



بهورز

سال بیست و هشتم . شماره ۹۸ . پاییز ۱۳۹۷



ISSN: 1735-8558

پایش و ارزشیابی الکترونیک برنامه‌های سلامت و راستی آزمایی
بیماری‌های منتقله از آب و آموزش به خانوارها
پیشگیری از رفتارهای مخاطره آمیز در نوجوانان
برنامه پاسخ نظام سلامت در بلایا و فوریت‌ها
خودمراقبتی اجتماعی



با انجام مراقبت‌های پیش از بارداری از بارداری‌های پرخطر پیشگیری کنید

مراقبت پیش از بارداری، مجموعه خدمات مراقبتی است که به شناسایی، کنترل و در صورت نیاز درمان بسیاری از بیماری‌هایی که بارداری می‌تواند باعث عود یا تشدید آن‌ها شود، کمک می‌کند. مراقبت‌های پیش از بارداری توسط ماما و پزشک در همه مراکز خدمات جامع سلامت، پایگاه‌های سلامت و خانه‌های بهداشت انجام می‌شود. هر خانم قبل از باردار شدن نیاز به مراقبت پیش از بارداری دارد که به مدت یک سال اعتبار داشته و بهتر است این مراقبت حداقل سه ماه قبل از بارداری انجام شود



سال بیست و هشتم . پاییز ۱۳۹۷



- (۰۲) پایش و ارزشیابی الکترونیک بر نامه‌های سلامت ...
- (۰۸) خود مراقبتی اجتماعی
- (۱۰) بیماری‌های منتقله از آب و آموزش به خانوارها
- (۱۵) معرفی کتاب
- (۱۶) بر نامه پاسخ نظام سلامت در بلا یا و فوریت‌ها
- (۲۰) پیشگیری از رفتارهای مخاطره آمیز در نوجوانان
- (۲۶) خود مراقبتی در بهداشت خواب
- (۳۰) اهمیت بررسی سلامت روان در برنامه تحول سلامت
- (۳۴) غربالگری سرطان‌های شایع ...
- (۴۰) اختلال‌های روانپزشکی منجر به مصرف مواد ...
- (۴۶) خود مراقبتی در پیشگیری از خودکشی
- (۵۰) HIV: تشخیص سریع و درمان بموقع
- (۵۴) معاینه‌های سلامت شغلی را جدی بگیرید
- (۵۸) آشنایی با برنامه اصلاح الگوی غذایی خانوارهای ...
- (۶۲) آموزش پیش از ازدواج
- (۶۶) یک تجربه یک درس
- (۶۷) پزشک خانواده و نظام ارجاع الکترونیک
- (۷۰) آثار ادبی
- (۷۲) اعجاز خوراکی‌ها
- (۷۶) سناریو - گناه «گلنار» چه بود؟
- (۷۸) سناریوی مرگ کودک
- (۷۹) اخبار دانشگاه‌ها
- (۸۸) گوناگون
- (۹۳) جدول حل شده شماره ۹۵
- (۹۳) حل خودآزمایی شماره ۹۵
- (۹۳) برندگان جدول شماره ۹۵
- (۹۴) خودآزمایی

انتشارات	← مرکز بهداشت استان خراسان رضوی با همکاری حوزه معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مرکز مدیریت شبکه
مدیرمسئول	← دکتر غلامحسن خدایی
سردبیر	← 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 ثنابی شعار، دکتر مجید جعفری نژاد، دکتر احمد جنیدی، دکتر محمد رضا جویا، دکتر احمد حاجبی، صغری حجازی، مهندس علی اصغر حسینی یزدی، دکتر غلامحسن خدایی، دکتر محمد حسن درخشان دوغایی، دکتر شهرام رفیعی فر، دکتر علیرضا رئیسی، دکتر محمد رضا رهبر، دکتر محمد شریعتی، مریم شریفی یزدی، دکتر محمد جعفر صادقی، شبنم صادقی خو، دکتر زهرا عبداللهی، دکتر سید کاظم فرهمند، دکتر حامد قضاوی، دکتر مهدی قلیان اول، دکتر سید بهمن کلالی مقدم، دکتر محمد مهدی گویا، فهیمه ناظران پور، رامش نشاط، دکتر ناهید نوائیان، ویدا هاشمیان

← مهین ابرقویی، سوسن ابوالهادی، احمد امیرزاده، صدیقه انصاری پور، طاهره انصاری فر، فریبا ایدنی، منصور بامری، حکیمه فیروزه بخشینانی، مهدیه برومند، حمیدرضا بزگمهر، منصوره بصیری، نقیسه بنایی نیاسر، طاهره بیگزاده، کبری پیر محمدلو، فاطمه پورمحمد، اکبر پورمقدم، رقیه جعفری، سیما جلالی، معصومه حاجی پور، لیلا حدادی، خدیجه سادات حسینی، سیده بسنا حسینی نیاز، طوبی خاقانی، نسرن خوبانی، معصومه دبستان، شیوا دهقان خلیلی، زهره رحیمی، محمدرحیم زاده، غلامحسن رستم پور، حسین رفیعی، شایسته سعادت‌مند، طاهره سوداگر طرقی، ماهرخ شاهرخ، الهام شیخ آزاد، فرهاد صریحی، فریده صفاری زاده، عدنان صیدی، خدیجه طاهری، طاهره عزیزخانی، فرانک فتحی، معصومه فرجی، جواد فرحی شاهگلی، فرشید فرضی پور، صفیه ققانی، عشرت فیروزی، فاطمه قنبری، سیده معصومه کاظمی، دکتر مهرانه کاظمیان، عصمت محقق شریفی، راضیه محمدواحدی، سعیدیه مروتی، زهرا امیرموحّد، فاطمه مهرآبادی، طاهره ندوشن، دکتر مریم السادات هاشمی پور، عبدالرضایوسفی

مدیریت اجرایی	← دکتر سعید فریدین فر، دکتر علی خوش گفتار
امور مالی	← دکتر ناهید نوائیان، مهدی نوروزیان حسین آباد، فریبا سعادت
امور وب سایت	← مهندس سید کاظم بحرینی
تدارکات	← امیرحقیقی باوفا
ویراستار	← مجید تربت زاده
مدیر هنری	← محمد رضا شیخی
حروفچین	← معصومه برهیزگار
گستره توزیع	← کشوری



پایش و ارزشیابی الکترونیک برنامه های سلامت و راستی آزمایی

اهداف آموزشی

پس از مطالعه مقاله انتظار می رود خوانندگان محترم قادر باشند:

- اهمیت پرونده الکترونیک سلامت را توضیح دهند.
- معیارهای انتخاب شاخص های عملکرد را نام ببرند.
- اهمیت راستی آزمایی را شرح دهند.



دکتر سعید امینی

کارشناس بیماری های غیر واگیر
دانشگاه علوم پزشکی اراک



فاطمه قنبری

کارشناس مسؤول بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی اراک



بتول شفیعی

کارشناس توسعه شبکه
دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان



مریم حاج آقامحمدی

کارشناس مدیریت شبکه
دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان



سازمان‌های بهداشتی درمانی در سراسر دنیا چه در بخش خصوصی و چه در بخش دولتی به دلیل مسایل مربوط به ایمنی، کیفیت خدمات، رضایت مردمی، هزینه‌های بالای خدمات و اثربخشی خدمات با فشارهای مضاعفی مواجه‌اند. به گونه‌ای که متولیان سلامت کشورها به دنبال راه‌هایی برای بهبود شاخص‌های نظام سلامت هستند. بهبود عملکرد نظام سلامت در زمینه شاخص‌های ذکر شده و سایر شاخص‌های مورد نظر نیازمند این است که ارائه‌دهندگان خدمات به طور نظام‌مند مورد ارزشیابی قرار گیرند. به عبارتی باید عملکرد ارائه‌دهندگان بر اساس اهدافی که از قبل تعیین شده است مورد سنجش قرار گیرد.

اگر چه ارزیابی عملکرد نظام‌های سلامت از دهه‌های قبل همواره وجود داشته است، اما پس از انتشار «گزارش ۲۰۰۰» سازمان جهانی بهداشت تلاش‌های زیادی برای گسترش ابزارهای اندازه‌گیری عملکرد نظام‌های سلامت ایجاد شده است. «گزارش ۲۰۰۰» سازمان بهداشت جهانی که نقطه عطفی در خصوص اهداف و عملکرد مالی نظام سلامت است، محافظت مالی عادلانه در برابر هزینه‌های مالی و پاسخگویی به نیازهای غیردرمانی مردم را علاوه بر ارتقای سلامت جزو اهداف نظام‌های سلامت قرار داده است.



مفهوم پایش: پایش، سنجش درجه انطباق فعالیت‌های در حال اجرا با استانداردهاست.

مراحل کلی انجام پایش شامل اهداف، طراحی، اجرا و کاربرد و ارزیابی است و مراحل اختصاصی پایش شامل:

الف. جمع‌آوری داده‌ها برای پایش

ب. گردآوری نتایج و رسم نمودار

پ. تقویت و حفظ تغییر رفتار با پایش داده‌ها



ابزارهای پایش شامل شاخص‌ها، چک لیست‌ها و نرم افزارهای الکترونیک بوده و لازم است جهت پایش سلامت چند نکته مد نظر قرار گیرد. ابتدا اینکه آیا نیاز به ارزیابی وجود دارد؟ دیگر اینکه ارزیابی قبل، حین اجرا و بعد از اتمام برنامه، انجام شده؟ سپس اهمیت و موقعیت‌های موجود با استفاده از سنجش و مطالعه دقیق مشخص شود.

لازم است چگونگی تحلیل نتایج ارزیابی و گزارش آن ارایه شود و در پایان پیشنهادهایی توسط مدیران ذیربط مورد بررسی قرار گرفته و تصمیم‌گیری بر اساس آن انجام شود.

مفهوم ارزشیابی: ارزشیابی فرآیند تعیین کردن، به دست آوردن و فراهم ساختن اطلاعات مفید برای قضاوت در تصمیم‌گیری‌هاست. اغلب اوقات در انتهای برنامه انجام می‌شود و در ارزشیابی اثر بخشی، پیامد و

یا نادرست. در حقیقت راستی آزمایی بررسی میزان درستی و اعتبارسنجی برنامه‌های سلامت با حقایق موجود است.

قبل از طراحی یک الگوی جامع برای ارزشیابی نظام سلامت باید ابتدا اهداف آن مشخص شوند و پس از تعیین اهداف باید شاخص‌های عملکردی مناسب برای ارزشیابی انتخاب شوند. برای بررسی تحقق اهداف باید مشخص شود آیا فعالیت‌ها در عمل مطابق با طراحی استاندارد اجرا شده و آیا استانداردهای فرآیند در عمل تحقیق یافته است؟

نکاتی که در انتخاب شاخص‌های ارزشیابی عملکرد باید مورد توجه قرار گیرند عبارتند از:

* شاخص‌ها مرتبط با هدفی خاص بوده، نتیجه محور باشند.

* شاخص‌ها معنی‌دار و قابل درک باشند.

* داده‌های کافی برای پشتیبانی از شاخص‌ها وجود داشته باشد.

* شاخص‌ها پایا، معتبر و حساس باشند.

* شاخص‌ها به شکل روشن و واضح تعریف شوند و تفسیر آن‌ها راحت باشد.

* در انتخاب شاخص‌ها به بالابردن قدرت درک مدیران و متخصصان و توانایی استفاده آن‌ها از اطلاعات توجه جدی شود.

* تعداد شاخص‌ها متناسب، نه کم و نه زیاد باشد.

* به ویژگی‌هایی چون: قابل مقایسه بودن شاخص‌ها، امکان استفاده در زیر گروه‌های جمعیتی، هزینه‌های جمع‌آوری داده‌های مربوط، امکان باز تولید و نیز اثرات گمراه‌کننده بالقوه شاخص‌ها توجه شود.

* قبل از انتخاب شاخص‌ها مرزهای ارزشیابی به طور دقیق مشخص شده باشند.



تاثیر نهایی برنامه در جامعه مورد مطالعه قرار می‌گیرد. زمینه‌های کلی ارزشیابی و در نهایت شاخص‌های عملکرد برای سنجش آن‌ها باید بعد از مشخص کردن اهداف انتخاب شود. از آنجایی که عملکرد نظام سلامت بعدهای مختلفی دارد. ارزشیابی آن مستلزم به کارگیری شاخص‌های مختلف برای هر بعد است.

برای پایش و ارزشیابی برنامه، مسؤول برنامه باید مشخص کند که اهداف و برنامه‌ها را با چه شاخص‌هایی می‌خواهد مورد سنجش قرار دهد؟ ارتباط شاخص‌ها با یکدیگر چگونه است؟ برای محاسبه هر شاخص چه داده‌های آماری خامی نیاز است؟ روش و زمان جمع‌آوری داده‌ها مشخص شود و همچنین دوره محاسبه و شیوه تحلیل شاخص‌ها تعیین شود.

یکی از مسائلی که در ارزشیابی اهمیت زیادی دارد معیار راستی آزمایی است. اینکه با چه معیاری می‌توان عملکرد را بسنجیم و ثابت کنیم این فعل درست است



باید خود نشانه‌تغییری باشید که می‌خواهید در جهان ببینید. گاندی



اصلی هستند و رضایت آن‌ها نشان‌دهنده انجام صحیح خدمات است. در واقع این دریافت‌کنندگان خدمات هستند که باید مشخص کنند چه جنبه‌هایی از خدمت سودمندترین است، نه ارائه‌دهندگان خدمات. بنابراین ارزیابی مستمر به جهت مشخص کردن اثربخشی و کارایی کارکنان الزامی است.

بدین منظور یکی از روش‌های سنجش رضایت مردم از خدمات ارائه شده با استفاده از پرسشنامه SERVQUAL است که توسط «پاراسورامان» و همکارانش با در نظر گرفتن پنج بعد کیفیت خدمت ابداع شده است. این پنج بعد عبارتند از:

وضعیت فیزیکی (Tangibility): تجهیزات و وسایل و ابزار موجود در محل کار کارکنان.

نظم و پاکیزگی فضای ارائه خدمت: فضای مناسب به لحاظ وسایل فیزیکی (صندلی، وسایل گرایشی و سرمایشی و...) برای انتظار در حین انجام کار و ظاهر

روش‌های مختلفی برای ارزیابی نظام سلامت ذکر شده است، یکی از مهم‌ترین این روش‌ها ارزیابی کیفیت خدمات ارائه شده از دیدگاه گیرندگان خدمت است. افراد مراجعه‌کننده به مراکز جامع خدمات سلامت و پایگاه‌ها و خانه‌های بهداشت، محور اصلی و اساسی هستند و رضایت آن‌ها از اهمیت زیادی برخوردار است و رضایت این افراد تنها از فناوری بالای خدمات به دست نمی‌آید. مراجعه‌کنندگان در مرکز بهداشت محور

“

افراد مراجعه‌کننده به مراکز جامع خدمات سلامت و پایگاه‌ها و خانه‌های بهداشت، محور اصلی و اساسی هستند و رضایت آن‌ها از اهمیت زیادی برخوردار است و رضایت این افراد تنها از فناوری بالای خدمات به دست نمی‌آید.

”

از دیروز بیاموز. برای امروز زندگی کن و امید به فردا داشته باش. **آلبرت اینشتین**

درمان و زمان آن توجه می کنند و رضایت بالاتری دارند. تضمین کیفیت شامل اصول و فعالیت هایی است که برای حفظ، تداوم و ارتقای کیفیت در خدمت رسانی ضروری هستند.

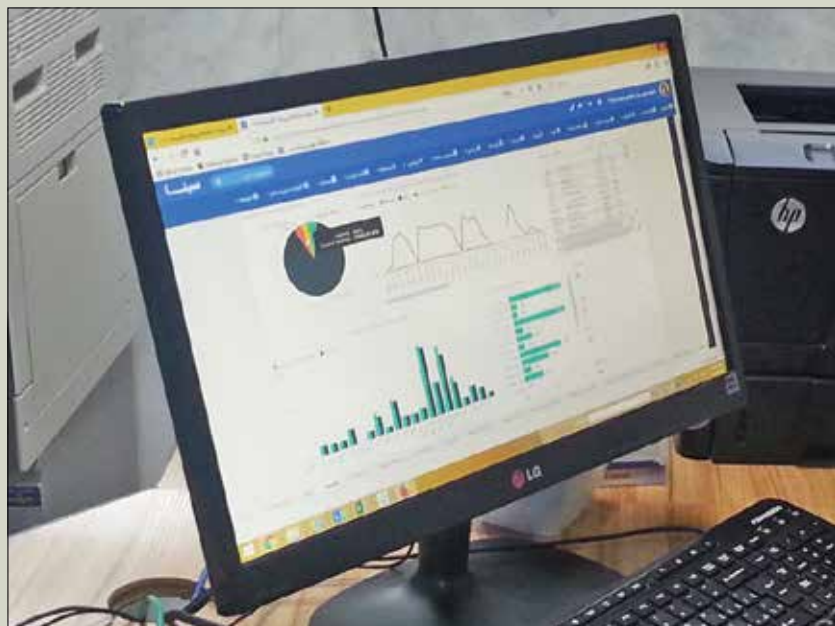
تضمین (Assurance): دانش و مهارت و شایستگی کارکنان و سازمان خدمت دهنده در ارتقای حسن اعتماد گیرنده خدمات است. تضمین کیفیت شامل اصول و فعالیت هایی است که برای حفظ، تداوم و ارتقای کیفیت در خدمت رسانی ضروری هستند.

همدلی (Empathy): نزدیکی و همدلی با گیرندگان خدمت و توجه ویژه و فردی به وی و تلاش در جهت درک نیازهای وی است.

این الگو مقبولیت زیادی در سطح جهان یافته است و در صنایع خدماتی مختلف مورد استفاده قرار گرفته است. با توجه به اهمیت مدارک پزشکی به عنوان مهم ترین و غنی ترین منبع اطلاعات نظام سلامت، این سازمان ها برای توسعه و تداوم فعالیت های خود به ارتقای کیفیت خدمات سلامت می اندیشند و این ممکن نخواهد بود مگر از طریق دسترسی بموقع به اطلاعات با کیفیت. برای رفع این مشکل، حرکت به سوی سیستم های اطلاعاتی سلامت از حدود ۳۰ سال قبل آغاز شده و هدف نهایی این حرکت دستیابی به پرونده الکترونیک سلامت است. پرونده الکترونیک سلامت به مفهوم جمع آوری الکترونیکی اطلاعات سلامت فرد از زمان تولد تا مرگ است که توسط ارائه دهنده خدمت ثبت می شود و در مکان های مختلف با صرفه جویی در وقت و هزینه به اشتراک گذاشته می شود.

هدف اصلی پرونده الکترونیک سلامت ارتقای کیفیت خدمات از طریق کاهش خطاهای پزشکی، ارائه شیوه های مؤثر در برقراری ارتباط و به اشتراک گذاشتن اطلاعات بین ارائه دهنده خدمات و مدیریت بهتر اطلاعات سلامت در راستای اهداف آموزشی و پژوهشی است.

مطالعات نشان می دهد که بهره گیری از پرونده



آراسته کارکنان در محل ارائه خدمت در مواردی هستند که در بهبود کیفیت خدمات اهمیت زیادی دارند.

اعتماد (Reliability): توانایی سازمان خدمت دهنده در عمل به وعده های خود به طور دقیق و مستمر. ارائه خدمات یکسان به همه مشتریان، ارائه خدمات در اسرع وقت، نگهداری صحیح سوابق مراجعه کنندگان و حقیقت گویی از مهم ترین مواردی است که سبب اعتماد بیشتر بین کادر پزشکی و بیمار می شود.

پاسخگویی (Responsiveness): تمایل و اشتیاق سازمان خدمت دهنده برای کمک به مراجعه کنندگان و ارائه خدمت بموقع. نبود هماهنگی، بد قولی و عمل نکردن به تعهدات می تواند تا حدی موجب طولانی شدن زمان انتظار برای دریافت خدمت شده و بر کیفیت خدمات تأثیر منفی بگذارد. زمان نیز یک عنصر مهم در پاسخگویی بوده و بیماران از مراکزی که زمان جلسات مشاوره و درمان را با توجه به مشاغل آنان تعیین می کنند، سریع بیمار را مورد پذیرش قرار می دهند، زمان و مدت درمان را برای بیمار تعریف می کنند و به نظر بیمار درباره تعداد جلسات هفتگی، مدت مشاوره و

الکترونیک سلامت در نظام پیچیده سلامت امروزی با چالش‌هایی مواجه است که نیاز به بستر سازی و آمادگی نیروی انسانی دارد.

اگر چه همواره نسبت به فرآیند ثبت پرونده‌های افراد مراجعه کننده توسط کاربران سامانه اعتماد وجود دارد شاخص راستی آزمایی خدمات با پاسخگویی به این سوال که آیا خدمت به فردی که نام او در سامانه ثبت شده است ارایه شده یا خیر؟ یکی دیگر از معیارهای مهم توزیع و تخصیص منابع خواهد بود. بدیهی است استفاده از روش‌های علمی و انتخاب تصادفی و تماس‌های مستقیم تلفنی یا بهره‌گیری از بسترهای مجازی معیاری برای راستی آزمایی ارایه خدمات خواهد بود.

در حال حاضر با استفاده از نرم‌افزارهای موجود مانند سامانه‌های سطح یک از طریق ارسال پیامک به گیرندگان خدمت، رضایتمندی آنان از برنامه‌های

سلامت راستی آزمایی شده و پاسخ‌ها توسط کارشناسان مربوط بررسی و نتایج در سامانه پرونده الکترونیک ثبت می‌شود. تفسیر نتایج کمک مهمی به ارتقای کمیت و کیفیت خدمات سلامت و افزایش رضایتمندی عمومی از خدمات است.

پایش به عنوان یک ابزار با اهمیت به مدیران سطوح مختلف برنامه نشان خواهد داد که آیا اجرای فرآیندهای برنامه با استانداردهای از پیش تعیین شده منطبق بوده و حرکت در راستای دستیابی به اهداف را تضمین خواهد کرد؟ علاوه بر ویژگی‌هایی که به آن اشاره شد به دلیل وجود محدودیت منابع مالی و با توجه به اصل عدالت در توزیع منابع مالی به جایگزین کردن شاخص تعداد افراد دریافت کننده خدمت و حجم خدمت ارایه شده در اولویت قرار خواهد گرفت.



نتیجه‌گیری



به کارگیری افراد با تجربه و متخصص در هر یک از زمینه‌ها، ارایه آموزش‌های لازم، بستر سازی فنی جهت پیاده سازی پرونده الکترونیک سلامت، همراه با اختصاص منابع مورد نیاز، راه را برای به کارگیری این سیستم هموار می‌سازد و شاخص راستی آزمایی خدمات یکی از معیارهای مهم توزیع و تخصیص منابع خواهد بود.

منابع

- * Metawie M, Gilman M, editors. Problems with the implementation of performance measurement systems in the public sector where performance is linked to pay: a literature review drawn from the UK, 3rd Conference on Performance Measurements and Management Control 2005; Citeseer
- * McIntyre D, Rogers L, Heier EJ. Overview, history, and objectives of performance measurement. Health Care Financing Review. 2001;22(3):7
- * The world health report 2000: health systems: improving performance; World Health Organization ;2000
- * Bankasukatie V, Dargent G. Health systems performance indicators: methodological issues. 2007. Luxemburg: Public health executive agency;2007
- * Wong A, Sohal A. Service quality and customer loyalty perspectives on two levels of retail relationships. J Serv Mark;2003;(5):513-495
- * نادر میرانی، هاله آیت‌اللهی. بررسی موانع ایجاد و به کارگیری پرونده الکترونیک سلامت
- * برنامه جامع درسی آموزش سلامت تألیف، دکتر شهرام رفیعی فر و همکاران جلد دوم ص ۸۲۱-۸۴۱.
- * طراحی الگوی ارزشیابی عملکرد نظام سلامت برای ایران، بهرامی محمدامین و همکاران، مدیریت اطلاعات سلامت، دوره هشتم، شماره سوم، مرداد و شهریور ۱۳۹۰
- * کتاب دستورالعمل فنی ارزشیابی، معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گلستان.
- * مدل ارزیابی سامانه پایش سلامت کارکنان بخش بهداشت و درمان، منشگر هاله و همکاران، مجله طب نظامی، دوره ۱۳، شماره ۴، صفحات ۲۲۳-۲۲۷، زمستان ۱۳۹۰.
- * www.pogc.ir پاورپوینت نظام پایش و ارزشیابی

به این موضوع امتیاز دهید (۱۰۰ تا). کد موضوع ۹۸۲۱. پیامک ۳۰۰۰۷۲۷۳۱۰۰۰۱. نحوه امتیازدهی: امتیاز- شماره مقاله. مثال: اگر امتیاز شما ۸۰ باشد (۸۰-۹۸۲۱)

خودمراقبتی اجتماعی است. یکی از برنامه‌ها برای دستیابی به اهداف نظام سلامت به شمار می‌رود. در این مسیر، شوراهای شهری و روستایی و شورایی‌ها می‌توانند نقش مهمی در جلب مشارکت اجتماع برای کنترل عوامل تعیین‌کننده سلامت داشته باشند.

تعریف خودمراقبتی اجتماعی

فرآیند انتخابی، مشارکتی و فعال برای ارتقای سلامت یک جامعه است که توسط ائتلافی از شهروندان آن جامعه طراحی، اجرا، پایش و ارزشیابی می‌شود.

اهمیت و ضرورت خودمراقبتی اجتماعی

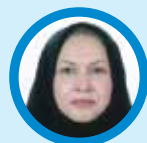
عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت مانند میزان درآمد، سطح تحصیلات، شغل، تغذیه، طبقه اجتماعی، بیکاری و... بیش از عوامل بیولوژیکی سبب ابتلا به بیماری‌ها می‌شوند که اگر نادیده گرفته شوند تحقق اهداف بخش سلامت و برقراری عدالت در سلامت را غیرممکن می‌سازند. باید توجه داشت که بیشتر بی‌عدالتی‌ها در سلامت ساخته دست بشر است و علل آن‌ها، ریشه در مسایل اجتماعی دارد. از این رو توزیع نابرابر شرایط آسیب‌رسان به سلامت به هیچ وجه نباید پدیده‌ای طبیعی و اجتناب‌ناپذیر تلقی شود چرا که نتیجه تلخ تر کیب برنامه‌ها و سیاست‌های نادرست اجتماعی و اقتصادی است. به عبارتی عوامل ساختاری در سطح کلان و شرایط زندگی روزانه فرد، مسؤول بخش بزرگی از بی‌عدالتی در بخش سلامت و حوزه‌های دیگر هستند. بنابراین تلاش برای سیاست‌گذاری بهداشتی به گونه‌ای که باعث کاهش نابرابری‌ها شود موجب شده است که تعیین‌کننده‌های اجتماعی و مراقبت‌های بهداشتی به عنوان دو پارادایم مهم بهداشتی که عدالت در سلامت را در اولویت قرار می‌دهند در مرکز توجه باشد.

اهداف خودمراقبتی اجتماعی

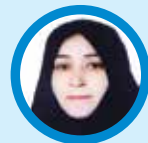
- * کاهش نابرابری‌های سلامت در شهر و روستاها و ارتقای عادلانه سلامت جوامع شهری و روستایی
- * توسعه سیاست‌های حامی سلامت در تمامی قوانین محلی و برنامه ریزی‌های کلان شهری و روستایی
- * ارتقای فرهنگ سلامت توانمندی افراد خانواده‌ها و جوامع برای رعایت سبک زندگی سالم اسلامی ایرانی



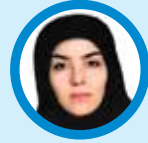
خودمراقبتی اجتماعی



صغری حجازی
کارشناس آموزش سلامت دانشگاه علوم پزشکی مشهد



راضیه محمدواحدی
مدیر و کارشناس مسؤول آموزش بهورزی دانشکده علوم پزشکی مراغه



ثمینیه حق‌کشایی
مربی مرکز آموزش بهورزی دانشکده علوم پزشکی مراغه

اهداف آموزشی

امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه بتوانند:

- اهداف اجرای برنامه خودمراقبتی اجتماعی را بدانند.
- مراحل اجرای برنامه خودمراقبتی اجتماعی را بدانند.
- نمونه‌ای از برنامه عملیاتی را ارائه دهند.

مقدمه

در سیاست‌های ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری به لزوم افزایش آگاهی، مسؤولیت‌پذیری، توانمندی و مشارکت ساختارمند و فعالانه فرد، خانواده و جامعه در تأمین، حفظ و ارتقای سلامت اشاره شده است. با توجه به اهمیت سلامت و نقش انسان سالم در توسعه پایدار، ترویج و توسعه خودمراقبتی که یکی از شاخه‌های آن

مراحل اجرای خودمراقبتی اجتماعی

- * شناسایی شوراهای شهری و روستایی و شورا یاری‌های تحت پوشش
- * تشکیل شورای ارتقای سلامت
- * برگزاری کارگاه برنامه ریزی عملیاتی مشارکتی برای اعضای شورا
- * ارزشیابی خارجی عملکرد شوراها
- * تهیه شاخص درصد پوشش برنامه خودمراقبتی اجتماعی به صورت فصلی
- * تحلیل وضعیت شاخص
- * طراحی و اجرای مداخله‌ها برای بهبود شاخص

اعضای شورای ارتقای سلامت شهر

- * رئیس شورای اسلامی شهرستان
- * رئیس شورای اسلامی شهر
- * شهردار
- * مدیر شبکه بهداشت و درمان
- * معاون بهداشتی شبکه بهداشت و درمان

اعضای شورای ارتقای سلامت روستا

- * تیم سلامت شامل پزشک مرکز خدمات جامع سلامت درمانی کاردان یا کارشناس ناظر یا مربی و یک نفر از بهورزان خانه بهداشت
- * تیم مسؤلان و معتمدان محلی شامل دهیار رئیس

شورای اسلامی روستا، روحانی و مدیر مدرسه و...
* نماینده‌ای از گروه‌های مختلف مردمی (سنی و جنسی) منطقه برای اعلام نیازهای مرتبط با سلامت

وظایف شورای ارتقای سلامت

- * برگزاری منظم جلسات، حداقل هر سه ماه یکبار
- * تعهد در اجرای مصوبات
- * تدوین و اجرای برنامه عملیاتی
- * ثبت برنامه عملیاتی در پورتال خودمراقبتی
- * ارزشیابی داخلی هر شش ماه و بازنگری برنامه
- * اصلاح / تغییر خط مشی‌ها در صورت ضرورت

تدوین و اجرای برنامه عملیاتی

هرگونه تلاش برای سلامت و ایمنی مردم نیازمند برنامه ریزی و تدوین برنامه‌ای دقیق و منسجم از طریق تشکیل شورای ارتقای سلامت در شهر / روستا / محله است. در برنامه عملیاتی تدوین شده توسط شورا لازم است ابتدا از طریق نیازسنجی سلامت مشکلات جمعیت منطقه تحت پوشش هر شورا مشخص شود تا براساس اولویت‌های تعیین شده اعضای شورای ارتقای سلامت برنامه عملیاتی مشارکتی شورا را تدوین کنند و سپس با اقدام مشترک شورا حوزه سلامت مشارکت مردم و دیگر نهادهای ذیربط برنامه به اجرا درآید تا بدین ترتیب محیط شهر / محله / روستا ضامن سلامتی مردم شود.



نتیجه‌گیری



خودمراقبتی اجتماعی یکی از شاخه‌های خودمراقبتی در برنامه‌های پزشکی است که اجرای صحیح آن توسط اعضای شورای ارتقای سلامت در شهر و روستا از طریق جلب مشارکت اجتماعی و با توجه به وظایف تعریف شده موجب خواهد شد که اولویت‌های عوامل تعیین‌کننده سلامت در جامعه به طور واقعی شفاف‌سازی شده و عوامل ایجادکننده مشکل مورد بحث و بررسی قرار گیرد و در نهایت موجب ارتقای سلامت شود که به این ترتیب توسعه پایدار اتفاق خواهد افتاد. برای تحقق این هدف شوراهای شهری و روستایی و شورایاری‌ها می‌توانند نقش مهمی در جلب مشارکت اجتماع برای کنترل عوامل تعیین‌کننده سلامت داشته باشند.

منابع

- * دستورالعمل اجرایی برنامه ملی خودمراقبتی نسخه ۱/۱۳۹۴ وزارت
 - * برنامه ترویج و توسعه خودمراقبتی در جمهوری اسلامی ایران برنامه جامع تحول حوزه بهداشت دولت یازدهم وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، دفتر آموزش سلامت
 - * بسته خدمت خودمراقبتی، همیاری، مشارکت جمعی، مراکز بهداشتی شهری، روستایی طرح تحول نظام سلامت، ویرایش نخست، معاونت بهداشت وزارت، دفتر آموزش سلامت ۱۳۹۳
- به این موضوع امتیاز دهید (۱۰۰ تا ۱۰۰۰)
کد موضوع ۹۸۲۲ . پیامک ۳۰۰۰۷۲۷۳۱۰۰۰
نحوه امتیازدهی: امتیاز - شماره مقاله
مثال: اگر امتیاز شما ۸۰ باشد (۸۰ - ۹۸۲۲)



بیماری‌های منتقله از آب و آموزش به خانوارها

اهداف آموزشی

امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه:

- ویژگی آب آشامیدنی سالم را توضیح دهند.
- بتوانند نتیجه جواب میکروبی آب آشامیدنی را تفسیر کنند.
- برخی از بیماری‌های مهم منتقله از آب را بشناسند.



احمد رضا صبوحی

مدیر و مربی بهداشت محیط و حرفه‌ای مرکز آموزش بهورزی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار



محمد رحیم زاده

کارشناس مسئول آموزش بهورزی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار



عبدالحمید کوهری

کارشناس بهداشت محیط معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی مشهد



مقدمه

با توجه به این که تامین و حفظ سلامتی انسان هدف اصلی بهداشت محیط است، شناخت و کنترل عوامل بیماری‌زا و نحوه انتقال آن‌ها از محیط به انسان از مباحث اصلی در این مقوله است. بیشترین سهم بیماری‌های منتقله توسط محیط مربوط به آب و مواد غذایی است. بسیاری از بیماری‌های عفونی و همچنین برخی از بیماری‌های غیرواگیر می‌تواند از طریق آب و مواد غذایی به انسان منتقل شود. برخی از این بیماری‌ها مرگ و میر بالایی به بار آورده و در مدت زمان کوتاه ممکن است طیف وسیعی از جامعه را مبتلا کند. برخی دیگر نظیر مسمومیت‌های مزمن توسط فلزات سنگین و سموم ممکن است در اثر تماس دراز مدت سبب بروز سرطان‌ها و اختلال ژنتیکی در نسل‌های آتی شود. از بین عوامل محیطی بیشترین سهم بیماری‌های منتقله مربوط به آب، هوا و حشرات و جوندگان (ناشی از دفع نادرست مواد زاید) است.

حذف عوامل بیماری‌زا از آب به دلیل نرخ مرگ و میر بالا و سرعت انتشار این بیماری‌ها در جامعه، از اولویت خاصی برخوردار است. بسیاری از مشکلات بهداشتی کشورهای در حال پیشرفت، به دلیل برخوردار نبودن از آب آشامیدنی سالم است. از آنجایی که محور توسعه پایدار، انسان سالم است و سلامت انسان در گرو بهره‌مندی از آب آشامیدنی مطلوب است، بدون تأمین آب سالم جایی برای سلامت و رفاه جامعه، وجود ندارد. آب از دو بعد بهداشتی و اقتصادی حایز اهمیت است. از بعد اقتصادی به حرکت درآورنده چرخ صنعت و رونق بخش فعالیت کشاورزی است از بعد بهداشتی آب با کیفیت، تضمین‌کننده سلامت انسان است.



ویژگی‌های آب سالم

- * عاری از عوامل زنده بیماری‌زا
- * عاری از مواد شیمیایی زیان‌آور
- * بدون رنگ و بو، و دارای طعم مطبوع
- * قابل استفاده برای مصارف خانگی و آشامیدنی
- آبی که یک یا دو مورد از ویژگی‌های فوق به ویژه مورد اول و دوم آن را نداشته باشد برای شرب مناسب نیست. آب آلوده آبی است که دارای عوامل بیماری‌زای عفونی یا انگلی، مواد شیمیایی سمی، ضایعات و فاضلاب خانگی و صنعتی باشد.

نبود دسترسی مردم به آب آشامیدنی سالم احتمالاً به علل زیراتفاق می‌افتد:

- * آلوده شدن آب به فاضلاب ناشی از نبود وجود سیستم دفع بهداشتی فاضلاب و پوسیدگی لوله‌ها
- * استفاده از چاه‌های خانگی و اختصاصی، بخصوص در حاشیه شهرها، در مناطقی که امکان رعایت فاصله کافی بین چاه توالی و چاه آب وجود ندارد (حداقل ۳۰ متر).
- * مهاجرت یا مسافرت، برای تفریح یا به دنبال بلایای طبیعی مثل سیل و زلزله و... و در نتیجه استفاده از آب‌های آلوده در دسترس مثل آب رودخانه‌ها، پارک‌ها و منابع غیرمطمئن دیگر



شمارش کلیفرم‌های مدفوعی در ۱۰۰ میلی‌لیتر	شمارش تمام کلیفرم در ۱۰۰ میلی‌لیتر	درجه آلودگی
۰ تا ۲۰	۰ تا ۵۰	آلودگی باکتریایی که از طریق گندزدایی (کلرزی) برطرف می‌شود.
۲۰ تا ۲۰۰۰	۵۰ تا ۵۰۰۰	آلودگی باکتریایی که نیاز به روش‌های تصفیه متوالی و گندزدایی دارد.
۲۰۰۰ تا ۲۰۰۰۰	۵۰۰۰ تا ۵۰۰۰۰	آلودگی زیاد آب که با روش‌های تصفیه پرخرج برطرف می‌شود.
بیش از ۲۰۰۰۰	بیش از ۵۰۰۰۰	آلودگی‌های خیلی بالای آب که غیرقابل قبول است.

روز، در سبزیجات و میوه‌های تازه ۴ تا ۷ روز، در مخازن نگهداری آب ۶ تا ۹ هفته، در آب دریا تا ۴ روز، در آب‌های سطحی تا ۱۳ روز.

روش کنترل: کلرزی ۲ تا ۳ ppm برای مدت ۱۰ دقیقه، شست‌وشوی توالت‌ها با ماده گندزدا، استفاده از حوضچه ته نشینی یا صافی شنی کند.

