



سال سی و چهارم
شماره ۱۱۸
پاییز ۱۴۰۲

بهورز ۱۱۸

- برنامه ملی سلامت خانواده و نظام ارجاع
- راه‌های افزایش مراقبت فعال و خودمراقبتی
- لذت مادری با مدیریت افسردگی پس از زایمان
- راه‌های پیشگیری و کنترل دیابت نوع ۲ چیست؟
- غربالگری و تشخیص زودهنگام سرطان سرویکس
- طب ایرانی درباره سبک زندگی در فصل سوم سال چه می‌گوید؟

سلامت



نیازمند مشارکت همه جانبه

هیات تحریریه

دکتر زهرا اباضلی، دکتر محمد احمدیان، دکتر ندا اخروی، دکتر کوروش اعتماد، دکتر محسن باروتی، خاطره بره مقدم، دکتر صابر جباری فاروجی، دکتر مجید جعفری نژاد، دکتر جعفر جندقی، دکتر محمد رضا جویا، دکتر سید جواد حسینی، دکتر غلامحسن خدایی، دکتر محمدحسن درخشان دوغایی، دکتر فرشید رضایی، دکتر حسین فرشیدی، دکتر محمدرضا رهبر، دکتر زهرا سید معلمی، دکتر محمد جعفر صادقی، شبنم صادقی خو، شهنام عرشی، دکتر حامد فتاحی، معصومه کاظمی، دکتر حامد مصلحی، مریم مؤمن نژاد، دکتر محمد رضا نادری، مهندس فرشید وفا

هاجر آزادی خواه، صدیقه انصاری پور، طاهره انصاری فر، فریبا ایدنی، سحر امین مراد، رقیه ایرجی، راضیه باقری کوشکی، منصور بامری، وحیده باهوش، نفیسه بنایی نیاسر، کبری پیرمحمدلو، بیتا پیاهور، ربابه جعفری، رقیه جعفری، سیما جلالی، طاهره جهانشاهی، معصومه حاجی پور، لیلا حدادی، سیده پردیس حسینی، خدیجه سادات حسینی، سیده یسنا حسینی نیاز، زهرا حیدریان زاده، محمدحسین خسرو تاج، لیلا خلیفه قلی، نسرین خوبانی، معصومه دبستان، زهره رجبی، غلامحسن رستم پور، آرزو رسولی، ویکتوریا رفیعی، مرضیه رضایی، فاطمه رضائیان، صدیقه سرخوش، مریم سلمانی، طاهره سوداگر طرقي، ماهرخ شاهرخ، مهسا شیرینی، مرضیه شهدادی، مینو صادقی، اعظم صباغ زاده، احمدرضا صبوچی، مرضیه طالبی، دکتر حسن عبدالله زاده، حسین عجم زبید، جواد فرحی شاهگل، دکتر نسرین فرجی آذر، فرشید فرضی پور، صفیه فغانی، فیروزه فیض الهی، ام لیلا قاسمی، فاطمه قاسمی پور، فاطمه قنبری، سکینه قلعه خانی صفات، دکتر مهرانه کاظمیان، مریم کرباسی، فاطمه کیانپور، راضیه محمداوحدی، فاطمه مرداسی، سعدیه مروتی، ماندانا مؤیدفر، زهرا میرموحد، محمد مؤذنی، طاهره ندوشن، عبدالرضا یوسفی

مدیر اجرایی: دکتر حمیدرضا حسین زاده

امور مالی: رقیه ضرابی، مهدی اسکندری، زهرا بینقی

امور وب سایت: مهندس سید کاظم بحرینی

تدارکات: احسان فلاح

ویراستار: مجید تربت زاده

مدیر هنری: محمدرضا شیخی

نشانی

مشهد، انتهای خیابان سناباد، معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی مشهد (مرکز بهداشت استان خراسان رضوی)، دفتر فصلنامه بهورز

کد پستی: ۹۱۸۵۶۸۴۵۳۸

تلفن: ۰۵۱-۳۸۴۳۶۳۳۳

و (۸ خط) ۰۵۱-۳۸۴۱۵۰۰۱ داخلی ۲۶۷ و ۲۶۸

نشانی سایت اختصاصی نشریه:

Behvarz.mums.ac.ir

نشانی پست الکترونیک «ایمیل»:

Behvarz.mag@mums.ac.ir

نشانی جستجوی مطالب نشریه در سایت مگیران:

<https://www.magiran.com/magazine/1586>

انتشارات

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

مدیرمسئول: دکتر غلامحسن خدایی

سر دبیر: دکتر مجید جعفری نژاد

مسئول دفتر فصلنامه: خاطره بره مقدم

امور داخلی: مریم مؤمن نژاد

۲	غریب‌الگری و تشخیص زودهنگام سرطان سرویکس
۹	خاطره بهورزی
۱۰	راه‌های پیشگیری و کنترل دیابت نوع ۲ چیست؟
۱۸	نقش تغذیه در کنترل بیماری‌های مزمن
۲۲	فایده‌های ورزش در سنین مختلف
۲۷	یک درس یک تجربه (سقوط‌های ساده اما دردسرساز)
۳۰	سناریوی مرگ کودک (۳ماجرای دردناک)
۳۲	آشنایی با نرم افزار INSHOT در تولید محتوای مجازی
۳۶	طب ایرانی در باره سبک زندگی در فصل سوم سال چه می‌گوید؟
۴۰	لذت مادری بامدیریت افسردگی پس از زایمان
۴۵	برنامه ملی سلامت خانواده و نظام ارجاع
۵۲	نقش بهورزان در کاهش حوادث ترافیکی
۵۶	راه‌های افزایش مراقبت فعال و خودمراقبتی
۶۰	درباره تکریم ارباب رجوع بیشتر بدانیم
۶۴	باگام چهارم تحقیق در نظام سلامت آشنا شوید
۶۶	چند توصیه برای چگونه تفریح کردن
۶۸	باغچه ای کوچک اما پراز حرف
۷۰	جدول
۷۲	دفع بهداشتی فضولات دامی در روستا
۷۷	اخبار دانشگاه‌ها
۱۰۱	بهورزان نمونه

غربالگری و تشخیص زود هنگام سرطان سروییکس

صدیقه علیچانپور

کارشناس بیماری‌های غیرواگیر
دانشگاه علوم پزشکی بابل



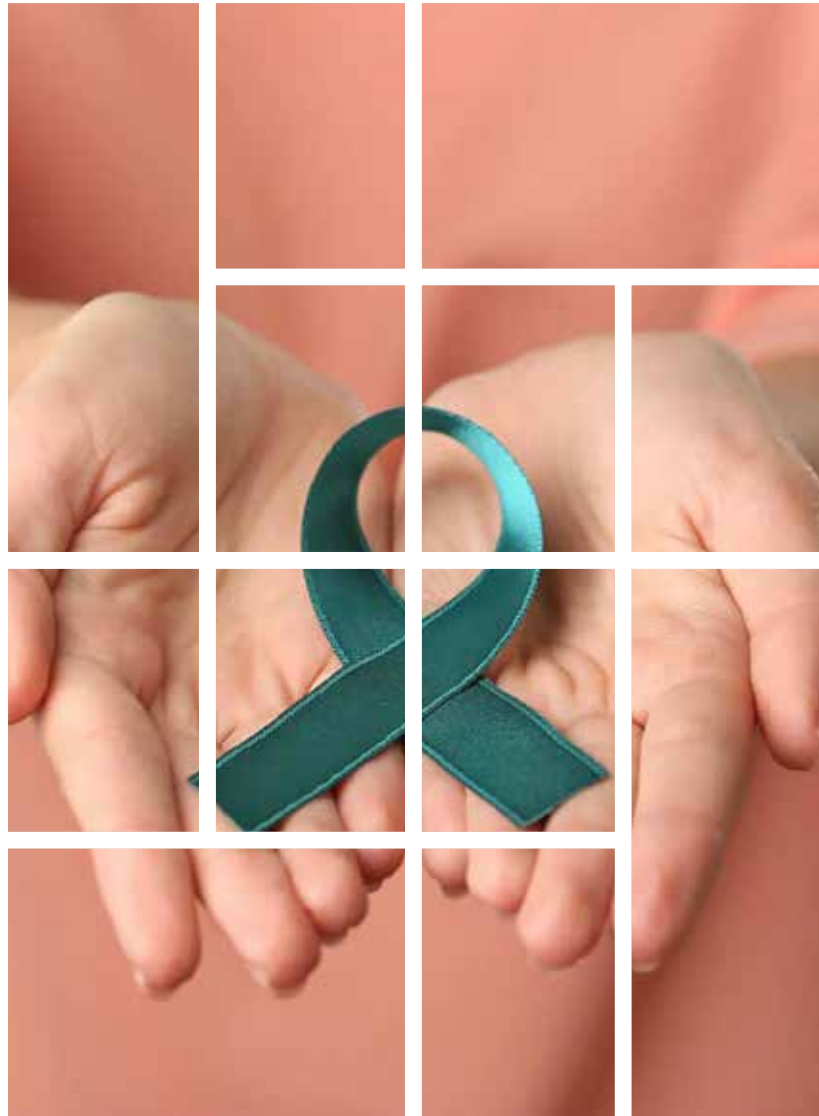
غلامحسن رستم پور

مربی مرکز آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی بابل



مصطفی میرزاد

مربی مرکز آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی بابل



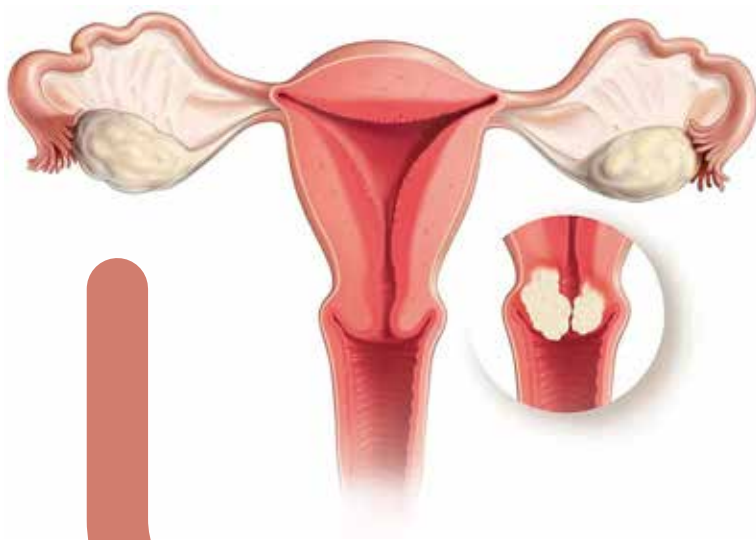
اهداف آموزشی

امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه مقاله بتوانند:

- سرطان سرویکس و عوامل خطر ابتلا به آن را شرح دهند.
- مهم‌ترین توصیه‌های خود مراقبتی برای پیشگیری از سرطان دهانه رحم را بیان کنند.
- شیوه‌های تشخیص زود هنگام و غربالگری سرطان دهانه رحم را توضیح دهند.
- برنامه تشخیص زود هنگام و غربالگری سرطان دهانه رحم در ایران را شرح دهند.
- مراحل سرطان دهانه رحم را نام ببرند.

سرطان اوروفارنژیال و ۱۰ درصد سرطان‌های لارنکس به دلیل این ویروس رخ می‌دهند. ژنوتیپ‌های ۱۶ و ۱۸ این ویروس، حدود ۷۰ درصد موارد سرطان دهانه رحم را موجب می‌شوند. شایع‌ترین راه انتقال ویروس از طریق تماس جنسی است ولی لزومی به انجام مقاربت کامل نیست و تماس پوستی در نواحی دستگاه تناسلی برای انتقال کافیست. آلودگی به این ویروس علامتی ندارد. بسیاری از بیماران آلوده به HPV، ناشناخته هستند همه افراد در معرض خطر باید برای اجتناب از آلودگی با HPV اقداماتی را به عمل آورند و زنان باید تست‌های منظم غربالگری را برای محافظت خودشان از سرطان دهانه رحم انجام دهند.

تغییرات اجتماعی و بالابودن رفتارهای پرخطر سبب شده است که شیوع عفونت HPV به عدد قابل توجه ۸ درصد در جامعه عمومی زنان برسد که هشدار برای بروز بالای سرطان دهانه رحم در آینده است. عوامل مستعدکننده ویروس پاپیلومای انسانی عامل سببی در ایجاد این سرطان است و ویروس هرپس سیمپلکس (تبخال تناسلی) و کلامیدیا تراکوماتیس بعنوان کوفاکتور (عامل همراه) عمل می‌کنند. ویروس HIV با واسطه سرکوب ایمنی در ایجاد سرطان دهانه رحم نقش دارد. در زنان دارای شرکای جنسی متعدد یا زنانی که همسرانشان شرکای جنسی متعدد دارند، عفونت HPV، ضایعات پیش سرطانی و سرطان دهانه رحم شایع‌تر است.



سرطان دهانه رحم از سلول‌های پوشش دهانه رحم و قسمت تحتانی رحم شروع می‌شود. دهانه رحم محلی است که رحم مادر را به واژن متصل می‌کند. به طور کلی سرطان زمانی شروع می‌شود که سلول‌های بدن شروع به رشد خارج از کنترل می‌کنند. دهانه رحم از دو قسمت ساخته شده و با دو نوع سلول مختلف پوشانده شده است. سرطان سرویکس یکی از سرطان‌های شایع در زنان است و یکی از مهم‌ترین علل مرگ ناشی از سرطان در کشورهای در حال توسعه به شمار می‌رود چرا که در بیشتر موارد در مراحل بسیار پیشرفته تشخیص داده می‌شود.

میزان بروز سرطان دهانه رحم در ایران پایین است اما به نظر می‌رسد بروز آن در سال‌های آینده افزایش یابد. شاخص مهمی در کنترل این بیماری دخیل است. در کشورهای پیشرفته که برنامه‌های مؤثر غربالگری وجود دارد بیشتر بیماران در مراحل اولیه تشخیص داده شده و با درمان از مرگ و میر آن‌ها پیشگیری می‌شود در حالی که در کشورهای در حال توسعه، این بیماران در مراحل پیشرفته مراجعه می‌کنند و معمولاً به دلیل عدم درمان بموقع یا عدم دسترسی به درمان‌های مناسب، ممکن است مدت کوتاهی پس از تشخیص فوت کنند.

کمی درباره ویروس پاپیلومای انسانی

بیش از ۹۰ درصد موارد پیش سرطانی و سرطانی دهانه رحم به وسیله ژنوتیپ‌های پرخطر ویروس پاپیلومای انسانی ایجاد می‌شود. این ویروس بیش از ۱۲۰ تیپ دارد که می‌تواند سبب زگیل‌های تناسلی و بعضی از سرطان‌های آنژینیتال در زنان و مردان و به خصوص سرطان دهانه رحم در خانم‌ها شود.

هم مردان و هم زنان می‌توانند به انواع سرطان‌های آنژینیتال ناشی از HPV¹ مبتلا شوند. بر اساس آمار حدود ۹۹ درصد سرطان دهانه رحم، ۷۰ تا ۹۰ درصد سرطان آنوس، ۵۰ درصد سرطان پنیس، ۲۰ درصد

1. HPV: Human Papilloma Virus



عفونت‌های مقاربتی، میزان مصرف سیگار، وضعیت تغذیه‌ای، ازدواج در سن کم، حاملگی بالا و عدم دسترسی به غربالگری پاپ اسمیر، موارد مؤثر از لحاظ طبقه اجتماعی هستند و می‌توانند بروز سرطان را تحت تأثیر قرار دهند.

مصرف سیگار

مصرف سیگار یا قرار گرفتن در معرض دود سیگار، خطر اسکواموس سل کارسینوما^۱ (شایع‌ترین نوع سرطان دهانه رحم) را افزایش می‌دهد و این خطر با تعداد میانگین سیگارهای مصرف شده در روز افزایش می‌یابد. مصرف سیگار ممکن است سبب افزایش خطر سرطان به چندین روش شود. به طور مثال ترکیبات موجود در دود سیگار ممکن است سبب آسیب DNA در سلول‌های دهانه رحم شوند یا در روش‌های ایمنی موضعی دخالت کنند. برای خیلی از افراد در معرض خطر، ترک سیگار بهترین کار برای ارتقای سلامت شان است.

شرکای جنسی متعدد

بروز سرطان دهانه رحم در زنانی که تاکنون نزدیکی جنسی نداشته‌اند، بسیار پایین است. زنانی که بیشتر از ۵ شریک جنسی داشته‌اند در مقایسه با زنانی که فقط یک شریک جنسی داشته‌اند، سه برابر بیشتر احتمال ابتلا به سرطان دهانه رحم را دارند. محدود کردن تعداد

عوامل خطر ابتلا به سرطان سرویکس

ابتلا به عفونت ویروس پاپیلومای انسانی مهم‌ترین علت شناخته شده سرطان دهانه رحم است. بیش از ۷۰ درصد افراد در سال‌های اولیه فعالیت جنسی دچار عفونت HPV می‌شوند ولی این عفونت بیشتر مواقع موقتی و گذرا بوده و خودبه‌خود در خلال یکی دو سال با سیستم ایمنی شخص پاک می‌شود بدون آن‌که تغییرات سیتولوژیک ایجاد کند. در موارد اندکی تغییرات دیسپلاستیک در اثر تداوم عفونت HPV در سرویکس ایجاد می‌شود که اگر در این مرحله آلودگی کشف و درمان نشود، علائم سرطان بروز می‌کند. سایر عوامل خطر سرطان دهانه رحم شامل فقر اجتماعی و اقتصادی، رفتارهای جنسی پرخطر نظیر شرکای جنسی متعدد، مصرف دخانیات، تعدد زایمان، عوامل هورمونی، چاقی و رژیم غذایی هستند که در ذیل به آن‌ها می‌پردازیم:

شروع فعالیت در سنین پایین جنسی

زمانی که در سنین نوجوانی عفونت HPV وارد بدن فرد شود، بدن مقاومت بسیار کمی برای مقابله با این ویروس دارد. تغییرات هورمونی دوران بلوغ سبب تغییراتی در PH واژینال، سلول‌ها و مخاط دهانه رحم می‌شود که ممکن است به محافظت از دهانه رحم کمک کند. یعنی این امکان وجود دارد که سلول‌های دهانه رحم نابالغ در زنان جوان‌تر نسبت به عفونت یا جهش آسیب‌پذیرتر باشند. باید به نوجوانان درباره عواقب احتمالی آغاز زودهنگام فعالیت جنسی و به افرادی که از نظر جنسی فعالند، اهمیت استفاده منطقی و صحیح از کاندوم آموزش داده شود.

سطح اجتماعی و اقتصادی پایین

بین وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین و افزایش خطر سرطان دهانه رحم ارتباط وجود دارد. ابتلا به انواع

1. SCC: Squamous cell carcinoma

نشان می‌دهد که مصرف کافی ویتامین A، C، E ممکن است برای بدخیمی‌های سرویکس اثر محافظتی داشته باشد. کمبود فولات استعداد به عفونت را بیشتر می‌کند.

مهم‌ترین توصیه‌های خود مراقبتی

برای پیشگیری از سرطان دهانه رحم

داشتن فقط یک شریک جنسی، شروع نخستین نزدیکی جنسی در سنین بالاتر، پیشگیری از ابتلا به بیماری‌های آمیزشی، عدم مصرف سیگار و دخانیات، رعایت بهداشت جنسی، استفاده از کاندوم حین نزدیکی، درمان عفونت‌های رحمی، عدم استفاده از مشروبات الکلی، مصرف زیاد میوه و سبزی، داشتن فعالیت بدنی منظم

پیشگیری

سرطان سرویکس قابل پیشگیری‌ترین سرطان در زنان است:

۱. پیشگیری اولیه با واکسن
۲. پیشگیری ثانویه با غربالگری به وسیله تست‌های سیتولوژیک و تشخیص مراحل پیش سرطان و درمان ضایعات قبل از رسیدن به مرحله سرطان مهاجم

کاربرد واکسن HPV در پیشگیری از سرطان دهانه رحم

واکسن‌هایی برای پیشگیری از دو نوع پرخطر ۱۶ و ۱۸ وجود دارد. واکسن دوگانه یا پاپیلوگارد علیه دو زیرگروه ۱۶ و ۱۸ محافظت ایجاد می‌کند. واکسن چهارگانه یا گارداسیل علیه تیپ‌های ۱۶ و ۱۸ و همچنین ۶ و ۱۱ محافظت ایجاد می‌کند که دو زیرگروه آخر عامل اکثر زگیل‌های تناسلی هستند. واکسن‌های پاپیلوگارد یا گارداسیل باید در سه نوبت (دوز) در طول یک دوره ۶ ماهه استفاده شوند. در حال حاضر تزریق واکسن‌های فوق به دختران و پسران از سنین ۹ تا ۲۶ سال و ترجیحاً قبل از شروع فعالیت جنسی توصیه می‌شود. مطالعات حاکی از آن است که این واکسن‌ها در پیشگیری از عفونت‌های مزمن به این دو نوع HPV، که باعث ایجاد بیش از دوسوم از موارد سرطان دهانه رحم می‌شوند، مؤثر هستند. در افرادی که واکسینه می‌شوند، روند غربالگری تغییر نمی‌کند.

شرکای جنسی (داشتن فقط یک شریک جنسی) به کاهش خطر سرطان دهانه رحم و هم‌چنین کاهش خطر انتقال بیماری‌های منتقله از راه جنسی کمک می‌کند.

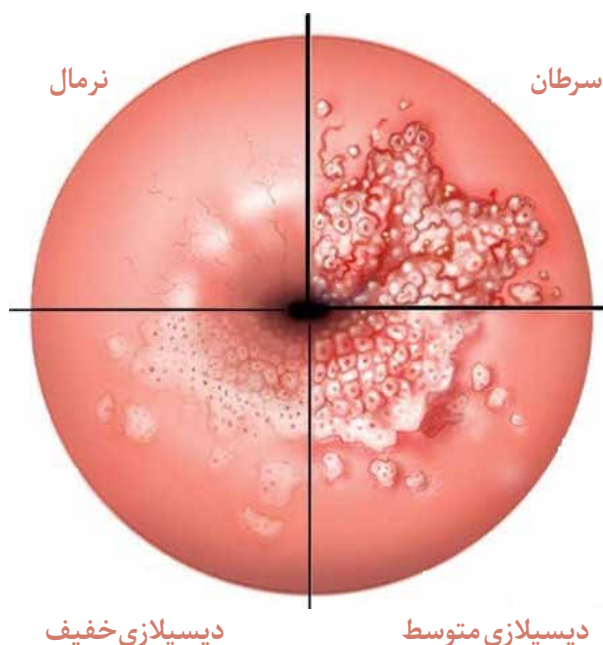
استفاده از داروهای سرکوب کننده ایمنی

سرکوب فعالیت سیستم ایمنی در موارد پیوند کلیه سبب افزایش خطر ضایعات پیش سرطانی دهانه رحم تا حد ۱۶ برابر می‌شود. خطر ضایعات پیش سرطانی و سرطان دهانه رحم در زنان مبتلا به ایدز نیز افزایش می‌یابد. سرکوب ایمنی بدن در اثر بیماری‌هایی چون لنفوم، لوسمی و بیماری‌های روماتیسمی نیز همراه با افزایش شیوع و خطر عود ضایعات مربوط به HPV است. در این بیماران هم‌چنین احتمال شکست درمان‌های ضایعات پیش سرطانی و عود نیز بالاتر است، لذا توجه ویژه به زنان تحت پوشش که دارای شرایط فوق هستند، ضروری است.

عوامل تغذیه‌ای

کمبود ویتامین A یا بتاکاروتن ممکن است خطر ضایعات پیش سرطانی و سرطان دهانه رحم را افزایش دهد. مطالعات

سیر طبیعی سرطان دهانه رحم



شیوه‌های تشخیص زودهنگام و غربالگری

سرطان دهانه رحم

چند روش برای تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان دهانه رحم به کار می‌روند. از جمله روش‌های غربالگری عبارتند از: پاپ اسمیر، تست همزمان HPV و پاپ اسمیر **تست پاپ اسمیر:** برنامه‌های غربالگری به روش پاپ اسمیر یکی از موفق‌ترین برنامه‌های غربالگری در طی دهه‌های اخیر بوده است و توانسته است بروز سرطان دهانه رحم را در کشورهایی که این برنامه را اجرا کرده‌اند کاهش دهد. هر چند حساسیت کمتر از هفتاد درصد برای تشخیص ضایعات پیش بدخیم دارد.

پاپ اسمیر روشی برای بررسی سلول‌های سرویکس است. در تست پاپ اسمیر از برس یا اسپاچولا برای جمع‌آوری سلول‌ها استفاده می‌شود. سلول‌ها روی لام شیشه‌ای کشیده و با فیکساتور ثابت می‌شوند (پاپ اسمیر مرسوم) یا به یک مایع نگه دارنده اضافه می‌شوند (تست بر اساس لایه نازکی در مایع) و بررسی لام توسط سیتولوژیست مجرب انجام می‌گیرد.

تست HPV: مطالعات نشان داده‌اند زمانی که غربالگری به شکل آزمون HPV DNA به همراه پاپ اسمیر انجام می‌شود^۱ اثربخشی بالاتری نسبت به روش غربالگری پاپ اسمیر به تنهایی دارد.

مهم‌ترین دست آورد Co-testing ارزش اخباری بالای منفی است (بیش از ۹۷ درصد) یعنی اگر نتیجه تست HPV و پاپ اسمیر هر دو منفی بودند به احتمال نزدیک صد در صد، فرد ضایعه پیش بدخیم یا سرطان ندارد. یکی از مهم‌ترین دلایل کاهش هزینه‌ها در سیستم‌های بهداشتی با انجام این روش، افزایش طول مدت فواصل غربالگری است.

برنامه تشخیص زودهنگام و غربالگری

سرطان دهانه رحم در ایران: سطح یک

در این برنامه، هدف شناسایی و ثبت بیماران مشکوک یا مبتلا به بیماری دهانه رحم و سپس ارائه خدمات مناسب در سطوح مختلف شبکه بهداشتی درمانی و ساماندهی درمان و مراقبت بیماران است که توسط ماما یا مراقب سلامتی که دارای مدرک مامایی است ارائه می‌شود.

وظایف ماما در این برنامه عبارت است از:

ثبت مشخصات زنان ۳۰ تا ۵۹ سال در سامانه (فرم ارزیابی اولیه)، بررسی علائم سه‌گانه خون‌ریزی غیر طبیعی واژینال، ترشحات بدبوی واژینال و درد هنگام نزدیکی جنسی، بررسی زمان ازدواج (اولین تماس جنسی)، بررسی سابقه انجام پاپ اسمیر و تست HPV، ارزیابی بیشتر در صورت مثبت بودن علائم سه‌گانه، اقدام مطابق فلوجارت غربالگری در صورت منفی بودن علائم سه‌گانه، تصمیم‌گیری و اقدام مطابق دستورالعمل برنامه تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان دهانه رحم، دریافت بازخورد از سطوح پذیرنده ارجاع پیگیری و بررسی پس‌خوراند آن‌ها، ثبت مشخصات افراد دارای سرطان دهانه رحم تأیید شده، ارائه گزارش غربالگری طبق دستورالعمل برنامه، همکاری در ارزشیابی و بررسی‌های مرتبط با بیماری سرطان دهانه رحم

شناسنامه برنامه تشخیص زودهنگام سرطان دهانه رحم

نوع برنامه: فراخوان زنان گروه سنی هدف و غربالگری از طریق معاینه بالینی و انجام تست HPV و پاپ اسمیر

1. تست همزمان: Co-Testing



نمونه گرفته شده بر روی لام شیشه‌ای کشیده و توسط فیکساتور ثابت می‌شود.

انجام تست HPV

- برای آزمون HPV از برس استفاده می‌شود و باچرخاندن برس در اطراف ناحیه اتصال سنگفرشی ستونی Transformation zone به شکل دورانی خراشیده می‌شود.
- سپس برس را خارج کرده و در درون مایع ویال با حرکت چرخشی شست‌وشو می‌دهیم.
- سر برس در داخل ویال حاوی ماده محافظ شکسته و در ویال گذاشته می‌شود.
- هر دو نمونه به آزمایشگاه ارسال می‌شود.

چه کسانی توسط ماما از سطح یک به سطح دو (فوق تخصص انکولوژی زنان) ارجاع می‌شوند؟

- افرادی که در برنامه تشخیص زودهنگام، علامت‌دار هستند و یکی از شرایط زیر را نیز دارند:
- سابقه سرطان یا ضایعه پیش بدخیم دهانه رحم دارند.
- در معاینه شکم، توده دارند.
- در معاینه با اسپیکولوم ضایعه دارند.
- افرادی که در برنامه غربالگری، HPV مثبت هستند و پاپ اسمیر آن‌ها نیز طبیعی نیست.

نتیجه گیری و درنهایت تصمیم گیری

۱. نتیجه تست HPV طبیعی است: به بهورز/ مراقب سلامت معرفی می‌شود تا پس از ۲ سال برای برنامه تشخیص زودهنگام و پس از ده سال دوباره برای تست HPV و پاپ اسمیر ارجاع شود.



برنامه‌های غربالگری به روش پاپ اسمیر یکی از موفق‌ترین برنامه‌های غربالگری در طی دهه‌های اخیر بوده است و توانسته است بروز سرطان دهانه رحم را در کشورهای که این برنامه را اجرا کرده‌اند کاهش دهد.

گروه جنسی: زنان

گروه سنی:

- زنان دارای سن ۳۰ سال تا ۵۹ سال (شرح حال و معاینه بالینی)
 - زنان دارای سن ۳۰ تا ۴۹ سال (تست HPV و پاپ اسمیر)
- پوشش جغرافیایی:** تمام زنان گروه سنی هدف در مناطق شهری، روستایی و حاشیه شهرها

فاصله بین خدمت:

- هر ۲ سال یکبار جهت ویزیت و معاینه
 - هر ده سال یکبار جهت تست HPV و پاپ اسمیر
 - برای افراد گروه پرخطر طبق توصیه‌های ذکر شده در راهنمای بالینی تشخیص زودهنگام
- روش ارائه خدمت:** معاینه بالینی توسط پزشک/ ماما و انجام تست HPV و پاپ اسمیر

دستورالعمل تست پاپ اسمیر و HPV

- مواردی که باید پیش از نمونه گیری بررسی شوند: زمان تست را طوری تنظیم کنید که در دوره خونریزی عادت ماهیانه نباشد.
- حداقل دو روز پیش از تست فعالیت جنسی نداشته باشد.
- دو روز قبل از تست، شست‌وشوی واژن نداشته باشد.
- حداقل دو روز قبل از تست، از تامپون، کرم‌های واژینال و داروها استفاده نکرده باشد.

فرآیند نمونه برداری

- ابتدا بیمار بر روی تخت معاینه خوابانده شده و آماده نمونه برداری می‌شود.
- از یک اسپیکولوم یک بار مصرف برای مشاهده دهانه رحم استفاده می‌شود.
- برای بیمار دو نوع نمونه گرفته می‌شود؛ یکی برای آزمون پاپ اسمیر و دیگری برای آزمون HPV
- برای آزمون پاپ از یک اسپاچولا استفاده می‌شود. پس از گذاشتن اسپیکولوم و مشاهده دهانه رحم از محل Transformation zone توسط اسپاچولا با حرکت چرخشی ۳۶۰ درجه، نمونه برداشته می‌شود.

می‌شود که نتایج غیر طبیعی از آزمایش پاپ اسمیر به دست آمده باشد. اگر حین کولپوسکوپی، مجموعه‌ای غیر طبیعی از سلول‌ها یافت شود نمونه‌ای از بافت برای تست آزمایشگاهی برداشته می‌شود.

پیش از کولپوسکوپی ممکن است پزشک موارد زیر را به شما توصیه کند:

- کولپوسکوپی نباید در دوران قاعدگی انجام گیرد.
- یک تا دو روز پیش از کولپوسکوپی نباید رابطه جنسی واژینال داشت.
- یک تا دو روز پیش از کولپوسکوپی نباید از تامپون استفاده کرد.
- از مسکن‌هایی مانند ایبوپروفن یا استامینوفن پیش از رفتن برای انجام کولپوسکوپی می‌توان استفاده کرد.

مراحل سرطان دهانه رحم

- مرحله صفر، سلول‌های سرطانی را توصیف می‌کند که تنها بر روی سطح دهانه رحم یافت می‌شوند.
- مرحله اول، سرطان محدود به دهانه رحم است.
- مرحله دوم، سرطان از دهانه رحم خارج شده اما به دیواره لگن یا قسمت پایینی واژن نرسیده است.
- مرحله سوم، سرطان از دهانه رحم خارج شده و به دیواره لگن یا قسمت پایینی واژن رسیده است و ممکن است با انسداد حالب‌ها سبب مشکلات کلیوی نیز بشود. همچنین ممکن است درگیری غدد لنفاوی لگنی هم وجود داشته باشد.
- مرحله چهارم، تومور به مثانه یا راست روده رسیده یا این که سلول‌های سرطانی به دیگر قسمت‌های بدن گسترش یافته است.

۲. نتیجه تست HPV مثبت و نتیجه پاپ اسمیر HSIL یا LSIL یا ASGUS یا ASCUS: پس از تکمیل فرم ارجاع غیرفوری، به سطح دو ارجاع شود.

۳. نتیجه تست HPV پرخطر مثبت است: پس از تکمیل فرم ارجاع غیرفوری، به سطح دو ارجاع شود.

۴. نتیجه تست HPV کم خطر مثبت و نتیجه پاپ اسمیر طبیعی، نامناسب^۱ یا ناکافی^۲ است: به بهورز/مراقب سلامت معرفی می‌شود تا در عرض یک سال دوباره برای تست HPV و پاپ اسمیر ارجاع شود.

۵. نتیجه تست HPV مثبت یا نتیجه پاپ اسمیر ASCUS است که در این صورت پس از تکمیل فرم ارجاع غیرفوری، به سطح دو ارجاع شود.

۶. نتیجه تست HPV منفی است که در این صورت به بهورز/مراقب سلامت معرفی می‌شود تا پس از ۲ سال برای ارزیابی و پس از ده سال برای تست HPV و پاپ اسمیر ارجاع شود.

برنامه تشخیص زودهنگام و غربالگری

سرطان دهانه رحم در ایران: سطح دو

افرادی که به هر دلیل به سطح دو یعنی بیمارستان‌های عمومی یا مراکز تیپ یک سرطان ارجاع می‌شوند، تحت ارزیابی‌های کامل‌تر از جمله ویزیت متخصص و انجام کولپوسکوپی و در صورت لزوم بیوپسی قرار می‌گیرند. کولپوسکوپی آزمایشی است که در آن به منظور یافتن نشانه‌هایی از بیماری، دهانه رحم، وولو^۳ و واژن از نزدیک بررسی می‌شوند. در کولپوسکوپی از ابزار خاصی به نام کولپوسکوپ که یک ابزار بزرگنمایی خاص است، استفاده می‌شود. معمولاً این آزمایش زمانی توصیه

1. Unsatisfactory 2. Insufficient 3. Vulva

منابع

- کوشا، امید. قنبری مطلق، علی. ملکی، عهدیه و همکاران، مجموعه مداخلات اساسی بیماری‌های غیرواگیر در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه ایران
- دستورالعمل اجرایی و محتوای آموزشی ماما وزارت بهداشت درمان آموزش پزشکی دفتر مدیریت بیماری‌های غیرواگیر



مانور زلزله خانوادگی

من و همسرمان بهورزان خانه بهداشت جابوز شهرستان خلیل آباد هستیم. یک‌بار تصمیم گرفتیم به شکل خانوادگی آمادگی در هنگام زلزله را در خانه تمرین کنیم. قرار شد به محض شنیدن صدای زنگ تلفن یا زنگ خانه و هر محرک دیگری، هرکدام، ایمن‌ترین جای مشخص شده را انتخاب کرده و پناه بگیریم و سپس در فرصت مناسب کودکان را از خانه خارج کنیم.

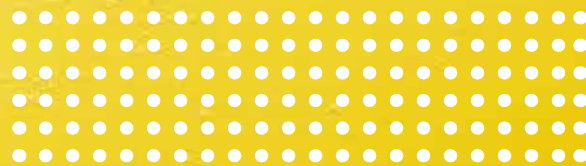
تابستان بود و هوا گرم. دست بر قضا ساعت ۱۰ شب برق هم قطع شد و من موقع خواب برای اینکه هنگام وصل شدن جریان برق، کولر روشن نباشد، گرم‌زده و خواب آلود، رفتم و دکمه را روی حالت خاموش گذاشتم. ساعت دو نیمه شب، یکباره با صدای لرزش پنجره‌ها و لرزه‌های زلزله، از خواب پریدم و با سرعت خودم را از خانه بیرون انداختم... برخلاف آموزش‌های زلزله، بچه‌ها را هم بغل زده و فقط خودم را نجات داده بودم! چند لحظه بعد با صدای خنده همسرمان به خودم آمدم... بلند بلند خندید و توضیح داد که من به دلیل گیجی و خواب آلودگی به جای خاموش کردن کولر، دکمه سرعت زیاد آن را زده بودم و چون کولر روی پنجره نصب شده بود به محض وصل شدن جریان برق با سروصدا و لرزش شدید شروع به کار کرده و... خلاصه اینکه در اولین مانور زلزله خانوادگی نمره منفی گرفتم!



محمد کاظمی

بهورز خانه بهداشت جابوز
دانشگاه علوم پزشکی مشهد

DIABETES



راه‌های پیشگیری و کنترل دیابت نوع ۲ چیست؟ تلخ و شیرین قند خون بالا

زهرا جلالی

کارشناس بیماری‌های غیرواگیر
دانشگاه علوم پزشکی همدان



پرستو ترک شوند

مربی مرکز آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی همدان



مجتبی نظری

مربی مرکز آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی همدان



اهداف آموزشی

امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه مقاله:

- بیماری دیابت نوع ۲ و عوامل زمینه ساز آن را بیان کنند.
- علائم هشدار دهنده ابتلا به دیابت و عوارض آن را شرح دهند.
- راه‌های تشخیص بیماری دیابت نوع ۲ را توضیح دهند.
- مدیریت و کنترل بیماری و اهداف کلی برنامه کشوری پیشگیری و کنترل دیابت را شرح دهند.

مقدمه

قطع عضو و نارسایی مزمن کلیه در سنین ۲۰ تا ۷۰ سالگی محسوب می‌شود (۳). جمعیت افراد مبتلا به دیابت در سال ۱۹۸۵ در سراسر جهان فقط ۳۰ میلیون نفر بوده است، این جمعیت در سال ۲۰۲۵ به بیش از ۵۰۰ میلیون نفر خواهد رسید که اغلب آن‌ها نیز مبتلا به دیابت نوع ۲ خواهند بود (۴).

دیابت یک بیماری غیرواگیر شایع است که تعداد زیادی از افراد جامعه به آن مبتلا هستند، از هر ۷ ایرانی بالای ۲۵ سال، یک نفر به دیابت مبتلاست و از هر چهار نفر یک نفر از بیماری خود بی اطلاع است.

دیابت و انواع آن

بیماری دیابت، بیماری شایع، قابل کنترل و مزمن است. مواد غذایی بعد از مصرف در بدن به شکل قند (گلوکز) در می‌آید، بدن برای استفاده از این قند به عنوان یک منبع انرژی نیاز به انسولین دارد. انسولین هورمونی است که در بدن از غده لوزالمعده (پانکراس) ترشح شده و موجب ورود قند به سلول و استفاده از آن می‌شود. ناتوانی در تولید کافی انسولین یا بدرستی استفاده نشدن از انسولین باعث می‌شود که قند وارد سلول نشود و سلول گرسنه و قند خون نیز بالا می‌ماند. قندخون بالا می‌تواند به سلول‌ها و بافت‌های بدن آسیب برساند (۶ و ۴). بیماری دیابت به ۳ نوع، **دیابت نوع ۱**، **دیابت نوع ۲** و **دیابت بارداری** طبقه‌بندی می‌شود.

دیابت نوع ۱: این نوع از دیابت، ۱۰ درصد از موارد ابتلا را به خود اختصاص می‌دهد. بیشتر در کودکان و نوجوانان دیده می‌شود. در این نوع دیابت پانکراس قادر به ساختن انسولین نیست. بدن همچنان از طریق مصرف غذا، گلوکز دریافت می‌کند، اما گلوکز نمی‌تواند وارد سلول شود. مبتلایان نیاز به دریافت انسولین دارند (۴).

