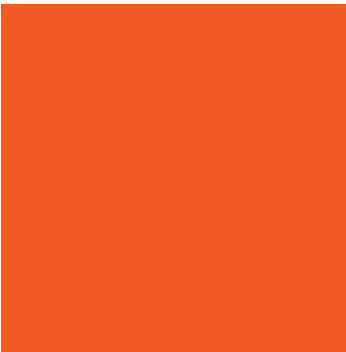




روز ملی بهورز
به همه بهورزان
پرتلاش و
ایثارگر شاغل و
بازنشسته مبارک

بهورز

سال بیست و هشتم . شماره ۹۷ . تابستان ۱۳۹۷



ISSN:1735-8558





زندگی سالم با نشاط و امید



روز جهانی مبارزه با مواد مخدر

مصرف مواد می تواند باعث بروز مشکلات جدی در رشد و تکامل توانایی های هوشی و شناختی شود. بنابراین اگر مشکل مصرف سیگار، الکل یا مواد دارید، زمان اقدام فرارسیده است! درباره این موضوع با بهورز و مراقبان بهداشت صحبت کنید. آنها به شما کمک خواهند کرد تا برای ارزیابی بیشتر به روان شناس و برای درمان به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت مراجعه کنید.



تخم مرغ معجزه‌ای در سفره

مزایا و نقش تخم مرغ در سلامتی

- دارای تمام اسید آمینه‌های ضروری
- وجود ۱۰۰ درصد ویتامین‌های محلول در چربی و ۷۰ تا ۸۰ درصد ویتامین‌های محلول در آب در زرده تخم مرغ و بخش مهمی از پروتئین و بسیاری از مواد معدنی در سفیده آن با نقش پررنگ در تکامل مغز جنین و نوزاد
- تقویت سیستم عصبی و حافظه و کمک به سلامت قلب و عروق
- بی‌تاثیر در افزایش کلسترول خون به دلیل وجود عمده چربی غیر اشباع تخم مرغ
- نقش مهم پروتئین تخم مرغ در ایجاد سیری و کاهش وزن
- همراهی مصرف کافی تخم مرغ در دوران رشد و بلوغ دختران با کاهش احتمال بروز سرطان سینه در بزرگسالی
- فیلتر کردن اشعه‌های UV طبیعی و مصنوعی در چشم و جلوگیری از آسیب رادیکال‌های آزاد به سلول چشم
- بیش از ۲۰ درصد کاهش احتمال بروز کاتاراکت و بیش از ۴۰ درصد کاهش احتمال بروز آسیب شبکیه چشم و کوری در سالخوردگی
- جلوگیری از تحلیل توده عضلانی، کوری و آلزایمر در طول سالخوردگی



- راه‌های افزایش انگیزه و تعهد کاری در کارکنان و مدیران (۲)
- وظایف سازمان‌های برون بخشی در بلا یا (۶)
- نگاهی به روش‌ها و اهداف یادگیری الکترونیک (۱۰)
- بخشنامه‌ها و دستور عمل‌ها (۱۵)
- روش ردیابی، رهگیری و کنترل اصالت فرآورده‌های... (۱۶)
- سناریوی مرگ مادر (۱۸)
- تست‌های حاملگی، آزمایش‌ها، سونوگرافی و... (۲۰)
- برنامه‌های خدمات سلامت دهان و دندان... (۲۴)
- رعایت بهداشت در عرضه و فروش مواد غذایی الزامی است (۲۸)
- خودمراقبتی سازمانی (۳۲)
- آموزش پیش از ازدواج (انتخاب همسر) (۳۶)
- چگونگی انتقال اخبار ناگوار به دیگران (۴۰)
- آشنایی با اهمیت بیماری «هاری» (۴۴)
- خودمراقبتی در فضای مجازی (۴۸)
- سل و مقاومت دارویی (۵۴)
- چالش‌های پیش روی نظام سلامت در ایران (۵۸)
- معرفی کتاب (هنر اندیشیدن) (۶۲)
- آشنایی با نحوه تکمیل چک لیست‌های بهداشت... (۶۴)
- بهروزان، مربیان و کاردان‌های نمونه در سال ۹۶ (۶۶)
- گزارش مراسم روز ملی بهروز (۷۳)
- اخبار دانشگاه‌ها (۷۶)
- آثار ادبی (۸۷)
- یک تجربه (۸۸)
- جدول جستجوی کلمات شماره ۹۶ (۹۰)
- خودآزمایی شماره ۹۷ (۹۲)
- برندگان جدول شماره ۹۴ (۹۳)
- فراخوان مسابقه طراحی پوستر (۹۴)

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

انتشارات



مدیرمسئول دکتر غلامحسن خدایی



سردبیر دکتر سید کاظم فرهنگند



مسئول دفتر رامش نشاط



امور داخلی خاطره بره مقدم

هیات تحریریه

(به ترتیب حروف الفبا) دکتر زهرا اباضلی، دکتر افشین استوار، دکتر ندا اخروی، دکتر علی اردلان، دکتر سید حامد برکاتی، خاطره بره مقدم، دکتر حمیدرضا بهرامی طاقانکی، دکتر هستی ثنائی شعار، دکتر مجید جعفری نژاد، دکتر احمد جنیدی، دکتر محمد رضا جویا، دکتر احمد حاجبی، صغری حجازی، مهندس علی اصغر حسینی یزدی، دکتر غلامحسن خدایی، دکتر محمد حسن درخشان دوغایی، دکتر شهرام رفیعی فیر، دکتر علیرضا رئیسی، دکتر محمد رضا رهبر، دکتر محمد شریعتی، مریم شریفی یزدی، دکتر محمد جعفر صادقی، شبنم صادقی خو، دکتر زهرا عبداللهی، دکتر سید کاظم فرهنگند، دکتر حامد قضاوی، دکتر مهدی قلیان اول، دکتر سید بهمن کلالی مقدم، دکتر محمد مهدی گویا، فهیمه ناظران پور، رامش نشاط، دکتر ناهید نوائیان، ویدا هاشمیان



سوسن ابوالهادی، احمد امیرزاده، صدیقه انصاری پور، طاهره انصاری فر، فریبا ایدنی، منصور بامری، مهدیه برومند، حمیدرضا بزرگمهر، منصوره بصیری، نفیسه بنایی نیاسر، طاهره بیگزاده، توران پور خطیبی، فاطمه پور محمد، بیتا پیاهور، کبری پیرمحمدلو، رقیه جعفری، سیما جلالی، طاهره جهانشاهی، معصومه حاجی پور، لیلا حدادی، خدیجه سادات حسینی، سیده یسنا حسینی نیاز، طوبی خاقانی، لیلا خلیفه قلی، نسرین خویانی، معصومه دبستان، زهره رحیمی، محمد رحیمزاده، غلامحسن رستم پور، حسین رفیعی، آفاق رمضان، طاهره سوداگر طرقی، ماهرخ شاهرخ، نادره شهباززاده، الهام شیخ آزاد، مهسا شیر، فرهاد صریحی، عدنان صیدی، خدیجه طاهری، طاهره عزیزخانی، فرانک فتاحی، جواد فرحی شاهگلی، فرشید فرضی پور، صفیه فغانی، عشرت فیروزی، فیروزه فیض الهی، فاطمه قاسمی پور، فاطمه قنبری، سیده معصومه کاظمی، دکتر مهرانه کاظمیان، ساجده کامرانپور، مریم کرباسی، فاطمه کیانپور، الهه کبیر، راضیه محمدواحدی، محسن مختاری، سعیدیه مروتی، فاطمه مهرآبادی، زهرا میرموح، بدریه میری، طاهره ندوشن، فاطمه نظری، عبدالرضا یوسفی

مدیریت اجرایی



دکتر سعید فریدین فر، علی خوش گفتار



امور مالی دکتر ناهید نوائیان، مهدی نوروزیان حسین آباد، فریبا سعادت



امور وب سایت مهندس سید کاظم بحرینی



تدارکات امیر حقیقی باوفا



ویراستار معید تربت زاده



مدیر هنری محمد رضا شیخی



حروفچین معصومه پرهیزکار

گستره توزیع



کشوری

راه‌های افزایش انگیزه و تعهد کاری در کارکنان و مدیران



مقدمه

بر کسی پوشیده نیست که انگیزه و تعهد کارمندان، عاملی کلیدی برای موفقیت هر سازمانی است و ارتباطات درون سازمانی صحیح می‌تواند در تحقق این امر بسیار کارساز باشد. شناخت مسایل انگیزشی کارکنان برای بهبود عملکرد و افزایش بهره‌وری سازمان بسیار حایز اهمیت است. همچنین کسب چنین شناختی می‌تواند به بهبود کاربرد منابع انسانی سازمانی کمک شایانی کند و در جلوگیری از مقاومت کارکنان در مقابل تغییرات، کاهش محدودیت در بازده و مبارزه با ستیز و مجادله کاری کارکنان با یکدیگر کمک کند و به ایجاد یک سازمان سودآور منتهی شود.

انگیزه

انگیزه یعنی آنچه انسان را به کاری وا می‌دارد و او را به جهت خاصی سوق می‌دهد و انگیزش یعنی حالتی که در اثر دخالت یک انگیزه به شخص دست می‌دهد. برخی انگیزش را درونی خوانده و آن را چنین تعریف کرده‌اند: انگیزش، کشش درونی، جنبش یا قصدی است که سبب می‌شود شخص به روش معینی عمل کند یا به سمت هدف مشخصی حرکت کنند. با این تعریف، انگیزش از درون فرد می‌جوشد نه از بیرون. یعنی شما انگیزش ایجاد نمی‌کنید، بلکه انگیزشی را که قبلاً وجود داشته ترسیم می‌کنید و به آن جهت داده، هدایتش می‌کنید یا آن را تقویت می‌کنید.

نادره شهباززاده
مدیر مرکز آموزش به‌روری
دانشکده علوم پزشکی خوی



حمید جعفر علیلو
کارشناس مبارزه با بیماری‌ها
دانشکده علوم پزشکی خوی



اهداف آموزشی

امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه:

- مفهوم انگیزه و انگیزش را بیان کنند.
- تعهد کاری را تعریف کنند.
- عوامل مهم در ایجاد انگیزش را شرح دهند.
- راه‌های ایجاد انگیزه در کارکنان را بیان کنند.
- نتایج مثبت با انگیزه بودن کارکنان را توضیح دهند.



علل و عوامل گوناگونی در ایجاد و کارآمدی انگیزش نقش دارند، ولی در این میان دو عامل از همه مهمترند:

(۱) شناخت نیازهای رفتاری، کاری و ماموریتی کارمندان
مهمترین بحث در انگیزش، شناسایی و تشخیص نیازها است. نیاز، عبارت است از کمبودی که هنگام نداشتن تعادل فیزیولوژیکی احساس می‌شود. ابتدا باید نیازهای زیرمجموعه را خوب شناسایی کرد چون رفتار انسان‌ها نشان می‌دهد که افراد در زندگی خصوصی و شغلی خود به وسیله نیازهای متفاوت، انگیزه پیدامی‌کنند. تشخیص این نیازها و تأمین آنها، به عنوان محرک، به مدیر در بهره‌برداری بهینه از توانایی‌های کارکنان کمک فراوانی می‌کند.
علاقه به کار مهمترین عامل ایجاد انگیزه در کارکنان بوده و حتی بالاتر از عواملی مانند دستمزد بالا، امنیت شغلی و... قرار می‌گیرد. هر عاملی که باعث ایجاد و تقویت این امر یعنی علاقه به کار شود، انگیزه کارکنان را تقویت خواهد کرد. دیگر عوامل مربوط به روانشناسی انسان که می‌توان در این ارتباط از آنها استفاده بهینه کرد، عبارتند از تمایل به صلاحیت داشتن، میل به موفقیت، میل به مورد وثوق بودن، تمایل به مختار بودن و... .

(۲) نوع مدیریت و رهبری

از نقطه نظر مدیریت، هدف ایجاد انگیزش در کارکنان این است که رفتار آنان بیشترین نفع را برای سازمان داشته باشد. هنر مدیریت، ایجاد شرایطی است که برای با انگیزه کردن افراد بیشترین کارایی را دارد. افراد سرانجام به شیوه‌ای برانگیخته می‌شوند و براساس نیازهای درونی خود، به الهام‌ها و تصویری که از خود در

ذهن دارند، واکنش نشان می‌دهند. هیچ فرضیه یا روش واحدی برای برانگیختن افراد وجود ندارد. این واقعیت که انگیزه بسیار مورد توجه قرار گرفته است، ناشی از نقش کلیدی این عنصر در موفقیت يك سازمان است.

اهمیت انگیزش سازمانی

- * توانمندسازی سازمان‌ها
- * ماندگاری و رضایتمندی کارکنان
- * خلاقیت
- * جلب رضایت مشتریان

راههای ایجاد انگیزه در کارکنان

- * توجه به نیازهای چهارگانه کارکنان (فیزیولوژیک، امنیت، احترام، خودشکوفایی)
- * تفویض اختیار
- * توازن بین درآمد و هزینه‌های زندگی
- * مشارکت در سود

علاقه به کار مهمترین عامل ایجاد انگیزه در کارکنان بوده و حتی بالاتر از عواملی مانند دستمزد بالا، امنیت شغلی و... قرار می‌گیرد.



انگیزه در کار

- * مشارکت کارکنان
- * ایجاد فرصت برای شکوفایی استعدادها، توانایی ها و کنار آمدن با خود و دیگران
- * بهداشت محیط کار (بهداشت روانی و عمومی)
- * مدیریت مبتنی بر هدف سازمانی
- * تعیین اهداف مشارکتی نه تحمیلی برای سازمان
- * برقراری عدالت سازمانی و پیشگیری از مقایسه
- * پرداخت حقوق و مزایای مادی بر اساس مهارت، شیوه انجام کار و حرفه ای بودن
- * توجه به تفاوت های شخصیتی کارکنان
- * توجه به تفاوت های افراد از نظر انگیزشی
- * توجه به تفاوت های فردی در زمان های مختلف
- * آموزش های مداوم
- * بهره مندی از مزایایی مثل بیمه های درمانی، عمر، ورزشی و...
- * حمایت مادی و معنوی از ایده پردازی کارکنان
- * ایجاد محیط کار رقابتی
- * ایجاد فرصت برای ارتقای علمی و حرفه ای کارکنان
- * همراه با امنیت شغلی
- * شناسایی استعدادهای بالقوه کارکنان و فراهم کردن زمینه های رشد و شکوفایی آنان
- * تعدیل و ارزشیابی رفتار سازمانی کارکنان
- * پرداخت بر اساس مهارت و شایستگی
- * ایجاد حس علاقه به کار
- * انتخاب اهداف مشتری محور جهت ایجاد رقابت در کیفیت خدمات
- * انعطاف پذیری در مورد اشتباهات
- * ایجاد ارتباطات آزاد در محل کار بین مدیر و کارکنان
- * پرهیز از ایجاد کشمکش میان کارکنان
- * تکرار ایجاد انگیزه در طول سال

راهبردهای افزایش انگیزه در کارکنان برای مدیران

- * افراد را در بلند مدت ارزیابی کنید.
- * پاداش های بلند مدت بدهید.
- * یک یا دو عامل که در موفقیت گروه در بلند مدت تأثیر دارد را معرفی کنید و افراد را بر اساس میزان مشارکت در دستیابی به این دو عامل پاداش دهید
- * فرآیند آینده نگری و بلندمدت نگری را در بین کارکنان ترویج کنید.
- * به افراد بیاموزید اشتباهات، قسمتی از هزینه پیشرفت به حساب می آید.
- * اطمینان حاصل کنید که افراد مناسب را در کار

نتایج مثبت با انگیزه بودن کارکنان

- * بهبود رفتارها و منش‌هایی که منجر به ایجاد محیط کاری موردپسند و عاری از دغدغه برای مشتری می‌شود.
- * افزایش علاقه و توجه به کار که افزایش کارآیی و بهره‌وری موسسه را در پی خواهد داشت.
- * ابراز توجه بیشتر به مشتری.
- * یادگیری هرچه بهتر مهارت‌های شغلی که سبب ارتقای سطح کیفی خدمات کارکنان می‌شود.
- * بسترسازی محیطی برای همیاری گروهی که در برخی شرایط کاری حاد و بحرانی می‌تواند مشکلات موسسه را بخوبی برطرف کند.
- * بهبود الگوهای اخلاقی کارکنان و جلوگیری از ایجاد سنگ اندازی‌هایی که موسسه را دچار مشکل کند.
- * افزایش خلاقیت کارکنان و در نتیجه استفاده از ابتکارهای آنها در تسریع و بهبود روند کارها.
- * افزایش بهره‌وری مؤسسه.



مناسب قرار داده‌اید.

- * پاداش‌ها را بر حسب نتایج حاصله (نه صرفاً فعالیت و مشغول به نظر رسیدن) توزیع کنید.
- * شرح وظایف و چارچوب شغلی هر فرد را مشخص کنید.
- * به کارکنانی که بازده کارشان کم است توجه خاص داشته باشید.
- * استفاده از اوقات فراغت را تشویق کنید.
- * اگر افراد کارشان را تمام کرده‌اند اجازه بدهید به خانه بروند.
- * آنچه را که لازم به نظر نمی‌رسد حذف کنید.
- * جلسه‌های غیر ضروری را حذف کنید.
- * به ساده کنندگان کار پاداش بدهید.
- * به خوبی‌ها و نقاط قوت افراد توجه کنید و به آن پاداش بدهید.
- * تحت تأثیر نق زدن و اعتراض افراد قرار نگیرید.
- * در جستجوی قهرمانان آرام باشید و وقت صرف کنید تا به آنهایی پاداش بدهید که بندرت غیبت می‌کنند.
- * کسانی که در غیاب مدیر هم خوب کار می‌کنند.
- * کسانی که متوجه کار خود هستند و درصدد خودنمایی بر نمی‌آیند را بشناسید.
- * مراقب کسانی که جارو و جنجال راه می‌اندازند باشید و به آنان امتیازی ندهید.
- * برای رشد و پیشرفت کارکنان سرمایه‌گذاری کنید.
- * نظام پرداخت حقوق و مزایا باید عادلانه باشد.

نتیجه‌گیری



نیروی انسانی به عنوان يك عامل محوری موثر بر کیفیت خدمات و در نتیجه تامین کننده رضایت خاطر مشتریان، نقش کلیدی در ادامه حیات يك سازمان دارد. رویکرد افزایش تعهد کاری در کارکنان برای برخی موسسات اهمیت بسیاری دارد. هدف نهایی هر ایجاد تعهدی، باید تبدیل آن به فرهنگ و عادت باشد. افزایش انگیزه‌ها چه انگیزه‌های درونی و چه انگیزه‌های اجتماعی رابطه مستقیمی با افزایش بهره‌وری کارکنان دارند. ایجاد انگیزش در کارکنان یکی از مهمترین وظایف مدیران است و نکته آخر اینکه تخصص و تفکر خلاق کارکنان به ارتقا و پیشرفت سازمان و جامعه کمک می‌کند.

منابع

۱. آراین، مهدی. «روش‌های ایجاد انگیزه در کارکنان». ماهنامه داخلی بانک اقتصاد نوین. شماره ۷۴. (اردیبهشت ۱۳۹۴)
۲. امیر کبیری، علیرضا؛ امیر احمدی، اعظم. «عوامل مؤثر بر تعهد سازمانی». نشریه مدیریت کسب و کار
۳. حسینی، سیدمهدی؛ مهدی زاده اشرفی، علی. «شناسایی عوامل مؤثر بر تعهد سازمانی». نشریه پژوهشگر



وظایف سازمان‌های برون‌بخشی در **بلايا**

ساجده کامران پور
رابط فصلنامه و کارشناس مسؤول آموزش
بهورزی دانشگاه علوم پزشکی جهرم



حمیده ابادری
مربی مرکز آموزش بهورزی
دانشکده علوم پزشکی تربت جام



هاجر آزاد یخواه
مربی آموزشگاه بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی جهرم



محمد ابراهیم رحمتی
مسؤول واحد مدیریت خطر در بحران
وبلايا دانشکده علوم پزشکی تربت جام



اهداف آموزشی

امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه:

- مفهوم بلايا و انواع آن را شرح دهند.
- سیاست‌های اتخاذ شده در نظام جمهوری اسلامی ایران برای مقابله با بحران‌ها قبل و بعد از وقوع بحران آشنا شوند.
- نقش و جایگاه دانشگاه‌های علوم پزشکی در هنگام وقوع بلايا را توضیح دهند.
- سازمان‌ها و ارگان‌های همکار در مدیریت بلايا را فهرست کنند.

وضعیت بلایا در ایران

وظایف هریک از کارگروه‌ها، برگزاری جلسات هماهنگی، تدوین تفاهم نامه‌ها و پایش مفاد آن انجام می‌شود.

تیم‌های مداخله‌کننده در بحران

گروه‌های مداخله‌کننده، به دو گروه دولتی و مردمی تقسیم می‌شوند: افرادی که به طور مستقیم در معرض خطراند و افرادی که در معرض خطر نبوده، ولی حس نوع دوستی دارند. مانند مسؤولان و گروه‌های امدادی و خدماتی دولت؛ لذا این نکته مهم است که نبود هماهنگی و انسجام بین گروه‌های مختلف در زمان بحران می‌تواند، باعث ایجاد نابسامانی در جامعه شده و بر شدت اثرات بحران نیز بیفزاید.

در هنگام وقوع بحران نوع ورود به صحنه حادثه جهت انجام اقدام‌های مقابله‌ای، به سه صورت زیر خواهد بود:

* ورود سریع بازماندگان حادثه از خود محل حادثه جهت مقابله

* ورود نیروهای امدادی و خدماتی دستگاه‌های اجرایی دولتی و عمومی از نزدیک‌ترین محل به صحنه حادثه و مناطق با آسیب کمتر

* ورود نیروهای شهرها، استان‌ها و کشورهای معین به صحنه حادثه که به تناسب فاصله از مرکز بحران و میزان توانمندی خود وارد عمل می‌شوند.

از بین گروه‌های فوق، **دسته اول**، بیشتر بازماندگان حادثه‌اند که خود به دو گروه تقسیم می‌شوند یا خودشان، اعضا و کارکنان سازمان‌های امدادی و خدماتی بوده یا از

کشور ما از نظر وقوع بلایای طبیعی مقام چهارم آسیا و مقام ششم در سطح جهان را داراست و فقط از بلایای طبیعی در هفت سال گذشته بیش از دوهزار میلیارد ریال خسارت به آن وارد شده است که شامل مرگ و میر افراد، تخریب ساختمان‌ها و شهرها و واحدهای تجاری است که اغلب موارد ناشی از زلزله‌های متعدد است.

به طوری که در زلزله سال ۸۲ در بم بیش از ۸۰۰ میلیون دلار خسارت برآورد شده است. با توجه به قرار داشتن کشور ایران روی خط زلزله در صورت بروز زمین لرزه با شدت زیاد در شهرهای بزرگ امکان وقوع یک فاجعه انسانی محتمل است، بنابراین لزوم یک تشکل منسجم وابسته به دولت در این زمینه احساس می‌شود.

مفهوم بحران و بلایا

شرایطی که در اثر حوادث و رخدادها و عملکرد طبیعی یا انسانی به طور ناگهانی یا غیر قابل کنترل پدید می‌آید و موجب ایجاد مشقت و سختی برای یک مجموعه یا جامعه انسانی می‌شود و برطرف کردن آن نیازمند اقدام‌های اضطراری فوری و فوق العاده است. به عبارتی بحران وضعیتی است که دست کم سه عامل تهدید ارزش‌ها، محدودیت زمان و خطر پیامدهای بزرگ در آن جمع شده باشند.

یکی از انواع بحران‌ها بلایا هستند که عبارتند از: حوادثی که معمولاً به شکل ناگهانی رخ می‌دهند و عملکرد جامعه را مختل کرده، صدمه و آسیب وارد می‌کند که تطابق یا پاسخ مناسب به آن فراتر از ظرفیت‌های جامعه است.

مراحل مدیریت بلایا

شامل چهار فاز پیشگیری و کاهش آسیب، آمادگی، پاسخ و بازیابی و سرانجام فاز هماهنگی است.

در فاز آمادگی اقدام‌های ارزیابی ایمنی و خطر تدوین برنامه عملیاتی، ذخیره سازی تجهیزات و آموزش و تمرین کارکنان مدنظر است.

درفاز پاسخ و بازیابی نحوه برخورد با مشکلات و خسارات پس از وقوع بلایا مطرح می‌شود و در فاز هماهنگی تحلیل





زیر مجموعه در سطوح ملی، استانی، شهرستانی مشخص و به آنها ابلاغ و مرتب پیگیری کرده تا اجرایی شود.

