

بسمه تعالی

مدیر مسئول و سردبیر

دکتر سهیلا رشادت

همکاران تحریریه در این شماره

شکوه الزمان مظاهری

دکتر نادر نادری

دکتر شایسته بزرگی

دکتر سهیلا رشادت

نسیم رشیدی

مینو حق شناس

مریم امانی

سودابه نجفی

مینو نجفی

مینا داوری

اعضاء هیات علمی

دکتر سهیلا رشادت

دکتر علی عزیزی

دکتر منصور رضایی

دکتر علی الماسی

ویراستار

واحد روابط نسیم سلامت

گرافیک، صفحه آرایی و چاپ

خانه چاپ و گرافیک سارینا

راهنمای ارسال مقالات

نشریه نسیم سلامت از عموم صاحبان اندیشه، کارشناسان، محققان،

پژوهشگران و نویسندگان مقاله و نقد می پذیرد.

نقرات مندرج در مقالات، نامه ها و ... الزاماً نظر نشریه

نیست.

نشریه نسیم سلامت در اصلاح، تلفیق و ویرایش

مطالب مفاخر است.

مطالب ارسالی برگردانده نمی شوند

برای ارسال مقاله نام خانوادگی و نام نویسنده، عنوان

مقاله و منابع همراه با شماره تماس در ابتدای مقاله (سمت

پاپ - بالای صفحه) نوشته شود.

متن مقاله های اصلی ترجمه شده، همراه ترجمه با ذکر

مآخذ ارسال گردد.

کلیه حقوق متعلق به نشریه نسیم سلامت می باشد»

میر کودکان، ۵- ارتقاء سلامت مادران، ۶- مبارزه با ایدز، مالاریا و دیگر بیماریها، ۷- تضمین پایداری محیط زیست، ۸- ایجاد یک همکاری جهانی برای توسعه.

لازم به یادآوری است که برنامه های ارتقاء سلامت نیز همانند برنامه های توسعه باید با شرایط اجتماعی، فرهنگی جامعه مطابقت داشته باشد و یا به اصطلاح «بومی» شده باشد. این مهم میسر نخواهد گشت مگر از طریق پژوهش در روشهای بومی سازی برنامه های توسعه و ارتقاء سلامت. بدین ترتیب جایگاه «مراکز توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت» مشخص میشود.

تحقیق مشارکتی جامعه محور، نوعی از پژوهش علمی است که به تازگی در علوم بهداشتی مورد توجه قرار گرفته است. این نوع تحقیق بر نیازهای جامعه استوار است و نتایج تحقیق باید پاسخگوی نیازهای جامعه باشد و راه حلی برای مشکلات سلامت در جامعه ارائه کند. در تحقیق مشارکتی، افراد ذینفع در جامعه، بطور فعال در فرایند پژوهش وارد میشوند و پژوهش «با مردم» و نه «بر روی مردم» انجام میشود.

اینک به خوانندگان این مجموعه آماده شده تحت عنوان نسیم سلامت تبریک عرض مینمایم. مجموعه حاضر، اولین شماره گاهنامه ی پژوهشی این مرکز میباشد که در این شماره سعی بر آن شده که جهت آشنایی خوانندگان، بخشهایی از مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه معرفی شود. قطعاً در شماره های آینده، سایر بخشهای مرکز نیز بطور سریال معرفی خواهند شد.

یک جامعه را می توان با توجه به مرزهای سیاسی، جغرافیایی یا خصوصیات دموگرافیک آن تعریف کرد. انتخاب جامعه به عنوان یک واحد سیاسی، ممکن است توانایی جامعه را در تأثیرگذاری بر سیاستها و استفاده از منابع دولتی به منظور برطرف نمودن مشکلات دارای اولویت افزایش دهد. بنابراین جامعه میتواند یک شهرک، یک شهر، یک استان یا یک منطقه باشد. مهم این است که افراد دارای نیازهای سلامتی مشترک بوده و برای پاسخ مؤثر به این نیازها، منابعی را در اختیار داشته باشند. اعضای جامعه باید «احساس بودن در جامعه» را داشته باشند. آنان باید دارای احساس هویت، ارزشهای مشترک، هنجارها، الگوهای ارتباطی مشترک و حس همیاری باشند و خود را عضوی از همان جامعه بدانند. زمانیکه فعالیتهایی به منظور القای حس یکپارچگی در جامعه صورت میگیرد، یکی از وظایف، کمک به اعضای جامعه برای افزایش احساس تعلق به جامعه ی بزرگتر میباشد. جامعه زمانی تعریف میشود که گروهی از شهروندان برای بهبود سلامت جامعه دور هم جمع شوند. دلایل زیادی برای توجیه جایگاه بخش بهداشت در برنامه های توسعه مطرح میشود. مهمترین آنها، اهمیت و اولویت سلامت در برنامه های توسعه است. اهداف توسعه هزاره که توسط سازمان ملل متحد در سال ۲۰۰۰ اعلام شده است، و تا سال ۲۰۱۵ باید به آنها دست یافت، شامل موارد ذیل میباشد: ۱- ریشه کن کردن گرسنگی و فقر مطلق، ۲- دسترسی همگانی به آموزش ابتدایی، ۳- ارتقای برابری جنسیتی و توانمندسازی زنان، ۴- کاهش مرگ و

☞ پروژه اجرایی انتخاب نمایندگان محلی

☞ نقشه جغرافیایی

☞ مقاله و پژوهش



☞ روز جهانی زمین پاک.....(۱۲)

☞ روز جهانی هموفیلی.....(۱۵)

☞ بررسی اثر آموزش براگاهی و عملکرد تغذیه ای

☞ بیماران دیابتی تحت پوشش مرکز تحقیقات.....(۱۸)

فهرست مطالب

☞ تاریخچه مرکز و روند تاسیس مرکز تحقیقات

☞ توسعه اجتماعی ارتقاء سلامت(۴)

☞ تاریخچه مرکز

☞ چشم انداز

☞ رسالت

☞ روند تاسیس مرکز

☞ برنامه استراتژیک

☞ اولویت های برنامه استراتژیک





روز جهانی بهداشت(۳۳)

دانستنی و سرگرمی

نصایحی از کتاب پانصد حدیث(۳۵)

چند غذای تقویت کننده سیستم ایمنی بدن(۳۶)

چند نکته بهداشتی(۳۹)

اخبار دانشگاه(۴۰)

اهم اخبار مرکز تحقیقات(۴۱)



روز جهانی شیر مادر.....(۲۲)

خود درمانی ممنوع.....(۲۴)

آسم.....(۲۵)

جمعیت.....(۲۷)

روز اهدای خون(۲۹)

یک داستان.....(۳۲)



تاریخچه مرکز

مقدمه

انسان سالم محور توسعه پایدار می باشد. حرکت در جهت داشتن جامعه سالم درگرو برنامه ریزی جامع مدیریت سلامت با مشارکت همه افسار جامعه می باشد. روند تحولی آموزش پزشکی از حدود نیم قرن قبل منجر به لزوم طرح موضوع جامعه نگری در مدیریت سلامت جامعه شد و سپس این موضوع در ایران ابتدا به صورت پزشکی اجتماعی در متن بهداشت عمومی و سپس با عنوان آموزش پزشکی جامعه نگر پا به عرصه وجود گذاشت. سیر تحول مدیریت سلامت مبتنی بر مشارکت مردم، طرح پایگاه جمعیتی را پیش آورد که از سال ۱۳۸۰ با صدور بخشنامه شماره ۱۷۳۴۰ مورخ ۸۰/۱۱/۷ از جانب وزیر محترم بهداشت وقت، سیزده دانشگاه از جمله دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه به عنوان مجری طرح تشکیل پایگاه های تحقیقات جمعیتی برای نیل به اهداف سلامت تعیین گردیدند. این مرکز از دستاوردهای این حرکت تحولی است.

VISION (چشم انداز مرکز)

مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت کرمانشاه بر اساس رسالت تدوین شده، خود را متعهد می داند تا با گسترش ارتباطات خود با سایر مراکز تحقیقاتی، خدمات پژوهشی مؤثری را در جهت توانمند سازی جامعه، همگام با پیشرفتهای علمی دنیا و با مشارکت مردم ارائه نماید تا در نهایت موجبات سلامت و توسعه جامعه را فراهم آورد. این مرکز کوشش می نماید که با اطلاع رسانی و آموزش به آحاد جامعه در ارائه سرویسهای مناسب و منظم مبتنی بر اصل " اتخاذ تصمیم بر اساس پژوهش " بتواند الگوی مناسبی برای سایر مراکز مشابه باشد و در جهت نهادینه سازی مدیریت تیمی و مشورتی و ایجاد محیط پژوهشی شورایی، کیفیت خدمات تحقیقاتی خود را روز به روز افزایش دهد. لذا به طور مستمر نیازهای تحقیقاتی منطقه را شناسایی نموده و با تکیه بر سرمایه های اصلی و ارزشمند خود (یعنی نیروی انسانی پژوهشگر) و برنامه ریزی علمی منطبق با واقعیتهای اجتماعی، با انجام پژوهشهای کاربردی در جهت رفع نیازها، ارتقای سلامت جامعه و توسعه اجتماعی تلاش نماید.

MISSION (رسالت مرکز)

این مرکز متشکل از پژوهشگران، دانشگاهیان، مردم، نمایندگان جامعه مبتنی بر جمعیتی تعریف شده و همچنین نمایندگان سازمانها و ارگانها می باشد که باهدف تحقیق در فرایند حفظ، تامین و ارتقاء سلامت جامعه گام بر می دارد. فلسفه وجودی این مرکز شناسایی موانع سلامت نظیر (فقر، جهل، نابسامانی های زیست محیطی و دیگر آسیب های اجتماعی و ارائه راه کارهای تعمیم سلامت از طریق پژوهشهای کاربردی می باشد. این مرکز در جهت تقویت بنیه علمی و پژوهشی و توانمند سازی در سطوح مختلف جامعه (دانشگاه، سازمان ها و مردم) فعالیت می نماید. زیرساخت و محور اصلی این مرکز در راستای توسعه پایدار است.

روند تاسیس مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت کرمانشاه

تشکیل جلسات مشورتی کمیته راهبردی :

با شرکت

- ۱- نمایندگان مردم
- ۲- اعضای وابسته به دانشگاه (ریاست دانشگاه، معاونت آموزشی و پژوهشی، معاونت درمان، معاونت بهداشتی، معاونت پشتیبانی، مدیر امور پژوهش، کارشناسان و اعضای هیئت علمی گروههای ذیربط). اعضای سایر بخش ها (نمایندگان مردم منطقه (دو نفر))
- ۳- نمایندگان سازمانها و ارگانها:

نماینده آموزش و پرورش، نماینده تربیت بدنی، نماینده صدا و سیما، نماینده شهرداری، نماینده بهزیستی، نماینده ناحیه انتظامی، نماینده کمیته امداد امام خمینی (ره)، نماینده ایرانگردی و جهانگردی، نماینده تامین اجتماعی، نماینده خدمات درمانی، نماینده جمعیت هلال احمر، نماینده سازمان برنامه ریزی مدیریت استان، نماینده سازمان کار و امور اجتماعی و نماینده مسکن و شهر سازی).



- ۴- نهادهای مردمی و افراد تاثیر گذار در منطقه (مسئول کانون فرهنگی اجتماعی کوثر، امام جماعت محل، نماینده اصناف، نماینده رابطین بهداشتی، نماینده داروساز معتمد محل).

اعضای هیات موسس مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت

- * دکتر سهیلا رشادت - رئیس مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و عضو هیات موسس مرکز تمام وقت
- * دکتر علی عزیزی - عضو هیات موسس مرکز تمام وقت
- * دکتر علی الماسی - عضو هیات موسس مرکز تمام وقت
- * دکتر منصور رضایی - عضو هیات موسس مرکز نیمه وقت
- * دکتر شمس وزیریان - عضو هیات موسس مرکز نیمه وقت

انتخاب محل پایگاه تحقیقات جمعیتی

انتخاب منطقه و محدوده جمعیتی (از نظر جغرافیایی منطقه انتخاب شده باید در مرکز استان بوده و دارای محدوده مشخص جغرافیایی و دارای جمعیت حداقل هفت هزار خانوار باشد).

عوامل دخیل در انتخاب محل:

- « برخورداری مرکز از رابطین بهداشتی فعال و علاقمند (حدود ۱۰۰ نفر)
- « مشارکت مردم به دلیل آشنایی قبلی با مرکز پزشکی جامعه نگر
- « مشخص بودن حدود جغرافیایی منطقه
- « پرسنل کافی و علاقمند
- « فضای فیزیکی مناسب
- « مستقر بودن عرصه پزشکی جامعه نگر در همان محل؛ با جمعیت بالغ بر ۱۰۰۰۰۰ (صد هزار) نفر در شمال شرقی شهر کرمانشاه شامل:

- ☞ مرکز بهداشتی درمانی ثامن الائمه (مرکز اصلی)
- ☞ مرکز بهداشتی درمانی فرهنگیان
- ☞ مرکز بهداشتی درمانی زینیه
- ☞ مرکز بهداشتی درمانی ظفر
- ☞ دارا بودن حدود ۲۱۰۰۰ هزار خانوار، دارای سطح اقتصادی متوسط و پایین

برنامه استراتژیک مرکز

- ۱- گسترش همکاری مرکز با سایر اعضای هیئت علمی دانشگاه
- ۲- ایجاد مکانیسم هایی برای جلب همکاری مردمی
- ۳- استفاده از سایر نیروهای مردمی (کارشناسی، عرصه، رابطین بهداشتی، پایگاه مسجد، NGO) در فعالیت های مرکز
- ۴- جلب همکاری و مشارکت وزارتخانه در اولویت بندی ارزش گذاری طرح های تحقیقاتی
- ۵- تعیین اولویت های پژوهشی مبتنی بر نیازهای جامعه متناسب با حمایت های مالی معاونت
- ۶- توانمندسازی اعضای مرکز در مورد انجام تحقیقات مشارکتی مردمی با استفاده از تجربیات سایر پژوهشگران
- ۷- استفاده از نیروهای مردمی توانمند همکار مرکز در جهت آموزش مردم
- ۸- ارتباط با شورای تحقیقات استان در جهت سازماندهی و حمایت از پژوهش های مردمی
- ۹- توسعه تحقیقات مداخله ای در بین نیروهای مردمی
- ۱۰- فراهم کردن تسهیلات در حد امکان جهت افزایش انگیزه نیروهای مردمی محقق
- ۱۱- تسهیل استفاده نیروهای محقق در جامعه تحت پوشش از امکانات مرکز
- ۱۲- واگذاری بخشی از امور مرکز تحقیقات به نیروهای ثابت مردمی علاقمند
- ۱۳- انجام پژوهش های مردمی با استفاده از مجوز دانشگاه و بودجه سایر ارگان ها
- ۱۴- توانمند سازی افراد علاقمند یا داوطلب با توجه به پتانسیل های موجود
- ۱۵- تقویت ارتباط بین مردم و مرکز
- ۱۶- توسعه مرکز با استفاده از امکانات و تجهیزات دانشگاه
- ۱۷- تلاش در جهت ایجاد ارتباط مرکز تحقیقات به شورای تحقیقات استان
- ۱۸- تسریع در روند تصویب مرکز و جلب حمایت مالی سایر ارگان ها

- ۱۹- جلب حمایت مسئولین در جهت ایجاد انگیزه و تشویق همکاران با ارائه الگوی موفق
- ۲۰- گسترش ارتباط مسجد زینبیه (پایگاه بسیج) با مرکز
- ۲۱- جلب حمایت مالی بیشتر وزارت خانه استانداری در جهت دستیابی به اهداف مرکز
- ۲۲- توسعه زمینه همکاری NGO با مرکز تحقیقات
- ۲۳- انجام پژوهش های مشترک با اعضای هیئت علمی دانشگاه و سایر پژوهشگران
- ۲۴- گسترش همکاری دانشجویان عرصه جامعه نگر در انجام تحقیقات مشارکتی



- ۲۵- توسعه طرح های بین بخشی و مشارکتی
- ۲۶- جنب بودجه پژوهشی سایر ارگان ها از طریق توسعه تحقیقات سفارشی یا مشترک
- ۲۷- واگذاری انجام طرح های پژوهشی و اولویت بندی شده به سازمان های مربوطه و پیگیری آن
- ۲۸- برقراری ارتباط پژوهشی با سایر دانشگاهها
- ۲۹- جلب حمایت سازمان های بین المللی
- ۳۰- انجام پژوهش های مرکز با استفاده از تجهیزات دیگران (دانشگاه ها، سایر ارگانهای دیگر، استان، کشور، بین المللی)
- ۳۱- واگذاری بخشی از فعالیت های پژوهشی مرکز به بخش خصوصی
- ۳۲- برگزاری کارگاه ها و همایش ها با استفاده از امکانات سایر ارگان ها
- * اولویت های انتخاب شده برنامه استراتژیک**

۱- تعیین اولویت های مبتنی بر نیازهای جامعه متناسب با حمایت های مالی معاونت اهداف:

- نحوه تهیه راهنمای تعیین اولویت های پژوهشی بر اساس روش های (سیستماتیک و متنوع)
- تهیه و تدوین اولویت های پژوهشی مرکز و تصویب و بازنگری آن هر دو سال یک بار
- اطلاع رسانی اولویت های تعیین شده مرکز برای جلب همکاری مردم و موسسات

۲- توانمند سازی اعضای مرکز در مورد انجام تحقیقات مشارکتی مردم با استفاده از تجربیات سایر پژوهشگران اهداف:

- تدوین راهنمای شناسایی و تهیه لیست پژوهشگران علاقمند واجد شرایط در زمینه تحقیقات مردمی و مشارکتی جهت همکاری با مرکز
- کسب مجوز اعزام نیروهای پژوهشگر جهت فرصت مطالعاتی در داخل و خارج کشور
- تدوین برنامه کارگاه های مختلف آموزشی برای اعضا و نیروهای مردمی
- تاسیس واحد اطلاع رسانی علمی جهت دسترسی اعضا

۳- ارتباط با شورای تحقیقات استان در جهت سازماندهی و حمایت از پژوهش های مردمی اهداف:

- ایجاد جایگاه ثابت و فعال برای نماینده مرکز در شورای تحقیقات استان و کار گروه های تحقیقاتی آن شورا
- تدوین طرح پیشنهادی در جهت جذب بودجه پژوهشی معین برای مرکز و تصویب آن در شورای استان.

۴- توسعه تحقیقات مداخله ای در بین نیروهای مردمی اهداف:

- تدوین دستورالعمل انجام تحقیقات مداخله ای در جامعه به صورت مشترک بین مردم و اعضا
- تدوین برنامه گذاری کار گاه های آموزشی مختلف برای نیروهای داوطلب مردمی
- تاسیس واحد همکاری نیروهای مردمی و سازماندهی تشکل های مردمی پژوهشی

۵- گسترش همکاری مرکز با سایر اعضای هیئت علمی دانشگاه اهداف:

- تدوین برنامه سیستماتیک جلب همکاری انجمن های علمی جهت تقویت پژوهش های مشارکتی
- تشکیل همایش مشترک بین مرکز و اعضای هیئت علمی
- برگزاری کارگاه های آموزشی در مورد اهداف و فعالیت های مرکز و جامعه نگر
- اطلاع رسانی (پمفلت) از اهداف و فعالیت های مرکز جهت اعضا هیئت علمی

۶- ایجاد مکانیسم های برای جلب همکاری مردمی اهداف:

- تدوین راهنمای (شرایط و سهم امتیازات) همکاری و مشارکت نیروی مردمی با مرکز
- کسب مجوز نشریه داخلی مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت جهت اطلاع رسانی
- تدوین برنامه مدون دعوت از مردم جهت طرح مشکل و ارائه راه حل پژوهشی
- بازخورد نتایج تحقیقات انجام شده به مردم جهت جلب اعتماد از طریق رسانه داخلی مرکز

۷- استفاده از نیروهای مردمی توانمند همکار مرکز در جهت آموزش مردم (کارشناسان، رابطین بهداشتی، پایگاه مسجد، NGO)

اهداف:

- گرفتن پست های کارشناسی، پژوهشگری و..... در چارت مرکز
- اخذ مجوز و تدوین دستورالعمل تشکیل صندوق حمایت از پژوهش های توسط خیرین
- تدوین برنامه نشست با انجمن های (صنفي، مردمی و تشکل های مختلف، افراد با نفوذ و ...)

۸- جلب همکاری و مشارکت وزارت خانه در اولویت بندی ارزش گذاری طرح های تحقیقاتی

اهداف:

- تهیه و تدوین دستور العمل ارزش گذاری طرح های تحقیقاتی و پیشنهاد آن به معاونت تحقیقات و فن آوری
- تهیه معیارها و روش های اولویت بندی طرح تحقیقاتی مشارکتی و مردمی
- برقراری و تسهیل ارتباط دو جانبه با مسئولین و صاحب نظران وزارتخانه (دعوت در همایش ها و شرکت در جلسات)

۹- استفاده از نیروهای مردمی توانمند همکار مرکز در جهت آموزش مردم

اهداف:

- برگزاری دوره های پیشرفته پژوهشی برای افزایش توانمند سازی نیروهای مردمی همکار مرکز
- ایجاد سیستم تشویق مبتنی بر ارزشیابی فعالیت نیروهای مردمی همکار مرکز به جامعه مسئولین (تعیین کد پژوهشگر، صدور کارت شناسایی)
- تهیه برنامه استفاده از کتابخانه الکترونیکی برای نیروهای مردمی (کارت اشتراک)

استراتژی پذیرفته شده مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت توسط دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

۱. ایجاد بستر مناسب برای جلب مشارکت مردم جهت انجام پژوهش های مشارکتی - مداخله ای
۲. فراهم کردن زمینه حضور محققین در مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی، عرصه آموزش پزشکی جامعه نگر

پروژه اجرایی انتخاب نمایندگان محلی (مردمی) برای تشکیل مجمع عمومی

روش کار:

پژوهش مشارکتی مبتنی بر جامعه ((Research CBPR=Community-Based Participatory فرآیندی است که افراد جامعه را در درک مشکلات سلامت جامعه و طراحی مداخله مناسب، توانمند و آنان را در فرآیند تحقیقات و بکارگیری نتایج حاصله دخیل و در نشر و استفاده از یافته های پژوهشی به مشارکت و امی دارد. سازمان دهی جامعه (Orgazination Community) فرآیندی است که طی آن به جامعه کمک می شود تا خود، مشکلات را شناسایی و راهبردهایی را برای دستیابی به اهداف انتخاب نماید.

