

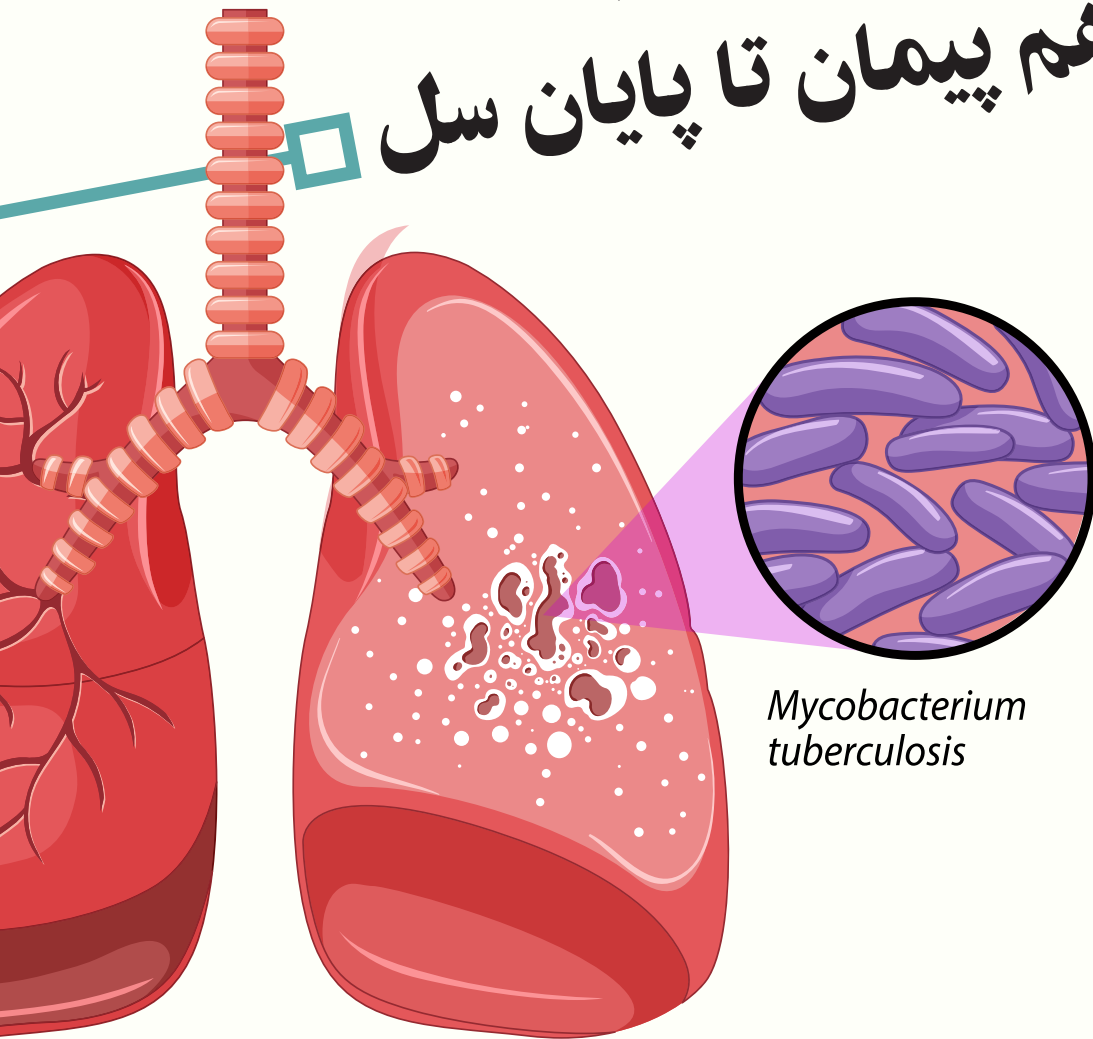
افق طلایی سلامت

شماره ۶۰

سال دوازدهم، پاییز ۹۸

۲۳ مهر
(روز ملی مبارزه با سل)

هم پیمان تا پایان سل



Mycobacterium tuberculosis

Lungs infected with tuberculosis (TB)

فصلنامه

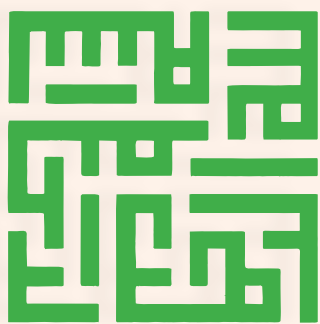
- بهداشتی
- درمانی
- علمی
- فرهنگی

فصلنامه افق طلایی سلامت شماره ۶۰

نشریه داخلی حوزه معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی زابل

در این شماره:

- ۱ ■ سخن سردبیر
- ۲ ■ راهنمای والدین نوآموزان بدو ورود به مدرسه (۱)
- ۴ ■ پیشگیری از حوادث و سوانح در کودکان
- ۶ ■ مراقبتهای پیش از بارداری و آمادگی برای بارداری
- ۸ ■ علل مادری منع مطلق و نسبی شیردهی
- ۱۲ ■ بررسی رابطه ... در سالمندان
- ۱۳ ■ هپاتیت C
- ۱۴ ■ بسیج ملی کنترل فشارخون
- ۱۷ ■ استئوپروز و ابزار فرکس
- ۱۸ ■ جوانان و ازدواج
- ۲۱ ■ محورهای ۷ گانه برنامه ملی کنترل و کاهش طلاق (۲)
- ۲۳ ■ خودمراقبتی در خودکشی
- ۲۵ ■ بیماریهایی که باعث عقب ماندگی ذهنی کودک میشوند
- ۲۷ ■ مقابله با گاز گرفتگی
- ۳۱ ■ اپیدمیولوژی حوادث ترافیکی در جهان و ایران
- ۳۲ ■ سیستم فاضلاب بیمارستانی
- ۳۴ ■ الزامات حقوقی اسناد در قبال بهداشت و ...
- ۳۷ ■ صفحه احساس و قلم
- ۳۹ ■ جدول جایزه دار



صاحب امتیاز: معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی زابل

مدیر مسئول: دکتر جواد اکبری زاده

سردبیر: سید محمود فاطمی

مسئول دبیرخانه: حسینعلی ستوده

همکاران تحریریه:

■ دکتر جواد اکبری زاده

■ سید محمود فاطمی

■ حسینعلی ستوده

■ مجتبی کنذری

■ زینب کریمی راد

■ سید روح ا... داودی

طراح: سید روح ا... داودی

آدرس دبیرخانه: زابل - خیابان طالقانی

روبروی کارخانه یخ خراشادی

حوزه معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی زابل

واحد آموزش و ارتقای سلامت

دبیرخانه فصلنامه افق طلایی سلامت

تلفن: ۰۵۴-۳۲۲۳۸۰۲۹

پست الکترونیکی: asm@zbm.ac.ir

نکته ۱: همکاران می توانند آثار خود را به واحد

آموزش و ارتقای سلامت ستاد حوزه معاونت بهداشتی

دانشگاه علوم پزشکی زابل تحویل نمایند. این نشریه

در انتخاب، حذف و اصلاح مطالب رسیده آزاد می باشد.

همچنین مقالات ارسالی برگشت داده نمی شود و

مسئولیت مقالات به عهده نویسنده آن می باشد.

نکته ۲: حتماً مقالات خود را به صورت تایپ شده و با ذکر

منابع در یک فایل تحویل نمایید.

آدرس اینترنتی مجله

ofogh.zbm.ac.ir

سلام بر خوانندگان محترم شصتمین شماره فصلنامه الکترونیک افق طلایی سلامت. هرچند این شماره از فصلنامه در مهرماه و در آستانه بازگشایی مدارس انتشار می‌یابد بهتر بود به اهمیت و جایگاه سلامت دانش آموزان عزیز و محیط‌های آموزشی سالم پرداخته شود. ولی به دلیل مشکل ایجادشده روزهای اخیر در یکی از روستاهای کشور در خصوص اچ‌آی‌وی/ایدز به نظر آمد که به کنکاش این مشکل بپردازیم. چراکه ایجاد این مشکل زنگ خطری است برای همه خدمات سلامت.

خوشبختانه برای اکثر مسائل بهداشتی در سطح جهانی، منطقی‌ها و کشوری و خصوصاً در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران اهداف و استراتژی‌های کلان تعیین و تعریف شده است و این اهداف می‌تواند چراغ راهی باشد برای حفظ و ارتقای سلامت جامعه و نیل هرچه سریع‌تر و بهتر به این اهداف.

مثلاً استراتژی جامع UNAIDS در سال‌های ۲۰۲۱-۲۰۱۶ برای کنترل HIV سه هدف کلی (اهداف ۹۰۹۰۹۰) را دنبال می‌کند. انتظار می‌رفت تا پایان سال ۲۰۲۰ یعنی سال آینده حدود ۹۰ درصد مبتلایان در دنیا شناسایی شوند، ۹۰ درصد از موارد شناسایی شده تحت درمان قرار گیرند و از این تعداد ۹۰ درصد بار ویروسی مهارشده باشد و با نیل به این اهداف اپیدمی ایدز در سال ۲۰۳۰ کنترل شود.

ولی آیا با توجه به وضعیت موجود و معضلاتی که درخصوص کنترل این بیماری مواجه هستیم آیا تا

سال‌های تعیین شده به این اهداف خواهیم رسید؟؟!!!! شاید یک حلقه مفقوده عامل عدم پیشرفت در مسیر اهداف باشد و به جرات می‌توان گفت این حلقه مفقوده هنر برقراری ارتباط صحیح، اطلاع‌رسانی و آموزش سلامت می‌باشد. بی‌شک توجه جدی به آموزش سلامت منجر به نیل به اهداف کلان سلامت خواهد شد.

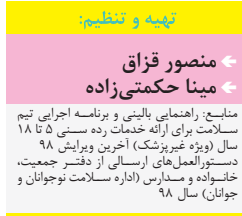
البته موضوع آموزش سلامت در همه برنامه‌های سلامت ذکر می‌شود ولی عدم توجه علمی و روشمند باعث عدم تأثیر برخی برنامه‌های سلامت شده است. چه بسا هر جا که بر این مهم تأکید شده شاهد تأثیر زیاد و نیل به اهداف سلامت تعیین شده و در مواردی فراتر از اهداف تعیین شده می‌باشیم.

بر همه افرادی که با ارائه خدمات سلامت سروکار دارند در هر سطحی واجب و ضروری است که با اصول برقراری ارتباط و آموزش سلامت آشنا و مسلط باشند. عدم توجه و اجرای پیوست آموزش سلامت در برنامه‌های سلامت (جامعه، بیمار، اطرافیان، گروه‌های آسیب‌پذیر و ... و حتی ارائه‌دهندگان سلامت) هر برنامه سلامت‌محور را با شکست مواجه خواهد نمود.

پس همه با هم، آموزش سلامت، برای سلامت سلامت و پیروز باشید

سید محمود فاطمی





راهنمای والدین

نوآموزان بدو ورود به مدرسه (۱)

۱- بهداشت فردی

بهداشت پوست:

- ◆ شستن بدن هفته‌ای دو بار با آب گرم تمیز و صابون
- ◆ استفاده از وسایل شخصی در استحمام
- ◆ تعویض مرتب لباس‌های زیر

- ◆ شستن صحیح دست‌ها در بازگشت از مدرسه، قبل از خوردن غذا و هر خوراکی دیگر، هنگام آماده کردن ظروف و وسایل سفره، بعد از رفتن به توالت، دست زدن به خاک و ... پس از ملاقات و تماس با بیماران مبتلا به بیماری‌های واگیر و ...

- ◆ آداب دستشویی رفتن و رعایت بهداشت فردی را به‌طور کامل در او کنترل کنید.

- ◆ خشک کردن دست‌ها با دستمال و حوله تمیز پس از شستن
- ◆ شستن روزانه پاها برای جلوگیری از بوی نامطبوع
- ◆ استفاده از حوله شخصی و تمیز

بهداشت مو:

- ◆ شستن موها با شامپو و سایر مواد پاک‌کننده مناسب
- ◆ استفاده از شانه و برس شخصی
- ◆ کنترل شوره سر با شستن مرتب موها، شانه و برس زدن
- ◆ خشک کردن موها پس از شستشو، با فشار دادن به حوله و خودداری از مالش شدید

بهداشت چشم:

- ◆ استفاده از نور کافی که از پشت سر و طرف چپ می‌تابد، هنگام مطالعه و رعایت فاصله ۴۵ - ۳۰ سانتیمتر چشم‌ها از سطح مطالعه و رعایت فاصله مناسب هنگام تماشای تلویزیون
- ◆ خیره نشدن به نور شدید مانند خورشید و لامپ‌های پرنور
- ◆ استفاده از عینک آفتابی در نور شدید
- ◆ مراجعه سریع به چشم‌پزشک در صورت وجود مشکلات بینایی و بروز عوارضی مانند تاری دید، خلال در قدرت بینایی، خستگی در هنگام مطالعه و ...
- ◆ مصرف غذاهای متنوع و مناسب، خصوصاً غذاهای حاوی ویتامین A مانند هویج و میوه‌ها و سبزی‌های تازه
- ◆ مراجعه سریع به چشم‌پزشک در صورت مشاهده هرگونه اختلال در ظاهر چشم‌ها، اعم از افتادگی پلک، قرمزی، تورم، انحراف و ...
- ◆ شستشوی سریع چشم با مقادیر فراوان آب و پوشاندن با یک گاز تمیز و مراجعه سریع به پزشک در صورت ورود گردوغبار، اجسام خارجی، مواد شیمیایی به چشم‌ها و یا برق‌زدگی چشم‌ها و خودداری از مالش چشم

بهداشت گوش:

- ◆ تمیز نگاه‌داشتن گوش‌ها
- ◆ خودداری از وارد کردن جسم نوک‌تیز به گوش
- ◆ مراجعه به پزشک به محض احساس ناراحتی و درد در گوش
- ◆ خودداری از به کار بردن دارو و ریختن قطره‌های مختلف در گوش بدون تجویز پزشک



۲- تغذیه سالم

صبحانه:

◆ دانش‌آموزانی که بدون خوردن صبحانه به مدرس می‌روند یادگیری و کارایی لازم را ندارند.

◆ برای اینکه کودکان سنین مدرسه اشتهای کافی برای خوردن صبحانه داشته باشند باید شام را در ساعات ابتدایی شب مصرف کنند و حتی الامکان شب‌ها در ساعت معینی بخوابند تا صبح بتوانند زودتر بیدار شده و وقت کافی برای خوردن صبحانه داشته باشند.

◆ والدین باید کودکان خود را به سحرخیزی، ورزش و نرمش صبحگاهی و خوردن صبحانه در محیط گرم خانواده تشویق نمایند.

◆ غذاهایی از قبیل فرنی، شیر برنج، حلیم، عدسی، نان و پنیر و گردو، نان و پنیر و گوجه‌فرنگی، نان و پنیر و خیار، نان و تخم‌مرغ، گوجه‌فرنگی، نان و کره مربا، نان و کره و خرما، نان و پنیر و خرما همراه با یک لیوان شیر یک صبحانه سالم و مغذی برای کودکان سنین مدرسه به شمار می‌رود.

◆ مصرف غذاهای غیرخانگی مانند (ساندویچ‌ها، سوسیس، کالباس، همبرگر و...) از نظر مواد مغذی به‌ویژه آهن، کلسیم، ویتامین B₂ و ویتامین A و C و اسیدفولیک فقیرند و در صورتی که جایگزین غذاهای خانگی و سنتی بشوند و به‌طور مداوم مصرف شوند بدن با کمبودهای ویتامینی و املاح که برای تنظیم فعالیت‌های حیاتی بدن مورد نیازند مواجه می‌شود.

ناهار:

◆ اگر دانش‌آموز در شیفت بعدازظهر مشغول تحصیل می‌باشد بهتر است ناهارش را در منزل بخورد و بعد به مدرسه برود. ولی اگر این امکان وجود ندارد می‌تواند ناهارش را در ظرف مخصوص همراه خود به مدرسه ببرد.

از آنجایی که محیط گرم می‌تواند موجب رشد میکروب‌ها شود، بنابراین باید نهاری که کودک از منزل می‌برد، سرد بماند بخصوص اگر گوشت داشته باشد. می‌توانید غذا را داخل یک ظرف عایق، یا ظرفی که هوا نمی‌تواند به داخل آن نفوذ کند گذاشته شود. سعی کنید ظروف غذا را هرروز بشویید.

◆ خودداری از شننا و استحمام در آب‌های راکد، استخرهای غیربهداشتی و آب‌های جاری آلوده

◆ دوری از محل‌های با سروصدای مداوم

بهداشت دهان و دندان:

◆ مسواک زدن صحیح دندان‌ها پس از هر وعده‌غذا به‌خصوص شب‌ها قبل از خواب با مسواک و خمیردندان مناسب

◆ استفاده از نخ دندان برای پاک کردن فاصله بین دندان‌ها

◆ خوردن مواد غذایی مناسب به‌خصوص در سنین کودکی و استفاده از خمیردندان حاوی فلوراید.

◆ توجه به هرگونه زخم در داخل مخاط دهان و زبان و اقدام برای معالجه سریع

◆ معاینات دهان و دندان هر شش ماه یکبار

◆ پر کردن دندان و برداشتن قسمت‌های پوسیده و ترمیم دندان

بهداشت پا:

◆ استفاده از کفش مناسب به‌نحوی که هیچ‌گونه فشاری به پا وارد نکرده و سبب تغییر فرم طبیعی استخوان‌بندی پا نشود

◆ خشک کردن پاها بعد از شستن

◆ استفاده از جوراب‌های مناسب و شستن مرتب آنها

بهداشت ناخن:

◆ کوتاه نگاه‌داشتن ناخن‌ها

◆ شستن زیر ناخن‌ها

◆ ترک عادات جویدن ناخن که غیربهداشتی بوده و سبب ابتلای فرد به بسیاری از بیماری‌ها خواهد شد.

◆ چرب کردن پوست اطراف ناخن در صورت خشکی

بهداشت خواب و استراحت:

◆ استراحت و خواب راحت در رختخواب تمیز

◆ رعایت مدت‌زمان کافی خواب (حدود ۸ تا ۹ ساعت)



پیشگیری از حوادث و سوانح در کودکان

تهیه و تنظیم:

لیلی جهاننیک

منابع: پوکلت مانا (سوانح و حوادث)
پوکلت کودک سالم - کتابچه راههای
پیشگیری از حوادث در کودکان



پخت‌وپز و ریختن چای و سیگار کشیدن و...
پرهیز کنید

- کودک را در معرض مایعات داغ و وسایل
پخت‌وپز و گرم‌کننده (سماور، بخاری، اجاق‌گاز،
چراغ گرم‌کن، اتو، منقل) قرار ندهید.

- ظروف حاوی مایعات داغ همچنین ظروف
خوراک‌پزی را در دسترس کودکان و روی میز
قرار ندهید.

- پیش از حمام کردن کودکان حتماً از ولرم
بودن آب مطمئن شوید.

- در پریزهای برق محافظ پلاستیکی قرار
دهید.

- چراغ خوراک‌پزی در فصل سرما در مسیر
رفت‌وآمد کودکان نباشد.

سقوط:

- والدین و مراقبین کودک باید کودک را
درست و مطمئن در آغوش بگیرند.

- هرگز کودک را در تخت یا گهواره بدون
حفاظ یا در جاهای بلند مانند میز و صندلی
و نیمکت تنها رها نکنید.

- هرگز کودک را به فرد غیرمطمئن و کودکان
دیگر نسپارید و از بازی‌های خطرناک مانند
پرتاب کردن کودک به بالا پرهیز نمائید.

به والدین و سایر افراد خانواده و اجتماع از آمار
حوادث و سوانح کم‌نماینیم. بدیهی است که
اطلاعات در زمینه بروز حوادث و ارائه آموزش
در زمینه راههای پیشگیری از آن می‌تواند نقش
مؤثری در کاهش میزان حوادث و مرگ‌ومیر
ناشی از آن داشته باشد.

والدین گرامی: مراقبت از کودکان را
حتی‌الامکان خود به عهده داشته باشید و در
ساعات غیبت از منزل و یا دوری از طفل خود،
مراقبت از فرزندان را به فرد قابل‌اعتمادی
بسیارید. استفاده از کودکان بزرگتر به‌عنوان
مراقب بدترین انتخاب می‌باشد.

مهم‌ترین حوادثی که کودکان را بیشتر تهدید
می‌کنند عبارتند از: سوختگی‌ها، سقوط،
غرق‌شدگی و خفگی، مسمومیت‌ها، حوادث
ترافیکی.

توجه به نکات آموزشی که در ادامه ذکر
می‌گردد جهت ارتقای آگاهی خانواده‌ها و
جامعه در جهت پیشگیری از حوادث و سوانح
در کودکان لازم و ضروری می‌باشد.

سوختگی:

- هنگامی که کودک خود را در آغوش دارید
هرگز مایعات داغ ننوشید و از کارهایی مانند

با عنایت به اینکه هفته جهانی کودک از ۱۷
لغایت ۲۴ مهرماه سال جاری آغاز می‌شود و با
توجه به اهمیت پیشگیری از سوانح و حوادث
که به‌عنوان شایع‌ترین علت مرگ‌ومیر کودکان
در کشور ما می‌باشد، دانستن نکات پیشگیری
از حوادث و سوانح در کودکان از اهمیت بسزایی
برخوردار می‌باشد.