سالمونلاتیفی^۲ (عامل تب روده)

عامل بیماری سالمونلا تیفی، باسیل متحرك، بدون اسپور، هوازی بی‌هوازی اختیاری، جایگزینی در روده، ورود به غدد لنفاوی و جریان خون، بروز تب شدید **طول عمر در محیط:** در آب‌های گل آلوده تا یک سال، در مخازن نگهداری تا ۶ ماه، در یخ تا ۳ ماه، کره، خامه، پنیر تا چند هفته، آلودگی از طریق آب آلوده، غذای آلوده و حشرات

* نبود کلرزی یا هر گونه نقص در کلرزی منابع آب به علت کمبود کلر، کمبود یا نبود کلریناتور، آموزش ناکافی، زمان ماند کمتر از حد مورد نیاز (۳۰ دقیقه از زمان کلرزی تا زمان مصرف)

در جدول بالا به طور خلاصه درجه آلودگی آب‌ها با توجه به آزمایش‌های باکتریولوژیکی نشان داده شده است. بیماری‌های منتقله به انسان از طریق آب آشامیدنی می‌تواند به علت وجود عوامل میکروبی ایجاد شود که این عوامل می‌تواند باکتری یا ویروس تک یاخته یا از نوع گرم‌ها باشد که نسبت به کلر آب مقاومت متفاوتی دارند. به طور کلی بیشتر باکتری‌ها نظیر سالمونلا تیفی (عامل بیماری تیفوئید)، ویبریوکلرا (عامل بیماری وبا)، شیگلا (عامل بیماری اسهال خونی) نسبت به کلر آب مقاومت کمی دارند؛ اما ویروس‌هایی نظیر هیپاتیت A یا گرم‌ها نسبت به کلر مقاومت آن‌ها در سطح متوسط است، ولی تک یاخته‌ها نظیر آمیب و ژیا ریدیا مقاومت زیادی نسبت به کلر دارند. در اینجا به برخی از بیماری‌های منتقله از آب اشاره می‌کنیم:

برخی از بیماری‌های منتقله بوسیله آب عبارتند از:

ویبریوکلرا^۱ (عامل وبا):

باکتری است متحرك، هوازی بی‌هوازی اختیاری، گرم منفی، بدون اسپور، بدون کپسول، در دمای ۲۲ تا ۴۰ درجه سانتی‌گراد رشد می‌کند.

طول عمر در محیط: در البسه مرطوب و آلوده ۱ تا ۳

1. vibrio Cholerae 2. Typhoid Fever





عامل انتقال: تماس با آب، گل و لجن آغشته به مدفوع حیوانات آلوده، تماس زخم‌های پوستی با محیط آلوده، حشرات نیش زننده، مصرف گوشت آلوده شکار

طول عمر در محیط: در آب‌های سرد تا ۲۳ روز و در آب‌های یخ زده تا ۳۰ روز زنده می‌ماند.

روش کنترل: گندزدایی با کلر، بهداشت فردی، پانسمان زخم‌ها، مصرف نکردن گوشت بدون نظارت دامپزشکی.

برخی از روش‌های سالم سازی آب شرب

* **جوشاندن:** ساده‌ترین روش گندزدایی آب، جوشاندن است. با جوشاندن آب بسیاری از عوامل بیماری‌زا (باکتری، ویروس، تخم انگل) از بین می‌رود. آب را می‌توان با جوشانیدن یعنی قل‌قل کردن آب به طوری که حباب‌های بزرگ دایم به سطح آب بیایند، به مدت ۳ دقیقه از زمان شروع نقطه جوش، عاری از میکروب کرد. پس از سرد شدن آب، بدون جابه‌جا کردن در ظرف دیگر می‌توان جهت شرب از آن استفاده کرد.

* **گندزدایی آب مخازن و منابع:** پس از محاسبه حجم آب به ازای هر متر مکعب آب ۳ تا ۵ گرم پودر پرکلرین ۷۰ درصد را در یک ظرف حل کرده و به مخزن اضافه می‌کنیم، پس از نیم ساعت آب قابل مصرف خواهد بود.

روش کنترل: گندزدایی با کلر، رعایت بهداشت فردی، اخذ کارت معاینه بهداشت (ناقلان سالم)، کنترل حشرات، کنترل مخازن آب، رعایت فاصله در محل توالت‌ها.

شیگلا^۱ (عامل اسهال خونی)

از دسته آنتروباکتریاسه است، بدون تاژک و بی حرکت، بدون کپسول و اسپور، میله‌ای شکل.

علائم: ایجاد اسهال همراه بلغم و خون.

طول عمر در محیط: در آب‌های تمیز تا یک ماه و در آب دریا تا ۱۵ روز زنده می‌ماند.

روش‌های کنترل: آموزش بهداشت فردی، کنترل افرادی که با مواد غذایی سروکار دارند، کنترل حشرات نظیر مگس، بهداشت مواد غذایی بخصوص مواد لبنی، رعایت فاصله در چاه‌های توالت با مخازن و چاه‌های آب، کنترل عوامل میکروبی حداقل ۱۱ متر در خلاف جهت حرکت آب‌های زیرزمینی، کنترل عوامل شیمیایی حداقل ۴۵ متر در خلاف جهت حرکت آب‌های زیرزمینی، کلرزنی آب مصرفی و کنترل مخازن نگهداری.

فرانسیسلا تولارنسیس^۲ (عامل تولارمی)

باسیل غیرمتحرک، گرم منفی، هوازی، عامل بیماری مشترک انسان و حیوان، مخزن، بیشتر حیوانات وحشی، حیوانات اهلی.

1. Shigellosis 2. Francisella Tularensis

میزان کلر باقیمانده آن با کیت کلر سنج اندازه‌گیری می‌شود. مشکل اصلی این دستگاه، پساب تولیدی آن است.

سامانه آبرسانی

به همه بخش‌های مربوط به مراحل جمع‌آوری، ذخیره‌سازی، تهیه، خطوط انتقال، ایستگاه پمپاژ، سامانه گندزدایی، شبکه توزیع تا نقطه مصرف آب آشامیدنی، سازمان تأمین آب می‌گویند. با توجه به این که شرکت‌های آب و فاضلاب روستایی متولی توزیع آب آشامیدنی سالم بوده و وزارت بهداشت وظیفه نظارت دارد، براساس ماده ۳ آیین‌نامه بهداشت محیط، لازم است از نقطه آبرگیری تا نقطه مصرف، نظارت لازم انجام و همه نقص‌های موجود با هماهنگی مسؤولان بالاتر جهت رفع نقص پیگیری لازم به عمل آید. بهورزان محترم می‌توانند با توجه به حضور مستمر در سطح روستا در این خصوص کمک مؤثری انجام دهند.



* گندزدایی آب با کلر مادر یک درصد (کلر مادر):

برای تهیه کلر مادر، ۱۵ گرم (۳ قاشق مرباخوری سرصاف) پودر پرکلرین با درصد خلوص ۷۰ درصد را در یک لیتر آب حل کرده و از این محلول به مقدار ۳ تا ۷ قطره برای گندزدایی به یک لیتر آب اضافه کرده و پس از نیم ساعت تماس کلر با آب می‌توانیم آن را مصرف کنیم. توجه داشته باشید:

* کلر مادر باید در ظرف تیره و در جای خشک و دور از نور و به شکل دربسته نگهداری شود.

* کلر مادر پس از تهیه در مدت کمتر از یک ماه مصرف شود.

* الکترولیز نمک طعام: یکی دیگر از روش‌های

گندزدایی آب، روش الکترولیز نمک طعام است که به کمک دستگاه، نمک طعام تجزیه شده و از آن چند ماده گندزدا از جمله ازن، آب اکسیژنه، دی‌اکسید کلر، هیپرکلریت سدیم، کلر گازی محلول و اکسیژن محلول ایجاد می‌شود که برای گندزدایی آب استفاده می‌شود. در اینجا به جای پودر پرکلرین یا گاز کلر از نمک طعام استفاده می‌شود که هزینه کمتری دارد و

نتیجه‌گیری



روزانه ۱۰ هزار کودک در دنیا به دلیل ابتلا به بیماری‌های واگیر می‌میرند که یکی از دلایل آن آب آشامیدنی آلوده است. همچنین ۸۰ درصد کل بیماری‌ها و بیش از یک سوم مرگ و میرها در کشورهای در حال توسعه به دلیل مصرف آب آلوده است، لذا لازم است بهورزان در آموزش به اهالی موارد ذیل را مد نظر داشته باشند:

- * در زمان نبود کلر آزاد باقیمانده در آب حتماً کلر مادر در سطح روستا توزیع کنند یا آب آشامیدنی را بجوشانند.
- * از ریختن فضولات حیوانی در محوطه منابع و مخازن ذخیره آب خودداری شود.
- * مخازن ذخیره آب جهت جلوگیری از هرگونه آلودگی و دسترسی کودکان و حیوانات باید دارای در قفل‌دار باشد.
- * از پراکندگی و انباشت زباله در اطراف منابع و مخازن ذخیره آب خودداری شود.

منابع

- * آخرین دستورالعمل اقدامات بهداشت آب و فاضلاب به منظور پیشگیری و کنترل بیماری‌های منتقله از آب
- * بینا بیژن، پورزمانی حمیدرضا، محمودیان محمد حسن «میکروبیولوژی آب و فاضلاب»، انتشارات موسسه دانش پژوهان برین، اصفهان، ۱۳۸۹
- * کتاب بهداشت محیط از مجموعه کتب آموزش بهورزی، وزارت بهداشت

به این موضوع امتیاز دهید (تا ۱۰۰). کد موضوع ۹۸۲۳. پیامک ۳۰۰۰۷۲۷۳۱۰۰۱. نحوه امتیازدهی: امتیاز- شماره مقاله. مثال: اگر امتیاز شما ۸۰ باشد (۹۸۲۳-۸۰)

«اثر مرکب» آغاز جهشی در زندگی، موفقیت و درآمد شما

نویسنده: دارن هاردی مترجمان: لطیف احمد پور، میلاد حیدری



خلاصه کتاب

«دارن هاردی» نویسنده کتاب «اثر مرکب» یکی از کارآفرینان بزرگ است که با صدها نفر از افراد مشهور و موفق مصاحبه کرده است، به علاوه با راه اندازی برنامه های تلویزیونی، سعی کرده اصول موفقیت را به گوش بسیاری از افراد برساند. کتاب او به گونه ای نوشته شده است که همه زنان و مردان در هر شغلی که هستند می توانند از مطالب آن برای پیشرفت و موفقیت خود استفاده کنند. نویسنده می گوید: مهم نیست در چه شغل و حرفه ای هستید، چه چیزی یاد می گیرید و از چه تاکتیکی استفاده می کنید، موفقیت در نتیجه اثر مرکب به دست می آید. کتاب «اثر مرکب» مانند همه کتاب های موفق بر رشد درونی افراد و ایجاد تحول تاکید می کند. این کتاب قطعاً با هر کتابی که تاکنون خوانده اید، فرق می کند. اثر مرکب، قانون به دست آوردن نتایج بزرگ از طریق مجموعه ای از اقدامات کوچک است. با توجه به این قانون، شما با مداومت بر مجموعه ای از رفتارهای به ظاهر کوچک اما مثبت می توانید به موفقیت های بزرگی دست یابید.

نتیجه گیری

«اثر مرکب» بر این اعتقاد است که اعمال کوچک با گذشت زمان به تغییرات بزرگی تبدیل می شوند. نظم و سخت کوشی و پایبندی به عادت های سازنده، آسان به دست نمی آید، بلکه برای رسیدن به آن باید چندین سال کارهای غیر جذاب، مثبت و معمولی را انجام داد. «دارن» معتقد است، راز موفقیت، سخت کوشی، نظم و ایجاد عادت های خوب است. او ادامه می دهد: موفقیت یک شبه، یک فریب است. برای به دست آوردن موفقیت حداقل به ۲۷ ماه زمان نیاز است.

به عقیده «دارن هاردی» فرمول شانس از این قرار است: اقدام + فرصت + نگرش + آمادگی = شانس طبق این فرمول، گام اول خوش شانسی، آمادگی خودمان است. بعد از آن باید بدرستی به موقعیت ها و فرصت های زندگی نگاه کرد. در مرحله بعد باید فرصت ها را غنیمت شمرد. بعد باید وارد عمل شد و اقدام کرد. به دست آوردن پاداش های بزرگ از طریق مجموعه ای از انتخاب های کوچک و هوشمندانه است.

برنامه پاسخ نظام سلامت در بلایا و فوریت‌ها



مقدمه

جمهوری اسلامی ایران در معرض انواع مخاطرات طبیعی و انسان ساخت قرار دارد و طی سده اخیر پیامدهای ناگواری را متحمل شده است. در راستای تحقق اهداف برنامه توسعه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران و هدف کلان نظام سلامت مبنی بر کاهش خطر ناشی از مخاطرات طبیعی و انسان ساخت از سطح جامعه و منابع و تسهیلات نظام سلامت، برنامه عملیات پاسخ نظام سلامت به بلایا و فوریت‌ها که توسط مراکز و دفاتر معاونت‌های بهداشت و درمان ستاد وزارت با هدایت فنی دفتر مدیریت و کاهش خطر بلایا و مشارکت مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی تدوین شده، سند ارزشمندی است که برای اولین بار در قالب منسجم و روز آمد علمی، همکاری حوزه‌های بهداشت و درمان را برای پاسخ به بلایا به منصف ظهور رسانیده است.



حسین رفیعی

مدیر مرکز آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی گناباد



یوسف علی اسکندری

مربی بهداشت محیط و حرفه‌ای
دانشگاه علوم پزشکی گناباد

اهداف آموزشی

امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه:

Eop را تعریف کنند.

توالی، تعاریف و خصوصیات برنامه را شرح دهند.

مبانی عملیات پاسخ را شرح دهند.

تعریف EOP

EOP برنامه‌ای است که در آن علاوه بر بیان شرایط، اصول و روش‌های آمادگی و پاسخ به بلا یا و فوریت‌ها، عملکردهای حوزه‌های مختلف نظام سلامت نیز در آن بیان شده است.

تعریف واژه‌های مورد استفاده

مخاطره: مخاطره یک اتفاق فیزیکی، پدیده یا فعالیت انسانی است که می‌تواند بالقوه خسارت آفرین باشد. انواع این خسارت‌ها عبارتند از آسیب‌های جانی، مالی، عملکردی، از هم گسیختگی اجتماعی و اقتصادی یا تخریب محیط زیست، که در دو گروه کلی طبیعت و انسان ساخت قرار می‌گیرند.

مخاطرات طبیعی: مخاطراتی هستند که ناشی از پدیده‌های طبیعی بوده و بر اساس منشأ به سه دسته زیر تقسیم می‌شوند:

۱. با منشأ زمینی مانند زلزله، آتش فشان، سونامی
۲. با منشأ آب و هوایی مانند سیل، طوفان، خشکسالی، سرما و گرمای شدید، رانش زمین
۳. با منشأ زیستی مانند اپیدمی گسترده بیماری

مخاطرات انسان ساخت یا فناورزاد: مخاطراتی هستند که به دلیل خطای عمدی یا غیرعمدی انسان ایجاد می‌شوند، مانند آتش‌سوزی، نشت مواد خطرآفرین، آلودگی آزمایشگاهی و صنعتی، فعالیت‌های هسته‌ای و رادیواکتیو، زباله‌های سمی، حوادث حمل و نقل، انفجار، آتش‌سوزی، بمب‌گذاری، ترور و غیره.

ظرفیت: ظرفیتی از تمامی نقاط قوت و منابع در دسترس یک جامعه، اجتماع یا سازمان که بتواند سطح خطر یا اثرات سوء یک مخاطره را کاهش دهد.

خطر: عبارت است از احتمال آسیب دیدن در صورت وقوع یک «مخاطره» در سطح مشخصی از «آسیب‌پذیری» و «ظرفیت». انواع آسیب عبارتند از: جانی، مالی و عملکردی، خطر بر اساس معادله زیر با مواجهه یا مخاطره، سطح آسیب‌پذیری و ظرفیت رابطه مستقیم دارد.

ظرفیت / مخاطره * آسیب‌پذیری = خطر

فوریت: رویدادی است که مدیریت آن، فرآیند یا امکاناتی غیر از مدیریت جاری را می‌طلبد.

بلا: فوریتی است که پاسخ به آن به توانی فراتر از توان جامعه آسیب دیده نیاز دارد و جای این واژه از «بحران» نیز استفاده می‌شود.

فاجعه: بالاترین سطح فوریت نسبت به تحمل جامعه است. **چرخه مدیریت خطر بلا یا:** این چرخه عبارتست از ۴ مرحله اصلی (۱) کاهش آسیب (۲) آمادگی (۳) پاسخ/امداد (۴) بازیابی

پاسخ: عبارتست از کمک‌رسانی یا انجام مداخله‌های حین یا بلافاصله بعد از بلا به منظور حفظ جان و نیازهای حداقل و پایه مردم آسیب دیده. پاسخ می‌تواند فوری، کوتاه یا طولانی مدت باشد.

بازیابی: شامل بازسازی و توانبخشی (جسمی، روانی و اجتماعی) بوده و عبارت است از تصمیم‌ها و اقدام‌هایی که پس از وقوع بلا برای بازگرداندن جامعه آسیب دیده به وضعیت قبل یا وضعیت ارتقا یافته انجام می‌گیرند. ضمن اینکه اقدام‌های لازم برای کاهش خطر بلا را نیز تشویق و تسهیل می‌کنند. بازیابی، فرصتی برای توسعه پایدار و به کارگیری اقدام‌های کاهش خطر بلا یا را فراهم می‌کند.

واحد بهداشتی درمانی: منظور از واحد بهداشتی درمانی عبارت است از:

- * بیمارستان
- * پایگاه اورژانس
- * مرکز بهداشت استان
- * مرکز بهداشت شهرستان
- * مرکز خدمات جامع سلامت شهری
- * مرکز خدمات جامع سلامت روستایی
- * مرکز خدمات جامع سلامت شهری روستایی
- * پایگاه بهداشت
- * خانه بهداشت

انواع و مراحل تدوین برنامه پاسخ به بلا یا و فوریت‌ها

برنامه‌های پاسخ به بلا یا و فوریت‌ها به دو نوع راهبردی و عملیاتی تقسیم می‌شوند. این دو واژه، به طور قراردادی، به ترتیب معادل واژه‌های Eop^(۱) و IAP^(۲) در نظر گرفته

1. Emergency Operations Plan

2. Incident Action Plan

تدوین برنامه‌های پاسخ به بلایا و فوریت‌ها: فاز زمانی، تعاریف و توالی بازبینی

توالی بازبینی	تعریف	اقدام	فاز زمانی
سالیانه	فراوانی وقوع مخاطرات و سطح خطر و ایمنی آن را برای هر جامعه تعیین و اولویت بندی می‌کند.	ارزیابی خطر و ایمنی	قبل از وقوع حادثه
سالیانه	به بیان مبانی، سیاست‌ها و دستورالعمل‌های عملیات پاسخ می‌پردازند	تدوین برنامه راهبردی پاسخ یا EOP	قبل از وقوع حادثه
به محض دریافت خبر حادثه و میزان آسیب‌های وارده آغاز می‌شود. بسته به نوع مخاطره، گستردگی آسیب و تغییرات منطقه متاثر، در باره تکرار ارزیابی، فرماندهی حادثه تصمیم‌گیری می‌کند.	پس از وقوع یک حادثه، میزان و گستردگی آسیب، نیازها و منابع در دسترس را مشخص می‌کند.	ارزیابی آسیب‌ها و نیازها	بعد از وقوع حادثه
بسته به گزارش‌های متوالی ارزیابی آسیب‌ها و نیازها به صورت ساعتی یا روزانه بازبینی می‌شود. زمان شروع و ختم IAP، معادل طول زمان عملیات پاسخ است. طول زمان پاسخ توسط فرماندهی حادثه در سطح مربوط تعیین می‌شود.	به چگونگی عملیاتی کردن EOP در یک منطقه آسیب دیده خاص می‌پردازد، به ازای هر حادثه یک IAP تدوین می‌شود.	تدوین برنامه عملیاتی پاسخ یا IAP	بعد از وقوع حادثه

عملیاتی می‌شود و عملیات پاسخ توسط دو حوزه بهداشت و درمان انجام می‌گیرد. در معاونت‌های بهداشت مسؤلیت هماهنگی به عهده دفتر مدیریت و کاهش خطر بلایاست که مسؤلیت کمیته بهداشت کار گروه را بر عهده دارد.

همه واحدهای ارایه دهنده خدمت در کشور موظف به تشکیل کمیته مدیریت بحران هستند که دستورالعمل آن ابلاغ شده است. هماهنگی حداکثری با همه کارگروه‌های سازمان مدیریت بحران، سازمان پدافند غیر عامل نیروهای نظامی و انتظامی و امنیتی در برنامه‌ریزی و اجرای عملیات پاسخ الزامی است.

۲) سامانه فرماندهی حادثه

برای ایجاد هماهنگی و جلوگیری از تداخل وظایف و عملکردها لازم است همه واحدهای عملیاتی تحت یک فرماندهی واحد ارایه خدمت کنند. برای رسیدن به این هدف نیاز به ساختار فرماندهی یکسان در همه واحدها است. فرمانده عملیات در سطح دانشگاه، رئیس

شده‌اند. مقدمه تدوین EOP، ارزیابی خطر و مقدمه تدوین IAP که بر اساس اصول ارایه شده در EOP انجام می‌شود، ارزیابی آسیب‌ها و نیازهای منطقه متاثر از یک حادثه است. جدول بالا، توالی، تعاریف و خصوصیات موارد فوق را نشان می‌دهد:

مبانی عملیات پاسخ

مبانی عملیاتی مورد نظر EOP عبارتند از:

۱. ساختار مدیریت بحران
۲. سامانه فرماندهی حادثه
۳. اعلام شرایط اضطراری و پایان آن
۴. سطح بندی حادثه

۱) ساختار مدیریت بحران

EOP در قالب فرآیندهای کار گروه سلامت در حوادث غیر مترقبه، مستقر در مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی و کمیته‌های تخصصی آن بوده و توسط EOC^(۱)

1. Emergency operation center

دانشگاه، در سطح شهرستان رئیس شبکه و در سطح واحد ارایه دهنده خدمت، رئیس واحد است.

۳) اعلام شرایط اضطراری و پایان آن

مرجع تعیین اعلام شرایط اضطراری و پایان آن، EOC (مرکز هدایت عملیات بحران) وزارت، قطب یا دانشگاه (بسته به وسعت حادثه) است، اما در مواردی ممکن است اولین دریافت هشدار یا اعلام شرایط توسط واحدهای محیطی انجام شود. نمونه آن سیل های برق آسا یا وقوع رانش زمین است. در این حالت مرکز یا بیمارستان سریع تر از مرکز هدایت عملیات بحران دانشگاه از حادثه مطلع شده و باید سامانه فرماندهی حادثه خود را فعال کند. در صورتی که اعلام شرایط اضطراری به دلیلی

توسط سطح بالا دست انجام نگیرد و واحدهای ارایه خدمات تابع شهرستان، از حادثه مطلع یا با آن مواجه شود، واحد مربوطه موظف است خبر را فوری به سطح بالاتر اعلام کند. در ضمن انجام اقدام های حیاتی در سطح واحد، مانند فعال سازی سامانه فرماندهی حادثه، تخلیه، فراخوان نیروها و ارایه خدمات باید به طور همزمان انجام شود. اعلام آغاز شرایط اضطراری در هر واحد ارایه خدمت به عهده فرمانده عملیات آن واحد است.

۴) سطح بندی حادثه

مرجع تعیین سطح حادثه، اعلام شرایط اضطراری و پایان آن، EOC دانشگاه (قطب یا کشور بسته به وسعت حادثه) است.

تعریف	سطح حادثه
شرایط عادی	E0
وسعت حادثه در سطح یک یا چند واحد بهداشتی درمانی است، لیکن کمک شهرستان لازم نیست	E1
وسعت حادثه در سطح یک شهرستان است و کمک دانشگاه لازم نیست.	E2
وسعت حادثه در سطح یک دانشگاه علوم پزشکی است. (بیش از یک شهرستان درگیر است یا به هر دلیلی کمک دانشگاه ضروری است)	E3
وسعت حادثه در سطح یک قطب است. (بیش از یک دانشگاه درگیر است یا به هر دلیلی کمک سایر دانشگاه های قطب ضروری است)	E4
وسعت حادثه در سطح ملی است. (بیش از یک قطب درگیر است یا به هر دلیلی مداخله سطح ملی ضروری است)	E5
کمک بین المللی لازم است.	E6



نتیجه گیری



با توجه به اینکه EOP واحدهای بهداشتی می تواند هماهنگی راهبردی درون و برون بخشی را در مدت زمان کوتاه فراهم کند؛ لذا ضروری به نظر می رسد تا همه واحدهای بهداشتی درمانی EOP واحد را تهیه کرده و توالی بازبینی نیز انجام شود تا در زمان وقوع مخاطره در اسرع وقت برنامه عملیاتی شود.

منابع

- * برنامه ملی پاسخ نظام سلامت در بلایا و فوریت ها تهیه و تدوین (علی اردلان و سایر)
- * دستورالعمل برنامه پاسخ به بلایا و فوریت ها (وزارت بهداشت)

به این موضوع امتیاز دهید (۱۰ تا ۱). . کد موضوع ۹۸۲۴ . پیامک ۳۰۰۷۲۷۳۱۰۰۱ . نحوه امتیازدهی: امتیاز- شماره مقاله . مثال: اگر امتیاز شما ۸۰ باشد (۹۸۲۴-۸۰)

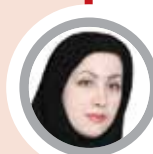


پیشگیری از رفتارهای مخاطره آمیز در نوجوانان

اهداف آموزشی

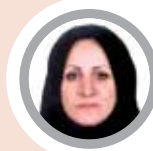
امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه:

- رفتارهای مخاطره آمیز را تعریف کنند.
- سه مورد از عوامل بروز رفتارهای پرخطر در نوجوانان را توضیح دهند.
- راهکارهای پیشگیری از بروز ایجاد رفتار پرخطر در نوجوانان را ذکر کنند.



فاطمه مرداسی

مربی مرکز آموزش بهورزی دانشکده علوم پزشکی شوشتر



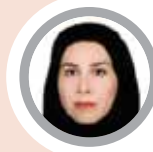
ناهید بازرگانیان

کارشناس مسؤول سلامت نوجوانان و مدارس دانشگاه علوم پزشکی گیلان



فلورا فهیم

مربی مرکز آموزش بهورزی دانشگاه علوم پزشکی گیلان



مهناز خوش ودود

مربی بهداشت خانواده مرکز آموزش بهورزی دانشگاه علوم پزشکی گیلان



مقدمه

نوجوانی یکی از چالش برانگیزترین دوره‌های زندگی انسان است. تجربه‌های شخصی، زیستی و روان‌شناختی، تغییرات گسترده‌ای را در این دوره به وجود می‌آورد و طی این تغییرات، افراد محرک‌های رفتاری و هیجانی جدید و متفاوتی را برای زندگی بزرگسالی خود کشف می‌کنند. نوجوانان به دلیل خودمحور بودن، دریافت صحیحی از نتایج مخاطره‌آمیز ندارند.

دوره نوجوانی و جوانی با محیطی پیچیده و متغیر، تعیین‌کننده نحوه سازگاری و رفتارهای مرتبط با سلامت افراد است. نوجوانی بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی شامل گروه سنی ۱۰ تا ۱۹ سال است که دوره گذر از کودکی به بلوغ به شمار می‌رود. این گذار دارای ابعاد زیست‌شناختی، روان‌شناختی، اجتماعی و عاطفی است که نوجوانان را در معرض استرس‌های فراوانی قرار می‌دهد. در بسیاری از کشورها، تعداد نوجوانان و جوانان هم به صورت مطلق و هم نسبت به دیگر گروه‌های سنی، در حال افزایش است. در حال حاضر کشور ایران از جوان‌ترین جمعیت‌های دنیا به شمار می‌رود. در سنین نوجوانی و جوانی بسیاری از رفتارهای تأثیرگذار بر سلامت و شیوه زندگی شکل گرفته و در حقیقت این سنین بهترین فرصت ممکن برای سرمایه‌گذاری سلامت در جهت بهبود و رشد شاخص‌های سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی است.



تعریف رفتارهای مخاطره‌آمیز در نوجوانان

رفتارهای پرخطر به رفتارهایی اطلاق می‌شود که احتمال نتایج منفی و مخرب جسمی، روان‌شناختی و اجتماعی را برای فرد افزایش می‌دهد. چون نوجوانی یک دوره بحرانی از زندگی است، عوامل اجتماعی اقتصادی و خانوادگی نقش مهمی در سوگیری رفتاری این افراد دارند.

شناخت الگوهای رفتاری غلط و پرهیز از بروز این رفتارها در نوجوانان منجر به فراهم شدن زندگی سالم و کسب سلامتی و توانمندی این گروه خواهد شد.

چه خطراتی نوجوانان را تهدید می‌کند؟

عمده‌ترین رفتارهای پرخطر شامل موارد ذیل است:

۱. استعمال دخانیات
۲. اعتیاد و سوء مصرف مواد
۳. خشونت
۴. رفتارهای جنسی ناسالم
۵. الگوی تغذیه ناسالم
۶. کم‌تحرکی
۷. مصرف الکل

عوامل مؤثر در بروز رفتارهای مخاطره‌آمیز در نوجوانان می‌توان این عوامل را به دو دسته تقسیم کرد.

الف: عوامل فردی؛ از قبیل ویژگی‌های شخصیتی، وضعیت بهداشت روان و تاب‌آوری فرد، از قبیل اعتماد به نفس، خودارزشمندی، کنترل هیجان و...، نگرش نسبت به رفتارهای پرخطر، وضعیت تحصیلی و مؤلفه‌های مشابه دیگر است.

خویشنداری پایین

وقوع هر گونه رفتارهای مخاطره‌آمیز و انحرافی با خویشنداری پایین ارتباط مستقیم دارد. به طور کلی در دوره نوجوانی خویشنداری ضعیفی در فرد وجود دارد و تحقیقات نشان داده که بین رفتارهای نامشروع جنسی، رفتارهای بزهکارانه از جمله دزدی، نوشیدن الکل با خویشنداری پایین ارتباط مستقیم وجود دارد. مدیریت غلط والدین نیز می‌تواند منجر به خویشنداری

تحصیلی، نقص در مهارت‌های اجتماعی، نقص در توجه و تمرکز و مهارت‌های حل مسأله شود.

عزت نفس

عزت نفس عبارت است از: احساس ما درباره میزان ارزشی که دیگران برای ما قایلند و همچنین اینکه ما چه میزان برای خودمان ارزش قایلیم و خود را قبول داریم. احساس ما درباره خودمان بر چگونگی زندگی ما تأثیر می‌گذارد. افرادی که احساس می‌کنند دوست داشتنی و جذاب هستند روابط بهتری برقرار می‌کنند و اگر به کمک یا حمایتی احتیاج داشته باشند از دوستان و خانواده‌آسان‌تر کمک می‌گیرند و در مدرسه می‌توانند موفق‌تر باشند.

ب: عوامل محیطی و اجتماعی: از قبیل وضعیت خانوادگی، دوستان و همسالان، محیط زندگی فرد



بی‌ثباتی خانواده

مشکلات خانوادگی از جمله بی‌ثباتی خانواده، با رفتارهای مخاطره‌آمیز در مدرسه و خارج از مدرسه مرتبط است. روابط ضعیف نوجوان با والدین، بخشی از رفتارهای جنسی مخاطره‌آمیز و رفتارهای ضد اجتماعی را تبیین می‌کند. بنابراین به عامل پیوستگی بین اعضای خانواده به عنوان عامل محیطی در مقابل رفتارهای مخاطره‌آمیز نوجوان می‌توان اشاره کرد.

همسالان

نوجوانان از همراه بودن با دوستان خود از آنجا که در موقعیتی مشابه هستند، احساس آرامش می‌کنند. همسالان تأثیر عمیقی بر روی یکدیگر می‌گذارند. دوستان خوب می‌توانند الگوهای مثبتی برای فرزندان ما باشند و باعث اجتماعی شدن و دلگرمی و ایجاد تجربیات جدید در آن‌ها شوند. ولی در عین حال ممکن است برخی از همسالان و دوستان نزدیک نوجوان را

پایین در فرزندان شود. برای خویشتنداری پایین، ۶ ویژگی شامل: تکانشی بودن، عمل به وظایف ساده، جستجوی مخاطره، فیزیکی بودن در مقابل ذهنی بودن، خودخواهی و عصبی بودن را می‌توان در نظر گرفت.

عدم دلبستگی ایمن نوجوان با والدین

دلبستگی، پیوند مؤثر و دوامی است که به وسیله تمایل به جستجو و حفظ نزدیکی به یک شخص به ویژه در هنگام استرس، مشخص می‌شود. فقدان دلبستگی ایمن بین کودک و مراقبش (والدین) می‌تواند منجر به اختلال رفتاری، اضطراب، پرخاشگری، اعتیاد، شکست

“

دوستان خوب می‌توانند الگوهای مثبتی برای فرزندان ما باشند و باعث اجتماعی شدن و دلگرمی و ایجاد تجربیات جدید در آن‌ها شوند.

”

قناعت، ثروتی است پایان‌ناپذیر. حضرت علی علیه السلام

راه‌های پیشگیری از رفتارهای مخاطره‌آمیز در نوجوانان

۱. نوجوانان را با تغییرات دوران بلوغ آشنا کنیم.
۲. در مواردی که خطری آن‌ها را تهدید نمی‌کند، با خیال راحت به آن‌ها آزادی عمل بدهیم و با همین اختیارات محدود به او یاد بدهیم که خودش باشد و برای زندگی‌اش تصمیم بگیرد، همچنین با مشورت گرفتن از او در امور خانه در کسب استقلال یاری‌اش کنیم.
۳. با آرام نگه داشتن محیط خانواده و با الگوسازی مناسب و مثبت به نوجوانان خود کمک می‌کنیم که ریسک‌های کم‌خطر را انتخاب کنند.
۴. به ابعاد خودمراقبتی جسمی مانند خوردن غذای سالم، استراحت کافی، انجام فعالیت بدنی، پرهیز از رفتارهای پرخطر و تفریح مناسب و خودمراقبتی عاطفی مانند مدیریت هیجانات و احساسات و مقابله با مشکلات، یادگیری مهارت‌های زندگی و در صورت بروز مشکل مراجعه به روانشناس، در نوجوان توجه کنیم.
۵. در صورت بروز مشکل از خود نوجوان کمک بگیریم.

“

افرادی که احساس می‌کنند دوست داشتنی و جذاب هستند روابط بهتری برقرار می‌کنند و اگر به کمک یا حمایتی احتیاج داشته باشند از دوستان و خانواده آسان‌تر کمک می‌گیرند

”

برای انجام برخی رفتارهای مخاطره‌آمیز تحت فشار قرار دهند. از این رو والدین باید در انتخاب دوست برای فرزندان‌شان، دقت لازم را داشته باشند.

این دسته‌بندی را می‌توان با جزئیات بیشتر این‌گونه عنوان کرد:

عوامل روانی عاطفی: از قبیل افسردگی، اضطراب، استرس، پرخاشگری شکست‌های عاطفی، سوگ ناشی از طلاق والدین، ناکامی‌ها، کم‌توجهی و کمبود عاطفی، تحقیر شدن

عوامل خانوادگی: از قبیل بدسرپرستی، جدایی والدین، سابقه رفتارهای پرخطر در خانواده، الگوها و شیوه‌های نامناسب فرزندپروری

عوامل تحصیلی: از قبیل افت تحصیلی، تکرار پایه، سابقه فرار از مدرسه

عوامل محیطی و اجتماعی: از قبیل دوستی با افراد پرخطر، زندگی در محیط‌های پرخطر، همانندجویی رفتارهای پرخطر

عوامل نوپدید: از قبیل تأثیرپذیری از رسانه‌ها، همانندجویی با قهرمان‌های رسانه‌ای و به ویژه فیلم‌ها، انیمیشن‌ها و بازی‌های رایانه‌ای

عوامل ناشی از تجربه رفتارهای پرخطر: از قبیل تجربه حداقل یک بار گرایش به رفتارهای پرخطر، هر چند که برای سرگرمی و تفریح باشد.



مهرورزی با مردم، نمی‌از خرد است حضرت علی علیه السلام

شده، استرس در او کاهش یافته و نگاه مثبت به زندگی و اعتماد به نفس در او افزایش یابد.

توصیه‌های آموزشی مقابله با فشار همسالان به نوجوانان

* به احساس خود گوش دهید؛ چنانچه اگر در موقعیتی قرار بگیرید که احساس خوبی ندارید، حتی اگر به نظر برسد که دوستان‌تان با آن شرایط مشکلی ندارند، بدین معناست که چیزی در آن وضعیت برای شما مساعد نیست و باید آن موقعیت را ترک کنید.

* برای موقعیت‌هایی که تحت فشار همسالان قرار می‌گیرید باید از قبل برنامه ریزی کنید که اگر از طرف دوستان تحت فشار قرار گرفتید چگونه با این چالش روبرو شوید.

* براحتی نه بگویید! مثلاً در مقابل تعارف سیگار بگویید: «نه! به هیچ وجه»

* در صورتی که موقعیتی خطرناک به نظر می‌رسد بدون تردید از یک بزرگسال کمک بخواهید.

* همیشه با کسانی همراه باشید که رفتاری مشابه رفتار شما داشته باشند؛ چون مقاومت ۲ نفر در برابر فشار همسالان آسان‌تر است.

توصیه‌هایی برای ایجاد عزت نفس در نوجوان

* سعی کنید افکار منفی در مورد خودتان را کنار بگذارید.

* به جای کمال‌گرایی، کسب موفقیت در یک کار را به عنوان هدف خود تعیین کنید و از کارهایی که در آن‌ها توانا هستید لذت ببرید.

* به اشتباه‌های خود به عنوان فرصت‌هایی برای یادگرفتن نگاه کنید.

* دست به کارهای جدید بزنید تا استعدادهای خود را شکوفا سازید و از داشتن این مهارت‌های جدید



۶. اجازه خطا کردن به نوجوان را بدهیم تا از خطا کردن احساس گناه نکند و بتواند فرصت یافتن راه حل را بیابد.

۷. پدر و مادر با نوجوان خود رابطه‌ای عاقلانه و دوستانه برقرار کنند.

۸. به مهارت گوش دادن به نوجوان و تکیه بر نقاط قوت او اهمیت دهیم.

همچنین مهارت‌های خودمراقبتی را به آن‌ها آموزش دهیم، خطراتی که آن‌ها را تهدید می‌کند بشناسیم، عوامل مخاطره‌آمیز و تهدیدکننده آن‌ها را کنترل و کاهش دهیم، زمینه‌های بهداشت و سلامت روان آن‌ها را تقویت کنیم و تاب‌آوری آن‌ها در رویدادهای ناگوار و شرایط مخاطره‌آمیز را افزایش دهیم. خودمراقبتی شامل اتخاذ شیوه زندگی سالم و جلوگیری از حوادث و بلایا و آگاهی مراقبت از خود است و این اقدام‌ها باعث می‌شود که نوجوان از سلامت جسمی و ذهنی برخوردار



هرکس رابطه میان خود و خدا را اصلاح کند، خدا نیز رابطه میان او و مردم را اصلاح می‌کند حضرت علی علیه السلام

احساس غرور کنید.

