

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

مدیر مسؤول: دکتر غلامحسن خدایی

سرمدبیر: دکتر سید کاظم فرهنگند

مسؤول دفتر فصلنامه: فاطمه فضل

امور داخلی: خاطره بره مقدم

هیأت تحریریه (به ترتیب حروف الفبا):

دکتر زهرا اباصلتی، دکتر ندا اخروی، دکتر علی اردلان، خاطره بره مقدم، دکتر حمیدرضا بهرامی طافانکی، دکتر جعفرصادق تبریزی، دکترهستی ثنائیشعار، دکتر ناهید جعفری، دکتر مجید جعفرینژاد، دکتر محمد رضا جويا، دکتر احمد حاجبی، صفی حجازی، مهندس علی اصغر حسنی یزدی، دکتر غلامحسن خدایی، دکتر محمدحسن درخشان دوغایی، دکتر شهرام رفیعغفر، دکتر محمدرضا زهیر، دکتر علی اکبر سیاری، مریم شریفییزدی، دکتر محمدجعفر صادقی، شبنم صادقی خو، دکتر خسرو صادق نیت، دکتر عزیزالله عاطفی، دکتر زهرا عبداللهی، دکتر سیدکاظم فرهنگند، فاطمه فضل، دکتر حامد قضاوی، دکتر مهدی قلیان اول، دکتر احمد کوشا، دکتر ناصر کلانتری، دکتر سیدبهمن کلالی مقدم، دکترمحمد مهدی گویا، دکترمحمداسماعیل مطلق، فهیمه ناظرانپور، دکتر ناهید نوائیان، ویدا هاشمیان

مهین ابرقویی، سوسن ابوالهادی، احمد امیرزاده، صدیقه انصاریپور، طاهره انصاریفر، فریا ایدنی، منصور باهری، حکیمه فیروزه بخشانی، مهدیه برومند، حمیدرضا بزرگمهر، منصوره بصیری، نفیسه بنایی نیاسر، طاهره بیگزاده، کبری پیرمحمدلو، فاطمه پورمحمد، اکبر پورمقدم، زقیه جعفری، سیما جلالی، معصومه حاجیپور، لیلا حدادی، خدیجه سادات حسینی، سیده یسنا حسینی نیاز، طوبی خاقانی، نسرین خوبانی، معصومه دستان، شیوا دهقان خللیلی، زهره رجبی، محمد رحیمزاده، غلامحسن رستمپور، حسین رفیعی، شایسته سعادتند، طاهره سوداگر طوقی، ماهرخ شاهرخ، الهام شیخ آزاد، فرهاد صریحی، فریده صفاریزاده، عدنان صیدی، خدیجه طاهری، طاهره عزیزخانی، فرانک فتحی، معصومه فرجی، جواد فرحی شاهگلی، فرشید فرشیپور، صفیه فغانی، عشرت فیروزی، فاطمه قنبری، سیده معصومه کاظمی، دکتر مهراپناهکاظمیان، عصمت محقق شریفی، راضیه محمدواحدی، سعیده مروتی، زهرا میرموحّد، فاطمه مهرآبادی، طاهره ندوشن، مریم السادات هاشمیپور، عبدالرضا یوسفی

مدیریت اجرایی: دکتر سعید فردین فر، دکتر علی خوش گفتار

امور مالی: دکتر ناهید نوائیان، پروین دخت کریمی، مهدی نوروزیان حسین آباد، فریا سعادت

امور وب سایت: مهندس سید کاظم بحرینی

تدارکات: امیر حقیقی با وفا

ویراستار: مجید تربت زاده

حروفچین: معصومه پرهیزکار

مدیر هنری: وجیهه دانا

طراح و صفحه آرا: بهاره خباز

امور چاپ: چاپخانه گلبرگ

شمارگان: ۵۰۰۰۰ نسخه

گستره توزیع: کشوری

نشانی:

مشهد، انتهای خیابان ستاباد، مرکز بهداشت استان خراسان رضوی، دفتر فصلنامه بهورز، کدپستی

۹۱۸۵۴۴۳۲۲ | نمابر: ۲۸۴۱۵۲۲۲ - ۰۵۱

تلفن: ۲۸۴۴۳۲۲۲ - ۰۵۱ (خط) ۰۵۱-۲۸۴۱۵۰۰۱، داخلی ۲۴۷ و ۲۴۸

نشانی پست الکترونیک: Behvarz.mag@mums.ac.ir

نشانی جستجوی مطالب نشریه در سایت مگ ایران: www.magiran.com/behvarz

نشانی وب سایت نشریه: http://v-health.mums.ac.ir/index.php/journals/behvarz-flash

فهرست

۲	۱. سرمقاله
۶	۲. سخن سردبیر
۸	۳. تحول سلامت با تاکید بر عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت
۱۰	۴. دامپروری سنتی و بیماری تب مالت
۱۳	۵. پرونده الکترونیک سلامت «گفت‌وگو با دکتر کلانتری»
۱۶	۶. خود مراقبتی برای کارکنان بهداشت
۱۹	۷. کارکنان موفق مهم‌ترین سرمایه سازمان
۲۲	۸. گفت‌وگو با دکتر تبریزی
۲۴	۹. گزارش نخستین نشست شورای ملی بهورزی
۲۸	۱۰. بهورز و ترویج سبک زندگی سالم
۳۰	۱۱. آگاه‌سازی جوانان و رفتارهای پرخطر جنسی
۳۴	۱۲. بهورز و طب سنتی در برنامه‌های تحول سلامت در حوزه بهداشت
۳۸	۱۳. گردهمایی کشوری رابطان فصلنامه بهورز در نیشابور
۴۱	۱۴. تزریق ایمن در خانه‌های بهداشت
۴۳	۱۵. گزارش مراسم روز ملی بهورز ۱۳۹۵
۴۷	۱۶. معرفی سامانه یاس
۴۸	۱۷. دستورالعمل جدید دیابت در دوران بارداری
۵۰	۱۸. برندگان خودآزمایی شماره ۹۰ و ۹۱
۵۱	۱۹. راه‌های ارتقای سطح «سواد سلامت» افراد جامعه در زمینه سرطان کولون
۵۴	۲۰. عکس مربیان و بهورزان نمونه کشور ۱۳۹۵
۶۰	۲۱. سالمند و بی‌اختیاری ادراری
۶۳	۲۲. آثار ادبی
۶۴	۲۳. زوج‌های جوان و فرزندآوری بهنگام
۶۶	۲۴. بهورزان و نظارت بهداشتی بر غسالخانه‌ها و آرامستان‌ها
۶۹	۲۵. ارزیابی غیرسازهای ساختمان
۷۱	۲۶. نماز و سیره عبادی امام باقر (ع)
۷۲	۲۷. تحکیم زندگی بامشاوره ژنتیک پیش از ازدواج
۷۵	۲۸. نقش مردم و بهورزان در مقابله با بلایای طبیعی
۷۹	۲۹. روش صحیح نگهداری و پخت سبزی‌ها و مواد پروتئینی
۸۱	۳۰. خودمراقبتی و تأثیر ورزش در پیشگیری، کنترل و کاهش عوارض دیابت
۸۴	۳۱. نیازهای مراقبان نوزاد در هفته‌های اول زندگی
۸۶	۳۲. پایش و ارزشیابی خدمات بهورزان توسط تیم سلامت
۸۹	۳۳. اخبار دانشگاه‌ها
۹۲	۳۴. گوناگون
۹۴	۳۵. جدول شماره ۹۴
۹۵	۳۶. پاسخ خودآزمایی و جدول حل شده شماره ۹۳
۹۵	۳۷. برندگان جدول شماره ۹۰ و ۹۱
۹۶	۳۸. خودآزمایی شماره ۹۴
۹۶	۳۹. راهنمای درخواست اشتراک

تعداد بازدیدکنندگان از آخرین شماره: ۲۵۰۰ نفر
استفاده از مطالب و طرح‌ها با ذکر منبع و ماخذ آزاد است



سرمقاله

دکتر علی اکبر سیاری
معاون بهداشت وزارت بهداشت، درمان و
آموزش پزشکی

سخنی با شما

آغاز سال نو فرصت و سنت حسنه‌ای برای برقراری ارتباط مؤثر، تبادل اطلاعات و احساسات، همدلی و آشنایی با شادی‌ها، غم‌ها، اندیشه و نوآوری‌های یکدیگر است، لذا فرصت را مغتنم شمرده ضمن تبریک سال نو و آرزوی سلامتی برای همه مردم ایران، از شما می‌خواهم برای دلنشین کردن هر چه بیشتر زندگی در سال ۱۳۹۶ با هم تلاش کنیم و مروج فرهنگ «شهروندی سالم، مسؤول و اثرگذار» باشیم که تضمین کننده سلامت روان در جامعه است.

◀ بیایید با هم از خدای بزرگ امنیت، سلامت، رفاه اجتماعی، عافیت و عاقبت بخیری برای خودمان، مردم کشورمان و مردم جهانی که در آن زندگی می‌کنیم طلب کرده و دست کسانی که برای حفظ و حراست، امنیت و تمامیت ارضی کشور در این منطقه آشوب زده، در تلاش هستند را به نشانه قدردانی بفشاریم و دعاگوی آنان باشیم.

◀ بیایید با خود و خدای خود عهد کنیم که دست همدیگر را بگیریم، همدلی، صفا و صمیمیت، مهر و محبت و کمک به همنوع را تمرین کرده و به همدیگر هدیه کنیم، فداکاری و از خودگذشتگی را سرلوحه کارمان قرار دهیم و گوهر و جودمان را با عشق به خدا و تفکر درباره خودمان، پدیده‌های هستی، اسما و صفات او پرورش دهیم.

◀ بیایید معاشرت، حشر و نشرمان را با اشخاص شایسته، صالح، موفق و سالم بیشتر کنیم و درصدد توسعه دوستی‌های خوب مان باشیم.

◀ گذشت و محبت و کمک به دیگران را تمرین کرده و کینه‌ورزی را کنار نهیم. همیشه خصلت‌های خوب افراد را بازگو کنیم و آن‌ها را در خود به وجود بیاوریم، با دیگران خوب صحبت و مراد کرده و سعی کنیم ارزش خود و همکاران مان را بالا ببریم و از تحقیر و سرزنش خود و دیگران پرهیز کنیم. همیشه در همه حال از خود بپرسیم، امروز چه کمک و خدمتی به دیگران و کشورم کردم؟

توصیه‌ها

الف. توانمندسازی و صیانت از سلامت خودمان و

خودمراقبتی از طریق:

◀ ارتباط با خدا که شامل: ذکر (نماز و قرائت قرآن)، فکر (تفکر و تعقل)، استغفار، شکر، تسبیح، دعا و نیایش است را همواره تمرین و ترویج کنیم.

◀ ارتباط با خود، پدر و مادر، همسر و فرزندان، همکاران و دوستان و مردم کوچک و بازار را تقویت کرده و خدمت به آنان را در برنامه روزانه خود قرار دهیم.

خالق سلامتی مان باشیم و سررشته زندگی را در دست خود بگیریم و در این عرصه ماندگار؛ پرهیز از دروغ‌گویی و فریب، خیررسانی به مردم، وفای به عهد، لبخند و صبوری را الگوی عملی و اخلاقی خود قرار دهیم.

◀ قدر و اهمیت سلامتی جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی خود را بدانیم و جهت حفظ، تأمین و ارتقای آن تلاش کنیم.

◀ برای دستیابی به قله موفقیت به جای اسراف، تبذیر و کم‌کاری تلاش کنیم که سختکوشی، نظم و انضباط، تعقل، صرفه‌جویی و قناعت را در کشور ترویج دهیم.

◀ نشاط و شادابی روح تازه‌ای به جان انسان می‌دهد. یکی از راه‌های رسیدن به شادی، محبت‌کردن به دیگران است، پس مروج آن باشیم و آن را تمرین کنیم.

◀ با تحکیم نهاد خانواده که عامل اصلی انسجام جامعه و پیوندهای زناشویی سالم و ایمن، لذتبخش، قانونی و شرعی، توأم با رضایتمندی از زندگی مشترک است، از فروپاشی خانواده‌ها پیشگیری کرده؛ سازگاری و تفاهم در خانواده، جامعه و قومیت‌ها در کشور را تمرین و ترویج کنیم.

◀ روش تفکر منطقی و حل مسأله را بیاموزیم و به دیگران آموزش دهیم.

◀ تجربه؛ مؤثرترین روش برای یادگیری است، از تجارب دیگران استفاده کنیم.

◀ همواره دفتر و قلمی برای ثبت تجربیات روزانه، مشاهدات، برداشتها، لطیفه‌ها، رؤیاهای، آرزوها و اهداف و مطالب مورد علاقه‌مان به همراه داشته باشیم.

◀ مطالعه مستمر و کنجکاوی در یادگرفتن را، در برنامه‌های خود قرار دهیم. اهداف خیلی بزرگ دور از دسترس و غیرممکن ما را به ورطه ناامیدی می‌کشاند. داشتن یک ایده خوب کافی نیست (به عمل کار برآید). باید همچون یک عمل‌گرای بیندیشیم و همچون یک متفکر عمل کنیم.

ب. باب مذاکره و ارتباط با دیگران را باز بگذاریم و اصول زیر را در مذاکره تمرین کنیم:

۱. تهدید و ارباب نکنیم.
 ۲. عصبانی نشویم، لحن آرام و مهربان داشته باشیم.
 ۳. کسی را ملامت، سرزنش و تحقیر نکنیم.
 ۴. یکدندگی و لجبازی نکنیم.
 ۵. به جای احساسات، از عقل خود کمک بگیریم.
 ۶. به حرف‌های طرف مقابل گوش جان داده و احساسات او را درک کنیم.
 ۷. موضوع صحبت را منحرف نکنیم.
 ۸. از خودبینی و خودشیفتگی پرهیز کنیم.
 ۹. طرف مقابل را به اعتراف وادار نکنیم.
 ۱۰. عجول نباشیم و صبر پیشه کنیم.
- به میانسالان کشور توصیه می‌کنم، در سال ۱۳۹۶ به پویش خطر سنجی سگته‌های قلبی، مغزی و سرطان که شایع‌ترین علت

مرگ در کشور هستند، پیوندند. تقاضا دارم به نزدیک‌ترین واحد بهداشتی محل سکونت خود مراجعه کرده و از خدمات برنامه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر (خدمات نوین سلامت) بهره‌مند شوند.

ج. برنامه‌ریزی و مدیریت زمان:

◀ بزرگترین سرمایه بشریت فکر و اندیشه اوست که در صورت عدم استفاده از ظرفیت مغزی خود، آن را از دست می‌دهیم، پس باید مغزمان را در جهت فکرکردن و قربات با الگوی فکری و رفتاری انسان‌های موفق به کار بگیریم و تمایل به یادگیری مادام‌العمر، مستمر و پیوسته را در خود به وجود بیاوریم و آن را تمرین و ترویج کنیم.

◀ تلاش در حد رفع تکلیف را از سر بیرون کنیم. اهداف روشنی را برای خود بنویسیم و روی امکانات موجود تمرکز کرده و با تمام توان مان تلاش کنیم. برای موفقیت، نظم و انضباط، دقت و توجه و برنامه‌ریزی را جدی بگیریم.

◀ ارزش زندگی به طول آن نیست بلکه در بهره‌ای است که از لحظات آن می‌بریم. لحظه‌ها را فراموش نکنیم. زمان، فاتح‌نهایی است که نه می‌توان آن را به بند کشید و نه ذخیره کرد. هیچ سرمایه‌ای گران‌بهارتر از وقت و زمان ما نیست، زمان را در این سال باید بدرستی مدیریت کنیم. از کسانی نباشیم که همه وقت‌شان را بیهوده تلف می‌کنند. برای انجام کارها و مسؤولیت‌های خود، مرز قابل نشویم و تا رسیدن به نتیجه مطلوب تلاش مان را ادامه دهیم. این کلید و رمز موفقیت ما است اگر با تمام توان تلاش کنیم، شکست نخواهیم خورد.

◀ برای رسیدن به کمال مطلوب در زندگی شخصی، الگوی زیر را سرلوحه زندگی مان قرار دهیم و در این برنامه‌ها سعی کنیم تعادل برقرار کنیم تا همه ابعاد وجودمان رشد کرده و به کمال مطلوب برسیم. کسانی در زندگی موفق خواهند بود که این چرخه کمال را در همه ایام زندگی و عمرشان داشته باشند. رمز و راز موفقیت در زندگی، ایجاد تعادل در این برنامه‌ها است و باید هفته‌ای یکبار این برنامه‌ها را مرور کرده و درصد تحقق همه موارد باشیم. با در نظر گرفتن اولویت آن و با رصد کردن مستمر، پیگیری و اقدام عملی مسیر موفقیت و رسیدن به کمال را در همه ابعاد فردی و اجتماعی فراهم کنیم:

۱. برنامه ارتباط با خدا و امور معنوی
۲. برنامه امور خانوادگی
۳. برنامه رشد و کمال شخصی، حرفه‌ای و شغلی
۴. برنامه امور اجتماعی
۵. برنامه امور اقتصادی و رفاهی زندگی
۶. برنامه سلامتی جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی
۷. برنامه ارتباط و کمک به مردم بویژه نیازمندان، اقوام، دوستان و همکاران
۸. برنامه اوقات فراغت، تفریح و سرگرمی
۹. برنامه کمک به حفظ محیط زیست سالم و صیانت از آن

د. موفقیت و خوشبختی:

◀ موفقیت واقعی، تصادفی نیست بلکه با پشتکار، تلاش، سختکوشی، نظم و انضباط، هدفمندی، درایت و دوراندیشی، تدبیر و موقعیت‌شناسی به دست می‌آید. به وضع موجود رضایت ندهید. افراد موفق پذیرای وضع موجود نبوده و سختکوشی را سرلوحه کارها قرار می‌دهند. نشاط و امید در زندگی، لازمه موفقیت است، مروج آن در جامعه باشیم.

◀ افراد فعال و اهل عمل، به موفقیت می‌اندیشند. برای کسب آن سختکوشی، استمرار، تمرکز، پافشاری و استقامت می‌کنند و به آن ایمان دارند. به تلاش‌های خود احترام می‌گذارند و فعالیت و تلاش دیگران را راج می‌نهند.

◀ باید عواملی که در خوشبختی و موفقیت‌مان در زندگی مؤثرند را به شرح زیر ترویج کرده و بهبود بخشیم:

۱. برخورداری از سلامتی
۲. امنیت در جامعه و کشور
۳. تأمین مالی
۴. همدم سازگار، شایسته و درستکار (پدر، مادر، همسر، همکار، همسایه، فرزند، دوست و...)
۵. حسن خلق
۶. آرامش درونی و آسودگی خیال
۷. قناعت پیشگی و بی‌نیازی و توان کنترل حرص و طمع
۸. شجاعت، شهامت و غیرت
۹. توانایی بخشش، عفو و گذشت کسی که به ما بدی کرده است
۱۰. احسان به هم‌نوع و کمک‌کردن به دیگران و سخاوتمندی
۱۱. توانایی کنترل خشم، عصبانیت، شهوت، هوای نفس و استرس
۱۲. مسؤولیت‌پذیری
۱۳. مثبت‌اندیشی و لذت‌بردن از داشته‌ها و موفقیت‌های خودمان و ایجاد امید و نشاط و پرهیز از منفی‌گرایی و ترویج ناامیدی و یأس
۱۴. پرهیز از مقایسه خود با دیگران
۱۵. صداقت و راستگویی، امانتداری و وفای به عهد

◀ شکوه و گلایه کار بسیار ساده‌ای است و باید با افکار و اعمال مثبت و درست و با تلاش درکار و حرفه مسیر درست را بیاییم. تفاوت‌ها را باید پذیرفت و از کار خوب دیگران تعریف کرد. مشاهده اشتباه دیگران از دیدن اشتباهات خودمان آسان‌تر است اما باید تلاش کنیم، اشتباهات خودمان را بیشتر ببینیم و پیدا کنیم و درصدد یافتن راه‌حل برای آن باشیم. گوش شنواداشتن، پذیرش انتقادات و پیشنهادها، منطقی، عقلانی و عالمانه را تمرین کنیم و از مسؤولان جامعه و کشور آن را مطالبه کنیم.

◀ بیایید در سال جدید با مشکلات منطقی برخورد کنیم. مشکلات کوچک و مسایل کم‌اهمیت را بزرگ نکنیم، با این کار از زندگی و ارتباط با دیگران بیشتر لذت خواهیم برد و احساس خوشبختی خواهیم کرد. برای بهبود وضعیت در جامعه باید، از خودگذشتگی

نشان دهیم تا زندگی برای همه ارزشمند و شادی‌آفرین شود.

ه. مسؤولیت‌های اجتماعی:

◀ در مقابل نیازمندان و دردمندان کشور احساس مسؤولیت کنیم و بدون منت تکیه‌گاهی برای همدیگر بویژه نیازمندان و دردمندان جامعه باشیم. همه افراد جامعه به توجه، محبت، حمایت، تحسین، احترام، احساس تعلق داشتن، نشاط، روحیه مثبت، تفریح سالم، امنیت و تأمین مالی نیاز دارند، پس در فراهم‌کردن آن‌ها تلاش کرده و حامی باشیم.

◀ به نقاط مشترکی که با دیگران داریم، توجه کنیم تا احساس تنهایی نکنیم.

◀ مسؤولیت‌پذیری را تمرین کنیم. ببیندیشیم که چه جمعیت بزرگی از کشور ما را فقرا و نیازمندان، جوانان تحصیل‌کرده بی‌کارجویای کار، بازماندگان از تحصیل، معتادان، کودکان کار و خیابانی، زنان و مردان با رفتارهای جنسی پرخطر و آسیب‌رسان به سلامت خودشان و جامعه، زنان سرپرست خانواده، حاشیه‌نشینان شهرها که جمعیت بزرگی از شهرهای پنهان و نمادی از فقر شهری هستند، افراد بی‌خانمان و بی‌سپناه و کارتن‌خواب‌ها را تشکیل می‌دهند و نسبت به این آسیب اجتماعی در کشور بی‌تفاوت نباشیم. سرنوشت آنان را در سرنوشت خودمان و کشورمان دخیل بدانیم. آن‌ها را از خود بدانیم و دستشان را گرفته و با توانمندسازی، آنان را به آغوش خانواده و جامعه برای کار و تلاش سالم برگردانیم تا در فراهم‌کردن حداقل استانداردهای زندگی و بهبود شرایط زندگی سالم، توأم با امید به آینده و نشاط در همه گروه‌های سنی، امنیت کشور را تقویت کنیم. مشکلات روانی اعضای این خانواده‌ها را جدی بگیریم و برای درمان آن‌ها اقدام کنیم.

سخنی با مدیران و مسؤولان کشور

◀ تلاش کنیم برای مفاسد اقتصادی، آسیب‌های اجتماعی، فقر و نابرابری‌های اجتماعی که از عوامل عمده و بازدارنده توسعه و امید در کشورند؛ راه‌حل عملی پیدا کنیم. سیستمی فراهم کنیم که به شکل کمی این امور را رصد کرده و گزارش‌گیری مستمر از روند بهبود داشته باشیم. آنچه از ثروت، قدرت، شهرت داریم که از جامعه به ما رسیده است با حفظ امانتداری، وفای به عهد، صداقت و راستگویی این منابع را در خدمت به جامعه به کار ببریم.

◀ در مقابل قانون‌گریزی، ریا و تزویر، بی‌عدالتی، فساد و خرافه‌پرستی بی‌تفاوت نباشیم و آزاداندیشی و نقد منطقی را تحمل، تمرین و ترویج کنیم.

◀ کارآفرینی که مشکل‌گشا و گره‌گشای امور جامعه، مردم و کشور است را با جدیت هرچه بیشتر، سرلوحه برنامه‌های حرفه‌ای خود قرار دهیم. روش و تکنیک آن را یاد بگیریم و به دیگران هم بیاموزیم و مروج این امور در کشورمان باشیم. هرکار و مسؤولیتی را که قبول

کردیم، در آن غوطه‌ور شویم و هوش و ذکاوت، آگاهی و درک خود را صرف آن کار کنیم. تلاش کنیم، خدمات یا محصول مان از دیگران بهتر باشد. پس از شروع هر کار و اقدامی، بهترین عمل، پیگیری آن کار تا حصول نتیجه نهایی است. در پیگیری کارها حداکثر تلاش را انجام دهیم و درصدد بهبود مستمر کیفیت کالا و خدمت مان باشیم.

جامعه موقعی دچار مشکل می‌شود که افراد آن جامعه بدرستی در جای خودشان قرار نگرفته باشند. اگر نایبانی، نایبانی دیگری را هدایت کند، خطر سقوط هر دو وجود دارد. تلاش کنیم خودمان و دیگران در جایگاه مناسب قرار بگیریم تا بتوانیم تولید ناخالص ملی را بالا برده و به توسعه در کشور کمک کنیم. تلاش کنیم برای لشکر بیکار و جویای کار که در دوران طلایی جمعیت کشور به سر می‌برند، ایجاد اشتغال کنیم. این سرمایه انسانی مولد، اگر منطبق با توانایی و مهارت لازم شغل پیدا کنند، دوران طلایی جمعیت کشور را از دست نخواهیم داد. چون از طول عمر این دوره ۱۰ تا ۱۵ سال گذشته و فقط ۲۰ تا ۳۰ سال دیگر باقی است.

نسبت به دیگران بخشنده و نسبت به خودمان سختگیر باشیم. باید نبوغ خفته خودمان و جامعه را پیدا کنیم و زمینه شکوفایی، رشد و پیشرفت همه را فراهم و بر این امور نظارت داشته باشیم.

از شکست و اشتباه نهراسیم. زندگی سراسر تجربه است. هر بار که شکست می‌خوریم، قدرتمندتر از جای خود برخیزیم و از اشتباهات خود درسی جدید بیاموزیم، مشروط به این‌که آن‌ها را دوباره تکرار نکنیم. هر شکستی پیش درآمد موفقیت‌های بعدی است. با هر بار شکست، یک قدم به موفقیت نزدیکتر می‌شویم و این‌گونه پیشرفت مستمر و دایمی را تضمین می‌کنیم. هرگز برای رسیدن به آنچه می‌توانستیم، برسیم و نرسیدیم، دیر نیست. بالاترین عزت و شایستگی انسان رسیدن به مراحل بالای رشد، کمال و تعالی انسانی و حرفه‌ای است.

سرمایه اجتماعی، اعتماد عمومی و سلامت جامعه در گروی درستکاری، صداقت و راستگویی، امانتداری، وفای به عهد، مدیران، مسؤولان و مردم است. از لذت‌ها و موفقیت‌های زودگذر ناپایدار باید گذشت و به بهبود مستمر و پایدار جامعه و کشور باید اندیشید و کمک کرد. تلاش کنیم، خدمات و کالای پایدار، پردوام و باکیفیت مطلوب را به مردم کشورمان ارایه کنیم.

از تزویر و ریا برای کسب قدرت، ثروت و شهرت بپرهیزیم و به مروجان آن کمک نکنیم.

و. انتخابات سال ۱۳۹۶

برای از بین بردن فساد و ناامیدی و یأس در کشور باید دامنه مشارکت مردم در تصمیم‌گیری‌ها و واگذاری مسؤولیت‌ها را گسترش دهیم و در توسعه کشور آنان را سهیم کنیم. اگر همه خود را در این امر سهیم بدانیم در حفظ و نگهداری آن احساس مسؤولیت بیشتری می‌کنیم. شرکت در انتخابات سرنوشت‌ساز است. پس شرکت در انتخابات را تشویق و ترویج کنیم. انتخابات فرصتی است تا امید، تدبیر، عقلانیت، علم، فناوری و تخصص،

قانون‌گرایی و نظم‌پذیری و مسؤولیت‌پذیری را در کشور توسعه بخشیم و از روش‌های غیرعقلانی، احساسی و هیجانی پرهیز کرده و با ملاک‌های عاقلانه، عالمانه، آگاهانه و مسؤولانه این وظیفه ملی را به نحو احسن به انجام برسانیم.

انقلاب اسلامی به مسیر خود ادامه می‌دهد. با انتخاب درست‌مان در انتخابات کشور مسیر درست را باید ادامه دهیم تا به مشکلات مدیریت گذشته کشور که هنوز آثار آن در سطح ملی و بین‌المللی لاینحل مانده، دوباره دچار نشویم. هوشیار باشیم که فرصت مشارکت و انتخاب درست به تهدید برای کشور تبدیل نشود.

راستگویی، امانتداری و وفای به عهد برای مسؤولان و دست‌اندرکاران انتخابات، تضمین‌کننده مشارکت حداکثری مردم در انتخابات است. باید منافع و مصالح بلندمدت جامعه و کشور و انقلاب را بر منافع و مصالح صنفی، گروهی، حزبی، مسلکی، جناحی، قومی و قبیله‌ای در اولویت قرار دهیم.

باید به این باور اعتقاد داشته باشیم که نابرابری‌های اجتماعی در کشور مسأله مرگ و زندگی است. به آن بیندیشیم و با انتخاب‌های درست‌مان آن را بهبود بخشیم؛ چون اصل و اساس در کشور حفظ تمامیت ارضی، استقلال، آزادی، امنیت، توسعه و پیشرفت و آبادانی و رفاه اجتماعی است و نباید لحظه‌ای از تفکر درباره مهیا کردن زمینه‌های پیشرفت در این امور و بهبود زندگی مردم بازمانیم.

کشور در دوران طلایی جمعیت جوان بسر می‌برد؛ این فرصت را نباید از دست بدهیم. باید آن را تبدیل به موتور محرکه توسعه پایدار، خودشکوفایی جوانان و افزایش توان ملی در کشور کنیم.

مناجات مان در سال ۱۳۹۶

خدایا؛ تو ما را بالقوه قائم مقام خود در این هستی قرار داده‌ای، کمک‌مان کن تا در فرصتی که به‌عنوان ایام عمر در این هستی به تک تک ما داده‌ای، از خودمان انسانی بزرگ، اهل تفکر، هدف‌دار، با شخصیت محکم و استوار و درستکار و پرهیزگار در تراز خلیفه الهی بسازیم.

خدایا به آرامی به ما یادآوری کن تا از تو، به خاطر آنچه برای مان مقدر کرده‌ای، سپاسگزار باشیم.

خدایا ما را از امراض بی‌درد، تکبر، خودبزرگ‌بینی، خودستایی، حسادت، دروغ، تزویر و ریا، تهمت و غیبت‌رهایی بخش.

خدایا ما را یاری ده تا در همه حال متوجه باشیم که هر آنچه داریم، از تو داریم.

پروردگاری که همواره حاضر و ناظر، دست‌گیر نیازمندان و هدایت‌گر و روشنی‌بخش دل‌ها، شفادهنده درد و رنج و بیماری‌هاست. از او کمک بخواهیم.

یار ما را در پناه خود محفوظ بدار و در همه امور زندگی موفق بدار. آمین



سخن سردبیر

دکتر سید کاظم فرهمند
سردبیر

با «گفت و گو» از افسردگی پیشگیری کنیم

مقدمه

از سال ۱۹۶۶ میلادی (۱۳۴۵ ه. ش) که اولین شعار سال توسط سازمان جهانی بهداشت اعلام شد - انسان و شهرش - تا کنون همه ساله بسته به موضوعات مختلفی که در حیطه سلامت در جهان وجود دارد، این شعار تعیین و تبیین می‌شود. بررسی این شعارها طی سال‌ها نشان می‌دهد که سازمان جهانی بهداشت احاطه کاملی بر موضوعات و دغدغه‌های حال و آینده جهان دارد، از طرفی این شعارها روند تغییر موضوعات مهم و چالش‌های نظام‌های سلامت را طی دوره‌های مختلف زمانی نشان می‌دهد. به عنوان مثال شعار سال ۱۹۷۵ (۱۳۵۴ ه. ش) تحت عنوان «نقطه پایانی برآبله» بود یا شعارهایی که سال‌های بعد در مورد واکسیناسیون کودکان تعیین شد (۱۹۷۷ و ۱۹۸۷)، در حالی که در سال‌های اخیر محتوای شعارها بیشتر به بیماری‌های غیرواگیر گرایش و تغییر پیدا کرده است، به گونه‌ای که شعار سال ۲۰۱۳ با عنوان «فشارخون را جدی بگیریم» و سال ۲۰۱۶ با عنوان «غلبه بر دیابت» اشاره به دو اپیدمی بزرگ بیماری غیرواگیر در قرن حاضر داشت، با این همه انتخاب شعار درباره دیابت (۱۹۷۱) و فشارخون (۱۹۷۸) در قرن بیستم نیز، نشان از آینده‌نگری و رصد دقیق موضوعات مهم حوزه سلامت جهان توسط سازمان جهانی بهداشت دارد.

تعیین شعار سال توسط سازمان جهانی بهداشت دو هدف عمده را دنبال می‌کند:

۱. حساس سازی
۲. حمایت طلبی

انتخاب شعار سال، فرصتی را برای نظام‌های سلامت ایجاد می‌کند که از طرفی با حساس سازی مردم، آگاهی آن‌ها را در رابطه با عوامل خطر افزایش دهند، آگاهی‌هایی که منجر به تغییر نگرش، باور و درنهایت تغییر رفتار شود و از سوی دیگر با

گفت و گو» هنری اکتسابی است که در سلامت روانی عاطفی افراد بسیار مهم است و نقش بسزایی در پیشگیری از افسردگی ایفا می‌کند؛ ولی به نظر می‌رسد به اندازه اهمیتی که دارد، برای آن ارزش قائل نیستیم.

جلب حمایت همگانی و همکاری‌های بین بخشی، شرایط بهتری را برای ارتقای سلامت جامعه فراهم کند. شعار امسال سازمان جهانی بهداشت، در حیطه سلامت روانی - عاطفی است و اشاره به شایع‌ترین اختلال روانپزشکی یعنی افسردگی دارد.

افسردگی

افسردگی اختلالی است که ویژگی اولیه و عمده آن احساس غمگینی و اندوه شدید بوده، از یک نومییدی خفیف تا احساس یأس زیاد نوسان دارد و از یک روز تا چند سال ادامه پیدا می‌کند. احساس اندوهگینی ممکن است به دنبال از دست دادن یکی از عزیزان یا وارد شدن یک مصیبت سنگین اتفاق بیفتد که می‌تواند طبیعی باشد. این اختلال با تغییرات مشخصی در رفتار، نگرش، تفکر، کارایی و انجام اعمال روزمره همراه می‌شود و عملکرد فرد را مختل می‌کند.

افسردگی شایع‌ترین اختلال روانپزشکی است و از آنجا که احتمال عود آن هم بالاست، به همین علت از آن به عنوان «سرماخوردگی بهداشت روان» نام برده می‌شود.

افرادی که بیشتر در معرض افسردگی هستند شامل سالمندان، افراد شاغل در محیط‌های درمانی، زوج‌های جداشده از همسر، بیکاران، بازنشسته‌ها، خانم‌های خانه‌دار، مهاجران و ساکنان شهرهای شلوغ است.

شناخت نشانه‌های اولیه افسردگی مهم است و هر چه زودتر تشخیص داده شود، درمان آن موفق‌تر و امکان عود آن کمتر خواهد بود. ولی آنچه که از تشخیص زودرس و درمان مهم‌تر است، چگونگی پیشگیری از ایجاد افسردگی است: چرا که همیشه پیشگیری بردرمان مقدم است. برای پیشگیری از بروز افسردگی، شناخت عوامل ایجادکننده آن بسیار مهم است.

افسردگی هم مانند سایر اختلال‌های روانی، یک اختلال چند عاملی است که از عوامل ایجاد آن می‌توان به عوامل زیستی، عوامل روانی اجتماعی اقتصادی و عوامل معنوی اشاره کرد. عوامل روانی اجتماعی می‌تواند شامل رویدادهای زندگی، استرس محیطی، خانواده و مشکلات عاطفی باشد. یکی از کارهای پیشگیرانه در بروز افسردگی گفت‌وگوهای سازنده است.

گفت‌وگو

«گفت‌وگو» هنری اکتسابی است که در سلامت روانی عاطفی افراد بسیار مهم است و نقش بسزایی در پیشگیری از افسردگی ایفا می‌کند؛ ولی به نظر می‌رسد به اندازه اهمیت که دارد، برای آن ارزش قائل نیستیم. توانایی گفت‌وگوی

سازنده نیاز به آموزش و مطالعه دارد.

◀ خوب گوش دادن که ما آن را ساده فرض می‌کنیم در واقع کاری دشوار است و ما بندرت خود را برای آن آماده می‌کنیم. جان گفت‌وگو، خوب گوش دادن است، خوب گوش دادن یعنی احترام گذاشتن به فرد مقابل و به رسمیت شناختن او. خوب گوش دادن یعنی توجه به واژه‌ها و سکوت بین واژه‌ها همراه با تماس چشمی. افراد معمولاً نوعی تمایل برای قضاوت درباره دیگران دارند، به آنچه دیگران می‌گویند، گوش می‌دهند و سپس مشخص می‌کنند، گفته فرد مقابل درست است یا غلط. درست گفتن نیز به این معناست که با آن فرد موافقم و غلط گفتن نیز به این معناست که با آن مخالفم! مهارت خوب گوش دادن یک مهارت دشوار است و نیاز به تعویق اندازی قضاوت دارد. بیشتر اوقات، وقتی که ما به نظر می‌رسد در حال گوش کردن به صحبت‌های فرد مقابل هستیم، در واقع در حال مرور ذهنی حرف‌های بعد خود هستیم و توجه ناقصی نشان می‌دهیم.

◀ اگر گوینده هستیم، باید مطمئن شویم که زمان و مکان مناسبی را برای گفت‌وگو انتخاب کرده‌ایم و باید سعی کنیم اطلاعات حسی، افکار و احساسات، خواسته‌ها و اقدام‌های خود را به طور کامل، شفاف و صریح بیان کنیم. در واقع به جای این که طرف مقابل را متهم کنیم که ما را درک نکرده است، خواسته‌ها و احساسات خود را شفاف و صریح ولی مؤدبانه و محترمانه به زبان آوریم. سعی کنیم یک‌ریز حرف نزنیم، در صحبت‌ها توقف کنیم و به فرد مقابل اجازه تأمل و اظهار نظر بدهیم.

◀ اگر شنونده هستیم، توجه تام و کامل نشان دهیم، با تکان دادن سر یا تأیید کلامی به صحبت‌های طرف مقابل اعتبار بدهیم، او را به دادن اطلاعات بیشتر دعوت کنیم و سؤال‌های باز بپرسیم. افراد پرمشغله گاهی احساس می‌کنند که گوش دادن توجهی، بسیار وقتگیر است ولی در حقیقت بسیار سودمند است و بسیاری از مشکلات را رفع می‌کند.

پایان سخن اینکه: گفت‌وگو، موضوع بسیار مهمی است و نیاز به کسب مهارت‌های آن دارد. و گفت‌وگو با مجادله تفاوت اساسی دارد. می‌تواند بسیار مفید و مؤثر باشد ولی مجادله همیشه مضر است.



دکتر محمد هادی ایازی
معاون اجتماعی وزیر بهداشت درمان
و آموزش پزشکی

تحول سلامت با تأکید بر عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت

محور توسعه پایدار، انسان سالم است و جوامع امروزی خواستار ایجاد بستر مناسب برای تولید و شتاب لازم در رسیدن به توسعه همه‌جانبه‌اند. از این رو بدیهی است بررسی و تبیین همه مؤلفه‌های اجتماعی تأثیرگذار بر سلامت به سیاستگذاران کلان برای سیاستگذاری در زمینه مسأله مهم توسعه پایدار کشورها کمک می‌کند. رویکردهای انسان محور توسعه، برای «سلامت» ارزش فراوان قائل‌اند و اعتقاد دارند تا سلامت نباشد، افراد، خانواده‌ها، جوامع و ملت‌ها امیدی به دست‌یافتن به اهداف اجتماعی و اقتصادی ندارند. درک و شناخت همه جانبه سلامت ایجاد می‌کند همه نظام‌ها و ساختارهایی که وضعیت اجتماعی اقتصادی و محیط فیزیکی را در کنترل و تسلط خود دارند، مضامین فعالیت‌های خود را در زمینه آثاری که بر سلامت و رفاه فرد و جامعه دارند، در نظر بگیرند.

بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامت عبارت است از برخورداری از آسایش کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط نداشتن بیماری و نقص عضو.

امروزه علاوه بر بعد جسمی، روانی و اجتماعی، جنبه معنوی سلامت فرد هم مدنظر قرار داده شده است. در بند ۸ مبانی و ارزش‌های بنیادین نقشه جامع علمی کشور، ابلاغی مقام معظم رهبری، «علم و فناوری کمال آفرین، توانمندساز، ثروت‌آفرین و هماهنگ با محیط زیست و سلامت معنوی و جسمی و روانی و اجتماعی آحاد جامعه» از مهم‌ترین ارزش‌ها برشمرده شده است. باید توجه داشت که ابعاد مختلف سلامتی بریکدیگر اثر گذاشته و تحت تأثیر یکدیگر قرار دارند. لذا اقدام‌های انجام شده برای ارتقای سلامت باید به همه جوانب سلامت فردی (جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی) و سلامت کلی جامعه توجه داشته باشد. اساسنامه سال ۱۹۴۶ سازمان جهانی بهداشت، برخورداری از بالاترین حد استانداردهای منطقی و قابل دستیابی سلامت، بدون در نظر گرفتن نژاد، مذهب، عقاید سیاسی و موقعیت اقتصادی و اجتماعی را حق مسلم هر انسانی می‌داند.

تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت سال‌هاست مورد توجه سازمان جهانی بهداشت قرار گرفته است و طبق آخرین مستندات معتبر علمی جهان بیش از ۷۵ درصد تعیین‌کننده‌های مؤثر بر سلامت انسان‌ها در شرایط محیط اجتماعی و اقتصادی آن‌ها

شکل می‌گیرد و کمتر از ۲۵ درصد از سهم سلامتی مردم از طریق تأمین خدمات بهداشتی درمانی قابل جبران است. در سند اهداف توسعه پایدار که ایران نیز آن را امضا کرده به این مسأله اشاره شده است. تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت رویکرد یکپارچه‌ای برای رویارویی با معضلات سلامتی، ارتقای سطح بهداشت عمومی و حرکت به سوی جامعه سالم‌تر است و در این رویکرد مشکلات بهداشتی، بیماری‌های جسمی و روانی از منظر اجتماعی نگریسته می‌شود. بنابراین می‌توان با شناخت این تعیین‌کننده‌ها از آن‌ها در برنامه‌ریزی‌ها و سیاستگذاری‌های اجتماعی و سلامت استفاده کرد.

واقعیت تحولات اجتماعی گویای آن است که چهره بیماری‌ها و اختلال‌ها در حال دگرگونی است و پدیده انتقال اپیدمیولوژیک در حال وقوع و به سرعت پیش می‌رود و موجب بیماری‌ها و اختلال‌ها می‌شود، به نحوی که تا سال ۲۰۲۰ در همه جهان منشأ برهم‌زننده سلامت، اختلال‌ها و بیماری‌های روانی، رفتاری و اجتماعی خواهد شد. به طور کلی، بعد اجتماعی سلامتی فرد در برگیرنده سطوح مهارت‌های اجتماعی و عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر شخص از خود به عنوان عضو از جامعه بزرگ‌تر است. از این نظر، هر کس عضوی از افراد خانواده و عضو جامعه‌ای بزرگ‌تر محسوب می‌شود. سلامت اجتماعی بر بعدی از سلامت تأکید دارد که به ارتباط فرد با افراد دیگر یا با جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کند مربوط است. سلامت اجتماعی شامل عناصر متعددی است که این عناصر در کنار یکدیگر نشان می‌دهند که چگونه و در چه درجه‌ای افراد در زندگی اجتماعی خود، خوب عمل می‌کنند. به طور مثال به عنوان همسایه، همکار، همشهری و... اهمیت توجه به بعد اجتماعی توسعه و همچنین تأکید سازمان جهانی بهداشت بر سلامت اجتماعی، در کنار سلامت جسمی، سبب شده است تا امروز سلامت اجتماعی به دغدغه مشترک جامعه شناسان و برنامه‌ریزان اجتماعی در هر جامعه تبدیل شود.

لازم به ذکر است که اصول ۳، ۲۹، ۴۳ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران ضمن محوری برشمردن سلامت کامل و جامع انسان، بهداشت درمان را از جمله نیازهای اساسی می‌شناسد و دولت را مکلف کرده تا همه منابع، امکانات و ظرفیت‌های خود را جهت تأمین، حفظ و ارتقای سطح سلامت افراد کشور بسیج کند. در سند چشم‌انداز ۲۰ ساله کشور نیز «برخورداری از سلامت، رفاه، امنیت غذایی، تأمین اجتماعی، فرصت‌های برابر، توزیع مناسب درآمد، نهاد مستحکم خانواده به دور از فقر و فساد، تبعیض و بهره‌مندی از محیط زیست مطلوب، ویژگی‌های جامعه ایرانی در دورنمای سال ۱۴۰۴ است. بند ۲ سیاست‌های کلی سلامت بر «تحقق رویکرد سلامت همه جانبه و انسان سالم در همه قوانین، سیاست‌های اجرایی و مقررات»، بند ۶ سیاست‌های کلی جمعیت بر «ارتقای

امید به زندگی، تأمین سلامت و تغذیه سالم جمعیت و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی، بویژه اعتیاد، سوانح، آلودگی‌های زیست محیطی و بیماری‌ها»، بند ۷ سیاست‌های کلی اقتصاد مقاومتی بر «تأمین امنیت غذا و درمان و ایجاد ذخایر راهبردی با تأکید بر افزایش کمی و کیفی تولید (مواد اولیه و کالا)» و بند ۱۱ سیاست‌های کلی سلامت «افزایش آگاهی، مسؤلیت‌پذیری، توانمندی و مشارکت ساختارمند و فعالانه فرد، خانواده و جامعه در تأمین، حفظ و ارتقای سلامت با استفاده از ظرفیت نهادها و سازمان‌های فرهنگی، آموزشی و رسانه‌ای کشور تحت نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی» را برای دستیابی به چشم‌انداز نظام سلامت یعنی دستیابی به جایگاه اول شاخص‌های سلامت در منطقه آسیای جنوب غربی، تکلیف کرده است.

در کشور ما با وجود کاستی‌های موجود، بویژه در مناطق محروم، برای سلامت جسمی افراد گام‌های مناسبی در طرح تحول سلامت (بهداشت درمان) برداشته شده است؛ اما آنچه در همه عرصه‌های کشور محسوس است، کم‌توجهی به ابعاد روانی و اجتماعی سلامت است. این کم‌توجهی به جنبه اجتماعی سلامت در عصاره‌تبادلات و جهانی‌سازی، موجب افزایش آسیب‌پذیری افراد در ابعاد روانی، خودکشی، گرایش به مصرف دخانیات، فرار از خانه، افت تحصیلی و سایر آسیب‌های اجتماعی می‌شود و از جمله موضوعاتی است که باید به آن توجه خاص شود.

برکسی پوشیده نیست که مقوله سلامت و ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی آن امری بین‌بخشی بوده و کاهش یا تعدیل تهدیدکننده‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت مستلزم همکاری بین‌بخشی و مشارکت‌های مردمی است. از این رو با توجه به مأموریت‌هایی که در قانون تشکیل (مصوب ۱۳۶۴/۷/۲۴) و تشکیلات و وظایف (مصوب ۱۳۶۷/۳/۱۲) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ذکر شده است، تشکیل معاونت اجتماعی به عنوان مرجع تسهیلگر و هماهنگ‌کننده بین وزارت بهداشت به عنوان متولی سلامت و سایر سازمان‌ها و دستگاه‌ها به عنوان همکار، امری ضروری به نظر رسید. در نتیجه، این معاونت با سه اداره کل

۱. سازمان‌های مردم‌نهاد ۲. خیران و خیریه‌های سلامت ۳. مؤلفه‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت به همراه دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و دبیرخانه کارگروه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد در وزارت بهداشت تشکیل شد. همچنین در سطح ۱۶ دانشگاه، معاونت اجتماعی با دو مدیریت: مؤلفه‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت و مشارکت‌های مردمی و یک کارگروه سلامت و امنیت غذایی و در بقیه دانشگاه‌ها به عنوان قائم مقام رییس دانشگاه در حوزه مشارکت‌های اجتماعی، سازمان‌های مردم‌نهاد و خیریه‌های سلامت تشکیل شده است.



دامپروری سنتی و بیماری تب مالت

اهداف آموزشی

- امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه:
- بیماری تب مالت (تب مالت) را تعریف کنند.
- پراکندگی تب مالت را بیان کنند.
- نشانه‌های تب مالت را بدانند.
- چگونگی انتقال بیماری تب مالت از حیوان به انسان را توضیح دهند.
- نحوه پیشگیری و درمان تب مالت را در انسان توضیح دهند.

مقدمه

بیماری تب مالت بیشتر یک بیماری شغلی است و در افرادی که با حیوانات یا بافت‌های دامی آلوده کار می‌کنند مانند کارگران دامپروری و کشاورزی، دامپزشکان و کارگران کشتارگاه‌ها بیشتر مشاهده می‌شود.

شیوع آن در مردان بیشتر از زنان است. تب مالت یا تب مالت در انسان نشان دهنده گسترش بیماری در حیوانات است. به طور معمول عفونت در انسان به تماس مستقیم با حیوانات آلوده یا فرآورده‌های آن‌ها وابسته است.

تماس با حیوانات دچار سقط جنین و مصرف شیر آلوده یا فرآورده‌های آن از مخاطرات اصلی برای انسان است. عفونت‌های انسانی ناشی از باکتری‌های بروسلا همیشه بیش از موارد مبتلا با نشانه‌های بالینی است. نسبت موارد بدون نشانه به بیماران دارای نشانه بالینی ممکن است هشت به یک یا بالاتر باشد.

وضعیت موجود

بر اساس گفته‌های رییس اداره مبارزه با بیماری‌های قابل انتقال



ترتیب نویسندگان از راست به چپ

شاپسته سعادت‌مند

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

کلثوم خرم

مربی مرکز آموزش بهورزی سقز دانشگاه علوم پزشکی کردستان

لیلی جهانبیغ

کارشناس بهداشت عمومی دانشگاه علوم پزشکی زابل

مهدی ملاشهری

دانشجوی روانشناسی عمومی دانشگاه علوم پزشکی زابل

بین انسان و حیوان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی تعداد موارد ابتلا به بیماری تب مالت از حدود ۱۶ هزار مورد در سال ۱۳۸۹ به حدود ۲۰ هزار مورد در سال ۱۳۹۳ افزایش یافته و در سال ۱۳۹۵ به ۱۵ هزار نفر کاهش یافته است. استان‌های غربی و شمال غربی کشور بیش از استان‌های دیگر با بیماری تب مالت درگیر هستند و علت آن هم این است که دامداری و دامپروری به خصوص به شیوه سنتی بیشتر در این استان‌ها رواج دارد.

نشانه‌ها و عوارض بیماری

مهم‌ترین نشانه این بیماری تب بین ۳۸ تا ۴۰ درجه سانتی‌گراد است که با احساس سرما یا لرز همراه باشد. دردهای عضلانی و استخوانی، سردرد، تعریق شدید به ویژه در هنگام شب، ضعف و خستگی، بی‌اشتهایی، لاغری و افسردگی، بزرگ شدن کبد و طحال نیز از دیگر نشانه‌های تب مالت به شمار می‌رود. در صورتی که این بیماری مزمن شود، حالاتی مانند خستگی‌های دائمی، دردهای عضلانی، کمردرد، یبوست، کاهش وزن، افسردگی و ناتوانی جنسی نیز بتدریج ظاهر می‌شود.

نشانه‌های تب مالت در دام‌ها: سقط جنین، به دنیا آوردن نوزادان ضعیف و ناتوان، کم شدن شیر دام‌ها، خارج نشدن جفت بعد از زایمان دام، گاهی ورم مفاصل دام‌ها، تورم بیضه در دام‌های نر و گاهی عقیم شدن دام‌های نر و کاهش وزن است.

نشانه‌های تب مالت در انسان‌ها: نشانه‌های تب مالت می‌تواند هر زمانی از چند روز تا چند ماه پس از مبتلا شدن به عفونت بروز کند. نشانه‌ها مشابه آنفلوآنزا بوده و شامل موارد زیر است:

سه ماه اول بیماری: (مرحله زودرس) بی‌اشتهایی، تعریق شبانه، سردرد، درد بدن، درد زانو و سایر مفاصل (تشخیص در این مرحله دشوار است چون نشانه‌های اختصاصی تب مالت در انسان دیده نمی‌شود)

بعد از سه ماه: (مرحله تحت حاد) عارضه‌های بیماری بیشتر شده و در هر جایی از بدن به ویژه در استخوان‌ها و مفاصل دیده می‌شود. در چشم به شکل تاری دید یا کوری و در مغز یا قلب که باعث مرگ بیمار می‌شود.

بیماری تب مالت عوارض متعددی دارد که از جمله آن می‌توان التهاب مفاصل را به عنوان شایع‌ترین عارضه این بیماری برشمرد و عوارض دستگاه گوارش، کیسه صفرا، عوارض خونی و افسردگی از آن جمله است.

بروز مشکلات پوستی مانند راش‌های سرخکی شکل یا کهیری شکل و خارش دار، بروز اختلال‌های کلیوی، عوارض چشمی مانند التهاب صلبیه، شبکیه و اعصاب بینایی از دیگر عوارض این بیماری هستند.