یکی از علل شایع مرگ‌ومیر در کودکان سنین
۱ تا ۱۵ سال سوانح و حوادث می‌باشد و بر
اساس تحقیقات انجام‌شده سوانح و حوادث:

* پنجمین علت مرگ در دنیا می‌باشند

* عمده‌ترین علت مرگ کودکان زیر ۵ سال
می‌باشند

* از شایع‌ترین مشکلات جراحی کودکان
می‌باشد

* عمده‌ترین علت بستری در بیمارستان‌ها
می‌باشند

* سوانح و حوادث ممکن است ناتوانی مادام‌العمر
در افراد ایجاد کند.

لذا حفظ و ارتقاء سطح سلامتی کودکان زیر
۸ سال و کم کردن بار بیماری و جلوگیری از
مرگ‌ومیر آنها از اولویت‌های مهم برنامه‌های
بهداشتی بشمار می‌آید. پس باید تلاش کرد با
دادن آگاهی‌های لازم و ضروری در این زمینه



ظروف مخصوص ریخته و دور از دسترس کودکان قرار دهید

- در صورت استفاده از سموم برای سم‌پاشی خانه یا از بین بردن حشرات، کودکان را دور از محیط نگاهدارید

حوادث ترافیکی

- از قرار دادن کودک در صندلی جلو ماشین خودداری کنید

- کودک را در صورت نبودن مراقب حتماً در صندلی مخصوص کودک و صندلی عقب اتومبیل قرار دهید

- از بازی کردن کودکان در مسیر رفت‌وآمد ماشین و موتورسیکلت جلوگیری شود

- در هنگام گذر از کوچه و خیابان حتماً دست کودک را گرفته و او را تنها نگذارید.

- علائم و نشانه‌های راهنمایی و رانندگی را متناسب با سن کودک به او آموزش دهید

- قوانین دوچرخه‌سواری را به کودک آموزش دهید

- به کودک بیاموزید که با افراد غریبه صحبت نکنند

- شماره تلفن فوریت‌ها را به کودک آموزش دهید.

- بر اساس بوکلت چارت مانا بایستی تمامی کودکان مصدوم را از نظر علائم خطر فوری (انسداد تنفسی، دیسترس شدید تنفسی، سیانوز، علائم شوک، کما، تشنج) بررسی و

مادر را در مورد علائمی که کودک را تهدید به مرگ می‌کند آگاه کنیم. معمولاً مرگ

کودکان بدحال اغلب در ۲۴ ساعت اول مراجعه اتفاق می‌افتد. پس کودکی که به علت حادثه،

سوختگی، مسمومیت و گزیدگی مراجعه می‌کند باید سریعاً بلافاصله پس از ورود، قبل از

انجام هرگونه ثبت و یا اتلاف وقت تحت درمان قرار گیرد تا از مرگ وی جلوگیری شود.

و هنگام خواب سماور و منقل در اتاق خواب کودک روشن نکنید

- بادکنک یا کیسه پلاستیکی را از دسترس کودک دور نگاهدارید چون بر اساس کنجکاو می‌تواند آن را بر سر کشیده باعث خفگی کودک شود.

- از بازی کردن کودک در کنار چاه - رودخانه و استخر جلوگیری کرده و چنانچه در منزل استخر و حوضی وجود دارد دور آن را حصار بکشید.

- هرگونه طناب و نوار باریک و ضخیم و سیم تلفن و برق که احتمال دارد کودک هنگام بازی به دور گردن خود بیاویزد و باعث خفگی وی شود را دور از دسترس او قرار دهید.

- آموزش شنا کردن و قوانین ایمنی آب را به کودک بیاموزید و تا موقعی که کاملاً فن شنا کردن را یاد نگرفته او را در آب تنها نگذارید.

- از اسباب‌بازی‌های نرم یا اسباب‌بازی‌های حلقه‌دار استفاده نکنید.

مسمومیت:

- در صورتی که از کودک فرد دیگری مراقبت می‌کند از سلامتی وی از نظر بیماری، اعتیاد و... مطمئن شوید

- بیشترین مسمومیت‌ها در کودکان ناشی از مصرف مواد مخدر یا داروهای گیاهی در هنگام بیماری کودکان است که بایستی جدا از مصرف آنها بخصوص تریاک در زمان بیماری کودک خودداری شود.

- کلیه مواد شوینده، پاک‌کننده و سموم و داروها و اشیاء آلوده را در جایی قرار گیرد که از دسترس و دید کودکان دور باشد.

- مواد نفتی، سموم و مواد شیمیایی باید در ظروف دربسته و دور از محیط و ظروف غذا و آب قرار داده تا به‌اشتباه توسط کودکان خورده نشود.

- مواد سمی (نفتی و یا مواد شوینده) را در

- در هیچ سن و سالی کودک را در روروک نگذارید

- پنجره‌ها و بالکن منزل و راه‌پله‌ها باید حتماً دارای حفاظ باشد.

- تا زمانی که کودک مهارت بالا و پایین رفتن از پله را فرا نگرفته هرگز او را در مسیر راه‌پله تنها نگذارید

- محل بازی کودک ایمن بوده و به کودکان آموزش دهید از بازی در جای بلند پرهیز کنند.

- قوانین ایمنی و دوچرخه‌سواری را به کودک آموزش دهید و کلاه ایمنی در زمان دوچرخه‌سواری بر سر کودک بگذارید.

- در صورت وجود چاه آب یا هرگونه گودال در حیاط منزل و یا احتمال تنورهای خانگی هم‌سطح زمین حتماً روی آن را درپوش قرار دهید.

- از سوار کردن کودکان به‌تنهایی در پشت حیوانات خودداری کنید.

- مطمئن شوید فردی که کودک را در آغوش می‌گیرد بیماری خاصی که منجر به تهدید سلامت کودک می‌شود نداشته باشد (تشنج، اعتیاد، عدم تعادل روحی و روانی و ...)

غرق شدن و خفگی:

- والدین عزیز هرگز کودک را در تشت آب یا وان حمام تنها رها نکنند و همیشه او را با دست محافظت کنید (بخصوص بدو تولد تا ۶ ماهگی)

- اشیاء نوک‌تیز و کوچک را از دسترس کودکان دور نگاهدارید

- سطل‌ها و تشت و حوضچه‌ها را خالی نگاهدارید - کودک را هرگز به شکم خوابانید کودک باید به پشت یا پهلو خوابانده شود (بدو تولد تا یک‌سالگی) تا از خفگی احتمالی کودک جلوگیری شود.

- از قنداق کردن کودک یا بستن شکم کودک به‌صورت محکم بپرهیزید

- کودک را دور از دود و گردوغبار قرار دهید



مراقبت‌های پیش از بارداری و آمادگی برای بارداری

تمیسه و تنظیم:

← اعظم پورجوادیان
← اعظم نورا

منبع: کیا سالار، محمد راهنمای خود
مراقبتی خانواده ۲، سبک زندگی سالم، نشر:
پارسای سلامت، چاپ اول- ۱۳۹۶

سلامت خانواده بی افزایش.

آمادگی برای بارداری:

قبل از بارداری، والدین باید سلامت خود را ارتقا دهند تا سلامتی کودک خود را تضمین کنند. از میان مهم‌ترین عواملی که باید در نظر گرفت می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

۱- برای زنان:

- اگر الکل می‌نوشید دخانیات یا مواد مخدر مصرف می‌کنید، آن را متوقف کنید.
- کافئین مصرفی خود را کاهش دهید یا قطع کنید.
- یک وزن سالم را حفظ کنید و در صورت لزوم وزن خود را کاهش دهید.
- از اشعه ایکس و مواد شیمیایی محیطی مانند مواد شیمیایی باغبانی اجتناب کنید.
- از غذاها و مکمل‌های سرشار از اسیدفولیک، استفاده کنید.

۲- برای مردان:

- اگر سیگار یا مواد دخانی مصرف می‌کنید، آن را ترک کنید.
- نوشیدن الکل را کنار بگذارید. مصرف مواد مخدر را متوقف کنید.
- وضعیت خود را بابت بیماری‌های مقاربتی

□ پیشگیری از حاملگی در سنین پایین و حاملگی‌هایی که فاصله مناسبی از بارداری قبلی ندارند.

□ پیشگیری از حاملگی‌های برنامه‌ریزی نشده

□ کاهش بروز اختلالات ژنتیکی

□ کاهش قرارگیری در معرض سموم و آلودگی‌های زیست‌محیطی

□ بهبود سلامت و رفاه عمومی زنان در موضوعاتی مانند تغذیه، ناباروری و باروری، بهداشت روان، خشونت جنسی و استفاده از الکل، سیگار و مواد مخدر.

مراقبت قبل از حاملگی در درازمدت می‌تواند به بهبود سلامت نوزادان و کودکان منجر شود و در نهایت بر سلامت دوران نوجوانی و بزرگسالی آنها اثر بگذارد. این مراقبت سهم زیادی در کاهش مرگ‌ومیر مادر و کودک داشته و به بهبود وضعیت سلامت مادر و کودک کمک می‌کند و با بهبود آگاهی زنان در مورد سلامت باروری و مراقبت از آنها می‌تواند به توسعه اجتماعی و اقتصادی خانواده‌ها و جوامع کمک کند. همچنین با ایجاد آگاهی در مردان و ترویج مشارکت مردان و تأثیر بر رفتار آنها، بر

مراقبت‌های قبل از بارداری چیست و چه اهمیتی دارد؟

مراقبت قبل از حاملگی مجموعه‌ای از اقدامات پیشگیرانه‌ای است که به منظور شناسایی و اصلاح بیماری‌ها و مشکلات رفتاری و اجتماعی فرد انجام می‌شود و هدف از آن کاهش مخاطرات ناشی از بیماری‌های شناخته‌شده و نشده، مصرف داروها و یا رفتارهای مؤثر بر سلامت زن باردار و جنینش است. این مراقبت از طریق پیشگیری و مدیریت عوارض از بروز حاملگی‌های پرخطر پیشگیری می‌کند.

مراقبت قبل از بارداری یعنی گام برداشتن به‌سوی زندگی سالم قبل از باردارشدن، زندگی سالم می‌تواند شامل اجتناب از چاقی یا کم‌وزنی، داشتن یک رژیم غذایی سالم و مصرف فولیات و مکمل فولیک اسید، داشتن تحرک کافی، اجتناب از الکل و دخانیات در دوران بارداری و رفتارهای پرخطر و اجتناب از مواد شیمیایی سمی می‌باشد.

مراقبت‌های قبل از بارداری از منظر سلامت از اهمیت ویژه‌ای برخوردار هستند، به این دلیل که:



عوامل خطرزای دوران پیش از بارداری:

- ۱- سن کمتر از ۱۸ سال
- ۲- استعمال دخانیات به مقدار زیاد
- ۳- اعتیاد به مواد مخدر و مصرف الکل
- ۴- اضافه وزن و چاقی
- ۵- لاغری مفرط
- ۶- سابقه بارداری‌های متعدد بافاصله کمتر از ۳ سال از زایمان قبلی
- ۷- سابقه اختلالات باروری
- ۸- ابتلا به دیابت یا پرفشاری خون
- ۹- داشتن رژیم غذایی درمانی برای یک بیماری سیستمیک مزمن
- ۱۰- خرافات و باورهای نادرست غذایی
- ۱۱- کم‌خونی

هر چند انجام مراقبت پیش از بارداری مزایای بسیاری را برای سلامت مادر و جنین ایجاد می‌کند اما این بدان معنا نیست که عدم انجام آن موجب نگرانی خانم باردار شود؛ زیرا بسیاری از مراقبت‌ها می‌تواند در ابتدای بارداری انجام شده و علاوه بر آن ممکن است نگرانی و استرس تأثیر نامطلوب بیشتری بر سلامت جنین و مادر بر جای بگذارد.

کاهش می‌دهد. میزان داروی توصیه شده از سه ماه قبل از اقدام به بارداری حداقل ۴۰۰ میکروگرم در روز است.

۵- انجام پاپ اسمیر در صورت نیاز

خانم‌ها برای داشتن یک بارداری و زایمان ایمن باید قبل از بارداری نکات زیر را رعایت نمایند:

- برنامه غذایی مناسب داشته باشند
- قبل از باردارشدن تا حد امکان وزن خود را به محدوده نمای توده بدنی طبیعی برسانند BMI طبیعی بین ۱۸/۵ تا ۲۵ می‌باشد.
- بهتر است از بارداری قبل از ۱۸ سالگی و بعد از ۳۵ سالگی اجتناب گردد.

- در صورت ابتلا به بیماری‌های مزمن مرتبط با تغذیه نظیر چاقی، دیابت و یا فشارخون و یا بیماری‌های گوارشی زمینه‌ای نیاز است مشاوره با پزشک و یا کارشناس تغذیه انجام شود.

- از استعمال دخانیات و مصرف نوشابه‌های الکلی پرهیز کنند.

- به هنگام باردارشدن وجود ذخیره کافی املاح و ویتامین‌ها ضروری است به همین دلیل رعایت فاصله ایمن بین بارداری‌ها حدود دو سال ضروری است.

- ترجیحاً از سه ماه قبل از بارداری تا پایان بارداری روزانه یک عدد قرص اسیدفولیک مصرف نمایند.

- در صورت وجود کم‌خونی قبل از بارداری بهتر است درمان صورت پذیرد.

- در صورت ابتلا به دیابت و چاقی لازم است کاهش وزن تا رسیدن به محدوده نمای توده بدنی طبیعی صورت گیرد.

بررسی کنید و در صورت ابتلا به یکی از آنها، تقاضای درمان کنید.

- از قرار گرفتن در معرض مواد شیمیایی سمی در محیط کار یا خانه اجتناب کنید.

- یک وزن سالم را حفظ کنید و در صورت لزوم وزن خود را کاهش دهید.

برنامه‌ریزی برای مراقبت قبل از بارداری:

۱- ملاقات با پزشک: خانم باردار باید متخصصی را که در زمان بارداری و زایمان او حضور خواهد داشت به دقت انتخاب کند. در صورت امکان، او باید این کار را پیش از بارداری انجام دهد. توصیه‌های دوستان و پیشنهادهای پزشک خانواده و تیم سلامت نقطه شروع مناسبی است. همچنین روش کار متخصص موردنظر را در خصوص مدیریت درد در خلال زایمان، تجربه مدیریت عوارض و تمایل به قبول باورهای شما را هم در نظر داشته باشید.

۲- ملاقات با دندان پزشک

۳- واکسیناسیون: اگر مادر هرگز سرخچه نگرفته، باید قبل از باردارشدن در این رابطه واکسینه شود. عفونت سرخچه می‌تواند سبب مرگ، نابینایی یا اختلالات شنوایی در جنین شود.

۴- مصرف اسیدفولیک از سه ماه قبل از تصمیم‌گیری: اسیدفولیک

یکی از انواع ویتامین‌های گروه ب است که برای رشد سلول‌ها و سوخت‌وساز بدن لازم است مصرف اسیدفولیک برای زنان باردار و زنانی که قصد بارداری دارند ضروری است. اسیدفولیک خطر نقص‌های مادرزادی سیستم عصبی و مغزی را به میزان زیادی



علل مادری منع مطلق و نسبی شیردهی

تهیه و تنظیم:

ام‌البنین عارفی

منبع: راهنمای تغذیه با شیر مادر (ویرایش دوم)، اداره سلامت کودکان وزارت بهداشت، انتشارات اندیشه ماندگار، ۱۳۹۷

اطراف هاله پستان احتمالاً باعث قطع مجاری شیری و ایجاد مانع در مسیر جریان شیر به طرف نوک پستان می‌شود که معمولاً احتمال تغذیه انحصاری با شیر مادر کم می‌شود.

زنانی که از سوختگی شدید ناحیه قفسه سینه و گرافت گسترده پوستی در دوران کودکی رنج می‌برند به‌طور موفقیت‌آمیزی قادر به تغذیه شیرخوار با شیر خود می‌باشند.

همچنین مادرانی که قبلاً نوک پستان را به دلیل زیبایی سوراخ کرده‌اند معمولاً مشکلی در شیردهی ندارند مگر اینکه با عفونت و اسکار همراه باشد و به‌منظور اجتناب از خطر خفگی شیرخوار آنچه روی نوک پستان قرار داده‌شده است باید برداشته شود.

ویروس آبله‌مرغان: شیرخوار نباید تا زمانی که ضایعات پوستی واریسلا خشک نشده‌اند در تماس مستقیم با مادر قرار گیرد. برخی از متخصصین، شیردهی

تروما و سوختگی و سوراخ کردن نوک پستان از مواردی هستند که به‌طور موفقیت‌آمیزی قادر به تغذیه شیرخوار با شیر خود می‌باشند.

برداشت توده از پستان اگر سبب جدا یا برداشته شدن مجاری و اعصاب عمده و مهم پستان شود می‌تواند بر شیردهی تأثیر بگذارد. بیشترین نگرانی، در ارتباط با برش‌های جراحی اطراف هاله پستان می‌باشد. در این مادران تولید شیر و وزن‌گیری شیرخوار باید دقیقاً تحت نظر قرار گیرد.

زنانی که تحت عمل جراحی ترمیمی پستان با جابجایی و تغییر در اندازه هاله و نوک پستان قرار می‌گیرند اغلب در تولید مقدار کافی شیر با مشکل مواجه خواهند بود که با برش‌های

با مادر مبتلا، زنان مبتلا به سل ریوی فعال به‌طور موقت نباید شیرخوار را شیر دهند. البته باسپیل سل به داخل شیر مادر وارد نمی‌شود.

اکثر زنان اگر در مورد ترغیب، تشویق و حمایت خانواده، مسائل مافوق، جامعه و سیستم مراقبت‌های بهداشتی درمانی قرار گیرند قادر به برقراری و تداوم شیردهی برای دوره طولانی می‌باشند. هرچند که علیرغم این تشویق و حمایت، ممکن است زنان دارای وضعیت خاص پزشکی، اجتماعی روانی موفق به دستیابی به هدف خود برای شیردهی نشوند. موارد نادری نیز وجود دارد که شیرخوار نباید با شیر مادر تغذیه شود.

اندازه پستان، جراحی و صدمات پستان، جراحی ترمیمی کاهش اندازه پستان، جراحی ترمیمی افزایش اندازه پستان، لامپکتومی یا برداشت توده از پستان، درمان قبلی سرطان پستان،

علل مادری منع مطلق و نسبی شیردهی

بیماری سل: با توجه به احتمال سرایت این بیماری از طریق تماس نزدیک شیرخوار



گالاکتوزومی: شیرخواران مبتلا نمی‌توانند شیر حاوی لاکتوز را هضم نمایند؛ بنابراین شیرخواران مبتلا نباید با شیر مادر یا شیر مصنوعی حاوی لاکتوز تغذیه شوند؛ اما در برخی از انواع خفیف‌تر این بیماری تغذیه نسبی با شیر مادر امکان‌پذیر است.

اختلالات متابولیکی ارثی: شیرخواران مبتلا به انواع دیگر اختلالات متابولیکی ارثی ممکن است قادر به هضم مقداری از شیر مادرشان باشند ولی این موضوع بستگی به جذب پروتئین موردنظر و دیگر عوامل خواهد داشت. بیماری فنیل کتونوری با تغذیه ترکیبی، تغذیه نسبی با شیر مادر و مصرف شیر مصنوعی فاقد فنیل آلانین قابل کنترل است. شیر انسان در مقایسه با شیر مصنوعی میزان کمتری فنیل آلانین دارد.

افزایش بیلی‌روبین خون: در بیشتر نوزادان مبتلا به زردی و هیپر بیلی‌روبینمی، تغذیه با شیر مادر می‌تواند و باید بدون وقفه ادامه یابد. در شرایط خاص و نادر که هیپر بیلی‌روبینی شدید می‌باشد ممکن است نیاز به قطع موقت شیردهی باشد.

سندروم شیر ناکافی اولیه: تقریباً ۵ درصد زنان شیر کافی تولید نمی‌کنند. وجود تاریخچه عدم‌تغییر پستان در طی حاملگی یا تغییرات جزئی، ممکن است نشانه زودرس و مهم برای تشخیص سندروم شیر ناکافی باشد. وجود سابقه جراحی یا ترومای پستان نیز باید ارائه‌دهندگان خدمت را در مورد مشکلات بالقوه آینده هوشیار کند.

الکل توسط مادر، تغییراتی در الگوی تغذیه شیرخوار گزارش شده است. به مادران باید توصیه شود که مصرف الکل خود را طی شیردهی کاهش داده و محدود نمایند زیرا الکل یکی از چند ماده‌ای است که پس از مصرف توسط مادر با غلظت زیاد در شیر وی ترشح می‌شود.

سیگار: متابولیت‌های ناشی از دود سیگار در بدن شیرخواران ساکن در محیط‌هایی که تنباکو استعمال می‌شود یافت شده است. مادران باید از مصرف سیگار در طی دوران شیردهی پرهیز نمایند.

داروها: مصرف اکثر داروها در دوران شیردهی منعی ندارد ولی اگر مورد منع مصرف برای یک داروی خاص وجود داشته باشد، باید تلاش شود که داروی مناسب دیگری جایگزین آن گردد.