برای انتخاب نمایندگان مردمی و تعیین نیازهای جامعه تحت پوشش آن، مراحل ذیل به اجرا درآمد .

انتخاب نمایندگان :

مرحله اول - تأیید و تصویب طرح و واگذاری مسئولیت انجام طرح به شورای پژوهشی مرکز توسط کمیته راهبردی مرحله دوم - تهیه نقشه منطقه تحت پوشش از شهرداری منطقه و تقسیم آن به ۲۴ بلوک (شکل ۱) مرحله سوم - اطلاع رسانی و آماده ساختن جامعه برای انتخاب نمایندگان بلوک ها از طریق پخش پمفلت، نصب پلاکارد،



رابطین بهداشت منطقه، شورای معتمدین محل، مسجد و بسیج منطقه و صدا و سیما مرکز استان. مرحله چهارم - انتخاب نمایندگان بلوک ها که به ۲ روش انجام شد : الف) ابتدا با استفاده از فراخوان و افراد کلیدی منطقه به روش گلوله برفی. ب) انتخاب از طریق رأی گیری در هر بلوک که با مراجعه تیم پرسشگری به درب منازل انجام شد.

توانمند سازی نمایندگان :

در هر بلوک با کسانی که بیشترین آراء را کسب کرده بودند (یک آقا و یک خانم) از طریق شماره تلفن ثبت شده در زمان پرسشگری تماس و خلاصه ای از اهداف مرکز برای آنان تشریح و در صورت موافقت اولیه فرد با نمایندگی بلوک، جهت شرکت در جلسه توجیهی مرکز از او دعوت بعمل می آمد. در بهمن و اسفند ۱۳۸۵ سه دوره کارگاه ۳ روزه نیاز سنجی و اولویت بندی برای نمایندگان برگزار گردید و از فروردین ۸۶ کار نیاز سنجی در هر یک از بلوک ها توسط نمایندگان شروع شد. روزهای چهارشنبه هر دو هفته یک بار جلسه گزارش پیشرفت کار نیاز سنجی بلوکها با حضور اعضای شورای پژوهشی در محل سالن کنفرانس مرکز تا ۸۶/۴/۱۵ برگزار گردید .

(جلسه نمایندگان مجمع عمومی)

مشکلاتی که در اولین جلسات گزارش پیشرفت کار توسط نمایندگان مطرح شد، این بود که تمام خانوارهای بلوک، آن ها را نمی شناسند و لذا با آن همکاری نمی نمایند. بنا به پیشنهاد خود نمایندگان برای رفع این مشکلات مقرر گردید تا نمایندگان هر بلوک با توجه به نقشه و آشنایی آنان از بلوک ها، هر بلوک به کوچه ها و محلاتی تقسیم و از هر کوچه و محله یک فرد یا افراد معتمد و مورد قبول مردم تعیین گردد. با این کار مرکز با خانوارها و کوچه های منطقه تحت پوشش ارتباط برقرار می کرد(یکی از نمایندگان بلوک ها به آن «طرح ارتباط موزائیکی» اطلاق می کرد). با این کار مشکل انتخاب برخی نمایندگان در بلوکی غیر از بلوک محل سکونت خود و نیز انتخاب برخی نمایندگان در بیش از یک بلوک نیز قابل حل بود

(کارگاه نیاز سنجی)

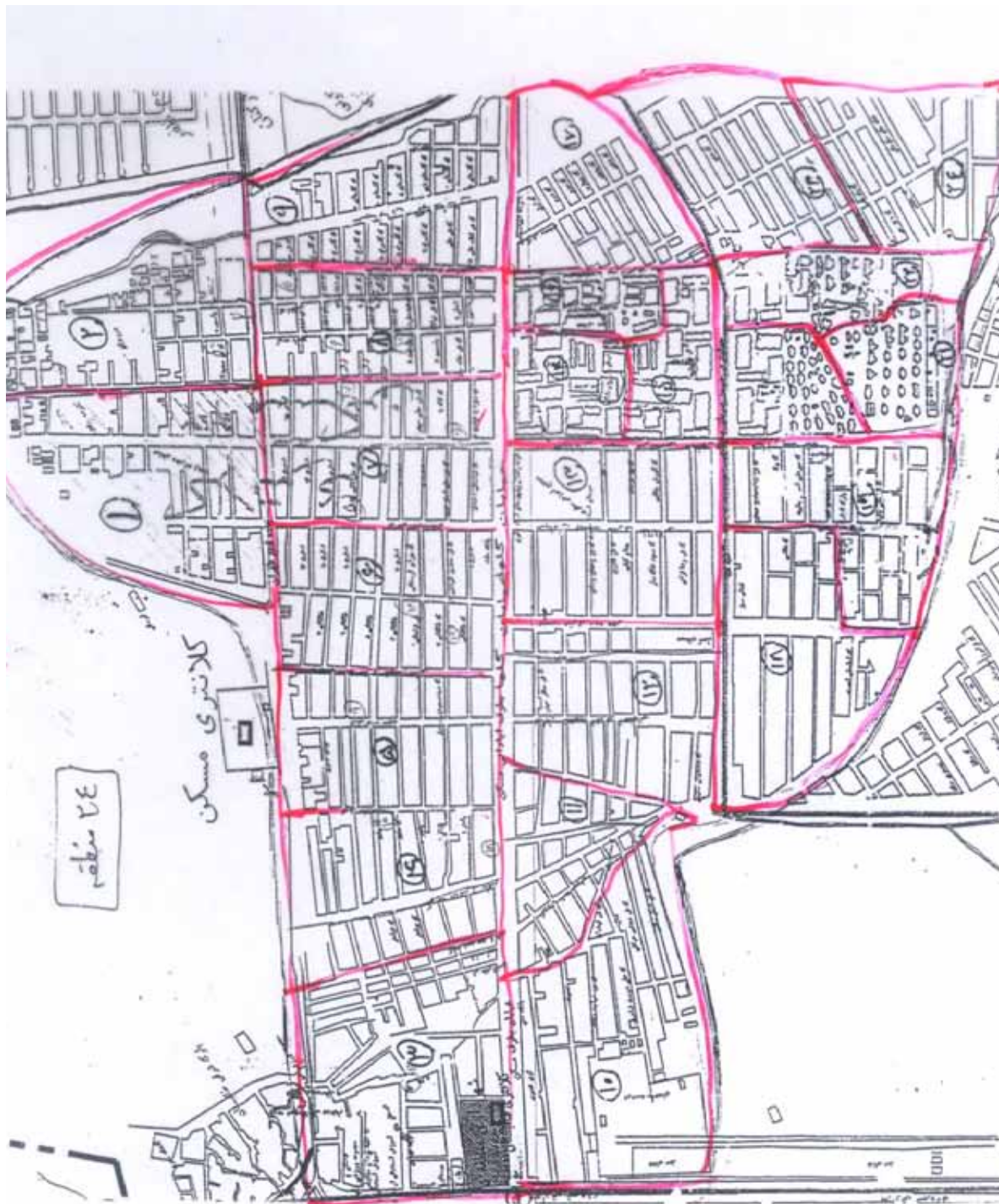
نمایندگان با توجه به تسهیل ارتباط آنان با خانوارها و کسب مهارتهای نیاز سنجی در مراحل بعدی در هر مقطعی از زمان قادر خواهند بود در عرض مدت یک الی دو هفته نیاز سنجی های بعدی را انجام دهند. در صورت انصراف هر یک از نمایندگان، می توان بلافاصله یکی از سایر نمایندگان آن بلوک را معرفی کرد. از دیگر مشکلاتی که نمایندگان در جلسات گزارش پیشرفت کار مطرح کردند عدم همکاری برخی خانوارها به دلیل عدم اعتماد آنان به مسئولین در حل مشکلات بود. مثلا برخی از آن ها می گفتند: « خود مسئولین بهتر از ما مشکلات را می دانند ولی هیچ وقت به فکر حل آن ها نیستند». برای جلب اطمینان افراد جامعه و حتی خود نمایندگان در اسرع وقت حل مشکلات ملموس و قابل حل گزینه مناسبی است که تمامی نمایندگان نیز بر آن اصرار دارند. برای اولویت بندی مشکلات در کارگاههای برگزار شده، روش بکار رفته در کتاب پژوهش در ضرورت های ملی و تعیین اولویت ها تدریس شد ولی در عمل برای اکثر آنان به کار بردن این روش مشکل بود و بیشتر تمایل داشتند از روش بیشترین فراوانی (مشکلات را بر اساس تعداد دفعاتی که مشکل از طرف مردم ذکر شده بود) استفاده نمایند.

آدرس بلوک بندی منطقه تحت پوشش مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقا سلامت به همراه اسامی نمایندگان محترم بومی و ساکن منطقه

اسامی نمایندگان	آدرس منطقه تحت پوشش	بلوک
آسیه آزادی یاور رضایی	از جنب باغ پسته تا نرگس شمالی - از ضلع غربی نرگس تا چاده قدیم	۱
فوزیه چاردولی محمد یآوری	از خیابان نرگس شمالی تا محدوده جنب رودخانه- ضلع شرقی نرگس تا چاده قدیم	۲
مهری یآوری	از بلوار طاقبستان تا کوچه شهید جعفر قربانی - شهرداری منطقه ۵ تا خیابان ۱۵ متری	۳
لیلا کشاورز حمید رضا اکبری	از کوی شهید جعفر قربانی تا کوی شهید طاهری - از خیابان ۱۵ متری باهنر تا کوی شهید طاهری	۴

۵	ازکوی شهید طاهری تا ۱۵ متری شهید رجایی	فریبا پیری
۶	از ۱۵ متری شهید رجایی تا کوی اصغر ده حقی خیابان طالقانی تا خیابان نسترن	مهین حیدریان
		کامران پیری
۷	ازکوی علی اصغر ده حقی تا خیابان نرگس جنوبی - خیابان لاله تا خیابان نرگس جنوبی	آمنه بیات
		مهین قنبری
		اردشیر بشیرزاده
۸	نرگس جنوبی تا خیابان شهید دستغیب - خیابان یاسمن و اطلسی	ناهدید بهرامی
۹	از خیابان شهید دستغیب تا جنب خانه سازی - خیابان گل سرخ - خیابان گلستان	فرنگیس دولتشاهی
		حسین پاک
۱۰	از سه راه مسکن تا کوی محمد هنرمند از بلوار شهید شیرودی تا کوی محمد هنرمند	فردوس فرخیان
		خانم حسینی
۱۱	از خیابان محمد هنرمند تا کوی دوست	محمد متقی
		حسین متقی
۱۲	از کوی دوست تا بیست متری دهه فجر	طاهره ملک شاهی
		قنبر علی طباطبائی
۱۳	از بیست متری دهه فجر تا خیابان شهید مطهری از دبیرستان مطهری تا چهل متری حسین سرباز محمدی	صدیقه امیری پریان
۱۴	مجتمع آپارتمانها اطراف درمانگاه قسمت روبروی درمانگاه - خیابان مطهری تا کوی علی اصغر جوادیان	مرضیه دادرس
		ابراهیم خسروی
۱۵	پشت درمانگاه - از خیابان مطهری تا کوی شهید ناظری	جلال رنجبران
۱۶	از کوی علی اصغر جوادیان تا خیابان شهید نظری	عالم تاج شیخی
۱۷	از خیابان شهید ناظری تا جوادیه	باسم پاک
۱۸	ضلع جنوبی غربی خیابان سرباز محمدی ایستگاه ۹ کارمندان	کبری خدا مرادی
۱۹	خیابان پست خانه تا محدوده ایستگاه ۸ کارمندان از ایستگاه ۸ قسمت جنوبی دبیرستان حجاب تا خیابان پست خانه	سهیلا حقگو
۲۰	شهرک شهید رجایی	فرصت ذوالفقاری
		سید علی فرخی
۲۱	شهرک شهید رجایی	آزاد چالیش
۲۲	شهرک شهید رجایی - از خیابان ۴۰ متری تا آخر بلوک شهید بهبهانی	شهلا فکوری
		علی اشرف کرمی
۲۳	از ۴۰ متری سرباز محمدی تا کوی چهاردهم از منبع آب تا کوی چهاردهم	مهناز قاسمی
		علی شهبازیان
۲۴	از کوی چهاردهم تا آخر محدود تحت پوشش	سوسن رشیدی
		مرتضی یوسف شاهی

نقشه جغرافیایی منطقه تحت پوشش مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقا سلامت در ۲۴ بلوک تقسیم بندی شده



جلسات شورای معتمدین هر هفته روزهای سه شنبه صبح ساعت ۱۰-۱۲ در سالن کنفرانس مرکز تحقیقات برگزار می گردد

اسامی اعضای محترم شورای معتمدین:

آقای امان اله نظری (ریاست محترم شورا)،
 آقای جلال رنجبران، آقای ابراهیم خسروی، آقای علی شهبازیان، آقای مجید بنی هاشمی،
 آقای باسم پاک، آقای محمد رضا حیدریان، آقای اسماعیل عزیزی، آقای حمید رضا اکبری،
 آقای شاه کرم عزیز بیگی، آقای سیاوش پاکرو، آقای حاج حسن جوادیان، آقای حسنعلی متقی،
 آقای حسن مقدسی، آقای حسن پاک، آقای کمال دلگیر، آقای منصور لیمویی،
 آقای علی یزدانی، آقای علی فرخی، آقای احمد علی پیر حیاتی، آقای محمد ولی اجاقی،
 آقای حسنعلی احمدوند، آقای حجت فروزان مهر، آقای علی متقی، آقای مولا مراد حیدری

اسامی هیئت مدیره مجمع عمومی مرکز تحقیقات:

آقای جلال رنجبران، آقای ابراهیم خسروی، آقای علی شهبازیان، آقای باسم پاک،
 آقای حمید رضا اکبری، آقای حسنعلی احمدوند، خانم آمنه بیات، خانم مهناز قاسمی،
 خانم ناهید اکبری، خانم مهین قنبری

اعضای علی البدل:

آقای اردشیر بشیر زاده، آقای محمد زید قانع
 در شماره های آتی به شرح عملکرد شورای محترم پرداخته خواهد شد.

تیم های تحقیقاتی مرکز شامل :

- | | | | |
|---------------------------|-------------------------|--------------------|---------------------|
| ۱- اعتیاد و امنیت اجتماعی | ۲- فقر و بیکاری | ۳- بهداشت عمومی | ۴- تغذیه |
| ۵- محیط زیست | ۶- ازدواج و طلاق | ۷- مهارت های زندگی | ۸- آموزش فرهنگی |
| ۹- ورزش و فعالیتهای بدنی | ۱۰- تیم بانوان خانه دار | ۱۱- تیم نوجوانان | ۱۲- تیم بانوان شاغل |

در شماره های آینده به شرح عملکرد و اهداف هر یک از تیم های فوق پرداخته خواهد شد.



خداوند کسی است که زمین را برای شما جایگاه امن و آرامش قرار داد و آسمان را همچون سقفی؛ و شما را صورتگری کرد، و صورتتان را نیکو آفرید؛... (غافر آیه ۶۴)

گردآورندگان: دکتر سهیلا رشادت؛ سرپرست مرکز تحقیقات و توسعه اجتماعی
مینو نجفی؛ دانشجوی زیست شناسی

روز جهانی زمین پاک



روز جهانی زمین پاک هر ساله در ۲۲ آوریل مصادف با ۲ اردیبهشت در تمام دنیا برگزار می شود و به همه مردم یادآوری می کند که نباید سیاره خود «زمین» را فراموش کنند. روز زمین پاک مناسبت سالانه ای است که با هدف افزایش آگاهی و تجلیل از محیط زیست کره زمین نامگذاری شده است. تاریخچه این مناسبت به سال ۱۹۶۹ و زمانی باز می گردد که جان مک مونل فرزند یک مبلغ دینی مستقل و علاقمند به عرصه دین، علم و صلح، ایده برگزاری یک روز جهانی به نام روز زمین پاک را در همایش یونسکو درباره محیط زیست مطرح و در همان سال پرچم زمین پاک را طراحی کرد. یونان دبیر کل سازمان ملل (۱۹۶۲-۱۹۷۱) از ایده مک کونل استقبال کرد و این روز به یک روز جهانی در تقویم های سراسر دنیا تبدیل شد. روز جهانی زمین پاک روزی است که در آن بسیاری از مردم جهان به پاکسازی محیط زیست می پردازند و به حفظ آن کمک می کنند.

کوبه ای در جهان، در روز زمین پاک که در سراسر جهان روز ۲۲ آوریل (دوم اردیبهشت ماه) است، با اجرای موسیقی این روز را جشن می گیرند و در قالب گروه های مختلف موسیقی در شهرها و کشورهای خود قطعاتی را به افتخار این روز به صحنه می برند. حتی دسته ای از این هنرمندان اعلام کرده اند که سازهایشان را در خیابان ها و کوچه های شهرها کوک می کنند و از تمامی مردم دعوت می کنند تا در این روز عهدکنند که برای همیشه زمین را پاک نگاه دارند.

شعار این موسیقیدانان این است: جنگ را تمام کنید، زمین را حفظ کنید.

طبل نوازان سراسر جهان با دعوتی اینترنتی از همدیگر در این روز به اجرای نواهایی می پردازند. در ایران نیز هم زمان با دیگر کشورهای جهان هفته زمین پاک از روز دوم اردیبهشت به مدت یک هفته در سراسر کشور برپا می شود و نخستین روز این هفته (دوم اردیبهشت ماه) به نام روز زمین پاک نامگذاری شده است. ما همه اعضای خانواده انسانی هستیم و سیاره زمین را با تمامی غنای آن به ارث برده ایم. هر انسان حق یکسانی نسبت به زمین، مواد معدنی و مواد خام دارد، و هیچ کاری نباید در جهت از بین بردن فرصت های یکسان برای

منظومه شمسی، از آن رو با دیگر سیاره ها فرق دارد که در جو آن اکسیژن هست و در نتیجه، زیستن در آن امکان پذیر شده است. با آغاز عصر ماشین و پیشرفت های صنعتی و علمی و رشد روزافزون علم گرایی، راه تسلط انسان بر آرزوی دیرینه اش، یعنی تسلط بر طبیعت تا اندازه زیادی هموار شد. اما خود خواهی ها و سود جویی های انسان، اندیشه سیطره و آگاهی بیشتر او از جهان اطرافش را به صحنه کارزاری نابرابر میان او و طبیعت تبدیل کرده است. تقریباً چند دهه است که زنگ های خطر برای زمین به صدا در آمده است.

روزی نیست که خبرها و گزارش هایی از سراسر جهان مخابره نشود و بیانگر نگرانی عمیق کارشناسان از تخریب محیط زیست و به خطر افتادن زندگی بر روی کره زمین نباشد.

روز زمین پاک، یکی از این زنگ های خطر است که در همه جای دنیا شنیده می شود. جان کانل، مؤسس روز زمین علت نامگذاری ۲۱ مارس به عنوان «روز زمین» را شکرگزاری و جشنی می داند برای اینکه بیندیشیم و تعهدات خود را برای مراقبت و حفاظت از زمین، هر چه بهتر و بیشتر به اجرا درآوریم.

امروزه با پیشرفت هر چه بیشتر صنعت و فن آوری، زمین و زیست در آن با دشواری های روزافزونی روبه رو می شود. همراه با عصر محصولات الکترونیکی دیجیتال و روند سریع تغییرات در این حوزه، شرکت های تولید کننده برای حفظ برتری تجاری خود و افزایش سودآوری، با تولید انواع کالاهای خوش آب و رنگ و روزآمد، با موادی شیک و پرزرق و برق و در عین حال شکننده، با بهره گیری از مواد ارزان قیمت روی آورده اند.

بدین ترتیب، به رغم محصولات الکترونیکی دهه های پیشین که با عمری طولانی، قطعات یدکی و ضمانت تعمیر به مشتری همراه بودند، امروز، شاهد موجی از انواع کالاهای با عمر کمتر از شش ماه هستیم که به زودی از رده خارج و به زباله دانی انداخته می شوند. اما نکته حائز اهمیت این است که این کالاها دارای مقادیر فراوانی از انواع فلزهای سمی و مهلک نظیر سرب، کادمیوم، جیوه، کرومیوم و باریوم هستند که به دلیل فقدان قوانین مربوط به بازیافت این محصولات، عمدتاً روانه آب و خاک و طبیعت می شوند. لذا باید این زباله های عصر مدرن را بمب ساعتی در حال انفجار دنیای امروز دانست.

