در بیشتر جمعیت بصورت خفیف تا متوسط اما



پیشگیری و مبارزه با بیماریها



واکسیناسیون آنفلوآنزا یکی از اصلی ترین ابزار پیشگیری از آنفلوآنزا است. با توجه به جهش دائمی ویروس نوع واکسن باید بصورت سالیانه تغییر کند به طوریکه تایپ غالب را پوشش دهد. واکسیناسیون سالانه در برابر آنفلوآنزای فصلی برای افراد بالای ۶۵ سال و افراد مبتلا به بیماریهای مزمن توصیه می شود.

اگرچه واکسن از بروز بیماری پیشگیری نمی کند اما در تخفیف علائم و پیشگیری از پنومونی پس از آنفلوآنزا بسیار موثر است. ۱۳ نوع از واکسن آنفلوآنزا موجود است. اثربخشی کلی واکسن ۵۶ درصد تخمین زده شده است.

واکسن ویروس آنفلوآنزا بر اساس آخرین سوش های غالب شناخته شده به صورت سالیانه تهیه می شود.

افرادی که در معرض خطر بیشتر عوارض مرتبط با آنفلوآنزا هستند شامل:

- کودکان زیر ۵ سال
- بزرگسالان بالای ۶۵ سال با سیستم ایمنی ضعیف؛
- افراد در هر سنی با مشکلات پزشکی مانند بیماریهای قلبی، کلیوی، کبدی، خون، یا بیماریهای متابولیکی و افراد دارای بیماریهای ریوی مزمن (مانند آسم، انسداد مزمن ریوی، برونشکتازی یا بیماری فیبروز کیستیک)
- هم در سطح منطقه ای و ملی، عوارض و مرگ و میر بیماری بسته به حدت، میزان پوشش واکسیناسیون و قدرت ویروس آنفلوآنزای سال (جدید) می باشد.

می باشد.

علائم عمومی بیماری در بزرگسالان و کودکان تب و شروع حاد علائم تنفسی می باشد و در افراد مسن تر علائم تنفسی جدی تر از جمله تشدید نارسایی احتقانی قلب یا تغییر سطح هوشیاری می باشد.

علائم بیماری آنفلوآنزا ۱۱ الی ۴ روز پس از ورود ویروس به بدن شروع می شود. بزرگسالان می توانند ویروس را ۱ روز قبل از شروع علائم منتقل کنند. علائم ممکن است تا ۷ روز باقی بماند اما کودکان می توانند ویروس را تا بیش از ۷ روز منتقل کنند.

آنفلوآنزا در درجه اول توسط قطرات تنفسی منتقل می شود اما ممکن است از طریق سرفه، عطسه، یا صحبت کردن نیز منتقل شود.

پیشگیری و هباززه با بیماریها

واکسن موجود در ایران تزریقی و حاوی ویروس غیرفعال است و به صورت زیرجلدی یا عضلانی تزریق می‌شود.

گروه های پرخطر نیازمند دریافت واکسن فصلی ویروس غیر زنده آنفلوآنزا شامل موارد زیر است:

◆ خانم های باردار (در تمام طول بارداری می‌توانند واکسن را دریافت کنند)

◆ کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه (به خصوص در سن زیر ۲ سال)

◆ افراد بالای ۶۰ سال

◆ کارکنان بخش های بهداشت و درمان به ویژه افراد در تماس مستقیم با بیماران مبتلا به آنفلوآنزا

◆ افراد دچار سرکوب سیستم ایمنی شامل مبتلایان به HIV/AIDS

◆ مبتلایان به ضایعات نخاعی و بیماری‌های عصبی عضلانی

◆ مبتلایان به بیماری‌های مزمن ریوی (از قبیل آسم و بیماری‌های مزمن انسدادی ریوی)، بیماری‌های مزمن قلبی عروقی (بجز بیماری‌هایی که

صرفاً دچار پرفشاری خون هستند) ◆ مبتلایان به بیماری‌های مزمن کلیوی، کبدی، عصبی، خونی و اختلالات متابولیک (شامل دیابت قندی)

◆ افراد با چاقی مرضی

◆ افراد ۶ ماهه تا ۱۸ ساله که تحت درمان طولانی مدت با آسپرین قرار دارند.

◆ ساکنین و کارکنان آسایشگاه‌ها

◆ کارکنان شاغل در مرغداری‌ها و پرورش‌دهندگان طیور و پرسنل سازمان دامپزشکی و سازمان حفاظت محیط زیست که در قسمت‌های مرتبط با پرندگان فعالیت می‌نمایند.

◆ مراقبین و سایر افراد در تماس نزدیک و خانگی با بیمارانی که جزء گروه های پرخطر محسوب می‌شوند.

توجه: گروه های دارای اولویت برای دریافت واکسن آنفلوآنزای فصلی، سالیانه توسط وزارت بهداشت تعیین و به دانشگاه‌های علوم پزشکی ابلاغ می‌شوند.

✓ سایر افرادی که متقاضی دریافت واکسن آنفلوآنزا می‌باشند، در صورتی

که منعی برای دریافت واکسن نداشته باشند، می‌توانند واکسن را دریافت نمایند.

توجه:

◁ دز واکسن در بالغین و کودکان ۳۶ ماهه و بالاتر، نیم میلی لیتر و در سن ۶ تا ۳۵ ماه، ۰/۲۵ میلی لیتر است.

◁ در کودکان در گروه سنی ۶ ماه تا کمتر از ۹ سال که برای اولین بار واکسن را دریافت می‌نمایند، دو دز با فاصله حداقل ۴ هفته تجویز می‌شود. در سال های بعد برای این کودکان یک دز کفایت می‌کند.

◁ در صورت وجود سابقه حساسیت شدید (مانند آنافیلاکسی) به دز قبلی واکسن ویروس آنفلوآنزا یا هر یک از اجزای واکسن شامل حساسیت شدید به تخم مرغ، دریافت نوبت های بعدی واکسن ممنوع است.

◁ در صورت ابتلا به سندرم گلین باره طی ۶ هفته پس از دریافت دز قبلی واکسن، تزریق دزهای بعدی باید با احتیاط صورت گیرد.

◁ واکسیناسیون مادر، منعی جهت شیردهی نمی‌باشد.



عوارض طولانی مدت کووید-۱۹ بعد از بهبودی در فرد چیست؟

◆ مهرنگار آزوغ

◆ خلیل شهریاری

منابع: ترجمه مقالات

۱- <https://www.cdc.gov/coronavirus/ncov/long-term-effects.html>
۲- <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/risk-comms-updates/long-term-symptoms.-۳۶-update۵d۲۷۸۹a۶-pdf?sfvrsn>
۳- <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/coronavirus/in-depth/۲۰۴۹۰۳۵۱-coronavirus-long-term-effects/art>

مقدمه

در حالی که اکثر افراد مبتلا به کووید-۱۹ بهبود می یابند و به سلامتی طبیعی خود باز می گردند، برخی از بیماران می توانند علائمی داشته باشند که ممکن است هفته ها یا حتی ماه ها پس از بهبودی ادامه داشته باشد. حتی افرادی که در بیمارستان بستری نیستند و بیماری خفیفی دارند می توانند علائم مداوم یا دیررس را تجربه

کنند.

حال سوال این است که عوارض طولانی مدت کووید-۱۹ بعد از بهبودی در فرد چیست؟

سالمندان و بسیاری از کسانی که بیماری زمینه ای دارند به احتمال زیاد علائم طولانی مدت کووید-۱۹ را تجربه می کنند، اما حتی افراد جوان هم می توانند هفته ها تا ماه ها بعد از عفونت احساس ناراحتی کنند. علائم و نشانه

های متداول که با گذشت زمان ادامه می یابد عبارتند از: خستگی، تنگی نفس، سرفه کردن، درد مفاصل و درد قفسه سینه. سایر علائم و نشانه های طولانی مدت نیز ممکن است شامل مواردی یا همچون: درد عضلانی یا سردرد، ضربان قلب سریع یا تند، از دست دادن بویایی یا چشایی، مشکلات حافظه، مشکلات تمرکز یا خواب، بثورات و ریزش مو باشد.

پیشگیری و هباززه با بیماریها

آسیب اندام های بدن ناشی از کووید ۱۹:

اگرچه کووید-۱۹ بیماری ای است که در درجه اول ریه ها را تحت تأثیر قرار می دهد، اما می تواند به اندام های دیگر نیز آسیب برساند. آسیب به اندام ها ممکن است خطر مشکلات سلامتی طولانی مدت را افزایش دهد. اندام هایی که ممکن است تحت تأثیر قرار گیرند عبارتند از:

قلب: آزمایشات تصویربرداری که ماه ها پس از بهبودی از کووید-۱۹ انجام شده، آسیب دائمی به عضله قلب را نشان داده است، حتی در افرادی که فقط علائم خفیف کووید ۱۹ را تجربه کرده اند، ممکن است خطر نارسایی قلبی یا سایر عوارض قلبی در آینده افزایش یابد.

ریه ها: نوع پنومونی (التهاب ریه) که اغلب با کووید-۱۹ همراه است می تواند باعث آسیب طولانی مدت به کیسه های هوایی ریز (آلوئول) در ریه ها شود. آسیب بافتی ایجاد شده می تواند منجر به مشکلات تنفسی طولانی مدت شود.

مغز: حتی در جوانان، کووید-۱۹ می تواند باعث سکتة های مغزی، تشنج و سندرم گلین باره (فلج موقتی) شود، کووید ۱۹ همچنین ممکن است خطر ابتلا به بیماری پارکینسون و بیماری آلزایمر را افزایش دهد.

لخته شدن خون و مشکلات رگ های خونی: کووید-۱۹ می تواند احتمال لخته شدن سلول های خونی را بیشتر نماید و باعث حمله قلبی و مغزی شود، اما اعتقاد بر این است که بیشتر آسیب قلبی ناشی از کووید-۱۹ از لخته های بسیار کوچکی ناشی می شود که رگ های خونی کوچک (مویرگ ها) را در عضله قلب مسدود می کند. سایر قسمت های بدن که تحت تأثیر لخته های خون قرار می گیرند، شامل ریه ها، پاها، کبد و کلیه ها هستند. کووید-۱۹ همچنین می تواند رگهای خونی را ضعیف کرده و باعث نشت آنها شود که مشکلات احتمالی طولانی مدت کبد و کلیه را به همراه دارد.

مشکلات در خلق و خوی و خستگی: افرادی که علائم شدید کووید-۱۹ دارند اغلب مجبور می شوند در بخش مراقبت های ویژه بیمارستان تحت درمان مکانیکی مانند دستگاه های تهویه برای تنفس قرار بگیرند. زنده ماندن و نجات یافتن از این تجربه باعث می شود فرد بعداً دچار سندرم استرس پس از سانحه، افسردگی و اضطراب شود. از آنجا که پیش بینی نتایج طولانی مدت ناشی از ویروس جدید کووید-۱۹ دشوار است، دانشمندان اقدام به بررسی اثرات طولانی مدت در ویروس های مرتبط مانند ویروس عامل سندرم حاد تنفسی حاد (سارس) کردند.

بسیاری از افرادی که از سارس بهبود یافته اند به سندرم خستگی مزمن مبتلا شده اند که یک اختلال پیچیده است و با فعالیت بدنی یا ذهنی بدتر می شود، همچنین با استراحت بهبود نمی یابد. همین امر ممکن است در مورد افرادی که کووید-۱۹ داشته اند نیز صادق باشد. با این حال بسیاری از تأثیرات طولانی مدت کووید-۱۹ و اهمیت آنها هنوز ناشناخته است. مرکز کنترل بیماری های واگیردار آمریکا تحقیقات خود را در این زمینه ادامه داده و با ظهور داده های جدید، نحوه مراقبت های بالینی کووید-۱۹ و همچنین پاسخ بهداشت عمومی به این بیماری را به روزرسانی می کند.

نتیجه گیری

پس از بهبودی از بیماری کووید-۱۹ ممکن است علائمی مانند خستگی، تنگی نفس، سرفه کردن، درد مفاصل، درد قفسه سینه، درد عضلانی یا سردرد، ضربان قلب سریع یا تند، از دست دادن بویایی یا چشایی، مشکلات حافظه، تمرکز یا خواب، بثورات یا ریزش مو گزارش شود. هم چنین ارگان های (قلب و عروق، ریه، مغز و...) بدن فرد بهبود یافته، ممکن است دچار آسیب هایی شود. بسیاری از تأثیرات طولانی مدت کووید-۱۹ هنوز ناشناخته است و تحقیقات بالینی در آینده بسیاری از مشکلات پیش آمده را روشن خواهد کرد.



♦ حسینعلی ستوده

منبع:

ترجمه از سایت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران، سایت سازمان بهداشت جهانی به آدرس:

<https://www.who.int/philippines/news/q-a-detail/monkeypox>

پاسخ به سؤالات متداول در مورد

آبله میمونی

مرکزی آفریقا یافت می‌شود، جایی که جنگل‌های بارانی استوایی وجود دارد و حیواناتی که ممکن است حامل ویروس باشند، معمولاً زندگی می‌کنند. افراد مبتلا به آبله میمونی گه‌گاه در کشورهای خارج از مناطق غربی و مرکزی آفریقا و به دنبال سفر از مناطقی که آبله میمونی، بومی است، شناسایی می‌شوند.

★ علائم آبله میمونی چیست؟

علائم آبله میمونی معمولاً شامل

★ میمونی «میگویند»؟

این بیماری آبله میمونی نامیده می‌شود زیرا نخستین بار در سال ۱۹۵۸ در بین میمون‌هایی که برای تحقیقات و پژوهش نگهداری می‌شدند، شناسایی شد. این بیماری بعدها در سال ۱۹۷۰ در انسان نیز مشاهده شد.

★ آبله میمونی معمولاً در کجا یافت میشود؟

آبله میمونی در مناطق غربی و

★ آبله میمونی چیست؟

آبله میمونی یک بیماری است که توسط ویروس آبله میمونی ایجاد می‌شود. این بیماری بین انسان و حیوان مشترک است، به این معنی که می‌تواند از حیوانات به انسان سرایت کند و همچنین از فردی به فرد دیگر منتقل شود.

★ چرا به این بیماری «آبله»

پیشگیری و مبارزه با بیماریها

نخستین سانان هستند. خطر انتقال و ابتلا به آبله میمونی از جانوران را می‌توان با پرهیز از تماس محافظت نشده با جانوران وحشی کاهش داد، به ویژه آنهایی که بیمار یا مرده هستند (از جمله گوشت و خون حیوانات). در کشورهای بومی که جانوران حامل آبله میمونی هستند، هر غذای حاوی گوشت یا اجزا و احشای حیوان باید قبل از خوردن کاملاً پخته شود.