کارگروه‌های تخصصی سازمان

۱. کارگروه ارتباطات و فناوری اطلاعات با مسئولیت وزارت ارتباطات و فناوری اطلاعات و ریاست وزیر مربوط
۲. کارگروه بهداشت و درمان با مسئولیت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و ریاست وزیر مربوط
۳. کارگروه خشکسالی، سرمازدگی و مخاطرات کشاورزی (زراعت، باغداری، دامداری، آبیان و طیور) با مسئولیت وزارت جهاد کشاورزی و ریاست وزیر مربوط
۴. کارگروه حمل و نقل، شریان‌های حیاتی، بلایای جوی و طوفان با مسئولیت وزارت راه و شهرسازی و ریاست وزیر مربوط
۵. کارگروه تشکلهای مردم نهاد با مسئولیت وزارت کشور و ریاست معاون امور اجتماعی، فرهنگی و شوراهای وزارت کشور

” اگر قصد گروه‌های معین، مداخله در بحران و مقابله مستقیم است، حتما باید با امکانات، تجهیزات و نیروهای مستقل وارد منطقه بحران زده شوند

مردم عادی هستند. اگر این افراد آموزش‌های لازم جهت عکس‌العمل سریع و مناسب و همچنین اقدام‌های خود امدادی و آموزش‌های اولیه را در جامعه دیده باشند، می‌توانند مؤثرترین افراد با حداقل امکانات جهت مقابله بعد از حادثه باشند.

دسته دوم نیروهای امدادی و خدماتی دستگاه‌های اجرایی دولتی یا عمومی هستند که به منظور حصول نتایج بهتر و سریع‌تر از این نیروها، شناسایی و ساماندهی آنها در سازمان‌های مختلف، داشتن یک مرکز فرماندهی یا اتاق مدیریت بحران در مناطق مختلف به گونه‌ای که به طور شبانه روزی پاسخگو باشد، ضرورت دارد، لذا نوع و میزان امکانات، آموزش نیروها و به کارگیری تخصص‌های مختلف، فاصله از مرکز بحران، هماهنگی، انسجام و فرماندهی و مدیریت واحد در عملکرد این نیروها بسیار مؤثر است.

دسته سوم شامل تیم‌ها و نیروهای مداخله‌کننده از شهرها، استان‌ها و کشورهای معین هستند که خود آنها نیز در دو حالت می‌توانند عمل کنند. یعنی یا گروه‌های اول و دوم فعالند یا به خاطر شرایط خاص بحران، هیچکدام از این گروه‌ها فعال نیستند. اگر قصد گروه‌های معین، مداخله در بحران و مقابله مستقیم است، حتما باید با امکانات، تجهیزات و نیروهای مستقل وارد منطقه بحران زده شوند که در این حالت شناخت قبلی از محیط بحران بسیار مؤثر است.

در مدیریت واحد بحران سیستم هماهنگ‌کننده باید، وظایف و اولویت‌های انجام امور را برای سازمان‌های

شهرسازی (بنیاد مسکن انقلاب اسلامی)
 ۱۲. کارگروه مخاطرات زیست محیطی با مسئولیت سازمان محیط زیست و ریاست مربوط
 ۱۳. کارگروه آموزش و اطلاع رسانی با مسئولیت سازمان صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران و ریاست مربوط
 ۱۴. کارگروه امداد و نجات و آموزش همگانی با مسئولیت جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران با ریاست سازمان امداد و نجات



۶. کارگروه بیمه، بازسازی و بازتوانی، تامین و توزیع ماشین آلات، آواربرداری ساختمان‌ها، آتش‌نشانی، مواد خطرناک و انتقال و تدفین متوفیان با مسئولیت وزارت کشور و ریاست معاون امور عمرانی و رئیس سازمان شهرداری‌ها و دهیاری‌های ایران
 ۷. کارگروه امنیت و انتظامات با مسئولیت وزارت کشور و ریاست معاون امنیتی و انتظامی وزارت کشور
 ۸. کارگروه امور سیل و مخاطرات دریایی، برق، آب و فاضلاب با مسئولیت وزارت نیرو و ریاست وزیر مربوط
 ۹. کارگروه تأمین سوخت و مواد نفتی با مسئولیت وزارت نفت و ریاست وزیر مربوط
 ۱۰. کارگروه مخاطرات زلزله، لغزش لایه‌های زمین، ابنیه، ساختمان و شهرسازی با مسئولیت وزارت راه و شهرسازی و ریاست وزیر مربوط
 ۱۱. کارگروه تأمین مسکن با مسئولیت وزارت راه و

نتیجه‌گیری



یک پاسخ مناسب، صحیح و بموقع به بلایای طبیعی و انسان ساخت فقط در سایه هماهنگی، تجمیع امکانات و تمرین گروهی امکان‌پذیر خواهد شد و در این صورت است که نظم و انضباط حاکم بر خدمت‌رسانی می‌تواند در مراحل اولیه بحران از توسعه و افزایش آسیب‌ها جلوگیری کرده و مرهمی بر آلام بلادیدگان باشد.

پیشنهاد: اگر چه ساختار هماهنگی در چارچوب مدیریت بحران کشور تدوین شده است، لیکن رفع نواقص و کمبودها با تمرین در کنار هم و پایش و ارزیابی مستمر نیرو، امکانات، تجهیزات، عملکرد زیر پرچم واحد فرماندهی حادثه امکان‌پذیر خواهد بود. این مهم نیازمند عزم راسخ مسئولان دلسوز و تشنه خدمت در حوزه بلایا است.

بهورزان محترم باید از وجود وظایف کارگروهی تخصصی اطلاع داشته باشند تا بتوانند با نیروهای دیگر در سطح محیطی ارتباط برقرار کنند. در بحران‌ها به ویژه زلزله در مناطق روستایی، بهورزان مهمترین اثر را در امداد و مراقبت‌ها داشته‌اند.

منابع

۱. برنامه ملی پاسخ نظام سلامت در بلایا و فوریت‌ها (EOP) سال ۱۳۹۴ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۲. شرح وظایف و آیین‌نامه‌های کارگروه‌های تخصصی مدیریت بحران کشور، سازمان مدیریت بحران
۳. لایحه تشکیل سازمان مدیریت بحران، ۱۳۸۵
۴. محبی فرد، رفعت؛ آصف زاده، سعید. «نقدی بر ساختار دولتی مقابله با بلایای طبیعی کشور ایران: تحقیق در سیستم بهداشت و درمان»
۵. رییس اکبری، قاسم؛ «بلایا و اقدام‌های اولیه از مجموعه کتب آموزش بهورزی»
۶. مدیریت و کاهش خطر بلایا (۱۳۹۴)



نگاهی به روش ها و اهداف یادگیری الکترونیک تندتر، بهتر و بیشتر یادآموزید

معصومه پرهیزکار صفرآبادی
عضو دبیرخانه
فصلنامه بهورز



فریبا ایدنی
کارشناس مسؤول آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی اهواز



صغری حجازی
کارشناس آموزش و ارتقای سلامت
دانشگاه علوم پزشکی مشهد



لفته سیاحی
مدیر مربی بهداشت محیط مرکز آموزش
بهورزی دانشگاه علوم پزشکی اهواز



اهداف آموزشی

امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه:

- یادگیری الکترونیک را تعریف کنند.
- با انواع یادگیری الکترونیکی آشنا شوند.
- ضرورت، اهمیت و هدف آموزش الکترونیکی را شرح دهند.
- مزایای آموزش الکترونیک را ذکر کنند.
- زیرساخت های موثر در یادگیری الکترونیک را نام ببرند.

مقدمه

در عصر حاضر آموزش به عنوان حقوق اولیه انسان‌ها عامل تغییر و پیشرفت اجتماعی شناخته شده است. بسیاری از روانشناسان معتقدند که شرایط یادگیری باید چنان سازماندهی شود که هر فراگیر بر اساس توانایی‌های خود به فعالیت و یادگیری بپردازد. آموزش الکترونیک، یک آموزش انفرادی محسوب می‌شود که در آن فراگیران قادرند با توجه به استعدادهای خود به هدف‌های آموزشی دست یابند و در حقیقت یاد می‌گیرند که چگونه یاد بگیرند. آموزش الکترونیک به نظام آموزشی اطلاق می‌شود که آموزش دهنده و آموزش گیرنده، به واسطه فاصله فیزیکی از یکدیگر جدا هستند ولی به کمک وسایل و ابزارهایی که فناوری در اختیار آنها قرار داده با یکدیگر در ارتباط هستند. اهمیت توسعه فناوری اطلاعات و ارتباطات به اندازه‌ای است که پس از پایان نخستین دهه قرن بیست و یکم کمتر فعالیت آموزشی و پژوهشی باقی می‌ماند که بدون استفاده از اینترنت و ارتباطات رایانه‌ای انجام شود.

پیشینه آموزش الکترونیک در جهان

آموزش غیر حضوری در دهه اول سال ۱۷۰۰ میلادی آغاز شد و هنوز هم در نقاط مختلف دنیا از این شیوه آموزش برای تحصیل استفاده می‌شود. بهره‌گیری از فناوری در امر آموزش از اوایل دهه ۱۹۰۰ میلادی و آموزش مجازی از سال ۱۹۹۵ شروع شده است.

انواع یادگیری الکترونیک

یادگیری الکترونیک به روش خودآموز و فردی در شرایط آفلاین

در این روش فرد یادگیرنده با استفاده از منابع یادگیری مانند پایگاه داده یا یک رایانه در حالی که به اینترنت متصل نیست به کمک دیسکت، CD یا DVD به محتوای دروس دسترسی پیدا می‌کند.

یادگیری الکترونیک به روش خودآموز در شرایط آنلاین

در این روش فرد یادگیرنده از طریق آنلاین و با اتصال به اینترنت به منابع و محتوا دسترسی پیدا می‌کند.

یادگیری الکترونیک به روش گروهی همزمان

در این روش گروهی از یادگیرندگان همزمان با هم و در یک زمان مشخص به اینترنت متصل می‌شوند و از

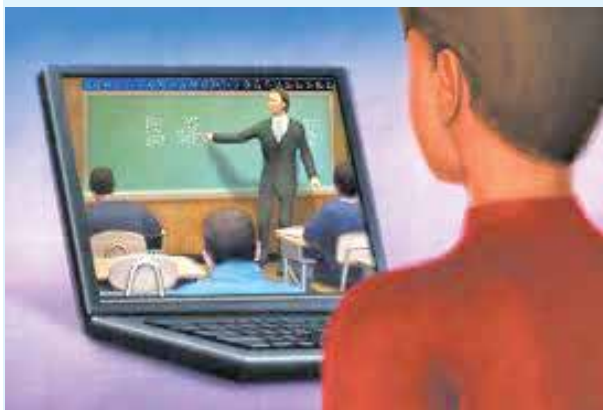
طریق کنفرانس مبتنی بر متن یا ویدیو کنفرانس یا چت صوتی یا نوشتاری و اخیراً هم از طریق شبکه‌های اجتماعی با هم ارتباط برقرار می‌کنند.

یادگیری الکترونیک به روش گروهی ناهمزمان

در این روش نیز افراد از طریق اینترنت اما نه در یک زمان مشخص بلکه در زمان‌های مختلف از طریق ارسال ایمیل و به کمک سیستم‌های مدیریتی یادگیری (LMS) با یکدیگر ارتباط برقرار می‌کنند.

مفهوم یادگیری الکترونیک E-Learning

یادگیری الکترونیک همان بهره‌گیری از سیستم‌های آموزش الکترونیک مثل رایانه، اینترنت، نشریه‌های الکترونیک و خبرنامه‌های Multimedia، سی‌دی‌های مجازی و نظایر آنها است که هدف‌شان کاستن از میزان





در دهه اخیر، جهان را با يك بیسوادى جدید و نیاز همه گیر به بازآموزى و یادگیرى مواجه ساخته است. صدور گواهینامه بین المللى کاربرى رایانه یکى از اقدام های جهانی در زمینه بازآموزى است.

روش های سنتى آموزش، دیگر پاسخگوی این حجم عظیم تقاضا برای آموزش نیست. نهضت سوادآموزى الکترونیکی به جای سوادآموزى متعارف، به عنوان يك راهکار برای گذر به جامعه اطلاعاتى مطرح شده است، با این تفاوت که اجرای آن به جای بیسوادان جامعه، در میان باسوادترین اقشار باشد. طبیعى است که نظام آموزشى کشور، نخستین مکان اجرای آن خواهد بود. «گرى بکر» برنده جایزه نوبل مى گوید که سرمایه

ترده ها، صرفه جویی در زمان، هزینه و همچنین یادگیرى بهتر، سریع تر و آسان تر است. یادگیرى به طور کلی، فعالیتى دگرگون کننده است و افراد را برای مقابله با رویدادهای محیطى آماده مى سازد. یادگیرى در واقع هم يك رشته فرآیند است و هم فرآورده تجربه ها است. یادگیرى، تغییرى است که در اثر تدریس مطالب و مهارت های گوناگون در رفتار یادگیرندگان ایجاد مى شود و ممکن است این رفتار در کوتاه مدت قابل مشاهده و یا حتى غیر قابل مشاهده باشد.

ضرورت، اهمیت و هدف آموزش الکترونیکی

نیازهای روزافزون مردم به آموزش، دسترسی نداشتن به مراکز آموزشى، کمبود امکانات اقتصادى، کمبود آموزش دهندگان مجرب و هزینه های زیادى که صرف آموزش مى شود، متخصصان را بر آن داشت که با کمک فناوری های اطلاعات، روش های جدیدى برای آموزش ابداع کنند که هم اقتصادى و با کیفیت باشند و هم بتوان با استفاده از آن، به طور همزمان جمعیت زیادى از فراگیران را آموزش داد.

امروزه مفهوم سواد، دیگر «توان خواندن و نوشتن» نیست بلکه در قرن بیست و یکم، بیسوادان آنهایی نیستند که نمى توانند بخوانند یا بنویسند، بلکه کسانی هستند که نمى توانند یاد بگیرند و بازآموزى کنند. تحولات سریع فناوری اطلاعات و ارتباطات

روش های سنتى آموزش، دیگر پاسخگوی این حجم عظیم تقاضا برای آموزش نیست. نهضت سوادآموزى الکترونیکی به جای سوادآموزى متعارف، به عنوان يك راهکار برای گذر به جامعه اطلاعاتى مطرح شده است

انسانی ۷۰ درصد سرمایه مملکت است. او ثابت کرد که سرمایه‌گذاری روی مردم کشور، بسیار پرسود است. مبنای اقتصاد مملکت در دانش، مهارت‌ها و قابلیت‌های بالقوه مردم است و باید برای آن ارزش قابل شد. کشور ایران از نظر جمعیتی، جوان‌ترین کشور جهان محسوب می‌شود. تمایل جوانان به ادامه تحصیلات دانشگاهی افزایش یافته است و نظام آموزش کنونی، پاسخگوی آنان در ورود به دانشگاه نخواهد بود. این مسأله با توجه به تحولات اخیر جهانی و ورود به عصر اطلاعات که در آن، دانش بالاترین ارزش افزوده را ایجاد می‌کند، ما را با چالشی اساسی مواجه ساخته که تنها با بهره‌گیری از آموزش الکترونیکی می‌توان بر آن فایق آمد. در لزوم توسعه آموزش الکترونیکی در کشور تردیدی وجود ندارد؛ آنچه مطرح است شیوه و چگونگی دستیابی مؤثر به این آموزش است.

به طور کلی هدف آموزش الکترونیکی فراهم کردن امکان دسترسی یکسان، رایگان و جستجوپذیر در دوره‌های درسی و ایجاد فضای آموزشی یکنواخت برای اقشار مختلف در هر نقطه و بهینه‌سازی شیوه‌های رایج مطالب درسی به منظور یادگیری عمیق‌تر و جدی‌تر است. در چنین فضای آموزشی برخلاف آموزش سنتی، افراد به اندازه توانایی خود از موضوعات بهره‌مند می‌شوند.

مزایای آموزش الکترونیکی

آموزش الکترونیکی یک نظام آموزشی هنرمندانه و راه حل جامع است و برای موسساتی که خواهان حرکت در مسیر فناوری روز و تغییر روش‌ها و محیط‌های آموزشی خود هستند، امکان دستیابی به شیوه‌های نوین آموزشی را فراهم می‌کند. آموزش الکترونیکی یک سیستم آموزشی واحد را برای تعدادی از فراگیران فراهم می‌سازد که منجر به ایجاد فرصت‌های آموزشی مختلف می‌شود، به طور کلی می‌توان مزایای آموزش الکترونیکی را در چند محور به شرح زیر برشمرد:

شیوه آرایه دروس به فراگیر

- * وابسته نبودن کلاس درس به زمان خاص
- * جامعیت، فراگیری، پویایی، روزآمدی و رفع نیاز آموزشی در زمان دلخواه

* افزایش کیفیت آرایه دروس به دلیل آرایه به صورت چندرسانه‌ای

* افزایش میزان اثربخشی و بازدهی آموزشی به دلیل حذف محدودیت‌های زمانی و مکانی

تعامل بین استاد و فراگیر

* نیازداشتن به حضور فیزیکی استاد و دانشجو در کلاس درس

* کاهش زمان و هزینه رفت و آمد برای دانشجویان

* پشتیبانی تعداد زیادی دانشجو در یک کلاس

* امکان ثبت فعالیت‌ها و پیشرفت دانشجویان توسط استاد

* امکان تهیه مدل‌های مختلف آموزش توسط استادان

* ارتباطات آسان و فراگیر آموزشی

دسترسی به منابع اطلاعاتی

* دسترسی پیوسته به کتابخانه مجازی

* جستجوی هوشمندانه

* انعطاف‌پذیری، در دسترس بودن و سهولت دسترسی به منابع

* افزایش حق انتخاب دانشجو در تعیین دوره‌های آموزشی

* تغییر محتوای تدریس «محدود و انتخابی» به «نامحدود و متنوع» آموزشی

تغییر نگرش و دانش کاربران

* تغییر سطح سواد دانش آموختگان از سواد کلاسیک به خلاقیت و تولید دانش

* تغییر نگرش به آموزش و یادگیری از فردی به اجتماعی

* تغییر نگرش به فراگیران از «ایجاد رقابت» به «همکاری و مشارکت»

* تغییر وظیفه فراگیران از ذخیره‌سازی اطلاعات و افزایش محفوظات به مدیریت اطلاعات و تولید دانش

* افزایش سرعت در آموزش و یادگیری

* افزایش سطح علمی جامعه

* قابلیت تنظیم روند یادگیری فراگیران

* محوریت کاربران

مدیریت

* مدیریت آسان و کارآمد

* نظارت و کنترل دقیق بر نظام آموزشی و اطلاعات

* جمع‌آوری سریع بازخوردها و تجزیه و تحلیل آنها



۱. توسعه مهارت‌های فناوری اطلاعات و ارتباطات در تمام سطوح جامعه برای عموم مردم
۲. ترغیب و ترویج پژوهش‌های آموزشی در زمینه فناوری اطلاعات
۳. گسترش کمی و کیفی در تولید نرم‌افزارهای آموزشی
۴. تجهیز مدارس و دانشگاه‌ها به رایانه و دسترسی به شبکه جهانی
۵. توسعه مراکز آموزش مهارت‌های اطلاعات و ارتباطات
۶. تقویت زیرساخت‌های شبکه اینترنت در کشور
۷. گسترش سطح دسترسی عموم به رایانه و شبکه جهانی
۸. توسعه فرهنگ استفاده از فناوری اطلاعات در امور روزمره.

- * کاهش هزینه و زمان
- * فراهم کردن فرصت‌های آموزشی یکسان برای عموم
- * افزایش سرعت در توسعه و پیشرفت

زیرساخت‌های ضروری برای آموزش الکترونیکی

آموزش الکترونیکی مستلزم زیرساخت‌های فراوانی است که عبارت اند از :

نتیجه گیری



در عصر اطلاعات، مفهوم جدیدی به نام فناوری اطلاعات مطرح شده است که تأثیر اجتناب ناپذیری بر تمامی حوزه‌های دانش بشری داشته و نهادهای مختلف اجتماعی را دستخوش تغییرات بزرگی کرده است. نهادهای آموزشی در مواجهه با این مفهوم، بر اساس رویکردهای جدید، نظام آموزشی خود را در سطوح مختلف، تنظیم می‌کنند.

آموزش الکترونیکی نیز مفهومی جدید و محصول فناوری اطلاعات است و چندسالی است توسط برخی سازمانها و دانشگاهها در قالب طرحهای آموزشی متعدد مطرح و حتی اجرا شده است. به طور کلی فناوری اطلاعات، فرصت‌های جدیدی را برای جوامع مختلف ایجاد کرده است. جوامعی که سریع‌تر این فرصت‌ها را شناسایی کنند، می‌توانند با جهشی ساختاری، عقب‌ماندگی‌های خود را جبران کنند. فراهم کردن زیرساخت‌های ضروری، ارایه طرح‌هایی نظیر «نهضت سوادآموزی الکترونیکی» کلید گذر ما به جامعه اطلاعاتی خواهد بود. آموزش الکترونیکی می‌تواند بسیاری از معضلات جوامع از جمله نیازهای روزافزون مردم به آموزش، نبود دسترسی یکسان به مراکز آموزشی، کمبود امکانات اقتصادی، کمبود آموزگاران مجرب و هزینه‌های زیادی که صرف آموزش می‌شود را برطرف کند. مزایای زیادی برای این نوع سیستم آموزشی بر شمرده‌اند که معایب آن را پوشش می‌دهد.

منابع

- * ذوالفقاری، میترا؛ مهرداد، ندا و همکاران؛ «تأثیر آموزش الکترونیک و سخنرانی بر یادگیری درس بهداشت مادر و کودک دانشجویان پرستاری»
- * فرهادی، ربابه؛ «آموزش الکترونیکی پارادیم جدید در عصر اطلاعات» فصلنامه علمی - پژوهشی پردازش و مدیریت اطلاعات، دوره ۲۱، شماره یک، پاییز ۱۳۸۴
- * غلامحسینی، لیلا؛ «یادگیری الکترونیک و جایگاه آن در نظام آموزش دانشگاهی»
- * امامی، حسن؛ اقدسی، محمد؛ آسوشه، عباس؛ «یادگیری الکترونیک در آموزش پزشکی»
- * دسترنجی، حکیمه؛ مراجع و تازه‌های علمی، «نظام آموزش باز و از راه دور» (کارایی اقتصادی، مزایا، آموزش الکترونیکی) «مجله پیک نور، سال چهارم، شماره دوم، ص ۱۲۵ تا ۱۳۱ سال ۱۳۸۵

بخشنامه‌ها و دستور عمل‌ها

معاون محترم بهداشت دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی...
موضوع: آموزش رعایت اصول بهداشتی - تغذیه ای در استفاده از ظروف مسی

شماره: ۳۱۱/۴۵۲۴
تاریخ: ۱۳۹۷/۰۳/۲۳

با سلام و احترام

پیرو درخواست معاونت محترم بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی خراسان رضوی در خصوص تبلیغ ظروف مسی طی نامه به شماره ۹۷/۱۲۹۱۸۹ مورخ ۱۳۹۷/۱/۲۲ خواهشمند است ترتیبی اتخاذ فرمایید تا مدیران محترم گروه بهبود تغذیه جامعه نیز موارد زیر را در برنامه‌های آموزش به جامعه در خصوص مس و نقش آن در بدن و رعایت اصول بهداشتی در استفاده از ظروف مسی مدنظر قرار دهند:

مس سومین ماده معدنی در بدن است که تقریباً پروتئین پلاسمای خون با نام سروپلاسمین حمل می‌شود و برای سلامتی مفید بوده و عنصری ضروری است که در فرایندهای گوناگون بدن نظیر فرآیند خونسازی و عملکرد سیستم ایمنی، فرآیند متابولیک طبیعی در ارتباط با اسیدهای آمینه و ویتامین‌ها نقش دارد. این ماده داخل بدن تولید نمی‌شود، بنابراین از طریق منابع خارجی وارد بدن می‌گردد. رعایت تنوع و تعادل در مصرف منابع غذایی حاوی مس از جمله غذاهای دریایی، جگر، غلات کامل، مغزها، حبوبات، سیب زمینی، نخود، گوشت قرمز، قارچ، نارگیل و سیب برای دریافت کافی آن توصیه می‌شود. از طرفی باید توجه نمود غذاهای حاوی فیبر زیاد و مصرف زیاد روی و آهن نیز می‌تواند جذب مس را کاهش داده و موجب کمبود مس شوند.