- * مشخص کنید که چه چیزهایی را می‌توانید تغییر دهید و چه مواردی را نمی‌توانید. اگر چیزی را نمی‌توانید تغییر دهید، مثل قدتان، سعی کنید آن را همانگونه که هست دوست بدارید.
- * برای خود اهداف مشخصی تعیین کنید.
- * به عقاید و نظرات خود افتخار کنید و از بیان کردن آن‌ها نترسید.
- * به دیگران کمک کنید کمک به دیگران باعث افزایش عزت نفس شما می‌شود.
- * ورزش کنید.

* با دوستانتان اوقات خوشی را بگذرانید.

با مشاهده نشانه‌های ذیل می‌توانیم متوجه علایم هشدار دهنده خطر در نوجوان خود شویم: تغییر در الگوی خواب و تغذیه، تغییر در ظاهر فیزیکی، تغییر در خلق و خو و رفتارها، نبود تمرکز و اختلال در پیگیری فعالیت‌های تحصیلی، پرهیز از ارتباط با اعضای خانواده یا کاهش آن، گوشه‌گیری و تمایل زیاد به تنهایی، افت تحصیلی، غیبت و تأخیر در مدرسه، فقدان یا کاهش علاقه به فعالیت‌های ورزشی، بازی‌ها و سرگرمی‌ها، دوستی با افراد پرخطر یا کسانی که تمایل ندارد آن‌ها را به خانواده معرفی کنند.



نتیجه‌گیری



امروزه اهمیت دوران نوجوانی بر هیچ صاحب نظری پوشیده نیست و با توجه به چالش‌ها و رفتارهای مخاطره‌آمیزی که در این دوره از زندگی نمود بیشتری پیدا می‌کند، مراقبت‌های دوران نوجوانی در سیستم بهداشتی، بیش از هر زمان دیگری مورد توجه قرار گرفته است؛ لذا انتظار می‌رود، تدوین برنامه‌های آموزشی در زمینه کسب مهارت‌های زندگی و چگونگی مقابله با رفتارهای پرخطر، در این گروه سنی به روش فعال و از طریق جلب مشارکت نوجوانان، خانواده‌ها و اولیای مدارس در صدر اولویت‌های بهداشتی قرار گیرد. برای کاهش رفتارهای مخاطره‌آمیز در نوجوانان لازم است، کنترل و نظارت به همراه شیوه متقاعدسازی بر رفتار والدین حاکم باشد؛ یعنی والدین در هر زمانی از رفتار نوجوان آگاه باشند، رفتار انحرافی آنان را تشخیص دهند و سپس با روش‌های متقاعدسازی از جمله گفت‌وگو و آگاه‌سازی و روابط گرم توأم با پذیرش با نوجوان برخورد کنند. کنترل و نظارت والدین و محدود کردن آزادی، مکمل یکدیگر باشند، زیرا در تقویت خویشتنداری و کاهش رفتارهای مخاطره‌آمیز سهم بسزایی دارد.

منابع

- * مطلق محمد اسماعیل و همکاران. ۱۳۹۲. راهنمای آموزشی شیوه زندگی سالم. دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. ۸۰.
- * نیک منش، زهرا و همکاران. ۱۳۸۹. عوامل مؤثر بر رفتارهای مخاطره‌آمیز نوجوانان. مجله علوم رفتاری، ۳، ۲۳۳-۲۳۹.
- * اکبری، م، زارع، ح. ۱۳۹۱. پیش‌بینی رفتارهای مخاطره‌آمیز در نوجوانان و ارتباط آن با هیجان طلبی و سبک‌های تصمیم‌گیری. فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی، ۱.
- * طارمیان، ف. روانشناسی رشد نوجوان. تهران: نشر علم.
- * محمدخانی، شهرام. مدل ساختاری مصرف مواد در نوجوانان در معرض خطر: ارزیابی اثر مستقیم و غیرمستقیم عوامل فردی و اجتماعی. فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی. شماره ۲، ص ۱۶-۵.
- * صابری، فضل‌ا... علامه، زهرا. امیدی، رضیه. اسپنان، مرتضی. پیشگیری از رفتار مخاطره‌آمیز در نوجوانان و جوانان سنین بلوغ. انتشارات شهید حسین فهمیده؛ آموزش و پرورش استان اصفهان، چاپ ۱۳۸۹.
- * زهرانیک منش، زهرا خسروی، علیرضا کیامنش، شکوه‌السادات بنی‌جمالی، یحیی کاظمی، عوامل مؤثر بر رفتارهای مخاطره‌آمیز در نوجوانان. مجله علوم رفتاری؛ مقاله پژوهشی، پاییز ۱۳۸۹؛ دوره ۴، شماره ۲: صفحات ۲۳۳-۲۳۹.

به این موضوع امتیاز دهید (۱ تا ۱۰). کد موضوع ۹۸۲۵. پیامک ۳۰۰۰۷۲۷۳۱۰۰۱. نحوه امتیازدهی: امتیاز- شماره مقاله. مثال: اگر امتیاز شما ۸۰ باشد (۸۰-۹۸۲۵)

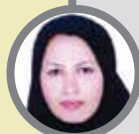


خودمراقبتی در بهداشت خواب

اهداف آموزشی

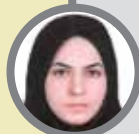
امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه:

- میزان نیاز به خواب را بیان کنند.
- نشانه‌های مربوط به خواب ناکافی را شرح دهند.
- اصول بهداشت خواب در خودمراقبتی را بیان کنند.



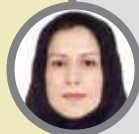
طاهره عزیزخانی

مدیر مرکز آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی فسا



زهرا زهدی

مربی مرکز آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی فسا



میتر کلاهی

کارشناس مسؤول آموزش و ارتقاء سلامت
دانشگاه علوم پزشکی کردستان



بدریه میری

کارشناس آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی کردستان



مقدمه

استراحت و خواب کافی برای حفظ و ارتقای سلامت جسمی و روانی، حفظ و ارتقای توان ذهنی و رشد و تکامل مطلوب ضرورت دارد. الگوی مطلوب خواب، الگویی است که به موجب آن، فرد در زمان مناسبی از شب بخوابد، خواب خوب و آرامی داشته باشد و در ساعت مناسبی از صبح نیز از خواب برخیزد. خواب کافی فواید جسمانی و روانی متعددی دارد. در طول خواب، جسم و ذهن ما به استراحت می‌پردازد و تجدید قوا می‌کند. احساس شادابی و برخورداری از انرژی کافی در طول روز را می‌توان از مهم‌ترین نشانه‌های خواب مطلوب شبانه دانست. وقتی افراد احساس کنند که شب نمی‌توانند خواب مناسبی داشته باشند، خیلی مضطرب می‌شوند. اقدام بموقع در خودمراقبتی بهداشت خواب جهت رفع این معضل از اهمیت زیادی برخوردار است.



به چه میزان خواب نیاز داریم؟

نیاز به خواب بر اساس سن و ویژگی‌های فردی تغییر می‌کند و به میزان فعالیت فرد نیز وابسته است. اغلب بزرگسالان در شبانه روز ۷ تا ۸ ساعت می‌خوابند اما بسیاری از مطالعات حاکی از آن است که نیاز افراد به خواب در طول شب از ۴ تا ۱۰ ساعت و بیشتر متغیر است. الگوی خواب با افزایش سن تغییر می‌کند. به عنوان مثال، نوزاد تازه متولد شده حدود ۱۶ یا ۱۷ ساعت از روز را در خواب می‌گذراند. به همان نسبت که کودکان بزرگ می‌شوند، به خواب کمتری نیاز پیدا می‌کنند، مثلاً در ۵ سالگی به ۱۱ ساعت خواب و در نوجوانی به ۸ یا ۹ ساعت خواب نیاز پیدا می‌کنند. وقتی افراد به سن ۳۰ سالگی خود می‌رسند به کمتر از ۸ ساعت خواب نیاز دارند و با گذر زمان این

مقدار کمتر و کمتر می‌شود. بسیاری از اشخاص در ۷۰ سالگی‌شان به کمتر از شش ساعت خواب نیاز دارند. تا زمانی که فرد از مدت زمان خواب خود احساس رضایت دارد درمان لازم نیست.

نشانه‌های کمبود خواب

- فردی که در طول شبانه روز خواب و استراحت کافی ندارد را معمولاً از روی این نشانه‌ها می‌توان شناخت:
- * در بیشتر اوقات روز احساس کسالت می‌کند.
 - * برای بیدار شدن مجبور است از زنگ ساعت استفاده کند.
 - * در طول روز احساس نیاز شدیدی به خواب خواهد داشت.
 - * در طول روز مجبور است کافئین مصرف کند تا راحت‌تر بیدار بماند.
 - * در طول روز در کلاس درس، خانه و محل کارش چرت می‌زند.
 - * هنگام تماشای تلویزیون خوابش می‌برد.
 - * هنگام حضور در فعالیت‌های ورزشی و مفرح، بیش از پیش، احساس خستگی خواهد کرد.

خواب آلودگی در نوجوانان

خواب کافی و مطلوب برای فعالیت جسمی و ذهنی ضرورت دارد، حتی به رشد و تکامل بدن در دوران کودکی و نوجوانی نیز کمک می‌کند، چرا که هورمون رشد در خواب آزاد می‌شود. دانش آموزانی که خواب و استراحت کافی ندارند نشاط و تمرکز لازم برای سایر فعالیت‌ها در مدرسه را ندارند. کودکان و نوجوانانی که اهل بازی رایانه، موبایل و... هستند کمتر از همسالان خود می‌خوابند و در طول روز بیشتر احساس خستگی می‌کنند.

عوارض خواب ناکافی در نوجوانان و جوانان

۱. افزایش خطر آسیب‌های غیر عمدی مثل تصادف‌های جاده‌ای
۲. کاهش توان یادگیری و تمرکز در حل مسأله
۳. کج خلقی (عصبانیت، ناراحتی، بهانه‌جویی و ترس)، ناپایداری هیجانی و مشکلات رفتاری
۴. افزایش احتمال استفاده از محرک‌ها

و مشکلات تنفسی هستند نیز می‌تواند خواب را تحت تأثیر قرار دهد.

* برخی از داروها نیز می‌تواند در خواب اختلال ایجاد کند.

۳) دلایل وابسته به اختلال‌های روانی

استرس، اضطراب و نگرانی: خواب به راحتی تحت تأثیر وضعیت احساسی فرد قرار می‌گیرد. اگر فردی نگران چیزی بوده یا دچار استرس باشد، اغلب خوابش نمی‌برد. **افسردگی:** اگر فردی دچار افسردگی باشد، خوابش مشوش می‌شود. برای فرد افسرده خیلی عادی است که صبح زود از خواب بیدار شود و دیگر خوابش نبرد یا کلاً نتواند بخوابد. افسردگی از شایع‌ترین علت‌های بی‌خوابی است.

۴) محیط اطراف

این امر می‌تواند تفاوت بزرگی در وضعیت خواب ایجاد کند. به عنوان مثال، اتاق خوابی که بیش از حد گرم یا بیش از حد سرد باشد. تختی که خیلی سفت یا خیلی نرم باشد، اتاقی که خیلی پرسرو صدا یا روشن باشد، همگی می‌توانند وضعیت خواب فرد را تحت تأثیر قرار دهند.

۵) شرایط کاری

افرادی که شیفتهی کار می‌کنند و اغلب شیفته کارشان عوض می‌شود، خواب نامطلوبی دارند.



چه عواملی باعث بروز اشکال در خواب می‌شود؟

۱) دلایل وابسته به سن

همان‌طور که گفته شد افراد با افزایش سن نیاز کمتری به خواب پیدا می‌کنند و خواب‌شان سبک‌تر می‌شود. علاوه بر این، گاهی اوقات افراد به خواب در طول روز عادت می‌کنند که باز هم نیاز آن‌ها به خواب را در طول شب کاهش می‌دهد. این امر خود مشکل نیست، بلکه اغلب نخوابیدن در شب عاملی است برای ایجاد احساس نگرانی و پریشانی که این احساسات خود منجر به بدخوابی می‌شود.

۲) دلایل پزشکی

دلایل پزشکی مربوط به خواب به خواب بد ممکن است به سن ربط داشته یا نداشته باشد. برخی از نمونه‌ها عبارتند از:

* نیاز به دستشویی رفتن در طول شب که در دوره پیری بیشتر می‌شود. حدود ۶۰ درصد از زنان و ۷۰ درصد از مردان بالای ۶۵ سال حداقل یک بار برای رفتن به دستشویی در طول شب از خواب بیدار می‌شوند که در مردان به دلیل بزرگ شدن پروستات اتفاق می‌افتد.

* وقفه تنفسی (آپنه) به دلیل وزن بیش از حد، چربی اطراف گردن و ساختار غیرطبیعی صورت موجب اختلال خواب می‌شود.

* حاملگی به علت تغییرات هورمونی و فشار جنین

* یائسگی به علت تغییرات هورمونی و افزایش وزن

* دلیل دیگر پزشکی می‌تواند درد باشد، این مسأله نیز در افراد مسنی که مبتلا به دردهای مفصلی مانند آرتروز هستند، یا دچار دیابت، فشار خون بالا



“

خواب به راحتی تحت تأثیر وضعیت احساسی فرد قرار می‌گیرد. اگر فردی نگران چیزی بوده یا دچار استرس باشد، اغلب خوابش نمی‌برد.

”

اصول بهداشت خواب

- * هر شب در وقت معینی به رختخواب بروید و هر روز حتی در تعطیلات در وقت معینی از خواب بیدار شوید.
- * فقط اوقات خواب را در بستر بگذرانید. سپری کردن زمان طولانی در بستر، خواب را منقطع می‌کند.
- * از اتاق خواب تنها برای خوابیدن استفاده کنید نه جر و بحث یا کارهایی مانند تماشای تلویزیون
- * مصرف کافئین (چای، قهوه و کولا)، نیکوتین، الکل و محرک‌ها را به ویژه قبل از خواب متوقف کنید.
- * از چرت زدن روزانه بپرهیزید.
- * حمام آب گرم را به مدت بیست دقیقه قبل از خواب

امتحان کنید.

- * اتاق خواب باید آرام و تاریک باشد. بهتر است محل خواب خنک نیز باشد.
- * پیش از خواب تلویزیون تماشا نکنید و به نمایشگر رایانه نیز خیره نشوید. مطالعه کتاب و روزنامه توصیه می‌شود.
- * غروب‌ها از روش آرام‌سازی استفاده کنید.
- * محیط خواب خود را ارزیابی کنید آیا چیزی وجود دارد که باعث بیدار ماندن شما شود؟ اگر سر و صدایی در محیط هست که مانع خوابیدن شما می‌شود، از گوش گیر یا اشیای مشابه استفاده کنید. اگر این عامل نور است، از پرده‌های تاریک‌کننده اتاق استفاده کنید.
- * به شکل منظم ورزش کنید. اگر در کل روز ساکن نباشید بندرت احساس خواب‌آلودگی خواهید کرد.
- * قبل از این که به بستر بروید ورزش نکنید چون خوابیدن را دشوار می‌کند.
- * از خوردن وعده‌های سنگین غذایی یا نوشیدن مقدار زیادی از مایعات قبل از خواب خودداری کنید.



نتیجه‌گیری



الگوی مطلوب خواب، الگویی است که به موجب آن، فرد در زمان مناسبی از شب بخوابد، خواب خوب و آرامی داشته باشد و در ساعت مناسبی صبح از خواب برخیزد. لازم است به تمام اعضای بدن تان، به ویژه مغز، اجازه بدهید به اندازه کافی استراحت کنند. خواب کافی فواید جسمانی و روانی متعددی دارد. در طول خواب، جسم و ذهن ما به استراحت می‌پردازد و تجدید قوا می‌کند. کمبود خواب می‌تواند خطر ابتلا به بسیاری از بیماری‌ها را افزایش دهد. افرادی که از خواب کافی برخوردار نیستند سیستم ایمنی ضعیف‌تری دارند و بیشتر از دیگران در معرض آسیب هستند.

پیشنهاد: اقدام بموقع برای رفع مشکلات خواب از اهمیت زیادی برخوردار است و با خودمراقبتی می‌توان از اختلال خواب و پیشرفت آن پیشگیری کرد. برای غلبه بر بی‌خوابی و البته مکمل هر درمان دیگری رعایت بهداشت خواب ضرورت دارد و عمل به توصیه‌های بهداشتی در بسیاری از موارد، کمک‌کننده است.

منابع

- * کیاسالار، محمد. سبک زندگی سالم (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی).
- * کیاسالار، محمد. خودمراقبتی در ناخوشی‌های جزئی (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی).

به این موضوع امتیاز دهید (۱ تا ۱۰). کد موضوع ۹۸۲۶. پیامک ۳۰۰۰۷۲۷۳۱۰۰۰۱. نحوه امتیازدهی: امتیاز- شماره مقاله. مثال: اگر امتیاز شما ۸۰ باشد (۸۰-۹۸۲۶)

اهمیت بررسی سلامت روان در برنامه تحول سلامت

اهداف آموزشی

از خوانندگان محترم انتظار می‌رود بعد از مطالعه مقاله:

- مفهوم سلامت روان را توضیح دهند.
- عوامل مؤثر بر وقوع اختلال‌های سلامت روان را دسته‌بندی کنند و نقش هر دسته را در بروز و شیوع بیماری‌ها در جامعه توضیح دهید.
- دسته‌بندی برنامه‌های سلامت روان را به لحاظ سطوح پیشگیری شرح دهند.

نفیسه بنایی نیاسر

کارشناس مسؤول آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی سمنان



فاطمه منصوریان

مدیر مرکز آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی سمنان



مهدی فلاحتی

کارشناس سلامت روان
دانشگاه علوم پزشکی مشهد



مقدمه

طبق برآورد سازمان جهانی بهداشت، از هر چهار نفر، یک نفر در طول زندگی به یکی از اختلال‌های روان‌پزشکی مبتلا خواهد شد. افسردگی، اضطراب، اختلال سوءمصرف مواد و اسکیزوفرنیا از مهم‌ترین این اختلال‌ها هستند.

در اجرای بند یک اصل ۱۱۰ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۹۳، سیاست‌های کلی سلامت توسط مقام معظم رهبری ابلاغ شد. در بند سوم این سیاست‌ها، به ارتقای سلامت روانی جامعه با ترویج سبک زندگی ایرانی اسلامی، تحکیم بنیان خانواده، رفع عوامل تنش‌آفرین در زندگی فردی و اجتماعی، ترویج آموزش‌های اخلاقی و معنوی و ارتقای شاخص‌های سلامت روانی اشاره شده است.

باربیماری‌ها در اختلال‌های سلامت روان

در سال ۲۰۰۶، حدود ۱۳ درصد از کل بار بیماری‌ها به علت اختلال روانی ارزیابی شده و این میزان تا سال ۲۰۲۰ به ۱۶ درصد افزایش خواهد یافت. در کل جهان میزان شیوع اختلال روانی در تمام طول عمر بیش از ۲۵ درصد و شیوع این اختلال در هر مقطع زمانی حدود ۱۰ درصد در جمعیت بالغ تخمین زده می‌شود.

مطالعه بار بیماری‌ها در ایران نشان می‌دهد که اختلال‌های روانی درصد قابل توجهی از بار بیماری‌ها را به خود اختصاص می‌دهد و این در حالی است که عوامل مؤثر بر بسیاری از بیماری‌ها و مرگ و میرهای ناشی از بیماری‌های قلب و عروق، منشأ روان‌شناختی دارد و به استرس و سبک زندگی ناسالم مرتبط است.

در ایران، شیوع تمام عمر اختلال‌های روانی در جمعیت بالای پانزده سال کشور بیش از ۲۰ درصد برآورد می‌شود که در این میان اختلال‌های خلقی و اضطرابی بیش‌ترین شیوع را دارند. شیوع این اختلال‌ها در ایران در هر مقطع زمانی بیش از ۱۰ درصد تخمین زده شده است. در زنان، افسردگی در صدر اختلال‌ها در ایجاد بار کلی بیماری‌ها قرار دارد. در کودکان نیز شیوع اختلال روانی در هر مقطع زمانی بیش از ۱۰ درصد برآورد می‌شود. علاوه بر این، چه در کودکان و چه در بزرگسالان، مشکلات روانی اجتماعی (غیر از اختلال‌های روانی) مانند خشونت، بزهکاری و افت تحصیلی، شیوعی بیش از ۲۰ درصد دارد. اختلال‌های روانی با ایجاد هزینه‌های مستقیم بار مالی اقدام‌های تشخیصی، درمانی، بازتوانی

“

در زنان، افسردگی در صدر اختلال‌ها در ایجاد بار کلی بیماری‌ها قرار دارد. در کودکان نیز شیوع اختلال روانی در هر مقطع زمانی بیش از ۱۰ درصد برآورد می‌شود.

”

جمهوری اسلامی ایران همگام با سایر کشورهای جهان در جهت پیشبرد سطح سلامت جسمی، روانی و اجتماعی افراد، در سال ۱۳۶۷ خدمات سلامت روان را در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه ادغام کرد و آن را در کشور توسعه داد. در سال ۱۳۸۴، با شروع برنامه پزشک خانواده، خدمات سلامت روان در این برنامه ادغام شد. در سال ۱۳۹۰، دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، برنامه جامع ارتقای سلامت روان کشور مبتنی بر نقشه تحول نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران را تدوین کرد که در آبان ماه سال ۱۳۹۱ توسط وزیر بهداشت وقت به همه دانشگاه‌های علوم پزشکی ابلاغ و لازم الاجرا شد.

در سال ۱۳۹۲، در راستای طراحی و استقرار طرح تحول نظام سلامت در حوزه بهداشت، کارشناس سلامت روان به عنوان یکی از بازوهای اصلی مداخله در جهت ارائه خدمات روان‌شناختی در سطح اول ارائه خدمات سلامت در کنار پزشک عمومی و سایر اعضای تیم سلامت در مراکز خدمات جامع سلامت شهری قرار گرفت تا بر اساس فلوچارت‌های ارائه خدمات در حوزه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد انجام وظیفه کند.

مفهوم سلامت روان

سازمان جهانی بهداشت در دیدگاه نوین خود سلامت را برخورداری از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی معنی کرده‌است. در این میان سلامت روان واژه‌ای است که بیانگر توانایی شناختی و عاطفی یک فرد برای برخورداری از یک زندگی بارور است. سلامت روان بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت روان به حالتی از رفاه اطلاق می‌شود که در آن فرد توانایی‌های خود را می‌شناسد و می‌تواند بر تنش‌های روانی معمول در زندگی فایز آمده و به شکلی کارآمد متمرکز باشد. مفهوم سلامت روان شامل رفاه ذهنی، احساس خودتوانمندی، خودمختاری، کفایت، درک همبستگی بین نسلی و توانایی تشخیص استعدادها بالقوه هوشی و عاطفی در خود است.

دوران بارداری، بهبود برنامه‌های آموزشی مدارس، آموزش مهارت‌های فرزندپروری، مهارت‌های زندگی، حمایت‌های روانی اجتماعی از آسیب‌دیدگان بحران‌ها و بلایا، کمک به کودکان تک سرپرست، آموزش پیشگیری از همسرآزاری، مشاوره ازدواج، مشارکت مادران در برنامه‌های بهداشت اشاره کرد که این امر مهم با حضور موثر و پررنگ بهورز و مراقبان سلامت امکان‌پذیر خواهد بود.

در پیشگیری سطح دوم می‌توان با تشخیص زودهنگام اختلال‌های روان‌پزشکی، اعتیاد و مشکلات اجتماعی، درمان و مدیریت آن‌ها را در همان مراحل اولیه آغاز کرد. ایده اصلی در پیشگیری سطح دوم، حمله به مشکلات در زمانی است که قابل مهار هستند یعنی پیش از آن که در مقابل تغییر و مداخله، مقاوم شوند. اغلب در این نوع پیشگیری غربالگری توصیه می‌شود. این غربالگری در حوزه بهداشت توسط بهورز و مراقبان سلامت و با توجه به تکمیل فرم‌های گروه سنی انجام می‌شود که با تکمیل آن اختلال‌های روان‌پزشکی، کودک‌آزاری، همسرآزاری، سالمند‌آزاری و افراد دارای سوءمصرف مواد شناسایی می‌شود که با ارزیابی اولیه، شناسایی افراد دارای اختلال یا مشکل و ارجاع مناسب و آموزش بیمار و خانواده بیمار گام بسیار مؤثری در درمان اختلال‌ها و کاهش بار بیمارها برداشته می‌شود.

در پیشگیری سطح سوم کاهش مدت و عوارض اختلال‌های روان‌پزشکی، اعتیاد و مشکلات اجتماعی

“

از هر چهار نفر، یک نفر در طول زندگی به یکی از اختلال‌های روان‌پزشکی مبتلا خواهد شد. افسردگی، اضطراب، اختلال سوءمصرف مواد و اسکیزوفرنیا از مهم‌ترین این اختلال‌ها هستند

”



و پیشگیری و هزینه‌های غیرمستقیم مثل کاهش توان فردی، کاهش نیروی مولد جامعه و بارخانوادگی، اثرات زیانباری بر جامعه می‌گذارند، به طوری که بیشترین علت از کارافتادگی‌ها را در کشور ما تشکیل می‌دهند. از این رو کاهش بار اختلال‌های روانی از اهداف برنامه‌های توسعه قرار داشته و نیازمند به کارگیری جدی راهکارها و منابع مختلف در این راه است.

با توجه به موارد فوق و نگاهی به سطوح پیشگیرانه بیماری‌ها می‌توان به اهمیت بررسی وضعیت سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد در مراجعان گروه سنی و نقش بارز بهورزان / مراقبان سلامت پی برد.

در پیشگیری سطح اول می‌توان از طریق کاهش شرایط زمینه‌ساز، خطر ابتلا به بیماری روان‌پزشکی، اعتیاد و مشکلات اجتماعی را کاهش داده یا از بروز آن جلوگیری کرد. از جمله مواردی که به کم کردن شرایط زمینه‌ساز کمک می‌کند می‌توان به مراقبت

کم می‌کند. محور اصلی این نوع پیشگیری، توان بخشی است که دامنه وسیعی دارد.

کار بهورزان و مراقبان سلامت در این سطح پیشگیری نیز همانند دو سطح قبل از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. بهورز و مراقب سلامت باید پس از شناسایی بیماران و افراد دارای مشکل شروع درمان توسط پزشک و کارشناس سلامت روان را مورد پیگیری و مراقبت قرار دهند. وضعیت آن‌ها را از جنبه استمرار درمان و مراجعه به پزشک یا کارشناس سلامت روان در موعد تعیین شده بررسی کنند. مصرف دارو و قطع نکردن آن بدون نظر پزشک، روند بیماری از نظر بهبود یا وخامت و ابتلا به اختلال توأم را بررسی کنند که این جنبه از کار بهورزان و مراقبان سلامت در این سطح پیشگیری همچون دو سطح قبلی از اهمیت بسیار ویژه‌ای برخوردار است.



پس از وقوع مورد هدف است. در نتیجه، پیشگیری سطح سوم از این جهت با پیشگیری سطح اول و دوم فرق دارد که هدفش کم کردن تعداد موردهای جدید اختلال‌های روانپزشکی، اعتیاد و مشکلات اجتماعی نیست بلکه ناتوانی‌ها و نقص‌های ناشی از آن‌ها را پس از تشخیص،



نتیجه گیری



کاهش بار اختلال‌های روانی از اهداف برنامه جامع ارتقای سلامت روان کشور در سه سطح پیشگیری اول، دوم و سوم مبتنی بر نقشه تحول نظام سلامت است.

پیشنهادها * حساس‌سازی جامعه در مورد اهمیت سلامت روان

* تأمین و به کارگیری نیروی انسانی مورد نیاز برنامه در مراکز خدمات جامع سلامت

* تأمین بودجه مورد نیاز

منابع

- * شریعت، وحید و همکاران. بسته آموزش و راهنمای عمل ویژه کارشناسان سلامت روان، بازبینی ۱۳۹۴.
- * راهنمای مراقبت از بیماری‌های روانپزشکی بزرگسالان (ویژه پزشکان) - ۱۳۷۸ - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- * مطالعه بار بیماری‌ها سال ۱۳۸۳ - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- * امین اسماعیلی، معصومه. بهداشت روان چیست؟ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی <http://www.iranmentalhealth.hbi.ir/Importance.htm>
- * World Health Organization. The Global Burden of Disease: 2004 Update. Geneva, Switzerland; WHO Press, 2008
- * Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 2005;62:617-627
- * Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J, Ustün TB, Wang PS. The global burden of mental disorders; an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. Epidemiol Psychiatr Soc 2009;18(1):23-33
- * Xu JQ, Kochanek KD, Murphy SL, Tejada-Vera B. Deaths: final data for 2007. National Vital Statistics Report 2010;58 (19).
- * Hebert LE, Scherr PA, Bienas JL, Bennett DA, Evans DA. Alzheimer's disease in the U.S. population: prevalence estimates from the 2000 census. Arch Neurol 2003;60:1119-22
- * WHO. Evidence, Information and Policy, 2000

به این موضوع امتیاز دهید (۱۰۰ تا ۱). کد موضوع ۹۸۲۷. پیامک ۳۰۰۷۲۷۳۱۰۰۱. نحوه امتیازدهی: امتیاز - شماره مقاله. مثال: اگر امتیاز شما ۸۰ باشد (۹۸۲۷ - ۸۰)



غربالگری سرطان های شایع کولورکتال، دهانه رحم، پستان

اهداف آموزشی

امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه:

- غربالگری سرطان را تعریف کنند.
- تفاوت تشخیص زود هنگام و غربالگری را توضیح دهند.
- عوامل مستعد کننده ابتلا به سرطان پستان، دهانه رحم و کولورکتال را شرح دهند.
- نشانه های ابتلا به سرطان پستان، دهانه رحم و کولورکتال را بیان کنند.

مقدمه

بر اساس اسناد سازمان جهانی بهداشت از ۴۰ درصد سرطان ها می توان پیشگیری کرد و مواردی هم که قابل پیشگیری نیستند، اگر در سایه خودمراقبتی، نگاه امیدوارانه به اثر بخشی روش های تشخیصی و درمانی و مراجعه بموقع و زود هنگام تشخیص داده شوند، درمان پذیرترند.



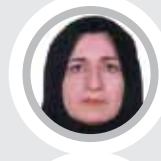
شیمای دین پرورز

کارشناس سلامت سالمندان و میانسالان
دانشگاه علوم پزشکی مشهد



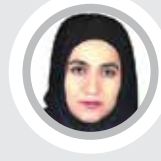
اکرم آقایی

مربی مرکز آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی یزد



طاهره ندوشن

کارشناس مسؤول آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی یزد



سمانه خاتمی

بهورز خانه بهداشت حسن آباد
دانشگاه علوم پزشکی یزد

سرطان چیست؟

* **آمی توجیه نشده:** بخصوص هنگامی که با تب‌های مکرر یا عفونت همراه باشد.

* **کاهش وزن ناگهانی**

عوامل تغذیه‌ای و شیوه زندگی کاهش‌دهنده ابتلا به سرطان‌ها:

- * کاهش مصرف چربی در رژیم غذایی
- * کم کردن چربی رژیم غذایی (کمتر از ۲۰ درصد کالری مصرفی روزانه)
- * کاهش مصرف شکر، ترشی، نمک و محصولات نمک سود شده
- * افزایش مصرف ویتامین‌ها
- * افزایش مصرف غذاهای فیبردار
- * کنترل وزن بدن
- * ورزش

غربالگری سرطان

غربالگری سرطان نوعی آزمایش غربالگری به شکل جستجوی سرطان پیش از ظهور نشانه‌های بیماری در فرد است. غربالگری به تشخیص و شناسایی زودهنگام سرطان کمک می‌کند. اساساً هدف اصلی انجام غربالگری این است که سرطان را در مراحل اولیه یعنی زمانی که هیچ علامت و نشانه‌ای ندارد، شناسایی کند. تشخیص بهنگام، پروسه درمان را کوتاه‌تر و در دسترس‌تر و نتیجه‌بخش‌تر خواهد کرد و به دنبال آن طول عمر افزایش می‌یابد.

سازمان بهداشت جهانی غربالگری را یکی از مهم‌ترین سلاح‌های مبارزه با سرطان معرفی کرده است.

اهداف غربالگری سرطان

غربالگری دو هدف اصلی و مهم را دنبال می‌کند که عبارتند از:

۱. کاهش یا حذف مرگ بر اثر سرطان در سرطان‌هایی که تا ۹۰ درصد قابل درمان هستند.
۲. کاهش تعداد افرادی که سرطان در آن‌ها، توسعه‌یافته و به مرحله پیش‌رونده می‌رسد.

واژه سرطان به رشد غیرطبیعی سلول‌ها گفته می‌شود. سلول‌های سرطانی قابلیت تهاجم به بافت‌های دیگر و در نهایت درگیری تمام اعضای بدن را دارند.

ارزیابی فرد از نظر سرطان:

بررسی دقیق سابقه قبلی پزشکی، خانوادگی، اجتماعی، فرهنگی، روانشناختی و شغلی فرد به همراه معاینه بالینی است. هر چیزی که شانس ابتلای فرد به سرطان را افزایش دهد عامل خطر نامیده می‌شود. برخی از افراد با وجود چندین عامل تهدیدکننده در بدن هرگز به سرطان مبتلا نمی‌شوند. اگر چه ممکن است بعضی از افراد بدون داشتن عوامل شناخته شده، مبتلا به سرطان شوند، با این حال شناخت عوامل خطر و خودمراقبتی در کنار معاینات منظم دوره‌ای در انتخاب آگاهانه شیوه زندگی و مراقبت بهداشتی کمک می‌کند.

نشانه‌های هشدار دهنده سرطان

* **زخمی که بهبود نمی‌یابد:** معمولاً زخم‌ها خود به خود بهبود می‌یابند، مثلاً زخم‌های دهان معمولاً طی ۲ هفته بهبود می‌یابند.

* **خونریزی یا ترشح غیر معمول:** وجود خون در ادرار یا منی، پیدایش خون در خلط سینه، وجود خون روشن در مدفوع یا مدفوع قیری رنگ، خونمردگی بیش از حد یا خونریزی که متوقف نمی‌شود.

* **توده یا ضخیم شدن در پستان یا محل دیگر:** قفسه سینه یا نوک پستان دردناک یا دچار پوسته‌ریزی، ترشح نوک پستان، غدد لنفاوی متورم یا وجود توده در گردن، زیربغل یا کشاله ران

* **سوء هاضمه یا مشکل در بلع:** احساس مکرر نیاز به پاک کردن گلو یا گیر کردن غذا در سینه

* **تغییر واضح در زگیل یا خال:** تغییر در اندازه، رنگ، خصوصیات ظاهری زگیل یا خال

* **سرفه آزاردهنده یا گرفتگی صدا:** مشکلات پائیرجا یا مشکلاتی که در دوره‌های تکرار شونده پدیدار و سپس از بین می‌روند.

تست های غربالگری متداول در دنیا

الف: سرطان پستان: ماموگرافی
ب: سرطان دهانه رحم: تست پاپ اسمیر، آزمایش ویروس پاپیلومای انسانی HPV
ج: سرطان کولورکتال: کولونوسکوپی، وجود خون مخفی در مدفوع

آیا غربالگری سرطان های مختلف یکسان است؟

سرطان های مختلف دارای تست های غربالگری متفاوتی هستند. حتی در سنین مختلف غربالگری یک سرطان هم فرق می کند.

آیا غربالگری در مورد همه سرطان ها امکان پذیر است؟

شاید روزی علم بتواند راه های پیشرفته و آسانی جهت غربالگری پیدا کند، اما در حال حاضر برخی سرطان ها قابل غربالگری نیستند.

آیا غربالگری در رده های سنی مختلف یکسان است؟

غربالگری رده های سنی مختلف با هم فرق می کند و حتی غربالگری خانم ها و آقایان هم متفاوت است.

آیا غربالگری با آزمایش های تشخیصی فرق می کند؟

غربالگری در افراد سالم انجام می شود، اما آزمایش های تشخیصی در فرد مشکوک یا بیمار انجام می شود. آزمایش های غربالگری شامل آزمایش های خون، بررسی های پرتونگاری، استفاده از روش های مختلف آندوسکوپی، کولونوسکوپی، کولیپوسکوپی و بررسی های ژنتیک هستند.

تفاوت تشخیص زودهنگام و غربالگری چیست؟

تشخیص زودهنگام

معنای تشخیص زودهنگام این است که ما به عنوان ارابه دهنده خدمات سلامت، نشانه های هشداردهنده سرطان را بدانیم تا در زمان ارزیابی های دوره ای، اگر فردی را بررسی کردیم یا در فواصل ارزیابی ها، فردی با این نشانه ها مراجعه کرد، آمادگی شناسایی این علائم و جدا کردن موارد مهم از غیر مهم را داشته باشیم تا در مرحله بعد، موارد دیگر را برای اقدام های تشخیصی کامل تر به مراکز سطح بالاتر و مجهزتر معرفی کنیم.

غربالگری

معنی غربالگری این است که در افرادی که هیچ علامت هشداردهنده ای برای سرطان ندارند اما به دلیل شرایط جنسی (مثلاً سرطان پستان) یا سنی خاص (مثلاً سن بالا) بالقوه در معرض سرطان هستند، اقدام های تشخیصی را انجام دهیم.

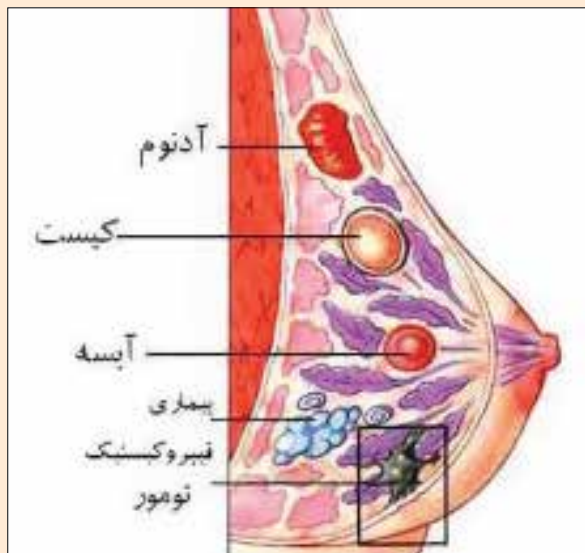
سرطان پستان

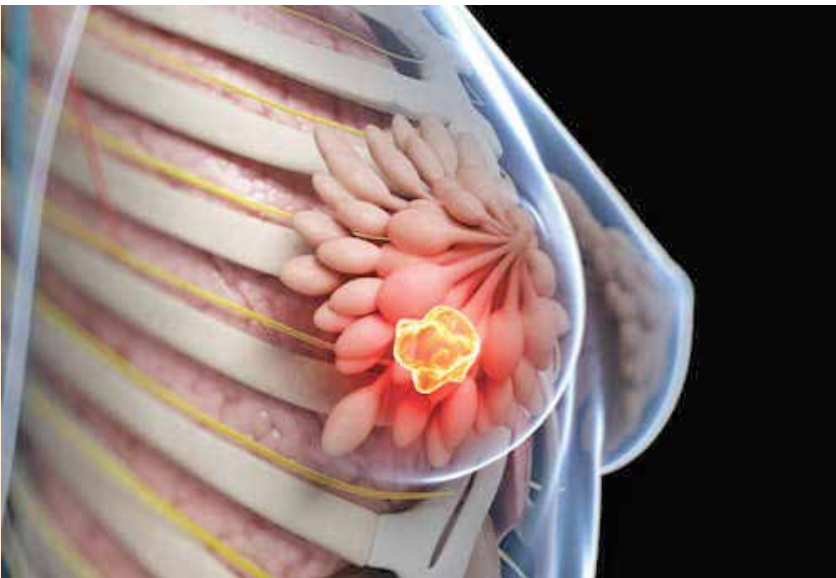
سرطان پستان شایع ترین سرطان و مهم ترین عامل مرگ ناشی از سرطان در زنان است و نیز شایع ترین علت مرگ زنان در ۳۵ تا ۵۵ سالگی محسوب می شود.