شیوع عوارض تب مالت بین یک تا ۳۰ درصد است و بین بیماران مبتلا به بروسلا، «ملی تنسیس» چون بیماری‌زایی بیشتری دارد، عوارض بیشتری نیز ایجاد می‌کند. به طور کلی با تأخیر انداختن درمان بیش از ۶۰ روز عوارض بیماری در هر ارگانی دیده می‌شود. مهم‌ترین عوارض در ارگان‌های ذیل دیده می‌شود:

استخوان‌ها و مفاصل:

اختلال‌های مفصلی شایع‌ترین عارضه تب مالت است و در ۲۰ تا ۶۰ درصد بیماران اتفاق می‌افتد. التهاب مفصل در بیشتر بیماران که از درد کمر شاک می‌هستند دیده می‌شود.

کبد و کیسه صفرا: کبد احتمالاً همیشه در تب مالت درگیر می‌شود، اما اغلب بدون نشانه است. بزرگی کبد در ۲۰ تا ۳۰ درصد بیماران اتفاق می‌افتد.

دستگاه گوارش: عوارض جهازهاضمه در بیش از ۷۰ درصد بیماران تب‌مالتی دیده می‌شود و نشانه‌های آن شامل تهوع، استفراغ، کاهش وزن، یبوست، اسهال و درد شکم است. تب مالت روده‌ای ممکن است شبیه حصبه و با تظاهرات بالینی عمومی که نوع گوارشی در آن واضح‌تر است همراه باشد. التهاب حاد روده کوچک و بزرگ در تب مالت نوع «ملی تنسیس» دیده می‌شود.

خون: تظاهرات خونی تب مالت شامل کم‌خونی، کاهش پلاکت‌ها، کاهش سلول‌های سفید خون و اختلال‌های انعقادی است.

قلب و عروق: اندوکاردیت (التهاب پوشش داخلی قلب) در کمتر از ۲ درصد بیماران تب‌مالتی اتفاق می‌افتد و شایع‌ترین عارضه‌ای است که باعث مرگ این بیماران می‌شود.

سیستم اعصاب: تب مالت باعث سردرد و افسردگی در بیماران می‌شود. هر چند درگیری سیستم اعصاب مرکزی در کمتر از ۵ درصد بیماران اتفاق می‌افتد؛ سندرم‌های عصبی (شامل التهاب‌پرده‌های مغزی، اختلال‌های اعصاب محیطی و آنورسم مغزی و اتساع قطعه‌ای از یک رگ خونی که مربوط به ضعف یا نقص جدار آن در نتیجه بیماری یا آسیب است) در تب مالت گزارش شده است.

پوست و بافت نرم: شیوع عوارض پوستی از ۵/۱ تا ۱۱ درصد گزارش شده است. با توجه به ورود میکروب بروسلا از طریق خراش جلدی، عوارض جلدی، به شکل ضایعات پوستی به خصوص روی بازو ممکن است، دیده شود. این ضایعات ممکن است به صورت راش‌های سرخکی شکل یا پتشی یا کهیری شکل و خارش دار باشند؛ علت آن را حساسیت به آنتی‌ژن‌های بروسلا می‌دانند.

دستگاه ادراری تناسلی: اختلال‌های کلیوی نادر است اگر چه پیلونفریت (التهاب کلیه و لگنچه)، گلودونفریت (التهاب دوطرفه و غیرچرکی کلیه که در درجه اول گلودونفریت را فرا گرفته است) موضعی و منتشر و آبسه‌های کلیوی در تب مالت گزارش شده، ولی اورکیت (التهاب بیضه) خیلی شایع است و در ۲۰ درصد بیماران مرد دیده می‌شود. عقیمی در تب مالت کمتر از اورپون دیده می‌شود.

عوارض چشمی: یکی از راه‌های ورود عامل تب مالت به بدن ملتحمه چشم است؛ بنابراین التهاب چشم از تظاهرات آن است که در نوع «ملی تنسیس» شایع‌تر است. گرفتاری صلبیه، شبکیه، حتی گرفتاری عصب بینایی ممکن است در تب مالت دیده شود. از عوارض نادر چشمی گلوکوم (آب سیاه) است که موجب درد و افزایش فشار چشم می‌شود.

پراکندگی بیماری

بیماری در سراسر جهان پراکنده است هر جا گاو، گوسفند و بز زیاد باشد، این بیماری هم به شکل بومی وجود دارد. اگرچه تب مالت در کشورهای مثل ژاپن و استرالیا با همکاری مردم و مسؤولان بهداشتی در دام‌ها کنترل و ریشه‌کن شده است ولی در ایران و کشورهای همسایه هنوز بیماری شایع است. تب مالت بزی شایع‌ترین نوع تب مالت در دام‌های ایران است. این نوع میکروب برای انسان شدیدترین نوع میکروب بوده و بیشتر موجب ناتوانی

و مرگ می‌شود. تب‌مالت گاوی در رتبه دوم قرار دارد و نشانه‌های خفیف‌تری دارد.

عوامل بیماری‌زایی

میکروب بیماری از جنس بروسلا است که چهارنوع بروسلا در انسان ایجاد بیماری می‌کنند. ملی تنسیس؛ آبورتوس؛ سوئیس و کانیس که قدرت بیماری‌زایی «ملی تنسیس» از همه بیشتر است.

انتقال بیماری

این بیماری به علت ایجاد سقط جنین در دام، کاهش تولید شیر، عقیمی و نازایی و از دست رفتن ارزش‌های اقتصادی دام‌های مبتلا و همچنین به علت ابتلای انسان به بیماری تب‌مالت، همواره از دو بعد اقتصادی و بهداشتی مورد توجه قرار می‌گیرد. دام‌های مبتلا به تب‌مالت، در اولین دوره آبستنی دچار سقط جنین شده و در هنگام سقط و تا مدتی پس از آن، با دفع ترشحات به شدت آلوده رحمی، باعث آلودگی محیط، مزارع و مراتع شده که خود زمینه آلودگی را برای سایر حیوانات گله و نیز انسان فراهم می‌سازد. باکتری می‌تواند به سه طریق از حیوان به انسان انتقال یابد:

از راه تنفس: باکتری بروسلا به راحتی در هوا پراکنده می‌شود.

از راه خوراکی: باکتری بروسلا در شیر حیوانات آلوده می‌تواند از طریق آغوز، شیر، بستنی، کره و پنیر غیرپاستوریزه و... به انسان انتقال یابد.

تماس مستقیم: از راه پوست زخمی و مخاط. باکتری در خون، ترشحات زایمانی، ادرار، مدفوع

اغلب تب‌مالت از فردی به فرد دیگر منتقل نمی‌شود، اما در موارد کمیاب زنان از طریق بارداری یا شیردهی می‌توانند بیماری را به نوزادان خود انتقال دهند. به طور نادری تب‌مالت از طریق تماس جنسی یا انتقال خون آلوده یا پیوند مغزاستخوان انتقال می‌یابد.

میزبان و شرایط زیست محیطی

تب‌مالت بیشتر بیماری مردان بالغ به ویژه کشاورزان، دامداران چوپانان، قصابان، سلاخان و دامپزشکان است. کارمندان آزمایشگاه‌ها نیز در معرض خطر ویژه قرار دارند. تراکم در مراتع، بارندگی، نبود نور خورشید و اقدام‌های غیربهداشتی در فرایند فراهم‌کردن شیر و گوشت و ناکافی بودن پوشش کامل واکسیناسیون دام‌ها همگی زمینه انتشار تب‌مالت را مساعد می‌کنند.

عامل بیماری در شرایط محیطی مناسب از نظر رطوبت، در ادرار و مدفوع حیوانات هفته‌ها و گاه ماه‌ها زنده می‌ماند. این باسیل در پنیر تازه و غیرپاستوریزه حاصل از شیر خام تا هشت هفته زنده می‌ماند و با منجمدکردن از بین نمی‌رود. این ارگاناسم تا چهل روز در خاک خشک آلوده به ادرار، مدفوع و ترشحات واژن و محصولات زایمان حیوان مبتلا، زنده می‌ماند و در خاک مرطوب خیلی بیشتر مقاومت دارد.

عفونت عودکننده

بیماران تب‌مالتی بعد از درمان حتی در کشورهای غربی تا ۱۰ درصد دچار عود می‌شوند. این مسأله احتمالاً به علت وضعیت داخل سلولی عامل تب‌مالت است که باعث حفظ آن در مقابل برخی

آنتی‌بیوتیک‌ها و مکانیسم دفاعی میزبان می‌شود. عود بیشتر در عرض چند ماه پس از عفونت اولیه رخ می‌دهد ولی ممکن است تا دو سال پس از درمان ظاهری نیز اتفاق بیفتد. در افرادی که احتمال بروز این عفونت بالاست تشخیص یا شناسایی عود بیماری از آلوده شدن مجدد انسان با عامل تب‌مالت کار دشواری است.

پیشنهاد‌های پیشگیری از بیماری تب‌مالت در انسان

- ◀ خودداری از مصرف مواد لبنی مشکوک
- ◀ استفاده از شیر و فرآورده‌های لبنی به شکل پاستوریزه و استریلیزه
- ◀ طبخ گوشت‌های حیوانات مبتلا به طور کامل
- ◀ استفاده از ماسک تنفسی در هنگام کار با فضولات حیوانی یا ورود به اصطبل
- ◀ دورنگ داشتن حیوانات از محل زندگی انسان
- ◀ استفاده از دستکش، کلاه، ماسک، عینک و روپوش مناسب در دامپزشکان، کشاورزان، شکارچیان، دامداران و کارکنان کشتارگاه‌ها
- ◀ آموزش طرز تهیه پنیر تازه به همه خانوارهای روستایی
- ◀ گزارش کتبی بیماری به مرکز بهداشت شهرستان و استان

پیشنهاد‌های پیشگیری تب‌مالت در دام‌ها

- ◀ واکسیناسیون گوساله‌های ماده در سن سه تا شش ماهگی
- ◀ واکسیناسیون بره و بزغاله از سه ماهگی تا یک ماه قبل از جفتگیری
- ◀ جداکردن دام‌های سقط شده از بقیه گله و جلوگیری از تماس مستقیم با ترشحات رحمی، جنینی و جفت دام‌های سقط شده (جفت و بقایای جنین سقط شده را باید سوزاند)
- ◀ خونگیری و انجام آزمایش‌های لازم بر روی دام‌های مشکوک و هدایت دام‌های آلوده به کشتارگاه
- ◀ اقدام‌های بهداشتی شامل تهیه و تدارک محیط زیست تمیز برای گله‌های گاو و گوسفند و دفع صحیح ادرار و مدفوع آن‌ها.

نتیجه‌گیری

با توجه به اهمیت موضوع و میزان مرگ‌ومیر و ناتوانی افراد بر اثر بیماری تب‌مالت که یکی از مهم‌ترین بیماری‌های قابل انتقال بین انسان و حیوان در ایران بوده و از هر دو جنبه اقتصادی و بهداشتی عمومی باید مورد توجه ویژه قرار بگیرد. توجه به افزایش ۳۰ درصدی موارد جدید ابتلا در سال‌های اخیر و درک وضعیت خطیر، هشدار در این زمینه است. وظیفه ایجاد می‌کند که ما به عنوان کارکنان بهداشتی در هر جایگاهی که هستیم، جهت آموزش و مراقبت به منظور پیشگیری در این زمینه تلاش کنیم.

منابع

۱. راهنمای کشوری مبارزه با بیماری تب‌مالت
۲. سایت مرکز تحقیقات brc.umsha.ac.ir
۳. بیماری‌های مشترک انسان و حیوانات، مجتبی علی مولایی
۴. فصلنامه افق طلایی معاونت بهداشتی زابل
۵. کتاب راهنمای آموزش مربی ویژه عموم مردم با عنوان آموزش پیشگیری؛ کنترل و درمان بیماری تب‌مالت (تب‌مالت) وزارت بهداشت درمان سال ۹۳ انتشارات آموزش و ارتقای سلامت

اهمیت پرونده الکترونیک سلامت

معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی مشهد به مناسبت رونمایی از پرونده الکترونیک سلامت (سینا) میزبان دکتر علی اکبر سیاری معاون بهداشت و دکتر ناصر کلانتری قائم مقام (وقت) ایشان بود. در حاشیه این نشست در فرصتی کوتاه نظر دکتر کلانتری را درباره اهمیت و ضرورت پرونده الکترونیک سلامت در کشور جویا شدیم که توجه شما را به بخش‌هایی از این گفت‌وگو جلب می‌کنیم.



پرونده الکترونیک سلامت چیست و چرا اهمیت دارد؟

پرونده الکترونیک سلامت در حقیقت همان پرونده خانوار است که در زمان ارائه خدمات سلامت به گروه‌های مختلف سنی در فرم‌های کاغذی ثبت می‌شد، از این به بعد در نرم افزار سامانه پرونده الکترونیک سلامت ثبت می‌شود که با توجه به تحول سلامت، خدمات بیماری‌های غیر واگیر و گروه‌های سنی دیگر علاوه بر مادران باردار و کودکان زیر پنج سال و سالمند نیز اضافه شده است. ضرورت پرونده الکترونیک سلامت دلایل متعدد دارد: اول این که امکان ثبت و گزارش دهی سریع‌تر و لحظه‌ای را فراهم می‌کند. در پرونده کاغذی، گزارش خانه بهداشت به طور معمول ماهانه به مرکز خدمات جامع سلامت روستایی و بعد از آنجا به مرکز بهداشت شهرستان و استان و در پایگاه‌های سلامت هم به همین شکل اول به مرکز خدمات جامع سلامت شهری و بعد به سطوح بعدی ارسال می‌شود؛ در حالی که در پرونده الکترونیک سلامت، مدیران حوزه سلامت هر لحظه که اراده کنند، می‌توانند به داده‌ها، شاخص‌ها و آمارهای منطقه تحت پوشش خود، دست پیدا کنند.

دوم این که ارائه دهندگان خدمات بهداشتی می‌توانند از وضعیت مراقبت جمعیت تحت پوشش خود مطلع شوند. همچنین نرم افزار مشخص می‌کند افرادی که امروز مراجعه کرده و مراقبت شده‌اند، دوباره چه موقع باید مراجعه کنند و مراجعه بعدی آن‌ها در نرم افزار مشخص می‌شود و به محض این که ارائه دهنده خدمت وارد نرم افزار می‌شود، نرم افزار پیام می‌دهد که امروز چه کسانی باید برای چه مراقبتی مراجعه کنند. نرم افزار مشهد (سینا) نیز این توانمندی را دارد که روند پیگیری را به سرپرست خانوار پیامک کند.

ارجاع درون سطح، یعنی از خانه بهداشت به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت روستایی یا از پایگاه سلامت به مرکز خدمات جامع سلامت شهری که ارجاع افقی است و در سطح یک انجام می‌شود با پرونده الکترونیک سلامت بسیار راحت انجام می‌شود و پرونده با تمام محتویاتش به دست پزشک، کارشناس تغذیه، کارشناس روانشناسی یا کارشناس مراقب سلامت در مرکز خدمات جامع سلامت روستایی یا پزشک خانواده روستایی می‌رسد. پزشک خانواده روستایی وارد سیستم می‌شود و بر راحتی می‌تواند ببیند امروز چه تعداد ارجاع داده شده است، پرونده آن‌ها را ببیند و نتیجه را در نرم افزار ثبت کند. همچنین بازخورد لازم را برای بهورز یا مراقب سلامت از طریق همان پرونده الکترونیک می‌فرستد و نیازی به بازخورد کاغذی و مراجعه مجدد مراجعان به خانه بهداشت جهت تحویل ورقه نوشته شده نیست.

بنابراین ارجاع و بازخورد در درون سطح یک را بسیار آسان می‌کند. ان شاء... در آینده‌ای نه چندان دور اگر زیرساخت‌های مربوط به نرم افزارهای سطح ۲ در بیمارستان، بخش بستری یا سطح ۲ در خدمات تخصصی سرپایی نیز فراهم شود، بیماری که در شهر یا روستا از سطح یک به بیمارستان برای بستری یا پزشک متخصص در بخش سرپایی ارجاع می‌شود راه می‌توان پیگیری کرد. یعنی در پرونده الکترونیک ثبت می‌شود که این فرد معاینه شد و کدام کارهای تشخیصی انجام شده، نتیجه تشخیص، چه بوده و ادامه درمان و مراقبت چه خواهد بود. نکته مهم این است که مواردی که توسط بهورز یا مراقب سلامت به فرد دیگری مثلاً پزشک یا کارشناس تغذیه یا روانشناس ارجاع داده می‌شود تا زمانی که فرد مراجعه نکند، نرم افزار برای بهورز هشدار می‌دهد تا مجدد پیگیری کند. بنابراین پرونده الکترونیک سلامت یکی از راهکارهای بسیار اساسی برای گسترش و مدیریت خدمات در حوزه سلامت است.

آیا ساختار و امور زیربنایی و پشتیبانی لازم جهت راه‌اندازی و استقرار پرونده الکترونیک سلامت در سطح کشور به طور مطلوب فراهم شده است؟

آن چه برای راه‌اندازی پرونده الکترونیک سلامت لازم است، عبارتند از:

زیرساخت اینترنتی: باید همه نقاط جغرافیایی امکان دسترسی به اینترنت داشته باشند که براساس مقتضیات کشور، در بخش‌های بسیاری از کشور این زیرساخت فراهم است. البته نقاطی از روستاها هستند که هنوز در نقطه کور واقع شده‌اند که شاید لازم باشد وزارت محترم ارتباطات در این زمینه‌ها با ما بیشتر همکاری کند و پوشش اینترنت را افزایش دهد. چیزی که مهم است در حال حاضر بخش بزرگی از جمعیت کشور در شهرها و روستاهایی زندگی می‌کنند که زیرساخت اینترنتی در آن‌ها وجود دارد.

سخت افزار مورد نیاز: منابع مالی برای تهیه سخت افزار که همان رایانه و... است در طول ۱۰ سال اخیر در اختیار استان‌ها قرار گرفته و در دو سال اخیر نیز در برنامه تحول سلامت در حوزه بهداشت به همه استانها و دانشگاهها منابع لازم برای تجهیز و راه‌اندازی نظام رایانه‌ای در خانه‌های بهداشت و مراکز خدمات جامع سلامت روستایی، شهری و پایگاه‌های سلامت داده شده است.

نصب نرم افزارهای لازم و آموزش نیروی انسانی: در بیشتر نقاط کشور در حال حاضر همه این تجهیزات سخت افزاری و نرم افزاری فراهم شده است و نیروها آموزش‌های لازم را دیده‌اند.

چالش‌های پیش‌رو در استفاده از پرونده الکترونیک سلامت چیست؟

اول این که زمان بر است تا کارمند بخواهد آموزش ببیند و بتواند مهارت لازم را کسب کند و براحتمی با نرم‌افزار کار کند، زمان لازم دارد. دوم این که اگر بخواهد هم‌زمان همه چیز روی کاغذ نیز ثبت شود و در سیستم نرم‌افزار هم وارد شود، دوبرابر زمان خواهد برد. بنابراین راهکار این است که از ابتدا ثبت کاغذی را جمع کنیم و آموزش‌ها را تقویت کنیم.

سوم این که خود نرم‌افزار باید جامعیت پیدا کند. هیچ برنامه‌ای از آغاز صددرصد کامل نیست و در باره این نرم‌افزارها نیز ادعا نداریم که این نسخه نهایی است و دیگر عوض نخواهد شد. بلکه در مسیر اجرای کار و آرایه خدمات، این فرآیند سیر تکاملی دارد و به مرور تکمیل خواهد شد. در واقع باید ابتدا فرم‌ها و برگه‌های کاغذی به نسخه نرم‌افزاری تبدیل شود و سپس برای تکمیل و ارتقای نرم‌افزار و آموزش و تقویت نیروها اقدام کرد که این کار بسیار مهم است.

با توجه به این که در دانشگاه علوم پزشکی مشهد نرم‌افزار دیگری تحت عنوان سامانه «سینا» طراحی شده و اجرایی شود و در سطح کشور سامانه «سیب» در حال اجراست، این دو نرم‌افزار چگونه با هم یکسان‌سازی و به اصطلاح لینک خواهند شد؟

نرم‌افزاری که در دانشگاه مشهد بر اساس خلاقیت و نوآوری همکاران ایجاد شده است، مورد حمایت وزارت بهداشت نیز هست و همین امروز در جلسه رونمایی از سامانه «سینا» در مشهد بودیم و دیدیم این نرم‌افزار همه دیتاهایی را که لازم داریم، فراهم می‌کند. لذا تفاوتی نمی‌کند که کدام اتومبیل ما را به مقصد می‌رساند، نوع اتومبیل اهمیت ندارد، هدف رساندن به مقصد مهم است. با توجه این که استاندارد جهانی نرم‌افزارنویسی برای ورود و خروج داده‌ها رعایت شده است، کار بسیار آسانی است که نرم‌افزار سینا به سامانه ملی «سیب» اتصال پیدا کند.

با توجه به این که موفقیت پرونده الکترونیک سلامت به برنامه‌ریزی صحیح، مدیریت و رهبری قوی، ارتباطات مناسب، همچنین حمایت و آموزش مداوم نیروی انسانی و... نیاز دارد بفرمایید برای این موارد تاکنون چه اقدام‌هایی صورت گرفته است؟ آیا نقشه راه مشخص و مسیری معین وجود دارد؟

بله نقشه راه داریم، از نظر ساختاری؛ ستاد عالی «آی‌تی» یا فناوری اطلاعات زیر نظر مستقیم دکترهاشمی - وزیر بهداشت - تشکیل شده است. همه معاونت‌های وزارت، ستاد فناوری اطلاعات دارند. از جمله در معاونت بهداشت با حضور همه مدیران و رؤسای حوزه بهداشت و دکتر سیاری معاون بهداشت وزارتخانه و بنده به عنوان قائم مقام ایشان هفته‌ای یک روز جلسه سه ساعته داریم و در هر یک از ادارات و دفاتر واحدها نیز کمیته فناوری اطلاعات دایر شده است. یک ساختار هم تحت عنوان کمیته راهبری بسته خدمت تشکیل داده ایم که از واحدها و دفاتر معاونت بسته‌های خدمت را می‌گیرند، هم‌ساز می‌کند، تبدیل به نسخه نرم‌افزاری می‌کنند و وارد نرم‌افزار می‌شود. هم‌زمان واحد پشتیبانی وزارت بهداشت برای عقد قرارداد و

پشتیبانی‌های مالی فعالیت می‌کند. واحد فناوری اطلاعات حوزه وزارت به سرپرستی دکتر «تارا» پشتیبانی‌های نرم‌افزاری و تکنیکال از نظر نرم‌افزاری را به عمل می‌آورد. منابع مالی هم پیش‌بینی شده است. بنابراین به طور مشخص از نظر ساختاری، محتوایی، مالی و پشتیبانی برنامه‌ریزی کاملی انجام شده است. امیدواریم که در دولت یازدهم در کشور نرم‌افزار پرونده الکترونیک سلامت به شکل سامانه «سیب» در کل کشور گسترش پیدا کند و دیگر فردی خارج از این سامانه، پرونده کاغذی نداشته باشد.

آیا برای راه اندازی پرونده الکترونیک سلامت از تجربیات سایر کشورها استفاده شده است؟

با توجه به «ایران ۱۴۰۴» و توصیه‌های مقام معظم رهبری که باید مادر منطقه اول باشیم، لذا در خیلی از مسایل باید تلاش بیشتری بکنیم؛ از جمله: در حوزه سلامت. بویژه اگر بخواهیم حوزه سلامت به سرعت به سطح اول منطقه برسد باید بتوانیم منابع و خدمات را مدیریت کنیم. برای مدیریت بر منابع شامل نیروی انسانی، تجهیزات، ملزومات، پول و مدیریت بر خدمات که همان پرونده الکترونیک سلامت باشد، راهی به جز الکترونیک شدن خدمات نداریم. در منطقه، کشور ترکیه چند سال زودتر از ما این کار را شروع کرده است. کشورهای دیگر هیچ کدام حتی تصمیم به این کار نگرفته‌اند، چون کار بسیار بزرگ و یک اقدام بسیار اساسی و حیاتی است و بسیار سخت، زمان‌بر و پرهزینه است. نه فقط هزینه ریالی بلکه بیشتر از نظر کارشناسی، انرژی بر است و وقت زیادی از مدیران را می‌گیرد، تا راه‌اندازی شود. بنابراین خیلی از کشورهای منطقه حتی جرات نگاه به پرونده الکترونیک سلامت را نداشتند. ما در سفرهایی که در آغاز طرح تحول به ترکیه داشتیم و بازدیدهایی که از وضعیت آن‌ها به عمل آوردیم، یکی از چیزهایی که الهام گرفتیم، (نه این که عیناً الگوبرداری کنیم) این بود که این کار را بر اساس شرایط محلی و بومی خودمان انجام بدهیم و نوشتن نرم‌افزار چه در مشهد و چه در نسخه کشوری از کارشناسان مالی و برنامه‌نویسان داخلی و کارشناسان خدمات و بسته خدمت کشور خودمان استفاده شده است.

از کارکنان نظام سلامت، بویژه بهروزان که اولین گروه پیشگام در ثبت اطلاعات در پرونده الکترونیک سلامت در روستا هستند، چه انتظاری دارید؟

من از سال‌های ابتدایی دهه ۶۰ در خدمت بهروزان بوده و با آن‌ها کار کرده‌ام، بنابراین رابطه خوبی با همه بهروزان دارم و آن‌ها را به عنوان استخوان‌بندی نظام آرایه خدمات در سطح یک روستا می‌شناسم. در نتیجه انتظارات از این عزیزان زیاد است، چرا که همیشه نشان داده‌اند، بهترین‌های ما بوده‌اند؛ یعنی کسانی که خوب کار می‌کنند به طبع مدیران از آن‌ها انتظار بیشتری خواهند داشت. در این زمینه هم انتظار داریم:

◀ تحول در حوزه بهداشت را بدرستی فرا بگیرند؛ یعنی اگر قبلاً به مادر باردار و کودک زیر پنج سال و در جاهایی به سالمندان خدمت آرایه می‌کردند، در برنامه تحول، بسته خدمت برای مادر باردار، کودک زیر پنج سال، نوجوان، جوان، میانسال و سالمند طراحی شده است. یعنی باید همه گروه‌های سنی را به شکل فعال زیر پوشش بگیرند

وخدمات متناسب ارایه دهند.

◀ توجه ویژه‌ای به بیماری‌های غیرواگیر و مزمن مثل دیابت، فشارخون، سرطان‌ها، بیماری‌های قلبی عروقی بویژه عوامل خطرآن مثل سیگار کشیدن، تحرک نداشتن، مصرف ناکافی سبزی و میوه و شیوه نامناسب زندگی داشته باشند. اینها مواردی هستند که به‌روزان باید خوب کنترل کنند. یعنی هم به سمت ارتقای سلامت مردم حرکت کنند، هم پیشگیری از ابتلا به بیماری‌های غیرواگیر مزمن را در جامعه تبلیغ کنند و بموقع شناسایی کرده و ارجاع دهند. ▶ تقاضادارم خدمات را در بستر نرم‌افزاری انجام دهند و اگر آموزش کافی ندیده اند، به واحد بالاتر خود اعلام کنند تا واحد فناوری اطلاعات شهرستان با همکاری ستاد ملی برای آموزش آن‌ها اقدام کنند. بنابراین انتظار اصلی این است که با توجه به تحول سلامت، مراقبت همه گروه‌های سنی در هر دو جنس، پیگیری برنامه کنترل بیماری‌های غیرواگیر مزمن را جدی بگیرند و در جهت بهبود هرچه بهتر و سرعت هرچه بیشتر در تکمیل پرونده الکترونیک سلامت حرکت کنند که باز هم بتوانیم به‌روزان را در سراسر کشور به عنوان پیشرو در این برنامه معرفی کنیم.

از مراقبان سلامت چه انتظاری دارید؟

همانند به‌روزان درسیستم خانه‌های بهداشت در روستا، در شهر نیز مراقبان سلامت در پایگاه‌های سلامت نسبت به شناسایی منطقه خود اقدام کرده اند. ابتدا بلوک بندی و سرشماری جمعیت و تعیین جمعیت که هر ۲ تا ۳ هزار نفر یک مراقب سلامت در نظر گرفته شده است. بنابراین مراقب سلامت باید اصرار داشته باشد که این جمعیت مربوط به من است و بقیه جمعیت مربوط به نفر دوم است و در ارایه خدمات براساس بسته خدمت و ادغام یافته اقدام کنند. همه همکاران محترم زحمت می‌کشند و ما علاقه مند هستیم که فعال‌تر در زمینه استطاعت مردم و منافع ملی حرکت کنند تا این که بگویند مثلاً من ماما هستم و مراقب نیستم. در اینجا از رشته تحصیلی صحبت نمی‌کنیم بلکه در رابطه با رشته شغلی حرف می‌زنیم. شغلی در نظام سلامت تعریف کردیم تحت عنوان مراقب سلامت که این نه بهداشت عمومی، نه ماما، نه بهداشت خانواده و نه پرستار است بلکه یک شغل جدید است که از ترکیب خیلی از مهارت‌ها و دانش این گروه‌های تحصیلی ایجاد شده است. در آینده نزدیک در دانشگاه نیز این رشته راه‌اندازی خواهد شد و نسبت به تربیت نیروی انسانی اقدام خواهیم کرد تا آن موقع تقاضا دارم و انتظار دارم عزیزانی که وارد این شغل می‌شوند، وابستگی‌های صنفی و جناحی را کنار بگذارند، ببینند نظام سلامت از آن‌ها چه خدمتی را می‌خواهد، همان خدمت را ارایه دهند. به یقین جای خودشان را پیدا می‌کنند و مطمئناً می‌توانند بیشتر در خدمت مردم باشند. هر جایی که خدمت‌دهندگان، کارشناسان و مدیران منافع خودشان را به منافع ملت و مردم گره بزنند، موفق خواهند شد.

بنابراین عزیزانی که ماما هستند، ما از آن‌ها در شغل مراقب سلامت، خدمات مامایی توقع نداریم، همان طوری که از کارشناس بهداشت عمومی نیز همه خدماتش را نمی‌خواهیم. بنابراین مراقب سلامت، معادل به‌روزروستایی و یک رشته شغلی جدید است. می‌توان گفت

به‌روز شهری که با عنوان مراقب سلامت معرفی می‌شود. در نتیجه نیازمندان و مراجعان سطح اول در شهر، خدمات را توسط مراقب سلامت دریافت می‌کنند و در صورت نیاز به سطح بعدی ارجاع می‌شوند.

از مردم که در حقیقت دریافت‌کنندگان اصلی خدمات سلامت هستند، چه انتظاری دارید؟ از نظر امنیت و حفظ اطلاعات شخصی افراد، چقدر به مردم اطمینان داده و تضمین می‌کنید؟

غیر از تیم سلامت هیچکس به اطلاعات پرونده الکترونیک سلامت افراد دسترسی ندارد.

کارشناسان ستاد و سطح بالاتر در مرکز بهداشت شهرستان فقط به داده‌های کلی دسترسی پیدا می‌کنند چون کارکردشان نظارتی و مدیریتی است با داده‌ها و با عدد و رقم سروکار دارند و با مشخصات افراد نمی‌توانند وارد پرونده شوند.

اما از مردم توقع داریم در وهله اول به واحدهای بهداشتی که برای رفاه حال آن‌ها فراهم شده است، مراجعه کنند. در بعضی جاها شاهد هستیم پایگاه سلامت یا مرکز خدمات جامع سلامت راه اندازی شده، ولی مردم منطقه یا مطلع نیستند یا فکر می‌کنند که چون دولتی است شاید خوب نیست و مراجعه نمی‌کنند. ولی من تقاضا می‌کنم مردم این پایگاه‌ها و مراکز را بیازمایند، آن‌ها... که مورد تأییدشان قرار بگیرد. دوم این که دستورات بهداشتی درمانی که از طریق پایگاه سلامت، خانه بهداشت، پزشکان یا کارشناسان سطح بعدی برای حفظ سلامت شان به آن‌ها داده می‌شود را به کار بگیرند. بخش بزرگی از تأمین سلامت مردم به مشارکت خود مردم وابسته است. یعنی هر فرد خودش مراقبت از خودش را انجام دهد. چه کسی شایسته‌تر از خود فرد است که به او مراقبت ارایه کند. پس اولین گام برای حفظ سلامتی، افزایش دانش و توانمندی خود فرد به عنوان یک مراقب کننده، برای حفظ سلامت خود و مراقبت از خودش است. به طور مثال پرخطر رفتار نکنند، رفتارهای نادرست و نامناسب مثل کشیدن سیگار، قلیان و امثال آن را انجام ندهند و تحرک بدنی مناسب داشته باشند. توقع این است که افراد جامعه همان طور که در حفظ مال و دارایی خود کوشا هستند و همه اقدام‌های لازم را انجام می‌دهند تا به طور مثال اتومبیل شان به سرقت نرود، قفل می‌زنند، زنجیر می‌بندند، شیشه‌ها را بالا می‌دهند، دزدگیر نصب می‌کنند، به سلامتی جسم و جان خودشان هم توجه و مراقبت کنند. همه ما براحتی غذای چرب می‌خوریم، شیرینی زیاد می‌خوریم، نوشابه زیاد می‌خوریم و اغلب در همان اول غذا هم مصرف می‌کنیم، خودسرانه دارو مصرف می‌کنیم، سیگار و قلیان استفاده می‌کنیم و بی‌تحرکی و مصرف ناکافی میوه و سبزی داریم که همه این رفتارها پرخطر هستند و باید بیشتر توجه و دقت کنیم.

در پایان از آقای دکتر کلانتری که اطلاعات مناسبی درباره پرونده الکترونیک سلامت در اختیار ما گذاشتند سپاسگزاریم و به همه به‌روزان عزیز در روستاها و مراقبان سلامت در شهرها خدقوت گفته و امید داریم هرچه زودتر پرونده الکترونیک سلامت برای همه جمعیت کشور تشکیل و تکمیل شود.



اهداف آموزشی

- امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه:
 - ◀ خودمراقبتی را تعریف کنند.
 - ◀ محل کار سالم را تعریف کنند.
 - ◀ مزایا و منافع برنامه خودمراقبتی برای کارکنان بهداشتی را بیان کنند.
 - ◀ حیطه‌های سلامت در برنامه خودمراقبتی در محل کار را نام ببرند.

خودمراقبتی و کارکنان بهداشت

مقدمه

مفهوم ارتقای سلامت و امید، دستیابی همه مردم به مطلوب‌ترین سطح از سلامتی است و حفظ این سطح، هدفی بزرگ و جهانی است. اگر چه دستیابی به این هدف، فوری و بسرعت اتفاق نمی‌افتد اما تلاش پیوسته و امیدوارانه در محل کار و ایمان داشتن به اینکه خدمت به دیگر انسان‌ها، ارزشمندترین سرمایه است، رسیدن به این هدف را ممکن و لذتبخش می‌سازد.

تعریف خود مراقبتی

خودمراقبتی عملکردی آگاهانه و آموختنی است که برای تأمین و تداوم شرایط و منابع لازم برای ادامه حیات و حفظ عملکرد جسمی، روانی، اجتماعی، معنوی و رشد فرد انجام می‌شود. خود مراقبتی فرآیندی مادام‌العمر و برای همه دوران‌ها و موقعیت‌های زندگی است. به عبارتی خودمراقبتی، بیدارکردن توانایی بالقوه افراد برای مراقبت



ترتیب نویسندگان از راست به چپ

◀ مینو صادقی

مدیر مرکز آموزش بهورزی شفت
دانشگاه علوم پزشکی گیلان

◀ میترا کهتری

کارشناس آموزش بهداشت
دانشگاه علوم پزشکی گیلان

فعالیت در حوزه سلامت

فعال بودن در حوزه سلامت از آنجایی آغاز می‌شود که ما برای سلامت خود و کارمندان مان ارزش قایل شویم و این نظام ارزشگذاری را در سازمان خود تسری دهیم از جمله این فعالیت‌ها توجه به نکات ذیل است.

۱. خودمان را بشناسیم: هدف، ارزش‌های محوری و نقاط اتکای سلامت و شادی خود و سازمان خود را بشناسیم و با کارمندان در میان بگذاریم.

۲. مراقب جسم و روح مان باشیم: از سلامت جسمی و عاطفی خود و کارمندان مان مراقبت کنیم.

۳. مثبت‌اندیش باشیم: شکرگزار و مثبت‌اندیش و درباره انعطاف‌پذیری و توان تغییر خود و کارمندان مان خوش بین باشیم.

۴. با انگیزه باشیم: یاد بگیریم و به کارمندان خود یاد بدهیم که باید از هر چه الهام‌بخش است، انرژی گرفت و با انگیزه بیشتری به کار و تلاش پرداخت.

۵. برای موفقیت برنامه داشته باشیم: برنامه‌ها و نقشه‌های شفافی برای موفقیت سازمان خود در تمام زمینه‌ها تدارک ببینیم.

۶. روابط حمایتگر را توسعه دهیم: روابطی را که از رشد و سلامت ما و کارمندان مان حمایت می‌کند، تقویت کنیم.

۷. منابع مالی سازمان را توسعه دهیم: آگاهی اقتصادی خود را ارتقا دهیم و برای کسب آنچه می‌تواند باعث سلامت ما و کارمندان مان شود، برنامه داشته باشیم.

۸. نتیجه بگیریم: کار و زندگی مان را طوری ساماندهی کنیم که به نتایج مطلوب خودمان، کارمندان مان و جامعه مان بینجامد.

۹. همیشه در حال یادگیری باشیم: برای رشد و یادگیری روزافزون، همیشه در حال یادگیری باشیم و از تجربه‌های مان درس بگیریم.

زیج خودمراقبتی



است. خودمراقبتی عملی است که در آن شخص از دانش، مهارت و توان خود به عنوان یک منبع استفاده کرده و به شکل مستقل، از سلامت خود مراقبت می‌کند.

اگر یک سازمان و همچنین یک کشور بخواهد در بازارهای محلی، منطقه‌ای و جهانی رقابت کند، تخصیص سرمایه به خصوص متعهد شدن به گسترش و اجرای ارتقای سلامت در محل کار ارزشمندترین سرمایه‌گذاری است. طبق نظر سازمان جهانی بهداشت، سلامت در محل‌های زیر توسعه و تکامل می‌یابد: محل کار افراد، محل بازی و تفریح، محل زندگی و محل آموزش

محل کار سالم چیست؟

خط مشی‌های ایمنی و بهداشت حرفه‌ای کمک می‌کند تا کارکنان یک سازمان از خطرهای جسمی، شیمیایی و بیولوژیکی در امان باشند. محیط کار سالم با حمایت از سلامت و رفاه کارکنان، مکمل این خط مشی‌ها به شمار می‌رود. یکی دیگر از ویژگی‌های محل کار سالم، همکاری کارکنان و مدیران برای ترویج و ارتقای سلامت و رفاه مردم است. خودمراقبتی در محل کار، می‌تواند شامل هر چیزی باشد که هدف آن توانمند کردن افراد برای داشتن احساس خوب است. برنامه خودمراقبتی برای کارکنان بهداشت باید در برگیرنده سه حیطه سلامت و امنیت شغلی، فعالیت‌های بهداشتی داوطلبانه و رویکرد تغییر سازمانی باشد.

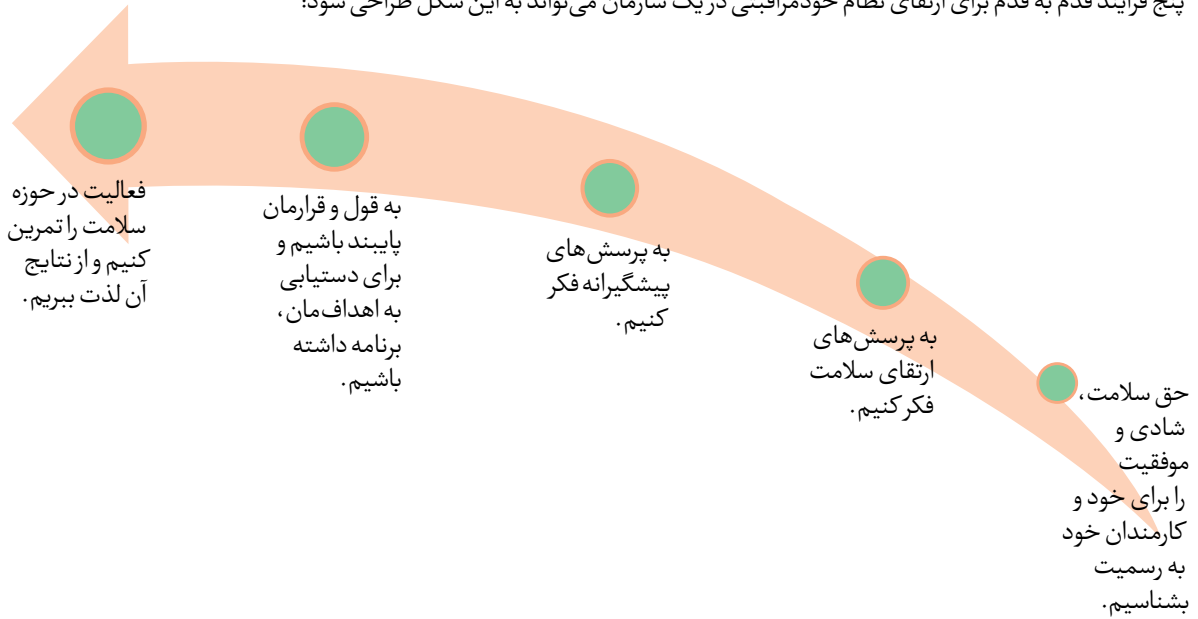
آغاز خودمراقبتی از راس هرم

مدیریت سالم و پویا در پی این است که تغییرات مطلوب و سلامت‌بخشی در رفتار کارمندان و عملکرد سازمان خود به وجود آورد و شروع از خود، بهترین سرآغاز برای این مهم است. می‌توان با الگوسازی‌های مطلوب برای کارمندان، زندگی را به زندگی پویایی تبدیل کرد که به ما حس موفقیت بدهد، شادمان کند و تغییرات مثبت به وجود بیاورد.



ارتقای سلامت پویا: کانون توجه خودمراقبتی

پنج فرآیند قدم به قدم برای ارتقای نظام خودمراقبتی در یک سازمان می‌تواند به این شکل طراحی شود:



پرسش‌های ارتقای سلامت

سلامت و شادی من و اعضای سازمان در گرو چیست؟
من دنبال ایجاد چه تغییراتی در خودم و اعضای سازمان هستم؟
قول و قرارهای من با خودم و اعضای سازمان چیست؟
من برای سلامت اعضای سازمان به چه حمایتی نیاز دارم و از کجا باید آن را تأمین کنم؟

پرسش‌های پیشگیرانه

چه چیزی باعث می‌شود من بیش از حد کار کنم؟ و کارمندانم چه طور؟
کدام نیازهای ناخودآگاه باعث می‌شوند من بیش از حد کار کنم؟ و کارمندانم چه طور؟
چه چیزی برای من الهام بخش است و به من انگیزه می‌دهد؟ و برای کارمندانم چه طور؟
نیازهای فوری فوتی من چیست؟ و نیازهای کارمندانم چه طور؟

بسته اطلاعاتی نظام خودمراقبتی در سازمان‌ها

ضرورت تأکید بر یادآوری‌های خودمراقبتی: ورزش، تغذیه سالم، خواب و استراحت کافی، روابط حمایتگر، برقرار تعادل بین کار و زندگی، مثبت‌اندیشی، دسترسی به منابع الهام بخش، یادگیری مداوم، طرح و برنامه برای موفقیت، توسعه منابع مالی، نتیجه‌گرایی در کار، اختصاص زمانی به تفریح

نتیجه‌گیری

به دلیل افزایش آگاهی در مورد ارزش برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار که از سلامت و رفاه کارکنان حمایت می‌کند، سازمان‌هایی که برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار را اجرا کرده‌اند؛ پیامدهای شغلی مثبتی را از جمله بهره‌وری کارکنان و کاهش بیماری گزارش کرده‌اند که این خود اهمیت موضوع را نشان می‌دهد؛ لذا توجه به خودمراقبتی به عنوان گزینه‌ای ارزشمند در اجرای برنامه‌های ارتقای سلامت باید مدنظر کارفرمایان قرار گیرد.

منابع

- کتاب نظام جامع آموزش و ارتقای سلامت در محل کار، دکتر شهرام رفیعی‌فر، دکتر بهزاد دمازی
- راهنمای ارتقای سلامت در محل کار
- بسته اطلاعاتی نظام خودمراقبتی در سازمان‌ها



کارکنان موفق؛ مهم‌ترین سرمایه سازمان

اهداف آموزشی

- امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه:
- ◀ مفهوم سرمایه انسانی را بدانند.
- ◀ اهمیت سرمایه انسانی را بیان کنند.
- ◀ ویژگی‌های کارمندان نمونه را نام ببرند.
- ◀ موارد قابل توجه ایجاد انگیزش در کارکنان را بیان کنند.

مقدمه

در دنیای سراسر رقابت امروز، سرمایه انسانی برای شرکت‌ها و سازمان‌ها مفهومی اساسی یافته و بشدت بر حیات آن‌ها اثر گذاشته است. به جرأت می‌توان گفت که سرمایه انسانی بیش از هر عامل دیگری بر روی رشد و بقای سازمان تأثیرگذار است. همه سازمان‌ها به دنبال جذب و از آن مهم‌تر حفظ و توسعه بهترین افراد برای انجام فرآیندهای جاری و فعالیت‌های آتی خود هستند، تا از این طریق بتوانند اهداف و راهبردهای از پیش تعیین شده را محقق سازند.

مفهوم سرمایه انسانی

"سرمایه انسانی" عبارت است از مجموعه دانش و مهارت‌های جمع شده در نیروی انسانی یک سازمان. سرمایه انسانی مستلزم سرمایه گذاری بر روی نیروهای انسانی یک مجموعه به منظور بالا بردن بازدهی آن‌هاست.

تفاوت منابع انسانی و سرمایه انسانی

منابع انسانی: افراد یک جامعه یا سازمان را شامل می‌شود. سرمایه انسانی: به مجموعه دانش، تجربه، خلاقیت، نوآوری و مهارت‌های افراد در سازمان گفته می‌شود.



ترتیب نویسندگان از راست به چپ

◀ امین بابایی پویا

کارشناس بهداشت حرفه‌ای
دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

◀ میرعلی سیدی

کارشناس مسئول گسترش شبکه
دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

نتایج اهمیت به سرمایه انسانی

- ◀ سرمایه‌گذاری روی سرمایه انسانی به عنوان یکی از اجزای اساسی سازمان شناخته شده و سبب ارتقای کارکنان می‌شود.
- ◀ با سرمایه‌گذاری در بخش منابع انسانی، کارکنان دانش و مهارت‌های لازم را برای خلق محصولات و خدمات جدید به دست می‌آورند.
- ◀ بر بهره‌وری کارکنان در محیط کار تأثیرگذار است.
- ◀ باعث توانایی درونی سازمان در کسب مزیت رقابتی می‌شود.
- سبب بهره‌وری و رشد در اقتصاد ملی می‌شود.

ویژگی‌های کارمندان موفق

- ◀ کارمندان موفق همیشه سعی در حل مشکلات کاری دارند و به همکاران خود در حل مشکلات و چالش‌ها در کار کمک می‌کنند که نشان از موفق بودن آن سازمان دارد.
- ◀ کارمندان موفق و برتر همیشه به دنبال کسب موفقیت هستند، بنابراین سعی می‌کنند از فرصت‌های کاری استفاده کرده و کار خود را توسعه دهند.
- ◀ کارمندان موفق همیشه در انجام وظایف‌شان فعال هستند. یک کارمند نمونه سعی می‌کند تا با برنامه‌ریزی به انجام دقیق و صحیح فعالیت‌های خود بپردازد.
- ◀ کارمندان موفق همیشه در حال افزایش میزان علم و دانش و یادگیری مهارت‌های جدید در کار هستند.
- ◀ یک کارمند موفق همیشه برای کار و فعالیت آمادگی داشته و به اندازه کافی انگیزه دارد تا بتواند در کارش پیشرفت کند.
- ◀ داشتن روابط عمومی خوب هم با کارمندان دیگر و هم با مراجعان از دیگر ویژگی‌های کارمندان موفق است.
- ◀ عملکرد خوب و بازخورد خوب از دیگر ویژگی‌های کارمندان برتر است. یک کارمند موفق سعی می‌کند تا بهترین باشد و این ویژگی را بیش از همه در عملکرد و افزایش میزان کیفیت کار خود نشان می‌دهد.
- ◀ کارمندان موفق همیشه بموقع در محل کار حاضر می‌شوند و همه فعالیت‌های خود را سر وقت انجام می‌دهند. مدیریت زمان از ویژگی‌های کارمندان موفق است.

نکته‌هایی مهم در موفقیت کارمند

- ◀ توانایی‌های کارکنان می‌تواند از تحصیلات آنان مهم‌تر باشد.
- ◀ توانایی یادگیری افراد مهم‌تر از بهره‌هوشی آن‌ها است یعنی باید ظرفیت رشد داشته باشند.
- ◀ کارکنانی موفق تر هستند که قادر به ترکیب اعتماد به نفس و سازگاری باشند؛ یعنی بدانند چه زمانی رهبری کنند و چه زمانی پیروی
- ◀ کارکنان موفق، بر کار خود احساس مالکیت دارند و بر روی هر پروژه‌ای طوری کار می‌کنند که انگار آبروی خودشان در میان است نه سازمان
- ◀ اگر می‌خواهیم یک کارمند موفق باشیم باید به دنبال راه‌های جدید باشیم.
- ◀ به عنوان یک کارمند موفق نخست باید بتوانیم بر ارزش تمرکز کرده و ایجاد ارزش نیز باید اولویت برنامه‌ها و وظایف محوله باشد.
- ◀ یک کارمند موفق باید بر روی سایر پروژه‌های سازمان خود نیز بتواند وقت بگذارد پروژه‌هایی که مسؤولیت آن‌ها به او واگذار نشده است.
- ◀ یک کارمند موفق شکست را پلی برای پیروزی می‌داند.

کارمند نمونه از دید امام علی (علیه السلام)

۱. خدمت به مردم: امام علی علیه السلام در عهدنامه مالک اشتر این‌گونه می‌نویسد: «بپرهیز که با نیکی خود بر مردمان منت‌گذاری یا آنچه را کرده‌ای بزرگ بشماری یا آنان را وعده‌ای دهی و خلف وعده کنی. آری که منت نهادن ارج نیکی را از بین می‌برد و کاری را بزرگ شمردن، نور حق را خاموش گرداند و خلف وعده، خشم خداوند و مردم را برانگیزد و خدای تعالی فرموده است: بزرگ دشمنی است نزد خدا آنکه چیزی بگوید و انجام ندهد.»
۲. پذیرش مسؤولیت: امام علی علیه السلام در نامه‌ای به مالک اشتر می‌فرماید: «نیز بر تو کارهایی است که باید خود انجام دهی؛ از آن جمله پاسخ گفتن عاملان توست، آنجا که کاتبان و معاونان از انجام وظیفه عاجز باشند. دیگر اینکه برآورده کردن نیاز مردم در همان روز که بر تو عرضه دارند آنگاه که یارانت در انجام دادن تقاضای آنان گرانی کنند و عذری آرند.»

۳. نظم و ترتیب: نظم دینی، آراستگی و پرهیز از بی‌نظمی است که از اصولی‌ترین اخلاق اداری و مدیریت سازمانی است. امام علی علیه السلام می‌فرماید: «هیچ عقلی مانند برنامه‌ریزی نیست.» (غررالحکم ص ۳۵۴)
۴. امانتداری: کار نوعی امانت است که به عهده کارفرما یا کارمند گذاشته شده است و او باید به بهترین شکل آن را انجام دهد تا بتواند رضایت خدا و خلق خدا را جلب کند. در اسلام امانتداری یکی از بهترین صفات معرفی شده است و انسان‌های خائن به شدت مورد عتاب و سرزنش هستند، به طوری که در کتب اسلامی، امانتداری از برترین صفات مؤمن تلقی شده است.
۵. پابندی به قراردادها و عهد: امام علی علیه السلام در نامه خود به مالک اشتر می‌فرماید: «و هر گاه میان خود و دشمنت پیمان برقرار کردی و لباس امان بر او پوشاندی، به پیمان خود وفادار باش و تعهدات را به نیکی رعایت کن و خویش را در نگرهبانی از پیمان سپر قرار ده، زیرا هیچ امری از واجبات خدا در جامعه بشری، با همه خواسته‌های گوناگون و پراکندگی اندیشه‌ها، مهم‌تر از وفاداری نیست و حتی مشرکان هم بیش از مسلمانان وفای به عهد را بر خود لازم می‌دانستند، زیرا شرم پیمان‌شکنی را تجربه کرده بودند، پس هرگز پیمان‌شکن نباش و در عهد خود خیانت نکن.» (نهج البلاغه، نامه ۵۳)
۶. واگذاری کارها به انسان‌های شایسته: امام علی علیه السلام می‌فرماید: «شما خوب می‌دانید که نه جایز است که انسان ناشایست بر جان

مردم و غنایم مسلمانان ولایت یابد و امامت آنان را عهده دار شود تا در مال های آنان حریص شود و نه نادان لایق زمامدار ریاست؛ تا به نادانی خویش مسلمانان را به گمراهی کشد. نه ستمکار می تواند عهده دار مسؤولیت مردم شود که با ستم حق مردم را غصب و عطای آنان را ببرد و نه او را که در تقسیم غنایم بی عدالتی می کند. زیرا او اموال و ثروت مردم را حیف و میل می کند و گروهی را بر گروهی مقدم می دارد. نه آنان که رشوه می خورند، زیرا آنان با رشوه خوری حقوق مردم را پایمال می کنند و حق صاحب را به او نمی رسانند و نه او که سخن پیامبر خدا (ص) را ضایع می سازد، زیرا او با این رفتار امت اسلامی را با هلاکت مواجه می کند.» (نهج البلاغه، خطبه ۱۳۱)

۷. تشکر و قدردانی: در یک نظام اداری اسلامی باید، کارمندان و کارکنانی که به شایستگی کار می کنند، مورد تقدیر و تشکر قرار گیرند تا برای ادامه کار و خدمت، انگیزه پیدا کنند و با شوق بیشتر مشغول خدمت رسانی به مردم شوند یا به آنان پست های حساس تر و مهم تر را واگذار کرد تا آن ها بتوانند قابلیت ها و توانمندی های خود را در انجام آن نشان دهند.