پیشنهادها و راه کارها

خانواده و مدرسه در ایجاد و حفظ زمین پاک، نقش محوری دارند. انتشار نشریات مواد آموزشی ویژه دانش آموزان، می تواند به خانواده ها و دانش آموزان درباره زباله ها، استفاده

انسان های حاضر و آینده، انجام شود. هماهنگی با طبیعت، و هم دلی با نزدیکان و دیگر انسان ها، آرمان کسانی است که در اندیشه زمین پاک و محیط زیست سالم هستند. به هر حال طرفداران اندیشه سبز، هر روز را روز زمین می دانند و معتقد به حفظ یا احیای هماهنگی و توازن میان زمین و انسان هستند. هر فرد و گروهی می تواند با برگزار کردن یک مراسم کوچک یا بزرگ، با پراکندن واژه های محیط زیست و بازیافت و صرفه جویی و مانند این ها در جامعه، با ترویج شیوه های زیست ساده تر، با جلوگیری از ریخت و پاش غیر ضروری، با عضویت در گروه های زیست محیطی، با مراقبت از درختان و ... به طور کلی با کسب آگاهی از وضع زمین و احساس مسئولیت نسبت به آن، روز زمین را گرامی بدارد.

اهمیت زمین پاک در اسلام: در قرآن کریم، بارها از زمین، آفرینش آن، نقش های این نعمت بزرگ الهی و نعمت های پیدا و ناپیدای آن سخن به میان آمده است.

«اللّٰهُ الَّذِي جَعَلَ لَكُمْ الْاَرْضَ قَرَارًا»

خداوند همان است که زمین را آسایشگاه شما قرارداد.

در قرآن، صفاتی چون پناهگاه، آسایشگاه و بستر، برای زمین آورده شده است و آنها را برای انسان، نعمت های بزرگ شمرده است. امام علی علیه السلام در نگاهی بلند و سازنده، انسان را مأ مور آباد کردن زمین دانسته و چنین فرموده است: «خداوند انسان را از بهشت به سوی زمین فرستاد تا با نسل خود آنجا را آباد کند.» نیز آن حضرت در بیانی شیوا و نگاهی ژرف و زیبا شناسانه، زمین و نعمت های آن را چنین توصیف می کند: «پس زمین به وسیله باغ های زیبا، همگان را به سرور و شادی دعوت کرده. با لباس نازک گلبرگ ها که بر خود پوشیده، هر بیننده ای را به شگفتی واداشت و با زینت و زیوری که از گلوبند گل های گوناگون، فخر کنان، خود را آراست، هر بیننده را به وجد آورد که فرآورده های نباتی را، توشه و غذای انسان و روزی حیوانات قرار داد. در گوشه و کنار آن دره های عمیق آفرید و راه ها و نشانه ها برای آنان که بخواهند از جاده های وسیع آن عبور کنند تعیین کرد.»

عمل پیامبر و دستور های آن حضرت در جنگ ها برای پرهیز از تخریب محیط زیست به سپاهیان اسلام نیز حکایت از اهمیت حفظ محیط زیست در اسلام دارد و می تواند الگویی برای زمانه ما باشد.

بمب های آلوده را خشتی کنیم

زمین، یکی از شگفتی های آفرینش است. این سیاره

کاغذ در واقع به معنای کمتر بریده شدن درختان اطراف شماسنت که هر ساله هزاران هزار از آنها برای تولید انواع کاغذهایی که در طول روز در اختیار شما قرار می‌گیرد تلف می‌شوند و در عین حال با این کار زباله کمتری تولید شده و دی اکسید کربن کمتری تولید می‌گردد.

۲- در ساخت و انبوه شدن جنگل‌ها شما هم کمک کنید. هر نهال می‌تواند سال‌های سال هم خاطره خوشی برای شما و هم کمکی به محیط زیستتان باشد.

۳- به انجمن‌های حمایت از محیط زیست کمک کنید. آنها با تلاش بی‌وقفه خود سعی در نجات زمین دارند.

۴- در محل کارتان هم به سبز بودن زمین فکر کنید. از مدیر بخش خود بخواهید که برنامه‌ای ترتیب دهد که کاغذ کمتری مصرف شده و اسراف نشود. برای نوشتن از هر دو روی کاغذ استفاده کنید.

۵- اگر به سفر رفتن فکر می‌کنید حتما سفر با قطار را در اولویت قرار دهید. تحقیقات نشان می‌دهد که دی اکسید کربنی که قطارها برای زمین تولید می‌کنند ۴ تا ۱۵ درصد کمتر از هواپیماهاست. پس قطار را فراموش نکنید.

۶- در مصرف آب صرفه جویی کنید. اسراف در آب می‌تواند به ضرر زمین تمام شود. هنگام دوش گرفتن زمان مشخصی را در نظر بگیرید و دقایق طولانی بی‌دلیل زیر دوش نمانید و آب را بی‌علت باز نگذارید.

۷- در محله خود جستجو کنید. می‌توانید از همین هفته به محله خود بروید و کمی کنکاش کرده و ببینید که سوپرمارکت‌ها و دیگر مغازه‌ها چگونه زباله تولید می‌کنند و چقدر می‌توان به آنها نکات مفیدی را گوشزد کرد.

از کیسه زباله در گذراندن تعطیلات و استراحت در بوستان‌ها و کوهستان‌ها، بازیافت زباله‌ها، خطرهای ناشی از آن برای حیات فردی و اجتماعی آگاهی‌های لازم را بدهد.

نقش رسانه‌های دیداری و شنیداری در آموزش و حفظ محیط زیست، بر کسی پوشیده نیست. رسانه‌ها می‌توانند در قالب فیلم، داستان، انیمیشن، آگهی‌های تبلیغاتی، مسابقات، میزگردها و مصاحبه‌ها به این مهم پردازند. بهترین راه برای از بین بردن آلودگی و مبارزه با آن، این است که با منبع آن مبارزه کنیم. برای مثال، برای مبارزه با آلودگی زمین، به تولید مناسب بپردازیم و یا برخی تولیدها را که برای زمین، کشاورزی و مسائل زیست محیطی زیان‌آور و خطرناک است، محدود کنیم.

اجرای برنامه‌های همگانی برای پاک‌سازی محیط‌های عمومی، نصب سطل‌های زباله در معابر عمومی، کوچه‌ها و... به اندازه کافی ایجاد مسابقه‌های پاکیزگی محیط در شهرها و محله‌های گوناگون. تبدیل زمین‌های بدون استفاده شهری و یا در حاشیه شهرها به بوستان‌ها و تفریحگاه‌ها. تغییر کاربری زمین‌های بدون بهره‌برداری شهری، برای پرهیز از تبدیل آن به محلی برای زباله.

ایجاد پلیس یا نیروی ویژه مبارزه با آلودگی زمین. ایجاد قوانین مناسب برای مبارزه با آلودگی زمین از طرف دولت‌ها و مسئولان.

نشنال جئوگرافیک National Geographic برای آنکه سهمی در بهتر شدن هوای اطرافش داشته باشد نکاتی را پیشنهاد کرده است:

۱- در استفاده از کاغذ صرفه جویی کنید و سعی کنید کارهایتان را بدون استفاده از کاغذ انجام دهید. به طور مثال تا حد امکان قبض‌هایتان را از طریق اینترنت پرداخت کنید صرفه جویی در

<http://www.tebyan.net/Nutrition-Health/society-health/health-news/2009/4/22>

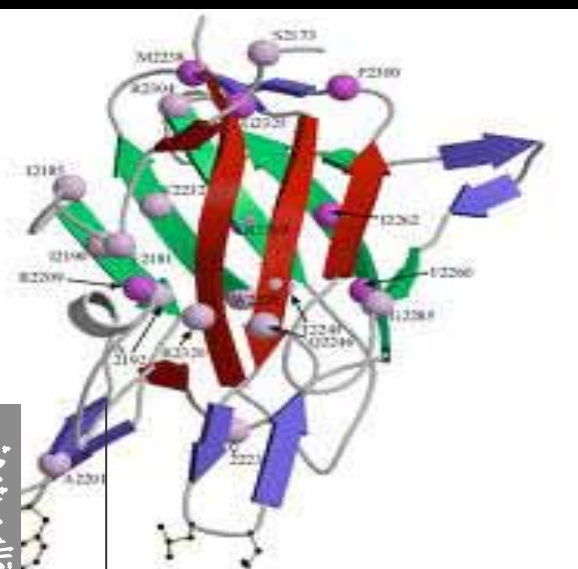
<http://www.Hamshahronline.ir/news>

<http://www.Aftab.ir/lifestyle/view>



روز جهانی هموفیلی

گردآورندگان: مینو حق شناس؛ دانشجوی سال آخر پزشکی
و دکتر سهیلا رشادت؛ متخصص کودکان و نوزادان



روز هموفیلی اولین بار در سال ۱۹۸۹ به جهانیان معرفی شد. در واقع فدراسیون جهانی هموفیلی ۱۷ آوریل (۲۸ فروردین) را به احترام روز تولد فرانک اشنابل، از بنیان گزاران فدراسیون جهانی هموفیلی و یابنده ی فاکتور WFH که نقش مهمی در انعقاد خون دارد به نام روز جهانی هموفیلی معرفی نمود. هدف از برگزاری این روز ارتقاء سطح آگاهی عمومی درباره ی هموفیلی و لزوم بهبود شرایط درمانی برای افراد هموفیل است. هر ساله در این روز شعار خاصی برای این روز در نظر گرفته می شود. برای مثال شعار این روز در سال ۲۰۰۸ «من را بشمارید» بود. کانون هموفیلی ایران نیز از سال ۱۳۸۲ بر اهمیت وجود یک بانک اطلاعات جامع برای ایران واقف گشت و گام های بزرگی در این عرصه برداشته است.

هموفیلی

تعریف: نوعی بیماری ارثی است که در آن خون در محل بریده شده بند نمی آید جز در موارد استثنایی این بیماری فقط در افراد مذکر دیده می شود.

انواع هموفیلی: هموفیلی A و B اختلالات انعقادی وابسته به کروموزوم جنسی هستند که به ترتیب بر اثر جهش هایی در ژن های F8C و F9 ایجاد می شوند. جهش های F8C موجب کمبود یا اختلال عملکرد عامل انعقادی ۸ و فاکتور VIII انعقادی و جهش های ژن F9 باعث کمبود فاکتور IX می شود. هر دوی این فاکتورها از طریق کروموزوم X به صورت یک خاصیت مغلوب منتقل می شود. این بیماری از طریق مادر به پسرانش منتقل شده و مردان نمی توانند این بیماری را به پسرانشان منتقل کنند. هموفیلی در ۸۵٪ موارد ناشی از کمبود فاکتور ۸ است که این نوع هموفیلی موسوم به هموفیلی A یا کلاسیک است.

هموفیلی A

علت: کمبود یا اختلال عملکرد مولکول فاکتور VIII می باشد.



این فاکتور در کبد سنتز می شود و به صورت ترکیب با عامل فون ویلبراند (VWF) در جریان خون گردش می کند. ژن مربوط به این فاکتور روی کروموزوم X قرار دارد.

شیوع: از هر ۱۰ هزار فرد مذکر یک نفر با کمبود یا اختلال عملکرد فاکتور VIII به دنیا می آید.

علائم: خونریزی به داخل بافت های نرم، عضلات و مفاصل تحمل کننده وزن بدن (احتمالاً یک پسر بچه که هنگام بازی فوتبال زانوهایش دچار پیچیدگی می شود و تجمع خون در مفصل زانو که موجب خشک شدن مفصل می شود را دیده اید) معمولاً در بیماران علامت دار مقدار فاکتور VIII کمتر از ۵٪ است و ارتباط نزدیک بین شدت بالینی هموفیلی و سطح پلاسمایی فاکتور هشت وجود دارد. آنهایی که سطح فاکتور هشت در آنها کمتر از ۱٪ باشد مبتلا به فرم شدید بیماری و آنهایی که میزان فاکتور آنها ۱ تا ۵٪ است مبتلا به فرم متوسط بیماری و آنهایی که مقدار فاکتور در آنان بیش از ۵٪ است مبتلا به فرم خفیف بیماری هستند. وبه ندرت و معمولاً ثانویه به تروما دچار خونریزی می شوند. در حالیکه در فرم شدید بیمار دچار خونریزیهای مکرر و حتی بدون وارد آمدن ترومای واضح می شود. در اکثر مبتلایان سطح فاکتور ۸ کمتر از ۵٪ است.

خونریزی ناشی از هموفیلی ساعت ها یا روزها پس از ضربه ایجاد می شود می تواند هر عضوی را درگیر کند و در صورت عدم درمان ممکن است روزها یا هفته ها ادامه یابد که این امر موجب ایجاد تجمعات بزرگی از خون نسبتاً منعقد شده می شود که بر بافت های طبیعی مجاور فشار وارد می کند و موجب نکروز عضله (سندروم کمپارتمان)، احتقان وریدی (فلبیت کاذب) یا آسیب ایسکمیک اعصاب می گردد. مبتلایان اغلب به علت فشار ناشی از یک هماتوم خلف صفاق مخفی دچار نوروپاتی عصب رانی می شوند. همچنین ممکن است در این بیماران کلسیفیه بزرگ حاوی خون و بافت التهابی ایجاد شود که این توده ها با سرطان اشتباه می شوند (سندرم تومور کاذب) بیماران مبتلا به هموفیلی شدید معمولاً مدت کوتاهی پس از تولد به علت وجود یک سفال هماتوم وسیع یا خونریزی فراوان هنگام ختنه تشخیص داده می شوند.

به طور تبیین بیمار مبتلا به هموفیلی با درد و به دنبال آن تورم در یکی از مفاصل تحمل کننده وزن مانند مفصل ران، زانو یا مچ پا تظاهر می کند و خونریزی مفصلی خود موجب خشکی مفاصل می شود. خونریزی در ادرار نیز در غیاب هرگونه آسیب در دستگاه ادراری تناسلی شایع است. خوفناک ترین عارضه هموفیلی، خونریزی حلقی دهانی و خونریزی در سیستم اعصاب مغزی است.



تشخیص: در شک به هموفیلی باید شمارش پلاکت، PTT، PT، BT چک شود. به طور شاخص در این بیماران PTT طولانی بوده و بقیه آزمایشات نرمال است. به علت تشابه بالینی هموفیلی A,B در هر فرد مذکر با شرح حال مناسبی از خونریزی و PTT افزایش یافته باید آزمون های اختصاصی برای سنجش فاکتور ۹ و ۸ انجام شود.

عوارض:

۱. حملات متعدد هپاتیت، افزایش آنزیمهای سلولی کبدی، ناهنجاری هایی در بیوسی کبد
 ۲. ایدز و سندرم های وابسته به آن مانند لنفادنوپاتی منتشر و ترومبوسیتوپنی ایمنی
 ۳. کمبود خفیف آهن بر اثر خونریزی های مزمن
 ۴. دستگاه گوارش یا بینی
۴. کم خونی همولیتیک کومبس مثبت

مشاوره ژنتیک و شناسایی حاملین بیماری: ردیابی آل

(ژن) معیوب در برخی خانواده ها با بررسی وراثت پلی مرفیس طول قطعه محدود (RELP) متصل به ژن فاکتور ۸ امکان پذیر است. تشخیص دقیق در ابتدای حاملگی به کمک نمونه برداری از پرزهای کوریونی یا جفت امکان پذیر است.

درمان: اصول درمان خونریزی در بیماران هموفیلی

- ۱- اغلب علایم خونریزی پیش از شواهد عینی خونریزی به وجود می آیند.
- ۲- نشانه های خونریزی ممکن است تا چندین روز پس از ترومای مشخص پدیدار نشود که به طور کلی می توان در شناسایی زودرس علایم (معمولاً درد) به گفته های بیمار تکیه کرد.
- ۳- از مصرف آسپرین یا داروهای حاوی آسپرین خودداری کنید، این داروها عملکرد پلاستی را مختل می کنند و ممکن است باعث خونریزی شدید شوند. از مهار کننده های سیکلو آکسیژناز می توان استفاده کرد.

محصولات پلاسمایی غنی از فاکتور ۸ میزان دفوریتی های ارتوپدی را کاهش داده اند و عملاً انجام هر نوع عمل جراحی اورژانسی و غیر اورژانسی را امکان پذیر نموده اند. استفاده گسترده از فاکتور ۸ تغلیظ شده باعث ایجاد عوارض جدی نیز شده است از جمله هپاتیت ویرال، بیماری مزمن کبدی و ایدز کرایوپرسیپیتا یکی از درمان های موجود است. امروزه فاکتور ۸ نوترکیب در دسترس است و بیماران مبتلا به هموفیلی باید فاکتور ۸ خالص شده مونو کلونال یا نوترکیب دریافت کنند تا بروز عفونت های ویرال و تماس با پروتئین های نامربوط در آنها به حداقل برسد. هر واحد فاکتور ۸ انفوزیون شده میزانی از فاکتور ۸

مبتلای دیگری نداشته باشد احتمال حامل بودن ۲۰ در ۳ است. در نهایت اگر چه کار آزمایشهای فعلی ژن درمانی بسیار امیدوارکننده است اما هیچ درمان علاج دهنده ای به جز پیوند کبد برای هموفیلی A و B وجود ندارد.

نکته: اگر خانم هایی که ژن را به ارث می برند اغلب دارای مشکل فعال یا هموفیلی نیستند اما برخی اختلالات مرتبط با خونریزی نظیر خونریزی بیش از حد ماهیانه، خونریزی شدید و مکرر بینی و خونریزی بعد از اعمال جراحی و دندانپزشکی در این افراد رخ می دهد.

افراد هموفیلی چه نوع ورزشهایی را میتوانند انجام دهند:

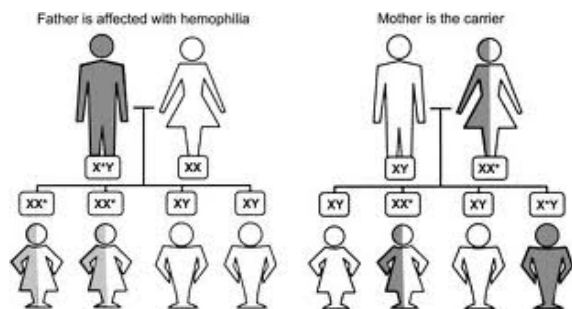
شنا، پیاده روی، تنیس روی میز، دوچرخه سواری و نرمشهای گوناگون. در واقع ورزش های مناسب این بیماران ورزشهای ایروبیک (هوازی) است که کمتر به مفاصل فشار وارد می آورند.

ورزشهایی که باید از انجام آن پرهیزند:

- ورزشهای سنگین مانند وزنه برداری و ورزشهای شدید
- ورزشهای رقابتی، رزمی، کشتی، فوتبال، بسکتبال
- سنگ نوردی و کوه پیماییهای دشوار

برای هموستاز طبیعی خون حداقل نیاز به ۲۵ درصد از فعالیت فاکتور ۸ است

خونریزی های دهان و زبان اغلب به علت گازگرفتگی زبان است و تنها کاری که در این مورد میتوان انجام داد تزریق کسریم فاکتورهای انعقادی است.



منابع:

<http://www.shc.sums.ac.ir>

است که در یک میلی لیتر از پلاسما طبیعی وجود دارد که این میزان سطح پلاسمایی فاکتور ۸ فرد گیرنده را تا ۲٪ به ازای هر کیلوگرم وزن بدن افزایش می دهد. نیمه عمر فاکتور ۸ معادل ۸ تا ۱۲ ساعت است که آنفوزیون مداوم یا حداقل ۲ بار در روز را برای حفظ سطح فاکتور ۸ ضروری می کند. در هموفیلی خفیف داروی جایگزین (سوپر سین (DDAVP)) می باشد. بیماران به مراقبتهای تخصصی ارتوپدی نیز نیاز دارند و باید مفاصل ملتهب آنها برای تسریع بهبودی و جلوگیری از ایجاد کنتراکچری حرکت نگه داشته شود و فیزیوتراپی برای تقویت عضلات و حفظ حرکت مفاصل انجام گیرد.

در تمام بیماران باید قبل عمل جراحی سطح فاکتور ۸ سنجش شود و باید سطح فاکتور ۸ برای ۱۰ تا ۱۴ روز پس از جراحی بیش از ۵۰٪ نگه داشته شود. قبل از انجام اعمال دندانپزشکی نیز به درمان احتیاج دارند.

هموفیلی B

علت: کمبود یا اختلال عملکرد مولکول فاکتور IX این فاکتور نیز در کبد سنتز می شود و برای انجام فعالیت زیستی خود به ویتامین K احتیاج دارد. ژن فاکتور IX روی کروموزوم X قرار دارد. نام دیگر این بیماری، کریسمس است **شیوع:** یک در ده هزار نوزاد مذکر این بیماری از نظر بالینی از کمبود فاکتور VIII (هموفیلی A) افتراق داده نمی شود ولی به درمان متفاوتی احتیاج دارد.

درمان: پلاسما منجمد تازه یا قسمتی از پلاسما که غنی از پروتئین های مجموعه پروترومبین است. امروز فاکتور IX نو ترکیب یا تخلیص شده توسط آنتی باری های مونو کلونال در دسترس است. علاوه بر عوارض مورد انتظار هپاتیت، بیماری مزمن کبدی و ایدز، درمان کمبود فاکتور IX با مخاطرات ویژه ای همراه است مانند فعال شدن سیستم انعقاد و ایجاد ترومبوز و آمبولی بویژه در بیمارانی که جراحی کرده و تحرک ندارند و بیماران مبتلا به بیماری کبدی.

برخی مراکز درمانی برای بیماران مبتلا به کمبود فاکتور IX که تحت عمل جراحی قرار می گیرند از پلاسما منجمد تازه استفاده می کنند در حالی که در سایر مراکز درمانی افزودن مقادیر اندک هپارین به فاکتور IX تغلیظ شده توصیه می شود تا از حالت افزایش انعقاد پذیری کاسته شود.

