

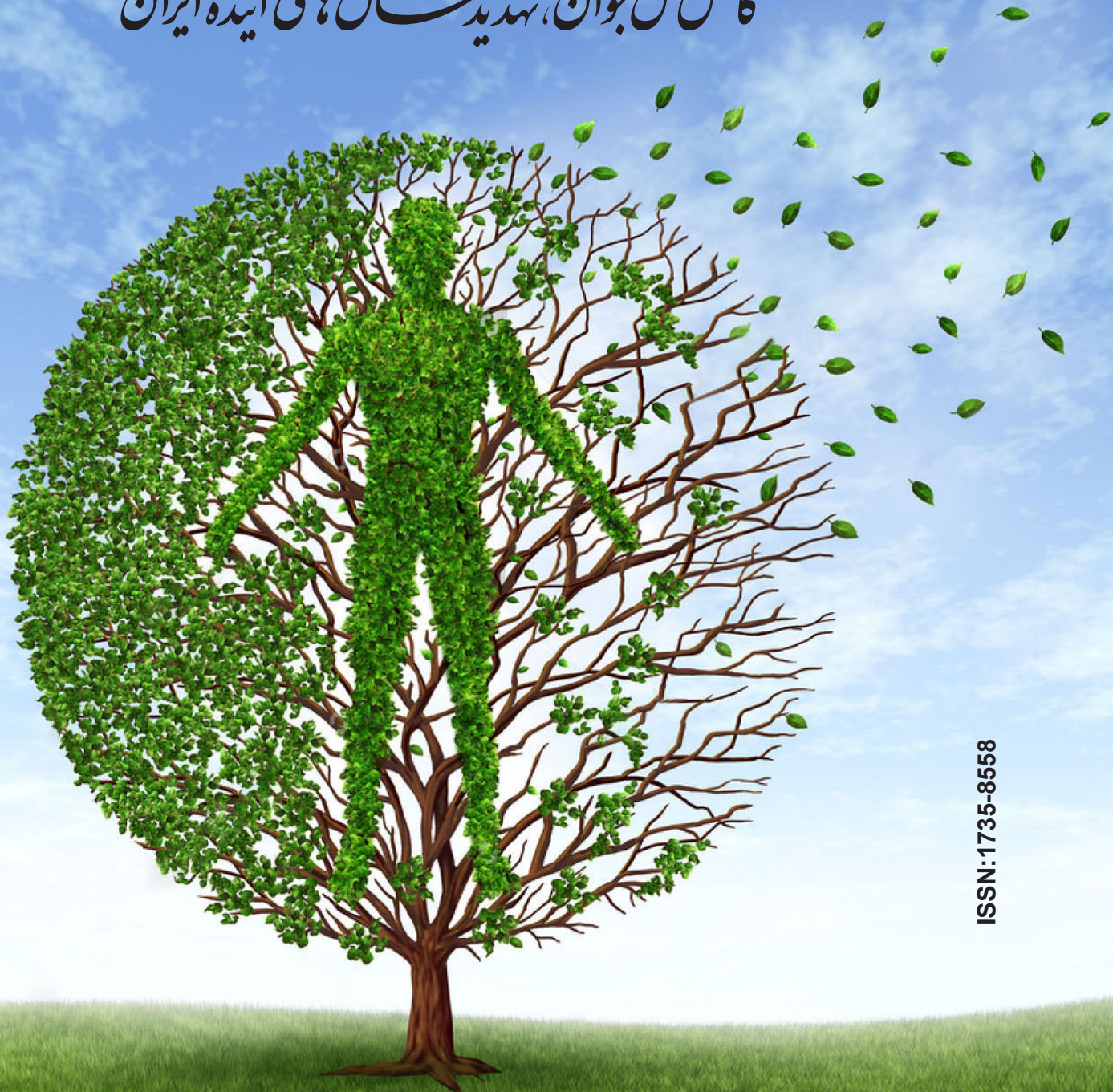


بهورز

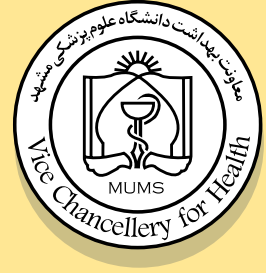
سال سی و سوم • شماره ۱۱۵ • زمستان ۱۴۰۱

مراقبت‌های پیش از بارداری، چرا؟ • تعاریف و نحوه تشخیص و درمان بیماری کم‌خونی • تکنیک‌های روان‌شناسی چه می‌گویند؟
عمر خود را کوتاه نکنیم • مروری بر احیای قلبی تنفسی نوزادان و کودکان • آشنایی با مبانی طب ایرانی

کاهش نسل جوان، تهدید سال‌های آینده ایران



ISSN: 1735-8558



سال سی و سوم. زمستان ۱۴۰۱

هیات تحریریه

دکتر زهرا اباصلتی، دکتر محمد احمدیان، دکتر ندا اخروی، دکتر کوروش اعتماد، خاطره بره مقدم، دکترهستی ثنایی شاعر، دکتر مجید جعفری نژاد، دکتر جعفر جندقی، دکتر محمد رضا جویا، دکتر احمد حاجبی، دکتر سید جواد حسینی، دکتر غلامحسین خدایی، دکتر محمدحسن درخشان دوغایی، دکتر فرشید رضایی، دکتر حسین فرشیدی، دکتر مصطفی رضایی، دکتر محمدرضا رهبر، دکتر زهرا سید معلمی، دکتر محمد جعفر صادقی، دکتر محمد رضا صائینی، شبنم صادقی خو، شهنام عرشی، دکتر فتحاله فانی، معصومه کاظمی، رامش نشاط، دکتر ناهید نوائیان، دکتر فرشید وفا

هاجر آزادی خواه، صدیقه انصاری پور، طاهره انصاری فر، فریبا ایدنی، سحر امین مراد، رقیه ایرجی، راضیه باقری کوشکی، منصور بامری، نقیسه بنایی نیاسر، کبری پیرمحمدلو، بیتا پیاهور، رقیه جعفری، سیما جلالی، طاهره جهانشاهی، معصومه حاجی پور، لیلا حدادی، سیده پروین حسینی، خدیجه سادات حسینی، سیده یسنا حسینی نیاز، زهرا حیدریان زاده، طوبی خاقانی، محمدحسین خسرو تاج، لیلا خلیفه قلی، نسرین خوبانی، معصومه دبستان، زهره رجبی، غلامحسین رستم پور، آرزو رسولی، ویکتوریا رفیعی، آفاق رضائی، مرضیه رضایی، صدیقه سرخوش، مریم سلمانی، طاهره سوداگر طرقي، ماهرخ شاهرخ، الهام شیخ آزادی، مهسا شیری، مرضیه شهدادی، مینو صادقی، اعظم صباغ زاده، احمدرضا صبوحی، دکتر حسن عبدالله زاده، طاهره عزیزخانی، حسین عجم زبید، جواد فرحی شاهگلی، فرشید فرضی پور، صفیه فغانی، فیروزه فیض الهی، ام لیلا قاسمی، فاطمه قاسمی پور، فاطمه قنبری، سکینه قلعه خانی صفات، دکتر مهرانه کاظمیان، مریم کرباسی، فاطمه کیانپور، الهه کیفر، راضیه محمداحدی، سعدیه مروتی، ماندانا مؤیدفر، فاطمه مهرآبادی، زهرا میرموحد، محمد مؤذنی، طاهره ندوشن، عبدالرضا یوسفی

مدیر اجرایی: دکتر حمیدرضا حسین زاده

امور مالی: دکتر ناهید نوائیان، مهدی اسکندری، زهرا بینقی

امور وب سایت: مهندس سید کاظم بحرینی

تدارکات: مجتبی عباسی

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

کد پستی: ۹۱۸۵۶۸۴۵۳۸

تلفن: ۰۵۱-۳۸۴۳۶۳۳۳

و (۸ خط) ۰۵۱-۳۸۴۱۵۰۰۱ 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

انتشارات

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

مدیرمسئول: دکتر غلامحسین خدایی

سر دبیر: دکتر مجید جعفری نژاد

مسئول دفتر فصلنامه: رامش نشاط

امور داخلی: خاطره بره مقدم

۲	تعاریف ونحوه تشخیص ودرمان بیماری کمخونی
۶	آشنایی با ویژگیها ومراحل بیماری «زوال عقل»
۹	خاطره (امید به زندگی)
۱۰	تکنیکهای روان شناسی چه میگویند؟
۱۶	مراقبت های پیش از بارداری، چرا؟
۲۱	آثار ادبی
۲۲	دانستنی های مهم در باره محصولات ارگانیک
۲۶	نحوه استخراج شاخص های سلامت از سامانه یکپارچه بهداشت
۳۱	یک تجربه (وقتی «امیرمهدی» به زندگی برگشت)
۳۲	عمر خود را کوتاه نکنیم
۳۸	مروری بر احیای قلبی تنفسی نوزادان و کودکان
۴۴	آشنایی با اصول تغذیه درسالمندی
۴۷	معرفی کتاب (خاطرات سفیر)
۴۸	بررسی کاربرد تسهیل گری در آموزش بزرگسالان
۵۴	با اصول تغذیه و آشپزی آشنا شوید
۶۲	آشنایی با مبانی طب ایرانی
۶۶	آسیب های سقط جنین عمدی
۷۰	بررسی بیماری های دهان و دندان در کودکان
۷۶	مروری بر چک لیست وزارتتپا پیش خانه بهداشت
۸۰	تحقیقات در نظام سلامت، گام دوم
۸۳	اخبار دانشگاهها

توجه: تصاویر بدون ماسک مربوط به زمان قبل از کرونا است.

تعاریف و نحوه تشخیص و درمان بیماری کم خونی

اهداف آموزشی

از خوانندگان محترم انتظار می‌رود پس از مطالعه:

- کم خونی و انواع آن را تعریف کنند.
- اقدام‌های تشخیصی کم خونی را شرح دهند.
- اقدام‌های پیشگیری کننده از کم خونی را بیان کنند.

سلیمان شادل

مریی مرکز آموزش بهورزی
دانشکده علوم پزشکی خلخال



دکتر خدیجه رضایی

کارشناس مسؤول برنامه سرطان
معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی مشهد



مقدمه

کم خونی یا آنمی اختلال خونی شایعی است که در آن گلبول‌های قرمز یا هموگلوبین کافی در خون وجود ندارد. هموگلوبینی که در گلبول‌های قرمز خون وجود دارد باعث می‌شود تا اکسیژن به گلبول قرمز متصل شده و توسط مویرگ‌ها به بافت‌های مختلف بدن برسد. چون تمام سلول‌های بدن انسان برای زنده ماندن به اکسیژن وابسته‌اند، کمبود آن باعث هیپوکسی شده و گستره وسیعی از مشکلات را به همراه دارد. کم خونی انواع گوناگونی دارد که هر یک علت خاص خود را دارند. این بیماری بر اساس عوامل مختلف مانند: ریخت‌شناسی گلبول‌های قرمز، مکانیسم‌های اتیولوژیک و غیره طبقه‌بندی می‌شود. سه دسته اصلی عبارتند از: ازدست رفتن حجم زیادی از خون در خون‌ریزی‌های حاد یا مزمن، از بین رفتن سلول‌های خونی یا همولیز و کمبود تولید سلول‌های خونی.

چه عواملی باعث ایجاد کم‌خونی در افراد می‌شود؟

تمام افراد از هر سن و نژادی، هم مرد و هم زن ممکن است به کم‌خونی مبتلا شوند. با این حال، عواملی وجود دارند که می‌توانند ریسک بروز این اختلال را در شما بالاتر ببرند و باید حتماً قبل از درمان کم‌خونی بررسی شوند. عواملی که در ادامه به آن‌ها اشاره می‌کنیم:

- چرخه قاعدگی در خانم‌ها
- بارداری و زایمان
- تولد زودرس
- کمبود ویتامین‌ها، مواد معدنی و آهن در رژیم غذایی
- از دست دادن خون به دلیل جراحی یا آسیب
- ابتلا به بیماری طولانی مدت یا جدی مانند ایدز، دیابت، بیماری‌های کلیوی، سرطان، آرتروز روماتوئید، نارسایی قلبی و بیماری کبد
- سابقه خانوادگی ابتلا به کم‌خونی‌های ارثی مانند آنمی سلول داسی شکل
- اختلالات روده‌ای که بر روی جذب مواد مغذی اثر می‌گذارد.
- بودن در سن یک تا دو سالگی

نشانه‌های ابتلا به کم‌خونی

مهم‌ترین علامت کم‌خونی احساس خستگی زودرس و فرسودگی است. علائم دیگر شامل موارد ذیل است:

- ضعف، رنگ پریدگی غشا مخاطی و بستر ناخن و پوست، ضربان نامنظم یا تند قلب، کوتاهی نفس، درد قفسه سینه، احساس سبکی در سر یا سرگیجه خفیف، مشکلات شناختی، بی‌حسی، کرختی یا سردی انتهای اندام‌ها، سردرد

ممکن است در ابتدا کم‌خونی آنقدر خفیف باشد که متوجه علائم آن نشوید. اما شدت علائم با پیشرفت کم‌خونی افزایش می‌یابند. بی‌خوابی در شب هم از علائم کم‌خونی است.

تشخیص قطعی کم‌خونی

عموماً پزشک آزمایش شمارش کامل خون^۱ را جزو آزمایش‌های نخستین برای تشخیص کم‌خونی، درخواست می‌کند. علاوه بر گزارش شمار گلبول‌های قرمز و مقدار هموگلوبین، دستگاه خودکار شمارنده، اندازه گلبول‌های قرمز را با فلوسیتومتری اندازه می‌گیرد که یک عامل مهم در افتراق میان علل گوناگون کم‌خونی است. در کشورهای پیشرفته چهار مؤلفه شمار گلبول قرمز، میزان هموگلوبین، میانگین حجم هر گلبول قرمز^۲، پهنای گسترده‌گی گلبول‌های قرمز^۳ اندازه‌گیری و موجب می‌شود تا مؤلفه‌های هماتوکریت، میانگین هموگلوبین هر گلبول قرمز و میانگین غلظت هموگلوبین هر گلبول قرمز، از راه محاسبه به دست آمده و با مقادیر طبیعی برای هر سن و جنسیتی مقایسه شود. برای مردان بالغ هموگلوبین کمتر از ۱۳ gr/dl، نشانه کم‌خونی است و برای زنان بالغ این مقدار ۱۲ gr/dl است.

بهترین و مؤثرترین روش برای درمان کم‌خونی چیست؟

روش‌های متعددی برای درمان کم‌خونی یا آنمی وجود دارند که هدف همه آن‌ها افزایش تعداد گلبول‌های قرمز خون است. در نتیجه این کار، مقدار اکسیژنی که خون حمل می‌کند بیشتر می‌شود. درمان کم‌خونی در واقع به نوع بیماری و علت ایجاد آن بستگی دارد و به طور خلاصه شامل موارد زیر است:

- **کم‌خونی فقر آهن:** مکمل‌های آهن یا تغییر در رژیم غذایی از روش‌های درمان این نوع کم‌خونی هستند. اگر کم‌خونی ایجاد شده به دلیل از دست رفتن خون باشد، باید محل خونریزی را یافته و آن را متوقف کرد.
- **کم‌خونی‌های ناشی از کمبود ویتامین:** درمان در این مورد شامل مکمل‌های غذایی و تزریق ب ۱۲ است.

1. CBC 2. MCV 3. RDW



ممکن است در ابتدا کم‌خونی آنقدر خفیف باشد که متوجه علائم آن نشوید. اما شدت علائم با پیشرفت کم‌خونی افزایش می‌یابند.

آیا کم‌خونی به ارث می‌رسد؟

بله. شما ممکن است به شکل ژنتیکی به کم‌خونی مبتلا باشید. در واقع، اختلالات ارثی باعث ایجاد هموگلوبین غیر طبیعی شده و ممکن است مدت حیات گلبول‌های قرمز را کم کند و به همین دلیل باعث ایجاد کم‌خونی برای مثال کم‌خونی داسی شکل شود. وجود اختلالات ارثی همچنین ممکن است با معیوب کردن تولید هموگلوبین‌های نرمال شکل‌هایی از کم‌خونی مثل تالاسمی آلفا و تالاسمی بتا را ایجاد کند.

بسته به درجه ناهنجاری ژنتیکی، آنمی‌های ارثی در دسته خفیف، متوسط و شدید قرار می‌گیرند. برخی از کم‌خونی‌های ارثی آنقدر شدید هستند که باعث مرگ جنین می‌شوند و از سوی دیگر، برخی از این کم‌خونی‌ها به قدری خفیف هستند که اصلاً به آن‌ها توجه نمی‌شود و به شکل اتفاقی خود را در آزمایش‌های خون نشان می‌دهند.

آیا راهی برای پیشگیری از کم‌خونی وجود دارد؟

با اینکه از بروز بسیاری از انواع کم‌خونی نمی‌توان جلوگیری کرد، اما خوردن غذاهای سالم به پیشگیری از کم‌خونی ناشی از کمبود آهن و کمبود ویتامین کمک می‌کند. برای این منظور باید غذاهایی مانند گوشت گاو، سبزی‌های برگ‌دار به رنگ سبز تیره، میوه‌های خشک شده و آجیل‌ها، غذاهای حاوی ویتامین ب۱۲ مثل گوشت و لبنیات و فولیک اسید همچون آب مرکبات، سبزی‌های برگ‌دار سبز رنگ، حبوبات و غلات غنی شده را در رژیم غذایی خود جای دهید که دارای سطح بالای آهن باشند.

مکمل‌های دارویی

فولات یا اسیدفولیک: نیاز به اسیدفولیک در دوران بارداری به علت تولید بیشتر گلبول‌های قرمز خون و شکل‌گیری دستگاه عصبی جنین افزایش می‌یابد. علاوه بر مصرف منابع غنی اسید فولیک، لازم است مکمل آن نیز طبق دستورالعمل کشوری به میزان ۴۱۱ میکروگرم در روز برای خانم‌های باردار تجویز شود. مصرف بموقع و کافی این ویتامین از ایجاد ضایعات عصبی خصوصاً



• **تالاسمی:** برای درمان تالاسمی از مکمل‌های فولیک اسید، برداشتن طحال و گاهی اوقات انتقال خون و پیوند مغز استخوان، استفاده می‌شود.

• **کم‌خونی ناشی از بیماری‌های مزمن:** این نوع کم‌خونی با یک عارضه اساسی مزمن و جدی در ارتباط است. هیچ درمان خاصی برای این مورد وجود ندارد و تمرکز درمان بر مقابله با بیماری ایجاد کننده کم‌خونی قرار می‌گیرد.

• **آنمی آپلاستیک:** در این مورد، بیمار انتقال خون یا پیوند مغز استخوان را دریافت می‌کند.

• **کم‌خونی سلول‌های داسی شکل:** درمان این نوع کم‌خونی شامل اکسیژن درمانی، استفاده از روش‌های تسکین درد و مایعات داخل وریدی است. همچنین ممکن است از مزایای درمانی آنتی‌بیوتیک‌ها، مکمل‌های فولیک اسید و انتقال خون نیز بهره برده شود. در بعضی مواقع از داروهای سرطان برای مقابله با این شکل از کم‌خونی استفاده می‌شود.

• **کم‌خونی همولیتیک:** بیماران مبتلا به این نوع کم‌خونی باید از داروهایی که عارضه را بدتر می‌کنند پرهیز کرده و احتمالاً از داروهای سرکوب کننده سیستم ایمنی استفاده کرده و عفونت‌ها را نیز درمان کنند. پلاسمافرزیس یا فیلتر کردن خون نیز ممکن است برای برخی موارد الزامی باشد.

تولد شود (حدود ۲ ماهگی) داده می‌شود. در شیرخواران با وزن تولد بسیار کم (کمتر از ۱۵۰۰ گرم) مکمل آهن با دُز 3-4 mg/kg/day و ۱۵ میلی‌گرم آهن‌المنتال (خالص) در روز تقریباً معادل ۱۵ قطره از زمانی که وزن کودک ۲ برابر وزن هنگام تولد شود (حدود ۲ ماهگی) روزانه داده می‌شود.

جمع بندی

کم‌خونی زمانی اتفاق می‌افتد که تعداد RBC کمی در بدن گردش می‌کند. این میزان، اکسیژن فرد را کاهش می‌دهد و منجر به علائمی مانند خستگی، رنگ پریدگی پوست، درد قفسه سینه و نفس نفس می‌شود. بیش از ۴۰۰ نوع کم‌خونی وجود دارد. دلایل عمده آن از دست دادن خون، کاهش یا اختلال در تولید RBC و تخریب RBC است. شایع‌ترین نوع آنمی کمبود آهن است. بعضی اوقات به دلیل کمبود مواد مغذی در رژیم غذایی، بیماری کرون با استفاده از داروهای خاص ایجاد می‌شود. یک پزشک به منظور کمک به تشخیص کم‌خونی یا آنمی می‌تواند از آزمایش خون CBC استفاده کند. درمان بسته به نوع آن متفاوت است اما ممکن است شامل مکمل‌های آهن یا ویتامین، داروها، انتقال خون و پیوند مغز استخوان باشد. با این حال در برخی از افراد مبتلا به کم‌خونی، تغییرات رژیم غذایی مسأله را حل می‌کند.

1. NTD

نقص مادر زادی لوله عصبی^۱ پیشگیری می‌کند. زنانی که سیگاری هستند یا از مواد مخدر استفاده می‌کنند و همچنین زنانی که از ضد بارداری‌های خوراکی و داروهای ضد تشنج مثل فنی توئین استفاده می‌کنند و افرادی که مبتلا به سندروم‌های سوء جذب هستند، در معرض خطر کمبود اسید فولیک قرار دارند.

آهن: وجود آهن برای تولید گلبول‌های قرمز خون، افزایش هموگلوبین، رشد و نمو و تأمین ذخایر کبدی جنین ضروری است. بیشترین نیاز به آهن پس از هفته بیستم بارداری رخ می‌دهد یعنی زمانی که بیشترین تقاضا از سوی مادر و جنین وجود دارد. بندرت اتفاق می‌افتد که زنان با ذخایر کافی آهن جهت تأمین نیازهای فیزیولوژیک بارداری وارد مرحله بارداری شوند، بنابراین مصرف مکمل آهن علاوه بر منابع غذایی غنی از آهن، طبق دستورالعمل کشوری توصیه می‌شود. خانم‌های باردار باید از شروع هفته ۲۶ بارداری تا ۸ ماه پس از زایمان، روزانه یک عدد قرص سولفات فرو یا فومارات فرو حاوی ۵۵ تا ۶۱ میلی‌گرم آهن‌المنتال مصرف کنند. در نوزاد ترم و شیرخوارانی که با وزن تولد بالای ۲۵۰۰ گرم به دنیا آمده‌اند مکمل آهن از پایان ۶ ماهگی یا همزمان با شروع تغذیه تکمیلی با دُز 1mg/kg/day حداکثر ۱۵ میلی‌گرم آهن‌المنتال (خالص) در روز تقریباً معادل ۱۵ قطره داده می‌شود.

در کودکان نارس و شیرخوارانی که با وزن تولد کمتر از ۲۵۰۰ گرم متولد شده‌اند مکمل آهن با دُز 2mg/kg/day حداکثر ۱۵ میلی‌گرم آهن‌المنتال (خالص) در روز تقریباً معادل ۱۵ قطره از زمانی که وزن کودک ۲ برابر وزن هنگام

منابع

- گنری، ه. آ.، (۱۳۶۳)، مبانی تغذیه، ترجمه مینو فروزانی، انتشارات شرکت سهامی چهر.
- راهنمای بوکلت مراقبت‌های ادغام یافته کودک سالم (غیر پزشک) دستورالعمل وزارت بهداشت و درمان دفتر سلامت خانواده و جمعیت ۱۴۰۰
- راهنمای بوکلت مراقبت‌های ادغام یافته مادر سالم (غیر پزشک) دستورالعمل وزارت بهداشت و درمان دفتر سلامت خانواده و جمعیت ۱۴۰۰
- سایت www.heathlin.com و www.webmed.com

آشنایی با ویژگی‌ها
ومراحل بیماری «زوال عقل»
آلزایمر را
دست کم نگیرید!



سعیده الیاسی

دانشجوی بهورزی

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان



مقدمه

آلزایمر شایع‌ترین نوع دمانس (اختلال شناخت و حافظه) با شروعی تدریجی و پیشرفتی مداوم است. بر اساس آمار منتشر شده در سال ۲۰۱۵ توسط انجمن جهانی آلزایمر، برآورد شده بود که ۴۶ میلیون و ۸۰۰ هزار نفر در جهان در آن سال با دمانس زندگی می‌کردند. همچنین پیش‌بینی می‌شود این رقم تا سال ۲۰۳۰ به میزان دو برابر رشد کند. بر اساس این آمار، محاسبه می‌شود که به طور متوسط ۱۰ میلیون نفر سالانه و یک نفر در هر ۳/۲ ثانیه در جهان به دمانس مبتلا می‌گردند. باید توجه داشت که خطر ابتلا به دمانس در زنان بیشتر از مردان است. بیماری آلزایمر شامل تخریب پیش‌رونده عقل و هوش، حافظه، شخصیت و خود مراقبتی است که منجر به زوال عقل ناشی از تحلیل سلول‌های عصبی می‌شود.

۱۵ شهریور تا ۱۵ مهر با پیام «با هم، می‌توانیم بیشتر کمک کنیم» ماه جهانی بیماری آلزایمر نام گذاری شده است.

علائم بیماری

علائم اولیه بیماری شامل فراموشی و عدم تمرکز است که اغلب به آن بی‌توجهی می‌شود چرا که آن را به عنوان جزء طبیعی سالخوردگی می‌پندارند. در این مشکل، ابتدا وقایع روزانه فراموش می‌شوند، بتدریج عملکرد مغزی کاهش می‌یابد، نام اشیا فراموش می‌شود، صحبت دیگران تکرار می‌شود و فرد هوش و حواس خود را از دست می‌دهد. پس از گذشت زمان، مهارت‌های حرکتی نیز دچار اختلال می‌شود و در مراحل نهایی بیمار، قدرت کنترل ادرار و مدفوع را نیز از دست می‌دهد. همچنین توانایی درک و تشخیص احساس سیری، گرسنگی و تشنگی در این بیماران کاهش می‌یابد. چون با پیشرفت بیماری میزان توجه و دقت کم می‌شود و دریافت وعده‌های غذایی فراموش می‌شود، همراه با کاهش وزن، کاهش مهارت‌های حرکتی نیز شایع است.

توجه داشته باشید که بیماری آلزایمر بخشی از روند طبیعی پیری نیست و چنانچه علائم فوق دیده شود باید به پزشک مراجعه کرد.

عوامل خطر ساز بیماری آلزایمر

عوامل خطر ساز در بروز بیماری آلزایمر به طور دقیق مشخص نشده اما در بررسی‌های انجام گرفته موارد گوناگونی چون: سن، وراثت، جنس مونث، سابقه شدید ضربه به سر و افزایش میزان کلسترول و فشار خون و مصرف الکل و به طور کلی نداشتن سبک زندگی سالم به عنوان عوامل مؤثر بر بروز آلزایمر شناخته شده‌اند.

شرکت کردن در فعالیت‌های اجتماعی و به چالش کشیدن مغز و ورزش کردن و ترک دخانیات و الکل و داشتن تغذیه سالم نیز می‌توانند تأثیر عوامل خطر ساز را کاهش دهند.

توصیه‌های تغذیه‌ای

ویتامین‌های گروه ب و فولات می‌توانند در کاهش میزان خطرات آلزایمر مؤثر باشند. این ویتامین‌ها باعث تنظیم خونی نوعی اسید آمینه به نام هموسیستئین که عامل گرفتگی عروق مغزی است، می‌شود و در بیماران مبتلا به آلزایمر میزان این اسید بالاست.

مواد غذایی مثل سبزی‌های سبز برگ، آب پرتقال، جگر، لوبیا و عدس پخته، ذرت و مارچوبه نخود و مغزها و نان برای تأمین فولات، انواع گوشت، ماهی مرغ و لبنیات برای تأمین ویتامین ب ۱۲، لوبیا، عدس، سیب‌زمینی، گوشت، ماهی و موز و سبزی‌های برگ‌دار برای تأمین ویتامین ب ۶ منابع خوبی هستند.



علائم اولیه بیماری شامل فراموشی و عدم تمرکز است که اغلب به آن بی‌توجهی می‌شود چرا که آن را به عنوان جزء طبیعی سالخوردگی می‌پندارند. در این مشکل، ابتدا وقایع روزانه فراموش می‌شوند. بتدریج عملکرد مغزی کاهش می‌یابد، نام اشیا فراموش می‌شود، صحبت دیگران تکرار می‌شود و فرد هوش و حواس خود را از دست می‌دهد.

ابتلا به آلزایمر مؤثر باشد. آنتی اکسیدان‌ها قادر به کاهش رادیکال‌های آزاد هستند که با افزایش سن در بدن بیشتر تجمع یافته و منجر به آلزایمر می‌شوند.

سایر توصیه‌های لازم برای پیشگیری از آلزایمر

- **معاشرت کنید:** داشتن روابط اجتماعی با دوستان و خانواده، اقدامی بسیار مؤثر برای حفاظت مغز از خطر زوال عقلی است.
- **ورزش کنید:** حفظ تناسب بدن و اندام، اقدام مهمی برای پیشگیری است. ورزش کردن به طور منظم می‌تواند خطر ابتلا به آلزایمر را تا ۵۰ درصد کاهش دهد. ورزش منظم، تغذیه سالم و کنترل فشار خون تنها برای قلب مفید نیست، بلکه مغز را نیز سالم نگاه می‌دارد.
- **سالم‌خواری کنید:** رژیم غذایی سرشار از سبزی‌ها و همچنین ماهی بهترین راهکار برای کاهش احتمال بروز زوال عقل و آلزایمر است.
- **سیگار نکشید:** محققان می‌گویند افراد سیگاری بیشتر از دیگران احتمال دارد که دچار اختلال زوال عقل یا آلزایمر شوند. کسانی که ژن زمینه‌ساز این بیماری را ندارند، با سیگار کشیدن می‌توانند تا ۷۰ درصد احتمال ابتلای خود را افزایش دهند.
- **مواد مخدر را ترک کنید:** پرهیز از مصرف مواد مخدر یک توصیه برای تمام زندگی است.
- **خودسرانه دارو مصرف نکنید:** اما اگر دارویی توسط پزشک برای شما تجویز شده است، در مصرف درست و بموقع دارو دقت کنید.



ویتامین D می‌تواند روند طبیعی پیری فیزیولوژیک را کنترل کند و کمبود آن با اختلال در فرآیندهای مختلف سلولی و مولکولی در دستگاه عصبی، موجب القای بیماری آلزایمر می‌شود. بنابراین ویتامین D به عنوان یک مکمل غذایی و دارویی در کنار داروهای مؤثر دیگر ممکن است یک نقش ممانعت کننده در القاء و پیشرفت بیماری آلزایمر داشته باشد. مواد غذایی مثل ماهی، زرده تخم مرغ، قارچ‌ها، شیر، غلات و جو دو سر برای تامین ویتامین D منابع خوبی هستند. میزان پایین نوعی اسید چرب امگا ۳ به نام دکوزاهگزانوئیک اسید با شدت عارضه آلزایمر مربوط است که به میزان فراوانی در چربی ماهی‌ها به ویژه قزل‌آلا و ساردین یافت می‌شود. رژیم غنی از اسیدهای چرب غیر اشباع، ویتامین‌ها، مصرف آنتی اکسیدان‌ها با برداشت رادیکال‌های آزاد و پیشگیری از آسیب اکسیداتیو می‌تواند در پیشگیری

منابع:

- انجمن آلزایمر ایران (<https://www.iranalz.ir>)
- مقاله نقش فرآورده‌های غذایی دریایی در بیماری آلزایمر و دیگر اختلالات شناختی نشریه طب جنوب زمستان ۱۳۹۰، دوره ۱۴، شماره ۴
- مقاله مروری مکانیسم‌های سلولی و مولکولی کمبود ویتامین D در پیری و بیماری آلزایمر نشریه علوم اعصاب شفای خاتم تابستان ۱۳۹۹، دوره ۸، شماره ۳
- برنامه کشوری دانسن در نظام سلامت ایران معاونت بهداشت و معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی خرداد ۱۴۰۰

نمی‌شد به زخم ناجور پایش نگاه کرد! زخم وسیع شده و بشدت عفونت کرده بود. بیمار چون دیابتی بود و پایش حس نداشت فکر می‌کرد زخم پایش دارد خوب می‌شود. از پسرم خواستم عکس زخم را بگیرد. عکس را برای مسؤول بیماری‌های غیرواگیر شهرستان ارسال کردم و ایشان تأکید کرد که همین فردا باید بیمار به مرکز بهداشت شهرستان بیاید تا به کارشناس مربوطه معرفی و معاینه شود.

وقتی به بیمار گفتم باید فردا بروی مرکز بهداشت اقلید تا دکتر پایت را معاینه کند، گفت من وسیله ندارم و نمی‌توانم بروم. معتقد بود فایده‌ای هم ندارد و پایش دیگر خوب نمی‌شود! به پدرم زنگ زدم گفتم این بنده خدا اصلاً وضعیتش خوب نیست و ممکن است پایش قطع شود. او را فردا با ماشین خودتان به مرکز اقلید ببرید. پدرم قبول کرد.

روز بعد بیمار به همراه پدرم به اقلید رفتند. کارشناس، بیمار را ویزیت کرده و بعد هم عفونت‌ها را برداشته و پا را شست‌وشو داده بود. بعد هم در تماس با من سفارش کرد که زخم را یک بار دیگر شست‌وشو بدهم و روش شست‌وشو و ضدعفونی کردن را به فرزندانش آموزش دهم تا در منزل انجام بدهند.

از آن‌جا که زخم خیلی عمیق بود هیچ کدام از فرزندانش قبول نکردند و گفتند ما نمی‌توانیم این کار انجام بدهیم. بنابراین خودم تا دوماه، یک شب در میان به منزل بیمار می‌رفتم و پایش را شست‌وشو می‌دادم. هر بار هم عکسی از زخم را برای کارشناس مربوط می‌فرستادم. در نهایت و برخلاف تصور بیمار و اطرافیانش، زخم بهبود پیدا کرد و حالا که ۳ سال از ماجرا می‌گذرد هنوز دعاهایی پیرمرد در حقم را فراموش نمی‌کنم.



امید به زندگی

فاطمه شرفی

بهورز پایگاه بهداشتی «دژکرد»
دانشگاه علوم پزشکی شیراز



در یک صبح دل انگیز بهاری، سال ۱۳۹۸ پایگاه بهداشت «دژکرد» فعالیت خود را آغاز کردم. مراجعه کنندگان با لبخند یکی پس از دیگری وارد پایگاه می‌شدند.

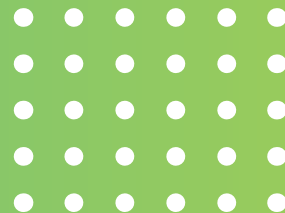
ساعت ۱۰ صبح یک بیمار دیابتی که مبتلا به فشارخون هم بود به پایگاه مراجعه کرد. بعد از سلام و احوال‌پرسی از او خواستم که روی صندلی کنار میز ۱۰ دقیقه استراحت کند. بعد از رفع خستگی بیمار، فشارخونش را گرفتم و پرسیدم: عموجان! قرص فشارت را خوردی؟ بیمار پاسخ داد: بله روزی یک قرص می‌خورم. برایش توضیح دادم که با وجود مصرف قرص فشارخون خیلی بالاست

(۱۶۰/۱۲۰) و باید پزشک شما را ویزیت کند. فرم ارجاع برایش پر کرده و یادآوری کردم که امشب حتماً به خانه من بیاید تا فشارخونش را کنترل کنم. چون دیابت داشت باید بین انگشتان دست و پایش را نیز از نظر وجود زخم معاینه می‌کردم اما گفت پایم سوخته و تازه خوب شده و هر کاری کردم جورابش را از پایش در نیاوردم!

ساعت ۸ شب، طبق قرار به خانه‌ام آمد. فشارخونش را گرفتم که عدد ۱۴۰/۸۰ را نشان می‌داد یعنی وضعیت بیمار بهتر از صبح بود. از او خواستم جورابش را در بیاورد تا زخم پایش را ببینم. ابتدا مقاومت کرد اما همسر هم آمد و کمک کرد تا جورابش را در بیاورد. واقعاً

تکنیک‌های روان‌شناسی
چه می‌گویند؟

تغییر رفتار؛ مرحله به مرحله



شیما حسین پور

کارشناس مسؤل پیشگیری از مواد و الکل
معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اهواز



فریبا ایدنی

کارشناس مسؤل آموزش بهورزی معاونت
بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اهواز



زهرا دانایی

کارشناس پیشگیری از سوء مصرف
مواد دانشگاه علوم پزشکی مشهد

اهداف آموزشی

امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه مقاله:

- ویژگی‌های رفتار را توضیح دهند.
- مفهوم و تعریف تغییر رفتار را بیان کنند.
- عنصر مهم در روند تغییر رفتار را تعریف کنند.
- انواع شیوه‌های تغییر رفتار را توضیح دهند.
- مراحل تغییر رفتار را بیان کنند.

مقدمه

تغییر رفتار انسان توسط سیاستمداران، دانشمندان و درمانگران در سراسر جهان برای حل مشکلات فردی و اجتماعی ضروری است. توسعه راه‌حل‌های رفتاری مؤثر برای مقابله با شرایط سلامت مزمن، مشکلات سلامت روان، مشکلات مالی و رفتار آسیب‌زا بر حوزه‌های مختلفی مانند پزشکی و بهداشت، پلیس و آموزش تأثیر گذاشته است. بسیاری از مشکلات مشاهده شده در جامعه امروزی را می‌توان به طور مستقیم یا غیرمستقیم با رفتار انسان مرتبط کرد، از جمله بیماری‌های ناتوان‌کننده و شرایط مزمن مانند چاقی، سرطان، عفونت‌های مقاربتی و بیماری‌های قلبی عروقی. اما ایجاد تغییر از رفتارهای ناسالم موجود به رفتارهای جدید و مثبت هرگز آسان نیست. اگر به انجام کاری که همیشه انجام می‌دادم ادامه دهم، پس آن‌چه را که همیشه داشتم به دست خواهم آورد. تا زمانی که رفتار خود را تغییر ندهیم، به احتمال زیاد همان رفتارهایمان را بیشتر خواهیم کرد. برای انجام کار به تعهد نیاز دارید. فقط شما می‌توانید تصمیم بگیرید که آیا اجازه دهید موانع بین شما و گرفتن چیزی متفاوت از زندگی شما ادامه یابد یا خیر؟ هر کسی که تا به حال تصمیمی برای ایجاد تغییر گرفته و شکست خورده است، می‌تواند دشواری تغییر رفتار را درک کند. ایجاد تغییر پایدار در رفتار به ندرت یک فرآیند ساده است. تغییر معمولاً شامل تعهد قابل توجهی به زمان، تلاش و احساسات است.

رفتار چیست و چه ویژگی‌هایی دارد؟

- رفتار در روان‌شناسی به شکل‌های زیر تعریف شده است:
- پاسخ قابل مشاهده
- هر فعالیت و عملی که موجود زنده انجام می‌دهد و متضمن کارهای بدنی و پنهان، اعمال فیزیولوژیک، عاطفی و عقلی است؛ خواه یک عمل خاص یا مجموعه‌ای از اعمال باشد.
- یک بازتاب یا مجموعه بازتاب‌های فرد نسبت به یک وضع



- روش کار شخص در یک وضع و موقعیت خاص و معین و به طور کلی آنچه شخص انجام می‌دهد.