دیابت نوع ۲: این نوع از دیابت، بیش از ۹۰ درصد از کل موارد دیابت را به خود اختصاص می‌دهد. یکی از شایع‌ترین انواع دیابت است که بیشتر در سنین بالا خود را نشان می‌دهد و بیشتر افراد مبتلا بزرگسال و چاق هستند. در این نوع از دیابت، پانکراس هنوز انسولین می‌سازد، ولی ترشح آن کاهش یافته یا نقص

بیماری دیابت شایع‌ترین بیماری ناشی از اختلالات متابولیک و چهارمین علت مرگ و میر در جوامع غربی است. این بیماری در اثر ناتوانی بدن در تولید انسولین یا کاهش و نبود اثر انسولین در سوخت و ساز مواد قندی پدید می‌آید. در این بیماری، قند خون به طور طبیعی توسط سلول‌ها جذب نمی‌شود و میزان قند خون افزایش می‌یابد (۱ و ۲).

بیماری دیابت از نظر هزینه‌های درمان و از کارافتادگی بسیار بالا، یکی از عمده‌ترین مسایل بهداشتی درمانی است که با گسترش شهرنشینی و تغییر شیوه زندگی به سوی بی‌حرکی و تغذیه نامناسب اهمیت بیشتری خواهد یافت (۱). روند ابتلا به دیابت رو به افزایش است به طوری که از سال ۱۹۹۵ تا ۲۰۲۵ جمعیت مبتلایان به آن ۱۲۲ درصد افزایش خواهد یافت و این بیماری در بسیاری از کشورها مهم‌ترین علت نابینایی و سردسته



دیابت یک بیماری غیرواگیر شایع است که تعداد زیادی از افراد جامعه به آن مبتلا هستند، از هر ۷ ایرانی بالای ۲۵ سال، یک نفر به دیابت مبتلاست و از هر چهار نفر یک نفر از بیماری خود بی اطلاع است.



افزایش می‌یابد، زیرا اگر چه توارث در این بیماری نقش زیادی دارد، اما عوامل محیطی نیز اثر چشمگیری در بروز آن دارند. زندگی صنعتی و شهرنشینی عامل اصلی افزایش تعداد مبتلایان به این بیماری است (۴).

مقاومت نسبت به انسولین و اختلال در ترشح انسولین، دو مشکل اصلی در ارتباط با دیابت نوع ۲ هستند. مقاومت نسبت به انسولین به علت کاهش حساسیت بافتی نسبت به انسولین ایجاد می‌شود. به طور طبیعی انسولین به گیرنده‌های خاصی در سطح سلول متصل می‌شود و مجموعه‌ای از واکنش‌های متابولیکی گلوکز را به وجود می‌آورد. در دیابت نوع ۲ واکنش‌های داخل سلولی کاهش می‌یابد و بنابراین موجب می‌شوند که اثربخشی انسولین در تحریک جذب گلوکز توسط بافت‌ها کم شود. این مسأله روی تنظیم گلوکز آزاد شده از کبد نیز تأثیر دارد و آن را کاهش می‌دهد. برای غلبه بر مقاومت به انسولین و پیشگیری از افزایش قندخون، باید انسولین بیشتری ترشح شود تا سطح گلوکز خون در حد نزدیک به طبیعی یا کاملاً طبیعی حفظ شود. اگر سلول‌های لوزالمعده نتوانند در برابر افزایش تقاضا، انسولین تولید کنند، سطح گلوکز خون بالا رفته و دیابت نوع ۲ پیشرفت می‌کند (۷).

این بیماری به طور معمول در فردی که دارای متابولیسم طبیعی کربوهیدرات است، شروع می‌شود و به سوی عدم تحمل گلوکز سیر کرده و در نهایت دیابت بروز می‌کند. ۱۱ تا ۲۱ سال قبل از تشخیص دیابت نوع ۲، کاهش تحمل گلوکز همراه با افزایش جیرانی انسولین وجود دارد. این یافته نشانگر این نکته است که اختلال عمده در دیابت نوع ۲ ممکن است در اثر کاهش فعالیت سلول‌های بتا نباشد، بلکه در این نوع دیابت، اختلال در پاسخ بافت‌های محیطی به انسولین از اهمیت خاصی برخوردار است (۸).

عوامل زمینه ساز دیابت نوع ۲: عوامل ژنتیکی و سابقه خانوادگی دیابت، سن، چاقی، اضافه وزن، تغذیه، کم‌ تحرکی و سبک زندگی نادرست نقش مهمی در ابتلای فرد دارند، البته نقش عوامل محیطی در کنترل دیابت از اهمیت زیادی برخوردار است به نحوی که حتی

در عملکرد انسولین رخ می‌دهد و سلول‌ها نسبت به انسولین مقاومت می‌کنند. زمانی که انسولین کافی وجود نداشته باشد یا بدن نتواند از انسولین استفاده کند، گلوکز موجود در بدن، نمی‌تواند وارد سلول‌های بدن شده و باعث جمع شدن گلوکز در خون و ایجاد نارسایی در بدن می‌شود (۴).

دیابت بارداری: در این نوع از دیابت، افزایش قندخون برای اولین بار، در طی دوران بارداری دیده می‌شود (۴). **دیابت نوع ۲ و مکانیسم ایجاد آن:** مبتلایان بیشتر در میانسالی و به طور عمده پس از ۳۰ سالگی به این نوع دیابت مبتلا می‌شوند، اگر چه سن ابتلا به این نوع دیابت پیوسته در حال کاهش است. اغلب بیماران چاق یا دارای اضافه وزن هستند و فعالیت بدنی اندکی دارند. اختلال اصلی در این بیماری کمبود تولید انسولین یا مقاومت نسبت به آن است. شیوع بیماری دیابت نوع ۲ روز به روز



شیوع بیماری دیابت نوع ۲ روز به روز افزایش می‌یابد، زیرا اگر چه توارث در این بیماری نقش زیادی دارد، اما عوامل محیطی نیز اثر چشمگیری در بروز آن دارند. زندگی صنعتی و شهرنشینی عامل اصلی افزایش تعداد مبتلایان به این بیماری است.



عوارض دیابت

۱. عوارض زودرس: شامل هیپوگلیسمی (کاهش قندخون به ۷۰ میلی‌گرم در دسی‌لیترخون و کمتر) و هیپرگلیسمی (افزایش قندخون به بیش از ۱۳۰ میلی‌گرم در دسی‌لیتر در حالت ناشتا و بیش از ۱۸۰ میلی‌گرم در دسی‌لیتر، دو ساعت بعد از غذا خوردن)

۲. عوارض دیررس: این عوارض به مرور زمان در افراد مبتلا ایجاد می‌شوند.

- **عوارض قلبی عروقی:** افراد دیابتی ۲ تا ۴ برابر بیشتر از سایرین در معرض خطر بیماری‌های قلبی عروقی، سکته مغزی و بیماری‌های عروق محیطی هستند.
- **عوارض چشمی:** عوارض چشمی دیابت از علل مهم نابینایی در بزرگسالان محسوب می‌شوند. بر اساس اعلام سازمان بهداشت جهانی، رتینوپاتی دیابتی عامل ۴/۸ درصد علل نابینایی از ۳۷ میلیون نابینایی در سال است.
- **نفروپاتی دیابتی:** از عوارض مهم بیماری دیابت و یکی از شایع‌ترین علل نارسایی کلیه و دیالیز محسوب می‌شود.
- **نوروپاتی:** حدود ۶۰ تا ۷۰ درصد بیماران به درجاتی از نوروپاتی مبتلا می‌شوند که در صورت وجود نوروپاتی حسی و حرکتی اندام تحتانی به زخم پای دیابتی و قطع عضو منجر می‌شود. بیش از ۶۰ درصد موارد قطع عضو غیرتروماتیک اندام تحتانی به دیابت مربوط می‌شود (۶).

در صورت وجود عوامل ژنتیکی در فرد، با رعایت رژیم غذایی سالم، ورزش و متعادل نگه داشتن وزن بدن، فرد می‌تواند تا سال‌های طولانی از بروز این بیماری جلوگیری کند (۹).

مرحله پیش‌دیابت: پیش از ابتلا به دیابت نوع ۲، معمولاً افراد به شرایطی دچار می‌شوند که در آن هیچ یک از علائم مربوط به دیابت مشاهده نمی‌شود که به این حالت مرحله پیش‌دیابت گفته می‌شود. در این حالت قندخون فرد بالاتر از میزان طبیعی بوده ولی نه به میزانی که به عنوان دیابت شناخته شود. هم‌اکنون پزشکان بیش از گذشته بر تشخیص مرحله پیش‌دیابت به عنوان راهی برای پیشگیری از ابتلا به دیابت نوع ۲ و همچنین عوارض آن از جمله مشکلات قلب و عروق، چشم و کلیه تأکید می‌کنند (۱۰).

افراد در معرض خطر ابتلا به دیابت: بزرگسالانی با $BMI \geq 25$

- که یکی یا بیشتر از عوامل خطر زیر را داشته باشند:
- سابقه خانوادگی مثبت (حداقل یکی از افراد درجه اول خانواده دیابت دارند)
- سابقه بیماری قلبی و عروقی
- ابتلا به فشارخون
- کلسترول $HDL \leq 35$ یا تری‌گلیسرید ≥ 250
- زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک
- فعالیت بدنی کم
- داشتن علائم بالینی مقاومت به انسولین (مثل چاقی)
- داشتن کودک با وزن بیش از ۴ کیلوگرم هنگام تولد (۱۱)

علائم هشدار دهنده ابتلا به بیماری دیابت

مهم‌ترین علامت دیابت در مراحل اولیه، بدون علامت بودن آن است و با پیشرفت بیماری علائم بیماری ظاهر می‌شوند. علائم هشداردهنده شامل پرنوشی، پرخوری، پرادراری، تأخیر در بهبود زخم‌ها، تاری دید و کاهش وزن است. بدن برای رهایی از گلوکز انباشته شده در خون، آن را از طریق ادرار دفع می‌کند. از آنجا که سلول‌ها قادر به استفاده از گلوکز خون و تأمین انرژی از آن نیستند، پرخوری و احساس خستگی و برای جبران حجم آب از دست رفته از راه ادرار پرنوشی ایجاد می‌شود (۴).



راه‌های تشخیص دیابت نوع ۲

- غلظت قند پلاسمای سیاهرگی در یک نمونه اتفاقی مساوی یا بالاتر از 200 mg/dl همراه با علائم واضح دیابت
- غلظت قند پلاسمای سیاهرگی در دو نوبت ناشتا مساوی یا بالاتر از 126 mg/dl (۶)

مدیریت و کنترل بیماری دیابت نوع ۲

اصلاح روش زندگی و درمان‌های دارویی در مدیریت بیماری دیابت مؤثر است. خودمراقبتی یکی از محورهای مهم کنترل و پیشگیری از عوارض بیماری محسوب می‌شود. برای کنترل و جلوگیری از این بیماری باید رژیم غذایی سالم داشت، به مقدار کافی ورزش کرد و وزن خود را متعادل نگهداشت. بیمارانی که این اقدام‌ها در آن‌ها مؤثر واقع نشود، معمولاً تحت درمان دارویی قرار می‌گیرند (۱۲):

۱. کنترل وزن: از هر ۱۰ نفر مبتلا به دیابت نوع ۲ معمولاً ۸ نفر آن‌ها چاق هستند و کاهش وزن در بیماران چاق، باعث افزایش حساسیت محیطی به انسولین شده و توانایی انسولین در مهار خروج گلوکز از کبد را بهبود می‌بخشد.

۲. برنامه تغذیه‌ای: آموزش دقیق در زمینه برنامه غذایی شامل:

- افزایش تعداد وعده‌های غذایی و کاهش حجم غذا در هر وعده (مقدار غذای مصرفی باید متناسب با فعالیت باشد).
- پرهیز از حذف وعده‌های اصلی غذایی بخصوص در سالمندان، بیماران لاغر و بیماران مصرف‌کننده داروهای پایین‌آورنده قند خون
- مصرف میوه‌های غیرشیرین و سبزی‌ها و محدود کردن مصرف میوه‌های شیرین
- استفاده بیشتر از حبوبات در وعده‌های غذایی
- مصرف نان سبوس‌دار
- محدودیت مصرف قند و شکر و فرآورده‌های تهیه شده از آن‌ها
- کاهش مصرف چربی‌ها و مصرف غذاها به شکل آب‌پز و کبابی
- مصرف شیر و ماست کم چرب که برای این کار شیر

دیابت نوع دو تشخیص داده نشده یکی از مشکلات رایج در سیستم‌های درمانی است. استفاده از آزمایش‌های ساده قند می‌تواند این افراد را که در معرض دچار شدن به عوارض قابل پیشگیری دیابت هستند، تشخیص دهد. برای انجام تست قندخون ناشتا، فرد نباید ۸ ساعت پیش از آزمایش، غذایی صرف کند و در صورتی که تست قند خون ناشتای فرد بین ۷۰ تا ۱۰۰ میلی‌گرم در دسی‌لیتر باشد طبیعی، اگر بین ۱۰۰ تا ۱۲۵ میلی‌گرم در دسی‌لیتر باشد، فرد در معرض خطر ابتلا به دیابت است و در دو نوبت مقادیر مساوی یا بیشتر از ۱۲۶ میلی‌گرم در دسی‌لیتر یا بالاتر فرد مبتلا به بیماری دیابت است. به طور کلی معیارهای تشخیص بیماری دیابت نوع ۲ به این شرح است:

- غلظت قند پلاسمای سیاهرگی دو ساعت پس از مصرف ۷۵ گرم گلوکز مساوی یا بالاتر از 200 mg/dl (۲نوبت)



عوامل ژنتیکی و سابقه خانوادگی دیابت، سن، چاقی، اضافه وزن، تغذیه، کم‌تحرکی و سبک زندگی نادرست نقش مهمی در ابتلای فرد دارند، البته نقش عوامل محیطی در کنترل دیابت از اهمیت زیادی برخوردار است



را جوشانده و پس از سرد شدن چربی آن را جدا کنند.

- محدود کردن مصرف تخم مرغ و گوشت های احشایی مانند جگر، مغز، قلوه و کله پاچه (۱۵-۱۳)

۳. ورزش و فعالیت های جسمانی: افزایش فعالیت بدنی در کنترل بیماری دیابت بسیار اهمیت دارد. ورزش باعث کارایی بیشتر، کاهش وزن، احساس نشاط و تندرستی می شود. ورزش و فعالیت بدنی باید متناسب با وضعیت سلامت شخص باشد و به طور منظم و مستمر انجام گیرد و زمان آن بهتر است عصر باشد. این بیماران می توانند ورزش های سبک مثل نرمش یا پیاده روی انجام دهند. درباره نوع ورزش می توانند با پزشک مرکز خدمات جامع سلامت مشورت کنند. از کفش و لباس مناسب استفاده و مقادیر کافی آب و مایعات بدون قند بنوشند. قندخون را پیش و پس از ورزش اندازه گیری کنند، ۵ دقیقه را در ابتدا و انتهای هر جلسه ورزش به «گرم کردن» و «سرد کردن» بدن اختصاص دهند. اگر قندخون پیش از ورزش کمتر از ۱۰۰ میلی گرم در دسی لیتر بود، حتما یک واحد کربوهیدرات میل شود. اگر قندخون ناشتا بیش از ۳۰۰ میلی گرم در دسی لیتر بود نباید ورزش کرد. حتما مواد قندی همراه فرد بیمار باشد که در صورت افت قندخون مصرف شود. هیچ گاه در حال گرسنگی به ورزش پرداخته نشود. پس از ورزش، پاها و بین انگشتان از نظر قرمزی و تاول بررسی شوند (۶ و ۱۳ و ۱۶)

۴. مراقبت از پا: مراقبت از پای دیابتی به علت امکان ایجاد دو عارضه «بی حسی و کرختی» و «عفونت و دیر بهبود یافتن زخم ها»، بسیار اهمیت دارد:

- شست و شوی روزانه پاها با آب ولرم و صابون و خشک کردن بین انگشتان با حوله نرم
- کوتاه نگه داشتن ناخن های پا طوری که ناخن ها از ته گرفته نشوند و گوشه های ناخن نیز گرفته نشود.
- تعویض روزانه جوراب ها و استفاده از جوراب نخی و ضخیم
- استفاده از کفش راحت با پاشنه کوتاه و پنجه پهن و همچنین استفاده از کفش راحتی یا دمپایی در منزل
- معاینه روزانه پاها از نظر قرمزی، تورم، تغییر رنگ، زخم، ترک و ترشح اطراف ناخن، معاینه کف پا با استفاده از آینه
- نزدیک نکردن پا به بخاری یا شوفاژ (۱۳)

۵. ترک مصرف دخانیات: افراد مبتلا به دیابت که هر نوع دخانیاتی را مصرف می کنند باید برای ترک تشویق شوند (۱۳).

۶. آموزش نحوه مصرف و تزریق انسولین در بیماران

- **نحوه نگهداری:** انسولین بازنشده باید در یخچال نگهداری شود، اما انسولین بازنشده را می توان در دمای اتاق نگهداری کرد (مدت محدود بسته به نوع انسولین)، ولی باید از قراردادن آن در گرمای زیاد (بالای ۳۰ درجه) یا سرمای شدید (زیر ۲ درجه) اجتناب و از تکان دادن شدید ویال خودداری کرد.
- **نحوه مخلوط کردن:** افرادی که از دو نوع انسولین با اثر سریع (کریستال) با اثر متوسط (NPH) استفاده می کنند، هیچ گونه ماده رقیق کننده یا داروی دیگری نباید به مخلوط دو انسولین اضافه کنند. برای مصرف همیشه باید ابتدا انسولین کریستال در سرنگ کشیده شود و بعد انسولین NPH، در غیر این صورت ساختمان و اثر انسولین کریستال تغییر می کند.
- **محل های تزریق:** انسولین باید دریافت زیرجلدی قسمت بالای بازو، سطح جلو وکناری قابل دیدن ران ها و در محدوده ۵ سانتیمتری اطراف ناف تزریق شود. تزریق باید به شکل چرخشی در اندام های مختلف بوده و داخل عضله انجام نگیرد. بیشترین سرعت جذب انسولین در شکم و سپس به ترتیب در بازوها، ران ها و باسن می باشد (۱۳).



خطر، کنترل و کاهش عوامل خطر، شناسایی، پیگیری و مراقبت افراد در معرض خطر، افزایش آگاهی و درک نسبت به عوامل مساعدکننده ابتلا به دیابت و نحوه پیشگیری و کنترل آن عوامل و افزایش آگاهی نسبت به بیماری دیابت، عوارض و سیر بیماری است.

۲. پیشگیری سطح دوم: پیشگیری، کاهش و تأخیر در بروز عوارض کوتاه و درازمدت دیابت، یعنی تغییر در سیر طبیعی بیماری و کندکردن و توقف پیشرفت بیماری که راهبردهای رسیدن به این اهداف شامل:

تشخیص زودرس بیماری توسط غربالگری افراد در معرض خطر و زنان باردار و شناسایی افراد مبتلا به دیابت نوع ۲، مراقبت و درمان سریع و مناسب بیماران به منظور کنترل بیماری و جلوگیری از پیشرفت آن، افزایش آگاهی نسبت به دیابت و عوارض آن و نحوه کنترل بیماری و پیشگیری از عوارض بیماری و کنترل عوامل خطر بیماری‌های قلبی و عروقی.

۳. پیشگیری سطح سوم: کاهش و تأخیر در تشدید معلولیت‌ها و ناتوانی‌ها و مرگ حاصل از عوارض دیابت و کاهش سال‌های از دست رفته عمر در بیماران دیابتی که راهبردهای رسیدن به این اهداف شامل موارد ذیل است: غربالگری مبتلایان به دیابت نوع ۲ از نظر تشخیص زودرس و بموقع عوارض چشمی، کلیوی، عصبی، قلبی عروقی و شناسایی موارد فوق در مراحل اولیه، درمان بموقع بیمار و پیگیری و مراقبت مستمر بیماران (۸).

نتیجه گیری

برآوردها نشان دهنده این واقعیت است که دیابت در سال ۱۴۰۹ شمسی، به هفتمین علت مرگ در ایران تبدیل خواهد شد و این هشدار است جدی برای تمام کسانی که در معرض خطر ابتلا به این بیماری قرار داشته یا به آن مبتلا هستند. همه‌گیری دیابت در دنیا رو به گسترش است ولی درصد قابل توجهی از این بیماری، با اصلاح شیوه زندگی قابل پیشگیری است و کنترل قندخون، افزایش دسترسی به خدمات تشخیصی، آموزش خودمراقبتی و افزایش خدمات درمانی نقش مهمی در کنترل بیماری دارد.

۷. انجام اقدام‌های لازم در زمان ابتلا به سایر بیماری‌ها:

در زمان بیماری، در صورتی که بیمار انسولین مصرف می‌کند نباید مصرف آن را قطع کند. باید در زمان بیداری به اندازه کافی استراحت کند. در صورت ابتلا به عوارض شدید مانند اسهال و استفراغ شدید حتماً به پزشک مراجعه کند. بیشتر از غذاهای مایع مانند سوپ، آش، مایعات غیرشیرین، آب میوه یا شیر استفاده کند (۱۳).

اهداف برنامه کشوری پیشگیری و کنترل دیابت

۱. پیشگیری سطح اول: مهم‌ترین اهداف در این سطح کاهش بروز، شیوع و عوامل خطر ابتلا به دیابت نوع ۲ است و راهبردهای آن: اصلاح شیوه زندگی تمام افراد جامعه و افراد در معرض



خودمراقبتی یکی از محورهای مهم کنترل و پیشگیری از عوارض بیماری محسوب می‌شود. برای کنترل و جلوگیری از این بیماری باید رژیم غذایی سالم داشت، به مقدار کافی ورزش کرد و وزن خود را متعادل نگهداشت.



ارایه‌دهندگان خدمات سلامت به الگوی عملی برای مردم گام مؤثری برای ارتقای آگاهی، نگرش و عملکرد افراد جامعه به منظور دستیابی به هدف عالی اصلاح سبک زندگی به شمار می‌رود.

برای تحقق اهداف نظام سلامت درخصوص کنترل بیماری‌های غیرواگیر مانند دیابت نوع ۲، نقش به‌روزان و مراقبان سلامت در آگاه‌سازی عموم مردم در خصوص تغییر سبک زندگی بسیار تأثیرگذار است. تبدیل

منابع:

۱. برنامه‌های کشوری پیشگیری و کنترل دیابت نوع ۲. علوی نیا سید محمد و همکاران، مرکز مدیریت بیماری‌های غیر واگیر وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، سال ۱۳۹۱.
2. Valderrabano RJ. Chapter 2 - Diabetes mellitus: How being too sweet leads to skeletal fragility. In: Tan M, editor. Diabetes Mellitus: Academic Press; 2020. p. 21-38.
۳. اصول پیشگیری و مراقبت بیماری‌ها، نظام مراقبت بیماری‌های غیرواگیر. رفعتی مسعود، قطبی مرجان، احمدنیا هاله. معاونت سلامت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۷.
۴. راهنمای پزشک و دیابت. دلاوری علیرضا، مهدوی هزاهه علیرضا، نوروزی نژاد عباس، یاراحمدی شهین. مرکز مدیریت بیماری‌ها. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، سال ۱۳۸۴.
5. Alireza Esteghamati, Bagher Larijani, [...], and Faramarz Ismail-Beigi. Diabetes in Iran: Prospective Analysis from First Nationwide Diabetes Report of National Program for Prevention and Control of Diabetes (NPPCD-2016)
۶. برنامه‌های کشوری پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر، گروه پیشگیری و کنترل بیماری‌های غدد و متابولیک، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، سال ۱۳۹۳.
۷. پرستاری داخلی-جراحی برونر و سودارث. ترجمه بتول محمدی. ویراست چهاردهم ۲۰۱۸.
۸. اپیدمیولوژی و کنترل بیماری‌های شایع در ایران. عزیزی فریدون، حاتمی حسین، جانقربانی حسن. پژوهشکده علوم غدد درون‌ریز دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، سال ۱۳۹۱.
9. Ismail L, Materwala H, Al Kaabi J. Association of risk factors with type 2 diabetes: A systematic review. Computational and Structural Biotechnology Journal. 2021;19:1759-85.(In persian)
10. Mahat RK, Singh N, Arora M, Rathore V. Health risks and interventions in prediabetes: A review. Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews. 2019;13(4):2803-11.
۱۱. راهنمای بالینی دیابت. لاریجانی باقر و همکاران. مرکز تحقیقات دیابت، پژوهشگاه علوم غدد و متابولیسم، دانشگاه تهران، سال ۱۴۰۰.
- 12- Mazloomi S, Mody M, Malakimoghadam H, Tavasoli E, Vahdani Nia Z, baghernezhad hesary F. predictors of self-care in type 2 diabetic patients in birjand and yazd city. Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders. 2018;17(2):97-104..(In persian)
۱۳. راهنمای به‌روز و دیابت. دلاوری علیرضا، مهدوی هزاهه علیرضا، نوروزی نژاد عباس، یاراحمدی شهین. مرکز مدیریت بیماری‌ها. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، سال ۱۳۸۴.
14. Miri A, Khooshabi F, Fatehi S, Shadan MR, Mirshekari R, Najafi darmiyan Y. The Effect of Nutritional Education on the Prevention of Diabetes: A Review Article. Journal of Diabetes Nursing. 2015;3(2):82-94
15. Christensen AS, Viggers L, Gregersen S. Chapter 17 - Fruit and Glycemic Control in Type 2 Diabetes. In: Watson RR, Dokken BB, editors. Glucose Intake and Utilization in Pre-Diabetes and Diabetes. Boston: Academic Press; 2015. p. 215-23.
۱۶. فخرزاده ح، قادرپناهی م، شریفی ف، زاده زب، میرعارفین م، پورابراهیم ر، et al. ارتباط میان فعالیت بدنی و خطر ابتلا به دیابت نوع ۲ در بین ساکنان ۶۴-۲۴ ساله منطقه ۱۷ تهران. مجله دیابت و متابولیسم ایران. ۲۰۱۱؛۱۰(۲):۱۷۰-.

نقش تغذیه در کنترل بیماری‌های مزمن

خوردن و نخوردن

اهداف آموزشی

- امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه مقاله:
- اهمیت تغذیه در کنترل بیماری‌های مزمن را بیان کنند.
- بیماری‌های غیرواگیر مزمن و عوامل خطر تغذیه‌ای مرتبط با آن‌ها را توضیح دهند.
- راهکارهای اساسی تغذیه‌ای در کنترل بیماری‌های مزمن را شرح دهند.

مقدمه

مردان و ۷۹ سال در زنان در سال ۱۴۰۱، نسبت جمعیت سالمندان در ایران رو به افزایش بوده و با افزایش سن، احتمال ابتلا به بیماری‌های مزمن در فرد سالمند و به شکل تجمعی در جمعیت کشور افزایش می‌یابد. طبق

بررسی روند شاخص‌های جمعیتی کشور نشانگر آن است که به دلیل کاهش باروری (کاهش میزان باروری کلی^۱ به کمتر از ۲ در ۵ سال اخیر) و افزایش امید به زندگی از ۵۶ سال در سال ۱۳۶۴ شمسی به ۷۶ سال در



صادق کارگریان مروستی
مریی مرکز آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

1. TFR: Total Fertility Rate

ایمنی را تقویت کرده و دوره پنهانی سلول‌های نهفته سرطانی را طولانی می‌کند (۴). مهم‌ترین مواد غذایی و ریزمغذی‌ها جهت پیشگیری از ابتلا به سرطان شامل این موارد است:

- **فیبرها:** فیبرها با تأثیر بر ترکیبات شیمیایی باکتری روده، علاوه بر کاهش خاصیت سرطان‌زایی مواد غذایی، با افزایش سرعت انتقال غذا از روده بزرگ، موجب می‌شوند دیواره روده برای مدت طولانی در معرض مواد سرطان‌زا قرار نگیرد. میوه‌ها، سبزی‌ها و حبوبات، منبع غنی فیبرها هستند.

- **مواد آنتی‌اکسیدان:** آنتی‌اکسیدان‌ها با کاهش رادیکال‌های آزاد (اجزای شیمیایی که فعالیت بیش از حد آن‌ها می‌تواند موجب تخریب بافت‌های بدن شود) در پیشگیری از انواع سرطان‌ها نقش دارند. بتاکاروتن، لیکوپن و ویتامین‌های C و E از مهم‌ترین آنتی‌اکسیدان‌ها به شمار می‌آیند.

- **بتاکاروتن:** بتاکاروتن‌ها (پیش‌ساز ویتامین A) از مهم‌ترین آنتی‌اکسیدان‌های گیاهی بوده که با حفاظت از دیواره سلول در برابر رادیکال‌های آزاد و همچنین افزایش سطح ایمنی، خاصیت ضد سرطانی دارند. بتاکاروتن در میوه‌ها و سبزی‌های زرد نارنجی (هویج، طالبی، زردآلو و...) و سبزی‌ها با برگ‌های تیره یافت می‌شود.

- **لیکوپن:** لیکوپن رنگدانه قرمز موجود در مواد غذایی (گوجه فرنگی، هندوانه، گریپ فروت و...) با خاصیت آنتی‌اکسیدانی قوی‌تر از بتاکاروتن است.

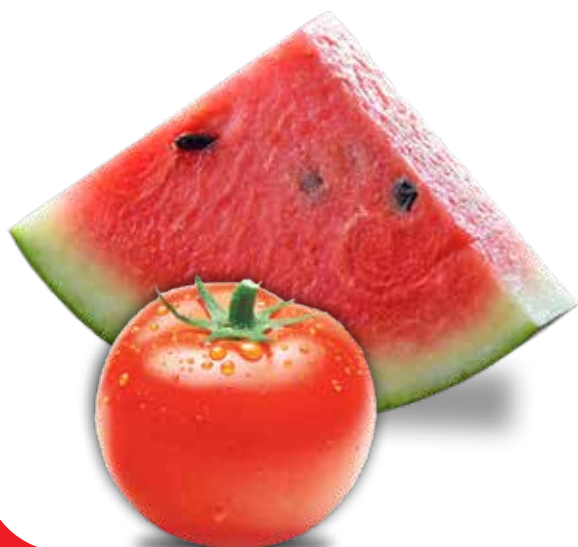
آخرین آمار منتشر شده در سند تقویت نظام شبکه در ایران، ۸۰ درصد علل مرگ ایرانیان مربوط به بیماری‌های مزمن غیرواگیر به ترتیب: سکته قلبی، سکته مغزی، بیماری فشار خون بالا، دیابت و... است (۱).

در عصر حاضر، بیماری‌های مزمن از جمله بیماری‌های قلبی عروقی، پرفشاری خون، دیابت، چاقی مفرط و سرطان‌ها دلیل عمده مرگ و میر و از کارافتادگی افراد در سراسر دنیا هستند. این بیماری‌ها از پرهزینه‌ترین و شایع‌ترین مسایل بهداشتی به شمار می‌روند، در حالی‌که بیماری‌های مزمن را می‌توان با استفاده از تغذیه مناسب، ورزش منظم و اصلاح شیوه زندگی، جزو قابل پیشگیری‌ترین بیماری‌ها دانست. بررسی‌ها نشان داده‌اند، حفظ وزن مطلوب با به کارگیری فعالیت بدنی منظم و اصلاح عادات غذایی می‌تواند شانس ابتلا به بیماری‌های مزمن را کاهش دهد (۲).

تغذیه صحیح یعنی این‌که هر فرد با توجه به شرایط فیزیولوژیکی و محیطی خود از تمام مواد مغذی مورد نیاز استفاده کند. تعادل و تنوع، اهمیت بسزایی در تغذیه صحیح دارد؛ همان قدر که دریافت ناکافی مواد مغذی سلامت انسان را به خطر می‌اندازد، دریافت بیش از اندازه آن‌ها نیز برای سلامتی مضر است. با توجه به ارتباط قوی تغذیه با عملکرد سیستم ایمنی، استفاده از تمامی گروه‌های هرم غذایی شامل غلات، میوه‌ها، سبزی‌ها، شیر و لبنیات، گوشت و حبوبات در پیشگیری و کنترل بیماری‌های مزمن امری اجتناب‌ناپذیر است (۳).

نقش تغذیه در کنترل سرطان

تقریباً علت یک سوم از کل موارد سرطان، به تغذیه و رژیم غذایی ربط داده می‌شود. به عنوان مثال در مناطقی که مصرف غذاهای نمک‌سود شده، چای داغ، مصرف گوشت قرمز به ویژه به شکل کباب، برنج و ماهی دودی و مواد نیتراته مانند سوسیس و کالباس بالاست، شیوع سرطان مری و معده نیز افزایش معنی‌داری را نشان می‌دهد. همچنین رژیم غذایی فاقد میوه و سبزی در ایجاد و پیشرفت سرطان سینه و روده نقش مؤثری دارند. رژیم غذایی صحیح همراه با فعالیت بدنی مناسب سیستم



چربی و کربوهیدرات به ویژه فست فودها، سبک زندگی کم تحرک، نداشتن خواب کافی در کنار عوامل ژنتیکی از علل افزایش شیوع چاقی در جمعیت هستند. بهترین روش درمانی در چاقی، اصلاح رژیم غذایی و تغییر در فعالیت بدنی (به شکل همزمان) است (۸-۱۰).

نقش تغذیه در کنترل بیماری قلبی عروقی

بیماری‌های قلبی عروقی، اصلی‌ترین علت مرگ و میر در ایران و جهان محسوب می‌شوند. سبک زندگی غیرفعال در ۶۰ تا ۷۰ درصد شهرنشینان ایرانی، گرایش به غذاهای پر چرب، پر انرژی و پر نمک، فست فودها و غذاهای فرآوری شده، مصرف کم میوه و سبزی، مصرف دخانیات، تفریحات داخل منزل (استفاده طولانی از تلویزیون و گوشی‌های هوشمند) و چاقی عواملی هستند که در تعامل با یکدیگر بوده و در افزایش شیوع بیماری‌های قلبی عروقی نقش مهمی دارند (۱۱). مطالعه ملی «الگوی مصرف غذایی ایران و ارتباط آن با بیماری‌های قلبی عروقی» نشان داد طی یک روند ۳۰ ساله، مصرف چربی‌ها در کشور ۲ برابر شده است (۱۲).



• **ویتامین‌های C و E** از مهم‌ترین آنتی‌اکسیدان‌ها به شمار می‌آیند. ویتامین E در انواع حبوبات و لوبیاها، غلات کامل، مغزها، دانه‌های روغنی، غذاهای دریایی و روغن‌های گیاهی وجود دارد. مرکبات بهترین منبع ویتامین C هستند؛ اما مقدار زیادی از آن در سبزی‌ها نیز یافت می‌شود.

• **کلسیم و ویتامین D:** کمبود ویتامین D با افزایش ریسک بروز سرطان‌ها در ارتباط است. با توجه به نقش ویتامین D بر جذب کلسیم، مصرف لبنیات، بخصوص شیر با خطر پایین سرطان کولورکتال همراه است. جگر، زرده تخم مرغ، ماهی و لبنیات از منابع ویتامین D محسوب می‌شوند.

نقش تغذیه در کنترل دیابت

پیروی از یک رژیم غذایی مناسب می‌تواند تا ۸۰ درصد در کنترل قند خون بیماران دیابتی نقش مؤثری ایفا کند. کاهش دریافت قندهای ساده، چربی‌های اشباع و کلسترول و همچنین افزایش دریافت میوه و سبزی‌ها و فیبرها بخش مهمی از برنامه درمان بیماران دیابتی را تشکیل داده و موجب تنظیم گلوکز، کاهش فشار خون، بهبود سطح چربی خون و کاهش عوارض ناشی از دیابت می‌شوند. با این وجود مطالعات داخلی و خارجی نشان می‌دهند ۶۰ تا ۹۰ درصد بیماران دیابتی با وجود آگاهی کافی در زمینه توصیه‌های غذایی از پذیرش رژیم غذایی مناسب سر باز می‌زنند (۵-۷).

نقش تغذیه در کنترل چاقی

در صورتی که انرژی دریافتی از میزان انرژی مصرفی بدن بیشتر شود، افزایش وزن به وجود می‌آید. چاقی به عنوان عامل خطر نقش مهمی در ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی، پر فشاری خون، سرطان و دیابت دارد. هر چند وراثت به عنوان عامل تعیین کننده در ابتلای به چاقی مطرح است ولی می‌توان گفت در سال‌های اخیر، این عوامل تغذیه‌ای و رژیم غذایی است که موجب افزایش شیوع چاقی شده‌اند چرا که در این دوره تغییرات ژنتیکی خاصی انجام نگرفته است. پرخوری، مصرف بیش از حد

نتیجه‌گیری

افزایش مصرف میوه‌ها و سبزی‌ها، مصرف لبنیات کم‌چرب، جایگزین کردن گوشت مرغ و ماهی به جای گوشت قرمز و تأمین پروتئین روزانه از منابع گیاهی نظیر حبوبات و مغزهای گیاهی و مصرف غلات سبوس‌دار، می‌تواند در پیشگیری و درمان بیماری‌های مزمن در هر سنی تأثیرگذار باشد. در خصوص مصرف ریزمغذی‌ها، دریافت مقدار مناسبی از کلسیم، ویتامین D و مواد معدنی، افزایش دریافت فیبر، افزایش مصرف آنتی‌اکسیدان‌ها و اسیدهای چرب امگا ۳ و در مقابل، محدودسازی دریافت اسیدهای چرب اشباع و کلسترول می‌توانند در پیشگیری، به تعویق انداختن بیماری یا جلوگیری از پیشرفت بیماری‌های مزمن غیر واگیر مؤثر باشند (۲).

پیشنهادها

تغذیه سالم، عامل بسیار مهمی در کاهش بروز و همچنین کنترل بیماری‌های مزمن بوده و پیشگیری از بروز بیماری‌های مزمن را باید از کودکی و با شیوه تغذیه صحیح آغاز کرد. کاهش قیمت غذاهای سالم (پرداخت یارانه به غلات، میوه و سبزی‌ها از طرف دولت)، توزیع میوه و وعده غذایی سالم در بوفه مدارس، افزایش ساعات ورزش اجباری در مدارس یا ادارات و افزایش آگاهی عمومی در خصوص سبک زندگی سالم می‌تواند در کاهش بار بیماری‌های مزمن در جامعه مؤثر واقع شود.

منابع

- سند تقویت نظام شبکه بهداشتی و درمانی جمهوری اسلامی ایران، مرکز مدیریت شبکه معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ویراست نخست، ۱۴۰۱
- مهدوی روشن مرجان، تغذیه و بیماری‌های مزمن: از پیشگیری تا درمان (۳ و ۴ آذر ۱۳۹۵)، اولین همایش کشوری سبک زندگی سالم، دوره اول، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، ۱۳۹۵
- آریائیان ناهید، نقش تغذیه در پیشگیری از ابتلا به بیماری‌ها، سایت دانشگاه علوم پزشکی ایران، آذر ۱۳۹۹: <https://old.iums.ac.ir/content/109702/>
- ناظران پور فهیمه، آذری نژادیان شهناز، نقش تغذیه در پیشگیری و درمان سرطان، فصلنامه بهروز، دوره ۳۲، شماره ۱۰۹، تیر ۱۴۰۰: https://behvarz.mums.ac.ir/article_18274.html
- Moghadasiyan S, Seyed Rasooli A, Zamanzadeh V, Nader Ali MB. Assessment of diet therapy acceptance in diabetic patients. Abstracts book of 9th Iranian Nutrition Congress, Tabriz. Tabriz: Tabriz Medical Sciences and Health Service University; 2006. p. 156 (Farsi).
- Eeley EA, Stratton IM, Hadden DR, Turner RC, Holman RR. UKPDS 18: estimated dietary intake in type 2 diabetic patients randomly allocated to diet, sulphonylurea or insulin therapy. UK Prospective Diabetes Study Group. Diabet Med 1996; 13: 656-62.
- Campbell LV, Barth R, Gosper J. Unsatisfactory nutritional parameters in non-insulin-dependent diabetes mellitus. Med J Aust 1989; 151: 146, 149- 150.
- حسینی و همکاران، تغذیه و رژیم درمانی در چاقی، مجله دیابت و لیپید ایران، ۱۳۹۲، دوره ۱۲، شماره ۵
- Position of The American Dietetic Association: nutrition services in managed care. J Am Diet Assoc. 1996; 96: 391-395.
- Bray G, Bouchard C. Genetics of human obesity: research directions. FASEB J 1997; 11: 937-945.
- WHO. (2003) global strategy on diet, physical activity and health. Eastern Mediterranean Regional consultationmeetingreport, Cairo. www.who.int/hpr/NPH/docs/regional-consultationreport-emro.pdf.
- Kimiagar K.S., Ghaffarpour M., Houshiar -Rad A., Hormozdyari H. and Zellipour L. (1998) Food Consumption Pattern in the Islamic Republic of Iran and its relation to coronary heart disease . 4: 539-547.