نکته: خطر توارث هموفیلی: اگر مادری حامل باشد هر یک از پسرانش به احتمال ۵۰٪ ژن های جهش یافته را به ارث خواهند برد.

اگر مادری دارای پسری مبتلا به هموفیلی باشد اما هیچ خویشاوند



بررسی اثر آموزش بر آگاهی و عملکرد تغذیه ای بیماران دیابتی تحت پوشش مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت کرمانشاه

نویسندگان:

شکوه الزمان مظاهری (کارشناس الیهات فقه حقوق اسلامی) دکتر ثریا سیابانی (پزشک عمومی)
دکتر منصور رضایی (عضو هیات علمی مرکز تحقیقات) دکتر علی عزیزی (عضو هیات علمی مرکز تحقیقات)
دکتر علی الماسی (عضو هیات علمی مرکز تحقیقات)

چکیده

سابقه و هدف: دیابت یکی از شایعترین بیماریهای غددی است که در حال حاضر بیش از ۲۰۰ میلیون نفر در سطح دنیا از آن رنج می برند. یکی از علل اصلی کنترل نشدن قند خون، سطح آگاهی پایین بیماران در مورد رژیم غذایی مناسب و عدم رعایت دستورات پزشک است. به بیان دیگر رعایت رژیم غذایی مناسب و اعتدال در برنامه غذایی در واقع مهمترین رکن کنترل قندخون است. پژوهش حاضر براساس نتایج طرح نیازسنجی در پایگاه تحقیقات جمعیتی (که نشان داد حدود ۵/۴٪ مردم منطقه مبتلا به دیابت بودند) و با هدف تعیین اثر آموزش بر آگاهی و عملکرد تغذیه ای بیماران دیابتی انجام شد.

روش کار: این پژوهش پیش تجربی با روش نمونه گیری در دسترس روی ۴۰ بیمار انجام شد. پرسشنامه ای تهیه و روایی آن توسط کارشناسان تأیید و توسط افراد نمونه تکمیل گردید. پرسشنامه دارای ۴۰ سوال (ده سوال مربوط به اطلاعات دموگرافی، ده سوال آگاهی سنج و بیست سوال مربوط به عملکرد) بود. بیماران پس از تکمیل پرسشنامه در دوره آموزشی شرکت نمودند. دوره آموزشی به روش سخنرانی توسط یک نفر کارشناس تغذیه در مرکز تحقیقات دیابت برگزار شد. در پایان آموزش یک بروشور حاوی چکیده مطالب آموزشی به بیماران داده شد. بعد از یک ماه مجدداً همان بیماران پرسشنامه را (با تغییراتی در شکل و با همان محتوا) تکمیل نمودند. در پایان اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS ۱۱٫۵ و آزمون T زوجی آنالیز گردید. کسب نمره کمتر از ۵۰٪ معادل ضعیف، نمره بین ۷۴-۵۰٪ متوسط و نمره بین ۱۰۰-۷۵٪ خوب لحاظ شد.

یافته ها: نتایج تحقیق نشان داد از ۴۰ بیمار دیابتی مورد مطالعه ۸۲/۵ درصد زن و ۷۲/۵ درصد خانوار بودند. قبل از مداخله ۳۵ درصد افراد آگاهی خوب داشتند که بعد از مداخله به ۶۷/۵ درصد رسید. میزان عملکرد خوب قبل از مداخله ۱۷/۵ درصد و بعد از مداخله ۶۷/۵ درصد عملکرد بود. تفاوت معنی داری در میانگین آگاهی و عملکرد قبل و بعد وجود داشت در هر دو مورد $p=0.001$ بود.

بحث و نتیجه گیری: یافته ها نشان داد آگاهی و عملکرد افراد تحت مطالعه بعد از آموزش به میزان قابل توجهی بهبود یافت. لذا متوجه می شویم با وجود مراکز خاص مراقبت از بیماران دیابتی آموزش این بیماران کافی نبوده و نیاز به آموزشهای تکمیلی میباشد.

واژه کلیدی: دیابت، تغذیه، آگاهی، عملکرد، پایگاه تحقیقات جمعیتی کرمانشاه

مقدمه

دیابت یکی از شایع ترین بیماریهای غددی است که در جوامع مختلف میزان شیوع متفاوتی دارد، به طوری که در مناطق مختلف دنیا از ۱ درصد تا ۲۵ درصد گزارش شده است. این میزان در مناطق روستایی عربستان سعودی ۴/۳ درصد و در مناطق شهری ۴/۹ درصد گزارش شده است. در سال ۱۹۹۴، ۴ درصد کل جمعیت هندوستان مبتلا به دیابت وابسته به انسولین بوده اند (۱). اهمیت این بیماری به دلیل شیوع بالا، سیر طولانی و عوارض آن است. سازمان بهداشت جهانی تخمین زده است حدود ۱۷۱ میلیون نفر در سراسر جهان مبتلا به این بیماری هستند که این میزان تا سال ۲۰۳۰ به ۳۶۶ میلیون نفر افزایش می یابد براساس پیش بینی کارشناسان تا بیست سال آینده تعداد افراد دیابتی در

افریقا، مشرق مدیترانه، خاورمیانه و جنوب شرقی آسیا بیش ازدو برابر می شود. شیوع دیابت در جوامع و کشورهای در حال پیشرفت و منطقه اروپایی سازمان بهداشت جهانی (WHO) در سال ۱۹۹۱ میلادی حدوداً ۵۰ میلیون نفر در سراسر جهان به بیماری قند مبتلا بوده اند. شیوع دیابت از ۴ درصد در سال ۱۹۹۵ به ۵/۴ درصد در سال ۲۰۲۵ خواهد

رسید که این نسبت در کشورهای در حال توسعه بیشتر است. به طوریکه در کشورهای پیشرفته با ۴۲ درصد افزایش مواجه هستیم در حالی که در کشورهای در حال توسعه با ۷۰ درصد افزایش مواجه خواهیم بود. در کشور عمان ۱۰ درصد افراد بالای بیست سال مبتلا به دیابت بوده اند، در ایران مطالعات پراکنده ای صورت گرفته است. براساس مطالعه اخیری که توسط مرکز تحقیقات غدد متابولسم دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شده است، تعداد افراد مبتلا به دیابت در سال ۱۳۸۰ در جمعیت بالای بیست سال ایران حدود دومیون نفر با شیوع ۷/۴ درصد تخمین زده شده است و طبق محاسبات انجام شده حدود ۸۵۰۷۲ نفر در هر سال به جمعیت دیابتی ایران افزوده شده است. در حال حاضر بار بیماری دیابت در مقایسه با سایر بیماری ها رتبه هشتم را به خود اختصاص داده است (۴). اطلاعات اخیر سازمان بهداشت جهانی نشان می دهد که حدود سه میلیون و ۲۰۰ هزار مورد از مرگ و میرهای دنیا هر ساله مربوط به دیابت است (۶ مرگ در هر دقیقه). به طور معمول ۵ تا ۸ درصد از بودجه بهداشتی دنیا برای دیابت هزینه می شود. در بعضی کشورها در صورت ادامه این روند تا

تکمیل کردند.

نهایتاً داده‌ها جمع‌آوری گردید. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS ۱۱٫۵ آنالیز شد. میزان آگاهی و عملکرد بیماران قبل و بعد از آموزش با استفاده از آزمون زوجی مقایسه شد. ضمناً برای رتبه‌بندی متغیر آگاهی و عملکرد، نمره کمتر از ۵۰ معادل ضعیف، نمره بین ۷۴-۵۰ معادل متوسط و نمره بین ۱۰۰-۷۵ معادل خوب، در نظر گرفته شد. نتایج به صورت جداول یک بعدی و دو بعدی و نمودار گزارش گردید.

یافته‌ها

نتایج تحقیق حاضر نشان داد از ۴۰ بیمار دیابتی مورد مطالعه ۳۳ نفر (۸۲٫۵٪) زن، ۲۹ نفر (۷۲٫۵٪) خانه‌دار، ۱۱ نفر (۲۷٫۵٪) شاغل و ۳۳ نفر (۸۲٫۵٪) متأهل بودند. ۳۵ نفر (۸۷٫۵٪) پدر و مادر خانواده و ۵ نفر (۱۲٫۵٪) پدر بزرگ و مادر بزرگ بودند (جدول شماره ۱). وزن ۱۰ نفر (۳۵٫۸٪) بین ۷۷-۷۰ کیلوگرم بود و جمعاً ۲۸ نفر (۶۰٪) از وزن خود اطلاع داشتند. در مورد آگاهی بیماران در خصوص رژیم دیابتی، نتایج تحقیق نشان داد آگاهی افراد قبل از آموزش ۱۲٫۵٪ در صد ضعیف، ۳۵٪ در صد خوب بود. بعد از آموزش ۲۰٪ در صد آگاهی ضعیف و ۶۷٫۵٪ در صد آگاهی خوب داشتند (نمودار شماره ۱).

همچنین نتایج این پژوهش نشان داد میزان عملکرد در افراد قبل از مطالعه ۱۵٪ در صد ضعیف و ۱۷٫۵٪ در صد خوب بود. بعد از آموزش عملکرد ۲۰٪ در صد ضعیف و ۴۷٫۵٪ در صد خوب بود (نمودار شماره ۲).

بین آگاهی قبل و بعد از آموزش تفاوت معنی‌دار بود (۰٫۰۱ < P). همچنین این موضوع برای عملکرد اتفاق افتاد (۰٫۰۱ < P). (جدول شماره ۲).

نکته: چند سوال جانبی در مرحله اول از بیماران شد که در مرحله دوم با توجه به عدم ارتباط آنها با اهداف پژوهش تکرار نشدند. نتایجی که از سوالات فوق به دست آمد به شرح زیر بود:

۹ نفر (۲۲٫۵٪) دارای علامت پرنوشی، ۴ نفر (۳۵٪) پرادراری، ۱۸ نفر (۴۵٪) مشکل غذا خوردن و ۱۲ نفر (۳۰٪) در صد) پراشتهایی را از علائم بیماری خود ذکر کردند (جدول شماره ۳). ۶ نفر (۱۵٪) رژیم غذایی با دستور پزشک داشته‌اند و ۲۱ نفر (۴۷٫۵٪) هیچ گونه رژیمی نداشته‌اند. ۵ نفر (۲۰٪) سیگاری کشند. ۸ نفر (۲۰٪) بیماری فشارخون، ۱۰ نفر (۲۵٪) چربی خون و ۱۵ نفر (۳۷٫۵٪) هیچ یک از این بیماری‌ها را نداشته‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که آموزش با افزایش آگاهی بیماران در زمینه تغذیه و رژیم غذایی می‌تواند در عملکرد آنان تأثیر مثبت داشته باشد. یک تحقیق مشابه این پژوهش به منظور تعیین تأثیر آموزش به مادران کودکان مبتلا به دیابت مراجعه‌کننده به درمانگاه غدد در مرکز طبی دانشگاه علوم پزشکی تهران، بر روی میزان تغییرات هموگلوبین گلیکوزیله کودکان آنها انجام شده است. نتایج پژوهش مذکور نشان داد میزان هموگلوبین گلیکوزیله کودکان سه ماه بعد از آموزش بطور متوسط از ۱۵/۱-۸/۹ به ۱۰/۳±۳/۱۱ کاهش یافت. همچنین متغیرهای بیماری مورد

سال ۲۰۲۵ این رقم به ۴۰ درصد می‌رسد. افراد دیابتی ۱۵ تا ۴۰ برابر در مقایسه با بقیه افراد احتمال قطع عضو دارند. افراد دیابتی نسبت به افراد غیر دیابتی تا سه برابر بیشتر احتمال بستری شدن در بیمارستان دارند (۵).

عموماً تمام افراد بالای ۳۰ سال در معرض این بیماری قرار دارند این افراد دارای مشخصات خاصی می‌باشند، مثل چاقی و داشتن سابقه فشارخون و بیماری دیابت در خانواده. همچنین زنانی که سابقه دیابت حاملگی در یکی از حاملگی‌های قبلی داشته‌اند مستعد دیابت هستند (۳).

برخی مطالعات نشان داده‌اند حداقل پنجاه درصد افراد دیابتی از دیابت خودشان آگاهی ندارند. در بعضی از کشورها این رقم به هشتاد درصد می‌رسد (۵).

پژوهش‌های فراوانی تأثیر مثبت آموزش را به اثبات رسانده است (۶ و ۷ و ۸ و ۹). اما نکته مهم در تحقیقات مشارکتی مردمی انجام یک مداخله مطابق با نیازهای مردم منطقه است و از طرف دیگر مهم‌ترین رسالت دانشگاه به عنوان یک نهاد آموزشی و حافظ بهداشت عمومی جامعه، آموزش منجر به تغییر رفتار است.

نتایج طرح نیازسنجی که در پایگاه تحقیقات جمعیتی کرمانشاه در منطقه تحت پوشش مرکز طی سال ۱۳۸۲ انجام شد نشان داد که ۵/۴ درصد جمعیت منطقه از بیماری دیابت رنج می‌برند (۹). لذا یکی از اولویت‌های مرکز تحقیقات برای محققین و نیروهای مردمی این مرکز اجرای یک پروژه مداخله‌ای در راستای کاهش عوارض دیابت بود. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثر آموزش بر آگاهی و عملکرد بیماران دیابتی انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش مداخله‌ای از نوع پیش‌تجربی بود و جامعه مورد مطالعه بیماران دیابتی تحت پوشش مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت کرمانشاه بودند. نمونه‌گیری به صورت در دسترس بود. اسامی بیماران با توجه به پرونده‌های موجود بیماران دیابتی تحت درمان پزشک داخلی درمانگاه ثامن الائمه مشخص شد. ابزار سنجش یک پرسشنامه خود ساخته، شامل سه قسمت (ده سوال مربوط به اطلاعات شخصی شامل جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات، سمت در خانواده، شغل، ده سوال برای سنجش آگاهی و بیست سوال مربوط به عملکرد) بود (پیوست). روایی پرسشنامه از طریق اخذ نظر کارشناسان با روش اعتبار محتوی و اعتبار صوری تأیید گردید.

پرسشنامه‌ها در دو مرحله قبل و بعد از آموزش توسط دو نفر پرسشگر آموزش دیده از طریق مصاحبه با بیماران تکمیل گردید. بعد از جمع‌آوری پرسشنامه در مرحله اول و بررسی اولیه، بیماران توسط کارشناس تغذیه هفته‌ای یک بار. در پنج جلسه دوساعته آموزش داده شدند. در هر جلسه در رابطه با رعایت رژیم غذایی و مصرف درست، سبزیجات، چربیها، شیرینی‌ها، میوه‌ها و حبوبات و غیره مطالبی به صورت سخنرانی به بیماران ارائه شد. همچنین بروشوری (پمفلت) در مورد برنامه رژیم غذایی به هریک از بیماران داده شد. جمعاً ۴۰ بیمار آموزش دیدند و بعد از یک ماه پرسشگران همان پرسشنامه‌ها را (با تغییر شکل ظاهری و حذف برخی سوالات جانبی) ضمن مصاحبه مجدد با بیماران

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی مشخصات فردی بیماران دیابتی

مشخصات فردی	تعداد	درصد
جنس	زن	۳۶
	مرد	۴
سواد	بیسواد	۲۴
	باسواد	۱۶
شغل	خانه دار	۲۹
	شاغل	۱۱
تاهل	مجرد	۷
	متاهل	۳۳
موقعیت در خانواده	پدر	۱۵
	مادر	۲۰
	پدر بزرگ	۲
	مادر بزرگ	۳
جمع	۴۰	۱۰۰

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی آگاهی و عملکرد بیماران دیابتی قبل و بعد از آموزش

	عملکرد			آگاهی		
	خوب	متوسط	ضعیف	خوب	متوسط	ضعیف
قبل	۷	۲۷	۶	۱۴	۲۱	۵
بعد	۱۹	۲۰	۱	۲۷	۱۲	۱
P Value	0.001			0.001		

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی علائم بیماری دیابت در اولین مراجعه بیماران به پزشک

علائم	تعداد	درصد
پر خوری	۱	۲/۵
پرنوشی	۹	۲۲/۵
پرادراری	۱۴	۳۵
مشکل در غذا خوردن	۱۸	۴۵
پراشتهایی	۱۲	۳۰
تهوع و استفراغ	۶	۱۵
دل پیچه ترش کردن	۴	۱۰
علائم دیگر	۱۶	۴۰
جمع	۴۰	۱۰۰

عوارض دیابت یک راه مفید، موثر و به صرفه می باشد. لذا گفته می شود به طور متوسط هر بیمار دیابتی باید حداقل سالی پانزده تا بیست ساعت آموزش ببیند.

پیشنهادات

- ۱- باتوجه به اهمیت رژیم غذایی در کنترل قند بیماران دیابتی پیشنهاد می شود جهت پیشگیری از عوارض دیابت آموزش های لازم به بیماران دیابتی داده شود.
- ۲- یکی از راه های آموزش تشکیل کلاس های آموزشی در مراکز بهداشتی و درمانی است که در دسترس بیماران می باشد.

بررسی هر کودک نیز ماه بعد از آموزش کاهش واضحی را درجهت بهبودی نشان دادند. میزان آگاهی مادران از متوسط $6/5 \pm 1/9$ قبل از آموزش به $9/37 \pm 4/2$ بعد از آموزش افزایش یافت (۶). در پژوهش دیگر که به منظور بررسی تاثیر آموزش بردانش، نگرش و مهارت پرستاران در رابطه با کاهش عوارض شیمی درمانی در بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شهر تهران در سال ۱۳۷۱ انجام گرفت بیانگر اختلاف معنی دار آماری بین دانش، نگرش و مهارت واحدهای مورد پژوهش قبل و بعد از آموزش بود. نهایتاً نتیجه گیری شد که آموزش می تواند نقش اساسی را در بالا بردن کیفیت مراقبت های پرستاری از بیمار داشته باشد (۷).

در پژوهش دیگری که تاثیر دو روش آموزش برافزایش میزان آگاهی پرستاران بخش همودیالیز از هپاتیت ب، راههای انتقال ونحوه پیشگیری از آن در بیمارستانهای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شهر تهران در سال ۱۳۷۰ بررسی شد اختلافی بین آموزش به روش سخنرانی و آموزش با استفاده از جزوه آموزشی برافزایش میزان آگاهی پرستاران وجود نداشت (۸). پژوهش های مذکور تا حدی مؤید تحقیق ما می باشد.

با توجه به نتایج بدست آمده میتوان مشاهده کرد که تفاوت معنی داری بین میزان آگاهی و عملکرد بیماران قبل از آموزش و بعد از آموزش وجود دارد. و این تفاوت بیشتر برای کسانی است که از ابتدا هم آگاهی نسبی نسبت به قضیه داشتند. لذا متوجه می شویم با وجود مراکز خاص مراقبت از بیماران دیابتی و همچنین ویزیت مکرر بیماران توسط پزشکان متخصص، مقدار و یا نحوه آموزش این بیماران کافی نبوده و نیاز به آموزشهای تکمیلی می باشد.

آموزش بیماران و بالا بردن آگاهی آنها و افراد خانواده در مورد تغذیه درست و مناسب، جهت کنترل بیماری و پیشگیری از بروز

منابع

- ۱- حبیبان سونیا، مهدوی زاده علیرضا، حجت زاده علی. طرح پیشگیری و کنترل بیماری دیابت. اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماریها، بهمن ۱۳۷۷، صفحه ۲
- ۲- اخوان بهبهانی علی. بیماری قند. روزنامه جام جم، چهارشنبه ۸۳/۸/۲۷، صفحه ۲۴
- ۳- دلآوری علیرضا، هزاهه علیرضا مهدی، نوروزی نژاد عباس، یار احمدی شهین. برنامه کشوری پیشگیری و کنترل دیابت. کتاب پزشکی و دیابت. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت، مرکز مدیریت بیماریها، تهران مرکز نشر صدا، ۱۳۸۳ - صفحه ۳۲
- ۴- رجب مریم. توصیه غذایی برای سلامت خانواده ها. فصلنامه علمی پیام دیابت، از شماره های ۱۸ تا ۲۲. بهمن ۱۳۸۴، صفحه ۴۳
- ۵- منصوری فریبا. بررسی میزان شیوع دیابت در افراد بالای ۳۰ سال کرمانشاه، سال ۱۳۸۰. طرح تحقیقاتی مرکز بهداشت استان کرمانشاه، صفحه ۱۲
- ۶- اشک تراب طاهره. بررسی و مقایسه تاثیر دو روش آموزش برافزایش میزان آگاهی پرستاران بخش همودیالیز از هپاتیت ب، راههای انتقال و نحوه پیشگیری از آن در بیمارستانهای درمان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی تهران ۱۳۷۰. قابل دسترسی در: <http://Dbase.Irandoc.ac.ie/00046/00046402.htm>
- ۷- دهقانی خدیجه. بررسی آموزش به مادران کودکان مبتلا به دیابت مراجعه کننده به درمانگاه غدد مرکز طبی کودکان دانشگاه علوم پزشکی تهران و بررسی میزان تغییرات هموگلوبین گلیکوزیله کودکان آنها. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی تهران ۱۳۷۱. قابل دسترسی در: <http://Dbase.Irandoc.ac.ie/00046/00046402.htm>
- ۸- حسین زاده مریم. بررسی تاثیر آموزش بردانش، نگرش و مهارت پرستاران در رابطه با کاهش عوارض شیمی درمانی در بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ۱۳۷۱. قابل دسترسی در: <http://Dbase.Irandoc.ac.ie/00046/00046402.htm>
- ۹- عباسی محمد رضا، رنجبر محمد رضا. بررسی نیازهای مربوط به سلامت جمعیت تحت پوشش پایگاه تحقیقات جمعیتی، سال ۸۲-۱۳۸۱، طرح تحقیقاتی شماره ۸۱۰۰۷، محل اجرا دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان کرمانشاه



گرد آورندگان : مریم امانی؛ دانشجوی سال آخر پزشکی و دکتر سهیلا رشادت؛ متخصص کودکان و نوزادان

روز جهانی شیر مادر

همه ساله اول آگوست که بنام روز جهانی شیر مادر نامگذاری شده، در کشورهای مختلف جهان گرامی داشته میشود. هدف از نامگذاری این روز تشویق مادران به تغذیه فرزندان خود از این موهبت الهی است. شعار سال ۲۰۰۷ یونسف بمناسبت هفته تغذیه با شیر مادر: تغذیه انحصاری با شیر مادر در اولین ساعت تولد میتواند جان بیشتر از یک میلیون کودک را نجات دهد. فواید شیر مادر برای نوزاد و مادر:

برای نوزاد:

- بهترین غذا برای کودک که همیشه آماده، تازه و در دسترس است.
- از یبوست نوزاد جلوگیری میکند.
- کودک را از ابتلا به بیماری مثل دیابت دوران کودکی مصون میکند.
- ممکن است ابتلا به سندرم مرگ ناگهانی نوزاد یا سندرم مرگ گهواره را کاهش دهد.
- باعث تکامل رشد آرواره و دندان کودک میشود.
- به تکامل بهتر مغز کودک کمک میکند.
- اگر سابقه ابتلا به آلرژی در خانواده کودک وجود داشته باشد، مصونیت در برابر آلرژی را در کودک افزایش میدهد.