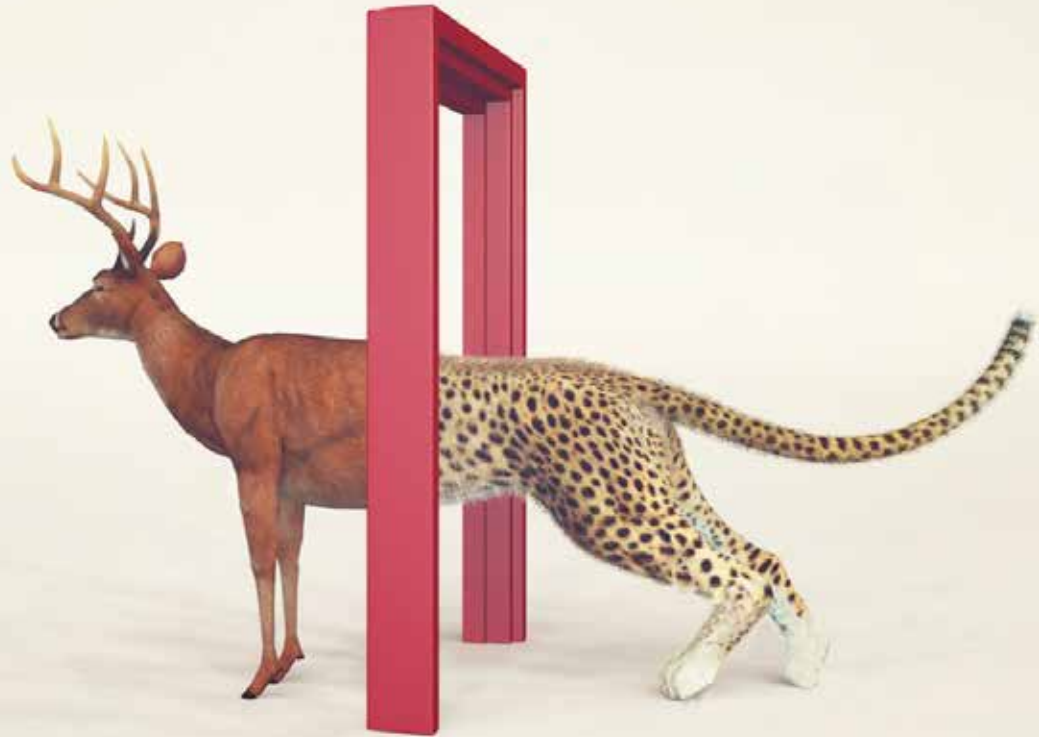
برای شناخت رفتار باید ویژگی‌های آن را شناخت

رفتار دارای ویژگی‌های زیر است:

- یک اقدام و عمل (کردار و گفتار) است مانند: دیرآمدن یا فریاد کشیدن؛ نه یک صفت یا ویژگی مانند عصبانیت و مهارت.
- عملی است قابل مشاهده و فیزیکی که دست‌کم از یکی از سه جهت (فراوانی، تداوم و شدت) قابل تشخیص، اندازه‌گیری و نمایش در قالب یک کمیت عددی باشد.
- از آنجا که رفتار، جنبه فیزیکی دارد پس قابل حس و مشاهده است و چیزی که مشاهده شود قابل توصیف و ثبت وقایع نیز هست.



بسیاری از مشکلات مشاهده شده در جامعه امروزی را می‌توان به طور مستقیم یا غیرمستقیم با رفتار انسان مرتبط کرد، از جمله بیماری‌های ناتوان‌کننده و شرایط مزمن مانند چاقی، سرطان، عفونت‌های مقاربتی و بیماری‌های قلبی عروقی.



می‌کند؛ مانند فکر کردن. روان‌شناسی تغییر رفتار، بیشتر به تغییر رفتار آشکار و مشهود توجه دارد.

تعریف و مفهوم تغییر رفتار

به مجموعه روش‌ها و فنونی گفته می‌شود که از یافته‌های روان‌شناسی یادگیری استخراج شده‌اند و هدف آن‌ها کمک به رفع مشکلات سازگاری افراد در موقعیت‌های مختلف زندگی فردی و اجتماعی است. در واقع به تحلیل روابط بین محیط و رفتار و تغییر رفتار می‌پردازد.

عناصر مهم در روند تغییر رفتار

۱. آمادگی برای تغییر: به این معنا که باید دانش لازم برای ایجاد یک تغییر پایدار و موفق را داشته باشید.
۲. موانع تغییر: اگر در طی این روند چیزی مانع تغییر شما می‌شود باید آن را بیابید و مشکل را برطرف کنید.
۳. احتمال بازگشت: باید به این فکر کنید چه چیزی ممکن است باعث بازگشت شما به رفتار قبلی شود. این سه عنصر یکی از شناخته شده‌ترین رویکردها

رفتار به شکل قانونمند از محیط فیزیکی و اجتماعی تأثیر می‌پذیرد و بر آن تأثیر می‌گذارد؛ این قاعده را «قانونمندی رفتار» می‌گویند.

رفتار آدمی به دو شکل آشکار و پنهان اتفاق می‌افتد: رفتار آشکار، رفتاری است که دیگران می‌توانند آن را از طریق یکی از حواس خود دریافت کنند و رفتار پنهان آن است که فقط خود شخص رفتارش را درک



رفتار آدمی به دو شکل آشکار و پنهان اتفاق می‌افتد: رفتار آشکار، رفتاری است که دیگران می‌توانند آن را از طریق یکی از حواس خود دریافت کنند و رفتار پنهان آن است که فقط خود شخص رفتارش را درک می‌کند؛ مانند فکر کردن.

برای تغییر است که توسط محققانی از جمله «جیمز پروچاسکا» و «کارلو دی کلمنته» معرفی شد. آنها کشف کرده‌اند که افراد معمولاً در مراحل اولیه نسبت به تغییر تمایلی ندارند یا مقاومت می‌کنند. اما در نهایت رویکردی متعهد برای تغییر رفتارشان ایجاد خواهند کرد.

موارد استفاده از شیوه‌های تغییر رفتار کدامند؟

انواع آموزش‌های شغلی و مهارتی، مدیریت و کنترل اختلالات رفتاری، پیشگیری از بروز رفتارهای مشکل‌آفرین از سوی کارکنان و مشتریان و افراد در شرایط خاص، افزایش و بهبود رفتارهای مرتبط با سلامت و تندرستی افراد، آماده‌سازی روانی کارکنان در شرف بازنشستگی برای پذیرش بهتر شرایط بازنشستگی، آماده‌سازی افراد برای انعطاف‌پذیری در شرایط خاص بحرانی و چالشی مانند ورشکستگی، اصلاح سبک زندگی، اصلاح رفتارهای کودکان، کاربردهای سازمانی و مدیریتی و....

انواع شیوه‌های تغییر رفتار

الف) شیوه‌های ایجاد و افزایش رفتار مطلوب یا روش تقویت مثبت شامل:

۱. شیوه‌های تقویت افتراقی که در آن تلاش می‌شود فراوانی رفتارهای مطلوب افزایش و فراوانی رفتارهای نامطلوب کاهش یابد. مثلاً وقتی که برای رفتار سلام کردن، والد با لحن تحسین آمیز و باذوق جواب سلام کودک را می‌دهد و در برابر رفتار سلام نکردن، به کودک واکنش نشان می‌دهد که چرا سلام نکردی، رفتار سلام کردن تقویت می‌شود و رفتار سلام نکردن کاهش پیدا می‌کند.

۲. شیوه شکل‌دهی که طی آن تقریب‌های متوالی رفتار هدف به شکل افتراقی تقویت می‌شود تا فرد در رفتار هدف شرکت کند. مثلاً در آموزش رفتار پوشیدن لباس یک سلسله مراتب رفتاری تعیین می‌شود از پوشیدن آستین تا بستن دکمه‌ها و کودک هر کدام از رفتارهای سلسله مراتب را که انجام دهد با پاداش کلامی و تشویق والدین رو به رو می‌شود و این به ندرت منجر به

شکل‌دهی کامل رفتار موردنظر می‌شود.

روش تقویت مثبت، پاسخ بارها تکرار می‌شود زیرا محرکی تشویق‌آمیز در پی دارد. برای نمونه، اگر معلمی به یکی از دانش‌آموزان خود بگوید: «تبریک می‌گم، واقعاً به داستانی که نوشتی، افتخار می‌کنم» یا اگر به فرزندتان بگویید: «آفرین کارت عالی بود»، دانش‌آموز یا فرزند شما برای دریافت مجدد تشویق، تلاش بیشتری خواهد کرد. اظهار نظر یا پاسخ مثبت شما به کلیه رفتارهای مطلوب اطرافیان موجب تقویت و تکرار آن رفتارها خواهد شد. روش تقویت مثبت تقریباً همان روش متداول پاداش است که همه آن را مورد استفاده قرار می‌دهند. با این حال بین پاداش و تقویت مثبت اندکی تفاوت وجود دارد که روان‌شناسان را بر آن داشته تا به جای پاداش از اصطلاح دقیق‌تر تقویت مثبت استفاده کنند. در پاداش دادن به افراد، هدف ما به طور عمده قدردانی و سپاسگزاری از اعمال گذشته آنهاست. اما اگر پس از تقویت یک رفتار احتمال وقوع آن رفتار در شرایط همسان آتی افزایش نیابد گفته می‌شود که تقویت شکل نگرفته است. تقویت مثبت بهترین و مؤثرترین روش تقویت و تغییر رفتار است.

ب) شیوه‌های کاهش رفتار نامطلوب شامل:

۱. شیوه تقویت افتراقی رفتار دیگر: از این شیوه برای خاموشی رفتار مشکل‌آفرین از طریق تقویت رفتاری دیگر در مدت زمان عدم تکرار رفتار مشکل‌آفرین استفاده می‌شود. مثلاً زمانی که کودک به جای



اگر پس از تقویت یک رفتار احتمال وقوع آن رفتار در شرایط همسان آتی افزایش نیابد گفته می‌شود که تقویت شکل نگرفته است. تقویت مثبت بهترین و مؤثرترین روش تقویت و تغییر رفتار است.

مراحل تغییر رفتار

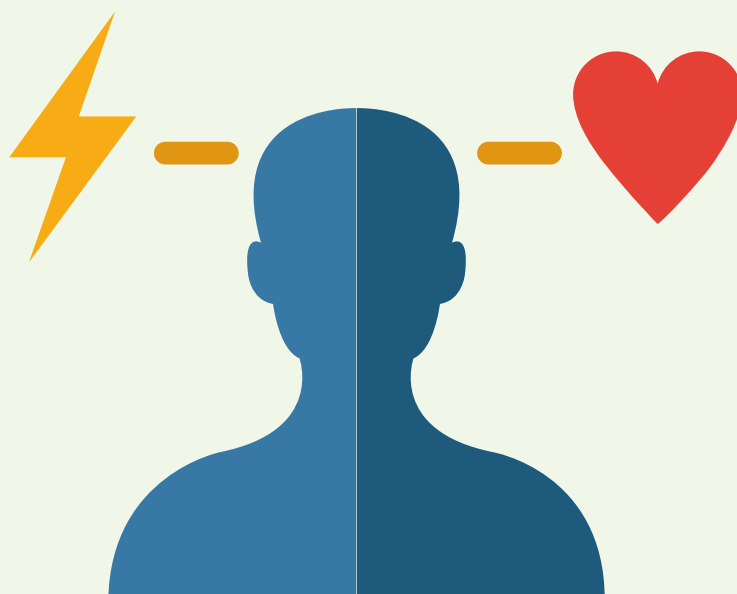
در این مقاله ۶ مرحله برای مدل تغییر رفتار معرفی می‌شوند: **مرحله ۱ | پیش فکری یا پیش تأمل:** برای مثال فرد ممکن است آگاه باشد که باید ورزش کردن را آغاز کند اما انگیزه لازم برای انجام این کار را پیدا نمی‌کند. او ممکن است به آخرین باری که تلاش کرده تا به‌طور روزانه ورزش کند و شکست خورده فکر کند. تنها زمانی که فرد مزایای ایجاد تغییر را بفهمد می‌تواند به سمت مرحله بعد حرکت کند.

مرحله ۲ | تفکر (تأمل): بسیاری از افرادی که به این مرحله می‌رسند ممکن است براحتهی از آن عبور نکنند و ماه‌ها یا حتی سال‌ها در این مرحله بمانند. نکته کلیدی برای رفتن از این مرحله به مرحله بعد تحول یک ایده انتزاعی به یک باور است. (برای مثال از این ایده که «ورزش کردن خوب است» به این باور که «من شخصا برای ورزش کردن ارزش قایل هستم و باید آن را انجام دهم»)

مرحله ۳ | آماده سازی: در این مرحله فرد اقدام به برنامه‌ریزی می‌کند. این مرحله کوتاه است و چند هفته بیشتر طول نمی‌کشد. برای مثال ممکن است در باشگاه ثبت‌نام کند، یک مربی شخصی بگیرد و در یک کلاس تغذیه شرکت کند.

مرحله ۴ | اقدام یا عمل: در این مرحله باید قبل از هر قدم جدیدی که برای تغییر رفتار برمی‌دارید، به قدم قبلی زمان کافی داده باشید و تلاش‌هایتان را بعد از مدتی کنار نگذارید. بعد از کوچک‌ترین پیشرفت خود را به گونه‌ای تشویق کنید تا دلسرد نشوید. در این مرحله که خانواده و دوستان فرد تمایل او برای ایجاد تغییر را می‌بینند، اما حقیقت این است که فرآیند تغییر از مدت‌ها قبل آغاز شده است. اگر کسی را می‌شناسید که به‌طور ناگهانی عادت‌هایش را تغییر داده است، احتمالا از مدت‌ها قبل به فکر ایجاد تغییر بوده است. ابتدا افراد، مراحل ۱ تا ۳ را کامل می‌کنند اما کسی نمی‌تواند متوجه آن‌ها شود.

مرحله ۵ | نگهداری: پس از این که فرد چند ماه در مرحله عمل بود، به این فکر می‌کند که چگونه می‌تواند این تغییرات را حفظ کند و سبک زندگی‌اش را با آن تطبیق دهد. برای مثال کسی که به ورزش روی آورده است



کتک‌زدن خواهرش به او نقاشی کردن را می‌آموزد، رفتار نقاشی کردن با پاداش کلامی والدین تقویت می‌شود و رفتار کتک زدن کاهش می‌یابد.

۲. شیوه تقویت افتراقی میزان پایین پاسخ‌دهی: استفاده از این شیوه زمانی مناسب است که درجه پایین پاسخ‌دهی، رفتاری مطلوب و قابل تحمل و درجه بالای آن رفتاری نامطلوب و غیر قابل تحمل باشد مثل بازی‌های آنلین که میزان کم آن می‌تواند برای کودکان مفید و موثر باشد و میزان زیاد آن می‌تواند آسیب‌زا باشد.

۳. شیوه تقویت افتراقی رفتار مقابل: شیوه‌ای است که در آن برای خاموشی رفتار مشکل‌آفرین، رفتار برابری به عنوان رفتار مقابل انتخاب و آن را به منظور جانشینی رفتار مشکل‌آفرین تقویت می‌کنید. مثلا وقتی کودکی در حال جیغ زدن است از او می‌خواهیم صدای پرنده دربیآورد. رفتار نزدیک به جیغ زدن جانشین رفتار جیغ زدن می‌شود.

۴. شیوه استفاده از تنبیه منفی (محروم کردن و جریمه کردن): مثل زمانی که برای تنبیه از تماشای برنامه موردعلاقه محروم می‌شود و شیوه استفاده از تنبیه مثبت مانند زمانی که کودک باید برای مدت مشخصی ساکت بنشیند نیز برای کاهش رفتار نامطلوب استفاده می‌شوند.

تغییر یک فرآیند است و یک رویداد یکباره تلقی نمی‌شود. اگر پاداش برای تغییر رفتار در آینده مبهم باشد، انگیزه ماندن چالش برانگیز خواهد بود.



و رژیم غذایی بهتری دارد، باید نسبت به محرک‌های قدیمی مانند خوردن غذاهای آماده در زمان استرس در سرکار، هوشیار باشد و به شکلی آگاهانه از عادت‌های جدیدش نگهداری کند.

مرحله ۶ | بازگشت یا خاتمه: در هر تغییر رفتاری بازگشت، یک اتفاق رایج و بخشی از فرآیند است. اگر احساس شکست می‌کنید موانع موفقیت در تغییر رفتار را شناسایی کنید و آن را تغییر دهید. نباید بگذارید که شکست اعتماد به نفستان را تعریف کند. اگر به رفتار قدیمی خود بازگشتید به دلیل آن توجه کنید و از خود بپرسید چه چیزی باعث بازگشت شد و در ادامه چگونه می‌توانید مانع رخ دادن این اتفاق بشوید. در این مرحله می‌توانید مراحل تغییر رفتار، منابع و روش‌های خود را ارزیابی کنید و با برنامه‌ریزی درست احتمال موفقیت خود را افزایش دهید. همه افراد به این مرحله نمی‌رسند. این مرحله عبارت است از تعهد کامل به عادت جدید و اطمینان از این که فرد هرگز به حالت پیشین باز نمی‌گردد. برای مثال فرد ممکن است احساس کند که رها کردن عادت رفتن به باشگاه برایش دشوار است و با خوردن غذاهای آماده برای چند روز

متوالی احساس بیماری کند. اما بیشتر افراد برای همیشه در مرحله نگهداری باقی می‌مانند. علت این واقعیت این است که تبدیل شدن یک عادت جدید به یک رفتار طبیعی و خودکار که برای همیشه پایدار باشد به زمان بسیار زیادی احتیاج دارد. برای مثال فردی که در گذشته سیگار می‌کشید حتی با گذشت یک سال باز هم مقاومت در برابر سیگار کشیدن برایش دشوار است. ممکن است سال‌ها طول بکشد که فرد واقعاً به مرحله خاتمه برسد. در این مرحله احتمال روی آوردن این افراد به سیگار به اندازه کسانی است که هرگز سیگار نکشیده‌اند.

نتیجه‌گیری

روند تغییر، دلهره آور و دشوار است. با وجود این که ایجاد تغییرات بزرگ می‌تواند دشوار باشد اما تقسیم یک هدف بزرگ به بخش‌های کوچک‌تر نیازمند برنامه‌ریزی و تعهد است.

تغییر یک فرآیند است و یک رویداد یکباره تلقی نمی‌شود. اگر پاداش برای تغییر رفتار در آینده مبهم باشد، انگیزه ماندن چالش برانگیز خواهد بود. به طور مثال ورزش برای سنین بالا موجب کاهش خطر بیماری‌های قلبی می‌شود.

همچنین اگر پاداش فوری برای تغییر یک رفتار وجود نداشته باشد، انگیزه ماندن متزلزل خواهد شد. عوامل مختلفی در تغییر رفتار نقش دارند. یکی از عامل‌هایی که به تغییر رفتار کمک شایانی می‌کند، مشخص سازی اهداف و دوری از ابهام است. همچنین بهتر است هدف در آینده نزدیک شکل بگیرد.

منابع

- سانتراک، جان دبلیو. (۱۳۸۷). روان‌شناسی تربیتی (ترجمه شاهده سعیدی، مهشید عراقچی، حسین دانش‌فر). تهران: انتشارات رسا
- سید محمدی، یحیی. (۱۳۷۹). روان‌شناسی یادگیری. تهران: نشر روان
- سیف، علی اکبر. (۱۳۸۵). روان‌شناسی پرورشی. تهران: نشر آگاه
- سیف، علی اکبر. (۱۳۸۸). تغییر رفتار و رفتاردرمانی نظریه‌ها و روش‌ها. تهران: نشر دوران
- ریموندجی. میلتن‌برگر. (۱۴۰۱) اصول و روش‌های تغییر و اصلاح رفتار (ترجمه شهناز محمدی، کبری جمشیدی). تهران: نشر اسبازان

مراقبت‌های پیش از بارداری، چرا؟

کبری پیرمحمدلو

کارشناس مسؤول آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی زنجان



ریاب خالقی

کارشناس آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی زنجان



مریم رضایی

مریبه مرکز آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی زنجان



مریم دویران

مریبه مرکز آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی زنجان



اهداف آموزشی

امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه مقاله:

- هدف از مراقبت‌های پیش از بارداری را بیان کنند.
- گروه‌های هدف برای مراقبت‌های پیش از بارداری را نام ببرند.
- مراقبت پیش از بارداری را تعریف کنند.
- قادر باشند، ارزیابی اولین ویزیت پیش از بارداری را انجام دهند.

مقدمه

مراقبت‌های پیش از بارداری شامل مجموعه‌ای از مداخلات قبل از بارداری است که می‌تواند جنبه پیشگیرانه و درمان داشته باشد. هدف از انجام مراقبت این است که عوارض نامطلوب مادری یا نوزادی در دوران بارداری و زایمان کاهش یابد. یکی از چالش‌های موجود در زمینه مراقبت‌های پیش از بارداری، عدم مشارکت منظم زنان در مراقبت‌ها است. فقدان «فرهنگ آماده‌سازی برای بارداری» سبب می‌شود، برخی از زنان از مشکلات سلامتی قبل از بارداری آگاهی کمی داشته باشند. عوامل دیگری مانند نبود دانش کافی و عدم درک عوارض، منجر به عدم پذیرش زنان از دریافت مراقبت‌های پیش از بارداری می‌شود. این افراد نگرش مثبتی نسبت به مراقبت‌های پیش از بارداری دارند، ولی بدلیل ناآگاهی از عوامل خطر ساز دوران بارداری، بدنال دریافت مراقبت نیستند همچنین سرمایه گذاری برای در دسترس بودن مراقبت‌های پیش از بارداری می‌تواند، تاثیر مثبتی بر افزایش دریافت مراقبت داشته باشد که این امر مستلزم افزایش خدمات در مراکز خدمات جامع سلامت می باشد.

هدف از مراقبت‌های پیش از بارداری

- مشاوره با مادران برای تصمیم‌گیری در انتخاب زمان مناسب بارداری و فرزند آوری
- شناسایی خانواده‌های دارای سابقه فامیلی بیماری‌های ارثی و ارجاع آنان جهت مشاوره و انجام آزمایش‌های لازم
- شناسایی بیماری‌های احتمالی مادر که تاکنون تشخیص داده نشده اند و درمان مناسب قبل از بارداری برای جلوگیری از تشدید آن‌ها در دوران بارداری
- درمان یا کنترل بیماری‌های زمینه‌ای مادران برای جلوگیری از تشدید آن‌ها در بارداری
- شناسایی و درمان بیماری‌های دهان و دندان
- شناسایی عفونت‌های زنان و درمان بموقع آن‌ها
- متعادل کردن وزن مادر قبل از شروع بارداری
- کمک به مادران سیگاری یا معتاد برای ترک اعتیاد

- بررسی داروهای مصرفی توسط مادر و قطع مصرف داروهای مضر برای سلامت و رشد جنین و جایگزینی آن
- پیشگیری از بروز ناهنجاری‌های بالقوه سیستم عصبی نوزاد با تجویز اسید فولیک
- بررسی ایمنی مادران بر علیه بیماری‌هایی نظیر کزاز، سرخچه، هپاتیت B و انجام واکسیناسیون در صورت نیاز
- بررسی و ارزیابی سلامت روان مادران در دوران پیش از بارداری

گروه هدف برای مراقبت‌های پیش از بارداری

در صورت تمایل به بارداری شامل:

۱. کسانی که آزمایش بارداری منفی دارند؛
۲. کسانی که برای ارزیابی عفونت‌های واژینال یا بیماری‌های منتقله از راه جنسی مراجعه کرده‌اند؛
۳. کسانی که برای مراقبت پس از سقط و مرده‌زایی مراجعه می‌کنند؛
۴. کسانی که برای مراقبت پس از زایمان مراجعه می‌کنند؛



مصرف و طول عمر در سه ماه اخیر موارد زیر پرسیده می‌شود: انواع تنباکو، داروهای مسکن اُپیوئیدی، داروهای آرامبخش یا خواب آور، الکل، مواد آفیونی غیرقانونی، حشیش، محرک‌های آمفتامینی

منظور از مصرف طول عمر داروهای واجد پتانسیل سوءمصرف، مصرف این داروها بدون تجویز پزشک، به قصد دستیابی به حالت سرخوشی یا با مقادیر و طول مدت بیش از آن چه پزشک تجویز کرده است.

غربالگری سلامت روان: در ارزیابی اولیه پرسشنامه ۶ سوالی دیسترس روانشناختی تکمیل می‌شود. در صورت مثبت بودن نتایج ارزیابی بر اساس نقطه برش پرسشنامه فرآیند غربالگری خودکشی انجام خواهد شد. در صورتی که غربالگری خودکشی مثبت شود، مادر به پزشک ارجاع فوری می‌شود و اگر غربالگری خودکشی منفی بود به دلیل غربالگری مثبت ارزیابی سلامت روان جهت بررسی تکمیلی به پزشک ارجاع غیر فوری می‌شود.

غربالگری همسر آزاری: در ارزیابی اولیه پرسشنامه ۴ سوالی خشونت خانگی تکمیل می‌شود. در صورت پاسخ مثبت به سؤال‌های غربالگری به عنوان غربالگری مثبت اولیه همسرآزاری به کارشناس سلامت روان ارجاع غیر فوری می‌شود.

مشاوره ژنتیک: در موارد سابقه اختلال یا بیماری‌های ژنتیکی، مشاوره ژنتیک انجام می‌شود.

مکمل‌های دارویی: مصرف روزانه ۴۰۰ میکروگرم اسید فولیک (ترجیحاً ۱ ماه قبل از بارداری) تجویز می‌شود. نکته: در افراد مبتلا به هیپرتیروییدی، مکمل حاوی ید توصیه نمی‌شود. مصرف آن در سایر بیماری‌های تیروئید منعی ندارد.

معاینه دهان و دندان: دهان و دندان از نظر وجود جرم، پوسیدگی، التهاب لثه، عفونت دندانی و آبسه بررسی می‌شود.

معاینه فیزیکی: بررسی اسکلازا، پوست، تیروئید، پستان، قلب و ریه، معاینه تناسلی،... (توسط ماما و پزشک) **تعیین نمایه توده بدنی (BMI):** با استفاده از میزان قد و وزن محاسبه می‌شود.

مدت اعتبار مشاوره پیش از بارداری یک سال است.



تعاریف در مراقبت‌های پیش از بارداری

آزمایش‌های پیش از بارداری: شمارش کامل سلول‌های خون، قند خون ناشتا و HbsAg, TSH

آموزش و توصیه: در مورد بهداشت فردی، سلامت روان، سلامت جنسی، سلامت دهان و دندان، تغذیه و مکمل‌های غذایی، دخانیات، الکل و مواد، زمان مناسب باردار شدن آموزش داده می‌شود.

ایمن سازی: واکسن توام: طبق دستورالعمل کشوری واکسیناسیون تزریق شود. واکسن سرخچه: به علت خطر ابتلا به سرخچه در دوران بارداری و سندرم سرخچه مادرزادی، در خانم‌هایی که قصد باردار شدن دارند توصیه می‌شود.

پاپ اسمیر: مطابق با دستور عمل کشوری و در صورت نیاز، پاپ اسمیر پیش از بارداری توصیه می‌شود.

تاریخ مراجعه بعدی: تاریخ مراجعه بعدی در صورتی که فرد نیاز به پیگیری بیشتر دارد، تعیین می‌شود.

غربالگری اولیه مصرف دخانیات، الکل و مواد: درباره

ارزیابی اولین ویزیت پیش از بارداری

- قسمت مراقبت پیش از بارداری ثبت می‌کند. در صورت تشخیص عارضه یا بیماری، نحوه ادامه مراقبت‌ها با نظر پزشک یا ماما و بر اساس دستورالعمل‌های موجود تعیین می‌شود و لازم است تا زمان کنترل یا بهبود عارضه، بارداری به تعویق افتد.
- در صورتی که خانم در زمان مراقبت پیش از بارداری، عارضه یا بیماری خاصی ندارد، انجام یک بار مراقبت در سال تا زمان بارداری، کافی است.
- در موارد احتمال ناباروری، تا زمانی که فرد تمایل به باردار شدن دارد، می‌بایست مراقبت پیش از بارداری هر سال برای وی انجام شود.

- در اولین مراجعه خانم، پس از گرفتن شرح حال و ارایه مراقبت‌ها توسط ماما، معاینه پزشک انجام می‌شود. در این مراقبت، پزشک و ماما ضمن انجام معاینه فیزیکی، کنترل علائم حیاتی و تشکیل پرونده مادر (گرفتن شرح حال، بررسی رفتار پرخطر و غربالگری اولیه مصرف دخانیات، الکل و مواد مخدر، غربالگری سلامت روان و همسر آزاری و سایر ارزیابی‌ها)، نتیجه آزمایش‌ها و سونوگرافی (در صورت وجود) را بررسی و نتیجه ارزیابی کامل خود را در بخش مربوط در پرونده الکترونیک،

تفسیر نتایج آزمایش‌های پیش از بارداری

تفسیر آزمایش	نتایج
دیابت آشکار پره دیابتیک	قند خون ناشتا مساوی یا بیشتر از ۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر قند خون ناشتا ۱۰۰-۱۲۵ میلی گرم در دسی لیتر
آنمی فقر آهن، آنمی داسی شکل تالاسمی، لوپوس، ترومبوسیتوپنی	هموگلوبین کمتر از ۱۲ گرم درصد پلاکت غیر طبیعی (کمتر از ۱۰۰۰۰۰) MCV کمتر از ۸۰ یا MCH کمتر از ۲۰
کم کاری تیروئید	TSH بیشتر از ۳/۹ μI/ml
پرکاری تیروئید	TSH کمتر از ۰/۲ μI/ml
بیماری مقاربتی احتمال مثبت کاذب: بیماری‌های کلاژن، عفونت منونوکلئوز، مالاریا، بیماری تب دار، مصرف مواد مخدر، جذام، بارداری	VDRL مثبت
آلودگی به ویروس ایدز	HIV مثبت
شک به ابتلا به ویروس ایدز	HIV منفی و وجود رفتارهای پرخطر
هیپاتیت ب	HBsAg مثبت
سروسیت یا کانسر	پاپ اسمیر غیرطبیعی
نتیجه منفی: عدم ایمنی علیه سرخجه نتیجه مثبت: ایمنی علیه سرخجه	پاسخ تیترا آنتی بادی ضد سرخجه (با توجه به محدوده آزمایشگاه)

سالم سپری شدن دوران بارداری و سلامت نوزاد آینده خواهد داشت، لذا توصیه می‌شود: هر بارداری، آگاهانه و با برنامه‌ریزی قبلی باشد و زنان قبل از اقدام به بارداری، مراقبت‌های پیش از بارداری را دریافت کنند. در این مراقبت‌های پیش از بارداری، پزشک و ماما با بررسی شرایط فیزیکی مادر و همسر از بیماری‌های پنهان احتمالی آگاهی یافته و با درمان یا کنترل آن‌ها شانس موفقیت باروری و سلامت بارداری را افزایش می‌دهد. همچنین ممکن است پزشک یا ماما توصیه کنند داروی مصرفی را تغییر دهند تا در بارداری و زایمان خطری مادر و جنین را تهدید نکند.

پیشنهادات جهت افزایش پوشش مراقبت‌های

پیش از بارداری

- برگزاری کلاس‌های آموزشی مستمر حضوری در خصوص اهمیت مراقبت‌های پیش از بارداری برای گروه‌های هدف
- آموزش و توجیه سفیران سلامت و رابطین سلامت در خصوص اهمیت مراقبت‌های پیش از بارداری
- برگزاری کلاس‌های آموزشی در خصوص اهمیت مراقبت‌های پیش از بارداری از طریق فضای مجازی
- شناسایی، ارجاع و پیگیری بموقع گروه‌های هدف مراقبت‌های پیش از بارداری از طریق شناسایی زنان واجد شرایط و متمایل به فرزندآوری در مراقبت‌های گروه هدف جوانان، میانسالان و مشاوره‌های باروری سالم



نکته: اعتبار آزمایش پیش از بارداری یک سال است. در صورتی که طی این مدت فرد باردار شد، برای انجام آزمایش نوبت اول بارداری، با توجه به نتایج آزمایش پیش از بارداری، نظر پزشک/ ماما و تاریخ انجام آزمایش، تصمیم‌گیری می‌شود.

نتیجه‌گیری

کمک به حفظ سلامت مادران در دوران بارداری و زایمان یکی از اهداف مهم برنامه‌های بهداشتی بوده و اولین قدم در راه دستیابی به این هدف، ارزیابی مراقبت‌های پیش از بارداری به زنان خواهان فرزندآوری می‌باشد. از آنجایی که انجام مراقبت‌های پیش از بارداری باعث بهبود شرایط مادر قبل از بارداری شده و نقش مهمی در

منابع و مأخذ:

- Cunningham FG, Bloom SL. Williams obstetric. 23rd ed. Ansarri, editor. America: Golban; 2010.
- Tuomainen H, Cross-Bardell L, Bhoday M, Qureshi N, Kai J. Opportunities and challenges for enhancing preconception health in primary care: qualitative study with women from ethnically diverse communities. 2013
- van der Zee B, de Beaufort ID, Steegers EAP, Denktas S. Perceptions of preconception counselling among women planning a pregnancy: A qualitative study. Fam Pract 2013
- Poels M, Koster MPH, Franx A, van Stel HF. Parental perspectives on the awareness and delivery of preconception care. BMC Pregnancy Childbirth 2017
- برنامه‌های کشوری مادری ایمن: مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر سلامت خانواده و جمعیت، اداره سلامت مادران، ۱۴۰۰ چاپ هشتم



قدخونت چند بوده؟

یک سلام گرم از بسندہ، پدر در خدمت
ظاہراً خوبی، خدا را شکر، حالا بہتر است
قدخونت چند بوده؟ آزمایش دادہ ای؟
قد و شیرینی و لیک و شربت و انگور را
نان بخور اما نہ خیلی، قند بالای رود
باغ سبزی کاری ات را دیدہ ام شکر خدا
کار کن در باغ، کشت و کار، نوعی ورزش است
لای انگشتان پات را بییم زخم نیست؟
زخم پای یعنی خطر! حتماً توجہ کن بہ آن
کوشہ ناخن، کف پا، مین انگشتان پا
دکترت قرص جدیدی دادہ کو یا ماہ پیش
ہم فشارت خوب ہم وزنت پدر جان عالی است

دارم خبر از حال و روزت میش و کم
کز کز انگشت ہای پا و انگشتان دست؟
بیخ وعدہ میخوری روزی غذای سادہ ای؟
کم بخور، ول کن غذاہای بد و ناجور را
بارژیم خوب و دارو، می رسد حتی بہ صد
پس بخور از سبزی ات حالا کہ ہستی خود کفا
موجب حفظ سلامت، شادی و آرامش است
ہیچ می دانی دلیل دیدن پای تو چیست؟
جست و جو کن زخم ہای پای خود را ہر زمان
زخم شد، تماماً اینجا پدر جان، پیش ما
با خبر کن خانہ بہداشت را از حال خویش
خوبی حال شام ہم ما یہ خوشحالی است

دانستنی‌های مهم درباره محصولات ارگانیک

چه می‌خوری؟!

اهداف آموزشی

امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه مقاله:

- نحوه تشخیص یک محصول ارگانیک را به شکل خلاصه بیان کنند.
- دلیل انتخاب محصولات ارگانیک را توضیح دهند.
- نحوه تشخیص و تفاوت محصولات ارگانیک با طبیعی و محلی را توضیح دهند.

حسین نخعی

مدیر مرکز آموزش بهورزی و بازارآموزی
دانشگاه علوم پزشکی زابل



فاطمه شهرکی ده سوخته

مربی مرکز آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی زابل



بهروز معتمدی زاده

مربی مرکز آموزش بهورزی و بازارآموزی
دانشگاه علوم پزشکی زابل



مقدمه

کشاورزی ارگانیک موضوع جدیدی نیست؛ بلکه روشی است که بر اساس آن غذای انسان از هزاران سال قبل تا پیش از پیدایش سموم و کودهای شیمیایی در قرن اخیر تولید می‌شد. طی جنگ جهانی دوم، کاربری کشاورزی مواد شیمیایی آمونیوم کشف شد و به عنوان منبع کود و سم ارزان قیمت به شکل گسترده‌ای مورد مصرف قرار گرفت و در مقیاس صنعتی نیز کشاورزی متکی به مواد شیمیایی رشد پیدا کرد، اما بتدریج انتقادات از این نوع کشاورزی شروع شد و تاکنون ادامه دارد. (۱)

محصولات ارگانیک که در حال حاضر در برخی کشورهای دنیا از جایگاه خاصی برخوردارند، محصولاتی هستند که بدون دخالت هرگونه ماده شیمیایی و روش‌های مصنوعی مانند دست‌کاری ژنتیکی تولید می‌شوند. یعنی محصولی که منشأ آن کاملاً طبیعی باشد و در فرآیند تولید آن از هیچ‌گونه ماده شیمیایی یا فرآیندی که باعث تغییر در ماهیت طبیعی مواد تشکیل دهنده می‌شود، استفاده نشده باشد. (۲)

قدم اول در پرداختن و حرکت به سمت توسعه تولید محصولات سالم، شناسایی جامعه هدف، یعنی مصرف‌کنندگان است، چرا که عامل اصلی رشد هر سامانه اقتصادی، داشتن دانش مدیریت بر مبنای شناخت رفتار مصرف‌کننده، عوامل تأثیرگذار بر آن و قدرت پیش‌بینی رفتار وی است. (۳) لذا بررسی جامعه هدف، یعنی رفتار مصرف‌کنندگان که اولین و مهم‌ترین حلقه یک سیستم اقتصادی هستند ضروری به نظر می‌رسد. این مسأله از آن جهت اهمیت دارد که در تنظیم برنامه بازاریابی و افزایش کارایی فرآیند تولید تا مصرف می‌تواند راه‌گشا باشد.

وقتی عوامل مؤثر بر تمایل به پرداخت نرخ افزوده بالقوه برای محصولات غذایی سالم مورد ارزیابی قرار گرفت، نتایج حاصل از تخمین مدل نشان داد که عواملی چون درآمد افراد، بعد خانوار، تمایلات حفظ محیط زیست، سطح اطلاع افراد از ویژگی‌های محصولات سالم و ریسک مواد غذایی خطرناک اثر مثبت و معنی‌داری بر تمایل به پرداخت آن‌ها برای محصولات غذایی سالم دارد. (۳)



از کجا بدانیم یک محصول ارگانیک است؟

امروزه در بازار، تولیدکنندگان بسیاری ادعا می‌کنند که محصولات آن‌ها ارگانیک است؛ اما چگونه می‌توان فهمید که ادعای آن‌ها حقیقت دارد یا خیر؟

این کار چندان سخت نیست. تنها محصولاتی ارگانیک هستند که دارای گواهی ارگانیک باشند. این گواهی زمانی به یک محصول اختصاص می‌یابد که ارگانیک بودن آن توسط نهادهای معتبر هر کشور تأیید شود. این نهادها بعد از کنترل ارگانیک بودن محصولات بر اساس استانداردها، به آن گواهی ارگانیک می‌دهند. بازرسی محصولات ارگانیک، به طور مداوم و هر چند وقت یک‌بار انجام می‌گیرد و چنانچه در هر مرحله مشخص شود که تولیدکنندگان یا کشاورزان، برخلاف استانداردها عمل می‌کنند، برچسب ارگانیک به محصولات آن‌ها داده نمی‌شود.

اگر محصولی دارای گواهی ارگانیک از این مراجع باشد، لوگوی آن مرجع می‌تواند روی محصول درج شود تا مشتری با مشاهده آن بتواند به ارگانیک بودن محصول، اطمینان پیدا کند. برای مثال در کشور آمریکا، تنها محصولاتی کاملاً ارگانیک هستند که دارای برچسب USDA باشند.

البته باید بدانید که همیشه بودن برچسب ارگانیک روی یک محصول، به معنای واقعاً ارگانیک بودن آن نیست و ممکن است که فروشنده، از برچسب ارگانیک تقلبی



آن‌ها، کمتر از ۷۰ درصد باشد، ارگانیک محسوب نمی‌شوند.