در ایران سرطان پستان در زنان جوانتر و حداقل یک دهه زودتر از زنان در کشورهای پیشرفته دیده می شود و متأسفانه بیماران در مراحل پیشرفته مراجعه می کنند. از آنجایی که هر چه سرطان پستان زودتر تشخیص داده شود، درمان آن آسان تر و موفقیت آمیزتر خواهد بود، لذا بهتر است که زنان از علایمی که ممکن است در سرطان پستان ظاهر شود آگاهی کافی داشته باشند.

نشانه های خطر در معاینه پستان

- * تغییر در حس (لمس کردن) پستان یا نوک پستان
- * تغییر در ظاهر پستان یا نوک پستان
- * وجود توده، برآمدگی یا سفت شدن پستان یا نزدیک





حال توصیه می‌شود، افراد زیر ۴۰ سال هر دو سال یکبار و در افراد بالای ۴۰ سال سالی یکبار جهت غربالگری مراجعه کنند.

پیشنهاد می‌شود جهت شناسایی سرطان پستان معاینه‌های ماهانه توسط خود شخص از سن ۲۰ سالگی شروع و در صورت لمس یا احساس هرگونه حالت غیرطبیعی به نزدیکترین مرکز خدمات جامع سلامت مراجعه شود.

سرطان دهانه رحم

سرطان دهانه رحم زمانی اتفاق می‌افتد که سلول‌های غیرطبیعی در دهانه رحم تولید می‌شوند و گسترش می‌یابند. یکی از موارد قابل توجه درباره سرطان دهانه رحم این است که در اثر مواجهه با نوعی ویروس، آن را ایجاد می‌کند. اگر سرطان دهانه رحم زود تشخیص داده‌شود، قابلیت درمان بالایی دارد.

“

سرطان پستان شایع‌ترین سرطان و مهم‌ترین عامل مرگ ناشی از سرطان در زنان است و نیز شایع‌ترین علت مرگ زنان در ۳۵ تا ۵۵ سالگی محسوب می‌شود.

”

پستان و یا ناحیه زیر بغل

- * حساسیت نوک پستان در لمس یا لطافت نوک پستان
- * تغییر در اندازه یا شکل پستان
- * فرورفتگی نوک پستان به داخل
- * ترشح مایع از نوک پستان
- * پوست، هاله، یا نوک پستان ممکن است متورم یا قرمز یا پوسته پوسته شود. ممکن است مانند پوست پرتقال خلل و فرج پیدا کند.
- * بزرگ شدن غدد لنفاوی زیر بغل (در مراحل انتهایی)

روش‌های پیشگیری از سرطان پستان

- * معاینه‌های منظم دوره‌ای
- * کنترل وزن و پرهیز از چاقی
- * مصرف کافی میوه‌ها و سبزی‌ها به شکل روزانه
- * انجام مرتب ورزش و فعالیت‌های بدنی و دوری از کم تحرکی
- * ترک استعمال دخانیات
- * کاهش مصرف غذاهای سرخ کرده و چربی‌ها
- * مراجعه به مراکز خدمات جامع سلامت یا پزشک در صورت داشتن سابقه سرطان پستان در خانواده
- نتیجه:** آموزش خودآزمایی پستان در بیشتر موارد به کشف زودرس توده و در نتیجه تشخیص، پیگیری و درمان بموقع منجر خواهد شد و از پیشرفت بیماری به سمت بدخیمی جلوگیری می‌شود.

دستورالعمل پیشگیری، تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان پستان

در برنامه مراقبت ادغام یافته سلامت میانسالان که در مراکز خدمات جامع سلامت اجرا می‌شود، هدف شناسایی و ثبت افراد مشکوک یا مبتلا به سرطان پستان و سپس ارائه خدمات مناسب در سطوح مختلف شبکه و ساماندهی درمان و مراقبت بیماران است. گروه هدف، همه زنان ۳۰ تا ۶۹ سال‌های هستند که توسط بهورز یا مراقب سلامت برای تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان پستان به ماما ارجاع شده‌اند. در صورت طبیعی بودن و نداشتن مشکل در معاینه و شرح

دستور العمل پیشگیری، تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان دهانه رحم

در این برنامه، هدف شناسایی و ثبت افراد مشکوک یا مبتلا به سرطان دهانه رحم و سپس ارائه خدمات مناسب در سطوح مختلف شبکه بهداشتی درمانی و ساماندهی درمان و مراقبت بیماران است.

گروه هدف، همه زنان ۳۰ تا ۵۹ سال‌های هستند که توسط بهورز یا مراقب سلامت برای تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان دهانه رحم (آزمایش پاپ اسمیر یا تست همزمان HPV و پاپ اسمیر) به ماما ارجاع شده‌اند. بهترین راه کاهش خطر سرطان دهانه رحم، ضمن رعایت شیوه زندگی سالم، انجام مراقبت‌های معمول نظیر معاینه‌های دوره‌ای و ترغیب زنان جامعه به شرکت در برنامه‌های غربالگری سرطان دهانه رحم از طریق برنامه‌های آموزشی، موجب تشخیص زودرس، درمان بموقع و کاهش عوارض مرگ ناشی از این بیماری می‌شود.

سرطان روده بزرگ

سرطان روده بزرگ به رشد سلول‌های سرطانی در کولون یا رکتوم گفته می‌شود. این سرطان هم در مردان و زنان اتفاق می‌افتد. سرطان کولورکتال بیماری است که در صورت تشخیص زودهنگام، بسیار قابل درمان است.

عوامل خطر سرطان کولورکتال که می‌توان آن‌ها را کنترل کرد:

- * رژیم غذایی دارای مقدار زیادی گوشت قرمز یا گوشت‌های فرآوری شده مثل سوسیس و کالباس
- * چاقی خصوصاً چاقی شکم

“

با رعایت رژیم غذایی کم چرب به همراه مقداری فیبر، میوه‌ها، سبزیجات و ورزش به میزان ۵ روز یا بیشتر در هفته و هر بار به مدت ۳۰ دقیقه می‌توان از سرطان روده بزرگ جلوگیری کرد.

”



مهم‌ترین علائم سرطان دهانه رحم

- * خونریزی غیر طبیعی واژینال از جمله پس از نزدیکی، در فواصل دوره‌های قاعدگی و پس از یائسگی
- * ترشحات بدبوی واژینال (تومورهای بزرگ می‌توانند دچار عفونت شده و ترشحات غیر طبیعی واژینال که گاهی بدبو هستند ایجاد کنند. گاهی ممکن است این ترشحات قبل از بروز خونریزی غیر طبیعی بروز کنند)
- * درد هنگام رابطه جنسی
- * سرطان دهانه رحم تا زمانی که پیشرفت نکرده در زنان بدون فعالیت جنسی کاملاً بدون علامت است.
- * دردهای لگنی
- * علائم فیستول: به ندرت خروج ادرار یا مدفوع از واژن به سبب فیستول ناشی از رشد تومور

مهم‌ترین توصیه‌های خودمراقبتی برای پیشگیری از سرطان دهانه رحم

- * داشتن فقط یک شریک جنسی
- * استفاده از کاندوم حین نزدیکی
- * شروع نخستین رابطه جنسی در سنین بالاتر
- * درمان عفونت‌های رحمی
- * پیشگیری از ابتلا به بیماری‌های آمیزشی
- * استفاده نکردن از مشروبات الکلی
- * دوری از سیگار و دخانیات
- * مصرف زیاد میوه و سبزیجات
- * رعایت بهداشت جنسی
- * داشتن فعالیت بدنی منظم



سرطان کولورکتال

پس از ارزیابی فرد و گرفتن شرح حال تست فیت جهت شناسایی خون مخفی در مدفوع انجام می شود. در صورت مثبت بودن فرد به سطح تخصصی جهت اقدام های تکمیلی ارجاع می شود. در صورت منفی بودن تست، دو سال بعد جهت مراجعه برای غربالگری مجدد توصیه می شود. در افراد زیر ۵۰ سال و بالای ۷۰ سال در صورت داشتن نشانه ها یا عوامل خطر به سطح تخصصی ارجاع می گردند. بدیهی است با رعایت رژیم غذایی کم چرب به همراه مقداری فیبر، میوه ها، سبزیجات و ورزش به میزان ۵ روز یا بیشتر در هفته و هر بار به مدت ۳۰ دقیقه می توان از این سرطان جلوگیری کرد.



- * کم تحرکی
- * سیگار کشیدن
- * نوشیدن الکل

علائم و نشانه های سرطان روده بزرگ

یبوست: که در طی یک ماه اخیر ایجاد شده باشد. ممکن است بیمار احساس پر بودن مقعد پس از اجابت مزاج را نیز ذکر کند.

اسهال: در طی یک ماه اخیر ایجاد شده است و ممکن است به تنهایی یا به صورت متناوب با یبوست باشد.

خونریزی رکتال: دفع خون روشن چه به صورت قطره قطره یا بر روی مدفوع یا دفع خون تیره است.

کاهش وزن: کاهش بیش از ده درصد وزن بدن طی شش ماه اخیر است که بدون رژیم غذایی خود خواسته ایجاد شده باشد.

درد شکم: درد ژنرالیزه یا درد ناحیه پایین شکم

پیشگیری، تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان روده بزرگ

در این برنامه، هدف شناسایی و ثبت افراد مشکوک یا مبتلا به سرطان روده بزرگ و سپس ارائه خدمات مناسب در سطوح مختلف نظام سلامت و ساماندهی درمان و مراقبت بیماران است.

گروه هدف، همه افراد ۵۰ تا ۶۹ ساله ای هستند که برای ارزیابی به مراکز ارائه دهنده خدمت فراخوانده شده اند.

نتیجه گیری



سرطان ها اگر بموقع تشخیص داده شوند قابل درمان هستند و اگر نشانه های گفته شده نادیده گرفته شود، می تواند بسیار خطرناک باشد و باعث پیشرفت بیماری شود؛ لذا باید نشانه های گفته شده را جدی گرفت و با رعایت شیوه زندگی سالم، تغذیه سالم و داشتن فعالیت فیزیکی مطلوب از ابتلا به سرطان ها جلوگیری کرد.

به این موضوع امتیاز دهید (۱۰۰ تا ۱)
کد موضوع ۹۸۲۸ . پیامک ۳۰۰۰۷۲۷۳۱۰۰۰۱
نحوه امتیاز دهی: امتیاز - شماره مقاله
مثال: اگر امتیاز شما ۸۰ باشد (۹۸۲۸ - ۸۰)

منابع
* <http://rastineh.com>
* <http://www.linkedin.com>



اختلال‌های روان‌پزشکی منجر به مصرف مواد در نوجوانان

اهداف آموزشی

امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه:

- تعریف نوجوانی را بیان کنند.
- عوامل خطر ساز منجر به سوء مصرف مواد را توضیح دهند.
- نشانه‌های روان‌شناختی منجر به سوء مصرف مواد در نوجوانان را فهرست کنند.



محبوبه عوض پور

مربی بهداشت خانواده و مدارس
مرکز آموزش بهورزی کهگیلویه و بویراحمد



سید حبیب الله تقوی زاده

کارشناس سلامت روان
دانشگاه علوم پزشکی کهگیلویه و بویراحمد



اسما شاکری

کارشناس آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی کرمان



دکتر مهدیه برومند ثانی

کارشناس مسؤول آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی کرمان



دکتر زهرا نیک اختر

کارشناس سلامت روان
دانشگاه علوم پزشکی مشهد



آنچه دوست نداری درباره‌ات گفته شود درباره دیگران کموی حضرت علی علیه السلام

مخاطره‌آمیز نظیر مصرف الکل، سیگار و مواد مخدر افزایش یافته است، به گونه‌ای که متوسط سن شروع سوء مصرف مواد، ۹ تا ۱۴ سالگی ذکر شده است. اعتیاد یک ناهنجاری است که در ایجاد آن از یک طرف، عوامل زیست‌شناختی و دارو شناختی و از طرف دیگر عوامل اجتماعی و روان‌شناختی نقش دارند. عوامل روان‌شناختی در شروع مصرف و عوامل زیست‌شناختی در ادامه وابستگی به مواد مطرح هستند.

مشکلات بهداشتی و روانی ناشی از سوء مصرف مواد

در حال حاضر سوء مصرف مواد به عنوان یک بحران و مسأله جهانی درآمده و موجب مشکلات بهداشتی و روانی متعددی نظیر خودکشی، دگرکشی، خشونت و انواع بیماری‌ها می‌شود.

بر اساس نتایج مطالعات، گرایش به الکل و مواد مخدر و مصرف آن سبب افزایش اختلال‌های روانی، اضطراب، مشکل عاطفی، رفتارهای ضداجتماعی، افسردگی و مرگ و میر می‌شود و تقریباً بیش از نیمی از افرادی که اختلال‌های روانی ناشی از اعتیاد دارند، همزمان دچار اختلال‌های روانی دیگری نظیر افسردگی، مانیا، ترس و وحشت و اضطراب هستند و عوامل روانی نقش اساسی در پیش‌بینی سوء مصرف مواد دارند.

سلامت روانی و اجتماعی و اختلال‌های مصرف مواد تحت تأثیر عوامل مختلفی چون عوامل اجتماعی، روان‌شناختی و زیستی هستند و نباید فکر کنیم که یک عامل به تنهایی آن‌ها را به وجود می‌آورد. مثلاً سطح پایین سواد، مشکل مسکن و درآمد، عوامل خطر برای سلامت روانی، اجتماعی و اختلال مصرف مواد هستند. در میان جمعیت عمومی عده‌ای از افراد جزو گروه‌های آسیب‌پذیر محسوب می‌شوند. برخی افراد در برابر استرس‌ها و مشکلات، آسیب‌پذیری بیشتری دارند و آمادگی بیشتری برای ابتلا به اختلال‌های روانپزشکی، مصرف مواد و مشکلات اجتماعی دارند. این افراد در مقایسه با دیگران در مقابل استرس‌ها و مشکلات محیطی از توان مقابله و مقاومت کمتری برخوردارند و زودتر دچار اختلال و مشکلات می‌شوند. با شناسایی بموقع این افراد و ارائه آموزش‌های لازم به آن‌ها و خانواده‌های‌شان می‌توان از بروز مشکل پیشگیری کرد. برخی از گروه‌های آسیب‌پذیر در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد شامل افراد زیر هستند: کودکان و نوجوانان، سالمندان، بیماران مبتلا به بیماری‌های جسمی مزمن، افراد معلول که دارای ناتوانی جسمی هستند، افرادی که دچار شکست عاطفی، شغلی، تحصیلی یا مالی شده‌اند، جوانان، افرادی که در خانواده پر مشاجره و متشنج زندگی می‌کنند، افراد با وضعیت اجتماعی و اقتصادی پایین، افراد با والد یا اعضای خانواده مصرف‌کننده مواد...

نوجوانی دوره انتقال بین کودکی و بزرگسالی است و از آن به عنوان زمان طوفان و فشار روان‌شناختی یاد شده است، یعنی به دوش کشیدن مسؤولیت‌های خواسته شده از یک بزرگسال، قبل از اینکه به بزرگسالی برسد. در حال حاضر مواجهه نوجوانان با رفتارهای



بزرگترین عیب این است که دیگری را به چیزی که در خودت هست سرزنش کنی **حضرت علی**

عوامل خطر ساز منجر به سوء مصرف مواد

چندین عامل خطر ساز برای سوء مصرف مواد بین نوجوانان شناسایی شده است. عوامل مربوط به خانواده از جمله: اعتقاد والدین به بی خطر بودن مواد، الگوپذیری از والد در مورد مصرف مواد، تعارض خانوادگی، فقدان نظارت والدین، فقدان کنترل خشم در خانواده مصرف کننده مواد، فقدان صمیمیت، دخالت والدین در فعالیت‌های فرزندان، منفعل بودن ما نسبت به مشکلات تحصیلی هستند. برخی مشکلات سلامت روان همچون اضطراب، ناامیدی، خلق پایین و نقص توجه و بیش‌فعالی، اختلال سلوک و افسردگی نیز زمینه ساز سوء مصرف مواد است. از طرفی همچنین سرکش بودن نوجوان، ضعف عزت نفس و نداشتن آرمان‌ها و علایق تحصیلی نیز از جمله ویژگی‌های نوجوانان مصرف کننده مواد است.

گاه نوجوانان دارای استرس کنترل نشده و مداوم هستند که در نتیجه تعارض بین فرد و محیط به وجود می‌آید، این نوجوانان گرایش بیشتری به مصرف مواد مخدر دارند. شناسایی و درمان این مشکلات به کودکان و نوجوانان درگیر کمک می‌کند تا با مشکلات خود کنار بیایند و از راهبردهای تاب آوری منفی همچون مصرف مواد دوری کنند.

اختلال سلوک

اختلال سلوک یک الگوی تکرارشونده و مداوم رفتاری در کودکان و نوجوانان است که در آن حقوق دیگران یا قوانین اولیه اجتماعی نقض می‌شود. کودک یا نوجوان معمولاً این الگوی رفتاری را در موقعیت‌های مختلف خانه، مدرسه و موقعیت‌های اجتماعی بروز می‌دهد و سبب اُفت قابل ملاحظه کار کرد اجتماعی، خانوادگی و تحصیلی در فرد می‌شود.

رفتارهای مشخص در اختلال سلوک عبارتند از:

- * رفتارهای پرخاشگرانه که سبب آسیب به دیگران یا حیوانات می‌شود. مثل قلدری یا ترساندن دیگران که اغلب با شروع دعوا و درگیری جسمی یا بیرحمی نسبت به حیوانات مشخص می‌شود.
- * رفتارهای غیر تهاجمی که سبب از بین رفتن اموال می‌شود، مثل آتش زدن یا تخریب عمدی اموال دیگران.
- * فریب دادن دیگران یا دزدی، مثل دزدی از ماشین یا خانه دیگران، دروغ گفتن یا کلاهبرداری از دیگران

“

گاه نوجوانان دارای استرس کنترل نشده و مداوم هستند که در نتیجه تعارض بین فرد و محیط به وجود می‌آید، این نوجوانان گرایش بیشتری به مصرف مواد مخدر دارند.

”

اگر به آنچه که می‌خواستی نرسیدی، از آنچه هستی نگران نباش. امام علی علیه السلام

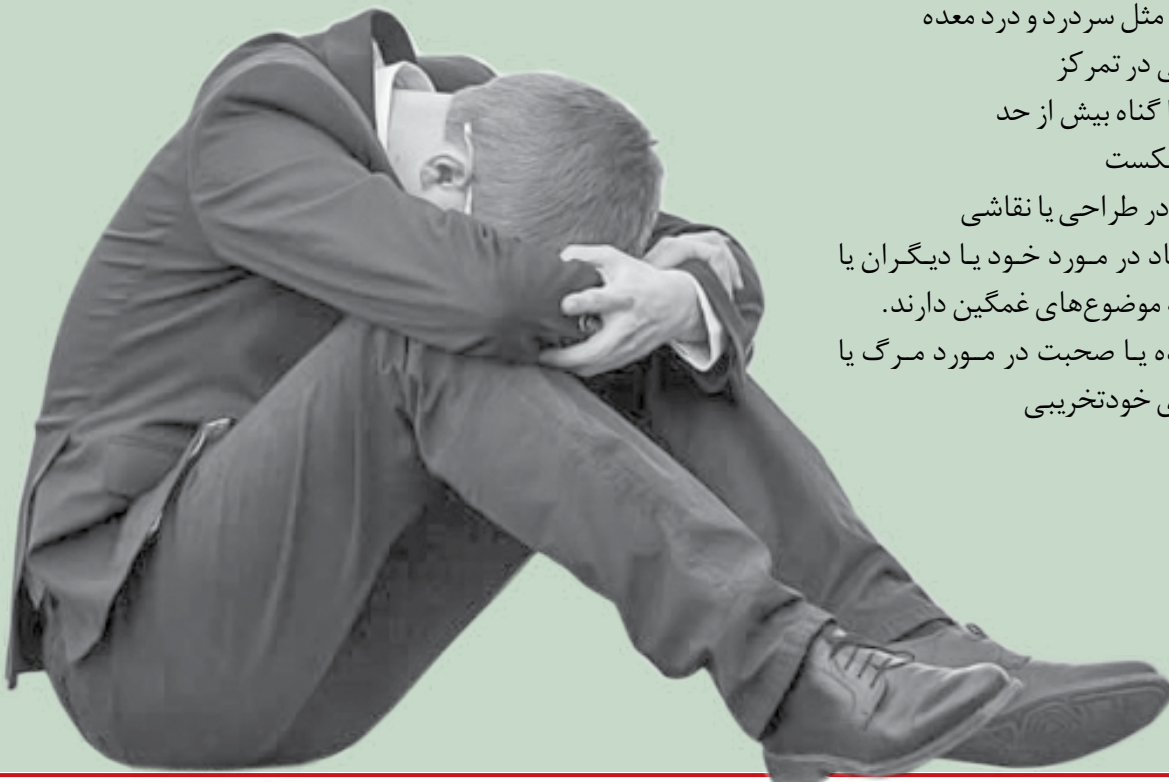
“

هراس اجتماعی یا ترس همیشگی از موقعیت های اجتماعی مثل صحبت کردن در کلاس از دیگر انواع اختلالات اضطرابی است که در کودکان و نوجوانان غیرشایع نیست و فرد را مستعد سوء مصرف می کند.

”

اختلالات اضطرابی

کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال های اضطرابی ممکن است، عصبی، نگران یا مضطرب باشند. این مسأله می تواند مانع انجام فعالیت های روزمره آنها مثل مدرسه رفتن، روابط با دوستان و انجام تکالیف شود. این حالت اضطرابی در برخی کودکان و نوجوانان زمانی بیشتر است



- * نقض قوانین مثل بیرون ماندن از خانه در شب بدون اجازه، فرار از منزل یا اغلب غایب بودن از مدرسه.
- * اختلال سلوک اغلب بامشکلات دیگری مثل مصرف مواد، رفتارهای پرخطر، مشکلات تحصیلی و انضباطی، جراحات های ناشی از حوادث یا دعوا همراه است.

افسردگی

فهرست زیر و نشانه های احتمالی افسردگی را معرفی می کند:

- * غم و اندوه مکرر، گریه کردن مکرر
- * احساس ناامیدی
- * کناره گیری از دوستان و فعالیت ها
- * فقدان شور و شوق و انگیزه
- * کاهش سطح انرژی
- * تغییرات عادت خواب به شکل بیخوابی یا پرخوابی
- * تغییرات عادت غذا خوردن به شکل بی اشتها یا پرخوری
- * افزایش تحریک پذیری، اضطراب، خشم و خصومت
- * شکایت جسمی مکرر مثل سردرد و درد معده
- * بی تصمیمی یا ناتوانی در تمرکز
- * احساس بی ارزشی یا گناه بیش از حد
- * حساسیت شدید به شکست
- * ترسیم تصاویر تاریک در طراحی یا نقاشی
- * بازی با خشونت زیاد در مورد خود یا دیگران یا بازی هایی که همیشه موضوع های غمگین دارند.
- * افکار تکرار شونده یا صحبت در مورد مرگ یا خودکشی یا رفتار های خودتخریبی

پیروزی آن نیست که هرگز زمین نخوری، آنست که بعد از هر زمین خوردنی برخیزی. **ماتاکاندی**

“

در حال حاضر سوء مصرف مواد به عنوان یک بحران و مسأله جهانی درآمده و موجب مشکلات بهداشتی و روانی متعددی نظیر خودکشی، دگرگشی، خشونت و انواع بیماری‌ها می‌شود.

”

علامت‌های هر دو نوع .

نشانه‌های رفتارهای بی‌توجهی: دشواری در پیروی از خواسته‌ها، دشواری در تمرکز روی تکالیف، گم کردن چیزها در مدرسه یا خانه، براحتی حواس پرتی پیدا کردن یا دشواری در گوش کردن، فقدان توجه به جزئیات، اشتباهات ناشی از بی‌دقتی یا بی‌نظم بودن، ناتوانی در انجام تکالیف مدرسه یا سایر وظایف روزمره .

نشانه های رفتارهای بیش فعالی: بیقراری شدید، دشواری در نشستن، دویدن یا بالا رفتن از جاهای نامناسب، حرف زدن بیش از حد، آرامش نداشتن، همیشه «در حال حرکت» به نظر رسیدن، جواب‌های ناگهانی دادن یا میان حرف دیگران پریدن، دشواری برای این که صبر کنند نوبت‌شان برسد، مزاحم دیگران شدن و...

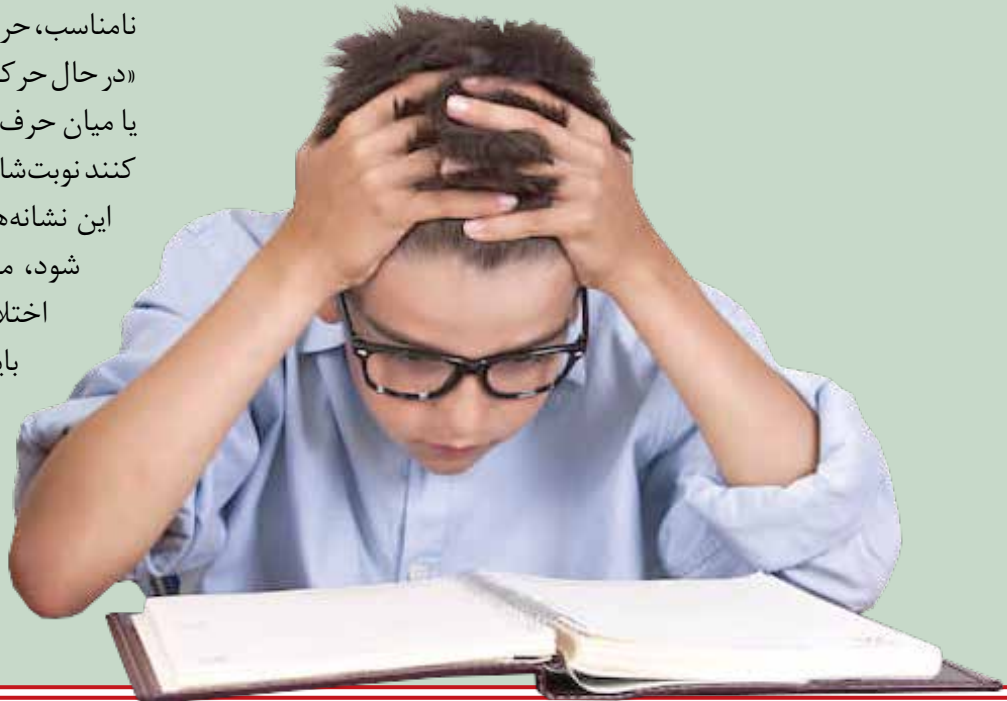
این نشانه‌ها معمولاً تا زمانی که کودک وارد مدرسه شود، مورد غفلت واقع می‌شوند. برای تشخیص اختلال نقص توجه و بیش فعالی یک کودک باید در دو موقعیت مکانی مختلف مثل خانه و مدرسه دارای علامت باشد، علایم باید با توانایی کودک در خانه یا مدرسه تداخل داشته و حداقل به مدت ۶ ماه ادامه داشته باشد. علایم و نشانه‌های بالقوه مشکلات

که می‌خواهند در حضور جمع حرف بزنند. در برخی دیگر، اضطراب بیشتر هنگام جدا شدن از پدر و مادر و رفتن به مهد کودک یا مدرسه بروز می‌کند. در اختلال اضطراب منتشرگاه با ترس‌های تکرار شونده و نگرانی که به سختی کنترل می‌شود، مشخص شده و ممکن است علایمی از جمله: بی‌قراری، تحریک‌پذیری، تنش، خستگی زودرس و اشکال در خواب و تمرکز نیز وجود داشته باشد.

هراس اجتماعی یا ترس همیشگی از موقعیت‌های اجتماعی مثل صحبت کردن در کلاس از دیگر انواع اختلالات اضطرابی است که در کودکان و نوجوانان غیرشایع نیست و نیز از جمله اختلال‌هایی هستند که فرد را مستعد سوء مصرف می‌کنند.

اختلال نقص توجه و بیش فعالی

سه نوع اصلی اختلال نقص توجه و بیش فعالی وجود دارد. در نوع اول حالت مشکل‌آفرین اصلی بی‌توجهی است. نوع دوم با بیش فعالی یا رفتارهای تکانشی مشخص می‌شود. منظور از رفتارهای تکانشی رفتارهای عجولانه و ناگهانی است. نوع سوم ترکیبی است از



سخن و حرف را تا نلفته‌ای در اختیار تو ست و هنگامی که آن را بیان کردی تو در بندن گرفتاری شوی. امام علی علیه السلام

سلامت روان و رفتار به معنای تشخیص اختلال نیست، بلکه تشخیص مشکل و درمان آن باید زیر نظر پزشک یا در صورت نیاز متخصص روان پزشکی یا فوق تخصص روان پزشکی کودک و نوجوان انجام پذیرد. عوامل محافظتی که مصرف مواد را در نوجوانان کمتر می کنند، عبارتند از: ثبات زندگی خانوادگی، پیوند قوی والد با کودک، نظارت پیوسته والدین در زمینه پیشرفت تحصیلی و گروه همسالانی که الگوی رفتارهای خانوادگی و تحصیلی مناسب دارند، رفتارهای جایگزین مناسب. آموزش مهارت های زندگی بویژه مهارت تصمیم گیری، مهارت کنترل استرس، مهارت مواجهه با حل مسأله و مهارت کنترل خشم و همچنین مهارت های فرزندپروری از مهم ترین راهکارهای پیشگیری می تواند باشد.



نتیجه گیری



سن مصرف الکل، دخانیات و مواد در ایران کاهش یافته است و گرایش نوجوانان به مصرف، رو به افزایش است. در سن شروع سوء مصرف مواد و تجارب اولیه، عوامل روان شناختی نقش بسزایی در پیش بینی سوء مصرف مواد دارند و طبق نتایج پژوهش ها، اضطراب و افسردگی از مهمترین عوامل موثر بر گرایش به مصرف مواد هستند؛ لذا آموزش جهت افزایش دانش نسبت به مواد مخدر و آموزش مهارت های زندگی به نوجوانان و همچنین شناسایی و درمان اختلال های روانی به عنوان اقدام های پیشگیرانه سوء مصرف مواد ضروری است.

منابع

- * حسین رضایی، ح؛ محمدعلیزاده، س؛ آگاهی والدین دانش آموزان مدارس راهنمایی و دبیرستان شهر کرمان در مورد علایم سوء مصرف مواد. مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان ۱۳۸۷، ۱۵(۳): ۲۶۱-۲۶۸.
- * عاشوری، م؛ جلیل آبکنار، س؛ دانش آموزان با نیازهای ویژه و آموزش فراگیران. چاپ اول، تهران: انتشارات رشد و فرهنگ ۱۳۹۵.
- * عرب، ع؛ رابطه امید به زندگی، نگرش به رفتار بز هکارانه و تجربه مصرف مواد مخدر در دانش آموزان پسر دوره دوم متوسطه مدارس شیرآباد و مرکز شهر زاهدان. فصلنامه مطالعات روانشناسی تربیتی ۱۳۹۶، شماره ۲۸، ۱۴۹-۱۶۸.
- * محمدخانی، ش. عوامل خطر و حفاظت کننده مصرف الکل، سیگار و سایر مواد در نوجوانان کشور. فصلنامه روانشناسی تربیتی ۱۳۸۷، ۴(۱۲): ۳۷-۶۴.
- * مرادی شکیب، آ؛ قدم پور، س؛ سقایی پورسیفی، م؛ مقایسه گرایش به مصرف مواد و مشکلات روانشناختی در نوجوانان عادی و آهسته گام. مجله توانمندسازی کودکان استثنایی ۱۳۹۶، ۲۱(۸): ۳۵-۴۳.
- * نصیرزاده، م؛ شریفی راد، غ؛ اسلامی، ا؛ حسن زاده، ا؛ بررسی مقایسه ای افسردگی، اضطراب و استرس در جوانان ۱۸ تا ۲۹ سال با رفتار و عدم رفتار سوء مصرف مواد. مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۱، ۸(۶): ۱۰۹-۱۰۶.
- * کاپلان سادوک، خلاصه روانپزشکی، فصل ۵۲ سوء مصرف مواد در نوجوانان، ص ۵۶۹-۵۷۱.
- * هربرت، مارتین. مترجم: فیروزبخت، مهرداد. نوجوانان و علایم و نشانه های روانپزشکی نوجوانان، فصل هفتم، ص ۲۴۱.

به این موضوع امتیاز دهید (۱ تا ۱۰). کد موضوع ۹۸۲۹. پیامک ۳۰۰۰۷۲۷۳۱۰۰۱. نحوه امتیازدهی: امتیاز- شماره مقاله. مثال: اگر امتیاز شما ۸۰ باشد (۸۰-۹۸۲۹)



هیچ ثروتی چون عقل، هیچ فقری چون نادانی، هیچ ارثی چون ادب و هیچ پشتیبانی چون مشورت نیست. امام علی علیه السلام



خودمراقبتی در پیشگیری از خودکشی

اهداف آموزشی

امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه:

- خودکشی را توضیح دهند.
- علل ایجاد افکار خودکشی در فرد را بیان کنند.
- مهارت حل مسأله و گام‌های اصلی آن را نام ببرند.
- بتوانند در زمان خطر این افکار به ذهن از خودمراقبت کنند.



کبری پیرمحمدلو

کارشناس مسؤول آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی زنجان



دکتر وصال شبانی

رئیس گروه سلامت روان
دانشگاه علوم پزشکی مشهد



مقدمه

خودمراقبتی شامل اقدام‌ها و رفتارهایی است اکتسابی، آگاهانه و هدفدار که مردم برای خود و فرزندان و خانواده‌های‌شان انجام می‌دهند تا سالم‌تر بمانند و از سلامت جسمی، روانی و اجتماعی خود حفاظت کنند و نیازهای جسمی روانی و اجتماعی خود را برآورده سازند. در خودمراقبتی هر فردی از دانش، مهارت و توان خود به عنوان یک منبع استفاده می‌کند تا به شکل مستقل از سلامت خود مراقبت کند. منظور از «به شکل مستقل» تصمیم‌گیری درباره خود و با اتکا به خود است. البته این تصمیم‌گیری می‌تواند شامل مشورت و کسب کمک تخصصی یا غیرتخصصی از دیگران (چه متخصص، چه غیرمتخصص) نیز باشد. اگرچه خودمراقبتی، فعالیتی است که مردم برای تامین، حفظ و ارتقای سلامت خود انجام می‌دهند؛ ولی گاهی این مراقبت به فرزندان، خانواده، دوستان، همسایگان، هم محلی‌ها و همشهریان آن‌ها نیز گسترش می‌یابد.



تعریف خودکشی

خودکشی یکی از معضلات عمده مربوط به سلامت و بخصوص سلامت روان است که به گزارش سازمان جهانی بهداشت میزان آن در چند دهه اخیر افزایش داشته است. خودکشی به عنوان یکی از فوریت‌های روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی، مطرح است و افکار آسیب به خود یا اقدام به رفتار خودکشی در تمامی سنین در هر شرایط مکانی و زمانی باید توسط خود فرد، سایر اعضای خانواده، دوستان و آشنایان جدی گرفته شود. افکار و رفتارهای اقدام به خودکشی به دنبال یک بحران به وجود می‌آید و فرد در موقعیتی قرار می‌گیرد که درد جسمی یا روانی غیرقابل تحمل و تنش آور را تجربه

می‌کنند یا موقعیت دردناکی ایجاد شده است که فرد آن را تمام نشدنی و غیرقابل تغییر قلمداد می‌کند.

اما توجه داشته باشید که یکی از مؤلفه‌های اصلی بحران، موقتی و گذرا بودن آن است. بحران معمولاً غیرقابل پیش‌بینی است، یعنی نمی‌توان پیش‌بینی کرد که کی و در کجا اتفاق می‌افتد اما معمولاً غیرمنتظره نیست. بحران ساختارهای عادی و منطقی فکر کردن را با مشکل مواجه می‌کند، فرد نمی‌تواند مانند گذشته منطقی فکر کند و باعث افزایش اضطراب و استرس فرد می‌شود و در نتیجه فرد احساس دلشوره، تنش و بی‌قراری می‌کند و زمانی که توانایی مدیریت بحران و نیز اضطراب خود را ندارد ممکن است از خودکشی به عنوان حل مسأله برای مقابله با موقعیت دردناک استفاده کند. خودکشی، عمل کشتن عمدی خود است. خودکشی نه تنها به معنی «عمل سلب حیات شخصی» بلکه به معنی «شخصی که به دست خود می‌میرد» و «شخصی که سعی یا تمایل به خودکشی دارد» آورده شده است.

خودکشی فقط از دست رفتن یک فرد نیست بلکه یک تراژدی برای والدین، همسر و فرزندان و سایر اعضای خانواده و دوستان است که ممکن است زندگی آن‌ها را از جنبه‌های مختلف روان‌شناختی، اجتماعی و اقتصادی تحت تأثیر قرار دهد.

خودکشی می‌تواند به دلایل متفاوتی انجام شود، اختلالات روانپزشکی، شکست‌های عشقی و عاطفی، مشکلات اقتصادی، مشکلات زناشویی، شکست تحصیلی، انزوای اجتماعی و... از جمله دلایلی هستند که فرد را به سوی رفتار اقدام به خودکشی سوق می‌دهند. ۹۰ درصد موارد خودکشی با یکی از اختلالات روانپزشکی همراه است و در تمامی موارد عوامل روانشناختی دخیل هستند.