امام علی علیه السلام می فرماید: «هرگز نیکوکار و بدکار در نظرت یکی نباشد، زیرا نیکوکاران در نیکوکاری بی رغبت می شوند و بدکاران در بدکاری تشویق می شوند، پس به هر کدام بر اساس کردارشان پاداش بده.» (نهج البلاغه، نامه ۵۳)

اگر در سیره امامان به ویژه امام علی علیه السلام تفحص کنیم، سراسر مربوط به اخلاق و به خصوص اخلاق اداری است. کتاب نهج البلاغه کتاب اخلاق و اعتقاد تشیع است، در این کتاب عظیم، اخلاق اداری به شکل های مختلفی ارائه شده است که با مطالعه دقیق و اساسی و البته عمل به آن ها می توان به یک نظام اداری اسلامی و اصولی دست یافت.

انگیزش کارکنان

یکی از وظایف مهم مدیران در سازمان ها، شناسایی استعداد های بالقوه کارکنان خود و فراهم کردن زمینه های رشد و شکوفایی آنان است. به عبارت دیگر شناخت مسایل انگیزشی کارکنان جهت بهبود عملکرد و افزایش بهره وری سازمان بسیار حایز اهمیت است. انگیزش افراد به نیروی انگیزه آن ها بستگی دارد. اغلب سازمان ها اشتباه عمل می کنند، آن ها به جای آنکه سعی کنند تا به کارکنان خود انگیزه بدهند، باید از بی انگیزه شدن کارکنان خود جلوگیری کنند. انگیزه ها همان «چرا» های رفتار هستند. آن ها موجب آغاز و ادامه فعالیت می شوند و جهت کلی رفتار یک فرد را معین می کنند. انگیزه ها یا نیازها، دلایل اصلی عمل به شمار می روند و برای ایجاد انگیزه در کارکنان توجه به نیازهای آنان ضروری است.

کارکنان سازمان ها را بر اساس انگیزه می توان به چهار گروه زیر تقسیم کرد:

گروه اول: آن هایی که دانش و توانایی انجام کارها را دارند ولی شور و شوق و انگیزه به کار ندارند. این گروه می توانند ولی به دلایلی نمی خواهند! **گروه دوم:** آن هایی که دانش و توانایی انجام کارها را ندارند ولی شور

و شوق و انگیزه به کار دارند. این گروه نمی توانند ولی می خواهند. **گروه سوم:** آن هایی که نه دانش و توانایی انجام کارها را دارند و نه شور و شوق و انگیزه به کار را. این گروه نه می توانند و نه می خواهند. **گروه چهارم:** آن هایی که خوشبختانه هم دانش و توانایی انجام کارها و هم شور و شوق و انگیزه کار را توأم دارند. این گروه می توانند و می خواهند.

زمانی که افراد در سازمان ها هم توانایی انجام کارها و هم شور و شوق و انگیزه به کار را داشته باشند، عملکردشان بهبود خواهد یافت. به نظر بیشتر صاحب نظران مدیریت، «انگیزه» مهم تر از توانایی است، اگر انگیزه باشد توانایی هم حاصل می شود.

توجه به نکات زیر برای ایجاد انگیزش در کارکنان ضروری است:

- ◀ افراد از نظر فرآیند انگیزشی با یکدیگر متفاوتند.
- ◀ سطح یا میزان انگیزش یک نفر در زمان های متفاوت فرق می کند.
- ◀ ممکن است که فرد تلاش زیادی در سازمان بکند، ولی این کوشش ها در راستای اهداف سازمانی نباشد و در مخالفت با منافع سازمان انجام شود.
- ◀ رفتار یکسان با افراد نتیجه یکسانی نخواهد داشت.
- ◀ شیوه مدیریت و رهبری اصلی ترین عامل در انگیزش کارکنان است.
- ◀ کارهای بزرگ را به آدم های کوچک نسپارید و انجام کارهای کوچک را نیز از مردان بزرگ نخواهید.
- ◀ هیچ کاری نابرابرانه تر از برخورد برابر با نابرابرها نیست.

نتیجه گیری

سرمایه انسانی کلیدی برای رشد اقتصادی جوامع محسوب می شود. این سرمایه انسانی است که می تواند به سازمان در رشد و توسعه اقتصادی کمک کند و از این نظر می توان آن را با سرمایه ها و دارایی های فیزیکی سازمان مقایسه کرد. از آنجا که توانایی و مهارت افراد به عملکرد بهتر و بهره وری سازمان کمک می کند انجام هر گونه هزینه در آموزش و توسعه آن نوعی سرمایه گذاری بلند مدت محسوب می شود که سازمان تا مدت ها می تواند از نتایج آن بهره مند شود. به این دلیل که در محیط متغیر و بشدت رقابتی امروز تنها با کمک نیروی انسانی خلاق و نوآور می توان به مزیت رقابتی دست یافت در نتیجه سازمان ها باید تلاش کنند تا به سازمان های پویا و یادگیرنده تبدیل شوند. سازمان ها باید برای سرمایه انسانی خود برنامه ریزی داشته باشند. نیروی انسانی نه فقط از لحاظ توانایی انجام کار بلکه از لحاظ میل یا اراده انجام کار (انگیزش) تفاوت دارند و عملکرد هر فرد در سازمان ها تابع توانایی و انگیزه آن ها است.

منابع

۱. مقدمه ای بر توانمندسازی سرمایه های انسانی نویسنده، آذر پیشه گر
۲. شاخص های مدیران موفق در سازمان ها: از مقاله محمد میرزایی
۳. شاخص های مؤثر از سنجش سرمایه های انسانی: از مقاله حبیب اله جوانمرد
۴. آشنایی با مفاهیم سرمایه انسانی از مقاله صابر حسنعلیزاده
۵. شاخص های کارمند نمونه از نهج البلاغه



گفت‌وگو با دکتر تبریزی
رئیس مرکز مدیریت شبکه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

نظام بهورزی نیاز به اصلاحات دارد

خاطره بره مقدم | عضو هیأت تحریریه فصلنامه بهورز

در حاشیه برگزاری اجلاس معاونان بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور مورخ ۱۳۹۵/۱۱/۳۰ تا ۱۳۹۵/۱۲/۰۱ در مشهد مقدس، فرصتی کوتاه دست داد تا در گفت‌وگویی با دکتر «جعفرصادق تبریزی» رئیس مرکز مدیریت شبکه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بیشتر با ایشان و برنامه‌های در دست اجرای این شبکه آشنا شویم.

دکتر صادق تبریزی حدود چهار سال در استرالیا به تحصیل در رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی پرداخته و از سال ۱۳۸۶ به‌عنوان هیأت علمی دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی مشغول به کار شده است و از دی ماه ۱۳۹۲ به‌عنوان معاون بهداشت دانشگاه و از ۱۴ آذر سال ۱۳۹۵ به‌عنوان رئیس مرکز مدیریت شبکه خدمت می‌کند.

لطفاً درباره برنامه‌ها و اهداف قابل اجرا در نظام سلامت با تأکید بر حوزه بهداشت توضیح دهید.

اهداف اولیه‌مان براین اساس بود که ما طرح تحول را با ۱۵ برنامه و ۱۰ پروژه پشتیبان به‌عنوان میثاق ملی در کانون برنامه‌ها قراردادیم و همه تلاش می‌کنیم، در هرکجای نظام سلامت هستیم، پایبند به این طرح ملی باشیم و با تحقق برنامه‌ها شاهد ارتقای سلامت جامعه باشیم. بنابراین بهورزان عزیزمان نیز نقش بزرگی را در تحول سلامت به‌عهده دارند. آنچه امروز به آن نیاز داریم نظام و سیستمی است که داده‌ها و اطلاعات را پیگیری کند، بنابراین پرونده الکترونیک شبکه را در اولویت قرار دادیم.

دکتر جعفرصادق تبریزی، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز و دانشیار مدیریت خدمات بهداشتی درمانی با ۲۵ سال سابقه خدمت است که کارش را از مرکز بهداشتی درمانی روستایی و سپس شهری شروع کرده است. در آبان ۱۳۷۴ در مرکز بهداشت استان به‌عنوان کارشناس مسؤول آموزش بهورزی شروع به کار کرده و حدود ۲ سال بعد با حفظ سمت به‌عنوان معاون فنی مرکز بهداشت استان نیز انتخاب شده و مدت هشت سال نیز معاون فنی بوده است. به گفته خودش بهترین دوران کاری زمانی بوده است که مسؤولیت آموزش بهورزی دانشگاه علوم پزشکی تبریز را به‌عهده داشته است.

شروع کار دکتر تبریزی از خانه‌های بهداشت و کار با بهورزان بود، یعنی در کنار کسانی که بیشترین بار نظام سلامت بر دوش آن‌هاست. رئیس مرکز مدیریت شبکه می‌گوید: مهم‌ترین آموزش‌هایی که از سیستم گرفته از همان دوران است. وی درآیین‌نامه بهورزی و نظام ارزشیابی و توانمندسازی نیروی انسانی و کارگاه‌های توانمندسازی مربیان آموزش بهورزی مشارکت داشته است.

در سامانه «سیب» تلاش کردیم بخشی که مربوط به نظام الکترونیکی شبکه است را در دو ماه گذشته طراحی کنیم تا همه عزیزان در هر جایی که کار می‌کنند، اطلاعات مربوط به خودشان را وارد سیستم کنند.

ما در کل کشور پایگاه داده بسیار جالبی را خواهیم داشت که در تصمیم‌گیری به ما کمک می‌کند. دومین کاری که انجام دادیم این بود که سیستم بودجه‌ریزی و توزیع منابع مان را اصلاح کنیم. از سطح کلان کشور تا سطح پایین که بتوانیم منابع را براساس اطلاعاتی که می‌گیریم، درست تخصیص دهیم، تا مناطق محروم، روستاها و شهرها از منابع مالی خوبی برخوردار شوند و بتوانیم برنامه‌های سلامت را اجرایی کنیم. کار بعد راه اندازی نظام پرداخت مبتنی بر کیفیت بوده و براساس کاری که همکاران انجام می‌دهند با نگاه ویژه به بهورزان، حدود یک سال در آذربایجان شرقی انجام دادیم و تجربه کردیم، اغلب بهورزان راضی بودند و سعی کردیم براساس کیفیت خدمتی که ارائه می‌دهند، به حق‌شان برسند.

برای هر کدام از نیروها شاخص کیفی براساس خدماتی که انجام می‌دهند، تعیین کردیم. اعداد و ارقام مربوط به این شاخص‌ها وارد سامانه پرداخت مبتنی بر کیفیت می‌شود و براساس آن تعیین می‌شود میزان پرداختی آن‌ها چقدر باشد. این طرح و نتایج اجرای آن به اطلاع وزیر بهداشت رسیده و پس از بررسی در وزارتخانه به دانشگاه‌ها ابلاغ می‌شود. لذا هر چه کیفیت کار افزایش یابد دریافتی افراد بیشتر خواهد شد و امید داریم همه تلاش کنند با بالا بردن کیفیت خدمت، دریافتی‌شان هم اصلاح شود.

انجام کار درست است. کار درست، کاری است که ما تعریف می‌کنیم و مطابق استاندارد است. همه بهورزان مشتاق و علاقمندند که کار را بدرستی انجام دهند. فصلنامه بهورز می‌تواند این دانش را به آن‌ها اهدا کند. رسالت دیگر برقراری ارتباط میان بهورزان و مرکز مدیریت شبکه است؛ یعنی علاوه بر این‌که برنامه‌های ما را به بهورزان می‌رساند، نقطه نظرات آن‌ها را هم به دست ما برساند. اگر ما به شکلی می‌توانیم روند ارائه خدمت را اصلاح کنیم، فصلنامه بهورز می‌تواند آن را منعکس کند و بین مشتری و سیاستگذاران پلی برقرار کند که این پل دو طرفه باشد. از طرف دیگر بتواند مسایل صنفی بهورزان را طبقه‌بندی کند.

آیا مطالعه سلامت بهورزان در سطح کشور اجرایی شد یا خیر و در نهایت به کجا رسید؟

به دلیل محدودیت منابع از چند دانشگاه مانند مازندران، قم، تهران و کردستان به شکل پایلوت شروع شده است و در بقیه دانشگاه‌ها نیز بتدریج شروع خواهد شد تا سلامت بهورزان بررسی شود و براساس آن پرونده سلامت بهورزان کامل شود. دکتر «فرزادفر» در مرکز تحقیقات مسؤول و مجری این برنامه است و آن را دنبال می‌کند.

پیام آخر برای بهورزان؟

برای بهورزان آرزوی توفیق و سلامتی دارم و همه تلاش ما این است تا از کسانی که پرچمدار نظام سلامت با همه توان هستند به عمل آوریم.

در پایان ضمن تشکر از دکتر تبریزی که وقت خود را به بهورزان و فصلنامه آنان اختصاص دادند و آرزوی توفیق برای تحقق اهداف ارزشمندشان، امیدواریم دغدغه‌های فکری بهورزان کمرنگ و انگیزه‌های آنان در ارائه خدمت پررنگ شود.

باید نظام آموزشی را تقویت کنیم، ساختار بهورزی نسبت به ۲۰ سال قبل متفاوت شده است، لذا نظام بهورزی نیز باید متفاوت شود و نیاز به اصلاحات دارد.

با نظرخواهی از بهورزان و نمایندگان آن‌ها در طول سال نظام آموزش بهورزی را تقویت خواهیم کرد. بحث دیگر برنامه‌های ارتقای کیفیت است، برای اینکه همکاران مان را در سطح کشور توانمند کنیم تا کیفیت خدماتی را که ارائه می‌دهند، ارتقا دهند، یک کمیته ارتقای کیفیت شکل گرفته است. افرادی که زبانزد بهبود کیفیت در کشور بودند را جمع کردیم و کار می‌کنند که ان شاء... بزودی نتایج آن را اعلام خواهیم کرد. یک کمیته برای HSR (تحقیق در نظام سلامت) شکل گرفته که استاد ملک افضلی در این کمیته تلاش می‌کنند و ساز و کارش را آماده می‌کنیم که در سطح خانه‌های بهداشت، مراکز سلامت و شبکه‌ها و مرکز بهداشت شهرستان کارهای پژوهشی که مشکلات سیستم را حل می‌کند در اولویت قرار دهیم. از طرف دیگر امسال عزم ملی وجود دارد که برنامه پزشک خانواده شهری در کل کشور اجرا شود. ما در دو استان فارس و مازندران این برنامه را داشتیم و تلاش می‌کنیم، مشکلاتی که طی این دو سال داشتند را برطرف کنیم و به یک مدلی برسیم که بتوان در کل کشور جاری کرد. اصلاحات اولیه اتفاق افتاده و مدل آماده است، تا برای مسؤولان رده بالای وزارت ارسال شده و پس از تایید در کل کشور پیاده خواهد شد. تقویت پزشک خانواده روستایی جزو برنامه‌های مان است و از دانشگاه‌ها نظرخواهی کردیم تا بتوانیم آسیب‌های موجود را شناسایی کنیم و به دنبال آن اصلاحات مورد نیاز را انجام دهیم. برای توانمندی نیروی انسانی در کل سطوح به خصوص همکاران مان در مرکز آموزش بهورزی و بهورزان نیز برنامه داریم.

انتظار شما از فصلنامه بهورز چیست؟

یک رسالت مهم فصلنامه بهورز توانمندسازی بهورزان برای



گزارش نخستین نشست شورای ملی بهورزی

خاطره بره‌مقدم عضو هیأت تحریریه فصلنامه بهورز

نخستین جلسه شورای ملی بهورزی، مردادماه ۱۳۹۵ در مرکز مدیریت شبکه وزارت بهداشت در تهران و پس از سال‌ها تلاش و پیگیری بهورزان، با حمایت مسؤلان مرکز مدیریت شبکه برگزار شد. مطابق آیین نامه، اعضای شورای ملی بهورزی متشکل از ۹ بهورز به عنوان نماینده منتخب از ۹ قطب کشور، معاون پشتیبانی دانشگاه، دو مدیر گروه گسترش، چهار کارشناس مسؤل آموزش بهورزی، مدیر کل منابع انسانی و مدیر کل تشکیلات و تحول اداری وزارت بهداشت، قائم مقام وقت معاون بهداشت وزیر و رییس مرکز مدیریت شبکه وزارت و مدیر و کارکنان نیروی انسانی مدیریت شبکه است.

در روستا خانه بهداشت است. اگر بخواهیم نظام سلامت را از بخش رسمی شروع کنیم، خانه بهداشت اولین سطح است و این سطح ادامه‌دهنده راه برای بقیه می‌شود و رضایت خدمت‌گیرندگان، بیان‌کننده و تعیین‌کننده ارایه خدمت در این مسیر است؛ لذا ویتترین نظام سلامت، بهورز و خانه بهداشت است و خدمت‌کننده و خدمت‌گیرنده هر دو باید رضایت داشته باشند». وی طرح‌های مختلف تحول، تغییر سیمای بیماری و تغییر بسته خدمت را دلایل بعدی اهمیت این شورا برشمرد و افزود: «اگر در این شورا تنها به طرح موضوعات رفاهی و فردی بهورز بپردازیم، از راهمان خارج خواهیم شد و باید رضایت خدمت‌گیرنده و خدمت‌دهنده با هم سنجیده شود تا نتیجه مناسب از شورا گرفته شود» ایشان راهکارهای کنترل، نظارت و پایش درست و بهبود استاندارد ارایه خدمت را نیز در دستور کار قرار داد و تأکید کرد: «باید ابلاغ مشخص دو ساله از سوی

جلسه با سخنان **دکتر ناهید جعفری** مدیر (وقت) نیروی انسانی مرکز مدیریت شبکه آغاز شد. به گفته وی تشکیل شورا بر اساس آیین نامه بهورزی سال ۸۸ دو هدف اختصاصی را دنبال می‌کرد:

- ◀ ارتقای عملکرد فنی بهورزان و طرح مشکلات سازمانی
- ◀ طرح راهکارهای محلی، دانشگاهی و ملی برای رفع مشکلات وی افزود: تاکنون در سطح ملی شورای بهورزی تشکیل نشده است و این نخستین نشست ملی نمایندگان بهورزی قطب‌های ۹ گانه کشور است.

در ادامه **دکتر ناصر کلانتری** رییس وقت مرکز مدیریت شبکه وزارت ضمن ابراز خرسندی از عملی شدن تشکیل شورای ملی بهورز و تشکر از حضور میهمانان خاطرنشان کرد: «این شورا باید بتواند بخش بزرگی از مسایل سطح اول ارایه خدمت را حل کند و این، امری حیاتی و مهم است؛ چرا که اولین سطح برخورد مردم با ارایه خدمات

ویرین نظام سلامت بهوزو و خانه بهداشت است و خدمت‌کننده و خدمت‌گیرنده هر دو باید رضایت داشته باشند.



عالی‌ترین مقام حوزه بهداشت برای اعضای شورا صادر شده و دستورالعمل‌های معینی برای تصمیم‌گیری در این شورا مطرح شود». وی درباره سقف کارانه بهوزان گفت: «این سقف بین صفر تا ۱۷۰ هزار تومان است و براساس فرم پایش و ارزشیابی توسط کارشناس برنامه تعیین می‌شود». سپس **جواد نادری** نماینده بهوزان قطب اصفهان بعضی مشکلات و خواسته‌های حوزه بهوزی را به شرح ذیل مطرح کرد:

◀ حفظ شأن و جایگاه شغل بهوزی به طوری که از توان و خلاقیت بهوزان در برنامه‌های مرتبط با بهوزی استفاده شود به ویژه قبل از اجرای طرح‌ها و قبل از این که با آزمون و خطا مواجه شود از تجربه و دانش بهوزان در حیطه کارشان استفاده شود.

◀ در صحبت‌های مسؤولان سخن از بهوز باشد تا دیگران با نقش بهوز در طرح تحول سلامت آشنا شوند.

◀ انجام مکاتباتی در سطح کشور مبتنی بر نامگذاری خیابانی به اسم بهوز، ترجیحاً خیابانی که منتهی به خانه بهداشت می‌شود یا نزدیک‌ترین خیابان به خانه بهداشت به نام بهوز نامگذاری شود.

◀ حفظ کرامت انسانی بهوز در بازدید مسؤولان و کارشناسان

◀ دسترسی بهوزان به آیین‌نامه‌ها و دستورالعمل‌ها

◀ دیدار با مقام معظم رهبری در روز بهوز

◀ فراهم کردن شرایط ادامه تحصیل بهوزان

◀ اعمال مدارک دانشگاهی بهوزان در احکام حقوقی

◀ ارتقای سطح سواد علمی و عملی بهوزان در کلاس‌های آموزشی

◀ فراهم شدن مسیر ارتقای شغلی در پست بهوزی

◀ فراهم کردن امکان ارتباط بهوزان نماینده با وزارت و سایر دانشگاه‌های علوم پزشکی و تأمین هزینه‌های آن و تشکیل جلسات ملی در بازه زمانی کوتاه‌تر

◀ پیشگیری از موازی‌کاری در سیستم مانند طرح سنجش سلامت نوآموزان در آموزش و پرورش که همان مراقبت‌ها توسط بهوز نیز انجام می‌شود.

◀ همزمان نشدن ورود طرح‌ها به سیستم به طوری که در سه ماهه چهارم سال ۱۳۹۴، چهار طرح همزمان وارد

سیستم شد.

◀ صدور کارت بازدید در زمینه خدمات بهداشت محیط توسط بهوز

◀ پرداخت حق مسکن به صورت یکسان چرا که با تفاوت ۵۰ تا ۱۵۰ هزار تومان در سطح کشور پرداخت می‌شود.

پس از طرح مسایل بهوزی، مسؤولان حاضر در جلسه به بحث و تبادل نظر درباره آن‌ها پرداختند.

دکتر غلامحسین صدر معاون بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان معتقد بود: «نباید انتظار داشت مسایل مطرح شده به سرعت اجرایی شود بلکه ابتدا باید ساختار دستورالعمل‌های اجرایی شکل بگیرد که بعضاً فرآیند طولانی‌تری دارد و منابع پرداخت‌ها دیده شود تا مشکلی ایجاد نشود». وی اجرایی‌نشدن حق مرخصی مناطق محروم را مشکل مالی عنوان کرد و درباره مشکلات استفاده از موتورسیکلت گفت: «با توجه به این که در حال حاضر



برای ارتقا و سنوالات وی نیز مشکلی پیش نیاید.»

سپس **دکتر طالبی** رییس گروه تشکیلات مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری در تأیید این مطلب افزود: «مسیر ارتقای شغلی باید به نفع سیستم باشد و بار مالی بیجا برای آن ایجاد نکند و برای فرد و سازمان مقرون به صرفه باشد. از آنجایی که بهورز بدنه اصلی بهداشت است، مدرک بهورزی و شغل آن باید با هم سنخیت داشته باشند.»

در ادامه **محمدزاده** معاون توسعه دانشگاه علوم پزشکی اردبیل در این باره تأکید کرد: «در مدیریت منابع انسانی، دیدگاه «کارمحوری» و «کارمند محوری» هرکدام به تنهایی مفید نیست و هر دو را باید با هم دید. در آیین نامه بهورزی نیز باید پیش بینی شود که بهورز هدفدار آموزش ببیند، مدرک گرفته و بتواند از مزایای مدرکش بهره مند شود.»

دکتر عالی مراد مدیر توسعه شبکه و ارتقای سلامت دانشگاه علوم پزشکی اردبیل درباره حل مشکلات بهورزان پیشنهاد کرد: «کمیته های مشورتی در زیرمجموعه شورای ملی بهورزی تشکیل شود و با دعوت از افراد صاحب نظر تصمیم های سریع تر و بهتری اتخاذ شود. ایشان از بهورزان خواست تا در برنامه های تحول سلامت توانمندی خودشان را نشان دهند و بهورزی را احیا کنند و در پرونده الکترونیک سلامت و کنترل فشارخون، دیابت و... فعال باشند.»

پریوش نریمیس مدیر توسعه شبکه و ارتقای سلامت دانشگاه علوم پزشکی اهواز گفت: «باید روی پیشنهادی که امکان اجرایی شدن آن وجود دارد، بحث کنیم تا به نتیجه عملی برسیم و درباره ادامه تحصیل بهورزان باید رشته هایی داشته باشیم که بهورزان در شغل خودشان ارتقای تحصیل داشته باشند و این مسأله هم موجب رضایت شغلی آن ها شده و هم سبب ماندگاری بهورزان در روستا شود.»

خدیجه طاهری کارشناس مسؤل آموزش بهورزی دانشگاه

بیشتر راه های روستایی آسفالت شده و مشکلات قدیم وجود ندارد باید در این زمینه استانداردسازی انجام شود.»

دکتر صدر افزود: «نظام پرداخت جزو اولویت های وزارت بهداشت است و بهورزان در برنامه تحول جایگاه مشخصی دارند و قدم اول ورود به تحول سلامت به شمار می روند.»

دکتر جندقی معاون بهداشت دانشگاه علوم پزشکی سمنان درباره مشکلات بهورزان یادآور شد: «بسیاری از مسایلی که مطرح می شود در سطح دانشگاه ها قابل حل است؛ مانند: درج روزملی بهورز در تقویم هر سال، نامگذاری خیابانی به نام بهورزی یا دسترسی به بخشنامه ها و برخی از آن ها نیز با تصمیم گیری معاون بهداشت وزارت و ابلاغ آیین نامه مرتفع می شود که البته نیاز به زمان دارد. بهورز افتخار ملی و یک برند است. بهورزان باید بدانند جزیی از تیم سلامت هستند و نباید در شورای بهورزی صنفی فکر کنند، اما باید همیشه در نظر داشته باشیم هدف ما رفع مشکل مردمان روستاست. درباره ادامه تحصیل بهورزان باید آیین نامه ای بنویسیم و شرایط ادامه تحصیل را مشخص کرده و از الگوی بهورزی برای ادامه تحصیل استفاده کنیم و بهورزان را بر اساس وظیفه توانمند کنیم. متأسفانه وضعیت فعلی دانشگاه ها پاسخگوی این امر نیست و باید جلسه اختصاصی برگزار شود و راهکارهای رسیدن به این هدف بررسی شود.» وی درباره آگاهی از دستورالعمل ها گفت: «هر بهورز و کارمندی حق دارد از دستورالعمل ها و بخشنامه های مربوط به پست خودش اطلاع داشته باشد و معمولاً در سایت هر دانشگاهی قسمتی به نام بخشنامه ها وجود دارد که بهورزان با مطالعه آن ها از بخشنامه ها مطلع می شوند یا می توانند به سامانه «سیب» مراجعه کنند.» وی افزود: «امروز مانند گذشته نمی توان از بهورز خواست تا ۳۰ سال در روستا بماند، آن ها نیز مشکلات خاص خودشان را دارند، لذا آیین نامه ها باید بازنگری و اصلاح شود.»

در ادامه **کاظمی** نماینده اداره کل منابع انسانی معاونت توسعه مدیریت و منابع درباره ادامه تحصیل بهورزان و مدارک غیرمرتبط آن ها گفت: «کسی که می خواهد ارایه خدمت دهد، تعهد دارد و روی توان او حساب شده است و با مدرک غیرمرتبط این مسأله زیر سؤال می رود. در مصوبه ۱۰ اردیبهشت ۱۳۹۲ هیأت امنا تصریح شده که همه مدارک مرتبط و غیرمرتبط اگر مبتنی بر ضوابط نباشد دانشگاه نباید آن ها را لحاظ کند و هر فردی باید در مسیر شغلی خودش با مدرک مرتبط در حوزه بهداشت پیش برود تا

علوم پزشکی گیلان نیز به اهمیت توجه به حالات روانی و احساسی بهروزان اشاره کرد و گفت: «ما می‌خواهیم از بهروزان خدمت بگیریم؛ لذا روحیه آن‌ها برای ما مهم است».

فریده انصاری پور و فاطمه مهرآبادی کارشناسان مسؤول آموزش بهورزی دانشگاه‌های علوم پزشکی اصفهان و نیشابور نیز در تأیید صحبت همکاران از تشکیل این شورا ابراز خرسندی کردند.

دکتر جعفری در صحبت تکمیلی خود مطرح کرد: «آیین نامه کاردانی غیرحضور برای بهروزان شاغل در حال ابلاغ است و ادامه تحصیل بهروزان حتماً در همین راستا خواهد بود. درباره احتساب بهورزی به عنوان مشاغل سخت، اقدام شده است و کمیته‌ای آن را بررسی می‌کند که پس از بررسی نتیجه اعلام خواهد شد. درباره احتساب ۲ سال دوره بهورزی جزو سنوات خدمت، مدیریت منابع انسانی معاونت توسعه و دفتر حقوقی وزارت بهداشت در تلاش است و آن را بررسی می‌کند، بیمه مسؤلیت نیز در سطح دانشگاه است که بخشی از مبلغ آن را بهروزپرداخت می‌کند، ضمناً در آیین نامه جدید برای پذیرش بهورزی، فرزندان بهروزان از امتیاز برخوردار هستند». دکتر جعفری در پایان افزود: «موضوعات مطرح شده طبقه بندی شده که بخشی از آن با امضای مسؤولان قابل حل است و بخشی از درخواست‌ها نیاز به بررسی و کار کارشناسی دارد و برخی از درخواست‌ها نیز انجام شده است». وی یادآور شد: «باید درباره عناوین کمیته‌های زیرمجموعه شورا که کمک‌های فکری و اجرایی خواهند بود، فکر کرده و آن‌ها را ساماندهی کنیم، در این کمیته‌ها تأثیر حضور نمایندگان بهورزی بیشتر خواهد بود. چند نفر از بهروزان نماینده باید رابط رسمی ما باشند و برای اجرایی شدن دستورالعمل‌ها باید رونوشت آن‌ها به نماینده بهورزی قطب، در دانشگاه‌ها نیز ارسال شود». در خاتمه از مسؤولان مرکز مدیریت شبکه تشکر می‌کنیم و امیدواریم در سایه حق و حمایت و دلسوزی مسؤولان شاهد تسریع حل مسایل بهورزی باشیم و پیام‌های سرشار از انگیزه مثبت و پشتکار بهروزان را بیش از پیش دریافت کنیم.

نمایندگان بهروزان شرکت کننده در نخستین نشست شورای ملی بهورزی

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام قطب و دانشگاه‌های قطب
۱	حسن اصغریورعلمداری	شمال آگیان، گلستان، سمنان، مازندران، شاهرود
۲	محسن رضا معتمدی	غرب کشور (کردستان، کرمانشاه، ایلام، همدان)
۳	محمد حاجی پور	فارس (هرمزگان، بوشهر، شیراز، گراش، لار، فسا، جهرم، کهگیلویه و بویراحمد)
۴	احمد حلیفی	جنوب غرب (جندی شاپور اهواز، شوشتر، بهبهان، دزفول، آبادان، لرستان)
۵	ابراهیم محمودی	مرکزی (دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران، ایران، شهید بهشتی، اراک، ساوه، قزوین، قم)
۶	جواد نادری دره ثوری	اصفهان (دانشگاه‌های اصفهان، یزد، کاشان، شهرکرد)
۷	حامد اسفندیاری مادیان	شمال شرق (بجنورد، اسفراین، مشهد، سبزوار، گناباد، نیشابور، تربت حیدریه، تربت جام، بیرجند)
۸	رضا عابدینی	شمال غرب (دانشگاه‌های علوم پزشکی زنجان، تبریز، ارومیه، اردبیل، مراغه)
۹	محمدعلی فرح بخش	جنوب شرق (دانشگاه‌های کرمان، زاهدان، زابل، ایرانشهر، بم، رفسنجان، جیرفت)
سایر بهروزان شرکت کننده:		
۱۰	حیدر بهداروند	نماینده دانشکده علوم پزشکی شوشتر
۱۱	یوسف آئینی	نماینده بهروزان دانشگاه علوم پزشکی ایران
۱۲	سلمان هاشمی نصیر	نماینده بهروزان شهرستان اراک



اهداف آموزشی

- امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه:
- ◀ سبک زندگی سالم را تعریف کنند.
- ◀ راهکارهای ارتقای سبک زندگی در جمعیت را توضیح دهند.
- ◀ یک مداخله آموزشی برای اصلاح سبک زندگی طراحی کنند.

بهورز وترویج سبک زندگی سالم

مقدمه

اندیشمندان در حوزه‌های مختلف، تعابیر و تعاریف متعددی از سبک زندگی ارائه کرده‌اند. شیوه زندگی (Life Style) واژه‌ای است که برای معرفی نحوه و شرایط زندگی انسان استفاده می‌شود. معنای لغوی واژه «زندگی» در Life Style روشن است اما واژه «شیوه» یا «سبک» معانی گوناگونی دارد و دلیل آن هم رویکردهای مختلف علوم و مذاهب است. طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، سبک زندگی ترکیبی از الگوهای رفتاری و عادات فردی در سراسر زندگی شامل تغذیه، تحرک بدنی، استرس، مصرف دخانیات و کیفیت خواب است که در پی اجتماعی شدن به وجود آمده است. شیوه زندگی پدیده‌ای چند وجهی است که همه جنبه‌های زندگی روزمره، خواب، غذا، بهداشت، آداب و رسوم، کار، بازی، سرگرمی، وقت‌گذرانی، روابط اجتماعی، طرز تفکر، رفتار، احساسات و عواطف را در برمی‌گیرد.

شیوه زندگی

شیوه زندگی پدیده‌ای چند وجهی است که تحت تأثیر



ترتیب نویسندگان از راست به چپ

- ◀ **محمد حسین نخعی**
کارشناس مسؤول سلامت سالمندان
دانشگاه علوم پزشکی خراسان جنوبی
- ◀ **فاطمه گندمی**
مری مرکز آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی خراسان جنوبی

عوامل مختلفی از قبیل: عوامل جسمی، عوامل اجتماعی، عوامل روحی و روانی، عوامل فرهنگی و عوامل معنوی قرار دارد. بر همین اساس صاحب‌نظران، طبقه و عوامل اقتصادی، ارزش‌ها و تحول ارزشی، تحصیلات، جنسیت، سن و دوره عمر، سرمایه اجتماعی و سرمایه فرهنگی را به عنوان مهم‌ترین عوامل مؤثر بر سبک زندگی برشمرده‌اند و سه رکن اصلی زندگی سالم را رشد اجتماعی، رشد اخلاقی و رشد عاطفی معرفی کرده‌اند.

مداخله‌های آموزشی برای اصلاح شیوه زندگی

۱. تغذیه مناسب

غذاها را به شکل کم نمک مصرف کند.
از مصرف فرآورده‌های غذایی نمک‌سود مثل چیپس، پفک، سوسیس، کالباس و... خودداری کند.
مصرف میوه و سبزی را افزایش داده و مصرف چربی به خصوص چربی‌های اشباع را کم کند.
مصرف غذاهای چرب و سرخ شده را به حداقل برساند. اما سالمندان برای اینکه چربی مورد نیاز بدن آن‌ها تأمین شود، روزانه یک قاشق سوپخوری روغن گیاهی مانند روغن زیتون همراه غذا یا سالاد مصرف کنند.
مصرف غذاها به شکل آب‌پز، بخارپز یا تنوری باشد.
از مصرف انواع سس و افزودنی‌های پرچرب و شور برای سالاد یا سبزیجات خودداری کند و به جای آن از روغن زیتون یا آلبی‌مو یا سرکه و سبزی‌های معطر به همراه ماست استفاده کند.

به جای روغن‌های جامد و کره از مارگارین و به جای چربی‌های حیوانی از روغن‌های مایع مثل روغن زیتون، روغن آفتابگردان و روغن ذرت استفاده کند.
قبل از پختن مرغ، پوست آن را کامل جدا کند.
از مصرف کله پاچه، مغز و قلوه که حاوی مقادیر بالای چربی است، خودداری کند.

تا حد امکان مصرف گوشت قرمز و چربی‌های حیوانی را کاهش دهد و مرغ، ماهی و سویا را جایگزین آن کند.
بهبتر است بیشتر از ۴ تا ۵ تخم مرغ در هفته چه به تنهایی و چه داخل کوکو مصرف نکند. در صورت بالا بودن چربی خون، مصرف زرده تخم مرغ به حداکثر سه عدد در هفته محدود شود.
مصرف روزانه ۶ تا ۸ لیوان آب را فراموش نکند.

۲. تحرک کافی و تنظیم وزن بدن

قبل از شروع پیاده‌روی با تمرینات گرم‌کننده عضلات

خود را گرم کند (دو دقیقه درجا راه برود). پاهای بالا بیاورد و دست‌ها را آزادانه به طرف جلو، عقب و بالا حرکت دهد. برای انجام این حرکت بهتر است، کفش ورزشی بپوشد یا این که زیرپایی نرم مانند چند لایه پتو یا یک تشک داشته باشد). سپس برای مدت ۱۰ تا ۱۵ دقیقه پیاده روی کند.
مدت پیاده‌روی را بتدریج افزایش دهد تا حداکثر به یک ساعت در روز برسد.

بهبتر است پیاده‌روی را در دو نوبت صبح و عصر و هر بار ۳۰ دقیقه انجام دهد. اگر توانایی انجام ۳۰ دقیقه پیاده‌روی مداوم را ندارد، می‌تواند به جای آن ۳ نوبت پیاده‌روی ۱۰ دقیقه‌ای داشته باشد. برای پیاده‌روی مسیری هموار و با هوای تمیز انتخاب کند و یک بطری آب همراه خود داشته باشد.

۳. سیگار کشیدن

کشیدن سیگار نه تنها سلامتی فرد را به خطر می‌اندازد بلکه تجاوزی آشکار به حقوق دیگران از جمله کودکان است.

۴. کنترل استرس

۵. کنترل و معاینات پزشکی به طور سالانه

نتیجه‌گیری

امروزه تحقیقات نشان داده است که ابتلا به بسیاری از بیماری‌های مزمن بستگی به سبک زندگی و رفتارهای انسان دارد. انجام رفتارهای ارتقا‌دهنده سلامت یکی از بهترین راه‌هایی است که مردم به وسیله آن می‌توانند سلامتی خود را حفظ و کنترل کنند. لذا رفتارهای ارتقای سلامت و سبک زندگی سالم، راهبردهای اصلی برای حفظ سلامتی است و به‌هورزان به دلیل آشنایی کامل با ارزش‌ها، فرهنگ، هنجارها، آداب و رسوم جامعه مورد تعهد خود، نقش کلیدی در اصلاح و ارتقای سبک زندگی مردم دارند.

پیشنهادها

ارایه خدمت طبق بسته خدمتی مراقبت همه گروه‌های هدف از قبل تولد تا پایان عمر

منابع

- بسته خدمت مراقبت‌های ادغام یافته و جامع سالمندی ویژه غیرپزشک
- بسته خدمت مراقبت‌های ادغام یافته و جامع میانسالان ویژه غیرپزشک
- مقاله‌های ارایه شده در همایش کشوری سبک زندگی سالم



اهداف آموزشی

- امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه:
- ◀ رفتار جنسی ناسالم و پرخطر را بشناسند.
- ◀ انواع رفتارهای جنسی پرخطر را نام ببرند.
- ◀ نشانه‌های بیماری‌های جنسی را بیان کنند.
- ◀ راه‌های کنترل و پیشگیری از رفتارهای پرخطر را توضیح دهند.

آگاه‌سازی جوانان و رفتارهای پرخطر جنسی

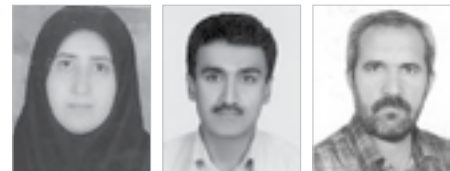
مقدمه

رفتارهای مخاطره‌آمیز را به‌عنوان رفتارهایی که با بعضی از نتایج نامطلوب همراه هستند، تعریف می‌کنند. یکی از معضلات کنونی جامعه بی‌اطلاعی نوجوانان و جوانان از رفتارهای پرخطر جنسی است که پیامدهای آن می‌تواند ضربات اقتصادی و اجتماعی جبران ناپذیری به پیکر خانواده و جامعه وارد آورد؛ لذا پیشگیری از این معضلات با آموزش صحیح و اطلاع‌رسانی بموقع، می‌تواند به‌عنوان عاملی نجات‌بخش، سبب کاهش چشمگیر این مشکلات شود.

تعریف رفتارهای پرخطر

رفتارهای مخاطره‌آمیزی هستند که می‌توانند در حال یا آینده سبب بروز مشکلات و بیماری‌های جسمی روانی و آسیب‌های اجتماعی در افراد شوند نظیر:

- ◀ استعمال دخانیات
- ◀ مصرف الکل
- ◀ سوء مصرف مواد مخدر و داروهای غیر مجاز (داروهای



ترتیب نویسندگان از راست به چپ

◀ احمد محبوبی

کارشناس مبارزه با بیماری‌ها
دانشگاه علوم پزشکی سمنان

◀ جواد خالقی

کارشناس مبارزه با بیماری‌ها
دانشگاه علوم پزشکی قزوین

◀ اشرف اشرفی عسگری

مربی مرکز آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی قزوین

همه توصیه‌های ما از یاد وی برود. متأسفانه زمانی که فرد در معرض فشارهای جنسی قرار دارد، داشتن اطلاعات لازم درباره راه‌های انتقال عفونت HIV، پرهیز، وفاداری به همسر و روابط جنسی سالم کافی نیست، نوجوان یا جوان باید از انواع فشارهای جنسی آگاهی داشته و بتواند در برابر آن‌ها مقاومت کند. فشارهای جنسی می‌تواند کلامی یا فیزیکی باشد. فشارهای جنسی کلامی، اغوا کردن به منظور قبول برقراری ارتباط جنسی توسط جنس مخالف است و متأسفانه امروزه شاهد بسیاری از فشارهای جنسی کلامی و فیزیکی هستیم.

توجه به نکات زیر بسیار مهم و ضروری است:

- از صحبت کردن با افراد غریبه و نا آشنا پرهیز شود.
- از رفتن به مجالسی که شئون اخلاقی در آن‌ها رعایت نمی‌شود پرهیز شود.
- با همکلاسی یا دوستانی که بخوبی شناخته شده نیستند، قرار ملاقات خصوصی گذاشته نشود.
- از پوشیدن لباس‌های نامناسب پرهیز شود.
- همواره به توصیه والدین و مسؤولان مدارس و دانشگاه‌ها توجه شود.
- اگر چه روابط جنسی بخشی مهم از زندگی است ولی رعایت عفت اخلاقی از واجبات است.

برای اغوا کردن نوجوان یا جوان برای برقراری روابط جنسی ممکن است از کلمات زیر استفاده شود:

- اگر قبول نکنی، دیگر تو را دوست ندارم.
 - اگر قبول نکنی، با فرد دیگری دوست خواهم شد.
 - اگر قبول نکنی، سرد و بی روح هستی.
 - اگر قبول نکنی، حتما دارای عیب و نقصی هستی.
- و جملاتی از این قبیل که نباید فریب این قبیل حرف‌ها را خورد.

نشانه‌های بیماری‌های آمیزشی چیست؟

- ترشح غیرطبیعی از دستگاه تناسلی (افزایش مقدار ترشح، تغییر رنگ و بو همراه با خارش و سوزش)
- زخم دستگاه تناسلی
- برآمدگی (جدید) در کشاله ران به صورت یک طرفه یا دو طرفه
- درد قسمت تحتانی شکم به همراه یکی از نشانه‌های بالا در زن
- تورم بیضه در مرد

انواع بیماری‌های آمیزشی

تاکنون حدود بیست نوع بیماری شناخته شده که می‌توانند از

نشاط آور، آرام بخش‌ها و داروهای نیروزا

- اعمال خشونت و رفتارهایی که سبب بروز آسیب و صدمه به خود و دیگران شوند.
- خودکشی
- فرار از خانه و غیره
- رفتارهای جنسی پرخطر (زود هنگام و حفاظت نشده)

رفتارهای جنسی ناسالم یا پرخطر چیست؟

رفتار جنسی ناسالم (UnsafeSex) عبارت است از رفتارهایی است که فرد را در معرض خطر بیشتر انتقال و آلودگی عفونت‌های منتقله جنسی و HIV قرار می‌دهد. به عبارت دیگر هرگونه تماس جنسی که در آن فرد از سلامت خود یا شریک جنسی خود آگاه نباشد را رفتار جنسی ناسالم (UnsafeSex) می‌گویند. مشکل اصلی این است که آگاهی از سلامت خود یا دیگران براهتی امکان پذیر نیست. به عنوان مثال؛ حدود ۹۰ درصد افراد مبتلا به HIV از آلوده بودن خود اطلاعی ندارند. از طرف دیگر؛ منفی بودن آزمایش‌های تشخیصی در ابتدای آلودگی با HIV نمی‌تواند دلیل سالم بودن فرد باشد، زیرا نتیجه این آزمایش‌ها در اوایل دوره آلودگی معمولاً منفی است؛ لذا داشتن رفتارهای پرخطر احتمال آلودگی به HIV و سایر عفونت‌های آمیزشی را بیشتر می‌کند.

رفتارهای جنسی پرخطر کدامند؟

- داشتن شرکای جنسی متعدد و تکرار تماس‌های مشکوک
- تماس‌های جنسی نامعمول (تماس مقعدی و دهانی)
- متوسل شدن به خشونت در زمان تماس جنسی
- مصرف الکل، مواد مخدر یا روانگردان قبل از برقراری تماس جنسی
- تماس جنسی محافظت نشده (استفاده نکردن از کاندوم)

چه کسانی بیشتر در معرض رفتار جنسی پرخطر هستند؟

- معتادان تزریقی و همسران شان
- افراد دارای رفتار جنسی پرخطر
- همسران افراد مبتلا به HIV
- افراد مبتلا به بیماری‌های مقاربتی و کسانی که رفتار جنسی غیرایمن دارند.
- افراد تن فروش

مقاومت در برابر فشارهای جنسی چیست و چگونه می‌توان آن را عملی کرد؟

هنگام چیره شدن هیجان بر فرد جوان یا نوجوان، امکان دارد

طریق روابط جنسی منتقل شوند. از بیماری‌های شایع می‌توان سوزاک، سفلیس، هرپس تناسلی، کلامیدیا، ویروس پاپیلوم انسانی، تریکوموناس، هپاتیت‌های B و C و HIV را نام برد. عفونت‌های آمیزشی عامل مهمی در انتقال HIV هستند که ۱۵ تا ۲۰ درصد خطر انتقال بیماری ایدز را افزایش می‌دهند.

تشخیص بیماری

راه تشخیص این بیماری‌ها معاینه توسط پزشک، آزمایش ترشحات و در صورت لزوم آزمایش خون و ادرار است.

درمان

از آنجا که عفونت‌های جنسی دارای خطرات زیادی هستند. لازم است در صورت وجود هر یک از نشانه‌های مذکور سریع به پزشک معرفی شوند. همان‌گونه که گفته شد بسیاری از عفونت‌های جنسی ممکن است، بدون نشانه باشند. در این صورت خطرات آن و احتمال انتقال عفونت و HIV کاسته نخواهد شد. بنابراین توصیه می‌شود کسانی که تماس جنسی با افراد ناشناس و متعدد دارند به شکل دوره‌ای به پزشک مراجعه کنند.

پیشگیری

عفونت‌های آمیزشی به‌طور عمده به دنبال برقراری روابط جنسی نامطمئن ایجاد می‌شوند، مطمئن‌ترین راه پیشگیری پایداری به اصول اخلاقی خانواده است.

رعایت اصول بهداشتی در روابط زناشویی، نقش مؤثری در پیشگیری از بیماری‌های آمیزشی دارد.

باید از تماس جنسی با افراد مشکوک، ناشناس یا کسانی که رفتارهای پرخطر جنسی و اعتیاد تزریقی دارند، پرهیز کرد.

جلوگیری از تماس با خون یا ترشحات جنسی در یک رابطه مشکوک می‌تواند تا حدی فرد را در برابر آلودگی حفاظت کند. کاندوم وسیله مناسبی برای حفاظت فرد است.

اغلب بیماری‌های آمیزشی درمان‌پذیرند و در صورت درمان توسط پزشک باید دوره درمان کامل شود، از مصرف خودسرانه دارو یا مراجعه به افرادی که صلاحیت ندارند، باید خودداری کرد.

با مشاوره صحیح و آموزش‌های مؤثر می‌توان در این دسته از افراد تغییرات رفتاری ایجاد کرد تا احتمال انتقال این بیماری‌ها کمتر شود. بدیهی است که مشاوره و آزمایش داوطلبانه و کنترل بموقع بیماری نقش بسزایی در پیشگیری از انتقال بیماری از افراد مبتلا به افراد سالم دارد. در صورت نیاز به آموزش و کسب آگاهی بیشتر درباره ایدز، هپاتیت B و C، بیماری‌های آمیزشی یا داشتن رفتارهای پرخطر جنسی می‌توان به پزشک، مراکز خدمات جامع سلامت، خانه‌های بهداشت و مراکز مشاوره

بیماری‌های رفتاری مراجعه کرد.

عوارض و عواقب رفتارهای پرخطر

ابتلا به بیماری‌های جسمی نظیر: ایدز، هپاتیت، سرطان ریه، بیماری‌های قلبی، عروقی نظیر سکته قلبی، پرفشاری خون و سکته‌های مغزی و غیره

ابتلا به اختلال‌های روحی نظیر: اضطراب، افسردگی، اختلال‌های خواب، خودکشی و غیره

از بین رفتن آبرو و منزلت فرد و خانواده و بدنام شدن در بین افراد جامعه

از هم گسیخته شدن کانون خانواده یا قطع ارتباط با خانواده و دوستان

بروز آسیب‌های اجتماعی و افزایش میزان بروز انواع جرایم نظیر اعتیاد، سرقت، فحشا، خشونت، قتل یا افزایش موارد فرار از خانه یا مدرسه، افت تحصیلی و ترک تحصیل

تحمیل بار اقتصادی به بودجه کشور با افزایش هزینه‌های درمان و مراقبت‌های پزشکی برای وزارت بهداشت، افزایش هزینه برای نیروی انتظامی، قوه قضاییه، سازمان زندان‌ها و غیره

راه‌های کنترل و پیشگیری از رفتارهای پرخطر

بُعد فردی

تقویت ایمان و باور داشتن خدا و روز قیامت از طریق خواندن نماز، خواندن قرآن و عمل به دستورات آن، شرکت در مراسم و جلسات مذهبی، مطالعه کتب عرفانی و دینی، عضویت در کارهای داوطلبانه و امور خیریه

هدفمند کردن زندگی شخصی و در نظر گرفتن اهداف کوتاه مدت و بلند مدت برای زندگی در زمینه‌هایی نظیر ادامه تحصیل، شکوفا کردن استعدادها و تلاش در راه رسیدن به این اهداف عالی

مطالعه کتب و متون مفید و خودکاوای جهت خودسازی و تزکیه نفس

توجه و دقت در انتخاب دوستان و معاشرت‌های شخصی

توجه و دقت در نحوه گذراندن اوقات فراغت و شرکت در کلاس‌ها و مسابقات ورزشی، هنری، علمی

استفاده صحیح، اصولی و خردمندانه از فناوری‌های امروز نظیر اینترنت، تلفن همراه و غیره

توجه بیشتر به اصول اخلاقی، ارزش‌ها، قوانین و هنجارهای مورد قبول جامعه و سعی در رعایت آن‌ها

بُعد خانوادگی

تحکیم بنیان خانواده و برقراری روابط صحیح خانوادگی به دور از خشونت یا هرج و مرج به طوری که فرزندان در محیط

خانه احساس امنیت و آرامش کرده و والدین خود را، به عنوان بهترین دوست خود انتخاب کنند.

◀ پرهیز از طرد، تحقیر، اعمال خشونت و تبعیض نسبت به فرزندان

◀ پرهیز والدین از انجام رفتارهای پرخطر، زیرا محیط خانواده اولین نهاد تربیتی و الگو برداری برای فرزندان است.

◀ پرهیز از زیردوره بین قرارداد و توجه افراطی و سختگیری های بیش از حد در مورد فرزندان یا برعکس بی تفاوتی و آزاد گذاشتن بیش از حد آنان در این سنین حساس

◀ احترام گذاشتن به نظر فرزندان و پرهیز از تحمیل عقیده خود به آنان و راهنمایی آنان به شیوه صحیح، منطقی و اصولی

◀ کنترل و نظارت منطقی بر مواردی نظیر دوستان، ساعات رفت و آمد و فعالیت های درسی و اجتماعی فرزند

◀ توجه به رفع نیازهای عاطفی نوجوانان و محبت کردن به آنها

◀ آموزش مسایل دینی به فرزندان و تقویت باورهای اعتقادی آنان از طریق به کارگیری روش های مناسب تربیت دینی

◀ بهتر است والدین نیز با پیشرفت ها و فناوری های روز، خود را همگام کنند تا پاسخگوی نیازهای فکری فرزندان خود باشند.

◀ ایجاد شرایط مناسب و کمک به برنامه ریزی جهت پر کردن مناسب اوقات فراغت فرزندان

بُعد آموزشگاهی

◀ افزایش آگاهی اولیای مدرسه از ویژگی های دوران نوجوانی و نحوه برخورد مناسب با نوجوانان در این سنین حساس

◀ مناسب تر کردن محیط فیزیکی و امکانات آموزشی در مدارس زیرا هر چه امنیت، آرامش و نشاط در مدرسه بیشتر باشد

رفتارهای پرخطر نظیر مدرسه گریزی و... و بی نظمی در دانش آموزان کمتر مشاهده خواهد شد.