در ایران، این درجه بندی کمی متفاوت است؛ به طوری که محصولات ارگانیک با توجه به این که به چه میزان از مواد طبیعی تشکیل شده باشند، می‌توانند در دو دسته ارگانیک یا در حال گذار قرار گیرند. (۴)

دلیل انتخاب محصولات ارگانیک

استفاده از محصولات ارگانیک ابتلا به بیماری‌ها و آلرژی را کاهش می‌دهد. دلایل انتخاب محصولات ارگانیک به شرح زیر است:

• آفت‌کش‌ها

در کشاورزی مدرن از آفت‌کش‌های شیمیایی برای محافظت از محصولات کشاورزی در برابر حشرات، آفات و بیماری‌ها استفاده می‌شود. وقتی کشاورزان آفت‌کش‌ها را بر روی گیاهان اسپری می‌کنند، باقی‌مانده

روی محصولات خود استفاده کرده باشد که این کار پیگرد قانونی دارد. اگر قصد خرید محصولات ارگانیک دارید باید از مکان‌هایی خرید کنید، که مطمئن باشید ارگانیک بودن محصولات، توسط نهادهای نظارتی کنترل می‌شود. (۴)

درجه بندی مواد غذایی از نظر ارگانیک بودن یا نبودن

در بیشتر کشورها یک محصول با توجه به این که به چه میزان از ترکیبات طبیعی تشکیل شده باشد، در یکی از ۴ دسته زیر قرار می‌گیرد:

۱. صد در صد ارگانیک: محصولاتی هستند که به طور کامل از ترکیبات طبیعی تشکیل شده‌اند.
۲. ارگانیک: محصولاتی هستند که به میزان ۹۵ درصد متشکل از ترکیبات طبیعی هستند.
۳. تولید شده با مواد ارگانیک: محصولاتی هستند که حداقل دارای ۷۰ درصد مواد طبیعی باشند.
۴. غیر ارگانیک: مواد غذایی که میزان مواد طبیعی در

نیست. استفاده اشتباه از برچسب طبیعی یا محلی روی محصولاتی که واقعا طبیعی نیستند پیگرد قانونی ندارد اما اصلا کار اخلاقی و درستی نیست.

- **تفاوت در ماندگاری:** معمولا محصولات ارگانیک، طبیعی و محلی به دلیل این که دارای هیچ گونه افزودنی و مواد نگهدارنده نیستند، نسبت به مواد غذایی صنعتی، ماندگاری کمتری دارند.
- **تفاوت در قیمت:** معمولا محصولات ارگانیک گران تر هستند؛ زیرا به دلیل این که نباید در تولید آن ها از کود و آفت کش (در میوه ها و سبزی ها) و آنتی بیوتیک ها و هورمون ها (در حیوانات) استفاده شود، تولید آن ها به صرف وقت، انرژی و هزینه بیشتری نیاز دارد.
- از طرف دیگر به همان دلایل گفته شده در بالا، میزان محصولی که به شکل ارگانیک به دست می آید، کمتر است و بنابراین طبیعی است که قیمت آن بیشتر باشد. (۶)

در آخر باید بدانیم که:

- از نظر مواد مغذی و سالم بودن، تقریباً این سه نوع محصول در یک رده قرار می گیرند.
- چون در تولید محصولات ارگانیک، سموم کمتری به کار می رود، استفاده از این محصولات در بلندمدت به محیط زیست آسیب کمتری وارد می کند.
- بهترین راه برای اطمینان از واقعا ارگانیک، طبیعی و محلی بودن محصولات، خریداری از فروشگاه معتبر است و صحت برچسب محصول از طریق مراجعه به سایت غذا دارو قابل بررسی ماست.

این سموم بر روی محصولات باقی می ماند. بسیاری از مردم غذاهای ارگانیک را انتخاب می کنند تا از این سموم و آفات دور باشند.

• افزودنی های خوراکی

محصولات ارگانیک بدون هر گونه افزودنی، نگه دارنده، رنگ های مجاز خوراکی، طعم دهنده ها و مونوسدیم گلوتامات تولید می شوند.

• محیط زیست

بسیاری از افراد از محصولات ارگانیک استفاده می کنند چون این مواد برای محیط زیست مناسب تر هستند، آلودگی کمتری دارند و کیفیت آب و خاک را حفظ می کنند. (۵)

تفاوت محصولات ارگانیک با طبیعی و محلی

باید بدانید که این محصولات از جنبه های مختلف با هم متفاوتند که به شکل خلاصه، برخی از این تفاوت ها را بیان می کنیم:

- **تفاوت در تضمین و نظارت:** همان طور که قبلا گفتیم، تضمین و نظارت بر محصولات ارگانیک، توسط نهادهای مربوط انجام می گیرد در حالی که چنین نظارتی بر محصولات طبیعی و محلی وجود ندارد.
- **میزان آزادی در تخصیص برچسب به این محصولات:** استفاده از برچسب ارگانیک، دارای پیامدهای قانونی است؛ بنابراین تولید کننده فقط زمانی می تواند از این برچسب استفاده کند، که در تمامی مراحل تولید محصول، از قوانین و استانداردها پیروی کرده باشد؛ اما در مورد محصولات طبیعی و محلی اینگونه

منابع

- ۱- عبدالمهدی س. ۱۳۸۷. بررسی چشم انداز توسعه کشاورزی ارگانیک در ایران، مؤسسه پژوهش های برنامه ریزی و اقتصاد کشاورزی - وزارت جهاد کشاورزی.
2. <https://www.mojnews.com>
- ۳- حق جو م، حیاتی ب، محمد رضایی ر، پیش بهار ا و دشتی ق. ۱۳۹۰. عوامل مؤثر بر تمایل به پرداخت نرخ افزوده بالقوه مصرف کنندگان برای محصولات غذایی سالم: مطالعه موردی: کارکنان سازمان جهاد کشاورزی استان آذربایجان شرقی، نشریه دانش کشاورزی و تولید پایدار، جلد ۲۱ شماره ۳
4. <https://dorkam.com/wp-content>
5. <https://www.mojnews.com/>
6. <https://mishaorganic.ir>

نحوه استخراج شاخص‌های سلامت از سامانه یکپارچه بهداشت

سامانه
یکپارچه
بهداشت



چگونه از «سیب»
گزارش بگیریم؟

دکتر آرزیتا انارکی

مدیر گروه سلامت جمعیت و خانواده و
مدارس، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر



لیلا تقریبی

کارشناس سلامت میانسالان
دانشگاه علوم پزشکی بوشهر



صدیقه سرخوش

کارشناس آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی بوشهر



اهداف آموزشی

امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه:

- اهمیت داده‌های ثبت شده در سامانه یکپارچه بهداشت (سیب) را بدانند.
- قادر به گرفتن گزارش از مسیرهای مختلف سیب باشند.
- بتوانند پوشش خدمات و نتایج غربالگری را به شکل شاخص بیان کنند.

مقدمه

مختلفی وجود دارد که در این مقاله به سه مسیر برای گرفتن اطلاعات مربوط به تعداد مراقبت‌های ارایه شده و نتایج غربالگری‌ها اشاره می‌شود.

مسیر اول؛ استخراج شاخص‌های سلامت

از سرب‌گ گزارش‌های دوره‌ای

شاخص‌ها

یکی از بهترین روش‌ها برای گرفتن گزارش از سبب استفاده از سرب‌گ گزارش‌های دوره‌ای است. برای این کار ابتدا از میز کار سرب‌گ گزارش‌های دوره‌ای را انتخاب می‌کنیم. همان‌طور که در شکل شماره یک دیده می‌شود فهرستی از دفاتر و ادارات مانند دفتر سلامت خانواده جمعیت و مدارس، اداره سلامت دهان و دندان و... باز خواهد شد. بر اساس گزارش مورد نظر یکی از گزینه‌های ظاهر شده را انتخاب کرده که در شکل شماره ۱ دفتر سلامت خانواده جمعیت و مدارس و سپس اداره سلامت میانسالان انتخاب شده است.

سامانه یکپارچه بهداشت آخرین سامانه طراحی شده پرونده الکترونیک سلامت در ایران است که با هدف یکپارچه سازی اطلاعات مربوط به سلامتی افراد و ارایه خدمات بهداشتی درمانی در قالب برنامه‌های حوزه بهداشت در طرح تحول نظام سلامت از اسفند سال ۱۳۹۴ در سراسر کشور به شکل رسمی شروع به کار کرد.

یکی از عمده‌ترین اهداف اجرای پرونده الکترونیک سلامت، توسعه و پیاده سازی یک سامانه اطلاعاتی مؤثر، کارا و منطبق بر استانداردهای خاص، اطلاعاتی پویا و انعطاف پذیر در راستای مواجهه با نیازهای جدید و کاهش هزینه‌ها در همه ابعاد حوزه سلامت است. تجمیع منابع اطلاعاتی حوزه سلامت که در سامانه یکپارچه بهداشت انجام می‌گیرد منجر به دسترسی کاربران نظام سلامت (پزشکان و متخصصان، مراقبین سلامت و کارشناسان، بهورزها و...) به مواردی از جمله، بیماری‌ها و تشخیص‌های پزشکی و علل مرگ (ICD-10)، وضعیت سلامتی افراد و... شده که باعث شناسایی نقاط قوت و ضعف و در نهایت منجر به برنامه‌ریزی، تعیین اهداف، راهکارها و فعالیت‌ها و در نهایت ارزیابی نتایج مربوط خواهد شد. بنابراین یکی از وظایف اصلی ارایه دهندگان خدمت، آشنایی با نحوه استخراج اطلاعات از این داده‌ها است.

نحوه استخراج آمار و اطلاعات از «سبب»

یکی از مزایای سامانه یکپارچه بهداشت دسترسی سریع به اطلاعات و آمار است. این اطلاعات می‌تواند اطلاعات دموگرافیک مانند جمعیت منطقه تحت پوشش به تفکیک جنس، گروه‌های سنی، وضعیت تأهل و... یا امکان شمارش تعداد خدمات ارایه شده به گروه‌های سنی و نتایج غربالگری‌ها و مراقبت‌ها است. در کنار آن با ثبت بیماری‌ها توسط پزشک در سامانه امکان گرفتن گزارش از تعداد بیماران در منطقه تحت پوشش نیز فراهم می‌شود. برای گرفتن گزارش از سامانه یکپارچه بهداشت راه‌های



یکی از عمده‌ترین اهداف اجرای پرونده الکترونیک سلامت، توسعه و پیاده سازی یک سامانه اطلاعاتی مؤثر، کارا و منطبق بر استانداردهای خاص، اطلاعاتی پویا و انعطاف پذیر در راستای مواجهه با نیازهای جدید و کاهش هزینه‌ها در همه ابعاد حوزه سلامت است.



با انتخاب اداره مورد نظر مجدد فهرستی از اطلاعات قابل استخراج را خواهیم دید. با زدن کلید مشاهده تعداد موارد، مشاهده می شود. در شکل شماره ۲ تعداد افراد میانسال که تمام خدمات شیوه زندگی سالم را دریافت کرده اند، انتخاب شده است.

در صورتی که بخواهیم پوشش خدمات شیوه زندگی سالم را محاسبه کنیم می توان از همین روش تعداد میانسالان را به دست آورده و با یک تناسب ساده درصد پوشش را حساب کرد. در این خانه بهداشت تعداد میانسالان در همین بازه زمانی ۵۹۸ نفر است که با توجه به سه ساله بودن مراقبت ها یک سوم این افراد (۱۹۹ نفر) تا پایان سال می بایست مراقبت شوند.

محدودیت های این روش

- فقط در بازه زمانی تعیین شده در سیب می توان اطلاعات را به دست آورد.
- فقط تعداد گزارش می شود و باید به شکل دستی پوشش را محاسبه کرد.
- امکان به دست آوردن اطلاعات دیگری به جز موارد ذکر شده در گزارش دوره ای وجود ندارد.

اگر بخواهیم این اطلاعات را از ابتدای فروردین تا پایان مرداد ۱۴۰۱ محاسبه کنیم با توجه به نبودن این گزینه در گزارش گیری چه پیشنهادی دارید؟

ممکن است به دلایلی نیاز باشد که پوشش مراقبت یا نتیجه غربالگری ای را محاسبه کنیم که عنوان آن در گزارش های دوره ای وجود ندارد یا در بازه زمانی نیاز به اطلاعاتی داشته باشیم که هنوز در گزارش های دوره ای بارگذاری نشده است. در این موارد یکی از روش های پیشنهادی استفاده از سربرگ گزارش ها است.



قدم بعدی انتخاب فیلترهای مناسب برای گرفتن گزارش مانند انتخاب تاریخ یا گروه سنی مورد نظر و... است در شکل شماره ۳، ۸۱ نفر میانسال کلیه خدمات شیوه زندگی سالم را در سه ماه اول سال ۱۴۰۱ دریافت کرده اند.



ممکن است این سوال پیش آید در شاخص انتخاب شده چه خدماتی محاسبه شده است. در این مورد کافی است بر روی نحوه محاسبه کلیک کرده و کد خدمات را مشاهده کنیم. در شکل شماره ۴ افراد میانسالی شمارش شده اند که کلیه خدمات با کدهای ۷۹۸۲، ۶۷۸۶ و ۸۰۰۸ را گرفته اند.

مشخص است از افرادی که خدمت تن سنجی را دریافت کرده بودند ۱۵ نفر یعنی ۳۱ درصد مبتلا به چاقی است.



محدودیت این روش

امکان شمارش افرادی که بیش از یک خدمت را گرفته اند وجود ندارد و به عنوان مثال نمی توان فقط افرادی را شمرد که حتماً سه خدمت شیوه زندگی سالم را گرفته باشند. با انتخاب هر سه کد شیوه زندگی، اگر فردی فقط یکی از این خدمات را گرفته باشد نیز شمارش می شود.

مسیر سوم؛ ساخت گزارش

این فرم به شما این امکان را می دهد که گزارش هایی پویا و انعطاف پذیر ایجاد کنید. برای این کار کافی است تا برای گزارش خود یک نام انتخاب کنید و فیلترهای که به وسیله آن ها گزارش خود را می سازید انتخاب کنید و سپس روی دکمه ثبت کلیک کنید تا ساختار گزارش درخواستی شما ذخیره شود. امکان ویرایش این ساختار نیز برای شما فراهم شده است. برای ویرایش ساختار گزارش خود کافی است بر روی دکمه ویرایش کلیک کنید و برای مشاهده گزارش خود، از کلید مشاهده گزارش استفاده کنید. گزارش گیری از این مسیر شامل:

ساخت گزارش گروه های سنی جمعیتی، وضعیت تأهل جمعیت تحت پوشش، تحصیلات جمعیت تحت پوشش، جنسیت (مرد و زن) در جمعیت تحت پوشش، فهرست زنان باردار در جمعیت تحت پوشش و تعداد بیماری های ثبت شده در جمعیت تحت پوشش
مثال: تعداد بیماری دیابت در گروه سنی میانسالان افراد تحت پوشش

مسیر دوم؛ استخراج شاخص های سلامت

از سربگ گزارش ها- گزارش مراقبت ها

شاخص ها

در این روش ابتدا وارد صفحه میز کار می شویم و گزینه گزارش ها / گزارش مراقبت ها / گزارش مراقبت های انجام شده را انتخاب می کنیم.



در صفحه باز شده فیلترهای لازم را می گذاریم. در هنگام گذاشتن فیلترها به این نکات توجه کنید:

- سن: سن خدمت انتخاب شود.
 - نوع مراقبت: مراقبت خانه بهداشت انتخاب شود.
- همان طور که در شکل شماره ۶ مشخص است خدمت تن سنجی در این خانه بهداشت به ۴۸ فرد میانسال ارایه شده است، که به شکل نوار سبز رنگ در بالای صفحه مشخص است.



اگر بخواهیم نتیجه غربالگری را مشاهده کنیم کافی است در قسمت طبقه بندی فیلتر مناسب را بگذاریم. در شکل شماره ۷ همان طور که در نوار سبز رنگ بالای صفحه

سامانه یکپارچه بهداشت (سیب) با هدف یکپارچه سازی اطلاعات مربوط به سلامتی افراد و ارائه خدمات بهداشتی درمانی شروع به کار کرد.



امید است با شروع به کار سامانه گزارش ساز که در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در حال پیگیری است مشکلات ذکر شده در سامانه یکپارچه بهداشت (سیب) برطرف شود.

نتیجه گیری

با توجه به وجود سربرگ‌های مختلف امکان گرفتن گزارش از مسیرهای مختلف در سیب وجود دارد که البته هر کدام با محدودیت و یا ارقام متفاوت همراه است. بهترین روش استفاده از سر برگ گزارش‌گیری است که به علت تأخیر در بارگذاری و همچنین سه‌ماهه، شش ماهه و یکساله بودن اطلاعات، منجر به بروز مشکلاتی در برنامه‌ریزی و شناسایی مشکلات خواهد شد. همچنین عدم محاسبه پوشش‌ها و صرفاً دسترسی خام به اطلاعات از جمله مشکلات سیب است.

پیشنهادها

بارگذاری سریع‌تر اطلاعات و با فواصل کمتر از سه ماه می‌تواند در شناسایی سریع‌تر مشکلات کمک کند. برای یکسان سازی استخراج آمار، لازم است که مسیرهای گزارش‌گیری و کد خدمات به شکل کاملاً مشخص به دانشگاه‌ها ارسال شود.

ورود به سامانه سیب با کاربری پزشک/ماما/مراقب سلامت/بهورز، مدیریت سامانه، ساخت گزارش افراد تحت پوشش، تایپ عنوان، انتخاب سن ۳۰ تا ۶۰ سال، انتخاب واحد، انتخاب کد بیماری E10 تا E14 به شکل جداگانه و جمع اعداد استخراج شده



سامانه گزارش ساز (پنل گزارش ساز)

در پنل گزارش ساز می‌توان با استفاده از رویدادها و وقایع ثبت شده در سامانه سیب، تمامی گزارش‌های مورد نظر خود را به تفکیک دانشگاه، جمعیت، ملیت، جنسیت و... ایجاد کرد و همچنین می‌توان با استفاده از فیلترهای سن، جنس و... در بازه‌های زمانی مختلف از گزارش ایجاد شده استفاده کرد. این گزارش‌ها با توجه به دسترسی‌های ایجاد شده در سطوح مختلف قابل ساخت و مشاهده‌اند.

منبع: دستورالعمل‌های محاسبه شاخص‌های سامانه یکپارچه بهداشت (سیب)



حدیثه سرهنگی

دانشجوی کاردانی بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی سمنان



وقتی «امیر مهدی» به زندگی برگشت

یکی از روزهای بسیار گرم مرداد ماه، حدود ساعت ۳ عصر در حال استراحت بودم که ناگهان صدای فریادهای مکرر زن همسایه، حمیرا خانم را شنیدم. به سرعت از خانه بیرون آمدم و حمیرا خانم را دیدم که فرزندش، امیرمهدی را در آغوش دارد و تقاضای کمک می‌کند. کودک یکساله بیحال بود و صورتش به کبودی می‌زد. از توضیحاتی که جسته و گریخته داد متوجه شدم کودک در حال بازی، چیزی را بلعیده و حالا به علت گیرکردن جسم خارجی در راه تنفسی‌اش، دچار حالتی شبیه خفگی شده است. امیر مهدی را از مادرش گرفتم و همان موقع مطالب درس کمک‌های اولیه که در زمان آموزش ارایه شده بود مثل برق از ذهنم گذشت: «کودک را به شکل دمر روی دست می‌گیریم و سعی می‌کنیم سر را کمی پایین‌تر از تنه قرار دهیم. سپس با ضربه‌های نسبتاً محکم و متوالی بین کتف‌های کودک، به خروج جسم خارجی کمک می‌کنیم...».

همین کار را انجام دادم و البته استرس هم داشتم. خوشبختانه با ضربه نمی‌دانم چندم، جسم خارجی از دهان امیر مهدی خارج شد ولی کودک همچنان بی‌صدا و بیحال بود. کمی شانه و قفسه سینه‌اش را ماساژ دادم... ابتدا چند سرفه کوتاه کرد و بعد شروع به گریه کرد و رنگ صورتش به حالت طبیعی برگشت. حمیرا خانم با خوشحالی نگاهم می‌کرد. خودم را به لبه جدول کنار کوچه رساندم تا بنشینم و نفسی تازه کنم. خیلی خوشحال بودم که توانسته‌ام با اقدام بموقع و به کارگیری آموزش‌هایی که دیده‌ام، کودکی را از مرگ نجات بدهم.



عمر خود را کوتاه نکنید

اهداف آموزشی

امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه مقاله:

- مرگ زودرس در بزرگسالان را بشناسند.
- علل و عوامل مرگ زودرس در بزرگسالی را شرح دهند.
- بیماری‌های غیرواگیر عمده و عوامل خطر مرتبط با آن‌ها را بیان کنند.
- راهکارهای اساسی برای کاهش مرگ‌های زودرس در بزرگسالی را شرح دهند.

سعید حمیدزاده

مربی مرکز آموزش بهوزی
دانشگاه علوم پزشکی دزفول



فروغ یزدی باغبان زاده

مربی مرکز آموزش بهوزی
دانشگاه علوم پزشکی دزفول



قابل تغییر شامل دیابت، پرفشاری خون و همچنین عدم مصرف دخانیات، کاهش بیش از ۴۰ درصدی در میزان مرگ و میرها رخ خواهد داد. در این بین می‌بایست دیابت را به عنوان اولویت اصلی در نظر گرفت.

چهار بیماری عمده غیرواگیر شامل بیماری‌های قلبی-عروقی، سرطان، بیماری‌های مزمن ریوی و دیابت مستقیماً به چهار عامل خطر اصلی رفتاری قابل‌پیشگیری شامل مصرف سیگار و الکل، تغذیه نامناسب و عدم فعالیت بدنی مناسب وابسته هستند. در سال ۲۰۱۱ و با رهبری سازمان جهانی بهداشت، بیش از ۱۹۰ کشور روی مکانیسم‌های جهانی کاهش بار بیماری‌های غیرواگیر قابل اجتناب از جمله «برنامه اقدام جهانی برای پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر» توافق کردند. این برنامه به دنبال این است که تا سال ۲۰۲۵ تعداد مرگ و میرهای زودرس ناشی از بیماری‌های غیرواگیر را از طریق ۹ هدف داوطلبانه جهانی به میزان ۲۵ درصد کاهش دهد. این ۹ هدف هر کدام بر روی بخشی از عوامل مانند مصرف دخانیات، سوء مصرف الکل، رژیم غذایی ناسالم و عدم فعالیت فیزیکی تمرکز می‌کنند. بر این اساس و مطابق با اهداف سازمان جهانی بهداشت پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر و عوامل خطر مرتبط با آن، کاهش ۲۵ درصد مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی-عروقی، دیابت، سرطان‌ها و بیماری‌های مزمن تنفسی در گروه سنی ۳۰ تا ۷۰ سال از اقدامات راهبردی سند ملی در ایراناست.



در ایران بیش از ۸۰ درصد مرگ و میرها بر اثر بیماری‌های غیرواگیر است که در رأس آن سکته‌های قلبی و مغزی قرار دارد. همچنین ۲۰ درصد مرگ و میر ایرانی‌ها بر اثر ابتلا به سرطان و حدود ۱۰ درصد هم بر اثر حوادث است.

1. Years of life lost

با توجه به شاخص‌های جهانی و کشوری، مرگ و میر زودرس در بزرگسالی یکی از مهم‌ترین عوامل در تعیین سال‌های از دست رفته عمر به علت مرگ زود هنگام (YLL)^۱ است که به عنوان یکی از شاخص‌های اولویت‌بندی مشکلات سلامت محسوب می‌شود در ایران سالانه نزدیک به ۵۰ درصد مرگ‌های اتفاق افتاده، زودرس است؛ به این معنی که در افراد کمتر از ۷۰ سال رخ می‌دهد. رقم مرگ و میر زودرس در ایران، مشابه بیشتر کشورهای در حال توسعه است در حالی که در کشورهای پیشرفته این عدد به ۱۵ تا ۲۰ درصد مرگ‌ها می‌رسد. در حال حاضر بیماری‌های غیرواگیر علل اصلی مرگ و میر و ناتوانی در دنیای امروز به شمار می‌روند. به دلیل افزایش روند مرگ و میر ناشی از این بیماری‌ها به‌خصوص در کشورهای در حال توسعه، سازمان جهانی بهداشت از دو دهه پیش بیماری‌های غیرواگیر را جزو اولویت‌های بهداشتی کشورهای در حال توسعه از جمله ایران اعلام کرده است. در ایران بیش از ۸۰ درصد مرگ و میرها بر اثر بیماری‌های غیرواگیر است که در رأس آن سکته‌های قلبی و مغزی قرار دارد. نزدیک به نیمی از مرگ و میر در ایران بر اثر سکته‌های قلبی و مغزی است. همچنین ۲۰ درصد مرگ و میر ایرانی‌ها بر اثر ابتلا به سرطان و حدود ۱۰ درصد هم بر اثر حوادث است. بیماری‌های مزمن ریوی، دیابت و بیماری‌های مزمن کلیه و کبد در رتبه‌های بعدی قرار دارند.

یک مقاله حاصل از مطالعه قند و لیپید تهران در بررسی عوامل مرگ زودرس در جامعه ایرانی و میزان بروز آن به پژوهشی اشاره دارد که با بررسی ۱۴ ساله بر روی جمعیتی بیش از ۷ هزار نفر، نشانگر ۲۶۲ مورد مرگ زودرس بوده است که در رأس علت‌های آن حوادث قلبی-عروقی قرار دارند. همچنین به سرطان‌ها، جراحات ناشی از تصادف‌های جاده‌ای، عفونت‌ها و سایر علل متفرقه به عنوان دیگر علل مرگ و میر زودرس اشاره دارد. نتایج حاصل از این مطالعه نشان داده که دیابت نیز می‌تواند احتمال بروز مرگ و میر زودرس را دو برابر کرده و در صورت کنترل دو عامل خطر متابولیک و فیزیولوژیک

بیماری‌های قلبی عروقی در صدر

علل وقوع مرگ‌های زودرس

بیماری‌های قلبی عروقی، اولین عامل مرگ در سراسر جهان هستند و سالانه، افراد بسیاری در اثر ابتلا به این بیماری‌ها می‌میرند. این بیماری‌ها به دلیل مشکلات ایجاد شده در قلب و عروق خونی حاصل شده و بیماری کرونری قلب، بیماری عروقی مغز، عروق محیطی، روماتیسم قلبی، مشکلات مادرزادی قلب، افزایش فشارخون بالا و نارسایی قلبی را شامل می‌شوند. رشد روز افزون بیماری‌های مزمن همچون سکته‌های قلبی، مغزی و نارسایی‌های کبدی و کلیوی که به طور کلی سلامت جامعه را تحت شعاع قرار داده است حاصل بی‌توجهی به یک بیماری غیر واگیر به نام فشارخون است که از آن به عنوان قاتل خاموش نام می‌برند به این دلیل که اغلب هیچ علامتی ندارد. از هر ۱۰ بزرگسال، ۴ نفر به بیماری فشارخون بالا مبتلا و این افراد در سنین بالای ۵۰ سال بیشترین قربانیان این بیماری هستند.

می‌دانیم که فشارخون یکی از علایم اصلی حیات است، هنگامی که سرخرگ‌های بزرگ، قابلیت ارتجاع و استحکام طبیعی خود را از دست بدهند و عروق کوچک نیز باریک‌تر شوند، فشارخون بالا می‌رود، فشارخون به طور طبیعی در اثر استرس و فعالیت بدنی بالا می‌رود، اما فردی که دچار بیماری فشارخون بالاست به هنگام استراحت نیز فشارخونش بالاتر از حد طبیعی است. فشارخون بالا، به عنوان یک بیماری قلبی عروقی و همچنین عامل خطر سکته‌های قلبی و مغزی، کاملاً قابل پیشگیری و کنترل است. اولین گام برای درمان و کنترل این بیماری را باید آگاهی افراد از ابتلا به بیماری دانست. متأسفانه تنها ۴۷ درصد مبتلایان به فشارخون بالا از بیماری خود با خبر هستند.

سرطان‌ها

سرطان به گروه وسیعی از بیماری‌ها اطلاق می‌شود که می‌توانند بر هر بخشی از بدن تاثیر بگذارند و از جمله عوامل اصلی بیماری‌ها و مرگ و میر در جهان

هستند. انتظار می‌رود که تعداد موارد جدید سرطان در طول دو دهه آتی حدود ۷۰ درصد بیشتر شود. پنج مورد از شایع‌ترین موارد سرطان در بین مردان عبارتند از سرطان‌های ریه، پروستات، کولورکتال، معده و کبد. پنج مورد از شایع‌ترین سرطان‌ها در بین زنان را نیز سرطان‌های پستان، کولورکتال، ریه، دهانه رحم و معده تشکیل می‌دهند. شایع‌ترین سرطان‌هایی که منجر به مرگ می‌شوند؛ عبارتند از: ریه، کبد، معده، کولورکتال، پستان و مری.

سالمندی یکی از عوامل بنیادی ایجاد سرطان است. شیوع سرطان به طور چشمگیری با افزایش سن، زیاد می‌شود. حدود یک سوم از مرگ‌های ناشی از سرطان در اثر پنج مشکل رفتاری از جمله شاخص توده بدنی بالا، مصرف کم میوه و سبزی‌ها، عدم فعالیت بدنی، مصرف سیگار و الکل رخ می‌دهند که مصرف سیگار، مهم‌ترین عامل خطرزای سرطان محسوب می‌شود. حدود ۲۰ درصد از مرگ‌های ناشی از سرطان در سرتاسر جهان به دلیل مصرف سیگار رخ می‌دهد و حدود ۷۰ درصد مرگ‌های ناشی از سرطان ریه نیز به دلیل مصرف سیگار است. عفونت‌های ویروسی ایجاد کننده سرطان همانند HBV، HCV و HPV مسؤول حدود ۲۰





از ۳۰ درصد افزایش یابد مگر آن که اقدام‌هایی فوری برای کاهش عوامل خطر ساز این بیماری انجام گیرد. تخمین‌ها دال بر این است که COPD در سال ۲۰۳۰ به سومین عامل مرگ در جهان تبدیل شود.

شاهراه ورود به مسیر مرگ خاموش

دیابت بیماری مزمنی است که میلیون‌ها نفر در سراسر جهان از آن رنج می‌برند و همواره ناچار به نظارت مداوم بر سطح گلوکز خون خود و تزریق انسولین در طول روز هستند. دیابت زمانی رخ می‌دهد که لوزالمعده انسولین کافی تولید نکرده یا بدن به طور مؤثر از انسولین تولید شده استفاده نمی‌کند.

دیابت نوع یک، دیابت نوع دو و دیابت بارداری از انواع دیابت بوده و دیابت نوع دو، ۹۰ درصد افراد مبتلا به دیابت در جهان را شامل شده و عموماً در نتیجه افزایش وزن بدن و عدم تحرک بدنی رخ می‌دهد. دیابت با گذشت زمان می‌تواند به قلب، عروق خونی، چشم، کلیه و اعصاب آسیب برساند. این بیماری خطر ابتلا به بیماری قلبی و سکته مغزی را افزایش می‌دهد. آسیب‌های عصبی در پا، احتمال زخم پای دیابتی، عفونت و نیاز احتمالی به قطع اندام از دیگر خطرات ناشی از این بیماری است. افرادی با سن بیشتر از ۳۰ سال همراه با یکی از موارد چاقی و کم تحرکی، چربی خون غیرطبیعی، ابتلا به پرفشاری خون،

1. Chronic Obstructive Pulmonary Disease

درصد مرگ‌های ناشی از سرطان در کشورهای با درآمد متوسط تا کم هستند. با افزایش آگاهی در مورد علل ایجاد کننده سرطان و مداخلات لازم برای پیشگیری و مدیریت بیماری‌ها می‌توان از سرطان پیشگیری کرد. با اجرای راهبردهای مبتنی بر شواهد برای پیشگیری از سرطان، تشخیص زودرس آن و مدیریت بیماران مبتلا به سرطان می‌توان موارد ابتلا به سرطان را کاهش داد و کنترل کرد چون در صورت تشخیص زودهنگام و درمان مناسب، بسیاری از سرطان‌ها احتمال بهبود دارند. بیش از ۴۰ درصد مرگ‌های ناشی از سرطان با تغییر سبک زندگی و پرهیز از عوامل خطر اصلی، قابل پیشگیری هستند.

بیماری‌های مزمن ریوی

این بیماری‌ها مجموعه‌ای از بیماری‌ها هستند که موجب محدودیت در تبادل هوای ریه‌ها می‌شوند. بخش اعظم این بیماری‌ها را بیماری‌های انسدادی مزمن ریه یا COPD¹ تشکیل می‌دهند.

واژگان آشنای «برونشیت مزمن» و «آمفیزم» دیگر مورد استفاده قرار نمی‌گیرد بلکه در حال حاضر از واژه COPD استفاده می‌شود.

مصرف سیگار، آلودگی هوای داخل منزل همانند استفاده از سوخت‌های زیستی مورد استفاده برای آشپزی و گرما، آلودگی هوای محیط، گرد و غبار و مواد شیمیایی شغلی مثل بخار، مواد محرک و دود از جمله عوامل خطر اصلی بیماری‌های مزمن ریوی‌اند.

بنابر آخرین برآوردهای سازمان جهانی بهداشت، در حال حاضر بیش از ۷۰ میلیون انسان به COPD مبتلا هستند و حدود ۹۰ درصد موارد مرگ ناشی از COPD در کشورهای با درآمد کم تا متوسط روی می‌دهد. در گذشته، COPD در بین مردان شایع‌تر بود اما به دلیل افزایش مصرف سیگار در میان زنان کشورهای پردرآمد و خطر بالاتر مواجهه آنان با آلودگی هوای داخل منزل در کشورهای کم درآمد، در حال حاضر، این بیماری به طور مساوی روی زنان و مردان تأثیر دارد. برآورد می‌شود که طی ۱۰ سال آینده، مرگ‌های ناشی از COPD به بیش

توسعه در رده‌های سنی ۵ تا ۲۴ سال بیشترین آمار را دارد. بیشترین سهم در میزان مرگ مربوط به سوانح جاده‌ای متعلق به وسایل موتوری با ۳ یا بیش از ۳ چرخ است. کشورهای کم‌درآمد و متوسط، کمتر از نیمی از وسایل نقلیه جهان را در اختیار دارند. با این وجود، بیش از ۹۰ درصد از کل مرگ و میرهای رانندگی در این کشورها رخ می‌دهد. از عوامل مهم حوادث، شبکه‌های جاده‌ای این کشورها و همچنین کمبود منابع برای اجرای قوانین ایمنی در جاده‌ها و کمک‌های پزشکی است.

برعکس، کشورهایی که کمترین میزان مرگ و میر ناشی از تصادفات جاده‌ای را دارند، عمدتاً کشورهایی با درآمد بالا هستند که منابع لازم را برای حفظ جاده‌های خود در سطح استاندارد بالا و اجرای قوانین محکم در استفاده از جاده‌ها دارند.

بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، کشورهای سن مارینو، مالدیو، ایالات فدرال میکرونزی، سوویس و نروژ با رتبه‌های ۱ تا ۵، کمترین میزان تلفات جاده‌ای را به‌خود اختصاص داده و کشورهای جمهوری دومینیک، زیمبابوه، برونئی، سنت لوسیا و لیبریا به ترتیب در رتبه‌های ۱۷۱ تا ۱۷۵ قرار داشته و بیشترین میزان تلفات را دارند. کشور لیبریا با نرخ برآورد ۳۵/۹ مرگ در هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت، بیشترین میزان تلفات جاده‌ای را در جهان دارد. ایران نیز با برآورد نرخ ۲۰/۵ مرگ در هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت در رتبه ۱۱۳ از ۱۷۵ کشور قرار داشته که رتبه خوبی نبوده و نیازمند برنامه‌ریزی و همکاری دستگاه‌های اجرایی متولی برای کاهش این رتبه است. آسیب‌های ناشی از تصادفات جاده‌ای در ایران نیز، یکی از پنج علت مهم مرگ و میر به‌شمار می‌رود.



۵۰ درصد از افراد مبتلا به دیابت در اثر بیماری قلبی عروقی فوت می‌کنند و خطر کلی مرگ در میان افراد مبتلا به دیابت حداقل دو برابر خطر ابتلا به همسالان بدون دیابت است.



ابتلای یکی از بستگان درجه اول (پدر، مادر، خواهر، برادر و فرزندان) به دیابت و نیز خانم‌های با سابقه ابتلا به دیابت بارداری بیشتر در معرض دیابت قرار دارند. مطالعه‌ای که در چند کشور انجام شد؛ نشان داد که ۵۰ درصد از افراد مبتلا به دیابت در اثر بیماری قلبی عروقی فوت می‌کنند و خطر کلی مرگ در میان افراد مبتلا به دیابت حداقل دو برابر خطر ابتلا به همسالان بدون دیابت است. هدف سازمان جهانی بهداشت این است که از اقدام‌های مؤثر برای مراقبت، پیشگیری و کنترل دیابت و عوارض آن در کشورهای با درآمد کم و متوسط پشتیبانی کند. بنابر پروژه‌های سازمان جهانی بهداشت، دیابت، هفتمین علت سببی مرگ در سال ۲۰۳۰ خواهد بود. رژیم غذایی سالم، انجام منظم فعالیت بدنی، حفظ وزن بدن در حد طبیعی و پرهیز از استعمال دخانیات می‌تواند از دیابت پیشگیری کند یا وقوع آن را به تأخیر بیندازد.

سوانح و حوادث جاده‌ای

به‌طور کلی هر تصادفی بر اثر ۴ عامل انسان، جاده، وسیله نقلیه و محیط رخ می‌دهد. بر مبنای آمار سازمان بهداشت جهانی در خصوص تصادفات جاده‌ای در سال ۲۰۱۸، تعداد سالانه تلفات رانندگی در جاده‌ها یک میلیون و ۳۵۰ هزار نفر بوده به طوری که هر ۲۴ ثانیه یک نفر در جاده‌های جهان کشته می‌شود. مرگ و میر ناشی از تصادفات جاده‌ای به‌عنوان یکی از عوامل شایع مرگ در بسیاری از مناطق به ویژه کشورهای در حال

دارند که در آینده قابل دستیابی هستند. از طرف دیگر تغییر در سبک زندگی، عوامل شغلی و کاهش سوانح و حوادث از جمله مؤلفه‌هایی هستند که نیاز به تغییر در زیرساخت‌های فرهنگی و محیطی داشته و نیاز است تا در آینده‌ای نه چندان دور مطابق استانداردهای جهانی اصلاح شده و تغییر کنند. تغییر در عوامل فیزیولوژیک و پاتولوژیک به اهداف در زمینه کنترل و پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر نزدیک‌تر بوده و در کوتاه مدت قابل دستیابی است. فرهنگ سازی پیشگیری و کنترل افزایش فشار خون، قند خون، چربی خون، چاقی و اضافه وزن که از جمله عوامل فیزیولوژیک هستند می‌تواند مردم را به سمتی پیش برد که به بیماری‌های غیرواگیر از جمله انواع سرطان‌ها، بیماری‌های قلبی عروقی، دیابت، سکتة مغزی و... که از عوامل پاتولوژیک هستند مبتلا نشده و کیفیت زندگی بهتر و در نهایت امید زندگی بیشتری داشته باشند.

برای کاهش تأثیر بیماری‌های غیرواگیر بر افراد و جامعه و پیشگیری از مرگ‌های زودرس یک رویکرد جامع مورد نیاز است که تمامی سازمان‌ها و ارگان‌ها را ملزم سازد تا برای کاهش خطرات مرتبط با بیماری‌های غیرواگیر با یکدیگر همکاری کنند. یک شیوه مهم و کم هزینه برای کاهش عوامل مشترک بیماری‌های غیر واگیر تغییر سبک زندگی است. راه حل دیگر استفاده از مداخلات اساسی با تأثیر بالا برای بیماری‌های غیرواگیر است که می‌توان آن‌ها را از طریق رویکرد مراقبت‌های بهداشتی اولیه ارایه داد تا بدین وسیله تشخیص زودرس و درمان بموقع بیماری‌ها امکان‌پذیر شود.



