



بهورز

سال بیست و هشتم . شماره ۹۹ . زمستان ۱۳۹۷



مراقب مرواریدها باشید!
خود مراقبتی در سالمندی
وقتی نوزاد اعتصاب غذا می کند!
پیشگیری از سرطان های شایع در میان سالی
گزارش گیری آمار جمعیتی و زیج حیاتی در سامانه
چگونگی تشویق صحیح مردم به مشارکت در حوزه سلامت
نظام ارجاع الکترونیک و اهمیت آن در مراقبت های بهداشتی

ISSN:1735-8558

National men's health week – Iran – 2019

مردان فعال تر، مردان سالم تر

هفته ملی سلامت مردان ایران - اسفند ماه ۹۷



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
جمهوری اسلامی ایران



- چگونگی تشویق صحیح مردم به مشارکت در حوزه سلامت (۲)
سناریوی مرگ مادر (خونریزی) (۵)
نظام ارجاع الکترونیک و اهمیت آن در مراقبت های بهداشتی (۶)
وقتی نوزاد اعتصاب غذا می کند! (۱۰)
خودمراقبتی در سالمندی (۱۴)
نقش مهارت های ارتباطی در غربالگری بیماری های ... (۱۸)
گزارش گیری آمار جمعیتی و زیج حیاتی در سامانه ... (۲۲)
مدیریت اطلاعات سلامت افراد و جمعیت تحت پوشش ... (۲۷)
مراقب مرواریدها باشید! (۳۰)
آشنایی با فرم های سلامت محیط خانوار (۳۴)
وقتی «آنفلوآنزا» پرواز می کند! (۳۸)
معرفی کتاب (۴۳)
رفع مشکلات ارتباطی اینترنت باشکوه (۴۴)
نجات جان مادر (۴۸)
یک تجربه، یک درس (۴۹)
سناریوی مرگ دو کودک (۵۰)
آثار ادبی (۵۱)
پیشگیری از سرطان های شایع در میان سالی (۵۲)
باشوک زده ها چه کنیم؟ (۶۲)
فوریت ها: اختلال سطح هوشیاری (۶۷)
تپش های دوست نداشتنی (۷۰)
چه بخوریم... چقدر بخوریم؟ (۷۲)
تغذیه در بیماران کلیوی (۷۶)
آموزش پیش از ازدواج (۸۰)
اخبار دانشگاه ها (۸۳)
سلامت مردان (۹۲)
دوای دردهای بی درمان (۹۶)

مرکز بهداشت استان خراسان رضوی با همکاری حوزه معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مرکز مدیریت شبکه

انتشارات

←

مدیرمسئول دکتر غلامحسن خدایی

←

سرمدیر دکتر سید کاظم فرهمند

←

مسئول دفتر رامش نشاط

←

امور داخلی خاطره بره مقدم

← هیات تحریریه

(به ترتیب حروف الفبا): دکتر زهرا اباصلتی، دکتر افشین استوار، دکتر ندا اخروی، دکتر علی اردلان، دکتر سید حامد برکاتی، خاطره بره مقدم، دکتر حمیدرضا بهرامی طاقانکی، دکتر هستی ثنائی شعار، دکتر مجید جعفری نژاد، دکتر احمد جنیدی، دکتر محمد رضا جویا، دکتر احمد حاجبی، مهندس علی اصغر حسینی یزدی، دکتر غلامحسن خدایی، دکتر محمدحسن درخشان دوغایی، دکتر شهرام رفیعی فر، دکتر علیرضا رئیسی، دکتر محمد رضا رهبر، دکتر محمد شریعتی، مریم شریفی یزدی، دکتر محمدجعفر صادقی، شبنم صادقی خو، دکتر زهرا عبداللهی، دکتر سید کاظم فرهمند، دکتر حامد قضاوی، دکتر سید بهمن کلالی مقدم، دکتر محمد مهدی گویا، فهیمه ناظران پور، رامش نشاط، دکتر ناهید نوائیان، ویدا هاشمیان

←

سوسن ابوالهادی، احمد امیرزاده، صدیقه انصاری پور، طاهره انصاری فر، فریبا ایدنی، منصور بامری، دکتر مهدیه برومند، حمیدرضا بزرگمهر، منصوره بصیری، نفیسه بنایی نیاسر، طاهره بیگزاده، سید محمد بهشتی، پوران پور خطیبی، فاطمه پور محمد، بیتا پیاهور، کبری پیرمحمدلو، رقیه جعفری، سیما جلالی، طاهره جهانشاهی، معصومه حاجی پور، لیلا حدادی، خدیجه سادات حسینی، سیده یسنا حسینی نیاز، زهرا حیدریان، طوبی خاقانی، لیلا خلیفه قلی، نسرن خوبانی، محمدحسین خسرو تاج، معصومه دبستان، زهره رجبی، محمد رحیم زاده، غلامحسن رستم پور، حسین رفیعی، آفاق رضانی، طاهره سوداگر طرقي، ماهرخ شاهرخ، نادره شهپاززاده، الهام شیخ آزادی، مهسا شیرینی، پریش شیرینی، فرهاد صریحی، خدیجه طاهری، طاهره عزیزخانی، فرانک فتحی، جواد فرحی شاهگلی، فرشید فرضی پور، صفیه فغانی، عشرت فیروزی، فیروزه فیض الهی، فاطمه قاسمی پور، فاطمه قنبری، سیده معصومه کاظمی، دکتر مهرانه کاظمیان، ساجده کامرانپور، مریم کرباسی، فاطمه کیانپور، الهه کیفر، راضیه محمد واحدی، سعیده مروتی، فاطمه مهرآبادی، زهرا میرموحّد، بدریه میری، طاهره ندوشن، فاطمه نظری، عبدالرضا یوسفی

← مدیریت اجرایی

دکتر سعید فرین فر، دکتر علی خوش گفتار

←

امور مالی دکتر ناهید نوائیان، مهدی نوروزیان حسین آباد، فریبا سعادت

←

امور وب سایت مهندس سید کاظم بحرینی

←

تدارکات امیر حقیقی باوفا

←

ویراستار مجید تربت زاده

←

مدیر هنری محمد رضا شیخی

←

حروفچین معصومه برهیزگار

←

گستره توزیع کشور



چگونگی تشویق صحیح مردم به مشارکت در حوزه سلامت

مقدمه

اجتماعی شدن سلامت موضوع جدیدی نیست. سازمان جهانی بهداشت در دوره‌های مختلف به این موضوع تاکید کرده که باید مورد توجه تمام مدیران نظام سلامت در کشورهای مختلف قرار گیرد. اجتماعی شدن سلامت به این معنی است که مردم باید در راستای سلامت خود مشارکت کنند. وقتی سبک زندگی مردم اصلاح شود، پیامد آن کاهش هزینه‌های درمانی خواهد بود. مشارکت، اساس زندگی بشری است و یکی از حقوق بنیادی انسان به شمار می‌آید. انسان موجودی هوشیار است و باید آگاه و خودهدایتگر باشد. از سوی دیگر، انسان موجودی اجتماعی است و در جامعه به دنیا می‌آید، در آن زندگی می‌کند و مهارت‌های زندگی را در کنار دیگران

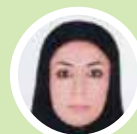
وحیده باهوش

مدیر مرکز آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی بهبهان



فاطمه شاهینی سوق

کارشناس ارشد مدیریت
دانشگاه علوم پزشکی بهبهان



اهداف آموزشی

امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه مقاله:

- اهمیت مشارکت در حوزه سلامت را توضیح دهند.
- مفهوم توسعه پایدار را بیان کنند.
- نهادهای غیررسمی و نقش آن‌ها در توسعه سلامت را شرح دهند.
- یکی از اهداف اساسی مراکز توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت را ذکر کنند.
- عواملی را که در تشویق صحیح مردم به مشارکت در حوزه سلامت نقش دارند؛ نام ببرند.

الف) نهادهای غیررسمی:

نهادهای غیررسمی یکی از قالب‌های مشارکتی مردم در فرایند توسعه اجتماعی هستند. از جمله مصادیق نهادهای غیررسمی می‌توان آداب و رسوم، میثاق‌های خانوادگی، دلبستگی‌های قومی و قبیله‌ای، اقدام‌های محلی و قواعد دینی و مذهبی اشاره کرد. نهادهای غیررسمی می‌توانند به ادغام اجتماعی، انسجام اجتماعی و پاسخگویی کمک کنند. به عبارت دیگر توسعه اجتماعی منوط به مشارکت قومیت‌ها بر پایه پذیرش موجودیت فرهنگی آن‌ها است و در این مورد توجه به شناخت اقوام و احترام به فرهنگ آن‌ها و تقویت مشارکت قومیت‌ها ضروری است.

«ولن» می‌گوید مشارکت مردمی، یعنی همراهی کسانی که امر توسعه بر نحوه زندگی آنان تأثیر می‌گذارد یا به عبارت دقیق‌تر، مشارکت بهره‌برداران توسعه، کلید موفقیت هر اقدامی است که به منظور نیل به توسعه انجام می‌شود. هدف توسعه نیز داشتن جامعه‌ای سالم است که در این میان نقش مشارکت مردم در فرایند توسعه قابل توجه است.

ب) مراکز توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت:

می‌توان نقش مردم در ارائه خدمات سلامت را به شکل دخالت اعضای یک اجتماع در پروژه‌ها به منظور حل مشکلات خودشان تعریف کرد. مشارکت و همکاری مردم، مقبولیت پروژه‌ها را افزایش داده و باعث می‌شود مردم در فرایند امور، مشارکت داشته و بر کیفیت اجرای طرح‌ها و تداوم و پایداری آن‌ها بیفزایند. افزایش مشارکت مردم در حل مشکلات‌شان، یکی از اهداف اساسی مراکز توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت است. این مراکز در راستای شناسایی نیازهای مردم و جلب مشارکت مردم و دانشگاه برای حل مشکلات و حرکت در مسیر توسعه همه جانبه و ارتقای سلامت مردم فعالیت دارند و راه رسیدن به این اهداف را در استفاده از رویکرد تحقیق مشارکتی اجتماع محور قرار داده‌اند.

ج) رسانه و سلامت:

رسانه با توجه به قابلیت‌های بی‌نظیرش می‌تواند به

می‌آموزد و توانمند می‌شود.

مسئله بعدی مشارکت مردم در توسعه زیرساخت‌های نظام سلامت است. وقتی نرخ مولید افزایش یافت و آموزش و پرورش با کمبود فضای آموزشی مواجه شد، این کمبود با مشارکت مردم برطرف می‌شود. امروز به سمت میانسالی پیش می‌رویم و در نتیجه توسعه مراکز خدمات جامع سلامت یکی از الزام‌های جدی است که باید انجام شود. بخشی از این کار بر عهده دولت است و بخشی دیگر نیاز به مشارکت مردم دارد.

مشارکت مردم اساس توسعه اجتماعی

توسعه اجتماعی مستلزم مشارکت‌های مردمی در ابعاد مختلف است. در فرایند توسعه اجتماعی، مشارکت آحاد جامعه مدنظر است و شهروندان قطع نظر از تعلقات قومی و گرایش‌های اعتقادی شان، امکان می‌یابند تا با توجه به صلاحیت و توانمندی ذهنی شان، در تمام پدیده‌ها و متغیرها اثر گذار باشند.

توسعه در بسیاری از موارد حتی آداب و رسوم و عقاید مردم را نیز در بر می‌گیرد. سازمان ملل متحد در دهه ۱۹۷۰ توسعه اجتماعی را به عنوان ظرفیت بیشتر ساختار اجتماعی به منظور ایجاد تغییرات مطلوب در سطح زندگی تفسیر کرد. توسعه اجتماعی بیشتر ناظر بر شرایط مطلوب آموزشی، بهداشتی، فقرزدایی، گسترش عقلانیت و بهزیستی اجتماعی است.

میزان امید به زندگی، میزان مرگ و میر، توزیع عادلانه درآمد از دیگر شاخص‌های توسعه اجتماعی است. همچنین توسعه اجتماعی مترصد اهداف انسان‌گرایانه‌ای مانند آزادی، برابری، صمیمیت، عدالت، امنیت، صلح، انسجام و وحدت است و به عبارتی مروج و مشوق نهادهای اجتماعی و نظم اجتماعی انسانی شده است.

عنوان یک مکانیسم ارتباطی نقش مهمی را در زمینه سلامت ایفا کند. رسانه همواره در نمایش و معرفی تازه‌ترین نوآوری‌های پزشکی، تغییر در رفتار سلامت، تولید اطلاعات سلامت، نمایش تصاویر مربوط به سلامت، سبک زندگی، دارو و درمان و بیماری سبب شده است. رسانه‌های جمعی قدرت قابل توجهی در ساختن اولویت‌ها، این که ما باید به چه مسایلی، چگونه بیندیشیم و چارچوب‌بندی کردن مسایل دارند. نمایش‌های رسانه‌ای، باورها و ادراک‌های افراد از بیماری‌ها و سلامت را می‌سازند یا بر آن‌ها تأثیر می‌گذارند و این باورها و ادراک‌ها به نوبه خود رفتار سلامت فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهند. اهمیت این مهم باید در برنامه‌های آموزش سلامت

و کمپین‌های تبلیغاتی، حمایت رسانه‌ای و حتی فعالیت‌های آموزش سلامت لحاظ شود. بنابراین محققان حوزه سلامت و رسانه باید به مطالعه اولویت‌ها، تصاویر و اظهاراتی که در رسانه به نمایش گذاشته می‌شود بپردازند، همچنین واکنش مخاطبان رسانه به پیام‌های آن را نیز مورد توجه قرار دهند. حرفه‌گرایان و دست‌اندرکاران امر بهداشت به قدرت رسانه برای بهبود و ارتقای سلامت جامعه پی برده‌اند. راهبردهای رسانه‌ای از جمله حمایت رسانه‌ای، تبلیغات معکوس، ارتباطات مخاطره، بازاریابی اجتماعی و به ویژه ارتباط از طریق منابع معتبر، همگی راهبردهای سلامت جامعه را حمایت می‌کنند و جزو فعالیت‌های مهم سلامت همگانی به شمار می‌آیند.

کلمات کلیدی: مشارکت، توسعه، سلامت و رسانه

نتیجه‌گیری

مشارکت با زندگی انسان پیوند عمیقی داشته و اقدامی حیاتی و سازنده است که به نقش فعال و خلاق و اثربخش مردم توجه دارد و هر جامعه‌ای توفیق دستیابی به آن را داشته باشد، ثمرات ارزشمند آن را خواهد چشید. امروزه به دلیل گسترش روز افزون بیماری‌ها لازم است به حوزه سلامت توجه شود، یکی از عواملی که می‌تواند در کاهش هزینه‌های سلامت موثر باشد، مشارکت مردم است که لازمه این امر تشویق صحیح مردم به مشارکت است. نتایج مطالعه نشان می‌دهد که در تشویق صحیح مردم به مشارکت در حوزه سلامت داشتن سواد، شغل، بیمه، اینترنت، رسانه‌های صوتی، تصویری و نوشتاری، دولت‌ها و خود مردم نقش دارند.

منابع

- * امینی، علیرضا و حجازی آزاد، زهره. ۱۳۸۶. تحلیل و ارزیابی نقش سلامت و بهداشت در ارتقای بهره‌وری نیروی کار در اقتصاد ایران، فصلنامه پژوهش‌های اقتصادی ایران، شماره ۳۰، دانشکده اقتصاد دانشگاه علامه طباطبائی.
- * بیاتی، محسن؛ اکبریان، رضا؛ کاوسی، زهرا؛ صدرایی جواهری و همکاران. ۱۳۹۱. تعیین کننده‌های اقتصادی-اجتماعی سلامت در کشورهای غرب اقیانوس آرام: تحلیل داده‌های ترکیبی، فصلنامه علمی-پژوهشی رفاه اجتماعی، سال دوازدهم، شماره ۴۷.
- * جعفری، حمید و کریمی، سعید. ۱۳۹۱. تأثیر آزادی اقتصادی بر شاخص‌های سلامت: مقایسه ایران با سایر کشورهای خاورمیانه، دومین سمینار اقتصاد سلامت.
- * Abedi S.A.(2006). The place of foster in development with emphasis on participation. Journal of Rural and Development, 137-169
- * Piran P. (2003). Social development and its necessity in Iran. Journal of social Welfare 10: 121-154
- * Cline, R. J., & Haynes, K. M. (2001). Consumer health information seeking on the Internet: The state of the art. Health Education Research, 16(6), 671

به این موضوع امتیاز دهید (۱۰۰ تا ۱)
کد موضوع ۹۹۲۱
پیامک ۳۰۰۰۷۲۷۳۱۰۰۱
نحوه امتیازدهی:
امتیاز-شماره مقاله
مثال: اگر امتیاز شما
۸۰ باشد (۸۰-۹۹۲۱)

سناریوی مرگ مادر

خونریزی



صدیقه ملا شاهی

کارشناس مادران معاونت بهداشتی
دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

دید می شود که به همسر وی اطلاع می دهند. در ساعت ۱۵/۴۵ به بهورز مراجعه می کنند و بهورز بر بالین مادر حاضر شده که نبض و فشار مادر قابل ارزیابی نبوده است. ساعت ۱۶ مادر را به مرکز خدمات جامع سلامت ارجاع می دهند و در ساعت ۱۶/۴۰ توسط پزشک مرکز معاینه می شود که علایم حیاتی نداشته و متاسفانه مادر فوت کرده است.

اقدام هایی که می توانست در حین بارداری مادر کمک کننده باشد:

تشویق بهورز مرد در هر بار مراجعه مادر باردار به انجام آزمایش های دوران بارداری، ارتباط برقرار کردن بهورز با سایر افراد خانواده از جمله همسر و مادر وی جهت تشویق به انجام آزمایش های دوران بارداری، اهمیت آموزش های حین بارداری به خصوص علایم خطر و دریافت بازخورد آموزشی از مادر جهت تکرار آموزش و به خاطر سپردن آن که در نهایت منجر به تغییر رفتار خواهد شد، ارتباط برقرار کردن با خانواده های مادران باردار و آموزش علایم اولیه زایمان و تشویق نزدیکان از جمله مادر و همسر، به حضور مستمر در کنار مادر باردار در روزهای پایانی بارداری، اطلاع بهورز از تابوها و خرافات در هنگام زایمان و ایجاد زمینه برطرف کردن آنان، آموزش ماما های محلی در مورد علایم خطر و زایمان بهداشتی، پیگیری ارجاع توسط بهورز، فراهم آوردن زمینه مراقبت از مادر باردار توسط مامای تیم سلامت

اقدام های انجام گرفته در دانشگاه پیرو وقوع این مرگ عبارتند از:

اعلام مشخصات مامای محلی به دادستانی شهرستان به منظور برخورد قانونی با ایشان به دلیل عدم ارجاع بموقع مادر به سطح بالاتر، آموزش به مادران و خانواده ها در خصوص علایم خطر دوران بارداری، آموزش به مادران باردار در خصوص اهمیت انجام سونوگرافی و آزمایش های دوران بارداری، ملزم ساختن همه بهورزان به منظور اعلام شماره تلفن به مادران باردار جهت برقراری ارتباط با ایشان در مواقع ضروری، هماهنگی با شوراهای روستایی به منظور همکاری با بهورزان در خصوص ارجاع و انتقال مادران باردار، آموزش معتمدان روستاها برای همکاری در اعزام مادران پرخطر به سطح بالاتر

متوفا خانمی، ۳۶ ساله G9P6Ab3L6 با سابقه یک مورد دوقلو زایی، فاصله دو بارداری آخر ۵/۵ سال، ساکن روستای اصلی، بیسواد، سابقه بیماری یا مصرف دارو نداشته است. از آمپول DMPA به عنوان روش پیشگیری استفاده می کرده و پس از آن به دلیل تمایل به حاملگی روش را ترک کرده است. اولین بار با سن حاملگی ۱۰ هفته در خانه بهداشت تشکیل پرونده مراقبت بارداری داده و در مجموع نه بار مراقبت شده است. طی مراقبت ها وزن و فشار خون کنترل می شده که BP نرمال بوده است. به علت اینکه بهورز مرد بوده است FHR و FH چک نمی شده است. مکمل های دوران بارداری را به طور کامل دریافت و برای آزمایش های دوران بارداری ارجاع شده ولی آن ها را انجام نداده است. آموزش های دوران بارداری از جمله در مورد محل و عامل زایمان داده شده است. آخرین مراقبت مادریک روز قبل از فوت انجام شده و نرمال بوده است.

مادر شب قبل از فوت به طور ناگهانی دچار درد و خونریزی شدید می شود که به دلیل نبود همسر وی در منزل تا صبح هیچ اقدامی جهت وی انجام نمی شود و صبح روز بعد به همسرش اطلاع داده می شود که او را به تسهیلات ببرند، اما به اصرار خود متوفا توسط مامای محلی معاینه شده و در منزل می ماند.

خونریزی مادر ادامه داشته و در ساعت ۱۲ ظهر زایمان انجام و نوزاد مرده به دنیا می آید. بعد از زایمان خونریزی ادامه داشته و مادر دچار بیحالی و ضعف شدید و تاری

مقام معظم رهبری: نهضت
احیای طب بهداشت
وپیشگیری را با بسیج
کلیه امکانات آغاز نمایید



نظام ارجاع الکترونیک و اهمیت آن در مراقبت های بهداشتی

مقدمه

مدیریت ارایه مراقبت ها به بیمار در ایران با اهداف کلی بهبود دسترسی به مراقبت های سلامت و برقراری نظام ارجاع، به خصوص برای جمعیت کشور در شهرهای کوچک و روستاها و برقراری عدالت در بهره مندی از خدمات سلامت و افزایش پاسخگویی نظام سلامت، از طریق برنامه پزشک خانواده از سال ۱۳۸۴ به اجرا گذارده شد. بهترین اقدام برای پر کردن فاصله میان نظام شبکه بهداشت و حوزه درمان ارایه خدمات سطح بندی شده و اجرای نظام ارجاع بود. در نظام ارجاع، سطوح ارایه مراقبت ها از عمومی به تخصصی و از پیشگیری اولیه تا درمان های پیچیده، با هدف مدیریت هزینه ها و بیماری ها نظم می یابد. از دوران قبل از انقلاب و اوایل انقلاب در کشور در مورد خدمات بهداشتی و درمانی جامعه طرح های پایلوت اجرا و فراز و نشیب هایی طی شد. برای دسترسی آسان مردم به گسترده ترین و اساسی ترین نیازهای بهداشتی، با در نظر گرفتن اطلاعات اقلیمی و جمعیتی قابل دسترس ضابطه های کلی مبنای گسترش واحدهای بهداشتی کشور قرار گرفت که از جمله سهولت دسترسی جغرافیایی، دسترسی فرهنگی سطح بندی و ادغام خدمات و ارایه خدمت از طریق نظام ارجاع با تأکید بر پسخوراند سطوح بعدی و... بود.

فاطمه صوفی کریمی

مربی بهداشت محیط و حرفه ای آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی آذربایجان غربی



محمدحسن درخشان

مدیر گروه توسعه شبکه و ارتقای سلامت
دانشگاه علوم پزشکی مشهد



سیدمحسن حسینی

کارشناس گسترش شبکه
دانشگاه علوم پزشکی مشهد



اهداف آموزشی

امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه:

- هدف نظام ارجاع الکترونیک را بیان کنند.
- مزایای نظام ارجاع الکترونیک را شرح دهند.
- سطح بندی خدمات را توضیح دهند.

“

نظام سلامت براساس سطح بندی خدمات در سطوح مختلف سطح بندی می شود و از روستا تا شهر، از مراقبت های اولیه تا خدمات پیچیده تخصصی و فوق تخصصی را عرضه می کند

”

صورت لزوم مراجعه کننده را به واحدهای تخصصی بالاتر با امکانات تخصصی بیشتر برای بیمار، ارجاع می دهد. این زنجیره خدمت رسانی را نظام ارجاع^۱ می نامند.

ارجاع: به فرآیندهای تعیین کننده نحوه ارتباط فرد با نظام سلامت و استفاده وی از سطوح خدمات این نظام را «ارجاع» می گویند. این برخورداری می تواند از خدمات سطح همسان باشد که به آن «ارجاع افقی» می گویند یا بین سطوح سه گانه باشد که «ارجاع عمودی» نامیده می شود.

پسخوراند: فرآیندی که در آن پاسخی شامل اقدام های انجام شده و اقدام های بعدی که باید انجام شود، توسط گیرنده ارجاع به فرد ارجاع کننده داده می شود تا بدین ترتیب ضمن ایجاد نسخه ای برای عملکرد دو طرف، اطلاعات دو طرف ارجاع در خصوص فرد ارجاع شده همگون شده و به شکل عملکرد گروهی بیش از پیش نمود پیدا کرده و سلامت افراد پیگیری شده و ارتقا یابد.



نظام سلامت از اجزایی تشکیل می شود که با یکدیگر ارتباط دارند و مجموعه آن ها بر سلامت مردم در خانه، محل کار و مکان های عمومی اثر می گذارد. مردم، دولت و سازمان های ارایه دهنده خدمات بهداشت و درمان در بخش های دولتی، خصوصی و سازمان های بیمه گر هر یک بخشی از نظام سلامت را تشکیل می دهند. نظام سلامت براساس سطح بندی خدمات در سطوح مختلف سطح بندی می گردد و از روستا تا شهر، از مراقبت های اولیه تا خدمات پیچیده تخصصی و فوق تخصصی را عرضه می کند.

در بخش سطح بندی جمعیت تحت پوشش، امکانات و تجهیزات و بسته خدمت که مهم ترین قسمت سطح بندی است، تبیین و تعیین می گردد تا از القای نیازها و هدررفت منابع اعم از منابع انسانی و تجهیزاتی، پیشگیری شود و از نظام مراقبت سلامت با توجه شرایط سیاسی، اقتصادی و فرهنگی کشور استفاده می شود تا ارایه خدمات سلامت از قبیل: پیشگیری، درمان و باز توانی به آحاد مردم به شکل های متفاوت سازماندهی شود.

دو شیوه مدیریت در نظام سلامت در دنیا وجود دارد:

۱. در اولین شیوه مدیریتی که به آن سیستم تعاون همگانی گفته می شود، همه عناصر کشور به نحوی در ارایه خدمات بهداشتی و درمانی شرکت دارند و هم چنین بیمار این حق را دارد که به هر مرکزی مراجعه کند.

۲. شیوه دوم، خدمات ارایه شده توسط نظام سلامت و حرکت بیمار برای دریافت این خدمات را در سطوح مختلفی تعریف کرده و نظام مند ساخته است. به این سازو کار نظام مند، نظام ارجاع گفته می شود.

نظام ارجاع: منظور از سطح بندی خدمات، ارایه خدمات به شکل زنجیره ای مرتبط و تکامل یابنده است تا اگر یکی از مراجعان واحد محیطی به خدمات تخصصی تری نیاز داشته باشد، واحد مذکور بتواند مراجعه کننده را به واحد ارایه کننده آن خدمت ارجاع دهد. واحد دوم نیز در

1. system Referral



نظام ارجاع الکترونیکی

با توجه به اصل کاربرد تکنولوژی مناسب از اصول چهارگانه نظام شبکه تعریف شده است در شرایط فعلی و با رشد و توسعه فناوری پرونده الکترونیک سلامت و ارجاع الکترونیک و بازخورد می تواند مبتنی بر اقتصاد مقاومتی باعث تسهیل امور بهداشتی و درمانی، مدیریت زمان برای دریافت کنندگان و ارائه دهندگان خدمت و صرفه جویی در هزینه های سنگین شود که بر این باور تمامی مراحل نظام ارجاع و فرآیندها با ثبت در پرونده الکترونیک فرد انجام می شود. در حال حاضر این پرونده الکترونیک در کشور از طریق سامانه سیب و در دانشگاه علوم پزشکی مشهد از طریق سامانه الکترونیک سینا و در دانشگاه علوم پزشکی گلستان توسط سامانه ناب انجام می شود.

در نظام ارجاع در روستاها، بهورزان و در شهرها نیز

مراقبان سلامت و پزشکان عمومی تشخیص و ضمن ارایه خدمات و مراقبت های نوین جهت تکمیل فرآیند خدمات و در صورت نیاز بیمار را به سطح ۲ تخصصی ارجاع می دهند که در این راستا نوبت دهی الکترونیکی پزشک متخصص در سطح یک در مرکز خدمات جامع سلامت به شکل الکترونیکی و یکپارچه تعیین می شود و در سطح ۲ پس از تکمیل فرآیند خدمت از طریق بازخورد الکترونیکی همکاران سطح یک از نتیجه اقدام ها مطلع می شوند و پیگیری مراقبت ها انجام می شود. با اجرای نظام ارجاع، هم مردم بهتر راهنمایی خواهند شد و هم هزینه ها کنترل می شوند، همچنین مردم از هزینه ها و تقاضاهای القایی مصون خواهند شد.

هدف اجرای نظام ارجاع را می توان به شرح زیر بیان کرد:

- * اولویت سطح ۱ بر سطوح ۲ و ۳، به عبارت دیگر فرد باید بیشتر مراقبت های اولیه و نوین و خدمات درمانی سرپایی را در سطح اول دریافت کند.
 - * موارد ارجاع براساس دستورالعمل ها و راهنماهای بالینی انجام می شود (۱۵ درصد مراجعان به سطوح بالاتر ارجاع داده می شوند).
 - * نظام ارجاع باعث بهبود خدمات سلامت و در نهایت مدیریت منابع می شود.
- هدف از نظام ارجاع مدیریت هزینه ها و بیماری ها است.

“

با اجرای نظام ارجاع، هم مردم بهتر راهنمایی خواهند شد و هم هزینه ها کنترل می شوند همچنین مردم از هزینه ها و تقاضاهای القایی مصون خواهند شد

”

این دو مقوله در نظام ارایه خدمات و سلامت بسیار حایز اهمیت است. منابع ما محدود و نیازها بسیار است، با استفاده از پروتکل ها و دستورالعمل های کشوری می توانیم بیماری ها را نیز مدیریت کنیم.

سطح بندی ارایه خدمت از طریق نظام ارجاع

تقسیم خدمات سلامت به گونه ای که دریافت آن ها متضمن دسترسی سهل و آسان (به لحاظ فیزیکی، زمانی، مالی و فرهنگی) جامعه بوده و در ارایه آن ها عدالت و بهره وری مدنظر باشد را سطح بندی ارایه خدمات سلامت گویند. سطح بندی خدمات از طریق نظام ارجاع و همچنین به کارگیری فناوری مناسب و متناسب با سنت ها و امکانات محلی باعث می شود که این خدمات با کمترین بهایی که جوامع و دولت ها قادر به پرداخت آن هستند در دسترس همگان قرار گیرد. در حال حاضر خدمات سلامت در سه سطح سازمان دهی شده و هر سطح به وسیله سطح بالاتری که بیماران به آن ارجاع می شوند، پشتیبانی می شود که شامل سطوح زیر است:

سطح ۱: خدمات مراقبت های بهداشتی اولیه فرد و جامعه و خدمات تشخیصی و درمانی سرپایی در سطح پزشک خانواده که به وسیله مراکز و پایگاه های خدمات جامع سلامت و خانه های بهداشت و با مشارکت مردم انجام می گیرد. سطح مراقبت اولیه بهداشتی نخستین سطح تماس بین اشخاص و نظام خدمات بهداشتی است و مسؤولیت مدیریت خدمات سلامت به عهده این سطح می باشد.

سطح ۲: خدمات تشخیص و درمانی و سرپایی یا بستری تخصصی در سطح بیمارستان. این سطح به عنوان نخستین سطح ارجاع در نظام بهداشتی به کار می رود.

سطح ۳: خدمات تشخیصی و درمانی و بازتوانی سرپایی یا بستری فوق تخصصی در سطح بیمارستان های قطب استان. این مؤسسات نه تنها خدمات فوق تخصصی ارایه می کنند، بلکه مهارت های برنامه ریزی و مدیریت و آموزش کارکنان تخصصی را هم برعهده دارند و علاوه بر اینها سطح سوم مراقبت های بهداشتی اقدام های اجرایی سطح اول را هم پشتیبانی و تکمیل می کنند.

نتیجه گیری

نظام ارجاع سلامت نظامی هدفمند است که اگر به نحو صحیح اجرا شود، علاوه بر اینکه از مراجعه مکرر بیمار به پزشکان مختلف، دریافت خدمات ناقص و تکرار خدمات تشخیصی درحوزه درمان پیشگیری می کند، بلکه موجب کاهش هزینه های بهداشت و درمان و کاهش مصرف داروهای غیر ضروری می شود، ضمن آن که تضمین کننده کیفیت ارایه خدمات درمانی نیز خواهد بود.

پیشنهادها: * افزایش آگاهی مردم در مورد سلسله مراتب نظام ارجاع

* اجرای صحیح نظام ارجاع و ارایه پسخوراند از طرف همه سطوح سلامت

منابع

به این موضوع امتیاز دهید (۱۰۰ تا ۱)
کد موضوع ۹۹۲۲. پیامک ۳۰۰۰۷۲۷۳۱۰۰۱
نحوه امتیاز دهی: امتیاز- شماره مقاله
مثال: اگر امتیاز شما ۸۰ باشد
(۸۰-۹۹۲۲)

- * کاظمیان محمود، کاویان تلوری فاطمه. ارزیابی نظام ارجاع در برنامه پزشک خانواده روستایی، با معیار جامعیت مراقبت ها. مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم. بهار ۹۶، دوره بیستم، شماره اول، پیاپی ۷۶. ص ۹-۱۶.
- * نصرالله پور شیروانی سید داود، میکانیکی ابراهیم، اشرفیان امیری حس، کبیر محمدجواد، جعفری ناهید و همکاران. بررسی وضعیت نظام ارجاع بیماران در برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی در استان های شمالی ایران ۱۳۹۱. بهمن ۱۳۹۲. دوره ۲۳. شماره ۱۰۹. ص (۲۷ تا ۳۵).
- * سطح بندی مراقبت های بهداشتی <http://vista.ir>
- * رجایی سهیلا. نظام ارجاع و پزشک خانواده. شبکه مطالعات سیاست گذاری عمومی، ۱۹ دی ۱۳۹۵.
- * فرح ناز فولادبند. نظام ارایه خدمات بهداشتی درمانی کشور، اخلاق حرفه ای بهورزی. بهار سال ۱۳۹۲. ص ۹
- * مرکز مدیریت شبکه. دستورالعمل اجرایی برنامه در مناطق حاشیه شهرها و شهرهای بالای ۲۰ هزار نفر نسخه ۴. مرداد ۱۳۹۶ ص ۱۰
- * گروه توسعه شبکه. بسته آموزشی خدمتی مراقب سلامت جامعه www.phc.umsu.ac.ir

راهکارهایی برای شیردادن
به نوزادانی که شیر نمی‌خورند



وقتی نوزاد اعتصاب غذا می‌کند!

مقدمه

تغذیه با شیر مادر، به عنوان غذایی بی نظیر نه تنها یک انتخاب در شیوه زندگی، بلکه به عنوان یک اولویت سلامت جامعه باید مورد توجه قرار گیرد. تغذیه با شیر مادر سبب رشد و تکامل مطلوب و بقای کودک می‌شود و بر سلامت حال و آینده مادر و کودک اثرات بسیار مهمی دارد. شیر مادر بهترین غذا برای فرزند است، شیر مادر مغذی، مناسب و ارزان است و می‌تواند در برابر عفونت‌ها از نوزاد محافظت کند. تغذیه با شیر مادر یک سرمایه گذاری هوشمندانه است نه فقط در سلامت کودکان بلکه در ثروت کشورها. شیر مادر یک غذای طبیعی و تجدیدپذیر است که بدون آلودگی، بسته‌بندی و مواد زاید، تولید و ارایه می‌شود. خودداری ناگهانی شیرخوار از شیر خوردن، اعتصاب شیرخوار^۱ نامیده می‌شود و می‌تواند در هر زمانی از دوران شیردهی بروز کند. این

1: nursing strike

نصرت زمانی‌پور

مدیر سلامت خانواده، جمعیت و مدارس
دانشگاه علوم پزشکی خراسان جنوبی



زهرا نخعی

کارشناس نوزادان معاونت بهداشت
دانشگاه علوم پزشکی خراسان جنوبی



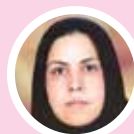
زهرا نجفی

کارشناس کودکان شبکه بهداشت و درمان
دانشگاه علوم پزشکی خراسان جنوبی



طاهره سوداگر طرقی

رابط فصلنامه و کارشناس مسؤول آموزش بهورزی
معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی زاهدان



اهداف آموزشی

امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه مقاله:

- اهمیت تغذیه با شیر مادر را بیان کنند.
- دلایل خودداری شیرخوار از گرفتن پستان را شرح دهند.
- راهکارهای مناسب شیردادن به کودکانی که از خوردن شیر مادر خودداری می‌کنند را توضیح دهند.

مشکل گرچه بیشتر اوقات برطرف می‌شود، اما یک علت شایع قطع شیردهی است. ممکن است شیرخوار به دلایل مختلفی تمایل به گرفتن پستان نداشته باشد، اما اغلب مادران این تصمیم شخصی شیر خوار را دلیل بد یا ناکافی بودن شیرشان تلقی می‌کنند و این امر می‌تواند باعث پریشانی مادر شده و احساس کند که فرزندش او را نمی‌خواهد و از شیردهی مأیوس می‌شود، لذا باید علل خودداری کودک از شیرخوردن تشخیص داده شده و به مادر کمک شود تا دوباره شیردهی برقرار و کودک از این هدیه بی‌نظیر الهی محروم نشود.

علل خودداری شیرخوار از گرفتن پستان

این علل را می‌توان در سه گروه طبقه‌بندی کرد: علل مربوط به شیرخوار، علل مربوط به مادر، علل مربوط به تولید شیر

علل مربوط به شیرخوار

* مشکلات پزشکی و بیماری‌های شیرخوار مثل شکستگی‌ها، احساس درد و خواب‌آلودگی، اعمال خشونت، فشردن نوزاد به پستان، نارس، کوچک و ضعیف بودن شیرخوار و دردهای کولیکی یا قولنجی در زمان شیرخوردن، ریفلاکس و دندان‌درآوردن و برفک دهان * استفاده از شیشه یا گول‌زنک در مادرانی که سرکار می‌روند، باعث سردرگمی در شیرخواران می‌شود. * کاهش تمایل به شیرخوردن با تجویز مایعات و شروع غذای کمکی

* ترس شیرخوار از واکنش مادر به گاز گرفتن پستان

علل مربوط به مادر

* شروع با تأخیر شیردهی که ممکن است به دلیل خواب‌آلودگی در اثر داروهای تجویز شده برای مادر در هنگام زایمان باشد. * احتقان، عفونت و زخم نوک پستان که ممکن است شیرخوار به علت طعم شور یا عفونت موجود در شیر

از خوردن آن خودداری کند. * وضعیت نادرست شیردهی به نحوی که شیرخوار نتواند پستان را بخوبی بگیرد. * تغییر در مزه شیر به دلیل تغییرات هورمونی (عادت ماهانه مادر و تخمک‌گذاری) * جدایی مادر و شیرخوار که ممکن است شیرخوار به طور ناگهانی از خوردن شیر خودداری کند. * استفاده مادر از عطر، صابون یا کرم متفاوت یا حتی تغییر در ظاهر مادر مانند تغییر مدل مو یا عینک‌زدن * آب و هوای گرم و سرد، محیط ناآرام و سروصدا * تغییر در رژیم غذایی مانند استفاده از غذاهای تند و با بوی نامطبوع مثل سیر، پیاز، کلم، شلغم و... یا کشیدن سیگار و مصرف دارو * انجام ورزش و تولید اسیدلاکتیک و ترشح در شیر که طعم شیر را عوض می‌کند.

علل مربوط به تولید شیر

* جریان خیلی سریع یا خروج با فشار شیر از پستان مادر که ابتدا شیرخوار خوب شروع به مکیدن می‌کند، اما بعد با گریه و حالت خفگی از پستان جدا می‌شود. * جریان شیر خیلی آهسته که شیرخوار در ابتدای تغذیه شیر زیادی دریافت نمی‌کند در نتیجه مأیوس شده و پستان را پس‌زند.

راهکارها برای شروع دوباره تغذیه شیرخوار

* بسته به علل خودداری، روش‌های تشویق شیرخوار به گرفتن پستان متفاوت است. برقراری مجدد تغذیه از پستان ممکن است چند روز یا بیشتر طول بکشد، بنابراین تلاش و داشتن صبر و حوصله توسط مادر و اطرافیان ضروری است. * رعایت موارد ذیل می‌تواند در پیشگیری و رفع مشکل خودداری شیرخوار از گرفتن پستان مؤثر باشد: « شروع تغذیه با شیر مادر بلافاصله پس از تولد « معاینه شیرخوار توسط پزشک به منظور اطمینان از سلامت جسمی شیرخوار به خصوص در صورتی که خودداری در روزهای اول باشد. « بغل کردن، نوازش و ماساژ بدن شیرخوار قبل از شیردادن

چندین راه برای غلبه بر مشکلات شیرخواران

* در صورت ابتلا به عفونت گوش یا برفک در دهان، به پزشک مراجعه شود تا دارو و دستورات لازم داده شود.

* در صورت سرماخوردگی و گرفتگی بینی شیرخوار چکاندن قطره کلرور سدیم در بینی و استفاده از مرطوب کننده های هوا توصیه می شود و در صورتی که شیرخوار دچار گوش درد باشد، شیردادن در حالت نشسته کمک کننده است.

* وجود ترک نوک پستان بعد از زایمان، نشان دهنده شیردهی غلط مادر است. مادر می تواند هر بار با چربی شیر، دور سینه را آغشته کند. این بهترین محلول و چربی است که می توان برای چرب کردن پوست سینه استفاده کرد.

* در صورت قوی بودن جهش شیر مادر، ابتدا کمی پستان را بدوشید سپس شیر خوار را به پستان بگذارید.

* مناسب کردن دمای محیط، در صورت گرم بودن از طریق کاهش لباس شیر خوار و در صورت کاهش دما از طریق گرم کردن او

* روش شیردهی در هنگام حرکت، امتحان شود، برخی کودکان، وقتی آن ها را آرام تاب می دهید یا راه می برید بیشتر احتمال شیر خوردن دارند تا زمانی که در حالت نشسته یا ساکن هستید.

* تماس زیادی بین پوست خود با پوست کودک تان ایجاد کنید، مثلاً هنگام شیردهی لباس نپوشید. مادر باید بگذارد که پوست صورت کودک به هنگام شیردهی با پوست سینه در تماس مستقیم باشد.

* استفاده از «آغوش نوزاد» نیز می تواند کمک کند که بین وعده های شیردهی، کودک بیشتر نزدیک بدن مادر قرار گیرد.

* اگر پوشک یا کهنه نوزاد خیس است، برای ایجاد شرایط مناسب شیردهی، بهتر است که پوشک او تعویض شود.

* برای مادرانی که نوک فرورفته دارند، توصیه می شود از سرپستان مصنوعی استفاده کنند. آن ها می توانند



« درمان برفک دهان و ریفلاکس مری و معده
« تغذیه شیرخوار در محیطی آرام و تاریک در زمانی که خواب آلوده است.

« در آغوش گرفتن و نوازش کردن شیرخوار به شکل تماس پوست با پوست در محیطی آرام

« استفاده از حمام به منظور ایجاد تماس مجدد عاطفی و ایجاد آرامش

« پرهیز از تغذیه با بطری و به کار بردن سایر روش های تغذیه ای از جمله تغذیه با فنجان تا زمان دوشیدن دستی یا مکانیکی پستان به منظور حفظ شیردهی

« تغذیه شیرخوار بر اساس تمایل شیرخوار و پرهیز از جدایی وی از مادر

« داشتن آرامش و خودداری از اجبار در شیردهی به خصوص وقتی کودک ناآرام است

« کمک به مادر و اصلاح وضعیت بغل کردن و به پستان گذاشتن شیرخوار

« رفع مشکلات مربوط به پستان یا ترشح شیرمادر مانند احتقان پستان یا جریان کم یا زیاد شیر

« استفاده نکردن مادر از عطر، کرم و... یا تغییر ندادن مواد مذکور

« خودداری از هر گونه تغییر در ظاهر مادر مثل تغییر مدل مو یا عینک زدن

« تغییر نکردن شرایط محیط مثل آب و هوای گرم و سرد، محیط ناآرام و سروصدا

“

مادر می‌تواند هر بار با چربی شیر، دور سینه را آغشته کند. این بهترین محلول و چربی است که می‌توان برای چرب کردن پوست سینه استفاده کرد.

”

شیردادن باشد. بهتر است مادر سعی کند از هر دو سینه به نوزاد شیر دهد و هر بار از یک سینه شیردهی انجام شود. قسمت اول شیر آبکی است و برای رفع عطش نوزاد مناسب است. انتهای شیر هم غلیظ‌تر است و کالری و چربی بیشتری دارد.