◀ پرهیز از بد رفتاری، خشونت، تحقیر و تبعیض نسبت به دانش آموزان

◀ ارائه آموزش و برگزاری کلاس های توجیهی در زمینه رفتارهای پرخطر و آسیب های اجتماعی و عواقب آن، آموزش مهارت های

زندگی مانند مهارت های مشکل گشایی، تصمیم گیری، کنترل خشم و... با حضور افراد متخصص و تدریس این موارد توسط

افراد کارآموده و مجرب

◀ تسهیل امر مشاوره در مدارس و اجرای جلسات بحث گروهی با حضور دانش آموزان، مشاوران و افراد متخصص در زمینه تعلیم و تربیت

بُعد اجتماعی

◀ فرهنگ سازی و ارائه الگوهای فرهنگی و رفتاری اصیل ایرانی جهت مقابله با تهاجم فرهنگی از طریق رسانه های جمعی

◀ مقابله با فقر، بیکاری و تنگناهای اقتصادی و کاهش فاصله های طبقاتی در جامعه

◀ کنترل و نظارت شدید بر ورود، پخش و توزیع مواد مخدر، CD های غیر مجاز و... در بین نوجوانان و جوانان توسط نیروی

انتظامی و برخورد قاطع با عاملان تهیه و توزیع آن

◀ ایجاد شادی و نشاط بیشتر در جامعه، به عبارتی فرصت هایی باید فراهم شود تا نوجوانان بتوانند به نحو درست و صحیح،

هیجانان مثبت خود را تخلیه کنند، نظیر برگزاری میهمانی ها، جشن ها مانند مولودی خوانی در اعیاد مذهبی، ایجاد مکان های

تفریحی امن و مناسب

◀ تشویق نوجوانان به امر ورزش و در اختیار قراردادن امکانات بیشتر برای ورزش و پرکردن ساعات فراغت آنان

◀ ایجاد امکانات برای آن دسته از نوجوانانی که پرشور و اهل خطر هستند، مثل میدان های موتورسواری، مسابقات اتومبیل رانی

جهت هدایت صحیح، قانونمند و منطقی تر هیجانان آنان

نتیجه گیری

به طور کلی می توان گفت بیماری های مخاطره آمیز جنسی یکی از معضلات بزرگ کنونی جوامع به ویژه جوانان است و به

دلیل آگاهی کم افراد، به خصوص جوانان از خطراتی که از طریق این گونه رفتارها آن ها را تهدید می کند، در آینده دچار افزایش

چشمگیر بیماری های قابل انتقال از طریق جنسی به ویژه ایدز خواهیم بود؛ لذا با برنامه ریزی دقیق باید نسبت به افزایش آگاهی

افراد جامعه اقدام شود. در ضمن به گونه ای برنامه ریزی شود تا

افراد نیازمند به خدمات مشاوره به مراکز مشاوره بیماری های رفتاری هدایت شوند.

منابع

۱. آموزش پیشگیری از ایدز برای افراد در معرض خطر (به روش آموزش همتایان) مؤلفان دکتر مجید رضا زاده، دکتر کامبیز محضری و... انتشارات رسانه تخصصی

۲. مشاوره و آزمایش اچ آی وی (کتاب مرجع پزشکان) تدوین کنندگان دکتر بهرنگ شادلو، دکتر معصومه امین اسماعیلی، دکتر آفرین رحیمی انتشارات مرکز مدیریت بیماری های واگیر وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

۳. مقاله پژوهشی عوامل مؤثر بر رفتارهای مخاطره آمیز نوجوانان تهیه کنندگان زهرا نیک منش، زهره خسروی و... انتشارات مجله علوم رفتاری دوره چهارم شماره ۳ پائیز ۱۳۸۹

۴. راهنمای آموزشی اچ آی وی / ایدز ویژه مربیان بهروزان

۵. راهنمای خودمراقبتی برای زندگی عاری از اچ آی وی / ایدز

۶. آسیب پنهان، خبرنامه مرکز مدیریت بیماری های واگیر در زمینه اچ آی وی و ایدز و رفتارهای مخاطره آمیز

۷. پیشگیری از رفتار مخاطره آمیز در نوجوانان و جوانان (سنین بلوغ دختران و پسران)، ستاد طرح بسیج سلامت دانش آموز



اهداف آموزشی

- ◀ امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه:
- ◀ انواع مزاج‌ها را در تقسیم‌بندی طب سنتی بدانند.
- ◀ تأثیر سن افراد در مزاج‌شان را توضیح دهند.
- ◀ مشخصات ظاهری در علم مزاج‌شناسی افراد را شرح دهند.
- ◀ با مزاج‌تعدادی از مواد غذایی در تقسیم‌بندی طب سنتی آشنا شوند.

بهورز و طب سنتی در برنامه‌های تحول سلامت در حوزه بهداشت مزاجت‌رابط‌شناسی

مقدمه

مزاج‌شناسی یکی از اجزای امور طبیعی در طب سنتی است. تحقیقات مختلف در طب سنتی نشان داده اگر افراد بتوانند مناسب با طبع و مزاج خود غذا مصرف کنند کمتر به بیماری‌های مختلف دچار می‌شوند، لذا شناخت طبع و مزاج، برای افرادی که به سلامتی خود اهمیت می‌دهند، ضروری است.

تعریف مزاج

مزاج و سنت به معنای در هم آمیختن است و در طب سنتی مفهوم کیفیت یکسان و جدیدی است که در نتیجه هم آمیختگی ارکان بایکدیگرو فعل وانفعال آن‌ها بوجود می‌آید.



ترتیب نویسندگان از راست به چپ

◀ داریوش مسعودی

مدیر مرکز آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد

◀ معصومه فرجی

کارشناس مسؤول آموزش بهورزی و رابط فصلنامه بهورز
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

◀ دکتر مهستی عطائی

کارشناس مسؤول پزشک خانواده
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

شناخت و تقسیم بندی مزاج‌ها

در طب سنتی ایران اعتقاد بر این است که همه موجودات از چهار ماده اولیه تشکیل شده‌اند که به آن ارکان می‌گویند. این ارکان چهارگانه را به اصطلاح «ارکان اربعه» نیز می‌گویند: آتش گرم و خشک است، هوا گرم و تراست، آب سرد و تراست، خاک سرد و خشک است. در طب سنتی نیز اخلاط چهارگانه «خون، بلغم، صفرا و سودا» هستند. براساس این مبانی، در یک تقسیم بندی، اجزا در طب سنتی به چهار گروه هستند. این گرایش یا به سوی یکی از دو کیفیت متضاد سردی و گرمی یا تری و خشکی است، یا به سوی دو تا از آن‌هاست. با توجه به موارد ذکر شده می‌توان گفت که در افراد ۹ نوع مزاج وجود دارد: ۱. مزاج معتدل ۲. مزاج سرد ۳. مزاج گرم ۴. مزاج تر ۵. مزاج خشک ۶. مزاج گرم و تر ۷. مزاج گرم و خشک ۸. مزاج سرد و تر ۹. مزاج سرد و خشک. مزاج‌های مرکب در اصطلاح عامه عبارتند از: طبع صفراوی یا گرم و خشک، طبع دموی یا گرم و مرطوب، طبع بلغمی یا سرد و مرطوب و طبع سودایی یا سرد و خشک.



تأثیر عامل سن بر مزاج افراد

انسان‌ها نیز به طور معمول در سنین مختلف مزاج‌های مختلفی دارند:

۱. مرحله رشدونمو (از صفر تا ۱۵ سالگی)، دارای مزاج گرم و تر است.
۲. مرحله جوانی (۱۵ تا ۴۰ سالگی)، مزاج گرم و خشک
۳. مرحله میانسالی (۴۰ تا ۶۰ سالگی)، مزاج سرد و

خشک

۴. مرحله پیری (بعد از ۶۰ سالگی)، مزاج سرد و تر
لذا باید هر فرد در سنین مختلف، غذاهایی را مصرف کند که با مزاجش سازگار باشد.

تعدادی از مشخصات ظاهری افراد در علم مزاج شناسی:

افراد صفراوی مزاج (طبع گرم و خشک)

صفراوی مزاج‌ها رفتارهای تند و تیزی دارند. این افراد لاغر اندام هستند؛ اما مفاصل و استخوان بندی درشت و برجسته دارند. پوست گرم و خشکی دارند. رنگ پوست و سفیدی چشم آن‌ها کمی به زردی می‌زند. موهای پر پشت و سیاه و گاهی مجعد دارند و به علت حرارت و خشکی زیاد بیشتر مستعد طاسی هستند. خشکی دهان و عطش فراوان دارند. خیلی گرمایی هستند و در تابستان اذیت می‌شوند. استعداد این را دارند که با خوردن خوراکی‌های خیلی گرم دچار خارش و کهیر شوند. تمایل به خوردن انواع ترشی‌ها را دارند. نبض پر و قوی دارند. عروق برجسته در دست دارند. این افراد زود عصبانی شده و زود هم عصبانیت‌شان فروکش می‌کند. بسیار پرنرژی و پرتحرک هستند. افراد باهوش، زیرک و همچنین پرحرف و در کارها چالاک و سریع هستند.

افراد دموی مزاج (طبع گرم و تر)

این افراد اندامی درشت و بدنی عضلانی دارند و لاغر نیستند. پوستی سرخ و سفید رنگ دارند. موهای پر پشت دارند، نبض پر و قوی دارند. خوب می‌خوابند و تحمل بی‌خوابی را نیز دارند. پوست این افراد گرم و مرطوب و نرم است. نه گرمایی هستند و نه سرمایی، اما به نسبت، تحمل سرما برای‌شان راحت‌تر است. میل به شیرینی و ترشی دارند. همه نوع غذا را می‌توانند بخورند. این افراد انسان‌های شجاع، جسور و با اعتماد به نفس بالا هستند. معمولاً مدیر و رهبر یک گروه یا یک جمع هستند و خوش اخلاق، صمیمی، خوشرو و آرام هستند، اما اگر عصبانی شوند، رفتارهای مخاطره‌آمیز از خود نشان می‌دهند.

افراد بلغمی مزاج (طبع سرد و تر)

اندام بلغمی‌ها به طور معمول درشت است و افراد چاقی هستند و بدن پرچربی دارند. پوست سفید رنگ دارند و در لمس، پوست بدن‌شان سرد و مرطوب و نرم است. موهای کم پشت دارند. دهان‌شان مرطوب است. تشنه نمی‌شوند.

خواب آن‌ها سنگین و زیاد است. احساس کسلی و بیحالی دارند. تمایل به خوردن شیرینی و ادویه جات و گرمی جات دارند. در فصل زمستان خیلی اذیت می‌شوند. مستعد ابتلا به بیماری‌های روماتیسمی و مشکلات گوارشی هستند.

افراد سودایی مزاج (طبع سرد و خشک)

اغلب افرادی هستند لاغر با استخوان‌های نازک و کشیده، پوست سوداوی‌ها خشک و رنگ آن از حالت سفید تا سبزه و تیره متغیر است، موی بدن سوداوی‌ها کم است و موی سرشان به علت سردی و خشکی زودتر دچار سفیدی یا حالت گندمگون می‌شود، نبض آن‌ها تقریباً کند اما سفت و باریک است. در لمس، بدن‌شان سرد و خشک و پوست‌شان سفت است. بینی آنان خشک است. خواب کم دارند. تحمل هوای سرد را ندارند و در هوای گرم و فصل بهار راحت‌ترند. در فصل پاییز خیلی اذیت می‌شوند. تمایل به خوردن شیرینی و گرمی‌ها دارند. این‌ها افراد دقیق و منظم، دوراندیش و محاسبه‌گر و محتاطی هستند.

آیا مزاج قابل تغییر است؟

هر فردی دارای دو گونه طبع اصلی و اکتسابی است. طبع اصلی هر فرد، طبع مادرزادی اوست که از پدر و مادرش به ارث می‌برد. همچنین ممکن است طبع اصلی فرد با گذشت زمان، به علت تغذیه نادرست، شرایط آب و هوایی و شیوه زندگی نادرست، تغییر کند و طبع جدیدی در او به وجود آید که به آن، طبع اکتسابی می‌گویند. البته می‌توان مزاج تغییر یافته فرد را دوباره با اصلاح مزاج، به مزاج مادرزادی برگرداند.

غذا و مزاج

غذاها و داروها نیز مانند بدن انسان از اجزایی تشکیل شده‌اند که در مجموع مزاج خاصی را در آن‌ها ایجاد می‌کند و موجب می‌شود که آن‌ها نیز گرم، سرد، خشک و تر قلمداد شوند. با توجه به این که فصل بهار گرم و تر، فصل تابستان گرم و خشک، فصل پاییز سرد و خشک و در نهایت فصل زمستان سرد و تر است؛ بنابراین رژیم غذایی کلی و سالم، رژیمی است که با تغییرات متناسب با هر فصل همراه است تا تعادل مزاجی فرد حفظ شود.

جدول مزاج‌های مواد غذایی، طبقه‌بندی شده بر اساس طب سنتی

مزاج‌های ایجاد شده از مواد غذایی	دسته بندی مواد غذایی بر اساس طب سنتی
ماست سرد و تر، شیر سرد و تر، کره سرد و تر، دوغ خیلی سرد و تر، سرشیر سرد و تر، خامه سرد و تر، پنیر سرد و خشک، کشک سرد و خشک، لور (مایعی که از جوشاندن آب پنیر به دست می‌آید) سرد و تر، شور سرد و تر، قره قوروت خیلی سرد و خشک، ماست چکیده سرد و تر به طور کلی لبنیات فوق العاده سرد بوده و برای افرادی که از مزاج سردی برخوردار هستند مضرند.	لبنیات
نخود سفید گرم و خشک، نخود سیاه گرم و خشک، لوبیا سفید کمی گرم و تر، لوبیا چیتی گرم و تر، لوبیا قرمز گرم و تر، لوبیا چشم بلبلی کمی گرم و تر، عدس سرد و خشک، دال عدس گرم و خشک، گندم گرم و تر، جو سرد و تر، ماش سرد و خشک، لپه گرم و خشک، لوبیا سویا گرم و تر، برنج سرد و تر، ارزن سرد و خشک، ذرت سرد و خشک، باقلا سرد و تر، نخودفرنگی سرد و تر حبوبات و غلات بهترین غذا برای انسان بوده و در واقع غذای اصلی انسان هستند. برای تهیه بهترین و کامل‌ترین غذا از حبوبات و غلات می‌توان آن‌ها را به نسبت خاصی مخلوط کرده و با حرارت ملایم به طوری که قبلا خیس کرده ایم بپزیم و مقداری سبزیجات تازه و کمی کشک سالم به آن اضافه کنیم.	حبوبات و غلات

<p>بادام هندی گرم و خشک، گردو گرم و خشک، بادام درختی کمی گرم و تر، پسته گرم و خشک، فندق گرم و خشک، نارگیل گرم و خشک، بادام زمینی گرم و تر، بادام کوهی گرم و خشک، پسته کوهی گرم و خشک، چلغوز خیلی گرم و خشک، کنجد گرم و تر، بلوط سرد و خشک، شاه بلوط سرد و خشک، خشخاش سرد و خشک، شاهانه سرد و خشک، تخمه آفتاب گردان گرم و تر، تخمه کدو سرد و تر، تخمه هندوانه سرد و تر، تخمه خربزه گرم و تر، تخمه طالبی گرم و تر، تخمه گرمک سرد و تر</p> <p>بهتر است مغزها در رژیم غذایی روزانه گنجانده شود تا احساس کمبود در بدن نشود. بهترین روش استفاده از چهار مغز به شکل شیرهای گیاهی است.</p>	<p>مغزهای گیاهی</p>
<p>پیاز گرم و خشک، سیر گرم و خشک، سیب زمینی سرد و تر، موسیر گرم و خشک، چغندر قرمز معتدل و کمی گرم، گل کلم برگ، گرم و خشک، کلم بروکلی گرم و خشک، کنگر گرم و کمی خشک، تره فرنگی گرم و خشک، قارچ سرد و تر، لوبیاسبز سرد و تر، ریحان کمی گرم و خشک، تره خیلی گرم و کمی خشک، جعفری خیلی گرم و خشک، شنبلیله گرم و خشک، گشنیز سرد و خشک، تربچه گرم و خشک، نعناع نسبتاً گرم و خشک، پونه گرم و خشک، شوید گرم و خشک، اسفناج کمی سرد و تر، بامیه سرد و تر، کاهو سرد و تر، خربزه گرم و تر، هندوانه سرد و تر، طالبی گرم و تر، گرمک سرد و تر، خیارسیب سرد و تر، گوجه فرنگی سرد و تر، فلفل دلمه گرم و خشک، فلفل سبز گرم و خشک، بادمجان گرم و خشک، کدوخورشتی سرد و تر، کدولولایی گرم و تر</p> <p>سبزیجات از فیبر زیادی برخوردار بوده و سرشار از ویتامین هستند. در جیره غذایی روزانه حتماً از سبزیجات استفاده شود.</p>	<p>سبزیجات و صیفی جات</p>
<p>سیب گرم و خشک، گلابی گرم و تر، انار سرد و تر، به گرم و تر، گیلاس گرم و تر، آلبالو سرد و تر، هلو سرد و تر، زردآلو سرد و تر، گوجه سبز سرد و خشک، آلوبخارا سرد و تر، آلوسیاه سرد و تر، آلوژرد سرد و خشک، ازگیل سرد و خشک، انگور گرم و تر، خرما گرم و خشک، قیسی گرم و تر، شفتالو سرد و تر، زیتون رسیده گرم و تر، موز گرم و تر، آناناس گرم و تر، خربزه درختی گرم و تر، انبه گرم و تر، سنجد سرد و خشک، شلیل سرد و تر، پرتقال سرد و تر، لیموشیرین سرد و تر، نارنگی سرد و خشک، نارنج خیلی سرد و تر، کیوی سرد و تر</p> <p>میوه‌هایی را که می‌توان با پوست خورد توصیه می‌شود که به همین شکل استفاده شود. بهتر است که هر میوه ای را در فصل خودش مصرف کرد. میوه‌ها و سبزیجات قوی‌ترین داروی انواع سرطان‌ها هستند و بهترین و باارزش‌ترین هدایای الهی هستند.</p>	<p>میوه‌ها و مرکبات</p>
<p>گوشت شتر گرم و خشک، گاو سرد و تر، گوساله سرد و تر، گوسفند گرم و تر، بز سرد و تر، مرغ گرم و تر، خروس سرد و تر، جوجه مرغ گرم و تر، جوجه خروس خنک، انواع ماهی سرد و تر، میگو سرد و تر، اردک سرد و تر، غاز گرم و تر، بوقلمون گرم و تر، کبک گرم و تر، سار گرم و تر، گنجشک گرم و تر، کبوتر گرم و تر، آهو گرم و تر، کله و پاچه سرد و تر، سیرابی سرد و تر، دل گرم و تر، قلمه گرم و تر، جگر سفید سرد و تر، جگر سیاه گرم و تر</p> <p>گوشت سفید و گوشت‌های قرمز که از مزاج سردی برخوردار هستند، برای بیماران مغز و اعصاب و بیماران آرتروزی مضرند. گوشت شتر برای افرادی که طبع سردی دارند و همیشه احساس سرما می‌کنند، مفید است.</p>	<p>گوشت‌ها</p>

نتیجه‌گیری

به طور کلی طب سنتی و علم مزاج شناسی افراد، میراثی ارزشمند از گذشتگان ماست که هنوز موارد ناشناخته زیادی از آن مورد بررسی قرار نگرفته و لازم است با رویکردی علمی مجدد بازنگری و احیا شود.

منابع

۱. طب سنتی ایران و توسعه آن با استفاده از رهنمودهای سازمان جهانی بهداشت دوماهنامه علمی، پژوهشی دانشور پزشکی/دانشگاه شاهد/ شهریور/ ۸۳ سال یازدهم/ شماره ۵ دکتر محسن ناصری
۲. مروری کامل بر امور طبیعیه در مبانی نظری طب سنتی ایران مجله طب سنتی اسلام و ایران، سال سوم، شماره سوم، پاییز ۱۳۹۱ شهین سالاروند
۳. کلیات رویکرد به غذا و تغذیه در مکتب طب ایرانی مجله طب سنتی اسلام و ایران، سال دهم، شماره چهارم، زمستان ۱۳۹۰ محمد مظاهری و همکاران



گردهمایی کشوری رابطان فصلنامه بهورز در نیشابور

خاطره بره‌مقدم عضو هیأت تحریریه

است؛ انقلاب اول: ایجاد نظام شبکه بود که بزرگمردانی چون دکتر شادپور و دکتر پیلهرودی و بقیه بزرگان با بررسی کارشناسی آن را ایجاد کردند.

انقلاب دوم: بحث طرح تحول سلامت است که بازوظیفه و نقش اصلی به عهده بزرگواران بهورزی است که باید به آن اهمیت داد. دکتر تقوی در معرفی معاونت بهداشتی نیشابور افزود: «۴۰ مرکز خدمات جامع سلامت، تحت پوشش دانشکده علوم پزشکی نیشابور است و ۱۸۹ خانه بهداشت و ۱۴ پایگاه سلامت غیرضمیمه و ۱۶۵ هزار و ۲۵۶ نفر جمعیت روستایی دارد. جمعیت شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر، ۳۱ هزار و ۵۲۸ نفر و جمعیت شهر نیشابور ۲۶۳ هزار و ۲۵۳ نفر است. کل جمعیت تحت پوشش دانشکده علوم پزشکی نیشابور حدود ۹۰۳ هزار نفر است. نیشابور بعد از مشهد دومین

این بار گردهمایی و نشست کشوری کارشناسان مسؤول آموزش بهورزی دانشگاه‌های علوم پزشکی در شهر تاریخی نیشابور و در روزهای ۲۷ تا ۲۹ بهمن ماه ۱۳۹۴ برگزار شد، در این گردهمایی، رابطان فصلنامه بهورز از سراسر کشور، مسؤولان و کارشناسان وزارت، مسؤولان دانشکده علوم پزشکی نیشابور و فصلنامه بهورز حضور یافتند.

در آغاز کارگاه **دکتر عظیمی نژاد** رییس دانشکده علوم پزشکی نیشابور ضمن خیرمقدم به مدعوین درباره معرفی شهر نیشابور مطالبی را مطرح و از تشکیل گردهمایی در این شهر ابراز خوشحالی کرد.

دکتر تقوی معاون بهداشت دانشکده علوم پزشکی نیشابور در بیان دستاوردهای تحول در حوزه بهداشت در این دانشگاه گفت: «دو انقلاب در حوزه بهداشت وجود داشته

شهر بزرگ خراسان رضوی است. دکتر تقوی در ادامه با تأکید بر اهداف طرح تحول سلامت، آن‌ها را برشمرد و گفت: «این اهداف شامل ارتقای شاخص‌های سلامت، افزایش رضایتمندی گیرندگان خدمت، عدالت در سلامت، بهبود کیفیت و کنترل قیمت خدمات سلامت، اصلاح رفتارگیرندگان و ارائه‌دهندگان خدمات و اصلاح نظام پرداخت است که جزو اهم برنامه‌ها بوده‌است. طرح تحول سلامت با ۱۵ برنامه و ۱۰ پروژه پشتیبان در حال اجرا و پیگیری است. وی افزود: «جمعیت تحت پوشش برنامه تحول سلامت در مراحل اول جمعیت همه روستاها و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر و حاشیه شهرها هستند، ما شهر با جمعیت بین ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر نداریم و مرحله دیگر پوشش جمعیت خود شهر نیشابور است. همه پست‌های مصوب بهوزی ۳۱۵ پست است و اکنون ۲۶۱ پست موجود است که این کسری با همت بهوزان جبران می‌شود.»

وی با امید به بهره‌مندی همکاران از گردهمایی به صحبت خود خاتمه داد.

سپس **دکتر ناهید جعفری** مدیر برنامه‌ها و نیروی انسانی مرکز مدیریت شبکه ضمن تشکر از حضور مسئولان و مدعوین و دست‌اندرکاران اجرایی برنامه گفت: «مدیریت شبکه در بخش توانمندسازی نیروی انسانی کارهای متفاوتی را انجام می‌دهد مثل تربیت بهوز، بازآموزی بهوزان و آموزش مراقبان سلامت در مراکز آموزش بهوزی. نقش رابط آموزشی «کارشناسان مسئول آموزش بهوزی» که رابط بین معاونت بهداشت و معاونت توسعه در بحث آموزش و بازآموزی نیروی انسانی هستند، نیز بسیار مهم است؛ لذا باید سازوکاری فراهم شود تا این جایگاه را تقویت کنیم. اکنون که قرار است ارتقای وظیفه و نقش آموزشی را داشته باشیم به طور طبیعی ارتقای عملکرد آموزشی در دستور کار ما قرار می‌گیرد و باید به شکل منسجم به ارتقای عملکرد آموزشی در دانشگاه‌های علوم پزشکی بپردازیم و در سه حیطه مشخص، ارتقای مربی، کیفیت آموزش و فرایندها را طراحی کنیم تا اطمینان پیدا کنیم کیفیت آموزش‌ها ارتقا پیدا کرده‌است. ارتقای مربیان به شکل رسمی در حال انجام است. امید که بتوانیم مکانیسم مناسبی برای ارزشیابی آموزشی مربیان مراکز آموزش بهوزی و نیز آزمون‌هایی که برگزار می‌شود و طرح درس و طرح دوره‌ای که برای برگزاری آموزش‌ها طراحی می‌کنیم، داشته باشیم. در ارتقای سنجش مراکز آموزش بهوزی با هدف ارتقای فرآیند آموزش پیش می‌رویم. امید که نقاط ضعف‌مان را

بدرستی پیدا کرده و بدرستی نیز جهت رفع آن تلاش کنیم. دکتر جعفری در بیان فرآیند کار جلسه ادامه داد: در این جلسه به‌طور عمده به دو موضوع اعتباربخشی مراکز و ارزیابی آزمون‌ها پرداخته خواهد شد. یک قسمت از موضوع اعتباربخشی در گردهمایی قبلی در بیم مطرح و چک لیستی تهیه و قرار بر این شد که اعتباربخشی مراکز را از ارزیابی مراکز آموزش بهوزی با چک لیست‌هایی که تهیه کردیم، شروع کنیم و به شکل قطبی انجام دهیم و امید که بتوانیم در جلسه آتی نتایج اعتباربخشی‌ها را مطرح و نقاط ضعف را استخراج کرده و اصلاحات مورد نیاز را انجام دهیم. موضوع دیگری که دنبالش خواهیم بود؛ بحث ارزیابی آزمون است و از راهنمایی کارشناسان استفاده می‌کنیم که این ارزیابی با اطمینان انجام شود.»

در ادامه **دکتر کلانتری** قائم مقام وقت معاون بهداشت و رییس مرکز مدیریت شبکه ضمن تشکر و قدردانی از دست‌اندرکاران اجرایی گردهمایی از آقای دکتر خدایی مدیر مسؤول فصلنامه بهوز نیز به جهت راه‌اندازی فصلنامه بهوز و استمرار و استقامت ۲۷ ساله در نشر آن قدردانی کرده و افزود: «خیلی از کارهایی که انجام می‌شود، متأسفانه چند صباحی است و از بین می‌رود؛ اما پایداری و پایداری دکتر خدایی و همکاران‌شان بهترین ابزار آموزش مستمر بهوزان و حتی کاردان‌ها و کارشناسان و پزشکان روستایی و شهری و همه کسانی که به نوعی در ساختار نظام سلامت ما به‌عنوان ارائه‌دهنده خدمت مطرح هستند، را فراهم کرده‌است که به یقین در همه توفیق‌هایی که در نظام شبکه کسب شده اثرگذار است. دکتر کلانتری در ادامه گفت: «گروه‌های مدیریت شبکه در سطح کشور به واسطه طرح تحول سلامت سخت در تلاش هستند که گستراندن خدمات سلامت برای همه گروه‌های سنی و بهره‌مندی





تولید فصلنامه مراقب سلامت گفت: «کارهای اولیه برای دریافت مجوز مجله جدید را شروع کردیم و امیدواریم بتوانیم در سال آتی نیازسنجی برای مراقبان سلامت را نیز انجام دهیم. در حال حاضر عناوین پیشنهادی برای پیش شماره اول فصلنامه مراقبان سلامت را از سوی دانشگاه‌های علوم پزشکی دریافت کرده‌ایم و در دست اقدام است.»

بحث عمومی و تصمیم‌گیری درباره فهرست عناوین و موضوعات فصلنامه‌های به‌روز شماره ۹۴ و ۹۵ با در نظر گرفتن اولویت‌های نیازسنجی انجام شده، در کارگروه‌های تخصصی با حضور فعال شرکت‌کنندگان تا روز سوم به طول انجامید و سرفصل‌های تعیین شده به دانشگاه‌ها جهت تهیه مطالب آموزشی مورد نیاز واگذار شد. همچنین بازنگری آیین نامه به‌روزی و چک لیست‌های پایش در کارگروه‌ها بررسی و نمایندگان قطب‌ها مشخص شدند و سرانجام گردهمایی با کسب تجارب و دستاوردهای بسیار ارزشمند به کار خود پایان داد.

در پایان جا دارد از حمایت‌های رییس دانشکده، معاون بهداشت و تلاش فراوان کارکنان دانشکده علوم پزشکی نیشابور به‌ویژه سرکارخانم مهرآبادی کارشناس مسؤول آموزش به‌روزی و همکاران ارجمندشان که در برگزاری این گردهمایی زحمات فراوانی را متقبل شدند و نهایت تلاش خود را برای بهتر برگزار شدن کارگاه به کار گرفتند، قدردانی و سپاسگزاری کنیم.

به امید سلامتی و به‌روزی همه تلاشگران حوزه سلامت

مردم از این خدمات و حفاظت مردم در برابر هزینه‌های سلامت و اجرای خوب و آموزش برنامه خودمراقبتی از جمله فعالیت‌هاست. وی افزود: «برای تسهیل یک مسأله دو شرط لازم است؛ اول این که اختیارگیرنده توانایی اجرای مسأله را داشته باشد و شرط دوم نظارت اختیاردهنده است، لذا ما به بلوغی رسیده‌ایم که برخی مسایل را در سطح دانشگاه‌ها تفویض کنیم. دکتر کلانتری در بیان توانمندی‌های به‌روزان گفت: «اکنون شاخص‌های سلامت ما به حدی رسیده است که خود را با میانگین اروپا مقایسه می‌کنیم و آنقدر سلابق و زیرساخت‌های سلامت بهبود پیدا کرده است که دیگر خودمان را با کشورهای چین پاکستان و مصر و هند مقایسه نمی‌کنیم. منتهی هنوز در شناسایی بهنگام مشکل داریم. حلقه سوم خدمت، شناسایی بموقع و زود هنگام است. با مراکز خدمات جامع سلامت در کشور و جایگزینی پزشک به تعداد بالاتر از حد فعلی ما در مسیر ارتقا حرکت می‌کنیم و اصرار به وجود پزشک خانواده و سیستم ارجاع داریم. ارجاع باید توسط پزشک خانواده کنترل شود. بر آموزش تأکید بسیار داریم و علاوه بر به‌روزان، مراقبان سلامت نیز باید از مراکز آموزش به‌روزی توسط مربیان آموزش به‌روزی آموزش ببینند و هر جا مرکز آموزش، اعلام نیاز کرد از کارشناسان فنی کمک گرفته شود. ایشان در زمینه محتوای آموزش توصیه کردند که به ارتقای سلامت و تشخیص بموقع تأکید بیشتری شود.

سپس **دکتر خدایی** مدیر مسؤول فصلنامه به‌روز در سخنانی گفت: «اگر در گذشته بحث به‌روزی بوده اکنون بحث همه کارکنان نظام سلامت است. یکی از آرزوهای من این بود که روزی آموزش به‌روزی ما متولی آموزش و توانمندسازی همه نظام سلامت شود که خوشبختانه با تمهیدات مرکز مدیریت شبکه این اتفاق در حال انجام است.» وی بر تقویت نیروی انسانی تأکید کرد و افزود: «کسانی که بازنشسته می‌شوند بستر را برای دوستان دیگر آماده کنند تا آن‌ها جایگزین شده و کارها را به دست گیرند تا خلاء و نقصی در برنامه ایجاد نشود. تا زمانی که ما نیروی انسانی را توانمند نکنیم، انتظار خدمت بی‌جاست. نیروی انسانی را باید به سرمایه تبدیل کرد. سرمایه انسانی با عشق و علاقمندی کار را انجام می‌دهد. همه تلاش ما این است که سرمایه اجتماعی برای دانشگاه تولید کنیم. در آرایه خدمت اگر بتوانیم؛ اعتماد مردم را جلب کنیم، در آن صورت آن‌ها نیز به ما کمک خواهند کرد تا کیفیت خدمات مان را افزایش دهیم.

در ادامه **فاطمه فضلی** مسؤول دفتر فصلنامه به‌روز در باره



تزریق ایمن در خانه‌های بهداشت

اهداف آموزشی

- امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه:
- ◀ نکات بنیادی ایمنی در تزریقات را بیان کنند.
- ◀ تزریقات غیرایمن را توضیح دهند.
- ◀ موازین تزریقات ایمن را بدانند.
- ◀ راه‌های پیشگیری از فرورفتن سوزن در دست را توضیح دهند.

مقدمه

تزریقات یکی از شیوه‌های رایج در تجویز داروها و اجرای نمونه‌گیری‌ها است که در صورت رعایت نکردن استانداردهای ایمنی، خطرات زیادی را برای ارائه‌کنندگان خدمت، مصرف‌کنندگان و عموم افراد جامعه به همراه دارد. خطر تزریقات غیرایمن یک تهدید جدی است و استفاده نامناسب از سرنگ‌ها و سوزن‌ها می‌تواند باعث انتقال عفونت و تهدید زندگی شود. هر سال تزریقات غیرایمن موجب حدود ۸ تا ۱۰ میلیون ابتلا به هیپاتیت B، ۲ تا ۵ میلیون ابتلا به هیپاتیت C و ۸۰ تا ۱۶۰ هزار مورد HIV می‌شود. سازمان جهانی بهداشت تخمین می‌زند در هر سال ۱۲ میلیارد تزریق انجام می‌شود که ۵۰ درصد آن‌ها غیرایمن هستند، ۹۵ درصد تزریقات به منظور درمان انجام می‌شود و در حدود ۲۵ تا ۹۵ درصد بیماران سرپایی حداقل یک تزریق دریافت می‌کنند. بسیاری از تزریقات ممکن است غیرضروری بوده یا بی‌تأثیر باشند.

تزریقات در خانه بهداشت

جز تلقیح واکسن، انجام تزریقات دیگر توسط بهورزان با رعایت شرایط باید انجام شود. تزریقات زیر جلدی و عضلانی نیز برای هر بیمار و بار اول هر دارو، حتماً باید با حضور پزشک انجام شود. تکرار تزریقات بدون حضور پزشک مشروط به این است که تزریق اول با حضور پزشک انجام شود و دستور ادامه تزریقات به شکل کتبی در نسخه قید شده و در اختیار بهورز قرار گرفته باشد.



ترتیب نویسندگان از راست به چپ

◀ زینب زارعی

مریی مرکز آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان

◀ لیلا حدادی

مدیر مرکز آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان

ایمنی تزریقات با تکیه بر چهار محور بنیادی ذیل تأمین می‌شود:

۱. کاهش رفتار پرخطر کارکنان بهداشتی درمانی به منظور پیشگیری از جراحات ناشی از وسایل تیز و برنده آلوده
۲. افزایش سطح ایمنی کارکنان در حین کار با وسایل تیز و برنده درمانی
۳. جمع‌آوری، نگهداری، انتقال و دفع مناسب و بهداشتی زباله‌های آلوده و پرخطر
۴. تغییر رفتار و نگرش افراد جامعه و پزشکان نسبت به مقوله تقاضا و تجویز دارو به روش تزریقی

تزریقات غیر ایمن

تزریقات غیر ایمن شامل: روش غلط تزریق، محل نامناسب تزریق، داروی ناصحیح، حلال اشتباه، دوز اشتباه دارو، دسترسی افراد جامعه به سرنگ و سرسوزن استفاده شده است.

تزریقات ایمن

یک تزریق ایمن به گیرنده خدمت آسیب نمی‌رساند و تزریق‌کننده را در معرض هیچ خطری قرار نمی‌دهد و باعث تجمع ضایعاتی که خطر برای جامعه داشته باشد، نمی‌شود. به عبارتی: استفاده از سرنگ AD در تزریقات، استفاده از Safety Box برای جمع‌آوری سرنگ و سرسوزن مصرفی، جمع‌آوری Safety Box های پر شده و سوزاندن آن‌ها در زباله‌سوز، آموزش و آگاهی‌های لازم به ارایه دهنده و گیرندگان خدمت از عوامل تأمین‌کننده تزریق ایمن هستند.

موازین تزریقات ایمن

۱. محل تمیز: در هر مرکز برای واکسیناسیون باید مکان خاصی را در نظر گرفت که محل آماده‌سازی و تزریق واکسن باشد. وسایل لازم مثل پنجه الکل و سرنگ باید روی میز مختص به این امر قرار گیرد و میز باید تمیز و مرتب باشد. همچنین Safety Box باید در نزدیک‌ترین محل تزریق جهت دفع سرنگ و سرسوزن قرار گیرد.

۲. شست‌وشوی دست: دست‌های فرد تزریق‌کننده جهت جلوگیری از انتقال عفونت قبل از تزریق باید با آب و صابون شسته شود.

۳. سرسوزن و سرنگ استریل: سالم بودن بسته‌بندی سرنگ و سرسوزن باید بررسی شود. استفاده از سرنگ و سرسوزن بعد از اطمینان از استریل بودن آن باشد. دست

زدن به هیچ قسمت از سرسوزن قبل و بعد از تزریق واکسن، پرهیز از سرپوش‌گذاری مجدد و در صورت نیاز به سرپوش‌گذاری مجدد به هر علت، استفاده از روش یک دست، دور انداختن سرسوزنی که با سطح غیر استریل تماس داشته و بررسی تاریخ انقضا از جمله دیگر موارد ایمنی است.

۴. ویال و حلال مناسب: استفاده از حلال اختصاصی و متناسب با واکسن، داشتن درجه حرارت یکسان واکسن و حلال (۲ تا ۸ درجه سانتی‌گراد) به هنگام بازسازی واکسن، استفاده از یک سرنگ و سرسوزن برای بازسازی هر واکسن، استفاده از همه حلال موجود برای بازسازی یک ویال، انداختن سرنگ بدون سرپوش‌گذاری مجدد در Safety Box، بیش از سه چهارم حجم Safety Box پر نشود، بستن درب Safety Box های پر شده قبل از حمل، قراردادن Safety Box های پر شده در مکان خشک و دور از دسترس کودکان و مردم

۵. تمیز کردن محل تزریق: در صورت کثیف بودن محل تزریق، شستن محل با آب و صابون و ضد عفونی کردن محل تزریق با الکل ۷۰ درصد

۶. جمع‌آوری صحیح اجسام نوک تیز: انداختن سرنگ و سرسوزن‌های مصرف شده بلافاصله در Safety Box، اجتناب از دست زدن به سرسوزن و سرپوش‌گذاری، برای اجتناب از ایجاد صدمه در اثر سرسوزن هرگز Safety Box پر شده را در دست نگیرید، تکان ندهید و فشار ندهید.

۷. دفع صحیح ضایعات: برای حفظ جامعه از خطر تماس با ضایعات حاصله از واکسیناسیون، Safety Box ها را مطابق دستورالعمل و برنامه‌ریزی‌های انجام شده دفع کنید. تزریقات ایمن یعنی تهیه و تأمین وسایل و تجهیزات و آموزش‌هایی برای ارایه خدمت تزریق به افراد جامعه به شکلی که ایمنی فرد خدمت‌گیرنده، خدمت‌دهنده و جامعه فراهم شود.

تجهیزات قابل قبول برای تزریقات

در خدمات ایمن‌سازی کشوری توصیه می‌شود فقط از سرنگ AD استفاده و بعد از تزریق در Safety Box ریخته و به روش صحیح امحا شود. سرنگ‌های AD خودبخود قفل می‌شوند و انواع مختلف و حجم‌های مختلفی دارند. بیشتر آن‌ها دارای سرسوزن ثابت هستند و تعدادی

از آن‌ها دارای سرسوزن‌های جداشدنی هستند که تنها به سرنگ‌های AD خاص خودشان متصل می‌شوند. همه سرنگ‌های AD دارای سرپوش پلاستیکی برای سرسوزن جهت حفظ سترونی دارند و در بعضی از آن‌ها حتی پیستون نیز دارای سرپوش است. برای بازسازی واکسن باید در حال حاضر از سرنگ و سرسوزن یکبار مصرف غیر AD استفاده شود.

راهکارهای اجرای تزریقات ایمن

- تأمین و توزیع سرنگ (Auto Disable) AD یا خودایستا برای همه مراکز واکسیناسیون
- تأمین و توزیع Safety Box برای همه مراکز واکسیناسیون
- ایجاد هماهنگی‌های برون‌بخشی جهت دفع ایمن ضایعات
- ایجاد هماهنگی‌های درون‌بخشی برحسب نیاز
- سوزاندن همه ضایعات در مراکز شهری در زباله‌سوز
- سوزاندن همه ضایعات در مناطق روستایی در گودال‌ها یا کوره‌های محلی
- آموزش کارکنان
- آموزش و اطلاع‌رسانی به جامعه

نتیجه‌گیری

جهت انجام صحیح برنامه تزریقات ایمن در همه سطوح شامل مدیران، سیاستگذاران، کارکنان و عموم جامعه باید اقدام‌های لازم جهت جلب مشارکت و همکاری انجام شود. از جمله: ارایه گزارش از وضعیت موجود، مشکلات و درخواست همکاری به مدیران، مردم و... همچنین آموزش و افزایش آگاهی کارکنان جهت رعایت نکات لازم برای تزریقات ایمن، لازم است که بدین منظور تهیه و توزیع مطالب کمک آموزشی برای گروه‌های مختلف هدف برنامه (پمفلت، پوستر و...) و همچنین برنامه بازآموزی سالانه برای کارکنان همه رده‌ها انجام شود.

منبع

دستورالعمل تزریقات ایمن، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی



گزارش مراسم روز ملی بهورز

خاطره بره‌مقدم، عضو هیأت تحریریه فصلنامه بهورز

۱۲ شهریور که مقارن با افتتاح نخستین خانه بهداشت در کشور است؛ به پاس گرامیداشت فعالیت‌های ارزنده سربازان خط اول رایبه خدمات سلامت به نام روز بهورز نامگذاری شده است، فرصتی برای تقدیر از زحمات این قشر پرتلاش است. امسال نیز این روز و تلاش‌های خستگی‌ناپذیر بهورزان در مشهد مقدس گرامی داشته شد و جشنی با حضور جمع کثیری از مسؤولان، مقام عالی وزارت، معاون بهداشت و مدیران ارشد وزارت و مسؤولان ارشد استانی و کارشناسان مسؤول آموزش بهورزی، کاردان‌ها، مربیان و بهورزان برتر کشور برگزار شد.



که ۳۱ هزار بهورز در ۱۸ هزار خانه بهداشت ایفا کرده‌اند. بدون شک کاهش مرگ و میر مادران و نوزادان، افزایش امید به زندگی و کنترل بیماری‌های واگیر بخشی از دستاوردهای بهورزان در بهبود سلامت است.»

همچنین همزمان با این مراسم «شبکه مراقبت‌های نوین سلامت» در کلان شهرها رونمایی و «مرکز خدمات جامع سلامت» نیز افتتاح شد.

در آغاز مراسم **دکتر شمسیان** قائم مقام رییس دانشگاه علوم پزشکی مشهد ضمن خیرمقدم و تبریک روز «بهورز» گفت: «آنچه امروز داریم نتیجه تلاش افرادی است که بین ما نیستند از جمله مرحوم دکتر پیله‌رودی و دکتر شادپور و سایر دلسوزان که در این عرصه تلاش کردند». وی افزود: «یکی از اهداف انقلاب فقرزدایی بود و در همین راستا بعد از انقلاب خانه‌های بهداشت تحول عظیمی پیدا کرد. دلیل موفقیت این امر بهورزان بودند که ویژگی‌های خاصی داشتند از جمله بومی بودن، از دل مردم برخاستن و توانایی ارتباط با مردم که باعث شد نقش مهمی در ارتقای سلامت ایفا کنند. ارتقای شاخص‌ها و تغییر سبک زندگی به علت نقشی است



آیا با خدای خودمان خلوت داریم؟ امام علی (ع) در نامه به مالک اشتر فرمودند: «ای مالک بهترین زمان خودت را برای عبادت پروردگار بگذار». در این صورت است که با هر خدمت به مردم برای شما ثوابی نوشته می شود؛ لذا علاوه بر سلامت جسمی باید به سلامت معنوی هم بیندیشیم. از آنجایی که شما الگوی مردم در منطقه هستید باید خوب رفتار کنید تا آموزش ها به تغییر رفتار منتهی شود؛ لذا از محیط خوب و سالم روستا استفاده کنید مثلاً صبح ها برای قدم زدن و پیاده روی بیرون بروید و در مجموع سبک زندگی سالم را ترویج کنید».

«دکتر فرمند» ادامه داد: اگر پرونده الکترونیک شما را اذیت می کند یا سرعت اینترنت کند است یا مردم انتظار بالایی دارند شما با رفتار خوب و روان سالم و سعه صدر خدمات ارایه دهید و با نیت قریه الی الله روز را آغاز کنید و مشکلات را از پیش پای مردم بردارید».

محمد ساسان نژاد یکی از بهورزان تلاشگر عرصه سلامت به عنوان نماینده بهورزان ضمن تقدیر و تشکر از دکترهاشمی و سایر تلاشگران وزارت و معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی مشهد مسایل و مشکلات حوزه بهداشت را از زبان بهورزان بیان



سپس **دکتر فرمند** قائم مقام معاون بهداشت دانشگاه علوم پزشکی مشهد ضمن خیرمقدم به سربازان گمنام جبهه سلامت ادامه داد: « بهورزان در خط مقدم این جبهه در روستاها خدمت می کنند و در آسمان ها شناخته شده تر هستند تا زمین، همچنان که در روستاها شناخته شده تر از شهرها هستند». وی ضمن ارج نهادن به زحمات بهورزان از آنان خواست تا به سلامت خودشان هم بیندیشند و در بیان دلایل آن به غزل حافظ اشاره کرد:

تنت به ناز طیبیان نیازمند مباد
وجود نازکت آورده گزند مباد
سلامت همه آفاق در سلامت توست
به هیچ عارضه شخص تو دردمند مباد

«فرمند» افزود: «اگر شما از سلامت بهره مند نباشید دیگران از خدمت شما محروم می شوند». وی با اشاره به حدیثی از امام صادق (ع) که: «مردم را با غیر از زبان خودتان به خوبی ها دعوت کنید» گفت: «ما باید از خودمان آغاز کنیم و اهل عمل باشیم تا آموزش ها اثرگذار باشند. باید از خود بپرسیم آیا خودمان از ارتباطات خوبی برخوردار هستیم؟ آیا از حقوق خودمان آگاهیم؟ و... همه اینها جزو ابعاد سلامت است و سلامت، تنها سلامت جسمی نیست چراکه ۲۵ درصد ابعاد سلامت مربوط به جسم است و ابعاد روانی، عاطفی و معنوی نیز مهم است. به لحاظ سلامت معنوی باید پرسید، آیا نماز اول وقت می خوانیم؟

کرد که از جمله آن ها اشاره به مسایل ذیل بود: اصلاح آیین نامه بهورزی، احتساب دوسال دوره آموزشی جزو سنوات خدمتی، احتساب شغل بهورزی به عنوان مشاغل سخت، تعهد حضور بهورزان در روستا و ناکافی بودن امکانات روستا برای بهورز و خانواده وی، ارتقای شغلی بهورزان و تهیه دستورالعمل لازم در این زمینه با توجه به تجارب خوبی که کسب می کنند و می توانند کارشناسان مفیدی برای سیستم باشند، تجهیزکردن خانه های بهداشت، حمایت از سازمان های مردم نهاد در طرح تحول سلامت، تخصیص ردیف اختصاصی جهت انجام امور بهورزی، امکان ادامه تحصیل بهورزان و به روزسازی علم و دانش بهورزان.

در ادامه **دکتر کلانتری** قائم مقام وقت معاون بهداشت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی تأکید کرد: «مهمترین خصلت نظام سلامت پاسخگویی به مشکلات و نیاز مردم است» وی با اشاره به تغییر نیاز مردم از بیماری‌های واگیر به غیرواگیر از بهورزان خواست: «تلاش کنید در سطح ۲۸ میلیون نفر جمعیت روستایی و عشایری سلامت را ارتقا دهید، بموقع غربالگری کنید، براساس هدفی که در برنامه نوشته شده پیگیری و مانند گذشته فعال عمل کنید. کار شما در سطح روستا آنقدر عالی بوده که در شهر به عنوان «مراقب سلامت» اجرایی می‌شود. این بزرگداشت بابت خدمت شما عزیزان است و هرکجا بهورز



وارد شده توسعه بالایی داشته است.» دکتر کلانتری در ادامه به چند کار انجام شده طی دو سال اخیر از جمله: «احداث دو هزار خانه بهداشت جدید، تجهیز هشت هزار خانه بهداشت، بهره‌برداری از ۱۹۰۰ خانه بهداشت، صدور ۶۲۷ مجوز جدید بهورزی برای دانشگاه‌هایی که خروج از کار یا بازنشسته دارند، ابلاغ برنامه‌های کاردانی بهورزی به طوری که بهورزان مطابق آیین‌نامه ارتقای سطح تحصیلات خواهند یافت، ابلاغ کوریکولوم کاردانی بهورزی غیرحضور، بازنگری آیین‌نامه پذیرش بهورزی و بازنگری آیین‌نامه آموزشی و شورای بهورزی و ابلاغ به دانشگاه‌ها، سنجش عملکرد مراکز آموزش بهورزی کشور، تأسیس دوره کارشناسی ارشد آموزش جامع‌نگر برای مربیان آموزش بهورزی به طوری که در حال حاضر ۴۱۰ نفر در حال تحصیل هستند، تدوین ارتقای شغلی بهورزان، ابلاغ بیمه حوادث و مسؤلیت حرفه‌ای بهورزان و ابلاغ بیمه موتورسیکلت بهورزان اشاره کرد و افزود: شاید بتوانیم دوره دو ساله آموزش بهورزی را مانند طرح تربیت معلم اجرا کنیم تا به شکل استخدامی و حقوقی دربیاید و در بدو ورود رابطه استخدامی ایجاد شود.

وی در پایان گفت: هیچگاه صددرصد نیستیم اما در حد توان تلاش کردیم، امید که بتوانیم به همه خواسته‌های شما عزیزان پاسخ مثبت دهیم.»

دکترهاشمی وزیر بهداشت نیز ضمن خیرمقدم به مسؤولان و مدعوین گفت: «یکی از شیرین‌ترین خاطرات من حضور در میان روستاییان بود. امروز هم به روستاها و مناطق دوردست که می‌روم همان احساس آن روزها را دارم. به برکت انقلاب خدمات زیادی ایجاد شده و اتفاقات زیادی رخ داده است که مهم‌ترین آن کسب علم و دانش و باسواد شدن روستاییان است. گرچه حق آن‌ها آن طور که باید برآورده نشد، اما در ارایه خدمات توفیقات زیادی داشته‌ایم. خوشحالیم که این موهبت الهی زمانی به ایرانیان ارایه شد که ما هم در قید حیات بوده و بخشی از این کاروان عظیم هستیم. از تلاش و زحمت شما عزیزان ممنونیم.



نباید فراموش کنیم بخش عمده توفیقات سلامت مرهون خدماتی است که در زمینه‌های سواد، دانش، سبک زندگی، جاده، آب و برق و غیره انجام شده است. شما با کارنامه درخشانی که داشتید به حاشیه شهرها و مراکز کلانشهرها نیز راه پیدا کردید و همکاران جدید شما «مراقبان سلامت» همان بهورزانی هستند که در شهر خدمت می‌کنند و کار و مسؤلیت سنگینی به عهده آن‌ها و شماست. قلب کار ما در بهداشت، بهورزان شهری و روستایی هستند؛ لذا هرچه در این حیطه سرمایه‌گذاری شود به نفع ماست. ما حدود ۱۷ هزار ۶۵۶ خانه بهداشت، ۲۰۲ مرکز آموزش بهورزی، ۳۱ هزار نفر بهورز شاغل که از این بین ۲۰ هزار نفر بهورز زن و ۱۱ هزار بهورز مرد را شامل



پیشگیری است و باید فردی غیرپزشک گذاشته شود و اشتباه است در خانه بهداشت یا پایگاه بهداشت و مراکز خدمات جامع سلامت پزشک داشته باشیم؛ لذا باید از نیروی غیرپزشک کمک گرفت که اگر این اتفاق افتاد ما در پیشگیری موفق می‌شویم در غیر این صورت همه منابع را به هدر داده‌ایم و درمان محور می‌شویم».

دکترهاشمی درباره ارتقای بهورزان تأکید کرد: «باید بهورزان ارتقا دهیم و رتبه‌بندی بهورز را لحاظ کنیم، بهورزان باید بتوانند پزشک، دندانپزشک یا داروساز شوند. ما باید سلسله مراتب ارتقا را بدانیم و به این عزیزان از نظر ارتقای دانش، مهارت و مسایل رفاهی رسیدگی کنیم و به همان اندازه که برای ساخت و ساز اهمیت قایلیم به همان اندازه برای نیروی انسانی اهمیت قایل شویم».