نتیجه گیری

به طور کلی برای اتخاذ سیاست‌ها و راهبردهای مناسب در زمینه تأمین، حفظ و ارتقای سلامت باید اطلاعات دقیقی از عوامل مؤثر بر مرگ‌های زودرس داشته باشیم تا بتوانیم با تدابیر لازم و انجام مداخله‌های صحیح از رخداد بسیاری از مرگ‌های زودرس جلوگیری کنیم. بیماری‌های غیر واگیر سهم عمده‌ای از مرگ و میر زودرس را شامل می‌شوند و کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط، عوامل مداخله‌ای مورد نظر برای کنترل بیماری‌های غیرواگیر در جمهوری اسلامی ایران را در هفت مورد خلاصه می‌کند که شامل عوامل پس زمینه ای، عوامل زمینه‌ای، سبک زندگی، عوامل شغلی، سوانح و حوادث، عوامل فیزیولوژیک و عوامل پاتولوژیک است. گرچه تغییر عوامل زمینه ای و پس زمینه ای جزو اهداف کلان توسعه کشور هستند اما نیاز به مداخلات پیچیده، برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری‌های هدفمند و طولانی مدتی

منابع

- سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط در جمهوری اسلامی ایران در بازه زمانی ۱۳۹۴ تا ۱۴۰۴. ویراست اول تیرماه ۱۳۹۴
- مجموعه مداخلات اساسی بیماری‌های غیرواگیر در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه ایران (ایران). محتوای آموزشی بهروز/ مراقب سلامت چاپ اول ۱۳۹۶
- مرجع اپیدمیولوژی بیماری‌های شایع ایران. جلد دوم بیماری‌های غیرواگیر. چاپ اول ۱۳۹۳
- مرجع اپیدمیولوژی بیماری‌های شایع ایران. جلد سوم سرطان‌ها - چاپ اول ۱۳۹۳
- اطلس پیمایش عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در ایران در سال ۱۴۰۰. بهار ۱۴۰۱



مروری بر احیای قلبی تنفسی نوزادان و کودکان

... و دوباره زندگی



بی‌تا پیاهور

کارشناس مسئول آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی



دکتر عباس مرادی فراهانی

رئیس گروه نیروی انسانی، بهورزی، آموزش و
بازآموزی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

اهداف آموزشی

امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه مقاله:

- ماساژ قلبی را توضیح دهند.
- زنجیره بقا یا حیات کودک را تعریف کنند.
- اهمیت احیای قلبی ریوی زود هنگام را بدانند.
- ترتیب احیای پایه برای احیاگر غیر حرفه‌ای را شرح دهند.
- تعیین دقیق وضعیت آغاز احیا در نوزادان و کودکان را بدانند.
- خصوصیات یک عملیات احیا با کیفیت بالا و مطلوب را بیان کنند.
- اهمیت پیشگیری از ایست قلبی تنفسی در نوزادان و کودکان را بیان کنند.
- دلایل انتخاب توالی CAB نسبت به توالی قبلی ABC را شرح دهند.
- روش احیای پایه برای احیاکننده‌های ماهریا هر کسی که آموزش احیای دو نفره دیده است را بیان کنند.

مقدمه

مدارس و ایمنی منزل را در بردارد. در این زمینه آموزش والدین و مراقبان کودکان از اهمیت بسزایی برخوردار است. در شیرخواران (کودکان کوچک تر از یکسال)، ناهنجاری‌های مادرزادی، عوارض ناشی از نارس بودن و سندرم مرگ ناگهانی شیرخوار در رأس علل مرگ و میر قرار دارند. در کودکان بزرگ‌تر از یک سال بر اساس آمارهای کشوری و نیز آمارهای جهانی مصدومیت ناشی از سوانح و حوادث علت اصلی مرگ را به خود اختصاص می‌دهد. به دنبال ایست قلبی ناشی از سوانح و حوادث زنده ماندن کودکان کم است. این موضوع خود اهمیت و تأکید بر پیشگیری از آسیب‌ها را در کاهش مرگ و میر می‌رساند.

حوادث و وسایل نقلیه موتوری شایع‌ترین علت آسیب‌های منجر به فوت کودکان است و با مداخله‌های هدفمند نظیر استفاده از صندلی‌های ایمنی مسافرتی کودکان می‌توان خطر این مرگ و میر را کاهش داد. (۱ و ۲) اقدام‌هایی همچون وضع قوانین ترافیکی خاص کودکان، استفاده از صندلی ایمن و استاندارد کودک در اتومبیل و رعایت استانداردهای ایمنی در هر محیطی که محل آمد و شد کودکان و محل رشد آن‌ها است، می‌تواند به مقدار زیادی خطر مرگ ناشی از حوادث و سوانح در کودکان را کاهش دهد. (۱)

ABC یا CAB

سه اصل در احیای پایه کودک نقش اساسی دارد:

- دریافت اکسیژن توسط بافت ریه از طریق راه هوایی (A: Airway)
- تأمین اکسیژن از طریق تنفس و تهویه مؤثر: تنفس / تهویه مکانیکی (B): Breathing
- توزیع اکسیژن در بدن به کمک ضربان مؤثر قلب و گردش خون C: Circulation or Chest Compression. (۱ و ۲)

دلایل انتخاب توالی CAB نسبت به توالی قبلی ABC

در حال حاضر با توجه به شواهد حاصل از مطالعات متعدد، توالی CAB (ماساژ قلبی، راه هوایی، تنفس و

عملیات احیای قلبی ریوی سریع می‌تواند میزان بقای عمر ناشی از ایست قلبی را در کودکان بهبود بخشد، متأسفانه تعداد زیادی از کودکان نیازمند، احیای با کیفیت بالا را دریافت نمی‌کنند، بنابراین باید کیفیت عملیات احیای انجام شده توسط افراد را افزایش دهیم. (۱)

عملیات احیای سریع، مؤثر و بموقع می‌تواند منجر به برگشت موفق خودبه‌خودی گردش خون و زنده ماندن کودک آسیب دیده با وضعیت عصبی سالم شود. (۱) آموزش احیای قلبی ریوی به شکل استاندارد می‌تواند پاسخگوی نیاز مراکز بهداشتی و درمانی بوده و عوارض حاصله به دنبال ایست قلبی تنفسی، مدت زمان بستری بیمار در بیمارستان و هزینه‌های مرتبط با آن را کاهش دهد. (۲)

• زنجیره بقا یا حیات کودک

بعد از پیشگیری و در فرآیند کودکی که نیازمند احیا است، سلسله اقدام‌هایی از جمله احیای سریع قلبی ریوی، دستیابی سریع به خدمات سرویس اورژانس، انجام اقدامات احیای پیشرفته و نهایتاً مراقبت‌های تخصصی و فوق تخصصی بعد از ایست قلبی مورد نیاز است. این سلسله اقدامات در مجموع زنجیره بقا یا حیات کودک نامیده می‌شود. (۱ و ۲)

اهمیت پیشگیری از ایست‌های قلبی تنفسی

در نوزادان و کودکان

به منظور برخورداری از بالاترین میزان بقا و بهبود کیفیت زندگی، احیای کودکان، بخشی از یک تلاش اجتماعی محسوب می‌شود. تلاشی که از پیشگیری شروع می‌شود. این پیشگیری بسیار مهم است و گستره وسیعی از سیاست‌های ملی در زمینه مقررات ترافیکی، نحوه مراقبت از کودکان در خودرو تا ایمنی محیط‌های اجتماعی همچون محل بازی کودکان، مهد کودک‌ها و



۵ سانتی متر و نه بیشتر از ۶ سانتیمتر فشرده شود) برای دستیابی به بهترین نتیجه، ماساژ قلبی را بر روی سطح سخت (غیر قابل ارتجاع) انجام دهید.

در احیای شیرخوار، در صورتی که فقط یک نفر احیاکننده (اعم از حرفه‌ای یا غیرحرفه‌ای) وجود داشته باشد، بایستی جناغ سینه شیرخوار با دو انگشت، که بر روی قسمت تحتانی جناغ، زیر خط فرضی بین دو نیپل قرار گرفته‌اند، فشرده شود.

مراقب باشید بر روی دنده‌ها یا زائده خنجری استخوان جناغ (زائده گزیفویید) فشار وارد نکنید. فرد احیاکننده بایستی حداقل به اندازه یک سوم عمق قفسه سینه یا در حدود ۴ سانتیمتر فشرده‌گی ایجاد کند.

در احیای کودک، احیا کننده باید نیمه تحتانی جناغ را با پاشنه یک یا هر دو دست حداقل به اندازه یک سوم قطر قدامی خلفی قفسه سینه یا تقریباً ۵ سانتیمتر فشار دهد. در احیای شیرخواران و کودکان در صورتی که ماساژ قلبی با تهویه (تنفس کمکی) همراه باشد، بهترین نتیجه حاصل خواهد شد. (۲۰۱)

بازکردن راه هوایی و تهویه (تنفس کمکی) دادن

برای احیاکننده تنها (احیای یک نفره) نسبت ماساژ به تهویه ۳۰:۲ توصیه می‌شود؛ یعنی به ازای هر ۳۰ ماساژ با کیفیت و مؤثر باید ۲ تنفس کمکی به کودک داده شود. برای این کار پس از اعمال ۳۰ ماساژ اولیه، راه‌هوایی را باز کرده و ۲ بار تنفس بدهید.

تهویه) توصیه می‌شود. این بدان معناست که اولین اقدام در مواجهه با کودکی که دچار ایست قلبی تنفسی شده، ماساژ قلبی است.

ترتیب احیای پایه برای احیاگر غیرحرفه‌ای

۱. ارزیابی ایمنی فرد احیا کننده و کودک مصدوم
۲. ارزیابی نیازمندی کودک به احیا (پاسخی به تحریکات نداده و نفس نمی‌کشد و یا تنفس غیر مؤثر دارد)
۳. بررسی پاسخ‌دهی مصدوم
۴. ارزیابی نبض مرکزی و تنفس کودک (در صورتی که مصدوم تنفس منظم دارد نیازی به عملیات احیا ندارد و نباید ماساژ قلبی را شروع کنید)
۵. شروع فشردن قفسه سینه (ماساژ قلبی)
۶. باز کردن راه هوایی و تهویه دادن
۷. هماهنگی بین فشردن قفسه سینه و تنفس
۸. اطلاع رسانی به اورژانس

خصوصیات یک عملیات احیا با کیفیت بالا و مطلوب

فشردن قفسه سینه با سرعت و تعداد مناسب و عمق کافی: فشردن قفسه سینه باید سریع باشد و با سرعت حداقل ۱۰۰ بار در دقیقه (و حداکثر ۱۲۰ بار در دقیقه) ماساژ بدهید. فشار باید محکم و با قدرت انجام شود. یعنی آن اندازه نیرو وارد کنید که حداقل یک سوم قطر قدامی خلفی قفسه سینه یا ۴ سانتیمتر در شیرخواران و ۵ سانتی متر در کودکان فشرده شود. (قفسه سینه در نوجوانی حداقل



۴. برادیکاردی با پرفیوژن ناچیز (ضربان کمتر از ۶۰)
۵. ماساژ قلبی (در صورتی که شیرخوار یا کودک پاسخ نمی‌دهد، تنفس ندارد و هیچ نبضی ندارد یا اطمینان ندارید که نبض وجود دارد)
۶. تهویه بعد از دادن ۳۰ ماساژ (در احیای دو نفره، ۱۵ ماساژ)، راه هوایی را با مانور^۱ Head tilt- chin lift باز کنید و دو تنفس بدهید. اگر شواهدی از ضربه وجود دارد که امکان آسیب نخاعی مطرح است، از روش^۲ Jaw thrust بدون استفاده از Head tilt استفاده کنید)
۷. شوک الکتریکی

انسداد راه هوایی با جسم خارجی (خفگی)

بیش از ۹۰ درصد مرگ‌های ناشی از خفگی جسم خارجی در اطفال، در کودکان زیر ۵ سال اتفاق می‌افتد؛ ۶۵ درصد این قربانیان شیرخوار هستند. مایعات شایع‌ترین علت خفگی در شیرخواران است، در حالی که بادکنک، اشیای ریز و غذاها (آبنبات، مغزها، انگور، تکه‌های کوچک اسباب بازی) شایع‌ترین علل انسداد راه هوایی در اثر جسم خارجی در کودکان را تشکیل می‌دهند.

علائم انسداد راه هوایی با جسم خارجی شامل شروع ناگهانی دیسترس تنفسی همراه با سرفه، تهوع،

۱. مانور سر به عقب - چانه به بالا
۲. مانور کشیدن چانه به بالا

در شیرخوار یا کودکی که پاسخی به تحریکات نمی‌دهد، زبان ممکن است راه هوایی را مسدود کرده و مانع تهویه شود. راه هوایی را می‌توان با استفاده از مانور عقب بردن سر و بالا بردن چانه هم برای مصدومان و هم بیماران غیرمصدوم انجام داد.

برای تنفس دادن به یک شیرخوار از روش دهان به دهان و بینی و در کودکان از روش دهان به دهان استفاده کنید. در صورتی که در یک شیرخوار، برقراری تماس دهان به دهان و بینی بخوبی مقدور نبوده و نشسته هوا وجود داشته باشد، روش تنفس دهان به دهان یا دهان به بینی را امتحان کنید. (۲۰۱)

احیای پایه برای احیا کننده‌های ماهر

یا هرکسی که آموزش احیای دو نفره دیده است

احیای پایه برای افراد حرفه‌ای شاغل در مراکز درمانی و اورژانس شهری به جز تغییرات ناچیزی که در ادامه توضیح داده خواهد شد، مشابه احیای پایه برای افراد غیرحرفه‌ای است. (۲۰۱)

احیا کننده حرفه‌ای باید ترتیب اقدام‌های احیا را بر مبنای محتمل‌ترین دلیل ایست قلبی تنظیم کند.

۱. نیاز کودک به احیا را بررسی کنید.
۲. تنفس و نبض را بررسی کنید. (براکیال در شیرخواران و کاروتید یا فمورال در کودک)
۳. تنفس ناکافی همراه با وجود نبض (یک تنفس در هر ۳ تا ۵ ثانیه)





نتیجه گیری

نیاز به یادگیری احیای قلبی تنفسی امروزه از هر زمان بیشتر است. در حال حاضر تقاضای فزاینده‌ای جهت یادگیری احیای قلبی تنفسی به شکل استاندارد از طرف فراگیران رشته‌های مختلف وجود دارد که می‌تواند پاسخگوی نیاز واحدهای بهداشتی بوده و می‌تواند عوارض ناشی از ایست قلبی تنفسی، مدت زمان بستری بیمار در بیمارستان و هزینه‌های مرتبط با آن را کاهش دهد. آموزش اصولی می‌تواند منجر به افزایش آگاهی کارکنان بهداشت و درمان در زمینه احیای قلبی ریوی پایه و پیشرفته شود. بر این اساس، برگزاری کارگاه‌ها و دوره‌های آموزشی منظم به شکل نظری و عملی توصیه می‌شود. (۳)

آموزش مؤثر یک متغیر اصلی در بهبود پیامدهای بقا از ایست قلبی است. طراحی آموزشی مبتنی بر شواهد برای ارتقای عملکرد مراقبت‌کننده و بهبود پیامد بیمار دچار ایست قلبی بسیار مهم است. (۳)

از آن جا که توصیه‌های جدید و به‌روز شده در آموزش احیای قلبی تنفسی به ویژه در نوزادان و کودکان تأثیر قابل توجهی در پیامدهای ایست قلبی دارد، ارائه آموزش CPR بر اساس آخرین دستورالعمل‌ها در کلاس‌های بازآموزی به‌روزان و سایر اعضای تیم سلامت در راستای

استریدور یا ویزینگ است. شروع ناگهانی یک مشکل تنفسی در فقدان تب و دیگر علائم تنفسی (سرفه قبلی، احتقان بینی)، در ابتدا مطرح‌کننده انسداد راه هوایی با جسم خارجی است تا این که یک علت عفونی برای آن مطرح باشد.

زمانی که انسداد راه هوایی خفیف است، کودک می‌تواند سرفه کرده یا صداهایی از خود ایجاد کند. زمانی که انسداد راه هوایی شدید است، قربانی قادر به سرفه یا تولید صدا نیست.

در انسداد خفیف مداخله نکنید. به قربانی اجازه دهید تا از طریق سرفه، راه هوایی خود را پاک کند.

اگر انسداد راه هوایی با جسم خارجی شدید است (قربانی قادر به تولید هیچ صدایی نیست) بایستی برای رفع انسداد دست به کار شوید: اگر قربانی کودک است، قسمت زیر دیافراگمی شکم او را فشار دهید تا اینکه جسم خارجی بیرون رانده شده یا قربانی پاسخی به تحریکات ندهد. اعمال فشار شکمی برای شیرخواران توصیه نمی‌شود، زیرا ممکن است به دلیل بزرگی نسبی و عدم محافظت کبد، موجب آسیب آن شود. در شیرخواران ۵ ضربه به پشت با کف دست وارد کنید و سپس ۵ مرتبه ماساژ قفسه سینه را تا زمانی که شیء خارج یا قربانی بیهوش شود ادامه دهید. اگر کودک بیهوش شود، عملیات احیا را با ماساژ قلبی (بدون بررسی نبض) شروع کنید. (۲۱)

غرق شدگی

اگر آموزش ویژه دیده‌اید، تنفس را مادامی که قربانی درون آب قرار دارد، شروع کنید. این کار نباید موجب تأخیر در خارج کردن قربانی از آب شود. از دادن ماساژ قلبی در آب خودداری کنید پس از خارج کردن قربانی از آب، عملیات احیا را در صورتی که قربانی بیهوش بوده و نفس نمی‌کشد شروع کنید. ۵ دوره (حدود ۲ دقیقه) ماساژ و تهویه را قبل از خبر کردن اورژانس و آوردن دفیبریلاتور خارجی خودکار ادامه دهید. (۲)

۱. مانور «هایم لیخ»

آموزش اصولی می‌تواند منجر به افزایش آگاهی کارکنان بهداشت و درمان در زمینه احیای قلبی ریوی پایه و پیشرفته شود.



فیلم، به نوبه خود احتمال دسترسی به یک امدادگر غیرحرفه‌ای آموزش دیده را در صورت نیاز به CPR افزایش می‌دهد. (۳)

- سیستم‌های هشدار اولیه و تیم‌های واکنش سریع می‌توانند از ایست قلبی در بیمارستان‌ها جلوگیری کنند. پشتوانه کسب مهارت‌های CPR آموزش‌های مستمر به شکل تئوری و عملی است. بهورز به عنوان ارائه‌دهنده خدمات سلامت، این مهارت‌ها را از راه تحصیل علم و کار عملی کسب می‌کند. بنابراین به نظر می‌رسد توانمندسازی بهورزان در انجام CPR به عنوان یکی از اعضای تیم سلامت با توجه به نقش مؤثر آن‌ها در ارتقای سلامت جمعیت تحت پوشش و همچنین به دلیل بومی بودن و آشنایی با آداب و رسوم منطقه تحت پوشش ضروری است. بنابراین برگزاری دوره‌ها و کارگاه‌های مختلف آموزشی در زمینه احیای قلبی تنفسی نیز ضروری است. همچنین لازم است با تبدیل روش‌های آموزشی معلم محور و مبتنی بر سخنرانی به روش‌های مشارکت جویانه و فراگیر محور، فرصت لازم برای کسب مهارت عملی در اختیار بهورزان قرار گیرد.

حفظ جان انسان‌ها ضروری به نظر می‌رسد. با توجه به این که احیای قلبی-تنفسی یک روش نجات‌دهنده حیات انسان است، این روش روی یک مصدوم بیهوش که تنفس و نبض ندارد انجام می‌شود تا گردش خون وی را برقرار کند و اطمینان حاصل شود که اکسیژن به بافت‌ها می‌رسد. بنابراین ضمن حفظ آرامش عملیات نجات را در صورت آگاهی کامل از چگونگی آن، بسرعت شروع کنید و مراحل را تا جایی که می‌توانید سریع انجام دهید. هیچ‌گاه احیای قلبی تنفسی را قطع نکنید مگر این که قلب شروع به تپش کرده یا امداد پزشکی رسیده باشد. (۲)

پیشنهادها

- آموزش همگانی به ویژه آموزش به والدین مبنی بر رعایت استانداردهای ایمنی در هر محیطی که محل آمد و شد کودکان و محل رشد آن‌ها است، می‌تواند به مقدار زیادی خطر مرگ به دنبال ایست‌های ناشی از حوادث و سوانح در کودکان را کاهش دهد.
- آموزش مداوم و یادگیری مهارت حین آموزش جهت تیم سلامت در ارتقای آگاهی و مهارت‌های CPR بسیار مهم و حیاتی است. (۳)
- آموزش احیا در فضاهای بالینی واقعی می‌تواند برای افزایش نتایج یادگیری و بهبود عملکرد بسیار اثربخش باشد. (۳)
- منطقی است که علاوه بر آموزش‌های CPR سنتی، آموزش مبتنی بر شبیه‌سازی در محل نیز انجام شود. (۳)
- آموزش به روش خودآموزی یا آموزش مبتنی بر

منابع

۱. مؤلفان، برکاتی سید حامد... [و دیگران] - احیای پایه کودکان و شیرخواران ویژه کارکنان بهداشتی، درمانی و مراقبین کودک، انتشارات اندیشه ماندگار قم، چاپ دوم ۱۳۹۶
۲. صحت م، سالاری ا. راهنمای جیبی احیای قلبی ریوی، براساس آخرین دستورالعمل انجمن قلب آمریکا. تهران: انتشارات نوآور. ۱۳۹۵
۳. خشنودی فر مهرانوش، رفیعی شهلا، زراعتی نصرآبادی ماشاله، مسعودی علوی نگین (۱۳۹۸) تأثیر دو روش آموزش الکترونیکی و سنتی بر میزان آگاهی، مهارت و رضایتمندی پرستاران از آموزش ضمن خدمت احیای قلبی ریوی. مجله دانشگاه علوم پزشکی قم

آشنایی با اصول تغذیه در سالمندی

کدورت و تازگی را بخورید!

فاطمه ابراهیمی

کارشناس مسؤل واحد تغذیه
دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان



الهام میرزاحسینی

مربی مرکز آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان



دکتر زهرا اباصلتی

رئیس گروه بهبودتغذیه جامعه
معاونت بهداشت دانشگاه علوم
پزشکی مشهد



اهداف آموزشی

امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه مقاله:

- اهمیت تغذیه در دوران سالمندی را شرح دهند.
- تأثیر تغذیه بر سلامت سالمندان و پیشگیری از بیماری‌های شایع دوران سالمندی را بیان کنند.
- اهمیت مصرف میوه و سبزی در دوران سالمندی را توضیح دهند.
- عوامل باز دارنده مصرف میوه و سبزی را فهرست کرده و برای رفع آن اقدام کنند.

مقدمه

جمعیت سالمندان در ایران رو به افزایش است و تغذیه یکی از عوامل مهم تعیین کننده سلامت سالمندان است. با افزایش سن معمولاً از میزان مصرف میوه‌ها و سبزی‌ها کاسته می‌شود. شواهد قابل توجهی وجود دارد که نشان می‌دهد مصرف کم میوه و سبزی مهم‌ترین عامل خطر برای بیماری‌های مزمن است. از آنجا که سالم پیرشدن حق همه افراد است این موضوع بر اهمیت توجه به پدیده سالمندی و پیشگیری از مشکلات آن می‌افزاید. حفظ سلامت، توانایی تفکر صحیح و نیز داشتن انرژی لازم برای شرکت در فعالیت‌های اجتماعی تحت تأثیر وضعیت تغذیه است. مطالعات نشان می‌دهد در سنین سالمندی شیوع بیماری‌های مزمن افزایش می‌یابد. بیماری‌های مزمن عامل اصلی هزینه‌های بهداشتی، درمانی، ناتوانی در سالمندان و علل اصلی مرگ و میر عمومی به شمار می‌روند. (۱)

اهمیت مصرف میوه و سبزی در سالمندان

میوه و سبزی بخش مهمی از یک رژیم غذایی سالم است که با تأثیرات مثبت متعدد بر سلامت از جمله کاهش خطر ابتلا به بیماری‌های مزمن همراه است. مصرف میوه و سبزی غنی از فیبر، آنتی‌اکسیدان، بتاکاروتن و سایر ویتامین‌ها با کاهش خطر سرطان، بیماری‌های عروقی، آسیب‌های چشمی و سایر بیماری‌ها مرتبط است. (۱)

مصرف ۵ سهم در روز از میوه‌ها و سبزی‌های تازه خطر بیماری قلبی را ۳۰ درصد کمتر می‌کند. (۳)

میوه‌ها و سبزی‌ها علاوه بر تأمین ویتامین‌ها و املاح به دلیل داشتن مقادیر زیادی «فیبر» از بروز یبوست جلوگیری می‌کنند. بنابراین با خوردن میوه‌ها و سبزی‌ها نیازی به مصرف داروهای ملین نخواهد بود. فیبر موجود در میوه‌ها و سبزی‌ها باعث کاهش کلسترول و پایین آمدن فشار خون می‌شود، همچنین از بالا رفتن قند خون جلوگیری می‌کند (۳). البته لازم است سالمند مبتلا به دیابت مصرف میوه‌های شیرین مثل انگور، خربزه، توت و خرما را محدود کند (۴). با افزایش سن میزان ویتامین C خون کاهش می‌یابد. کسانی که در شرایط استرس قرار دارند یا سیگار می‌کشند، به ویتامین C بیشتری احتیاج دارند. ویتامین C در انواع میوه‌ها و سبزی‌های تازه وجود دارد. پختن سبزی‌ها به مدت طولانی یا قرار گرفتن میوه و سبزی خرد شده در معرض هوا و نور، باعث از بین رفتن ویتامین C موجود در آن‌ها می‌شود (۳). هرچند همه افراد از مفید بودن میوه و سبزی آگاه هستند اما میزان آگاهی آن‌ها در مورد نوع منافع میوه و سبزی اندک است. در ضمن در میان سالمندان ایرانی مصرف میوه و سبزی از حداقل میزان توصیه شده پایین‌تر است.

میزان میوه و سبزی مورد نیاز سالمندان

طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت و همچنین بر اساس هرم غذایی ویژه سالمندان در ایران، برای بهره‌وری از فواید حاصل از مصرف میوه و سبزی باید حداقل به میزان ۴۰۰ گرم در روز (معادل ۵ وعده) مصرف شود (۱). لازم به ذکر است منظور از حداقل ۵ سهم، حداقل ۳ سهم سبزی و حداقل ۲ سهم میوه است.

عوامل بازدارنده

مهم‌ترین موانع مصرف کافی میوه و سبزی، عدم آگاهی، مشکلات اقتصادی و مشکلات جویدن و بلع است. از دیگر موانع، مشکلات خرید و آماده‌سازی میوه و سبزی است. (۱)

مشکلات دندانی باعث می‌شود که غذاهای نرم انتخاب شده و برخی از مواد غذایی مورد نیاز بدن که نیاز به جویدن دارند مانند میوه و سبزی‌های خام از غذای روزانه حذف شود. (۳)

راه‌حلهایی برای دریافت بیشتر میوه و سبزی

سعی کنید با سالمند در مورد انواع غذاهایی که او دوست دارد و دوست ندارد صحبت کنید. از این مشورت به عنوان راهی برای برنامه‌ریزی وعده‌های غذایی استفاده کنید. به عنوان مثال، اگر از طعم ملایم و بی‌مزه یک غذا خسته شده‌اند می‌توانید از ترکیب ادویه‌های مختلف به عنوان راهی برای خوش طعم کردن سبزی‌ها استفاده کنید. افزودن رزماری، آویشن، رازیانه، جعفری، گشنیز و... می‌تواند سبزی‌ها را به یک غذای بهتر تبدیل کند.

سالمندان میوه و سبزی آماده مصرف را جلوی چشم بگذارند، ظرف میوه آماده روی میز می‌تواند سالمند را ترغیب بکند که میوه بخورد.





دریافت خواهند کرد. برش مناسب سبزی و میوه نیز به سهولت خوردن و هضم آن توسط سالمند کمک می‌کند. سوپ‌های پوره شده یکی دیگر از روش‌هایی است که سبب هضم آسان و بهتر میوه و سبزی می‌شود. اضافه کردن سبزی تازه خرد شده به یک نان خانگی لذیذ نیز روش خوش طعم دیگری برای ترکیب سبزی و مواد مغذی اضافی است. سالمندان همیشه تلاش کنند میوه و سبزی‌های جدیدی که تا حال استفاده نکرده‌اند را به رژیم خود اضافه کنند. دستورالعمل‌های نو آشپزی را نیز امتحان کنند تا انواع روش‌های آشپزی با سبزی و میوه را یاد بگیرند.

نتیجه‌گیری

عوامل تسهیل‌کننده و بازدارنده فراوانی بر میزان مصرف میوه و سبزی در افراد سالمند مؤثر است. درک این عوامل به آموزش دهندگان و سایر متخصصان سلامتی در طراحی برنامه‌های مداخله‌ای مناسب کمک می‌کند.

پیشنهادها

جهت بهبود مصرف میوه و سبزی، بالابردن سطح آگاهی‌ها و توجه به مشکلات اقتصادی سالمندان لازم است. (۱) در صورت وجود مشکلات دندانی برای استفاده از این گروه مواد غذایی، از روش‌هایی مانند خردکردن و رنده کردن و در صورت وجود مشکلات گوارشی از میوه و سبزی پخته شده می‌توان استفاده کرد. (۳،۴)

اسموتی^۱ یک راه عالی دریافت ویتامین‌ها، مواد معدنی و دیگر آنتی‌اکسیدان‌های مورد نیاز است. قوام خامه‌ای آن‌ها را برای سالمندانی که در جویدن مشکل دارند مناسب می‌کند. هضم سبزی‌های خام برای سالمندان بسیار سخت است، بنابراین بهتر است قبل از سرو، سبزی‌هایی مانند بروکلی، گل کلم، لوبیا سبز، هویج و... را کمی بخارپز کنند. بخار پز کردن سبزی‌ها برخلاف جوشاندن، که مواد مغذی را از بین می‌برد آن‌ها را نرم می‌کند و در عین حال اطمینان می‌دهد که آن‌ها همه ویتامین‌های مهم خود را حفظ می‌کنند.

میوه‌های رنگارنگ خرد شده را در ظرفی شیشه‌ای در یخچال بگذارید تا هر بار که سالمندان در یخچال را باز می‌کنند و سوسه شوند که میوه بخورند. هرچه این ظرف میوه تنوع رنگی بیشتری داشته باشد بیشتر اشتهای سالمند را تحریک کرده و در کنار آن مواد مغذی بیشتری

۱. نوشیدنی که با مخلوط کردن سبزی‌ها یا میوه‌های مختلف فصل با آب، شیر، بستنی و یخ در مخلوط کن به دست می‌آید.

منابع

۱. صالحی شایسته، ناجی سید علی، سرگزی مریم. بررسی میزان مصرف میوه و سبزی و عوامل مرتبط در سالمندان بستری در بیمارستان شهر زاهدان. مجله سالمندی ایران، ۱۳۹۰؛ دوره ۶(۲۲)
۲. عظیمی مهین السادات، مطلق محمد اسماعیل. کتاب زندگی سالم در دوره سالمندی. ۱۳۹۷: ۵.
۳. دستورالعمل «مراقبت‌های ادغام یافته سلامت سالمندان» ویژه بهورز و مراقب سلامت ۱۳۹۸
4. asyaeshiranian.com
5. hamrahnurse.com

خاطرات سفیر

نگارش صمیمی و ساده از چالش‌های یک بانوی مسلمان
به عنوان دانشجوی ممتاز ایرانی در فرانسه



کتاب «خاطرات سفیر» خاطرات خانم نیلوفر شادمهری و شامل بیان چالش‌هایی است که یک بانوی مسلمان به عنوان دانشجوی ممتاز ایرانی در فرانسه با آن مواجه شده است.

او شد سفیر ایران، یا بهتر بگوییم سفیر اسلام در قلب کشور فرانسه. بانویی محجبه و شاید کمی متفاوت از هم‌سالان و هم‌کلاسی‌های خود که برای تکمیل تحصیلاتش در رشته طراحی صنعتی، برای مدتی ایران را به مقصد فرانسه ترک می‌کند و اینگونه خاطرات سفیر آغاز می‌شود.

کتاب «خاطرات سفیر» به روایت خانم نیلوفر شادمهری با نگارشی صمیمی و ساده، خواننده را به خوابگاهی در پاریس می‌برد و او را با رویدادها، تجربه‌ها و خاطراتش شریک می‌کند.

خاطرات دختر مسلمانانی که در کشور فرانسه، هرچند

برای ادامه تحصیل در مقطع دکترا حضور دارد اما سفیری شده است برای دفاع از حقیقت اسلام. مواجهه او با آدم‌های مختلف و اتفاقات متفاوت این خاطرات را جذاب‌تر می‌کند، از قبول نشدنش در بهترین دانشگاه فرانسه تنها به دلیل حجابش و دست ندادن با سرشناس‌ترین اساتید مرد تا برگزاری دعای عهد در اتاق خوابگاه و خواندن دعای کمیل.

در این کتاب، حدود سی خاطره به رشته تحریر درآمده است. ایشان در بخشی از وبلاگ خود نوشته: «چند سال پیش وقتی برای تحصیل وارد فرانسه شدم، فکر می‌کردم فقط یک دانشجوی دکترای طراحی صنعتی هستم. اما دقایق زیادی نگذشت تا بفهمم پیش از اینکه دانشجوی باشم در هر مقطع یا هر رشته‌ای، نماینده ایرانم و رفتار و گفتارم بیش از اینکه معرف «من» باشند، معرف یک مسلمان ایرانی است. برای کسی مهم نبود من چه می‌کنم و چه می‌خوانم. چیزی که اطرافیانم می‌خواستند بدانند پاسخ سوالات و شبهات ذهنشان بود، درباره هر چه به ایران مربوط می‌شد. مسؤولیتم خیلی سنگین‌تر از آن بود که فکرش را می‌کردم و اینچنین بود که سفیر ایران شدم.» خانم شادمهری همچنین در مصاحبه‌ای چنین گفته است: «آن زمانی که من شروع به مکتوب کردن این خاطرات کردم تعدادی از دانشجویان را می‌دیدم که همان اتفاقاتی که برای من پیش‌آمده، برای بعضی از آن‌ها نیز رخ داده بود. آن‌ها در برخورد با این اتفاقات واکنش‌های خوبی بروز نداده بودند، زیرا در آنجا با پوشش و حجاب خانم‌ها برخورد خوبی ندارند. از این‌رو تصمیم گرفتم خاطراتم را که بخشی از آن مربوط به برخورد با این‌گونه رفتارها بود را مکتوب کنم تا از این طریق آموزشی نیز داده باشم.»

خوانندگان گرامی: مسابقه کتابخوانی از کتاب «خاطرات سفیر» برگزار خواهد شد و یک نفر به‌روز، یک نفر مراقب سلامت، یک نفر پزشک خانواده و یک نفر از سایر کارکنان نظام بهداشت و درمان که به تمامی پرسش‌ها پاسخ صحیح داده باشند به قید قرعه انتخاب و هر نفر به اتفاق خانواده «حداکثر ۵ نفر» به مدت ۳ شب و ۴ روز، میهمان ما در مشهد مقدس خواهند بود.

بررسی کاربرد تسهیل‌گری در آموزش بزرگسالان

باهم بیاموزیم



مهسا شبیری

کارشناس مسئول آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی ایران



مهنار آقاری

مدیر آموزشگاه بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی ایران



اهداف آموزشی

امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه:

- تسهیل‌گران را بشناسند.
- ویژگی‌های فراگیران بزرگسال را بیان کنند.
- با کاربردهای تسهیل‌گری در آموزش آشنا شوند.
- مفهوم و اهداف آموزش بزرگسالان را توضیح دهند.
- اصولی که در آموزش بزرگسال باید مورد توجه قرارگیرد را شرح دهند.

مقدمه

آموزش بزرگسالان به روش‌های خاصی نیاز دارد. بزرگسالان گستره عظیمی از تجارب و مسؤولیت‌ها را دارند. زمان، کار و وظایف خانوادگی همگی فشارهایی هستند که مانع اختصاص زمان و انرژی به کلاس‌های درس می‌شوند. فراگیران بزرگسال نیازمند احترام به توانایی‌ها و تجاربشان هستند.

وقتی که به بزرگسالان می‌آموزیم بایستی شماری از مسایل مانند چیدمان، روش‌های آموزشی، اعتبار تسهیل‌گر و فرآیند یادگیری را مدنظر قرار دهیم.

آموزش بزرگسالان بر پایه باوری شکل می‌گیرد که آموختن را مقطعی نمی‌داند و حضور فعال و مؤثر بزرگسالان در همه عرصه‌های شخصی و اجتماعی را در گرو دانش و آگاهی، مهارت و درک و نگرش آنان می‌داند و افزایش توانایی آن‌ها را به منظور برقراری یک تعامل متعادل با تغییرات پرشتاب در همه زمینه‌ها و قرار دادن بزرگسالان در مسیر یادگیری، ایفای شایسته نقش‌هایی که بسرعت توسعه می‌یابند و با تغییرات زمان دگرگون می‌شوند، یک ضرورت اساسی معرفی می‌کند.

آموزش بزرگسالان چه ویژگی‌هایی دارد؟

- زمینه‌های تداوم آموزش جهت تثبیت سواد و گسترش معلومات در زمینه‌های علمی و فنی، حرفه‌ای و بهداشتی را فراهم کند.
 - به بزرگسالان برای درک خویشتن، استعدادها، محدودیت‌ها و ارتباطات خود با دیگران کمک کند.
 - بزرگسالان را برای درک تغییرات سریع اجتماعی آماده کند.
 - به شناخت قدر و منزلت انسان، درک معنی زندگی و کسب خوشبختی کمک کند و باعث نگرشی پویا به زندگی شود.
 - مسأله‌ها را به علت‌ها ربط دهد نه به علایم و رفتار، به عبارت دیگر در حل مسایل بر علت‌ها متمرکز باشد.
 - ضرورت ارزیابی تجارب را روشن کند.
 - منجر به درک و پذیرش تغییرات زندگی شود.
- با توجه به شرایط یاد شده، استفاده از تسهیل‌گران برای



آموزش بزرگسالان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. تسهیل‌گر مؤثر هر یک از شرکت کنندگان را افرادی ارزشمند با طیف وسیعی از تجارب، نظرات، قابلیت‌ها و اهداف می‌داند.

کاربردهای تسهیل‌گری در حوزه آموزش

- آیا تا به حال تجربه شرکت در یک دوره آموزشی با روش تدریس سنتی، یک طرفه، معلم محور و یکنواخت را که پاسخگوی نیازهای آموزشی شما نباشد و میزان یادگیری شما را در یک امتحان یا آزمون صرف می‌سنجد داشته‌اید؟
- آیا هیچ وقت آرزو کرده‌اید که ای کاش امتحان و استرسی وجود نداشت و به جای آن از روش‌های دیگری برای سنجش میزان یادگیری شما استفاده می‌شد؟
- آیا در دوره‌ای شرکت کرده‌اید که احساس کنید نگرش، ارزش‌ها، قومیت، جنسیت یا جایگاه اقتصادی اجتماعی فرهنگی شما بعضاً مورد بی‌احترامی یا تبعیض قرار گرفته باشد؟
- آیا برای شما پیش آمده است که نظری یا ایده‌ای و یا حتی سؤالی داشته باشید، اما نتوانید آن را در جمع مطرح کنید؟ یا این‌که به شما فرصتی داده نشود آن را ابراز کنید؟ یا این‌که از ترس مورد تمسخر و انتقاد قرار گرفتن آن را قورت داده باشید؟
- آیا پیش آمده که به عنوان یک معلم، یک استاد و یک آموزش‌دهنده از روش‌های تدریس سنتی خسته



تسهیل‌گری چیست و چه کاربردهایی دارد؟

تسهیل‌گری در بسترهای مختلف معانی متفاوتی پیدا می‌کند. در حوزه آموزش و یادگیری، فنی است که در آن گرداننده جلسه (معلم/تسهیل‌گر) با پرسیدن سؤال‌های باز و مرتبط با موضوع، گوش دادن به پاسخ‌ها و پرسیدن سؤال‌های عمیق جلسه را هدایت می‌کند تا میزان آگاهی از موضوع مورد بحث را افزایش دهد یا برای مسأله‌ای راه حلی پیدا کند. هدف اصلی تسهیل‌گری یادگیری و آموزش است.