بهترین ظروف برای طبخ مواد غذایی، ظروف مقاوم به حرارت هستند که به هیچ وجه مواد سمی را به مواد غذایی در حال طبخ وارد نمی‌کنند از جمله ظروف شیشه‌ای و پیرکس‌ها و در مقابل بدترین ظروف، تفلون‌ها هستند که دچار خراشیدگی هرچند کوچک شده‌اند. مس از یک طرف فلزی پرواکشن است و در مقابل حرارت به راحتی با مواد غذایی واکنش نشان می‌دهد و در طولانی مدت بدن را دچار مسمومیت (با حالت تهوع و استفراغ، اسهال و سردرد) می‌کند و با اختلالاتی در عملکرد کبد، تشکیل گلبول‌های قرمز و عملکرد سیستم ایمنی بدن همراه است.

یکی از مضرات ظروف مسی اکسید شدن آنهاست که بسیار خطرناک است و ظروف مسی قدیمی که لعاب ندارد پخت غذا در آنها صحیح نیست. مس قرمز به مرور زمان در مجاورت هوا اکسید می‌شود و به سبز و خاکستری تغییر رنگ می‌دهد که برای سلامت مضر است. استفاده از ظروف مسی در صورتی مجاز است که توسط یک لایه‌ای از یک فلز دیگر مثل قلع، استیل یا نیکل پوشانده شده باشند و به اصطلاح باید سفید شده باشند تا از ورود مس به غذا جلوگیری کنند. در صورتی که ظروف مسی، قلع‌اندود نشده باشد، ورود مس به غذا در طولانی مدت، سبب تأثیر نامطلوبی بر احشا و اندام داخلی بدن شده و ذخیره شدن آن در کبد به مرور به از کار افتادن این عضو کمک می‌کند. نکته قابل توجه اینکه قلع‌اندود شدن باید به صورت اصولی و بدون سرب انجام شده باشد در غیر این صورت اگر قلع همراه سرب باشد آسیب‌های جبران‌ناپذیری به بدن وارد خواهد کرد. سرب وارد شده در بدن، در کبد تجمع کرده و مسمومیت با سرب به مراتب از مسمومیت با مس برای انسان خطرناک‌تر بوده و در طول زمان موجب آسیب به سیستم عصبی (مغز) و استخوان‌ها می‌شود و قطعاً کبد قدرت مبارزه با چنین چیزی را نداشته و شخص بیمار دچار مرگ تدریجی می‌شود.

مس بهترین رسانای حرارت بوده و بسیار سریع و یکنواخت داغ می‌شود از جمله ظروفی هستند که سبب تخریب و آسیب به روغن‌های مصرفی درون آن می‌شوند بنابراین هنگام استفاده از این ظروف بهتر است، از حرارت کم یا متوسط استفاده شود. استفاده از این ظروف بسیار با احتیاط و دقت باید صورت گیرد. مراجع علمی از جمله سازمان غذا و داروی آمریکا (FDA) ظرف را از بین می‌برند و باعث ورود بیش از اندازه مس به غذا و بدن می‌شود و باعث اختلال در جذب کلسیم و آهن شده و در کبد رسوب کرده و مسمومیت ایجاد می‌کند.

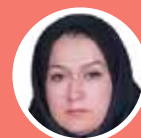
در هنگام طبخ غذا، از قاشق‌های پلاستیکی یا چوبی استفاده شود زیرا قاشق‌های فلزی ممکن است به لعاب ظرف آسیب برسانند یا خش بردارد. ظرف داغ را بلافاصله داخل آب سرد یا فریزر نباید قرار داد. ابتدا باید ظرف به تدریج خنک شود و سپس به آهستگی شسته شوند تا لایه قلع‌اندود آن از بین نرود.

دکتر زهرا عبداللہی
مدیر دفتر بهبود تغذیه جامعه

پول را به جنس بده!



سوگند ایازی
کارشناس بهداشت محیط و دانشجوی کارشناسی ارشد
مهندسی صنایع غذایی دانشگاه علوم پزشکی مشهد



کالاهای قاچاق به طور معمول ظاهری شبیه کالاهای اصلی دارند و شاید همان کالای اصلی تاریخ گذشته باشد یا در شرایط بد نگهداری شده باشند. یکی از عمده مشکلاتی که در حال حاضر سلامت مردم را به مخاطره انداخته است، فروش و عرضه فرآورده‌های غذایی و خوراکی تقلبی و قاچاق است. با توجه به اینکه بسیاری از این کالاها با بسته‌بندی‌های برندهای اصلی اما با قیمت ارزان‌تر ارایه می‌شوند، بسیاری از مردم به علت ناآگاهی از نشانه‌های سلامت تنها با دیدن نام محصول که همان برند معتبر است، آن را خریداری می‌کنند و در نهایت ناخواسته سلامت خود و خانواده‌هایشان را به خطر می‌اندازند. برای تشخیص اصالت محصول یا فرآورده، باید برچسب اصالت روی بسته‌بندی محصولات مورد توجه قرار گیرد. استفاده از برچسب اصالت محصول یا فرآورده از سال ۸۴ ابتدا با دارو شروع شد و بعد به کالاهای دیگر در حوزه سلامت گسترش پیدا کرد. این برچسب یکی از شاخص‌های تأیید کالای خارجی است که از مجاری قانونی وارد کشور شده است و در هنگام خرید آن از مراکز مجاز باید مورد توجه قرار گیرد.

مشخصات برچسب رهگیری اصالت



GTN: شناسنامه تجاری فرآورده
UID: شناسنامه ردیابی، رهگیری
LOT: شماره سری ساخت
EXP: تاریخ انقضا
SMS: سامانه استعلام اصالت



GTN (شماره تجاری فرآورده):

شماره جهانی یک کالا است که بر مبنای استانداردهای سازمان GSI صادر شده است.

UID (شناسه ردیابی، رهگیری): شناسه اختصاصی و منحصر به

فرد و غیر تکراری برای هر واحد فرآورده است که دارای طول ثابت ۲۰ رقم بوده و شرکت صاحب پروانه طبق استاندارد آن را تولید کرده است.

شناسنامه اصالت: شناسنامه ۱۶ رقمی منحصر به فرد متناظر با

UID است که با لایه‌هایی پوشانده شده و پس از برداشتن این لایه توسط مصرف کننده آشکار خواهد شد.

روش‌های بررسی اصالت فرآورده

۱. سامانه پیام کوتاه (SMS) شماره ۰۸۸۲۲-۲۰۰۰
۲. سامانه اینترنتی www.ftac.ir
۳. سامانه گویا ۰۲۱-۶۱۸۵
۴. بارکد دوبعدی Datamatrix یک بارکد ماتریسی دو بعدی است که دارای سلول‌های سیاه و سفید، یا مازول‌هایی است که در یک الگوی مربعی یا مستطیلی مرتب شده‌اند. اطلاعات قابل کد شدن در این ماتریس می‌تواند اطلاعات خام یا متن باشد. این کد را می‌توان با سرعت و با استفاده از «بارکدخوان» خواند و محموله‌ها را ردیابی کرد.

منبع: دستورعمل اجرایی حداقل ضوابط برچسب گذاری فرآورده‌های غذایی و آشامیدنی (سازمان غذا و دارو)، شهریور ۱۳۹۳

در جهان تنها یک فضیلت وجود دارد و آن آگاهی است و تنها یک گناه و آن جهل است. مولانا

سناریوی مرگ مادر

[**مینا احدی**
رئیس گروه سلامت مادران
دانشگاه علوم پزشکی مشهد]



[**مه لقا شمسی**
بهورزخانه بهداشت خونیکسار درمیان
دانشگاه علوم پزشکی خراسان جنوبی]



متوفا، خانمی ۲۶ ساله، ساکن روستا و با سابقه یک بارداری و زایمان که زایمان قبلی مادر طبیعی و فرزند وی ۴ ساله بوده است. با توجه به مشاوره‌های انجام شده توسط بهورزخانه بهداشت و نداشتن منع مصرف نسبی و مطلق به منظور پیشگیری از بارداری به مدت دو و نیم سال قرص ال دی مصرف می‌کرده است. دو ماه قبل از باردارشدن، مراقبت پیش از بارداری برای ایشان انجام شده که با توجه به پیگیری‌های صورت گرفته آزمایش‌ها و ویزیت پزشک انجام نشده است. با مثبت شدن تست بارداری، مادر بموقع جهت تشکیل پرونده مراقبت بارداری مراجعه کرده است. BMI وی در ابتدای بارداری ۱۸/۳ بوده و به این دلیل تحت پوشش سبد غذایی حمایتی

قرار گرفته است. در اوایل بارداری به دلیل شک به آبریزش و پارگی کیسه آب به بیمارستان ارجاع و با توجه به تست نیتراژین مثبت در بیمارستان بستری و دو روز بعد با حال عمومی خوب ترخیص شده است. آزمایش‌ها و سونوگرافی‌های نوبت اول و دوم انجام شده که آزمایش‌های نوبت دوم به دلیل همکاری نکردن مادر با تأخیر بوده و برای بررسی نتایج به پزشک مراجعه نکرده است. در طول بارداری ۵ نوبت مراقبت معمول و ویزیت پزشک انجام شده است. در برخی مراجعه‌ها، مادر از سوزش سر دل شکایت داشته که توسط پزشک مرکز به متخصص زنان ارجاع و با شک به مشکلات گوارشی تحت درمان قرار گرفته است. در طی مراقبت‌های هفته ۲۶ تا ۳۵ با وجود اختلال وزن‌گیری و افزایش تدریجی فشارخون مادر اقدام خاصی صورت نگرفته است. آخرین مراقبت انجام شده مادر در هفته ۳۵ بارداری بوده است. حدود یک هفته پس از آخرین مراقبت بارداری، مادر پس از صرف شام دچار درد شدید در ناحیه شکم و استفراغ خونی شده که سریعاً توسط اطرافیان و اورژانس ۱۱۵ به تسهیلات زایمانی منطقه منتقل شده است.

در ابتدای ورود به تسهیلات زایمانی، فشارخون مادر ۱۹۰/۱۰۰ بوده که پس از انجام اقدام‌های لازم توسط پزشک و ماما و تزریق هیدرالازین با فشارخون ۱۳۰/۸۰ به بیمارستان شهرستان اعزام شده است. در بیمارستان بلافاصله مادر سزارین و به ICU منتقل می‌شود. طی آزمایش‌های انجام شده در بیمارستان تعداد پلاکت و آزمایش‌های کبدی مادر نرمال نبوده که با تشخیص سندرم هلمپ تحت درمان قرار می‌گیرد. در طی این مدت مادر ۲ مرحله به علت خونریزی پس از سزارین به اتاق عمل فرستاده می‌شود. متأسفانه مادر بعد از سه روز بستری در ICU بیمارستان، به دلیل DIC فوت می‌کند.

علت مرگ در تشخیص نهایی: سندروم هلمپ است.

اقدام‌هایی که لازم بود در سطوح مختلف انجام شود تا از مرگ مادر پیشگیری شود:

۱. پیگیری جهت تکمیل دقیق پرونده پیش از بارداری (ویزیت پزشک و انجام آزمایش‌ها)
۲. دقت و توجه بیشتر در گرفتن علایم حیاتی مادر بویژه فشارخون در سطوح مختلف
۳. توجه بیشتر به روند افزایش فشارخون مادر (افزایش فشار تدریجی در مراقبت‌ها دیده شده است)
۴. با توجه به مراجعه مکرر مادر با شکایت سوزش سر دل و دریافت داروهای گوارشی توسط پزشک عمومی و متخصص زنان، این شکایت که از علایم خطر پره‌اکلامپسی بوده، شناسایی نشده است. (در شب اعزام مادر از سوزش شدید سر دل بیقرار بوده و استفراغ خونی داشته است).
۵. با توجه به اختلال وزن‌گیری در هفته ۲۶ تا ۳۶ احتمال محدودیت رشد جنین وجود داشته که می‌تواند هشدار برای شک به پره‌اکلامپسی در کنار سایر علایم ذکر شده باشد و نیاز به بررسی بیشتری داشته است.
۶. پیگیری بیشتر مادرانی که همکاری لازم جهت انجام سونو و آزمایش‌های بارداری را ندارند الزامی است. البته با توجه به نبود آزمایشگاه ثابت در بعضی مراکز و به تبع آن اختلال در پروسه گرفتن نمونه تا تحویل جواب در این زمینه نیز باید تمهیدات لازم انجام می‌گرفت.

تست‌های حاملگی، آزمایش‌ها، سونوگرافی و... را جدی بگیرید

پیامدهای مراقبت ناکافی در دوران بارداری

کبری مهدوی

مربی مرکز آموزش بهورزی شهریار
دانشگاه علوم پزشکی ایران



فاطمه صالحی منظری

مربی مرکز آموزش بهورزی
دانشکده علوم پزشکی تربت حیدریه



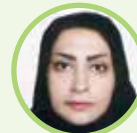
مهسا شیرینی

کارشناس آموزش بهورزی معاونت بهداشتی
دانشگاه علوم پزشکی ایران



هما محمد تقی پور

کارشناس مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری
دانشکده علوم پزشکی تربت حیدریه



اهداف آموزشی

امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه:

- پیامدهای مراقبت‌های ناکافی در بارداری را ذکر کنند.
- اهمیت انجام تست‌های تشخیص حاملگی، آزمایش‌ها و سونوگرافی‌های روتین در بارداری را بیان کنند.
- درباره انواع اقدام‌های پاراکلینیک و زمان انجام آن در دوران بارداری توضیح دهند.

مقدمه

ارتقای سلامت مادران یکی از ارکان اساسی مراقبت‌های بهداشتی درمانی است و از این رو مادران باردار به عنوان یکی از گروه‌های آسیب‌پذیر همواره در کشور ما مورد توجه خاص سیاست‌گذاران برنامه‌های سلامت قرار گرفته است. از جمله خدمات مراقبتی مهم در دوران بارداری، آزمایش‌ها و خدمات پاراکلینیک است که به منظور غربالگری بارداری‌های پرخطر از نظر سلامت مادر و جنین طراحی و در نظام شبکه‌های بهداشتی درمانی اجرا شده‌اند.

مراقبت‌های دوران بارداری مجموعه اقدام‌هایی است که طی معاینات دوره‌ای، ضمن آموزش مادر و اطرافیان وی ارایه می‌شود و با تشخیص علایم خطر و ارجاع بموقع برای درمان و در نهایت با آماده کردن مادر از بروز عوارض بارداری و زایمان مادر، جنین و نوزاد جلوگیری کرده و منجر به کاهش مرگ و میر آنان می‌شود. مراقبت‌های دوران بارداری باید از همان زمانی که مادر متوجه بارداری خود می‌شود، پس از اطمینان کارکنان بهداشتی از حاملگی وی شروع و طی ملاقات‌های معمول بارداری در مقاطع زمانی تعیین شده ارایه شود. اولین ملاقات در ۶ تا ۱۰ هفته اول حاملگی انجام می‌شود. مراقبت‌های معمول بارداری حداقل طی ۸ بار ملاقات (۲ بار ملاقات در نیمه اول و ۶ ملاقات در نیمه دوم بارداری) به مادر ارایه می‌شود.

تست‌های حاملگی

تشخیص بارداری اگرچه بسیار ساده است و بیشتر اوقات، زنان به دنبال قطع قاعدگی فکر می‌کنند حامله‌اند اما گاهی تأثیر دارو یا برخی بیماری‌ها منجر به تغییرات در بدن می‌شوند که مانند حاملگی است و موجب گمراهی زن یا پزشک می‌شود. پس لازم است با کمک معاینات مناسب بالینی و آزمایشگاهی برای اثبات آن اقدام شود. اما در مورد هیچ فردی نباید این معاینه و آزمایش به بعد از دومین تأخیر در قاعدگی موکول شود و تشخیص زود هنگام بارداری ضروری است.

روش‌های آزمایشگاهی تشخیص بارداری

گراویندکس: با استفاده از نمونه ادرار مادر و در فاصله بیش از ۲ هفته و کمتر از ۸ هفته از قطع قاعدگی ارزش دارد.

بتاساب یونیت (BHCG): با استفاده از نمونه خون مادر انجام می‌شود. این آزمایش در اولین روزهای قطع قاعدگی به تشخیص بارداری کمک می‌کند.

غربالگری ناهنجاری جنین

غربالگری نوبت اول در هفته ۱۱ تا ۱۳ انجام می‌شود برخی اختلال‌های کروزومی (تریزومی‌ها) در این غربالگری کشف می‌شود که شایع‌ترین آن «سندروم داون» است. در صورتی که جواب آن کم خطر باشد، نیاز به غربالگری نوبت دوم نیست.

در صورتی که جواب، خطر متوسط (در معرض خطر) باشد، غربالگری نوبت دوم انجام می‌شود. در صورت پرخطر بودن جواب این تست در اسرع وقت به متخصص زنان برای بررسی‌های تکمیلی ارجاع داده می‌شود. غربالگری نوبت دوم که در هفته ۱۵ تا ۱۷ بارداری انجام می‌شود، چنانچه جواب تست کم خطر باشد نیاز به اقدام خاصی نیست. چنانچه پرخطر باشد در اسرع وقت جهت بررسی‌های تکمیلی به متخصص زنان ارجاع داده می‌شود. آزمایش آلفا فیتوپروتئین (AFP) برای غربالگری نقص لوله عصبی جنین و سونوگرافی هدفمند هفته ۱۶ تا ۱۸ و با هدف غربالگری ناهنجاری‌های اصلی (ماژور) درخواست می‌شود.

در مورد هیچ فردی نباید معاینه و آزمایش به بعد از دومین تأخیر در قاعدگی موکول شود و تشخیص زود هنگام بارداری ضروری است

آزمایش‌های معمول بارداری

شمارش کامل سلولهای خونی (CBC): هدف عمده از انجام این آزمایش کشف موارد آنمی (فقر آهن و تالاسمی مینور) مادر باردار و مداخله زودرس جهت پیشگیری از عوارض مادری و جنینی است. در صورتی که مادر دچار کم خونی فقر آهن باشد، احتمال بروز مشکلاتی مانند محدودیت رشد جنین، زایمان زودرس، کم وزنی و نارسایی جنین افزایش می‌یابد.

گروه خون و اره‌اش (BG, RH): در صورت منفی بودن اره‌اش مادر، اره‌اش همسر نیز بررسی شده و چنانچه مثبت باشد، مادر باردار جهت انجام کومبس غیر مستقیم نوبت اول معرفی می‌شود. مادر اره‌اش منفی که همسر اره‌اش مثبت دارد باید تحت مراقبت ویژه قرار گیرد.

آزمایش کامل ادرار و کشت ادرار (U/A, U/C): برای بررسی سلامت سیستم ادراری مادر باردار انجام می‌شود. انجام ندادن اقدام‌ها و مداخله‌های مناسب نظیر درمان نکردن عفونت‌های ادراری خطر بروز بیماری «پیلونفریت» و به دنبال آن احتمال زایمان زودرس و... را افزایش می‌دهد.





انجام می شود. تفسیر این آزمایش ها به شرح زیر است:

غیر طبیعی	≥ 92	قند خون ناشتا (mg/dl)
	≥ 180	قند خون یک ساعت پس از مصرف گلوکز (mg/dl)
	≥ 153	قند خون ۲ ساعت پس از مصرف گلوکز (mg/dl)

اگر پاسخ یکی از آزمایش های بالا غیر طبیعی باشد تشخیص دیابت قطعی است و باید ارجاع به متخصص انجام شود.

آنتی ژن سطحی هپاتیت (HBSAg): این آزمایش در صورتی که مادر طبق دستورالعمل کشوری علیه هپاتیت واکسینه نشده باشد، برای بررسی ابتلا یا عدم ابتلای وی به بیماری هپاتیت انجام می شود. در صورت مثبت بودن آن با احتمال بیماری هپاتیت، مادر به متخصص ارجاع می شود.

آزمایش سیفلیس (VDRL): این آزمایش برای همه مادران باردار جهت بررسی ابتلا یا عدم ابتلای مادر به بیماری های مقاربتی انجام می شود. در صورت مثبت بودن آزمایش های تکمیلی درخواست می شود.

تست تشخیص سریع HIV (Rapid Diagnostic Test): این آزمایش با هدف تشخیص بموقع و پیشگیری از ابتلای نوزاد به HIV، برای زنان باردار در اولین مراجعه انجام می شود. در صورت Reactive بودن تست ضمن تایید نتیجه توسط پزشک مرکز در اولین فرصت جهت انجام تست های تشخیصی قطعی به مرکز مشاوره بیماری های رفتاری ارجاع داده می شود.

آزمایش بررسی کم کاری یا پرکاری تیروئید (TSH): در صورتی که احتمال کم کاری یا پرکاری تیروئید وجود داشته باشد برای کنترل بیماری و پیشگیری از عوارض مربوط نظیر افزایش احتمال پره اکلامپسی و ... به متخصص داخلی یا غدد ارجاع داده می شود.

کومبس غیر مستقیم: اگر این آزمایش در هر زمان در دوره بارداری مثبت باشد با تشخیص احتمالی ناسازگاری خونی مادر و جنین جهت اقدام ها و بررسی های بعدی به متخصص ارجاع داده می شود.

کراتینین و نیتروژن اوره خون (BUN, Crea): این آزمایش برای بررسی عملکرد کلیه های مادر انجام می شود و در صورت غیر طبیعی بودن میزان نیتروژن اوره خون یا اوره خون ارجاع به متخصص داخلی انجام می شود.

آزمایش قند خون ناشتا (FBS): برخی عوارض دیابت در دوره بارداری عبارتند از: افزایش احتمال ناهنجاری های مادرزادی، پره اکلامپسی، عفونت و زایمان زودرس. براساس آخرین دستورالعمل غربالگری و تشخیص دیابت بارداری، این آزمایش در اولین ملاقات بارداری برای همه مادران درخواست شده و تفسیر نتایج آن به شرح ذیل است:

طبیعی	≤ 92	قند خون ناشتا (mg/dl)
پره دیابتیک	۹۳ - ۱۲۵	
غیر طبیعی	≥ 126	

اگر قند خون ناشتا مساوی ۹۳ تا ۱۲۵ میلی گرم در دسی لیتر باشد، باید دو هفته دیگر پس از رعایت رژیم غذایی و ورزش مجدد آزمایش بدهد. این بار میزان قند خون ناشتا و قند دو ساعت پس از غذا بررسی می شود چنانچه هر کدام مختل باشد، مادر برای بررسی بیشتر به متخصص ارجاع می شود. چنانچه قند خون ناشتا مساوی یا بیشتر از ۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر باشد یک هفته بعد آزمایش دوباره قند ناشتا انجام می شود و در صورت تکرار پاسخ قبلی، فرد باید، برای درمان به متخصص داخلی ارجاع شود.

آزمون تحمل گلوکز خوراکی (OGTT): این آزمون به همراه آزمایش قند خون ناشتا برای غربالگری دیابت بارداری در هفته ۲۴ تا ۲۸ برای خانم های غیر دیابتی

پیامدهای مراقبت ناکافی در بارداری

مراقبت‌های ناکافی در بارداری بر اساس گروه‌های اجتماعی، نژادی، سن و روش پرداخت هزینه متفاوت است. مهمترین دلیل مراقبت‌های ناکافی این است که فرد اظهار می‌کند: من نمی‌دانستم حامله‌ام و دلایل دیگری مانند مشکلات مربوط به مراقبت از کودک، نبودن سیستم حمل و نقل، گرایش زنان زایمان کرده به کم اهمیت جلوه دادن مراقبت‌های دوران بارداری و... نیز مطرح می‌شود. مراقبت کافی دوران بارداری، یک مداخله مؤثر برای بهبود نتایج حاملگی است. مراقبت‌های بارداری مناسب و کافی فرصتی را برای مشاوره و کاهش عوارض مرتبط با حاملگی و زایمان فراهم می‌کند. در نتیجه مراقبت‌های ناکافی در دوران بارداری، شیوع پیامدهای نامطلوب حاملگی، زایمان و پس از زایمان مانند سقط، مرده‌زایی، زایمان زودرس، نمره آپگار کمتر از ۷، وزن کم هنگام تولد، خونریزی پس از زایمان، دیابت بارداری، بیماری‌های اکتسابی و ناهنجاری‌های تکاملی را به دنبال دارد.



نتیجه‌گیری



مراقبت‌های دوران بارداری و انجام بموقع آزمایش‌ها و سونوگرافی، سلامت جنین و مادر را در طول بارداری و پس از آن تضمین خواهد کرد و به نظر می‌رسد بسیاری از بیماری‌ها و عوامل خطر ساز جدی وجود دارند که می‌توان با کمترین هزینه و براحتی با مراقبت‌های کافی دوران بارداری آنها را شناسایی و از بروز یا تأثیر آنها بر مادر و جنین جلوگیری کرد.