★ آبله میمونی چگونه از فردی به فرد دیگر سرایت می‌کند؟

افراد مبتلا به آبله میمونی طی زمانی که علائم دارند (معمولاً بین ۲ تا ۴ هفته) سرایت دهنده هستند. شما ممکن است از طریق تماس جسمی نزدیک با فردی که علائم دارد، به آبله میمونی مبتلا شوید. به ویژه دانه‌های پوستی، مایعات بدن (مانند آب، چرک یا خون ناشی از تاولهای پوستی) و دلمه‌ها عفونی هستند. لباس، روتختی، حوله یا اشیایی مانند قاشق، چنگال و ظروف غذاخوری که در اثر تماس با فرد مبتلا به ویروس آلوده شده‌اند، نیز می‌توانند دیگران را دچار کنند.

از بین می‌رود، اما در برخی افراد می‌تواند منجر به عوارض جدی و حتی مرگ شود. نوزادان، کودکان و افراد مبتلا به نقص ایمنی زمین‌های ممکن است در معرض خطر علائم جدی‌تر و مرگ ناشی از آبله میمونی باشند.

عوارض موارد شدید آبله میمونی شامل عفونت‌های پوستی، ذات‌الریه، گیجی و عفونت‌های چشمی است که می‌تواند منجر به از دست دادن بینایی شود. در زمانهای اخیر حدود ۳ تا ۶ درصد مرگ در مبتلایان در کشورهای بومی گزارش شده‌اند که اغلب در کودکان یا افرادی بوده است که ممکن است دچار مشکلات سلامتی دیگری بوده باشند. توجه به این نکته مهم است که این رقم ممکن است بیش از مقدار حقیقی برآورد شده باشد، زیرا نظام مراقبت در کشورهای بومی محدود است.

★ آبله میمونی چگونه از حیوانات به انسان سرایت میکند؟

آبله میمونی می‌تواند هنگام تماس فیزیکی با حیوان آلوده به انسان سرایت کند. میزبانان جانوری این ویروس شامل جوندگان و

تب، سردرد شدید، دردهای عضلانی، کمردرد، سطح انرژی پایین، تورم گره‌های لنفی و دانه‌ها یا تاول‌های پوستی است. دانه‌های پوستی معمولاً در عرض یک تا ۳ روز پس از شروع تب آشکار می‌شوند. تاولها ممکن است صاف یا کمی برجسته باشند، با مایع شفاف یا زرد پر شده و سپس پوسته و خشک شده و بریزند. تعداد تاولها در یک فرد می‌تواند از چند دانه تا چند هزار متغیر باشد. دانه‌ها روی صورت، کف دستها و کف پا متمرکز می‌شوند. آنها همچنین می‌توانند در دهان، اندام تناسلی و چشم یافت شوند.

بهبودی علائم معمولاً بین ۲ تا ۴ هفته طول می‌کشد و بدون درمان خود به خود از بین می‌روند. اگر فکر می‌کنید علائمی دارید که ممکن است آبله میمونی باشد، با پزشک یا مراقب سلامت خود مشورت کنید. اگر با فردی مشکوک یا مبتلا به آبله میمونی در تماس بودهاید، به پزشک یا مراقب سلامت خود اطلاع دهید.

★ آیا افراد ممکن است از آبله میمونی بمیرند؟

در بیشتر موارد، علائم آبله میمونی به خودی خود در عرض چند هفته

پیشگیری و مبارزه با بیماریها

امکان، هرگونه ضایعه پوستی را بپوشاند (مثلاً با پوشیدن لباس روی بثورات). وقتی از نظر جسمی به آنها نزدیک هستید، آنها باید از ماسک طبی استفاده کنند، به خصوص اگر سرفه می‌کنند یا ضایعاتی در دهان خود دارند. شما هم باید ماسک بزنید، تا حد امکان از تماس پوست با پوست خودداری کرده و برای تماس مستقیم با ضایعات دستکش یکبار مصرف بپوشید. در صورتی که خود شخص نمی‌تواند این کار را انجام دهد، هنگام تعویض لباس یا روتختی وی از ماسک استفاده کنید.

مرتباً دستان خود را با آب و صابون یا محلول دست‌خاوی الکل تمیز کنید، خصوصاً پس از تماس با فرد مبتلا، لباس‌ها، روتختی‌ها، حوله‌ها و سایر وسایل یا سطوحی که فرد مبتلا لمس کرده یا ممکن است دانه‌های پوستی یا ترشحات تنفسی آنها با این وسایل تماس داشته باشد (مانند قاشق و چنگال و ظروف). لباس‌ها، حوله‌ها، پارچه‌ها و ظروف غذای فرد را با آب گرم و مواد شوینده بشویید. سطوح آلوده را تمیز و ضدعفونی کنید و زباله‌های آلوده (مانند پانسمانها) را به طور مناسب دور بریزید.

آبله در سراسر جهان متوقف شد چرا که در این سال آبله نخستین بیماری انسانی بود که در دنیا ریشه کن شد. حتی افرادی که علیه آبله واکسینه شده‌اند و در برابر آبله میمونی نیز تا حدی مقاوم هستند، آنها نیز باید اقدامات احتیاطی برای محافظت از خود و دیگران انجام دهند.

نوزادان، کودکان و افراد مبتلا به نقص ایمنی زمینه‌ای ممکن است در معرض خطر علائم جدیدتر و مرگ ناشی از آبله میمونی باشند. کارکنان بهداشتی نیز به دلیل قرار گرفتن طولانی‌تر در معرض ویروس در معرض خطر بیشتری قرار دارند.

★ چگونه می‌توانم از خود و دیگران در برابر آبله میمونی محافظت کنم؟

شما می‌توانید با محدود کردن تماس با افرادی که مشکوک به آبله میمونی هستند یا ابتلای آنها تأیید شده، خطر ابتلای خود را کاهش دهید. اگر به دلیل اینکه کارمند بهداشتی - درمانی هستید یا اینکه با شخص بیمار زندگی می‌کنید، نیاز به تماس جسمی با فرد دچار آبله میمونی دارید، فرد مبتلا را تشویق کنید تا خود را ایزوله کند و در صورت

زخمها، ضایعات یا جراحات دهان نیز می‌توانند عفونی باشند، به این معنی که ویروس می‌تواند از طریق بزاق انتشار یابد. بنابراین افرادی که از نزدیک با فرد مبتلا در ارتباط هستند، از جمله کارکنان بهداشتی، اعضای خانواده و شرکای جنسی، در معرض خطر بیشتری برای عفونت هستند.

این ویروس همچنین می‌تواند از طریق جفت از مادر به جنینی از طریق تماس پوست به پوست از والدین به کودکان منتقل شود. در حال حاضر مشخص نیست که آیا افرادی که علائمی ندارند می‌توانند بیماری را پخش کنند یا خیر.

★ چه کسانی در خطر ابتلا به آبله میمونی هستند؟

هر فردی که با کسی که علائم آبله میمونی دارد یا با حیوان آلوده تماس جسمی نزدیک داشته باشد بیشتر در معرض خطر عفونت است. افرادی که در برابر آبله واکسینه شده‌اند، احتمالاً در برابر عفونت آبله میمونی نیز مصونیت دارند. با این حال، بعید است افراد جوانتر در برابر آبله واکسینه شده باشند، زیرا پس از سال ۱۹۸۰ واکسیناسیون

پیشگیری و مبارزه با بیماریها

★ آیا کودکان میتوانند به آبله میمونی مبتلا شوند؟

کودکان معمولاً بیشتر از نوجوانان و بزرگسالان مستعد ابتلا به علائم شدید آبله میمونی هستند. این ویروس همچنین می‌تواند به جنین، یا طی تماس جسمی اولیه از مادر به نوزاد منتقل شود.

★ اگر شک کنم که ممکن است به آبله میمونی مبتلا باشم، چه باید بکنم؟

اگر فکر می‌کنید علائمی دارید یا در تماس نزدیک با فردی مبتلا به آبله میمونی بوده‌اید، برای مشاوره، آزمایش و مراقبتهای پزشکی با پزشک یا مراقب سلامت خود تماس بگیرید. در صورت امکان، خود را ایزوله کنید و از تماس نزدیک با دیگران خودداری نمایید. به طور مرتب دستها را تمیز کنید و برای محافظت از دیگران در برابر عفونت، اقدامات ذکر شده را انجام دهید. کارکنان بهداشتی برای آزمایش از شما نمونه برداری خواهند کرد تا بتوانید خدمات مراقبتی مناسب را

دریافت کنید.

آبله واکسینه شده باشند.

★ آیا واکسنی برای آبله میمونی وجود دارد؟

چندین واکسن برای پیشگیری از آبله وجود دارد که در برابر آبله میمونی نیز محافظت ایجاد می‌کنند. واکسن جدیدتری که برای آبله ساخته شده است (با عنوان MVA-BN که به نامهای Imvamune، Imvanex یا Jynneos نیز شناخته می‌شود) در سال ۲۰۱۹ برای استفاده در پیشگیری از آبله میمونی تأیید شد ولی هنوز به طور گسترده در دسترس نیست. سازمان جهانی بهداشت در تلاش برای همکاری با تولیدکننده این واکسن برای بهبود دسترسی به آن است. افرادی که در گذشته علیه آبله واکسینه شده‌اند، در برابر آبله میمونی نیز حفاظت دارند. واکسنهای اولیه آبله دیگر در دسترس عموم نیستند و افراد زیر ۴۰ تا ۵۰ سال بعید است واکسینه شده باشند، زیرا واکسیناسیون علیه آبله در سال ۱۹۸۰ به عنوان اولین بیماری ریشه‌کن شده در دنیا، به پایان رسید. برخی از کارکنان آزمایشگاه یا کارکنان بهداشت و درمان ممکن است با واکسن جدیدتر

★ آیا درمانی برای آبله میمونی وجود دارد؟

علائم آبله میمونی اغلب خود به خود و بدون نیاز به درمان برطرف می‌شوند. مراقبت از دانه‌های پوستی با اجازه‌دادن به خشک شدن در صورت امکان یا پوشاندن با یک پانسمان مرطوب برای محافظت در صورت نیاز بسیار مهم است. از لمس هرگونه زخم در دهان یا چشم خودداری کنید. می‌توان از دهان‌شویه و قطره چشم که حاوی کورتون نباشند، نیز استفاده کرد و ایمونوگلوبولین آبله (VIG) ممکن است برای موارد شدید توصیه شود. یک داروی ضد ویروس که برای درمان آبله ساخته شده بود (تکووپریمات، با نام تجاری TPOXX) نیز در ژانویه ۲۰۲۲ برای درمان آبله میمونی تأیید شد.

★ در حال حاضر در کجای دنیا خطر ابتلا به آبله میمونی وجود دارد؟

از سال ۱۹۷۰، موارد انسانی آبله میمونی در ۱۱ کشور آفریقایی (بنین، کامرون، جمهوری آفریقای مرکزی،

پیشگیری و مبارزه با بیماریها

نزند. سازمان جهانی بهداشت در حال تلاش برای حمایت از کشورهای عضو در زمینه نظارت، آمادگی و فعالیت های واکنش به طغیان بیماری آبله میمونی در کشورهای دچار آن است. در کشورهای درگیر، مطالعات به منظور تعیین منبع عفونت هر یک از موارد شناسایی شده و اقداماتی برای ارائه مراقبتهای پزشکی و محدود کردن گسترش بیشتر ویروس در حال انجام است.

★ آیا خطر تبدیل شدن این بیماری به یک طغیان بزرگتر وجود دارد؟

آبله میمونی معمولاً خیلی مسری قلمداد نمی شود، زیرا برای انتشار بین افراد نیاز به تماس جسمی نزدیک (مثل تماس پوست به پوست) با فردی دارد که عفونی است. در حال حاضر خطر برای عموم مردم کم است. سازمان جهانی بهداشت برای جلوگیری از گسترش بیشتر ویروس، طغیان فعلی را با اولویت بالا پیگیری می کند، همان طور که طی سال های متمادی آبله میمونی را به عنوان یک

آنها آندمیک (بومی) نیست مواردی را در ماه مه ۲۰۲۲ گزارش کردند. از ۱۹ مه ۲۰۲۲، موارد در بیش از ۱۰ کشور در مناطق غیر بومی گزارش شده است. پرونده های تکمیلی در حال بررسی هستند. به استثنای مواردی که به طور پراکنده در مسافران کشورهای بومی گزارش شده است، موارد در مناطق غیربومی که به سفر از کشورهای بومی مرتبط نیستند، غیر عادی هستند. در حال حاضر (از مه ۲۰۲۲) هیچ ارتباط واضحی بین موارد گزارش شده و سفر از کشورهای بومی و یا ارتباطی با حیوانات آلوده وجود ندارد. ما درک می کنیم که این طغیان برای بسیاری افراد نگران کننده است. آنچه در حال حاضر مهم است این است که ما آگاهی را در مورد آبله میمونی در میان افرادی که بیشتر در معرض خطر عفونت هستند افزایش دهیم و توصیه هایی را در مورد چگونگی محدود کردن طغیان بیشتر بین افراد ارائه دهیم. همچنین مهم است که کارکنان بهداشت عمومی قادر به شناسایی و مراقبت از بیماران باشند. ضروری است که هیچ کس به کسی که تحت تأثیر این رویداد است، انگ (تهمت)

جمهوری دموکراتیک کنگو، گابن، ساحل عاج، لیبیا، نیجریه، جمهوری کنگو، سیرالئون و سودان جنوبی) گزارش شده است. موارد گه گاه در کشورهای غیربومی نیز رخ می دهد، اما معمولاً در افرادی گزارش می شوند که به کشورهای بومی سفر کرده باشند. یکبار طغیان در اثر تماس با حیواناتی بود که توسط سایر پستانداران کوچک وارداتی آلوده شده بودند.

در ماه می ۲۰۲۲، چندین مورد آبله میمونی در چند کشور غیر بومی شناسایی شده اند. البته این طغیان اخیر، از الگوهای گذشته آبله میمونی تبعیت نمی کند. سازمان جهانی بهداشت با همه کشورهای دچار طغیان اخیر برای تقویت نظام مراقبت و ارائه راهنمایی در مورد چگونگی جلوگیری از گسترش بیماری و روش درمان افراد مبتلا همکاری می کند.

★ در مورد طغیان آبله میمونی که در ماه مه ۲۰۲۲ در چندین کشور شناسایی شد، چه می دانیم؟

چندین کشور که آبله میمونی در

پیشگیری و مبارزه با بیماریها

بیماری‌زای اولویت‌دار در نظر گرفته است. مواردی که در حال حاضر مشاهده می‌کنیم، برای طغیان آبله میمونی معمولی نیستند، زیرا هیچ سفری از کشورهای بومی یا حیوانات صادر شده از کشورهای بومی گزارش نشده است. شناسایی نحوه انتشار ویروس و محافظت از افراد در برابر عفونت، اولویت سازمان جهانی بهداشت است. افزایش آگاهی در مورد این وضعیت جدید به جلوگیری از انتقال بیشتر کمک می‌کند.