تسهیل‌گر خوب کسی است که مجهز به این دو مهارت عمده باشد: سؤال خوب بپرسد و شنونده خوبی باشد. تسهیل‌گری نه تنها می‌تواند دانش جدید تولید کند، بلکه با استفاده از این شیوه می‌توان سطح یادگیری مشارکتی و همراهی یادگیرندگان را بالا برد. به بیانی دیگر، تسهیل‌گر قابله‌ای است که کمک می‌کند تا کودکی

شده باشید و تمایل داشته باشید حرکتی متفاوت را تجربه کنید که هم رضایت خودتان و هم رضایت یادگیرندگان را افزایش دهید؟

- آیا در نقش معلم، استاد یا آموزش‌دهنده با یادگیرندگانی روبه‌رو بوده‌اید که ویژگی‌های خجالتی، منزوی، اخلاص‌گر، بی‌تعهد، بی‌تفاوت، پرحرف و... را داشته باشند و ندانید که چگونه باید با آنها برخورد کنید و یا این‌که چگونه باید آن‌ها را در فرآیند یادگیری دخیل کنید؟
 - آیا دوست دارید یادگیرندگان دوره‌های آموزشی شما در کنار آموزش‌های تئوری مهارت‌هایی مانند کارگروهی، ارتباطات، تفکر تحلیلی‌گرانه، تفکر منتقدانه، حل مسأله، تصمیم‌گیری، گفت‌وگو و مناظره، مدیریت زمان و... را نیز تجربه کنند؟
- اگر پاسخ شما به این پرسش‌ها مثبت باشد، تسهیل‌گری می‌تواند راهکاری مناسب برای یافتن پاسخ پرسش شما باشد.

یادگیرنده بدهد. برای مثال یک واکنش کمک کننده به پاسخی اشتباه می‌تواند به این صورت باشد: «این در بعضی مواقع صحت دارد، در این شرایط شما باید توجه داشته باشید که...» «می‌توانم درک کنم که چگونه به چنین نتیجه‌ای رسیدید. آیا توجه دارید که...»

احترام به تجارب زندگی شرکت کننده

یادگیرنده بزرگسال با انبوهی از تجارب شخصی و حرفه‌ای وارد فضای آموزشی می‌شود. بنابراین تسهیل‌گر باید به تجارب زندگی یادگیرنده احترام بگذارد و سعی کند این تجارب را با موضوعات یادگیری مرتبط سازد. اگر تسهیل‌گر فرض کند که شرکت کنندگان کمتر از او می‌دانند، بی‌تجربه‌تر هستند یا تحصیلاتشان کمتر است، چنین دیدگاهی فضای یادگیری را منفی می‌سازد. به همین دلیل تسهیل‌گر همیشه باید به پیشینه یادگیرندگان احترام بگذارد. او می‌تواند با درخواست از شرکت کنندگان برای بیان نظراتشان، پاسخگویی به سؤالات آن‌ها و نشان دادن واکنش مثبت در زمانی که تجاربشان را به اشتراک می‌گذارند، به آن‌ها احترام بگذارد.

این نیاز به احترام را باید از طریق گرفتن مشارکت تک‌تک افراد در مباحث، چرخشی بودن داوطلبی و توجه یکسان به هر یک از شرکت کنندگان برطرف کرد.

حفظ کنترل یادگیری

بزرگسالان دوست دارند تا آنجایی که می‌توانند همه چیز را کنترل کنند. درخواست از گروه برای گرفتن تصمیم‌هایی ساده مانند زمان استراحت یا ناهار نشان می‌دهد که آن‌ها با تسهیل‌گر شریک هستند. تحمیل بزرگسالان به رعایت قوانین سخت به عنوان مانعی برای یادگیری محسوب می‌شود. تسهیل‌گر می‌تواند از طریق در اختیار گذاشتن تصمیم در مواردی خاص مانند تصمیم‌گیری در گروه بندی، جای نشستن و محل قرار گرفتن فلیپ چارت، احساس کنترل بر امور را به بزرگسالان بدهد.

به دنیا بیاید. او خالق این کودک نیست اما نقش مهم و اساسی در تسهیل فرآیند به دنیا آمدنش دارد. تسهیل‌گر بدون پیش داوری در کنار دیگر شرکت کنندگان می‌نشیند و جایگاه دانای کل یا برتری برای خود قایل نیست. تسهیل‌گری فرآیند آسان‌سازی دستیابی شرکت کنندگان به اهداف مورد نظر است و فرد تسهیل‌گر بهترین گزینه برای کمک به شما برای دسترسی به اهدافتان است. تسهیل‌گر به عنوان فردی بی‌طرف و بی‌غرض شرایط لازم جهت گفت‌وگو و تعامل را در حین احترام به کرامت انسانی فراهم می‌آورد و از طریق برنامه‌ریزی، هدایت و مدیریت گروه به اعضای آن کمک می‌کند تا با تفکری شفاف و آگاه در فرآیند جلسات مشارکت فعال داشته باشند و به گونه‌ای مؤثر و رضایت‌بخش به اهداف تعیین شده دست یابند.

تسهیل‌گر بایستی دایما محتوای آموزشی را با دنیای واقعی که بزرگسال در آن زندگی می‌کند مرتبط کند. تسهیل‌گر می‌تواند ارتباط با یادگیری را از طریق درخواست از شرکت کنندگان برای فهرست کردن نتایجی که از دوره انتظار دارند و ثبت آن‌ها به عنوان اهداف شرکت کنندگان بر روی برگه‌های فلیپ چارت برقرار کند. می‌توان هر هدفی که در طی دوره به آن پاسخ داده شد را تیک زد. همچنین در پایان دوره می‌توانید اهداف را مرور کنید و برای آن‌هایی که احیاناً در طی دوره امکان پاسخگویی به آن‌ها وجود نداشت چاره‌ای بیابید.

وجود فضای مطلوب

بزرگسالان دوست دارند در فضایی یاد بگیرند که با پاسخ‌های غلط یا ابراز نادرست مورد قضاوت منفی قرار نگیرند. آن‌ها به قضاوت همسالان بسیار حساس هستند. یادگیری در بزرگسالان وقتی مورد انتقاد قرار می‌گیرند اتفاق نمی‌افتد یا زمانی که احساس کنند با جواب نادرست یا نظر غیر موافق در رابطه با محتوای دوره در سطحی پایین تر از بقیه قرار گرفته‌اند. واکنش تسهیل‌گر به پاسخ‌های اشتباه با همکاری شرکت کنندگان فضای اصلی یادگیری را شکل می‌دهد. پاسخ‌ها باید مثبت باشد و در عین حال بازخورد را به

خود اکتشافی

یک برنامه آموزشی قوی به شرکت کنندگان اجازه می‌دهد که خود پاسخ‌ها را کشف کنند. خود اکتشافی با مشارکت در زمانی که از شرکت کنندگان خواسته می‌شود تا یک فعالیت را پیش از ارائه محتوا انجام بدهند متفاوت است. با خود اکتشافی در واقع شرکت‌کنندگان بر اساس تجربیات و دانش خودشان یادگیری جدیدی را خلق می‌کنند.

تسهیل‌گر می‌تواند برای شرکت کنندگان یک فعالیت متمیزی قبل از شرکت در دوره را هماهنگ کند و موضوعات خاصی را جهت بررسی و تأمل واگذار کرده و به آن‌ها این امکان را بدهد که آنچه را یاد گرفته و یافته‌اند را در ابتدای دوره با دیگران به اشتراک بگذارند.

موفقیت اولیه

بزرگسالان بایستی دستاوردی مثبت در ابتدای آموزش را تجربه کنند. تسهیل‌گر می‌تواند فرصتی برای این مسأله از طریق پیشنهاد انجام وظیفه‌ای آسان در ساعت ابتدایی آموزش فراهم آورد و بازخوردهای مثبت بابت انجام موفقیت آمیز آن به شرکت‌کنندگان ارائه دهد.

موفقیت زود هنگام در آموزش فضایی مثبت خلق می‌کند که منجر به یادگیری بزرگسال می‌شود. این فضا میزان تنش و استرس را برای بزرگسالانی که نگران عدم توانایی در یادگیری اطلاعات جدید هستند یا نگران حضور در کلاس درس در کنار دیگر شرکت‌کنندگان با رتبه یا جایگاه بالاتر از خودشان هستند کاهش می‌دهد. بنابراین تسهیل‌گر مسؤول است که فرصت‌هایی برای مشارکت همه افراد و موفقیتشان در ابتدای کلاس ایجاد کند.

تقویت مثبت

تسهیل‌گر باید تقویت مثبت در طی دوره را حفظ کند تا انگیزه لازم برای یادگیری همیشه جاری باشد. همه یادگیرندگان دوست دارند بشنوند که کارشان را درست انجام داده‌اند یا پاسخ درستی را عنوان کرده‌اند. یادگیرندگان بزرگسال باید بدانند که در مسیر درستی در طی دوره در حال حرکت هستند تا از نگرانی بابت



توجه داشته باشید که فراگیران معمولاً ۵۰ درصد از آنچه شنیده و دیده‌اند، ۷۰ درصد از آنچه گفته‌اند و ۹۰ درصد از آنچه انجام داده‌اند و راجع به آن صحبت کرده‌اند را به یاد می‌آورند.



مشارکت

بزرگسالان زمانی بهتر یاد می‌گیرند که در یادگیری مشارکت داشته باشند. مشارکت به کلیه یادگیرندگان فارغ از سبک‌های یادگیری شان کمک می‌کند. مشارکت آن‌ها بخشی از تعهدشان به یادگیری از دوره است. توجه داشته باشید که فراگیران معمولاً ۵۰ درصد از آنچه شنیده و دیده‌اند، ۷۰ درصد از آنچه گفته‌اند و ۹۰ درصد از آنچه انجام داده‌اند و راجع به آن صحبت کرده‌اند را به یاد می‌آورند. مشارکت فعال در فرآیند یادگیری درجه اطمینان از اینکه اطلاعاتی کسب کرده و به دست آورده‌اند را بیشتر می‌کند.

تفاوت‌های فرهنگی

تفاوت‌های فرهنگی روی شیوه یادگیری شرکت‌کنندگان و روش‌هایی که تسهیل‌گر به کار می‌گیرد تأثیر دارد. در برخی از فرهنگ‌ها افراد واکنش خوبی به تقویت مثبت (تقدیر و تشکر) در حضور جمع ندارند و ترجیح می‌دهند که بازخوردها را به شکل خصوصی دریافت کنند. در بعضی از فرهنگ‌ها مناظره و مباحثه با آموزش‌گر/تسهیل‌گر مناسب دانسته نمی‌شود. اگر این تفاوت‌های فرهنگی نادیده گرفته شوند، می‌تواند مانعی برای یادگیری باشند. دانستن و درک سنت‌ها، رفتارهای موردپذیرش و رسوم بخشی از تخصص و تبحر تسهیل‌گر محسوب می‌شود.

نتیجه‌گیری

با توجه به ویژگی‌های یادگیری در بزرگسالان، تسهیل‌گران باید در نظر گرفتن خصوصیات ذیل: «بزرگسالان باید بخواهند تا یاد بگیرند، بزرگسالان با انجام دادن یاد می‌گیرند، تمرکز باید بر مسایل واقع‌بینانه باشد، استفاده از تجربیات گذشته، استفاده از محیط‌های یادگیری بی‌تکلف، تنوع در روش‌های تدریس، راهنمایی کردن و نمره ندادن» آموزش و یادگیری را در بزرگسالان سرعت ببخشند.

پیشنهادها

در صورت آموزش دوره‌های تسهیل‌گری به مراقبین سلامت و بهورزان می‌توان انتظار برگزاری دوره‌های مؤثرتر برای آموزش به گروه‌های هدف بزرگسال را داشت.



عملکردشان جلوگیری شود. زیرا چنین مواردی توجه آن‌ها به فرآیند یادگیری را کاهش می‌دهد. تقویت مثبت تأییدی است برای شرکت‌کنندگان مبنی بر این‌که پیشرفت مناسبی دارند.

تسهیل‌گر با استفاده از تن صدا، نشاط و انتخاب کلمات مناسب می‌تواند تقویت مثبت را به شرکت‌کنندگان انتقال بدهد. لحن بیان بایستی همان پیامی را منتقل کند که کلمات در بردارند. تنها چند کلمه که با سرزندگی و حس خوب بیان شود بسیار بهتر است از تشویقی کلامی است که با تن صدایی یکنواخت و معمولی بیان شود.

تسهیل‌گر تقویت مثبت را برای افراد و هر جایی که لازم باشد برای کل گروه به کار می‌برد. برای هر فعالیت یا تمرینی از افراد یا گروه به خاطر همکاریشان تشکر می‌کند. در پایان هر بخش تسهیل‌گر فعالیت‌هایی که انجام گرفته است را جمع‌بندی می‌کند و از شرکت‌کنندگان بابت آنچه یادگرفته‌اند تشکر می‌کند.

منابع

- دکتر ناصر محمدی و شهرام رفیعی فر / برنامه درسی آموزش سلامت / نشر مهر رواش سال ۱۳۸۵
- موسوی، سید حامد، ۱۳۹۳، اهمیت و ضرورت آموزش بزرگسالان،
- مسعود دوج / استراتژی تدریس اثر بخش / انتشارات سارگل ۱۳۸۵
- مقاله مهارت‌های ارایه و تسهیل‌گری در آموزش بزرگسالان-انجمن تسهیل‌گران ایران
- راهنمای ساده تسهیل‌گری برای اجتماعات محلی جزوه آموزشی

با اصول تغذیه و آشپزی آشنا شوید

چند لقمه لذیذ اما سالم

اهداف آموزشی

از خوانندگان انتظار می‌رود پس از مطالعه این مقاله:

- اهمیت توجه به اصول تغذیه در آشپزی را شرح دهند.
- مفهوم پیدایش بیابان‌ها و باتلاق‌های غذایی را بیان کنند.
- ویژگی دستورالعمل‌های تغذیه آشپزی را بیان کنند.
- ارتباط آشپزی و سلامت را توضیح دهند.

فاطمه اسدزاده

کارشناس تغذیه
دانشکده علوم پزشکی خوی



غلامرضا نصیری

کارشناس مسؤول بهبود تغذیه جامعه
دانشکده علوم پزشکی خوی

مقدمه

دانش ما در مورد تغذیه همچنان در حال رشد است و هر روز اطلاعات و یافته‌های جدید در مورد تأثیر غذاها بر سلامت انسان منتشر می‌شود. انسان‌های نخستین، تنها برای زنده ماندن غذا و آب می‌خوردند و آن‌ها نمی‌دانستند که مواد موجود در گوشت‌ها و گیاهان (پروتئین‌ها، چربی‌ها و کربوهیدرات‌ها) موادی مغذی هستند که انرژی، قدرت و تندرستی را تأمین می‌کنند. قرن‌ها طول کشید تا انسان بداند سلامت و تندرستی‌اش به تغذیه نیز ربط دارد و برای همین به مرور «آشپزی سالم» نیز مورد توجه قرار گرفت.

اهمیت آشپزی در زندگی

آشپزی تعادل کامل هنر و علم برای رفع نیازهای غذایی است. ظاهراً تغذیه و هنرهای آشپزی، دو هویت جداگانه دارند، اما واقعیت این است که آشپزی از توصیه‌های تغذیه‌ای و مواد غذایی برای ایجاد دستورالعمل‌های مغذی و سالم استفاده می‌کند.

امروزه آنچه می‌خوریم عامل شماره یک مرگ و میر قابل پیشگیری در جهان است (۱) و بار بزرگی را بر سیستم سلامت تحمیل می‌کند. افزایش جهانی بیماری‌های مرتبط با رژیم غذایی ناسالم با رونق جهانی تولید انبوه مواد غذایی از طریق فرآیندهای صنعتی همراه است و همین مقوله باعث افزایش دریافت چربی، نمک و قند و کاهش فیبر، ریزمغذی‌ها و مواد زیستی فعال گیاهی شده است (۲-۴). امروزه جریان آگاه‌سازی مردم درباره نقش تغذیه سالم در اصلاح سبک زندگی شدت گرفته است. گرایش به استفاده بیشتر از غذاهای فرآوری نشده یا کمتر فرآوری شده مانند میوه‌ها، سبزی‌ها، غلات کامل، حبوبات و غیره نیز در راستای سبک زندگی سالم و حفظ سلامتی است.

این را هم فراموش نکنیم که آشپزی با مواد اولیه با کاهش هزینه‌های غذایی و کیفیت بهتر رژیم غذایی مرتبط است (۶) و نکته مهم آن است که تغذیه سالم بدون امکان آشپزی بسیار دشوار خواهد شد.



آشنایی با علوم مرتبط با آشپزی

تغذیه آشپزی، آمیزه‌ای از علوم تغذیه، مواد غذایی، هنر و مهارت‌های آشپزی است (۷). این رشته‌ای جدید و پویا است و فرصت را برای اجرایی شدن یافته‌های علم تغذیه با فنون و شیوه‌های آشپزی فراهم می‌کند تا افراد نیازهای‌شان به مداخله‌های صحیح برای بهبود سلامت، کاهش خطر بیماری، کمک به کاهش وزن و بهبود زندگی روزمره تأمین شود.

علم تغذیه: چیزی فراتر از خوردن غذاها و نوشیدنی‌هاست. علم تغذیه چگونگی جذب و استفاده سلولی از غذا و نوشیدنی برای تأمین و حفظ سلامت پایدار را بررسی می‌کند.

علم مواد غذایی: ویژگی‌های زیستی، شیمیایی و فیزیکی غذاها و تأثیرات آن‌ها بر جنبه‌های آشپزی، تغذیه‌ای، حسی، نگهداری و ایمنی غذا و نوشیدنی‌ها را مطالعه می‌کند.

مواد مغذی

به کربوهیدرات‌ها، پروتئین‌ها و لیپیدها (چربی‌ها و روغن‌ها) مواد مغذی انرژی‌زا، ویتامین‌ها، مواد معدنی و آب مواد مغذی غیرانرژی‌زا، می‌گویند، تفاوت اصلی دو گروه در این است که مواد مغذی انرژی‌زا حاوی

الگوهای تغذیه سالم

در ساده‌ترین حالت، الگوی غذایی عبارت است از آنچه به طور معمول می‌خوریم و می‌نوشیم. رژیم غذایی سالم، علاوه بر سلامت و تندرستی روزانه حمایت از حیات فرد در طولانی‌ترین مدت ممکن را مورد توجه قرار می‌دهد.

- انرژی (کالری) و مواد مغذی برای فعالیت‌های روزمره بدن را تأمین می‌کند.
- در تنظیم دمای مناسب بدن، ایمنی، التیام و محافظت بدن در برابر عوامل درونی و بیرونی نقش ایفا می‌کند.

نگاهی به ترکیبات غذاها و نوشیدنی‌ها، مناسب بودن وجود بسیاری از آن‌ها را در یک رژیم غذایی سالم پشتیبانی می‌کند. همچنین اجزای ترکیبات ماده غذایی نشان می‌دهد که چرا انتخاب و مصرف برخی از غذاها و نوشیدنی‌ها سالم‌تر از سایرین است.

بیابان‌ها و باتلاق‌های غذایی

کاهش توجه به آشپزی یکی از عوامل مهم پیدایش بیابان و باتلاق‌های غذایی است. به مناطق مسکونی که دسترسی محدود به غذای مغذی و مقرون به صرفه دارند بیابان‌های غذایی گفته می‌شود. (۸) برای بیان درک دسترسی به غذای سالم و ناسالم نیز از واژه «باتلاق غذایی» استفاده می‌شود که در واقع همان محل‌ها و مناطق عرضه فست‌فودها و غذای ناسالم هستند. (۹، ۱۰) باتلاق‌های غذایی، خوراکی‌هایی را عرضه می‌کنند که عنوان یکی از عوامل اپیدمی چاقی (۱۱) شناخته شده‌اند. زندگی در یک بیابان غذایی با رژیم غذایی فقیر (۱۲) با خطر بیشتر چاقی مرتبط است (۱۳، ۱۴). مطالعات ارزیابی تأثیر افتتاح فروشگاه‌های مواد غذایی جدید نشان داده‌اند در حالی که دسترسی به غذای سالم بهبود می‌یابد، کیفیت رژیم غذایی و شاخص توده بدنی (BMI) افراد بهبود نمی‌یابد (۱۵، ۱۶). به طور خلاصه، شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد زندگی در یک بیابان غذایی خطر چاقی را افزایش می‌دهد. همچنین شواهد نشان می‌دهد که باتلاق‌های غذایی ممکن است تصویر بهتری

کالری هستند. این شش ماده مغذی اساس علم تغذیه، مواد غذایی و واکنش‌های شیمیایی و فیزیکی آشپزی را تشکیل می‌دهند. همچنین برخی از مواد مغذی که بدن انسان قادر به ساخت آن‌ها نیست و حتماً باید از طریق غذاها و نوشیدنی‌ها تأمین شوند، مواد مغذی ضروری برای زندگی نامیده می‌شوند. موادی که بدن توانایی تولید آن‌ها را دارد مواد مغذی غیرضروری هستند.

مواد غذایی سالم

برای شروع آشپزی قبل از این که در مورد مواد غذایی و محل خرید آن‌ها تصمیم‌گیری شود بایستی نوع و مقدار مواد غذایی مورد نیاز برای تهیه خوراک بر اساس دستورعمل «تغذیه آشپزی» تعیین شوند. اطمینان از سلامت و ایمنی غذاهایی که خریداری می‌شود برای جلوگیری از احتمال هرگونه انتقال آلودگی به آشپزخانه ضروری است، هرچه زنجیره تأمین غذایی بزرگ‌تر و طولانی‌تر باشد، کار مراقبت از غذا دشوارتر می‌شود. در واقع راه بهتر و مطمئن تهیه مواد غذایی محلی برای آشپزی، انتخاب عرضه‌کنندگان صلاحیت‌داری است که با تولیدکنندگان مواد غذایی معتبر سروکار دارند.



روش‌های حرارت خشک

روش‌های پخت با حرارت خشک عبارت از: تفت دادن، سرخ کردن، کبابی کردن، برشته کردن، بریانی کردن و دودی کردن است. در این روش‌ها به غذا فرصت برای قهوه‌ای شدن داده می‌شود. همان‌طور که آب موجود در غذاها تبخیر می‌شود، غذاها پوسته‌ای قهوه‌ای پیدا می‌کنند و طعم آن‌ها بسیار مطلوب می‌شود. پخت ماهیتابه‌ای و بریانی کردن از روش‌های حرارت خشک است و اگر بدرستی انجام شود، غذا چربی زیادی جذب نمی‌کند. نکته کلیدی در مورد غذاهای سرخ شده در روش ماهیتابه این است که آن‌ها را در حد اعتدال همراه با مواد مغذی و سالم‌تری مانند سبزی‌های برگ‌دار یا سبزی‌های دیگر مصرف کرد.

تفت دادن

یک روش معمول برای پخت و پز سالم است. غذاهای تهیه شده به این روش بسرعت در مقدار کمی روغن روی حرارت متوسط تا زیاد پخته می‌شوند. غذاهای تفت‌داده شده اغلب به زمان کمتری برای آماده شدن نیاز دارند. فراموش نکنیم که بایستی از روغن مناسب سرخ‌کردن استفاده شود. یکنواختی ضخامت و اندازه تکه‌های غذایی سرعت پخت را تعدیل کرده و مطلوب بودن بافت غذا را در پی دارد.



از تأثیر ویژگی محیط غذایی بر شیوع چاقی ارایه بدهند.

روش‌های آشپزی برای مغذی کردن

غذاهایی که بدرستی پخته می‌شوند بایستی از طعم و بافت مطلوبی برخوردار باشند و جذاب به نظر برسند. با ترکیب مواد غذایی با روش‌های آشپزی تغذیه می‌توان به هدف نهایت خوشایندی طعم، بافت و ظاهر غذا رسید. در آشپزی سالم، هدف باید این باشد که فرآیند از «دست رفتن مواد مغذی بر اثر پختن» به حداقل برسد و غذاهای پخته باید رطوبت و شادابی‌شان حفظ شود. مثلاً در حالی که برخی مواد مغذی ممکن است در اثر پختن از بین بروند اما حرارت باعث افزایش ارزش غذایی پروتئین سفیده تخم مرغ (۱۷) و افزایش جذب مواد مغذی منابع غذایی نشاسته‌ای می‌شود (۱۸). انتخاب چاشنی‌ها و سس‌ها هم در حد و اندازه‌ای باشد که طعم و مزه را بدون از بین بردن مزایای تغذیه‌ای افزایش دهند. تهیه عصاره‌ها و سس‌ها بر پایه سبزی‌ها، میوه‌ها و اسانس‌های طبیعی باشند. هنگامی که غذاها در معرض نور و هوا یا در معرض حرارت مستقیم بسیار زیاد قرار می‌گیرند، باید حفظ همه مواد مغذی غذاها در نظر گرفته شوند. یکی از بهترین راه‌ها برای به حداقل رساندن از دست دادن مواد مغذی تهیه غذا تا حد امکان نزدیک به زمان استفاده است.



سرخ کردن

به طور کلی سرخ کردن بیشتر با سبک‌های آشپزی آسیایی مرتبط است، سرخ کردن شبیه تفت دادن است. پخت غذاها با حرارت زیاد انجام می‌شود و غذاها به شکل تکه‌های نواری، تاسی یا تکه تکه در طول فرآیند پخت به طور مداوم در حال غوطه‌ور و چرخشی نگه‌داشته می‌شوند.

غذاهای سرخ‌کرده در بین افرادی که به سلامتی خود اهمیت می‌دهند محبوبیت زیادی ندارند، زیرا علاوه بر واکنش‌های پیچیده ناخواسته و غیرقابل کنترل مرتبط با سلامت اغلب باعث دریافت انرژی بیشتری به شکل نهفته می‌شوند. سرخ کردن و استفاده مجدد از روغن‌های خوراکی باعث ایجاد تغییرات شیمیایی مانند تشکیل اسیدهای چرب ترانس می‌شود (۱۹).

کبابی کردن

کبابی کردن طعم متمایز و ظاهری دلچسب ایجاد می‌کند و مواد غذایی در طول فرآیند پخت به چربی اضافی کمی نیاز دارند. کباب کردن با حرارت غیر مستقیم بشدت با پخت و پز سالم مرتبط است و می‌توان از آن‌ها برای تهیه غذاهای بسیار لطیف استفاده کرد. علاوه بر غذاهای گوشتی، ترکیبی از غذاهایی مانند میوه‌ها، سبزی‌ها یا

حتی نان‌های تخت با این روش پخت می‌شوند. تقریباً هر سبزی، از جمله پیازچه، مارچوبه و رازیانه را می‌توان کبابی کرد. البته سبزی‌های متراکم مانند کدو حلوائی یا سیب زمینی باید قبل از کباب کردن پخته شوند. افزودن سبزی‌های کبابی به سوپ، خورش یا پلو، علاوه بر افزایش ارزش تغذیه‌ای عطر و طعم جالبی به آن‌ها اضافه می‌دهد. روش‌های پخت کبابی با حرارت مستقیم و مخصوصاً زغالی و سرخ کردن در تشکیل مواد سرطان‌زا در غذاها نقش دارند (۲۰-۲۲). برای کاهش ظرفیت تشکیل مواد سرطان‌زا، می‌توان غذاها را تا حد امکان با روش‌های دیگر آشپزی تهیه کرد یا برای کمتر کردن مدت زمان کبابی شدن آن‌ها را از قبل جوشانده یا بخارپز کرد.

برشته‌کردن و پختن

برشته‌کردن از روش‌های انتخابی برای آشپزخانه سالم هستند. در این روش غذاها توسط هوای گرم احاطه شده و به آرامی از طریق گرمای غیرمستقیم پخته می‌شوند. غذاها برای برشته شدن یا پختن نیازی به چربی اضافی ندارند و تا زمانی که غذاها بیش از حد پخته نشده باشند، مرطوب و خوش طعم هستند. آب غذاها به آرامی تبخیر می‌شود و طعم و مزه‌شان هم بیشتر می‌شود. حرارت قندهای طبیعی آن‌ها را کاراملی می‌کند و از داخل نرم و لطیف و از بیرون کاملاً قهوه‌ای می‌شوند. نمک یک طعم‌دهنده ضروری در غذاهای برشته شده است که مقدار کافی آن در حفظ سلامت بسیار مهم است. آنچه به ظاهر خوش رنگ و طعم غذا ارجحیت دارد اندازه سهم غذای پخته شده در برنامه غذای روزانه است.



برشته‌کردن از روش‌های انتخابی برای آشپزخانه سالم هستند. در این روش غذاها توسط هوای گرم احاطه شده و به آرامی از طریق گرمای غیرمستقیم پخته می‌شوند.

روش‌های حرارتی مرطوب

روش‌های پخت با حرارت مرطوب عبارتند از: بخار پز، آب پز کردن، دم کردن، جوشاندن، خورشتی کردن و آبگوشتی کردن. غذاها در مابقی فراوان طبخ می‌شوند. از آنجایی که آب در دمای بیش از ۱۰۰ درجه سانتیگراد تبخیر می‌شود، در روش‌های پخت و پز با حرارت مرطوب غذا، دمای لازم برای قهوه‌ای شدن دریافت نمی‌کند. غذاهای پخته شده با این روش‌ها اغلب طعم طبیعی و رنگ خود را حفظ می‌کنند.

بخار پز کردن

اولین روش پخت و پز آشپزی سالم در نظر مردم احتمالاً بخارپز کردن است. غذاهایی که بیشتر برای بخارپز کردن مناسب هستند، غذاهایی مانند سبزی‌ها، میوه‌ها، غذاهای دریایی و سینه مرغ هستند. غذاهای بخارپز شده مواد مغذی را حفظ می‌کنند زیرا در تماس مستقیم با مایع پخت و پز و یا حرارت مستقیم نیستند و غذاها بدون افزودن چربی یا روغن تهیه می‌شوند. چالش اصلی غذاهای بخارپز مزه‌شان است که قدری ملایم‌تر می‌شود. افزودن مواد معطر به مایع بخارپز می‌تواند به حل مسأله کمک کند. همچنین افزودن سیر یا پیازچه، می‌تواند راه دیگری برای طعم‌دار کردن غذاهای بخارپز باشد.

خورشتی و آبگوشتی کردن

خورشتی و آبگوشتی کردن روش‌هایی دارند که در آن یک یا چند ماده اصلی و مواد معطر به آرامی در محلول مایعات خوش طعم می‌جوشند. مایع پخت و پز به عصاره یا سس مانند آش تبدیل می‌شود. غذاها را می‌توان در روی اجاق یا فر با حرارت بسیار ملایم و یکنواخت پخت. این روش‌ها مبنای یکسانی دارند. مواد موجود در خورش معمولاً به شکل قطعات بریده شده و در مایع پخت غوطه‌ور می‌شوند. این روش منجر به طعم‌های بسیار فوق‌العاده و عصاره غلیظ دلچسب مانند قورمه‌سبزی می‌شود. مزیت خورشت‌ها در این است که در فرآیند پخت چیزی از مواد مغذی آن‌ها از بین نمی‌رود و مواد مغذی و طعم‌های مقاوم در برابر حرارت درون محلول عصاره باقی می‌مانند.

پیشنهادهایی برای آشپزی سالم

سلامتی با رعایت حد اعتدال و تنوع در استفاده از مواد غذایی سازگار است (۲۳). استفاده از مواد سرشار از مواد مغذی و با طعم‌های دلپسند، راهکار بهتری برای تهیه خوراکی‌های خوشمزه است. تنوع گسترده‌ای از میوه‌ها و سبزی‌های در دسترس و گیاهان و ادویه‌های محلی تهیه دستور غذایی سالم را آسان‌تر می‌کند. همچنین راه‌هایی برای کاهش موادی مانند چربی‌های اشباع شده، نمک،



با لحاظ دستاوردهای علم تغذیه طراحی می‌شوند. تغذیه معمول با آنچه که بیشتر مردم در شرایط معمولی می‌خورند و می‌نوشند و همچنین فعالیت‌های روزمره و توانایی سالم ماندن در شرایط متعارف مشخص می‌شود. تداوم مشکلات در رعایت دستورالعمل‌ها و توصیه‌های غذایی به اشکال مختلف سوءتغذیه بروز می‌کند و با گذر زمان عادی نمی‌شوند. این موارد می‌تواند ناشی از مصرف ناکافی غذا، جذب ضعیف مواد مغذی یا از دست دادن بیش از حد مواد مغذی باشد. سوءتغذیه ممکن است یک وضعیت پزشکی ناشی از رژیم غذایی نامناسب یا ناکافی باشد. یا در نتیجه بیماری، عفونت یا گرسنگی باشد. سوء تغذیه با دریافت کم انرژی بیشتر در کشورهای جهان سوم شایع است، در حالی که هر دو شکل لاغری و چاقی در کشورهای توسعه یافته و از جمله کشور ما به خاطر گذر تغذیه‌ای شیوع دارد. فقر و در دسترس نبودن غذا ممکن است منجر به سوء تغذیه شود. البته افرادی که به غذا دسترسی دارند و ترجیح می‌دهند آن را نخورند ممکن است دچار بدغذایی یا سوءتغذیه شوند. افرادی که دچار سوءتغذیه لاغری هستند به غذاها و نوشیدنی‌هایی با کالری و مواد مغذی بیشتر نیاز دارند؛ در حالی که افراد چاق مبتلابه بیش خوری، به کاهش کالری دریافتی به ویژه برخی از مواد مغذی نیاز دارند. مدیریت شرایط در هر دو حالت نیاز به رویکردهای یکپارچه ارایه شده توسط متخصصان تغذیه و مهارت‌های آشپزی دارد. مسؤولان آشپزی در خانواده و سرآشپزهای امروزی نیاز دارند که اصول تغذیه را با شرکت در کلاس‌های آموزشی بیاموزند تا بتوانند همراه با فنون و مهارت‌های آشپزی، سلامت اعضای خانواده خود و مشتریان را حفظ کنند.

نتیجه‌گیری

آشنایی و به کار بستن شیوه‌های تغذیه آشپزی، پاسخگویی مناسب به نیازهای غذایی با مهارت‌های آشپزی را فراهم می‌کند، که با تأثیر مستمر بر رفتارهای غذایی علاوه بر حفظ سلامت می‌تواند در کنترل شیوع بیماری‌های غیرواگیر در جامعه تأثیر بگذارد.



کربوهیدرات‌های تصفیه شده و بهبود طعم دهنده‌ها و همچنین پیشنهادهایی برای افزودن مواد مغذی مانند غلات کامل و سبزی‌ها و در مواقع نیاز شیرین‌کننده‌های بدون قند در تنظیم دستورالعمل‌های غذایی بایستی پیش‌بینی و مورد توجه قرار گیرد.

آموزش دستورالعمل‌های تغذیه آشپزی

سبک تغذیه سالم در گروه یادگیری رفتارهای غذایی جدید از متخصصان و کارشناسان تغذیه است (۲۴). امروزه اغلب سرآشپزها پیش‌تاز تلاش برای احیای سیستم‌های غذایی محلی هستند و نحوه انتخاب مشتریان برای خرید، طبخ و سرو غذا را آگاهانه مورد ارزیابی قرار می‌دهند. همیشه هم قرار نیست سرآشپزها همه پاسخ‌ها را در مورد بهترین و سالم‌ترین غذاها برای خوردن داشته باشند. این موارد در دستورالعمل‌ها و توصیه‌های غذایی و تغذیه‌ای مورد توجه قرار می‌گیرد. این دستورالعمل‌ها و توصیه‌های تغذیه‌ای برای تعیین کیفیت و کمیت تغذیه معمول، از جمله شمار وعده‌های غذایی، میانگین تعداد کالری و مقدار مواد مغذی که بیشتر افراد روزانه برای سالم ماندن و پیشگیری از بیماری به آن نیاز دارند، توسط کارشناسان خبره تغذیه

منابع

1. Collaborators GRF. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* (London, England). 2015;386(10010):2287.
2. Monteiro CA, Levy RB, Claro RM, Castro IRRd, Cannon G. A new classification of foods based on the extent and purpose of their processing. *Cadernos de saude publica*. 2010;26:2039-49.
3. Moubarac J-C, Parra DC, Cannon G, Monteiro CA. Food classification systems based on food processing: significance and implications for policies and actions: a systematic literature review and assessment. *Current obesity reports*. 2014;3(2):256-72.
4. Brazil MoHo. Dietary Guidelines for the Brazilian Population. Retrieved from: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_alimentar_populacao_ingles.pdf (2014).
5. Monteiro CA, Cannon G, Moubarac J-C, Levy RB, Louzada MLC, Jaime PC. The UN Decade of Nutrition, the NOVA food classification and the trouble with ultra-processing. *Public health nutrition*. 2018;21(1):5-17.
6. Tiwari A, Aggarwal A, Tang W, Drewnowski A. Cooking at home: a strategy to comply with US dietary guidelines at no extra cost. *American journal of preventive medicine*. 2017;52(5):616-24.
7. Condrasky MD, Hegler M. How culinary nutrition can save the health of a nation. *Journal of extension*. 2010;48(2):1-6.
8. Cooksey-Stowers K, Schwartz MB, Brownell KD. Food swamps predict obesity rates better than food deserts in the United States. *International journal of environmental research and public health*. 2017;14(11):1366.
9. Rose D, Bodor JN, Swalm CM, Rice JC, Farley TA, Hutchinson PL. Deserts in New Orleans? Illustrations of urban food access and implications for policy. *Ann Arbor, MI: University of Michigan National Poverty Center/USDA Economic Research Service Research*. 2009.
10. Hager ER, Cockerham A, O'Reilly N, Harrington D, Harding J, Hurley KM, et al. Food swamps and food deserts in Baltimore City, MD, USA: Associations with dietary behaviours among urban adolescent girls. *Public health nutrition*. 2017;20(14):2598-607.
11. Morland K, Roux AVD, Wing S. Supermarkets, other food stores, and obesity: the atherosclerosis risk in communities study. *American journal of preventive medicine*. 2006;30(4):333-9.
12. Larson N, Story M. A review of environmental influences on food choices. *Annals of Behavioral Medicine*. 2009;38(suppl_1):s56-s73.
13. Neckerman K, Bader M, Purciel M, Yousefzadeh P. Measuring food access in urban areas. *Columbia University; New York*: 2009.
14. Wilde PE, Llobrera J, Valpiani N. Household food expenditures and obesity risk. *Current obesity reports*. 2012;1(3):123-33.
15. Dubowitz T, Ghosh-Dastidar M, Cohen DA, Beckman R, Steiner ED, Hunter GP, et al. Diet and perceptions change with supermarket introduction in a food desert, but not because of supermarket use. *Health Affairs*. 2015;34(11):1858-68.
16. Ghosh-Dastidar B, Cohen D, Hunter G, Zenk SN, Huang C, Beckman R, et al. Distance to store, food prices, and obesity in urban food deserts. *American journal of preventive medicine*. 2014;47(5):587-95.
17. Zhu Y, Vanga SK, Wang J, Raghavan V. Impact of food processing on the structural and allergenic properties of egg white. *Trends in Food Science & Technology*. 2018;78:188-96.
18. Raigond P, Ezekiel R, Raigond B. Resistant starch in food: a review. *Journal of the Science of Food and Agriculture*. 2015;95(10):1968-78.
19. Martin CA, Milinsk MC, Visentainer JV, Matsushita M, De-Souza NE. Trans fatty acid-forming processes in foods: a review. *Anais da Academia Brasileira de Ciencias*. 2007;79:343-50.
20. Gibis M. Heterocyclic aromatic amines in cooked meat products: causes, formation, occurrence, and risk assessment. *Comprehensive Reviews in Food Science and Food Safety*. 2016;15(2):269-302.
21. Zhang Y, Chen X, Zhang Y. Analytical chemistry, formation, mitigation, and risk assessment of polycyclic aromatic hydrocarbons: From food processing to in vivo metabolic transformation. *Comprehensive Reviews in Food Science and Food Safety*. 2021;20(2):1422-56.
22. Baskar G, Aiswarya R. Overview on mitigation of acrylamide in starchy fried and baked foods. *Journal of the Science of Food and Agriculture*. 2018;98(12):4385-94.
23. Kim S, Haines PS, Siega-Riz AM, Popkin BM. The Diet Quality Index-International (DQI-I) provides an effective tool for cross-national comparison of diet quality as illustrated by China and the United States. *The Journal of nutrition*. 2003;133(11):3476-84.
24. Willett W, Skerrett PJ. Eat, drink, and be healthy: the Harvard Medical School guide to healthy eating: Simon and Schuster; 2017.