پیشنهادهای

۱. ارایه خدمات سونوگرافی و غربالگری ناهنجاری‌های جنینی با هزینه کم برای همه مادران باردار ساکن در شهر و روستا
۲. برگزاری جلسات آموزشی با محوریت اهمیت مراقبت‌های بارداری
۳. توانمندسازی هر چه بیشتر مراقبان سلامت و بهورزان جهت شناسایی بموقع مادران باردار و ارایه مراقبت‌های درست و کافی دوران بارداری

منابع:

- * ترکستانی، فرحناز؛ امامی افشار، نهضت؛ بخشنده، مرضیه؛ جلیوند، پوران و... «مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران»؛ تجدید نظر هفتم، ۱۳۹۵
- * دستورالعمل غربالگری ناهنجاری‌های جنینی اداره سلامت مادران وزارت بهداشت، ۱۳۹۰
- * دستورالعمل آزمایش‌های معمول دوران بارداری اداره سلامت مادران وزارت بهداشت، ۱۳۹۵
- * مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران (راهنمای خدمات خارج بیمارستانی) ویژه دانش آموخته مامایی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۵
- * دستورالعمل اجرایی پیوند برنامه‌های کنترل HIV و سلامت باروری، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، بازبینی بهار ۱۳۹۶
- * آخرین دستورالعمل‌های کشوری برنامه سلامت مادران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

برنامه‌های خدمات سلامت دهان و دندان بعد از طرح تحول سلامت

الهه کبفر
رابط فصلنامه و کارشناس مسئول آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی بهبهان



اهداف آموزشی

امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه:

- گروه هدف خدمات سلامت دهان و دندان را بشناسند.
- فهرست خدمات سطح یک و دو سلامت دهان و دندان را نام ببرند.
- واحدهای محل ارائه خدمات سطح یک و دو سلامت دهان و دندان را بشناسند.
- با ارائه‌دهندگان خدمت در سطح یک و دو آشنا شوند.
- شیوه ارائه خدمت به گروه هدف را توضیح دهند.
- برنامه‌های سلامت دهان و دندان بعد از اجرای طرح تحول سلامت را شرح دهند.

مقدمه

بدون سلامت دهان و دندان، سلامت عمومی بدن تأمین نمی‌شود. دندانهای سالم به عنوان اولین قسمت از دستگاه گوارش نقش مهمی در تغذیه، رشد و تکامل و سلامت عمومی بدن فرد ایفا می‌کنند. همچنین دهان و دندان نقش مهمی در صحبت کردن، ادای صحیح لغات و زیبایی فرد دارند. از سوی دیگر، بیماری‌های دهان و بی‌دندانی علاوه بر تأثیرات روحی روانی در درجه اول موجب کاهش کیفیت زندگی شده، در مرحله بعد، عوارض آن از طریق کانون‌های عفونی برای تمام عمر گریبانگیر فرد خواهد بود. مانند تمام برنامه‌های موفق در کنترل بیماری‌ها به یقین پیشگیری و افزایش آگاهی و مهارت افراد در خودمراقبتی موثرترین راه جهت کنترل است. ادغام بهداشت دهان و دندان نیز به عنوان یکی از ارکان PHC در سیستم شبکه در سال ۱۳۷۴ با تمرکز بر ارائه خدمات پیشگیری و سلامت محور، در کنار سایر برنامه‌های بهداشتی، می‌تواند بستری مناسب را برای این فعالیت، به شکل سازمان یافته و منسجم در سیستم شبکه بهداشتی درمانی کشور، به ویژه در مناطق محروم و کم برخوردار، برای بهبود شاخص سلامت دهان و دندان و ارتقای فرهنگ خود مراقبتی فراهم کند.

اولویت گروه هدف این برنامه

۱. زنان باردار و شیرده
۲. کودکان زیر ۱۴ سال (با تفکیک دو گروه کودکان زیر ۶ سال و کودکان ۶ تا ۱۴ سال)

سطح بندی خدمات سلامت دهان و دندان

بسته خدمات سلامت دهان و دندان در مراکز خدمات جامع سلامت در دو سطح ارائه می شود:

۱. **بسته خدمات سطح یک:** شناسایی عوامل تعیین کننده سلامت دهان و دندان در محل یا منطقه تحت پوشش با جلب حمایت شورا و هیأت امنای روستا و اتخاذ تصمیم یا فعالیت های مکمل با هماهنگی های برون بخشی برای ارتقای سلامت دهان و دندان مردم منطقه، آموزش بهداشت دهان و دندان به منظور ارتقای مهارت های فردی گروه هدف در رابطه با استفاده درست از مسواک، نخ دندان، مشکلات هنگام رویش دندانها، ترك عادات های بد و مضر سلامت دهان و دندان، تغذیه مناسب غیرپوسیدگی زا، اهمیت دندانهای شیری، شناسایی و نحوه حفظ سلامت دندان ۶ سالگی، معاینه و ثبت اطلاعات وضعیت سلامت دهان و دندان در سامانه الکترونیک، انجام واریش فلوراید برای گروه هدف، توزیع مسواک انگشتی جهت کودکان زیر ۲ سال، به کارگیری ابزار ارزیابی سطح خطر پوسیدگی دندان برای خودمراقبتی دهان و دندان و ارجاع به سطوح بالاتر برای افرادی که نیاز به خدمات درمانی دارند.

۲. **بسته خدمات سطح دو:** ارائه خدمات پیشگیری ثانویه شامل آموزش بهداشت دهان به مراجعان، ثبت اطلاعات وضعیت سلامت و خدمات دهان و دندان مراجعان، فیشورسیلانت تراپی، فلورایدتراپی، ترمیم دندانها (شیری و دایمی) با استفاده از آمالگام و کامپوزیت، کشیدن دندانهای غیر قابل نگهداری (شیری و دایمی) عصب کشی تاج دندان (vpt) دندان های شیری و دایمی، جرم گیری و بروساژ و پالپوتومی.

مکان ارائه خدمات سلامت دهان و دندان

۱. **سطح یک:** این خدمات که شامل خدمات

پیشگیری و ارتقای سلامت دهان و دندان، آموزش، معاینه و واریش فلوراید است در پایگاههای سلامت و خانه های بهداشت ارائه می شود. ارائه خدمات سطح یک، قابلیت اجرا در مدرسه، مهدکودک و سایر مراکز اجتماعات مثل مسجد یا محل کار و محل اطراق عشایر کوچ کننده دارد. شایان ذکر است، تاریخ و روزهای برنامه ریزی شده برای مراجعه به مدارس و مهدکودک ها از قبل مشخص و در تابلو اعلانات مرکز نصب می شود.

۲. **سطح دو:** در مراکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه و واحدهای طرف قرارداد شبکه بهداشت و درمان شهرستان نظیر مراکز معین و مطب های دندانپزشکی و درمانگاه های طرف قرارداد جهت اجرای سطح ۲ خدمات در قالب خرید خدمت به ارائه خدمات پیشگیری ثانوی می پردازند. در صورت وجود یونیت دندانپزشکی سیار انجام خدمات در مراکز اجتماعات روستا نیز انجام پذیر است.

ارایه دهندگان خدمات سلامت دهان و دندان:

۱. ارایه دهندگان بسته سطح یک: ارایه دهندگان خدمت در این سطح شامل بهورز، مراقب سلامت، مراقب سلامت دهان، بهداشتکار دهان و دندان و دندانپزشک خانواده است.
۲. ارایه دهندگان بسته سطح دو: دندانپزشک و بهداشتکار دهان و دندان

شیوه ارایه خدمات سلامت دهان و دندان

۱. همه گروه های سنی، بخصوص گروه های هدف در خانه های بهداشت و پایگاههای بهداشتی غربالگری





فلوراید، فیشور سیلانت برای همه دانش آموزان ابتدایی براساس دستورعمل‌های مربوط ضروری است. ارایه این خدمات محدودیت زمانی نداشته و خدمات تعریف شده باید توسط ارایه‌دهندگان ادامه یافته و پوشش این خدمات به طور کامل انجام پذیرد.

برنامه‌های سلامت دهان و دندان بعد از اجرای طرح تحول سلامت

۱. اجرای برنامه دندانپزشک خانواده در روستاها و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر که با تخصیص اعتباری ویژه موجب شد با جذب نیروی دندانپزشک از بخش دولتی و خصوصی ارایه خدمات افزایش یافته و به گروه هدف دارای دفترچه بیمه روستایی خدمات رایگان ارایه شود.
۲. توسعه خدمات پیشگیری (آموزش، معاینه و وارنیش فلوراید) در مدارس ابتدایی به شکلی که تمامی پایه‌های تحصیلی تحت پوشش این برنامه قرار گرفته‌اند.
۳. ایجاد مراکز دندانپزشکی تجمیعی در تعدادی از

شود و اطلاعات وضعیت سلامت دهان و دندان‌های آنها در پرونده خانوار یا نرم افزار رایانه‌ای مربوط ثبت می‌شود.

پس از انجام آموزش بهداشت دهان با استفاده از وسایل کمک آموزشی، افرادی که نیاز به درمان‌های دندانپزشکی دارند به دندانپزشک ارجاع و نتیجه ارجاع در پرونده خانوار مربوط به آن فرد ثبت می‌شود.

۲. **کودکان گروه هدف زیر ۱۴ سال باید هر ۶ ماه یکبار توسط بهورز یا مراقب سلامت، مراقبت شوند.** همچنین وارنیش فلوراید بر اساس دستورعمل مربوط به کودکان بالای ۲ سال ارایه و شرح خدمات در دفتر در پرونده فرد/خانوار ثبت می‌شود. مراقبت‌های مازاد بر مراقبت‌های کودک سالم در قسمت مراجعات کودک ثبت می‌شود.

۳. **از آنجا که گروه سنی ۶ تا ۱۴ سال به دلیل ضرورت مراقبت جدی از دندانهای دایمی اولویت دارند؛ لذا انجام خدمات پایه سلامت دهان و دندان شامل معاینه دهان و دندان‌ها، آموزش بهداشت دهان، وارنیش**

همیشه به خود اعتماد داشته باشید. اگر یک بار کاری را با موفقیت انجام داده باشید، باز هم می‌توانید. **آستونی رابینر**

بهتری ارایه شود (البته در جهت تکمیل جذب دستیار در تعدادی از دانشگاه‌ها هنوز موضوع در حال پیگیری است).

۸. نوسازی و بازسازی فضا و همچنین تجهیزات دندانپزشکی که موجب افزایش بهره‌وری و خدمات شده است.



دانشگاهها و دانشکده‌های علوم پزشکی که دارای منابع کافی بوده‌اند که موجب افزایش خدمات به صورت کمی و کیفی به ویژه برای گروههای هدف شده است.

۴. راه‌اندازی ۸۰ کلینیک سیار دندانپزشکی در کشور جهت ارایه خدمات رایگان با اولویت گروه هدف در مناطق محروم کشور

۵. توسعه خدمات پیشگیری جهت گروه هدف زیر ۶ سال (آموزش و تحویل مسواک انگشتی برای کودکان زیر ۲ سال و انجام واریش فلوراید برای کودکان ۳ تا ۵ سال) در پایگاههای سلامت و خانه‌های بهداشت

۶. راه‌اندازی سامانه الکترونیکی اختصاصی جهت ثبت خدمات سلامت دهان و دندان در سطوح یک و دو که موجب شده نظارت و پیشگیری برای ارتقای سطح خدمات افزایش یابد.

۷. جذب دستیار دندانپزشک (مراقب سلامت دهان) در تعدادی از دانشگاهها و دانشکده‌های علوم پزشکی جهت مراکز روستایی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر که موجب شده خدمات با کمیت و کیفیت

نتیجه‌گیری



امید است در راستای طرح تحول سلامت این برنامه بتواند به طور واقعی و عملی موجب ارتقای سلامت عمومی در جوامع روستایی و شهری شود. پیگیری اجرایی طرح به صورت ادغام یافته به عنوان یکی از ارکان PHC در نظام شبکه، با تمرکز بر ارایه خدمات پیشگیری و سلامت محور، در کنار سایر برنامه‌های بهداشتی، در بستر سازمان یافته و منسجم سیستم شبکه بهداشتی درمانی کشور، به ویژه در مناطق محروم و کم برخوردار، به بهبود شاخص سلامت دهان و دندان و ارتقای فرهنگ خود مراقبتی کمک شایانی خواهد کرد.

منابع

- * دستورعمل اجرایی برنامه پزشک خانواده نسخه ۱۸
- * دستورعمل اجرایی ارایه خدمات سلامت دهان و دندان با فعال سازی واحدهای دندانپزشکی شبکه بهداشتی، درمانی کشور

شکست یک عامل نیروبخش است، نیک بازدارنده؛ شکست بذری از موفقیت در دل دارد. ناپلئون بیل

تقلب در تهیه مواد غذایی



اهداف آموزشی

امید است خوانندگان
محترم پس از مطالعه:

- انواع افزودنی‌ها و تقلب در تهیه مواد غذایی را شرح دهند.
- قوانین مرتبط با تخلف‌های مواد غذایی را توضیح دهند.
- اهمیت نظارت و کنترل بر مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی را بیان کنند.

اعظم زیدآبادی، کارشناس ارشد بهداشت محیط و مربی بهداشت مرکز آموزش بهورزی دانشگاه علوم پزشکی بم



امیر بحرینی زاده
مربی بهداشت محیط مرکز آموزش بهورزی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر



سیده معصومه کاظمی
رابط فصلنامه و کارشناس مسؤول آموزش بهورزی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر



مقدمه

مواد غذایی به منظور سودجویی و رعایت نکردن اصول بهداشتی در زنجیره تولید این مواد موجب بروز مشکلات بسیار شده است به طوری که سالانه میلیون‌ها نفر در سراسر جهان در اثر بیماری‌های ناشی از مصرف غذای ناسالم جان خود را از دست می‌دهند.

افزایش روز افزون جمعیت و نیاز به غذا یکی از مشکلات کشورهای جهان بویژه کشورهای در حال توسعه است که منجر به استفاده از روش‌های غیر معمول برای تولید مواد غذایی بیشتر و با خاصیت ماندگاری طولانی‌تر شده است. علاوه بر آن معضلاتی چون تقلب در تهیه

غذای سالم: غذای سالم یا ایمن، غذایی است که از مواد اولیه سالم و ایمن تهیه شده باشد و عاری از مواد زیان بخش و مضر بوده و از نظر بهداشتی در مقادیر مصرف معمولی در کوتاه مدت و دراز مدت زیانی متوجه بدن انسان نکند. طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت اضافه کردن عمدی مواد غیر مغذی در مقادیر کم به مواد غذایی به منظور بهبود ظاهر، عطر، طعم و بافت و حفظ خواص آن را افزودنی گویند که استفاده از آنها تابع قوانینی است:

- * در حد مجاز استفاده شوند، یعنی مطابق حدود تعیین شده از سوی سازمان های مربوط
- * برای فریب مشتری استفاده نشود.
- * کاستی های تولید را پوشش ندهد.
- * ارزش تغذیه ای غذا را به طور قابل توجهی کاهش ندهد.
- * ضد میکروب و آنتی اکسیدان باشد.

هزاران نوع افزودنی در مواد غذایی وجود دارد که برخی از آنها عبارتند از: شکر، نمک، اسید سیتریک، بکینگ سودا، ویتامین ها، آهن و مواد رنگی و خوش طعم کننده ها

اضافات غیر عمد

در بخشی از فرآیند تولید مواد غذایی ممکن است به شکل غیر عمد موادی به آن افزوده شود، مثل آفت کش ها و آنتی بیوتیک ها و مواد موجود در بسته بندی مواد غذایی که به منظور از بین بردن آفات محصولات کشاورزی یا از بین بردن بیماری های حیوانات و طیور استفاده می شود و ممکن است موجب مشکلاتی نظیر ایجاد آلرژی در افراد حساس، ایجاد مقاومت دارویی و سرطان زایی شود. بنابراین مهم است که مطمئن شویم در مرحله ای از زنجیره تولید غذا که در نهایت به مصرف کننده ختم می شود از بهترین و در دسترس ترین دانش فنی در مورد حفاظت از مواد غذایی به منظور کاهش یا حذف آلودگی

آن دسته از مواد غذایی بیشتر در معرض تقلب هستند که فاقد بسته بندی صنعتی بوده و در اصل یک فرآورده شناسنامه دار نیستند

ثانویه استفاده کنند که خود نیازمند همکاری سازمان های مرتبط در امور ذیل است: آموزش صحیح کشاورزان، مدیریت کیفیت خاک و استفاده ایمن از آفت کش ها و نظارت بر مراحل حمل و نقل، فرآوری و بسته بندی مواد غذایی.

انواع تقلب در مواد غذایی

مبارزه با تقلب در تهیه مواد غذایی از سه نظر دارای اهمیت است که عبارتند از:

بهداشتی: به دلیل موادی که به آن اضافه می کنند و برای سلامتی مضر و خطرناک است.

اقتصادی: زیرا پولی که جهت خرید پرداخت می شود بیش از ارزش ماده خریداری شده است و اگر محصول با رقابت سایر تولید کنندگان مواجه شود از دور رقابت خارج می شود.

اجتماعی: چون اعتماد مصرف کنندگان نسبت به محصول از بین می رود.

به طور کلی تقلب در مواد غذایی ممکن است به شکل های زیر انجام شود:

- * تقلب به منظور افزایش وزن و حجم محصول مانند افزودن آب به شیر یا استفاده از بسته بندی سنگین یا عرضه مواد غذایی به میزان کمتر از آنچه که بر روی بسته های آن ذکر شده است. (کم فروشی)
- * مخلوط کردن انواع مواد غذایی ارزان و فروش آن به عنوان جنس گرانتی و با کیفیت بالا
- * عرضه و فروش جنسی به جای جنسی دیگر
- * فروش و عرضه جنس فاسد و آلوده به جای جنس سالم
- * تقلب در علامت های تجاری و معروف و عرضه جنس نامرغوب با آن علامت ها و نام های تجاری.
- * استعمال رنگ ها، اسانس ها و مواد نگهدارنده و سایر ترکیبات افزودنی غیر مجاز یا استفاده بیش از حد مجاز برای جلوگیری و پوشاندن فساد یا مخفی کردن عیب های کالای نامرغوب
- * تهیه مواد غذایی کاملاً تقلبی مانند تهیه آلبیمو از آب عصاره رنگی کاه و اسید سیتریک (جوهر لیمو)
- * رعایت نکردن استاندارد یا فرمول ثبت شده برای یک محصول خاص



انواع تقلب از نظر میزان خطر

تقسیم‌بندی تقلب‌ها در مواد غذایی بر اساس میزان خطر آن برای مصرف‌کننده انجام می‌شود و برای اساس تقلب‌ها به دو دسته خطرناک و کم خطر تقسیم می‌شود. به عنوان مثال افزایش ناشاسته به ماست که به منظور قوام بیشتر آن انجام می‌گیرد، یک تقلب است ولی خطری برای سلامت مصرف‌کننده نخواهد داشت، در صورتی که استفاده از یک رنگ سبز صنعتی (کات کبود) برای زیبا ساختن محصولی مثل خیارشور به طور مستقیم سلامت مصرف‌کننده را تهدید می‌کند.

کدام دسته از مواد غذایی بیشتر در معرض تقلب هستند؟

آن دسته از مواد غذایی بیشتر در معرض تقلب هستند که فاقد بسته‌بندی صنعتی بوده و در اصل یک فرآورده شناسنامه دار نیستند. زیرا در انواع محصولات صنعتی ابتدا فرمول ساخت تهیه می‌شود و به سازمان‌های کنترل‌کننده مانند وزارت بهداشت یا سازمان استاندارد و تحقیقات صنعتی ارایه می‌شود، پس از تأیید این فرمولاسیون، تولید انجام شده و سازمان کنترل‌کننده محصول را از نظر تطابق با فرمول اولیه نمونه‌برداری

کرده و آزمایش می‌کند. بنابراین در بیشتر موارد امکان تقلب در محصولات صنعتی فاقد شناسنامه و بسته‌بندی مناسب وجود دارد و تقلب بیشتر مربوط به مواد غذایی فله و فاقد بسته‌بندی است. پس تا حد امکان باید از مصرف چنین محصولاتی خودداری کرد.

شناسایی و کشف تقلب

اساس کار، شناسایی مواد غذایی در شکل طبیعی و بدون تقلب و بعد مقایسه مواد غذایی مشکوک با مشخصات نمونه طبیعی است. بنابراین از قبل مشخصات مواد طبیعی موجود در انواع مواد غذایی باید بوسیله کارشناسان مشخص شود و برای ماده طبیعی حداقل و حداکثری تعیین شود. اگر ماده غذایی مشکوک به تقلب بود عوامل مورد نظر را در آزمایشگاه اندازه‌گیری کرده و با مشخصات طبیعی مقایسه می‌کنند، اگر متفاوت بود احتمال تقلب وجود دارد.

قوانین

مطابق قانون، مرتکب هریک از اعمال زیر در مواد خورده‌نی و آشامیدنی و آرایشی و بهداشتی به مجازات‌های مقرر در این قانون محکوم خواهد شد:

۱. عرضه یا فروش جنسی به جای جنس دیگر
 ۲. مخلوط کردن مواد خارجی به جنس به منظور سوء استفاده
 ۳. رعایت نکردن استاندارد یا فرمول ثبت شده در مواردی که تعیین فرمول و رعایت آن و همچنین تعیین استاندارد و رعایت آن الزامی باشد.
 ۴. فروش و عرضه جنس فاسد یا فروش و عرضه جنسی که موعد مصرف آن گذشته باشد.
 ۵. به کار بردن رنگ‌ها و اسانس‌ها و سایر مواد اضافی غیرمجاز در مواد خوردنی؛ آشامیدنی، آرایشی، بهداشتی یا لوازم بازی کودکان.
- ارتکاب هر یک از اعمال مذکور حسب مورد مستوجب یکی از مجازات‌های مقرر در این قانون خواهد بود.
- از تاریخ تصویب این قانون تأسیس هرگونه کارخانه یا کارگاه تهیه مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی منوط به تحصیل پروانه از وزارت بهداشت است.
- به موجب این قانون اضافه کردن هرگونه رنگ، اسانس یا هر نوع افزودنی دیگر به منظور بهبود خواص مواد غذایی یا حفاظت از ماده غذایی باید مطابق قوانین و حدود مجاز اعلام شده و زیر نظر مسؤول فنی واحد تولید کننده باشد.
- در مؤسسات داخلی صاحبان آنها مکلفند طبق دستور وزارت بهداشت مشخصات لازم را در مورد هر نوع فرآورده به خط فارسی خوانا روی بسته‌بندی یا ظرف
- محتوی جنس قید کنند. در مواردی که فرمول محصول با مواد ترکیبی طبق تقاضای سازنده فرمول باید محفوظ بماند، باید فرمول محصول را قبلاً به وزارت بهداشت اعلام و شماره پروانه آن را روی بسته‌بندی ذکر کند.
- وزارت بهداشت مکلف است فهرست رنگ‌ها، اسانس‌ها و سایر مواد مجاز قابل افزودن به مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی یا بهداشتی و همچنین نوع جنس ظرف مورد استفاده را آگهی کند.
- افزودن موادی که در آگهی ذکر نشده باشد بدون اجازه وزارت بهداشت و همچنین به کاربردن مواد سمی به شکل و میزان غیرمجاز در سفید کردن و پاک کردن و شفاف کردن یا رنگ‌آمیزی ظروف غذایی یا پوشش و بسته‌بندی ممنوع است.
- ماده ۱۳ این قانون نحوه کنترل و برخورد با متخلفان مراکز تهیه، توزیع، نگهداری و فروش و حمل و نقل مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی و اماکن عمومی را مشخص می‌سازد.
- مطابق ماده ۱۳ این قانون تخلف از مقررات بهداشتی نظیر رعایت نکردن بهداشت فردی، وضع ساختمانی و وسایل کار ممنوع و مستوجب مجازات است. مأمورانی که از طرف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای نظارت بهداشتی اماکن و مراکز موضوع این ماده تعیین می‌شوند، مکلفند متخلفان از مقررات بهداشتی را با ذکر موارد تخلف با تنظیم گزارشی به مسؤول بهداشت محل معرفی کنند.

نتیجه‌گیری



با توجه به اینکه آثار برخی تقلب‌ها در مواد غذایی و استفاده از افزودنی‌های غیرمجاز در کوتاه مدت ظاهر نمی‌شود، اغلب مصرف‌کنندگان به کیفیت توجه نمی‌کنند، بنابراین با آموزش‌های لازم در این زمینه و آگاه ساختن مصرف‌کنندگان در انتخاب محصول و رقابتی کردن کیفیت در بین تولیدکنندگان و همچنین نظارت صحیح و مسؤولانه بر مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی می‌توان از افزایش تولید مواد تقلبی و غیرمجاز جلوگیری کرد.