* در نظر گرفتن اتاقی آرام برای شیردهی؛ یکی از علل رایج شیر نخوردن نوزادان ۶ تا ۹ ماهه، کنجکاوای آنها در کشف تازه‌های دنیای اطراف است! کودکان این سن براحتی حواسشان از شیر خوردن پرت می‌شود و ترجیح می‌دهند به صورت تفریحی و به عنوان میان‌وعده، شیر بخورند تا به عنوان وعده غذایی کامل؛ باید از اتاقی با نور ملایم، آرام و دور از سر و صدای رادیو و تلویزیون استفاده شود.

* مادر باید تغذیه خوبی داشته باشد و غذاهای حاوی ویتامین‌های لازم، آهن و کلسیم مصرف کند تا شیری که به نوزاد می‌دهد برای او کافی باشد و نوزاد رشد طبیعی داشته باشد.

قبل از مکیدن و خوردن شیر نوزاد نوک سینه خود را به سمت بیرون بکشند یا حتی با ماساژ سینه، نوک را پیدا کنند. سرپستان مصنوعی برای سینه‌هایی که سرشان به سمت داخل است و سینه‌هایی که شقاق دارند، مناسب است.

* تغذیه از یک پستان: بیشتر نوزادان فقط از یک سینه شیر می‌خورند و وقتی مادر سینه مقابل را امتحان می‌کند از شیر خوردن سر باز می‌زنند که دلیل آن می‌تواند تفاوت در نوک سینه‌ها یا اشکالاتی در روش

پیشنهادهای +

- * رایحه مشاوره و آموزش شیردهی صحیح و موثر در طی بارداری و پس از زایمان در مراکز خدمات جامع سلامت و بیمارستان‌ها توسط افراد با تجربه.
- * رایحه مشاوره شیردهی و اهمیت تغذیه شیر مادر به همه زنان خواستار فرزند در مراحل پیش از بارداری.
- * برگزاری جلسات اهمیت تغذیه انحصاری با شیر مادر و حمایت از مادران برای تمامی مردانی که همسران‌شان باردار یا خواستار فرزند هستند.
- * آشنایی مادران با مراکز مشاوره شیردهی و ارجاع بموقع در هنگام بروز مشکلات شیردهی

منابع

به این موضوع امتیاز دهید (۱ تا ۱۰۰)
کد موضوع ۹۹۲۳. پیامک ۳۰۰۰۷۲۷۳۱۰۰۰۱
نحوه امتیازدهی: امتیاز- شماره مقاله
مثال: اگر امتیاز شما ۸۰ باشد (۸۰-۹۹۲۳)

- * ترجمه انجمن علمی تغذیه با شیر مادر ایران؛ «حمایت و ترویج تغذیه با شیر مادر در بیمارستان‌های دوستدار کودک»؛ ۱۳۹۱
- * ترجمه فیوض یوسفی، شیدا و همکاران «راهنمای تغذیه با شیر مادر برای پزشکان»؛ انتشارات اندیشه ماندگار؛ ۱۳۹۷
- * برکاتی، سید حامد؛ راوری، محمود؛ عزالدین زنجانی ناهید سعدوندیان، سوسن؛ فریور، خلیل؛ «راهنمای آموزش مادران باردار در مورد تغذیه با شیر مادر»؛ انتشارات اندیشه ماندگار؛ ۱۳۹۷
- * فصلنامه شیر مادر در زمینه سلامت مادر و کودک، انجمن علمی ترویج تغذیه با شیر مادر، سال هجدهم شماره ۶۹، سال ۱۳۹۶. www.shirmadar.com



خود مراقبتی در سالمندی

اهداف آموزشی

امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه مقاله:

- خود مراقبتی را تعریف و انواع آن را نام ببرند.
- اهمیت اجرای خود مراقبتی در دوره سالمندی را بیان کنند.
- روش های اجرای خود مراقبتی در سالمندان را توضیح دهند.

مدینه شهنوازی

کارشناس آموزش و بازآموزی معاونت
بهداشت دانشگاه علوم پزشکی ايرانشهر



منصور بامری

کارشناس مسؤول آموزش بهورزی معاونت
بهداشت دانشگاه علوم پزشکی ايرانشهر



فرهاد رحیمی

مدیر گروه مدیریت شبکه و ارتقای سلامت
معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی البرز



فرشته غلامی

کارشناس مسؤول گسترش و توسعه شبکه
بهداشت دانشگاه علوم پزشکی البرز



مقدمه

افزایش طول عمر و فزونی جمعیت سالمندان یکی از دستاوردهای قرن حاضر است. سالخوردگی جمعیت پدیده ای است که برخی کشورها در حال حاضر با آن مواجه هستند و برخی دیگر در آینده ای نزدیک با آن روبه رو خواهند شد. پدیده سالمندی با تغییرات فیزیولوژیکی، روانی و اجتماعی بسیاری همراه است، که در صورت آگاهی نداشتن فرد از مراقبت های این دوران ممکن است منجر به از کار افتادگی و کاهش طول عمر در افراد شود. در حال حاضر تخمین زده می شود که ۸۰ درصد افراد بالای ۶۵ سال حداقل از یک بیماری مزمن و ۵۰ درصد آنان از دو بیماری مزمن رنج می برند. همچنین سالمندان در معرض تنهایی و انزوای عدم برخورداری از حمایت اجتماعی بوده و به دلیل ناتوانی های جسمی و ذهنی در موارد زیادی استقلال فردی شان مورد تهدید قرار می گیرد. مجموعه این شرایط منجر به افت کیفیت زندگی در سالمندان می شود، لذا با افزایش سن، رفتارهای ارتقادهنده سلامت اهمیت بیشتری پیدا می کنند. در میان عوامل تعیین کننده سلامت، رفتارهای خود مراقبتی ارتقادهنده سلامت به عنوان اساسی ترین راه پیشگیری از ابتلا به بیماری ها به ویژه بیماری های مزمن (علت اصلی مرگ و میر در سالمندان) شناخته شده است. از این رو رفتارهای خود مراقبتی ارتقادهنده سلامت باید به عنوان راهبرد اصلی جهت حفظ و ارتقای سلامت مورد توجه قرار گیرند.

خودمراقبتی چیست؟

خودمراقبتی به انواع جسمی، روانی و عاطفی، معنوی و اجتماعی تقسیم می‌شود.

خودمراقبتی جسمی در سالمندان

خودمراقبتی جسمی نیازمند زیست سالم و توجه به محیط پیرامون مان است. این بخش از خودمراقبتی شامل:

- * خوردن غذای سالم شامل صبحانه، ناهار، شام و میان‌وعده‌های سالم
- * نوشیدن آب و مایعات کافی در روز حتی اگر احساس تشنگی نداشتیم.
- * انجام فعالیت‌های ورزشی به شکل روزانه
- * خواب و استراحت کافی
- * رعایت بهداشت فردی دهان و دندان
- * پیشگیری از حوادث (در هنگام خارج شدن از تخت، عبور از پلکان؛ سرخوردن از سطح خیس و کف حمام)
- * مراجعه به تیم سلامت جهت انجام معاینه و مراقبت دوره‌ای و منظم

خودمراقبتی عاطفی و روانی در سالمندان

نیازهای عاطفی و روانی ما در برگیرنده احساسی است که نسبت به خودمان و توانایی‌های مان برای مدیریت احساسات و مقابله با مشکلات داریم. سلامت عاطفی، بیانگر توانایی ما برای برقراری ارتباط با هیجان‌ها، احساسات و حواس مان و نیز بازتاب شناخت ما برای تنظیم اهداف مان بر اساس توانایی فردی ماست. داشتن سلامت روانی و عاطفی، شامل وجود احساس رضایت، اعتماد به نفس کافی، اعتماد و صمیمیت، میل

خودمراقبتی گام اول سلامت است. گام اول سلامت، همین است که ما یاد بگیریم خودمان از خودمان مراقبت کنیم. در واقع خود مراقبتی، اقدام‌ها و فعالیت‌های آگاهانه، آموخته شده و هدفداری است که به منظور حفظ حیات، تأمین و ارتقای سلامت خود انجام می‌دهیم. گاهی این مراقبت به فرزندان، خانواده، دوستان، همسایگان، هم محلی‌ها و همشهریان آن‌ها نیز گسترش می‌یابد.

تعریف خود مراقبتی با پنج ویژگی زیر همراه است:

- * رفتاری است داوطلبانه
 - * فعالیتی است آموخته شده
 - * حق و مسئولیتی است همگانی برای حفظ سلامت خود، خانواده و نزدیکان
 - * بخشی است از مراقبت‌های نوزادان، کودکان، نوجوانان و سالمندان
 - * بزرگسالانی که قادر به خودمراقبتی نیستند، نیازمند دریافت مراقبت‌های بهداشتی از ارائه‌دهندگان خدمات اجتماعی یا بهداشتی خواهند بود.
- می‌توان با اجرای برنامه خودمراقبتی، توانایی عملکرد افراد سالمند را حفظ کرد و بهبود بخشید. با خودمراقبتی حتی در دوره سالمندی می‌توان به سلامتی و طول عمر بیشتری دست یافت و از ابتلا به انواع بیماری‌های روحی و جسمی پیشگیری کرد.
- داشتن یک برنامه جامع خودمراقبتی به سالمند کمک می‌کند، گام‌های کوچکی برای کاهش استرس و بهبود کیفیت زندگی خود بردارد. با خودمراقبتی، هر فردی به شکل ارادی و فعالانه، زمانی را برای خود در نظر می‌گیرد تا کارهایی را انجام دهد که موجب حفظ و تقویت سلامتی و انرژی‌اش شود. خودمراقبتی، اعتماد به نفس و عزت نفس سالمند را افزایش داده و بر شور و شوق زندگی و انگیزه موفقیتش می‌افزاید.

انواع خودمراقبتی

خودمراقبتی بر اساس شیوه‌های مختلف به چند دسته تقسیم می‌شود. در متداول‌ترین تقسیم بندی،

“

با خودمراقبتی حتی در دوره سالمندی می‌توان به سلامتی و طول عمر بیشتری دست یافت و از ابتلا به انواع بیماری‌های روحی و جسمی پیشگیری کرد.

”

- * حفظ دوستی ها و تعاملات اجتماعی
- * خوردن وعده های غذایی تا حد امکان با خانواده و در محیط های دوستانه
- * گفت و گوی دوستانه در طول روز با اعضای خانواده یا با همکاران خود

خودمراقبتی معنوی در سالمندان

- خود مراقبتی معنوی به ما کمک می کند با خالق هستی آشنا شویم و معنای زندگی را درک کنیم. تنها در صورتی که با خالق خود ارتباط برقرار کنیم، می توانیم تمام استعداد های وجودی خود را شکوفا سازیم، از جمله:
- * در نظر گرفتن زمانی در روز برای عبادت و نیایش
 - * انجام کارهای خیر و عام المنفعه
 - * شرکت کردن در مراسم و مناسک دینی و مذهبی
 - * تلاوت یا شنیدن آیات قرآن
 - * مطالعه متون و ادبیات مذهبی و معنوی

عوامل مؤثر بر اجرای خودمراقبتی

از عوامل مؤثر بر اجرای خودمراقبتی می توان به سطح تحصیلات، سن، وضعیت اقتصادی، وضعیت تأهل و محل اقامت (منزل، خانه سالمندان) اشاره کرد.

فواید خودمراقبتی

شواهدی وجود دارد که نشان می دهد انجام خودمراقبتی توسط سالمندان سبب افزایش سلامتی و بهبود کیفیت زندگی، افزایش رضایت سالمندان بیمار، مدیریت بهتر علایم بیماری مانند درد و اضطراب و افزایش امید به زندگی می شود.

روش اجرای خودمراقبتی در روستا یا محله

خودمراقبتی، ایده و عملکردی است، از سوی شخص و برای شخص و باید از روش های مختلف باهدف تحلیل و ایجاد تقاضا برای آن سود برد. بدون شک نیاز به خودمراقبتی در همه افراد وجود دارد، ولی به هر حال خودمراقبتی شیوه کنونی زندگی سالمندان نیست. بدین جهت لازم است که نیاز را تبدیل به تقاضا کرد تا در سالمندان رفتار و نگرش خودمراقبتی ایجاد شود.



و رغبت به زندگی و شادی و نشاط، باعث توانایی مقابله با استرس و انطباق با تغییرات می شود. ازجمله راهکارهای خودمراقبتی عاطفی موارد ذیل است:

- * استفاده از روش های مختلف مانند آرامسازی عضلانی برای کاهش استرس
- * اختصاص زمانی برای حضور در طبیعت
- * گوش دادن به موسیقی آرامبخش
- * دیدار با دوستان و آشنایان
- * فکر کردن به کارهای مثبت خود و افتخار به آن ها
- * ابراز خشم و احساسات به روش سازنده
- * تبادل تجربیات با همسالان
- * مراجعه به روان شناس یا روان پزشک در صورت بروز مشکل روحی و روانی

خودمراقبتی اجتماعی در سالمندان

نیازهای اجتماعی شامل نیاز به تعلق، عشق و محبت است. روابط اجتماعی ما برای حفظ سلامت روانی و همچنین سلامت جسمی مان بسیار حیاتی است. انسان موجودی اجتماعی است و داشتن فعالیت اجتماعی و حفظ روابط بین فردی می تواند به ما کمک کند تا سلامت جسمی و روحی خوبی داشته باشیم، از جمله:

- * معاشرت با افرادی که به انسان حس خوبی داده و ما را به سوی زندگی سالم سوق می دهند.

از روش های ایجاد تقاضا برای انجام خودمراقبتی در سالمندان در روستاها یا شهرها می توان موارد ذیل را برشمرد:

- * آموزش سلامت برای فراهم کردن مهارت های اولیه توسط کارکنان مراکز خدمات جامع سلامت
- * آموزش مهارت های خودمراقبتی اعم از خودمراقبتی فردی، اجتماعی، روانی، تغییر رفتار و...
- * آموزش به شیوه توانمندسازی خانواده محور
- * استفاده از رسانه های آموزشی از طریق پخش فیلم، نمایش، پوستر و...

- * ساخت سرمایه اجتماعی و بهره گیری از ظرفیت اجتماع مانند کانون های سلامت محلات
- * تشکیل گروه های خودیار سالمندی برای استفاده از شبکه های افراد همسان در ارتقای مراقبت از خود که موجب اشتراک گذاری تجربیات مثبت و بالابردن عملکرد اجتماعی در سالمندان می شود.
- * آموزش استفاده از وسایل خودتشخیصی و تجهیزات خودمراقبتی مانند استفاده از دستگاه فشارسنج، گلوکومتر و... جهت کاهش مراجعه غیرضروری سالمندان به مراکز درمانی و بیمارستان ها

نتیجه گیری

مسأله سالمندی جمعیت جهان، پدیده نسبتاً نوینی است. لذا مقابله با چالش های پیش روی این پدیده و اتخاذ سیاست های مناسب برای ارتقای وضعیت سالمندان از اهمیت بالایی برخوردار است. خودمراقبتی مستلزم وجود آگاهی و عملکرد مناسب در کنترل نیازهاست. اگر سالمندان بیاموزند که چگونه باید خود را با زندگی سالمندی تطبیق دهند، می توانند عوامل کاهش دهنده کیفیت زندگی خود را به نحو مطلوب تری تعدیل کنند. پس لازم است اعضای تیم سلامت توجه ویژه ای به ارتقای سطح آگاهی و بهبود عملکرد سالمندان در امر خودمراقبتی داشته باشند.

پیشنهادهای

به منظور افزایش توانایی خودمراقبتی سالمندان باید محدودیت ها و قابلیت های آن ها شناسایی شده و مورد پذیرش قرار گیرد. مطالب خودمراقبتی به سالمندان و خانواده های آنان از طریق برگزاری کارگاه ها و جلسات آموزشی یا استفاده از ظرفیت سایر ارگان های مرتبط به خصوص صدا و سیما آموزش داده شود.

منابع

به این موضوع امتیاز دهید (۱ تا ۱۰۰)
کد موضوع ۹۹۲۴
پیامک ۳۰۰۷۲۷۳۱۰۰۱
نحوه امتیازدهی: امتیاز - شماره مقاله
مثال: اگر امتیاز شما ۸۰ باشد
(۹۹۲۴-۸۰)

* سلیمی فاطمه، گرمارودی غلامرضا، حسینی مصطفی، باطنی عزیزاله. بررسی تاثیر برنامه آموزشی خودمراقبتی در بهبود کیفیت زندگی سالمندان تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهر زنجان. مجله آموزش و سلامت جامعه. ۱۳۹۴؛ ۲: ۲۸ تا ۳۷

- * Shahbazzadgan B, Frmanbr R, Ghanbari A, Atrkar Z, Adib M. The effect of regular exercise on selfesteem in elderly residents in nursing homes. J Ardabil Univ Med Sci 2009;4(8): 387-93. (Persian)
- * Masoodi R, Khayeri F, Safdari A. Effect of selfcare program based on the Orem frame work on self concept in multiple sclerosis patients. J Gorgan Univ Med Sci 2010;12(3): 37-44. (Persian)
- * Azadbakht M, Garmaroudi GH, Taheri Tanjani P, Sahaf R, Shojaeijadeh D, Gheisvandi E. [Health Promoting Self-Care behaviors and Its related factors in elderly: Application of health belief model]. Journal of education and Community health. 2014; 1(2):20,29

* حیدری محمد، شهراری سارا. بررسی تاثیر برنامه آموزشی خودمراقبتی بر کیفیت زندگی سالمندان. نشریه پرستاری ایران، اردیبهشت ۹۱، دوره ۲۵ (شماره ۷۵)، صفحه ۱ تا ۸

- * پرورشان سکینه، شمسعلی نیا عباس، حاجی احمدی محمود، جهانشاهی مهری. تاثیر توانمندسازی خانواده محور بر تهدید درک شده و خودکارآمدی سالمندان دیابتی در معرض خطر سقوط. فصلنامه سلامت و سالمندی خزر، بهار و تابستان ۹۶، شماره ۱: صفحه ۵۳ تا ۶۳
- * محمد اسماعیل مطلق، فرنوش داودی، مسعود احمدزاده اصل، کتاب مدل اجرایی خودمراقبتی در برنامه های سلامت خانواده، ۱۳۹۳

نقش مهارت‌های ارتباطی در غربالگری بیماری‌های اعصاب و روان

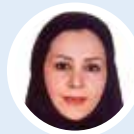
اهداف آموزشی

امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه مقاله:

- تعریف غربالگری (بیماری‌یابی) را بیان کنند.
- گروه‌های هدف را نام ببرند.
- نحوه شناسایی افراد مشکوک به اختلال روانپزشکی و ارجاع آن‌ها به پزشک یا کارشناس سلامت روان را شرح دهند.
- نحوه انجام اقدام‌های لازم برای غربالگری و شناسایی افراد مشکوک به اختلال روانپزشکی را توضیح دهند.
- موارد ارجاع فوری را فهرست کنند.
- تعریف ارتباط را بیان کنند.
- نتایج حاصل از ارتباط موثر و ارتباط نامؤثر را نام ببرند.

راحله رضایی

کارشناس سلامت روان معاونت
دانشگاه علوم پزشکی بوشهر



سیده معصومه کاظمی

کارشناس مسئول آموزش بهورزی
معاونت دانشگاه علوم پزشکی بوشهر



زینب سرحدی

رئیس گروه سلامت روان معاونت
بهداشت دانشگاه علوم پزشکی بوشهر



مریم نامجو باغینی

کارشناس سلامت روان معاونت
بهداشت دانشگاه علوم پزشکی بوشهر



مقدمه

سلامت روان فردی و خانوادگی از دیر باز مورد توجه بزرگان علم، فلسفه، دین و سلامت بوده است. از زمان بنیان‌گذاری دانشکده‌های پزشکی و وزارت بهداشتی، بهداشت روان و به بیان امروز سلامت روان، یکی از دغدغه‌های متخصصان و مردم بوده و در هر دوره تلاشگران و خدمتگزاران به گونه‌ای سعی کرده‌اند که با ارائه خدمات مرتبط، به این بخش مهم از سلامت بپردازند. تدوین برنامه کشوری ادغام بهداشت روان در مراقبت‌های اولیه بهداشتی در سال ۱۳۶۴ و اجرای آن از سال ۱۳۶۷ توسط وزارت بهداشت بزرگ‌ترین موفقیت منطقه‌ای و جهانی در مراقبت‌های اولیه سلامت روان و بهره‌گیری از کارکنان بهداشتی و پزشکان عمومی بود تا از این طریق مراقبت‌ها به بیماران و خانواده‌ها ارائه شود.

خوشبختانه از سال ۱۳۹۲ تاکنون که طرح تحول نظام سلامت شروع شد، فرصتی فراهم آمد تا همه افراد تحت پوشش مراکز خدمات جامع سلامت شهری و روستایی تحت غربال سلامت روان در سه حوزه سلامت روان، درگیری با الکل، سیگار، مواد و سلامت اجتماعی قرار گرفته و خدماتی در این زمینه‌ها دریافت کنند. بهورزان شاغل در خانه‌های بهداشت و مراقبان سلامت شاغل در پایگاه‌ها، گرچه درمانگر بیماری‌های روانپزشکی و مشکلات سلامت روان و اعتیاد نیستند، اما می‌توانند با گوش دادن و درک عمیق یک درد، شفاف‌بخش و تسکین‌دهنده دردهایی از دردمندان جمعیت تحت پوشش خود باشند. در این شرایط گاه تنها با یک پیگیری و ارجاع بموقع این خدمت ارزشمند اجرا می‌شود.

تعریف غربالگری (بیماریابی)

غربالگری عبارت است از شناسایی افراد بدون علامت و نشانه‌های بیرونی با استفاده از آزمون‌ها، معاینه‌ها یا سایر روش‌ها.

به دلایل زیر برخی از افراد جامعه تمایل ندارند که برای درمان مشکلات روانی، اجتماعی و اعتیاد خود به پزشک و به خصوص روانپزشک و روانشناس مراجعه کنند:

- * ترس از انگ اجتماعی اختلال روانپزشکی، مصرف مواد و مشکلات اجتماعی
- * نگرانی درباره پیامدهای منفی افشای مشکل یا اختلال مثل اخراج از محل کار در فرد مبتلا به اختلال‌های مصرف مواد
- * نگرانی از عوارض داروهای روانپزشکی
- * باورها و نگرش‌های خرافی در مورد راه‌های درمان اختلال‌های روانپزشکی، مصرف مواد و مشکلات اجتماعی
- * نپذیرفتن اختلال به دلیل فقدان بینش در مورد بیماری. برخی از بیماران مبتلا به اختلال‌های سایکوتیک و اختلال مصرف مواد تصویری می‌کنند سالم هستند و نیازی به دریافت خدمات درمانی ندارند.

“

ارتباط با مراجع، مهارت عملی و هنری است که اگر به خوبی برقرار شود موجب موفقیت در بیماریابی مراجعان می‌شود

”

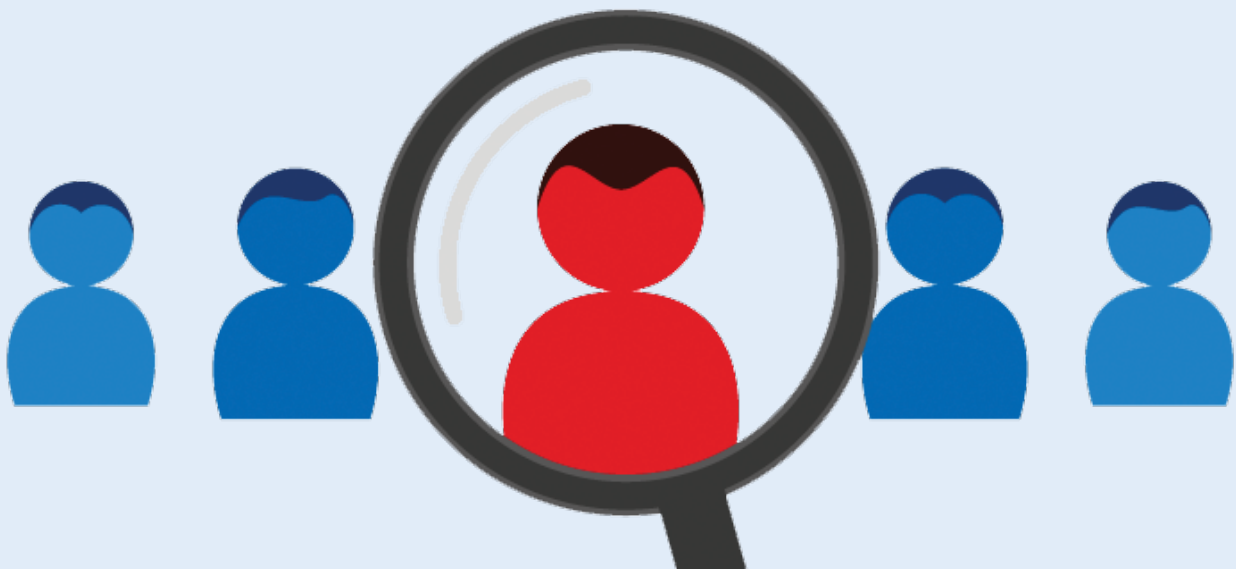
گروه‌های هدف در برنامه‌های حوزه سلامت روانی،

اجتماعی و اعتیاد

گروه‌های هدف در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد کسانی هستند که کارشناس مراقب سلامت خانواده باید خدمات تعریف شده این حوزه را به آنان ارائه کند و در صورت تشخیص اختلال یا مشکل اجتماعی عهده دار حفظ و ارتقای سلامت آن‌ها باشد.

این گروه‌ها در جمعیت تحت پوشش پایگاه‌های سلامت عبارتند از:

- * جمعیت عمومی جهت بیماریابی و آموزش‌های لازم
- * مبتلایان به اختلال‌های روانپزشکی یا مصرف مواد و افراد در معرض مشکلات اجتماعی
- * خانواده افراد مبتلا به اختلال‌ها و مشکلات اجتماعی
- * گروه‌هایی که نیازمند دریافت خدمات پیشگیری اولیه هستند. نظیر گروه‌های آسیب‌پذیر، دانش‌آموزان، جوانان، زنان باردار، مادران شیرده، سالمندان، ساکنان محله‌ها و مناطق حاشیه‌ای و پرخطر شهرها و...
- * بهورز باید پس از برقراری ارتباط مناسب و مؤثر با افراد تحت پوشش، با استفاده از فرم غربالگری اختلال‌های روانپزشکی در پرسشنامه جمعیت شناختی، از میان جمعیت عمومی، افراد مبتلا به اختلال روانپزشکی را شناسایی و با آگاه‌سازی از خدمات موجود، بیمار و خانواده او و افراد در معرض آسیب را به پزشک یا کارشناس سلامت روان ارجاع دهد. همچنین با جلب اعتماد بیمار و خانواده او همکاری آن‌ها را برای پذیرش دستورات و شروع مداخله‌های درمانی و آموزشی موجب شود.



- * برقراری ارتباط کلامی و غیر کلامی مناسب
 - * گوش دادن فعال به گیرنده خدمت
- برخی از انواع ارتباط کلامی مانع از برقراری ارتباط مؤثر می شود که بهورزان باید از این موانع خودداری کنند، از جمله این موانع ارتباطی قضاوت کردن، نصیحت کردن زیاد، انتقاد کردن و مقصر شمردن افراد است.

نکات زیر در برقراری ارتباط بهتر با مراجعان کمک کننده است:

- * محیط صحبت، ارتباط و مصاحبه را به گونه ای آماده کنید که خدمت گیرنده احساس آرامش، خصوصی بودن ارتباط و حفظ راز را داشته باشد.
- * احوالپرسی، سلام دادن، لبخند زدن، احترام، صمیمیت و همدلی؛ متناسب با شرایط اجتماعی فرهنگی وی انجام شود.
- * ارتباط کلامی و غیر کلامی به گونه ای باشد که خدمت گیرنده احساس کند خوب گوش می دهید، با سر و صورت حرف های او را تأیید می کنید و خوب می فهمید که چه می گوید و مشکل او چیست.
- * سعی شود به گونه ای سوال های غربالگری پرسیده شود که از پاسخ های القایی احتمالی توسط خدمت گیرنده جلوگیری شود. به عنوان مثال: چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس می کردید خدای نکرده مضطرب و عصبی هستید؟ واژه «خدای نکرده» می تواند برای مراجع کننده القا کننده باشد و پاسخ درستی به سوال ماندهد.
- * به خدمت گیرنده توضیح دهید: «پاسخگویی باز و صادقانه شما به تیم سلامت در ارائه خدمات مورد نیاز کمک می کند.»

غربالگری اولیه در حوزه سلامت روان

قبل از پرسشگری در این بخش به خدمت گیرنده توضیح دهید که «در این بخش می خواهیم سؤالاتی در زمینه شرایط روانشناختی و استرس های شما بپرسیم». برای خدمت گیرنده توضیح دهید: «هدف از این پرسشگری، شناسایی زودرس ناراحتی های اعصاب و روان در مراجعان است. به این ترتیب افراد نیازمند به درمان، مراقبت و مشاوره زودتر شناخته شده و برای



فرآیند بیماریابی و ارجاع موارد شناسایی شده در برنامه های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

اولین سطح ارایه خدمات در شهرستان، پایگاه سلامت است. کارشناس مراقب سلامت در زمان فراخوان افراد به پایگاه، براساس فرم های غربالگری افراد مورد نظر را شناسایی می کند و سپس افراد مشکوک به اختلال یا در معرض مشکلات اجتماعی را بر اساس فرم های غربالگری و عوامل خطر موجود در فرم جمعیت شناختی برای دریافت خدمت به مرکز خدمات جامع سلامت ارجاع می دهد.

اصول کلی برقراری ارتباط با مراجعان

برقراری ارتباط اولین ضرورت کار بهورز و مراقب سلامت است. به منظور کسب مهارت و ایجاد اعتماد چند نکته باید مورد توجه قرار گیرد:

- * نشان دادن گرمی و پذیرش نسبت به فرد گیرنده خدمت
- * اجتناب از برخورد قضاوتی نسبت به گیرنده خدمت
- * یقین حاصل کردن از اینکه رفتار بهورز در مقابل گیرنده خدمت همواره یکنواخت و ثابت است.
- * متعهدانه رفتار کردن نسبت به گیرنده خدمت

“

غربال مثبت در هر یک از موارد غربالگری به معنی احتمال وجود مشکل در حوزه سلامت روان یا احتمال اورژانس روان پزشکی یا احتمال ابتلا به صرع یا معلولیت ذهنی است و تایید کننده اختلال یا مشکل نیست

”

ارجاع ثبت می‌کند و او را پس از شناسایی به پزشک یا کارشناس سلامت روان ارجاع می‌دهد. در این مرحله با توجه به نیاز افراد در مورد مراجعه به روانشناس و دریافت خدمات مشاوره یا تشخیص نوع اختلال توسط پزشک، داروهای تجویز شده، دوز داروها و زمان مراجعه بعدی بیمار، در پایین فرم ارجاع ثبت شده و بیمار به بهورز ارجاع مجدد داده می‌شود. بدین ترتیب بهورز از بازخورد ارجاع مطلع می‌شود.

بازخورد ارجاع

ارجاع تنها به مفهوم فرستادن مراجع به یک منبع دیگر نیست بلکه ارجاع یک رابطه دو طرفه است، بدین معنی که بهورز باید منتظر بازخورد ارجاع بیمار به پزشک یا کارشناس سلامت روان باشد و نتیجه را پیگیری کند.

موارد ارجاع فوری

چنانچه در مورد مراجعان یکی از حالت‌های زیر مشاهده شود، فرد به پزشک ارجاع فوری داده می‌شود:

- * اختلال در سطح هوشیاری
- * توهم و هذیان
- * خشونت و پر خاشگری به طوری که منجر به آسیب به خود یا دیگران شود.
- * افکار خودکشی یا اقدام به خودکشی
- * تشنج
- * عوارض شدید داروهای روانپزشکی
- * مسمومیت‌های ناشی از مصرف مواد و دارو مانند مصرف الکل و مواد مخدر و مصرف دارو بدون تجویز یا بیش از میزان تجویز شده توسط پزشک

درمان ارجاع می‌شوند و بدین ترتیب می‌توان از بروز ناراحتی‌های شدید اعصاب و روان پیشگیری کرد». به خدمت گیرنده یادآور شوید: «این غربالگری به عنوان یک فرآیند استاندارد برای تمام مراجعان انجام می‌شود». سپس به خدمت گیرنده بگویید: «سؤالاتی که از شما پرسیده می‌شود، در مورد حالت‌هایی است که در طول ۳۰ روز گذشته تجربه کرده‌اید. در پاسخ به هر سوال می‌توانید بگویید همیشه، بیشتر اوقات، گاهی اوقات، به ندرت یا اصلاً». سپس پرسشنامه مربوط را تکمیل کنید. در قدم بعدی، سؤالات مربوط به غربالگری صرع و غربالگری معلولیت ذهنی با توجه به رده سنی مراجعه کننده از وی پرسیده می‌شود. غربال مثبت در هر یک از موارد غربالگری به معنی احتمال وجود مشکل در حوزه سلامت روان یا احتمال اورژانس روان پزشکی یا احتمال ابتلا به صرع یا معلولیت ذهنی است و تایید کننده اختلال یا مشکل نیست بلکه نیاز به بررسی بیشتر توسط پزشک، روان پزشک یا روانشناس دارد.

ارجاع بیماران

بهورز پس از شناسایی بیمار وضعیت او را در فرم

به این موضوع امتیاز دهید (۱ تا ۱۰۰)
کد موضوع ۹۹۲۵
پیامک ۳۰۰۰۷۲۷۳۱۰۰۰۱
نحوه امتیازدهی: امتیاز - شماره مقاله
مثال: اگر امتیاز شما ۸۰ باشد (۹۹۲۵-۸۰)

منابع

- * سید مهدی حسن زاده، لاله حبیبی کوهی، میترا حفاظی، عیسی کریمی کیسمی. متن آموزشی پیشگیری از خودکشی برای پزشکان عمومی، کارشناس و کاردان مراقبت‌های اولیه بهداشتی، بهورز و رابطان بهداشتی. معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (اداره سلامت روان).
- * بسته آموزشی و راهنمای عمل کارشناس مراقب سلامت خانواده در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، آذر ماه ۱۳۹۴
- * کتابیون خوشابی و سیدعباس باقری یزدی، متن آموزشی در زمینه کودک آزاری جسمانی (برای کارشناسان و کاردانان بهداشتی).
- * راهنمای جامع والدین در تربیت سالم کودک، ریچارد ابدین، ترجمه دکتر انوشه امین‌زاده، نشر ارجمند و نسل فردا
- * بسته آموزشی کارشناس مراقب سلامت خانواده در حوزه سلامت روان

مقدمه

با گسترش روزافزون فناوری‌های نوین به ویژه توسعه فناوری اطلاعات و ارتباطات در عرصه‌های مختلف از جمله حوزه سلامت، بهداشت و درمان؛ تحولات بزرگی در زمینه ارائه خدمات بهداشتی درمانی در حال وقوع است.

یکی از آرزوهای دیرینه در حوزه بهداشت، پرونده الکترونیک سلامت برای مردم کشور بود که سامانه «سیب، سینا و ناب» برای تحقق این آرزو، راه‌اندازی شد. متخصصان توانمند کشورمان با تکیه بر دانش فنی و همگام با روزآمدترین فناوری‌های جهانی، پس از چند سال همکاری مشترک و گروهی متخصصان رشته‌های مختلف فنی، پزشکی و سایر بخش‌ها، سامانه یکپارچه بهداشت (سیب، سینا و ناب) را طراحی کردند که هم اکنون در دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، شبکه‌های بهداشت و درمان و سایر مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت در کشور در حال خدمت‌دهی است.

از ابتدای مهرماه ۹۵ هرگونه ثبت، جمع‌آوری و گزارش‌دهی اطلاعات به شکل کاغذی در سطح کشور ممنوع و تنها از طریق سامانه انجام شد. در این سامانه، هر اقدامی که در حوزه بهداشت برای افراد انجام می‌شود، از نوزادی که واکسن دریافت می‌کند تا فرد سالمندی که تحت مراقبت‌های مختلف قرار می‌گیرد، وارد سامانه می‌شود. همچنین به شکل لحظه‌ای می‌توان شاخص‌ها را مشاهده و برای مسایل مختلف برنامه‌ریزی کرد و آموزش‌های مختلف را ارائه داد. دسترسی به اطلاعات مربوط به جمعیت تحت پوشش و خدمات انجام شده در سامانه و وجود بخش‌های گزارش‌گیری به شکل تخصصی امکان استخراج آمار جمعیتی و وقایع حیاتی در همه سطوح ارائه خدمات را ایجاد می‌کند. کاربران با آگاهی از مسیرهای دسترسی به اطلاعات براحتی می‌توانند اطلاعات مورد نیاز خود را استخراج کرده و وضعیت موجود را از نظر پوشش جمعیتی و خدمات ارائه شده ارزیابی کنند.



گزارش‌گیری آمار جمعیتی وزیع حیاتی در سامانه سیب، سینا و ناب

نجمه مهاجری

کارشناس ارشد آمار معاونت بهداشت
دانشگاه علوم پزشکی مشهد



مریم خواجه نژاد

کارشناس آمار معاونت بهداشت
دانشگاه علوم پزشکی مشهد



مریم کرباسی

کارشناس مسئول آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی گلستان



معصومه غلامی

کارشناس سلامت
نوزادان
دانشگاه علوم
پزشکی گلستان

صدیقه انصاری پور

کارشناس مسئول
بهورزی معاونت
بهداشت دانشگاه
علوم پزشکی اصفهان

محمد آقابابایی

کارشناس مسئول
واحد آمار حوزه معاونت
بهداشت دانشگاه
علوم پزشکی اصفهان

اهداف آموزشی

امید است کاربران محترم سامانه پس از مطالعه مقاله:

- نحوه استخراج جمعیت تحت پوشش بر حسب جنسیت، گروه‌های سنی، ملیت و... را بیان کنند.
- نحوه استخراج وقایع حیاتی را شرح دهند.
- اهمیت وقایع حیاتی و نحوه گزارش‌گیری از سامانه را توضیح دهند.
- دلایل اهمیت تکمیل صحیح فرم‌های مراقبتی و ثبت اطلاعات هویتی را بیان کنند.

گزارش گیری جمعیت تحت پوشش در سامانه یکپارچه

بهداشت سبب

برای دسترسی به جمعیت تحت پوشش از منوی گزارش ها، گزارش جمعیت شبکه، گزارش جمعیت ثبت نام شده ها می توان گزارش جمعیت را براساس جنسیت، وضعیت تاهل، نوع جمعیت، نوع ملیت، گروه های سنی و سطح سواد مشاهده کرد.

مشاهده هرم سنی جمعیت تحت پوشش: برای مشاهده هرم سنی جمعیت تحت پوشش از منوی ثبت نام و سرشماری، گزینه هرم سنی را انتخاب کنید. برای مشاهده فایل اکسل هرم سنی می توانید در گوشه خارجی سمت راست هرم سنی با کلیک بر روی خطوط، گروه های سنی و جنسی را در غالب فایل اکسل مشاهده کنید.

گزارش مهاجرت به تفکیک خدمت دهنده: از منوی ثبت نام و سرشماری گزینه مهاجرت را انتخاب کرده و در بخش گزارش مهاجرت های ثبت شده با انتخاب آیتم های مورد نظر گزارش را مشاهده کنید.

ساخت گزارش افراد تحت پوشش: این فرم به شما این امکان را می دهد که گزارش هایی پویا و انعطاف پذیر ایجاد کنید، برای این کار کافی است تا برای گزارش خود یک نام انتخاب کنید و فیلترهایی را که به وسیله آن ها گزارش خود را می سازید انتخاب و سپس روی «ثبت» کلیک کنید تا ساختار گزارش درخواستی شما ذخیره شود. برای ویرایش ساختار گزارش خود کافی است بر روی دکمه «ویرایش» کلیک کنید. جهت مشاهده گزارش خود، از دکمه «مشاهده گزارش» استفاده کنید. به طور مثال گزارش افرادی که در پایگاه / خانه بهداشت بیماری دیابت دارند:

مدیریت سامانه — ساخت گزارش افراد تحت پوشش — در قسمت بیماری دیابت، انتخاب شود.

گزارش های دریافتی از گزینه فهرست خدمت گیرندگان: از منوی ثبت نام و سرشماری، گزینه فهرست خدمت گیرندگان را انتخاب کرده و پس از انتخاب جست و جوی پیشرفته می توانیم گزارش های زیر را دریافت کنیم:

* تعداد خانوار و جمعیت، گروه های سنی و جنسی
* گروه های هدف (زنان باردار، زنان ۱۰ تا ۴۹ ساله

همسر دار، کودکان زیر ۵ سال، گروه های سنی)

* تعداد زنان سرپرست خانوار

* وضعیت بیمه

* میزان سواد

شایان ذکر است که در این بخش از سامانه می توان گزارش های ترکیبی بدست آورد و در پایش و کنترل اطلاعات دموگرافیک از این گزارش ها استفاده کرد.

گزارش گیری جمعیت تحت پوشش در سامانه یکپارچه

بهداشت سینا

در زیچ، جدول جمعیت بر حسب گروه های سنی ۵ ساله و جنس بر اساس اطلاعات جمعیت روز آخر سال قبل است و اعداد این جدول تا پایان سال ثابت است، اما برای تهیه چوب خط جمعیت بر حسب گروه های سنی یکساله و جنسی در بازه تاریخ مشخص؛ به تفکیک ملیت، منطقه و واحدهای بهداشتی و مراقبان سلامت، می توان از گزارش تفکیک سن و جنس استفاده کرد. به شکل پیش فرض و بدون انتخاب تاریخ گزارش؛ چوب خط جمعیت همان لحظه را نشان می دهد اما برای گزارش جمعیت زمان مشخص می توان تاریخ مورد نظر را درج کرد.

به روز رسانی اطلاعات هویتی افراد در سامانه: از آنجایی که اطلاعات هویتی تمام افراد تحت پوشش در سامانه ثبت شده است، جهت به روز رسانی اطلاعات هویتی جمعیت تحت پوشش هر بهورز / مراقب سلامت از قسمت پرونده خانوار، فهرست همه خانوارهای تحت پوشش قابل مشاهده است که می توان اطلاعات فردی تک تک

گروه سنی	مرد	زن	زن همسر دار	مجموع
زیر یک ماه	۴۷۵۸	۴۷۷۴	۰	۹۵۳۲
بین یک ماه تا یک سال	۵۲۹۶۴	۵۰۲۰۷	۰	۱۰۳۱۷۱
۱ تا ۴ سال	۲۰۲۵۰۸	۱۹۱۶۸۳	۰	۳۹۴۱۹۱
۵ تا ۹ سال	۸۶۴۱۳	۸۱۹۰۱	۰	۱۶۸۳۱۴
۱۰ تا ۱۴ سال	۱۱۱۳۸۶	۱۰۶۳۸۰	۰	۲۱۷۷۶۶
۱۵ تا ۱۹ سال	۱۷۲۷۵۵	۱۶۶۵۱۵	۴۶۱۶	۳۳۹۲۷۰
۲۰ تا ۲۴ سال	۱۰۳۳۸۴	۱۰۰۹۵۱	۱۸۵۸۴	۲۰۴۳۳۵
۲۵ تا ۲۹ سال	۶۸۱۶۳	۶۸۸۸۶	۲۵۰۷۰	۱۳۷۰۴۹
۳۰ تا ۳۴ سال	۱۹۸۶۳۲	۲۰۲۰۴۷	۱۱۱۴۴۸	۴۰۰۶۷۹
۳۵ تا ۳۹ سال	۲۶۵۸۷۱	۲۶۱۳۹۶	۱۶۸۷۹۲	۵۲۷۷۶۷
۴۰ تا ۴۴ سال	۲۶۵۸۷۶	۲۵۵۶۷۳	۱۶۶۴۳۲	۵۲۱۵۴۹

ثبت شده در سامانه و به روزرسانی هایی که از طریق ثبت زایمان، مرگ، ازدواج، طلاق، کوچ و مهاجرت انجام می شود، به دست می آید.

در سامانه ناب اطلاعات جمعیتی به دو شکل وجود دارد:

- * جمعیت ابتدای سال
 - * جمعیت به روز که جمعیت منطقه در هر مقطع سال است.
- برای تهیه گزارش های جمعیتی از قسمت گزارش ها / گزارش اشخاص / جمعیت بر حسب سن و جنس می توان اطلاعات جمعیتی را مشاهده کنند.

گزارش وقایع حیاتی از سامانه یکپارچه بهداشت سب

کاربران با آگاهی از مسیرهای دسترسی به اطلاعات وقایع حیاتی، براحتی می توانند اطلاعات مورد نیاز خود را استخراج کرده و وضعیت موجود را از نظر پوشش جمعیتی ارزیابی کنند.