★ آیا آبله میمونی یک عفونت آمیزشی است؟

آبله میمونی می‌تواند از طریق تماس جسمی نزدیک، از جمله هنگام آمیزش جنسی، از فردی به فرد دیگر سرایت کند. در حال حاضر مشخص نیست که آیا آبله میمونی می‌تواند از مسیره‌های جنسی (مثلاً از طریق مایع منی یا واژینال) منتقل شود یا خیر، اما تماس مستقیم پوست به پوست با ضایعات هنگام فعالیت‌های جنسی می‌تواند ویروس را سرایت دهد. دانه‌های آبله میمونی گاهی در اندام تناسلی و در دهان یافت می‌شود

که احتمالاً در انتقال هنگام آمیزش جنسی نقش دارند. انتقال از دهان به پوست می‌تواند در جایی رخ بدهد که ضایعات پوستی یا دهانی وجود دارند.

دانه‌های آبله میمونی می‌توانند شبیه برخی از بیماری‌های مقاربتی از جمله تبخال و سیفیلیس باشد. این ممکن است توضیح دهد که چرا چندین مورد طغیان فعلی در میان مردانی دیده شده که در جستجوی مراقبت در کلینیک‌های سلامت جنسی بوده‌اند. خطر ابتلا به آبله میمونی به افرادی که از نظر جنسی فعال هستند، محدود نمی‌شود. هرکسی که تماس جسمی نزدیک با فرد مبتلا داشته باشد در معرض خطر است. هر کسی که دارای علائم شبیه به آبله میمونی باشد، باید فوراً با یک مراقب بهداشت مشورت کند.

★ پاسخ سازمان جهانی بهداشت به پیام‌های حاوی انگ (تهمت) مجازی در ارتباط با آبله میمونی در حال پخش است، چیست؟

ما پیام‌هایی را دیده‌ایم که به

گروه‌های خاصی از مردم در خصوص طغیان آبله میمونی انگ (تهمت) می‌زدند. سازمان جهانی بهداشت کاملاً شفاف ابراز می‌کند که این نگاه درست نیست. در وهله اول، هر کسی که تماس جسمی نزدیک از هر نوع با فردی که آبله میمونی دارد، صرف‌نظر از اینکه چه کسی است، چه کار می‌کند، با چه کسی چه نوع رابطه‌ای داشته و یا هر عامل دیگری، در معرض خطر است. دوم اینکه، انگ‌زدن به مردم به دلیل ناخوشی یا بیماری ناپسندیده است.

تنها تأثیر انگ‌زدن به احتمال زیاد بدتر کردن اوضاع است و ما را از پایان دادن هرچه سریع‌تر به این طغیان باز می‌دارد. ما باید همه با هم متحد شویم تا به مراقبت و محافظت از کسی که مبتلا شده یا کسانی که از دیگران مراقبت می‌کنند، کمک کنیم. ما می‌دانیم که چگونه باید این بیماری را متوقف کنیم و چگونه می‌توانیم از خود و دیگران محافظت کنیم. انگ‌زدن و تبعیض هرگز پسندیده نیست و فقط به صحبت در مورد این طغیان اخیر محدود نمی‌شود. ما همگی در این هنگامه با هم هستیم.

تشخیص آزمایشگاهی آبله میمونی

♦ هادی جهانتیغ

♦ فاطمه شهرکی

منبع: دستورالعمل و راهنمای بالینی،
تشخیص، درمان و مراقبت بیماری آبله
میمونی (Monkey pox) - مرکز مدیریت
بیماریهای واگیر - تیر ۱۴۰۱ - نسخه اول

آن با تیغ جراحی استریل برداشته شود و در داخل کرایوتیوب قرار داده شود. سپس سوآب به کف ضایعه به شدت مالیده شود تا اطمینان حاصل شود مواد سلولی به میزان کافی از کف آن برداشته شده است.

◀ در تهیه سوآب ترشحات، اطمینان حاصل شود که نوک سوآب کاملاً آغشته به اگزودا شده است. به عبارت دیگر ترشحات باید روی سوآب قابل مشاهده باشد.

◀ سوآبها در لوله فالكون یا کرایوتیوب با یا بدون محیط انتقال ویروس (VTM)، قرار داده شود.

◀ برای نمونه‌گیری از پوسته‌های خشک (Lesion crusts) با احتیاط و پس از ضد عفونی ضایعه، پوسته با تیغ جراحی استریل برداشته شده و در داخل فالكون یا کرایوتیوب

و پوسته‌های خشک (lesion crust) می‌باشد.

نوع نمونه و نمونه‌گیری:

◻ نمونه‌های تشخیصی عبارتند از:

۱- ضایعات پوستی:

بهترین نمونه توصیه شده برای تأیید آزمایشگاهی بیماری آبله میمونی، نمونه‌های تهیه شده از ضایعات پوستی شامل سوآب از ترشحات و/یا سطح ضایعه (Vesicular/Pustular swab)، پوسته رویی ضایعه (Lesion roof) و پوسته‌های خشک (Lesion Crust) می‌باشد:

◀ در ضایعات وزیکولر یا پوسچولر ممکن است لازم باشد سقف ضایعه باز شود. بدین منظور ابتدا پس از ضد عفونی کردن ضایعه، پوسته رویی

اگرچه تشخیص بالینی آبله میمونی اولین قدم در شناسایی موارد بیماری است، با این وجود تشخیص قطعی موارد تنها با تأیید آزمایشگاهی انجام می‌شود. به طور کلی روش‌های تشخیص آزمایشگاهی آبله میمونی عبارتند از:

• شناسایی ژنوم ویروس با استفاده از PCR

• جداسازی ویروس با کشت سلولی

• شناسایی آنتی ژن ویروس

• شناسایی آنتی بادی

تأیید آزمایشگاهی روتین موارد مشکوک و محتمل (Suspected/ Probable cases) به عفونت، به ویروس آبله میمونی با استفاده از تست PCR انجام می‌شود و بهترین نمونه برای شناسایی ژنوم ویروس، ضایعات پوستی (سوآب ترشحات ضایعات پوستی، پوسته رویی ضایعات

پیشگیری و مبارزه با بیماریها



در پیچ‌دار با یا بدون محیط انتقال ویروس (VTM) قرار داده شود.

◀ از هر نوع ضایعه (سواب ترشحات ضایعات پوستی، پوسته رویی ضایعات یا پوسته‌های خشک) باید حداقل دو نمونه و ترجیحاً از ضایعات نقاط مختلف بدن که از نظر ظاهری متفاوت باشند، جمع‌آوری و در یک لوله قرار داده شود. توجه شود ضایعات، پوسته‌ها و مایعات وزیکولی نباید در یک لوله مخلوط شوند.

و کاربرد تحقیقاتی دارند.

۳- سایر نمونه‌ها

نکته ۳: یافتن آنتی‌بادی در پلاسما یا سرم نباید به تنهایی برای تشخیص آبله میمونی استفاده شود. هرچند، در مواقعی که نتیجه PCR قطعی نمی‌باشد، یافتن آنتی‌بادی IgM در فاز حاد بیماری یا افزایش تیتراژ IgG در دو نمونه سرم با فاصله ۲۱ روز که اولین نمونه در هفته اول بیماری جمع‌آوری شده باشد، می‌تواند به تشخیص کمک کند.

توجه: واکسیناسیون اخیر ممکن است با آزمایشات سرولوژیکی تداخل داشته باشد.

بسته‌بندی و انتقال نمونه:

برای بسته‌بندی و ارسال نمونه می‌بایست از ظروف ۳ لایه مخصوص نمونه‌های عفونی (شکل

در صورت نیاز و با هماهنگی آزمایشگاه مرجع کشوری می‌توان از نمونه‌های دیگر از جمله سواب نازوفارنکس، سرم/پلاسما، خون کامل، ادرار و مدفوع نیز برای امور تشخیص یا پژوهش استفاده نمود.

نکته ۱: خون کامل دارای EDTA می‌تواند برای تشخیص در مراحل اولیه و قبل از بروز ضایعات پوستی استفاده شود. هرچند، بار ویروسی در خون در مرحله ویرمی کمتر از ضایعات پوستی است.

نکته ۲: جمع‌آوری نمونه از ضایعه در مرحله ماکولار فقط در صورت اندیکاسیون بالینی باید انجام شده و صرفاً توسط کارکنان آموزش‌دیده انجام شود. در شرایط فعلی، این نمونه‌های اضافی برای اهداف تشخیصی معمول در نظر گرفته نشده

◀ برای افزایش احتمال شناسایی ویروس در صورت امکان برای هر بیمار ۲ فالتکون/کرایوتیوب (هر کدام حاوی حداقل ۲ نمونه پوسته از ضایعات مختلف) تهیه شود.

◀ بر روی فالتکون/کرایوتیوب قبل از نمونه‌گیری مشخصات بیمار از جمله نام بیمار، تاریخ نمونه‌گیری و نوع نمونه قید شود.

۲- سواب اوروفارنکس

توصیه می‌شود علاوه بر نمونه ضایعه پوستی، یک نمونه سواب اوروفارنکس نیز جمع‌آوری گردد. هرچند، اطلاعات مربوط به صحت تشخیص بر روی این نمونه در بیماری آبله میمونی محدود است و تفسیر یک نتیجه منفی از نمونه سواب گلو باید با احتیاط انجام شود.

۵) استفاده نمود.

◆ ارسال نمونه‌ها می‌بایست با رعایت زنجیره سرد (۴ درجه سانتی‌گراد) انجام شود.

◆ به همراه نمونه می‌بایست نامه درخواست مکتوب آزمایش و فرم اطلاعات بیمار به آزمایشگاه ارسال شود.

نگهداری نمونه: نمونه‌ها در

اسرع وقت باید به آزمایشگاه ارسال شود. در غیر این صورت نمونه‌ها را می‌توان دردمای ۲۰- درجه سانتی‌گراد (تا ۷ روز) و یا ۷۰- درجه سانتی‌گراد به مدت طولانی نگهداری نمود.

انتقال امن و ایمن نمونه

◆ قبل از انتقال نمونه باید آزمایشگاه مرجع کشوری بیماری (انستیتو پاستور ایران به شماره تماس ۰۲۱۶۴۱۱۲۵۴۲) از ارسال نمونه مطلع گردد.

◆ باید فرد و یا افراد مسئول انتقال نمونه، آموزش‌های لازم از جمله شناخت بیماری، رعایت الزامات ایمنی و امنیت زیستی، استفاده از وسایل حفاظت فردی، نحوه آلودگی زدایی و نیز روش صحیح انتقال نمونه به آزمایشگاه مرجع کشوری بیماری، انتقال نمونه در بخش‌های مختلف بیمارستان و آزمایشگاه را جهت جلوگیری از خطر انتقال بیماری به خود، همکاران، جامعه و محیط زیست

را فرا گرفته باشند.

روش استاندارد بسته‌بندی نمونه‌ها:

◆ باید توجه داشت که جهت بسته‌بندی و انتقال نمونه، باید از سیستم سه لایه‌ای استاندارد استفاده کرد.

◆ ترجیحاً از دو دستکش که روی هم پوشیده شده، استفاده شود.

◆ اطراف لوله جهت رفع آلودگی احتمالی با ماده گندزدای مناسب مانند محلول سفید کننده خانگی با رقت ۱۰ درصد گندزدایی گردد. محل اتصال در لوله حاوی نمونه و بدنه با پارافیلیم بسته شود. ماده جاذب و ضربه گیر مانند حوله کاغذی و یا دستمال‌های جاذب با توجه به حجم مایع، به طور کامل دور آن پیچیده شود.

◆ سپس لوله داخل زیپ کیپ با کیفیت و کوچک قرار داده شود.

◆ زیپ کیپ داخل لوله فالتون در پیچ‌دار مقاوم قرار داده شود (جمعاً محفظه اولیه را تشکیل می‌دهد).

◆ در این مرحله باید دستکش رویی خارج شود بدین صورت که در ابتدا با کمک دست راست قسمت انتهایی دستکش دست چپ را گرفته و آن را از دست خارج نموده و دستکش دست چپ را در کف دست راست جمع کرده و نگه می‌داریم. سپس با کمک دو انگشت

دست چپ (انگشت اشاره و انگشت کناری آن) قسمت بالای دستکش دست راست را گرفته و دستکش دست راست را بر روی دستکشی که در وسط دست نگه داشته‌ایم، بر می‌گردانیم و با نوک انگشت دست چپ قسمت داخلی دستکش را گرفته و در کیسه مخصوص جمع‌آوری پسماند عفونی می‌اندازیم.

◆ از این زمان به بعد با دستکش زیرین کار ادامه می‌یابد.

◆ اطراف لوله فالتون با ماده گندزدای مناسب مانند محلول سفید کننده خانگی با رقت ۱۰ درصد گندزدایی می‌شود.

◆ می‌توان لوله فالتون را داخل Cold Box قرار داده و به کمک چند Ice Pack، آن را ثابت نمود و یا لوله فالتون را داخل محفظه‌های استاندارد که دارای Ice Pack است، قرار داده و سپس این محفظه را داخل محفظه نهایی یا جعبه تهیه شده توسط سازنده محفظه قرار داد.

◆ در صورت استفاده از محفظه‌های تجاری، با توجه به اینکه ویروس Monkey Pox در گروه مواد عفونی A قرار می‌گیرد، بر روی محفظه بیرونی تجاری، قسمت مرتبط علامت گذاری شود و یا از محفظه‌های مخصوص حمل مواد عفونی گروه A، استفاده گردد.

خود مراقبتی در برابر حمله سگ

◆ نورعلی اصغری

◆ خلیل شهریاری

منبع: دستورالعمل کشوری کنترل حیوان
گزیدگی و هاری در انسان - مرکز مدیریت
بیماریهای واگیر ۱۳۹۹-۱۴۰۰



حالت دفاعی و یا کنجکاو باشند. بنابراین برای اینکه از درگیری غیرضروری با سگها اجتناب کنید باید بتوانید بفهمید سگ فقط می خواهد بازی کند یا واقعاً در حالت تهاجمی قرار گرفته است. اگرچه برخی نژادها تهاجمی تر هستند اما هر سگ با اندازه بزرگ و متوسط می تواند خطرناک باشد بنابراین چون فکر می کنید این نژاد سگ بی خطر یا دارای برخورد دوستانه است علائم هشداردهنده را نادیده نگیرید.