سرطان پستان: زنان دارای سرطان پستان نباید درمان خود را به دلیل شیردهی تعویق بیندازند. بسته به نوع درمان زنانی که تحت شیمی‌درمانی با آنتی‌متابولیت قرار می‌گیرند می‌توانند پس از هر مرحله درمان تا وقتی که اثرات این داروها به‌طور کامل از بدن زودده و پاک شود شیرخود را دوشیده و دور بریزند. به‌طور کلی رادیوتراپی تداخلی با شیردهی ندارد.

داروهای رادیواکتیو: مادران شیردهی که به‌منظور تشخیص یا درمان در تماس با ایزوتوپ‌های رادیواکتیو می‌باشند یا به‌طور تصادفی در معرض این مواد قرار می‌گیرند تا زمانی که مواد رادیواکتیو در شیرشان وجود دارد نباید شیرخوار را با شیر خود تغذیه نمایند.

را فقط بعد از اینکه شیرخوار در معرض خطر، ایمونوگلوبین را دریافت کرد توصیه می‌کنند.

ویروس هرپس سیمپلکس: زنان مبتلا به ضایعات تب‌خال روی پستان نباید شیرخوار را شیر دهند و برای جلوگیری از تماس شیرخوار باید روی ضایعات را بپوشانند.

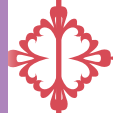
هپاتیت B: تزریق روتین واکسن هپاتیت B و نیز ایمونوگلوبین B به نوزادان متولدشده از مادران HBSAg مثبت نگرانی در مورد انتقال این ویروس از طریق شیردهی را برطرف می‌کند و نیازی به عقب انداختن شروع شیردهی تا بعد از ایمن‌سازی نوزاد نیست.

هپاتیت C: ابتلا مادر به این هپاتیت منعی برای شیردهی ندارد زیرا هیچ گزارشی مبنی بر انتقال ویروس به شیرخوار حین تغذیه با شیر مادر وجود ندارد.

آنفلوانزا H1N1: زنان شیرده دچار عفونت H1N1 شیرخود را بدوشند و فرد دیگری که بیمار نیست شیرخوار را با شیر دوشیده تغذیه کند. توصیه می‌شود زنانی که در تماس با ویروس بوده و برای پیشگیری از آنفلوانزا دارو دریافت می‌کنند به تغذیه کودک از پستان تا زمانی که علائم تب، سرفه یا گلودرد ندارند ادامه دهند.

مصرف مواد مخدر: زنان مصرف‌کننده نیاز به مشاوره داشته و نباید نوزاد خود را شیر دهند تا زمانی که اثرات مضر داروی مخدر برای شیرخوار از بدن آنها پاک شود.

الکل: بلافاصله پس از مصرف مقادیر زیاد



تهیه و تنظیم:

← نعیمه گنجعلی

منبع: دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت
انتشار ۱۷ شهریور سال ۹۸ (ترجمه: علیرضا زارعی
نسب - کارشناس تغذیه)

نقد و بررسی رژیم‌های گیاه‌خواری (۱)

یک گیاه‌خوار کسی است که از مصرف گوشت (گوشت قرمز، مرغ، غذاهای دریایی و گوشت هر حیوان دیگر) به‌تنهایی یا محصولات حیوانی (مثل تخم‌مرغ و لبنیات) خودداری می‌کند.

انواع رژیم گیاه‌خواری	
نوع رژیم گیاه‌خواری	الگوی مصرف رژیم غذایی
Demi-vegetarian (semi-vegetarian) نیمه گیاه‌خوار	گاهی اوقات گوشت / مرغ / ماهی می‌خورد.
Pesco-vegetarian	حذف گوشت و مرغ (اما شامل ماهی و احتمالاً سایر غذاهای دریایی نمی‌شود). ممکن است شامل لبنیات و تخم‌مرغ باشد.
Lacto-ovo-vegetarian گیاه‌خواری حاوی شیر و تخم‌مرغ	حذف تمام غذاهای گوشتی مصرف مجاز محصولات لبنی و تخم‌مرغ
Ovo-vegetarian تخم‌مرغ گیاه‌خوار	حذف تمام غذاهای گوشتی و لبنی - مصرف مجاز تخم‌مرغ
Lacto-vegetarian لبنیات گیاه‌خوار	حذف تمام غذاهای گوشتی و تخم‌مرغ - مصرف مجاز محصولات لبنی
Vegan گیاه‌خواری مطلق	اجتناب از تمام غذاهای با منشأ حیوانی
Macrobiotic ماکروبیوتیک	(۶۰-۴۰ درصد کالری از غلات کامل، ۳۰-۲۰ درصد سبزیجات، ۱۰-۵ درصد حبوبات و جلبک دریایی) و گاهی مصرف میوه، مغزها، آجیل و ماهی - اجتناب از مصرف گوشت، مرغ، تخم‌مرغ، لبنیات، شکر تصفیه‌شده، عسل
Fruitarian فروترینسیم	معمولاً مبتنی بر میوه‌های تازه و خشک، آجیل، مغزها و مقادیر کمتری سبزیجات است. رژیم غذایی به‌طور کلی فقط از غذاهایی تشکیل می‌شود که منشأ گیاهان را از بین نمی‌برد.

مصرف نمایند یا مکمل غذایی مناسب دریافت نمایند.

چالش عمده رژیم غذایی گیاه‌خواری با همه چیزخواری در تأمین دریافت مواد مغذی توسط گیاه‌خواران هست و اینکه آیا مواد مغذی موجود در گوشت و محصولات حیوانی می‌تواند به مقدار کافی در غذاهای قابل قبول برای گیاه‌خواران باشد.

گوشت و فرآورده‌های گوشتی سهم عمده‌ای در تأمین پروتئین، آهن، روی و ویتامین‌های گروه

زیست‌محیطی فرهنگی، اقتصادی یا شخصی. رژیم گیاه‌خواری با بسیاری از مزایای سلامتی همراه است زیرا حاوی مقادیر زیادی فیبر، اسیدفولیک، ویتامین‌های C و E، پتاسیم، منیزیم و مقادیر زیادی فیتوکمیکال است.

با این حال حذف تمام محصولات حیوانی از رژیم غذایی خطر کمبود بعضی از ترکیبات تغذیه‌ای خاص مانند ویتامین‌های ۱۲، D، B و کلسیم را افزایش می‌دهد مگر اینکه گیاه‌خواران مرتباً غذاهایی را که با این مواد مغذی غنی‌شده‌اند را

اخیراً رژیم‌های گیاه‌خواری بین مردم محبوبیت زیادی را کسب کرده است که از دلایل آن می‌توان به مواردی مانند رعایت مسائل اخلاقی در راستای حمایت از حیوانات، نگرانی از عوارض استفاده از آنتی‌بیوتیک‌ها و محرک رشد برای افزایش سرعت رشد حیوانات برای انسان، تهدید بیماری‌های ناشی از حیوانات، احتمال آلرژی به محصولات لبنی و عدم تحمل لاکتوز اشاره نمود. سایر انگیزه‌های برای گیاه‌خواری نیز عبارت‌اند از حفظ و ارتقا سلامتی، عوامل



زیرا آنها دارای تمام اسیدآمین‌های ضروری هستند.

محصولات مبتنی بر سویا از نظر کیفیت با پروتئین حیوانی معادل هستند و منبع مهمی از پروتئین برای گیاه‌خواران هستند. با این حال، تأمین اسیدآمین‌های ضروری برای نوزادان از اهمیت نسبتاً بالایی برخوردار هستند و سویا از نظر متیونین کمبود دارد و فرمول‌های مبتنی بر سویا با متیونین جهت رشد کودکان مناسب‌تر است.

همچنین نیاز به اسیدآمین‌های ضروری با رشد و نمو کاهش می‌یابد بنابراین پروتئین سویا بدون متیونین می‌تواند به‌عنوان منبع اصلی اسیدآمین‌های ضروری در کودکان بزرگتر از دو سال مورد استفاده قرار گیرد.

پروتئین‌های ناکامل: پروتئین‌های گیاهی غیر از سویا، ناکامل تلقی می‌شوند زیرا فاقد یک یا تعداد بیشتری از اسیدآمین‌های ضروری هستند.

جهت تأمین اسیدآمین‌های ضروری جهت گیاه‌خواران لازم است غذاهای گیاهی به‌صورت ترکیبی باهم استفاده شوند به‌عنوان مثال مصرف حبوبات با غلات و حبوبات با انواع مغزها و دانه‌ها سبب بالا رفتن کیفیت پروتئین مصرفی و تأمین اسیدآمین‌های ضروری می‌شود.

حبوبات، میوه‌های خشک و شیر تهیه‌شده از سویا را جهت تأمین انرژی افزایش دهند.

(۲) پروتئین:

۸۰ تا ۹۰ درصد پروتئین موجود در حبوبات قابل‌هضم هستند، این مقدار برای پروتئین موجود در غلات و سایر غذاهای گیاهی ۷۰ تا ۹۰ درصد است؛ بنابراین میزان پروتئین افرادی که تنها به منابع گیاهی جهت تأمین پروتئین اکتفا می‌کنند افزایش می‌یابد. (برای کودکان دو تا شش‌ساله ۲۰ تا ۳۰ درصد و برای کودکان ۶ سال و بالاتر ۱۵ تا ۲۰ درصد).

نوع پروتئین: پروتئین‌های با منشأ گیاهی و حیوانی از نظر میزان اسیدهای آمینه‌های ضروری باهم متفاوت هستند.

رژیم‌های غذایی گیاهی برای جلوگیری از کمبود اسید ضروری باید شامل پروتئین‌های کاملی باشند که می‌تواند شامل غذاهای با پروتئین کامل (گوشت یا سویا) یا پروتئین‌های مکمل (از انواع مکمل پروتئین‌های گیاهی) باشد.

پروتئین‌های کامل: نگرانی جهت کمبود اسیدآمین‌های ضروری برای رژیم‌های غذایی که شامل گوشت، ماهی، لبنیات، تخم‌مرغ و یا سویا هستند وجود ندارد. پروتئین‌های غذاهای حیوانی، کامل یا باکیفیت محسوب می‌شوند

B را دارند. در مقایسه رژیم‌های غذایی مبتنی بر گیاهان حاوی مقدار بیشتری فولات، فیبر، آنتی‌اکسیدان‌ها، فیتوکمیکال‌ها و کاروتنوئیدها هستند.

وضعیت دریافت مواد مغذی در گیاهخواران

(۱) انرژی:

به علت اینکه غذاهای گیاهی غنی از آب و فیبر می‌باشند و حاوی درصد کمی از چربی نسبت به غذاهای حیوانی هستند بنابراین حاوی انرژی کمی می‌باشند و رژیم‌های گیاه‌خواری بدین دلیل که مقدار بالای فیبر و تراکم کالری کم دارند ممکن است قبل از اینکه مقدار کافی انرژی توسط شخص گیاه‌خوار دریافت شود، احساس سیری ایجاد کنند که می‌تواند در تأمین انرژی برای برخی گروه‌های سنی و فیزیولوژیک مشکل ایجاد کند. به‌طور مثال کودکانی که رژیم گیاه‌خواری را دنبال می‌کنند به دلیل ظرفیت نسبتاً کم معده و نیازهای انرژی برای رشد با مشکلاتی از قبیل عدم دریافت کافی مواد مغذی و اختلال در روند رشد مواجه هستند.

بنابراین کودکان، ورزشکاران گیاه‌خوار، زنان باردار و شیرده گیاه‌خوار جهت تأمین انرژی بیشتر بایستی مصرف غذاهایی مثل انواع مغزها،

منبع فقیر	منبع غنی	گروه‌های غذایی گیاهی
لیزین - ترئونین	متیونین - تریپتوفان	غلات
متیونین - تریپتوفان	لیزین - ترئونین	حبوبات
لیزین	متیونین - تریپتوفان	دانه‌ها
متیونین	لیزین - ترئونین	مغزها، سویا
متیونین	لیزین - تریپتوفان	سبزیجات برگ‌دار

این مطالب ادامه دارد...



تپه و تنظیم:

حسینعلی ستوده

منبع: نبوی، سید حمید علیپور، فردین، حجازی، علی، ربانی، الهام، راشدی، وحید. بررسی رابطه حمایت اجتماعی و سلامت روان در سالمندان. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، شماره ۷، دی ماه ۱۳۹۳

بررسی رابطه حمایت اجتماعی و سلامت روان در سالمندان

افراد شواهد محکمی برای تأیید این قضیه می‌باشند. علاوه بر این، حمایت اجتماعی به‌عنوان یک ابزار مناسب و تقریباً در دسترس می‌تواند در برنامه‌های مداخله‌ای که برای افزایش سطح رفاه بخصوص رفاه روانی طراحی می‌شوند، کاربردهای زیادی داشته باشد. علاوه بر این مطالعات نشان داده‌اند که توجه به تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت همچون سرمایه اجتماعی و مشارکت اجتماعی نیز نقش قابل توجهی در ارتقای سلامت روان سالمندان دارد.

بررسی تأثیر حمایت اجتماعی بر ابعاد سلامت انسان به‌خصوص در گروه‌های اجتماعی با موقعیت و نیازهای ویژه مانند سالمندان، می‌تواند به‌عنوان یکی از اولویت‌های پژوهشی مهم در علوم رفتاری و اجتماعی انتخاب شود. چراکه حمایت اجتماعی مفهومی است چندبعدی که هرکدام از این ابعاد متأثر از عوامل مختلفی می‌باشد. بر اساس یافته‌های مطالعات افزایش حمایت اجتماعی سالمندان می‌تواند تأثیر مهمی بر سلامت روان و عملکرد اجتماعی آنان داشته باشد، لذا ضروری است که در برنامه‌ریزی‌های کلان کشور نیازها و شبکه اجتماعی سالمندی موردتوجه بیشتری قرار گیرد.

می‌آورد. از طرفی توجه به تمام ابعاد وجودی انسان، به‌ویژه سالمندان به‌عنوان یک قشر آسیب‌پذیر به‌منظور بهبود و ارتقاء کیفیت زندگی آنان مهم و ضروری است و به نظر می‌رسد یکی از عوامل تأثیرگذار بر بعد اجتماعی کیفیت زندگی سالمندان مقوله حمایت اجتماعی باشد. چنانچه سال‌های اخیر حمایت اجتماعی به‌عنوان مقوله‌ای که به اهمیت بعد اجتماعی انسان اشاره دارد، توجه فزاینده‌ای به دست آورده است.

بر اساس مطالعات زمینه‌ظهور مفهوم حمایت اجتماعی و مطرح‌شدن آن به‌عنوان متغیر اصلی در تحقیقات گوناگون مرتبط با سلامت، نشان‌دهنده برداشتن گامی جدی در بررسی نقش عوامل اجتماعی بر سلامت می‌باشد. حمایت اجتماعی مفهومی با گستره‌ای بسیار وسیع بوده که می‌تواند کاربردهای زیادی در ابعاد مختلف جسمی، روانی و اجتماعی انسان داشته و باعث افزایش رفاه جسمی، روانی و اجتماعی او شود. حمایت اجتماعی به چند دلیل دارای اهمیت ویژه است؛ اول اینکه انسان موجودی اجتماعی است و ارتباط اجتماعی به‌عنوان یکی از عوامل اصلی در کیفیت زندگی اشخاص مطرح می‌باشد. همچنین اثرات نامطلوب انزوای اجتماعی و یا از دست دادن پیوندهای اجتماعی در زندگی

ترکیب جمعیت جهان در حال تغییر بوده و پیشرفت‌های دانش پزشکی و فن‌آوری‌های شگفت‌انگیز جهان امروز این روند را سرعت بخشیده و به تبع آن افزایش امید به زندگی به‌عنوان یکی از پیامدهای این پیشرفت و توسعه سریع، تعداد افراد سالمند را افزایش داده است. در ۴۰ سال آینده جمعیت بالای ۶۵ سال دنیا دو برابر خواهد شد و ۵۲ درصد این میزان در کشورهای آسیایی و ۴۰ درصد کل جمعیت سالمند در کشورهای پیشرفته بسر خواهند برد. کشور ما نیز به‌عنوان یکی از کشورهای در حال توسعه، از این قضیه مستثنی نیست، به طوری که روند پیر شدن در کشور از رشد جمعیت سالمندی حکایت دارد. بیش از ۶ میلیون (۸/۲ درصد) جمعیت ایران را افراد ۶۰ ساله و بالاتر تشکیل می‌دهند. بر اساس برآوردهای بین‌المللی نیز، جمعیت سالمند ایران از سال ۱۴۱۹ رشد سریع تری نسبت به سایر نقاط و حتی میانگین جهان خواهد یافت و تا سال ۱۴۲۴ از میانگین رشد جمعیت سالمند جهان و ۵ سال بعد، از آسیا نیز پیش خواهد گرفت.

سازمان بهداشت جهانی عمر طولانی را همانند سلامت، مسکن، رفاه اجتماعی، درآمد، آموزش، ایاب و ذهاب، تفریح، سرگرمی و اشتغال به‌عنوان یکی از شاخص‌های توسعه اجتماعی به‌حساب



تهیه و تنظیم:
← حسین دانش‌زائی
منبع: عزیزالله مفرح نیا، کارشناس واحد پیشگیری و مبارزه با بیماری‌های مرکز بهداشت شهرستان زابل منبع: کتاب آموزش پیشگیری، کنترل و درمان بیماری هیپاتیت - انتشارات مدل جامع سیستماتیک آموزش و ارتقاء سلامت SHEP model ۱۳۹۶

هیپاتیت C

اینکار به معنی پیروی از احتیاطات عمومی در درون مراکز مراقبت‌های بهداشتی است.

واکسن هیپاتیت C: واکسن اختصاصی برای هیپاتیت C موجود نیست ولی برای ایمنی بیشتر توصیه به واکسیناسیون هیپاتیت B می‌شود.

آزمایشات تشخیصی: تعداد کمی از کسانی که به این ویروس آلوده هستند از وضعیت خود اطلاع دارند. برای افرادی که در خطر زیادی هستند، مانند کسانی که خالکوبی بر بدن خود دارند و یا مواد مخدر تزریقی مصرف می‌کنند آزمایش توصیه می‌شود. آزمایش همچنین به افرادی که آنزیم کبدی بالایی دارند توصیه می‌شود چراکه آنزیم کبدی بالا در اغلب اوقات تنها نشانه مزمن هیپاتیت می‌باشد.

توصیه سازمان‌های بهداشتی: افراد در معرض خطر بیماری آزمایش داوطلبانه بدهند.

منافع آزمایش دادن: شناختن وضعیت بیماری، درمان به موقع و ریشه‌کنی ویروس است.

ضررهای عدم آزمایش: ناشناخته ماندن بیماری، مزمن شدن آن، نارسایی کبد، سیروز یا سرطان کبد می‌باشد.

درمان: افرادی که آلودگی آنها به ویروس هیپاتیت سی اثبات شده و دارای ناهنجاری‌های کبدی هستند می‌بایست به دنبال درمان خود باشند.

نکته: در افراد بالغ، هیپاتیت B به احتمال کمتر از ۵ درصد و هیپاتیت C بیشتر از ۷۰ درصد موارد مزمن می‌شود.

عوارض هیپاتیت C: هشتاد درصد افرادی که در معرض این ویروس قرار می‌گیرند، فاقد علامت بوده و به مرور زمان به سمت بیماری مزمن پیش می‌روند. هیپاتیت سی در میان افرادی که برای چندین سال به این بیماری مبتلا بوده‌اند، علت اصلی سیروز کبد و سرطان کبد است. بین ۱۰ تا ۳۰ درصد از افرادی که بیش از ۲۰ سال مبتلا بوده‌اند، به سیروز کبد دچار می‌شوند.

راه‌های انتقال بیماری: راه اصلی سرایت بیماری هیپاتیت C در کشورهای توسعه‌یافته استعمال درون وریدی مواد مخدر (IDU) است. خالکوبی در یک مکان غیربهداشتی و با استفاده از وسایل غیر استریل، خطر ابتلا به هیپاتیت سی را ۲ تا ۳ برابر افزایش می‌دهد. در کشورهای در حال توسعه، راه‌های اصلی سرایت بیماری عبارتند از تزریق خون و شیوه‌های پزشکی غیر ایمن که علت سرایت در ۲۵ درصد موارد نامعلوم باقی می‌ماند. ولی تعداد زیادی از این موارد احتمالاً به علت استعمال درون وریدی مواد مخدر هستند.

راه‌های پیشگیری: ترکیبی از راهکارهای پیشگیرانه، نظیر طرح تعویض سرنگ و درمان سوءمصرف مواد، خطر ابتلا به هیپاتیت سی را در بین تزریق کنندگان مواد حدود ۷۵ درصد کاهش می‌دهد. آزمایش اهداءکنندگان خون در سطح ملی امری مهم تلقی می‌شود، چراکه

عامل هیپاتیت C: از دسته ویروس‌های فلاوی ویریده می‌باشد و به صورت اولیه کبد را درگیر می‌کند و تا سه هفته می‌تواند در محیط بیرون زنده بماند. در جهان به طور متوسط ۶۷ درصد تزریق کنندگان مواد مخدر به هیپاتیت C آلوده هستند. ۷۵ درصد از افراد آلوده به هیپاتیت C از آلوده بودنشان مطلع نیستند.

نکته: هیپاتیت C یکی از دلایل اصلی سرطان کبد می‌باشد.