در مراسم بزرگداشت «روز ملی بهورز» از مریبان و کاردان‌ها و بهورزان نمونه سال ۱۳۹۵ با اهدای لوح و جایزه تقدیر شد.

تحریریه فصلنامه بهورز ضمن قدردانی از حضور وزیر محترم بهداشت و پیشکشسوتان عرصه سلامت در این مراسم و تبریک به بهورزان، کاردان‌ها و مریبان نمونه، به دست‌اندرکاران اجرایی مراسم در معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی مشهد خدایم‌گفته و برای همه آرزوی سلامتی و توفیق روزافزون دارد.

می‌شود. ۴ هزار و ۵۰۰ بهورز کم داریم که تا الان تلاش ما برای متقاعد ساختن سازمان‌های بالایی برای کسب مجوز است و تا کنون حداکثر به عدد ۶۵۰ ختم شده است، امید که حمایت کنند به ویژه ۲ هزار و ۵۰۰ دانش‌آموز در حال تحصیل را بتوانیم جایگزین کنیم».

دکترهاشمی در زمینه انتظارات خود از بهورزان شهر و روستا گفت: «از بهورزان شهر و روستا انتظار است که در کنار همه خدماتی که تا امروز در جامعه برای پیشگیری بیماری‌های واگیر انجام می‌دهند، در زمینه بیماری‌های غیرواگیر نیز کمک کنند تا بتوانیم شاخص‌ها را در زمینه ابتلا به بیماری‌های قلبی، سکت‌های مغزی، افزایش وزن، دیابت، بیماری‌های تنفسی و... ارتقا داده و هزینه‌های سلامت را کنترل کنیم». وی افزود: «مشکل جدی ما مسأله بیمه‌هاست، امیدواریم نظر مقام معظم رهبری در زمینه بیمه‌ها اتفاق بیفتد و بیمه‌ها از قالب صندوق به شکل یک مجموعه کارآمد دربیاید و به تعهداتشان عمل کنند و نظام پرداخت از وضعیت کنونی به وضعیت مطلوب تغییر جهت پیدا کند».

دکترهاشمی در بیان اهمیت نقش نیروی انسانی نیز گفت: «باید در معاونت بهداشت وزارت، سازمانی باشد که برای نیروی انسانی سرمایه‌گذاری کند، ساختن پایگاه و مرکز جامع و تجهیز آن‌ها مهم نیست، مهم فردی است که در آنجا کار می‌کند. از روزی که آمده‌ام مطرح کردم، اساس بهداشت



«سامانه یاس» فرصتی برای جلب مشارکت خیران در سطح ملی و بین المللی به «یاس» هم سر بزینید!

چگونگی دسترسی به وب سایت یاران سلامت

دسترسی به این وب سایت به آسانی امکان پذیر است. با ورود به فضای وب سایت به آدرس WWW.Yas190.ir خیران با نمایه های کلی سایت آشنا و با کلیک بر روی هر یک از گزینه ها، اطلاعات کاملی از اخبار مربوط به مشارکت های مردمی، کمپین ها، پروژه ها، نیازمندی ها و... به دست آورده و برحسب علاقمندی خود درگستره استان های کشور، شهرستان، واحد اجرایی مورد نظر و با توجه به اهداف؛ درجریان جزییات کامل از اهمیت و اهداف کاربردی آن نیازمندی قرارگرفته و در حد توان و علاقه خود جهت تأمین آن با کلیک روی درگاه پیش بینی شده، نسبت به واریز مبلغ اهدایی به شکل الکترونیکی اقدام می کنند.

مزایای وب سایت یاران سلامت

- ◀ امکان دسترسی، شناخت و اطلاع از انواع نیازمندی های واحدهای بهداشتی در هر نقطه از کشور جمهوری اسلامی ایران
- ◀ امکان دسترسی سریع با توجه به اولویت بندی مناطق برحسب شدت نیازمندی بارنگ های مختلف و انتخاب استان، شهرستان، روستا و واحد بهداشتی درمانی در دورترین مناطق کشور
- ◀ تصمیم به رفع نیاز براساس انتخاب خود با توجه به سلیقه و علاقه شخصی و توانمندی پرداخت ریالی
- ◀ امکان پرداخت آنی کمک مالی و میزان مشارکت برای نقطه و واحد مورد نظر و با هدف معین
- ◀ در صورت مشارکت، امکان پیگیری به شکل آنلاین و اطلاع از نحوه هزینه کرد مبلغ ریالی
- ◀ امکان کسب اطلاع از میزان پیشرفت پروژه و پیگیری اقدام خیرخواهانه خود
- ◀ امید است همکاران گرامی و خوانندگان محترم با مراجعه به وبسایت «یاران سلامت» ضمن آشنایی با نیازمندی های حوزه سلامت بتوانند مشوق و راهنمای سایر مردم و خیران عزیز نیز باشند.

منبع: وبسایت سلامت یاران

توسعه اجتماعی از اهداف عالی نظام سلامت است و برای تحقق اهداف توسعه اجتماعی به یقین مشارکت بخش های مختلف توسعه الزامی است. با روند افزایش جمعیت و افزایش نیازهای سلامت جامعه، تأمین و تقویت زیرساخت های طرح های بهداشت درمان بدون مشارکت مردم میسر نخواهد بود. برای این منظور باید از منابع و فرصت های جامعه و مشارکت های مردمی که نقش اساسی، راهبردی و محوری دارد، بهره برداری مناسب انجام شود. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در رویکردی جامعه نگر، نگاهی تازه و مردم محور به مقوله سلامتی دارد و با ایجاد معاونت اجتماعی، برای جلب مشارکت مردم و سهیم کردن سازمان های مردم نهاد و خیران و خیریه های سلامت، افق تازه ای را در توسعه سلامت گشوده است.

مقوله خیر و خیران ریشه در تمدن و آموزه های اجتماعی و دینی مردم ایران دارد و در این راستا علاوه بر بهره گیری از روش های معمول مشارکت مردم، با راه اندازی وبسایت «یاران سلامت» به آدرس الکترونیکی WWW.Yas190.ir امکان شناسایی نیازها و مشارکت خیران در پروژه های عمرانی، تجهیزاتی و خدمات سلامت از هر نقطه داخل و خارج از کشور فراهم شده است.

وب سایت یاران سلامت یا سامانه یاس

با راه اندازی وبسایت یاران سلامت یا به اختصار سامانه «یاس» ابتدا نیازهای اساسی تجهیزاتی، عمرانی، آموزشی و پژوهشی بیمارستان ها، واحدهای بهداشتی درمانی، پایگاه های سلامت و خانه های بهداشت در سطح هر شهرستان در کشور شناسایی و اولویت بندی شد. سپس با هماهنگی کارشناسان دانشگاهی، اطلاعات کامل نیازمندی ها با ذکر عنوان واحد، آدرس و شماره تماس و آدرس الکترونیکی، موضوع نیازمندی، نوع کاربرد مورد نیاز در تأمین سلامت، تصویر و در نهایت ارزش ریالی آن در سامانه ثبت شده است.



اهداف آموزشی

- ◀ امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه:
- ◀ ضرورت غربالگری دیابت بارداری را بیان کنند.
- ◀ تست‌های غربالگری دیابت بارداری را توضیح دهند.
- ◀ نحوه تفسیر پاسخ تست‌ها را شرح دهند.
- ◀ چگونگی پیگیری مادران مبتلا به دیابت بارداری را پس از زایمان بیان کنند.

دستورالعمل جدید دیابت در دوران بارداری

چکیده مقاله

دیابت بارداری یکی از شایع‌ترین مشکلات طبی در دوران بارداری است و به دلیل عوارض کوتاه مدت و دراز مدت آن مورد توجه است. در حال حاضر تست قند ناشتا در اولین ویزیت و تست یک مرحله ای OGTT دو ساعته با ۷۵ گرم گلوکز در هفته ۲۴ تا ۲۸ بارداری برای غربالگری توصیه شده است. در آزمایش قند ناشتا در صورتی که مادر در گروه «پره‌دیابت» قرار گیرد توصیه غذایی و ورزشی انجام می‌گیرد و بررسی دو هفته بعد ضرورت دارد و در صورتی که در جواب تست، مادر در گروه «دیابت» طبقه‌بندی شود یک هفته بعد تحت آزمایش مجدد قرار گرفته و در صورت غیرطبیعی بودن جواب آزمایش به متخصص ارجاع داده می‌شود. در آزمایش OGTT غیرطبیعی بودن یکی از جواب‌ها ارجاع مادر به متخصص را ضروری می‌سازد.



ترتیب نویسندگان از راست به چپ

◀ معصومه رجبی نائینی

کارشناس برنامه سلامت مادران
دانشگاه علوم پزشکی البرز

◀ دکتر زهرا داداشی

مدیر گروه واحد سلامت جمعیت، خانواده و مدارس
دانشگاه علوم پزشکی البرز

مقدمه

بارداری ادامه می‌یابد و در غیراین صورت مادر به متخصص ارجاع داده می‌شود.

در صورتی که قند خون ناشتا ۱۲۶ میلی‌گرم در دسی‌لیتر یا بیشتر باشد، تکرار آزمایش یک هفته بعد توصیه شده و چنانچه نتیجه آزمایش دوم نیز مساوی یا بیش از ۱۲۶ میلی‌گرم در دسی‌لیتر باشد، فرد دیابتیک بوده و ارجاع و درمان آغاز می‌شود.

نکته: ورزش و تغذیه مناسب از ابتدای بارداری می‌تواند باعث پیشگیری از ابتلا به دیابت بارداری شود.

برای همه خانم‌های بارداری که در آزمایش اولین ویزیت در گروه طبیعی و پره دیابتیک قرار گرفتند، به منظور غربالگری، در هفته ۲۴ تا ۲۸ بارداری، آزمون تحمل گلوکز خوراکی دو ساعته با مصرف ۷۵ گرم گلوکز (OGTT) درخواست می‌شود. نتیجه و تفسیر آن به شرح زیر است:

بهره‌طبیعی	قند خون ناشتا (mg/dl)	
	مساوی یا بزرگتر از ۹۲	قند خون ۱ ساعت پس از مصرف گلوکز (mg/dl)
	مساوی یا بزرگتر از ۱۸۰	قند خون ۲ ساعت پس از مصرف گلوکز (mg/dl)

در صورتی که حداقل یکی از نتایج آزمایش قند خون غیرطبیعی باشد، تشخیص دیابت بارداری قطعی بوده و اقدام لازم و ارجاع به متخصص ضروری است.

نکات آزمایشگاهی آزمون تحمل گلوکز خوراکی

نمونه‌گیری باید هنگام صبح و پس از حداقل ۸ ساعت ناشتا بودن انجام شود.

رژیم غذایی به مدت ۳ روز، آزاد و بدون محدودیت بوده (حداقل ۱۵۰ گرم کربوهیدرات در روز) و فعالیت‌های بدنی نیز به طور معمول انجام شود.

۷۵ گرم گلوکز آنهیدروز که در ۳۰۰ میلی لیتر آب حل شده و در مدت ۵ دقیقه باید نوشیده شود. (معمولاً تحمل محلول خنک آسانتر است.)

فرد در طول انجام آزمایش از سیگار کشیدن، فعالیت بدنی، نوشیدن چای یا قهوه و خوردن مواد غذایی خودداری کند.

آزمایش در افراد، سرپایی انجام می‌شود و انجام آن در افراد بستری و بدون تحرک ممکن است منجر به اخذ نتایج

بیماری دیابت شایع‌ترین بیماری ناشی از اختلال‌های متابولیک و چهارمین علت مرگ و میر در جوامع غربی است و در دوران بارداری نیز متداول‌ترین عارضه طبی به شمار می‌رود. شیوع دیابت در بارداری در ۲۰ سال اخیر ۴۰ درصد افزایش یافته است که شامل: دیابت قبل از بارداری و دیابت حاملگی است. در حال حاضر ۵ تا ۶ درصد بارداری‌ها با انواع مختلف دیابت همراه هستند. واژه دیابت باردای برای این نکته دلالت دارد که دیابت در اثر حاملگی پدیدار شده و قبل از آن وجود نداشته است. مهم‌ترین خطر این نوع دیابت رشد بیش از حد جنین است که موجب آسیب به مادر و جنین در هنگام زایمان می‌شود. شواهدی درباره عوارض طولانی مدت شامل: چاقی و دیابت در فرزندان این مادران وجود دارد. اما مهم‌ترین نکته آن است که بیش از نیمی از زنان مبتلا به دیابت حاملگی در نهایت در ۲۰ سال بعدی دچار دیابت آشکار می‌شوند، لذا غربالگری و تشخیص بموقع آن در برنامه‌های وزارت بهداشت قرار گرفته است.

تست غربالگری دیابت بارداری

سازمان جهانی بهداشت و کارگروه مطالعات بارداری انجمن بین‌المللی دیابت در سال ۲۰۱۳، تست یک مرحله‌ای OGTT دو ساعته با ۷۵ گرم گلوکز را رسماً برای غربالگری و تشخیص دیابت بارداری توصیه کرد.

چگونگی انجام تست‌های دوران بارداری

برای تمام خانم‌های باردار باید در اولین ویزیت بارداری، آزمون قند خون ناشتا درخواست شود. نتیجه و تفسیر آن به شرح زیر است:

طبیعی	کوچکتر یا مساوی ۹۲	قند خون ناشتا (mg/dl)
پره دیابتیک	۹۳ تا ۱۲۵	
دیابتیک	مساوی یا بزرگتر از ۱۲۶	

در صورتی که قند خون ناشتا بین ۹۳ تا ۱۲۵ میلی‌گرم در دسی‌لیتر باشد، فرد پره دیابتیک به حساب آمده، رژیم غذایی مناسب و ورزش توصیه می‌شود. برای این مادران دو هفته بعد آزمایش قند خون ناشتا و قند دو ساعت پس از غذا تکرار می‌شود و در صورت طبیعی بودن، مراقبت‌های معمول



برندگان خود آزمایی

برندگان خود آزمایی، شرکت کنندگان در
نظرسنجی و ارسال پیامک شماره ۹۰

ضمن سپاس از ارسال کنندگان پاسخ صحیح خود آزمایی و شرکت کنندگان در نظرسنجی و ارسال پیامک، به قید قرعه تعداد ۵ نفر به شرح ذیل انتخاب شدند، که به رسم یاد بود جوایزی به آنان تقدیم خواهد شد.

۱. فاطمه برازش، مربی مرکز آموزش بهورزی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
۲. علی اکبر قاضی، بهورز خانه بهداشت انارور دانشگاه علوم پزشکی مازندران (ساری)
۳. فاطمه معصومی نیا، بهورز خانه بهداشت سقرجوق دانشگاه علوم پزشکی مرکزی (اراک)
۴. مرضیه خلیلی فر، بهورز خانه بهداشت ابراهیم آباد دانشگاه علوم پزشکی سبزوار (نظرسنجی)
۵. جعفر رمدانی، کارشناس بهداشت محیط دانشگاه علوم پزشکی مازندران (پیامک)

برندگان خود آزمایی، شرکت کنندگان در نظرسنجی و ارسال پیامک شماره ۹۱

ضمن سپاس از ارسال کنندگان پاسخ صحیح خود آزمایی و شرکت کنندگان در نظرسنجی و ارسال پیامک، به قید قرعه تعداد ۵ نفر به شرح ذیل انتخاب شدند، که به رسم یاد بود جوایزی به آنان تقدیم خواهد شد.

۱. فاطمه آذرنوش، بهورز خانه بهداشت چهکنند دانشگاه علوم پزشکی خراسان جنوبی (بیرجند)
۲. غلامرضا اسماعیلی، بهورز خانه بهداشت صادق آباد دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
۳. تقی رحیمی، بهورز خانه بهداشت ورده دانشگاه علوم پزشکی ساوه
۴. ابراهیم فهیمی، بهورز خانه بهداشت قاهان دانشگاه علوم پزشکی قم (نظرسنجی)
۵. مهدی حسین نیا قرا، بهورز خانه بهداشت قراخیل شرقی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران (پیامک)

نادرست شود.

لازم به توضیح است که برای آزمایش OGTT با استفاده از ۷۵ گرم گلوکز آنهیدروز، در صورت استفاده از دکستروز میزان مورد نیاز ۸۲/۵ گرم، به جای ۷۵ گرم است.

توصیه های پس از زایمان در مبتلایان به دیابت بارداری

لازم است برای همه خانم های مبتلا به دیابت بارداری، به منظور کشف دیابت پایدار، در هفته ۶ تا ۱۲ پس از زایمان آزمون تحمل گلوکز خوراکی OGTT با مصرف ۷۵ گرم گلوکز (نمونه گیری ناشتا و دوساعتی) درخواست شود. نتیجه و تفسیر آن به شرح زیر است:

طبیعی	کوچکتر یا مساوی ۹۹	قند خون ناشتا (mg/dl)
پره دیابتیک	۱۲۵ تا ۱۳۰	
دیابتیک	مساوی یا بزرگتر از ۱۳۶	قند خون ۲ ساعت پس از مصرف گلوکز (mg/dl)
طبیعی	کوچکتر از ۱۴۰	
پره دیابتیک	۱۴۰ تا ۱۹۹	مساوی یا بزرگتر از ۲۰۰
دیابتیک	۲۰۰	

برای خانم های دیابتیک، درمان دیابت ضروری است. برای خانم های پره دیابتیک، اصلاح سبک زندگی (ورزش و رژیم غذایی مناسب) یا استفاده از متفورمین توصیه می شود. برای خانم هایی که نتیجه آزمایش طبیعی است، غربالگری دیابت هر سه سال توصیه می شود.

نتیجه گیری

هدف از غربالگری دیابت بارداری، تشخیص سریع و مداخله بهنگام و در نتیجه پیشگیری از عوارض کوتاه مدت و دراز مدت این بیماری است که در نهایت به ارتقای سلامت مادران و نوزادان منجر خواهد شد.

منابع

۱. کتاب بارداری و زایمان ویلیامز نویسنده کانینگهام، لونو، بلوم، اسپانگو... مترجم دکتر بهرام قاضی جهانی و روشن قطبی ویراست بیست و چهارم سال ۲۰۱۴
۲. کتاب مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران، گروه مؤلفان دکتر فرحناز ترکستانی، نهضت امامی افشار، مرضیه بخشنده، پوران جلیلوند و... زمستان ۱۳۹۲
۳. کتاب برنامه کشوری پیشگیری و کنترل بیماری دیابت نوع ۲، گروه مؤلفان دکتر سید محمد علوی نیا، دکتر مرجان قطبی، دکتر علیرضا مهدوی هزاره، دکتر جمشید کرمانچی و... پائیز ۱۳۹۱
۴. دستورالعمل تست غربالگری دیابت بارداری اداره سلامت کودکان وزارت بهداشت سال ۱۳۹۳



اهداف آموزشی

- امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه:
 - با اهمیت ارتقای سطح سواد سلامت در پیشگیری از بیماری‌ها آشنا شوند.
 - هدف از ارزیابی و غربالگری سرطان روده بزرگ را شرح دهند.
 - نحوه ارزیابی تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان روده بزرگ افراد ۵۰ تا ۷۰ سال را شرح داده و به طور عملی انجام دهند.

راه‌های ارتقای سطح «سواد سلامت» افراد جامعه در زمینه سرطان کولون

چگونه سرطان شناس شویم؟

مقدمه

سواد سلامت را می‌توان به صورت توانایی خواندن، درک کردن و عمل کردن بر اساس توصیه‌های بهداشتی و سلامتی تعریف کرد. افراد، با سواد سلامت ناکافی، با احتمال کمتری اطلاعات نوشتاری و گفتاری ارایه شده توسط متخصصان سلامتی را درک و به دستورات داده شده توسط آن‌ها عمل می‌کنند. همچنین وضعیت سلامتی ضعیف‌تری دارند و هزینه‌های پزشکی بیشتری را متحمل می‌شوند. در نتیجه امروزه سواد سلامت ناکافی به عنوان یک تهدید جهانی به شمار می‌آید. از این رو هدف از این مقاله، ارتقای سطح سواد سلامت، شناخت سرطان کولون و اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه و درمانی است. کارشناسان و صاحبانظران حوزه سلامت در کشور معتقدند که با وجود بالا بودن میزان اطلاعات در حوزه سلامت، سطح آگاهی و به کارگیری دانسته‌های عمومی در این حوزه چندان رضایت‌بخش نیست. نتایج یک تحقیق سراسری نشان می‌دهد سطح سواد سلامت در کشور ۲۹ درصد



ترتیب نویسندگان از راست به چپ

فرح ناز فولادبند

کارشناس مسؤؤل سابق آموزش بهورزی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

زهرا خسروی زادگان

کارشناس مسؤؤل برنامه پیشگیری و کنترل سرطان دانشگاه علوم پزشکی شیراز

مریم کریاسی

مدیر مرکز آموزش بهورزی دانشگاه علوم پزشکی گلستان

سیده‌هاجر نبی پوراملشی

مریی مرکز آموزش بهورزی دانشگاه علوم پزشکی گلستان

است، آماری نگران‌کننده که می‌تواند زنگ خطری برای نظام سلامت کشور باشد. این درحالی است که سواد سلامت یکی از مؤلفه‌های بسیار مهم در افزایش سطح سلامت جامعه است. به طور کلی هرچه آگاهی و سواد سلامت افراد جامعه بالاتر باشد، به همان میزان سلامت جامعه نیز ارتقا می‌یابد و از طرف دیگر هزینه‌های درمانی را به طرز چشمگیری کاهش می‌دهد. به همین دلیل در چند سال اخیر، بیشتر نظام‌های درمانی متمرکز در دنیا بخش زیادی از فعالیت‌ها و منابع خود را به حوزه آموزش عمومی اختصاص داده‌اند. لذا در راستای برنامه‌های تحول سلامت در حیطه بهداشت از سال ۱۳۹۴ بر اساس خدمات سلامت تعیین شده سطح اول، شناسایی و غربالگری سرطان روده بزرگ، با هدف تشخیص بهنگام افراد در معرض خطر این نوع از سرطان‌ها، آرایه خدمات مناسب و بموقع به این افراد، زمینه کاهش مرگ زودهنگام آن‌ها، افزایش آگاهی و سواد سلامت میانسالان و سازماندهی خودمراقبتی آن‌ها فراهم آمد.

بهورزان (در مناطق روستایی) و مراقبان سلامت (در مناطق شهری) موظف به انجام غربالگری سرطان روده بزرگ در افراد ۵۰ تا ۷۰ سال جمعیت تحت پوشش هستند؛ لذا در این مقاله اهداف و نحوه شناسایی و غربالگری سرطان روده بزرگ به اختصار شرح داده می‌شود.

سرطان روده بزرگ

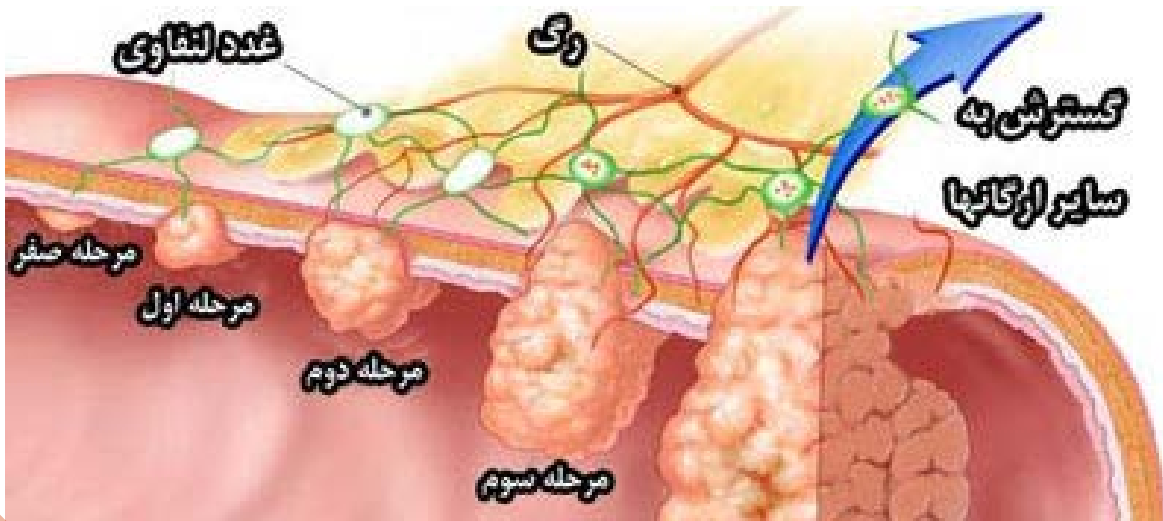
بیماری سرطان به دنبال رشد بی‌رویه و خارج از کنترل تعدادی از سلول‌های بدن ایجاد می‌شود. سلول‌های هر عضوی از بدن می‌توانند سرطانی شده و به کل بدن گسترش پیدا کنند. سرطان روده بزرگ یا سرطان «کولورکتال» در واقع

سرطانی است که در روده بزرگ یا قسمت انتهایی روده (رکتوم) شروع شده است.

در بیشتر موارد سرطان روده بزرگ و رکتوم با سرعت بسیار کم و به آرامی در طول سال‌های متوالی ظاهر می‌شود. بیشتر مواقع این سرطان‌ها به صورت پولیپ شروع می‌شوند. پولیپ؛ رشد بافتی به داخل مرکز روده بزرگ یا رکتوم است. بیشتر پولیپ‌ها سرطانی نیستند. فقط انواع خاصی از پولیپ‌ها سرطانی می‌شوند. برداشتن زودهنگام پولیپ وقتی که اندازه آن کوچک است، در واقع از ایجاد سرطان پیشگیری می‌کند. با انجام غربالگری، پولیپ‌های مستعد سرطان در مرحله قبل از سرطان شناسایی می‌شوند و می‌توان قبل از این‌که به سرطان تبدیل شوند، برداشته شوند. غربالگری همچنین می‌تواند سرطان روده بزرگ را در مراحل اولیه شناسایی کند و درمان باعث بهبودی شود. پولیپ‌های روده بزرگ و سرطان‌های روده بزرگ همیشه نشانه‌دار نیستند، به خصوص در مراحل اولیه بدون نشانه هستند. بسیاری از مواقع افراد پولیپ یا سرطان روده بزرگ دارند ولی متوجه نیستند و هیچ نشانه‌ای ندارند، پس غربالگری دوره‌ای سرطان روده بزرگ اهمیت زیادی دارد.

نحوه شناسایی و غربالگری سرطان روده بزرگ

ابتدا همه افراد در سنین ۵۰ تا ۷۰ سال که به خانه‌های بهداشت یا پایگاه‌های سلامت مراجعه می‌کنند، به وسیله بهورز/ مراقب سلامت خانواده، ارزیابی و مشخصات آن‌ها در پرونده ثبت شده و جهت غربالگری بیماری سرطان کولورکتال (روده بزرگ) موارد زیر که از مهم‌ترین نشانه‌های مشکوک به سرطان روده بزرگ است، از ایشان پرسیده و در پرونده آن‌ها



ثبت می‌شود:

◀ خونریزی دستگاه گوارش تحتانی در یک ماه اخیر
◀ بی‌بوست طی یک ماه اخیر با یا بدون اسهال، درد شکم و احساس پریودن مقعد پس از اجابت مزاج
◀ کاهش بیش از ده درصد وزن بدن طی شش ماه همراه با یکی از نشانه‌های بالا
در صورتی که فرد دارای هر یک از نشانه‌های ذکر شده در بالا باشد، فرد از نظر ابتلا به سرطان روده مشکوک تلقی شده و باید وی را برای تأیید یا رد ابتلا به سرطان روده و انجام ارزیابی‌های تکمیلی، پس از تکمیل فرم ارجاع غیرفوری به پزشک ارجاع دهد. در غیر این صورت طبق برنامه اقدام می‌کند. در فردی که گزینه برنامه غربالگری است، ابتدا در مورد سابقه سرطان روده بزرگ در خود فرد یا خانواده، ادنوم روده (پولیپ روده) یا بیماری التهابی روده، سؤال و پاسخ‌ها ثبت و پس از تکمیل فرم ارجاع غیرفوری، به پزشک ارجاع می‌شود. در غیر این صورت، آزمایش‌های مربوط را با همکاری فرد انجام می‌دهند.

اصول خود مراقبتی برای پیشگیری و تشخیص زودهنگام سرطان روده بزرگ

یکی از مهم‌ترین اصول اولیه کنترل سرطان روده بزرگ، انجام اقدام‌های پیشگیرانه است. بنابراین لازم است آموزش‌های لازم در زمینه شناخت عوامل خطر ایجادکننده بیماری سرطان روده بزرگ که موجب بروز یا تشدید نشانه‌های بیماری می‌شوند و راه‌های پیشگیری و کنترل این عوامل به بیمار و خانواده وی داده شود. مهم‌ترین عوامل خطر بیماری سرطان روده بزرگ به جز افزایش سن عبارتند از:

◀ بیماری التهابی روده
◀ سابقه سرطان روده بزرگ یا پولیپ‌های روده در فرد با سابقه خانوادگی این بیماری‌ها
◀ سندرم ژنتیکی مانند پولیپ‌های ادنوماتوز (دارای ادم) فامیلی یا سرطان کولون ارثی بدون پولیپوز
◀ عوامل مربوط به سبک زندگی که می‌تواند خطر سرطان روده را افزایش دهد مانند: فقدان فعالیت فیزیکی منظم، کمبود میوه و سبزی‌های مصرفی، فیبر پایین و چربی بالای رژیم غذایی، اضافه وزن و چاقی، مصرف الکل، مصرف دخانیات همچنین باید درباره نشانه‌های هشداردهنده بروز سرطان روده و نحوه برخورد و اقدام‌های اولیه در صورت بروز نشانه‌ها به بیمار و اطرافیان وی آموزش داده شود.
باید به افرادی که در برنامه تشخیص زودهنگام و غربالگری شرکت می‌کنند، آموزش داد تا اگر در فواصل برنامه غربالگری،

این نشانه‌ها را داشتند، زودتر مراجعه کنند. پزشک وظیفه اصلی طبقه‌بندی افراد در معرض خطر و مشکوک و ارجاع آن‌ها به سطح بالاتر را برعهده دارد.

نتیجه‌گیری

عوامل خطر مانند سن، نژاد و سابقه خانوادگی اصلاح‌پذیر نیستند، ولی به نظر می‌رسد اصلاح شیوه زندگی با الگوی تغذیه‌ای سالم و افزایش فعالیت فیزیکی، مصرف نکردن الکل و دخانیات می‌تواند تا حدی از بروز سرطان روده بزرگ جلوگیری کند. نمایه توده بدنی بالا در میان مردان همراه با زندگی کم‌تحرک در هردو جنس بشدت با سرطان روده بزرگ مرتبط است. مدارک معتبری خطر بالای ابتلا به بیماری را در مصرف زیاد گوشت قرمز، همچنین کاهش خطر ابتلا به بیماری را در مصرف بالای غذاهای گیاهی و کلسیم نشان داده است. بعضی از داروها از جمله مصرف آسپرین و داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی اثرات محافظتی دارند. لذا می‌توان با آموزش و توصیه‌های لازم به مردم از بروز این بیماری کاسته و با انجام غربالگری این بیماری نسبت به شناسایی زودهنگام افراد در معرض خطر این سرطان اقدام کرد.

پیشنهادها

انجام آموزش عمومی غربالگری همه افراد گروه سنی ۵۰ تا ۷۰ سال تحت پوشش واحدهای بهداشتی درمانی طی سال‌های آینده با توجه به خطرات این بیماری

منابع

۱. خدمات سلامت سطح اول، ویژه استفاده در شهر، حاشیه شهر و مناطق روستایی، وزارت بهداشت، مهر ۱۳۹۴
۲. بنیاد امور بیماری‌های خاص، مؤسسه تحقیقات، درمان و آموزش سرطان
۳. سایت پزشکی و مجله سلامتی راستینه
۴. محتوای آموزشی بهورزی (بهورز، کارشناس مراقب سلامت)، مرکز مدیریت بیماری‌ها
۵. اصول پیشگیری و مراقبت بیماری‌ها نظام مراقبت بیماری‌های غیرواگیر
۶. راهنمای آموزشی سرطان
۷. گزارش کشوری ثبت موارد سرطانی (سال ۱۳۸۸)
۸. www.cancer.org
۹. www.cdc.gov

 سکینه مردانیان بهورزخانه بهداشت جینغلب آذربایجان شرقی (تبریز)	 سعید تبریزی کاردان مرکز خدمات جامع سلامت پیام آذربایجان شرقی (تبریز)	 زهرا نوری بهورزخانه بهداشت حاج آقا آذربایجان شرقی (تبریز)	 حوریه سیفی بهورزخانه بهداشت شیویار چارایماق آذربایجان شرقی (تبریز)	 حسن صادقیپور بهورزخانه بهداشت اولیق آذربایجان شرقی (تبریز)	 توران عبدالعلی بهورزخانه بهداشت آمالو آذربایجان شرقی (تبریز)	 مهديه جمیری بهورزخانه بهداشت چومه آبادان
 الفاروکی بهورزخانه بهداشت دیزج دول آذربایجان غربی (ارومیه)	 مریم سعدی بهورزخانه بهداشت فیروز سالار آذربایجان شرقی (تبریز)	 محبوب آقاجانی بهورزخانه بهداشت شریفلو آذربایجان شرقی (تبریز)	 فرباطعلی صافی بهورزخانه بهداشت قره چیق آذربایجان شرقی (تبریز)	 فربیا ستاری مری مرکز آموزش بهورزی تبریز آذربایجان شرقی (تبریز)	 فاطمه اقدامی بهورزخانه بهداشت بایرام آذربایجان شرقی (تبریز)	 سیمین عیسی بیگلر کاردان مرکز خدمات جامع سلامت تسوج آذربایجان شرقی (تبریز)
 کبری پیش بین مری مرکز آموزش بهورزی نقده آذربایجان غربی (ارومیه)	 فیض اله کاظمی بهورزخانه بهداشت حیدرآباد آذربایجان غربی (ارومیه)	 سمانه علی اصغرزاده کاردان مرکز خدمات جامع سلامت شهری روستایی شماره ۱ ماکو آذربایجان غربی (ارومیه)	 رحمان جوانمردی بهورزخانه بهداشت کله گاوی آذربایجان غربی (ارومیه)	 پروانه رحیمی بهورزخانه بهداشت میاق آذربایجان غربی (ارومیه)	 بیان شافعی بهورزخانه بهداشت نبی گندی آذربایجان غربی (ارومیه)	 انور کرامت کاردان مرکز خدمات جامع سلامت شهری روستایی شماره ۱ اشویه آذربایجان غربی (ارومیه)
 غلامعلی نوری بهورزخانه بهداشت بقرآباد اردبیل	 ساجلی شکرزاده کارشناس مرکز خدمات جامع سلامت اینجیلو اردبیل	 رقیه سلیمانی بهورزخانه بهداشت آقلاق اردبیل	 نصرت نصیری بهورزخانه بهداشت سوره آذربایجان غربی (ارومیه)	 مکرم حمیدی بهورزخانه بهداشت چلیک آذربایجان غربی (ارومیه)	 مرزنگ چک بهورزخانه بهداشت میرآباد آذربایجان غربی (ارومیه)	 کیژی نادری بهورزخانه بهداشت سلامت آذربایجان غربی (ارومیه)
 سید جواد طباطبایی بهورزخانه بهداشت بازند اصفهان	 زهرا عرب جعفری بهورزخانه بهداشت اصفهانک اصفهان	 حوری بیاتی مری مرکز آموزش بهورزی خوانسار اصفهان	 بتول بهرامی مری مرکز آموزش بهورزی مبارکه اصفهان	 فرزانه هژیبری بهورزخانه بهداشت بیدواز اسفراین	 مهیندخت صبحی بهورزخانه بهداشت گللو اردبیل	 مهروز فرج الهی بهورزخانه بهداشت تکاتلو اردبیل
 مریم بابایی بهورزخانه بهداشت اغلان تپه البرزکرج	 مهروز همتی بهورزخانه بهداشت آغچه و آقاگل اصفهان	 لیلا محبی بهورزخانه بهداشت کردسقلی اصفهان	 گلشاد اقدامی بهورزخانه بهداشت ازان اصفهان	 فاطمه موسویان کاردان مرکز خدمات جامع سلامت شهری روستایی میمه اصفهان	 فاطمه ذوالفقاری مری مرکز آموزش بهورزی شهرضا اصفهان	 فاطمه اسلامی بهورزخانه بهداشت باقرآباد اصفهان



سیده مریم موسوی
بهورزخانه بهداشت
حسن گاداری
ایلام



زینب جعفریان
مدیر و مربی مرکز آموزش
بهورزی ایلام
ایلام



نعیم دهمیری
بهورزخانه بهداشت
حسین آباد
ایرانشهر



محمد امیری
کاردان مرکز خدمات جامع
سلامت روستایی مسکوتان
ایرانشهر



کریم بامری
مربی مرکز آموزش بهورزی
ایرانشهر
ایرانشهر



جوانی ملک بامری
بهورزخانه بهداشت
چاه میرک
ایرانشهر



آدم بلوچی
بهورزخانه بهداشت
سرگوست
ایرانشهر



صدیقه رودمشکی
بهورزخانه بهداشت
باغ بالا
بیم



افسانه راستگو
مربی مرکز آموزش بهورزی
بیم
بیم



شازونالیاتی
مربی مرکز آموزش بهورزی
بایل
بایل



سیده مریم حسینی
بهورزخانه بهداشت
بیجی کلا
بایل



زهرا آقابرانیاء
بهورزخانه بهداشت
درزیکلا
بایل



باورنجومی
بهورزخانه بهداشت گنبد
پیرومحمد
ایلام



شهریانورحمی زاده
کاردان مرکز خدمات جامع
سلامت پهل زین آباد
ایلام



علی همتی احمدآبادی
بهورزخانه بهداشت
احمدآباد
تربت حدیریه



صدیقه نجاتی
بهورزخانه بهداشت
بزدا
تربت جام



بیدا ذعاب
بهورزخانه بهداشت
جزیره جنوبی
بوشهر



مینا فروردین
مربی مرکز آموزش بهورزی
گناوه
بوشهر



مهناز مرادی
کاردان مرکز خدمات
جامع سلامت دلاوار
بوشهر



مختار خوشرو
بهورزخانه بهداشت
بنداروز
بوشهر



لیلا سامی پور
بهورزخانه بهداشت
خارستان سفلی
بهبهان واغاجاری



مرضیه یلوچستانی
کاردان مرکز خدمات
جامع سلامت خورانی
حیرفت



کثوم درسته
بهورزخانه بهداشت
سعیدآباد
حیرفت



حنیفه سالاری
بهورزخانه بهداشت
چمن
حیرفت



حسینه شمس الدینی
بهورزخانه بهداشت
گداری
حیرفت



پریدخت خوشکام
مربی مرکز آموزش بهورزی
حیرفت
حیرفت



ابوالفضل مرادی
بهورزخانه بهداشت
باروس
چهرم



محمد رضا فرزادامهر
مربی مرکز آموزش بهورزی
تربت حدیریه
تربت حدیریه



عصمت هاشمی
مربی مرکز آموزش بهورزی
خراسان جنوبی (بیرجند)



زهرا فداکار
کاردان مرکز خدمات
جامع سلامت آیسک
خراسان جنوبی (بیرجند)



نازی موسوی
بهورزخانه بهداشت
چاهگاه سادات
چهارمحال و بختیاری (شهرکرد)



ملکه رشیدی
بهورزخانه بهداشت
فریدون آباد
چهارمحال و بختیاری (شهرکرد)



فیروزه ترابی
مربی مرکز آموزش بهورزی
فارسان
چهارمحال و بختیاری (شهرکرد)



صغری محسنی
بهورزخانه بهداشت
عیسی آباد
چهارمحال و بختیاری (شهرکرد)



روح الهه رفیعی رودجانی
کاردان مرکز خدمات جامع
سلامت روستایی وردنجان
چهارمحال و بختیاری (شهرکرد)



سیدعلیر زامجیدی
مدیر مرکز آموزش بهورزی
کاشمر
خراسان رضوی (مشهد)



زهرا بلوچ زاده
مربی مرکز آموزش بهورزی
مشهد
خراسان رضوی (مشهد)



حمید ثابت بزم
بهورزخانه بهداشت
سنقر
خراسان رضوی (مشهد)



الهه جعفری ثانی
کاردان مرکز خدمات جامع
سلامت باخرز
خراسان رضوی (مشهد)



احمد خسرو دوست
بهورزخانه بهداشت دو
قلعه براشک
خراسان رضوی (مشهد)



محمدحسن زارعی
بهورزخانه بهداشت
کرگند
خراسان جنوبی (بیرجند)



کنیزقالیباف
بهورزخانه بهداشت
کوشک
خراسان جنوبی (بیرجند)



زهرا آخوندی
کاردان مرکز خدمات
جامع سلامت جاجرم
خراسان شمالی (بجنورد)



خبرالنساء رجبی
بهورزخانه بهداشت
نادر آباد
خراسان شمالی (بجنورد)



اکرم باقرزاده
مربی مرکز آموزش بهوزری
شبروان
خراسان شمالی (بجنورد)



معصومه رحیمی
بهورزخانه بهداشت
اخلمد
خراسان رضوی (مشهد)



مصطفی ترابی
بهورزخانه بهداشت
شهرکهنه
خراسان رضوی (مشهد)



محمد حسن مطبوع
کاردان مرکز خدمات
جامع سلامت اوارشک
خراسان رضوی (مشهد)



کلتوم بهلولی
بهورزخانه بهداشت
سلامی
خراسان رضوی (مشهد)



صادق راشدی
بهورزخانه بهداشت
سویره
خوزستان (اهواز)



زهرا نژاد عبادی
بهورزخانه بهداشت
ولیعصر
خوزستان (اهواز)



زهرا شکرالاهی
مربی مرکز آموزش بهوزری
غرب اهواز
خوزستان (اهواز)



حمیده شماخته
بهورزخانه بهداشت
عماشیه
خوزستان (اهواز)



جواد ماسپی
کارشناس مرکز خدمات
جامع سلامت شماره ۲
خوزستان (اهواز)



ناهید عمادپور
بهورزخانه بهداشت
علی گل
خراسان شمالی (بجنورد)



فاطمه فخرانی
بهورزخانه بهداشت
درق
خراسان شمالی (بجنورد)



شهناز شادمان پور
بهورزخانه بهداشت
شهید دانش
دزفول



سمیه تاجیک
بهورزخانه بهداشت
محمودآباد خالصه
دانشگاه شهید بهشتی



محمد نوروز علی
بهورزخانه بهداشت
عشق آباد
دانشگاه تهران



جعفر زین
بهورزخانه بهداشت
امامزاده باقر
دانشگاه ایران



مریم حیدری فرد
مربی مرکز آموزش بهوزری
اندیمشک
خوزستان (اهواز)



گلشاه خدری
بهورزخانه بهداشت
کهباد یک
خوزستان (اهواز)



عباس سریچی
بهورزخانه بهداشت
شهرک قدس
خوزستان (اهواز)



نسرین جهانتیغ
بهورزخانه بهداشت
جهانتیغ
زابل



ناهید شهرکی محمدی
مدیر مرکز آموزش بهوزری
زابل
زابل



مهین بخته ای
بهورزخانه بهداشت
شریف آباد
زابل



طیبه علی حسینی نسب
رسم آبادی
بهورزخانه بهداشت
هرمزآباد
رفسنجان



اعظم صباغ زاده نعمت آباد
مربی مرکز آموزش بهوزری
رفسنجان
رفسنجان



فاطمه دروگرد شاه آبادی
بهورزخانه بهداشت
اسلام آباد
دزفول



طوبی قائمی نیا
مربی مرکز آموزش بهوزری
شوش
دزفول



زهرا شجاع کلاته میرعلی
بهورزخانه بهداشت
کلاته میرعلی
سیزوار



لیلا محمد رضایی
بهورزخانه بهداشت
دولت آباد
ساوه



فاطمه رجبی
بهورزخانه بهداشت
آزادسقلی
زنجان



صغری محمدی
کارشناس مرکز خدمات
جامع سلامت ماهنشان
زنجان



رحیم یوسف خانی
بهورزخانه بهداشت
اینچه
زنجان



رحمت اله مقدم
مدیر مرکز آموزش بهوزری
ایهر
زنجان



افروز نوروزی
بهورزخانه بهداشت ویر
زنجان



محمد اسحاق شه بخشی
بهورزخانه بهداشت
نوگ آباد
سیستان و بلوچستان (زاهدان)



عبدالحمید کریمی
کاردان مرکز خدمات
جامع سلامت گوهرشهر
سیستان و بلوچستان (زاهدان)



زیور رضاهی
بهورزخانه بهداشت
کهن
سیستان و بلوچستان (زاهدان)



رمشان دهواری
بهورزخانه بهداشت
شه جو
سیستان و بلوچستان (زاهدان)



حمیرا شهینواری
مربی مرکز آموزش بهوزری
خاش
سیستان و بلوچستان (زاهدان)



اسماعیل کریمی
بهورزخانه بهداشت
غیاث آباد
سمنان



علی عابدی بجدن
بهورزخانه بهداشت
ابراهیم آباد
سیزوار

						
فاطمه رستگار بهورزخانه بهداشت نوسنگان فارس(شیراز)	شهلا غلامی بهورزخانه بهداشت محمود آباد کرونلی شهیدای انقلاب فارس(شیراز)	راضیه دهقانی بهورزخانه بهداشت علی آباد قیر فارس(شیراز)	حیدر خرم دل مریی مرکز آموزش بهوزری داراب فارس(شیراز)	اشکیوس دیهور بهورزخانه بهداشت خیرگو فارس(شیراز)	مریم شیرالی بهورزخانه بهداشت نورمحمدی شوشتر	محمد بابایی بهورزخانه بهداشت بکران شاهرود
						
صادق مرادی بهورزخانه بهداشت بانیان فسا	هوشنگ حسن پور کاردان مرکز خدمات جامع سلامت روستایی فیروزآباد فارس(شیراز)	معصومه زکی پور بهورزخانه بهداشت دادین علیا فارس(شیراز)	معصومه بانسی بهورزخانه بهداشت بانس بیضا فارس(شیراز)	مریم بهادری کاردان مرکز خدمات جامع سلامت روستایی شهیدای گمنام فارس(شیراز)	محسن حسام پور بهورزخانه بهداشت مرشدی فارس(شیراز)	لیلا برومندی بهورزخانه بهداشت خان آباد فارس(شیراز)
						
حسین خضری بهورزخانه بهداشت بعده کندی کردستان(سنندج)	طاهره مریمی بهورزخانه بهداشت رحق کاشان	احمد کر معلی بهورزخانه بهداشت حاجی آباد آقا قم	یاسر کریمی بهورزخانه بهداشت ناصرآباد قزوین	مریم زمانی بهورزخانه بهداشت بوزندان قزوین	اصغر طارمیلر بهورزخانه بهداشت سیاهپوش قزوین	احمد رضایی کارشناس مرکز خدمات جامع سلامت شهیدبلندیان قزوین
						
مرضیه مالکی مریی مرکز آموزش بهوزری قروه حیرفت	فوزیه نوردی بهورزخانه بهداشت کانی سانان حیرفت	فرشته فرجی بهورزخانه بهداشت آرمده کردستان(سنندج)	غفار محمدیان بهورزخانه بهداشت گواز کردستان(سنندج)	شورش امینی بهورزخانه بهداشت گلان کردستان(سنندج)	سید صابر حسینی کاردان مرکز خدمات جامع سلامت روستایی شوپیشه کردستان(سنندج)	خالد ساروقی بهورزخانه بهداشت آب باریک کردستان(سنندج)
						
فرانک پیشانی دار بهورزخانه بهداشت قیاق تپه کرمانشاه	حمیده قربانی مدیر مرکز آموزش بهوزری هرسن-۱ کرمانشاه	متوره مختاری بهورزخانه بهداشت شریک آباد کرمان	مریم سعیدی کاردان مرکز خدمات جامع سلامت روستایی کرمان	کوکب سلطانی بهورزخانه بهداشت شاهماران کرمان	فاطمه محسن پیگی بهورزخانه بهداشت کیششهر کرمان	حسین معراجی مریی مرکز آموزش بهوزری سیرجان کرمان
						
ایراندخت امیریان مدیر مرکز آموزش بهوزری بوییراحمد کهگیلویه وبوییراحمد(باسوج)	ماشاله ملکی کاردان مرکز خدمات جامع سلامت سوخور نامدارعبدی کرمانشاه	لیلی بوجانی بهورزخانه بهداشت بروند کرمانشاه	لیلا کاظمی بهورزخانه بهداشت سامره کرمانشاه	فوزیه میراحمدی بهورزخانه بهداشت تبان کرمانشاه	فریده محمودی بهورزخانه بهداشت صفی آباد کرمانشاه	فریده آماده بهوزر خانه بهداشت هماجلگه کرمانشاه

 زینب انصاری بهورزخانه بهداشت چهارده گلستان (گرگان)	 حاجی امان طور کبان بهورزخانه بهداشت کریم ایشان گلستان (گرگان)	 آرزو سلیاری بهورزخانه بهداشت وطنا گلستان (گرگان)	 منوچهر پناهی بهورزخانه بهداشت گرمانشاد ککلیویه و بویراحمد (باسوج)	 شمس اله مومنی بهورزخانه بهداشت شیخ حسین ککلیویه و بویراحمد (باسوج)	 سلیمه اصلاحی بهورزخانه بهداشت خیرآباد سفلی ککلیویه و بویراحمد (باسوج)	 حاتم براتی کاردان مرکز خدمات جامع سلامت روستایی سیبدر ککلیویه و بویراحمد (باسوج)
 احیاء حق شنو بهورزخانه بهداشت سسمس گیلان (رشت)	 حسن یعقوبی بهورزخانه بهداشت باغ آسیا گناباد	 مریم کریاسی مدیر مرکز آموزش بهوزری گرگان گلستان (گرگان)	 مرضیه حسینی میر محله بهورزخانه بهداشت کلاجان قاجار گلستان (گرگان)	 لیلی خوجملی بهورزخانه بهداشت ایمرملاساری ۲ گلستان (گرگان)	 فرشته ممشلی بهورزخانه بهداشت آرام نرو گلستان (گرگان)	 طاهره کتولی نژاد کاردان مرکز خدمات جامع سلامت روستایی سنگدوین گلستان (گرگان)
 سمیه هدایتی بهورزخانه بهداشت امام زاده هاشم گیلان (رشت)	 زینب امین زاده بهورزخانه بهداشت لوبه گیلان (رشت)	 زهرا صدر ممتاز مرئی مرکز آموزش بهوزری آستانه اشرفیه گیلان (رشت)	 زهرا ترابی بهورزخانه بهداشت بی پس باغ گیلان (رشت)	 داوود بیرنگی بهورزخانه بهداشت گیلده گیلان (رشت)	 حسین پورخانی بهورزخانه بهداشت یگان محله گیلان (رشت)	 آسیه میرزا پور بهورزخانه بهداشت بارکوسرا گیلان (رشت)
 افسانه مهرآرا مرئی مرکز آموزش بهوزری خرم آباد لرستان (خرم آباد)	 فریده بدی بهورزخانه بهداشت فیشرور لرستان	 مرتضی علیزاده بهورزخانه بهداشت کلکسرا گیلان (رشت)	 محمد رضا نوروزی کاردان مرکز خدمات جامع سلامت روستایی کیسم و شیرکوه گیلان (رشت)	 کرم بنی ادب بهورزخانه بهداشت پلاسی گیلان (رشت)	 عظمت مهران کاردان مرکز خدمات جامع سلامت روستایی گشت گیلان (رشت)	 طیبه کوهی مرئی مرکز آموزش بهوزری تالش گیلان (رشت)
 میترا اوبوسی کاردان مرکز خدمات جامع سلامت روستایی شاهپورآباد الیگودرز لرستان (خرم آباد)	 مریم سزینان بهورزخانه بهداشت چغاگزک لرستان (خرم آباد)	 فریبا رضایی نژاد بهورزخانه بهداشت سپیده گل گل لرستان (خرم آباد)	 فردوس خورشیدوند بهورزخانه بهداشت چنار شوره لرستان (خرم آباد)	 علی جان پور مرادی بهورزخانه بهداشت چشمه کیزاب لرستان (خرم آباد)	 زینب موسیوند بهورزخانه بهداشت درب آستانه لرستان (خرم آباد)	 حاجی حسن دالوند بهورزخانه بهداشت ضمیمه پل سیاهگوشی لرستان (خرم آباد)
 نرگس عرب خزانلی بهورزخانه بهداشت اطرب مازندران (ساری)	 منیژه مطلبی مرئی مرکز آموزش بهوزری بابلسر مازندران (ساری)	 منیژه امیرپور بهورزخانه بهداشت دینان مازندران (ساری)	 فریده فلاح بهورزخانه بهداشت احمدآباد مازندران (ساری)	 سیده ربایه محمدی بهورزخانه بهداشت متکازین مازندران (ساری)	 زهرا فیروز کلائی کاردان مرکز خدمات جامع سلامت روستایی نوشهر مازندران (ساری)	 زلیخا محمدی بهورزخانه بهداشت تالار پشت سفلی مازندران (ساری)



اکرم زرگرانی
مربی مرکز آموزش بهوزری
نیشابور



لیلا فیضی
بهورزخانه بهداشت هفته
مرکزی (اراک)



فرشته ابراهیمی
مربی مرکز آموزش بهوزری
دلیجان



فاطمه عسگری
کاردان مرکز خدمات
جامع سلامت امان آباد
مرکزی (اراک)



علی اکبر سعیدی
بهورزخانه بهداشت
قیدو
مرکزی (اراک)



راضیه امیری سیاوشانی
بهورزخانه بهداشت
سیاوشان
مرکزی (اراک)



ناهیدروغنی
بهورزخانه بهداشت
مغانجیق
مرغه



مریم پادگانه
بهورزخانه سلامت
گروک علیا
هرمزگان (بندرعباس)



محمد سلمانی
بهورزخانه بهداشت
آینما
هرمزگان (بندرعباس)



کرامت ماندکاری
بهورزخانه بهداشت گنج
شهرستان حاجی آباد
هرمزگان (بندرعباس)



طیبه یوسفی
بهورزخانه بهداشت
میلکی
هرمزگان (بندرعباس)



سکینه لشکری زاده
بهورزخانه بهداشت
سردشت
هرمزگان (بندرعباس)



جاسم بشارتی
بهورزخانه بهداشت عالی
احمدان
هرمزگان (بندرعباس)



شمسی کرانی
خانه بهداشت میرآباد
نیشابور



نور علی یمینی
بهورزخانه بهداشت
چناری
همدان



لیلا حسینی
بهورزخانه بهداشت
کهکدان
همدان



صغری شوریده
بهورزخانه بهداشت
کندتپه
همدان



سمیه علیمحمدی
کاردان مرکز خدمات
جامع سلامت قروه ۲
وقایش
همدان



حسین ثمری خشنود
بهورزخانه بهداشت
سیراب
همدان



الهام خاکباز الوندیبیان
مربی مرکز آموزش بهوزری
همدان
همدان



نرگس اعتمادی
مربی مرکز آموزش بهوزری
بندرعباس
هرمزگان (بندرعباس)



فریامیرحسینی
مربی مرکز آموزش بهوزری
تفت
حیرفت



فاطمه جلالی
بهورزخانه بهداشت
مزرعه نو
حیرفت



عبدالله ناصری
بهورزخانه بهداشت
حسین آباد
کردستان (سنندج)



ذبیح الله امیری
کارشناس مرکز خدمات
جامع سلامت روستایی
اسفیج
کردستان (سنندج)



مهین ابرقوبی
رابط فصلنامه
بهورزخانه علم
پزشکی قم
فصلنامه بهوزر



حسین رفیعی
رابط فصلنامه
بهورزخانه علم
پزشکی گناباد
فصلنامه بهوزر



یگانه سلیمانی
بهورزخانه بهداشت
شمس آباد
همدان

بهورزان تلاشگر

خدا قوت؛ تلاش و همت شما پدیداران سلامتی در روستا جهت حفظ و ارتقای سلامت مردم ستودنی است و چه زیباست نگارش قلم در ستایش آنان که در زندگی، خود را وقف آسایش و آرامش دیگران می کنند.