برای مادر:

- خونریزی بعد از زایمان را کاهش میدهد.
- ابتلا به سرطان سینه و تخمدان را کاهش میدهد.
- باعث تقویت استخوانهای بدن مادر میشود.
- چربی اضافی را که طی بارداری در بدن مادر ذخیره شده را از بین می برد.
- نزدیکی با کودک و همسر او در هنگام شیر دادن، باعث میشود رحم مادر بعد از زایمان به اندازه طبیعی بر گردد.
- باعث صرفه جویی در هزینه ها و زمان میشود.

چگونه نوزاد در مقابل بیماریها مصون میشود؟

شیر مادر غذای منحصر به فرد و ایده آل برای کودک در ۶ ماه اول زندگی میباشد و تمامی نیازهای غذایی شیر خوار از لحظه تولد تا پایان ۶ ماهگی را تأمین میکند. تماس بسیار نزدیک و مستقیم مادر و نوزاد از لحظه های اولیه بعد از تولد، نقش بسزایی در موفقیت شیر دهی و تداوم آن دارد. چربی و پروتئین شیر مادر بهتر از چربی و پروتئین شیرهای دیگر هضم و جذب میشود. بهمین دلیل دردهای قولنجی، جمع شدن گاز، استفراغ و حساسیت نسبت به پروتئین در این شیرخواران کمتر مشاهده میشود.

ترکیب شیر مادر همراه با رشد شیر خوار تغییر پیدا میکند، چربی شیر مادر در شروع هر وعده شیر دهی کمتر است و بتدریج بیشتر میشود. این تغییرات به سیر نگه داشتن و افزایش وزن شیر خوار کمک بزرگی میکند. میزان Ca شیر مادر از میزان Ca شیر گاو کمتر میباشد. ولی نسبت Ca/P در شیر مادر بگونه ایست که ضریب جذب Ca شیر مادر از گاو بیشتر میشود. آهن شیر مادر اگر چه کم است ولی بیش از ۵۰٪ آن جذب میشود. میزان vitهای موجود در شیر مادر بستگی به میزان مصرف vit توسط مادر دارد. اگر مادر از نظر سبزیجات و میوه ها تغذیه مناسبی داشته باشد، شیرش از نظر وجود vitها غنی میباشد.

تغذیه با شیر مادر منجر به افزایش مصونیت شیرخوار در برابر عوامل عفونی میشود، طوریکه دیده شده میزان مرگ و میر در اثر اسهال در بچه های زیر ۲ سال و در بچه هایی که از شیر خشک تغذیه میشوند، ۱۸ برابر بچه هایی است که از شیر مادر تغذیه میشوند و این نسبت در مورد عفونت های تنفسی برابر است. بنابراین در زمان بیماری کودک و اسهال نباید شیر مادر قطع شود. در شیرخوارانی که از شیر مادر تغذیه میکنند، مشکل چاقی، افزایش کلسترول در بزرگسالی و خطر ابتلا به بیماری قلبی-عروقی کمتر است. همچنین میزان ابتلا به آسم و آگزما در شیرخوارانی که از شیر مادر استفاده میکنند بسیار کمتر است. بویژه در خانواده هایی که پدر یا مادر یا یکی از افراد خانواده مبتلا به نوعی بیماری آلرژیک است. عفونت خون و عفونت ادراری در کودکانیکه با شیر مادر تغذیه نمیشوند بیشتر است. شیر مادر ضریب هوشی کودک را افزایش میدهد. مصرف آغوز یا کلاستروم توسط نوزاد ضروری میباشد.

آغوز شیری است که در چند روز اول بعد از زایمان ترشح میشود و با وجود اینکه حجم کمی دارد، برای تأمین نیازهای کودک کافی است. همچنین دارای موادیست که کودک را در مقابل بیماریها و عفونتها مقاوم میکند. این شیر خواص ضد میکروبی و ضد ویروسی قوی دارد و مقاومت بدن نوزاد را در مقابل بیماریها بالا میبرد. هنگام شیردادن تماس پوستی و ارتباط چشمی مادر و شیرخوار اهمیت فراوانی در رشد عاطفی کودک و تداوم شیر دهی مادر دارد. بهمین دلیل از شیر گرفتن ناگهانی نوزاد می تواند اثرات روحی بدی در نوزاد داشته باشد و باعث بی اشتهاپی او شود که نهایتاً منجر به سوء تغذیه میگردد. توصیه میشود که هر دفعه شیر از یک سینه به شیرخوار داده شود تا علاوه بر تغذیه شیرخوار از شیر غنی از چربی، در انتهای تغذیه پستان بطور کامل تخلیه شود که این امر منجر به افزایش تولید شیر مادر میشود.

Colostrum: شیر رقیق و آبکی که ۵-۳ روز اول بعد از تولد

نوزاد از سینه مادر ترشح میشود.

باورهای غلط در مورد تغذیه با شیر مادر:

تمامی موارد زیر، باورهای غلطی است که بعضی افراد در مورد شیر مادر و نحوه شیر دهی به نوزاد از سینه مادر، به آنها اعتقاد دارند:

- نداشتن شیر یک مسئله ارثی و خانوادگی است.
- شیر خشک به دلیل داشتن ویتامین و املاح اضافه شده به آن، از شیر مادر بهتر است.
- مادری که شیرخوار دوقلو، نارس و کم وزن دارد نمیتواند شیر دهد.
- سینه کوچک نمیتواند شیر کافی تولید کند.
- شیر دهی باعث تغییر شکل سینه ها میشود. موجب بدفرم شدن شکل و هیكل مادر میشود.
- کلاستروم برای نوزاد مناسب نیست.
- شیر اگر در سینه بماند، فاسد میشود.
- مادر بیمار نباید شیر بدهد. تا چند روز پس از زایمان نباید به نوزاد شیر داد تا شیر ترشح و جمع شود.
- قبل از تغذیه با سینه، اول باید آب قند به نوزاد داد.
- شیر خواران هنگام بیماری نباید از شیر مادر بخورند.
- شیر مادر برای نوزاد مبتلا به زردی مناسب نیست.
- شیر بعضی مادران رقیق و آبکی است.
- شیر مادر به شیرخوار نمیسازد.
- شیرخواران سالم که با شیر مادر تغذیه میشوند، در هوای گرم نیاز با آب اضافی دارند.
- بیدار شدن شیرخوار در شب، زود به زود بیدار شدن نوزاد، گریه و بیقراری نشانه نا کافی بودن شیر مادر است.
- هر چه فاصله ۲ بار شیر دادن بیشتر باشد، شیر بیشتری تولید میشود.
- آشامیدن مایعات زیاد میزان شیر را افزایش میدهد.
- غذاهای گرم یا سرد در افزایش یا کاهش شیر تأثیر دارند.
- مادر شیر ده جهت افزایش شیر دهی باید رژیم خاصی داشته باشد.
- ترک خوردن نوک سینه مانع شیر دادن است.
- در صورت وجود یا لمس روتو در سینه (مجرای بته) شیر دادن باید قطع شود.
- مادری که مائیت دارد، نباید شیر دهد.
- عادت ماهیانه مادر بر شیر دهی او تأثیر دارد.
- مادر شیر ده در صورت حاملگی باید شیر دهی را قطع کند.
- روابط جنسی بر شیر دهی مادر اثر میگذارد.
- مدت تغذیه با سینه باید محدود باشد.
- شیر دهی طولانی مدت ایجاد وابستگی میکند.
- آنتی بیوتیکها شیر مادر را کم میکند.
- کنتراپشن های خوراکی اثری بر شیر دهی ندارند.
- در صورت مصرف دارو توسط مادر نباید شیر بدهد.
- کار مادر در خارج از منزل، مانع شیر دهی است.
- تغذیه با شیر خشک آسانتر از شیر مادر است.
- اگر شیر مادری خشک شد، دیگر امکان برگشت شیر وجود ندارد.

انواع حالات شیر دهی:

Cross Cradle, Football, Cradle, Side Lying

خود درمانی ممنوع

نویسنده: دکتر نادر نادری - متخصص داخلی عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه



مثلاً در مورد مصرف بی رویه کورتن ها ((دگزامتازون، بتامتازون ، پردنیزولون، هیدرکورتیزون و...)) بدون اینکه اطلاع کافی از عوارض این داروها داشته باشیم ((مثل افزایش فشارخون- خونریزی گوارشی - افزایش قند خون - افزایش چربی خون- پوکی استخوان- کاهش سیستم دفاعی بدن درمقابل باکتریها و ویروس ها)) چه عوارض خطرناکی برای بیمار ممکن است به همراه داشته باشد.

بنابراین سعی شود از مصرف خود سرانه داروها و یا مصرف داروهای تجویز شده از سوی اطرافیان ، اقوام و دوستان شدیداً اجتناب شود و در این موارد حتماً با پزشک خود مشاوره لازم صورت گیرد. که در اینجا به نقش اهمیت پزشک خانواده نیز اشاره ای داشته باشم

درمان بیماری ها یک روش علمی و تخصصی است که نیاز به مهارت علمی و تجربه کافی دارد.

با کمال تأسف در جامعه، خود درمانی و همین طور درمان دارویی که از سوی اطرافیان تجویز می شود و رایج است به یک شیوه درمانی تبدیل گردیده است.

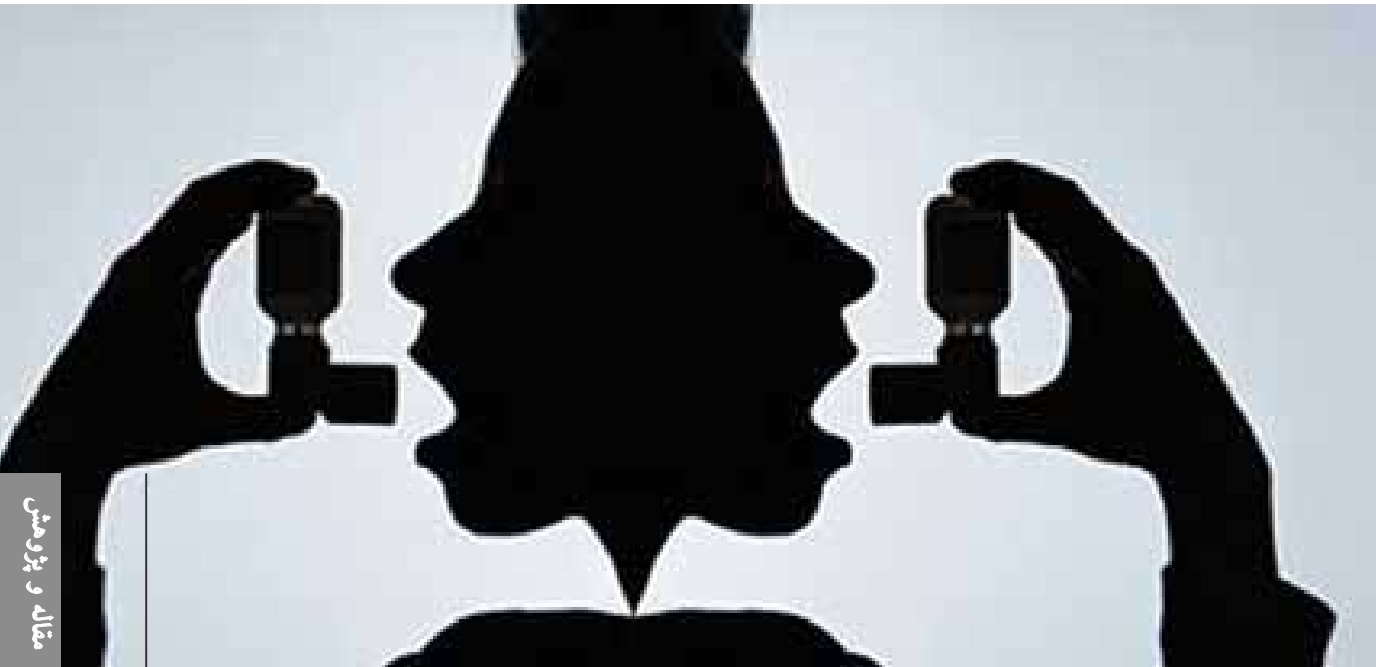
بارها از طرف بیمارانی که به درمانگاه و یا مطب مراجعه می کنند و حال عمومی آنها بدتر و یا بیماری آنها مزمن تر شده است اظهار می شود که آقای دکتر؟؟ خودم دارو مصرف کرده ام .

مثلاً آمپول دگزامتازول و یا آمپول پنی سیلین برای سرما خوردگی تزریق کرده ولی چون بهبودی نیافته ام مراجعه نموده است.

تذکر این نکته لازم است که تشخیص بیمار از سوی پزشک طی یک معاینه بالینی ۱۵ دقیقه ای اغلب مشکل و غیر محتمل است چه برسد به شخص عادی؟ بنابراین درمان بیماری بدون تشخیص قطعی و صرفاً از روی گفته دیگران گاهی آنقدر خطرناک است که ممکن است خطرات جانی برای بیمار ایجاد کند.

آسم

گرد آورندگان : مریم امانی، دانشجوی سال آخر پزشکی
و دکتر سهیلا رشادت؛ متخصص کودکان و نوزادان



آسم انسداد قابل برگشت راههای هوایی بزرگ و کوچک است که ناشی از پاسخ شدید راههای تنفسی به محرکهای ایمنولوژیک و غیر ایمنولوژیک میباشد. به عبارت دیگر آسم بیماری التهابی دستگاه تنفسی است که در طی لنفوستها، نوتروفیلها و ائوزینوفیلها دارد مجاری هوایی شده و آنها تحریک میکنند. کودکان مبتلا به آسم حدود ۹۰٪ - ۸۰٪ اولین حمله آسم را قبل از سنین ۵-۴ سالگی تجربه میکنند. آسم شایعترین بیماری مزمن در بچه ها و یکی از موارد مهم بستری آنان در اورژانس و بیمارستان است و اولین علت غیبت کودکان از مدرسه میباشد.

انواع آسم : آسم آلرژیک ، آسم غیر آلرژیک

در نوع آلرژیک بیمار سابقه شخصی یا خانوادگی مثبت بیماری آلرژیک دارد مثل رینیت آلرژیک، کهیر، آگزما دارای سطح ایمنوگلوبولین بالا بوده و پاسخ تستهای حساسیتی در فاصله وی مثبت است. در نوع غیر آلرژیک کودک بیمار سابقه خانوادگی این بیماری را ندارد و تستهای پوستی او منفی بوده و سطح ایمنوگلوبولین سرم وی نرمال میباشد. آسمی که در دوره کودکی شروع شود اکثراً از نوع آلرژیک و در بالغین بیشتر از نوع غیر آلرژیک است. هر چند که اکثراً بیماران دچار آسم با ترکیبی از هر دو نوع آسم میشوند.

دلیل بروز حمله آسم: بعد از ورود عامل آلرژن که در اکثر موارد از راه هوا وارد سیستم تنفسی کودک میشود، واسطه های شیمیایی مثل هیستامین، پروستاگلانولین ها و کلوترینها که در ائوزینوفیل ها ذخیره هستند، آزاد میشود و در نتیجه ادم و احتقان ریوی و عروقی ایجاد میگردد. بعبارت دیگر علایم بیماری آسم بدلیل ترشح این واسطه ها و عوارض ناشی از آن میباشد.

عوامل تسریع تا تشدید کننده حمله آسم :

۱. فضای بسته و آلودگی موجود در آن : مایت ، کپک ، سوسک
۲. محرکها: دودسیگار، اسپری و عطرها، ورزش، هوای سرد و تغییرات دما و قرار گرفتن در معرض مواد شیمیایی مورد استفاده در صنعت.
۳. تغییرات محیطی و استرسهای ناشی از آن : جابجایی منزل ، مدرسه جدید و ...
۴. حیوانات : گربه، سگ، چوندگان، اسب
۵. داروها : آسپرین ، NS AIDS ، متیل بوتازون ، آنتی بیوتیکها ، βبلوکر
۶. عواطف شدید : ترس ، عصبانیت ، گریه ، خنده شدید



۷. آلرژنهای تنفسی در فضا: درختان، گیاهان دانه دار، کپکها، گرده گیاهان، آلودگی هوا، اسپورها

علائم آسم:

تنگی نفس، سرفه نان پروداکتیو، ویزینگ از علائم اصلی بیماری آسم هستند. ممکن است حمله با احساس فشار در سینه شروع شود. $PR > 120$ ، $RR > 30$ سیانوز، تعریق و بیقراری، دل درد، خستگی زیاد نیز شایع میباشد.

تشخیص:

با کمک بررسی دقیق علائم بالینی بیمار و آزمایشات پاراکلینیکی آسم تشخیص داده میشود، شامل:

CBC, ABG, Pulmonary Function Text (PFT), Radio Allergosor Bent Testing (RAST), Chest.X.Ray

تست پوستی راست در آسم مزمن برای شناسایی عامل آلرژن استفاده میشود و در حمله حاد آسم یا در فردی که آنتی هیستامین مصرف میکند، کاربرد ندارد. رادیوگرافی ریه برای بررسی اثرات و عوارض آسم مثل آتلکتازی و با بررسی علل دیگر مشکلات ریه (جسم خارجی، نئوپلاسم و...) از بیمار گرفته میشود. در آزمایشات خونی ائوزینوفیلی و اسیدوز یا آلکالند تنفسی و متابولیک جستجو میشود.

درمان: درمان بیماری آسم با توجه به نوع آن، شدت و مدت ابتلاء کودک و علت بروز حمله مورد قضاوت است و تجویز داروبرساز این عوامل میباشد. اصلی ترین داروهای مورد استفاده در درمان آسم گروه بتا آگونیست هاست. مانند: سالبوتامول (وتولین)، تئوفیلین، کرومولین سدیم، آمینوفیلین و... همچنین برای رفع مشکلات تنفسی کودک از داروهای کورتیکو استروئید نیز استفاده میشود مثل: پردنیزولون، هیدروکورتیزون، دگزامتازون

بطور کلی هدف از درمان آسم پیشگیری از معلولیت، کاهش بیماری جسمی روانی، کمک بیمار برای داشتن زندگی معمول و شاد زیستن است. برای دستیابی به این هدف باید یکسری اصول درمانی در نظر گرفته شود:

۱. معاینه منظم بیمار هر ۶ ماه یکبار برای کنترل علائم و پیشگیری از تشدید آن
۲. پیشگیری از وخامت بیماری شامل دوری جستن از عوامل تحریک کننده و آلرژنها و استفاده از داروها طبق تجویز پزشک
۳. درمان بیماری، آموزش به بیمار و کنترل محیط

پرستاری در آسم:

بعد از گرفتن تاریخچه بیماری در کودک مبتلا، باید ارزیابی دقیقی از علائم حیاتی هر ۱۵ دقیقه یکبار، وضعیت تنفسی (تعداد تنفس، علائم دیسترس تنفسی، استفاده از عضلات فرعی، صداهای ریوی، گازهای خونی) ضربان قلب و اکسیژناسیون بیمار و سطح هوشیاری بعمل آید. عدم گریه کودک یا شیرخوار دچار کمبود اکسیژن در مقابل پروسیجرهای دردناک درمانی علامت خطر محسوب میشود. بدلیل تاکیکاردی و کاهش مایعات خوراکی ممکن است بیمار دچار دهیدراتاسیون شود. بنابراین کودک باید از نظر علائم کم آبی (برون ده ادراری، خشکی غشاء مخاطی، عدم وجود اشک، تورگور پوستی، کاهش وزن) بدقت بررسی شده و اقدامات لازم جهت رساندن مایعات وریدی به وی



انجام شود.