عوامل خطر:

- تماس با خون آلوده به دلیل اقتضای شغلی مانند وارد شدن یک سوزن آلوده به پوست
- تزریق مواد مخدر
- ابتلا به بیماری ایدز
- خالکوبی در یک مکان غیربهداشتی و با استفاده از وسایل غیراستریل
- دریافت خون آلوده یا یک عضو آلوده
- دریافت فاکتورهای انعقادی آلوده
- تحت درمان دیالیز بودن به مدت طولانی
- متولد شدن از مادر مبتلا به هیپاتیت C
- تماس جنسی محافظت نشده

نشانه‌ها و علائم: هیپاتیت سی تنها در ۱۵ درصد موارد به علائم حاد منجر می‌شود. علائم اغلب ملایم و نامشخص هستند، از جمله کاهش اشتها، خستگی، تهوع، دردهای مفصلی یا عضلانی و کاهش وزن. تنها موارد کمی از عفونت حاد با زردی همراه است.

دوره کمون (نهفتگی): در هیپاتیت C از دو هفته تا شش ماه می‌باشد.

بسیج ملی کنترل فشارخون فشارخون؛ بدانیم و اقدام کنیم... بسیج ملی کنترل فشارخون



نویسنده:

← مهرنگار آرزوغ

معاونت بهداشت، جهت گروه‌های هدف برگزار شد.

سنجش فشارخون و غربالگری جمعیت هدف از ۲۷ اردیبهشت در کلیه مراکز خدمات جامع سلامت/ پایگاه‌های بهداشتی و خانه‌های بهداشت شروع شد و از تاریخ ۹۸/۳/۱۵ نیز ایستگاه‌های ثابت و سیار سنجش فشارخون با همکاری معاونت درمان، فعالیت خود را در سطح منطقه آغاز نمودند.

نظارت و پایش برنامه از سوی دبیرخانه ستاد، با حضور ۳۳ کارشناس ستادی طبق برنامه مدون و روزانه از سطح مراکز جامع خدمات سلامت/ پایگاه‌های بهداشتی/

باردار و بیماران کلیوی ایرانی و جمع‌آوری و ثبت داده‌های موردنیاز، گام بزرگی جهت اجرای برنامه‌های پیشگیری و کنترل فشارخون بردارند. ستاد اجرایی بسیج ملی کنترل فشارخون دانشگاه علوم پزشکی زابل این ستاد به ریاست رئیس دانشگاه، دبیری معاون بهداشتی و با صدور ابلاغ کتبی جهت اعضای ستاد در معاونت بهداشت تشکیل گردید.

پس از تشکیل ستاد اجرایی، برنامه‌ریزی لازم در خصوص اجرای بسیج ملی کنترل فشارخون در دبیرخانه ستاد انجام و از ۹۸/۲/۱۸ دوره‌های توجیهی، آموزشی و اطلاع‌رسانی توسط گروه بیماری‌های

بسیج ملی کنترل فشارخون با هدف ارتقای آگاهی آحاد جامعه در خصوص فشارخون، ترغیب آنان برای مراجعه به مراکز تعیین‌شده جهت اندازه‌گیری فشارخون، شناسایی و پیگیری افراد دارای فشارخون، از ۲۷ اردیبهشت ۱۳۹۸ (مصادف با روز جهانی فشارخون) تا ۱۵ تیرماه ۱۳۹۸ با موفقیت اجرا گردید. در این طرح تمام ارکان مدیریتی، پشتیبانی، فنی، بهداشت، درمان و آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی زابل همگام با سراسر کشور و نیز سازمان‌ها و نهادهای دولتی و غیردولتی مرتبط با سلامت، بسیج شدند تا با اندازه‌گیری فشارخون افراد بالای ۳۰ سال، زنان



خانه‌های بهداشت و ایستگاه‌های تعیین‌شده از سوی وزارت بهداشت، همکاران ۹۲,۲۸ درصد جمعیت هدف ثابت و سیار، طبق چک‌لیست‌های اندازه‌گیری فشارخون ۵۰ درصد را از نظر فشارخون موردسنجش و استاندارد کشوری صورت پذیرفت. افراد بالای ۳۰ سال بود، خوشبختانه غربالگری قرار دهد. دانشگاه زابل موفق شد با تلاش کلیه جمعیت اینکده جمعیت هدف

جمعیت گروه هدف:

ردیف	شهرستان	جمعیت بالای ۳۰ سال	تعداد مادر باردار کمتر از ۳۰ سال	تعداد بیمار کلیوی ثبت‌شده
۱	زابل	۶۲۴۷۴	۴۶۳	۳۶
۲	زهک	۲۷۰۰۹	۳۲۷	۱۳۲
۳	هیرمند	۲۰۱۹۵	۱۱۰۳	۱۱۲
۴	هامون	۱۷۲۱۷	۷۷۸	۱۰۸
۵	نیمروز	۲۰۲۳۰	۷۱۳	۲۰
جمع کل دانشگاه		۱۴۷۱۲۵	۳۳۸۴	۴۰۸

تعداد و عملکرد واحدهای اجرایی:		
عنوان	تعداد کل	تعداد موارد ثبت‌شده (عملکرد)
مرکز خدمات جامع سلامت	۵۰	۱۲۴۲۷۱
پایگاه سلامت	۲۴	
خانه بهداشت	۲۱۷	
ایستگاه سنجش فشارخون	۲۷	۱۱۵۰۰
سنجشگران	۶۳	



نتایج طرح در دانشگاه علوم پزشکی زابل								
ردیف	نام شهرستان	جمعیت بالای ۳۰ سال (گزارش هرم سنی جمعیت در سامانه سیب)	تعداد پرسشنامه تکمیل شده در سامانه سیب (گزارش تعداد خدمت ۸۲۶۴ از قسمت فعالیت کاربران)	تعداد افرادی که پرسشنامه برایشان تکمیل شده در سامانه سیب (گزارش تعداد افراد در خدمت ۸۲۶۴ از قسمت فعالیت کاربران)	* درصد پیشرفت	تعداد ثبت در ایستگاه C/A *100	مجموع عملکرد سامانه سیب و ایستگاهها (C+E)	درصد پیشرفت مجموع $[(C+E)/A]*100$
۱	زابل	۶۲۴۷۴	۳۰۱۹۱	۳۰۱۶۴	۴۸,۲۸	۸۴۶۹	۳۸۶۳۳	۶۱,۸۳
۲	زهک	۲۷۰۰۹	۲۹۸۶۸	۲۹۸۳۴	۱۱۰,۴۵	۱۹۰۹	۳۱۷۴۳	۱۱۷,۵۲
۳	هیرمند	۲۰۱۹۵	۲۳۹۳۹	۲۳۸۵۲	۱۱۸,۱۰	۴۲۲	۲۴۲۷۴	۱۲۰,۱۹
۴	هامون	۱۷۲۱۷	۱۹۰۶۱	۱۹۰۴۰	۱۱۰,۵۸	۲۵۴	۱۹۲۹۴	۱۱۲,۰۶
۵	نیمروز	۲۰۲۳۰	۲۱۴۴۷	۲۱۳۸۱	۱۰۵,۶۸	۴۴۶	۲۱۸۲۷	۱۰۷,۸۹
جمع کل دانشگاه		۱۴۷۱۲۵	۱۲۴۵۰۶	۱۲۴۲۷۱	۸۴,۴۶	۱۱۵۰۰	۱۳۵۷۷۱	۹۲,۲۸

تعداد	طبقه بندی
۷۸۵۹	فشارخون طبیعی
۸۲۹۳۰	فشارخون طبیعی بالا (پره هایپر تئنشن)
۱۱۷۷۹	مشکوک به بیماری فشارخون بالا
۱۳۳۹	فشارخون کنترل شده
۱۶۰۱	بیماری فشارخون با کنترل مطلوب
۲۷۹۸۰	بیماری فشارخون با کنترل نامطلوب
۲۴۶۶	مبتلا به فشارخون بالا
۲۱۳	نارسایی کلیه با فشارخون در محدوده قابل قبول
۱۰۱	نارسایی کلیوی با فشارخون نامطلوب



تهیه و تنظیم:

مهرنگار آزوغ

منبع: راهنمای عملی پیشگیری، تشخیص و درمان استئوپروز / تألیف گروه نویسندگان مرکز تحقیقات غدد درون‌ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی تهران، زیر نظر دکتر باقر لاریجانی

استئوپروز و ابزار فرکس

یا ساعد) و احتمال ده‌ساله بروز شکستگی هیپ را نشان می‌دهند.

مبنای این محاسبه سن، جنس، شاخص توده بدنی (BMI) و عوامل خطر مجزا مشتمل بر وجود سابقه شکستگی ناشی از شکنندگی، سابقه بروز شکستگی در والدین، استعمال دخانیات، سابقه مصرف درازمدت گلوکوکورتیکوئیدها، آرتريت روماتوئید، سایر عوامل استئوپروز ثانویه و مصرف الکل است.

تراکم استخوان فمور هم می‌تواند در صورت تمایل جهت تقویم پیش‌بینی خطر بروز شکستگی در داده‌ها وارد شود. در برآورد خطر شکستگی خطر مرگ‌ومیر ناشی از آن هم لحاظ می‌گردد چراکه برخی از عوامل هم خطر بروز شکستگی و هم خطر مرگ‌ومیر را افزایش می‌دهند. افزون بر این، ابزارهای FRAX با استفاده از گزارشات میزان شکستگی و مرگ‌ومیر کشورهای مختلف، برای هر کشور تنظیم شده‌اند.

در حال حاضر FRAX در بسیاری از گایدلاین‌های بالینی وارد شده یا در حال حاضر وارد شده است و از بابت سهولت کاربردش در سطوح ابتدایی سیستم بهداشتی مورد تحسین قرار گرفته است اما علیرغم اقبال گسترده‌ای که به آن وجود دارد نباید به‌عنوان یک استاندارد طلایی تلقی شود و فقط باید یک ساختار مرجع باشد.

*Bone Mineral Densitometry

۲- سنجش تراکم استخوان محیطی (پاشنه پا)

DAX) Dual energy X-ray) Absorptiometry

این روش، مؤثرترین راه تخمین ریسک شکستگی در خانم‌های یائسه می‌باشد و در سنجش تراکم استخوان استاندارد طلایی به شمار می‌رود.

FRAX-WHO fracture risk assessment tool

اخیراً سازمان بهداشت جهانی برای شناسایی بهتر افراد در معرض خطر شکستگی، روشی را طراحی نموده که با توجه به عوامل خطر موجود در هر فرد احتمال بروز شکستگی را در فرد تعیین می‌نماید. با کمک این جداول احتمال بروز شکستگی در ۱۰ سال آینده تخمین زده شده و می‌تواند به‌عنوان راهنمای درمان بیماران مورد استفاده قرار گیرد.

ابزار فرکس: FRAX یک الگوریتم کامپیوتری است که توسط مرکز هماهنگی‌های بیماری‌های متابولیک استخوان سازمان بهداشت جهانی تهیه شده و نخستین بار در سال ۲۰۰۸ ارائه گردید.

این الگوریتم احتمال بروز شکستگی را بر اساس عوامل خطر بالینی که چه در مردان و چه در زنان به‌راحتی قابل بررسی هستند، محاسبه می‌کند. برونده FRAX عددی است که احتمال ده‌ساله بروز شکستگی ناشی از استئوپروز (در هیپ، فقرات، بازو

استئوپروز شایع‌ترین بیماری متابولیک استخوان است. کاهش توده استخوانی و از دست دادن کیفیت ریزساختار استخوان در این بیماری، منجر به افزایش خاصیت شکنندگی می‌گردد.

روش‌های تشخیص استئوپروز

استحکام استخوان به دو عامل تراکم استخوانی و کیفیت استخوان بستگی دارد. کیفیت استخوان در حال حاضر قابل سنجش نمی‌باشد و تنها معیار عملی برای ارزیابی آن، سابقه شکستگی استئوپروتیک در بیمار است؛ بنابراین برای ارزیابی استحکام استخوان، از سنجش تراکم معدنی استخوان (BMD) استفاده می‌شود. به کمک این روش نیاز به درمان به‌منظور حفظ سلامت استخوان مشخص خواهد شد.

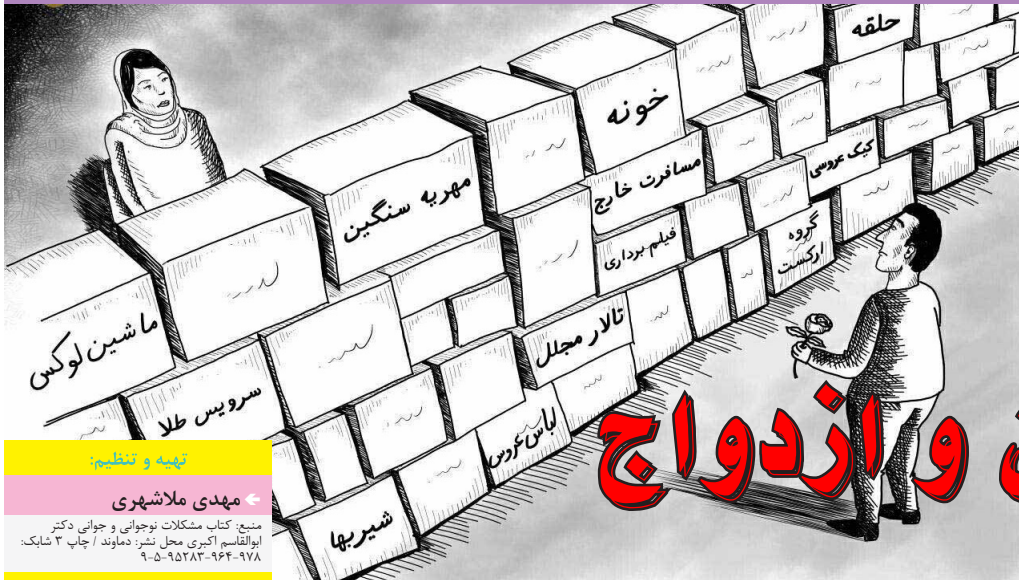
رادیوگرافی ساده

یافته‌های غیرطبیعی در پرتونگاری (X-ray) تا زمانی که تراکم استخوان بیش از ۳۰ درصد کاهش نیافته باشد مشاهده نمی‌شود و دانسیته به‌ظاهر نرمال استخوان نیز نمی‌تواند به‌طور قطع رد کننده استئوپروز باشد. بدین ترتیب رادیوگرافی ساده در ارزیابی تراکم استخوان، روش تشخیصی مناسبی محسوب نمی‌شود.

سنجش تراکم استخوان

تراکم استخوان به دو صورت سنجیده می‌شود:

۱- سنجش تراکم استخوان مرکزی (مهره‌ها و گردن فمور)



جوانان و ازدواج

انتخاب هم‌اندازه دارد قانون اساسی ایران سن ۱۸ سالگی را برای ازدواج مناسب انتخاب کرده است.

تعریف ازدواج

ازدواج مصدر ثلاثی مزید از باب افتعال و زواج مصدر باب مفاعله است. این دو واژه در اصطلاح فقهی و قانونی، به معنای رابطه‌ای است حقوقی که لازمه آن، جواز کام‌جویی بین زن و مرد می‌باشد، چنان‌که واژه نکاح نیز به همین معناست. هرچند از نظر لغت، ازدواج به معنای متحدشدن دو انسان و نکاح به معنای هم‌خوابگی آن دو می‌باشد. نکاح و ازدواج به معنای حق هم‌خوابگی و به وحدت رسیدن است، که معنایی است لغوی و عقد عامل پیدایش این حق است. هرچند فقها و حقوقدانان در بسیاری از موارد مقصودشان از نکاح و ازدواج عقد خاص می‌باشد.

نیاز به همسر و تشکیل خانواده، یک نیاز فطری و غریزی است که خانواده از روی حکمت، این نیاز مقدس و شدید را در وجود انسان قرار داده است و در فصل مخصوص خود، سر برمی‌آورد و طلب می‌کند. اگر به‌موقع و به‌طور صحیح، به این نیاز پاسخ داده شود و خواهشش برآورده گردد، مسیر طبیعی خود را طی می‌کند و به کمال می‌رسد و انسان را به کمال می‌رساند و اگر به تأخیر انداخته شود و یا به‌طور غیر صحیح و غیرطبیعی به آن جواب داده شود، از مسیر طبیعی خود منحرف شده و طغیان می‌کند هم خود فاسد می‌گردد و هم آدمی را فاسد می‌گرداند.

ازدواج اگر پیش از موقع صورت گیرد به عروسک بازی تبدیل می‌شود. اگر هم دیر شود، مشکلاتی دیگر رخ می‌دهد در آن صورت ما سخت‌گیری خواهیم کرد. هر چیزی اندازه دارد، سن اندازه دارد، دقت در

ازدواج تقریباً اساس تشکیل خانواده و مبنای سازمان اجتماعی هر کشوری است. اهمیت پیمان زناشویی باعث شده است تا زناشویی رسمی تحت نظارت و مراقبت قانون درآید. باگذشت زمان در انتخاب همسر تغییراتی به وجود آمده است. در زمان ما آزادی بیشتری به جوانان داده می‌شود تا خودشان همسر انتخاب کنند. همچنین زنان نیز از حقوق جدیدی برخوردارند و در طرز فکر نسل جوان در انتخاب همسر تحولاتی صورت گرفته است. هر پسر و دختری که به سن رشد و بلوغ می‌رسند بزرگ‌ترین آرزوی‌شان این است که ازدواج کنند و با تأسیس زندگی مشترک زناشویی، استقلال و آزادی بیشتری به دست آورند، یار و مونس مهربان و محرم رازی داشته باشند. آغاز زندگی سعادتمندانه خویش را از زمان ازدواج حساب می‌کنند و برایش جشن می‌گیرند.



هدف ازدواج

۱- نجات از سرگردانی و بی‌پناهی و تشکیل خانواده: دختر و پسری که ازدواج نکرده‌اند به‌منزله کبوترانی بی‌آشیانه هستند، که به‌وسیله ازدواج خانه و آشیانه و پناهگاه می‌یابند شریک در زندگی و مونس و محرم راز و غمخوار و مدافع و کمک به دست می‌آورند.

۲- **ارضای غریزه جنسی:** غریزه جنسی در وجود انسان غریزه بسیار نیرومند و ارزنده‌ای است؛ و به همین جهت نیاز دارد به وجود همسری که در یک محیط امن و آرامش، در مواقع احتیاج، از وجودش بهره بگیرد و لذت ببرد. تأمین صحیح خواسته‌های غریزه جنسی یک نیاز طبیعی است که باید اجابت شود و الا ممکن است پیامدهای بد روانی، جسمانی و اجتماعی داشته باشد.

۳- **تولید و تکثیر نسل:** به‌وسیله ازدواج انسان فرزند پیدا می‌کند. وجود فرزند ثمره ازدواج و باعث تحکیم بنیاد خانواده و آرامش و دلگرمی زن و شوهر می‌باشد.

هدف غایی از ازدواج

از آنجایی که هدف اصلی و غایی در ازدواج در فرهنگ و ارزش‌های اسلامی و مبانی روان‌شناختی همسری، نیل به آرامش است و مسائلی همچون از تنهایی درآمدن، تشکیل خانواده مستقل، ارضای غرایز طبیعی و فرزند آوری از نتایج قهری ازدواج است و نه هدف اصلی می‌بایست معیارهای

انتخاب همسر به‌گونه‌ای باشد که ما را به هدف غایی از ازدواج که همانا استقرار در ساحل آرامش است نائل گرداند. هدف ازدواج رسیدن به آرامش است و بهترین زوج و مطلوب‌ترین همسر، کسی می‌تواند باشد که وجود و حضورش بیش از همه آرامشگر جان باشد.

مشکلات ازدواج:

۱- مشکلات اقتصادی

۲- مشکلات مسکن

۳- مشکلات اجتماعی

الف) ترس از ازدواج: قبول مسئولیت در ابتدای ازدواج با ترس همراه است که شاید به علت مسائل اقتصادی، طلاق و عدم تفاهم و غیره باشد.

ب) مشکلات خواستگاری: توقع و تقاضای بیش‌ازحد توان خانواده که خواهان داشتن درآمد بالای آقا داماد هستند.

ج) مشکلات مهریه

۴- خانواده هسته‌ای: تشکیل خانواده هسته‌ای در ابتدا نیاز تأمین مالی می‌خواهد.

۵- هزینه‌های مخارج ازدواج

۶- تهیه جهیزیه

۷- تحصیل

۸- رسوم زائد و دست‌وپا گیر

راه‌های کسب موفقیت

در ازدواج:

۱- **سنجش قدرت و توانایی:** میزان امکانات و قدرت موجود خود از تمام جهات اقتصادی اجتماعی جسمی و... را برای یک زندگی بسنجد.

۲- **انتخاب بهترین زوج و مقارن بودن با تمام ویژگی‌های او**

۳- **پیمان دائم زناشویی:** باید این پیمان را زوجین امر همیشگی و دائم بدانند نه زودگذر و موقتی

۴- **هماهنگی برای تولیدمثل**

۵- **استقلال در زندگی**

۶- **لزوم حفظ احترام والدین برای طرفین**

۷- **حس تفاهم در امور**

۸- **صادق بودن طرفین**

۹- **هدیه دادن، تشویق زن**

۱۰- **حل اختلافات زودگذر همراه باگذشت و درایت**

موانع ازدواج آسان

موانع ازدواج آسان به همراه راهکارهای آن در چهار قسمت؛ فرهنگی، اقتصادی، قانونی و اجتماعی موردبحث و بررسی قرار گرفت. الف. موانع فرهنگی: موانع فرهنگی که مهم‌ترین و اساسی‌ترین موانع ازدواج محسوب می‌شود به شرح ذیل می‌باشد.