این قبیل هستند بطوریکه تصور یک خانه روستایی بدون سگ نگهبان یا یک گله گوسفند بدون سگ گله دشوار به نظر می رسد. اما باید توجه داشت که از طریق همین حیوان تعدادی از بیماریها مانند بیماری هاری که بسیار کشنده است انتقال می یابد و یا سگ هار تهاجمی می تواند انسان را مورد حمله و اذیت قرار دهد. ولی بیشتر سگها تهاجمی نیستند اما ممکن است به خاطر قلمروی خود در

سگ به عنوان اولین حیوان اهلی شده به دست انسان، هزاران سال است که در کنار او زندگی کرده است و از او بعنوان دوست وفادار و کم توقع انسان یاد شده است. هرچند در برخی جوامع به دلایل گوناگون مانند زندگی شهری نشینی، فرهنگ و مذهب تمایل کمتری به نگهداری سگ دارند ولی هنوز هم بنا به نیازهای متفاوت تمایل نگهداری در کنار زندگی خود دارند. زندگی در روستا و مراکز کشاورزی، دامپروری از



❖ هرگز ندوید. دویدن باعث می‌شود غریزه دویدن به دنبال شکار و گرفتن طعمه در سگ بیدار شود. ممکن است سگ به شدت شما را تعقیب کند حتی اگر قصد اولیه اش تنها بازی بوده است. به علاوه نمی‌توانید از سگ سریعتر بدوید. حتی اگر با دوچرخه باشید بیشتر سگها می‌توانند شما را بگیرند.

❖ در کنار سگ بایستید و او را در وسعت دید پیرامونی خود قرار دهید نه اینکه روبروی او بایستید و به او مستقیماً نگاه کنید. این کار به سگ اعلام می‌کند که شما تهدیدی برای او نیستید.

۲. خود را مانند درخت بی هیجان و سخت نشان دهید.

وقتی سگ به شما می‌رسد، طوری بایستید که دستتان در پهلویتان قرار بگیرد مانند درخت. دستتان خود را به اطراف تکان ندهید یا با پایتان ضربه نزنید. ممکن است سگ این رفتارها را به عنوان تهدید در نظر بگیرد. تماس چشمی با سگ برقرار نکنید چون تماس چشمی برای سگ به معنی آماده برای حمله است.

پس در صورت مواجهه با یک سگ بایستی:

۱. وحشت نکنید.

اگر وحشت کنید و بدوید یا جیغ بکشید در سگ این اعتماد به نفس را ایجاد می‌کنید که می‌تواند حمله کند یا حتی بدتر از آن ممکن است تصور کند او را تهدید می‌کنید. هر دو حالت وضعیت خوبی نیستند.

پیشگیری و مبارزه با بیماریها

❖ دستان خود را باز نکنید چون امکان گاز گرفته شدن را بیشتر می‌کنید. انگشتان تان را جمع کرده و مشت کنید تا سگ آنها را نگیرد. سگ ممکن است کاملاً نزدیک شود و حتی پوزه اش را به شما بمالد بدون اینکه شما را واقعاً گاز بگیرد.

۳. چیزی به سگ بدهید که آن را گاز بگیرد. مثل کوله پشتی یا بطری آب. هر چیزی به جز دست و پای خود! ممکن است با این روش حواس او پرت شده و شما فرصت فرار پیدا کنید.

❖ یک ایده خوب دیگر این است که هنگامی که به نواحی می‌روید که ممکن است در آن سگ وجود داشته باشد، اسباب بازی یا خوراکی با خود ببرید. اگر با سگ عصبانی مواجه شدید خوراکی یا اسباب بازی را دور از خود پرت کنید. سگ ممکن است به دنبال آن برود و شما را رها کند

۴. به سگ دستور بدهید برگردد. اگر سگ به رفتار تهاجمی خود ادامه داد و بی‌توجهی یا آرام کردن او دیگر

تأثیری نداشت، مقابل او ایستاده و به او محکم دستور بدهید برود. برای این کار از صدای محکم و قوی استفاده کنید. حتی در این شرایط هم باید از تماس چشمی با سگ خودداری کنید. سگ ممکن است نا امید شده یا بترسد و شما را رها کند.

۵. اگر سگ خیز برداشت، مبارزه کنید. حمله سگ می‌تواند مرگبار باشد. اگر سگ شروع به گاز گرفتن شما کرد، باید از خود دفاع کنید. به گلو، بینی و پشت سر سگ ضربه یا لگد بزنید تا سگ گیج شده و به شما فرصت دهد فرار کنید.

❖ در این شرایط می‌توانید صدای خود را بالا ببرید. در هنگام مبارزه با سگ فریاد کمک بزنید تا شاید دیگران صدای شما را شنیده و به کمک‌تان بیایند.

❖ اگر چوب یا سلاح دیگری دارید می‌توانید (باید) از آن برای ضربه زدن به سگ استفاده کنید اما به سر او نزنید چون بیشتر سگها جمجمه خیلی ضخیم و محکمی دارند بنابراین ضربه به سر سگ فقط او را عصبانی‌تر می‌کند.

۶. از وزن خود بهره ببرید.

تمام وزن بدن را به حیوان وارد کنید به خصوص با نواحی سخت بدن مانند زانو یا آرنج خود به او حمله کنید. سگها گاز گیرنده ماهری هستند اما نمی‌توانند گلاویز شوند و کشتی بگیرند بنابراین می‌توانید از این ویژگی استفاده کرده و در موقعیت برتر قرار بگیرید و استخوان‌های او را نسبتاً سریع بشکنید. سعی کنید روی حیوان قرار بگیرید و نیروی خود را بر نواحی مانند گلو یا دنده‌ها متمرکز کنید و حواس تان باشد صورت خود را دور از محدوده گاز گرفتن سگ نگهدارید.

❖ اگر به دنبال راه حل انسانی‌تری هستید و در شرایطی هستید که می‌توانید، در پشت سگ قرار گرفته و از وزن خود استفاده کنید و سگ را از پشت گردن به جلو فشار دهید تا بی‌حرکت شود تا زمانی که کمک فرا برسد.

۷. اگر به زمین افتادید، از صورت، سینه و گلوی خود محافظت کنید. نه تنها

تعلیم نامناسب، یا اذیت کردن آنها اتفاق می افتد. بنابراین منطقی است که آمادگی داشته باشید.

❖ هرگز سگی را که در حال خوردن است یا توله به همراه دارد، تحریک نکنید. سگها در این شرایط بسیار حساس شده و از خود محافظت می کنند.

❖ از خندیدن به سگ خودداری کنید. ممکن است چهره دوستانه به او نشان دهید اما یک سگ مهاجم فکر می کند دارید دندانهایتان را برای مبارزه به او نشان می دهید.

❖ سگهایی که مدت زیادی به چیزی بسته شده اند یا زنجیر دارند بیشتر احتمال دارد که تهاجمی رفتار کنند بنابراین به آنها نزدیک نشوید.

❖ به کودکان بیاموزید که هرگز به سگهای ناآشنا نزدیک نشوند مگر اینکه مطمئن شوند بی خطر است. یادشان باشد هرگز از سگ فرار نکنند و جلوی او ندوند بلکه همانند یک درخت باشند.

❖ اگر سوار بر دوچرخه هستید، از دوچرخه پیاده شده و آن را بین خود و سگ حائل کنید. به این ترتیب مانعی برای محافظت از خود ایجاد می کنید.

علائم هشداردهنده متداول سگها به صورت زیر است:

❖ غریدن، خرخر کردن و نشان دادن دندانها نشانه های آشکار تهاجمی بودن سگ است و باید متناسب با آن رفتار کنید.

❖ سگ عصبانی ممکن است سفیدی چشمانش را نشان دهد به خصوص اگر در حالت عادی دیده نمی شود.

❖ وقتی نوک گوشها به عقب کشیده می شود و در امتداد سر قرار می گیرد نشانه روش تهاجم است در صورتی که گوش های شل و آویزان یا ایستاده معمولاً نشانه بی تفاوتی است.

❖ اگر سگ نزد شما بیاید درحالیکه بدنش ریلکس است و بخش میانی بدنش انحنای شیب دار دارد، احتمالاً نمی خواهد حمله کند. سگی که بدنش سفت، صاف و کشیده است (سر، شانه ها و رانها در یک ردیف قرار گرفته اند) در حالت تهاجم قرار دارد.

❖ راه رفتن یورتمه ای به این معنی است که سگ می خواهد بازی کند و شما را بررسی کند. وقتی سگ با سرعت به سمت شما می دود ممکن است خطرناک باشد.

❖ هرگز سگ را خشمگین نکنید. بیشتر حمله های سگها به علت عدم بستن یا محدود کردن کافی سگ،

مبارزه با سگ عصبانی مشکل تر است بلکه نواحی حساس بدن تان مانند سر، بالاتنه و گردن نیز در مقابل حمله او آسیب پذیرتر می شود. این نواحی مهمترین نقاط بدن هستند چون گازگرفتن این نواحی صدمات سختی به شما وارد کرده و احتمال مرگ را بسیار افزایش می دهد. با چرخیدن به شکم و بغل گرفتن زانوها در شکم و قرار دادن دستها در طرفین سر (به حالت مشت) از اندامهای حیاتی خود محافظت نمایید.

❖ در مقابل جیغ زدن و غلتیدن برای دور شدن مقاومت کنید چون این کارها ممکن است سگ را بیشتر تشویق کند.

۸. همین که سگ علاقه اش به شما را از دست داد به آهستگی به عقب برگردید و محل را ترک کنید. حفظ آرامش و بی حرکت ماندن در چنین شرایطی واقعاً به کنترل اعصاب نیاز دارد اما تا زمانی که سگ واقعاً شما را گاز نگرفته است بهترین کار همین است.

پیشگیری و مبارزه با بیماریها



◆ نورعلی اصغری

◆ فاطمه میر

منبع: دستورالعمل کشوری کنترل
حیوان گزیدگی و هاری در انسان - مرکز
مدیریت بیماریهای واگیر ۱۳۹۹-۱۴۰۰

بیماری هاری

هاری چیست؟

تاریخچه این بیماری به ۳ تا ۴ هزار سال پیش برمیگردد. بوعلی سینا دانشمند نامدار ایرانی بیماری را با عنوان ترس از آب معرفی کرده است. هاری یک بیماری ویروسی کشنده است که مخصوص پستانداران، گوشتخواران اهلی و وحشی می باشد؛ انسان و سایر حیوانات خونگرم پستاندار به طور تصادفی و غالباً از طریق گزش به آن مبتلا می شوند. موارد ابتلا به هاری در گرگ، شغال، خرس، کفتار، گربه وحشی، سمور، راسو (موش خرما، خدنگ، قاقم)، گورکن، راکون، پلنگ و بسیاری پستانداران وحشی دیگر گزارش شده است، لذا باید پس از هر گونه جراحت

توسط این حیوانات، پیشگیری پس از حیوان گزیدگی انجام شود. چونندگان مخازن ویروس هاری نیستند.

حیوانات اهلی

امکان ابتلای تمامی دام های اهلی مانند گاو، اسب، الاغ، قاطر، شتر، گوسفند، بز، خوک، گاو میش و لاما به هاری وجود دارد و در صورت گزش یا خراش بدن انسان توسط این حیوانات لازم است اقدامات پیشگیری پس از تماس انجام شود.

تعریف حیوان گزیدگی

۱- گازگرفتگی یا خراش توسط حیوان ناقل یا مشکوک به هاری.
۲- تماس مخاطات (چشم؛ دهان و بینی) و یا زخم باز انسان با بزاق و یا

قسمتهایی از سیستم اعصاب مرکزی مانند مغز و نخاع حیوان ناقل بیماری.
۳- هرگونه تماس با خفاش.

گزش

هرگونه نفوذ دندان یا ناخن در پوست، گزش محسوب می شود. همه ی گزشها بدون توجه به محل یا وسعت، آسیبی بالقوه خطرناک اند. خطر انتقال هاری از نظر گونه ی حیوان گزنده، محل گزش و شدت زخم متفاوت است. گرچه خطر انتقال هاری با شدت زخم افزایش می یابد، اما این خطر انتقال می تواند با حیواناتی مثل خفاش که آسیب های کوچکی در مقایسه با آسیب های بزرگی که گوشتخواران وارد می کنند افزایش یابد. انواع گزش

شامل: خراشیدگی، سوراخ شدگی، کنده شدگی و له شدگی می باشند.

بدون گزش

مواجهه با حیوانات، بدون گزش، به ندرت باعث ابتلا به هاری می شود. ولی به دلیل وجود گزارشات بیماری از تماس های بدون گزش، لازم است این گونه تماسها نیز بررسی و در صورت لزوم پیشگیری پس از تماس انجام شود.

در انواع مواجهه ی بدون گزش، بیشترین خطر، مربوط به تنفس میزان زیاد ویروس می باشد. در خصوص پیوند اعضا نیز امکان خطر وجود دارد لذا، هنگام پیوند عضو، می باید فرد اهدا کننده از نظر عدم ابتلا به هاری مورد ارزیابی قرار گیرد.

آلودگی زخمهای باز یا ساییدگی (شامل خراش) یا آلودگی سطوح مخاطی با بزاق یا دیگر مواد عفونی (به عنوان مثال بافت عصبی) از حیوان هار نیز مواجهه ی بدون گزش محسوب می شود.

راههای سرایت بیماری

۱- اصلی ترین راه سرایت بیماری از طریق گازگرفتن به وسیله حیوانات می باشد. در مورد گربه و گربه سانان از طریق پنجه کشیدن نیز انتقال بیماری صورت می گیرد، زیرا گربه دائماً مشغول لیسیدن

پنجه هایش می باشد و پنجه ها آلوده به بزاق می شوند و در موقع پنجه کشیدن می تواند ویروس را از طریق خراش به انسان منتقل نماید.

۲- راه پوست: بیماری هاری از راه پوست سالم قابل سرایت نیست، ولی اگر کوچکترین خراش یا زخمی در پوست وجود داشته باشد قابل سرایت می باشد.

۳- راه مخاطی: سگها و گربه های به ظاهر سالم که در اواخر دوره نهفتگی بیماری هاری هستند می توانند ویروس را از طریق لیسیدن مخاط لب چشم و بینی به صاحبان خود منتقل نمایند.

۴- انتقال از راه دستگاه گوارش: انتقال بیماری از این طریق بعید به نظر می رسد ولی طبق دستورالعمل سازمان دامپزشکی کشور لاشه دام مبتلا به هاری ضبط کامل لاشه می شود و باید از خوردن گوشت و سایر فرآورده دام های مبتلا به هاری خودداری نمود.

علائم بیماری در حیوان

دوره کمون یا نهفتگی در سگ و گربه ۲ تا ۳ هفته و گاهی چند ماه است. مهمترین علائم، تغییر در رفتار و عادات حیوان می باشد، به گونه ای که در بعضی مواقع حتی ممکن است

حیوان بیش از اندازه به صاحب خود انس بگیرد و به گوشه ای پناه می برد و بالاخره در اثر فلج اندامی و دستگاه تنفسی تلف می شود و یا در بیشتر مواقع حیوان، مضطرب و به تدریج به صورت وحشی و درنده درآمده و به هر کس و هر حیوان که سر راه او باشد حمله می کند، کف از دهانش سرازیر شده و به علت عدم امکان بلع بر اثر گرسنگی، تشنگی و سرانجام بر اثر فلج دستگاه تنفسی تلف می شود.