بیماری‌هایی که خطر خودکشی را افزایش می‌دهند،

عبارتند از:

افسردگی، اختلالات اضطرابی بخصوص آن‌هایی که با سوء مصرف و افسردگی همبودی دارند. اختلال دوقطبی، اسکیزوفرنیا، اختلال شخصیت مرزی، وابستگی به الکل یا مواد مخدر و داشتن درد زیاد به خاطر بیماری جسمی مزمن مانند سرطان یا التهاب مفاصل.



نخواهند زد و فقط قصد جلب توجه دارند.»

واقعیت: بسیاری از کسانی که در اثر خودکشی جان خود را از دست می دهند، احساسات، افکار و نقشه های خود را قبل از مرگ، با دیگران در میان گذاشته اند.

باور غلط ۲: «خودکشی همیشه تکانشی و ناگهانی اتفاق می افتد و بدون هیچ هشدار قبلی روی می دهد.»

واقعیت: معمولاً خودکشی با زمینه فکری قبلی به انجام می رسد. بسیاری از افرادی که خودکشی می کنند، قبلاً نشانه هایی کلامی یا رفتاری که نشان دهنده نیت و افکار خودکشی است، نشان داده اند، مثل حلاوت طلبیدن و ذکر آخرین خداحافظی، دچار پوچی فلسفی شدن، منزوی شدن، نوشتن وصیت نامه و... .

باور غلط ۳: «اگر فردی یک بار سعی کرد خود را بکشد، دیگر هرگز این کار را نخواهد کرد.»

واقعیت: سابقه اقدام قبلی، احتمال خودکشی را ۵۰ تا ۱۰۰ درصد افزایش می دهد.

باور غلط ۴: «کودکان هرگز اقدام به خودکشی نمی کنند، چون متوجه مفهوم مرگ نمی شوند یا آنقدر رشد نکرده اند که درگیر عمل خودکشی شوند.»

واقعیت: اگرچه خودکشی در کودکان نادر است، اما کودکان نیز اقدام به خودکشی می کنند، هر تظاهری از افکار یا رفتار خودکشی در هر سنی باید جدی گرفته شود.

در مواقعی که افکار خودکشی دارم چه باید بکنم؟

اگر افکاری در مورد خودکشی دارید، احساس تنهایی می کنید، حس می کنید که هیچ کس نمی تواند به شما کمک کند یا این که کسی به شما اهمیت نمی دهد، با مطالعه بخش زیر متوجه می شوید که بیشتر افکار خودکشی موقتی بوده و می توانند تغییر یابند. متخصصان سلامت روان، سازمان های خیریه، خانواده و دوستان به شما کمک خواهند کرد تا از عهده احساسات خود برآید و به شما در پیدا کردن راهکارهایی برای زندگی کمک می کنند. برخی از این راهکارها شامل عوامل زیر است:

۱) با افراد موثق و مورد اعتماد صحبت کنید

گاهی اوقات فقط تقسیم احساسات و افکار خود با دیگران و توانایی ابراز آنها، کمک کننده است. به یاد داشته باشید شما ممکن است در وضعیت ذهنی همیشگی خود نباشید. بنابراین برخی احساسات می توانند گیج کننده

علل ایجاد افکار خودکشی در افراد چیست؟

خودکشی پدیده پیچیده ای است که علت واحدی ندارد و از تعامل عوامل مختلف حاصل می شود این عوامل به دو دسته بزرگ عوامل خطر و محافظ تقسیم بندی می شوند.

عوامل خطرزا عواملی هستند که احتمال اقدام به خودکشی را افزایش داده و عوامل محافظ عواملی هستند که این احتمال را کاهش می دهند البته این عوامل که برخی قابل تغییر و برخی غیرقابل تغییر هستند، قدرت پیش بینی کنندگی یکسانی ندارند و برخی اهمیت بیشتری از بقیه دارند.

شناسایی عوامل خطر همراه با خودکشی در تصمیم گیری بالینی اهمیت حیاتی دارد. آگاهی نسبت به این عوامل به شناسایی افرادی که در خطر بالایی قرار دارند کمک کرده و پس از آن می توان مداخله پیشگیری را طراحی کرد.

اگر مشاور بتواند فرد را متقاعد کند تا راه حل های بیشتری را برای حل مشکلات به وجود آمده مورد بررسی قرار دهد، ممکن است تصمیم دیگری به جز خودکشی بگیرد. پس لازم است فرد مهارت های اساسی زندگی از جمله مهارت حل مسأله را یاد گرفته، بتواند در زمان بحران از آن استفاده کند و در موقع بروز مشکل از متخصصان سلامت روان، دوستان و خانواده، برای مقابله با احساس خودکشی کمک بگیرد.

افکار و باورهای نادرست درباره خودکشی

افکار و باورهای نادرستی درباره خودکشی وجود دارد که چند نمونه رایج آن ها ذکر می شود:

باور غلط ۱: «کسانی که راجع به خودکشی و قصدشان برای خودکشی، صحبت می کنند، واقعاً به خود آسیبی

باشند و صحبت در مورد آن‌ها با شخص دیگر به شما کمک می‌کند، امور را از دریچه چشم آن‌ها هم ببینید. موقعیت هر کسی متفاوت است، ولی کسانی که ممکن است با گوش کردن، به شما کمک کنند عبارتند از:

* دوستان نزدیک، والدین و اعضای خانواده
* متخصصان سلامت روان شامل: بهورز، مراقب سلامت، روانشناسان بالینی، پزشک

۲) به نزدیکترین واحد بهداشتی محله خود مراجعه کنید

برای اینکه از عهده افکار خودکشی خود برآیید، مراجعه به بهورز، مراقب سلامت، پزشک عمومی یا روانشناس نزدیک محل زندگی یا مرکز خدمات جامع سلامت می‌تواند شروع خوبی باشد. شما می‌توانید به اورژانس اجتماعی زنگ بزنید (شماره ۱۲۳) یا به اورژانس نزدیک‌ترین بیمارستان مراجعه کنید و با پزشک مرکز راجع به افکار خودکشی صحبت کنید.

به یاد داشته باشید که بیشتر (ولی نه همه) افراد دارای افکار خودکشی مبتلا به یکی از اختلالات روان هستند. بسیاری از این بیماری‌ها با موفقیت درمان می‌شوند. برای مثال، اگر افسردگی دارید، درمان افسردگی به شما کمک می‌کند که افکار و احساس منفی شما تغییر کند. بعد از درمان، افکار خودکشی‌تان کنترل خواهد شد. اگر بیماری جسمی موجب این افکار شده است پزشک‌تان می‌تواند در این مورد به شما کمک کند تا بهتر از عهده اش برآیید.

در صورت نیاز، پزشک‌تان ممکن است شما را به

متخصص سلامت روان راهنمایی کند. افرادی چون روانپزشک، روانشناسان بالینی و مشاوران هر کدام یا همه این افراد می‌توانند با روش‌های مختلف به شما کمک و از شما مراقبت کنند.

۳) مهارت حل مسأله را یاد بگیرید

حل مسأله عبارت است از فرایند شناختی رفتاری که توسط خود فرد هدایت می‌شود و فرد سعی می‌کند با کمک آن‌ها راه حل‌های مؤثر یا سازگارانه‌ای برای مسایل زندگی روزمره‌ای خود پیدا کند. به این ترتیب حل مسأله یک فرایند آگاهانه، منطقی و هدفمند است.

چهار گام اساسی در حل مسأله

تعریف مسأله و مشکل: با وجود همه افکار منفی و هیجانی که در رابطه با مشکل وجود دارد، به طور مختصر مشکل را در روی صفحه کاغذ بنویسید. قسمت‌هایی از مشکل که قابل حل است شناسایی کنید.

نوشتن راه حل‌های متفاوت: راه حل‌های مختلفی را که برای حل مشکل به ذهن‌تان می‌رسد بنویسید. (توجه کنید در انتخاب راه حل سختگیر نباشید، هر چه به ذهن‌تان می‌آید را بنویسید).

ارزیابی سود و زیان راه حل‌ها: مزایا و معایب هر یک از راه حل‌های نوشته شده را بنویسید.

به کارگیری بهترین راه حل: از بین راه حل‌های نوشته شده راه حلی که بیشترین سود و کمترین زیان را دارد، انتخاب کنید.



نتیجه گیری



خودکشی قابل پیشگیری است. در صورتی که مسایل و مشکلات اجتماعی، اقتصادی، خانوادگی یا شکست‌های عشقی و عاطفی و نرسیدن به اهداف علت ایجاد فکر خودکشی است اما باید بدانیم که همه این موارد گذرا است.

می‌توان با کمک گرفتن از افراد متخصص از طریق شرکت در جلسات آموزشی روانشناختی و مهارت‌های حل مسأله، استرس و خشم را کنترل و بر افکار خودکشی غلبه کرد.

منابع
* مرادیان بهرام، میرحسینی زینب‌السادات. روانشناسی خودکشی
* حسن زاده سید مهدی، متن آموزشی تهیه شده در مورد خودکشی (۱۳۸۶).
* دکتر فهیمه فتحعلی لولاسانی. مداخله مختصر برای مدیریت خودکشی.

به این موضوع امتیاز دهید (۱۰۰ تا ۱). کد موضوع ۹۸۲۱۰. پیامک ۳۰۰۰۷۲۷۳۱۰۰۰۱. نحوه امتیازدهی: امتیاز - شماره مقاله. مثال: اگر امتیاز شما ۸۰ باشد (۸۰ - ۹۸۲۱۰)



HIV

تشخیص سریع و درمان بموقع

مقدمه

رفتارهای پرخطر که تقریباً در تمامی کشورها یک چالش پیش روی سیستم‌های بهداشتی هستند. بیماری‌های عفونی بخصوص HIV، هپاتیت و دیگر بیماری‌های آمیزشی در افرادی که رفتارهای پرخطر انجام می‌دهند. از شیوع به مراتب بالاتری نسبت به بخش‌های دیگر جامعه برخوردار است. بر اساس تخمین‌های بین‌المللی ۱۱/۸ میلیون نفر در گروه سنی ۱۵ تا ۲۴ سال با اچ‌آی‌وی / ایدز زندگی می‌کنند. نیمی از موارد عفونت‌های جدید HIV (۶ هزار نفر در روز) در جوانان اتفاق می‌افتد. همچنین بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت ۱/۲ میلیون نوجوان مبتلا به HIV در جهان زندگی می‌کنند که بیشتر از طریق انتقال جنسی مبتلا شده‌اند و تنها ۱۰ درصد از بالغان جوان مرد و ۱۵ درصد زنان جوان مبتلا به عفونت HIV از ابتلای خود آگاه هستند. در فاصله سال‌های ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۲ میزان مرگ نوجوانان مبتلا به HIV ۵۰ درصد افزایش یافته در حالی که مرگ کلی ناشی از HIV ۳۰ درصد کم‌تر شده است.

مژگان ثابت

پزشک و کارشناس بیماری‌های واگیر
دانشگاه علوم پزشکی شیراز



راحیل امامی

کارشناس آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان



فاطمه قرائتی

مدیر مرکز آموزش بهورزی میناب
دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان



اهداف آموزشی

امیداست خوانندگان محترم پس از مطالعه مقاله:

- اهمیت موضوع پیشگیری و کنترل HIV / AIDS را بیان کنند.
- گروه‌های در معرض بیشترین آسیب را بشناسند.
- اهمیت مراقبت و درمان بیماران را توضیح دهند.
- عوامل مؤثر در کنترل انتقال بیماری در جامعه را شرح دهند.

رایگان کاهش آسیب برخوردار می‌شوند. در این مرکز خدمات حمایتی از قبیل غذا، پوشاک، امکانات نظافتی، استحمامی و پانسمانی به مراجعان داده می‌شود. هر یک از این مراکز به تناسب وسعت منطقه تحت پوشش دارای یک یا چند تیم سیار و یک واحد متادون است.

از طرف دیگر امروزه مهم‌ترین راهبرد کنترل اپیدمی HIV مراقبت و درمان مبتلایان به بیماری است. در صورتی که افراد مبتلا به HIV تحت درمان استاندارد ضد رتروویروسی قرار گیرند، با کاهش بار ویروسی احتمال انتقال بیماری به سایرین نیز به حداقل ممکن می‌رسد و این افراد با کاهش چشمگیر عوارض بیماری می‌توانند زندگی سالم‌تری داشته باشند، لذا تخمین زده می‌شود که برای کنترل اپیدمی در جامعه باید:

۹۰ درصد افراد مبتلا شناسایی شوند. ۹۰ درصد افراد شناسایی شده تحت درمان ضد رتروویروسی قرار گیرند. در ۹۰ درصد افراد تحت درمان، بار ویروسی آنقدر کاهش یابد که غیر قابل اندازه‌گیری شود.

بدیهی است این مهم تنها در صورتی میسر می‌شود، که این افراد از بیماری خود مطلع بوده، برای دریافت خدمات مراقبت و درمان تمایل داشته و به این خدمات دسترسی داشته باشند و خدمات را به شکل مستمر دریافت کنند. امروزه کشورهایی هستند که موفق شده‌اند بیماری را کنترل کنند. این موفقیت تنها زمانی حاصل شده است که آن‌ها توانسته‌اند درصد بالایی از افراد مبتلا را تحت درمان قرار دهند. زیرا زمانی که فرد تحت درمان قرار می‌گیرد هم خودش می‌تواند زندگی سالمی داشته باشد و هم تعداد ویروس‌ها در خونش کم می‌شود بنا بر این بیماری را خیلی کمتر به دیگران منتقل می‌کند و به این ترتیب بیماری در آن جوامع کنترل شده است.

کنترل HIV

هدف در نظر گرفته شده در رابطه با بیماری HIV، کنترل اپیدمی این بیماری تا سال ۲۰۳۰ است و در راستای دستیابی به این هدف، جامعه جهانی مهبیای برنامه‌ریزی و فعالیت‌های بسیار جدی شده است. راهبرد جامع UNAIDS در سال‌های ۲۰۱۶ تا ۲۰۲۱

در جهان امروز میزان دسترسی به گروه نوجوانان و جوانان هر روز سخت‌تر و انجام رفتارهای پرخطر در آن‌ها بیش از پیش مخفی‌تر می‌شود. طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، دسترسی نوجوانان به خدمات بهداشتی بسیار پایین‌تر از بالغان و در بهترین حالت ۴۰ درصد است و این در حالی است که حدود یک هفتم کل موارد عفونت جدید اچ‌آی‌وی مربوط در گروه سنی نوجوان ۱۰ تا ۱۹ سال رخ می‌دهد.

نتیجه این که اجرای برنامه‌های پیشگیری از رفتارهای پرخطر در این گروه در عصر حاضر آسان نیست و از طرف دیگر برای گروهی از نوجوانان و جوانانی که به دلیل رفتارهای پرخطر ممکن است آلوده به انواع بیماری‌های منتقله از راه تماس جنسی و تماس با خون و ترشحات خونی شده باشند، انجام مشاوره و آزمایش یک ضرورت است. برای این که بتوانیم با نوجوانان و جوانان ارتباط برقرار کنیم، باید این ارتباط یک ارتباط افقی باشد. به گونه‌ای که ارایه‌دهنده خدمات خود را در سطح ساده با نوجوان و جوان قرار داده و از طریق همدلی، تفاهم و درک وضعیت او در کنارش باشد.

تخمین تعداد موارد ابتلا در کشور ۶۶ هزار و ۳۵۹ نفر تا ۹۷/۱/۱ است و تعداد شناسایی شده ۳۷ هزار و ۶۵ نفر هستند که ۵۱ درصد در گروه سنی ۲۱ تا ۳۵ سال قرار دارند.

ارتباط شناخته شده‌ای بین مصرف مواد، افزایش رابطه جنسی و ابتلا به HIV در صورت رعایت نکردن مسایل بهداشتی وجود دارد. راه انتقال HIV در بیش از ۶۰ درصد موارد مبتلایان شناسایی شده در کشور ما، اشتراک در وسایل تزریق مواد مخدر است. البته در موارد جدید شناسایی شده در ۶ ماهه اول سال ۹۶ در حدود ۴۷ درصد موارد ارتباط جنسی بوده است.

در کشور ما مراکزی با عنوان مراکز گذری و مراکز ارتقای سلامت زنان آسیب‌پذیر مشغول به فعالیت هستند که در آن مصرف‌کنندگان مواد تزریقی و افراد در معرض بیشترین آسیب مورد حمایت قرار گرفته و از خدمات



برای کنترل HIV، سه هدف کلی را دنبال می‌کند. همانطور که اشاره شد انتظار می‌رود که تا سال ۲۰۲۰، حدود ۹۰ درصد از مبتلایان در دنیا شناسایی شوند، ۹۰ درصد از موارد شناسایی شده تحت درمان ضد رتروویروسی قرار گیرند و از این تعداد، ۹۰ درصد آنان بار ویروسی مهار شده داشته باشند. با دستیابی به این اهداف می‌توان امیدوار بود که جهان به هدف کنترل اپیدمی ایدز در سال ۲۰۳۰ برسد.

عمده‌ترین راه‌های انتقال HIV در دنیا رابطه جنسی محافظت نشده و اعتیاد تزریقی است. راه انتقال HIV در بیش از ۶۰ درصد موارد مبتلایان شناسایی شده در کشور ما، اشتراک در وسایل تزریق موادمخدر است. این در حالی است که در موارد جدید شناسایی شده در سال‌های اخیر سهم انتقال از طریق جنسی در کشور رو به افزایش بوده است تا جایی که در ۶ ماهه اول سال ۹۶، در حدود ۴۷ درصد موارد انتقال از طریق ارتباط جنسی ثبت شده است. تخمین زده می‌شود ۶۰ درصد موارد مبتلا به HIV از همین گروه‌های در معرض آسیب همچنان ناشناخته باقی مانده‌اند. این سهم ناشناخته بیشتر به خاطر مراجعه نکردن و از طرفی نبود دسترسی فعال سیستم سلامت به این دو گروه پرخطر به منظور اطلاع از وضعیت سلامت آن‌هاست.

در کشور ما مراکزی با عنوان مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری، مراکز گذری و مراکز ارتقای سلامت زنان آسیب پذیر مشغول به فعالیت است که در آن معتادان تزریقی و زنان در معرض بیشترین آسیب مورد حمایت قرار گرفته و از خدمات رایگان کاهش آسیب برخوردار می‌شوند. این مراکز یکی از بهترین مکان‌ها برای ادغام خدمات مرتبط با تشخیص، مراقبت و درمان بیماری HIV و دستیابی به موارد تشخیص داده نشده بیماران HIV مثبت در این گروه‌های پرخطر هستند.

چالش‌هایی که در حال حاضر کشور ما را در دستیابی

به مشکل مواجه کرده است:

۱. درصد بالایی از موارد مبتلا از بیماری خودمطلع نیستند.
۲. درصد بالایی از افراد شناخته شده برای دریافت

خدمات مراقبت و درمان تمایل نداشته و مراجعه نمی‌کنند.

۳. درصدی از افرادی که تحت درمان ضد رتروویروسی قرار گرفته‌اند درمان را به شکل مستمر ادامه نمی‌دهند.

برای رفع مشکل چه باید کرد؟

۱. اولین و مهم‌ترین کار این است که افراد مبتلا شناسایی شوند.

۲. راضی شوند که برای مراقبت و درمان اقدام کنند.

۳. درمان‌شان را ادامه دهند.

اما تحقق موارد بالا به دلیل آگاه نبودن مبتلایان از بیماری‌شان و مراجعه نکردن جهت مراقبت و درمان براحتی امکان پذیر نیست، زیرا:

۱. باورهای غلط و نگرش‌های منفی در جامعه و ترس از آشکار شدن بیماری برای دیگران، مانع اقدام آن‌ها برای انجام تست تشخیصی می‌شود.

۲. بیماری فقط از طریق آزمایش قابل تشخیص است و این آزمایش ممکن است براحتی در دسترس افراد نباشد.

۳. دانش ناکافی و باورهای غلط باعث می‌شود، افراد مبتلا فکر کنند بیماری مخصوص افراد خاصی است و امکان ندارد آن‌ها مبتلا شوند.

۴. نمی‌دانند یا باور ندارند که با مراقبت و درمان وضعیت جسمی‌شان بهبود پیدا می‌کند.

۵. باورهای غلط و نگرش‌های منفی در جامعه باعث می‌شود از اینکه دیگران متوجه بیماری آن‌ها بشوند نگران باشند و ترجیح می‌دهند برای درمان اقدام نکنند.

۶. دسترسی به خدمات مراقبت و درمان برای شان با مشکل همراه است.

از چه راهی می‌توان به این اهداف رسید؟

باید در افراد انگیزه ایجاد کرد که برای آزمایش اقدام کنند و دسترسی به آزمایش را ساده کرد که بتوانند براحتی آن را انجام دهند. خیال‌شان راحت باشد که نتیجه آزمایش آن‌ها محرمانه باقی می‌ماند. باید در افراد مبتلا انگیزه ایجاد کرد که برای مراقبت و درمان اقدام کنند، آن‌ها باید بدانند برای مراقبت و درمان به کجا مراجعه کنند. اگر انگ ناشی از بیماری وجود نداشته باشد و افراد مشکوک، آزمایش‌های تشخیصی را بموقع انجام دهند، مبتلایان، یک زندگی عادی مانند دیگران خواهند داشت، تحت مراقبت قرار می‌گیرند و بروز نشانه‌های

بیماری در آن‌ها به تأخیر خواهد افتاد و در صورت بروز نشانه‌ها، بموقع تحت درمان قرار می‌گیرند و زندگی آن‌ها عادی خواهد شد.

در بعد اجتماعی، وقتی بیماران تحت درمان و مراقبت قرار گیرند بیماری عفونی دیگری مثل سل و... را نخواهند گرفت که بخواهند آن بیماری را به کس دیگری منتقل کنند. همسر آن‌ها تنها با یک اقدام ساده استفاده از کاندوم، به این ویروس مبتلا نمی‌شود و زنجیره انتقال بیماری به جامعه قطع می‌شود. زنجیره انتقال از مادر به کودک تنها با مصرف چند دارو قطع شده و فرزند آنان مبتلا نمی‌شود و به این ترتیب خطر همه‌گیری کمتر می‌شود. مصرف دارو توسط مبتلایان در زمان بروز نشانه‌های بیماری، باعث کاهش مقدار ویروس خون شده و خطر انتقال بیماری به دیگران بسیار کم می‌شود.



نتیجه‌گیری



نهایت هدف اصلی از انجام تست‌های تشخیص سریع بیماری HIV / ایدز، این است که فرد تحت مراقبت و درمان قرار گیرد. از آنجا که به دلیل باورهای غلط و نگرش‌های منفی موجود در جامعه ممکن است افراد حاضر نباشند برای خدمات تشخیصی و مهم‌تر از آن برای خدمات درمانی اقدام کنند؛ پس همواره در کنار خدمات تشخیصی لازم است خدمات مشاوره و ترغیب برای دریافت خدمات نیز انجام شود.

پیشنهادها

- * آموزش و اطلاع‌رسانی عمومی با موضوع پیشگیری از رفتارهای پرخطر منتهی به ایدز
- * تلاش در جهت رفع انگ و تبعیض
- * راه‌اندازی و تقویت مراکز و پایگاه‌های مشاوره رفتاری در راستای ارائه خدمات و سهولت دسترسی
- * راه‌اندازی و تقویت مراکز ارتقای سلامت زنان آسیب‌پذیر در راستای ارائه خدمات و سهولت دسترسی
- * راه‌اندازی باشگاه سلامت ویژه نوجوانان
- * مراقبت و درمان مبتلایان به HIV ، STI
- * بیماریابی فعال موارد HIV+

منابع

- * دستورالعمل کشوری مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری ویژه نوجوانان، مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، اداره کنترل ایدز و بیماری‌های آمیزشی سال ۱۳۹۳
- * پروتوکل مرکز ارتقای سلامت زنان آسیب‌پذیر، مرکز مدیریت بیماری‌های واگیردار، اداره کنترل ایدز و بیماری‌های آمیزشی
- * چکیده چهارمین برنامه استراتژیک ملی کنترل عفونت HIV جمهوری اسلامی ۱۳۹۴-۱۳۹۸
- * مجموعه دستورالعمل‌های مراقبت و درمان (مشاوره و تشخیص HIV) - ویرایش چهارم ۱۳۹۶ - مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

به این موضوع امتیاز دهید (۱۰۰ تا) . کد موضوع ۹۸۲۱۱ . پیامک ۳۰۰۰۷۲۷۳۱۰۰۱ . نحوه امتیازدهی: امتیاز - شماره مقاله . مثال: اگر امتیاز شما ۸۰ باشد (۸۰ - ۹۸۲۱۱)

معاینه‌های سلامت شغلی را جدی بگیرید



مهندس سیدمحمدحسن رضوی اصل

کارشناس سلامت کار
دانشگاه علوم پزشکی قم



دکترحمیدرضا صابری

متخصص طب کار و عضو هیأت علمی
دانشگاه علوم پزشکی کاشان



مهندس رسول لسان

کارشناس بهداشت حرفه‌ای
دانشگاه علوم پزشکی کاشان



اهداف آموزشی

امیداست خوانندگان محترم پس از مطالعه مقاله:

- با اهداف معاینه‌های سلامت شغلی آشنا شوند.
- انواع معاینه‌های سلامت شغلی را شرح دهند.
- نحوه انجام معاینه‌های سلامت شغلی را توضیح دهند.
- بیماری ناشی از کار را تعریف کنند.
- به صحت و دقت در ثبت معاینه‌ها اهمیت دهند.

بیماری‌زاوی را در مراکز دولتی و مراکز خدمات طب کار مجاز، معاینه کند(معاینه‌های دوره‌ای). البته معاینه‌های اختصاصی دیگری بر اساس دستورالعمل‌های جاری وزارت بهداشت در حوزه سلامت کار نیز پیش‌بینی شده است، مثل معاینه‌های مشاغل سخت و زیان آور یا معاینه‌های کارگران نوجوان یا معاینه‌های بازگشت به کار که همگی به نحوی در ماده ۹۲ قانون آمده است. نظارت و پایش معاینه‌های سلامت شغلی بر اساس ماده ۸۵ و تبصره ماده ۹۶ قانون کار و همچنین قانون تشکیل وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی بر

مقدمه

معاینه‌های سلامت شغلی با هدف تعیین استعداد و قابلیت فرد برای انجام کار مورد نظر توسط کارفرمایان در واحدهای مشمول قانون کار و ماده ۹۰ تأمین اجتماعی انجام می‌شود. در قانون کار جمهوری اسلامی ایران، ماده ۹۲ تکلیف کارفرما را در خصوص انجام معاینه‌ها مشخص کرده است و به موجب آن کارفرما باید برای کارگران خود پرونده پزشکی تشکیل دهد و حداقل سالی یکبار بر اساس مواجهه کارگر با عوامل زیان آور

عهده مرکز سلامت محیط و کار و واحدهای تابعه در سطح دانشگاه‌ها است. اهمیت این معاینه‌ها از آن جهت است که امکان تشخیص زودرس و پیشگیری از وخامت بیماری ناشی از کار را به دنبال دارد.

هرچند که از پرونده‌های پزشکی کارگران در حوزه معاینه‌های سلامت شغلی برای مقاصد از قبیل صدور دفترچه بیمه و تشخیص میزان و شدت بیماری در موارد مربوط به تعیین میزان غرامت بیماری در دستگاه قضایی نیز استفاده می‌شود که این موضوع زمانی موثر است که هم صحت معاینه‌ها توسط دستگاه‌های نظارتی تایید شود و هم دقت انجام معاینه‌ها مهر تایید خورده باشد.

اهداف معاینه‌های سلامت شغلی

اطمینان از اینکه فرد، برای کار موردنظر مناسب است، تعیین میزان سلامت فرد پیش از شروع به کار، تشخیص زودرس و درمان بهنگام بیماری‌ها یا جلوگیری از پیشرفت بیماری‌های شغلی، تطبیق کارگر با کاری که انجام می‌دهد، پایش برنامه‌های کنترل و پیشگیری که پیش از این اجرا شده‌اند، بررسی اثرات محیط کار بر سلامت افراد، پیشگیری از وقوع حوادث شغلی، بررسی میزان آمادگی افراد برای بازگشت دوباره به کار، استفاده از سوابق در مراجعه‌های بعدی و استفاده از معاینه‌ها در پرونده‌هایی که به علت بیماری در مراجع قانونی مطرح است.

انواع معاینه‌ها

معاینه‌ها به سه دسته کلی تقسیم می‌شوند:

۱. معاینه‌های بدو استخدام
۲. معاینه‌های دوره‌ای
۳. معاینه‌های اختصاصی

معاینه‌های بدو استخدام: انتخاب کار مناسب برای هر فرد به میزان قدرت، قابلیت، ذوق و استعداد افراد بستگی دارد. اگر کار در نظر گرفته شده برای فرد با توانایی‌ها و استعداد او مطابقت نداشته باشد، این مسأله می‌تواند در آینده و هنگام استخدام‌های بعدی در مشاغل دیگر نیز تأثیر منفی داشته باشد (ماده ۹۰ تأمین اجتماعی).

معاینه‌های دوره‌ای: آن دسته از معاینه‌ها هستند که پس از اشتغال افراد و در فواصل معین با اهداف پیش گفت

انجام می‌شوند.

معاینه‌های اختصاصی: این معاینه‌ها در مواقع خاص یا برای گروه‌های مخصوص از شاغلان انجام می‌شوند که به طور کلی برخی موارد آن به شرح زیر هستند:

۱. معاینه‌های اختصاصی شاغلان مشاغل سخت و زیان‌آور
۲. معاینه‌های جوانان و زنان
۳. معاینه‌هایی که در خواست معاینه شونده یا دیگران
۴. معاینه‌های هنگام تغییر شغل
۵. معاینه‌های هنگام آغاز مجدد کار (برگشت به کار)

نحوه انجام معاینه‌ها

معاینه‌های سلامت شغلی در مشاغل غیرخانگی با درخواست کارفرما توسط مراکز دولتی و مراکز تخصصی طب کار، پزشکان متخصص طب کار دارای مطب و پزشکان عمومی دارای گواهی بازآموزی طب کار در مطب و بندرت در واحد کاری که مجوز لازم را از حوزه معاونت بهداشتی دانشگاه مربوط داشته باشند، انجام می‌شود. البته به این مسأله مهم باید توجه داشت که قبل از انجام معاینه‌ها اندازه‌گیری عوامل زیان‌آور محیط کار جهت تعیین میزان مواجهه کارگر با مخاطرات محیط کار توسط شرکت‌های خدمات مهندسی بهداشت حرفه‌ای انجام می‌شود. برای شروع یک معاینه بعد از تعیین یک مرکز دولتی یا موسسه مجاز طب کار فرم معاینه‌های سلامت شغلی که یک سند قانونی و غیر قابل خدشه است باید توسط افراد مجاز به شرح زیر تکمیل شود:

۱. مشخصات فردی و سوابق شغلی، سابقه شخصی، خانوادگی و پزشکی، بنا به اظهارات فرد معاینه شونده توسط پزشک، کارشناس یا کاردان بهداشت حرفه‌ای یا بهگر، بهداشتیار کار، کاردان‌های مراکز خدمات جامع سلامت و بهورز.





از این نوع بیماری‌ها، بیماریابی، درمان، تعیین خسارت، پیگیری بیماران و بسیاری از داده‌های دیگر با دقت و سرعت جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل می‌شود و در پایگاه اطلاعات ذخیره و در موقع نیاز بازیابی می‌شوند.

همان طور که در اهداف انجام معاینه‌های سلامت شغلی گفته شده، استفاده از نتایج معاینه‌ها در پرونده‌های مطرح در دستگاه قضایی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. متخصصان مورد وثوق قضات برای اظهار نظر کارشناسی از پرونده پزشکی کارگر و معاینه‌های قبل از استخدام و دوره‌ای مندرج در آن استفاده می‌کنند. به همین دلیل صحت و دقت انجام معاینه‌ها و نگهداری سوابق از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

معاینه‌های پایش سلامت شاغلان حداقل یک نوبت سالانه برای واحدهای موضوع ماده ۸۵ قانون کار الزامی است. یکی از اقدام‌های لازم قبل از انجام معاینه‌های دوره‌ای شناسایی و اندازه‌گیری آلاینده‌های محیط کار است. نتیجه معاینه‌های دوره‌ای، در پرونده پنج برگی مدون وزارت بهداشت ثبت می‌شود و پرونده مذکور، مرجع وضعیت سلامتی شاغل است. هریک از اجزای این پرونده، به منظور تامین هدف خاصی تدوین شده است که برای تامین این اهداف لازم است هر قسمت توسط فرد آموزش دیده و واجد شرایط و در شرایط استاندارد و با تجهیزات مناسب و منطبق با راهنمای معاینه‌های دوره‌ای و براساس نوع مواجهات انجام شود.

علاوه بر موارد ذکر شده که برای بررسی وضعیت سلامت افراد شاغل در محیط‌های کاری است، انجام و ثبت صحیح معاینه‌های دوره‌ای در تعیین از کارافتادگی و موارد قانونی شامل شکایت‌های قضایی بین کارفرما و شاغل اهمیت ویژه‌ای دارد.

در تعیین درصد و میزان دیه و از کارافتادگی شاغل و از همه مهمتر شغلی بودن ادعاهای مطرح شده، ثبت معاینه‌ها و آزمایش‌ها و پاراکلینیک‌ها در دستگاه قضایی و پزشکی قانونی بسیار مهم است. به طوری که هم اکنون برای بررسی چنین مواردی یکی از مستندات اتکایی دستگاه قضا، پرونده‌های پزشکی شاغل است.

برای اینکه قاضی و پزشکی قانونی بتوانند تصمیم درستی بگیرند و حقی از شاغل یا کارفرما ضایع نشود،

۲. تعیین عوامل زیان‌آور شغلی که فرد معاینه شونده در مواجهه با آن قرار داشته یا دارد توسط فارغ‌التحصیلان مقاطع کاردانی و بالاتر بهداشت حرفه‌ای
۳. معاینه‌های بالینی توسط پزشک مسؤول معاینه‌ها انجام و در پرونده ثبت و به همراه مهر و امضاء درج می‌شود.
۴. نتایج اقدام‌های پاراکلینیکی درخواست شده شامل آزمایش‌ها، یافته‌های رادیوگرافی قفسه سینه، نوار قلب و سایر موارد چون سونوگرافی، سی تی اسکن و... توسط پزشک یا تحت نظارت مستقیم پزشک، در پرونده ثبت می‌شود.
۵. قسمت نظریه نهایی درخصوص ادامه کارشاغل توسط پزشک مسؤول معاینه‌ها تکمیل می‌شود.

تعریف بیماری شغلی: بیماری‌های شغلی بیماری‌هایی هستند که به علت مواجهه افراد با عوامل فیزیکی، شیمیایی، زیستی و روحی روانی (سایکولوژیکی) در محیط کار به وجود می‌آیند. علل بیماری‌های شغلی بسیار متنوع‌اند و تاکنون تعداد زیادی عامل خطرزا را در مشاغل صنعتی شناسایی کرده‌اند که در مرگ، معلولیت و نقص عضو کارگران تأثیرگذار است. بیماری‌های شغلی درمان قطعی ندارند، اما به کمک روش‌های پیشگیری و ایمنی می‌توان از بروز آن‌ها جلوگیری کرد. این بیماری‌ها چنانچه در مراحل ابتدایی شناسایی شوند و تحت درمان قرار گیرند، می‌توان از مزمن شدن بیماری و از کارافتادگی افراد جلوگیری کرد. در نظام اطلاعات بیماری‌های شغلی، داده‌های گوناگون بهداشتی اعم از داده‌های مربوط به پیشگیری

بعد از بازدید کارشناس بهداشت حرفه‌ای از روند فعالیت شاغل و بررسی محیط کار و مطالعه پرونده پزشکی، فرد شاغل به متخصص طب کار ارجاع می‌شود تا معلوم شود، بیماری او ناشی از کار است یا خیر؟ پس، انجام صحیح موارد فوق و تکمیل پرونده معاینه‌های قبل از استخدام و معاینه‌های دوره‌ای برای همه شاغلان الزامی است. فراموش نکنیم که مثلاً ثبت نادقیق یک تست تنفسی در ابتدای استخدام شاغل می‌تواند بیماری ریوی ایجاد شده در محیط کار را کاملاً مخفی کند یا انجام ندادن آن حق فرد را از بین ببرد. مثال‌هایی از این دست در زمینه شنوایی‌سنجی، بینایی‌سنجی، بیماری‌های اسکلتی عضلانی، پوستی و... در معاینه‌ها به وفور قابل اشاره است.

توجه‌نکردن به معاینه‌های سلامت شغلی ممکن است باعث بروز حوادث ناشی از کار در اثر ناتوانی در انجام کار شده و همچنین آسیب جبران‌ناپذیری به افراد مستعد بیماری شغلی بزند. بنابراین انجام صحیح و دقیق معاینه‌ها باعث کاهش هزینه‌های تشخیصی برای پرونده‌های متقاضی غرامت و دیه شده و از طرفی سریع‌تر به نتیجه خواهند رسید و در اثر مبهم بودن مستندات دادرسی به درازا نخواهند کشید.

در کنار آن معاینه‌های دوره‌ای و اختصاصی نیز به دلیل ثبت مرتب وضعیت فرد در طول اشتغال می‌تواند تمامی مشکلات جسمی و روحی فرد را در طول مدت کارکرد ناشی از اثر عوامل زیان‌آور نمایان کند و در پرونده‌های

مطرح شده برای غرامت ناشی از کار یک مدرک مستند و مناسب است. نبود دقت در انجام معاینه‌ها و رعایت نکردن استانداردهای معاینه می‌تواند بیماری‌های ناشی از کار احتمالی را پوشانده و تشخیص و ثبت آن را مشکل کند و در هنگام مراجعه فرد جهت تعیین غرامت مستلزم آزمایش‌های هزینه‌بر و صرف وقت زیاد است. از این رو توصیه می‌شود پزشکان و مراکز انجام دهنده معاینه‌ها نکات زیر را مراعات کنند.

فرم‌های معاینه‌ها را به طور کامل و بدون خط خوردگی و لاک گرفتگی تکمیل کنند، در ثبت عوامل زیان‌آور، مشخصات شغلی قبلی و فعلی، معاینه‌های بالینی و پاراکلینیکی دقت لازم را به کار گرفته و بر اساس استانداردهای معاینه‌های پزشکی صحت کار را نیز مورد توجه قرار دهند، همه آزمایش‌ها و پاراکلینیک درخواستی ضمیمه پرونده کارگر شود و پرونده‌ها را به شکل الکترونیک و فایل pdf یا فایل مشابه نگهداری کنند تا امکان تغییر در آن به حداقل ممکن برسد.

در ارجاع و ثبت نتایج آن دقت کافی داشته باشند، خلاصه نتایج معاینه‌های هر فرد را به طور کامل و صحیح استخراج کنند، نتایج معاینه‌ها را به تصویب کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار برسانند، نتایج معاینه‌ها را تجزیه و تحلیل و مشکلات قابل رفع و قابل کنترل را مشخص کنند، نتایج معاینه‌ها را به اطلاع کارگر رسانده و آن را مستند کنند.