۱- **لازم دانستن شغل و مسکن**



مناسب: در حال حاضر داشتن شغل و مسکن، اغلب به‌عنوان شرط لازم برای انجام ازدواج شمرده می‌شود و این شرط عملاً مانع ازدواج بسیاری از جوانان می‌گردد؛ به‌گونه‌ای که اگر باعث منتفی شدن ازدواج نشود، لااقل آن را سال‌ها به تأخیر می‌اندازد؛ چون واقعیت این است که میلیون‌ها دختر و پسر آماده ازدواج وجود دارد که فراهم نمودن میلیون‌ها شغل و مسکن مناسب برای آنها در زمان کوتاه ممکن نیست.

۲- رسومات مالی پرخرج: گاهی رسم‌های پرخرج از قبیل خرید طلا، لباس، مهریه سنگین، جهیزیه گران و مراسم‌های چندگانه، از یکسو و ابهام در میزان مخارج ضروری از سوی دیگر، طرفین را وامی‌دارد تا چند برابر مقدار لازم، هزینه نمایند. از این‌رو این امور سهم بسزایی در تأخیر اقدام برای ازدواج دارند.

۳- لازم دانستن زندگی تجملاتی و پرزرق‌وبرق که گاهی توسط فیلم‌های سیما تشدید می‌گردد.

۴- عدم اهتمام لازم از سوی خانواده‌ها نسبت به ازدواج فرزندان: تصور عمومی بر این است که خانواده‌ها فقط به خاطر مشکلات مالی برای ازدواج فرزندان اقدام نمی‌کنند؛ درحالی‌که بسیاری از آنها خرج‌های فراوانی در موارد غیرضروری انجام می‌دهند که اهمیت هیچ‌یک از آنها به‌اندازه ازدواج جوان نیست و برای تهیه آن نیز خود را به‌زحمت می‌اندازند؛ به‌گونه‌ای که در بعضی موارد به قرض کردن و وام

گرفتن نیز مبتلا می‌شوند. مثلاً تغییر دکوراسیون منزل، تعویض وسایل و توسعه آن، سفرهای زیارتی، سفرهای خارج از کشور، خرید ماشین، تحصیل فرزند در مدارس غیرانتفاعی و دانشگاه آزاد، گرفتن معلم خصوصی، عمل جراحی به جهت زیبایی و... که هیچ‌کدام ضروری نیستند و مردم برای آنها خرج‌های فراوان می‌کنند، درحالی‌که در همین زمان نه‌تنها برای ازدواج فرزندان اقدام نمی‌کنند، بلکه جهت تهیه مقدمات آن نیز تلاش نمی‌نمایند. پس مشکل بسیاری از والدین، مشکل مالی نیست؛ و اگر برای ازدواج فرزندان به‌اندازه موارد فوق اهمیت می‌دادند، این مشکل نیز تا حد زیادی رفع می‌شد.

۵- زود دانستن ازدواج برای تازه‌جوانان: بسیاری از خانواده‌ها بر این باورند که سن تازه‌جوانان برای ازدواج کم است؛ از این‌رو هرچند از نظر مالی مشکلی در آماده کردن شرایط ازدواج فرزندان نداشته باشند، بازهم به ازدواج او اقدام نمی‌کنند.

۶- عدم اظهار نیاز به ازدواج توسط جوانان: بسیاری از جوانان حتی آنها که در معرض انحرافات قرار می‌گیرند، به خاطر خجالت و یا ترس از متهم شدن به ناپاکی، از اظهار نیاز به ازدواج امتناع می‌ورزند و طبیعی است که در این صورت، والدین تصور می‌کنند آنها نیاز ندارند و برای ازدواجشان اقدام نمی‌کنند.

۷- ضعف انگیزه و یا عدم انگیزه برای ازدواج: متأسفانه یکی از موانع مهم

ازدواج، ضعف یا از بین رفتن انگیزه ازدواج در جوانان است که علل مختلفی دارد:

- آلوده شدن به انحرافات جنسی که دسترسی به آنها آسان‌تر از ازدواج است.
- انعکاس شکست‌های دیگران در رسانه‌ها
- اعتقاد برخی پسران به کمبود دختران پاک
- دیدن طلاق و کشمکش‌های خانوادگی بین اطرافیان
- بالا رفتن سن (هر چه سن بالا می‌رود، انگیزه برای ازدواج کم می‌شود).
- عدم توجه یا جهل جوان نسبت به ثمرات ازدواج

۸- ترس از ازدواج: عده‌ای از جوانان که انگیزه برای ازدواج دارند، از اقدام به ازدواج می‌ترسند. بعضی از علت‌های ترس آنان عبارتند از:

- وجود هزینه‌های سنگین، تجملات و مشکلات مالی در زندگی
- انتظارهای نابجا در زمان ازدواج و بعد از آن
- احتمال انتخاب نادرست
- امکان عدم تفاهم اخلاقی با همسر
- تصور عدم توانایی در پذیرش مسئولیت خانواده

۹- اعتقاد به اینکه با وجود خواهر یا برادر بزرگ‌تر نوبت به بعدی نمی‌رسد.

۱۰- اهمیت بیش از حد به تحصیل



محورهای ۷ گانه

برنامه ملی کنترل و کاهش طلاق (۲)

تهیه و تنظیم:

لیلی جهاننخ

منبع: کارگروه ملی کنترل و کاهش طلاق و افزایش ازدواج شورای عالی فرهنگی - معاونت برنامه‌ریزی و هماهنگی ۱۳۹۵

۱۰. خدمات مشاورهای خاص زوجین جوان
 ۱۱. سامانه برخط مشاوره ازدواج برای دانشجویان
 ۱۲. مشاوره فعال به‌منظور پیشگیری از طلاق
- نهادهای کنشگر:**
۱. قوه قضاییه
 ۲. مراکز مشاوره خانواده
 ۳. دفاتر ثبت ازدواج
 ۴. سازمان بهزیستی کشور
 ۵. وزارت آموزش و پرورش
 ۶. مراکز مشاورهای آموزش و پرورش
 ۷. نیروی انتظامی کشور با هماهنگی نهادهای خدمات حمایتی
 ۸. وزارت علوم، تحقیقات و فناوری با همکاری مراکز مشاوره دانشگاهها
 ۹. کمیته امداد امام خمینی (ره)
 ۱۰. نهاد نمایندگی مقام معظم رهبری در دانشگاهها
 ۱۱. نیروی انتظامی کشور با همکاری محلات، مساجد، مدارس، مترو و سایر اماکن عمومی

۵. دانش آموزان و خانوادهها
 ۶. قربانیان جرائم و آسیبها
 ۷. مراجعان دعاوی و اختلافات خانوادگی
 ۸. دانشجویان در شرف ازدواج
 ۹. جوانان در آستانه ازدواج خانوادههای موردحمایت کمیته امداد
 ۱۰. زوجین جوان موردحمایت کمیته امداد
 ۱۱. عامه مردم
- ابعاد مشاوره:**
۱. مشاوره حل اختلافات زوجین
 ۲. خدمات مشاورهای پیش از ازدواج
 ۳. حمایت‌های مشاورهای از زوجین
 - منصرف شده از پیگیری دعاوی خانوادگی
 ۴. حمایت‌های مشاورهای برای آماده‌سازی ازدواج مجدد و مدیریت مؤثر دوران مجردی همراه با فرزندان
 ۵. طراحی و اجرای نظام جامع مشاوره در حوزه دانش‌آموزی و خانواده
 ۶. ارائه خدمات مشاوره و مددکاری اجتماعی در کانون خانواده
 ۷. گسترش مراکز مشاوره و دواير مددکاری اجتماعی در کلانتریها
 ۸. تقویت و توسعه مراکز مشاوره دانشگاهها به‌منظور حمایت از ازدواج آگاهانه، به‌هنگام، آسان و پایدار
 ۹. خدمات مشاورهای پیش از ازدواج

به‌منظور پیگیری و ساماندهی اجرای برنامه ملی کنترل و کاهش طلاق و تعیین نسبت و نقش هر یک از دستگاهها در کنترل و کاهش طلاق و جلوگیری از پراکنده‌کاری و موازی‌کاری دستگاهها، اقدامات دستگامی مندرج در این برنامه به لحاظ موضوعی در هفت محور زیر دسته‌بندی شده است:

۱. آموزش
 ۲. مشاوره
 ۳. حمایت‌های اجتماعی
 ۴. ترویج و فرهنگ‌سازی
 ۵. قضاء و داوری
 ۶. سلامت
 ۷. برنامه و بودجه
- محور دوم: مشاوره برنامه ملی کنترل و کاهش طلاق**
- اقتشار مشاوره گیرنده
۱. زوجین مراجعه‌کننده به دادگاههای خانواده
 ۲. زوجین در شرف ازدواج
 ۳. زوجین منصرف شده از پیگیری دعاوی خانوادگی
 ۴. زنان مطلقه



متن اقدام	اقشار آموزش گیرنده	ابعاد آموزش	نهادهای آموزش دهنده
۱- راه اندازی مراکز راهنمایی و مشاوره خانواده در معیت دادگاه های خانواده و ارجاع تمامی دعاوی خانوادگی به این مراکز با همکاری نهادهای ذی ربط	زوجین مراجعه کننده به دادگاه های خانواده	مشاوره حل اختلافات زوجین	قوه قضاییه
۲- الزام دفاتر ثبت ازدواج به دریافت نظر مراکز مشاوره خانواده علاوه بر دریافت نظر مراکز بهداشت برای تنظیم سند ازدواج	زوجین در شرف ازدواج	مشاوره قبل از ازدواج	قوه قضاییه- مراکز مشاوره خانواده دفاتر ثبت ازدواج
۳- حمایت های آموزشی و مشاوره ای از زوجین منصرف شده از پیگیری دعاوی خانوادگی تا تثبیت خانواده	زوجین منصرف شده از پیگیری دعاوی خانوادگی	حمایت های مشاوره ای از زوجین منصرف شده از پیگیری دعاوی خانوادگی	سازمان بهزیستی کشور
۴- حمایت های آموزشی و مشاوره ای از زنان مطلقه به منظور آماده سازی آنان برای ازدواج مجدد و مدیریت مؤثر دوران مجردی همراه با فرزندان آنان	زنان مطلقه	حمایت های مشاوره ای برای آماده سازی آنان برای ازدواج مجدد و مدیریت مؤثر دوران مجردی همراه با فرزندان	سازمان بهزیستی کشور
۵- طراحی و اجرای نظام جامع مشاوره و تقویت، توسعه و ارتقای کمی و کیفی هسته ها و مراکز مشاوره های آموزش و پرورش در خانواده حوزه دانش آموزی و	دانش آموزان خانواده ها	طراحی و اجرای نظام جامع مشاوره در حوزه دانش آموزی و خانواده	وزارت آموزش و پرورش مراکز مشاوره ای آموزش و پرورش
۶- ارائه خدمات مشاوره، مددکاری اجتماعی و حمایت از قربانیان جرائم و آسیب ها در کانون خانواده با هماهنگی نهادهای خدمات حمایتی	قربانیان جرائم و آسیب ها	ارائه خدمات مشاوره و مددکاری اجتماعی در کانون خانواده	نیروی انتظامی با هماهنگی نهادهای خدمات حمایتی
۷- گسترش مراکز مشاوره دوایر مددکاری اجتماعی و تسری آن به تمام کلانتری ها با اولویت حاشیه شهرها	مراجعان دعاوی و اختلافات خانوادگی	گسترش مراکز مشاوره دوایر مددکاری اجتماعی در کلانتری ها	نیروی انتظامی کشور
۸- اجرای مقیاس آمادگی ازدواج آگاهانه، به هنگام، آسان و پایدار ویژه دانشجویان و تقویت و توسعه مراکز مشاوره دانشگاه ها به منظور حمایت و پشتیبانی از دانشجویان جامعه هدف	دانشجویان در شرف ازدواج	تقویت و توسعه مراکز مشاوره دانشگاه ها به منظور حمایت از ازدواج آگاهانه، به هنگام، آسان و پایدار	وزارت علوم، تحقیقات و فناوری مراکز مشاوره دانشگاه ها
۹- ارائه خدمات آموزشی و مشاوره ای پیش از ازدواج به جوانان در آستانه ازدواج خانواده های مورد حمایت	جوانان در آستانه ازدواج خانواده های مورد حمایت	خدمات مشاوره ای پیش از ازدواج	کمیته امداد امام خمینی (ره)
۱۰- ارائه خدمات آموزشی و مشاوره به زوجین جوان مورد حمایت	زوجین جوان مورد حمایت	مشاوره های خاص زوجین جوان	کمیته امداد امام خمینی (ره)
۱۱- راه اندازی سامانه مشاوره برخط برای ارائه مشاوره به دانشجویان با حضور مشاورین مذهبی	دانشجویان	سامانه برخط مشاوره ازدواج برای دانشجویان	نهاد نمایندگی مقام معظم رهبری در دانشگاه ها
۱۲- توسعه پیشگیری اولیه با تأکید بر اجرای طرح مشاوره فعال و سخنرانی های آموزشی در محلات، مساجد، مدارس، مترو و سایر اماکن عمومی	عامه مردم	مشاوره فعال به منظور پیشگیری از طلاق	نیروی انتظامی، محلات، مساجد، مدارس، مترو و سایر اماکن عمومی



خودمراقبتی در خودکشی

تهیه و تنظیم:
 شیرین شهریاری
 ندا ذخیره داری

منابع: ۱. راهنمای اصول خودمراقبتی در سلامت روان و اعتیاد، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد. ۲. ویژهنامه پیشگیری از خودکشی، واحد سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، مرکز بهداشت چهارمحال و بختیاری.



- ❖ آیا تا به حال با فردی که قصد خودکشی داشته مواجه شده‌اید؟ چه واکنشی نشان دادید؟
- ❖ به نظر شما تعریف خودکشی چیست؟
- ❖ تفاوت خودکشی و اقدام به خودکشی چیست؟
- ❖ به نظر شما شیوع خودکشی چقدر است؟

◀ هر ساله حدود یک میلیون نفر در اثر خودکشی به زندگی خود خاتمه می‌دهند.

◀ این پدیده به‌عنوان سیزدهمین علت مرگ در دنیا و سومین علت مرگ و میر در گروه سنی ۱۵ تا ۴۴ سال محسوب می‌گردد.

◀ در ایران تقریباً روزانه ده مورد خودکشی اتفاق می‌افتد که استان‌های غربی کشور در این میان بیشترین سهم را به خود اختصاص داده‌اند.

مقدمه:

خودکشی را می‌توان به‌عنوان اقدام آگاهانه در آسیب به خود که به مرگ منتهی

می‌گردد، تعریف نمود. اقدام به خودکشی با خودکشی متفاوت است. تفاوت آن با خودکشی در آن است که در اقدام به خودکشی فرد لزوماً خواهان مرگ نیست بلکه، به این وسیله می‌خواهد احساسات خود را بیان کرده و رفتار دیگران را نسبت به خود تغییر دهد. همچنین ممکن است فرد در پی جلب توجه دیگران نیز باشد. اگرچه کسانی که اقدام به خودکشی می‌کنند، ریسک بالایی برای خودکشی دارند. ۳۰ تا ۷۰ درصد کسانی که خود را کشته‌اند، حداقل یک‌بار در گذشته اقدام به خودکشی داشته‌اند. در اکثر مطالعات، میزان اقدام به خودکشی در زنان بیشتر از مردان است، اما میزان مرگ در اثر خودکشی در مردان



بیشتر است.

سبب‌شناسی خودکشی

۱- **علل روانی:** شامل بیماری‌های روانی به‌ویژه افسردگی، اعتیاد، اسکیزوفرنی، اختلال دوقطبی و بیماری‌های شدید روانی.

۲- **علل جسمانی:** شامل بیماری‌های جسمی مزمن مثل سرطان، ایدز، صرع و بیماران دیالیزی.

۳- **علل اجتماعی:** مثل تنها زندگی کردن، فقدان حمایت در زندگی، فقدان حمایت خانوادگی و اجتماعی و همچنین عوامل فشارزا مانند طلاق، بیکاری، فقر، ناکامی، شکست در کار، تحصیل و ازدواج و...

نقش عوامل مختلف بر خودکشی

الف- عوامل محافظت‌کننده خودکشی:

- ۱- نبود اختلالات روان‌پزشکی
- ۲- شاغل بودن
- ۳- وجود کودکان در خانه
- ۴- داشتن احساس مسئولیت در خانواده
- ۵- داشتن عقاید مذهبی قوی
- ۶- داشتن احساس رضایت از زندگی
- ۷- وجود مکانیسم‌های مقابله‌ای قوی
- ۸- وجود مکانیسم‌های قوی حل مسئله
- ۹- وجود یکپارچگی اجتماعی از طریق کار یا استفاده مفید از اوقات فراغت
- ۱۰- دسترسی به خدمات و مراقبت‌های بهداشت روان

۱۱- حمایت شدن از طرف دوستان، خانواده و سایر افراد مهم

۱۲- وجود سایر حمایت‌های اجتماعی

۱۳- وجود رابطه مثبت و خوب با درمانگر

ب- عوامل خطرزای خودکشی

۱- عوامل جمعیت‌شناختی شامل سن و جنس

۲- سابقه اقدام به خودکشی

۳- وجود علائم و اختلالات روان‌پزشکی

۴- سابقه‌ی بیماری‌های جسمی

۵- تاریخچه خانوادگی

۶- وضعیت روانی-اجتماعی

۷- خصوصیات شخصیتی

اگر افکار خودکشی دارم، چه کاری می‌توانم انجام دهم؟

- ۱- با افراد موثق و مورد اعتماد صحبت کنید؛ مانند والدین و اعضای خانواده، دوستان نزدیک، پزشکان خانواده، متخصصان سلامت روان، مراکز مشاوره تلفنی شامل خطوط صدای مشاور سازمان بهزیستی
- ۲- به پزشک خود مراجعه کنید.
- ۳- از خدمات بیمارستان بهره‌مند شوید

تیم سلامت روان می‌تواند به شما در موارد زیر کمک کند:

- آموزش مهارت‌های زندگی

- مشاوره و روان‌درمانی

- تجویز دارو

دو نکته مهم

نکته ۱: وقتی احساس خوبی ندارید از مصرف نوشیدنی‌های الکلی و سایر مواد روان‌گردان پرهیز کنید چراکه حالتان را بدتر می‌کند و منجر به عکس‌العمل‌های ناخواسته خواهد شد که ممکن است عوارض جبران‌ناپذیری داشته باشد.

نکته ۲: اگر داروی بیش‌ازحد مصرف کرده‌اید و یا به‌صورت جدی به خود صدمه زده‌اید به دنبال کمک فوری باشید و با شماره اورژانس ۱۱۵ تماس بگیرید یا به اورژانس بیمارستان بروید. به یاد داشته باشید دلایلی که افراد به خاطر آن‌ها می‌خواهند خود را بکشند موقتی‌اند و مشکلات قابل‌حل می‌باشند.

در مورد شخص دیگری که افکار خودکشی دارد، نگران هستم برای کمک، چه کاری می‌توانم انجام دهم؟

نکات مهم

- ۱- وجود یک عامل استرس‌زای شدید، همچنین بیکاری فرد، یکی از عوامل خطرزای خودکشی می‌باشد.
- ۲- تشخیص زودهنگام افکار خودکشی در اطرافیانمان و حمایت کردن از آنها با آرام‌کردنشان یا مراجعه به روان‌شناس می‌تواند از اقدام به خودکشی پیشگیری نماید.
- ۳- حمایت شدن از طرف خانواده یکی از عوامل محافظت‌کننده خودکشی است.



بیماری‌هایی که باعث عقب‌ماندگی ذهنی کودک می‌شوند

نیمه و تنظیم:

← لیلا جهاننیک

منابع: ۱- پوشکان بدون مرز - فاطمه گودزیان، کارشناس بیماری‌های غیرواگیر مرکز بهداشت شیراز ۲- انجمن پی‌کی‌وی ایران ۳- سایت سلامت تبیان - زهره لطیفی

استفاده نمایند. انجام مشاوره ژنتیک قبل از ازدواج و بارداری در خانواده و بستگان این بیماران نیز لازم است.

۲- کم‌کاری مادرزادی تیروئید

غده تیروئید هورمون‌هایی را می‌سازد که برای رشد طبیعی جسمی و ذهنی شیرخوار لازم است.

کم‌کاری تیروئید عارضه‌ای است که منجر به تولید ناکافی هورمون‌ها در این غده می‌شود. اگر این عارضه درمان نشود، بر رشد و توانایی یادگیری کودک اثر منفی خواهد گذاشت.

علت اصلی بروز کم‌کاری مادرزادی تیروئید، ناشناخته است، اما کمبود ید و ازدواج‌های فAMILIARY از عوامل مؤثر به شمار می‌روند. کم‌کاری مادرزادی تیروئید به دو صورت موقتی و دائمی بروز می‌کند.

در نوع موقتی، نوزاد در بدو تولد کم‌کاری تیروئید را در آزمایشات نشان می‌دهد، ولی در هفته دوم یا پس از آن، بدون درمان یا پس از قطع دارو، آزمایش نوزاد طبیعی

شیرخواران مبتلابه گالاکتوزمی، باید از شیر خشک مخصوص (بدون گالاکتوز) استفاده نمایند.