افراد فوت شده: از منوی ثبت نام و سرشماری، گزینه فهرست افراد فوت شده، تاریخ فوت یا سایر گزینه های مورد نیاز را انتخاب کرده و پس از انتخاب گزینه جست و جوی آن کلیک می کنیم و گزارش مورد نظر را دریافت می کنیم.

افراد متولد شده: از منوی ثبت نام و سرشماری گزینه فهرست خدمت گیرندگان را انتخاب می کنیم، سپس روی گزینه پیشرفته کلیک کرده و پس از انتخاب تاریخ تولد و سایر گزینه های مورد نیاز، گزینه جست و جوی را کلیک کرده و موارد مورد نیاز را مشاهده می کنیم.



“

از ابتدای مهرماه ۹۵ هرگونه ثبت، جمع آوری و گزارش دهی اطلاعات به شکل کاغذی در سطح کشور ممنوع و تنها از طریق سامانه انجام شد.

”

اعضای خانوار را بررسی و ابتداء در صورتی که به روزرسانی ثبت احوال انجام نشده است، به روزرسانی انجام داده و سپس اطلاعات فردی مانند تاهل، شغل، بیمه و... در صورت نیاز اصلاح شود. در صورتی که به روزرسانی ثبت احوال انجام شده باشد قسمت کدملی، نام، نام خانوادگی، تاریخ تولد، جنسیت و نام پدر غیر فعال می شود.

مشاهده فهرست همه افراد تحت پوشش: هر بهورز / مراقب از قسمت ارایه خدمت می تواند فهرست جمعیت تحت پوشش خود را به تفکیک گروه های سنی و جنسی و ملیت مشاهده کند. چنانچه تیک تحت پوشش برداشته شود، امکان جست و جوی از جمعیت تحت پوشش مراقب به جمعیت تحت پوشش دانشگاه تغییر می کند که در این صورت اطلاعات هویتی فرد قابل مشاهده نیست و فقط ارایه خدمت انجام می شود. به منظور جست و جوی فردی از جمعیت تحت پوشش، ابتدا تیک تحت پوشش را گذاشته و سپس بر اساس نام، نام خانوادگی، تاریخ تولد، کدملی، کد انحصاری سامانه بخصوص جهت افراد فاقد کدملی مانند افراد غیر ایرانی و نوزادان، سن، نام پدر، ملیت جست و جوی انجام می شود. به منظور جست و جوی فردی که تحت پوشش بهورز / مراقب نیست، فقط کافیت تیک تحت پوشش برداشته شود و مانند قبل جست و جوی انجام شود.

گزارش تراکنش های جمعیت: از قسمت پرونده خانوار و تراکنش جمعیت می توان فهرست همه تراکنش های مرگ، تولد، مهاجرت به داخل، مهاجرت به خارج، ازدواج و طلاق انجام شده در جمعیت را استخراج کرد.

گزارش گیری جمعیت تحت پوشش در سامانه یکپارچه بهداشت ناب

اطلاعات جمعیتی سامانه ناب بر اساس جمعیت پایه

گزارش وقایع حیاتی از سامانه یکپارچه بهداشت سینا

برای مشاهده اعداد داخل جداول و به‌روز رسانی این اعداد لازم است کاربران گرامی چارت مورد نظر را انتخاب کرده و پس از انتخاب فیلترها به عنوان مثال ملیت و...، جدول مورد نظر انتخاب شود و اجرای گزارش کلیک شود.

جدول مهاجرت بر حسب نفر: در این جدول، مهاجرت در هر سطح تعریف شده است به این مفهوم که در سطح خانه بهداشت منظور از مهاجرت به داخل، تعداد افرادی است که به سطح خانه بهداشت اضافه شده اند و مهاجرت به خارج یعنی افرادی که از جمعیت خانه بهداشت به علت مهاجرت خارج شده اند. بدیهی است مهاجرت‌ها در سطح مرکز نباید با جمع مهاجرت در واحدهای تحت پوشش برابر باشد. مهاجرت به داخل در مرکز یعنی تعداد افرادی که به جمعیت تحت پوشش مرکز به علت مهاجرت اضافه شده اند و مهاجرت به خارج در مرکز یعنی افرادی که از جمعیت تحت پوشش مرکز خارج شده اند.

جدول تولد و مرگ بر حسب ماه: سامانه به شکل خودکار، متولدینی که در جداول قبل محاسبه شده بود را به تفکیک ماه تولد و همچنین موارد فوت (افرادی که به علت فوت از خانوار توسط کاربران حذف شده‌اند) را بر حسب گروه سنی و ماه فوت نمایش می‌دهد.

جداول مرگ بر حسب سن و جنس و مرگ مادر باردار و علل مرگ در کودکان زیر ۵ سال: موارد فوت را بر حسب سن و جنس متوفی و در جداول بررسی علت، براساس

زنده به دنیا آمده دختر و پسر: از مواردی که در سامانه به عنوان «ثبت به دلیل تولد» ثبت می‌شود براساس تاریخ تولد گرفته می‌شود نه بر اساس تاریخ ثبت.

مثال: اگر نوزادی در تاریخ ۹۷/۲/۲۰ با گزینه تولد در

خانواری اضافه شده است و تاریخ تولدش ۹۷/۱/۸ است، سامانه او را به متولدین فروردین ماه در زیج حیاتی اضافه می‌کند.

وزن هنگام تولد: از همه متولدین زنده که در فرمول قبل آمده است هر نوزادی که شرایط زیر را دارا باشد: فرم غربالگری هاپیوتیروئیدی برایش تکمیل شده باشد و نوبت نمونه‌گیری اول تیک خورده باشد (وزن هنگام تولد) به تفکیک دختر و پسر و به تفکیک مقدار کمتر از ۲/۵ و بیشتر از ۲/۵.

سن مادر در این تولد زنده: دقیقاً نوزادانی که در «زنده به دنیا آمده» هستند، در صفحه ثبت اطلاعات فردی‌شان اگر کد ملی مادر دارند سن آن فرد توسط سامانه محاسبه می‌شود.

نکته: در صفحه ثبت اطلاعات فردی کودک باید دقت شود، کد ملی مادر واقعی کودک ثبت شود (جهت موارد فرزندخوانده) **شرایط زایمان و نوع زایمان:** اطلاعات این قسمت نیز از فرم غربالگری هاپیوتیروئیدی (در نوزاد زنده) و فرم پس از زایمان (در مرده زایی) در سامانه به شکل خودکار اخذ می‌شود.

تعداد زنان ۱۰ تا ۴۹ سال شوهردار بی‌فرزند: از آخرین

فرم مشاوره فرزندآوری که از ابتدای سامانه تا پایان اسفند ماه سال قبل، برای فرد تکمیل شده، احصاء می‌شود، به شرط اینکه بعد از تکمیل این فرم، فرم شروع مراقبت بارداری تکمیل نشده یا کد تشخیصی بارداری یا کد تشخیصی سقط برای وی در سامانه ثبت نشده باشد و تعداد بارداری مساوی صفر و حداقل ۲۴ ماه از شروع زندگی مشترک می‌گذرد مساوی بلی باشد.

تعداد زنان ۱۰ تا ۴۹ سال شوهردار تک‌فرزند: از آخرین فرم مشاوره فرزندآوری که از ابتدای سامانه تا پایان اسفند ماه سال قبل، برای فرد تکمیل شده است، احصاء می‌شود به شرط اینکه بعد از تکمیل این فرم، فرم شروع مراقبت بارداری تکمیل نشده یا کد تشخیصی بارداری برای وی در سامانه ثبت نشده باشد و تعداد فرزند زنده مساوی ۱ و سن آخرین فرزند بزرگتر مساوی ۲۴ ماه باشد.

جدول استفاده از نمک یددار: اطلاعات داخل این جدول از قلم نمک مصرفی خانوار در فرم‌های مربوط تکمیل شده در سال قبل و برای هر خانوار یکبار در طول سال تکمیل شده، اخذ می‌شود. داده‌های موجود در این جدول در ابتدای هر سال با یکبار اجرای گزارش توسط کاربران ذخیره می‌شود و تا پایان سال تغییر نمی‌کند.

نتیجه‌گیری

از مهم‌ترین اهداف این برنامه استخراج گزارش‌های تجمیع یافته حوزه سلامت به منظور شناسایی نقاط قوت و ضعف و نیازهای کشور جهت برنامه‌ریزی‌های کلان در بخش سلامت است که دسترسی به این هدف با وجود صحت و دقت در ثبت داده‌ها و واقعی بودن اطلاعات امکان‌پذیر است.

نکته: با توجه به اینکه نیازی به تکمیل زیج حیاتی توسط کاربران در سامانه نیست و اطلاعات و داده‌ها به شکل خودکار در جداول مربوط ثبت می‌شود، پیشنهاد می‌شود کاربران محترم در زمان ثبت اطلاعات هویتی و تکمیل فرم‌های مراقبتی نهایت دقت را داشته باشند.

پیشنهاد: از آنجایی که با استفاده از پرونده الکترونیک سلامت؛ سهولت در دسترسی به اطلاعات کامل جمعیتی و آماری حیاتی وجود دارد می‌توان از اطلاعات مذکور در تصمیمات مدیریتی در سطح کلان سیاست‌گذاری به شکل کاربردی‌تر استفاده شود.

منابع: اطلاعات برگرفته از سامانه سیب، سامانه سینا و سامانه ناب

به این موضوع امتیاز دهید (۱۰۰ تا ۱۰۰۰). کد موضوع ۹۹۲۶. پیامک ۳۰۰۰۷۲۷۳۱۰۰۰۱ نحوه امتیازدهی: امتیاز - شماره مقاله. مثال: اگر امتیاز شما ۸۰ باشد (۸۰ - ۹۹۲۶)



مدیریت اطلاعات سلامت افراد و جمعیت تحت پوشش مبتنی بر داده‌های پرونده الکترونیک سلامت

مقدمه

امروزه کاربرد فناوری داده‌ها و ارتباطات عامل کلیدی در پیشرفت همه سازمان‌ها از جمله نظام سلامت است. در بخش سلامت استفاده از سیستم‌های اطلاعاتی کارآمد برای تحقق اهداف، کارایی، اثربخشی، کیفیت خدمات و نیز رضایتمندی مراجعان ضرورتی انکار ناپذیر به شمار می‌رود. داشتن اطلاعات معتبر و بهنگام که در یک نظام به طور مستمر جمع‌آوری می‌شود، ضمن اینکه عملیات جاری سازمان را تسریع و تسهیل می‌کند، توانایی و مداخلات مدیریتی و حل مشکلات سازمانی را نیز فراهم می‌سازد. از این رو نیاز حیاتی نظام ارایه خدمات سلامت به داده‌ها و پاسخگونی‌بودن پرونده‌های کاغذی به دلیل محدودیت‌های ذاتی آن، باعث حرکت به سوی پرونده سلامت الکترونیک^۱ شده است. پرونده سلامت الکترونیک عبارت است از همه اطلاعات مرتبط با سلامت شهروندان، از پیش از تولد تا پس از مرگ که به شکل مداوم و با گذشت زمان به شکل الکترونیکی ذخیره می‌شود و در صورت نیاز، بدون ارتباط با مکان یا زمان خاص، تمام یا بخشی از آن در دسترس افراد مجاز قرار می‌گیرد. بنابراین راه اندازی سامانه یکپارچه بهداشت و اجرای پرونده الکترونیک سلامت گام مهمی در راستای احیای موجودیت ساختاری مدیریت اطلاعات سلامت در ایران به شمار می‌رود.

1. Electronic Health Records

سیده یسنا حسینی نیاز

رابط فصلنامه بهروز و کارشناس مسئول آموزش
بهروزی دانشگاه علوم پزشکی همدان



زهره پورجمشیدی

کارشناس مسئول آمار
دانشگاه علوم پزشکی همدان



شفیقه اسلامی

کارشناس آمار مرکز بهداشت استان
دانشگاه علوم پزشکی آذربایجان شرقی



مریم یاری

کارشناس آمار مرکز بهداشت استان
آذربایجان شرقی دانشگاه علوم پزشکی



دکتر رضا افتخاری گل

معاون مدیریت توسعه شبکه و ارتقای سلامت
دانشگاه علوم پزشکی مشهد



اهداف آموزشی

امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه مقاله:

- نقش اطلاعات در ساختار مدیریت اطلاعات سلامت در ایران را بیان کنند.
- اهداف و نتایج کلی استقرار سامانه یکپارچه بهداشت در فرآیند ارایه خدمات سلامت را شرح دهند.

مدیریت اطلاعات سلامت

ثبت، جمع‌آوری و گزارش‌دهی اطلاعات از طریق این سامانه انجام شود. تمام اطلاعات مربوط به خانوارها، نوع خدمات مورد نیاز در مراکز خدمات جامع و پایگاه‌های سلامت و خانه‌های بهداشت در این سامانه ثبت می‌شود و به این ترتیب پوشه‌های خانوار، فرم‌ها و دفاتر کاغذی مربوط به خدمات و برنامه‌های جاری حذف می‌شود.

هدف از ایجاد پرونده الکترونیک سلامت

هدف از ایجاد پرونده الکترونیک سلامت از یک سو تهیه مدارکی است که منعکس‌کننده مراقبت حال و آینده بیمار باشد که این سند ابزاری ارتباطی بین متخصصانی است که در مراقبت از بیمار سهیم هستند و اولین سودکننده‌ها بیمار و متخصصان مراقبت‌های بهداشتی هستند. از سویی دیگر طیف وسیع اطلاعات بهداشتی در پرونده الکترونیک سلامت پروسه آموزش، تحقیق و درمان را به گردش در خواهد آورد. هدف دیگر پرونده الکترونیک سلامت ایجاد دانش سلامت است. به این منظور که دانش بالینی در کار آزمایی بالینی، پشتیبانی تصمیم، اپیدمیولوژی بیماری‌ها، پیامدها، شاخص‌های کیفی و پزشکی مبتنی بر شواهد کمک خواهد کرد. در واقع اطلاعات موجود در پرونده، دانش سلامت را ایجاد می‌کند که منجر به تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری در سطح جامعه می‌شود.

سطوح مختلف جهت استفاده از اطلاعات پرونده‌های الکترونیک سلامت متخصصان بالینی، بیماران، مدیران و برنامه‌ریزان و سایر ذی‌نفعان هستند.

اطلاعات در تمامی سطوح مدیریتی نظام سلامت حیاتی است و نه تنها سیاستگذاران و مدیران نیازمند استفاده از اطلاعات در تصمیم‌گیری‌ها هستند بلکه ارایه‌کنندگان خدمات سلامت نیز به آن نیازمند خواهند بود. ساختار نظام اطلاعات سلامت باید به گونه‌ای باشد که تأمین‌کننده تولید اطلاعات ضروری برای اتخاذ تصمیمات منطقی، بهنگام، مؤثر و به روز در هر سطحی از ارایه خدمات باشد. تصمیم‌گیرندگان حیطه سلامت در هر نقطه‌ای از چرخه مدیریت باید از اطلاعات استفاده کنند. این نقاط تصمیم‌گیری شامل تعیین وضعیت موجود، تعیین اولویت‌های برنامه‌ریزی، طراحی، اجرا و ارزشیابی فعالیت‌های برنامه‌ریزی شده است.

اطلاعات سلامت در کشور ما از روش‌های مختلفی از جمله سرشماری، نظام ثبت اطلاعات وقایع حیاتی، گزارش‌های مراکز ارایه‌دهنده خدمات سلامت و مطالعات مختلف به دست می‌آید. از مشکلات نظام‌های اطلاعات سلامت جاری می‌توان به جمع‌آوری نامناسب اطلاعات، کیفیت پایین داده‌ها، دوباره کاری و اتلاف منابع، فقدان گزارش‌دهی و بازخورد بهنگام و استفاده ناکافی از اطلاعات اشاره کرد.

در حال حاضر سامانه یکپارچه بهداشت با تکیه بر دانش فنی و همگام با روزآمدترین فناوری‌های جهانی به منظور ارایه خدمات سلامت در قالب برنامه‌ها و پروژه‌های تحول نظام سلامت در کشور ما راه‌اندازی شده است تا هرگونه

عمده‌ترین نتایج استقرار پرونده الکترونیک سلامت



پرونده الکترونیک سلامت با وجود نیاز به ارتقای کیفی و کمی، یک سامانه الکترونیک کارآمد و مبتنی بر استانداردهای جهانی محسوب می شود و لزوم تکیه مدیران سطوح مختلف نظام سلامت بر اطلاعات آن برای تصمیم گیری و شناسایی مشکلات ملی و منطقه ای، طراحی، اجرا و ارزیابی مداخلات متناسب برای رفع یا کاهش چالش های سلامت ضرورت دارد.

پیشنهاها

- * با توجه به این که پرونده الکترونیک سلامت از سال ۹۵ در کشور راه اندازی شده است و در این مدت مسیر پرفراز و نشیبی را برای ارتقای کیفی و کمی پشت سر گذاشته است پیشنهاد می شود، تلاش های همه جانبه متخصصان حوزه سلامت و فناوری برای دستیابی به بالاترین سطح استانداردهای مورد انتظار توسعه یابد.
- * جهت استفاده بهینه از اطلاعات پرونده الکترونیک سلامت پیشنهاد می شود، تمهیداتی برای پوشش جامع همه شاخص های عملکردی حوزه سلامت و تمرکز بر ارائه خدمات کیفی و به دنبال آن گزارش دهی کیفی در این سامانه اندیشیده شود.
- * با توجه به لزوم ارزیابی اثربخش و کارایی پرونده الکترونیک سلامت توصیه می شود، متخصصان علاقمند مطالعاتی را در زمینه تأثیر سامانه در ارتقای کیفیت خدمات طراحی و اجرا کنند.
- * پیشنهاد می شود یکپارچه سازی دفترچه های درمانی و برقراری نظام ارجاع در پرونده الکترونیک سلامت با قوت و شدت بیشتری در سطح کشور توسعه یابد.

به این موضوع امتیاز دهید (۱ تا ۱۰۰)

کد موضوع ۹۹۲۷

پیامک ۳۰۰۰۷۲۷۳۱۰۰۰۱

نحوه امتیازدهی:

امتیاز- شماره مقاله

مثال: اگر امتیاز شما ۸۰ باشد

(۸۰-۹۹۲۷)

منابع

- * سلمانی مجاوری، کریم مصطفی پور، منصور کیایی، کوکب، عموزاد خلیلی، قوی کوتنایی، نگین. ارایه مدلی برای بهبود پرونده های پزشکی با ایجاد پرونده الکترونیک سلامت: مقاله مروری. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران. ۲۰۱۷، ۵۴-۵۴(۸): ۷۵
- * جواد منزوی برزکی، احمد رضا رئیس، سکینه سقائیان نژاد اصفهانی، ناهید توکلی. مطالعه تطبیقی ساختار و فعالیت انجمن مدیریت اطلاعات سلامت در کشورهای منتخب. مدیریت اطلاعات سلامت، ۷(۳): ۳۷.
- * «کاربرد ممیزی بالینی در پرونده الکترونیک سلامت». In اولین همایش ممیزی بالینی و ارتقای کیفیت. Tabriz university of medical sciences, ۲۰۱۲.
- * لیل شگری زاده آرانی، مهتاب کریمی. تأثیر فن آوری اطلاعات در ارتقای نظام سلامت از دیدگاه کارکنان بیمارستان شهید بهشتی کاشان.
- * مرجان قاضی سعیدی، روح الله خارا، محمد حسینی روندی. ضرورت بکارگیری داشبوردها در مدیریت اطلاعات سلامت. مدیریت اطلاعات سلامت، ۲(۲): ۲۵۵-۶۲.
- * جواد افشان، مقدمی محسن، جولایی حسن. نظام اطلاعات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی استان فارس
- * www.iribnews.ir، پژوهش خبری، معرفی سامانه یکپارچه بهداشت (سیب) (راه اندازی، اهداف، ویژگی ها)
- * نرم افزار سامانه یکپارچه بهداشت (سیب)
- * فقیهی مهدی، معمارزاده غلامرضا، رفوگر آستانه حسین، شرکت دانش پارسیان، مدیریت پشتیبانی نرم افزار، راهنمای سامانه سیب ویژه غیرپزشک: حفظ حریم خصوصی بیماران، پیش نیاز توسعه سلامت الکترونیک، فصلنامه اخلاق پزشکی، سال چهارم شماره ۱۲ تابستان ۱۳۸۹



اصلاح ساختار مراقبت سلامت دهان و دندان در خانواده

مراقب مرواریدها باشید!

مقدمه

سلامت، محور توسعه است و سطح سلامتی جامعه نیز از توسعه یافتگی آن تأثیر می‌پذیرد. کاهش آثار و عوارض بیماری‌های دهان و دندان بر روی سلامتی جسم و روان و ارتقای سلامت دهان و دندان از جمله اهدافی است که سازمان بهداشت جهانی برای رسیدن به آن تا سال ۲۰۲۰ برنامه‌ریزی کرده است.

مراقبت سلامت دهان و دندان خانواده

سلامت دهان و دندان نقش مهمی در سلامت عمومی و کیفیت زندگی انسان دارد. پوسیدگی دندان، شایع‌ترین بیماری عفونی در جوامع بشری به حساب می‌آید. میکروب‌های ایجادکننده بیماری‌های دهان و دندان، در بروز بسیاری از بیماری‌های خطرناک، مانند بیماری‌های قلبی عروقی و گوارشی نقش موثر داشته و حتی باعث زایمان زودرس در مادران باردار و تولد نوزادان نارس می‌شوند.

دکتر فتانه رهنما

مدیرگروه بهداشت دهان و دندان
دانشگاه علوم پزشکی ایران



پروانه حسینی

کارشناس بهداشت دهان و دندان
دانشگاه علوم پزشکی ایران



مهسا شیرینی

کارشناس مسئول بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی ایران



اهداف آموزشی

امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه مقاله:

- گروه‌های هدف برنامه‌های بهداشت دهان و دندان را نام ببرند.
- هدف از مراقبت‌های سلامت دهان و دندان خانواده را بدانند.
- اهمیت معاینات دهان و دندان در خانواده را شرح دهند.
- با نحوه انجام وارنیش فلوراید تراپی آشنا شوند.
- وظایف بهورزان در مراقبت‌های سلامت دهان و دندان خانواده را بیان کنند.

گروه‌های هدف برنامه‌های بهداشت دهان و دندان شامل:

۱. کودکان زیر ۱۴ سال
۲. زنان باردار و شیرده تا یک سال پس از زایمان

برنامه‌های بهداشت دهان و دندان شامل:

- * برنامه بهداشت دهان و دندان در کودکان زیر ۲ سال
- * برنامه بهداشت دهان و دندان در کودکان ۳ تا ۶ سال
- * برنامه کشوری بهداشت دهان و دندان دانش آموزان ابتدایی
- * برنامه دهان و دندان عاری از پوسیدگی دانش آموزان پایه ششم ابتدایی
- * برنامه بهداشت دهان و دندان در زنان باردار و شیرده تا یک سال پس از زایمان

برنامه بهداشت دهان و دندان در کودکان زیر ۲ سال

رعایت بهداشت دهان و حفظ سلامت دندان‌ها از دوران نوزادی حایز اهمیت است. داشتن دندان‌های سالم در سنین پایین و از زمان کودکی موجب می‌شود، دندان‌های دائمی فرد در زمان مناسب و بموقع رشد خود را شروع کنند و در نتیجه کودک بتواند براحتی حرف بزند و غذا بخورد. همچنین وجود دندان‌های ناسالم بر وضعیت کلی سلامت کودک تاثیر می‌گذارد و موجب بروز درد و مشکل در غذا خوردن می‌شود که در نهایت می‌تواند با بروز مشکل در رشد کودک همراه شود. پوسیدگی دندان، مزمن‌ترین بیماری در سنین کودکی است که به سلامت دندان‌های دائمی آسیب می‌رساند. نوزاد از زمانی که متولد می‌شود لازم است لثه‌های او با دستمالی تمیز، نرم و مرطوب پس از شیر خوردن پاک شود. این کار مانع از رشد باکتری در داخل دهان می‌شود. رشد دندان‌های شیری از حدود شش ماهگی در دهان کودک آغاز می‌شود و تا ۳ سالگی ادامه دارد. مراقبت‌های کودکان زیر ۲ سال، ۴ بار و در ماه‌های (۶، ۱۲، ۱۸، ۲۴) انجام می‌شود و در ماه‌های ۶ و ۱۲ و ۱۸ باید به این کودکان مسواک انگشتی تحویل داده شود. مسواک انگشتی به شکل رایگان در مراکز خدمات جامع سلامت، پایگاه‌های سلامت و خانه‌های بهداشت ارائه می‌شود.

برنامه بهداشت دهان و دندان در کودکان ۳ تا ۶ سال

پوسیدگی دندان یکی از بیماری‌های شایع دهان و دندان است که با توجه به تاثیر عوامل مختلف در ایجاد این بیماری، پیشگیری و کنترل آن تنها با به کارگیری راهبردهای مختلف و همه جانبه امکان‌پذیر است. بسیاری از کودکان دچار پوسیدگی شدید و از دست دادن زودرس دندان‌ها می‌شوند که این مشکل می‌تواند منجر به مشکلات رویشی در دندان‌های دائمی کودک شود. مراقبت‌های کودکان ۳ تا ۶ سال ۵ بار و در ماه‌های (۳۶، ۴۲، ۴۸، ۵۴، ۶۰) انجام می‌شود و در ۴۲ و ۵۴ ماهگی باید برای این کودکان وارنیش فلوراید تراپی انجام و در ۳۶ و ۶۰ ماهگی به دندانپزشک ارجاع شوند. وارنیش فلوراید تراپی برای همه کودکان ۳ تا ۶ سال به شکل رایگان در مراکز و پایگاه‌های خدمات جامع سلامت و خانه‌های بهداشت تحت پوشش ارائه می‌شود.

برنامه کشوری بهداشت دهان و دندان دانش آموزان ابتدایی

از سال ۱۳۷۴ طرح ادغام بهداشت دهان و دندان در نظام PHC در سیستم شبکه بهداشت اجرا شد که یکی از گروه‌های هدف آن کودکان زیر ۱۲ سال هستند. برنامه‌ریزی در زمینه بهداشت و پیشگیری همواره موجب کاهش یا قطع بروز بیماری و ارتقای سلامت و بهداشت دهان و دندان جامعه می‌شود. پوسیدگی‌های دندانی از سنین شیر خوارگی شروع می‌شود و وارنیش فلوراید تراپی موجب پیشگیری تا ۶۰ درصد



مراجعه منظم به دندانپزشک نسبت به پیشگیری و درمان دندان‌ها اقدام شود، لذا توجه به این امر موجب سلامت دهان و دندان کودکان و دهانی‌عاری از پوسیدگی خواهد بود. بسیاری از کودکان دچار پوسیدگی شدید و از دست دادن زودرس دندان‌ها می‌شوند که این مشکل می‌تواند منجر به مشکلات رویشی در دندان‌های دایم کودک شود و همچنین از آن‌جا که میکروب‌های پوسیدگی قابلیت انتقال از یک دندان به دندان دیگر را دارند، لذا با وجود این همه دندان پوسیده در دهان کودکان، می‌توان وقوع پوسیدگی‌های شدیدتری را در دندان‌های دایمی آنان پیش‌بینی کرد. به طور معمول هر فرد لازم است سالانه دو بار به دندانپزشک مراجعه کند. این برنامه شامل مراحل آموزش، معاینه، تعیین نیازهای درمانی، تکمیل شناسنامه الکترونیک سلامت دهان و دندان و ارائه خدمات درمانی است. هدف نهایی این برنامه، دهان و دندان‌عاری از پوسیدگی دانش‌آموزان پایه ششم ابتدایی است. درمان‌هایی که در واحدهای دندانپزشکی ارائه می‌شود شامل: ترمیم، کشیدن دندان‌های عفونی و غیرقابل ترمیم، پالپوتومی، فیشرسیلانت، جرمگیری و بروساژ، فلورایدتراپی، درمان پالپ زنده، درمان ریشه، رادیوگرافی است که ارائه این خدمات در روستاها رایگان است.

برنامه بهداشت دهان و دندان در زنان باردار و شیرده

نایک سال پس از زایمان

بهداشت دهان و دندان در دوران حاملگی از اهمیت خاصی برخوردار است. رعایت نکاتی بسیار ساده می‌تواند به سلامتی مادر در دوران حاملگی و پس از آن

“

برنامه سلامت دهان و دندان دانش‌آموزان ابتدایی (وارنیش فلوراید تراپی) در دو مرحله به فاصله ۴ تا ۶ ماه در سال تحصیلی جهت همه دانش‌آموزان ابتدایی تحت پوشش اجرا می‌شود.

”

از پوسیدگی دندان می‌شود. برنامه سلامت دهان و دندان دانش‌آموزان ابتدایی (وارنیش فلوراید تراپی) در دو مرحله به فاصله ۴ تا ۶ ماه در سال تحصیلی جهت همه دانش‌آموزان ابتدایی تحت پوشش اجرا می‌شود. این خدمت به شکل رایگان در همه مدارس ابتدایی تحت پوشش ارائه می‌شود. برنامه بهداشت دهان و دندان دانش‌آموزان با هدف پیشگیری و کاهش میزان پوسیدگی دندان دانش‌آموزان به اجرا در آمده است که به شکل گسترده در سطح مدارس ابتدایی کل کشور این برنامه ادامه دارد. پوسیدگی دندان با استفاده از میزان پایین و مستمر فلوراید قابل پیشگیری است. فلوراید یک ماده طبیعی است که به شکل ترکیبی در خاک، آب و هوا و همچنین غذاهای مختلف یافت می‌شود.

استفاده از فلوراید به شکل موضعی می‌تواند به طور متوسط ۲۶ درصد باعث کاهش پوسیدگی شود که این میزان در استفاده از وارنیش فلوراید می‌تواند به ۴۶ درصد برسد. وارنیش فلوراید مایعی غلیظ، چسبنده و حاوی فلوراید است که استفاده از آن برای کودکان علاوه بر ایمن بودن و انجام آسان آن، بدون درد و ناراحتی و بدون نیاز به بی‌حسی است و براحتی با برس‌های یک بار مصرف بر روی دندان‌های کودک مالیده می‌شود. وارنیش فلوراید اغلب باعث تغییر رنگ موقتی دندان (به رنگ زرد) می‌شود که با گذشت زمان و پس از جذب فلوراید، با پاک شدن وارنیش از سطح دندان این تغییر رنگ از بین می‌رود. به منظور تقویت نسج دندان کودکان ایرانی و بر اساس آخرین و معتبرترین اطلاعات علمی منتشر شده در دنیا که زدن وارنیش فلوراید به سطح دندان کودکان در دو نوبت طی یک سال را یکی از موثرترین روش‌ها در جلوگیری از وقوع پوسیدگی دندان در کودکان معرفی می‌کنند.

برنامه دهان و دندان‌عاری از پوسیدگی دانش‌آموزان

پایه ششم ابتدایی

اهمیت سلامت دهان و دندان در کودکان نقش بسزایی در کیفیت زندگی آنان دارد و کودکان امروز آینده‌سازان کشور هستند. مراقبت از دندان‌ها باید از زمان رویش آن‌ها آغاز شده و به طور جدی در تمام طول عمر ادامه یابد و با



فیشورسیلانت

فیشورسیلانت از جمله طرح‌های مهم پیشگیری از پوسیدگی دندان است که به طور مؤثری در کنترل پوسیدگی تأثیر خواهد داشت.

از آنجا که شیارها و فرورفتگی‌های عمیق و باریک سطح جونده دندان‌ها به خصوص اولین دندان دایمی از مناطق مستعد و آغازین برای پوسیدگی است و تمیز کردن داخل این شیارها و فرورفتگی‌های سطح دندان با برس مسواک بطور کامل امکان‌پذیر نیست، لذا لازم است جهت پیشگیری از پوسیدگی این دندان‌ها، شیارها را مسدود کرد.

پر کردن شیارها با مواد شیارپوش، فیشورسیلانت نامیده می‌شود که توسط دندانپزشک انجام می‌شود. جهت انجام فیشورسیلانت به بی‌حسی یا تراش دندان نیاز نیست و در مدت زمان کوتاهی قابل انجام است. فیشورسیلانت به منظور پیشگیری از پوسیدگی دندان‌های دایمی و شیری انجام می‌شود. مهم‌ترین زمان انجام فیشورسیلانت شروع رویش دندان‌های دایمی ۶ و ۱۲ سالگی است که با توجه به اهمیت خاص رویش اولین دندان دایمی در سن ۶ سالگی، انجام فیشورسیلانت در این سن از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. اولین دندان دایمی آسیای کودکان در سن ۶ سالگی در انتهای دهان می‌روید، بدون آنکه دندان شیری لق شده و بیفتد. اغلب والدین نسبت به وجود این دندان یا دایمی بودن آن بی‌اطلاعند. از آنجایی که این دندان تقریباً همزمان با ورود بچه‌ها به مدرسه و استفاده زیاد آن‌ها از تنقلات، درمی‌آید، لازم است که بشدت از آن مراقبت شود.

این دندان‌ها یکی از مهم‌ترین گزینه‌ها برای فیشورسیلانت هستند و به محض رویش کامل آن‌ها باید عمل فیشورسیلانت برای آن‌ها انجام شود. به دنبال رویش سایر دندان‌های آسیای دایمی، آن‌ها نیز باید فیشورسیلانت شوند. فیشورسیلانت در مواردی قابل انجام است که لقی دندان وجود نداشته باشد، دندان بدون پوسیدگی باشد و بیش از ۴ سال از رویش آن‌ها نگذشته باشد.

کمک شایانی کند. همچنین در دوران بارداری ممکن است زنان به دلایل متفاوت به پوسیدگی دندان حساس‌تر شوند. رعایت نکات بهداشتی و درمانی مطلوب در دوران بارداری بسیار ضروری است.

نکته مهم این است که دندانپزشک می‌تواند اقدام‌های درمانی ایمن و مؤثر را برای زنان باردار انجام دهد. مراقبت‌های مورد نظر در زنان باردار سه بار در طول بارداری و یک بار پس از زایمان انجام می‌شود. در صورت نیاز مادر باردار به درمان‌های دندانپزشکی، بهترین زمان سه ماهه دوم حاملگی و ترجیحاً ماه پنجم است.

پلاک میکروبی

لایه‌ای است نازک که به سطح دندان چسبیده و شامل میکروب‌ها، ذرات مواد غذایی و مواد دیگری با منشا بزاقی است. قسمت اعظم پلاک را میکروب‌ها تشکیل می‌دهند. این پلاک با استفاده از آب قابل شست و شو نیست و باید با روش‌های مکانیکی مثل مسواک زدن تمیز شود.

با سخت شدن تدریجی پلاک میکروبی لایه‌ای به نام جرم تشکیل می‌شود که وجود آن باعث تجمع بیشتر میکروب‌ها، پوسیدگی دندان و التهاب لثه می‌شود. هدف اصلی از مسواک زدن پاک کردن پلاک میکروبی از روی دندان‌ها، لثه و زبان است. بهترین روش برای پیشگیری از بیماری‌های لثه رعایت دقیق بهداشت فردی و انجام جرم‌گیری حداقل یک بار در سال در صورت نیاز توصیه می‌شود.

مهم‌ترین شاخصی که نشان دهنده میزان ابتلای مردم به پوسیدگی است میانگین DMFT است. این شاخص نشان‌دهنده میانگین تعداد دندان‌های پوسیده، پر شده و از دست رفته است. در آخرین پیمایش انجام شده در سال ۱۳۹۵ عدد این شاخص در کشور ۱/۸۴ است. اگر بتوانیم عوامل پوسیدگی دندان کودک را شناسایی کرده و زمینه‌های مساعد پوسیدگی را از بین ببریم، گام موثری در جهت حفظ و سلامت دندان‌ها و دهان برداشته و شاهد کاهش میزان dmft/DMFT خواهیم بود.

شاخص‌های بهداشت دهان و دندان

شاخص	کشوری	نحوه محاسبه شاخص
شاخص DMFT دندان‌های دایمی در کودکان ۱۲ ساله	۱/۸۴	برای محاسبه DMFT مجموع تعداد دندان‌های دایمی پوسیده، پر شده و کشیده شده کودکان معاینه شده به تعداد کل کودکان زیر ۱۲ سال معاینه شده تقسیم می‌شود.
شاخص dmft دندان‌های شیری در کودکان ۶ ساله	۵/۸۴	برای محاسبه dmft مجموع تعداد دندان‌های شیری پوسیده، پر شده و کشیده شده کودکان معاینه شده به تعداد کل کودکان زیر ۶ سال معاینه شده تقسیم می‌شود.

پیشنهادهای

- * فرهنگ‌سازی در خصوص برنامه‌های بهداشت دهان و دندان
- * افزایش آگاهی روستاییان در خصوص اهمیت حفظ دندان‌ها از بدو تولد تا سالمندی

پانویس:

دندان‌های پر شده، افتاده یا کشیده شده، پوسیده DMFT: Decay, Missing, Filling, Teeth

منابع

- * اداره سلامت دهان و دندان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دستورالعمل و راهنمای کشوری فلورایدتراپی، روشی برای پیشگیری جامعه‌نگر از پوسیدگی دندان. ۱۳۹۱، تهران: انتشارات محقق اردبیلی
- * اداره سلامت کودکان، دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، راهنمای جامع مراقبت‌های ادغام یافته کودک سالم. ۱۳۹۳، انتشارات اندیشه ماندگار
- * اداره سلامت مادران، دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، برنامه کشوری مادری ایمن مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران (راهنمای خدمات خارج بیمارستانی). ۱۳۹۵، انتشارات پدیده گویا
- * وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، طرح تحول سلامت دهان و دندان دانستنی‌های سلامت دهان و دندان ویژه معلمان و مراقبان سلامت. ۱۳۹۴، تهران: انتشارات گلابگیر
- * اداره سلامت دهان و دندان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دستورالعمل اجرایی توافق نامه همکاری‌های مشترک برنامه سلامت دهان و دندان دانش‌آموزان بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت آموزش و پرورش ۱۳۹۳.

به این موضوع امتیاز دهید (۱ تا ۱۰۰)
کد موضوع ۹۹۲۸
پیامک ۳۰۰۰۷۲۷۳۱۰۰۱
نحوه امتیازدهی:
امتیاز-شماره مقاله
مثال: اگر امتیاز شما
۸۰ باشد (۸۰-۹۹۲۸)

آشنایی با فرم‌های سلامت محیط خانوار

مرضیه جباری
مربی بهداشت محیط
و حرفه‌ای دانشگاه
علوم پزشکی گلستان



فرشته حسین کمر
مدیر مرکز آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی
گلستان



حمیدجهاندخت مرعشی
کارشناس بهداشت محیط
معاونت بهداشتی
دانشگاه علوم پزشکی مشهد



اهداف آموزشی

امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه:

■ با نحوه تکمیل فرم‌های سلامت محیط در سامانه‌های سیب، سینا و ناب آشنا شوند.

مقدمه

استفاده از فناوری‌های نوین در حوزه ثبت اطلاعات بهداشتی از سال ۱۳۹۲ و با طراحی «سامانه جامع مدیریت بازرسی» در دستور کار مرکز سلامت محیط و کار وزارت بهداشت قرار گرفت، ولی برخی از اطلاعات سلامت محور که اتفاقاً جز مهم‌ترین شاخص‌های بهداشتی جامعه نیز بودند و به شکل فردی یا در قالب خانوار قابل احصا بود را شامل نمی‌شد. این شاخص‌های بهداشتی مهم که برخی از آن‌ها جزو «شاخص‌های عدالت در سلامت» نیز هست، در قالب «فرم‌های بهداشت محیط خانوار» در سامانه‌های «سیب»، «سینا» و «ناب» قرار گرفت.

این فرم‌ها قبلاً با عنوان فرم‌های شماره ۱۷، ۱۸ و ۱۹ پرونده خانوار توسط بهورز خانه بهداشت تکمیل می‌شد که از مهرماه سال ۹۵ و با ابلاغ معاون بهداشت وزرات فقط از طریق سامانه‌های مذکور تکمیل می‌شود.

نحوه تکمیل فرم بهداشت محیط خانوار

۱. عنوان فرم: فرم‌های بهداشت محیط خانوار که شامل پرسشنامه اطلاعات پسماندهای عادی خانوار، بهداشت آب و فاضلاب، فرم اطلاعات وضعیت محل سکونت خانوار در روستا، فرم اطلاعات بهداشت مواجهه با پرتوهای فرابنفش خورشیدی UV، فرم اطلاعات برنامه بهداشت مواجهه با گاز رادیواکتیو رادون، چک لیست و فوریت‌های بهداشت محیط و کار است.

۲. مسؤول تکمیل فرم: کارشناس مراقب سلامت در منطقه شهری و بهورز در منطقه روستایی است.

۳. بازه زمانی تکمیل فرم: فرم برای همه خانوارهای تحت پوشش به شکل سالیانه تکمیل می‌شود.

راهنما و توصیه‌های آموزشی تکمیل فرم بهداشت

محیط خانوار

با توجه به آیتم‌های انتخابی در زمان تکمیل فرم، توصیه‌ها و موارد آموزشی که باید به خانوار پس از تکمیل

- * در صورت استفاده از مخزن ذخیره خانگی توصیه های لازم به منظور نگهداری و گندزدایی مخزن ارایه شود.
- * سالم سازی آب (جوشاندن، کلر مادر، قرص کلر، استفاده از آب بطری شده استاندارد)؛ توصیه های مربوط به ویژگی های آب بطری شده ارایه شود.

راهنمای دفع بهداشتی فاضلاب

در صورت دفع غیر بهداشتی فاضلاب مثل تخلیه به گودال روباز / تخلیه به آب های سطحی / توالت صحرایی و رهاسازی در محیط، آموزش نحوه دفع بهداشتی فاضلاب شامل تخلیه به چاه، سپتیک تانک، سیستم جمع آوری و تصفیه فاضلاب ارایه شود.

راهنمای بهداشت مواجهه با پرتوهای فرابنفش خورشیدی

پرتو UV در طیف امواج غیر یونیزان (الکترو مغناطیس) قرار دارد. وجود این اشعه در نور خورشید موجب سوختگی شده و در موارد شدیدتر می تواند اثر نامطلوبی بر چشم و پوست داشته باشد. شاخص پرتو فرابنفش یا UVI یک مقدار کمی است که شدت آن را در یک محل یا منطقه مشخص می کند و عدد آن بین ۱ تا ۱۱ متغیر است. هرچه مقدار این شاخص بیشتر باشد، قدرت تخریب در پوست و چشم بیشتر می شود. معمولاً بیشترین میزان شاخص بین ساعت های ۱۰ صبح و ۱۵ بعد از ظهر است. در شاخص ۳ تا ۵ استفاده از عینک مناسب

جدول شاخص پرتو UV		
اقدام	UVI	اثرات
اقدام حفاظتی لازم نیست	۲ و کمتر از آن	کم
اقدام حفاظتی لازم است	۳ تا ۵	متوسط
اقدام حفاظتی لازم است	۶ تا ۷	زیاد
اقدام حفاظتی لازم است	۸ تا ۱۰	بسیار زیاد
اقدام حفاظتی لازم است	۱۱ و بیشتر از آن	خطرناک



فرم ارایه شود، شامل موارد ذیل است:

راهنمای بهداشت آب

- * رعایت مدت زمان لازم برای جوشاندن
- * ارایه توصیه های مربوط به نحوه نگهداری و گندزدایی مخزن
- * در صورتی که آبرسانی تحت پوشش شرکت آب و فاضلاب بوده و کیفیت آب مورد تایید مقام های بهداشتی است، استفاده از دستگاه تصفیه خانگی توصیه نمی شود.
- در صورت انجام نشدن کلرزنی آب مصرفی یکی از روش های زیر برای سالم سازی آب انجام شود:
- * جوشاندن آب به مدت ۳ دقیقه از زمان جوش
- * استفاده از قرص کلر مطابق با دستورالعمل تولید کننده یا استفاده از محلول کلر مادر به میزان ۳ تا ۷ قطره به ازای یک لیتر آب. پس از ۳۰ دقیقه آب مورد نظر برای شرب مناسب خواهد بود.
- * در صورت استفاده از پمپاژ مستقیم از طریق شبکه تذکر داده شود که از پمپ تامین فشار نباید به شکل مستقیم روی شبکه استفاده کرد، زیرا می تواند باعث آلودگی شود.

آفتابی با فاکتور حفاظتی ^۱EPF مناسب (برای عینک ۹ تا ۱۰ و برای لنز چشمی ۲ تا ۴)، کرم ضد آفتاب با ^۲SPF مناسب (SPF برابر ۳۰ و بیشتر و هر ۲ ساعت یک بار) و پوشیدن کلاه و لباس به شکل کامل ضروری است. در شاخص بالاتر از ۱۱ توصیه می شود افراد از منزل خارج نشوند.

راهنمای بهداشت مواجهه با گاز رادیو اکتیورادون

گاز رادون همیشه در طبیعت وجود داشته و محصول واپاشی از اورانیوم و رادیوم طبیعی موجود در طبیعت است. اورانیوم در انواع سنگ و خاک وجود داشته و به همین دلیل در مصالح مورد استفاده در ساختمان نیز وجود دارد. در صورت در معرض بودن به شکل طولانی با این گاز امکان ابتلای فرد به برونشیت و سرطان ریه وجود دارد. برای جلوگیری از اثرات سوء گاز رادون بر سلامت فرد رعایت موارد زیر توصیه می شود:

- * اصلاح و بهبود تهویه ساختمان
- * بستن درز و شکاف کف و دیوار ساختمان
- * عایق بندی مناسب ساختمان

راهنمای دفع بهداشتی پسماند عادی خانوار

پسماند: به مواد جامد، مایع و گاز (غیر از فاضلاب) گفته می شود که به طور مستقیم یا غیر مستقیم حاصل از فعالیت های انسان بوده و از نظر تولید کننده زاید تلقی می شود.

پسماندها به پنج گروه تقسیم می شوند:

۱. **پسماند عادی:** حاصل از فعالیت های روزمره
 ۲. **پسماند پزشکی:** تیز و برنده، عفونی، دارویی، شیمیایی و عادی
 ۳. **پسماند ویژه:** پسماندهایی که یکی از خواص خطرناک مانند سمیت، بیماری زایی، قابلیت انفجار یا اشتعال و خوردگی داشته باشد.
 ۴. **پسماند کشاورزی:** حاصل از فعالیت های کشاورزی
 ۵. **پسماند صنعتی:** حاصل از فعالیت های صنعتی
- میزان پسماند تولیدی در کشور:** سرانه تولیدی پسماند روزانه ۷۰۰ گرم به ازای هر نفر است که بهترین روش مدیریت پسماند، سیاست کاهش پسماند تولیدی در محل تولید است. توصیه می شود سرانه روزانه پسماند تولیدی به ازای هر فرد به ۵۵۰ گرم در روز برسد. همچنین چک لیست فوریت های بهداشت محیط و کار نیز از مواردی است که باید تکمیل شود که خود شامل مباحث بهداشتی مواجهه با حوادث و بلایای طبیعی است. البته تفاوت هایی در ثبت اطلاعات، در این سامانه ها وجود دارد و نحوه ثبت برخی اطلاعات شامل نحوه مصرف لبنیات، نمک، روغن مصرفی خانوار، ثبت موارد آموزش، طغیان ها و طرح ادغام بهداشت مواد غذایی در نظام شبکه، در این سامانه ها متفاوت است. دقت در ثبت اطلاعات و هماهنگی با کارشناسان بهداشت محیط و حرفه ای در این خصوص توصیه می شود.

پیشنهادهای

سلامت مؤلفه ای فردی نیست و مؤلفه های روانی، اجتماعی، اقتصادی و... بر سلامت فردی تأثیر گذار است. تجمیع برخی اطلاعات محیطی ثبت شده در «سامانه جامع مدیریت بازرسی» که شامل داده های مکانی مؤثر بر سلامت است. با اطلاعات پرونده الکترونیک سلامت فردی و تجزیه و تحلیل این داده ها در بهبود وضعیت سلامت فردی و اجتماعی کمک شایانی خواهد کرد.

منابع

به این موضوع امتیاز دهید (۱ تا ۱۰۰)
کد موضوع ۹۹۲۹. پیامک ۳۰۰۰۷۲۷۳۱۰۰۰۱
نحوه امتیاز دهی: امتیاز - شماره مقاله
مثال: اگر امتیاز شما ۸۰ باشد (۸۰ - ۹۹۲۹)

- * سامانه جامع مدیریت بازرسی مرکز سلامت محیط و کار <http://samanehjmb.behdasht.gov.ir>
- * سامانه سبب <http://sib.dapa.ir>
- * راهنمای گام به گام تکمیل فرم بهداشت محیط خانوار سامانه سینا <https://sinaehr.mums.ac.ir>

1. Ultra violet index
2. Eye protection factor
3. Sun protection factor

آشنایی با بیماری‌های واگیر
مشمول گزارش دهی فوری

وقتی «آنفلوآنزا» پرواز می‌کند!



نادره شهباززاده

مدیر مرکز آموزش بهورزی و بازآموزی
دانشکده علوم پزشکی خوی



رضا عادل

کارشناس مبارزه با بیماری‌های
دانشکده علوم پزشکی خوی



دکتر مجید اخوان طاهری

کارشناس مدیریت پیشگیری و مبارزه با
بیماری‌های واگیر دانشگاه علوم پزشکی ایران



مهسا شیر

کارشناس مسؤول امور بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی ایران



اهداف آموزشی

امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه مقاله:

- بیماری آنفلوآنزا را تعریف کنند.
- نشانه‌های بیماری آنفلوآنزا را شرح دهند.
- راه‌های پیشگیری از بیماری آنفلوآنزا را بیان کنند.
- افراد در معرض خطر بیماری آنفلوآنزا را نام ببرند.

مقدمه

کلمه «آنفلوآنزا» از زبان ایتالیایی در قرن پانزدهم به معنای «تأثیر ستارگان» گرفته شده است. آنفلوآنزا بیماری حاد دستگاه تنفسی است که با تب، سر درد، درد عضلانی، تعریق، آبریزش بینی، گلو درد و سرفه تظاهر می‌کند. سرفه اغلب شدید و برای مدتی ادامه می‌یابد ولی سایر نشانه‌های بیماری بعد از ۲ تا ۷ روز خود به خود بهبودی پیدا می‌کند. شناسایی بیماری معمولاً بر اساس مشخصات اپیدمیولوژیک آن انجام شده و موارد تک گیر آن را فقط با کمک روش‌های آزمایشگاهی می‌توان تشخیص داد. آنفلوآنزا در

افراد مختلف ممکن است از سایر بیماری‌های ویروسی دستگاه تنفس قابل تشخیص نباشد. اشکال بالینی بیماری متفاوت بوده و ممکن است نشانه‌هایی مثل سرماخوردگی، برونشیت، پنومونی ویروسی و بیماری‌های حاد غیر قابل افتراق دستگاه تنفسی را نشان دهد. اختلال‌های دستگاه گوارش مثل تهوع، استفراغ و اسهال نیز بروز می‌کند ولی در کودکان ممکن است همراه با نشانه‌های گوارشی باشد. در همه‌گیری آنفلوانزا با سوش‌های ویروسی A(H1N1) و B در حدود ۲۵ درصد کودکان در مدرسه‌ها مبتلا به عوارض گوارشی شده‌اند.

آنفلوانزای پرندگان که آنفلوانزای مرغی نیز نامیده می‌شود، عفونت ناشی از برخی سویه‌های نوع A است که بیشتر گونه‌های مختلف پرندگان را مبتلا ساخته ولی احتمال وقوع عفونت در انسان نیز وجود دارد. به طور معمول ویروسی که باعث ابتلای انسان به آنفلوانزای پرندگان می‌شود H5N1 است. در کشورهای درگیر، میزان مرگ و میر ناشی از عفونت آنفلوانزای پرندگان در انسان بالا بوده است و میزان کشندگی بیماری در کل دنیا ۶۰ درصد است.

اپیدمیولوژی: اهمیت آنفلوانزا در سرعت انتشار

همه‌گیری‌ها، وسعت و تعداد مبتلایان و شدت عوارض آن، به خصوص ذات الریه ویروسی و باکتریایی است. در همه‌گیری‌های بزرگ شکل شدید یا کشنده بیماری بیشتر نزد سالمندان و افرادی که به دلیل عوارض مزمن قلبی، ریوی، کلیوی، بیماری‌های متابولیک، کم‌خونی یا نارسایی ایمنی ناتوان شده‌اند، مشاهده می‌شود.

آنفلوانزا به شکل جهانگیر، همه‌گیری‌های وسیع، کوچک، منطقه‌ای و تک‌گیر مشاهده می‌شود. در ۱۰۰ سال گذشته جهانگیری‌های بیماری در سال ۱۹۱۸، ۱۹۵۷ و ۱۹۶۸ اتفاق افتاده است. میزان حمله در همه‌گیری‌هایی که در اجتماعات بزرگ اتفاق می‌افتد،

معمولاً بین ۱۰ تا ۲۰ درصد است در حالی که در اجتماعات بسته مثل مدرسه‌های شبانه‌روزی یا خانه سالمندان به ۵۰ درصد و بیشتر می‌رسد. همه‌گیری‌ها در مناطق معتدل بیشتر در زمستان و در نواحی گرمسیر بیشتر در ماه‌های بارانی سال اتفاق می‌افتد ولی این روند فصلی بروز همه‌گیری‌ها همواره ثابت نبوده و ممکن است موارد تک‌گیر یا همه‌گیری بیماری در هر مکانی بدون ارتباط با فصل اتفاق بیفتد. نوترکیبی ویروس بین سروتیپ‌های مختلف ویروس A در خوک و انسان، پرندگان وحشی و اهلی، اردک و بوقلمون گزارش داده شده است. ویروس‌های آنفلوانزایی که جهانگیری‌های سال‌های ۱۹۱۸، ۱۹۵۷، ۱۹۶۸ را به وجود آورده دارای ژن‌های بسیار نزدیک به ژن ویروس آنفلوانزای پرندگان بوده‌اند. برای اولین بار در دنیا ویروس آنفلوانزای انسانی در سال ۱۹۳۳ میلادی جداسازی شده است.

اپیدمیولوژی عفونت انسان با ویروس H5N1 آنفلوانزای پرندگان هنوز به طور کامل شناخته نشده است. عفونت انسان نتیجه تعامل پیچیده‌ای میان ویروس، میزبان و عوامل محیطی بوده که در این بین، میزان و راه ورود ویروس، وضعیت ایمنی و استعداد ژنتیکی میزبان و عوامل محیطی نظیر افشانه‌های تنفسی نقش مهمی ایفا می‌کنند. ویروس H5N1 می‌تواند در کود آلوده تا سه ماه زنده بماند. عوامل اصلی خطر در ابتلای انسان به آنفلوانزای پرندگان عبارتند از: تماس مستقیم یا غیرمستقیم با ماکیان آلوده یا محصولات آن‌ها.

عامل عفونت: ویروس آنفلوانزا از خانواده ارتومیکسویریده است که سه تیپ A و B و C دارد. آنفلوانزای تیپ A با زیرگونه‌های (H1N1, H2N2, H3N3) توانسته است، همه‌گیری‌ها و جهانگیری‌های بیماری را ایجاد کند. تیپ B ویروس با میزان کمتری مسؤول ایجاد همه‌گیری‌های منطقه‌ای یا گسترده و تیپ C در ایجاد موارد تک‌گیر و همه‌گیری‌های کوچک موضعی نقش داشته است. تیپ‌های ویروسی به وسیله خصوصیات آنتی‌ژنی دو نوع پروتئین نسبتاً ثابت آن‌ها، (نوکلئوپروتئین و ماتریکس پروتئین) تشخیص داده می‌شوند. زیر گونه‌های آنفلوانزای A بر اساس خصوصیات آنتی‌ژنیک

گلیکوپروتئین‌های سطحی آن‌ها (هماگلوتینین H) و نورآمینیداز N طبقه‌بندی می‌شوند. موتاسیون مکرر ژن‌های گلیکوپروتئین‌های سطحی ویروس‌های آنفلوانزا A و B منجر به ایجاد تیپ‌های گوناگون می‌شود که براساس منطقه جغرافیایی، شماره کشت و سال جداشدنشان نام‌گذاری می‌شوند. تاکنون ۱۶ گونه هماگلوتینین (H) و ۹ گونه نورآمینیداز (N) برای تیپ A شناخته شده است.

ایجاد زیرگونه‌های کاملاً جدید آنتی ژنی در فواصل نامنظم و تنها برای ویروس‌های نوع A آنفلوانزا اتفاق می‌افتد و همین تیپ‌های ویروسی جدید هستند که جهانگیری‌های بیماری را به وجود می‌آورند. این ویروس‌ها نتیجه ترکیب غیرقابل پیش بینی آنتی‌ژن‌های ویروس‌های آنفلوانزای انسان با ویروس‌های آنفلوانزای خوکی یا پرندگان هستند. تغییرات نسبتاً جزئی آنتی‌ژنی در ویروس‌های A و B به طور دایم همه‌گیری‌های مکرر و منطقه‌ای را ایجاد می‌کند و باعث می‌شود که سالانه ترکیب واکسن آنفلوانزا عوض شود.

تغییرات آنتی ژنیک ویروس آنفلوانزا: تغییرات آنتی ژنیک به طور اساسی به دو دسته دریافت و شیفت آنتی ژنیک تقسیم می‌شوند.

دریافت آنتی ژنیک: به تغییرات کوچک که به طور مداوم در ویروس اتفاق می‌افتد اطلاق می‌شود. این تغییرات هر سال یا هر چند سال روی می‌دهد.

شیفت آنتی ژنیک: تغییرات عمده در ویروس آنفلوانزا منجر به شیفت آنتی ژنیک شده و پاندمی وحشتناک را به علت ویروس‌های جدید که جمعیت انسانی نسبت به آن ایمنی ندارند، ایجاد می‌کند. این تغییرات هر ۱۰ تا ۳۰ سال پس از چرخش ویروس در محیط ایجاد می‌شود.

ترشح ویروس: ویروس را قبل از شروع علائم بیماری (۲۴ ساعت قبل) در ترشحات دستگاه تنفس فرد آلوده می‌توان شناسایی کرد. به طور معمول ویروس بعد از ۵ تا ۱۰ روز در ترشحات ویروسی فرد آلوده قابل گزارش نیست.

مخزن: انسان مخزن اولیه ویروس‌های آنفلوانزای انسانی است. حیوانات پستاندار مثل خوک و پرندگان

احتمالاً به عنوان مخازن سروتیپ‌های ویروسی جدید برای انسان به دلیل نوترکیبی ژنتیکی ویروس‌های انسانی و حیوانی، عمل می‌کنند. یک زیر گونه جدید ویروس آنفلوانزا با آنتی ژن جدید می‌تواند از طریق ابتلای افرادی که فاقد ایمنی نسبت به آن هستند باعث ایجاد جهانگیری بیماری شود.

روش انتقال: مهم‌ترین راه انتقال ویروس در محیط‌های بسته پر جمعیت مثل اتوبوس از طریق هواست. از آنجا که ویروس آنفلوانزا ممکن است ساعت‌ها در شرایط سرد و رطوبت کم در محیط زنده بماند، ویروس از طریق ترشحات آلوده نیز می‌تواند منتقل شود.

دوره کمون: این مدت کوتاه بوده و معمولاً بین ۱ تا ۳ روز است.

دوره واگیری: دفع ویروس احتمالاً در بالغان بین ۳ تا ۵ روز بعد از بروز نشانه‌های بالینی بیماری و در کودکان تا ۷ روز بعد از آن ادامه خواهد داشت.

افتراق آنفلوانزا از سرماخوردگی		
علائم بالینی	آنفلوانزا	سرماخوردگی
علائم پیش درآمد	ندارد	یک روز یا بیشتر
شروع	ناگهانی	تدریجی
تب	۳۸/۳ تا ۳۹ درجه سانتی گراد	در بالغین نادر
سر درد	ممکن است شدید باشد	نادر
درد عضلانی	معمولاً وجود دارد و اغلب شدید	متوسط
خستگی مفرط	معمولاً وجود دارد	هرگز
خستگی / ضعف	ممکن است بیش از دو هفته باشد	متوسط
ناراحتی گلو	شایع	گاهی / اغلب
عطسه	گاهی	معمولاً وجود دارد
التهاب بینی	گاهی	معمولاً وجود دارد
سرفه	معمولاً وجود دارد و خشک	متوسط و منقطع / مزاحم

1) Antigenic Drift

2) Antigenic Shift

افراد «در معرض خطر» بیماری آنفلوآنزا شامل:

- * بیماران ضعیف و ناتوان
- * سالمندان
- * ساکنان آسایشگاه‌ها و کارکنان آن
- * بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن ریوی، قلبی عروقی جز هایپر تانسیون، کلیوی و متابولیک، آسم، کبدی، خونی.
- * افراد در معرض تماس
- * خانم‌های بارداری که سه ماهه دوم و سوم حاملگی آنان مقارن با فصل شیوع آنفلوآنزا است.
- * کودکان و نوجوانان ۶ ماهه تا ۱۸ ساله ای که تحت درمان طولانی مدت با آسپرین هستند.
- * مراقبان و سایر اعضای خانواده بیمارانی که جزو گروه در معرض خطر به حساب می آیند.
- * کودکان ۶ ماه تا ۵۹ ماه

گروه‌های پرخطر در آنفلوآنزای پرندگان:

۱. بچه‌هایی که با ماکیان بازی می کنند، خصوصاً با اردک‌های آلوده فاقد علامت.
۲. کارکنان فروشگاه‌های پرندگان زنده یا فروشندگان گوشت ماکیان.
۳. کارکنان کشتارگاه‌های پرندگان که از وسایل حفاظت فردی استفاده نمی کنند.
۴. کسانی که با خروس‌های جنگی سروکار دارند.



۵. مصرف محصولات پرندگان به صورت نیم پز

۶. مصرف خون اردک یا مرغ

۷. کارکنان بهداشتی که در بیمارستان مسئولیت مراقبت از بیماران مبتلا به آنفلوآنزای پرندگان را به عهده داشته و از وسایل حفاظت فردی به درستی استفاده نمی کنند.

افراد «در معرض تماس» بیماری آنفلوآنزا شامل:

- * شاغلان در مراکز ارایه‌کننده خدمات بهداشتی و درمانی
 - * نیروهای درمانی خدمت دهنده در منازل افراد در معرض خطر
 - * اعضای خانواده افراد در معرض خطر
 - * شاغلان در اورژانس‌ها
 - * شاغلان در مراکز گردشگری که در تماس نزدیک با افراد در معرض خطر هستند.
 - * واکسیناسیون گروه‌های گفته شده، فوق برای کاهش سرایت ویروس آنفلوآنزا به افرادی که جزو افراد در معرض خطر هستند توصیه می شود.
 - * واکسیناسیون مادرمنعی جهت شیردهی به نوزاد نیست.
- روش و میزان تجویز واکسن:** راه تزریق واکسن بر حسب راهنمایی کارخانه سازنده به شکل زیر جلدی یا عضلانی عمیق (ناحیه عضله دلتوئید در بزرگسالان و ناحیه قدامی خارجی ران در کودکان زیر ۲ سال) است. به نظر می‌رسد، یک نوبت واکسن در هر سال در اوایل پاییز از واکسن کشته شده برای بالغان کافی باشد.
- میزان واکسن در بالغان و کودکان بالای ۱۳ سال یک دوز ۰/۵ میلی لیتری و در کودکان گروه سنی ۴ تا ۱۲ سال که برای اولین بار واکسن را دریافت می کنند ۲ دوز ۰/۵ میلی لیتری به فاصله ۴ تا ۶ هفته و در کودکان ۶ ماهه تا ۴ ساله که برای اولین بار واکسن را دریافت می کنند ۲ دوز ۰/۲۵ میلی لیتری به فاصله ۴ تا ۶ هفته است.

اشکال بالینی در پرندگان

ممکن است در پرندگان به شکل ناخوشی خفیف که گاهی با ژولیدگی پرها و کاهش تولید تخم همراه است، مشاهده شود. شکل شدید بیماری که از قابلیت

پیگیری موارد مشکوک انسانی

موارد تماس باید به مدت ۱۰ روز از نظر تب و سایر علائم بیماری تحت مراقبت قرار گیرند و در این مدت روزانه ۲ مرتبه (هر ۱۲ ساعت) درجه تب کنترل شود. در صورت بروز علائم، باید درمان به سرعت آغاز شود.

شرح وظایف خانه‌های بهداشت در مراقبت بیماری‌های آنفلوآنزای پرندگان:

- * شرکت فعال در جلسات آموزشی برگزار شده در این خصوص
- * آموزش جمعیت تحت پوشش در خصوص علائم بیماری، راه‌های انتقال، روش‌های پیشگیری و درمان و روش‌های دفن بهداشتی لاشه‌های پرندگان آلوده
- * جلب مشارکت و همکاری مسؤولان محلی جهت کنترل و پیشگیری از انتشار بیماری
- * گزارش‌آنی و فوری موارد انسانی
- * گزارش‌آنی و فوری موارد غیر عادی تلفات در پرندگان
- * شناسایی جمعیت پرندگان، حیوانات و مراکز نگهداری، عرضه و کشتار پرندگان در روستا
- * هماهنگی لازم با مسؤولان محلی در خصوص دفن بهداشتی موارد تلف شده پرندگان
- * مراقبت روزانه از موارد در تماس
- * انجام بموقع پیشگیری به وسیله واکسن و دارو تحت نظارت مراکز خدمات جامع سلامت روستایی
- * بازدید و نظارت بر مراکز عرضه و فروش پرندگان
- * رعایت اصول حفاظت فردی در هنگام برخورد با کانون‌های آلوده

سرایت پذیری بالایی برخوردار است و تقریباً در صددرصد موارد سرایت باعث مرگ و میر می‌شود با علائمی شامل عدم تعادل، ژولیدگی پرها، تنفس سخت، بی‌اشتهایی، افسردگی و پژمردگی، تغییر رنگ تاج و ریش به رنگ آبی، اسهال آبکی، افت ناگهانی تولید تخم و نرم شدن پوسته آن همراه است.

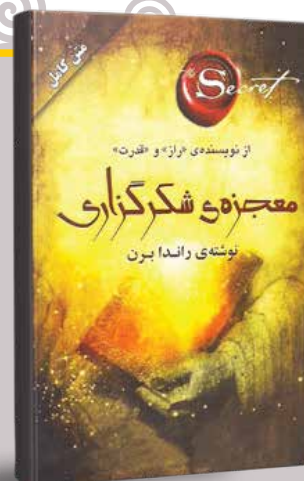
ویروس آنفلوآنزا در دمای ۵۶ درجه سانتی‌گراد در عرض سه ساعت یا در دمای ۶۰ درجه سانتی‌گراد طی نیم ساعت و همچنین در تماس با مواد گندزدای معمولی مثل ید و فرمالین از بین می‌رود ولی در دمای پایین‌تر می‌تواند حتی تا ۳ ماه زنده بماند. این ویروس در دمای ۲۲ درجه سانتی‌گراد به مدت چهار روز و در دمای صفر درجه سانتی‌گراد بمدت ۳۰ روز قادر به زندگی است. یک گرم کود پرنده آلوده آن قدر ویروس در خود دارد که می‌تواند یک میلیون پرنده دیگر را آلوده کند. قرنطینه و جلوگیری از جابه‌جایی پرندگان و کودهای پرندگان در سطح کشور می‌تواند از اقدام‌های کنترلی مناسب در هنگام بروز همه‌گیری‌ها باشد.



به این موضوع امتیاز دهید (۱۰۰ تا)
کد موضوع ۹۹۲۱۴ . پیامک ۳۰۰۷۲۷۳۱۰۰۱
نحوه امتیازدهی: امتیاز- شماره مقاله
مثال: اگر امتیاز شما ۸۰ باشد (۸۰-۹۹۲۱۴)

منابع

- * راهنمای مراقبت و کنترل بیماری آنفلوآنزا: انتشارات مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، اداره بیماری‌های قابل پیشگیری با واکسن و قرنطینه، سال ۱۳۸۸
- * محمد نصر دادرس، محمود سروش، سعیده زاهدانارکی. راهنمای کشوری مراقبت و کنترل بیماری آنفلوآنزا (آنفلوآنزای فصلی- آنفلوآنزای پرندگان- آنفلوآنزای پاندمی). نوبت چاپ: اول، قم، ناشر: مهر امیرالمومنین (علیه السلام)، ۱۳۸۸



سعیده آهنگار

مربی مرکز آموزش بهورزی دانشگاه علوم پزشکی زنجان

چکیده کتاب معجزه و شکرگزاری

مؤلف: راندا برن، مترجم: نفیسه معتکف

قدرشناسی راز هر موفقیتی است و درها را بر روی ایده‌های جدید و کشف‌های تازه می‌گشاید. قدرشناسی درمان تمامی روابط سخت و شکست خورده، نداشتن پول و بیماری و ناراحتی‌هاست. قدرشناسی ترس، نگرانی، اندوه و یأس را از بین می‌برد و با خود شادی، شکیبایی، مهربانی، دلسوزی و فهم و آرامش ذهن را به همراه می‌آورد. قدرشناسی راه حل مشکلات را به شما نزدیک می‌سازد و فرصت‌هایی مناسب برای دستیابی به آرزوهای تان در اختیار تان قرار می‌دهد.

اگر قدرشناسی در مدارس به یک موضوع اجباری تبدیل شود، ما نسلی از بچه‌ها را خواهیم دید که تمدن‌مان را به سوی دستاوردهای شگرف و اکتشافات و محو ناسازگاری‌ها، پایان جنگ‌ها و صلح پایدار رهنمون می‌شوند. ملت‌هایی که در آینده دنیا را رهبری می‌کنند آن‌هایی هستند که رهبران و مردم‌شان شکرگزارترین‌اند. شکرگزاری افراد یک مملکت باعث بالیدن و ثروتمند شدن آن کشور می‌شود و کاهش چشمگیر بیماری، رونق گرفتن تجارت، تولید بیشتر، شادی و صلح فراگیر را برای آن ملت در پی خواهد داشت. فقر ناپدید می‌شود و هیچ انسان گرسنه‌ای پیدا نخواهد شد، چرا که یک ملت شاکر هیچ‌گاه چنین امری را برنخواهند تافت. با فزونی گرفتن شمار افرادی که نیروی فوق‌العاده قدرشناسی را درک می‌کنند، این انرژی با شتاب بیشتری دنیا را فرا می‌گیرد که این مسأله

به انقلاب شکرگزاری منجر خواهد شد.

هر جا که می‌روید قدرشناسی را با خود ببرید. اشتیاق، رویارویی‌ها، اعمال و موقعیت‌های زندگی‌تان را با نیروی قدرشناسی بیامیزید تا همه رؤیاهای تان به حقیقت بپیوندند. در آینده، اگر روند زندگی شما را در موقعیتی چالش برانگیز قرار داد که فکر کردید هیچ کنترلی بر آن ندارید و هر کاری که می‌کنید نمی‌توانید از موقعیت بازنده‌رهایی‌یابید، به جای نگرانی یا ترس، به شکرگزاری روی بیاورید و برای چیزهای دیگری که در زندگی‌تان هست شکرگزاری کنید. وقتی شما در زندگی‌تان با قدرشناسی به وضوح از خداوند یاری و کمک می‌طلبید، شرایط اطراف در موقعیت چالش برانگیز به صورت شگفت‌انگیزی تغییر می‌کند و دگرگون می‌شود.

در قرآن مجید آمده است: «ما به او (انسان) راه را نشان دادیم: خواه قدرشناس باشد، خواه نباشد. مسؤول خودش است.» من به خاطر چیزهای کوچک شروع به شکرگزاری کردم و هر چه بیشتر شکرگزار بودم، فراوانی بیشتری به زندگی‌ام روی آورد زیرا بر هر چه تمرکز کنید، گسترش می‌یابد و هنگام تمرکز بر خوبی‌های زندگی‌تان، مقدار بیشتری از آن را خلق خواهید کرد. هنگامی که آموختم صرف‌نظر از آنچه در زندگی‌ام روی می‌دهد، سپاسگزار باشم، فرصت‌ها، روابط و حتی پول به سمت من سرازیر شد.

با قدردانی می‌توانی به آن پایه‌ای برسی که فراوانی بی‌پایانی را در زندگی تجربه کنی. راه رسیدن به این درجه از قدردانی، از مسیر ارتباط با کائنات یا اگر ترجیح می‌دهی، روح‌یا پروردگار می‌گذرد.

در این اثر، نویسنده به توصیف قدرت شگفت آور «شکرگزاری» در جذب هر آنچه که ما می‌خواهیم می‌پردازد. در این کتاب برای ۲۸ روز تمرینات شکرگزاری وجود دارد. این تمرینات طوری تنظیم شده است که از آن می‌توان برای متحول کردن وضعیت سلامت، پول، شغل و روابط خود استفاده کرد. شکرگزاری به راحتی بسامد ارتعاشی فرد را بالا برده و برای جذب خواسته‌هایش به او کمک می‌کند. تمرینات آنقدر عالی و در عین حال ساده هستند که در اکثر افراد بعد از انجام یک دوره، شکرگذاری به شکل عادت همیشگی در می‌آید و از نتایج این تمرینات بهره‌مند خواهند شد.

مقدمه

بسیاری از همکاران در زمان ورود به یک شبکه یا اتصال به اینترنت با مشکلات عدیده‌ای روبرو می‌شوند. در چنین شرایطی کاربران سعی می‌کنند از هرگونه ابزار خطایابی به منظور شناسایی مشکلات و حل آن‌ها استفاده کنند. به کارگیری ابزارهای از پیش ساخته شده ویندوز ساده بوده و در اغلب موارد به شما کمک می‌کند تا علت بروز مشکل را تشخیص داده و همچنین راهکارهایی برای حل مشکلات ارائه می‌کنند.

تعاریف

Cache: حافظه پنهان

ویزارد: برنامه‌هایی کاربردی و سلسله مراتبی هستند که کاربران را در انجام دستورات یاری می‌دهند.

آداپتور: آداپتور یک نوع مبدل الکتریکی است، این وسیله جریان متناوب برق با ولتاژ بالا را به جریان مستقیم با ولتاژ پایین تبدیل می‌کند.

سوییچ فیزیکی: در اینجا منظور کلید یا دکمه قطع و وصل است.

ما در این مقاله طی چند گام به شما نشان می‌دهیم، چگونه می‌توانید از ابزارهای خطایابی ویندوز به منظور شناسایی مشکلات استفاده کنید. نکته‌ای که لازم است در این بخش به آن اشاره داشته باشیم این است که این راهنما برای کاربران سیستم عامل ویندوز ۱۰ آماده شده است.

رفع مشکلات ارتباطی اینترنت یا شبکه



مهندس سید کاظم بحرینی

رئیس اداره فناوری اطلاعات و ارتباطات
معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی مشهد



مهندس حامد حاج محمدی

کارشناس فناوری اطلاعات و ارتباطات
معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی مشهد

اهداف آموزشی

امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه این مقاله:

- تعاریف و اصطلاحات مربوط به شبکه و اینترنت را تعریف کنند.
- ایرادات نرم افزاری مختل کننده ارتباطات شبکه را شناسایی و حل کنند.
- مشکلات سخت افزاری مختل کننده ارتباطات شبکه را شناسایی و رفع کنند.

گام اول: پیش از هر اقدامی مطمئن شوید که مشکل از جانب شماست

گاهی اوقات ممکن است برخلاف تصورتان مشکل از سایت خاصی ناشی شود. به عنوان مثال اگر نمی‌توانید وارد سایتی شوید، سایت‌های دیگر را نیز چک کنید تا ببینید مشکل وجود دارد یا فقط به سرویس دهنده‌ای خاص مربوط می‌شود.

گام دوم: خاموش و روشن کردن دستگاه‌های مرتبط و چک کردن تمام قطعات سخت افزاری موجود

نگران نباشید. خاموش و روشن کردن تجهیزات موجود می‌تواند اولین راه حل ساده شما برای حل مشکل باشد. به عبارت دیگر راه اندازی دوباره تجهیزات (کارت شبکه، مودم یا...) می‌تواند بسیاری از مشکلات را حل کند. به سراغ رایانه و مودم خود رفته و آن‌ها را راه اندازی دوباره کنید. برای پاک شدن کامل Cache مودم، ۶۰ ثانیه صبر کرده و سپس اقدام به روشن کردن آن‌ها بکنید.

گام سوم: اتصالات فیزیکی را بررسی کنید.

آیا هنوز مشکل پا بر جاست؟ پیش از آن که بخواهید از طریق تنظیمات و انجام تست‌های گوناگون وارد عمل شوید، نیاز است تا اتصالات خود را از نظر فیزیکی هم بسنجید. اگر از یک کابل شبکه برای اتصال دستگاه خود به مودم استفاده می‌کنید، در صورت محرز شدن ایراد آن را با کابل سالم جایگزین کنید.

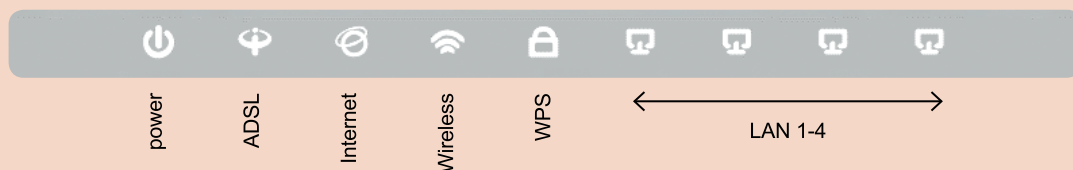
همچنین اگر لپ تاپ شما دارای یک سوئیچ فیزیکی wireless^۱ است، مطمئن شوید که در حالت خاموش نباشد. پس از چک کردن این موارد، تجهیزات شبکه خود را چک کنید. ببینید که آیا چراغ مودم شما روشن است و وضعیت چراغ‌های دیگر روی مودم یا روتر مورد استفاده شما طبیعی عمل می‌کنند یا خیر.

تذکر: اگر از مودم ADSL استفاده می‌کنید موارد زیر را چک کنید: به مودم خود نگاهی بیندازید، چند چراغ

ثابت و چند چراغ چشمک زن جلب توجه می‌کنند. **چراغ power:** نشان دهنده روشن بودن مودم به شکل صحیح است. این چراغ باید به شکل ثابت روشن بماند. طبیعتاً روشن نبودن این چراغ به معنی نبود جریان برق در آن است و در صورتی که با وجود اتصال صحیح سیم‌ها و نبود مشکل در پریز برق مورد استفاده این چراغ روشن نمی‌شود، احتمالاً آداپتور دستگاه دچار مشکل بوده یا مودم سوخته است.

در بیشتر مودم‌ها یک چراغ به نام STATUS، link یا ADSL وجود دارد که وضعیت ارتباط با مرکز مخابراتی را نشان می‌دهد. پس از اتصال مودم به برق روشن بودن چراغ Link نشان دهنده این است که اتصالات فیزیکی مودم مشکلی ندارد و ارتباط با مرکز مخابراتی برقرار است و خاموش بودن یا قرمز بودن این چراغ یعنی کابل‌ها یا پورت‌ها بدرستی متصل نشده‌اند یا دچار خرابی هستند. **چراغ internet:** نشان دهنده اتصال مودم به اینترنت است و چشمک‌زدن این چراغ به معنی انتقال داده در مودم است. در بعضی از مواقع چراغ ADSL روشن و ثابت است، اما چراغ اینترنت خاموش است. این بدان معناست که قطعی اینترنت از مرکز مخابراتی بوده و برای رفع این مشکل باید با این مرکز تماس گرفته و مشکل را از طریق مرکز حل کرد.

چراغ LAN: بسته به نوع مودم تعداد متفاوت بوده و نشان دهنده ارتباط فیزیکی مودم با رایانه یا تلویزیون هوشمند و... است. در صورت اتصال صحیح این کابل با سایر دستگاه‌ها می‌توان اینترنت را با آن‌ها به اشتراک گذاشت. در مودم‌های دارای فناوری وای فای چراغی با نام wireless برای نشان دادن وضعیت روشن بودن وای فای وجود دارد. در صورت اتصال دستگاهی از طریق وای فای به مودم و استفاده از اینترنت این چراغ به صورت چشمک‌زدن در می‌آید.

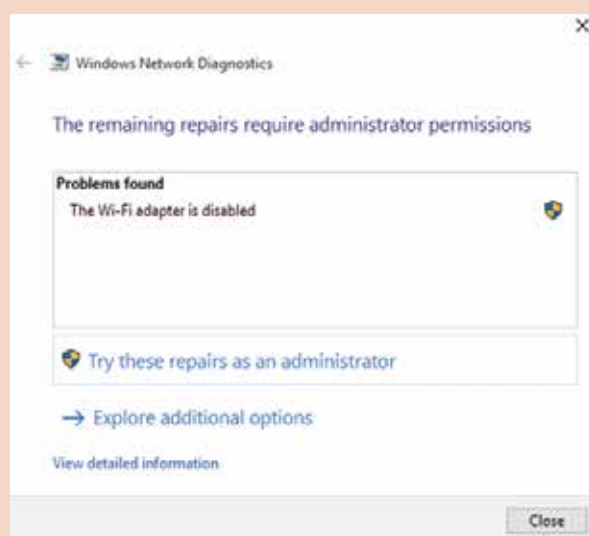


تصویر شماره ۱ نمایش چراغ‌های جلو مودم

بدون سیم: Wireless

در صورتی که کابل ارتباطی مشکل نداشته باشد گزارش The wi-Fi adapter is disabled (تصویر شماره ۵) نمایش می شود.

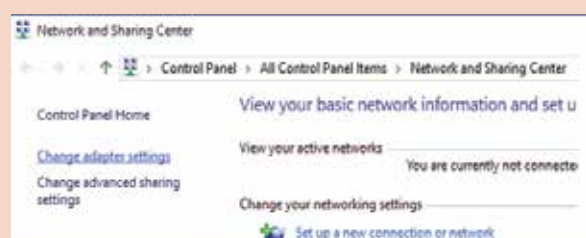
نکته: بنا به شرایط خطای رخ داده شده در کادر problems found به نمایش در می آید. که با توجه به ایراد نمایش داده شده آن را برطرف می کنیم.



تصویر شماره ۵

به عنوان نمونه در شکل بالا با توجه به اینکه مشکل غیرفعال بودن کارت شبکه است، برای اتصال مودم روی علامت کانکشن اینترنت در گوشه سمت راست مانیتور (تصویر شماره ۲) کلیک راست کرده و گزینه open network and sharing center را انتخاب می کنیم (تصویر شماره ۳).

در صفحه باز شده (تصویر شماره ۶) گزینه change adapter setting را انتخاب می کنیم.



تصویر شماره ۶

بسیاری از کاربران با مفهوم این چراغها و این نکته که هر یک از آنها نشان دهنده چه اتفاقی در ارتباط با اینترنت هستند بخوبی آشنایی دارند، اما یادآوری این نکته برای بسیاری از کاربرانی که با قطعی یا کندی اینترنت خود مواجهند بسیار ضروری است تا به این ترتیب از اتلاف وقت برای پیگیری وضعیت ارتباط اینترنتی جلوگیری شده و مستقیماً به دنبال روش صحیح رفع مشکل باشند.

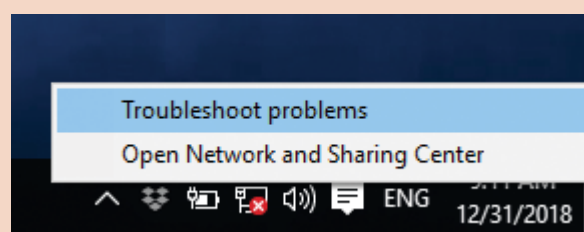
گام چهارم: رفع ایراد پای رایانه

در صورتی که علامت ضربدر قرمز روی علامت کانکشن اینترنت است (مشابه تصویر شماره ۲) (تصویر شماره ۲)



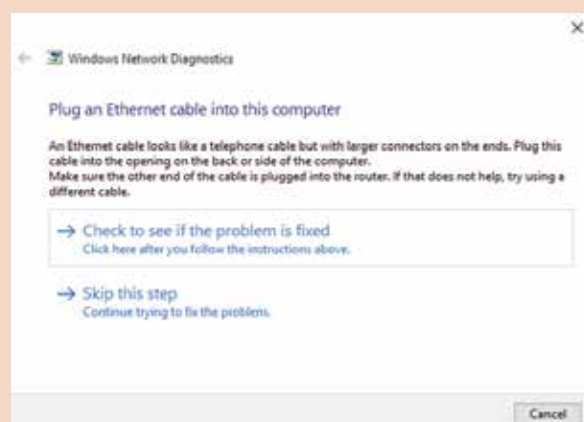
تصویر شماره ۲

روی علامت موردنظر راست کلیک کرده گزینه Troubleshoot problems را انتخاب کنید.



تصویر شماره ۳

در صفحه باز شده (تصویر شماره ۴) گزینه Check to see if the problem is fixed را انتخاب کنید.



تصویر شماره ۴



حال برای رفع مشکل قطعی اینترنت روی آیکون wi-fi (تصویر شماره ۷) یا در صورتی که از کابل شبکه استفاده می کنید آیکون Ethernet کلیک راست کرده و گزینه Enable را انتخاب کنیم.

شاید ذکر است، پس از اجرای ویزارد troubleshoot فرآیند شناسایی مشکلات آغاز شده و روند پیشرفت کار را نشان می دهد. اگر مشکل شناسایی شد، این ابزار سعی می کند مشکل را با تعامل کاربر گزارش و برطرف کرده و پارامترهایی که باید تغییر پیدا کنند را اصلاح می کند. برای اصلاح یکسری از مشکلات ممکن است از شما درخواست کند تا کار خاصی را انجام دهید.

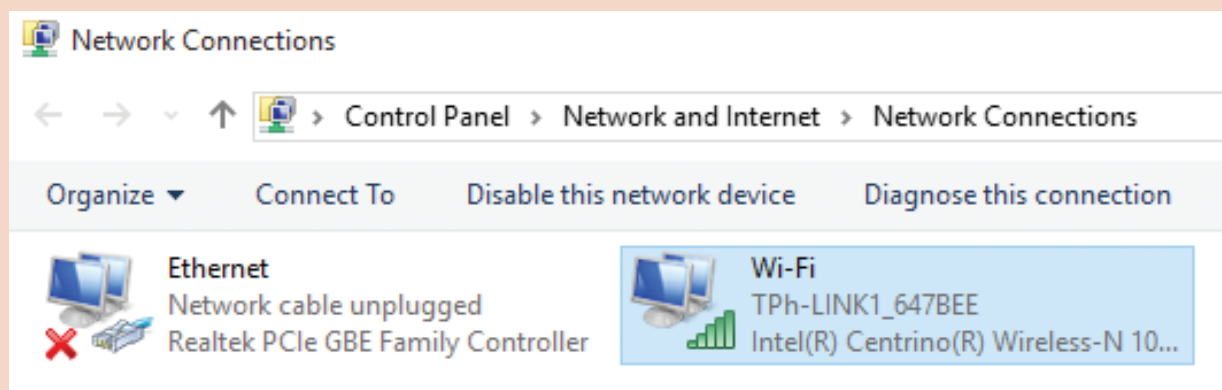
گام پنجم: تماس با پشتیبان

تا اینجا بیشتر مشکلات مشخص و رفع می شود و تنها در صورتی که مشکل همچنان باقی مانده می توان ضمن تماس با پشتیبان ارایه کننده سرویس، مشکل را مطرح و از آن برای برقراری دوباره سرویس شبکه / اینترنت کمک بگیریم.



تصویر شماره ۷

آیکون مربوط به شکل زیر تغییر می کند.



تصویر شماره ۸

نجات جان مادر

زهرا شکرالهی

مربی مرکز آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی اهواز



اهداف آموزشی

امید است بهورزان محترم پس از مطالعه این داستان واقعی به نکات ذیل توجه بیشتری داشته باشند:

- شرح حال دقیق و درست گرفته شود.
- معاینات بالینی دقیق انجام شود.
- در حساس سازی همراهان و بیمار نسبت به مسأله مورد نظر تلاش شود.
- ارجاع و پیگیری بموقع انجام شود.
- ارتباط تنگاتنگ با رابط مادران پرخطر منطقه برقرار شود.

نشده و فقط

درخواست نسخه

داروی پایین آورنده فشار

خون را می کند. ماما متوجه حرکات

لرزشی لب پایین زینب شده و از مقاومت

زینب برای اعزام به بیمارستان متوجه موارد

مشکوک می شود و با توجه به علایم و نشانه ها به

اعتیاد نیز شک کرده و سعی می کند برای جلوگیری

از فرار زینب از مطب، اعتماد وی را نسبت به خود جلب

کند؛ لذا ابتدا زینب را به اتفاق خود نزد پزشک عمومی با

تجربه مستقر در ساختمان پزشکان برده و ایشان نیز دستور

اعزام را داده ولی بیمار با التماس از رفتن با آمبولانس سر باز

می زند و فقط اصرار به دریافت نسخه و دارو می کند. به اصرار

بیمار، پزشک عمومی نسخه ای برای زینب نوشته و ماما خودش

با زینب به داروخانه رفته و با هزینه شخصی خود دارو را تهیه

کرده و زینب را راضی می کند تا برای کنترل مجدد فشار خون

به مطب باز گردد و با ارتباطی که با زینب برقرار کرده و جلب

اعتماد وی کم کم به آدرس و وضعیت اجتماعی و فرهنگی و

عادات و... زینب دسترسی پیدا کرده و رابط مادران پرخطر

منطقه را در جریان قرار می دهد. رابط مادران پرخطر بعد

از شنیدن آدرس و اظهار بیمار مبنی بر زندگی در روستا

تعجب کرده و با توجه به شناختی که از بهورز منطقه

دارد با اطمینان می گوید که امکان ندارد مادر

بارداری در روستا تحت مراقبت نباشد. رابط

مادران پرخطر برای زینب از بیمارستان

پذیرش می گیرد ولی زینب به بهانه های

مختلف از رفتن سر باز می زند و

در نهایت بعد از دو ساعت

از مطب به سمت

غروب پنجشنبه، زینب، مادر باردار، با شکایت فشار خون بالا و اظهار ناتوانی در پرداخت حق ویزیت به یک مطب خصوصی در شهر اهواز مراجعه می کند. «ماما می مطب» متوجه صحبت زینب با منشی مبنی بر ناتوانی در پرداخت حق ویزیت می شود و چون ماما، مربی مرکز آموزش بهورزی نیز بوده و با سیستم ارجاع و حساسیت توجه به وضعیت مادر باردار آشناست فوری مداخله کرده و بیمار را می پذیرد.

با توجه به علایم ظاهری بیمار از قبیل ادم عمومی؛ لرزش

لب پایین، برافروختگی، ترس و وحشت از اطرافیان و

کنترل فشار خون وی متوجه حال عمومی بد زینب می شود.

فشارخون زینب پس از ۵ دقیقه استراحت، سیستول ۲۲۰

و دیاستول ۱۲۰ میلی متر جیوه را نشان می دهد. سایز رحم

حدود ۲۰ هفته و صدای قلب جنین نیز ۱۳۸ بار در دقیقه شمارش

شد. ماما به زینب می گوید که باید فوری با آمبولانس به بیمارستان

اعزام شود. زینب با آوردن بهانه های مختلف حاضر به رفتن به بیمارستان

یک تجربه، یک درس

اعظم کاوٹی

کارشناس سلامت سالمندان
دانشگاه علوم پزشکی اصفهان



در پایگاه سلامت مرکز سیدالشهدای بوبین مشغول کار بودم. مادری برای مراقبت پس از زایمان به مرکز مراجعه کرد. نوزادش دایم گریه می کرد. او از تجویز داروهای خانگی توسط مادر شوهرش گلایه داشت چون بچه پسر بود و خانواده شوهرش حساس بودند. مادر نگران وزن نوزاد بود ولی وزن کودک طبیعی بود. چندین مرتبه نیز به متخصص اطفال شهرستان مراجعه کرده بود ولی متخصص گفته بود که نوزاد مشکلی نداشته و گریه های او طبیعی است. کودک سه ماهه بود که به مرکز مراجعه کرد. در نمازخانه بودم، صدای مادر را شنیدم که فریاد می زد و مرتب می گفت بچه ام، بچه ام، به نماز خانه آمد و کودک را روی زمین گذاشت و لباس کودک را بالا کشید و شکم او را نشان داد. از او پرسیدم چه اتفاقی افتاده، گفت خودت بین شکم کودک سه ماهه ام مثل بادکنک شده است و من با دیدن این صحنه از مادر پرسیدم به پزشک مراجعه نکردی؟ جواب داد چرا ولی تشخیص ندادند. مادر را آرام کردم و بعد از ارزیابی کودک به بیمارستان تخصصی مرکز استان ارجاع دادم. مادر گفت من در این شهر غریب هستم و همسرم نیز در حال حاضر در شهرداری مشغول کار است و نمی توانم به بیمارستان بروم، اما من تاکید کردم که هرچه سریع تر باید به بیمارستان مراجعه کند. بعد از چند روز پیگیری، مادر به همراه کودک به مرکز مراجعه کردند و دوباره کودک را روی میز کار گذاشت و لباس هایش را بالا زد. بخیه های روی شکم کودک حاکی از انجام عمل جراحی بود. مادر گفت: «همان روز که به شما مراجعه کرده و بعد به بیمارستان رفتم، مشخص شد که در شکم فرزندم توده ای وجود دارد. مادر مرتب مرا دعا می کرد و می گفت که حساس سازی شما باعث شد من به بیمارستان مراجعه کنم. این تجربه باعث شد که بیشتر به اهمیت ارجاع پی برده و در هنگام مراقبت کودکان دقت بیشتری داشته باشم.

به این موضوع امتیاز دهید (۱ تا ۱۰۰). پیامک ۹۹۲۱۲. پیامک ۳۰۰۷۲۷۳۱۰۰۱
نحوه امتیاز دهی: امتیاز - شماره مقاله. مثال: اگر امتیاز شما ۸۰ باشد (۸۰ - ۹۹۲۱۲)

خانه

می رود.

از این به بعد

رابط مادران پرخطر

و بهورزان منطقه به دنبال

مادر راهی روستا می شوند.

بعد از پیگیری های مختلف متوجه

می شوند که همسر زینب معتاد است

و همسر اولش از وی جدا شده و زینب

همسر صیغه ای وی بوده و در حاشیه شهر

ساکن است. بهورزان طی صحبت های

فراوان با همسرش آدرس زینب را گرفته و به

دنبال زینب می گردند تا وی را با حال بد در منزل

پیدا می کنند. فشارخون زینب در منزل گرفته

می شود و با آمبولانس به بیمارستان دانشگاهی

منتقل و سریعاً ختم بارداری برای او انجام

می شود. با پیگیری های ماما و همکاران مرکز

روستایی و معاونت بهداشت؛ مادر از مرگ حتمی

نجات پیدا می کند.

نکته های قابل اهمیت در این داستان واقعی

* جلب اعتماد بیمار و برقراری ارتباط

موثر با وی

* اخذ شرح حال دقیق از بیمار

* تماس با رابط مادران پرخطر

منطقه

* توجه و پیگیری دقیق

رابط مادران پرخطر

منطقه

به این موضوع امتیاز دهید (۱ تا ۱۰۰)

کد موضوع ۹۹۲۱۱. پیامک ۳۰۰۷۲۷۳۱۰۰۱

نحوه امتیاز دهی: امتیاز - شماره مقاله

مثال: اگر امتیاز شما ۸۰ باشد (۸۰ - ۹۹۲۱۱)

سناریوی مرگ دوکودک

یک لحظه غفلت، یک عمر پشیمانی

سارا فاضلیان

کارشناس سلامت کودکان معاونت بهداشت
دانشگاه علوم پزشکی اصفهان



اهداف آموزشی

امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه :

■ توصیه‌های مهم درمورد مراقبت از کودکان را شرح دهند.

مقدمه

حوادث یکی از مهم‌ترین علل مرگ و معلولیت‌های کودکان است. در صورت رعایت اصول اولیه ایمنی، بسیاری از حوادث قابل پیشگیری‌اند.

سقوط مرگبار

فاطمه دومین بهار زندگی خود را در کنار خانواده آغاز کرده بود و خانواده سه نفری آن‌ها شادمان از شروع سال جدید، زندگی آرام خود را سپری می‌کردند. روز دوم فروردین بود و آن‌ها تازه از دید و بازدید خانه پدر بزرگ

برگشته بودند. آنتن تلویزیون مشکل پیدا کرده بود و به همین خاطر پدر برای بررسی وضعیت آنتن تلویزیون به پشت بام رفت و چند دقیقه بعد از همسرش کمک خواست. مادر به هوای اینکه کودکش خواب است به پشت بام رفت، فاطمه کوچک اما بیدار شده و دنبال مادر رفت. پدر و مادر هنگام پایین آمدن از پله‌ها از دیدن جسد غرق در خون دخترشان بهت زده شدند و برای لحظاتی فقط به فاطمه نگاه کردند. چند دقیقه بعد آمبولانس رسید و فقط توانست بدن بیجان فاطمه را به بیمارستان برساند. سقوط از پله‌ها بهار زندگی او را به خزان تبدیل کرده بود.

«محمدحسین» سه ساله هم قربانی بی احتیاطی والدین است. با شروع فصل تابستان و گرم شدن هوا پدر محمد تصمیم می‌گیرد که خودش کولر را تعمیر کند. به همین دلیل جعبه ابزار را به قصد رفتن به پشت بام برمی‌دارد، همین موقع محمد حسین پدرش را می‌بیند و مطابق معمول می‌خواهد او را همراهی کند. پدر دست او را گرفته و با خود به پشت بام می‌برد و به کودکش تأکید می‌کند که جایی نرفته و در کنار او بماند و خودش سرگرم درست کردن کولر می‌شود. «محمدحسین» در کنار پدر و نزدیک نورگیر، بازی می‌کرده ولی ناگهان تصمیم می‌گیرد روی شیشه‌های نورگیر برود! پدر سرگرم کار خود بوده، متوجه بالا رفتن او از نورگیر نمی‌شود و اتفاقی که نباید، می‌افتد. شیشه نورگیر شکسته شده و «محمدحسین» به داخل گلخانه سقوط می‌کند. مادر که داخل ساختمان بوده خودش را به تن غرق در خون پسرش رسانده و او را در آغوش می‌کشد. پدر بسرعت از پشت بام پایین آمده، اتومبیلش را روشن کرده و «محمدحسین» را به بیمارستان می‌رساند ولی صدمات وارد شده به دل‌بندشان آن‌ها را برای همیشه در غم کودکشان می‌نشانند.

آشپزخانه



به نام جهاندار والا حکیم

بهداشت دندان

به نام خداوند گیتی فروز
خداوند شام و خداوند روز
زبهداشت دندان بگویم بسی
به کارآیدت هرزمان هرکسی
غذاها و شیرینی و خوردنی
شوند پشت دندان به جا ماندنی
بگردی به دندان فاسد دچار
به پیشش شود روز چون شام تار
به قدری شوند فاسد و درد ناک
که پوسیده گردند مانند خاک
رود خواب کودک چوباشیشه شیر
شود سست دندان طفل صغیر
اگر مادر هستی و یا کودک
بکن صرف مسواک وقت اندکی
توای مادر خوب و با احترام
چودندان طفلت برون شد زکام
تمیزش بگردان به مسواک نرم
نما کودک را به این کار گرم
به دندانپزشک روتوسالی دوبار
بکن عمر دندان خود پایدار
همین عادت خوب و بهداشتی
زدوران طفلی اگر داشتی
چنین دان که با گردش روزگار
بود لثه ات سالم و پایدار
نگیری به امید یزدان پاک
نه دندان درد و نه جرم و پلاک



حبیب الله ماندگار
مدیر مرکز آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی
خوزستان

آیا بهتر نیست به والدین توصیه کنیم مراقب کودکان خود باشند تا چنین شرایطی را تجربه نکنند؟

خطری که بچه‌ها را تهدید می‌کند، ناشی از شیطنتهایی از قبیل بالا رفتن از پله‌ها، صندلی، میز، کابینت آشپزخانه و... است، این شیطنته‌ها آنقدر برای کودکان لذت بخش‌اند که خطرات آن را نادیده می‌گیرند.

به همین خاطر باید به والدین توصیه کنیم:

- * به محض اینکه شیر خوار تحرک پیدا کرد، نباید اجازه داد که خود را به سطوح بالا و نزدیک پله‌ها برساند. به همین دلیل می‌توانید برای درها و پنجره‌ها از حفاظ استفاده کنید، همچنین در ابتدا و انتهای راه پله‌ها محافظ قرار دهید.
- * کودک را در هر سنی در مکان‌های بلند که بدون حفاظ است، تنها نگذارید.
- * کودک در کمتر از یک ثانیه ممکن است بیفتد پس هیچگاه او را ترک نکنید.
- * بالا و پایین رفتن از پله را به کودک بیاموزید.
- * بالکن جای خطرناکی است، اگر خانه تان بالکن دارد در ورودی آنرا قفل کنید تا کودک نتواند به بالکن برود.
- * نرده‌های افقی خطرناک است زیرا کودک می‌تواند از آن بالا رود. برای کاهش خطر می‌توان نرده‌ها را ایستاده و بلندتر ساخت و یا اینکه توری محافظ روی آن نصب کرد. در ضمن در نزدیکی نرده بالکن چیزی که کودک بتواند از آن بالا رود قرار ندهید.
- * کودکان مفهوم ارتفاع را نمی‌دانند، با ایمن سازی نقاط حادثه خیز می‌توان از سقوط کودک پیشگیری کرد.

به این موضوع امتیاز دهید (۱ تا ۱۰۰). کد موضوع ۹۹۲۱۳. پیامک ۳۰۰۰۷۲۷۳۱۰۰۰۱. نحوه امتیازدهی: امتیاز - شماره مقاله. مثال: اگر امتیاز شما ۸۰ باشد (۸۰ - ۹۹۲۱۳)

به این موضوع امتیاز دهید (۱ تا ۱۰۰). کد موضوع ۹۹۳۲. پیامک ۳۰۰۰۷۲۷۳۱۰۰۰۱. نحوه امتیازدهی: امتیاز - شماره مقاله. مثال: اگر امتیاز شما ۸۰ باشد (۸۰ - ۹۹۳۲)



پیشگیری از

سرطان‌های شایع در میان‌سالی



نیر مردآزاد

مدیر و مربی مرکز آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی اردبیل



رزیناهاشمی

مربی مرکز آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی اردبیل



فاطمه پورمحمد

مدیر مرکز آموزش بهورزی
دانشکده علوم پزشکی اسفراین



راضیه باقری پناه

مربی مرکز آموزش بهورزی
دانشکده علوم پزشکی اسفراین



مقدمه

طی دهه‌های اخیر با وجود موفقیت‌هایی در زمینه کنترل و پیشگیری از بیماری‌های واگیر، میزان بروز و شیوع بیماری‌های غیرواگیر به طور قابل توجهی افزایش یافته است. سرطان‌ها یکی از مهم‌ترین بیماری‌های غیرواگیر هستند که مزمن بودن و رشد بی‌سابقه‌شان به خصوص در کشورهای در حال توسعه موجب شده هزینه‌های سرسام‌آور درمان این بیماری‌ها در نظام‌های سلامت کشورها مورد توجه ویژه قرار گیرد. مرگ ناشی از سرطان سومین علت مرگ بعد از بیماری‌های قلبی عروقی و سوانح و حوادث در ایران است. سرطان در همه رده‌های سنی با هر میزان تحصیلات و درآمد دیده می‌شود و افزون بر پیامدهای ناگوار بار سنگینی را بر خانواده‌ها، دولت و نظام سلامت تحمیل می‌کند. به همین دلیل بررسی جامع و ارایه راهکارهای مناسب برای پیشگیری و درمان این بیماری ضروری است.

اهداف آموزشی

امید است خوانندگان محترم بعد از مطالعه مقاله:

- سرطان را تعریف کنند.
- میان‌سالی را تعریف کنند و مشکلات مربوط به دوره میان‌سالی را بیان کنند.
- عوامل تاثیرگذار در سرطان را نام ببرند.
- سرطان‌های شایع در میان‌سالی و عوامل ایجاد کننده را بشناسند.
- نشانه‌های هشدار دهنده سرطان را شرح دهند.
- راه‌های پیشگیری از سرطان را توضیح دهند.
- توصیه‌های غذایی در پیشگیری از سرطان را بیان کنند.

تعریف سرطان

و افسردگی در بیش از یک سوم بیماران می‌شود و بر وضعیت اقتصادی و اجتماعی خانواده‌ها تأثیر مخربی بر جای می‌گذارد. ضمن آنکه مراقبت‌های بالینی سرطان نیز بخش عمده‌ای از بودجه بهداشتی را به خود اختصاص می‌دهد. تقریباً ۱۵۰ نوع سرطان در انسان‌ها دیده شده و حداقل ۵۰۰ نوع مختلف از عامل ایجادکننده آن‌ها شناسایی شده‌اند. محققان اعتقاد دارند، سرطان نتیجه عملکرد همزمان عوامل متعددی است. تنها ۵ تا ۱۰ درصد از سرطان‌ها به علت مشکلات ژنتیکی به وجود می‌آیند و ۹۰ تا ۹۵ درصد از آن‌ها به علت عوامل محیطی و سبک زندگی افراد ایجاد می‌شوند.

بیشتر سرطان‌ها در پنج گروه عمده زیر قرار می‌گیرند:

- * **کارسینوم:** از سلول‌های پوشاننده بدن (پوست)، غدد (پستان و پروستات) و اعضای داخلی (ریه‌ها، معده و روده) منشأ می‌گیرند و ۹۰ درصد سرطان‌ها در این گروه قرار دارند.
- * **سارکوم:** از بافت‌های نرم و همبندی مانند استخوان‌ها، غضروف‌ها، عصب‌ها و چربی‌ها منشأ می‌گیرند.
- * **لنفوم:** از سلول‌های سیستم ایمنی منشأ می‌گیرد مانند لوزه‌ها و طحال
- * **لوسمی:** از سلول‌های خونی منشأ می‌گیرد. مثل مغز استخوان
- * **میلوم:** از پلاسماسل‌های مغز استخوان منشأ می‌گیرد.

سرطان‌های شایع در میان‌سالی و عوامل ایجادکننده آن

سرطان‌های با بروز بالا در ایران در مردان: پوست، معده، پروستات، مثانه و کولورکتال و در زنان: پستان، پوست، کولورکتال، معده و لوسمی است.

“

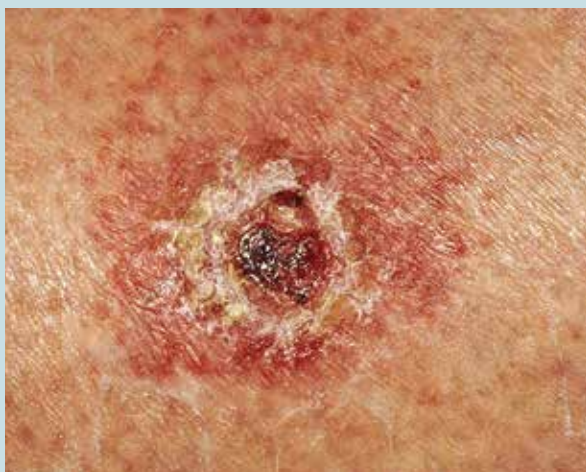
سرطان معده شایع‌ترین علت مرگ ناشی از سرطان را در دو جنس به خود اختصاص داده است و در رتبه بعدی سرطان ریه و برونش قرار دارد.

”

بدن انسان از میلیون‌ها سلول تشکیل شده است که این سلول‌ها در کنار هم تکثیر می‌یابند و در نهایت می‌میرند. سرطان زمانی اتفاق می‌افتد که سلول‌ها به طور گسترده و غیرطبیعی تکثیر می‌یابند و باعث بیماری می‌شوند. سرطان‌ها اغلب در افراد میان‌سال و مسن‌تر دیده می‌شود، اما برخی از سرطان‌ها در هر گروه سنی می‌تواند رخ دهد. طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، تعداد افراد مبتلا به سرطان در حال افزایش است. در ایران ۷۲ درصد علل مرگ، بیماری‌های غیرواگیر هستند که ۴۰ درصد آن مربوط به سرطان‌ها است. سرطان‌ها سومین علت مرگ در کشور هستند. سرطان معده شایع‌ترین علت مرگ ناشی از سرطان را در دو جنس به خود اختصاص داده است و در رتبه بعدی سرطان ریه و برونش قرار دارد. شایع‌ترین سرطان در خانم‌ها، سرطان پستان و در آقایان سرطان پوست و سپس سرطان معده است که با حذف عوامل خطر ساز قابل پیشگیری هستند.

سن، بزرگترین عامل خطر برای بروز سرطان است و با افزایش سن بتدریج احتمال بروز سرطان افزایش می‌یابد. علت ابتلای بعضی افراد به برخی سرطان‌ها کاملاً مشخص نیست اما برخی از عوامل خطر سرطان‌ها شناخته شده است که با پرهیز از این عوامل خطر می‌توان از خطر ابتلا به سرطان کاست. برخی از عوامل خطر ساز قابل کنترل نیستند مانند سن یا ژنتیک، اما جز این عوامل غیرقابل کنترل عوامل خطر زای اثبات شده دیگری هم وجود دارند که می‌توان آن‌ها را کنترل یا از آن‌ها دوری کرد.

هر ساله بیش از ۱۰ میلیون موارد جدید سرطان شناسایی می‌شود و بیش از ۲۰ میلیون نفر در دنیا با تشخیص سرطان زندگی می‌کنند. بروز سالانه سرطان‌ها در ایران حدود ۷۰ هزار مورد و مرگ و میر در حدود ۳۰ هزار نفر است. با توجه به افزایش امید به زندگی و افزایش درصد سالمندی در کشور انتظار می‌رود که در دهه‌های آینده میزان بروز سرطان به طور قابل توجهی افزایش یابد. سرطان علاوه بر تهدید زندگی، سبب اضطراب



سرطان پوست

پوست وسیع‌ترین عضو بدن است که اعضای داخلی را پوشش می‌دهد و مانند یک سد در برابر برخی عوامل مانند باکتری‌ها عمل می‌کند و نیز مانع از دست دادن مقدار زیاد آب و مایعات بدن می‌شود.

ابتلا به سرطان پوست

ملانوما بدخیم‌ترین نوع سرطان پوست است و بیشترین موارد مرگ ناشی از سرطان پوست را به خود اختصاص می‌دهد. نور مستقیم و مستمر خورشید در ایجاد آن مؤثر است.

عوامل افزایش دهنده خطر:

- * مواجهه زیاد از حد و حفاظت نکردن پوست در مقابل اشعه ماورای بنفش
- * شغل: رویارویی با برخی ترکیبات مانند آرسنیک یا رادیوم
- * وراثت
- * وجود خال‌های متعدد یا غیر معمول
- * آفتاب سوختگی‌های شدید در دوران کودکی

راه‌های پیشگیری

- * از رویارویی با نور خورشید بین ساعت‌های ۱۱ صبح تا ۴ بعدازظهر خودداری کنید.
- * در میان روز، حتماً در سایه باشید، زیرا اشعه‌های آفتاب بسیار قوی هستند. زمانی که سایه شما از خودتان کوتاه‌تر است اشعه‌های آفتاب در قوی‌ترین و مخرب‌ترین وضعیت قرار دارند.
- * با پوشیدن لباس‌های پوشیده و آستین بلند، تا حد امکان از پوست خود محافظت کنید.
- * با استفاده از کرم‌های ضد آفتاب از پوست خود



سرطان معده

معده قسمتی از دستگاه گوارش است که به شکل حرف (ل) بوده و از سه لایه تشکیل می‌شود: لایه مخاطی یا پوشاننده، لایه عضلانی، لایه وسطی، لایه خارجی. سرطان معده از سلول‌های لایه پوشاننده منشأ می‌گیرد و با گسترش به لایه‌های خارجی تر پیشروی می‌کند.

عوامل ایجادکننده:

- * کمبود ویتامین‌ها به ویژه A و C در برنامه غذایی
- * برنامه غذایی خاص مشتمل بر غذاهای دودی، گوشت و ماهی نمک سود و ترشیجات
- * نیتريت و نیترات در گوشت خام، آب آشامیدنی بعضی مناطق و گیاهان خاص
- * مصرف دخانیات و الکل، اضافه وزن و جنس مذکر
- * افزایش سن، وراثت، گروه خونی A
- * سابقه جراحی معده مثلاً به علت زخم معده و التهاب مزمن معده

راه‌های پیشگیری

- * حفظ وزن مناسب با ورزش حداقل ۳۰ دقیقه در ۵ روز هفته
- * خودداری از مصرف دخانیات و الکل
- * استفاده از حداقل ۵ وعده انواع میوه و سبزی در روز (مصرف روزانه این دو ماده خطر سرطان را تا ۵۱ درصد کاهش می‌دهد).
- * محدودیت مصرف گوشت قرمز یا گوشت‌های فرآوری شده
- * استفاده از غلات کامل

محافظت کنید و مقدار قابل توجهی از آن را پس از شنا و تعریق زیاد استفاده کنید. حتی در روزهای مه آلود و ابری نیز از ضد آفتاب استفاده کنید.

* برای محافظت صورت، گوش‌ها و گردن در برابر نور خورشید از کلاه استفاده کنید.

* برای محافظت از چشم‌ها و اطراف چشم‌ها از عینک آفتابی با قدرت جذب ۹۹ درصد تا ۱۰۰ درصد اشعه ماورای بنفش استفاده کنید.

* کاهش چربی برنامه غذایی به کاهش سرطان‌های پوستی منجر می‌شود.

سرطان پستان

در ایران سرطان پستان شایع‌ترین سرطان در بین جمعیت زنان کشور است. شایع‌ترین نوع سرطان پستان، سرطان مجاری است که در سلول‌های مجاری شروع می‌شود. تشخیص زودهنگام و درمان مؤثر، مرگ ناشی از سرطان پستان را کاهش می‌دهد. سرطان پستان با بروز سالانه ۸ هزار و ۵۰۰ مورد و میزان بروز استاندارد شده سنی بیش از ۳۰ مورد در هر صد هزار نفر، شایع‌ترین سرطان بانوان ایران و بعد از سرطان پوست شایع‌ترین سرطان بین مردان و زنان ایرانی است و پنجمین علت مرگ ناشی از سرطان را در زنان تشکیل می‌دهد.

نشانه‌های افزایش خطر ابتلا به سرطان پستان

* سن بالا

* سفیدپوست بودن

* سن پایین بلوغ

- * اولین زایمان در سن بالا، نبود حاملگی و زایمان
- * سابقه سرطان پستان یا بیماری خوش خیم پستان
- * ابتلای مادر یا خواهر فرد به سرطان پستان
- * اشعه یا اشعه درمانی در ناحیه پستان
- * وجود نسج متراکم پستان در ماموگرافی
- * مصرف هورمون‌های استروژن و پروژسترون
- * مصرف نوشیدنی‌های الکلی
- * سابقه خانوادگی و ژنتیک

نحوه شناسایی تومور

توده بدون درد شایع‌ترین علامت سرطان پستان است که در حدود ۳۵ درصد موارد توسط بیمار به طور اتفاقی یا در معاینه کشف می‌شود. این توده هم در بیماری‌های خوش خیم و هم در بیماری‌های بدخیم پستان دیده می‌شود.

ویژگی‌های توده‌های لمسی مشکوک به سرطان

اغلب منفرد و بدون درد، دارای قوام سفت و سخت، غیرمتحرک و دارای چسبندگی به بافت اطراف که در صورت لمس هر توده در پستان باید به پزشک مراجعه شود.

پیشگیری از سرطان پستان

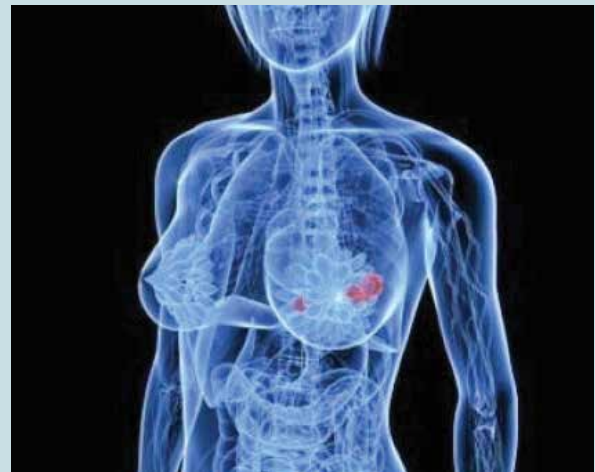
- * ورزش: در زنان جوان باعث کاهش سطح هورمون و در نتیجه کاهش خطر ابتلا به سرطان پستان می‌شود.
- * شیردهی: شیردادن به نوزاد، خطر ابتلا به سرطان پستان را کاهش می‌دهد.
- * قطع مصرف الکل
- * کاهش وزن: افزایش وزن به خصوص بعد از یائسگی
- * کاهش مصرف چربی
- * مصرف سویا و سایر مواد غذایی گیاهی

سرطان پستان در مردان

سرطان پستان ممکن است در مردان نیز ایجاد شود. ممکن است مردان در هر سنی به سرطان پستان مبتلا شوند ولی معمولاً این بیماری در مردان بین سن ۳۱ تا ۶۱ سالگی یافت می‌شود.

عوامل افزایش خطر سرطان پستان در مردان

- * رویارویی با اشعه
- * ابتلا به بیماری‌هایی مثل سیروز کبدی
- * داشتن زنان متعدد در فامیل که به سرطان پستان مبتلا بوده‌اند و گاهی سرطان پستان در مردان توسط ژن‌های جهش یافته به ارث می‌رسد.



نشانه‌های بالینی

- * هرگونه حالت غیر طبیعی پستان با توجه به شکل و اندازه و ارتباط آن با پوست و عضلات قفسه سینه
- * بررسی اعضای دیگر از نظر انتشار سرطان پستان برای ارزیابی وضعیت سلامتی
- * هرگونه تغییر در نوک و پوست پستان
- * ترشحات نوک پستان
- * وجود توده در پستان
- * بزرگی و کاهش نرمی گره‌های لنفی

سرطان پروستات

پروستات غده‌ای است که فقط در مردان وجود دارد. این غده دقیقاً زیر مثانه و جلوی راست روده قرار دارد. مجرای ادرار (پیشابراه) از میان پروستات می‌گذرد. پروستات سلول‌هایی دارد که مقداری از مایع منی را می‌سازد. با رشد و بلوغ، پروستات هم رشد می‌کند و اگر میزان هورمون مردانه کم باشد به اندازه کافی رشد نخواهد کرد.

عوامل افزایش خطر

دقیقاً معلوم نیست که چه عواملی منجر به سرطان پروستات می‌شوند، ولی بعضی عوامل خطر، احتمال ابتلا به این بیماری را افزایش می‌دهند: افزایش سن بیشتر در مردان بالای ۶۵ سال دیده می‌شود، نژاد، مصرف دخانیات، وراثت و عادات‌های غذایی نامناسب

راه‌های پیشگیری

یک عامل خطر تغییر پذیر برنامه غذایی است. با خوردن

کمتر گوشت و چربی و مصرف بیشتر انواع سبزی و میوه مانند گوجه فرنگی، گریپ فروت، هندوانه و دانه‌ها می‌توان خطر سرطان پروستات را کاهش داد.

سرطان ریه

ریه‌ها اعضای اسفنجی شکل درون قفسه سینه هستند. به خاطر فضای اشغال شده توسط قلب در سمت چپ، ریه راست از ریه چپ بزرگتر است.

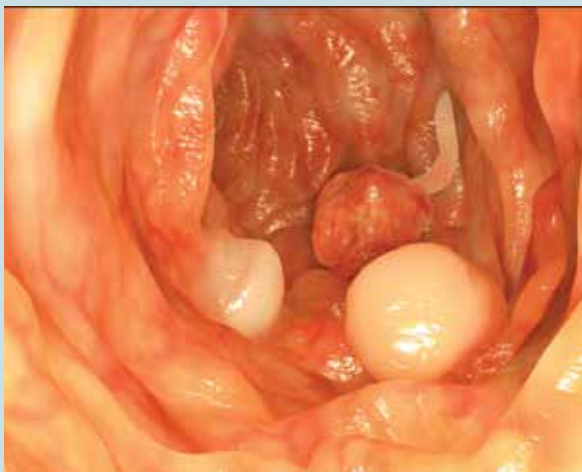
عوامل ایجادکننده سرطان ریه

سیگار کشیدن اصلی‌ترین عامل خطر و علت ۸ تا ۱۱ نوع سرطان ریه است. هرچه تعداد نخ سیگار و مدت زمان کشیدن آن بیشتر باشد، خطر ابتلا بیشتر است. اگر فردی پیش از بروز سرطان ریه اقدام به ترک کند، بافت ریه به آهستگی طبیعی خواهد شد. ترک سیگار در هر سنی خطر ابتلا به سرطان ریه را کاهش می‌دهد، آلودگی هوا در بعضی شهرها خطر سرطان ریه را افزایش می‌دهد، ولی خطر آن از سیگار کشیدن کمتر است، آرسنیک، آزبستوز، رادون که نوعی اشعه رادیواکتیو است، ماری جوانا، اشعه درمانی ریه و برنامه غذایی نامطلوب از جمله عوامل ایجادکننده سرطان ریه هستند.

راه‌های پیشگیری

- * بهترین راه پیشگیری ترک سیگار است.
- * از قرار گرفتن افراد در هوای آلوده به دود سیگار خودداری شود.
- * برنامه غذایی حاوی میوه زیاد و سبزی به پیشگیری کمک می‌کند.





سرطان دهانه رحم (سرویکس)

سرطان دهانه رحم یکی از معدود سرطان‌های قابل پیشگیری با تشخیص زودهنگام در زنان است. میزان بروز استاندارد شده سنی سرطان سرویکس در ایران کمتر از ۳ درصد هزار نفر گزارش شده است که حاکی از بروز پایین این سرطان در کشور است، اما با توجه به سیر فزاینده این سرطان، اقدام‌های لازم برای پیشگیری و تشخیص زودهنگام آن ضرورت دارد.

افزایش آگاهی زنان و تشخیص زودهنگام سرطان سرویکس، اهداف اصلی کنترل آن در نظام بهداشتی کشور است که با رعایت اصول کلی زیر انجام می‌گیرد:

* افزایش آگاهی زنان گروه هدف

* انجام پاپ اسمیر به روش استاندارد

از ۳۰ سالگی تا ۷۰ سالگی برای زنان حداقل یک‌بار ازدواج کرده توصیه می‌شود به شرطی که سه سال از تاریخ ازدواج و شروع روابط جنسی آن‌ها گذشته باشد. فاصله بین هر دو آزمایش ۵ سال است و در صورتی که در طی ۱۵ سال (سه دوره ۵ ساله) سه نتیجه پی در پی منفی بود، هر ۱۰ سال یکبار توصیه می‌شود.

سرطان کولورکتال

سرطان کولورکتال یکی از مهم‌ترین سرطان‌های شایع در سراسر جهان است و در میان سرطان‌های دستگاه گوارش شایع‌ترین نوع به شمار می‌رود، به طوری که ۳۸ درصد سرطان‌های دستگاه گوارش را به خود اختصاص می‌دهد.

عوامل ایجادکننده سرطان در حال حاضر به طور دقیق شناخته نشده است، اما مشخص شده است که یک بیماری ژنتیکی است که می‌تواند ارثی یا «اسپورادیک» یا همان تک گیر و غیر ارثی باشد.

با توجه به اثر جنسیت، سرطان کولورکتال در زنان پس از سرطان‌های ریه و پستان و در مردان پس از سرطان‌های ریه و پروستات سومین رتبه را از نظر شیوع داراست. همچنین از نظر مرگ و میر در زنان پس از سرطان‌های ریه و پستان و در مردان پس از سرطان‌های ریه و پروستات سومین علت مرگ ناشی از سرطان را به خود اختصاص می‌دهد.

سن بالای ۵۰ سال، سابقه فامیلی، تغذیه، چاقی، مصرف دخانیات و نبود فعالیت فیزیکی عوامل خطر عمده این بیماری هستند. شیوع سرطان کولورکتال با بالا رفتن سن به طور مشخص افزایش می‌یابد، ولی در ۶ تا ۸ درصد موارد بیماری در سن کمتر از ۴۰ سالگی به وقوع می‌پیوندد.

میزان بروز سالیانه این تومور بالغ بر ۱۳۴ هزار مورد جدید در سال بوده است و هر سال ۵۵ هزار مورد فوت به علت سرطان کولورکتال گزارش می‌شود که ۱۰ درصد موارد فوت به علت سرطان در آمریکا اتفاق می‌افتد. ذکر این نکته لازم است که بیشتر مرگ و میرهای ناشی از سرطان کولورکتال قابل پیشگیری هستند. مصرف رژیم غذایی مناسب و افزایش فعالیت بدنی و رسیدن به یک وزن مناسب و حفظ آن از جمله راهکارهای پیشگیری از این سرطان هستند.



متاستاز

متاستاز به مفهوم رشد، تکثیر و تهاجم سلول‌های توموری در مکان‌های متفاوت بدن است. بیش از ۹۰ درصد مرگ و میرهای سرطان به دلیل متاستاز رخ می‌دهد. تومورهای اولیه می‌توانند توسط جراحی یا درمان‌های مکمل شیمیایی بخوبی درمان شوند، اما سرطان‌هایی که به مرحله متاستاز رسیده‌اند به درمان مقاومت دارند. بنابراین درمان مؤثر سرطان وابستگی زیادی به شناخت کامل فرآیندهای ایجادکننده متاستاز و فراهم کردن راهکارهایی برای مقابله با این پدیده دارد.

مراحل متاستاز شامل: ۱. تهاجم ۲. ورود به رگ‌های خونی ۳. بقاء در جریان خون ۴. توقف در محل اندام ثانویه ۵. خروج از خون به بافت پارانشیمی اندام هدف ۶. بقاء در مراحل اولیه در ریز محیط ناآشنای بافت هدف به منظور تولید ریز متاستاز ۷. راه‌اندازی دوباره برنامه‌های تکثیری و تشکیل کلونی متاستازی که موجب تولید ماکرومتاستاز می‌شود و در این مرحله متاستاز از نظر بالینی قابل تشخیص است، تنها راه مطمئن پیشگیری از انتشار یا رشد یک سرطان کشف زود هنگام آن است.

نشانه‌های هشداردهنده سرطان

* سرطان‌ها نشانه‌های متفاوتی دارند که به محل ضایعه مربوط است. به طور کل، در مواردی که با نشانه‌های هشداردهنده زیر در یک فرد رو به رو می‌شوید، به وجود سرطان مشکوک شوید و او را برای بررسی

بیشتر به پزشک ارجاع دهید:

- * کاهش وزن توجیه ناپذیر: کاهش بیش از ۱۰ درصد وزن بدن طی شش ماه، مثلاً یک فرد ۶۱ کیلویی طی ۶ ماه بیش از ۶ کیلوگرم وزن از دست بدهد و وزن او کمتر از ۵۴ کیلوگرم برسد.
- * وجود عفونت یا تب توجیه ناپذیر: افزایش دمای بدن بیش از ۳۸ درجه سانتیگراد طول بکشد و بررسی‌های معمول، دلایل دیگر را نشان ندهند.
- * تغییر طولانی مدت اجابت مزاج (۴ هفته): وجود این تغییر در افراد مسن یا وجود خون مخفی در مدفوع خطرناک است.
- * خونریزی و ترشح غیر طبیعی از مهبل (به غیر از خونریزی ماهیانه): باید به خونریزی از مهبل در زنان به خصوص پس از چهل سالگی و یائسگی توجه شود.
- * وجود توده در پستان که در حال رشد باشد یا طی دو دوره عادت ماهیانه متوالی ثابت بماند یا هر نوع ترشح و خونریزی از نوک پستان اهمیت دارد.
- * وجود غده‌های زیر پوست بدون درد و در حال رشد (بیش از ۲ هفته): این عوامل ممکن است نشانه‌ای از لنفوم (سرطان غدد لنفاوی) باشند.
- * زخم بهبود نیافته (طی سه ماه): به ویژه وجود این زخم‌ها در نواحی در معرض نور خورشید یا در محل عفونت‌های طولانی مدت یا سوختگی قدیمی حایز اهمیت است.
- * هرگونه تغییر در اندازه، شکل، رنگ و... خال‌های پوستی باید همواره مورد توجه باشد.

* سرفه‌های طولانی مدت با یا بدون خلط خونی: به‌خصوص وقتی این نشانه‌ها با کاهش وزن همراه باشد.

* به کاهش اشتها و سیری زودرس به همراه کاهش وزن نیز باید توجه شود.

* ناهنجاری بی‌دلیل در صدا نیز مهم است مثل گرفتگی صدا

راه‌های پیشگیری از ابتلا به سرطان

پیشگیری از ابتلا به سرطان خیلی بهتر از آن است که بعد از ابتلا به دنبال روشی برای درمان بگردیم. تمام سرطان‌ها قابل پیشگیری نیستند، اما می‌توان با اتخاذ سبک زندگی سالم و خودمراقبتی خطر ابتلا به سرطان را به طور چشمگیری کاهش داد.

از اقدام‌های موثر در پیشگیری از سرطان می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

پرهیز از مصرف دخانیات: مصرف محصولات تنباکو با بسیاری از سرطان‌ها در ارتباط است و بنابر گزارش سازمان جهانی بهداشت استعمال محصولات تنباکو یکی از عوامل خطر اصلی برای سرطان‌هایی است که مسؤول ۲۰ درصد مرگ‌های ناشی از سرطان و حدود ۷۰ درصد مرگ‌های ناشی از سرطان ریه در جهان است.

پرهیز از قرار گرفتن در معرض نور خورشید: در وسط روز (۱۰ صبح تا ۴ بعد از ظهر) از مواجهه با نور خورشید اجتناب و از لباس‌های محافظ و ضدآفتاب استفاده کنید.

بهبود و ارتقای تغذیه: مواد غذایی آنتی‌اکسیدان (مانند

ویتامین‌های A، C، E و بتاکاروتن‌ها) آسیب‌های بالقوه وارده به سلول‌ها را بر اثر خاصیت آنتی‌اکسیدانی خود خنثی می‌کنند. میوه‌ها و سبزیجات متداول معمولاً مقدار زیادی از این آنتی‌اکسیدان‌ها دارند و توصیه می‌شود که روزانه حداقل ۵ وعده میوه و سبزیجات مصرف شود.

سبزی‌ها و میوه‌ها به علل زیر اثر ضد سرطان‌زایی دارند

* دارای فیبر هستند که باعث افزایش حجم مدفوع و تسریع حرکت مواد غذایی در روده بزرگ می‌شود که این امر موجب کاهش تماس مواد سرطان‌زا با دیواره روده می‌شود و نیز مواد سرطان‌زا با فیبرها ترکیب و بدون جذب شدن از بدن خارج می‌شوند.

* حاوی آنتی‌اکسیدان‌ها هستند که از سلول‌های روده محافظت می‌کنند. مواد سرطان‌زای تولید شده در بدن را از بین می‌برند و تکثیر سلول‌های سرطانی را کاهش می‌دهند.

در رژیم غذایی از مصرف مقادیر زیاد گوشت قرمز و

گوشت‌های فرآوری شده خودداری شود، چون این گوشت‌ها معمولاً حاوی نیتريت، مواد افزودنی شیمیایی جهت حفظ و نگهداری و مواد طعم‌دهنده هستند.

از مصرف مقادیر زیاد نمک و غذاهای نگهداری شده در

نمک اجتناب کنید، چون می‌توانند خطر ابتلا به سرطان معده و کولورکتال را افزایش دهند.

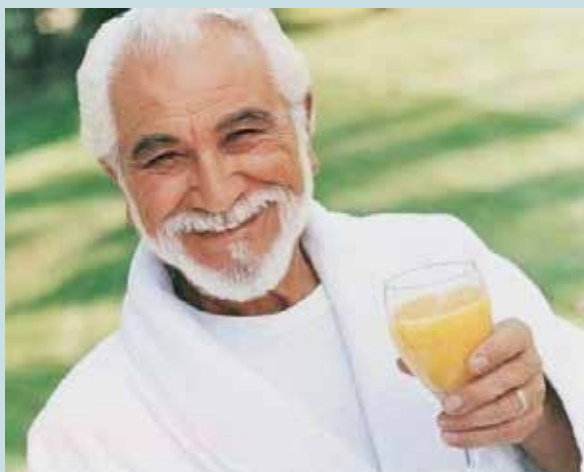
افزایش تحرکات بدنی: ورزش منظم حداقل ۳۰ دقیقه

در روز در بیشتر روزهای هفته مثل پیاده روی

متناسب نگهداشتن وزن و رسیدن به وزن مطلوب:

برآورد شده است که درصدی از کل مرگ و میر سالانه





کلم بروکلی، مرکبات، توت فرنگی، کیوی، گوجه فرنگی، کلم، فلفل
ویتامین D: منابع غذایی این ویتامین عبارتند از: روغن کبد ماهی، کره، خامه، زرده تخم مرغ، جگر، ماهی

توصیه‌های غذایی در پیشگیری از سرطان

- * غذاها را به شکل سالم تهیه و نگهداری کنید.
- * روش تهیه مواد غذایی اهمیت زیادی دارد، به دلیل این که می‌تواند باعث ورود عوامل سرطان‌زا به غذا شود.
- این عوامل به خصوص در هنگام سرخ کردن غذا یا دودی کردن گوشت یا استفاده از زغال ایجاد می‌شود.
- * غذاهای فاسدشدنی را در یخچال نگهداری کنید.
- * غذاهای نیم سوخته و سوخته مصرف نکنید (کباب سوخته، جوجه کباب سوخته، نان سوخته، ته دیگ سوخته، سیب زمینی سرخ کرده سوخته، حلوائ سوخته)
- * تا حد امکان از مصرف غذای پخته که به مدت زیاد مانده خودداری کنید.
- * میوه‌ها و سبزی‌ها را برای حفظ خواص ویتامینی در یخچال نگهداری کنید.
- * انواع گوشت را به طور کامل مغز پخت یا بخارپز کنید.
- * از روش‌های صحیح پخت مانند بخارپز، پختن ملایم به جای سرخ کردن استفاده کنید.
- * از مصرف چای و سایر نوشیدنی‌های بسیار داغ پرهیز کنید.
- * انواع غذاهای گیاهی را در برنامه غذایی روزانه خود جای دهید.

مرتبط با سرطان ناشی از اضافه وزن و چاقی است. به نظر می‌رسد که بعد از مصرف محصولات تنباکو، اضافه وزن و چاقی یکی از مهم‌ترین عوامل قابل اصلاح سرطان است. بنابراین برنامه غذایی حاوی مقادیر کم چربی بخصوص چربی‌های حیوانی و فعالیت بدنی مناسب در برنامه روزانه توصیه می‌شود. تأثیر مصرف چربی در بروز سرطان هم به نوع و هم به مقدار چربی مصرفی بستگی دارد. بهتر است بیشتر از نوع گیاهی مثل روغن زیتون استفاده شود.

برنامه غذایی غنی از غلات و حبوبات کامل با پوست در پیشگیری از سرطان موثر است.

زمانی که با حلال‌های شیمیایی کار می‌کنید مطمئن شوید که تهویه اتاق بخوبی کار می‌کند. در صورت امکان در بیرون و در هوای آزاد کار کنید یا پنجره‌ها را باز کنید. اگر در محیطی کار می‌کنید که مواجهه با ذرات ریز، فیبرها یا غبار زیاد است، ماسک محافظ مناسبی بر روی بینی و دهان خود بگذارید و مطمئن شوید که صورت‌تان را بدون اختلال در دید بخوبی می‌پوشاند.

دوری از عوامل شغلی خطرناک

رعایت بهداشت جنسی و پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی

عوامل پیشگیری کننده سرطان در مواد غذایی

بسیاری از خوراکی‌های طبیعی از جمله میوه‌ها و سبزی‌ها و حبوبات حاوی مولکول‌هایی هستند که می‌توانند از سرطان پیشگیری کنند این ترکیبات شامل ویتامین‌ها، مواد معدنی و آنتی اکسیدان‌ها هستند.

ویتامین‌ها

در بررسی‌های متعدد اثر حفاظتی ویتامین‌های A، E، C، D در پیشگیری از سرطان به اثبات رسیده است.

ویتامین A: ویتامین A و مشتقات آن از عوامل پیشگیری کننده سرطان هستند. منابع غذایی حاوی ویتامین A عبارتند از: جگر، هویج، اسفناج، کدو، زردآلو، شیر، زرده تخم مرغ، پنیر، کره، پرتقال، سیب، مارگارین
ویتامین E: یک آنتی اکسیدان قوی است. منابع غذایی آن عبارتند از: روغن، جوانه گندم، روغن بادام، روغن ذرت، روغن آفتابگردان

ویتامین C: منابع غذایی حاوی این ویتامین عبارتند از:



- * انواع میوه، آبمیوه و سبزی تازه را در برنامه غذایی روزانه خود بگنجانید.
- * از مغزها و حبوبات بیشتر استفاده کنید.
- * غذاهای کم چرب و کم نمک میل کنید.
- * از انواع لبنیات کم چرب و کم نمک استفاده کنید.
- * مصرف گوشت قرمز را به کمتر از ۸۱ گرم در روز محدود و مصرف گوشت سفید مثل مرغ و ماهی را جایگزین آن کنید.
- * چربی‌های گیاهی مثل روغن زیتون، کانولا، بادام‌زمینی را به جای چربی‌های جامد استفاده کنید.
- * مصرف غذاهای پر نمک و نمک سفره را کاهش دهید، در عوض از انواع چاشنی برای طعم دار کردن غذا استفاده کنید.
- * مصرف غذاهای صنعتی و فرآوری شده را کاهش دهید.
- * مصرف قند و شکر تصفیه شده را کاهش دهید و به جای آن از کشمش، خرما و توت خشک استفاده کنید.

- * از مصرف زیاد شیرین کننده‌های رژیمی مصنوعی پرهیز کنید.
- * مصرف غذاهای آماده و کنسرو شده را کاهش دهید.
- * وزن خود را ثابت نگه‌دارید و فعالیت بدنی منظم داشته باشید.
- * یک ساعت پیاده‌روی سبک در روز در پیشگیری از سرطان مؤثر است.
- * از اضافه وزن و لاغری مفرط پرهیز کنید.

نتیجه گیری +

در آخر لازم است مسئولان و دست‌اندرکاران نظام بهداشتی کشور با تدوین برنامه‌هایی در جهت حساس‌سازی جامعه و توجه افراد به سبک زندگی و آشنایی آن‌ها با عوامل خطر ساز و آموزش افراد جهت خودمراقبتی و اصلاح رژیم غذایی اقدام کنند. در این میان کارکنان بهداشتی به خصوص مراقبان سلامت و بهورزان نقش مهمی را ایفا می‌کنند و با کمک به افراد تحت پوشش می‌توانند از بروز سرطان تا حد زیادی پیشگیری کنند.

منابع

- * محمد اسماعیل اکبری، گوهر محمدی، سرطان‌های زنان در ایران، مرکز تحقیقات سرطان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بهار ۹۳ ص ۴۳ و ۴۵
- * میترا ذولفقاری و همکاران بررسی عوامل خطر سبک زندگی مردم شهر تهران در ارتباط با پیشگیری از سرطان، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، دوره ۲۱ شماره ۱ فروردین و اردیبهشت ۹۲ ص ۲۹
- * Oh JK, Lim MK, Yun EH, Lee EH, Shin HR. Awareness of and attitude towards human papillomavirus infection and vaccination for cervical cancer prevention among adult males and females in Korea: a nationwide interview survey. Vaccine 2010 28(7): 1854-60
- * مجموعه آموزشی بیماری‌های غیر واگیر ویژه مربیان بهورزی و مراقبین سلامت
- * بوکلت میانسالان
- * علی حسین زاده و همکاران مجله تحقیقات نظام سلامت، سال هشتم، شماره دوم، خرداد و تیر ۱۳۹۱ ص ۲۳۰

به این موضوع امتیاز دهید (۱۰۰ تا ۱)
 کد موضوع ۹۹۲۱۶
 پیامک ۳۰۰۰۷۲۷۳۱۰۰۰۱
 نحوه امتیازدهی: امتیاز - شماره مقاله
 مثال: اگر امتیاز شما ۸۰ باشد
 (۹۹۲۱۶ - ۸۰)

آشنایی با انواع شوک، علایم و نحوه مقابله با آن

باشوک زده ها چه کنیم؟

مقدمه

از نظر پزشکی «شوک» به شرایطی گفته می شود که در آن بافت های بدن اکسیژن و مواد مغذی کافی برای حفظ عملکرد سلول ها دریافت نمی کنند. این حالت منجر به مرگ سلولی، نقص عملکرد اندام ها و سرانجام در صورت عدم اقدام درمانی بموقع باعث اختلال در عملکرد کل بدن و مرگ شود. در شوک چون خون کافی به اعضای بدن نمی رسد، بدن شروع به مقابله با کاهش خون رسانی می کند. دفاع بدن در این حالت به شکلی است که باید حداکثر خون به اعضای حیاتی مثل مغز و قلب رسیده و در مقابل به اعضای کم اهمیت تر مثل پوست، روده و عضلات، خون کمتری برسد زیرا که سلامت قلب و مغز ضروری تر است و در حقیقت، شوک، دفاع بدن در برابر کاهش خون رسانی است.

دکتر مرضیه ارجمندیان

کارشناس برنامه پزشک خانواده
دانشگاه علوم پزشکی همدان



معصومه یاحقی

مدیر مرکز آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی همدان



فریبا جلالی

مدیر مرکز آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی ایلام



اهداف آموزشی

امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه:

- شوک و دلایل بروز آن را توضیح دهند.
- انواع شوک ها، نحوه بروز و مکانیسم های جبرانی بدن را بیان کنند.
- علایم، نشانه ها و اقدام های درمانی در برخورد با انواع شوک ها را شرح دهند.

شوگ به سه دلیل عمده می تواند بروز کرده و یا پیشرفت کند:

- * ناکافی بودن حجم مایع داخل عروق (به علت خونریزی، سوختگی، اسهال، استفراغ)
- * کاهش قدرت قلب
- * تغییر ناگهانی قطر عروق

علائم و نشانه های شوگ

با توجه به اینکه نقش امدادگر پیشگیری از وقوع شوگ است، آشنایی با علائم و نشانه های اولیه شوگ ضروری به نظر می رسد. هیچگاه نباید برای شروع درمان، منتظر علائم وخیم شوگ باشیم چون در این صورت برای درمان خیلی دیر خواهد بود.

علائم اولیه یا هشدار دهنده

هرگاه فردی بنا به یکی از دلایل فوق در آستانه خطر شوگ قرار گیرد، علائم و نشانه هایی در او دیده می شود که می تواند برای امدادگر هشدار دهنده باشد. در بسیاری از موارد می توان با برطرف کردن علت، از بروز شوگ و خطر مرگ پیشگیری کرد. این علائم به علت تحت تأثیر قرار گرفتن دستگاه های مختلف بدن ظاهر می شوند که عبارتند از:

احساس ناخوشی و ضعف: متداول ترین شکایت مصدوم، عطش، حالت تهوع، استفراغ و سرگیجه به علت کاهش خون رسانی به بافت ها.

تغییرات رفتاری: مصدوم دچار بیقراری و اضطراب می شود. **تغییرات نبض:** برای جبران کاهش خون رسانی به بافت ها، نبض تند می شود و از طرفی به علت کاهش حجم خون، نبض از قدرت کافی برخوردار نیست و در لمس ضعیف است. افزایش تعداد نبض به شدت عامل به وجود آورنده بستگی دارد. به طور مثال در خونریزی خفیف، نبض کمی تند می شود ولی در خونریزی شدید افزایش نبض به بیش از ۱۸۸ ضربه در دقیقه می رسد. باید توجه داشت نبض سریع می تواند به خاطر درد یا ترس یا هیجان نیز باشد؛ با این وصف نبض ۱۲۸ یا بیشتر باید ما را به شوگ مظنون کند.

تغییر در جریان خون پوست: به منظور خون رسانی به

اندام های حیاتی بدن، خون رسانی پوست کاهش یافته، در نتیجه پوست رنگ پریده، سرد و مرطوب می شود. تغییرات پوست قابل اعتمادترین علائم در مصدوم مشکوک به شوگ است.

توجه: این تغییرات ابتدا در پاها دیده می شود؛ بنابراین لمس کردن دمای زانوها یا پاها اغلب می تواند ما را از کاهش درجه حرارت پوست آگاه سازد. رنگ پریدگی در صورت، لب ها، لثه ها و داخل پلک ها مشاهده می شود. در افراد سبز یا سیاه پوست تغییر رنگ لثه و لب ها واضح تر است.

علائم شوگ در مراحل پیشرفته

تغییر رفتاری: در صورت پیشرفت شوگ، اضطراب و بیقراری اولیه کم کم جای خود را به بی تفاوتی می دهد. بدین صورت که مصدوم به محرک های اطراف پاسخ مناسبی نمی دهد.

وضعیت هوشیاری: با پیشرفت شوگ، گیجی و خواب آلودگی مصدوم به سمت کاهش هوشیاری و در نهایت بیهوشی می رود و مصدوم وارد مرحله اغما می شود که می تواند کشنده باشد.

تغییرات نبض: در مراحل پیشرفته شوگ ممکن است نبض کند شود، حتی در صورت کند شدن نبض شما باید به درمان دقیق خود ادامه دهید و تصور نکنید که کاهش نبض به معنای بهبود حال مصدوم است.

تغییر در جریان خون پوست: در مراحل پیشرفته شوگ، علاوه بر سردی انتهای اندام، قسمت های دیگر بدن نیز سرد شده، رطوبت سطح پوست افزایش می یابد. گاه ممکن است بستر ناخن ها سفید بماند.

تغییرات تنفس: تنفس سطحی و سریع مصدوم با پیشرفت شوگ، ضعیف و سطحی تر می شود، ممکن است مصدوم

“

با پیشرفت شوگ، گیجی و خواب آلودگی مصدوم به سمت کاهش هوشیاری و در نهایت بیهوشی می رود و مصدوم وارد مرحله اغما می شود که می تواند کشنده باشد.

”

“

اگر قلب نتواند بخوبی عمل پمپاژ خون را انجام دهد و رگ‌های بدن را پر از خون نگه دارد، شوک کاردیوژنیک ایجاد می‌شود.

”

وسیع و وقایع حاد داخل شکم مثل پاره شدن آپاندیس ایجاد شود. مکانیسم‌های جبرانی در شوک هیپوولمیک عبارتند از افزایش فعالیت سمپاتیک و آدرنال که سبب افزایش تعداد ضربان قلب و قدرت انقباض میوکارد می‌شوند. کم شدن فشار خون، نبض تند و ضعیف، تغییر در خلق و خوی مصدوم، سیانوز (کبودی) در انتهای اندام، پوست سرد و مرطوب از علائم و نشانه‌های این نوع شوک است.

بهبود شوک هیپوولمیک به شدت کاهش حجم خون، وضعیت قلبی بیمار و تشخیص و درمان سریع وابسته است. پیش‌آگهی این شوک بدون عارضه، خوب بوده و مرگ و میر آن کمتر از ۱۰ درصد است. بررسی علائم حیاتی (درجه حرارت، فشارخون)، راه‌های هوایی، سطح هوشیاری و رنگ و تورگور پوستی، ضرورت دارد. کنترل خونریزی، اکسیژن درمانی، بالابردن پاها ۲۰ تا ۳۰ درجه و دادن مایعات در صورتی که مصدوم بیهوش نیست و استفراغ ندارد و انتقال بیمار به مراکز درمانی باید انجام شود.

شوک ناشی از اختلال کارکرد قلب (کاردیوژنیک)

اگر قلب نتواند بخوبی عمل پمپاژ خون را انجام دهد و رگ‌های بدن را پر از خون نگه دارد، این نوع شوک ایجاد می‌شود. شایع‌ترین علت آن بیماری‌هایی نظیر سکت قلبی، صدمات قلبی، پرفشاری عروقی در ریه، تنگی دریچه آئورت و سایر بیماری‌های قلبی است که درمان آن‌ها به تعویق می‌افتد. ۹۰ تا ۱۰۰ درصد بیماران دارای شوک قلبی می‌میرند. درد قفسه سینه، اضطراب، نبض نامنظم و ضعیف، فشارخون پایین و کبودی از علائم و نشانه‌های این نوع شوک است. اولویت در درمان این نوع شوک شامل قرار دادن بیمار در وضعیت مناسب، اکسیژن درمانی (۲ تا ۶ لیتر در دقیقه)، کنترل درد قفسه سینه و وضعیت همودینامیک، گرم نگه داشتن مصدوم و انتقال مصدوم به بیمارستان است.

شوک ناشی از تغییرات قطر عروق (واژوژنیک)

ظرفیت رگ‌های بدن در مقایسه با حجم خون نباید خیلی بزرگ باشد. انقباض سرخرگ‌ها مقاومت آن‌ها در برابر خون را به طور قابل توجهی افزایش می‌دهد در نتیجه جریان خون به بافت‌ها کاهش یافته و در

نیاز به تنفس کمکی داشته باشد.

تغییرات فشارخون: تغییرات فشارخون در پدیده شوک، تدریجی نبوده، به شکل ناگهانی سقوط می‌کند و حتی اگر فشار خون مصدوم طبیعی باشد، ممکن است در مدت بسیار کوتاهی سریع کاهش یابد.

توجه: تشخیص شوک به ویژه در مراحل اولیه، ممکن است دشوار باشد ولی باید با توجه به نحوه وقوع حادثه و مشاهده هرگونه تغییری حتی فقط با ظهور یکی از علائم مانند رنگ پریدگی، احتمال وقوع شوک را بدهید و اقدام‌های اولیه را شروع کنید. زیرا مهم‌ترین نقش امدادگر در پدیده شوک، پیشگیری از وقوع شوک است.

انواع شوک

شوک کاهش حجم خون (هایپوولمیک)

۶۰ درصد وزن بدن انسان را مایعات تشکیل می‌دهد. بدن قادر است کاهش ۱۰ درصد این حجم را جبران کند. اگر حجم خون در گردش، ۲۰ تا ۲۵ درصد کاهش یابد، بدن قادر به جبران نبوده و شوک هیپوولمیک رخ می‌دهد. کاهش حجم خون به علت از دست دادن مایعات به هر دلیلی، شوک کمبود حجم خون یا هیپوولمیک نامیده می‌شود. این نوع شوک از رایج‌ترین و خطرناک‌ترین شوک‌ها در مصدومان و کودکان است که می‌تواند به عللی مثل اسهال، استفراغ، تعریق شدید، دهیدراتاسیون، خونریزی داخلی و خارجی، سوختگی





همان زمان فشارخون سرخرگی افزایش می‌یابد. به عکس انبساط سرخرگ‌ها باعث افزایش فشار خون بافت‌ها می‌شود که به موازات آن فشار خون کاهش می‌یابد. در بعضی از شرایط خاص موقعی که رگ‌های خونی انبساط بسیار زیادی پیدا می‌کنند فشارخون به طور حاد کاهش یافته و مصدوم دچار شوک می‌شود. در این شوک، جریان خون بافت‌های بدن طبیعی بوده ولی به دلیل ترشح

واسطه‌های شیمیایی که منجر به اختلال در نفوذپذیری و انقباض عروق می‌شود، حجم خون در گردش کم به نظر می‌رسد. این نوع شوک بر اثر عوامل زیر بروز می‌کند:

(الف) شوک عصبی (نوروژنیک): شوکی که در اثر وارد آمدن درد یا تحریک شدید و درک آن توسط سیستم عصبی به وجود می‌آید. مثل ضربه محکم به ستون فقرات یا سر. بر خلاف شوک هیپوولمیک که پوست، سرد و مرطوب است، در شوک عصبی پوست گرم و خشک است و برادیکاردی و سقوط شدید فشارخون وجود دارد. در موارد مشکوک به صدمه نخاع شوکی با قرار دادن بیمار در وضعیت صحیح و بی حرکت نگه داشتن وی، برای انتقال سریع مصدوم اقدام‌های لازم به عمل آید. جهت جلوگیری از شوک عصبی در بیمارانی که بی حسی نخاعی دریافت کرده‌اند، سر بیمار را به اندازه ۳۰ درجه بالا آورده تا از انتشار دارو به قسمت‌های بالای طناب نخاعی پیشگیری شود.

(ب) شوک روانی (سایکوژنیک): به علت اختلال موقت و گذرای خون‌رسانی به مغز برای چند لحظه ایجاد می‌شود. مثل شنیدن خبر بد ناگهانی، دیدن منظره‌های خشن، درد یا بیماری شدید، خستگی مفرط، ایستادن طولانی و غیره. در این حالت نبض تند، فشارخون طبیعی یا پایین و دیدن نقاط نورانی از علائم و نشانه‌های این نوع شوک است. از اقدام‌های مناسب می‌توان به بالابردن پای بیمار، تعیین مدت بیهوشی، بررسی علائم حیاتی و

در صورت لزوم انتقال بیمار به مراکز درمانی اشاره کرد.

(ج) شوک عفونی (سپتیک): ارگانیسم‌های بیماری‌زا با آزاد کردن سم در تمام بافت‌های بدن از طریق افزایش نفوذپذیری عروق و اتساع آن‌ها و اختلال در کارکرد قلب، موجب بروز این شوک می‌شوند. مرگ و میر در شوک عفونی پیشرفته، زیاد است (حدود ۵۰ درصد) که بیشتر به دلیل کاهش شدید فشارخون و نارسایی چند عضو اتفاق می‌افتد. پوست گرم و تب دار (دمای بالای ۳۷/۸)، تاکی کاردی و فشار خون پایین از علائم و نشانه‌های این نوع شوک است. از اقدام‌های مناسب می‌توان به شناسایی و رفع عفونت، تجویز اکسیژن، بالانگه داشتن عضو، حفظ دمای بدن بیمار و انتقال سریع مصدوم به مراکز درمانی اشاره کرد.

(د) شوک حساسیتی (آنافیلاکتیک): در پی واکنش بدن به ورود برخی مواد حساسیت‌زا ایجاد می‌شود. مانند خوردن برخی مواد یا داروها. این شوک می‌تواند در

“

شوک حساسیتی (آنافیلاکتیک) در پی واکنش بدن به ورود برخی مواد حساسیت‌زا ایجاد می‌شود. مانند خوردن برخی مواد یا داروها

”

توجه

- * نباید پاهای مصدوم را بیش از ۲۵ سانتیمتر بالا بیاورید.
- * نباید مصدوم را روی سطح شیب دار در وضعیتی که سر پایین تر است قرارداد چون در این حالت احشای شکم مانند کبد و معده روی ریه فشار آورده، تنفس را مشکل می سازند. فقط باید پاها را بالا بیاورید.
- * برای کمک به تنفس مصدوم، یقه، کمر بند و لباس های تنگ را شل کنید.
- * مصدوم را با پوشش مناسبی مانند پتو گرم نگه دارید، ولی از گرم کردن بیش از حد مصدوم مانند قرارداد دادن کیف آب گرم روی بدن مصدوم خودداری کنید زیرا باعث تشدید شوک می شود.
- * علایم حیاتی مصدوم را مرتب بررسی کنید و در صورت ایست قلبی، تنفسی بلافاصله احیای قلبی، ریوی را شروع کنید.
- * از تغییر وضعیت یا حرکت بی مورد مصدوم بپرهیزید و او را در همان وضعیت گفته شده در بالا، فوری با برانکارد به مراکز درمانی برسانید.
- * از دادن مایعات و مواد خوراکی از راه دهان جدا پرهیز کنید.

عرض چند دقیقه یا حتی چند ثانیه ایجاد شده و اگر فوری درمان نشود می تواند به مرگ منجر شود. شوک آنافیلاکتیک زمانی ایجاد می شود که فرد با ماده حساسیت زا برای بار دوم برخورد کند.

پنی سیلین و مشتقات آن از شایع ترین علت شوک آنافیلاکتیک بوده و پس از آن مارگزیدگی و زنبورگزیدگی قرار دارند. این نوع شوک، موقعیت خطرناک و اورژانسی است که برای جلوگیری از واکنش های حاد احتیاج به تزریق دارو دارد. برای درمان شوک حساسیتی قبل از هر چیز باید عامل حساسیت را شناخته شده و تماس با آن قطع شود. اقدام های اولیه شامل اقدام های اصول احیا است. مجرای تنفسی بیمار را باز کرده و اقدام به تنفس مصنوعی یا CPR کنید.

اقدام های اولیه در انواع شوک

مصدوم را آرام کنید و او را به پشت خوابانیده، پای او را بالا بیاورید. این کار را می توانید با گذاشتن بالش یا پتو زیر پاها انجام دهید، مگر اینکه پاهای مصدوم آسیب دیده باشد، که در این حالت ابتدا پای آسیب دیده را بی حرکت کرده، سپس بالا بیاورید. بهتر است سر مصدوم را به یک سو خم کنید تا در صورت استفراغ مواد وارد ریه و نای نشود.

نتیجه گیری

شوک در بیشتر مواقع به عنوان یک مرحله گذرای قبل از مرگ تعریف می شود که ناشی از خون رسانی ناکافی جهت حفظ متابولیسم سلولی است. بدن مکانیسم های جبرانی دارد اما این مکانیسم ها نامحدود نیستند. بنابراین بدون مداخله برای بازگرداندن خون رسانی، مصدوم از بین خواهد رفت. در حالت ایده آل، مداخله باید قبل از شروع مرگ سلولی آغاز شود. بنابراین باید بهترین مراقبت را از مصدومانی که دچار شوک شده اند، انجام دهیم.

به این موضوع امتیاز دهید (۱ تا ۱۰۰)
کد موضوع ۹۹۲۱۷. پیامک ۳۰۰۰۷۲۷۳۱۰۰۱
نحوه امتیازدهی: امتیاز - شماره مقاله
مثال: اگر امتیاز شما ۸۰ باشد (۹۹۲۱۷ - ۸۰)

منابع

- * سلاری امیر. جزوه مبانی کمک های اولیه، مدرس اورژانس و مراقبت های ویژه.
- * «عزیزخانی رضا»، «ابوطالبی علیرضا»، «حاج زرگرباشی احسان»، «خواجه باشی حامد» و همکاران. در سنامه جامع اورژانس پیش بیمارستانی جلد اول و دوم. چاپ چهارم. اصفهان: سیمای علوم؛ سال ۱۳۹۵.
- * سلیمانی؛ محسن. در سنامه جامع پرستاری بیماری های داخلی - جراحی ۱۳۸۴؛ ۹ تا ۸۰.
- * نیک روان؛ ملاح، کتاب جامع فوریتهای پرستاری
- * مرکز تحقیقات ایمونولوژی، آسم و آلرژی دانشگاه علوم پزشکی تهران، راهنمای بالینی آنافیلاکسی، چاپ دوم، ۱۳۹۴

فوریت‌ها: اختلال سطح هوشیاری

آذرقلی نژاد

مدیر مرکز آموزش بهورزی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی



مریم حیدری فرد

مربی مرکز آموزش بهورزی دانشگاه علوم پزشکی اهواز



عذرا درگاهی

مربی مرکز آموزش بهورزی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی



مریم مرادی

کارشناس آموزش بهورزی دانشگاه علوم پزشکی اهواز



اهمیت بررسی سطح هوشیاری و علل آن

اختلال سطح هوشیاری یک فوریت است زیرا این افراد دارای نیازمندی‌های بسیار حاد و بحرانی هستند. اختلال سطح هوشیاری به تنهایی یک اختلال محسوب نمی‌شود، بلکه نشانه‌ای از وجود چندین پدیده پاتوفیزیولوژیکی است. ارزیابی سطح پاسخ دهی و هوشیاری اولین علائمی است که باید بررسی شود و نشان‌دهنده عملکرد دستگاه عصبی مرکزی است. بیهوشی به حالتی گفته می‌شود که به علت اختلال در عملکرد مغز رخ داده و بیمار از آنچه در اطراف او می‌گذرد بی‌خبر بوده و قادر به انجام حرکات ارادی نباشد. این حالت می‌تواند تهدیدکننده حیات باشد، بنابراین تشخیص سریع، درمان و انتقال مصدوم به مراکز درمانی ضروری و حیاتی است. از علل بروز بیهوشی می‌توان: مسمومیت‌ها، سکته مغزی، حمله قلبی، سنکوب، تشنج، گرم‌زدگی و سرمازدگی را نام برد. بیهوشی دارای درجات مختلفی به شرح ذیل است:

۱. **مرحله خواب آلودگی:** خفیف‌ترین حالت بیهوشی است که اگر با فرد صحبت شود فوری به هوش می‌آید.
۲. **مرحله گیجی:** در این حالت بیمار بسختی و با فریاد کشیدن یا تکان دادن و تحریکات بیشتر به هوش می‌آید و به سوالات پاسخ می‌دهد.
۳. **مرحله غش یا سنکوب:** بیهوشی موقت و ناگهانی است که به علت قطع کوتاه مدت جریان خون در مغز رخ می‌دهد. در یک فرد سالم از علل غش می‌توان ایستادن

اهداف آموزشی

امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه:

- اهمیت ارزیابی سطح هوشیاری را بیان کنند.
- مراحل بررسی سطح هوشیاری را بر اساس الگوی AVPU به ترتیب شرح دهند.
- کمک‌های اولیه در فرد غیر پاسخگور توضیح دهند.
- وضعیت بهبودی و اهمیت آن را شرح دهند.

مقدمه

مغز ارگانی است که وظیفه حفظ هوشیاری فرد را به عهده دارد. پیچیده‌ترین عضو و به عنوان فرمانده بدن، مرکز کنترل بسیاری از واکنش‌های بدن است و کمترین آسیب به این عضو می‌تواند خسارات جبران‌ناپذیری به همراه داشته باشد. اختلال هوشیاری یکی از اختلال‌هایی است که در نتیجه آسیب به مغز (ترومایی و غیرترومایی)، اختلال عملکرد مغز و ضایعات مغزی ایجاد می‌شود. نحوه برخورد صحیح با فردی که دچار اختلال هوشیاری شده است برای شغلان بخش سلامت یکی از مهارت‌های ضروری است که در صورت تسلط به این مهارت مانع از سردرگمی خدمت‌رسانان و از دست رفتن زمان حیاتی برای نجات بیماران می‌شود.

است. انسداد راه هوایی خطری است که بیمار دچار عدم هوشیاری را تهدید می کند، زیرا احتمال شل شدن زبان و اپی گлот وجود دارد و همین امر سبب بسته شدن راه دهانی حلقی می شود یا اینکه ممکن است بیمار ترشحات بینی، حلقی یا مواد استفراغ شده را آسپیره کند.

اقدامات اولیه در غش

- * اگر احتمال آسیب ستون مهره را در فرد بیهوش نمی دهید، بهترین حالت قرارگیری برای او خواباندن به یک پهلو به منظور جلوگیری از آسپراسیون است.
 - * در صورتی که فرد، سبکی در سر، سرگیجه و دیگر علائم آن را احساس کرد، فوری باید او را بخوابانید، تا از سقوط مصدوم جلوگیری کنید. زیرپاها جسمی قرار دهید. به طوری که پاهایش ۲۵ تا ۳۰ سانتیمتر بالاتر از سطح زمین قرار گیرد، به شرط آن که مصدوم به دنبال سقوط، دچار شکستگی احتمالی نشده باشد تا بدین ترتیب جریان خون مغز بیشتر شود.
 - * در حالت غش، اگر جای مناسبی برای خواباندن بیمار وجود ندارد باید او را روی صندلی بنشانید و سروی را خم کنید و بین دو پا قرار دهید تا سر نسبت به بدن در سطح پایین تری قرار گیرد.
 - * لباس های تنگ وی را شل کنید و دندان مصنوعی اش را خارج کنید.
 - * گردش خون، راه هوایی و برقراری تنفس را بررسی کنید و در صورت نیاز احیای قلبی ریوی را انجام دهید.
 - * اگر بیمار از نظر سطح هوشیاری غیر پاسخگوست، ابتدا راه هوایی را با کمک یکی از روش های زیر باز می کنید تا بتوانید تنفس او را ارزیابی کنید.
- ۱. مانور عقب بردن سر و بالا بردن چانه:** ابتدا کف دست



عقب بردن سر و بالا بردن چانه
(افراد غیر ترومایی)



مانور عقب بردن سر و بالا بردن چانه
(در افراد ترومایی)

به مدت طولانی، ترس، هیجان و درد را نام برد.

۴. مرحله اغما یا کما: شدیدترین و طولانی ترین حالت بیهوشی است که در آن فرد به تحریکات خارجی جواب نمی دهد.

تغییرات اولیه هوشیاری با یک دسته تغییرات رفتاری نامحسوس و ظریف مانند بیقراری و یا افزایش اضطراب بروز پیدا می کند که با کاهش میزان هوشیاری، بیمار دچار تغییراتی در نحوه پاسخ دهی مردمک ها، باز کردن چشم ها و پاسخ دهی کلامی و حرکتی خواهد شد که با افزایش اختلال سطح هوشیاری، فرد به حالت کما می رود و قادر به پاسخ کلامی نیست.

ارزیابی سطح هوشیاری

ارزیابی سطوح مختلف هوشیاری با توجه به چگونگی پاسخ فرد به محرک های محیطی بر اساس الگوی AVPU انجام می گیرد که به ترتیب عبارتند از:

۱. Alert (فرد کاملاً هوشیار): فرد به طور خود به خود

صحبت کرده و درخواست کمک می کند، اطرافیان را می شناسد و می تواند تاریخ یا روز هفته و همچنین محل حادثه را به شما بگوید.

۲. Verbal (نیمه هوشیار و حساس به محرک های شفاهی):

به علت کاهش سطح هوشیاری، فرد به طور خود به خود واکنش ندارد و صحبت نمی کند، اما اگر او را صدا کنید برای مدتی چشمان خود را باز کرده و سعی می کند به سوالات شما پاسخ دهد و دوباره به حالت قبلی باز می گردد.

۳. Painful (حساس به محرک های دردناک): فرد تنها

در صورت اعمال محرک های دردناک مانند فشردن لاله گوش یا قسمت خارجی بازو، عکس العمل نشان می دهد و به محرک های شفاهی بدون پاسخ است.

۴. Unresponsive (غیر پاسخگو یا بیهوش): حتی نسبت

به محرک های دردناک نیز بدون پاسخ است و نسبت به فریاد یا تکان دادن پاسخی نمی دهد.

اهمیت حفظ راه هوایی

مهم ترین نکته در کنترل بیمار دچار عدم هوشیاری، ایجاد راه تنفسی مناسب و اطمینان از وضعیت تهویه ای



- روی پوست صورت
- * اگر به دستگاه اکسیژن دسترسی دارید به فرد اکسیژن بدهید.
- * در صورت نیاز سایر اقدامات شامل آتل بندی، کنترل خونریزی، پانسمان زخم و... را انجام دهید.
- * بعد از به هوش آمدن به بیمار قوت قلب دهید و نگذارید سرعت بلند شود.
- * پس از انجام اقدامات بالا، بیمار را ارجاع فوری دهید.

فراموش نکنید

- * هیچگاه به مصدوم چیزی نخورانید تا زمانی که کاملاً بیدار شده، قدرت بلع کافی داشته باشد.
- * از استنشام نمک یا بخور آمونیاک توسط مصدوم خودداری کنید.
- * از پاشیدن یا ریختن آب روی صورت مصدوم خودداری کنید.
- * از سیلی زدن به صورت مصدوم به قصد بیدار کردن وی خودداری کنید.

خود را بر روی پیشانی مصدوم قرار بدهید و آن را محکم به سمت عقب فشار دهید تا سر به عقب خم شود. سپس انگشتان دست دیگر خود را زیر قسمت استخوانی فک تحتانی و نزدیک چانه قرار دهید، چانه را به سمت جلو بیاورید و دقت کنید که دندانها بسته باشند.

۲. مانور کشش فک به جلو: زوایای فک تحتانی مصدوم را با دست بگیرید و آنها را با هر دو دست به سمت خود بکشید. یک دست را در هر سمت فک قرار دهید در حالی که سر را به سمت عقب فشار می دهید، فک تحتانی را به سمت جلو بکشید. این روش برای باز کردن راه هوایی در مصدومان مشکوک به آسیب به گردن بهتر است زیرا نیاز به خم کردن سر به عقب ندارد.

اگر احتمال می دهید که مصدوم دچار آسیب ستون فقرات نیست و مصدوم غیر ترومایی باشد، از مانور عقب بردن سر و بالا بردن چانه استفاده می شود، ولی اگر احتمال صدمه به ستون فقرات وجود داشته باشد از مانور کشش فک به جلو استفاده کنید.

تنفس مصدوم را با استفاده از سه حس بررسی کنید.
الف. حس بینایی: مشاهده بالا و پایین آمدن قفسه سینه
ب. حس شنوایی: شنیدن صدای تنفس مصدوم
ج. حس لامسه: از راه لمس رطوبت و گرمی تنفس بر

نتیجه گیری

از آنجایی که اختلال در هوشیاری نشانه ای از آسیب و بیماری است، نیاز به بررسی و پیگیری جدی دارد و با توجه به توقف در خون رسانی به مغز و بروز غش و آسیب های ثانویه در اثر سقوط و افتادن و... می تواند تهدید کننده حیات باشد. در این موارد تشخیص سریع، درمان و انتقال به مراکز درمانی ضروری است. افراد شاغل در بخش سلامت یا افرادی که با بیماران دارای اختلال هوشیاری زندگی می کنند با داشتن مهارت های لازم برای اقدام در زمان بروز اختلال هوشیاری می توانند اقدام مناسب جهت کمک یا نجات بیماران را انجام داده و در صورت نیاز بیمار را به اورژانس و مراکز امداد هدایت کنند.

پیشنهادهای: آموزش کمک های اولیه در بازآموزی بهورزان و مراقبان سلامت حداقل یک بار در سال انجام شود و شیوه آموزش بیشتر به روش پرسش و پاسخ، تمرینی و نمایشی با تکیه بر اجرای مهارت توسط آنان باشد.

منابع

- * برنر، سودارت (۱۳۹۳). درسنامه پرستاری داخلی و جراحی (مغز و اعصاب). (ترجمه: زهرا مشتاق). تهران: جامعه نگار ویراست ۱۳، (انتشار به زبان اصلی ۲۰۱۴).
- * مجموعه کتب آموزش بهورزی، کمک های اولیه. وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت
- * حسینی، زهره (۱۳۸۹). کمک های اولیه ویژه بهورزان، آموزش بهورزی استان خراسان رضوی، ناشر: سناباد
- * برکاتی، حامد و دیگران (۱۳۹۶)، کتابچه، احیای پایه کودکان و شیرخواران، نوبت چاپ اول، ناشر: اندیشه ماندگار
- * به این موضوع امتیاز دهید (۱۰۰ تا ۱۰۰۰)
- * کد موضوع ۹۹۲۱۸. پیامک ۳۰۰۰۷۲۷۳۱۰۰۰۱
- * نحوه امتیاز دهی: امتیاز - شماره مقاله
- * مثال: اگر امتیاز شما ۸۰ باشد (۸۰ - ۹۹۲۱۸)



تپش‌های دوست‌داشتنی

فاطمه کریمی drmjeeps.com

مدیر مرکز آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی دزفول



نسرین سبزه خواه مطلق

کارشناس بیماری‌های غیرواگیر
دانشگاه علوم پزشکی تهران



سیما جلالی

رابط فصلنامه بهورز و کارشناس مسؤول آموزش
بهورزی دانشگاه علوم پزشکی تهران



اهداف آموزشی

امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه:

- علایم ناراحتی‌های قلبی را بیان کنند.
- تپش قلب را توضیح دهند.
- علایم خطر ساز در تپش قلب را نام ببرند.
- راه‌های پیشگیری از ناراحتی‌های قلبی را بیان کنند.
- علایم سکتة قلبی را نام ببرند.

مقدمه

تا حالا شده قلب شما به‌طور ناگهانی و بدون دلیل برای چند ثانیه تند و محکم بزند یا حس کنید که بعضی ضربان‌ها جا افتاده‌اند؟ به این حس تپش قلب می‌گویند. برای بعضی‌ها این اتفاق سالی یک‌بار می‌افتد، اما بعضی افراد در طی روز بارها آن را تجربه می‌کنند و گاهی این قدر قوی است که به حمله قلبی شبیه می‌شود. عامل ایجاد تپش قلب در اغلب موارد پیش‌آمدن مشکلی جزئی و موقتی در ضربان قلب است که خطری هم ندارد، اما در موارد نادری ممکن است نشان‌دهنده مشکلی در قلب باشد.

تعریف

تپش قلب به ضربان غیرعادی قلب اطلاق می‌شود که منجر به انقباض عضلات قلب در قفسه سینه شده و توسط فرد به شکل ضربان محکم، سریع و نامنظم احساس می‌شود. تپش قلب می‌تواند همراه با اضطراب باشد که همیشه حاکی از وجود یک مشکل ساختاری یا عملکردی در قلب نیست.

علل تپش قلب

تپش قلب در بیشتر موارد نشانه بیماری خاصی نیست و جای نگرانی چندانی ندارد. ولی برای بیمار ممکن است، این نشانه خیلی خطرناک به نظر برسد. زیرا تصور می‌کند که به دنبال تپش قلب ممکن است توقف قلبی اتفاق افتاده و قلب از کار بیفتد. همین نگرانی و استرس باعث تحریک قلب شده و تپش قلب فرد تشدید می‌شود.

دلایل تپش قلب چیست؟

استرس، ورزش، سیگار کشیدن، مصرف کافئین، مصرف دارو یا در موارد خاص برخی بیماری‌ها، همه از جمله دلایل تپش قلب‌اند. تپش ناگهانی معمولاً منشأ قلبی دارد. اگر دلیل تپش قلب بیماری قلبی باشد، منجر به سرگیجه و تنگی نفس می‌شود و زمان دقیق آغاز و پایان تپش مشخص است.

آیا تپش قلب ناگهانی خطرناک است؟

تپش قلب ناگهانی خطرناک است، نکته مهم در این است که معمولاً فرد در حالت نشسته بدون اینکه هیچ مشکل و

استرسی داشته باشد ناگهان دچار حمله تپش قلب می شود و همزمان با آن ممکن است افت فشار خون پیدا کند.

تنگی نفس و تپش قلب گاهی در حال فعالیت و گاهی در خواب و استراحت هم دیده می شود و می تواند به شکل گذرا یا مداوم یا حمله ای باشد. اگر همراه با درد قفسه سینه، احساس تنگی نفس یا احساس سرگیجه، تاری دید یا اختلال تعادل باشد باید سریع به پزشک مراجعه کند.

چه افرادی در خطر ابتلا به تپش قلب هستند؟

* ابتلا به پرکاری تیروئید
* مصرف داروهای محرک مانند داروهای آسم و سرماخوردگی

* شدت استرس و اضطراب یا سایر مشکلات روانی

* سابقه ابتلا به سایر بیماری های قلبی

چگونه تپش قلب را بهبود دهید؟

اصل درمان این عارضه بر حذف عامل به وجود آورنده (دارو، دخانیات، قهوه، چای و الکل) تکیه دارد. تشخیص و درمان بیماری های همراه مثل پرکاری تیروئید، افت قندخون، علایم یائسگی و اضطراب و همچنین رعایت عادات مناسب زندگی و تغذیه، کاهش استرس و انجام فعالیت های ورزشی می تواند به بهبود بیماری منجر شود.

درمان تپش قلب ناگهانی چگونه است؟

در برخی موارد علت آن مادرزادی است و در این بیماران به دلیل مشکل ساختاری در سیستم های هدایتی قلب، حملات تپش قلب ناگهانی اتفاق می افتد و بیمار با مشکل مواجه می شود. در بیشتر موارد پزشکان می توانند با امواج رادیو فرکانسی مسیرهای هدایتی را بسوزانند و تپش های سریع قلب بیمار درمان قطعی یابد.

روش های آرام کردن تپش قلب

* بنشینید و نفس عمیق بکشید

* استرس خود را کنترل کنید.

* از نوشیدن قهوه پرهیزید: در بین برخی افراد نوشیدنی های کافئین دار مانند قهوه، چای و کولاها و حتی شکلات سیاه باعث بروز یا تشدید آن می شود.

* در حفظ وزن طبیعی تلاش کنید.

* فشارخون و سطح کلسترول را تحت کنترل نگه دارید.

* پیاده روی یا دوچرخه سواری کنید.

* از داروهای بدون نسخه با احتیاط استفاده کنید: برخی داروهای سرماخوردگی و سرفه حاوی محرک هایی هستند که ممکن است موجب بالا رفتن ضربان قلب شوند.

موارد دیگری از ناراحتی های قلبی که باید جدی گرفته شود:

۱. تنگی نفس: اگر در حالت استراحت یا بعد از کمی فعالیت اتفاق بیفتد.

۲. درد قفسه سینه (هر نقطه ای بین گردن و آخرین دنده قفسه سینه) همراه علایم زیر باشد نشانه سکته قلبی است: دردی که به سمت گلو یا فک کشیده شود، نشستن عرق سرد بر بدن، از دست دادن تعادل به طور ناگهانی و همزمان با درد قفسه سینه و تنگی نفس، سرگیجه و سبکی سر ناشی از افت فشارخون، دردی که تا بازوها هم انتشار یابد، تهوع، سوءهاضمه، سوزش سردل یا درد معده و تنفس دردناک.

در صورت مشاهده این علایم در خود یا اطرافیان نصف قرص آسپرین مصرف کرده و سریع، بدون فوت وقت با اورژانس (۱۱۵) تماس بگیرید.

نتیجه گیری

درد قفسه سینه، عرق سرد، عدم تعادل، دردی که تا بازوها کشیده شود، حالت تهوع و سوزش سردل جدی گرفته شود. در هر حال، اگر تغییری در ضربان قلب خود احساس می کنید که جدید است و متفاوت و همراه با درد قفسه سینه، کوتاهی تنفس یا سردرد خفیف است، این علایم وقوع سکته قلبی است و باید برای ارزیابی وضعیت خود به پزشک تان مراجعه کنید.

منابع

* درسنامه پرستاری بیماری های قلب و عروق برونر و سودارث ۲۰۱۸
* کتاب درمان های ساده علامتی (از کتب بهورزی)

به این موضوع امتیاز دهید (۱۰۰ تا ۱۰۰۰)
کد موضوع ۹۹۲۱۹. پیامک ۳۰۰۰۷۲۷۳۱۰۰۰۱
نحوه امتیاز دهی: امتیاز - شماره مقاله
مثال: اگر امتیاز شما ۸۰ باشد (۹۹۲۱۹ - ۸۰)

هرم غذایی و ترویج تغذیه سالم چه بخوریم... چقدر بخوریم؟

پروانه یداللهی

کارشناس سلامت خانواده شبکه بهداشت
دانشگاه علوم پزشکی چهارمحال و بختیاری



فریبا درودگر

مرکز آموزش بهورزی دانشگاه علوم
پزشکی چهارمحال و بختیاری

اعظم عظیمی

مرکز خدمات جامع سلامت
دانشگاه علوم پزشکی مشهد



هومان همتی

کارشناس تغذیه شبکه بهداشت دانشگاه
علوم پزشکی چهارمحال و بختیاری

اهداف آموزشی

از خوانندگان محترم انتظار می رود پس از مطالعه مقاله:

- هرم غذایی سالم را بشناسند.
- هرم غذایی اولیه و مشکلات مربوط به آن را توضیح دهند.
- اجزای هرم غذایی جدید را بیان کنند.
- عوامل تأثیرگذار بر مشکلات غذایی افراد را شرح دهند.
- نکات مهم و کاربردی در استفاده از گروه های غذایی را بیان کنند.

مقدمه

ایجاد می شود. تعادل به معنی مصرف مقادیر کافی از مواد غذایی مورد نیاز برای حفظ سلامت بدن است و تنوع یعنی مصرف انواع مختلف مواد غذایی که در ۶ گروه اصلی غذایی معرفی می شوند. همه مواد مغذی برای سلامت بدن لازم هستند و هیچ ماده مغذی را نمی توان جانشین ماده مغذی دیگری کرد. همچنین هیچ ماده مغذی را نباید بیشتر یا کمتر از مورد نیاز مصرف کرد.

هرم مواد غذایی سالم یک راهنمای ساده درباره انواع و نسبت مواد غذایی است که باید به شکل روزمره برای برخورداری از زندگی سالم توسط افراد مصرف شود. این هرم از ۶ گروه مواد غذایی اصلی به علاوه چربی های مفید به شکل متناسب با رژیم غذایی تشکیل شده است. تغذیه سالم با رعایت دو اصل تعادل و تنوع در برنامه غذایی روزانه



هرم غذایی چیست؟

هرم غذایی به منظور ساده‌سازی تغذیه سالم طراحی شده است. در حقیقت تغذیه سالم با انتخاب سطح مناسب مواد مغذی، پروتئین، چربی، کربوهیدرات، ویتامین و مواد معدنی مورد نیاز برای زندگی سالم ارتباط دارد. به این ترتیب مواد غذایی حاوی انواع خاص مواد مغذی و معدنی در این هرم به همراه یکدیگر در یک طبقه قرار گرفته‌اند. همچنین هرم راهنمای غذایی بر مصرف بیشتر غلات، میوه‌ها و سبزی‌ها که بخش وسیع‌تری را اشغال می‌کنند تاکید دارد و افراد را تشویق می‌کند که مواد غذایی گیاهی را حتماً در برنامه غذایی روزانه بگنجانند. لازم به ذکر است غذاهای یک گروه از هرم نمی‌توانند به جای غذاهای گروه دیگر مصرف شوند و هیچ کدام از گروه‌های غذایی هرم از گروه دیگر مهم‌تر نیستند.

هرم غذایی اولیه و مشکلات مربوط به آن

طبقه پایین هرم غذا نشان دهنده گروه نان و غلات است که معمولاً به افراد توصیه می‌شود ۶ تا ۱۱ واحد در روز از آن استفاده کنند. در طبقه بعدی این هرم، گروه سبزیجات در سمت چپ (۳ تا ۵ واحد در روز) و گروه میوه‌ها در سمت راست (۲ تا ۴ واحد در روز) قرار دارد. طبقه ماقبل آخر این هرم از گروه محصولات لبنی در سمت چپ (۲ تا ۳ واحد در روز) و گروه مواد غذایی پروتئینی در سمت راست (۲ تا ۳ واحد در روز) تشکیل شده است. در نهایت بالاترین طبقه این هرم گروه چربی‌ها است که لازم است تا حد ممکن افراد از



مصرف آن‌ها خودداری کنند. توجه داشته باشید هدف از هرم غذای اولیه پیشنهاد یک رژیم غذایی سالم بوده که دنبال کردن آن برای همه افراد ساده باشد.

با مصرف این مقدار از مواد غذایی در طول یک روز، فرد مشکلی با مصرف ۶ واحد مواد غذایی حاوی کربوهیدرات در روز نخواهد داشت. در طرف دیگر این معادله، مجموعه مواد غذایی تعیین شده برای وعده غذایی نشان دهنده مقدار مناسب پروتئین است، اما در این طبقه مقدار پروتئین اضافی مصرفی در سایر مواد غذایی مثل لبنیات در نظر گرفته نشده است. علاوه بر این، در این هرم غذایی بسیاری از متغیرهای با اهمیت همچون جنسیت، قد و وزن فرد، سطح فعالیت‌های روزمره، نحوه هضم مواد غذایی توسط بدن و سایر موارد مانند آن در نظر گرفته نشده است. با توجه به این شرایط می‌توان گفت هرم غذای اولیه بر اساس یک تفکر مناسب و دقیق طراحی شده، اما به طور مشخص نمی‌تواند ابزاری برای تعیین رژیم غذایی مناسب برای همه افراد باشد.

هرم‌های غذایی جدید

در این هرم انواع مختلف گروه‌های غذایی با رنگ‌های متفاوت طراحی شده، ولی اندازه آن‌ها مشابه نیست. به این ترتیب اندازه در نظر گرفته شده برای هر گروه غذایی باید نشان دهنده مقدار استفاده از طبقه مورد نظر در رژیم غذایی روزانه باشد.

آنچه اهمیت دارد، ایجاد تمایز بین انواع مختلف مواد غذایی است که قبلاً در یک گروه مشابه طبقه بندی شده، اما می‌توانند تاثیر بسیار متفاوت بر رژیم غذایی فرد داشته باشند. هرم غذایی جدید به ۷ گروه تقسیم شده است. گروه نان و غلات ۶ تا ۱۱ واحد، گروه میوه‌ها ۲ تا ۴ واحد، گروه سبزی‌ها ۳ تا ۵ واحد، حبوبات و مغزها ۱ واحد، گوشت و تخم مرغ ۱ تا ۲ واحد، شیر و فرآورده‌ها ۲ تا ۳ واحد و گروه متفرقه، شکل هرم به نحوی ترسیم شده است که قاعده یا پایین آن را گروه نان و غلات تشکیل می‌دهد که بزرگ‌ترین قسمت از هرم را تشکیل داده و نشانگر این است که یک فرد باید بیش از هر غذای دیگر، غذاهای غله‌ای مصرف کند. گروه‌های بعدی گروه سبزی‌ها و سپس گروه میوه‌ها

“

بسیاری از افراد آلرژی و حساسیت داشته و به همین خاطر مجبور هستند برخی از مواد غذایی در نظر گرفته شده در هرم غذایی را با مواد غذایی دیگر جایگزین کنند.

”

عوامل تأثیرگذار بر مشکلات غذایی افراد

بسیاری از افراد آلرژی و حساسیت داشته و به همین خاطر مجبور هستند برخی از مواد غذایی در نظر گرفته شده در هرم غذایی را با مواد غذایی دیگر جایگزین کنند. به این ترتیب لازم است به خاطر داشته باشید که می‌توان بعضی از مواد غذایی را با سایر مواد جایگزین کرد، اما با این وجود لازم است ما اطلاعات کافی از تفاوت‌های بین این مواد غذایی و محتویات مغذی داشته باشیم. گاهی در برخی مناطق مواد غذایی کامل، مطابق با راهنمای غذایی در دسترس نیست. اطلاعات کافی از مواد غذایی هر گروه غذایی موجب شناخت بیشتر از منابع غذایی خواهد شد.

نکات مهم و کاربردی در استفاده از گروه‌های مواد غذایی

- * بهتر است برنج به صورت کته مصرف شود.
- * بیشتر از نان‌های حاوی سبوس مثل نان جو و سنگک استفاده شود.
- * برای کامل کردن پروتئین گروه نان و غلات بهتر است آن‌ها را به شکل مخلوط با حبوبات مصرف کرد. مثل عدس پلو، باقلا پلو، عدسی با نان و غیره.
- * روزانه یک واحد یا بیشتر از میوه‌ها و سبزی‌های غنی از ویتامین C و یک واحد از میوه‌ها یا سبزی‌های غنی از ویتامین A مصرف شود.
- * از مصرف بیش از حد نمک و غذاهای شور اجتناب شود.
- * قبل از مصرف سبزی‌ها و میوه‌ها باید آن‌ها را به دقت شست و ضد عفونی کرد.
- * سبزی‌ها تازه مصرف شود و پس از خرد کردن بلافاصله پخته شود.
- * پس از جدا کردن پوست میوه از قرار دادن آن در

هستند. گروه سبزی‌ها قسمت بزرگ‌تری نسبت به گروه میوه‌ها را تشکیل می‌دهد و نشانگر این است که میزان سهم مورد نیاز روزانه از گروه سبزی‌ها بیشتر از گروه میوه‌ها است. گروه شیر و لبنیات و گروه گوشت و تخم مرغ و گروه حبوبات و مغزها در طبقه بالایی قرار دارند و میزان سهم آن‌ها در برنامه غذایی روزانه کمتر از گروه‌های پایین‌تر است.

در راس هرم که بخش کوچکی را تشکیل می‌دهد، چربی‌ها، روغن‌ها و شیرینی‌ها قرار دارند که این بدان معنی است که میزان مصرف این مواد غذایی باید به کم‌ترین حد رسانده شود. برای تنظیم رژیم غذایی روزانه و میزان مصرف غذا از هر گروه غذایی از اصطلاحی به نام واحد یا سهم استفاده می‌شود.

منظور از یک واحد یا سهم در هر گروه، مقدار غذایی است که دارای ارزش غذایی مشابه با سایر مواد غذایی در همان گروه است. به طور مثال یک لیوان شیر به عنوان یک سهم از گروه شیر و لبنیات از نظر ارزش غذایی معادل سه چهارم لیوان ماست از همان گروه است. هرم راهنمای غذایی نشان می‌دهد که یک برنامه غذایی مناسب روزانه باید شامل تمام گروه‌های غذایی (۷ گروه) باشد و میزان سهم مورد نیاز از هر کدام از گروه‌های غذایی را مشخص می‌کند.

یک واحد نان و غلات: یک کف دست بدون انگشت (معادل ۳۰ گرم)، انواع نان‌ها یا نان لواش چهار کف دست یا نصف لیوان برنج یا ماکارونی پخته

یک واحد سبزی: یک لیوان سبزی برگ‌ی یا نصف لیوان سبزی پخته یا سبزی خام خرد شده یا یک عدد گوجه فرنگی یا پیاز یا خیار متوسط

یک واحد میوه: یک عدد میوه متوسط مانند سیب، پرتغال و... یا نصف لیوان آب میوه تازه و طبیعی یا نصف لیوان

میوه‌های ریز مثل توت یا یک چهارم لیوان میوه خشک
یک واحد شیر و فرآورده‌ها: یک لیوان شیر یا یک لیوان ماست کم چرب یا ۴۵ تا ۶۰ گرم پنیر (۲ قوطی کبریت پنیر) یا دو لیوان دوغ

یک واحد گوشت: ۶۰ گرم گوشت لخم پخته شده (دو قطعه خورشتی) یا نصف ران متوسط یا نصف سینه متوسط مرغ یا دو عدد تخم مرغ

یک واحد حبوبات: نصف لیوان حبوبات پخته یا یک سوم لیوان انواع مغزها (گردو، فندق، بادام، پسته و تخمه).

- * مجاورت هوا خودداری شود زیرا ویتامین‌های آن به خصوص ویتامین C از بین می‌رود.
- * بهتر است سبزی‌ها به شکل خام مصرف شوند چون ویتامین‌های آن بیشتر حفظ می‌شود.
- * تاحداً امکان از پنیرهای تهیه شده از شیر پاستوریزه و شیرهای پاستوریزه کم چربی (۲/۵ درصد یا کمتر) استفاده شود.
- * بستنی‌های تهیه شده از شیر پاستوریزه یا جوشیده مصرف شود.
- * حتماً پیش از پختن گوشت قرمز تا حد امکان چربی قابل رویت آن جدا شود.
- * قبل از پختن گوشت مرغ، پوست آن جدا شود، زیرا حاوی چربی فراوانی است.
- * تا حد امکان از سرخ کردن گوشت خودداری شود.
- * مغز، زبان و کله پاچه حاوی کلسترول بالایی هستند تا حد امکان مصرف این گونه مواد غذایی محدود شود.
- * گوشت یخ زده را باید بلافاصله بعد از خارج کردن از فریزر، پخت. اگر به هر دلیلی لازم است گوشت از حالت یخ زده خارج شود، ۲۴ ساعت قبل از پختن باید آن را از فریزر خارج و در یخچال نگهداری کرد.
- * بهتر است بیشتر از گوشت‌های سفید مانند مرغ و ماهی به جای گوشت قرمز استفاده شود.
- * قبل از مصرف هر نوع کشک باید مقداری آب به آن اضافه کرد و حداقل ۵ تا ۱۰ دقیقه در حال به هم زدن جوشانند.
- * برای بزرگسالان سالم مصرف حداکثر ۴ تا ۵ تخم مرغ در هفته به شکل ساده یا داخل کوکو و املت منعی ندارد. در صورت ابتلا به هایپرکلسترولمی، دیابت، سابقه فشارخون بالا و چاقی حداکثر تعداد تخم مرغ مجاز ۳ عدد در هفته است.
- * مصرف حبوبات به علت دارا بودن فیبر و پروتئین زیاد، توصیه می‌شود.
- * انواع مغزها (گردو، فندق، بادام و پسته) میان وعده‌های مناسب برای تامین پروتئین، انرژی و برخی از مواد مغذی مانند آهن هستند.
- * بهتر است مغزها (گردو، فندق، بادام و پسته) به شکل خام استفاده شوند و در صورت استفاده از نوع بوداده، به شکل کم نمک مصرف شود.
- * بشقاب غذایی روزانه شما باید در برگیرنده سبزی‌های متنوع باشد. هر چه متنوع‌تر، بهتر
- * انواع چربی‌های خوب را جایگزین چربی‌های اشباع، کره و مارگارین کرده و تعادل و تنوع را در رژیم غذایی خود رعایت کنیم.
- * گروه‌هایی که در راس هرم غذایی قرار دارند بدین معناست که مصرف آن‌ها باید تا حد ممکن محدود شوند.
- * در برنامه غذایی افراد از غلات کامل شامل نان‌های سبوس دار و ماکارونی سبوس دار استفاده شود و مصرف غلات تصفیه شده مثل برنج و نان سفید محدود شود.
- * تا حد امکان در برنامه غذایی افراد از مصرف غذاهای چرب و سرخ کردنی خودداری شود.

نتیجه گیری

زیبایی هرم غذایی در ساده بودن آن است. این هرم بسیار قابل انعطاف طراحی شده است و افراد می‌توانند متناسب با شرایط خود مواد غذایی مختلف را جایگزین کنند.

منابع

- * مجموعه دستورالعمل‌های دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- * کتاب اصول تغذیه کراوس.
- * پایگاه آموزشی تبیان.
- * کتاب تغذیه سالم برای خانواده سالم. خراسانی، صابری. انتشارات دیاج. ۱۳۸۹
- * خبر نامه الکترونیکی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
- * به این موضوع امتیاز دهید (۱۰۰ تا ۱۰۰۰)
- * کد موضوع ۹۹۲۲۰. پیامک ۳۰۰۰۷۲۷۳۱۰۰۰۱
- * نحوه امتیاز دهی: امتیاز - شماره مقاله
- * مثال: اگر امتیاز شما ۸۰ باشد (۸۰ - ۹۹۲۲۰)

تغذیه در بیماران کلیوی



فاطمه سادات موسوی

کارشناس مرکز آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی تربت جام



نرگس شهسوار

کارشناس بهداشت آموزش و بازآموزی برنامه‌های
سلامت دانشگاه علوم پزشکی تربت جام

اهداف آموزشی

امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه این مقاله:

- انواع بیماری‌های کلیوی را به شکل کلی توضیح دهند.
- تغذیه و رژیم درمانی در بیماری‌های کلیوی را شرح دهند.
- اهمیت رعایت توصیه‌های غذایی را در پیشگیری از عوارض بیماری‌های کلیوی بیان کنند.

مقدمه

امروزه علم پزشکی ارتباط تنگاتنگی با علم تغذیه پیدا کرده، این در حالی است که یکی از ارکان اصلی درمان بیماران ارایه یک رژیم غذایی مناسب و علمی است که هم بتواند نیازهای تغذیه‌ای بیمار را تأمین کند و هم با افزایش کارایی سیستم ایمنی، در بهبودی وی قدم بسزایی بردارد. تغذیه صحیح در بیماران کلیوی از مهم‌ترین عوامل افزایش طول عمر و کاهش بستری شدن در بیمارستان است. این مقاله قدمی برای پیشبرد هرچه بهتر آموزش‌های لازم در زمینه تغذیه و رژیم درمانی در بیماران کلیوی و جلوگیری از عوارض این بیماری‌ها است، اما جانشین رژیم‌های تخصصی نخواهد بود. ذکر این نکته ضروری است که رژیم‌های غذایی در بیماران کلیوی دارای جزییات و حساسیت بالایی است و یک بیمار کلیوی باید مرتب، تحت نظر پزشک بوده و برای رژیم غذایی تحت نظر کارشناس تغذیه باشد.

۶۶

هر گونه برنامه ریزی غذایی که توسط افراد غیر متخصص و غیر مطلع انجام شود، ممکن است به بروز عوارض خطرناکی منجر شود.

۹۹

شوند که شامل دوروش دیالیز صفاقی و همودیالیز است. **سندروم نفروتیک:** این سندروم شامل گروهی از بیماری‌هاست که با دفع بیش از ۳ گرم پروتئین در روز از شبکه‌های گلومرولی مشخص می‌شود. سندروم نفروتیک ممکن است به وسیله دیابت، فشارخون بالا، عفونت، شرایط ارثی، بیماری‌های اتوایمیون، عوامل شیمیایی و داروهای معین ایجاد شود. **پیوند کلیه:** پیوند کلیه در بیمارانی انجام می‌شوند که دچار نارسایی کلیه در مرحله آخر هستند.

تغذیه درمانی نقش بسیار مهمی در درمان بیماری‌های کلیوی دارد از جمله:

- * کاهش بار کاری کلیه‌ها برای به تاخیر انداختن یا جلوگیری از ضایعات کلیوی بیشتر
- * تأمین تغذیه بهینه
- * کنترل تجمع مواد سمی مثل اوره، فسفر، سدیم



کلیه و عملکرد آن

کلیه‌ها دو عضو لوبیا شکلی هستند که در پهلوها از مهره دوازدهم سینه ای تا مهره سوم کمری در دیواره پشتی شکم قرار دارند. وظایف کلیه شامل دفع مواد زائد و سمی، تنظیم حجم مایعات بدن، باز جذب برخی از مواد، برقراری تعادل اسید و باز، افزایش گلبول‌های قرمز با تولید رنین، متابولیسم طبیعی کلسیم و فسفر است.

بیماری‌های کلیوی

بیماران مبتلا به اختلال‌های کلیوی معمولاً عدم تعادل مایعات و الکترولیت‌ها را تجربه کرده‌اند و تظاهرات بیماری کلیوی در آن‌ها قابل توجه است. این تظاهرات بر اساس میزان شدت، این گونه طبقه‌بندی می‌شوند: سنگ‌های کلیوی، نارسایی حاد و مزمن کلیه، سندروم نفروتیک و پیوند کلیه

سنگ کلیه: یکی از متداول‌ترین و دردآورترین اختلال‌های اورولوژی است. حجم پایین ادرار در هنگام ارزیابی متابولیک مهم‌ترین عامل ایجاد سنگ است و برای جبران آن مصرف زیاد مایعات باید در مدیریت درمان تمام انواع سنگ‌ها مورد توجه قرار گیرد. سنگ‌های کلیه دارای مشخصه‌هایی مانند شیوع بالا بین سنین ۳۰ تا ۵۰ سال، شیوع بیشتر در مردان و میزان عود بالا و همچنین دو برابر بودن خطر ابتلا در افراد با سابقه خانوادگی است. **نارسایی کلیه:** زمانی به وجود می‌آید که کلیه‌ها نتوانند فرآورده‌های زائد متابولیک را دفع کرده یا کارکردهای تنظیم‌کننده را اعمال کنند. در این حالت موادی که در به طور طبیعی با ادرار دفع می‌شوند به دلیل اختلال در کارکرد کلیوی، در مایعات بدن تجمع می‌یابد و بر کارکردهای درون ریز و متابولیک اثر می‌گذارند و موجب برهم خوردن تعادل مایع و الکترولیت و اسیدباز می‌شوند. نارسایی کلیوی یک بیماری سیستماتیک است که به دو نوع حاد و مزمن تقسیم بندی می‌شود. بسیاری از بیماری‌های کلیوی و دستگاه ادراری در صورت درمان نشدن منجر به نارسایی کلیه می‌شود. نارسایی مزمن کلیه در مراحل نهایی منجر به از کار افتادن کلیه می‌شود که برای درمان، بیماران باید دیالیز

پتاسیم

با وجود اینکه پتاسیم بالا تهدید کننده حیات در بیماران کلیوی است ولی رعایت رژیم با محدودیت پتاسیم برای این بیماران مشکل است، زیرا بر خلاف سدیم قابل چشیدن نیست و بندرت روی برچسب‌های غذایی دیده می‌شود. بیماران با نارسایی حاد و مزمن کلیه و پیوند کلیه محدودیت در مصرف پتاسیم دارند.

فسفر و کلسیم

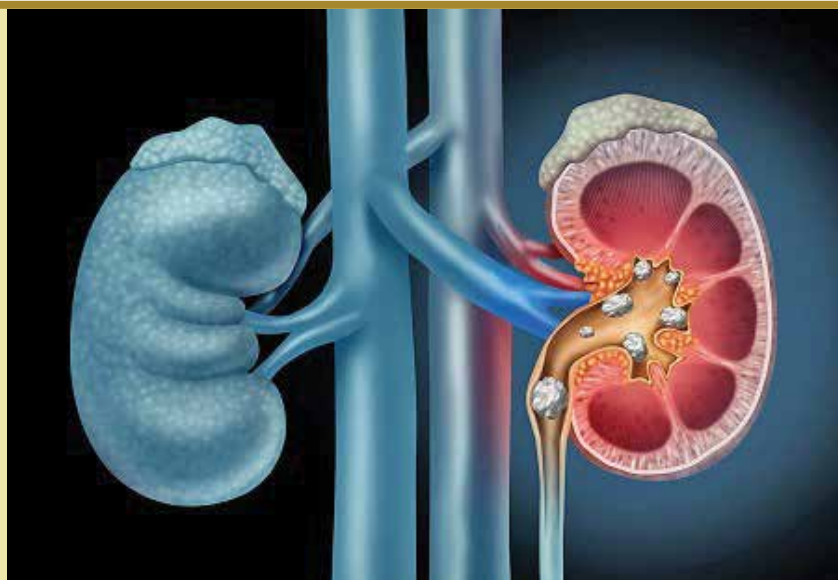
نیاز به فسفر و کلسیم در بیماران نارسایی حاد بر حسب میزان موجود در سرم خون است و در نارسایی مزمن کلیه و سنگ‌های کلیه با محدودیت همراه است.

اگزالات

در بیماران سنگ کلیه باید برای جلوگیری از تشکیل سنگ‌های اگزالاتی، دوز روزانه آن محدود شود.

توصیه غذایی در پیوند کلیه

رژیم غذایی بعد عمل جراحی باید حاوی پروتئین و کالری بالا باشد تا بهبودی سریع بیمار رخ دهد. نیاز به مواد مغذی بتدریج بعد از عمل جراحی کاهش می‌یابد. بیماران معمولاً در ۲۴ ساعت اول بعد از جراحی شروع به غذا خوردن می‌کنند و به طور سریع به سمت غذاهای جامد پیشروی می‌کنند. با طبیعی شدن عملکرد کلیه جدید، اکثر محدودیت‌های رژیمی برداشته می‌شود.



توصیه‌های غذایی

لازم به یادآوری است که رژیم غذایی معمولاً در بیمارستان توسط کارشناسان تغذیه طراحی و تنظیم می‌شود. لزوم رعایت نکات اصلی در رژیم‌های غذایی که توسط متخصص تغذیه تهیه شده است، بیمار را به سمت بهبود سوق می‌دهد. هر گونه برنامه‌ریزی غذایی که توسط افراد غیرمتخصص و غیرمطلع انجام شود، ممکن است به بروز عوارض خطرناکی منجر شود.

پروتئین

با کاهش عملکرد کلیه‌ها توانایی دفع نیتروژن و دیگر فرآورده‌های زاید کاهش می‌یابد و محدودیت پروتئین سبب کاهش بار کاری کلیه‌ها می‌شود. به طوری که میزان پروتئین در بیماران با نارسایی‌های کلیوی، سنگ‌های کلیه و سندرم نفروتیک باید محدود شود. در افراد پیوند کلیه رژیم غذایی بعد از عمل جراحی باید حاوی پروتئین و کالری بالا باشد.

سدیم و مایعات

سدیم در بسیاری از غذاها وجود دارد و بخش اصلی نمک نمکدان است. کلیه‌های آسیب دیده نمی‌توانند سدیم زیادی را فیلتر کنند، در نتیجه میزان آن در خون افزایش می‌یابد. معمولاً توصیه می‌شود مصرف سدیم را به کمتر از ۲۰۰۰ میلی گرم در روز محدود کنید. در سندرم نفروتیک نیاز به محدودیت در مایعات وجود ندارد مگر بیمار دچار نارسایی کلیوی شود.



بیماران می‌توانند براساس شرایط خود و زیر نظر پزشک و راهنمایی کارشناس تغذیه از جدول زیر استفاده کنند.

فهرست های انتخاب	مثال هایی از غذا
غذاهای پروتئین	گوشت گاو، ماهی، تخم مرغ، گوشت ماکیان، ماهی صدف
غذاهای پروتئین و پر فسفر	پنیر، نخود و لوبیا، شیر، ماست، خمیر سویا
غذاهای پروتئین و پر سدیم	کنسرو ماهی تن، خوراک آماده گوشت گاو، قزل آلا، پنیر محلی، برگه های گیاهی
سبزیجات کم پتاسیم	کلم پیچ، هویج، ذرت، بادمجان، لوبیا سبز، پیاز
سبزیجات با پتاسیم متوسط	بروکلی، کرفس، نخود، شلغم، کدو سبز
سبزیجات با پتاسیم فراوان	کلم دکمه ای، سبزیجات، بامیه، سیب زمینی، کدو تنبل، اسفناج، ته خیار، گوجه فرنگی
نان، غلات و حبوبات	نان باگت، نان های سنتی (بربری، سنگک، لواش، تافتون) نان ذرت، حبوبات کم نمک، برنج
نان، غلات و حبوبات با نمک و فسفر	کماج، آرد جو دوسر، حبوبات آماده
میوه با پتاسیم کم	سیب، انگور، آناناس، هندوانه
میوه با پتاسیم متوسط	گیلاس، طالبی، آلو بخارا، کشمش
میوه با پتاسیم بالا	زرد آلو، موز، شلیل، آب پرتغال، آب آلو
مایعات	آب، یخ، بستنی و شیر یخ زده
کالری و چاشنی ها	پاستیل، آبنبات، دانه های ژله ای، مایونز، قند، شربت، روغن گیاهی
نمک	۲ قاشق غذاخوری سس گوجه فرنگی، $\frac{1}{8}$ قاشق چای خوری نمک، خیارشور تخمیری

نتیجه گیری

رعایت رژیم غذایی مناسب در بیماران کلیوی موجب افزایش کارایی سیستم ایمنی، بهبود سطح فشار خون و تعدیل فاکتورهای بیوشیمیایی می شود؛ لذا رژیم غذایی مناسب به همراه درمان بموقع در این بیماران منجر به کاهش عوارض بیماری و تاخیر انداختن در پیشرفت بیماری می شود.

منابع

- * تذکری زهرا، نمادی وثوقی مریم، زارع مریم. تغذیه و تغذیه درمانی در پرستاری. چاپ اول. تهران: نشر جامعه نگر؛ ۱۳۹۱: صفحات ۱۳۵ تا ۱۴۴
- * فرشچی حمید. کتاب مرجع اصول تغذیه و رژیم درمانی کراوس، چاپ دوم، تهران: نشر بشری با همکاری تحفه: صفحات ۳۰۵ تا ۳۲۵
- * حضرتی مریم، نسابه زهرا، بیگی بروجنی راضیه. کلیه و مجاری ادراری برونر سودارث، چاپ چهارم، نشر جامعه نگر، تهران: صفحات ۱۴ تا ۳۰
- * جعفری، فاطمه، هاشمی، نسترن، رئیس، منیره، بررسی تأثیر آموزش رژیم غذایی بر تغییرات فشار خون، وزن و برخی فاکتورهای بیوشیمیایی خون در بیماران همودیالیزی. مجله بالینی پرستاری و مامایی، ۱۳۹۳؛ دوره ۳: صفحات ۱۳ تا ۱۹

به این موضوع امتیاز دهید (۱ تا ۱۰۰)
 کد موضوع ۹۹۲۲۱. پیامک ۳۰۰۰۷۲۷۳۱۰۰۰۱
 نحوه امتیاز دهی: امتیاز - شماره مقاله
 مثال: اگر امتیاز شما ۸۰ باشد (۸۰ - ۹۹۲۲۱)



آموزش پیش از ازدواج

روابطی که مناسب ازدواج نیست:

۱. رابطه‌ای که در آن بیشتر عشق می‌ورزید

شما عاشق هستید، اما از احساس طرف مقابل خود مطمئن نیستید. این طور می‌پندارید که با یکدیگر زوج ایده‌آلی خواهید بود، اما او آن قدرها هم از رابطه با شما هیجان زده نیست. وقتی که در کنارتان نیست، مدام به او فکر می‌کنید، اما این طور به نظر می‌رسد که او بدون شما مشکل چندانی ندارد. یک رابطه هنگامی که فقط یکی از طرفین در بیشتر اوقات تعقیب‌کننده دیگری است، سالم نبوده و از تعادل خارج است.

۲. رابطه‌ای که شما کمتر عشق می‌ورزید

این طرف مقابل است که بیشتر به شما عشق می‌ورزد. شما سعی می‌کنید تا خود را متقاعد کنید که بیش از آنچه واقعیت دارد، او را دوست دارید، اما از درون خود می‌دانید که نسبت به او احساس عشق ندارید. این نوع ارتباط، همانند رابطه نوع اول متعادل و سالم نیست.

۳. رابطه‌ای که در آن احساس می‌کنید فرد مقابل نیاز به تغییر دارد

در این گونه روابط عشق معطوف به خود آن فرد نیست، بلکه عشق به آن فردی است که امیدوارید به آن تبدیل شود. این نوع روابط به طرز شدیدی اعتیادآور است، چرا که شما در دام امید به کسی می‌افتید که قرار است فرد مقابل، به آن تبدیل شود. دست کشیدن و دل کندن از این امید، بسیار مشکل است، چرا که هرگز قادر نخواهید بود بگویید که بالاخره آن تغییر خاص چه وقت به وقوع

رامش نشاط

مسئول دبیرخانه
فصلنامه بهورز



خاطره بره‌مقدم

عضو هیأت تحریریه
فصلنامه بهورز



اهداف آموزشی

امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه:

■ روابطی که مناسب ازدواج نیست را توضیح دهند.

مقدمه

در شماره‌های گذشته به اهمیت آموزش پیش از ازدواج، نظریه‌های آشنایی و فواید محدودیت‌های آشنایی، ۱۰ اشتباه در فرآیند آشنایی و دلایل درست و نادرست ازدواج و ویژگی افرادی که برای ازدواج مناسب نیستند پرداخته شد. در این شماره درباره روابطی که برای ازدواج مناسب نیستند صحبت می‌کنیم.

خواهد پیوست.

۴. رابطه‌ای که در آن می‌خواهید دیگری را نجات دهید

افراد در این نوع رابطه، نه از آن رو که با همسرشان تفاهم دارند، بلکه به این دلیل که احساس می‌کنند مجبورند تا به او کمک کنند، وارد رابطه می‌شوند. کسی را پیدا می‌کنند که آسیب دیده یا شکننده است یا این که دیگران او را دوست نداشته‌اند و حالا شدیداً احساس می‌کنند که باید به او کمک و محبت کنند. ترک گفتن این گونه روابط معمولاً بسیار مشکل است.

۵. رابطه‌ای که در آن به همسر آینده خود به چشم یک الگو یا آموزگار نگاه می‌کنید

در این نوع روابط ما از ابتدا شاهد برابری و همتایی نیستیم، چرا که یکی از طرفین، مقام و مرتبه بلندی در چشم دیگری دارد. هنگامی که دانشجویی عاشق استاد خود می‌شود یا بازیگر جوانی عاشق کارگردان فیلم می‌شود، ما شاهد شکل‌گیری چنین ارتباطی هستیم. وقتی عاشق کسی بشویم که الگوی ماست، طبیعتاً رابطه‌ای برابر با او نخواهیم داشت. ممکن است در رفتار یا گفتار خود به گونه‌ای وانمود کنیم که با هم برابر و هم‌تراز هستیم، اما از آنجا که مقام بلند و والایی را برای او در نظر داریم عملاً چنین چیزی ممکن نیست.

۶. رابطه‌ای که به دلیل چند ویژگی خاص، ایجاد شود و تداوم یابد

چشمان آبی، موهای سحرانگیز، گیتار زدن، مدیریت کردن و... گاهی باعث می‌شود تا ما وارد یک ارتباط شویم و آن را به همان دلایل ادامه دهیم. یک استعداد خاص یا یک ویژگی فوق‌العاده، گاهی ما را افسون می‌کند و نمی‌توانیم به دیگر ویژگی‌های آن فرد بپردازیم. این روابط معمولاً دوام چندانی ندارد. زندگی مشترک به یقین به چیزی بیشتر از گیتار زدن یا چشمان آبی نیاز دارد.

هرگاه شیفته فردی با ویژگی‌های خاصی شدید، از خود بپرسید اگر این فرد آن ویژگی را نداشت آیا همچنان برای شما جذاب بود و می‌خواستید با او ازدواج کنید؟

۷. رابطه‌ای که به دلیل یک تفاهم خاص، ایجاد شود و تداوم یابد

این نوع رابطه می‌تواند بسیار فریب‌دهنده باشد. مخصوصاً هنگامی که همان زمینه‌ای که در آن تفاهم

دارید، برای شما اهمیت زیادی داشته باشد و براحتی آن را با پیوندی عاشقانه و قوی اشتباه بگیرید.

البته لازم به ذکر است که آشنا شدن در این شرایط، لزوماً به این معنی نیست که در سایر زمینه‌ها تفاهم وجود نداشته باشد، چه بسا که دو طرف از تفاهم زیادی هم برخوردار باشند. اما بسیار اتفاق می‌افتد که در چنین شرایطی که تسهیل‌کننده عشق است، افراد عاشق می‌شوند اما از تفاهم چندانی برخوردار نیستند. وجود تفاهم بین آن‌ها نیاز به بررسی و تعمق و شناخت بیشتر دارد. خطری که در این نوع رابطه وجود دارد، شیفتگی بیش از حد به آن زمینه مشترک است، به گونه‌ای که از توجه به بقیه قسمت‌های یک رابطه باز می‌مانند. این بی‌توجهی افراد را درگیر کسی می‌کند که به طور معمول با او رابطه برقرار نمی‌کنند.

۸. رابطه‌ای که به دلیل لجاجت و سرکشی با خانواده، ایجاد شود و تداوم یابد

برخی از مردم همسر خود را نه بر این اساس که چه کسی برای آن‌ها مناسب است، بلکه بر این اساس که چه کسی برای خانواده آن‌ها مناسب نیست، انتخاب می‌کنند. لجاجت با خانواده یا لجاجت با یکی از والدین گاهی ریشه انتخاب‌های ماست.

این نوع ارتباط هر چند باعث می‌شود که خشم فرد نسبت به خانواده تخلیه شود، اما باعث نخواهد شد که همسران رابطه مناسبی با یکدیگر داشته باشند. اگر گمان می‌کنید که الگوی شما در علاقه‌مند شدن به دیگران، لجاجت و سرکشی است، بهتر است این مسأله را با کمک یک روان‌درمانگر بررسی کنید. همین که مجبور نباشیم شورش‌های باقیمانده، این امکان وجود خواهد داشت که به هر کسی علاقه‌مند شویم. شورش بودن و

“

هرگاه شیفته فردی با ویژگی‌های خاصی شدید، از خود بپرسید اگر این فرد آن ویژگی را نداشت آیا همچنان برای شما جذاب بود و می‌خواستید با او ازدواج کنید؟

”



لجاجت، ایجاد اجبار و فشار می‌کند و اجبار در ازدواج نمی‌تواند به موفقیت منجر شود.

۹. رابطه با کسی که در تضاد کامل با معشوق یا نامزد قبلی باشد

رابطه ای را با کسی به هم می‌زنید و سپس به دنبال شخصی می‌گردید که نه تنها متفاوت باشد، بلکه در تضاد کامل با او باشد، یا به عبارت دیگر نقطه مقابل او باشد. به عنوان مثال:

فرد قبلی بی پول و بی قابلیت بود و شخصیتی غیر رقابتی داشت. در انتخاب جدید به دنبال فردی پولدار، لایق و مقاوم هستید.

فرد قبلی قابل پیش بینی بود، در انتخاب جدید به دنبال فردی هستید که غیرقابل پیش بینی باشد.

فرد قبلی مستقل و اهل عمل بود، در انتخاب جدید به دنبال فردی وابسته و احساساتی هستید.

مسئله‌ای نیست اگر به دنبال ویژگی‌هایی باشیم که فرد قبلی فاقد آن بود. این کاملاً طبیعی است که اولویت‌های ذهنی ما به هنگام انتخاب همسر، مواردی باشد که در نامزد یا همسر قبلی خود ندیده‌ایم و از نبود آن‌ها احساس نارضایتی کرده‌ایم. اشتباه در این است که چشم خود را به روی سایر ویژگی‌های مهمی که می‌باید در یک فرد به دنبال آن باشیم، بندید و فقط به دنبال آن ویژگی‌هایی باشیم که در رابطه قبلی وجود نداشت.

۱۰. رابطه با فردی که با یک نفر دیگر است

اولین توقع و انتظاری که از همسر آینده می‌رود این است که در رابطه با کسی نباشد. ما با کسی می‌توانیم رابطه داشته باشیم که منعی برای ازدواج با ما نداشته باشد، با هیچ کس دیگری نباشد، متأهل نباشد، نامزد نداشته باشد و با کسی رابطه جنسی نداشته باشد.

علایم هشدار دهنده در ازدواج

خانم دکتر گلدر که یک «خانواده درمانگر» است، فهرست زیر را از علایم هشدار دهنده ازدواج تهیه کرده است.

این فهرست به ترتیب اولویت تهیه شده است و هر چه که یک عامل در مرتبه بالاتری باشد احتمال مسأله دار شدن ازدواج و در نهایت طلاق بالاتر است:

* زوج‌ها به فاصله کوتاهی از یک فقدان معنی دار با هم آشنا شوند یا ازدواج کنند.

* آرزوی دور شدن از یک نفر در خانواده پدری عاملی برای ازدواج باشد.

* پیشینه همسران به طور معناداری متفاوت باشد (به لحاظ مذهبی، تحصیلی، طبقه اجتماعی، قومیت و سن)
* زن و شوهر از جمع خواهر و برادری ناسازگار برخاسته باشند.

* زن و شوهر یا خیلی نزدیک به خانواده‌هایشان یا خیلی دور از آن‌ها سکونت داشته باشند.

* زن و شوهر به لحاظ مالی یا عاطفی به خانواده‌های خود وابسته باشند.

* ازدواج قبل از سن بیست سالگی.

* مدت آشنایی یا نامزدی کمتر از شش ماه باشد یا این که بیشتر از سه سال به طول انجامد.

* مراسم ازدواج بدون حضور خانواده یا دوستان فعلی انجام شود.

* زن، قبل از ازدواج حامله شود یا در خلال سال اول ازدواج حامله شود.

* همسران دوره کودکی یا نوجوانی خود را دوره‌ای ناشاد و بد محسوب کنند.

* همسران، رابطه ضعیفی با خواهر و برادران یا والدین خود داشته باشند.

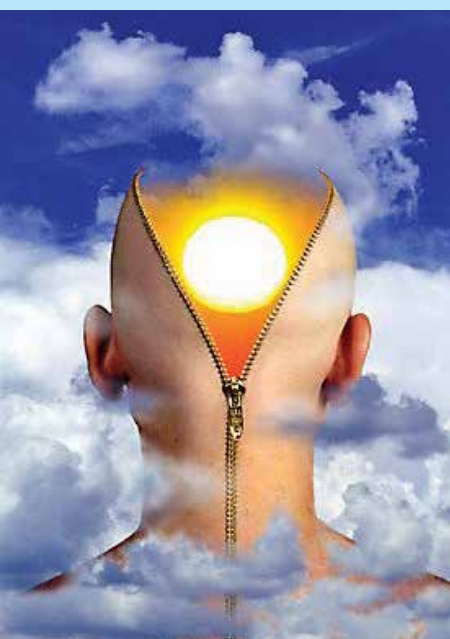
منبع:

* میر محمد صادقی، مهدی، ۱۳۹۳، دفتر پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور

به این موضوع امتیاز دهید (۱۰ تا ۱)
کد موضوع ۹۹۳۱. پیامک ۳۰۰۷۲۷۳۱۰۰۱
نحوه امتیازدهی: امتیاز- شماره مقاله
مثال: اگر امتیاز شما ۸۰ باشد (۸۰-۹۹۳۱)

بهروزان مبتکر، خلاق و نمونه فصل

اسامی بهروزان موفق، بهروزان نمونه فصل و بهروزان مبتکر و خلاق، به شرح زیر اعلام می‌شود. از دانشگاه‌هایی که اسامی بهروزان را اعلام کرده‌اند، تشکر می‌کنیم.



همدان: زهرا علی بلندی، رقیه زیادی، فاطمه غلامزاده (رزن) و اسدالله محمد حسینی، مجید اصلاحی نور (کبودرآهنگ) و حمیدرضا چهاردولی (ملایر) **شهید بهشتی:** محمد حسینی (دماوند) و منیژه عبدلی (پردیس) **بوشهر:** زینب اولنج، شهباز رسولی، ماه خانم سالمی، مسعود جعفری نیا (دشتی) و حسین بادین، خاتون بقم (جم) و محدثه آتش پوش، خدیجه احسانپور، حلیمه اسماعیل زاده، خدیجه احسانپور، فوزیه عبدالله زاده، حلیمه اسماعیل زاده (کنگان) **اصفهان:** کبری زینلی، کبری بت شکن، جواد علیمحمدی، زهره مهدوی، هاجر ماندنی، صغری جهانگیری، عفت رشیدی، مریم میرزایی **تربت جام:** سمیرا فرهادی، آمنه احمدزاده، عزت یوسفیان، سکینه مقدسی، درخشان رحمت زاده، سکینه قلی زاده، زهرا محولاتی، اقلیما فیضی، کبری شهرکی، سمانه قربانی، لیلا عسکری، پروانه رسول زاده، خدیجه ابوبکری، فاطمه حاتمی، فاطمه بالواسه، میراحمد آرامی، روح... علیجانی، غلامرضا رحمتی نیا، شیما احمدی مقدم، عاتکه شامروی، صدیقه اسدالهی، نساء احسان زاده **خراسان شمالی:** حسن باصبر، رقیه بیچرانلو **خوزستان:** جعفر شریفات (امیدیه)، غفار جلالی (باغملک) **سیستان و بلوچستان:** محمد عثمان رحمانی نیا، شقایق توسلی کیا، شهناز شه بخش، محمد اسحق شه بخش

ازدواج عزیزان

اسامی ذیل عزیزی هستند که سنت پیامبر (ص) را پاس داشته و تشکیل زندگی مشترک داده‌اند. به این دوستان تبریک و تهنیت گفته و برای شان سلامت، خوشبختی و سعادت آرزو می‌نمایم.



همدان: محمد حسین صفری، معصومه عظیمی (کبودرآهنگ) و محمود قلخانی، حسین جگروند، حمید زنگنه، حسین جلیلوند با بهاره برزویی (تویسرکان) **شهید بهشتی:** مونا کاویانی (پردیس) **بهبهان:** مرتضی شیخی مقدم با نسترن نیکو کلام (بهروزان خانه بهداشت قالد علیاء) **تهران:** محسن مطیعی (ری) **ایلام:** آزاد نجفی، نسرين حواسی **بوشهر:** مسعود جعفری نیا (دشتی)، فاطمه کنار کوهی (دیلیم) **اصفهان:** افسانه ابراهیمی، هاجر ماندنی، اسحاق اصلانی، روح اله بیاتی، بهروز خانه بهداشت خشکرو **تربت جام:** جابر آژنگ، محمد رحمتیان، سجاد آخرتی، علی اکبر حیدرپور، قاسم علی بیگی، سمیه رضانی **خراسان شمالی:** رحیم برزو، قربان محمد صبور، محدثه السادات باقرنژاد، سپیده اشعری (شیروان) **سیستان و بلوچستان:** شهناز شه بخش (زاهدان)



برگزاری آزمون‌های جامع علمی بهورزان، فصلنامه بهورز و نیازسنجی

دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور همه ساله آزمون‌های فصلنامه بهورز، نیازسنجی و آزمون جامع علمی بهورزان را برگزار کرده و به نفرات برتر لوح تقدیر و هدایایی تقدیم می‌کنند، ضمن تشکر و خداقوت به همکاران عزیز و تبریک به نفرات برتر از خداوند منان برای همگان سلامت و توفیق روز افزون آرزو مندیم و از دانشگاه‌هایی که اطلاعات‌شان را ارسال کرده‌اند سپاسگزاریم.

نفرات برتر آزمون‌های جامع علمی بهورزان و فصلنامه بهورز

کازمی، اعظم وزیری ایستادگی، زینب بهداروند، پروین رحیمی‌زاد (گتوند)؛ زینب شب، الهه زارعی، فرزانه غلامی، نسیم تخت‌فیروزه، زینب اسدی نصر، مراد دودانگه، علیرضا نوری شمس‌آبادی، علی داشاد (دزفول)

زابل: محمد جهانتیغ

کاشان: عاطفه اکبری علوی خانه بهداشت علوی، سمیه حاجی‌زاده پایگاه سلامت نصرآباد، ام البنین عبداللهی پایگاه سلامت سادات

کرمان: معصومه احمدی افزادی پایگاه ضمیمه کوهبنان (کوهبنان)؛ اکرم شاهزاده نجمه خانه بهداشت حصن‌آباد، محمد منصوری خانه بهداشت عزیزآباد (زرنند)؛ پری خانامانی خانه بهداشت جغدري، ثریا محمدی‌نژاد خانه بهداشت شیرینک (بردسیر)؛ علی جلالی کهنوجی و زهرا میرحسینی‌رابری خانه بهداشت کهنوج (رابر)؛ مهدیه سعید خانه بهداشت باقرآباد، سارا علینقی زاده خانه بهداشت لنگر، حسین امیری دومار پایگاه‌رازی (کرمان)

گلستان: بی بی ثریا ارنظری، زینب اشکار کلائی، فاطمه اورند، اعظم آتش افراز، علی بازاری یانسی، زیبا بلوایه، زلیخا بهنام، شهرزاد پقه، حوریه رحیمی نژاد، ناهید سنجولیان، شهین عارف، محدثه قلعه مفرد، آرزو قولاقي، آرزو گری، فاطمه گلستانی بهلکه، عبدالرحمن

مرکزی: مهسا احمدی بهورز خانه بهداشت مرزیجران، مرضیه رحیمی بهورز خانه بهداشت انجدان، مریم کام‌پروری بهورز خانه بهداشت شهرجرد (اراک)

اصفهان: خداداد مومنی خانه بهداشت گوهر دره و سروشجان، موسی صادقیان خانه بهداشت سلام‌آباد، عبدالرزاق مجلسی و زهرا کریمی خانه بهداشت سیبک، شهناز مهدور خانه بهداشت بیجگرد (فریدونشهر)؛ زهرا ماوردی خانه بهداشت زودان، مریم معصوم زاده خانه بهداشت فخرآباد، علی اصغر عزیزی خانه بهداشت حوض ماهی (مبارکه)؛ علی زارع خانه بهداشت لارگان، شهناز قدمی خانه بهداشت مینا دشت، فاطمه درخشان خانه بهداشت جوجیل، فاطمه احمدی خانه بهداشت کافشان (فلورجان)؛ زهرا شیریان و رضا صادقی خانه بهداشت علی‌آباد، محمود آقابابایی خانه بهداشت مرغ (برخوار)؛ پروین گرجی خانه بهداشت رحمت‌آباد، سیده خاتمی خانه بهداشت شهید منتظری (خوانسار)؛ زهرا میرحاج خانه بهداشت زیار، محمدجواد افراز خانه بهداشت اسفنداران (اصفهان)

دزفول: مهناز فرضی کاهکش، عادل چنانی، عباس سرخه، رضا چنانی، سعاد نوری، مریم حمیدی، یونس لطفی (شوش)؛ زهرا محمد حسینی حاجیور، زهرا شادکام، امین

عزیزه شهابی خانه بهداشت برقرو، روناک پروین و سمیرا مرادی خانه بهداشت نگل، زهرا سهرابی خانه بهداشت میانه، علی سعیدی و ژاله سلیمانی خانه بهداشت شوی، حدیقه ارشدی خانه بهداشت کیوه رود

مراغه: مریم شگری خانه بهداشت خرمازرد

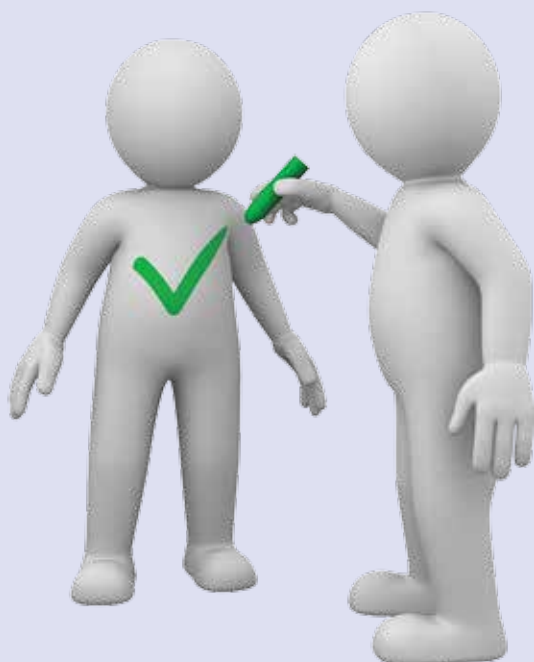
مازندران: رحیمه حمیدی خانه بهداشت سیاوشکلا، فرشته شکرالهی خانه بهداشت سلیمان آباد، معصومه نورزرجبی خانه بهداشت قلعه گردن، نجیبه خاتون طالبی خانه بهداشت اتو، شهلا قلی زاده خانه بهداشت لله بند، غلام رضا رضایی خانه بهداشت کارکزد، مبینا ایزدی خانه بهداشت قلعه پایان، عاطفه بالویی خانه بهداشت دنگسرک، رامین لروند خانه بهداشت امیرآباد مرکز، مجتبی مسعود خانه بهداشت گلستان، منیژه عصری خانه بهداشت ولی آباد، جمیله رضایی خانه بهداشت کارمزد مرکز، مسعود خیراله پور خانه بهداشت میربازار، خلیل شریعتی خانه بهداشت تمل، مریم حسینی خانه بهداشت تازه آباد، کورش اشکور دلیلی خانه بهداشت کلایه ولج، مهربان کیا اشکوریان خانه بهداشت تمل

مختومی، عبدالمجید ملکی، حاجی دردی موسی زاده **خراسان رضوی:** محمدرضا رفعت معینی (مشهد سه)، سکینه حسین زاده نوروز آباد، فاطمه زیندی، گلپری ناصری، رعنا عرب میرعلیجانی، سیده ام البنین زین الدین، فهیمه دادمحمدی، مهناز خیرآبادی، خدیجه بزنگانی (سرخس)؛ فرنوش ابراهیم زاده، خدیجه امینی فیض آبادی، مریم گل دوز حقیقت (مشهد یک)؛ ام البنین خوشوقت فرشه، علی اکبر بخشی فرگی، شهربانوشوقی تنورچه (کاشمر)

هرمزگان: سکینه پورسحاب خانه بهداشت آغوشک دل (جاسک)؛ مریم زندانی خانه بهداشت چاه اسماعیل، مطهره کوهی نژاد خانه بهداشت مزرعه تفضلی، حجت رحیمی خانه بهداشت پشته شهوار، مریم صادقی خانه بهداشت گوربند (میناب)؛ الهام گندمی خانه بهداشت بندر معلم (بندرلنگه)، احمد رحمن خانه بهداشت چاه دزدان (بستک)، فوزیه واردانی خانه بهداشت کروئیه (بندر خمیر)، امیر کوهی زاده خانه بهداشت شمشجو (سیریک)

خوی: احمد میرون بکی خانه بهداشت ولدیان، سجاد علیلو خانه بهداشت مرتضی قلی کندی، آرش عباس زاده خانه بهداشت خاندیزج، زینب مدیحی خانه بهداشت زری **تربت جام:** فاطمه حبیبی، زهرا کبودانی

کردستان: شهلا رحیمی و فائزه نصیری خانه بهداشت صلوات آباد؛ مهین نوروزی خانه بهداشت حسن آباد، فاطمه امجدی خانه بهداشت شوپشه، جبرئیل بهرامی خانه بهداشت نران، دیمن ملایی خانه بهداشت تودار ملا، رزگار علی ویسی خانه بهداشت چرمیله، محمد حبیبی خانه بهداشت ماموخ، نامق علی پناه و نگین مرادی خانه بهداشت گزان علیا، دنیا صادقی خانه بهداشت بهارستان، پروین محمدی خانه بهداشت گزان سفلی، لیلا محمودی خانه بهداشت باقرآباد، آرام عبدی خانه بهداشت حلوان، کاوه زندی خانه بهداشت خلیچیان، خدیجه محمدیان خانه بهداشت قلیان، سارا فیاضی پور و محمد خسروی خانه بهداشت سرهویه،



بهروز و مربیان بازنشسته

با خبر شدیم همکاران بهروز به شرح ذیل به افتخار بازنشستگی نایل شده‌اند. ضمن تبریک و قدردانی از زحمات ایشان، تندرستی و اجر خدمت ۳۰ ساله را از درگاه خداوند متعال برای آن‌ها و خانواده محترم‌شان آرزو مندیم.

آقای (خانه بهداشت کوی گاز)، حمیده زهیری (پایگاه سلامت مینادشت)، محترم حسینی (خانه بهداشت حسین آباد)، زهرا کاظمی (خانه بهداشت ونهر)، سهیلا زمانی در **دانشگاه علوم پزشکی اصفهان** محمد حسین ترابی (خانه بهداشت مرک)، فاطمه شیر دل و عذرا عیدی (پایگاه ضمیمه مهرشهر)، فاطمه مزروعی (خانه بهداشت غیوک)، زینت زنگویی و زهرا اکبری (خانه بهداشت علی آباد)، خیرالنسا شاه ولی بر (خانه بهداشت دهنو)، رضا قلی ایوبی (خانه بهداشت مهدیه)، سید ابوالفضل حسینی گیو (خانه بهداشت معصوم آباد)، صغری عارف زاده (خانه بهداشت کوشه)، فاطمه مالکی (خانه بهداشت فدشک)، کنیز رضا محمدی (خانه بهداشت زولسک)، فاطمه حاجی آبادی (خانه بهداشت علی هدیه)، فاطمه زهرا خسروی (خانه بهداشت بشگز)، فاطمه خدابخشی (خانه بهداشت درج)، فاطمه شواکندی (خانه بهداشت شواکند)، پری غلامی (خانه بهداشت رزق) در **دانشگاه علوم پزشکی خراسان جنوبی** فیروز اسدی، توران جعفری پیرو دلو، ابراهیم حسن زاده، نارگل رحمانی، یعقوب رشید، در جمال شهبازی اوغاز، محمد کرمی، غلامرضا ککوزاده، فرج اله نصیری زاده، براتعلی نظریان (شیروان) در **دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی** ثریا فلاحی (خانه بهداشت زیدشت)، سیده رخشنده سادات رسول (خانه بهداشت منگلان)، هما بریری (خانه بهداشت خسبان)، عشرت عبداللهی (ساوجبلاغ) در **دانشگاه علوم پزشکی البرز**

اعظم مظفری شهپر، نبی اله حسینلو، (رزن)، ناصر حسنخانی (کبودرآهنگ)، تقی خزلی (تویسرکان)، آذر روستایی، زهرا آقایی (ملایر)، حسن جدیدی نژاد، ژاله مداحی در **دانشگاه علوم پزشکی همدان** ربابه پیشوا بازرگان (پاکدشت)، مرتضی معصومی (دماوند)، زهرا سیفی، سیده شهربانو موسوی، اکرم خوشی (پردیس) در **دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی** مهین شیروان، مدینه شایستگی، ماه بیگم دهش، سید نصراله احمدی زاده، حلیمه نگاهی، امان اله نقدی پور، محمد نرگسی، صفدر بگدلی، زیبا علی نقی زاده، مریم دهش، صغری قلعه گلاب عباسی، توران دشتی، حلیمه مسکینی، جانعلی مسکینی در **دانشگاه علوم پزشکی بهبهان** عزت اله احمدیان، فاطمه آغال، شوکت انوری، سکینه انوری، عزت کرمی، مهناز مرادی، محمد سوخته زاری، محمدرضا مامی نیا، علی خورانی، هما خورانی، مهرانگیز آزادی، مظفر رستمی، سلطان عبداللهی در **دانشگاه علوم پزشکی ایلام** نرگس قادری، پریزاد لاری مجرد (دشتی)، زینب خسروی پور، سهیلا رضایی (جم)، سیده ختن حسینی، علی عارفی (دیلم)، کبری حیدری (تنگستان)، لیلا زنده بودی (تنگستان) در **دانشگاه علوم پزشکی بوشهر** سکینه رحیمی (چادگان)، صدیقه یزدانی (مبارکه)، اکرم الهیاری، فاطمه قیصری (خوانسار)، معصومه حمزه طلایی (پایگاه سلامت ارسور)، تهمنه جعفری (خانه بهداشت طاد)، ام البنین



فعالیت‌های بهورزان و مربیان

خانه بهداشت شامل (تخت معاینه مرغوب، به روزترین دستگاه سونی کیت بازار، لگن و پایه و چراغ معاینه و اسپکولوم یکبار مصرف)، کاشت درخت و ایجاد فضای سبز در محوطه خانه بهداشت و تجهیزات جانبی، یک دستگاه ویلچر جهت سالمندان و افرادی که قادر به تردد نمی‌باشند، برگزاری پیاده‌روی صبحگاهی گروهی در روستای ده حسن، برگزاری جشنواره غذای سالم و روز جهانی تخم مرغ توسط لیلا مرادی و یوسف آیینی

همدان:

برگزاری جشنواره غذای سالم با محوریت غذاهای سنتی، بومی و محلی، شهرستان کبودرآهنگ، خانه بهداشت اخچلو و برگزاری جشنواره غذای سالم در روستای مهدی آباد با حضور عموم مردم و دانش‌آموزان دختر مدرسه شهید مراوده با هدف ترویج تغذیه سالم به مناسبت روز جهانی کودک

ایران: بهسازی کامل ساختمان خانه بهداشت با تخریب بازسازی و اضافه نمودن فضای سرایداری و رنگ آمیزی کل ساختمان، اجاره یک مکان ۲۰۰ متری و تجهیز آن به وسایل ورزشی جهت استفاده ورزشی برای بانوان روستا، پیشنهاد و انجام بهسازی و سنگ فرش مسیر روستا تا مدرسه جهت ایمن بودن دانش‌آموزان و استفاده جهت مسیر پیاده روی مردم روستا، برگزاری اولین نمایشگاه و جشنواره بومی محلی در سطح شهرستان رباط کریم (جشنواره غذا، هنرهای نمایشی، بازی‌های محلی)، پیشنهاد و انجام تخریب کامل و بازسازی کامل سرویس بهداشتی دانش‌آموزان مدرسه ابتدایی تدبیر به صورت کاملاً بهداشتی، با توجه به اهمیت ید و تقلب بعضی تولید کنندگان در تهیه نمک فاقد ید در بسته‌های نمک یددار، جلب مشارکت هزینه خرید کیت‌های ید سنجی به تعداد تمام اماکن توزیع کننده نمک خوراکی روستا، تجهیز اتاق معاینه زنان



اخبار دانشگاه‌ها



برگزاری جشنواره غذا به همت بهورزان خانه‌های بهداشت شهرستان طبس به مناسبت روز جهانی غذا (۲۴ مهر ۹۷)

طناب‌کشی و مسابقات ورزشی در مدارس، برگزاری مسابقه نقاشی در بین مدارس ابتدایی و اهدای جوایز به نفرات برتر، برگزاری جلسات آموزشی در خصوص شعار سال برای سفیران سلامت خانوار و دانش‌آموز با همکاری کارشناسان که سفیران سلامت خانوار و سفیران سلامت دانش‌آموز و تعدادی از کارکنان مدارس آموزش‌های لازم را فرا گرفتند و همچنین اطلاع‌رسانی جهت تشکیل پرونده الکترونیک و انجام معاینات به عمل آمد.

* برگزاری جشنواره غذای سالم در برخی از خانه‌های بهداشت، برپایی سفره سلامت در مدارس توسط بهورزان، برگزاری جلسه توجیهی آموزشی با حضور کارشناسان جهاد کشاورزی در خصوص ترویج تغذیه سالم و سبزی‌کاری برای زنان روستایی و عشایر به همراه برگزاری سفره سلامت برای بهورزان، برگزاری اردوی تفریحی زیارتی با همکاری کانون بازنشستگان، قدردانی از پدربزرگ‌ها و مادربزرگ‌ها توسط نوه‌ها در مهدکودک‌ها، برپایی نمایشگاه دخانیات و ترک اعتیاد و....

اصفهان: برگزاری همایش فرهنگی ورزشی هفته سلامت بانوان، مسابقه دارت، طناب‌زنی و... در یکی از باشگاه‌های ورزشی شهرستان، برگزاری همایش نقش آفرینان در ارتقای سلامت جامعه، همایش پیشگیری و درمان اعتیاد در هفته مبارزه با مواد مخدر، اختصاص دو ساعت در هفته به برنامه‌های ورزشی با حضور در باشگاه، برگزاری پیاده‌روی و صبحانه سالم توسط مراکز و خانه بهداشت جهت سالمندان و اهدای جوایز به کودکان همراه با پدربزرگ و مادر بزرگ، برگزاری برنامه‌های آموزشی جهت رابطان و اصناف، برگزاری برنامه همایش سفیران سلامت، اجرای زنگ سلامت و اهدای جوایز به دانش‌آموزان و سفیران سلامت، برگزاری مسابقات با موضوعات هفته سلامت و خودمراقبتی، برگزاری همایش پیاده‌روی ویژه رابطان و پرسنل بهداشتی، برگزاری جلسات آموزشی در مدارس جهت مربیان، دانش‌آموزان و والدین دانش‌آموزان، برگزاری صبحانه سالم و کوه گشت در مدارس، برگزاری مسابقات

اخبار دانشگاه‌ها



و مربیان مجرب مرکز آموزش بهورزی و بازآموزی برنامه‌های سلامت شهرستان گناوه، بازآموزی تمامی بهورزان شاغل استان در گروه‌های خوب، متوسط و ضعیف، بهسازی محیط روستا به همت بهورزان ناصر حیات داودی و سکینه شیرافکن خانه بهداشت مال قائد شهرستان گناوه

شهید بهشتی:

تشکیل کمپین فشارخون توسط اکرم خوشی بهورز خانه بهداشت گلخندان، تشکیل اجتماع بانوان ده بومهن با حضور خیرین منطقه با اجرای زنده گروه‌های دفاع شخصی توسط منیژه عبدلی بهورز خانه بهداشت ده بومهن، تهیه صبحانه سالم به منظور آگاه‌سازی ساکنان روستای اقدان و مراجعان در محل خانه بهداشت توسط مریم قلی‌پور و فاطمه آزادی بهورزان خانه بهداشت کرشت

سیستان و بلوچستان:

برگزاری جلسه توجیهی برای بهورزان در ارتباط با کانون و مجمع سلامت محله، برگزاری کارگاه دو روزه با موضوع کلیات سامانه سیب و شاخص‌های سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد برای بهورزان، برگزاری همایش روز جهانی داوطلب که بهورزان نقش بسزایی در جذب و تربیت داوطلبان دارند.



تربت جام:

* در راستای برگزاری اثربخش کارگاه‌ها و دوره‌های آموزش پودمانی یک پروپوزال سه ساله هدفمند توسط مدیر و مربیان مرکز آموزش بهورزی تربت جام برنامه‌ریزی شد.

* برگزاری کارگاه دو روزه روش‌ها و فنون تدریس ویژه مدرسان دانشکده که با استقبال و رضایتمندی معاونت محترم بهداشت دانشکده و مدرسان مواجه شد. در این کارگاه عملاً نحوه استفاده از تکنیک‌ها و فنون تدریس یادگیری فعال و اثربخش جهت گروه بزرگسال آموزش داده شد. البته در برنامه‌ریزی سه ساله در نظر است. جهت سال ۱۳۹۸ کارگاه آموزشی روش‌های صحیح ارزشیابی خصوصاً روش طرح صحیح سوال‌های چند گزینه‌ای جهت مدرسان دانشکده برگزار شود.

* برگزاری ۳ دوره آموزش نیروهای بدو خدمت در سال جاری.

بوشهر:

برگزاری کارگاه دو روزه احیای پیش بیمارستان، ویژه بهورزان شاغل به شکل تئوری و عملی با استفاده از ماکت احیای کودک، برگزاری دوره مربیگری جهت ۵ نفر از کارشناسان بهداشتی قبل از شروع به خدمت به عنوان مربی در مرکز آموزش بهورزی شهرستان دشتی توسط مدیر

اخبار دانشگاه‌ها



برگزاری همایش روز جهانی داوطلب که به‌روزان نقش بسزایی در جذب و تربیت داوطلبان دارند

برگزاری جشنواره غذا در تاریخ ۹۷/۷/۲۸ در مرکز بهداشت زاهدان و شرکت دانش‌آموزان به‌روزی و اهدای جوایز و تقدیرنامه

راهیان دانشگاه

با خبر شدیم طیبیه کمالیان (دشتی) **دانشگاه علوم پزشکی بوشهر** مرتضی سیاوشی (بویین میاندشت)، علی جمالوند (چادگان) **دانشگاه علوم پزشکی اصفهان** در دانشگاه قبول شده‌اند ضمن تبریک از خداوند منان سلامت و موفقیت روزافزونشان را آرزو مندیم.

جشنواره‌ها و مراسم روز بهروز

به مناسبت فرارسیدن روز بهروز همه ساله به پاس ارج نهادن به زحمات و تلاش به‌روزان در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور مراسم جشنی با حضور مسئولان برگزار و از به‌روزان و مربیان نمونه با اهدای جایزه و لوح یادبود قدردانی می‌شود. از دانشگاه‌های همدان، شهید بهشتی، تهران، ایلام، اصفهان، سیستان و بلوچستان که اخبار فوق را اعلام کرده‌اند، تشکر می‌کنیم.



خیران سلامت و مشارکت‌های مردمی

رمادان (خانه بهداشت مرا)، مختار نقیب (خانه بهداشت کاجان)، کبری ملاطیفه (خانه بهداشت آردینه)، طیبه موسوی مهر (خانه بهداشت جورد)

تهران: مهندس محمود سرلک

بوشهر: علی صلیحی مطلق بهورز پایگاه سلامت شنبه (دشتی) با همکاری شورا و شهرداری و دهیاری‌های روستاهای تحت پوشش

اصفهان: کبری زینلی، مریم بهارلو، ستاره مجدی، مرتضی سیاوشی، افسر خارحی، عباس هارون الرشیدی، حسن ملیانیا، شیوا کریمی، رویا کریمیان، سجاد چرمهینی، ملیحه عبداللهی، منیژه فتحی، ابراهیم مختاری، آزاده ابراهیمی، صنم خدابخشی، مسعود ضیایی، حمیرا دری، عبدالله دری، اشرف یزدانی، خانم دکتر اکبری، بتول رجبی

خراسان شمالی: فرزانه رحیمی، معتمدین روستا و بهورز خانه بهداشت فرزانه نیری و خانم آذر قلی نژاد

با خبر شدیم همکاران زیادی از طریق جلب مشارکت مردمی توانسته‌اند نسبت به تأمین وسایلی برای حفظ و ارتقای سلامت جامعه روستایی اقدام کنند. ضمن عرض تبریک و خداحوت به این همکاران پرتلاش، اعضای شورا و نیز مسؤولان و اهالی روستاها برای آنان موفقیت روزافزون و سلامت آرزومندیم. امید است این گونه کارهای عام المنفعه برای همیشه ادامه داشته باشد، زیرا مطمئن هستیم علاوه بر تأمین و ارتقای سلامت جامعه، خداوند منان نیز به آنان پاداش خیر عطا می‌فرماید. شایان ذکر است به دلیل تعدد خیران سلامت و فعالیت‌های آنان از درج اقدام‌های انجام شده معذوریم و از رابطان محترم فصلنامه خواهشمندیم تنها به ارسال نام خیر سلامت اکتفا کنند.

در ضمن در قسمت خیران سلامت اسامی بهورزان یا سایر اعضای تیم سلامت و همکارانی که در جلب مشارکت مردمی فعالیت کرده‌اند نیز نوشته شده است.

شهید بهشتی: مهدی قانعی (خانه بهداشت لومان)، مهران مجاوری (خانه بهداشت سرخده)، آقابابی و محمدی فرد (خانه بهداشت سادات محله)، ابراهیم

همکارانی که مقالات و مطالب‌شان به دست ما رسیده است

نویسندگان و خوانندگان محترم مجله بهورز! علاقه مندی و همکاری همه شما با دفتر مجله ستودنی است. ضمن تشکر به اطلاع می‌رساند، چاپ تعداد زیادی از مقاله‌ها به علت محدودیت صفحات یا رعایت نکردن ضوابط ارسال مقاله و نکات نگارشی، هماهنگ نکردن با رابط محترم دانشگاه و... مقدور نیست، پوزش ما را بپذیرید:

اصفهان: زهرا نعمت الهی
تهران: محدرضا شیخی

خراسان رضوی: بهاره روحانی، مریم فیاض
اردبیل: مهرداد بی‌ریا



مردان فعال تر مردان سالم تر

دکتر حامد قضاوی

مدیر سلامت جمعیت خانواده مدارس
دانشگاه علوم پزشکی مشهد



دکتر محمد احمدیان

رئیس گروه سلامت میانسالان سالمندان
دانشگاه علوم پزشکی مشهد



وجیهه شایسته شیران

کارشناس سلامت میانسالان
دانشگاه علوم پزشکی مشهد



طبق سرشماری سال ۹۵، تعداد مردان کشور ۴۰ میلیون و ۴۹۸ هزار و ۴۴۲ نفر می باشد که ۴۱/۵ درصد در گروه سنی میانسال هستند.

مردان نسبت به زنان در معرض عوامل آسیب رسان محیطی و شغلی بیشتری هستند و عادات غلطی مانند مصرف سیگار، الکل، اعتیاد و استرس شغلی در آن ها بیشتر است. از سوی دیگر مردان کمتر به پزشک مراجعه کرده و گاهی مراجعه به مراکز درمانی را به دلایل مختلف تا بروز مراحل پیشرفته و خطرناک بیماری به تأخیر می اندازند.

برآورد جهانی نشان داده علت ۲۲ درصد از سکته های قلبی و حدود ۱۰ تا ۱۶ درصد از سرطان هایی مانند پستان، روده بزرگ و لوزالمعده، پایین بودن فعالیت بدنی افراد است.

براساس برآورد سازمان بهداشت جهانی بیش از ۶۰ درصد بزرگسالان از فعالیت بدنی کافی برای حفظ سلامت برخوردار نیستند.

به طور تقریبی ۷۰ تا ۸۰ درصد از جمعیت ایران نیز دارای شیوه زندگی کم تحرک هستند. از میان ۱۰ عامل خطر مربوط به مرگ و میرها در جهان، ۶ عامل با فعالیت بدنی و رژیم غذایی ارتباط دارد.

با پیشرفت اقتصادی کشورها سطح بی تحرکی افزایش می یابد. در برخی کشورها به علت تغییرات الگوهای حمل و نقل، افزایش استفاده از فناوری و شهرنشینی این میزان به ۷۰ درصد رسیده است.

مهم ترین عوارض سبک زندگی کم تحرک شامل: اضافه وزن و چاقی، بیماری های قلبی و عروقی، افزایش فشار خون و بیماری پرفشاری خون، افزایش کلسترول خون، سندرم متابولیک، دیابت نوع دو، بعضی انواع سرطان ها از جمله روده بزرگ، سینه و رحم، پوکی استخوان، افزایش احساس افسردگی و اضطراب، دردها و مشکلات عضلانی اسکلتی و... هستند.

انجام فعالیت ورزشی مداوم می تواند نقش کلیدی

سلامت مردان موضوعی است که موجب استحکام و ارتقای سلامت نیروی کار جامعه بوده و توسعه کشور را در پی خواهد داشت. از جمله اهداف مورد توجه در هفته سلامت مردان: تأمین سلامت جسمی و روانی مردان در دوره های مختلف زندگی و پیشگیری از بیماری ها، حساس سازی و تبیین جایگاه فرهنگی سلامت در جامعه و ایجاد فرهنگ توجه به سلامتی قبل از بیماری، پیشگیری اولیه و تشخیص زود هنگام بیماری های مهم و بدون علامت در جامعه مردان، افزایش دسترسی مردان به اطلاعات سلامتی به ویژه از طریق رسانه های ارتباط جمعی و توجه به نیازهای بهداشتی، آموزشی و درمانی مردان و گسترش فرهنگ همکاری درون بخشی و برون بخشی در دستگاه های مرتبط با وزارت بهداشت در مقوله سلامت است.



۳۰ دقیقه در روز فعالیت ورزشی با شدت متوسط را به شکل مداوم در بیشتر روزهای هفته و ترجیحاً تمامی روزهای هفته انجام داد. با این کار می توان احتمال ابتلا به بیماری های مختلف را کاهش داد. پیاده روی سریع یکی از راه های آسان برای حفظ سلامتی است. تحقیقات نشان داده اند که پیاده روی سریع و مداوم می تواند به اندازه فعالیت های ورزشی سنگین تر همچون دویدن آرام، خطر حمله قلبی را کاهش دهد. برای اینکه فعالیت ورزشی یکنواخت و خسته کننده نباشد، می توان به فعالیت هایی چون دوچرخه سواری، کوه نوردی، شنا و فوتبال پرداخت که همراه با لذت و نشاط آوری هستند. برای انجام فعالیت های ورزشی لازم نیست زیاد از خانه دور شد، از پله ها بالا رفتن یا رنگ زدن یک اتاق می تواند فعالیت ورزشی به حساب آید. برای انجام فعالیت ورزشی می توان یا ۳۰ دقیقه کامل در روز با شدت متوسط ورزش کرد یا این زمان را به بازه های کوچکتری مثلاً ده دقیقه ای تقسیم کرد. مثلاً می توان ۱۰ دقیقه اول را پیاده روی، ده دقیقه دوم برگ های خشک را جمع کرد و ده دقیقه سوم را طناب زد. توجه به این نکته ضروری است که فعالیت ورزشی انجام فعالیت های سخت و طاقت فرسا نیست. کافی است از فرصت برای حرکت کردن استفاده کرد. برای مثال: به جای آسانسور از پله ها استفاده کرد.



در کاهش احتمال ابتلای به بیماری قلبی ایفا کند. با انجام فعالیت های ورزشی نه تنها می توان از ابتلای به بیماری قلبی پیشگیری کرد، بلکه می توان چربی و فشار خون بالا را کنترل و از ابتلا به دیابت پیشگیری یا آن را کنترل کرد. علاوه بر این تحرک بدنی باعث کاهش وزن و تندرستی نیز می شود. اما مزایا و نکات مثبت در مورد ورزش به همین جا ختم نمی شود. انجام فعالیت های ورزشی مداوم، قدرت ریه را افزایش و به ماهیچه های بدن شکل می دهد. از نظر استخوان بندی نیز با ورزش می توان مفاصل را در وضعیت مناسبی قرار داد و از ضعیف شدن استخوان ها پیشگیری کرد. از بعد معنوی و روحی، ورزش باعث خوابی بهتر، استرس و عصبانیت کمتر می شود و در مجموع باعث می شود، فرد پرنرژی تر و خوشحال تر باشد. با هر سنی می توان ورزش کرد. در واقع تحقیقات نشان داده است فعالیت ورزشی می تواند بیماری های مربوط به کهولت سن را کنترل یا زمان وقوع آن ها را به تأخیر اندازد و به بهبود سلامتی کمک کند. به هر میزان که سن افزایش می یابد، فعالیت های ورزشی به منظور تقویت استخوان ها و ماهیچه ها اهمیت بیشتری می یابد. چرا که بدن باید بتواند وزن را تحمل کند و با ورزش کردن می توان تعادل بدن را افزایش و احتمال زمین خوردن و شکستگی استخوان را کاهش داد. برای این مهم، می توان فعالیت هایی همچون حمل بار، پیاده روی، دویدن و بلند کردن وزنه را در صورتی که از لحاظ پزشکی منع نشده باشند، انجام داد. فعالیت های ورزشی که به انعطاف پذیری و حفظ تعادل کمک می کند نیز حایز اهمیت هستند. می توان با فعالیت های ورزشی سبک شروع کرد. برای استفاده از مزایای فعالیت های ورزشی، لازم نیست در دوی ماراتن شرکت کرد یا فعالیت های بسیار سنگین ورزشی انجام داد. فقط کافی است

الکترونیک سلامت، در موارد ذیل ارزیابی شوند:

- * تن سنجی و الگوی تغذیه
- * فعالیت بدنی
- * درگیری با مصرف دخانیات، مصرف غیرپزشکی دارو، الکل و مواد
- * روانشناختی
- * بررسی سوابق و علایم بیماری های غیرواگیر
- شامل ارزیابی فشارخون، عوامل خطر دیابت، بیماری های قلبی عروقی، خطر سنجی ۱۰ ساله حوادث قلبی و عروقی در افراد ۳۰ سال و بالاتر، ارزیابی عوامل خطر دیابت، غربالگری سرطان کولورکتال و سل
- * مراقبت های دوره ای



می توان با یک طبقه آغاز و بتدریج میزان پله ها را افزایش داد. می توان ماشین شخصی را دور تر از محل کار پارک کرد. اگر هم از وسیله نقلیه عمومی استفاده می شود، چند ایستگاه جلوتر از ایستگاه محل کار پیاده شد. به جای خوردن دسر چرب یا تنقلات اضافه، اطراف منزل قدم زد. در هنگام تماشای تلویزیون، از یک جانشستن جلوگیری کرد. می توان با وزنه کوچک شروع کرد یا از دوچرخه ثابت استفاده کرد. همچنین زمان کمتری را به تماشای تلویزیون و کار بارایانه اختصاص داد.

رعایت ایمنی در ورزش

برخی از مردم قبل از انجام فعالیت های ورزشی اگر دارای شرایط زیر باشند باید با پزشک خود مشورت کنند:

۱. اگر سن شان ۴۰ سال و بالاتر است و عادت به انجام فعالیت های ورزشی ندارند.
۲. دارای مشکلات قلبی هستند یا دچار حمله قلبی شده اند.
۳. در خانواده خود سابقه بیماری قلبی داشته اند.

برای آغاز فعالیت های ورزشی این توصیه ها رعایت شود:

- * آهسته آغاز کنند.
 - * به وضعیت بدن خود توجه کنند.
 - * به وضعیت جوی توجه کنند.
 - * به علایم هشدار دهنده توجه کنند.
 - * جانب احتیاط را رعایت کنند.
- مردان می توانند با مراجعه به نزدیک ترین پایگاه سلامت محل سکونت شان و تشکیل پرونده

منابع

* Sadr Sh, Resent advances in cardiovascular disease. Proceeding of the 9th CVD Congress. Tehtan University of Medical Sciences 2007;21:55-57

* Sheikholeslam R, Mohamad A, mohammad K, Vaseghi S. Non communicable disease risk factor in Iran. Asia Pac J Clin Nutr 2004;13: 100

* تغذیه سالم، تحرک سالم (قسمت دوم)، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت

به این موضوع امتیاز دهید (۱ تا ۱۰۰)
کد موضوع ۹۸۲۱۶. پیامک ۳۰۰۰۷۲۷۳۱۰۰۰۱
نحوه امتیاز دهی: امتیاز - شماره مقاله
مثال: اگر امتیاز شما ۸۰ باشد (۸۰-۹۸۲۱۶)



پیشگیری از سقط‌های القایی

لیلا علی محمدی

مسئول واحد سلامت خانواده
و جمعیت شهرستان چادگان
در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان



مانند شوک به دلیل کاهش حجم خون در گردش، اختلال‌های انعقادی و مرگ را به دنبال داشته باشد.

عفونت: عفونت به دنبال سقط غیرایمن معمولاً به دلیل باقی ماندن بقایای بارداری، صدمات و روش‌های غیراستاندارد و ابزارهای غیر استریل رخ می‌دهد.

سوراخ شدن و آسیب ارگان‌های درون شکم: وارد کردن جسم خارجی به دستگاه تناسلی یکی از علل شایع آسیب‌های مرتبط با سقط است. وارد کردن جسم خارجی سبب آسیب به دستگاه تناسلی و سوراخ شدن رحم، لوله‌های رحمی، تخمدان‌ها، روده کوچک، روده بزرگ، مثانه و سایر اعضای داخل شکم می‌شود.

پیامدهای سقط برای سلامت روانی

افسردگی و اضطراب: در بررسی‌های انجام شده دیده شده است که اختلال‌های خلقی از جمله افسردگی و اضطراب در زنانی که سابقه سقط را دارند، بیشتر دیده می‌شود.

سوء مصرف مواد: براساس برخی مطالعات انجام شده، احتمال سوء مصرف مواد در زنانی که سقط عمدی را تجربه کرده‌اند از زنانی که این سابقه را ندارند بالاتر است.

مشارکت در گناه و شرمساری: یکی از پیامدهایی که در زنانی با سابقه انجام سقط عمدی مشاهده می‌شود، احساس مشارکت در گناه و شرمساری از انجام این امر است.

کیفیت زندگی و روابط زناشویی: براساس مطالعات انجام شده اختلال‌ها در کیفیت زندگی و روابط زناشویی در زنانی که سقط عمدی را تجربه کرده‌اند در مقایسه با خانم‌هایی که چنین تجربه‌ای را ندارند بیشتر دیده شده است.

منبع: دستورالعمل سقط القایی / وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

سقط عمدی یکی از پدیده‌هایی است که در سراسر جهان مشاهده می‌شود و فارغ از قانونی یا غیرقانونی بودن آن براساس مقررات هر کشور، در بیشتر جوامع جهان به عنوان یک امر غیرعادی تلقی می‌شود، اما همه دین‌های آسمانی به طور عام مخالف سقط بوده و در برخی موارد خاص که ادامه بارداری سبب مخاطره سلامت مادر یا کودک باشد آن را مجاز دانسته‌اند.

تعریف سقط غیر ایمن

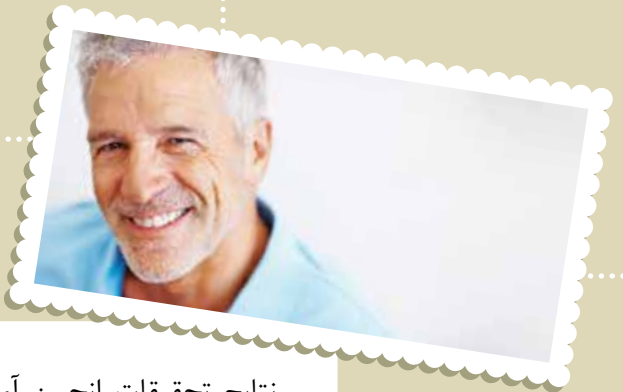
براساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، سقط غیرایمن عملی است که در آن حاملگی توسط یک فرد فاقد مهارت‌های لازم یا استفاده کننده از روش‌های خطرناک یا در محیطی که از حداقل استانداردهای لازم برخوردار نیست یا ترکیبی از هر سه مورد یادشده، پایان می‌یابد.

عوارض سقط

بستری در بیمارستان: برآورد می‌شود که هر ساله حدود ۵ میلیون زن در سراسر جهان به دلیل عوارض ناشی از سقط‌های القایی در بیمارستان‌ها بستری می‌شوند. تعداد قابل توجهی از این افراد، زنانی هستند که به دنبال عوارض ناشی از سقط‌های غیرایمن به بیمارستان مراجعه می‌کنند.

خونریزی: خونریزی یکی از شایع‌ترین عوارض سقط غیر ایمن بوده و می‌تواند به دلیل پاره شدن واژن، گردن رحم، رحم، بافت‌های رحمی، عفونت و شلی رحم به دلیل باقی ماندن بقایای بارداری در بسیاری از موارد رخ دهد. خونریزی می‌تواند عواقب خطرناکی

دوای دردهای بی درمان



راه‌های عملی برای گنجاندن خنده در زندگی روزمره انسان به قرار زیرند:

- * همیشه لبخند برب داشته باشید. این اولین گام در مسیر خنده است و سبب می‌شود، همیشه شادمان باشید حتی اگر در شرایط مناسب و مثبتی قرار نداشته باشید.
- * نعمت‌های خداوندی را برشمارید. این کار در واقع انگیزه لازم برای خندیدن از صمیم قلب را در شما ایجاد می‌کند.
- * اوقات خویش را با مردم شاد و برخورداری از حس شوخ طبعی بگذرانید، افرادی که همیشه نیمه درخشان زندگی را می‌نگرند.
- * وقت خود را با کودکان بگذرانید. کودکان همیشه سریع‌العمل هستند و شادمان. کودکان را باید متخصصان واقعی خنده درمانی دانست.
- * خونسرد باشید. هیچ چیز در این دنیا ارزش نگرانی ندارد.
- * خندیدن به خودتان را یاد بگیرید.
- * همیشه بادیگران بخندید و نه به آن‌ها.
- * از صمیم قلب بخندید. خنده یک داروی شفا بخش فیزیکی، ذهنی و روحی است. در صورت امکان، روزی سه بار از ته دل بخندید (قبل از صبحانه، قبل از ناهار و قبل از شام)

نتایج تحقیقات انجمن آمریکایی خنده درمانی نشان می‌دهد که مردم غالباً احساسات منفی خود مثل خشم، ترس و غم را به جای اینکه ابراز کنند در درون‌شان می‌ریزند. خندیدن باعث می‌شود این احساسات به شکلی طبیعی و بی‌ضرر ابراز شوند. امروزه در هر کجای دنیا باشگاه‌های خنده، انجمن‌های درمانگری و گروه‌های خنده را می‌توان مشاهده کرد.

مزیت‌های خنده

- * کمک به تقویت سیستم ایمنی
 - * جلوگیری از بیماری‌های قلبی و عروقی
 - * کاهش بروز فشارخون به دلیل کم کردن استرس مربوط به هورمون‌ها
 - * کاهش افسردگی، اضطراب و اختلال‌های روان‌تنی به دلیل افزایش تولید سروتونین (یک ماده ضد افسردگی طبیعی)
 - * کم کردن درد و ایجاد حس بهبودی، باتخلیه اندورفین (هورمون تسکین‌دهنده درد در بدن)
 - * دادن یک تمرین خوب به اعضای داخلی بدن
 - * القای یک خواب خوب و راحت
- در زمان خنده، همه ما دوست داریم اوضاع همان‌طور ادامه داشته باشد زیرا می‌توانیم نگرانی در مورد آینده و رنج گذشته را به فراموشی بسپاریم.



فرحناز شهرکی

مربی مرکز آموزش
بهورزی دانشگاه
علوم پزشکی زاهدان

منبع: گاهنامه اجتماعی، علمی، ورزشی، فرهنگی (سیب سلامت) آبان ماه ۱۳۹۶



ما در انتخاب خانواده‌ای
که در آن به دنیا آمده‌ایم،
هیچ‌گونه اختیاری
نداشته‌ایم، اما معمار
خانواده‌آتی خود
خواهیم بود.

انتخاب همسر بر همه
وجوه فردی، خانوادگی،
اقتصادی و اجتماعی
حال و آینده فرد تاثیر
می‌گذارد.

توصیه‌هایی برای خانه‌تکانی



- | | |
|---|--------------------------------------|
| خروج سریع فرد از محل سر بسته و استفاده از هوای آزاد
و در صورت تشدید علائم تماس با اورژانس | راهکارهایی برای
مسمومان ریوی |
| پرهیز از شست و شوی لوازم برقی و ریختن آب
روی کلید و پریز و سیم برق | پیشگیری از
برق گرفتگی |
| پرهیز از تماس مستقیم دست‌ها با شوینده
و در صورت ورود به چشم، شست و شوی با آب معمولی | راهکارهای
محافظت از چشم‌ها |
| مخلوط نکردن شوینده‌ها و استفاده از ماسک در زمان استفاده از آن‌ها
در فضای بسته و روشن کردن هواکش و باز کردن پنجره‌ها | راهکارهای استفاده
از شوینده‌ها |
| صاف نگهداشتن پشت و خم کردن زانوهای و تکیه بر عضلات پا،
هنگام بلند کردن یا جابه‌جا کردن اجسام از روی زمین
کمک گرفتن از دیگران در صورت سنگین بودن وسیله بیش از ۲۰ کیلوگرم | مراقبت از کمر
در هنگام خانه‌تکانی |