علائم بیماری هاری در انسان

دوره نهفتگی در انسان معمولاً بین ۲ تا ۸ هفته و گاهی کمتر از ۵ روز و به طور نادر تا یکسال و بیشتر نیز دیده می شود.

این بیماری شامل چند مرحله است. افسردگی، بی قراری، خستگی، بی اشتها، تفاندازی، سوزش و خارش و گاهی درد در محل گزش دیده می شود؛ پس از این دوره انسان نسبت به تمام محرکهای فیزیکی، شیمیایی، حسی و بویایی واکنش نشان می دهد. کوچکترین صدا یا نور او را به شدت متشنج می کند و خود را به در و دیوار می زند؛ اطراف دهان او را کف می پوشاند و بیمار عطش فراوان دارد، ولی به علت انقباض عضلات گلو قادر به نوشیدن آب نمی باشد و با دیدن یا شنیدن صدای آب به شدت

پیشگیری و هباززه با بیماریها



ضد هاری توسط متخصص مربوطه و در صورت نیاز تحت بیهوشی و یا بی حسی ناحیه‌ای تزریق گردد.

۲- خونریزی غیرقابل کنترل

۳- کاهش فشارخون (فشار خون سیستولیک کمتر از ۱۰۰ میلیمتر جیوه) یا کاهش فشار خون وضعیتی

۴- خواب آلودگی و اختلال

هوشیاری به دلیل صدمه یا ضربه به سر

۱- در مواردی که جراحات شدید است و یا علیرغم خفیف بودن، جراحات در نواحی حساس بدن نظیر؛ چشم، پلک، گوش، دهان، بینی، پرینه، ناحیه تناسلی، مفاصل و مجاورت عروق بزرگ ایجاد شده است، به دلیل احتمال ایجاد آسیب و یا عدم تحمل تزریق در فرد مصدوم، نیاز به اعزام وی به بیمارستان می‌باشد تا ضمن انجام اقدامات تخصصی درمانی، (ایمونوگلوبولین هاری یا همان سرم

تحریک می‌شود و همچنین عبور هوا نیز از روی صورت باعث تحریک بیمار می‌شود؛ پس از آن بیمار به کما رفته و پس از چند روز، بر اثر انقباضات شدید عضله قلب و فلج دستگاه تنفسی فوت می‌نماید.

ارجاع به بیمارستان

در برخی موارد به دلیل نیاز به انجام اقدامات و مراقبت‌های خاص، لازم است بیمار به بیمارستان ارجاع داده شود که شامل موارد زیر می‌باشند:

آب پرفشار استفاده شود، سپس با پویدین آیداین (بتادین) و یا سایر ترکیبات ضد عفونی کننده زخم که بتواند ویروس را از بین ببرد، زخمها ضد عفونی می شوند. باید توجه داشت هر زخم بایستی بطور جداگانه حداقل به مدت ۱۵ دقیقه شسته شود. موارد مبتلا به هاری به دلیل عدم توجه کافی به شستشوی کامل همه زخمها گزارش شده و بخصوص به زخمهای کوچک و سایر مناطق باید توجه ویژه شود.

اقدامات لازم جهت فرد حیوان گزیده

۱- خارج ساختن و تمیز نمودن ویروس هاری از محل زخم: تا حد مقدور در ساعات اولیه پس از گزش باید لابلای زخم را حداقل به مدت ۱۵ تا ۲۰ دقیقه با آب تمیز و صابون عمیقاً مورد شستشو قرار داد. این عمل مهم ترین قسمت پیشگیری از هاری به حساب می آید.

۲- خارج کردن صابون از لابلای زخم:

با استفاده از شلنگ و فشار آب باید کف صابونهای باقیمانده را از لابلای زخم خارج نمود، زیرا باقیمانده صابون می تواند مواد ضد عفونی کننده را بی اثر نماید.

درمان مؤثری برای هاری وجود ندارد. درمان پیشگیری هاری، به منظور جلوگیری از ورود ویروس به سیستم اعصاب مرکزی که منجر به مرگ می شود انجام می شود. این اقدامات به ترتیب عبارتند از:

۱- درمان موضعی زخم بلافاصله پس از وقوع مواجهه

۲- تزریق واکسن هاری مؤثر بر اساس معیارهای سازمان جهانی بهداشت

۳- استفاده از سرم ایمونوگلوبولین هاری در صورتی که نیاز باشد

درمان پیشگیری مؤثر بلافاصله پس از وقوع مواجهه می تواند از بروز علائم بالینی و مرگ ممانعت کند.

درمان موضعی زخم

بایستی بیمار کاملاً معاینه شده و همه زخم ها شناسایی گردد؛ مشاهده شده گاهی توجه به خراشیدگی ها و زخم های کوچک نشده که خود ممکن است موجب ابتلا هاری گردد. درمان زخم شامل کمک های اولیه ای است که در مورد زخم ها به مدت ۱۵ الی ۲۰ دقیقه برای هر زخم توسط فرد درمانگر بایستی انجام شود، شامل شستشوی کامل با آب (حتی الامکان ولرم) و صابون یا سایر شوینده های مناسب پوست بدن و مقدار زیادی

۵- احتمال شکستگی استخوان

۶- احتمال پارگی عضله و عصب

۷- نیاز به دبریدمان وسیع

۸- نیاز به تزریق سرم ضد هاری در بیهوشی

۹- احتمال صدمه به اعضا خاص

مانند چشم، پلک، گوش، دهان، بینی، پرینه، ناحیه تناسلی، مفاصل و مجاورت عروق بزرگ ایجاد شده است، به صلاحدید بهورز و کارشناس مراقب سلامت و یا پزشک در صورت لزوم بیمار به بیمارستان ارجاع گردد.

۱۰- در صورت لزوم در طی واکسیناسیون (مانند حساسیت به واکسن) بیمار به بیمارستان ارجاع گردد.

در موارد فوق حتی الامکان شستشو داده شود و تزریق سرم و واکسن در بیمارستان انجام گیرد. حتی الامکان از بخیه زدن خودداری گردد مگر با صلاحدید پزشک متخصص و در شرایط ویژه ضمناً در این چنین موارد حتماً قبل از سرم ضد هاری در زخم تزریق گردد.

درمان موارد مبتلا به هاری

هاری بیشترین میزان کشندگی را در بین بیماری های عفونی دارد. وقتی علائم بالینی بیماری آغاز می شود

پیشگیری و هباززه با بیماریها

۳- ضد عفونی نمودن زخم:

زخم را بعد از شستشو باید با بتادین یک درصد و یا سایر مواد مخصوص ضد عفونی زخم، ضد عفونی نمود (در صورت در دسترس نبودن مواد ضد عفونی کننده زخم می توان از الکل طبی ۶۰ تا ۷۰ درجه استفاده کرد

اگرچه الکل سوزاننده است و موجب ناراحتی بیمار می شود) نکته مهم این که زخم را هیچ وقت نباید پانسمان نمود زیرا ویروس هاری نسبت به نور و اکسیژن حساس است و در مجاورت نور و اکسیژن زودتر از بین می رود. پانسمان زخم احتمال از بین رفتن

ویروس را کاهش می دهد.

۴- ارجاع فرد به مراکز بهداشتی درمانی جهت تلقیح واکسن و سرم و پیگیری جهت تکمیل نوبت های واکسن

گروه	طبقه بندی انواع مواجهه با حیوان مشکوک به هاری	اقدامات درمانی پس از مواجهه
۱	لمس کردن یا غذا دادن به حیوان مشکوک، لیسیدن پوست سالم توسط حیوان مشکوک	شستشوی محل تماس با آب و صابون حداقل ۱۵ دقیقه
۲	گاز گرفتن پوست، خراشیدگی کوچک و کم، ساییدگی بدون خونریزی	درمان موضعی زخم ها و تزریق فوری واکسن
۳	گزیدگی و خراشیدگی های منفرد و یا متعدد عمیق پوست، لیسیدن پوست آسیب دیده (قبل و جدید) به هر دلیل، آلوده شدن غشاهای مخاطی (شامل چشم، پلک، دهان، بینی، ناحیه تناسلی و مقعد) با بزاق حیوان مشکوک مانند لیسیدن، هر نوع جراحت در سر، صورت، گردن و دست، نوک انگشتان تا مچ دست و ناحیه تناسلی، هر نوع گزش توسط حیوان محتمل و قطعی مبتلا به هاری، مواجهه یا تماس با خفاش، گزش یا خراشیدگی توسط خفاش، افراد مبتلا به ضعف شدید سیستم ایمنی ارثی و اکتسابی، مبتلا به بیماری و یا مصرف داروهای تضعیف کننده سیستم ایمنی	درمان موضعی زخم ها تزریق فوری واکسن و سرم ضد هاری



واکسن هاری

واکسن هاری از کشت سلولی تهیه می‌شود و آن را می‌بایست در ۳ نوبت (۶ تزریق)، در روز صفر (دو تزریق)، روز ۳ (دو تزریق) و روز ۷ (دو تزریق) به صورت اینترادرمال تزریق کرد.

در موارد خاص تزریق عضلانی شامل ۴ نوبت و هر نوبت یک تزریق در روزهای صفر، ۳، ۷ و ۱۴ در عضله دلتوئید می‌باشد

در افراد کمتر از ۲ سال در صورت تزریق عضلانی، واکسن در ناحیه فوقانی و جانبی ران تزریق می‌شود. هرگز نبایستی واکسن را در عضله سرین تلقیح کرد.

اگر فردی مورد گزش سگ قرار گیرد و سگ در دسترس باشد باید آن را به مدت ۱۰ روز بسته و تحت مراقبت قرار داد و در این مدت اگر حتی در صورت تأمین آب و غذای کافی حیوان دچار علائم بالینی شد و یا تلف شد، به احتمال زیاد حیوان هار بوده و بایستی واکسیناسیون هاری تا نوبت آخر ادامه پیدا کند (مغز حیوان مشکوک به هاری پس از تلف شدن می‌باید برای تایید بیماری هاری به مرکز رفرانس هاری انستیتو پاستور ایران ارسال شود)، ولی اگر بعد از ۱۰ روز حیوان سالم ماند نتیجه می‌گیریم سگ هار نیست و از ادامه واکسیناسیون در

روش عضلانی یعنی نوبت بعد از روز دهم خودداری می‌نماییم.

سرم ضد هاری

سرم ضد هاری که در حال حاضر مورد استفاده قرار می‌گیرد از پلاسمای انسانی تهیه شده و هیچ نوع مخاطره‌ای ندارد و احتیاج به تست نیز ندارد.

مقدار آن حداکثر ۲۰ واحد به ازای هر کیلوگرم وزن بدن می‌باشد و فقط حجم لازم بر اساس اندازه زخم فقط در اطراف زخم تجویز می‌شود.

در چه مواردی علاوه بر واکسن، تجویز سرم نیز مورد نیاز می‌باشد؟

- ۱- گزیدگی و خراشیدگی منفرد و یا متعدد عمیق پوستی،
- ۲- لیسیدن پوست آسیب دیده، آلوده‌شدن غشاهای مخاطی با بزاق حیوان مشکوک
- ۳- هر نوع مواجهه با خفاش شامل

ورود به غار دارای خفاش و یا گزش یا خراشیدگی توسط خفاش و ...

۴- مواجهه با حیوان محتمل یا قطعی مبتلا به هاری

۵- هر نوع جراحت در سر، صورت، گردن و دست (نوک انگشتان تا مچ دست) و ناحیه تناسلی

در صورتیکه فرد مجروح دارای سابقه واکسیناسیون نباشد و یا قبلاً تنها یک دوز واکسن دریافت کرده باشد می‌باید سرم ضد هاری در مورد او تجویز شود.

تذکر مهم: کلیه موارد حیوان گزیدگی چه اهلی و چه وحشی را باید هار تلقی نمود و بیمار را باید فوراً تحت اقدامات پیشگیری و درمان هاری قرار داد؛ این موضوع به قدری اهمیت دارد که اگر حیوان گزنده مثل سگ دارای قلاده و سابقه واکسیناسیون کامل نیز باشد، می‌بایست اقدامات پیشگیری و درمان را برای فرد سریعاً انجام داد.



برای حفظ سلامتی و کاهش اثرات بیماریها

◆ **مهرنگار آزوغ**

◆ **علیرضا پیری**

۱- عسگری، عبدالرضا، رشیدی، عبدالمجید، نقش ورزش در پیشگیری از بیماری و درد مفاصل، انتشارات فرزنانگان دانشگاه، سال ۱۳۹۷

۲- دفتر مدیریت بیماریهای غیر واگیر، کتابچه راهنمای فعالیت بدنی، نشر حافظ، سال ۱۳۹۷

بزرگسالان) مبتلا شوند. و در صورت ابتلا نیز دیابت این افراد با انجام ورزش منظم بهتر کنترل می شود. در بیماران دیابتی نوع دو، انسولین وجود دارد اما قادر به عمل نیست که اصطلاحاً به آن (مقاومت به انسولین) گفته می شود. مشخص شده است که افراد چاق وجود چربی زیاد به شکل بارزی باعث ایجاد مقاومت به اثرات انسولین و در نتیجه بالا رفتن قند خون و عوارض ناشی از آن می شود. ورزش با کاهش بافت چربی و افزایش میزان سوخت و ساز بدن، مقاومت به انسولین و سطح گلوکز خون را کاهش می دهد. حتی در بیماران دیابتی نوع یک که در بدن آنها انسولین وجود ندارد یا به میزان کافی ترشح نمی شود، ورزش با افزایش متابولیسم (سوخت و ساز) و مصرف انرژی، سطح گلوکز یا قند

مشروبات الکلی است که پنج مورد از آنها، ارتباط شناخته شده ای با فعالیت بدنی ناکافی و تغذیه نامناسب دارند. بیش از ۱۴ درصد مرگ در جهان را می توان به فعالیت بدنی ناکافی نسبت داد، ضمن آن که این رفتار در ایجاد ۲۵-۲۱ درصد موارد سرطان پستان و کولون، ۲۷ درصد موارد دیابت و ۳۰ درصد موارد بیماریهای قلبی عروقی نقش دارد.

به این ترتیب مشخص می شود که ترویج فعالیت بدنی در جامعه یکی از راه حل های عملی و اثربخش در کاهش بار بیماری های مزمن غیرواگیر است. فعالیت بدنی منظم، خطر تمام عوامل مرگ آور را کاهش می دهد.

دیابت یکی از مهمترین بیماریهای ناشی از کم تحرکی است. در کشور ما حدود ۵ تا ۶ درصد جمعیت به این بیماری مبتلا هستند. افراد دارای فعالیت جسمی منظم کمتر احتمال دارد که به دیابت نوع دوم (دیابت

فعالیت جسمانی و ورزش، روشی برای افزایش سلامت و جلوگیری از بیماریهای جسمی و روانی می باشد. افرادی که آمادگی و توان جسمی خوبی دارند، در فعالیتهای اجتماعی و فردی موفق تر می شوند؛ چون این افراد از شادابی، انرژی و سلامت بیشتری برخوردار هستند.