آیا مزاجتان را می‌شناسید؟

اهداف آموزشی

امیداست خوانندگان محترم پس از مطالعه این مقاله:

- علایم شناسایی مزاج را بیان کنند.
- با توجه به میزان خواب، مزاج افراد را حدس بزنند.
- علایم دال بر گرمی، سردی، تری و خشکی پوست و مورا بشناسند.

دکتر زهرا نیک اختر

کارشناس طب سنتی معاونت بهداشت

دانشگاه علوم پزشکی مشهد



مقدمه

مکتب پزشکی سنتی ایران در دوران شکوفایی فرهنگ اسلامی به رشد و بالندگی بی نظیری رسید. ظهور دانشمندان بزرگی چون ابن سینا، زکریای رازی و نظایر آنان و آثار مکتوب ارزشمند به جا مانده از این دوران گواه این مدعاست. توسعه و گسترش علوم طبی همزمان با سایر علوم در آن زمان به حدی بود که اصطلاحات طبی به آثار شاعران و نویسندگان هم راه یافت. به عنوان نمونه سعدی در ابیات زیر، ضمن معرفی چهار کیفیت اساسی موجود، به تعادل آن‌ها نیز اشاره کرده است:

طبایع تر و خشک و گرم است و سرد
مرکب از این چار طبع است مرد
یکی زین چو بر دیگری یافت دست
ترازوی عدل طبیعت شکست

بر مبنای طب سنتی ایرانی هر موجودی در عالم اعم از جماد و نبات و حیوان مزاج خاصی دارد. در انسان‌ها نیز همانطور که هیچ وقت اثر انگشت دو نفر مشابه نیست مزاج افراد مختلف هم دقیقاً مشابه نیست. اما می‌توان بر اساس ۴ کیفیت اصلی یعنی گرمی، سردی، تری و خشکی، ۹ دسته کلی (گرم، سرد، خشک، تر، گرم و خشک، گرم و تر، سرد و خشک، سرد و تر و معتدل) برای مزاج در نظر گرفت و افراد را در این دسته‌ها قرار داد. در مقاله قبلی با تعریف مزاج، فواید شناخت مزاج و انواع مزاج آشنا شدید در این مقاله با تشخیص انواع مزاج بیشتر آشنا خواهید شد.

تشخیص مزاج

دانشمندان و حکمای طب ایرانی برای تشخیص مزاج روش‌ها و نشانه‌هایی را در ۱۰ دسته کلی تعریف کرده‌اند که به آن‌ها در منابع طب ایرانی «اجناس عشره» گفته می‌شود. این موارد عبارتند از: لمس پوست بدن، چاقی و لاغری، مو، رنگ پوست بدن، وضعیت هیكل، تأثیرپذیری از سردی/گرمی، تری/خشکی، نحوه انجام فعالیت‌ها، کیفیت مواد دفعی، خواب و بیداری و وضعیت روحی و روانی که به اختصار در ادامه توضیح داده شده است.

مزاج دموی
(گرم و تر)

مزاج صفاوی
(گرم و خشک)

مزاج سوداوی
(سرد و خشک)

مزاج بلغمی
(سرد و تر)



۱. لمس پوست بدن

گرمی پوست در لمس نشانه گرمی مزاج و سردی پوست نشانه سردی مزاج است. البته شخص لمس کننده باید مزاج معتدل داشته باشد یا اینکه مزاج خود را بشناسد. لمس پوست باید در هوای معتدل و معمولی انجام شود. خشکی پوست در لمس نشانه خشکی مزاج و نرمی آن نشانه تری مزاج است. دقت کنید که در هنگام سنجش خشکی یا نرمی، پوست ساعد یا بازو لمس شود و به لمس پوست کف یا پشت دست اکتفا نشود. زیرا ممکن است پوست کف یا پشت دست یک کارگر ساختمانی بر اثر تماس زیاد با گچ و سیمان و... زبر شده باشد که این نشانه خشکی مزاج او نیست.

۲. چاقی و لاغری

لاغری نشانه خشکی و چاقی نشانه تری مزاج است. چاقی دو نوع است. گاهی درشت بودن استخوان بندی و عضلات در بدن باعث می‌شود که فرد چاق به نظر بیاید که این نشانه گرمی مزاج است. اما گاهی چاقی در اثر تجمع چربی در بدن رخ می‌دهد که این نشانه سردی مزاج است. چاقی و لاغری اهمیت زیادی در تعیین تربودن یا خشک بودن مزاج دارند.

۳. مو

زیادی مو، رشد سریع و رنگ سیاه آن نشانه گرمی مزاج



به سردمزاج‌ها کمتر گرما را تحمل می‌کنند و در هوای خنک راحت‌ترند. هم‌چنین مصرف زیاد غذاهای گرم مثل برخی ادویه‌ها با آن‌ها سازگاری ندارد در حالی‌که افراد با مزاج سرد در هوای گرم راحت‌ترند.

افراد خشک مزاج در هوای خیلی خشک مثلاً شه‌ریزد، ممکن است دچار ناراحتی شوند و افراد با مزاج تر تحمل هوای با رطوبت زیاد مانند گیلان را ندارند.

گاهی بعضی از افراد را می‌بینیم که نه تحمل گرما را دارند و نه تحمل سرما. این افراد معمولاً می‌گویند در تابستان گرما بسیار اذیتشان می‌کند و در زمستان از سرما خیلی آزرده می‌شوند. ممکن است این علامت نشانه بیماری یا ضعف مزاج باشد.

۷. نحوه انجام فعالیت‌ها

سرعت افعال جسمانی و ذهنی نشانه گرمی مزاج و کندی صدور افعال نشانه سردی مزاج است. افراد سردمزاج در شروع یک کار بسیار آهسته عمل می‌کنند و به اصطلاح دیر گرم می‌شوند. اما گرم‌مزاجان کارها را بسرعت شروع می‌کنند. گرمی مزاج گاه باعث

است. کمی مو، رشد آهسته و روشن بودن مو نشانه سردی مزاج است. مجعد بودن مو نشانه خشکی و صاف و لخت بودن مو نشانه تری مزاج است. بدیهی است که حالت و رنگ طبیعی موی هر فرد ملاک سنجش است.

۴. رنگ پوست بدن

سفیدی رنگ پوست دلیل بر سردی مزاج و سرخی، زردی یا گندمگونی آن دلیل بر گرمی مزاج است. رنگ پوست کدر یا کم‌دودت (که در میان مردم عامه به رنگ بادنجانی یا سربی معروف است) نیز نشانه سردمزاجی است. رنگ پوست حالت ثابت ندارد و تحت تأثیر عوامل محیطی و بیماری‌های مختلف تغییر می‌کند.

۵. وضعیت هیكل

بزرگی و وسیع بودن سینه، عروق برجسته و نبض قوی و درشتی مفاصل نشانه گرمی است و خلاف این‌ها نشانه سردی است.

۶. تأثیر پذیری از سردی و گرمی، تری و خشکی

سرعت تأثیر پذیری از هر یک از کیفیت‌های چهارگانه دلیل بر غلبه همان کیفیت است. افراد گرم‌مزاج نسبت

شتاب‌زدگی و عجول بودن می‌شود.

۸. کیفیت مواد دفعی

موادی که به شکل عرق، ادرار، مدفوع و... از انسان سالم دفع می‌شود می‌تواند نمایانگر وضعیت مزاج باشد. این مواد در صورتی که پرنرگ و دارای بوی تند باشند نشانه گرمی مزاج و در صورتی که کم‌رنگ و بی‌بو باشند نشانه سردی مزاج هستند. یک مثال در این زمینه کسانی هستند که با پوشیدن لباس سفید و عرق کردن، روی لباس در ناحیه ای که بیشتر عرق می‌کند (مثلاً زیر بغل) یک لایه به رنگ زرد کم‌رنگ ایجاد می‌شود و بوی تندی دارد که نشانه گرمی مزاج است.

۹. خواب و بیداری

زیادی خواب نشانه سردی یا تری یا هر دو است. اعتدال در خواب و بیداری نشانه اعتدال مزاج خصوصاً اعتدال در مغز است. کم‌خوابی معمولاً ناشی از گرمی یا خشکی مزاج یا هر دو است.

۱۰. وضعیت روحی و روانی

زود عصبانی شدن و برانگیختگی سریع نشانه گرمی مزاج است. اما سردمزاجان برعکس افرادی آرام و صبور هستند. سردی مایه ترس و گرمی مایه شجاعت است. گرم‌مزاجان پرحرف هستند و با سرعت بیشتری صحبت می‌کنند در حالی که سردمزاجان خیلی آهسته، آرام و شمرده صحبت می‌کنند و کم‌حرف‌ترند. قدرت یادگیری و حافظه در گرمی مزاج بهتر می‌شود. خشکی باعث ثبات رأی و تری باعث انعطاف‌پذیری می‌شود. صاحبان مزاج سرد و خشک کمتر با دیگران می‌جوشند و مستعد افسردگی هستند. البته استدلال به مزاج بر

اساس خلیات و حالات نفسانی مطلق نیست زیرا این حالات با شرایط محیطی و زیستی، ملاحظات عرفی و اجتماعی، تمرین‌های نفسانی و تهذیب‌های اخلاقی و دیگر موارد تغییر می‌کند.

پس نباید پنداشت هر فرد آرام و شکیبایی الزاماً سردمزاج است از سوی دیگر باید از پیش‌داوری اخلاقی بر مبنای مزاج پرهیز کرد. مثلاً نباید تصور کرد هر فرد گرم مزاجی تندخو و زود خشم است.

مزاج و عوامل محیطی

علایم و معیارهای ذکر شده برای شناخت مزاج سرشتی یک فرد سالم تعریف شده است؛ یعنی مزاجی که از پدر و مادر به ارث می‌رسد. در طول زندگی با تأثیر عوامل مختلف بر انسان مانند سن، سبک زندگی و عادات، آب و هوا، بیماری‌ها و مشکلات روحی و روانی ممکن است برخی از این نشانه‌ها تغییر کنند. بنابراین بهتر است به ویژگی‌های دوران کودکی و نوجوانی افراد توجه شود.

گاهی در تعیین مزاج فرد برخی علایم مزاجی به گرمی و برخی به سردی دلالت دارند یا این‌که فرد هم علایم خشکی و هم علایم تری را دارد. در این صورت اگر تعداد معیارها در هریک از کیفیات بیشتر باشد مزاج به همان کیفیت تمایل خواهد داشت.

مثلاً اگر تعداد نشانه‌های گرمی بیشتر از سردی باشد مزاج تمایل به گرمی دارد. در مورد تری و خشکی هم همین‌طور است. در پایان می‌توان گفت با وجود تمامی مطالبی که گفته شد، تعیین مزاج فرآیندی پیچیده و نیازمند تجربه و دانش فراوان است.

منابع

- مقیمی مریم، فقیهی فرشته، جعفری ناهید، ثنایی هستی. آشنایی با مبانی طب ایرانی و اصول سالم زیستن. چاپ اول. تهران: المعی: ۱۳۹۵
- ناصری محسن رضایی زاده حسین چوپانی رسول انوشیروانی مجید. مروری بر کلیات طب سنتی ایران. چاپ هشتم. تهران: طب سنتی ایران: ۱۳۹۲
- مرتضی مجاهدی، محسن ناصری، سید رضا مجد زاده، منصور کشاورز، محمد عبادیانی، اسماعیل ناظم، محمود خدادوست، سید علی مظفرپور، مروری بر شاخص‌های تعیین مزاج اولیه در طب سنتی ایران. فصلنامه تاریخ پزشکی، ۱۳۹۱؛ ۴ (۱۲): ۳۶-۳۷

آسیب‌های سقط جنین عمدی غنچه نشکفته



احمد رضا صبوحي
کارشناس مسؤول آموزش بهورزی
دانشکده علوم پزشکی سبزوار



زهرا محمدي
مربی مرکز آموزش بهورزی
دانشکده علوم پزشکی سبزوار



ام البنین محسن پور
کارشناس سلامت خانواده معاونت
بهداشت دانشکده علوم پزشکی مشهد

اهداف آموزشی

امیداست خوانندگان محترم پس از مطالعه:

- سقط جنین را تعریف کنند.
- آمار مربوط به سقط جنین را بدانند.
- با نکات آموزنده برای کاهش سقط عمدی آشنا شوند.

مقدمه

یکی از مفاهیم معنادرمانی در دیدگاه فرانکل، خلق یک اثر ماندگار در طبیعت است که این مسأله، نشان از اهمیت نقش مادری در رشد و تعالی یک زن و معنایافتن حیات در دامان او دارد. حضور فرزندان به عنوان لذتی پایدار، موجب مراقبت بیشتر همسران از حریم خانواده می‌شود. گذار جامعه از سنت به مدرنیته، چالش‌هایی در زمینه تعرض به اخلاق با اصالت دادن به لذایذ آنی و منافع مادی و فردی، کاهش ازدواج، سیر صعودی طلاق، تعرض به حقوق کودکان با سقط جنین و خودداری از مادری را به وجود آورده است که همه این‌ها در نهایت به سلامت مادران، آسیب وارد می‌کند.

تعریف سقط

سقط جنین به خاتمه بارداری قبل از این‌که جنین توانایی زندگی در خارج از رحم مادر را پیدا کند اطلاق می‌شود. معمولاً این زمان را قبل از هفته بیست و دوم بارداری و وزن جنین را کمتر از پانصد گرم ذکر می‌کنند. سقط جنین انواع مختلفی دارد. در یک حالت بعد از شروع بارداری، به دلایل جنینی یا مادری، محصول بارداری محکوم به خروج خودبه‌خود از رحم مادر است. این نوع را «سقط جنین خودبخود» می‌گویند. در حالتی دیگر، در فرآیند بارداری مشکلی وجود ندارد ولی به دلایلی بارداری به طور ارادی خاتمه داده می‌شود. این نوع سقط جنین را عمدی یا ارادی یا القا شده می‌گویند و از آن‌جا که در بیشتر جوامع این نوع سقط جنین، مغایر با قوانین است، به آن جنایی یا غیرقانونی نیز گفته می‌شود. سقط عمدی جنین در ایران غیرقانونی است و بسیاری از بارداری‌های ناخواسته به طور غیرقانونی و بعضاً خطرناک به سقط می‌انجامد.

نگاهی به آمار سقط

سازمان جهانی بهداشت، سالانه حدود ۴۴ میلیون سقط جنین را در جهان برآورد می‌کند. حدود ۵۰ درصد از این سقط‌ها، نایمن هستند و عوارض قابل‌توجهی را به دنبال دارند و تقریباً ۱۳ درصد از مرگ و میر مادران،

ناشی از سقط نایمن است. در ۶۰۰ هزار مرگ مادر که سالانه در سرتاسر جهان رخ می‌دهد، یک مورد از هر هشت مورد آن با سقط همراه است. در پژوهشی که با استفاده از داده‌های پیمایش باروری شهر تهران در سال ۱۳۸۸ و با حجم نمونه ۲۹۳۴ زن متأهل ۱۵ تا ۴۹ ساله انجام شد به این نتیجه رسیدند که از هر ۶ زن متأهل یک زن در طول عمرش حداقل یک سقط داشته و حدود ۹ درصد بارداری‌ها در تهران به سقط می‌انجامد. احتمال سقط در بین زنان کمتر مذهبی، ثروتمند، شاغل و بدون فرزند بیشتر است. یافته‌ها حکایت از وجود تحمیل مردانه برای انجام سقط توسط زنان دارد. همچنین ۸۴ درصد سقط‌های عمدی در تهران به طور غیرقانونی انجام می‌شدند. در مطالعه مقطعی که توسط سلیمی و همکاران در سال ۱۳۹۳ در تهران روی ۱۰۲ نفر از زنان ۱۵ تا ۵۰ سال انجام شده بود ۱۸/۸ درصد زنان سابقه سقط را در طول عمر خود گزارش کردند که ۳۲/۴ درصد آن‌ها عمدی بوده است.

مشکلات بعد از سقط جنین

خون‌ریزی، شایع‌ترین عارضه جانبی سقط جنین است. اگر چه خون‌ریزی بعد از سقط طبیعی محسوب می‌شود، اما گاهی در اثر سوراخ شدن رحم یا دهانه رحم خون‌ریزی بسیار شدید می‌شود به نحوی که تنها به کمک جراحی و انتقال خون می‌توان از مرگ مادر پیشگیری کرد. بروز عفونت بعد از سقط جنین مسأله‌ای رایج است. گاهی به دلیل سقط ناقص و باقی ماندن قسمت‌هایی از جنین یا ابزار جراحی در رحم این اتفاق رخ می‌دهد. در صورتی که سقط جنین با بیهوشی عمومی همراه باشد ممکن است باعث تشنج و حمله قلبی شود. در این شرایط خطر عوارض دیگر نیز افزایش می‌یابد. گاهی در طول روند سقط، دهانه و گردن رحم بشدت آسیب می‌بیند استفاده از برخی ابزارها عامل زخم، پارگی و آسیب‌های دهانه رحم است که منجر به خون‌ریزی و عفونت می‌شود. در برخی شرایط استفاده از دستگاه‌های مکنده، زخم‌های دایمی روی جدار رحم ایجاد می‌کند.



دردناک جنسی، عفونت‌های رحمی که معمولاً عامل خون‌ریزی و دردهای شدید هستند، سوراخ شدن قسمت پایین رحم یا مثانه یا روده، تهوع، استفراغ، خستگی‌های مداوم، دردهای شکمی، سرگیجه، سردردهای مداوم، حساسیت شدید پستان‌ها و خون‌ریزی‌های قطع‌نشده از جمله عوارضی هستند که حتی بعد از انجام موفق سقط عمدی، همچنان ادامه می‌یابند.

● احتمال مرگ مرتبط با سقط ۲ برابر زمانی است که مادر زایمان طبیعی انجام می‌دهد.

عوارض روحی روانی بعد از سقط جنین عمدی

بلافاصله بعد از سقط، فرد احساس می‌کند از بار و مسؤولیتی بزرگ رها شده است اما این طور نیست، این چنین افرادی در ابتدا دچار وضعیتی می‌شوند که در پزشکی اصطلاحاً به آن انکار می‌گویند. این حالت در برخی کوتاه‌مدت و در برخی طولانی‌مدت ادامه دارد و گاهی حتی پس از گذشت ۱۰ سال همچنان ادامه می‌یابد. بیشتر بانوان معمولاً برای فرار از درد عاطفی و مجازات خود تصمیم می‌گیرند خود را به فعالیت‌های سرگرم‌کننده و برای رهایی از احساس گناه، شرم و اضطراب، اقدام‌های نیکوکارانه انجام می‌دهند. حتی دیده شده که گاه به الکل یا مواد مخدر پناه می‌برند. از جمله دیگر عوارض روانی بعد از سقط می‌توان به موارد ذیل اشاره کرد:

گاهی در اثر سقط جنین و استفاده از ابزار جراحی، رحم بشدت صدمه می‌بیند به طوری که لازم است تا با کمک جراحی، رحم را کاملاً خارج کرد. سقط جنین عمدی در برخی موارد باعث آسیب دیدگی سایر اعضای بدن از جمله روده و مثانه نیز می‌شود.

عوارض دراز مدت بعد از سقط عمدی

● نیمی از ناباروری‌ها به علت سقط جنین است. دلیل این موضوع می‌تواند عفونت لوله‌های فالوپ، چسبندگی رحم به دلیل ایجاد زخم بعد از کورتاژ یا باز شدن بیش از حد دهانه رحم باشد. نوجوانان و بانوانی که برای نخستین مرتبه باردار می‌شوند و سقط انجام می‌دهند بیش از دیگران در معرض ناباروری قرار می‌گیرند و حتی گاهی ناباروری دائمی می‌شود.

● احتمال بارداری خارج رحمی را در بارداری‌های بعدی افزایش می‌دهد. با افزایش میزان سقط‌های عمدی جنین تعداد بارداری‌های خارج رحمی نیز در کشورهای صنعتی ۲ تا ۳ برابر شده است. این موضوع خود یکی از دلایل مرگ مادران در ۳ ماهه نخست یا ناباروری دائمی در آنهاست.

● احتمال زایمان پیش از موعد یا سقط غیر عمدی افزایش می‌یابد و دلیل آن آسیبی است که به رحم وارد آمده است.

● بی‌نظمی در قاعدگی، افزایش ترشحات رحمی، روابط

مادران بر ضرورت نیاز به برنامه‌های مداخله‌ای آموزشی با در نظر گرفتن افزایش آگاهی و اعتقادات مذهبی تأکید می‌شود.

به هر حال درمان خاصی برای پیشگیری از سقط وجود ندارد لذا توصیه‌های عمومی برای سالم زیستن نظیر عدم مصرف الکل، سیگار و موادمخدر، رعایت رژیم غذایی و تناسب اندام، ازدواج سالم، تحکیم وحدت خانواده و رعایت ارتباط مؤثر، کمک کننده است.

پیشنهادها

یکی از راه‌های پیشگیری از سقط، مسؤولیت‌پذیری مردان است. مادر بودن فعالیتی پیچیده، مداوم، پر زحمت و در عین حال شادی‌آفرین و بسیار عاطفی است که اگر پدرها در درک این احساس و پذیرش زحمت توأم بالذت، مادران را همراهی کنند، سلامت خانواده را تضمین خواهند کرد. از سویی این قبیل اقدام‌ها، مردان را به جایگاه واقعی خود که همان مکلف بودن در مقابل خانواده است برمی‌گرداند و از مردان، افرادی قوی، مسؤولیت‌پذیر، متعهد به خانواده و جوانمردانی وفادار می‌سازد. چنین مردانی هیچگاه از زیر بار مسؤولیت زندگی، شانه خالی نمی‌کنند و به سقط عمدی رضایت نمی‌دهند.

مرور تکراری خاطرات مربوط به سقط، خواب‌های تکراری در مورد سقط، کاهش میزان پاسخگویی با تعهد نسبت به اطرافیان و خانواده، احساس بیگانه بودن و جدایی از دیگران، افسردگی خلقی، افزایش تحریک‌پذیری و خصومت در برابر دیگران، کاهش تمرکز، احساس گناه از زنده بودن، احساس افسردگی، خشم، اضطراب و دردهای عصبی که در صورت تشدید عوارض روانی، ممکن است فرد به خودکشی دست زده یا مرتباً دچار مرور خاطرات مربوط به آغاز روند سقط شود.

قوانین مربوط به سقط جنین

اگر فردی به واسطه یا وسایل دیگری موجب سقط جنین شود به مجازات حبس از ۶ ماه تا یک سال و پرداخت دیه محکوم می‌شود. اما اگر این فرد، پزشک، ماما یا متصدی مشاغل مشابه باشد، علاوه بر پرداخت دیه به حبس از ۲ سال تا ۵ سال محکوم خواهد شد. افرادی که به هر طریقی سقط جنین را تسهیل کنند چه با آموزش یا دارو دادن، به عنوان معاون جرم قابل مجازات هستند.

نتیجه‌گیری

با توجه به خطرات تهدیدکننده سقط برای سلامت

منابع

- World Health Organization. Unsafe abortion: global and regional estimates for the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. WHO: Geneva; 2011.
- Sedgh G, Henshaw S, Singh S, Ahman E, Shah I. Induced abortion: estimated rates and trends worldwide Lancet. 2007;370(9595):1338-45.
- Dastgiri S, Yoosefian M, Garjani M, Kalankesh LR. Induced Abortion: a Systematic Review and Meta-analysis. Mater Sociomed. 2017 Mar;29(1):58-67. doi: 10.5455/msm.2017.29.58-67. PMID: 28484357; PMCID: PMC5402385.
- Salimi Y, Mansournia M, Abdollahpour I, Nedjat S. Lifetime Prevalence of Abortion in 15-50 Year-Old Females in Tehran and Its Predictors; A Population-Based Cross-Sectional Study. irje. 2021; 17 (3) :243-236
- Erfani A. Induced abortion in Tehran, Iran: estimated rates and correlates. Int Perspect Sex Reprod Health. 2011 Sep;37: 134-42. PubMed PMID: 21988789. Epub 2011/10/13.eng
- طرح نفس، بسیج جامعه پزشکی سبزوار
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر سلامت خانواده و جمعیت، اداره سلامت مادران، ۱۴۰۱. برنامه کشوری مادری ایمن: مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران



الهه رضایی

کارشناس دهان دندان
دانشکده علوم پزشکی ساوه



خدیجه چویداران

مدیر مرکز آموزش بهورزی
دانشکده علوم پزشکی ساوه



بررسی بیماری‌های
دهان و دندان در کودکان

دندان زیبا

اهداف آموزشی

از خوانندگان محترم انتظار می‌رود پس از مطالعه مقاله:

- علل بوی بد دهان را فهرست کنند.
- عوامل ایجاد بیماری‌های لثه و راه‌های پیشگیری از آن را شرح دهند.
- پوسیدگی دندانی و مراحل ایجاد و درمان آن را بشناسند و بدرستی بررسی کنند.
- سندرم شیشه شیر و عوامل مؤثر در بروز آن و راه‌های پیشگیری از آن را بیان کنند.
- علایم شکستگی و دررفتگی فک را بیان کرده و اقدامات لازم در زمان دررفتگی را توضیح دهند.

مقدمه

سلامت دهان و دندان بخشی از سلامت عمومی است و فراتر از داشتن دندان‌های سالم در نظر گرفته شده و به عنوان یک پیش‌نیاز برای سلامتی و یک بعد اساسی برای بهداشت عمومی در نظر گرفته می‌شود. شاید در ظاهر اهمیت بهداشت و سلامت دهان و دندان، چندان جلب توجه نکند، اما دهان از جمله حفره‌های مهم بدن است که می‌تواند دروازه ورود بیماری‌ها و در عین حال مسیر عبور دارو و درمان برای بهبود باشد. عنصر اساسی در حفره دهان، دندان است و برخی لذت‌های زندگی وابسته به داشتن دندان‌های سالم است.

سلامت دهان و دندان در دوران کودکی می‌تواند تأمین‌کننده و زمینه‌ساز سلامت دهان و دندان در بزرگسالی و به تبع آن بهبود سطح سلامت عمومی جامعه و عملکرد اجتماعی کودکان به عنوان آینده‌سازان جامعه باشد. با توجه به این‌که والدین به خصوص مادر نقش کلیدی در انتقال عادت‌های بهداشتی دهان و دندان و همچنین سایر رفتارهای اجتماعی فرهنگی به کودکان دارند، با رعایت اصول صحیح پیشگیری و مراقبت دهان و دندان، در سلامت کودک نقش بسزایی ایفا می‌کنند.

مهم‌ترین بیماری‌های دهان و دندان در کودکان

۱. پوسیدگی دندان: یک نوع بیماری عفونی مزمن و شایع‌ترین بیماری دوران کودکی است که در آن اسید تولید شده به وسیله باکتری‌ها و میکروارگانیسم‌های موجود در بزاق دهان از جمله استرپتوکوک موتانس، مینا و ساختمان دندان را تخریب می‌کند. علاوه بر عوامل باکتریایی، عوامل دیگری از جمله میزبان، رژیم غذایی و سن، در ایجاد بیماری مؤثر هستند.

پوسیدگی دندان در اوایل زندگی و همزمان با رشد دندان‌های شیری در کودک بروز می‌کند و باعث اشکال و تداخل در وضع تغذیه‌ای، رشد و تکامل جسمی، تکلم و برقراری ارتباط او با محیط اطراف می‌شود. خطر این بیماری دندان‌های دایمی کودک را نیز تهدید



می‌کند و در صورت عدم جلوگیری و درمان موجب از دست دادن دندان‌ها می‌شود.

بر اساس مطالعات انجام شده، شیوع پوسیدگی دندان در کودکان در کشورهای توسعه یافته به طور قابل توجهی کاهش یافته است. ولی این شاخص در ایران به ویژه در کودکان مقاطع ابتدایی همچنان در مقایسه با استانداردهای سازمان جهانی بهداشت بالاست. پوسیدگی دندانی پنج مرحله دارد که روش درمانی برای هر مرحله متفاوت است.

مرحله اول / از بین رفتن مواد معدنی مینای دندان: اگر مینای دندان به مدت طولانی با اسید حاصل از تولید باکتری‌های پلاک در تماس باشد مینا بتدریج مواد معدنی خود را از دست می‌دهد و در این مرحله لکه‌های سفید رنگ روی دندان پدید می‌آید که اولین نشانه‌های پوسیدگی دندان است. درمان اگر در این مرحله اتفاق بیفتد دندان کاملاً بهبود می‌یابد. استفاده از فلوراید در این مرحله با افزایش مقاومت مینای دندان به درمان دندان پوسیده در این مرحله کمک کرده و نقش پیشگیری‌کننده از پوسیدگی نیز دارد.

مرحله دوم / از بین رفتن مینای دندان: در پوسیدگی مینا حفره‌هایی در دندان ایجاد می‌شود که با ترمیم درمان می‌شود.

مرحله سوم / پوسیدگی عاج دندان: عاج نرم‌تر از مینا است و وقتی پوسیدگی به این قسمت برسد سرعت



۲. بیماری‌های لته: بیماری‌های پریودونتال از شایع‌ترین بیماری‌های دهان و دندان محسوب می‌شوند. این بیماری‌ها در کودکان بیشتر به شکل ژنئوایت بروز می‌کنند. در صورت عدم تشخیص و پیشگیری بموقع در کودکان ممکن است به پریودونتیت در بزرگسالی منجر شود. به این دلیل بیماری‌های پریودونتال در کودکان بایستی پیشگیری و تشخیص داده شده و درمان شوند. همچنین عوامل خطر ساز مؤثر در بروز و تشدید این بیماری‌ها در کودکان بایستی شناسایی شود. عواملی مانند بهداشت نامناسب، تنفس دهانی، وضعیت اقتصادی ضعیف، کم بودن میزان تحصیلات والدین بخصوص مادر، تأثیر منفی بر سلامت لته کودکان دارند. تحقیقات نشان می‌دهند که نیاز به برنامه‌های آموزشی، پیشگیری و درمانی بیماری‌های پریودونتال از سال‌های ابتدایی دبستان ضروری است.

پیرو تحقیقات انجام گرفته پلاک میکروبی بالای لته‌ای، از طرفی، عامل اصلی به وجود آورنده ژنئوایت بوده و از طرف دیگر، تقریباً همه موارد ژنئوایت در صورت عدم کنترل پلاک یاد شده شدت یافته و در سنین بالا منجر به تخریب پریودنشیوم می‌شود. متأسفانه بیشتر کودکان و نوجوانان، اعمال مکانیکی کنترل پلاک را به میزان لازم انجام نمی‌دهند و در نتیجه در معرض خطر پیشرفت بیماری‌های پریودنتال هستند. افزایش حجم لته می‌تواند از عوارض جانبی بعضی

پیشرفت می‌کند که در صورت تشخیص بموقع از ترمیم دندان به همراه روکش استفاده می‌شود.

مرحله چهارم / تخریب پالپ دندان: وقتی پوسیدگی به پالپ دندان برسد با عصب کشی پالپ برداشته شده و با برداشتن نواحی پوسیده ترمیم انجام گرفته و سپس روکش می‌شود.

مرحله پنجم / آبسه دندانی: وقتی پوسیدگی به مغز دندان برسد به طور معمول دردهای شبانه‌ای را پدید می‌آورد و اگر درمان نشود در انتهای ریشه دندان عفونت ایجاد می‌شود که می‌تواند با تورم لته یا گاه تورم بخشی از صورت همراه باشد که به آن آبسه می‌گویند. عدم درمان آبسه موجب می‌شود که آن دندان عفونی کانون عفونت برای بدن محسوب شود.





در حالت بیدار، شیشه شیر با خود دارند. در این حالت، دندان‌های قدامی فک بالا، کم‌ترین آسیب را می‌بینند و سطوح سمت زبانی دندان‌های مولر پایین به پوسیدگی دچار می‌شوند. این عارضه به علت جاری شدن و تجمع شیر به هنگام تغذیه دیده می‌شود. استفاده از شیشه شیر در دراز مدت و پس از یک‌سالگی نه تنها باعث پوسیدگی دندان‌ها شده، بلکه باعث تغییر در فلور میکروبی دهان کودک هم می‌شود. از دیدگاه سبب‌شناسی، استفاده دراز مدت از شیشه شیر و آب میوه‌های شیرین موجب بروز این گونه پوسیدگی‌ها می‌شود.

استرپتوکوک موتان و لاکتو باسیل، از باکتری‌هایی هستند که در پلاک باکتریایی کودکان مبتلا به این عارضه مشاهده شده‌اند.

سندرم شیشه شیر تنها به استفاده از شیشه شیر و پستانک محدود نمی‌شود و مصرف شیر مادر، غذاها و مایعات شیرین و پستانک آغشته به عسل و مواد قندی در بروز آن تأثیر و نقش بسزایی دارند. یکی از پیامدهای این سندرم، دردهای شدید و آبرسه دندان است که جز موارد اورژانسی دهان و دندان محسوب می‌شود.

پیشگیری تنها روش منطقی و مؤثر در سندرم شیشه شیر است و در این راستا برنامه ریزی دقیق و منظم باید توسط مسؤولان سلامت دهان و دندان جامعه انجام پذیرد. پیشگیری از سندرم شیشه شیر، با آگاهی دادن پدران، مادران و آموزش آن‌ها انجام شدنی است. بهترین زمان آموزش پدران و مادران، پیش از تولد نوزاد است زیرا انگیزه و علاقه والدین در این زمان بسیار بالاست.

داروها باشد که در کودکان مبتلا به بیماری‌های سیستمیک تجویز می‌شوند. از مهم‌ترین داروهایی که منجر به این عارضه می‌شوند می‌توان به فنی توئین و سیکلوفورین و داروهای مسدود کننده کانال کلسیم و آمفتامین اشاره کرد. احتمال بروز افزایش حجم لثه در کودکان بیش از بزرگسالان است. این عارضه در کودکان نوجوانان نه تنها عوارضی از لحاظ تکلم، تغذیه و عفونت پریودنتال را به همراه خواهد داشت، بلکه شاید مهم‌تر از آن عواقب روحی روانی و نیز مشکلات در برقراری ارتباط است که متأسفانه اغلب به آن توجه نمی‌شود.

تغذیه می‌تواند بر روی رشد و تکامل و فعالیت‌های متابولیکی تأثیر بگذارد. فقر غذایی نیز می‌تواند سبب تغییر در عوامل اتیولوژی بیماری‌های پریودنتال شود.

«سالیوان» و همکاران در سال ۲۰۰۰ با مطالعه ۱۰۳ کودک ۳ تا ۶ سال مبتلا به سایش دندان‌ها دریافته‌اند این کودکان از شیر و آب به میزان کمتر و از نوشابه بیش از سه بار در روز استفاده می‌کنند.

آموزش به مراقبین سلامت جهت تمیز کردن روزانه دندان‌ها با افزایش سن کودک، توجه بیشتر به عوامل پوسیدگی زنا، تغذیه با غذاهای جامدتر و آموزش سلامت دهان و دندان و رژیم غذایی سالم می‌تواند در سلامت حفره دهانی تأثیر بسزایی داشته باشد.

آموزش سلامت دهان و دندان مانند مسواک زدن، معاینات دندان منظم، استفاده از خمیر دندان حاوی فلوراید و مصرف کم مواد غذایی پوسیدگی زا در کاهش خونریزی از لثه و سلامت دهان نقش مؤثری دارد.

۳. سندرم شیشه شیر: یکی از گونه‌های پوسیدگی حاد دندان است که ارتباط مستقیم با عادات نادرست تغذیه‌ای (تغذیه با شیشه شیر هنگام شب) دارد. سندرم شیشه شیر نخستین بار، به وسیله ژاکوبی در سال ۱۸۶۲ معرفی شد.

الگوی پوسیدگی در این سندرم، به ترتیب رویش دندان‌ها، مدت استفاده از شیشه شیر و موقعیت گونه، لب‌ها و زبان به هنگام تغذیه بستگی دارد. الگوی دیگر پوسیدگی، در کودکان پیش از دبستان دیده می‌شود که

عوامل داخل دهانی آن عبارتند از:

- عدم رعایت بهداشت دهان و دندان (وجود پلاک میکروبی و وجود جرم دندانی)
- اشکال در ترشح بزاق یا قطع ترشح بزاق
- دندان‌های پوسیده عفونی
- ناهنجاری‌های دندانی و ردیف نبودن دندان‌ها در فکین و گیر غذایی
- بیماری‌های لثه‌ای
- زبان (به علت وجود شیاریا بر روی آن و تمیز نشدن آن‌ها)
- پروتزهای دندانی نامناسب
- جراحی‌های دهان و کشیدن دندان و عدم توجه به توصیه‌های دندان‌پزشک
- ضایعات بدخیم دهانی

عوامل خارج دهانی بوی بد دهان عبارتند از:

- بیماری‌های بینی
- سینوزیت
- بیماری‌های دستگاه تنفسی فوقانی
- بیماری‌های ریوی
- بیماری‌های دستگاه گوارش
- اختلالات و تغییرات هورمونی زمان بلوغ یا حاملگی
- دیابت
- مصرف الکل و انواع دخانیات

نکته: در هنگام مواجه شدن با چنین بیمارانی که از بوی بد دهان خود شکایت دارند، ابتدا کلیه عوامل داخل دهانی را بررسی کرده، با تأکید بر رعایت اصول بهداشت دهان و دندان و زبان (مسواک کردن زبان) بیمار را به مرکز بهداشتی درمانی ارجاع دهید.

۵. شکستگی فک و علایم:

- درد شدید در ناحیه فک و صورت
- ناتوانی بیمار در باز یا بسته کردن دهان
- تورم و کبودی روی صورت یا کف دهان
- افزایش بزاق و ریزش آن به بیرون از دهان
- جفت نشدن دندان‌ها
- تغییر شکل صورت

برانگیختن والدین برای انجام معاینات دندان‌پزشکی پیش از یک‌سالگی، دارای اهمیت بسیار است.

رعایت بهداشت دهان و دندان در آغاز رویش دندان‌ها، گرفتن شیشه شیر از کودک، پیش از یک‌سالگی، رقیق کردن شیر و مایعات درون شیشه با آب، استفاده نکردن از شیر در زمان خواب شبانه، کاربرد فلوراید و جلوگیری از تجمع و برجاماندن مواد غذایی و مایعات مصرف شده بر روی دندان‌ها، موجب کاهش پوسیدگی ناشی از سندرم شیشه شیر می‌شود.

۴. بوی بد دهان: بوی بد تنفس نباید با بوی آزار دهنده زودگذری که ناشی از خوردن غذا (مثل سیر) یا سیگارکشیدن است اشتباه شود. تنفس بد صبحگاهی که حین بیدار شدن از خواب تجربه می‌شود، ناشی از کاهش جریان بزاق و افزایش تخمیر حین شب بوده و خود به خود پس از صرف صبحانه یا استفاده از مسواک و نخ دندان برطرف می‌شود.

چنانچه فرد به شکل دائمی بوی بد تنفس باشد، نشانگر نوعی بیماری است که علل متعددی دارد. به طور کلی می‌توان به علل داخل دهانی و خارج دهانی زیر اشاره کرد:



اقدام‌های اولیه در شکستگی فک

راه تنفسی بیمار را باز نگهدارید. بیمار را در حالی که به یک پهلو خوابانده‌اید تا زبان و فک به جلو رانده شود و راه تنفس باز بماند، به مرکز خدمات جامع سلامت ارجاع دهید.