فایده‌های ورزش در سنین مختلف فعال باش!



معصومه آهنگر
مربی مرکز آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی آبادان



شهلا عفرای
مربی مرکز آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی آبادان



سارا قاسمی
مربی مرکز آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی آبادان



اهداف آموزشی

امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه مقاله:

- فعالیت بدنی را تعریف کنند.
- تأثیرات مثبت فعالیت بدنی بر سلامت را بیان کنند.
- انواع فعالیت بدنی را توضیح دهند.
- اهمیت انجام ورزش و فعالیت بدنی در سنین مختلف را شرح دهند.
- فعالیت بدنی در دوران بارداری و شیردهی را بیان کنند.

فعالیت بدنی چیست؟

به هرگونه حرکت بدن که توسط ماهیچه‌ها ایجاد می‌شود و در مقایسه با حالت استراحت با مصرف انرژی بیشتری همراه است، «فعالیت بدنی» گفته می‌شود. فعالیت بدنی می‌تواند به شکل حرکات منظم و برنامه‌ریزی شده مانند پیاده روی، انواع نرمش‌ها و ورزش‌ها یا به شکل فعالیت‌های روزمره زندگی مانند انجام کارهای خانه، بالا و پایین رفتن از پله، شستن حیاط و خودرو و باغبانی باشد. فعالیت بدنی با ورزش متفاوت است چون ورزش نوعی فعالیت بدنی سازمان یافته است که با هدف بازی و سرگرمی، توانایی بیشتر، تندرستی یا تناسب بدنی، به شکل حرکات منظم، مکرر و برنامه‌ریزی شده انجام می‌شود. به عبارت دیگر، هر ورزشی فعالیت بدنی تلقی می‌شود، ولی همه فعالیت‌های بدنی درگروه ورزش قرار نمی‌گیرند.

اثرات مثبت فعالیت بدنی بر بدن در تمام سنین

الف: فواید جسمی فعالیت بدنی

- بهبود عملکرد قلب و ریه‌ها شامل افزایش ضربان قلب، ریتم تنفس و جذب اکسیژن، تنظیم فشارخون و پیشگیری از فشار خون بالا
- کاهش «چربی‌های بد خون LDL» و افزایش «چربی خوب HDL» در بدن و جلوگیری از رسوب چربی در داخل رگ‌ها و کاهش خطر سکته قلبی و مغزی

- پیشگیری از ابتلا به دیابت، کنترل بهتر قند خون و کاهش نیاز به انسولین و دارو در بیماران دیابتی
- افزایش حرکات روده، آسان کردن حرکت مواد غذایی در دستگاه گوارش و جلوگیری از یبوست مزمن
- کاهش و کنترل وزن بدن و پیشگیری از چاقی
- پیشگیری از ساییدگی و التهاب مفاصل و افزایش توده استخوانی در بدن و جلوگیری از پوکی استخوان
- کاهش خطر زمین خوردن و آسیب‌های ناشی از آن بخصوص در دوران سالمندی و پیشگیری از افت عملکرد و بهبود محدودیت‌های عملکردی
- پیشگیری از بروز سرطان‌های شایع از جمله سرطان روده بزرگ، پستان، رحم و پروستات

ب: فواید روانی فعالیت بدنی

- پیشگیری از اضطراب و افسردگی و افزایش توان مقابله با فشارهای زندگی و بهبود روحیه و خلق و خو
- بهبود وضعیت شناختی و کندکردن کاهش قدرت پردازش مغز و جلوگیری از آلزایمر در سالمندان
- بهبود اختلال خواب، تسهیل در روند به خواب رفتن و جلوگیری از بیدار شدن‌های مکرر در خواب

پ: فواید اجتماعی فعالیت بدنی

- افزایش استقلال و اعتماد به نفس و کمک به ایفای نقش فعال در جامعه
- کمک به تشکیل گروه‌های اجتماعی و گسترش روابط دوستانه و بهبود توان عملکردی در محیط کار و تفریح
- گسترش ارتباط بین نسل‌ها و حذف افکار کلیشه‌ای منفی درباره سالمندان

فعالیت بدنی در گروه‌های سنی مختلف

فعالیت بدنی در دوران کودکی

ورزش کردن برای کودکان مانند بازی بسیار هیجان انگیز و محرک بوده و همچنین برای رشد بهتر بدنی بسیار مهم و ضروری است. بهترین ورزش برای کودکان در سنین مدرسه، ورزش‌های گروهی است، چون کودک از طریق ورزش‌های گروهی به مرور مهارت‌های بدنی لازم را به دست می‌آورد. ورزش و فعالیت بدنی علاوه بر تأثیر بر رشد جسمانی



فعالیت بدنی در دوران نوجوانی

توسعه مهارت‌های حرکتی بنیادی، پیش نیاز یادگیری مهارت‌های ورزشی در سنین بالاتر است. مثل پرتاب کردن توپ با سرعت‌های مختلف یا ورزش ژیمناستیک در سنین نوجوانی یعنی ۵ تا ۱۸ سال. حداقل میزان فعالیت بدنی منظم و آن چه که موجب بهبود سلامتی می‌شود فعالیت‌هایی است که حداقل به مدت ۶۰ دقیقه در هر روز هفته انجام و باعث افزایش تعداد ضربان قلب و تنفس شوند. فعالیت‌ها باید شامل ورزش‌هایی باشند که موجب تقویت عضلات و استخوان‌ها و انعطاف‌پذیری می‌شوند. شدت فعالیت انجام شده باید متوسط بوده و ۲ تا ۳ روز در هفته نیز فعالیت شدید انجام شود. ورزش در سنین مدرسه، باعث عملکرد بهتر و افزایش یادگیری دانش آموزان در مدرسه و کاهش استرس و ایجاد روحیه‌ای شاداب و سرزنده در دانش‌آموز می‌شود. طبق نظر محققان حوزه ورزش و سلامتی، بهترین دوره برای آموزش حرفه‌ای ورزش بین سنین ۶ تا ۱۴ سال است.

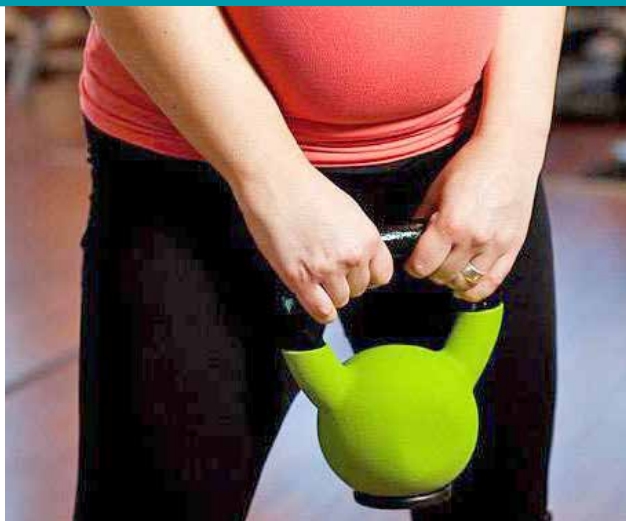
فعالیت بدنی در سن جوانی و میانسالی

افراد در سنین جوانی و میانسالی باید فعالیت بدنی با شدت «متوسط» حداقل ۵ بار در هفته یا به عبارتی هفته‌ای ۱۵۰ دقیقه یا فعالیت بدنی با شدت «تند» ۳ بار در هفته هر بار ۲۵ دقیقه به عبارتی هفته‌ای ۷۵ دقیقه داشته باشند. فعالیت‌های بدنی هوازی به همراه



کودکان، در رشد عاطفی، اجتماعی، شناختی و اخلاقی آن‌ها مؤثر بوده و باعث افزایش اعتماد به نفس، کسب قدرت و مقاومت بدنی، داشتن نظم فردی و بهبود مهارت‌های تفکر انتقادی می‌شود. فعالیت بدنی در سنین مختلف بر اساس شدت یا حداقل زمان انجام فعالیت مورد نظر متفاوت است. برای مثال در دوران کودکی (تا سن ۵ سالگی) بازی و فعالیت بدنی از بدو تولد شروع می‌شود. کودکان نوپا و پیش دبستانی باید روزانه حداقل ۳ ساعت فعالیت بدنی از جمله فعالیت‌های برنامه‌ریزی شده و بازی‌های آزادانه داشته باشند. کودکان زیر ۲ سال نباید به تماشای تلویزیون، بازی با رایانه و سایر دستگاه‌های الکترونیکی بپردازند. برای کودکان ۲ تا ۴ ساله، زمان تماشای تلویزیون و بازی‌های رایانه‌ای به یک ساعت در روز محدود شود. کودکان زیر ۵ سال ۱۸۰ دقیقه فعالیت بدنی در طول روز، از جمله فعالیت‌های برنامه‌ریزی شده، سازمان یافته و بازی‌های آزاد داشته باشند. شدت فعالیت‌ها به شکل تدریجی تا رسیدن به سن ۵ سالگی افزایش پیدا کند به نحوی که در سن ۵ سالگی فعالیت‌های با شدت متوسط را نیز در برنامه فعالیت بدنی روزانه‌اش داشته باشند، فعالیت‌ها سرگرم کننده باشند و کودکان به کشف و امتحان چیزهای جدید تشویق شوند.





ورزش‌های مقاومتی و قدرتی در هفته جهت افزایش استقامت عضلات و انعطاف‌پذیری بدن باید برنامه‌ریزی شود. بی‌حرکی یکی از عوامل اصلی بیماری‌های غیرواگیر از جمله دیابت و سکته‌های قلبی عروقی در سنین ۳۰ سال به بالاست که اگر عوامل خطری همچون مصرف سیگار، دخانیات و الکل، سوابق بیماری قلبی عروقی، کلیوی، فشارخون بالا، چربی خون بالا، چاقی و اضافه وزن داشته باشند، خطر مرگ و میر زودرس در این گروه سنی افزایش می‌یابد.

فعالیت بدنی در سالمندان

ضربان قلب و تنفس شده و مصرف اکسیژن در طی آن افزایش می‌یابد. در نتیجه کارآیی قلب، ریه‌ها و دستگاه گردش خون افزایش می‌یابد و توانایی سالمند در انجام کارهای روزانه بیشتر می‌شود.

فعالیت بدنی در دوران بارداری

فعالیت‌های منظم بدنی در دوران حاملگی باعث خواب راحت، بالا رفتن اعتماد به نفس، کم شدن شدت یا بروز درد کمر و جلوگیری از افزایش بیش از حد وزن مادر می‌شود. بهترین فعالیت بدنی در دوران بارداری، پیاده‌روی در هوای آزاد است. خانم باردار می‌تواند حدود نیم ساعت در روز و حداقل سه بار در هفته پیاده‌روی کند. پیاده‌روی با یک برنامه به آرامی شروع شده و به طور تدریجی سرعت و مسافت آن افزایش یابد. اگر توانایی انجام ۳۰ دقیقه پیاده‌روی مداوم را نداشته باشند می‌توانند به جای آن ۳ پیاده‌روی ۱۰ دقیقه‌ای داشته باشند. اگر زنان حامله دچار خستگی بیش از حد نشوند یا در معرض خطر آسیب قرار نداشته باشند، محدودکردن فعالیت ضرورت ندارد.

راه رفتن باعث تقویت عضلات شکم شده و در ماه‌های آخر بارداری به راحت‌تر انجام شدن زایمان کمک می‌کند. انجام حرکات بدنی بسیار ساده در زمان بارداری ضمن حفظ اندام مادر در کاهش انقباض عضلات لگن، ران و کاهش کمردرد و دردیشت مؤثر بوده و مادر را از نظر جسمی و روانی برای زایمان آماده می‌کند.

با افزایش سن تغییرات متعددی در قسمت‌های مختلف بدن ایجاد می‌شود. قلب، ریه‌ها، سیستم عصبی، عضلات و استخوان‌ها دچار تغییرات ناشی از افزایش سن می‌شوند. لذا با وجود اثرات مثبت فعالیت بدنی در سالمندان انجام برخی فعالیت‌ها ممکن است محدودیت‌ها و خطراتی داشته باشد از این رو لازم است برای کاهش خطرات ناشی از فعالیت بدنی، سالمندان قبل از شروع یا افزایش سطح فعالیت بدنی با پزشک خود مشورت کنند. ذکر این نکته مهم است که فعالیت بدنی برای همه افراد از جمله سالمندان، با هر وضعیت جسمانی مناسب است. بهترین نوع ورزش در سالمندان، ورزش‌های هوازی مانند پیاده‌روی است که ایمن و آسان نیز هست. این نوع ورزش‌ها موجب افزایش تعداد



می‌تواند مانع از ابتلا به بسیاری از بیماری‌های روحی و جسمی شود. با تحرک و فعالیت بدنی، جسمی سالم و روحی شاد خواهیم داشت و مشکلات روزمره نیز کمتر می‌توانند بر جسم و روان ما چیره شوند. ما معتقدیم که ورزش به عنوان پدیده‌ای اجتماعی برای دوام جامعه لازم است. امیدواریم ورزش کردن در جامعه ما به شکل یک عادت دایمی مثل غذا خوردن درآید که به وسیله آن می‌توان از ابتلا به بسیاری از امراض جلوگیری کرد.

پیشنهادها

- افزایش فعالیت بدنی روزانه، از ایجاد تغییرات کوچک در زندگی روزمره آغاز می‌شود و برای عادت به افزایش آن می‌توانید کارهای کوچک ولی مفید زیر را انجام دهید:
- به جای استفاده از آسانسور یا پله برقی از راه پله استفاده کنید.
- خودروی خود را کمی دور از مقصد پارک کرده و بقیه راه را پیاده‌روی کنید.
- برای سفرهای کوتاه به جای استفاده از خودرو، پیاده‌روی یا دوچرخه سواری کنید.
- برای پیاده روی، کودکان‌تان را همراه خود ببرید.
- از اتوبوس، مترو و تاکسی زودتر پیاده شوید و بقیه مسافت را پیاده روی کنید.
- با بچه‌هایتان به طور فعالانه بازی کنید.
- به جای رفتن به رستوران و قهوه‌خانه با دوستان‌تان قرار بگذارید و قدم بزنید.
- ورزش جدیدی را شروع یا به ورزشی که قبلاً انجام می‌دادید، برگردید.



پیشنهادها برای پیاده‌روی مناسب

- برای پیاده‌روی مسیری مناسب، هموار و با هوای تمیز را انتخاب کنید.
- کفش راحتی و مناسب پای خود انتخاب کنید.
- اگر حین پیاده روی دچار درد قفسه سینه، تنگی نفس، درد لگن و ... می‌شوید، برای ادامه فعالیت حتماً با پزشک خود مشورت کنید.

نتیجه گیری

ورزش و اهمیت فعالیت‌های بدنی دیرزمانی است که در میان افراد کم تحرک شناخته شده است. این مسأله باعث شده تا افراد جامعه نسبت به تأثیرات مختلف فعالیت‌های بدنی حساس شوند و تلاش کنند تا دانش و اطلاعات خود را توسعه بخشند. بدون شک جسم و روان از هم جدا نیستند و ورزش عاملی است که

منابع

- کتاب خودمراقبتی خانواده (۳)، دکتر محمد کیاسالار، تهران پارسای سلامت، ۱۳۹۶
- کتاب سبک زندگی سالم فعالیت بدنی منظم، دکتر محمد کیاسالار و همکاران، تهران پارسای سلامت، ۱۳۹۷
- کتاب بازی، ورزش و سلامت کودکان، علی هاشمی، بتول هاشمی، حسنعلی بختیار نصرآبادی، آسیه محمد ابراهیمی
- کتاب خطرسنجی بیماری‌های قلبی عروقی، نوید شریفی، معصومه دانیالی تهران پارسای سلامت، ۱۳۹۵
- بسته‌های خدمتی ارزیابی سلامت کودکان، نوجوانان، جوانان، میانسالان وسالمندان وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی
- کتاب فعالیت بدنی در سالمندان، دکتر احمد نظری، منوچهر قلخانی، دکتر علی مظاهری نژاد، دکتر محسن شتی، دکتر سیده صالحه مرتضوی، دکتر محمد تقی جغتایی، دکتر شیما رئیسی، قم، اندیشه ماندگار، ۱۴۰۰

یک درس یک تجربه

سقوط‌های ساده اما دردسرساز



اهداف آموزشی

امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه مقاله:

- مفاهیم ساده مرتبط با سقوط در سالمندان را بیان کنند.
- راه‌های کاهش خطر سقوط یا زمین خوردن سالمندان را شرح دهند.
- با ضرورت انجام ارزیابی تعادل و ترس از سقوط در سالمندی آشنا شوند.

زهرا محمدی

مریی مرکز آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی سبزوار



مقدمه

سقوط یا زمین خوردن عبارتست از حادثه‌ای که نتیجه آن افتادن ناخواسته فرد روی زمین یا از یک سطح به همان سطح یا سطح پایین‌تر، با یا بدون از دست دادن هوشیاری و آسیب است که با وقایع مهم حاد داخلی مانند صرع، سکته مغزی و سنکوپ و تصادف تفاوت دارد. سقوط علل مختلفی دارد و معمولاً ترکیبی است از علل داخلی مانند: ضعف در تعادل، ضعف بینایی، کاهش شنوایی، افت فشارخون وضعیتی، دمانس، بیماری‌های قلبی عروقی، کم‌خونی، بیماری‌های عفونی، دیابت، سکته مغزی، التهاب مفاصل، ضعف عضلانی، پارکینسون، سرگیجه، کمبود ویتامین B_{۱۲}، کمبود کلسیم و ویتامین D و علل خارجی مانند: مصرف برخی داروها، محیط نامناسب یا محیط ناآشنا، روشنایی ضعیف، نبود امکانات ایمنی، وجود قالیچه‌های لغزنده روی سنگ یا سرامیک است. سالمندان بالای ۷۰ سال و سالمندان زن بیشتر در معرض سقوط قرار دارند. براساس آمارها بیش از یک سوم افراد بالای ۶۰ سال حداقل سالی یک بار سقوط می‌کنند. معمولاً ۲۰ درصد افرادی که دچار سقوط شده‌اند در بیمارستان بستری می‌شوند. در ۴۰ درصد موارد، سقوط سبب می‌شود سالمندان در مراکز نگهداری سالمندی پذیرش شوند بنابراین سقوط در واقع شایع‌ترین مشکل ایمنی در افراد سالمند محسوب می‌شود و چون همراه با آسیب جسمانی، شکستگی، معلولیت و ... است، تأثیر مستقیم و غیر مستقیم روی عملکرد سالمند دارد.

اهمیت آموزش‌های پیشگیری از سقوط

یک روز که برای پایش فعالیت‌های برنامه سالمندان به یکی از مراکز خدمات جامع سلامت شهر سبزوار مراجعه کردم متوجه شدم یکی از سالمندان به همکار مراقب سلامت ما معترض شد که چرا برای همین کارها و آموزش‌های ساده، با من و پسرم بیش از بیست بار تماس گرفتید... یعنی برای همین سنجش وزن و فشارخون و حرف‌های تکراری اصرار داشتید که این همه راه بیایم؟! همکار مراقب سلامت با طمانینه و سعه صدر پاسخ داد: بله حق با شماست و آموزش‌های ما ساده هستند ولی

حقیقت این است که همین آموزش‌های ساده گاهی از بزرگ‌ترین مشکلات سالمندان پیشگیری می‌کند. به طور مثال همین سال قبل یکی از مراجعان ما، جلو در اتاق، دچار سقوط شد و دستش شکست و بعد از آن به علت ترس از سقوط و طولانی شدن فرآیند درمان، زمین‌گیر و نیازمند مراقبت ۲۴ ساعته شد... پسر ۵۳ ساله‌اش هم ضمن درمان و مراقبت از مادر سالمندش، از سلامت خود، غافل و به علت افزایش فشارخون، دچار سکته قلبی شده و فوت کرد. دو سه ماه بعد، پدر و مادر که تحمل داغ و سوگ فرزندشان را نداشتند به رحمت خدا رفتند. یعنی همه چیز از یک زمین خوردن ساده شروع شد که به علت مشکلات بینایی و گلوکوم تشخیص داده نشده، رخ داده بود و باعث عدم تحرک و زمین خوردن حاج خانمی شد که تا قبل از آن سقوط، به شکل مستقل زندگی خود و اطرافیانش را مدیریت می‌کرد.

بیش از یک سوم سالمندان هر ساله حداقل یک بار زمین خوردن را تجربه می‌کنند که ۷۵ درصد از آن‌ها در منزل یا اطراف آن اتفاق می‌افتد و شایع‌ترین محل زمین خوردن، اختلاف سطح زمین و پله‌هاست، لذا تناسب ساختاری برای حضور سالمندان در منزل و جامعه بسیار اهمیت دارد که اگر در مورد بالا، رعایت می‌شود و در اتاق بدون آستانه و اختلاف سطح ساخته می‌شود، این مشکل رخ نمی‌داد. آموزش فعالیت بدنی و ورزش منظم نیز مورد مهمی در پیشگیری از سقوط است که اگر حاج خانم اهل ورزش بوده و توانایی حفظ تعادل را داشت شاید این حادثه، کنترل می‌شد.

اگر بینایی و مشکلات چشمی بررسی و زودتر تشخیص داده و درمان می‌شد، محدودیت دید منجر به سقوط



عوارض روحی و روانی شامل افسردگی و اضطراب است. ترس از سقوط به خودی خود موجب افت عملکرد و کاهش کیفیت زندگی در بیست درصد سالمندان شده و عزت نفس و امید را در سالمندان کاهش می‌دهد.

نتیجه‌گیری

با توجه به اهمیت سقوط در سالمندان و کاهش فعالیت‌های سالمند پس از سقوط به علت وحشت و ترس از سقوط مجدد و عوارض گسترده مربوط به سقوط که منجر به ناتوانی پایدار به خصوص در زنان سالمند می‌شود، لذا به‌کارگیری توصیه‌های پیشگیری از سقوط در سالمندان بسیار مناسب و کاربردی است. انجام معاینات دوره‌ای توسط مراقب سلامت و بهورز و معاینات پزشکی، کنترل بینایی، درمان مشکلات اسکلتی و آگاهی از عوارض دارویی نظیر سرگیجه، بسیار اهمیت دارد. از سویی تغییر سبک زندگی به سمت ورزش مرتب و منظم جهت حفظ تعادل سالمندان، توصیه می‌شود.

پیشنهادها

با توجه به اهمیت استقلال در سالمندی موفق، لازم است با آموزش پیشگیری از سقوط موجود در بسته خدمت مراقبت‌های ادغام یافته سلامت سالمندان و مجموعه آموزشی شیوه زندگی سالم در دوره سالمندی و عوارض آن در سالمندی و ارزیابی دقیق تعادل در سالمند و انجام مراقبت‌های دوره‌ای مانند بررسی افت فشارخون وضعیتی، در حفظ و ارتقای سلامتی و استقلال سالمندان عزیز کوشا باشیم. هم‌چنین به یاد داشته باشیم بعد از هر مورد سقوط، سالمند را به لحاظ عوارض روانی و اجتماعی بررسی کنیم چراکه حدود ۲۰ درصد از سالمندان به خاطر ترس از سقوط دچار کاهش کیفیت زندگی می‌شوند.

نمی‌شد. اگر ترس بعد از سقوط و طولانی شدن زمان درمان، موجب بی‌حرکی و محدودیت فعالیت‌های روزانه نمی‌شد یا با مشاوره و روان‌درمانی بر این ترس غلبه می‌شد، کیفیت زندگی به قبل از سقوط برمی‌گشت و سالمند مستقلاً زندگی می‌کرد.

اگر فرزند خانواده به عنوان مراقب سالمند برای دریافت آموزش‌های ساده و مراقبت‌های بهداشتی مراجعه کرده و مشکل فشارخونش بررسی و کنترل شده بود، جامعه و خانواده از حضورش بی‌بهره نبود.

اگر بعد از فوت فرزند، خانواده سوگوار، آموزش و مشاوره سوگواری را گذرانده بودند و به مشاور، ارجاع شده بودند، شاید چراغ این خانه به این زودی‌ها بی‌فروغ نمی‌شد.

بنابراین انجام مراقبت دوره‌ای فرد سالمند، بررسی افت فشارخون، انجام تست تعادل در سالمندان و آموزش‌های پیشگیری از سقوط طبق بوکلت چارت سالمندان، خدمتی مفید و کاربردی است.

عوارض سقوط

عوارض جسمی شامل درد، زخم و ناتوانی است. حدود یک درصد از سقوط‌ها منجر به شکستگی سر ران می‌شود که تقریباً ۲۵ درصد از افراد با این شکستگی در عرض شش ماه فوت می‌کنند. حدود ۶۰ درصد محدودیت حرکتی پیدا می‌کنند و ۲۵ درصد برای ادامه زندگی وابسته به دیگران می‌شوند. در کل شش درصد سقوط‌ها منجر به شکستگی می‌شوند.

عوارض اجتماعی شامل وابستگی به شکل نیاز به مراقبت در منزل، هزینه و کاهش کیفیت زندگی فرد سالمند و خانواده وی است. عوارض فیزیولوژیک مانند ترس از سقوط مجدد منجر به کاهش فعالیت، تنها شدن و کاهش فعالیت‌های بدنی می‌شود.

منابع

- بسته خدمت مراقبت‌های ادغام یافته سلامت سالمندان ویژه بهورز و مراقب سلامت وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی معاونت بهداشت دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس اداره سلامت سالمندان ۱۳۹۸.
- صدرالهی ع. جامعه شناسی و مبانی بهداشت سالمندی. ۱۳۹۷ (نشرجامعه نگر)



۳ ماجرای دردناک



مهناز هادوی
کارشناس برنامه کودکان
دانشگاه علوم پزشکی مشهد

می خورد و دچار برق گرفتگی می شود. خانواده بلافاصله با اورژانس تماس می گیرند و برادر بزرگ تر با آموزشی که قبلاً در زمینه احیای کودک دیده سعی می کند کودک را که دچار ایست قلبی شده و تنفس نداشته احیا کند اما موفق نمی شود. کودک توسط آمبولانس اورژانس به بیمارستان منتقل می شود اما فاقد علایم حیاتی بوده و به احیا جواب نمی دهد و به علت ایست قلبی تنفسی فوت می کند. در بررسی انجام شده توسط کارشناس بلایا از محیط و

ماجرای اول؛ برق گرفتگی

عارف کودک ۳/۵ ساله ای بود که همراه خانواده در شهر درگز زندگی می کرد. او فرزند چهارم خانواده بود و عادت داشت همیشه در حیاط خانه با خرگوشش بازی کند. مادر هم از این بابت خیالش راحت بود که کودکش در محیط خانه است و به راحتی به امور منزل می پرداخت. در روز حادثه (خرداد سال ۱۴۰۱) نیز کودک در حیاط خانه مشغول بازی بوده که دستش به لوله گاز کنار باغچه

ماجرای سوم/آوار

امیر علی ۳ و نیم ساله تنها فرزند خانواده بود که همراه پدر و مادرش در یکی از بخش‌های شهرستان درگز زندگی می‌کرد. مادر پس از چند سال نازایی صاحب این فرزند شده بود و کودک کوچکش را بی‌نهایت دوست داشت. حیاط خانه آن‌ها بزرگ بود و امیر علی معمولاً در حیاط خانه بازی می‌کرد.

فصل بهار بود و طبق روال همیشگی باران‌های فروردین‌ماه شروع به باریدن کرده بود. در یک قسمت از حیاط این خانه دیوار گلی وجود داشت که بر اثر بارش باران نم کشیده بود. در روز حادثه امیر علی در حیاط منزل مشغول بازی بود و پدر و مادر کودک در حال کاشتن سبزی در باغچه بودند و از این که کودک جلو چشمشان در حال بازی کردن است خیالشان راحت بود، که ناگهان بر اثر سقوط دیوار گلی نم کشیده، صدای مهیبی بلند می‌شود. پدر و مادر سر می‌چرخانند و به دنبال امیر علی می‌گردند اما او را پیدا نمی‌کنند. در نهایت متوجه قسمتی از بدنش می‌شوند که از زیر آوار بیرون مانده است. پدر سراسیمه کودک را از زیر آوار بیرون می‌کشد و بدون هیچ معطلی با پای پیاده به مرکز خدمات جامع سلامت می‌رساند. عملیات احیا انجام می‌شود اما متأسفانه کودک فاقد علایم حیاتی بوده و فوت می‌کند.

در بررسی انجام شده توسط ناظرمرکز و کارشناس محیط مشخص می‌شود که بخشی از دیوار قبلاً برای عقب‌نشینی توسط شهرداری تخریب شده و پدر با بلوکه و به شکل غیر اصولی این قسمت را روی هم چیده است. اما قسمتی از دیوار که با خانه همسایه مشترک بود به دلیل عدم رضایت وی برای تخریب، همان‌طور گلی مانده بود و در روز حادثه به دلیل بارش باران‌های بهاری نم کشیده و روی کودک آوار شده بود.

این اتفاق نمی‌افتاد اگر:

دیوار نم کشیده تخریب می‌شد و با توافق همسایه دیوار جدیدی جایگزین آن می‌شد.
والدین این کودک احتیاط را واجب می‌دانستند و از بازی کردن کودک دلبندشان در این قسمت از حیاط خانه جلوگیری می‌کردند.

طبق نظر کارشناس اداره برق، کابل برقی که از روی لوله گاز می‌گذشته است دچار اتصالی شده بود و لوله‌های گاز برق داشته است. پدر کودک نیز می‌گوید روز گذشته بچه‌هایی که در کوچه بازی می‌کردند به او گوشزد کرده بودند که در منزل برق دارد و با لمس کردن آن دچار برق گرفتگی خفیف شده‌اند.

این حادثه اتفاق نمی‌افتاد اگر:

پدر کودک احتیاط لازم را انجام می‌داد و زمانی که متوجه این قضیه شد با جدیت موضوع را پیگیری می‌کرد و مشکل را حل می‌کرد. همچنین آموزش احیای پایه کودکان و پیگیری از حوادث و سوانح متناسب با هر گروه سنی براساس بسته خدمتی کودک سالم به عموم مردم به خصوص والدین دارای کودک زیر ۵ سال از اقدامات پیشگیرانه در زمینه کاهش موارد حوادث و سوانح در گروه سنی کودکان است.

ماجرای دوم/حادثه ترافیکی

امیر علی کودک ۲ ساله‌ای بود که همراه خانواده‌اش در یکی از روستاهای اطراف درگز زندگی می‌کرد. او بتازگی شروع به صحبت کردن و شیرین زبانی کرده بود و رابطه خوبی با خواهرش که ۶ ساله است داشت. چند روز قبل از اینکه این حادثه اتفاق بیفتد مادرش او را برای مراقبت دو سالگی به خانه بهداشت برده بود و از اینکه کودکش رشد مطلوب داشته خوشحال بود.

در روز حادثه (آذر ۱۴۰۱) خانواده چهار نفری امیر علی در حال سفر بودند که به علت بی‌احتیاطی و عدم رعایت قوانین راهنمایی و رانندگی دچار تصادف می‌شوند. در این حادثه امیر علی و مادرش دچار آسیب و صدمات زیادی شده که بلافاصله با ۱۱۵ به بیمارستان درگز منتقل و از آنجا به بیمارستان قوچان اعزام می‌شوند. اما متأسفانه به علت شدت صدمات وارده هر دو فوت می‌کنند.

این حادثه اتفاق نمی‌افتاد اگر:

هنگام استفاده از خودرو شخصی کودک در صندلی مخصوص کودکان قرار گرفته یا مادر به همراه کودک در صندلی عقب خودرو قرار گرفته و از کمربند ایمنی استفاده می‌کردند.

آشنایی با نرم افزار INSHOT در تولید محتوای مجازی

وقتی تصاویر حرف اول را می زنند



اهداف آموزشی

امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه مقاله:

- نقش نرم افزارهای ویرایش تصویر و فیلم در تولید محتوای مجازی را شرح دهند.
- ویژگی‌ها و مزایای استفاده از نرم افزار «INSHOT» را بیان کنند.
- کاربرد بخش‌های مختلف نرم افزار را به شکل کاربردی توضیح دهند.

روح الله خارا

دکتری تخصصی مدیریت اطلاعات سلامت،
عضو هیات علمی دانشکده علوم پزشکی بهبهان



وحیده باهوش

کارشناس آموزش بهورزی معاونت بهداشت
دانشکده علوم پزشکی بهبهان



مقدمه

اهمیت تولید محتوای ویدیویی و تصویری می‌توان گفت: تولید محتوای متنی با تصاویر واضح و جذاب ۹۴ درصد بازدید بیشتر را از تولید محتوای متنی بدون تصویر به ثبت رسانده‌اند و به طور کلی آمارها نشان می‌دهد که ۶۶ درصد تمام تولید محتواهای جدید به شکل تصویری است. بنابراین توانایی تولید محتوای ویدیویی و تصویری امروزه یکی از مهم‌ترین مهارت‌هایی است که می‌تواند در زمینه تولید محتوا مورد توجه قرار گیرد.

نرم افزارهای تولید محتوای مجازی

برای تولید هر نوع محتوا، نرم‌افزارهای مخصوصی مورد نیاز است که آن‌ها را نرم‌افزارهای تولید محتوا می‌نامند. نرم‌افزارهای تولید محتوا انواع گوناگونی دارند. هم از حیث نوع محتوا و هم بستری که روی آن اجرا می‌شوند و به شکل کلی می‌توان آن‌ها را به نرم‌افزارهای رایانه‌ای، موبایل و نرم‌افزارهای تحت وب تقسیم کرد. یکی از نرم‌افزارهای قدرتمند در تولید محتوای تصویری و ویدیویی که برای سیستم عامل‌های تلفن‌های هوشمند مانند ios و اندروید ایجاد شده، نرم افزار Inshot است. در این مقاله آموزشی قصد داریم این نرم‌افزار را معرفی کرده و با قابلیت‌های مختلف آن آشنا شویم.

نرم افزار Inshot

نظر به اهمیت استفاده از تصاویر و ویدیوها در تولید محتوای مجازی استفاده از ابزار مناسب در این زمینه می‌تواند کار تولید محتوا را با جذابیت و کیفیت مناسب‌تری انجام دهد. این نرم افزار در پلتفرم گوگل پلی بیش از ۵۰۰ میلیون بار دانلود شده است و از تعداد حدود ۱۸ میلیون بازبینی امتیاز ۴٫۸ از ۵ را کسب کرده که خود نشان از قابلیت‌های مناسب این نرم‌افزار و کاربرپسندی آن است. این نرم افزار قابلیت‌های بسیار زیادی برای ویرایش فیلم‌ها و عکس‌ها در اختیار کاربران قرار می‌دهد. از جمله این قابلیت‌ها می‌توان به برش عکس، تغییر زمینه، تغییر سایز و انواع افکت‌ها، صداگذاری، قراردادن زیرنویس و عملکردهای دیگر را نام برد. این نرم افزار را می‌توان از بسترهای مختلف دانلود کرد.

امروزه کاربران بیش از هر زمان دیگری از فضای مجازی و محتوای آن استفاده می‌کنند و به همین دلیل صاحبان کسب و کارها و تولید کنندگان محتوا به ویژه در حوزه آموزش هر روزه حجم زیادی از محتوا در قالب‌های مختلف ایجاد کرده و به گروه‌های هدف خود ارایه می‌کنند. به عنوان مثال در یک نمونه معروف یعنی اینستاگرام در هر دقیقه بیش از هفتصد هزار استوری به اشتراک گذاشته می‌شود. سؤال این است که چه چیزی باعث می‌شود برخی از این مطالب منتشر شده بیشتر از سایرین مورد توجه کاربران قرار گیرد؟ جواب این سوال در اصول و روش‌های تولید محتوا نهفته است. ارایه محتوای ارزشمند به بازار هدف یک رکن اساسی و مهم برای ماندگاری و موفقیت کسب‌وکارها به حساب می‌آید. محتوا به اشکال مختلفی در اختیار مخاطبان قرار می‌گیرد و در تمامی آن‌ها تلاش بر این است که این اطلاعات را به مخاطب منتقل کند. محتوا چیزی است که کاربران در زمان استفاده از فضای مجازی با آن روبه‌رو می‌شوند و هر چیزی که در دنیای دیجیتال قابل دیدن، شنیدن یا خواندن باشد محتوا به حساب می‌آید.

یک نوشته در یک صفحه اینترنت یا یک مطلب آموزشی یا طنز، یک پادکست یا کتاب صوتی، ویدیویی در یوتیوب و حتی همین مطلب که اکنون مشغول مطالعه آن هستید، همه محتوا به حساب می‌آیند.

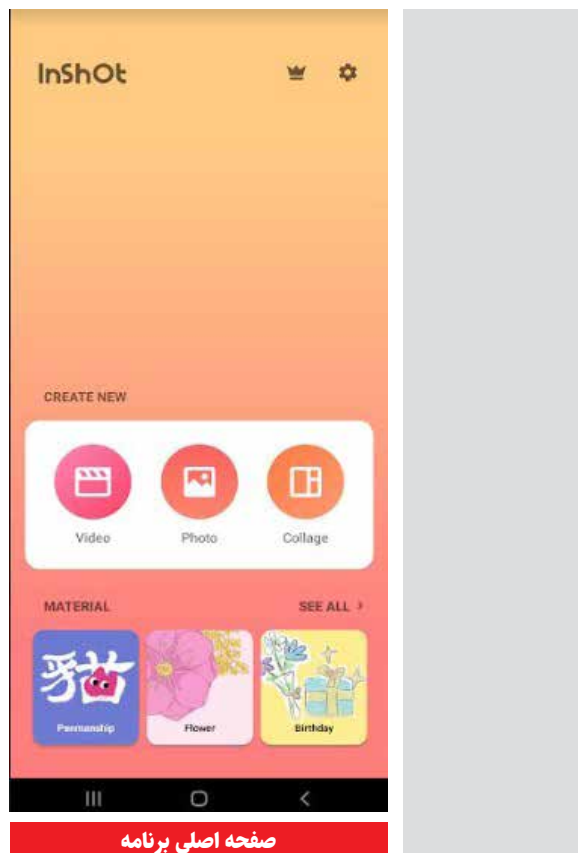
در حال حاضر در فضای مجازی اشکال متنوعی از محتوا تولید و به اشتراک گذاشته می‌شود که از مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به متن، تصویر، ویدیو، موشن گرافی و صوت اشاره کرد. در این میان تصاویر و فیلم‌ها به دلیل درگیر ساختن قوه بصری به همراه سایر داده‌ها جذابیت بیشتری به همراه داشته و مخاطب را به شکل ویژه‌ای درگیر می‌کند.

تولید محتوای تصویری و ویدیویی

تصاویر این قدرت و توانایی را دارند تا پیام شما را با قدرت و تأثیر بیشتری به مخاطب القا کنند. به گفته دانشمندان علم ارتباطات، گاهی اوقات صداها کلمه نمی‌توانند مانند یک ویدیو یا تصویر ذهن مخاطب را درگیر کنند. در



قابلیت های برنامه



صفحه اصلی برنامه

پیشنهاد می دهد همچنین در این آیتم کاربر می تواند ساینز ویدیو را به دلخواه خود نیز تغییر دهد.

۲. Music: در این قسمت کاربر می تواند از طریق سه گزینه music, effects و record صدای مورد نظر خود را بر روی ویدیو بارگذاری کند. به عنوان مثال در music کاربر می تواند صدای اصلی ویدیو را استخراج کند و از طریق وب، موسیقی یا صدای مورد علاقه خود را به ویدیو اضافه کند. در قسمت effect می توان صداهای ویژه را به ویدیو اضافه و در گزینه record می توان صدای مورد نظر را ضبط و به ویدیو اضافه کرد.

۳. Sticker: در این قسمت کاربر می تواند استیکر مورد نظر خود را به ویدیو اضافه کند. همچنین در همین قسمت می توان افکت های دیگری به ویدیو اضافه کرد. مثلا اضافه کردن متون یا خطوط، بلوری یا مخدوش کردن قسمتی از ویدیو یا شطرنجی کردن چهره افراد در ویدیو. همچنین در همین قسمت می توان روی قسمت خاصی از ویدیو عمل بزرگ نمایی را انجام داد.

پس از نصب این نرم افزار با انتخاب گزینه های عکس یا فیلم قابلیت ها و آیتم های مختلفی به کاربر نمایش داده می شود. البته ذکر این نکته قابل توجه است که کاربرد دستورات در هر دو نوع ویرایش محتوای عکس و فیلم تا حد زیادی مشابه همدیگر است. بنابراین برای تلخیص مطلب در این مقاله صرفا عملکردهای مربوط به ویرایش ویدیو توضیح داده خواهد شد ولی با کمی تغییر این توضیحات را در ویرایش عکس نیز می توان به کار گرفت. یک قسمت دیگر که در صفحه ابتدایی قابل نمایش است collage است که برای آلبوم سازی از عکس ها با افکت های متفاوت استفاده می شود.

