

نظام پزشکی

مجله



نشریه رسمی سازمان نظام پزشکی شیراز
شماره ۵۱ / تابستان ۱۴۰۱



MEDICATION WITHOUT HARM



World Health
Organization



World
Patient Safety
Day 17 September

مرکز تصویر برداری پزشکی تابش

Tabesh Medical Imaging Center



- ام آر آی ۱/۵ تسلادیجیتال فیلیپس
- سی تی اسکن مولتی اسلایس
- ماموگرافی با کمترین دوز اشعه
- سونوگرافی و داپلر رنگی
- سونوگرافی تخصصی زنان و مامایی
- سنجش تراکم استخوان BMD
- رادیو گرافی دیجیتال
- رادیولوژی مداخله ای (اینترونشن)



ایران . شیراز . خیابان شهید فقیهی (مورترگر)

تقاطع معدل . مرکز تصویر برداری تابش

WWW.TABESHCENTER.COM

۰ ۷ ۱ - ۳ ۲ ۳ ۱ ۱ ۱ ۱ ۱

T A B E S H _ C E N T E R

@ T A B E S H _ S H I R A Z



کلینیک رادیولوژی و سونوگرافی دکتر

محمد رضا پایدار

سونوگرافی
ماموگرافی دیجیتال
رادیولوژی دیجیتال
رادیولوژی دیجیتال دندان

• با بیش از ۱۵ سال سابقه و مجهز به دستگاه های پیشرفته سونوگرافی روز دنیا

• انجام سونوگرافی توسط متخصص خانم در صورت تمایل بیمار



مرکز تخصصی سونوگرافی بارداری: NT ، سلامت جنین، پایش رشد جنین، سونوگرافی رنگی جفت و جنین، سه بعدی و چهار بعدی

انواع تصویربرداری های زنان شامل: ماموگرافی، سونوگرافی سینه، سونو هیسترو و عکس رنگی رحم

نمونه برداری از ضایعات پستان و تیروئید و تپ مایع جنین زیر گاید سونو

انواع سونوگرافی های رنگی و عمومی

آمینو سنتر

فارس، شیراز، خیابان بیست متری سینماسعدی (هفت تیر)

نبش چهار راه معدل ، جنب سوپر دانیال

۰۷۱-۳۲۳۵۲۵۸۸

۰۷۱-۳۲۳۰۲۹۳۵



آزمایشگاه پاتوبیولوژی و ژنتیک

Peyvand Pathobiology and Genetics Lab

**ما آنچه هستیم که مدام تکرار می کنیم
بنابراین تعالی یک عمل نیست بلکه یک عادت است.**

به یاد بیاور که چرا شروع کردی

آزمایشگاه پاتوبیولوژی و ژنتیک پیوند از ابتدای تاسیس و راه اندازی دنباله رو این تفکر بوده که در حد توان بهترین ها را در اختیار مراجعه کنندگان محترم قرار دهد. لذا برای پاسداشت و وفاداری نسبت به این ایده اقدام به گسترش فضای فیزیکی آزمایشگاه نموده است تا موجبات آسایش و راحتی بیشتر مراجعه کنندگان محترم را فراهم نماید.

مدیریت و کارکنان آزمایشگاه پیوند



ربات پیوند ۰۰ ۷۱۱ ۰۰ ۹۳۸

peyvandlab.me info@peyvandlab.me peyvandlabcomplex_shiraz

شیراز . خیابان اردیبهشت . حدفاصل خیابان هفت تیر
و صورتگر . نبش کوچه ۲ . جنب برج الکترونیک
۰ ۷ ۱ - ۹ ۱ ۰ ۰ ۷ ۱ ۷ ۱

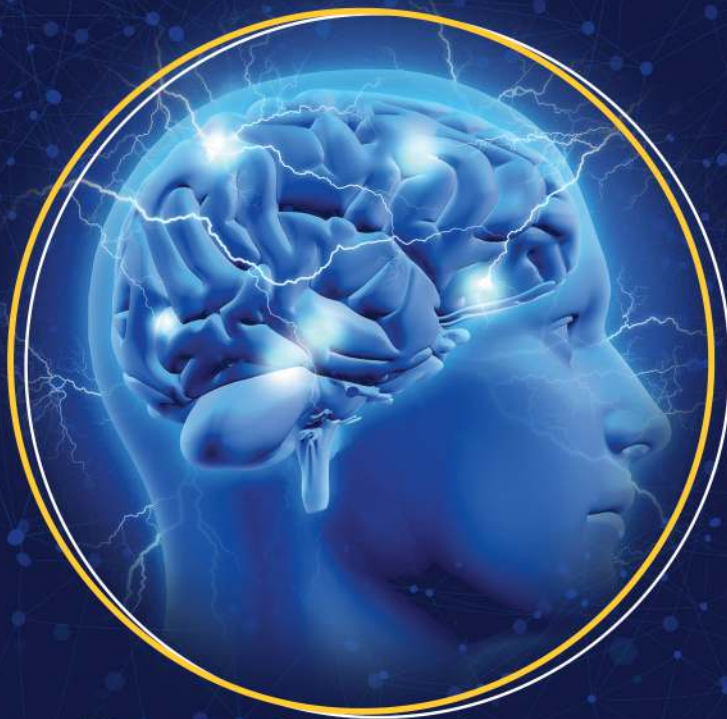
دکتر صفورا کوکی

متخصص بیماری های مغز و اعصاب
فلوشیپ نوروفیزیولوژی بالینی (صرع)

[تنها مطب خصوصی انجام دهنده نوار مغز ویدئویی در استان فارس]

نوار مغز، عصب، عضله و چشم برای کودکان و بزرگسالان

◀ دارنده گواهینامه دوره پیشرفته نوار مغز در تشخیص
و درمان صرع از سازمان جهانی صرع



درمان بیماری های مغز و اعصاب

📍 شیراز . خیابان ملاصدرا . کوچه ۴

ساختمان پارسه . طبقه ۱ . واحد ۴

☎ ۰۷۱ - ۳۶۴۷۴۹۲۵

📠 ۰۹۰۳۵۵۵۹۷۸۶

✉ drkowkabi@gmail.com

🌐 www.drkowkabi.com

صاحب امتیاز: سازمان نظام پزشکی شیراز
مدیر مسئول: دکتر محمود حقیقت
سردبیر: دکتر مهرداد امیرآبادی
مدیر اجرایی: دکتر امید فاضل زاده
کارشناسان مسؤول: ندا سلیمانی

هیئت تحریریه (به ترتیب حروف الفبا):
دکتر علی امامی، دکتر سیاوش باباجعفری، دکتر نسرين دانش،
دکتر امین رجاء، دکتر قنبرعلی رییس جلالی، دکتر علیرضا
شکیبافرد، دکتر زهرا قائمی، دکتر سعید نعمتی، دکتر سعید
نوریان، مرنیه یوسفی نژاد، دکتر حمیرا وفايي، دکتر لاله
تدین، دکتر مانده حاجی آقایی، دکتر محمدصادق مسعودی،
دکتر محمدرضا نمازی، دکتر عباس یوسفی نژاد



مجری نشریه: کانون تبلیغات توسعه
(دارای مجوز رسمی به شماره ۸/۲۹۸۶۷)
از اداره کل فرهنگ و ارشاد اسلامی استان فارس

دبیر اجرایی: حسین دشتی
مدیرمسئول: راضیه شیبانی
دبیر اجرایی: مریم رنجبر
امور پشتیبانی: دنیا تهمورثی
امور مالی: مهدیه کاظمی کیا
امور تهیه و تنظیم مطالب: حلیمه زارع
امور آگهی ها: فرزانه زارع، ناهید برزو
امور هنری (طراحی و صفحه آرایی): فروغ فراغتی، پگاه گودرزی،
افسانه سرانی
نظارت چاپ: محسن پایدار
لیتوگرافی، چاپ و صحافی: مجتمع چاپ دنیا شیراز
نشانی کانون: شیراز، خیابان هدایت غربی، پلاک ۱۸۱
تلفکس: ۰۷۱ - ۳۲۳۶۳۲۵۷-۹ کدپستی: ۷۱۳۴۶ - ۵۴۱۳۵
ایمیل: toseejournals@gmail.com
پایگاه اینترنتی: www.TOSEEADS.com
تلفن تماس برای هماهنگی درج آگهی و مقاله ها در نشریه: ۰۹۱۷۰۴۵۷۵۳۹



یادداشت سردبیر

دکتر مهرداد امیرآبادی

تابستان امسال در بسیاری از شهرهای جهان، وضعیت سفید دربارۀ بیماری کرونا اعلام گردید. رهایی نسبی از همه گیری کووید ۱۹، فرصتی برای کشورها و ملت های مختلف جهان است تا اقدامات اقلیمی و خدمات بهتر بهداشتی- درمانی را در دستور کار خود قرار دهند. با نگاهی به مشکلات و موانعی که در ایام همه گیری این بیماری در کشور پدید آمد، می توان به نقائص عملکرد و نحوه مقابله مؤثرتر با بیماری های مشابه پی برد. این امر، لزوم توجه به کار گیری روش های نوین ارائه خدمات آموزشی، بهداشتی، درمانی و بازنگری توانایی ها و بررسی امکانات مورد نیاز آموزش کارکنان تخصصی و غیرتخصصی و تکمیل نواقص فیزیکی مراکز بهداشتی درمانی را بیش از پیش، نشان می دهد. از آن جا که احتمال بروز اندمی ها و پاندمی های مجدد در کشور عزیزما ایران وجود دارد، باید با بررسی تمامی جوانب برای مقابله با موارد احتمالی در آینده، آمادگی های لازم را کسب کرد. آینده سلامت ما، بستگی به دولت ها و سازمان های ملی، منطقه ای و محلی، جوامع، دانشگاه ها و مؤسسات عالی، بخش خصوصی و تمام ذی نفعان مرتبط دارد که با کمک هم برای ایجاد جامعه ای سالم و مقاوم در برابر مشکلات بهداشتی- درمانی، فعالیت کنند.

خواهشمند است گزارش ها و مقاله های خود را به صورت فایل (word) و یا ذکر منبع به پست الکترونیکی زیر ارسال کنید.

nezampezeshkishiraz@yahoo.com

عکس های ارسالی تنها در صورت دارا بودن مشخصات زیر قابل استفاده خواهند بود.

Mode: CMYK

Resolution: 300 DPI

رهبر معظم انقلاب اسلامی:

تعهد انسانی و دینی مجموعه درمانی را
امروز مشاهده می‌کنیم؛ کار پزشکان و
پرستاران جهاد فی سبیل الله است.



فهرست

اخبار صنفی

- ۵۷ گزارش خلاصه عملکرد سازمان نظام پزشکی شیراز در تابستان ۱۴۰۱
- ۵۹ بیانیه هیئت مدیره سازمان نظام پزشکی شیراز
- ۱۰ مراسم بزرگداشت روز پزشک با حضور خانواده‌های شهدای سلامت
- ۱۲ سودای خام حل مشکلات با افزایش ظرفیت پذیرش دانشجو در دانشگاه‌های علوم پزشکی
- نشست سازمان نظام پزشکی شیراز در خصوص حق الزحمه پزشکان عمومی و متخصصان
- ۱۳ بخش خصوصی
- ۱۴ لزوم تعیین عوارض شغلی بر اساس درآمد واقعی حرف پزشکی
- ۱۵ اصلاح و تکمیل بیش از ۲۶۰۰ کد اقتصادی و اظهارنامه مالیاتی در سازمان نظام پزشکی شیراز
- ۱۶ تجارب کشورهای پیشرو در گردشگری سلامت (تایلند)
- ۲۱ مدیریت کلینیک (بخش ۱- انتخاب‌های حرفه)

علمی و پژوهشی

- ۲۹ آزمون بالینی
- ۳۰ بارداری در محل جوشگاه سزارین
- ۳۷ پاسخ آزمون بالینی
- ۳۸ خودکشی قابل پیشگیری است
- ۴۱ برنامه پیشنه‌ای به وزارت بهداشت جهت بهبود تغذیه مادر و نوزاد در ایران
- ۴۴ سبک زندگی و فشار خون بالا بررسی مبتنی بر شواهد
- ۴۹ دروغ گفتن به بیماران- آیا گاهی اخلاقی است؟
- ۵۱ آیا محدود کردن کالری می‌تواند روند پیری را کند نماید؟
- ۶۱ بیماری زخم پپتیک (بخش پنجم)

فرهنگ و ادبی

- ۶۴ برگی از تاریخ پزشکی فارس
- ۶۶ تقدیم به کارکنان نستوه درمان
- ۶۷ آشنایی با نظام مراقبت آسایشگاهی
- ۷۰ آشنایی با مشاهیر جهان
- ۷۱ کرونا
- ۷۲ پیشنهادهای ویژه
- ۷۴ نکته‌ها
- ۷۷ اخذ رضایت در موارد اورژانسی
- ۷۸ معرفی کتاب
- ۸۰ معرفی کتب منتشره انتشارات دانشگاه علوم پزشکی شیراز
- ۸۲ مناسبت‌های تقویم پاییز ۱۴۰۱



فایل pdf نشریه نظام پزشکی روی وبسایت
رسمی سازمان نظام پزشکی شیراز به آدرس
www.shirazimc.ir بارگذاری شده است. برای
دریافت آن می‌توانید به منوی «نشریه سازمان»
وارد شوید و فایل نشریه را دانلود کنید.

گزارش خلاصه عملکرد سازمان نظام پزشکی شیراز در تابستان ۱۴۰۱

تیر ماه

۵۴ برگزاری جلسه با معاون امور مشترکین سازمان آب و فاضلاب؛ مورخ

۱۴۰۱/۰۴/۱۲

۵۵ برگزاری جلسه کمیته عوارض؛ مورخ ۱۴۰۱/۰۴/۱۲

۵۶ برگزاری جلسه شورای هماهنگی استان؛ مورخ ۱۴۰۱/۰۴/۱۷

۵۷ برگزاری جلسه کمیته خیرین سازمان؛ مورخ ۱۴۰۱/۰۴/۲۰

۵۸ برگزاری جلسه اعضای هیئت مدیره، انجمن پزشکان عمومی و انجمن

بیمارستان‌های خصوصی جهت بررسی حق الزحمه پزشکان عمومی و

متخصص شاغل در بیمارستان‌های خصوصی؛ مورخ ۱۴۰۱/۰۴/۲۰

۵۹ تحویل گودبرداری و خاکبرداری انجام شده پروژه ساخت‌وساز به

مسئول انجام فونداسیون (مهندس قاسمی)؛ مورخ ۱۴۰۱/۰۴/۲۹

۵۱ برگزاری جلسه با تعاونی مسکن جهت حذف سازمان نظام پزشکی از

تعاونی مسکن؛ مورخ ۱۴۰۱/۰۴/۰۴

۵۲ برگزاری جلسه با بانک تجارت درباره ارائه تسهیلات به جامعه پزشکی؛

مورخ ۱۴۰۱/۰۴/۰۴

۵۳ برگزاری جلسه ریاست سازمان و معاونت پشتیبانی با مهندسين معمار

سازه، اجرایی و ناظر پروژه در خصوص تصمیم‌گیری برای ساخت‌وساز

باغ-موزه حکیم؛ مورخ ۱۴۰۱/۰۴/۱۱



مرداد ماه

۵۱ برگزاری جلسه‌های بازآموزی پزشکان عمومی؛ مورخ ۱۴۰۱/۰۵/۰۶ و ۱۴۰۱/۰۵/۰۷

۵۲ برگزاری مراسم نشست روز پزشک با دعوت از روسای انجمن‌ها و مسئولین استانی و خانواده شهدای سلامت جامعه پزشکی و تعداد ۴۰ نفر از جامعه پزشکی به عنوان نمونه استانی و اعضای معاونت انتظامی به منظور تقدیر و تشکر از آنها و معرفی ۷ نفر پزشک نمونه کشوری و ۳ نفر داروساز نمونه کشوری؛ مورخ ۱۴۰۱/۰۵/۳۱

۵۳ برگزاری جلسه با کارشناس میراث فرهنگی به منظور بررسی طرح موزه در پروژه باغ - موزه حکیم؛ مورخ ۱۴۰۱/۰۵/۱۲

شهریور ماه

۵۱ برگزاری جلسه با موضوع نمایشگاه سلامت عمان با حضور رئیس سازمان؛ نمایندگان استانداری و تعدادی از پزشکان منتخب و اساتید دانشگاه؛ مورخ ۱۴۰۱/۰۶/۰۲

۵۲ برگزاری کمیته اخلاق پزشکی سازمان؛ مورخ ۱۴۰۱/۰۶/۰۳

۵۳ برگزاری کمیته خیرین سازمان؛ مورخ ۱۴۰۱/۰۶/۲۱

۵۴ جلسه با مسئولین بانک رسالت پیرامون ارائه تسهیلات جامعه پزشکی براساس توافق نامه؛ مورخ ۱۴۰۱/۰۶/۲۸

۵۵ بازدید کارشناس دادگستری از پروژه ساخت و ساز باغ - موزه حکیم؛ مورخ ۱۴۰۱/۰۶/۲۲

روابط عمومی سازمان نظام پزشکی شیراز - لیلا زمانی



بیانیه هیئت مدیره سازمان نظام پزشکی شیراز



باسمه تعالی

به موجب جزء ۵ بند ک از تبصره ۱۷ قانون بودجه امسال، تمدید پروانه مسئول فنی و صدور یا تمدید پروانه مطب پزشکان و صدور گواهی اعتبار بخشی مراکز درمانی در تمامی بخش‌ها منوط به عقد قرارداد با سازمان‌های بیمه گر پایه است. در شرایط فعلی کشور، الزامات مادی و زیرساخت‌های لازم برای اجرای این جزء از قانون بودجه به هیچ وجه، فراهم نیست؛ زیرا که در همین جزء ۵ قانون ذکر شده است که مفاد ماده ۳۸ قانون الحاق نیز باید اجرایی شود و سازمان‌های بیمه گر پایه موظفند که ظرف دو هفته از ارسال صورتحساب‌های مراکز درمانی، ۶۰٪ هزینه‌ها و حداکثر ظرف دو ماه، تمامی هزینه‌های درمانی را به مراکز و مؤسسات پزشکی پرداخت نمایند، در حالی که در حال حاضر نه تنها این بند از قانون اجرایی نشده، بلکه به عنوان مثال مطالبات معوق مراکز درمانی از سازمان بیمه تأمین اجتماعی به بیش از ۹ ماه می‌رسد. با توجه به محدودیت‌های مالی سازمان‌های بیمه گر پایه و با عنایت به وجود تعداد بی‌شماری از پزشکان و مراکز درمانی فاقد قرارداد با بیمه، در عمل امکان پوشش و عقد قرارداد با تمامی اعضای جامعه پزشکی در سال جاری میسر نیست. از طرف دیگر الزام اعضای محترم و کوشش جامعه پزشکی به عقد قرارداد اجباری با بیمه‌ها، ناقض تعدادی از اصول قانون اساسی به ویژه اصل ۲۸ آن است و به نوعی محدود کننده آزادی عمل به انتخاب شغل تفسیر می‌شود. نکته دیگر آن که از نقطه نظر ضوابط حرفه‌ای و فنی، عقد قرارداد اجباری با بیمه‌ها ممکن است محدودیت‌هایی برای جامعه پزشکی به ویژه پزشکان متخصص و فوق تخصص از منظر تجویز دارو، درخواست خدمات آزمایشگاهی و تشخیصی و استقلال تدبیر بالینی برای درمان بیماران ایجاد کند که ناقض آزادی‌های مشروع و علمی پزشک در بررسی، معاینه و درمان بیماران تلقی شده و این مقوله حساس و حیاتی به نوعی تحت تأثیر سیاست‌های یکسویه، دستوری و انقباضی بیمه‌ها قرار می‌گیرد. نکته مهم دیگر آن است که چنین رویکردی برخلاف اصل ۴۴ قانون اساسی و ناقض فعالیت و استقلال بخش خصوصی درمان نیز تفسیر شده، به نوعی که تمامی اعضای جامعه پزشکی را وابسته به سازمان‌های بیمه گر و حقوق بگیر دولت می‌نماید.

در پایان، هیئت مدیره سازمان نظام پزشکی شیراز اعتقاد راسخ دارد که در شرایط اقتصادی، سیاسی و اجتماعی فعلی کشور و شرایط اسف بار اقتصادی نظام سلامت، زیرساخت‌های لازم و منابع مالی کافی برای اجرای قانون ذکر شده وجود نداشته و ضروری است که دولت‌مدان ساز و کار مناسبی برای پاسخگویی به مطالبات انباشته شده بخش خصوصی درمان از سازمان‌های بیمه گر را تدارک دیده و از نابودی و ورشکستگی این بخش حساس و خدمتگزار جلوگیری کنند. شایان ذکر است که جامعه بزرگ و فرهیخته پزشکی کشور در این برهه نیز چاره‌ای جز صبر و تحمل همراه با استقامت و پایداری در مقابل هجمه‌های غیرمنصفانه، تصمیم‌گیری‌های یک جانبه و ناسپاسی در برابر جانفشانی و از خود گذشتگی تمامی آحاد جامعه بزرگ و فداکار پزشکی کشور ندارد؛ مصداق این بیت از غزل سرای بزرگ پایتخت فرهنگی کشور، حافظ شیرازی که می‌فرماید:

فلک به مردم نادان دهد زمام مراد تو اهل فضلی و دانش، همین گناهت بس

در مراسم بزرگداشت روز پزشک با حضور خانواده‌های شهدای سلامت عنوان شد؛ انسجام جامعه پزشکی؛ راه‌گشای حل مشکلات



در ابتدای مراسم، دکتر دیدبان، رئیس هیئت مدیره نظام پزشکی شیراز ضمن تبریک روز پزشک گفت: جامعه پزشکی با وجود ارائه نقش مهم خود در سلامت جامعه، به ویژه در سه سال اخیر که ویروس منحوس کرونا شرایط سخت‌تری را برای آن‌ها و سایر مدافعان سلامت ایجاد کرده است، با مشکلات متعددی از جمله حمله‌ها و موضع‌گیری‌های غیرمنصفانه برخی رسانه‌ها، افزایش دستوری تعرفه‌ها به میزانی پایین‌تر از نرخ تورم سالانه، هزینه‌های سرسام‌آور، افزایش ظرفیت پذیرش دانشجویان رشته پزشکی، عوارض شهرداری، مالیات و معوقات پرداختی بیمه‌ها مواجه بوده است که این مشکلات می‌تواند در بلندمدت منجر به ورشکستگی بسیاری از مراکز تشخیصی و درمانی خصوصی، مهاجرت پزشکان و سایر نخبگان این حوزه به خارج از کشور شود. وی انسجام جامعه پزشکی را راه‌گشای حل مشکلات موجود دانست.

رئیس کل دادگستری استان فارس، حجت‌الاسلام والمسلمین سید کاظم موسوی، نیز ضمن بزرگداشت زادروز حکیم بوعلی سینا و تبریک روز پزشک بیان کرد: حوزه پزشکی همانند قضاوت، موجب حفظ قوام یک جامعه است و باید در حفظ شأن آن کوشید. وی با بیان این نکته که هیچ پزشکی به عمد خدشه و آسیبی به بیماران خود وارد نمی‌کند، گفت: برخورد با پزشکانی که قصور آنها ثابت شده، امری طبیعی و عاقلانه است؛ اما متأسفانه این روزها، شاهد دخالت افراد فاقد تخصص و نیز فعالیت مراکز غیرمجاز در حوزه پزشکی هستیم که منجر به وارد آمدن خدشه و آسیب بر پیکره آن شده است. او همکاری سازمان نظام پزشکی و دادگستری را در برخورد با این افراد و مراکز بسیار مؤثر دانست.

در ادامه، دکتر حقیقت، رئیس انجمن متخصصین بیماری‌های کودکان نیز ضمن تقدیر از هیئت مدیره سازمان نظام پزشکی و تبریک روز پزشک، بر عوامل نخبه‌کشی در طول تاریخ کشور از جمله عدم بهره‌مندی و به کارگیری نخبه‌ها و فرار مغزها اشاره کرد. مراسم بزرگداشت روز پزشک، با قدردانی و اهدای لوح سپاس به خانواده شهدای سلامت، رؤسای هیئت انتظامی و انجمن‌ها و پزشکان نمونه به پایان رسید.

روابط عمومی سازمان نظام پزشکی شیراز - لیلای زمانی



سودای خام حل مشکلات نظام سلامت از طریق افزایش ظرفیت پذیرش دانشجو در دانشگاه‌های علوم پزشکی



به گزارش روابط عمومی سازمان نظام پزشکی کل کشور، دکتر دیدبان اردکانی، رئیس سازمان نظام پزشکی شیراز، اظهار نمود: افزایش ظرفیت پذیرش دانشجو در دانشگاه‌های علوم پزشکی نه تنها گرهی از مشکلات درمانی مردم باز نمی‌کند بلکه منجر به پیچیده‌تر شدن شرایط ارائه خدمات درمان و افزایش مهاجرت گروه پزشکی خواهد شد. دکتر محمد رضا دیدبان اردکانی، در گفت‌وگو با خبرنگار روابط عمومی سازمان نظام پزشکی کل کشور تصریح کرد: اکنون در کشور ما، از تمام فضا و امکانات آموزشی به صورت حداکثری، جهت آموزش دانشجویان استفاده می‌شود؛ بدیهی است در صورت افزایش دانشجو قطعاً مشکلاتی از قبیل کاهش فضای آموزشی، محدودیت استفاده از اساتید و ... به وجود می‌آید که نتیجه آن، تربیت دانشجویان کم سواد خواهد بود و تبعات و آسیب‌های ناشی از این موضوع نیز در نهایت متوجه مردم و بیماران می‌شود.

وی با اشاره به اینکه در سال‌های اخیر، گزینش دانشجو برای مناطق محروم به صورت ویژه و با سهمیه مخصوص انجام می‌پذیرد؛ افزود: در وهله اول، شایسته است که جهت پوشش مناطق محروم و دور افتاده، از این دانش‌آموختگان استفاده شود که متأسفانه اغلب این همکاران، در مناطق برخوردار حضور دارند و تازمانی که زیرساخت‌های اعزام پزشک به مناطق محروم اعم از امکانات رفاهی و تعیین تعرفه‌های واقعی انجام نشود، حتی در صورت افزایش پذیرش دانشجو، باز مشکلات مناطق محروم مرتفع نخواهد شد. رئیس سازمان نظام پزشکی شیراز با بیان اینکه نظام سلامت کشور به ویژه در سال‌های اخیر، دچار مشکلات و چالش‌های زیادی شده است؛ ادامه داد: افزایش ظرفیت پذیرش دانشجویان علوم پزشکی بدون برنامه‌ریزی، می‌تواند این مشکلات و معضلات را افزایش داده و خدمت‌رسانی به افراد جامعه را خدشه دار کند. وی تأکید کرد: افزایش ظرفیت‌ها، نه تنها موجب تسهیل دسترسی مردم به خدمات نخواهد شد بلکه با تنگ‌تر شدن عرصه کسب و کار، منجر به افزایش مهاجرت جامعه پزشکی نیز خواهد شد؛ معضلی نگران‌کننده که گریبان گیر جامعه امروز ماست.

نشست سازمان نظام پزشکی شیراز با موضوع حق الزحمه پزشکان عمومی و متخصص در بخش خصوصی سلامت

به گزارش روابط عمومی سازمان نظام پزشکی شیراز، در جلسه‌ای که در تاریخ ۲۰ تیرماه ۱۴۰۱ در محل سازمان نظام پزشکی شیراز با حضور انجمن بیمارستان‌های خصوصی و انجمن پزشکان عمومی برگزار شد، حق الزحمه پزشکان عمومی و متخصص در بخش خصوصی، مورد بحث و بررسی قرار گرفت. دکتر باز یار، عضو هیئت مدیره سازمان نظام پزشکی شیراز، با تأکید بر نبود هیچ دستورالعملی برای تعیین حق الزحمه پزشکان مقیم در بیمارستان‌های بخش خصوصی تا پیش از سال ۸۲، به نادیده گرفتن این همکاران، در کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت اشاره کرد و گفت: تعرفه‌ها، بر اساس واقعیت تعریف نشده است و حمایت سازمان‌های بیمه گر در این مهم نیز بر اساس تعرفه‌های واقعی نیست. وی ضمن اشاره به مشکلات درآمدی پزشکان مقیم در بیمارستان‌های بخش خصوصی، به لزوم اتحاد جامعه پزشکی با انجمن‌های بیمارستان‌های خصوصی برای رسیدن به اهداف، جایگاه و حقوق واقعی پزشکان اشاره کرد.

در این راستا دکتر متقیان پور، رئیس انجمن پزشکان عمومی نیز به ضرورت تعامل بین بیمارستان با جامعه پزشکی در بخش خصوصی، به عنوان یک رکن مهم در جهت نیل به عزت و صلابت جامعه پزشکی تأکید کرد. همچنین دکتر مائده حاجی آقایی، عضو هیئت مدیره سازمان نظام پزشکی شیراز، نادیده گرفته شدن پزشکان مقیم، در کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت و عدم تعیین تکلیف این قشر از کارکنان درمان در قانون را از جمله مشکلاتی دانست که باید در اسرع وقت حل و فصل شود. وی با اشاره به قانون بهره‌وری بر لزوم حرکت به سمت اجرای این قانون، برای پزشکان متخصص و عمومی در بیمارستان‌ها تأکید کرد.

در ادامه دکتر شهبازی و دکتر شاقاسمی از اعضای هیئت مدیره سازمان نظام پزشکی شیراز، به حفظ شأن و جایگاه جامعه پزشکی و برخورداری این قشر از حداقل‌های معیشتی در سایه همفکری و تعامل به عنوان یک امر مهم در نفع دو طرف (انجمن بیمارستان‌های خصوصی و پزشکان مقیم) اشاره کردند.

دکتر خوشنود، عضو انجمن بیمارستان‌های خصوصی نیز ضمن تأکید بر هزینه‌های بالای بیمارستان‌ها، با اشاره به سهم هزینه‌های درمان، تورم و تعرفه‌ها مشکل اصلی جامعه امروز را پایین بودن تعرفه‌ها دانست و گفت: یکی از الزامات افزایش حق الزحمه پزشکان مقیم، اصلاح تعرفه‌ها بر اساس واقعیت است و باید به صورت مستمر، پیگیر این مهم بود.

در این راستا نیز دکتر حیاتی، عضو انجمن بیمارستان‌های خصوصی ضمن اشاره به هزینه بالای خرید و نگهداشت دستگاه‌ها و تجهیزات پزشکی در بیمارستان‌ها، متفاوت بودن هزینه ویزیت بیمارستان‌ها و مطب‌ها و اصلاح تعرفه‌ها را به عنوان امری مهم در تعیین حق الزحمه واقعی پزشکان مقیم در بیمارستان‌های بخش خصوصی برشمرد.

در پایان، دکتر دیدبان، رئیس سازمان نظام پزشکی شیراز گفت: به دور از انصاف است که یک پزشک با تمام تعهدات قانونی به خدمت‌رسانی در بیمارستان‌ها مشغول باشد، اما از حداقل امکانات معیشتی برخوردار نباشد. وی ادامه داد: با حل مشکلات و رسیدن به توافقی بر اساس عدالت، می‌توان مشکلات همکاران مقیم در بیمارستان‌ها را به یک سرانجام قابل قبول رساند.

روابط عمومی سازمان نظام پزشکی شیراز - لیلایمانی



در جلسه هیئت مدیره سازمان

با مدیرکل تشخیص و وصول درآمد شهرداری شیراز مطرح گردید؛

لزوم تعیین عوارض شغلی بر اساس درآمد واقعی حرف پزشکی

در جلسه‌ای که با حضور تعدادی از اعضای هیئت مدیره و مدیر کل تشخیص و وصول درآمد شهرداری در محل سازمان نظام پزشکی شیراز، در تاریخ ۲۸ شهریورماه ۱۴۰۱ برگزار شد، دکتر دیدبان، رئیس سازمان نظام پزشکی شیراز، ضمن برشمردن مشکلات فعلی جامعه پزشکی از جمله حجمه‌ها و موضع گیری‌های غیرمنصفانه نسبت به این جامعه، تعرفه‌های غیر واقعی و افزایش هزینه‌های مختلف از سوی شهرداری، خواستار تعدیل خواست‌ها و مطالبات شهرداری نسبت به این قشر شد.

مهندس گشتاسبی، مدیر کل تشخیص و وصول درآمد شهرداری شیراز ضمن اشاره به این موضوع که عوارض شغلی با نظارت وزارت کشور وضع می‌گردد، افزود: عوارض شغلی شامل همه افرادی است که در شهر مشغول به کار هستند.

وی همچنین از پایان قرارداد با اتاق اصناف که به موضوع ارسال ابلاغیه‌های عوارض مربوط می‌شد، خبر داد و در ادامه افزود: ما در حال پیگیری محاسبه مبلغ عادلانه عوارض مطب‌ها هستیم که این مهم با همکاری سازمان نظام پزشکی، میسر خواهد بود.

مدیر کل تشخیص و وصول درآمد شهرداری نیز بر نظارت بیشتر نظام پزشکی در زمینه تابلوی مطب‌ها و حفظ زیبایی شهر تاکید کرد.