اهداف آموزشی

- امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه:
- ◀ بی‌اختیاری ادراری را تعریف کنند.
- ◀ انواع بی‌اختیاری ادراری و علل آن در سالمندان را بیان کنند.
- ◀ روش‌های مناسب در پیشگیری و درمان بی‌اختیاری ادراری را شرح دهند.

سالمندوبی‌اختیاری ادراری

مقدمه

پیری فرآیندی است که متوقف نمی‌شود. تنها با داشتن زندگی سالم و مراقبت‌های ویژه می‌توان این دوران را به دورانی مطلوب و لذت بخش و توأم با سلامتی تبدیل کرد. سلامت سالمندان یکی از مشکلات بهداشتی در بیشتر جوامع است. در دوره سالمندی شخص ممکن است به دلیل محدودیت‌های مربوط به تغییرات پیری برای برآورده کردن نیازهای اساسی به کمک دیگران نیاز داشته باشد. امام صادق (ع) می‌فرماید: «وجود فرد سالخورده در خانه مثل وجود پیامبر در بین امتش است.»

بی‌اختیاری ادراری

بی‌اختیاری ادراری یک بیماری نیست، بلکه یک نشانه و به معنی نبود کنترل مثانه است. متأسفانه حجب و حیای ناشی از مسایل فرهنگی مانع از ابراز آن توسط سالمند و درمان بیماری می‌شود.



ترتیب نویسندگان از راست به چپ

◀ زهرا کچویی

مری مرکز آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی کاشان

◀ غلامحسین رستم‌پور

مری مرکز آموزش بهورزی و رابط فصلنامه بهورز
دانشگاه علوم پزشکی بابل

◀ بنفشه اسپکیان

مری مرکز آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی بابل

انواع بی‌اختیاری ادراری

◀ **بی‌اختیاری استرسی (ناشی از فشار):** ادرار سالمند وقتی نشت می‌کند که با خنده، سرفه و عطسه و... به مثانه او فشار وارد می‌آید.

◀ **بی‌اختیاری فوری:** در این حالت سالمند به طور ناگهانی و فوری احساس دفع ادرار داشته و به دنبال آن دچار خروج غیرارادی ادرار می‌شود.

◀ **بی‌اختیاری سرریزی:** به علت تخلیه نکردن کامل ادرار، سالمند به طور دائم چکیدن مکرر ادرار را تجربه می‌کند.

◀ **بی‌اختیاری عملکردی:** در این حالت اختلال جسمی یا روانی سالمند مثل آرتروز شدید مانع از حضور بموقع او در دستشویی و نبود کنترل ادرار می‌شود.

◀ **بی‌اختیاری مختلط:** در این حالت سالمند بیش از یک نوع از بی‌اختیاری‌های بالا را تجربه می‌کند.

علل بی‌اختیاری ادراری

شایع‌ترین علل بی‌اختیاری ادراری در سالمندان به شرح زیر است:

◀ **عفونت مجاری ادراری:** عفونت‌ها می‌تواند باعث سوزش مثانه، دفع فوری و بی‌اختیاری ادرار، احساس سوزش و بوی بد ادرار شوند.

◀ **یبوست:** رکتوم نزدیک مثانه بوده و دارای اعصاب مشترک است، مدفوع سفت و متراکم در رکتوم باعث بیش‌فعالی اعصاب و احساس دفع ادرار می‌شود.

◀ **تغییرات ناشی از سن:** پیر شدن عضله مثانه می‌تواند ظرفیت مثانه را برای ذخیره ادرار کاهش دهد.

◀ **یائسگی:** پس از یائسگی، زنان استروژن کمتری تولید می‌کنند، این هورمون به حفظ پوشش مثانه و مجرای ادراری کمک می‌کند. معمولاً یک الی دو سال پس از یائسگی، با

تحلیل رفتن دستگاه ادراری تناسلی پدید می‌آید که باعث مشکلاتی از قبیل بی‌اختیاری ادرار، سوزش ادرار، عفونت‌های مکرر دستگاه ادراری، خشکی واژن و مقاربت دردناک می‌شود.

◀ **خارج کردن رحم:** در زنان مثانه و رحم به وسیله تعداد زیادی از عضلات و رباط‌ها نگهداری می‌شوند. هر نوع عمل جراحی که سیستم تولید مثل زنان را درگیر کند، می‌تواند به این عضلات حمایتی آسیب رسانده و باعث بی‌اختیاری ادرار شود.

◀ **بزرگی غده پروستات:** تومورهای خوش‌خیم و بدخیم پروستات، باعث افزایش حجم آن و بی‌اختیاری استرسی یا

فوری در مردان می‌شود.

◀ **انسداد:** یک تومور در هر جایی از لگن می‌تواند جریان طبیعی ادرار را مسدود کند. سنگ‌های ادراری در مثانه نیز می‌تواند باعث نشت ادرار شوند.

◀ **اختلال‌های عصبی:** در بیماری‌های مولتیپل اسکلروزیس (MS)، پارکینسون، سکته، تومور مغزی یا یک آسیب نخاعی ممکن است با درگیری اعصاب مربوط به کنترل مثانه، باعث بی‌اختیاری ادرار شوند.

◀ **مصرف برخی داروها:** داروهای پایین آورنده فشارخون، ضد افسردگی و داروهای ادرارآور باعث تشدید بی‌اختیاری ادرار می‌شوند.

◀ **چاقی و اضافه وزن:** داشتن اضافه وزن به علت فشارروی مثانه و عضلات اطراف آن باعث ضعف آن‌ها و بی‌اختیاری ادرار می‌شود.

تست استرس

ابتدا از سالمند سؤال کنید که احساس نیاز به ادرار کردن دارد؟ در صورت پاسخ بلی از او بخواهید بایستد، زانو‌ها را کمی خم کرده و پاها را به اندازه عرض شانه باز کند، در همین حال لگن خود را شل کرده و یک سرفه قوی انجام دهد. در صورتی که سالمند عنوان کند، خود را خیس کرده (نشت ناگهانی ادرار) که با سرفه شروع و قطع شده، آن را به عنوان «تست استرس مثبت» ثبت کنید.

عوارض بی‌اختیاری ادراری:

۱. **مشکلات پوستی:** خارش، عفونت‌های پوستی و زخم‌هایی که به دلیل رطوبت دائمی پوست ایجاد می‌شوند.

۲. **عفونت مجاری ادراری:** بی‌اختیاری ادراری و عفونت مجاری ادراری یک سیکل دایره وار را ایجاد می‌کند که هر دو روی هم تأثیرگذارند.

۳. **اثرات شدید روی زندگی شخصی فرد:** بی‌اختیاری ادراری روی ارتباطات اجتماعی، کاری و شخصی فرد اثر می‌گذارد.

درمان

درمان بی‌اختیاری ادراری به نوع بی‌اختیاری ادراری، شدت و دلایل ضمنی آن بستگی داشته و درحیطه وظایف پزشک است. آموزش روش‌های رفتاری جهت پیشگیری و درمان اختلال‌های ادراری بسیار مهم و در حیطه وظایف بهورز و مراقب سلامت است:

۱. **دفع برنامه‌ریزی شده:** منظور دفع ادرار هر دو ساعت یک بار به جای صبرکردن برای ایجاد نیاز است.

۲. **تقویت مثانه:** به سالمند آموزش بدهید، سعی کند هر وقت نیاز فوری به ادرار داشت ۱۰ دقیقه بیشتر آن را نگه دارد تا به تدریج فاصله زمانی دو ساعت را به سه تا چهار ساعت افزایش دهد. لازم به ذکر است این تمرین‌ها را باید در روز انجام دهد.

۳. **دفع مجدد:** بخصوص در موارد وجود اختلال سرریزی به علت تخلیه نکردن کامل مثانه در مردان این روش آموزش داده می‌شود. به این صورت که حین ادرارکردن، ادرار را به طور ارادی قطع، اندکی صبر کرده و سپس دوباره ادرار کند. هم‌چنین در صورت مشکل تخلیه نکردن کامل مثانه می‌توان به سالمند آموزش داد که در زمان ادرار کردن عضلات شکم را سفت کرده و سپس به آرامی با دست زیر شکم را به سمت پایین فشار داده و به تخلیه کامل ادرار کمک کند.

۴. **تمرینات آرام‌سازی:** انجام این تمرینات برای کسانی که مبتلا به بی‌اختیاری فوری هستند، مؤثر است. نحوه انجام این تمرینات در قسمت مداخله‌های آموزشی بهبود شیوه زندگی سالمند به منظور مقابله با افسردگی در راهنمای آموزشی مراقبت‌های ادغام‌یافته و جامع سالمندی ویژه غیرپزشک به تفصیل بیان شده است.

۵. **تقویت عضلات کف لگن:** این تمرینات به ویژه برای بی‌اختیاری استرسی (بیشتر در زنان) مؤثر است. به سالمند آموزش دهید که عضلاتی که برای جلوگیری از دفع ادرار مدفوع استفاده می‌شود را همزمان محکم و منقبض کرده و به سمت داخل و بالا بیاورد و بعد از پنج ثانیه رها کند و بتدریج انقباض را به ۱۰ ثانیه افزایش دهد. این

تمرین را درحالات خوابیده، نشسته و ایستاده در سه دوره و هر بار ۱۰ مرتبه در طول روز می‌تواند انجام دهد.

۶. **مدیریت رژیم غذایی و دریافت مایعات:** به سالمند آموزش دهید تا حادامکان از مصرف الکل، کافئین یا غذاهای اسیدی اجتناب کند. کاهش وزن، خودداری از نوشیدن مایعات پس از ساعت ۸ شب، پوشیدن لباس‌های آزاد، افزایش فعالیت بدنی، مصرف مواد غذایی حاوی فیبر بیشتر مانند سبزی‌ها و میوه‌ها برای غلبه بر یبوست و اجتناب از ورزش‌های سخت نیز مؤثر است.

۷. **محدودیتی در مصرف مایعات برای سالمند در طول روز توصیه نشود.** (روزانه ۶ تا ۸ لیوان)

۸. **گاهی مشکلات ناشی از نشت ادرار مستلزم ایجاد تغییر در شیوه زندگی است که لازم است به سالمند یا همراه وی آموزش داده شود:**

◀ اجتناب از شست‌وشو و دوش گرفتن مکرر در حدی که باعث از بین رفتن لایه دفاعی طبیعی بدن در مقابل عفونت‌ها شود.

◀ استفاده از یک کرم مثل ژل وازلین یا کره کاکائو که از پوست در مقابل ادرار محافظت کند.

◀ در دسترس بودن دستشویی برای کسانی که دچار بی‌اختیاری فوری یا شبانه هستند.

◀ جابه‌جا کردن وسایلی که ممکن است سالمند حین رفتن به دستشویی با آن برخورد کند.

◀ استفاده از چراغ شب خواب برای این که مسیر رفتن به دستشویی را در شب روشن کرده و خطر سقوط را کاهش دهد.

◀ درگاه ورودی دستشویی را عریض کرده و یک صندلی توالت بلند نصب شود.

◀ استفاده از زیرانداز جاذب و

پوشک‌های مخصوص سالمندان برای سالمند ناتوان یا مبتلا به افت فشارخون وضعیتی مفید است.

نتیجه‌گیری

برای ارائه خدمت به سالمندان لازم است به‌روزان:

◀ به جایگاه و حفظ شأن و احترام سالمند اعتقاد داشته و فرهنگ احترام به سالخوردگان را در جامعه گسترش دهند.

◀ ناتوانی و بیماری را جزو لاینفک زندگی سالمند ندانسته و برخورداری از زندگی مستقل و لذت بردن از آن را حق سالمند بدانند.

◀ در ارائه خدمت به سالمندان و کسب دانش و مهارت لازم در این زمینه کوشا باشند.

منابع

۱. برگرفته از کتاب مروری بر طب سالمندان از دانشگاه علوم پزشکی سمنان
۲. کتاب سالمندی و سلامت دکتر غلامحسین خدایی و دکتر محمود توکلی‌راد
۳. راهنمای بهبود شیوه زندگی در دوره سالمندی، جلد ۳، اداره سلامت سالمندان



حبيب الله ماندگار

مدیر مرکز آموزش بهورزی رامهرمز
دانشگاه علوم پزشکی خوزستان (اهواز)

نقش آفرینی‌ها

من آن بهورز روستایم که دارم شکر یزدان را
خدای تندرستی، خالق آن پاک انسان را
کنم در روستا خدمت به مردم از دل و از جان
چرا، چون دوست دارم از صمیم قلب آنان را
نباشم غافل از آموزش بهداشت در روستا
زن و مرد و غریب و آشنا و کل یاران را
ز بهداشت غذا و آب سالم می‌کنم تدریس
گاهی اندر مدارس، گاه در ده پیرمردان را
برای ایمن سازی و پیشگیری ز بیماری
بیارم واکسن و تزریق کنم طفلان را
اگر افراد تب داری بود مشکوک در روستا
بگیرم لام خون، تست کنم آنان را
کنم اجرای طرح داتس، افرادی که مسلولند
مجدانه شوم پیگیر تا درمان کامل مبتلایان را
به توزیع اسید فولیک و آهن در زمان بارداری
به دقت می‌شوم پیگیر هر مقدار و میزان را
جلوگیری ز اعمال خلاف و ارتقای شاخص بهداشت
بود اندر نظر، چون بسته ام این عهد و پیمان را
گروه‌های هدف را آشنا سازم به دستورات بهداشتی
زنان باردار و کودکان و نوجوانان را
بیامد ماه شهریور رسید از ره دوباره روز بهورزی
بگیریم جشن خوشحالی، بدانیم قدر خوبان را
مبارک باد این روز خجسته بر همه یاران
ز درگاه خداوند آرزو داریم بهورزی آنان را
ماندگارا گفته ای شرحی از این نقش آفرینی‌ها
به پیشگاه خدا باشم دعاگوی همین نقش آفرینان را

دست بهورزان

در جوامع هست بهورز پرتلاش و بی رقیب
زندگی بخش همه اقشار باشد این حبیب
خدمتش در روستا دارد سلامت ارمغان
آگه از این خدمت و زحمت خداوند مجیب
با فداکاری و صبر و دائماً یاد خدا
در ره خدمتگزاری پاک باشند و نجیب
تندرستی را همیشه آرزو دارند و بس
با خلوص نیت و با لطف یزدان مجیب
ارتقای شاخص بهداشت باشد در نظر
وین جهت دارند تلاش این قشر پرکار و شکیب
واکسن اطفال دارد شاخص صددرصدی
همت جانانه شان با لطف رزاق حسیب
محو کرده جمله امراض و هزاران درد و رنج
دست بهورزان و لطف خالق امن یحیی
شکر ایزد می‌کنم زیرا که با توفیق او
نعمتی چون تندرستی، مردمان را شد نصیب
ماندگارا آرزوی رستگاری کن برای این گروه
بی تکبر، پرتلاش هستند و خوش نام و غریب



اهداف آموزشی

امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه:
 ◀ اهمیت فرزندآوری بهنگام را بدانند.
 ◀ زمان مناسب برای باروری و فرزندآوری را شرح دهند.

زوج‌های جوان و فرزندآوری بهنگام

مقدمه

داشتن فرزند یکی از هدف‌های هر فرد از ازدواج و زندگی مشترک است و به دنبال آن داشتن باروری سالم از نیازهای مهم و اساسی هر خانواده‌ای است. برای داشتن یک دوره باروری سالم، آموزش مناسب به زوج‌ها در زمینه سن مناسب فرزندآوری و همچنین فاصله مطلوب بین بارداری‌ها ضروری به نظر می‌رسد. از دیدگاه اجتماعی، داشتن آگاهی لازم و کافی درباره زمان مناسب برای باروری و فرزندآوری و عمل به آن می‌تواند نقش مهمی در حفظ و بقای بنیان خانواده، کاهش معضلات و ناهنجاری‌های اجتماعی، سلامت جسمی و روانی زوج‌ها و فرزندان داشته باشد. از طرف دیگر با بالا رفتن سن ازدواج به دلیل تغییر الگوی زندگی و بالا رفتن میزان تحصیلات و همچنین افزایش فاصله زمانی بین ازدواج و تولد اولین فرزند که به صورت میانگین به حدود سه و نیم سال رسیده است. زوج‌ها زمان زیادی از سال‌های طلایی باروری و فرزندآوری را از دست می‌دهند و این مسأله موجب کاهش تعداد فرزندان یک خانواده نیز می‌شود. از سوی دیگر اقدام دیر هنگام به فرزندآوری موجب از دست دادن زمان مناسب برای درمان ناباروری شده و در نتیجه منجر به افزایش شیوع ناباروری در سال‌های اخیر شده است. توجه به زمان فرزندآوری یکی از نکات مهم و کلیدی در باروری سالم



ترتیب نویسندگان از راست به چپ

◀ نازیلا قیصرانی

کارشناس سلامت جمعیت و خانواده
 دانشگاه علوم پزشکی تبریز

◀ دکتر ناصر رهبری

مدیر سلامت جمعیت و خانواده
 دانشگاه علوم پزشکی تبریز

فاصله‌گذاری مناسب بین تولدها

فاصله بین تولدها به فاصله زمانی بین تولد نوزاد با زایمان قبلی (تولد نوزاد زنده یا مرده) گفته می‌شود. فاصله زمانی مناسب بین فرزندان سه سال است که براساس اطلاعات موجود، در ایران فاصله بین بارداری اول و دوم، دوم و سوم به بیش از پنج سال افزایش یافته است. مطالعات مختلف نشانگر فاصله‌گذاری نامناسب (کاهش یا افزایش فاصله بین تولدها) است که عوارض متعددی بر سلامت مادر و کودک خواهد داشت. در هر دو حالت فاصله‌گذاری کم یا زیاد بین بارداری‌ها احتمال تولد نوزاد نارس و کم بودن وزن نوزاد در هنگام تولد و مرده‌زایی افزایش می‌یابد.

براساس مطالعات انجام گرفته، در بیش از یک چهارم موارد فاصله‌گذاری بین بارداری‌ها در ایران زیاد بوده و به بیش از شش سال نیز رسیده است. فاصله‌گذاری زیاد بین بارداری‌ها، احتمال حاملگی‌های بالای ۳۵ سال را (که به عنوان حاملگی‌های پرخطر شناخته می‌شوند) افزایش می‌دهد که درباره تأثیرات منفی آن بر سلامت مادر و کودک اشاره شد. همچنین این امر می‌تواند به کاهش باروری و پیامدهای ناشی از آن مانند کاهش تعداد فرزندان یک خانواده منجر شود.

در فاصله‌گذاری کم بین بارداری‌ها، عوارض دیگری مانند سوء تغذیه مادر، استرس پس از زایمان و افزایش احتمال مرگ مادر نیز می‌تواند اتفاق بیفتد. همه این موارد لزوم توجه بیشتر به رعایت فاصله زمانی بین تولدها را نشان می‌دهد.

نتیجه‌گیری

با توجه به اهمیت رعایت زمان مناسب برای فرزندآوری در سلامت جسمی و روحی والدین و فرزندان و جلوگیری از عوارض سوء ناشی از آن، ارایه آموزش‌های لازم به زوجها و همچنین اتخاذ سیاست‌های تشویقی در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد.

منابع

1. Hassold T, Hunt P. Maternal age and chromosomally abnormal pregnancies: what we know and what we wish we knew. *Current opinion in pediatrics*. 2009;21(6):703.
2. Carolan M. Maternal age \geq 45 years and maternal and perinatal outcomes: a review of the evidence. *Midwifery*. 2013;29(5):479-89.
3. کریم‌ا... حاجیان، نسا اصفانی، فروغ علی‌اکبرنیا. بررسی فاصله‌گذاری بین تولدها و عوامل مرتبط با آن در مادران چندم زای مراجعه‌کننده به زایشگاه‌ها و مراکز بهداشتی درمانی شهری بابل (۱۳۸۶).
4. سیاست‌های کلی جمعیت مبتنی بر سلامت مادر و کودک در راستای نرخ باروری کلی. مدیریت سلامت جمعیت و خانواده، واحد باروری سالم، معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی مازندران (۱۳۹۴).

است. متأسفانه امروزه بسیاری از افراد ازدواج خود را تا سن ۲۰ الی ۳۰ سالگی به تعویق می‌اندازند، به طوری که میانگین سن ازدواج در خانم‌ها و آقایان ایرانی نسبت به گذشته افزایش یافته است. این نکته بسیار مهم را نیز باید مد نظر داشت، اگرچه وضعیت بهداشتی و مراقبت‌های دوران بارداری نسبت به گذشته بهبود چشمگیری داشته است ولی این مسأله نمی‌تواند تأثیری بر جلوگیری از کاهش توان باروری ناشی از افزایش سن داشته باشد.

چنانچه ذکر شد اهمیت زمان باروری و اثرات آن بر زندگی فردی و اجتماعی مردم و همچنین جهت عمل به «سیاست‌های کلی جمعیتی» ابلاغی از طرف مقام معظم رهبری (دامه ظلّه) و رسیدن به هدف‌های مورد نظر این سیاست‌های جمعیتی موجب شد تا در این نوشتار به نکاتی در زمینه آن چه که باید زوج‌های جوان درباره زمان مناسب برای فرزندآوری و اهمیت آن، همچنین فاصله‌گذاری بین تولدها بدانند، اشاره کنیم.

زمان مناسب برای باروری و فرزندآوری

در خانم‌ها سن مناسب برای فرزندآوری در محدوده ۱۸ الی ۳۵ سال است. میزان باروری در خانم‌ها با سن، ارتباط معکوس دارد و قدرت باروری با افزایش سن کاهش می‌یابد. بعد از ۳۵ سالگی کاهش باروری با سرعت بیشتری همراه است به طوری که شانس بارداری از ۲۰ درصد در سن ۳۰ سالگی به کمتر از ۵ درصد در ۴۰ سالگی کاهش می‌یابد. همچنین با افزایش سن کیفیت تخمک نیز پایین می‌آید و میزان تخمک‌های غیرطبیعی افزایش می‌یابد و در نتیجه خطر تولد نوزاد دارای ناهنجاری‌های ژنتیک مانند سندرم داون (تریزومی ۲۱) افزایش می‌یابد به طوری که خطر تولد نوزاد مبتلا به ناهنجاری ژنتیکی تریزومی در مادران در بیست سالگی دو تا سه درصد است؛ ولی این خطر در مادران ۴۰ ساله با یک افزایش بسیار زیاد به ۳۰ درصد می‌رسد. با افزایش سن علاوه بر کاهش باروری، احتمال بروز برخی مشکلات برای سلامت مادر و جنین افزایش می‌یابد. بعد از ۳۵ سالگی در خانم‌ها بیماری‌هایی نظیر فشارخون و دیابت ممکن است بیشتر یا شدیدتر شود که در دوران بارداری نیاز به کنترل منظم و آزمایش دارد.

همچنین در آقایان افزایش سن به کوچکتر شدن بیضه‌ها، کاهش حجم منی، کاهش تحرک اسپرم‌ها و افزایش تعداد اسپرم‌های دارای اشکال غیرطبیعی منجر می‌شود و در نتیجه قدرت باروری کاهش می‌یابد. اگرچه در مردان معمولاً تا سنین بالا قدرت باروری وجود دارد، ولی افزایش سن با افزایش مشکلات کروموزومی در اسپرم‌ها همراه است به طوری که باروری در سنین بالا می‌تواند منجر به بیماری‌های شدید روانی، اسکیزوفرنی، اوتیسم، مشکلات قلبی و ناهنجاری‌های عصبی در فرزندان شود.



اهداف آموزشی

- امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه:
- ◀ حمایت از خودمراقبتی را تعریف کنند.
- ◀ با آیین نامه مقررات بهداشتی آرامستان‌ها آشنا شوند.
- ◀ شرایط غسلخانه بهداشتی را شرح دهند.

بهورزان و نظارت بهداشتی بر غسلخانه‌ها و آرامستان‌ها

مقدمه

با توجه به رشد و افزایش جمعیت شهری و روستایی و همچنین وسعت شهرها و روستاها نیاز به محل مناسب برای کفن و دفن اموات است. در این زمینه باید به مشکلاتی همچون کمبود فضا، حمل و نقل، ترافیک و... نیز توجه داشت و در ساخت آرامستان‌های شهری و روستایی همه جوانب را در نظر گرفت. مسایلی مانند تعمیر و نگهداری تجهیزات و ساختمان‌ها، مسایل فنی، زیرساخت‌های عمرانی، تأسیسات مورد نیاز، توسعه عمومی شهر و روستا و... از جمله نکاتی هستند که در احداث آرامستان باید به آن‌ها توجه ویژه کرد. در مکان‌یابی و موقعیت‌سنجی یک آرامستان باید به نکات بیولوژیکی، زیست محیطی، امنیت اجتماعی، مسایل فرهنگی و مذهبی و... نیز اهمیت داد.

ویژگی‌های خاص اماکن عمومی

تأکید بر بهداشت اماکن عمومی تفریحگاه‌ها، زیارتگاه‌ها، مساجد و آرامستان‌ها، به خاطر حفظ و تأمین سلامت افرادی است که به این اماکن مراجعه می‌کنند. لازم است که متصدیان و اداره‌کنندگان این اماکن در رعایت اصول و موازین بهداشتی کوشا بوده و در این زمینه کوتاهی نکنند. رعایت نکردن اصول



ترتیب نویسندگان از راست به چپ

◀ الهه رضای نظرزاده

مربی مرکز آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی دزفول

◀ فرید حسامی

مربی مرکز آموزش بهورزی مبارکه
دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

بهداشت در این اماکن می‌تواند مشکلات فراوانی ایجاد کند و کانون‌هایی جهت انتقال و انتشار بیماری‌های مسری باشد. اصول کلی بهداشت محیط از قبیل: تهیه و تأمین آب آشامیدنی سالم و دفع صحیح فاضلاب و زباله و مواد زاید، حرارت و رطوبت، نور، تهویه، مبارزه با حشرات و جوندگان، تقریباً در همه اماکن عمومی و تفریحگاه‌ها و زیارتگاه‌ها یکسان است. سایر مسایل بهداشتی هر یک بستگی به نوع کار و فعالیت در آن‌ها دارد که نظارت بر اجرای این مصوبات و دستورالعمل‌ها در شهر برعهده کارشناسان بهداشت محیط شهری و در روستا برعهده کارشناسان بهداشت محیط روستایی و بهروزان عزیز است.

آیین‌نامه مقررات بهداشتی آرامستان‌ها

این آیین‌نامه در راستای بند ۲ ماده یک قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی مصوب سال ۱۳۶۷ و آیین‌نامه بهداشت محیط مصوب سال ۱۳۷۱ هیأت وزیران و اجرای تبصره ۳ قانون اصلاح ماده ۱۳ قانون موادخوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی مصوب آذر ماه ۱۳۷۹ و بند ۱۳ ماده ۵۵ قانون شهرداری‌ها مصوب سال ۱۳۳۴ با عنوان آیین‌نامه مقررات بهداشتی آرامستان‌ها به شرح زیر تهیه شد:

الف: مکان، موقعیت و مساحت آرامستان

فاصله آرامستان تا محدوده شهر کمتر از ۱۰ کیلومتر نباشد و در روستا خارج از بافت روستا و به فاصله حداقل هزار متر باشد. آرامستان نباید در اراضی سیل‌گیر، رانشی یا در مجاورت مراکز آموزشی و تربیتی، مراکز صنعتی و تولید مواد غذایی و همچنین در بالا دست منابع آب سطحی (رودخانه، چشمه، قنات) و فاصله کمتر از ۲۰۰ متر از آن‌ها ساخته شود.

ب: شرایط عمومی و ملزومات آرامستان

آرامستان باید غسلخانه، سردخانه، نمازخانه و سرویس بهداشتی مناسب داشته باشد. مساحت آرامستان با در نظر گرفتن حداقل ۲ مترمربع برای هرمتوفی و برای ۳۰ سال انتخاب شود.

وجود سرویس بهداشتی به تعداد کافی و به صورت، زنانه و مردانه الزامی است.

وجود سطل زباله در داخل سرویس بهداشتی و نصب سیستم صابون مایع یا مواد شوینده و تمیزکننده الزامی است. عرضه و فروش هرگونه موادخوردنی و آشامیدنی به شکل دوره گردی در آرامستان و اطراف آن ممنوع است.

ج: حمل و نقل متوفی

برای جابه‌جایی متوفی باید از برانکار یا تابوت به شرطی که باعث انتقال آلودگی به تشییع‌کنندگان نشود استفاده شود. دسته برانکار یا تابوت از جنس فلزی مقاوم، مجهز به روکش شست‌وشو و کف آن از جنس مقاوم، قابل شست‌وشو و ضدعفونی و غیرقابل نفوذ در مقابل آب و ترشحات بدن از قبیل خونابه باشد.

برانکار و تابوت مورد استفاده برای جابه‌جایی متوفی باید پس از هر بار استفاده شست‌وشو و گندزدایی شود و برانکار مورد استفاده به هیچ‌عنوان نباید برای جابه‌جایی افراد بیمار یا مصدوم استفاده شود.

در همه موارد جابه‌جایی، غسل و دفن متوفی استفاده از لباس کار یک تکه (بیلرسوت) غیرقابل نفوذ با زواید کم (مثل جیب)، ماسک، پیش‌بند ضدآب و نیم‌چکمه غیرقابل نفوذ الزامی است. حمل متوفی به طور منحصر باید با خودروی ویژه حمل مردگان و دارای شرایط لازم انجام شود.

محل و وسیله‌ای که با فرد متوفی در تماس بوده باید گندزدایی شود. (مواد گندزدا: هیپوکلریت کلسیم ۱۰۰ پی‌پی‌ام، هیپوکلریت سدیم ۵/۰ درصد، فرمالین ۱۰ درصد، هالامید ۱۰ گرم در لیتر).

در صورتی که فرد بر اثر بیماری‌های عفونی واگیر فوت شده باشد، ابتدا با پارچه‌کنانی دو لایه و آغشته به ماده‌گندزدا، مجاز پیچیده شود و سپس به وسیله نایلون با استفاده از برچسب بسته‌بندی و دفن شود.

در صورتی که متوفی در اثر ابتلا به عفونت‌های رودهای مثل اسهال خونی، وبا، تیفوئید و پاراتیفوئید مرده باشد، توزیع موادخوردنی، آشامیدنی در مراسم خاکسپاری ممنوع است. همه وسایل فردی یکبار مصرف باید به روش بهداشتی دفع شود.

لباس کار و وسایل حفاظت فردی قابل شست‌وشو پس از هر بار عملیات باید شست‌وشو و گندزدایی شوند.

در صورتی که متوفی در اثر بیماری‌های عفونت‌های عصبی‌هاری و «کروتروفلدجاکوب» (CJD) یا همان «جنون گاوی» و تب خونریزی‌دهنده ویروسی مرده باشد، نباید جسد شست‌وشو شود.

شرایط غسلخانه بهداشتی

غسلخانه باید تعداد کافی اتاق یا سالن برای نگهداری متوفی قبل از غسل و اتاق‌های مخصوص شست‌وشو و غسل که مجهز به آب سرد و گرم با فشارکافی و شیلنگ باشد و سرویس بهداشتی ویژه کارگران غسلخانه به تفکیک زنانه و



در گفت و گو با مریم تقوی مدیرمؤسسه فرهنگی دارالاکرام شعبه مشهد توانمندسازی کودک امروز، تولد انسانی توانا و خوشبخت برای فردای جامعه

مؤسسه دارالاکرام حضرت ابوالفضل العباس(ع) از سال ۱۳۸۰ در زمینه حمایت از تحصیل دانش آموزان بدون سرپرست فعالیت می‌کند. مدیریت و کارکنان این مؤسسه به منظور حرکت در مسیر تعالی، ارزش آفرینی در ارائه خدمات به اقشار مورد حمایت، افزایش جذب نیکوکاران و انجام فعالیت‌های نیکوکارانه به شکل کارا و اثربخش، اقدام به استقرار نظام مدیریت کیفیت کرده و در همین راستا جهت تحقق اهداف زیر تلاش می‌کند:

۱. تبدیل شدن به نهاد فراگیر ملی و بین‌المللی
 ۲. جلب رضایت حمایت شوندگان، نیکوکاران، کارکنان و سایر طرف‌های ذینفع
 ۳. بهبود مداوم کمیت و کیفیت خدمات
 ۴. ارتقای تحصیلی دانش‌آموزان و دانشجویان تحت پوشش از طریق اعطای بورسیه تحصیلی
 ۵. ارتقای شرایط فرهنگی و اجتماعی دانش‌آموزان و دانشجویان تحت پوشش و خانواده‌های آنان
 ۶. ارتقای وضعیت بهداشت و سلامت دانش‌آموزان و دانشجویان تحت پوشش و خانواده‌های آنان
 ۷. نخبه‌پروری از طریق شناسایی استعداد و توانایی‌های بالقوه دانش‌آموزان و دانشجویان تحت پوشش
- کودکان و نوجوانان اولین گروه از جامعه انسانی هستند که بهنگام بروز نابسامانی، در دریای تنهایی خود دچار رنج‌های مضاعف می‌شوند و در چنین هنگامه‌ای، شکست در تحصیل یا ترک تحصیل، چهره خود را به آنان تحمیل می‌کند. زدودن غبار رنج محرومیت از کسب دانش و فرهنگ، از رخسار بی‌گناه‌ترین پدیده هستی، ممکن نمی‌شود؛ مگر با خیزش امواج دریای پهناور مهربانی انسان‌هایی که نیروی عشق همراهی با کودکان را در دل داشته و دوست دارند لحظه‌های زیبای حیات را با گشودن روزنه امید در بارش لطیف باران خدمت به هم‌نوع، تجربه کنند.

مؤسسه فرهنگی دارالاکرام برای همراهی با کودکان و نوجوانانی که تحصیل آنان دچار مشکل شده از طریق تأمین و اعطای «بورسیه تحصیلی» رو به سوی حقیقتی دارد که با عشق به خداوند و توکل به او معنی یافته و بر این باور است که توانمندسازی کودک امروز، تولد انسانی توانا و خوشبخت برای فردای جامعه خواهد بود. چنانچه در حوزه فعالیت همکاران، کودک و نوجوان نیازمندی وجود دارد، به مؤسسه معرفی شود تا تحت پوشش قرار گیرد.

راه‌های ارتباط با مؤسسه فرهنگی دارالاکرام:

آدرس سایت: www.Darolekram.com

تلفن: ۰۵۱-۳۲۲۹۱۰۷۵ و ۰۹۳۹۵۲۶۷۷۴۴

شماره حساب پاساگاد: ۳-۰۴۴۶۳۶-۱۰۴۰۰-۸۱۰۰-۳۲۵

شماره کارت بانک پاساگاد: ۶۳۳۱-۱۷۷۱-۲۹۱۰-۵۰۲۲

مردانه و دارای اتاق استراحت با امکانات مورد نیاز ویژه کارگران به تفکیک زنانه و مردانه باشد.

◀ فضلاب غسلخانه باید به روش بهداشتی جمع‌آوری و دفع شود. پوشش دیوار غسلخانه باید از کف تا زیر سقف از جنس کاشی، سرامیک یا سنگ بدون ترک خوردگی، شکستگی، شکاف و به رنگ روشن باشد.

◀ کف غسلخانه و حوضچه شست‌وشو و سکوهای محل غسل و کفن پیچی اجساد باید از جنس مقاوم و بدون ترک خوردگی، شکاف، فرورفتگی و از جنس کاشی، سرامیک یا سنگ باشد. کف سکوی تغسیل اجساد باید قوسی، مقعر و با ابعاد طول ۲۲۰ و عرض ۱۲۰ و ارتفاع ۲۰۰ سانتی‌متر از کف باشد و اختلاف ارتفاع سکواز مرکز قوس آن ۳۰ سانتی‌متر باشد.

◀ همه قسمت‌های غسلخانه باید روزانه شست‌وشو و با مواد گندزدای مجاز گندزدایی شود و مجه‌ز به تهویه باشد.

همه متصدیان غسل و کفن باید از لباس کار یک تکه (بیلرسوت) با زواید کم (جیب و غیره) غیر قابل نفوذ در برابر آب، چکمه لاستیکی ساق بلند، دستکش لاستیکی ساق بلند، ماسک و پوشش حفاظتی از جنس غیر قابل نفوذ در مقابل آب برای پوشش ناحیه سر و گردن استفاده کنند و نباید با این لباس از محل خارج شوند. متصدیان غسل و کفن باید هر دفعه پس از انجام کار دست‌های خود را تا آرنج با آب و صابون شسته سپس در یکی از محلول‌های ضد عفونی‌کننده مجاز فرو برده و هر روز پس از اتمام کار استحمام کنند.

نتیجه‌گیری

رعایت و اجرای همه موارد این آیین‌نامه الزامی است و نظارت بر نحوه صحیح اجرای آن بر عهده بازرسان بهداشت محیط و بهورزان است. امید که همکاران محترم، با تلاش و پیگیری‌های لازم و نظارت‌ها و وحدت رویه در زمینه نظارت‌های بهداشتی جهت تأمین و حفظ و ارتقای سلامت جمعیت در منطقه تحت پوشش خود همچون گذشته گام بردارند.

منابع

- آیین‌نامه مقررات بهداشتی آرامستان‌ها به تهیه و تدوین:
۱. مرکز سلامت محیط و کار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (گروه مؤلفین: صابر محمدی، رضا غلامی، ایوب بیگی، فرناز جغتایی)
 ۲. دفتر هماهنگی خدمات شهری سازمان شهرداری‌ها و دهیاری‌های وزارت کشور (گروه مؤلفین: مسعود احمدی، هاشم نوروزی فرد)
 ۳. مطالعات بهینه‌یابی و مقایسه سایت‌های کشف و باغ رضوان، پرسشنامه نظرخواهی از مسوولان شهر، سازمان فردوس‌های شهرداری مشهد



اهداف آموزشی

- امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه:
- ◀ اجزای سازه‌ای را تعریف کنند.
- ◀ اجزای غیرسازه‌ای را تعریف کنند.
- ◀ روش ارزیابی غیرسازه‌ای را شرح دهند.
- ◀ انواع آسیب‌های غیرسازه‌ای را فهرست کنند.

ارزیابی ایمنی غیرسازه‌ای ساختمان

مقدمه

یکی از چالش‌های بزرگ آدمی در طول تاریخ سکونت بر روی زمین، دست و پنجه نرم کردن با حوادث طبیعی و حفاظت از جان و مال خود در مواجهه با آن‌ها بوده است. سرزمین پهناور ایران در یکی از فعال‌ترین مناطق زلزله‌خیز جهان قرار دارد و براساس شواهد تاریخی به دفعات در اثر زلزله‌های شدید ویران شده است. با توجه به اهمیت نقش اجزای سازه‌ای و غیرسازه‌ای ساختمان در کاهش یا افزایش میزان خسارت‌ها و تلفات بلایای طبیعی و برای آشنایی بیشتر به‌روزان با این مقوله در ادامه به تعریف هر یک از این اجزا و آثار آن در کاهش خطر بلایا می‌پردازیم.

اجزای سازه‌ای ساختمان

اجزای سازه‌ای ساختمان به بخش‌هایی از ساختمان گفته می‌شود که در مقابل نیروهای ثقلی، زلزله، باد و دیگر انواع بارها مقاومت می‌کند شامل ستون‌ها، پایه‌ها، انواع سقف‌ها (طاق‌های ضربی، دال‌ها، سقف‌های تیرچه و بلوک، ورق‌ها و عرشه‌های فلزی و مرکب)، تیرچه‌های اصلی و فرعی، بادبندها، دیوارهای باربر (حمال یا برشی) پی‌ها (تکی، نواری گسترده و شمعی)



ترتیب نویسندگان از راست به چپ

◀ زهرا یزدان دوست

کارشناس مبارزه با بیماری‌ها و کاهش خطر بلایا
دانشگاه علوم پزشکی مشهد

◀ رازیبه خالقی

کارشناس گسترش شبکه و ارتقای سلامت
دانشگاه علوم پزشکی مشهد

اجزای غیرسازه‌ای ساختمان

شامل همه اجزا و محتویات داخل ساختمان به جز قسمت‌های سازه‌ای (تیر، ستون، کف و...) است.

مواردی از قبیل سقف‌های کاذب، پنجره‌ها، لوازم اداری، رایانه، قفسه، کسوه‌های میز و اجزای داخل آن‌ها، تجهیزات حرارتی و برودتی و تهویه، تجهیزات الکتریکی، مبلمان، چراغ‌ها و لوسترها اجزای غیرسازه‌ای ساختمان است که مهندسان معمار و مکانیک برق و طراحان داخلی نوع و مشخصات آن‌ها را تعیین می‌کنند یا این که توسط مالکان یا مستأجر پس از ساخت، نصب می‌شود. باید توجه داشت که اغلب اجزای سازه‌ای ساختمان توسط اجزای غیرسازه‌ای پوشیده شده‌اند.

اهمیت آسیب به بخش‌های غیرسازه‌ای

میزان اهمیت آسیب دیدگی بخش‌های غیرسازه‌ای به پیامدهای مستقیم و غیرمستقیم آسیب‌ها بستگی دارد:

◀ **آسیب جانی:** شامل انواع جراحت یا کشته شدن افراد

◀ **خسارت مالی:** شامل خسارت به سازه و غیرسازه

◀ **از بین رفتن کارایی ساختمان**

انواع بخش‌های غیرسازه‌ای

۱. سیستم‌های تأسیساتی ساختمان مثل تجهیزات برقی (خطوط توزیع مثل لوله‌ها و کانال‌ها، آسانسور، پله برقی و سیستم‌های گرمایشی و تهویه)

۲. اجزای معماری مثل تیغه‌ها، سقف‌های کاذب، درها و چراغ‌ها و...

۳. اثاثیه و مبلمان

روش‌های ارزیابی ایمنی بخش‌های غیرسازه‌ای

در بازرسی بخش‌ها و قطعات غیرسازه‌ای در گام اول باید اجزای غیرسازه‌ای آسیب‌پذیر در زلزله شناسایی شوند که برای این مهم باید سه موضوع مد نظر قرار گیرد:

۱. امکان آسیب به افراد در اثر خرابی هر یک از اجزا

۲. امکان وارد شدن خسارت مالی زیاد در اثر خرابی اجزا در زلزله

۳. امکان وقفه و اختلال در کار ساختمان در اثر خرابی هر یک از اجزا در زلزله

البته گاهی نمی‌توان در این موارد پاسخی فوری یافت زیرا گسیختگی بخش‌ها و قطعات غیرسازه‌ای علاوه بر ایجاد خسارت مستقیم، خسارت غیرمستقیم هم به وجود می‌آورد.

برای مثال خسارت وارده به لوله آب فشان اطفای حریق به علت شکستگی، برای خود لوله آب فشان زیاد نیست ولی

خسارت غیرمستقیم آن بر نازک کاری و محتویات ساختمان زیاد است.

فرم‌های ارزیابی (چک لیست) برای ارزیابی ایمنی در واحدهای بهداشتی تهیه شده که به شکل فایل اکسل جمع بندی و نتیجه ارزیابی را مشخص می‌کند فرم شامل:

۱. بخش اطلاعات مرکز که براساس کدگذاری مراکز تکمیل می‌شود.

۲. بخش مقدمه که توضیحات مربوط به برنامه است

۳. بخش شناخت مخاطرات که براساس سطح مخاطره از صفر تا ۳ درجه بندی شده

۴. ارزیابی آمادگی عملکردی

۵. ارزیابی غیرسازه‌ای عمومی

۶. ارزیابی ایمنی غیرسازه‌ای فنی

۷. ارزیابی ایمنی سازه‌ای

۸. کل

نتیجه ارزیابی که به صورت جداول و زیچ امتیاز، ایمنی و وقوع مخاطرات را مشخص می‌کند.

برای کاهش آسیب ناشی از اجزای غیرسازه‌ای اقدام‌های ذیل

را می‌توان انجام داد:

◀ بخش‌ها و قطعات غیرسازه‌ای را در جای خود محکم کرد.
◀ لوازم آسیب‌پذیر و خطرناک را در طبقات پایین کمد و کابینت قرار داد.

◀ در کمد و کابینت‌ها را قفل کرد.

◀ وسایل غیرضروری را حذف کرد.

◀ چیدمان را به گونه‌ای انجام داد که باعث انسداد مسیر خروج نشود.

◀ بازدیدهای دوره‌ای از تأسیسات آب و برق و گاز انجام داد.

نتیجه‌گیری

با توجه به این که دریلایا و بحران‌ها بسیاری از خسارت‌های جانی، مالی و عملکردی ناشی از اجزای غیرسازه‌ای است، باید ارزیابی دقیق غیرسازه‌ای انجام شود تا بتوان با روش‌های کاربردی نسبت به کاهش خطرهای غیرسازه‌ای اقدام کرد.

منابع

۱. کتاب راهنمای کاربردی کاهش خسارات اجزای غیرسازه‌ای ساختمان در اثر زلزله تألیف مازیار حسینی، سعید منتظر، عبدالرضا امینایی، سازمان پیشگیری و مدیریت بحران تهران

کدام نماز تو را نجات می دهد؟

حدود نماز

زراره می گوید: «از امام باقر(ع) حدود مهم نماز را سؤال کردم». امام فرمود: «هفت چیزند: وضو، وقت، قبله، تکبیر آغازین، رکوع، سجده و دعا.»

وقت نماز

امام باقر(ع) درباره نماز آگاهانه در پرتو آیه «والذین هم علی صلاتهم یحافظون» فرمود: «مقصود، نماز واجب است که در وقتش بخواند، حشش را بداند و کاری را بر آن مقدم ندارد که خداوند بی گناهی اش را می نویسد و عذابش نمی کند و هرکس نماز را در غیر وقتش بخواند و حق نماز را بجا نیاورد و کارهای دیگر را بر نماز ترجیح دهد سرانجامش با خداست. اگر خواست می آموزد و اگر نخواست عذاب می کند.»

امام (ع) فرمود: «حضرت موسی(ع) هنگام گفت وگو با خداوند چنین گفت: «خدای من پاداش آن کس که نماز را در وقتش خوانده و دنیا او را به خود مشغول نساخته چیست؟». خداوند فرمود: «ای موسی! آن چه خواسته به او می بخشم و بهشت را به او هدیه می کنم.»

قبله

امام باقر(ع) فرمود: «هنگامی که نمازگزار به قبله رو می کند به خداوند رحمان رو کرده است جز او خدایی نیست» و درباره ذکر خدا فرمود: «یادکردن خدا از اهل نماز، بالاتر از یادکردن اهل نماز از خداست. آیا نمی بینید خداوند می فرماید: «اذکرونی اذکرکم» یاد کنید مرا تا یاد کنم شما را؟

رکوع

امام (ع) فرمود: «هرگاه خواستی به رکوع بروی در همان حال که ایستاده ای، تکبیر بگو؛ سپس رکوع کن و سه بار آرام و شمرده بگو: خدایا برای تو رکوع کردم و تسلیم تو هستم و به تو ایمان آوردم و بر تو توکل کردم و تویی پروردگار من، دل، چشم، گوش، مو، پوست، گوشت، خون، استخوان، مغز و رگ و بی ام در برابر تو فروتن است. بی هیچ امتناع و سرکشی و درماندگی.» آن گاه بگو «سبحان ربی العظیم و بجمده» و فرمود: «هرکس در رکوع، سجود و قیامش بگوید: صلی الله علی محمد و آل محمد، خداوند پاداشی همچون رکوع و سجود، در قیام برایش می نویسد.»

قنوت

امام باقر(ع) فرمود: قنوت در هر نماز واجب و مستحب، مشروع است. رسول خدا (ص) می فرمودند: «بهترین نماز، نمازی است که قنوتش طولانی باشد. طول دادن قنوت در نماز، سختی های مرگ را کاهش می دهد» و فرمود: «همه قنوت ها با صدای بلند خوانده شود.»

نماز با نشاط

امام باقر(ع) فرمود: «سست و خواب آلود و سنگین به نماز نایست که این ها خوی منافقان است که خداوند در قرآن مؤمنین را از آن نهی فرموده «واذا اقاموا الی الصلاه قاموا کسالی یراون الناس و لایذکرون الله الا قلیلاً» و چون منافقان به نماز ایستند به سستی و بی نشاطی برخیزند و با مردم ریا می کنند و خدا را جز اندکی یاد نمی کنند. هنگامی که به نماز ایستاده ای به نمازت توجه کن و با دست و سر و ریشت بازی نکن، با خود حرف نزن، خمیازه مکش و دستان و سینه ات را کشیده و باز مکن، انگشتانت را مشکن که همه این ها کم گذاشتن از نماز است. رسول خدا(ص) در مسجد نشسته بود که مردی داخل شد و به نماز ایستاد ولی رکوع و سجده اش را کامل به جا نیاورد. پیامبر (ص) فرمود: «هم چون نوک زدن کلاغ، نوک زد! اگر این مرد بمیرد و نمازش این گونه باشد، بر غیر آیین من مرده است.»

چند حدیث از امام باقر

۱. «ان اول یحاسب علیه العبد الصلاه فان قبلت قبل ما سواها» نخسین چیزی که بنده در قیامت مورد سؤال قرار می گیرد، نماز است که اگر قبول شد بقیه اعمال قبول می شود.
۲. «ما من عبد من شیعتنا یقوم الی الصلاه الا اکتفنه بعدد من خالفه ملائکه یصلون خلفه و یدعون الله عزوجل حتی یفرغ من صلاته» هیچ بنده ای از شیعیان ما نیست که به نماز بایستد، مگر آن که به تعداد مخالفان او فرشتگان برگردش جمع شده، پشت سرش به نماز می ایستند و برای او در پیشگاه خدا دعا می کنند تا نمازش تمام شود.

منابع:

۱. الصلاه فی الكتاب و السنه، محمد ری شهری
۲. نماز و چهارده معصوم، سید محمود میرنوربخش



اهداف آموزشی

- امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه:
- ◀ اهمیت انجام مشاوره ژنتیک پیش از ازدواج را بیان کنند.
- ◀ علل اختلال‌های ژنتیک را بیان کنند.
- ◀ مراحل انجام مشاوره ژنتیک را توضیح دهند.
- ◀ هدف از انجام مشاوره ژنتیک قبل از ازدواج را توضیح دهند.
- ◀ مشاوره ژنتیک را تعریف کنند.

تحکیم زندگی با مشاوره ژنتیک پیش از ازدواج

مقدمه

قرآن کریم می‌فرماید: «از نشانه‌های قدرت و رحمت خدا این است که همسران شما را از جنس شما آفرید تا در کنار آن‌ها احساس آرامش کنید و میان شما محبت و رحمت قرار داد. به تحقیق در این نکته نشانه‌هایی است برای آن‌ها که می‌اندیشند.»

خانواده واحد تشکیل دهنده جامعه اسلامی است و ازدواج زیربنای این واحد است. افزایش آگاهی زوج‌ها پیش از ازدواج و در آستانه ازدواج از اقدام‌های بسیار مهم برای تقویت بنیان خانواده است. آموزش و مشاوره‌های هنگام ازدواج فرصتی مناسب است برای مطرح کردن مطالب لازم در زمینه‌های مختلف ارتباط زوج‌ها با محور قراردادن سلامت در ابعاد مختلف جسمی، ذهنی، اجتماعی و معنوی و بیان مسایل سلامت باروری که بر عقیده و رفتار جوانان در آستانه ازدواج تأثیرگذار است.