نتیجه‌گیری



انجام معاینات سلامت شغلی با توجه به دربرگرفتن قسمت‌های مختلف محیط کار به کارفرمایان در انجام اقدام‌های اصلاحی نظیر اصلاح سیستم تهویه، اصلاح سیستم روشنایی، اصلاح عوامل مغایر ارگونومیک محیط کار و کاهش عوامل زیان‌آور محیط کار، الزام کارگران به استفاده از وسایل حفاظت فردی و... یا در تغییر شغل فرد مربوط کمک می‌کند. همچنین کارفرما، هر سال متوجه روند سلامت شاغل خود شده تا در صورت بروز مشکل بتواند قبل از بدتر شدن بیماری نسبت به پیشگیری و درمان آن اقدام کند.

به این موضوع امتیاز دهید (۱۰۰ تا ۱۰۰). کد موضوع ۹۸۲۱۲
پیامک ۳۰۰۷۲۷۳۱۰۰۱
نحوه امتیازدهی: امتیاز - شماره مقاله
مثال: اگر امتیاز شما ۸۰ باشد (۸۰ - ۹۸۲۱۲)

منابع
* مجله پیراپزشکی دانشکده بهداشت دانشگاه تهران
* دستورالعمل‌ها و بخشنامه‌های وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی
* قانون کار جمهوری اسلامی



آشنایی با برنامه اصلاح الگوی غذایی خانوارهای روستایی و عشایری بامحوریت زنان

مقدمه

بسیاری از مردم کشور ما به ویژه در مناطق روستایی روزانه مقادیر زیادی غذاهای نشاسته‌ای مانند نان یا برنج مصرف می‌کنند. به دلیل گران بودن مواد غذایی پروتئینی و دسترسی کمتر به میوه‌ها، سبزیجات و لبنیات، سهم این مواد غذایی در سفره‌های روستاییان بسیار کم است. همچنین گاهی مشاهده شده خانوارهای کم‌درآمد روستایی برخی مواد غذایی مثل تخم مرغ را تولید می‌کنند، اما به جای مصرف توسط افراد خانواده،



فهیمة ناظران‌پور

کارشناس تغذیه
دانشگاه علوم پزشکی مشهد

اهداف آموزشی

**انتظار می‌رود خوانندگان محترم
پس از مطالعه این مقاله:**

- راه‌های ساده تولید مواد غذایی مورد نیاز تغذیه‌ای خانوار را شرح دهند.
- نحوه صحیح سبزی کاری خانگی را بیان کنند.
- شیوه‌های پرورش ماهی و طیور در منزل را توضیح دهند.

“

هر خانوار روستایی چه کشاورز و غیرکشاورز می‌تواند یک باغچه کوچک برای سبزی‌کاری داشته باشد و در آن سبزی‌های مورد احتیاج خود را کاشت و برداشت کند.

”

عین حال سالم و بهداشتی به زنان، اولین قدم در اصلاح الگوی غذایی خانوارهای روستایی است.

سبزی‌کاری

سبزی‌ها و میوه‌ها منابع مهم ویتامین‌ها و موادمعدنی هستند که مصرف روزانه آن برای حفظ سلامت و پیشگیری از بسیاری از بیماری‌های ناشی از سوء تغذیه در بین خانوارها ضروری است. هر خانوار روستایی چه کشاورز و غیرکشاورز می‌تواند یک باغچه کوچک برای سبزی‌کاری داشته باشد و در آن سبزی‌های مورد احتیاج خود را کاشت و برداشت کند. این باغچه‌ها علاوه بر این که محیط زندگی را با طراوت و زیبا می‌کنند می‌توانند پیوسته سبزی و میوه تازه و سالم و عاری از هرگونه عوامل بیماری‌زا را برای خانواده‌ها فراهم کنند.



آن‌ها را فروخته و باپول آن موادغذایی کم ارزش خریداری می‌کنند. از این رو در بیشتر مناطق روستایی مشکلات تغذیه ای در کودکان، مادران، نوجوانان و سالمندان بیشتر از مناطق شهری است. تولید برخی مواد غذایی مثل سبزی‌ها، طیور، ماهی، حبوبات و... به شیوه‌هایی آسان و در عین حال کم هزینه و آموزش شیوه تغذیه صحیح به روستاییان به خصوص زنان، می‌تواند قدم بزرگی در بهبود شیوه تغذیه روستاییان و عشایر کشور باشد.

یکی از اهداف هفده‌گانه توسعه پایدار «پایان دادن به گرسنگی، دستیابی به امنیت غذایی و تغذیه بهتر و ترویج کشاورزی پایدار» است و یکی از مصوبات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، «برنامه بهبود تغذیه با هدف اصلاح الگوی غذایی خانوارهای روستایی و عشایری با محوریت زنان» است که از سال ۹۷ اجرایی شده است. این برنامه با همکاری مشترک وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت جهاد کشاورزی پیگیری می‌شود. از طرفی افزایش شیوع بیماری‌های غیر واگیر در مناطق شهری و روستایی کشور به دلیل مصرف قند، نمک و چربی، غذاهای چرب و سرخ شده، مصرف بی رویه فست فودها، مصرف کم سبزی و میوه و دریافت ناکافی فیبر غذایی و همچنین دستیابی به هدف بهبود تغذیه و امنیت غذایی و ترویج کشاورزی پایدار ضرورت برنامه بهبود تغذیه با هدف اصلاح الگوی غذایی خانوارهای کشور را تأیید می‌کند. با توجه به اینکه در برنامه، گروه هدف زنان روستایی و عشایری هستند، اصلاح الگوی غذایی خانوارهای روستایی در درجه اول اهمیت قرار دارد. ترویج فرهنگ تغذیه سالم در بین زنان روستایی و عشایری، ترویج تولید در باغچه‌های خانگی با موضوع سبزی و صیفی و تولید مرغ و تخم مرغ خانگی در بین زنان روستایی و عشایری، ارایه مشاوره‌های لازم در جهت ترویج الگوی غذایی سالم، بهبود وضعیت تغذیه زنان و خانوارهای روستایی و تولید محصول سالم و ایجاد سایت باغچه‌های خانگی از جمله اهداف بینابینی برنامه است.

آموزش تولید مواد غذایی با شیوه‌های آسان و عملی و در



ظروف و لباس (بدون شوینده) یا آب شست‌وشوی سبزیجات و برنج و... می‌توان استفاده بهینه کرد و برای آبیاری باغچه از آن استفاده کرد.

زمین سبزی کاری باید آفت‌بگیر بوده، گود نباشد. زه‌کشی مناسب داشته و خاک آن سبک باشد تا آب و هوا در آن بخوبی نفوذ کند. همچنین عمق خاک برای بذر مناسب باشد، بخوبی آماده‌سازی شود و از کود مناسب استفاده شود. استفاده از کودهای طبیعی یا کودهای شیمیایی بستگی به شرایط زمین و نوع محصول دارد. کودهای حیوانی باید پیش از استفاده کاملاً پوسیده و تغییر ماهیت داده باشد. در سبزی کاری معمولاً کود حیوانی به کودهای شیمیایی ارجحیت دارد. آماده‌سازی زمین، بذرپاشی، آبیاری، نشاء کاری و... از نکاتی است که باید در سبزی کاری مورد توجه قرار گیرد.

پرورش طیور

پرورش مرغ و خروس در منازل از جمله راه‌هایی است که به تولید تخم مرغ (پرورش مرغ تخم‌گذار) یا گوشت مرغ (پرورش جوجه‌های گوشتی) برای مصارف خانگی و بهبود تغذیه اعضای خانوار کمک می‌کند. در پرورش مرغ و خروس انتخاب نژاد مناسب، سالم و قوی اولین

با تنظیم تاریخ کاشت سبزی‌ها می‌توان در زمان‌های گوناگون سبزی‌های مختلف و متنوع در اختیار داشت. کاشتن میوه و سبزی در باغچه‌های خانگی از هزینه‌های خانوار خواهد کاست. برای اینکه سبزی کاری در منزل بخوبی انجام شود، لازم است از راهنمایی‌های مروجان جهاد کشاورزی روستا کمک گرفته شده و در آماده‌سازی، کاشت و داشت محصولات دقت کافی به خرج داد تا محصول به دست آمده سالم به مرحله برداشت برسد. باغچه‌های خانگی باید حصار کشی مناسب داشته باشند تا از ورود مرغ و خروس یا دام به آن جلوگیری شود و از آب سالم برای آبیاری استفاده شود. با توجه به بروز خشکسالی در اکثر مناطق کشور از آب‌های شست‌وشوی

“

بهترین نوع ماهی برای پرورش خانگی ماهی قزل‌آلاست. این ماهی در مقابل تغییرات دمای آب و اکسیژن حساس نبوده و سازش خوبی با شرایط پرورش متراکم (تعداد زیاد ماهی در حجم کم) دارد.

”

زمان شما محدود است، آن را با زندگی کردن در زندگی دیگران هدر ندهید. **استیو جابز**



قدم است. امکان اختصاص فضای مناسب، دور از ساختمان اصلی خانه با حصار محکم و کف‌سازی مناسب و همچنین تغذیه صحیح مرغ‌ها و جوجه‌ها و پاکیزه نگهداشتن مرغداری از اقدام‌های ضروری برای حفظ بهداشت و تولید محصول سالم است.

پرورش ماهی

در کشور ما مکان‌های زیادی برای پرورش ماهی وجود دارد. بیشتر قنات‌ها و چشمه‌ها، استخر چاه‌های کشاورزی، استخرهای باغ‌ها و روستاها که معمولاً آب را در آن جمع کرده و به مزارع می‌فرستند، زمین‌های شالی کاری که در زمستان‌ها آب در آن سوار می‌شود، برکه‌ها و دریاچه‌های کوچک منطقه‌ای و... محل‌های مناسبی است که می‌توان برای پرورش ماهی استفاده کرد. همچنین با صرف هزینه‌های کم و با کمک جهاد کشاورزی منطقه، امکان پرورش قزل‌آلا در منازل روستایی وجود دارد.

بهترین نوع ماهی برای پرورش خانگی ماهی قزل‌آلاست. این ماهی در مقابل تغییرات دمای آب و اکسیژن حساس نبوده و سازش خوبی با شرایط پرورش مترکم (تعداد زیاد ماهی در حجم کم) دارد. هزینه پرورش قزل‌آلا بسیار کم است و علاوه بر استخرهای خانگی و کشاورزی

در بشکه‌ها و منابع آب کوچک و حتی حوض‌های کوچک منازل قابل پرورش است. ماهی‌هایی مثل تیلاپیلا، ماهی کوی و انواع ماهی قنات، مثل سیاه‌ماهی و ماهی آزاد پرورشی، از ماهی‌هایی هستند که براحتی در مناطق روستایی قابل پرورش‌اند. بخصوص در مناطقی از کشور که مشکل آب وجود ندارد یا کمتر است. با توجه به رژیم‌های کم‌پروتئین در جوامع روستایی، ماهی‌های پرورشی که با هزینه‌های کم قابلیت تولید دارند می‌توانند تأمین‌کننده پروتئین بسیار مرغوب در منزل باشند.



نتیجه‌گیری

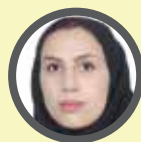


برنامه «اصلاح الگوی غذایی خانوارهای روستایی و عشایری با محوریت زنان» بر آموزش زنان استوار است. آموزش روش‌های ساده تولید غذا در منزل و حمایت از زنان در راستای ایجاد اشتغال و امکان تولید مواد غذایی در منازل، علاوه بر تأمین نیازهای افراد خانواده می‌تواند بر اقتصاد خانواده اثر بگذارد، اما مهم‌ترین نکته جلب توجه مردم و ایجاد انگیزه و ارتقای توانمندی زنان در تولید مواد غذایی است که ارزش تغذیه‌ای در تأمین پروتئین، مواد معدنی و ویتامین‌ها و فیبر غذایی دارند. تولید سبزی و میوه و حبوبات، تخم‌مرغ و ماهی از جمله مواد غذایی است که این قابلیت را دارد تا در سطح وسیع به شکل خانگی تولید و به ارتقای تغذیه خانوار و جامعه روستایی کمک کند.

به این موضوع امتیاز دهید (۱ تا ۱۰۰). کد موضوع ۹۸۲۱۳
پیامک ۳۰۰۷۲۷۳۱۰۰۱
نحوه امتیازدهی: امتیاز - شماره مقاله
مثال: اگر امتیاز شما ۸۰ باشد (۸۰ - ۹۸۲۱۳)

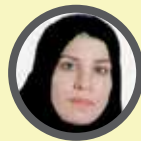
منابع
* دستورالعمل مراحل اجرایی فرآیند آموزش و ترویج تغذیه سالم در جامعه زنان روستایی و عشایری، سال ۹۷
* راهنمای آموزش تغذیه در دوران‌های مختلف زندگی (ویژه کارکنان بخش‌های توسعه و رفاه اجتماعی)

آموزش پیش از ازدواج



خاطره بره‌مقدم

عضو هیات تحریریه
فصلنامه بهورز



معصومه پرهیزکار صفا آبادی

عضو دبیر خانه
فصلنامه بهورز

اهداف آموزشی

امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه:

- ویژگی افرادی که برای ازدواج با یکدیگر مناسب نیستند 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 پرداخته شد. در این شماره درباره خصوصیات افرادی که برای ازدواج مناسب نیستند صحبت می‌کنیم.

افرادی که برای ازدواج با یکدیگر مناسب نیستند

بدیهی است افرادی که به سن ازدواج رسیده‌اند برای ازدواج با هر فردی مناسب نیستند. به جز آمادگی و مناسب بودن فرد لازم است تناسب و مناسبت بین فردی نیز در میان باشد تا ازدواج موفق‌تری به انجام برسد. اهم موارد نامناسب بین فردی یا نامناسب بودن دو نفر به قرار زیر است:

۱) تفاوت سنی زیاد با یکدیگر

تفاوت سنی زیاد بین زن و شوهر می‌تواند برای هر دو نفر مشکلات جدی ایجاد کند. البته معمولاً در اوایل ازدواج این مشکلات چندان زیاد به نظر نمی‌رسد، اما پس از گذشت چند سال به طور جدی خود را نشان خواهند داد. تفاوت سنی در سنین پایین‌تر مشکلات بیشتری را ایجاد می‌کند، تا در سنین بالاتر. مثلاً تفاوت سنی یک مرد ۳۵ ساله با یک دختر ۲۰ ساله مشکلات بیشتری را سبب می‌شود، تا تفاوت سنی بین یک مرد ۵۵ ساله با یک خانم ۴۰ ساله. تفاوت سنی، زوج اول را بیشتر تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ چرا که پختگی و سطح تجربیات آن‌ها در مقایسه با زوج دوم از شباهت کمتری برخوردار است. یک زن چهل ساله تجربیات مشترک بیشتری با یک مرد پنجاه و پنج ساله دارد، تا یک دختر ۲۰ ساله در مقایسه با یک مرد ۳۵ ساله. موضوع تفاوت سنی زیاد بین زن و شوهر پیامدهای بسیاری دارد که لازم است حتماً به آن توجه شود. برخی از مشکلات احتمالی تفاوت سنی زیاد در زیر آورده شده است:

اگر از همسر خود بزرگتر باشید:

۶۶

تفاوت سنی، زوج اول را بیشتر تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ چرا که پختگی و سطح تجربیات آن‌ها در مقایسه با زوج دوم از شباهت کمتری برخوردار است.

”

ج در رابطه قدرت بیشتری پیدا می‌کنید و وسوسه می‌شوید که همسر خود را کنترل کنید. به دلیل بالاتر بودن سن و تجربه‌های بیشتر و احتمالاً موفقیت‌های مالی بیشتر، ممکن است همسر خود را کنترل کنید تا دست به کارهای پخته و حساب نشده نزنند.

د ممکن است بخواهید خود را جوانتر از سن واقعی خود نشان دهید. افراد در هر سنی نیازهای خاصی دارند، اما وقتی فردی با همسری بسیار جوانتر از خودش ازدواج می‌کند، ممکن است از اینکه به نیازهای سنی خودش پاسخ دهد، دست بردارد و برای رضایت خاطر همسرش سعی کند که رفتارهای سنین پایین‌تر را انجام دهد.

اگر از همسر خود جوانتر باشید:

الف این امکان وجود دارد که به او به عنوان يك الگو و آموزگار نگاه کنید و در مقابل او احساس ضعف و حقارت کنید. وقتی همسرتان به مراتب از شما بزرگتر باشد، طبیعی است که موفق‌تر، با تجربه‌تر و از لحاظ اقتصادی با ثبات‌تر باشد. این موضوع می‌تواند فرد را به طور ناخود آگاه تحت تأثیر قرار دهد، به طوری که احساس کند همسرش از او بهتر است.

ب ممکن است برای همسر خود نقش «کودک» را بازی کنید. وقتی که تجربه کمتری دارید و مشاهده می‌کنید که همسرتان با تجربه‌تر است، ممکن است به طور ناخود آگاه در مقابل او نقش يك «کودک» را بازی کنید، به نصیحت‌های او گوش دهید و از او بخواهید که به شما بگوید چه بکنید و چه نکنید.

ج ممکن است بخواهید خود را مسن‌تر از سن واقعی خود نشان دهید. برای این که تفاهم بین خود و همسرتان را بیشتر کنید، ممکن است رفتارهای مطابق با سن خود را کنار بگذارید و مطابق

الف این امکان وجود دارد که حوصله او را نداشته باشید. این امکان وجود دارد که برخی اوقات تحمل خامی‌ها، بی‌تجربگی‌ها و کندی او را درباره مسایل زندگی نداشته باشید. در واقع ممکن است از این که می‌بینید که او هنوز با مسایلی دست به‌گریبان است، که شما مدت‌ها پیش آن‌ها را پشت سر گذاشته‌اید، خسته شوید.

ب ممکن است برای همسر خود نقش «والد» را بازی کنید. وقتی که تجربه بیشتری دارید، تقریباً غیرممکن است که بتوانید از پند و اندرز دادن و نصیحت کردن همسرتان چشم‌پوشید. شما به خاطر سن بیشتر خود، می‌دانید که بهترین راه انجام کارهایی که او با آن‌ها دست و پنجه نرم می‌کند، کدام است. همین باعث می‌شود که با همسر خود مانند «والد کودک» برخورد کنید و در دام ارتباط «والد کودک» بیفتید. این ارتباط باعث خشم و انزجار او نسبت به شما و عصبانیت شما نسبت به او خواهد شد و تأثیر مخربی بر رابطه خواهد گذاشت. در ضمن در رابطه والد کودک، جاذبه جنسی بین همسران سرعت نابود خواهد شد.



“

هرچه شباهت‌های دو قوم بیشتر باشد، در ازدواج مشکلات کمتری ایجاد می‌شود. اما هرچه تفاوت‌ها بیشتر باشد شاهد مشکلات بیشتری خواهیم بود.

”

میل او رفتارهای سنین بالاتر را از خود بروز دهید.

۲) تفاوت دینی (مذهبی) با یکدیگر

تفاوت دینی (مذهبی) می‌تواند یکی از مسأله‌سازترین تفاوت‌ها باشد. تفاوت دینی در آغاز آشنایی تأثیر چندانی بر رابطه ندارد، چون لزومی ندارد که از دیدگاه‌های مذهبی یکسانی برخوردار باشیم تا از بیرون رفتن با کسی لذت ببریم. اما متأسفانه وقتی رابطه جدی‌تر می‌شود و احساس افراد نسبت به یکدیگر قدرت می‌گیرد، مشکلات هم بیشتر می‌شود. از آنجا که دین و مذهب باورهای بنیادین ما را شکل می‌دهند، تفاوت در این باورهای بنیادین می‌تواند برای همسران بسیار مسأله‌ساز شود. این افراد معمولاً در سنت‌ها و ایام تعطیل تفاوت مذهبی بین خود را به خوبی مشاهده می‌کنند و از همه مهم‌تر وقتی صحبت از بزرگ کردن بچه‌ها باشد، کافی است از آن‌ها بپرسیم که دوست دارند بچه‌های‌شان چه دین یا مذهبی داشته باشند.

۳) تفاوت‌های اجتماعی، قومی و تحصیلی با یکدیگر

یکی از شرایط تحقق رابطه سالم، نقاط مشترکی است که دو نفر باهم دارند: علایق مشترک، عقاید و باورهای مشترک و سوابق و سلايق مشترک. تمامی اینها در تفاهم و راحتی زندگی مشترک و کم بودن تنش سهم بسزایی دارند. این بدین معنی نیست که شما و همسرتان باید لزوماً در مورد همه چیز توافق نظر داشته باشید، اما تفاوت‌های زیاد و خارج از معمول می‌تواند تنش زیادی ایجاد کند و رابطه‌ای که از تفاهم و هماهنگی لازم برخوردار نباشد، در عمل مشکلات زیادی را در پی خواهد داشت. تفاوت اجتماعی بیشتر بیانگر تفاوت طبقه اجتماعی و وضعیت اقتصادی است. مولوی این تفاوت را در ابیات زیر به خوبی بیان کرده است.

گفت صوفی ما فقیر و زار و کم
قوم خاتون مالدار و محتشم
کی بود این کفوایشان در زواج
یک درازچوب و دری دیگر زعاج
جامه نیمی اطلس و نیمی پلاس
عیب باشد نزد ارباب شناس
با کبوتر، باز کی شد هم نفس
کی شود همراز، عنقا با مگس
کفو باید هر دو جفت اندر نکاح
ورنه تنگ آید، نم اندر تیا ح

در ایران اقوام و قومیت‌های زیادی زندگی می‌کنند. برخی از این قومیت‌ها با دیگر قومیت‌ها شباهت بیشتری دارند و با برخی دیگر بسیار تفاوت دارند. هرچه شباهت‌های دو قوم بیشتر باشد، در ازدواج مشکلات کمتری ایجاد می‌شود. اما هرچه تفاوت‌ها بیشتر باشد شاهد مشکلات بیشتری خواهیم بود.

فعالیت:

شما از چه قومیتی هستید؟

کدام یک از اقوام ایرانی با شما شباهت بیشتری دارند؟

کدام یک از اقوام ایرانی با شما تفاوت بیشتری دارند؟

مشکلات احتمالی ناشی از تفاوت‌های اجتماعی، قومی

و تحصیلی موارد زیر است:

الف ممکن است دریابید که نقاط مشترک کافی ندارید. برخی از همسران از تفاوت‌ها به سود خود استفاده می‌کنند. از یکدیگر می‌آموزند و خود را باهم هماهنگ می‌کنند. اما چنانچه این تفاوت‌ها زیاد باشد، تنها سبب درگیری و احساس بیگانگی خواهد شد.

ب ممکن است دریابید که ارزش‌های کاملاً متفاوتی دارید. ارزش‌های ما بر اساس طرز تربیت، فرهنگ قومی، سطح تحصیلات و تجارب زندگی ما شکل گرفته است. چنانچه این گونه سوابق ما به طرز فاحشی با سوابق همسر آینده ما متفاوت باشد، احتمالاً مشاهده خواهیم کرد که از ارزش‌های متفاوتی برخوردار هستیم.

۴) دختر دادن و دختر گرفتن از یک خانواده

در برخی از فرهنگ‌های ایران زمین به دختر دادن و دختر گرفتن از یک خانواده به اصطلاح بده بستان می‌گویند. این گونه از دواج‌ها شرایط پیچیده‌ای را باعث

می‌شود. دختر دادن و گرفتن از یک خانواده به این معنی است که اعضای درجه یک یا درجه دو خانواده با اعضای درجه یک یا درجه دو خانواده‌ای دیگر ازدواج کنند.

در این گونه ازدواج‌ها شاهد دو زوج هستیم که به طور ضربدری با هم خویشاوند هستند و این خویشاوندی گاهی درجه یک و گاهی درجه دو است. بنابراین در این گونه ازدواج‌ها، مسایل و زندگی همسران به صورت ناخواسته با مسایل زندگی خویشاوندان ارتباط و تداخل پیدا می‌کند. پیچیدگی این گونه ازدواج‌ها نیز از همین تداخل سرچشمه می‌گیرد. تداخل خویشاوندی با زوجیت، مشکلات بسیار متنوع و پیچیده‌ای را به وجود می‌آورد. پیچیدگی مطلب زمانی به بالاترین حد می‌رسد که دو زوج به طور ضربدری خواهر / برادر یا خواهر / خواهر یا برادر / برادر هستند.

در فرهنگ شرقی ما که روابط خویشاوندی وصله ارحام، اهمیت فوق العاده‌ای دارد، تداخل روابط زوجیت با روابط خویشاوندی و مداخله خویشاوندان پیچیدگی زیادی را بر ارتباط همسران تحمیل می‌کند. بنابراین توصیه می‌شود که به این گونه ازدواج‌ها با دقت بسیار بیشتری نگریسته شود.

۵) افرادی که از یکدیگر دور هستند

برخی از ازدواج‌ها در شرایطی رخ می‌دهد که یکی از همسران در کشوری دیگر یا در شهری دیگر است که امکان ملاقات و آشنایی از نزدیک برای آن‌ها محدود است. بخصوص در سال‌های اخیر ازدواج با ایرانیان مقیم خارج کشور باعث شده است که این نوع ازدواج رواج بیشتری بیابد. دور بودن از یکدیگر شرایطی را فراهم می‌کند که نیاز به توجه دارد. وقتی که افراد از یکدیگر دور هستند شناخت آن‌ها از یکدیگر يك شناخت از دور است. وقتی به آینه از نزدیک نگاه می‌کنیم چهره خود را به طور شفاف می‌بینیم، با همه جزئیات و ریزه کاری‌ها، اما وقتی از آینه دور بایستیم و به چهره خود نگاه کنیم، جزئیات چهره خود را نمی‌توانیم ببینیم، بلکه تنها کلیت آن را می‌بینیم. در روابط راه دور امکان شناخت جزئیات

فرد وجود ندارد، تنها می‌توانیم کلیت فرد را بشناسیم. آشنایی و شناخت که يك قسمت مهم ازدواج است در روابط راه دور با اشکال روبرو می‌شود.

در روابط راه دور موارد زیر را می‌توان مشاهده کرد

* هدف عاشق و معشوق در يك رابطه طبیعی این است که با یکدیگر مهربان تر و صمیمی تر شوند، اما هدف عاشق و معشوق در روابط راه دور این است که دوباره یکدیگر را ببینند.

* فرصت شناخت واقعی از افراد سلب می‌شود.

* از برخورد با مسایل و مشکلات پرهیز می‌شود. وقتی نامزدهایی که رابطه آن‌ها از راه دور است یکدیگر را می‌بینند، اولاً از آنجا که فرصت محدودی دارند سعی می‌کنند که همه چیز را بخوبی برگزار کنند و از این که در این مدت کوتاه به مسایل و مشکلات بپردازند معمولاً پرهیز می‌کنند.

* تلقی آن‌ها از تفاهم با یکدیگر معمولاً بسیار غیرواقع بینانه است. وقتی فقط چند روز بیشتر فرصت ندارند که یکدیگر را ببینند تمام وقتشان را باهم می‌گذرانند، به سینما، رستوران و میهمانی می‌روند. هیجان زیادی که در این روزها وجود دارد، سبب می‌شود، تصور کنند در آینده زندگی مشترک نیز همین شرایط تکرار خواهد شد. معمولاً این افراد وقتی برای زندگی مشترک به يك شهر یا يك کشور می‌روند، متوجه می‌شوند که شرایط واقعی چه قدر متفاوت از تجربه‌های اولیه آن‌ها بوده است.

به جز دور بودن در زمان آشنایی برخی از افراد دارای شرایطی هستند که پس از ازدواج برای زمان قابل توجهی باید از همسر خود دور باشند. افرادی که در کشتی کار می‌کنند یا به مأموریت‌های شغلی طولانی مدت می‌روند طبیعتاً مدت زمان قابل توجهی از همسر خود دور هستند. این گونه ازدواج‌ها نیز با مشکلات قابل توجهی روبرو می‌شود که نیاز به ویژگی‌های شخصیتی خاصی دارد. به هر حال در جمعیت عمومی این گونه ازدواج‌ها توصیه نمی‌شود.

منبع: میرمحمد صادقی، مهدی، ۱۳۹۳، دفتر پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور

به این موضوع امتیاز دهید (۱۰۰ تا). کد موضوع ۹۸۳۱. پیامک ۳۰۰۰۷۲۷۳۱۰۰۰۱. نحوه امتیازدهی: امتیاز- شماره مقاله. مثال: اگر امتیاز شما ۸۰ باشد (۸۰-۹۸۳۱)

یک تجربه یک درس

دندانپزشک کوچک

فرزانه امیرخانی مربی آموزشگاه شبکه بهداشت و درمان مبارک
دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

تازه استخدام شده بودم واز این بابت خیلی خوشحال بودم. حس غرور و افتخاری داشتم که برایم خیلی لذت بخش بود.

قرار بود به اتفاق همکارم برای معاینه‌های دانش آموزان یکی از دبستان‌های تحت پوشش مرکز خدمات جامع سلامت برویم. من همیشه از فضای مدارس ابتدایی لذت می‌بردم. چون بچه‌ها بسیار با صداقت و بی ریا رفتار می‌کردند. چون بقیه کلاس‌ها ریاضی داشتند از کلاس سوم، معاینه‌ها را شروع کردیم.

بچه‌ها به ترتیب جلو می‌آمدند و بعد از این که مراقبت می‌شدند ما نتیجه مراقبت را به آن‌ها می‌گفتم و اگر نیاز بود فرم ارجاع برای آن‌ها پر می‌کردیم. وقتی من

معاینه‌های دهان و دندان انجام می‌دادم کمتر بچه‌ای دندان‌هایش سالم بود و من موردی ندیدم که پرکردگی دندان داشته باشد. برای همین مرتب به بچه‌ها می‌گفتم که باید دندان‌هایشان را مسواک بزنند و فرم ارجاع به دندانپزشک را تکمیل و تحویل بچه‌ها می‌دادم. درحین انجام معاینه‌ها، دختر بچه‌ای را معاینه کردم که اسمش اسماء بود. با کمال تعجب بیشتر دندان‌هایش پر شده بود. با خودم گفتم شاید وضعیت مالی خوبی دارند که دندان‌هایش را پر کرده است. اما کفش‌های پاره و شلوار کهنه دخترک گواهی دیگری می‌داد. شک کردم که شاید اشتباه دیده‌ام. دوباره گفتم: اسماء! یک بار دیگر دهانت را باز کن! دخترک خیلی ساکت و آرام دوباره دهانش را باز کرد. خوب که دقت کردم دیدم چقدر دندان‌های این بچه نامرتب پر شده است. به همکارم گفتم ببین دندان‌های این بچه را چقدر بدپر کرده‌اند و بعد رو کردم به دخترک و گفتم: کجارتی دندان‌ت را پر کردی؟ جوابی نداد! دوبار پرسیدم... این بار هم چیزی نگفت. از جواب دادن طفره می‌رفت. کمی لحنم را آمرانه تر کردم و گفتم: چرا جواب نمی‌دهی؟ اسماء پاهایش را کنار هم جفت کرد. شست پاهایش از توی هر دولنگه کفش کهنه به من می‌زدند. دخترک همان‌طور که سرش پایین بود، مقنعه‌اش را جلوی دهانش گرفت تا کسی صدای او را نشنود و آرام گفت: اجازه خانم! داداشم پر کرده!

چشمانم برق زد! با خودم گفتم یعنی برادرش داندانپزشک است؟ بعد رو به همکارم کردم و گفتم: اگر برای خواهرش اینطوری کار کنه وای به حال بقیه. بعد با تمسخر گفتم: حالا این داداشت کجا مطب داره؟ دختر بچه هنوز سرش پایین بود و در حالی که سعی می‌کرد شست دوپایش را به ته کفش بچسباند تا جلب توجه نکند، آرام‌تر از قبل گفت: مطب نداره؟ بچه‌ها که گوش‌هایشان را تیز کرده بودند متوجه موضوع شدند. یک مرتبه صدای خنده بچه‌ها بلند شد. یکی از بچه‌ها از ته کلاس داد زد: خانم! دروغ میگه! اون فقط یک داداش داره که تو کلاس پنجم همین مدرسه است. کنجکاو‌ای ام گل کرده بود. رو کردم به دخترک و گفتم: اسماء دروغ گفتی؟ دخترک با همان حالت مودبانه‌ای که داشت



تفکیک زباله

مینا فضل اله پور بهورز خانه بهداشت قمچقای شهرستان بیجار
دانشگاه علوم پزشکی کردستان

روستای قمچقای در ۶۰ کیلومتری شمال شهرستان بیجار واقع شده است. این روستا به لحاظ شرایط محیطی و وجود قلعه باستانی آیتوس و دره پادشاهان از جاذبه‌های گردشگری استان کردستان است. با توجه به وضعیت نامناسب زباله‌ها در روستا در کارورزی پایه دوم با راهنمایی مربی درس روش تحقیق اقدام به برگزاری جلسات متعدد در زمینه مشکلات موجود از جمله زباله با اعضای شورای اسلامی روستا، دهیار و معتمدان محلی کردم و پس از بررسی راهکارهای مختلف بحث تفکیک زباله مطرح شد. با همکاری مردم روستا و آموزش آن‌ها به ویژه زنان و دانش‌آموزان و تعیین محل جایگاه زباله‌های تفکیک شده این کار انجام گرفت که علاوه بر ایجاد محیط سالم در روستا بخش‌هایی از زباله تفکیک شده نیز به کارخانه‌های جمع‌آوری بازیافت فروخته می‌شود.



گفت: خانم به خدا دروغ نمی‌گم! داداشم دندانم را پر کرده. گفتم: بچه‌ها می‌گویند داداشت کلاس پنجم است چطوری دندان تو را پر کرده؟ این بار دخترک با دست لبه مقنعه‌اش را گرفت و بالا آورد تا قطره اشکی را که از مژه‌هایش سرازیر شده بود از روی گونه‌های خشکیده‌اش پاک کند. بعد آرام‌تر که کسی نشنود گفت: خانم با چسب دوقلو پر کرده!

اسماء دیگر چیزی نگفت و من بغضی سنگین گلویم را می‌فشرد. به زحمت آب دهانم را قورت دادم. شرمنده از خودم و سوالاتم و شرمنده‌تر از صورت معصومانه اسماء بودم. دست‌های لرزانم را روی سر دخترک کشیدم و گفتم: آفرین به تو و صد آفرین بر برادر خوبت. زنگ بعد وارد کلاس پنجم شدیم. مشتاق بودم تا آقای دکتر را ببینم. وقتی بچه‌ها را برای معاینه صدا می‌زدم به نام خانوادگی شان دقت می‌کردم. بالاخره پیدایش کردم. وضعیت لباس و کفشش تفاوت چندانی با خواهرش نداشت وقتی معاینه‌اش می‌کردم آرام گفتم: چطوری آقای دکتر؟ پسر بچه کمی خجالت کشید و چیزی نگفت. بعد به او گفتم: دهانت را باز کن. انتظار داشتم دندان‌های او هم مثل خواهرش با چسب دوقلو پر شده باشد. اما با کمال تعجب دیدم دندان‌های او اغلب پوسیده و سوراخ است. با صدایی آرام گفتم: دکتر! چرا دندان‌های خودت را پر نکردی؟ کمی اخم‌هایش را در هم کشید و چیزی نگفت. دوباره پرسیدم تو که زحمت دندان‌های خواهرت را کشیدی چرا دندان‌های خودت را پر نکردی؟ یک لحظه با خودم فکر کردم حتماً از روی شیطنت دندان‌های او را پر کرده اما برای خودش ترسیده و این کار را انجام نداده است. پسرک بعد از لحظاتی سکوت گفت: آخه خانم نصف چسب دوقلوبیشتر نداشتیم. دندان‌های خواهرم خیلی درد می‌کرد و نمی‌توانست غذا بخورد. گفتم مگر دندان‌های تو درد نمی‌کرد؟ گفت: دندان‌های من هم درد می‌کند اما من مرد هستم و می‌توانم درد را تحمل کنم! راست می‌گفت. او مرد بود. او بزرگ بود و این من بودم که امروز بسیار کوچک شده بودم و چه درس بزرگی این مرد کوچک به من داده بود!

برف آرام آرام می‌بارید و زمین را سفید پوش کرده بود. من برای پیگیری به روستا رفته بودم و خیلی اتفاقی خانم بارداری را دیدم که بسیار صورتش ورم داشت، زیر چشم‌هایش پف کرده و دست و پایش هم ورم کرده بود. می‌گفت که سه روز پیش مراقبت شده و مشکلی نداشته است. من اما اصرار کردم و در حالی که پیگیری را نیمه تمام گذاشته بودم به خانه بهداشت برگشتم. خانم باردار هم به اتفاق همسرش به خانه بهداشت آمد و همان طوری که حدس زده بودم فشارخون بالا داشت (۱۸۰/۱۰۰) و ورم شدید گوده گذار و افزایش وزن ناگهانی. بسرعت او را به بیمارستان ارجاع فوری دادم. بعد از دو ساعت تماس گرفتم و متوجه شدم بستری است و فشارخونش هم بالاتر رفته است. صبح روز بعد دوباره تماس گرفتم و همسرش گفت خانمش به روش سزارین زایمان کرده و بسیار از من تشکر کرد و برای من و خانواده ام دعا کرد. پزشک معالج گفته بود اگر مراجعه نمی‌کردی به احتمال زیاد همان روز به کما می‌رفتی و معلوم نبود چه بلایی سر خودت و فرزندت می‌آمد.

من به عنوان یک بهورز که مسؤولیت سلامت مردم روستای تحت پوششم را دارم بهتر است در هر جا و هر زمانی مراقب سلامت افراد تحت پوششم باشم. شاید یک نشانه و علامت کوچک و به ظاهر بی‌ارزش، اگر بموقع و درست تشخیص داده شود از یک فاجعه و اتفاق ناگوار و دلخراش که قابل جبران نیست پیشگیری کند.

پیگیری ارزشمند

زهرا محمدی بهورز خانه بهداشت
آغچه شبکه بهداشت و درمان
بویین میاندشت
دانشگاه علوم پزشکی اصفهان



به این موضوع امتیاز دهید (۱ تا ۱۰۰). کد موضوع ۹۸۲۱۶. پیامک ۳۰۰۰۷۲۷۳۱۰۰۱. نحوه امتیازدهی: امتیاز- شماره مقاله. مثال: اگر امتیاز شما ۸۰ باشد (۸۰-۹۸۲۱۶)



کسی که اشتباه نکرده هرگز چیز جدیدی را امتحان نکرده است. آلبرت اینشتین



بهترین شاکسانی هستند که برخوردشان با مردم از همه بهتر است، چهره های گشاده دارند که مردم رغبت می کنند با آنان انس و الفت بگیرند. **حضرت محمد ﷺ**



شورش امینی

بهورز خانه بهداشت گلانه شهرستان دیواندره
دانشگاه علوم پزشکی کردستان

من بهورزم

چه فرقی می کند کجای ایران عزیز باشم. هر گوشه اش لبریز شده از سادگی نامم. ساده ام شبیه کپه های سیستان، سبزم سبزتر از شالی های شمال، دست هایم بوی زندگی می دهد و در نگاهم شرحی جنوب موج می زند. مانند کوه های زاگرس استوارم، بلوطها هم نام کوچک مرا می فهمند. بهورزم و با تمام سادگی ام شاهکار ارتقای سلامت کشورم. سلام بر تو، که عشق و ایثار در نگاه مهربانت موج می زند.