مهندس امیری، معاون مدیر کل تشخیص و وصول درآمد شهرداری نیز با اشاره به نحوه محاسبه فعلی عوارض مطب‌ها، بر تعیین عوارض واقعی بر اساس درآمد و ضرورت حضور نماینده‌ای از نظام پزشکی جهت تعیین لایحه عوارض شغلی تاکید کرد.

وی همچنین نظام پزشکی را بهترین پل ارتباطی شهرداری با پزشکان دانست و نسبت به همکاری بیشتر در آینده، ابراز امیدواری کرد.

همچنین دکتر دهقان‌زاده، معاون مالی و پشتیبانی سازمان به مسائلی مانند: تحمیل عوارض‌های مختلف پسماندهای عفونی و شهرداری‌ها، عدم ارسال ابلاغیه‌ها به سازمان نظام پزشکی جهت اطلاع‌رسانی به اعضا، تأخیر شهرداری در صدور تأییدیه مطب‌ها به دلیل تغییرات جزئی در ساختمان مطب‌ها اشاره نمود.

دکتر شهبازی، عضو هیئت مدیره و دکتر صفوت، دادستان انتظامی سازمان نظام پزشکی شیراز، به تجمیع عوارض و ابلاغ آن تحت عناوین متفاوت، تفکیک و حذف دفع زباله‌های خانگی و شبه خانگی مطب‌ها از پسماندهای پزشکی، تنوع و انواع مختلف پسماندهای عفونی و خانگی و عدم جمع‌آوری صحیح آنها توسط شهرداری اشاره کردند. در این راستا، دکتر عسکری دبیر سازمان نیز بر هماهنگی شهرداری با سازمان نظام پزشکی جهت ابلاغ عوارض پزشکی مطب‌ها تاکید کرد.

روابط عمومی سازمان نظام پزشکی شیراز - لیلای زمانی



معاون مالی و پشتیبانی سازمان نظام پزشکی شیراز اعلام کرد:

اصلاح و تکمیل بیش از ۲۶۰۰ کد اقتصادی و اظهاریات مالیاتی در سازمان نظام پزشکی شیراز

همزمان با خرداد ماه و ایام تکمیل اظهارنامه‌های مالیاتی اشخاص حقیقی، بیش از ۲۶۰۰ اظهارنامه مالیاتی اعضای جامعه پزشکی به صورت الکترونیکی، ثبت و ارسال شد.

به گزارش روابط عمومی سازمان نظام پزشکی شیراز، دکتر غلامرضا دهقان زاده، معاون مالی و پشتیبانی سازمان نظام پزشکی شیراز با اشاره به تمدید مهلت تسلیم اظهارنامه ۱۴۰۰ مشاغل تا ۱۵ تیرماه گفت: همزمان با شروع ایام ثبت و ارسال اظهارنامه‌های مالیاتی (خردادماه)، همانند سال‌های گذشته با استقرار کافی نت و حضور مشاور مالیاتی سازمان، اظهارنامه‌های مالیاتی ۱۳۵۰ نفر از اعضای جامعه پزشکی در این سازمان تکمیل و ارسال شد همچنین تعداد ۱۳۵۰ پرونده مالیاتی (کد اقتصادی) در سامانه مالیات اصلاح گردید.



معاون امور مالی و پشتیبانی با تأکید بر استقبال پر شور جامعه پزشکی از این طرح و برگزاری جلسات آموزشی با محوریت شرح تکالیف، قوانین و بخشنامه‌های جدید مالیاتی جهت گروه‌های مختلف پزشکی و پیراپزشکی در چهار روز متوالی از تاریخ یکم تا چهارم خردادماه در سازمان نظام پزشکی، به خدمات دریافتی مراجعه کنندگان در این طرح از جمله آگاهی در خصوص قوانین جدید مالیات‌های مستقیم و مشاوره در خصوص مشکلات مالیاتی اعضا شامل گروه‌بندی مشاغل، تکالیف قانونی و معاملات فصلی (ماده ۱۶۹)، نحوه اعتراض و مراحل رسیدگی به اعتراضات مالیاتی مؤدیان، تشکیل پرونده‌های مالیاتی و دریافت کد اقتصادی، اصلاح کد اقتصادی در سامانه جدید امور مالیاتی و در نهایت تسلیم اظهارنامه مالیاتی اشاره کرد.

وی در ادامه با اشاره به اطلاع‌رسانی سریع بخشنامه‌ها و دستورالعمل‌های مالیاتی به جامعه پزشکی از طریق سایت و شبکه‌های مجازی در این ایام گفت: این سازمان، در طول سال نیز علاوه بر پیگیری مجدانه مشکلات مالیاتی جامعه پزشکی و شرکت در تمامی جلسات مرتبط با این موضوع در مراجع اداری و قضایی، نسبت به آگاهی بخشی و ارائه مشاوره توسط کارشناس مجرب مالیاتی همچنین اطلاع‌رسانی دستورالعمل‌ها و آراء محاکم قضایی به اعضای جامعه پزشکی شیراز اقدام می‌کند.

دکتر دهقان زاده همچنین با اشاره به توافق نامه اخیر سازمان مالیاتی عنوان کرد: ضریب درآمد مشمول مالیاتی مطب‌ها و مراکز تشخیصی و درمانی تا نصف ضرایب فعلی، تعدیل شد.

روابط عمومی سازمان نظام پزشکی شیراز - لیلای زمانی



تجارب کشورهای پیشرو در گردشگری سلامت (تایلند)



۳. تایلند

۳-۱. نگاهی اجمالی بر گردشگری سلامت (پزشکی و تندرستی)

تایلند یکی از رهبران گردشگری پزشکی و یکی از محبوب‌ترین و موفق‌ترین کشورهای در عرصه گردشگری پزشکی درون مرزی است. گردشگری پزشکی در تایلند در دهه ۱۹۷۰ آغاز شد، یعنی زمانی که تقاضای کشورهای غربی برای درمان‌های زیبایی و دیگر درمان‌های موجود (مانند عمل تغییر جنسیت) که دولت آن را تأیید نمی‌کرد و یا خارج از پوشش بیمه درمانی دولتی و خصوصی آنها بود، در این کشور ارائه شد. از آنجایی که این گونه عمل‌های جراحی معمولاً تحت پوشش بیمه نیستند و از طرفی هزینه زیادی دارند، علاقه‌مندان چنین جراحی‌هایی با در نظر داشتن هزینه کمتر و سرعت بیشتر برای دریافت خدمات ترجیح می‌دهند چنین جراحی‌هایی را در مقاصد گردشگری پزشکی دریافت کنند.

به زعم کوهن (۲۰۰۸) با وجود اینکه تایلند خیلی زود وارد این عرصه شد؛ اما به طور جدی در اواخر دهه ۱۹۸۰ و اوایل ۱۹۹۰ با تأسیس چندین بیمارستان خصوصی مجهز و پیشرفته که خدماتی را به گروه خاصی از افراد محلی و بیماران خارجی ارائه می‌دادند به توسعه گردشگری پزشکی خود پرداخت. از آن زمان به بعد مواردی همچون اعتباربخشی بین‌المللی صنعت مراقبت سلامت، تکنولوژی پیشرفته پزشکی، اتاق‌های لوکس بیمارستان‌ها، پزشکان آموزش دیده غرب، صلاحیت کارکنان مراقبت، هزینه‌های معقول خدمات پزشکی (برای مثال ۲۵ درصد از هزینه یک معالجه در ایالات متحده یا

اروپا) و زیرساخت‌های ممتاز گردشگری، این کشور را به یک مقصد گردشگری پزشکی جهانی تبدیل کرد.

تایلند همچنین کشوری پیشرو در گردشگری تندرستی و اسپا (SPA) است. در گذشته سنت‌های شفابخش این کشور دست کم از یک دیدگاه ترفیعی ارتباط خوبی با خدمات گردشگری پزشکی، تندرستی و اسپا نداشته‌اند؛ جز اینکه بازدیدکننده حین بازدید از یک اسپا یا تفرجگاه احتمالاً ماساژ تایلندی هم در خواست می‌کرد اما امروزه وضعیت در حال تغییر است، چنانکه مشتریان علاقه‌مند به سنت‌های شفابخش و درمان‌های روحی، جسمی و ذهنی در حال رشد هستند و اسپاها، تفرجگاه‌ها و اقامتگاه‌های تندرستی نیز به طور فزاینده‌ای بر ارائه یک «تجربه معتبر تایلندی» تأکید دارند. مفهوم اسپا تا سال ۱۹۹۳ یعنی زمانی که هتل ماندارین اورینتال در بانکوک نخستین اسپای خود را افتتاح کرد، مفهومی کاملاً جدید تلقی می‌شد؛ اما از آن زمان به بعد این صنعت به سرعت در حال رشد و توسعه بوده است. اسپاهای اولیه کشور معمولاً در تفرجگاه‌ها و هتل‌های ۵ ستاره واقع بودند و اولین اسپا؛ یعنی چیوا سام تقریباً ۱۵ سال پیش افتتاح شد.

به مرور زمان خدمات و محصولات اسپا، نقاط عمده فروش هتل‌ها و

افراد بسیاری مجبور شدند به بیمارستان‌های عمومی بازگردند؛ با آنکه به استفاده از خدمات بیمارستان‌های خصوصی برای درمان‌های پزشکی عادت کرده بودند. در این دوره، میزان اشغال بیمارستان‌های خصوصی ۲۰ تا ۳۰ درصد کاهش یافت و این پدیده هم دولت و هم بخش خصوصی را به تلاش و داشت تا بیماران دیگر کشورها را جذب و از این طریق به ادامه فعالیت بیمارستان‌های خصوصی کمک کنند. این همکاری میان دولت و بخش‌های خصوصی در ابتدا به شکل تجدیدنظر در سیاست‌های دولت و بیمارستان‌ها و اصلاح فعالیت‌های تبلیغاتی «مرکز سلامت» تحت حمایت دولت آغاز شد تا از این طریق، گردشگران پزشکی بیشتری را جذب کنند.

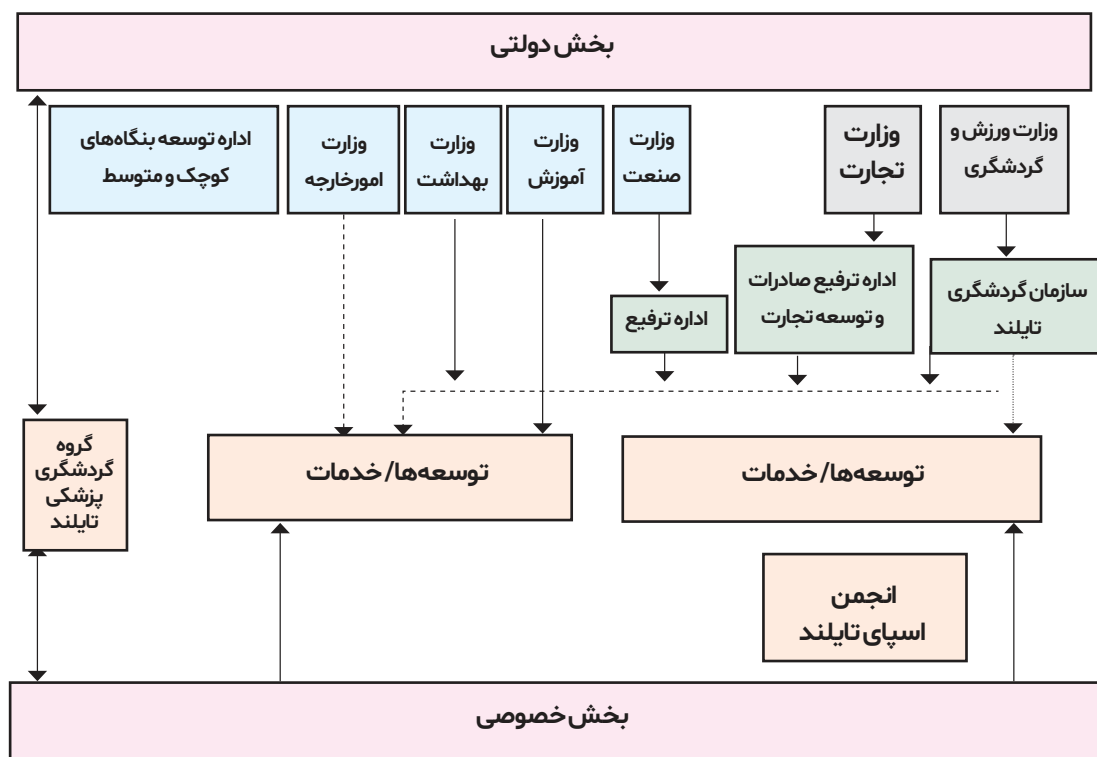
دولت تایلند همواره به دنبال تشویق سرمایه‌گذاری مستقیم خارجی در بخش گردشگری پزشکی بوده است. کالج‌های پزشکی در تایلند، ظرفیت‌هایی را به دانشجویان خارجی از دیگر کشورهای در حال توسعه اختصاص داده‌اند تا بتوانند از طریق تقسیم گردشگری پزشکی به آموزش پزشکی در زمینه‌های علوم پزشکی و امدادگری، به علاوه درمان‌ها و داروهای جایگزین، به این صنعت تنوع بخشند.

تفرجگاه‌ها شدند و این موضوع باعث شد مشتریان احساس آرامش و راحتی بیشتری داشته باشند و مادامی که در هتل‌ها اقامت دارند از اوقات فراغتشان لذت ببرند. در نتیجه این عملکرد مناسب؛ هتل ریزورت اسپاها در مقایسه با سایر اسپاها که درآمد ثابتی داشتند، روند رو به رشد مثبتی را تجربه کردند. بنابراین امروزه هتل ریزورت‌های معمولی تالوکس و تجملی معمولاً خدمات اسپا ارائه می‌دهند. به طور کلی مفهوم اسپا در تایلند نیازمند سرمایه‌گذاری کلان و تمرکز بر مشتریانی ممتاز با تقاضای خاص (گردشگران با علائق خاص) است.

۲-۳ نقش دولت و بخش خصوصی در توسعه گردشگری سلامت

رشد اقتصادی و آزادسازی بازارهای مالی در دهه ۱۹۹۰ توسعه بیمارستان‌های خصوصی را تقویت کرد؛ اما ضعف در بانکداری داخلی و نظام سیاسی کشور در اواخر این دهه، کشور را به بحران اقتصادی شدیدی کشاند. با کاهش قدرت خرید در طول این بحران،

جدول ۸-۴. سازماندهی گردشگری سلامت در ساختار اداری تایلند



راهنما:

ارتباط مستقیم (برنامه‌ریزی، وضع قوانین، توسعه)
ارتباط مشورتی (ابتکارات، ترفیع و ترویج)

برای خدمات و محصولات صادراتی تایلند؛ (۳) فراهم کردن خدمات اطلاعاتی تجارت بین‌الملل؛ (۴) افزایش رقابت میان صادرکنندگان تایلندی. وظایف اداره توسعه تجارت عبارتند از: (۱) توسعه کسب و کارهای تجاری؛ (۲) ترفیع، تثبیت و ارتقاء اتاق‌ها و انجمن‌های بازرگانی؛ (۳) ترویج خدمات و کسب و کارهای تجارت الکترونیک.

سازمان گردشگری تایلند (ذیل وزارت ورزش و گردشگری)، نهادی ملی مسئول ترفیع و ترویج گردشگری در تایلند است. اداره ترفیع صادرات و توسعه تجارت (ذیل وزارت تجارت): مأموریت اداره ترفیع صادرات عبارت است از: (۱) توسعه بازارهایی برای محصولات و خدمات صادراتی تایلند؛ (۲) ایجاد ارزش افزوده

داروهای گیاهی به تبع محبوبیت فزاینده و صادرات مفهوم «اسپای تایلندی»، دست به دست هم داده‌اند.

به دنبال این همکاری در سال ۲۰۰۴ وزارت بهداشت، توسعه خطوط راهنما و استانداردهای خاص را برای صنعت اسپای تایلند که تا پیش از این تنظیم نشده بود، آغاز کرد. این توسعه شامل تنظیم معیارهای کیفیت بر اساس استانداردهای جهانی است که موانع بر سر راه اسپاهای کشور، ماساژ سنتی تایلند، محصولات و خدمات مراقبت سلامت با اقامت طولانی را از میان برداشته است.

در پی این اقدام، دولت، متصدیان بخش خصوصی و انجمن اسپای تایلند به صورت مشترک به منظور بهبود و توسعه استانداردهای صنعت اسپای تایلند فعالیت کرده‌اند و در این راستا به منظور حفظ استانداردهای صنعت، تمام اسپاها باید توسط اداره ثبت پزشکی این وزارت یا یکی از ادارات بهداشت استان برای مناطق داخل کشور ثبت شوند و درمان‌گران نیز برای کار در یک اسپا مورد تأیید و تصدیق این وزارت قرار گیرند. در اقدامی دیگر، وزارت بهداشت با مسیرهای هوایی بین‌المللی تایلند و انجمن اسپای تایلند، در خصوص راه‌اندازی کمپین تبلیغاتی به نام «ویزیت تایلند ویزیت تایلند» که مسافران خطوط هوایی را هدف قرار داده، فعالیت کرده است.

به طور کلی می‌توان اذعان کرد که همکاری‌ها و هماهنگی‌های بین بخشی، توجه ویژه دولت به صنعت هتلداری و تجهیز زیرساخت‌ها و بازاریابی اثربخش، مهم‌ترین دلایل موفقیت دولت تایلند در تبدیل این کشور به مقصد پیشرو گردشگری سلامت است.

۳-۳ خدمات، مقاصد و بازارهای گردشگری سلامت

خدمات گردشگری پزشکی تایلند، تحسین بین‌المللی را به ویژه در عرصه بیماری‌های گرمسیری، عفونی، جراحی قلب، مراقبت‌های پس از عمل، عمل جراحی زیبایی و ترمیمی، دندانپزشکی، درمان بیماری‌های مزمن مربوط به استخوان و آب مروارید برانگیخته است. این کشور در زمینه جراحی‌های زیبایی از جمله تغییر جنسیت از شهرت جهانی برخوردار است.

به طور کلی در تایلند انواع درمان‌ها و خدمات پزشکی از مراقبت‌های زیبایی، پیوند عضو و درمان‌های ارتوپدی گرفته تا جراحی‌های قلب و دندانپزشکی همچنین اسپا و درمان‌های جسمی و روحی برای گردشگران خارجی در دسترس است.

زبان انگلیسی به طور گسترده در این کشور صحبت می‌شود و این عامل موجب شده بیماران در انتخاب تایلند به عنوان مقصد درمانی خود بسیار آسوده خاطر باشند؛ علاوه بر آن، بیمارستان‌های خصوصی و برخی از بیمارستان‌های دولتی برای رفع نیازهای گردشگران خارجی، مترجمان و پرسنل پزشکی آموزش دیده را که از دیگر کشورها گواهی دارند، استخدام کرده‌اند؛ برای مثال بیمارستان فوکت که به ۲۰,۰۰۰ گردشگر پزشکی در سال خدمات درمانی ارائه می‌دهد، ادعا می‌کند که برای ۱۵ زبان مختلف دنیا مترجم در اختیار دارد. گفته می‌شود بیمارستان بین‌المللی بامرنگراد دارای ۷۰ مترجم بوده و تمام کارکنان آن به زبان انگلیسی مسلط هستند. این بیمارستان در حدود ۲۰۰ جراح فارغ‌التحصیل از کشور آمریکا دارد.

تقریباً ۳۰ بیمارستان در تایلند به گردشگران بین‌المللی خدمت

اداره ترفیع (ذیل وزارت صنعت)؛ از بنگاه‌های اقتصادی و همچنین مشاغل جدید پشتیبانی می‌کند و صنایع به ویژه صنایع اجتماعی و بنگاه‌های کوچک و متوسط را به منظور رقابت در بازارهای جهانی ترفیع می‌دهد.

وزارت آموزش: مسئول نظارت بر برنامه‌های آموزشی شامل آموزش پزشکی و تعلیم خدمات اسپا.

وزارت بهداشت: بر استانداردها و مقررات تأسیسات گردشگری پزشکی و تندرستی نظارت می‌کند علاوه بر این، در فعالیت‌های ترویجی (اگرچه وظیفه رسمی این وزارت نیست) به صورت آزادانه مشارکت می‌کند.

اداره توسعه بنگاه‌های کوچک و متوسط: به عنوان یک دفتر برنامه‌ریزی مرکزی فعالیت و برنامه‌های عملیاتی تمام ادارات دخیل در توسعه بنگاه‌های کوچک و متوسط در تایلند را هماهنگ می‌کند بنابراین نقش این اداره، توسعه و در صورت لزوم اجرای دوباره فعالیت‌های ترویجی به منظور افزایش پتانسیل‌های بنگاه‌های کوچک و متوسط است. انجمن اسپای تایلند: نماینده صنعت اسپای تایلند است و فعالیت‌های ترویجی، تعلیم درمان‌گران و غیره را پشتیبانی می‌کند.

گروه گردشگری پزشکی تایلند: نمایندگی و ارتقاء بخش گردشگری پزشکی و ارائه تسهیلات به گردشگران پزشکی بین‌المللی تایلند را بر عهده دارد. اعضای این گروه عبارتند از: بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها، هتل‌ها و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهبودی بخش دوره نقاهت، برنامه‌ریزان سفرهای سلامت، پزشکان، پرستاران، ارائه‌دهندگان خدمات آمبولانس، مدیران اسپا و سایر کسب‌وکارهای پشتیبانی‌کننده سطوح پایین‌تر.

مأخذ: (اجلاس جهانی اسپا، ۲۰۱۱: ۷۹)

سازمان گردشگری تایلند، توسعه گردشگری پزشکی کشور را تا جایی که تبدیل به یکی از استراتژی‌های عمده گردشگری تایلند شود، هدف قرار داده است. این سازمان از یک نهاد منفعل به نهادی فعال و تأثیرگذار تبدیل شده که به صورت مستقیم برای هدف قرار دادن گردشگرانی از چین، روسیه و خاورمیانه فعالیت می‌کند.

در راستای هدف مذکور، این سازمان در ماه اکتبر سال ۲۰۱۰ اقدام به برگزاری «مسابقه بلاگ نویسی گردشگری پزشکی تایلند» کرد که موجب جذب ۲۱۹ شرکت‌کننده از ۲۴ کشور شد. یکی از اهداف این مسابقه، ایجاد آگاهی و گسترش فرصت‌ها برای گردشگران پزشکی دنیا بود تا از این طریق به اطلاعات آنلاین گردشگری پزشکی تایلند دست یابند و بر میزان اعتماد آنها نسبت به کیفیت گردشگری پزشکی تایلند افزوده شود.

علاوه بر اینها، سازمان گردشگری تایلند به صورت آنلاین و از طریق کمپین‌های بازاریابی الکترونیک نیز به تبلیغ و ترویج گردشگری پزشکی می‌پردازد. یکی از این کمپین‌ها در ماه دسامبر سال ۲۰۱۰ «هلتی بیوتی هالیدی این تایلند» بود که نرخ‌های منحصر به فردی برای چند مورد از درمان‌های پزشکی مانند درمان‌های دندان پزشکی، جراحی‌های زیبایی و معاینات کلی پزشکی ارائه می‌کرد. کمپین دیگر «یو آر این گود هندز» نام داشت که در همان ماه به اجرا درآمد تا امنیت و اعتماد به تایلند به زمینه فراهم‌سازی خدمات پزشکی را ترویج کند و موجب ورود هرچه بیشتر گردشگران پزشکی و افزایش مدت اقامت آنها شود.

در یک اقدام ترفیعی دیگر، دولت تایلند از برخی از آژانس‌های خبری بزرگ منطقه و دنیا شامل فاکس نیوز از آمریکا، شین هوا از چین، وی.ان.ای از ویتنام و برنامه مالزی دعوت کرد تا در یک سفر چند روزه به شهرهای چیانگ مای در مارس ۲۰۱۱، فوکت در آوریل ۲۰۱۱، چانتابوری در می ۲۰۱۱ و ایالت‌های مرزی جنوب در ژوئن ۲۰۱۱ بیایند و درمان‌های پزشکی و سلامت موجود در این شهرها را بازدید و ترویج کنند.

علاوه بر بخش دولتی هدف بازرگان خصوصی حوزه پزشکی نیز تعدیل و ارتقاء برنامه‌های گردشگری پزشکی است تا انتظارات مشتریان کلیدی از قبیل گردشگران تجملی و مرفه از چین، روسیه همچنین اروپا را برآورده کنند.

در حوزه تندرستی؛ وزارت بهداشت و وزارت تجارت برای ایجاد موقعیت رهبری تایلند به عنوان «قطب گردشگری سلامت آسیا» و «پایتخت تندرستی آسیا» به صورتی پایدار همکاری کرده‌اند. همچنین این دو وزارتخانه برای ترویج صادرات گیاهان تایلندی و

گردشگری تندرستی تایلند در درجه اول با استراحت و تنعم (بازدید از تفرجگاه‌ها و اسپاها) عجین بوده و در رویکرد تفریحی، با صنعت اسپای کشور ادغام شده است. شناخته شده‌ترین درمان اسپا، ماساژ تایلندی است که در حال حاضر به عنوان یک استاندارد در سراسر جهان ارائه می‌شود؛ یک گردشگر بین‌المللی قادر به تجربه این نوع ماساژ در طیف وسیعی از مراکز در این کشور است. اقامتگاه‌های مدیتیشن نیز در سراسر تایلند یافت می‌شوند؛ اما اغلب در مکان‌هایی دور از مقاصد انبوه گردشگری در نواحی آرام روستایی برای مثال در شمال شرقی تایلند واقع شده‌اند.

در حال حاضر تایلند دارای تعداد رو به رشدی از انواع اسپاها است که بسیاری از آنها در سطح جهانی رتبه‌بندی شده‌اند. بسیاری از اسپاهای لوکس و اقامتگاه‌های تندرستی در سال‌های اخیر توسعه یافته و اغلب گردشگران بین‌المللی را جذب می‌کنند. این اسپاها، در طیفی از تفرجگاه‌های ساده ساحلی ارائه‌دهنده یوگا تا مجموعه‌های منحصر به فرد با یک منوی جامع استراحت و تسهیلات تنعم (شامل مش و مال و غیره) طبقه‌بندی می‌شوند.

در صنعت اسپای تایلند به طور فزاینده‌ای بر ذهن و تندرستی تأکید می‌شود. یک پیشرفت نوآورانه در این صنعت، توسعه اولین اسپای فرهنگی جهان؛ یعنی اسپای فرهنگی و تندرستی سوکو در فوکت است که بسته‌های سفر را بر اساس فلسفه آيورودای تایلندی و همچنین هنرهای رزمی، ورزشی و آشپزی تایلند ارائه می‌دهد. فعالیت جالب توجه دیگر در حوزه تندرستی تایلند، «اسپا با خدمات فوری» است که یک دوره کوتاه‌تر با حفظ کیفیت خدمات را به منظور برآوردن تقاضای گردشگران خارجی شامل می‌شود. این نوع اسپا در پاسخ به درخواست یک درمان با مراقبت فوری در اسپا سوی گردشگران خارجی برای اختصاص زمانشان به خرید و سایر فعالیت‌های گشت و گذار در طول اقامت کوتاهشان در کشور طراحی شده است.

به طور کلی گردشگری تندرستی، فرصت‌هایی چون افزایش درآمد و نرخ اشتغال را برای مردم سراسر تایلند فراهم کرده است؛ چرا که این صنعت نه تنها در بانکوک بلکه در مناطقی از قبیل فوکت، پاتایا، هوا هین، چیانگ مای و چیانگ ری نیز در حال توسعه است بنابراین فرصت‌های بسیاری برای این رشد، به ویژه در هتل ریزورت اسپاها وجود دارد. امروزه در تایلند گرایش‌های تازه‌ای به توسعه اسپاهای زنجیرهای (از قبیل برند «لتس ریلکس» توسط گروه تندرستی سیام) به منظور فراهم کردن فرصت مدیریت کسب و کار اسپا برای هتل‌ها و تفرجگاه‌ها دیده می‌شود. شایان ذکر است که صنعت اسپای این کشور هنوز کاملاً با صنعت پزشکی ارتباط برقرار نکرده است، به ویژه اسپاها با بیمارستان‌هایی که به گردشگران پزشکی خدمت ارائه می‌کنند؛ اما این ارتباط روز به روز مستحکم‌تر می‌شود به ویژه اینکه بعضی از اسپاها خدمت‌رسانی به گردشگران پزشکی را در حوزه مراقبت‌های پیشگیرانه و بهبودی‌بخش آغاز کرده‌اند.

همانند گردشگری پزشکی، مقاصد عمده هدف برای توسعه گردشگری تندرستی عبارتند از؛ بانکوک، چیانگ مای، فوکت و ساموی که به غیر از بانکوک بسیاری از جدیدترین اسپاهای پیشرفته کشور در نزدیکی سواحل به ویژه در فوکت، ساموی، هوا هین و کوفانگان واقع شده‌اند. با این وجود شهر شمالی چیانگ مای طیف وسیعی از انواع سالن‌های اسپا ارائه می‌دهد و درمان‌های اسپا در این مراکز معمولاً ارزان‌تر است. گردشگری پزشکی و تندرستی در تایلند، توسط گردشگران بین‌المللی احاطه شده است. معالجات سنتی از قبیل ماساژ تایلندی و طب سنتی به طور گسترده برای مردم محلی نیز در دسترس است و حتی در منازل هم انجام می‌شود بنابراین شهروندان محلی معمولاً با اهداف پزشکی و تندرستی داخل کشور سفر نمی‌کنند.

۴-۳ نمایه آماری گردشگری سلامت

سازمان گردشگری تایلند ادعا می‌کند که این کشور سالانه ۱ تا ۱٫۵ میلیون گردشگر پزشکی را جذب می‌کند و از یک سهم ۳۸ درصدی در بازار گردشگری پزشکی جهان برخوردار است.

می‌کنند و تاکنون ۴۴ بیمارستان، کلینیک و مرکز درمانی در این کشور مورد تأیید و اعتبار JCI واقع شده‌اند.

مناطق که به عنوان مراکز پزشکی بین‌المللی توسط دولت ارتقاء یافته‌اند، عبارتند از؛ بانکوک، فوکت، چیانگ مای و کو ساموی در سوراتانی. هیونگ و همکاران (۲۰۱۱) این مراکز را به عنوان نقاط اصلی گردشگری پزشکی تایلند مشخص کرده‌اند، به طوری که پایتخت این کشور یعنی بانکوک با ۱۰ بیمارستان معتبر از مجموع بیمارستان‌ها و مراکز درمانی مورد تأیید JCI در تایلند و همچنین با بیمارستان‌های عمومی و بیمارستان شاخص بامرانگرا (اولین بیمارستان مورد تأیید JCI در تایلند) که سالیانه بیشترین بیماران بین‌المللی را پذیرش می‌کنند؛ قطب اصلی گردشگری پزشکی تایلند است. علاوه بر بیمارستان بین‌المللی بامرانگرا، بیمارستان فوکت، گروه بیمارستان‌های بانکوک و بیمارستان پیاپویت از مهم‌ترین مراکز پزشکی تایلند به شمار می‌روند.

عمده بیماران تایلند از کشورهای ژاپن، برونی، تایوان، پاکستان، چین و بنگلادش هستند، در حالی که بیماران از خاورمیانه، آمریکا، بریتانیا و استرالیا نیز تعداد قابل توجهی از مراجعه‌کنندگان را شکل می‌دهند. در این میان، تایلند با عنایت به تقاضای گسترده بازار ژاپن برای تمام خدمات گردشگری سلامت (به واسطه جمعیت مسن و جوابگو نبودن سیستم مراقبت‌های پزشکی ژاپن) و وقوف به این حقیقت که بسیاری از پزشکانش در ژاپن آموزش دیده و تحصیل کرده‌اند، به بازار ژاپن توجه ویژه‌ای دارد و در این راستا اقدام به آموزش زبان ژاپنی به پرستاران و دیگر کارکنان بیمارستان‌ها کرده است.

اداره تفریح صادرات تایلند، بیماران بین‌المللی را که برای درمان پزشکی از تایلند دیدار می‌کنند، به ۳ گروه تقسیم می‌کند:

۱. **مهاجران:** خارجی‌هایی که در تایلند و کشورهای همسایه کار می‌کنند. این بیماران معمولاً برای بیماری قلبی، فشار خون، مراقبت تنفسی و جراحی پلاستیک مراجعه می‌کنند (۶۰ درصد از بیماران بین‌المللی تایلند).

۲. **افرادی که مستقیم با اهداف درمانی به تایلند سفر می‌کنند:** خارجی‌هایی که به ویژه برای استفاده از خدمات درمانی به تایلند می‌آیند. این بیماران معمولاً برای درمان بیماری‌های قلبی، اعصاب و بیماری‌های چشم و کلیه تایلند را بر می‌گزینند (۳۰ درصد از بیماران بین‌المللی تایلند).

۳. **گردشگران تصادفی:** خارجی‌ان گردشگر در تایلند هستند که در حین سفر به خدمات درمانی نیاز پیدا می‌کنند (۱۰ درصد از بیماران بین‌المللی تایلند).