بیماریهای غیرواگیر هر ساله در جهان به مرگ ۳۶ میلیون نفر منجر می شود و پیش بینی می شود که این میزان تا سال ۲۰۲۴ به بیش از ۹۴ میلیون نفر در سال برسد. از میزان یاد شده، ۴۸ درصد بیماریهای قلبی عروقی، ۳۱ درصد به سرطانها، ۱۲ درصد به بیماریهای انسدادی ریه و ۳ درصد به دیابت قندی قابل انتساب است. مهمترین عوامل خطر زمینه ساز بیماریهای غیرواگیر شامل فشارخون بالا، سطح بالای کلسترول خون، مصرف ناکافی میوه و سبزی، اضافه وزن و چاقی، فعالیت بدنی ناکافی، مصرف دخانیات و نوشیدن

تمرینات ورزشی

ورزش بر حسب شدت و میزان فعالیت جسمانی و انرژی مصرفی بر حسب واحد زمان به انواع سبک، نیمه سنگین و سنگین تقسیم می‌شود. در کل ورزش‌های سبک بر جسم و روان انسان آثار مفیدی می‌گذارند.

علاوه بر فعالیت‌های بدنی روز مره که تاثیر زیادی در حفظ تندرستی و سلامت دارد، اختصاص دادن زمان‌هایی در طول هفته به انجام تمرین‌های ورزشی و ورزش‌های هوازی ضروری است و تاثیر زیادی در آمادگی قلبی تنفسی و نیز آمادگی عضلانی دارد. امروزه افراد مختلف با توجه به علایق و شرایط خود، به انجام فعالیت‌های ورزشی متنوعی بر اساس مکان، زمان و تجهیزات مورد نیاز، مشغول هستند. توصیه می‌شود قبل از آنکه به فعالیت ورزشی اصلی بپردازید، با اجرای تمرینات ورزشی بدن‌تان را آماده کنید. ورزش مناسب با سطح کار خود را انجام دهید و چنانچه در مراحل اولیه هستید، حتماً با ورزش سبک آغاز کنید. ضمناً قبل و بعد و در حین ورزش آب بنوشید. قبل و بعد از انجام ورزش، بدن خود را با حرکات کششی کاملاً گرم کنید. لباس و کفش مناسب و راحت بپوشید. از ورزش لذت ببرید. قبل از ورزش، غذای زیادی نخورید.

آرتروز، شایع‌ترین بیماری مفصلی در انسان است. چاقی عامل خطر مهمی برای آرتروز زانو محسوب می‌شود. تحمل وزن اضافی، مفاصل را فرسوده خواهد کرد. حتی کاهش وزن در حد چند گرم، فشار اضافی را از روی مفاصل ملتهب بر می‌دارد. ورزش در کنار تغذیه سالم بهترین شیوه درمان برای کاهش وزن است. ورزش از طریق افزایش میزان مصرف انرژی، افزایش میزان توده عضلانی و در نتیجه افزایش میزان سوخت و ساز در بدن، موجب جلوگیری از افزایش وزن و باعث تناسب اندام می‌شود. یکی از تصورات غلط و متداول نزد عموم، زیان بار دانستن پیاده روی و بالا یا پایین رفتن از پله برای افراد سالم است.

در صورتی که فشار بر سطح مفصلی در افراد سالم باعث تغذیه بهتر سطوح مفصلی در مفاصل می‌شود. همچنین تقویت عضلات اطراف مفصل باعث ثبات سطوح مفصلی در مجاورت یکدیگر و مانع از سایش و فرسودگی زود هنگام سطوح مفصلی و در نتیجه پیشگیری از آرتروز می‌شود.

آمارها حاکی از آن است که اگر افراد بی تحرک، کمی فعالیت کنند، از مرگ‌های زود رس زیادی پیشگیری خواهد شد.

خون را کاهش می‌دهد و بدین ترتیب نیاز به انسولین تزریقی یا رعایت رژیم‌های بسیار سخت و محدود را در این افراد کمتر می‌کند.

کم‌تحرکی، یکی از عوامل خطر اصلی و عمده برای بیماری‌های قلب و عروق است. فعالیت بدنی، میزان ابتلا، مرگ و میر و سایر عوارض بیماری‌های قلبی و عروقی را بطور بسیار موثری کاهش می‌دهد و سبب می‌شود توانایی عضله قلب برای پمپ کردن خون و اکسیژن افزایش یابد. برخی مطالعات حاکی از آن است که فعالیت بدنی موجب ایجاد عروق ریز اضافی می‌شود. این عروق جدید در مواقعی که خون رسانی از یک مسیر عروقی به عضله قلب کاهش یابد (مثلاً در حمله قلبی) باز می‌شوند و خون و اکسیژن را برای عضله قلب تامین و از مرگ آن قسمت جلوگیری می‌کنند. ورزش باعث کاهش اسیدهای چرب آزاد خون و افزایش کلسترول خوب یا HDL می‌شود. بدین طریق پدیده آترواسکلروز یا تنگ شدن عروق بدن از جمله عروق قلبی و مغزی به تاخیر می‌افتد و هیچ‌گاه به حد بحرانی و انسداد (که در این صورت شاهد سکته‌های مغزی یا قلبی خواهیم بود) نمی‌رسد. همچنین باعث کاهش مقدار چربی‌ها از جمله تری‌گلیسیرید و کلسترول بد یا LDL می‌شود.

◆ حسینعلی ستوده

منابع:

- ۱- موتابی، فرشته، فتی، لادن، (۱۳۹۹)، راه و رسم درمانگری در نظریه شناختی رفتاری، انتشارات دانژه
- ۲- اپستین، نورمن، باکوم، دونالد، (۱۹۴۷) زوج درمانی شناختی رفتاری پیشرفته: یک رویکرد بافت مدار، ترجمه: میناجمشیدنژاد (۱۳۹۹)، انتشارات ارجمند

CBT

رویکرد شناختی رفتاری

مقدمه و تاریخچه:

رویکرد شناختی رفتاری برای نخستین بار در اواخر دهه ۵۰ و ابتدای دهه ۶۰ میلادی و طی دو حرکت موازی توسط آلبرت ایس و آرون تی بک در آمریکا آغاز شد. این دو در مکتب روانکاوای آموزش دیده بودند و خیلی زود دریافتند که باید به نحو دیگری به اختلالات نگرست.

آنها معتقد بودند که احساسات و رفتار انسان متأثر از شیوه تفکر و سبک پردازش اطلاعات اوست. این ایده اگرچه در ابتدا ساده و بدیهی به نظر می‌رسید اما زمانی که مطرح شد با بدیهیات زمان خود فاصله زیادی داشت.

از نظر روانکاوان، ناهشیاری فرمانروای روان محسوب می‌شد و پرداختن به افکار آگاهانه و هشیارانه کار ثمربخشی به شمار نمی‌آمد. رفتارگرایان نیز معتقد



بدین معنا که درمان شناختی رفتاری از همان ابتدای شکل‌گیری با پژوهش عجین شد و شروع به جمع‌آوری شواهد عینی در تایید مقرون به صرفه بودن و کارایی خود کرد.

۲- نظریه شناختی رفتاری از همان ابتدا تلاش کرد تا پشتوانه‌های قدرتمندی در فلسفه و دانش عمومی روانشناسی برای خود فراهم کند. به این ترتیب رویکرد شناختی رفتاری به لحاظ

بودند که با مطالعه همایندی موقعیت‌ها، رفتارها و پیامدها می‌توان اختلالات روانی را تبیین کرد.

نظریه شناختی رفتاری از ابتدای ظهور خود با چالشی عظیم رو به رو بود اما چند عامل باعث دوام آن شد:

۱- رویکرد شناختی رفتاری در طول رشد و تحول خود شواهد تجربی، بالینی و پژوهشی بسیاری دال بر کارآمدی خود فراهم نمود.

۲- کمبود رفتار

برخلاف مورد قبل، برخی رفتارها به این دلیل که از نظر فراوانی، شدت و مدت کمتر از حد انتظار هستند مختل محسوب می‌شوند. مثلاً تن صدای فرد دارای اختلال اضطراب اجتماعی پایین‌تر از حد معمول است و به لحاظ شدت دارای کمبود است.

۳- ناهنجاری رفتار

گاهی اوقات ماهیت رفتار، ناهنجار است یا رفتار به شکل ناهنجاری انجام می‌شود. مثلاً نقص در مهارت‌های اجتماعی مانع از برقراری ارتباط درست با دیگران می‌شود. علاوه بر این طبقه بندی برخی الگوهای رفتاری نیز در اختلالات مختلف وجود دارند که مدام تکرار شده و سبب حفظ و تداوم اختلال می‌شوند که این رفتارها عبارتند از:

الف) اجتناب

این الگو در اختلالات مختلف دیده می‌شود. در این الگو قرار گرفتن در موقعیت‌های خاصی هیجان منفی ایجاد می‌کند. بنابراین فرد برای تجربه نکردن این هیجان از آن موقعیت اجتناب می‌کند. این الگو عمدتاً در اختلالات اضطرابی مشاهده می‌شود.

فراوانی و شکل آن رفتار را تبیین کنند. بنابراین در کار درمان با تغییر این پیشایندها و پسایندها می‌توان رفتار فرد را تغییر داد.

پیشایندها در واقع همان محرک‌هایی هستند که سبب بروز رفتار می‌شوند و پسایندها همان پیامدها یا نتایج رفتارها هستند.

در توضیح رویکرد شناختی رفتاری لازم است به طبقه بندی اجزای رفتاری نیز پرداخته شود، یکی از طبقه بندی‌های رایج این است که مشکلات رفتاری به سه دسته بیش بود رفتار، کمبود رفتار و ناهنجاری رفتار تقسیم می‌شوند:

۱- بیش بود رفتار

در برخی موارد رفتار خاصی مختل در نظر گرفته می‌شود چون فراوانی آن زیاد است یعنی زیاد تکرار می‌شود، مدت زیادی طول می‌کشد و یا از شدت بالایی برخوردار است. در واقع خود رفتار مشکلی ندارد بلکه بیش بود آن است که باعث می‌شود آن را مختل بدانیم. برای مثال شستن دست به خودی خود مشکلی ندارد اما به این دلیل که در افراد مبتلا به اختلال وسواسی جبری به دفعات زیاد تکرار می‌شود آسیب‌زا است.

فلسفی نظریه‌ای پدیدار شناختی و ساخت‌گرا به شمار می‌رود و از روانشناسی شناختی جرج کلی و نظریه اجتماع آدلر نیز بسیار تاثیر پذیرفته است.

۳- روش درمان شناختی رفتاری در مراحل مختلف رشد خود تلاش کرد به جای موضع گرفتن در مقابل نظریه‌های رقیب تا حد امکان مدل‌های موجود را با مدل شناختی رفتاری تلفیق کند. تا جایی که رویکرد کنونی تلفیقی از رویکردهای شناختی و رفتاری است.

۴- نظریه شناختی رفتاری یک نظریه علمی است. بنابراین مشمول اصل ابطال پذیری بوده و قابل تعدیل و تغییر است. به همین دلیل طی سالیان گذشته در نتیجه پژوهش‌های مکرر حک و اصلاح شده است.

اجزای رفتاری در مدل شناختی رفتاری

یکی از نظریه‌هایی که مفاهیم آن با نظریه شناختی به خوبی تلفیق شد و منجر به شکل‌گیری عنوان رویکرد شناختی رفتاری گردید نظریه رفتاری است. بر طبق نظریه شناختی رفتاری پیشایندها و پسایندهای یک رفتار می‌توانند



ب) رفتار ایمنی

این رفتار نیز بیشتر هنگام اضطراب مشاهده می‌شود و راه‌هایی هستند که بیمار با کمک آنها اضطراب ناشی از رویارویی را به حداقل می‌رساند. برای مثال همراه داشتن داروهای قلبی در اختلال پانیک و همراه شدن با فرد دیگری هنگام خرید در آگورافوبیا از جمله رفتارهای ایمنی در رویکرد شناختی رفتاری است.

اجزای شناختی در مدل درمان شناختی رفتاری

در رویکرد شناختی رفتاری به سه سطح از شناخت اشاره شده است:

باورهای بنیادین، باورهای میانجی و افکار خودآیند منفی و علاوه بر این سه سطح، خطاهای شناختی نیز از اجزای مهم شناختی رویکرد cbt محسوب می‌شوند.

۱- باورهای بنیادین در رویکرد شناختی رفتاری

این باورها عمیق‌ترین سطح شناخت‌ها را در رویکرد شناختی رفتاری تشکیل می‌دهند. برای توصیف این سطح از واژه "طرحواره" نیز استفاده می‌شود. طرحواره یک ساختار در نظام پردازش

اطلاعات است و باورهای بنیادین محتوای این ساختار محسوب می‌شوند.

ویلیامز و همکاران طرحواره را به عنوان مجموعه اطلاعات ذخیره شده‌ای معرفی می‌کنند که با اطلاعات وارده به سیستم پردازش اطلاعات در تعامل بوده و توجه انتخابی و جستجو در حافظه را تحت تاثیر قرار می‌دهند. این اطلاعات از تجارب گذشته‌ی فرد حاصل شده‌اند.

طرحواره‌ها به دو دسته‌ی سازگار و ناسازگار تقسیم می‌شوند که در رویکرد cbt عمدتاً با طرحواره‌های ناسازگار سر و کار داریم.

تجربگی منجر به شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگانه می‌شوند که هیجان زیادی ایجاد می‌کنند و

بارها تکرار می‌شوند.

در اختلالات روانی باورهای بنیادین ناسازگارانه عمدتاً حول سه محور نگرش فرد به خود، دنیا و دیگران شکل می‌گیرد که به مثلث شناختی بک معروف است.

۲- باورهای میانجی در رویکرد شناختی رفتاری

این باورها دومین سطح از شناخت‌ها را تشکیل می‌دهند و کمتر عینی هستند. باورهای میانجی شامل فرض‌های مشروط، بایدها و قواعد هستند.

الف) فرض‌های مشروط در رویکرد شناختی رفتاری

این‌ها همان نتیجه‌گیری‌هایی هستند که پیامد هر چیزی را با توجه به باور بنیادینی که از آن نشأت می‌گیرند مشخص می‌کنند.

شواهد عینی

برخی از این افکار بدون توجه به شواهدی که علیه آنها وجود دارد واقعیت را تحریف می‌کنند. مثلاً دانش‌آموزی که با وجود درس خواندن و تلاش و وجود نمرات خوب می‌گوید قطعاً امتحان هفته‌ی بعد را خواهم افتاد به این نوع از افکار مبتلاست.