عوارض گالاکتوزمی:

عدم شناخت و درمان به‌موقع این بیماری در روزهای اول تولد، می‌تواند موجب عقب‌ماندگی ذهنی، نارسایی کبد در نهایت مرگ بیمار شود.

درمان گالاکتوزمی:

گرفتن خون پاشنه پای نوزادان سه تا پنج‌روزه، بهترین روش برای تشخیص زودرس این بیماری است. در این آزمایش، نوزادان مشکوک به این اختلال، شناسایی و پس از آزمایش‌های تکمیلی، بیماران قطعی مشخص می‌شوند.

نوزاد می‌بایست بلافاصله پس از تشخیص بیماری تحت مراقبت قرار گیرد. درمان این بیماری عبارت است از حذف گالاکتوز و لاکتوز در رژیم غذایی کودک (مطابق دستور پزشک).

شیرخواران مبتلابه گالاکتوزمی، باید از شیر خشک مخصوص (بدون گالاکتوز)

۱- گالاکتوزمی

گالاکتوزمی یک بیماری ارثی است که به دلیل کمبود آنزیم موردنیاز برای هضم و تجزیه قند گالاکتوز در بدن ایجاد می‌شود. قند لاکتوز که قند موجود در شیر است، در بدن به قند گلوکز و گالاکتوز تبدیل می‌شود. سپس این فندهای ساده توسط آنزیم‌های خاصی تجزیه و به‌صورت انرژی در بدن به مصرف می‌رسند. در بیماران مبتلابه این بیماری، گالاکتوز نمی‌تواند تجزیه شود و اغلب در سلول‌ها مواد سمی تولد می‌کند که به‌مرورزمان در بدن کودکانی که آزمایشات غربالگری را انجام نداده‌اند و به این بیماری هستند، مواد شیمیایی غیرطبیعی مشاهده می‌گردد.

علائم گالاکتوزم:

نوزاد در بدو تولد حالت طبیعی دارد، ولی پس از چند روز با مصرف شیر حاوی گالاکتوز فراوان مثل شیر مادر، علائمی مثل اسهال، استفراغ، زردی، کاهش قند خون، بزرگی کبد، آب مروارید، آسیب کلیه و مغز و اختلال در رشد بروز می‌کند.



می‌شود. این حالت را کم‌کاری مادرزادی تیروئید گذرا می‌گویند.

در نوع دائمی بیماری، گاهی لازم است که بیمار تا پایان عمر تحت نظر پزشک دارو مصرف نماید.

علائم کم‌کاری مادرزادی تیروئید:

در اکثر نوزادان مبتلابه این بیماری، در روزهای اول زندگی علائم بارز بیماری وجود ندارد. با گذشت زمان علائمی مثل خوب شیر نخوردن، کاهش حرارت بدن، کبودی انگشتان دست‌وپا، مشکلات تنفسی، وزن نگرفتن، زردی طولانی‌مدت (بیش از دو هفته) و کاهش فعالیت‌های نوزاد (بیش از حد آرام بودن) بروز می‌کند. کم‌کاری مادرزادی تیروئید با عوارضی مثل عقب‌ماندگی ذهنی، کوتاهی قد و کاهش شنوایی همراه است.

عوارض کم‌کاری مادرزادی تیروئید:

رشد و تکامل مغز تا حدود سه‌سالگی ادامه دارد. به همین دلیل کم‌کاری مادرزادی تیروئید عوارض جبران‌ناپذیری بر رشد و تکامل مغز و اعصاب مرکزی بر جای می‌گذارد. رشد طولی و قد نوزاد نیز تحت تأثیر این بیماری قرار گرفته و کند خواهد شد. کم‌کاری مادرزادی تیروئید با عوارضی مثل عقب‌ماندگی ذهنی، کوتاهی قد و کاهش شنوایی همراه است.

درمان کم‌کاری مادرزادی تیروئید:

کم‌کاری مادرزادی تیروئید یکی از شایع‌ترین علل قابل‌پیشگیری عقب‌ماندگی ذهنی است و برای جلوگیری از بروز عوارض بیماری در نوزادان، باید تشخیص در همان روزهای اول زندگی داده شود و درمان در

اسرع وقت آغاز گردد.

۳- پی.ک. یو (PKU) یا فنیل کتونوری

بیماری پی ک یو، نوعی اختلال ارثی است که از هر دو والد یعنی پدر و مادر به فرزند منتقل می‌شود.

ازدواج فAMILی اصلی‌ترین راه انتقال این بیماری است. نوزاد مبتلا، به علت کمبود آنزیم خاصی در کبد خود، قادر به هضم فنیل آلانین نمی‌باشد. فنیل آلانین که به‌طور خلاصه "فی" خوانده می‌شود، جزو مواد ضروری در سلامت انسان است. این ماده در ترکیب پروتئین‌ها موجود است و با غذا وارد بدن می‌شود.

مصرف غذاهای پروتئینی از جمله شیر مادر و شیر خشک‌های معمولی باعث افزایش شدید غلظت خونی "فی" و تجمع آن در بافت‌های مختلف بدن شده و به‌خصوص رشد و تکامل مغز و اعصاب را مختل می‌کند و منجر به آسیب مغزی و عقب‌ماندگی ذهنی دائمی می‌گردد.

علائم پی ک یو:

این بیماری در بدو تولد هیچ‌گونه نشانه آشکاری ندارد و نوزاد در دو تا سه ماه اول زندگی، ظاهر کاملاً سالمی دارد، ولی به‌تدریج علائمی همچون عدم تمایل نوزاد به شیر خوردن، استفراغ بعد از خوردن شیر، بروز اگزما و جوش در سطح بدن و بور شدن موهای سر بدون سابقه‌ی ارثی ظاهر می‌شوند. عرق بدن و ادرار این نوزادان معمولاً بوی زننده و بسیار نامطبوع کپک مانند دارد. با گذشت زمان کودک دچار عقب‌ماندگی ذهنی می‌گردد و اغلب

ناآرام و پرجنب‌وجوش شده و تعادل عصبی خوبی ندارد. قدرت تکلم او ضعیف و راه رفتنش دچار مشکل می‌شود که ممکن است برای همیشه باقی بماند. این بیماری به‌صورت ارثی از هر دو والد یعنی پدر و مادر (در صورتی که هر دو ناقل پی ک یو باشند) به فرزند منتقل می‌شود.

گرفتن خون پاشنه پای نوزادان سه تا پنج‌روزه، بهترین روش برای تشخیص زودرس این بیماری‌ها است

عوارض پی ک یو:

در صورتی که بیمار تحت درمان قرار نگیرد، به‌ازای هر ماه، ۴ نمره از بهره‌ی هوشی او کاسته خواهد شد و تا پایان سال اول ۵۰ نمره از ضریب هوشی را از دست خواهد داد. عقب‌ماندگی ذهنی در این بیماری شدید است و کودک مبتلا، بیش‌فعالی همراه با حرکات بی‌هدف پیدا می‌کند.

درمان پی ک یو:

در صورتی که نوزاد ۳ تا ۵ روزه مورد آزمایش خون از پاشنه پا قرار گیرد، بیماری او به‌موقع تشخیص داده می‌شود و در این صورت، بیماری با رژیم غذایی مناسب و با مراقبت‌های لازم کاملاً کنترل خواهد شد. رژیم غذایی با فنیل آلانین کم، تنها راه درمان این بیماری است و چنانچه این رژیم از هفته‌های اول تولد آغاز شود، کودک به رشد طبیعی خود ادامه خواهد داد و زندگی کاملاً سالم خواهد داشت. بدیهی است این رژیم بایستی تا آخر عمر رعایت شود. تنها راه پیشگیری از بروز مجدد این بیماری در خانواده یا بستگان بیمار، انجام مشاوره ژنتیک و استفاده از راهنمایی‌های پزشکان و مشاوران ژنتیک است.



مقابله با گاز گرفتگی (مسمومیت با گاز CO)

گاز طبیعی به‌عنوان یکی از منابع ارزشمند انرژی در کشور ما از زیرزمین در دریاها و خشکی حاصل و با طی هزاران کیلومتر مسافت و گذر از تأسیسات متعدد پالایشگاهی و تقویت فشار در لوله‌ها به شهر و خانه ما روانه می‌شود تا به‌صورت یک سوخت پاک در صنایع بخش تولید و اشتغال را تأمین و توسعه داده در منازل نیازهای رفاهی و گرمایش ما را فراهم نماید.

این نعمت الهی گرچه در منابع زیرزمینی در جغرافیای کشور ایران به مقدار زیاد و در رده دوم جهانی وجود دارد اما عملیات اکتشاف، استخراج، پالایش و انتقال آن تا محل مصرف هزینه‌های قابل توجهی را به خود اختصاص می‌دهد که در شرایط کنونی با لحاظ کردن قانون هدفمندی یارانه‌ها در نحوه مصرف آن باید مدیریت صورت گرفته به نحوی مصرف شود که بار هزینه آن بر اقتصاد خانواده سنگینی نکند.

مصرف بهینه و منطقی گاز طبیعی مستلزم دو اقدام اساسی می‌باشد، اول اصلاح فرهنگ و رفتار در مصرف، دوم استفاده از تجهیزات مناسب در ساختمان و تأمین شرایطی که گاز را در چرخه سوخت تبدیل به انرژی و نهایتاً گرمایش فضا و سایر نیازها می‌کند، اما در هر حال و همیشه مسائل ایمنی و نکاتی که در این رابطه توصیه می‌شود باید به‌دقت مورد توجه قرار گیرد تا بر خورداری از رفاه مورد انتظار از این انرژی موجب خسارت جانی و مالی نشود.

نکات ایمنی در مصرف گاز طبیعی

۱- استفاده کنید، هر زانوی ۹۰ درجه ۱۰ درصد کارایی دودکش را پائین می‌آورد و موجب پس‌زدگی گازهای حاصل از احتراق می‌شود لذا لازم است به ازای هر زانوی اضافه بر دو زانوی اول، بر طول عمودی دودکش اضافه شود.

۹- قطر لوله‌های دودکش باید در تمام مسیر هم‌اندازه و برابر با دهانه دودکش وسیله گازسوز باشد.

۱۰- دودکش‌ها باید از جنس ورق‌های فلزی ضدزنگ و گالوانیزه باشد، از لوله‌های قابل انعطاف خرطومی یا آکاردئونی استفاده نکنید.

۱۱- در هنگام ساخت و ساز بناهای جدید در اطراف ساختمان از دودکش‌های خود مراقبت نمایند ممکن است شکسته شده یا مصالح ساختمانی داخل آن ریخته و مسدود شود.

۱۲- هرگز خروجی دودکش وسایل گازسوز، هود و هواکش آشپزخانه را در یک کانال مشترک قرار ندهید.

۱۳- اگر لوله دودکش مسیر افقی داشت باید حداقل ۳ برابر آن و در انتها طول عمودی داشته باشد زیرا دودکش به‌صورت افقی مکش ندارد.

۱۴- هنگامی که وسیله گازسوز روشن است نباید قسمت بالای دودکش سرد باشد، با انگشت خود امتحان کنید اگر سرد بود گرفتگی دارد یا هوای تازه به داخل ساختمان وارد نمی‌شود.

۱۵- مسدود کردن درب و پنجره‌ها و بستن کامل روزنه‌ها برای خارج نشدن گرما در ساختمان‌هایی توصیه می‌شود که وسایل گازسوز برای تأمین

۱- هر وسیله‌ی گازسوز باید یک دودکش مجزا و مخصوص به خود داشته باشد و حداقل یک متر از کف پشت‌بام و اطراف آن یک متر باز باشد.

۲- از قرار دادن خروجی دودکش، داخل راهروها، حیاط خلوت‌های مسقف یا زیر سقف و بالکن و همچنین حتی‌الامکان در مسیر افقی، خودداری نمائید.

۳- نصب صحیح دودکش‌ها و بازدید آنها بویژه قبل از روشن کردن بخاری در ابتدای فصل سرما توصیه می‌شود.

۴- خروجی دودکش نباید نزدیک پنجره یا هواکش بوده و همچنین نباید روی پشت‌بام در کنار کولر باشد.

۵- باید لوله دودکش را تا ۱ متر بالاتر از لبه دیوار مجاور ادامه داد و با بست محکم نموده و نیز کلاهک H روی آن نصب نمود.

۶- باید توجه نمود به همان مقدار که دودکش، گازهای حاصل از احتراق را به همراه هوا خارج می‌کند باید هوای تازه‌وارد ساختمان شود وگرنه مکش دودکش متوقف خواهد شد.

۷- آبگرمکن دیواری نباید در فضای کمتر از ۶۰ مترمربع نصب گردد مگر آنکه هوای موردنیاز برای سوخت کامل آن وسیله درپچه دائمی باز به‌طرف هوای آزاد تأمین شود و قطر دودکش آن باید حداقل ۱۵ سانتی‌متر باشد.

۸- در نصب دودکش‌ها از حداقل تعداد زانو



گرمایش و آب گرم در خارج فضای مسکونی نصب شده باشد زیرا وسایل گازسوز در فضاهای محدود ساختمان نیاز به هوای تازه و اکسیژن برای سوخت کامل گاز دارد، اگر هوای تازه وارد نشود سوخت ناقص شده و گاز سمی منواکسید کربن تولید می‌شود که بسیار خطرناک است.

۱۶- فضای اتاق خواب برای نصب بخاری به شرط وجود مسیر ورود هوای تازه حداقل ۱۲ مترمربع است.

۱۷- رنگ شعله گاز در وسایل گازسوز مهم است اگر سوخت کامل و صحیح باشد رنگ آن آبی خواهد بود.

۱۸- اجاق گاز نباید در معرض وزش باد پنجره‌ها، زیر پرده‌ها، نزدیک و مقابل دریچه کولر نصب شود.

۱۹- شلنگ رابط اجاق گاز نباید نزدیک به حرارت شعله‌ها باشد.

۲۰- برای سوخت سالم و کامل هر مترمکعب گاز نیاز به ۱۵ مترمکعب هوای تازه می‌باشد؛ بنابراین در اتاق‌های خواب و بویژه کوچک حتماً باید قسمتی از پائین درب باز بوده و یا شبکه‌ای باشد تا هوای لازم برای سوخت بخاری وارد شود.

۲۱- بخاری‌های بدون دودکش را نباید در فضای بسته ساختمان مسکونی خصوصاً اتاق خواب استفاده کرد. این نوع بخاری‌ها برای فضاهای بزرگ و پر رفت‌وآمد و بدون درب ساخته شده‌اند.

۲۲- هرگز از اجاق گاز و پلوپز برای گرم کردن فضای آشپزخانه و ساختمان استفاده نکنید زیرا گازهای حاصل از احتراق که حجم وسیع دارد به سرعت در فضای ساختمان منتشر و به گاز سمی منواکسید کربن تبدیل شده موجب مسمومیت و گاز زدگی خواهد شد.

۲۳- با نصب درپوش روی شیرهای مصرف گاز بلااستفاده از خطر نشت گاز و انفجار و آتش‌سوزی جلوگیری نمائید.

۲۴- توصیه می‌شود اجاق‌گازی انتخاب کنید که

مجهز به ترموکوپل و پیلوت باشد، برای روشن کردن وسایل گازسوز با کبریت، اول کبریت را روشن کرده سپس شیر گاز را باز کنید.

۲۵- هنگام انتخاب و خرید وسایل گازسوز به استاندارد بودن آن و داشتن تجهیزات از جمله ترموکوپل و سنسورهای هشداردهنده ایمنی توجه داشته باشید.

۲۶- هرگز شلنگ گاز متصل به شیر و وسایل گازسوز را بدون بست مناسب و استاندارد استفاده نکنید. بستن سیم مفتولی به عنوان بست موجب بریدگی شلنگ و نشت گاز خواهد شد.

۲۷- در صورت استشمام بوی گاز در ساختمان اگر فضا تاریک است هرگز چراغ روشن نکرده یا کبریت و فندک نزدیک به بلافاصله انفجار و آتش‌سوزی می‌شود.

۲۸- هرگز برای آزمایش عدم نشتی از شعله کبریت استفاده نکنید. برای این کار، مقداری مایع ظرف‌شویی در یک ظرف آب ریخته به وسیله اسفنج یا ابری روی محل اتصال بکشید اگر حباب ایجاد شد نشتی دارد فوراً شیر مصرف را ببندید و رفع نشتی کنید.

۲۹- هر وسیله گازسوز باید از یک انشعاب منحصر به خود و با یک شیر قطع کننده تغذیه شود و شیر آن باید در دسترس باشد تا هنگام نیاز بلافاصله بسته شود.

۳۰- هرگز از وسایلی که برای سوخت غیر گاز ساخته شده مانند بخاری‌های نفتی با دستکاری در آن تبدیل به گازسوز شده و فروخته می‌شود استفاده نکنید.

۳۱- شلنگ‌ها باید از نوع فشارقوی، جنس مرغوب و قطر دهانه آن متناسب با اتصالات باشد. بست‌ها نباید از نوع سیم مفتولی باشد، طول شلنگ نباید از یک متر و بیست سانتیمتر بیشتر باشد.

۳۲- هرگاه منزل یا آپارتمانی را خریداری یا اجاره نمودید قبل از سکونت در آن، با در نظر داشتن نکات ایمنی مصرف گاز طبیعی و با استفاده از کارشناسان مربوطه مطمئن شوید سیستم

لوله‌کشی گاز، دودکش‌ها و سایر سیستم‌ها مجاز و استاندارد بوده بدون خطر هستند.

۳۳- در صورت ترک منزل برای مدت طولانی (مسافرت) ابتدا شیرهای مصرف کننده و سپس شیر اصلی گاز ساختمان یا آپارتمان خود را ببندید، این اقدام موجب جلوگیری از هرگونه حاده مرتبط با گاز یا وسعت خسارات می‌شود.

۳۴- چنانچه علمک گاز شما در کوچه باریک است یا امکان برخورد عابرین با دماغه رگلاتور وجود دارد بهتر است یک نوار شبرنگ قرمز رنگ اطراف دماغه رگلاتور بچسبانید.

۳۵- اگر قصد دارید بجای شومینه ساختمان از بخاری برای گرمایش استفاده کنید، دقت نمائید هرگز دودکش بخاری را که قطر آن کم است در مسیر دودکش شومینه که قطر زیاد دارد رها نکنید. برای این کار از افراد متخصص استفاده و اصول ایمنی را مدنظر داشته باشید.

۳۶- شبکه‌های زیرزمینی گاز در خیابان و کوچه‌ها با فشار ۶۰ پوند و بیشتر، از حساسیت ویژه برخوردار است، در عملیات حفاری چنانچه دقت لازم بعمل نیاید ممکن است با آسیب به این شبکه‌ها، نشت گاز و انفجار و آتش‌سوزی رخ دهد.

۳۷- در کیوسک‌های اطلاعات و اتاق‌های کوچک حراست ساختمان‌های اداری و مجتمع‌های مسکونی از نصب بخاری خودداری نمائید زیرا هوای کافی برای سوخت وجود ندارد و خطر آفرین است. این اتاق‌ها را به وسیله هیتر برقی یا انتقال هوای گرم از بیرون به طور مستقیم یا توسط رادیاتور گرم نمائید.

۳۸- در فضاهای عمومی و خاص مانند کلاس‌های مدارس، مهدکودک‌ها، دفاتر کار، بایگانی‌ها و خوابگاه‌ها حتی‌الامکان از نصب وسایل گازسوز گرمایشی با شعله باز (انواع بخاری و پکیج‌ها) خودداری نمائید. در موارد خاص و ضروری باید هوای موردنیاز آنها از فضای خارج ساختمان تأمین شود و پیش‌بینی‌های لازم برای جلوگیری از برخورد با آن و آتش‌سوزی بعمل آید.



۳۹- قبل از استفاده از بخاری و آبگرمکن به ۳ روش از باز بودن مسیر دودکش آن مطمئن شوید:

- شعله‌ای در مقابل آن قرار داده چنانچه به طرف داخل دهانه کشیده شد مسیر آن باز و سالم است

- وزنه و طنابی داخل آن حرکت داده

- نور چراغی را از یک طرف در طرف دیگر مشاهده نمائید، همیشه مراقبت نمائید که مسیر دودکش با لانه پرندگان مسدود نشده باشد.

۴۰- هرگز از وسایلی که برای سوخت غیر گاز ساخته شده و با دستکاری در آن تبدیل به گازسوز شده بویژه بخاری نفتی به گازی استفاده نکنید، علاوه بر مصرف زیاد گاز کاملاً خطرناک است.

۴۱- شلنگ و لوله‌های رابط شیر گاز و وسایل گازسوز و بست‌های آن بسیار مهم است و اغلب نشت گاز از این قسمت می‌باشد، لوله‌ها باید از نوع فشارقوی، جنس مرغوب و قطر دهانه آن متناسب با اتصالات باشد، بست‌ها نباید از نوع سیم و مفتولی باشد، طول شلنگ نباید از یک متر و بیست سانتیمتر بیشتر باشد، هنگام نصب وسایل گازسوز و یا جابجائی آن و هرچند وقت یکبار باید دو سر شلنگ و اتصالات را با کف صابون آزمایش کرد تا نشتی نداشته باشد.