در حوزه تندرستی، تایلند به عنوان مرکز فنون و سنت‌های شفابخش باستانی در طیفی از ماساژ تایلندی تا مدیتیشن، طب گیاهی و سایر شیوه‌های جامع شناخته شده است. بسیاری از این سنت‌ها برگرفته از دانش مردمی و سایر درمان‌های آسیایی از قبیل آيورودای هندی و طب سنتی چین هستند که به صورت فزاینده‌ای نزد گردشگران بین‌المللی (گردشگرانی که معمولاً از یک اقامتگاه جامع یا یکی از تفرجگاه‌ها، هتل‌ها یا دیستینیشن‌های اسپاهای کشور بازدید می‌کنند) محبوب شده است.

مجموع ناخالص سالانه افراد خارجی را (شامل تعداد گردشگران پزشکی واقعی، مهاجران و ساکنانی با اقامت طولانی) که در صدد درمان در بیمارستان‌های تایلند هستند، اعلام می‌کند که بر این اساس تعیین تعداد واقعی گردشگران پزشکی و در نتیجه تشخیص صحت برآوردها دشوار خواهد بود (هال، ۲۰۱۳: ۱۷۲).

۵-۳ وب سایت‌های ملی کلیدی در ترویج گردشگری سلامت

کشور تایلند گردشگری پزشکی و تندرستی را به صورت نظرگیری، در وب سایت اصلی گردشگری ملی خود، تحت عنوان «فعالیت‌ها» ترویج کرده است:
گردشگری پزشکی؛
گردشگری تندرستی و اسپا

<http://www.tourismthailand.org/what-to-see-do/activities/spa-and-wellness/>

سازمان گردشگری تایلند به منظور ترویج گردشگری پزشکی، یک وب سایت کاملاً مجزا را مدیریت می‌کند:

<http://www.thailandmedtourism.com/>

این سازمان، همچنین چندین وب سایت را به منظور ترویج گردشگری در مناطق خاص و کشورهای دیگر در سرتاسر جهان مدیریت می‌کند که تعدادی از این وب سایت‌ها به صورت برجسته‌تری گردشگری تندرستی و اسپا را ترویج می‌نمایند (اجلاس جهانی اسپا، ۲۰۱۱: ۷۸).

وب سایت خاورمیانه؛

http://tourismthailand-middleeast.org/tourism.php?page_id=18

<http://thailand.net.au/relaxation>

وب سایت استرالیا؛

http://www.amazingthailand.co.in/visiting_thailand/spa_wellness.aspx

وب سایت هند؛

<http://www.thailandtourismus.de/urlaub/besondere-attraktionen/spa-wellness.html>

وب سایت آلمان؛

جدول ۴-۱۰ درآمد گردشگری سلامت به تفکیک هر بخش (۲۰۱۳-۲۰۰۸)

(میلیون بات تایلند)

۲۰۱۳	۲۰۱۲	۲۰۱۱	۲۰۱۰	۲۰۰۹	۲۰۰۸	
۱۹,۱۲۴/۳	۱۵,۲۹۹/۴	۱۲,۷۴۹/۵	۱۰,۸۰۴/۷	۸,۸۵۶/۳	۶,۸۹۲/۱	گردشگری پزشکی
۵۷,۵۵۰/۴	۴۵,۰۹۰/۹	۵۰,۲۸۸/۶	۴۸,۴۸۸/۷	۴۶,۹۸۷/۵	۴۹,۶۷۲/۱	گردشگری تندرستی (اسپاها)
۳,۷۰۵/۸	۳,۴۶۳/۳	۳,۱۶۰/۰	۲,۹۵۶/۰	۲,۷۵۴/۹	۲,۵۸۵/۲	دستینیشن اسپاها
۱۲,۴۶۱/۴	۱۰,۸۳۶/۰	۹,۵۸۹/۳	۹,۲۰۲/۸	۸,۷۶۴/۶	۹,۴۴۳/۴	هتل / ریزورت اسپاها
۴۱,۳۸۳/۳	۳۹,۷۹۱/۶	۳۷,۵۳۹/۲	۳۶,۲۸۹/۸	۳۵,۴۶۸/۰	۳۷,۶۴۳/۵	سایر اسپاها
۷۶,۶۷۴/۷	۶۹,۳۹۰/۳	۶۳,۰۳۸/۱	۵۹,۲۵۳/۳	۵۵,۸۴۳/۸	۵۶,۵۶۴/۲	گردشگری سلامت

ماخذ: (یورومانیاتور اینترنشنال، ۲۰۱۴g)

جدول ۴-۱۱ پیش‌بینی درآمد گردشگری سلامت به تفکیک هر بخش (۲۰۱۸-۲۰۱۳)

(میلیون بات تایلند)

۲۰۱۸	۲۰۱۷	۲۰۱۶	۲۰۱۵	۲۰۱۴	۲۰۱۳	
۴۲,۶۱۸/۱	۳۸,۰۵۹/۲	۳۱,۹۴۷/۶	۲۷,۳۰۵/۶	۲۳,۱۴۰/۴	۱۹,۱۲۴/۳	گردشگری پزشکی
۷۲,۴۷۱/۵	۶۹,۶۳۹/۲	۶۶,۷۲۰/۱	۶۳,۷۸۱/۰	۳,۹۴۶/۶	۳,۷۰۵/۸	گردشگری تندرستی (اسپاها)
۴,۸۱۴/۷	۴,۶۳۴/۲	۴,۴۱۳/۵	۴,۱۸۳/۴	۳,۹۴۶/۶	۳,۷۰۵/۸	دستینیشن اسپاها
۱۹,۶۰۹/۰	۱۸,۱۵۶/۵	۱۶,۷۳۴/۱	۱۵,۳۵۲/۴	۱۳,۹۵۶/۷	۱۲,۴۶۱/۴	هتل / ریزورت اسپاها
۴۸,۰۱۹/۷	۴۶,۸۴۸/۵	۴۵,۵۷۲/۵	۴۴,۲۴۵/۱	۴۲,۸۳۱/۷	۴۱,۳۸۳/۳	سایر اسپاها
۱۱۵,۰۸۹/۶	۱۰۶,۶۹۸/۴	۹۸,۶۶۷/۷	۹۱,۰۸۶/۶	۸۳,۸۷۵/۴	۷۶,۶۷۴/۷	گردشگری سلامت

ماخذ: (یورومانیاتور اینترنشنال، ۲۰۱۴g)

مدیریت کلینیک

(بخش ۱- انتخاب‌های حرفه)



**شعار: چرا نگران فردا باشیم، وقتی امروز خیلی دور است!
دوره کارورزی خود را به پایان رساندید، حالا چه؟**

دانشجویی که وارد دانشکده پزشکی می‌شود، دقیقاً می‌داند که برای چهار سال آینده انتظار چه چیزی را داشته باشد. او همچنین می‌داند که پس از آن چه خواهد شد؛ دوره کارورزی. انتقال بین دو نهاد کاملاً شفاف است. مشکلات درست پس از پایان دوره و وارد شدن به دنیای «واقعی» شروع می‌شود.

کارورزی تمام شد، حالا چی؟ عموماً دو گزینه مطرح می‌شود:

- کسب و کارهای حقوق بگیر (مثل کار دولتی)
- مطب خصوصی

کسب و کارهای حقوق بگیر

مزایا

- نیاز به خواندن این کتاب نیست!
- به جای این که مجبور شوید یک حرفه را از ابتدا آغاز کنید، از روز اول بیمار برای ویزیت خواهید داشت؛ برای مثال یک گروه در حال رشد، ممکن است تعداد بیماران زیادی داشته و به دنبال گسترش کادر پزشکی خود باشد.
- مزیت‌های معمول هر شغل دستمزدی: فضای اداری برای پرسنل و بیمه را کارفرما تأمین می‌کند.
- در صورت نیاز، امتیازات بیمارستانی از طریق روابط کارفرما تأمین می‌شود.
- در صورت نیاز شما، همیشه یک پزشک جایگزین وجود دارد.

معایب

- کیفیت شغل به کارفرما بستگی دارد. اگر شما و کارفرما با یکدیگر هماهنگ باشید، می‌توانید یک حرفه شگفت‌انگیز داشته باشید؛ اما اگر محل کار بی‌نظم باشد، ایجاد یک حرفه رضایت‌بخش دشوار است که شما به منزله یک پزشک حقوق بگیر نمی‌توانید کنترل چندانی بر محیط کاری خود داشته باشید.
- در ابتدا، بیمارانی را خواهید دید که هیچ کس دیگری نمی‌خواهد آنها را ببیند؛ تزریق مجدد مورفین، فیبرومیالژیا (تشخیص درد عضلانی) یا شخصیت‌های پر دردرسر. به محض این که کار خود را شروع کنید، سیل عظیم چنین بیمارانی به سمت شما سرازیر خواهد شد. هر چه باشد، شما استخدام شده‌اید تا زندگی را برای پزشکان قدیمی آسان‌تر کنید!
- انعطاف‌پذیری کمی در ساعات کاری، رسیدگی به شرایط اضطراری خانوادگی یا برنامه‌ریزی برای تعطیلات وجود دارد.

مطب خصوصی

مزایا

- مهم‌ترین مزیت آن شکل‌دهی زندگی حرفه‌ای خودتان بدون نیاز به درخواست از کارفرما است. انعطاف‌پذیری در انتخاب محل حرفه، نوع بیمارانی که می‌خواهید ببینید، روش‌های انجام جراحی (یا تصمیم بر اینکه اصلاً جراحی نکنید)، ساعات کاری، برنامه‌های عقد قرارداد (یا عدم عقد قرارداد).

- موقعیتی است برای اینکه تا هر زمان که می خواهید کار کنید؛ با کهنوت سن می توانید تصمیم به بازنشستگی بگیرید یا به طور پاره وقت کار خود را ادامه دهید.

معایب

- شما باید این کتاب را بخوانید.
- شما باید مهارت های جدید (شغلی) کسب کنید که به پزشکان حقوق بگیر ارتباطی ندارند.
- صاحبان کسب و کارهای خصوصی تحت فشار نیروهای بازار و چرخه اقتصادی هستند که هیچ کنترلی روی آن ندارند.
- موفقیت مالی فقط برای کسانی اتفاق می افتد که یاد می گیرند، مدیران تجاری خوبی باشند. دیگر آن روزها گذشته اند و بر نمی گردند که شخصی به راحتی می توانست برای خود کلینیکی افتتاح کند، به اندازه دیگران در آمد داشته باشد و از آن پس به شادی زندگی کند.

نمونه هایی از کسب و کارهای حقوق بگیر

- کسب و کار دولتی مانند بیمارستان های VA
- پزشک پرسنل شرکت های بیمه بزرگ مانند Cigna
- پیوستن به یک کسب و کار گروهی
- وارد شدن به کادر درمانی بیمارستان و کار در یک یا گروهی از بیمارستان ها

گزینه های دیگر

- کار کردن به صورت PRN، تازمانی که اهدافتان را در زندگی مشخص کنید؛ مانند ER، مرکز مراقبت های فوری، کشتی تفریحی و جانشین موقت
- پیوستن به نیروهای مسلح
- ورود به دنیای آکادمیک برای مثال عضو هیئت علمی در دانشکده پزشکی یا برنامه کارورزی

گزینه های جایگزین دیگر (گزینه هایی با احتمال کم تر اما قابل استفاده)

- تماس های خانگی؛ این یک فرصت عالی است برای مثال اگر پزشک یک خانواده هستید، می توانید یک محله طبقه متوسط و کم جمعیت را به منزله محدوده «خود» مشخص کنید و پس از ساعات کاری یا حتی به جای ساعات کاری، ویزیت های خانگی را انجام دهید. این کار باید در یک محیط پیوسته انجام شود تا هم مسئله زمان رانندگی و هم طبقه متوسط جامعه را به منظور اجتناب از برخورد های عجیب و غریب محدود کند.
- همچنین می توانید یک جامعه بازنشسته را برای ویزیت های خانگی انتخاب کنید. اگر تا به حال در سواحل اقیانوس اطلس فلوریدا رفته باشید، حتماً مجتمع های بزرگ مسکونی را در کنار خط ساحلی دیده اید. در آن ساختمان ها سالمندانی زندگی می کنند که بسیاری از آن ها از ویزیت های خانگی بهره مند می شوند.
- پزشک هتل؛ با مدیر هتل قرار ملاقاتی ترتیب دهید تا کارت ویزیت خود را در هر اتاق قرار دهید و متنی مانند این روی کارت ها بنویسید «اگر حس می کنید بیمار شده اید، با دکتر فلیک تماس بگیرید».

سرنوشت شما چه خواهد شد؟

تاکنون در مورد برخی از گزینه های احتمالی اشتغال بحث کردیم؛ اما سؤال اینجاست که سرنوشت شما چه خواهد شد؟ تجربه زندگی چه چیزی را نشان می دهد؟ پیش بینی من این است که اکثریت قریب به اتفاق پزشکان در نهایت، در برهه ای از حرفه خود سر از مطلب های خصوصی در می آورند؛ اما زمان رخ دادن آن، بستگی به شرایط دارد. محتمل ترین سناریو این است که فرد مدت کوتاهی به شکل یک پزشک حقوق بگیر

کار کند پس از پنج سال کار به منزله پزشک مقیم، مطب خصوصی خود را در همان جامعه افتتاح می کند.

برخی از پزشکان مقیم از حرفه های خصوصی به عنوان یک گزینه شغلی می ترسند و آن را یک تهدید تلقی می کنند. راه اندازی حرفه شخصی فقط در صورتی تهدید آمیز به نظر می رسد که ندانید چگونه آن را راه اندازی کنید. باور کنید، می توان این کار را انجام داد! مهارت های شغلی مورد نیاز برای اجرای یک حرفه، بسیار ساده تر از مهارت های مورد نیاز یک پزشک بالینی است. هیچ کتاب مدیریت حرفه ۲۰۰۰ صفحه ای، مانند کتاب هر یسون در مورد طب داخلی وجود ندارد. اگر از من که هم به منزله مدیر حرفه و هم به منزله یک پزشک در مانگای کار کرده ام بپرسید، می گویم که مطمئن باشید، مدیریت خیلی راحت تر از کار کردن در بخش مراقبت های ویژه (ICU) است. با این حال، اکثر مراکز کارآموزی پزشکی فقط مهارت های بالینی آموزش می دهند؛ نه چیز دیگری و فقط مراکز کارآموزی طب خانوادگی شامل آموزش دروس تجاری در برنامه های درسی خود هستند به همین دلیل لازم است که این کتاب را بخوانید و یاد بگیرید که چگونه یک فروشنده باشید. دانش تجاری برای هر پزشک یک برگ برنده است. شما ممکن است خود را در حال کار به صورت یک کارمند حقوق بگیر ببابید. اگر حرفه خصوصی را پس بزنید، تنها راه برون رفت از این وضعیت ناخوشایند، یافتن موقعیت حقوق و دستمزد دیگری است که ممکن است دوباره همان مشکلات را به دنبال داشته باشد. با این وجود، دانستن نحوه مدیریت یک دفتر، فرصت شغلی مهمی را فراهم می کند که می توانید هر زمانی در آن فعالیت کنید.

آیا امکان دارد یک کارآموز پزشکی به صورت یک پزشک حقوق بگیر وارد یک مسیر شغلی مثلاً با یک گروه شود و دوره حرفه ای خود را در همان گروه به اتمام برساند؟ بله امکان دارد. آیا این کار شدنی است؟ نه!

آیا امکان دارد یک کارآموز پزشکی وارد یک مسیر شغلی شده و برای دولت کار کند (بیمارستان های VA، بیمارستان های هند یا نیروهای مسلح) و دوره حرفه ای خود را در همان شغل به پایان برساند؟ بله امکان دارد. آیا شدنی است؟ نه!

آیا امکان دارد یک کارآموز پزشکی وارد یک مسیر شغلی آکادمیک شود، استاد «...شناسی» شود و کار خود را در دانشگاه به پایان برساند بدون اینکه وارد حرفه خصوصی شود؟ بله، حتماً امکان دارد. آیا شدنی است؟ باز هم پاسخ منفی است.

بیشتر ما در طول مسیر شغلی خود، چندین بار تغییر شغل می دهیم. دیر یا زود همه ما با این سؤال روبه رو هستیم: «آیا باید مثل گذشته ادامه دهم یا باید حرفه خصوصی خودم را افتتاح کنم؟»

در حین کارآموزی فرصت این را دارید که جامعه (پزشکی) محلی را بررسی کنید. از طرف دیگر، اگر ترجیح می دهید در جایی دیگر کار کنید، جست و جوی کار کمی پیچیده تر خواهد بود. برای جست و جوی کار در محل های جدید باید سفر کنید و سفر در هنگام دوره کارآموزی دشوار است.

کارآموزان اغلب از من می پرسند که از چه زمانی باید به دنبال کار باشند. قبل از تصمیم گیری در این خصوص شخص باید نیمی از دوره کارآموزی خود را تمام کند. اگر مطمئن نیستید، به هیچ

نظر نمی‌رسید. این موضوع در مصاحبه‌ای که در دانشگاه آریزونا داشتم به اوج خود رسید چرا که در آنجا حتی نمی‌توانستم دهانم را باز کنم. در آن لحظه فقط نشستیم و هر از گاهی با بی‌رمقی جمله «بله، عالی است!» روی زبانم می‌آمد. در آن زمان تصمیم گرفتم که مصاحبه‌ها را کنار بگذارم و کاری را با حداقل تماس‌های شبانه پذیرفتم. به گذشته که فکر می‌کنم، باید منتظر ماه‌های پایانی کارآموزی خودم می‌ماندم و تعداد مصاحبه‌ها را به پنج یا شش مورد محدود می‌کردم. این تعداد برای کسب یک ایده نسبت به آنچه در دسترس است، کافی است.

چطور یک موقعیت شغلی دستمزدی پیدا کنیم؟

در ابتدا باید از مدیر برنامه محل کارآموزی خود و تمام افرادی که با آن‌ها کار می‌کنید، درخواست کنید. درخواست کلامی بسیار مؤثر است. با انجام این کار، تعجب خواهید کرد که چقدر سریع در جست‌وجوی خود پیشرفت می‌کنید. هدف این کتاب آموزش تکنیک‌های مصاحبه نیست؛ اما اگر کارفرمای احتمالی شما اجازه می‌دهد که دو شغل داشته باشید، حتماً قبل از امضای قرارداد کاری، آن را امتحان کنید. هیچ راهی برای اینکه ببینید کاری را دوست دارید یا نه، بهتر از انجام آن نیست! و اگر بعد از قبول آن به منزله شغل دوم آن را دوست نداشتید، انصراف دهید!

به علاوه

- در مورد برنامه‌های خود با بیمارستان‌های محلی صحبت کنید. برخی بیمارستان‌ها حرفه‌های گروهی تشکیل می‌دهند و برخی دیگر ممکن است مایل به همکاری با جوانان در راهاندازی کسب و کار در محوطه دانشگاه باشند. بیمارستان ممکن است به لحاظ مالی و تدارکاتی به شما کمک کند، در حقیقت ممکن است بیمارستان، بخشی ویژه کمک به پزشکان در راهاندازی حرفه خود داشته باشد. این می‌تواند به یک تازه‌وارد که با مسائل بسیاری از قبیل عقد قرارداد با برنامه‌های درمانی، پیدا کردن شرکت بیمه اشتباهات پزشکی، تأمین پزشک جایگزین یا کارگزینی روبه‌رو است، کمک کند.
- با حرفه‌های گروهی در منطقه خود تماس بگیرید، حتی اگر شخصاً کسی را نمی‌شناسید. اگر هیچ جای خالی وجود نداشته باشد، از آن‌ها بپرسید که آیا گروه‌های دیگری را می‌شناسند که به پزشک احتیاج داشته باشند.
- با شرکت‌های بزرگ بیمه‌ای که پزشکان را در کلینیک‌های خود استخدام می‌کنند، مانند Cigna تماس بگیرید.
- با مراکز مراقبت فوری یا گروه‌های فوریت پزشکی، در صورتی که به تخصص شما نیاز دارند، تماس بگیرید.
- با مراکز دولتی مانند VA، بیمارستان‌های هند و پایگاه‌های نظامی تماس بگیرید.
- با گروه‌های بیمارستانی صحبت کنید. من انتظار دارم که در آینده، حرفه پزشکی کاملاً به دو جهان از هم مستقل شامل بیماران بستری و بیماران سرپایی تقسیم شود. اگر از کار در بیمارستان لذت می‌برید، تمام وقت در آنجا کار کنید. متخصص یک بیمارستان خصوصی، از این مزیت برخوردار است که نیازی به مطب ندارد.

نکته هوشمندانه

اگر در بخش خصوصی برای مثال در کنار یک گروه تخصصی، یک کار دستمزدی می‌پذیرید، مطمئن شوید که تمام قراردادهای بیمه‌ای به اسم شما باشند، نه به اسم گروه! این کار، انتقال به حرفه خصوصی را آسان‌تر می‌کند. تمام آنچه که شما نیاز دارید این است که بیمه را از محل تقریبی جدید خود آگاه کنید. این موضوع با جزییات بیشتر در فصل شغل‌های دستمزدی بحث می‌شود.

وجه تصمیم نگیرید. کارآموزی دوره‌ای پر تلاطم و پر استرس است. عبور از این مسیر به انرژی قابل توجهی نیاز دارد. اگر قدرت کافی برای جست‌وجوی کار ندارید، به هیچ وجه این کار را نکنید! روی تمام کردن دوره کارآموزی خود متمرکز شوید و بعد از فارغ‌التحصیلی به دنبال کار بگردید تا فرصتی برای استراحت نیز داشته باشید.

سؤال پرتکراری که از من پرسیده می‌شود این است که «چه مهارت‌های شغلی را باید در طول دوره کارآموزی دنبال کنیم؟» شما باید یاد بگیرید که چگونه کدنویسی کنید چرا که به سختی کاری پیدا می‌شود که نیازی به کدنویسی نداشته باشند. در حرفه تخصصی، کسب درآمد از روز اول جایگزین کدنویسی می‌شود همچنین باید تا آنجا که امکان دارد روش‌های جراحی گوناگون را یاد بگیرید. روش‌های جراحی نسبت به کدهای ارزیابی و مدیریتی (در هر واحد کار) درآمد بهتری دارند علاوه بر این، باید بر گوشه و کنار تخصص خود اشراف داشته باشید؛ برای مثال اگر به صورت پزشک خانواده فعالیت می‌کنید باید بر امراض اطفال، مامایی، طب روستایی و کل حیطه مسلط باشید. شما باید آنچه را که برای شما مفید است و کارایی دارد، دریابید. به‌طور ویژه اهمیت دارد که بفهمید چه چیزی شما را علاقه‌مند می‌کند و چه چیزهایی چنین نیستند. اجازه ندهید که افراد خسیس بر شما بی‌جهت تأثیر بگذارند. به صدای درونی خود گوش کنید، چه می‌شنوید؟ آیا می‌خواهید علاوه بر بیماران بستری به بیماران سرپایی هم رسیدگی کنید؟ آیا می‌خواهید مامایی کنید؟ صدای درونی خود را بسیار جدی بگیرید و صداها و توصیه‌های خارجی را دور بریزید. من از سال دوم به دنبال کار بودم. خیلی زود بود! باید بیشتر صبر می‌کردم. جست‌وجو با بررسی‌هایی که هنگام آن -کال بودن انجام دادم، آغاز شد. اواخر شب بود که برای پاسخ‌گویی به یک تماس خارجی پیچ شدم. صدای پشت تلفن گفت: «شما من را نمی‌شناسید، اما ما یک گروه چهار نفری از متخصصان داخلی هستیم. ما به دنبال یک دکتر پنجم می‌گردیم. من خیلی ساده با بیمارستان گود ساماریتان تماس گرفتم و درخواست کردم که با یک کارآموز تخصص داخلی صحبت کنم. آیا شما در حال حاضر شاغل هستید؟ آیا علاقه‌مند به صحبت با ما هستید؟»

من شیفته این روش استخدامی شده و با آن گروه ملاقات کردم. چیزی که انتظارش را داشتم، نبود؛ اما یکی از آن‌ها فرصتی متفاوت را برای من مطرح کرد، مودی که آن را بسیار پسندیدم و در آنجا مشغول به کار شدم. نخستین پیام این است که باید تمام فرصت‌ها را بررسی کنید! شما هرگز از آنچه که ممکن است پیش آید، اطلاع ندارید. پیام دوم نیاز به کمی توضیحات دارد. دریافت این تماس غیر معمول در سال دوم کارورزی به من شوک عجیبی وارد کرد چون تا آن زمان من اصلاً به آینده فکر نکرده بودم. من وحشت کردم و بلافاصله به جست‌وجوی کار پرداختم. با همه کسانی که می‌خواستند با من صحبت کنند، مصاحبه کردم. از آنجا که تقاضا برای پزشکان مراقبت‌های اولیه بسیار بالا است من نزدیک به سی مصاحبه انجام دادم. این تعداد خیلی زیاد بود. بعد از تقریباً دهمین مصاحبه، دیگر جمله‌هایی چون «این یک فرصت عالی است! جایی بهتر از اینجا برای کار به ذهنم نمی‌رسد! چه جمعیت بیماران شگفت‌انگیزی!» مانند گذشته قانع‌کننده به

Your Travel Agency. World-wide for over 60 years



برای دریافت خدمات



منو اسکن کن

نخه‌ای برای روح شما
خدمات ویژه جهت پزشکان
آغاز و پایان سفر را با خدمات CIP
فرودگاه شیراز متفاوت تجربه کنید

📍 شیراز - قدوسی غربی قبل از کوچه ۲۱ ساختمان موصانیک ۰۷۱ - ۳۳۳۶

🌐 www.persiagroup.co

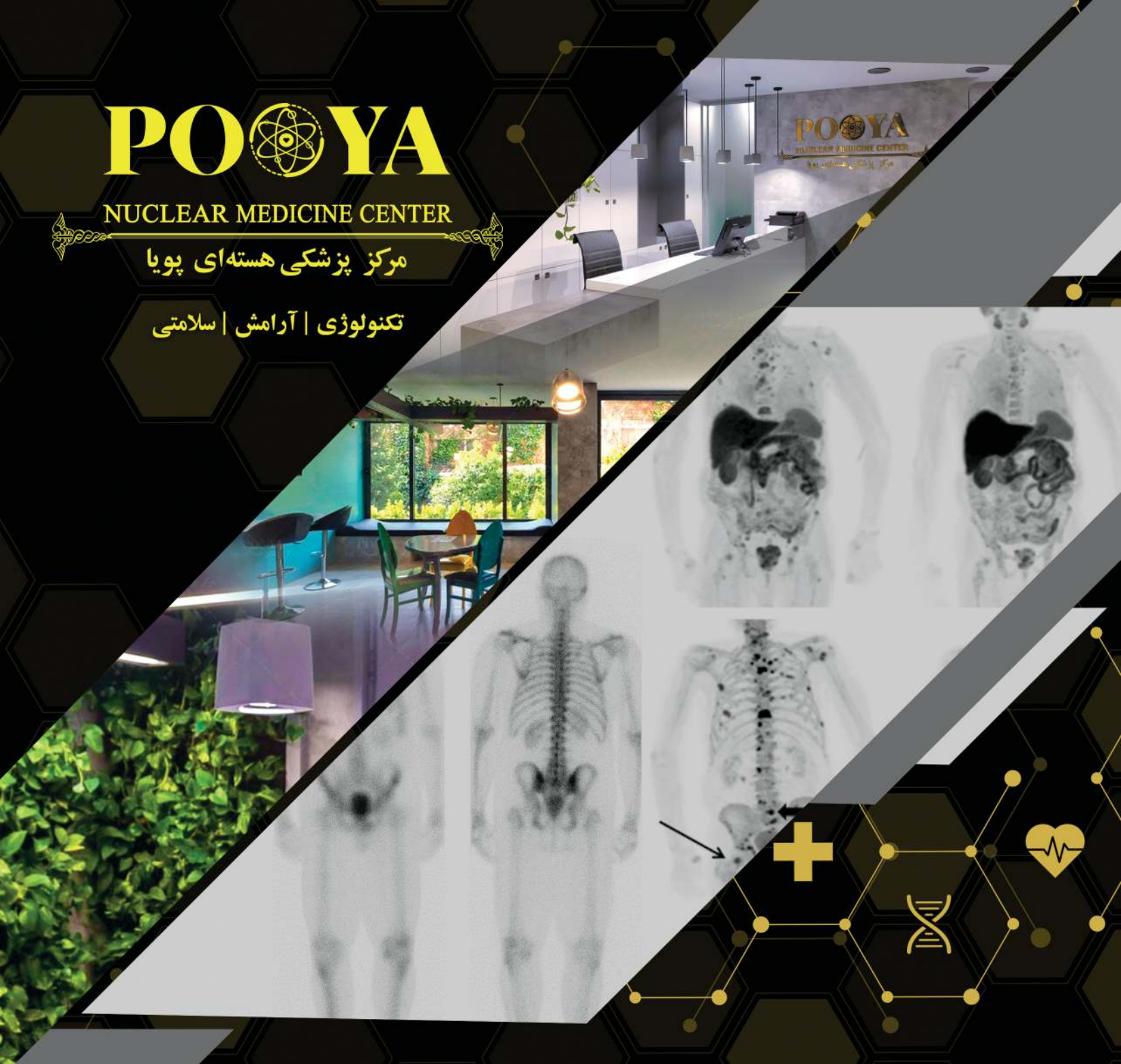
📷 Persiatourshiraz

POOYA

NUCLEAR MEDICINE CENTER

مرکز پزشکی هسته‌ای پویا

تکنولوژی | آرامش | سلامتی



درمان با رادیو دارو ها :

- درمان پرکاری تیروئید با ید ۱۳۱
- درمان سرطان پروستات متاستاتیک
- درمان سرطان نورئاندوکراین متاستاتیک
- درمان دردهای استخوانی ناشی از متاستاز
- تزریق درون مفصلی جهت درمان التهاب و خونریزی های مفصلی

اسکن های تشخیصی:

- اسکن قلب
- اسکن کلیه
- اسکن مغز
- اسکن تیروئید
- اسکن استخوان
- اسکن مجاری و غدد لنفاوی
- اسکن ریه
- اسکن اکتروئاید
- اسکن UBI جهت بررسی عفونت فعال

آدرس: شیراز، خیابان اردیبهشت غربی، جنب بیمارستان شفا، ساختمان پزشکی شفا، طبقه همکف

۰۷۱ ۳۲ ۳۳ ۳۴ ۳۵ | www.pooyanuclearmedicine.ir | Pooya_Nuclear_Medicine_Center



- ۳۷ سال تجربه موفق
- همکاری بیش از ۱۵ متخصص و فلوشیپ پاتوبیولوژی و دکترای تخصصی علوم پایه (PHD)
- مجهز به دستگاه‌ها و روش‌های تخصصی و پیشرفته
- دارای تاییدیه‌های داخلی و بین‌المللی در دقت و صحت آزمایشات
- انجام نمونه برداری FNA و Tru-cut Bx تحت گاید سونوگرافی؛ نمونه برداری مغز استخوان
- مجهز به بخش‌های مولکولار (PCR, RT-PCR, Sequencing)، ایمنوهایستوشیمی (IHC)
- سیتوژنتیک Chromosome breakage study, P.B & B.M Culture & Karyotyping
- مولکولار سیتوژنتیک (FISH, CISH) و فلوسایتومتری (لوسمی‌های حاد و مزمن، نقص ایمنی)
- پذیرش تست‌های فوق تخصصی:
- Tumor profiling, Oncotype Dx, HRD (Homogenous Recombination Deficiency)



آزمایشگاه دکتر دانشبد، انتخاب شما

ما ادعا نمی‌کنیم، آزمایش‌ها نشان داده‌اند!