منابع

- * کلیات بهداشت محیط، مرکز سلامت محیط و کار. ۱۳۸۸
- * مجموعه قوانین و مقررات مربوط به مواد غذایی، آرایشی و بهداشتی، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
- * مرادیان، فاطمه. توبه خاک، میمنت و همکاران. «بهداشت مواد غذایی به زبان ساده»
- * بهداشت مواد غذایی ویژه بهورزان
- * حلم سرشت، پریش، دل‌پیشه، اسماعیل «اصول و مبانی بهداشت محیط» * مبانی کنترل کیفیت در صنایع غذایی



خودمراقبتی سازمانی

نجمه الملوک امینی
کارشناس مسئول آموزش و ارتقای سلامت
دانشگاه علوم پزشکی تهران



الهه رضای نظرزاده
مربی مرکز آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی دزفول



سیما جلالی
رابط فصلنامه بهورزو کارشناس مسئول
آموزش بهورزی دانشگاه علوم پزشکی تهران



هادی احسان بخش
کارشناس آموزش و ارتقای سلامت
دانشگاه علوم پزشکی دزفول



اهداف آموزشی

امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه:

- رویکرد خودمراقبتی سازمانی را شرح دهند.
- دو مورد از اهداف برنامه خودمراقبتی سازمانی را بیان کنند.
- اعضای شورای ارتقای سلامت در سازمان را فهرست کنند.
- مراحل اجرای برنامه خودمراقبتی سازمانی را نام ببرند.

«خودمراقبتی سازمانی» یکی از رویکردهای برنامه ملی خودمراقبتی (پنجمین برنامه ملی تحول نظام سلامت در حوزه بهداشت) است، این برنامه در سال ۱۳۹۴ برای اجرا به تمامی دانشگاههای علوم پزشکی کشور ابلاغ شد. برنامه خودمراقبتی سازمانی با هدف ایجاد «محیط کار سالم» از طریق اجرای برنامهها و خط مشیهای ارتقای سلامت در محل کار، خلق محیط فیزیکی و فرهنگ حمایتی و تشویق شیوه کار و زندگی سالم با همکاری کارکنان، کارفرمایان و خانوادههای آنان در حال اجرا است. در این برنامه، سازمانها به عنوان یک محیط حامی سلامت، برای ارتقای سلامت خود، کارکنان، کارفرمایان و در نهایت جامعه، شورای ارتقای سلامت سازمان را تشکیل می دهند. این شورا مشکلات مربوط به سلامت را شناسایی و نیازسنجی کرده سپس برای رفع مشکلات و خطرات سلامت شناسایی شده؛ برنامه ای عملیاتی را طراحی، تدوین، اجرا و ارزشیابی می کند.

چکیده

و کاهش میزان غرامت شغلی اشاره کرد. همچنین با اجرای آن کارکنان نیز از افزایش دانش سلامت، ارتقای سلامت جسمی و روانی، رضایت شغلی و شیوه زندگی سالم‌تر برخوردار خواهند شد.

اهداف خودمراقبتی سازمانی

منظور از خودمراقبتی سازمانی ایجاد محیط کار سالم از طریق اجرای برنامه‌ها و خط مشی‌های ارتقای سلامت در محل کار، خلق محیط‌های فیزیکی و فرهنگ حمایتی و تشویق شیوه زندگی سالم با همکاری کارکنان و مدیران است. هدفی که این برنامه دنبال می‌کند، تأمین، حفظ و ارتقای سلامت جسمی، روانی و اجتماعی کارکنان وزارتخانه‌ها و سازمان‌های دولتی و غیر دولتی است. همچنین توانمندسازی سازمان‌ها و کارکنان برای حفظ و ارتقای سلامت خود، تأمین بهداشت محیط کار و ارائه خدمات پیشگیری، تشخیص و درمان بیماری‌ها در این برنامه به طور ویژه هدفگذاری شده است. گروه هدف این برنامه سازمان‌ها/ادارات و ارگان‌های دارای حداقل ۲۰ نفر کارمند است.

اقدام‌هایی که از سازمان‌های حامی سلامت در راستای رسیدن به اهداف خودمراقبتی سازمانی انتظار می‌رود:

- * تشکیل شورای ارتقای سلامت
- * برگزاری کارگاه برنامه‌ریزی عملیاتی مشارکتی برای اعضای شورا
- * تدوین برنامه عملیاتی توسط شورا
- * اجرای برنامه‌های ارتقای سلامت تدوین شده در محیط کار
- * پایش و ارزشیابی برنامه توسط شورا

اعضای شورای ارتقای سلامت در سازمان (محل کار، دانشگاه، کارگاه، کارخانه و...) می‌تواند شامل افراد ذیل باشد:

رئیس/مدیر/مسئول سازمان، معاون اجرایی، معاون مالی و روابط عمومی سازمان، نمایندگان کارکنان در بخش‌های سازمان (نظیر بهگر، رابط سلامت و...)، کارشناس بهداشت حرفه‌ای (در صورتی که تعداد

سلامت کارکنان و بهداشت مشاغل از سال‌های دور مورد توجه متخصصان سلامت، مدیران و کارکنان بوده است. پس از انتشار منشور اتاوا در سال ۱۹۸۶ و با ظهور رویکرد ارتقای سلامت، ایجاد «محیط‌های حامی سلامت» به عنوان یکی از پنج راهبرد اصلی ارتقای سلامت و مهم‌ترین آنها به شمار می‌رود. این راهبرد در رویکرد ارتقای سلامت با توجه به بروز و ظهور بیماری‌های غیرواگیر (سرطان‌ها، بیماری‌های قلبی عروقی، دیابت، فشارخون بالا و...) نمود بیشتری پیدا می‌کند. با توجه به وجود عوامل خطر بیماری‌های مزمن به ویژه در قشر شاغلان، مسئولان دولتی در صدد برنامه‌ریزی برای ارتقای سطح سلامت کارکنان و ایجاد محیط‌های حامی سلامت در قالب برنامه خودمراقبتی سازمانی برآمدند. خودمراقبتی سازمانی یکی از رویکردهای برنامه ملی خودمراقبتی (پنجمین برنامه طرح تحول نظام سلامت) در حوزه بهداشت است.

تعریف خودمراقبتی سازمانی

فرآیندی انتخابی، مشارکتی و فعال برای ارتقای سلامت یک سازمان است که توسط ائتلافی از اعضای سازمان، طراحی، اجرا، پایش و ارزشیابی می‌شود.

چرا در محیط کار خود، برنامه ارتقای سلامت را ترویج می‌کنیم؟

تحقیقات نشان می‌دهد، اجرای برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار، مزایا و منافع عینی زیادی برای سازمان‌ها و کارفرمایان به همراه دارد. از جمله می‌توان به افزایش بازدهی و بهره‌وری در محل کار، کاهش میزان غیبت، افزایش رضایت کارکنان، بهبود فرآیند استخدام و ابقای کارکنان، افزایش تعهدات سازمانی کارکنان

خودمراقبتی سازمانی یکی از رویکردهای برنامه ملی خودمراقبتی (پنجمین برنامه طرح تحول نظام سلامت) در حوزه بهداشت است.

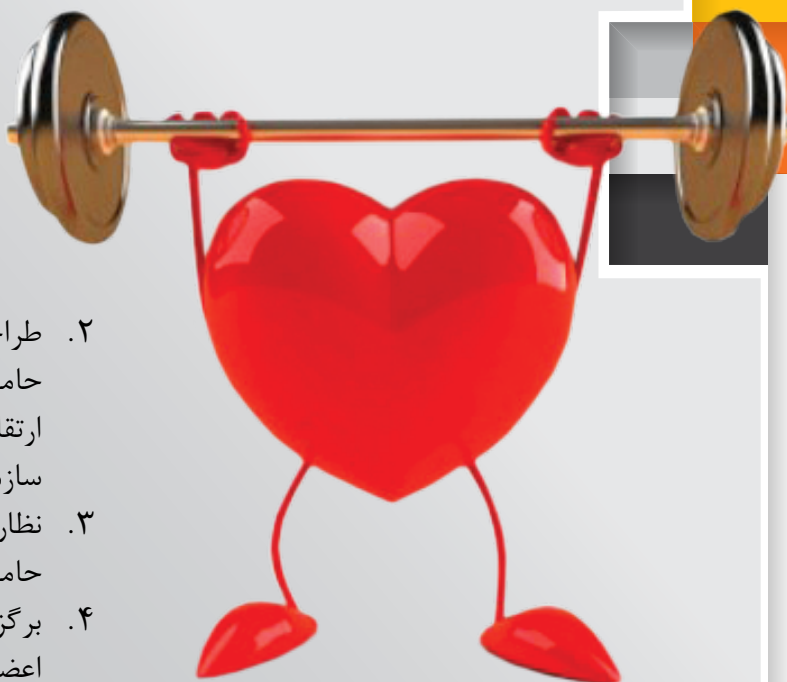
مراحل اجرای برنامه در سطح شهرستان

۱. شناسایی سازمان‌های دولتی و غیردولتی تحت پوشش توسط بهورز/ کارشناس مراقب سلامت/ کارشناس آموزش و ارتقای سلامت
۲. طراحی و اجرای کمپین ملی/ منطقه‌ای برای حامی‌سازی سازمان‌ها به منظور تشکیل شورای ارتقای سلامت و ثبت نام در سامانه خودمراقبتی سازمانی در پورتال ملی خودمراقبتی
۳. نظارت بر ثبت نام و فرم‌های مربوط سازمان‌های حامی سلامت تحت پوشش
۴. برگزاری کارگاه برنامه عملیاتی مشارکتی برای اعضای شورای ارتقای سلامت محل کار
۵. ارزشیابی عملکرد سازمان‌های حامی سلامت تحت پوشش طبق چک لیست
۶. تهیه، تجزیه و تحلیل شاخص‌های درصد پوشش برنامه خودمراقبتی سازمانی
۷. طراحی و اجرای مداخله‌ها برای بهبود شاخص‌ها

تمرکز برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار

برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار طیف گسترده‌ای از حیطه‌های سلامت را تحت پوشش قرار می‌دهد، اما اغلب در بعضی از حوزه‌هایی که به آنها اشاره می‌شود با توجه به اهمیت هر کدام در سلامت عمومی و رفاه متمرکز می‌شوند:

تغذیه: تغذیه سالم می‌تواند تأثیر چشمگیری بر توانمندی کارکنان در انجام مؤثر شغل‌شان داشته باشد. برنامه‌های تغذیه، به کارکنان در مورد انتخاب غذاهای سالم، روش‌های پخت سالم‌تر غذا و انتخاب نوشیدنی‌های سالم‌تر آموزش می‌دهند. با اجرای برنامه‌های ارتقای سلامت، سازمان‌ها می‌توانند علاوه بر انتخاب غذاهای سالم توسط کارکنان، در خصوص دسترسی آنها به غذاهای سالم در اتاق‌های کار و جلسات اداری نیز اطمینان یافته و امکان دسترسی آسان کارکنان به میوه‌های تازه و میان وعده‌های سالم در سازمان را فراهم آورند. راه‌اندازی دستگاه‌های فروش خودکار در ادارات می‌تواند گزینه مناسبی برای تسهیل دسترسی کارکنان به میوه‌های تازه و میان وعده‌های سالم در طول



کارگران و کارمندان، کارخانه بالای ۵۰۰ نفر باشد). لازم به ذکر است در این رویکرد، مدارس نیز در خودمراقبتی سازمانی در نظر گرفته شده‌اند. یعنی اقدام‌هایی که برای سایر سازمان‌ها انجام می‌شود برای مدارس نیز باید انجام شوند.

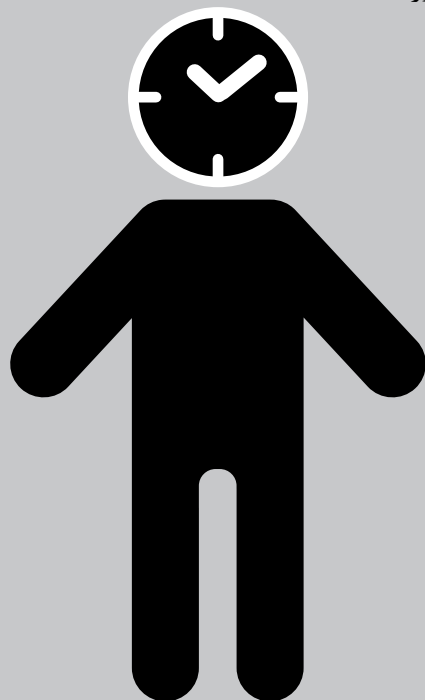
اعضای شورای ارتقای سلامت در مدرسه می‌تواند شامل افراد ذیل باشد:

مدیر/ معاون اجرایی مدرسه، مربی/ رابط بهداشت، مراقب پرورشی، نمایندگان معلمان، نمایندگان دانش‌آموزان، نماینده شورای محلی، نماینده انجمن اولیا و مربیان، مسئول برنامه تهیه و توزیع مواد غذایی

وظایف شورای ارتقای سلامت در محل کار

- * عضویت در پورتال ملی خودمراقبتی
- * برگزاری منظم جلسات (حداقل هر سه ماه یک بار)
- * تعهد در اجرای مصوبات
- * همکاری در برگزاری جلسات آموزشی خودمراقبتی برای کارکنان
- * تدوین و اجرای برنامه عملیاتی
- * ثبت برنامه عملیاتی در پورتال خودمراقبتی
- * درگیر کردن کارکنان در اجرا و توسعه برنامه
- * ارزشیابی داخلی هر شش ماه و بازنگری برنامه
- * اصلاح/ تغییر خط مشی‌های سازمان به منظور داشتن محیط کار سالم

ارتباط است. برنامه ارتقای سلامت در محل کار، از طریق کمک به کارکنان در مدیریت استرس‌شان، می‌تواند بستر لازم برای ارتقای سلامت و رفاه عمومی کارکنان را فراهم آورد.



ساعت‌های اداری باشد.

فعالیت فیزیکی: در کنار تغذیه سالم، فعالیت بدنی نیز بخش مهمی از شیوه زندگی سالم است. برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار علاوه بر تامین محیط حمایتی برای انجام فعالیت بدنی در محیط کار، فرصت لازم برای گنجاندن برنامه‌های ورزشی در برنامه کاری کارکنان را در طول روز فراهم می‌آورند.

ترک سیگار: از آنجایی که احتمال ابتلا به بیماری‌ها در افراد سیگاری بیشتر از افراد غیرسیگاری است، ارائه خدمات ارتقای سلامت در محل کار برای ترک سیگار از طریق مشاوره تلفنی یا مشاوره با پزشک در محل کار، می‌تواند به عنوان گزینه ارزشمندی در اجرای برنامه‌های ارتقای سلامت مد نظر کارفرمایان قرار گیرد.

مدیریت استرس: استرس به خودی خود هزینه‌ها و خسارت‌های فراوانی برای یک سازمان به بار می‌آورد. علاوه بر این، استرس با بسیاری از مشکلات سلامتی همچون افسردگی، بیماری قلبی، دیابت و چاقی در

نتیجه‌گیری



با توجه به مطالب گفته شده، تأمین محیط کار سالم علاوه بر افزایش کارایی و بهره‌وری نیروی انسانی شاغل در بخش‌های اداری موجب کاهش هزینه‌های ناشی از حوادث و بیماری‌های مختلف می‌شود. از این رو برنامه سلامت کارکنان با هدف ارتقا و حفظ بالاترین درجه از سلامت جسمی، روحی و اجتماعی شاغلان در مقابل خطرات ناشی از شرایط کار و عوامل زیان‌آور محیط کار، در نهایت با فراهم کردن محیط کار سالم، ایمن و شاداب موجب کارایی و بهره‌وری نیروی کار می‌شود.

پیشنهادهای

طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، وزارت بهداشت تنها، متولی ۲۵ درصد از تأمین سلامت جامعه است، این در حالی است که ۷۵ درصد باقیمانده آن، به همکاری سایر سازمان‌ها و هماهنگی‌های بین‌بخشی آنها بر می‌گردد. بنابراین برای رسیدن به جامعه‌ای سالم، همه سازمان‌ها و نهادها باید هر کدام سهم و نقش خود را در تأمین سلامت جامعه به نحو شایسته‌ای ایفا کنند.

منابع

- * کوشا، احمد؛ پریانی، عباس. «بسته خدمات پایه سلامت کارکنان دولت»
- * رفیعی فر، شهرام و همکاران. «دستورعمل وزارتی اجرایی برنامه ملی خودمراقبتی»
- * مطلبی قاین، مسعود؛ کشاورز محمدی، نسترن. «ارزیابی خودمراقبتی در محل کار»
- * سایت آوای سلامت iec.behdasht.gov.ir
- * دفتر آموزش و ارتقای سلامت وزارتخانه، «دستورعمل اجرایی برنامه ملی خودمراقبتی»
- * دفتر آموزش و ارتقای سلامت، «راهنمای ارتقای سلامت در محل کار»
- * بسته اطلاعاتی نظام خودمراقبتی در سازمان‌ها (یک عمر سلامت با خودمراقبتی)

انتخاب همسر

خاطره بره مقدم
عضو هیات تحریریه
فصلنامه بهورز



اهداف آموزشی

امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه:
■ دلایل درست و نادرست ازدواج را توضیح دهند.

مقدمه

در شماره‌های گذشته درباره اهمیت آموزش پیش از ازدواج، نظریه‌های آشنایی و فواید و محدودیت‌های آشنایی و ۱۰ اشتباه در فرآیند آشنایی صحبت شد. در این شماره به دلایل درست و نادرست ازدواج می‌پردازیم.

آماده نبودن برای ازدواج، مانند آماده بودن برای ناکامی و شکست است. ازدواج امری پر خطر است و یکی از مهمترین تصمیم‌های زندگی است، که بر زندگی آینده فرد تأثیر می‌گذارد و می‌تواند رضایت آورترین و یا مأیوس کننده‌ترین تجربه زندگی باشد. البته هیچگاه نمی‌توان به ازدواج به شکل کاملاً سیاه یا سپید نگاه کرد، بلکه در واقع بسیاری از ازدواج‌ها از برخی جهات رضایت‌آور هستند و از برخی جهات مأیوس کننده. پاسخ به این سؤال که چگونه می‌توان سطح رضایت زندگی زناشویی را افزایش داد، یکی از سؤال‌های بسیار اساسی است که به نظر می‌رسد همه مردم برای آن جواب‌هایی دارند. اما بیشتر مردم آن قدر که وقت و انرژی برای مراسم ازدواج صرف می‌کنند، برای انتخاب مناسب همسر و آمادگی برای ازدواج وقت صرف نمی‌کنند!

ما به این شیوه‌ها پناه می‌بریم تا مبدا که آبروها بریزد و مردم بفهمند و دشمن شاد شود، اما آیا هرگز دنبال این بوده‌ایم که برای ازدواج و عواقب خوب و بد آن آماده شویم؟ و آیا هرگز دنبال این بوده‌ایم که بدانیم چگونه تعارض‌ها را حل کنیم؟ آیا اصلاً می‌خواهیم مشکلات را ببینیم؟

آیا ازدواج ساده است؟

بسیاری معتقدند که ازدواج کار ساده‌ای است، اما تداوم زندگی و رضایتمندی از ازدواج امر سختی است و سهل نیست. برخی معتقدند که اگر ازدواج ساده است، باید طلاق و جدایی سخت و دشوار باشد، تا زندگی‌ها به سرعت به سوی فروپاشی نرود. ما معتقدیم که دید پیشگیرانه به طلاق بسیار حایز اهمیت است. ما باید به جای سخت کردن طلاق به هر شیوه‌ای، تلاش کنیم تا نیاز به طلاق به وجود نیاید. به نظر می‌رسد، مشکل عمده این است که ازدواج ساده است و حتی بسیار ساده‌تر از طلاق.

آیا عشق کافی است؟

ارتباط نزدیک و صمیمانه در ازدواج مانند قایق رانی در میان امواج خروشان است، که تنها با عشق به قایق رانی نمی‌توان از خطرات آن به سلامت گذشت. هیچ فردی بدون مطالعه، در زمینه «ارتباط» متخصص نیست. همان‌طور که در هیچ زمینه دیگری هم بدون یادگیری و دانستن و مطالعه، تخصص کسب نمی‌شود. افزایش دانش درباره «ارتباط»، «خانواده» و «ازدواج» به ما کمک می‌کند تا انتخاب بهتری داشته باشیم و کیفیت ارتباط با همسرمان را بهبود بخشیم. کیفیت ارتباط در زمان نامزدی و قبل از ازدواج معیار بسیار مناسبی است برای آنچه که بعد از ازدواج پیش خواهد آمد. بنابراین اگر بتوانیم کیفیت ارتباط را در زمان نامزدی و قبل از ازدواج بهبود ببخشیم، می‌توانیم کیفیت ارتباط بعد از ازدواج را نیز ارتقا دهیم.

دلایل درست و نادرست ازدواج

برای ازدواج کردن دلایل بسیاری وجود دارد، اما برای ازدواج نکردن دلیل آوردن اغلب سخت و مشکل است. در این قسمت دلایل درست ازدواج را که می‌تواند به ازدواج موفق منتهی شود، فهرست می‌کنیم و در آخر دلایل منفی و استدلال‌هایی که می‌تواند به یک ازدواج نافرجام منتهی شود را خواهیم آورد.

دلایل درست ازدواج

۱. **مصاحبت و همراهی:** شریک شدن با دیگری در زندگی دلیل رایج و مناسبی برای ازدواج است.

مصاحبت و همراهی به این معنی است، که در سفر زندگی شریک و همراهی داشته باشیم.

۲. **عشق و صمیمیت:** نیاز به عشق و صمیمیت، با نیاز به مصاحبت و همراهی رابطه دارد. محبت اصیل و حقیقی برای فرد فرد آدمیان هدیه‌ای فوق‌العاده است. ۳. **شریک حمایت‌کننده:** اگر یکی از دو نفر فقط به فکر رشد خود و علایق حرفه‌ای و نیاز خود به شهرت و موفقیت باشد، ازدواج نمی‌تواند بقا داشته باشد؛ یا حداقل بقای رضایت‌بخشی نخواهد داشت، اما شریک شدن در موفقیت‌های یکدیگر و حمایت اصیل و صمیمانه می‌تواند ارتباط را تقویت کند و به آن ثبات بدهد.

۴. **شریک جنسی:** ازدواج منبع با ثباتی برای ارضای جنسی هر دو نفر است و راهی است مشروع و مجاز برای بروز هیجان‌ات و رفتارهای جنسی، اما اگر ارتباط جنسی دلیل اصلی ازدواج باشد، معمولاً با ازدواج موفق روبه‌رو نخواهیم شد.

۵. **والد شدن:** زوج‌هایی که با موفقیت، فرزندان خود را بزرگ کرده‌اند، انسجام با اهمیتی بین خود ایجاد می‌کنند و از آنچه که با هم انجام داده‌اند، احساس افتخار و غرور می‌کنند.

دلایل نادرست ازدواج

دلایلی هست که فرد به خاطر آنها ازدواج می‌کند، ولی همان دلایل می‌تواند ازدواج را با مشکلات و تضادهای قابل توجهی روبه‌رو کند. دلایل نادرست ازدواج در زیر فهرست شده‌اند:

۱. **شورش علیه والدین:** برای بسیاری از ما راحت نیست، اقرار کنیم که با والدین خود تعارض داریم. تعارض با والدین، می‌تواند یکی از دلایلی باشد که فرد جوان را به سوی ازدواج سوق دهد. وقتی که فردی در خانواده‌ای زندگی می‌کند که والدین او اهانت‌کننده و تحقیرکننده هستند، به نظر می‌رسد که ازدواج انتخاب موجهی باشد. آنهایی که در آتش تعارض‌های طولانی مدت والدین سوخته‌اند، آنهایی که قربانی پدر و مادری معتاد بوده‌اند و آنهایی که قربانی آزارهای جسمانی، هیجانی و جنسی در خانواده بوده‌اند، دلایل موجهی دارند تا از خانواده به نحوی بگریزند و از آن دور شوند، اما آیا داشتن دلیل موجه برای «ترک خانواده» ضرورتاً



ارتباط قبلی باشد می‌پرهیزیم و غفلت می‌کنیم. فردی که در موقعیت التیام است، ممکن است برای حمایت هیجانی نیاز به یک ارتباط دیگر داشته باشد. ازدواج زمانی موفق تر خواهد بود که دو نفر «بخواهند» ازدواج کنند؛ تا این که «نیاز» به ازدواج داشته باشند. ارتباطی که بر اساس التیام یکی از دو نفر شکل بگیرد، از همان آغاز در معرض خطر است. چرا که عاطفه بین آن دو نه تنها به دلیل دوستی و عشق نیست بلکه به خاطر شفابخشی و التیام زخم‌ها و جراحات ارتباط دیگری است که قبلاً رخ داده است.