۶. در رفتگی فک: ممکن است به علت ضربه یا خمیازه کشیدن، مفصل فک از محل خود خارج شود. به این حالت در رفتگی فک می‌گویند که علایم آن به شرح ذیل است:

- ناتوانی در بستن دهان
- ناتوانی در صحبت کردن
- احساس درد شدید در ناحیه جلو گوش

اقدام‌های اولیه در زمان در رفتگی فک

- بیمار را تسلی دهید تا از نگرانی خارج شود.
- بیمار را به مرکز خدمات جامع سلامت ارجاع دهید.

نتیجه‌گیری

با توجه به این‌که همه مطالعات در نهایت به این نتیجه رسیده‌اند که پیشگیری مهم‌ترین و بهترین روش در جلوگیری از بیماری‌های سلامت دهان و دندان است همچنان تمرکز بر آموزش صحیح و استفاده از الگوها و شیوه‌ها و مدل‌های گوناگون آموزشی در فرآیند تعلیم مخاطب به گونه‌ای که در نهایت تغییر رفتار را منجر

شود، به عنوان رسالت اصلی بهداشت مورد توجه قرار گیرد. در این زمینه توصیه می‌شود مراقبت‌های سلامت دهان و دندان کودکان بموقع پیگیری و انجام شود و موارد نیازمند ارجاع نیز بلافاصله ارجاع و پیگیری شوند.

تغذیه در دوران حاملگی و نوزادی و کودکی نقش بسزایی در سلامت حفره دهان دارد. لذا آموزش به مراقبین سلامت جهت تمیز کردن روزانه دندان‌ها با افزایش سن کودک و توجه بیشتر به عوامل ایجاد پوسیدگی، آموزش تغذیه سالم و استفاده از سبزی‌ها و میوه‌ها و گروه لبنیات در برنامه روزانه غذایی، می‌تواند نقش بسزایی در پیشگیری از بیماری‌های دهان و دندان داشته باشد. با توجه به اینکه کودکان ۷ تا ۱۲ ساله دبستانی نیز، پایه جمعیت فعال کشور را تشکیل می‌دهند و در این سن دندان‌های شیری و دائمی در حال رویش هستند و از طرف دیگر دندان دچار پوسیدگی حتی با درمان پیشرفته هم به حالت اولیه بر نمی‌گردد راه اساسی پیشگیری از طریق رعایت بهداشت دهان و دندان و تغذیه مناسب است.

انتظار می‌رود جهت پیشگیری مؤثر از بروز بیماری‌های سلامت دهان و دندان فرآیند مراقبت‌های سلامت دهان و دندان کودکان توسط بهورزان عزیز بموقع پیگیری و به شکل کامل انجام شود و همه مراحل مراقبت که شامل انجام معاینه، آموزش، ارجاع بهنگام و پیگیری ارجاع است با دقت و توجه انجام پذیرد.

- Hessari H, Vehkalahti MM, Eghbal MJ, Samadzadeh H, Murtomaa HT. Oral health and treatment needs among 18-year-old Iranians. Medical Principles and Practice. 2008;17(4):302-7
- Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community dentistry and oral epidemiology. 2005;33(2):81-92
- Nokhostin MR, Siahkamari A, Akbarzadeh Bagheban AR. Evaluation of oral and dental health of 6-12 year-old students in Kermanshah city. Iranian Southern Medical Journal (ISMJ) 2013; 16(3): 241-9.
- Rahmani K, Rahmani A, Rahmani H, Mahvi A, Usofi M, Godini K. The effect of water fluoride on experienced tooth decay in children resident in Noorabad Mamasani in 2008. J Ilam Univ Med Sci 2011; 19(4): 12-9.
- Hematyar M, Masnavi A. Prevalence and risk factors of dental caries in 3-7 year old children referred to pediatrics clinics of Islamic AzaD University. J Qazvin Univ Med Sci 2009; 13(3): 87-94
- نادره موسوی فاطمی. کتاب دانستنی‌های دهان و دندان ویژه برنامه سلامت دهان و دندان دانش‌آموزان ابتدایی. اول. تهران: گلابگیران؛ ۱۳۹۴

مروری بر چک لیست وزارتی پایش خانه بهداشت

من چگونه ام؟



لاله نقی پور

کارشناس آموزش بهورزی معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی مشهد



مهناز گودرز

مربی مرکز آموزش بهورزی دانشگاه علوم پزشکی تهران



زهرا طاهرزادی

مربی مرکز آموزش بهورزی دانشگاه علوم پزشکی تهران



مریم صابری

مربی مرکز آموزش بهورزی دانشگاه علوم پزشکی تهران

اهداف آموزشی

انتظار می رود خوانندگان محترم پس از مطالعه این مقاله:

- هدف از پایش و ارزشیابی را بیان کنند.
- چک لیست را تعریف کنند.
- اهمیت و قسمت های مختلف چک لیست وزارتی پایش خانه بهداشت را شرح دهند.

مقدمه

در یک مجموعه سیستم تحت سرپرستی، نظارت و پایش اهمیت ویژه‌ای دارد. در فرآیند نظارت و پایش، عملیات پیش‌بینی شده را با عملیات انجام شده مقایسه می‌کنیم و در صورت وجود اختلاف و انحراف آن‌ها برای رفع مشکلات اقدام می‌کنیم. نقش به‌روزان در ارایه اثر بخش و کارآیی خدمات بهداشتی در خانه‌های بهداشت برکسی پوشیده نیست. برای حفظ و ارتقای کیفیت مراقبت‌ها و ارایه خدمات در خانه‌های بهداشت باید برنامه‌ریزی کرد. برای رسیدن به این اهداف نیازمند اطلاع از وضعیت فرآیندهای موجود در خانه‌های بهداشت هستیم که با پایش و ارزشیابی به این مهم دست می‌یابیم. به این منظور لازم است شاخص‌های پایش و ارزشیابی فرآیندها یا به عبارت دیگر استانداردهای قابل قبول فرآیندها مشخص شوند که این امر با تهیه چک لیست امکان‌پذیر است.

چک لیست چیست؟

چک لیست یک اصطلاح انگلیسی بوده که معادل فارسی آن به معنی فهرست بررسی است. در تعریف عمومی به معنای فهرست کارهایی است که باید برای انجام آن‌ها برنامه‌ریزی کرده و پس از طی کردن مراحل، در نهایت هر کدام را به سرانجام برسانیم. هدف استفاده از چک لیست این است که همه موارد و جزئیات یک فعالیت فراموش نشده و به شکل استاندارد و با ترتیب منطقی به انجام برسد. چک لیست می‌تواند ابزاری مناسب برای ثبت منظم مشاهدات باشد. همچنین می‌تواند از اشتباهات و تکرار آن‌ها جلوگیری کند. ایجاد چک لیست مستلزم آن است که تمام کارهای اصلی به کارهای کوچک‌تر و اختصاصی با رعایت اختصار و در عین حال مفیدبودن تقسیم شوند. با این کار راحتی و اطمینان ما از درستی فعالیت‌ها بیشتر می‌شود.

اهداف ارزشیابی برنامه

اهداف به مدیر کمک می‌کند تا در جریان برنامه‌های رشد و توسعه، آگاهانه‌تر، مشخص‌تر و واقع‌گرایانه‌تر

عمل کند. بر این اساس اهداف چک لیست وزارتی را می‌توان این چنین نام برد:

- تعیین دستاورد یا پیامد برنامه
- تعیین هزینه تمام شده برنامه
- تعیین سهم برنامه در اعتلای سلامت جامعه
- تعیین نقاط قوت و ضعف برنامه
- تعیین درجه پایداری برنامه

بسته های پایش و ارزشیابی

سه بسته برای پایش و ارزشیابی برنامه به ترتیب زیر وجود دارد:

۱. بسته ارزشیابی کشوری (مرکز مدیریت شبکه)
۲. بسته ارزشیابی توسط دانشگاه/ دانشکده
۳. بسته‌های پایش توسط مرکز بهداشت شهرستان / خودارزیابی کارکنان ارایه دهنده خدمات سلامت

پایش وزارتی از خانه‌های بهداشت

به منظور برنامه‌ریزی مناسب و ارزشیابی دوره‌ای کشوری و دانشگاهی «برنامه گسترش مراقبت‌های اولیه سلامت برای تحقق پوشش همگانی سلامت در مناطق روستایی» پایش‌هایی در سطح وزارتخانه از دانشگاه‌ها و مجموعه تحت پوشش آن‌ها و البته خانه‌های بهداشت انجام می‌گیرد. پیرو نامه شماره ۳۰۰/۹۱۰۵ مورخ ۱۴۰۱/۵/۲۳ وزارتخانه متبوع، آخرین چک لیست‌های تدوینی ارسال و ابلاغ شد که چک لیست پایش جامع وزارتی خانه‌بهداشت دارای بخش‌های زیر است:

- **مدیریت برنامه‌ها (۱ سوال - ۴۰ امتیاز) با موضوع:**
« اقدام‌های انجام شده در خصوص مشکلات سلامت منطقه »
- **آمار و فناوری اطلاعات (۴ سوال - ۳۳ امتیاز) با موضوعات:**
« اقدام‌های انجام شده در خصوص زیج حیاتی »
« دسترسی به رایانه »
« اقدام در خصوص سامانه سیب »
« وجود مستندات در خانه بهداشت »
- **مدیریت نیروی انسانی (۲ سوال - ۲۰ امتیاز) با موضوعات:**
« بررسی تعداد به‌روزان منطبق با ساختار و تشکیلات »



- « پوشش مراقبت نوجوانان و جوانان
- « بررسی وضعیت مراقبت کودکان
- « باروری کلی و تحلیل آن
- « مراقبت گروه مادران
- **برنامه‌های گروه واگیر (۷ سوال - ۲۰ امتیاز)**
- « وضعیت بیماریابی سل، اچ آی وی، بیماری‌های قابل پیشگیری با واکسن
- « وضعیت مراقبت بیماری‌های تنفسی حاد
- « پوشش واکسیناسیون کودکان
- « پوشش واکسیناسیون کرونا
- « وضعیت زنجیره سرمایه واکسن
- **برنامه‌های گروه غیر واگیر (۴ سوال - ۱۹ امتیاز)**
- « ارزیابی شنوایی بهنگام نوزادان
- « بررسی ارزیابی خطر مجدد سکتته‌های قلبی و مغزی
- « مراقبت بیماران مبتلا به فشارخون و دیابت
- **برنامه‌های گروه بهداشت محیط (۵ سوال - ۳۷ امتیاز دارای راهنما)**
- « بررسی وضعیت کارت معاینه بهداشت
- « اقدام‌های کنترل کیفی آب آشامیدنی
- « ثبت اطلاعات بازدیدها در سامانه سامح و سیب
- « وضعیت نظارت و کنترل پسماندهای عادی و پزشکی
- **برنامه‌های گروه بهداشت حرفه‌ای (۴ سوال - ۲۰ امتیاز دارای راهنما)**
- « درصد معاینات قالی بافان و کشاورزان
- « درصد بازدید از کارگاه‌های منطقه
- « درصد ثبت اطلاعات بازدید در سامانه سامح
- « درصد معاینه کشاورزان
- **گروه بهبود تغذیه (۳ سوال - ۱۰ امتیاز - دارای راهنما)**
- « وضعیت مراقبت تغذیه‌ای نوجوانان، مادران باردار و کودکان دارای اختلال رشد
- **برنامه‌های گروه روان، اجتماعی و اعتیاد (۲ سوال - ۱۴ امتیاز - دارای راهنما)**
- « بررسی آگاهی از نحوه پیگیری اورژانس‌های روان پزشکی و...
- « بررسی غربالگری بیماری‌های روان، اعتیاد و سلامت اجتماعی

- « بررسی استفاده از اتیکت و یونیفرم
- **فضای فیزیکی و تجهیزات و امکانات (۶ سوال - ۸۲ امتیاز) با موضوعات:**
- « بررسی فضای فیزیکی خانه بهداشت و فضای مناسب
- ارایه آموزش
- « بررسی تجهیزات فنی و اداری مطابق استاندارد خانه بهداشت
- « وضعت نظافت خانه بهداشت
- « وضعیت دفع زباله‌های غیر عفونی و عفونی
- « بررسی وضعیت حفاظتی و امنیتی و ایمنی غیرسازه‌ای
- **ارایه خدمات (۳ سوال - ۴۰ امتیاز)**
- « شرایط نگهداری دارو
- « وضعیت تأمین و توزیع داروهای درمانی و مکمل
- « بررسی برنامه ادغام یافته مدیریت خطر بلایا در نظام شبکه
- **وضعیت پایش‌ها در خانه بهداشت (۲ سوال - ۳۰ امتیاز)**
- « وضعیت پایش توسط تیم سلامت و واحدهای ستادی شهرستان
- **برنامه‌های گروه آموزش سلامت (۲ سوال - ۷ امتیاز - دارای راهنما)**
- « درصد پوشش برنامه خودمراقبتی و داوطلبین سلامت
- **برنامه‌های سلامت خانواده (۷ سوال - ۲۶ امتیاز - دارای راهنما)**
- « بررسی شاخص‌های تندرستی گروه هدف میانسالان و سالمندان

مشخص می‌کند. توجه به چک لیست وزارتی به عنوان چک لیست خودارزیابی کمک بزرگی برای ساماندهی و دستیابی به اهداف مورد نظر است.

نتیجه گیری

چک لیست، ابزاری کارآمد و در دسترس برای بررسی وضعیت و کیفیت ارائه خدمات است. در این بین خودارزیابی توسط ارائه دهنده یا سطوح نظارتی هر واحد می‌تواند به ارتقای وضعیت موجود کمک کند. توجه خاص به چک لیست وزارتی در این زمینه راه‌گشاست. وجود راهنما یا بیان استاندارد مورد نظر برای هر سؤال جهت تخصیص امتیاز نیز منجر به ایجاد هماهنگی در پایش و نظارت و جلوگیری از اعمال نظر یا سلیقه خواهد شد.

پیشنهادها

از امتیازات برجسته نظام خدمات بهداشتی کشور عزیزمان ارائه خدمت یکسان و هماهنگ توسط دانشگاه‌های علوم پزشکی سطح کشور است. البته گستردگی ارائه خدمت در این سطح گاهی موجب بروز اختلافات جزئی در انجام کار می‌شود. بررسی و پایش توسط یک چک لیست واحد که همان چک لیست وزارتی بوده می‌تواند در رفع این اختلافات جزئی مؤثر باشد. به همین دلیل پیشنهاد می‌شود در سطح همه دانشگاه‌های علوم پزشکی پایش و ارزیابی توسط این چک لیست انجام و همچنین جهت ارتقای کیفیت چک لیست نقطه نظرات به وزارتخانه منعکس شود.

هدف استفاده از چک لیست این است که همه موارد و جزئیات یک فعالیت فراموش نشده و به شکل استاندارد و با ترتیب منطقی به انجام برسد.



• برنامه‌های واحد سلامت دهان و دندان (۴ سوال - ۶۰ امتیاز - دارای راهنما)

« پوشش وارنیش فلوراید تراپی کودکان ۳ تا ۵ سال
« پوشش توزیع مسواک انگشتی
« پوشش وارنیش فلوراید تراپی دانش آموزان مقطع ابتدایی

« پوشش معاینات دهان و دندان دانش آموزان

◀ در مجموع ۵۶ سوال با ۴۵۸ امتیاز

با توجه به این‌که بوکلت‌ها و دستورالعمل‌ها در وزارتخانه تنظیم می‌شود، رجوع به چک لیست وزارتی جزئیات مهم و قابل توجه را برای نظارت و ارائه خدمات در خانه‌های بهداشت برجسته و گویا می‌سازد. در هر بخش مشاهده راهنما و توجه به آن استانداردهای جامع ارائه خدمات در خانه بهداشت را نیز نشان می‌دهد.

یکی از ابزارهای مهم پایش و بررسی خودارزیابی است. خودارزیابی با فواصل مشخص و در ابتدای هر دوره ارزیابی توسط خود واحد ارائه دهنده خدمات انجام می‌شود. در واقع سنجش وضعیت، بررسی و رفع نواقص و توجه به فعالیت‌های مغفول و جامانده را

منابع

- برنامه گسترش مراقبت‌های اولیه سلامت برای تحقق پوشش همگانی سلامت در مناطق شهری - سال ۱۳۹۴
- برنامه گسترش مراقبت‌های اولیه سلامت برای تحقق پوشش همگانی سلامت در مناطق شهری - سال ۱۳۹۷
- حسین بیگی، علیرضا و همکاران طراحی نظام پایش و ارزشیابی برای خط مشی‌های وزات علوم ۱۳۹۶
- برنامه ریزی برای ارتقای کیفیت در خانه بهداشت - فصلنامه بهروز - تابستان ۱۴۰۰
- <https://hamyar.co/what is check list/>
- <https://behtime.ir/main /چک-لیست-چیست/>

تحقیقات در نظام سلامت گام دوم

مسئله یابی



نیره اسماعیل زاده

کارشناس اپیدمیولوژی معاونت بهداشت
دانشگاه علوم پزشکی مشهد

اهداف آموزشی

- از خوانندگان محترم انتظار می رود بعد از مطالعه مقاله:
- روش های شناسایی مسئله یا مشکل را در حیطه کار شرح دهند.
 - با تمرین، در شناسایی فعال مشکلات نظام مراقبت در حیطه کاری خود تجربه دست آورند.



مقدمه

ما زندگی اجتماعی داریم و این زندگی اجتماعی منجر به تشکیل زیرمجموعه‌هایی متنوع برای اداره، گردش کار و ایجاد نظم شده است. هر کدام از این زیرمجموعه‌ها یک سیستم است که آن‌ها از مجموعه‌های کوچک‌تر تشکیل شده است. به این ترتیب سیستم و ارتباط آن با سایر زیرمجموعه‌ها (زیر سیستم‌ها و سایر سیستم‌ها) می‌تواند در پویایی و بهبود جامعه مؤثر باشند.

به عنوان مثال شما در سیستمی تحت عنوان معاونت بهداشت مشغول کار هستید. این سیستم از زیرسیستم‌هایی چون توسعه شبکه، پیشگیری از بیماری‌ها، سلامت خانواده، بهبود تغذیه، سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد، بلایا، آموزش بهداشت، سلامت دهان و دندان و... تشکیل شده است که هر کدام از آن‌ها نیز به زیرسیستم‌هایی تقسیم می‌شوند که ارتباط تنگاتنگی با یکدیگر و سایر زیر سیستم‌ها دارند و در مجموع با هدف سلامت جامعه فعالیت می‌کنند؛ لذا داشتن این دیدگاه از مجموعه کاری تحت عنوان «نگرش سیستمی» است و هر گونه خلل در یک جز آن منجر به خلل در سایر اجزای آن می‌شود. بنابراین تصمیم‌گیری در خصوص هر قسمت باید با در نظر گرفتن سایر اجزا باشد تا تعادل و ثبات سیستم پابرجا بماند؛ لذا آشنایی با اجزای یک سیستم و زیرسیستم‌ها در شناسایی سریع و دقیق مشکل و در نهایت رفع آن کمک می‌کند.

شناسایی مشکل در سیستم

مسئله یا مشکل در نظام سلامت، ایجاد اشکال در روند کار سیستم است که اختلال و بی نظمی را در سیستم به دنبال داشته و در نهایت منجر به کاهش کمی و کیفی جریان کارها و بازده کل سیستم می‌شود.

هر سیستمی از چهار جزء تشکیل می‌شود که علم به آن‌ها در شناسایی سریع‌تر و دقیق‌تر مسئله و حل آن کمک می‌کند. این چهار جزء شامل ورودی (داده‌ها)، فرآیند و فراگردها، ستاده یا خروجی و در نهایت بازخورد و ارتباط و مداخلات سیستم با محیط است.

به این ترتیب شناسایی مشکل در سیستم در بهترین

حالت شناسایی کل سیستم و اجزاء و ارتباطات آن به طور فعال است. به گونه‌ای که گرفتن شاخص‌های مرتبط، مقایسه شاخص‌ها، پیش‌بینی با استفاده از تجارب یا به شکل علمی و... است که منجر به ایجاد سؤال از دلیل اختلافات و شناسایی مشکل در اجزای آن است.

شما چه مثال‌های دیگری از روش فعال می‌توانید بزنید؟

از راه‌های دیگر شناسایی مشکل در سیستم، روش غیرفعال است که از جمله استفاده از تجارب مدیران و ناظران در بازدیدها است.

آیا تاکنون در بازدیدهای مدیران و ناظران اشکالی برفرآیند کار شما وارد شده است؟

چه نوع اشکالی بوده؟

دلیل این ایراد چه بوده است؟

در خصوص رفع آن چه اقدامی کردید؟

از همکاری کدامیک از زیرمجموعه‌های سیستم یا سایر سیستم‌ها جهت رفع آن استفاده کردید؟

از روش‌های دیگر شناسایی مشکل به شکل غیر فعال، شکایات وارده به سیستم از طرف همکاران، ارباب رجوع و... است.

البته شناسایی مشکلات از طریق شکایات بستگی به آشنایی خدمت‌گیرندگان از حقوق خود دارد و هر چه این مسأله برای آن‌ها وضوح بیشتری داشته باشد درخواست‌ها و نیازها و تطبیق سیستم با خواسته‌های آن‌ها و تعالی سیستم بیشتر است.

آیا تاکنون شکایتی از فرآیند کادر در سیستمی که شما خدمت کرده‌اید بوده است؟

چه نوع اشکالی بوده؟

دلیل این ایراد چه بوده است؟

در خصوص رفع آن چه اقدامی کردید؟

از همکاری کدامیک از زیرمجموعه‌های سیستم یا سایر سیستم‌ها جهت رفع آن استفاده کردید؟

شما چه مثال‌های دیگری از روش غیر فعال می‌توانید بزنید؟

در هر کدام از موارد بالا با توجه به چهار جزء سیستم، می‌توانید اشکال وارده به سیستم را شناسایی و



رفع کنید و البته چه خوب است روش‌های شناسایی مشکلات به شکل فعال باشد.

آیا می‌توانید در محل کاری که هستید چهار بخش یکی از سیستم‌های مراقب را مثال بزنید؟

فرض کنید در فصل تابستان گزارشی از موارد بیماری گوارشی در یک منطقه داشته‌اید. در آزمایش مدفوع میکروب کلرا تایید شده است. از منبع آب منطقه نیز آلودگی آب تایید شده است.

مشکل آلودگی منبع آب به کلر است که نحوه آلودگی آن نامشخص است.

آیا آب قبل از ورود به مخزن آلوده بوده است؟

آیا مخزن آلوده است؟

آیا فرآیند کلرزنی خوب انجام نشده است؟

اگر مخزن مشکلی ندارد، آیا در مسیر، لوله‌ها نشت و فاضلاب در آن نفوذ کرده است؟

اینجاست که با بررسی و پاسخ به سؤالات می‌توان اشکال ایجاد شده را مشخص و با صرف زمانی کوتاه‌تر از گسترش مشکل کاست.

از طرفی هر سیستمی با سایر سیستم‌ها مرتبط است و ارتباط و همکاری با آن‌ها باعث ثبات سیستم می‌شود؛ لذا تقسیم کاری که در بهبود آبرسانی انجام شده از جمله اداره آبفا و... نیز بایستی شناخته شود تا از اطلاع رسانی و همیاری آن‌ها بهره جست. به این ترتیب سلامت و ثبات هر سیستم در گروی ارتباط با فعالیت صحیح سایر سیستم‌هاست و شناسایی مشکل هم با دانش این ارتباطات دقیق و صحیح انجام می‌پذیرد.

نتیجه گیری

- به طور خلاصه برای شناسایی مشکل و حل مسأله در یک سیستم هر کارمند بهداشتی بایستی:
- سیستم بهداشت و اجزای چهارگانه آن (ورودی، فرآیند و فراگرد، خروجی، ارتباطات) را بشناسد.
 - منبع مناسب داده‌های مرتبط با هرکدام از اجزای چهارگانه را بشناسد.
 - سیستم‌های محیطی مرتبط با سیستم بهداشت را بشناسد.

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
- آصف زاده سعید و همکاران. مدیریت و برنامه‌ریزی بهداشت و درمان. جلد اول تهران. انتشارات دانشگاه تهران، ۱۳۶۸
- آصف زاده سعید و همکاران. ده‌گام 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

بهروزان بازنشسته

فاطمه نصری زاده، نصرت معاضدی، صدیقه شجاعی، معصومه اسماعیلی، عصمت رحیم آبادی، فاطمه شیر، شهناز درخش (شهرستان کرمان)، لیلا عبادپور (شهرستان بافت) به افتخار بازنشستگی نائل آمدند.

خیران سلامت و مشارکت‌های مردمی

با تلاش و پیگیری فخرالدین قوام آبادی بهروز خانه بهداشت قوام آباد، همکاری اعضای شورا، دهیار و جمعی از خیرین روستا تجهیزات ذیل: دستگاه اکسیژن ساز، پالس اکسی متر، اتوسکوپ، تب سنج، پرینتر، تخت ژنیکولوژی، ویلچر، چراغ معاینه پایه دار، دستگاه فشارسنج جیوه‌ای، دستگاه قندخون، سونی کید، تشک مواج، در ورودی آلومینیم با توری، وسایل آشپزخانه (فلاکس، لیوان)، تلفن بیسیم، دوربین فیلمبرداری، پرده جهت خانه بهداشت خریداری شد و همچنین برای ۴۰ متر مربع ساختمان جدید که به خانه بهداشت اضافه شده و ساختمان لوله کشی گاز انجام شد.

تقدیر و تشکر

تقدیر و تشکر از بهروز خانه بهداشت سعدی تحت پوشش مرکز بهداشت شهرستان کرمان که با همتی بلند و عزمی راسخ و اراده‌ای قوی و با استفاده از جلب مشارکت‌های مردمی روستا توانستند تجهیزات ذیل را جهت خانه بهداشت سعدی فراهم نمایند ایثارگری‌های

این بهروز عزیز و سایر همکاران تلاشگر ایشان ستودنی است. ضمن تشکر و قدردانی از ایشان به وی خدا قوت می‌گوییم:

تخت ژنیکولوژی، گلوکومتر، سونی کید، اتوسکوپ، گوشی تلفن، پرینتر ۴ کاره Canon، تلویزیون LED و آنتن، قفسه بندی اتاق کار خانه بهداشت، شوفاز و پکیج، تابلو سردر خانه بهداشت، محوطه سازی و گلکاری جلوی در ورودی خانه بهداشت، دستگاه اکسیژن ساز، تب سنج و پالس اکسی متر، دستگاه فشارسنج جیوه‌ای، ساعت دیواری، وسایل آشپزخانه

بزرگداشت روز بهروز

اهدای لوح تقدیر و یک شاخه گل توسط مدیر شبکه و معاون مرکز بهداشت به تمامی بهروزان و مراقبان سلامت شهرستان رابر

ازدواج بهروزان

ازدواج سامره پیرمرادی بهروز خانه بهداشت قالان و غلامرضا برکنانی بهروز خانه بهداشت برکنان شهرستان بافت را تبریک عرض می‌کنیم.

برگزاری آزمون

آزمون آگاهی سنجی از تمامی بهروزان شهرستان بافت در اردیبهشت ماه برگزار گردید.

سرکار خانم طاهره عزیزخانی رابط محترم فصلنامه بهروز در دانشکده علوم پزشکی فسا

از زحمات شما رابط محترم در همکاری با دفتر فصلنامه بهروز که با جدیت و درایت در جهت پیشبرد اهداف این مجله اهتمام ورزیده و به این رسانه آموزشی اعتبار بخشیدید تقدیر و تشکر می‌نماییم. اکنون که بعد از سال‌ها خدمت صادقانه به افتخار بازنشستگی نایل شده‌اید، آغاز فصل جدید زندگی را به شما تبریک و تهنیت می‌گوییم و برای شما و خانواده محترم تان آرزوی سعادت و سلامتی داریم.



فعالیت‌های ویژه



- برگزاری جلسه شورای بهورزی در سال ۱۴۰۱ با حضور نمایندگان بهورزی و معاون بهداشتی دانشکده در مرکز آموزش بهورزی در خصوص بررسی مشکلات بهورزان و خانه‌های بهداشت مربوط
- شروع ترم دوم دانشجویان دوره کاردانی بهورزی با ۱۹ فراگیر در مرکز آموزش بهورزی دانشکده اسفراین
- پایان دوره آموزشی فراگیران بهورزی دوره تطبیقی با ۱۶ فراگیر
- برگزاری مراسم گرامیداشت روز بهورز با حضور بهورزان، مراقبین سلامت، مربیان، مسؤولان دانشکده علوم پزشکی اسفراین و تقدیر از بهورزان نمونه کشوری و شهرستان

بهورزان و مراقبین سلامت نمونه سال ۱۴۰۱

شهربانو اسدی بهورز خانه بهداشت دستجرد (بهورز نمونه کشوری)، فاطمه رضایی بهورز خانه بهداشت ایزی، ابراهیم نوری بهورز خانه بهداشت کلات، طیبه همتی بهورز خانه بهداشت قزاقی، ابراهیم سجادی بهورز خانه بهداشت سرخ قلعه (بهورزان نمونه شهرستان) مریم قاسم آبادی مراقب سلامت نمونه کشوری پایگاه سلامت دکتر خدایی، محدثه لکزایی مراقب سلامت نمونه شهرستان پایگاه سلامت شهید رگبار، محدثه داورپناه مراقب ناظر نمونه شهرستان مرکز خدمات جامع سلامت دهنه اجاق

بهورزان بازنشسته

معصومه نادریان بهورز خانه بهداشت عباس آباد، سکینه شیردل بهورز خانه بهداشت قره چاه، مرضیه شفیعی بهورز خانه بهداشت کسرق

ازدواج همکاران

علی بهزادی بهورز خانه بهداشت سست، نیره میعاد بهورز خانه بهداشت حصاری گازرانی

خیرین سلامت

اهدای ۳ دستگاه سونی کید به خانه‌های بهداشت باغشجرد، قنبرباغی و گسک توسط جمعی از خیرین منطقه صفی آباد



خیران سلامت و مشارکت‌های مردمی

اهدای یک دستگاه فشار سنج بزرگسال توسط یکی از پرسنل مرکز چمن سلطان



نظارت بر رعایت پروتکل‌های بهداشتی در جلسات امتحانات متوسطه اول و دوم و حوزه آزمون‌های نهایی توسط اردشیر کلیوند قاسمی و کارشناس بهداشت مهتاب سرلک



برگزاری کمیته بحران به مناسبت ماه محرم با حضور اعضای شورای شهر چمن سلطان با هماهنگی بهورز عزت اله قادری مرکز چمن سلطان



واکسیناسیون کووید ۱۹ برای عشایر خانه بهداشت باغ لفظیان

بهورزان مبتکر، خلاق و نمونه فصل

عزت اله قادری مرکز چمن سلطان، خدیجه سیاری و فاطمه حاجیوند مرکز شرکت زراعی سور (کلاس آموزشی برای تعدادی از اهالی روستا در مورد درست کردن باغچه خانگی)

فعالیت‌های ویژه

بازدید از مغازه و نانوايي‌های تحت پوشش توسط بهورز و کارشناس بهداشت محیط مرکز شول آباد، مکمل یاری ویتامین قطره آ توسط بهورز خانه بهداشت علی آباد کشت ورزه، واکسیناسیون کووید ۱۹ توسط بهورز برای عشایر خانه بهداشت گلی چاس برگزاری آزمون‌های جامع علمی بهورزان، فصلنامه بهورز و نیازسنجی: برگزاری آزمون مرحله اول نیروهای مبارزه با بیماری‌های مراکز روستایی در مرکز آموزش بهورزی و بازآموزی برنامه‌های سلامت و با همکاری واحد مبارزه با بیماری‌های شبکه بهداشت الیگودرز



مکمل یاری قطره ویتامین آ توسط بهورز در خانه بهداشت دهنو عبدالوند



برگزاری مراسم بزرگداشت روز پزشک با هماهنگی بهورزان و پرسنل مرکز چمن سلطان

فعالیت‌های ویژه



● پویش سراسری «سلامتی را قدم بزن» توسط دانش آموزان مدرسه ابتدایی سلیم آباد با همکاری ناصر سلیم آبادی بهورز خانه بهداشت سلیم آباد شهرستان فراهان



● بازدید و نظارت مهدی احدی بهورز روستای امان آباد شهرستان اراک از مراکز طبخ و توزیع نذورات و هیات و مساجد در دهه اول محرم



● انجام مانور پناه گیری امن و برگزاری جلسه آموزشی پیشگیری از سوانح و حوادث با همکاری رقیه محمودی بهورز خانه بهداشت عزیز آباد شهرستان فراهان



● بر پای میز خدمت به مناسبت هفته دولت در نماز جمعه ساروق به همت داود ساروقی بهورز خانه بهداشت ساروق شهرستان اراک



● برگزاری جلسه آموزشی با عنوان خانواده دوستدار فرزند و پیامدهای تک فرزندی برای مادران روستای امیرآباد توسط محمود امیر آبادی بهورز خانه بهداشت امیرآباد شهرستان فراهان



● آموزش زنان خانه دار در مورد کاشت سبزیجات، نحوه نگهداری، ضد عفونی و توضیح فواید مصرف آن به طور عملی با همکاری کارشناس جهاد کشاورزی و کبری ارشد فر بهورز خانه بهداشت تیرته شهرستان فراهان

بهداشت داودآباد (شهرستان اراک)، زینب راستگردانی
بهروز خانه بهداشت دهچال (شهرستان خنداب)

خیران سلامت و مشارکت‌های مردمی

اراک: خرید دستگاه فشارسنج، اتوسکوپ، تب سنج دیجیتال و چارت بینایی توسط خیرین روستای ضامنجان به همت خانم زهرا نجفی بهروز خانه بهداشت ضامنجان

فراهان: طی اقدامی خیرخواهانه توسط خیرین گرانقدر و با همکاری شورای روستا و بهروز خانه بهداشت آهنگران شهرستان فراهان (حمید آهنگرانی) ۱ عدد تخت ژنیکولوژی، ۱ عدد تب سنج دیجیتال، ۱ عدد دستگاه فشار سنج دیجیتال به مبلغ ۶۳ میلیون ریال به خانه بهداشت آهنگران اهدا شد.

ازدواج بهروزان

بهاره خانی بهروز خانه بهداشت نوده شهرستان خنداب



- آموزش مقررات راهنمایی رانندگی و آشنایی با آسیب‌های موادمخدر با همکاری پلیس راهور و ریاست مواد مخدر شهرستان فراهان در مدرسه با همکاری علیرضا یوسفی بهروز خانه بهداشت دستجان
- بزرگداشت روز بهروز در شهرستان‌های اراک، خنداب، کمیجان، فراهان

بهروزان بازنشسته

زکیه احمدی بهروز خانه بهداشت مرزیجران، بتول ملکی زاده بهروز خانه بهداشت حاجی آباد، سیده فرزانه موسوی بهروز پایگاه امید، محسن بقایی بهروز خانه

دانشگاه علوم پزشکی مراغه



گرامیداشت روز بهروز در سال ۱۴۰۱ در دانشکده علوم پزشکی مراغه

بهورزان نمونه فصل

سید جلال پورحسینی، جعفر علی بیگدلی، خدیجه جباری، صفت‌اله نجفی، فرشته رستمخانی دهشیر، زهرا سعیدی، بتول بابالو (خدابنده)، اسحاق خدابنده، اسحق کردیچه، طاهره میرزایی، نبی‌اله قدیمی، علیرضا طارمی، زهرا مرادی (ابهر)، قنبر رستمی، لادن خاتمی، علی احمدی، فاطمه قاسمی، ربابه سهرابی، مکرمه مهدیون، سهیلا احمدی، بهرام بیگدلی (زنجان)، فاطمه اکبری، زهرا بابایی، زری مطلبی، ربابه سلیمی، غلامرضا محمدی، اصغر مسلمی، کبری غنیمتی، مریم نصیری (سلطانیه)، زهرا محمدی، لیلا جعفری، حسن توفیقی (طارم)، عذرا نوری (خرمدره)، فاطمه رحمانی، فریبا هادلو، اسداله اجلی، جعفر واحدی، غلامحسین مرادی، رها فرزین (ماهانشان)، سکینه اسکندری، سهیلا محمدی، سمانه موسی‌لو، زیبا بیگدلی، زهرا اسدی، منیژه سهرابی (ایجرود)

خیران سلامت و مشارکت‌های مردمی

- تهیه یک دستگاه پرینتر توسط خیرین سلامت و بهورز زری مطلبی
- تهیه یک دستگاه لپ‌تاپ توسط خیرین سلامت و بهورزان صادقی، نوروزی، ملکی، سلیمی
- تجهیز آزمایشگاه خانه بهداشت تشویر به ارزش ۴۲۵۰۰ میلیون ریال توسط خیرین سلامت و بهورزان حبشی، اکبری، محمدی
- جذب کمک‌های نقدی جهت خرید دارو توسط خیرین سلامت و بهورز ناصر مولایی، زهرا مظفری
- تهیه یک دستگاه ترازوی دیجیتال، آبگرمکن، دستگاه تست قند خون، تب‌سنج حرارتی، بتن‌ریزی جلوی درخانه بهداشت توسط خیرین سلامت و بهورز حسن محمودی
- دیوارکشی و محوطه‌سازی خانه بهداشت توسط خیرین سلامت و بهورزان سلطانی، محمدی، اسکندری

بازنشستگی بهورزان

شهرستان خدابنده: سکینه سکاکی

تبریک ازدواج

تبریک به مناسبت ازدواج فاطمه رجبی (ابهر)، بهنام محمدی، فاطمه طاهر، فرشته دویران، رها فرزین (ماهانشان)

فعالیت‌های ویژه

• مراکز آموزش بهورزی استان زنجان با رعایت پروتکل‌های بهداشتی در فصل تابستان ۱۴۰۱ اقدام به برگزاری جلسات بازآموزی ایمن‌سازی، بیماری‌های غیر واگیر، پیشگیری از غرق‌شدگی، کم‌کاری تیروئید، بیماری‌های ژنوز، حوادث ترافیکی، بیماری‌های هیپاتیت، سلامت مردان، مکمل‌یاری، تغذیه با شیر مادر به شکل حضوری نموده و کلیه گروه‌های مراقبین سلامت و بهورزان و مراقبین ناظر مراکز روستایی در قالب یک برنامه‌ریزی مدون در جلسات شرکت کردند. ارزشیابی هر جلسه به شکل حضوری و مجازی از طریق شبکه FTP برگزار شد.

لازم به ذکر است که برنامه بازآموزی برای کلیه گروه‌های هدف تا پایان سال برنامه‌ریزی شده و در تاریخ‌های تعیین شده برگزار خواهد شد.

• آزمون فصلنامه بهورز، طبق جدول زمانبندی و پس از ابلاغ به کلیه بهورزان در مراکز خدمات جامع سلامت به شکل مجازی برگزار و برای افرادی که امتیاز ۱۴ و بالاتر را کسب نمودند، گواهی شرکت در دوره صادر شد.

• برگزاری جلسات شورای بهورزی: جلسه شورای بهورزی و ارتقای مراقبت‌های اولیه بهداشتی و انتخابات نمایندگان شورای بهورزی هر شهرستان در تاریخ ۱۴۰۱/۵/۲۲ در سطح مرکز بهداشت شهرستان با حضور مدیر شبکه بهداشت و درمان شهرستان، مدیر مرکز آموزش بهورزی، کارشناسان مسؤول واحدهای مرکز بهداشت و نمایندگان بهورزان مراکز خدمات جامع سلامت روستایی برگزار شد.

• مراسم گرامیداشت روز بهورز برگزار و گزارش در خصوص فعالیت‌های بهورزان توسط نمایندگان هر شهرستان ارائه شد و با اهدای لوح و کارت هدیه به افراد منتخب و بهورزان از آنان تقدیر شد.