شیراز- خیابان اردیبهشت - حدفاصل بیست متری سینما سعدی و مورتگر - پلاک ۲۵

شماره تماس ۴ رقمی: ۰۷۱-۳۲۸۷ /// www.daneshbodlab.com

Dr . M T Ghaderi
KNEE SURGEON



دکتر محمد طاهر قادری

Arthroplasty & Arthroscopy Fellowship

فلوشیپ جراحی زانو
فلوشیپ تعویض مفصل ، بازسازی رباط
ترمیم مینیسک، درمان بیماری های کشکک
استئوتومی و اصلاح پای پرانتری

 www.doctorghaderi.com

تعویض مفصل زانو و لگن

۰۷۱ - ۳۶ ۳۰۰ ۸۰۰ 

۰۹۱۷ ۳۴۵ ۷۸۷۱ - ۲ 

zhivanclinic.com 

شیراز، قصر دشت، روبه روی کوچه ۹۷، پلاک ۱۳۱۱ 

شنبه، دوشنبه، چهارشنبه عصر

آزمون بالینی

درد قفسه سینه به همراه تغییرات نوار قلب



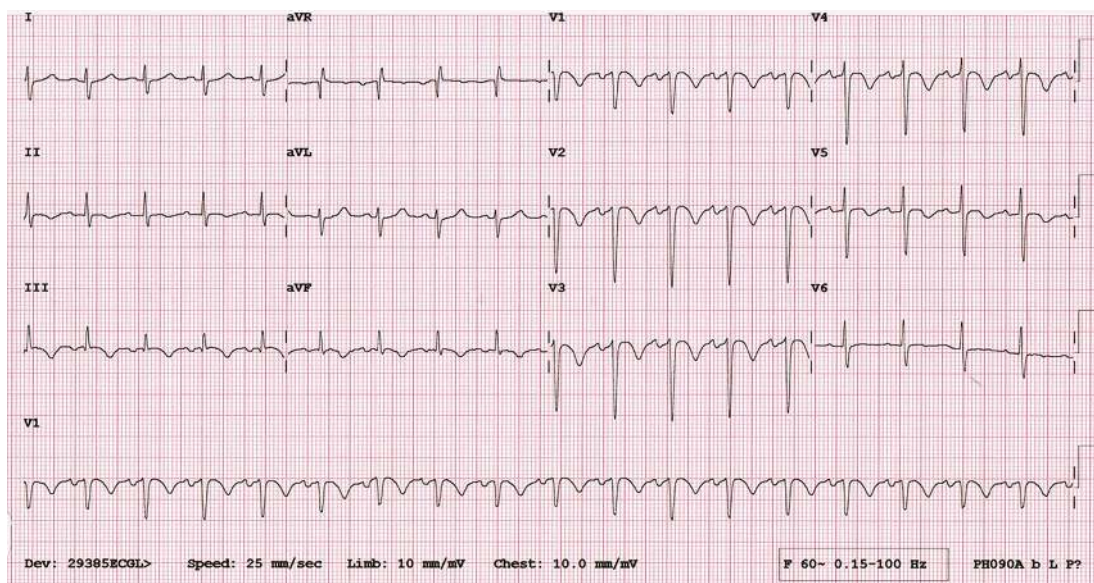
ترجمه و تلخیص دکتر قنبرعلی رییس جلالی

فوق تخصص بیماری‌های کلیه و

مجاری ادراری

استاد بخش داخلی

دانشگاه علوم پزشکی شیراز



آقای ۴۵ ساله و چاق، با شکایت از درد قفسه سینه که با تنفس تشدید می‌شود، به اورژانس مراجعه می‌کند. درد از یک هفته قبل به دنبال چند روز سرفه خشک شروع شده است.

این درد، ابتدا در سمت چپ قفسه سینه شروع و سپس به سمت جناغ سینه و زیر بغل چپ کشیده می‌شود و با فعالیت بدنی نفس تنگی و سرگیجه به علائم بیمار اضافه می‌گردد. گزارشی از تب و لرز، سرفه خلط دار و علائم سرماخوردگی وجود ندارد. سابقه چربی خون بالا و مصرف روزانه یک بسته سیگار را می‌دهد.

در معاینه به جز ضربان نبض ۱۰۸ بار در دقیقه، نکته‌ای مثبت یافت نمی‌شود.

اشباع اکسیژن شریانی ۹۴ درصد بدون مصرف اکسیژن کمکی گزارش می‌شود.

با توجه به شرح حال، معاینه و نوار قلب، تشخیص شما کدام است؟

- ☐ A. Acute coronary syndrome.
- ☐ B. Gastroesophageal reflux disease.
- ☐ D. Pleuritis.
- ☐ E. Pulmonary embolism.

خواننده عزیز، پاسخ آزمون را می‌توانید در صفحه ۳۷ مجله مطالعه کنید.

بارداری در محل جوشگاه سزارین (Cesarean Scar pregnancy)



جوشگاه سزارین، در سه ماهه اول، اوایل سه ماهه دوم حاملگی و جفت اکرتا (PAS: placenta accreta spectrum) در مراحل پیشرفته تر حاملگی (سه ماهه دوم به بعد) تشخیص داده می شوند. میزان نیاز به عمل جراحی سزارین برای PAS و CSP مشابه است و انتظار می رود با افزایش میزان انجام زایمان سزارین و نیز بهبود دقت تشخیصی تصویربرداری برای CSP، مقدار آن افزایش یابد. در مقابل، حاملگی در محل جوشگاه سزارین با بارداری خارج از رحم متفاوت است؛ زیرا CSP درون حفره رحم رخ می دهد و می تواند به تولد جنین زنده منجر شود، اما این موضوع به ندرت در بارداری خارج از رحم اتفاق می افتد. بنابراین روش درمانی مناسب در بارداری خارج از رحم با درمان بارداری در محل جوشگاه سزارین متفاوت است.

دو نوع بارداری محل جوشگاه سزارین وجود دارد:

- نوع ۱ (روی محل جوشگاه): لانه گزینی محصول بارداری روی محل زخم بهبود یافته سزارین قبلی
- نوع ۲ (درون تورفتگی یا گودی محل جوشگاه): لانه گزینی محصول بارداری در محل جوشگاه قبلی که به طور ناقص ترمیم

ترجمه: مرضیه یوسفی نژاد

کارشناس مامایی



مقدمه

بارداری در محل جوشگاه سزارین (CSP)، به لانه گزینی محصول بارداری درون یا بر روی محل جوشگاه (scar) سزارین قبلی اطلاق می شود. ممکن است حاملگی در محل جوشگاه میوکتومی اتفاق افتد که به آن بارداری داخل مخاطی (intramural) گفته می شود. واژه CSP در مورد بارداری های محل جوشگاه هیسترکتومی (برداشتن رحم) نیز به کار می رود. اگر این عارضه تشخیص داده نشود یا به طور مناسب مدیریت و درمان نگردد، به عوارض شدید مادری و جنینی (از جمله پارگی رحم و خونریزی) و مرگ و میر منجر می شود.

بارداری در محل جوشگاه سزارین، احتمالاً پیش در آمد ایجاد جفت تهاجمی اکرتا (چسبندگی غیر طبیعی جفت به سطح دیواره رحم) است که از نظر ساختاری، مشابه هم هستند. این دو حالت، ممکن است به دنبال بیماری های یکسانی بروز کنند. بارداری

شرح حال طبیعی (Natural History)

بارداری در محل جوشگاه سزارین، در اوایل حاملگی عوارضی مانند خونریزی، پارگی رحم، جفت اکرتا و حتی مرگ و میر را به دنبال دارد؛ ولی برخی از این بارداری‌ها ممکن است به صورت بارداری قابل حیات ادامه یابند. در مواردی که بیماری با مدیریت و درمان پیش می‌رود، افزایش احتمال انجام هیسترکتومی، قابل انتظار است.

• پارگی رحم

بارداری‌های محل جوشگاه سزارین مستعد پارگی زودرس رحم (در سه ماهه اول یا دوم) هستند. بر اساس ۱۷ مطالعه بر روی ۶۹ بیمار با بارداری CSP مدیریت شده که نتایج بارداری در آنها مورد ارزیابی قرار گرفت، در بیمارانی که جنین زنده و یا جنین/رویان مرده داشتند، پارگی زودرس رحم در ۹،۹ تا ۱۳،۴ موارد اتفاق افتاد. بنا به تجربیات نویسندگان مقاله، پارگی رحم، در موارد لانه گزینی درون گودی محل زخم (نوع دوم) بیشتر از نوع اول رخ می‌دهد.

• میزان بروز تولد نوزاد زنده و هیسترکتومی

میزان تولد نوزاد زنده و انجام هیسترکتومی متفاوت است. در یکسری تحقیقات انجام شده در بیمارانی که بارداری محل جوشگاه سزارین در آنها زیر ۱۰ هفته تشخیص داده شده بود، در ۹۰٪ بیمارانی که سزارین هیسترکتومی شده بودند، نوزاد زنده بین ۳۲ تا ۳۹ هفته متولد شد؛ میانگین خونریزی ۱۵۶۰ میلی لیتر (۶۰۰-۳۰۰ میلی لیتر) بود و ۲ بیمار نیاز به تزریق خون پیدا کردند. یکی از بیماران نیز دچار خونریزی شدید شد که نیاز به هیسترکتومی اورژانسی در هفته ۲۰ بارداری پیدا کرد. تشخیص پاتولوژی در تمامی موارد، جفت پرکرتا (تهاجم جفت به درون میومتر) بود. احتمالاً نتایج بارداری نوع اول نسبت به نوع دوم، مطلوب‌تر است؛ اما اطلاعات در این زمینه، به دلیل این که در بیشتر این تحقیقات، نوع بارداری مشخص نمی‌شود، محدود می‌باشد.

• افزایش واسکولاریتی میومتر

بارداری در محل جوشگاه سزارین، افزایش خون‌رسانی میومتر را به دنبال دارد (این واژه به عنوان یک ناهنجاری عروقی نیز تعریف می‌شود) و درمان‌هایی که جهت حفظ بارداری به کار می‌روند (مانند تعبیه کاتتر بالون) ممکن است این خطر را افزایش دهند. بر اساس نتایج یک مطالعه گذشته نگر، در ۸٪ از بارداری‌های CSP که با خونریزی‌های شدید و مداوم همراه بودند و افزایش واسکولاریتی میومتر در آنها تشخیص داده شد، درمان به روش آمبولیزاسیون شریانی رحمی یا برداشتن رحم ضرورت پیدا کرد.

عوامل خطر

سابقه بارداری در محل جوشگاه سزارین

خطر عود بارداری محل سزارین ممکن است بیشتر از آنچه که قبلاً تصور می‌گردید، باشد و میزان بروز آن بین ۵ تا ۴۰ درصد است که اکثراً بر اساس گزارش‌های موردی یا مطالعات انجام شده بر روی بیماران به دست آمده است. میزان دقیق بروز، مشخص نیست. بر اساس ۴۴ تحقیق در مورد نتایج باروری در بیماران با سابقه CSP، بارداری مجدد در محل زخم سزارین، در ۱۷،۶٪ بیماران اتفاق افتاد. با توجه به رده‌بندی براساس نوع درمان، میزان وقوع CSP در بیمارانی که تحت درمان جراحی قرار گرفته بودند در مقایسه با افرادی که عمل نشده بودند، بیشتر بود (۲۱٪ در برابر ۱۵٪). یکی از محدودیت‌های این مطالعه این است که تجزیه و تحلیل بر اساس نوع و روش عمل (مانند کورتاژ رحمی، رزکسیون یا جوشگاه رحم) یا موارد غیر جراحی (مانند تزریق وریدی یا موضعی متوترکسات یا KCL، آمبولیزاسیون شریانی رحمی) انجام نشده بود. عوامل خطر دیگر که ممکن است موجب بروز بارداری محل جوشگاه سزارین در بیماران با سابقه زایمان به روش سزارین شوند عبارتند از:

* سابقه هر نوع عمل جراحی قبلی روی رحم، مانند: D&C و تخریب آندومتر (endometrial ablation)

شده است و لانه گزینی اگزوزن (خارجی) یا حاملگی طاقچه‌ای (niche pregnancy) نیز نامیده می‌شود. بر اساس نتایج بالینی به دست آمده، احتمال وقوع نوع اول بیشتر است؛ گرچه اکثر گزارش‌های سونوگرافی، نوع CSP را مشخص نمی‌کنند.

میزان بروز

CSP در حدود ۱ مورد در هر ۲۰۰۰ بارداری اتفاق می‌افتد و حدود ۶٪ از لانه گزینی‌های غیر طبیعی در بارداری‌های با سابقه سزارین را شامل می‌شود. به نظر می‌رسد میزان بروز این عارضه رو به افزایش است.

بنا به عقیده نویسندگان مقاله، شیوع بارداری محل جوشگاه سزارین مانند شیوع جفت اکرتا، با تعداد سزارین‌های قبلی ارتباط دارد. البته اطلاعات کافی برای تأیید یا رد این نظریه وجود ندارد. همچنین اطلاعاتی درباره میزان بروز بر اساس نوع عارضه (نوع ۱ یا ۲) در دسترس نیست. شیوع لانه گزینی در محل میومکتومی قبلی نادر است.

پاتوژنز (بیماری‌زایی)

مکانیسم لانه گزینی در محل جوشگاه سزارین مشخص نیست و نظریه‌های مختلفی در این باره وجود دارد، از جمله مهاجرت درون‌زاد (endogenous) رویان به وسیله نقص گوه‌ای (wedge defect) در سگمان (قسمت) تحتانی رحم، یا فیسچول (سوراخ) میکروسکوپی درون زخم؛ تهاجم پرزهای جفتی به درون دیواره رحم در محل باز شدن زخم؛ و فشار کم اکسیژن در بافت اسکار (زخم) که باعث جذب تخمک بارور شده جهت لانه گزینی می‌شود. برخی متخصصان بر این عقیده هستند که CSP از نظر بافت شناسی مانند جفت اکرتا است و هر دو، عوارض یکسانی را به دنبال دارند (مانند چسبیدن یا تهاجم جفت به درون میومتر). در هر دو مورد، تقریباً همیشه درگیری جفت به صورت تهاجم یا چسبیدن جفت درون میومتر در محل زخم ایجاد شده در اثر جراحی قبلی بر روی رحم، اتفاق می‌افتد. ممکن است سونوگرافی در سه ماهه اول حضور هم زمان جفت اکرتا و حاملگی در محل زخم سزارین را نشان دهد. یکسری تحقیقات برای تأیید این نظریه انجام شده است:

◀ بر اساس ۷ مطالعه انجام شده بر روی ۵۵۱ بیمار باردار در معرض خطر جفت اکرتا، در ۹۱٪ از بیماران با تشخیص قطعی CSP، حداقل یک نشانه سونوگرافی مشخص کننده جفت اکرتا [مانند لانه گزینی کیسه بارداری در قسمت قدامی و تحتانی رحم، وجود حفره جفتی (placental lacunae) و کم شدن ضخامت میومتر]، شناسایی شد. لانه گزینی جفت در قسمت تحتانی و قدامی، شایع‌ترین علامت نشان دهنده جفت اکرتا در سونوگرافی بود (در ۸۳٪ موارد)؛ اگرچه دقت پیش‌بینی موردی، بالا نیست.

◀ در مطالعه‌ای دیگر که بر روی ۱۰ بیمار با تشخیص بارداری در محل جوشگاه سزارین در هفته دهم حاملگی انجام شد، علائم جفت اکرتا در تمامی بیماران در سه ماهه دوم بروز پیدا کرد.

* خارج کردن دستی جفت
IVF*

تظاهرات بالینی

تقریباً ۱/۳ بیماران با بارداری در محل جوشگاه سزارین در زمان تشخیص با سونوگرافی، بدون علامت هستند. در بیماران علامت دار، شایع ترین علامت خونریزی واژینال است که معمولاً در اواخر سه ماهه اول یا اوایل سه ماهه دوم بروز می کند. به هر حال، علائم بارداری، می تواند از خونریزی واژینال با یا بدون درد شکم/لگن تا پارگی رحم به همراه شوک هیپوولمیک باشد. در یکی از مطالعات انجام شده، علائم شامل خونریزی واژینال به تنهایی (در ۸۶% موارد)، خونریزی واژینال به همراه درد شکمی (در ۹% موارد) یا درد شکم به تنهایی (در ۴،۵% موارد) بود. در مطالعه دیگر، ۱۰% بیماران در زمان شناسایی بارداری در محل جوشگاه سزارین بدون علامت بودند.

تشخیص

تشخیص قطعی - تشخیص بارداری در محل جوشگاه سزارین، بر پایه یافته های سونوگرافی از طریق واژن (TVS) در سه ماهه اول یا اوایل سه ماهه دوم و مشاهده محصول بارداری لانه گزین شده بر روی درون جوشگاه یا گودی محل هیستروتومی قبلی است و تشخیص در زمان انجام جراحی، به وسیله وجود یافته های بافت شناسی مشابه با نقص جفتی اکرتا، تأیید و اثبات می گردد. در بارداری محل جوشگاه سزارین، ارزیابی به وسیله سونوی TVS به همراه سونوی داپلر رنگی، ارجح است و نسبت به سونوگرافی شکمی (trans abdominal) دقت بیشتری دارد.

یافته های تشخیصی - یافته های سونوگرافی زودهنگام که مطرح کننده CSP در بیماران با سابقه جوشگاه رحمی قبلی می باشد، عبارتند از:
* قرار گرفتن کیسه بارداری با سن حاملگی کمتر از ۷ هفته در وضعیت قدامی تحتانی (low Anterior)

وجود کیسه بارداری در این وضعیت، یکی از نشانه های سونوگرافی برای بارداری در محل جوشگاه سزارین در سنین باروری پایین (بین ۵ تا ۷ هفته) است. بعد از هفته ۷ تا ۹ بارداری، کیسه بارداری به درون حفره رحم کشیده می شود (پشت محل لانه گزینی جفت)؛ زیرا این قسمت، تنها محل موجود برای رشد محصول بارداری (رویان/جنین) است.

از روش های زیر برای تعیین محل کیسه بارداری می توان استفاده کرد:

→ در تصویر پانورامای طولی ساژیتال، رحم به کمک یک خط فرضی عمود بر محور طولی آن، به دو نیم تقسیم شده و محل کیسه حاملگی، بر اساس وضعیت قرارگیری نسبت به این خط تعیین می شود.

→ اگر مرکز کیسه، بالای خط ذکر شده (نزدیک به فاندوس یا قله رحم) باشد، احتمال حاملگی داخل رحم بیشتر است.

→ اگر مرکز کیسه، زیر این خط (نزدیک به دهانه رحم) باشد، بارداری در محل جوشگاه سزارین و یا در موارد نادر، در دهانه رحم صورت گرفته است. زمانی که این روش در هفته ۷ بارداری یا قبل از آن انجام شود، عملکرد آماری قابل اعتمادی دارد. (حساسیت روش: ۹۳%؛ اختصاصی بودن: ۹۸،۹%؛ ارزش پیش بینی مثبت: ۹۶،۴% و ارزش پیش بینی منفی: ۹۷،۹%).

یک استثنا برای این مورد، مربوط به بیماران با برش کلاسیک قبلی یا برش فوندال (در طول میوکتومی) است. برای چنین بیمارانی، CSP به احتمال زیاد در قسمت بالایی رحم به جای قسمت تحتانی ایجاد می شود.

یافته های دیگر - یافته های دیگر مشابه جفت اکرتا است که شامل یک یا چند مورد زیر می باشد:

* **جفت قدامی دارای قرار تحتانی (low-lying anterior placenta) یا جفت سرراهی** این حالت، خطر پایدار ماندن جفت سر راهی و جفت اکرتا را در بیماران با سابقه

سزارین قبلی افزایش می دهد. همانند بیمارانی که جفت اکرتا دارند، شناسایی میزان توسعه تهاجم جفت به اندام های لگنی (مانند مثانه، سرویکس، پارامتریوم یا بافت همبندی اطراف رحم، باید مورد توجه و ارزیابی مستقیم قرار گیرد.

* **حوضچه های عروقی جفتی (placental lacunae)**

* **نازک بودن میومتر (کمتر از ۳ میلی متر) یا عدم فاصله یا فضای شفاف بین جفت و مثانه یا سروی قدامی رحم**

* **نامنظم یا منقطع بودن خط مثانه یا برجسته شدن کیسه بارداری از طرف جلو به سمت مثانه**

* **افزایش واسکولاریتی (بزرگ شدن عروق) مثانه/جفت** در زمان بروز این عارضه، یافته های فوق (به جز در زمان قرارگیری کیسه جنینی در حالت قدامی-تحتانی)، همزمان با پیشرفت بارداری از هفته ۷-۵ تا آخر سه ماهه اول، از وضوح بیشتری برخوردار می گردند.

روش های دیگر تصویربرداری - سونوگرافی سه بعدی به ندرت به تشخیص بارداری محل جوشگاه سزارین کمک می کند؛ اگرچه در برخی بیماران در صورتی که ماهرانه و دقیق انجام شود، ممکن است CSP را شناسایی کند. مستنداتی مبنی بر تأیید استفاده معمول از تصویربرداری های با کیفیت تر مانند MRI، برای تشخیص این نوع بارداری در دسترس نیست ولی در برخی موارد، ممکن است برای ارزیابی های بعدی از MRI استفاده شود.

تشخیص افتراقی

● **بارداری سرویکال** - بارداری در دهانه رحم، نمونه نادری از حاملگی خارج از رحم است و می تواند با مشاهده کیسه بارداری یا جفت، درون سرویکس در سونوگرافی از طریق واژن، از بارداری محل جوشگاه سزارین تمایز داده شود. برخلاف CSP، بارداری در دهانه رحم تقریباً همیشه در بیماران بدون سابقه سزارین قبلی اتفاق می افتد. طبق تجربیات نویسندگان مقاله، در بیماران با سابقه عمل جراحی قبلی روی رحم، در صورت مشاهده کیسه بارداری در موقعیت low-anterior (قدامی - تحتانی) و/یا جفت low-lying، تشخیص بارداری به نفع بارداری در محل جوشگاه سزارین است و نه حاملگی سرویکال.

● **از بین رفتن زودهنگام بارداری (سقط زودرس)** - در بیمارانی که سقط زودرس دارند (مثل از بین رفتن محصولات بارداری، سقط خودبه خودی)، در سونوگرافی ممکن است کیسه بارداری یا جفت در قسمت تحتانی رحم مشاهده شود؛ معمولاً فعالیت قلب جنین وجود ندارد. در بیماران با سابقه جوشگاه روی رحم، ممکن است این مورد با CSP اشتباه گرفته شود. اما بررسی های بعدی سونوگرافی در بیمارانی که سابقه سقط داشته اند، بارداری را حتی در قسمت های پایین رحم، در کانال سرویکس و یا یک رحم خالی (در موارد سقط کامل)، نشان می دهد.

● **بارداری داخل رحمی** - در حالی که وجود یک بارداری داخل رحمی با لانه گزینی غیر معمول کیسه بارداری در قسمت پایین رحم، شک به CSP را بیشتر می کند، ممکن است در بیماران بدون سابقه زایمان سزارین، احتمال بارداری CSP رد شود.

در این گونه بارداری‌ها، پیگیری هفتگی با بررسی میزان HCG و TVS تا زمان غیر قابل شناسایی شدن HCG و رد بارداری توسط سونوگرافی که معمولاً چند ماه به طول می‌انجامد، ضرورت دارد.

در افرادی که تمایل به ختم سریع بارداری دارند، درمان با متوتروکسات یا آسپیراسیون رحمی انجام می‌شود.

❑ بارداری همراه با جنین زنده

درمان بارداری در محل جوشگاه سزارین همراه با وجود جنین زنده، می‌تواند به صورت انتظاری، دارودرمانی یا جراحی باشد. اگر چه درمان انتظاری در این بیماران، ابتلا به عوارض شدید مادری (مانند خونریزی، پارگی زودرس رحم، برداشتن رحم، جفت اکرتا، مرگ مادری) را به دنبال دارد، نظر به اینکه در بعضی موارد امکان تولد نوزاد زنده در زمان ترم یا نزدیک به ترم وجود دارد، برخی بیماران ممکن است خواستار ادامه بارداری باشند. برخی مراکز تخصصی مانند انجمن پزشکی جنین و مادر (Society of Maternal-Fetal Medicine)، معمولاً این روش را توصیه نمی‌کنند.

❑ درمان انتظاری

نویسندگان مقاله معتقد هستند در بیماران تحت مدیریت انتظاری، به نظر می‌رسد نتایج برای بیمارانی که CSP در آنها «روی جوشگاه» است (نوع ۱)، در مقایسه با بیمارانی که CSP آن‌ها به صورت فرورفتگی در جوشگاه است (نوع ۲) و برای کسانی که ضخامت میومتر آن‌ها ≤ 3 میلی‌متر است، در مقایسه با ضخامت میومتر کمتر از ۳ میلی‌متر، پیامد مطلوب‌تری دارد. با این حال، داده‌های مربوط به ضخامت میومتر متفاوت است و هیچ آستانه پذیرفته شده‌ای به صورت جهانی، وجود ندارد.

وقتی درمان انتظاری مد نظر است، بیماران به روش درمانی مشابه با موارد جفت اکرتا، تحت درمان قرار می‌گیرند و جهت انجام سزارین، بین هفته‌های ۳۲ و اواخر هفته ۳۵ بارداری تصمیم‌گیری می‌شود.

❑ ختم بارداری

در بیمارانی که ختم بارداری را انتخاب می‌کنند (به طور مثال در شرایطی که احتمال خطر نسبت به مزایا بیشتر است و یا در بارداری ناخواسته) زمان انجام درمان، از حساسیت ویژه‌ای برخوردار است؛ زیرا وقتی که بارداری در محل سزارین قبلی اتفاق نیفتاده، ابتلا به عوارض مربوط به ختم بارداری با بالا رفتن سن بارداری بیشتر می‌شود. شروع درمان (به روش طبی یا روش جراحی) مؤثر است و به عوامل زیر بستگی دارد:

- ❑ آیا بارداری در محل جوشگاه سزارین به سه ماهه دوم رسیده است؟ از نظر نویسندگان مقاله، برای بیمارانی که سه ماهه دوم بارداری را طی می‌کنند، درمان جراحی نسبت به درمان طبی ارجح است و بر اساس تجربیات آنها، درمان جراحی در سه ماهه دوم موفق‌تر می‌باشد.

- ❑ آیا بیمار تمایل به بارداری بعدی دارد؟ اگر تمایلی به بارداری در آینده نباشد همچنین برای بیمارانی که درمان جراحی را ترجیح می‌دهند، می‌توان عمل هیسترکتومی را انجام داد.

❑ درمان‌های تخصصی

← درمان جراحی:

برش و برداشتن به روش جراحی (Operative resection): قطع کردن به روش جراحی (مانند برش لگوهای شکل بافت) از طریق لاپاراسکوپ یا با کاربرد کمتر، به روش لاپاراتومی صورت می‌گیرد. هیستروسکوپ به همراه لاپاراسکوپ رانیز می‌توان انجام داد. همچنین ممکن است به دنبال درمان طبی مانند تزریق متوتروکسات یا KCL، برداشتن بافت به روش جراحی نیز انجام شود. این روش‌ها، باید توسط جراح متخصص و مجرب صورت گیرد. روش برش جراحی، یک روش درمانی نیز می‌باشد. برای تأیید رفع بیماری، پیگیری از طریق بررسی سطوح سرمی HCG به صورت هفتگی تا زمان غیر قابل شناسایی شدن آن، منطقی است.

در صورت پایدار بودن وضعیت همودینامیک، برداشتن گوه‌ای شکل (wedge)

❑ مدیریت و درمان

در این بخش، درباره درمان و اداره CSP در سه ماهه اول و اوایل سه ماهه دوم توضیح داده می‌شود. در سنین بارداری بالاتر، بررسی و درمان این حاملگی‌ها، مانند جفت اکرتا است. بیماران با تشخیص بارداری CSP، همانند حاملگی‌های همراه با جفت اکرتا، باید در صورت امکان، به یک مرکز مجهز مراقبت‌های ویژه مادر و نوزاد منتقل شوند که دسترسی به روش‌های مختلف درمانی (مانند آمبولیزاسیون شریان رحمی) و همچنین دسترسی به بانک خون، مقدور می‌باشد.

❑ بیماران با وضعیت همودینامیک ناپایدار

در بیمارانی که خونریزی یا وضعیت همودینامیک ناپایدار دارند، نیاز به مداخله فوری جراحی [مانند برداشتن لگوهای شکل (wedge resection)، برداشتن رحم] و یا روش‌های تهاجمی خفیف (مانند آمبولیزاسیون شریان رحمی (UAE) است.

❑ بیماران با وضعیت همودینامیک پایدار

در این بیماران، درمان‌های انتخابی شامل ختم بارداری (به روش دارویی یا جراحی) و یا ادامه بارداری است. درمان مناسب مشخص نیست و توصیه‌های خاص درمانی، ارائه نشده است. تصمیم‌گیری مناسب در این وضعیت اهمیت دارد و با توجه به عواملی مانند نوع بارداری محل جوشگاه سزارین، سن بارداری، تمایل به بارداری بعدی و مهارت پزشک در درمان بیمار صورت می‌گیرد.

درمان جراحی در مقایسه با درمان دارویی، موفقیت‌آمیزتر است. در بررسی‌های به عمل آمده در بیماران با حاملگی در محل جوشگاه سزارین (با میانگین سن بارداری ۸ هفته) که تحت عمل جراحی مانند هیسترکتومی، برداشتن (رزکسیون) از طریق جراحی یا D&C قرار گرفتند، در مقایسه با به کارگیری درمان دارویی (تزریق متوتروکسات)، نتیجه بارداری مطلوب‌تر بود (۸۳٪ در برابر ۶۰٪). در بین روش‌های جراحی، D&C (کورتاژ) کمترین میزان موفقیت (۷۶٪) را در برداشت؛ در حالی که میزان خونریزی در موارد درمان جراحی در مقایسه با دارودرمانی بیشتر بود (۱۸٪ در مقابل ۷٪). در بیشتر بیماران، با استفاده از درمان کمکی (مانند تزریق آمپول متوتروکسات و یا آمبولیزاسیون شریان رحمی) میزان خونریزی کاهش یافت. پزشکان و بیماران باید احتمال آثار و عوارض بعدی را در انتخاب روش درمان مد نظر قرار دهند.

❑ بارداری‌های همراه با رویان/جنین مرده

جهت درمان حاملگی محل جوشگاه سزارین با حضور جنین/رویان مرده، می‌توان درمان انتظاری یا درمان دارویی یا جراحی را به کاربرد. نویسندگان مقاله، درمان انتظاری را ترجیح می‌دهند؛ به جز در مواردی که بیمار سه ماهه اول را طی می‌کند، زیرا احتمال ختم خودبه‌خودی بارداری وجود دارد. در مطالعه‌ای که در بالا ذکر شد، در بیمارانی که CSP در آنها تا قبل از ۱۴ هفته‌گی تشخیص داده شده بود، در ۱۰ مورد مرگ رویان اتفاق افتاد؛ در ۷ بیمار مداخلات درمانی مانند کورتاژ، تزریق داخل رحمی KCL، تزریق سیستمی MTX، تجویز میزوپروستول و به دنبال آن کورتاژ صورت گرفت، در سه بیمار هم درمان انتظاری انجام شد. در یک مورد نیز به دلیل خونریزی، هیسترکتومی ضرورت پیدا کرد. هیچ کدام از بیمارانی که درمان انتظاری را پیش گرفتند، نیاز به هیسترکتومی پیدا نکردند.

هیسترکتومی (برداشتن رحم بارداری)

عمل هیسترکتومی در زمان بارداری، فقط در بیمارانی که تمایل به بارداری در آینده ندارند یا در افرادی که دچار خونریزی شدید می‌شوند، انجام می‌گردد همچنین ممکن است برای بیماران با حاملگی در محل جوشگاه سزارین در سه ماهه دوم، به عنوان یک درمان ترجیحی به کار رود. برداشتن رحم بارداری را می‌توان با یا بدون انجام UAE (آمبولیزاسیون شریان رحمی) قبل از هیسترکتومی انجام داد.

درمان دارویی

درمان دارویی شامل استفاده از داروهای قابل تزریق یا ایجاد فشار موضعی توسط یک وسیله ساده مانند بالون کاتتر است. این روش‌ها اغلب سرپایی هستند و نیاز به بستری در بیمارستان نیست. از آمپول MTX، به صورت ثانویه پس از به کارگیری هر درمان‌های دارویی استفاده می‌شود. اطلاعات کافی برای تایید استفاده از این روش وجود ندارد و می‌تواند عوارض نامطلوبی نیز به دنبال داشته باشد.

* تزریق MTX داخل محصول بارداری

تزریق متوتروکسات درون محصول بارداری تحت هدایت سونوگرافی (از طریق واژن یا شکم) یکی از درمان‌های مؤثر برای بارداری در محل جوشگاه سزارین است؛ ولی مستندات کافی برای تأیید مؤثر بودن این روش یا خلاف آن یا احتمال بروز عوارض بیشتر به دنبال این روش نسبت به درمان‌های دیگر وجود ندارد.

* تزریق داخل رحمی KCl

تزریق KCl از طریق واژن یا شکم به میزان 5meq در کیسه بارداری با حضور جنین یا رویان زنده، با هدایت سونوگرافی انجام می‌شود. این روش ممکن است در صورتی که علی‌رغم به کارگیری درمان‌های دیگر مانند آمبولیزاسیون شریان رحمی و قرار دادن کاتتر بالون، فعالیت قلبی جنین هنوز وجود داشته باشد، به عنوان یک روش ثانویه مورد استفاده قرار گیرد.