قابلیت های کاربردی در برنامه inshot

با باز کردن گزینه ویدیو در پایین هر فایل آیتم هایی وجود دارد که عملکرد آن ها در ادامه توضیح داده خواهد شد. **۱. Canvas:** این قابلیت در حقیقت ساینز مناسب ویدیو برای بارگذاری در شبکه اجتماعی مورد نظر را به شما

۱۳. Duplicate: این عملکرد در واقع برای اضافه کردن زیر نویس به فیلم‌ها تا حد زیادی به کاربر کمک می‌کند و می‌توان براحتی متن زیر نویس را نیز ویرایش کرد.

۱۴. Reverse: این ویژگی برای برعکس کردن ویدیوها (نمایش از آخر به اول) استفاده می‌شود که این کار معمولا در کلیپ‌های سرگرمی برای مخاطبان جذابیت زیادی ایجاد می‌کند.

۱۵. Rotate: به کاربر امکان می‌دهد تا ویدیوی خود را به جهت‌های مختلف بچرخاند.

۱۶. Flip: این گزینه برای برگرداندن تصویر استفاده می‌شود.

۱۷. Freeze: به کاربر این امکان را می‌دهد که بخشی از ویدیو را به حالت ساکن و فریز در آورد.

در نهایت با ایجاد تغییرات لازم بر روی ویدیو شما می‌توانید دکمه save را بزنید و ویدیوی خود را ذخیره و همچنین میزان کیفیت آن را مشخص کنید.

نتیجه‌گیری

تولید محتوای با کیفیت یکی از راه‌های جذب مخاطب جدید و حفظ مخاطبان و دنبال کنندگان گذشته است. استفاده از جلوه‌های بصری در نمایش محتوا می‌تواند تا حد زیادی به جلب توجه کاربران کمک کند و همچنین تمایل افراد برای به اشتراک گذاری مطالب را بالا ببرد. یکی از راه‌های تولید محتوای سودمند و جذاب استفاده از ابزار مناسب است، نرم‌افزار inshot به عنوان یک نمونه موفق در تولید محتوای ویدیویی و تصویری می‌تواند بخوبی در تولید محتوا، خصوصا محتوای آموزشی بر اساس پلتفرم‌های مختلف عمل کند.

۴. Text: در این قسمت می‌توان یک متن را به همراه سایز و رنگ و افکت‌های دلخواه به ویدیو اضافه کرد.

۵. Filter: در این قسمت بیشترین افکت‌ها و فیلترها را می‌توان روی ویدیوها اجرا و پس از پیدا کردن افکت مورد نظر می‌توان از گزینه adjust تنظیمات مربوط به هر افکت را از جمله نور، سایه، رنگ و غیره اجرا کرد.

۶. Duration: این عملکرد به کاربر اجازه می‌دهد تا به شکل بسیار آسان مدت زمان فیلم مورد نظر خود را به دلخواه تعیین کند.

۷. Split: در این آیتم کاربر می‌تواند یک یا چند قسمت ویدیو را انتخاب کرده، برش بزند و این برش‌ها را به شکل جداگانه به یک ویدیو تبدیل کند.

۸. Delete: با استفاده از این آیتم می‌توان ویرایش‌های اضافی و تغییرات تصادفی یا غیر دلخواه ایجاد شده در ویدیو را حذف کرد.

۹. Background: در این قسمت می‌توان با استفاده از رنگ‌ها و حالت‌های مختلف جلوه‌های جالبی را روی ویدیوی خود ایجاد کرد.

۱۰. Speed: در این قسمت می‌توان سرعت ویدیو را با توجه به نیاز کم یا زیاد کرد.

۱۱. Crop: این گزینه به شما اجازه می‌دهد که هر قسمت از ویدیو که مد نظر باشد را برش داده و در جاهای دیگر استفاده کنید.

۱۲. Volume: این آیتم جهت کم یا زیاد کردن صدای ویدیو استفاده می‌شود و برای ویدیوهایی که صدای پایین یا بالایی دارند می‌توان جهت تنظیم صدا از آن استفاده کرد.

منابع

۱. یوسفی یزدان، آموزش برنامه Inshot ویرایش عکس و فیلم در موبایل، مجله نت ران، ۱۴۰۱؛ ۱۰(۴): ۱-۱۶
۲. قاسمی، محمد پویا. صادقی، نادری، کیا. چگونگی روابط تولید محتوای کاربرساز در اینستاگرام با تأکید بر رابطه اینفلوئنسر و فالوئر. مطالعات رسانه‌های نوین. 2021 Dec 22;7(28):138-11
- 3- Anton-Sancho A, Vergara D, Lamas-Alvarez VE, Fernandez-Arias P. Digital content creation tools: American university teachers' perception. Applied Sciences. 2021 Dec 8;11(24):11649.
- 4- Nurviyani V, Dewia LA. Composing Digital Multimodal Notices Using the InShot Application as Learning Media. Linguistics and ELT Journal. 2022 Dec 31;10(2):41-8.

طب ایرانی درباره سبک زندگی در فصل سوم سال چه می گوید؟



بخوریم، نخوریم‌های پاییزی



اهداف آموزشی

امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه مقاله:

- بیماری‌هایی که در فصول سرد سال تشدید می‌شوند را بیان کنند.
- راه‌های پیشگیری مبتنی بر سبک زندگی را توضیح دهند.
- تعدادی از غذاهای مناسب فصل پاییز را نام ببرند.
- چند نمونه از راه‌های پاکسازی بدن در طب ایرانی را نام ببرند.

دکتر زهرا نیک اختر

کارشناس طب سنتی معاونت بهداشت
دانشگاه علوم پزشکی مشهد



ماندانا حیرتی مقدم

مدیر مرکز آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی گیلان



مقدمه

نوزادان، کودکان خردسال و بزرگسالان مسن‌تر به علت ضعف ایمنی و افرادی که مبتلا به بیماری‌های مزمن مانند آسم، بیماری کلیوی، دیابت و بیماری قلبی هستند در معرض خطر بیماری شدید به دنبال ابتلا به این ویروس‌ها هستند.

افسردگی فصلی هم نوعی اختلال خلقی است که در فصل پاییز و زمستان بیشتر دیده می‌شود. این نوع افسردگی در پاییز با علائمی مانند افزایش خواب و اشتها، افزایش وزن، تحریک‌پذیری، کاهش انرژی، خستگی، غمگینی و پرهیز از تعاملات اجتماعی ظاهر می‌شود. برخی آلرژی‌ها و بیماری‌های مفصلی در پاییز تشدید می‌شوند. برای پیشگیری از این بیماری‌ها می‌توان با پایبندی به عادات سالم و اصلاح سبک زندگی متناسب با این فصل از خود محافظت کرد.

سبک زندگی و تقویت سیستم ایمنی

دستگاه ایمنی یا سیستم ایمنی^۱ بخشی از بدن است که سلول‌ها و مولکول‌های خودی را از بیگانه شناسایی کرده و آن‌ها را از بین می‌برد یا بی‌خطر می‌کند. طحال، لوزه‌ها، آپاندیس، مغز استخوان، کبد، معده و لکوسیت‌ها (نوعی از گلبول‌های سفید) و غدد لنفاوی تنها تعدادی از اجزای این سیستم هستند. دفاع سیستم ایمنی به دو بخش دفاع اختصاصی و غیر اختصاصی تقسیم می‌شود. ضعف سیستم ایمنی بدن را مستعد ابتلا به بیماری‌های عفونی مانند عفونت‌های تنفسی بخصوص در فصول سرد سال می‌سازد. حفظ عملکرد طبیعی سیستم ایمنی با پیروی و انتخاب سبک زندگی سالم امکان‌پذیر است. رژیم غذایی سرشار از میوه و سبزی‌ها، فعالیت بدنی منظم، کنترل وزن، خواب کافی، عدم استعمال سیگار و الکل و کنترل استرس و فشارهای روانی در تقویت ایمنی نقش دارند.

تغذیه مناسب فصل پاییز

پاییز برحسب مزاج، سرد و خشک بوده و مخالف با مزاج روح انسان، حیوانات و نباتات است. اگر در فصل پاییز

تأثیر آب و هوا بر سلامت انسان یکی از موضوعاتی است که با تغییرات اقلیمی مورد توجه دست اندرکاران سلامت قرار گرفته است. پاییز نیز با توجه به ویژگی آب و هوایی خود که از نظر طب ایرانی سرد و خشک است در وضعیت سلامت عمومی و به نوعی خوش‌حال بودن یا ایجاد بیماری‌ها تأثیر می‌گذارد. از جمله مشکلات جسمی که ارتباط مستقیمی با آب و هوای سرد دارد می‌توان از بیماری‌های قلبی، تنفسی، میگرن، دردهای مفصلی، انواع بیماری‌های ویروسی و اختلالات روانی نام برد. برخی مطالعات افزایش سکته‌های قلبی در فصول سرد سال را تأیید کرده‌اند؛ افزایش مراجعان دردهای مفصلی به درمانگاه‌ها در زمستان و پاییز، افزایش آلرژی‌ها در بهار و پاییز، سرماخوردگی و آنفلوانزا در زمستان و بیماری‌های گوارشی در تابستان نمونه‌ای از تأثیر آب و هوا بر سلامت است.

در طب ایرانی شش اصل ضروری در تندرستی و حفظ سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها تعریف شده و دستورات پیشگیرانه و تدابیر تندرستی با توجه به این اصول تنظیم شده‌اند. یکی از اصول شش‌گانه که حکمای طب سنتی به آن توجه داشته‌اند آب و هوا بوده است. هوا جوهر حیات است چرا که زندگی بدون هوا غیر ممکن است. بهترین هوا از دیدگاه طب ایرانی هوایی است که معتدل در سردی و گرمی باشد و آلوده به بخارها، گرد و غبار و اجسام خارجی نباشد. در تدابیر آب و هوا، تغییرات فصلی، آلودگی‌ها اعم از شیمیایی و میکروبی و تغییرات منطقه‌ای آب و هوا در نظر گرفته شده است.

بیماری‌های شایع پاییز

انتقال و گسترش بیماری‌های تنفسی مانند سرماخوردگی و آنفلوانزا در پاییز و زمستان به اوج خود می‌رسد. برخی از ویروس‌ها مانند آدنوویروس، ویروس کرونای انسانی، ویروس سنسیشیال تنفسی انسان، آنفلوانزا و راینوویروس مسؤل این بیماری‌ها هستند. زنان باردار،

1. Immune System

ککش شور و مانده، خانواده کلم‌ها، چای پررنگ، به خاطر افزایش سردی و خشکی در بدن، مناسب فصل پاییز نیستند.

پاکسازی بدن یا دفع مواد غیر ضروری و زاید

پاکسازی بدن از سموم و مواد زاید، که در طی روند هضم در بدن ایجاد می‌شود، نقش مهمی در حفظ سلامتی فرد دارد. همچنین نگهداری مواد حیاتی و ضروری در بدن، برای سلامتی اهمیت دارد. پاکسازی بدن از مواد زاید که در طب ایرانی با نام استفراغ هم شناخته می‌شود روش‌های متفاوتی دارد. انواع استفراغات طبیعی مانند دفع گازهای سمی از طریق ریه، دفع مدفوع، دفع ادرار، عرق کردن، عادت ماهیانه و استفراغات ایجاد شده توسط پزشک مانند ایجاد اسهال، تعریق، افزایش ادرار، فصد، حجامت هستند. پاکسازی در ابتدای فصل پاییز توصیه شده است. مصرف ملین‌ها با کمک به دفع مدفوع و دفع مواد زاید نوعی پاکسازی محسوب می‌شود. در طب ایرانی فرد بایستی به ازای هربار مصرف غذای کامل، یکبار اجابت مزاج راحت و با دفع کامل داشته باشد لیکن با توجه به سبک زندگی امروز از جمله نوع تغذیه، کاهش فعالیت بدنی و مصرف داروها، حداقل فرد بایستی هر روز یک بار اجابت مزاج (دفع مدفوع) کامل و راحت داشته باشد. برخی از خوراکی‌های مفید در کاهش یبوست عبارتند از:

- مصرف انواع سوپ‌ها و آش‌های رقیق
 - انجیر: افراد غیر دیابتی روزانه ۳ تا ۹ عدد انجیر در مقداری گلاب خیسانده و ناشتا یا قبل از وعده‌های غذایی مصرف کنند.
 - روغن زیتون، روغن بادام شیرین: روغن زیتون یا بادام شیرین را روی سالاد ریخته و در میان وعده میل شود یا ناشتا با کمی آب ولرم و عسل بنوشند.
 - شکر سرخ: شکر سرخ را در شیر گرم ریخته و ناشتا مصرف شود.
 - روغن مالی: شکم با روغن زیتون یا بادام شیرین در جهت عقربه‌های ساعت روزی یک بار
- نکته:** چرب کردن بدن با روغن بنفشه و بادام بخصوص

رطوبت و باران زیاد باشد مزاج فصل متعادل‌تر خواهد شد و بر عکس زمانی که با کمی بارش باران مواجه باشیم خشکی فصل بیشتر خواهد شد. توصیه‌های تغذیه‌ای در این فصل در جهت کاهش خشکی و سردی است و توصیه به مصرف غذاهایی است که طبیعت گرم و تر داشته باشند.

توصیه‌های غذایی

غذاهای مناسب فصل: نان گندم خوب و کمی کره گاوی با مربای به، بالنگ، هویج، سیب، شیره انگور یا شیره توت، کشمش، مویز، توت خشک، بادام درختی، حریره بادام، آبگوشت گوسفندی، کبک و بلدرچین، زرده تخم مرغ عسلی، آش بلغور گندم، آش ماش، گاهی حلیم، نخوداب، خوراک لوبیا

گوشت‌ها و شیرینی‌ها: مصرف گوشت بره، گوشت گوسفند و بزغاله مصرف شیرینی‌های ساخته شده از مغز بادام و پیسته **میوه‌ها:** استفاده از به، سیب، گلابی و انار شیرین توصیه شده است.

پرهیزها

پرخوری و پرنوشی، نوشیدن آب سرد و یخ، ترشی‌ها، استفاده از گوشت گاو، غذای سرخ شده و نمک سود، گوشت‌های مانده و دودی، گوشت حیوانات پیر، غذاهای کنسروی و فریزری، غذاهای حاوی افزودنی، بادمجان، عدس، قارچ، فست فودها، غذاهای شور، قهوه، پنیر و



خواب: خواب کافی و مناسب نقش اساسی در نگهداشت سلامتی دارد. در طب ایرانی با در نظر گرفتن خواب به عنوان یکی از اصول شش‌گانه تندرستی دستورات عمومی و اختصاصی برای آن ذکر شده است. در فصول سرد سال مانند پاییز، دیر خوابیدن شب، خوابیدن در روز، خواب با پری معده و کم خوابی منع و توصیه به پوشیده بودن سر هنگام خواب شده است.

نتیجه‌گیری

توصیه‌های طب رایج با تقویت سیستم ایمنی بدن در پیشگیری و کنترل بیماری‌ها مؤثرند از جمله کنترل وزن، افزایش تحرک، مصرف بیشتر میوه و سبزی‌ها، خواب کافی و کنترل فشارهای روحی. بسیاری از تدابیر (توصیه و پرهیزها) در طب ایرانی مانند پرهیز از پرخوری، درهم‌خوری و پرهیز از مصرف غذاهای سنگین و غلیظ، توصیه به مصرف میوه‌های خاص مانند سیب و انار و گلابی، پرهیز از کم‌خوابی بخصوص در فصل پاییز، نیز با توصیه‌های طب رایج تطابق داشته و موجب بهبود عملکرد سیستم دفاعی بدن می‌شوند. به علاوه چون در طب ایرانی سبک زندگی هر فرد با توجه به خصوصیات مزاجی، سنی، جنس و تغییرات محیط پیرامون فرد با دقت و جزئیات توضیح داده شده است می‌تواند در تعادل و تقویت قوای بدن نقش مؤثری ایفا کرده و بروز بیماری‌ها را کاهش داده و از پیشرفت برخی از بیماری‌ها جلوگیری کند.



در افرادی که دچار خشکی پوست هستند، بعد از استحمام در فصل پاییز توصیه و از طرفی زیاده روی در آمیزش جنسی منع شده است.

ورزش: در طب ایرانی ورزش عامل مهمی برای حفظ سلامتی به شمار می‌رود و برای آن اثرات زیادی ذکر شده است. حکیم جرجانی معتقد است هیچ چیز مانند ورزش نمی‌تواند بدن را از عوامل درون تنی موجب بیماری پاکسازی کند و نیاز مردم به ورزش را یک نیاز ضروری می‌داند. طب ایرانی از جوانب مختلف به ورزش پرداخته است از جمله انواع ورزش، مقدار ورزش، زمان ورزش و ... زمان مناسب ورزش در فصول سرد سال در اعتدال نیم‌روزی که دمای هوا متعادل‌تر است توصیه می‌شود. با توجه به مزاج فصل پاییز ورزش‌هایی که با تعریق شدید همراه هستند به خصوص برای افراد با مزاج خشک توصیه نمی‌شود.

منابع

- رجبی غلامرضا، عطایان مرضیه. علایم عاطفی فصلی (افسردگی) در شهرستان‌های اقلید، لامرد و ارسنجان از استان فارس. اصول بهداشت روانی ۱۳۸۴؛ ۷(۲۷-۲۸): ۱۳۴-۱۴۴.
- عظیمی مریم، هاشمی نسب فاطمه سادات، مکبری نژاد روشنک، قرائتی مرضیه، مجاهدی مرتضی. مروری بر پیشگیری و درمان کمکی در سندرم حاد تنفسی ناشی از بیماری کووید ۱۹ از منظر طب ایرانی. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بابل. ۱۴۰۰؛ ۲۳ (۱): ۱۷۷-۱۸۸.
- کارگزار راحله، سالاری روشنک، خدابخش مزده، متوسلیان ملیحه. اصول شش‌گانه حفظ سلامتی از دیدگاه طب سنتی ایران و ارتباط آن با فصول. مجله طب سنتی اسلام و ایران. ۱۳۹۶؛ ۸ (۳): ۳۸۱-۳۸۸.
- مقیمی مریم، فقیهی فرشته، جعفری ناهید، ثنایی هستی. آشنایی با مبانی طب ایرانی و اصول سالم زیستن. چاپ اول. تهران: المعی: ۱۳۹۵.
- <https://www.health.harvard.edu/staying-healthy/how-to-boost-your-immune-system>

لذت مادری با مدیریت افسردگی پس از زایمان



ثریا حمیدی

کارشناس سلامت روان معاونت بهداشت
دانشگاه علوم پزشکی اردبیل



احد عظیمی

رئیس گروه سلامت روان معاونت بهداشت
دانشگاه علوم پزشکی اردبیل



فضه رستمی

کارشناس سلامت روان
دانشگاه علوم پزشکی مشهد



اهداف آموزشی

- از خوانندگان محترم انتظار می‌رود پس از مطالعه مقاله:
- نشانه‌های افسردگی پس از زایمان را بیان کنند.
- روش‌های پیشگیری و درمان افسردگی پس از زایمان را شرح دهند.

افسردگی، ناراحتی و غم یک واکنش طبیعی به شرایط و موقعیت های دشوار زندگی است و معمولاً گذراست، اما افسردگی، زندگی روزمره و عملکرد معمول فرد را تحت تأثیر قرار داده و برای فرد و نیز برای نزدیکانش آزاردهنده است.

افسردگی نشانه ضعف فرد یا نقص شخصیت او نیست و یک بیماری واقعی است. شما نمی‌توانید تنها با اراده و تصمیم افسردگی را برطرف کنید. افرادی که افسردگی را تجربه می‌کنند معمولاً برای بهبودی به درمان نیاز دارند. بیماری افسردگی ممکن است برای هر کسی و در هر سنی پیش بیاید. بیماری افسردگی نتیجه تنبلی افراد نیست، بلکه برعکس، رخوت و سستی که در بیماران افسرده دیده می‌شود، حاصل وجود این بیماری در بدن آنهاست.

افسردگی چیست؟

افسردگی عبارت است از شرایطی که در آن، فرد احساس حزن، ناامیدی و نبود و نداشتن قدرت می‌کند. هر فردی ممکن است در معرض افسردگی قرار گیرد. شدت افسردگی ممکن است از کم تا زیاد متفاوت باشد؛ وقتی شدت افسردگی کم باشد فرد زندگی عادی خود را انجام می‌دهد اما وقتی افسردگی شدید شود نمی‌تواند به زندگی عادی خود ادامه دهد و به افکاری مثل مرگ، آسیب زدن به خود و دیگری فکر می‌کند. افسردگی پس از زایمان یک اختلال خلقی است که سبب تضعیف رابطه والدین و مادر و کودک شده و تأثیرات منفی بر سلامت، کیفیت زندگی فرد مبتلا و اعضای خانواده دارد. افسردگی زنان تأثیرپذیری زیادی از عوامل خطر اجتماعی و جمعیت شناختی دارد. خوشبختانه افسردگی قابل درمان است. برای پیشگیری از این اختلال می‌بایست برنامه‌های آموزشی و حمایتی طی بارداری و پس از زایمان برای مادر و اطرافیانش اجرا شود و با ارجاع بموقع مادران در معرض خطر افسردگی پس از زایمان تا حدودی از عوارض این اختلال پیشگیری شود.

۱. انتقال دهنده های عصبی

دلایل افسردگی

افسردگی مانند سایر بیماری‌های روان‌شناختی یک علت واحد ندارد و حاصل تعامل عوامل مختلف ژنتیک، زیستی، اجتماعی و روان‌شناختی است. برای مثال تحقیقات نشان داده است احتمال بروز افسردگی در کسانی که در خانواده و اقوام‌شان سابقه افسردگی وجود دارد بیشتر است و این نشان می‌دهد که احتمالاً عوامل ژنتیک در بروز این اختلالات مؤثرند.

علاوه بر این، همان‌طور که تغییر در ترشح انسولین از سلول‌های لوزالمعده باعث ایجاد دیابت می‌شود، تغییر مواد شیمیایی داخل مغز بر ایجاد افسردگی مؤثر است، در افسردگی، سطح برخی از مواد^۱ بین سلول‌های مغز ما که کارشان انتقال پیام از یک سلول به سلول دیگر است کم یا زیاد می‌شود. مهم‌ترین انتقال دهنده‌های عصبی که در بروز افسردگی نقش دارند، سروتونین و نوراپی‌نفرین هستند.

علاوه بر عوامل ژنتیک و بیولوژیک، عوامل اجتماعی و عوامل روان‌شناختی نیز از عوامل مؤثر در بروز افسردگی هستند. تحقیقات نشان می‌دهد بسیاری از بیماران قبل از شروع افسردگی یک استرس شدید را تجربه می‌کنند. این استرس نقش عامل آشکارساز افسردگی را بازی می‌کند. استرس‌ها می‌توانند شامل مرگ یک فرد نزدیک، از دست دادن ارتباط با یک فرد مهم در زندگی، از دست دادن شغل، شکست تحصیلی و ورشکستگی و ... باشند. از جمله عوامل روان‌شناختی مؤثر بر ایجاد افسردگی نیز می‌توان به این عوامل اشاره کرد:

- داشتن افکار منفی و غیرواقع بینانه در مورد خود یا در مورد دیگران و آینده



افسردگی مانند سایر بیماری‌های روان‌شناختی یک علت واحد ندارد و حاصل تعامل عوامل مختلف ژنتیک، زیستی، اجتماعی و روان‌شناختی است.

- کاهش حافظه و تمرکز
- ممکن است انجام کارهای ساده یا کارهای روزمره برای وی دشوار باشد.
- ممکن است ارتباط خود را با افراد دیگر قطع کند.

افسردگی پس از زایمان

این نوع افسردگی بعد از زایمان رخ می‌دهد، افسردگی ممکن است در دوران حاملگی به وجود بیاید ولی اگر بعد از به دنیا آمدن نوزاد نیز ادامه پیدا کند، افسردگی پس از زایمان نامیده می‌شود. نشانه‌های افسردگی پس از زایمان مشابه افسردگی در زمان‌های دیگر است، مانند داشتن خلق پایین که به مدت حداقل دو هفته به طول می‌انجامد. افسردگی پس از زایمان اغلب در عرض یک یا دو ماه پس از زایمان شروع می‌شود اما ممکن است چند ماه پس از تولد نوزاد شروع شود. حدود یک سوم از زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان، نشانه‌های افسردگی را در طول دوران بارداری دارند و عوارض آن پس از زایمان هم ادامه پیدا می‌کند.

علت‌های افسردگی پس از زایمان

علل احتمالی زیادی برای افسردگی پس از زایمان مطرح شده است. پژوهش‌ها نشان می‌دهد تغییر ناگهانی در میزان ترشح هورمون‌ها یکی از دلایل اصلی افسردگی پس از زایمان است. کاهش ترشح دو هورمون استروژن و پروژسترون تا پیش از اولین عادت ماهانه پس از وضع حمل ادامه دارد. به این ترتیب روانشناسان معتقدند فاصله بین وضع حمل تا اولین عادت ماهیانه پس از زایمان، بحرانی‌ترین شرایط روانی عاطفی زنان پس از وضع حمل بوده و احتمال ابتلا به افسردگی پس از زایمان در این دوره ۵ برابر است. ترشح هورمون‌های غده تیروئید نیز دستخوش تغییر شده و کاهش می‌یابد. این کاهش از دیگر علل ابتلا به افسردگی است که با ایجاد نشانه‌هایی چون بی‌علاقگی به هر چیز و هر کس، تحریک‌پذیری و تند مزاجی، احساس خستگی شدید،

- مصرف مواد و الکل، تنهایی و داشتن بیماری مزمن هم احتمال ابتلا به افسردگی را بیشتر می‌کنند.
- افسردگی ممکن است همراه با بیماری‌هایی مانند بیماری‌های قلبی، دیابت، پارکینسون و ... رخ دهد و باعث بدتر شدن وضعیت سلامت در این بیماران شود.
- گاهی هم داروهایی که برای درمان بیماری‌های دیگر تجویز می‌شود باعث افسردگی می‌شود.
- بعضی مواقع نیز هیچ دلیل مشخصی برای ابتلا به افسردگی یافت نمی‌شود.

نشانه‌ها

- گریه زیاد یا احساس ناتوانی برای گریستن
- احساس تنهایی حتی هنگام حضور در جمع
- خستگی و کمبود انرژی
- بی‌قراری
- مشکلات خواب
- احساس بد در ساعاتی از روز (معمولاً صبح)
- کاهش یا افزایش اشتها و وزن
- از دست دادن اعتماد به نفس
- منتظر اتفاقات ناگوار بودن و داشتن افکار منفی یا غم‌انگیز
- احساس یأس و ناامیدی
- بروز افکاری در مورد مرگ و خودکشی
- احساس تنفر از خود



1. Postpartum Depression

بهداشت و درمان پیشگیری یا دست کم کاسته شود. (معصومه کشکولی و همکاران، ۱۳۹۹)

• در خصوص عوامل مستعدکننده افسردگی پس از زایمان، پژوهش‌ها نشان می‌دهد تأکید بیشتر بر لزوم افزایش آمادگی مادران و مراقبان آن‌ها در زمینه عوامل خطر اختلال افسردگی پس از زایمان و جلب حمایت خانوادگی و اجتماعی توسط مراقبان بهداشتی شامل پرستاران و ماماها می‌تواند در پیشگیری از اختلال افسردگی پس از زایمان مؤثر باشد. (فرناز رحمانی و همکاران، ۱۳۹۰)

پیشگیری و درمان

در افسردگی پس از زایمان مداخلات پیشگیری کننده در سطوح سه گانه اهمیت ویژه‌ای دارند. در سطح اول پیشگیری کاهش آسیب‌پذیری، حذف یا به حداقل رساندن رفتارها و شرایط محیطی که منجر به افزایش خطر ابتلاء می‌شود، مورد توجه متخصصان و مراقبان بهداشتی است. پیشگیری سطح دوم با هدف تشخیص بموقع بیماری، کاهش پیشرفت یا به تأخیر انداختن ناتوانی متعاقب ابتلای اولیه است و در پیشگیری سطح سوم محدودسازی مشکلات و نشانه‌های مربوط به بیماری مطرح می‌شود.

سطح اول / غربالگری: در این سطح شناسایی زودرس زنان در معرض خطر افسردگی پس از زایمان از طریق بررسی بالینی عوامل خطر انجام می‌گیرد که در پیشگیری موفقیت آمیز آن حیاتی است. در این رابطه با به‌کارگیری غربالگری بموقع در طی جلسات مشاوره قبل از بارداری اول، دوران بارداری یا پس از زایمان می‌توان به شناسایی آن پرداخت.

سطح دوم / پیشگیری: کلید پیشگیری در این سطح و سطح سوم، شناسایی سریع و مؤثر افسردگی و درمان علائم افسردگی پس از زایمان بوده که زمان مناسب برای غربالگری مادران، اولین ویزیت پس از زایمان است. در راهبردهای پیشگیری از افسردگی پس از زایمان، شناسایی عوامل محافظت کننده و تدوین یک برنامه برای هر بیمار با توجه به نیازهای ایشان و اولویت مداخلات درمانی ضروری است.

سطح سوم / بازتوانی: در این سطح، علاوه بر مراقبت و

کاهش میزان تمرکز، بروز مشکلات خواب و افزایش وزن بدن مشخص می‌شود.

روانشناسان علل دیگر بروز افسردگی پس از زایمان را به این شرح می‌دانند:

- احساس خستگی، پریدن از خواب یا خواب منقطع که اغلب با کابوس همراه است.
- احساس بیگانگی با نوزاد به جهت ترس از ناتوانی در نگهداری مناسب از او
- افسردگی به خاطر تغییر در شرایط کار و امور منزل
- هیجان ناشی از نگهداری و تربیت فرزند همپای رسیدگی به امور منزل و امور شخصی
- احساس بیهودگی و از دست دادن حس شخصیت و هویت، به عبارتی از دست دادن اعتماد به نفس به دنبال ظهور این تفکر در ذهن ایجاد می‌شود که مادر می‌پندارد با تولد نوزاد هویت خویش را گم کرده است.
- از دست دادن اوقات فراغت و به دنبال آن برهم خوردن تعادل روانی

علائم افسردگی پس از زایمان

افسردگی، زود رنج شدن، خستگی، بی‌خوابی، تغییر اشتها، لذت نبردن از زندگی، از دست دادن علاقه به رابطه جنسی، افکار منفی و احساس گناه، اضطراب، دوری از افراد دیگر، ناامیدی، افکار خودکشی، روانپریشی

مروری بر چند پژوهش انجام شده

در خصوص افسردگی پس از زایمان

• نتایج حاصل از بررسی ارتباط بین افسردگی پس از زایمان و شیردهی نشان می‌دهد شیوع افسردگی در زنانی که نوزاد خود را با شیردهی انحصاری تغذیه می‌کنند، کمتر است. به استناد این نتایج می‌توان با به‌کارگیری راهکارهایی مانند تشکیل گروه‌های حامی ترویج تغذیه با شیر مادر و آموزش افراد خانواده در حمایت از تغذیه انحصاری با شیر مادر گام بزرگی برای ترغیب مادران به شیردهی انحصاری و کاهش افسردگی پس از زایمان برداشت تا از تأثیرات مضر این اختلال بر مادر و نوزاد تازه متولدشده و بر خانواده و سیستم

درمان مادر، باید به ارتقای مهارت‌های مراقبت از کودک و تعامل بین مادر و کودک نیز توجه ویژه داشت. از آنجایی که در افسردگی پس از زایمان، مراقبت از نوزاد نیز تحت تأثیر مشکلات مربوط به بیماری مادر قرار می‌گیرد و مادر قادر به ایفای نقش مادری خود و تأمین نیازهای تغذیه‌ای، خواب، واکسیناسیون و ویزیت دوره‌ای نوزاد نیست، نیازهای خاص هر مادر و نوزاد باید بطور جداگانه مورد ارزیابی قرارگیرد.

روش‌های درمان

دارو درمانی: داروهای ضد افسردگی دوهفته طول می‌کشد تا اثر خود را بگذارد و در صورت لزوم قطع شیردهی نیز لازم است.

درمان‌های روان‌شناختی و مشاوره‌ای: یکی از روش‌های مؤثر است.

درمان‌های حمایتی: با حمایت خانواده و دوستان افسردگی خفیف بهبود می‌یابد و در نوع شدید بستری در بیمارستان لازم است.

از دیگر راه‌های مؤثر در مدیریت افسردگی پس از زایمان می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- فعال بودن
- صحبت کردن با دیگران
- خودمراقبتی
- تلاش برای خارق‌العاده نبودن
- دوستی با زنان باردار یا مادر شده
- عدم قطع خودسرانه داروهای ضد افسردگی

- تداوم ارتباط با مراقب سلامت یا پزشک در صورت داشتن سابقه قبلی افسردگی
 - قبول کمک از سوی دوستان و خانواده
- و در نهایت مصرف میوه و سبزی و ماهی به دلیل داشتن امگا ۳، ورزش تحت نظر پزشک، صحبت کردن با سایر مادران که امکان استفاده از تجربیات و هم‌فکری دیگران را فراهم می‌کند، حمایت عاطفی و اطلاعاتی ماما قبل از زایمان و انجام زایمان طبیعی از دیگر راه‌های مؤثر پیشگیری هستند.

نتیجه‌گیری

اضطراب و افسردگی شایع‌ترین مشکلات بهداشت روانی در دوران بارداری هستند که از هر صد زن بر ۱۰ الی ۱۵ نفر تأثیر می‌گذارند. به افسردگی در دوران بارداری می‌توان به همان شیوه افسردگی پس از زایمان کمک کرد.

بیشتر زنان بدون هیچ درمانی ظرف سه تا شش ماه بهبود پیدا می‌کنند. از هر چهار مادری که افسردگی پس از زایمان دارند یک نفر تا زمانی که فرزندش یک ساله شود، همچنان افسرده می‌ماند. افسردگی پس از زایمان می‌تواند تجربه مادر جدید بودن را از بین ببرد، می‌تواند بر روی رابطه مادر با کودک و نیز همسر، تأثیر بدی بگذارد. همچنین می‌تواند حتی پس از پایان افسردگی بر روی رشد و رفتار کودک تأثیر بگذارد، بنابراین هرچه کمتر طول بکشد، بهتر است. در این راستا روان‌درمانی و دارو درمانی از مؤثرترین راه‌های درمانی برای کوتاه کردن دوره افسردگی پس از زایمان است.

منابع

- راهنمای خودمراقبتی در سلامت روان، دکتر امیرحسین جلالی ندوشن و همکاران، زمستان ۱۳۹۶، مرکز مشاوره دانشگاه تهران
- کشکولی، معصومه و همکاران. ارتباط بین شیردهی و افسردگی پس از زایمان در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهرستان دره‌شهر، استان ایلام. ۷۶۹- مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، دوره ۲۷، شماره ۲، خرداد و تیر ۱۳۹۹، ص ۲۷۳ - ۲۶۷
- مجله بهروز، سال بیست و پنجم، شماره ۹۰، تابستان و پاییز ۱۳۹۳
- رحمانی، فرناز و همکاران. عوامل مستعدکننده افسردگی پس از زایمان. نشریه مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران (نشریه پرستاری ایران). دوره ۲۴، شماره ۷۲، آبان ۱۳۹۰، ص ۷۸-۸۷
- ابوالقاسم فیروزکوهی، فرزانه و همکاران. حمایت اجتماعی ادراک شده و افسردگی پس از زایمان با نقش واسطه‌گری راهبردهای مقابله‌ای. مجله مطالعات روانشناختی و اجتماعی زنان. سال ۱۷، شماره ۳، پاییز ۱۳۹۸، ص ۸۶-۵۷
- اسماعیلی زهرا، حسینی سید حمزه. افسردگی پس از زایمان: پیشگیری، درمان. تعالی بالینی. ۱۳۹۲؛ ۲ (۱): ۷۰-۸۲

برنامه ملی سلامت خانواده و نظام ارجاع تیم سلامت برای تمام فصول

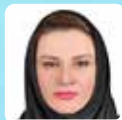
علی حمزه زاده

کارشناس پزشک خانواده
دانشگاه علوم پزشکی آذربایجان غربی



رقیه جعفری

کارشناس مسؤل آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی آذربایجان غربی



دکتر جواد امجدی

مسؤل دبیرخانه برنامه سلامت خانواده و نظام ارجاع
دانشگاه علوم پزشکی مشهد



اهداف آموزشی

امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه مقاله:

- ویژگی های پزشک خانواده را بیان کنند.
- اهداف کلان برنامه پزشک خانواده را توضیح دهند.
- سطوح خدمات و نظام ارجاع را شرح دهند.
- مزایای برنامه سلامت خانواده و نظام ارجاع را بیان کنند.



مقدمه

۲۰ تا ۵۰ هزار نفر تنظیم شد. بعد از اصلاحات متعدد در دستورالعمل، در نهایت این برنامه از تیر ۱۳۹۱ در تمام شهرستان‌های بالای ۲۰ هزار نفر ۲ استان فارس و مازندران اجرا شد.

اینک در راستای سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری در ارتباط با سلامت و الزامات قانونی مصوب در برنامه‌های پنج ساله چهارم، پنجم، ششم و هفتم توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی کشور، شاهد گسترش برنامه سلامت خانواده و نظام ارجاع در قالب توسعه برنامه پزشکی خانواده در چارچوب ساختار شبکه بهداشت و درمان در کشور هستیم.

برنامه سلامت خانواده و نظام ارجاع (پزشکی خانواده) یکی از اصلاحات بزرگ و جدید نظام مراقبت سلامت ایران است. فرهنگ سازی از طریق اطلاع‌رسانی عمومی و در عین حال دقیق و همه جانبه، توسعه ارتباطات حوزه سلامت و جلب مشارکت فعالانه گروه‌های هدف و لایه‌های مختلف اجتماعی در راستای برنامه سلامت خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری از راهبردهای مهم و ضروری در اجرای دقیق و کامل این برنامه عظیم کشوری است. امید است با تدبیر و تعیین راهبردها

نظام سلامت متشکل از دو بخش است:

۱. سلامت عمومی شامل زیرساخت‌های اقتصادی و اجتماعی و سبک زندگی و مقوله‌های مرتبط با آن
۲. مراقبت سلامت شامل ارایه دهندگان خدمت، سازمان‌ها و نهادها در بخش‌های دولتی و غیر دولتی در سند چشم‌انداز ۱۴۰۴، جامعه آرمانی جامعه‌ای است که از حداکثر سلامت برخوردار باشد، بنابراین به منظور گسترش عدالت در سلامت و کارآمد سازی حمایت اجتماعی و حفاظت مالی از مردم در پرداخت هزینه‌های سلامت، توسعه برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع از اهداف طرح عدالت و تعالی نظام سلامت در حوزه بهداشت تعیین شده است.

طرح پزشک خانواده از سال ۱۳۸۴ به عنوان یک طرح بهداشتی در مناطق روستایی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر کشور آغاز شد. بعد از گذشت چند سال و با توجه به تجارب و دستاوردهای بزرگ در اجرای طرح پزشک خانواده روستایی و ارتقای شاخص‌های بهداشتی و درمانی مناطق مجری، به برنامه تبدیل و سیاست‌های اجرای برنامه پزشک خانواده شهری در شهرهای



سریع شهرنشینی، جهانی شدن، سبک زندگی ناسالم، افزایش تعداد مبتلایان به بیماری‌های مزمن نسبت به مبتلایان به بیماری‌های عفونی و مقاومت دارویی قرار گرفته است.

در سی امین مجمع جهانی بهداشت (سال ۱۹۷۸ میلادی) در آلماتا (مرکز جمهوری قزاقستان) که با عنوان بیانیه آلماتا منتشر شد بر موضوع مراقبت‌های اولیه سلامت و همچنین برابری، یکپارچگی و دسترسی همه مردم جهان به مراقبت‌های اولیه سلامت (سلامتی جسمی، روانی و اجتماعی) تا سال ۲۰۰۰ میلادی تأکید شد.

مراقبت اولیه سلامت^۲ سکوی پرشی برای توسعه اجتماعی و سیاسی کشورهاست. پزشکان خانواده با صرف کمترین بار مالی، بالاترین میزان رضایتمندی بیماران را فراهم کرده اند. در کشورهایی که بیماری‌های مزمن بار سنگینی را بر دوش دولت‌ها تحمیل می‌کند، پزشکان خانواده با صرف ۵ درصد از بودجه کشور، ۹۵ درصد از مشکلات بیماران را حل کرده‌اند. پزشک خانواده در موقعیتی قرار دارد که می‌تواند رابطه‌ای طولانی و ماندگار با بیمار خود برقرار کند. تداوم این ارتباط انگیزه‌ای در بیمار ایجاد می‌کند تا مسئولیت فردی در قبال حفظ سلامت خود را بر عهده بگیرد. امروزه پیشرفت فناوری‌ها و ارتباطات از راه دور (دورا پزشکی) نیز می‌تواند کمک شایانی برای ارتباط بین پزشک خانواده و جمعیت تحت پوشش او باشد.