۴. فشار خانواده یا اجتماع: برخی از خانواده‌ها مطابق آداب و فرهنگ و عرف خود برای ازدواج به جوانان فشار می‌آورند. در یک جامعه شهری و تحصیل کرده، این فشار می‌تواند نامحسوس و ظریف باشد، اما در جامعه‌ای دیگر با صراحت به طور مستقیم از جوان می‌خواهند که ازدواج کند. خانم‌ها بیشتر در معرض این استرس هستند. بسیاری از دانشجویان وقتی که شهر خود را ترک می‌کنند و به دانشگاه می‌روند، پس از مدتی شاهد ازدواج همکلاسی‌های دوره دبیرستان خود خواهند بود؛ که حتی بچه‌دار نیز شده‌اند و همین می‌تواند بر آنها فشار روانی و استرس وارد کند. در ازدواج نباید عجله کرد. شتاب در ازدواج، بعید است که به ارتباط شاد و سالمی منجر شود. افرادی که با دلایل درست سعی در انتخاب همسر دارند، نباید تسلیم این فشارها شوند.

۵. ازدواج اجباری: برخی افراد تحت فشار خانواده یا دوستان به یک ازدواج از قبل ترتیب داده شده تن

دلیل موجهی برای «ازدواج» است؟! در این گونه موارد بهتر است که افراد استقلال شخصی خود را بسط دهند و با خانواده خود رو در رو شوند به روابط خود و خانواده خود بیندیشند و برای مشکلات و مسایل راه حلی بیابند، تا این که درگیر ازدواج شوند یا به فکر ازدواج باشند. با ازدواج می‌توان از یک شرایط فاجعه بار گریخت اما با چه بهایی؟ آیا به بهای وارد شدن به شرایط فجیع دیگر؟ تحقیقات نشان می‌دهد که بسیاری از افرادی که از آزار والدین به ازدواج پناه برده‌اند، ازدواج آنها نیز آزاردهنده بوده است.

۲. جستجوی استقلال: جوانان کثرت زیادی برای این که روی پای خود بایستند و کارهای شان را خودشان انجام دهند یا مستقل باشند، دارند، اما استقلال امری است که فرد فقط به تنهایی می‌تواند به آن برسد و با اتکای به همسر، فرد به استقلال نخواهد رسید.

بسیاری هستند که ازدواج می‌کنند تا مستقل شوند، اما مستقل شدن سال‌ها وقت می‌برد و امری است وابسته به خود فرد تا هر چه بیشتر، روی پای خود بایستد.

۳. التیام یک ارتباط شکست خورده: التیام رنج‌ها و دردهای یک ارتباط شکست خورده اخیر، دلیل منفی دیگری برای ازدواج است. این از جمله موضوعاتی است که شناسایی آن در دیگران راحت‌تر از شناسایی آن در خودمان است. پاسخ رایج به هشدارهای دیگران معمولاً این است که «نه! من می‌فهمم که شما چه می‌گویید، اما این مورد فرق دارد!» ما تمایل داریم که ارتباط جدید و آمیخته با عشق را تنها از جنبه مثبت آن ببینیم و از این که ممکن است این ارتباط واکنش به یک

بیشتر ازدواج‌ها با دلایل درست و نادرست آمیخته با هم شکل می‌گیرند. هر چه که دلایل درست ازدواج بیشتر باشد، احتمال موفقیت و پایداری ازدواج افزایش می‌یابد.

می‌دهند. گاهی اوقات از زمان کودکی در مورد ازدواج دو نفر صحبت شده است. همه خانواده بر این اعتقاد بوده‌اند، که این دو نفر باهم ازدواج خواهند کرد و حالا که این افراد بزرگ شده‌اند، احساس فشار و اجبار می‌کنند که باید باهم ازدواج کنند.

۶. نیاز جنسی: ازدواج فقط برای رفع نیاز جنسی، احتمالاً نمی‌تواند به ازدواج موفق منجر شود. چرا که دیگر عوامل مرتبط با ازدواج، معمولاً از چشم دور می‌ماند. در این گونه ازدواج زیبایی‌های ظاهری همسر بیشتر مد نظر قرار می‌گیرد و شتاب و تعجیل نیز عامل تأثیر گذار منفی دیگری است. در فرهنگ عامه، ارضا نشدن نیاز جنسی سبب برخی بیماری‌های روانی دانسته می‌شود، مثلاً برای بهبود حال بیماران روانی برخی توصیه به ازدواج می‌کنند، که نه تنها حال بیمار را بهبود نخواهد بخشید، بلکه استرس و فشار روانی بیشتری را ایجاد خواهد کرد؛ که می‌تواند بیماری را تشدید کند.

۷. دلایل اقتصادی: امنیت اقتصادی و نیز تغییر طبقه اجتماعی که با وضعیت اقتصاد ارتباط دارد، همواره یکی از دلایل سنتی ازدواج بوده است. البته در دوره‌هایی که امنیت اقتصادی کم است، طبیعتاً در نظر گرفتن اقتصاد و مسایل حاشیه‌ای آن دلیل موجهی برای مردم به نظر می‌رسد و در بسیاری از ازدواج‌ها این مسأله پررنگ تر می‌شود. به نظر می‌رسد در خانم‌ها

این مسأله رایج تر باشد. تکیه بر وضعیت مالی شوهر با وضعیت مالی خانواده او برای آنها ایجاد امنیت می‌کند. هر چند که در آقایان نیز این تمایل وجود دارد، اما آنها سعی می‌کنند که این تمایل را بروز ندهند. یکی از موارد دیگری که ایجاد امنیت اقتصادی می‌کند، شاغل بودن هر دو نفر است. چرا که در صورتی که یکی از آنها بیکار شود، دیگری درآمد خواهد داشت و دوره بیکاری با امنیت بیشتری سپری خواهد شد.

البته ازدواج، خود به خود امنیت اقتصادی ایجاد نمی‌کند، اما در بیشتر فرهنگ‌ها این امر از اهمیت زیادی برخوردار است. در بسیاری از کشورها رایج‌ترین مشکل همسران، مشکل اقتصادی و مالی است.

۸. تنهایی و استیصال: همه ما گاهی در زندگی احساس تنهایی می‌کنیم، اما ازدواج به این دلیل که احساس تنهایی می‌کنیم و برای فرار از تنهایی یک دلیل نادرست است. بهتر است تنهایی خود را از راههای دیگری بر طرف کنیم، تا این که بخواهیم با ازدواج آن را رفع کنیم.

۹. احساس گناه: گاهی در رابطه با یک نفر احساس گناه می‌کنیم و به دلیل احساس گناه یا احساس ترحم با او ازدواج می‌کنیم! احساس گناه یا احساس ترحم به هر دلیلی که ایجاد شده باشد، یک دلیل نادرست برای ازدواج است.

۱۰. احساس کمبود و تهی بودن: گاهی افرادی که هدفی را در زندگی دنبال نمی‌کنند، نمی‌دانند که از زندگی چه می‌خواهند، احساس ناکامی می‌کنند و از زندگی خود راضی نیستند، برای حل این مشکلات به ازدواج روی می‌آورند، که قطعاً دلیل نادرستی برای ازدواج است.

مشکلات ذکر شده باید از راههایی غیر از ازدواج حل شود. ازدواج یک رابطه درمانی نیست، بلکه یک رابطه‌ای صمیمانه است.

منبع: میر محمد صادقی، مهدی ۱۳۹۳. دفتر پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور

راز موفقیت آن است که شغل خود را از سرگرمی‌های خوش قرار دهید. **مارک تواین**

مقدمه

هر شخصی ممکن است در موقعیتی قرار گیرد که ناچار باشد موضوعی ناخوشایند را به دیگری اطلاع دهد. این موضوع برای پزشکان و کارکنان بخش بهداشت و درمان که با بیماری و گاه موارد خطرناک آن مواجه می‌شوند، بحثی جدی است. یک فرد گاه، یافته‌ای از شرایط خطرناک بیمار دارد که به حکم قانون یا اخلاق، باید آن را با بیمار یا بستگان او در میان بگذارد. همیشه این بحث در پزشکی مطرح و مورد چالش بوده که کادر بهداشتی درمانی تا چه حد و با چه روشی باید وظیفه اطلاع‌رسانی خود را انجام دهند.

طبق منشور حقوق بیمار، این حق بیمار است که از بیماری خود، روند درمان و نتایج کار مطلع شود. گفتن برخی از این مطالب، برای گوینده آسان یا خوشایند نیست؛ اما گاه یک وظیفه است. لازمه ایفای نقش درست در انجام این وظیفه، آمادگی قبلی است. فرد خبر دهنده می‌تواند با وقت و انرژی گذاشتن برای بیمار و برقراری یک ارتباط صحیح، جهت درمان را کاملاً عوض کند و ناامیدی را به امید تبدیل کند. این مقاله درصدد ارایه یک روش مناسب و پذیرفته شده، برای دادن خبری نامطلوب به شخص مورد تهدید است.

خبرناگوار چیست؟

خبرناگوار به هر گونه اطلاعاتی گفته می‌شود که آثار منفی و جدی بر نگرش فرد از خود و انگیزه‌اش دارد. بارزترین مثال برای خبرهای بد که همه با آن آشنا هستیم، خبر فوت عزیزان است. خبرهای دیگری مانند ابتلا به بیماری‌های سخت و صعب‌العلاج مثل سرطان یا آسیب دیدگی‌های شدید و بهبودناپذیر مثل آسیب نخاعی، وجود نقص عضو یا بیماری در فرزند تازه متولد شده، مبتلا بودن به نازایی در یک زوج جوان، اخراج از کار، ورشکستگی، وقوع سانحه برای عزیزان، قبول نشدن در کنکور یا سایر امتحانات مهم و اخباری از این دست، همه مثال‌های روشنی از خبرهای بد هستند. همه ما دوست داریم دیگران را با خبرهای خوب، شاد کنیم. اگر قرار باشد خبر خوشی را به یکی از عزیزان خود اطلاع دهیم، معمولاً این کار را با اشتیاق می‌پذیریم

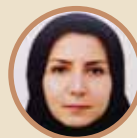
چگونگی انتقال اخبار ناگوار به دیگران



باید بگوییم که...

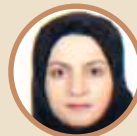
صدیقه رواتی

کارشناس مسئول برنامه پزشک خانواده
روستایی دانشگاه علوم پزشکی البرز



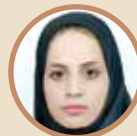
صفیه فغانی

کارشناس مسئول آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی البرز



مدینه شهنازی

مدیر گروه آموزش و ارتقای سلامت
دانشگاه علوم پزشکی ابرانشهر



منصور بامری

کارشناس مسئول آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی ابرانشهر



اهداف آموزشی

امید است خوانندگان
محترم پس از مطالعه:

- خبرناگوار را تعریف کنند.
- مراحل رساندن خبرناگوار را توضیح دهند.

جهت رساندن اخبار ناگوار به دیگران به نام «اسپایکس» با حروف اختصاری «S.P.I.K.E.S» دست یافت که با توجه به اهمیت موضوع، به مرور آنها می‌پردازیم:

گام اول: ترتیب دادن یک نشست برای مصاحبه یا گفت‌وگو (S:SETTING)

در مرحله اول باید با رعایت موارد زیر جهت شروع گفت‌وگو شرایطی را فراهم کرد تا مخاطب احساس راحتی بیشتری کند:

- * در یک محیط خصوصی مصاحبه یا گفت‌وگو انجام شود.
- * کسی مثل همسر، سرپرست یا هریک از نزدیکان، که خود شخص تمایل داشته باشد، در نشست حضور داشته باشند.
- * در حالت نشسته گفت‌وگو انجام شود.
- * در حین صحبت، باید یک ارتباط بین دو طرف ایجاد شده و برقرار باقی بماند.
- * بهتر است جلسه در وقت مناسب برگزار شود که عوامل خارجی، مزاحم گفت‌وگو نباشند.
- * تأمل، متانت، گاه سکوت و وقفه در کلام، برای دادن فرصت کافی به شنونده، از ترفندهای مؤثر و مهم گفت‌وگو است.



ارتباط را می‌توان از طریق روش‌های ساده نظیر توجه به موانع ارتباطی یا رفع آنها و همچنین تحکیم اطلاعات به شیوه‌ای دلسوزانه بهبود بخشید.

و وقتی شنونده، آن خبر را از زبان ما می‌شنود، از دیدن برق شادی در چشم او، خود نیز غرق شادی می‌شویم، اما وقتی خبر بدی در میان باشد، معمولاً هیچ کس دوست ندارد با رساندن این خبر، موجب رنج و اندوه دیگران شود. در این اوضاع، معمولاً ترجیح می‌دهیم از این کار شانه خالی کنیم و آن را به عهده دیگری بگذاریم، خبر را مخفی نگاه داریم یا گفتن آن را تا حد ممکن به تأخیر بیندازیم. تحقیقات گسترده نشان داده‌اند که در همه جای دنیا، مردم رساندن خبرهای بد را کار دشواری می‌دانند. نکته مهم این است که بدانیم پژوهش‌های مختلفی بر روی این موضوع انجام شده که با چه روشی می‌توان یک مطلب ناخوشایند را به مخاطب انتقال داد که کمترین اثر نامطلوب و بیشترین تأثیرگذاری مثبت را بر او داشته باشد؟ در اعلام اخبار بد باید به خصوصیات ویژه افراد نیز توجه کرد. به عنوان مثال در تحقیقی که توسط Parker و همکارانش انجام شد، نتایج نشان دادند که بیماران دارای تحصیلات عالی انتظار داشتند، جزییات بیشتر و اطلاعات کامل‌تری از بیماری در اختیار آنها گذاشته شود. علاوه بر آن نتایج نشان داد که زنان انتظار حمایت بیشتری داشته‌اند.

پروتکل ۶ مرحله‌ای رساندن اخبار ناگوار به دیگران

باید توجه داشت چگونگی بیان خبر، بسیار مهم‌تر از نوع خبر است. شنونده‌ای که خبر ناخوشایندی را می‌شنود، از گوینده انتظار دارد با درک، همدلی و صداقت، دانش و اطلاعات کافی، همچنین طرح یک روش و پیشنهاد مشخص با او مواجه شود و خبر نامطلوب را اعلام کند. پروتکل انجمن سرطان شناسی بالینی امریکا (ASCO - American Society of Clinical Oncology) با توجه به پژوهش‌های متعدد انجام شده و به ۶ گام مهم

قطعی شدن موضوعات یا خبرها با مخاطب در میان گذاشته شود. این روش هم به واقعیت نزدیکتر است و هم شخص را برای پذیرش مراحل احتمالی سخت‌تر، آماده می‌کند. در واقع باید حق بیمار را برای ندانستن به رسمیت شناخت. اگر بیمار تمایل ندارد جزییات را بداند باید به سؤالاتی که ممکن است در حال حاضر یا در آینده داشته باشد پرداخته شود و با یکی از بستگان یا دوستانش صحبت شود.



گام چهارم: آگاهی دادن (K:KNOWLEDGE)

برای شروع صحبت، هشدار اولیه به بیمار درمورد خبر نامطلوبی که در پی خواهد آمد، ممکن است شوکه شدن او را تخفیف دهد و روند اطلاع رسانی را تسهیل کند. به عنوان مثال: می‌توان با این جملات آغاز به سخن کرد: متأسفم که خبرهای بدی برای تان دارم... یا متأسفم که به شما بگویم.

گام پنجم: توجه به احساسات مخاطب (E:EMOTIONS | Empathy)

هیجان بیمار را باید کاوش کرد. تمرکز بر احساسات مخاطب و داشتن پاسخی همدلانه، اهمیت فراوانی دارد. باید به واکنش‌ها و احساساتی که ابراز می‌کند احترام گذاشت. به عبارت دیگر، از دشوارترین چالش‌ها در اعلام خبر نامطلوب، «پاسخ مناسب به احساسات مخاطب» است. واکنش‌های بیمار می‌تواند متنوع باشد، از «سکوت» گرفته تا «باور نکردن»، «گریه»، «عصبانیت» و حتی «توهین»! واکنش‌های احساسی مخاطب، اغلب بر اساس «شوکه»، «انزوا» و «اندوه» بروز می‌کند و گوینده می‌تواند با احساس حمایتی که به او عطا می‌کند، همدلی

گام دوم: شناخت و درک (P:PERCEPTION)

در گام‌های دوم و سوم، «باید قبل از گفتن، سوال کرد»! پیش از بحث درباره نکاتی که گوینده می‌خواهد اطلاعاتی بدهد، باید از مخاطب بپرسد که او چه می‌داند و چه توقعی دارد؟ در حقیقت قبل از گفتن بپرسید و قبل از ارایه اطلاعات پزشکی با طرح سؤالات باز مشخص کنید بیمار چه درکی از وضعیت دارد و چقدر آن را جدی می‌داند.

خوب گوش کردن به حرف‌های او و توجه به دریچه‌ای که موضوع را نگاه می‌کند، گوینده را نسبت به سطح درک و میزان ادراک او آگاه می‌کند. بر اساس اطلاعات گرفته شده از خود شخص، می‌توان خطاهای او را اصلاح کرد و لباسی به اندازه قامت و تحمل خودش برایش دوخت. در این مرحله می‌توان نکاتی را برای فهماندن اهمیت موضوع بیان کرد که اگر مخاطب در خیال خود، برخی موارد را «نادیده گرفته» یا نکاتی «از قلم افتاده» و او در آن باره چیزی نمی‌داند یا «آرزوهای ناممکنی» دارد، انتظارانش را واقع بینانه‌تر کرد. بر این اساس می‌توان اطلاعات غلط وی را شناسایی و واکنش‌های بیمار را پیش بینی کرد.

گام سوم: تشخیص خواست بیمار (I:INVITATION)

در حالی که بعضی اشخاص به دنبال اطلاعات کامل هستند، برخی تمایلی به دانستن همه چیز ندارند. میزان اطلاعاتی که ارایه می‌شود، باید تا حدی متناسب با این سطح انتظار و خواست مخاطب باشد. از طرفی نباید همه مواردی که هنوز قطعی نیست، از جمله پیش بینی‌های خود یا دیگران را در همان مرحله اول مطرح کرد. بهتر است که مرحله به مرحله و با روشن شدن و



گام ششم: فن راهبرد | خلاصه (S:STRATEGY | SUMMARY)

پس از بیان خلاصه ای از نکات مهمی که در مورد آن‌ها بحث شد در پایان گفت‌وگو، از مخاطب خواسته شود اگر نکته مبهم و پرسشی هست مطرح کند. با توضیح مختصر موضوع و با جلب همکاری بیمار، یک برنامه برای کارهای بعدی تعیین می‌شود. بیمارانی که یک طرح روشن برای آینده داشته باشند، احتمال کمتری برای اضطراب و تردید دارند. تنظیم یک وقت ملاقات بعدی با یک برنامه از پیش تعیین شده برای خاتمه صحبت نیز، اقدام شایسته‌ای است.

هشدار اولیه به بیمار در مورد خبر نامطلوبی که در پی خواهد آمد، ممکن است شوکه شدن او را تخفیف دهد و روند اطلاع‌رسانی را تسهیل کند.

خود را نشان دهد. فراموش نشود که بیمار، درمانگر خود را مهم‌ترین پشتیبان خویش در قبال مشکلی که پیش آمده می‌داند و این همدلی صادقانه، اگر با مهارت انجام شود، نقش اساسی در کاهش «انزوا» و «اندوه» او خواهد داشت.

نتیجه‌گیری



اطلاع‌رسانی مناسب اخبار ناگوار نیازمند سطح قابل قبولی از مهارت‌های ارتباطی است. ارتباط را می‌توان از طریق روش‌های ساده نظیر توجه به موانع ارتباطی یا رفع آن‌ها و همچنین تحکیم اطلاعات به شیوه‌ای دلسوزانه بهبود بخشید. از طریق برقراری ارتباطات مطلوب انسانی باید زمینه‌های روان شناختی لازم فراهم شود تا افراد بتوانند با مثبت‌اندیشی از همه زندگی خود لذت ببرند. بر این اساس کسب مهارت در مورد چگونگی دادن اخبار ناخوشایند نه یک توصیه بلکه یک ضرورت است.

پیشنهادهای

با توجه به اینکه نحوه اعلام خبر ناگوار در سازگاری روان شناختی افراد تأثیر طولانی مدت و ماندگاری بر جا می‌گذارد، بنابراین داشتن آگاهی در این زمینه و توانایی برقراری ارتباط مؤثر قابل توجه است. می‌توان امیدوار بود که با تدوین برنامه‌های آموزشی مناسب و برگزاری کارگاه‌های آموزشی و با ترویج بحث حق و حقوق افراد به ویژه در حیطه رساندن اخبار ناگوار هم به شکل همگانی و هم برای گروه‌های مراقبتی درمانی به نتایج بسیار مطلوب‌تری نیز در این زمینه دست یافت و آگاهی عمومی و تخصصی را ارتقا بخشید به گونه‌ای که تمامی افراد به این توانایی مهم دست یابند.

منابع

- * Aghamolaei, T. Hasani, L. (2010). Communication barriers among nurses and elderly patients. Bimonthly Journal of Hormozgan University of Medical Sciences, 14: 312-8.
- * Shakerinia, I. Amouzesh-e maharat-e enteghal-e khabar-e bad: Zarurat-e tavanmand shodan dar yek maharat-e balini. Journal of Medical Ethics and History of Medicine (2009), 3: 43-51
- * Gao, Z.. Delivering bad news to patients the necessary evil. Journal of Medical Colleges of PLA. (2011) 2: 103-8.
- * معارف، عباس، نگاهی دوباره به مبادی حکمت انسی، نشر پرسش، چاپ اول، ۱۳۹۰
- * روزنامه سپید، شماره ۴۸۷
- * SPIKES A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer.
- * Buckman R, Korsch B, Baile WF. A Practical Guide to Communication Skills in Clinical Practice. Toronto: Medical Audio Visual Communications. 1998;CD-ROM (Pt 2): Dealing with feelings.



آشنایی با اهمیت بیماری «هاری»

قلاده کافی نیست

اهداف آموزشی

امید است خوانندگان
محترم پس از مطالعه:

- اهمیت بیماری هاری و مهمترین راههای پیشگیری از بیماری را توضیح دهند.
- ضرورت نحوه واکسیناسیون و قلاده گذاری سگهای صاحبدار را شرح دهند.
- نکات لازم در مورد نحوه مراقبت و نگهداری سگهای صاحبدار را بیان کنند.

داریوش مسعودی

مدیر مرکز آموزش بهورزی دانشگاه
علوم پزشکی چهارمحال و بختیاری



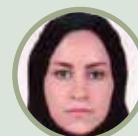
ابراهیم آقایی

مربی مرکز آموزش بهورزی دانشگاه
علوم پزشکی چهارمحال و بختیاری



نجمه افشار منش

کارشناس آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی جیرفت



طاهره بیگ زاده

کارشناس مسئول آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی جیرفت



راه موفقیت، همیشه در حال ساخت است؛ موفقیت پیش رفتن است، نه به نقطه پایان رسیدن. آنتونی رابینز

بیماری‌های زونوتیک (Zoonotic) به آن دسته از بیماری‌هایی گفته می‌شود که به طور طبیعی میان حیوانات مهره‌دار و انسان‌ها قابل انتقال هستند. بیشترین خطر انتقال این بیماری‌ها به انسان در زمان تماس مستقیم یا غیرمستقیم انسان با حیوانات، محصولات آنها یا محیط زندگی آنها است. بیشتر از ۷۰ درصد عوامل عفونی تازه شناخته شده که در دهه‌های گذشته انسان‌ها را تحت تأثیر قرار داده است، دارای منشأ حیوانی بوده‌اند. ۷۰ درصد از بیماری‌های قابل انتقال بین انسان و حیوان از حیات وحش نشأت گرفته است. بعضی از بیماری‌های قابل انتقال بین انسان و حیوان از طریق غذا (تب مالت، سل)، برخی به وسیله گاز گرفتن توسط پستانداران (هاری) یا گزش حشرات (تب دره ریفیت) و گروهی از طریق آلودگی محیط زیست (هیداتیدوزیس) قابل انتقال هستند. هر بیماری که به طور طبیعی از حیوان مهره‌دار به انسان یا برعکس منتقل شود در گروه «زونوز»ها قرار می‌گیرد.

هاری یک بیماری عفونی حاد و کشنده ویروسی است که به دوشکل تحریکی (هاری خشمگین) یا فلجی (هاری ساکت) ظاهر می‌شود. این بیماری از نظر گزارش دهی در گروه A قرار دارد و با میزان کشندگی حدود ۱۰۰ درصد بخشی از اولویت‌های سیستم پایش و کنترل بهداشتی کشور محسوب می‌شود.