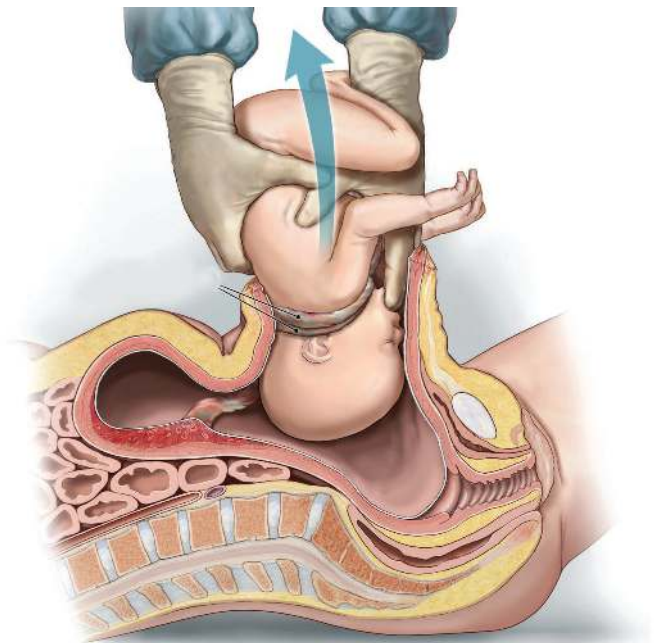
* قرار دادن کاتتر رحمی از طریق دهانه رحم

قرار دادن کاتتر بالون دار، یک روش درمانی کم‌تهاجم و مؤثر است که به خوبی تحمل می‌شود و برای بارداری محل جوشگاه سزارین در هفته‌های بین ۸-۶ حاملگی، به عنوان یک درمان انتخابی می‌باشد. در سنین بارداری بیشتر از ۸ هفته، محصول بارداری بزرگتر از آن است که با بالون تحت فشار مناسب و کافی قرار گیرد. این کاتترها می‌توانند به طور مؤثر فعالیت قلبی جنین را متوقف کرده و به دلیل وارد کردن فشار مستقیم بر محصول بارداری، از عوارض خونریزی احتمالی جلوگیری کنند و همچنین همراه یا بدون درمان‌های دیگر مانند آسپیراسیون یا مکش رحمی و یا تزریق MTX یا KCl به داخل محصول بارداری، مورد استفاده قرار گیرند. این موضوع برای متخصصان زنان و زایمان که از همان کاتترها برای آماده‌سازی دهانه رحم جهت القای زایمان، استفاده می‌کنند، شناخته شده و آشنا است.

کاتترهای بالون دار مناسب و قابل استفاده در درمان بارداری جوشگاه سزارین شامل کاتتر فولی تک بالونی، یا کاتتر ۲ بالونی (مانند double Cook catheter) است.

اجرای این روش به صورت زیر می‌باشد:

۱- تزریق پیشگیرانه (پروپیلکسی) آنتی بیوتیکی - به



(resection) از طریق لاپاروتومی، به این روش صورت می‌گیرد:

- شکم با برش فاننشیتیل (Pfannenstiel) باز می‌شود.
- رحم توسط فورسپس بالا برنده گرفته شده و به وسیله برش دادن پوست آزاد می‌شود.
- روی صفاق، در امتداد لیگامان گرد (round ligament)، برش زده می‌شود، سپس چین رحمی - مثانه‌ای (Vesicouterine fold) را مشخص کرده، توسط هر دو انگشت سبابه، پشت مثانه از دهانه رحم جدا می‌گردد تا محل جوشگاه سزارین قبلی پدیدار شود.
- جهت بستن رگ‌های واژنی - رحمی (Colpo-uterine) و کاهش جریان خون در CSP، در محل ساعت‌های ۱۲، ۳ و ۹ (در دیواره قدامی بالایی واژن)، توسط نخ ویکریل صفر با جذب تاخیری، بخیه زده می‌شود.
- بافت رحم در اطراف محل لانه‌گزینی بارداری در CSP، با یک اسکالپ (تیغه) شماره ۵، بریده می‌شود؛ تقریباً ۵ میلی متر از مرزهای سالم میومتر باید در برش واقع شده باشد.
- در صورت بروز خونریزی از نواحی برش زده شده در میومتر، از بخیه ۳-۰ قابل جذب برای ایجاد هموستاز استفاده می‌شود؛ این روش نسبت به الکتروکوتری، کاربرد بیشتری دارد.
- به منظور برداشتن هر گونه بافت حاملگی باقی مانده، درون حفره رحم به وسیله اسفنج گازی (gauze sponge) تمیز می‌شود.
- با استفاده از نخ بخیه ۲-۰ با جذب تاخیری، رحم به وسیله بخیه‌های کوچک بسته می‌شود.
- سطح فیبرینوژن پلازما اندازه‌گیری می‌شود؛ اگر سطح آن زیر ۲۰۰ mg/dl باشد، باید فیبرینوژن، جایگزین شود.

آسپیراسیون مکشی با هدایت سونوگرافی

در صورت بروز خونریزی شدید در سه ماهه اول بارداری (۷-۵ هفته‌گی)، معمولاً به وسیله وارد کردن یک کاتتر بالون دار از طریق واژن، آسپیراسیون مکشی (مانند D&C یا ساکسن کورتاژ) انجام می‌شود. بر اساس نتایج به دست آمده از یک مطالعه آینده‌نگر بر روی ۱۸ مورد CSP (با سن بارداری ۴ تا ۲۳ هفته، انجام D&C، در درمان ۵ نفر از ۸ بیمار (۶۳٪) بیماران) موفقیت آمیز بود. سه بیمار خونریزی شدید (۱۰۰-۵۰۰ میلی لیتر) داشتند که در این شرایط، کارگذاری کاتتر بالون دار داخل رحمی، به منظور ایجاد فشار روی رحم و برقراری هموستاز (قطع خونریزی) ضرورت پیدا کرد.

متوتروکسات وریدی

نویسندگان مقاله از بین درمان‌های طبی ذکر شده، متوتروکسات وریدی را به عنوان درمان کمکی انتخاب می‌کنند؛ ولی اطلاعات مناسب و کافی برای تأیید این روش در دست نیست و امکان دارد عوارض نامطلوبی مانند کاهش تمام سلول‌های خونی (پان‌سیتوپنی) و مسمومیت کلیوی ایجاد شود.

در یک مطالعه نظام‌مند (systematic review)، به دنبال تزریق MTX همراه با ختم بارداری، کورتاژ یا اعمال جراحی دیگر مانند هیستروسکوپی و لاپاراسکوپی در ۸۲ تا ۸۷٪ بیماران انجام می‌شود. به طور معمول، ۷ روز قبل از انجام جراحی، MTX تجویز می‌گردد که این روش، کاهش جریان خون اطراف زخم (بر اساس بررسی سونوگرافی داپلر) و کاهش غلظت سرمی HCG را در بر دارد. در ۵٪ بیماران عوارض نامطلوب اتفاق می‌افتد که شامل عفونت لگنی، تب، افزایش آنزیم‌های کبدی، پارگی رحم و سرکوب مغز استخوان است. نویسندگان مقاله از MTX به تنهایی برای درمان CSP استفاده نمی‌کنند.

درمان‌هایی که نباید به کار برد:

متوتروکسات به تنهایی در بارداری‌های همراه با جنین زنده

درمان با آمپول MTX، در حاملگی با جنین زنده، همانند انجام این روش درمانی در بارداری خارج از رحم، با افزایش میزان شکست مواجه می‌شود. متوتروکسات وریدی را می‌توان به عنوان یک درمان کمکی در کنار درمان‌های دیگر و برای بارداری در محل جوشگاه سزارین همراه با جنین/رویایان مرده به کار برد.

میزوپروستول

با وجود این که میزوپروستول را می‌توان به عنوان درمان طبی در سه ماهه اول بارداری تجویز کرد، نویسندگان مقاله، این روش درمانی را در مورد حاملگی در محل جوشگاه سزارین تأیید نمی‌کنند. به نظر می‌رسد، لانه‌گزینی عمقی جفت در این نوع بارداری، از آثار منجر به سقط میزوپروستول جلوگیری کرده و باعث شکست درمان و بروز عوارض شدید گردد.

کورتاژ بوسیله کورت تیز

گروه‌های صاحب نظر معتقدند کورتاژ به وسیله کورت تیز، خطر بروز عوارضی مانند پارگی، خونریزی و نیاز به مداخله را بیشتر کند. خونریزی شدید ممکن است به دلیل لانه‌گزینی عمیق رگ‌های جفتی رخ دهد و یا برای جلوگیری از خونریزی عروقی که توسط کورتاژ با کورت تیز قطع شده‌اند، بافت میومتر ناچیز بوده و یا وجود نداشته باشد. به علاوه وجود بافت باقی مانده به دنبال D&C، می‌تواند عوارض بعدی را (مانند افزایش عروق میومتر) به دنبال داشته باشد. اگرچه درمان موفقیت‌آمیز CSP با انجام کورتاژ گزارش شده است، ولی نویسندگان مقاله این روش را به کار نمی‌برند.

حامگی بعدی

وقوع بارداری متعاقب حاملگی در محل جوشگاه سزارین، گزارش شده است. این بیماران با خطر لانه‌گزینی مجدد جنین در محل جوشگاه قبلی، جفت غیرطبیعی و پارگی رحم مواجه هستند و ممکن است بارداری، به مرگ مادر یا جنین منجر شود.

نقش غربالگری به وسیله سونوگرافی

در خانم‌های باردار با سابقه سزارین و مادران پرخطر دیگر (مانند سابقه بارداری در محل جوشگاه سزارین)، انجام زود هنگام سونوگرافی می‌تواند سودمند باشد. در شیوه طبابت نویسندگان این مقاله، این دسته از بیماران پس از مثبت شدن آزمایش بارداری آنها، جهت بررسی سلامت بارداری فعلی، توسط متخصص زنان و زایمان مشاوره شده و به وسیله انجام سونوگرافی زود هنگام از طریق واژن در هفته‌های ۷-۵

منظور کاهش خطر عفونت به طور معمول، آنتی بیوتیک تجویز می‌شود، اگرچه شواهد با کیفیتی برای حمایت از این اقدام وجود ندارد. نویسندگان این مقاله، در طبابت بالینی خود از تجویز آزیترومايسين با دوز ۵۰۰ mg در زمان انجام اقدام درمانی و به دنبال آن ۲۰۰ mg روزانه به مدت ۴ روز استفاده می‌شود. دوز دارویی مناسب هنوز مشخص نشده و ممکن است دستورالعمل‌های مختلفی مورد استفاده قرار گیرد.

۲- کنترل درد - بنا به توصیه نویسندگان مقاله، نیم ساعت قبل از انجام این اقدام، ایبوپروفن ۸۰۰ mg تجویز می‌گردد. معمولاً برای بیمارانی که زایمان طبیعی یا عمل جراحی داخل رحمی نداشته‌اند، مسدود کردن پاراسرویکال (paracervical block) انجام می‌شود. همچنین در افرادی که نیاز بیشتری به کنترل درد است، می‌توان از مسکن داخل وریدی استفاده کرد.

۳- برای عبور راحت و آسان‌تر، کاتتر دارای دو بالون که قطر بزرگتری نسبت به کاتتر فولی دارد، می‌توان از متسع کننده هگار (Hegar dilators) استفاده کرد.

۴- تحت هدایت سونوگرافی شکمی، کاتتر را وارد رحم کرده، سپس هوا را وارد بالون می‌کنند. اگر از بالون دوتایی استفاده شده باشد، با هدایت سونوگرافی واژنی، به بالون پایینی که در قسمت مقابل کیسه بارداری قرار می‌گیرد، هوا وارد می‌کنند.

۵- کاتتر به مدت ۴۸-۲۴ ساعت به قسمت ران بیمار بسته می‌شود. درباره مراجعه مجدد در صورت بروز عوارضی مانند خونریزی شدید، تب و درد شدید، به بیمار آموزش داده شده و بیمار ترخیص می‌گردد. برخی بیماران جهت انجام اقدامات مراقبتی بیشتر، بستری می‌شوند.

قبل از کشیدن هوای بالون، فعالیت قلبی جنین/رویایان باید مجدداً بررسی شود. اگر هنوز فعالیت قلب وجود دارد، می‌توان هوای بالون را با فشار بیشتری کشید و از درمان کمکی مانند MTX یا KCl داخل رحمی، MTX وریدی نیز استفاده نمود. پس از برداشتن بالون، بیمار از نظر شدت خونریزی بررسی شده و حدود یک ساعت تحت نظر قرار می‌گیرد سپس می‌توان بیمار را با توصیه به انجام سونوگرافی طی ۲-۳ روز آینده، مرخص کرد. بررسی‌های سونوگرافی و اندازه‌گیری سطح HCG تا رفع کامل بارداری در محل جوشگاه سزارین، به صورت دوره‌ای انجام می‌گردد.

← درمان کمکی:

آمبولیزاسیون شریان رحمی (UAE)

این درمان را می‌توان به تنهایی یا همراه با درمان‌های دیگر (مانند آسپیراسیون مکشی، متوتروکسات، هیستروسکوپی) به کار برد. به بیمارانی که تمایل دارند در آینده باردار شوند، باید درباره خطرات احتمالی بارداری به دنبال UAE مشاوره داد. انجام آمبولیزاسیون شریان رحمی ممکن است نسبت به تجویز MTX سیستمیک، به عنوان یک درمان کمکی برای کورتاژ ساکشن برتری داشته باشد. علاوه بر این، فواصل درمانی کوتاه‌تر، بین آمبولیزاسیون شریان رحمی و آسپیراسیون مکشی، نتایج مطلوب‌تری دارد.

بیمارستان سطح ۳ ویژه مادر و نوزاد که شرایط انجام روش های مختلف درمان را مانند آمبولیزاسیون شریان رحمی و دسترسی به بانک خون دارند، منتقل شوند.

♦ در بیمارانی که دچار خونریزی می شوند و وضعیت آنها به سمت ناپایداری همودینامیک پیش می رود، مداخله فوری [مانند برش و جدا کردن گوه های شکل (wedge resection)، هیسترکتومی] و یا مداخلات کم تهاجمی تر مانند آمبولیزاسیون شریان رحمی (UAE) ضرورت پیدا می کند.

♦ در مورد بیمارانی که وضعیت همودینامیک پایدار دارند، روش درمانی مناسب (از نظر جراحی یا طبی) مشخص نیست. با وجودی که متخصصان، عموماً معتقد به ختم بارداری هستند، ممکن است برخی بارداری ها تا زمان ترم یا نزدیک به ترم ادامه یابند؛ بنابراین بعضی بیماران تمایل به ادامه بارداری دارند. مشارکت در تصمیم گیری مهم است و تصمیم گیری برای درمان، بر اساس عواملی مانند نوع بارداری در محل جوشگاه سزارین (نوع ۱ یا ۲)، سن بارداری، تمایل به بارداری بعدی و تجربه پزشک درمان کننده بیمار، انجام می شود.

♦ در بیمارانی که جنین یا رویان مرده دارند، می توان درمان انتظاری یا درمان طبی یا جراحی را به کار برد.

♦ در بیمارانی که جنین زنده و تمایل به ادامه بارداری دارند، به نظر می رسد در مواردی که CSP بر روی جوشگاه سزارین قبلی باشد (نوع ۱) و ضخامت میومتر ۳ میلی متر یا بیشتر است، نتایج بارداری مطلوب تر است؛ در نتیجه، نویسندگان مقاله درمان انتظاری را در چنین مواردی توصیه می کنند. درمان در این بیماران مشابه دستورالعمل درمان جفت اکرتا است.

نتایج بارداری در حاملگی CSP نوع ۲ یا در صورت نازک بودن ضخامت میومتر (کمتر از ۳ میلی متر) نامطلوب تر است.

♦ در بیماران بارداری که جنین زنده و تمایل به ختم بارداری در سه ماهه دوم دارند، درمان جراحی نسبت به طبی ارجح است و اغلب این نوع درمان توصیه می شود. در سه ماهه اول، می توان هم درمان طبی و هم روش جراحی را به کار برد.

♦ UAE (آمبولیزاسیون شریان رحمی) و آمپول متوترکسات، اغلب به عنوان درمان کمکی در جراحی یا درمان طبی به کار می روند. بیماران باید درباره فواید و خطرات این روش های درمانی، مورد مشاوره قرار گیرند.

♦ مؤلفان مقاله، تجویز MTX وریدی به تنهایی، میزوپروستول یا کورتاژ رحم به وسیله کورت تیز را برای درمان بارداری در محل جوشگاه سزارین توصیه نمی کنند.

غربالگری

در بیماران بارداری که سابقه سزارین دارند و سایر عوامل خطر ساز که باعث وقوع بارداری در محل جوشگاه سزارین می شوند (مانند CSP قبلی)، ممکن است انجام سونوگرافی غربالگری زود هنگام در هفته ۵ تا ۷ بارداری، برای تعیین و شناسایی لانه گزینی غیر طبیعی محصول بارداری سودمند باشد.

بارداری مورد پیگیری قرار می گیرند. در اولین ویزیت و معاینه، انجام سونوگرافی قبل از هر گونه برنامه ریزی مفید است. به علاوه، سونوگرافی باید توسط یک فرد متخصص و متبحر در تشخیص CSP انجام شود. به کارگیری چنین تدابیری، نه تنها تعداد گزینه های درمانی را افزایش می دهد، بلکه می تواند نتایج درمان را نیز بهبود بخشد. احتمال ابتلا به عوارض شدید مادری (مانند خونریزی سه ماهه اول، نیاز به تزریق خون، پارگی رحم، هیسترکتومی اورژانسی) در بیمارانی که زودتر شناسایی شده و تحت درمان قرار گرفتند، در مقایسه با افرادی که در سنین بارداری بالاتری شناسایی و درمان شدند، کمتر است. بر اساس پژوهش های انجام شده، در بیمارانی که سریع تر تحت درمان قرار گرفتند و افرادی که بارداری آنها در هفته نهم یا پایین تر شناسایی شد، در مقایسه با بارداری هایی که در هفته های بالاتر تشخیص داده شدند، میزان نتایج نامطلوب مادری کمتر بود.

خلاصه بحث و توصیه ها

تعریف

حاملگی در محل جوشگاه (scar) سزارین، به لانه گزینی بر روی جوشگاه (نوع ۱) یا درون گودی محل سزارین قبلی (نوع ۲) یا به ندرت در محل میومکتومی اطلاق می شود. در صورت عدم شناسایی یا درمان نامناسب بارداری در محل جوشگاه سزارین، ممکن است نتایج نامطلوب مادری و جنینی (مانند پارگی رحم، خونریزی، مرگ) بروز کند.

پاتوژنز

CSP احتمالاً مقدمه ایجاد طیفی از اختلال جفت اکرتا (PAS) است و بافت شناسی مشترکی با آن دارد.

شرح حال معمول

بارداری در محل جوشگاه سزارین با شیوع بالای ابتلا به عوارض مادری و جنینی (مانند خونریزی، پارگی رحم، جفت اکرتا) و حتی مرگ و میر همراه است؛ ولی برخی از انواع بارداری در محل جوشگاه سزارین می توانند با حضور جنین زنده ادامه یابند. به نظر می رسد، پیامد بالینی در بارداری بر روی جوشگاه نسبت به بارداری درون جوشگاهی مطلوب تر باشد؛ اگر چه به دلیل اینکه در اغلب موارد، نوع CSP در گزارش های سونوگرافی مشخص نمی شود، اطلاعات موجود در این زمینه محدود است.

تشخیص

تشخیص بارداری محل جوشگاه سزارین بر اساس یافته های سونوگرافی در سه ماهه اول یا اوایل سه ماهه دوم، مبنی بر لانه گزینی محصول بارداری بر روی جوشگاه یا درون آن که در محل هیسترکتومی قبلی ایجاد شده و تأیید آن در زمان انجام عمل جراحی به وسیله یافته های بافت شناسی مشابه با اختلال جفتی اکرتا می باشد. یافته های دیگر در سونوگرافی زود هنگام که CSP را در بیمارانی که سابقه جوشگاه قبلی داشته اند، مشخص می کند، شامل لانه گزینی کیسه بارداری ۷ هفته در محل قدامی تحتانی رحم؛ جفت قدامی low-lying یا جفت سرراهی، وجود حفره خالی در جفت؛ میومتر نازک (کمتر از ۳ میلی متر) یا فقدان فضای جدا کننده میومتر و یا فقدان فضای واضح بین جفت و مثانه یا سرو قدامی رحم؛ خط نامنظم یا از هم گسسته مثانه یا برآمدگی کیسه بارداری به طرف مثانه از سمت قدام و افزایش عروق بین مثانه/جفت می باشد.

مدیریت و درمان

تمام بیماران با تشخیص حاملگی در محل جوشگاه سزارین باید به یک مرکز مجهز یا

REFERENCE:

- UpToDate: last updated: Feb 24, 2022

پاسخ آزمون بالینی

درد قفسه سینه به همراه تغییرات نوار قلب



ترجمه و ترمیم دکتر قنبرعلی رییس جلالی

فوق تخصص بیماری های کلیه و
مجاری ادراری
استاد بخش داخلی
دانشگاه علوم پزشکی شیراز

گزینه E، پاسخ صحیح آزمون می باشد.

Summary Table		
Condition	Characteristics	Electrocardiographic findings
Acute coronary Syndrome	Subternal pressure-like chest pain or discomfort, worsens with exertion or emotional stress and improves with rest or nitroglycerin; pain may radiate to the jaw, neck, shoulder, or left arm	ST-segment elevation or depression, new Q waves, T-wave inversion
Gastroesophageal reflux disease	Squeezing or burning chest pain at the substernal area, neck, or jaw; usually associated with dyspepsia, regurgitation , or sour taste in the mouth	None
Pericarditis	Sharp pleuritic chest pain, worsens with lying down and improves with sitting up or leaning forward; associated with pleuritic friction rub	Diffuse ST-segment elevation or PR-segment depression
Pleuritis	Sharp pleuritic chest pain associated with recent viral infection, infection of lung parenchyma, or autoimmune disease	Sinus tachycardia
Pulmonary embolism	Sudden onset of dyspnea, chest pain, cough, hemoptysis, tachypnea, or syncope; may worsen with exertion; may be associated with signs or symptoms .of deep venous thrombosis	Rhythm disturbance; T-wave inversion; signs of right heart strain, such as S1Q3T3 pattern (prominent S wave in lead I, and Q wave and inverted T (wave in lead III

REFERENCE:

Chest Pain with Diffuse T-Wave Inversion

BRIAN SHIAN, MD, and JOSHUA EKEN, MD, University of Iowa Carver College of Medicine, Iowa City, Iowa

American Family Physician Volume 90, Number 4 ♦ August 15, 2014



خودکشی قابل پیشگیری است

و هفته پیشگیری از خودکشی (۱۹ لغایت ۲۵ شهریور) این مقاله جهت یادآوری و افزایش آگاهی همکاران پزشک تقدیم می‌شود.

تعاریف

- ۵۱** انجام خودکشی که به آن خودکشی کامل نیز گفته می‌شود، «عمل گرفتن جان خود» است که به مرگ ختم شده است.
- ۵۲** خودکشی ناکامل یا رفتار خودکشی غیر کشنده، نوعی آسیب به خود با هدف پایان دادن به زندگی است که منجر به مرگ نشود.
- ۵۳** خودکشی کمکی یا نیابتی، زمانی است که فردی به‌طور غیر مستقیم به شخص دیگری کمک می‌کند تا باعث مرگ خود شود و این کار را از طریق ارائه مشاوره یا تهیه ابزار انجام این کار، صورت دهد.
- ۵۴** فکر خودکشی یعنی فکر کردن فرد خودکش به نحوه خاتمه دادن به زندگی خویش.

به گفته سازمان بهداشت جهانی (WHO) خودکشی، امری آگاهانه و ارادی است که فرد با انجام اقدامات مرگ بار دست به کشتن خود می‌زند. خودکشی در بین همه طبقات اجتماعی اتفاق می‌افتد. اگرچه زنان بیشتر از مردان اقدام به خودکشی می‌کنند؛ اما خودکشی در مردان بیشتر از زنان سبب مرگ می‌شود. می‌توان گفت که کشتن خود، در نتیجه حداقل یکی از اختلالات روان شناختی و گاه منتج از مشکلات سلامتی جسمانی پیش می‌آید.

لازم به ذکر است که خودکشی، دهمین علت مرگ در سراسر دنیا و سومین علت مرگ در افراد ۱۵ تا ۳۴ سال است.



بازنویسی و تصحیح:
دکتر نسرين دانش

روان پزشک



گرد آوری مطالب:
الهه قربانپور

کارشناس ارشد آمار زیستی

مقدمه:

اقدام به خودکشی یک فوریت روان پزشکی و نیازمند مداخله سریع درمانی است. طی سال‌های اخیر اخبار متعددی از وقوع خودکشی در اقشار مختلف جامعه منتشر شده است؛ به عنوان مثال در یک شهر خانواده‌ای اقدام به خودکشی دست جمعی کرده یا در شهری دیگر، مادری پس از به قتل رساندن فرزندانش خودکشی نموده است و غیره.

این گونه اخبار هرگز برای انسان عادی نمی‌شود، ذهن ما را به خود مشغول نگه می‌دارد و تأثیری دردناک از خود بر جا می‌گذارد؛ چرا که ذات انسان سالم به زندگی، بیش از مرگ تمایل دارد و زمانی که با موردی مواجه می‌شود که مرگ را بر زندگی ترجیح داده و جان خود را گرفته، نمی‌تواند به سادگی آن را فراموش کند. لذا به مناسبت فرا رسیدن روز جهانی پیشگیری از خودکشی (۱۰ سپتامبر برابر با ۱۹ شهریور)

همه گیرشناسی

حدود ۰/۵ تا ۱/۴ درصد از مردم با خودکشی به زندگی خود پایان می دهند. در سال ۲۰۰۸-۲۰۰۹ خودکشی دهمین علت مهم مرگ در سطح جهان بود. سالانه حدود هشتصد هزار تا یک میلیون نفر در اثر اقدام به این عمل می میرند که معادل آمار مرگ و میر ۱۱/۶ نفر به ازای هر یکصد هزار نفر در هر سال است. میزان خودکشی از دهه ۱۹۶۰ تا سال ۲۰۱۲ به میزان ۶۰ درصد افزایش یافته است که این افزایش عمدتاً در جهان در حال توسعه، دیده می شود البته به ازای هر خودکشی منجر به مرگ، بین ۱۰ تا ۴۰ خودکشی ناموفق نیز رخ می دهد.

میزان خودکشی در کشورهای مختلف و در طول زمان متفاوت است؛ در سال ۲۰۰۸ میزان آن به این ترتیب بود: آفریقا ۰/۵ درصد، جنوب شرق آسیا ۱/۹ درصد، آمریکا ۱/۲ درصد و اروپا ۱/۴ درصد همچنین میزان آن در استرالیا ۸/۶، کانادا ۱۱/۱، چین ۱۲/۷، هند ۲۳/۲، انگلستان ۷/۶، ایالات متحده ۱۱/۴ به ازای هر یکصد هزار نفر است. خودکشی در سال ۲۰۰۹ در ایالات متحده به عنوان دهمین علت اصلی علت مرگ محسوب شده و معادل حدود ۳۶۰۰۰ مورد در سال بوده است و نیز سالانه در حدود ۶۵۰ هزار نفر به دلیل اقدام به خودکشی در بخش فوریت ها، پذیرش می شوند. کشورهای لیتوانی، ژاپن و مجارستان بالاترین نرخ اقدام به خودکشی را دارند. کشورهای دارای بیشترین میزان مطلق خودکشی، چین و هند هستند که بیش از نیمی از کل موارد را شامل می شوند. در چین، خودکشی پنجمین علت اصلی مرگ است.

خودکشی در ایران

رئیس سازمان پزشکی قانونی ایران در مردادماه ۱۳۹۳ با اشاره به افزایش خودکشی در ایران گفت: «چهار هزار و ۵۵ نفر در سال ۱۳۹۲ در اثر خودکشی جان باخته اند.» براساس آمارهای موجود در سال ۱۳۹۱ تهران با ۴۰۹، کرمانشاه با ۲۷۱ و گیلان با ۲۳۱ مورد فوتی، بیشترین و استان های خراسان جنوبی با ۱۸، کهگیلویه و بویراحمد با ۲۴ و خراسان شمالی با ۲۵ فوتی، کمترین موارد مرگ ناشی از خودکشی را به خود اختصاص داده بودند که از این میان بیشترین آمار خودکشی، به شیوه دار زدن بوده است. در سال ۲۰۱۰، ۷/۴ نفر در هر صد هزار نفر بر اثر مرگ های مشکوک به خودکشی فوت کرده اند، به این ترتیب ایران در رتبه شصت و هفتم جهان قرار دارد. گزارش ها نشان داده که در ایران آمار خودکشی در مردان مجرد بیشتر از مردان متأهل و بر خلاف آمارهای جهانی در زنان متأهل بیش از زنان مجرد است.

خودکشی براساس جنسیت

در جهان غرب، مرگ مردان در اثر خودکشی سه تا چهار برابر بیشتر از زنان است، اگرچه زنان چهار برابر بیشتر اقدام به خودکشی می کنند. دلیل این مسئله این است که مردان از ابزار کشنده تری برای پایان دادن به زندگی خود استفاده می کنند. این تفاوت در کسانی که بیش از ۶۵ سال سن دارند، بسیار بیشتر است؛ چرا که مردان ۱۰ برابر بیشتر از زنان اقدام به خودکشی می کنند. خودکشی در چین دارای یکی از بالاترین میزان های خودکشی زنان در جهان و تنها کشوری است که در آن این میزان، از خودکشی مردان بیشتر است. در شرق دریای مدیترانه نرخ خودکشی تقریباً بین مردان و زنان برابر است. بالاترین میزان خودکشی زنان در کره جنوبی و معادل ۲۲ مورد در هر صد هزار نفر است و به طور کلی نرخ آن

کشورهای قزاقستان، کره جنوبی، هند، ژاپن و سری لانکا به ترتیب بیشترین موارد خودکشی را در آسیا دارند که قزاقستان، رتبه هفتم جهان را از آن خود کرده است. ایران، طبق آخرین آمار رسمی اعلام شده، در رتبه ۶۷ جهان قرار گرفته و بر اساس آمارها روزانه ۶ تا ۷ نفر در ایران خودکشی می کنند که ۶۲ درصد از کسانی که دست به خودکشی می زنند، می میرند.

پاتوفیزیولوژی

هیچ گونه پاتوفیزیولوژی واحد و بنیادین شناخته شده ای برای خودکشی وجود ندارد؛ با این حال اعتقاد بر این است که این امر، نتیجه فعل و انفعال عوامل رفتاری، اجتماعی، زیست شناختی و روانی است:

۱- از لحاظ ژنتیک، سطوح پایین عامل نوروتروفیک مشتق از مغز (BDNF) هم به طور مستقیم و هم به طور غیرمستقیم از طریق نقش خود در افسردگی شدید، اختلال استرس پس از سانحه، اسکیزوفرنی و اختلال وسواسی جبری با خودکشی مرتبط است. مطالعات پس از مرگ، کاهش سطح BDNF در هیپوکامپ و قشر پیش پیشانی (پره فرونتال) را هم در افراد مبتلا به بیماری روانی و هم در افراد غیرمبتلانشان داده است. اعتقاد بر این است، سطوح سروتونین که یک انتقال دهنده عصبی مغز است، در کسانی که اقدام به خودکشی می کنند، پایین می باشد. این نوروترانسمیتر، در اغلب اختلالات روانی، نقش اصلی را داشته و در صورت کمبود، زمینه ساز افکار و اقدام به خودکشی است.

از سوی دیگر عوامل وراثتی، در خودکشی های خانوادگی یا تکرار موارد خودکشی در یک خانواده می تواند مؤثر باشد. ابتلای فرد به بیماری های مزمن جسمی یا روانی نیز می تواند منشأ این افکار باشد، مانند اختلال دو قطبی که در مرحله افسردگی آن، خطر خودکشی بالاتر از سایر بیماری های روانی است.

۲- از لحاظ روان شناسی، فردی که خودکشی می کند، فاقد مهارت کافی برای حل مشکلات خود بوده و یا توانایی پذیرش عواقب عملکرد خود را (مانند بی آبرویی، محاکمه و زندان یا حتی سرزنش شدن) ندارد. این فرد در مواجهه با شرایط نامطلوب، به از بین بردن خود فکر کرده و در زمینه افسردگی یا دیگر اختلال های روان شناختی، به صورت تکانشی، اقدام به خودکشی می کند. مهم ترین عامل ثبت شده برای این اقدام «ناامیدی» است که باید در تمام مصاحبه های روان پزشکی، درباره آن و نیز وجود افکار خودکشی سؤال شود.

۳- از لحاظ اجتماعی عواملی مانند فقر، مشکلات شغلی از قبیل بیکاری، اعتیاد، طلاق، تنها زندگی کردن یا ابتلا به یک بیماری ناتوان کننده که فرد را به دیگران وابسته می کند، می تواند قدرت فرد را در مقابله با مشکل پیش آمده کاهش دهد و منجر به رفتار خودکشی شود. بر خلاف عقیده اکثر مردم، شرایط اجتماعی دلیل اصلی اقدام به خودکشی نیست و فرد باید از درون، توان مقابله با مشکلات را از دست داده باشد.

از عوامل مؤثر در بروز پدیده خودکشی می توان به موارد زیر اشاره کرد:

- عدم آگاهی از حد و مرز مشخص برای برآورده شدن خواسته ها و تلاش های بی ثمر برای رسیدن به آنها
- عوامل ژنتیکی
- بروز بیماری های سرطان، صرع و ایدز و...
- عوامل روان پزشکی مانند افسردگی، اختلال دوقطبی، الکلیسم، اختلال شخصیت مرزی و اسکیزوفرنی
- دلایل اجتماعی مانند فقر، تبعیض، بیکاری، اعتیاد
- دلایل خانوادگی مانند ازدواج تحمیلی، طلاق، مشکلات در روابط میان فردی
- عوامل فرهنگی مانند ایجاد تغییرات سریع در جامعه
- عوامل اقتصادی شامل بحران های اقتصادی، مشکلات مالی و استرس های ناشی از کار یا تحصیل
- ناامیدی، ناتوانی و عدم دریافت حمایت های اجتماعی مناسب.

در جنوب شرق آسیا و اقیانوس آرام غربی بالاست.

سن

در بسیاری از کشورها نرخ خودکشی در افراد میانسال یا مسن بالاتر است. با این حال تعداد مطلق خودکشی در افراد ۱۵ تا ۲۹ ساله بیشتر بوده و دلیل این امر، تعداد افراد این گروه سنی است.

بیشترین میزان آن در ایالات متحده و در مردان قفقازی مسن تر از ۸۰ سال رخ می دهد، اگرچه افراد جوان تر بیشتر دست به خودکشی می زنند. خودکشی دومین علت شایع مرگ در نوجوانان و در مردان جوان بوده و تنها مرگ در اثر تصادف، بالاتر از آن قرار می گیرد. خودکشی در مردان جوان در کشورهای توسعه یافته، علت نزدیک به ۳۰ درصد از مرگ و میرهاست. این میزان در کشورهای در حال توسعه نیز مشابه است؛ اما در صد کمتری از مرگ و میر را تشکیل می دهد و دلیل آن میزان بالاتر مرگ و میر ناشی از سایر انواع آسیب ها (تروما) است. در جنوب شرق آسیا برخلاف مناطق دیگر جهان، مرگ و میر ناشی از خودکشی در زنان جوان نسبت به زنان مسن بیشتر رخ می دهد.

آگاهی از علائم خودکشی در پیشگیری از بروز آن اهمیت بسیار دارد. خودکشی، یک معضل اجتماعی است که در آن فرد اقدام به مرگی ارادی و خودخواسته می کند. متأسفانه خودکشی به یکی از مهم ترین علت های مرگ و میر در جهان تبدیل شده است و سالانه تعداد بسیاری از افراد از این طریق جان خود را از دست می دهند.

خودکشی نه تنها باعث رنجش و سوگی عظیم در بازماندگان فرد قربانی می شود، بلکه انسجام جامعه را نیز تهدید می کند. پس آشنایی با علائم خودکشی، به افراد کمک می کند که در مواجهه با فردی که قصد خودکشی دارد و در پیشگیری از خودکشی، عملکردی موفقیت آمیز داشته باشند.

علائم پیش بینی کننده خودکشی چیست؟

پیشگیری از خودکشی با درمان افکار و علائم خودکشی و با استفاده از مشاوره افسردگی امکان پذیر است و بهرهمندی از آن، فرد را برای ادامه زندگی ترغیب می کند.

علائم زیر می تواند حاکی از تصمیم به خودکشی باشد

- صحبت کردن در مورد موضوعاتی مانند مرگ یا خودکشی، بی فایده بودن زندگی، سیر بودن از زندگی، رسیدن به بن بست و...
- تمایل به انزوا، گوشه نشینی و دوری کردن از ارتباطات اجتماعی
- داشتن نوسانات خلقی و تغییرات شدید خلق و خو
- احساس ناامیدی و به آخر خط رسیدن در مورد شرایط موجود
- استعمال بیش از پیش یا سطح خطرناک مواد مخدر و الکل
- تغییر روال عادی زندگی، تغییر در خواب و خوراک و امور زندگی
- روی آوردن به رفتارهای پرخطر با هدف تخریب خود مانند رانندگی پرخطر
- زخم زدن به بدن و حتی تتوی ناحیه گردن
- یادگیری گذاشتن؛ حرالیت طلبیدن، بخشش اموال
- نوشتن یا اعلام یک برنامه خودکشی و دسترسی به وسایل آن

عوامل زمینه ساز در بروز علائم خودکشی

- عواملی وجود دارند که احتمال بروز پدیده خودکشی را افزایش می دهند، به عنوان مثال زمانی که عضوی از خانواده خودکشی کرده باشد، دیگر عضو آسیب پذیر خانواده هم ممکن است دست به خودکشی بزند. افکار

خودکشی یکی از علائم افسردگی در افراد است.

در ادامه برخی دیگر از عوامل تأثیر گذار در پدیده خودکشی را بررسی خواهیم کرد

- عدم تعادل شخصیتی در فرد و نداشتن احساس امنیت
- احساس طرد شدگی، تنهایی، انزوا و ناخواستنی بودن
- احساس ناامیدی، بی ارزشی، بیهودگی و عزت نفس خیلی پایین
- افسردگی، احساس شرم و گناه، نشخوار فکری و وسواس فکری
- احساس شکست و بی کفایتی پس از نرسیدن به اهداف
- داشتن توقعات و انتظارات بالا از فرد در خانواده یا جامعه
- تمایل به انتقام گرفتن از طریق القای احساس گناه در بازماندگان
- تجربه رویدادی استرس زا و غیر منتظره مانند فقدان و سوگ یا شکست در کنکور یا یافتن شغل مناسب
- استعمال مواد مخدر و مشروبات الکلی که باعث تشدید احساس بی پروایی در فرد می شود.
- بیماری های جسمی و اختلالات روان پزشکی مانند علائم افسردگی، اختلال دوقطبی، اختلال استرس پس از سانحه و دردهای مزمن.
- همجنس گرایی، دوجنسیتی ها و افرادی که تغییر جنسیت داده اند و با عدم پذیرش یا قطع حمایت خانواده روبه رو شده اند.
- سابقه اقدام به خودکشی در فرد یا خانواده

در مواجهه با فردی که علائم خودکشی دارد، چه باید کرد؟

در صورت مواجهه با فردی که مدام از خودکشی حرف می زند و یا قصد و علائم خودکشی را دارد، لازم است ابتدا افراد، آرامش خود را حفظ کنند سپس به بررسی و گوش دادن همدلانه به افکار و نظرات هر چند غیر واقع بینانه این فرد بپردازند. از قضاوت کردن فرد یا دادن پند و اندرز به او بپرهیزند و در اسرع وقت او را برای درمان به روان پزشک ارجاع دهند. به علت خطر بالا در این وضعیت بحرانی بهتر است در تمام شرایط، ارجاع اول به روان پزشک (و نه روان شناس) باشد، چرا که اقدامات بستری و تجویز سریع تر داروها تنها توسط پزشک امکان پذیر است و در شرایط ارجاع به غیر، زمان از دست می رود و احتمال دارد میزان ناامیدی در این اتلاف وقت، بیشتر شود. چنانچه قصد فرد برای اقدام به خودکشی، صرفاً نمایشی و جلب کردن توجه دیگران باشد، لازم است او را جدی گرفته و از نادیده گرفتن او با وجود آگاهی از نیت او، اجتناب شود. تهدید به خودکشی در کودکان نیز دیده می شود. شاید آن ها، دید روشنی نسبت به حرفی که می زنند، نداشته باشند؛ اما باید در نظر گرفت که این رفتار آن ها نیز علتی داشته و ممکن است در صورت عدم توجه به آن ها دست به خودکشی بزنند.

علائم خودکشی در نوجوانان چیست؟

تغییر در عادات غذایی و خواب، بی علاقگی به تحصیل و ارتباط با دوستان، نادیده گرفتن ظاهر، تمایل به موضوعات مرتبط با مرگ و گوش دادن به آهنگ های غمگین و ناامیدکننده می تواند از نشانه های بروز افکار و تمایلات خودکشی در نوجوانان باشد.

درمان

درمان فرد خودکشی کننده ترکیبی است از انواع روش های سریع مداخله در بحران شامل الکتروشوک، دارو و روان درمانی مداخله در بحران که بهتر است در یک محیط تحت مراقبت مانند بیمارستان صورت پذیرد. از آن جا که در هفته دوم تا سوم بعد از شروع دارودرمانی، خطر اقدام به خودکشی بالا می رود، بهتر است در تمام شرایط درمان، بیمار از طریق یک دوربین مدار بسته یا همراهی یک پرستار دوره دیده تحت مراقبت باشد.

متأسفانه در سال های اخیر و با توجه به عدم تمایل خانواده ها به بستری بیمار، خودکشی در بیمارستان و گاه عدم دسترسی به تخت خالی در بخش بیماری های اعصاب و روان، گزارش های متعددی از اقدام و انجام خودکشی و مرگ بیمار در خانه به محض اولین غفلت خانواده از فرد را داشته ایم که با بستری به موقع می توانست پیشگیری شود.

منابع این مقاله در دفتر مجله سازمان نظام پزشکی شیراز در دسترس می باشد.



برنامه پیشنهادی به وزارت بهداشت جهت بهبود تغذیه مادر و نوزاد در ایران

دوران نوجوانی و بزرگسالی افزایش می دهد که در نتیجه، زمینه بروز بیماری های مهمی نظیر بیماری های قلبی-عروقی، دیابت، سرطان، پر فشاری خون، مشکلات روحی-روانی، آرتریت و کاهش توانایی های جسمی را فراهم می آورد (۷).

با توجه به آثار سوء تغذیه در دوران جنینی و نوزادی بر کل دوران زندگی یک فرد، مراقبت بهداشتی و تغذیه ای در دوران بارداری، شیردهی و نوزادی از اهمیت خاصی برخوردار است و هدف اصلی طرح حاضر را که مشابه طرح های دیگر کشورهای پیشرو (۸) در این عرصه است، در بر می گیرد.

چشم انداز برنامه

نهادهای بهداشتی کشور، بتوانند شرایطی را فراهم کنند تا مادران از شرایط سلامتی مطلوب لذت برده و در نتیجه نسل های آینده کشور از بهترین وضعیت سلامت در آغاز زندگی خود بهره مند شوند.

هدف کلی

بهبود سلامت تغذیه ای مادران و نوزادان از طریق فراهم آوردن خدمات بیشتر و مؤثرتر برای زنانی که در شرف بارداری یا برای زمانی طولانی تر (بعد از زایمان) هستند، به ویژه برای زنانی که در معرض خطر بیشتری قرار دارند.

اهداف اختصاصی

- ۵۱ بهبود کفایت رژیم غذایی برای زنان باردار و شیرده
- ۵۲ افزایش دسترسی به اطلاعات، خدمات و منابع تغذیه ای برای زنان واجد شرایط شرکت در طرح به خصوص زنانی که در معرض خطر هستند.

دکتر عباس یوسفی نژاد

دکتری تغذیه و رژیم درمانی



شرایط جسمی، روحی و اجتماعی مادر بر فرایند بارداری و شیردهی تأثیرگذار است، به طوری که زنان دچار اضافه وزن یا کمی وزن در بارداری و دوران شیردهی دچار مشکل می شوند و زنان چاق، شیردهی را زودتر از شش ماهگی قطع می کنند (۱). کودکان زنان چاق نیز تقاضای بیشتری برای دریافت انرژی داشته و کمتر احساس سیری با شیر مادر می کنند که این امر موجب استفاده بیشتر از شیر خشک می شود (۲). عواملی که اثر منفی بر شروع و تداوم شیردهی دارند، مانند مشکلات تولد و حاملگی، سزارین، اعتماد به نفس پایین، افسردگی و وضعیت اجتماعی-اقتصادی پایین در زنان مبتلا به سوء تغذیه (اضافه وزن یا کم وزن) شایع تر است.

کاهش طول مدت شیردهی، یکی از علل عمده مرگ و میر نوزادان است. کودکانی که بیش از ۱۲ ماه با شیر مادر تغذیه شوند، کمتر به بیماری های عفونی مبتلا می شوند و مرگ و میر آنان نسبت به کودکانی که از شیر مادر تغذیه نمی شوند، کمتر است (۳). همچنین الگوی شیردهی در دوران شیرخوارگی در بروز یا عدم بروز چاقی نیز نقش عمده ای دارد؛ برای مثال شیوع چاقی در کودکان جنوب آلمان که هرگز با شیر مادر تغذیه نشده بودند ۴/۵ درصد و در کودکانی که از شیر مادر بهره مند شده بودند ۲/۸ درصد گزارش شده است (۴). همچنین کریز و همکاران نشان دادند خطر چاقی در سنین ۶-۵ سالگی در کودکانی که به مدت ۱ سال از شیر مادر تغذیه شده بودند ۵۷ درصد کمتر از کودکانی است که اصلاً از شیر مادر تغذیه نشده بودند (۵). لیز و همکاران نیز کاهش ۷۱ درصدی خطر چاقی را در کودکانی که به مدت یک سال از شیر مادر بهره مند شده بودند، در مقایسه با کودکانی که اصلاً از شیر مادر تغذیه نکرده بودند، گزارش کردند (۶). تداوم چاقی در دوران شیرخوارگی و کودکی، خطر آن را در

همسر او می تواند در خوردن غذای سالم و فعالیت بدنی با او همراهی کرده و وی را در رفتن به مراکز مراقبت سلامت یاری دهد.

📌 زنانی که باردار نیستند

- زنانی که باردار نیستند، گروه هدف اصلی برنامه نمی باشند؛ اما در سال هایی که تولدهای زیادی در جامعه رخ نمی دهد، می توان این برنامه را برای این زنان نیز فراهم کرد.
- ✓ ارزیابی هانشان می دهند:
- زمانی که زنان برنامه های تغذیه پیش از تولد را بشناسند، بیشتر به سراغ آن می روند.
- مردمی که در این برنامه ها درگیر می شوند، اظهار می کنند که آگاه کردن مادران از طریق پوسترها، رادیو یا آگهی ها، زنان را به سوی این برنامه ها جذب می کند.

بخش های تشکیل دهنده برنامه

📌 بخش اول

غربالگری، آموزش و مشاوره تغذیه

این قسمت از کار توسط بهیار (در بخش غربالگری و آموزش)، پرستار، پزشک و کارشناس تغذیه (در بخش مشاوره تغذیه) صورت می پذیرد.

○ غربالگری تغذیه

غربالگری تغذیه، به معنای شناسایی زنان با عادات بد غذایی و گفت و گو با آنان در جهت کمک به تغذیه مناسب تر است.

در حین غربالگری، بهیار ممکن است به مواردی برخورد کند که فرد دچار مشکل خاص تغذیه ای است و او را به پرستار، پزشک و یا کارشناس تغذیه ارجاع دهد.

○ آموزش تغذیه

آموزش تغذیه به معنای کمک به زنان در زمینه تغذیه سالم است.

استفاده از کتاب های کمک آموزشی در مورد تغذیه سالم برای زنان باردار، شیرده و نوزادان می تواند کمک کننده باشد.

○ مشاوره تغذیه

مشاوره تغذیه، نوعی آموزش تغذیه ای است که به زنانی با مشکلات مربوط به تغذیه ارائه می شود.

✓ زنانی که باید به این قسمت ارجاع داده شوند شامل موارد زیر هستند:

- ۱ زنانی که مواد مغذی کلیدی برای بارداری را دریافت نمی کنند
- ۲ زنانی که از بعضی گروه های غذایی استفاده نمی کنند
- ۳ زنانی که وزن گیری کافی ندارند
- ۴ زنان مبتلا به دیابت یا سایر بیماری های مزمن
- ۵ زنان باردار با جنین چندقلو

✓ بنابراین در پایان این مرحله، در زمینه های زیر به زنان کمک می شود:

- بهتر غذا خوردن
- داشتن فرزندان سالم تر
- تغذیه شدن نوزادان با غذاهای سالم و در زمان مناسب
- فعالیت های کلیدی در قسمت غربالگری و آموزش تغذیه:
- ۱ غربالگری تغذیه

۵۳ افزایش تغذیه با شیر مادر و افزایش طول مدت آن

۵۴ افزایش دانش و مهارت افراد شرکت کننده با هدف مشارکت زنان در برنامه

۵۵ افزایش تعداد نوزادانی که در ۱۲ ماه اول زندگی خود غذاهای مناسب دریافت می کنند.

📌 مدیریت برنامه

مدیریت کلی برنامه تغذیه مادر و نوزاد ایران توسط وزارت بهداشت و مدیریت بخشی و اجرا توسط دانشگاه های علوم پزشکی هر استان انجام می شود.

📌 منابع

هر استان، سالانه سه میلیارد ریال به عنوان بودجه پایه دریافت می کند و باقیمانده بودجه بر اساس نرخ تولد سالانه آن استان، اختصاص داده می شود.

📌 ضرورت اجرای برنامه برای نوزادان

- ۱ سالم بودن نوزادان در هنگام تولد
- ۲ تغذیه نوزادان با شیر مادر
- ۳ با ورود نوزادان به ۶ ماهگی، شروع تغذیه کمکی با غذاهای جامد سالم

📌 ضرورت اجرای برنامه برای زنان

● این برنامه بیشتر برای زنانی است که در استان های مختلف ایران، احتمال بیشتری برای بارداری های غیر سالم داشته باشند؛ بنابراین در این زمینه ها به زنان کمک می کند:

- ۱ دسترسی کافی به غذای سالم، برای تغذیه شدن جنین و مادر
- ۲ آگاهی بیشتر در مورد اینکه چگونه غذا خوردن مناسب و فعالیت بدنی هم به مادر و هم به کودک کمک می کند.
- ۳ آگاهی از بهبود شیوه های خرید مواد غذایی و نحوه صحیح پخت آن ها

📌 گروه های هدف

زنانی که با چالش های زیر روبه رو هستند

- فقر
- تغذیه ناکافی
- بارداری در دوران نوجوانی
- لاغری مفرط قبل از بارداری
- عدم وزن گیری کافی
- وزن گیری بسیار سریع
- انزوای اجتماعی و جغرافیایی
- مصرف مواد یا الکل
- خشونت خانوادگی
- بارداری چندقلویی
- بارداری های متعدد (بارداری مجدد قبل از گذشت یک سال از زایمان قبلی و یا سقط جنین)
- بیماری هایی مانند دیابت، پر فشاری خون، بیماری قلبی، تهوع و کم خونی
- مشکلات عاطفی

📌 آیا زنان شرکت کننده در برنامه می توانند دوستان خود را نیز برای شرکت

دعوت کنند؟

بهتر است زنان شرکت کننده همسر، یک دوست صمیمی یا یکی از اعضای خانواده خود را دعوت کنند تا همراه آنان در برنامه شرکت کنند.

- حضور خانواده یا دوستان در کنار زن شرکت کننده، می تواند سبب آشنایی آنها با انواع حمایت هایی که باید بعد از متولد شدن نوزاد از وی کنند، شود.
- حمایت های آنان، رعایت شیوه زندگی سالم برای زنان را آسان تر می کند؛ به عنوان مثال

ضروری

✓ بهتر است دادن بن‌های خرید مواد غذایی با سایر قسمت‌های برنامه ترکیب شود تا زنان به واسطه آن، به شرکت بیشتر در جلسات تشویق شوند.

بخش سوم

بهبود، آموزش و حمایت از تغذیه با شیر مادر

این قسمت از برنامه، واقعیت‌ها را در مورد تغذیه با شیر مادر در اختیار زنان، خانواده و نزدیکان آن‌ها قرار می‌دهد و ایشان را از این نکته که شیر مادر، بهترین غذا برای نوزادانشان است، مطمئن می‌سازد.

این قسمت، همانطور که از عنوان آن بر می‌آید، از سه بخش تشکیل شده است:

۵۱. بهبود تغذیه با شیر مادر که شامل:

- ✓ تشویق زنان به شیر دادن
- ✓ دادن آگاهی به کل جامعه درباره زنان در خصوص منافع تغذیه با شیر مادر
- ✓ تشویق جامعه و خانواده‌ها به حمایت از زنان شیرده
- ۵۲. آموزش تغذیه با شیر مادر؛ آموزش به مادران و خانواده‌ها در موارد زیر:
- ✓ منافع تغذیه با شیر مادر
- ✓ نحوه شیر دادن
- ✓ نحوه بازگشت به محل تحصیل و یا کار در حین شیر دادن
- ۵۳. حمایت از تغذیه با شیر مادر؛ این حمایت‌ها می‌تواند در این موارد باشد:
- ✓ شروعی خوب و به موقع برای شیر دادن
- ✓ حل مشکلات مربوط به شیردهی
- ✓ ادامه شیردهی تا زمانی که امکان داشته باشد

بخش چهارم

فعالیت‌های پشتیبانی

فعالیت‌های کلیدی و مهم در این قسمت: دو فعالیت زیر، شرکت زنان در برنامه را تسهیل می‌کند:

- آمد و رفت (ایاب و ذهاب)
- مراقبت از کودکان

راه‌های کمک به حمل و نقل:

کمک به زنان برای شرکت در گروه‌های پیاده‌روی. این برنامه برای زنانی که فاصله نزدیک به محل تشکیل جلسات زندگی می‌کنند، سودمند است. در نظر گرفتن کمک هزینه رفت و آمد برای زنانی که در فاصله دوری از محل تشکیل جلسات زندگی می‌کنند.

راه‌های کمک به مراقبت از کودکان:

ایجاد پل ارتباطی بین برنامه با مراکز مراقبت کودک به منظور صرف هزینه کمتر برای مراقبت از کودکان استفاده از کارکنان بیشتر برای مراقبت از کودکان مادران باردار شرکت‌کننده در برنامه

۵۲. تور فروشگاه‌های مواد غذایی

۵۳. پخت غذای کودک به صورت دسته جمعی

۵۴. بهبود فعالیت بدنی

بخش دوم

تغذیه مادر

تغذیه مادران به معنای فراهم آوردن غذاهای سالم برای زنان باردار و شیرده است.

این قسمت از برنامه از راه‌های زیر انجام می‌شود:

- ۵۱. دادن غذاهای سالم به زنان به صورت مستقیم
- ۵۲. دادن میان وعده غذایی سالم یا بسته‌های غذایی در زمان برگزاری جلسات گروهی
- ۵۳. دادن غذاهای سالم به زنان به صورت غیر مستقیم (دادن بن‌های خرید مواد غذایی)
- ۵۴. تشکیل گروه‌های پخت مواد غذایی خانگی به صورت دسته جمعی
- ✓ تمامی غذاهای پیشنهادی در این قسمت از برنامه، باید از غذاهای سالم و از تمامی گروه‌های اصلی غذایی باشد.
- ✓ تشکیل گروه‌های پخت غذا، می‌تواند سایر اطلاعات را به مادران و زنان منتقل کند از جمله:
- ۵۱. اطلاعات تغذیه‌ای
- ۵۲. بهبود تغذیه با شیر مادر
- ۵۳. روش‌های سنتی درباره مراقبت‌های بارداری، تغذیه با شیر مادر و غذا
- ۵۴. ایمنی غذا و نگهداری آن

۵. فاصله زمانی برگزاری پخت دسته جمعی مواد غذایی:

بهتر است ماهی یک بار برگزار شود تا زنان شرکت‌کننده، فرصت شرکت در دو یا سه گروه پخت غذا را بیابند.

۵. اصول کلی:

✓ بعد از پخت و صرف غذا به صورت دسته جمعی، هر یک از زنان شرکت‌کننده می‌توانند بخشی از غذای اضافی را برای خود برداشته و به منزل ببرند.

✓ این نکته بسیار مهم است که افراد شرکت‌کننده، احساس راحتی کرده و به خوبی از آنان استقبال شود. هر یک از زنان باید برای پرسش سؤال، کسب اطلاعات و تجربیات از یکدیگر آزاد باشند.

۵. بهتر است اختصاص بسته‌های غذایی سالم یا بن خرید مواد غذایی، ماهیانه یک بار برای هر یک از زنان انجام گیرد.

✓ این مواد غذایی باید مواد مغذی کلیدی و مهم زیر را برای مادر و کودک فراهم آورد: آهن، کلسیم، ویتامین D، ویتامین A و اسیدهای چرب

Reference:

- Hazel W, Landdsborough L, Garth EK, Henderson S, Dowine J. The association of maternal overweight and obesity with breastfeeding duration. J Pediatr; 2004; 4: 5. P.185-191.
- Li R, Jawell S, Grummer-Stawn L. Maternal obesity and breastfeeding practices. Am J Clin Nutr; 2003. 77: 931-6.
- Burns C. Pediatric Primary Care. 2th ed. US of America; W.B.Saunders.Philadelphia. 2000.
- Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. Nelson text book of pediatrics. 16th ed. United States of America. Saunders.Philadelphia. 2000; P.489-490.
- Von Kries R, Koletzko B, Sauerwald T, Mutius EV, Barnert D, Grunert V, et al. Breastfeeding and obesity: cross sectional study. BMJ; 1999; 319: 147-150.
- Liese AD, Hirsch T, Von Mutius E, Keil U, Leupold W, Weiland SK. Inverse association of overweight and breastfeeding in 9 to 10-y-old children in Germany. Int J Obes. 2001; 25: 1644-1650.
- Myles SF, Kelley SS, Leann LB, Lori AF, Bettylou SH. Parent-child feeding strategies and relationships to child eating and weight status. Obesity Research. 2004. 1211: 1711-1721.
- Canada Prenatal Nutrition Program (CPNP)

سبک زندگی و بیماری فشار خون بررسی مبتنی بر شواهد



مطالعات بالینی و مشاهده‌ای نیز نشان داده است که عوامل سبک زندگی فردی با عوارض قلبی عروقی و مرگ‌ومیر مرتبط است. داده‌های در حال استخراج نشان می‌دهد که تغییرات سبک زندگی، برای کاهش فشار خون و خطر کلی بیماری‌های قلبی عروقی مفید و مؤثر است.

علاوه بر این، دستورالعمل‌های جدیدتر برای مدیریت فشار خون شریانی توصیه می‌کنند در هر زمان که مناسب باشد، اقدامات مربوط به سبک زندگی را در همه بیماران مبتلا به فشار خون بالا از جمله کسانی که نیاز به درمان دارویی دارند، اعمال کنند. عدم اتخاذ سبک زندگی مناسب در افراد مبتلا به فشار خون، می‌تواند اثر درمانی داروها را خنثی کرده و از دستیابی به مقادیر هدف جلوگیری کند. در این بررسی کوتاه، ما گزارش‌هایی را که از مطالعات هم‌گروهی تجربی، آینده‌نگر و کارآزمایی‌های پیامدی ثبت‌شده در پایگاه‌های داده اصلی زیست‌پزشکی (PubMed، Scopus) و در مورد تأثیر معیارهای سبک زندگی بر فشار خون و بیماری‌های قلبی عروقی به دست آمده است، بررسی کردیم.

❏ مصرف الکل

اثر مضر سوء مصرف الکل بر کبد، قلب، لوزالمعده، فشار خون و سایر سیستم‌های اندامی به خوبی شناخته شده است. آثار حاد مصرف الکل بر فشار خون، پیچیده و غیرخطی است، هر دو اثر افزایشی و کاهش الکل بر فشار خون، بستگی به مدت زمان سپری شده از



ترجمه: دکتر امید فاضل‌زاده

پزشک عمومی

بیماری‌های قلبی عروقی (CVD) شایع‌ترین علت مرگ‌ومیر در کشورهای صنعتی است و فشار خون بالا، شایع‌ترین عامل خطر قابل درمان برای ایجاد بیماری‌های قلبی عروقی (CVD) است.

در واقع، فشار خون بالا ارتباط نزدیکی با بروز موارد عمده سکته مغزی (ایسکمیک و خونریزی دهنده)، انفارکتوس میوکارد، نارسایی قلبی، بیماری مزمن کلیوی، بیماری عروق محیطی، زوال شناختی و مرگ زودرس دارد.

شیوع فشار خون بالا در افراد مسن افزایش می‌یابد و ناهمگونی متوسطی در بین کشورهای مختلف اروپایی مشاهده می‌شود.

براساس آستانه استاندارد (یعنی فشار خون ۱۴۰/۹۰ میلی‌متر جیوه یا درمان با داروهای ضد فشار خون)، حدود ۳۰ تا ۴۰ درصد از کل جمعیت بزرگسال اروپایی تحت تأثیر فشار خون بالا هستند.

اگرچه امروزه چندین داروی ضد فشار خون در دسترس است و آزمایش‌های بالینی، کاهش عوارض قلبی عروقی و میزان مرگ‌ومیر را در نتیجه کاهش فشار خون نشان داده است، تنها یک سوم بیماران مبتلا به فشار خون تحت درمان، به مقادیر هدف دست می‌یابند.

غدد درون ریز به خوبی شناخته شده است. مطالعات تجربی نشان می‌دهد که مصرف زیاد سدیم، مستقل از فشار شریانی، تعیین‌کننده افزایش توده بطن چپ و ضخامت لایه اینتیمای شریان‌های بزرگ، پروتئینوری شدید و فیبروز کلیه است.

مطالعات مداخله‌ای نشان داده است که افزایش مصرف سدیم، باعث افزایش اندوتلین-۱ (یک منقبض‌کننده عروق قوی و پپتید پيش التهابی) در گردش می‌شود، در حالی که کاهش نمک، باعث بهبود اتساع ناشی از جریان خون، در شریان می‌شود. همچنین بسیاری از آسیب‌های کلیوی و قلبی عروقی مشاهده شده در بیماران پرفشاری خون حساس به نمک نیز می‌تواند ناشی از اثر ذاتی سدیم بر حرکت عروقی (vasomotion) در سطح عروق کوچک (microvascular) باشد.

با توجه به نقش مصرف نمک خوراکی مصرفی، در ایجاد و درمان فشار خون بالا، چندین کارآزمایی آینده‌نگر و پیمایی نشان دادند که مصرف کمتر نمک با کاهش خطر CVD مرتبط است.

از جمله دو مطالعه کوهورت بزرگ، مطالعه بین‌المللی نمک و فشار خون (INTERSALT) و راهبرد تغذیه‌ای برای توقف فشار خون بالا (DASH)، رابطه معکوس معنی‌داری را بین مصرف نمک و هر دو نوع فشار خون سیستمی و دیاستولی نشان دادند.

در مطالعه INTERSALT، یک کارآزمایی چند مرکزی بین‌المللی، تجزیه و تحلیل چند متغیره نشان داد که مصرف سدیم بیشتر از ۱۰۰ میلی‌مول به‌طور متوسط منجر به افزایش فشار خون سیستمیک و دیاستولیک ۶-۳ میلی‌متر جیوه در کل جمعیت مورد بررسی می‌شود.

مطالعه DASH نشان داد که در بیماران مبتلا به فشار خون بالا و فشار خون طبیعی با کاهش مصرف نمک، فشار سیستمیک و دیاستولیک به صورت خطی کاهش می‌یابد.

یک متآنالیز مطالعات آینده‌نگر بزرگ، یک ارتباط وابسته به دوز را بین مصرف نمک بیشتر و به میزان قابل توجهی بروز بیشتر سکنه‌های مغزی و کل حوادث قلبی عروقی، نشان داده است. تنها تفاوتی به میزان ۵ گرم در مصرف معمول روزانه نمک، می‌تواند اختلافی ۲۳ درصدی در میزان سکنه مغزی و ۱۷ درصدی در میزان کل بیماری‌های قلبی عروقی و به همراه مزایای اجتماعی و اقتصادی بارز، ایجاد کند.

یک مطالعه شبیه‌سازی رایانه‌ای، بر اساس الگوی انتقال مرحله‌ای (state-transition model) برای بروز CVD در جمعیت ایالات متحده، نشان داد که کاهش نمک به میزان ۳ گرم در روز، می‌تواند تا حد زیادی موارد جدید سکنه مغزی، انفارکتوس میوکارد و مرگ به هر علت را کاهش دهد.

یک مطالعه متآنالیز جدیدتر تأیید کرد که کاهش مصرف سدیم باعث کاهش فشار خون در بزرگسالان و کودکان می‌شود و هیچ اثر نامطلوبی بر چربی خون، سطح کاتکول آمین یا عملکرد کلیه ندارد؛ با این وجود، در سال‌های گذشته، ارتباط بین مصرف سدیم و فشار خون بالا تا حدودی مورد بازنگری قرار گرفته است.

یک مطالعه کوهورت بزرگ آینده‌نگر اخیر، رابطه مثبت معنی‌داری را بین سدیم رژیم غذایی (که توسط دفع سدیم ادرار تخمین زده شده بود) و فشار خون تأیید کرد؛ اما این رابطه در میان آن گروه از شرکت‌کنندگان در مطالعه که دفع سدیم روزانه بیش از ۵ گرم

موقع مصرف آن دارد. مصرف زیاد الکلی از دیرباز با افزایش فشار خون همراه بوده و رابطه خطی بین مصرف الکلی، سطح فشار خون و شیوع فشار خون بالا در جمعیت گزارش شده است. فوکس و همکاران نشان داد که افزایش فشار خون ناشی از سوء مصرف الکلی (مستقل از نوع نوشیدنی، اعم از شراب قرمز، شراب سفید، آبجو و یا عرق) به ویژه به مقادیر سیستمیک مربوط می‌شود و در مردان سیاه پوست بیشتر مشهود است.