۴۲- تغییر و تبدیل در لوله‌کشی گاز ساختمان‌هایی که قبلاً انجام شده مانند اضافه کردن طبقات ساختمان، تبدیل زیرزمین یا انبارک‌ها به فضای مسکونی منشأ بسیاری از حوادث جانی بوده و غیرقانونی است، در موارد لزوم از سازمان نظام‌مهندسی برای رعایت اصول ایمنی استفاده و به شرکت گاز اطلاع دهید.

۴۳- هرگاه منزل یا آپارتمانی را خریداری یا اجاره نمودید قبل از سکونت در آن، با در نظر داشتن نکات ایمنی مصرف گاز طبیعی و با استفاده از کارشناسان مربوطه مطمئن شوید سیستم

لوله‌کشی گاز، دودکش‌ها و سایر سیستم‌ها مطابق استاندارد بوده بدون خطر هستند.

۴۴- همیشه تلفن‌های ۱۹۴ امداد گاز، ۱۱۵ اورژانس و ۱۲۵ آتش‌نشانی را در دسترس و به خاطر داشته باشید و در صورت هرگونه حادثه اعم از گاز زدگی یا انفجار و آتش‌سوزی برای امداد و استفاده از بیمه حوادث فوراً با ۱۹۴ امداد گاز تماس بگیرید.

۴۵- چنانچه اشکالی در دریافت گاز شما به وجود آمد و یا نشت گاز از رگلاتور و کنترل مشاهده کردید بلافاصله با ۱۹۴ امداد گاز تماس بگیرید.

۴۶- رگلاتور گاز روی علمک ساختمان شما مجهز به سیستم ایمنی است تا در صورت ایجاد اشکال جریان گاز را قطع کند هرگز آن را دستکاری نکنید در صورت نیاز به ۱۹۴ امداد گاز اطلاع دهید.

۴۷- کلیه مشترکین خانگی گاز طبیعی با حق بیمه‌ای که از طریق قبض گاز پرداخت می‌کنند در مقابل حوادث جانی و مالی تحت پوشش بیمه گرامت و خسارت قرار گرفته‌اند لذا در صورت مواجه شدن با حادثه بلافاصله به ۱۹۴ امداد گاز اطلاع داده و گواهی خسارت و علت وقوع حادثه را از سازمان آتش‌نشانی دریافت و به اداره گاز محل خود مراجعه نمائید.

گاز منواکسید کربن یا قاتل خاموش را بشناسید

حوادث گاز زدگی که به قاتل خاموش معروف شده علت آن استنشاق گاز سمی منواکسید کربن است، گاز طبیعی در شرایط عادی باید با ۱۵ برابر حجم خود با هوای تازه ترکیب شود تا سوخت کامل شده، رنگ شعله آبی باشد و گازهای حاصل از سوخت به وسیله دودکش به خارج از ساختمان هدایت گردد.

اگر به دلایلی مانند تأمین نشدن هوای تازه، مسدود بودن دودکش، اشکال در وسیله گازسوز،

خارج شدن دودکش از دیوار یا وسیله گازسوز، نداشتن کلاهک و ارتفاع لازم عمودی و سایر توصیه‌هایی که شده این شرایط فراهم نشود.

گاز سمی منواکسید کربن در فضای مسکونی منتشر می‌شود.

گاز سمی منواکسید کربن گازی است بدون رنگ و بی‌بو، از راه تنفس و گاهی پوست مرطوب وارد بدن شده سریعاً وارد خون می‌شود و چون ۲۰۰ برابر اکسیژن قابلیت جذب روی گلبول‌های قرمز دارد، خون را مسموم و به سرعت روی قلب و مغز اثر گذاشته و ابتدا باعث خواب‌آلودگی، خستگی، سردرد، سرگیجه، ضعف و بی‌حالی شده در صورتی که خود را به هوای آزاد و سالم منتقل نکنیم، حالت تهوع و استفراغ پیدا کرده و در نهایت باعث خفگی و بالاخره مرگ می‌گردد.

بنابراین اگر چنانچه نکات ایمنی در استفاده از وسایل گازسوز را رعایت و به‌طور مرتب کنترل‌های لازم را مطابق مواردی که در اینجا به آن اشاره می‌شود بعمل آورید، هیچگاه دچار حوادث گاز زدگی یا انفجار و آتش‌سوزی نخواهید شد.

علائم و نشانه‌های مسمومیت با منواکسید کربن CO:

- سردرد
- سرگیجه
- تهوع و بی‌قراری
- تنگی نفس
- خمیازه کشیدن بیش‌ازحد و کاهش دید
- کبودی دست‌وپا و دور لب‌ها که در نهایت منجر به تشنج، بیهوشی و مرگ می‌شود.
- اقدامات اولیه در برخورد با بیمار که دچار مسمومیت منواکسید کربن شده است:
- مراقب خود باشید، با ماسک یا پارچه مرطوب جلوی دهان و بینی خود را بپوشانید.



- وسیله گرمازا را خاموش و درب و پنجره را باز کنید.

- خیلی فوری مصدوم را از منطقه آلوده وارد هوای آزاد کنید.

- سریعاً اورژانس ۱۱۵ را باخبر نمائید.

- کمربند و یقه مصدوم را باز کنید.

- در صورت کاهش هوشیاری مصدوم اقدام به باز کردن راه هوایی نموده و در صورت لزوم اقدام به احیاء قلبی ریوی نمائید. (جهت کسب مهارت‌های لازم می‌توانید در دوره‌های آموزشی مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی شرکت نمائید).

- در صورت نیاز با آتش‌نشانی ۱۲۵ و امداد گاز ۱۹۴ تماس بگیرید.

توصیه‌های مهم در ارتباط با صرفه‌جویی در مصرف گاز طبیعی:

۱- در انتخاب وسایل گازسوز به علامت استاندارد و برجسب رده انرژی آن توجه شود، هر قدر به رده A یا سبز نزدیک‌تر باشد پربازده‌تر خواهد بود.

۲- وسایل گازسوز را در حد و اندازه متناسب با نیاز انتخاب کنید. برای یک اتاق ۳*۴ مترمربعی یک بخاری ۶۰۰۰ کیلوکالری بازده کفایت می‌کند.

۳- از وسایل گازسوز برای مصرف مربوط به خود استفاده کنید، استفاده از اجاق گاز برای گرمایش علاوه بر خطرات سنگین جانی مصرف بیهوده و زیاد گاز را دربر دارد.

۴- هیچ‌گاه از وسایل که تبدیل‌شده از مصرف سوخت‌های دیگر به گاز طبیعی می‌باشند بویژه بخاری‌های نفتی به گازی استفاده نکنید زیرا علاوه بر مصرف بیهوده بسیار خطرناک است.

۵- وسایل گازسوز را توسط افراد متخصص و باصلاحیت به‌طور مرتب و حداقل هرسال یکبار مورد بازدید و تمیزکاری قرار دهید. تنظیم شعله

و تمیز بودن محفظه سوخت موجب مصرف گاز کمتر و انرژی بیشتر خواهد شد.

۶- وسایل گازسوز را در محلی نصب کنید که به مقدار کافی هوای تازه برای سوخت کامل وجود داشته باشد، ترکیب هر مترمکعب گاز طبیعی با ۱۰ تا ۱۵ مترمکعب هوای تازه، سوخت کامل و ایمن خواهد بود.

۷- هنگام استفاده از اجاق گاز برای پخت غذا از شعله مناسب استفاده کنید. قرار دادن ظروف کوچک روی شعله بزرگ علاوه بر خطر آتش‌سوزی موجب هدر رفت انرژی می‌گردد.

۸- فضاهایی از ساختمان مانند اتاق را که می‌توانید در زمستان استفاده نکنید با بستن درب جدا کرده گرم نکنید.

۹- از پنجره‌های دوجداره استفاده کرده و در صورتی که هوای کافی از دریچه‌های دائمی به ساختمان وارد می‌شود پنجره‌های معمولی را درزبندی کنید.

۱۰- در هنگام سوخت بنا به عایق‌کاری سقف، دیوارها و کف ساختمان توجه داشته باشید در حفظ گرمای ساختمان و جلوگیری از انتقال سردی هوا به داخل تأثیر قابل توجه دارد.

۱۱- روزهای آفتابی زمستان از نور خورشید و گرمای آن با کنار زدن پرده‌ها در داخل ساختمان استفاده کنید و شب‌ها پرده‌ها را بسته، مانع ورود سرما شوید.

۱۲- از ناقص سوزی که نشانه آن قرمز یا زردرنگ بودن شعله است جلوگیری نمایید این وضعیت علاوه بر مصرف زیاد گاز و بازده کم، خطرات جانی سنگینی در پی دارد.

۱۳- در فصل سرد زمستان با پوشیدن لباس مناسب در منزل و محل کار و کم کردن درجه بخاری یا شوفاژ ضمن صرفه‌جویی در مصرف گاز با توجه به محدودیت‌ها، امکان بهره‌مندی همه هموطنان خصوصاً در مناطق سردسیر را از این انرژی فراهم کنید.

۱۴- در هنگام مسافرت بخاری‌ها را خاموش کرده و بهتر است شیر اصلی گاز را ببندید این اقدام علاوه بر صرفه‌جویی در مصرف گاز، پیشگیری از خطرات می‌باشد.

۱۵- دمای آبگرمکن و شوفاژ را بین ۶۰-۵۰ درجه سانتی‌گراد قرار دهید و در موتورخانه‌ها از سیستم کنترل هوشمند مجهز به سنسور دمای محیط و باقابلیت برنامه‌ریزی هفتگی، روزانه و ساعتی استفاده کنید.

۱۶- برای کنترل دمای اتاق روی رادیاتورها شیر ترموستاتیک نصب کرده هر اتاق را به‌اندازه نیاز تنظیم کنید.

۱۷- لوله‌های رفت و برگشت آب رادیاتورها و موتورخانه‌ها را عایق‌بندی کنید.

۱۸- منبع آب شوفاژ را با پشم‌شیشه یا سایر مواد موجود عایق‌بندی کنید.

۱۹- حتی‌الامکان از شومینه که مصرف گاز آن زیاد و راندمان آن کم و از سطح ایمنی کمتری برخوردار است استفاده نکنید.

۲۰- نصب سرشیر مخصوص روی شیر آب آشپزخانه موجب صرفه‌جویی در مصرف آب و هدر نرفتن انرژی صرف شده برای گرم کردن آب می‌شود.

۲۱- از لوازم گازسوز فرسوده استفاده نکنید زیرا علاوه بر خطرات جانی و مالی، گاز بیش‌ازاندازه مصرف می‌کند.

۲۲- از گرم نگه‌داشتن ساختمان‌های اداری در روزهای پایان هفته و تعطیل خودداری کنید

۲۳- اگر از اتاق خواب در طول روز استفاده نمی‌کنید بخاری آن را خاموش کرده یک ساعت قبل از خواب روشن کنید.

۲۴- بخاری را در جای مناسب در اتاق نصب کنید تا فضای شما گرم‌تر و مصرف گاز کمتر شود.

اپیدمیولوژی حوادث ترافیکی در جهان و ایران

تهیه و تنظیم:

عباسعلی ملای شهری

منبع: پیشگیری از حوادث حمل و نقل در جوانان ایمنی در سفر، دکتر محمد اسماعیل مطلق - دکتر فیروزه مصطفوی - دکتر آسیه پیرزاده - دکتر محسن جلیلیانزیر نظر دکتر رویا کلیشادی، انتشارات سمند - نوبت چاپ: اول - بهار ۹۵

هر ۳۰ دقیقه یک نفر در جاده‌های ایران جان می‌سپارد.

مرگ و میر، صدمات و ناتوانایی‌های ناشی از حوادث رانندگی از جمله چالش‌های مهم تأثیرگذار بر سلامت جامعه محسوب می‌شوند، به طوری که مهم‌ترین دلیل مرگ، ناتوانی و بستری شدن در بیمارستان را تشکیل می‌دهند و عوارض اقتصادی و اجتماعی چشمگیری به دنبال دارند.

برنامه‌ریزی برای سلامت همه افراد جامعه یکی از مهم‌ترین وظایف دولت است. از این رو توجه خاص به نیازمندی‌های ویژه گروه‌های سنی و جنسی جامعه در هر برهه از زمان و مکان الزامی می‌باشد.

موضوع سلامت جوانان از مواردی است که به‌صراحت در اصول قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و برنامه‌های توسعه‌ای کشور، مدنظر قرار گرفته است.

سنین جوانی، دوران شکل‌گیری بسیاری از عادات و رفتارهای اجتماعی می‌باشد، لذا مدیریت سلامت جوانان و پاسخگویی شایسته به نیازهای خاص این گروه سنی می‌تواند در آینده، بیشترین ارزش اقتصادی و اجتماعی را برای جامعه به همراه داشته باشد.

با سرمایه‌گذاری برای ارتقای سلامت جوانان می‌توان از بسیاری از هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم سلامت که به دنبال از دست رفتن سال‌های مفید زندگی به دلیل مرگ و یا ناتوانی

حاصل می‌شود، جلوگیری نمود و با تضمین سلامت ایشان، سلامت کل جامعه و نسل‌های آتی کشور را تضمین نمود.

بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۵ سالانه بیش از ۱/۲۵ میلیون نفر در دنیا به علت تصادفات رانندگی جان خود را از دست می‌دهند. حوادث ترافیکی به‌عنوان هشتمین عامل مرگ و میر در جهان به‌شمار می‌آیند و آسیب‌های ترافیکی نیز به‌عنوان عامل اصلی مرگ و میر در گروه سنی ۲۹-۲۵ سال می‌باشد.

حوادث و آسیب‌های ناشی از ترافیک یکی از علل عمده مرگ و میر و ناتوانی در کشورهای در حال توسعه است و روند افزایشی مرگ و میر در کشورهای با درآمد پایین باعث می‌شود که تا سال ۲۰۳۰ مرگ و میر ناشی از حوادث ترافیکی در رتبه پنجم قرار بگیرد.

تعداد کلی مصدومیت‌های ترافیکی در جهان رو به افزایش است اطلاعات موجود حاکی از آن است که اگر این روند ادامه یابد تا سال ۲۰۲۰ مرگ و میر در کشورهای با درآمد متوسط و پایین تا ۸۳ درصد و در کشورهای با درآمد بالا تا ۲۷ درصد افزایش خواهد داشت.

ایران نیز از این امر مستثنی نیست. حوادث رانندگی در ایران پس از بیماری‌های قلبی عروقی، دومین عامل مهم مرگ و ناتوانی به‌حساب می‌آیند. گزارش سازمان جهانی بهداشت بر اساس آمار موجود در طی یک سال ۲۰۱۳ تا ۲۰۱۴ بیان می‌کند که در ایران به‌طور متوسط ۲۳ مورد در هر صد هزار نفر بر اثر تصادفات رانندگی جان خود را از دست می‌دهند.

در ایران، حوادث رانندگی بالاترین بار بیماری‌ها را به خود اختصاص می‌دهند و اولین علت مرگ در گروه سنی زیر ۴۰ سال به‌شمار می‌آید. متأسفانه کشور ایران به دلیل رشد قابل توجه وسایل نقلیه موتوری و افزایش حجم ترافیک جاده‌ها و عدم رعایت قوانین راهنمایی و رانندگی سالانه تلفات جانی و مالی فراوانی را به دلیل حوادث جاده‌ای متحمل می‌شود.

افراد آسیب‌پذیر در حوادث جاده‌ای در ایران را به ترتیب عابرین پیاده ۲۸ درصد، سرنشینان وسایل نقلیه ۲۶ درصد، دوچرخه‌سواران و موتورسواران ۲۳ درصد، رانندگان وسایل نقلیه ۲۲ درصد و سایر افراد ۱ درصد تشکیل می‌دهند.

افزایش بیش از حد خودرو، پایین بودن ایمنی آنها و ناکافی بودن مهارت‌های رانندگی، از جمله عوامل مهم وقوع حوادث ترافیکی به‌خصوص در خودروسواران محسوب می‌شود. با توجه به آمارها، روزانه تعداد زیادی از افراد از وسایل نقلیه استفاده می‌کنند که همه‌ی آنها به‌گونه‌ای در معرض خطر حوادث ناشی از تصادفات رانندگی قرار دارند.

مطالعات متعددی در زمینه عوامل دخیل در تصادفات انجام گرفته است که از بین سه عامل مهم در تصادفات که شامل انسان، جاده و وسیله نقلیه است فاکتورهای انسانی (رفتاری) را به‌عنوان عامل اصلی در ۹۵ درصد کل تصادفات دانسته‌اند که آموزش در زمینه اصلاح و یا بهبود فاکتورهای انسانی (رفتاری) مرتبط با رانندگی بالاخص در گروه جوانان ضروری به نظر می‌رسد.



سیستم فاضلاب بیمارستانی

زیمه و تنظیم:

← انیس جهانتیغ

منبع: فاضلاب صنعتی: خاستگاهها، مشخصات و تصفیه، نلسون لئونارد نمرود، ترجمه محمود اسدی، نشر دانشگاهی

آلاینده‌های فاضلاب بیمارستانی

فاضلاب ناشی از بیمارستان و مراکز بهداشتی درمانی به‌طور کلی از نظر کیفی تقریباً مشابه فاضلاب شهری هستند اما ممکن است دارای مواد و ترکیبات بالقوه سمی و عفونی نیز باشند که سلامت محیط، کارکنان شاغل در بخش بهداشت و درمان و کل جامعه را به خطر بیندازد. مهم‌ترین آلاینده‌های فاضلاب بیمارستانی شامل ویروس و باکتری‌های بیماری‌زا، مولکول‌های ناشی از مواد دارویی متابولیز نشده و استفاده‌نشده، ترکیبات ارگان و هالوژن ناشی از استفاده قابل توجه از هیپوکلریت سدیم و ترکیبات یونی در ضدعفونی‌کننده‌ها باشد. واکنش اکسایش و کاهش بین مواد آلی و ضدعفونی‌کننده‌ها قبل از مرحله ته‌نشینی و فیلتر در تصفیه‌خانه‌ها منجر به تولید ترکیبات اورگان و هالوژن (OHC) می‌شود. این ترکیبات اساساً ترکیباتی پایا، چربی‌دوست و سمی بوده و بسیار خطرناکند. برای مثال می‌توان ترکیبات آلی هالوژن دار قابل جذب روی کربن فعال (AOX) را نام برد. همچنین آزمایش‌های انجام‌شده جهت تعیین خصوصیات فاضلاب‌های بیمارستانی، نشان‌دهنده غلظت باکتریایی

سیستم‌های جمع‌آوری فاضلاب شهری هم سرانجام بدون تصفیه پیشرفته به داخل رودخانه‌ها، دریاچه و اقیانوس تخلیه می‌شوند. علاوه بر این تصفیه فاضلاب‌های بیمارستانی به‌صورت مدیریت نشده نیز خطراتی را به دنبال دارد زیرا لجن و پسابی که در طی تصفیه فاضلاب‌های بیمارستانی تولید می‌شود، می‌تواند علاوه بر خطرات شیمیایی، خطر بالقوه انتقال بیماری‌های عفونی را نیز به همراه داشته باشد. لذا ضرورت دارد که از وضعیت خروجی فاضلاب بیمارستان‌ها اطلاع دقیقی و صحیح داشته و تمهیدات لازم برای جلوگیری از ورود فاضلاب بیمارستانی بدون تصفیه به محیط‌زیست اندیشیده و از دفع آنها به آب‌ها سطحی و زیرزمینی که موجب آلودگی و در نتیجه اشاعه بیماری در بین افراد سالم جامعه می‌شود جلوگیری شود.

فاضلاب بیمارستانی

در حال حاضر به دلیل رشد روزافزون جمعیت و افزایش مصرف آب در جوامع، میزان تولید فاضلاب نیز افزایش یافته است. این افزایش تولید فاضلاب می‌تواند خطر بزرگی برای محیط‌زیست محسوب شود. در این میان یکی از انواع فاضلاب‌ها که برای محیط‌زیست خطرات بسیاری به همراه داشته و به‌واسطه کیفیت آن در دسته مواد زائد خطرناک تقسیم‌بندی شده است، فاضلاب بیمارستانی است.

در صورت عدم مدیریت صحیح مواد زائد بیمارستانی، محیط‌زیست دچار خطر بزرگی خواهد شد. در کشورهای در حال توسعه بسیاری از بیمارستان‌ها فاقد تصفیه‌خانه‌های فاضلاب هستند و فاضلاب‌های بیمارستانی اغلب به داخل سیستم جمع‌آوری فاضلاب شهری بدون هیچ‌گونه تصفیه‌ای تخلیه می‌شوند.



باکتری است.

۴- عوامل متوقف کننده رشد سلولی: (سیستواستاتیک)

این دارو نسبت به سایرین به مقدار کمتری در فاضلاب وجود داشته اما همین مقدار اندک هم خطرات زیادی را به دنبال دارد. اثرات سرطان‌زایی، جهش ژنتیکی و اثر سوء بر جنین در اغلب آن‌ها اثبات شده است. پزشکان جهت درمان بیماران سرپایی مقدار زیادی از این داروها تجویز کرده و بیماران سرپایی مقداری از داروی مصرف شده را در منزل و به فاضلاب شهری دفع می‌نمایند. احتمال میزان این مواد در فاضلاب شهری چند نانوگرم بر لیتر و در آب‌های سطحی زیر یک نانوگرم بر لیتر می‌باشد. در آلمان میزان مصرف این ترکیبات بین ۲۰۰-۴۰۰ کیلوگرم در سال برآورد شده است.