ترتیب نویسندگان از راست به چپ

◀ صدیقه حدادی

مری مرکز آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی اراک

◀ دکتر پری میر شفیعی

مدیر گروه بیماری‌های غیرواگیر
دانشگاه علوم پزشکی اراک

◀ حسین رضایی

کارشناس بیماری‌های ژنتیک
دانشگاه علوم پزشکی مشهد

◀ عشرت فیروزی

کارشناس آموزش بهورزی و رابط فصلنامه بهورز
دانشگاه علوم پزشکی مشهد

◀ ویداهاشمیان

کارشناس آموزش بهورزی و عضو هیأت تحریریه فصلنامه بهورز
دانشگاه علوم پزشکی مشهد



مشاوره

در هر ۸ دقیقه یک نوزاد معلول به دنیا می‌آید. تولد یک نوزاد معلول در خانواده‌ها هزینه‌های گزافی را بر خانواده و جامعه تحمیل می‌کند و آرامش و سلامت خانواده‌ها را به خطر می‌اندازد، با توجه به این که همیشه پیشگیری مقدم بر درمان است و هزینه کمتری نیز دارد، انجام مشاوره ژنتیک قبل از ازدواج اقدامی مؤثر برای ارتقای سطح سلامت و تحکیم بنیان خانواده است.

تاکنون حدود ۱۶ هزار بیماری ژنتیکی شناخته شده است. بیماری‌های ژنتیکی در کشورها و مناطق مختلف تنوع گسترده‌ای داشته و در کشور ما نیز به علت تعدد ازدواج‌های فامیلی و قومی از شیوع بسیار بالایی برخوردار است. در نتیجه مشاوره ژنتیکی به عنوان یکی از اولویت‌های جامعه مطرح است.

مشاوره ژنتیک چیست؟

مشاوره ژنتیک در واقع شاخه‌ای از ژنتیک پزشکی است که به بررسی احتمال بروز بیماری‌های ژنتیکی و ارابه راهکارهای مناسب جهت جلوگیری از تکرار بیماری با هدف آینده و نسلی سالم می‌پردازد.

ازدواج هر دو فرد غیر فامیل نیز احتمال خطری در حدود ۲ تا ۳ درصد دارد. این احتمال در ازدواج با خویشاوندان، بالاتر بوده و برحسب درجه خویشاوندی متفاوت است. اگر چه بیشتر متخصصان ژنتیک به شرط وجود سابقه خانوادگی عاری از بیماری‌های وراثتی، برای ازدواج خویشاوند درجه سه به بالا مانعی نمی‌بینند ولی تا حد امکان، بهتر است قبل از ازدواج در هر مورد با متخصص ژنتیک مشورت شود. از اصلی‌ترین اهداف مشاوره ژنتیک، مشخص کردن خطر ابتلا یا تکرار یک بیماری ارثی در هر حاملگی است.

مشاوره ژنتیک شامل تلاش فرد یا افراد آموزش دیده در جهات زیر است:

۱. تفهیم واقعیت‌های پزشکی شامل تشخیص، سیر بیماری و درمان‌های در دسترس
۲. تعیین نقش توارث در ایجاد بیماری و تعیین احتمال بروز دوباره آن
۳. فهم راه‌های مختلف برخورد با احتمال بروز بیماری
۴. گرفتن تصمیم مناسب با در نظر گرفتن احتمال بروز بیماری، ارزش‌ها و معیارهای اخلاقی خانواده
۵. کمک به اعضای خانواده درگیر بیماری برای تطابق با مسأله

هدف از مشاوره ژنتیکی

- ◀ کمک به شناخت بهتر بیماری ژنتیکی، نشانه‌ها و روش‌های تشخیصی، پیش‌بینی و کنترل بهتر نشانه‌های بیماری
- ◀ جلوگیری از ابتلا یا تکرار بیماری
- ◀ پیشنهاد راهکارهای مناسب مانند تشخیص پیش از تولد منطبق بر اصول، ارزش‌ها و اعتقادات خانواده

علل اختلال‌های ژنتیکی

۱. نقایص ژنی: در این بیماری‌ها، اختلال‌های ژنتیکی از طریق به ارث رسیدن یک ژن معیوب از پدر، مادر یا هر دو به وقوع می‌پیوندد. مانند کم خونی داسی شکل، هموفیلی، کوررنگی.

۲. اختلال‌های کروموزومی: این بیماری‌های ژنتیکی به علت اختلال در ساختمان یا تعداد کروموزم‌ها ایجاد می‌شوند. شایع‌ترین اختلال کروموزومی سندرم داون یا منگولیسیم است. با افزایش سن مادر، احتمال این اختلال بیشتر می‌شود، به طوری که در یک خانم ۲۰ ساله احتمال به دنیا آوردن فرزند مبتلا به منگولیسیم حدود یک در ۲۰۰۰ و در خانم ۴۰ ساله یک در ۱۰۰ است.

تفاوت بین اختلال ژنتیکی و اختلال مادرزادی

اختلال ژنتیک، یک ناتوانی است که به علت تغییر یا ایجاد فرم غیرطبیعی در قسمتی از یک ژن یا همه آن اتفاق می‌افتد. اختلال‌های ژنتیکی می‌توانند به سایر اعضای خانواده از طریق ارث منتقل شوند.

اختلال مادرزادی نیز یک ناتوانی است که به طور مادرزادی و از دوران داخل رحمی شروع می‌شود و نوزاد با بیماری، اختلال و ناهنجاری متولد می‌شود که می‌تواند ژنتیکی یا اکتسابی باشد.

مرکز مشاوره ژنتیک

مرکزی است که در آن خدمات مشاوره ژنتیک با حضور پزشک متخصص یا پزشک عمومی و کارشناسی که دوره آموزشی مشاوره ژنتیک را گذرانده‌اند، ارائه می‌شود. در صورت نیاز به انجام دادن آزمایش‌های تخصصی مراجعان به آزمایشگاه‌های معتبر معرفی می‌شوند تا پس از آماده شدن جواب آزمایش‌ها توصیه‌های لازم و نهایی به وسیله مشاور ژنتیک مرکز به مراجعان ارائه شود.

چه کسانی باید برای مشاوره ژنتیک مراجعه کنند؟

مشاوره ژنتیک قبل از ازدواج، قبل از بارداری، در دوران بارداری و برای افراد دارای فرزند مبتلا و بیماری‌هایی با بروز دیررس (سرطان‌های فامیلی، بیماری‌های تخریب‌کننده اعصاب و...) در موارد ذیل توصیه می‌شود:

- ◀ نگرانی از خطر بروز مکرر یک بیماری فامیلی
- ◀ افرادی که قصد ازدواج فامیلی دارند.
- ◀ ممکن است زوج مراجعه‌کننده حتی فامیل نباشند ولی در خانواده آن‌ها کودک یا فردی با معلولیت و اختلال ژنتیکی وجود داشته باشد.
- ◀ سابقه عقب ماندگی ذهنی در خانواده یا بستگان نزدیک
- ◀ کوتولگی و اختلال رشد یا افرادی که در خانواده خود دچار این گونه نقایص هستند.
- ◀ سابقه اختلال‌های سوخت‌وساز مواد در افراد خانواده مانند بیماری فنیل کتونوری
- ◀ حاملگی در سنین بالاتر از ۳۵ سال
- ◀ بیماری‌های عصبی مزمن، سرطان، دیابت و بیماری‌های قلبی در فرد یا افراد خانواده
- ◀ کسب اطمینان از ناقل نبودن یک بیماری ژنتیکی شایع در جمعیت (مثل تالاسمی، هموفیلی، کم‌خونی داسی شکل و...) ◀ تشخیص، تقاضا و احساس نیاز فرد برای انجام مشاوره

مدارک لازم برای مشاوره ژنتیک

- ◀ اطلاعات کامل پزشکی از افراد خانواده درجه اول، دوم و سوم
- ◀ همه مدارک پزشکی و آزمایش‌های انجام شده مربوط به افرادی که قصد مشاوره ژنتیک دارند
- ◀ اطلاعات کامل پرونده پزشکی و نام بیماری افراد مبتلا به بیماری در خانواده

نتیجه‌گیری

با توجه به اهمیت موضوع و تأثیر آن بر سلامت خانواده و جامعه، به‌ورزان به افرادی که قصد ازدواج دارند و با تأکید بیشتر به افرادی که در خانواده آنان افراد مبتلا به بیماری‌های ارثی وجود دارند و نیز کسانی که در انتظار فرزند هستند یا نگران تکرار یک بیماری ارثی در خانواده هستند، توصیه کنند به مشاور ژنتیک مراجعه کنند و بهترین زمان برای انجام مشاوره ژنتیک قبل از ازدواج است.

پیشنهادها

- ◀ ادغام مشاوره ژنتیک قبل از ازدواج در مراقبت‌های اولیه بهداشتی
- ◀ آموزش مشاوره ژنتیک به همکاران بهداشتی درمانی و به‌ورزان به عنوان گامی مؤثر در ارتقای سطح بهداشت جامعه

منابع

۱. ازدواج و مبانی اسلامی روابط عاطفی و اجتماعی، روابط زناشویی، باروری سالم، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی معاونت بهداشت، دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس اداره باروری سالم
۲. اصول پایه مشاوره ژنتیک برای کارشناسان نظام سلامت، دکتر پانته آ ایزدی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی معاونت بهداشتی، مرکز مدیریت بیماری‌های غیرواگیر، اداره ژنتیک
۳. نشریات کلینیک مشاوره ژنتیک مرکز تحقیقات ژنومیک دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۴. سازمان جهانی بهداشت، مترجم: دکتر اشرف سموات
۵. دستورالعمل کشوری ژنتیک اجتماعی ویرایش خرداد سال ۹۴
۶. کتابچه مشاوره ژنتیک سلامتی و خانواده مخصوص به‌ورزان تهیه شده توسط مرکز مشاوره ژنتیک جهاد دانشگاهی مشهد



اهداف آموزشی

- امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه:
- ◀ مراحل مدیریت خطر بلایا را نام ببرند.
- ◀ نقش بهورز با توجه به برنامه DART در مقابله با بلایای طبیعی را توضیح دهند.
- ◀ نقش مردم را در مقابله با بلایای طبیعی با توجه به ارزیابی خطر غیر سازه‌ای توضیح دهند.

نقش مردم و بهورز در مقابله با بلایای طبیعی

مقدمه

وقوع حوادث و بلایای طبیعی را می‌توان از مهم‌ترین دغدغه‌ها و نگرانی‌های زندگی بشر به ویژه مردم کشورهای در حال توسعه دانست. کشور ایران یکی از ۱۰ کشور بلاخیز دنیا به شمار می‌رود. این امر به دلیل موقعیت جغرافیایی و خصوصیات توپوگرافیک مکان نمایی ایران و آسیب پذیری بالای سازه‌ای و غیرسازه‌ای ساختمان‌هاست که به دنبال حوادث طبیعی، منجر به مرگ و صدمات بی‌شمار می‌شود. سالانه بر اثر بلایای طبیعی در ایران عده زیادی کشته می‌شوند و حدود ۱/۵ میلیون نفر تحت تأثیر قرار می‌گیرند. با وجود همه اقدام‌های ارزشمندی که سازمان‌های مختلف انجام داده‌اند، سطح آمادگی خانوارهای ایرانی در برابر بلایا تنها حدود ۸ درصد است. این درحالی است که بنا به تجربیات کشور خودمان و همچنین تجربیات بین‌المللی، مردم دارای نقش بسیار مهمی در کاهش خطر بلایا و حفظ خود و اطرافیان در زمان وقوع بلایا هستند. سازمان‌های امدادگر هر چقدر هم که آماده باشند، چنانچه فرد از



ترتیب نویسندگان از راست به چپ

◀ احمد رضا صبوحی

مریی مرکز آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی سبزوار

◀ رضا تسبندی

مدیر خطر بلایا
دانشگاه علوم پزشکی سبزوار

◀ نرگس حضرتیان

مریی مرکز آموزش بهورزی کبودرآهنگ
دانشگاه علوم پزشکی همدان

◀ مریم ایرانیپور

مریی آموزش بهورزی هسته آموزشی
دانشگاه علوم پزشکی همدان



خانوار و...».

خطر چیست؟

هر چقدر احتمال یک مخاطره و شدت آن بیشتر باشد ولی آمادگی مان کمتر باشد، احتمال این که کشته یا مجروح شویم یا اموال مان آسیب ببینند، بیشتر است. در این صورت می‌گوییم ما با خطر بالایی مواجه هستیم. مثلاً اگر محل زندگی ما روی گسل باشد، دیوار خانه مان مقاوم نباشد، وسایل محکم به دیوارها وصل نشده باشند و کیف اضطراری مان در دسترس نباشد، خانواده ما در معرض خطر بالا قرار دارد.

مدیریت خطر بلایا چیست و چند مرحله دارد؟

مدیریت خطر بلایا عبارت است از اقدام‌هایی که برای کاهش خطر یا افزایش آمادگی در برابر مخاطرات انجام می‌دهیم و شامل ۴ مرحله است: پیشگیری، آمادگی، پاسخ، بازسازی و بازسازی.

نقش بهروز در مقابله با بلاهای طبیعی

با توجه به استقرار نظام شبکه در کشور که وظیفه تأمین و دسترسی آسان مردم به گسترده‌ترین و اساسی‌ترین نیازهای بهداشتی را با در نظر گرفتن اطلاعات اقلیمی و جمعیتی قابل دسترس به عهده دارد و در این نظام با ارتباط سیستماتیک بین سطوح نظام شبکه، امکان برقراری ارتباط در کوتاه‌ترین زمان ممکن با واحدهای محیطی فراهم است، لذا اولین واحد محیطی در مناطق روستایی خانه‌های بهداشت هستند که وظیفه تأمین خدمات سلامت را برای روستاییان برعهده دارند و در زمان وقوع بلایا می‌توانند وارد عمل شوند و در کاهش آسیب‌ها در مناطق روستایی نقش ارزنده ای داشته باشند. در این راستا^۱ DART و^۲ SARA برنامه‌های مربوط به ارتقای سطح دانش و مهارت خانوارها به ویژه بهروزان در کاهش اثرات بلایای طبیعی است. طی این برنامه کارکنان باید

روش‌های خود مراقبتی در حین بلایا، انجام مانور پناهگیری، تخلیه ایمن، تهیه کیف اضطراری، اطفای حریق و غیره مطلع نباشد یا برای آن‌ها تمرین نکرده باشد، کماکان با آمار بالای تلفات مواجه خواهیم بود.

مخاطره چیست؟

مخاطره اتفاق فیزیکی یا پدیده ای است که می‌تواند بالقوه خسارت‌زا باشد، البته نه الزاماً! این خسارت می‌تواند جانی، مالی یا عملکردی باشد.

انواع مخاطرات

۱. مخاطرات طبیعی که خود به سه دسته زیر تقسیم می‌شوند:

- ◀ با منشأ زمینی مانند زلزله، آتش فشان، سونامی
- ◀ با منشأ آب و هوایی مانند سیل، طوفان، خشکسالی، رانش زمین
- ◀ با منشأ زیستی مانند اپیدمی گسترده بیماری‌ها (وبا، آنفلوانزا و...)

۲. مخاطرات انسان ساخت: که منشأ آن‌ها فعالیت‌های بشر است. مانند آلودگی‌های صنعتی، انتشار مواد هسته‌ای و رادیواکتیو، زباله‌های سمی، شکستن سدها، حوادث حمل و نقل، صنعتی، انفجار و آتش‌سوزی.

آسیب پذیری چیست؟

آسیب‌پذیری همان شرایطی است که باعث می‌شود ما در اثر یک مخاطره آسیب ببینیم. مثلاً زلزله خود به خود بد نیست، بلکه مقاوم نبودن ساختمان ما آن را خطرناک می‌کند.

در چهار زمینه زیر می‌توانیم آسیب‌پذیر باشیم:

۱. آسیب‌پذیری سازه‌ای: مثل مقاوم نبودن دیوارها و ترک داشتن سقف‌ها
۲. آسیب‌پذیری غیر سازه‌ای: مثل محکم نبودن کمد به دیوار، فرسوده بودن سیم‌های برق، بسته بودن مسیرهای خروج اضطراری و غیره
۳. آسیب‌پذیری فردی: مثل سالمند بودن، بارداری بودن، کودک بودن، معلول بودن و بیمار بودن
۴. آسیب‌پذیری عملکردی: مثل نداشتن برنامه تخلیه، نداشتن کیف اضطراری و غیره

ظرفیت چیست؟

ظرفیت «عبارت از عوامل مثبتی است که توانایی ما را برای مقابله با مخاطرات افزایش می‌دهند. مثل داشتن اطلاعات کافی، وجود کیف اضطراری در خانه، انجام مانور زلزله در

این توانایی‌هایی را برای کاهش اثرات بلایای طبیعی در فازهای قبل، حین و بعد از وقوع مخاطرات و بلایا به دست بیاورند.

لازم به توضیح است که با توجه به دستورالعمل اجرای برنامه DART :

◀ هر خانوار در هر سال، یک بار مورد ارزیابی و آموزش قرار می‌گیرد.

◀ ارزیابی بر اساس فرم ارزیابی و آموزش بر اساس دستورالعمل آموزش خانوار انجام می‌شود.

◀ در هر سال ابتدا فرم ارزیابی سامانه الکترونیک تکمیل شده و سپس آموزش داده می‌شود. فرم ارزیابی در پرونده خانوار قرار می‌گیرد.

توجه: ارایه آموزش تنها پس از انجام ارزیابی انجام خواهد گرفت. ◀ گروه هدف برنامه همه اعضای خانواده هستند ولی با توجه به اهمیت نقش زنان در خانواده، این گروه در اولویت هستند.

◀ گزارش برنامه‌های بلایای مرکز به کارشناس مسؤول مدیریت و کاهش خطر بلایای مرکز بهداشت شهرستان ارسال می‌شود.

◀ پایش و نظارت هر مرکز و پاسخگویی به سؤالات، به عهده مرکز سطح بالاتر است.

نقش مردم در مقابله با بلایای طبیعی

هر خانوار باید حداقل یک بار در سال، ترجیحاً هر ۳ ماه یک بار، دور هم جمع شوند و درباره مسایل زیر بحث و گفت‌وگو کنند:

چه مخاطراتی خانوار را تهدید می‌کنند؟

مهم‌ترین مخاطرات کدامند؟

خانواده باید چه راه‌هایی را برای آمادگی در برابر مخاطرات در پیش بگیرد؟

دقت کنید که در این جلسه باید همه اعضای خانوار حضور داشته باشند، شامل پدر، مادر، فرزندان، پدربزرگ و مادربزرگ و هر کس دیگری که با آن خانواده زندگی می‌کند.

نقشه خطر

امروزه یکی از مباحث مهم در پیشگیری از بحران، به‌طور خاص وجود نقشه خطر است. نقشه‌های خطر برای پیشگیری از بحران با استفاده از برخی نمونه‌های واقعی و اجرای مانورها و سناریوها در نقاط خطر که معمولاً یک بحران در نقطه تماس بین فعالیت‌های اجتماعی و پدیده‌های طبیعی از مقیاس غیرمعمول رخ می‌دهد، کاربرد دارد. بلایای طبیعی در مقیاس

بزرگتر ممکن است تأثیر جدی بر جامعه و اقتصاد گذاشته و منجر به کاهش قابل توجه سرمایه‌های ملی شود. پیشگیری از بحران باید یکی از مهم‌ترین سیاست‌های دولت یک کشور باشد. ضروری است که نحوه ایجاد این پدیده‌ها و برخورد با آن‌ها را درک کنیم تا بتوانیم اثرات این پدیده‌ها را کاهش و توانایی‌مان را در رویارویی با آن‌ها افزایش دهیم. ما نیاز به مقیاس‌هایی برای جلوگیری از بحران داریم در برنامه‌های اداره مدیریت خطر بلایا که در سطح یک، نظام شبکه به‌عنوان یک برنامه کشوری اعلام شده است «برنامه نظام مراقبت وقوع و پیامدهای بلایا» (Disaster Surveillance System = DSS) به‌عنوان زیرساخت تولید نقشه‌های خطرکارایی مفیدی دارد. این برنامه با تولید اطلاعات در زمینه شناخت آن‌ها در ۵ دسته از مخاطرات زمین‌شناختی، آب و هوایی، اجتماعی، زیستی و فنارزاد بر روی نقشه‌های جغرافیایی احصا می‌شود که بدون شک با بکارگیری آن‌ها در برنامه عملیاتی پاسخ در زمان بلایا و همچنین سطوح برنامه‌ریزی در احداث تسهیلات بهداشتی درمانی کارایی مفید خود را نشان می‌دهد، به این نقشه‌ها، نقشه خطر محله نیز گفته می‌شود. در نوع دوم نقشه‌های خطر که مربوط به داخل اماکن زیستی یا اداری است، تهیه نقشه داخلی امکان‌ها و شناسایی نقاط امن و ناامن از نظر سازه‌ای و غیرسازه‌ای، این نقاط مشخص شده و سپس با نشانه‌های مثبت و ضریب بر روی آن مشخص می‌شود و با ساکنان آن مکان طی جلسه‌ای این نقاط معرفی و تمرین می‌شود.

ارزیابی خطر سازه‌ای

مهم‌ترین عامل مرگ در بلایای طبیعی در ایران، تخریب ساختمان‌های غیرمقاوم است؛ لذا ضروری است نظام سلامت در این باره چاره‌ای بیندیشد. راهبرد ممکن در این زمینه افزایش دانش خانوارها است.

سازه هر منزل عبارت است از دیوارها، سقف‌ها و ستون‌ها. لازم است مقاومت سازه هر منزل در برابر مخاطرات مهم، به خصوص زلزله، سیل و طوفان، توسط یک فرد متخصص سنجیده شود. توصیه می‌شود این کار سالانه تکرار شود. در صورتی که به نظر یک متخصص، منزل شما از مقاومت لازم برخوردار نیست، اقدام به مقاوم‌سازی آن کنید. البته بهتر است در زمان خرید یا ساخت منازل معیارهای مقاومت در برابر بلایا به دقت سؤال و رعایت شود. مهم‌ترین محدودیت مقاوم سازی منازل، هزینه‌گران آن و توان ناکافی مهندسی در منطقه است. اما با آگاه‌سازی خانوارها و افزایش تقاضا این مسأله به یک نیاز تبدیل شده و باید بتدریج ظرفیت‌سازی انجام شود.

ارزیابی خطر غیرسازه‌ای

علاوه بر تخریب ساختمان‌های غیرمقاوم، عوامل غیرسازه‌ای از علل مرگ و مصدومیت ناشی از بلایای طبیعی در ایران هستند. عوامل غیرسازه‌ای در یک منزل عبارتند از هر قسمتی غیر از سقف، دیوار و ستون. به عبارت دیگر همه لوازم منزل، اشیای دکوری، شیشه‌ها، درها، تأسیسات آب، برق و گاز و غیره در گروه عوامل غیرسازه‌ای قرار می‌گیرند. هر عامل غیرسازه‌ای می‌تواند در صورت جابه‌جا شدن، پرتاب شدن، شکستن یا مسدود کردن مسیرهای خروج منجر به مرگ یا مصدومیت شود. پس لازم است هر خانوار عوامل غیرسازه‌ای را که ممکن است در اثر زلزله و حوادث دیگر جابه‌جا یا پرتاب شود، بشکند یا مسیر خروج را مسدود کند، شناسایی و برای حل آن بکوشند.

راهکارهای کاهش آسیب پذیری غیرسازه‌ای عبارتند از:

حذف عامل: مثلاً حذف اشیای دکوری غیرضروری

جابه‌جا کردن عامل: مانند جابه‌جا کردن یک گلدان سنگین از بالای کمد، قرار دادن اشیای سنگین و خطرناک در طبقات پایینی کابینت‌ها، برداشتن تخت بچه از کنار یک شیشه بزرگ.

محکم کردن عامل در جای خود: مانند محکم کردن کمدها یا بوفه دکوری به دیوار، نصب قفل به در کابینت‌ها، لمینت کردن شیشه‌ها.

تغییر شکل عامل: مثلاً تغییر درها به گونه‌ای که همواره به بیرون باز شوند چون گیرکردن در پشت در بسته، باعث مرگ و زیرآوارماندن بسیاری از هموطنان عزیزمان شده است.

نصب سامانه‌های هشدار اولیه: مانند نصب هشداردهنده‌های دود آتش در منزل و قرار داشتن خانوار در برنامه

هشدار اولیه مخاطرات مهم آب و هوایی مانند سیل و طوفان تعمیر تأسیسات: با بررسی فرسودگی سیم‌های برق، لوله‌ها و شیرهای گاز و تعمیر آن‌ها

توجه: با اینکه کاهش آسیب پذیری عوامل غیرسازه‌ای کم یا بدون هزینه است اما به مقدار زیادی از خطر مرگ و صدمات می‌کاهد.

ارزیابی عملکردی

مهم‌ترین مسأله برای خانوار در ارزیابی عملکردی تهیه کیف اضطراری خانواده است که محتویات آن شامل: جعبه کمک‌های اولیه، پول، مدارک مهم (شناسنامه، اسناد زمین، ...)، مواد غذایی خشک/کنسرو، کنسروباژکن، وسایلی مانند چاقو، طناب و...، آب، رادیو با باتری اضافه، چراغ قوه با باتری اضافه، سوت، وسایل ویژه نوزادان/ سالمندان/ بیماران، وسایل زنان (نوار بهداشتی، قرص ضدبارداری)، کفش محکم، لباس گرم، زیر، ... و آن چه که برای فرد عزیز است.

نتیجه‌گیری

با توجه به آموزش‌هایی که به‌روزان در زمینه‌های مختلف بهداشتی درمانی دیده اند و شناختی که از منطقه تحت پوشش خود دارند، انتظار می‌رود نقش قابل توجهی در زمینه مقابله با بلایای ایفا کرده و بتوانند در مرحله قبل از وقوع بلایا با انجام آموزش و آگاه‌سازی مردم و بازدید از منازل و تکمیل فرم بررسی آمادگی خانوار در برابر بلایا و با کمک به تیم‌های امداد رسان در حین و پس از وقوع بلایا در کاهش آسیب‌های ناشی از بلایا مؤثر واقع شوند. همچنین مردم می‌توانند با توجه به آموزش‌های آرایه شده و انجام آن‌ها و کاهش خطرات غیرسازه‌ای در این زمینه قدم مفیدی بردارند.

پیشنهاد

فرآیند کاهش آسیب پذیری عوامل غیرسازه‌ای کم یا بدون هزینه است و به مقدار زیادی از مرگ و صدمات می‌کاهد. به‌روزان می‌توانند در روستای خود با انجام اقدام‌های غیرسازه‌ای در خانه بهداشت و منزل خود به عنوان الگو در منطقه تحت پوشش خود عمل کنند. برای این که مطمئن شویم یک خانواده همه آموزش‌ها را فرا گرفته و می‌تواند دانسته‌هایش را در هنگام وقوع بلایا به کار گیرد باید یک مانور را اجرا و ارزشیابی کنیم و در این امر مشارکت همه اعضای خانواده را جلب کنیم.

منابع

۱. برنامه مدیریت و کاهش خطر بلایا. دفتر مدیریت و کاهش خطر بلایا
۲. کتاب برنامه ملی پاسخ نظام سلامت در بلایا و فوریت‌ها، مؤلف دکتر علی اردلان و دیگران
۳. مجموعه شرح وظایف دفتر مدیریت خطر بلایا، هما یوسفی، دفتر مدیریت و کاهش خطر بلایا
۴. جاوید، مهدی «اطلاع‌رسانی برای آمادگی در شرایط اضطراری: راهبردهایی برای بازتوانی مردم در برابر فجایع» سازمان پیشگیری و مدیریت بحران شهر تهران

پاورقی

1. DART: Disaster Assessment of Readness And Training
برنامه آموزش ارزیابی و آمادگی خانوار
2. SARA: Disater Safety And Risk Assessment
برنامه ارزیابی، ایمنی و خطر بلایای واحدهای بهداشتی



اهداف آموزشی

امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه:

- ◀ روش‌های صحیح نگهداری و پخت سبزی‌ها را بیان کنند.
- ◀ روش‌های صحیح نگهداری و پخت مواد پروتئینی را بدانند.

روش صحیح نگهداری و پخت سبزی‌ها و مواد پروتئینی

مقدمه

سبزی‌ها به دلیل داشتن ویتامین‌ها، مواد معدنی، آنتی‌اکسیدان‌ها و همچنین دارا بودن فیبر و خاصیت اثربخشی که روی دستگاه گوارش دارند، به کاهش فشارخون، قند و کلسترول بد خون کمک می‌کنند؛ لذا مصرف روزانه آن از سوی پزشکان بسیار توصیه شده است. پروتئین‌ها عناصر سازنده سلول زنده هستند که از واحدهای اسید آمینه تشکیل شده‌اند. اسیدهای آمینه مورد نیاز بدن از طریق خوردن مواد غذایی محتوی پروتئین وارد بدن می‌شوند که به دو دسته پروتئین‌های گیاهی (نان، غلات، حبوبات و...) و حیوانی (تخم مرغ، لبنیات، گوشت، مرغ، ماهی و...) تقسیم می‌شوند. ارزش بیولوژیک منابع حیوانی به دلیل داشتن درصد بیشتری اسید آمینه ضروری بالاتر است.

اصول و روش‌های نگهداری مواد غذایی

مواد غذایی در هنگام نگهداری ممکن است به اشکال مختلفی دستخوش تغییر و فساد شوند، این فساد می‌تواند بر طعم، رنگ، بافت، کیفیت بهداشتی و ارزش تغذیه‌ای اثر بگذارد. در مواد غذایی اجزای حساس و بسیار آماده برای انجام واکنش‌های زیان آور وجود دارند که به سادگی ممکن است تحت عوامل محیطی نظیر حرارت، اکسیژن، نور، میکروارگانیسم‌ها و رطوبت قرار گیرند و دچار تغییرات نامناسب شوند. امروزه به نگهداری مواد غذایی در حد گسترده‌ای توجه می‌شود.

میکروب‌ها با آنزیم‌های خود سبب کاهش کیفیت و فساد مواد غذایی می‌شوند. اما ماده غذایی هم دارای آنزیم‌هایی است که می‌توانند در شرایط نامناسب نگهداری سبب فساد و نابودی ماده غذایی شوند. برای نگهداری خانگی مواد غذایی بهترین روش انجماد است که طی انجماد هیچ میکروارگانیسمی رشد نمی‌کند و ویتامین‌ها و مواد مغذی بهتر حفظ می‌شوند، اگر انجماد سریع اتفاق بیفتد و کریستال‌های یخ تشکیل شده ریزتر باشند، آسیب وارد شده به



ترتیب نویسندگان از راست به چپ

◀ افسانه یوسفی

مربی مرکز آموزش بهورزی گچساران
دانشگاه علوم پزشکی کهگیلویه و بویراحمد

پروتئین‌ها و چربی‌ها و بافت ماده غذایی کم‌تر اتفاق می‌افتد. البته شرایط یخ‌زدایی نیز بسیار مهم است که اگر یخ‌زدایی آرام انجام شود، آسیب کمتری به ماده غذایی وارد می‌شود، در نتیجه آب و ویتامین‌های محلول در آب کمتری از آن خارج می‌شود.

سبزی‌های خام ۶ تا ۸ ماه، سبزی‌های پخته ۳ ماه، گوشت قرمز ۶ ماه، مرغ ۴ ماه و ماهی ۲ ماه قابل نگهداری در فریزر هستند. از میان سبزی‌ها آن‌هایی که دارای نیترات زیاد هستند مثل اسفناج، نباید سرخ یا پخته شوند و بعد در فریزر قرار بگیرند چون در اثر سرخ‌کردن و پختن با تغییراتی که در نیترات به وجود می‌آید؛ سبزی، سرطان‌زا می‌شود. به همین دلیل سبزی‌ها به خصوص سبزی‌های دارای نیترات باید تا حد امکان تازه مصرف شوند.

برای نگهداری دراز مدت سبزی‌ها در مصارف خانگی باید آن‌ها را در حد چند دقیقه در آب گرم یا بخار حرارت داده و سپس فریز کرد در این صورت علاوه بر طعم، ارزش تغذیه‌ای آن نیز حفظ می‌شود.

یکی از کاربردی‌ترین و مهم‌ترین روش‌های نگهداری مواد غذایی از جمله سبزی برای مدت طولانی، خشک‌کردن است که بر اساس حذف یا کاهش رطوبت ماده غذایی انجام می‌شود. خشک‌کردن، مدت نگهداری سبزی را طولانی‌تر می‌کند. انواع سبزی‌های برگی را می‌توان با این شیوه نگهداری کرد. با توجه به این که فریزکردن ممکن است در دسترس همه نباشد و در فصول سرد نیز دسترسی به سبزی تازه در بعضی مناطق به خصوص مناطق روستایی امکان‌پذیر نیست، شیوه خشک‌کردن بهترین روش نگهداری سبزی‌ها به شمار می‌رود. اگر خشک‌کردن با شرایط صحیح انجام شود؛ میزان ارزش غذایی و طعم و مزه آن حداقل آسیب را می‌بیند. سبزی‌های برگی باید همراه با ساقه در محلی که جریان هوا دارد؛ اما دور از نور مستقیم خورشید و به صورت دسته‌ای و واژگون (ساقه‌ها بالا و برگ‌ها در پایین) خشک شوند تا هم‌رنگ، هم طعم و هم ارزش‌های غذایی آن حفظ شود. پس از خشک‌کردن، سبزی‌ها در ظروف شیشه‌ای در بسته در محلی تاریک و خنک نگهداری شود.

میوه‌ها و سبزی‌ها منبع قابل توجهی از ویتامین‌ها و مواد معدنی و فیبر بوده و در رژیم غذایی انسان‌ها حایز اهمیت هستند. با این حال میوه‌ها و سبزی‌ها به دلیل استفاده نادرست از آفت‌کش‌های شیمیایی می‌توانند منبع موادمسمی خطرناک هم باشند؛ در نتیجه مصرف‌کنندگان به طور مستقیم غذایی را مصرف می‌کنند که دارای غلظت زیادی از انواع آفت‌کش‌ها هست و همچنین سبزی‌های خام، عامل انتقال میکروارگانیسم‌های بیماری‌زا مانند باکتری، ویروس و انگل‌ها هستند که نوع آبیاری و منبع آبیاری در آن نقش بسیار دارد. در این زمینه، آلودگی سبزی‌های برگ‌پهن مانند کاهو از دیگر سبزی‌ها بیشتر است. بنابراین سبزی‌های برگ‌سبز و میوه‌ها را قبل از مصرف با دقت و بر اساس توصیه‌های وزارت بهداشت به شیوه مرحله‌ای بشوید تا انگل‌زدایی و ضدعفونی شوند.

میوه‌های رسیده را نباید در کیسه پلاستیکی نگه داشت چون از خود گاز اتیلن متصاعد می‌کنند که باعث لهیدگی میوه می‌شود، ولی میوه‌های نارس را می‌توان در کیسه پلاستیکی نگه داشت تا عمل رسیدگی تسریع شود. سبزی‌های برگ‌سبز را نیز باید شسته و آب لابه‌لای برگ‌ها را خشک کرده و در ظرف در بسته یا کیسه پارچه‌ای درون یخچال قرار داد.

می‌دانیم نیترات و نیتريت که به دلیل استفاده از کودهای شیمیایی از طریق خاک وارد محصولات کشاورزی می‌شوند، سلامت انسان را به خطر می‌اندازند. تحقیقات نشان داده‌اند که سرخ کردن سبزی‌ها باعث افزایش نیترات و نیتريت آن می‌شود در حالی که سبزی‌های بخار پز این مشکل را ندارند. همچنین سبزی‌ها منبع مناسبی برای ویتامین C هستند که این ویتامین به گرما و حرارت بشدت حساس است.

بیشترین کاهش ویتامین C در سیب زمینی و پیاز با استفاده از روش آب‌پز و سرخ‌کردن سطحی است. برای حفظ بیشتر ویتامین C باید شیوه آب‌پزکردن با پوست برای سیب‌زمینی و بخارپزکردن پیاز را به کار برد. برای حفظ ویتامین C در اسفناج و شنبلیله، بهتر است بدون آب و با حرارت کم پخته شود. در روش‌های آب‌پزکردن مواد غذایی، اگر از روش پخت مناسب، مانند بخارپزکردن استفاده شود و آب پخت آن نیز در مواد غذایی استفاده شود، درصد کاهش مواد مغذی اندک خواهد بود. مواد پروتئینی مانند شیر و لبنیات و انواع گوشت سفید و قرمز، تخم‌پرنده‌گان، حبوبات، مغزها و دانه‌ها برای تأمین پروتئین مورد نیاز بدن ضروری است. امروزه به دلیل رشد جمعیت و نیاز به تأمین غذای بیشتر، متأسفانه از داروها و آنتی‌بیوتیک‌ها در حجم وسیع استفاده می‌شود، که مواد غذایی را برای استفاده نامطمئن می‌سازد و به همین دلیل استفاده از غذاهای ارگانیک توصیه می‌شود.

فریزکردن و انجماد یک روش مناسب برای نگهداری طولانی مدت گوشت است. هرچند که مقادیر جزئی از مواد مغذی مثل املاح، پروتئین‌ها و ویتامین‌های محلول در آب طی روند خارج کردن گوشت از انجماد از بین می‌روند؛ اما گوشت، عمده خواص فیزیکی مثل طعم، بو و بافت و ارزش غذایی‌اش را حفظ می‌کند. دمای فریزر باید سردتر از ۱۷- درجه سانتی‌گراد باشد. بسته‌بندی مناسب و مطمئن ضمن ممانعت از تبادلات هوا و رطوبت، گوشت را در مقابل سوختگی ناشی از انجماد محافظت می‌کند.

در یک پژوهش دو روش آب‌پزکردن و میکروویو را با هم مقایسه کردند که روش آب‌پزکردن باعث کاهش بیشتر آنتی‌بیوتیک شد، اما این‌طور نیست که با پخت کاملاً حذف شوند. در صورت استفاده از آنتی‌بیوتیک‌ها در تولید مرغ، آنتی‌بیوتیک‌ها در جگر مرغ تجمع پیدا می‌کند، بنابراین توصیه می‌شود از جگر مرغ کمتر استفاده شود.

نتیجه‌گیری

برای داشتن یک تغذیه سالم، دانستن اصول نگهداری و پخت مواد غذایی از مراحل ابتدایی آن شامل شست‌وشوی صحیح، انجماد، رعایت دما، زمان حرارت و پرهیز از سرخ‌کردن بی‌رویه مواد غذایی، الزامی است.

منابع

۱. کتاب اصول تکنولوژی نگهداری مواد غذایی، دکتر حسن فاطمی (عضو هیأت علمی دانشکده فنی دانشگاه تهران)
۲. کتاب بهداشت و ایمنی مواد غذایی، دکتر سوسن محمودی، دکتر پریسا تریایی، دفتر بهبود تغذیه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی



اهداف آموزشی

- امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه:
- انواع دیابت و مشخصات هر کدام را توضیح دهند.
- نحوه پیشگیری و کنترل دیابت را شرح دهند.

خودمراقبتی و تأثیر ورزش در پیشگیری، کنترل و کاهش عوارض دیابت سبک زندگی ات را اصلاح کن!

مقدمه

بر اساس نتایج پژوهش‌های علمی از دهه ۱۹۶۰ تاکنون، مهم‌ترین عوامل ناتوانی‌ها و مرگ‌های زودرس، از بیماری‌های عفونی و واگیر به بیماری‌های مزمن و تحلیل‌برنده تغییر یافته‌اند. طی این سال‌ها، به علت افزایش توان اقتصادی جوامع صنعتی و رفاه بیش از حد، زیاده‌روی در مصرف چربی‌ها، گوشت، شکر و نمک و افزایش مصرف دخانیات رایج شده و فعالیت بدنی کاهش یافته است. همچنین، با افزایش متوسط طول عمر انسان‌ها، تعداد سالمندان در این کشورها افزایش یافته است. در کشور ما با اجرای برنامه‌های پیشگیری از بروز بیماری‌های واگیر (عفونی) و نیز تغییر هرم سنی جمعیت به طرف میانسالی و در آینده نه‌چندان دور کهنسالی، پیشگیری از ابتلا به بیماری‌های غیرواگیر از جمله دیابت اهمیت فراوانی دارد.

دیابت و انواع آن

دیابت یکی از مهم‌ترین مشکلات بهداشتی جهان است که با افزایش قندخون مشخص می‌شود. این بیماری یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن و غیرواگیر غدد است که کنترل آن به تغییراتی در شیوه زندگی فرد نیاز دارد. درمان بیماری شامل مراقبت‌های تغذیه‌ای، دارودرمانی، فعالیت بدنی یا ورزش، پایش گلوکز خون و آموزش خودمراقبتی به بیمار است.



◀ **فتح اله پورعلی**
کارشناس بهبود تغذیه
دانشگاه علوم پزشکی تبریز

براساس ویژگی‌های مختلف، علل زمینه‌ساز و نحوه درمان این بیماری به انواع مختلفی تقسیم می‌شود، سه شکل اصلی و شایع آن عبارتند از: دیابت نوع ۱، دیابت نوع ۲ و دیابت حاملگی (GDM)^۱

۱. دیابت نوع ۱

این نوع دیابت با تخریب سلول‌های پانکراس و فقدان ترشح انسولین همراه است. میزان شیوع دیابت نوع ۱ از نوع ۲ به مراتب کمتر است. بیشترین شیوع در نوجوانان دختر ۱۰ تا ۱۲ ساله و در پسران ۱۲ تا ۱۴ ساله است. اگرچه این بیماری بیشتر در کودکان و نوجوانان رخ می‌دهد، اما بروز آن در سنین بالاتر نیز دیده می‌شود. این افراد برای جلوگیری از کتواسیدوز و مرگ نیازمند تزریق انسولین هستند.

۲. دیابت نوع ۲

دیابت نوع ۲ با مقاومت به انسولین و کمبود انسولین همراه است. مبتلایان بیشتر در میان‌سالی و به‌طور عمده پس از ۳۰ سالگی به این نوع دیابت مبتلا می‌شوند. اگرچه سن ابتلا به این بیماری پیوسته در حال کاهش است. عوامل خطر ابتلا به دیابت نوع ۲ عبارتند از: سن بالای ۳۰ سال، چاقی به ویژه چاقی شکمی و اضافه‌وزن، سابقه خانوادگی، دیابت حاملگی، اختلال قند خون ناشتا (IFG)^۲ و اختلال تحمل گلوکز (IGT)^۳، فعالیت بدنی کم، نژاد و سابقه تولد نوزاد با وزن بیش از ۴ کیلوگرم. این شکل دیابت ممکن است سال‌ها ناشناخته بماند؛ زیرا قند خون به تدریج بالا می‌رود. این بیماران دو تا چهار برابر بیشتر از دیگران در معرض خطر بیماری‌های قلبی-عروقی قرار دارند.

۳. دیابت حاملگی (GDM)

تحمل نکردن گلوکز که برای اولین بار در حاملگی تشخیص داده‌شود، دیابت حاملگی نام دارد. دیابت حاملگی یکی از عوارض شایع دوران حاملگی است و بعد از خاتمه حاملگی بهبود می‌یابد. تشخیص بیشتر در سه ماهه دوم و سوم است. زنان با سابقه دیابت حاملگی در معرض خطر بروز دیابت آشکار در سال‌های بعد هستند. تشخیص

ندادن و درمان دیابت حاملگی موجب افزایش عوارض در مادر و جنین می‌شود.

پیشگیری از دیابت

شیوه زندگی (انتخاب درست مواد غذایی مصرفی و فعالیت فیزیکی) نقش بسیار پررنگی در پیشگیری و کنترل دیابت دارد. پیشرفت دیابت نوع ۲ رابطه محکمی با عوامل مربوط به شیوه زندگی دارد که حکایت از قابل پیشگیری بودن آن دارد. مطالعات شواهدی از دخالت فعالیت جسمانی، کاهش وزن، دریافت رژیم غذایی، از جمله غلات کامل و فیبر و کاهش چربی رژیم غذایی در امکان به تعویق انداختن یا پیشگیری از دیابت نوع ۲ نشان داده‌است. در این زمینه تأثیر کاهش وزن و افزایش فعالیت جسمانی برای پیشگیری یا به تأخیر انداختن دیابت بر سایر گزینه‌ها، برتری دارند. پس برای پیشگیری از ابتلا به دیابت باید:

۱. از تغذیه سالم برخوردار باشید. مصرف مواد قندی و چربی‌ها را کاهش دهید.

۲. از اضافه وزن و چاقی جلوگیری کنید.

۳. به طور منظم و روزانه فعالیت ورزشی داشته باشید.

کنترل دیابت

برای هر فرد مبتلا به دیابت در مرحله اول باید یک رژیم غذایی صحیح همراه با برنامه فعالیت بدنی و ورزش منظم در نظر گرفته شود. به منظور کنترل مؤثر سطوح هموگلوبین A1C و قند خون، مهم است بدانیم که چگونه بین دریافت مواد غذایی، فعالیت فیزیکی و مصرف دارو تعادل ایجاد کنیم.

دارو درمانی و دیابت

افراد مبتلا به دیابت نوع ۱ برای ادامه حیات نیازمند تزریق انسولین هستند. افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ نیز ممکن است برای حفظ سطح گلوکز خون در محدوده طبیعی نیاز به انسولین داشته باشند یا از سایر داروهای کنترل قند خون استفاده کنند. در هر صورت هرگونه مصرف دارو برای کنترل قند خون باید با تجویز و تحت نظر پزشک انجام شود.

تغذیه و دیابت

هدف از رژیم غذایی در افراد مبتلا به دیابت، کنترل متابولیک به منظور پیشگیری از عوارض کوتاه‌مدت و درازمدت دیابت است. بنابراین رژیم غذایی باید طوری تنظیم شود که علاوه بر کنترل میزان قند خون، فشار خون، وزن بیمار و غلظت لیپیدها و لیپوپروتئین‌ها را تا حد امکان در حد معمولی نگهدارد. رژیم غذایی باید به‌گونه‌ای تنظیم شود که انرژی مورد نیاز فرد را در شرایط معمولی و نیز در شرایط خاص مانند حاملگی، استرس‌ها و بیماری‌های متابولیک تأمین کند. همچنین میزان پروتئین، ویتامین‌ها و مواد معدنی را در حد لازم تأمین کند. برنامه غذایی شخص مبتلا به دیابت باید تحت نظر کارشناس تغذیه تنظیم شود.

توصیه‌های تغذیه‌ای

◀ دواصل تعادل و تنوع را در تغذیه روزانه خود رعایت کنید، یعنی در برنامه غذایی خود از تمام گروه‌های غذایی و به صورت متنوع استفاده کنید. استفاده از راهنمای غذایی دیابتی‌ها به شما کمک می‌کند تا این دواصل را به خوبی رعایت کنید.

◀ روزانه ۳ وعده اصلی و ۳ میان وعده مصرف کنید. غذا خوردن منظم در تنظیم میزان قند خون اثر زیادی دارد به خصوص اگر قرص یا انسولین مصرف می‌کنید. برای شما وعده‌های مکرر غذا و حجم کم مناسب است.

◀ از مواد غذایی فیبردار مثل سبزی و میوه استفاده کنید.

- ◀ مصرف نمک را به حداقل برسانید و سعی کنید در هنگام صرف غذا و برسرفره، به غذا نمک اضافه نکنید، چون خطر ابتلا به بیماری های قلبی عروقی در شما زیاد است. از گیاهان معطر و ادویه های بدون نمک برای طعم دادن به غذا استفاده کنید.
- ◀ از غذاهای کنسرو شده کمتر استفاده کنید.
- ◀ هر روز مایعات بدون شیرینی مانند آب به اندازه کافی بنوشید.
- ◀ مصرف چربی را به حداقل برسانید. مغزهای گردو، بادام و... در گروه چربی ها قرار دارند این مواد مغذی را جایگزین چربی های ناسالم کنید به شرط آن که در مصرف آن ها زیاده روی نکنید.
- ◀ چربی گوشت ها را از آن جدا کنید و قبل از پختن مرغ، پوست آن را بکنید.
- ◀ سعی کنید وزن خود را در حد مطلوب نگهدارید.

فعالیت فیزیکی و دیابت

انجام فعالیت بدنی و ورزش مستمر علاوه بر این که در پیشگیری اولیه دیابت نوع ۲ مؤثر است، قدم اول در درمان دیابت نیز به شمار می رود. ورزش در درمان افراد مبتلا به دیابت نقش مؤثری دارد و به بهبود مقاومت به انسولین، کنترل وزن، کاهش خطر بیماری های قلبی عروقی و احساس سلامتی و شادابی کمک می کند. برنامه ورزشی با توجه به علایق، سن، وضعیت سلامتی و تناسب بدن تغییر می کند. قبل از شروع به فعالیت بدنی، فرد بیمار باید با پزشک خود مشورت کند. هیپرگلیسمی و در پی آن کتواسیدوز در نتیجه

پزشکی، معاونت سلامت، مرکز مدیریت بیماری ها، اداره غدد و متابولیک. تهران.
3. Mahan, L.K, Escotte- stump, Raymond, J. Krauses food and the nutrition care process.13 th edition 2012.

جدا کنند و باعث جداسازی پرده شبکیه شوند که اگر درمان نشود منجر به کاهش شدید دید و کوری می شود.
۲. قند خون بیشتر از ۳۰۰ mg/dl
۳. وجود هیپوتانسیون ارتواستاتیک (کاهش فشارخون وضعیتی)
نکته ۱: پیاده روی برای هیچ بیماری منع نمی شود.
نکته ۲: قبل از شروع به فعالیت بدنی، فرد بیمار باید با پزشک و مشاور تغذیه خود مشورت کند.

پاورقی:

1. Gestational Diabetes Mellitus
 2. Impaired Fasting Glucose
 3. Impaired Glucose Tolerance
 4. Retinopathy Prdiferative
- رتینوپاتی پرولیفراتیو (تکثیری)

کمبود انسولین به هنگام شروع ورزش با گلوکز خون بیشتر از ۲۵۰ mg/dl تا ۳۰۰ اتفاق می افتد. در این مورد ورزش باید تا هنگام بهبود وضعیت قند خون به تعویق افتد. ورزش های شدید (بیشتر از ۴۵ تا ۶۰ دقیقه) نیز به هیپوگلیسمی منجر خواهند شد. در بیماران با سابقه بیماری های قلبی عروقی، ورزش ممکن است به ایسکمی و سکته قلبی منجر شود.

ورزش هایی که به مبتلایان دیابت بیشتر توصیه می شود:

۱. پیاده روی
 ۲. ورزش های گروهی از قبیل تنیس روی میز، والیبال، بسکتبال و تیسیس
 ۳. شنا
 ۴. دوچرخه سواری
 ۵. نرمش های آیروبیک
- نکته: ورزش های طولانی (استقامتی) و حرکات خسته کننده برای افراد مبتلا به دیابت توصیه نمی شود.

موارد منع ورزش:

۱. ابتلا به رتینوپاتی پرولیفراتیو حالتی است که رگ های خونی جدید و غیرطبیعی بر روی سطح شبکیه رشد می کنند، این عروق جدید دیواره ضعیف تری داشته و شکننده هستند و ممکن است منجر به خونریزی شوند. این رگ های خونی غیرطبیعی ممکن است تبدیل به بافت سفیدی شده که شبکیه را از پشت چشم

نتیجه گیری

دیابت هم قابل پیشگیری و هم قابل کنترل است به شرطی که برای پیشگیری، عوامل خطر آن را کاهش بدهیم و برای کنترل آن، توصیه های لازم را رعایت کنیم.

منابع

۱. کارشناس تغذیه و دیابت (برنامه کشوری پیشگیری و کنترل دیابت) / نویسندگان: علی رضا دلاوری، دیگران با همکاری دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و مرکز مدیریت بیماری ها، اداره غدد و متابولیک. تهران، مرکز نشر صدا، ۱۳۸۳
۲. پزشک و دیابت (برنامه کشوری پیشگیری و کنترل دیابت) / نویسندگان: علی رضا دلاوری، علیرضا مهدوی هزاوه، عباس نوروزی نژاد، شهین یاراحمدی، به سفارش وزارت بهداشت، درمان و آموزش



اهداف آموزشی

- امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه:
- ◀ بهترین زمان ویزیت اولیه نوزاد را بدانند.
- ◀ نکات لازم جهت بررسی در اولین ویزیت را بیان کنند.
- ◀ موارد طبیعی در معاینه نوزاد را شرح دهند.
- ◀ موارد نیاز به مداخله‌های اورژانس را فهرست کنند.

نیازهای مراقبان نوزاد در هفته‌های اول زندگی

مقدمه

اولین معاینه نوزاد توسط مراقبان فرصت مناسبی برای ارزیابی سلامت نوزاد است. در این ارزیابی نشانه‌های خطر و هر نوع ناهنجاری ظاهری و احتمال بیماری مشخص می‌شود. پیدایش عضو سوم خانواده، علاوه بر مشکلات ویژه‌ای چون تغذیه، نگهداری، پرستاری و مانند آن، فشارهای روانی بسیاری را بر والدین و مراقبان نوزاد تحمیل می‌کند. این تجربه می‌تواند یک بحران عاطفی و روحی برای والدین محسوب شود، اما می‌توان با حمایت خانواده و سایر افراد میزان استرس‌های عاطفی و روانی منفی وارد شده به خانواده را کاهش داد.