از سوی دیگر، نقش مصرف میزان متوسط الکلی هنوز مورد بحث است. سسو و همکاران در یک مطالعه آینده‌نگر، ارتباطی J-shaped (J-shaped) بین مصرف الکلی و فشار خون بالا در زنان و رابطه مثبت و معناداری با فشار خون بالا در مردان یافتند. نویسندگان به این نتیجه رسیدند که مصرف میزان کم تا متوسط الکلی، باعث کاهش خطر ابتلا به فشار خون در زنان و افزایش خطر در مردان می‌شود. نتایج مشابهی توسط بریاسولیس و همکاران گزارش شده است. در یک متآنالیز جدیدتر، در حالی که نقش نامطلوب مصرف الکلی سنگین هم در زنان و هم در مردان تأیید شد. ریم و همکاران در یک مطالعه متآنالیز، بر اساس ۴۲ مقاله منتشر شده از ۱۹۶۵ تا ۱۹۸۸، گزارش کردند که مصرف متوسط الکلی (>۳۰ گرم در روز) از طریق تغییرات در لیپیدها و فاکتورهای هموستاتیک با کاهش خطر بیماری عروق کرونر قلب مرتبط است. نتایج این مقاله با نتایج یک متآنالیز دیگر در تضاد بود و بر اساس اشکالات روش شناختی در انتخاب بیماران مورد نقد قرار گرفت.

با این حال دو متآنالیز جدیدتر، بر اساس شواهد قدرت، تغییرات مطلوب در خطر قلبی عروقی مرتبط با مصرف متوسط الکلی را تأیید کردند. براین و همکاران در یک مرور نظام‌مند و مطالعه متآنالیز بر روی مطالعات مداخله‌ای نشان دادند که مصرف الکلی به میزان کم (>۱۵ گرم در روز برای زنان و >۳۰ گرم در روز برای مردان) آثار مطلوبی بر سطوح چندین نشانگر زیستی قلبی عروقی داشته است (کلسترول HDL، آپولیپوپروتئین A1، آدیپونکتین و فیبرینوژن). بررسی جامع دیگری، تأثیر مصرف الکلی را بر پیامدهای قلبی عروقی متعدد ارزیابی کرده است که مطابق آن، مصرف کم تا متوسط الکلی، با کاهش ابتلا به بیماری عروق کرونر، کاهش خطر مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی و ناشی از تمام علل مرتبط بود. این نتایج، حمایت پاتوفیزیولوژیک غیرمستقیمی را برای اثر محافظتی مصرف متوسط الکلی بر خطر کلی بیماری‌های قلبی عروقی فراهم می‌کند. علاوه بر این، گزارش شده است که مصرف متوسط الکلی حساسیت به انسولین را بهبود می‌بخشد و در مقایسه با پرهیز از مصرف و نوشیدن زیاد الکلی، خطر ابتلا به دیابت نوع ۲ را کاهش می‌دهد.

مکانیسم‌های زیربنایی این آثار مفید بر متابولیسم گلوکز کاملاً مشخص نیست، اما به نظر می‌رسد بخش بزرگی از آنها به تغییرات در سطوح آدیپونکتین نسبت داده می‌شود. با این حال، آثار مطلوب الکلی بر متابولیسم لیپیدها و همچنین اثر استات، محصول نهایی اکسیداسیون اتانول، که قادر به کاهش لیپولیز و اکسیداسیون چربی است، می‌تواند به طور غیرمستقیم به بهبود مقاومت به انسولین و متابولیسم گلوکز کمک کند که این موضوع ارتباط بین مصرف الکلی کم و دیابت نوع ۲ را توضیح می‌دهد.

علاوه بر این، همچنین گزارش شده است که مصرف متوسط الکلی با سطوح پایین‌تر نشانگرهای التهاب و اختلال عملکرد اندوتلیال مرتبط است که نشان می‌دهد مصرف الکلی سبک چند نقش محافظتی در ایجاد بیماری‌های قلبی عروقی دارد. با این وجود، آثار مطلوب بر روی مقادیر کلسترول HDL و LDL با اثر نامطلوب بر فشار خون و سطوح تری‌گلیسیرید خنثی می‌گردد.

در مجموع، این مطالعات نشان می‌دهند که نباید بر اثر مفید مصرف الکلی به میزان کم، تأکید کرد؛ زیرا اثر الکلی به جنسیت و تفاوت‌های نژادی نیز بستگی دارد و آثار قلبی متابولیک پیچیده و متناقض است. علاوه بر این، مصرف همیشگی الکلی می‌تواند حتی ناآگاهانه، باعث افزایش تدریجی دوزهای ذکر شده با تغییر مصرف از میزان کم به میزان زیاد شود.

مصرف نمک

رابطه بین مصرف سدیم و حجم مایع خارج سلولی، فشار شریانی و سیستم عصبی



اندوتلیال، در دسترس بودن NO را کاهش می‌دهد. علاوه بر این، نیکوتین و ایزومرهای آن، باعث آزادسازی کاتکول آمین و تحریک سمپاتیک می‌شوند. تحریک سیستم عصبی سمپاتیک قویاً تعیین کننده افزایش ضربان قلب و فشار خون سیستولی است. این اثرات، گذرا اما قابل تکرار هستند. بنابراین، دود سیگار بر مقاومت‌های عروقی اثر مضاعفی دارد و با اختلال در اتساع عروق وابسته به اندوتلیوم و افزایش انقباض عروق وابسته به کاتکولامین، اثر خود را به جامی گذارد.

علاوه بر این، شواهد نشان می‌دهد که سیگار باعث افزایش تجمع و چسبندگی پلاکت‌ها می‌شود که منجر به تغییرات سیالیت جریان خون از طریق افزایش چسبندگی آن و خطر بیشتر ترومبوز می‌شود. با توجه به ارتباط مصرف سیگار با فشار خون بالا، نتایج مطالعات اپیدمیولوژیک و مداخله‌ای نامشخص و متناقض است.

برخی از مطالعات، افزایش سطح فشار خون و بروز بیماری فشار خون را در افراد سیگاری در مقایسه با افراد غیرسیگاری گزارش کرده‌اند که نشان دهنده اثر نامطلوب سیگار بر مقدار فشار مربوط به مواجهه طولانی مدت و تعداد روزانه سیگارهای دود شده است.

اخیراً، در افرادی که مصرف دخانیات را ترک کرده و یا کاهش داده‌اند، بهبود قابل توجهی در فشار سیستولی و دیاستولی گزارش شده است. با این حال، مطالعات دیگر گزارش کرده‌اند که سیگاری بودن، مستقیماً بر افزایش سطح فشار خون یا بیماری فشار خون تأثیر نمی‌گذارد. پژوهش‌های مشاهده‌ای نشان داد که سیگار کشیدن فعلی، با سطح فشار خون پایین‌تر و شیوع پایین‌تر بیماری فشار خون همراه است و از ارتباط علی بین سیگار کشیدن و فشار خون پشتیبانی نمی‌کنند.

صرف نظر از تأثیر دخانیات بر فشار خون، سیگار یک عامل خطر اصلی مستقل برای ایجاد عوارض قلبی عروقی مانند سکته مغزی، انفارکتوس میوکارد، نارسایی کلیه و نارسایی احتقانی قلب در نظر گرفته می‌شود. ارتباط بین سیگار کشیدن و فشار خون بالا، خطر قلبی عروقی را به صورت تصاعدی افزایش می‌دهد. بنابراین، ترک سیگار در همه افراد، به ویژه افرادی که تحت تأثیر فشار خون بالا، دیابت شیرین، بیماری عروق کرونر قلب یا سایر عوامل خطر هستند، اکیداً توصیه می‌شود.

داشتند و در میان افراد مبتلا به فشار خون بالا نسبت به افراد بدون ابتلا به فشار خون بالا، قوی‌تر بود.

همچنین برخی از مطالعات ارتباط لا شکل، بین مصرف سدیم (هم با مصرف کم و هم با مصرف زیاد سدیم) با افزایش خطر بیماری‌های قلبی عروقی و مرگ و میر را گزارش کرده‌اند.

این یافته‌ها با دو مطالعه متاآنالیز تأیید شد که نشان دهنده ناهمگنی قابل توجهی، بین مصرف روزانه سدیم و پیامد قلبی عروقی هستند همچنین تأثیر سدیم کم رژیم غذایی در افراد دارای فشار خون طبیعی، بسیار کم و ناچیز است.

بنابراین بر اساس شواهد علمی، کاهش سدیم رژیم غذایی به کمتر از ۳-۴ گرم در روز در بیماران مبتلا به فشار خون و در افراد مبتلا به نارسایی قلبی یا کلیوی منطقی و موجه به نظر می‌رسد. در عوض، هیچ فایده واضحی برای کاهش مصرف سدیم در افراد دارای فشار خون طبیعی و در جمعیت عمومی ثابت نشده است. برای روشن شدن این موضوع به تحقیقات آینده نگر بیشتری نیاز است.

مصرف سیگار

کاملاً پذیرفته شده است که سیگار، به دلیل آثار برخی از ترکیبات موجود در آن (به ویژه نیکوتین و مونوکسید کربن) یک عامل خطر اصلی قلبی عروقی برای قلب و عروق خونی است. تغییرات عملکردی و ساختاری، اغلب در نتیجه فعالیت نیکوتین و مونوکسید کربن مشاهده می‌شود. در مدل‌های حیوانی و انسانی، چندین مطالعه نشان داده‌اند که قرار گرفتن در معرض دود سیگار فعال و غیرفعال با کاهش عملکرد عروقی مرتبط است.

قرار گرفتن در معرض دود سیگار، اتساع عروق وابسته به اندوتلیوم را در سطح عروق بزرگ (به مانند بسترهای عروقی کوچک) مختل می‌کند. نیتریک اکسید (NO) نقشی اساسی در عملکرد گشاد کننده عروق اندوتلیوم ایفا می‌کند. نشان داده شده است که قرار گرفتن در معرض دود، با تغییر بیان و فعالیت آنزیم NO سنتاز

با وجود این تفاوت‌ها، چندین مطالعه متاآنالیز و شواهد اپیدمیولوژیک به طور یکدست و منسجم، اثر مفید مطلقی را برای فعالیت بدنی منظم نشان داده‌اند. انجام منظم ورزش هوازی با شدت خفیف تا متوسط، در کاهش فشار خون در افراد مبتلا به بیماری فشار خون، در تمام سنین و در هر دو جنس مؤثر است.

میانگین کاهش فشار خون مرتبط با ورزش حدود ۷-۱۰ میلی‌متر جیوه برای فشار خون سیستولی و ۴-۸ میلی‌متر جیوه برای فشار خون دیاستولیک است.

کاهش مقادیر فشار حاصل از تمرینات ورزشی منظم می‌تواند در مواردی منجر به کاهش یا توقف استفاده از داروهای ضد فشار خون شود.

همچنین گزارش شده است که یک فعالیت بدنی معمولی می‌تواند از ایجاد بیماری فشار خون جلوگیری کند، در حالی که افراد کم‌تحرک با فشار خون طبیعی در مقایسه با همسالان خود که از نظر فیزیکی فعال هستند، تقریباً ۳۵ تا ۷۰ درصد بیشتر در معرض خطر ابتلا به بیماری فشار خون هستند.

علاوه بر این، نشان داده شده است که یک تمرین منظم هوازی برای بهبود پروفایل چربی، کنترل قند خون و اضافه وزن، کاهش خطر کلی قلبی عروقی و مرگ‌ومیر مفید است.

به این دلایل، انجام تمرین هوازی پویا با شدت متوسط حداقل به مدت ۳۰ دقیقه در ۵ تا ۷ روز از طول هفته، قویاً توسط دستورالعمل‌های فعلی اروپا و آمریکا توصیه می‌شود.

الگوهای غذایی

اثر اصلاح الگوهای غذایی کامل بر فشار خون، به طور گسترده مورد بررسی قرار گرفته است. علاوه بر کاهش مصرف الکل و نمک، همانطور که در بالا ذکر شد، شواهد مختلفی نشان می‌دهد که اتخاذ یک رژیم غذایی کافی در کاهش میزان فشار خون نقش دارد. کالری دریافتی با وزن بدن مرتبط است، اما چاقی و اضافه وزن با بیماری فشار خون ارتباط دارد. کارآزمایی‌ها ثابت کرده‌اند که کاهش وزن، مستقل از رسیدن به وزن مطلوب، فشار خون را کاهش می‌دهد. در یک متاآنالیز انجام شده بر روی ۲۵ کارآزمایی، میانگین کاهش وزن ۵٫۱ کیلوگرمی با کاهش فشار سیستولی ۴٫۴ میلی‌متر جیوه و فشار دیاستولی ۳٫۶ میلی‌متر جیوه ارتباط و همراهی داشت.

همچنین گزارش شده است که کاهش وزن متوسط، می‌تواند از فشار خون بالا در افراد مبتلا به بیماری فشار خون جلوگیری و کاهش مصرف دارو و تقطع دارو را تسهیل کند. ثابت شده است که افزایش مصرف پتاسیم باعث کاهش فشار خون در افراد دارای فشار خون طبیعی و نیز در افراد مبتلا به بیماری فشار خون می‌شود.

فعالیت بدنی

گزارش شده است که تمرینات ورزشی چندین اثر مفید همودینامیک و متابولیک دارد و خطر کلی متابولیک قلبی (cardiometabolic) را کاهش می‌دهد.

فعالیت بدنی، پاسخ‌های سمپاتیک را کاهش می‌دهد و در پاسخ به استرس روانی، بر محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال از طریق افزایش کورتیزول کمتر، واکنش قلبی عروقی کمتر و بهبودی قلبی عروقی سریع‌تر، تأثیر می‌گذارد.

علاوه بر این، فعالیت بدنی یک سازگاری عمومی را در دیواره شریان ایجاد می‌کند که ممکن است منجر به کاهش مقاومت محیطی شود.

تمرین ورزشی از طریق افزایش تعدادی از عوامل پیش-رگ‌زایی (pro-angiogenic)، منجر به افزایش تعداد مویرگ‌ها در فیبر عضلانی می‌شود. تعداد فزاینده‌ای از گزارش‌ها، همچنین نشان می‌دهد که فعالیت بدنی می‌تواند عملکرد عروق را از راه کاهش سفتی شریانی، ارتقا بخشد و تعادل بین سیستم‌های منقبض‌کننده و گشادکننده عروق را بهبود بخشد.

با این حال، ارزیابی نقش فعالیت بدنی بر فشار خون می‌تواند واقعاً سخت باشد، زیرا بسیاری از عوامل ایجادکننده مانند سن، میزان و مدت ورزش، عضلات درگیر و بیماری‌های همراه می‌توانند منجر به ناهمخوانی نتایج شوند.

بسیاری از مطالعات، کاهش قابل توجه فشار خون را پس از یک جلسه تمرین گزارش کردند، اما مقایسه نتایج دشوار است، زیرا به روش‌های مختلفی بستگی دارد که ناشی از ویژگی‌های نمونه‌ها (افراد دارای بیماری فشار خون یا افراد دارای فشار خون طبیعی)، استفاده از داروهای ضد فشار خون، وضعیت تمرین، این که آیا انجام تمرینات به طور متناوب بوده است یا دائمی، زمانی از روز که تمرین بدنی انجام می‌شود و ویژگی‌های اندازه‌گیری انجام شده (اعم از اینکه فشار خون در حالت استراحت اندازه‌گیری شده باشد یا به وسیله پایش سیار) است.



اشباع است و مصرف کافی ویتامین‌ها، مواد معدنی و مواد غیر مغذی مفید مانند پلی فنول‌ها و توسیانین‌ها را تضمین می‌کند.

چندین مطالعه اپیدمیولوژیک اثربخشی این الگوی غذایی را تأیید کرده است. همچنین، شواهد زیادی وجود دارد مبنی بر اینکه تغییر رژیم غذایی با کاهش دریافت کالری به میزان مناسب، مصرف ماهی، میوه‌ها و سبزیجات و کاهش مصرف اسیدهای چرب اشباع شده، یک رویکرد تغذیه‌ای مکمل برای پیشگیری و درمان بیماری فشار خون به شمار می‌رود.

نتیجه‌گیری

فشار خون بالا به عنوان یک عامل خطر اصلی برای ایجاد چندین بیماری قلبی عروقی شناخته شده است. بر اساس داده‌های موجود در مقالات امروزی، شواهد روشنی وجود دارد که عادات سبک زندگی ممکن است بر میزان فشار خون تأثیر بگذارد.

پس تغییر سبک زندگی می‌تواند آثار مفیدی را در بیماران مبتلا به فشار خون بالا، کاهش خطر کلی قلبی عروقی و مرگ‌ومیر ناشی از همه علل ایجاد کند. با توجه به شواهد علمی، کاهش مصرف الکل و نمک، ترک سیگار، انجام فعالیت بدنی منظم هوازی، اصلاح اضافه وزن با اتخاذ یک رژیم متعادل با میزان کالری طبیعی (balanced norm-caloric diet)، غنی از میوه‌ها و سبزی‌های تازه و چربی‌های کم اشباع، تغییرات اصلی در شیوه زندگی هستند که بهترین نتایج را برای پیشگیری و درمان فشار خون بالا تعیین می‌کنند. در جدول شماره ۱، تغییرات پاتوفیزیولوژیک اصلی مرتبط با سبک زندگی اشتباه خلاصه شده است.

جدول شماره یک- اثرات نامطلوب پاتوفیزیولوژی سبک زندگی اشتباه

مصرف زیاد الکل	کبد، پانکراس و آسیب قلبی عروقی
مصرف زیاد نمک	افزایش حجم گردش، افزایش توده بطن چپ، افزایش ضخامت اینتیمای مدیا، افزایش اندوتلین-۱ پلاسما، کاهش جریان خون ناشی از اتساع عروق، (flow-mediated dilation)
مصرف سیگار	اختلال در عملکرد عروقی، کاهش اتساع عروق وابسته به اندوتلیوم، کاهش دسترسی به اکسید نیتریک، تحریک بیش از حد سمپاتیک، افزایش تجمع پلاکتی
فعالیت بدنی اندک	تغییر واکنش قلبی عروقی، افزایش سفتی شریان، عدم تعادل بین منقبض کننده عروق و گشاد کننده عروق
تغذیه نادرست	اضافه وزن و چاقی، کاهش خواص آنتی اکسیدانی و ضد التهابی، کاهش سنتز اکسید نیتریک، دریافت ناکافی ویتامین و مواد معدنی

اصلاح شیوه زندگی مثبت گاهی اوقات می‌تواند شامل این موارد شود:

کاهش یا قطع داروهای ضد فشار خون، کاهش آثار اقتصادی و جلوگیری از عوارض جانبی درمان دارویی.

از سوی دیگر، فقدان این معیارهای سبک زندگی می‌تواند از دستیابی به فشار هدف در بیماران تحت درمان با داروهای ضد فشار خون جلوگیری کند.

به این دلایل ما معتقدیم که تغییرات سبک زندگی باید مقدم بر شروع درمان دارویی یا همراه با آن باشد.

پزشکان نباید داروها را بدون اطلاع رسانی دقیق و صریح به بیمار، در مورد فوایدی که یک سبک زندگی مطلوب می‌تواند برای سلامتی آنها به همراه داشته باشد، تجویز کنند و باید از بیماران حمایت روانی و انگیزشی کنند.

مقامات مسئول در بحث سلامت عمومی، باید با کمپین‌های اطلاع رسانی مناسب، اتخاذ یک الگوی سبک زندگی صحیح را نه تنها در افراد مبتلا به فشار خون بالا بلکه در جمعیت عمومی، ترویج و تشویق کنند.

Reference:

Bruno, C.M., Amaradio, M.D., Pricoco, G., Marino, E. and Bruno, F., 2018. Lifestyle and hypertension: an evidence-based review. J Hypertens Manag, 4(1), pp.1-10.

به نظر می‌رسد این اثر همودینامیک پتاسیم در افرادی که سدیم بالایی دریافت می‌کنند، بارزتر است و ممکن است با دفع سدیمی که با واسطه پتاسیم در لوله‌های دیستال کلیه صورت می‌پذیرد، مرتبط باشد.

شواهد اپیدمیولوژیک نشان می‌دهد که رژیم غذایی فقیر از نظر کلسیم و منیزیم، می‌تواند شیوع بیماری فشار خون را افزایش دهد. با این حال، داده‌های موجود جامع نیستند و در حال حاضر مصرف مکمل کلسیم و منیزیم در بیماران مبتلا به فشار خون توصیه نمی‌شود.

علاوه بر این، چندین آزمایش بالینی نشان داده‌اند که تغییرات جامع رژیم غذایی می‌تواند نقش مهمی در علت‌شناسی، پیشگیری و درمان بیماری فشار خون داشته باشد؛ به ویژه رژیم غذایی سرشار از میوه‌ها، سبزیجات، فیبر و روغن ماهی در کاهش فشار خون و عوارض قلبی عروقی و مرگ‌ومیر ناشی از آن مؤثر است.

اسیدهای چرب غیر اشباع امگا ۳ عمدتاً در ماهی وجود دارد، برای کاهش خطر بیماری‌های قلبی عروقی مفید است و از مصرف بیشتر ماهی حمایت می‌کند. همچنین گزارش شده است که مکمل امگا ۳، سفتی شریان و عملکرد اندوتلیال را بهبود می‌بخشد. احتمالاً این آثار اسید چرب امگا ۳، به دلیل توانایی آن در ترکیب با غشاهای فسفولیپید، به وسیله جایگزینی نسبی اسید آراشیدونیک به عنوان یک بستر اولیه برای تولید ایکوزانوئیدهای ضد التهابی است. علاوه بر این، برخی از مطالعات، کاهش خفیف اما قابل توجهی را در مقدار فشار خون در بیماران تحت درمان با مکمل‌های امگا ۳ نشان داده است. اخیراً یک متاآنالیز، شامل ۸ مطالعه با بیش از ۵۶۰۰۰ شرکت کننده، نشان داد که افراد دارای فشار خون طبیعی که بیشترین مصرف رژیم غذایی امگا ۳ را داشتند، ۲۷ درصد کمتر از افرادی که کمترین میزان مصرف آن را داشته‌اند، در معرض خطر ابتلا به بیماری فشار خون هستند.

مصرف روغن زیتون با افزایش خواص آنتی اکسیدانی مرتبط است. روغن زیتون فرا بکر حاوی ترکیبات فنلی، هیدروکسی تیروزول و اولئوروپنین است که آنتی اکسیدان، حذف کننده رادیکال‌های آزاد و تنظیم کننده آنزیم‌های قوی هستند. مطالعات دیگر نشان داد که روغن زیتون، استرس اکسیداتیو و التهاب سیستمی را کاهش می‌دهد و ترمیم اندوتلیال را بهبود می‌بخشد. تعداد منظمی از داده‌های حاصل از مطالعات مشاهده‌ای نیز آثار مفید رژیم غذایی غنی از میوه و سبزیجات را بر فشار خون و بر پروفاایل خطر قلبی عروقی نشان داد.

این فواید میوه و سبزیجات، می‌تواند به دلیل اثر ترکیبی کاهش میزان کالری کل، خواص آنتی اکسیدانی، افزایش مصرف فلاونول و ویتامین‌ها و سنتز اکسید نیتریک باشد.

رژیم مدیترانه‌ای همه این فواید را با هم دارد، زیرا بر اساس مصرف زیاد روغن زیتون، حبوبات، غلات، میوه‌ها، سبزیجات، ماهی و مصرف کم گوشت و فرآورده‌های گوشتی تعریف شده است. این رژیم غذایی دارای چربی‌های کم

دروغ گفتن به بیماران؛ آیا گاهی اخلاقی است؟



پزشکان، هم هنگام نوشتن در پرونده پزشکی و هم هنگام صحبت با بیماران باید حقیقت را بگویند. هر از گاهی در روزنامه‌ها داستان‌هایی درباره پزشکانی منتشر می‌شود که با مطامع مالی به بیماران و بیمه‌گران دروغ می‌گویند. برخی از این افراد به دلیل این دروغ‌پردازی‌ها اکنون در حال گذراندن دوره‌های حبس سنگین هستند. خوشبختانه، چنین اتفاقاتی نادر است و اکثر بیماران با این باور که پزشکشان حقیقت را به آن‌ها می‌گوید، احساس امنیت می‌کنند.

من یکی از طرفداران نویسنده اسکاتلندی، الکساندر مک کال

ترجمه: دکتر امیرعلی سهراب پور

دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران



اسمیت (Alexander McCall Smith) هستم که در رودزیای جنوبی (زیمبابوه کنونی) بزرگ شده‌ام، دارای مدرک حقوق از دانشگاه ادینبورگ است و سال‌ها در آن مؤسسه حقوق پزشکی و اخلاق زیستی تدریس کرده‌ام. او نویسنده‌ای پرکار است که طیف وسیعی از موضوعات را پوشش می‌دهد، از جمله قهرمان‌های داستان‌های او، در کنار موضوعات دیگر، یک کارآگاه خانم اهل بوتسوانا، وقایع زندگی ساکنان عادی ادینبورگ و لندن، یک استاد ادبیات عاشق پیشه پر تعالی متخصص در فعال نامنظم و بالاخره ایزابل دالهوسی، مادری در اوایل چهل سالگی که فیلسوف و سردبیر و مدیر مسئول مجله Review Applied Ethics بوده‌اند.

ایزابل همیشه خود را با رویدادهای جامعه‌اش درگیر می‌کند، جایی که حس اخلاقی قوی وی اغلب بر خود منطقی‌تر او غلبه می‌کند. معماهای حاصل از آن چیزی است که خواندن کتاب را بسیار جذاب می‌کند البته این حوزه تخصصی مک کال اسمیت است. در جدیدترین کتاب وی از این مجموعه با عنوان هندسه دست نگه داشتن، این سؤال (یعنی آیا دروغ گفتن اخلاقی است؟) یکی از موضوعات اصلی است. نویسنده در نقطه‌ای از رمان می‌نویسد:

«حالا موضوع روشن بود: او می‌توانست... برای نجات از شرمندگی خود به دروغ تکیه کند و گر نه باید حقیقت را می‌گفت. او به امانوئل کانت فکر کرد. او آسایش دروغ را برای بسیاری از مردم - یا حداقل برای کسانی که مقداری فلسفه خوانده بودند - خراب کرده است. کانت هرگز دروغ نمی‌گفت، هرگز و البته حق داشت، هر چند در زمان او هم شرایطی وجود داشته که مطمئناً همه قبول می‌کردند دروغ گفتن جایز است - برای مثال وقتی قاتلی قصد کشتن کسی را دارد و از شما می‌پرسد که او کجاست. در چنین موردی نه تنها می‌توانید دروغ بگویید، بلکه ممکن است وظیفه اخلاقی شما همین باشد. کانت در اشتباه بود که پیشنهاد می‌کرد حتی در چنین موردی باید حقیقت را گفت. او خیلی راحت اشتباه می‌کرد. شاید اصلاً کانت خودش دروغ گفته باشد که در مورد قاتل جستجوگر دروغ گفتن اشتباه است. دروغ گفته چون خود به گفته‌های خودش باور نداشت.»

من تصور می‌کنم که این مجموعه درونی افکار منعکس‌کننده نگرش خود مک کال اسمیت نسبت به دروغ‌گویی است - شرایط نادری وجود دارد که صلاح است دروغ بگویید. سؤالی که من از خودم پرسیده‌ام این است که آیا چنین شرایطی در پزشکی بالینی پیش می‌آید و اجازه می‌دهد یا حتی فرد پزشک را مجبور می‌کند که دروغ بگوید؟ فیلسوفان دوست دارند سناریوهایی مانند آن چه در بالا توسط مک کال اسمیت ذکر شد، خلق و رویکردهای جایگزین را بررسی کنند. این سناریویی است که من فقط تصور کردم:

زنی بر اثر سرطان متاستاتیک در حال مرگ است. او سال‌ها بیمار و دوست شما بوده و اتفاقات ناراحت‌کننده‌ای از زندگی‌اش را برای شما تعریف کرده است، از جمله اینکه در سیزده سالگی مورد تجاوز جنسی پسر عموی بزرگترش قرار گرفته است. به تازگی مطلع شده‌اید که این پسر عمو با مطب شما تماس گرفته و گفته است که با شنیدن خبر مرگ قریب‌الوقوع یکی از بستگانش،

خود را با هواپیما به سرعت می‌رساند تا در آخرین ساعات در بیمارستان بر بالین او باشد. هواپیما پسر عمو با تأخیر مواجه می‌شود و بیمار قبل از رسیدن او به بیمارستان می‌میرد. او از شما درخواست می‌کند که شما را ببیند و در حالی که اشک روی صورتش جاری است، جریان تجاوز جنسی دختر عمویش را به شما می‌گوید و این که چگونه عذاب وجدان، او را در طول زندگی‌اش شکنجه کرده است. او می‌گوید: «فقط می‌خواستم از او طلب بخشش کنم.»

به عنوان پزشک، چندین گزینه برای شما وجود دارد. گزینه اول شامل این است که به او بگویید در مورد تجاوز به شما گفته شده است و می‌دانید که او در گذشته‌های دور او را بخشیده است. گزینه دوم این است که به او اطمینان دهید که بیمار در طول این بستری در بیمارستان به شما گفته است که او را به خاطر این اتفاق وحشتناک بخشیده و با خودش در صلح و آرامش است. گزینه سوم این است که بگوییم این اتفاق خیلی وقت پیش افتاده است و مطمئن بودید که او با مسئله کنار آمده است. البته که هیچ یک از این گفته‌ها درست نیست و به عنوان پزشک این زن، می‌دانستید که او حتی در سال‌های بزرگسالی از جریان تجاوز به خود بسیار ناراحت بود.

حالا این سؤال پیش می‌آید که آیا با یکی از این توضیحات خلاف واقع پسر عموی خلافکار را راحت می‌کنید یا فقط می‌گویید من خیلی متأسفم که این اتفاق افتاده است. همان طور که در حین نوشتن این مقاله به آن فکر می‌کردم، به این نتیجه رسیدم که پاسخ من بستگی به احساس من در مورد پشیمان بودن پسر عمو دارد. اگر او را متقاعد می‌کرد که به شدت در عذاب و پشیمان است، احتمالاً یکی از این سه دروغ را به او می‌گفتم.

همچنین به ذهنم رسید که این همان وضعیتی است که کشیش‌های کاتولیک و سایر روحانیون مسیحی در مواجهه با اعتراف به جرمی جدی مانند تجاوز جنسی یا قتل، با آن مواجه می‌شوند. آیا کسی برای فرد متخلف اعطای عفو می‌کند؟ کلیسای کاتولیک به کشیش اجازه بخشش می‌دهد، اما پروتستان‌ها معتقدند که بخشش فقط از جانب خداوند می‌تواند باشد و نه از جانب هیچ فرد زمینی.

در مورد قانونی بودن دروغ‌گویی به بیماران چطور؟ بسیاری از ما، از جمله خود من، گاهی اوقات به بیماران «حقیقت، تمام حقیقت و هیچ چیز جز حقیقت» را نمی‌گوییم، زیرا درک می‌کنیم که چنین صحبت صریح و نیم‌پرده‌ای می‌تواند اثر نادارو را به همراه داشته باشد. معمولاً دروغ‌های کوچکی گفته می‌شود تا در دل بیمار یا عزیزان او در شرایطی که هیچ امیدی نیست، بارقه‌ای از امید روشن نگاه داشته شود؛ به عنوان نمونه به خانواده فردی در کما است بگوییم که بیمار می‌تواند صدای آن‌ها را بشنود. در حالی که ممکن نیست بدانیم که چنین هست یا خیر.

تقریباً همه پزشکان از این دروغ‌های «مصلحتی» یا خوش‌خیم، یا غیر حقیقی می‌گویند. این کار برای فریب دادن کسانی که این اظهارات را می‌شنوند انجام نمی‌شود، بلکه برای کمک به بیماران و خانواده‌ها در زمان‌های تاریک انجام می‌شود. اگرچه این نوع «دروغ‌های مصلحتی» ممکن است کاملاً اخلاقی نباشد، اما خلاف قانون نیست، مگر اینکه به بیمار یا دیگران آسیب برساند. بدون تردید دروغ‌هایی که پزشکان برای پنهان کردن اشتباهات، سرپوش گذاشتن بر خطاهای پزشکی یا پنهان کردن تقلب می‌گویند، غیر قانونی است. چنین دروغ‌هایی می‌تواند به بیماران آسیب برساند (از نظر جسمی، روحی و مالی) و به طور جدی خلاف قانون است و توسط منشور اخلاقی ما ممنوع شده است.

انتظار دارم که ایمیل‌های زیادی در مورد این نوشته دریافت کنم و منتظر هستم با خیال راحت به من در این موضوع با نشانی jalpert@email.arizona.edu تماس بگیرید و نظراتتان را برایم ارسال فرمایید.

آیا محدود کردن کالری می‌تواند روند پیری را کند نماید؟



و شناسایی نشانگرهای مولکولی می‌تواند به مادر درک زیست‌شناسی پیری و ایجاد راهبردهای لازم در راستای به تأخیر انداختن آن کمک کند.

محدودیت کالری (Calorie Restriction) تا به امروز موفق‌ترین مداخله برای به تأخیر انداختن پیشرفت پیری و کاهش بروز بیماری‌های مزمن مرتبط با افزایش سن است. محدودیت کالری به عنوان کاهش انرژی دریافتی، بدون بروز سوء تغذیه تعریف شده است.

روند پیری، اغلب تحت تأثیر عوامل محیطی قرار می‌گیرد و محدودیت کالری تا حد زیادی مؤثرترین و ثابت‌شده‌ترین دستکاری محیطی برای افزایش طول عمر در نمونه‌های حیوانی مختلف است. با این حال، مکانیسم‌های دقیقی که توسط آن محدودیت کالری بر طول عمر تأثیر می‌گذارد، هنوز مشخص نشده است.