پزشک خانواده در ایران

همزمان با اجلاس جهانی آلماتا و تعیین هدف بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰ میلادی و تفکر مراقبت‌های اولیه بهداشتی جمعی از دلسوزان و متفکران کشور را بر آن داشت تا نظامی گسترده و پویا را برای ارائه خدمات بهداشتی درمانی در سراسر کشور طراحی کنند. نخستین گام در پی‌ریزی نظام سلامت ایران از سال‌های ۱۳۶۱ با گسترش کمی شبکه‌های بهداشت و درمان برداشته شد که تا سال ۱۳۶۳ ادامه یافت و در این

و برنامه‌های مؤثر، زمینه هدایت، راهنمایی و مشارکت فعالانه مردم عزیز فراهم شود و شاهد تحقق اهداف عالی برنامه سلامت خانواده و نظام ارجاع^۱ در مناطق شهری و تحقق پوشش همگانی سلامت از طریق توسعه برنامه سلامت خانواده و نظام ارجاع مبتنی بر مراقبت‌های اولیه سلامت باشیم.

پزشک خانواده

یعنی هر ایرانی، یک پزشک مسؤول داشته باشد، پزشکی که از زمان تولد و حتی قبل از تولد، مراقب سلامت جسمی و روانی اوست و کمک می‌کند که فرد از طریق یک برنامه ویژه خودمراقبتی، سالم بماند. او مشاوره لازم تغییر شیوه زندگی، برای پیشگیری از بیماری‌ها را ارائه می‌دهد و انجام این تغییرات را پیگیری می‌کند. همچنین هنگامی که لازم ببیند، بیماران را برای دریافت خدمات تخصصی به متخصصان مربوط ارجاع می‌دهد یا با آن‌ها مشورت می‌کند.

طراحان پزشکی خانواده، انجام معاینه‌های دوره‌ای و پیگیری وضعیت سلامت مردم، دسترسی آسان مردم به خدمات سطح اول، حذف پرداخت هزینه‌های اضافی درمان، بهره‌مندی یکسان افراد جامعه از سرانه سلامت، برقراری نظام ارجاع به‌منظور جلوگیری از مراجعه مکرر مردم به پزشکان مختلف و تشکیل پرونده سلامت را از ویژگی‌های پزشکی خانواده می‌دانند.

پزشک خانواده از منظر سازمان بهداشت جهانی

موضوع مراقبت‌های اولیه سلامت و نقش پزشک خانواده در ارائه آن‌ها برای نخستین بار در سال ۱۹۷۵ توسط سازمان بهداشت جهانی مطرح شد و می‌توان سازمان یاد شده را بنیانگذار اقدامات پیگیر سلامت در جهان دانست.

نخستین پزشکان در تاریخ پزشکی، پزشکان خانواده یا پزشکان عمومی بوده‌اند. سلامت انسان‌ها در جهان امروز تحت تأثیر نیروهای قدرتمندی از جمله، رشد

2. PHC: Primary Health Care

۱. پزشکی خانواده

مدت شبکه‌های بهداشتی و درمانی در شهرستان‌های کشور مستقر شدند.

سپس در تدوین برنامه‌های توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور تا سال ۱۴۰۴، اصلاح نظام سلامت مورد توجه قرار گرفت. برنامه ارتقای سلامت و آرایه آن در سه سطح، ابتدا با اجرای قانون خصوصی سازی در برنامه پنج ساله اول و دوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور، با درج تأمین بهداشت عمومی، گسترش بیمه همگانی و رسیدگی به نقاط محروم و روستاها با اولویت اشتغال و بهداشت و آموزش در خط مشی‌های اساسی و واگذاری خدمات دانشگاه‌های علوم پزشکی به بخش غیر دولتی با تأکید بر خصوصی سازی در برنامه سوم مطرح شد. در فصل ۲۵ ماده ۱۹۲ برنامه سوم توسعه، به افزایش کارآیی و توسعه خدمات بهداشتی درمانی در کشور و ایجاد تسهیلات جهت دسترسی

آحاد مردم به این خدمات به موارد رایگان شدن کلیه خدمات بهداشتی و درمانی شهری و روستایی، آرایه خدمات سرپایی در روستاها (واحد‌های موجود) و شهرها (مراکز بهداشت و درمان) ساماندهی و توان‌بخشی بیماران روانی مزمن و سالمندان اشاره شده است.

بدین ترتیب برنامه پزشک خانواده پس از طی چند مرحله در کشور به اجرا درآمد. مرحله اول، مرحله مطالعاتی و بررسی اقدامات انجام شده و تجارب کشورهای دیگر را دربرداشت.

مرحله دوم شامل آماده‌سازی اقدامات اجرایی بود. در این مرحله جلسه‌های متعدد کارشناسی با سازمان بیمه خدمات درمانی برگزار شد تا تفاهم‌نامه‌ای در مورد دستورالعمل اجرایی تهیه شود.

در مرحله سوم مراکز بهداشت شهرستان‌ها با ادارات کل بیمه خدمات درمانی استان‌ها قرارداد سالانه بستند



راستای سلامت خانواده باشد تا منجر به ارتقای سلامت فرد، خانواده و جامعه شود.

چشم‌انداز

چشم‌انداز اجرای برنامه پزشک خانواده شهری تحقق پوشش همگانی سلامت از طریق توسعه برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع مبتنی بر مراقبت‌های اولیه سلامت است. برنامه پزشک خانواده به عنوان یک روش مقرون به صرفه، مراقبت بهداشتی جامع و مداوم را برای خانوارها در یک محدوده جمعیتی خاص فراهم می‌آورد. پزشک خانواده مسؤولیت دارد ضمن مدیریت خدمات جامع سلامت در جمعیت تحت پوشش خود، بدون تبعیض سنی، جنسی، ویژگی‌های اقتصادی، اجتماعی و مخاطرات بیماری، بهترین خدمت را در اختیار فرد، خانواده و جامعه تحت پوشش خود قرار دهد. از آن‌جا که توسعه، بدون رفع فقر و حفظ سلامت افراد جامعه ممکن نخواهد بود، مهم‌ترین هدف دولتمردان بهبود کیفیت زندگی در کشور بوده تا مسیر توسعه‌یافتگی را هموار سازند. بر همین مبنا عبارت «عدالت در سلامت» شکل گرفته است.

اهداف کلان

- ارتقای سطح سلامت جامعه
- افزایش دسترسی عادلانه مردم و بهره‌مندی از خدمات سلامت فعال و با کیفیت
- کارآمدسازی حمایت اجتماعی و حفاظت مالی از مردم در پرداخت هزینه‌های سلامت
- افزایش مسؤولیت‌پذیری و پاسخگویی به نیازهای سلامت جامعه
- افزایش فرزندآوری، حفظ و ارتقای جوانی جمعیت
- مدیریت منابع حوزه سلامت
- افزایش امید به زندگی و کاهش بار بیماری‌ها

سطوح خدمات و نظام ارجاع

سطح اول: شامل خدمات/مراقبت‌های اولیه سلامت فرد محور و جامعه محور است.

و تکلیف شیوه‌ارایه خدمات دارویی، آزمایشگاهی و رادیولوژی، عقد قرارداد با پزشکان و ماماها مشخص شد. مرحله بعدی استقرار پزشک خانواده را شامل می‌شد که تا نیمه اول سال ۱۳۸۶ انجام شد. در مرحله آموزش هم‌برگزاری کارگاه‌های آموزشی توجیهی، دوره‌های آموزشی پودمانی و از راه دور و دوره‌های MPH پزشک خانواده و تخصص پزشک خانواده مورد توجه سیاستگذاران قرار گرفت. براساس ماده ۷۴ قانون برنامه ششم توسعه، وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی مکلف است در اجرای «نظام خدمات جامع و همگانی سلامت» با اولویت بهداشت و پیشگیری بر درمان و همچنین مبتنی بر مراقبت‌های اولیه سلامت، با محوریت نظام ارجاع و پزشک خانواده با به‌کارگیری پزشکان عمومی و خانواده، پرستاری جهت ارایه مراقبت‌های پرستاری در سطح جامعه و منزل، سطح بندی خدمات و پرونده الکترونیک سلامت ایرانیان اقدام کند.

اکنون سیاستگذاران نظام سلامت با بازنگری در شیوه اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، الگویی جدید با عنوان **طرح سلامت خانواده در قالب توسعه برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در چارچوب ساختار شبکه بهداشت و درمان** را طراحی کرده تا ضمن پاسخگویی به چالش‌های عمده نظام سلامت و استفاده از توان بخش خصوصی، بتوانند در قالب توسعه برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع مسیر دستیابی به اهداف برنامه پوشش همگانی سلامت شامل پوشش کامل جمعیت، بسته خدمتی جامع و کاهش پرداخت از جیب مردم را هموار کنند.

طرح سلامت خانواده و نظام ارجاع

ارتقای سلامت جامعه صرفاً بر مبنای سلامت فرد ممکن نیست، بلکه نیازمند آموزش همگانی و ارایه مراقبت‌های فراگیر سلامت مبتنی بر خانواده است. با توجه به جایگاه ویژه خانواده در تأمین سلامت جامعه، گسترش مراقبت‌های سلامت بدون توجه به نقش خانواده چندان موفق نخواهد بود به همین جهت هر طرح یا برنامه‌ای با رویکرد ارتقای سلامت، الزاماً باید در

- خدمات فرد محور که در پایگاه پزشک خانواده ارائه می شود، عبارتند از: پیشگیری و آموزش سلامت فردی، تشخیص و درمان بیماری ها بر اساس بسته خدمت شامل:
- انواع مراقبت گروه های سنی نظیر خدمات و مراقبت های مادران باردار و شیرده، نوزادان و کودکان و گروه های آسیب پذیر
- پیگیری نتیجه بیماری، تدبیر فوریت ها، پیشگیری و تشخیص بموقع و ارجاع برای درمان ناباروری، ارائه مشاوره فرزندآوری و مدیریت سلامت افراد تحت پوشش
- خدمات جامعه محور (بهداشت عمومی) که در مراکز خدمات جامع سلامت ارائه می شود، عبارتند از: خدمات بهداشت محیط و کار، بهداشت مدارس، مبارزه با بیماری های هدف (واگیردار و غیرواگیر) شامل:
- آسیب ها و جراحات در اپیدمی ها و بلاها
- آب آشامیدنی سالم
- بسیج اطلاع رسانی و پیشگیری و ترویج سلامت
- کاهش بار روانی و هزینه های اقتصادی دوران بارداری
- حفظ و مراقبت از جنین و کاهش میزان سقط عمدی و خود به خودی
- ترویج و تسهیل زایمان طبیعی

- آموزش و فرهنگ سازی برای زایمان طبیعی
- ترویج و ترغیب ازدواج و افزایش پایداری ازدواج
- سطح دوم: شامل خدمات تخصصی است که توسط واحدهای سرپایی و بستری تخصصی موجود در نظام سلامت ارائه می شوند.
- سطح سوم: شامل خدمات فوق تخصصی است که توسط واحدهای سرپایی و بستری فوق تخصصی موجود در نظام سلامت ارائه می شوند.
- نظام ارجاع: در صورتی که بیمار، نیازمند خدمات پزشک متخصص باشد، به سطح دو و چنانچه به خدمات فوق تخصصی نیاز داشته باشد به سطح سه ارجاع داده می شود.

مزایای برنامه سلامت خانواده و نظام ارجاع

- توانمندسازی مردم در زمینه خود مراقبتی: در این برنامه از طریق ارتباط نزدیک تیم پزشکی خانواده با فرد و دریافت آموزش های مرتبط با سلامتی، فرد در زمینه مراقبت از خود و خانواده توانا می شود.
- جامع بودن خدمات: در برنامه سلامت خانواده به همه جنبه های سلامت فرد مانند سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی توجه می شود.
- عدالت محور بودن: دسترسی عادلانه همه مردم به خدمات ارزان و با کیفیت از دیگر ویژگی های برنامه سلامت خانواده است.
- پیشگیری از درخواست های غیر ضروری با اجرای نظام ارجاع: در این برنامه با اجرای شیوه نامه های درمانی و معاینات اولیه توسط تیم سلامت، در صورت لزوم فرد به سطوح بالاتر درمانی جهت دریافت خدمات معرفی خواهد شد.
- پیشگیری از مراجعات مکرر و بیهوده: در این برنامه با ارائه خدمات در سطح یک و راهنمایی فرد، از مراجعات مکرر به پزشکان مختلف و تکرار غیر ضروری خدمات پاراکلینیک (آزمایش ها، رادیولوژی و...) پیشگیری می شود.
- دسترسی به اطلاعات بهداشتی: با انجام خدمات فعال مراقبتی و ثبت اطلاعات در سامانه های بهداشتی درمانی مرتبط با برنامه می توان از آن ها در



مسئولیت پذیری افراد نسبت به حفظ سلامتی خویش را نیز تقویت می‌کند و از چند سو در حفظ سلامتی فردی و اجتماعی مؤثر خواهد بود. بازنگری در شیوه اجرای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع، الگویی را طراحی می‌کند که در عین پاسخگویی به چالش‌های عمده نظام سلامت و استفاده از توان بخش خصوصی، بتوانند در قالب برنامه سلامت خانواده و نظام ارجاع مسیر دستیابی به اهداف برنامه پوشش همگانی سلامت شامل پوشش کامل جمعیت، بسته خدمتی جامع و کاهش پرداخت از جیب مردم را هموار سازد.

پیشنهادها

با توجه به وسعت و قدرت بالقوه برنامه پزشک خانواده (شهری یا روستایی)، به روز بودن سامانه‌ها، دسترسی آسان به آن‌ها، تجمیع سامانه در یک برنامه جامع، استقرار زیرساخت‌های مستمر و با دوام، کاهش بوروکراسی دست و پاگیر، پیش‌بینی و تحقق اعتبارات لازم و تخصیص وهزینه‌کرد به موقع و عدم تأخیر در پرداختی‌ها، آموزش مداوم به جامعه و جلب مشارکت‌های مردمی، همه و همه می‌توانند در پیشبرد اهداف والای این برنامه تأثیر مستقیم داشته و ضامن بقای اجرای آن باشند.

برنامه‌ریزی‌های بهداشتی محله و جامعه استفاده کرد.

الزام‌های تحقق برنامه

- سیاستگذاری مبتنی بر شواهد (علمی، جهانی، بومی)
- تعیین استانداردهای دقیق برای اعمال حاکمیت و تنظیم در بازار سلامت
- اعمال رهبری مؤثر در جهت ارتقای سطح سلامت
- حضور تمامی عوامل تأثیرگذار و نهادهای مرتبط و ذی‌نفعان
- تأمین مالی پایدار
- خلق سایر منابع در کنار تأمین مالی
- « توسعه پژوهش و آموزش و تربیت منابع انسانی
- « توسعه صنایع دارو و تجهیزات
- « ایجاد زیرساخت‌های فیزیکی، تجهیزاتی و شبکه‌های ارتباطی

نتیجه‌گیری

برنامه سلامت خانواده و نظام ارجاع به عنوان یک روش به صرفه، مراقبت بهداشتی جامع و مداوم را برای خانوارها در یک محدوده جمعیتی خاص فراهم می‌آورد. برقراری برنامه سلامت خانواده، انگیزه و حس

منابع

- فرشاد فرزادفر، سعیده جعفری، خالد رحمانی، سینا ولیئی، فرزاد بیدارپور، مهری ملاشیخی، قباد مرادی، دیدگاه مدیران، گیرندگان و ارایه دهندگان خدمات سلامت در زمینه مشکلات اجرای برنامه پزشک خانواده شهری در ایران مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان / دوره بیست و دوم / آذر و دی ۱۳۹۶
- دکتر علی اصغر کلاهی (دانشیار پزشکی اجتماعی)، دکتر محمد رضا سهرابی (استادیار پزشکی اجتماعی) درسنامه نقش‌های پزشکان در نظام سلامت
- مقاله پژوهشی پزشک خانواده، تحقق عدالت در سلامت با رویکردی به آرای امام خمینی (ره). نویسندگان: سید محمد موسوی بجنوردی، محسن داورزنی
- کبیر محمد جواد، اشرفیان حسن، حسن زاده، زهرا، ممتن رضا، ظفرمند رسول، شیروانی سید داوود دستاوردها و چالش‌های اجرای برنامه پزشک خانواده شهری در ایران دیدگاه مدیران و مجریان، مجله پژوهشی راهبردهای مدیریت در نظام سلامت، سال چهارم، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۸، (۱۴۸-۱۵۹)
- رئیس‌یان شاهرخ، اسلامیان مریم، ازل محمد، باستانی پیوند، کلهر روح اله، مجله پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، دوره ۷ شماره ۱ فروردین و اردیبهشت (۱۱-۲۰)
- دستور عمل برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری

<http://health.kaums.ac.ir/Default.aspx?PageID=45&NewsID=161>



نقش بهورزان در کاهش حوادث ترافیکی خطر همیشه در کمین است

اهداف آموزشی

امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه مقاله:

- عوامل مؤثر در بروز حوادث ترافیکی را فهرست کنند.
- نقش علل و عوامل انسانی در ایجاد سوانح و حوادث رانندگی را بیان کنند.
- علل و عوامل محیطی دخیل در ایجاد سوانح و حوادث رانندگی را شرح دهند.
- نقش بهورزان در زمینه کاهش حوادث ترافیکی را بیان کنند.

مقدمه

بررسی‌ها نشان می‌دهد حوادث رانندگی مهم‌ترین دلیل مرگ، ناتوانی و بستری شدن در بیمارستان‌هاست. به همین دلیل، مرگ و میر، صدمات و ناتوانایی‌های ناشی از این حوادث از جمله چالش‌های مهم و تأثیرگذار بر سلامت جامعه محسوب می‌شوند، اگرچه حوادث ترافیکی هشتمین عامل مرگ و میر در جهان است اما در ایران پس از بیماری‌های قلبی و عروقی، دومین عامل مهم مرگ و ناتوانی به حساب می‌آید، بالاترین بار بیماری‌ها را

فریبا میرحسینی

مربی مرکز آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی یزد



مریم ارسخان

مربی مرکز آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی یزد



اکرم آقایی

مربی مرکز آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی یزد



دکتر محمد رضا جویا

رئیس اداره کاهش خطر بلایا
دانشگاه علوم پزشکی مشهد



موقعیت‌های بالقوه خطرناک اطلاق می‌شود و یک توانایی اساسی در رانندگی به حساب می‌آید. درک خطر رفتار و نوع رانندگی بسیار تحت تأثیر درک راننده از جاده و محیط اطرافش است. شکل‌گیری مهارت‌ها و توانایی‌های لازم برای رانندگی ایمن مانند آگاهی از موقعیت و درک خطر نیازمند آموزش و تجربه است.

اصلاح فرهنگ ترافیک و کاهش رفتارهای رانندگی پرخطر رانندگان گام بزرگی برای مدیریت حوادث ترافیکی است و با توجه به نقش به‌روزان و سوابقی که در اصلاح فرهنگ‌های مختلف در منطقه دارند در این زمینه هم می‌توانند کمک شایانی به کاهش حوادث ترافیکی داشته باشند.

بنابراین باید راهکارهای عملی و اجرایی در راستای بهبود رفتارهای رانندگان اندیشیده شود. همچنین برای بهینه‌سازی فرهنگ رانندگی، کاهش رفتارهای پرخطر رانندگان و در راستای قانون‌مداری جامعه، باید ترویج فرهنگ رانندگی صحیح و ارتقای سواد سلامت همگانی مورد توجه قرار گیرد.

از جمله مداخلات مؤثر در کاهش آسیب‌ها و مرگ‌های ناشی از حوادث ترافیکی عبارتند از: ایمن‌سازی و استانداردسازی ساخت خودروها و طراحی مهندسی راه‌ها، اعمال قوانین و آموزش اصول ایمنی، اما در این میان، سرمایه‌گذاری برای آموزش رانندگان از صرف هزینه‌های گزاف درمانی (درمان و بازتوانی مصدومان ناشی از حوادث ترافیکی) در آینده جلوگیری می‌کند و از افزایش سال‌های ازدست رفته عمر (مصدومیت و مرگ‌های ناشی از تصادفات) پیشگیری می‌کند.

بر این اساس، سازمان ملل سال‌های ۲۰۲۱ تا ۲۰۳۰ را به عنوان دومین دهه ایمنی راه‌ها در نظر گرفته و هدف این دهه را کاهش ۵۰ درصد مرگ‌ها و آسیب‌های ناشی از حوادث ترافیکی تا سال ۲۰۳۰ قرار داده است و از کشورهای جهان درخواست کرده تا اقدام‌های پیشگیری از حوادث ترافیکی را در این دهه نیز به طور مستمر اجرا کنند.

محورهای دهه ایمنی راه‌ها

۱. مدیریت ایمنی راه‌ها
۲. سهولت تردد

به خود اختصاص داده و اولین علت مرگ در گروه سنی زیر ۴۰ سال به شمار می‌آید.

افزایش بیش از حد تعداد خودروها، پایین بودن ایمنی آن‌ها و ناکافی بودن مهارت‌های رانندگی، از جمله عوامل مهم وقوع حوادث ترافیکی است. با توجه به آمارها، روزانه تعداد زیادی از افراد از وسایل نقلیه استفاده می‌کنند که همه آن‌ها به گونه‌ای در معرض خطر حوادث ناشی از تصادف رانندگی قرار دارند. مطالعات انجام شده در زمینه عوامل دخیل در تصادف‌ها نشان می‌دهد که از بین سه عامل انسان، جاده و وسیله نقلیه، فاکتورهای انسانی (رفتاری) عامل اصلی در ۹۵ درصد کل تصادف‌هاست. بنابراین آموزش در زمینه اصلاح یا بهبود فاکتورهای انسانی (رفتاری) مرتبط با رانندگی بالاخص در گروه جوانان ضروری به نظر می‌رسد و به‌روزان با توجه به نقشی که در زمینه سلامت اقشار مردم دارند با آموزش‌های لازم به گروه‌های سنی مختلف به خصوص جوانان و میانسالان می‌توانند در پیشگیری از این حوادث نقش مهمی را ایفا کنند.

حوادث ترافیکی و انواع آن

حادثه یک رویداد غیر منتظره است که معمولاً در معابر ترافیکی، محل کار، خانه یا مراکز تفریحی رخ می‌دهد و باعث آسیب می‌شود.

تصادف رانندگی: حادثه‌ای است (انحراف، خروج از راه، واژگونی، سقوط در پرتگاه) که برای یک وسیله نقلیه متحرک یا بین یک وسیله نقلیه موتوری متحرک با یک عامل دیگر همچون یک یا چند وسیله نقلیه دیگر، عابر، حیوان و اشیا رخ می‌دهد و منجر به خسارت مالی یا جانی می‌شود.

رفتارهای انسانی پرخطر

رفتارهای پرخطر رفتارهای بالقوه مخربی هستند که افراد به طور ارادی یا بدون اطلاع از پیامدهای نامطلوب احتمالی آن‌ها را انجام می‌دهند. امروزه شیوع این رفتارها مخصوصاً در بین رانندگان به یکی از مهم‌ترین نگرانی‌های جوامع مختلف تبدیل شده است. ادراک خطر، به توانایی شناسایی و پاسخ دادن به

- استفاده از تلفن همراه حین رانندگی
- دیده نشدن وسایل نقلیه و عابران پیاده (عدم آشکارسازی)
- حوادث ترافیکی، خسارت‌های مالی قابل توجهی را برای قربانیان، خانواده آن‌ها و جامعه ایجاد می‌کند این هزینه‌ها عبارتند از: هزینه‌های درمان و بازتوانی، به هدر رفتن ظرفیت‌های خلاق و سازنده جامعه (غیبت فرد آسیب دیده در شغلش) و صرف زمان و انرژی برای مراقبت از فرد مصدوم.

علل بروز حوادث و سوانح رانندگی

به طور کلی عوامل مؤثر در بروز حوادث ترافیکی را می‌توان به دو دسته تقسیم کرد:

۱. علل درونی مانند عامل انسانی (علل زمینه‌ای، رفتاری و...)

۲. علل بیرونی مانند راه، محیط و وسیله نقلیه

مهم ترین عواملی که بر ایمنی سفر در جاده‌ها و کاهش آسیب ناشی از تصادف‌ها مؤثرند عبارتند از:

- کنترل سرعت
- کنترل خستگی
- استفاده از وسایل و تجهیزات ایمنی نظیر کمربند ایمنی، صندلی ویژه کودک و کلاه ایمنی
- **کنترل سرعت:** سرعت بالای وسایل نقلیه به شکل مستقیم بر خطر وقوع حادثه ترافیکی و شدت مصدومیت‌های ناشی از آن اثرگذار است به ازای یک درصد افزایش در متوسط سرعت، میزان خطر حوادث منجر به فوت ۴ درصد و آسیب‌دیدگی‌های شدید ۳ درصد افزایش می‌یابد.

- **استفاده از وسایل و تجهیزات ایمنی نظیر کلاه ایمنی، کمربند ایمنی، صندلی ویژه کودک:** آسیب به ناحیه سر اولین علت منجر به مرگ برای موتورسواران و استفاده‌کنندگان از وسایل نقلیه دو چرخ و سه چرخ است. استفاده صحیح از کلاه ایمنی می‌تواند ۴۲ درصد کشندگی ناشی از حوادث ترافیکی و ۶۹ درصد آسیب‌های وارده به سر را کاهش دهد. استفاده از کمربند ایمنی خطر مرگ و آسیب‌های شدید در بین رانندگان و سرنشینان جلوی وسایل نقلیه را بین

۳. ایمنی وسایل نقلیه

۴. ایمنی کاربران

۵. اقدام‌های پس از تصادف

عوامل خطر حوادث ترافیکی

خطر حوادث ترافیکی و تلفات ناشی از آن در نتیجه ترکیبی از عوامل مرتبط با جاده، وسایل نقلیه و کاربران راه‌ها و تعامل این عوامل با یکدیگر ایجاد می‌شود. برخی از عوامل خطر در وقوع حادثه نقش دارند و بنابراین بخشی از شبکه علیتی بروز حادثه محسوب می‌شوند. از سوی دیگر تعدادی از عوامل، اثر تشدیدکنندگی بر پیامدهای حادثه داشته و منجر به شدت تروما یا فوت کاربران جاده می‌شوند و از این رو به عنوان بخشی از شبکه علیتی شدت مصدومیت و مرگ ناشی از حادثه طبقه بندی می‌شوند.

مهم‌ترین عوامل خطر حوادث ترافیکی عبارتند از:

- سرعت بالا
- نپوشیدن کلاه ایمنی (موتور سیکلت، دوچرخه)
- نیستن کمربند ایمنی
- استفاده نکردن از صندلی مخصوص کودک در خودرو
- رانندگی بعد از مصرف الکل، مواد روان‌گردان و داروهای خواب‌آور
- رانندگی با خستگی و خواب‌آلودگی



نتیجه گیری

با توجه به این‌که از بین سه عامل مهم در تصادف‌ها که شامل انسان، جاده و وسیله نقلیه است عامل انسانی به عنوان عامل اصلی در ۹۵ درصد کل تصادف‌ها به شمار می‌رود، بنابراین آموزش و فرهنگ‌سازی در زمینه اصلاح یا بهبود فاکتورهای انسانی مرتبط با رانندگی به خصوص در گروه جوانان ضروری به نظر می‌رسد.

پیشنهادها

در نظام سلامت به منظور پیشگیری و کنترل حوادث ترافیکی، به‌روزان باید بتوانند:

- برای بسترسازی فرهنگ رانندگی، کاهش رفتارهای پرخطر رانندگان و در جهت قانونمندی جامعه، ترویج فرهنگ رانندگی صحیح و ارتقای سواد سلامت همگانی را در هماهنگی‌های بین بخشی مورد تأکید قرار دهند.
- دربالا بردن فرهنگ حوادث و انتقال اطلاعات مؤثر بر سلامتی مردم، به زبانی ساده و کاربردی برنامه‌های آموزشی حوادث ترافیکی را متناسب با سطح درک گروه مخاطبان طراحی و اطلاع‌رسانی کنند.
- گروه جوانان و نوجوانان را برای درک و کاربرد برنامه‌های آموزشی حوادث ترافیکی در خواندن، تجزیه تحلیل و تصمیم‌گیری در مورد اتخاذ رفتارهای مناسب راهنمایی کنند.
- در زمینه بهداشت و ایمنی در رانندگی، عوامل خطر حوادث ترافیکی، اصول پیشگیری از حوادث ترافیکی به جمعیت تحت پوشش بویژه دانش‌آموزان، نوجوانان و جوانان آموزش بدهند.
- مردم را برای استفاده از حمل و نقل عمومی به جای خصوصی و استفاده از پیاده‌روی به جای جاده و خیابان تشویق کنند.
- موضوع را در جلسات محلی و شورای روستایی طرح کنند.
- از ظرفیت سفیران سلامت در آموزش مردم استفاده کنند.

منابع

- کتاب پیشگیری از حوادث حمل و نقل در جوانان
- راهنمای مراقبت حوادث ترافیکی (ویژه تیم سلامت)

۴۵ تا ۵۰ درصد و برای سرنشینان عقب تا ۲۵ درصد کاهش می‌دهد. قانون استفاده اجباری از کمربند ایمنی یک روش هزینه‌اثربخش در کاهش مرگ‌ها و آسیب‌های ناشی از حوادث ترافیکی است.

حوادث ترافیکی یکی از عوامل چهارگانه مرگ کودکان بالای ۵ سال است. در دنیا هر ۴ دقیقه یک کودک در معابر ترافیکی دچار مرگ زود هنگام می‌شود و تعداد به مراتب بیشتری آسیب می‌بینند که اغلب شدت جراحات شدید است و هزینه‌های زیادی را بر سیستم بهداشت و درمان کشور تحمیل می‌کند. استفاده از صندلی ایمنی کودک می‌تواند حداقل ۶۰ درصد از مرگ‌ها را کاهش دهد.

● **کنترل خستگی:** خستگی ایجاد شده ناشی از بی‌خوابی، مصرف موادمخدر و الکل عامل مهمی در بروز تصادف‌های مرگبار است. در زمان رانندگی، خستگی حالت عصبی را افزایش می‌دهد و از توانایی انجام واکنش صحیح می‌کاهد.

● رانندگی صحیح و بررسی خودرو قبل از رانندگی

● **تلفن همراه:** تحقیقات انجام شده در زمینه ایمنی ترافیک نشان می‌دهد که حدود ۲۵ درصد از تصادف‌ها ناشی از حواس‌پرتی راننده است. امروزه تلفن‌های همراه در حین رانندگی به میزان زیادی مورد استفاده قرار می‌گیرند. صحبت با تلفن همراه، چک کردن پیام‌ها در شبکه‌های اجتماعی و ارسال پیامک حین رانندگی، خطر وقوع تصادف را افزایش می‌دهند.

● **دید مناسب:** دیده شدن عابران پیاده و وسایل نقلیه در معابر ترافیکی از جمله عوامل مؤثر در کاهش حوادث ترافیکی است. کاربران راه‌ها باید در شب و در هوای غبارآلود و مه آلود، شرایطی را ایجاد کنند که بخوبی دیده شوند. پوشیدن لباس‌های تیره یا مشکی در شب برای عابران پیاده موجب دیده نشدن آنها توسط خودروها و بروز تصادف می‌شود. از جمله اقدام‌هایی که لازم است عابران پیاده و دوچرخه سواران در شب برای دیده شدن انجام دهند، استفاده از لوازم شبرنگ‌دار و نصب برجسب‌های شبرنگ روی کیف، کلاه، بازو، کمربند و لباس‌شان است.

راه‌های افزایش مراقبت فعال و خودمراقبتی همیشه پیشگیری، بهتر از درمان است

اهداف آموزشی

امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه این مقاله:

- انواع مراقبت را بیان کنند.
- مراقبت فعال و خودمراقبتی را شرح دهند.
- ابزار و راه‌های افزایش برنامه خودمراقبتی و مراقبت فعال را توضیح دهند.



سعیده هاشم‌زهی

کارشناس آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی ایران‌شهر



زهره نصرآ...

کارشناس آموزش سلامت
دانشگاه علوم پزشکی مشهد



شیمایرندگانی

مری مرکز آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی ایران‌شهر



منصوربامری

کارشناس مسؤول آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی ایران‌شهر

مقدمه

در عصر حاضر روند تغییر ساختار جمعیتی، الگوی بیماری‌ها و فشار مالی بی‌سابقه‌ای که بر سیستم ارایه خدمات پزشکی تحمیل شده، ما را نیازمند ارایه رویکردی نو و متفاوت برای مراقبت بهتر و متناسب با نیازهای حال و آینده می‌سازد. مردم در کنار مسؤولان در این رویکرد به عنوان خالقان سلامت، کنترل بیشتری بر سلامت خواهند داشت. از این رو در این مجال به مبحث راه‌های افزایش مراقبت فعال پرداخته می‌شود.

انواع مراقبت

استقرار یک نظام مراقبت کارآمد، به منظور جمع‌آوری منظم داده‌های مربوط به بروز بیماری‌ها و تجزیه و تحلیل این داده‌ها یکی از ضروریات کنترل مقابله با پاندمی بیماری‌ها و تجزیه و تحلیل و کاهش بیماری‌زایی و مرگ و میر ناشی از آن‌هاست. در کشور ایران انواع نظام مراقبت اعم از مراقبت فعال، مراقبت غیر فعال، مراقبت دیده‌ور، مراقبت سندرومیک و غیره پیاده سازی شده و در حال اجراست (۱).

مراقبت فعال

یک سیستم مراقبت پویا، ظرفیت شناسایی، ارزیابی خطر و پاسخ بموقع به یک تهدید سلامت عمومی را خواهد داشت، زیرا تأخیر در شناسایی و گزارش‌دهی موارد بیماری، می‌تواند موفقیت در پاسخ جهانی به یک

پاندمی را به خطر بیندازد (۱).

مراقبت به دو شکل فعال و غیرفعال طراحی و اجرا می‌شود. این دو واژه نشان از دو نوع نگرش به انجام مراقبت دارد. مراقبت فعال به مفهوم پیش‌بینی انواع امکانات به منظور جمع‌آوری، ارسال و تجزیه و تحلیل و تولید اطلاعات و ارایه پس‌خوراند است. این امکانات می‌تواند شامل تلفن، فاکس، مراجعات، ارتباطات الکترونیکی بین کارکنان و واحدها باشد. به طوری که می‌توان به کمک مراقبت فعال به طور مستقیم از وضعیت سلامت و بیماری افراد آگاه شد.

خودمراقبتی

خودمراقبتی به معنای فعالیت‌های آگاهانه، اکتسابی و هدف‌داری است که افراد به منظور حفظ حیات و برای تأمین، حفظ و ارتقای سلامت خود انجام می‌دهند و در آن از دانش و مهارت خود استفاده می‌کنند تا مسؤولانه از سلامت خود مراقبت کنند. نتایج خود مراقبتی برای افراد بیمار شامل کاهش علائم و عوارض بیماری است و در مورد افراد سالم پیشگیری از ابتلا در بسیاری موارد و تشخیص زودرس در سایر موارد نتایج ارزنده‌ای است که در خود ارزیابی و خود مراقبتی حاصل می‌شود. خودمراقبتی موجب ارتقای سلامت و کیفیت زندگی، افزایش رضایت بیماران، افزایش اثربخشی خدمات، منطقی شدن استفاده از خدمات و کاهش هزینه‌های سلامت می‌شود. (۲).

ابزار و راه‌های افزایش برنامه خود مراقبتی

و مراقبت فعال

خودمراقبتی شامل اقداماتی است آموختنی، آگاهانه و هدفمند که هر فردی برای خود، خانواده و دیگران انجام می‌دهد تا سالم بماند، از سلامت جسمی و روانی خود حفاظت کند، نیازهای اجتماعی خود را برآورده سازد. مراقبت از خود، راهی است که به وسیله آن افراد تلاش می‌کنند که از بیماری و ناتوانی پیشگیری کنند و یکی از مفاهیم اصلی است که به وسیله آن روی رفتار سالم مثبت تأکید می‌شود. خود مراقبتی بیشتر به معنای





قابل ذکر است خودمراقبتی جایگزین مراقبت تخصصی و سازمانی نیست بلکه مکمل آن و یکی از عوامل تعیین‌کننده میزان و چگونگی استفاده از آن است. در یک رویکرد چهار نوع از فعالیت‌ها شامل خودمراقبتی تنظیمی، خودمراقبتی پیشگیرانه، خودمراقبتی واکنشی و خودمراقبتی بازتوانی به عنوان انواع اصلی خودمراقبتی ذکر شده‌اند (۳).

گوشی‌های تلفن همراه برای ترویج و ارتقای دانش در زمینه بیماری‌ها مفید هستند و به طور بالقوه برای غلبه بر موانع سنتی در دسترسی به اطلاعات و خدمات مثل موانع جغرافیایی، اجتماعی و جنسیت مورد استفاده قرار می‌گیرند یا از طریق پیام‌های یادآور یا توسط دیگر برنامه‌های کاربردی مفید. به علاوه، گوشی‌های تلفن همراه نقش اساسی در سراسر زنجیره از توسعه، تست، درمان، مراقبت و پشتیبانی ایفا می‌کنند (۴).

همچنین در این راستا می‌توان به آموزش از طریق اینترنت، رایانه، برگزاری کمپ‌های آموزشی، عضویت در جلسات و گروه‌های آموزشی، آموزش و پیگیری مراقبت‌ها با تلفن، آموزش در قالب جلسات بازدید

تعامل با سیستم مراقبت از سلامت است تا استقلال از سیستم مراقبت تخصصی. خودمراقبتی بستگی به فرهنگ و موقعیت دارد و ظرفیت اقدام و انتخاب را در بر می‌گیرد. عوامل مؤثر بر آن دانش فرد، مهارت‌های زندگی، ارزش‌ها، انگیزه، جایگاه کنترل و خودکارآمدی است (۶). همچنین اصل مهم در خودمراقبتی، دریافت اطلاعات مناسب در زمینه بیماری از طرف خود بیمار است تا با شناخت بیماری و پیامدهای آن و انجام صحیح رفتارهای مربوط به خودمراقبتی، بسیاری از عوارض بیماری قابل کنترل شود تا جایی که در سند ملی سلامت کشور، مطالعات مربوط به برنامه‌های خودمراقبتی به عنوان اولویت در نظر گرفته شده‌است. مشارکت بیماران در درمان و ایفای رفتارهای مناسب مراقبت از خود در هنگام بیماری از عوامل مؤثر در بهبود کیفیت زندگی در بیماران است. گسترش واژه مراقبت از خود در بیماری‌ها به علت تغییر الگوی بیماری از حاد به مزمن، تغییر ایدئولوژی از درمان به پیشگیری، منابع اقتصادی محدود و کوتاه کردن مدت زمان بستری بیماران در بیمارستان بسیار مورد توجه قرار گرفته است (۳).



فعال می‌توانند در آگاه‌سازی و پیشگیری از بیماری‌ها نقش داشته باشند و افراد از طریق خودمراقبتی می‌توانند به سلامتی و طول عمر بیشتری دست یابند و از ابتلاء به انواع بیماری‌های روحی و جسمی پیشگیری کنند. سیستم مراقبت فعال و خودمراقبتی بخشی از حیطه‌های مراقبت است؛ اجرای هدفمند و بر اساس شواهد نظام جامع حمایت از خودمراقبتی در ابتدای راه قرار دارد و ایجاد یک نظام ارائه‌دهنده خدمات که تسهیل‌گر اجرای رفتار خودمراقبتی باشد بایستی محور مطالعات اجرایی و مدیریتی در آینده قرار گیرند.

راهکارها و پیشنهادها

- توسعه و بهبود زیر ساخت نظام مراقبت برنامه‌ریزی به منظور مراقبت فعال در سازمان‌ها
- طراحی برنامه آموزشی با تأکید بر اصلاح رفتارهای مرتبط با خود مراقبتی در افراد
- ایجاد و ارتقای امکانات و فناوری‌های جدید برای شناسایی وقایع مرتبط با سلامت و بیماری‌ها و خطرات ناشی از حوادث طبیعی و غیر طبیعی در سراسر کشور
- برگزاری جلسات توجیهی و دوره‌های آموزشی برای کارشناسان گروه آموزش
- آشنا کردن افراد با سامانه‌های آموزش سلامت
- تمرکز بر آموزش به گروه‌های اجتماعی مهم و اولویت‌دار جامعه بخصوص زنان خانه‌دار، سالمندان و جوانان

منزل توسط ارائه دهنده خدمت، آموزش فردی، آموزش گروهی، مشاوره گروهی، آموزش به شیوه بحث گروهی اشاره کرد (۵).