معاینه نوزاد

شش تا هشت هفته بعد از تولد نوزاد، بدن مادر، ساز و کار عادی خودش را باز می‌یابد، اما این موضوع بستگی به این دارد که در هفته‌های اول بعد از زایمان چه طور از خود مراقبت کرده باشد. رژیم غذایی خانمی که وضع حمل کرده است، نقش تعیین‌کننده‌ای را در سلامت او و نوزاد بازی می‌کند. در دوران بارداری مادر علاوه بر تأمین نیازهای بدن خود باید نیازهای جنین را هم برطرف کند. این ضرورت بعد از تولد نوزاد از بین نمی‌رود و مادر به علت شیردهی



ترتیب نویسندگان از راست به چپ

◀ اسما شاکری

کارشناس آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی کرمان

◀ نرگس حمزه‌نژاد

مدیر مرکز آموزش بهورزی بافت
دانشگاه علوم پزشکی کرمان

◀ دکتر فرزانه صحافی

رئیس گروه سلامت نوزادان، کودکان و ترویج تغذیه با شیر مادر
دانشگاه علوم پزشکی مشهد

◀ شبنم نصیرایی

کارشناس سلامت کودکان
دانشگاه علوم پزشکی مشهد

موظف است با همان حساسیت مواد غذایی لازم برای خود و نوزاد را مصرف کند.

معاینه نوزاد در کنار مادر انجام می‌شود. نوزاد باید در ده روز اول و ترجیحاً در روز سوم تا پنجم تولد معاینه شود. درجه اتاق ۲۵ تا ۲۸ درجه سانتی‌گراد باشد. در این دما درجه حرارت بدن نوزاد به شکل زیر بغل اندازه‌گیری شده و باید بین ۳۶ تا ۳۷ درجه سانتی‌گراد باشد. درجه حرارت بیش از ۳۷ تب محسوب می‌شود که طبیعی نبوده و نشانه عفونت است. اندازه‌گیری قد، دور سر و وزن انجام می‌شود.

معاینه پوست نوزاد

رنگ نوزاد باید مشاهده شود و باید صورتی باشد و وقتی گریه می‌کند به قرمزی و تیرگی می‌گراید. کبودی و سیانوز انتهای در روزهای اول تولد طبیعی است. پرنری پوست نوزاد از نشانه‌های پرخونی (پلی‌سیتیمی) و رنگ پریدگی پوست نشانه کم خونی (آنمی) است و هر دو نیاز به بررسی و انجام آزمایش و مداخله پزشکی دارد. شروع زردی نوزاد در ۲۴ ساعت اول تولد غیرطبیعی (پاتولوژیک) است و نیاز به بررسی اورژانسی دارد. کبودی و سیانوز مرکزی که در زبان و مخاط‌ها نمایان می‌شود، می‌تواند از علل قلبی عروقی باشد و نیاز به مداخله اورژانسی دارد. اگر نوزاد نارس باشد قدرت عضلانی کمتری دارد. ظاهر نوزاد از نظر ناهنجاری مشاهده می‌شود. لمس ملاحظ (فونتانل) و درزهای جمجمه (سوچور) خیلی مهم است. فونتانل خلفی اغلب باز و کوچک است. اگر نوزاد در حال گریه نباشد و ملاحظ برآمده و سفت داشته باشد، نشانه افزایش فشار جمجمه است. درزهای جمجمه اغلب باز هستند. بزرگی سر نشانه تجمع آب در سر، اختلال‌های متابولیک یا تومور است. سر کوچک یک مشکل است و نشانه بسته شدن زود هنگام فونتانل خلفی و درزهای جمجمه و مانع رشد مغز است. در معاینه صورت باید به فاصله چشم‌ها از یکدیگر، کوچکی بیش از حد چشم‌ها، جای گوش‌ها، نبود تقارن صورت که شاید به علت فلج اعصاب صورت (عصب زوج ۶ و ۷) باشد، توجه شود. اگر کودک را به حالت ایستاده قرار دهیم و او را به عقب یا دو طرف تکان دهیم باید چشم‌هایش خودبخود باز شود. عنبیه چشم از نظر تعداد، رنگ و قرنیه از نظر بزرگی و کوچکی بیش از حد بررسی و گزارش شود. در نوزاد ترم بزرگی بیش از یک سانت قرنیه که همراه ترس از نور و اشک ریزش باشد، نشانه گلکوکوم (آب سیاه) است و نیاز به مداخله اورژانسی چشم‌پزشکی دارد. سوراخ‌های بینی باید باز و متقارن باشند. لب و کام از لحاظ وجود شکاف بررسی شود، نوزادان شاید یک یا چند دندان داشته باشند که اغلب نیازی به کشیدن ندارد. گردن نوزاد نسبتاً کوتاه است. کشیده شدن سر به یک طرف، وجود توده و گواتر و سایر ناهنجاری‌ها بررسی می‌شود. قدرت و تون عضلات و چگونگی ظاهر حرکات اندام‌ها بررسی می‌شود. اندام‌های نوزاد طبیعی، به شکل جمع شده یا حالت فلکسیون بوده و در مقابل باز کردن مقاومت نشان می‌دهد.

معاینه شکم، قفسه سینه و اندام‌ها

استخوان ترقوه دو طرف از نظر شکستگی و ستون فقرات از نظر شکل غیرطبیعی توده مو یا توده نخاعی بررسی شود. بزرگی پستان و شیرداشتن اغلب طبیعی است و نباید دستکاری و تخلیه شود. قرینگی و تعداد نوک پستان بررسی و اگر حساسیت و سفتی و قرمزی مشاهده شد باید در فکر آیسره بود که از موارد اورژانس تعریف می‌شود. تعداد تنفس نوزاد ۳۰ تا ۴۰ بار در دقیقه است و در نوزاد نارس تنفس، اغلب شکمی است و با هر دم قفسه سینه به داخل رفته و شکم نوزاد برآمده می‌شود. ناله ضعیف و دایمی و گریه همراه با ناله در هنگام بازدم می‌تواند نشانه بیماری قلبی باشد و از نشانه‌های خطر بوده و یک مورد اورژانس است. لرزش پره‌های بینی، تورفتگی عضلات بین دنده‌ای و بالای جناغ نشانه خطر بوده و از نشانه‌های بیماری است. شکم نوزاد از نظر تورفتگی فتق نافی توده بررسی شود. به طور معمول کبد دو تا سه سانتی متر زیر دنده طرف راست لمس می‌شود. در پسرها بیضه باید در کیسه بیضه لمس شود. نوزاد دختر تا چند روزی ترشحات سفید یا خونی دارد که به علت هورمون‌های مادری است و طبیعی است. نوزاد ترم در ۱۲ ساعت و نوزاد نارس در ۲۴ ساعت اول تولد ادرار می‌کند و در عرض ۴۸ ساعت دفع مکنونیوم باید دیده شود و دفع نشدن ادرار و مکنونیوم در زمان خود نیاز به مداخله‌های پزشکی اورژانس دارد. اندام‌ها از نظر وجود ناهنجاری، انگشت اضافه، پا چنبری، چسبیدن انگشت‌ها بررسی و گزارش شود. پوست نوزاد صورتی است و اگر دیرینه دنیا بیاید خشک و پوسته پوسته است. وجود خال، همانژیوم (ماه گرفتگی) یا لکه‌های قرمز و بنفش اغلب در پیشانی، دانه‌های چرکی و کیست بررسی و گزارش شود. نحوه شیردهی صحیح نیز مشاهده و مشکلات اصلاح می‌شود.

نتیجه‌گیری

نتایج نشان می‌دهد، بیشترین مرگ و میرکودکان در دوره نوزادی و سال‌های اول پس از تولد اتفاق می‌افتد. بنابراین آگاهی درباره نحوه مراقبت از کودک برای حفظ سلامتی او ضروری است. با توجه به اهمیت بررسی نشانه‌های خطر، کشف نشانه‌های بیماری‌های نهفته و آسیب‌پذیر بودن نوزاد باید این ویزیت انجام شود و دقت کافی طی مراحل آن به عمل آید.

منابع

۱. کرمی کبری و همکاران، تأثیر مداخله‌های آموزشی حمایتی بر استرس مادران دارای نوزاد نارس و طول مدت بستری، فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان، دوره یازدهم، شماره ۲، تابستان ۸۸.
۲. بوکلت چارت کودک سالم و کتاب راهنمای جامع مراقبت‌های ادغام یافته کودک سالم در ارتقای سلامت.



اهداف آموزشی

امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه:
 ◀ ضرورت نیاز به پایش و ارزشیابی خدمات را شرح دهند.
 ◀ مفهوم پایش و ارزشیابی را بیان کنند.
 ◀ نکاتی که باید کارشناسان در نظارت‌ها به آن توجه کنند را توضیح دهند.
 ابزارهای پایش و ارزشیابی را بشناسند.

پایش و ارزشیابی خدمات بهورزان توسط تیم سلامت

مقدمه

در جوامع بشری نیاز مردم به سلامتی و ناتوانی آن‌ها در تأمین کامل این نیاز، پایه و اساس ایجاد سازمان‌های بهداشتی است. این سازمان‌ها با استفاده از یک ساختار مناسب و نیز تدوین و آرایه بسته‌های خدمات مورد نیاز و با مدیریت مناسب گام‌های اساسی در راستای تأمین و ارتقای مستمر سلامت جامعه برمی‌دارند.
 کنترل و نظارت مداوم بر اجرای درست برنامه‌های تندرستی جهت تحقق و دستیابی به رسالت سازمانی پایش و ارزشیابی مستمر آن‌ها را امری ضروری می‌سازد. نظام بهداشتی از طریق آرایه خدمات بهداشتی به رسالت خود که ارتقای سطح سلامت جامعه است، اقدام می‌کند.

نظارت و کنترل

در چرخه وظایف یک مدیر، نظارت و کنترل در مجموعه سیستم تحت سرپرستی اهمیت ویژه‌ای دارد که شامل



ترتیب نویسندگان از راست به چپ

◀ رحمت اله مقدم

مدیر مرکز آموزش بهورزی
 دانشگاه علوم پزشکی زنجان

◀ عزت تبریزی

مری مرکز آموزش بهورزی
 دانشگاه علوم پزشکی تربت جام

- ◀ میزان و اثربخشی برنامه و نحوه کارکرد اجزای فرآیند فعالیت‌ها چقدر است؟
- ◀ در قدم بعدی چه باید کرد؟

مفهوم پایش و ارزشیابی

خدمات بهداشتی محصول همه فعالیت‌های به هم پیوسته‌ای است که درون سطوح مختلف این نظام در جریان است و هر سطح توان ارائه خدمات خاصی را دارد. از سوی دیگر هر سطح از ارائه خدمات باید با شاخص‌های ویژه‌ای، به بررسی و تحلیل عملکرد خود و نیز سطوح زیرین به منظور ارزیابی میزان تحقق اهداف اقدام کند. این فرآیند را «ارزشیابی» می‌گویند. اقدام‌هایی را که برای ارزیابی فعالیت‌های موجود در برنامه‌ها به لحاظ میزان تطبیق با استانداردها انجام می‌شود؛ «پایش» می‌گویند. پایش می‌تواند شامل اندازه‌گیری (Measurement) یا آزمایش (Testing) در فواصل زمانی به ویژه با هدف تنظیم و کنترل باشد.

ابزارهای پایش و نظارت

۱. شاخص‌ها

شاخص مهم‌ترین ابزاری است که برای انجام پایش لازم است تا بتوان با استفاده از آن داده‌های خام را به اطلاعات قابل استفاده تبدیل کرد. شاخص‌های متعدد و استانداردی در حوزه سلامت وجود دارد که می‌توان نتایج حاصل از برنامه‌های مختلف را در سطوح مختلف مقایسه کرد.

۲. چک لیست‌ها

یکی دیگر از ابزارهایی است که به شکل‌های متفاوت برای برنامه‌های مختلف و براساس دستورالعمل‌ها طراحی و تهیه شده و به هر سؤال با توجه به اهمیت و اعتبار وزن و نمره داده می‌شود و توسط پایشگر (بهورز، کاردان، پزشک، کارشناسان) در طول اجرای برنامه‌های مختلف تکمیل می‌شود.

اولین قدم در فرآیند پایش و ارزشیابی، تهیه چک لیست‌های استاندارد شده ارائه خدمات است. این اقدام اصولی به منظور انجام پایش و ارزشیابی جامع برنامه‌ها در سطوح محیطی خواهد بود و آن را از حالت سلیقه‌ای خارج خواهد ساخت. باید توجه داشت که پایش و ارزشیابی به صورت چرخه‌ای از مراحل است؛ یعنی دارای هدف، فعالیت‌های منظم و ارسال پسخوراند است.

مجموعه فعالیت‌هایی است که در ضمن آن عملیات پیش‌بینی شده با عملیات انجام شده مقایسه و در صورت وجود اختلاف و انحراف بین آنچه باید باشد و آنچه هست جهت رفع و اصلاح آن‌ها اقدام می‌شود.

کنترل دارای دو بخش اساسی است:

۱. **پایش:** اصطلاحی است برای رصد مستمر برنامه‌ها و فعالیت‌های در حال اجرا که اطمینان حاصل شود دست‌آوردها، فعالیت‌ها، تجهیزات و اعتبارات متناسب با منابع موجود جهت تحقق اهداف انجام می‌شود تا در صورت وجود مشکل و انحراف در هر بخش از فعالیت بتوان آن را به سرعت اصلاح کرد.

در انجام یک پایش به سؤالات زیر پاسخ داده می‌شود:

◀ چه میزان از فعالیت در حال اجرا بر مبنای برنامه از قبل تعیین شده، اجرا شده است؟ (گزارش عملکرد)

◀ آیا در روند اجرای برنامه بهبودی حاصل شده است؟ (کیفیت خدمات)

◀ در صورت ضرورت ایجاد تغییر در روند اجرای فعالیت آیا بموقع اقدام شده است؟ (تصمیم بهنگام)

◀ آیا داده‌های لازم برای ایجاد یا تقویت بانک اطلاعاتی فراهم شده است؟ (اعتبار گزارش)

◀ آیا در به کارگیری منابع به رفع بهنگام کمبودها توجه شده است؟

◀ آیا در صورت خطا و انحراف برنامه از اهداف، برنامه‌های مداخله‌ای طراحی و اجرا شده است؟

۲. **ارزشیابی:** رشد و توسعه در نظام سلامت وابسته به یک سیستم ارزشیابی کارآمد است. ارزشیابی عبارت است از تعیین میزان دستیابی به اهداف که از طریق جمع‌آوری داده‌ها، محاسبه شاخص‌ها و مقایسه آن با استانداردها و در نهایت تفسیر نتایج و گزارش به تصمیم‌گیران برای ارائه خدمات کارآمد و اثر بخش در برنامه‌ریزی انجام می‌شود.

در انجام ارزشیابی به سؤالات زیر پاسخ می‌دهیم:

◀ در حال حاضر در کجا قرار داریم و چه چیزی به دست آمده است؟

◀ چه کارهایی انجام شده و چه کارهایی انجام نشده است؟

◀ آیا تغییرات لازم ایجاد شده است؟ تا چه میزان؟ و آیا این تغییرات مطلوب است؟

چرا به پایش و ارزشیابی خدمات نیاز داریم؟

پایش و ارزشیابی خدمات امری ضروری است و تکمیل‌کننده برنامه‌های ارایه شده توسط بهورزان محسوب می‌شود و عمدتاً با هدف ارتقا و بهبود ارایه خدمات بهداشتی به مردم توسط بهورزان با شناخت مشکلات احتمالی انجام می‌شود که این فرآیند موجب ارتقای سطح آگاهی و مهارت بهورزان و شناسایی بموقع مشکلات به وجود آمده در خانه‌های بهداشت خواهد شد و در نهایت منجر به افزایش کیفیت ارایه خدمات می‌شود.

فرآیند پایش و ارزشیابی در نهایت منجر به اصلاح اجرای برنامه‌های ارایه شده توسط بهورزان مطابق تغییر نیازها و انتظارات گیرندگان خدمت می‌شود.

اصلاح اجرای برنامه‌های ارایه شده توسط بهورزان مطابق تغییر نیازها و انتظارات گیرندگان خدمت نیز یکی از مهم‌ترین اهداف پایش و ارزشیابی خواهد بود.

مواردی که باید کارشناسان در پایش بهورزان به آن توجه کنند:

۱. کارشناسان باید نتایج حاصل از نظارت‌های انجام شده (نقاط قوت و ضعف هر خانه بهداشت) را با ارایه پس‌خوراند، اعلام و جهت رفع نقاط ضعف و تقویت نقاط قوت راهنمایی کنند.

۲. در انجام پایش‌ها تنها به نقاط ضعف نپرداخته و ضمن بیان نقاط قوت به بهبود عملکرد بهورزان کمک کنند.

۳. برخورد مناسب با بهورزان منجر به تقویت روحیه و ارتقای عملکرد آن‌ها خواهد شد.

۴. در گزارش دهی و انتشار نتایج، ارزش‌های اخلاقی از قبیل صداقت، صراحت، دقت، بی‌طرفی و جامعیت گزارش در نظر گرفته شود.

نتیجه‌گیری

نظارت و پایش فعالیتی هدفمند است که توسط مدیر با هدف تنظیم عملکردهای مختلف برای رسیدن به اهداف از پیش تعیین شده، استفاده و با به کارگیری روش‌ها و ابزارهای استاندارد اعمال می‌شود. لازمه نظارت و کنترل فعالیت‌ها در سطوح مختلف داشتن آمار و اطلاعات درست و بموقع و دانستن چگونگی پیشرفت کارهاست و بر همین اصل است که با نظارت صحیح تفاوت فعالیت‌های اثربخش و کم‌ثمر یا بی‌ثمر مشخص و بر مبنای آن تقویت، استمرار تلاش‌های کارآ و ثمربخش، تنظیم و اصلاحات لازم در گردش

کار فعالیت‌های کم‌اثر یا بی‌ثمر انجام می‌شود.

به یاد داشته باشیم مهم‌ترین پایشی که به عهده بهورز، کاردان و مجموعه اعضای تیم سلامت قرارداد، نظارت بر تحقق مراقبت‌های اولیه سلامت در گروه‌های هدف (کودکان، نوجوانان، جوانان، میانسالان و سالمندان) است.

منابع

۱. تکنولوژی آموزشی در حوزه سلامت تألیف دکتر محسن صفاری و همکاران
۲. فصلنامه مدیریت سلامت شماره‌های ۳۸ و ۳۹
۳. برنامه‌ریزی و مدیریت بهداشت درمان، دکتر آصف‌زاده
۴. مدیریت جهادی در سلامت، دکتر علی اکبر نصیری و همکاران
۵. کتاب دستورالعمل فنی برنامه‌های آموزش سلامت، دکتر شهرام رفیعی‌فر، سعید پارسی‌نیا
۶. کتاب دستورالعمل فنی ارزشیابی، معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گلستان
۷. کتابچه نظام ارایه خدمات بهداشتی درمانی کشور و اخلاق حرفه‌ای ویژه آموزش بهورزان

بهورزان مبتکر، خلاق و نمونه فصل



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

اصفهان: زهره مهدوی، زهرا طاهری و احمد موسایی، زهرا محمدی، مرتضی بهارلو، کبری زینلی، سکینه افشاری، معصومه صالحی، سید رسول حسینی، کبری امامی، سهیلا السادات حسینی

بهبهان و آغاچاری: میلاد شیرعلی، تاجماه طیبی
زنجان: معصومه حیدری، فاطمه خدابنده، فاطمه صدیقی (ابهر)



ازدواج عزیزان



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

اصفهان: محدثه میرزایی، مهری شاه محمدی، اعظم صفری، فتاح جلال الدین صالحی، محمد جواد افراز، زهرا رضانی، اکرم رضاییان، منیژه صالح کوتاه، سجاد قدیری، محمدرضا اکبری، مریم عرب پور

بهبهان و آغاچاری: احمدرضا آقاچاری (کره سیاه سنت پیامبر)
زنجان: فاطمه رجبی

کرمان: صغری اسفندیار، حسن شول، سارا علینقی، محمد علی عسکری نژاد



خیران سلامت و مشارکت‌های مردمی



خیران سلامت

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

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

اصفهان: مرضیه کریمی، آقای خورسندی، فرنگیس سیف الدین، لیلا شجاعی، نجمه احمدی، کلثوم سلمانی، زینب نظری، اشرف قربانی، طوبی سلیمانی، فاطمه کریمی، مریم دهقانی پور، مهرجان نظری، هاجر جنگروی، مرتضی بهارلودر

زنجان: رضا عابدینی، ولی اله سرداری، منیرمقدم سلیمی، مهدی رجبی، ناصر مولایی، زهرا دودانگه (ابهر)، زینب حیدری، شهلا محمدی (طارم)، محمد احمدی، عباس مرادی، سهراب محمدی، معصومه بابایی، فاطمه وفا، معصومه حیدری (زنجان)

کرمان: اسماعیل حسنی، منوره شجاعی، هاجر انجم شعاع، حسن نامجو، عفت شرفعلی پور، محمد میرزایی، زهرا شاهرخی، خدیجه حجتیان، محمود پورعباسی، محمد ریحانی، مریم قرایی، حسین ایرانمنش، فاطمه محمدی، محمد علی فرح بخش، فاطمه شیری، مجید میراحمدی، حلیمه حاج حسینی، مریم عرب‌آبادی، عفت ابراهیمی، خدیجه پورمحمی‌آبادی، فخرالدین قوام‌آبادی، حسن تروال

یزد: اهالی روستای حسن‌آباد، منور مختاری و مسؤول آموزش بهورزی شهرستان اشکذر



با خبر شدیم عیسی عیسی پره، مظفر دیمه، مسلم صالحی، فتاح جلال الدین صالحی، لیلا محبی، غلامرضا ایسپره از دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، مریم کرمی رباط، مهین مرتضایی، مهدیه سعید از دانشگاه علوم پزشکی کرمان در دانشگاه قبول شده‌اند ضمن تبریک از خداوند منان سلامت و موفقیت روزافزونشان را آرزو مندیم.



بهورزان بازنشسته

با خبر شدیم عبدالرضا خیاطی فرد، ظهرا بجامه بزرگ، رضا عبدالشیخی، هادی یزدان پرست، علی برزگری، طلا فتاحی، حسینقلی ایزدپناه، زینت معظمی زاده، یداله بحرانی، نجم رحیمی قره میرشاملو، حسن جاویدانی شهرستان دشتستان دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، کاظم اربطی، علی افشاری والارودی، اصغر حمزه لو، شمسعلی دوستی، رمضان بهمنی، محمد رضاملکی، فرامرزحیدری، رحمان عبادی، عوضعلی قرابگی، علی ورقایی، اسماعیل ابراهیمی، مالک قره جلو، سهراب محمدی، علی بیات، علی افشاری، خلیل بیگدلی، بهزاد محمدی، داود نجفی، بهرام محمدی دانشگاه علوم پزشکی زنجان، اقدس جهانی، فروزنده محمدی، گیتی طیار، مریم نظرزاده، سکینه مجیدی، محمد پور امینایی، عیسی نورمندی، حسن زید ابادی، زیبا برقی، عبدالرضا افسا، کاظم امیا، درویش کرم پور، درویش مددی، علی مکی آبادی دانشگاه علوم پزشکی کرمان به افتخار بازنشستگی نایل شده‌اند. ضمن تبریک و قدردانی از زحمات ایشان، تندرستی و اجر خدمت سی ساله را از درگاه خداوند متعال برای آن‌ها و خانواده محترم‌شان آرزو مندیم.



فعالیت‌های ویژه

اصفهان: در روستای کردسغلی از توابع شهرستان تیران و کرون به مناسبت روز مادر برای همه مادران سالمند با همکاری خانه بهداشت، بسیج روستا و با مشارکت واحدهای ستاد مرکز بهداشت جشن روز مادر برگزار شد و فرزندان مادران هدایایی نقدی به مادران خود تقدیم کردند که در اقدامی زیبا مادران نیز هدایای خود را برای انجام امور خیریه خانه بهداشت اهدا کردند.

بوشهر: نجات جان مادر و نوزاد توسط بهورزان خانه بهداشت باشی در یک روز که جهت تزریق انسولین به خانم باردار به روستای قمر (بوجیکدان) رفته بودیم که مشاهده کردیم حال عمومی مادر باردار مطلوب نیست. بعد از مراقبت مشخص شد که وی فشار خون غیرطبیعی ۱۶۰/۹۰ و افزایش وزن ناگهانی داشته و صدای قلب جنین نیز غیرطبیعی بود. بلافاصله فرم ارجاع تکمیل و به مادر باردار تحویل دادیم و ایشان و همسرش را جهت رفتن به مرکز خدمات جامع سلامت حساس کردیم ولی مادر حاضر به همکاری نبود و هر بار اظهار می‌کرد که آخرین سونوگرافی تاریخ زایمان را ۱۵ آبان اعلام کرده و من حالم خوب است و هیچ مشکلی ندارم. با توجه به وضعیت نامطلوب مادر از پزشک مرکز که در خانه بهداشت حضور داشتند درخواست کردیم به روستای قمر آمده و مادر باردار را ویزیت کنند که خانم دکتر نیز به سرعت به روستای قمر مراجعه و مادر باردار را ویزیت کردند که تشخیص ارجاع فوری به بیمارستان دادند. ولی مادر باردار هم چنان شروع به بهانه‌گیری کرده و می‌گفت وسیله نقلیه ندارم و عصر مراجعه می‌کنم. لذا طبق درخواست ما و پزشک با سرپرست مرکز هماهنگ شد تا آمبولانس را به محل اعزام کنند و در کمتر از ۱۰ دقیقه آمبولانس در محل حاضر و مادر باردار را به بیمارستان برد. به محض ورود به بیمارستان خلیج فارس، مادر باردار توسط متخصص زنان ویزیت شد که به دلیل فشار خون بالا ختم بارداری اعلام شد با این اقدام بموقع مادر باردار و نوزاد وی هر دو از مرگ حتمی نجات یافتند.

از زحمات بهورزان خانه بهداشت باشی غلامحسین احمدی و محترم فراهت پور، خانم دکتر عزیززاده پزشک مرکز و آقای مهندس کارزونی سرپرست مرکز به خاطر تعهد و مسؤولیت‌پذیری و اقدام دلسوزانه و بموقع آنان که موجب حفظ سلامتی مادر و نوزاد شده است سپاسگزاریم و آرزوی سلامتی و توفیق روزافزون در خدمت به جامعه برای آنان داریم.

بهبهان و آغاچاری: ایجاد کانال تلگرام توسط بهورزان خانه بهداشت، میلاد شیرعلی و تاجماه طیبی جهت جمعیت تحت پوشش به منظور آموزش، اطلاع‌رسانی و پیگیری‌ها

زابل: اعزام ۶۸ نفر از بهورزان با سابقه خدمت بیش از ۲۵ سال به سفر کربلا

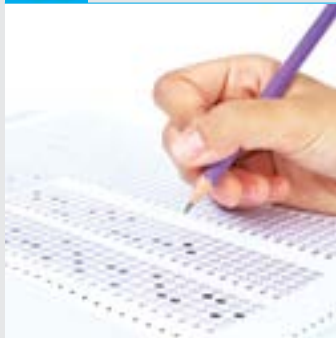
عملکرد هفته سلامت، جشنواره‌ها و مراسم روز بهورز

به مناسبت فرارسیدن روز بهورز همه ساله به پاس ارج نهادن به زحمات و تلاش بهورزان در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور مراسم جشنی با حضور مسؤولان برگزار و از بهورزان و مربیان نمونه با اهدای جایزه لوح یادبود قدردانی می‌شود. از دانشگاه‌هایی که اخبار فوق را اعلام کرده‌اند تشکر کرده و به برخی برنامه‌های جانبی جشن روز بهورز اشاره می‌شود.

رفسنجان: برگزاری جشن روز بهورز، اهدای کارت هدیه به همه بهورزان، اهدای لوح تقدیر و جایزه به برگزیدگان و سه هدیه سفر به مشهد



برگزاری آزمون‌های جامع علمی بهورزان، فصلنامه بهورز و نیازسنجی



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

اصفهان، بهبهان و آغاچاری، خوزستان، زنجان



همکارانی که مقالات‌شان به دست ما رسیده است



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

البرز (کرج): مریم سیرایی

بوشهر: فاطمه رضوی، فاطمه مدنی، فاطمه مددی، طیبه سپهری، زهرا هدایت، ایرج زنده بودی، بهنام باقری

خراسان شمالی (بجنورد): زکیه شهسواری

خراسان رضوی (مشهد): فاطمه سعیدی، زهرا معلمی نفت چالی، کیانوش کاظمی، نسرین رضائی

خوزستان (اهواز): بهار بندانی، عاطفه نوروزی اصل، ناهید اسکندری

رفسنجان: دکتر عباس علی ابراهیمی، اعظم صباغ زاده نعمت آباد، سوسن ابوالهادی

اصلاحات



رویا منتظری



فاطمه مهرگان

مدیر مرکز آموزش بهورزی دانشگاه
دانشگاه علوم پزشکی مازندران



مریم السادات هاشمی پور

کارشناس مسؤول آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی ایران

* در مقاله «ناباروری و عوامل مستعد کننده آن» مندرج در صفحه ۴۰ فصلنامه شماره ۹۳ تصاویر نویسندگان به شرح ذیل اصلاح می‌شود:

* در مقاله «آشنایی با زیج حیاتی» مندرج در صفحه ۳۵، فصلنامه شماره ۹۳، در توضیح تعریف زنان ۱۰ تا ۴۹ سال شوهردار تک فرزند، تک فرزند با حداقل سن یک سال و ۱۱ ماه و ۲۹ روز اصلاح می‌شود.



آشنایی با طرح رتبه بندی بهداشتی رستوران ها

شما چند «سیب» گرفته اید؟

مهندس فاطمه شفیعی
کارشناس بهداشت محیط
دانشگاه علوم پزشکی مشهد



براساس ماده ۱۲ آیین نامه اجرایی قانون اصلاح ماده ۱۳ قانون مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی موظف شده است ضمن رتبه بندی بهداشتی مراکز و اماکن مشمول آیین نامه، نتیجه سه بازرسی بهداشتی انجام شده آخراً برای اطلاع عموم مردم منتشر کند. رتبه بندی بهداشتی با اولویت گروه رستوران ها شامل رستوران، رستوران سنتی، سفره خانه، چلوکبابی و سلف سرویس از طریق ثبت نتیجه بازرسی ها در سامانه جامع مدیریت بازرسی مرکز سلامت محیط و کار وزارت بهداشت انجام خواهد شد و برای اطلاع عموم با نصب اپلیکیشن برنامه بر روی گوشی های همراه اندروید یا سایت قابل دسترسی و مشاهده است.

شرایط رتبه بندی بهداشتی

- رتبه عالی بهداشتی: این رتبه به واحدهایی تعلق می گیرد که در سه بازرسی متوالی رتبه یک بهداشتی را کسب کرده باشند.
- رتبه یک بهداشتی: این رتبه به واحدهایی تعلق می گیرد که براساس بازرسی انجام شده ۹۰ تا ۱۰۰ درصد امتیاز را کسب کرده باشند.
- رتبه دو بهداشتی: این رتبه به واحدهایی تعلق می گیرد که براساس بازرسی انجام شده ۸۰ تا ۸۹/۹۹ درصد امتیاز را کسب کرده باشند.
- رتبه سه بهداشتی: این رتبه به واحدهایی تعلق می گیرد که براساس بازرسی انجام شده ۷۰ تا ۷۹/۹۹ درصد امتیاز را کسب کرده باشند.
- درانتظار دریافت رتبه بهداشتی: این رتبه به واحدهایی تعلق می گیرد که در سامانه جامع بازرسی به عنوان یک واحد صنفی ثبت شده اند ولی هنوز مورد بازرسی قرار نگرفته و نتیجه بازرسی واحد در سیستم ثبت نشده است.

۶. رتبه در حالت تعلیق: این رتبه به واحدهایی تعلق می گیرد که براساس بازرسی انجام شده امتیاز لازم جهت دریافت رتبه بهداشتی را کسب نکرده یا آن را از دست داده اند و پرونده آن در مرکز بهداشت در حال رسیدگی بوده و هنوز به مراجع قضایی ارجاع نشده است.

روش اعطا یا گرفتن رتبه بهداشتی

رتبه بهداشتی گروه رستوران ها باید براساس انجام بازرسی، تکمیل چک لیست مربوطه، ثبت اطلاعات در سامانه و بعد از تأیید مسؤول بهداشت محل، توسط معاونت های بهداشتی دانشگاه ها و دانشکده های علوم پزشکی تعیین و نتایج سه بازرسی آخر به اطلاع مردم برسد.

به سؤالات بحرانی * امتیازی داده نمی شود. در صورت وجود حتی یک مورد نقص بحرانی که در بازرسی توسط بازرس مشخص شده باشد، واحد مربوطه مشمول اخذ رتبه عالی بهداشتی، رتبه یک، دو یا سه نمی شود. همچنین اگر واحدی دارای رتبه عالی بهداشتی، رتبه یک، دو یا سه باشد با مشاهده یک نقص بحرانی پس از طی مراحل گردش کار اداری، درجات بهداشتی مذکور از واحد مربوطه گرفته می شود.

در صورتی که واحد صنفی به علت نواقص بهداشتی، تعطیل و پرونده به مرجع قضایی ارجاع شود، آن واحد صنفی پس از طی مراحل اداری لازم، فاقد رتبه بهداشتی می شود.

روش اعطا یا گرفتن رتبه عالی بهداشتی (نشان سیب)

رتبه عالی بهداشتی به همراه نشان سیب به واحدهای صنفی که در سه بازرسی متوالی رتبه یک بهداشتی را کسب کنند اعطا می شود. متصدی واحد صنفی موظف است آخرین وضعیت بهداشتی خود را که توسط وزارت بهداشت در دسترس وی قرار می گیرد، در معرض دید مشتریان قرار دهد و در صورتی که وضعیت اعلام شده بهداشت مغایرت داشته باشد، تخلف بهداشتی محسوب و مشمول انجام اقدام های قانونی می شود.

* سایت دسترسی به رتبه بندی گروه رستوران ها

<http://samanehjm.behdasht.gov.ir/tracking/SearchLocation>

* لینک دریافت نرم افزار رتبه بندی گروه رستوران ها (نسخه اندروید)،

<http://samanehjm.behdasht.gov.ir/Files/BehdashMap.apk>

منابع

۱. دستورالعمل و الزامات رتبه بندی بهداشتی رستوران، رستوران سنتی، سفره خانه، چلوکبابی و سلف سرویس به شماره ۱۸۳۹۲۰۷-۱۸۳۹۲۰۷-۱۸۰۳۹۲۰۷

پاورقی:

*سؤالات بحرانی: مواردی است که رعایت نکردن آن به طور مستقیم موجب به خطر افتادن سلامت انسان شود و سؤالات غیر بحرانی: مواردی است که رعایت نکردن آن به طور غیر مستقیم بر سلامت انسان اثر دارد.



حضور «سمن ها» در عرصه تربیت خانه فروغ محبت

«خانه فروغ محبت» از سال ۱۳۸۱ کارش را با سرپرستی پنج فرزند پسر از مرکز ساماندهی بچه های خیابانی شروع کرد. هدف بانیان «خانه فروغ محبت» ایجاد خانواده برای این کودکان بود، زیرا معتقد بودند که یک لقمه نان و سرپناهی برای خواب برای این بچه های معصوم همیشه توسط خیران دیگر یافت می شود؛ اما آنچه یک انسان بیش از هر چیزی در این دنیا نیاز دارد، احساس آرامش و امنیت است که تنها در آغوش یک خانواده آرام و زیر سایه حضور یک پدر و مادر با محبت میسر خواهد شد.

همین تفکر بود که باعث شد چهار سال بعد «خانه دختران فروغ محبت» نیز راه اندازی شده و خواهران واقعی پسران آنان نیز به جمع خانواده اضافه شدند.

این خانواده در قالب یک شبه خانواده با ساختار هیأت امناء و هیأت مدیره، مدیریت می شود، اما ویژگی این اعضای قانونی این است که در

در سال ۱۳۹۰ توسط خیر محترم جناب آقای محمد ایرجیان زمینی در اختیار آنان قرار گرفت و با احداث سوله، دغدغه اجاره خانه پسرها رفع شد؛ اما دختران همچنان اجاره نشین هستند.

امروز دغدغه بزرگ خانواده بحث اشتغال زایی و خودکفایی خانواده و فرزندان بزرگ پسر است و در این مسیر از هرگونه کمک فکری و مالی خیران محترم استقبال می کنیم. اگرچه به لطف دکتر محمدزاده صاحب شرکت آریا بارون و خانم فتوت صاحب ساختمانی ۱۲۰ متری کارگاهی است؛ اما هنوز برای ایجاد یک اشتغال مطمئن و پردرآمد و البته سرمایه اولیه نیازمند کمک و همراهی دوستان و انسان های خیر هستیم.

چندی پیش محمد پاکروان طبق قول و تعهدی که از قبل به این خانواده داده بود، دوباره برای کلنگ زنی خانه دختران قدم جلو گذاشته و در همین راستا و برای جلب کمک از دیگر خیران همزمان با عید غدیر جشنی را در خانه فرزندان پسر و با هنرمندی فرزندان فروغ محبت برگزار کردند.

ان شاء الله زندگی پرمهر این خانواده سالیان سال ادامه داشته باشد و فرزندان بیشتری را در دامان خود بپروراند.

۱. سمن ها: سازمان های مردم نهاد

واقع آنان خاله و عمه و دایی و عموی فرزندان شدند.

یکی دیگر از ویژگی های منحصر به فرد این خانواده فضای موسیقایی و محیط معنوی و فرهنگی اصیل ایرانی است که بچه ها در آن رشد کرده و تبدیل به هنرمندانی قابل شدند.

پدر خانواده که پزشک و دبیرانجمن موسیقی درمانی خراسان است، خود آموزش موسیقی به فرزندان را شروع کرد و هسته اولیه فروغ محبت نیز با اجرای موسیقی توسط فرزندان و به همراهی نوه حاج قربان سلیمانی در سالن آمفی تئاتر غدیر مشهد در سال ۱۳۸۱ شکل گرفت و پس از آن تاکنون این فرزندان بیش از ۱۰۰ اجرای موسیقی در شهر مشهد، تهران و شهرستان های دیگر برای خیران خود داشته اند.

روزی بود که خیران تنها به قصد کمک و همراهی، خریدار بلیط کنسرت های فرزندان فروغ محبت بودند؛ اما امروز هنر بچه هاست که واقعاً خریدار دارد و این هدف اصلی و اولیه دکتر رامین ظفری بود که با ارایه هنر توسط فرزندان برای آن ها عزت نفس و سربلندی به ارمغان آورد.

امروز خانواده ۵۵ نفری فروغ محبت دارای هفت نوه است که هشتمین و نهمین نوه ها در راه هستند. دامادها و عروس هایی دارند که هر کدام باعث دلگرمی خانواده و کمک حال پدر و مادر هستند.

راه های ارتباط با مؤسسه حمایت از کودکان بی سرپرست فروغ محبت:
آدرس سایت: www.frooghemohabat.ir | تلفن: ۰۵۱-۳۸۶۵۰۸۰۲



◀ **عبدالحمید دستور**
 بهورز پایگاه مراقبت بهداشت مرزی باشماق مریوان
 دانشگاه علوم پزشکی کردستان

خوانندگان عزیز خواهشمندیم بعد از تکمیل خانه های جدول پاسخ را تا تاریخ ۱۳۹۶/۰۹/۳۰ به نشانی استان کردستان، سنندج، میدان آزادی، خیابان آبیذر، مرکز بهداشت استان معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کردستان رابط فصلنامه بهورز سرکار خانم شایسته سعادت مند ارسال کنید. از طرف واحد مذکور به ۵ نفر از کسانی که پاسخ صحیح را فرستاده باشند، به قید قرعه جوایز ارزنده ای اهدا خواهد شد.

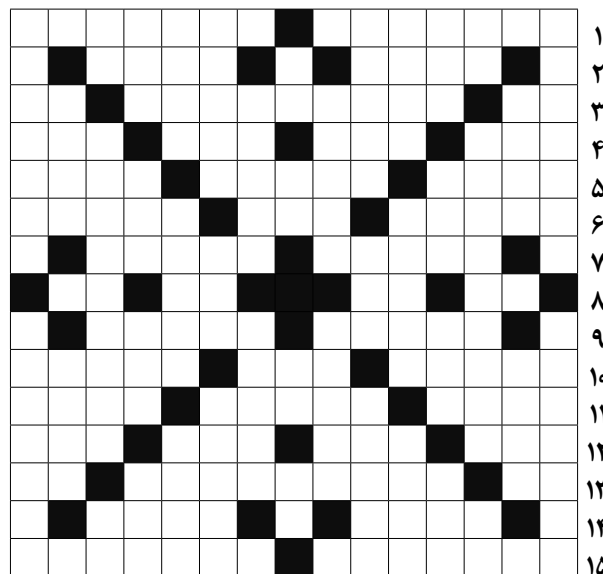
افقی

۱. نحوه تلقیح واکسن هیپاتیت ب در کودکان هموفیلی، زیباروی
۲. خرگوش تازی، کم خونی فقر آهن
۳. واحد سطح، یکی از ردیف های حقوق و مزایای کارمندان، منقار کوتاه
۴. تحریک عصبی، پرستار فرنگی، با رفت می آید، پایبندی به عهد
۵. شیشه واکسن یا دارو، کا ملا، قاضی ورزشی
۶. قلب قرآن، شاخه ای از شیمی، از وسایل نقلیه
۷. نسبت دادن کفر به کسی، بخشی از فیلم
۸. حرف فاصله، تکرار یک حرف، ضمیر غایب، دل آزار کهنه
۹. گیره سر، فنا شدن
۱۰. از وسایل پانسمان، میوه تلفنی، ملعون درهم ریخته
۱۱. وکیل از وی دفاع می کند، نامی دخترانه، برجسته
۱۲. ازادات پرسش، نظرها، مقدار مشخص واکسن یادارو، گیسو
۱۳. رمق، بیماری انگلی، از چاشنی ها
۱۴. آگاه و دارای بینش، نوعی بیماری مهلك که خوشبختانه ریشه کن شده
۱۵. پایتخت ایران در زمان ماد، ایثار و از خود گذشتگی

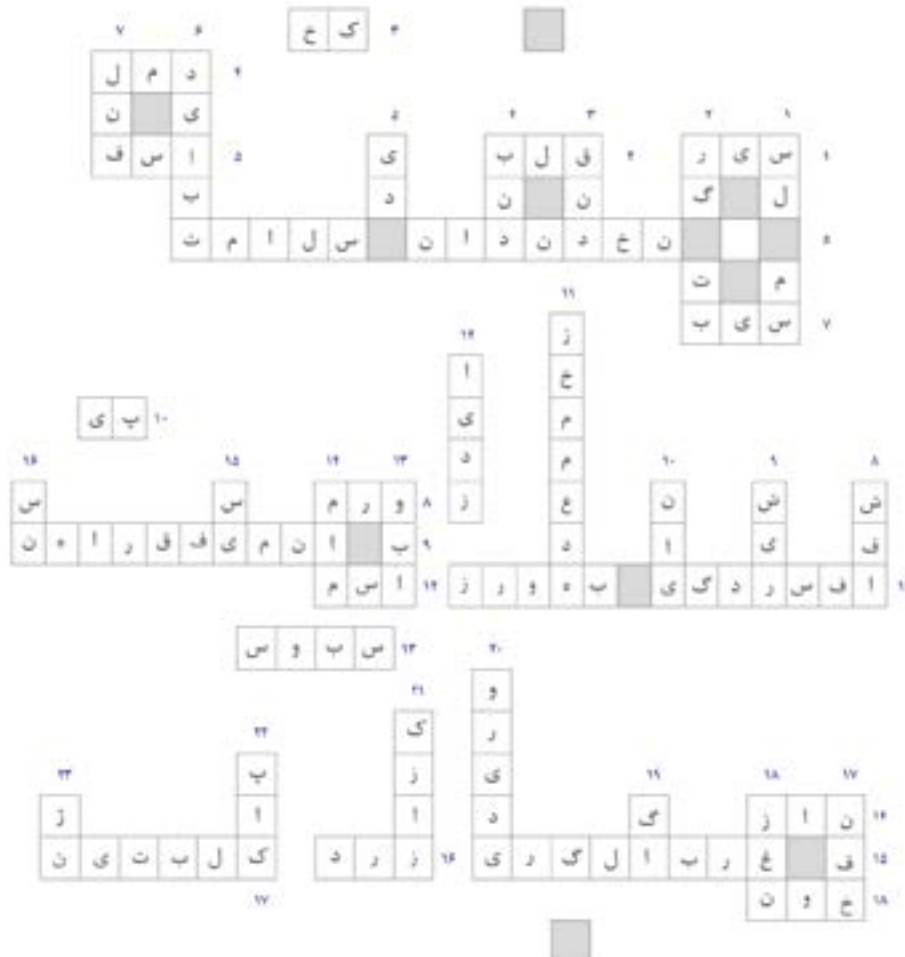
عمودی

۱. ازدواج، بی چاره
۲. خواب شیرین، پروتئین گیاهی
۳. نشانه مفعول بی واسطه، کشوری در قاره آمریکا با پایتختی سان خوزه، شهر ارگ
۴. بیماری پوستی، اما، حرکت بسان کرم، نشانه
۵. پایتخت بریتانیا، از انواع ماشین نظامی، معتمدین
۶. از رشته های آموزش عالی، چین و چروک پوست، شهرگ
۷. نشانه تلقیح ب.ث.ژ. نادر
۸. نشانه بیماری، بیماری واگیر و خطرناک، از اقوام ایرانی، واحد پول ژاپن
۹. تورم رگ های پشت پا، آشکار
۱۰. ترس و خوف، نارس، تازه متولد شده
۱۱. باگفت می آید، جرمه، قشنگ
۱۲. آسمان، خوراک ماکیان، سگ تازی، راه و روش
۱۳. حرف دهن کجی، ضد بیماری دیفتری و کزاز، نشانه جمع فارسی
۱۴. جمعیت، دلیند داماد
۱۵. از انگل ها، زندگی مسالمت آمیز

۱۵ ۱۴ ۱۳ ۱۲ ۱۱ ۱۰ ۹ ۸ ۷ ۶ ۵ ۴ ۳ ۲ ۱



جدول حل شده شماره ۹۳



برندگان جدول شماره ۹۰

از معاونت محترم بهداشت دانشگاه علوم پزشکی سبزوار و جناب آقای محمد رحیم زاده رابط محترم فصلنامه بهروز آن دانشگاه که جهت افزایش آگاهی و ایجاد انگیزه مخاطبان مجله بهروز، اعضای هیأت تحریریه مجله را یاری رسانده اند نهایت تشکر و قدردانی را داریم. جوایز این عزیزان از طرف معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی سبزوار به آدرس آنان ارسال شده است.

۱. مجید جلیلی، بهروز خانه بهداشت رباط مراد شهرستان خمین دانشگاه علوم پزشکی اراک
۲. مرضیه نوروزی، مربی مرکز آموزش بهروزی لردگان دانشگاه علوم پزشکی چهارمحال و بختیاری
۳. عدرا بداغ آبادی، بهروز خانه بهداشت ریوند شهرستان داورزن دانشگاه علوم پزشکی سبزوار



برندگان جدول شماره ۹۱

از معاونت محترم بهداشت دانشگاه علوم پزشکی گیلان و سرکار خانم خدیجه طاهری رابط محترم فصلنامه بهروز آن دانشگاه که جهت افزایش آگاهی و ایجاد انگیزه مخاطبان مجله بهروز، اعضای هیأت تحریریه مجله را یاری رسانده اند نهایت تشکر و قدردانی را داریم. جوایز این عزیزان از طرف معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی گیلان به آدرس آنان ارسال شده است.

۱. حسین قربانی، بهروز خانه بهداشت قوشه تپه، شهرستان مراوه تپه، دانشگاه علوم پزشکی گلستان
۲. فاطمه بابایی، کاردان مرکز سلامت شماره ۳، شهرستان رودسر، دانشگاه علوم پزشکی گیلان
۳. سید سردار رحمانی، بهروز خانه بهداشت طاله جر، شهرستان سقز، دانشگاه علوم پزشکی کردستان
۴. شهلا صادقیان، بهروز خانه بهداشت ورپشت، شهرستان تیران، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
۵. رضا شیرمحمدی، بهروز خانه بهداشت کرکان، شهرستان ملایر، دانشگاه علوم پزشکی همدان

خوانندگان گرامی:

پاسخ صحیح سؤالات را برای رابط فصلنامه بهروز در دانشگاه محل کار خود (کارشناس مسئول آموزش بهوزری دانشگاه) ارسال فرمایید. از رابطان محترم دانشگاه تقاضا می‌شود مشخصات (نام، نام خانوادگی، شغل، نام محل کار و شماره تماس) پاسخ دهندگان صحیح را تا تاریخ ۱۳۹۶/۰۹/۳۰ به نشانی مرکز بهداشت استان خراسان رضوی، دفتر فصلنامه بهروز ارسال دارند، ان شاء... جوایز ارزنده‌ای به قید قرعه به ۵ نفر اهدا خواهد شد.

۱. کدامیک از علل بی‌اختیاری ادرار در سالمندان است؟
الف. عفونت مجاری ادراری ب. چاقی و اضافه وزن ج. بزرگی غده پروستات در مردان د. هر سه مورد
۲. در شیوه خشک کردن برای نگهداری سبزی‌ها به کدامیک از نکات ذیل باید توجه کرد؟
الف. سبزی‌های برگری را باید همراه با ساقه و به شکل واژگون خشک کرد. ب. باید ابتدا با بخار آب حرارت داده و پس از آن خشک کرد. ج. باید برگ‌ها را در کیسه پارچه‌ای خشک کرد. د. همه موارد صحیح است.
۳. کدام گزینه اشتباه است؟
الف. دیابت نوع ۲، هم قابل پیشگیری و هم قابل کنترل است. ب. برای ارزیابی کنترل دیابت از آزمایش HGAIC استفاده می‌شود. ج. افراد مبتلا به دیابت نوع ۱ برای ادامه حیات نیاز به تزریق انسولین دارند. د. هیچکدام
۴. کدامیک از موارد زیر جزو سؤالات پیشگیرانه است؟
الف. سلامت و شادی من و اعضای سازمان در گرو چیست؟ ب. نیازهای فوری من و کارمندانم چیست؟ ج. من به دنبال ایجاد چه تغییراتی در خود و اعضای سازمان هستم؟ د. قول و قرارهای من با خودم و اعضای سازمان چیست؟
۵. وجود کدامیک از نشانه‌های زیر احتمال سرطان کولورکتال را مطرح می‌کند؟
الف. کاهش وزن بیش از ده درصد وزن طی شش ماه گذشته ب. خونریزی دستگاه گوارش تحتانی ج. درد شکم و احساس پر بودن مقعد پس از اجابت مزاج د. همه موارد
۶. اجزای غیرسازه‌ای ساختمان کدامند؟
الف. تیر، ستون، کف ب. سقف کاذب، پنجره، لوازم اداری، رایانه و قفسه ج. طاق ضربی، رال، سقف تیرچه د. هیچکدام
۷. برای چه کسانی مشاوره ژنتیک توصیه می‌شود؟
الف. سابقه تولد کودک معلول در خانواده ب. قصد ازدواج فامیلی ج. حاملگی در سنین بالاتر از ۳۵ سال د. همه موارد
۸. محل آرامستان و فاصله آن با روستا باید چقدر باشد؟
الف. در خارج از روستا و با فاصله حداقل هزار متر باشد. ب. کمتر از ۱۰ کیلومتر نباشد. ج. با فاصله حداقل هزار متر باشد. د. در محدوده روستا و با فاصله حداقل هزار متر باشد.
۹. نشانه بیماری تب مالت در دام کدام است؟
الف. کاهش وزن، کاهش شیر ب. سقط جنین ج. به دنیا آمدن نوزاد ضعیف و ناتوان، تورم بیضه‌ها د. همه موارد
۱۰. اگر قند خون ناشتا در اولین ویزیت بارداری ۱۰۰ میلی‌گرم در دسی‌لیتر باشد، چه اقدامی لازم است؟
الف. ارجاع به متخصص داخلی ب. آموزش رژیم غذایی مناسب و ورزش ج. تکرار آزمایش ۲ هفته بعد د. گزینه ب و ج

راهنمای درخواست اشتراک

۱. نشانی خود را کامل، خوانا و با ذکر کدپستی بنویسید.
 ۲. هزینه اشتراک سالانه (۴ شماره نشریه): پست عادی ۱۲۰,۰۰۰ ریال و پست سفارشی ۲۰۰,۰۰۰ ریال
 ۳. هزینه DVD بانک الکترونیک فصلنامه بهروز (حاوی اطلاعات ۲۸ سال نشریه) ۲۰۰,۰۰۰ ریال
 ۴. وجه اشتراک را با مراجعه به یکی از شعبه‌های بانک رفاه کارگران به شماره حساب ۲۱۳۸۱۴۱۷۴۸۰۰۷ مشهد، بانک رفاه کارگران شعبه بیمارستان قائم (عج)، کد شعبه ۹۵۰ به نام درآمدهای بهداشتی مرکز بهداشت استان خراسان رضوی «قابل توجه دفتر مجله بهروز» واریز و در اسرع وقت تصویر فیش را به شماره ۰۹۳۸۱۲۳۵۹۹۰ تلگرام یا اصل فیش را همراه با برگه درخواست اشتراک به نشانی مشهد مقدس، انتهای خیابان سناباد، مرکز بهداشت استان خراسان رضوی، دفتر فصلنامه بهروز یا کدپستی ۹۱۸۵۶۸۴۵۳۸ یا به پست الکترونیکی behvarz.mag@mums.ac.ir ارسال فرمایید.
- دفتر مجله از پذیرفتن هر گونه وجه نقد، چک بانکی و... معذور است.

درخواست برگه.....

اشتراک

اشتراک جدید تمدید اشتراک شماره اشتراک پست عادی پست سفارشی

به پیوست، حواله بانکی به مبلغ..... ریال ارسال می‌شود. خواهشمند است فصلنامه بهروز به مدت یک سال به آدرس زیر فرستاده شود.

نام و نام خانوادگی: کد ملی (الزامی):

آدرس:

کدپستی: شماره تلفن: