

- خدمات «مانا» برای سلامتے
- گوش‌های حرف‌نشنوا!
- آموزش بر پایه مدل اعتقاد بهداشتے
- در باب شرافتِ کاری
- رسیدن از جزء به کل



بهورز

سال سے وپنجم . شماره ۱۲۱ . تابستان ۱۴۰۳



اجتماعے شدن
نظام سلامت با بهبود
مشارکت‌های بین‌بخشے

ISSN:1735-8558

انتشارات

- معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی مشهد
- با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (مرکز مدیریت شبکه)

- مدیرمسئول: دکتر غلامحسین خدایی
- سردبیر: دکتر مجید جعفری نژاد
- مسئول دفتر فصلنامه: خاطره بره مقدم
- امور داخلی: مریم مؤمن نژاد

فهرست

- ۲ سرمقاله (در باب شرافت کاری)
- ۳ اهمیت مراقبت‌های ادغام یافته کودکان بیمار زیر ۵ سال
- ۶ آشنایی با پیامدهای نقص شنوایی در کودکان
- ۱۲ یک تجربه، یک درس (مسافرت ناتمام و تلخ)
- ۱۳ خاطره‌ای از بهورز (در اینجا را ببینید!)
- ۱۴ آشنایی با روش‌های نمونه‌گیری
- ۱۸ پیشگیری و کنترل اختلالات ناشی از کمبود ید
- ۲۴ روش‌های کاهش سموم در مواد غذایی
- ۳۱ تجربه بهورزی (چوپانی که به داد کدخدای رسید)
- ۳۲ بهداشت خواب، اصل فراموش شده سلامتی
- ۳۶ خودمراقبتی در افسردگی
- ۴۰ اهمیت شناسایی و پیگیری موارد همسرآزاری
- ۴۴ اصول کلی در پانسمان زخم
- ۴۸ آشنایی با بیماری سل و راه‌های بیماریابی و درمان
- ۵۴ آشنایی با عوامل ناباروری و راه‌های پیشگیری از آن
- ۶۰ آموزش بر پایه مدل اعتقاد بهداشتی
- ۶۶ یک تجربه، یک درس (مادر بزرگ را دیدیم، غم‌ها و سگت‌هایش رانه!)
- ۶۸ آشنایی بهورزان با شیوه‌های صرفه‌جویی در منابع مختلف
- ۷۴ بهورزخانه بهداشت «گیامی» با اهدای عضو به دیگران زندگی بخشید
- ۷۶ جدول شماره ۱۲۱
- ۷۸ برگزاری سومین گردهمایی پیشکسوتان حوزه بهورزی
- ۸۰ اخبار دانشگاه‌ها

هیات تحریریه

- دکتر زهرا اباصلتی، دکتر محمد احمدیان، دکتر ندا اخروی، خاطره بره مقدم، دکتر مجید جعفری نژاد، دکتر محمد رضا جویا، دکتر غلامحسین خدایی، دکتر محمدرضا رهبر، هادی زمردی نیت، دکتر محمد جعفر صادقی، شبنم صادقی خو، دکتر حسن عبدالله زاده، دکتر عباس علیپور، دکتر حامد فتاحی، دکتر حسین فرشییدی، دکتر حمیدرضا قربانزاده، معصومه کاظمی، مریم مؤمن نژاد، مهندس فرشید وفا
- عبدالحمید ارشدی نژاد، احد امیری، طاهره انصاری فر، فریبا ایدنی، رقیه ایرچی، منصور بامری، وحیده باهوش، نفیسه بنایی نیاسر، کبری پیرمحمدلو، بیتا پیاهور، ربابه جعفری، رقیه جعفری، سیما جلالی، طاهره جهانشاهی، معصومه حاجی پور، لیلا حدادی، سیده پردیس حسینی، خدیجه سادات حسینی، سیده یسنا حسینی نیاز، زهرا حیدریان زاده، محمدحسین خسرو تاج، لیلا خلیفه قلی، نسرين خوبانی، معصومه دبستان، زهره رجبی، غلامحسین رستم پور، آرزو رسولی، ویکتوریا رفیعی، مهشید رفیعیان، مرضیه رضایی، فاطمه رضائیان، صدیقه سرخوش، علی طالبی، طاهره سوداگر طرقي، ماهرخ شاهرخ، مهسا شیرینی، فرحناز شکارچی، مرضیه شهدادی، مینو صادقی، اعظم صباغزاده، حسین عجم زبید، دکتر نسرين فرجی آذر، فرشید فرضی پور، صفیه فغانی، فیروزه فیض الهی، بهاءالشمس قاسم نژاد، ام لیلا قاسمی، فاطمه قاسمی پور، فاطمه قنبری، سکینه قلعه خانی صفات، دکتر مهرانه کاظمیان، مریم کرباسی، فاطمه کیانیپور، راضیه محموداحدی، فاطمه مرداسی، مهین مؤمنی، بایرام میرزایی، زهرا میرموح، محمد مؤذنی، مهناز ناصح نژاد، طاهره ندوشن، مریم ولایی عزیز
- کارشناسان بررسی کننده مقالات در این شماره: شبنم نصیرایی، نوید ظهیری، سارا رحیم پور، فضا رستمی، سوسن دولت‌آبادی، ملیکا شریفی‌نیا، سیدرضا موسویان، فاطمه موسی‌آبادی، لیلی نزاکتی، زهره نصراله زاده
- مدیر اجرایی: دکتر محمد رضا جویا
- امور مالی: رقیه ضرابی، مهدی اسکندری، زهرا بینقی
- امور وب سایت: مهندس سیدکاظم بحرینی
- تدارکات: احسان فلاح
- ویراستار: مجید تربت زاده
- مدیر هنری: محمدرضا شیخی

نشانی

- مشهد، انتهای خیابان سناباد، معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی مشهد
- (مرکز بهداشت استان خراسان رضوی)، دفتر فصلنامه بهورز
- کدپستی: ۹۱۸۵۶۸۴۵۳۸
- تلفن: ۰۵۱-۳۸۴۳۶۳۳۳ و ۰۵۱-۳۸۴۱۵۰۰۱ (خط ۸) داخلی ۲۶۷ و ۲۶۸
- نشانی سایت اختصاصی نشریه: Behvarz.mums.ac.ir
- نشانی پست الکترونیک «ایمیل»: Behvarz.mag@mums.ac.ir
- نشانی جستجوی مطالب نشریه در سایت مگیران: <https://www.magiran.com/magazine/1586>



دکتر غلامحسین خدایی
مدیرمسئول

درباب شرافتِ کاری

در آن جا و انجام کارهای درست لذت خواهند برد. ما به دوره‌ای از زندگی بشر پا گذاشته‌ایم که فناوری و اتوماسیون ماهیت «کار» را تغییر داده است؛ در این دوره مفاهیمی مثل ضریب شرافت اهمیت بیشتری پیدا می‌کنند چون لازم است ما، به جای این که اجازه دهیم فناوری، اتوماسیون و تغییرات ناشی از آن‌ها ما را شکست دهند، با بهره‌گیری از شرافت کاری، راه‌های رشد و حرکت روبه‌جلو را طی کنیم بدون این که چیز ارزشمندی را از دست بدهیم.

مدیران اگر با نگاه به اصل «شرافت» مدیریت کنند، فقط به آن چه که ممکن است به دست بیاورند توجه نمی‌کنند بلکه حواسشان به چیزهایی که ممکن است در فرآیند حرکت به سمت موفقیت نابود کرده یا از دست بدهند هم دقت خواهند کرد. اگر «کار» با شرافت توأم باشد به نیروی شفافبخشی تبدیل می‌شود که جهان امروز بشدت نیازمند به آن است. اهمیت دادن به ضریب شرافت می‌تواند باعث بازسازی اعتمادی شود که سازمان‌ها و کارکنان و مشتریان آن را از دست داده‌اند. می‌تواند محور اساسی برای کار کردن آدم‌های مختلف با رویکردهای متفاوت در کنار هم و برای رسیدن به هدف مشترک باشد. می‌تواند با متحد کردن مردم برای یافتن راه چاره به حل برخی از سخت‌ترین مشکلات جهان کمک کند. کارشناسان بر این نکته تأکید دارند که برای رسیدن به این مهم، باید «شرافت» را به عنوان یک ویژگی اساسی در محیط کار بشناسیم. عقل و هوش هیجانی حیاتی هستند، اما این «شرافت» است که تضمین می‌کند بهره هوشی و هوش هیجانی به «نفع جامعه» باشد، نه این که آن را از بین ببرد. دوازدهم شهریور ماه، روز ملی بهروز فرصتی است تا به تمامی بهروزان شریف ایران زمین تبریک گوییم و پیمان ببندیم چه به عنوان رهبر و مدیر و چه کارمند، به سهم خودمان در اشاعه فرهنگ شرافت تلاش کنیم و شرافتمدانه ایرانمان را بسازیم.

شاید پیشرفت‌های فناورانه در عصر حاضر، بحران‌های اقتصادی یا اجتماعی که بشر پشت سرگذاشته و نو شدن تئوری‌های رفتارشناسی، توانسته باشند نحوه زیست انسان معاصر و همچنین روابط کاری و اداری او را تغییردهند اما فراموش نکنیم چه در زندگی شخصی و چه در روابط اجتماعی و شغلی همواره اصولی حیاتی و ارزشمند وجود دارند که اگرچه مصداق‌هایشان ممکن است تحت تأثیر چالش‌های مختلف موجود در جوامع، تغییر کنند اما خود این اصول همواره مهم و ارزشمند باقی می‌مانند. کارشناسان رفتار سازمانی معتقدند امروزه بیش از هر زمان دیگری نحوه رفتار، درستی عملکرد و حمایت‌مان از یکدیگر می‌تواند بر رکود یا رشد در شغل‌هایمان و همچنین بر پیشرفت یا عدم پیشرفت سازمان و جوامعی که در آن‌ها کار یا زندگی می‌کنیم تأثیرگذار باشد. رفتارشناسان در بحث از تفاوت رفتارها از مفهومی به نام «ضریب شرافت» یا «هوش شرافت» حرف می‌زنند. هوش شرافت یا DQ در سطحی بالاتر از هوش هیجانی قرار می‌گیرد و نشان می‌دهد که فرد نه تنها کارمندان و همکاران را درک می‌کند بلکه واقعاً به آن‌ها اهمیت می‌دهد. فردی که هوش شرافت دارد، می‌خواهد برای همه افراد حاضر در محل کار اتفاقات مثبت بیفتد و همه احساس ارزشمندی و احترام کنند. یعنی حالتی که ما در فرهنگ و تربیت اجتماعی خودمان از آن با عناوینی مانند فرهنگ نجابت، شایستگی و شرافت کاری یاد می‌کنیم.

ضریب شرافت به معنای تمرکز بر تحقق درستکاری توسط دیگران نیز هست. برخی از متخصصان رفتار سازمانی می‌گویند اگر شما بتوانید هر روز ضریب شرافت خود را به همراه بیاورید، محیط کار را برای دیگران بسیار سرگرم‌کننده خواهید کرد و آن‌ها از حضور



اهمیت مراقبت‌های
ادغام یافته کودکان بیمار
زیر ۵ سال

خدمات «مانا» برای سلامتی

آمنه قادری
مربی مرکز آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی کردستان



اهداف آموزشی

امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه مقاله:

اهمیت مراقبت‌های ادغام یافته کودکان بیمار را بیان کنند.

راهکارهای مؤثر در پیشگیری و درمان کودکان زیر ۵ سال را نام ببرند.

نحوه ارائه خدمات مراقبت‌های ادغام یافته کودکان بیمار را توضیح دهند.

مقدمه

موضوع سلامت کودکان از کلیدی‌ترین مباحث در نظام سلامت هر کشوری به شمار می‌آید. هر کودکی، شایسته آن است که در خانه و محیطی امن از نظر جسمی و روانی، رشد و تکامل یابد. هر کودکی، نیازمند خانه، تغذیه خوب، آموزش همراه با کیفیت قابل قبول و درمان مناسب است. هر کودکی، باید امکان دستیابی به مراقبت‌های پیشگیری، ارتقای سلامت و درمان طبی، سلامت روان و سلامت دهان را داشته باشد و چنین مراقبتی، از طریق ارتباط مداوم با مراقبان بهداشتی اولیه و دستیابی به مراقبت ثانویه تأمین می‌شود. تأمین، حفظ و ارتقای سلامت این سرمایه‌های اصلی و آینده سازان کشور، مسئولیت دولت، سازمان‌ها، اجتماع، والدین و البته خود کودکان است. برخی از کودکان، با وجود این که سالم به دنیا آمده‌اند و سالم هستند، در وضعیت بهداشتی مطلوبی نیستند. از آنجا که کودکان گروه حساس و آسیب‌پذیر به حساب می‌آیند نیاز به خدمات با کیفیت سلامت دارند و شایسته بالاترین کیفیت مراقبت‌های بهداشتی



هستند. با توجه به این مهم، برنامه «مانا»^۱ که یک راهبرد و برنامه مهم برای پیشگیری و کاهش بروز بیماری یا مرگ ناشی از بیماری‌های شایع در کودکان زیر ۵ سال است تنظیم شده است. همه کسانی که از کودکان مراقبت می‌کنند باید در اجرای برنامه مراقبت‌های ادغام یافته ناخوشی‌های اطفال نقش داشته باشند و بایستی در تمام کشور مراقبت یکسان، قابل قبول و با کیفیت بالا ارایه شود.

از «مانا» بیشتر بدانید

هر ساله تعداد زیادی از کودکان زیر ۵ سال در کشورهای در حال توسعه به علت بیماری‌های شایع دوران کودکی می‌میرند. بخش عمده‌ای از این مرگ‌ها در اولین سال تولد و به علت عفونت‌های حاد تنفسی، اسهال، سوءتغذیه یا ترکیبی از آن‌ها که با تشخیص و درمان صحیح و مناسب قابل پیشگیری هستند، رخ می‌دهد. اگرچه مرگ کودکان زیر ۵ سال در جمهوری اسلامی ایران روند کاهشی مطلوبی را طی سال‌های اخیر داشته است که ناشی از کاهش مرگ و میر به دلیل بیماری‌های واگیر است؛ اما کماکان، کودکان زیادی به بیماری‌هایی از قبیل اسهال و عفونت تنفسی مبتلا می‌شوند که مدیریت صحیح این بیماری‌ها علاوه بر کاهش مرگ کودکان، هزینه‌ها و مشکلات ناشی از بستری در بیمارستان و معلولیت‌ها را کاهش خواهد داد.

نحوه ارایه خدمات «مانا» با مراجعه کودک بیمار به پایگاه یا خانه بهداشت آغاز می‌شود. مراقب سلامت/بهورز مراقبت کودک بیمار را براساس بوکلت غیر پزشک مانا ارزیابی، طبقه بندی و درمان کرده و مشاوره می‌دهد. مراقب سلامت/بهورز در بدو ورود بیمار علائم خطر فوری و علائم خطر در کودک را کنترل کرده و سپس کودک را با توجه به علت مراجعه از نظر سرفه، اسهال، تب، مشکل گوش‌درد، گلودرد و کم وزنی بررسی کرده، از حیث واکسیناسیون و مکمل یاری ارزیابی‌ها را تکمیل می‌کند و اقدام‌های مربوط به هر طبقه بندی را انجام می‌دهد تا درمان‌ها طبق بوکلت انجام شده

و داروهای مورد نیاز بیمار از دارونامه تامین شود. پس از تثبیت وضعیت کودک، داده‌ها در سامانه ثبت می‌شود و در صورت حضور پزشک ویزیت کودکان بیمار در مرکز / خانه / پایگاه بهداشتی توسط پزشک و بر اساس محتوای بوکلت مانا پزشک انجام می‌شود. در این فرآیند مراقبان سلامت با پزشک در زمینه انجام برخی خدمات از قبیل انجام پایش رشد، واکسیناسیون، مشاوره‌ها و پیگیری‌ها همکاری می‌کنند. هدف در اجرای این وظایف برقراری ارتباط مناسب، افزایش آگاهی بیماران در مورد عوامل خطر ایجاد کننده بیماری‌ها و آگاهی از خطرات بیماری، استفاده صحیح داروها، زمان بندی کنترل بیماری توسط بیمار و خانواده، ارایه چک لیست برای اجرای برنامه خود مراقبتی، ارزیابی تغییر رفتار در مراجعه‌های بعدی و ارایه راهنمایی‌های لازم است. راهکارهای زیادی برای پیشگیری و درمان و نجات جان کودکان طی سال‌های گذشته مؤثر بوده‌اند از جمله:

- برنامه واکسیناسیون کشوری
- برنامه کشوری درمان کم آبی با ORS
- آنتی بیوتیک‌ها
- درمان سریع مالاریا

• تغذیه با شیر مادر

• پیشگیری از سوانح و حوادث و مهار آسیب‌های کودکان و...

نتیجه‌گیری

با بهبود عملکردهای مراقبت کودک بیمار در سطوح مختلف ارایه خدمت، می‌توان در کاهش مرگ و میر، عوارض بیماری‌ها، بهبود وضعیت تغذیه و اصلاح اختلال رشد در کودکان همراه با مدیریت هزینه و منابع موفق شد.

بهبود مهارت کارکنان بهداشتی درمانی (پزشک/مراقب سلامت/بهورز) در برخورد با کودک بیمار، تشخیص و درمان بموقع بیماری نقش مهمی در کاهش بار بیماری و معلولیت و مرگ در کودکان دارد. ثبت داده‌ها در سامانه از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. پرونده الکترونیک سلامت به پزشک خانواده و تیم سلامت کمک می‌کند تا با به‌کارگیری داده‌های ناشی از ویزیت (پایه و روتین) فرد، مسایل و مشکلات کودک بیمار را شناسایی، کنترل و حل کرده و برای ارتقای کمی و کیفی ارایه خدمات اقدام کند و در نهایت سلامت کودک را ارتقا دهد.

پیشنهادها

• به دلیل ضرورت و اهمیت اجرای بسته خدمت مانا و تأثیر قابل توجه آن در کاهش مرگ و میر و عوارض بیماری‌ها و هزینه اثربخشی آن در ارتقای سلامت کودکان، لازم است مشکلات مرتبط با اجرای ناقص یا نرسیدن به اهداف برنامه و تأثیرات جانبی آن در سطوح مختلف ارایه خدمت، استخراج

شود تا در برنامه ریزی‌ها و سیاستگذاری‌ها، تقویت برنامه مانا در دستور کار قرار گیرد.

• توزیع عادلانه منابع سلامت، بهینه‌سازی مصرف منابع سلامت و اصلاح مدیریت نظام سلامت کشور منجر به ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی و کیفیت سلامت شهروندان مخصوصاً کودکان بیمار می‌شود.

• تأمین و توزیع مناسب و منطقی منابع انسانی و تجهیزات و اقلام (خصوصاً تأمین و توزیع اقلام دارویی) مورد نیاز بسته خدمت مانا در سطح مراکز و خانه‌های بهداشت و پایگاه‌ها برای اجرای هر چه بهتر این برنامه لازم است به نحوی که امکان اجرای بسته خدمت مانا در این سطوح وجود داشته باشد.

• شناسایی باورها، اعتقادات و نگرش‌های بومی و منطقه‌ای در برنامه‌ریزی کمک خواهد کرد.

• ارزشیابی براساس میزان بهبودی در عوامل خطرزای بیماری‌های مزمن یا نشانه‌های آن و پذیرش شیوه درمان مناسب از نشانه‌های عملکرد این برنامه باشد.

• آموزش بسته خدمت مانا به شکل کارگاه‌هایی در سطوح مختلف اجرا شود. این آموزش‌ها هر سال و بر حسب میزان دانش و مهارت پزشکان و مراقبان سلامت و مربیان مراکز آموزش بهورزی برنامه ریزی و اجرا شود.

• انجام عملی و تمرینات در عرصه و بررسی مشکلات حاصل از خودآموزی نیز از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

• در مسیر آموزش و اجرا از اطلاعات و توضیحات تکمیلی موجود در سامانه پرونده الکترونیک استفاده شود.

منابع

- بوکلت مراقبت‌های ادغام یافته ناخوشی‌های اطفال (مانا) غیرپزشک
- دستورالعمل اجرایی بسته خدمت مانا کتاب راهنمای مانا ۱۴۰۲
- راهله طغیانی و همکاران. بررسی آگاهی و نگرش خانواده‌های دارای کودک زیر ۵ سال در خصوص برنامه ادغام یافته مراقبت ناخوشی‌های اطفال در سال ۹۰
- فاطمه تاج‌الدینی و همکاران. ارزیابی برنامه مراقبت‌های ادغام یافته کودک سالم در مراکز بهداشتی درمانی شهری تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (۱۳۹۱-۱۳۹۲)
- کامران حاجی نبی و همکاران. اجرای برنامه ادغام یافته کودک سالم و شاخص‌های کودکان در شبکه بهداشت و درمان شهرستان نور ۱۳۹۲



گوش‌های حرف‌نشنو!

اهداف آموزشی

امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه مقاله:

اهمیت سلامت شنوایی در کودکان را بیان کنند.

بتوانند کم‌شنوایی را تعریف کنند و علل افزایش شیوع آن را نام ببرند.

علل شیوع مشکلات شنوایی و عوامل خطر قبل از تولد، حین تولد و بعد از تولد را نام ببرند.

وظایف والدین در برخورد با نشانه‌های کم‌شنوایی در کودکان را توضیح دهند.

بتوانند نشانه‌های هشدار کم‌شنوایی را به والدین آموزش دهند.



لیلا خلیفه فانی

مدیر و مربی مرکز آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی قم

ناکافی متخصصان درباره میزان شیوع و عوارض بسیار جدی آن با تأخیر بسیار زیاد شناسایی شده و اثرات منفی بر رشد گفتار، زبان و شناخت برجای می‌گذارد. نتایج تحقیقات حاکی از آن است که برنامه‌های غربالگری مؤثرترین راه برای شناسایی زودهنگام ابتلا به نقص شنوایی در میان نوزادان است. مطالعات مختلف نشان داده‌اند کودکانی که نقص شنوایی آن‌ها قبل از ۶ ماهگی تشخیص داده شده است، دارای توانمندی‌های بیشتری نسبت به کودکانی هستند که نقص شنوایی آن‌ها دیرتر تشخیص داده شده است. مداخله درمانی بموقع، به کودکان امکان توسعه مهارت‌های زبانی و نیز شناختی را می‌دهد.

کم شنوایی در ایران و جهان

کاهش شنوایی شایع‌ترین معلولیت اعصاب حسی است که شیوع آن در حال افزایش است. کم‌شنوایی دایمی کودکان یک اختلال شایع است به طوری که بروز آن از تمام بیماری‌های متابولیک که تحت پوشش غربالگری نوزادی هستند بیشتر است. بر اساس آخرین برآوردهای منتشر شده توسط سازمان جهانی بهداشت، نزدیک به ۹۰۰ میلیون نفر در سراسر جهان تا سال ۲۰۵۰ از کم‌شنوایی ناتوان کننده رنج خواهند برد. در حال حاضر ۴۶۶ میلیون نفر در سراسر جهان از کم‌شنوایی رنج می‌برند که ۳۴ میلیون نفر از آن‌ها کودک هستند. شیوع کم‌شنوایی ناتوان‌کننده دوران نوزادی ۱ تا ۳ مورد در هر ۱۰۰۰ تولد زنده گزارش شده است. همچنین شیوع کم‌شنوایی در کودکان بدو ورود به مدرسه (پیش دبستان) ۵/۲ درصد و در میان کودکان سن مدرسه ۱۱ تا ۱۵ درصد است. متأسفانه دو سوم کودکان مبتلا به کم‌شنوایی در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند. طبق آمارهای رسمی ۳ تا ۵ درصد جمعیت کشور ایران دارای اختلالات شنوایی متوسط تا عمیق هستند. شیوع کم‌شنوایی در مراکز استان‌ها ۲/۷ در هزار تولد زنده است و برآورد شده است که سالانه چهار تا پنج هزار نوزاد

سلامت شنوایی و توانایی شنیدن برای کودکان بسیار مهم است زیرا رشد مهارت‌های گفتاری و زبانی و آینده کودکان به کیفیت شنیدنشان وابسته است. حس شنوایی یکی از مهم‌ترین حواس پنجگانه در بدو تولد است و نوزاد بدون آن نمی‌تواند مهارت‌های گفتاری و ارتباطی را بدرستی و همچون همسالان خود یاد بگیرد و همچنین کم‌شنوایی‌های شدید می‌تواند باعث منزوی شدن و قطع ارتباط فرد با جامعه شود. در گذشته، از دست دادن شنوایی در کودکان اغلب تا ۲ سالگی پنهان مانده و پس از آن با صحبت نکردن کودک تشخیص داده می‌شد. طی سال‌های اخیر موضوع تشخیص بموقع کم‌شنوایی در دوران نوزادی و مداخلات درمانی مورد توجه بیشتر قرار گرفته است. نقص شنوایی به عنوان یکی از اصلی‌ترین عوامل ناتوانی و معلولیت نوزادان در سراسر جهان مطرح بوده و عوارض کوتاه و بلند مدتی در زمینه‌های مختلف رشد و تکامل کودک از جمله زبان و تکلم، فعالیت‌های فیزیکی، قوه درک یا شناخت و نیز مهارت‌های ذهنی اجتماعی برجای گذارده و نیز بر سطح تحصیلات و مهارت‌های شغلی افراد اثر منفی دارد. حداقل یک سوم کودکان مبتلا به نقص شنوایی در آینده مبتلا به نقص تکامل سیستم عصبی خواهند شد.

عوامل خطر ابتلا به نقص شنوایی بسیار متعدد بوده و مهم‌ترین آن عبارت از عوامل ژنتیکی و بروز جهش‌های ژنتیکی و ازدواج‌های فامیلی، ابتلای مادر به بیماری‌های عفونی در دوران بارداری، مصرف داروهای «اتوتوکسیک»، صدمات وارده حین زایمان، زردی نوزادی و عفونت گوش و اصوات صدمه‌زا و مخرب است.

نقص شنوایی نوعی معلولیت پنهان و یکی از شایع‌ترین ناهنجاری‌های بدو تولد محسوب شده و در جوامع مختلف به دلایلی نظیر فقدان نمود ظاهری آن در کودک، ناآشنا بودن خانواده‌ها با علایم اولیه آن، عدم اطلاع از خدمات موجود، دانش



منظور از آسیب شنوایی ناتوان کننده چیست؟

هنگامی که افراد فقط می‌توانند اصوات گفتاری را در سطوح با شدت بالا یا در حد داد زدن بشنوند یا هنگامی که حتی نمی‌توانند صدای داد زدن را بشنوند، دچار آسیب شنوایی ناتوان کننده هستند. این درجه از کم‌شنوایی در کودکان وقتی اتفاق می‌افتد که کودک در شنیدن اصوات گفتاری در سطح بلند دچار مشکل است و در این صورت دچار نقص شنوایی ناتوان کننده است. آستانه آسیب شنوایی ناتوان کننده در کودکان پایین‌تر از آستانه آسیب شنوایی ناتوان کننده در بزرگسالان است، زیرا لازم است کودکان خوب بشنوند تا گفتار و زبان آن‌ها تکامل پیدا کند و یادگیری در آن‌ها تکوین یابد.

علل افزایش شیوع کم‌شنوایی در کودکان

علل حین و قبل تولد کم‌شنوایی شامل عوامل ژنتیکی و وراثتی، مشکلات حین بارداری مانند ابتلای مادر به بیماری‌های سرخچه و سایر عفونت‌های ویروسی

کم‌شنوا در کشور متولد می‌شوند و میزان اختلالات شنوایی ناشی از مسایل ژنتیکی در ایران نسبت به آمار جهانی بالاتر است. ۶۰ تا ۷۰ درصد مراجعان به مراکز توان‌بخشی کشور که دچار مشکل شنوایی بوده‌اند از خانواده‌هایی هستند که ازدواج فامیلی داشتند.

منظور از کم‌شنوایی چیست؟

هنگامی که فردی قادر به شنیدن اصوات در سطوح بلندی همچنان نباشد دچار کم‌شنوایی است. آسیب شنوایی در سطوح مختلف طبقه بندی می‌شود:

- فرد در شنیدن گفت‌وگوهای محاوره‌ای مشکل دارد.
- فرد در شنیدن صدای بلند مشکل دارد.
- فقط کلماتی را می‌تواند بشنود که در داخل گوش آن‌ها فریاد زده شود.
- فرد حتی نمی‌تواند کلماتی که فریاد زده می‌شود را بشنود.
- فردی که نمی‌تواند حتی کلماتی که فریاد زده می‌شود را بشنود، ناشنوا گفته می‌شود.

و بیماری‌های منتقله از راه تماس جنسی مانند سیفلیس و مصرف داروهایی که می‌توانند به شنوایی آسیب برسانند، می‌شوند. مشکلات حین زایمان، مانند تولد نوزاد نارس، زایمان سخت به ویژه هنگامی که نوزاد دچار کمبود اکسیژن شده باشد، بیماری زردی نوزاد از جمله علت‌های حین زایمان محسوب می‌شوند. بیماری‌های دوران کودکی مانند سرخک، سرخچه و اوریون، عفونت‌های مکرر گوش میانی که می‌توانند باعث مشکلاتی در کانال گوش، گوش میانی یا گوش داخلی شوند نیز از جمله سایر علل نقص شنوایی هستند. استفاده از آنتی‌بیوتیک‌ها در دوران کودکی مانند استرپتومایسین و جنتامایسین، داروهای ضد مالاریا مانند کینین و کلروکین، سر و صدا، تصادف‌ها و ازدواج‌های فامیلی را هم می‌توان به فهرست علل ایجاد کم شنوایی در درجات مختلف در کودکان اضافه کرد.

عدم شناسایی کم‌شنوایی، بخصوص انواع کم‌شنوایی مادرزادی، مانعی جدی برای تکامل، تحصیل و انسجام اجتماعی کودک محسوب می‌شود. پیامدهای عدم شناسایی انواع کم‌شنوایی در جوامع، فراتر از تأثیر نامطلوب آن بر گفتار و زبان کودک است. یکی از عوامل کلیدی در کاهش پیامدهای نامطلوب کم‌شنوایی، شروع اقدامات مداخله‌ای در سنین بسیار پایین است که در آن استفاده از تقویت شنوایی و به‌کارگیری برنامه‌های آموزشی مد نظر قرار می‌گیرد. پژوهش‌های متعدد و مختلف نشان می‌دهد، کودکانی که کم‌شنوایی آن‌ها در مراحل اولیه شناسایی می‌شود و مداخله زودهنگامی را دریافت می‌کنند، نتایج بسیار بهتری نسبت به کودکانی که دیرتر تشخیص داده شده و درمان می‌شوند، دارند. همچنین کودکانی که کم‌شنوا به دنیا می‌آیند و در اوایل زندگی خود دچار کم‌شنوایی می‌شوند، در صورت شناسایی و دریافت مداخلات درمانی و توان‌بخشی مناسب قبل از ۶ ماهگی، از نظر رشد زبانی در سن ۵ سالگی با همسالان شنوای خود برابری می‌کنند. شناسایی و مداخله زودهنگام کم‌شنوایی در نوزادان، از طریق

غربالگری شنوایی بدو تولد امکان‌پذیر می‌شود. غربالگری شنوایی نوزادان هنگامی که در ادامه با مداخله‌های درمانی و توان‌بخشی سریع و مناسب همراه باشد، مزایای قابل توجهی را هم از نظر کاهش سن تشخیص و مداخله و هم بهبود تکامل زبانی و شناختی به همراه دارد. این مزیت‌ها منجر به بهبود نتایج اجتماعی و آموزشی برای نوزادانی می‌شود که مراقبت‌های سریع و بموقع دریافت کرده‌اند. هم‌اکنون اجرای برنامه‌های موفق غربالگری شنوایی نوزادان با استفاده از روش‌های مختلف و پروتکل‌های متفاوت در سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی، اجتماعی و آموزشی کشورهای مختلف به اثبات رسیده است. در حال حاضر تنوعی از برنامه‌های غربالگری شنوایی نوزادان در سراسر جهان در حال اجراست. اولین شیوه‌نامه تحت عنوان «راهنمای ملی برنامه غربالگری کم‌شنوایی نوزادان-دستورالعمل ویژه کارشناس و مسئولین مراکز ارایه خدمات» در شهریور ماه ۱۳۹۷ از سوی وزارت بهداشت به دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور ابلاغ شد و در مرداد ماه سال ۱۴۰۰ اجرای برنامه خدمات پیشگیری، کنترل و مراقبت از کم‌شنوایی و فرآیند ثبت خدمات ارزیابی و غربالگری شنوایی از ۳ تا ۵ روزگی نوزادان در سامانه الکترونیک سلامت و دسترسی برای همه ارایه دهندگان خدمات آغاز شد. در برنامه غربالگری شنوایی نوزادان و کودکان، به‌طور یا مراقب سلامت پس از بررسی عوامل خطر کم‌شنوایی، نتیجه تست غربالگری مندرج بر کارت غربالگری کودک را در سامانه الکترونیک کودک ثبت می‌کند. هدف کلی در اجرای برنامه غربالگری شنوایی در کودکان در کشور شامل: شناسایی، تشخیص و درمان زودهنگام و توان‌بخشی نوزادان و کودکان مبتلا به کم‌شنوایی و ناشنوایی و پیشگیری از عوارض آن است.

گروه هدف برنامه

ارزیابی و غربالگری شنوایی بایستی برای همه نوزادان متولد شده و کودکان ۳ تا ۵ سال صرف نظر



بهورزان با توجه به علایم و ارزیابی‌های مربوط شناسایی و به سطح پزشک مرکز خدمات جامع سلامت برای تشخیص و ارجاع بابت مشاوره و درمان معرفی می‌شوند. لازم به ذکر است ارزیابی شنوایی در گروه سنی نوجوان و جوان مطابق با راهنماهای بالینی ارایه خدمات مراقبتی مربوط با انجام تست «نجوا» در مراقبت‌های روتین برای این گروه‌های سنی انجام می‌شود.

عوامل خطر ابتلا به کم‌شنوایی در نوزادان سالم

- سابقه وجود کم‌شنوایی دوران کودکی در خانواده و خویشاوندان نزدیک
- سابقه ابتلا به عفونت‌های رحمی مثل هرپس (تبخال)، سیفلیس، سرخجه، ویروس سیتومگالو و توکسوپلاسموز و HIV
- عدم انجام غربالگری شنوایی یا وجود نتیجه ارجاع در غربالگری شنوایی نوزاد
- ابراز نگرانی والدین از کم‌شنوایی نوزاد یا ابراز تأخیر در تکامل زبانی فرزندشان

از سن، نژاد، مذهب، قومیت و وضعیت اجتماعی اقتصادی آنان انجام شود. ارزیابی و غربالگری همگانی شنوایی، باید خانواده محور باشد و از طریق انتخاب آگاهانه و تصمیم‌گیری مشارکتی انجام پذیرد. افراد جامعه بایستی با گزینه‌های مداخله‌ای درمانی آشنایی داشته و به خدمات غربالگری، تشخیص، درمان و مشاوره دسترسی داشته باشند.

خدمت ارزیابی و غربالگری شنوایی نوزادان

و کودکان

در این برنامه عوامل خطر منتسب به کم‌شنوایی باید طبق توالی بسته خدمات مراقبت‌های کودک سالم در مقاطع زمانی مختلف توسط بهورز و مراقب سلامت مورد ارزیابی قرار گیرد. بسته خدمات کودک سالم شامل توالی مراقبت‌های کودک در مقاطع زمانی ۰ تا ۲۸ روزگی، ۳۰ تا ۴۵ روزگی و ۲، ۴، ۶، ۷، ۹، ۱۲، ۱۵، ۱۸، ۲۴، ۳۰، ۳۶، ۴۸ و ۶۰ ماهگی است. طبق بسته خدمت کودک سالم نوزاد در معرض خطر در سنین فوق‌الذکر توسط



- کودک اغلب از واژه «چی؟» استفاده می‌کند.
- هنگامی که با کودک صحبت می‌کنید یک گوش خود را جلوتر از گوش دیگر نگه می‌دارد.
- نمرات درسی کودک کاهش یافته یا معلم او می‌گوید که کودک به درس گوش نمی‌دهد و به سؤالات پاسخ نمی‌دهد.
- به نظر می‌رسد کودک بی‌توجه و حواس‌پرت است.
- کودک با صدای بلندتر از حالت عادی صحبت می‌کند.
- هنگامی که با کودک صحبت می‌کنید، او با تمرکز و دقت بالا به شما نگاه می‌کند و احتمالاً از نشانه‌های بصری و لب‌خوانی برای فهم صحبت شما استفاده می‌کند. در این شرایط هنگامی که از پشت سر با فرزندتان صحبت می‌کنید یا جلوی صورت خود را می‌گیرید او بخوبی متوجه صحبت‌ها نمی‌شود.

نتیجه‌گیری

غربالگری شنوایی و پیگیری آن تا حصول نتیجه مطابق با دستورالعمل کشوری آن در ابتدای تولد و نوزادی و در دوران کودکی در نظام سلامت کشور به عهده مراقبان سلامت و بهورزان مطابق با راهنمای بالینی کودک سالم است. هر گونه اهمال در انجام غربالگری و عدم شناسایی کودکان دارای مشکل و عدم ارجاع به پزشک با ایجاد مانعی جدی برای تکامل، تحصیل و اجتماع‌پذیری کودک همراه است. پیامدهای عدم شناسایی انواع کم شنوایی در جوامع، فراتر از تأثیر نامطلوب آن بر گفتار و زبان کودک است. اثرات بلندمدت عدم تشخیص و درمان کم‌شنوایی در افراد بر توانایی برقراری ارتباط، معاشرت، یادگیری، کار و لذت از زندگی اثر مستقیم دارد و باعث فقر و انزوای اجتماعی در مبتلایان در سنین مختلف می‌شود.

منبع

دکتر سعید محمودیان، دکتر محمد اسلامی، دکتر عباس حبیب الهی، کتاب مبانی، استانداردها و دستورالعمل آرایه خدمات پیشگیری و مراقبت از گوش و شنوایی نوزادان و کودکان در نظام مراقبت‌های پایه سلامت، انتشارات وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۴۰۱

- سابقه ازدواج‌های خانوادگی نزدیک در والدین نوزاد
- وجود هر گونه ناهنجاری در سر و صورت نوزاد مانند بد شکلی‌های لاله گوش یا مجرا، وجود زائده گوش، وجود سوراخ یا منافذ روی گوش و ناهنجاری‌های استخوان گیجگاهی
- وجود یافته‌های فیزیکی سندرمی روی موها یا سر که همراه با کم‌شنوایی حسی عصبی یا انتقالی دایمی هستند، مانند وجود دسته موی سفید جلوی پیشانی
- وجود شکاف کام و لب
- وجود مشکلات دوران بارداری و زایمان مانند مسمومیت‌های دوران حاملگی (فشار خون بالا و دیابت) و زایمان سخت

وظایف والدین در برخورد با نشانه‌های

کم شنوایی در کودکان

- بهورزان و مراقبان سلامت می‌بایست علایم و نشانه‌های کم‌شنوایی یا اختلال شنوایی را در کودکان به خانواده‌ها آموزش دهند و از آن‌ها بخواهند به علایم و هشدارها حساس بوده و در صورت مشاهده هر یک از علایم زیر سریعاً به خانه‌بهداشت/ پایگاه سلامت مراجعه کنند:
- به نظر می‌رسد که کودک برخی اوقات خوب می‌شنود و برخی اوقات دیگر پاسخ نمی‌دهد.
- کودک صدای تلویزیون را بیشتر از حد عادی بلند می‌کند.

همین کافی بود تا شیطنت و کنجکاوی پسرک گل کند و استارت بزند! از آنجا که پدر فراموش کرده بود ماشین را از دنده خارج کند، خودرو به حرکت درآمده و با «بهاره» کوچک برخورد می‌کند. سر وی نیز هنگام سقوط روی زمین به سکوی سیمانی داخل حیاط می‌خورد، ضربه مغزی می‌شود و قبل از رسیدن اورژانس فوت می‌کند.

اقدام‌های پیشگیرانه پیشنهادی

- هرگز کودکان خود را در خودرو تنها نگذارید.
- همیشه به یاد داشته باشید که خودرو وسیله بازی کودکان نیست.
- در هنگام خاموش کردن خودرو سوئیچ را از آن خارج کنید.
- به هیچ عنوان خودروی خود را در حالت روشن ترک نکنید، بخصوص زمانی که کودکان در خودرو قرار داشته باشند.
- اگر خودرو را حتی برای یک لحظه خاموش می‌کنید ترمز دستی را به سمت بالا بکشید و خودرو را خلاص کنید.
- در هنگامی که کودکان در حیاط منزل مشغول بازی هستند حتما توسط والدین یا فرزندان بزرگ‌تر خانواده بر بازی آن‌ها نظارت داشته باشید.
- آموزش و حساس‌سازی والدین و مربیان مهدکودک در خصوص سناریوی مرگ کودکان و اقدام‌های پیشگیرانه در اولویت وظایف کارکنان بهداشتی قرار داشته باشد.

نتیجه‌گیری

شیطنت‌ها و کنجکاوی کودکان گاهی اوقات به قیمت جان خودشان و دیگر کودکان تمام می‌شود. پس به یاد داشته باشیم که گاه رفتار و عملکرد نادرست ما می‌تواند زمینه‌ساز یا تکمیل‌کننده شیطنت‌های آنان باشد و خطرات جبران‌ناپذیری برای سلامتی‌شان ایجاد کند. پس بیاییم با رعایت اصول به ظاهر ساده و پیش پا افتاده رانندگی و نگهداری خودرو، ضامن سلامتی کودکان که سرمایه‌های زندگی‌مان هستند، باشیم.



یک تجربه، یک درس

مسافرت ناتمام و تلخ

مهین سیستانی

کارشناس واحد سلامت خانواده
مرکز بهداشت شهرستان رفسنجان



مقدمه

کودکان آسیب‌پذیرترین گروه درسوانح و حوادث خانگی هستند زیرا تا حدود سن ده سالگی هنوز از مهارت‌های جسمی و شناختی لازم برای تشخیص و تصمیم‌گیری در مورد ایمنی خود برخوردار نیستند.

یک لحظه غفلت

«بهاره» ۲۲ ماهه در یکی از روستاهای شهر رفسنجان با خانواده ۵ نفره خود زندگی می‌کرد. عصر یکی از روزهای دی‌ماه که خانواده قصد رفتن به مسافرت داشتند، مادر به همراه دختر بزرگ‌تر مشغول آماده کردن وسایل مسافرت بودند و پدر هم ماشین را داخل حیاط آورده بود تا وسایل سفر را داخل صندوق عقب بگذارد. پسرک ۴ ساله خانواده وقتی ماشین پارک شده در حیاط را دید مثل همیشه برای بازی داخل آن شد. دست برقضا و متأسفانه پدر سوئیچ را روی ماشین جا گذاشته و

گرما هم کلافه‌ام کرده بود ولی باید کارم را انجام می‌دادم. از شدت گرما عصبی شده بودم. بهورز هم که گرما و سروصدای آن زن و شوهر اعصابش را بیشتر از من به هم ریخته بود، تعدادی از سؤالات را پاسخ داد و تعداد دیگری را نتوانست پاسخ دهد. می‌گفت ۱۵ روز است که کولر خانه بهداشت کار نمی‌کند. حس عذاب وجدان داشتم و به او گفتم حتما این موضوع را پیگیری می‌کنم. گزارش بازدید را نوشتم و پس از خداحافظی از خانه بهداشت بیرون آمدم. در راه به رفتار بهورز در آن شرایط فکر می‌کردم. چطور می‌شود در آن گرما با این همه صبوری کار کرد، حرف شنید و سکوت کرد؟ اشک در چشمانم حلقه زده بود.

به محل کار که رسیدم در اولین فرصت پیگیر کولر خانه بهداشت شدم گفتند در کمیته بررسی کرده و در اولین فرصت تهیه می‌کنیم. من کوتاه نیامدم و با جدیت پیگیری کردم و پس از کلی دوندگی موفق شدم. خیلی خوشحال بودم. انگار یک اتفاق خوشایند در زندگی من افتاده بود. چند روز بعد بهورز با من تماس گرفت و تشکر کرد. از خوشحالی او به وجد آمده بودم. بهورز گفت: «همان روز پیگیر حال مادر باردار شدم چون فشار عصبی برای مادر باردار خوب نبود، مادر از رفتارم تعجب کرد و بابت رفتار خودش معذرت خواهی کرد». چند ماه گذشت و من مجدد برای بازدید به آن خانه بهداشت مراجعه کردم.

یک گل و گلدان بسیار زیبا در خانه بهداشت بود. به بهورز گفتم چقدر زیباست. بهورز به گل نگاهی انداخت و گفت این را کادو گرفتم. همان مادر بارداری که آن روز با همسرش به من مراجعه کردند چند روز پیش با خونریزی شدید به خانه بهداشت آمد و خدا را شکر با پیگیری‌های من توانست بموقع به بیمارستان برسد و به سلامتی فرزندش را به دنیا بیاورد. آن روز فهمیدم که هر کسی نمی‌تواند یک بهورز باشد، بهورز کوهی از ایستادگی و قدرت است. به بهورزان احترام می‌گذاریم و زحماتشان را ارج می‌نهیم.



خاطره‌ای از بهورز

در اینجا را ببندید!

مریم روزبهانی

کارشناس مسئول آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی بوشهر



صبح یک روز تابستانی برای بازدید به یکی از خانه‌های بهداشت رفتیم. هوا بسیار گرم و شرجی بود. کولر خانه بهداشت به علت نوسان برق قطع شده بود اما بهورز بدون هیچ اعتراضی در حال کارکردن بود. زن بارداری برای تشکیل پرونده آمده بود و از گرمای خانه بهداشت شاکی بود ولی بهورز با صبوری او را به آرامش دعوت می‌کرد. همسر زن باردار با صدای بلند فریاد می‌زد و می‌گفت اگر هزینه تعمیر کولر یا پرداخت قبض برق را ندارید، پس در خانه بهداشت را ببندید...! از رفتار آن زن و شوهر بشدت عصبانی بودم اما بهورز که معلوم بود از این همه سروصدا و بی‌احترامی رنجیده، مرا به خویشتن‌داری دعوت کرد. از این همه صبر و تواضع بهورز تعجب کردم. خانم باردار و همسرش بالاخره با کلی داد و فریاد از خانه بهداشت بیرون رفتند و در را محکم به هم کوبیدند. من ماندم و بهورز و یک چک لیست با ۱۸۵ آیتم.



چرا نمونه‌گیری (Sampling) کنیم؟

در پژوهش و تحقیق، نمونه‌گیری از جامعه یک مرحله حیاتی است که برای اطمینان از صحت و قابل اعتماد بودن نتایج حایز اهمیت است. در حقیقت معمولاً امکان مطالعه کل جامعه مقدور نیست بنابراین محدودیت‌های ناشی از وقت و هزینه ما را ملزم به مطالعه کسر یا نمونه‌ای از جامعه می‌کند.

نمونه‌ای که برای مطالعه و بررسی انتخاب می‌شود باید از حیث ویژگی‌ها و خصوصیات به طور کامل معرف جامعه هدف باشد. به عنوان مثال اگر بخواهید مطالعه‌ای در مورد آثار سوءتغذیه بر کودکان کمتر از ۵ سال انجام دهید، کودکان صفر تا چهار سال واحد مطالعه هستند. علاوه بر تعیین خصوصیات جامعه بایستی در مورد میدان و وسعت مطالعه (منطقه‌ای، محلی، کشوری و...) هم تصمیم گرفت.

چه طور نمونه‌گیری کنیم؟

روش‌های متفاوتی برای انتخاب نمونه وجود دارد. در این مقاله متداول‌ترین روش‌ها مطرح می‌شود.

آشنایی با روش‌های نمونه‌گیری

رسیدن از جزء به کل

نیره اسماعیل زاده

کارشناس اپیدمیولوژی معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی مشهد



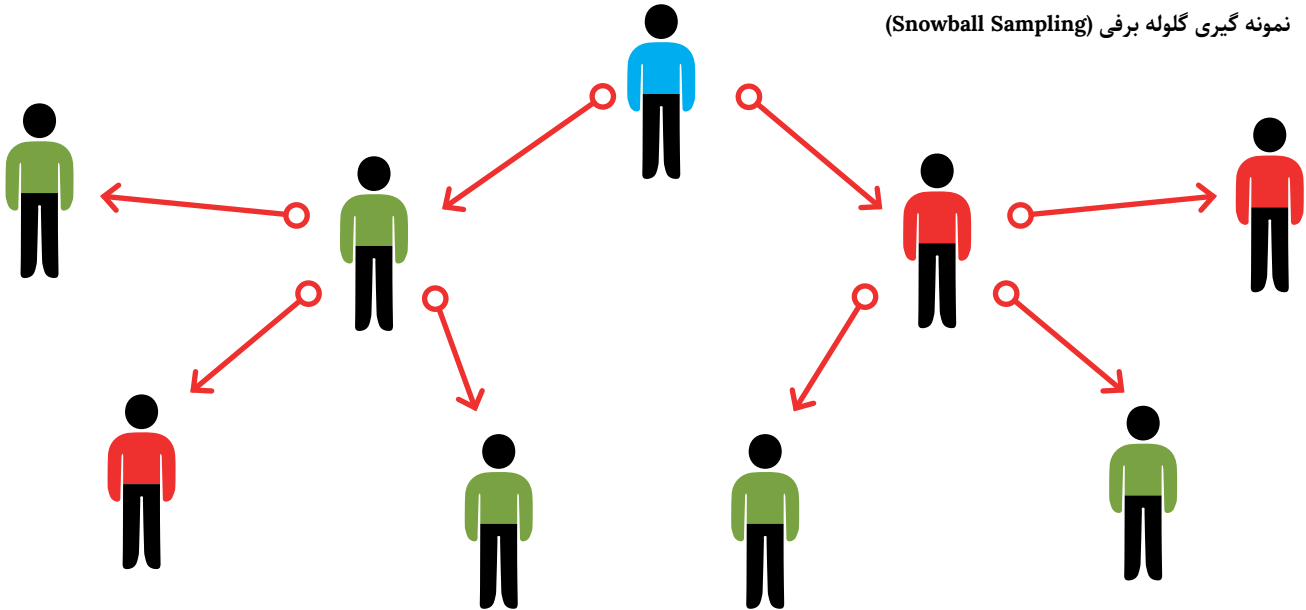
اهداف آموزشی

امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه مقاله:

تفاوت بین جامعه آماری و نمونه آماری را بیان کنند.

در مورد مناسب‌ترین روش نمونه‌گیری برای طرح تحقیقاتی

پیشنهاد بدهند و تصمیم‌گیری کنند.



بر میزان مراجعه هستید، باید سعی کنید از ملیت‌های مختلف به نسبت تقریباً مساوی در مطالعه استفاده کنید.

پ: نمونه گیری گلوله برفی

زمانی که دسترسی به جامعه مورد نظر دشوار باشد یا افراد کمیاب و پراکنده باشند می‌توانیم از این روش استفاده کنیم. در این روش، افرادی را به عنوان نمونه اولیه انتخاب می‌کنیم و سپس از طریق این افراد سایر افراد را که ممکن است برای مطالعه مناسب باشند شناسایی می‌کنیم و تا تعداد مناسب نمونه به شناسایی افراد ادامه می‌دهیم.

مثال: فرض کنید می‌خواهیم تحقیقی در مورد یک بیماری نادر یا یک مشکل اجتماعی، مثل اعتیاد، انجام دهیم. می‌توانیم با افرادی که در ابتدا می‌شناسیم شروع کرده و از آن‌ها بخواهیم تا سایر افرادی که مشکل یا بیماری مورد نظر را دارند معرفی کنند.

نمونه گیری احتمالی (Probability sampling)

این نمونه‌گیری با هدف اندازه‌گیری متغیرها و تعمیم آن به جامعه است. در این نمونه‌گیری هر عضو جامعه شانس معینی برای انتخاب در نمونه دارد. مثال: در مطالعه‌ای به دنبال تعیین میزان شیوع سوءتغذیه در کودکان هستید. لذا به دست آوردن

نمونه‌گیری غیر احتمالی

(Nonprobability Sampling)

این روش نمونه‌گیری، بیشتر در مطالعاتی به کار می‌رود که به دنبال شناسایی بینش و عقاید افراد هستیم و سطحی از توزیع صفتی را در جامعه مشخص می‌کنیم. سه روش برای انجام این نمونه‌گیری وجود دارد که عبارتند از:

الف: نمونه‌گیری آسان که همان نمونه‌گیری در دسترس است.

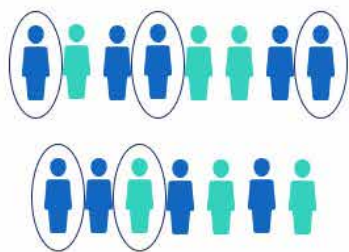
مثال: اگر مراجعه کنندگان برای دریافت نوعی خدمت در روز یا هفته مشخصی بیشتر به مرکز مراجعه می‌کنند، می‌توان نمونه را در همان روزها از افراد مراجعه کننده انتخاب و مطالعه را انجام داد. مشکل اصلی این نوع نمونه‌گیری این است که مراجعه کنندگان در روز خاص، ممکن است معرف کامل جامعه نباشند و نتوان نتایج این مطالعه را به کل جامعه مورد هدف تعمیم داد.

ب: نمونه‌گیری سهمیه ای

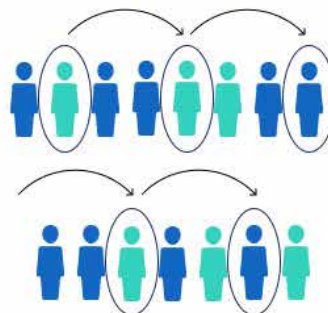
در این روش سعی می‌شود نمونه انتخابی متناسب با اجزای جامعه مورد نظر باشد.

مثال: اگر در مورد عقاید ساکنان یک منطقه برای مراجعه به خانه بهداشت یا پایگاه بهداشتی مطالعه می‌کنید و از طرفی نگران تأثیر ملیت

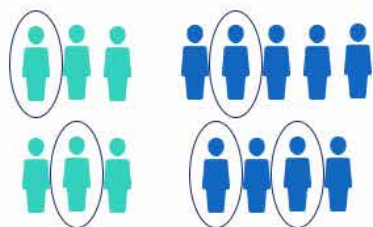
تصادفی ساده



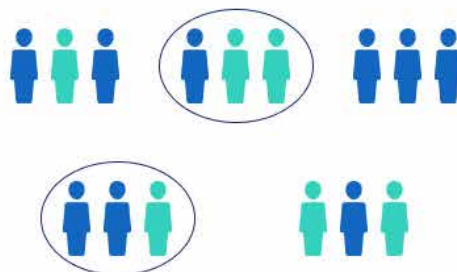
سیستماتیک



طبقه ای



خوشه ای



با استفاده از روش‌هایی چون جدول اعداد تصادفی یا قرعه کشی، تعداد نمونه لازم انتخاب می‌شود. مثال: می‌خواهیم از مادران باردار به تعداد ۶۴۰ نفر (چارچوب نمونه‌گیری) که تحت پوشش یک مرکز بهداشت است یک نمونه تصادفی ساده بگیریم. حجم نمونه ۸۰ نفر انتخاب شده است. ابتدا کلیه مادران از شماره ۱ تا ۶۸۰ شماره داده می‌شود و سپس از جدول اعداد تصادفی اعداد سه رقمی را تا ۸۰ نفر انتخاب می‌کنیم. مثلاً ۰۰۵، ۱۲۰ و...

ب: نمونه‌گیری منظم یا سیستماتیک

(Systematic Random Sampling)

در این روش ابتدا فهرست افراد (چارچوب نمونه‌گیری) آماده می‌شود. سپس به روش زیر، فاصله بین هر شماره (نفر) مشخص می‌شود.

$$\text{فاصله بین نمونه‌ها} = \frac{\text{اندازه نمونه}}{\text{چارچوب}}$$

مثال: در این مثال فاصله بین هر نمونه تا نمونه بعدی $\frac{640}{80}$ مساوی ۸ است. یعنی در این روش اولین نفر به صورت تصادفی و نفرات بعدی با فاصله نمونه‌گیری برابر ۸ انتخاب می‌شود.

پ: نمونه‌گیری طبقه‌ای (Stratified sampling)

این روش بیشتر مناسب جمعیت‌هایی است که دارای

نمونه‌گیری تصادفی ساده، ساده‌ترین روش نمونه‌گیری احتمالی است که هر یک از واحدهای موجود در جامعه (چارچوب نمونه‌گیری) شانس برابری برای انتخاب شدن دارند.

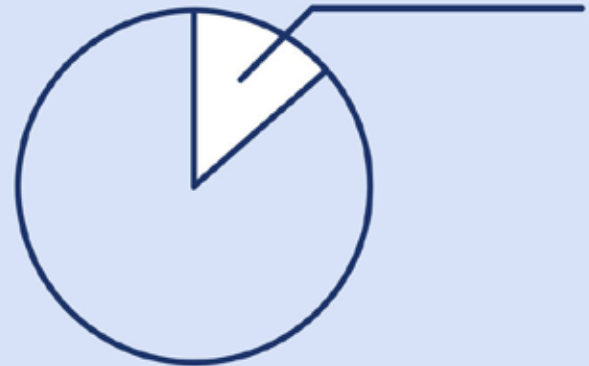


متغیر شیوع سوء تغذیه در صورتی امکان‌پذیر است که نمونه به صورت تصادفی از جامعه هدف انتخاب شود.

در اختیار داشتن فهرست کامل از واحدهای نمونه‌گیری، ابزار لازم برای اعمال این روش است. نمونه‌گیری احتمالی با توجه به شرایطی چون جامعه هدف، توزیع ویژگی‌ها در جامعه و... به انواعی تقسیم می‌شود.

الف: نمونه‌گیری تصادفی ساده (Simple random sampling)

این نوع نمونه‌گیری ساده‌ترین روش نمونه‌گیری احتمالی است که هر یک از واحدهای موجود در جامعه شانس برابری برای انتخاب شدن دارند. برای این روش واحدهای جامعه شماره‌گذاری شده



تعداد نمونه روستایی برابر است با:

$$\frac{۸۰ \text{ (تعداد کل نمونه مورد نظر) } \times \text{ (جمعیت جامعه روستایی) } ۱۲۰}{۶۴۰}$$

ت: نمونه‌گیری خوشه‌ای (Cluster sampling):

زمانی از این روش استفاده می‌کنیم که چهارچوب مشخصی برای نمونه‌گیری نداشته باشیم و به جای انتخاب تصادفی افراد، انتخاب تصادفی منطقه یا گروه‌های مشخصی از افراد را در نظر می‌گیریم. مثال: در بررسی وضعیت تغذیه کودکان مناطق روستایی ابتدا مناطق روستایی را فهرست کرده با استفاده از جدول تصادفی تعدادی روستا (خوشه) انتخاب و با کلیه مادران دارای کودک کمتر از ۵ سال مصاحبه می‌کنیم.

ث: نمونه‌گیری چندمرحله‌ای (Multistage sampling)

در نمونه‌گیری خوشه‌ای اگر از داخل خوشه‌ها مجدد نمونه‌گیری کنیم و از نمونه انتخاب شده پرسش‌گری یا مصاحبه کنیم به این روش چند مرحله‌ای گفته می‌شود. مثال: در مثال بالا اگر بعد از انتخاب خوشه‌ها (روستاها) مادران به تعداد نمونه لازم به صورت تصادفی ساده یا طبقه‌ای انتخاب شوند روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای است.

نتیجه‌گیری

وقتی مطالعه کیفی است سعی کنید با توجه به هدف مطالعه زیرگروه‌های جامعه در مطالعه وارد شوند ولی زمانی که مطالعه کمی است توصیه می‌شود برای محاسبه اندازه نمونه با کسی که قادر به تعیین نوع نمونه‌گیری و محاسبه آن است مشورت کنید.

زیرگروه‌های جمعیتی است تا اطمینان کنیم از کلیه زیرگروه‌ها به تناسب تعداد جمعیت آن‌ها در نمونه وجود دارد. به عنوان مثال: اگر در مورد انتخاب ۶۴۰ مادر باردار برایمان مهم است که از منطقه شهری و روستایی به تناسب تعداد مادران در نمونه وجود داشته باشد، برای محاسبه تعداد نمونه در هر گروه می‌توانیم جمعیت هر گروه را به چارچوب نمونه‌گیری تقسیم و این نسبت را در کل نمونه مورد نظر ضرب کنیم و بدین ترتیب سهم تعداد نمونه هر گروه بدست می‌آید. به عنوان مثال:

تعداد نمونه شهری برابر است با:

$$\frac{۸۰ \text{ (تعداد کل نمونه مورد نظر) } \times \text{ (جمعیت جامعه شهری) } ۵۴۰}{۶۴۰}$$

منابع

- اسماعیل زاده نیره، ضرورت تحقیق در سیستم‌های بهداشتی درمانی، فصلنامه بهروز، شماره ۱۱۴، دوره ۳۳، ۱۴۰۱
- اسماعیل زاده نیره، تفکر سیستمی در شناسایی و حل مسأله، فصلنامه بهروز، شماره ۱۱۳، دوره ۳۳، ۱۴۰۱
- اسماعیل زاده نیره، گام دوم تحقیق در نظام سلامت (مسأله یابی در سیستم‌های بهداشتی)، فصلنامه بهروز، شماره ۱۱۵، دوره ۳۳، ۱۴۰۱
- آصف زاده سعید و همکاران. مدیریت و برنامه ریزی بهداشت و درمان. جلد اول تهران. انتشارات دانشگاه تهران، ۱۳۶۸
- آصف زاده سعید و همکاران. ده گام پژوهش در سیستم‌های بهداشتی، مدیریت تحقیق بهداشت و درمان، انتشارات معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، چاپ دوم ۱۳۸۰
- سازمان جهانی بهداشت. تحقیق در سیستم‌های بهداشتی. ویراسته مرتضی زعیم. چاپ اول. تهران. انتشارات معاونت پژوهشی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۶۹



پیشگیری و کنترل

اختلالات ناشی از کمبود ید

خوش نمک زندگی کنید

نرگس حمزه نژاد

مدیر مرکز آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی کرمان



ایران جهانپیده

مدیر مرکز آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی کرمان



فهمیه بنی اسد

کارشناس آموزش و بازآموزی
دانشگاه علوم پزشکی کرمان



اهداف آموزشی

از خوانندگان محترم انتظار می‌رود پس از مطالعه این مقاله:

پیامدها و نشانه‌های ناشی از کمبود ید در بدن را نام ببرند.

راه‌های پیشگیری از کمبود ید در بدن را بیان کنند.

انواع نمک را شناخته و معایب و مزایای آن‌ها را شرح دهند.

بتوانند آموزش‌های پیشگیری از اختلالات کمبود ید را به گروه‌های هدف ارایه دهند.

توصیه‌های کاربردی در هنگام مصرف نمک تصفیه شده یددار و نحوه نگهداری صحیح آن را بیان کنند.



مقدمه

ید یک ماده معدنی کمیاب و یکی از عوامل پیش‌ساز هورمون‌های تیروکسین و تری‌یودتیرونین است. مشکل کمبود ید و اختلالات ناشی از آن در بسیاری از مناطق ایران به عنوان یک بیماری آندمیک شناخته شده است. از نقطه نظر بهداشت عمومی، ید مهم‌ترین ریزمغذی در جلوگیری از آن دسته از اختلالات مغزی است که عمده‌ترین دلیل کاهش عملکرد فکری، تأخیر رشد روانی حرکتی و عقب ماندگی ذهنی هستند. این ماده برای چندین عملکرد متابولیکی از جمله متابولیسم لیپید، کربوهیدرات و نیتروژن، تکامل رشد و تولیدمثل، مصرف اکسیژن و تنظیم میزان متابولیسم پایه ضروری است. ید همچنین نقش مهمی در تکامل مغز جنین ایفا می‌کند که این عملکرد مستقل از عمل آن از طریق هورمون‌های تیروئید است.

نقش حیاتی ید در بدن

سنتز هورمون‌های تیروئیدی وابسته به ید است. وقتی ید به اندازه کافی به بدن نرسد، تیروئید نمی‌تواند به اندازه کافی هورمون بسازد. این کمبود، پیامدهای بهداشتی مهمی دارد که مجموعه آن‌ها را «اختلالات ناشی از فقر ید» می‌نامند. این پیامدها شامل گواتر، هیپوتیروئیدیسم، کرتینیسم، ناباروری، سقط و مرده‌زایی، مرگ و میر کودکان و در نهایت به مخاطره افتادن توسعه اجتماعی و اقتصادی جوامع هستند. افزایش خطر سقط جنین در مادر باردار، تأخیر رشد مغز جنین، ناشنوایی و اختلال در تکلم، تولد نوزاد مبتلا به عقب ماندگی شدید جسمی و مغزی، کم کاری تیروئید، گواتر، اختلال در قدرت یادگیری و افت تحصیلی، خستگی و کاهش کارایی، کاهش بهره هوشی و لوچی چشم از جمله عوارض ناشی از کمبود ید در جنین، کودک و نیز سایر گروه‌های سنی است.

کمبود ید در جهان و ایران

از مهم‌ترین اهداف برنامه‌های بهداشت جهانی در مناطق مختلف، کنترل کمبود ید و کاهش شیوع گواتر آندمیک به کمتر از ۵ درصد و افزایش ید دفعی ادرار دانش‌آموزان به بیش از ۱۰۰^۱ و زنان باردار به بیش از ۱۵۰ میکروگرم در لیتر است. با افزودن ید به نمک و مواد غذایی در بسیاری از کشورهای اروپایی و آمریکای شمالی و همچنین کشور ایران در بین کشورهای واقع در مدیترانه شرقی و شمال آفریقا مشکل کمبود ید بهبود یافته است. با وجود پیشرفت‌های قابل توجه هنوز تعداد زیادی از کشورها بخصوص در قاره آفریقا دچار کمبود ید هستند. کمبود ید و اختلالات ناشی از آن به عنوان یکی از مشکلات بهداشتی تغذیه‌ای ایران نیز محسوب می‌شود. مصرف نمک یددار تصفیه شده راهکار اصلی پیشگیری و کنترل اختلالات ناشی از کمبود ید است.

نتایج ارزشیابی این برنامه در مقاطع پنج ساله که از حدود سه دهه قبل در کشور اجرا شده است حاکی از کاهش شیوع گواتر از حدود ۷۰ درصد به ۶/۵ درصد است. درصد پوشش نمک یددار تصفیه شده یکی از شاخص‌های مهم این برنامه است.

علائم و نشانه‌ها

بروز تظاهرات بالینی انواع مختلف اختلال‌های

۱. وضعیت کفایت ید دریافتی بر اساس میانه ید ادرار در کودکان ۶ سال به بالا ۱۰۰ تا ۱۹۹ میکروگرم در لیتر و این رقم در زنان باردار ۱۵۰ تا ۲۴۹ میکروگرم در لیتر است.

عوارض	دوره‌های سنی
سقط، تولد جنین مرده، ناهنجاری‌های مادرزادی، افزایش مرگ و میر اطفال و نوزادان، اختلالات حرکتی و روانی، لوچی چشم، کم‌کاری تیروئید، کری و لالی، عقب ماندگی ذهنی	دوران جنینی
گواتر، کم‌کاری تیروئید، عقب ماندگی جسمی و روانی	کودکی و نوجوانی
گواتر، کم‌کاری تیروئید، اختلال در اعمال روانی	بزرگسالی

زیادی ندارد. وزارت بهداشت ظرف ۲۰ سال گذشته برای کاهش شیوع گواتر و اختلالات ناشی از کمبود ید، سیاست افزودن ید به نمک‌های خوراکی را در پیش گرفته و در حال حاضر کلیه کارخانجات تولیدکننده موظف به افزودن ید به میزان توصیه شده وزارت بهداشت و دریافت پروانه‌های بهداشتی هستند. نمک‌های تصفیه شده یددار فاقد فلزات سنگین شامل سرب، آرسنیک و... (عوامل ایجادکننده سرطان) و ناخالصی‌های محلول مانند گچ که به دلیل سفید بودن غیر قابل جداسازی است هستند. از طرفی میزان محاسبه شده ید در نمک تصفیه شده باعث پیشگیری از بیماری گواتر و به دنبال آن باعث پیشگیری از عقب ماندگی جسمی و ذهنی، سقط جنین و... خواهد شد. نمک‌های تصفیه شده یددار به دلیل خلوص بالا، میزان ید را بهتر و به مدت بیشتری حفظ می‌کنند و نباید به مدت طولانی در معرض نور خورشید

ناشی از کمبود ید بستگی به شدت، طول مدت و دوران زندگی فرد دارد. شایع‌ترین تظاهر بالینی کمبود ید در جهان گواتر آندمیک و در نوع شدید خود کرتینیسم است. در تقسیم بندی بالا، کمبود ید و عوارض ناشی از آن در دوران مختلف زندگی نشان داده شده است.

راه‌های پیشگیری

بهترین راه پیشگیری از کمبود ید، افزودن آن به مواد غذایی یا همان فرآیندی است که از آن تحت عنوان غنی‌سازی نام برده می‌شود. مناسب‌ترین گزینه در میان مواد غذایی برای افزودن ید، نمک است، زیرا هم ارزان قیمت است و هم این‌که معمولاً هر روز توسط تمام افراد جامعه مورد استفاده قرار می‌گیرد. مصرف نمک یددار تصفیه شده راهکار اصلی و همچنین مکمل‌یاری، غنی‌سازی و تغییر در عادات غذایی از روش‌های مؤثر برای پیشگیری از بروز اختلالات ناشی از کمبود ید هستند.

انواع نمک

۱. نمک تصفیه شده یددار

نمک یددار، همان نمک خوراکی است که به آن ید افزوده‌اند. مزیت نمک یددار آن است که صرف‌نظر از وضعیت اقتصادی و اجتماعی، توسط تمام اقشار جامعه و در تمام فصول سال تقریباً به یک نسبت مورد استفاده قرار می‌گیرد. مصرف منظم نمک یددار می‌تواند نسل حال و آینده را در برابر نتایج مصیبت بار کمبود ید حفاظت کند. روش یددارکردن نمک ساده و مؤثر است و هزینه





یا رطوبت قرار گیرند، چرا که ید خود را از دست می‌دهند.

برای حفظ ید در نمک یددار، باید آن را در مدت کمتر از تاریخ انقضای ثبت شده بر روی بسته‌بندی مصرف کرد و آن را دور از نور و رطوبت، در ظرف‌های دربسته پلاستیکی، چوبی، سفالی یا شیشه‌ای تیره نگهداری کرد. همچنین هنگام پخت غذا، بهتر است نمک در انتهای پخت اضافه شود تا ید آن تا حد امکان حفظ شود.

۲. نمک دریا

نمک دریا نمکی است تصفیه نشده که دارای انواع ناخالصی‌ها از جمله فلزات سنگین است که خطر سرطان‌زایی آن‌ها به اثبات رسیده است. علاوه بر داشتن ناخالصی‌ها، نمک دریا دارای میزان کم ید یا حتی فاقد ید است که نیاز روزانه به ید را تأمین نمی‌کند.

تبلیغاتی که به طور گسترده در زمینه نمک دریا در فضای مجازی یا توسط برخی از افراد به نام طب سنتی انجام می‌شود، برخلاف سیاست‌های وزارت بهداشت که متولی سلامت مردم کشور است، بوده و افراد سودجویی که سعی در ترویج مصرف نمک دریا دارند، نه تنها سلامت مردم کشور را به خطر انداخته بلکه موجب برگشت مشکل گواتر، تولد نوزادان با ناهنجاری‌های مادرزادی و بسیاری از پیامدهای زیان‌بار بهداشتی خواهند بود. بدیهی است در صورتی نمک دریا می‌تواند مصرف

خوراکی داشته باشد که در قالب استانداردهای موجود، حاوی ید کافی، مجوز تولید و پروانه ساخت از وزارت بهداشت باشد.

۳. سنگ نمک

نمک از معدن‌های سنگ نمک با حفر زمین توسط ماشین‌ها و سپس انفجار و خرد کردن سنگ‌های نمک به دست می‌آید. بیشترین مصرف این نوع نمک برای یخ‌زدایی است و این نوع نمک مصرف خوراکی ندارد.

۴. نمک صورتی هیمالیا

«نمک صورتی هیمالیا»^۱ حاوی مقادیر کمی آهن اکسید با ترکیب اصلی NaCl است. منابع اصلی این نمک در پنجاب کشور پاکستان قرار داشته و طعمی سبک‌تر و شیرین‌تر از نمک معمولی دارد. آن را بیشتر برای شست‌وشوی سبزی‌ها استفاده می‌کنند. نمک‌های آبی و بنفش نیز در بازار وجود دارد که رنگ خاص آن‌ها به دلیل وجود برخی عناصر در نمک است. باید توجه داشت این نوع نمک‌ها هم تصفیه نشده و فاقد ید کافی هستند و مصرف آن‌ها موجب آسیب به سلامت کلیه و کبد می‌شود.

پایش و نظارت

به منظور کنترل کیفیت و همچنین مصرف نمک یددار تصفیه شده در سطح کشور، دانشگاه‌های علوم پزشکی اقدام‌های زیر را انجام می‌دهند:

- تشکیل کمیته دانشگاهی برنامه IDD^۲ با ریاست معاون بهداشتی و دبیری کارشناس مسؤول تغذیه معاونت بهداشتی
- نظارت در سطح تولید برعهده کارشناسان اداره





مدارس روستایی به عهده بهورز است. ● نتایج پایش و نظارت‌هایی که بالاتر گفته شد پس از جمع‌بندی در کمیته دانشگاهی IDD مطرح و با توجه به مشکل احتمالی تصمیم‌های مناسب گرفته می‌شود.

یکی دیگر از راه‌های پیشگیری از کمبود ید استفاده از مکمل است. در واقع کمبود ید بهتر است با یک رژیم غذایی سالم اصلاح شود. اگر رژیم غذایی شما به‌تنهایی ید کافی را تأمین نمی‌کند می‌توانید از مکمل ید استفاده کنید. افرادی که نمی‌توانند ید کافی را از طریق غذا دریافت کنند معمولاً گیاه‌خواران و زنان باردار هستند.

مکمل‌های ید حاوی پتاسیم، براحتی توسط بدن جذب می‌شوند، بنابراین به دنبال مکمل‌هایی باشید که حاوی یدید پتاسیم^۱ و یدات پتاسیم^۲ هستند. مکمل‌های ید بیش از ۱۵۰ میکروگرم در روز نباید مصرف شود. مصرف بیش‌ازحد ید باعث افزایش ید می‌شود که برای تیروئید مضر است.

نظارت بر مواد خوراکی است که ضمن نظارت مستمر بر کارخانه‌های تولیدکننده نمک یددار تصفیه شده اقدام به نمونه‌برداری کرده و در صورت مغایرت پاسخ آزمایشگاه با معیارهای ملی با واحد مربوط برخوردهای قانونی خواهند کرد.

● نظارت در سطح توزیع شامل فروشگاه‌های عرضه مواد غذایی است. مسؤولیت پایش و نمونه‌برداری از نمک‌های موجود در این مراکز به عهده بازرس بهداشت محیط است که در صورت مغایرت پاسخ آزمایشگاه با معیارهای ملی با واحد مربوط برخوردهای قانونی خواهند کرد. همچنین نظارت بر نمک‌های مصرفی اماکن و مراکز عرضه مواد غذایی به عهده بازرسان بهداشت محیط است و با استفاده از کیت یدسنج انجام می‌گیرد.

● پایش نمک‌های خوراکی مصرفی خانوار روستایی توسط بهورز هر ساله در زمان سرشماری و توسط کیت یدسنج انجام می‌شود.

● مسؤولیت انجام یدسنجی با کیت یدسنج در



نتیجه‌گیری

ید یک ماده مغذی ضروری برای بدن است. افرادی که به نمک یددار، غذاهای دریایی و برخی سبزی‌ها دسترسی دارند می‌توانند ید کافی را از رژیم غذایی خود دریافت کنند.

در برخی موارد ممکن است به مکمل ید برای کمک به کاهش خطر کمبود ید یا به عنوان درمان برای برخی بیماری‌های خاص مانند تیروئید کم‌کار یا گواتر نیاز داشته باشید. اگر کمبود ید زود تشخیص داده شود می‌توان آن را به‌طور کامل با عوارض جانبی کم یا بدون هیچ عوارضی جبران کرد. اگر کمبود مکمل ید پس از بروز عوارض تشخیص داده شود، بسیاری از این عوارض به‌ویژه در کودکان می‌توانند دائمی شوند. حتی اگر عوارض کمبود ید بعد از تشخیص آن ایجاد شده باشد دریافت ید کافی در آینده می‌تواند از بدتر شدن عوارض آن جلوگیری کند.

منابع

- ریزمغذی‌ها و راهکارهای پیشگیری از کمبود آن‌ها با تأکید بر غنی‌سازی مواد غذایی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر بهبود تغذیه جامعه
- کتابچه آموزشی بسیج ملی تغذیه نمک تصفیه شده یددار

وظایف بهورز

- آموزش گروه‌های هدف
- انجام یدسنجی براساس دستورالعمل اجرایی
- پایش برنامه کشوری پیشگیری و کنترل اختلالات ناشی از کمبود ید

پیشنهادها

- استفاده از نمک‌های تصفیه شده یددار و دارای مهر استاندارد به شکل محدود و حذف نمکدان از سفره غذا
- خودداری از مصرف نمک‌های غیرتصفیه (سنگ نمک، نمک دریا و دریاچه) به علت داشتن ناخالصی
- نگهداری نمک تصفیه شده یددار در ظروف سربسته و مات (دور از نور و رطوبت) و اضافه کردن آن در آخرین مراحل پخت به غذا
- به حداقل رساندن مصرف مواد غذایی شور مثل انواع شورها، ماهی شور، دودی، سوسیس، کالباس، کنسرو، چیپس و پفک
- توجه به برچسب‌های مواد غذایی و میزان نمک آن و جلوگیری از ایجاد عادت غذایی با طعم شور و ماندگاری طعم اصلی غذایی در ذائقه کودکان

روش‌های
کاهش سموم
در مواد غذایی



سم کم‌تر سلامتی بیشتر زندگی بهتر

اهداف آموزشی

امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه مقاله:

منابع آلاینده مواد غذایی را بیان کنند.

عوارض آلاینده‌های مواد غذایی بر سلامت انسان را شرح دهند.

راه‌های کاهش سموم در مواد غذایی را توضیح دهند.

زهره فلاح

کارشناس بهداشت محیط
دانشگاه علوم پزشکی کاشان



رضا زراعتکار

کارشناس بهداشت محیط
دانشگاه علوم پزشکی کاشان



مقدمه

مواد غذایی برای یک زندگی پایدار و سالم ضروری است. پیشرفت در تولید، فرآوری و تجارت مواد غذایی در دهه‌های گذشته به طور قابل توجهی دسترسی، ثبات و استفاده از مواد غذایی را تقویت کرده است. با این حال، در آغاز قرن بیست و یکم، دستیابی به امنیت مواد غذایی برای همه یک هدف گسترده است. امنیت مواد غذایی یک نگرانی عمومی در سرتاسر جهان است و مصرف غذا به عنوان مسیر اصلی قرارگرفتن انسان در معرض آلاینده‌های محیطی شناخته شده است که بیش از ۹۰ درصد موارد مسمومیت و آلودگی انسان به آلاینده‌ها از طریق مصرف مواد غذایی و بقیه موارد از راه‌های استنشاقی یا تماس پوستی است. مواد شیمیایی خطرناک می‌توانند در حین ساخت، حمل و نقل، ذخیره سازی و دفع زباله و همچنین مستقیماً از کالاهای مصرفی در محیط منتشر شوند. آن‌ها از طریق جریان هوا و آب در سراسر جهان منتقل شده و در خاک، رسوبات، رودخانه‌ها، مصب‌ها و اقیانوس‌ها تجمع کرده و وارد زنجیره غذایی انسان می‌شوند و در نهایت با مصرف مواد غذایی سلامت انسان را تهدید می‌کنند. (۱)

مصرف سم در ایران و جهان

در کشور ما میانگین مصرف سم در هر هکتار چهار دهم کیلوگرم (۴۰۰ گرم) است در حالی که میانگین مصرف سم دنیا ۱/۷ کیلوگرم است. خوشبختانه نسبت به آمار جهانی میزان مصرف سم در ایران خیلی پایین‌تر از جهان است. این آمار از طریق سازمان حفظ نباتات و فروشگاه‌های سموم براساس سطح زیرکشت و محصول تولیدی محاسبه می‌شود. ۹۸ درصد سم مورد نیاز کشور ما وارداتی است و بیشتر کشاورزان خرده پا توان استفاده از این سموم را ندارند، اما عمده سمومی که در باقی‌مانده محصولات کشاورزی است مربوط به بخش سبزی و صیفی محیط‌های کنترل شده مانند گلخانه‌ها است. البته وقتی قیمت سم افزایش می‌یابد برخی

سودجویان می‌توانند سم ناخالص و تقلبی وارد بازار کنند که این مورد هم مشکل‌ساز است. تقریباً ۷۰ درصد از سموم دفع آفات مورد استفاده در جهان در کشورهای توسعه یافته و ۳۰ درصد در کشورهای در حال توسعه استفاده می‌شود. (۲،۳)

اثرات استفاده از سموم بر سلامت غذایی

امروزه سموم کشاورزی به دلیل اثرات مخربی که برای سلامتی دارند از مهم‌ترین آلاینده‌های واردشده به محیط زیست و البته منابع آب و خاک هستند. این آلاینده‌ها اثرات کوتاه مدت و در مواردی بلند مدت بسیاری را برای ما به دنبال دارد که در ادامه به بررسی آن می‌پردازیم:

- تأثیر مخرب بر سیستم عصبی، تنفس و گوارش
- سرطان‌های دستگاه گوارش مثل معده و مری
- اختلالات فیزیولوژی در بدن مثل بیماری‌های عصبی، تنفسی و پوستی، سقط جنین و نازایی
- پایین آمدن ضریب هوشی
- حساسیت‌های پوستی
- بروز اختلالات قلبی عروقی (۴)



۹۸ درصد سم مورد نیاز کشور ما وارداتی است و بیشتر کشاورزان خرده پا توان استفاده از این سموم را ندارند، اما عمده سمومی که در باقی‌مانده محصولات کشاورزی است مربوط به بخش سبزی و صیفی محیط‌های کنترل شده مانند گلخانه‌ها است.





منابع آلاینده مواد غذایی

ترکیبات آلاینده به‌طور خواسته یا ناخواسته از محیط وارد مواد غذایی می‌شوند. این آلاینده‌ها از منابع مختلفی وارد زنجیره غذایی می‌شوند که مهم‌ترین آن‌ها عبارتند از:

- آلاینده‌های کشاورزی مانند باقیمانده کودها، آفت‌کش‌ها، هورمون‌های گیاهی و فلزات سنگین
- مواد شیمیایی که در دامداری‌ها و مرغداری‌ها استفاده می‌شود (داروها و مکمل‌های غذایی)

آلاینده‌های کشاورزی

نیترا‌تها

سبزی‌ها، گوشت و آب از جمله منابع مهم نیترا‌تها هستند. نیترا‌تها خوراکی بعد از ورود به دهان توسط باکتری‌ها به نیتريت تبدیل و بعد از ورود به معده به نیتروزآمین که یک عامل سرطان‌زاست تبدیل می‌شود. بسیاری از مطالعات تأثیر سرطان‌زایی نیترا‌تها را در چهل گونه مختلف جانوری تأیید کرده‌اند. مصرف بیش از حد مجاز نیترا‌تها باعث «مت‌هموگلوبینمی»^۱، سرطان، بیماری‌های غده تیروئید و ایجاد تومور می‌شود. از طرفی تأثیر مثبت نیترا‌تها بر سلامت عروق خونی و فرآیند عضله‌سازی تأیید شده است. استفاده از عوامل میکروبی و کودهای زیستی جهت کاهش باقیمانده کودهای شیمیایی در محصولات کشاورزی می‌تواند مفید باشد. استفاده از باکتری‌های محرک رشد گیاهی برای کاهش غلظت نیترا‌تها در محصولات گلخانه‌ای به عنوان یک روش عملی عنوان می‌شود. نیترا‌تها به مقدار کمی در بدن سنتز شده و از طریق آب آشامیدنی و مواد غذایی نیز وارد بدن انسان می‌شوند. منابع اولیه نیترا‌تهایی که آب‌های زیرزمینی را آلوده می‌کنند از فعالیت‌های انسانی به دست می‌آیند و شامل کودهای شیمیایی، کودهای حیوانی استفاده شده در خاک و فاضلاب‌های انسانی می‌شود.

روش‌های کاهش نیترا‌تها

روش‌های کاهش نیترا‌تها و نیتريت در آب آشامیدنی شامل تقطیر اسموتیک و تعویض یونی الکترودیالیز است.

مهم: جوشاندن آب هیچ تأثیری برای حذف نیترا‌تها و نیتريت ندارد، فقط جمع‌آوری بخارات آب و تقطیر مجدد آن کمک کننده است. (۵)

آفلاتوکسین‌ها

در شرایط رطوبت و دمای مناسب، قارچ‌ها روی خوراکی‌ها و مواد غذایی رشد کرده و سپس سمومی مانند آفلاتوکسین تولید می‌کنند. (۶)

آفلاتوکسین در شیر و سایر محصولات لبنی هنگامی که حیوانات شیرده با مواد غذایی آلوده تغذیه شوند، یافت می‌شود. (۷) اثرات جهش‌زا و سرطان‌زایی آفلاتوکسین‌ها تأیید شده است. این سموم در دُزهای بالا آسیب‌های کبدی حاد و در دُزهای پایین سرطان کبد ایجاد می‌کنند. علاوه بر این، آفلاتوکسین‌ها ممکن است رشد اولیه و حتی جنینی را مختل کند و در نتیجه باعث اختلال رشد و عقب ماندگی ذهنی و اختلال در عملکرد سیستم ایمنی شود. (۸)

روش‌های حذف آفلاتوکسین

سیاست‌های پیشگیرانه از جمله اقدام‌های خوب کشاورزی در مزرعه و شیوه‌های تولید خوب در انبار به عنوان بهترین راه برای کاهش میزان آفلاتوکسین در مواد غذایی شناخته شده است.

۱. یک اختلال خونی است که در آن گلبول‌های قرمز با هموگلوبین غیرطبیعی تولید می‌شود، این هموگلوبین می‌تواند اکسیژن را در بدن حمل کند اما نمی‌تواند آن را به طور موثر در بافت‌های بدن آزاد کند.

آفت‌کش‌های ارگانوفسفره قبل و بعد از تولد با افزایش خطر ابتلا به اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی همراه است. (۱۲) در جهان سطوح هشداردهنده‌ای از آفت‌کش‌ها در هوا، آب، خاک و همچنین در مواد غذایی و مواد بیولوژیکی وجود دارد، بنابراین غلظت باقی‌مانده آفت‌کش‌ها باید کنترل شود. قوانینی باید وضع شود که غلظت آفت‌کش‌ها را در مواد غذایی محدود کند. (۱۳) آفت‌کش‌های متعدد براحتی قابل تجزیه نیستند. آن‌ها در خاک باقی می‌مانند، به آب‌های زیرزمینی و سطحی نشت کرده و اکوسیستم اطراف را آلوده می‌کنند. (۱۴)

راه‌های کاهش اثرات آفت‌کش‌ها

روش‌های مختلف به کار رفته مانند شست‌وشو، پوست‌کندن، پخت و پز، آسیاب، پاستوریزه کردن، کنسرو کردن و غیره، می‌تواند میزان باقی‌مانده آفت‌کش‌ها را کاهش دهند. (۱۵) شست‌وشو از جمله مختصرترین و مؤثرترین روش‌ها برای از بین بردن باقی‌مانده آفت‌کش‌ها در مواد غذایی است. شستن خیار با غوطه‌ور کردن در آب به مدت ۱۰ دقیقه، باقی‌مانده دیازینون و مالاتیون را به ۸۱/۸ درصد و ۶۵/۶ درصد غلظت اولیه کاهش می‌دهد. (۱۶) پوست‌کندن روش بعدی است. بیشتر آفت‌کش‌ها عمدتاً روی اپیدرم محصولات کشاورزی باقی می‌مانند و پوست‌کندن می‌تواند بسرعت بقایای آن‌ها را کاهش دهد. مطالعه‌ای اثر پوست‌کندن بر خرما را بررسی کرد و نتایج نشان داد که پوست‌کندن ۹۲ درصد آفت‌کش‌ها را از بین می‌برد. روش‌های پخت و پز مورد استفاده در زندگی روزمره



روش‌های مختلف به کار رفته مانند شست‌وشو، پوست‌کندن، پخت و پز، آسیاب، پاستوریزه کردن، کنسرو کردن و غیره، می‌تواند میزان باقی‌مانده آفت‌کش‌ها را کاهش دهند.



آفاتوکسین‌ها قابلیت کمی برای حل شدن در آب دارند و به طور کلی حذف آفاتوکسین‌ها با شست‌وشو سخت است. با این حال، در یک مطالعه انجام شده حدود ۴۰ درصد از آفاتوکسین‌ها با شست‌وشو از گندم آلوده حذف شده است. همچنین گزارش شده است که عملیات حرارتی مثل جوشاندن، برشته کردن، پختن و بخارپز کردن مکانیسم عملی برای کاهش غلظت آفاتوکسین‌ها در مواد غذایی است. تمام روش‌های گفته شده، آفاتوکسین‌ها را تا حد قابل توجهی از بین می‌برند و درصد حذف بین ۵۰ تا ۷۰ درصد بوده است. (۹)

آفت‌کش‌ها

یکی از مهم‌ترین معضلات دنیای کشاورزی، آفات و مبارزه با آن‌هاست. به طوری که امروزه تصور کشاورزی بدون کاربرد آفت‌کش غیرممکن شده است. آفت‌کش‌ها، مخلوطی از چند ترکیب شیمیایی هستند که برای جلوگیری، از بین بردن، دور کردن یا کاهش جمعیت حشرات، جوندگان، قارچ‌ها، علف‌های هرز یا هر نوع از گیاهان، جانوران و نیز میکروارگانیسم‌ها مثل باکتری، ویروس و قارچ که آفت شناخته می‌شوند، مصرف شده است. بقایای آفت‌کش‌ها در محصولات کشاورزی خام وجود دارد و اثرات نامطلوبی بر سلامت انسان و محیط زیست می‌گذارند. (۱۰)

عوارض استفاده از آفت‌کش‌ها

مطالعات مختلفی، مواجهه و تماس با آفت‌کش‌های محیطی در دوران بارداری و اوایل دوران کودکی را به عنوان یک عامل خطر محیطی برای اختلال اوتیسم نشان می‌دهد. (۱۱) هم چنین مواجهه با



خاک منبع مهمی برای فلزات سنگین در محصولات زراعی و سبزی‌هاست. گیاهان فلزات سنگین را از خاک‌های آلوده و همچنین هوای آلوده جذب می‌کنند.



از طریق تماس‌های پوستی و استنشاق گرد و غبار آلوده رخ می‌دهد. تحقیقات بسیاری تأیید کرده‌اند که فلزات سنگین در بافت‌های چربی تجمع کرده و سپس بر عملکرد سیستم عصبی، سیستم غدد درون‌ریز و سیستم‌های ایمنی، قلبی عروقی، ادراری تناسلی و متابولیسم سلولی و غیره تأثیر می‌گذارند. (۲۰) مثلاً آلودگی به متیل جیوه حاصل از پساب‌های صنعتی در ماهی‌ها سبب شده علائم عصبی در مصرف‌کننده ماهی مشاهده شود. (۲۱)

راه‌های کاهش اثرات فلزات سنگین

غلظت عناصر سمی ممکن است در یک ماده غذایی با انتخاب روش مناسب کاهش یابد. فرآیندهای آماده‌سازی قبل از پخت مانند پوست‌کندن و همچنین برخی از روش‌های پخت می‌تواند برخی از فلزات سنگین را حذف کند. برخی مطالعات کاهش جیوه، سرب و کادمیوم در ماهی، میگو و برنج را پس از فرآیندهای مختلف پخت و پز نشان داده‌اند. مطالعه دیگری نشان داد که شستن برنج قبل از پخت ۲۸ درصد غلظت آرسنیک را از بین می‌برد. هم چنین پوست کندن چغندر، هویج و

شامل جوشاندن، سرخ کردن و پختن هستند. حرارت، زمان و کاهش آب در حین پختن بر میزان باقی‌مانده آفت‌کش‌ها تأثیر می‌گذارد. نگهداری یکی دیگر از روش‌های کاهش باقی‌مانده آفت‌کش‌ها است. دمای نگهداری، زمان و پایداری خود آفت‌کش از عوامل اصلی تغییر در بقایای آفت‌کش‌ها در طول نگهداری مواد غذایی هستند. برای مثال سطوح باقی‌مانده دیازینون و دی‌کلرووس در خیار پس از نگهداری به مدت ۳ روز در دمای ۴ درجه سانتیگراد به ترتیب ۳۶٪ و ۴۸٪ کاهش یافته است. (۱۰)

فلزات سنگین

منابع انسانی فلزات سنگین در مناطق شهری شامل انتشار ترافیک، انتشار صنایع، انتشار خانگی و در مناطق کشاورزی شامل معدن، فاضلاب، دفع زباله، آفت‌کش‌ها و کودهاست. فلزات سنگین موجود در گرد و غبار و خاک براحتی می‌توانند از طریق سه راه بلع، استنشاق و تماس پوستی به بدن انسان منتقل شوند. (۱۷) مصرف آلاینده‌ها از طریق زنجیره خاک - محصول - غذا، راه اصلی قرار گرفتن انسان در معرض مواد سمی است. در میان انواع آلاینده‌ها، فلزات سنگین بیشترین خطر را برای ایمنی مواد غذایی ایجاد می‌کنند. (۱۸) خاک منبع مهمی برای فلزات سنگین در محصولات زراعی و سبزی‌هاست. گیاهان فلزات سنگین را از خاک‌های آلوده و همچنین هوای آلوده جذب می‌کنند. (۱۹) گیاهان منبع اصلی قرار گرفتن انسان در معرض فلزات سنگین هستند و حدود ۹۰٪ از کل فلزات دریافتی را تشکیل می‌دهند، در حالی که ۱۰٪ مابقی



علاوه بر این، مصرف سطوح کمی از باقی‌مانده‌های ضد میکروبی در غذاها ممکن است عواقبی بر میکروفلور روده انسان داشته باشد که بخش ضروری فیزیولوژی انسان را تشکیل می‌دهد. با توجه به همه این شرایط، برنامه‌های نظارتی، دستورالعمل‌های استفاده محتاطانه و کمپین‌های آموزشی باید برای به حداقل رساندن مقاومت ضد میکروبی بیشتر ایجاد شود. (۱۳)

پیشنهادها

- تا حد امکان استفاده کمتر از سموم جهت دفع آفات کشاورزی یا استفاده از سموم برای دفع آفات کشاورزی زیر نظر کارشناسان کشاورزی به جهت عدم استفاده نامتعارف توسط کشاورزان و همین‌طور رعایت زمان‌ماند یا میزان ماندگاری سموم قبل از استفاده از محصولات کشاورزی
- برگزاری کلاس‌های آموزشی توسط بهورزان و کارشناسان مربوط برای کشاورزان و آموزش روش‌های نوین کشاورزی به آن‌ها به جهت استفاده کمتر از سموم
- ترغیب مردم و فرهنگ‌سازی جهت استفاده از کمپوست (کودهای گیاهی) توسط بهورز برای استفاده در کشاورزی
- استفاده کمتر از غذاهای فرآوری شده و ترغیب مردم به استفاده از غذاهای سالم توسط بهورز
- آموزش عدم تخلیه فاضلاب‌های خانگی برای آبیاری باغ‌ها یا مزارع به مردم توسط بهورز

نتیجه‌گیری

محصولات غذایی یکی از بخش‌های مهم رژیم غذایی ما هستند و ممکن است حاوی تعدادی فلز ضروری و سمی باشند. افزایش آلاینده‌های نوظهور که از طریق خاک، آب و هوا وارد زنجیره غذایی می‌شوند، می‌توانند امنیت غذایی و سلامتی انسان را تهدید کند؛ لذا اقدام‌ها و سیاست‌گذاری ملی و بین‌المللی برای کاهش یا کنترل این آلاینده‌ها به زنجیره غذایی ضروری است.

افزایش آلاینده‌های نوظهور که از طریق خاک، آب و هوا وارد زنجیره غذایی می‌شوند، می‌توانند امنیت غذایی و سلامتی انسان را تهدید کند.



سیب زمینی نیز منجر به کاهش آرسنیک شده است که این امر به دلیل غلظت بالای این عنصر در لایه‌های بیرونی و پوست میوه است. (۲۲، ۲۳)

مواد شیمیایی موجود در مرغداری‌ها

و دامداری‌ها

داروهای دام‌پزشکی

داروهای دام‌پزشکی به طور گسترده در سطوح درمانی برای درمان بیماری‌های دام، حفظ سلامت همه حیوانات، رشد و بهبود کیفیت گوشت به‌منظور کاهش هزینه‌های تولید استفاده می‌شوند. بقایای داروهای دام‌پزشکی و فرآورده‌های متابولیکی آن‌ها، ممکن است در فرآورده‌های حیوانی باقی بمانند و در زنجیره غذایی ظاهر شوند.

بیشتر این داروها در بافت‌های خوراکی، شیر و تخم مرغ وجود دارند که اثرات سمی مهمی ایجاد می‌کنند. برخی از آن‌ها اثرات ژنوتوکسیک، ایمونوتوکسیک و سرطان‌زایی را بر مصرف‌کنندگان باقی می‌گذارند که یک خطر مهم برای سلامتی است.

1. Mansour, S. A. (2011). Chemical pollutants threatening food safety and security: an overview. *Advances in Food Protection: Focus on Food Safety and Defense*, 73-117.
2. Carvalho, F. P. (2017). Pesticides, environment, and food safety. *Food and energy security*, 6(2), 48-60
3. Inamuddin, I., Ahamed, M. I., & Lichtfouse, E. (2021). *Sustainable Agriculture Reviews 47: Pesticide Occurrence, Analysis and Remediation Vol. 1 Biological Systems*.
4. Kalantary, R. R., Jaafarzadeh, N., Kermani, M., & Hesami Arani, M. (2022). Deltamethrin and malathion pesticide residues determination in the wheat and probabilistic health risk assessment by Monte Carlo simulation: a case study in Aran-Bidgol, Iran. *International Journal of Environmental Analytical Chemistry*, 1-12.
5. Keeton, J. T. (2017). History of nitrite and nitrate in food. *Nitrite and nitrate in human health and disease*, 85-97.
6. Matabaro, E., Ishimwe, N., Uwimbabazi, E., & Lee, B. H. (2017). Current immunoassay methods for the rapid detection of aflatoxin in milk and dairy products. *Comprehensive reviews in food science and food safety*, 16(5), 808-820.
7. Prandini, A., Tansini, G. I. N. O., Sigolo, S., Filippi, L. A. U. R. A., Laporta, M., & Piva, G. (2009). On the occurrence of aflatoxin M1 in milk and dairy products. *Food and chemical toxicology*, 47(5), 984-991.
8. Sipos, P., Peles, F., Brass, D. L., Bri, B., Pusztahelyi, T., Pcsi, I., & Gyri, Z. (2021). Physical and chemical methods for reduction in aflatoxin content of feed and food. *Toxins*, 13(3), 204.
9. Jalili, M. (2016). A review on aflatoxins reduction in food. *Iranian Journal of Health, Safety and Environment*, 3(1), 445-459.
10. Li, C., Zhu, H., Li, C., Qian, H., Yao, W., & Guo, Y. (2021). The present situation of pesticide residues in China and their removal and transformation during food processing. *Food Chemistry*, 354, 129552.
11. Bakian, A. V., & VanDerslice, J. A. (2019). Pesticides and autism. *BMJ*, 364.
12. Rohlman, D. S., Ismail, A., Bonner, M. R., Rasoul, G. A., Hendy, O., Dickey, L. O & Olson, J. R. (2019). Occupational pesticide exposure and symptoms of attention deficit hyperactivity disorder in adolescent pesticide applicators in Egypt. *Neurotoxicology*, 74, 1-6.
13. Di Stefano, V., & Avellone, G. (2014). Food contaminants. *Journal of Food Studies*, 3(1), 88-103.
14. Leskovac, A., & Petrovi, S. (2023). Pesticide use and degradation strategies: food safety, challenges and perspectives. *Foods*, 12(14), 2709.
15. Bajwa, U., & Sandhu, K. S. (2014). Effect of handling and processing on pesticide residues in food-a review. *Journal of food science and technology*, 51, 201-220.
16. Shokrzadeh, M., & Saravi, S. S. S. (2011). Pesticides in agricultural products: analysis, reduction, prevention. *Pesticides-Formulations, Effects, Fate; Stoytcheva, M., Ed*, 225-242
17. Doabi, S. A., Karami, M., Afyuni, M., & Yeganeh, M. (2018). Pollution and health risk assessment of heavy metals in agricultural soil, atmospheric dust and major food crops in Kermanshah province, Iran. *Ecotoxicology and environmental safety*, 163, 153-164.
18. Li, Q., Zhu, K., Liu, L., & Sun, X. (2021). Pollution-induced food safety problem in China: trends and policies. *Frontiers in Nutrition*, 8, 703832.
19. Zhang, X., Zhong, T., Liu, L., & Ouyang, X. (2015). Impact of soil heavy metal pollution on food safety in China. *Plos one*, 10(8), e0135182.
20. Khan, A., Khan, S., Khan, M. A., Qamar, Z., & Waqas, M. (2015). The uptake and bioaccumulation of heavy metals by food plants, their effects on plants nutrients, and associated health risk: a review. *Environmental science and pollution research*, 22, 13772-13799.
21. Lebelo, K., Malebo, N., Mochane, M. J., & Masinde, M. (2021). Chemical contamination pathways and the food safety implications along the various stages of food production: a review. *International journal of environmental research and public health*, 18(11), 5795.
22. Hajeb, P., Sloth, J. J., Shakibazadeh, S. H., Mahyudin, N. A., & Afsah Hejri, L. (2014). Toxic elements in food: occurrence, binding, and reduction approaches. *Comprehensive Reviews in Food Science and Food Safety*, 13(4), 457-472.
23. Sharafi, K., Yunesian, M., Mahvi, A. H., Pirsahab, M., Nazmara, S., & Nodehi, R. N. (2019). Advantages and disadvantages of different pre-cooking and cooking methods in removal of essential and toxic metals from various rice types-human health risk assessment in Tehran households, Iran. *Ecotoxicology and environmental safety*, 175, 128-137.



به او تزریق و علایم حیاتی‌اش را بررسی کردم و بعد برای توزیع کلر رفتم. پس از اتمام کار و در راه برگشت چوپان محمد حسین را دیدم. از دور دستم را به نشانه سلام بالا بردم ولی محمد حسین مرا صدا زد و جای‌تان خالی با یک لیوان دوغ پذیرایی کرد. بین حرف‌هایش پرسید: حال و احوال کدخدا را هم پرسیدی؟ دو هفته پیش برای سوخت‌بری به مرز رفت... از وقتی برگشته مریض شده و افتاده توی رختخواب! اینجا بود که احتمال ابتلا به مالاریا به ذهنم رسید. به خانه بهداشت رفتم و کیف و کیت تشخیص سریع مالاریا را برداشتم و دوباره به منزل کدخدا رفتم.

تعجب کرد چرا دوباره برگشتی؟ گفتم وقتی برای سوخت‌بری به مرز رفتی پشه نیش‌ت زده و احتمال این‌که مالاریا گرفته باشی، هست. تست تشخیص کدخدا، نشان داد به مالاریای ویواکس مبتلاست. از خانه بهداشت، مراتب را تلفنی به مرکز خدمات جامع سلامت و واحد بیماری‌های شهرستان اعلام کرده و بعد هم داروهای درمان مالاریا را به کدخدا رساندم. اما ساعت ۱۱ شب از خانه‌اش تماس گرفتند که حال کدخدا بدتر شده و قرار است او را به زاهدان ببریم.

فرم ارجاع برای بیمار نوشتم و او را راهی کردم. پس از مراجعه به بیمارستان آزمایش مالاریا گرفته بودند که بیماری وی تایید شده بود و داروهایش را تغییر داده بودند. کدخدا پس از ۳ روز بستری به روستا برگشت و من برای گرفتن لام بررسی اطرافیان به خانه‌اش رفتم. جمعی از مردم برای عیادت کدخدا آمده بودند. او می‌خندید و می‌گفت خدا پدر دکتر و محمد حسین چوپان را بیامرزد اگر من می‌مردم، مردم پشت سرم به من می‌خندیدند و می‌گفتند که کدخدا را پشه‌ای کشت!

نتیجه می‌گیریم که آموزش و بالابردن اطلاعات علمی مردم نقش زیادی در عملکرد بهتر به‌روزان و طرح و برنامه‌های سلامت‌محور دارد. در ضمن به کاهش بیماری‌ها و میزان مرگ و میر و همچنین کاستن هزینه‌های درمان کمک می‌کند.

تجربه بهورزی

چوپانی که به داد کدخدا رسید

دادخدا درک زهی

بهورز خانه بهداشت یوسف آباد
دانشگاه علوم پزشکی زاهدان



روزی از روزهای دی ماه سال ۱۳۹۲ برای توزیع کلر یک درصد به روستای قمر تحت پوشش خانه‌بهداشت یوسف آباد رفته بودم. به خانه کدخدا رسیدم و احوالش را پرسیدم. همسرش گفت کدخدا چند روزی بستری بوده و حال و احوال خوبی ندارد. وارد خانه که شدم، کدخدا را دیدم که از سردرد، تب و لرز، کمردرد و حالت تهوع و استفراغ به خودش می‌پیچید. یک آمپول مسکن

بهداشت
خواب،
اصل
فراموش شده
سلامتی



خواب خوب، زندگی بهتر

اهمیت این معجزه خلقت اذعان دارند. خداوند در قرآن خواب را مایه آرامش دانسته آنجا که می‌فرماید:

وَجَعَلْنَا نَوْمَكُمْ سُبَاتًا (سوره نباء آیه ۹)

خواب مایه آرامش بدن و ضرورت زندگی سالم است. خواب کافی و بموقع، یکی از مواردی است که برای حفظ سلامتی مهم است و موجب تجدید قوای جسمی و روانی می‌شود.

انسان تنها موجود روی کره زمین است که در سال‌های اخیر عمداً از خواب خود کاسته است. این موضوع با پیدایش فناوری‌های ارتباطی جمعی به اوج خود رسیده تا جایی که برخی تنها زمانی به خوابیدن فکر می‌کنند که دیگر فعالیتی برای کار، تفریح یا ارتباط در آن روز باقی نمانده است. اما مطالعات علمی در فواید خواب و تأثیر آن بر سلامت جسمی و روحی هر روز در حال گسترش بوده و بیش از پیش حیاتی بودن این موهبت الهی را به اثبات می‌رسانند. (۱)

در طب سنتی ایرانی نیز خواب یکی از اصول شش‌گانه سلامتی معرفی شده است و سایر اصول

دکتر زهرا نیک اختر

کارشناس طب سنتی معاونت بهداشت
دانشگاه علوم پزشکی مشهد



اهداف آموزشی

از خوانندگان محترم انتظار می‌رود پس از مطالعه مقاله:

فواید خواب و نقش آن در بیماری‌ها را بیان کنند.

با دیدگاه طب ایرانی درباره خواب آشنا شوند.

مقدار مناسب خواب در میانسالان را با سالمندان مقایسه کنند.

خصوصیات مکان مناسب خواب از نظر طب ایرانی را بر شمارند.

مقدمه

با وجود این‌که خواب از ابتدای خلقت بشر همزاد او بوده است، هنوز تعریف دقیقی از این پدیده رمزآلود و شگفت‌انگیز خلقت در دست نیست. اما می‌توان گفت خواب نیاز به تعریف ندارد چرا که پدیده شناخته شده‌ای است که هر شب آن را تجربه می‌کنیم. کسانی که ماه‌ها یا سال‌ها از خواب راحت محروم بوده‌اند بیش از هر کس به

سلامتی در این مکتب طبی: حرکت و سکون، خوردن و آشامیدن، دفع مواد زاید و حفظ مواد ضروری، هوا و محیط زیست سالم و سلامت روان هستند. از منظر طب ایرانی رعایت اصول حفظ سلامتی علاوه بر پیشگیری از بیماری‌ها در درمان آن‌ها نیز مؤثر است.

ارتباط خواب و بیماری‌ها

از دیدگاه طب ایرانی یک خواب خوب و مناسب، بدن را گرم می‌کند، به آن رطوبت بخشیده و به هضم غذا کمک می‌کند به طوری که در اغلب بیماری‌ها به ویژه در بیماری‌هایی که به واسطه آن‌ها هضم دچار اشکال می‌شود یکی از بهترین تدابیر، توصیه به خواب است. در طب کلاسیک نیز خواب باعث تقویت هضم و تنظیم سوخت و ساز بدن (متابولیسم)، قوای مغزی و همچنین دفع سموم می‌شود. در ضمن بافت‌های صدمه‌دیده و اندام‌ها در خواب ترمیم می‌شوند. (۲)

خوابیدن در زمان درست و مدت مناسب به حفظ سلامتی فرد کمک می‌کند در مطالعات علمی جدید نیز تأیید شده است که ساعت زیستی بدن با واکنش به نور، فعالیت‌های فیزیولوژیک را تنظیم می‌کند. از جمله فواید خواب می‌توان به رفع خستگی، شاداب شدن، بهبود دردهای جسمی، استراحت احشای درونی، ترمیم بافت‌های آسیب‌دیده، تقویت سیستم ایمنی، از بین بردن سلول‌های سرطانی، ثبات خلق و خو، طول عمر، کاهش خطر تصادف، پیشگیری از فراموشی و افزایش خلاقیت اشاره کرد. (۱)

از سوی دیگر اختلالات خواب منجر به بروز بیماری‌های مختلف در انسان می‌شود. مطالعات مختلف نشان داده است که اختلالات خواب از مهم‌ترین عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر از جمله سوانح رانندگی و حوادث شغلی، بیماری‌های قلبی عروقی، دیابت، پرفشاری خون، اختلالات عصبی و روانی محسوب می‌شود. یک پژوهش مبتنی بر تحلیل‌های آماری (تحلیل ۱۱ مقاله فراتحلیلی یا «متاآنالیز» بزرگ

دنیا با حجم نمونه تقریبی ۴ میلیون و ۵۰۰ هزار نفر) منتشر شده است ارتباط خواب و پیامدهای سلامتی را بررسی کرده و ارتباط مدت خواب (خواب کمتر و بیشتر از حد مطلوب) با بیماری‌های فشارخون بالا، دیابت و قلبی عروقی را تأیید کرده است. همچنین ارتباط چاقی، کبد چرب و تخمدان پلی کیستیک با اختلالات خواب گزارش شده است. (۳)

در طب ایرانی خواب خوب در یک فرد سالم شرایط خاصی دارد که برخی از آن‌ها با توجه به سن، فصول و تفاوت‌های افراد مختلف متفاوت است.

چقدر بخوابیم؟

● **مهم‌ترین معیار مناسب بودن مقدار خواب:** سبکی و نشاط بعد از بیدار شدن و آمادگی ذهنی در طول روز است. فردی که پس از برخاستن از خواب احساس سنگینی و کسالت دارد و مدام دهن دره می‌کند، خسته است و تمرکز روی کار خود ندارد از خواب مناسبی برخوردار نیست و لازم است الگوی خواب خود را تنظیم کند.

● **مدت زمان خواب:** بهترین طول مدت خواب برای بزرگسالان ۶ تا ۱۰ ساعت است. کودکان و نوزادان به خواب بیشتر از ۱۰ ساعت در روز نیاز دارند. همچنین با توجه به مزاج افراد مدت مناسب خواب متغیر است و معمولاً افراد با مزاج گرم و خشک به خواب کمتری نسبت به افراد با مزاج سرد و تر نیاز دارند.

● **میزان خواب در گروه‌های سنی:** از نقطه نظر طب سنتی ایرانی، علت خواب وجود رطوبت معتدل در مغز است. خواب سبب سردی ظاهر بدن و گرمی درون بدن می‌شود. در واقع خواب موجب رطوبت بخشی به بدن می‌شود. با افزایش سن میزان رطوبت و گرمای طبیعی بدن کمتر می‌شود و بر همین اساس مزاج یک فرد در طول دوران عمر تغییر می‌کند و میزان مناسب خواب هم در سنین مختلف متفاوت خواهد بود.

نوزادان و کودکان: نوزادان به علت رشد و نمو سریع بیشترین میزان نیاز به خواب را دارند؛ نوزادان از کودکان به خواب بیشتری نیازمندند اما به طور کلی

این گروه سنی به علت بالاتر بودن رطوبت بدن بیشترین نیاز به خواب را دارند.

نوجوانان و جوانان: خواب در جوانان بیشتر از میانسالان و کم‌تر از اطفال است.

میانسالان: بعد از ۴۰ سالگی به علت کمتر شدن رطوبات بدن مقدار خواب کم می‌شود و نیاز به خواب در این دوره کمتر از سایر گروه‌ها است.

سالمندان: خواب در دوران سالمندی مثل دوران نمو بیشترین فایده را دارد زیرا سالمندان در سردترین و خشک‌ترین حالت ممکن به سر می‌برند و به علت ضعف هضم، مواد غیر طبیعی در بدن شان تشکیل می‌شود، لذا خواب در این گروه از افراد باعث تأمین رطوبت شده و به دفع مواد اضافه نیز کمک کرده و باعث افزایش قدرت هضم می‌شود و حرارت اصلی را در آن‌ها تقویت می‌کند. (۴)

بهترین زمان خواب در شبانه روز چه زمانی است؟

از نظر علمی و همچنین طب ایرانی بهترین زمان خواب، از اوایل شب (ساعت ۱۰) تا صبح زود (بین اذان صبح تا طلوع آفتاب) است. خواب در این زمان به شما نشاط و انرژی می‌دهد. اما خوابیدن در غیر این ساعت، مخصوصاً بعد از طلوع آفتاب و بعد از ظهر، شما را دچار کسالت خواهد کرد. بنابراین کسانی که به چرت بعد از ناهار عادت دارند، بهتر است بتدریج زمان آن را کم‌تر کرده و کم‌کم این عادت خود را ترک کنند. البته در روزهای بلند تابستان، خواب کوتاه قبل از ناهار (قیلوله) ایرادی ندارد. در طب ایرانی خواب آخر روز و پیش از اذان مغرب عامل تولید بیماری‌های فراوان است. همچنین خواب بعد از نماز صبح تا طلوع آفتاب و خواب طولانی در روز نیز نهی شده است. خواب طولانی در روز موجب تیرگی رنگ چهره، اختلال هضم و تجمع مواد زاید در بدن، سستی و احساس کسالت می‌شود. (۲)

فاصله خواب با غذا خوردن چقدر باشد؟

از نظر طب ایرانی بهتر است زمان خواب، پس از گذشتن غذا از معده، یعنی حدود ۱/۵ تا ۲ ساعت

بعد از صرف غذا باشد؛ چراکه خواب در هنگام پر بودن معده از غذا، باعث اختلال هضم، ایجاد نفخ و بد خوابیدن می‌شود. البته این زمان به عواملی مانند نوع غذا، سن و قوت معده هم بستگی دارد. مطالعات جدید نشان داده که خوابیدن با فاصله کم بعد از خوردن غذا، عوارضی مانند چاقی و ریفلاکس به‌دنبال خواهد داشت. خوابیدن در حالت گرسنگی و خالی بودن معده نیز توصیه نمی‌شود و موجب لاغری و ضعف بدن می‌شود. به همین دلیل تأکید شده که حتماً شام حتی به مقدار کم مصرف شود بخصوص در سالمندان تأکید بیشتری به رعایت این نکته شده است. (۲،۵)

چگونه خوب بخوابیم؟

- از خوردن غذاهای سنگین و پر ادویه در وعده شام پرهیز کنید. مصرف غذاهایی مانند شیربرنج، حریره بادام و نان و پنیر باعث بهبود خواب می‌شوند.
- از خوردن حبوبات نفاخ به ویژه لوبیا و عدس در وعده شام پرهیز کنید.
- قبل از خواب حتماً باید مثانه و روده‌ها از ادرار و مدفوع خالی باشد.
- محل خواب آرام و کم نور باشد و زیر نور مستقیم ماه یا خورشید نباشد.
- دمای محل خواب معتدل باشد و تهویه مناسب

شیر برنج، حریره بادام و نان و پنیر باعث بهبود خواب می‌شوند.



۱. علت این‌که کلمه «بتدریج» و «کم‌کم» در اینجا استفاده شده، این است که ترک عادت ناگهانی به بدن آسیب می‌رساند.



لباس خواب بهتر است نخی یا پنبه‌ای و نرم و گشاد باشد

- لباس خواب بهتر است نخی یا پنبه‌ای و نرم و گشاد باشد تا در هنگام خواب به اعضای بدن فشار وارد نکرده و مانع جریان طبیعی خون در آن‌ها نشود.
- باید هنگام خواب چه در تابستان و چه در زمستان، ملحفه یا پتو روی بدن کشیده شود.
- لحاف نباید آنقدر سنگین باشد که باعث تعریق زیاد شود. کشیدن لحاف بر سر و تنفس در زیر لحاف بسیار مضر است.
- از هیجان بیش از حد قبل از خواب یا تماشای تلویزیون خصوصاً فیلم پرهیز کنید زیرا باعث اختلال در به خواب رفتن می‌شود.
- حتی الامکان باید مدتی قبل از خواب، مغز را در آرامش نگه داشت. برای این کار ۵ روش پیشنهاد می‌شود:
 ۱. پاها را گرم‌تر از سر نگاه دارید.
 ۲. رختخواب یا تشک را طوری قرار دهید، که سر کمی بالاتر از پا قرار گیرد.
 ۳. عواملی که باعث تحریک فعالیت مغزی می‌شود، مانند سر و صدا و نور شدید را برطرف کنید.
 ۴. شنیدن صداهای دلنشین و پیوسته طبیعی مانند صدای آب یا برگ درختان و خواندن کتاب به‌ویژه در وضعیت نشسته بدون تکیه‌گاه به رفع بعضی از بی‌خوابی‌ها کمک می‌کند.
 ۵. تمرین‌های آرام‌بخشی مانند ماساژ ملایم و حرکات کششی عضلات همراه با تنفس عمیق برای ایجاد آرامش و دور کردن افکار مزاحم، مفید هستند. (۶)

داشته باشد چون خواب در محیط گرم مانع خواب عمیق می‌شود.

- اتاق خواب بهتر است در طول روز نورگیری مناسب داشته باشد.
- هنگام خواب باید حداکثر فاصله را از وسایل سرمایشی یا گرمایشی منزل رعایت کرد و خوابیدن زیر سرمای مستقیم کولر یا حرارت مستقیم بخاری و شوفاژ توصیه نمی‌شود؛ همچنین شخص بعد از بیدار شدن از خواب باید مراقب باشد که بلافاصله در معرض هوای سرد قرار نگیرد.
- بستر خواب باید نرم و ملایم باشد خوابیدن در محل خیلی سفت باعث فشار به اعصاب می‌شود.
- از خوابیدن به پشت بپرهیزید از خوابیدن مداوم روی صورت نیز باید پرهیز کرد.
- از بهترین حالت‌های خواب، خوابیدن به پهلو است. بلندی بالش زیر سر به گونه‌ای باشد که سر و گردن کاملاً در راستای ستون فقرات قرار گیرند.

منابع

۱. مهناز امینی، فاطمه پور تقی، خواب به زبان ساده، جزوه آموزشی، ۱۴۰۱
۲. بسته خدمات ترویج شیوه زندگی سالم بر اساس آموزه‌های طب ایرانی ویژه غیرپزشک، دفتر طب ایرانی و مکمل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، بهار ۱۴۰۱
۳. صادق نیت حقیقی خسرو، اکبرپور سمانه، فروزان نازنین، امیری فرد حامد، نجفی آرزو، اهمیت سلامت خواب در بیماری‌های غیرواگیر و پیامدهای آن بر نظام سلامت، فصلنامه علمی تخصصی طب کار، ۱۴۰۲؛ ۱۵ (۱): ۶-۱۱
۴. سلطانی سیدشاهین، مینایی محمدباقر، بشارت مهدی، کریمی فروزان، ناظم اسماعیل، اصلاح خواب و بیداری در سنین و مناطق جغرافیایی مختلف از دیدگاه طب سنتی ایرانی، طب سنتی اسلام و ایران، ۱۳۹۱؛ ۳ (۳) (پیاپی ۱۱): ۲۶۳-۲۶۸
۵. درسنامه آشنایی با مبانی طب ایرانی و مکمل ویژه دانشجویان پزشکی عمومی، محمد حسین آیتی، چاپ ۱۴۰۱
۶. معینی ریحانه، گرجی نرجس، پاسداشت تندرستی با پزشکی ایرانی، ایرانیان طب، ۱۳۹۶

خودمراقبتی در افسردگی

وقتی احساس می‌کنید، از زندگی بیزارید!

افسردگی چیست؟

افسردگی رایج‌ترین اختلال روانی است و به همین دلیل به آن سرماخوردگی بیماری‌های روانی هم می‌گویند. در ضمن چهارمین عامل عمده بار بیماری‌ها در جهان به حساب می‌آید و بزرگ‌ترین سهم بار بیماری‌های غیرکشنده را به خودش اختصاص داده است. افسردگی عبارت است از شرایطی که فرد طی آن احساس حزن، اندوه و ناامیدی می‌کند بنابراین هر فردی ممکن است در معرض این شرایط قرار بگیرد. البته شدت افسردگی ممکن است از کم تا زیاد متفاوت باشد؛ وقتی شدت آن کم باشد، فرد زندگی را به شکل عادی طی می‌کند اما وقتی افسردگی شدید شود پرداختن به زندگی عادی دشوار می‌شود و امکان بروز افکاری مثل مرگ، آسیب زدن به خود و دیگران یا حتی افکار خودکشی و... نیز افزایش می‌یابد. می‌گویند افسردگی مانند ابری است که

خدیجه سادات حسینی

کارشناس مسؤؤل آموزش بهورزی معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی قزوین



محمدرضا یوسفی

کارشناس سلامت روان معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی قزوین



اهداف آموزشی

از مخاطبان انتظار داریم پس از مطالعه مقاله:

علائم افسردگی را بیان کنند.

علل بروز افسردگی را شرح دهند.

توصیه‌های خودمراقبتی برای مقابله با افسردگی را شرح دهند.

آسمان زندگی فرد را پوشانده، همه چیز را تیره و تار کرده و لذت زندگی را از او می‌گیرد.

علائم و نشانه‌ها

برخی از نشانه‌ها و علائمی که ممکن است فرد در صورت ابتلا به افسردگی تجربه کند عبارتند از:

- احساس ناراحتی
 - از دست دادن علاقه به موضوعاتی که پیش از این، جذاب و لذت بخش بودند.
 - گریه زیاد یا احساس ناتوانی برای گریستن
 - احساس تنهایی حتی در جمع
 - خستگی و کمبود انرژی
 - بی‌قراری
 - داشتن احساس بد و ناخوشایند در ساعات مشخصی از روز (معمولاً صبح) کاهش یا افزایش اشتها و وزن
 - از دست دادن اعتماد به نفس
 - منتظر اتفاقات ناگوار بودن و داشتن افکار منفی یا غم‌انگیز
 - احساس یأس و ناامیدی
 - افکاری در مورد مرگ و خودکشی
 - احساس تنفر از خود
 - کاهش حافظه و تمرکز
 - ممکن است انجام کارهای ساده و حتی کارهای روزمره برای او دشوار باشد.
 - ممکن است ارتباط خود را با افراد دیگر قطع کند.
- البته هر کسی که به بیماری افسردگی مبتلا باشد، همه این علائم را همزمان نخواهد داشت. همچنین ممکن است این احساسات و افکار را تا مدتی پس از مرگ و فقدان عزیزان خود یا برخی مشکلات زندگی، تجربه کند که معمولاً به مرور زمان حل و فصل می‌شوند. چنین شرایطی برای مدت محدود، امری طبیعی است؛ اما اگر این احساسات خیلی شدید باشند یا برای مدت طولانی ادامه یابند، احتمالاً نشانه پیشرفت افسردگی هستند. بیشتر مردم گفت‌وگو در مورد این احساسات را با فردی که به ایشان اهمیت می‌دهد، مفید می‌دانند.

توجه داشته باشید که افسردگی تنها یک اختلال روان‌پزشکی محسوب نمی‌شود، بلکه اختلالی است که به موجب آن مشکلات جسمانی متعددی در افراد نمایان می‌شود.

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که حالات هیجانی و رفتار بر روند سلامتی و بیماری‌های جسمانی تأثیر می‌گذارند. افسردگی از جمله اختلالات خلقی است که سلامت روان را دچار آسیب کرده و آسیب دیدن سلامت روان نیز بر ابعاد دیگر سلامت انسان از جمله سلامت جسمانی و سلامت اجتماعی نیز اثر می‌گذارد. افسردگی قادر است فعالیت دستگاه ایمنی را تغییر داده و به این طریق، خطر ابتلا به بیماری‌های عفونی، آلرژی، بیماری‌های خود ایمنی، سرطان و حتی خطر مرگ را افزایش می‌دهد.

خود مراقبتی در برابر افسردگی

«خودمراقبتی» شامل اقدام‌ها و رفتارهایی اکتسابی، آگاهانه و هدفدار است که فرد برای خود، فرزندان و خانواده‌اش انجام می‌دهد تا بتواند سلامت جسمی، روانی و اجتماعی خود را حفظ کرده و نیازهای خود و اطرافیان را برآورده سازد. برای خود مراقبتی در طی افسردگی اقدام‌های زیر توصیه می‌شود:

- **فعال بودن:** فعالیت جسمی بسیار مفید است و ورزش کردن، پیاده روی، دویدن، دوچرخه سواری و هر آنچه که فعالیت فرد را افزایش می‌دهد، می‌تواند کمک کند تا فرد احساس بهبودی داشته باشد.
- **با دیگران صحبت کردن:** فرد سعی کند احساساتش را با نزدیکان خود در میان بگذارد. نزدیکان با گوش دادن به گفته بیماران می‌توانند به آن‌ها کمک کنند تا به مشکلات فکر کنند و راه‌های جدیدی برای آن‌ها پیدا کنند.
- **مراقبت از خود:** افراد باید مواظب باشند که در مقابل وسوسه‌های کنار آمدن با افسردگی از طریق نوشیدن الکل و سوءاستفاده از داروهای غیرمجاز مقاومت کنند. شاید این راه‌ها در کوتاه مدت مؤثر باشند اما در درازمدت خودشان تبدیل به مشکل می‌شوند.



خوردنی‌ها و نوشیدنی‌های توصیه شده

در اضطراب و افسردگی

- مصرف روزانه بادام به شکل فرنی یا حریره یا شیر بادام
- مصرف روزانه سیب به شکل میوه خام، مربا، شربت، فالوده، رب و دمنوش
- شربت نارنج و بالنگ به همراه عرق‌ها و عصاره‌های گیاهی شادی‌آور و آرامبخش مانند عرق بیدمشک و بهارنارنج
- مصرف دمنوش‌های به، بابونه، بهارنارنج به شکل روزانه

چه درمانی برای افسردگی وجود دارد؟

پزشک ممکن است برای درمان از مشاوره، داروهای ضد افسردگی یا ترکیبی از این دو روش کمک بگیرد. پزشکان ممکن است فرد را به متخصصان سلامت روان (مددکار اجتماعی، مشاور، روان‌شناس

● **استراحت و خواب کافی:** استراحت و خواب کافی برای حفظ و ارتقای سلامت جسمی و روانی، ارتقای توان ذهنی و رشد و تکامل مطلوب ضرورت دارد. در واقع، بدن با استراحت و خواب کافی می‌تواند خود را بازسازی و توانمند کند. خواب حداقل دو فایده دارد: اول، حفظ انرژی، چون ما استراحت می‌کنیم و آماده انجام انواع فعالیت‌ها در طول روز می‌شویم. دوم، احیای مغز که این فرآیند سبب می‌شود جزییات کم اهمیت روزانه از مغز پاک شود و ما برای یک روز جدید آماده شویم.

توصیه‌های خودمراقبتی طب ایرانی در افسردگی

طب ایرانی در خصوص سبک زندگی سالم و پیشگیری و درمان بیماری‌ها، راهکارهای متعددی را ارائه می‌دهد، بدیهی است بررسی دقیق علت هر شکایت و انتخاب بهترین راهکار با بهره‌گیری از دستوره‌های طب رایج و طب ایرانی باید مدنظر قرار گیرد.

نگیرید، داروهای ضدافسردگی بلافاصله عمل نمی‌کنند و به طور معمول دو تا چهار هفته زمان لازم است تا اثرات مفیدشان مشخص شود و نیز باید تا مدتی پس از رفع علائم مصرف شوند. پس ضروری است آن‌ها منظم و به مدت مورد نیاز، طبق دستور پزشک مصرف شوند.

نتیجه‌گیری

افسردگی یکی از مشکلات روحی شایع است که اهمیت توجه به آن بسیار حیاتی است. این وضعیت می‌تواند تأثیرات جدی بر روی زندگی روزمره و روابط افراد داشته باشد. از آنجایی که افسردگی می‌تواند به مشکلات جسمی و روحی بزرگ‌تری منجر شود، شناخت و درمان آن امری مهم است. از این رو، توجه به علائم افسردگی، خودمراقبتی، مشورت با متخصصین روانشناسی و پزشکی و در صورت لزوم، درمان مناسب از طریق داروها یا مشاوره‌های روانشناختی می‌تواند بهبود وضعیت روحی و جسمی فرد را تضمین کند.

یا روان‌پزشک) ارجاع دهند. نحوه درمان توسط متخصصان نیز بر اساس نیازهای هر فرد تنظیم می‌شود. برای درمان، بایستی به موارد زیادی توجه کرد. این موارد شامل علت افسردگی، شرایط و جنبه‌های فردی بیمار و روش‌های مقابله‌شان با مشکلات است.

نوع دیگری از درمان، استفاده از داروهای ضدافسردگی است که توسط پزشکان عمومی یا روان‌پزشکان تجویز می‌شوند و جهت درمان بسیاری از مبتلایان به افسردگی مؤثر بوده‌اند. برخلاف عقیده عموم، این داروها اعتیادآور نیستند و پس از گذشت چند ماه، زمانی که علائم افسردگی فروکش کردند، با مشورت پزشک می‌توان مصرف آن‌ها را قطع کرد. دانستن این موضوع مهم است که شروع و قطع مصرف داروهای ضد افسردگی به شکل خود درمانی و بدون نظر پزشک می‌تواند آسیب‌زننده باشد. یک توصیه مهم این است که هیچگاه خودسرانه برای شروع، مقدار مصرف و قطع دارو تصمیم

منابع

- Rosenhan David (1379), Psychopathology, Tehran. Arsabaran volume 2
- Burke, Loray (2010), Developmental psychology from adolescence to the end of life, translated by Seyyed Yahya Mohammadi. The second volume. 12th edition Tehran. Arsabaran Publications
- Hayman S, Chisholm D. Mental disorders. In: Jamison. Disease control priority in developing countries. 2nd Ed, Oxford University Press: UK, 2006: 605-26
- Murray CJ, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: the Global Burden of Disease Study. Lancet 1997; 349: 1436-42
- Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. Lancet 2006; 367: 1747-57
- Montazeri Ali, Mousavi Seyedjavad, Sepideh Omidari, Tavousi Mahmoud, Hashemi Akram, Rostami Tahereh. Depression in Iran: a systematic review of research literature. his foot 1392;12(6):567-594.
- Education and Health Promotion Office of the Ministry of Health, Self-care guide for family health ambassadors,
- Lohman, M. C., et al. (2017). "Depression and frailty: concurrent risks for adverse health outcomes." Aging & Mental Health 21(4): 399-408.
- Goudarzian, A. H., et al. (2017). "The Relationship Between Religious Coping and Depression in Iranian Patients with Cancer." Int J Cancer Manag 10(9): e7810.
- Uchmanowicz I, W. M., Gobbens RJ C (2015). "Frailty syndrome and self-care ability in elderly patients with heart failure." clin Interv Aging.(10): 871-877.
- Ministry of Health (1402)First-level health service package for use in service delivery units in urban, suburban and rural areas, April 1402
- <https://civilica.com/doc/697545>

اهمیت شناسایی و پیگیری موارد همسرآزاری

پایان تلخ ماه‌های غسل



فرحناز شکارچی

کارشناس مسئول آموزش بهورزی معاونت بهداشت
دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه



فرزانه سلیم تبار

کارشناس آموزش بهورزی معاونت بهداشت
دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه



الهام فخری

کارشناس مسئول بهداشت روان شهرستان کنگاور
دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه



یاسمن شفائی

مراقب سلامت شهرستان کرمانشاه
دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

اهداف آموزشی

از خوانندگان محترم انتظار می‌رود پس از مطالعه این مقاله:

همسرآزاری را تعریف کنند.

انواع همسرآزاری را بیان کنند.

پیامدهای همسرآزاری را شرح دهند.

وظیفه بهورزان و مراقبان سلامت در شناسایی و پیگیری

افرادی که مورد همسرآزاری قرار گرفته‌اند را توضیح دهند.

بیشتر باشد احتمال بروز خشونت نیز افزایش می‌یابد. از جمله مصرف مواد و الکل، مشکلات و بیماری‌های روانی، سابقه بزهکاری و درگیری و زدوخوردهای زیاد، بیکاری یا درآمد کم، تحصیلات پایین، هنجارهای اجتماعی که برتری و اعمال کنترل مردان بر زنان را تأیید می‌کنند، وجود یک فرد معلول یا بیمار در خانواده.

شیوع همسرآزاری

از لحاظ آماری معمولاً برای همسرآزاری اطلاعات درستی در دست نیست، چرا که دست‌کم در کشور خودمان، زنانی که مورد آزار و تهاجم قرار می‌گیرند؛ اغلب به خاطر حفظ آبرو و بنیان خانواده یا وساطت فامیل این مسأله را کتمان کرده و حتی به دادگاه خانواده نیز مراجعه نمی‌کنند. عده ای هم از ترس بیشتر شدن آزارها، سکوت را به اعتراض ترجیح می‌دهند.

هر چند برای رهایی از آزار همسر راه‌های گوناگونی از جمله استفاده از قانون از طریق مراجعه به دادگاه‌های خانواده وجود دارد؛ اما این روش همیشه هم کارساز نبوده و تنها به شکل مقطعی بر این معضل سرپوش می‌گذارد.

شیوع همسرآزاری در جوامع مختلف متفاوت است و می‌تواند از سطح پایین تا خیلی بالا متغیر باشد. بر اساس گزارش‌های سازمان ملل، درصد شیوع همسرآزاری در کشورهای مختلف از ۱۷ درصد در نیوزلند تا ۶۷ درصد در گینه جدید متغیر است.

در ایران، شیوع همسرآزاری بعد از زایمان به طور کلی ۵۶/۳ درصد گزارش شده است که شامل همسرآزاری عاطفی، روانی و جسمی است.

طبق آخرین آمار سازمان پزشکی قانونی از همسرآزاری در بهار ۱۴۰۰، تعداد ۲۰ هزار و ۷۳۵ مورد همسرآزاری با پیامد جسمی و ۵۶ مورد با پیامد روانی گزارش شده است.

پیامدهای همسرآزاری

پیامدهای روانی: عوارض روانی خشونت بسیار متعدد و متفاوت بوده و شامل انواع مختلفی از مشکلات

خشونت خانوادگی به عنوان آزار و اذیت خانوادگی، همسرآزاری، خشونت علیه شریک زندگی شناخته می‌شود؛ به عنوان الگویی از رفتارهای آزارگرانه توسط یک طرف یا هر دو طرف در روابط خصوصی مانند پیوند زناشویی، قرار ملاقات، روابط خانوادگی، دوستی یا همخانگی تعریف می‌شود. همسرآزاری ممکن است به شکل‌های گوناگون روی دهد که شامل پرخاشگری بدنی مانند آسیب رساندن، لگزدن، زخم زبان زدن، هل دادن، سیلی زدن و پرتاب اشیاء یا تهدید، آزار جنسی، کنترل کردن یا سلطه‌جویی، ترساندن، تعقیب و مزاحمت، مسامحه (کوتاهی و کاهلی) و محرومیت اقتصادی است. مصرف الکل و مواد و مشکلات و بیماری‌های روانی احتمال گرایش به همسرآزاری را افزایش می‌دهند. آگاهی، درک، تعریف و ویژگی‌های خشونت خانوادگی، از کشوری به کشور دیگر و از زمانی به زمان دیگر به گونه‌ای گسترده متفاوت است. در سی و هشتمین اجلاس کمیسیون حقوق زن در ۲۰ دسامبر ۱۹۹۳ توسط مجمع عمومی سازمان ملل متحد اعلامیه رفع خشونت علیه زنان به تصویب رسید. در ماده یک این اعلامیه عبارت خشونت علیه زنان را این گونه تعریف می‌کند: هر اقدام خشن متکی بر جنسیت است که منجر به آسیب یا رنج جسمی، جنسی یا روانی نسبت به زنان می‌شود، از جمله تهدید به انجام چنین اعمالی، محرومیت‌های اجباری یا اختیاری از آزادی در زندگی عمومی یا در زندگی خصوصی شود.

مطالعات انجام شده در مورد پدیده همسرآزاری حاکی از آن است مردانی که در دوران کودکی مورد خشونت پدر خود قرار گرفته‌اند یا شاهد وجود خشونت و پرخاشگری در خانواده خود بوده‌اند بیشتر امکان دارد که در بزرگسالی تبدیل به افراد پرخاشگر و خشن شوند.

خشونت خانگی مثل سایر مشکلات روانی اجتماعی، علت واحدی نداشته و محصول تعامل پیچیده برخی عوامل است که هرچه تعداد این عوامل

اثرات مخرب بر مرتکبان خشونت

خود مرتکبان خشونت نیز در معرض خطرات و عواقب ابراز خشم و ناآرامی ایجاد شده در خانواده هستند. بیماری قلبی، فشار خون، زخم معده، احساس گناه و شرمندگی و عوارض بسیار دیگر در انتظار کسانی است که با خشونت دیگران را آزار می‌دهند.

چرخه همسرآزاری

خشونت خانگی از زمان شروع رابطه، ازدواج و تشکیل خانواده، مراحل مشخصی را طی می‌کند:

۱. ماه عسل: زن و شوهر رفتار خیلی خوبی باهم دارند
۲. شروع اختلاف‌ها و بروز تنش
۳. بروز خشونت
۴. ماه عسل دوباره (عذرخواهی مرتکب و اطمینان دادن به قربانی نسبت به عدم تکرار خشونت)

راه‌های پیشگیری ابتدایی (مدیریت عوامل خطر)

قدم اول این است که بدانیم در برخورد با همسرآزاری چه باید کرد؟ دو مسأله مهم باید محور اقدام‌هایی باشد که طی مراحل بعدی برای مقابله با همسرآزاری انجام می‌شود. اول اینکه نگاهمان کمک به فرد، خانواده و فرزندانش باشد و همچنین کمک به داشتن جامعه‌ای سالم با بهره‌گیری از تخصص کارشناسان و کارکنان مراکز خدمات جامع و مراقبت‌های اولیه بهداشتی مدنظرمان باشد. بدیهی است که برای موفقیت در پیشگیری از وقوع همسرآزاری و درمان آن باید اقدام‌های مفید و مؤثری را قبل از وقوع حوادث ناخوشایند انجام داد.

در این راستا می‌توان به خانواده‌ها متذکر شد که با یادگیری مهارت‌های ساده اما ارزشمند و مفید کاری کرد تا خانواده آرامش و آسایش را به جای خشونت و درگیری تجربه کند. آن‌ها برای این منظور می‌توانند با راهنمایی بهورزان، مراقبان سلامت و... به مراکز خدمات جامع سلامت محله خود مراجعه کرده و ضمن غربالگری‌های اولیه و

مانند اضطراب، ترس، خشم و نفرت، ناامیدی و افسردگی، احساس حقارت، درماندگی و عدم اعتماد به نفس و احساس تنهایی و در موارد شدید ممکن است منجر به اختلال استرس پس از سانحه شود. همچنین از دیگر اثرات خشونت، می‌توان به انواع مختلف دردهای روان‌تنی مانند سردردهای مزمن، مشکلات گوارشی، مشکلات تنفسی یا سایر بیماری‌هایی اشاره کرد که هیچ علت پزشکی ندارند و پزشکان این جمله متعارف را به بیماران می‌گویند: «از اعصاب‌تان است»!

پیامدهای جسمانی: انواع شکستگی‌ها و ضرب‌دیدگی‌های قسمت‌های مختلف بدن، کبودی‌ها، زخم‌ها و خراشیدگی، عفونت‌ها (واژینال و مقعدی)، دردهای عضلانی، سوختگی‌های سطحی و عمیق و صدمه دیدن اندام‌های داخلی بدن شامل کلیه، طحال، ریه، مجاری ادرار و دستگاه تناسلی، سقط جنین و زایمان زودرس، سردردهای میگرنی، دردهای پراکنده بدنی، بیماری قلبی، فشار خون و زخم معده

اثرات مخرب بر فرزندان

فرزندان به عنوان شاهدان خشونت دچار مشکلاتی نظیر افسردگی، اضطراب، شب‌ادراری و مشکلات تحصیلی می‌شوند.





در ضمن در صورتی که فرد مورد ضرب و شتم قرار گرفته است به پزشک مراجعه کرده و از او گواهی بگیرد که مورد خشونت قرار گرفته است.

خودمراقبتی سازمانی

خود مراقبتی سازمانی شامل کمک گرفتن از وزارت بهداشت، قوه قضاییه، شهرداری و... است. کمک خواستن از جمعیت‌ها و انجمن‌های مبارزه با خشونت علیه زنان، خیریه‌ها و دیگر سازمان‌های مردم نهاد نیز از جمله موارد خودمراقبتی است.

وظایف بهورز و مراقب سلامت

کارکنان مراکز بهداشتی به ویژه پزشکان و روان‌شناسان باید نسبت به علائم و نشانه‌های بالینی اثرات جسمی و روانی بدرفتاری آگاه بوده و در صورت مشاهده این موارد بدرفتاری را مورد ارزیابی قرار داده و خدمات روانی و اجتماعی لازم را ارائه دهند.

- **شناسایی:** (غربالگری اولیه) توسط بهورز و مراقب سلامت بر اساس گروه‌های سنی از جمعیت تحت پوشش و ثبت آن‌ها در سامانه الکترونیک انجام شود.
- **ارجاع:** در صورت آسیب جدی جسمی و اورژانسی به پزشک جهت ویزیت، تشخیص و درمان دارویی ارجاع داده شود.
- **مراقبت:** با توجه به مدت تعیین شده در سامانه الکترونیک اقدامات انجام شود و پس از ارجاع

گذراندن آموزش‌های خودمراقبتی و مهارت‌های زندگی و مداخلات روانی و اجتماعی از این خدمات برخوردار شوند.

خودمراقبتی فردی

در نظر گرفتن مکان‌های امن در منزل، دور از در دسترس قرار دادن وسایل خطرناک مثل چاقو، قیچی و قرار گرفتن در موقعیت امن، خودداری از مشاجره در مکان‌های پرخطر مانند آشپزخانه و داشتن تلفن همراه برای تماس با اورژانس از جمله اقدام‌های مهم «خودمراقبتی فردی» هستند که به تأمین امنیت قبل از بروز خشونت کمک می‌کنند.

خودمراقبتی اجتماعی

هنگام وقوع خشونت خانگی و در زمان تماس با اورژانس اجتماعی ۱۲۳ یا پلیس ۱۱۰ بعد از تماس گوشی تلفن را قطع نکند تا پلیس از وخامت موضوع آگاه شود. تماس با خانواده، دوستان و روحانی محل کار خود یا مددکار اجتماعی نیز از دیگر اقدام‌ها با هدف «خودمراقبتی اجتماعی» است.

برای برخورداری از امنیت پس از ترک خانه، فرد در معرض خشونت باید جایی برود که همسر نمی‌تواند حدس بزند یا آدرس آن را بلد نیست یا جرأت ورود به آنجا را ندارد؛ مثل خانه‌های سلامت شهرداری یا بهزیستی و تا جایی که امکان دارد تا وقتی همسر تعهد قانونی مبنی بر عدم خشونت نداده است به منزل بازنگردد.

مراقبت بعد از تشخیص (پیگیری‌های منظم)

پیگیری‌های لازم پس از ارجاع به سطوح بالاتر انجام گیرد و بیمار پس از مراجعه پسخوراند را تحویل دهد.

درمان صحیح و بموقع و مراقبت‌های حین درمان

دارو درمانی توسط پزشک و روان‌پزشک با تشخیص آنان و استفاده منظم از داروها و ادامه دادن جلسات روان‌شناختی جهت توانمندسازی فردی و اجتماعی

نتیجه‌گیری

همسرآزاری می‌تواند پیامدهای جبران‌ناپذیری برای قربانیان به همراه داشته باشد. این پیامدها می‌توانند شامل اختلالات روانی، آسیب‌های جسمی، مشکلات اجتماعی و مالی باشند. همچنین، تأثیرات منفی بر کودکان و سایر اعضای خانواده که شاهد یا قربانیان غیرمستقیم این رفتارها هستند، می‌تواند وجود داشته باشد.

پیشنهادها

برای مقابله با همسرآزاری، راهکارهای مختلفی وجود دارد. این راهکارها می‌توانند شامل مشاوره حقوقی، حمایت‌های روانی و اجتماعی و برنامه‌های آموزشی برای افزایش آگاهی عمومی باشند. همچنین، تقویت قوانین و مقررات مربوط به حمایت از قربانیان و مجازات متخلفان می‌تواند در کاهش شیوع این پدیده مؤثر باشد.

به سطوح بالاتر پیگیری‌های لازم را انجام دهد.

- آموزش: طبق دستورالعمل و اقدام‌های تعیین شده در زمینه خودمراقبتی، مهارت‌های زندگی و فرزندپروری آموزش‌های لازم داده شده و در سامانه الکترونیک ثبت شود.

وظایف کارشناس سلامت روان

- پذیرش ارجاع از کارشناس مراقب سلامت و انجام غربالگری تکمیلی سلامت اجتماعی و ثبت در سامانه الکترونیک
- در صورت مثبت بودن غربالگری تکمیلی جلسات توانمندسازی فردی و اجتماعی به صورت هفتگی تا ۲ هفته و بعد جلسات تقویتی به صورت هر سه ماه یکبار تا یکسال برگزار می‌شود.
- آموزش طبق دستورالعمل آموزش مهارت‌های زندگی، مهارت‌های فرزندپروری و خودمراقبتی ارائه شود.

وظایف پزشک

- پذیرش ارجاع از کارشناس سلامت روان و مراقب سلامت / بهورز
- ویزیت مراجعان، تشخیص و درمان
- در صورت بهبودی ارجاع بیمار به کارشناس سلامت روان جهت انجام جلسات روان‌شناختی و در صورت نیاز، ارجاع به سطح تخصصی برای درمان تخصصی

منابع:

- Johnson, M. P. (2008). A typology of domestic violence: Intimate terrorism, violent resistance, and situational couple violence. Holtzworth-Munroe, A., & Stuart, G. L. (1994).
- Typologies of male batterers: Three subtypes and the differences among them. Coker, A. L., et al. (2002).
- Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. Carlson, B. E. (2000).
- عسگری، محمد، و سیده فاطمه‌هاشمی. ارتباط بین همسرانه و کیفیت زندگی خانواده.
- فصلنامه روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی ۱۴، شماره ۵۶ (۱۳۹۶): ۵۳-۶۰.
- ابوذری، محمد و منصوره رضوی. اثرات اعتیاد شوهر بر رابطه زناشویی و رفتارهای اجتماعی زنان.
- فصلنامه علمی- پژوهشی روان‌شناسی کاربردی، شماره ۴ (۱۳۹۵): ۸۳-۹۶. محمدی قره‌قوم، هاشم و علی محمدی. اثرات روان‌شناختی همسرانه در پیش‌بینی سلامت روان و رابطه خانواده.
- مقایسه راهبردهای حل اختلاف در زوج‌های همسرآزاری و همسر نازاری.
- فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی، شماره ۲۳ (۱۳۹۵): ۳۵-۴۶.

اصول کلی در پانسمان زخم

ای دریغا مرهمی



اهداف آموزشی

از خوانندگان محترم انتظار می‌رود پس از مطالعه این مقاله:

پانسمان و کاربرد آن را توضیح دهند.

تجهیزات لازم برای پانسمان را بشناسند.

اصول کلی پانسمان زخم را شرح دهند.

با پروتئینی به نام کراتین ساخته شده است و یک لایه ضد آب ایجاد می‌کند و مسؤول محافظت در برابر تغییرات محیط است. سلول‌های سطح پوست با ریزش پوست‌های لایه‌زیرین تا رویی همیشه در حال بازسازی هستند. مثلاً ترمیم زخم مخاطی یک نوع افزایش در این روند طبیعی محسوب می‌شود. «درم» یا لایه میانی از سلول‌های زنده ساخته شده است که عروق خونی و اعصاب از آن عبور می‌کنند و در درجه اول مسؤول ساختار و پشتیبانی است. لایه درونی پوست، بافت پیوندی رشته‌ای (متراکم) است که رشته‌ها در آن به طرز محکمی به هم تابیده‌اند و این لایه مانع نفوذ عوامل بیماری‌زا به بدن می‌شود.

زخم و پانسمان

به هر نوع بریدگی یا سوراخ در پوست گفته می‌شود که لایه‌های عمیق‌تر پوست را در معرض دید قرار می‌دهد. شامل انواع سوختگی، پارگی، ساییدگی یا خراش شدید و قطع عضو.

مقدمه

پوست بخشی از دستگاه پوششی بدن ماست که نقش ایمنی مهمی در محافظت از بدن در برابر عوامل بیماری‌زا و از دست دادن بیش از حد آب دارد. پوست یک سیستم اندام مهم و ضروری است که پیچیده است و نقش‌های زیادی در سلامت دارد. مو، ناخن و غشاء مخاطی بخش‌های دیگر این دستگاه هستند.

ساختار پوست

پوست از چند لایه تشکیل شده است. «اپیدرم» یا لایه بیرونی خودش چند لایه دارد و بیشتر از سلول‌های مرده



آلوده به زخم جدا خودداری کنید. پیش از پانسمان و تمیز کردن زخم لازم است دست‌ها و زیر ناخن‌های خود را به خوبی با آب نیم گرم و صابون بشویید. پوشیدن دستکش استریل باعث می‌شود که پانسمان ایمن‌تری داشته باشید.

۲. آماده سازی وسایل: وسایل پانسمان را آماده بر روی ترائی یا سینی قرار دهید.

۳. آرامش بیمار: جهت انجام پانسمان به بیمار آرامش دهید و مراحل انجام کار را برای او توضیح دهید.

۴- مکان و وضعیت مناسب: بیمار را در وضعیت صحیح قرار دهید. حفظ حریم بیمار را با پاراوان یا پرده و... رعایت کنید.

ناحیه پانسمان را در معرض دید قرار دهید و زخم را بررسی کنید تا با توجه به نوع زخم، شست‌وشو و پانسمان را انجام دهید. وسایل استریل را باز کنید و هر محلولی لازم است را در گالی پات بریزید.

۵. خشک کردن زخم باز: سطح روی زخم باز را با پدهای گاز تمیز که کاملاً استریل هستند، پاک کنید. اگر زخم، باز هم خون‌ریزی داشت، لازم است با فشار دادن آهسته چند عدد گاز استریل روی آن، تا توقف خون‌ریزی صبر کنید.

۶. شست‌وشو و تمیز کردن: برای شست‌وشوی زخم می‌توانید از سرم مخصوص استفاده کنید. هرگز از الکل برای این کار استفاده نکنید؛ چون سوزش بسیار شدیدی در زخم‌های باز ایجاد می‌کند. شست‌وشو در زخم‌های تمیز باید از بالا به پایین و از مرکز به محیط باشد. در زخم‌های نامنظم از مرکز به سمت خارج دورانی تمیز کنید و در زخم‌های عفونی از محیط به مرکز به وسیله پنبه آغشته به

زخم‌ها برای التیام سریع‌تر و ممانعت از عفونت و... باید پانسمان شوند. نوع پانسمان و روش پانسمان به عوامل مختلفی شامل نوع آسیب، میزان بزرگ بودن، محل قرار گیری و شدت زخم بستگی دارد. پانسمان یک پوشش ضروری در مراقبت از زخم با هدف جلوگیری موقت از خون‌ریزی، محافظت از عفونت و صدمه، جذب ترشحات و نیز سرعت بخشیدن به بهبودی زخم و رویش مجدد پوست است.

انواع پانسمان

- **پانسمان خشک:** در مواردی که زخم سطحی بوده یا نیازی به درمان دارویی مانند استفاده از پمادها نیست، پس از شست‌وشو، پانسمان می‌شود.
- **پانسمان مرطوب:** هرگاه زخم عفونی و عمیق بوده یا به علت سوختگی ایجاد شده باشد پس از شست‌وشو با استفاده از پماد و داروهای دستور داده شده، پانسمان می‌شود.

تجهیزات لازم برای پانسمان

- پنس / پینست / قیچی استریل
- گالی پات / رسیور / دیش درب دار
- گاز و پنبه استریل
- دستکش یکبار مصرف تمیز یا دستکش جراحی استریل در صورت لزوم
- نوار چسب / باند
- سرم شست‌وشو / بتادین
- مشمع و رویه مشمع

اصول کلی پانسمان زخم

۱. **شست‌وشوی دست‌ها:** از تماس دست یا وسایل



- دقت در استفاده اندازه گاز متناسب با اندازه زخم
- خودداری از گذاشتن مستقیم پنبه بر روی زخم
- در نظر گرفتن احتمال بیماری کزاز و رجوع به آخرین دستورالعمل تزریق سرم کزاز یا واکسیناسیون

نتیجه‌گیری و پیشنهاد

پانسمان و شست‌وشوی زخم و تمیز کردن آن با رعایت کلیه اصول استریل است و می‌توان گفت: پانسمان زخم یک عمل تخصصی است که باید پس از آموزش، توسط کادر سلامت انجام شود. پانسمان اشتباه ممکن است حتی عوارض بسیار بدتری داشته باشد و این موضوع اهمیت توجه به روش پانسمان متناسب با نوع زخم را نشان می‌دهد. پیشنهاد می‌شود برنامه‌های بازآموزی تخصصی اصول کلی پانسمان برای کادر بهداشتی در نظر گرفته شده و اجرا شود.

بتادین ضد عفونی انجام شود.

۷. پاک کردن محل زخم: پس از شست‌وشو حتما ناحیه زخم را با چند گاز یا پنبه استریل خشک کنید و از مالش یا کشیدن گاز و پنبه روی زخم خودداری کنید. در صورتی که پزشک دستور مرطوب بودن پانسمان را بدهد باید با محلول دستور داده شده خیس شود و توجه کنید که مشمع در زیر ناحیه پانسمان قرار داده شود یا در صورت نیاز پماد روی زخم گذاشته شود.

۸. پانسمان زخم: پس از اقدام‌های گفته شده، زخم بیمار به وسیله پنس استریل، با گاز استریل پوشانده شود. در صورت عفونی بودن زخم، باید از گازهای بیشتری استفاده شود. سپس پانسمان را به وسیله باند یا چسب ثابت کنید. (بهتر است از چسب ضد حساسیت استفاده شود)

توجه: بانداژ نباید خیلی سفت باشد. اگر از شدت بستن آن مطمئن نیستید می‌توانید از بیمار پرسید که آیا احساس فشار روی زخم دارد یا خیر.

نکات مورد توجه در اصول کلی پانسمان زخم

- عدم لمس زخم با دستان آلوده
- دقت در استریل بودن پانسمان
- پوشانده شدن کامل زخم توسط پانسمان
- عدم خشونت در جداسازی لخته‌های خون تشکیل شده
- عدم اصرار در بیرون آوردن اشیای خارجی عمیق در زخم
- پرهیز از سرفه و عطسه زدن بر روی زخم
- به هم نزدیک کردن دو لبه زخم به وسیله گاز در صورت فاصله کم و سپس انجام پانسمان

- منابع:
- <https://en.wikipedia.org/wiki/Skin>
 - <https://www.researchgate.net/publication/256708682> Chitosan and Alginate Wound Dressings A Short Review
 - <https://drmahdiheidari.ir>
 - <https://www.researchgate.net/publication/335609538> Principles of Wound Dressings A Review
 - <https://haal.ir/blog/general-topics/changing-wound-dressing>
 - <https://namatek.com>

• مجموعه کتب آموزش بهورزی، کمک‌های اولیه <https://health.gums.ac.ir>



درد سرهای بزرگ یک باکتری کوچک

زهرا صداقت دیل
مربی مرکز آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی کهگیلویه و بویر احمد



اهداف آموزشی

امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه مقاله:

بیماری سل را تعریف کرده و نشانه‌های آن را بیان کنند.

عوارض ناشی از کم توجهی به پیشگیری و کنترل و درمان بموقع بیماری سل را توضیح دهند.

راهکارهای پیشگیری ابتدایی (مدیریت عوامل خطر) بیماری سل را بیان کنند.

وظایف بهورز و مراقب و پزشک از غربالگری تا تشخیص بیماری سل را شرح دهند.

مقدمه

اگرچه سل یک بیماری با عامل شناخته شده و اپیدمیولوژی مشخص است و اگرچه اصول درمان آن از حدود ۶۰ سال قبل شناخته شده و بیش از یک ربع قرن است که رژیم درمان کوتاه مدت برای آن به کار می‌رود، ولی بخشی از بیماران مبتلا به سل هنوز در بسیاری از نقاط جهان و از جمله کشور ما تشخیص داده نشده یا تحت درمان مناسب قرار نمی‌گیرند و متأسفانه در حال حاضر شاهد آن هستیم که همزمان با افزایش موارد ابتلا به ویروس ایدز، زمینه پیدایش و انتشار باسیل‌های سل مقاوم به چند دارو فراهم آمده است.

تعریف

سل یا توبرکلوز^۲ یک بیماری عفونی واگیردار است که در اثر باکتری «مایکوباکتریوم توبرکلوزیس» ایجاد می‌شود. سل می‌تواند تقریباً تمام اعضای بدن را مبتلا سازد ولی شایع‌ترین شکل بیماری، سل ریوی است و راه انتقال عفونت تقریباً همیشه از راه تنفس است.

سل ریوی: در صورتی که سل بافت پارانشیم ریه را درگیر کند به آن سل ریوی می‌گویند.

سل خارج ریوی: ابتلای سایر اعضای بدن به غیر از ریه‌ها سل خارج ریوی محسوب می‌شود. (۱)

اپیدمیولوژی بیماری سل در ایران و جهان

امروزه یکی از بزرگ‌ترین مسایل بهداشتی جهان، بیماری سل است که با وجود پیشرفت‌های پزشکی و درمانی همچنان یکی از کشنده‌ترین بیماری‌های عفونی جهان به حساب می‌آید. تخمین زده می‌شود که یک چهارم جمعیت جهان به باسیل سل، آلوده شده باشند و در هر ثانیه یک نفر به تعداد آنان افزوده می‌شود و نگران‌کننده‌تر آن است که طبق برآوردهای موجود ۵۰ میلیون نفر از این تعداد، به باسیل سل مقاوم به چند دارو آلوده هستند. فقط در سال ۲۰۲۰ حدود ۹/۹ میلیون نفر به سل فعال مبتلا شدند که ۵۶ درصد موارد مرد،

۳۳ درصد موارد زن و ۱۱ درصد کودکان زیر ۱۵ سال بودند. برآوردها نشان می‌دهد حدود ۱/۳ میلیون نفر آن‌ها در اثر این بیماری جان می‌سپارند. از نظر جغرافیایی بیشترین آمار موارد سل مربوط به جنوب شرق آسیا بوده است.

در ایران در سال ۱۴۰۱، میزان بروز گزارش شده سل ریوی با اسمیر خلط مثبت ۴/۶ مورد در یکصد هزار نفر جمعیت بوده است. در میان استان‌ها، سیستان و بلوچستان و گلستان، بیشترین میزان‌های بروز و شیوع را در کشور دارا هستند. شایان ذکر است که همسایگی ایران با کشورهای با شیوع بالای سل مانند افغانستان، عراق و پاکستان ضرورت توجه بیش از پیش به این بیماری را ایجاب می‌کند. (۲)

علائم و نشانه‌ها

شایع‌ترین علامت ابتلای به بیماری سل ریوی، سرفه پایدار به مدت ۲ هفته یا بیشتر است که معمولاً همراه خلط بوده و ممکن است با سایر علائم تنفسی نظیر تنگی نفس، درد قفسه سینه یا پشت و خلط خونی همراه باشد.

علائم عمومی و مشترک در بیماری سل عبارتند از: تب، کاهش اشتها، کاهش وزن، بی‌حالی، تعریق شبانه، خستگی زودرس و ضعف عمومی. علائم سل خارج ریوی به عضو مبتلا بستگی دارد به عنوان مثال درد قفسه سینه و تنگی نفس در سل پلور، بزرگ شدن و احیاناً خروج چرک از گره‌های لنفاوی سلی، درد و تورم در سل مفصلی و تغییر شکل در سل استخوان‌ها، سردرد، تب و سفتی گردن در مننژیت سلی شایع هستند.

عوارض ناشی از کم‌توجهی به پیشگیری

و کنترل درمان

واضح است که بیماری سل به جز لطمات اقتصادی به خانوارها و بخش بهداشت و درمان، اثرات منفی غیرمستقیم دیگری از جمله طرد شدن افراد، ترک تحصیل فرزندان و... بر کیفیت زندگی بیماران یا افراد خانواده آن‌ها دارد.



مرکز بازپروری، اردوگاه، آسایشگاه سالمندان، افراد مبتلا به ضعف سیستم ایمنی، نارسایی کلیه، دیابت کنترل نشده، ایدز و مهاجران از کشورهای با شیوع بالای سل و... هستند بنابراین راهکارهای پیشگیری ابتدایی در سه سطح خود مراقبتی فردی، اجتماعی و سازمانی برای مدیریت و کنترل عوامل خطر ارایه شده که در ادامه به آن‌ها می‌پردازیم:

- تزریق واکسن «ب ت ژ» به کلیه نوزادان در بدو تولد جهت جلوگیری از ایجاد اشکال شدید و کشنده بیماری سل در سنین کودکی
- شناسایی و درمان هرچه سریع‌تر منابع انتشار بیماری در جمعیت پناهندگان و مهاجران کشورهای دارای شیوع بالا و جامعه میزبان از طریق بیماریابی فعال به عنوان پایه‌ای ترین اقدام پیشگیری از گسترش بیماری در جامعه
- داشتن رفتارهای سالم و بهداشتی نظیر تغذیه مناسب، پوشاندن دهان و بینی با دستمال هنگام

آلودگی همزمان به ویروس ایدز نیز خطر ابتلا را به‌طور معناداری افزایش می‌دهد و از طرفی مقاومت چند دارویی، که نتیجه مدیریت ضعیف درمان سل است مشکلی جدی و رو به فزونی در بسیاری از کشورهای جهان است.

در صورت عدم دریافت درمان ضد سل، پس از گذشت ۵ سال از بیماری، ۵۰ درصد بیماران مبتلا به سل ریوی فوت کرده، تا ۲۵ درصد آن‌ها به دلیل برخورداری از یک دفاع ایمنی قوی خود به خود بهبود یافته و ۲۵ درصدشان مبتلا به سل مزمن عفونت‌زا باقی خواهند ماند. (۱)

راهکارهای پیشگیری ابتدایی (مدیریت عوامل خطر)

از آن جایی که گروه‌های در معرض خطر بالای ابتلا به سل شامل افراد در تماس نزدیک با بیماران مبتلا به سل مسری، جمعیت‌های متراکم مانند زندان،

- جمعیت‌های متراکم نظیر: زندان‌ها، مراکز بازپروری، اردوگاه‌ها، آسایشگاه‌های سالمندان و...
- بیماران مبتلا به ضعف سیستم ایمنی: از جمله افراد آلوده به عفونت HIV، نارسایی کلیه، دیابت کنترل نشده و بیماران تحت درمان‌های تضعیف‌کننده سیستم ایمنی از جمله: داروهای شیمی درمانی و کورتیکواستروئیدها و...

راه‌های تشخیص بیماری سل

اساس تشخیص سل ریوی آزمایش مستقیم و ساده خلط بیماران مشکوک است. آزمایش میکروب شناسی خلط، مهم‌ترین، در دسترس‌ترین و ارزان‌ترین وسیله تشخیص سل ریوی به ویژه در افراد بالغ است. (۱)

فرآیند بیماری سل نباید صرفاً به پرسش درمورد سرفه طول کشیده محدود شود. در بیماری سل لازم است وجود ۷ علامت و نشانه بالینی شامل سرفه، خلط، به ویژه خلط خونی، تب، تعریق شبانه، کاهش وزن، تنگی نفس و درد قفسه سینه و حداقل ۶ عامل خطر شامل سابقه تماس با بیمار مسلول، سابقه ابتلای قبلی به سل، سیلیکوزیس، افراد آماده دریافت پیوند عضو یا مغز استخوان، انجام همودیالیز و مصرف داروهای تضعیف‌کننده سیستم ایمنی ارزیابی و ثبت شود.

در الگوریتم‌های جدید، اخذ دو نمونه از هر فرد مشکوک به سل ریوی جایگزین شیوه قبلی، یعنی سه نمونه شده است و حداقل یکی از این دو نمونه باید خلط صبحگاهی باشد. (۳)

نمونه اول: در اولین مراجعه بیمار و زیر نظر کارکنان بهداشتی دریافت می‌شود. (در فضای باز)

نمونه دوم: در همان روز اول یک ظرف خلط به بیمار داده می‌شود تا صبح روز دوم قبل از برخاستن از بستر (خلط صبحگاهی) بدون اینکه چیزی بخورد با سرفه‌ای عمیق خلط خود را خارج کرده و در ظرف دریافتی جمع‌آوری کرده و پس از بستن درب ظرف و گذاشتن آن در جعبه حمل نمونه به واحد بهداشتی تحویل دهد.

سرفه و عطسه، خودداری از ریختن آب دهان و خلط روی زمین، خودداری از مصرف سیگار و دخانیات و پرهیز از حضور در مکان‌های شلوغ و فاقد تهویه مناسب

- کاهش عوامل تضعیف‌کننده سیستم ایمنی بدن نظیر سوء تغذیه، اعتیاد تزریقی، ابتلا به ویروس ایدز، بیماری‌های همزمان مانند دیابت و نارسایی کلیوی، سرطان و سیلیکوزیس
- ارتقای سطح بهداشت و محیط زندگی (بهبود فضای محل زندگی از نظر تهویه و نور)
- انجام بیماری‌یابی فعال در جمعیت‌های در معرض خطر بیشتر نظیر زندانیان، افراد در تماس با بیماران و افراد دچار ضعف سیستم ایمنی و...
- درمان پیشگیرانه دارویی برای افراد در معرض خطر بیشتر برای ابتلا به سل مانند کودکان زیر ۶ سال در تماس با بیمار مبتلا به سل ریوی مسری و افراد آلوده به ویروس ایدز (۲)

از غربالگری تا تشخیص

هر فرد مبتلا به سل در صورتی که درمان نشود سالانه حدود ۱۵ تا ۲۰ نفر از اطرافیان را آلوده می‌کند، بنابراین شناسایی بموقع بیماران مبتلا به سل و درمان صحیح آن‌ها یکی از وظایف مهم کارکنان بهداشتی و درمانی است، لذا جهت شناسایی بیماران لازم است بیماری‌یابی به دو شکل فعال و غیرفعال انجام شود:

الف) بیماری‌یابی غیرفعال: بیماری‌یابی سل اصولاً غیرفعال است، بدین معنی که از میان بیمارانی که به مراکز بهداشتی درمانی و سایر مراکز درمانی دولتی و غیردولتی مراجعه می‌کنند، موارد مشکوک شناسایی و به‌طور مناسب مورد بررسی قرار می‌گیرند.

ب) بیماری‌یابی فعال: بیماری‌یابی فعال اصولاً برای افراد در معرض تماس نزدیک با بیماران مبتلا به سل ریوی خلط مثبت انجام می‌شود. اما سایر گروه‌هایی که بسته به میزان دسترسی به منابع مالی و انسانی، تحت بیماری‌یابی فعال سل قرار می‌گیرند عبارتند از:



نمونه‌های تهیه شده توجه و از افراد مشکوک به ویژه در معرض خطر، تعداد نمونه لازم با کیفیت مناسب تهیه شود. (۱)

اساس درمان بیماری سل را درمان دارویی تشکیل می‌دهد. به‌طور معمول بیماران مبتلا به سل ریوی با اولویت موارد دارای اسمیر خلط مثبت و سل حنجره، از نظر این بیماری مسری تلقی می‌شوند؛ که در آن‌ها نیز در بیشتر موارد، پس از دو هفته از آغاز درمان مؤثر، خطر سرایت بیماری از بین رفته و با تکمیل دوره درمان، منبع عفونت‌زا از جامعه حذف خواهد شد؛ بنابراین شناسایی و درمان بیماران مسلول مسری پایه‌ای‌ترین اقدام برای پیشگیری از گسترش بیماری محسوب شده و به همین دلیل، درمان ضد سل در کشور به طور رایگان در اختیار بیماران مبتلا به سل قرار داده می‌شود.

اهداف درمانی بیماران مبتلا به سل عبارتند از:

- بهبود بیماران مسلول
 - پیشگیری از مرگ یا عوارض ناشی از بیماری سل
 - پیشگیری از گسترش بیماری در جامعه
 - پیشگیری از پیدایش موارد مقاوم به درمان
 - پیشگیری از پیدایش موارد عود
- درمان دارویی را باید به محض تشخیص باکتریولوژیک بیماری یا در صورتی که بیمار بسیار بدحال و ظن به بیماری سل به شدت مطرح باشد آغاز نمود.

راهبرد داتس (DOTS) چیست؟

داتس^۱ فرایندی است که طی آن بیمار مبتلا به سل داروهای روزانه خود را با نظارت مستقیم و مشاهده کارمند بهداشتی یا فرد آموزش دیده مصرف می‌کند. این راهبرد به عنوان موثرترین اقدام در کنترل سل شناخته شده است و ضمن حمایت و تشویق بیمار برای ادامه درمان، بروز عوارض دارویی احتمالی را به موقع شناسایی کرده و تکمیل دوره درمان را تضمین می‌کند.

در حال حاضر داروهای اصلی ضد سل که در درمان و کنترل بیماری کاربرد اساسی دارند عبارتند از: ایزونیازید (H)، ریفامپین (R)، پیرازینامید (Z) و

روش گرفتن نمونه خلط

- به مراجع (بیمار و مظنون) در مورد اهمیت نمونه خلط مناسب و کافی توضیح دهید.
 - به وی آموزش دهید که قبل از تهیه نمونه خلط، دهان خود را با آب شست‌وشو دهد تا ذرات و بقایای مواد غذایی و باکتری‌های آلوده‌کننده از دهان فرد خارج شود.
 - به فرد یاد دهید که ابتدا باید ۲ نفس عمیق بکشد، به این ترتیب که در هر بار تنفس، پس از یک دم عمیق، چند ثانیه نفس خود را در سینه حبس کند و سپس به آرامی هوای بازدمی را از ریه‌ها خارج کند. سپس به دنبال تنفس بعدی، هوای بازدم را با فشار خارج کرده و بعد در پی تنفس بعدی سرفه کند. با این کار امکان خروج خلط از اعماق ریه‌ها فراهم می‌شود.
 - از بیمار بخواهید که قوطی خلط را نزدیک لب‌های خود نگه داشته و خلط ایجاد شده را به آرامی درون آن بریزد.
 - هنگام نمونه‌گیری خلط از بیمار بایستی به نکات زیر دقت شود:
 - نمونه‌ها در محلی با تهویه مناسب، ترجیحاً در هوای باز جمع‌آوری شود.
 - هر نمونه حداقل باید ۳ تا ۵ میلی لیتر باشد.
 - نمونه‌ها در یخچال نگهداری شود.
 - نمونه‌ها باید در اسرع وقت به آزمایشگاه ارسال شوند. (حداکثر در عرض ۴۸ تا ۷۲ ساعت)
- در تهیه نمونه خلط علاوه بر کمیت به کیفیت

مرحله نگهدارنده	مرحله حمله‌ای	رژیم درمانی
۴ ماه با ۲ دارو HR	۲ ماه با ۴ دارو HRZE	بیماران جدید
۵ ماه با ۳ دارو HRE	۳ ماه با ۴ دارو HRZE	بیماران درمان مجدد (شامل شکست درمان، عود، غیبت از درمان و...)

خلط آن‌ها در پایان دوره حمله ای مثبت باشد.

- بیماران مسلول ریوی که در رادیوگرافی قفسه‌سینه آن‌ها در بدو درمان، کاویته مشاهده شده و نتیجه آزمایش کشت خلطشان در پایان دوره حمله‌ای مثبت گزارش شود.

نتیجه‌گیری

هرچند بروز سل در دنیا به آرامی در حال کاهش است و مرگ ناشی از آن کاهش یافته است ولی هنوز سل یک فوریت جهانی است. ایران با وجود مناطق با بروز متفاوت در داخل کشور و همچنین همسایه‌های با بروز بالای سل غیر مقاوم و مقاوم به درمان، در معرض خطر قرار دارد (۵)، لذا برای دستیابی به اهداف توسعه هزاره جهانی (کاهش میزان شیوع بیماری سل و مرگ، به میزان ۵۰ درصد و حذف بیماری تا سال ۲۰۵۰) و اهداف کشوری برنامه کنترل سل و با توجه به ماهیت بیماری، لازم است در زمینه راه‌های انتقال بیماری سل یعنی پیشگیری، بیماریابی و درمان و سایر موارد به مردم و به خصوص افرادی که در معرض خطر بیشتری هستند، آموزش‌های لازم ارایه شود و بیماریابی و درمان بهنگام مبتلایان به سل در تمامی سطوح نظام شبکه و سایر بخش‌ها و سازمان‌های دولتی و غیر دولتی مورد توجه قرار گیرد. (۶)

اتامبوتول (E) که مطابق جدول زیر توسط پزشک برای بیمار تجویز شده و تحت نظارت مستقیم و مشاهده بهورزی مراقب سلامت مصرف می‌شود. (۴)

پیگیری بیماران مسلول در طول درمان

- در طول درمان حمله ای هر هفته توسط پزشک ویزیت شوند.
- در طول درمان نگهدارنده ماهیانه توسط پزشک ویزیت شوند.
- پایان مرحله حمله‌ای، دو ماه بعد از درمان نگهدارنده و پایان درمان، آزمایش نمونه خلط جهت روند درمان انجام شود.
- در موارد زیر نباید طول مدت کلی درمان کمتر از ۹ ماه و طول دوره نگهدارنده کمتر از ۷ ماه باشد:
- بیماران مبتلا به مننژیت سلی، سل منتشر/ ارزنی، مبتلایان به سل ستون مهره‌ها یا ضایعات عصبی
- بیماران مسلول ریوی دارای حداقل یکی از عوامل خطر «اچ آی وی، دیابت، نارسایی مزمن کلیه و نقص ایمنی» که در رادیوگرافی قفسه سینه آن‌ها در بدو درمان، کاویته مشاهده شده است.
- بیماران مسلول ریوی دارای حداقل یکی از عوامل خطر «اچ آی وی، دیابت، نارسایی مزمن کلیه و نقص ایمنی» که نتیجه آزمایش کشت

منابع:

۱. دکتر ناصحی مهشید، دکتر میرحقانی لیلا. کتاب راهنمای کشوری مبارزه با سل ویرایش دوم. چاپ ۱۳۸۹
۲. سایت اداره کنترل سل و جذام <https://tb-lep.behdasht.gov.ir/>
۳. مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر. پوستر الگوریتم‌های تشخیص سل ریوی در یک نگاه. چاپ ۱۴۰۱
۴. دستورالعمل حذف گروه درمانی شماره ۲ ویرایش مبحث درمان کتاب راهنمای کشوری مبارزه با سل سال ۱۳۹۷
۵. قادری ا و همکاران. نظام مراقبت سل در جمهوری اسلامی ایران. مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران زمستان ۱۳۹۸. دوره ۱۵ شماره ۴. صفحات ۳۹۶-۳۸۷
۶. ناصحی م و همکاران. اپیدمیولوژی عوامل مرتبط با بیماریابی و نتایج درمان بیماران مبتلا به سل ریوی. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران دوره بیست و یکم ویژه نامه اسفند ۱۳۹۰ (صفحات ۱۰-۱۹)



آشنایی با عوامل
ناباروری و راه‌های
پیشگیری از آن

راز بقا



کلچره بزرگی

مربی مرکز آموزش بهورزی
دانشکده علوم پزشکی شوشتر



اهداف آموزشی

امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه مقاله:

ناباروری را تعریف کنند.

علل ایجاد کننده ناباروری را بیان کنند.

سبک زندگی مناسب برای حفظ سلامت باروری و راه‌های پیشگیری از ناباروری را شرح دهند.

انواع روش‌های رایج درمان ناباروری را نام ببرند.

با نقش بهورز و مراقب سلامت در پیشگیری، ارزیابی و تشخیص بهنگام ناباروری آشنا شوند.

زن هرگز باردار نشده است، در حالی که ناباروری ثانویه، ناتوانی در باردار شدن پس از حداقل یک تجربه بارداری در گذشته است.

مشکل ناباروری یک مسأله جهانی است که مردم را در همه کشورها و در همه جنبه‌های زندگی تحت تأثیر قرار می‌دهد. بر اساس گزارش جدید سازمان جهانی بهداشت (WHO) حدود ۱۷/۵ درصد از جمعیت بزرگسال (تقریباً یک نفر از هر ۶ نفر) در سراسر جهان، ناباروری را تجربه می‌کند.

در ایران نیز بررسی‌ها نشان می‌دهد شیوع ناباروری در زوجها ۲۰/۵ درصد است. این آمار نشانگر نیاز فوری به دسترسی عادلانه به مراقبت‌های باروری مقرون به صرفه و با کیفیت بالا برای همه افراد جامعه است.

علل و عوامل مستعدکننده

عوامل متعددی به عنوان عوامل خطر ابتلا به ناباروری شناسایی شده‌اند. عواملی همچون اندومتریوز، سندرم تخمدان پلی‌کیستیک، فیبروم رحم، پولیپ‌های اندومتریال و یائسگی زودرس در زنان می‌توانند ناباروری ایجاد کنند. در مردان نیز مواردی همچون واریکوسل (واریس بیضه) و بیضه نزول نیافته به عنوان عوامل خطر ناباروری مطرح هستند. عوامل مستعدکننده‌ای نیز وجود دارند که زوجها را تحت تأثیر قرار می‌دهند.

برخی از این عوامل شامل سن بالا، سبک زندگی مانند مصرف سیگار، الکل و مواد مخدر، فشار روحی، چاقی یا لاغری شدید، ورزش سنگین و مواجهه زیان‌آور شغلی است.

عوارض کم‌توجهی به پیشگیری و درمان بموقع

عوامل متعددی وجود دارد که باروری افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. تعدادی از این عوامل خارج از کنترل انسان‌ها هستند اما باید توجه داشت که سبک زندگی سالم گام مهمی برای حفظ باروری و پیشگیری از ناباروری در زنان و مردان است. امروزه استفاده روزافزون از روش‌های کمک باروری

تحقیقات نشان می‌دهد که ۹۰ تا ۹۵ درصد زنان و مردان در دوران جوانی و میانسالی در پی داشتن فرزند هستند. بیشتر زوجها طی ۱۲ ماه اقدام برای بارداری، موفق به تحقق چنین امری می‌شوند، اما تعدادی از آنها با مشکل ناباروری مواجه می‌شوند. اگرچه ناباروری یک وضعیت پزشکی به حساب می‌آید اما ابعاد و پیامدهای آن از حوزه زیستی و جسمی فراتر رفته و دارای ابعاد و پیامدهای روان‌شناختی - اجتماعی نیز خواهد بود. افسردگی و اضطراب، رفتارهای تکانشی، احساس بی‌ارزشی و درماندگی، شکایت‌های جسمی و اشکال در روابط زناشویی و بسیاری از مشکلات روانی دیگر از جمله مواردی هستند که به دنبال تشخیص ناباروری، از سوی محققان گزارش شده‌اند. علاوه بر آن، ناباروری به دلیل عدم توانایی در ایفای یکی از نقش‌های اساسی اجتماعی، والد بودن، یک مشکل اجتماعی محسوب می‌شود. پیشگیری از ناباروری و عواقب تأخیر در شناسایی آن یکی از دغدغه‌های مهم نظام سلامت است؛ لذا نظام سلامت با تمرکز بر کاهش بار مشکل در باروری از طریق ترویج رفتارهای مناسب در حفظ باروری، پیشگیری و تشخیص بهنگام و درمان مشکلات طبی و زمینه‌ای، کاهش تهدیدات زیست محیطی و شغلی مؤثر بر باروری، سعی در کاهش شیوع ناباروری دارد.

تعریف ناباروری و شیوع آن

ناباروری در انسان به ناتوانی یک زوج برای دستیابی به بارداری پس از یک‌سال آمیزش منظم بدون جلوگیری اطلاق می‌شود. با این حال، تعریف ناباروری با توجه به شرایط زوجها متفاوت است. به عنوان مثال، در میان زنان با سن ۳۵ سال و بیشتر، عدم بارداری پس از تنها شش ماه تلاش برای بارداری به عنوان ناباروری مطرح می‌شود. ناباروری به دو شکل اولیه و ثانویه طبقه‌بندی می‌شود. ناباروری اولیه به این معناست که یک



همگان قرار دهد. بنابر این پیشگیری، شناسایی و درمان بموقع ضمن ارتقای شاخص‌های سلامت باروری جامعه بر ارتقای نرخ باروری کلی نیز تأثیر مثبت خواهد داشت.

پیشگیری

اگرچه استفاده از درمان و روش‌های کمک باروری تا حدود زیادی مشکل ناباروری را حل کرده است ولی هنوز هم بسیاری از خانم‌ها از میزان موفقیت و محدودیت‌های روش‌های کمک باروری و افزایش خطرات ناشی از تأخیر در فرزندآوری آگاهی ندارند. برخی از این عوارض عبارتند از: چندقلویی، زایمان زودرس، مرده‌زایی و سزارین.

یکی از مهم‌ترین راهکارهای جامع کاهش بار بیماری به دلیل ناباروری و عوامل مستعد کننده آن، پیروی از رویکردهای سلامت عمومی با محوریت جامعه است. در این رویکردها همواره پیشگیری بر درمان مقدم است.

آموزش و آگاهی باید از دوره متوسطه شروع شود تا نوجوانان و جوانان با عوامل آسیب رسان به سلامت باروری و نحوه مراقبت از سلامت خود آشنا شوند.

مانند اهدای گامت، بارداری را در زنان حتی بعد از سن یائسگی امکان پذیر ساخته است، با این حال تحقیقات نشان داده هرچه سن شروع درمان پایین‌تر باشد، میزان موفقیت آن بالاتر است. از طرفی تأخیر در شناسایی و شروع مداخلات درمانی، نیاز به درمان‌های پیشرفته ناباروری را که غالباً روش‌های تهاجمی بوده افزایش می‌دهد و علاوه بر ایجاد ناراحتی برای بیمار، ممکن است با عوارض جانبی بهداشتی برای زن و فرزندش همراه شود.

از سوی دیگر تداوم روند نزولی کاهش نرخ باروری کلی، کشور را در سال‌های آینده با مشکل سالمندی جمعیت و تبعات ناشی از آن مواجه خواهد کرد. به همین دلیل یکی از اهداف برنامه هفتم توسعه کشور، دستیابی به نرخ باروری کلی ۲/۵ تا سال ۱۴۰۶ تعیین شده است. همچنین بر اساس ماده ۴۱ و ۴۲ و ۴۳ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی این مسئولیت را دارد که تسهیلات لازم برای ارائه خدمات پیشگیری و تشخیص بهنگام و درمان ناباروری را در قالب نظام شبکه در دسترس



امروزه در دنیا نقش سبک زندگی در حفظ سلامتی و بروز بسیاری از بیماری‌ها ثابت شده است که سلامت فرزندآوری و ناباروری را هم شامل می‌شود. سبک زندگی، شامل عادات و روش‌های قابل اصلاح و تغییرپذیر زندگی هستند که می‌توانند تأثیر همه‌جانبه‌ای بر سلامت و بهزیستی افراد بگذارند مانند سن ازدواج، تغذیه، وزن، ورزش، استرس، مصرف سیگار، مصرف مواد مخدر و الکل، مواجهه با خطرات محیطی و شغلی.

عوامل محیطی تهدیدکننده باروری در سه دسته کلی قرار می‌گیرند:

۱) عوامل فیزیکی مانند پرتوها، قرار گرفتن در معرض شوک الکتریکی، گرمای شدید، شرایط شغلی خاص و ضربه‌های فیزیکی

۲) عوامل بیولوژیکی مانند ویروس‌ها و انگل‌ها
۳) عوامل سمی به عنوان مثال قرار گرفتن در معرض آفت‌کش‌ها و مواد شوینده و سفیدکننده توجه داشته باشید نه تنها زنان باردار بلکه دختران و خانم‌هایی که هنوز باردار نشده‌اند و حتی مردان هم تحت تأثیر آلودگی محیطی قرار می‌گیرند. باید به این نکته توجه داشت که شیوه زندگی سالم برای همسران یک گام مهم برای رسیدن به هدف مشترک، یعنی داشتن کودک سالم است.

شناسایی بموقع و آموزش

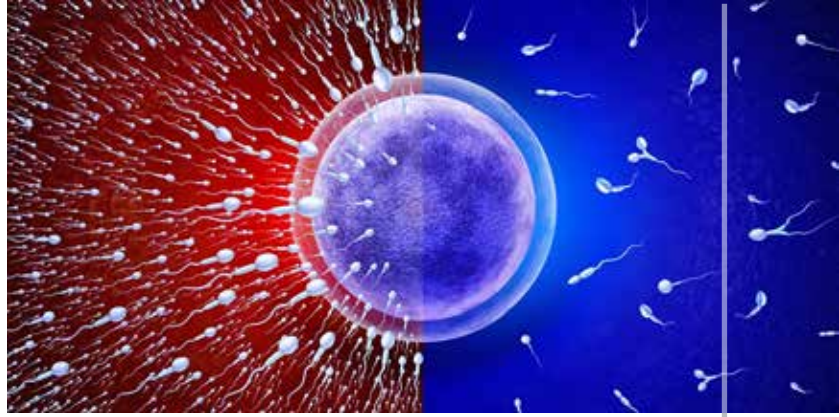
آموزش/مشاوره فرزندآوری خدمتی تأثیرگذار بر سلامت باروری جامعه است که طی سال‌های اخیر در سیستم بهداشتی کشور ارایه می‌شود. تمام زنان ۱۰ الی ۵۴ ساله همسر دار این خدمت را در خانه‌های بهداشت و پایگاه‌های سلامت دریافت می‌کنند. در این میان نقش بهورزان و مراقبان سلامت بسیار مؤثر است چرا که در اولین سطح ارتباطی قرار داشته و با جمعیت تحت پوشش و فرهنگ و عوامل اجتماعی اقتصادی حاکم بر آن منطقه آشنایند. چنانچه بهورزان و مراقبان سلامت بررسی‌های دقیق را انجام داده، افراد مشکوک به ناباروری را شناسایی و به پزشک و ماما ارجاع

دهند اولین قدم و مؤثرترین گام در جهت درمان برداشته شده است.

بهورز باید یک پل ارتباطی محکم با جمعیت تحت پوشش خود ایجاد کرده، اعتماد دختران نوجوان، زوجها و زنان متأهل در سنین باروری را جلب کرده و با اطلاع‌رسانی ابتدایی و آموزش، افراد مشکوک و نیازمند مشاوره را بیابد. پزشک و ماما نیز با انجام معاینه‌ها و آزمایش‌های لازم، علایم یا عوامل مستعدکننده ناباروری در فرد را کشف کرده، اقدام‌های پیشگیرانه یا درمانی را انجام داده و در صورت نیاز، زوجها را به مراکز سطح ۲ یا ۳ درمان ناباروری ارجاع می‌دهند.

درمان ناباروری

درمان ناباروری به علت و مدت زمان نابارور بودن، سن زوجها و اولویت‌های شخصی هر فرد بستگی دارد. برخی از دلایل ناباروری تصحیح و درمان نمی‌شوند. باید مد نظر داشته باشید که درمان ناباروری نیازمند حمایت مالی، فیزیکی، روانی، صرف زمان کافی و صبور بودن است و ممکن است در مراحل اولیه، موفقیتی حاصل نشود. با وجود پیشرفت دانش ناباروری، امروزه روش‌های متعددی برای درمان ناباروری وجود دارند که تحت عنوان روش‌های کمک باروری تعریف می‌شوند.



کمک باروری است. مراحل میکرواینجکشن همانند مراحل IVF است و تنها در یک مرحله با هم تفاوت دارند.

میکرواینجکشن بیشتر در مواردی که مرد قادر به انزال نیست یا تعداد اسپرمش بسیار کم است، مورد استفاده قرار می‌گیرد.

انتقال جنین به درون لوله رحم^۴ (ZIFT) و انتقال

سلول‌های جنسی به درون لوله رحم^۵ (GIFT)
روش ZIFT بسیار مشابه روش IVF است، با این تفاوت که حدود یک روز بعد از انجام لقاح تخمک و اسپرم در محیط آزمایشگاه، جنین تک سلولی تشکیل شده که زیگوت نام دارد توسط عمل لاپاراسکوپی به درون لوله رحم منتقل می‌شود. در صورت موفق بودن تمام مراحل فوق، زیگوت رشد کرده، وارد حفره رحم شده و در دیواره رحم لانه‌گزینی می‌کند، سپس به رشد خود ادامه داده و تبدیل به جنین می‌شود.

در روش GIFT اما سلول‌های تخمک و اسپرم تهیه شده از مرد و زن بدون این‌که لقاح داده شوند، به صورت ترکیب با هم و طی عمل لاپاراسکوپی وارد لوله رحمی می‌شوند. در این روش، لقاح به صورت طبیعی در لوله رحمی رخ می‌دهد و در صورت موفقیت‌آمیز بودن لقاح، سلول تخم تشکیل شده حرکت کرده، وارد رحم می‌شود و در دیواره رحم لانه‌گزینی می‌کند، سپس به رشد خود ادامه داده و تبدیل به جنین می‌شود.

روش‌های ZIFT و GIFT از روش‌های کمک باروری تهاجمی‌تری نسبت به IVF و ICSI محسوب شده و همچنین کمتر متداول هستند.

تخمک اهدایی، جنین اهدایی

در صورت وجود مشکلات جدی در تخمک زن یا اسپرم مرد، می‌توان از روش تخمک اهدایی یا جنین اهدایی استفاده کرد.

این روش‌ها با بهره‌گیری از روش‌های لقاح آزمایشگاهی IVF و ICSI انجام می‌شوند.

رحم اجاره‌ای (رحم جایگزین)

در صورتی که به دلایل مختلفی امکان لانه‌گزینی یا

روش‌های کمک باروری / درمان ناباروری

انواع روش‌های کمک باروری که امروزه رایج بوده شامل این موارد می‌شوند:

تلقیح داخل رحمی اسپرم^۱ (IUI)

در این روش، نمونه اسپرم از مرد تهیه می‌شود، سپس اسپرم‌ها شسته شده و در زمان نزدیک به تخمک‌گذاری خانم، درون رحم تلقیح می‌شوند. این روش بیشتر در مواردی از ناباروری پیشنهاد می‌شود که اسپرم به دلایل مختلف، توانایی رسیدن به تخمک را ندارد.

لقاح آزمایشگاهی^۲ (IVF)

یکی از رایج‌ترین روش‌های کمک باروری و درمان ناباروری است که شامل تحریک تخمدان برای تخمک‌گذاری، عمل تخمک‌گیری، لقاح تخمک با اسپرم مرد در ظروف مخصوص آزمایشگاهی و سپس انتقال جنین به رحم است. روش IVF معمولاً در موارد انسداد لوله‌های رحمی در زن یا کاهش تعداد یا تحرک اسپرم در مرد، مورد استفاده قرار می‌گیرد. درصد موفقیت IVF با توجه به مواردی مانند سن فرد، نوع مشکل ناباروری و سبک زندگی، متفاوت خواهد بود و پس از ۳۵ سالگی کاهش می‌یابد.

اگرچه برای زنان در سنین بالای ۴۰ سال، شانس موفقیت درمان ناباروری به‌طور چشمگیری کاهش پیدا می‌کند، اما هنوز این شانس بارداری وجود دارد. برای این افراد با استفاده از تخمک اهدایی، امکان بارداری به میزان بسیار زیادی افزایش پیدا می‌کند.

تزریق درون سیتوپلاسمی اسپرم^۳ (ICSI)

میکرواینجکشن (ICSI) یکی از مهم‌ترین روش‌های

1. Intrauterin insemination
2. In Vitro Fertilization
3. Intracytoplasmic sperm injection
4. Zygote intrafallopian transfer
5. Gamete Intra-Fallopian Transfer

نتیجه گیری

ناباروری یک مشکل فردی و اجتماعی است که پیامدهای متعدد و اغلب ناخوشایندی را برای زوجها ایجاد می‌نماید. عوامل جسمی، روحی و محیطی در ایجاد ناباروری موثر است. در پیش گرفتن زندگی سالم گام مهمی برای حفظ باروری و پیشگیری از ناباروری است. امروزه با پیشرفت روش‌های کمک باروری و درمانی، اغلب موارد ناباروری قابل درمان می‌باشد.

پیشنهاد

باتوجه به کاهش نرخ باروری کلی در سال‌های اخیر لازم است زوج‌های نابارور از حمایت‌های بیشتری از نظر دسترسی به مراکز تخصصی درمان ناباروری، تامین منابع مالی لازم و پوشش بیمه‌ای برخوردار شوند. آموزش و آگاه‌سازی جامعه نسبت به عوامل ایجادکننده ناباروری و راه‌های پیشگیری از آن به ویژه جهت گروه سنی جوانان ضروری به نظر می‌رسد و همکاری‌های بین بخشی از سوی وزارت بهداشت، صدا و سیما، سایر رسانه‌های عمومی و نیز سازمان‌های مردم نهاد را می‌طلبد.

رشد جنین، درون رحم زن وجود نداشته باشد، از روش رحم اجاره‌ای استفاده می‌شود. در این روش جنین تشکیل شده توسط روش‌های لقاح آزمایشگاهی مانند IVF، درون رحم فرد دیگری غیر از مادر ژنتیکی جنین رشد کرده و فردی که صاحب رحم جایگزین است وظیفه دارد طی مدت بارداری، تمام مراقبت‌های لازم را انجام داده و پس از اتمام بارداری، نوزاد را به پدر و مادر ژنتیکی خود تحویل دهد.

در کشور ما درمان ناباروری همپای علم روز جهان نسبت به دهه‌های گذشته پیشرفت چشمگیری داشته است و دسترسی به خدمات درمان ناباروری از طریق مراکز تخصصی درمان ناباروری در سراسر کشور میسر شده است.

اغلب مراکز درمان ناباروری با سازمان‌های بیمه‌گر برای ارائه خدمات ناباروری قرارداد دارند. در حال حاضر تسهیلات حمایتی خدمات درمان ناباروری در مراکز دولتی به میزان ۹۰ درصد تعرفه مصوب هیأت وزیران برای بخش دولتی و در مراکز خیریه و خصوصی معادل ۹۰ درصد تعرفه عمومی غیر دولتی است و سهم بیمار ۱۰ درصد از تعرفه بخش دولتی/غیر دولتی است.

References

- Hollos M, Whitehouse B. Women in limbo: Life course consequences of infertility in a Nigerian community. Hum Fertil. 2014;17(3):188-91. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- Meng Q, Ren A, Zhang L, Liu J, Li Z, Yang Y, et al. Incidence of infertility and risk factors of impaired fecundity among newly married couples in a Chinese population. Reprod Biomed Online. 2015;30(1):92-100. doi: 10.1016/j.rbmo.2014.10.002 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
- Aladashvili-Chikvaidze N, Kristesashvili J, Gegechkori M. Types of reproductive disorders in underweight and overweight young females and correlations of respective hormonal changes with BMI. Iran J Reprod Med. 2015;13(3):135-40. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- Bayu D, Egata G, Kefale B, Jemere T. Determinants of Infertility among Married Women Attending Dessie Referral Hospital and Dr. Misganaw Gynecology and Obstetrics Clinic, Dessie, Ethiopia. Int J Reprod Med. 2020;2020:1-6. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- Haddis Fikrewold, Sahleyesus Daniel, Tensou Biruk. Infertility in Ethiopia: prevalence and associated risk factors. Popul Assoc Am Annu Meet [Internet]. 2010;1-14. Available from: <https://paa2010.princeton.edu/papers/101024> [Google Scholar]
- Gaskins AJ, Sundaram R, Buck Louis GM and CJ. Predictors of sexual intercourse frequency among couples trying to conceive. J Sex Med [Internet]. 2018;15(4):519-528. Available from: doi: 10.1016/j.jsxm.2018.02.005 [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
- Ministry of Health guidelines



آموزش بر پایه مدل اعتقاد بهداشتی

زوایه نگاهت به دنیا را عوض کن!

اهداف آموزشی

از فراگیران انتظار می‌رود پس از مطالعه این مقاله:

رفتار را شرح دهند.

لزوم تغییر رفتار را توضیح دهند.

مدل اعتقاد بهداشتی را تعریف کنند.

سازهای مدل اعتقاد بهداشتی را بیان کنند.

دکتر طیبه مهروری

معاون بهداشت
دانشکده علوم پزشکی گراش



فاطمه کیانپور

مسئول بهورزی
دانشکده علوم پزشکی گراش



محمد اسماعیلی

رئیس گروه آموزش و ارتقای سلامت معاونت
بهداشتی دانشکده علوم پزشکی گراش



زهره نصراله زاده

کارشناس آموزش و ارتقای سلامت
دانشگاه علوم پزشکی مشهد



(پنهان) یا دیگران (آشکار) مشاهده شود. رفتار می‌تواند ساده یا پیچیده باشد. برخی رفتارها به مهارت نیاز ندارند و برخی دیگر نیازمند مهارت‌آموزی هستند. فرد برای انجام یک رفتار باید تصمیم‌گیری کند در حالی‌که برخی رفتارها به عادت تبدیل شده‌اند و برای انجام آن فرد هیچ فکری نمی‌کند. مثل رانندگی که در ابتدا نیاز به مهارت‌آموزی و تفکر دارد ولی وقتی بر اثر تکرار در مدت طولانی به عادت تبدیل شد، فرد بدون فکر و تأمل براحتی تمام مهارت‌های آموخته شده را انجام می‌دهد. برای انجام یک رفتار فرد باید ابتدا دانش کافی کسب کرده و نسبت به آن نگرش پیدا کرده باشد. سپس برای انجام آن قصد کرده و در نهایت آن رفتار خاص را انجام دهد.

چرا به تغییر رفتار نیازمندیم؟

در شرایط حاضر، با وجود نیاز افراد و جوامع به سبک زندگی سالم، متأسفانه انتخاب اول بسیاری از افراد، سبک زندگی سالم نیست. بنابراین کمک به افراد و جوامع برای تغییر رفتارهای ناسالم

انسان امروز برای تغییر دادن سبک زندگی خودش نیاز به تغییر رفتار دارد و برای دستیابی به این مهم باید به دو راهبرد مهم متوسل شود. دانشمندان در این حیطة از تغییر رفتار مبتنی بر جامعه^۱ و تغییر رفتار مبتنی بر فرد^۲ سخن می‌گویند. راهبرد نخست بر همکاری بین‌بخشی و مشارکت اقشار مختلف جامعه و فناوری مناسب تأکید دارد و راهبرد دوم نیازمند تسلط و تجهیز ارایه دهندگان خدمات بهداشتی به مهارت‌های مرتبط با مشاوره و آموزش متناسب با نیازهای مراجعه‌کنندگان و گیرندگان خدمات بهداشتی و ابزارهای مربوط است.

رفتار چیست؟

«رفتار» پاسخی است که فرد به محرک‌ها یا موقعیت‌های مختلف می‌دهد تا در دنیای بیرون عملکرد داشته باشد. بدین وسیله خود را در دنیای بیرونی هدایت می‌کند. رفتار همان اعمال فرد را در بر می‌گیرد که بر محیط اطراف تأثیر می‌گذارد، قابل اندازه‌گیری است و می‌تواند توسط خود فرد

جدول شماره ۱: مراحل تغییر رفتار

مرحله	تعریف	مداخله
پیش تفکر	مشکل را انکار می‌کند و نمی‌خواهد عوض شود.	فرد را آگاه کنید، به او وقت بدهید و ارتباط دوستانه را حفظ کنید.
تفکر	می‌داند مشکل وجود دارد ولی هنوز متعهد به اقدام نیست.	انگیزه را نگه دارید. آگاه کنید. اثرات مثبت و منفی را متعادل کنید.
آمادگی	تصمیم می‌گیرد اقدام کند و شروع به برنامه‌ریزی می‌کند.	از تصمیم او برای تغییر حمایت کنید و برای پیدا کردن راهکار به او کمک کنید.
عمل	برای مقابله با مشکل، فرد تغییراتی در سبک زندگی خود می‌دهد.	فهرستی از عوارض ناشی از رفتار پرخطر قبلی را به او گوشزد کنید. در باره مشکل گفت و گو کنید. طرحی برای عود آماده کنید.
نگهداری	برای پیشگیری از عود تلاش می‌کند و مهارت‌های کسب کرده و الگوهای رفتاری را تقویت می‌کند.	تحمل داشته باشید. آمادگی وقوع عود را داشته باشید. شبکه حمایتی را تقویت کنید.

و انتخاب و اتخاذ رفتارهای سالم بیش از پیش اهمیت دارد.

تغییر رفتار، فرایندی است که طی آن فرد نگرش، عقاید، ادراکات و احساسات خود را برای در پیش گرفتن رفتاری جدید تغییر دهد و رفتار جدید را برای تأمین سلامت جسم و روان خود جایگزین رفتار قبلی کند. برای تغییر رفتار باید یک محرک وجود داشته باشد، فرد باید به این محرک واکنش نشان داده، محرک را ارزیابی کند سپس بسنجد که آیا امکان تغییر رفتار وجود دارد؟ اگر بلی، برای این تغییر، برنامه ریزی و زمان بندی کند.

مدل های تغییر رفتار

مدل ها، به تشخیص و درک عوامل مؤثر بر رفتار و تعیین نحوه عملکرد این عوامل کمک می کنند. از میان مدل های مختلف تغییر رفتار در ادامه به یکی از مهم ترین آن ها اشاره می کنیم:

مدل اعتقاد بهداشتی

مدل اعتقاد بهداشتی یک مدل جامع است که بیشتر در پیشگیری از بیماری نقش دارد تا کنترل آن، اما باید توجه داشت مدل مذکور برای پیشگیری ثانویه روی کنترل بیماری متمرکز است. به موجب این مدل، فرد هنگامی عمل بهداشتی را انجام می دهد که تهدید، حساسیت، شدت بیماری و ارزش بهداشتی آن عمل را درک کند. اثربخشی این مدل تاکنون در مورد مسایلی نظیر غربالگری ماموگرافی، مسواک زدن، پیشگیری از ایدز، پیشگیری از سرطان دهانه رحم، پیشگیری از لیشمانیوز جلدی و... بررسی شده است. بر اساس این الگو، برای اتخاذ عملکردهای پیشگیری کننده، افراد باید نخست در برابر مسأله، احساس خطر کرده (حساسیت درک شده)، سپس عمق این خطر و جدی بودن عوارض مختلف آن را در ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی خود درک کنند (شدت درک شده). همچنین با علایم مثبتی که از محیط اطراف یا محیط داخلی خود

می گیرند (راهنمای عمل)، مفید و قابل اجرا بودن برنامه پیشگیری را باور کنند (منافع درک شده) و عوامل بازدارنده از اقدام به عمل را نیز کم ارزش تر از فواید آن ببینند (موانع درک شده).

سازهای مدل اعتقاد بهداشتی

تهدید درک شده: یعنی فرد احساس کند در معرض تهدید ابتلا به یک بیماری قرار گرفته و رفتار پیشگیری کننده ای را اتخاذ کند. تهدید درک شده تحت تأثیر دو عامل قرار دارد:

۱. حساسیت درک شده: باور ذهنی فرد نسبت به یک بیماری کسب شده یا مشکل؛ صدمه و آسیب احتمالی حساسیت یعنی درک شخص از استعدادش برای ابتلا به بیماری خاص. خطر شخصی و حساسیت فردی یکی از قوی ترین ادراکات جهت واداشتن افراد به اتخاذ رفتار سلامتی است. منطقی به نظر می رسد زمانی که افراد باور داشته باشند که در معرض یک بیماری هستند، با احتمال بیشتری دست به اقدام هایی برای جلوگیری از وقوع آن می زنند و برعکس.

۲. شدت درک شده: باورذهنی فرد وقتی که خودش را در معرض یک بیماری؛ مشکل؛ صدمه و آسیب می بیند. این درک افراد اکتسابی بوده که یا فرد قبلاً آن را تجربه کرده یا به نوعی درگیر آن بوده است. اگر تهدید درک شده برای یک بیماری جدی که خطرات واقعی دارد وجود داشته باشد، احتمال تغییر رفتار در فرد بالا می رود. درک و تصویر ذهنی شخص از بیماری خودش با توجه به علایم؛ نشانه ها و محدودیت هایی که به دنبال دارد؛ باعث تغییرات موقت یا دایمی در شرایط زندگی ارتباطات عاطفی؛ خانوادگی؛ شغلی و حتی روابط اجتماعی فرد با دیگران می شود. درک شخص نسبت به شدت بیماری که ممکن است نتایج جسمی و روحی داشته باشد. احساس و باور انتزاعی فرد بستگی به شدت و وسعت آسیبی دارد که می تواند در نتیجه ابتلا به بیماری، عدم درمان بیماری یا وضعیت زیانبار حاصل از یک رفتار خاص پدید آید. این

یا پیشگیری از آن تأثیر زیادی دارد اما این رفتار، پرهزینه، دشوار، ناخوشایند، دردناک یا آشفته‌کننده هم هست. این جنبه‌های منفی که به طور بالقوه در انجام رفتار سلامتی خاصی وجود دارد همان موانع درک شده توسط فرد هستند که ممکن است او را از انجام یک عمل و رفتار مثبت بازدارند.

استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی در عمل

در برنامه‌ریزی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی، موارد زیر را در نظر داشته باشید:

- حداقل چند نفر یا چه تعداد از اعضای گروه هدف، احساس آسیب پذیری می‌کنند و عقیده دارند که تهدید می‌تواند از طریق بعضی اعمال که دارای هزینه قابل قبول هستند، کاهش داده شود؟
- توجه داشته باشید که کدام یک از دانش آموزان، بیماران یا مراجعان ... برای انجام فعالیت‌های توصیه شده در طول زمان احساس شایستگی می‌کنند؟
- کدامیک از فراگیران و چه تعدادی از آن‌ها، جدی بودن مشکل را درک کرده‌اند؟

درک آسیب پذیری و جدی بودن، اجزای شناختی قوی دارند که نسبتاً به دانش و آگاهی وابسته هستند. در هنگام کار با افراد جوان باید در نظر داشت که جوان‌ترها اغلب جدیت موقعیت‌ها

ادراک از شخصی به شخص دیگر متفاوت است. فرد بعد از بررسی و درونی کردن اطلاعاتی چون میزان درد ناشی از بیماری، میزان مرگ و میر ناشی از آن، نتایج اجتماعی بیماری (تأثیر روی کار، اثر روی زندگی خانوادگی، ارتباطات اجتماعی) در نهایت تصویری از شدت بیماری برای خود ایجاد می‌کند. با توجه به این ارزیابی، فرد جدی بودن بیماری را درک کرده و این درک، منجر به این می‌شود تا او اقدام به پذیرش رفتار پیشگیری‌کننده کند.

منافع درک شده: باور فرد از منافع و سودمندی حاصل از اتخاذ رفتارهای مناسب است و درست در مقابل بیماری؛ صدمه و آسیب قرار می‌گیرد. در این حالت اعتماد فرد به مزایای روش‌های پیشنهادی برای کاهش خطر یا وخامت بیماری اهمیت دارد. افراد زمانی رفتار سالم‌تر را اتخاذ می‌کنند که عقیده داشته باشند رفتار جدید شانس پیشرفت بیماری را کاهش دهد. متخصصان آموزش بهداشت لازم است به مردم آموزش لازم و درست را در مقابل یک بیماری؛ صدمه و آسیب بدهند. نقش آموزش بهداشت در این سازه، برجسته سازی مزایا و منافع حاصل از آن رفتار است.

موانع درک شده: گاهی فرد ممکن است تصور کند که انجام یک رفتار اگرچه در کاهش عوارض بیماری

جدول (۱)

سازه	تعریف	راهبرد	مثال کاربرد مدل اعتقاد بهداشتی در آموزش جوانان در مورد ایدز
حساسیت درک شده	باورهای فرد درباره استعداد و شانس قرار گرفتن در یک موقعیت و شرایط (ابتلا به بیماری)	<ul style="list-style-type: none"> • تعریف جمعیتی که در معرض خطر است و سطح خطر • طراحی اطلاعات مرتبط با خطر بر اساس خصوصیات و رفتارهای افراد • کمک به افراد برای پیدا کردن درک درست از خطری که تهدیدشان می‌کند. 	<ul style="list-style-type: none"> • به جوانان فیلم‌هایی نشان بدهید که احتمال ابتلای آن‌ها را به این حالت نشان می‌دهد. • به جوانان آمارهای جدیدی را از سن جوانان یا از جامعه‌شان با توجه به حالت مورد نظر ارائه دهید. • از سخنرانان مهمان یعنی کسانی که علاقمند به مشارکت جوانان در تجربیات شان با این حالت هستند، دعوت کنید تا سخنرانی کنند.
شدت درک شده	باورها درباره جدی بودن موقعیت و عواقب حاصل از آن	<ul style="list-style-type: none"> • مشخص کردن عواقب و اقدام‌های توصیه شده 	<ul style="list-style-type: none"> • از جوانان بخواهید به سؤالاتی درباره شدت بیماری یا اینکه چگونه می‌خواهند از آن دوری کنند، پاسخ دهند.

سازه	تعریف	راهبرد	مثال کاربرد مدل اعتقاد بهداشتی در آموزش جوانان در مورد ایدز
منافع درک شده	باورها درباره اثرگذاری اقدام درک‌هایش خطر یا جدی بودن آن	توضیح در مورد اینکه چگونه، کجا و چه وقت باید اقدام انجام گیرد؟ و چه نتایج مثبت بالقوه‌ای خواهد داشت.	<ul style="list-style-type: none"> به طور واضح و با استفاده از منابع مطمئن، درباره فواید عمل توصیه شده صحبت کنید مثل آگاهی یا آمارهایی از مراکز کنترل و پیشگیری بیماری، مرکز جراحی عمومی و... از جوانان دعوت کنید که به مطالب مربوط به فواید عمل مطلوب گوش دهند و سپس بتدریج به آن‌ها کمک کنید که تمام اسلایدهای مربوط به موضوع را ببینند. بحث گروهی در این خصوص داشته باشید.
موانع درک شده	باورها درباره هزینه‌های روانی و مادی که اقدام در پی دارد.	قوت قلب دادن مجدد، تشویق‌ها، کمک و رسیدگی، تصحیح سوءبرداشت‌ها	<ul style="list-style-type: none"> درباره تمام موانع تصور شده برای عملکرد، بارش افکار گروهی ایجاد کنید، سپس از جوانان بخواهید که یک یا دو مانعی که در مورد آن‌ها صادق است، انتخاب کنند. به جوانان فهرستی از موانع رایج برای عملکرد ارائه دهید. از آن‌ها بخواهید دور موردی که درباره آن‌ها صادق است، دایره بکشند. یک فیلم ویدیویی نشان دهید یا در مورد یک بیمار صحبت کنید، به طوری که جوانان بتوانند موانع تجربه شده توسط شخص دیگر را تشخیص دهند.
راهنما برای عمل	عواملی که آمادگی برای تغییر را فعال می‌کند.	فراهم کردن اطلاعات «چگونگی» ارتقای آگاهی و به کارگیری سیستم یادآوری	<ul style="list-style-type: none"> برای جوانان هدایای کوچکی مثل مداد، جاکلیدی و... که شامل یادآوری بعدی از پیام یا عملکرد توصیه شده باشد، فراهم کنید. پوسترهایی را درباره پیام‌های مربوط به عملکرد در مکان‌های خودتان نصب کنید. جوانان را تشویق کنید تا درباره موضوعات مطالبی بنویسند یا پروژه‌های هنری ترتیب دهید که از طریق سرگرمی پیام مربوط به عمل را بیان می‌کنند. برنامه‌های ویژه را سازماندهی کنند که پیام عمل مورد نظر را در معرض نمایش می‌گذارند.
خودکارآمدی	اطمینان از توانایی شخص به انجام رفتار	<ul style="list-style-type: none"> فراهم کردن تمرین و راهنما در انجام عمل استفاده از ساختار اهداف به صورت پیش رونده تقویت کلامی نمایش دادن رفتارهای مطلوب 	<ul style="list-style-type: none"> مشاهده تمرین مهارتی آن‌ها بحث با آن‌ها درباره تمرین شان که ممکن است شک‌هایی را ایجاد کند یا موانع درک شده برای اطمینان از کاربرد مهارت تقویت مثبت رفتارهای مطلوب و تعیین گام‌هایی برای رسیدن به هدف مطلوب انجام یک بررسی خلاصه بدون نام، بعد از جلسه کسب مهارت به منظور مشخص شدن سؤالات یا نگرانی‌هایی که ممکن است وجود داشته باشد.



یکی از اساسی‌ترین راهبردها برای ترویج شیوه زندگی سالم در جامعه، آموزش سلامت و اصلاح رفتارهای مرتبط با سلامت است.



آموزش سلامت و اصلاح رفتارهای مرتبط با سلامت است. در این راستا استفاده از مدل‌های آموزش بهداشت اجتناب‌ناپذیر است. براساس این مدل‌ها، مداخلات آموزش سلامت بر اساس وضعیت موجود و میزان توانمندی مردم و نیز امکان جلب مشارکت گروه‌های مختلف جامعه طراحی و اجرا می‌شود.

پیشنهادها

از آنجایی که آموزش دهندگان سلامت، بویژه ارایه‌دهندگان خط اول خدمات، پیشگامان درک بهتر رفتار انسان و دریافت روش‌های جدید در جهت ارتقای سلامت هستند؛ آموزش این مدل‌ها برای شان امری ضروری به نظر می‌رسد.

را درک می‌کنند اما ممکن نیست که خودشان را به عنوان افراد آسیب‌پذیر در نظر بگیرند. این یک مشکل ادراکی است که غلبه کردن بر آن نیز سخت است اما این غلبه، پیش نیاز یک شیوه زندگی سالم است. این درک با نگرش‌ها، دانش و عقاید مرتبط می‌شود.

جدول (۱) راهنمای مفیدی در خصوص کاربرد مدل اعتقاد بهداشتی در آموزش است.

نتیجه‌گیری

برخورداری از سلامت و اتخاذ رفتار سالم یکی از ارکان اصلی پیشرفت جوامع است. یکی از اساسی‌ترین راهبردها برای ترویج شیوه زندگی سالم در جامعه،

منابع

- املائی خوزانی سمیرا، زارعیان آرمین، روشندل مریم. بررسی تأثیر برگزاری جلسات آموزشی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر نگرش سربازان در پیشگیری از مصرف سیگار. مجله علوم مراقبتی نظامی، ۲۰۱۵؛ ۲ (۲): ۶۳-۶۸.
- کریمی محمود، ضاربان ایرج، منتظری علی، امین شکروی فرخنده. بررسی تأثیر آموزش بر اساس مدل اعتقادی بهداشتی بر رفتارهای پیشگیری کننده از بارداری ناخواسته. مجله زنان، مامایی و نازایی ایران، ۱۳۹۱؛ ۱۵ (۲۳): ۱۸-۲۷.
- شریفی راد غلامرضا، هزاوه‌ای محمد مهدی، حسن زاده اکبر، دانش آموز عبدالباسط. بررسی تأثیر آموزش بهداشت بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر عملکرد پیشگیری کننده از کشیدن سیگار در دانش آموزان اول دبیرستان. مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک، ۲۰۰۷؛ ۱۰ (۱): ۷۹-۸۶.
- سنگستانی مهتا، علامه مطهره. مجموعه شیوه زندگی سالم میانسالان جلد سوم مشاوره برای تغییر رفتار سلامت (SOC). نوبت اول. قم: نشر اندیشه ماندگار؛ ۱۳۹۹
- ناصر محمدی، شهرام رفیعی فر و... برنامه جامع درسی آموزش سلامت ویژه کارشناسان آموزش سلامت جلد اول، نشر مهر رواش ۱۳۸۵
- محسن صفاری، داود شجاعی زاده و... نظریه‌ها، مدل‌ها و روش‌های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت. نشر آثار سبحان، ۱۴۰۲

آن روزها، من (عروس خانواده) آموزش زیادی در برنامه سالمندان ندیده بودم و هنوز به اهمیت اختلال شناختی خفیف که به عنوان یک مرحله میانی بین شناخت طبیعی و مرحله زوال عقل است، آگاه نبودم و بیماری‌های مادر شوهرم را از قبیل دیابت، سابقه سکته مغزی، فشار خون بالا، کلسترول بالا و چاقی که به عنوان عوامل خطر برای اختلال عملکرد شناختی شناسایی شده‌اند، را مورد غفلت قرار دادم.

به خاطر دارم روزی از ایشان پرسیدم که چطور وزن کم کرده‌اند که پاسخ دادند من گوشت‌هایم را دوست داشتم، من متأسفانه حتی به کاهش وزن ناخواسته هم بی‌توجه بودم.

اندکی بعد ویروس کرونا از راه رسید و با محدودیت‌های اجتماعی، کاهش فعالیت‌هایی مانند خرید و دید و بازدیدها که منجر به کاهش تعاملات اجتماعی شد، اوضاع وخیم‌تر گردید به این ترتیب، اولین مراجعه به پزشک متخصص طب سالمندان انجام شد.

تشخیص پزشکی بعد از انجام ام آرآی، دفعات مکرر سکته مغزی بود که علامت واضحی نداشتند. بعد از آن در بین اعضای خانواده شروع شد به نقد و بررسی موضوع دمانس عروقی ایجاد شده... و اگرها و ای کاش‌هایی پی در پی... اگر در شرایط تروما و آسیب جدی ناشی از سرطان مادر، درمان‌های اعصاب و روان هم موازی با درمان‌های مربوط به سرطان، انجام می‌شد... اگر در هنگام سوگ سه تن از اعضای خانواده که شرایط هولناکی بود و مستلزم درمان تخصصی توسط روانشناسان و روانپزشکان بود، زودتر مراجعه کرده بودیم... اگر وقتی ایشان دچار اضطراب فراگیر ناشی از احساس گناه به علت اصرار به فرزندان برای سفری که منجر به تصادف و فوت فرزندان شد، درمان شروع می‌شد... اگر غربال‌گری در برنامه



یک تجربه، یک درس

مادر بزرگ را دیدیم، غم‌ها و سکته‌هایش را نه!

زهرا محمدی

کارشناس برنامه سالمندان
دانشگاه علوم پزشکی سبزوار



خطرسنجی پیشگیری از سکته‌های قلبی و مغزی انجام شده بود و مسأله فشارخون و آزمایش‌های قند و چربی موجود در بوکلت چارت‌ها مورد تأکید قرار گرفته بود... اگر غربال‌گری افسردگی بدرستی انجام شده بود... و اگر کم‌دقتی در تشخیص سکته‌های مغزی ایسکمیک حاد نمی‌بود... شاید مادری سالم و سرحال در خانه برای ما و نوه‌ها، سرمایه‌ای ستودنی بود. البته که حضور بزرگ‌ترها حتی در شرایط ناتوانی، مایه خیر و برکت و عاملی برای جمع شدن‌های بچه‌هاست.

عوامل مرتبط با اختلال شناختی

رفتار شناختی ممکن است تحت تأثیر عوامل خاصی از جمله سن، جنسیت، شاخص توده بدنی، اعتیاد به الکل و سیگار، سطح تحصیلات و رژیم غذایی ناسالم افراد قرار گیرد. بیماری‌هایی مانند دیابت، داروها، سابقه سکته مغزی، فشارخون بالا، بیماری عروق مغزی، کلسترول و چاقی به عنوان عوامل خطر برای اختلال عملکرد شناختی شناسایی شده‌اند.

چندین عامل روانی اجتماعی به عنوان مثال: خستگی ذهنی با تحریک بیش از حد قشر بینایی، افسردگی، تنهایی، فقدان حمایت اجتماعی، اضطراب و محرومیت از خواب نیز به عنوان عوامل حیاتی برای کاهش عملکرد شناختی در نظر گرفته شدند.

محرومیت از خواب و محدودیت نسبی خواب به دلیل شیوع بی‌قراری طولانی مدت به عملکرد شناختی آسیب می‌رساند. علاوه بر این، عواملی مانند ساعات کاری طولانی و فشارهای شغلی نیز به عنوان عوامل خطر برای اختلال عملکرد شناختی شناسایی شده‌اند.

بنابراین، با شناخت اهمیت این عوامل خطر، می‌توان در گسترش مراقبت‌های بموقع از افرادی

که در معرض خطر بالای اختلال شناختی هستند، اقدام موثر انجام داد.

با توجه به هزینه‌های بالای درمان سالمند مبتلا به انواع دمانس لذا انجام معاینات دوره‌ای توسط مراقب سلامت و بهورز و معاینات پزشکی بسیار اهمیت دارد؛ لذا اقدام در جهت بهبود ذخیره شناختی، کسب مهارت جدید، حضور در اجتماع، سبک زندگی سالم، فعالیت بدنی، رژیم غذایی متعادل، مدیریت استرس سالمندان، انجام غربال‌گری و معاینات منظم سالمندان توصیه می‌شود.

پیشنهادها

با توجه به اهمیت استقلال در سالمندی موفق، لازم است با آموزش سبک زندگی سالم (موجود در مجموعه کتاب‌های تغذیه در دوران سالمندی، سلامت روان در دوران سالمندی، فعالیت بدنی در دوران سالمندی و توانبخشی در دوران سالمندی؛ راهنمای بهبود شیوه زندگی در سالمندان) و انجام غربال‌گری افسردگی و مشاوره بموقع و آموزش روش‌های مدیریت استرس می‌توان تأثیرات ناشی از اختلالات شناختی را کاهش داد و زندگی با کیفیت را در هر سن و سالی، تجربه کرد و از طرفی در صورت شک به دمانس با شناسایی و درمان زودهنگام به کندشدن روند بیماری کمک کرد.

منابع

- تغذیه در دوران سالمندی، راهنمای بهبود شیوه زندگی در سالمندان، چاپ اول ۱۴۰۱
- سلامت روان در دوران سالمندی، راهنمای بهبود شیوه زندگی در سالمندان، چاپ اول ۱۴۰۱
- توانبخشی در دوران سالمندی، راهنمای بهبود شیوه زندگی در سالمندان، چاپ اول ۱۴۰۲
- برنامه کشوری دمانس در نظام سلامت ایران جهت اجرا در بازه زمانی ۱۴۰۵-۱۴۰۰



آشنایی بهورزان با شیوه های صرفه جویی در منابع مختلف

درست مصرف کردن و خوب زندگی کردن



هاجر خاکسار فسایی
مربی مرکز آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی فسا



مرضیه طالبی
مربی مرکز آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی فسا



عبدالحمید ارشدی نژاد
سرپرست مرکز آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی فسا

اهداف آموزشی

امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه مقاله:

راهکارهای کاهش مصرف برق در خانه های بهداشت را بیان کنند.

موارد مدیریت مصرف آب در محل کار را بشناسند.

راه های صرفه جویی در وسایل مصرفی و غیرمصرفی را فهرست کنند.

مواد و لوازم مورد نیاز خود دسترسی داشته باشیم و همچنین از اسراف یا سوء استفاده جلوگیری کنیم.

مدیریت مصرف

همراه با رشد سریع اقتصادی و بهبود سطح صنعتی شدن جوامع، میزان آلودگی‌های زیست محیطی و مصرف انرژی و به ویژه مصرف برق در حال افزایش است. در این بین افزایش مصرف انرژی در کشورهای در حال توسعه نسبت به کشورهای توسعه یافته بیشتر است. به همین دلیل بیشتر کشورها راهبردهای صرفه‌جویی در انرژی و عدم تولید گازهای گلخانه‌ای را در برنامه‌های توسعه خود گنجانده اند.

آز آن‌جا که مصرف انرژی یک رفتار محسوب می‌شود، لذا آگاه‌سازی و آموزش کارکنان می‌تواند موجب تغییر رفتارها و نگرش‌های سازمان نسبت به مسأله بهینه‌سازی مصرف انرژی شود. ممکن است در دید اول این‌گونه در ذهن ترسیم شود که عملکرد یک فرد در این زمینه تأثیر چندانی نخواهد داشت در صورتی که اگر آگاهی‌های لازم به افراد داده شده و فواید صرفه‌جویی به طور کامل تبیین شود، هر شخص ناخودآگاه به سمت اصلاح رفتار خود پیش خواهد رفت و همچنین اگر تلاش شود بیشتر افراد به این باور دست یابند، در مجموع نتایج مطلوبی حاصل خواهد شد.

امروزه سازمان‌ها و ادارات از مکان‌های پرمصرف حامل‌های انرژی از قبیل آب، گاز و برق هستند که مصرف بی‌رویه این انرژی‌ها علاوه بر افزایش هزینه‌های سازمان موجب هدر رفت و ایجاد آلاینده‌های زیست محیطی نیز خواهد شد، لذا آرایه آگاهی به کارکنان کمک شایانی در زمینه کاهش مصرف انرژی و استفاده بهینه از آن خواهد کرد.

به طور کلی رفتار صرفه‌جویی در مصرف انرژی به دو دسته اساسی تقسیم شده است:

اقدام‌های عادی مانند محدود کردن رفتار، تنظیم رفتار، ایجاد تغییرات در عادات‌های مصرف و

در دنیای امروز، با توجه به افزایش جمعیت، رشد صنعتی و به تبع آن، افزایش تقاضا برای منابع انرژی، صرفه‌جویی در مصرف حامل‌های انرژی و مواد مصرفی در ادارات دولتی به عنوان یک ضرورت ملی مطرح شده است.

ادارات دولتی به عنوان یکی از بزرگ‌ترین مصرف‌کنندگان انرژی و مواد، نقشی کلیدی در بهینه‌سازی مصرف و حفظ منابع ایفا می‌کنند. صرفه‌جویی در انرژی و مواد مصرفی و غیر مصرفی در خانه بهداشت، نه تنها به نفع اقتصاد و حفظ محیط زیست است، بلکه می‌تواند به بهبود کیفیت خدمات ارائه شده و رضایت مراجعان نیز کمک کند.

انرژی به عنوان منبعی تجدیدپذیر و با صرفه اقتصادی، نقش اساسی در اقتصاد و صنعت دارد. بنابراین صرفه‌جویی و مصرف درست آن می‌تواند به عنوان یک مسؤلیت اجتماعی مهم در نظر گرفته شود. برای ترویج صرفه‌جویی در جامعه و همچنین مدیریت مصرف در سازمان‌ها و دستگاه‌های مختلف دولتی و غیردولتی لازم است شناختی نسبی از مواد مختلف که به مصرفی یا غیرمصرفی تقسیم می‌شوند، داشته باشیم.

مصرفی: موادی هستند که در طول زمان در سازمان‌ها، ادارات و... استفاده می‌شوند و باید به طور منظم دوباره جایگزین شوند.

کاغذ، خودکار، مداد، جوهر چاپگر، کاغذ توالی، حوله کاغذی، محصولات شوینده و... از این جمله‌اند.

مواد غیر مصرفی: موادی هستند که می‌توان از آن‌ها برای مدت طولانی بدون نیاز به تعویض استفاده کرد. شامل مواردی مانند: میز و صندلی، تجهیزات رایانه‌ای، لوازم اداری، وسایل نقلیه و...

به عنوان اولین و مهم‌ترین قدم به یک برنامه برای مدیریت مواد مصرفی و غیر مصرفی در محل کار نیاز داریم. این برنامه به ما کمک می‌کند همیشه به



افزایش بهره‌وری: با ارتقای فرهنگ صرفه‌جویی در ادارات دولتی، شاهد افزایش نظم و انضباط و به تبع آن، افزایش راندمان و بهره‌وری خواهیم بود.

الگوسازی برای جامعه: ادارات دولتی به عنوان الگوی جامعه، با ترویج فرهنگ صرفه‌جویی، می‌توانند نقشی کلیدی در ارتقای این فرهنگ در سطح جامعه ایفا کنند.

برخی راهکارهای عملی برای صرفه‌جویی

صرفه‌جویی در مصرف برق و گاز: امروزه همه ما از مسایل زیست محیطی مثل آلودگی هوا، گرم شدن زمین و ... رنج می‌بریم. اما در این میان، انرژی برق یکی از پاک‌ترین انرژی‌ها به حساب می‌آید و می‌تواند بسیاری از این مخاطرات را، که در اثر استفاده بی‌رویه از انرژی‌های دیگر ایجاد شده‌اند کاهش دهد. به همین علت صرفه‌جویی در انرژی برق بیشتر از سایر انرژی‌ها اهمیت دارد.

- استفاده از لامپ‌های LED: لامپ‌های LED به مراتب کم‌مصرف‌تر از لامپ‌های رشته‌ای هستند.
- استفاده از لوازم برقی با برچسب انرژی بالا: لوازم برقی با برچسب انرژی بالا، راندمان بیشتری دارند و انرژی کمتری مصرف می‌کنند.
- خاموش کردن لوازم برقی و الکترونیکی هنگام عدم استفاده: بسیاری از لوازم برقی حتی در حالت خاموش نیز برق مصرف می‌کنند. برای جلوگیری از این اتلاف انرژی، بهتر است وسایل

فعالیت‌های مدیریت خرید مثل استفاده از فناوری‌های کارآمد و وسایل کم مصرف.

مدیریت رفتار مربوط به کاهش مصرف انرژی از طریق تغییرات رفتاری، مانند تنظیم روشنایی اتاق‌ها، تنظیم سیستم گرمایشی و سرمایشی و غیره اشاره دارد که تحت تأثیر عواملی مانند دانش، انگیزه، توانایی‌ها و متغیرهای اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی خانوارها قرار دارد. مدیریت رفتار خرید، برگرفته از نظریات اقتصادی است و به نحوه خرید وسایل کم مصرف و با بهره‌وری بالا برای صرفه‌جویی در انرژی اشاره دارد.

مزایای صرفه‌جویی در ادارات دولتی

صرفه‌جویی در انرژی و مواد مصرفی و غیرمصرفی در خانه‌های بهداشت و ادارات دولتی، نه تنها به نفع اقتصاد و حفظ محیط زیست است، بلکه می‌تواند به بهبود کیفیت خدمات ارائه شده و رضایت مراجعان نیز کمک کند.

کاهش هزینه‌ها: صرفه‌جویی در مصرف انرژی و مواد مصرفی، منجر به کاهش چشمگیر هزینه‌های جاری ادارات دولتی می‌شود. این امر، منابع مالی را برای سایر بخش‌های ضروری کشور آزاد می‌کند.

حفاظت از محیط زیست: مصرف بی‌رویه انرژی و مواد، پیامدهای مخربی برای محیط زیست به دنبال دارد. صرفه‌جویی در ادارات دولتی، گامی مهم در جهت حفظ محیط زیست و کاهش آلودگی‌ها خواهد بود.



را (رایانه، چاپگر و...) از برق جدا کنید. این عمل به ظاهر کوچک هم مصرف برق را کم می‌کند و هم طول عمر دستگاه را افزایش می‌دهد. برای سهولت در امر صرفه‌جویی در مصرف برق می‌بایست هر لامپ، کلید مخصوص به خود را داشته باشد.

- استفاده از سنسورهای روشنایی هوشمند در محل‌های کم تردد مانند راه پله‌ها، انباری، پارکینگ و...
- استفاده از نور طبیعی: تا حد امکان، از نور طبیعی به جای نور مصنوعی استفاده کنید.
- به‌کارگیری رنگ‌آمیزی روشن برای اتاق‌ها و سالن به‌منظور تأمین روشنایی طبیعی لازم
- گردگیری و تمیز کردن مرتب چراغ‌ها و لامپ‌ها حداقل هر سه ماه یکبار
- تنظیم درجه حرارت ترموستات روی دمای ۲۵ درجه سانتیگراد و کنترل و نظارت بر آن (در فصل گرما، دمای کولر را بیش از حد پایین نیاورید و در فصل سرما، دمای بخاری را بیش از حد بالا نبرید)
- حتی‌المقدور عدم استفاده از وسایلی مانند بخاری برقی و سماور برقی (ترجیحاً در آبدارخانه از سماورگازی استفاده شود)
- برنامه‌ای تنظیم شود که تأسیسات سرمایشی یا گرمایشی مرکزی یک ساعت قبل از شروع به‌کار روشن و حداقل ۱/۵ ساعت قبل از خروج کارکنان و تعطیلی اداره خاموش شوند.
- بسته بودن پنجره‌ها و درها زمان کارکردن وسایل سرمایشی و گرمایشی (باز بودن پنجره‌ها موجب افزایش مصرف برق دستگاه‌های سرمایشی و گرمایشی می‌شود)
- عدم استفاده از کولرهای گازی و ترجیحاً استفاده از کولرهای آبی به‌ویژه در استان‌هایی که در منطقه معتدل قرار دارند. کولرها را در فصل تابستان به‌طور منظم سرویس کنید. در هنگام نصب کولرها دقت شود که عایق‌بندی کانال‌ها رعایت شده، درزهای اطراف آن‌ها مسدود شوند و بر روی سقف کولر، سایبان نصب شود.

• استفاده از رایانه‌های کم مصرف: نمایشگرها بیشترین میزان انرژی برق را در سیستم‌های رایانه‌ای مصرف می‌کنند. در صورت امکان در ادارات از لپ‌تاپ استفاده کنید. اما در صورتی که امکان استفاده از لپ‌تاپ وجود ندارد، شما می‌توانید با استفاده از مانیتورهای LED، برق مصرفی را به شدت کاهش دهید. حالت ذخیره انرژی را در سیستم رایانه‌ای خود فعال کنید. این گزینه به تنهایی انرژی مصرفی شما را به نصف کاهش می‌دهد.

کاهش مصرف آب

- بازرسی دوره‌ای شیرآلات از نظر خرابی و نشتی، استفاده از شیرآلات کم مصرف، شیرآلات اهرمی و چشمی به‌طور قابل توجهی مصرف آب را کاهش می‌دهند.
- عدم استفاده از آب شرب برای آبیاری: از آب تصفیه شده برای آبیاری گیاهان استفاده نکنید.
- استفاده از روش‌های نوین آبیاری: از روش‌های نوین آبیاری مانند آبیاری قطره‌ای استفاده کنید.
- جمع‌آوری آب: آب باران یا آب‌های مصرفی را جمع‌آوری و برای مصارف غیر آشامیدنی مانند آبیاری گیاهان استفاده کنید.

- استفاده از مخازن ذخیره آب: از مخازن برای ذخیره آب باران و استفاده از آن در مواقع کمبود آب استفاده کنید.
- کنترل و رفع نشتی ها: نشتی لوله ها و شیرآلات را به طور مرتب بررسی و رفع کنید.
- استفاده از مواد یکبار مصرف به صورت محدود: تا جایی که امکان دارد، از مواد یکبار مصرف مانند لیوان، بشقاب و قاشق و چنگال خودداری کنید.
- استفاده از مواد قابل بازیافت: از موادی استفاده کنید که قابل بازیافت باشند.
- خرید به مقدار نیاز: از خرید بیش از حد مواد مصرفی خودداری کنید تا از اسراف جلوگیری شود.
- استفاده صحیح از مواد: از مواد مصرفی بدرستی استفاده کنید تا از هدر رفتن آن ها جلوگیری شود.

کاهش مصرف کاغذ:

- استفاده از کاغذ به صورت دو رو: از هر دو طرف کاغذ استفاده کنید تا مصرف کاغذ را به نصف برسانید.
- استفاده از کاغذهای باطله: از کاغذهای باطله برای یادداشت برداری و کارهای دیگر استفاده کنید.
- ارسال و دریافت نامه ها به صورت الکترونیکی: تا جایی که امکان دارد، از نامه های الکترونیکی به جای نامه های کاغذی استفاده کنید.
- استفاده از نرم افزارهای ذخیره سازی اسناد: اسناد را به صورت دیجیتالی ذخیره کنید تا از چاپ و نگهداری آن ها به صورت فیزیکی جلوگیری شود.

صرفه جویی در مواد غیر مصرفی

استفاده از تجهیزات و وسایل به صورت صحیح: از

تجهیزات و وسایل بدرستی استفاده کنید تا عمر آن ها طولانی تر شود. نگهداری و تعمیرات بموقع: تجهیزات و وسایل را به طور مرتب سرویس و تعمیر کنید تا از خرابی زودرس آن ها جلوگیری شود. استفاده از تجهیزات و وسایل با کیفیت: از تجهیزات و وسایل با کیفیت استفاده کنید تا عمر طولانی تری داشته باشند. علاوه بر موارد ذکر شده، استفاده از سامانه های هوشمند مدیریت انرژی، نصب پنل های خورشیدی، استفاده از کاغذهای بازیافتی و تشویق کارکنان به استفاده از دوچرخه یا پیاده روی برای تردد به محل کار، از جمله راهکارهایی برای صرفه جویی در ادارات دولتی هستند.

نتیجه گیری

صرفه جویی در حامل های انرژی و مواد مصرفی در ادارات دولتی، نه تنها ضرورتی ملی است، بلکه فواید اقتصادی، زیست محیطی و اجتماعی متعددی را به همراه دارد. با اتخاذ راهکارهای عملی و ترویج فرهنگ صرفه جویی، می توان به طور قابل توجهی در مصرف منابع صرفه جویی کرده و گامی مهم در جهت حفظ منابع ملی و ارتقای کیفیت زندگی برداشت. صرفه جویی در ادارات دولتی و از جمله مراکز و خانه های بهداشت، نیازمند عزم و اراده ملی و همکاری همه جانبه مسؤولان و کارکنان است. با اتکا به این همدلی و همیاری، می توان به اهداف بلند در زمینه صرفه جویی در منابع و حفظ محیط زیست دست یافت.

منابع

- شیخ زاده رضا، فلک دوست فاطمه. مدیریت مصرف انرژی رایانه ها در ادارات و سازمان ها با رویکرد تغییر نگرش و رفتار نیروی انسانی. فصل نامه مطالعات اقتصاد انرژی، ۱۳۹۲: سال دهم (شماره ۳۹): ۲۱۸-۱۹۹
- رحیمی علی رضا، ناظمی نادر، هنرور جمال الدین. تفاوت شهر و روستا از نظر صرفه جویی در مصرف انرژی برق. نشریه تحقیقات کاربردی علوم جغرافیایی، بهار ۱۴۰۰: سال بیست و یکم (شماره ۶۰): ۴۸۴-۴۶۵
- فاتحی فر اسماعیل، پاک نیا سعید، کشاورز پیمان. ارایه راهکارهایی برای صرفه جویی در مصرف انرژی. SID، ۱۳۶-۱۲۵

جان فدا

در دیداری که جمعی از مدیران و همکاران حوزه بهداشت برای عرض تسلیت و تقدیر از زحمات مرحوم بایر با خانواده وی داشتند مادرش محمد را بسیار خوب و با خدا معرفی می‌کند که همیشه زبان و لب‌هایش به ذکر صلوات و دعا مشغول بود. خانه بهداشت روستای «گیامی» و منزل محمد در همسایگی هم قرار دارد، همسرش می‌گوید: با شنیدن صدای اذان بلافاصله به منزل می‌آمد و با هم نماز می‌خواندیم و دوباره به محل کار برمی‌گشت؛ همسری خوب و پدری مهربان بود، در خانه‌داری کمک می‌کرد و خیلی خوش‌اخلاق و نیک‌رفتار بود.

مادر او را یک «جان فدا» می‌نامد که کارش را خیلی دوست داشت و دغدغه‌اش سلامت مردم روستا بود و از هیچ خدمتی برای آن‌ها دریغ نمی‌کرد. علی‌فرزند بزرگ محمد، از کودکی خود به یاد دارد که پدرش در خانه بهداشت اجازه نمی‌داد به وسایل دست‌بزنیم و بر رعایت حق و حقوق مردم و حفظ بیت‌المال اصرار داشت.

او می‌گوید پدرش هرساعت از شبانه روز برای خدمت به مردم آماده بود و یادم می‌آید که چند نفر از اهالی روستا را که حال بد و نامساعدی داشتند با کمک‌های اولیه خود نجات داده و در مسیر رساندن به بیمارستان آن‌ها را همراهی و مراقبت کرده است.



رؤیا کاظمی

مسئول روابط عمومی معاونت بهداشت
دانشگاه علوم پزشکی مشهد



سیمین نامجو

کارشناس خبر معاونت بهداشت
دانشگاه علوم پزشکی مشهد



مرحوم «محمد بابر» متولد شهریور ۱۳۵۱ و دارای ۵ فرزند بود. از سال ۱۳۷۶ تا آخرین روزهای عمر با عزت خود، در کسوت بهورزی با انگیزه و مشتاقانه در مسیر سلامت و خدمت به مردم گام برداشت. روز ۲۱ اردیبهشت ماه سال ۱۴۰۳ در بیمارستان قائم (عج) مشهد دچار مرگ مغزی شد و با رضایت خانواده، کبد، کلیه‌ها، قرنیه و پوست وی به بیماران نیازمند اهدا شد.



شریک و همپای زندگی و تلاش‌های او بود. چند سال پیش برای اهدای عضو با همسرش، قرار گذاشته بودند و هر یک ضامن دیگری شدند تا این تعهد را جامه عمل بپوشانند.

این روزها در اطراف خانواده و زندگی مرحوم «بابر» اشک‌ها و لبخندها درهم می‌آمیزند. غم از دست دادن عضوی از خانواده از یک سو و دیدن بارقه‌های امید در چشمان کسانی که سال‌ها در انتظار پیوند عضو هستند از سوی دیگر، شادمانی را به همراه می‌آورد و شوق زندگی دوباره را به تصویر می‌کشد. در پی درگذشت جانبخش «محمد بابر» بهورز خانه بهداشت گیامی که در آخرین سال خدمت بهورزی با بخشش اعضای بدن خود، لبخندی از عمق جان بر چهره شش بیمار نیازمند به عضو خانواده ایشان نشاناند.

روحش شاد و قرین رحمت الهی باد



زهره دختر ۱۰ ساله دبستانی مرحوم از دلتنگی خود برای بابا و خاطره خرید خرگوش‌ها می‌گوید... همکارش خانم صادقی (بهورز زن خانه بهداشت گیامی) از رضایت خودش و مردم روستا از مرحوم بابر و تلاش او در کار می‌گوید.

آقای تقی آبادی که چند سال در شورا و بسیج روستا فعالیت کرده، مرحوم محمد بابر را انسانی نیک و خیرخواه می‌داند که وجودش مایه دلگرمی در هر سازمانی است و همیشه پای کار بوده و در تأمین سلامت و رفاه مردم روستا از هیچ کوششی دریغ نکرده است.

محمد بابر دوران ابتدایی را در مدرسه گیامی گذراند و با وجود مشقتها، نبود وسیله نقلیه و... برای ادامه تحصیل به دبیرستان روستای سنگ‌بست می‌رفت.

بعد از پایان خدمت سربازی و بازگشت به روستا طبق اطلاع شورای روستا، گروهی از مرکز بهداشت برای انتخاب فردی مورد اطمینان مردم به روستا آمده و «محمد» را همان فرد امین و مورد اعتماد می‌یابند تا «محمد» برای گذراندن دوره آموزشی به آموزشگاه بهورزی شهرستان سرخس اعزام شود. دو سال ابتدای خدمت را در روستای جلال‌آباد می‌گذراند و سپس برای مدت ۲۷ سال در خانه بهداشت روستای گیامی صادقانه خدمت می‌کند. همسر مهربانش نیز در تمام این سال‌ها



زهرا فاتحی

مربی پرستاری مرکز آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی سبزوار

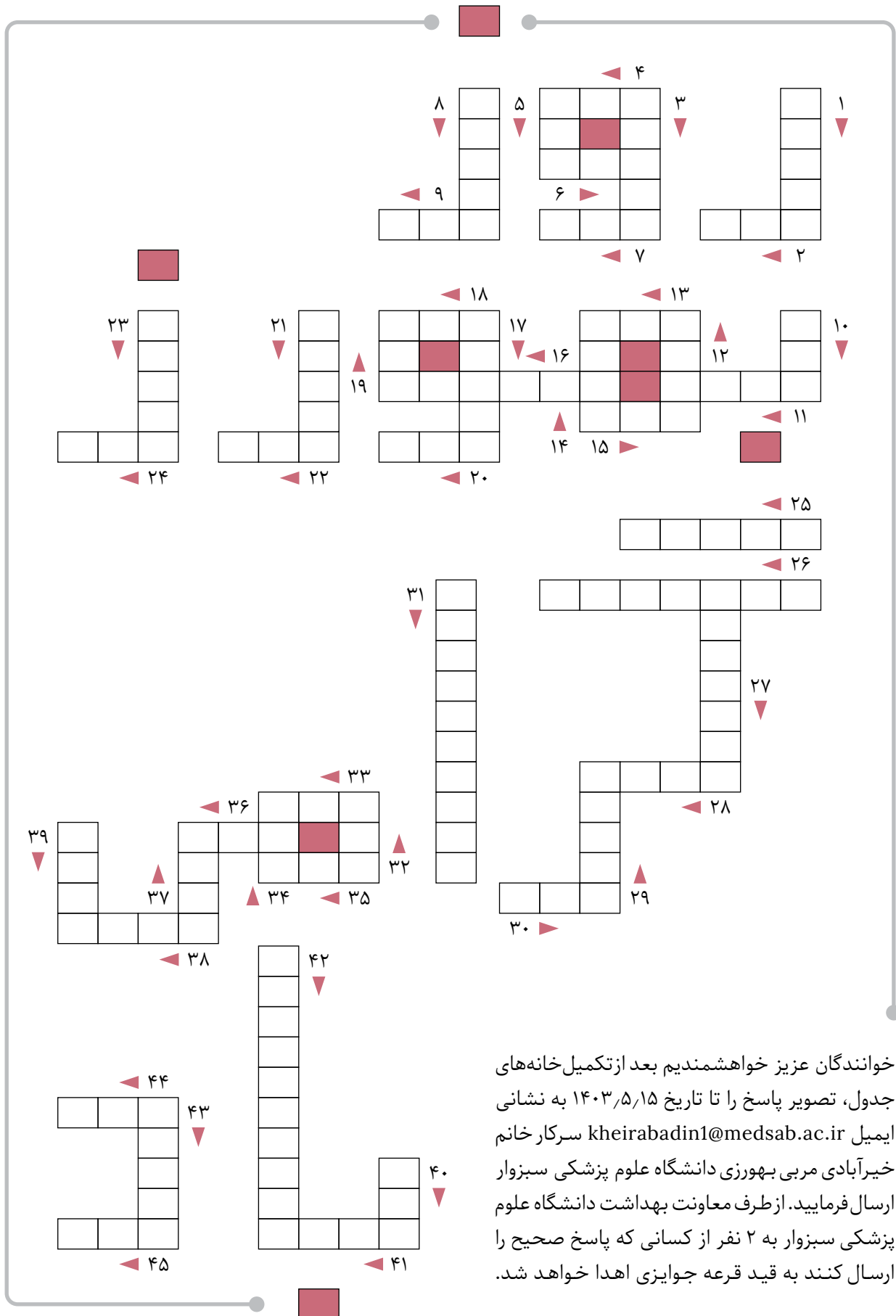
(۲۳) اولین قاعدگی (۲۴) لوردوزیس یا گودی... (۲۵) خط مقدم تیم سلامت (۲۶) اساسی ترین تکنیک در هم کوبیدن ایجاد یا روند پیشرفت عفونت (۲۷) جزء شایع ترین علائم آسم (۲۸) اولین اقدام موثر در زمان خفگی (۲۹) آخرین اقدام از مراحل سه گانه احیاء (۳۰) تست غربالگری سرطان روده بزرگ (۳۱) گام اول سلامت (۳۲) غذای بیمار (۳۳) عامل انتقال بیماری مالاریا (۳۴) اگر نرخ باروری یک کشور زیر ۱/۵ برسد آن کشور وارد... جمعیتی شده است (۳۵) زایمانی که طولانی بوده و به وسیله ابزار انجام شود (۳۶) ژنژیویت یا عفونت... تجمع لوکالیزه عفونت دریافت پستان (۳۸) شایع ترین کمبود ویتامین ها در سنین مدارس (۳۹) ایکتر (۴۰) فلزی سمی که حتی در غلظت های پایین می تواند سبب آسیب مغزی بویژه در کودکان شود (۴۱) مناسب ترین محل بررسی نبض شیر خواران (۴۲) حداکثر افزایش وزن در بارداری با BMI طبیعی (۴۳) یکی از سرطان های در حال غربالگری در برنامه ایران (۴۴) یکی از وسایل داخل ست پانسمان (۴۵) در صورت استفراغ زیر... ساعت بعد دریافت پولیو خوراکی نیاز به تجویز مجدد قطره می باشد

(۱) حداقل فاصله بین نوبت اول و دوم MMR (۲) کاهش بیش از... درصد وزن بدن در ۲ تا ۴ روز بعد تولد غیر طبیعی می باشد (۳) مکمل ید فولیک حاوی... میکر و گرم اسید فولیک است (۴) TSH بیش از... مشکوک به هیپوتیروئیدی است (۵) وزن (۶) سالمند (۷) وضعیتی مناسب جهت گرفتن آروغ بعد شیردهی (۸) مهم ترین و اولین اقدام در حیوان گزیدگی (۹) یک بیماری واگیر (۱۰) حداکثر مقدار مجاز لایه یخ در قسمت فریزر یخچال واکسن... میلی متر است (۱۱) در منطقه ای که جمعیت سالمندان کمتر از ۵٪ کل جمعیت آن منطقه باشند، آن جمعیت... است (۱۲) نوعی غلات (۱۳) عامل طاعون (۱۴) یکی از عوارض شدید دارویی سل (۱۵) ساده لوح (۱۶) متورم و دردناک شدن بافت پستان بدون عفونت (۱۷) برخلاف برخی باورهای غلط مصرف آن در زمان زردی نوزادی مناسب نمی باشد (۱۸) سرفه بیش از ۴ هفته جزء علائم... می باشد (۱۹) میزان افزایش دور سر طی ۶ ماهه دوم زندگی، ماهیانه... سانتی متر می باشد (۲۰) از دلایل گریه نوزاد (۲۱) محل مکمل یاری نوجوانان (۱۲ تا ۱۸ ساله) (۲۲) سازمان های مردم نهاد



برندگان جدول شماره ۱۱۸

سید مهرداد میرمنافی شמושکی بهورز خانه بهداشت شמושک دانشگاه علوم پزشکی گرگان
مریم عاصمی نسب بهورز خانه بهداشت سمقاور دانشگاه علوم پزشکی اراک
جوایز برندگان این جدول با مساعدت دانشگاه علوم پزشکی سبزوار اهدا شده است. از مساعدت و همراهی معاون محترم بهداشت و کارشناس مسئول محترم آموزش بهورزی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار سرکار خانم ناصح نژاد و همکاران شان سپاسگزاریم.



خوانندگان عزیز خواهشمندیم بعد از تکمیل خانه‌های جدول، تصویر پاسخ را تا تاریخ ۱۴۰۳/۵/۱۵ به نشانی ایمیل kheirabadi1@medsab.ac.ir سرکار خانم خیرآبادی مربی بهورزی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار ارسال فرمایید. از طرف معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی سبزوار به ۲ نفر از کسانی که پاسخ صحیح را ارسال کنند به قید قرعه جوایزی اهدا خواهد شد.



برگزاری سومین گردهمایی پیشکسوتان حوزه بهورزی دانشگاه های علوم پزشکی استان های خراسان رضوی، شمالی و جنوبی

مریم مؤمن نژاد
کارشناس و عضو هیأت تحریریه
فصلنامه بهورز



مدیران، مربیان و کارشناسان توسعه و جمعی از شاغلان این حوزه برگزار شد، دیدار همکاران قدیمی و قدردانی از خدمات ایشان در سالیان خدمت و استفاده از تجربیات ارزنده این عزیزان برشمرد و گفت: «سیمای سلامت جامعه به ویژه جمعیت روستایی مرهون خدمات بهورزانی است که از تعلیم و آموزش پیشکسوتان حوزه بهورزی در سالیان گذشته تاکنون بهره برده‌اند». دکتر «حمید رضا قربان زاده» معاون بهداشت

سومین گردهمایی پیشکسوتان حوزه بهورزی دانشگاه های علوم پزشکی خراسان بزرگ با پیگیری و همت «محمد عرفانیان» پیشکسوت عرصه بهورزی و با مساعدت مدیران معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی مشهد همزمان با گرامیداشت مقام معلم، ۱۳ اردیبهشت ماه برگزار شد.

«عرفانیان» هدف از برگزاری این گردهمایی را که با حضور پیشکسوتان عرصه بهورزی اعم از





دانشگاه علوم پزشکی مشهد نیز در این برنامه ضمن قدردانی از خدمات ارزنده این عزیزان در دوران خدمت اظهار داشت: «خداوند را شاکریم ما را در مسیری قرارداد تا بتوانیم ضمن کمک به هموعان خود و ارایه خدمات سلامت به مردم جامعه در پایان خدمت در این حیطة، احساس رضایت کامل از عملکرد خود را داشته باشیم».

دکتر «غلامحسن خدایی» پیشکسوت سلامت و مدیر مسؤول فصلنامه بهورز نیز در این گردهمایی، نظام سلامت و شبکه بهداشت و درمان را یکی از مهم‌ترین افتخارات این حوزه برشمرد و مراکز بهورزی را به عنوان مرکز این نظام معرفی کرد.

وی تدوین کتابی از تجربیات مفید در این حیطة، تحت عنوان خاطرات بهورزی جهت استفاده آیندگان و نگهداری آن در موزه دانشگاه را به عنوان فعالیتی ماندگار، معرفی و پیشنهاد کرد با تشکیل انجمن پیشکسوتان نظام سلامت گامی برای ایجاد نشاط مضاعف در همکاران پیشکسوت برداشته شود، چرا که ثابت شده است، فعالیت‌های اجتماعی عمر بانشاط و طولانی را برای افراد به دنبال دارد.

گفتنی است در این گردهمایی که با استقبال و رضایت دعوت شدگان همراه بود، بیش از ۱۰۰ نفر از پیشکسوتان و شاغلان حوزه بهورزی معرفی شده و به بیان خاطرات خدمت خویش پرداختند و از آنان تجلیل شد.



برگزاری مسابقه ورزش و ترویج تحرک بدنی در دبستان روستای سیاوشان شهرستان آشتیان به همت بهروز روستا راضیه امیری سیاوشانی



غربالگری دیابت و فشار خون در شهرک صنعتی مزرعه نو شرکت آوا پزشک توسط بهروز روستای نوده شهرستان آشتیان ریحانه نوده فراهانی



برگزاری جلسه آموزشی جهت دانش آموزان متوسطه اول باموضوع «بهداشت دوران بلوغ و مصرف مکمل» توسط عذرا مداحیان بهروز روستای ساروق شهرستان اراک



آموزش مهارت‌های فرزندپروری «نوجوان سالم من» در مسجد روستای حسین آباد با همکاری مریم بغدادی بهروز روستای بغدادی شهرستان اراک



جناب آقای غلامحسین رستم پور و سرکار خانم‌ها سیما جلالی و فاطمه قنبری رابطان محترم فصلنامه بهروز دانشگاه‌های علوم پزشکی بابل، تهران و اراک، ضمن عرض تبریک به شما عزیزان در توفیق رسیدن به مرحله بازنشستگی و قدم نهادن در عرصه ای دیگر از مراحل زندگی، از تلاش صادقانه شما همکاران ارجمند در طی دوران خدمت به ویژه همکاری صمیمانه تان با دفتر فصلنامه بهروز قدردانی نموده و امیدواریم ورود به عرصه جدید زندگی توأم با سلامتی و موفقیت برای شما خوبان و خانواده محترم تان باشد.

همکاران بازنشسته دانشگاه اراک

مریم مومنی بهروز خانه بهداشت ابراهیم آباد، فاطمه موسوی چشمه پهن بهروز پایگاه سلامت کرهرود، محدثه شعبانی بهروز خانه بهداشت دینه‌کبود و مولود خلیج بهروز خانه بهداشت قاسم آباد شهرستان اراک

فعالیت‌های ویژه دانشگاه اراک



برگزاری مراسم جشنواره طبخ آبزیان در حسینیه حضرت سیدالشهدا (ع) شهر تلخاب شهرستان فراهان با همکاری بهروزان سمیرا تلخابی، ثریا آرزومندی و اکرم اتلخابی



برگزاری جلسه آموزشی با موضوع طلاق عاطفی توسط کبری ارشدفر در روستای تبرته شهرستان فراهان با همکاری مرکز افق اندیشه سینا



انجام پویش ملی غربالگری فشارخون و دیابت در آسایشگاه معلولین حاجی آباد با همکاری مریم کامپور و عباس بیات بهورزان روستای حاجی آباد شهرستان اراک



تهیه مسواک و خمیر دندان جهت دانش آموزان توسط لیلا حاتمی بهورز خانه بهداشت کسر آصف شهرستان فراهان



راه اندازی دستگاه نمک زدایی و آب شیرین کن روستای کودزر شهرستان فراهان با همت حسین زیارتی بهورز روستا



تهیه روزنامه دیواری توسط دانش آموزان دبستان روستای سیاوشان شهرستان آشتیان با موضوع تغذیه سالم، تحرک بدنی و بهداشت دهان و دندان به همت بهورز روستا راضیه امیری سیاوشانی



آموزش تغذیه سالم جهت سفیران سلامت دانش آموزی قلیچ تپه و اهدای جوایز مسابقه نقاشی توسط خانم بهورز قلیچ تپه

✓ خیران سلامت و مشارکت های مردمی

- اهدای یک دستگاه سونی کید توسط خیر سلامت به ارزش ۱۳۰ میلیون ریال به خانه بهداشت حاجی آباد شهرستان اراک با پیگیری عباس بیات بهورز روستا
- خرید دستگاه کپی با کمک خیران سلامت و با پیگیری عباس جعفری بهورز خانه بهداشت راهه شهرستان دلیجان جهت مرکز خدمات جامع سلامت راهه

فعالیت‌های ویژه



بیماریابی و آموزش بهداشت، شناسایی زنان باردار و انجام واکسیناسیون روتین در منطقه عشایری شاهان کوه توسط غلامرضا چرمی بهروز خانه بهداشت پیشندگان شهرستان فریدون شهر



انجام غربالگری دیابت و فشارخون توسط بهروز خانه بهداشت قمیوان شهرستان دهقان



برگزاری جشنواره غذا توسط بهاره بلانیا بهروز خانه بهداشت بلان شهرستان نائین



جلب همکاری خیران سلامت توسط ستاره مجدی بهروز خانه بهداشت ششجوان شهرستان بوئین میاندشت و تهیه یک دستگاه نوار قلب، پرینتر ۳ کاره، آب سرد کن، لیپید پرو، اکسیژن ساز، اتوکلاو، اتوسکوپ، پالس اکسیمتر، تب سنج دیجیتال و چهار عدد کپسول اکسیژن



جلب مشارکت خیران سلامت توسط بهروز خانه بهداشت حسن آباد تنگ بیدکان شهرستان مبارکه و تهیه یک دستگاه ترازوی دیجیتال اطفال، یک دستگاه ترازوی عقربه‌ای بزرگسال و یک دستگاه فشارسنج دیجیتال



اجرای طرح پویش ملی سلامت در ادارات توسط نعمت الله دهقان بهورز پایگاه کرکوند شهرستان مبارکه



اجرای طرح پویش ملی سلامت و تغذیه سالم توسط زینب اکبری بهورز پایگاه سلامت آدرگان شهرستان مبارکه



انتخاب سفیر سلامت دانش آموزی توسط سپیده شفیعی و زهرا یزدانی بهورزان خانه‌های بهداشت دستگرد و باغملک شهرستان مبارکه



اجرای مراسم روز رابط توسط نسرين قاسمی و بهجت صابری در پایگاه سلامت دهنو، فاطمه ابوطالبی و دکتر حق شناس در مرکز شهید گمنام، عظیمه کریمی و رسول باقری در خانه بهداشت هراتمه شهرستان مبارکه



آموزش به بیماران دیابتی و فشارخونی در روستای قمر خانه بهداشت دره ساری شهرستان بوئین میاندشت توسط طاهره اسکندری بهورز خانه بهداشت



اجرای طرح پویش ملی سلامت در مسجد روستا توسط تیمور حیدری بهورز خانه بهداشت حسن آباد شهرستان مبارکه



اجرای طرح پویش ملی سلامت در نماز جمعه روستا توسط علی اصغر عزیز بهورز خانه بهداشت حوض ماهی شهرستان مبارکه

همکاران بازنشسته



آموزش سلامت توسط مرتضی کیان بهورز روستای گته‌ده شهرستان طالقان در اردوی راهیان نور

قمرسبزی و طاهره محمدی بهورزان خانه‌بهداشت مصطفی آباد شهرستان نظرآباد، نجفعلی حقدان بهورز خانه‌بهداشت جارو شهرستان اشتهارد، فاطمه صابری بهورز خانه‌بهداشت رضاآباد و رویا خزائی بهورز پایگاه سلامت خالصه شهرستان ساوجبلاغ

فعالیت‌های ویژه



حضور فعال بهورز روستای حسنجون شهرستان طالقان در اعزام مادر باردار به بیمارستان



به علت صعب‌العبور بودن روستاهای قمر و سیاری، غربالگری درب منزل جمعیت روستایی همزمان با طرح پویش ملی فشارخون توسط بهورزان جاده چالوس مرکز بهداشت شرق کرج انجام شد.



در راستای آشنایی و انجام اقدامات کمک‌های اولیه بر روی مصدومان و مجروحان؛ دانشجویان دوره ۱۶ کاردانی بهورزی مرکز آموزش بهورزی غرب کرج در اورژانس بیمارستان شهید مدنی شهرستان کرج حضور یافته و با حضور مربی پرستاری در زمینه پانسمان، بانداز زخم‌ها و سوختگی‌ها و پای دیابتی، احیای قلبی ریوی، خونریزی و... بیماران سرپایی و بستری فعالیت نمودند.



برگزاری جلسات آموزشی با رابطین محله روستای زیدشت شهرستان طالقان



آموزش مانور اطفای حریق به گاوداری‌های تحت پوشش خانه‌های بهداشت توسط بهورز روستای صالحیه شهرستان نظرآباد



آموزش مکمل یاری و توزیع قرص آهن در دبستان شهید وحدت روستای رحمانیه شهرستان اشتهارد



آموزش تغذیه سالم در حوزه علمیه تحت پوشش خانه بهداشت سلطان آباد مرکز خدمات جامع سلامت مهدی آباد شهرستان چهارباغ



برپایی میز خدمت به مناسبت هفته ملی ازدواج توسط بهورزان شهرستان طالقان



آموزش پیشگیری از ابتلا به آنفلوآنزا و تغذیه سالم در مدارس تحت پوشش خانه بهداشت طاووسیه مرکز خدمات جامع سلامت ابن سینا چهارباغ

✍ خیران سلامت و مشارکت‌های مردمی

- خرید یک تخت معاینه توسط خیران سلامت جهت خانه بهداشت سیرا مرکز بهداشت شرق شهرستان کرج
- خرید یک خط تلفن توسط شورای خورویین و نصب سایبان جهت درب ورودی خانه بهداشت خورویین شهرستان ساوجبلاغ
- خرید یک عدد ویلچر و یک عدد سونی کید جهت خانه بهداشت روستای خور توسط خیر سلامت و با پیگیری اکرم رجبی و آقای پیلتن بهورزان خانه بهداشت خور
- خرید داروی مورد نیاز افراد بی بضاعت و افرادی که دسترسی به داروخانه ندارند و خرید ۶ عدد لامپ جهت خانه بهداشت توسط خیران سلامت با پیگیری فاطمه نریمانی بهورز خانه بهداشت برغان ساوجبلاغ



نصب بنر و پوستر شهر بدون دخانیات در اماکن و میادین شهر سرپیشه



اجرای برنامه جمع آوری زباله‌های سطح روستا توسط فاطمه خسروی بهورز خانه بهداشت خونیکسار شهرستان درمیان با مشارکت سفیران سلامت



اجرای برنامه پیاده‌روی در روستا توسط فاطمه خسروی بهورز خانه بهداشت خونیکسار شهرستان درمیان با حضور اعضای گروه‌های خودیار



تقدیر از کسبه فعال در سطح شهرستان سرپیشه که داوطلبانه از فروش دخانیات خودداری کردند



نصب بنر و پوستر ممنوعیت استعمال دخانیات در سطح شهر سرپیشه



تقدیر از دانش آموزان برگزیده در مسابقه نقاشی با موضوع شهر و روستای عاری از دخانیات در شهرستان سرپیشه



برگزاری مانور زلزله در مدارس توسط فاطمه خسروی بهورز خانه بهداشت خونیکسار شهرستان درمیان



برگزاری همایش پیاده‌روی با همکاری مهدی انباز، جواد قطبی، محبوبه محمدیان، سمیه عظیمی، عبدالرشید سیمایی و سمیه بوالی بهورزان شهرستان درمیان



انجام مراقبت در منزل به مناسبت پویش ملی فشارخون توسط محمد نقره بهورز خانه بهداشت اسلام‌آباد و خیرالنساء صالحی مراقب سلامت پایگاه طبس شهرستان درمیان

● کنترل فشار خون نمازگزاران بعد از مراسم نماز جمعه به مناسبت پویش ملی فشارخون توسط امید بیدل محمدی بهورز خانه بهداشت دستگرد و عبدالرشید سیمایی بهورز پایگاه گزیک شهرستان درمیان

● برگزاری جشنواره غذای سالم به مناسبت روز رابط توسط عبدالرشید سیمایی و سمیه بوالی پرسنل مرکز گزیک و بهورزان شهرستان درمیان

● اجرای عملیات ایمن سازی فلج اطفال در روستاهای مرزی شهرستان نهبندان (طبسین و بندان) با مشارکت دانشجویان بهورزی آقایان براهویی و باندانی با نظارت کارشناسان مبارزه با بیماری‌های شهرستان

● اجرای عملیات طرح تکمیلی واکسیناسیون فلج اطفال در روستاهای تیم سیار شهرستان نهبندان (روستای خونیک) توسط مهدی ایزدی بهورز روستا



مراقبت معلولان در منزل توسط فاطمه خسروی بهورز خانه بهداشت خونیکسار شهرستان درمیان



آموزش بیماری هاری در مدارس توسط مهین سالاری بهورز خانه بهداشت طاغان شهرستان درمیان



برگزاری جشنواره غذای سالم به مناسبت بسیج ملی تغذیه توسط خدیجه شبان بهورز خانه بهداشت سرو شهرستان درمیان

ازدواج عزیزان

علیرضا گروسی بهورز شهرستان خرمدره که ضمن تبریک به ایشان برایشان آرزوی خوشبختی و سعادت داریم.

فعالیت‌های ویژه

اجرای برنامه طرح نفس

جلسات آموزشی طرح نفس (نجات فرزند سالم از سقط) در فصل زمستان توسط اعضای کمیته آموزش طرح نفس و بهورزان استان زنجان در خانه‌های بهداشت و محیط‌های آموزشی و فضای مجازی برای عموم مردم برگزار شد.

همچنین تبیین اهداف و نحوه اجرای طرح نفس توسط مربی مرکز آموزش بهورزی شهرستان زنجان در صدا و سیما اشراق زنجان برای عموم مردم نمایش داده شد.



- اسحاق خدابنده، حسین محرمخانی، فاطمه خدابنده و معصومه محمودی بهورزان شهرستان ابهر
- مهدی کرمی، فاطمه اکبری، فاطمه نجفی، فاطمه مرادی، فریبا بابایی و سمیه فرهادی بهورزان شهرستان خدابنده
- مرتضی افشاری، قنبر رستمی، احمد بابایی و مینا شجاعی بهورزان شهرستان زنجان
- جعفر واحدی، علی اجلالی، معصومه محمدی، مریم آقاخانی نژاد، اسداله اجلی، رقیه کرمی، لیلا ایوبی وریحان کشاورز بهورزان شهرستان ماهنشان
- فریده کاظمی و مهسا اکبری بهورزان شهرستان طارم

خیران سلامت و مشارکت‌های مردمی

- تهیه و نصب دوربین مدار بسته توسط خیران سلامت روستای قلعه حسینیه
- تهیه یک دستگاه سونی کید توسط خیران سلامت روستای نیماور
- تهیه پرده برای پنجره خانه بهداشت توسط خیران سلامت روستای امام
- تهیه ۵ دستگاه فشارسنج و یک دستگاه سونی کید توسط خیران سلامت روستای ارمغانخانه
- تهیه یک دستگاه گلوکومتر توسط خیران سلامت روستای ینگجه

بهورزان بازنشسته

صاحبعلی خدابنده لو، سید منصور حسینی، باباله رجیبی و اصغر مظفری بهورزان شهرستان خدابنده، فریده کاظمی و مهسا اکبری بهورزان شهرستان طارم، حسین تقی‌لو بهورز شهرستان زنجان، فاضل برجی و علی عباسی بهورزان شهرستان ماهنشان

برگزاری جلسات شورای بهورزی

جلسه شورای بهورزی و ارتقای مراقبت‌های اولیه بهداشتی و انتخابات نمایندگان شورای بهورزی شهرستان در سطح مرکز بهداشت استان با حضور مسؤول گسترش هر شبکه، مدیران مراکز آموزش بهورزی، کارشناس مسؤول واحدها، نمایندگان بهورزان مراکز برگزار گردید و به مشکلات بیان شده از طرف بهورزان رسیدگی شد.

جلسات آموزشی بدو خدمت پزشکان و ماماها، جلسات بازآموزی سلامت مادران، سرطان‌ها، سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، شیر مادر، باروری سالم، کودک سالم و ارتقای سلامت توسط مراکز آموزش بهورزی شهرستان‌ها با هماهنگی واحدهای مرکز بهداشت در مراکز آموزش برگزار شد.



اجرای برنامه یدسنجی در مدارس

برگزاری جلسه آموزشی پویش ملی تغذیه در مدارس



اجرای بسیج ملی غربالگری فشارخون بالا و دیابت



افتتاح خانه بهداشت لگاهی و میرجان شهرستان زنجان با حضور دکتر فرشیدی معاون بهداشت وزارت

برگزاری آزمون فصلنامه و بازآموزی

آزمون فصلنامه شماره ۱۱۸ پس از بارگذاری مطالب در سایت FTP توسط مراکز آموزش بهورزی هر شهرستان در مراکز خدمات جامع سلامت با حضور کلیه بهورزان برگزار شده و بازآموزی سلامت روان، پیشگیری از اعتیاد، خودکشی، درمان‌های ساده علامتی و دارونامه ویژه مراقبان سلامت ناظر و مراقبان سلامت، توسط مربیان مرکز آموزش بهورزی و کارشناسان ستادی انجام شد.



آموزش بهداشت دهان و دندان به دانش آموزان
مهمانشهر شهرستان سمنان، توسط بهبخش خانم
حیدری



انجام مراقبت‌های بهداشتی و آموزش تغذیه به
دانش آموزان در روستای داوآباد شهرستان آرادان،
توسط شهروز ملکی بهروز روستا



برگزاری آزمون جامع و فصلنامه بهروز در شهرستان‌های
تابعه دانشگاه علوم پزشکی استان سمنان



سخنرانی زهرا قاسمی بهروز روستای خیرآباد در
همایش تبیین مشارکت قوی با حضور استاندار
استان سمنان در محل سالن هلال احمر شهرستان



انجام معاینه دانش آموزان مدارس ابتدایی روستای
چاشم شهرستان مهدی‌شهر، توسط آقای رزاقی
بهروز روستا



انجام واکسیناسیون دانش آموزان دوره دوم متوسطه
روستای کلاته رودبار، توسط فائزه بینائیان بهروز روستا



مشارکت فعال بهورزان در اجرای برنامه پیش ملی سلامت (فشار خون و دیابت) و ارائه خدمات بهداشتی درمانی



آموزش ایمنی در برابر زلزله و کاهش اثرات بلایای طبیعی به مناسبت پنجم دی ماه برای سفیران سلامت و دانش آموزان مدارس دخترانه و پسرانه انصار در مهمانشهر سمنان توسط بهبخش خانمها حیدری و محمدی

✓ خیران سلامت و مشارکت مردمی

- اهدای یک دستگاه تلویزیون ۲۱ اینچ توسط نیکوکار گرمی احسان خیرخواهان بهورز خانه بهداشت رکن آباد به مرکز آموزش بهورزی شهرستان سمنان
- اهدای یک دستگاه ویلچر توسط خیر سلامت آقای یزدان منیری به خانه بهداشت لاسجرد شهرستان سرخه



ارایه خدمات بهداشتی درمانی و ویزیت رایگان در مناطق عشایری تحت پوشش مرکز خدمات جامع سلامت مومن آباد شهرستان سرخه توسط تیم سلامت و بهورز مختار زیاری



برگزاری جلسه هم اندیشی با حضور مدیران پیشکسوت بهورزی به منظور استفاده از تجربیات آنها در مرکز آموزش بهورزی شهرستان سمنان



آموزش فرزندآوری و افزایش جمعیت در خانه بهداشت روستای رکن آباد شهرستان سمنان توسط بهورزان، احسان خیرخواهان و خانم خیرخواهان



انجام سرشماری توسط فراگیران بهوزری در کارآموزی درس مبانی بهداشت و کار در روستای شهرستان صومعه سرا



بازدید فراگیران بهوزری از تاسیسات آب و فاضلاب در درس بهداشت محیط - روستای نوخاله جعفری شهرستان صومعه سرا



برگزاری آزمون جامع بازآموزی و فصلنامه در شهرستان‌های لنگرود، آستانه، لاهیجان، شفت و انزلی



افتتاح خانه بهداشت روستای گنجه شهرستان رودبار: به دنبال اهدای زمین به متراژ ۱۷۱ متر مربع توسط خیر نیکوکار سکینه اکبرپور از اهالی روستای گنجه شهرستان رودبار، با تلاش و پیگیری‌های دانشگاه علوم پزشکی گیلان با هدف رفع محرومیت در روستای گنجه، خانه بهداشتی با مساحت ۷۰ متر مربع در این زمین احداث و در دهه فجر با حضور مسؤولان شهرستان رودبار افتتاح و به بهره‌برداری رسید.



برگزاری جشن روز بهوزر در شهرستان لاهیجان



اجرای برنامه سفره سلامت توسط فراگیران مرکز آموزش بهوزری صومعه سرا، رودسر و لاهیجان



دیدار امام جمعه و رئیس بنیاد شهید و فرماندار شهرستان و تقدیر از جانباز عزیز محمود کاظمی بهورز خانه بهداشت فیض آباد همزمان با ولادت با سعادت حضرت ابوالفضل العباس (ع) و بزرگداشت روز جانباز



افتتاح مرکز خدمات جامع سلامت روستایی تقی آباد با حضور دکتر احمدی نژاد و آقای پورا برهیمی نماینده کرمان



تقدیر از بهورزان مرد شهرستان راور همزمان با ولادت با سعادت حضرت علی (ع) و بزرگداشت روز مرد

خانه بهداشت اردوغش سعید ایروانی بهورز خانه بهداشت و مشارکت دهیار روستا، مرکز حاجی آباد و خانه‌های بهداشت و مراکز تحت پوشش شهرستان فیروزه شامل خانه‌های بهداشت فیض آباد، سرده، رشیدآباد، شوری، ینگه قلعه، ابراهیم آباد، حیدرآباد، معدن، اقبالیه، بازوبند و مرکز خدمات جامع سلامت فیروزه و آرامستان معدن

● برگزاری مسابقه نقاشی در رابطه با هوای پاک برای دانش آموزان توسط خانم پرویزیان بهورز خانه بهداشت مسلم آباد عرب



به همت خانم‌ها خدای، کریمی نژاد و آقای میرزایی بهورزان خانه بهداشت روستای ریگی شهرستان میان جلگه و خیران سلامت این روستا، مراسم تجلیل از مادران دارای ۴ فرزند زیر ۴۰ سال با حضور مسؤول محترم نهاد مقام معظم رهبری در سپاه، بخشدار محترم بلهرات، اعضای شورا و اهالی روستا برگزار شد.

خیران سلامت و مشارکت‌های مردمی



اهدای یک دستگاه ویلچر توسط خیر سلامت به خانه بهداشت برزنون یک با پی‌گیری معصومه برزنونی بهورز این خانه بهداشت



اجرای برنامه دیوارنویسی با محتوای جوانی جمعیت و فرزندآوری در خانه بهداشت حصارجوق با پیگیری‌های انجام شده توسط مریم حسینی بهورز خانه بهداشت و با کمک و همت دهیاری روستا و نیز خانه بهداشت کوشک توسط خانم عین‌آبادی بهورز خانه بهداشت و مردم خیر این روستا

پیگیری فرشته خشجان بهورز خانه بهداشت فرخک
 ● اهدای دو دستگاه فشارسنج دیجیتال توسط
 دهیاری روستای بوژمهران با پیگیری بهورزان
 خانه بهداشت

● خرید و نصب آبگرمکن دیواری، لوله و اتصالات و
 شیرآلات برای خانه بهداشت ریگی به همت خانم‌ها
 خدادادی، کریمی نژاد و آقای میرزایی بهورزان روستا

فعالیت‌های ویژه



برگزاری آزمون کتبی پذیرش بهورز و انجام مصاحبه
 در مقطع کارشناسی در زمستان سال ۱۴۰۲



برگزاری جلسه کارگروه ۹ بهورزی وزارت بهداشت
 به صورت برخط به همت خانم جعفری کارشناس
 مسؤول و مدیر مرکز آموزش بهورزی نیشابور با
 حضور کارشناس مسؤولان، مدیران و مربیان مراکز
 آموزش بهورزی استان‌های خراسان رضوی، شمالی
 و جنوبی در اسفندماه ۱۴۰۲



بهبودی محوطه خانه بهداشت چاه بلند با همت
 شورا و دهیاری روستا و با پیگیری‌های آقای نوفرستی
 بهورز این خانه بهداشت



تهیه بسته حمایتی تغذیه به مناسبت روز پدر برای
 خانواده‌های بی سرپرست توسط خانم حاجی بیگلو
 بهورز خانه بهداشت معتمدیه

● اجرای رنگ آمیزی دیوارهای خانه بهداشت فدیشه
 به همت خیران سلامت زهرا عادل پور، فرشته
 بلوکی و رسول سلمانی بهورزان این خانه بهداشت
 ● خرید یک عدد گوشی تلفن، آبگرمکن دیواری و
 چای‌ساز به همت خیر سلامت روستای فرخک و با

سمیه حق پرست و میرزا آقا حاتمی بهورزان خانه بهداشت سوزن شهرستان درگزین پیگیری فعال جهت غربالگری فشارخون و دیابت از طریق مراجعه حضوری به درب منزل سالمندان



- خرید یک دستگاه لیپیدومتر با پیگیری یلدا السادات زینبی و میثم اشتری بهورزان خانه بهداشت گنبدان شهرستان بهار
- خرید یک دستگاه لیپیدومتر با پیگیری فائزه نوری فریخ بهورزخانه بهداشت سلیمان آباد شهرستان بهار
- خرید یک دستگاه لیپیدومتر با پیگیری حسین کرمی و خانم زهرا وهنان، بهورزان خانه بهداشت وهنان شهرستان بهار

- احمد دهقان فرد بهورز خانه بهداشت سنقرآباد شهرستان درگزین (پیگیری فعال سالمندان پرخطر)
- زهرا رضایی زمان بهورز خانه بهداشت عبدالرحیم شهرستان همدان (بالا بودن شاخص پویش فشارخون و دیابت)
- عباس شریعتی نی بهورز خانه بهداشت ارزانفود شهرستان همدان (بالا بودن شاخص پویش فشارخون و دیابت)
- علی کوچک بهورز خانه بهداشت چپقلو شهرستان فامنین: (مراجعه به شهرستان قم جهت انجام غربالگری فشارخون بالا و دیابت برای ۲۹ نفر (۱۴ خانوار) که در زمان پویش، بطور موقت از روستا خارج شده اند با هدف غربالگری ۱۰۰ درصدی پویش ملی سلامت)

بهورزان بازنشسته

حجت الله مومیوند بهورز خانه بهداشت ملوسان و اعظم ولی الهی بهورز خانه بهداشت فاماسب شهرستان نهاوند، علی حسنلو بهورز خانه بهداشت آریادره شهرستان رزن، سلمه میرزایی بهورز پایگاه سلامت روستایی یکن آباد شهرستان همدان، محمد صادقی ابراهیمی بهورز خانه بهداشت پاوان و حسین یعقوبی بهورز خانه بهداشت تاوه شهرستان فامنین

فعالیت‌های ویژه



برگزاری مسابقه نقاشی و جشنواره غذا در خانه بهداشت رازین شهرستان درگزین

خیران سلامت و مشارکت‌های مردمی

- خرید ترازوی دیجیتالی اطفال با پیگیری معصومه یعقوبی بهورزخانه بهداشت شاطرالی شهرستان رزن
- خرید یک دستگاه لیپیدومتر با پیگیری زهره شریفی بهورز خانه بهداشت کارخانه قند شهرستان بهار
- خرید یک دستگاه لیپیدومتر با پیگیری ربابه نعمتی بهورز خانه بهداشت کموش بلاغ شهرستان بهار
- خرید یک دستگاه لیپیدومتر با پیگیری سیما رشته بهورز خانه بهداشت لک شهرستان بهار



کلاس مرور دروس و رفع اشکال دوره کاردانی بهورزان شاغل در مرکز آموزش بهورزی شهرستان نهاوند



بازدید دانشجویان مرکز آموزش بهورزی شهرستان نهاوند از تصفیه خانه فاضلاب نهاوند و آشنایی با فرایند تصفیه فاضلاب به روش لجن فعال

عملکرد هفته سلامت، جشنواره‌ها و مراسم روز بهورز

- پویش پاکداشت بهاری با هدف مشارکت دانش آموزان و گروه‌های داوطلب محلی در خانه بهداشت کوزره شهرستان همدان
- کارآفرینی و اشتغال زایی توسط بهورز جهت بانوان بی سرپرست در کارگاه تولیدات میوه خشک پالیده، شهرستان فامنین خانه بهداشت سناج
- مراقبت از سالمندان ناتوان در منزل توسط بهورزان خانه بهداشت فیض‌آباد و سراوک شهرستان فامنین
- اجرای برنامه چالش کاهش وزن جهت میانسالان مبتلا به اضافه وزن و چاقی در طول سال ۱۴۰۲ و تلاش در راستای بهبود شاخص چاقی و اضافه وزن نسبت به قبل توسط شیوا صالحی بهورز خانه بهداشت حسین آباد عاشوری شهرستان بهار

برگزاری آزمون‌های جامع علمی بهورزان، فصلنامه بهورز و نیاز سنجی

برگزاری آزمون الکترونیک فصلنامه بهورز پاییز و زمستان ۱۴۰۲ و تحلیل نتایج آزمون



برگزاری جشنواره غذای سالم در خانه بهداشت کاج شهرستان درگزین



برگزاری کلاس آموزش طبخ آبیان با همکاری مدیریت شیلات و امور آبیان استان همدان در مرکز آموزش بهورزی شهرستان نهاوند



برگزاری برنامه آموزشی به مناسبت پویش تغذیه با شعار «مصرف نمک کم و یددار» و «مصرف لبنیات کم چرب» و یدسنجی نمک مصرفی خانوار در خانه بهداشت مهدی آباد شهرستان همدان

بهورزان بازنشسته

فاطمه نورمحمدیان بهورز خانه بهداشت قاسم‌آباد، فاطمه محمد علیپور بهورز خانه بهداشت ملک‌آباد، هاجر ابولی بهورز خانه بهداشت قوام‌آباد، طاهره پورغلامرضایی بهورز پایگاه سلامت ماهونک، طیبه علی حسینی بهورز خانه بهداشت هرمزدآباد، مریم علی‌نژاد بهورز خانه بهداشت شاهرخ‌آباد، بتول عباسی و غلامرضا خلیلی بهورز خانه بهداشت تاج‌آباد، حمید پور محمدی بهورز خانه بهداشت همت‌آباد علیا، عباس بنی‌اسدیان بهورز خانه بهداشت عرب‌آباد و محمد اصغری بهورز خانه بهداشت احمدآباد رضوی



برگزاری اردوی تفریحی فرهنگی دانشجویان دوره ۲ کاردانی بهورزی به مناسبت هفته بزرگداشت مقام شهدا



برگزاری آزمون فینال عملی دانشجویان دوره ۱ کاردانی بهورزی



فارغ التحصیلی دانشجویان دوره ۱ کاردانی بهورزی

خیران سلامت و مشارکت‌های مردمی

با تلاش و پیگیری محمدرضا علیزاده بهورز خانه بهداشت جوادیه فلاح و کمک خیران سلامت نیک اندیش آقایان فلاح و قاسمی موارد زیر اجرایی شد:

- اجرای پی وی سی اتاق پزشک، دندانپزشک و خانه بهداشت جوادیه و الهیه نوق جمعاً به مبلغ ۴۴ میلیون تومان
- خریداری اتوکلاو ۱۰ لیتری و دستگاه بیلی روبین متر جمعاً به مبلغ ۵۰ میلیون تومان
- خریداری دستگاه اکسیژن ساز و دستگاه نوارقلب جمعاً به مبلغ ۳۰ میلیون تومان