حدود ۹۰ درصد از موارد حیوان گزیدگی توسط سگ اتفاق می‌افتد که از این موارد حدود ۸۰ درصد به سگ‌های خانگی و گله اختصاص دارد و حدود ۱۰ درصد گزش‌های مربوط به سگ‌های بدصاحب یا بلاصاحب تشکیل می‌دهند، لذا توجه ویژه به واکسیناسیون و قلابه‌گذاری سگ‌های صاحب‌دار می‌تواند در کاهش موارد حیوان گزیدگی و بروز بیماری‌های سهم چشمگیری داشته باشد، چرا که سگ‌های واکسینه شده، هار نشده یا کمتر هار می‌شوند و گزش کمتری را خواهند داشت.

بیماری‌های از دیرباز برای بشر مشکل آفرین بوده است، به طوری که خوارزمی در مورد سگ‌ها می‌گوید: «کلب، سگ هاریا دیوانه را گویند که گاز می‌گیرد و از خوردن امتناع می‌کند و از آب می‌گریزد». لویی پاستور در سال ۱۸۸۱ میلادی اولین آزمایش خود را با بزاق کودکی که از بیماری هاری مرده بود شروع کرد و در ششم ژوئیه ۱۸۸۵ میلادی پسر بچه ۹ ساله‌ای را در کشور فرانسه با انجام واکسیناسیون علیه هاری نجات داد. در ایران مرکز درمان ضد هاری مؤسسه «پاستور» در شهر تهران از سال ۱۳۰۲ شمسی جهت درمان مجروحان حیوان گزیده افتتاح شد.

سگ در منزل

سگ یکی از حیواناتی است که همواره در زندگی انسان‌ها حضور داشته است. هر کس تصمیم به نگهداری سگ در منزل دارد، باید بداند که مسؤولیت‌هایی متوجه او می‌شود که باید بخوبی آنها را بشناسد، بپذیرد و سپس اقدام به خرید و نگهداری سگ کند.

گرچه ورود یک سگ به خانه، برای برخی، اتفاقی هیجان انگیز است، اما آماده کردن خانه برای آوردن سگ، کار بسیار حساس و دشواری است.

پژوهشگران اعلام کردند، افرادی که از سگ‌های خانگی نگهداری می‌کنند به دلیل این که اغلب پس از تماس با حیوان دست‌های خود را نمی‌شویند یا ممکن است این حیوان به رختخواب صاحب خود نیز راه پیدا



من در رقابت با هیچکس جز خودم نیستم. هدف من مغلوب نمودن آخرین کاری است که انجام داده‌ام. بیل گیتس



بیماری هاری مخصوص گوشتخواران اهلی و وحشی بوده، انسان و سایر حیوان‌های خونگرم پستاندار، به طور تصادفی و اغلب از طریق گزش حیوان آلوده به آن مبتلا می‌شوند.

اهمیت بیماری هاری به دلایل زیر است:

- * میزان کشندگی بالا (۱۰۰ درصد)
- * افزایش روند موارد حیوان گزیدگی در انسان
- * هزینه‌های اقتصادی ناشی از تلفات دام و موارد مربوط به تهیه واکسن و سرم هاری

نشانه‌های بیماری در انسان پس از طی شدن دوره نهفتگی به شکل علایم اولیه غیر اختصاصی تب، لرز، خستگی، سردرد، ضعف و درد عضلانی، بی‌اشتهایی، ترس، تحریک پذیری و عصبی بودن ظاهر می‌شود و در نهایت تشنج، فلج و مرگ بیمار به علت نارسایی و اختلال تنفسی و قلبی اتفاق می‌افتد. در خصوص بروز علایم هاری در حیوان باید به این نکته مهم توجه داشت که در برخی موارد، ۳ تا ۱۰ روز قبل از بروز علایم بالینی در سگ و گربه، ویروس موجود در بزاق حیوان می‌تواند بیماری را منتقل کند و علایم بالینی حداکثر تا ۱۰ روز بعد در حیوان ظاهر شده و او را خواهد کشت. به همین دلیل، حیوان مشکوک را باید تا ۱۰ روز در قرنطینه نگه داشت. در حیوان به طور کلی نشانه‌ها بیماری به دو شکل خشمگین و ساکت ظاهر می‌شود. بر اساس آمار و قوانین اپیدمیولوژی ارایه شده در کتب مرجع دامپزشکی در صورتی که ۷۵ درصد جمعیت سگ‌های صاحب‌دار، علیه بیماری هاری ایمن شوند، احتمال بروز و انتقال بیماری در جمعیت این دسته از حیوانات به صفر نزدیک خواهد شد. به غیر از واکسیناسیون و قلاذه‌گذاری، شناخت رفتار سگ‌ها نیز می‌تواند در کاهش موارد حیوان گزیدگی نقش بسزایی داشته باشد. سگ‌ها قدرت پیروی و گردن نهادن به قانون را آن‌چنان که انسان‌ها می‌آموزند ندارند. بنابراین ممکن است سگی بارها در پیاده‌رو بدون اینکه وارد خیابان بشود، به آرامی قدم بزند، ولی یک بار تحت تأثیر یک محرک قوی مانند دیدن گربه‌ای در آن طرف خیابان ناگهان به وسط خیابان بدود. در اغلب موارد سابقه رفتارهای مخرب سگ‌ها به دوران تولدگی آنها

انسان و سایر حیوان‌های خونگرم پستاندار، به طور تصادفی و اغلب از طریق گزش حیوان آلوده به آن مبتلا می‌شوند

کند، در بیشتر موارد میکروب‌های سگ به افراد منزل منتقل شده و احتمال انتشار میکروب بین اعضای خانواده نیز بیشتر می‌شود.

همچنین تحقیقات نشان می‌دهد که تقریباً تمام کسانی که سگ دارند با سگ‌شان غذا می‌خورند و بیش از نیمی از آن‌ها به این حیوان اجازه می‌دهند که روی تخت‌خواب‌شان کنار آن‌ها بخوابد.

آزمایش‌ها نشان می‌دهد بسیاری از میکروب‌های مدفوع سگ، در اثر انگشت صاحبان آن‌ها، وجود دارد. افرادی که در خانه سگ دارند دارای زنجیره‌های باکتریایی «E coli» هستند که هم در حیوان و هم در صاحب آن مشاهده می‌شود.

سبب شناسی و نشانه بیماری

عامل این بیماری، ویروسی عصب دوست متعلق به خانواده «را بدو ویروس»ها و جنس «لیساویروس»ها است. این ویروس تحت تأثیر خشکی و حرارت ۵۶ درجه سانتیگراد طی یک ساعت، اشعه ماورای بنفش و الکل ۴۰ تا ۷۰ درجه و همچنین آب و صابون غیرفعال می‌شود. اصلی‌ترین راه سرایت بیماری به انسان از طریق گاز گرفتن حیوان هار است. بیماری هاری غیرقابل درمان است، بدین معنی که پس از بروز نشانه‌های بیماری در انسان یا حیوان، مرگ حتمی است.

شود. بنابراین باید اقدام‌هایی برای پیشگیری از حمله سگ‌ها به افراد دیگر توسط صاحبان آنها انجام شود، از جمله: ایجاد شرایط مناسب به منظور تحریک ناپذیری سگ مانند نبردن سگ به محیط‌های ناآشنا، شلوغ و پرسر و صدا، نداشتن رفتار نامناسب با سگ مانند تنبیه بدنی یا آزار حیوان، خیره نشدن به حیوان، بازی نکردن و دست نزدن به توله سگ‌ها، شوخی نکردن با افراد غریبه در حضور سگ و عقیم کردن و به کار بردن هورمون‌های خاص به منظور کاهش حالت تهاجمی و خشونت آمیز در حیوان.

باز می‌گردد. صاحب حیوان ممکن است به اشتباه از مشاهده رفتار تهاجمی حیوان در حین بازی آسوده خاطر باشد، ولی باید در نظر داشت که بیشتر رفتارهای تهاجمی که حیوان در حین بازی در برابر سگ‌های دیگر یا انسان‌ها از خود نشان می‌دهد می‌تواند اخطار و نشانه‌هایی از تهاجم‌های جدی حیوان در آینده باشد. همچنین برای بسیاری از سگ‌ها خانه، باغ و حتی ماشین به عنوان منطقه خانگی تلقی می‌شود. این شرایط اختصاصی سگ‌ها می‌تواند در بسیاری از موارد موجب حمله ناگهانی سگ‌های صاحبدار به افراد دیگر

نتیجه گیری



اساس مبارزه با بیماری هاری بر سه اصل استوار است:

۱. کنترل هاری در حیات وحش
 ۲. کنترل جمعیت حیوانات گوشتخوار بدون مالک
 ۳. کنترل و پیشگیری از بیماری در جمعیت گوشتخواران اهلی بویژه سگ‌های صاحبدار
- با در نظر گرفتن وضع موجود و بروز بیشتر موارد حیوان گزیدگی توسط سگ‌های صاحبدار در قریب به اتفاق استان‌های کشور توجه جدی به امر آموزش صاحبان سگ نسبت به واکسیناسیون، قلاده گذاری و نحوه نگهداری سگ‌ها ضروری به نظر می‌رسد.

توصیه‌ها

۱. آموزش صاحبان سگ در خصوص اهمیت و راههای انتقال و پیشگیری از بیماری هاری و واکسیناسیون بموقع افراد حیوان گزیده
۲. برقراری سیستم مراقبت و شناسایی مناطق مختلف از نظر بروز هاری شهری و وحشی در کشور
۳. شناسایی دام‌های بیمار یا مشکوک به بیماری هاری و امحاء این دسته از دام‌ها همراه با پرداخت غرامت به مالکان
۴. واکسیناسیون توله سگ‌های بالای ۳ ماه با واکسن (Biocan R) به شکل سالانه تا پایان عمر سگ توسط سازمان دامپزشکی
۵. الزام بر تکمیل فرم مسؤولیت‌پذیری نگهداری از سگ‌های گله و نگهداری با نظارت سازمان دامپزشکی توسط صاحبان سگ

منابع

- * انصاری شیرازی، علی بن حسین: اختیارات بدیعی (تالیف ۷۷۰ ق)، تصحیح محمدتقی میر، پخش رازی تهران ۱۳۷۱
- * سیمانی، سوسن، «ارزشیابی سرولوژیک روش‌های سرونوترالیزاسیون در افراد ایمن شده علیه هاری»، پایان نامه، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۷۳
- * عزیزی، فریدن؛ فیاض، احمد، «اپیدمیولوژی و کنترل بیماری‌های شایع در ایران». انتشارات خسروی ویراست سوم ۱۳۸۹
- * راهنمای کشوری مبارزه با هاری، تهران مرکز نشر صدا (زیر نظر کمیته فنی کشوری هاری)، ۱۳۸۳
- * فیاض، احمد، «یازآموزی هاری»، ماهنامه نظام دامپزشکی، ماهنامه ششم، شهریور، ۱۳۹۰
- * مرجانی، مهدی. خاتم‌بخش، دانیال؛ «راهنمای بهداشت، نگهداری و تربیت سگ» سایت کتابخانه مجازی تک کتاب
- * سیمانی سوسن، «بیماری هاری»، تهران، انیستیتو پاستور ایران، ۱۳۸۳
- * برنامه و دستورالعمل‌های اجرایی دفتر بهداشت و مدیریت بیماری‌های دامی در ۱۳۹۶
- * ایسنا خبرگزاری دانشجویان ایران سه شنبه ۱۲ اردیبهشت ۱۳۹۶



خود مراقبتی در فضای مجازی

اهداف آموزشی

امید است خوانندگان
محترم پس از مطالعه:

- تاثیر اینترنت را بر سلامت و روابط خانوادگی بیان کنند.
- راه های جلوگیری از اعتیاد به اینترنت را شرح دهند.
- مزایا و معایب استفاده از اینترنت را توضیح دهند.
- نشانه های مربوط به آسیب های فضای مجازی برای کودکان را بیان کنند.
- نکات مهمی که والدین و معلمان در مورد فضای مجازی باید بدانند را فهرست کنند.

دکتر شهره اخوان

کارشناس سلامت روان
دانشگاه علوم پزشکی اصفهان



صدیقه انصاری پور

کارشناس مسئول آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی اصفهان



دکتر نازیلا نژاد دادگر

کارشناس مسئول آموزش بهداشت و ارتقای
سلامت دانشگاه علوم پزشکی اردبیل



دکتر احمد رضا کیانی

عضو هیأت علمی
دانشگاه علوم پزشکی اردبیل





با گسترش کاربردهای این فناوری‌های جدید امکان پرهیز و دوری از آن دیگر وجود ندارد، لذا باید بدانیم که بهترین شیوه استفاده از آن چیست



و از دست دادن شغل شود. به همین دلیل با توجه به افزایش روز افزون کاربران رایانه و اینترنت و افزایش میزان وابستگی به آنها، نیاز مبرم برای پیشگیری و تشخیص بموقع آن احساس می‌شود.

اینترنت و ارتباطات خانوادگی

امروزه اینترنت جایگاه ویژه‌ای در ساختار زندگی خانواده‌ها پیدا کرده است. حضور این رسانه به طور کلی ارتباطات خانوادگی را دستخوش تغییر کرده است. استفاده از اینترنت تعامل افراد خانواده با یکدیگر را کاهش می‌دهد. در این میان، نوجوانان به واسطه فراغت که نسبت به بزرگسالان دارند، مدت زمان بیشتری را به اینترنت اختصاص می‌دهند. از طرف دیگر اینترنت کشمکش‌های جدیدی را در خانواده ایجاد می‌کند، چنانچه اگر نوجوان در پیوندهای عاطفی و درک متقابل، احساس تنهایی، افسردگی و بی‌تفاوتی کند، برای جبران آن به یک دوست، سرگرمی خاص و... روی می‌آورد و اینترنت مناسب‌ترین محل برای این مقصود است. از سویی شکاف نسلی مشهود در این دوران و ناهمگونی علایق و سلايق نسل جدید و قدیم تقریباً مطابق با پیشرفت فناوری بیشتر و بیشتر می‌شود.

نشانه‌های استفاده زیاد از اینترنت

برخی، کار بیشتر از ۲۰ ساعت در هفته با اینترنت را وابستگی به اینترنت می‌دانند ولی معیار زمان به تنهایی کافی نیست. موارد زیر می‌تواند نشان‌دهنده استفاده زیاد از رایانه و اینترنت باشد:

* اشتغال ذهنی با اینترنت طوری که مهمترین منبع

شبکه‌های مجازی اجتماعی پدیده‌ای نو ظهور و مملو از فرصت‌ها و تهدیدهاست. امواج اینترنت به اعماق مکان‌های مسکونی جهان نفوذ یافته است و بسان رگهای حیاتی، اطلاعات بین افراد را منتقل می‌کند. شبکه‌های اجتماعی گروهی از افراد است که در میان خود ارتباطات گسترده و پیوسته‌ای دارند. یکی از مهمترین چالش‌های امروز بشر، رقابت بین دنیای واقعی و دنیای مجازی است و به نظر می‌رسد، شبکه‌های مجازی اجتماعی در حال دگرگون کردن دستاوردها و ساختارهای مادی و معنوی جوامع هستند.

چند سالی است که رسانه‌های دیجیتال عضو جدید خانواده‌های ما شده‌اند. با گسترش کاربردهای این فناوری‌های جدید امکان پرهیز و دوری از آن دیگر وجود ندارد، لذا باید بدانیم که بهترین شیوه استفاده از آن چیست؛ چه خطرات احتمالی خانواده و بخصوص فرزندان ما را تهدید می‌کند و چگونه باید با آن مواجه شویم؛ دانش‌آموزان خود را چگونه به کاربرد نرم افزارهای رایانه‌ای و اینترنت هدایت کنیم، تا سطح علمی آنها ارتقا یابد.

اینترنت و سلامت

شبکه جهانی اینترنت طی سال‌های اخیر به اندازه‌ای با زندگی انسان در هم آمیخته، که به بخشی از زندگی روزمره مردم تبدیل شده است. اینترنت را می‌توان بزرگترین فناوری دانست که تاکنون به دست انسان طراحی، مهندسی و اجرا شده است. باید در نظر داشت، باوجود تمام مزایای اینترنت به آسیب‌شناسی آن نیز توجه کرد. اینترنت منبع مهمی از اطلاعات، اخبار و سرگرمی‌هاست، اما از آنجا که مطالب اینترنت مانعی برای انتشار ندارد؛ لذا می‌تواند بنا بر فرهنگ و سن کاربران، مشکلاتی را ایجاد کرده و سلامتی افراد را به خطر بیندازد. کاربران می‌توانند بهره‌های زیادی از اینترنت ببرند اما ممکن است از این طریق مورد سوء استفاده و آزار نیز قرار گیرند و حتی سلامتی شان به خطر بیافتد.

اعتیاد به اینترنت می‌تواند منجر به افزایش انزوا، افسردگی، مشکلات خانوادگی، طلاق، افت تحصیلی

اینترنت و رایانه است.)

* داشتن گروه حمایتی: داشتن گروه‌های حمایتی می‌تواند موقع اضطراب و بحران‌ها به فرد کمک کند که به جای استفاده از اینترنت و رایانه برای فراموشی مشکلات، از حمایت آنان برای حل مشکلات خود بهره ببرند.

* پرداختن به فعالیت‌های سالم و تفریحی به جای کار با اینترنت و رایانه

* صحبت کردن با افراد به جای فرستادن پیامک

* کپی کردن اطلاعاتی که نیاز به خواندن دارد یا چاپ کردن آن‌ها

* استفاده از رایانه در مکان‌هایی مانند کتابخانه

از چه سنی به فرزندم اجازه کار با رایانه، اینترنت و دیگر وسایل الکترونیکی را بدهم؟

توصیه می‌شود موبایل، لپ‌تاپ، تبلت و سایر وسایل الکترونیکی مشابه را حداقل تا قبل از نوجوانی یعنی حدود ۱۲، ۱۳ سالگی در اختیار فرزندان قرار ندهید، اما از طرف دیگر با توجه به فراگیر بودن استفاده از این ابزار و در دسترس بودن آنها، معمولاً کودکان به محض اینکه راه می‌افتند و توانایی صحبت کردن را پیدا می‌کنند، استفاده از این وسایل برای‌شان جذاب می‌شود.

همچنین نیازهای آموزشی که امروزه با این وسایل برطرف می‌شود نیز سن استفاده از این ابزارها را پایین می‌آورد.

به دلیل پیشرفت فناوری و تغییر سبک زندگی خانواده‌ها، استفاده از موبایل، تبلت و اینترنت، بیشتر از گذشته اهمیت پیدا کرده و کودکان نیز از این قاعده مستثنا نیستند. برای تعیین زمان مناسب استفاده از این ابزارها باید به شرایط خانواده، نحوه تربیت خانوادگی، شرایط کودک و... توجه داشت.

به هر حال والدین با شروع سن مدرسه ناگزیرند رایانه را در اختیار کودکان قرار دهند. نکته مهم، آموزش و نظارت آنها بر کودکان است.

استفاده از رایانه، تلفن همراه یا تلویزیون بیش از یک و حداکثر ۲ ساعت در روز توصیه نمی‌شود، زیرا به دلیل بی‌حرکی، کودک و نوجوان را مستعد بیماری‌هایی از جمله دیابت، چاقی و کبد چرب می‌کند.



رضایت فرد از زندگی باشد، پرداخت کمتر به روابط دوستی و قطع روابط اجتماعی و احساس پوچی، افسردگی، تحریک‌پذیری وقتی که رایانه در دسترس نباشد.

* وجود نشانه‌های ترک به هنگام دسترسی نداشتن به اینترنت و کاهش استفاده از آن که این علائم شامل بی‌قراری، اضطراب، افسردگی و لرزش دست، میل افزایش‌یابنده به استفاده از رایانه، دروغ گفتن در مورد مدت زمان آنلاین بودن، انکار جدی بودن مشکل استفاده از اینترنت و رایانه، بیخوابی و خستگی زیاد، افت تحصیلی، شرکت نکردن در فعالیت‌های اجتماعی مدرسه است.

چگونه از اعتیاد به اینترنت و رایانه جلوگیری کنیم؟

* ثبت مدت زمان و تعداد دفعات استفاده از اینترنت و رایانه

* تعیین مدت زمان مشخص از پیش تعیین شده برای استفاده از اینترنت و رایانه

* درمان علت زمینه‌ای استفاده از اینترنت و رایانه (اضطراب یکی از علت‌های شایع استفاده زیاد از

وقتی احساس می‌شود کودک در معرض آسیب است چه رفتاری باید داشته باشیم؟

هم بی قانونی و برخورد ناصحیح با این مورد نادرست است و هم برخوردهای تند، قهر آمیز و تنبیه‌های شدید. لازم است از قبل قوانینی در خانواده وضع شود، آموزش‌های لازم به کودک داده شود و نظارت مناسبی وجود داشته باشد تا احتمال استفاده نادرست از فضای مجازی کمتر شود.

نکات کلی که در هر سنی برای استفاده از اینترنت در کودکان لازم توجه است:

آموزش: قبل از اینکه فرزندان استفاده از اینترنت را آموزش ببینند، شما با خطرات و راه‌های بالابردن امنیت کار با اینترنت آشنا شوید. رایانه خانگی خود را برای کنترل بیشتر تنظیم کنید، لازم است، بدانید که فرزندان در چه مکان‌های دیگری جز خانه دسترسی به رایانه و اینترنت دارد. مثلاً در کتابخانه‌های عمومی، خانه دوستان‌شان و دیگر مکان‌ها. این برای تنظیم نظارت عادی شما لازم است.

لازم است درباره اینکه چگونه می‌توانید دسترسی فرزندان را در سایت‌ها و جستجوی کلمات خاص در سایت‌ها محدود کنید، آموزش بگیرید.

متناسب با سن کودک می‌توان آزادی عمل بیشتری به او داد. اگر از سنین پایین‌تر آموزش لازم را در این زمینه دیده باشند، احتمال آسیب و مشکل در سنین نوجوانی و بزرگسالی کمتر خواهد بود. برای اینکه بدانید فرزندان چگونه از اینترنت استفاده می‌کند، وقت بگذارید.

تشویق: تشویق مثبت والدین به کودک و نوجوان برای استفاده مؤثر از رایانه و اینترنت امنیت بخشی محیط رایانه: قبل از هر چیز تدابیر لازم امنیتی برای استفاده مناسب و امن از رایانه و اینترنت فراهم شده باشد.

نظارت: قرار دادن رایانه در فضای بیرون از اتاق شخصی کودک می‌تواند به نظارت بهتر کمک کند.

اگر رایانه در اتاق خواب است به مکان‌های عمومی‌تر خانه تغییر داده شود تا نظارت بهتری فراهم شود. همین‌طور اگر فرزندان از تلفن یا دیگر وسایلی استفاده می‌کند که به اینترنت متصل است باید تحت نظارت شما باشد.

نشانه‌هایی که ممکن است یک کودک در معرض آسیب باشد

- * وقتی زمان زیادی را در اینترنت صرف می‌کند. بخصوص وقتی تنها هستند و زمان زیادی برای ایجاد ارتباط با دیگران بدون نظارت خانواده دارند.
- * کودک نامه الکترونیک یا بسته‌ای از یک غریبه دریافت می‌کند. در بین افرادی که کودکان را مورد آسیب قرار می‌دهند معمول است که عکس یا هدیه برای قربانی خود می‌فرستند.
- * اگر تصاویر هرزه یا پورنوگرافی در رایانه یا دیگر وسایل کودک خود دیدید. احتمال دارد فرد آسیب‌رسان تصاویر یا فیلم‌ها را برای شروع بحث جنسی و گول زدن کودک ارسال کرده باشد.
- * وقتی به شکل مخفیانه از فضای مجازی استفاده می‌کند.
- * فرزندان از طرف کسی که شما نمی‌شناسید، تماس دارد یا با او تماس می‌گیرد.
- * در زمانی که خانواده جمع است کودک زمان زیادی را در تنهایی در فضای مجازی سپری می‌کند.





ایجاد شود. به عنوان مثال در صورت آشنایی با افراد غریبه یا هر موردی که به نظر عادی نبود، با شما صحبت کنند و شما را در جریان قرار دهند. برای شان توضیح دهید ممکن است چیزهایی را آنلاین ببینند و بخوانند که نادرست باشد. به آنان آموزش دهید کسانی که به قصد فریب با آنان ارتباط برقرار می کنند برای دسترسی به اهداف خود از محبت، توجه، مهربانی و حتی هدیه استفاده می کنند. آنها با موسیقی، سرگرمی و علاقه مندی های کودکان آشنا هستند و اعتماد آنها را جلب می کنند.

با رعایت همه موارد باز هم شما نمی توانید نظارت کامل داشته باشید بنابراین آموزش به فرزندان بسیار مهم است. هم درباره جنبه های مثبت و هم درباره جنبه های منفی استفاده از اینترنت با فرزندان صحبت کنید. صبر نکنید تا اتفاقی بیفتد و بعد درباره آن صحبت کنید، از قبل برای آن برنامه ریزی داشته باشید و آموزش ها و منابع اطلاعاتی لازم را در اختیارشان قرار دهید.

آنچه والدین و معلمان باید بدانند

فضای مجازی نسخه دوم فضای واقعی زندگی ماست. یعنی تمام آنچه در زندگی واقعی و روزمره وجود دارد در این فضا هم پیدا می شود. این کاربر است که انتخاب می کند، چگونه در این محیط زندگی کند. از سوی دیگر کودکان و نوجوانان توانایی تفکیک مسایل مجازی و واقعی را ندارند و بشدت تحت تأثیر قرار می گیرند. فراگیری شیوه استفاده صحیح از امکانات محیط دیجیتال و مصون نگه داشتن خود از تهدیدات این فضا، نیازمند آموزش و تربیت است. همان طور که وقتی می خواهید کودک را از خیابان عبور دهید؛ بتدریج به او می آموزید که به چپ و راست نگاه کند تا تصادف نکند، لازم است آموزش های لازم را برای استفاده از این فضا به فرزندان و دانش آموزان تان نیز ارایه کنید. همان گونه که به کودک می آموزید در جمع مؤدب باشد و به دیگران احترام بگذارد باید آموزش اخلاق فضای مجازی را نیز به او آموزش داده و یادآوری کنید.

ارایه برخی نکات مهم که والدین و معلمان و مربیان می توانند با کاربرد آنها به ایجاد یک محیط امن اینترنتی، کمک کنند.

از نصب نرم افزار مناسب بر روی رایانه برای تأمین امنیت مرورگر مناسب اطمینان حاصل کنید. به طور کلی استفاده از رایانه و اینترنت برای کودک و نوجوان باید با مسؤولیت پذیری، قانونمندی و همین طور محدودیت همراه باشد. والدین باید ضمن توضیح این مفاهیم و اصول به فرزندان خود یاد بدهند که اجازه چه فعالیت هایی را در این زمینه دارند و از چه فعالیت هایی باید دور باشند.

شرح مزایا و معایب استفاده از اینترنت و پیشنهاد حمایت کافی در صورت ایجاد مشکل

به فرزندان از قبل اطلاع دهید که به استفاده از اینترنت او نظارت دارید و به صورت مخفیانه این کار را انجام ندهید. نام کاربری و رمز ورود حساب های آنلاین فرزندان را بدانید. حتی در ابتدای استفاده از اینترنت، به عنوان مثال ایجاد و استفاده از صفحه های اجتماعی یا ایمیل با او همراه باشید.

با فرزندان به شکل آنلاین وقت بگذرانید. اجازه دهید از فعالیت های آنلاین مورد علاقه شان با شما صحبت کنند، از جنبه های مثبت اینترنت با آنها لذت ببرید. به کودک برای ساختن پروفایل کمک کنید تا مطمئن شوید که اطلاعات بیش از حد شخصی را در آن قرار نمی دهد. آنها نیاز دارند که هنگام ایجاد دردسر، براحتی با شما مشورت کنند بدون آنکه بترسند که برای شان مشکلی

راهنبرد	نکات مهم
سلامت و امنیت رایانه شخصی	دستگاه رایانه را در فضای عمومی خانه قرار دهید و از قرار دادن آن در اتاق خواب بپرهیزید. حتماً نرم افزارهای ضد ویروس نصب کنید.
مقررات برای کودکان و نوجوانان	در مورد نحوه استفاده از اینترنت یا وسایل شخصی مرتبط با آن، باید مقرراتی اعمال شود و در مورد پیامدهای احتمالی رفتارهای پرخطر صحبت شود. از خلوت کودکان غافل نشده و به مسایلی همچون ارتباط با غریبه‌ها، ورود به سایت‌های غیراخلاقی یا خارج از محدوده سنی کودک توجه خاص شود. در مورد استفاده از تلفن همراه بخصوص جهت ارتباط با اینترنت نیز باید مقرراتی اعمال شود. به کودکان و نوجوانان بیاموزید که بلوتوث خود را باز نگذارند.
آموزش والدین، مربیان و معلمان	والدین، مربیان و معلمان باید از تسلط کافی نسبت به اینترنت برخوردار بوده و با سایت‌هایی که کاربران کودک و نوجوان با آنها ارتباط ایجاد می‌کنند، آشنایی کافی داشته باشند. والدین، مربیان و معلمان باید در مورد نحوه استفاده کاربران از وسایل شخصی خود مثل تلفن همراه، کنسول بازی‌های کامپیوتری، نمایشگرهای MP3 و سایر ابزارهای مرتبط با رسانه‌های دیجیتال آگاهی داشته باشند.
تربیت و آموزش فرزندان	حتماً در مورد خطرات احتمالی ناشی از تبادل اطلاعات شخصی با غریبه‌ها، ملاقات‌های حضوری با کاربران اینترنتی، ارائه عکس به دیگر کاربران غریبه و استفاده از دوربین‌های Webcam، فرزندان خود را آگاه سازید.
ایجاد ارتباط با فرزندان	حتماً از کودکان خود بخواهید تا تجربیات خود را هنگام استفاده از اینترنت بازگو کنند.

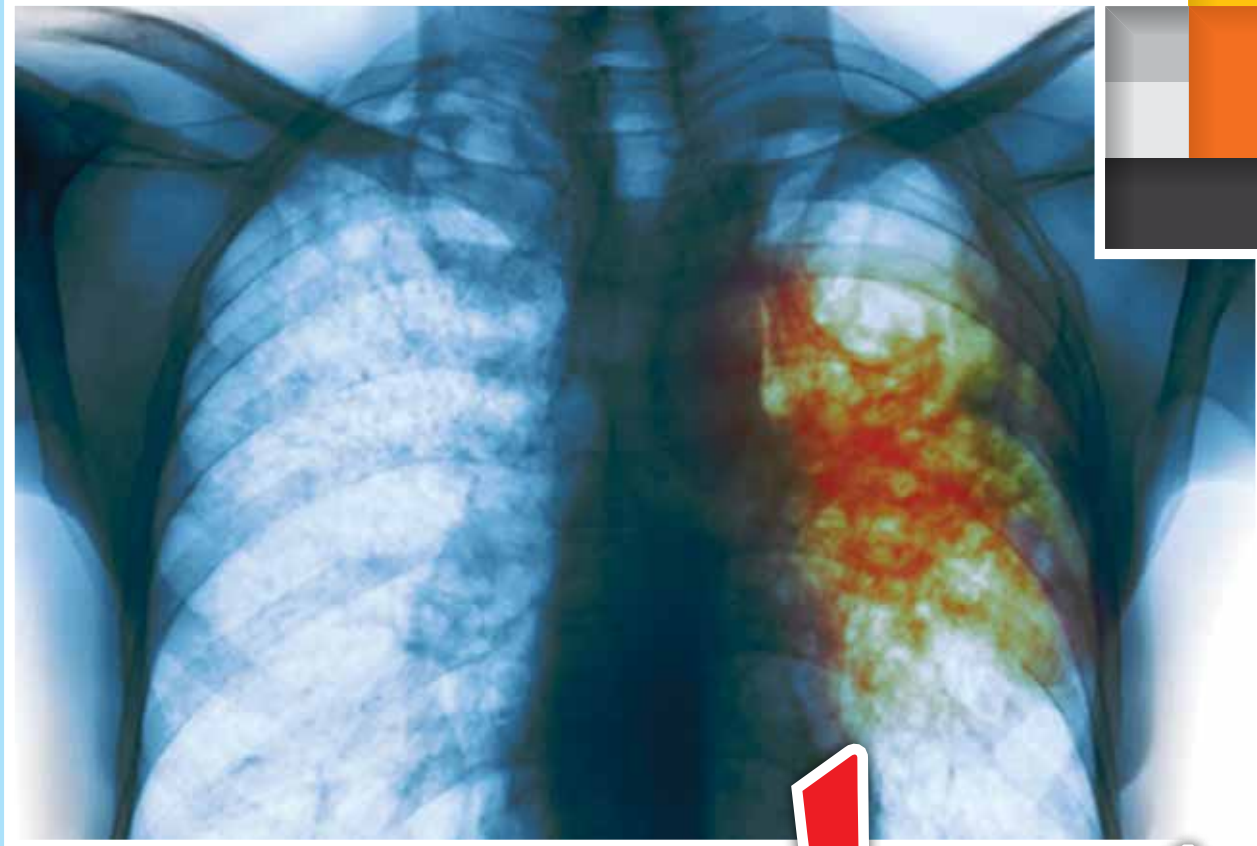
نتیجه‌گیری



پس از شکل‌گیری جهان مجازی، بسیاری از کارشناسان اجتماعی، با وجود مزایای فراوان، در خصوص آسیب‌ها و دشواری کنترل فعالیت‌های کاربران در این فضا اعلام خطر کرده‌اند. برای پیشگیری از آسیب‌های فضای مجازی افراد باید آموزش‌های لازم را ببینند و با خطرات و راه‌های بالا بردن امنیت کار با اینترنت آشنا شوند و قبل از هر چیز تدابیر لازم امنیتی برای استفاده مناسب و امن از رایانه و اینترنت را فراهم آورند و از این طریق به پیشگیری از آسیب‌های احتمالی استفاده ناصحیح از فضای مجازی مثل فردگرایی، افزایش خشونت، بی‌بندوباری، اعتیاد اینترنتی و... بپردازند.

منابع

- * اسدی، امیرحسین و همکاران، رسانه‌های دیجیتال و سلامت
- * چگونه سلامتی خود را در محیط رسانه‌های دیجیتال حفظ کنیم. دستورعملی برای کودکان/ تألیف مرکز توسعه فناوری اطلاعات و رسانه‌های دیجیتالی ویرایش دوم بهار ۱۳۹۰
- * چگونه از کودکان و نوجوانان در محیط رسانه‌های دیجیتال محافظت کنیم (دستورالعملی برای والدین، معلمان و مربیان) ترجمه و تألیف: مرکز توسعه فناوری اطلاعات و رسانه‌های دیجیتال ویرایش اول پاییز ۱۳۸۹
- * راهنمای اصول خودمراقبتی در سلامت روان و اعتیاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد



سل و مقاومت دارویی

اهداف آموزشی

امید است خوانندگان
محترم پس از مطالعه:

- سل مقاوم به دارو را تعریف کنند.
- پنج مورد از عوامل مرتبط با ارایه کنندگان خدمات درمانی در ایجاد سل مقاوم به دارو را نام ببرند.
- پنج مورد از عوامل مرتبط با بیمار در ایجاد سل مقاوم به دارو را فهرست کنند.
- پیشگیری از ایجاد مقاومت دارویی در بیماری سل را توضیح دهند؟

فاطمه گندمی، کارشناس ارشد آموزش
بهداشت و مربی مرکز آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی خراسان جنوبی



محمد حسین نخعی
کارشناس مسؤول سالمندان
دانشگاه علوم پزشکی خراسان جنوبی



دکتر امین سمیعی
کارشناس مسؤول برنامه سل و جذام
دانشگاه علوم پزشکی مشهد



دوست برای آن است که نیازت را برآورده اینکتهی بودنت را پر کند. جبران خلیل جبران

بالای مرگ و میر، مانعی برای کنترل آن در بسیاری از کشورهای دنیا به شمار می‌رود. طبق آخرین برآورد سازمان جهانی بهداشت حدود ۴۹۰ هزار سل مقاوم به چند دارو تاکنون شناسایی شده‌اند. شیوع مقاومت دارویی در کشور ایران نسبت به منطقه و جهان کمتر است. کشورهای آذربایجان، ارمنستان و پاکستان با شیوع بالای بیماران مقاوم به دارو روبرو هستند.

جدول مقایسه وضعیت شیوع سل مقاوم به چند دارو (MDR)		
موارد جدید سل (درصد)	موارد سل دارای سابقه درمان قبلی (درصد)	
۳/۹	۲۱	جهان
۴/۱	۱۷	منطقه
۰/۸۴	۱۲/۴	ایران

باسیل مقاوم به چند دارو (Multi Drug Resistant: MDR) عبارت است از باسیلی که حداقل به دو داروی «ایزونیازید» و «ریفامپین» مقاوم باشد. گسترش شیوع سل مقاوم به دارو باعث بالا رفتن احتمال مرگ و میر و شکست

یکی از مشکلات اساسی در درمان بیماری سل، موضوع مقاومت دارویی این بیماری است؛ زیرا علاوه بر هزینه بودن درمان و خطر بالای مرگ و میر، این مشکل، تهدیدکننده برنامه کنترل این بیماری نیز هست. تجویز رژیم‌های درمانی اشتباه، درمان با دوزهای دارویی اشتباه یا درمان ناکافی، مشکل پایش بیماران در طی درمان دارویی، ضعف در پیگیری موارد تماس و رعایت نکردن درمان تحت نظارت مستقیم (DOTS) از دلایل اصلی پیدایش بیماری مهلکی به نام «سل مقاوم به چند دارو» شده است. در حال حاضر همزمان با افزایش موارد آلوده به ویروس ایدز، زمینه پیدایش و انتشار باسیل‌های مقاوم به چند دارو نیز فراهم آمده است. بیماری سل بزرگترین علت مرگ ناشی از یک بیماری عفونی تک عاملی در جهان است و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۰ رتبه دهم در بار جهانی بیماری‌ها را حفظ کند یکی از مشکلات اساسی در درمان بیماری سل در دنیای امروزه، موضوع مقاومت دارویی این بیماری است؛ زیرا علاوه بر هزینه بودن درمان و خطر

جدول (۱) عوامل ایجاد مقاومت دارویی سل		
عوامل مرتبط با ارابه‌کنندگان خدمات درمانی	عوامل مرتبط با دارو	عوامل مرتبط با بیمار
نبود دستور عمل مناسب و جامع کشوری	کیفیت نامناسب دارو	تمکین ضعیف بیماران به درمان
تبعیت نامناسب پزشکان از دستورالعمل کشوری	نامنظمی در تأمین برخی داروهای ضد سل	ناآگاهی بیماران
آموزش ناکافی پزشکان و کارکنان بهداشتی درمانی مرتبط	نامناسب بودن شرایط ذخیره سازی دارو	دسترسی ناکافی/بی اطلاعی از وجود درمان ضد سل رایگان
ناکافی بودن پایش صحیح درمان بیماران	تجویز دوز غلط یا ترکیب نامناسب دارویی	مشکلات موجود برای ایاب و ذهاب بیماران به مرکز بهداشتی درمانی
ضعف ساختاری یا اعتباری برنامه کنترل سل		نگرش منفی جامعه نسبت به بیماری
آموزش ناکافی به بیماران و خانواده آن‌ها		ابتلا به سوء جذب
ضعف در اطلاع رسانی به مردم در زمینه رایگان بودن درمان ضد سل		اعتیاد/سوء مصرف مواد

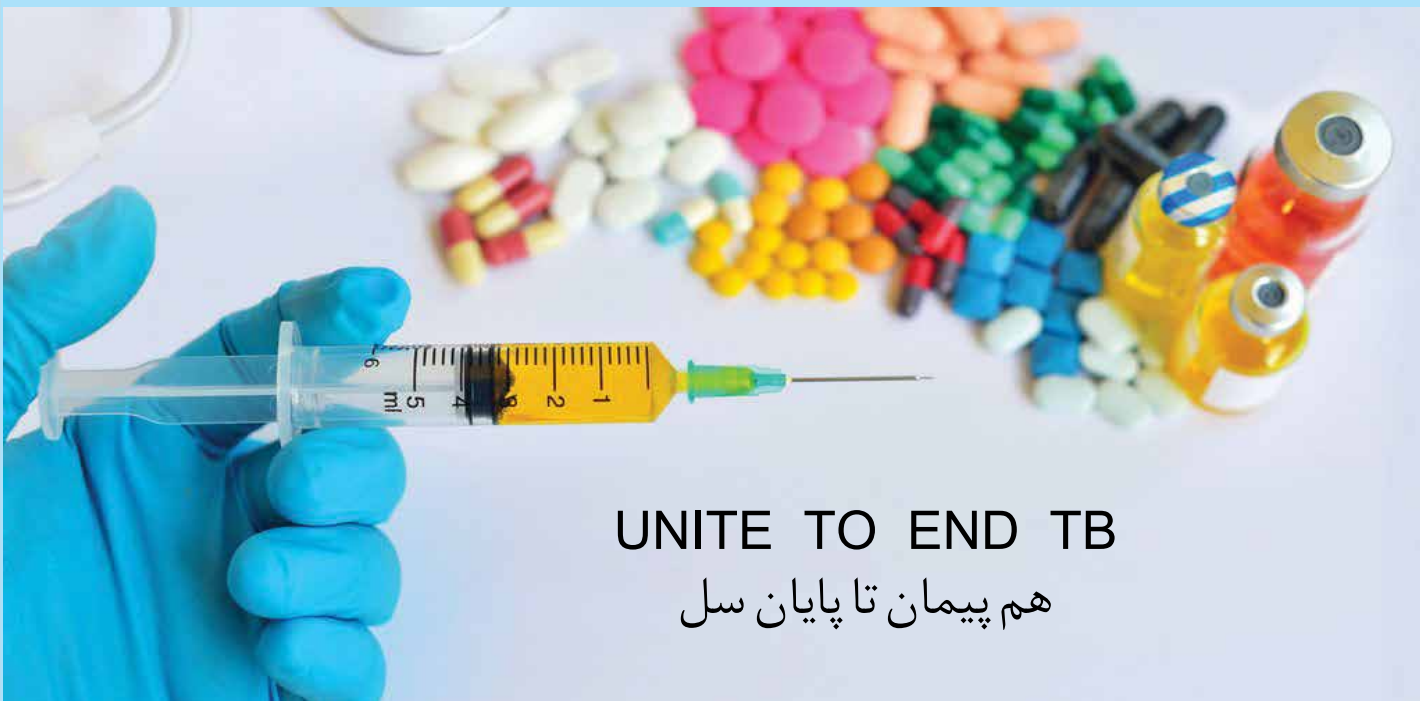
اگر به کارهای خود قضاوت کنی، احتیاج به قضاوت دیگران نخواهی داشت. اسحاق نیوتون

تکثیر شده و به سوش غالب در بدن بیمار مبدل می شوند. متأسفانه همین ویژگی است که باعث می شود تجویز رژیم درمانی استاندارد و کوتاه مدت برای بیمارانی که از ابتدا به باسیل های مقاوم به دارو آلوده شده اند، نه تنها فرد را درمان نکند، بلکه حتی سبب ایجاد مقاومت به طیف وسیع تری از داروهای ضد سل شود.

اگرچه دلایل رخداد پدیده مقاومت دارویی سل را به عوامل میکروبی، بالینی و برنامه ای تقسیم می کنند که این عوامل در جدول (۱) خلاصه شده است، اما در یک جمله می توان گفت که: **سل مقاوم به دارو در واقع یک پدیده ساخته دست بشر است.**

بدن فرد بیمار به آهستگی و در مدت طولانی (۶ ماه) از میکروب سل پاک می شود، اکثر باسیل ها در فاز حمله ای درمان کشته شده و باکتری های فاز نهفته در فاز نگهدارنده نابود می شوند. قطع دارو یا مصرف نامنظم و ناکافی باعث می شود باکتری سل در بدن باقی بماند و در مقابل داروهای خاص سل مقاوم شود. در این صورت با مصرف دارو، میکروب سل از بین نمی رود و درمان با شکست روبرو می شود که نتیجه آن

درمان بیمارانی مبتلا به سل و افزایش زمان و هزینه درمان و از همه مهمتر تهدید جدی کنترل بیماری سل در اثر سویه های مقاوم خواهد شد. بروز مقاومت دارویی در سل با معرفی اولین داروی ضد سل در دنیا در سال ۱۹۴۳ معنا یافت و شروع به افزایش کرد، اما متأسفانه در ادامه و به دنبال استفاده وسیع از «رِفامپین» که از دهه ۷۰ مصرف آن شروع شد، سل مقاوم به چند دارو در جهان ظهور کرد و سرعت به معضلی اساسی و تهدید کننده برای برنامه کنترل سل بسیاری از کشورها و در نتیجه جهان تبدیل شد. از نقطه نظر میکروب شناسی، مقاومت دارویی به دلیل موتاسیون (جهش ژنتیکی) در باسیل اتفاق می افتد؛ اما نکته آن است که درمان ناقص یا اشتباه اجازه می دهد که باسیل های جهش یافته ای که به داروها مقاوم شده اند به سوش غالب در بدن فرد مبتلا تبدیل شوند. به این ترتیب که باسیل های حساس به دارو در اثر داروهای ضد سل مصرفی از بین رفته، اما سوش های مقاوم با وجود درمان های ناقص و اشتباه، زنده مانده،



UNITE TO END TB

هم پیمان تا پایان سل

دوست ندارم جوانی از شمارا جز بر دو کوزه بینیم؛ دانشمند یا دانشجو امام صادق (ع)

انتشار میکروب سل مقاوم در جامعه خواهد بود. مقاومت دارویی سل عبارت است از کاهش اثر دارو در درمان سل که عامل اصلی این مقاومت، مصرف ناصحیح و ناکافی داروست. شکل مقاوم بیماری سل بسیار وخیم‌تر از شکل معمولی این بیماری است و درمان آن طولانی‌تر، عوارض دارویی بیشتر و پرهزینه و در برخی موارد درمان ناموفق است. این فرد میکروب سل مقاوم را به خانواده، نزدیکان، همکاران یا هر فرد دیگری که ساعتی را با وی

سپری می‌کند انتقال می‌دهد. تشخیص مقاومت دارویی توسط پزشکان با تجربه و آزمایش‌های تخصصی امکان‌پذیر خواهد بود. بهترین راه پیشگیری از ایجاد سل مقاوم به درمان، مصرف صحیح و کامل دارو تحت نظارت مستقیم روزانه، توسط کارکنان بهداشتی است. در صورت مشاهده فرد مبتلا به سل لازم است، وی را جهت دریافت رایگان دارو و مراقبت حین درمان به نزدیک‌ترین مرکز خدمات جامع سلامت ارجاع داد.

نتیجه‌گیری



سل مقاوم به دارو یک پدیده ساخته دست بشر است. یکی از مشکلات اساسی در درمان بیماری سل در دنیای امروز، موضوع مقاومت دارویی این بیماری است؛ زیرا علاوه بر پرهزینه بودن درمان و خطر بالای مرگ و میر، تهدیدکننده کنترل این بیماری نیز هست. بهترین راه پیشگیری سل مقاوم به چند دارو درمان کامل بیمار تازه تشخیص داده شده است و درمان صحیح با استفاده از روش DOTS (Directly Observed Treatment Short-course) مهم‌ترین راهکار در پیشگیری از این معضل بهداشتی است.

پیشنهادهای

- * درمان صحیح و مؤثر بیماران مبتلا به سل با استفاده از ترکیب چند دارو، دوز کافی و طول مدت مناسب تحت نظارت مستقیم روزانه توسط ناظر آموزش دیده
- * پایش پاسخ به درمان در فواصل معین با توجه به دستورعمل کشوری مبارزه با سل برای شناسایی بموقع بیماران مقاوم به دارو
- * درخواست و انجام بموقع آزمایش‌های کشت و تست حساسیت دارویی برای افراد مشکوک به مقاومت دارویی مطابق دستورعمل کشوری مبارزه با سل
- * آموزش رعایت بهداشت فردی / تهویه مناسب / تغذیه مناسب و بهبود روش‌های کنترل عفونت در مراکز خدمات جامع سلامت
- * بازآموزی دوره‌ای دستورعمل کنترل بیماری سل برای ارائه‌دهندگان خدمت
- * انجام بیماری‌یابی فعال در اطرافیان بیماران مبتلا به سل مقاوم به دارو بخصوص در کودکان در تماس



منابع

- * ناصحی، مهشید؛ میرحقانی، لیلا؛ ۱۳۸۹، راهنمای کشوری مبارزه با سل تهران: اندیشمند
- * پورحاجی باقر، مریم؛ نصرالهی محترم و همکاران، «مقاومت مایکوباکتریوم توبرکلوزیس به داروهای ایزونیاژید و ریفامپین»، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بابل: اردیبهشت ۱۳۹۱، دوره ۱۴ شماره ۳، پی‌درپی ۶۶؛ از صفحه ۶۶ تا صفحه ۷۲.
- * آخرین دستورعمل کشوری درمان سل
- <http://www.idaweb.ir>

عاقل همه آنچه را که می‌دان نمی‌گوید، ولی آنچه را که می‌گوید می‌داند. *ارسطو*