دستورالعمل دفع بهداشتی فاضلاب بیمارستانی:

۱- چنانچه شهری دارای سیستم جمع‌آوری، تصفیه و دفع فاضلاب در حال بهره‌برداری باشد دفع فاضلاب بیمارستان به سیستم جمع‌آوری همانند مشترکین فاضلاب عادی خواهد بود.

۲- در مورد شهرهایی که دارای سیستم شبکه جمع‌آوری فاضلاب بوده و فاقد تصفیه‌خانه باشند اتصال به شبکه پس از استفاده از سپتیک تانک و ضدعفونی کامل پساب بلامانع است.

۳- در صورت عدم سیستم فاضلاب شهری در شهر سیستم کامل تصفیه فاضلاب برای بیمارستان‌ها الزامی است.

بزرگ داروها بر محیط اشاره کرد:

۱- هورمون‌های جنسی:

هورمون استروژن در آب‌های طبیعی در حدود نانوگرم بر لیتر مشاهده شده است. شواهد و اسناد زیادی در تحقیقات نشان می‌دهند که مقادیر هورمون‌های جنسی حتی بسیار کمتر از 1 mg/l بر حیات وحش و طبیعت مؤثر می‌باشند. به‌عنوان مثال استرادیول که یک هورمون جنسی زنانه می‌باشد به میزان ۲۰ نانوگرم بر لیتر می‌تواند بر خصوصیات جنسی بعضی ماهی‌ها اثر بگذارد.

۲- مواد رادیواکتیو:

۶۰-۷۰ درصد ۱۳۱ که از طریق خوراکی وارد بدن می‌شود، به‌وسیله ادرار دفع می‌شود.

۳- آنتی‌بیوتیک‌ها:

آنتی‌بیوتیک‌ها یکی از اصلی‌ترین گروه‌های دارویی می‌باشند، با این‌وجود هنوز هیچ‌گونه اطلاعات جامعی درباره اثرات آنتی‌بیوتیک وجود ندارد. آنتی‌بیوتیکی که در برخی از بیمارستان‌های اروپا در فاضلاب انتشار می‌یابد بالغ بر 50 mg/l می‌باشد. برای مثال دارویی مثل تتراسایکلین به علت متابولیت بالا نباید وارد فاضلاب شود؛ زیرا شکل مقاوم آن با یون کلسیم ترکیب شده و سخت‌تر از بین می‌رود در نتیجه میزان آنتی‌بیوتیک موجود در فاضلاب بیشتر می‌شود. باید توجه داشت که باقیمانده آنتی‌بیوتیک در محیط ممکن است باعث افزایش مقاومت باکتری شده و یک تهدید جدی برای سلامتی عمومی باشد چراکه بیماری‌های مسری که در بیمارستان به وجود می‌آید اغلب حاصل افزایش مقاومت

کمتر از ۱۰۸ در هر 100 ml است که معمولاً در فاضلاب شهری وجود دارد. به‌طورمعمول محتمل‌ترین تعداد کلیفرم (MPN) برای باکتری‌های کلیفرم به علت حضور ضدعفونی‌کننده و آنتی‌بیوتیک‌ها در فاضلاب بیمارستانی پایین است. در برخی موارد فاضلاب‌های بیمارستانی ممکن است حاوی ترکیبات کلردار و یا فلزات سنگینی مانند جیوه و نقره نیز باشد.

نقش داروها در فاضلاب بیمارستانی

برای اولین بار در سال ۱۹۸۰ میلادی وجود مواد دارویی مصرفی توسط مردم شامل آنتی‌بیوتیک‌ها، هورمون‌ها، مسکن‌های قوی در فاضلاب گزارش شده است.

هنگامی که انسان دارویی را مصرف می‌کند حدود ۹۰-۵۰ درصد آن بدون تغییر و باقیمانده آن به شکل متابولیت‌های شیمیایی مانند فرآورده‌های فرعی از فعل‌وانفعالات بدن دفع می‌شود. با توجه به آنکه حدود ۳۰ درصد داروهای ساخته‌شده چربی‌دوست هستند بدین معنی که تمایل به حل شدن در روغن و چربی داشته و در آب حل نمی‌شوند می‌توان دریافت که داروهای مذکور توانایی عبور از غشای سلول را داشته و پس از ورود به محیط‌زیست وارد چرخه غذایی می‌شوند. همچنین بسیاری از داروها به جهت تأثیر بیشتر در درمان به‌صورت مقاوم و پایدار طراحی شده و می‌توانند ساختار شیمیایی خود را حفظ نمایند و پس از دفع وارد طبیعت شده و به مدت طولانی بدون هیچ تغییری باقی بمانند.

در بیان انواع مختلف داروهای مصرفی می‌توان به تأثیر چهار گروه



الزامات حقوقی اسناد بین‌المللی در قبال بهداشت و سلامت عمومی و چالش‌های فرا روی آن

نهمه و تنظیم:

← سلیمان جهان تیغ

منبع: موسوی، سید فضل الله، حقوق بین الملل محیط زیست، تهران: نشر میزان، سال ۱۳۸۰

با توجه به مطالب بیان شده به

بررسی اسناد بین‌المللی و چالش‌های فرآروی بهداشت

و

سلامت عمومی

می‌پردازیم.

۱- اسناد بین‌المللی حمایت از بهداشت و سلامت عمومی

حق برخورداری از بهداشت و سلامت عمومی یکی از حق‌های بنیادین بشری شناخته شده در نظام بین‌المللی حقوق بشر است که در اسناد گوناگون بین‌المللی و منطق‌های جایگاه استواری یافته است.

الف- منشور ملل متحد: اولین

بهداشت عمومی عبارت است از مجموعه دانش و هنر پیشگیری از بیماری، تأمین، حفظ و ارتقای تندرستی و توانمندی بشر با استفاده از تلاش دسته‌جمعی که منجر به توسعه جامعه شود. این مفهوم در حوزه زندگی انسان گسترش یافته و به طریقی ضامن سلامت فرد و جامعه به شمار می‌رود. از این‌رو از دیدگاه جهانی، میدان رسالت‌ها، سیاست‌ها، وظایف و فعالیت‌های بهداشت عمومی، جهان‌شمول گردیده و از فرد به سمت جامعه جهانی پیشروی می‌کند.

بهداشت و سلامت یکی از ارکان اساسی در نظام حقوق بشر است و برخورداری از سلامت فیزیکی، روانی، اجتماعی و معنوی که باید برای همه در دسترس باشد حق تمام افراد بشر است. از لحاظ تاریخی، بذر بهداشت حدود ۳۹۰۰ سال قبل از میلاد مسیح کاشته شد و در سال ۱۹۴۶ میلادی به عالی‌ترین ثمره خود که تصویب اساسنامه سازمان جهانی بهداشت بود دست یافت و بدین‌وسیله هدف نهایی بهداشت، تأمین، حفظ و ارتقای سلامت بشری اعلام شد.

در منشور ملل متحد به موضوع بهداشت و سلامت عمومی پرداخته شده و الزاماتی را برای دولت‌ها در جهت فراهم ساختن بهداشت و سلامت در جامعه ایجاد کرده است. با وجود تمام تلاش‌های انجام شده در حوزه مربوط به بهداشت و سلامت عمومی شاهد مشکلات فراوانی در این زمینه می‌باشیم.



حق بر آزادی از شکنجه، حق بر آزادی و امنیت شخصی، این حقوق به افراد برای دستیابی به سلامت و برخورداری از این حق کمک می‌کند.

۵- کنوانسیون بین‌المللی رفع همه اشکال تبعیض نژادی: بند ۴ این ماده به حق استفاده از بهداشت عمومی و مراقبت‌های پزشکی، بیمه‌های اجتماعی و خدمات اجتماعی اختصاص دارد.

۶- کنوانسیون رفع تبعیض علیه زنان: از اسناد بین‌المللی خاص می‌توان کنوانسیون رفع تبعیض علیه زنان را نام برد که در ماده ۱۱ خود، حق بر حفظ سلامتی و رعایت ایمنی در محیط کار از جمله حمایت از وظیفه‌ی تولیدمثل را به رسمیت می‌شناسد. کنوانسیون رفع تبعیض علیه زنان، بارداری و تولیدمثل را به‌عنوان یکی از ابعاد سلامت تلقی می‌کند و بر مراقبت زنان به هنگام بارداری و زایمان و توانمندسازی آنان برای اشتغال تأکید می‌کند.

ج- میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی:

حق برخورداری از بهداشت و سلامت عمومی در ماده ۱۲ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی نیز ذکر شده است. بر اساس این ماده، کشورهای طرف میثاق حق هر کس را به تمتع از بهترین حالت جسمی و روانی ممکن الحصول به رسمیت می‌شناسد و تدابیری که دولت‌ها باید برای استیفای کامل بهداشت و سلامت اتخاذ کنند عبارت است از:

انجام اقداماتی در جهت توسعه‌ی سلامت کودکان و کاهش مرگ‌ومیر آنها، بهبود بهداشت محیط و بهداشت صنعتی، پیشگیری و معالجه و کنترل بیماری‌های همه‌گیر بومی، حرفه‌ای و سایر امراض و تأمین خدمات و مراقبت‌های پزشکی در مواقع بیماری.

د- میثاق حقوق مدنی و سیاسی:

میثاق حقوق مدنی و سیاسی نیز شامل مقرراتی است که بر بهداشت و سلامت عمومی تأثیر می‌گذارند. برای مثال، می‌توان حق بر حیات،

اشاره به مسئله بهداشت و سلامت عمومی در ماده ۵۵ منشور ملل متحد آمده است که طبق بند ب این ماده، دولت‌ها متعهد به ترویج راه‌حل‌هایی برای مشکلات مربوط به سلامت هستند. انعکاس بعدی بهداشت و سلامت عمومی در اساسنامه‌ی سازمان بهداشت جهانی مندرج است که سلامتی را نه صرفاً به معنای فقدان بیماری بلکه در مفهوم سلامت کامل جسمی و روانی قلمداد کرده و هدف سازمان را ارتقای سطح سلامتی تمام افراد تا بالاترین حد ممکن تلقی نموده است.

ب- اعلامیه جهانی حقوق بشر:

ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر نیز به حق برخورداری از سلامتی پرداخته است. طبق بند ۱ این ماده هر کس حق بر تأمین زندگی شایسته از حیث خوراک، مسکن، مراقبت‌های پزشکی و خدمات اجتماعی را دارد؛ این ماده حق بر زندگی آبرومند را بیان می‌کند که یکی از لوازم زندگی شایسته و آبرومند تأمین نیازهای اولیه‌ای مثل سلامت است.

**ز - کنوانسیون حقوق کودک:**

طبق ماده ۲۴ دولت‌ها باید روش‌های مناسب را در زمینه‌ی کاهش مرگ‌ومیر نوزادان و کودکان و ارائه‌ی مشاوره پزشکی و مراقبت‌های بهداشتی اولیه، مبارزه با بیماری‌ها و سوءتغذیه و تضمین مراقبت‌های قبل و پس از زایمان مادران اتخاذ کنند.

ح - معاهدات حقوق بشر دوستانه**بین‌المللی:**

معاهدات چهارگانه ژنو نیز از جمله معاهداتی هستند که به مسئله بهداشت و سلامت پرداخته‌اند. معاهده اول ژنو در مورد بهبودی شرایط مجروحان و بیماران نیروهای مسلح در میدان جنگ است. طبق ماده ۲۲ معاهده سوم ژنو که به مداوای اسیران جنگی اختصاص دارد، اسرای جنگی فقط باید در مکان‌های مشخصی که ضامن بهداشت و سلامت باشد نگهداری شوند. همچنین بر اساس ماده ۲۹، دولت بازداشت‌کننده متعهد به رعایت تمام مقررات بهداشتی لازم برای تضمین پاکیزگی و بهداشت اردوها و پیشگیری از بیماری‌های همه‌گیر می‌باشد.

ک - منشور اجتماعی اروپا:

علاوه بر اسنادی که در بالا ذکر گردید برخی اسناد منطقه‌ای نیز در زمینه بهداشت و سلامت عمومی وجود دارند، از جمله این اسناد منشور اجتماعی اروپا است. این منشور، عبارت حق بر سلامت را به کار می‌برد و مقرر می‌دارد که دولت‌های عضو متعهد به اتخاذ اقداماتی مناسب برای ارتقاء سلامت از طریق آموزش و مشاوره برای جلوگیری از بیماری‌های مسری و سایر بیماری‌ها و رفع اسباب بیماری تا حد ممکن هستند.

ل - منشور آفریقایی حقوق و رفاه**کودک:**

از دیگر اسناد منطقه‌ای می‌توان به منشور آفریقایی حقوق و رفاه کودک اشاره کرد. این منشور که مصوب سال ۱۹۹۹ سازمان اتحاد آفریقایی است، در ماده‌ی ۱۴ خود به بیان سلامت و خدمات بهداشتی می‌پردازد. طبق این ماده، هر کودک حق بر برخورداری

از عالی‌ترین حالت قابل حصول سلامت جسمی و روانی را دارد و دولت‌های عضو برای اجرای کامل این حق باید تدابیری اتخاذ نمایند. از جمله این تدابیر عبارتند از: کاهش مرگ‌ومیر نوزادان و کودکان، تدارک خدمات بهداشتی برای کودکان، تهیه‌ی تغذیه‌ی کافی و آب آشامیدنی سالم و تلاش در جهت مبارزه با بیماری و سوءتغذیه از طریق کاربرد تکنولوژی مناسب، توجه به مادران باردار و شیرده.

م - کنوانسیون آمریکایی حقوق**بشر:**

کنوانسیون آمریکایی حقوق بشر مستقیماً به حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی نمی‌پردازد، منشور سازمان دولت‌های آمریکایی به‌طور خاص برخورداری از سلامت را به‌عنوان یک حق بشری بیان نمی‌کند بلکه حق رفاه مادی و شرایط سالم کاری را به کار می‌برد. پروتکل الحاقی به کنوانسیون آمریکایی حقوق بشر در زمینه حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی سان سالوادور به‌طور خاص در ماده‌ی ۱۰ خود، حق برخورداری از بهداشت و سلامت را مقرر می‌دارد.

ن - کنوانسیون حقوق بشر و**زیست پزشکی شورای اروپا:**

کنوانسیون حقوق بشر و زیست پزشکی شورای اروپا، گام مهمی در جهت هماهنگی معیارهای اروپایی و بین‌المللی در حوزه زیست

پزشکی برداشته است. به‌موجب ماده ۳ این کنوانسیون مساوات در دستیابی به مقررات بهداشتی ضروری و منحصر به فرد است و بدین ترتیب تعریف می‌شود که: همه افراد باید برای نیازهای بهداشتی خود به منابع کافی دسترسی داشته باشند و این منابع باید با کیفیت مناسب و به‌طور یکسان در اختیار همگان باشد.

۲- چالش‌های فراروی بهداشت**و سلامت عمومی:**

برای تحقق اهداف اسناد بین‌المللی در زمینه بهداشت و سلامت عمومی، با چالش‌های فراوانی روبه‌رو هستیم که لازم است این چالش‌ها و مشکلات به‌منظور دستیابی به راه‌حل مقابله با آنها مورد بررسی قرار گیرند.

الف) بیماری‌های فراگیر:

از جمله مسائلی که در عرصه بین‌المللی بهداشت و سلامت عمومی را تهدید می‌کند، بیماری‌های فراگیر است، انسان از زمان پیدایش، همواره بیماری را تجربه کرده و تلاش نموده تا همه‌گیری‌های آن را درک و پیشگیری کند. از جمله بیماری‌های فراگیر که سلامت عمومی را تهدید می‌کند می‌توان ایدز، مالاریا، هپاتیت را نام برد.

ب) بیوتروریسم:

دیگر چالش فراروی بهداشت و سلامت عمومی مسئله بیوتروریسم است.

ج) بیماری‌های نوپدید:

از دیگر مخاطراتی که بهداشت و سلامت عمومی در سطح بین‌المللی با آن روبروست، بیماری‌های نوپدید است.

سلامت انجمن ادبی شعر



برای تو فراوان می سرایم
تو را مانند باران می سرایم
اگر سختی اگر تلخی اگر بد
تو را شیرین و آسان می سرایم
تو را در شهر شهر و کوچه کوچه
چو مجنون پریشان می سرایم
کنار تو خدا هم دیدنی شد
خدا را غرق ایمان می سرایم
چنان خوبی که از تقریر بدها
پشیمانم... ز احسان می سرایم
تو آنجایی، در آن آرامش محض
و من در اوج طوفان می سرایم
دلَم از غصه ی تو خون شد و من
برای درد درمان می سرایم
برایت کم سرودم شعر، حالا
از آن لبها فراوان می سرایم...

◀ زهرا ستوده



نه مثل باد سرگردان نه قلبی پرهوس دارم
نه دلگیرم از این مردم، نه امیدی به کس دارم
نه معشوقم نه محبوبم در این دنیای عاشق کش
نه در این بی قراری ها دلی فریاد رس دارم
مرا آزاد میخوانند کجا؟ در باغ مصنوعی!
نمیدانند که اینگونه فقط جا در قفس دارم.
کسی را دوست میدارم که بیزار است از جانم
همین دیروز رنجیده از اینکه من نفس دارم
لبان من در این شبها فقط لبخند می بافند
درونم یک دوجین غمگین، عروس خون بس دارم
وفادارانه عمری را به پایش مانده ام چون من
نه مثل باد سرگردان، نه قلبی پرهوس دارم...

◀ زهرا ستوده



شکفت انجمن ادبی شعر سلامت



شامه نوازی می کند، عطر گل لبخند تو
دل را کشانده سوی تو، نزدیک بر پیوند تو
پیرم ولی عطر خوست، کرده مرا یک نوجوان
از عالم بالاست بو، یا از سر و سربند تو
آن عالم بالا نگر، فردوس دارد بوی تو
طعم بهشتی ی عسل، کمتر بود از قند تو
صوت بهشتی، دل نشین، نازل نما صوتی وزین
شاعر تویی و در زمین، پیدا نشد مانند تو
گلدان خشک دل بیا، با بوسه تر کن، بشکفد
تا شاخه ام پر گل شود، خوش عطر، چون فرزند تو
موج نگاهت هم زمان، نافذ بود بر قلب و جان
چشمم جوانی می کند، با زیر آن روبند تو
از خود نمی رانی مرا، اما نمی خواهی مرا
با این همه از عطر تو، گردیده دل خرسند تو

◀ سام سیستانی (حسینعلی ستوده)



لبت پر خنده و شکر فشان باد
بهار عارضت هر دم جوان باد
خیال مهربانی در تو سرشار
امید و عشق در تو جاودان باد
شب و روزت پر از اندیشه ی عشق
جمال عاشقی در تو عیان باد
خدای مهربانان با تو همراه
عطوفت هم دمت در هر کران باد
همای رحمت باری تعالی
نشسته روی دوشت هر زمان باد
ز جور مردمان مرگ اندیش
قد بالا بلندت در امان باد

◀ ماشا... حق پرست





جدول جایزه دار

کلم میان تهی		لحظه آخری فرودگاه		پیر		مکمل آفتابی
دیابت چشم‌ها را ... می کند		عکس گل		دست جمع		مستقر در مرکز
	حرف اول					احساس نیاز به آب
						مساوی شطرنج
		بابا	کل کل			
	چهره‌ی زیبا			غذای مضر قرابت		بهشت
		محله ای در تهران				
رتبه برتر		آمد نا تمام				نسخه ها یک نوع جایزه
		پاکبزه				
		عدد اول		حرف سی		هنوز بیگانه

طراح:
نعیمه گنجعلی



حداکثر زمان مراجعه جهت دریافت جایزه تا ۳۰ آذر ۹۸ می باشد.



ر	ه	س	ر	ر	م
گل سرخ		وسنی	پوسته گندم و جو	مساحت نیم مربع شهریور	
ز	و	ب	ز	و	ر
جنگجو		نقوس سخته	غرض شیر	از بیماریهای مغزین حاجم تا دوزخ	
ز	و	ن	ی	و	ی
معرم اسرار					
ر	م	س	ی	ا	ی
		ه			
ا	ن	ن	ر	ه	ر
		ان آواز امیل دولا			
ز	د	ر	ک	د	س
		رنگی در مع ریخته پاکبزه	تاشوا	خمره فروشی	از آن طرف راه کوه داد است ماتع
د	ه	ت	ر	خ	س
		سر فونیش			سرای باغی مین
ا	ی	م	ر	ی	پ
			شراب		
ر	ز	ی	ش	ا	خ
		ظهور و طبیعه	حشره گزنده		
ر	ز	ی	ش	ا	خ
		علا			منسوب به یکی از شهرهای فارسستان
ر	ش	ش	پ	ز	و
		بدن از اعضای			مساحت اول شهریور
ر	ی	ش	ی	ن	ن
		نوازدهمین حرف الفبای فارسی	از مواد تبی		عدد نوش

کل جدول
شماره ۵۹

پرنندگان شماره ۵۹

- ام البنین عارفی
- معاونت بهداشتی
- محمد نوری
- معاونت بهداشتی

ofogh.zbmu.ac.ir

افق طلایی سلامت
شماره ۶۰ - پاییز ۹۸



ارتقای سلامت روان، جامعه با نشاط

معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی زابل

ofogh.zbmu.ac.ir