اکسیژن مرطوب به بیمار داده شود باید توجه داشت رطوبت اکسیژن نباید زیاد باشد مثلاً استفاده از چادر اکسیژن در این مورد جایز نیست. اگر کودک دچار احتباس CO_2 است، میزان اکسیژن نباید بیشتر از lit/mi ۲ باشد. کودک باید در وضعیت نشسته قرار گیرد، زیرا تنفس در این حالت راحت تر است. بیمار باید NPO باشد. بیمار باید از نظر عوارض داروهای تجویزی تحت کنترل باشد. در صورت نیاز میتوان راه هوایی بیمار را ساکشن کرد و وسایل احیاء و لوله گذاری داخل تراشه در دسترس باشد. کودک باید آرام نگه داشته شود. از مواجهه با عواملی که باعث شروع حمله آسم میشود، پرهیز کنید:

۱. گرد و غبار منزل مخلوطی از عوامل آلرژیک زاست و مایتهای محتوای اصلی آن هستند. مایتهای زیر میکروسکپ مانند عنکبوتهای ریزی هستند که زندگی کرده و تولید مثل میکنند، اما به سادگی میتوان آنها را از بین برد.

۲. والدین باید توجه داشته باشند که گردگیری باید زمانی انجام شود که کودک در منزل حضور ندارد.

۳. تهویه خوب هوای منزل، شست و شوی کف منزل بجای جارو کردن، عدم پهن کردن قالی و قالیچه در اتاق کودک

کشیدن پوشش پلاستیکی و غیر قابل نفوذ روی بالش و تشک، شست و شوی پتو و ملحفه در آب ۶۰ درجه سانتی گراد و خشک کردن آن زیر نور مستقیم آفتاب، عدم استفاده از بالش پر

پرهیز از دود سیگار و سایر دخانیات

۴. خارج کردن حیوانات مودار، گلدانها

ورزش جهت رشد کودک ضروری است و نباید آنان را بدلیل ابتلاء به آسم از ورزش کردن منع کرد. باید بیماری را با دارو و درمان صحیح کنترل کرد. بهترین ورزش شنا میباشد. کودک باید داروهای تجویزی را ۱۵ دقیقه قبل از ورزش مصرف کند. در هوای سرد ورزش نکند. طی ورزش از طریق بینی نفس عمیق بکشد و از راه دهان خارج کند. به منظور بررسی میزان تأثیر داروهای آسم ۲-۳ بار در سال باید جهت معاینه پزشک مراجعه کند. باید به کودک روش استفاده صحیح از اسپری را آموزش داد.

کودک مبتلا به آسم:

داروهایش را فراموش نکند.

محدودیتهای خود را بداند.

همیشه قبل از ورزش خود را گرم کند.

علائم حمله آسم را بداند.

گرد آورندگان

مینو نجفی دانشجوی زیست شناسی؛ نیروی مردمی همکار مرکز
سودابه نجفی دانشجوی علوم اجتماعی پیام نور؛ نیروی مردمی همکار مرکز
دکتر سهیلا رشادت عضو هیئت علمی گروه کودکان دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

جمعیت

جمعیت به مجموعه ای از انسان ها گفته می شود که در سرزمین معینی سکونت مداوم دارند و در طول زمان بر حسب ویژگیهایی نظیر سن، وضع فعالیت، وضع ازدواج و... ترکیب ویژه ای یافته است بر اساس ملاکهای مختلف می توان انواع جمعیت را در تقسیم بندی های متنوعی مورد شناسایی قرار داد که عبارتند از:

الف) جمعیت اصلی و فرعی: در بسیاری از مواقع جمعیت به مفهوم عده ساکنان یک منطقه گفته می شود که آن را جمعیت اصلی می نامیم اما گاهی نیز گروههای معینی از ساکنان یک سرزمین بر حسب دارا بودن یک یا چند ویژگی نام جمعیت به خود می گیرند که بهتر است آن را جمعیتهای فرعی بنامیم.

ب) جمعیت قانونی و واقعی: منظور از جمعیت قانونی (مقیم) یادآورده، جمعیتی است که در یک ناحیه معین زندگی می کنند و اساساً این سرزمین را محل اصلی و دائمی خود می دانند در این صورت جمعیت قانونی علاوه بر ساکنان فعلی شامل غائبان وقت نظیر مسافران و... می شود چرا که محل زندگی آنها نیز همین ناحیه بوده و فعلاً بنا به دلایل مختلف در وطن خود حضور ندارند. جمعیت واقعی یا دوفاکتو به جمعیتی گفته می شود که به هنگام سرشماری در آن محل معین حاضر بوده اند و شامل ساکنان حاضر به علاوه مسافران، مهمانان و دانشجویان خواهد بود. علت تفکیک این دو نوع جمعیت در مطالعات جمعیتی آن است که جریان ورود و خروج به یک منطقه یا یک کشور هیچگاه قطع نمی شود و جابجایی جمعیت چه موقت و چه دائم در آن مشاهده می شود.^۱

ج) جمعیت بسته و باز: سه عامل زاد و ولد، مهاجرت و مرگ و میر در افزایش یا کاهش جمعیتها موثر واقع می شود و بهتر آن است که گفته می شود تنها سه عامل فوق در تغییرات حجم جمعیتها نقش ایفا می کنند. جامعه ای که تنها زاد و ولد و مرگ و میر در افزایش یا کاهش جمعیت موثر باشد و مهاجرت در ایجاد تغییرات آن نقش نداشته باشد جمعیت بسته می نامند اما جمعیت باز جمعیتی است که تعداد آن علاوه بر تعداد زاد و ولد و مرگ و میر تحت تأثیر مهاجرت به داخل یا به خارج افزایش یا کاهش داشته باشد.

ساخت و ترکیب جمعیت: جمعیت هر سرزمین معین ۱- دارای توزیع جغرافیایی ویژه، ترکیب سنی و جنسی خاص، وضع فعالیت و اشتغال مخصوص به خود، وضع زناشویی و تعداد خانوار معین، وضعیت آموزشی و سواد خاص و همچنین دارای وضع بهداشت و مسکن ویژه ای است. ساخت جمعیت و تغییرات آن از مهمترین عوامل موثر بر برنامه ریزیهای اجتماعی و اقتصادی محسوب می شود یعنی هرگاه هدف از این برنامه ها افزایش سطح رفاه و تأمین اجتماعی و اقتصادی در کل جامعه باشد شناخت ویژگیهای ساختاری جمعیتی که در تکاپوی برنامه ریزی برای پیشرفت و تعالی آن هستیم مهم و اساسی خواهد بود چرا که این برنامه ریزیها حول محورهای توزیع متناسب جمعیت در سطح سرزمین، اشتغال، آموزشی، بهداشت، تغذیه و مسکن و... شکل می گیرند و لذا لازم است نیازهای جمعیت با استفاده از ساختار آن تشخیص داده شود. این مسئله به ویژه در کشورهای در حال توسعه که اغلب از منابع اقتصادی محدود و رو به کاهش در کنار جمعیت زیاد و رو به افزایش برخوردار هستند دارای اهمیت ویژه ای است.

ترکیب جنسی جمعیت: از آن جایی که ویژگیهای فیزیولوژیکی دو جنس زن و مرد در برخی از موارد با یکدیگر متفاوت



هجدهم میلادی بر حجم جمعیت دنیا به سرعت افزوده شد و روند رشد جمعیت ابتدا در قاره اروپا و سپس در سایر مناطق شتابی بسیار سریعتر از مرحله قبل از انقلاب صنعتی گرفت.

بررسی روند رشد جمعیت ایران

کشور ما ایران جزء کشورهای در حال توسعه ای است که در حد فاصل سالهای ۱۳۵۵ و ۱۳۶۵ دارای میزان افزایش مطلق بسیار بالایی بوده است. رشد جمعیت ایران تا سال ۱۳۰۰ (۱۹۲۱ میلادی) روی ۶٪ درصد ثابت بوده است یعنی سالانه به ازای هر ۱۰۰۰ نفر از جمعیت فقط ۶ نفر به آن اضافه می شد و با این میزان رشد ۱۱۷ سال طول می کشید تا جمعیت ایران ۲ برابر شود اما با ورود وسایل و امکانات بهداشتی و درمانی و کاهش مرگ و میر رشد جمعیت افزایش یافت به گونه ای که در عرض ۴۰ سال به ۳/۱ درصد رسید. به همین دلیل در سال بعد از سرشماری ۱۳۴۵ سیاستهای جمعیتی مبتنی بر کنترل و کاهش باروری به اجرا درآمد که آثار آن در سرشماری بود با کاهش میزان رشد جمعیت ایران دو برابر می شد. تصور چنین رقمی برای زمانی نه چندان دور و پیامدهای اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی آن واقعاً وحشتناک و تکان دهنده بود. لذا زنگ خطر رشد جمعیت و آثار زیانبار آن به صدا در آمد و با اتخاذ سیاستهای جمعیتی مجدداً رشد جمعیت کاهش یافت و در سال ۱۳۷۰ به ۲/۵ درصد رسید.

رابطه جمعیت و توسعه از دیدگاههای گوناگون

رشد بی سابقه جمعیت در کشورهای در حال توسعه، یکی از مهمترین تنگناهای توسعه اقتصادی و اجتماعی این کشورها به شمار می آید. هرچند برخی معتقدند که جمعیت زیاد خود عامل توسعه است اما اوضاع جاری کشورهای در حال توسعه خلاف این نظریه را نشان می دهند زیرا رشد بالای جمعیت افزایش روز افزون نیازهای اقتصادی، اجتماعی، بهداشتی و فرهنگی را به دنبال دارد که تأمین همه آنها نه تنها در کوتاه مدت عملی نیست بلکه در چارچوب برنامه های بلندمدت توسعه نیز، تلاشهایی عظیم و فراگیر می طلبد. از سوی دیگر گروهی نیز بر این باورند که با کاهش جمعیت روند توسعه کشورهای جهان سوم تسریع خواهد شد و موانع مختلف یکی پس از دیگری از میان برداشته خواهد شد این نظر نیز اغراق آمیز است چرا که جمعیت و افزایش سریع آن تنها یکی از عوامل ایجاد کننده بحران و شکاف در فرآیند توسعه است بررسیهای متعدد نشان داده است که کشورهای در حال توسعه عموماً از بحرانهای عمیق ساختاری و توسعه وابسته ضربه می پذیرند و نقش افزایش جمعیت در این ضربه پذیری نقش کاتالیزوری است (یعنی تشدید کننده فعل و انفعالات بحران توسعه نیافتگی)

افزایش یا کاهش جمعیت را تنها زمانی مطلوب تلقی می کنیم که در چارچوب برنامه های توسعه مورد ارزیابی و تأیید قرار گیرد به بیان دیگر این برنامه توسعه و نیازهای ساختاری است که سیاست جمعیتی هر کشور را مشخص می کند بخشی از ملزومات برنامه ریزی توسعه نیز اطلاعات جمعیتی و تحلیلهای جمعیت شناختی است که با استفاده از آنها بتوان مسیر حرکت به سمت اهداف تعیین شده را مشخص کرد.

منابع:

مبانی جمعیت شناسی، سعید تمنا، انتشارات پیام نور، چاپ سوم، سال ۱۳۸۶

است نحوه ترکیب جنسی جمعیت در یک روستا، شهر و کشور تأثیرهای زیادی بر سایر متغیرهای جمعیتی، اجتماعی و اقتصادی به جا می گذارند^۱.

ترکیب سنی جمعیت:

ترکیب سنی جمعیت، نحوه پراکندگی جمعیت بر حسب سن است از نظر اقتصادی ترکیب سنی جمعیت دارای اهمیت زیادی است چراکه تمركز جمعیت در سنین پایینتر نشانگر آن است که باری بیشتر بر دوش جمعیت فعال از نظر اقتصادی قرار دارد. موريس دوره جامعه شناس فرانسوی در خصوص ترکیب سنی جمعیت و تاثیر آن بر رفتارهای سیاسی نظرات جالبی ارائه می کند به نظر او در کشورهای توسعه یافته که زندگی طولانی و میزان زاد و ولد ضعیف است شمار پیران نسبت به جوانان زیاد است و برعکس در کشورهای کم توسعه پیران کمتر هستند لذا پیران محافظه کار ترند و جوانان انقلابی تر جوامع صنعتی بامیانگین سنی بالا بیشتر محافظه کارترند و برعکس کشورهای توسعه نیافته با میانگین سنی پایین انقلابی ترند.

حرکات جمعیت: حرکات زمانی جمعیت ناشی از تغییرات دو عامل مرگ و میر است حرکات مکانی ناشی از مهاجرت است که با محاسبه تفاضل میزان مهاجر پذیری و میزان مهاجر فرستی قابل بررسی است زاد و ولد اولین عامل حرکت زمانی جمعیت است چرا که با کاهش یا افزایش مستمر آن تعداد جمعیت در طول زمان تغییر می یابد علاوه بر این تغییرات زاد و ولد بر مسائل و امور اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی و ... تأثیرات فراوانی دارد.

مرگ و میر نیز همچون ولادت یک پدیده زیست شناختی است و سرنوشت محتوم همه آنهاست که به دنیا آمده اند اگر ولادت و باروری در حرکت زمانی جمعیت نقش مثبتی ایفا می کنند مرگ و میر در این روند نقش منفی و کاهنده دارد. افزایش جمعیت بررسی و تجزیه و تحلیل عوامل رشد جمعیت نظیر ولادت، مرگ و میر و مهاجرت برای شناخت بهتر و دقیقتر مکانیسمهای تاثیر مداری بر رشد جمعیت و نحوه برخورد با آثار مثبت و منفی هر کدام است هرچند که شناخت عوامل یاد شده و کنترل و هدایت آن ها در نهایت تنظیم رشد جمعیت با سطح توسعه اقتصادی و اجتماعی خود از اهمیت ویژه ای برخوردار است.

تاریخچه رشد جمعیت جهان

در مورد تاریخچه رشد جمعیت دنیا سه مرحله اساسی را میتوان مشخص کرد که با ورود از هر مرحله به مرحله دیگر تغییر و تحولی اساسی در روند رشد جمعیت رخ داده است. این مراحل عبارتند از:

- ۱- مرحله قبل از پیدایش کشاورزی که معیشت انسان ها مبتنی بر صید و شکار و خوشه چینی بوده است.
- ۲- مرحله پیدایش کشاورزی که آغاز آن به حدود ۸۰۰۰ سال قبل از میلاد مسیح بر میگردد.
- ۳- مرحله بعد از انقلاب صنعتی

تردیدی نیست که با پیدایش کشاورزی تحولی عظیم در شئونات مختلف زندگی بشر به وجود آمد که منجر به بهبود نسبی سطح معیشت گردید. یکی از نتایج این بهبود افزایش حجم جمعیت و شتاب گرفتن رشد جمعیت در مقایسه با معیشت مبتنی بر صید و شکار و خوشه چینی بود. بعد از انقلاب صنعتی در اواخر قرن

گرد آورندگان : مینا داوری؛ فارغ التحصیل دکترای پزشکی عمومی
و دکترسهیلا رشادت؛ عضو هیات علمی گروه کودکان



روز اهدای خون

تاریخچه

در مرداد سال ۱۳۵۳ شمسی سازمان انتقال خون ایران با هدف سامان بخشیدن به وضع آشفته خون رسانی و به منظور ترویج فرهنگ اهدا، تهیه و تأمین خون و فرآورده های سالم و مطمئن و رایگان برای رفع نیاز بیماران نیازمند، به خصوص مبتلایان به تالاسمی، هموفیلی و لوسمی به وجود آمد. از آن تاریخ به بعد، سالروز تأسیس این سازمان در نهم مرداد ماه، به عنوان روز اهدای خون نام گذاری شده است. جمع آوری خون از داوطلبان اهدا، و آماده سازی آن برای نجات بیماران و مصدومین، ایجاد پایگاه در بیمارستان ها و واحدهای سیار و ثابت جهت تهیه خون، ثبت اطلاعات لازم به منظور دعوت برای اهدای خون به هنگام ضرورت و توزیع خون و فرآورده های آن به مراکز درمانی و بیمارستان ها و از جمله کارهای سازمان انتقال خون ایران می باشد. طبق گفته کارشناسان، هر فرد بالغ (بین ۱۷ تا ۶۵ سال) با وزن متوسط پنجاه کیلوگرم، حدود پنج و نیم تا شش لیتر خون دارد و با اهدای ۲۵۰ سی سی تا ۴۵۰ سی سی از خون خود، نه تنها سلامتی خود را به مخاطره نمی اندازد، بلکه ضمن کمک به سلامتی خود، نجات بخش زندگی دیگری نیز خواهد شد. اهدای خون همچنین می تواند در کشف بیماریهای نهفته در اهدا کنندگان کاملاً مؤثر باشد. هر فرد سالم می تواند در هر سال تا چهار بار با فاصله هشت هفته (دو ماه) خون اهدا کند.

شناخت خون:

بدون تردید خون پدیده ای بسیار پیچیده است که انسان نمی تواند ادعا کند که به تمام ویژگیهای این ماده واقف شده است. خون در حرکتی پیوسته و بی وقفه مسیری در حدود ۱۲۱ هزار کیلومتر را در بدن آدمی می پیماید تا به جریان زندگی دوام بخشد. چنین مسیری طولانی تر از مجموع خطوط هوایی همه شرکت های هواپیمایی جهان است. خون بافت زنده ای است که در آمد و شد دائمی خود به شصت میلیارد سلول بدن سرکشی می کند و ضمن جمع آوری مواد زاید سلولها، مواد لازم را برای ادامه حیات و فعالیت در اختیارشان



قرار میدهد.

نیز تنظیمات داخلی بدن را خون فراهم می آورد.

ضرورت اهدای:

خون خون سالم، نجات دهنده زندگی است. همه روزه، در سراسر جهان بسیاری از افراد به خون و فرآورده های خونی نیاز پیدا می کنند، بطوریکه از هر سه نفر مردم دنیا، یک نفر در طول زندگی احتیاج به تزریق خون و فرآورده های خونی پیدا می کند

بارزترین مثال برای موقعیت هایی که در آن نیاز مبرم به خون پیدا می شود عبارتست از زمان بروز حوادث و سوانح گوناگونی نظیر تصادفات رانندگی، سوختگی ها و اعمال جراحی. همچنین خانم های باردار در حین زایمان، نوزادان و بخصوص نوزادان نارس که به زردی دچار می شوند، از جمله دیگر نیازمندان به خون می باشند. از طرفی بیماران سرطانی که تحت شیمی درمانی یا اشعه درمانی قرار دارند هم از مصرف کنندگان خون و فرآورده های آن هستند؛ و بسیاری از دیگر بیماران نیز ناگزیرند برای بهره مندی از یک زندگی نسبتاً طبیعی برای تمامی عمر به شکل منظم خون یا فرآورده های خونی دریافت نمایند، مانند بیماران تالاسمی و هموفیلی.

در حال حاضر، با وجود پیشرفتهای چشمگیر در زمینه علم پزشکی هنوز هیچگونه جایگزین مصنوعی برای خون ساخته نشده است و فقط خونی که توسط انسانهای نیکوکار اهدا می شود، می تواند جان انسانهای دیگر را از مرگ نجات بخشد. عدم وجود جایگزین مناسب برای خون، محدود بودن مدت زمان نگهداری خون و فرآورده های خونی، همیشگی بودن نیاز به خون و فرآورده های آن سبب شده تا اهدای خون از اهمیت و جایگاه ویژه ای برخوردار شود. شما ممکن است در تعطیلات نوروزی و یا تعطیلات تابستانی آنقدر مشغول برنامه ریزی برای اوقات فراغت خود و ترتیب دادن مسافرت ها و برنامه های تفریحی شوید که در آن روزهای خاص از اهدای خون غافل شوید، اما هیچگاه نباید فراموش کنید که بیماری، سوانح و تصادفات هرگز تعطیل پذیر نیستند و مطمئن باشید که سازمان انتقال خون در کنار بیماران نیازمند، در همه این روزها، بی صبرانه منتظر حضور شما خواهد بود.

بیماری های قابل انتقال از طریق دریافت خون

سازمان انتقال خون وظیفه دارد سلامتی شما را که خون اهدا می کنید و سلامتی خونی که شما اهدا کرده اید را تامین کند. به همین دلیل پیش از دریافت خون از یک اهداکننده داوطلب، باید مطمئن شد که او شرایط لازم برای اهدا خون رداشته و هیچ یک از مواردی که باعث معافیت او از اهدای خون می شود، را ندارد و با انجام مصاحبه و معاینه قبل از اهدا و اطلاعاتی که از داوطلب دریافت می شود، از کسانی که در معرض آلودگی احتمالی به ویروس ها و عوامل بیماری زای مهمی که می توانند

برخلاف تصور، خونی که در رگهای آدمی جاری است یکنواخت و بدون تغییر و تحول نیست و بدین لحاظ است که خون را بافت زنده می شناسند. مثلاً به فاصله یک چشم برهم زدن حدود یک میلیون و دویست هزار سلول قرمز به پایان عمر صد و بیست روزه خود می رسند و در همین زمان مغز استخوان به همان تعداد سلول قرمز تولید می کند و آنها را وارد جریان خون می سازد.

استخوان ها در طول زندگی انسان حدود پانصد کیلوگرم سلول قرمز تولید می کنند و هر سلول تا پایان عمر خود هفتاد هزار بار از قلب به نقاط مختلف بدن سفر می کند. در مرحله نخست قلب مانند تلمبه خون را به اندامها و بافت ها می رساند. جاری شدن خون در رگ ها به صورت موج هایی متناوب و مجزا است و وظیفه تنظیم حرکت خون نیز به شاهرگ ها واگذار شده است. در چنین شرایطی خون به تمام بدن می رساند. فشار خون در انتهای مسیر به صفر می رسد و به همین سبب ورزش موجب تسریع گردش خون می گردد.

گروه های خونی:

گروه های خونی را براساس ساختمان شیمیایی موجود در سطح گلبول های قرمز به چهار گروه A, B, AB, O تقسیم کرده اند. بدین ترتیب هر گروه خونی مختصاتی دارد و نباید به انسانی دیگر با گروه خونی نامتجانس تزریق شود، اما گروه O را به علت ساختمان خاص گلبول های آن که نه ضد A و نه ضد B هست می توان به دیگر گروهها تزریق کرد.

خون چیست ؟

آیا تا به حال فکر کرده اید که اگر زمانی سیستم حمل و نقل شهری در محل زندگی شما متوقف شود، چه اتفاقی خواهد افتاد؟ یا اگر زمانی پلیس، آتش نشانی، شهرداری، هلال احمر و دیگر سازمان های امدادی و خدماتی از ادامه انجام وظایف خود باز ایستند، چه پیش خواهد آمد؟ در این صورت ارزاق و مایحتاج عمومی در جامعه کمیاب شده و زباله های شهری روی هم انباشته می گردند؛ و کسی نخواهد بود تا از شما و اموال تان حفاظت نماید. به همین ترتیب، اختلال در حمل و نقل مواد غذایی و مواد زاید در بدن و نیز حفاظت بدن در مقابل میکروارگانیسم های مهاجم باعث به خطر افتادن روند عادی و توازن در بدن می گردد. انجام این خدمات حیاتی در بدن انسان، بر عهده دو دستگاه قلبی عروقی (گردش خون) و دستگاه لنفاتیکی می باشد و خون بستر اولیه این نقل و انتقالات بشمار می آید. خون تنها بافتی است که در درون بدن در گردش است. از جمله وظایف حیاتی خون، رساندن مواد لازم به سلولها و دورکردن مواد زاید از آنهاست. علاوه بر آن، بسیاری از ابزارهای ضروری برای مقابله با مهاجمین خارجی و

آیا می دانید اگر در دوره پنجره ، خون خود را اهدا کنید ، هیچ آزمایشی آن را تشخیص نمی دهد؟
آیا می دانید با تزریق آن به بدن کودکی معصوم و یا بیماری رنجور، فاجعه ای هولناک را به آنان هدیه کرده اید؟

رفتارهای پرخطر

انجام بعضی از رفتارها در زندگی، فرد را در معرض خطر ویژه ای برای ابتلا به عفونت های قابل سرایت با خون مانند هپاتیت های B / C و ایدز قرار می دهد. این گونه رفتارهای خاص را « رفتارهای پرخطر » می گویند.

بعضی از رفتارهای پرخطر عبارتند از:

۱. مصرف مواد مخدر تزریقی
۲. تماس جنسی نامطمئن
۳. خالکوبی، طب سوزنی، سوراخ کردن گوش یا قسمتی از بدن
۴. استفاده مشترک از سرنگ آلوده ، تیغ و یا سایر ابزاری که با خون تماس مستقیم دارند .

اشخاصی که چنین رفتارهایی دارند، نباید برای اهدای خون اقدام کنند. زیرا آنها با این کار خود سلامت بیماران استفاده کننده از خون را به خطر می اندازند؛ مگر آنکه دست کم یکسال از کنار گذاشتن اینگونه رفتارهایشان گذشته باشد؛ حتی در بعضی موارد مانند تزریق مواد مخدر، افراد تا پایان عمر نیز اجازه نخواهند داشت، خون خود را اهدا نمایند. بنابراین داشتن دقت و صداقت در پاسخ به پرسش هایی که به هنگام مصاحبه و معاینه پزشکی مطرح می شوند، از اهمیت فوق العاده زیادی برخوردار بوده و پاسخ غیر مسوولانه می تواند سلامت گیرنده خون را با خطر جدی روبرو سازد.

منابع:

<http://www2.iran.ir/occasion.9mordad85/001.jpg>

از طریق خون انتقال یابند (مانند هپاتیت های B و C ، ایدز و سیفلیس) خون دریافت نخواهد شد. با این وجود برای اطمینان از سلامتی خون های اهدا شده، هر واحد خون اهدا شده علاوه بر تعیین گروه و تعیین وجود آنتی بادی، از نظر این عفونت های مهم قابل انتقال از طریق خون شامل:

- هپاتیت B
- هپاتیت C
- ویروس HIV (عامل ایدز)
- سیفلیس

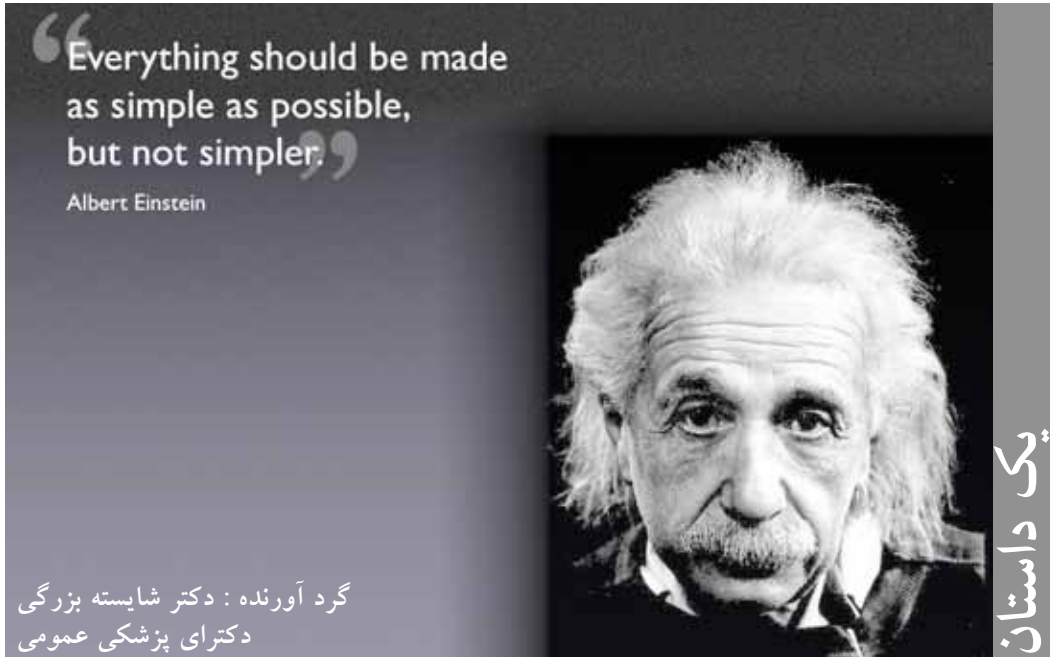
نیز آزمایش غربالگری می شود. اگر آزمایش مثبت گزارش شود، در هر حال خون اهدایی مصرف نخواهد شد. ولی برای تایید آن، «آزمایش تاییدی» انجام می گیرد. در صورت مثبت شدن آزمایش در این مرحله، اهدا کننده از جهت درمان و پیشگیری از سرایت بیماری به دیگران، مورد مشاوره و آموزش قرار می گیرد و دیگر هیچوقت تا پایان عمر نباید خون اهدا نماید. در صورت نامعین بودن آزمایش تاییدی، فرد باید مجدداً آزمایش شود. ولی در صورت منفی بودن آزمایش تاییدی احتمال بیمار بودن فرد بسیار کم است با این حال او دیگر نمی تواند خون اهدا نماید.

مفهوم دوره پنجره

در تشخیص اغلب بیماریهای عفونی، مبنای آزمایشات رایج طبی، پیدا کردن آنتی بادی ضد عوامل بیماری زا در خون های آزمایش شده می باشد و نه پیدا کردن خود این عوامل. از زمان ورود عامل بیماریزا به بدن فرد آلوده تا ساخته شدن آنتی بادی ضد آن ممکنست هفته ها حتی ماه ها طول بکشد. در این فاصله زمانی، آزمایشات طبی آلودگی را نشان نمی دهند. به زبان دیگر در روند تشخیص آزمایشگاهی فاصله یا روزنه ای ایجاد می شود که این فاصله را به اصطلاح « دوره پنجره » می نامیم.

در بیماریهایی مانند هپاتیت B / C و ایدز که با خون سرایت می یابند ، از زمانی که ویروس بیماری زا وارد بدن می شود تا زمانی که بیماری توسط آزمایش خون قابل شناسایی شود ، مدت زمانی طول می کشد . این زمان را « دوره پنجره » می نامند .

بنابراین در این دوره گرچه درخون افراد ویروس وجود دارد ولی نتیجه آزمایش آنها منفی است. بنابراین چنانچه این خون به فردی تزریق شود می تواند سبب انتقال بیماری به فرد دریافت کننده خون شود.



گرد آورنده: دکتر شایسته بزرگی
دکترای پزشکی عمومی

روزی یک استاد دانشگاه تصمیم گرفت دانشجویانش را به چالش بکشد او پرسید: آیا خداوند تمام چیزهایی را که وجود دارند آفریده است؟ یکی از دانشجویان با شجاعت گفت: بله. استاد دوباره پرسید: همه چیز؟ دانشجو جواب داد: همه چیز. استاد گفت: در این صورت خدا شر و بدی را هم آفریده، چون بدی وجود دارد

دانشجو برای این حرف پاسخی نداشت و ساکت ماند.

استاد از اینکه بار دیگر توانسته بود ثابت کند که ایمان افسانه ای بیش نیست به شغف آمده بود. ناگهان دانشجوی دیگری دست بلند کرد و گفت: استاد آیا میتوانم از شما سؤالی بپرسم؟

استاد: بله، البته؛

دانشجو: آیا سرما وجود دارد؟

استاد: بله، تا به حال احساس سرما نکرده اید؟

دانشجو: بله- ولی سرما وجود ندارد. طبق علم فیزیک سرما عدم حضور مطلق گرماست. یک شیء زمانی میتواند مورد مطالعه قرار بگیرد که انرژی داشته باشد و آن انرژی را پراکنده کند و این گرماست که انرژی اشیاء را انتقال میدهد.

بدون گرما همه چیز راکد است و توانایی واکنش ندارد، اما سرما وجود ندارد ما واژه سرما را برای توضیح نبود گرما خلق کردیم. و تاریکی؟

استاد گفت: تاریکی وجود دارد.

دانشجو گفت: استاد شما دوباره اشتباه کردید. تاریکی عدم حضور روشنایی است. شما میتوانید نور و روشنایی را مطالعه کنید اما نمیتوانید تاریکی را مطالعه کنید. منشور نیکل نشان میدهد که نور بسته به طول موجش به چندین رنگ مختلف تجزیه میشود. تاریکی واژه ای است که برای توضیح نبودن نور خلق کرده ایم.

دانشجو آخر پرسید: بدی چطور، و استاد آیا بدی وجود دارد؟

خدا بدی را نیافریده است. شر و بدی نبودن خداوند در قلب انسانهاست. بدی عدم حضور عشق و انسانیت و ایمان در قلب انسانهاست. عشق و ایمان مانند گرما و نور وجود دارند و نبود آنها به شر و بدی میانجامد.

و این بار نوبت استاد بود که ساکت بماند.....

نام آن دانشجو آلبرت انیشتین بود.

روز جهانی بهداشت

گردآورندگان: نسیم رشیدی؛ دانشجوی سال آخر پزشکی
و دکتر سهیلا رشادت؛ عضو هیات علمی گروه کودکان دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه



تاریخچه

روز هفتم ماه آوریل هر سال (برابر با ۱۸ فروردین)، روز بهداشت جهانی یاد آور روزی است که گروهی از کشورهای جهان در سال ۱۹۴۸ تشکیل سازمان بهداشت جهانی را مورد تصویب قرار دادند. سازمان بهداشت جهانی در سال های بعد برای نظم بخشیدن به فعالیت های بهداشتی در سراسر جهان هر ساله شعارهایی از قبیل: تندرستی برای همه، سلامت کودکان، سلامت جوانان، یک روز بدون سیگار، سالم زیستن، بهداشت تمامی مادران و کودکان و بالاخره شعار امسال **سلامت در حوادث و بلاها** را برگزید. برخوردار شدن از بالاترین سطح قابل دسترسی یا استاندارد تندرستی از حقوق اساسی هر انسان بدون در نظر گرفتن نژاد، مذهب، عقاید سیاسی، وضع اقتصادی و یا وضع اجتماعی است. کارشناسان می گویند: تأمین بهداشت فردی و اجتماعی، تنها مشروط و موقوف به تأمین اعتبارات مالی کافی نیست، بلکه بخش قابل توجهی از مشکلات موجود در کشورهای جهان به ویژه در کشورهای عقب افتاده و یا در حال توسعه را می توان از راه آموزش های فرهنگی و ارائه خدمات ارزان قیمت بهداشتی از بین برد. بنابراین، بیش از آن که به امر درمان اهمیت دهیم باید مسئله **پیشگیری** را در اولویت قرار دهیم، چرا که با پیشگیری صحیح و به هنگام، می توان با بسیاری از بیماری ها، نارسایی ها و مشکلات بهداشتی به مقابله برخاست و هزینه های درمانی و خدمات پزشکی را به میزان قابل توجهی کاهش داد. کارشناسان سازمان معتقدند برای خوب زیستن، تندرست ماندن، با نشاط بودن و از زندگی بهره لازم را بردن، ناگزیر بایستی به استانداردهای زندگی توجه داشت و برای دستیابی به آنها تلاش کرد.

تغذیه سالم عمومی ترین و اساسی ترین این استانداردها است. ضرر و زیان های الکل، سیگار و مواد مخدر بایستی همواره در جامعه به صورتی برجسته تبلیغ و تبیین شود. در زمینه بهداشت فردی بایستی از ورزش، تحرک کافی و رابطه سالم با اطرافیان بحث و گفتگو شود و در جهت تأمین وسایل و ابزار کافی برای پرداختن به آن تلاش مناسب و در خور به عمل آید. تأمین سلامت روانی افراد در جامعه، از جمله فاکتورهای اساسی و مهم ایجاد تعادل عمومی در جامعه است. توجه فردی و عمومی به بهداشت دهان و دندان، انجام به موقع واکسیناسیون، افزایش آگاهی نسبت به مصرف انواع دارو، حساسیت افراد خانواده به حفظ سلامت و بهداشت خانواده، رابطه جنسی سالم و آگاهی



مؤثر، یک اجلاس هم‌اندیشی جهانی در زمینه شهرنشینی سالم با حضور سیاستگذاران ارشد و شهرداران منتخب سراسر دنیا در شهر کوبه ژاپن در تاریخ ۱۵ الی ۱۷ نوامبر ۲۰۱۰ برگزار می‌شود.

یکی از برنامه‌های روز جهانی بهداشت شامل یک طرح جهانی بی‌سابقه با موضوع «هزارشهر، هزار زندگی» می‌باشد. این طرح باعث گردهم آوردن سیاستگذاران، جوامع و افراد می‌شود که سلامت را بعنوان یک اولویت در سیاستگذاری شهری در نظر بگیرند. هدف این طرح انجام اقدامات در سطوح مختلف می‌باشد و نشان می‌دهد که برای بهبود سلامت در شهرهایمان، نیازمند مداخلات بین‌بخشی و حمایت جامعه می‌باشیم.

– برنامه ریزی میان مدت و بلندمدت برای توسعه برنامه‌های بهداشتی شهری
اهداف:

آغاز گفتگو با افراد جامعه و آماده نمودن یک راهبرد جامع برای پیشبرد سلامت شهری در برنامه‌های ملی استراتژیک حال و آینده

توسعه برنامه شهرهای سالم و کمک به تأسیس / تقویت شبکه‌های منطقه‌ای و ملی شهرهای سالم

ارزیابی، تحقیق و اطلاعات:

شناسایی نیازها و ظرفیت سازی بعد از اینکه نیازها شناسایی شده است. مشخص نمودن اولویتها در سطح محلی و حمایت از مداخلات محلی بمنظور از بین بردن کمبودها و شکافها.

مشارکت و فعال سازی منابع:

ایجاد گفتگو بین شرکا با هدف افزایش تأمین منابع برای بخش خصوصی، محلی و بین‌المللی بمنظور گسترش سلامت شهری. بوجود آوردن گروههای مرکب از کارشناسان محیطی و سلامت شهری و درگیر نمودن شخصیت‌های ملی، رهبران و صاحبان نظران.

اصول راهنمای چهارچوب فوق‌الذکر:

- رویکردهای مبتنی بر جامعه
- مشارکت و اقدام بین‌بخشی
- درگیر نمودن جوانان، کودکان و زنان
- استفاده ابتکاری از رسانه‌های الکترونیک، به خصوص برای ارتقای آگاهی
- برقراری عدالت
- رویکرد کلی نگر و تمرکز ویژه روی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت

علمی از بهداشت جنسی، فاصله‌گذاری بین تعداد فرزندان، پرهیز از خستگی و کوفتگی و برخورداری از هوشیاری و دقت لازم، توجه به بهداشت زایمان، تلاش در جهت بالا بردن سیال‌های عمر، رسیدگی به امور ویژه سالمندان و مانند آن مجموعاً به تأمین و گسترش سلامت فردی و اجتماعی می‌انجامد.

روز بهداشت جهانی که همه ساله در کشورهای مختلف جهان، از جمله ایران برگزار می‌شود، تأکیدی است بر این مهم و یاد آور رسالت و وظیفه خطیری است که مردم و مسئولان جامعه به صورت متقابل در این زمینه بر عهده دارند.

هدف سازمان جهانی بهداشت

هدف این سازمان، فراهم کردن حداکثر امکانات بهداشتی و سلامتی برای کلیه انسان‌های روی زمین است به دنبال این هدف، سازمان، برنامه‌های زیادی را به مرحله اجرا می‌گذارد تا زمینه مساعدت کشورها را برای تقویت بهداشت عمومی خود فراهم کند.

برنامه‌های روز جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۰

اهداف

بوجود آوردن علائق سیاسی در سطوح بالا در زمینه شهرنشینی و سلامت از طریق تعهد و انجام اقدامات توسط دولتها، سازمانهای بین‌المللی، اهداءکنندگان، جامعه شهری و بخش بازرگانی بمنظور قرار دادن سلامت در بخش مهم سیاستگذاری شهری.

– ارتقاء آگاهی و فهم عمومی در زمینه اثرات سلامت محلی و جهانی در سیاستگذاری شهری

– ایجاد مشارکت بین‌بخشی و فرابخشی در سطوح محلی و بین‌المللی بمنظور ارتقاء سلامت در محیطهای شهری

– بوجود آوردن اقدامات مؤثر توسط سازمانها و جوامع محلی بمنظور ارتقاء سلامت در سیاستگذاری شهری

– اقدامات در برنامه روز جهانی بهداشت

برنامه‌های روز جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۰ محدود به یک روز نیست و آن یک برنامه بلندمدت و با حضور چندین بخش با موضوع شهرنشینی و سلامت می‌باشد. یکی از بزرگترین چالشها در برنامه روز جهانی بهداشت امسال، زنده نگه داشتن و حفظ برنامه‌های روز جهانی بهداشت در طول سال می‌باشد. بنابراین مراسم روز جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۰ بعنوان آغاز برنامه‌ها با موضوع شهرنشینی و سلامت در طی سال ۲۰۱۰ می‌باشد. در این سال، جلسه ارائه گزارش جهانی در زمینه شهرنشینی و سلامت با همکاری سازمان جهانی بهداشت و UNHABITAT برگزار می‌شود. همچنین، بمنظور گرد آوردن سیاستگذاران و برنامه‌ریزان شهری برای انجام اقدامات

منابع:

<http://www.topiranian.com>

<http://www.behshahr.health.ir>

<http://www.vefagh.co.ir>

<http://www.tebyan.net>

<http://www.hawzeh.net>

<http://shc.sums.ac.ir>

گردآورنده: فریبا-بنی هاشمی
نیروی مردمی همکار مرکز

نصایحی از کتاب پانصد حدیث

انتخاب دوست خوب

امام علی (ع): رفیق واقعی تو کسی است که به تو راست می گوید آن کس که هرکاری تومی کنی عمل تو را تصدیق می کند (الایضاح - ص ۷۱ - شرح کلمات امیرالمومنین - ج ۴ - ص ۱۵۱ منسوب به آن حضرت)

امام علی (ع): دوری کن از همنشین بد زیرا او همنشین و رفیق خود را فاسد و هلاک می سازد
غررالحکم - ج ۱ - ص ۱۴۲

امام علی (ع): گله گذاری زنده کننده پیوند دوستی است برای اینکه اگر دوست در دلد خود را برای دوست بگوید دوست به او خوشبین می شود
غررالحکم - ج ۱ - ص ۱۵

امام علی (ع): همنشینی با نیکان کسب خیر می کند مانند باد که چون برگل وزد بوی عطری آورد و همنشینی با شرار و بدان کسب شرمیکند مانند باد که به مزبله بورزد بوی بد می رساند
غررالحکم - ج ۱ - ص ۴۵۴ و ۴۵۵

امام علی (ع): رفیق خوب نیست مگر آن کسی که رفیق خود را در ۳ وقت تهی دستی و در غیاب و حتی پس از مرگ هم یاری کند و اسرار او را حفظ نماید
نهج البلاغه فیض - حکمت ۱۲۹ - ص ۱۱۴۰

امام علی (ع): بدترین برادران تو برادری است که با تو مدارا کند و به مدح تو پردازد ولی عیب تو را بپوشاند و برای رفع آن ترا یاری نرساند
غررالحکم - ج ۱ - ص ۴۴۶

امام علی (ع): دوست خوب نسبت به انسان نزدیکتر از خویشاوندان است
فهرست غرر و درر آمدی - ص ۲۰۳

امام موسی کاظم (ع): همنشینی با اهل دین و درستی موجب شرافت دنیا و آخرت است
بحار الانوار - ج ۷۵ - ص ۳۱۳

روابط صحیح زناشویی

پیامبر اکرم (ص): بهترین شما خوشرفتارترین شخص با همسر و خانواده خویش است زنان را محترم نمی شمارد مگر شخص بزرگوار و خواری نمی شمارد مگر افراد پست و فرومایه
وسایل الشیعه - ج ۱۴ - ص ۱۲۲ - کنز العمال ج ۱۶ - ص ۳۷۱

تغذیه مناسب

امام علی (ع): بر تو بادیه کم خوردن زیرا کسی که پر خوری می کند بیماریهای او زیاد و خواب او فاسد و پریشان می گردد
غررالحکم - ج ۱ - ص ۱۴۷

امام علی (ع): کسی که تمام همت و کوشش خود را مصروف پر کردن شکم خود کند قیمت و ارزش او همان چیزی است که از او خارج میشود
غررالحکم - ج ۲ - ص ۶۸۶

منابع: پانصد حدیث منظوم اعتقادی و اخلاقی نوشته احمد صادقی اردستانی

گرددآورنده : دکتر شایسته بزرگی
دکترای پزشکی عمومی

چند غذای تقویت کننده سیستم ایمنی بدن



۱- سیر: که در تمام دنیا در غذاها استفاده میشود، نه تنها مقدار زیادی روی (Zn) به غذا اضافه میکند بلکه برای سلامتی بسیار ضروری است. دانش جدید نقش سیر را در کاهش کلسترول و جلوگیری از تصلب شرایین را اثبات کرده است. اثرات تقویت سیستم ایمنی سیر به غلظت بالای ترکیبات سولفوردار آن از جمله آلیسیس بر میگردد.

۲- زردچوبه: سالهای طولانی است که به عنوان ضد التهاب در درمان استئوآرتریت و روماتوئیدآرتریت استفاده میشود. مقادیر بالای کورکومین که باعث رنگ زرد زردچوبه می شود اثرات ضد سرماخوردگی قوی ای دارد.

۳- چای سبز: بعنوان یکی از محبوب ترین نوشیدنیها، قرنها مورد مطالعه قرار گرفته است. چای سبز و چای سیاه هر دو گونه ای از آنتی اکسیدانها به نام فلاونید^۱ به میزان ۲۰۰-۱۵۰ میلی گرم در هر فنجان را دارا می باشند. چای سبز همچنین غنی از آنتی اکسیدان دیگری به نام EGCG (اپی گالو کاتسین گالات) می باشد.

فرآیند تخمیر که روی چای سیاه روی میدهد مقدار زیادی از EGCG را تخریب میکند. چای سبز همچنین منبع خوبی از اسید آمینه تئین میباشد که به تولید ترکیبات ضد باکتری از سلولهای آ کمک میکند.

۴- کلم بروکلی: این ماده غذایی انباری از ویتامین ها و مواد معدنی است که آماده جنگ با هر میکروب و عفونتی می باشد. بروکلی غنی از ویتامین های A, C, E و آنتی اکسیدانها می باشد. همچنین جزء سالم ترین سبزیجاتی است که میتوان از آن استفاده کرد. و اگر به صورت خام یا کم پخت مصرف شود بیشترین میزان مواد غذایی آن حفظ خواهد شد.

لیمو شیرین

حاوی مواد مغذی مفیدی همچون ویتامین «ب» و «ث» و ریز مغذی ها، آنتی اکسیدان ها و فلاونوئید است که کاربردهای متفاوتی در حفظ سلامت بدن دارند. لیمو شیرین غنی از عناصر قلیایی است و حالت تازه کننده دارد و اگر در چای ریخته شود طعم مطبوعی به چای می بخشد. این میوه در درمان سرماخوردگی و تب ناشی از بیماری توصیه می شود.

انتخاب و خرید لیمو شیرین:

لیمو شیرین مطلوب و خوب، پوست نرم دارد و هر چه سنگین تر باشد، پرآب تر است. حجم زیادی از لیمو شیرین را آب تشکیل می دهد و به همین دلیل این میوه ادرارآور بوده، دارای خاصیت سم زدایی از بدن می باشد.

مزیت لیمو شیرین در مقایسه با پرتغال:

مزیت لیمو شیرین در مقایسه با پرتغال این است که با کالری کمتری نسبت به پرتغال، همان مقدار

ویتامین «ث» را به بدن می رساند. در صورت مصرف لیمو شیرین با پوست

داخلی مقدار ۷۷ میلی گرم ویتامین «ث» به بدن می رسد در حالی که

مصرف آن بدون پوست داخلی، فقط دارای ۵۳ میلی گرم ویتامین «ث»

است. بنابراین توصیه شده است که لیمو شیرین با پوست داخلی

مصرف شود.

فواید لیمو شیرین:

در طب سنتی از لیمو شیرین به عنوان میوه ای خنک و مفید در رفع

التهاب و تشنگی یاد می شود. ناگفته نماند که مرکبات از جمله لیمو

شیرین، سرگیجه را برطرف می کنند. لازم به ذکر است که در لیمو شیرین

پتاسیم به مقدار قابل توجهی یافت می شود. این عنصر از جمله ترکیباتی است

که می تواند از بروز بیماری قلبی-عروقی پیشگیری کند و همچنین بین آب و الکترولیت های بدن

تعادل برقرار نماید.

اسید فولیک موجود در لیمو شیرین نسبت به میوه های دیگر بیشتر است و نقش موثری در پیشگیری

از کم خونی ایفا می کند. افرادی که مبتلا به کم خونی به خصوص کم خونی از نوع اسید فولیک هستند

باید این میوه را مصرف کنند. این میوه از میوه های پر کلسیم محسوب می شود و در جلوگیری از

پوکی استخوان به خصوص در زنان نقش موثری را ایفا می کند. پزشکان مصرف روزانه یک لیمو شیرین

را به کلیه مبتلایان به ناراحتی معده توصیه می کنند و خوردن آن را بلافاصله پس از غذا منع کرده اند.

چرا لیمو شیرین تلخ است؟

علت تلخی لیمو شیرین، وجود موادی به نام نارنجین و لیمونین است.

هر چه مواد قلیایی در یک ماده طبیعی مانند میوه بیشتر باشد، در

صورتی که برش بخورد و در معرض هوا قرار بگیرد، طعم آن به تلخی

می گراید. هنگامی که لیمو شیرین را برش می زنیم، لیمونین و نارنجین موجود در آن با اکسیژن هوا

ترکیب شده و تلخ می شود. در بین مرکبات، نارنج و لیمو هر دو این خاصیت را دارند و هر چه درجه

شیرینی یک میوه بیشتر باشد تلخی خود را بیشتر نشان می دهد.



نارنگی

نارنگی دارای ویتامین های A، B₁، B₂، C، پروتئین، چربی، قند، مقدار زیادی فسفر و کلسیم می باشد.

تاثیر در سلامتی:

این میوه باعث تصفیه و افزایش خون میگردد. به خاطر داشتن مقدار فسفر و کلسیم بالا، نارنگی یکی از میوه هایی است که در تشکیل استخوان و اسکلت بدن موثر است. حاوی مقدار زیادی منیزیم است که از این طریق در فعالیت عضلانی، دستگاه گوارش و سیستم عصبی موثر است. مفرح قلب، صفرابر و فرونشاندنده لهیب معده و کبد است. نارنگی مسکن اعصاب بوده و برای کلیه بیماران مفید است اگر می خواهید شب راحت بخوابید نارنگی بخورید.



کاهو

دارای طبیعت سرد و حاوی پروتئین، قند، کلسیم، فسفر، پتاسیم، منیزیم و ویتامین های آ، ب و ث است. کاهو برای رفع یبوست مزاج، دفع صفرا و درمان یرقان و افزایش حجم ادرار و خون قاعدگی و تسکین سوزش مجرای ادرار و تصفیه خون و رفع عطش و سردرد و زکام مفید است.



چنانچه کاهو مخلوط با عصاره هویج خورده شود، بر خاصیت آن افزوده می گردد. کاهو مسکن اعصاب و صاف کننده خون است. کاهو رنگ مو را براق و رنگ صورت را گلگون می کند. اگر کاهو را بعد از غذا بخورند غذاهائی که خوب هضم نشده اند را خیلی سریع هضم می کند. برای اشخاص عصبانی و پریشان مفید است زیرا خواب راحتی تولید می کند لذا اشخاصی که مبتلا به تپش قلب، نورالژی و بیخوابی هستند باید هنگام شب قبل از خواب کاهو بخورند. توصیه: مبتلایان به سل و تنگی نفس و کسانی که معده شان زود نفخ می کند باید آن را به مقدار کم و با احتیاط مصرف کنند.

چند نکته بهداشتی

- اگر می‌خواهید گوشت سفت را ترد کنید، روی همه قسمت‌های آن مخلوطی از سرکه و روغن زیتون بمالید و بگذارید به مدت دو ساعت بماند، سپس آنرا بپزید.
- خیار بسیار حساس است و بعد چند روز تازگی و طعم خود را از دست می‌دهد. برای نگهداری خیار آن را از داخل کیسه پلاستیکی خارج کنید، شسته و بعد از خشک شدن در یک قابلمه در دار بریزید و در یخچال بگذارید.
- برای حفظ شادابی و جلوگیری از کپک زدگی میوه‌ها در داخل جا میوه‌ای یخچال کافی است یک قطعه اسفنج را در جا میوه‌ای قرار دهید تا رطوبت و آب‌ها را جذب کرده و مانع کپک زدگی گردد.



- برای اینکه پرده‌های توری و سفید را بشویید بهتر است از سفید کننده‌ها استفاده نکنید این کار باعث می‌شود تا آنها کدر شوند. بهترین راه این است که کمی جوش شیرین را به پودر لباسشویی اضافه کنید تا پرده‌ای سفید داشته باشید و اگر مدت زمان زیادی میگذرد که پرده‌هایتان را نشسته‌اید قبل از اینکه آنها را با پودر شستشو دهید، آنها

را با آب بشویید تا خاک آنها گرفته شود و پرده‌هایتان چرک مرده نشوند.

- اگر می‌خواهید پوست گوجه‌فرنگی را به آسانی بکنید بدون اینکه به گوشت آن لطمه‌ای وارد شود ابتدا آنرا یک دقیقه در آب جوش بیندازید و سپس از آب جوش درآورده و در آب سرد بگذارید، بدین ترتیب پوست آن به خوبی و آسانی کنده می‌شود.
- برای بررسی اینکه آیا روغن ماهیتابه هنوز قابل استفاده است یا نه، یک تکه نان سفید داخل روغن بیندازید، اگر تکه نان، ذرات تیره‌رنگی را در اطراف خود ایجاد کند مشخص می‌شود روغن قابل مصرف مجدد نیست و در غیر اینصورت هنوز قابل استفاده است.
- یک راه سریع برای عطرآگین نمودن محیط خانه، استفاده از گراماست. شما می‌توانید یک یا دو قطره از اسپری یا عطر مورد علاقه‌تان را روی حباب لامپ چراغ اتاق در حالی که خاموش است اسپری کنید. سپس چراغ را روشن کنید. گرمای چراغ بوی عطر را در محیط اتاق پراکنده می‌کند.
- برای پختن تخم مرغ به صورت آب‌پز یا عسلی، یک قاشق غذاخوری نمک در آب سرد بریزید و بعد تخم مرغ‌ها را در آن قرار دهید تا از ترک برداشتن تخم مرغ حین پخت جلوگیری کند.
- برای جلوگیری از فاسد شدن سیب‌ها، پنبه‌ای را به محلول گلیسرین آغشته کنید و روی سیب‌ها بمالید، میوه‌ها را براق می‌کند.
- خمیر دندان برای پاک کردن اثر مداد از روی دیوار موثر است خمیر دندان را با پارچه روی آن بمالید کاملاً پاک می‌شود.
- برای از بین بردن جوهر سیاه بر روی فرش یا لباس، مقداری ماست روی محل لکه ریخته و با قاشق ماست را جمع کنید، چند مرتبه این کار را تکرار کنید لکه کاملاً از بین می‌رود.

عناوین اخبار دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه (تابستان ۸۹):

روابط عمومی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه بر سکوی نخست روابط عمومی های برتر استان

کاریکاتوربست های کرمانشاهی رتبه های اول و دوم جشنواره دوسالانه کاریکاتور تجویز و مصرف منطقی دارو را به دست آوردند

نشریه دانشکده پیراپزشکی

رئیس دانشکده پیراپزشکی از انتشار نشریه این دانشکده خبر داد، این نشریه با نام فصلنامه علمی پژوهشی شروع به فعالیت نموده است. علاقه مندان می توانند جهت چاپ مقاله در این نشریه به وب سایت دانشکده مراجعه نمایند.

دانشکده پیراپزشکی در نمایشگاه فقه سلامت

همزمان با برگزاری نمایشگاه سلامت در پارک شاهد دانشکده پیراپزشکی با برپایی غرفه، به ارائه خدماتی از قبیل اندازه گیری فشار خون وزن، توزیع اقلام تبلیغاتی، برگزاری مسابقه های ورزشی، مشاوره تحصیلی و روانشناسی، پزشکی، بهداشتی و آشنایی با رشته های تحصیلی دانشکده پیراپزشکی، به بازدید کنندگان پرداخت. شایان ذکر است روزانه بیش از ۱۰۰ نفر از این غرفه بازدید کردند.

اولین همایش کشوری نقش زنان در توسعه نظام سلامت

اولین همایش کشوری نقش زنان در توسعه نظام سلامت بیست و یکم اردیبهشت به مدت سه روز در سالن شهیدنوروزنژاد بیمارستان امام رضا (ع) با حضور سخنرانان و اعضاء علمی و شرکت کنندگان از سراسر ایران برگزار شد. محورهای این همایش که در چهار بعد سلامت جسمی، روان، اجتماعی و معنوی بود، تعداد ۴۲ مقاله به صورت سخنرانی و ۱۲۲ مقاله به صورت پوستر در این ۳روز ارائه شد.

نمایشگاه بزرگ پارک سلامت افتتاح شد

به مناسبت روز جهانی بهداشت با شعار شهر نشینی و سلامت و همچنین هفته سلامت (۱۸ لغایت ۲۴ فروردین)، پارک سلامت در شهر کرمانشاه افتتاح شد. مراسم افتتاحیه این پارک در محل دائمی نمایشگاهها در پارک شاهد شهر کرمانشاه و با حضور نماینده ولی فقیه در استان، سرپرست فرمانداری کرمانشاه، معاون سیاسی امنیتی استاندار، رییس دانشگاه علوم پزشکی استان و تنی چند از مسئولین محلی برگزار شد. با افتتاح این نمایشگاه تعداد ۹۰ غرفه مختلف از ۱۸ فروردین به مدت یک هفته فعالیت خود را آغاز کردند. غرفه های یاد شده متعلق به دانشگاه علوم پزشکی و برخی از دیگر نهادهای فعال در زمینه سلامت مانند هلال احمر، انتقال خون، مرکز فوریتهای پزشکی، بهزیستی، تربیت بدنی، آموزش و پرورش و ... بودند. در مراسم افتتاحیه پارک سلامت، دکتر صمد نوری زاد سرپرست دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه اظهار داشت: اهمیت شرایط نامطلوب و نابسامان حاشیه شهرها از لحاظ بهداشتی و مسائل مهمی نظیر کمبود آب قابل شرب و بهداشتی در این مناطق را می توان در شعار روز جهانی بهداشت تحت عنوان «شهر نشینی و سلامت» مشاهده کرد. دکتر نوری زاد در ادامه افزود: اهمیتی که سازمان جهانی بهداشت برای مقوله سلامت در شهر قائل شده است به خاطر حضور ۵۰ درصدی جمعیت کره زمین در شهرها و افزایش شهر نشینی است و لذا بهداشت مناطق شهر نشین به یک اولویت اساسی تبدیل شده است. وی گفت: سازمانهای بهداشتی درمانی، خدمات خوبی را به مناطق دور افتاده، روستایی و محروم ارائه دادند، اما مسئله بهداشت شهر و بالاخص حاشیه شهرها نیز از اهمیت بالایی برخوردار است.

اهم اخبار مرکز تحقیقات (تابستان ۱۳۸۹)

جناب آقای دکتر علی عزیزی دارای دکترای تخصصی پزشکی اجتماعی و مدیر گروه بخش پزشکی اجتماعی پس از ارائه خدمات شایان خود در مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی از سمت خود به عنوان سرپرست مرکز به دلیل مشغله شغلی در بخش پزشکی اجتماعی استعفا نمودند

جناب آقای دکتر نوری زاد ریاست محترم دانشگاه علوم پزشکی سرکار خانم دکتر سهیلا رشادت متخصص کودکان استادیار و عضو هیات علمی دانشگاه و عضو شورای عالی پزشکی پاسبخگو رابه عنوان سرپرست جدید مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی در تاریخ ۸۹/۴/۲۶ برگزیدند. این امر پس از استعفای سرپرست محترم سابق مرکز صورت گرفت.

دعوت از سرپرست محترم مرکز به تهران از طرف معاونت محترم تحقیقات و فناوری جناب آقای دکتر مصطفی قانع با هدف مشارکت مرکز در طرح های مشارکتی - مداخله ای و عوامل اجتماعی تاثیر گذار برنظام سلامت مورخ ۸۹/۵/۲۶ و سرپرست جدید مرکز نیز در جلسه مذکور حضور به هم رسانیده و آن معاونت محترم را از کارکرد مرکز و همچنین مشکلات مرکز مطلع نمودند.

ارائه پروژه اجرایی هدفمند ساخت مجتمع شش طبقه فرهنگی ورزشی بهداشتی بنام مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی به استناداری جهت دریافت هزینه بالغ بر پانزده میلیارد ریال در قالب سفرهای استانی ریاست محترم جمهوری اسلامی ایران

فراخوان به کلیه اساتید هیات علمی محترم دانشگاههای علوم پزشکی - پیراپزشکی - پرستاری و مامایی - بهداشت - دانشگاه آزاد - دانشگاه پیام نور - دانشگاه رازی جهت مشارکت در مرکز تحقیقات

ایجاد تقاهم نامه های جدید با سایر ادارات و سازمانها جهت انجام طرح های مشارکتی و مداخله ای

برگزاری مجدد جلسات شورای پژوهشی مرکز با هدف بررسی طرح های مشارکتی و پژوهشی و مداخله ای به مرکز

انتخاب جناب آقای سرهنگ علی لقایی به عنوان سرپرست تیم امنیت اجتماعی مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی

دعوت از آقای هادی نجفی مدیر عامل محترم مرکز مشاوره میثاق به منظور برگزاری کارگاههای مهارت های زندگی در مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی طی آذر ماه ۱۳۸۹

اداره محترم اوقاف و امور خیریه طرح نشاط معنوی را در تابستان ۱۳۸۹ در سطح استان برگزار نمودند هدف از این برگزاری پر کردن اوقات فراغت دانش آموزان به منظور پیشگیری از تهاجم فرهنگی جنگ نرم بود که بخشی از این طرح در بقیعه امامزاده ابراهیم برگزار شد و مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی نیز مشارکت فعال داشت در این خصوص از اداره محترم اوقاف تأیید مشارکت دریافت نموده.

اداره محترم اوقاف و امور خیریه در تابستان ۱۳۸۹ چندین دوره مسابقات دینی و مذهبی از جمله خواندن اذان حلقومی و تواشیح - مسابقه ی سوره کهنه و کتاب حسین (ع) و آقا مهدی (عج) با هدف پر کردن اوقات فراغت دانش آموزان برگزار نمودند و در برنامه های مذکور مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی نیز مشارکت نمودند. در این خصوص از اداره محترم اوقاف تأیید مشارکت دریافت نموده.

☞ مشارکت مرکز تحقیقات با جمعیت امداد دانشجویی امام علی (ع) در راستای کاهش فقر در منطقه تحت پوشش به شیوه و سیره رفتار امام علی (ع) در حمایت از مستمندان

☞ مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی از اعضای محترم شورای معتمدین و حاج آقا امان اله نظری امام جماعت مسجد زینیه - نمایندگان بلوک های منطقه تحت پوشش - هیات مدیره مجمع عمومی مرکز- نیروهای فعال پایگاه شهید زنگنه (بسیج منطقه)- رابطین بهداشتی و کلیه نیروهای محترم مردمی همکار مرکز که در طرح نیازسنجی این مرکز طی سالهای گذشته شرکت فعال داشته اند تقدیر بعمل آورد این تقدیر با هماهنگی ریاست محترم دانشگاه جناب آقای دکتر نوردی زاد و معاونت محترم تحقیقات و فناوری انجام شد.

☞ تشکیل جلسه با شورای محترم معتمدین با هدف معرفی مسئول محترم مرکز و ارائه پیشنهادات جدید به آنان در راستای ارتقاء سلامت در منطقه تحت پوشش مسکن و زینیه

☞ تشکیل جلسات متعدد با مسول محترم انتشارات سارینا جهت فعال نمودن گاهنامه پژوهشی مردمی مرکز تحقیقات

☞ جناب آقای رسول ملکی سردبیر سابق گاهنامه پژوهشی مردمی بدلیل مشغله شغلی از سمت خود استعفا نمودند.

☞ طراحی برنامه عملیاتی و اجرایی توسط سرپرست محترم مرکز به کلیه تیم ها.

☞ تشکیل تیم نوجوانان - بانوان شاغل و بانوان خانه دار در مرکز .

☞ مکاتبه با معاونت محترم تحقیقات در خصوص تخصص اعتبارات جدید.