برگزاری جلسات آموزشی توسط بهورزان



مراسم جشن روز بهورز



برگزاری جلسه آموزش سلامت مردان توسط بهورزان (شهرستان سلطانیه)

حضور فعال بهورزان جهت انجام واکسیناسیون کرونا در مراسم عزاداری محرم (شهرستان سلطانیه)



شخصا برای خانه بهداشت انجام دهد: نصب کرکره فلزی افقی برای پنجره‌ها، خرید یک عدد صندلی گردان، خرید یک میزکار چوبی بزرگ برای اتاق‌کار، تهیه ۱۱ عدد صندلی چرمی راحتی برای سالن انتظار خانه بهداشت، خرید یک عدد جاکفشی MDF برای خانه بهداشت، تهیه برد و نصب آن روی دیوار خانه بهداشت، شن ریزی محوطه جلوی خانه بهداشت.

- آموزش مدیران و رابطان کاروان‌های پیاده روی زائران آقا علی بن موسی الرضا (ع) در خصوص رعایت اصول و پروتکل‌های بهداشتی به منظور پیشگیری بیماری‌ها
- بزرگداشت مقام بهروز در سال ۱۴۰۱ در دانشکده علوم پزشکی تربت جام و حضور در خانه مرحوم علی خدادادی داوطلب پذیرفته شده دوره تطبیقی بهورزی برای گرامیداشت یاد و خاطره ایشان، که سال گذشته

- برگزاری کارگاه حضوری آموزش همگانی، مهارت‌ها و اصول آموزش بزرگسالان، با کاربرد روش‌های تسهیل‌گری به مدت ۱۰ روز ویژه بهروزان و مراقبین سلامت: با توجه به اینکه یادگیری بهتر و با کیفیت، در گروه‌های کوچک اتفاق می‌افتد، کارگاه کاربردی آموزش همگانی، مهارت‌ها و اصول آموزش بزرگسالان، با کاربرد روش‌های تسهیل‌گری و با استفاده از فنون: ایفای نقش، کار گروهی و... طی ۱۰ روز با تقسیم‌بندی بهروزان در گروه‌های ۱۵ تا ۲۰ نفره در مرکز آموزش بهورزی و با همکاری واحد آموزش سلامت برگزار شد.

- معرفی بهروز موفق در جلب مشارکت‌های مردمی: زهرا حلاجیان بهروز فعال خانه بهداشت آموزشی رحیم‌آباد، با جلب کمک‌های مردمی روستا به مبلغ ۱۹ میلیون و ۴۰۰ هزار تومان توانست اقدامات ذیل را





تومان در راستای خدمات رسانی به مردم منطقه افتتاح شد که جمعیتی بالغ بر ۷ هزار و ۸۰۰ نفر را از خدمات سلامت و مراقبت‌های بهداشتی و درمانی شامل: ویزیت پزشک، دندانپزشکی، آزمایشگاه، پرستاری، مامایی، واحد بهداشت محیط، مبارزه با بیماری‌ها و... بهره‌مند می‌کند.

● مرکز نفس (نجات فرزندان سقط) به همت بسیج جامعه پزشکی و با همکاری دانشکده علوم پزشکی و ناحیه مقاومت بسیج سپاه، شهرداری، خیرین نیکوکار در تربت جام افتتاح شد.

در این طرح با همکاری متخصصین زنان، ماما، داروسازان و سایر پرسنل بهداشتی درمانی، افرادی که قصد سقط جنین دارند شناسایی و به مرکز «نفس» معرفی می‌شوند تا با حمایت‌های همه جانبه خانواده را در حفظ فرزند یاری کنند و ارایه خدمات در این مرکز مردمی، بسیجی به شکل داوطلبانه توسط ماماها و مشاورین با هدف جلوگیری از سقط فرزندان و نجات نفس انجام می‌شود.

این مرکز با هدف کمک همه جانبه به خانواده‌هایی که به علل مختلف مبادرت به سقط جنین می‌کنند، ایجاد و به مادران باردار مشاوره داده می‌شود تا تصمیم درست بگیرند و طی ۹ ماه بارداری در صورت نیاز از حمایت‌های درمانی تا حد امکان بهره‌مند گردند.

به علت بیماری کرونا فوت نمودند.

● تخصیص میز خدمت در مصلاهی نماز جمعه به مناسبت هفته مبارزه با مواد مخدر، با همکاری بهزیستی و دانشکده علوم پزشکی

● برگزاری دوره‌های آموزشی به‌روزان و مراقبین سلامت در سه ماهه تابستان سال ۱۴۰۱: تازه‌های خدمات سلامت فصل بهار، تازه‌های خدمات سلامت فصل تابستان، رسانه‌های آموزشی و کاربرد آن‌ها و...
● برگزاری کارآموزی جهت دانشجویان دوره تطبیقی: بازدید از خانه‌های بهداشت آموزشی و آموزش و ارزشیابی دانشجویان در حیطه کارآموزی

● افتتاح مرکز خدمات جامع سلامت اسماعیل آباد: این مرکز با ۴۶۰ متر مربع زیر بنا دارای دو پانسیون پزشک و با اعتباری بالغ بر ۴ میلیارد و ۶۰۰ میلیون





توزیع مکمل آهن در دبیرستان‌های شهرستان

- برگزاری کارگاه آموزشی مدیریت اضطراب
- پاکسازی معابر و کوچه‌ها در روستای منصورآباد، آویز، کورکی، کنارمالک، امامزاده شهید و خرمایک
- غربالگری رایگان کارکنان ادارات فراشبند به مناسبت هفته سلامت
- کاشت نهال در مراکز خدمات جامع سلامت و ادارات
- تفکیک زباله‌های قابل بازیافت در مراکز خدمات جامع سلامت
- برگزاری همایش پیاده‌روی در روستای آویز توسط بهورز
- تقدیر از کارشناسان بهداشت عمومی شهرستان فراشبند در هفته سلامت

بهورز بازنشسته

محمد حسین غلامی خانه بهداشت دولت آباد شهرستان فراشبند در سال ۱۴۰۱

شهرستان زرگان

همکاری خیرین: جهت گازکشی خانه بهداشت فیض آباد مبلغی بالغ بر یک صد و ۱۸ میلیون ریال توسط خیر محترم و دهیار روستا سید مجتبی حجتی پرداخت شد. خرید یک دستگاه آب‌سرد کن برای خانه بهداشت شول معادل ۵ میلیون ریال که از این مقدار: سه میلیون و پانصد هزار ریال توسط دهیاری روستا و یک میلیون و پانصد هزار ریال توسط بهورز رضا امیری پرداخت شده است و مشارکت دهیاری خانه بهداشت شول در برنامه جوئنده‌کشی با در اختیار گذاشتن گندم به مبلغ (هفت میلیون و پانصد هزار ریال) و هزینه کارگر (شش میلیون ریال)

شهرستان فراشبند

- آغشته به سم نمودن پشه بند خانوارهای روستایی در خانه‌های بهداشت با هدف پیشگیری از سالک
- پاکسازی محیط از زباله‌های رها شده در محیط توسط داوطلبان سلامت



آموزش احیا به همکاران اعزامی به اربعین حسینی با همکاری نیروهای اورژانس



تقدیر از بهورز بازنشسته محمد حسین غلامی خانه بهداشت دولت آباد سال ۱۴۰۱



تقدیر از بهورز نمونه استانی نسرین مهجوران
در سال ۱۴۰۱



راه اندازی باغچه خانگی توسط داوطلبین سلامت با
آموزش بهورز خانه بهداشت روستای آویز



تقدیر از بهورز خانه بهداشت امامزاده شهید



آموزش خود مراقبتی به زائرین اربعین حسینی



آموزش بیماری‌های مشترک انسان و دام به عشایر
توسط بهورز خانه بهداشت بلوط آباد



خدمت رسانی به سالمند در محل کار توسط بهورز
خانه بهداشت بلوط آباد

بهورزان مبتکر، خلاق و نمونه فصل

فرح افتخاری بهورز خانه بهداشت بابامبارکی (شهرستان جم) علی عباسی نیا بهورز خانه بهداشت آبکش (شهرستان دیر) محمد اکبری بهورز خانه بهداشت پهلوان کشی (شهرستان تنگستان) شبنم برامکه مربی مرکز آموزش بهورزی (شهرستان گناوه) شهره افروزه مربی مرکز آموزش بهورزی (شهرستان بوشهر) مریم رزمی مراقب سلامت روستایی مرکز خدمات جامع سلامت شهری روستایی بادوله (شهرستان دشتی) حمیده کدخدابندری مراقب سلامت شهری پایگاه ضمیمه شهری امام علی نقی علیه السلام (شهرستان گناوه)

بزرگداشت روز بهورز

برگزاری مراسم تقدیر از بهورزان کل خانه‌های بهداشت استان در روز بهورز به شکل نمادین توسط فرماندار شهرستان، بخشداران، دهیاران و شوراهای اسلامی

بهورزان نمونه در بازآموزی

عبدالهادی هلالیان زاده بهورز خانه بهداشت سنا، زینب ثابت بهورز خانه بهداشت بنیاد

بهورزان بازنشسته

علی عالی پور بهورز خانه بهداشت زیارت، عبدالمجید مرادی بهورز خانه بهداشت کردوان علیا، طیبه سادات کراماتی بهورز پایگاه بردستان دیر، زینت پهلوانزاده بهورز پایگاه آبدان دیر، فاطمه پروین بهورز خانه بهداشت روستای چاهه، مختار مرادی فرد بهورز خانه بهداشت فخرآوری، زهرا کدایی بهورز خانه بهداشت گاوسفید، مدینه شهمرادی بهورز خانه بهداشت مال خلیفه، مریم ابراهیمی بهورز خانه بهداشت فخرآوری

فصلنامه بهورز و نیاز سنجی

برگزاری آزمون از فصلنامه بهورز بهار سال ۱۴۰۱



فعالیت‌های ویژه

- ارایه آموزش‌های مجازی توسط بهورزان از طریق ساخت فیلم‌های کوتاه در خصوص آموزش مباحث کرونا جهت رده‌های سنی مختلف جمعیت با توجه به احتمال شروع مدارس به شکل حضوری
- حضور بهورزان در منازل افراد دارای معلولیت و ناتوان جسمی و تزریق واکسن کرونا
- حضور داوطلبانه بهورزان در مراکز تجمیعی واکسیناسیون در ساعات غیر اداری و روزهای تعطیل

خیران سلامت و مشارکت‌های مردمی

- تامین هزینه ساخت خانه بهداشت الی شمالی با زیربنای ۱۰۰ متر مربع و میزان اعتبار ۵ میلیارد ریال با مشارکت خیر سلامت
- تامین هزینه ساخت خانه بهداشت بردخون کهنه با زیربنای ۱۲۴ متر مربع و میزان اعتبار ۹ میلیارد و ۸۰۰

میلیون ریال با مشارکت خیر سلامت

- واگذاری زمین خانه بهداشت روستای حاجی‌آباد به مساحت ۲۰۰ متر مربع به ارزش ۳ میلیارد ریال با مشارکت خیر سلامت
- واگذاری زمین خانه بهداشت روستای کنارترشان به مساحت ۳۰۰ متر مربع به ارزش ۳ میلیارد ریال با مشارکت خیر سلامت
- اجاره‌بهای ساختمان خانه بهداشت روستای حاجی‌آباد جهت راه‌اندازی و افتتاح ساختمان توسط شورای اسلامی روستای حاجی‌آباد (شهرستان دیر)
- خرید یک دستگاه کامپیوتر توسط خیر برای روستاهای ریز (شهرستان جم)

برگزاری دوره‌های آموزش بدو خدمت

دوره‌های آموزش بدو خدمت جهت مراقب سلامت و ناظر خانه بهداشت و پزشک توسط کارشناسان ستادی شهرستان برگزار شد.



شهرستان کهنوج



دیدار با خانواده زنده یاد ابراهیم شهریار بهروز خانه بهداشت کوتک بالا مرکز سهلاور به مناسبت یکمین سالگرد درگذشت مرحوم و بزرگداشت روز بهروز توسط رئیس و مدیر و مربیان مرکز آموزش بهورزی



برگزاری جلسه هم اندیشی با حضور نمایندگان بهورزی و مدیر و کارشناسان بهورزی هفت شهرستان جنوبی توسط معاونت بهداشتی به منظور بزرگداشت بهروز به عنوان مدافعان گمنام سلامت



دیدار با سهلاور بهرام صالحی بهروز بازنشسته خانه بهداشت و به پاس خدمات سی ساله توسط رئیس مرکز بهداشت و مدیر و مربیان بهورزی به مناسبت روز بهروز



تجلیل از مرتضی میرشکاری بهروز خانه بهداشت بارگاه مرکز آبباریک توسط معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی جیرفت به مناسبت روز بهروز



دیدار و تجلیل فرمانده بسیج خواهران روستای گوهرک از کشور گرگندی بهروز نمونه شهرستان درمحل خانه بهداشت گوهرک با اهدای گل و لوح تقدیر از طرف فرمانده ناحیه بسیج سپاه به مناسبت روز بهروز



تجلیل از طاهره قاسمی بهروز خانه بهداشت حجت آباد مرکز دهپیش توسط معاونت محترم بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی جیرفت با همراهی فرمانده سپاه و رئیس آموزش پرورش شهرستان کهنوج



خوش ذوقی نسرين سالاری مامای مرکز سهلاور در اهدای کیف سیار مراقبت به عنوان هدیه روز بهورز به کلیه بهورزان مرکز سهلاور که از بهورزان خواسته شد در انجام مراقبت در منزل و واکسیناسیون خانه به خانه از این کیفها استفاده شود.



چاپ بنر روز بهورز مزین به تصویر بهورز خانه بهداشت چاهریگان مرکز چاه مرید به پاس خدمات ارزنده حمید مالکی که در حین انجام خدمات رسانی دچار آسیب جسمانی شد و نصب بنر در ورودی مرکز بهداشت شهرستان



تجلیل از بهورزان مرکز زه توسط شورا و دهیار با دعوت از فرمانده سپاه و حضور رئیس مرکز و مدیر مرکز آموزش بهورزی و پزشک مرکز زه با اهدای لوح تقدیر و کارت هدیه به بهورزان این مرکز به مناسبت روز بهورز



میز خدمت مرکز بهداشت به مناسبت روز بهورز با ارایه خدمات در نماز جمعه واکسیناسیون کرونا و هیپاتیت، کنترل فشارخون، کنترل وزن، توزیع مکمل، مشاوره روان، تغذیه، مامایی، دهان و دندان، بیماریهای واگیر و غیر واگیر، لام گیری مالاریا، کلرسنجی آب مصلی، نمونه گیری تست کرونا، تب سنجی، آموزشهای بهداشتی



تبریک روز بهورز به کشور گرگندی و اسما ترکی و خدیجه ملایی بهورزان نمونه شهرستان کهنوج

دیدار شورای روستای سعیدآباد جهت تقدیر از خدمات ارزنده کلثوم درسته بهورز خانه بهداشت سعید آباد به مناسبت تبریک روز بهورز با اهدای گل و لوح تقدیر

بهورزان بازنشسته

فاطمه میرزایی (خانه بهداشت صفائیه)، نصرت اکبری (خانه بهداشت ارجاسب)، صدیقه غلامرضایی کهن (خانه بهداشت محمد آباد میثم)، شهربانو بهرامشاهی (خانه بهداشت حمید آباد)، فاطمه فداکار (خانه بهداشت علی آباد انقلاب)، سکینه ایران نژاد (خانه بهداشت عبدالله آباد)، فرشته جعفریان (خانه بهداشت جوادیه فلاح)

خیران سلامت و مشارکت مردمی

- مرکز و خانه بهداشت ضمیمه لاهیجان: تلفن بی سیم برای پذیرش، توسط محمد جعفری نژاد، مبلغ دو میلیون پول هزینه‌های جاری مرکز از موسسه خیریه الغدیر با سرپرستی حاج حسین جعفریگی، تهیه کولر سلولزی توسط سید ابوالقاسم احمدی، بهورز حسین پوررضایی و زهرا نجفی
- محمد آباد دهنو: تهیه کولر سلولزی برای خانه بهداشت دهنو توسط شرکت کشت و صنعت بهار با مدیریت احسان بهروزی مقدم، تهیه یک عدد پمپ و منبع آب توسط دهیار علی شمسی، روح الله معصومی و بتول حاج‌هاشمی
- رضا آباد: تهیه دستگاه ضد عفونی دست توسط خیر محمد اکبریان و بهورز مهدی اسماعیلی
- عبدالله آباد: تهیه وسایل بهداشتی (روشور، سینک، آبگرم کن) توسط خیر جاودانی و بهورز سجاد ترکزاده
- عیش آباد: توسط خیرین موکب خاتم الانبیا تهیه دستگاه اکسیژن ساز، مصطفی فیروزآبادی تهیه دستگاه شیردوش برقی، محمدرضا درخشش تهیه کپسول اکسیژن و با همکاری بهورز محمد قاسمی
- احمدآباد دئغه: احداث پارکینگ توسط خیرین حاج حسین سیریزی، محمد جعفری و رضا آخوندی و بهورزان علی پورکانی و زهرا ولی زاده
- همت آباد آگاه: حصار کشی و حیاط سازی، ساخت سرویس و تعمیر در ورودی توسط خیر آقای آگاه، جدول گذاری دو طرف باغچه با کمک شورا و دهیار با همکاری بهورز اعظم ابراهیمی

ازدواج بهورزان

محمدرضا ابراهیمی بهورز خانه بهداشت نوش آباد و همسر ایشان زهرا رزانی بهورز خانه بهداشت دئغه رضوی

فعالیت‌های ویژه

- سبزی کاری توسط بهورزان خانه بهداشت همت آباد آگاه جهت تشویق مردم در هفته سلامت



- انجام واکسیناسیون کرونا در منزل توسط بهورزان



- آموزش ۹ نفر از فراگیران بهورزی دوره تطبیقی در سال ۱۴۰۱
- شروع آموزش دوره کاردانی بهورزی ۸ نفر از دانشجویان بهورزی
- برگزاری جشن روز بهورز و تقدیر از ۸ بهورز برگزیده با اهدای لوح و جایزه به مبلغ ۴ میلیون ریال، واریز مبلغ ۵ میلیون ریال به حساب کلیه بهورزان به مناسبت روز بهورز
- همزمان با هفته بزرگداشت مقام بهورز، با حضور بهورزان و مسؤولان شهرستان انار، مراسمی در محل امامزاده محمد صالح برگزار شد و ضمن ادای احترام به شهدای شهرستان، از تلاش و زحمات بهورزان تقدیر به عمل آمد.



شروع دوره تطبیقی کارشناسی بهورزی گروه ۲

از ابتدای مهرماه کلاس‌های دوره تطبیقی کارشناسی بهورزی-گروه ۲ شامل: سه نفر کارشناس مامایی، دونفر کارشناس پرستاری، دو نفر کارشناس بهداشت محیط و ده نفر کارشناس بهداشت عمومی برای خانه‌های بهداشت شهرستان‌های نیشابور، فیروزه و زبرخان در مرکز آموزش بهورزی الزهرا آغاز شد.

برگزاری کلاس اطفاء حریق

برگزاری کلاس آشنایی با نحوه اطفاء حریق جهت دانشجویان دوره کاردانی در مردادماه

مراسم روز بهورز

تبریک روز بهورز با حضور معاون بهداشت دانشکده علوم پزشکی نیشابور، مسؤولان واحدهای ستادی و مربیان بهورزی در خانه‌های بهداشت منتخب شهرستان نیشابور با تقدیم گل و تقدیرنامه انجام شد و برای تمام بهورزان شاغل در خانه‌های بهداشت شهرستان نیشابور نیز از طرف معاونت بهداشت تقدیرنامه صادر شد. همچنین جشن‌هایی به مناسبت بزرگداشت مقام بهورز در شهرستان فیروزه و زبرخان نیز برگزار و از بهورزان منطقه تقدیر بعمل آمد.

در مراکز خدمات جامع سلامت نیز به مناسبت روز بهورز مراسم بزرگداشت مقام بهورز برگزار شد و از کلیه بهورزان تحت پوشش آن مرکز تقدیر بعمل آمد.

- بازدید مربیان و دانشجویان دوره کاردانی بهورزی از کارخانه محصولات لبنی گرینه و کارخانه سرامیک‌سازی ضامن پاژ در راستای دروس بهداشت محیط و حرفه‌ای انجام شد.

- کمک‌های خیرین به خانه بهداشت فتح آباد و خانه‌بهداشت قلعه نو فاروب انجام گرفت.

- بازسازی و توسعه فضای فیزیکی خانه بهداشت فتح آباد اردمه، اهدای یک میزکار، یک دستگاه آب سردکن، یک دستگاه رایانه، یک عدد تخت بیمارستانی و نصب توری در و پنجره‌ها توسط خیرین سلامت و بهورز فاطمه فتح آبادی انجام پذیرفت.

- ۱۳۰ میلیون ریال جهت بازسازی، یک عدد موس و یک عدد گلوکومتر، با پی‌گیری مراقب سلامت مهدیه جعفریانی و بهورزان مهدی احمدآبادی و خدیجه حسینی، توسط خیرین سلامت غلامرضا کرمانی، غلامرضا ابراهیم آبادی و خانم برجی به خانه بهداشت قلعه نو فاروب اهدا شد. همچنین با پیگیری بهورزان و دانشجویان بهورزی که در این خانه بهداشت مشغول کارآموزی بودند یک عدد دستگاه لیبل زن توسط خیرین سلامت به آزمایشگاه مرکز سلامت قلعه‌نوفاروب اهدا شد.



خیران سلامت و مشارکت‌های مردمی

- خیرخانم عبدالهی تهیه سبداروی برای تیم سیار ایوانکی
- خیرآقای جبارزاده تهیه کارت هدایا جهت بهورزان شهرستان گرمسار به مبلغ ۱۸ میلیون ریال و خانم‌ها دکتر فاطمه مسجدی و فائزه مسجدی (بهورزخانه بهداشت کند قلیخان) و تهیه کارت هدیه بهورزان شهرستان آرادان به مبلغ ۱۷ میلیون ریال به مناسبت روز بهورز و تقدیر از بهورزان
- زهرا قاسمی بهورز خانه بهداشت خیرآباد تهیه ماسک و توزیع در سطح روستا جهت قطع زنجیره انتقال بیماری کووید ۱۹

راهیان دانشگاه

پذیرش فاطمه عرب زینلی مربی مرکز آموزش بهورزی و بازآموزی برنامه‌های سلامت شهرستان سمنان در مقطع دکترای آموزش بهداشت دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان

فعالیت‌های ویژه

انجام واکسیناسیون کرونا و واکسیناسیون تکمیلی سرخک ویژه اتباع در روستای چشمه نادی و شهرک صنعتی شهرستان گرمسار توسط بهورزان خانم عرب سرهنگی و آقای شاه حسینی



مراقبت زایمان در منزل مادر باردار توسط فائزه مسجدی بهورز کند قلیخان و پزشک و مامای تیم سلامت

مراسم روز بهورز

آیین بزرگداشت روز بهورز در قالب جشن و اردوی تفریحی با حضور معاون فنی معاونت بهداشتی، رؤسای شبکه، مسؤولان گسترش شبکه و بهورزی و بهورزان در شهرستان‌های تحت پوشش برگزار شد. مدیران و مسؤولان ضمن تبریک این روز از خدمات بهورزان در راستای ارتقای سلامت جامعه به ویژه در ایام کرونا تقدیر و تشکر کردند. در پایان مراسم لوح تقدیر و هدایا به بهورزان نمونه اهدا شد.



آموزش و مراقبت‌های بهداشتی دامداران و کارگران در خصوص پیشگیری از بیماری سالک توسط امیر فخریان بهورز شهرستان دامغان





تشکیل جلسه هیات امنای مرکز خدمات جامع سلامت روستای دروار شهرستان دامغان
مراسم روز بهورز - شهرستان گرمسار



مراسم روز بهورز - شهرستان دامغان



مراسم روز بهورز - شهرستانهای سمنان، مهدیشهر و سرخه

بهورزان بازنشسته

زینب عرب سلمانی بهورز خانه بهداشت سلمان آباد (شبکه بهداشت و درمان ورامین)، احترام بهبودی پایگاه سلامت، محسن تاج‌الدین خانه بهداشت درده، فاطمه اسفندیار خانه بهداشت لزور (شبکه بهداشت و درمان فیروزکوه)

فعالیت‌های ویژه

شبکه بهداشت و درمان ورامین

- مشارکت فعال بهورزان مرکز خدمات جامع سلامت محمد آباد در طرح غربالگری خانه به خانه سالک
- مشارکت فعال بهورزان مرکز خدمات جامع سلامت محمدآباد در طرح نمونه‌گیری از مخزن و ناقلین بیماری سالک در پایگاه دیده‌ور مرکز محمدآباد عرب‌ها

شبکه بهداشت و درمان فیروزکوه

- ارائه خدمات به گروه هدف و کلر سنجی در بحران سیل مزاران



بهورزان مبتکر، خلاق و نمونه فصل

نمونه کشوری به مناسبت روز بهورز

علی ضیاء بهورز خانه بهداشت انزها، محسن غریب‌یان بهورزخانه بهداشت ایگل، بهاره محمودی بهورز خانه‌بهداشت کمرد

نمونه دانشگاهی به مناسبت روز بهورز

شب‌نم پرچ بهورز خانه بهداشت طرود، اکرم شهریاری بهورزخانه بهداشت لواسان بزرگ، رضا احمدی بهورز خانه‌بهداشت جاجرود، ثمینه منصفی قوام بهورز خانه‌بهداشت ریحان‌آباد، فاطمه‌هداوندمیرزایی بهورزخانه بهداشت ابراهیم‌آباد، سکینه موسوی بهورزخانه بهداشت مرآ، اسماعیل آزادی بهورز خانه‌بهداشت حبیب‌آباد

خیران سلامت و مشارکت‌های مردمی

- خرید تجهیزات اداری توسط خیر جهت خانه‌بهداشت دمزآباد (شبکه بهداشت و درمان ورامین) به مبلغ ۵میلیون تومان
- تکمیل ساخت خانه‌های بهداشت زواره ور و قلعه بلند توسط خیرین (شبکه بهداشت و درمان ورامین): هر کدام به مبلغ یک میلیارد و ۲۰۰ میلیون تومان
- خرید تجهیزات اداری جهت خانه بهداشت زواره‌ور توسط خیر (شبکه بهداشت و درمان ورامین): به مبلغ ۲۰ میلیون تومان
- خرید سیستم کامپیوتر توسط خیر جهت خانه‌بهداشت قلعه بلند (شبکه بهداشت و درمان ورامین): به مبلغ ۱۵میلیون تومان
- خرید تانکر ۵۰۰ لیتری آب توسط خیر جهت خانه‌بهداشت علی آباد محیط: (شبکه بهداشت و درمان ورامین) به مبلغ ۲ میلیون تومان
- تهیه عصا و واکر جهت مرکز زرین دشت و خانه بهداشت مزاران توسط موسسه خیرین فردا سازان
- تهیه ویلچر جهت خانه بهداشت مزاران توسط مجتبی سنگینیان (شبکه بهداشت و درمان فیروزکوه)

زایمان نمودند. به علت زایمان زودرس و نارسای نوزاد، نوزاد مذکور از بیمارستان مفتاح به بیمارستان مهدیه در تهران و سپس به بیمارستان علی اصغر اعزام شد و تا ۱۸ فروردین در بخش NICU بیمارستان بستری بود. با توجه به هزینه بالا (۱۲۰ میلیون تومان) و عدم توان پرداخت هزینه توسط والدین، موضوع توسط اشرف هداوند میرزایی بهورز خانه بهداشت کلین پیگیری شد.

بهورز پس از مراجعه به بیمارستان متوجه شد که نوزاد را تحویل شیرخوارگاه آمنه دادند. وی طی چند روز متوالی با مراجعه به بیمارستان و سفارت افغانستان و راهنمایی مددکار بیمارستان مفتاح موفق به دریافت گواهی ولادت شدند و پس از مراجعه بهورز به دادرسی میدان ونک و انجام کارهای اداری با مراجعه به بهزیستی شمیرانات و سعادت آباد برگه آزادی نوزاد را دریافت کردند.

در پایان نوزاد با تلاش مستمر بهورز در ماه مبارک رمضان مورخ ۱۴۰۱/۲/۴ به آغوش گرم خانواده سپرده شد.

شبکه بهداشت و درمان ورامین

● برگزاری جشنواره غذا به مناسبت هفته سلامت در مدارس توسط بهورزان خانه‌های بهداشت سلمان آباد و قلعه خواجه، خاوه، زواره ور، محمدآباد

برگزاری مراسم دانشگاهی روز بهورز و تقدیر از بهورزان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

در تاریخ ۱۴۰۱/۶/۱۶ مراسم بزرگداشت روز بهورز در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی با حضور جمعی از مسؤولان و کلیه بهورزان و نمایندگانی از مراقبین سلامت برگزار شد.

برگزاری آزمون‌های جامع علمی بهورزان، فصلنامه بهورز و نیازسنجی: برگزاری آزمون فصلنامه شماره ۱۱۴ از کلیه بهورزان



شبکه بهداشت و درمان دماوند

● برگزاری هفته سلامت و هفته ملی جمعیت در کلیه خانه‌های بهداشت

● برقراری ایستگاه سلامت در میدان وحدت کلان و بررسی قند و فشارخون و انجام آموزش در خصوص تغذیه سالم، مراقبت‌های بهداشتی، برگزاری مسابقه نقاشی در مدرسه شهید لطیفی و شهید لواسانی

شبکه بهداشت و درمان پاکدشت

در تاریخ ۱۴۰۰/۱۲/۵، مادر بارداری از اتباع تحت پوشش خانه بهداشت کلین، در سن ۳۱ هفتگی

بهورزان مبتکر، خلاق و نمونه فصل

- افسانه روزبهانی، شهرستان نهاوند، خانه بهداشت شریف آباد، جلب مشارکت اهالی روستا برای زیباسازی فضای داخلی خانه بهداشت
- محمد عباسی، شهرستان کبودرآهنگ، خانه بهداشت آقکند، برگزاری پیاده روی هفته سلامت و جشنواره غذای سالم در روستای آقکند و اهدای جواز به ۴۰ نفر از شرکت کنندگان در پیاده روی و منتخبین جشنواره غذای سالم
- محمد حسین شیری آذر، شهرستان همدان، خانه بهداشت و فرجین، نمونه گیری و انجام واکسیناسیون کووید-۱۹
- ابراهیم طاهری، شهرستان همدان، خانه بهداشت گنبد، نمونه گیری و انجام واکسیناسیون کووید-۱۹
- محسن ملکی دانش، شهرستان همدان، پایگاه سلامت امزاجرد، نمونه گیری و انجام واکسیناسیون کووید-۱۹
- رحیم قاسمی جواد، شهرستان همدان، پایگاه سلامت قاسم آباد، نمونه گیری و انجام واکسیناسیون کووید-۱۹
- فاطمه قربانزاده، شهرستان همدان، پایگاه سلامت امزاجرد، فعالیت در زمینه جوانی جمعیت و فرزندآوری
- زهره شاهرضا گماسبی، شهرستان رزن، خانه بهداشت امتلر، ارتقای پوشش شاخص های سفیران سلامت و شاخص خود مراقبتی اجتماعی
- فاطمه گوهری فلاح، شهرستان رزن، خانه بهداشت خورونده، ارتقای پوشش جوانان و نوجوانان و ارتقای پوشش خودمراقبتی فردی در روستا

ازدواج عزیزان

- حدیث بحیرایی خانه بهداشت کوهانی، اکرم قیائوند خانه بهداشت ده موسی (شهرستان نهاوند)، لیلا حسینی
- خانه بهداشت کهکدان، طیبه شریفی خانه بهداشت طائمه، طیبه قاسمی خانه بهداشت مصلحان، مریم ترک
- خانه بهداشت طاسبندی، رضا میرزابیگی خانه بهداشت کسب (شهرستان ملایر)

خیران سلامت و مشارکت های مردمی

- سید رضا موسوی و سایر اعضای خیرین، شهرستان همدان، پایگاه سلامت روستای یکن آباد، تهیه مخزن آب برای پایگاه سلامت یکن آباد
- علی حیدری خانه بهداشت احمد آباد چشمه، شهرستان همدان، کاشت ۱۰ اصله درخت در محوطه خانه بهداشت توسط دهیاری روستای احمد آباد چشمه
- اقدام به دیوار کشی و ساخت در و نرده جهت خانه بهداشت آبشینه توسط جمعی از خیرین روستای آبشینه، شهرستان همدان
- عهدیه خوشوقت، شهرستان بهار، خانه بهداشت روان، بهورز بازنشسته روستای روان، مشارکت در دیوار کشی خانه بهداشت روستای روان

بهورزان یا مریبان بازنشسته

- شهناز زارعی بهورز خانه بهداشت کیتو، زهرا باقری بهورز خانه بهداشت دستجرد، محمد عسگری بهورز خانه بهداشت روعان (شهرستان کبودرآهنگ)
- صغری سوری بهورز دارانی سفلی، مهری سلطانی بهورز وردآوردعلیا، زهرا مومیوند بهورز حاجی آباد- بهارآب، اعظم تیموری بهورز باباپیرعلی - بوجان-گشانی، اشرف جمور بهورز، کرماله ترکاشوند بهورز هرهره - باباکمال (شهرستان تویسرکان)، فاطمه همراهی، مربی مرکز آموزش بهورزی، منصوره عباسی بهورزخانه بهداشت جوزان، پروانه اصغری بهورز خانه بهداشت رضوانکده، خدیجه مالمیر بهورز خانه بهداشت عباس آباد، زهرا قیاسوند بهورز خانه بهداشت بابارئیس، علی ترک بهورز خانه بهداشت بور بور، عیسی ترکمان بهورز خانه بهداشت منگاو (شهرستان ملایر)، فریده غفوری ندا بهورز خانه بهداشت گراچقآ، سوسن فتحی بهورز بهورز خانه بهداشت موئجین، فاطمه بهزادی شریف بهورز خانه بهداشت تفریجان، اعظم گوهریان بهورز خانه بهداشت آبشینه، لیلا جعفری بهورز خانه بهداشت رباط شورین، گل صبا خلیلی بهورز پایگاه سلامت روستایی یکن آباد (شهرستان همدان)، فاطمه کمالوند

شهرستان همدان

- برگزاری هفته سلامت در شهرستان با نواختن زنگ سلامت در مدرسه شهید زنگنه، افتتاح مرکز خدمات جامع سلامت زنگنه، ارائه سخنرانی در نماز جمعه شهرستان در خصوص اهمیت فشار خون و راه‌های پیشگیری از آن، استقرار اکیپ سیار واکسیناسیون در نماز جمعه و اندازه‌گیری فشارخون نمازگزاران
- برگزاری جشن روز بهورز در شهرستان کبودرآهنگ
- برگزاری مراسم گرامیداشت روز بهورز در شهرستان نهاوند

- برگزاری آزمون فصلنامه‌های بهورز به شکل الکترونیکی در سطح دانشگاه
- برگزاری جشنواره غذای سالم توسط بهورزان خانه‌بهداشت گزل ابدال و آقکند در شهرستان کبودرآهنگ

- پیاده روی و کوه پیمایی به کوه قلی آباد در هفته سلامت با مشارکت مربیان بهورزی و بهورزان در شهرستان کبودرآهنگ
- کسب مقام اول مسابقات آمادگی جسمانی در استان و کسب مقام دوم مسابقات طناب کشی در استان توسط فاطمه قربانزاده، بهورز پایگاه سلامت روستایی امزجرد از شهرستان همدان
- برگزاری مراسم روز بهورز و تقدیر از بهورزان نمونه در شهرستان همدان و بهار
- کسب «داور درجه یک ملی کشتی» توسط محسن ملکی دانش، بهورز پایگاه سلامت روستایی امزجرد از شهرستان همدان



بهورز خانه بهداشت ازنه‌ری، گشسب بانو سوری بهورز خانه بهداشت تازناب تپه (وسطی)، فریده سهرابی بهورز خانه بهداشت تکه، مژگان احمدوند بهورز خانه بهداشت زرامین سفلی (شهرستان نهاوند)، شهناز رسولی بهورز خانه بهداشت جامیشلو (شهرستان رزن)، عزیز سیفی بهورز خانه بهداشت زاغه، سلطانی توانا بهورز خانه بهداشت رباط، اکرم عباسی بهورز خانه بهداشت لتگاه، پری فخاریان مهر بهورز خانه بهداشت آق کهریز، برات حیدری جو بهورز خانه‌بهداشت گنج تپه، فاطمه بابایی صفدر بهورز خانه بهداشت دستجرد، قباد برزگر بهورز خانه‌بهداشت رسول آباد سفلی، فاطمه بینا بهورز خانه بهداشت میحمله علیا (شهرستان بهار)

فعالیت‌های ویژه

- تشکیل جلسات آموزشی جهت ترغیب جوانان به ازدواج در روستای چهار بلاغ توسط کبری مدبری بهورز روستا
- کسب نمره برتر توسط میثم اشتری بهورز خانه‌بهداشت گنبدان از شهرستان بهار در آزمون فصلنامه بهورز

عملکرد هفته سلامت، جشنواره‌ها و مراسم روز بهورز

- برگزاری مراسم گرامیداشت روز بهورز و تقدیر از بهورزان نمونه در شهرستان تویسرکان
- برگزاری پیاده روی به مناسبت هفته سلامت در روستای آقکند
- برگزاری پیاده روی به مناسبت روز ملی بهورز در



فعالیت‌های ویژه

- گزارش فعالیت ورزشی بهورزان مرکز بهداشت شماره ۳ شهرستان مشهد
کسب مقام قهرمانی فوتسال بین مراکز بهداشت پنجگانه و تیم استان توسط تیم مرکز بهداشت شماره سه که در این میان بهورزان ورزشکار آقایان احمد شجاع بهورز خانه بهداشت رضوان و نیما رحمتی بهورز خانه بهداشت علی آباد افتخار آفرینی کردند.
- گزارش راه‌اندازی ایستگاه سلامت مرکز بهداشت شماره ۳ شهرستان مشهد
ایستگاه سلامت در دهه پایانی ماه صفر جهت خدمت‌رسانی به زائرین پیاده در مرکز خدمات جامع سلامت فرخ‌د پایگاه اورژانس ۱۱۵ روستای گوجگی با همکاری بهورزان محترم مشهد ۳



- گرامیداشت روز بهورز، مرکز آموزش بهورزی و بازآموزی برنامه‌های سلامت شهرستان خواف، بازدید از مجموعه فرهنگی تاریخی کوشک سلامی

خیران سلامت و مشارکت‌های مردمی

- گازکشی خانه‌های بهداشت ارگ و بنیاباد توسط خیرین (مرکز خدمات جامع سلامت علی آباد)
- گازکشی خانه بهداشت حفیظ آباد، گرازی، براکوه توسط خیرین با پیگیری خانم دکتر یحیایی مسؤول مرکز خدمات جامع سلامت وحدت
- جمع آوری یک میلیون تومان کمک نقدی از طرف خیرین برای خرید کولر آبی و اهدا دو دستگاه فشارسنج برای پایگاه لاج (مرکز خدمات جامع سلامت وحدت)
- کمک نقدی به مبلغ ۵۰۰ هزار تومان به مادر باردار کم درآمد خانه بهداشت خیرآباد (مرکز خدمات جامع سلامت سلامی)
- خرید سه عدد کیسول اکسیژن برای خانه بهداشت روح‌آباد مرکز خدمات جامع سلامت خلیل آباد (یک عدد جهت خانه بهداشت و دو عدد برای امانت دادن به بیماران روستا) توسط خیر محترم شیرمحمد یزدانی
- وقف ۱۰۰ متر زمین جهت محوطه سازی خانه بهداشت روح آباد (مرکز خدمات جامع سلامت خلیل آباد) توسط خیر محترم عبدالله قادری



- برگزاری مراسم روز بهورز شهرستان طرقبه و شاندیز



● برگزاری مراسم بزرگداشت روز بهورز مرکز بهداشت شماره ۳ دانشگاه علوم پزشکی مشهد



● برگزاری همایش استانی روز بهورز در محل تالار ابن سینا با حضور ریاست دانشگاه علوم پزشکی مشهد و معاون بهداشت و سایر مدیران، تقدیر و تشکر از زحمات ۲۰۰ بهورز، مربی و مراقب سلامت