ب) نتیجه‌گیری تحریف شده علیرغم استفاده از واقعیات دقیق

در این نوع از افکار فرد شواهد را به دقت بررسی می‌کند ولی نتیجه‌ای که از این شواهد می‌گیرد تحریف شده و نادرست است. مثلاً دانش‌آموزی می‌گوید با وجود این که من درس می‌خوانم، باهوش هستم، استاد امتحانم را آسان برگزار می‌کند و دروسی سخت تر از این راهم پاس کرده‌ام اما مطمئنم این درس را خواهم افتاد.

ج) دقیق ولی ناکارآمد

گاهی فرد شواهد را به دقت بررسی می‌کند و نتیجه‌ای که می‌گیرد نیز دقیق است، ولی اعتقاد داشتند به این فکر و مرور آن فقط وضعیت را دشوار و غیرقابل تحمل می‌کند.

خطاهای شناختی در رویکرد

این باورها به شکل یک اصل و قاعده بیان می‌شوند. مثلاً دختر خوب روی حرف دیگران حرف نمی‌زند. این نوع باورها معمولاً به تمام موقعیت‌ها و شرایط تعمیم داده می‌شوند.

هدف از درمان شناختی رفتاری کوچک کردن حیطه‌ی نفوذ قواعد است.

۳- افکار خودآیند منفی در رویکرد شناختی رفتاری

این افکار سطحی‌ترین لایه‌ی شناخت‌ها هستند. افکار خودآیند منفی در تمام افراد اعم از بیمار و یا غیربیمار وجود دارند، ولی نوع آن‌ها متفاوت است. نخست اینکه شدت و فراوانی این افکار در افراد دارای اختلال بیشتر است. دوم این که طول مدت حضور این افکار در بیماران بیشتر است و سوم این که افرادی که اختلال روانی دارند اعتقاد بیشتری به این افکار دارند. به همین علت افکار خودآیند منفی در این افراد با هیجانات منفی و رفتارهای ناکارآمد بیشتری همراه است. افکار خودآیند منفی از لحاظ ناکارآمدی به سه دسته تقسیم می‌شوند:

الف) تحریف واقعیات علیرغم

فرض‌های مشروط به صورت اگر... آنگاه... هستند. به عنوان مثال اگر شخصی دارای باور بنیادین من ناتوانم باشد، باور میانجی از نوع فرض مشروط که نقش تعدیل‌کننده دارد می‌تواند به این صورت باشد: اگر من خیلی تلاش کنم آنگاه موفق خواهم شد.

ب) بایدها

بایدها باورهایی هستند که فرد درباره‌ی این که خودش و دیگران چگونه باید رفتار کنند، فکر کنند و یا احساس کنند دارد.

بایدها ارتباط زیادی با اهداف و ارزش‌های شخصی دارند، این باورها می‌توانند مفید باشند اما اگر به شکلی انعطاف ناپذیر استفاده شوند باعث ایجاد تنش و رفتارهای مشکل‌آفرین می‌شوند.

مثلاً اگر باور فردی این باشد که همه باید مرا دوست داشته باشند. چون انعطاف ناپذیر است، باعث می‌شود فرد به عدم دوست داشته شدن حساس باشد و در صورت مشاهده‌ی هرگونه نشانه‌ای مبنی بر دوست داشته نشدن واکنش‌های تند و افراطی نشان داده و دچار تنش زیادی شود.

ج) قواعد

شناختی رفتاری

خطاهای شناختی در واقع همان خطاهایی هستند که در پردازش اطلاعات وجود دارند و انواع متعددی دارند که در این قسمت به تعداد محدودی از آنها اشاره می‌شود:

۱- ذهن خوانی

در ذهن خوانی فرد فرض را بر این می‌گذارد که می‌داند فرد مقابل چه فکر می‌کند، بدون آن که شواهد کافی در این باره داشته باشد.

۲- برچسب زدن

در این نوع خطا فرد ویژگی منفی خیلی کلی را به خود و دیگران نسبت می‌دهد.

۳- تفکر دوقطبی

فرد دیگران یا اتفاقات را به صورت صفر و صدی یا همه و هیچ می‌بیند.

۴- تعمیم افراطی

فرد صرفاً بر اساس یک رویداد خاص یک الگوی کلی و فراگیر را منفی را استنباط می‌کند.

۵- شخصی سازی

فرد به خاطر اتفاقات ناخوشایند منفی تقصیر زیادی را به صورت غیرمنصفانه به خود نسبت

می‌دهد و به نقش دیگران در بروز این اتفاقات توجه نمی‌کند.

نحوه‌ی ارزیابی در رویکرد شناختی رفتاری

ارزیابی در درمان شناختی رفتاری از اهمیت زیادی برخوردار است. ارزیابی عبارت است از فرآیند جمع‌آوری اطلاعات مربوط به بیماری فرد به طوری که در نهایت بتوان مفهوم پردازش را در رابطه با آن انجام داد.

در درمان شناختی رفتاری برای ارزیابی از روش‌های مختلفی همچون مصاحبه تشخیصی، مشاهده، خودپایی، آزمایش رفتاری و پرسشنامه استفاده می‌شود.

مصاحبه‌ی تشخیصی دو قسمت اصلی دارد که شامل شرح حال و معاینه‌ی وضعیت روانی است.

شرح حال شامل مهم‌ترین اطلاعاتی است که به درمانگر کمک می‌کند بیمار و یا اختلال وی را شناخته و طرح درمان مناسب را پایه‌ریزی کند.

اجزای شرح حال نیز شامل اطلاعات شناساننده، شکایت اصلی، بیماری کنونی، تاریخچه روانشناسی قبلی، تاریخچه شخصی و اجتماعی،

تاریخچه روانپزشکی و تاریخچه پزشکی است.

مشاهده نیز منبع اطلاعاتی خوبی به شمار می‌رود و در موقعیت‌های مختلف صورت می‌گیرد. مشاهده طبیعی و در جلسه درمان، مشاهده در شرایط مصنوعی ایجادشده و مشاهده در خارج از جلسه توسط خود بیمار از جمله انواع مشاهده است.

خودپایی نیز از ارزنده‌ترین روش‌های ارزیابی در رویکرد شناختی رفتاری است، در این روش بیمار با کمک درمانگر می‌آموزد که چگونه افکار و هیجانات و رفتارهای خود را پایش کرده و آنها را به شکل کمی و عینی ثبت کند.

خودپایی در شناسایی باورهای میانجی و بنیادین و طرحواره‌ها نیز به درمان‌گر و بیمار کمک می‌کند.

پرسشنامه‌ها نیز به طور گسترده‌ای در ارزیابی‌ها به کار می‌روند. مانند پرسشنامه افسردگی بک، اضطراب بک، باورهای ناکارآمد، نگرش‌های شخصیتی و...

ساختار کلی درمان در رویکرد شناختی رفتاری شامل مرحله

در دهه اخیر رویکرد شناختی رفتاری به هیجانات نیز پرداخته و در راستای اصلاح آنها نیز تلاش می‌کند مخصوصاً در زوج درمانی رویکرد شناختی رفتاری هیجانات نقش عمده ای دارند.

بسیاری از زوجین به جای توصیف افکار خود در رابطه با همسرشان، بر احساس خود تمرکز می‌کنند. هیجانات به دو دسته مثبت و منفی تقسیم می‌شوند، هیجانات مثبت نشان دهنده یک حالت کلی مثبت هستند مانند شادی، صمیمیت و خونسرد بودن، اما هیجانات منفی نشان دهنده حالت منفی هستند مانند غم و خشم و توهین و تحقیر.

زوجین آشفته معمولاً نسبت به موقعیت های مختلف و رفتارهای شریک زندگی خود به طور منفی پاسخ می‌دهند و همین فضای غالب رابطه را به طور معناداری تحت تاثیر قرار می‌دهد. به طور کلی باید در نظر داشت که رویکرد cbt از هیجانات غافل نیست بلکه به تاثیر متقابل هیجانات روی افکار و شناخت انسان توجه عمده ای دارد.

مراجع همخوان باشد و در جلسات بعد نحوه انجام آن توسط درمانگر پیگیری شود تا مراجع اهمیت آن را درک کند.

درمان شناختی رفتاری برای چه افراد و اختلالاتی مناسب است؟

- ◆ اعتیاد
- ◆ اختلالات خوردن
- ◆ مشکلات بین زوجین (زوج درمانی)
- ◆ اختلالات اضطرابی
- ◆ فوبیا
- ◆ وسواس
- ◆ اختلال افسردگی

یک باور اشتباه در رابطه با رویکرد شناختی رفتاری

عده ای از مردم معتقد هستند که رویکرد شناختی رفتاری از هیجانات غافل است و صرفاً به افکار و شناخت افراد می‌پردازد، اما آیا واقعاً این گونه است؟

خیر، در واقع می‌توان گفت رویکرد شناختی رفتاری کلاسیک کمتر به هیجانات می‌پرداخت و بیشتر روی شناخت تمرکز می‌کرد اما

ارزیابی، معرفی مشکل و روش درمان به بیمار و آشنا کردن او با منطق درمان شناختی رفتاری، بکارگیری فنون مداخله‌ی شناختی و رفتاری، پیشگیری از عود و پیگیری است.

ساختار جلسات درمان نیز به گونه‌ای است که هر جلسه از نظم و منطق خاصی پیروی می‌کند. در جلسه اول عمدتاً اهداف عمده، شامل برقراری ارتباط درمانی و ایجاد اعتماد، جمع آوری اطلاعات و آشنا کردن بیمار با منطق و روش درمان است و در جلسات بعدی برنامه مناسب درمانی چیده شده و دنبال می‌شود.

در هر جلسه به بیمار تکلیفی داده می‌شود که اهمیت بسیاری دارد مثلاً باعث می‌شود اثرات درمان حفظ شود، مراجع از آموخته های خود در شرایط مشابه نیز استفاده کند و در آینده بدون کمک درمانگر بتواند چالش های موجود را مدیریت کند.

اما این تکالیف برای اثربخشی بهتر باید مرتبط به موضوع جلسات باشند، منطق تکلیف برای بیمار توضیح داده شود، برای مراجع و درمانگر قابل قبول باشد، با فرهنگ



آمادگی در برابر بلایا

◆ ناهید صیاد

منبع: کیاسالار، محمد و همکاران، کتاب
دهم - پیشگیری از حوادث و مدیریت بلایا،
نشر پارسی سلامت، چاپ دوم، سال ۱۳۹۹

کشته می‌شوند.

← ۹۰۰۰ نفر دچار مصدومیت
فیزیکی می‌شوند.

این در حالی است که: ۱/۵ میلیون
نفر تحت تأثیر قرار می‌گیرند. افراد
فقیر، معلولان، سالمندان، زنان باردار
و کودکان، آسیب‌پذیرترین گروه‌ها
در برابر بلایا هستند. حدود ۹۷ درصد
ساختمان‌های روستایی ایران در برابر
زلزله مقاوم نیستند. توسعه سریع
شهرنشینی باعث شده تا بسیاری از
ساکنین روستاها در حاشیه شهرهای
بزرگ ساکن شوند که از مقاومت و
آمادگی لازم برای بلایا برخوردار

شده در نقاط مختلف جهان، ۳۱ نوع
در ایران شناسایی شده است. بلایای
طبیعی عمده در ایران عبارتند از:
زلزله، سیل، خشک‌سالی، رانش زمین،
بیابان‌زایی، جنگل‌زدایی و توفان. ایران
در معرض انواع مخاطرات طبیعی و
انسان ساخت قرار دارد.

در کشور، در هر سال به طور
متوسط:

← ۲۵۰ مخاطره طبیعی روی
می‌دهند.

← ۳۰۰۰ نفر در اثر این مخاطرات

اهداف آموزشی

بعد از مطالعه این راهنما قادر
خواهید بود:

← انواع مخاطرات را بیان کنید.

← چگونگی مدیریت خطر بلایا را
توضیح دهید.

← راه‌کارهای کاهش آسیب‌پذیری در
بلایا را بیان کنید.

← انواع آسیب‌های ناشی از مخاطره
را بیان کنید.

اهمیت مخاطرات طبیعی

جمهوری اسلامی ایران با مساحت
۱۶۴۸۰۰۰ کیلومتر مربع و جمعیت
بیش از ۸۰ میلیون نفر در جنوب
غرب آسیا واقع شده است. در میان
۴۰ نوع مختلف از بلایای مشاهده

آسیب‌پذیری ما بیشتر بوده و آمادگی‌مان کمتر باشد، احتمال اینکه کشته یا مجروح شویم و یا اموال‌مان آسیب ببیند، بیشتر است. در این صورت می‌گوییم ما با خطر بالایی مواجه هستیم.

افراد مختلف برای مدیریت خطر بلایا نظرات مختلفی دارند. برخی معتقدند که تمام کارها را باید دولت انجام دهد، برخی معتقدند که تمام کارها به عهده مردم است و گروهی هم معتقدند که مردم و دولت باید با همکاری هم اقدامات ایمن‌سازی و کاهش خطر را انجام دهند.

تجربه دنیا چه در کشورهای توسعه یافته مثل کانادا، انگلستان و...، چه در کشورهای آفریقایی و آمریکای جنوبی بیان می‌کند که مردم نقش بسیار مهمی در مدیریت و کاهش خطر بلایا دارند.

چرا مردم؟

مردم هر محله، بهتر از هر کسی محله خود را می‌شناسند.

هر کس خانه خود را بهتر از دیگران می‌شناسد.

مردم اولین کسانی هستند که در صورت وقوع حادثه، به اعضای خانواده و همسایگان خود کمک می‌کنند.

نکته: بسیار مهم است که اقدامات

آسیب‌پذیری چیست؟

آسیب‌پذیری همان شرایطی است که باعث می‌شود ما در اثر یک مخاطره آسیب ببینیم. مثال: زلزله خود به خود بد نیست، بلکه عدم آمادگی و مقاوم نبودن ساختمان‌ها آن را خطرناک می‌کند.

انواع آسیب‌پذیری:

- آسیب‌پذیری سازه‌ای: مثل مقاوم نبودن دیوارها، سقف‌ها و ستون‌ها
- آسیب‌پذیری غیرسازه‌ای: مثل محکم نبودن کمد به دیوار، فرسوده بودن سیم‌های برق، بسته بودن مسیرهای خروج اضطراری و غیره
- آسیب‌پذیری فردی: مثل سالمندبودن، بارداری، کودک بودن، معلولیت و بیماری
- آسیب‌پذیری عملکردی: مثل نداشتن برنامه تخلیه، نداشتن کیف اضطراری و غیره

ظرفیت چیست؟

ظرفیت عبارت از عوامل مثبتی است که توانایی ما را برای مقابله با مخاطرات افزایش می‌دهند. مثل داشتن اطلاعات کافی، وجود کیف اضطراری در خانه و...

خطر چیست؟

هر چقدر احتمال وقوع یا مواجهه با یک مخاطره و شدت آن و همچنین

نیستند. در توسعه شهرهای کشور مبانی کاهش خطر بلایا به درستی رعایت نمی‌شوند. آمادگی خانوارهای ایرانی در برابر بلایا، به طور متوسط، تنها ۸ درصد است. با در نظر گرفتن این موارد، ضروری است خانوارها برای مقابله با هرگونه مخاطره آماده باشند.

مخاطره چیست؟

مخاطره اتفاق فیزیکی یا پدیده‌ای است که می‌تواند بالقوه خسارت‌زا باشد (البته نه الزاماً) این خسارت می‌تواند جانی، مالی یا عملکردی باشد. مخاطرات به انواع زیر تقسیم می‌شوند:

- ۱- مخاطرات طبیعی که به سه دسته زیر تقسیم می‌شوند:
 - الف) با منشاء زمینی مانند زلزله، آتشفشان، سونامی
 - ب) با منشاء آب و هوایی مانند سیل، توفان، خشکسالی، رانش زمین
 - ج) با منشاء زیستی مانند همه‌گیری گسترده بیماری‌ها (وبا، کرونا، آنفلوآنزا).

۲- مخاطرات انسان ساخت:

که منشاء آنها فعالیت‌های بشر است و می‌تواند عمدی یا غیرعمدی باشد، مانند آلودگی‌های صنعتی، انتشار مواد هسته‌ای و رادیواکتیو، زباله‌های سمی، شکستن سدها، حوادث حمل و نقل، حوادث صنعتی، انفجار و آتش‌سوزی.

بهداشت محیط و حرفه‌ای

✓ **حذف عامل:** مثلاً حذف یک شی دکوری غیرضروری

✓ **جابه‌جا کردن عامل:** مثلاً جابه‌جا کردن یک گلدان یا شی سنگین از بالای کمد، قرار دادن اشیای سنگین و خطرناک در طبقات پایینی کابینت‌ها، برداشتن تخت بچه از کنار یک شیشه بزرگ

✓ **محکم کردن عامل در جای خود:** مثلاً محکم کردن کمد‌ها یا بوفه دکوری به دیوار، نصب قفل به در کابینت‌ها، لمینت کردن شیشه‌ها

✓ **تغییر شکل عامل:** مثلاً تغییر درها به گونه‌ای که همواره به بیرون باز شوند. (گیر کردن در پشت در بسته، باعث مرگ و زیر آوار ماندن بسیاری از هموطنان عزیزمان شده است)

✓ **نصب سامانه های هشدار اولیه:** مانند نصب هشدار دهنده های دود آتش در منزل و اطلاع داشتن خانوار در برنامه هشدار اولیه مخاطرات مهم آب‌وهوایی مانند سیل و توفان

✓ **تعمیر تأسیسات:** مثلاً با بررسی فرسودگی سیم‌های برق، لوله‌ها و شیرهای گاز و تعمیر آنها

توجه: معمولاً کاهش آسیب پذیری عوامل غیرسازه ای کم یا بدون هزینه است و به مقدار زیادی از مرگ و صدمات می‌کاهد.

ساختمان در حریم رودخانه‌ها ساخته نشود و در مناطق سیل خیز با محاسبه اینکه در صورت وقوع سیل، سطح آب به چه میزان بالا خواهد آمد، ارتفاع ساختمان از زمین محاسبه می‌شود. در خصوص توفان، بسته به پیش بینی سرعت باد، مقاومت مورد نیاز سازه توسط مهندسين تعیین می‌شود.

ارزیابی خطر غیرسازه ای:

علاوه بر خراب شدن ساختمان‌های غیر مقاوم، عوامل غیرسازه‌ای هم باعث مرگ و مصدومیت ناشی از بلایای طبیعی در ایران می‌شد. عوامل غیرسازه‌ای در یک منزل عبارتند از هر بخشی غیر از سقف، دیوار و ستون؛ به عبارت دیگر تمام لوازم منزل، اشیای دکوری، شیشه‌ها، درها، تاسیسات آب، برق و گاز و غیره در گروه عوامل غیرسازه ای قرار می‌گیرند.

هر عامل غیرسازه‌ای می‌تواند در صورت جابه‌جا شدن، پرتاب شدن، شکستن یا مسدود کردن مسیرهای خروج منجر به مرگ یا مصدومیت شود. پس لازم است هر خانوار عوامل غیرسازه‌ای که ممکن است در اثر مثلاً یک زلزله جابه‌جا یا پرتاب شود، بشکند یا مسیر خروج را مسدود کند، شناسایی و برای رفع آن بکوشد.

راهکارهای کاهش آسیب پذیری غیرسازه ای عبارتند از:

مردمی همسو با قوانین کشور انجام گیرد.

مثال: بسیار مهم است که مردم اقدام به مقاوم‌سازی خانه‌هایشان نکنند. ولی اینکار باید مطابق با قوانین شهرداری انجام شود وگرنه، بیشتر منجر به هرج‌ومرج خواهد شد.

ارزیابی خطر سازه ای:

مهمترین عامل مرگ در بلایای طبیعی در ایران، خراب شدن ساختمانهای غیرمقاوم است. سازه هر منزل عبارت است از دیوارها، سقف‌ها و ستونها. لازم است مقاومت سازه هر منزل در برابر مخاطرات مهم (به خصوص زلزله، سیل و توفان) توسط یک فرد متخصص بررسی شود. توصیه می‌شود این کار سالانه تکرار شود. در صورتی که به نظر یک متخصص، منزل شما از مقاومت لازم برخوردار نیست، اقدام به مقاوم‌سازی آن کنید. البته بهتر است در زمان خرید یا ساخت یک منزل معیارهای مقاومت در برابر بلایا به دقت سوال و رعایت شود. لازم است که هر خانوار با موارد زیر آشنا باشد و آن را از آژانس مسکن، سازنده و یا مهندس مربوطه سوال کند:

استاندارد ساخت ساختمانها در خصوص زلزله به آیین نامه ۲۸۰۰ معروف است.

در خصوص سیل، لازم است که

حدود مجاز مواجهه شغلی با صدا

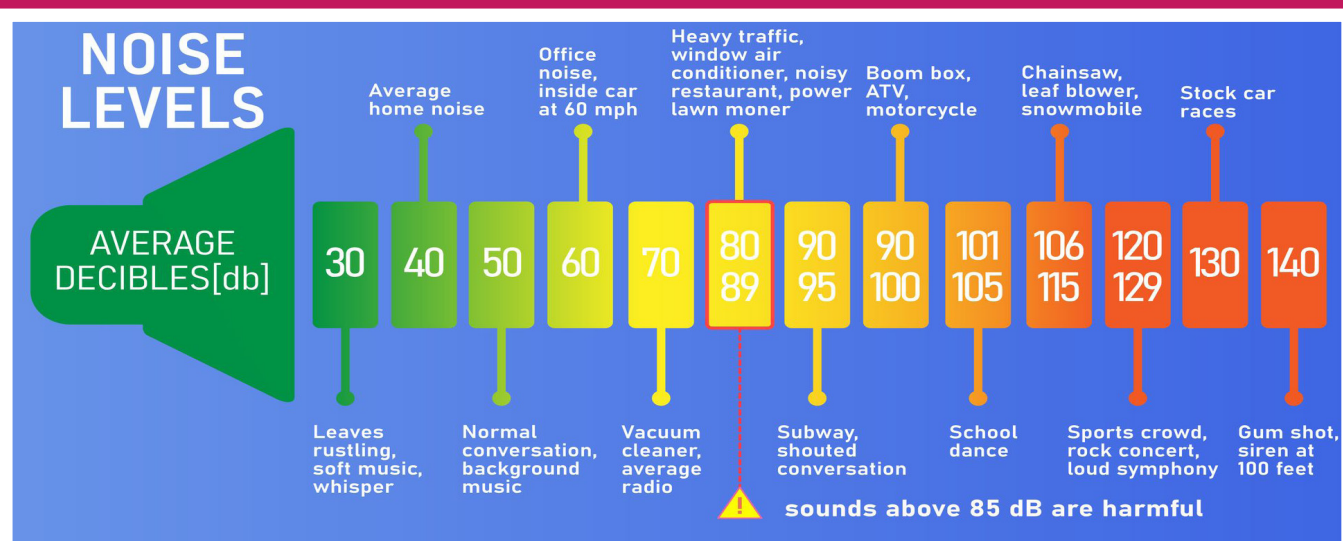
♦ محمدعلی جودی پور

منبع: مرکز سلامت محیط و کار، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، حدود مجاز مواجهه شغلی، انتشارات دانشجو، ویرایش چهارم ۱۳۹۵



مقادیر حد مجاز مواجهه شغلی با صدا و مدت مواجهه با آن به شرایطی اشاره دارد که چنانچه شاغلین به طور مکرر در مواجهه با این مقادیر قرار گیرند آثار نامطلوب در توانایی شنیداری و درک محاوره‌ای طبیعی آنان نشود. در گذشته اختلال شنوایی در درک مکالمات به حدی اطلاق می‌شد که متوسط حد آستانه شنوایی از ۲۵ دسی‌بل در فرکانسهای ۵۰۰ و ۱۰۰۰ و ۲۰۰۰ هرتز تجاوز نماید (ANSI S3.۶-۱۹۸۹). مقادیر ارائه شده در این راهنما برای پیشگیری از افت شنوایی به محدوده فرکانس‌های بالاتر مانند ۳۰۰۰ و ۴۰۰۰ هرتز نیز گسترش یافته است. لذا مقادیر حد مجاز مواجهه شغلی می‌بایست میانه (median) جامعه شاغلین را در مقابل افت شنوایی ناشی از صدا (NIHL) در حد ۲ دسی‌بل در

بهداشت محیط و حرفه‌ای



برای شاغلینی که در محیط‌های صنعتی یا مشاغل دیگر دارای فعالیت فکری می‌باشند، همانند اپراتورهای اتاق کنترل یا متصدیان امور بانکی و سایر مشاغل دفتری برای تامین و آسایش صوتی، سلامت روحی-روانی و حفظ عملکرد ذهنی آنان، حد آسایش صوتی برای مواجهه ۸ ساعته ۷۰ دسی بل در حین انجام فعالیت شغلی تعیین شده است.

علاوه بر این تراز صدای زمینه مجاز برای سه حوزه مهم و فراگیر شغلی غیرصنعتی شامل فعالیت‌های اداری، فعالیت‌های بهداشتی درمانی و فعالیت‌های آموزشی با اقتباس از مبحث ۱۸ مقررات ملی ساختمان مطابق جدول شماره ۲ می‌باشد. لازم به ذکر است اندازه‌گیری صدای زمینه می‌بایست بصورت تراز معادل کوتاه مدت ۳۰ دقیقه ای انجام گیرد.

صورتی که کارگری نوبت کاری ۸ ساعته در مواجهه با صدای بیش از حد توصیه شده قرار گیرد می‌بایست اقدامات کنترلی مدیریتی و فنی جهت کاهش مواجهه با صدا در محیط کار اجرا گردد. علاوه بر این حد مراقبت (اقدام) صدا برای شروع برنامه حفاظت شنوایی HCP برای ۸ ساعت کار روزانه برابر ۸۲ دسی بل تعیین شده است. اجرای برنامه حفاظت شنوایی با در نظر گرفتن کلیه عوامل موثر شامل اندازه‌گیری و ارزیابی مداوم کارگر، استفاده از وسایل حفاظت شنوایی، آموزش و نظارت کافی بر کارگران و آزمایش شنوایی سنجی در مواقعی که شاغلین در مواجهه با صدای بیش از حد مراقبت ۸۲ دسی بل قرار دارند، ضروری است. طبق این حد مجاز، قاعده ۳ دسی بل نیز تعیین شده است یعنی با ازای افزایش ۳ دسی بل فشار صوت، زمان مجاز مواجهه نصف خواهد شد.

فرکانس‌های ۵۰۰، ۱۰۰۰، ۲۰۰۰، ۳۰۰۰، ۴۰۰۰ هرتز پس از ۴۰ سال مواجهه شغلی با صدا محافظت نماید. مقادیر حد مجاز مواجهه شغلی به عنوان راهنما برای کنترل مواجهه با صدا مورد استفاده قرار می‌گیرد و با توجه به حساسیت متفاوت افراد نباید به عنوان مرز حقیقی بین حد ایمنی و خطر تلقی گردد. باید تاکید نمود که مقادیر حد مواجهه شغلی، همه شاغلین را در برابر اثرات نامطلوب مواجهه با صدا محافظت نمی‌نماید و برای افرادی که مواجهه بیش از حدود تعیین شده دارند مراقبتهای پزشکی انجام گردد و برای کلیه شاغلینی که مواجهه آنها بیش از حد مراقبت (اقدام) است سایر اقدامات پیشگیرانه حفاظت شنوایی نیز باید انجام گردد.

بر اساس جدول شماره ۱ حد مجاز مواجهه شغلی با صدا بر مبنای تراز معادل فشار صوت برای ۸ ساعت کار روزانه برابر با ۸۵ دسی بل است. در

جدول ۱: مقادیر حد مجاز و حد مراقبت (اقدام) مواجهه شغلی با صدا

حد مراقبت (اقدام) تراز معادل فشار صوت به (SPL-TWA db (A (فشار مبنا ۲۰ میکرو پاسکال)	حد مجاز تراز معادل فشار صوت به (SPL-TWA db (A (فشار مبنا ۲۰ میکرو پاسکال)	مدت مواجهه در روز
۷۷	۸۰	۲۴ ساعت
۷۹	۸۲	۱۶ ساعت
۸۲	۸۵	۸ ساعت
۸۵	۸۸	۴ ساعت
۸۸	۹۱	۲ ساعت
۹۱	۹۴	۱ ساعت
۹۴	۹۷	۳۰ دقیقه
۹۷	۱۰۰	۱۵ دقیقه
۱۰۰	۱۰۳	۵.۷ دقیقه
۱۰۳	۱۰۶	۳.۷۵ دقیقه
۱۰۶	۱۰۹	۱.۸۸ دقیقه
۱۰۹	۱۱۲	۰.۹۴ دقیقه
۱۱۲	۱۱۵	۰.۲۸ ثانیه
۱۱۵	۱۱۸	۰.۱۴ ثانیه

جدول ۳: تراز معادل صدای زمینه مجاز برای محیط های شغلی با کاربری مختلف (غیر صنعتی)

تراز معادل صدای زمینه (leq) دسی بل (A)	نوع فعالیت	
۴۵	فعالیت اداری دفتری	
۴۵	اتاق کار، راهرو و سالن ها	فعالیت بهداشتی درمانی
۳۵	اتاق های بستری	
۴۰	فعالیت آموزشی	

امیرالمومنین امام علی (ع) فرمودند:

بزرگ‌ترین نعمت، سلامتی است.

منبع: غررالحکم ص ۴۸۳



افق طلایی سلامت
شماره ۶۸ - پاییز ۱۴۰۱

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