ای بهورز ای صبور ای مهربانم، ای بهورز تو رویدی تا مروارید را در قلب صدف پیروانی، رویدی تا لذت فشردن دست های پینه بسته سالمندان را احساس کنی و به غریبی لبخندشان احترام بگذاری.

بهورز گمنام ترین ایثارگر عرصه بهداشت است. بهورزان دیده بانانی هستند که همواره بار صد دقیق خویش و با ارتقای سطح دانش خود نگاهبان سلامتی مردمان روستا بوده و هستند.

بهورز یعنی شناسنامه سلامت مردم روستا، بهورز یعنی بانک اطلاعات سلامت مردم روستا، بهورز یعنی وزیر بهداشت روستا،

بهورز یعنی نماینده صلیب سرخ روستا، بهورز یعنی درمان درد مردم روستا، بهورز مشاور خدمت رسان مردم روستا است که رازها، کمبودها و گرفتاری های شان را با جان و دل گوش می کند. همدردی می کند و کوه درد می شود.

او همه مردم را مادر، پدر، برادر، خواهر و مادر بزرگ و پدر بزرگ خود می پندارد.

ایشار بهورز

کندیاری مراهنگام کارم ز خدمت‌ها و رنج بیشمارش ز عشق و خدمت و ایشار بهورز فداکاری و عشق و خدمت او فتاده عشق خدمت در دل او که خورده قرعه خدمت بنامش ندارد عشق دیگر غیر خدمت کند خدمت زجان و دل به بیمار نباشد خدمتش جز عشق و ایمان نصیب کس نگرده این سعادت که باشد کار او به از عبادت اگرچه خدمتش سخت است و مشکل به حق گویم مدبر هم مدیر است دگر کس ساکن آنجا نبودی بود خدمت به روستا افتخارش فرشته سان کند خدمت به بیمار ندارد آرزویی غیر خدمت که این لطف خداوند مبین است نمی‌گویم درمیرض زنی که مرد است کند خدمت به روستا با دلی شاد برایش خدمت خلق افتخار است بود واجب ز کارش قدردانی شود افزون مقام و احترامش کند خدمت به روستا چون فرشته امیدم هست که باشد افتخارش

ز درگاه خدا هست انتظارم ز بهورز گویم و سختی کارش نویسم شمه ای از کار بهورز دهم شرحی ز رنج و زحمت او شده لطف خداوند شامل او بود لطف خدا حسن و مرامش بود کارش سراسر رنج و زحمت به روستا کار او عشق است و ایشار به زن و مرد روستا از دل و جان بود او خدمتش به از عبادت نباشد هر کسی را این سعادت کند خدمت به روستا از ته دل به روستا خدمت او بی نظیر است اگر بهورز در روستا نبودی کمال و دانش و جاه و وقارش گهی دکتر بود گاهی پرستار بود الگویی از علم و نجابت دل بهورز با خدمت عجین است به روستا کار او درمان درد است به نیکی گرشود از خدمتش یاد به روستا رنج و کارش بیشمار است چوهست کارش ز عشق و مهربانی عطایی گفت ز بهورز و مرامش به پیشانی او هست این نوشته نوشتم اندکی از رنج و کارش

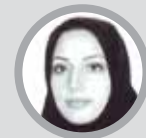
مطالبی به منظور قدردانی از زحمات و خدمات ارزنده بهورزان، خدمتگزاران گمنام روستاییان، به خصوص افراد سالمند که قادر به هیچ گونه فعالیتی نبوده و خانه نشین هستند که حیات آن‌ها اول به خداوند یکتا و سپس به خدمات ارزنده بهورز این فرشتگان نجات بستگی دارد.
سروده فخرالدین عطایی



اعجاز خوراکی‌ها غذاهای فراویژه superfood



بلوبری: علاوه بر این که سرشار از آنتی‌اکسیدان‌های قدرتمند و کربوهیدرات‌های انرژی‌زا است، مزیت‌های دیگری هم دارد. در واقع، بلوبری حاوی ویتامین A، ویتامین C، فولات، پتاسیم، منیزیم و فیبر است. مطالعات محققان نشان می‌دهد که این مواد مغذی همراه با مواد شیمیایی گیاهی خاصی که در بلوبری وجود دارند و مسؤوول رنگ آن هستند، عملکرد سیستم ایمنی بدن را تقویت می‌کنند و نشانه‌های افسردگی را از طریق متوقف کردن تجمع رادیکال‌های آزاد کاهش می‌دهند. این موضوع به بدن و ذهن افراد کمک می‌کند تا سریع‌تر آسیب‌های ناشی از استرس و آسیب‌های سلولی بهبود پیدا کنند.



عطیه رزازی

رئیس گروه بهبود تغذیه جامعه
دانشگاه علوم پزشکی قزوین

مقدمه

جو و جو دو سر: یکی از کامل‌ترین غذاهای فراویژه هستند، چون مقادیر بالایی فیبر، پروتئین، پتاسیم، منیزیم و املاح مهم متعددی دارند. به نظر متخصصان، بهتر است که جو دو سر را در وعده صبحانه بخورید چون فیبری که دارد به آرامی هضم می‌شود و سطح قند خون را در تمام طول روز ثابت نگه می‌دارد. مطالعات گسترده و متعددی درباره جو دو سر انجام شده است که همگی نشان می‌دهند این ماده غذایی، کلسترول را کاهش می‌دهد و به همین دلیل است که این غذا به عنوان یکی از غذاهای سالم و مفید برای قلب شناخته می‌شود. در هر صورت اگر به جو دو سر علاقه ندارید، می‌توانید آن را همراه با ماست یا مقداری غلات صبحانه و شیر بخورید تا طعم آن را زیاد احساس نکنید.



احتمالاً تاکنون اصطلاح غذای فراویژه (superfood) را شنیده‌اید که برای مواد غذایی خاصی مثل برنج قهوه‌ای، اسفناج، ماست، گوجه فرنگی و... استفاده می‌شود؛ اما تا حالا فکر کرده‌اید که چرا به این غذاها فراویژه می‌گویند؟ این غذاها نه تنها حاوی مواد مغذی مهم و زیادی هستند، بلکه خاصیت‌هایی دارند که مستقیم سیستم ایمنی بدن را تقویت می‌کنند، التهاب بدن را کاهش می‌دهند، سلامت روان را بهبود می‌بخشند و نقش مؤثری در افزایش انرژی، استقامت بدن و طول عمر ایفا می‌کنند. مهم‌ترین غذاهای فراویژه عبارتند از:



بوقلمون: این نوع گوشت نه تنها حاوی مقادیر کمی چربی و مقادیر خوبی از پروتئین است، بلکه حاوی اسید آمینه تیروزین نیز هست که می تواند سطح دوپامین و نوراپی نفرین (ترکیبات شیمیایی موجود در مغز که شما را هوشیارتر و پر تمرکز نگاه می دارند) را افزایش دهد. در ضمن نگران خواب آور بودن بوقلمون به علت داشتن اسید آمینه تریپتوفان نباشید، زیرا مقدار این اسید آمینه در بوقلمون مشابه مرغ و ماهی است و نه بیشتر. در ضمن بوقلمون حاوی ویتامین های B۶ و B۱۲ نیز است که در بهبود بی خوابی و افسردگی و افزایش انرژی نقش دارند.

بادام: حاوی پروتئین، فیبر، کلسیم، پتاسیم، فسفر و ویتامین E است. همچنین بادام غنی از منیزیم هم هست که نقش کلیدی و مهمی در تبدیل قند به انرژی ایفا می کند. وقتی سطح منیزیم در بدن کاهش پیدا می کند، انرژی شما تخلیه می شود و در نهایت شما را با اختلال خواب و گرفتگی عضلات پا مواجه می کند.



ماهی سالمون: سرشار از اسیدهای چرب امگا ۳ (به خصوص DHA و EPA) است که خاصیت ضد التهابی بالایی دارند و سلامت قلب را بهبود می بخشد. در ضمن ماهی سالمون، منبع فوق العاده ای از پروتئین است و انجمن قلب آمریکا (AHA) توصیه می کند که حداقل دو بار در هفته ماهی های چرب مثل سالمون بخورید. بررسی های محققان نشان می دهد که مصرف ماهی و اسیدهای چرب امگا ۳، نشانه های افسردگی را کاهش می دهد و باعث بهبود عملکرد شناختی انسان ها می شود. از طرف دیگر، ماهی سالمون این توانایی را دارد که انرژی را افزایش دهد و این تأثیر را از طریق افزایش متابولیسم انجام می دهد مثل استفاده کارآمدتر از اکسیژن در طول ورزش.



آووکادو: این میوه منبع خوبی از چربی های مفید و غنی از فیبر، پتاسیم، ویتامین های A، E و فولات است. همچنین منبع خوبی از اسیدهای چرب امگا ۳ با منشأ گیاهی (آلفا لینولنیک اسید) است که جنبه های متابولیکی سلامت قلب را شامل سطح ریسک فاکتورهای اکسیداتیو، سطح چربی های خون و مارک های التهابی (مثل هموسیستئین) بهبود می بخشد.

سبزی خرفه

مریم محمدی

کارشناس تغذیه مرکز بهداشت شهید بلندیان
دانشگاه علوم پزشکی قزوین



سپیده مهدیخانی

کارشناس مسئول تغذیه مرکز بهداشت شهید بلندیان
دانشگاه علوم پزشکی قزوین



مقدمه

خرفه (Purslane) گیاهی است با ریشه اصلی و ساقه رونده که طول آن ممکن است به بیش از ۲۰ سانتیمتر هم برسد. برگ‌ها فاقد دم‌برگ، دارای ۴ تا ۶ گلبرگ و به رنگ سبز روشن است. ساقه گوشتی به رنگ قرمز ارغوانی دارد. گل‌های آن به رنگ زرد و دانه‌های زیاد آن سیاه و براق و سفت است. به طور عمده گیاه و افشردانه‌ها مصرف می‌شوند. خرفه یک گیاه علفی، شیردار، یکساله و جهانی است. بعضی‌ها آن را به خاطر روند رشدش به عنوان علف هرز در نظر می‌گیرند ولی کشف‌های مهمی در مورد این گیاه دارویی انجام شده که توسط سازمان بهداشت جهانی لقب اکسیر جهانی (Global panacea) به آن داده شده است. امام صادق (ع) نیز می‌فرمایند: «بر روی زمین سبزی خوردنی شریف‌تر از آن نیست و سبزی خوردنی حضرت فاطمه (س) است».



عدس: عدس‌ها منبع خوبی از پروتئین، کم چربی، فیبر، آهن، پتاسیم، روی و فولات به شمار می‌روند. در ضمن عدس‌ها منبع خوبی از سلنیوم هم هستند که این ماده معدنی می‌تواند به شکل طبیعی باعث تقویت خلق و خوی انسان‌ها شود. مطالعات نشان داده‌اند که کاهش سطح سلنیوم در بدن با خلق و خوی ضعیف و کاهش سطح انرژی در بدن همراه است. از طرف دیگر، فیبری که در عدس وجود دارد، قند خون را پایدار نگه می‌دارد.

کلم پیچ: این سبزی برگ سبز، سرشار از ویتامین C، ویتامین A، کلسیم، آهن و پتاسیم است. از طرف دیگر این سبزی منبع جامد پروتئین و فیبر محسوب می‌شود، در حالی که کالری خیلی پایینی دارد. نکته دیگر این است که کلم پیچ، حاوی ترکیبات گیاهی به نام فلاونوئید است که خواص مشابه آنتی‌اکسیدان دارد.

منابع

<http://www.behsite.ir>
www.rodalewellness.com



کاربرد خرفه

کاربرد خرفه به عنوان گیاه دارویی به ۲۰۰۰ سال پیش برمی گردد و قبل از این زمان هم به عنوان غذا مصرف می شده است. خرفه قسمتی از رژیم غذایی بومی های استرالیا و ایتالیا به شکل سالاد سبزیجات بود. چینی ها و انگلیسی و ایتالیایی ها نیز از خرفه در سالادها استفاده می کردند. در بسیاری از کشورها، از قبیل کشورهای عربی همسایه، این گیاه دارویی را به عنوان سبزی خوراکی در سبزی فروشی ها به فروش می رسانند و از شیر خرفه یا له شده برگ ها و ساقه آن به صورت موضعی برای رفع درد، تورم و التیام زخم های سوختگی، کاهش تورم و آبسه ها، گزیدگی نیش حشرات و عقرب گزیدگی استفاده می شود. خرفه در طب سنتی به عنوان تب بر، ضد عفونی کننده، ضد اسکوربوت (بیماری ناشی از کمبود ویتامین C)، ضد اسپاسم، مدر و ضد کرم استفاده می شود.

خرفه منبعی غنی از اسیدهای چرب غیر اشباع، بخصوص امگا ۳ است. حدود ۷۰ درصد اسیدهای چرب تشکیل دهنده روغن آن غیر اشباع بوده و حدود

۵۰ درصد آن را تنها اسید چرب امگا ۳ تشکیل می دهد. خرفه به عنوان منبع غنی اسید چرب امگا ۳ می تواند در تقویت سیستم ایمنی و سطوح کلسترول و تری گلیسرید و کاهش فشار خون اثر سودمندی داشته باشد.

علاوه بر وجود امگا ۳ در قسمت رویشی آن، مواد معدنی مثل منیزیم، پتاسیم، کلسیم و همچنین ویتامین ث (۱۶ میلی گرم در ۱۰۰ گرم ماده تر) به مقدار زیاد در بافت های آن وجود دارد. غنی بودن از اکسیدان ها (رنگ قرمز ساقه) از دیگر مزیت های این گیاه است. خرفه سرشار از بتاکاروتن پیش ساز ویتامین آ، B۱ و B۲ نیز هست. خرفه بالاترین میزان پیش ساز ویتامین آ را در بین گیاهان برگی شکل دارد. از خواص درمانی گیاه خرفه می توان به مدربودن، خواب آور ضعیف، افزایش دهنده انعقاد خون، درمان اسهال آمیبی، درمان مشکلات و التهابات دستگاه گوارشی، دارای اثر ضدقارچی، قسمت فنی گیاه دارای اثر ضد میکروبی، مفید برای آثار پوستی مثل آکنه، پسوریازیس، آفتاب سوختگی، ضمد برای کمردرد و قاعدگی دردناک و به عنوان منبع اسید گاما-لینولئیک نام برد. از نظر سم شناسی خرفه ایمن است و می شود مانند سبزی خورده شود.

موارد منع مصرف

در طول مدت بارداری بهتر است از مصرف آن خودداری شود. همچنین در بعضی منابع نیز به علت داشتن اسید اگزالیک بیان شده است که در کسانی که بیماری های گوارشی دارند یا مستعد ابتلا به سنگ کلیه هستند با احتیاط مصرف شود.

منابع

- * M. K. Uddin, A. S. Juraimi, M. E. Ali, and M. R. Ismail, "Evaluation of antioxidant properties and mineral composition of *Portulaca oleracea* (L.) at different growth stages," *International Journal Molecule Science*, vol. 13, pp. 10257–10267, 2012
- * Carvalho, Isabel S. Teixeira, Monica Brodelius, Maria, Effect of Salt Stress on Purslane and Potential Health Benefits: Oxalic Acid and Fatty Acids Profile, 2009 The Proceedings of the International Plant Nutrition Colloquium XVI
- * A. P. Simopoulos, D.-X. Tan, L. C. Manchester, and R. J. Reiter, "Purslane: a plant source of omega-3 fatty acids and melatonin," *Journal of Pineal Research*, vol. 39, no. 3, pp. 331–332, 2005
- * Mohamed and A. S. Hussein, "Chemical composition of purslane (*Portulaca oleracea*)," *Plant Foods for Human Nutrition*, vol. 45, no. 1, pp. 1–9, 1994

به این موضوع امتیاز دهید (۱ تا ۱۰) . کد موضوع ۹۸۳۳ . پیامک ۳۰۰۷۲۷۳۱۰۰۱ . نحوه امتیازدهی: امتیاز- شماره مقاله . مثال: اگر امتیاز شما ۸۰ باشد (۸۰-۹۸۳۳)



سناریو

گناه «گلنار» چه بود؟

سنی بین فرزندان هم ۳ تا ۵ ساله. شوهرش هم موافق بود یه بچه دیگه داشته باشن. خیلی طول نکشید که متوجه شد یه خیرایی هست. به محض مثبت شدن تست بارداری به پایگاه سلامت محل رفت و پرونده بارداری تشکیل داد. به مراقب سلامت گفت که در بارداری قبلی، مشکل بزرگش، یبوست بوده. در پایگاه سلامت، آموزش‌های لازم در رابطه با رژیم غذایی رو به «گلنار» دادن. کم کم با پیشنهاد همین مرکز آزمایش‌ها، سونوگرافی و غربالگری جنین هم انجام شد و همه چیز طبیعی بود. البته گلنار به جز پایگاه سلامت تحت نظر متخصص زنان هم بود. در هفته ۲۳ بارداری، گلنار با شکایت از دل درد و یبوست به پایگاه مراجعه کرد. مراقب سلامت هم به خاطر نفخ شدید شکم نمی‌تونست صدای قلب جنین رو بشنوه، اون رو به پزشک مرکز ارجاع داده بود. پزشک گفته بود برای بررسی بیشتر، باید به بیمارستان بره. روز بعد مراقب سلامت تلفنی وضعیت

کیانا رضایی

کارشناس مادران معاونت بهداشتی
دانشگاه علوم پزشکی اراک

عشرت السادات موسوی

مدیر گروه بهداشت خانواده معاونت بهداشتی
دانشگاه علوم پزشکی اراک

دکتر محسن فدوی

کارشناس امور جمعیتی معاونت بهداشتی
دانشگاه علوم پزشکی اراک

خونه رو تازه عوض کرده بودن. حالا یه اتاق کوچولوی دیگه هم داشتن و مجبور نبودن که وسایل اضافی رو دورشون بچینن. ۱۰ سال از ازدواجش با «محمد» گذشته بود و دخترشون «شیون»، ۶ ساله بود. داشت حساب و کتاب می‌کرد: بهتره حالا که ۳۳ سالشه، باردار بشه چون شنیده، بالای ۳۵ سال، بارداری پرخطر حساب می‌شه و بهترین فاصله

رو پیگیری کرد و متوجه شد که گلنار در بیمارستان بستری شده. بعد فهمید که پزشک مرکز، نتیجه مشاهدات و معاینه رو در پرونده ثبت نکرده.

گلنار، که تا به حال تمام مراقبت‌های دوره بارداریش رو انجام داده بود، برای مراقبت پنجم بارداری هم به پایگاه سلامت مراجعه کرد و به مراقب سلامت گفت با وجودی که هر سه روز یکبار، برای انما به بیمارستان می‌ره ولی بیوست او بهبودی پیدا نکرده.

دو هفته بعد دوباره با درد شکمی به بیمارستان مراجعه کرد و بستری شد. حالا حدود هفته ۲۹ بارداری بود. متخصص زنان اونو معاینه کرد و برای بررسی بیشتر متخصصان گوارش و جراحی، دستور اعزام به بیمارستان دیگه‌ای رو دادند. حدود یک‌ماه در بیمارستان بستری بود. جراح معتقد بود ختم بارداری در روند بهبود گلنار مؤثره ولی متخصص زنان با ختم حاملگی مخالف بود. همسرش تمایل داشت گلنار رو به بیمارستان مجهزتر توی یه شهر دیگه ببره و چند بار گفته بود سلامت همسرش در اولویته.

۲۰ روز بعد حال گلنار بدتر شد و بالاخره متخصص زنان تصمیم به ختم بارداری گرفت. گلنار، زایمان طبیعی کرد. بعد از زایمان بلافاصله اونو به اتاق عمل بردن. جراح گفت روده‌ها پاره شده! بعد از جراحی به ICU منتقل شد. حالش هر روز بدتر می‌شد، تب شدید و کاهش پلاکت و درد شدید شکم. برای بار دوم راهی اتاق عمل شد. بعد از عمل، گلنار به کما رفت و دیگه به هوش نیومد تا فوت کرد!

در این تجربه دردناک دیدیم که مشکلی به ظاهر کوچک، یعنی بیوست در مادر باردار، چگونه می‌تواند همه هستی او و خانواده‌اش را با مشکلاتی پیچیده و ناگوار روبرو کند. همه ما در تجربه خود بارها و بارها با مادری باردار که دچار بیوست شده، برخورد کرده‌ایم و فکر می‌کنیم که با افزایش اندازه رحم و کم تحرکی مادر که با بیشتر شدن سن بارداری اتفاق می‌افتند، شکایت‌هایی مانند بیوست مادر چندان هم دور از انتظار نیست و به همین

دلیل، براحتی از کنار آن می‌گذریم و به چند توصیه معمولی تغذیه ای و حرکتی، اکتفا می‌کنیم. بقیه افراد تیم سلامت نیز، با همین پیش فرض آرام آرام جلو می‌روند فارغ از اینکه مادر باردار، هر لحظه به زمانی که واقعه‌ای ناگوار حیات او و فرزندش را نشانه رفته، نزدیکتر می‌شود. کافی بود با پیگیری مستمر و مداوم بهورز و مراقب سلامت، توجه مناسب همکاران در بیمارستان، تعامل بیشتر پزشکان متخصص با یکدیگر؛ وضعیت سلامت مادر باردار و جنین تحت مراقبت مطلوب قرار می‌گرفت.

بعید می‌دانم بتوان پاسخی به «شیون» ۶ ساله داده اگر روزی بپرسد گناه مادرش چه بود؟ او به من گفت مادرش به او گفته:

« من مراقب خودم هستم، مراقبان سلامت و پزشکان مراقب من هستند؛ همه مراقب من هستند تا بتوانم مراقب تو باشم.»

باید حق‌ها کنان با صدای بلند بگوییم: ای کاش بیشتر مراقب گلنار بودیم، او که به اندازه دانش و توانش، برای داشتن دوران بارداری سالم تلاش کرده بود. نکند نشانه‌ای از تقصیر ما...؛ نکند غفلت ما...؛ نکند ضعفی در پیگیری‌های ما در پایگاه‌ها و مراکز خدمات جامع سلامت...؛ نکند اشکالی بر عملکرد پزشکان ما...؛ خدا نکند؛ نه! نه!

ولی من باز هم می‌ترسم؛ از تکرار وقایعی دردناک. لحظه‌ای درنگ، لحظه‌ای اندیشه؛ سهم ما در وقایعی اینچنین چقدر است؛ منصفانه!!

این خانه هم با تمام کوچکیش، سهم آنان از زندگی نبود. محمد در کنار اتاق، در تنهایی و بیچارگی خود غرق شده و شیون، به قدر وسعت کودکیش، تنها بود. نمی‌توانم به چشمان شیون نگاه کنم. نمی‌دانم اگر چنین کرده باشیم؛ بعد از رفتن گلنار، تا تولد زندگی شیون، تا نفس کشیدن دوباره او، چقدر مانده. با این همه ابهام و انتظار، دوست داشتم از این پس او را، «آرزو» صدا کنم نه شیون؛ او سراسر فریاد است، بی‌قرار و پریشان، او «شیون» است، شیون.

به این موضوع امتیاز دهید (۱ تا ۱۰). کد موضوع ۹۸۲۱۵. پیامک ۳۰۰۷۲۷۳۱۰۰۱. نحوه امتیازدهی: امتیاز- شماره مقاله. مثال: اگر امتیاز شما ۸۰ باشد (۸۰-۹۸۲۱۵)

سناریوی مرگ کودک



دکتر فرزانه صحافی

رئیس گروه سلامت کودکان و شیرمادر
دانشگاه علوم پزشکی مشهد



شب‌نم نصیرانی

کارشناس نظام مراقبت مرگ ۱-۵۹ ماهه
دانشگاه علوم پزشکی مشهد

زهرا خانم اولین بار که خبر بارداری خود را از زبان مامای مرکز خدمات جامع سلامت شنید، داشتن فرزند سالم همراه با گرمای زندگی را برای خود مجسم کرد. هر بار که برای مراقبت دوران بارداری به خانه بهداشت مراجعه می‌کرد با وسواس خاصی در خصوص سلامت جنین خود آموزش‌های لازم را دریافت می‌کرد. در هفته ۳۰ بارداری وقتی مامای مرکز سونوگرافی انجام شده را برای او تشریح می‌کرد، زهرا دوست داشت زودتر دوران بارداری‌اش به آخر برسد تا او بتواند اولین فرزند خود را که دختر هم بود در آغوش بگیرد. بعد از مراقبت ۳۴ هفته‌گی هنگامی که ماما آموزش‌ها و علایم خطر را به مادر آموزش می‌داد زهرا تصمیم گرفت وسایل نوزادش را سریعتر آماده کند. به اتفاق خانواده به شهر رفتند. اولین چیزی که نظر زهرا را جلب کرد تخت و کمد کوچک و زیبایی بود که زهرا دوست داشت برای کودکش تهیه کرده و جگر گوشه‌اش را روی آن بخواباند و لباس‌هایش را در کمد آویزان کند.



لوازم مورد نیاز کودک خریداری و با سلیقه دوستان و فامیل در اتاق چیده شد بالاخره در بیستمین روز مرداد ماه «آیناز» زیبا به دنیا آمد و زهرا و خانواده که از داشتن فرزندی سالم بسیار خوشحال بودند مراقبت از او را برای خود در اولویت قرار دادند. «آیناز» رشد بسیار مناسبی داشت و باره‌نمایی و مراقبت‌های بهورز خانه بهداشت از رشد و تکامل مطلوب بهره‌مند بود. در یک روز گرم تابستانی هنگامی که فقط یک‌ماه به سه سالگی آیناز مانده بود، مادرش از کارهای روزانه فارغ شده و در اتاق استراحت می‌کرد و آیناز هم مشغول بازی بود. مادر که از خواب بیدار شد آیناز در اتاق نبود. او را صدا زد اما پاسخی نشنید. وقتی به سراغ آیناز رفت در کمال ناباوری دید که کمد لباس روی دخترش افتاده و حالا آیناز به سختی نفس می‌کشد. زهرا بلافاصله از همسایه‌ها کمک خواست و با کمک اهالی روستا آیناز را به خانه بهداشت بردند. بهورز که با سرو صدا و بیقراری زهرا مواجه شد، بلافاصله کودک را روی تخت گذاشت و به سراغ تلفن رفت تا با اورژانس تماس بگیرد. سپس شروع به ماساژ قلبی و تنفس مصنوعی کرد. نفس آیناز که برگشت، همراهان زهرا کودک را برداشته تا با خودرو یکی از اهالی روستا او را به بیمارستان شهر برسانند؛ ولی متأسفانه آیناز در بین راه بر اثر شکستگی دنده‌ها، آسیب جدی به ریه و خفگی جان خود را از دست داد.

به نظر شما اگر موارد زیر رعایت می‌شد، مرگ اتفاق می‌افتاد؟

- آموزش و توصیه‌های پیشگیری از سوانح و حوادث متناسب با سن کودک به مادر و خانواده توسط بهورز داده می‌شد.
- مادر هنگام استراحت ابتدا باید کودک خود را در محل امن قرار می‌داد.
- کمد کودک گنجایش حجم زیادی از لباس و وسایل را ندارد و به دلیل اینکه ارتفاع کوتاهی دارد خیلی زود سقوط خواهد کرد. پدر آیناز باید کمد کودک را در جای امنی قرار می‌داد و آن را به دیوار ثابت می‌کرد تا از سقوط آن پیشگیری شود.
- هرگز به مدت طولانی کودک را تنها در اتاق یا در هر مکانی به حال خود رها نمی‌کرد.
- بازدید از منازل و تکمیل چک لیست ایمنی منزل در روستاها باید تکمیل می‌شد.
- آموزش خانواده در خصوص چیدمان وسایل به نحوی که در هنگام زلزله یا آویزان شدن کودک، سقوط رخ ندهد.
- بهورز ابتدا باید احیای پایه کودک را شروع می‌کرد و از شخص دیگری درخواست می‌کرد تا با اورژانس تماس بگیرند.
- کودک پس از احیا، نیاز به مراقبت مداوم توسط فرد دوره دیده دارد و باید با آمبولانس انتقال می‌یافت.

به این موضوع امتیاز دهید (۱۰ تا ۱۰۰). کد موضوع ۹۸۲۱۴. پیامک ۳۰۰۰۷۲۷۳۱۰۰۰۱
نحوه امتیازدهی: امتیاز - شماره مقاله. مثال: اگر امتیاز شما ۸۰ باشد (۸۰ - ۹۸۲۱۴)

بهورزان مبتکر، خلاق و نمونه فصل

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

زنجان:

یزد:

همدان:

اصفهان:

مشهد:

زهرا دودانگه، کبری پیوند، لیلا سرداری (ابهر)
اعظم جهانی (ابرقوه)

رضا آفریدند، مهدی صفری، فاطمه غلامزاده (رزن)، روح الله سلیمانی، یلداالسادات زینبی پور، مریم بهرامی جمال، سارا حیمی افلاک، اسداله فتاحی، حلیمه فتاحی (بهار)، ربیعه طاقتی احسن (کبودآهنگ) جواد نادری دره شوری (سمیرم)، جواد علیمحمدی، هاجر ماندنی، ستاره مجدی، مهناز همتی، صفورا عیوضی (بویین میاندشت)، فاطمه خاکسار (نایین)، کبری زینلی، کبری بت شکن، زهرا طاهری، لیلا سیاوشی، مرتضی سیاوشی (بویین میاندشت)، سیدحسین حبیبی، عبدالرضا مجلسی، منیژه صالح کوتاه، فریبا قربانی (فریدونشهر)، مهری شاه محمدی، زهرا ابراهیمی، معصومه موسوی، فاطمه رضایی، اکرم نامداریان، سکینه افشاری (چادگان)، زهره علی نجیمی (برخوار)، فاطمه رستمی، رضوان کاظمی، سیدمرتضی شریعتی (فلورجان)

راضیه حسینی مقدم، حسن عباسی، زهرا وظیفه‌دان، فاطمه زارعی، ملیحه ابدار، محمد رحیمی، (بردسکن)، معصومه ترابی، کنیز صادقی، صغری خدادادی، پروین صالح زاده (تایباد)، مریم صدیقی، علی اسماعیل نژاد، آسیه عامری، مهدی صفایی (خلیل آباد)، طلعت صفری، بتول شاکری، زهرا تدینی، زهرا حسن نیا، اعظم صبوری، زهرا ایزدی، احمد فرهادی، میترا ناظوری (خلیل آباد)، صدیقه سمیع زاده (طرقبه شاندیز)، اعظم مجرد، زهرا قره باقی، اصغر رحیمی، نرگس حیدری، زهرا موسوی، معصومه خوب (فریمان)، طلعت قربانی، زینت صبحی، احمدعرب تیموری، زهراتاجیک، محمدحسن عرب زوزنی، محمدعثمان تیموری، مهین صالحی، مهین تیموری، فاطمه عالمی، فرح گودرزی، علی اکبر معاون دوست، انسیه رشتخواری، حسین تاجری، شایسته براتی، زهره سلطانیان، نجیبه زنکنه، شایسته براتی، زهره سلطانیان، معصومه نیکو کلام، علی اکبر کریمی، مریم بلیغ، گل بهار یکدل، احمد عرب تیموری، زینت صبحی (خواف)، فرزانه حسین زهی، زینب شایان فر، صغری شجاعی، عزت ممتاز، نرگس صفدری، فاطمه یعقوبی، زهرا باعقیده (باخرز)، اکرم قربان علی آبادی، زهرا سلیمانی، زهرا عیدی نژاد، علی رضایی ده‌میان، معصومه محمدیان، اشرف طباطبایی، شبنم مظلومیان، ذوالفقار ذوالفقاری، سلطان نامور عارفی، علی اسکندری، حسین عجمی خالص (کاشمر)، بتول خوشرو، ابراهیم عرب خزایی، سمیه میر علیجانی، مریم چوپان، حسن مرادیان، حسین بهنام، اعظم صابر، عزت عسگریان، پروانه رجبی، مجید نمد مالها، معصومه بربری، توران دانشمهر، مرضیه سالاریان، مرضیه نظامی، فاطمه محمدپور، زهرا اشرفیان، زهرا حافظی، مریم یگانه (رشتخوار)، رعنا ابراهیمی شایه، معصومه تیربند، صفیه قربانی جامی (مشهد ۳)، مریم شاهرخ، مریم رضانی، مرتضی ریالی، گیتی پارسایی فر، فاطمه سروی، فاطمه وطن خواه، فاطمه غلام پور (مشهد ۵)



اخبار دانشگاه‌ها

بهروزان 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.

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان: فریبا موسوی، مریم احمدپور، طلعت سلیمانی، مهناز بهرامی (مبارکه) محمود جباری (شاهین شهر و میمه) کوثر ملکی، بتول وثوقی (نابین) سروناز صفری، فریده سهرابی، هوشنگ نزه ای (سمیرم) فاطمه بهرامی، هاجر جنگروی، همدم جهانگیری، سارا محمدی (بویین میاندشت) پره گل طهماسبی، سنا سورانی (فریدونشهر) اشرف شکرانی، مریم شریفی منش، محبوبه احمدی (خمینی شهر) وشهین فرحبخش، فرحناز احمدی (اصفهان ۱) فخرالسادات خادم الهادی، رضا موسایی، پریناز ابراهیمی، کبری صادقی، سکینه عباسی، طوبی کریمی (لنجان) عذرا بنی نجار (خور) علی جمالوند، فتاح جلال الدین صالحی، اکرم نامداریان (چادگان) مهین کریمی، کرامت نصیریان، فاطمه مهدیان (برخوار) تهمنه جعفری، ام البنین آقایی، حمیده ظهیری (فلاورجان)

دانشگاه علوم پزشکی مشهد: زهرا فرهادی، زهرا غلامی اول، حوا محمدنژاد (خلیل آباد) معصومه نیکو کلام (خواف)

دانشگاه علوم پزشکی همدان: صغری چوبین، توران شمس، نیره عبدالملکی، شهربانو عسگری، خدیجه جوکار، اشرف کهندل (ملایر) محمود کیهانی راستگو (رزن)، اسدا... فتاحی (بهار)، اکبر صالحی، بهمن آقابالی، مریم اکنلوئی، کبودرآهنگ، شهین هاشمی، محمود کاظمی اقبال (همدان)

دانشگاه علوم پزشکی یزد: اعظم جهانی، فاطمه کریم زاده، عصمت فصیحی، فاطمه جهانی، صغری کارگر (ابرکوه)؛ غلامرضا یزدانی (مهریز)؛ فاطمه رفیعی، اعظم کریمی (اشکذر)، طاهره رضوی زاده (بافق)، عبدا... ناصری (یزد)، صدیقه فاضلی پناه، معصومه شکر (خاتم)

دانشگاه علوم پزشکی کردستان: محمد حسینی، جلال حسنی (بانه)، حبیب خلقانی، محمد اسدپور، محمد مرادی (دیواندره)، سیدمحمد حسینی، جوانبخت دانایی (کامیاران)، زینب عزیزی، فاطمه داوودی، خوشقدم قاضی، محمد رحیم خواجه‌وند، ام البنین خداداد، عیسی میرزایی (بیجار)؛ محمد صادق رحمانی، موسی زارعی، محمد خالد ساروقی (دهگلان)، محمد رئوف مجیدی (سروآباد)، صالح امام‌قلی، محمد حبیبی، وفا حسینی (سنندج)، سارا عبدالملکی، مریم مریمی، عباس احمدی، نرگس دهقان (قروه)، محمد بهرامی، محمد سعید صائب (مریوان)

در دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان: علی میرزایی، منوره اسدی، سکینه پرگر، طاهره زینلی
در دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان



راهیان دانشگاه

با خبر شدیم محمد علی کریمی، مرتضی بهارلو (بویین میاندشت)، سمیه شیروانی، ریحانه حیدری (خمینی شهر)، علی جمالوند (چادگان)، داوود آزادی، اعظم جلالی (فلاورجان) در **دانشگاه علوم پزشکی اصفهان** و خانم توران محبی، رضا مدبر، حمیده معدنچی، ام البنین عبدی، معصومه اسکندری، مهدی صفائی، علی غیائی، ملیحه ابراهیمی، محمد کاظمی (خلیل آباد)، محمد شجاعی اقبال، گلشوم حاج سعدآباد (فریمان) در **دانشگاه علوم پزشکی مشهد** قبول شده‌اند ضمن تبریک از خداوند منان سلامت و موفقیت روزافزونشان را آرزو مندیم.

عملکرد هفته سلامت، جشنواره‌ها و مراسم روز بهورز

به مناسبت فرارسیدن روز بهورز همه ساله به پاس ارج نهادن به زحمات و تلاش بهورزان در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور مراسم جشنی با حضور مسئولان برگزار و از بهورزان و مربیان نمونه با اهدای جایزه و لوح یادبود قدردانی می‌شود. از دانشگاه‌های خراسان جنوبی، اراک، همدان، هرمزگان، کردستان، نیشابور، اصفهان، خراسان رضوی که اخبار فوق را اعلام کرده‌اند، تشکر می‌کنیم.



ازدواج عزیزان

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

همدان: فاطمه ناصرپور، مهدی زارعی (کبودرآهنگ)، سمیه محبی (رزن) **کردستان:** پریسا صدیقی (بیجار)، ناهید چراغی (دیواندره) **زنجان:** محسن دنیا مالی (ماهنشان) **اصفهان:** رعنا خزایی (شاهین شهر)، علی اصغر خواجه، مهران عوضپور، سیدرضا بر بستگان، محمد حسین بهادری زاده (سمیرم)، جواد علی محمدی (بویین میاندشت)، هاجر منصوری، زهرا توکلی، الهه محمدی (اصفهان ۱)، زهرا شجاعی (لنجان)، وحید رفیع (خور)، معصومه صالحی (چادگان) **مشهد:** محمد یعقوبیان مقابی (نقاب)، فاطمه سروی (مشهد ۵)

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 روزافزون آرزو مندیم و از دانشگاه‌هایی که اطلاعات‌شان را ارسال کرده‌اند سپاسگزاریم.