قابل ذکر است که با بهبود نحوه جست‌وجوی اطلاعات سلامت، سلامت عمومی بهتر شده است. این یعنی، افراد با افزایش آگاهی، نیاز کمتری به ارائه‌دهندگان خدمات مشاوره‌ای در مراکز مراقبت اولیه بهداشتی دارند. همچنین ایجاد رفتار مطلوب کسب سلامت و افزایش آگاهی نیازمند اطلاع‌رسانی درست است. افزایش آگاهی باعث تغییر نگرش و تغییر رفتار سلامت، افزایش مشارکت مردم در زمینه سلامتی خود و درخواست برای امکانات بیشتر درمانی و افزایش تبادل اطلاعات بالینی می‌شود و رفتار خود مراقبتی را افزایش می‌دهد. درباره توزیع اخبار و اطلاعات می‌توان این طور گفت که توزیع اطلاعات از جمله مسؤولیت‌های آموزشی در حوزه سلامت به شمار می‌رود که می‌تواند با استفاده از شبکه‌های اجتماعی، برنامه‌های هنری و تبلیغات در رسانه‌ها موجب تأمین بهداشت عمومی و ارتقای سطح آن شود (۳).

نتیجه‌گیری

با توجه به مطالعات انجام شده روشن شد که سیستم مراقبت فعال کمک می‌کند تا افراد و سازمان‌ها به طور مستقیم و پویا در جهت سلامت جامعه قدم بردارند. سازمان‌ها از طریق رسانه‌ها و شبکه‌های اجتماعی به طور

منابع

۱. حسینعلی پور، سید عباس، ثقفی پور عابدین. اهمیت مراقبت مبتنی بر رخدادهای جهت مقابله با پاندمی بیماری‌های نو پدید: یک نامه به سردبیر، مجله دانشکده پزشکی، ۱۴۰۰؛ ۷۹ (۹): ۷۴۲-۷۴۱.
۲. مفتون، فرزانه و همکاران. تبیین محورهای اصلی خود مراقبتی به تفکیک سطوح پیشگیری و تعیین ابعاد مدیریتی آن، نشریه پایش، ۱۳۹۷؛ ۱۷(۴): ۳۶۱-۳۷۰.
۳. خواجه علی جهانتیغی، زهرا و همکاران. ارائه مدل مفهومی اطلاع‌رسانی خود مراقبتی به بیماران در نظام اطلاع‌رسانی پزشکی کشور، مجله تعامل انسان و اطلاعات، ۱۴۰۰؛ ۸(۳): ۱۹-۲۹.
۴. صفدری و همکاران. (۱۳۹۷). طراحی و ارزیابی سامانه خود مراقبتی مبتنی بر موبایل برای کنترل بیماری سل، مجله دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران ۱۲(۳): ۲۳۸-۲۳۰.
۵. شیرازی و همکاران. (۱۳۸۹). بررسی تأثیر آموزش برنامه خود مراقبتی به شیوه بحث گروهی بر دانش و عملکرد دختران نوجوان دیابتیک مراجعه کننده به انجمن دیابت ایران، مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی ۱۰(۵): ۹۹۳-۹۸۲.
۶. شهرام رفیعی فر و همکاران. نظام جامع توانمندسازی مردم برای مراقبت از سلامت خود. پژوهشگران بدن مرز. ۱۳۸۴.

درباره تکریم ارباب رجوع بیشتر بدانیم



مریم ولایی عزیز

مریی مرکز آموزش بهورزی دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اسدآباد

اهداف آموزشی

امیداست خوانندگان محترم پس از مطالعه مقاله:

- تکریم ارباب رجوع را تعریف کنند.
- اصول خدمات مشتری را شرح دهند.

مردم داری و مشتری مداری

مقدمه

نیکوترین وجه برآن دستور داده شده است. مصادیق علمی بحث تکریم همان سیره نبوی و ائمه اطهار است که در متون اسلامی به کرات آمده‌اند. نظام سلامت که رسالت تأمین، حفظ و ارتقای سلامت را همراه با پاسخگویی به نیازهای مردم و برقراری نظام منصفانه مالی بر عهده دارد بیش از هر سازمان دیگر باید به تکریم

بحث تکریم و جلب رضایت ارباب رجوع، یکی از مباحث مهمی است که امروزه در دستگاه‌های دولتی مطرح است. این موضوع از آموزه‌های مهم دینی ما بوده و در جای جای آیات کلام... مجید از آیه «ولقد کرّمنا بنی آدم...» در سوره اسراء تا فرمان خداوند به پیامبر عظیم الشان اسلام مبنی بر سخن گفتن با بندگانش به

محصول یا خدمتی را دریافت کرده و در عوض محصول یا خدمتی را ارائه می‌دهد. به طور کلی نیازها و توقعات ارباب رجوع داخلی بیشتر حول محورهای ارائه بموقع کار، دریافت کار با کیفیت قابل قبول، انجام کارگروهی، وجود ساختار و تشکیلات سازمانی مناسب است.

وظایف سازمان در تمرکز بر نیازهای مشتری

- آگاهی از نتایج (اهداف استفاده از خدمات) و راه‌های رسیدن به نتایج
- تعیین و تعریف دقیق احتیاجات ارباب رجوع
- مشارکت ارباب رجوع در اولین زمان ممکن
- تعیین انتظارات مصرف کننده (ارباب رجوع) از خدمات

تکریم ارباب رجوع یا مشتری

اگر قرار باشد یک خدمت با کیفیت ارائه شود، توازن بین انتظارات ارباب رجوع و آنچه که می‌توان عرضه کرد، ضروری است. نگرش ارباب رجوع مداری در فرآیندها از این حیث حایز اهمیت است که هر یک از نیازهای ارباب رجوع‌ها در کلیه فرآیندهای مرتبط سازمانی مدنظر واقع می‌شوند. در واقع توجه به نیازهای ارباب رجوع‌ها در فرآیند، یک شرط لازم برای حرکت به سوی ارباب رجوع مداری است. امروزه همه سازمان‌ها دریافته‌اند که رضایت ارباب رجوع ضامن بقای سازمان است. اهمیت و توجه به این امر تا بدان جاست که رضایت ارباب رجوع مهم‌ترین عامل در

ارباب رجوع به ویژه بیماران نیازمند پرداخته و کسب رضایت بیماران، خانواده‌های آنان و سایر مراجعان داخلی و خارجی را در سرلوحه امور خود قرار دهد. تکریم ارباب رجوع به معنی احترام به ارباب رجوع، پاسخ‌گویی مناسب به درخواست‌های او و راه‌اندازی کارش در اسرع وقت است. تکریم ارباب رجوع یعنی ارائه خدمات مناسب، در کمترین زمان.

ارباب رجوع نیز کسی است که خدمت یا کالایی را اعم از داخل سازمان یا بیرون سازمان دریافت می‌کند یا به عبارتی دیگر ارباب رجوع اشخاص حقیقی یا حقوقی هستند که محصول یا نتایج یک عملکرد را مصرف می‌کنند یا به آن‌ها نیاز دارند و از آن‌ها بهره می‌برند.

انواع ارباب رجوع، نیازها و انتظارات مشتری

الف. ارباب رجوع خارجی: در بیرون از سازمان بوده و فقط محصولات یا خدمات مورد نیاز را از سازمان خریداری می‌کند به طور کلی نیازها و توقعات ارباب رجوع بیشتر حول محورهای تحویل بموقع محصول یا خدمت، قیمت مناسب در مقابل محصولات یا خدمات مشابه رقابتی، کیفیت قابل قبول و مورد اطمینان، تحویل یا دریافت محصول و خدمات مطابق با نیاز نه مشابه آن و ارائه خدمات مناسب و قابل قبول بعد از فروش یا ارائه است.

ب: ارباب رجوع داخلی: در تمام مراحل عملیات و فرآیندهای سازمان همواره یک ارباب رجوع داخلی وجود دارد که



مباحث مهندسی مجدد فرآیند کسب و کار سازمان‌ها است. توجه به تکریم ارباب رجوع در اصل ارباب رجوع مداری و جلب رضایت خدمت‌گیرندگان یا همان بحث ارتباط و پیوند با ارباب رجوع و جامعه است. به عبارت دیگر ارباب رجوع‌گرایی یعنی درک نیاز به اندازه‌گیری و برآورده کردن نیازهای ارباب رجوع در جهت جلب رضایت او و آمادگی برای نیازهای متغیر و تلاش برای ارایه کار بی‌عیب و نقص.

کیفیت به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل رشد و توسعه سازمان‌ها و رضایت مشتریان

کیفیت بهینه عبارت است از آن سطح از کیفیت که علاوه بر برآورده ساختن انتظارات مشتریان، بدون اضافه شدن ارزش محصولات، از افزایش هزینه‌ها جلوگیری کند، کیفیت، جوهر هر سازمان است.

اصول طرح تکریم

رضایت ارباب رجوع هدف اصلی بوده و مراجعه کننده برای کارمند به عنوان صاحب حق تلقی می‌شود و باید رعایت ادب و احترام در برخورد با او انجام گیرد. مدیران خود را مقید کنند تا بر اساس برنامه‌ریزی مناسب و در زمان‌های معین شده که از قبل نیز می‌توانند آن را اعلام کنند در خصوص ارایه توضیحات یا بهره‌گیری از راهنمایی‌های کارکنان، کارشناسان و در بعضی مواقع شنیدن درد دل مراجعه کنندگان، ملاقات داشته باشند.



لذا به طور خلاصه می‌توان گفت دولت با به اجرا درآوردن این طرح به دنبال مقاصد زیر است:

- افزایش اثر بخشی و کارآیی نهادها
- آشنایی مردم با قوانین و مقررات مربوط به امور جاری
- آشنایی مردم با وظایف و مسؤولیت‌های دستگاه‌ها و سازمان‌های دولتی
- آگاهی مردم از نحوه فرآیند انجام کارها
- مهیا شدن شرایط برای بیان نظرات و پیشنهادهای و شکایات مردم
- بهره‌گیری از نقطه نظرات مردم و کارشناسان جهت اصلاح روش‌های فرآیند انجام کار

ابزارهای تکریم ارباب رجوع

- شیوه نامه‌های شفاف، روشن و قابل عملیاتی شدن
- اعمال صحیح و درست ابزارهای تکریم ارباب رجوع به وسیله مدیران
- انتشار جزوات و بروشورها یا نشریاتی که نوع خدمات هر سازمان را در بر داشته باشد و انتشار آن از طریق جراید، صدا و سیما و ...
- به کارگیری افراد صبور در بخش‌های پاسخگویی
- ضرورت آموزش‌های حین خدمت بویژه آموزش‌های صحیح برخورد با ارباب رجوع در هر یک از دستگاه‌های دولتی
- پذیرش فرهنگ قبول اشتباه و خطا و عذرخواهی از ارباب رجوع در صورت محرز شدن بروز اشتباه پاسهل انگاری از طرف مدیران و کارکنان بخش‌های پاسخگویی
- رسیدگی به شکایات و انتقادات مطرح شده در کوتاه‌ترین زمان
- پاسخ‌های صحیح و منطقی، تشویق و ایجاد انگیزه از افراد پاسخگو
- وظیفه شناسی، احترام به قانون و عدم پذیرش سفارش‌های ناصحیح و ناسالم
- قرار دادن ضابطه به جای رابطه و داشتن صداقت
- تقدم منافع ارباب رجوع بر منافع خویش
- توجه به دیدگاه‌های اعتقادی اخلاقی ارباب رجوع
- تعمیق همدلی در جامعه
- اعتقاد واقعی مدیران به هنجارهای جامعه

راستای ایجاد تحول اداری کشور، باید با توانمندسازی، حمایت همه‌جانبه و انگیزش آرایه دهندگان خدمات از طریق اعمال مدیریت علمی و کارآمد، مشتریان داخلی را در اولویت قرار داده تا از طریق جلب رضایت آن‌ها، بهبود مستمر کیفیت خدمات تحقق یافته و رضایت مشتریان خارجی سازمان نیز جلب شود.

پیشنهادها

- بازنگری در فرآیندهای اجرای کار
- کوتاه کردن فرآیندها، تجدید نظر در قوانین، مقررات و آیین‌نامه‌ها
- حمایت و پشتیبانی از کارکنان به هنگام رویارویی با مشکلات و خطرات
- استفاده از نظرات و پیشنهادهای کارکنان بدون در نظر گرفتن سلسله مراتب سازمانی
- آموزش لازم به کارکنان در خصوص لزوم اجرای طرح تکریم ارباب رجوع
- جلب رضایت مادی و معنوی کارکنان
- همچنین ایجاد تعهد در کارکنان برای انجام کار مراجعان در زمان مراجعه می‌تواند به عنوان یک گزینه مهم مورد توجه قرار گیرد. این اقدام‌ها می‌تواند زمینه تسریع کارها را فراهم ساخته و رضایت مشتریان و مراجعان را نیز تحت تاثیر قرار دهد.

ملزومات مدیریتی طرح تکریم ارباب رجوع

از مهم‌ترین اصول در مدیریت کیفیت و سازمان مشتری محور، نقش رهبری و مدیریت است. در طرح تکریم ارباب رجوع نیز ملزومات مدیریتی برای اجرای طرح ضروری است. این الزامات در نکات زیر خلاصه می‌شود: مدیر و سیستم مدیریتی یک سازمان بیش از کارکنان نسبت به طرح تکریم ارباب رجوع مسؤولیت دارند. مدیران هم در رفتار و ارتباطات فردی می‌بایست سر مشق و الگوی تکریم ارباب رجوع باشند و هم این‌که استقرار هر برنامه و طرح تکریم ارباب رجوع می‌بایست با رهبری آنان انجام پذیرد. الزام دیگر برای مدیریت در طرح تکریم ارباب رجوع برقراری نظام انگیزشی مناسب برای کارکنان است. مدیریت باید کارکنان فعال در این طرح را تشویق کرده و کارکنانی که کرامت ارباب رجوع را پاس نمی‌دارند به شکل مستقیم و غیر مستقیم راهنمایی یا تنبیه کند.

نقش کارکنان در طرح تکریم ارباب رجوع

کارکنان نقطه تماس ارباب رجوع با سازمان هستند. گاه برخورد مناسب یا نامناسب کارکنان تأثیری ماندگار و اساسی در فکر و احساس ارباب رجوع می‌گذارد.

نتیجه‌گیری

طرح تکریم به عنوان یک راهکار مشتری مدار در

منابع

- ارتقا و حفظ کرامت مردم در نظام اداری، معاونت امور مدیریت و منابع انسانی سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور
- دولت مشتری مدار، فصلنامه فرآیند مدیریت و توسعه، سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور، شماره ۶
- مشتری مداری و تکریم ارباب رجوع، اسماعیل محمدی
- اخلاق و آداب کارمندی، دکتر علی اکبر کلانتری
- فرهنگ تکریم، احمد اصل‌هاشمی
- میرزا صادقی، علیرضا و همکاران. رویکرد نوین در مدیریت منابع انسانی: آشنایی و نحوه استقرار مدیریت مبتنی بر عملکرد، جلد اول، چاپ اول، معاونت توسعه مدیریت منابع و امور
- معاونت امور مدیریت و منابع انسانی سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور. مصوبات برنامه ارتقا و حفظ کرامت مردم در نظام اداری. مرکز چاپ و انتشارات موسسه آموزش و پژوهش مدیریت و برنامه‌ریزی، چاپ اول، تهران. ۱۳۷۸.
- Robert J. Poche, "Customer Loyalty: The Key to Unlocking Customer Potential and Profitability", 2001.
- 12. Bernstaion, Aaron. "Quality is Becoming job one in office, too". Business Week, April 29 , 1991. P. 52.



با گام چهارم تحقیق
در نظام سلامت آشنا شوید

بیان مسأله؛ مسأله این است!

اهداف آموزشی

- از خوانندگان محترم انتظار می‌رود پس از مطالعه این مقاله:
- در ترسیم عوامل ایجاد کننده مسأله توانمند شوند.
 - توانایی بیان مسأله را داشته باشند.

نیره اسماعیل زاده

کارشناس اپیدمیولوژی معاونت بهداشت
دانشگاه علوم پزشکی مشهد



مقدمه

اینجاست که بایستی همه ابعاد مسأله را شناخت و تمام جوانب آن را بررسی کرد. همچنین باید از تجارب، مشارکت و همفکری همه کسانی که در فرآیند اجرایی مشارکت دارند مانند مدیران، کارشناسان، ارایه دهندگان خدمت و خدمت گیرندگان استفاده کرد. بایستی بتوان عواملی که به شکل مستقیم و غیر مستقیم در ایجاد مشکل و مسأله نقش دارند را مشخص کرد تا شناخت نقاط و گلوگاه‌های مؤثر جهت ایجاد تغییرات امکان پذیر شود. در این مقاله به طور مختصر به بیان گام‌هایی که در تهیه و نوشتن یک «بیان مسأله» دقیق مورد نیاز است می‌پردازیم.

در گام‌های اول و دوم تحقیق در نظام سلامت به اهمیت شناسایی سیستم و شناسایی مشکلاتی که منجر به ایجاد اختلال در توازن سیستم می‌شود پرداختیم. از میان مشکلات شناسایی شده توانستیم با توجه به منابع زمانی، مکانی، نیروی انسانی و ... آن‌ها را اولویت بندی کرده و مسأله‌ای که نیاز به بررسی دارد را مشخص کنیم. حال چگونه می‌توان مسأله را ارایه داد؟ چگونه می‌توان آن را حل کرد؟ اگر این مسأله حل نشود چه عواقبی دارد؟ اگر حل بشود به چه نتایج سودمندی ممکن است دست یابیم یا چه مشکلاتی می‌تواند داشته باشد؟

ترسیم مساله

در مکان‌های مختلف، فرهنگ مختلف و ... متفاوت باشد. پس خودتان با کمک تجاربتان و تجارب اهل فن و کارشناسان در منطقه و اطلاعات به دست آمده از جمعیت خدمت گیرنده، شبکه علیت را رسم کنید. اینکه بتوانیم مشخص کنیم کدام قسمت زنجیره و عامل پیشنهادی می‌تواند گلوگاه باشد، کدام قسمت در صورت رفع، نتیجه سریع می‌دهد و کدام مورد با وجود زمان‌بر بودن باعث حل ریشه‌ای مشکل سوءتغذیه می‌شود خیلی مهم است.

اینجاست که باز هم تأکید می‌کنیم آگاهی دقیق از مسأله و همه جوانب آن راه‌گشا و عامل حل مسأله است. این علم بایستی با توجه به منطقه و بومی شده باشد، یعنی برگرفته از مسایل ایجاد کننده آن در منطقه ارایه شود. اندازه‌گیری میزان اثرگذاری عوامل، مساله مهم دیگری است که در مقالات بعدی به آن می‌پردازیم.

نتیجه‌گیری

روش‌های مختلفی در متون مختلف برای نشان دادن عوامل ایجاد کننده مسأله وجود دارد. یکی از رایج‌ترین آن‌ها «زنجیره علیت» است که ارتباط عوامل با مسأله را به طور مستقیم و غیر مستقیم نشان می‌دهد. دانستن مسأله و ابعاد آن محکم‌ترین قدم برای حل آن است و این حاصل نمی‌شود مگر با مطالعه متون و شناخت سیستم‌هایی که مرتبط با موضوع هستند و کمک گرفتن و بارش افکار با مجموعه افراد آگاه علمی و تجربی و خدمت گیرندگان. شناسایی نقاط گلوگاه مسأله، راز موفقیت در حل مسأله است.

برای اولویت بندی مسایل نیاز به بارش افکار و استفاده از تجارب اهل فن و گروهی از افراد مطلع و ذی‌نفع در مسایل و از طرفی استفاده از متون علمی و تجارب علمی داشتیم. پس از این‌که مسأله‌ای به عنوان اولویت نیازمند به بررسی تشخیص داده شد، بایستی ضمن داشتن آگاهی از جوانب مسأله و بررسی و تحقیق در مورد آن بتوان از همفکری افراد گروه استفاده کرد.

دانستن همه جوانب یک مسأله خود در حل گره‌های آن کمک کننده اساسی است. با شناخت مواردی که به طور مستقیم و غیر مستقیم بر ایجاد مسأله مؤثرند می‌توان بخوبی نقاطی را که مداخله، بهترین اثر را می‌تواند داشته باشد، شناسایی کرد. می‌توان این نقاط را به عنوان گلوگاه در نظر گرفت.

حال ببینیم چگونه می‌توان عوامل ایجاد کننده مستقیم و غیر مستقیم را رسم کرد؟ ترسیم این نمودار به طور صحیح، نیازمند علم به موضوع است.

فرض کنید در منطقه‌ای سوءتغذیه در کودکان رایج است. در متون مختلف از مواردی چون سطح آگاهی و دانش مادر، وضع اقتصادی، بیماری‌های عفونی، کمبود مواد غذایی و عدم رعایت بهداشت به عنوان علل منجر به سوءتغذیه یاد شده است. شما هم ممکن است با روش بارش افکار و مشورت با اهل علم و فن و ... نمونه‌های دیگری را به عنوان عامل سوءتغذیه شناسایی کرده باشید. اینکه کدام عوامل منجر به عامل دیگر و در نهایت منجر به سوءتغذیه می‌شود، ممکن است

منابع

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

چند توصیه برای چگونه تفریح کردن پاسخ به یک نیاز اساسی



فاطمه شریف زارع

مربی مرکز آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی گیلان



کارشناسانی دیگر تفریح را وضعیتی تعریف می‌کنند که به وسیله آن فرد کاملاً در بازی خود و در ارتباط پیدا کردن با دیگران غوطه‌ور می‌شود، زمان را گم می‌کند و نگران آن نیست که چطور به نظر می‌آید یا چقدر خوب خود را نشان داده است.

بسیاری از ما حداقل دو ساعت از روز را می‌توانیم برای خود کنار بگذاریم و برخی از ما تا پنج ساعت نیز در اختیار داریم، راکر پیشنهاد می‌کند که از زمان خود برای انجام «فقط یک کار که قبلاً برای شما شادی می‌آورد» استفاده کنید. اگر قرار باشد مدام حواس‌مان پیش گوشی مان باشد که آخرین ایمیل چیست یا آخرین خبر کدام است، تفریح دیگر معنایی پیدا نمی‌کند. گاه فناوری می‌تواند دشمن تفریح باشد. باید زمان‌هایی ارتباط خود را با اینترنت قطع کنیم، در غیر این صورت زمان حال برای مان معنی نخواهد داشت.

فواید تفریح

بعضی توصیه‌ها برای تفریح کردن:

- نگران میزان خوشحالی خود نباشید.
- جاذبه‌های سرگرم‌کننده خود را پیدا کنید.
- وقتی را برای تفریح کردن انتخاب کنید.
- از وقت صحبت با تلفن یا تماشای تلویزیون کم کنید.
- تفریح را با بقیه شریک شوید و آن را وسعت دهید.
- در پایان و درباره فواید تفریح می‌توان خاطر نشان کرد که تفریح و زندگی فعال برای سلامت جسمانی و روانی فرد اهمیت دارد و انسان را در مقابل ابتلا به بیماری‌های روانی همچون افسردگی و بیماری‌های جسمانی مانند بیماری‌های قلبی و دیابت حفظ می‌کنند.
- رفتن به مراکز تفریحی و پارک‌ها باعث تقویت بنیاد خانواده و صمیمیت بین اعضای خانواده و ایجاد جوامعی سالم‌تر می‌شود. تفریح، سلامت روان را بهبود می‌بخشد و فرد را آرام‌تر و شادتر می‌کند.

آخرین بار چه زمانی آن‌قدر تاب خوردید که ترسیدید؟ یا کی بود که آن‌قدر خندیدید که اشک از چشمان‌تان سرازیر شد؟ اگر هر از چند گاهی شما این‌طور تفریح کرده‌اید، بدانید که تنها نیستید.

نیاز به تفریح مانند نیاز به غذا یا رابطه جنسی، نیاز به علاقه و عشق و نیاز به قدرت از جمله نیازهای ما انسان‌هاست. بسیاری از ما هنوز از عادت‌های غیراجتماعی که در زمان پاندمی کرونا گرفتار آن شدیم، خلاص نشده‌ایم. این روزها وقایع خارج از اراده و کنترل ما اثری جدی بر سلامت‌مان می‌گذارند. پاییز گذشته، ۷۶ درصد از بزرگسالانی که در نظرسنجی انجمن روان‌شناسی آمریکا شرکت کرده بودند، گفته‌اند که فشار ناشی از مسایل سیاسی، ارتباطات نژادی، خشونت و تورم بر سلامت آن‌ها اثر گذاشته است. براساس این گزارش تأثیرات به شکل سردرد، فرسودگی، افسردگی، عصبی بودن و خستگی بروز کرده‌اند.

پادزهر همه آنچه سلامت ما را در خطر می‌اندازد، شاید درست دم دست ما باشد. در نظر گرفتن زمانی برای تفریح می‌تواند با فشارهای روانی مقابله کند، اما تفریح کردن روش‌ها و اصولی دارد که باید آن‌ها را شناخت.

«مایک راکر» در کتابی با عنوان «عادت تفریح کردن» می‌نویسد: شادمانی نوعی وضعیت ذهنی است که به داشتن تحصیلات، پول یا قدرت نیازی ندارد. نکته اصلی برای تفریح کردن آن است که اراده داشته باشید. اگر شاد بودن خواب و خیال باشد، تفریح امری واقعی و کنار گوش شماست. مدت زیادی از تحقیقات علمی درباره تفریح و بازی نمی‌گذرد، به همین دلیل تعریف دقیقی از آن وجود ندارد. «راکر» عقیده دارد تفریح کردن عملی است فعالانه و از روی تصمیم (نه مثل تلویزیون دیدن که بدون فکر انجام می‌شود) و اغلب همراه با آدم‌هایی دیگر. در واقع چیزی است که شما برای خود انتخاب می‌کنید و می‌تواند هیجان مثبتی بیش از اتفاقات زندگی روزمره در شما ایجاد کند.



الهام حبیب زاده

کارشناس آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی ایران



کنید و زیبایی‌های بیشتری ببینید یا خلق کنید.
امروز با همراهی چند نفر از همکاران ستادی به دیدن یکی
از پرسنل خوش ذوق شبکه بهداشت و درمان شهرستان
ملارد رفتیم، همکاری که سال‌ها در خانه بهداشت
روستای مهرچین، به عنوان بهورز، در حال خدمت به
مردم مهربان این روستاست. در ادامه، گفتگویی کوتاه
با ایشان داشتم.

سلام لطفا خودتان رو معرفی کنید؟

محمد باقر آینه هستم، بهورز خانه بهداشت مهرچین

چند سال سابقه کار در بهورزی دارید؟

تقریباً ۲۹ سال

هدفتان از کاشت سیفی جات در محوطه خانه بهداشت

چه بوده است؟

باغچه‌ای کوچک اما پر از حرف

همیشه هستند کسانی که با ذوق و سلیقه خود دیگران
را مجذوب خود می‌کنند. کسانی که هر فرصتی را
برای استفاده از نعمت‌های الهی غنیمت می‌شمارند.
این افراد می‌دانند که چگونه زندگی را زیباتر کنند و
گویا مدت‌هاست چشم‌ها را شسته‌اند و جور دیگر نگاه
می‌کنند.

خواندن این مطلب را به شما توصیه می‌کنیم، زیرا شاید
شما هم بتوانید نگاهتان را به محیط زندگیتان عوض

فرصت برای آبیاری استفاده کردیم. البته این را هم اضافه کنم که دهیاری هم هر از گاهی با تانکر برای ما آب ارسال می‌کند.

چطور این کار رو یاد گرفتید؟

بیشتر به صورت تجربی و البته باید بگویم که ما کشاورز زاده هستیم.

آینده ای برای این کار می‌بینید؟

بله، این اقدام هم باعث فرهنگ سازی در بین ساکنان می‌شود، هم تمرینی برای خود ماست تا بعد از بازنشستگی با این کار کسب درآمد کنیم و سرگرم شویم.

آیا به تنهایی این کار را انجام دادید؟

خیر با کمک همکارم، خانم دانش بیات، ایشان اطلاعات خوبی در زمینه کشاورزی دارند.

نظر مراجعه کنندگان شما درباره این کار چیست؟

بسیاری از آن‌ها در این مورد ابراز علاقه کرده‌اند، گاهی اوقات از ما برای انجام این کار در منزل راهنمایی می‌خواهند، ما هم آن‌ها را تشویق به این کار می‌کنیم.

روزانه چقدر وقت برای این کار صرف می‌کنید؟

حدوداً روزی یک ربع، اما در ابتدای کار کمی وقت بیشتری باید صرف می‌کردم.

در پایان چه توصیه‌ای برای مخاطبان دارید؟

به نظرم هر کس می‌تواند زندگی خود و اطرافیانش را زیباتر کند، فقط کافیست کمی از دنیای پر هیاهوی مدرن فاصله بگیرد و یک مقدار وقت صرف این جور کارها کند تا بهتر و با لذت‌تر از نعمت‌های خداوند بهره ببرد.



چون خانه بهداشت نوساز بود، برای زیباسازی و استفاده از فضاهای اضافی، هم سیفی جات کاشتم و هم چند اصله درخت در خارج و داخل حیاط خانه بهداشت. تقریباً همه نوع سیفی جات و برخی سبزیجات در اینجا داریم.

چرا کاشت سیفی جات؟

منازل روستایی اکثراً ویلایی هستند و حیاط‌های بسیار بزرگی دارند که بلااستفاده است. به نظرم این کار باعث می‌شود خانم‌هایی که خانه‌دار هستند و اکثراً به اینجا مراجعه می‌کنند، تشویق شوند که آن‌ها هم از این فضاها در حیاط خانه‌های خودشان برای کاشت مصرف روزانه استفاده کنند.

حدوداً چند متر مربع را به این کار اختصاص دادید؟

حدود ۴۰ متر مربع

پس فضای خیلی زیادی هم لازم ندارد؟

بله دقیقاً

چند اصله درخت کاشتید؟

۱۲ اصله درخت شامل درختان گوجه سبز، توت سفید، بید مجنون، نخل زینتی، کاج زینتی و درخت زبان گنجشک و چه سیفی جاتی؟

بادمجان قلمی، بادمجان دلمه، فلفل دلمه، فلفل ساده، بامیه و البته سبزی خرفه

چقدر عالی، ولی با مشکل کم آبی که وجود دارد، چطور

توانستید آب را برای آبیاری باغچه‌ها تامین کنید؟

خب ما هنگام کلرسنجی باید مدت زمانی آب لوله کشی را باز بگذاریم و بعد کلرسنجی کنیم، بنابراین از این



جدول شماره ۱۱۸

گردآورنده:

نرجس خیرآبادی

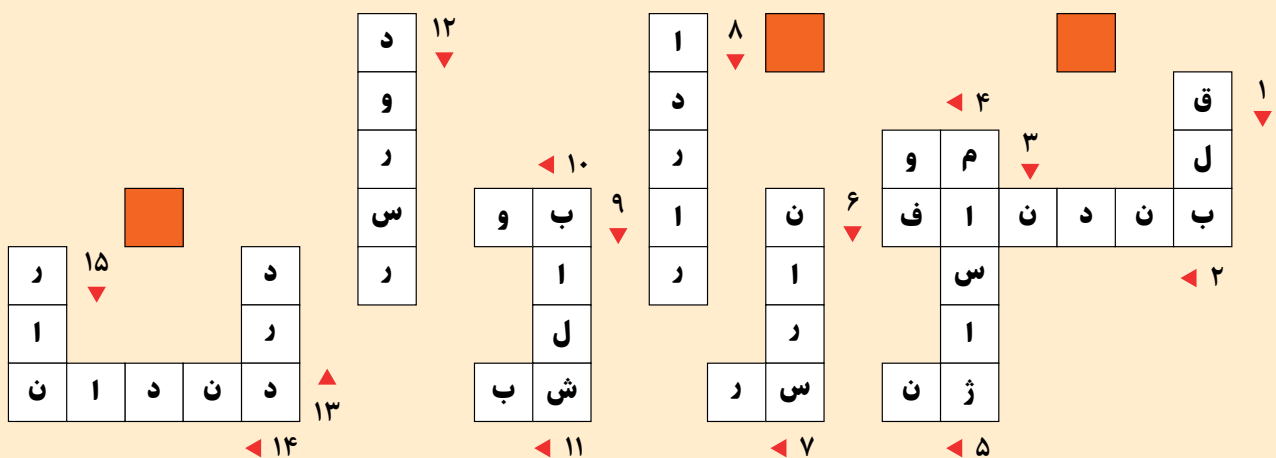
مربی مامایی مرکز آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی سبزوار



مطمئن برای کنترل و به تاخیر انداختن پیری ۲۲. نوبت کاری ۲۳. پرسشنامه MNA مربوط به این اختلال در سالمندان است ۲۴. کاهش مصرف چربی میزان ابتلا به این سرطان را کم می‌کند ۲۵. سنگ‌ریزه ۲۶. به گله می‌زند ۲۷. از نزولات آسمانی ۲۸. از عوارض شایع دوره یائسگی ۲۹. شایع‌ترین بیماری اختلال انعقادی ارثی ۳۰. مدت زمان انجام تست تعادل در وضعیت حرکت سالمندان چند ثانیه است ۳۱. کاروانسرای امروزی ۳۲. از سبزیجات ۳۳. ورزشی برای تقویت عضلات لگن ۳۴. دستگاهی برای سوراخ کردن چوب، آهن و دیوار ۳۵. از حبوبات ۳۶. پرسشنامه آمادگی فعالیت فیزیکی در میانسالان ۳۷. مخفف اگر ۳۸. خورشید گرفتگی ۳۹. با این نوع پخت برنج ویتامین‌های گروه «ب» حفظ می‌شود ۴۰. تست شناسایی خون مخفی در مدفوع

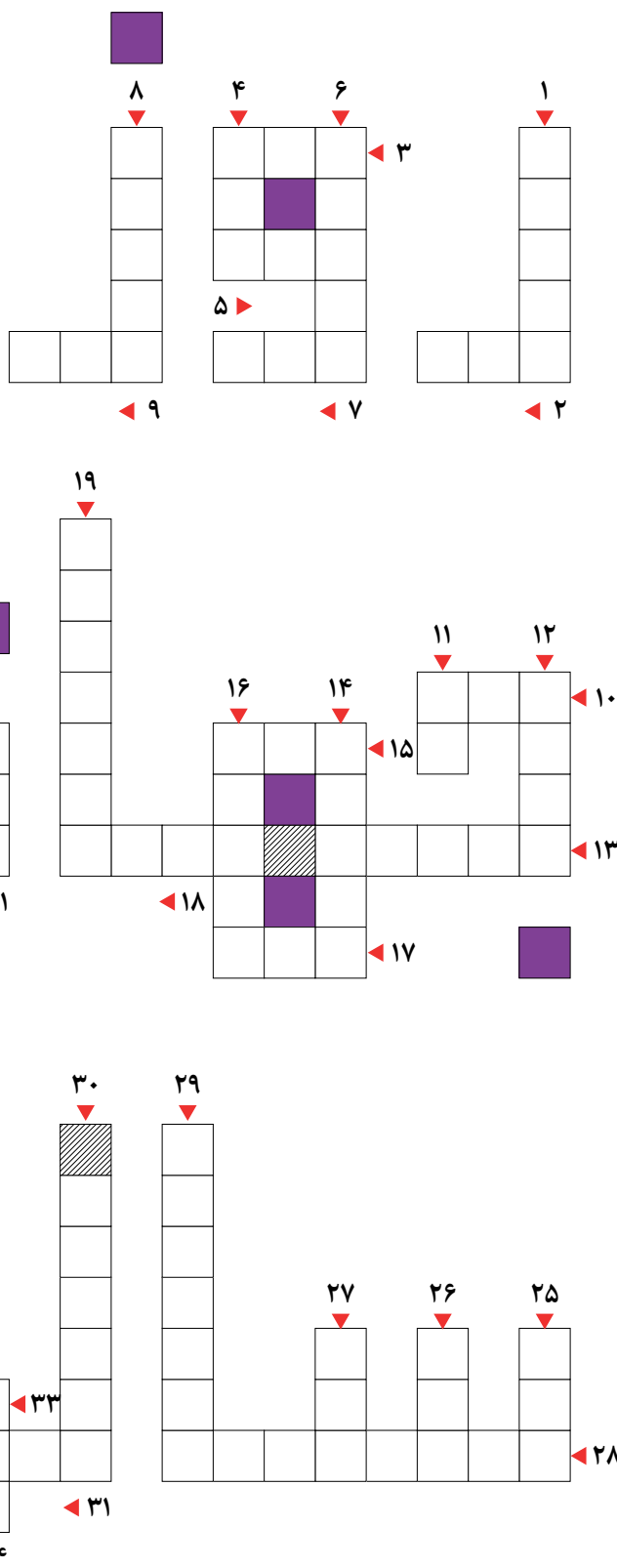
۱. از مکمل‌های مورد نیاز در دوره سالمندی ۲. عامل انتقال بیماری طاعون ۳. فاصله مناسب برای انجام تست نجوا چند سانتی متر است ۴. مزه دهان جمع‌کن ۵. سرعت جذب انسولین در کدام قسمت بدن بیشتر است؟ ۶. شوینده سر ۷. نوعی بیماری واگیردار ۸. فرمول اندازه‌گیری قد برای سالمند خمیده ۹. یک بیماری شایع در دهان ۱۰. خوردن آن قبل از خواب به برطرف شدن کم‌خوابی کمک می‌کند ۱۱. شهری مذهبی نزدیک تهران ۱۲. یکی از اشکال دارویی ۱۳. از علائم افت قند خون در سالمندان ۱۴. هم‌نشین قاشق و چنگال ۱۵. رایج و مرسوم ۱۶. سوق ۱۷. نوع خفیف بیماری دوشن ۱۸. از عوارض شدید دارویی سل ۱۹. عارضه جدی و خطرناک برای مادر باردار ۲۰. برداشت محصول ۲۱. یک راه

جدول حل شده شماره ۱۱۶



برنده جدول شماره ۱۱۶: علی اکبر اسلامی شبکه بهداشت و درمان شهرستان اسلامشهر دانشگاه علوم پزشکی تهران

خوانندگان عزیز خواهشمندیم بعد از تکمیل خانه‌های جدول، تصویر پاسخ را تا تاریخ ۱۴۰۲/۱۰/۱۵ به نشانی ایمیل kheirabadin1@medsab.ac.ir (سرکارخانم خیرآبادی مربی بهورزی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار) ارسال کنید. از طرف معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی سبزوار به ۲ نفر از کسانی که پاسخ صحیح را ارسال کنند به قید قرعه جوایزی اهدا خواهد شد.





دفع بهداشتی فضولات دامی در روستا

بگذارید طبیعت به شما کمک کند

سمیه قطبی نسب

مدیر مرکز آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی ایلام



مهندس حمید جهان‌دخت مرعشی

کارشناس سلامت محیط
دانشگاه علوم پزشکی مشهد



اهداف آموزشی

امیداست خوانندگان محترم پس از مطالعه مقاله:

- پیامدهای دفع غیر بهداشتی فضولات دامی را بیان کنند.
- روش‌های سالم‌سازی محیط روستا از فضولات دامی را توضیح دهند.
- روش جمع‌آوری بهداشتی فضولات دامی را شرح دهند.
- ویژگی‌های محل مناسب برای نگهداری فضولات دامی را بیان کنند.
- شرایط و روش‌های تهیه کمپوست را شرح دهند.

و نگهداری غیربهداشتی فضولات دامی است. افراد خانواده بویژه کودکان در اثر مواجهه با فضولات دامی در معابر و خانه‌ها (در صورت نزدیکی محل نگهداری دام با محل زندگی افراد خانواده)، در معرض انواع بیماری‌های عفونی، پوستی و انگلی قرار می‌گیرند. لذا با توجه به وضعیت جغرافیایی منطقه و در نظر گرفتن وضعیت اقتصادی ساکنان آن، طرح جمع‌آوری، انتقال و دفن بهداشتی فضولات دامی می‌تواند به مرحله اجرا گذاشته شود.

اثرات فضولات دامی در صورت مدیریت نامناسب:

- اثرات بهداشتی در اثر تماس مستقیم با فضولات: شیوع بیماری‌های میکربی، ویروسی و انگلی
 - اثرات بهداشتی در اثر تکثیر حشرات، حیوانات موزی و ولگرد
 - اثرات زیست محیطی: آلودگی آب‌های سطحی و زیرزمینی، خاک و هوا
 - اثرات اجتماعی: ایجاد کدورت و نارضایتی بین همسایگان و ساکنان روستا، ایجاد منظره زشت در روستا و ...
 - اثرات اقتصادی: صرف هزینه برای بهبود بیماری‌ها، از دست دادن توانایی انجام کارهای روزمره و ...
- بنابراین برای سالم‌سازی محیط روستا از فضولات دامی باید:**
- زباله و فضولات دامی در کوچه‌ها و معابر روستا با همکاری کلیه اهالی و شورای روستا به طور منظم جمع‌آوری شود.

حفظ و رهایی از رنج و بیماری یکی از مهم‌ترین مسائلی است که همواره در طول تاریخ، فکر بشر را به خود مشغول کرده است. با پیشرفت علم و دانش و شناختن عوامل بیماری‌زا و تأثیر آن بر تندرستی، انسان آموخت که باید در محیطی پاکیزه و سالم زندگی کند و محیط زندگی خود را از آلودگی‌ها پاک سازد و از آنچه سلامت او را به خطر می‌اندازد پرهیز کند. همچنین دریافت که تحقق ایجاد یک محیط سالم و پاکیزه جز با بهره‌گیری از همه ظرفیت‌ها، اندیشه‌ها و افکار مختلف میسر نخواهد بود. بنابراین برای دستیابی به یک محیط سالم و شاداب در روستا، جلب مشارکت مردمی و همکاری بخش‌های مختلف جامعه می‌تواند بسیار مثر ثمر باشد.

مسئله دخالت فعال مردم روستا در امور مربوط به سلامتی خودشان، از جمله عملیات بهداشت محیط روستایی محیطی سالم و پاکیزه را در روستا نوید می‌دهد و زمانی که روستا سالم باشد روستاییان نیز از سلامت برخوردار خواهند شد و می‌توانند با کار و تلاش خود در تولید و توسعه اقتصادی کشور نقش بسیار با اهمیتی را ایفا کنند.

به مجموعه فعالیت‌های عمرانی که در راستای تأمین، حفظ و ارتقای سطح سلامت جامعه روستایی انجام می‌پذیرد، عملیات بهداشت محیط در روستا می‌گویند. **مهم‌ترین این فعالیت‌ها شامل:** مشارکت در بهسازی منابع آب آشامیدنی، مشارکت در احداث و بهسازی توالت‌های بهداشتی، مشارکت در جمع‌آوری و دفع بهداشتی پسماند، مشارکت در جمع‌آوری و دفع فاضلاب و مشارکت در دفع بهداشتی فضولات دامی خانوارهای دارای دام است.

در برخی روستاها جمع‌آوری فضولات دامی به شیوه‌های غیربهداشتی انجام می‌شود. تلبار کردن فضولات دامی در خانه‌ها و معابر سطح روستا علاوه بر ایجاد منظره زشت و ایجاد بوی نامطلوب، محل مناسبی را برای رشد و نمو حشرات از جمله مگس فراهم می‌آورد. از سوی دیگر، آلودگی آب‌های سطحی و زیرزمینی بویژه در هنگام وقوع بارندگی و سیل، از عواقب جمع‌آوری



روش‌های بهداشتی دفع فضولات

بهترین روش دفع فضولات دامی در روستا کمپوست کردن آنهاست. کمپوست یک فرآیند طبیعی پوسیده شدن یا تجزیه مواد آلی توسط میکروارگانیسم‌ها در شرایط کنترل شده است که طی این فرآیند مواد آلی خام مانند بقایای زراعی، جسد حیوانات، مواد غذایی، برخی پسماندهای شهری و ضایعات صنعتی مناسب، به ترکیبات پوسیده شده تبدیل می‌شوند. این ترکیبات به عنوان کود کمپوست و یک منبع غنی از مواد آلی در حفظ حاصل‌خیزی خاک و به دنبال آن در کشاورزی پایدار، نقش مهمی دارد.

کمپوست ممکن است با توجه به ماهیت فرآیند تجزیه به دو دسته تقسیم شود:

۱. بی‌هوازی: در این فرآیند تجزیه در جایی اتفاق می‌افتد که اکسیژن وجود ندارد یا از نظر منبع اکسیژن محدود است. ترکیباتی که در شرایط بی‌هوازی تولید می‌شود دارای سمیت و بوی نامطبوع هستند. از آنجا که کمپوست بی‌هوازی فرآیندی با درجه حرارت پایین است، توان حذف بذر علف‌های هرز و پاتوژن‌ها را ندارد. علاوه بر این زمان این فرآیند معمولاً طولانی‌تر از کمپوست هوازی است.

- تا حد امکان مسیر رفت و آمد و محل نگهداری حیوانات را از منزل مسکونی و مسیر رفت و آمد افراد جدا کنند.
- در مورد فضولات دامی می‌توان زمینی جدا از محل دفن بهداشتی پسماند با همان شرایط در نظر گرفت. بهتر است محلی مناسب در طویل‌ه برای فضولات در نظر گرفته شود که شامل چهار دیواری به همراه سقف غیر قابل نفوذ در برابر آب و کف ترجیحاً بتونی با یک در که البته کاملاً مسدود نباشد و مسیر عبور هوا و نور را داشته باشد و بعد از تلمبار کردن به زمین‌های کشاورزی یا به فاصله حدود ۷۰۰ تا ۱۰۰۰ متر از آخرین خانه روستا برده شوند.
- در روستاهایی که فضولات حیوانات برای سوخت استفاده می‌شود، بایستی زمینی در فاصله مناسب و دور از محل زندگی به این منظور اختصاص داده شود.
- اطراف محوطه نگهداری کود حیوانی برای جلوگیری از پراکندگی و هجوم حیوانات و دسترسی افراد حصارکشی شود.
- واقع نشدن در مسیر بادهای غالب منطقه و سیلاب‌ها (حداقل فاصله با آب‌های جاری و رودخانه‌ها بایستی ۱۰۰۰ متر باشد).



را برای کمک به حفظ دمای مطلوب بهبود می‌بخشند. **میزان رطوبت:** میکروارگانیسم‌هایی که در یک توده زندگی می‌کنند، برای زنده ماندن به میزان رطوبت ۴۰ تا ۶۵ درصد احتیاج دارند.

تهویه: هوادهی به توده اجازه می‌دهد تا تجزیه با سرعت بیشتری نسبت به شرایط بی‌هوای رخ دهد. با این حال نباید اکسیژن یا اصطلاحاً هوادهی زیاد باشد، زیرا می‌تواند توده را خشک و روند کمپوست را مختل کند.

دما: دمای ایده آل برای مرحله اولیه تولید کود کمپوست ۲۰ تا ۴۵ درجه سانتیگراد است. پاتوژن‌ها به طور معمول در ۵۵ درجه سانتیگراد و بالاتر از بین می‌روند، در حالی که نقطه مهم برای از بین بردن بذر علف‌های هرز ۶۲ درجه سانتی‌گراد است. برای تنظیم دما می‌توان از چرخش و هوادهی استفاده کرد.

مقدار PH: سطح PH نباید از هشت بیشتر شود زیرا در PH بالاتر، گاز آمونیاک بیشتری تولید شده و باعث هدررفت نیتروژن می‌شود. فاصله محل تهیه کمپوست و دفن از روستا، بهتر است حدود ۲/۵ تا ۳ کیلومتر باشد. همچنین حداقل فاصله از راه‌های ارتباطی باید ۳۰۰ متر باشد. حداقل فاصله کف محل دفن، از سطح ایستایی ۱۰ متر و حداقل افقی از منابع آب ۴۰۰ متر باید باشد.

سیلوی کود

در روستاهایی که دارای تعداد زیاد دام هستند اقدام به احداث سیلوی کود لازم است. به این صورت که دامداران کود خود را در فصلی که بدان نیاز ندارند به سیلو تحویل داده و در زمانی که نیاز به کود داشته باشند به همان اندازه کود به آن‌ها تحویل داده می‌شود و کسانی هم که به کود نیاز ندارند به افرادی که نیاز دارند می‌فروشند. سیلو در مکانی دور از روستا و با شرایط بهداشتی و می‌تواند بین دو یا چند روستا مشترک باشد، در ضمن اجرای سیلوی کود نیازمند همکاری بین بخشی بین ادارات جهاد کشاورزی، بخشداری، دهیاری و مرکز بهداشت شهرستان است.

۲. هوای: این فرآیند در صورت وجود مقدار کافی اکسیژن صورت می‌گیرد و طی آن، میکروارگانیسم‌های هوای ماده آلی را تجزیه می‌کنند و ترکیباتی از جمله دی اکسید کربن، آمونیاک، آب، گرما و هوموس^۱ را تولید می‌کنند. علاوه بر این، به دلیل دمای بالا در این فرآیند بسیاری از میکروارگانیسم‌های مضر انسانی و گیاهی و همچنین بذر علف‌های هرز از بین می‌رود.

برخی فواید استفاده از کمپوست برای خاک به شرح زیر است:

- در برابر تنش‌هایی مانند خشکسالی، بیماری‌ها و سمیت مقاوم‌تر می‌شود.
- به محصول در جذب بهتر مواد مغذی گیاه کمک می‌کند.
- دارای ظرفیت بالا در جذب عناصر غذایی است. این مزیت باعث بازده بالاتر و میزان کمتری از کودهای معدنی برای کشاورزان می‌شود.
- کود کمپوست باعث افزایش نگهداری رطوبت خاک و به دنبال آن کاهش روان آب سطحی می‌شود.
- به دلیل بازگرداندن بقایای گیاهان به خاک برای محیط زیست مفید است.
- موجب کاهش نیاز خاک به کودهای تجاری می‌شود.
- بهبود ساختار ریشه گیاهان
- به تعادل PH در خاک کمک می‌کند.
- فرسایش خاک را کنترل می‌کند.

برای تولید کود کمپوست با کارایی بالا و عاری از هرگونه آفات و بذر علف‌های هرز، شرایط مطرح شده در ادامه لازم است:

بستر یا مواد اولیه: در مواد اولیه برای انجام فرآیند کمپوست باید ضایعاتی که دارای درصدهای مختلفی از ازت و کربن هستند با یکدیگر مخلوط شوند تا بتوان ترکیبی که دارای نسبت کربن به ازت مناسبی است، را برای فعالیت مناسب میکروارگانیسم‌ها تهیه کرد.

اندازه ذرات: خرد و ریز کردن مواد باعث افزایش سطح برای فعالیت میکروارگانیسم‌ها می‌شود. ذرات کوچک‌تر، مخلوط کمپوست یکدست‌تری تولید کرده و شرایط توده

۱. محصول نهایی آلی نسبتاً پایدار

همین جهت یکی از مهم‌ترین نکاتی که باید مورد توجه قرار گیرد آموزش دادن و آگاه کردن مردم نسبت به نتایج مفید یک برنامه است. مردم با آموزش متوجه می‌شوند که چه کاری و به چه دلیل به سود آنهاست و چرا باید همکاری کنند و نیز چه شرایط و کارهایی به ضررشان است که باید از آنها دوری کنند.

پیشنهادها

بهورزان بایستی عدم رعایت موارد بهداشتی در محیط روستا را با اعضای شورای روستا، معتمدان محلی و مسؤولان مراکز خدمات جامع سلامت در میان گذاشته و پیشنهادها و راه‌حل‌های مناسب را انتخاب کنند تا از طریق آموزش بهداشت، زمینه جلب مشارکت مردم در بهسازی محیط روستایی فراهم شود. در هر صورت اقدام قانونی به عنوان آخرین راهکار می‌تواند در بر خورد با متخلفان در دستور کار قرار گیرد.

بر اساس ماده ۶۸۸ کتاب پنجم قانون مجازات اسلامی (تعزیرات و مجازات‌های بازدارنده) هر اقدامی که تهدید علیه بهداشت عمومی شناخته شود از قبیل آلوده کردن آب آشامیدنی یا توزیع آب آشامیدنی آلوده، دفع غیربهداشتی فضولات انسانی و دامی و مواد زاید، ریختن مواد مسموم‌کننده در رودخانه‌ها، زباله در خیابان‌ها و کشتار غیر مجاز دام، استفاده غیر مجاز فاضلاب خام یا پساب تصفیه‌خانه‌های فاضلاب برای مصارف کشاورزی ممنوع است و مرتکبان چنانچه طبق قوانین خاص مشمول مجاز شدیدتری نباشند به حبس تا یک سال محکوم خواهند شد.



نتیجه‌گیری

شرط اصلی موفق بودن در هر برنامه بهداشتی از جمله جمع‌آوری فضولات حیوانی و دفع بهداشتی فاضلاب مستلزم همکاری صمیمانه مردم است که با آگاهی مردم این کار صورت می‌گیرد. اگر مردم به یک برنامه بهداشتی معتقد باشند و علت انجام آن را بدانند در نگهداری و استفاده از وسایل فراهم شده تلاش خواهند کرد. به

منابع

- عمرانی قاسمعلی، جمع‌آوری و دفع بهداشتی زباله، ۵، تهران، قاسم علی عمرانی، ۱۳۹۶.
- مجموعه کتب آموزش بهورزی - بهداشت محیط / تدوین مرکز توسعه شبکه و ارتقای سلامت، با همکاری صندوق کودکان سازمان ملل متحد (یونیسف)، اداره کل سلامت محیط و کار، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت - تهران: آرویح، ۱۳۸۰.
- ضوابط زیست محیطی محل‌های دفع پسماند- سازمان حفاظت محیط زیست
- Types of Composting and Understanding the Process. (2016, August 29). Retrieved January 11, 2020, from <https://www.epa.gov/sustainable-management-food/types-composting-and-understanding-process>

تقدیر و تشکر از رابط فصلنامه بهورز

سرکار خانم الهام شیخ آزادی رابط محترم فصلنامه بهورز دانشگاه علوم پزشکی لرستان، بهره مندی از همکاری و مساعدت شما عزیز با فصلنامه بهورز فرصت مغتنمی بود، ضمن تقدیر و تشکر از زحمات جنابعالی، موفقیت و سلامتی تان را در جایگاه جدید خدمت، از درگاه خداوند منان آرزومندیم.



👁️ دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

خانه بهداشت میرآباد و خرید یک عدد دستگاه دیجیتال اندازه گیری فشارخون و یک دستگاه لیبید پرو به همت خیران سلامت و بهورز خانه بهداشت بودان شهرستان تیران و کرون

● خرید یک دستگاه سونی کید، یک دستگاه تب سنج دیجیتال، دو عدد کپسول اکسیژن به همراه مانومتر توسط خیران سلامت و با پیگیری های بهورزان خانه بهداشت ننادگان شهرستان فریدن

فعالیت های ویژه



برگزاری اردوی یک روزه به مناسبت میلاد حضرت معصومه سلام الله علیه و روز دختر، با حضور مربیان و دانشجویان بهورزی مرکز آموزش بهورزی مرکز بهداشت شماره یک شهرستان اصفهان در محل باغ

برگزاری کلاس های آموزشی با موضوع جوانی جمعیت در خانه های بهداشت قمیوان و همگین شهرستان دهقان در هفته سلامت

برگزاری مسابقه نقاشی در مدارس روستاهای فیلور و رحمت آباد شهرستان نجف آباد به مناسبت هفته جمعیت با عنوان در آرزوی خواهر و برادر

👁️ اخبار دانشگاه ها

ازدواج عزیزان

خانم مریم رضایی بهورز خانه بهداشت خیرآباد شهرستان نجف آباد که ضمن تبریک، برای ایشان آرزوی خوشبختی و سعادت داریم.

همکاران بازنشسته

زهرا شاکری مدیر مرکز بهورزی شهرستان مبارکه، ناهید بختیاری نیا مدیر مرکز آموزش بهورزی شهرستان شاهین شهر، خدیجه رحیمی بهورز خانه بهداشت حاجی آباد شهرستان نجف آباد، زهرا کتانی بهورز خانه بهداشت سوران و اعظم رحیمی بهورز خانه بهداشت دوتو شهرستان تیران و کرون

خیران سلامت و مشارکت های مردمی

● خرید یک دستگاه لیبید پرو، خرید و نصب پرده جهت کلیه اتاق ها و بازسازی خانه بهداشت به همت خیران سلامت و بهورز خانه بهداشت کنجوان مرکز بهداشت شماره یک شهرستان اصفهان

● خرید یک دستگاه لیبید پرو به همت خیران سلامت و دهیاری و بهورزان روستای اشن و تعویض پرده های خانه بهداشت و مرکز خدمات جامع سلامت حسین آباد به همت خیران و دهیار و بهورزان خانه بهداشت حسین آباد شهرستان نجف آباد

● خرید یک دستگاه کپی و پرینتر و یک دستگاه آب سردکن، یک لیبید پرو، همچنین آسفالت ورودی خانه بهداشت به همت خیران سلامت، بهورز و دهیاری روستای فیلور شهرستان نجف آباد

● خرید یک دستگاه رایانه به همت خیران و بهورز



آموزش به مناسبت هفته بدون دخانیات در خانه بهداشت محمودآباد شهرستان دهقان



برگزاری مسابقات نقاشی به مناسبت هفته جمعیت در خانه بهداشت ارجنک شهرستان خوانسار



برگزاری کلاس آموزشی پیشگیری از سالک در خانه بهداشت پوده شهرستان دهقان



برگزاری همایش پیاده روی خانوادگی توسط تیم سلامت مرکز خدمات جامع سلامت روستایی آغچه به مناسبت هفته ملی سلامت شهرستان بوئین و میاندشت



برگزاری پیاده روی و صرف صبحانه سالم در روستای پوده شهرستان دهقان جهت عموم مردم به مناسبت هفته بدون دخانیات با همکاری شورا و دهیاری روستا



مراقبت کارکنان مدارس روستا توسط بهورزان به مناسبت روز معلم شهرستان دهقان



برگزاری جشنواره غذا در مدارس روستا توسط بهورزان شهرستان دهقان



برگزاری راهپیمایی خانوادگی و بازی های محلی و اجرای برنامه های آموزشی در خانه بهداشت خم پیچ شهرستان خوانسار با همکاری دهیار، شورا و هیات ورزش روستای خم پیچ به مناسبت هفته سلامت و جمعیت



انجام واریش تراپی دانش آموزان مدارس توسط بهورزان شهرستان دهقان



برگزاری آزمون پذیرش بهورز جهت جذب ۸۵ بهورز مورد نیاز خانه های بهداشت تابعه دانشگاه علوم پزشکی اصفهان



اجرای همایش پیاده روی و برپایی سفره سلامت به مناسبت هفته ملی سلامت توسط تیم سلامت مرکز خدمات جامع سلامت روستایی معصوم آباد شهرستان بوئین و میاندشت



برگزاری آزمون پایان ترم بهورزان شاغل دوره کاردانی بهورزی در شهرستان های مورد پذیرش استان اصفهان



برگزاری آزمون فصلنامه در شهرستان های خوانسار، دهقان، بوئین و میاندشت و تقدیر از برگزیدگان



انجام واکسیناسیون، بیماریابی و تهیه نمونه لام در اردوگاه افاغنه روستای ابراهیم آباد توسط احسان افشار بهورز خانه بهداشت ابراهیم آباد شهرستان اراک



ازدواج عزیزان

● ندا خدابنده‌لو بهورز خانه بهداشت چزان با علی محمدی بهورز خانه بهداشت ادشته شهرستان خنداب
● مائده سلم آبادی بهورز خانه بهداشت امیرآباد با حمید آهنگرانی بهورز خانه بهداشت آهنگران و علی فراهانی بهورز خانه بهداشت برزآباد شهرستان فراهان که ضمن تبریک، برای این عزیزان آرزوی سعادت و خوشبختی داریم.



آموزش کلاس‌های آموزشی با موضوع فرزندآوری توسط فاطمه جیریایی بهورز خانه بهداشت غینرجه شهرستان خنداب

راهیان دانشگاه

مهتاب توانا بهورز خانه بهداشت آهو و راضیه امیری سیاوشانی بهورز خانه بهداشت سیاوشان شهرستان آشتیان که ضمن تبریک، برای این عزیزان آرزوی موفقیت داریم.

فعالیت‌های ویژه



برگزاری جلسه آموزشی سفیران سلامت دانش آموزی با موضوع ورزش و تندرستی توسط اعظم کوچکی بهورز خانه بهداشت فشک شهرستان فراهان به مناسبت هفته سلامت



برگزاری کلاس‌های آموزش خانواده، فرزندآوری و جوانی جمعیت در روستای ده نمک و داودآباد توسط طاهره قاسمی بهورز خانه بهداشت ده نمک شهرستان اراک



تقدیر از مادران دارای سه فرزند و بیشتر به همت راضیه اسفندانی بهورز خانه بهداشت اسفندان شهرستان کمیجان



برگزاری همایش پیاده‌روی دانش آموزان روستای سلیم آباد در هفته سلامت با همکاری ناصر سلیم آبادی بهورز خانه بهداشت سلیم آباد شهرستان فراهان



آموزش آسیب‌های تک فرزندی به همت مریم عاصمی نسب ولیلاکمالو بهورزان خانه بهداشت سمقاور شهرستان کمیجان

- برگزاری جلسه آموزشی تغذیه سالم و اهدای پمفلت مصرف نان سبوس‌دار ویژه گروه خودیار اضافه وزن و چاقی همچنین جلسه آموزشی احیای قلبی و ریوی با حضور رابط متخصص سازمان هلال احمر توسط مهتاب توانا بهورز خانه بهداشت آهو شهرستان آشتیان
- برگزاری جلسه آموزشی با عنوان کاهش و پیشگیری از اختلالات خلقی و خودشناسی با حضور رابط متخصص سازمان حوزه علمیه خواهران امام خمینی (ره) ویژه گروه هدف سفیران سلامت خانوار در حسینیه روستا توسط نرجس عبدالحمیدی بهورز خانه بهداشت کردیجان شهرستان آشتیان
- احداث باغچه سلامت در خانه بهداشت روستای مزرعه نو به مناسبت گرامیداشت روز جهانی سبزیجات توسط آقای کربلایی حسنی و خانم محمدعلی پور بهورزان خانه بهداشت مزرعه نو شهرستان آشتیان



برگزاری مراسم صبحانه سالم در مدرسه ابتدایی روستای تبرته توسط کبری ارشدفر بهورز خانه بهداشت تبرته شهرستان فراهان



اجرای برنامه خطر سنجی و انجام آزمایش خون پرسنل آموزش و پرورش با همکاری علی علیرضایی بهورز خانه بهداشت مجدآباد کهنه شهرستان فراهان

بهورزان نمونه

الناز بهروزنیا، زهرا کاوندی، صغری خدابنده بهورزان شهرستان ابهر، سعید پناهی، مریم پارلیاب، فیروزه نصیری، وهاب آقایی، روح انگیز جعفری، زهره شیخلی، نادر احمدلو، بهرام بیگدلی، رقیه بیگدلی، احمد بابایی، گزار بهلولی، سعید پناهی، طاهره علوی، لیلا بیات، عهدیه نظری، سهیلا غفاری، مرتضی افشاری، قنبر رستمی و گلزار صیادی بهورزان شهرستان زنجان، احمد نجفی، فاطمه نجفی، فریبا بابایی، مریم اسحاقی، جلال پورحسینی، زکیه خدابنده و رقیه سهندی بهورزان شهرستان خدابنده

بهورزان مبتکر و خلاق

خدیجه رستمی، ربابه غلاملو، فخرالدین حسینی، خاتمه عباسی، فاطمه بیات منفرد، مینا شجاعی، علی داداشی، لیلا شریفی، گلی مغانلو، زهرا باقری، سهیلا احمدی، خدیجه رستمی و لیلا محرمی بهورزان شهرستان زنجان

خیران سلامت و مشارکت های مردمی

تهیه یک دستگاه سونی کید، تب سنج دیجیتال، پالس اکسی متر و فشارسنج توسط خیرین سلامت

روستای اسفجین شهرستان زنجان

- ساخت یک باب ساختمان روستای نوکیان و تهیه یک دستگاه سونی کید و دستگاه ECG توسط خیرین سلامت روستای درام شهرستان طارم
- احداث اتاق آموزش در خانه بهداشت روستای خراسانلو، موزاییک کاری حیاط خانه بهداشت روستای جداقیه و کمک نقدی جهت خرید تجهیزات غیر پزشکی و تهیه بسته حمایتی و خرید دارو برای خانواده‌های نیازمند روستای میموندره و کینه‌ورس توسط خیرین سلامت شهرستان ابهر
- احداث محل اسکان تیم سلامت در روستای قمر خلیفه‌لو و تهیه یک دستگاه پرینتر جهت خانه بهداشت روستای قلعه حسینییه توسط خیرین سلامت شهرستان خرمدره
- تهیه یک دستگاه سونی کید و تب سنج توسط خیرین سلامت روستای جرین و مجیدآباد، لوله کشی گاز خانه بهداشت روستای سقرچین و تهیه تجهیزات پزشکی جهت خانه بهداشت روستای خمارک توسط خیرین سلامت شهرستان خدابنده

بهورزان بازنشسته

حکیمه رحیمی از شهرستان خدابنده

ازدواج عزیزان

لعیا نجفی و گلناج کرمی بهورزان شهرستان ابهر و حسن بیات و مریم داداشی بهورزان شهرستان زنجان که ضمن تبریک، برای این عزیزان آرزوی سعادت و خوشبختی داریم.

فعالیت‌های ویژه

- برگزاری جلسات آموزشی طرح نفس «نجات فرزند سالم از سقط» در فصل بهار توسط اعضای کمیته آموزش طرح نفس و بهورزان شهرستان زنجان در خانه‌های بهداشت و محیط‌های آموزشی و فضای مجازی برای عموم مردم
- برگزاری جلسه شورای بهورزی و ارتقای مراقبت‌های





انجام و آموزش مراقبت های بهداشت دهان و دندان و وارنیش تراپی در شهرستان سلطانیه



تغذیه سالم و اهمیت مصرف مکمل در شهرستان سلطانیه



مسابقه تغذیه سالم با مواد غذایی در دسترس به مناسبت هفته سلامت در شهرستان زنجان

اولیه بهداشتی و انتخابات نمایندگان شورای بهورزی شهرستانها در سطح مرکز بهداشت استان با حضور جمعی از مدیران و نمایندگان بهورزان که در این جلسه به مشکلات بیان شده از طرف بهورزان رسیدگی شد.

برگزاری آزمون های جامع علمی بهورزان، فصلنامه بهورز و نیازسنجی

آزمون فصلنامه شماره ۱۱۶ پس از بارگذاری مطالب در سایت FTP توسط مراکز آموزش بهورزی هر شهرستان در مراکز خدمات جامع سلامت با حضور کلیه بهورزان، بازآموزی دوره های سلامت روان، پیشگیری از اعتیاد، خودکشی، درمان های ساده علامتی و دارونامه ویژه مراقبان سلامت ناظر و مراقبان سلامت توسط مربیان مرکز آموزش بهورزی و کارشناسان ستادی برگزار شد.

عملکرد هفته سلامت جشنواره ها و مراسم روز بهورز

برگزاری همایش پیاده روی و تهیه غذای سالم به مناسبت هفته سلامت جهت عموم مردم، داوطلبان سلامت و کارکنان مراکز بهداشت که در این مراسم شرکت کنندگان با استفاده از مواد در دسترس و مغذی و با تهیه غذاهای محلی در جشنواره شرکت نموده و در پایان برنامه به نفرات برتر جوایزی توسط معاونت بهداشت اهدا شد.



همایش پیاده روی و صبحانه سالم کارکنان شبکه بهداشت به مناسبت هفته سلامت شهرستان طارم

فعالیت های ویژه



شرکت مدیر و مربیان مرکز آموزش بهورزی در مراسم غبارروبی مزار شهدا در هفته سلامت



تقدیر از دانشجویان دوره تطبیقی کارشناسی بهورزی ورودی ۱۴۰۱ و فارغ التحصیلان کاردانی حضوری ورودی ۱۴۰۰ و ارسال گل به مناسبت روز معلم



تقدیر از مربیان مرکز آموزش بهورزی توسط مدیر شبکه بهداشت و درمان فیروزه به مناسبت روز معلم، با حضور در آموزشگاه بهورزی با اهدای لوح سپاس



برگزاری مراسم گرامیداشت روز معلم در روستای بسیار زیبای بار با حضور صمیمانه معاون بهداشت دانشگاه و اهدای لوح تقدیر



اجرای برنامه پیاده روی خانوادگی به مناسبت هفته ملی بدون دخانیات با همکاری بهورزان خانه بهداشت روستای فرخار



پیرو ایجاد حریق در یکی از منازل روستای اردمه نیشابور، بهورزان پرتلاش خانه بهداشت اردمه بازم با تلاش خود حریق را مهار کردند.



برگزاری آزمون های جامع و علمی

برگزاری آزمون فینال دومین دوره تطبیقی کارشناسی بهورزی به شکل الکترونیک و برگزاری آزمون مهارتی فینال پس از قبولی در آزمون کتبی



بازدید از مراکز با همراهی اداره آب و فاضلاب به مناسبت هفته سلامت

بهورزان مبتکر، خلاق و نمونه فصل



وقتی هدف بزرگ باشد: ابداع جالب بهورز خانه بهداشت کوشک نیشابور خانم عین آبادی در اجرای نمایشگاه عکس «روستای بدون دخانیات» در مدارس؛ مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی و مساجد سطح روستا



حرکتی ماندگار و نمادین با حداقل امکانات: خانمها عین آبادی بهورز خانه بهداشت کوشک و تقی آبادی بهورز خانه بهداشت صمدیه به مناسبت هفته سلامت و روز معلم از همه مدارس منطقه بازدید کردند و کنترل قندخون و غیرناشتا، فشارخون و وزن معلمان عزیز را انجام دادند.



- مرکز خدمات جامع سلامت قازان شهرستان درگز: استفاده از ظرفیت‌های خیرین منطقه و جذب مبلغی بالغ برصد و بیست میلیون ریال جهت رفع کمبودها و نیازهای مرکز
- مرکز خدمات جامع سلامت نوخندان شهرستان درگز: استفاده از ظرفیت‌های خیرین منطقه و خرید یک دستگاه نوار قلب، فشار سنج و سونی کید با مبلغی بالغ بر چهارصد میلیون ریال
- خانه بهداشت عارف آباد شهرستان کاشمر: اهدای دو دستگاه فشار سنج دیجیتال و عقربه‌ای، تب سنج دیجیتال، تب سنج نوزادان و کرونومتر باهزینه پنجاه میلیون ریال توسط خیر سلامت علی صبری با همکاری بهورزان خانه بهداشت عارف آباد شهرستان کاشمر



- خرید صندلی مراجعه کننده توسط بهورز روستای پالکانلو شهرستان درگز

ازدواج عزیزان

عاطفه دانایی نسب بهورز خانه بهداشت آنتی شش شهرستان چناران، ضمن تبریک برای ایشان آرزوی خوشبختی و سعادت داریم.

بهورزان بازنشسته

- مرضیه صدیق، زهرا وطن دوست، معصومه رحیمی، رقیه باباپور، فاطمه کامران، خدیجه زوار قادر آباد، زهرا خاکباز، زینب کریمی، آسیه محتشم نیا، سیمین رجبزاده و کبری برزگر، فاطمه رمضان پور و صفیه لعل عباسی بهورزان خانه‌های بهداشت اخلمد، رضآباد سرهنگ، دهنه اخلمد، قل، خیرآباد، سرک، گاش، گاه، خرم آباد، سیدآباد و رادکان شهرستان چناران
- محمد کریمی مژن آبادی، اسماعیل قوامی، شاه محمد مرادی، علی اکبر معاوندوست، محمدرضا خوشبخت، علی محمد سریوزی، ایرج کامران و محمد عثمان تیموری بهورزان خانه‌های بهداشت مژن آباد، چهارده، گرازی‌سده، علی‌آباد، حسین آباد علیا، نشتیفان و حفیظ‌آباد شهرستان خواف
- اشرف طباطبایی، فاطمه یزدان پناه و فاطمه طاهریان، طاهره چیتی و زهرا شیرزاد تنورجه، زهرا آریانی، زهره غفوری، معصومه نوغابی و ام‌البنین قلی‌پور بهورزان خانه‌های بهداشت فروتقه، مغان، فدافن، محمدیه، رزق‌آباد، قوژد و عارف آباد شهرستان کاشمر
- مریم‌دادخواه و فاطمه وجدانی بهورزان خانه‌های بهداشت اره و میامی مرکز بهداشت شماره ۲ شهرستان مشهد

خیران سلامت و مشارکت های مردمی

- جلب مشارکت‌های مردمی و خیران توسط مجید فروهشته مراد بهورز خانه بهداشت لایین نو شهرستان کلات و خرید یک دستگاه نوارقلب، یک دستگاه سونیکید، یک دستگاه فشارخون و ۶ عدد سشوار برقی جهت تمامی خانه‌های بهداشت لایین جهت نمونه گیری بهتر در غربالگری تیروئید کودکان

- جلب مشارکت های مردمی توسط لیلا قنبری بهورز خانه بهداشت احمد آباد شهرستان کلات و خرید یک دستگاه فشارسنج دیجیتال
- جلب مشارکت های مردمی شامل تهیه و بسته بندی پک های لوازم تحریر جهت دانش آموزان بی بضاعت در خانه بهداشت احمد آباد شهرستان کلات
- بسته بندی پک های مواد غذایی جهت خانوارهای بی بضاعت در مرکز لایین شهرستان کلات



فعالیت های ویژه



- بهسازی و محوطه سازی خانه بهداشت قزلکن از محل جلب مشارکت های مردمی
- خانه بهداشت رزداب شهرستان خواف: خرید دستگاه فشارخون بزرگسال، خرید در ورودی خانه بهداشت و خرید کیسول اکسیژن توسط دهیاری روستا

- برگزاری اردوی یک روزه به مناسبت هفته سلامت در مجموعه گردشگری فرهنگی امیری واقع در روستای صفی آباد با حضور بهورزان شهرستان



- مرکز خدمات جامع سلامت کپکان شهرستان درگز: مردم شریف و نیکوکار منطقه محروم، دور افتاده و صعب العبور میانکوه کپکان با رایزنی و تشویق پزشک منطقه و بهورزان اقدام به جمع آوری کمک های مالی و نقدی جهت راه اندازی واحد دندانپزشکی در مرکز خدمات جامع سلامت کپکان نمودند که در همین راستا مبلغی بالغ بر ۴ میلیارد ریال از طریق کمک های مردمی روستاهای اصلی، قمر و عشایر آن منطقه جمع آوری شد. همچنین در این اقدام دندانپزشکان از طریق اهدای یونیت در این امر خدایسندانه مشارکت کردند.

- حضور دو بهورز در تیم والیبال در مسابقات جام ادارات شهرستان درگز
- کسب مقام سوم توسط تیم والیبال مرکز آموزش بهورزی چناران در مسابقات والیبال کارکنان شبکه بهداشت و درمان شهرستان چناران



● برگزاری فعالیتهای ویژه توسط لیلا قنبری بهروز خانه بهداشت احمد آباد شهرستان کلات شامل برگزاری بازارچه اقتصاد مقاومتی با همکاری مدارس، برگزاری پیادهروی بانوان و مسابقات آمادگی جسمانی، جشنواره غذای سالم، پیادهروی دانش آموزان و مسابقات ورزشی در مدارس به مناسبت هفته سلامت



● برگزاری آزمون جامع بهروزان در سه مرحله در سال ۱۴۰۱ با حضور ۷۰ نفر از بهروزان شاغل در خانه های بهداشت مرکز بهداشت شماره ۲ مشهد



● حضور بهروزان در تیم فوتسال در مسابقات جام فجر شهرستان درگز



● حضور بهروزان در برنامه تفریحی شهرستان درگز



● برگزاری کارگاه «آشنایی با احیاء قلبی ریوی» ویژه بهروزان با حضور ۷۰ نفر از بهروزان شاغل در خانه های بهداشت مرکز بهداشت شماره ۲ مشهد

عملکرد هفته سلامت



- برگزاری بزرگداشت مقام معلم و تقدیر از مربی نمونه شهرستان در باغ تالار سامیار شهرستان کاشمر
- ثبت نام و تشکیل پرونده جهت ۱۸۸ نفر از داوطلبان فراخوان پذیرش بهورز دانشگاه در شهرستان کاشمر در دی و بهمن ماه ۱۴۰۱ جهت ۲۵ پست بلا تصدی یا در شرف بازنشستگی در مرکز آموزش بهورزی.
- نصب پوستر حرکات کششی در مدارس و آموزش آن توسط آقای رنجبر بهورز خانه بهداشت کسرینه شهرستان کاشمر

- تقدیر از ۶۰ نفر از بهورزان شهرستان درگذر هفته سلامت، برگزاری جلسات آموزشی مرتبط با هفته سلامت، آموزش و حساس سازی آحاد جامعه در خصوص بیماری فشار خون، انجام غربالگری فشار خون و سلامت روان جهت عموم مردم، دانش آموزان و سفیران و داوطلبان سلامت و اجرای برنامه ورزش صبحگاهی به مناسبت هفته سلامت در سطح مدارس جهت دانش آموزان در شهرستان درگز



- برگزاری مسابقه دوچرخه سواری با همکاری بهورز خانه بهداشت فرگ شهرستان کاشمر به مناسبت روز جهانی بدون دخانیات
- برگزاری جلسات آموزشی توسط بهورزان خانه های بهداشت کسرینه، حاجی آباد، قوژد، فروتقه و فرگ شهرستان کاشمر جهت دانش آموزان و عموم مردم با عناوین آسم، فشارخون بالا، پیشگیری از مصرف دخانیات، سل و سرطان و...

- حضور در گلزار شهدای گمنام طرقبه در اولین روز از هفته سلامت و برگزاری مراسم زیارت عاشورا
- برگزاری مسابقات فوتبال در روستای محمدیه شهرستان کاشمر به مناسبت هفته جوان با همکاری بهورز خانه بهداشت آقای رحمانی
- انجام وارنیش و فلوراید جهت دانش آموزان مقطع ابتدایی توسط آقای غلامی و خانم مقصودی بهورزان خانه بهداشت قوژد شهرستان کاشمر

بهروزان بازنشسته

عظیمه پرویزی نیا بهروز خانة بهداشت رحمت آباد، عبدالحکیم سفیدصالحی بهروز خانة بهداشت موسی آباد، محمدرضا محمدجانی بهروز خانة بهداشت رباط سمنگان، اکبر رحمانپور بهروز خانة بهداشت آزادده، روح ا. علیجانی بهروز خانة بهداشت قلعه حمام، حسین ارگنجی بهروز خانة بهداشت اسماعیل آباد صالح آباد، فیض محمد رحمانپور بهروز خانة بهداشت شورستان، شمس الحق احمدی تیموری بهروز خانة بهداشت حاجی آباد، حسین شهریاری بهروز خانة بهداشت نعتو، غلامرضا رحمتی نیا بهروز خانة بهداشت خرم آباد، محمد سعادت زاده بهروز چشمه گل، عبد... ایلاتی بهروز احمدآباد صولت.

فعالیت های ویژه



برگزاری دوره های آموزشی ویژه بهروزان و مراقبان سلامت شامل: طرح شپ تب مالت، ترویج تغذیه با شیر مادر و مراقبت آغوشی، رتینوپاتی ROP، توانمندسازی والدین در مراقبت از نوزاد، بسته خدمتی کودک سالم و تازه های خدمات سلامت فصل بهار

برگزاری جلسه شورای بهوزری دانشکده در محل تفرجگاه روستای بزد و تجلیل از بهروزان بازنشسته که طی این مراسم مشکلات خاندهای بهداشت و مسایل رفاهی بهروزان مورد بررسی قرار گرفت و به سوالات نمایندگان پاسخ و تصمیمات لازم نیز اتخاذ شد.



همایش پیاده روی به مناسبت هفته سلامت



حضور مسئولان و مربیان بهوزری در روز معلم



کلنگ زنی خانه بهداشت شهرستانک همزمان با هفته سلامت. قابل ذکر است خانه بهداشت روستای شهرستانک در زمینی به مساحت ۷۶۰ متر مربع و ۹۰ متر زیر بنا، با اعتبار حدود یک میلیارد و ۱۵۰ میلیون تومان طی ۶ ماه آینده ساخته خواهد شد که با ساخت این خانه بهداشت به جمعیت حدود هزار و ۶۰۰ نفری تحت پوشش روستا شهرستانک خدمات سلامت ارایه خواهد شد.



تشکر از سایر پرسنل مرکز آموزش بهورزی در روز معلم



برپایی ایستگاههای سلامت و همایش پیاده روی هفته سلامت با شعار «دسترسی عادلانه به سلامت» به مناسبت هفته سلامت در تربت جام



جلسه شورای بهورزی و تجلیل از بهورزان بازنشسته سال جاری



تقدیر از مدیر و مربیان مرکز آموزش بهورزی به مناسبت هفته گرامیداشت مقام معلم در مرکز آموزش بهورزی با حضور معاون بهداشت و جمعی از مدیران دانشکده

فعالیت‌های ویژه



برگزاری آزمون پایان ترم سوم دوره کاردانی بهورزی ویژه بهورزان شاغل در شهرستان‌های سمنان و گرمسار



برگزاری مسابقه نقاشی کودکان و شعارنویسی روی بادکنک با موضوع جوانی جمعیت در کلاته رودبار شهرستان دامغان توسط فائزه بینائیان و مرضیه روشنایی بهورزان مرکز خدمات جامع سلامت شهری روستایی کلاته رودبار



برگزاری آزمون جامع مراقبان سلامت و بهورزان شهرستان‌های سمنان، سرخه و مهدیشهر در مرکز آموزش و سنجش مهارت‌های بالینی و آزمون‌های الکترونیکی دانشگاه علوم پزشکی سمنان



برگزاری آزمون فاینال دانشجویان کاردانی بهورزی مرکز آموزش بهورزی و بازآموزی برنامه‌های سلامت شهرستان سمنان



ارایه خدمات بهداشتی درمانی توسط تیم سلامت به روستاییان مناطق سیاری تحت پوشش مرکز خدمات جامع سلامت تدبیر شهرستان گرمسار



هماهنگی و پیگیری جمع‌آوری زباله در روستای ریکان با مشارکت داوطلبان و سفیران سلامت توسط سمانه ذوالفقاری بهورز خانه بهداشت ریکان



آموزش و معاینه دانش آموزان مدرسه مقطع ابتدایی روستای ریکان توسط سمانه ذوالفقاری بهورز خانه بهداشت ریکان



اجرای برنامه پیاده‌روی داوطلبان و سفیران سلامت تحت پوشش مرکز خدمات جامع سلامت کلاته رودبار شهرستان دامغان



آموزش اطفای حریق به دانش آموزان مدرسه روستای کزند توسط کارشناس آتش‌نشانی با هماهنگی و پیگیری آقای اسماعیل زاده بهورز پایگاه سلامت روستایی کزند شهرستان گرمسار



آموزش بیماری وبا توسط خانم کرامتی بهورزخانه بهداشت قلعه سین



آموزش نحوه استفاده از مسواک و نخ دندان



بازدید از مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی و مخازن آب روستا



آموزش حرکات کششی در مدارس بهداشت محمودآباد

بهورزان مبتکر، خلاق و نمونه فصل

سمیه شاهشوند بهورز برتر در طرح رویش (برنامه جوانی جمعیت) شهرستان ورامین

خیران سلامت و مشارکت های مردمی

- ادامه روند ساخت خانه بهداشت خاوه توسط خیر نیکوکار
- تهیه مصالح ساختمانی جهت تعمیر خانه بهداشت، اهدای لوازم پزشکی و بهداشتی جهت بیماران مبتلا به سالک، پرداخت هزینه آزمایشات تعدادی از مادران باردار و انجام تست چربی خون رایگان از افراد بالای ۳۰ سال با همکاری دهیاری و کمک و مشارکت خیران سلامت روستای محمدآباد عربها شهرستان ورامین

فعالیت های ویژه

- مشارکت فعال بهورزان جهت تله گذاری در بیماریابی سالک همچنین طرح غربالگری دیابت در جمعیت بالای ۳۰ سال تحت پوشش در کلیه خانه های بهداشت شبکه بهداشت و درمان شهرستان ورامین
- نمونه گیری مالاریا از مهاجران غیر ایرانی وارده به روستا توسط بهورز خانه بهداشت قشلاق جلیل آباد شهرستان ورامین



مراقبت های دوره ای و آموزش به سالمندان



مراقبت های در منزل مادر باردار



تزریق واکسن مرحله تکمیلی MR و فلج اطفال افغانه در شبکه بهداشت و درمان فیروزکوه



آموزش جوانی جمعیت با موضوع سرمایه های زندگی با حضور پزشک و بهورز خانه بهداشت قلعه نو جامکاران



شبکه بهداشت و درمان پیشوا: آموزش چهره به چهره و اندازه گیری فشارخون و آموزش نحوه استفاده از دستگاه، در خانه های بهداشت تحت پوشش توسط بهورزان به مناسبت هفته فشارخون



آموزش بیماری تیروئید توسط بهورز خانه بهداشت قلعه سین خانم تاجیک به مناسبت هفته تیروئید



آموزش در خصوص فرزندآوری به مناسبت هفته ملی جمعیت به شکل چهره به چهره و گروهی توسط خانم کریمی بهورز خانه بهداشت محمودآباد



انجام معاینات غربالگری پدیکولوزیس و معاینات دانش آموزی در مدرسه یاداوران قلعه نو جامکاران توسط بهورزان خانه بهداشت

فعالیت های ویژه



برگزاری برنامه سفره سلامت و صبحانه سالم توسط همکاران مرکز آموزش بهورزی شهرستان آستانه اشرفیه به مناسبت هفته سلامت که در این برنامه مدیر، مربیان و فراگیران دوره کاردانی بهورزی شهرستان با معرفی غذاهای سالم از کارکنان مرکز بهداشت شهرستان در وعده صبحانه پذیرایی نمودند.

طی هماهنگی به عمل آمده توسط واحد باروری سالم شبکه بهداشت و درمان آستانه اشرفیه، همزمان با هفته جوانی جمعیت از مریب بهداشت خانواده مرکز آموزش بهورزی، زهرا صدر ممتاز به عنوان خانواده شکوهمند تقدیر به عمل آمد. ایشان با داشتن سه فرزند و انجام وظایف مادری از مادر سالمند و بیمار خود نیز پرستاری می کند.



همزمان با روز جهانی فشار خون در راستای برجسته سازی اهمیت کنترل فشار خون و نقش خود مراقبتی در این بیماری، ایستگاه کنترل فشار خون و مشاوره رایگان تغذیه، سلامت روان و فرزندآوری برپا شد. حضور و همکاری هادی مهدی پور بهورز بازنشسته خانه بهداشت ارباستان از مرکز امامده در این برنامه قابل تقدیر است.

تقدیر از خانواده با شکوه تحت پوشش خانه بهداشت کلنگران مرکز خدمات جامع سلامت کلشتا جان توسط مامای تیم سلامت مرکز، پدر و مادر ۳۷ و ۳۵ ساله این خانواده با داشتن سه فرزند پسر ۱۷، ۱۲ و ۶ ساله در بارداری چهارم صاحب دو فرزند دوقلوی پسر دیگر شدند. در حال حاضر ۴ ماه از تولد دوقلوها هم می گذرد.

فعالیت های ویژه



سبزیکاری و گلکاری در خانه بهداشت همت آباد آگاه توسط بهورزان



خیران سلامت و مشارکت های مردمی

اهدای مبلغی بالغ بر ۶ میلیون تومان جهت هزینه نقاشی روی دیوار خانه بهداشت قوام آباد و ۴ میلیون تومان جهت هزینه نقاشی روی دیوار خانه بهداشت تاج آباد با موضوع فرزندآوری توسط دهیاری روستاهای فوق.



برگزاری مراسم پیاده روی توسط بهورزان و پرسنل تحت پوشش مرکز خدمات جامع سلامت هرمز آباد به مناسبت هفته سلامت

بهورزان مبتکر، خلاق و نمونه فصل



الهام روزبهانی بهورز خانه بهداشت کهکدان شهرستان ملایر، فعال در آموزش و ترغیب جوانان به ازدواج و فرزندآوری

ازدواج عزیزان

بهمن زهره وند بهورز خانه بهداشت ورچق شهرستان ملایر و فاطمه عباسی نزاکت دانشجوی کاردانی بهورزی از خانه بهداشت کلکبود شهرستان رزن که ضمن تبریک به این عزیزان برای ایشان آرزوی سعادت و خوشبختی داریم.

خیران سلامت و مشارکت‌های مردمی

با جلب مشارکت مردمی توسط داود ابوالفتحی بهورز روستای میلاب شهرستان نهاوند دو چشمه توالت بهداشتی به همراه روشویی در مدرسه ابتدایی روستا احداث شد.

بهورزان و مربیان بازنشسته

صفیه احمدی بهورز خانه بهداشت خالق وردی و مجید مرادی بهورز خانه بهداشت آقچه قیه شهرستان کبودرآهنگ، زهرا بشیری بهورز خانه بهداشت مهدی آباد شهرستان همدان، گلزار گل محمدی بهورز خانه بهداشت کهنوش شهرستان تویسرکان و نسرين عظیمی مربی پرستاری مرکز آموزش بهورزی شهرستان ملایر

فعالیت‌های ویژه



برگزاری کلاس عملی آموزش CPR در محل هلال احمر شهرستان تویسرکان جهت دانشجویان کاردانی بهورزی

● اجرای برنامه مشاوره رایگان تغذیه سالم در مراکز خدمات جامع سلامت، پایگاه‌های سلامت و خانه‌های بهداشت شهرستان ملایر

● برگزاری آزمون الکترونیک فصلنامه های بهورز در نیمه اول سال ۱۴۰۲ برای گروه هدف بهورزان شاغل و تحلیل نتایج آزمون جهت شناسایی نقاط قوت و نقاط نیازمند بهبود به تفکیک شهرستان‌های تابعه

عملکرد هفته سلامت، جشنواره‌ها و مراسم روز بهورز



برگزاری برنامه پیاده روی خانوادگی در روستای دشته شهرستان همدان به مناسبت هفته جمعیت با تشریح بحران جمعیت و پیامدهای آن و اهدای جوایز به منتخبان



برگزاری همایش پیاده روی هفته سلامت در روستای یکن آباد از شهرستان همدان و توزیع صبحانه سالم و اهدای جوایز



برگزاری جشنواره غذای سالم در روستای گل ابدال شهرستان کبودرآهنگ توسط حسین نائبی فر و زهرا خدابنده لو بهورزان خانه بهداشت این روستا



برگزاری جشنواره غذای سالم توسط مژگان خزائی بهورز خانه بهداشت دهنو عبدالملکی شهرستان نهاوند



برگزاری جشنواره غذای سالم توسط بهورزان بخش گل تپه در مرکز خدمات جامع سلامت گل تپه



بهوزران، مربیان و مراقبان سلامت نمونه در سال ۱۴۰۲



شهلا اله دادی

بهوزر خانه بهداشت
حک سفلی



سپیده برجی

مراقب سلامت
شازند



اکرم ملکی

مربی مرکز آموزش
بهوزری اراک



نداصالحی

مراقب سلامت
آبادان



مهناز صالحیان پور

بهوزر خانه بهداشت
خروسی خویات



سارا فاسمی

مربی مرکز آموزش
بهوزری خرمشهر



زهرا ضعیفی

بهوزر پایگاه سلامت
جبار عبدالامام



علی فلک پیما

بهوزر خانه بهداشت
اینجیلو



سمیه عبادی

بهوزر خانه بهداشت
ایران آباد



زهرا حبیبی

بهوزر خانه بهداشت
کوجنق



ابراهیم جباری

بهوزر خانه بهداشت
نوشنق



منیژه آمزه ای

بهوزر خانه بهداشت
آمره



مرضیه رحیمی

بهوزر خانه بهداشت
امان آباد



فاطمه لطفی

مراقب سلامت
دلیمان



اکبر رنجبر خواه

مربی مرکز آموزش
بهوزری سلماس



آرزو سعادت

مربی مرکز آموزش
بهوزری بوکان



آذر دیولاخ

مراقب سلامت
شاهیندز



مهدی اخلاقی

مراقب سلامت
ناظر مغان



مریم صفری

مربی مرکز آموزش
بهوزری اردبیل



مریم شیخ زاده

مراقب سلامت
اردبیل



لیلا کریمیان

بهوزر خانه بهداشت
شام اسبی



صلاح بذله

بهوزر خانه بهداشت
پردان



صفر محمود زاده

بهوزر خانه بهداشت
قیبچاق



سلیمان حسن پورآقدم

بهوزر خانه بهداشت
ورگیل



زهرا محمد امینی

مراقب سلامت
مهاباد



رادا قدیمی

مربی مرکز آموزش
بهوزری میانداوآب



حنی برهمند

بهوزر خانه بهداشت
کنسیسی



تاریا فاسمی

مراقب سلامت
چاپپاره



مریم امینی

بهوزر خانه بهداشت
لورکان



محمد پوراسماعیل

بهوزر خانه بهداشت
قره آغاج شوط



لیدا حسینی

مراقب سلامت
نقده



گلی عربی

بهوزر خانه بهداشت
کینکور



فریبا حسن پوراصل آذر

مراقب سلامت
ارومیه



فرشته خانی

بهوزر خانه بهداشت
احمد آباد سفلی



فاطمه سجادی

مراقب سلامت
چالدران



ام البین زمانی

بهوزر خانه بهداشت
دولت آباد



مرضیه حسین زاده

مراقب سلامت
اسفراین



فاطمه رضائی خیری

مربی مرکز آموزش
بهوزری اسفراین



طوبی قهرمانلو

بهوزر خانه بهداشت
گورپان



مریم ولایی عزیز

مربی مرکز آموزش
بهوزری اسد آباد



علی مولایی

بهوزر خانه بهداشت
ملحمدره



شهلا بهرامی

مراقب سلامت
اسدآباد



سهراب شاه نظری
مراقب سلامت
فلاورجان



سمیرا تقی زاده
مدیر و مربی مرکز
آموزش بهورزی نطنز



زینب بیانی
بهورزخانه بهداشت
کمیته



زهره رحمانی فرد
مراقب سلامت
اردستان



زهرا ماوردی زودانی
بهورزخانه بهداشت
زودان



راضیه علاییگی نائینی
مراقب سلامت
نائین



پوران محمدی
مدیرومربی مرکزآموزش
بهورزی فلاورجان



مریم علیان امین آبادی
بهورز خانه بهداشت
امین آباد



مریم تقویضی
مربی مرکز آموزش
بهورزی اصفهان



محمود مختاری
مدیرومربی مرکزآموزش
بهورزی اصفهان



فزه محمدی قورتانی
بهورزخانه بهداشت
قورتان



فاطمه نظری دولت آبادی
مراقب سلامت
برخوار



علی سورانی یانچشمه
بهورزخانه بهداشت
خویگان



صدیقه امینی آجپویه
مراقب سلامت
هرند



زهرا تک فلاح
مراقب سلامت
ساوجبلاغ



رقیه توده روستا
مراقب سلامت
نظرآباد



خدیجه نیک زارع
بهورزخانه بهداشت
عباس آباد بزرگ



آمنه عرفانیان ظروفی
مراقب سلامت
کرج



مینا نائینی
مربی مرکز آموزش
بهورزی شهرضا



منصوره اسلامی نطنزی
مراقب سلامت
نطنز



مژگان توفلان آب
بهورزخانه بهداشت
بهاران



زینب نوروزی
مراقب سلامت
اندیمشک



زینب بهداروند
بهورز پایگاه سلامت
صالح شهر



رحیم جامعی
بهورزخانه بهداشت
شهید شجیرات



حاجت ممینی
مربی مرکز آموزش
بهورزی باغملک



آزیتا رحمتی
مربی مرکز آموزش
بهورزی اندیمشکواز



نادر نهورگر
مراقب سلامت
فردیس



طاهره نبوی راد
مراقب سلامت
کرج



قلی فاسمی
بهورزخانه بهداشت
ششداران



فهیمة حریزی مزرعه
مراقب سلامت
دشت آزادگان



فریده امیری نژاد
مدیر مرکز آموزش
بهورزی شرق اهواز



فرزنده فروغی بهمانی
مراقب سلامت غرب
اهواز



صبیحه نواصری
بهورزخانه بهداشت
وعیلیه



شوکت لموجی
مراقب سلامت
ایذه



سوگل طاهری
بهورزخانه بهداشت
سیف آباد



آذر خانی
بهورزخانه بهداشت
ترپاق تپه



یاسمن اشرفی
مراقب سلامت ناظر
امیدیه



نوذر نظری
مربی مرکز آموزش
بهورزی رامهرمز



نسرن مازادی
مراقب سلامت
ماهشهر



ناهید نبوی
بهورزخانه بهداشت
زرگان



کمال شهیبی
بهورزخانه بهداشت
مقطوع علیا



کبری فاضلی
بهورزخانه بهداشت
گیبر



امیرحمزه سیاه خانی
بهورز خانه بهداشت
کلیری



نسرن جم
مراقب سلامت
غرب تهران



مینا بهروان
مراقب سلامت
شمال غرب تهران



مهناز آقاری
مربی مرکز آموزش
بهورزی شهریار



مهری تقی زاده
مراقب سلامت
ملارد



لیدا پناهی
مراقب سلامت
شهر قدس



سپیده پازسا
مراقب سلامت
شهریار

البرز

اهواز

ایران

ایران



عبدالمجید نصرتی
بهورزخانه بهداشت
کاکوچ



عاطفه افروزی فرد
مراقب سلامت
کنارک



رحیم بهزادی
بهورزخانه بهداشت
چاهکیچی



خلیل الرحمان رئیسی
بهورزخانه بهداشت
گردهان



حنیفه سجادی نیا
بهورزخانه بهداشت
تابکتل



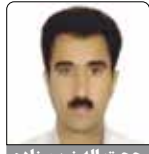
حسین زانی
مری مرکز آموزش
بهورزی مهرستان



جمیل بلوچ
بهورزخانه بهداشت
چب



خدیجه معصومی
بهورزخانه بهداشت
کلی کلی



حجت اله زرین زاده
بهورزخانه بهداشت
انجیره



اشرف مومنی
مری مرکز آموزش
بهورزی ایلام



ابنوس کریمی
مراقب سلامت
ایلام



محمد صادقی
مراقب سلامت
سرباز



گل بی بی عطائی
بهورزخانه بهداشت
خوشمب



عبدالوحدملک پور
مری مرکز آموزش
بهورزی راسک



سکینه مسلمی
مراقب سلامت
بجنورد



ساریگل نعمتی
بهورزخانه بهداشت
قلعه جق



رقیه محمدی
بهورزخانه بهداشت
ملاحسن



جعفر قنبری
مری مرکز آموزش
بهورزی شیروان



فاطمه شهانی کلاگرمه
مراقب سلامت
بابل



فاطمه اکبری رمی
بهورزخانه بهداشت
درونکلا شرقی



علی گرجی
بهورزخانه بهداشت
پایین بازبار



زهره محمدی مهر
مراقب سلامت
بهبهان



رویا هاشمیان اصل
بهورزخانه بهداشت
شهریوی



فاطمه ولندیاری
بهورزخانه بهداشت
کروک



الیاسی صالح پور
بهورزخانه بهداشت
ارجمند



آرزو جهانشاهی
مراقب سلامت
فهرج



کبری آواری
بهورزخانه بهداشت
قلجق



فاطمه حسین پور
بهورزخانه بهداشت
کوران کردیه



محمد احمدپور
بهورزخانه بهداشت
دهنو



لاله بردی
بهورزخانه بهداشت
بنجو



فاطمه پروین
مراقب سلامت
کنگان



صخری مصدق
بهورزخانه بهداشت
ننیرک



صدیقه احمدی راد
مری مرکز آموزش
بهورزی دشتستان



سیده فاطمه حسینی
مراقب سلامت
جم



سارا علمدار بوشهری
مری مرکز آموزش
بهورزی بوشهر



اکرم جعفری
بهورزخانه بهداشت
خاصلر



مریم خالقی
بهورزخانه بهداشت
آبیز



محبوبه چمن آرا
مراقب سلامت
قاین



غلامرضا امینی
بهورزخانه بهداشت
قهستان



عصمت ایزدخواه
بهورزخانه بهداشت
شهرک هاشمیه



عدرا بشیر
مری مرکز آموزش
بهورزی بیرجند



زبیده کوچی
مراقب سلامت
بیرجند



فاطمه مظلومی
بهورزخانه بهداشت
عربشاه خان



فاطمه محمدی
بهورزخانه بهداشت
ساتلو



عاطفه حسین زاده
مراقب سلامت
آذرشهر



زینب جمعی
بهورزخانه بهداشت
شجاع



رقیه شیخ زاده
بهورزخانه بهداشت
قراچه فیض اله



رقیه برزگز
مراقب سلامت
تبریز



پریناز طریقتی
مراقب سلامت
تبریز



نرگس ساجد

بهورزخانه بهداشت
جعفرقلی اوشاکی



مینا انصاری

مربی مرکز آموزش
بهورزی تربیز



مریم ظهیری

مراقب سلامت
عجب شیر



مرتضی صادقیپور

مربی مرکز آموزش
بهورز بناب



لیلا احمدی

بهورزخانه بهداشت
سرخه حصار



فضه سرعتی

بهورزخانه بهداشت
امند



فضه رجبی

مراقب سلامت
ملکان



فرزانه خوش عقیده

مراقب سلامت
تربت حیدریه



فاطمه صالحی منطری

مربی مرکز آموزش
بهورزی تربت حیدریه



زهره رحمانی

بهورزخانه بهداشت
سلطان آباد



صفیه مفهوم یادگاری

مراقب سلامت
تربت جام



آمنه احمدزاده

بهورزخانه بهداشت
رباط سمنگان



هاجر اعلایی

بهورزخانه بهداشت
شیله بران



نسرین رسولی

مراقب سلامت
آذرشهر



زبیده زارعی

بهورزخانه بهداشت
راهگان



بهاء الشمس قاسم نژاد

مربی مرکز آموزش
بهورزی جهرم



مریم جمشیدی مقدم

مراقب سلامت
ری



کبری سیف الهی

مراقب سلامت
اسلامشهر



سارا قربانی

مراقب سلامت
جنوب تهران



زهرا طاهرزاده

مربی مرکز آموزش
بهورزی اسلامشهر



اعظم عباسی

بهورزخانه بهداشت
درسون آباد



مهديه سنجری نژاد

مربی مرکز آموزش
بهورزی رودبار جنوب



مرتضی میرشکاری

بهورزخانه بهداشت
بارگاه



لیلا بستنی پور

بهورزخانه بهداشت
مزرعه امام



سمیه اسدی

بهورزخانه بهداشت
کوگوتیه



پروانه بامری

بهورزخانه بهداشت
حیدرآباد زهکولت



بتول محمودی کهن میرزا

مراقب سلامت
قلعه گنج



ملیحه رحمانیان کوشکی

مراقب سلامت
جهرم



عفت شاهی فر

مربی مرکز آموزش
بهورزی خوی



زهرا زیرجدی شندی

مراقب سلامت
خوی



مرضیه شهسواری

مراقب سلامت
خمین



فاطمه زارعی

بهورزخانه بهداشت
خلیل آباد



محمد بهرامپور خوجین

بهورزخانه بهداشت
خوجین



ماه عنبر قاسمی

مراقب سلامت
خلخال



بهناز جلیلی

مربی مرکز آموزش
بهورزی خلخال



زینب پاک طینت

بهورزخانه بهداشت
ژاله ای



محمد حاج اسماعیلی

بهورزخانه بهداشت
هرمزد آباد



فرخنده حسینی

مراقب سلامت
رفسنجان



اعظم غلامی جوادی

مربی مرکز آموزش
بهورزی رفسنجان



فرزان راسخ نژاد

مراقب سلامت
دزفول



زینب اسدی نصر

بهورزخانه بهداشت
قلعه سید



مینا غریب لو

بهورزخانه بهداشت
یزدکان



ماریه درازی

بهورزخانه بهداشت
کشتگان



عبدالله کردی

مربی مرکز آموزش
بهورزی خاش



خورشید درگی

مراقب سلامت
زاهدان



آرزو خاشی

مراقب سلامت
خاش



مریم السادات هاشمی

مراقب سلامت
زابل



محمود نارویی

بهورزخانه بهداشت
کود



محمد علی اکبری

بهورزخانه بهداشت
غلامعلی



حبيب الله رسولخانی
بهورزخانه بهداشت
بلگه شیر



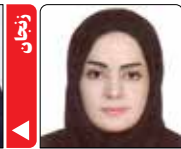
غميله جرينی
بهورزخانه بهداشت
سنبل آباد



جعفر واحدی
بهورزخانه بهداشت
قرلجه



اکرم طارمی
بهورزخانه بهداشت
چورق



طاهره مختاری
مری مرکز آموزش
بهورزی زاهدان



مهین ریگی گوهرکوه
بهورزخانه بهداشت
گوهرکوه



محمود طالع رحیمی
بهورزخانه بهداشت
کهن ملک



ناهید نادری
مراقب سلامت ناظر
ساوه



زهرا جباری
بهورزخانه بهداشت
دخان و یل آباد



محمد بیات
مری مرکز آموزش
بهورزی ماهنشان



گلی حبشی
بهورزخانه بهداشت
تسکین



سمیه محمدی
مراقب سلامت ناظر
طارم



رقیه بهرامی
مراقب سلامت
ابهرا



راضیه آهنکار
مری مرکز آموزش
بهورزی ابهر



احمد شاه حسینی
بهورزخانه بهداشت
کردوان



عظمت باقری
بهورزخانه بهداشت
عسگر آباد



سریه پورانعلی
مراقب سلامت
سرآب



نسرین صادقی بفقنی
بهورزخانه بهداشت
بفقن



معصومه کیخسروی
بهورزخانه بهداشت
کیخسرو



مرضیه نمین فر
مراقب سلامت
سبزوار



سید علی رضا علوی
مری مرکز آموزش
بهورزی سبزوار



زهرا اندرخور
بهورزخانه بهداشت
فجر



فرانک منتظری
مراقب سلامت
شاهرود



حامد هراتی
مری مرکز آموزش
بهورزی شاهرود



احمد ولی زاده
بهورز مرکز خدمات
جامع سلامت کالپوش



طاهره سید موسوی
مراقب سلامت
سیرجان



حدیجه فیروزآبادی
بهورزخانه بهداشت
دهیادگار



سکینه زارعی
مراقب سلامت
سرخه



سمیرا داوری مقدم
مراقب سلامت
پیشوا



نوش آفرین مقصودی
بهورزخانه بهداشت
سرتشنیز



مرضیه امیدی
بهورزخانه بهداشت
امیدآباد سرآب



محترم بهمینی
بهورزخانه بهداشت
شیاسی



کناز فلی پور
مراقب سلامت
شهرکرد



فریبا درودگر
مری مرکز آموزش
بهورزی بروجن



سیمما محمدی
مراقب سلامت
اردل



سیف الله زیلابی
بهورزخانه بهداشت
پیرگاری



اکرم احمد خسروی
مراقب سلامت
شوشتر



نسیم بیرانوند
مراقب سلامت
پاکدشت



مریم صمد پور
بهورزخانه بهداشت
آلوئک



فاطمه هداوند میرزایی
بهورزخانه بهداشت
قشلاق جلیل آباد



فاطمه فلی زاده تولانی
مراقب سلامت
پردیس



علی خادمیان
بهورزخانه بهداشت
مشاء



زهرا هوشمندی
مراقب سلامت
شیراز



زهرا دریانورد
مری مرکز آموزش
بهورزی شیراز



رقیه محمدی
بهورزخانه بهداشت
جهادآباد



غميله کهزادی
مدیرمری مرکز آموزش
بهورزی فیروزآباد



افسانه سنجانی
بهورزخانه بهداشت
سنجانک



اعظم زارع
بهورزخانه بهداشت
خلف طاحونه



آرزو طالبی
مراقب سلامت
آباده



گتاج احمدی
بهورزخانه بهداشت
اردشیری



کیانوش اسفندیاری
مری مرکز آموزش
بهورزی مردودشت



فریده روستا
مراقب سلامت
فیروز آباد



فاطمه آزادی
بهورزخانه بهداشت
دهدق



عباس زارقی
بهورزخانه بهداشت
چاه شرف



شهین روان گرد
مراقب سلامت
شیراز



زینب نامداریا
بهورزخانه بهداشت
کدنج



مهوش رضانیورهایمی
مراقب سلامت
فسا



مرضیه طالبی
مری مرکز آموزش
بهورزی فسا



جمیله رضایت
بهورزخانه بهداشت
کوشکقاضی



نساء ولی پور
بهورزخانه بهداشت
فتح آباد



مهوش زارع خفزی
بهورزخانه بهداشت
قلعه نو جنجان



مهرانگیز فارسیمدان
بهورزخانه بهداشت
سرمشهد



مهران میرهادیان
بهورزخانه بهداشت
درب قلعه



رقیه اسدی
مراقب سلامت
قم



هیلهدا نورمحبودی
مراقب سلامت
البرز



کلتوم محمدی
بهورزخانه بهداشت
قارخون



فائزه سعیدی
مری مرکز آموزش
بهورزی قزوین



زهرا درزی
مراقب سلامت
بویین زهرا



خدیجه نهاوندی
بهورزخانه بهداشت
نجف آباد



خدیجه شریفی مهدوی
بهورزخانه بهداشت
یانس آباد



آسو رسول پور
بهورزخانه بهداشت
قلقله و قهر آباد



مریم حجازی راد
مراقب سلامت
کاشان



زهرا پور حسینی
بهورزخانه بهداشت
باریکرسف



آمنه باصری آرانی
مری مرکز آموزش
بهورزی کاشان



وجیهه خوش سیرت
مری مرکز آموزش
بهورزی قم



مریم یزدی
مراقب سلامت
قم



فریده عبدالملکی
بهورزخانه بهداشت
مبارک آباد



طاهره توحیدی نژاد
مراقب سلامت
کامیاران



شادییه خسروی
بهورزخانه بهداشت
باباریز



سیران حسینی
بهورزخانه بهداشت
سرپریر



شهیلدا احمدی مقدم
مری مرکز آموزش
بهورزی سنندج



سهیل فرهادی
بهورزخانه بهداشت
ویهج



اروین شفیعی
مراقب سلامت
سقز



افروز مقدمی
بهورزخانه بهداشت
چنگیز قلعه



رقیه باقری پور
بهورزخانه بهداشت
سلطان آباد یک



بتول دهقانی
بهورزخانه بهداشت
کهنوج



الهام کریمی
مراقب سلامت
بافت



اعظم اکبرزاده
مراقب سلامت
کرمان



هاشم روحانی
بهورزخانه بهداشت
زرینجوب



منصور سرحدی
مراقب سلامت
بانه



مسعود یاراحمدی
بهورزخانه بهداشت
گومه ای



پروین ویسی
مراقب سلامت
سرپل ذهاب



اعظم پرویزی
بهورزخانه بهداشت
قلعه حاج امین



وجیهه ذوالاحسان
مری مرکز آموزش
بهورزی زرنند



منصور فیروزی
بهورزخانه بهداشت
کلدان



محمود کاظمی
بهورزخانه بهداشت
فیض آباد



فاطمه موسوی مولایی
مری مرکز آموزش
بهورزی کرمان



طاهره طهماسبی
مراقب سلامت
شهربابک



لیلا خوشنودی

مری مرکز آموزش
بهورزی سنقر



فاطمه السادات حسینی

بهورز خانه بهداشت
پاسار



شهریار سمیعیان

مری مرکز آموزش
بهورزی کنگاور



شکوفه عظیمی

مراقب سلامت
گیلان غرب



شبنم شکری قره حسینی

بهورز خانه بهداشت
ضمیمه پیرکاشان



زهرا عثمانی

بهورز خانه بهداشت
قلعه جی



جعفر میرانی

بهورز خانه بهداشت
بانه وره



حسین عرب

بهورز خانه بهداشت
کوه صحرا



امید میرزانی

مراقب سلامت
مینودشت



سنا نمیری

مراقب سلامت
گراش



ساناز نعمتی

بهورز خانه بهداشت
فداغ



مهوش مرادی

مراقب سلامت
صحنه



مسعود محمدخانی

بهورز خانه بهداشت
تپه کوییک



لیلا نصیری پور

مراقب سلامت
اسلام آبادغرب



طاهره دوگونچی

بهورز خانه بهداشت
فدوی



صفوره کرد

مدیر مرکز آموزش
بهورزی بندر ترکمن



ساره ابوالقاسمی

مراقب سلامت
گنبد



زهرا انصاری فر

بهورز خانه بهداشت
سرکلانه ۱



حمیده توکلی

مراقب سلامت
آق فلا



حکیمه بخشینی

مری مرکز آموزش
بهورزی گرگان



حسین قربانی

بهورز خانه بهداشت
قوشه تپه



یوسفعلی اسکندری

مری مرکز آموزش
بهورزی گناباد



سید حسن محرابی

بهورز خانه بهداشت
نوده میرمحراب



سمیه مسعودی

مراقب سلامت
بجستان



منیره کیقبادی

بهورز خانه بهداشت
توسکستان



مدینه بقه

بهورز خانه بهداشت
کرد



محمد خرما

بهورز خانه بهداشت
نظر چاقلی



عاطفه مهرجو

بهورز خانه بهداشت
کملر



عادله اصغرزاد

بهورز خانه بهداشت
دریاسر



سکینه امیرخانی

شیراز بهورز خانه
بهداشت وزشت



زهرا نصیری

بهورز خانه بهداشت
شهربیجار



زلیخا گوشه نشین

مراقب سلامت ناظر
رودسر



خدیجه زارع

بهورز خانه بهداشت
سوقه



اکرم فلاح شجاعی

مراقب سلامت
آستانه اشرفیه



احیا فثیری پور

بهورز خانه بهداشت
سالک معلم



لیلاتهمتن خلیفه محله

بهورز خانه بهداشت
استادکلایه



مجید بخش

بهورز خانه بهداشت
لیجارکی



محبوبه پورمقدم قلیزاده

مری مرکز آموزش
بهورزی فومن



مسلم شکرزاده

بهورز خانه بهداشت
قاسم آباد سفلی



معصومه عادلی

مراقب سلامت ناظر
لاهیجان



کوروش روشندل

بهورز خانه بهداشت
مهرین



فاطمه بادیای

مدیر مرکز آموزش
بهورزی شفت



رویای امامی

مری مرکز آموزش
بهورزی کوهشدت



خدیجه رشنویی

بهورز خانه بهداشت
تلوری سفلی



وحیده سیدکار

مراقب سلامت
لارستان



عفت جانفزا

مری مرکز آموزش
بهورزی لارستان



امان اله ابراهیمی

بهورز پایگاه روستایی
بنارویه



متین صبح سحری

بهورز خانه بهداشت
لیف شاگرد



لیلا عرب فرد

مری مرکز آموزش
بهورزی رودسر



گوهر باقرزاده الوار
مراقب سلامت
خرم آباد



کلتوم محمدی
مراقب سلامت
سلسله



کاظم میرزایی
بهورز خانه بهداشت
کوره دشت



کلتوم محمودوندنژاد
مراقب سلامت
پلدختر



فردوس قیاسی
مری مرکز آموزش
بهورزی الیگودرز



فاطمه موید
بهورز خانه بهداشت
کرکیخان



سمیه جمشیدی
بهورز خانه بهداشت
خان آباد



زهرآ خلیلی
بهورز خانه بهداشت
شیب آبندان



رمضان تقوی کوتنایی
بهورز خانه بهداشت
کوتنا



حمیده پورسیگارودی
بهورز خانه بهداشت
فقیه آباد



آمنه بهروزیان
مری مرکز آموزش
بهورزی محمودآباد



اکرم یوسفی
مراقب سلامت ناظر
بابلسر

مازندران



یاسر نوری
بهورز خانه بهداشت
دکاموند



مریم هاشمی
بهورز خانه بهداشت
داریاب



فاطمه اکبری
بهورز خانه بهداشت
میانرود



علی باقری سرخ
بهورز خانه بهداشت
سرخلکا



ظاهره رحیمی
بهورز خانه بهداشت
ازباران



صغری امینی
بهورز خانه بهداشت
عالیواک



شهلا آهنگریان
بهورز خانه بهداشت
سجادیه



سلیمه خانی عمران
مری مرکز آموزش
بهورزی نکا



زهرآ محمد قاسمی
بهورز خانه بهداشت
زاغمرز



پروانه مشتری
مراقب سلامت
مراغه



مینا احمدپور
بهورز خانه بهداشت
کلاچان



محمد برش نورد
مراقب سلامت
نوشهر



فریده قاسمیان
مری مرکز آموزش
بهورزی بابلسر



فروغ صفاتیان
مراقب سلامت ناظر
رامسر



فاطمه صف آرا
بهورز خانه بهداشت
شادمحل علیا



فاطمه زارع
مراقب سلامت ناظر
گلوگاه



زهرآ هرویانی
مراقب سلامت
مشهد



حمیده سرفرازی
مراقب سلامت
سرخس



حمیده حمزه
مراقب سلامت
مشهد



حسن لشکری
بهورز خانه بهداشت
عبس آباد



جمیله قندهاری
مراقب سلامت
مشهد



اسحاق رحیم زاده میرآبادی
مری مرکز آموزش
بهورزی کاشمر



حمیده کلی نژاد
بهورز خانه بهداشت
احمدآباد



محمد کاظمی
بهورز خانه بهداشت
جایوز



لاله نقی پور
مری مرکز آموزش
بهورزی مشهد



کلتوم بهزادی
بهورز خانه بهداشت
ایور



فاطمه سلطان حسینی
بهورز خانه بهداشت
احمد آباد



عذرا میرسروری
بهورز خانه بهداشت
حاجی آباد



ظاهره باغ تره کهنه فوجان
بهورز خانه بهداشت
شهر کهنه



سیمیندخت ایزدگسب
مراقب سلامت
مشهد



معصومه اسکندرزاده
مراقب سلامت
نیشابور



نسرین خسروجردی
مراقب سلامت
مشهد



نرگس صلواتی
بهورز خانه بهداشت
دهبار



ملیکشا شریفی نیا
مری مرکز آموزش
بهورزی مشهد

























مریم بلیخ
مراقب سلامت
خواف



مرضیه گوهری
مراقب سلامت
بردسکن



مرتضی فیروزمند
بهورز خانه بهداشت
تقی آباد

 زینب دربه بهورز پایگاه سلامت ضمیمه رویدر	 زهرا سالاری مربی مرکز آموزش بهورزی میناب	 زهرا رنجبری بهورز خانه بهداشت کلاهی علیا	 زهرا بیوسته بهورز خانه بهداشت کرتان	 آمنه ذاکری بهورز خانه بهداشت اسلام آباد	 معصومه شوریابی بهورز خانه بهداشت دستجرد	 معصومه شاه قاسمی بهورز خانه بهداشت سالاری
 ندا سنجری مراقب سلامت بندرعباس	 گوهر تراهی بهورز خانه بهداشت سرزه آل مهتران	 کنیز کمالی بهورز خانه بهداشت زیارت پیرچوگان	 فاطمه احمدی بهورز خانه بهداشت طولا	 عبدالله رحیمی بهورز خانه بهداشت بونجی	 عایشه سالمی مراقب سلامت بندرلنگه	 سپیدناظری مربی مرکز آموزش بهورزی بندرعباس
 مرضیه علی کریمی مراقب سلامت ملایر	 کبری مدبری قدسی بهورز خانه بهداشت چهاربلاغ	 علی خزانی بهورز خانه بهداشت تاریکدره پائین	 زهرا رنجبران معز مراقب سلامت همدان	 الهام روزبهانی بهورز خانه بهداشت کهکدان	 اعظم حیدری قره بهورز خانه بهداشت کوهین	 ابراهیم طهری بهورز خانه بهداشت گنبد
 نوشین صیدی بهورز خانه بهداشت سعادت آباد	 منوچهر بهنام بهورز خانه بهداشت لما سفلی	 کبری علمداری بهورز پایگاه سلامت روستایی تلخسرو	 طیبه عباسی مدیر مرکز آموزش بهورزی گچساران	 سیده مهین واحدیان بهورز پایگاه سلامت ضمیمه قلعه رئیسی	 جواد والا منفرد مراقب سلامت ناظر مارگون	 مهلا علیزاده مدیر مرکز آموزش بهورزی ملایر
 عزت حیدری مراقب سلامت خاتم	 طیبه دهقانی زاده مربی مرکز آموزش بهورزی مهریز	 سیما بهار بهورز خانه بهداشت چنار نار	 راحله سفید کوهی مراقب سلامت اردکان	 بی بی رضوان شاهپورزاده مراقب سلامت بافق	 اشرف فصائلی مراقب سلامت بافق	 احمد بقری بهورز خانه بهداشت خورمیز علیا
 هادی زمردی نیت عضو هیات تحریریه فصلنامه بهورز	 نفسه بنایی کارشناس مسؤول آموزش بهورزی دانشگاه علوم پزشکی سمنان	 فرزانه صحافی کارشناس بررسی کننده مقالات فصلنامه بهورز	 فاطمه فغری کارشناس مسؤول آموزش بهورزی دانشگاه علوم پزشکی اراک	 معصومه دهقانی تفتی مراقب سلامت یزد	 عصمت سلیمیان مراقب سلامت یزد	

بهورزان؛ ارزشمندترین سرمایه برای تحقق اهداف نظام سلامت