همدان، رفسنجان، هرمزگان، کردستان، اصفهان

خیران سلامت و مشارکت‌های مردمی

با خبر شدیم همکاران زیادی از طریق جلب مشارکت مردمی توانسته‌اند نسبت به تامین وسایلی برای حفظ و ارتقای سلامت جامعه روستایی اقدام کنند. ضمن عرض تبریک و خدقوت به این همکاران پرتلاش، اعضای شورا و نیز مسوولان 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 تامین 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 رابطن محترم فصلنامه خواهشمندیم تنها به ارسال نام خیر سلامت اکتفا کنند. در ضمن در قسمت خیران سلامت اسامی بهروزان یا سایر اعضای تیم سلامت و همکاری که در جلب مشارکت مردمی فعالیت کرده‌اند نیز نوشته شده است.

علی خرسندی (مبارکه)، فاطمه خاکسار، اعظم صبحی، مرضیه کریمی، حبیبه سلمان زاده، رضاقلی احمدی، اشرف صفری (نایین)، سیدرضا بر بستگان، فریده کیخا، گل نساء یازی، یاسر جمالی، علی اکبر کاظمی، مریم عزیزی، حسن صفری (سمیرم)، مریم بهارلو، مریم اکبریان، منور فرهادی، لیلا سیاوشی، معصومه مهدوری (بویین میاندشت)، حسن مولیانیان، عباس هارون الرشیدی، فریبا قربانی (فریدونشهر)، محمدرضا عابدی، سیداحمد میر عبداللهی، نجمه دهقانی، مهری قیصری (اصفهان ۱)، معصومه رحیمی، فرخنده عطایی، صنم خدابخشی، عبدا... دری (لنجان)، مریم ایسپره، شهناز قدمی، لیلا کیانی منش، مریم اقبالی، زهرا بختیار، کبری امامی، فاطمه احمدی، زهرا باقرزاده، فضا صابری (فلاورجان)

توران محبی، نعمت ا... قلی پور، ذبیح ا... توحیدی، محمد یعقوبیان، عفت جهانی، مصطفی و کیلی نیا، محمد کاظمی، علی غیائی (خلیل آباد)، عباس میان تویی، مریم روح آبادی، نرگس صلواتی (طرقبه شاندیز)، گلثوم ریحانی، زهرا براتی نسری، بمانعلی یعقوبی، زهرا قره باقی، اصغر رحیمی، زهرا سالاری، مرتضی صوفی، طاهره ظفری، نرگس حیدری، زهرا موسوی، معصومه خوب، محمد شجاعی اقبال (فریمان)، رضا رحمانی گوگی، صمد رحمانی (مشهد ۵)، شایسته براتی، زهره سلطانیان، علی اکبر کریمی، مریم بلیغ، گل بهار یکدل، احمد عرب تیموری، زینت صبحی (خواف)، حسین پور غفاری، منصوره تازه، حسن لامی، زهرا یعقوبی، حمید رضا اسدی، اقدس رجبی، فرزانه حسین زهی، زهرا ریاحی، ابراهیم کنعانی، عذرا رحیمی، زینب شایان فر، صغری شجاعی (باخرز)، حسن میر مقدم، زهرا اریانی، فرزانه رنجبر، محسن اقبالی، محمد روحانی، مریم دلیری، محمد ایازی، سکینه عبدا... نژاد، زهرا منصوری، عزت معینی، ابوالفضل رنجبر (کاشمر)، جواد اخمی (مشهد سه)

رضا قهرمانیان، حاج یزدان پناه هوشمند، یوسف تراکمه، حاج احسان ابهری (رزن)، مهدی رضانی

هادی گهواره بند، رحیم نظری، رضا خانمحمدی (ابهر)



اصفهان:

مشهد:

همدان:

زنجان:

فعالیت های ویژه

اصفهان

فعالیت های آموزشی، فرهنگی و ورزشی:

شرکت در مسابقات تیر اندازی شهرستان (کسب عنوان دومی در تیر اندازی توسط خانم نظری، بهورز)، برگزاری مسابقه کتابخوانی از کتاب «حیا» به مناسبت هفته عفاف و حجاب، برگزاری اردوی زیارتی سیاحتی قم، هماهنگی با اداره ورزش از طریق امور بانوان فرمانداری جهت شرکت پرسنل در کلاس های ایروبیک (سه روز در هفته شهرستان فلاورجان)، شرکت در مسابقات دانشگاه (دارت و آمادگی جسمانی)، برگزاری همایش فرهنگی ورزشی هفته سلامت میانسالان در آبان ماه با دعوت از کارشناس تربیت بدنی و انجام حرکات کششی و نرمشی در یکی از باشگاه های ورزشی شهرستان، برگزاری همایش روز جهانی ایدز و روز جهانی داوطلبان سلامت، برگزاری جشن سالروز ازدواج حضرت علی (ع) و دعوت از زوج های جوان، برگزاری همایش مدیریت بلایا و مانور نقطه امن در روستا، به مناسبت هفته سالمند بازدید از خانواده های شهدا، برگزاری همایش سالمند، غربالگری و ویزیت سالمندان به مناسبت روز سالمند، برگزاری زیارت عاشورا جهت سالمندان، برگزاری مسابقه تکریم از سالمندان در مدرسه، همایش در مدرسه پوشینه بافت هفتشویه و مهد کودک جهت ترویج مصرف غذای سالم اسلامی، آموزش کیف اضطراری به سفیران سلامت، جلسه آموزشی بلایا و مانور زلزله در دبستان استقلال، مانور اطفاء حریق، زلزله و امداد و نجات و مانور دورمیزی آنفولانزا در مرکز خدمات جامع سلامت زاینده رود، برگزاری مانور زلزله در منطقه وردشت شهرستان سمیرم و عملکرد بسیار مطلوب آقای جواد نادری بهورز خانه بهداشت فتح آباد

عضویت همه بهورزان مرد در تیم فوتسال شبکه

عملکرد هفته سلامت:

نواختن زنگ سلامت در مدارس، برگزاری مسابقات نشریه، نقاشی، مقاله نویسی، ورزشی در بین دانش آموزان و اهداء جوایز به نفرات برتر، برگزاری همایش صرف میان

وعده غذایی سالم در مدارس، پخت نان محلی در سطح روستاهای شهید و رهیز، برپایی چادرهای سلامت، برگزاری همایش پیاده روی و کوه گشت با حضور پرسنل، رابطان و سفیران سلامت و دانش آموزان مدارس، برپایی نمایشگاه، توزیع پمفلت بین مردم و پوستر در ادارات و مدارس، برپایی ایستگاه سلامت، استفاده از سفیران سلامت دانش آموزی در اجرای برنامه های آموزشی در مدارس، قرائت پیام های بهداشتی در برنامه صبحگاهی، هماهنگی با مدارس شهرستان جهت حضور بهورزان و سخنرانی در خصوص شعار سال و موضوعات بهداشتی، برگزاری سفره سلامت، پیاده روی و کوه گشت، مسابقه نقاشی، مقاله نویسی در مدارس تحت پوشش، برگزاری جلسات آموزشی و در خصوص شعار سال برای سفیران سلامت خانوار و دانش آموز با همکاری کارشناسان و سایر پرسنل بهداشتی، پیاده روی زنان روستای حاجت آقا و برنامه تغذیه سالم و صبحانه سالم جهت دانش آموزان در روستای حاجت آقا، برگزاری مسابقه آشپزی جهت سفیران سلامت و همایش پیاده روی، برگزاری مسابقه بومی محلی و اهدای جوایز، غربالگری جمعیت و برگزاری ایستگاه سلامت به مناسبت هفته سلامت، شرکت در مصلاهی نماز جمعه شهر حبیب آباد و دولت آباد جهت انجام مراقبت های بهداشتی و ارایه آموزش های لازم جهت نمازگزاران

نمایشگاه ها، جشنواره ها:

برگزاری نمایشگاه اعتیاد و کتاب، پخت غذای سنتی و جشنواره غذا در مدارس، جشنواره روز تخم مرغ و غذای سالم، همایش مدیریت بلایا و سلامت بانوان، پیاده روی زنان میانسال به مناسبت هفته سلامت میانسالان، همایش پیاده روی بانوان امین آباد به مناسبت هفته سلامت روان، برگزاری اردو با همکاری کانون بازنشستگان جهت سالمندان، همکاری علی عابدی و مریم کرمی از مرکز خدمات جامع سلامت زاینده رود و اکرم فرهمند بهورز کاهریز از مرکز ورنامخواست با بسیج جامعه پزشکی در زمینه خطر سنجی

اخبار دانشگاه‌ها

زنجان

برگزاری کلاس آموزشی راه‌های پیشگیری از بیماری‌های قلبی و عروقی و خطرسنجی و... برای بانوان شهرستان در مسجد جامع توسط مسؤول امور بانوان شبکه بهداشت و درمان ماهنشان، برگزاری جشنواره غذا و صنایع دستی در هفته سلامت، مسابقه طناب کشی در مدرسه ولیعصر و پیاده روی خانوادگی در روستای قلعه حسینیه شهرستان خرمدره، پیاده روی خانوادگی روستای شویر شهرستان خرمدره، مراسم پیاده روی خانوادگی و انجام حرکات ورزشی و اهدا جوایز (خروس) در روستای سوکهریز شهرستان خرمدره، مسابقه ورزشی در مدرسه صداقت روستای رحمت آباد شهرستان خرمدره

همدان

* برگزاری مراسم گرامیداشت مقام بهروز در شهرستان‌های بهار، توپسرکان، رزن، کبودرآهنگ، همدان، نهاوند و فامنین
* برگزاری برنامه تفریحی، فرهنگی جهت دانش آموزان بهورزی دوره ۱۵ مرکز آموزش بهورزی شهرستان کبودرآهنگ در کنار تدارک برنامه غذای سنتی محلی منطقه دهستان مهربان
* برنامه بازدید دانش آموزان بهورزی مرکز آموزش بهورزی شهرستان نهاوند از آزمایشگاه مرکزی، کانون مالاریا واقع در روستای ملوسان و بازدید از زایشگاه و اتاق عمل بیمارستان آیت... علیمرادیان
* سرشماری خانوارهای برخی از روستاهای شهرستان نهاوند توسط دانش آموزان بهورزی پایه دوم، دوره ۱۸ با هدف آموزش عملی دانش آموزان بهورزی در زمینه روند سرشماری جمعیتی و نحوه بازنگری اطلاعات در سامانه سیب انجام شد.



سرشماری خانوارهای برخی از روستاهای شهرستان نهاوند

اخبار دانشگاهها

نمی‌گنجد، رشد تفکر اجتماعی دانش آموزان، تعاون و مسؤولیت‌پذیری، صبر و خویشتن داری، بروز شایستگی‌ها، در گروه بودن و کسب اعتماد به نفس بیشتر و در آخر شادی و نشاط از اهم هدف‌های مرکز آموزش بهورزی در برگزاری اردو است.

ضمن این که مدیر و مربیان نیز در ارتباط صمیمی و بدور از فضای حاکم بر کلاس می‌توانند شناخت بیش تری از دانش آموزان به دست آورند. به همین منظور اردوی یک روزه دانش آموزان بهورزی دوره ۳۷ در امامزاده کوه و اردوی یک روزه دانش آموزان بهورزی دوره ۳۸ در کنار چشمه ای مصفا واقع در روستای توئجین برگزار شد. صرف میان وعده، انجام بازی‌های گروهی، طبخ نهار و آموزش‌هایی در رابطه با بهداشت آب و بهداشت محیط از برنامه‌هایی بود که در این دو روز اجرا شدند.

* با همت مسؤولان و مدیر مرکز آموزش بهورزی شهرستان کبودرآهنگ، برنامه اردوی سیاحتی زیارتی یک روزه جهت دانش آموزان پایه دوم بهورزی، دوره ۱۵ شهرستان کبودرآهنگ به مقصد امامزاده اسماعیل همراه با برنامه‌های فرهنگی و صرف صبحانه و نهار برگزار شد.

* مشارکت دانش آموزان بهورزی در بازنگری اطلاعات خانوارهای تحت پوشش خانه بهداشت آتی خود

* برگزاری اردوی تفریحی علمی توسط مرکز آموزش بهورزی شهرستان همدان جهت گروه هدف دانش آموزان بهورزی: بر این باوریم که با لطف و عنایت خداوند می‌توانیم هدف‌هایی که برای دانش آموزان بهورزی ترسیم کرده ایم به نتیجه مطلوب برسانیم. فواید اردو در این مختصر

برگزاری اردوی تفریحی علمی توسط مرکز آموزش بهورزی همدان



اخبار دانشگاهها

چربی برای دانش آموزان روستای ده نمک به همت بهورز روستا، آموزش تغذیه سالم و تحرک بدنی به همت بهورزخانه بهداشت کارچان، آموزش سلامت زنان در چهارمین روز هفته سلامت به همت بهورزخانه بهداشت انجیرک، آموزش تغذیه سالم به دانش آموزان روستای ویسمه توسط بهورز روستا، سفره تغذیه سالم به مناسبت هفته سلامت جهت دانش آموزان به همت بهورزخانه بهداشت امان آباد

اراک

آموزش تغذیه و تحرک بدنی توسط بهورزخانه بهداشت رباط میل، برگزای غرفه سلامت در مصلی نماز جمعه کارچان و کنترل فشار خون و قند خون به همت بهورز کارچان، آموزش خطر سنجی به زنان میانسال به همت بهورزان خانه بهداشت داودآباد، آموزش تغذیه و پیشگیری از پوکی استخوان به همت بهورزخانه بهداشت سهل آباد، آموزش مصرف کم نمک، قند و



نیشابور

همایش پیاده روی، جلسات هم اندیشی و جلسات آموزشی، مسابقات، برگزاری اردوی تفریحی، برپایی چادر سلامتی



همکارانی که مقالات و مطالب شان به دست ما رسیده است

نویسندگان و خوانندگان محترم مجله بهروز!

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، هماهنگی نکردن با رابط محترم دانشگاه و... مقدور نیست، پوزش ما را بپذیرید: صادق قائم پناه، نایافت کریمی، حسن غلامی، احمد نجاتی، امین مردوخ، صلاح سفرنگ (کردستان)، اعظم عظیمی، آذر خورشاهی (خراسان رضوی)، فخرالدین عطایی (گناباد)، پروین دوست محمدی، زهرا نعمت الهی، زهره شمسبگی، زهرا ربانی (اصفهان)، علی اصغر حسینی، فاطمه سلطانمرادی (رفسنجان)، فاطمه صفری (مرکزی)، لیلی جهانتیغ (زابل)، شهناز هدایتی، غلامرضا ملا احمدی (ساوه)، رضیه زارع زاده، ملوک رحیم پوران، طیبه التمانیزاده، مریم اقبالی، حسین دهقان، زهرا جلالپور (یزد)



در ۱۵ دقیقه چه کارهایی برای بهتر زیستن می‌توان انجام داد



فاطمه کبیری
رئیس گروه پیشگیری از مصرف مواد
دانشگاه علوم پزشکی مشهد

صبحگاهی حتی

- * یک ربعش برای حفظ و بهبود سلامتی غوغا می‌کند.
- * ۱۵ دقیقه برای بودن با کودک یا فرزند نوجوانت، دیدن او و گوش کردن به حرف‌هایش وقت بگذار. حتی هفته‌ای یک ربع وقت اختصاصی برای او معجزه‌ای در رابطه شما با فرزندان‌تان به وجود می‌آورد.
- * ۱۵ دقیقه هم فقط و فقط برای حرف زدن و گفت‌وگوی دوطرفه و تجدید خاطرات خوب با همسرت اختصاص بده.
- * ۱۵ دقیقه به مطالعه و خواندن کتابی که دوست داری پرداز، بخصوص مطالب روحیه بخش و سازنده.
- * اگر کارتان طوری است که مجبور هستید مدتی طولانی بنشینید، سعی کنید هر یک ساعت، ۱۵ دقیقه را بایستید و کمی راه بروید.
- * اگر در حال رانندگی در مسیر طولانی هستید، هر ۲ ساعت رانندگی ۱۵ دقیقه کنار بکشید و کمی هوا بخورید و استراحت کنید.
- * در ۱۵ دقیقه سعی کنید بنویسید (آخر شب‌ها)، هر چیز مثبتی که از صبح تا این لحظه دیده‌اید، شنیده‌اید یا برایتان پیش آمده را بنویسید، در عین حال می‌توانید جایی را هم به درد و دل با خودتان، حتی دل نگرانی‌ها و غرغره‌های‌تان در این نوشته اختصاص دهید.
- * سعی کنید ۱۵ دقیقه آفتاب بگیرید. به خصوص اگر جنس مونث باشید. برای رفع کمبود ویتامین D

پیامی با عنوان «تغییر در ۱۵ دقیقه»، گام اول تلاش برای تدوین و اجرای برنامه‌ای قوی‌تر و ماندگارتر با هدف دستیابی به زندگی سالم‌تر است.

در ۱۵ دقیقه، می‌توان عمیق به زندگی فکر کرد و به این اندیشید که چگونه کیفیت زندگی را ارتقا داد؟ در واقع هیچ جهشی در زندگی وجود ندارد، این کارهای بزرگ نیست که ما را به موفقیت می‌رساند بلکه کارهای کوچک ولی منظم است که عامل تغییر و بهبود زندگی می‌شود؛ حتی اگر فقط «۱۵ دقیقه» زمان ببرد.

هر روز صبح وقتی چشم باز می‌کنید، به این فکر کنید که زندگی هدیه‌ای است که به ما اهدا شده است، پس بیاید روبان‌های دور آن را به آرامی باز کنیم و به این فکر کنیم که خداوند چه هدیه ارزشمندی را نصیبمان کرده است. وقتی شما قدردان چیزی که دارید هستید، چیزهای خوب و مثبت بیشتری کسب می‌کنید.

* در ۱۵ دقیقه آغازین صبح و با این فکر مثبت، حرکات کششی و نرمش‌هایی را برای بیدار شدن عضلات‌تان انجام دهید، سپس از رختخواب جدا شوید.

* در ۱۵ دقیقه می‌توان یک میز صبحانه سالم چید و همراه با خانواده به صرف صبحانه پرداخت و در این فرصت کوتاه از بودن با آن‌ها لذت برد و روز را با انرژی مثبت بیشتری شروع کرد.

* باورکن ۱۵ دقیقه پیاده‌روی حالت راعوض می‌کند.

* فاصله منزل تا محل کار هر چه قدر هم که باشد یک ربعش را می‌توانی پیاده بروی. ورزش

جاذبه‌های گردشگری و تاریخی شهرستان محلات

زهره سبزواری

مدیر مرکز آموزش بهورزی محلات دانشگاه علوم پزشکی اراک

یکی از دیدنی‌ترین مناطق استان مرکزی که ظرفیت‌های گردشگری فراوانی در دل خود جای داده، محلات، شهر چشمه‌های آب گرم شفا بخش و مرکز تولید گل و گیاهان زینتی کشور است. شهرستان محلات از شمال و شرق به شهرستان دلیجان، از غرب به شهرستان‌های اراک و خمین و از جنوب به شهرستان گلپایگان محدود می‌شود. این شهرستان دارای دو شهر محلات و نیمور است. علاوه بر آب و هوای بسیار خوب این منطقه، کلکسیون‌های از ظرفیت‌های گردشگری از جمله چشمه‌های آبگرم، سرچشمه آب معدنی و گل‌های زیبا و زینتی در کنار آتشفشان منطقه تاریخی خوره، این شهرستان را تبدیل به یک مجموعه با ارزش گردشگری و تاریخی کرده است.



ضروری است.

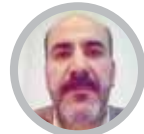
- * ۱۵ دقیقه به صوت آرام بخش قرآن کریم یا موسیقی گوش نواز و آرام بخش گوش فرا دهید.
 - * یک رابطه دوستانه سالم می‌تواند حتی با کم‌تر از یک ربع تقویت شود، بیشتر حال دوستان‌تان را بپرسید و از احوالات یکدیگر جویا شوید.
 - * ۱۵ دقیقه، فقط و فقط برای خودتان باشید، به زمان حال و اکنون خودتان توجه کنید و هر کاری که دوست دارید انجام دهید، گاهی اوقات آزاد گذاشتن کودک درون‌تان به مدت یک ربع، شما را حسابی بر سر شوق می‌آورد.
 - * در ۱۵ دقیقه، یک جلسه مشورتی خانوادگی به شکل هفتگی بگذارید و در مورد مسایل پیش آمده و قوانین و مقررات منزل با هم صحبت کنید.
 - * اگر باغچه‌ای دارید یا گلدان یا تنگ ماهی و... یک ربع به نظافت و آراستگی آن‌ها بپردازید و با آن‌ها گفت و گو کنید و به آن‌ها انرژی مثبت منتقل کنید.
 - * در ۱۵ دقیقه می‌توانید به پدر یا مادرتان سری بزنید و آن‌ها را در آغوش بگیرید یا یک ربع را به حرف‌های شان گوش بسپارید.
- و نکته آخر این که:** اگر هر روز فقط یک قدم به سمت اهداف بزرگ‌ترمان گام برداریم حتی اگر «یک ربع» طول بکشد، متوجه می‌شویم که آن اهداف خیلی هم دور، بزرگ یا دست نیافتنی نبودند.



سبزی کاری در آپارتمان

محمد تقی شفیعی خانی

بهورز خانه بهداشت شنین
دانشگاه علوم پزشکی قزوین



بذرها را روز قبل از کاشت در آب ولرم می ریزیم و بین ۸ ساعت تا سه روز مجازیم آن ها را در آب نگه داریم تا متورم شوند. سپس خاک مناسبی را انتخاب و الک می کنیم و به ارتفاع حداقل ۱۵ سانتی متر در یک گلدان که زهکش داشته باشد، می ریزیم. بذرها را از آب خارج و به روی یک پارچه یا روزنامه قدیمی منتقل می کنیم تا نم آن ها گرفته شود. سطح خاک را می کوبیم و صاف می کنیم و بذرها را به شکل فاصله دار روی سطح خاک می پاشیم و روی بذرها را با کمی خاک می پوشانیم، اما دقت کنید که اگر سایز بذر دو میلی متر باشد، حداکثر دو میلی متر باید روی آن با خاک پوشانده شود. در مرحله بعد، سطح مقطع گلدان را با یک برگ روزنامه می پوشانیم تا بذرها دقیق زیر روزنامه قرار بگیرند و با یک آپاش کوچک و روزانه دو تا چهار بار روی روزنامه آب می ریزیم تا سطح آن کاملاً خیس شود و گلدان را دو تا پنج روز در گرم ترین جای ممکن قرار می دهیم.

آیا باید گلدان را در معرض نور خورشید قرار دهیم؟
حتی می توان گلدان آماده شده را دور از نور و در جای تاریک نگه داشت تا سبزی ها دو تا سه میلی متر رشد کنند و روزنامه آرام آرام بالا بیاید. در این مرحله، روزنامه را برمی داریم و مستقیم به گیاه آب می دهیم و گلدان را در معرض نور قرار می دهیم. هر چه نور بیشتری به سبزی ها برسد بهتر است، اما اگر چنین فضایی در آپارتمان نداشتیم، می توانیم از لامپ های فلورسنت استفاده کنیم. اگر در دسترس نبود، سراغ کودهای شیمیایی استاندارد

برای سبزی کاری در آپارتمان به چه چیزهایی نیاز داریم؟
بذر، خاک استاندارد، گلدان مناسب، دستکش، آپاش کوچک، بیلچه و الک تنها ابزارهای کاشت سبزی در آپارتمان هستند. نکته مهم این است که در انتخاب بذر مناسب و خاک استاندارد از راهنمایی فروشندگان محصولات کشاورزی استفاده کنید تا با مرور زمان قدرت تشخیص آن ها را به دست آورید و در واقع خودتان باغبان خبره ای شوید.

بذر هر نوع سبزی (تره، شاهی، شنبلیله، ریحان، جعفری، گوجه فرنگی، فلفل رنگی، حتی کدو و بادمجان) را در هر زمان و هر فصلی می توان در آپارتمان خانه یا هر جای مناسب دیگری چه در بسترهای خاکی و چه غیر خاکی کاشت و از خوردن آن لذت برد. سبزی کاری در آپارتمان بسیار کم هزینه است، اما نکته قابل توجه این است که با این روش هم لذت می برید و هم سبزی کاملاً سالم، بهداشتی و ارگانیک می خورید. هنگام خرید بذر سبزیجات هم به خاطر داشته باشید که نعنای و پونه، بذر ندارند و باید آن ها را از سبزی فروشی بخرید و بعد از ریشه دار کردن در خاک بکارید. اما همکاری که در محوطه حیاط خود فضای زیادی دارند، می توانند حتی برای مصرف روزانه خود گوجه، بادمجان، فلفل و سایر سبزیجات را نیز مانند تصویر بکارند.

مراحل کاشت سبزی

قدم اول انتخاب بذر مناسب و خوب است؛ بذر اصلاح شده ای که روی پایه مادری رسیده باشد. ابتدا

رشد و سلامت کودک با ماساژ

شهناز رفائی سعیدی، کارشناس کودکان
معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی مشهد



زهرا شمسیگی، مربی پرستاری آموزشگاه
بهورزی شهرضا دانشگاه علوم پزشکی اصفهان



کوناگون

ماساژ و اهمیت رشد و تکامل

نخستین رابطه نوزاد با دنیای خارج از طریق لمس کردن حاصل می‌شود. نوزاد تازه متولد شده به آرامش و نوازش احتیاج دارد تا بتدریج به محیط جدید عادت کند. ماساژ علم و هنری است که آرامش و نوازش را برای نوزاد یا شیرخوار فراهم می‌کند و سبب ارتباط عاطفی والدین از طریق لمس و نوازش، شناخت بدن و کشف خصوصیات فرزندشان می‌شود. در حقیقت والدین با فرزند خود از طریق ماساژ و لمس صحبت می‌کنند و از طریق ارتباط چشم با چشم و پوست با پوست و تبادل لبخند و محبت احساس عاطفی خود را با او تقویت می‌کنند.

تفاوت ماساژ نوزادان و شیرخواران

در چهار هفته اول زندگی که به آن دوران نوزادی می‌گویند، حرکات ماساژ روی بدن نوزاد بیشتر شکل عمومی داشته و کمتر به جزئیات پرداخته می‌شود. میزان فشار و ضربه بسیار ملایم، نوازشی و با سرانگشتان خواهد بود تا باعث آزرده‌گی نوزاد نشود. مدت زمان آن هم معمولاً ۷ تا ۱۵ دقیقه است و بستگی به پذیرش و لذت نوزاد دارد. اما در ماساژ شیرخواران که از ماه دوم شروع و تا پایان بیست و چهار ماهگی شیرخوار ادامه می‌یابد، فشار ماساژ می‌تواند بر حسب سن شیرخوار به مرور قوی‌تر شود و تا جایی که شیرخوار از ماساژ اذیت نشود حرکات با جزئیات بیشتر و با مدت زمان بیشتر روی قسمت‌های مختلف بدن شیرخوار همراه شود. این مدت معمولاً بین ۱۵ تا ۲۵ دقیقه زمان می‌برد و عملاً به پذیرش، علاقه و لذت شیرخوار از حرکات ماساژ بستگی دارد.

می‌رویم. البته دوز مورد نیاز روی بسته این کودها نوشته شده است و جای نگرانی نیست. اگر تمام این مراحل بدرستی انجام شود بعد از گذشت حدود دو هفته سبزی‌ها آماده خوردن می‌شوند، اما توصیه من این است که تا یکی دو بار این سبزی‌ها به ویژه تره را نخورید و با قیچی آن‌ها را بچینید تا پایه آن‌ها قوی‌تر شود.

برای جلوگیری از آفت‌زدن سبزی‌ها چه کنیم؟

برای جلوگیری از آفت‌زدن گیاهان هر از چند گاهی باید مقداری آب را با الکل مخلوط کنیم و به جای سم، روی سبزی‌ها بپاشیم. حتی اگر این سبزی‌ها، مورد حمله شته‌ها هم قرار گرفته باشند با این کار، آن‌ها از بین می‌روند. از طرف دیگر، چون طی مراحل رشد از هیچ سمی هم استفاده نمی‌کنیم، سبزیجات کاملاً ارگانیک و طبیعی هستند. البته راه‌های زیادی برای پیشگیری از آفت‌زدگی گیاهان وجود دارد؛ مثلاً می‌توانیم یک گلدان گیاه جعفری یا همیشه‌بهار را کنار گلدان سبزیجات خود بگذاریم. با این روش تا ۶۰ درصد از بیمار شدن گیاه و حمله شته‌ها کاسته می‌شود. حتی پژوهش‌های علمی نشان می‌دهد که موزیک هم می‌تواند تأثیر بسزایی بر سلامت گیاهان و جلوگیری از برخی آفت‌های آن‌ها داشته باشد.

منبع: خبرگزاری دانشجویان ایران

مزایای ماساژ برای نوزادان و شیرخواران

نوزادانی که تجربه ماساژ مناسب و مداومی را داشته اند از خواب راحت تر و عمیق تری برخوردار بوده و هنگام بیداری نیز هوشیاری بیشتری دارند. این نوع ارتباط باعث شادی و آرامش، بهبود تکامل جسمی و عاطفی، اعتماد به نفس و ارتباط اجتماعی آنان نیز می شود و همچنین در این دسته از شیرخواران ناراحتی ناشی از قولنج یا کولیک شکم کمتر دیده خواهد شد. از دیگر مزایای ماساژ می توان به موارد ذیل اشاره کرد:

بهبود وضعیت ایمنی، تنظیم سیستم گوارش و تنفس، کاهش گریه و لجبازی نوزاد، کمک به دفع مواد زائد از بدن شیرخوار، کاهش افت درجه حرارت و کاهش عفونت و همچنین در دراز مدت اثرات مثبت بر افزایش قد نیز می تواند داشته باشد.

آمادگی برای شروع ماساژ

بهترین زمان انجام ماساژ، زمانی است که کودک بیدار و خوشحال است و یک ساعت از تغذیه وی گذشته است. دست ها با دقت شسته شده و با قرار دادن در آب ولرم به مدت ۳ تا ۴ دقیقه یا با به هم مالیدن گرم شود و با روغن هایی مثل روغن بادام شیرین، کنجد یا روغن زیتون آغشته شود، انگشتر، دستبند و ساعت جهت پیشگیری از صدمه به نوزاد خارج شود، شایان ذکر است از ماساژ دادن کودک هنگامی که او خیلی گرسنه است، باید خودداری کرد. چنانچه نوزاد یا شیرخوار تب داشته یا سرماخوردگی دارد، ماساژ

توصیه نمی شود. با آزمایش روغن روی ساعد دست کودک ماساژ آغاز می شود. برای ایجاد عادت در دفعات اول، ماساژ با حرکات پا آغاز می شود.

ماساژ پا: با انگشت شست و سبابه انگشتان پای شیرخوار را به آرامی به طرف بیرون بکشید. از کشاله ران تا انگشتان به شکل چرخشی ماساژ را انجام دهید و حرکات روی هر دو پا نیز به همین روش تکرار شود.

ماساژ دست: هر کدام از دستان کودک را به شکل چرخشی از ناحیه بازو به سمت انگشتان ماساژ داده شود و انگشتان به سمت بیرون به آرامی کشیده شود. حرکات چرخشی روی ساعد هر دو دست تکرار شود. کف دست کودک را باز کنید و با انگشت سبابه به آرامی ماساژ دهید.

ماساژ شکم و قفسه سینه و پشت کودک: اطراف ناف به شکل چرخشی در جهت عقربه های ساعت ماساژ داده شود. با دو دست حرکات رفت و برگشت ماساژ به سمت قفسه سینه ادامه یابد، حرکات ماساژ از شکم تا زیر گردن و برعکس ادامه یابد و در پشت بدن به شکل رفت و برگشت انجام شود. شایان ذکر است تا زمان نیفتادن بند ناف، اطراف بند ناف ماساژ داده نشود.

ماساژ صورت: با انگشت شست و سبابه گونه ها و بالای لب ها به آرامی ماساژ داده شود. اطراف صورت به شکل ملایم با کف دست ماساژ داده شود. با کف دو دست روی گونه ها حرکات چرخشی ملایم انجام شود. پس از ماساژ ملایم معمولاً کودک به خواب عمیقی فرو می رود.

منبع: کتاب ماساژ نوزادان و شیرخواران، اداره سلامت نوزادان، سال ۱۳۹۲



جدول حل شده شماره ۹۵

پ	ج	ا	ی	پ	ز	ف	س	ی	ک
ر	گ	س	گ	ن	ل	س	و	م	ز
ی	م	ک	ل	ش	ر	و	ا	پ	م
ن	و	ن	پ	ج	م	ن	ل	ا	ه
ت	د	ر	و	ب	ی	ک	پ	س	ا
ر	م	ف	ی	ت	ل	س	ی	پ	ر
ی	س	ل	و	ن	ر	س	ج	ی	د
ز	ی	ر	ش	ج	ت	ی	پ	ک	م
م	د	ی	پ	ر	ت	ی	ا	ر	ا
ک	ی	ف	ا	ر	گ	ت	ر	ا	ک

۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱
د	د	الف	الف	د	د	د	ج	الف	د

حل خودآزمایی شماره ۹۵

برندگان جدول شماره ۹۵

از معاونت محترم بهداشت دانشگاه علوم پزشکی گیلان و سرکار خانم خدیجه طاهری کارشناس مسؤل آموزش بهورزی و رابط محترم فصلنامه بهورز آن دانشگاه که جهت افزایش آگاهی و ایجاد انگیزه مخاطبان مجله بهورز، اعضای هیأت تحریریه مجله را یاری رسانده اند نهایت تشکر و قدردانی را داریم.

جوایز این عزیزان از طرف معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی گیلان به آدرس آنان ارسال شده است.

۱. عبدالحکیم رحیمی، کارشناس بهداشت محیط معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اردبیل
۲. وحیده ولی اللهی، بهورز خانه بهداشت شنگل آباد دانشگاه علوم پزشکی آذربایجان شرقی
۳. لیلی جهان تیغ، کارشناس کودکان معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی زابل
۴. عباسعلی ملای شهری، سمعی بصری دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی زابل
۵. نصیبه منتظری فشتالی، مربی بهداشت محیط حرفه‌ای مرکز آموزش بهورزی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

خودآزمایی شماره ۹۸



۶ این سبزی در بین گیاهان برگی بیشترین میزان پیش ساز ویتامین A را دارا است؟

- الف: کلم پیچ
ب: خرفه
ج: جعفری
د: پیازچه

۷ یک زمین برای سبزی کاری باید تمام مشخصات زیر را داشته باشد جز:

- الف: گود نباشد
ب: دارای خاک سبک باشد
ج: حاوی کود حیوانی تازه باشد
د: آفتابگیر باشد

۸ کدام مورد زیر صحیح است؟

- الف: بیماری های شغلی درمان قطعی ندارند.
ب: با اقدامات پیشگیری و ایمنی می توان از بروز بیماری های شغلی جلوگیری کرد
ج: هدف از معاینه قبل از استخدام، انتخاب کارمناسب برای هر فرد به میزان قدرت، قابلیت، ذوق و استعداد فرد است
د. همه موارد

۹ کدام یک از موارد ذیل در سالم سازی آب شرب به کار نمی رود؟

- الف: الکترولیز نمک طعام
ب: جوشاندن
ج: گندزدایی آب با کلر مادر یک درصد
د: استفاده از اشعه UV

۱۰ سابقه اقدام قبلی خود کشی تا چه میزان احتمال خود کشی را بالا می برد؟

- الف: ۵۰ درصد
ب: ۱۰۰ درصد
ج: ۵۰ تا ۱۰۰ درصد
د: ۲۰ درصد

۱ بالاترین سطح فوریت نسبت به تحمل جامعه کدام است؟

- الف: بلا
ب: فاجعه
ج: فوریت
د: خطر

۲ شیوع اختلال های روانی تمام عمر در جمعیت بالای ۱۵ سال کشور چقدر برآورد می شود؟

- الف: بیشتر از ۱۶ درصد
ب: بیشتر از ۱۳ درصد
ج: بیشتر از ۲۰ درصد
د: بیشتر از ۲۵ درصد

۳ کدامیک از موارد زیر جزو ابعاد کیفیت خدمات در سنجش رضایتمندی نیست؟

- الف: اعتماد
ب: پاسخگویی
ج: تخمین
د: همسانی

۴ کدامیک از موارد ذیل با وقوع رفتارهای مخاطره آمیز ارتباط دارد؟

- الف: خویشتنداری
ب: عزت نفس
ج: دل بستگی ایمن نوجوان با والدین
د: تکانشی بودن

۵ کدامیک از عوامل خطر ساز خانوادگی سوء مصرف مواد در نوجوانان نیست؟

- الف: فقدان نظارت والدین
ب: فقدان کنترل خشم در خانواده
ج: نداشتن آرمان ها و علایق تحصیل
د: تعارض خانوادگی

با تغذیه سالم از ابتدا
به سرطان معده پیشگیری کنیم



عوامل خطر در سرطان معده

- مصرف مواد غذایی که به روش خشک کردن، دودی، نمک سود و ترشی یا شور انداختن تهیه می شوند.
- غذای آلوده به باکتری ها (با نگهداری غذا در شرایط نامناسب)
- مصرف کم میوه و سبزیجات
- عفونت با هلیکوباکتر پیلوری
- قرار گرفتن در معرض ذرات و گازهای سمی
- مصرف سیگار
- مصرف تریاک
- سابقه خانوادگی
- افرادی که خویشاوندان درجه اول آنها به سرطان مبتلا بوده اند.
- کمبود ویتامین B12
- کاهش اسیدیته معده و تماس طولانی با داروهایی که ترشح اسید معده را می کاهند.
- این بیماری بیشتر در افراد بالای ۴۰ سال و در مردان دو برابر زنان دیده می شود.



ایمنی در برابر زلزله

اقدامات پس از زلزله

- از قرار گرفتن زیر سیم های برق و در مجاورت تیر و دکل برق اجتناب شود.
- به خاطر ریزش مجدد آوار بر روی افراد از ایستادن بر روی آوار خودداری شود.
- بهتر است همه اهالی محله در کنار یکدیگر قرار گیرند تا کمک به افراد ساده تر باشد.
- اگر ارتباط الکترونیکی از کار افتاده از قبل مکان خاصی را مدنظر قرار داده و به آن محل مراجعه شود.
- در صورتی که صدایی از زیر آوار شنیده می شود و امکان نجات آن شخص نیست، محل علامتگذاری شود.
- از کشیدن افراد در زیر آوار، خودداری شود. این کار ممکن است به ستون فقرات آن ها آسیب بزند یا آسیب های وارده را تشدید و باعث فلج دائمی آن ها شود؛ لذا آوار از روی فرد کنار زده و سپس به آرامی بیرون آورده شود.
- از آنجا که به احتمال قوی به دلیل آسیب دیدگی سیستم لوله کشی آب شرب، جریان آب قطع خواهد شد، با استفاده از ظروف تمیز موجود، از پایین ترین شیر هر ساختمان مانند شیر حیاط، آب موجود در لوله های ساختمان ذخیره شود.
- یافتن آب آشامیدنی سالم، مهم تر از یافتن غذاست.
- اولویت کمک رسانی افراد آسیب پذیر (زنان باردار، کودکان، سالمندان و توانیابان) هستند.