طبق نظریه یکپارچه دکتر دیوید سینکлер، محدودیت کالری، یک اثر ساده و غیرفعال نیست؛ بلکه یک پاسخ فعال و بسیار حفاظت شده است که بخت زنده ماندن موجود زنده را در برابر ناملایمات افزایش می‌دهد بنابراین محدودیت کالری پاسخی تولید می‌کند که فرآیندهای کلیدی مثل محافظت از سلول، مکانیسم‌های ترمیم و تعدیل متابولیسم را اصلاح کرده و امکان بقای طولانی‌تر در برابر ناملایمات را فراهم می‌کند.



یاسمن جوادیان

دکترای تخصصی علوم تغذیه
کارشناس علوم تغذیه



دکتر سیاوش باباعفیری

دکترای تخصصی
علوم تغذیه

مقدمه

پیری را می‌توان به عنوان یک فرآیند طبیعی و پیش‌رونده که در همه موجودات زنده رخ می‌دهد، تعریف کرد که با زوال ساختار و ظرفیت‌های عملکردی مشخص می‌شود. محقق به نام Candy در سال ۲۰۱۴ بیان کرده که پیری یک بیماری نیست و رویکردهای درمان محور برای آن کافی نیستند؛ بنابراین پیشنهاد شده است که استفاده از راهبردهای سلامت محور و پیشگیرانه، سودمندتر از درمان‌های بیماری محور است.

محقق دیگری به نام Raten نیز بیان کرده که پیری به عنوان فرآیندی که بر اندام‌های مختلف تأثیر می‌گذارد، با تجمع چندین بیماری مزمن ناشی از مکانیسم‌های مشابهی که پیری را تحریک می‌کنند، مشخص می‌شود. مطالعه این چند بیماری

مطالعه پژوهشی Okinawa

یک مطالعه پژوهشی بر روی محدودیت کالری طبیعی در اوکیناوا، یک جزیره زیبا واقع در ۶۴۰ کیلومتری جنوب سرزمین ژاپن انجام شد. در این جزیره، تخمین زده می شود که از هر ۱۰۰ هزار نفر، ۵۰ نفر دارای سن ۱۰۰ سال یا بالاتر باشند.

این میزان تقریباً ۴ تا ۵ برابر بیشتر از تعداد افراد صد ساله ساکن در هر کشور صنعتی دیگر است (وزارت بهداشت ژاپن، ۲۰۰۵). در سال ۱۹۹۵، میزان مرگومیر در سن ۶۰ تا ۶۴ سال برای مردم ساکن در اوکیناوا، نصف میزان مرگومیر دیگر ژاپنی ها بود. مطالعاتی که میزان دریافت کالری غذایی بزرگسالانی را که در اوکیناوا زندگی می کنند، مورد بررسی قرار داده، نشان می دهد که بزرگسالان اوکیناوا نسبت به متوسط سایر بزرگسالان ژاپنی تقریباً ۱۷ درصد و در مقایسه با متوسط بزرگسالان در ایالات متحده ۴۰ درصد کم تر، کالری مصرف کرده اند. (اداره اقتصاد کشاورزی، ۱۹۵۰). همچنین گزارش شده است که رژیم غذایی اوکیناوا از نظر سبزیجات تازه، میوه ها، سیب زمینی شیرین، سویا و ماهی غنی است. این موضوع، علاوه اینکه بر کاهش بیماری های مرتبط با افزایش سن تأثیر داشته، سبب افزایش طول عمر مردم این منطقه نیز شده است.

متأسفانه به دلیل افزایش زنجیره های فست فودها که سربازان آمریکایی در دهه ۱۹۶۰ به ارمغان آوردند، عادات غذایی اهالی اوکیناوا بیشتر غربی شده و در نتیجه شاخص توده بدنی و نیز میزان مرگومیر در آنها افزایش یافته است.

محدودیت شدید کالری

نتایج حاصل از مطالعات مربوط به محدودیت شدید کالری به خوبی ثابت کرده است که محدودیت انرژی فاقد پروتئین کافی و ریز مغذی ها، با کوتاهی قد و اختلال در عملکرد ایمنی بدن مرتبط است، اما تنها محدود به این موارد نمی شود. در بزرگسالان عملکرد تخمدان سرکوب شده و اختلال در فرآیند شیردهی و ناتوانی در باروری دیده می شود همچنین ممکن است با افزایش میزان مرگومیر، هیپوکالمی، هیپوفسفاتیسم، هیپوگلیسمی، کم آبی بدن، افت فشار خون ارتواستاتیک و هیپوترمی همراه باشد.

محدودیت شدید کالری علاوه بر مشکلات جسمی، مشکلات روانی در شخص پدید می آورد که از جمله آن می توان به پریشانی شدید عاطفی، گنجی، بی تفاوتی، افسردگی، از دست دادن میل جنسی و بروز افکار خودکشی اشاره کرد.

نتیجه گیری

نتیجه گیری داده های حاصل از مطالعات اپیدمیولوژیک، تجربی و بالینی به طرز جالب توجهی نشان می دهد که حفظ وزن سالم و جلوگیری از تجمع چربی شکمی برای پیشگیری از بیماری های مزمن متعدد و ارتقای پیری سالم ضروری است. صدها مطالعه نشان داده اند که محدودیت کالری، مسیرهای مولکولی متعددی را فعال می کند که پروتئوستاز (هوموستاز پروتئین) و ثبات ژنوم را ارتقا می دهند. در نهایت، داده های مطالعات انسانی نشان می دهد که محدودیت کالری، سنگ بنای پیشگیری و درمان چاقی و عوارض آن است. محدودیت کالری متوسط به دست آمده از تغذیه محدود در ترکیب با فعالیت بدنی منظم، به احتمال زیاد آثار مفید دیگری بر سلامتی، حتی در افراد غیر چاق دارد که در مطالعات آینده بررسی خواهند شد.

این موضوع توسط فرضیه هورمسیس نیز تأیید شده است که نشان می دهد القای استرس در حد متوسط، باعث بروز پاسخ های تطبیقی توسط سلول ها و اندام ها می شود و از آسیب بیشتر ناشی از استرس قوی تر جلوگیری می کند.

تاریخچه محدودیت کالری

محدودیت کالری در جنگ جهانی اول و رویدادهای غیرارادی در تاریخ بشر، غیر معمول نیست. اما تنها تعداد کمی از این رویدادها با سوء تغذیه همراه نبودند، زیرا دولت های محلی، عاقلانه محدودیت های غذایی را با مصرف کافی غذاهای غنی از مواد مغذی ضروری، اعمال می کردند.

به عنوان نمونه، در طول جنگ جهانی اول در سال ۱۹۱۷ مردان و زنان دانمارکی مجبور شدند مصرف غذا را به مدت ۲ سال کاهش دهند؛ اما با برنامه ریزی مناسب و مصرف کافی غلات کامل، سبزیجات و شیر؛ نتیجه این آزمایش ناخواسته، کاهش چشم گیر ۳۴ درصدی در نرخ مرگومیر بود.

به طور مشابه، در نروژ، در طول جنگ جهانی دوم چنین موردی رخ داد. شهروندان اسلو تحت یک محدودیت کالری اجباری ۲۰ درصدی بدون سوء تغذیه قرار گرفتند که با مصرف سبزیجات تازه، سیب زمینی، غلات کامل و ماهی به مدت تقریباً ۴ سال (۱۹۴۱-۴۵) همراه بود؛ در این آزمایش، مرگومیر در مقایسه با سطح قبل از جنگ، به میزان ۳۰ درصد در زنان و مردان کاهش یافت.

مطالعات محدودیت کالری

مطالعات مربوط به محدودیت کالری، بر روی حیوانات مختلفی از جمله چرخان تباران (Rotifers)، کرم های ابریشم، عنکبوت ها، ماهی ها و سگ ها انجام شده است؛ حتی در برخی موارد دیده شده که محدودیت کالری، طول عمر را دو تا سه برابر، افزایش داده است.

در انسان، کامل ترین مطالعه در مورد تأثیر محدودیت کالری، مطالعه CALERIE (ارزیابی جامع آثار بلندمدت کاهش مصرف انرژی) بوده که حدود هفت سال پیش شروع شده است. اولین گزارش ها، در مورد تأثیرات محدودیت کالری بر بهبود عوامل قلبی - عروقی و حساسیت به انسولین بوده است. این تحقیق شامل ۵۳ مرد و زن سالم غیر چاق در طیف سنی ۲۱ تا ۵۰ ساله بود که طی یک دوره دو ساله ۱۵ درصد کالری مصرفی خود را قطع کردند. به طور متوسط، شرکت کنندگان گروه محدودیت کالری حدود ۹ کیلوگرم را از دست دادند؛ اگر چه آنها به رژیم خاصی پای بند نبودند و کاهش وزن، هدف مطالعه نبود. علاوه بر این نه تنها آثار منفی مانند کم خونی، پوکی استخوان و یا اختلالات قاعدگی یافت نشد، بلکه شرکت کنندگان توانستند خلق و خوی مثبت تر و کیفیت زندگی بهتر را تجربه کنند.

Reference:

- 1- Guillermo Lopez-Lluch, Placido Navas, Calorie restriction as an intervention in ageing, November 2015
- 2- Ying-Juan Huang, Jian Qin, Caloric restriction ameliorates acrolein-induced neurotoxicity in rats, March 2018
- 3- Elias Zintzaras, Chrysoula Doxani, Theofilos Karachalios, Synopsis and meta-analysis of genetic association studies in osteoporosis for the focal adhesion family genes: the CUMAGAS-OSTEOPOROSIS information system, 26 January 2011



آزمایشگاه پاتوبیولوژی پایش

Payesh Medical Lab

تشخیص طبی - مولکولی - پاتولوژی - سیتولوژی

انجام کلیه آزمایشات تخصصی و فوق تخصصی

- محیطی آرام • کارکنان ماهر و مجرب
- تجهیزات به روز و پیشرفته
- دسترسی آسان و کم ترافیک

• دکتر سعید شاقاسمی
متخصص آسیب شناسی و
طب آزمایشگاهی (پاتولوژیست)

انجام نمونه گیری در منزل
و محل کار با هماهنگی قبلی



فارس . شیراز . خیابان قصردشت
بلوار شهید بهشتی (خلدبرین)
کوچه ۱۰ . مجتمع پزشکی پالادیوم
واحد ۱ و ۲ . آزمایشگاه پایش

۰۷۱ - ۳۶۲۸ ۳۲ ۵۵
۰۷۱ - ۳۶۲۸ ۳۲ ۸۸
۰۹۳۹ ۶۱۰ ۳۲۵۵
payesh_lab.ir



Dr.Armin Abtahian



دکتر آرمین ابطحیان

متخصص جراحی استخوان
و مفاصل (ارتوپدی)
فلوشیپ جراحی استخوان
و مفاصل کودکان (ارتوپدی کودکان)



• دررفتگی مادرزادی لگن
• پا چنبری • فلج مغزی
• اختلالات راه رفتن کودکان
• ضایعات استخوانی

با تشخیص و درمان زود هنگام ناهنجاری ها و مشکلات استخوان
و مفاصل کودک می توان امید را در خانواده زنده نگه داشت .

شیراز . خیابان قصر دشت . نبش کوچه ۵۳
ساختمان نوین . طبقه ۶ . واحد ۶۰۶
۰۹۱۰۷۲۷۲۰۴۲ / ۰۷۱-۳۶۲۶۷۷۴۴



دکتر علی رضا اصلانی

جراح و متخصص چشم

Ophthalmology Center

ارایه خدمات چشم پزشکی با تکنولوژی روز دنیا

Dr.Asland

Ophthalmology Center

لیزر

جراحی پلک

جراحی مجاری اشکی

جراحی آب مروارید و آب سیاه

جراحی انحراف چشم و تصحیح عیوب انکساری با لیزر و لنزهای کاشتنی

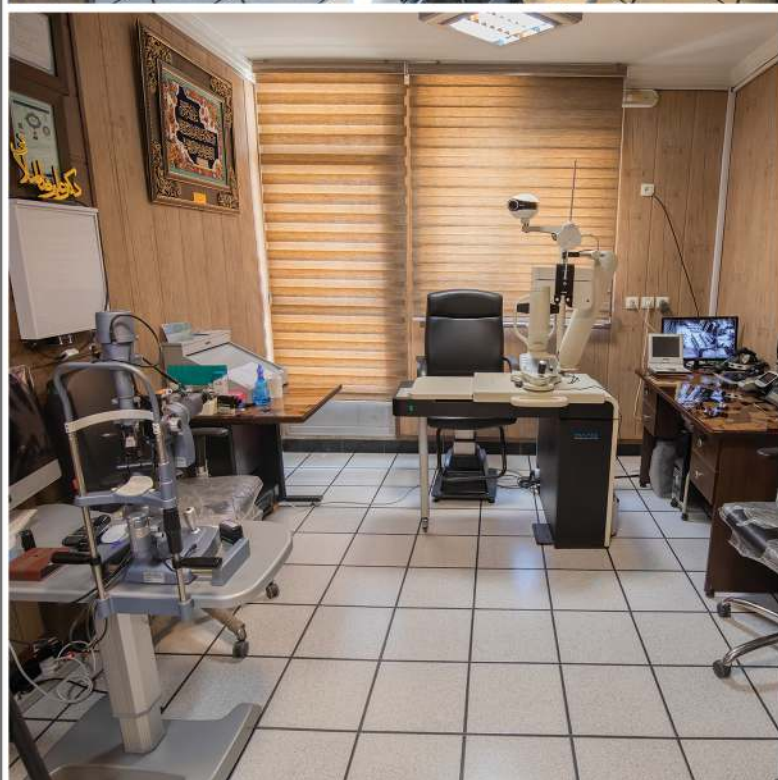


Dr.Asland

شیراز . بلوار زند . مقابل هتل

پارس . ساختمان ۴۹۰ . طبقه همکف

۰۷۱ - ۳۲۳۰۹۵۷۵



📍 شیراز . بلوار زند . مقابل هتل پارس . ساختمان ۴۹۰ . طبقه همکف ☎ ۰۷۱-۳۲۳۰۹۵۷۵



پریناتولوژی
سونوگرافی سه بعدی زنان



مراقبت های بارداری



مشاوره های تخصصی و فوق تخصصی
در زمینه های آندروولوژی، ژنتیک
اهدا و پزشکی قانونی





ثمر

مرکز فوق تخصصی
زنان، درمان ناباروری
و سقط مکرر (IVF)



Samar
Fertility Center

درمان ناباروری و سقط مکرر



لاپاراسکوپی، هیستروسکوپی
جراحی های ترمیمی



IVF - ICSI - IUI - PGD



شیراز - بلوار زند - خیابان معدل - نرسیده به تقاطع فلسطین
ساختمان تابا - کلینیک ثمر



| ۰ ۷ ۱ ۳ ۲ ۵ ۲ |

DR.PEGAH
KERAMATI

دکتر پگاه کرامتی

انجام آی یو آی
سقط مکرر و ناباروری
نمونه برداری سرپایی
جراحی های سرپایی
نمونه برداری رحم
و پاپ اسمیر



نمونه برداری رحم



جراحی های سرپایی



انجام آی یو آی



[dr.pegahkeramatii.ivf](https://www.dr.pegahkeramatii.ivf)

صفحه اینستاگرام دکتر پگاه کرامتی

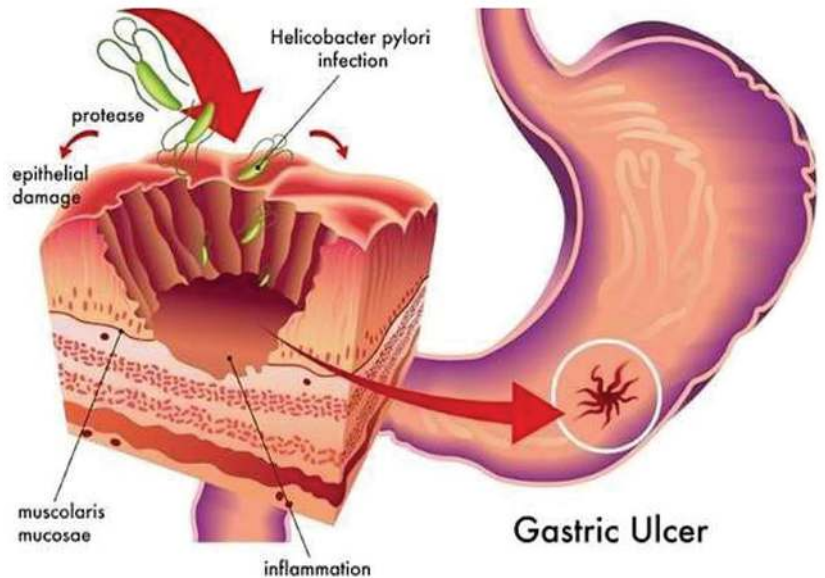
شیراز- بلوار زند- خیابان معدل
نرسیده به تقاطع فلسطین
ساختمان تابا- کلینیک ثمر



تلفن ثابت ثمر : ۰۷۱۳۲۵۲
واتسآپ نوبت دهی : ۰۹۱۷۷۳۵۱۲۶۰
واتسآپ (سوالاات مامایی): ۰۹۰۵۸۵۲۷۵۳۱



بیماری زخم پپتیک (بخش پنجم)



پروتون (PPI) مقاوم هستند حتی با استفاده مداوم از PPI، تقریباً ۵ تا ۳۰ درصد از زخم‌های گوارشی در سال اول بر اساس اینکه هلیکوباکتر پیلوری با موفقیت از بین رفته است یا نه، عود می‌کنند.

● علت‌شناسی و عوامل خطر ساز - هم‌پوشانی قابل توجهی در عوامل خطر ساز برای زخم معده مقاوم و عود کننده وجود دارد. (جدول شماره ۲ و جدول شماره ۵ را ملاحظه فرمایید.)

● عفونت هلیکوباکتر پیلوری مداوم - عفونت هلیکوباکتر پیلوری پایدار می‌تواند زمینه‌ساز زخم معده مقاوم باشد که می‌تواند به دلایلی نظیر مورد توجه قرار نگرفتن عفونت در ابتدای بیماری، نتیجه منفی کاذب در آزمایش و یا شکست درمان ریشه‌کنی هلیکوباکتر پیلوری، ایجاد شود. شکست درمان ریشه‌کنی، خود ممکن است به دلیل انتخاب یک رژیم نامناسب، مقاومت آنتی‌بیوتیکی (مخصوصاً به کلاریترومایسین) و یا پذیرش ضعیف درمان از سوی بیمار باشد. (به رژیم‌های درمانی هلیکوباکتر پیلوری در بزرگسالان، بخش شکست درمان مراجعه کنید.)

استفاده از داروهای آسیب‌رسان

● استفاده مداوم از داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی (NSAIDs) ادامه استفاده از NSAIDs یکی از علل اصلی زخم معده مقاوم به درمان است. در یک مطالعه روشن‌کننده که شامل ۶۰ بیمار مبتلا به زخم معده مقاوم به درمان و ۵۴ فرد کنترل همسان غیر مقاوم بود، سوء مصرف NSAIDs و داروهای مسکن، عامل پیش‌بینی‌کننده

ترجمه: دکتر امید فاضل‌زاده
پزشک عمومی



رویکرد به زخم پپتیک مقاوم

زخم پپتیک، یک ضایعه عمیق و فرو رفته در مخاط معده یا اثنی عشر است که از طریق مخاط عضلانی به لایه‌های عمیق‌تر دیواره دستگاه گوارش امتداد می‌یابد. بیشتر زخم‌های گوارشی به درمان ضد میکروبی هلیکوباکتر پیلوری، ترک داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی یا درمان با داروهای ضد ترشح پاسخ می‌دهند. با این حال، در برخی افراد، زخم یا نسبت به درمان معمول مقاوم است یا پس از درمان اولیه موفقیت‌آمیز عود می‌کند.

واژه‌شناسی

● زخم پپتیک مقاوم - زخم پپتیک مقاوم به عنوان زخمی با قطر بیشتر از ۵ میلی‌متر که از نظر آندوسکوپی ثابت گردیده، تعریف می‌شود که پس از ۸ تا ۱۲ هفته درمان با مهار کننده پمپ پروتون بهبود نمی‌یابد.

● اپیدمیولوژی - در صورت عدم استفاده مداوم از داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی، سرکوب اسید می‌تواند بیش از ۹۰ درصد از زخم‌های گوارشی را بهبود بخشد. با این حال، تقریباً ۵ تا ۱۰ درصد از زخم‌ها نسبت به ۱۲ هفته درمان ضد ترش‌چی با مهار کننده پمپ

جدول شماره ۵- علل زخم‌های مقاوم معده و دوازدهه

Persisting <i>H. Pylori</i> infection	Pharmacologic resistance or tolerance to H2RAs
Poor compliance with treatment	Pharmacologic resistance to PPIs
Resistant organism	Rapid metabolism (inactivation) of PPIs
Inadequate <i>H. pylori</i> regimen	Hypersecretory states:
Unrecognized <i>H. pylori</i> infection:	Gastrinoma
False negative <i>H. pylori</i> testing	Antral G cell hyperfunction
Skipped or inadequate testing	Idiopathic hypersecretory duodenal ulcer
Ulcers related to nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs)	Co-therapies:
Continued NSAID use	Glucocorticoids (especially when given with NSAIDs)
Undiscovered NSAID use	Cytotoxic drugs
Poor response to co-therapy with a proton pump inhibitor (PPI) or histamine 2 receptor antagonist (H2RA)	Other drugs, such as methamphetamine or cocaine use
Other mechanisms	Uncommon causes:
Impaired healing:	Cancer
Cigarette smoking	Crohn disease
Inadequate inhibition of acid secretion:	Infections other than <i>H. pylori</i>
Poor compliance with treatment	Eosinophilic, inflammatory, infiltrative conditions, mesenteric ischemia

مرتبط با اختلال در بهبود زخم عبارتند از اورمی، نارسایی تنفسی، پیوند اعضا، سیروز و بیماری‌های وخیم و حاد (critical illness)

● **سیگار کشیدن** - دود سیگار و مواد فعال آن می‌تواند تکثیر سلول‌های مخاطی را سرکوب کند و طی فرایند زخم ایجاد آپوپتوز کرده و بر فرآیندهای التیام تأثیر منفی بگذارد.

درمان غیر مؤثر ضد ترشح اسید

● **پیروی ضعیف بیمار از درمان تجویزی و یا متابولیسم سریع** - پیروی ناکافی از درمان ضد ترشح اسید و ایجاد تحمل نسبت به آنتاگونیست‌های گیرنده هیستامین-۲، می‌توانند باعث ایجاد زخم معده مقاوم شوند. اگرچه نسبت به مهارکننده‌های پمپ پروتون (PPIs) تحمل ایجاد نمی‌گردد، اما متابولیسم سریع ۲۴۵۰ ممکن است باعث مهار ناقص ترشح اسید و شکست درمان PPI در زیر مجموعه کوچکی از بیماران شود. مکانیسم‌های دیگر مقاومت به PPI نادر هستند و هنوز به خوبی تعریف نشده‌اند.

● **حالات ترشح بیش از حد اسید** - ترشح بیش از حد اسید همراه با زخم پپتیک مقاوم به درمان، در بیماران مبتلا به سندرم زولینگر الیسون (گاسترینوما) مشاهده می‌شود. افزایش تولید اسید و بیماری زخم پپتیک در بیماران مبتلا به هیپرپاراتیروئیدسم اولیه نیز گزارش شده است.

تعداد کمی از بیماران مبتلا به ترشح بیش از حد اسید، هیچ یک از این عوامل خطر ساز را ندارند. سیگار و عوامل ژنتیکی ممکن است نقش مهمی در پاتوژنز این زخم‌ها داشته باشند. بخشی از این بیماران دارای ترشح بیش از حد ایدیوپاتیک اسید هستند. ترشح بیش از حد ایدیوپاتیک اسید به عنوان وضعیتی با افزایش برون ده اسید پایه (۱۰ میلی اکی والان در ساعت یا بیشتر) در حضور گاسترین سرم پایه طبیعی یا آزمایش سرکرتین منفی تعریف شده است. با این حال، تمام زخم‌های مقاوم به درمان در این افراد، در نهایت از طریق درمان با دوز بالای داروی ضد ترشح اسید، بهبود می‌یابند.

قابل توجهی برای مقاوم بودن زخم بود که در ۴۰ درصد از افراد مبتلا به زخم‌های التیام‌ناپذیر مشاهده شد. ۴۴ درصد از موارد استفاده از NSAIDs توسط فرد اظهار نشده بود و با اندازه‌گیری فعالیت سیکلواکسیژناز پلاکتی شناسایی شد.

● **سایر داروها/مصرف مواد مخدر** - چندین دارو در صورت استفاده به تنهایی یا همراه با NSAIDs (مانند گلوکوکورتیکوئیدها، عوامل سیتوتوکسیک، آلدروناک) می‌توانند باعث ایجاد یا تشدید بیماری زخم معده شوند. مواد مخدر (به عنوان مثال کوکائین) می‌توانند باعث ایجاد زخم معده در اثر ایسکمی ناشی از انقباض عروق مخاطی شوند.

اختلال در درمان

● **ویژگی‌های زخم** - در زیرمجموعه‌ای از بیماران، زخم‌های مقاوم به درمان ممکن است ناشی از یک پاسخ التهابی شدید، جوش خوردگی ضخیم زخم (dense scarring)، یا خون‌رسانی ضعیف مخاطی باشد که موجب اختلال در رگ‌زایی و ترمیم بافت می‌شود. اندازه زخم نیز بر زمان بهبودی تأثیر می‌گذارد. برخی از مطالعات نشان می‌دهند که زخم‌های بزرگ و کوچک معده، هر دو با سرعت تقریباً ۳ میلی‌متر در هفته بهبود می‌یابند بنابراین زخم‌های بزرگ‌تر به زمان بیشتری برای بهبودی نیاز دارند. با این حال، توضیح دیگری برای کندی بهبودی در بیماران مبتلا به زخم‌های بزرگ می‌تواند این باشد که آنها اغلب با فیبروز همراه هستند که این موضوع، به نوبه خود بر بهبود زخم تأثیر منفی می‌گذارد.

● **بیماری‌های همراه (comorbid diseases)** - عوامل خطر ساز

تکمیلی به منظور تأیید نتیجه منفی انجام پذیرد. در بیماران تحت درمان برای هلیکوباکتر پیلوری، ریشه کنی عفونت باید چهار هفته یا بیشتر پس از اتمام درمان تأیید شود.

● **پرهیز از مصرف داروهای آسیب رسان و دخانیات** - به بیماران توصیه شود از مصرف NSAID ها پرهیز کنند. همچنین توقف مصرف دخانیات توصیه شود، زیرا بر خون رسانی معده توسط عروق کوچک (microcirculation)، تأثیر منفی می گذارد و بهبود زخم را مختل می کند.

● **علت زمینه ای را درمان کنید** - بیمارانی که سایر علل زخم (مانند بیماری کرون، سارکوئیدوز) دارند، به درمان همزمان برای تسهیل بهبود زخم و جلوگیری از عود نیاز دارند.

درمان ضد ترشحي

دوز دو بار در روز (به عنوان مثال، امپرازول ۲۰ میلی گرم دو بار در روز) معمولاً در القای بهبودی در بیماران مبتلا به زخم هایی که نسبت به مهار کننده پمپ پروتون با دوز استاندارد یک بار در روز مقاوم بودند، مؤثر است. پس از ۱۲ هفته دیگر از درمان با PPI، یک نوبت آندوسکوپی دستگاه گوارش فوقانی جهت ارزیابی بهبود زخم و بیوپسی های بیشتر، انجام می شود. درمان نگهدارنده طولانی مدت مهار کننده اسید (مثلاً امپرازول ۲۰ میلی گرم در روز) باید به طور معمول برای این بیماران پس از بهبود زخم، تجویز شود. PPI ها، درمان ارجمند برای بیماری زخم پپتیک مقاوم هستند. میزان بهبود زخم دوازدهه و تا حدی زخم معده با درجه مهار ترشح اسید مرتبط است. در گزارشی از بیماران مبتلا به زخم های پپتیک مقاوم به درمان پس از سه ماه درمان با H2RA، دوز ۴۰ میلی گرم امپرازول بهبودی بیشتری نسبت به ادامه H2RA استاندارد ایجاد کرد (۹۶ در مقابل ۵۷ درصد). بیش از ۹۰ درصد زخم های مقاوم، به کمک درمان ضد ترشحي با PPI به مدت هشت هفته درمان اضافی، بهبود می یابند. مهار کننده های اسید رقابتی پتاسیم در پیشگیری از بیماری زخم مرتبط با NSAID قابل مقایسه با PPI هستند، اما در بسیاری از کشورها در دسترس نیستند.

● **تکرار آندوسکوپی دستگاه گوارش فوقانی** - در بیماران مبتلا به زخم های مقاوم به درمان، آندوسکوپی باید پس از ۱۲ هفته درمان اضافی با PPI انجام شود. این آندوسکوپی به اثبات بهبودی زخم کمک می کند.

اگر زخم بهبود یافته باشد، توصیه می شود از اسکار زخم، بیوپسی انجام شود؛ زیرا برخی از زخم های نئوپلاستیک می توانند با درمان ضد ترشح اسید بهبود پیدا کنند. اگر زخم التیام نیافته باشد، نمونه برداری از چهار ربع زخم به طور مطلوب با استفاده از فورسپس جامبو و با نمونه برداری گسترده تر در امتداد لبه های زخم انجام می شود. علاوه بر این، توصیه می شود از آنتروم و تنه معده برای تشخیص حضور هلیکوباکتر پیلوری بیوپسی به عمل آید.

بیوپسی باید برای کشت و تعیین حساسیت (sensitivity) به منظور هدایت درمان آنتی بیوتیکی در بیماران مبتلا به عفونت مداوم هلیکوباکتر پیلوری، پس از دو دوره درمان آنتی بیوتیکی انجام شود.

● **جراحی در بیماران منتخب** - درمان جراحی به ندرت مورد نیاز است و برای آن گروه از زخم های معده در نظر گرفته می شود که پس از درمان ضد ترشحي با PPI دو بار در روز به مدت ۲۴ هفته، بهبود نمی یابند و سایر عوامل قابل اصلاح (مانند عدم تحمل دارو، استفاده از NSAID و عفونت با هلیکوباکتر پیلوری) نیز در آن ها بررسی شده است.

● **سایر بیماری های زمینه ساز** - سایر علل نادر زخم معده و اثنی عشر عبارتند از؛ بیماری کرون، سارکویید، لنفوم، ایسکمی، گاستروانتریت ائوزینوفیلیک، سل، سیفلیس، سیتومگالوویروس، بیماری اسکروز کننده مرتبط با IgG4 و ایسکمی مزانترو.

تشخيص

در بیماران مبتلا به زخم پپتیک با سوء هاضمه مداوم یا عود کننده، باید به وجود زخم های مقاوم به درمان مشکوک بود. این گونه زخم ها، در آندوسکوپی دستگاه گوارش فوقانی که به منظور ارزیابی علائم یا در پیگیری معمول آندوسکوپی که پس از درمان اولیه برای بیماری زخم پپتیک انجام می گردد، تشخیص داده می شوند. آندوسکوپی دستگاه گوارش فوقانی در بیماران مبتلا به زخم های مقاوم به درمان نیز می تواند به تعیین علت زمینه ساز کمک کند. بیوپسی زخم معده باید برای رد بدخیمی زمینه ای و سایر علل زخم (مانند بیماری کرون، سارکویید، گاستروانتریت ائوزینوفیلیک) انجام شود. در صورت امکان باید از هر چهار ربع زخم، بیوپسی گرفت. اگر یافته های آندوسکوپی، مشکوک به بدخیمی باشد (مثلاً وجود ندولاریته در لبه های زخم یا نفوذ بافت اطراف که نمایی توده ای شکل در لبه زخم ایجاد می کند)، بیوپسی ها، با استفاده از فورسپس جامبو و با نمونه برداری گسترده تر در امتداد لبه های زخم انجام می شود. علاوه بر این توصیه می شود از ناحیه آنتروم و تنه معده نیز برای تشخیص هلیکوباکتر پیلوری بیوپسی به عمل آید.

درمان

علت شناسی (اتیولوژی) و عوامل خطر را بررسی کنید

● **ارزیابی مجدد عوامل خطر** - در بیماران مبتلا به زخم های مقاوم به درمان، ارزیابی مجدد علت زمینه ساز بیماری و عوامل خطر ساز برای بیماری زخم پپتیک مهم است. عناصر کلیدی در اخذ شرح حال بیمار شامل موارد زیر است:

- رعایت درمان ضد ترشح اسید
- ادامه استفاده از داروهای ضد التهابی غیراستروئیدی (NSAID).
- استفاده از داروهای سوء مصرف مواد که با زخم پپتیک مرتبط هستند یا ممکن است بر روی بهبودی زخم تأثیر بگذارد.
- عوامل خطر مرتبط با بهبودی ضعیف زخم (سیگار کشیدن، بیماری های همراه) (بیماری های همراه را در بخش اختلال در درمان ملاحظه فرمایید).

در بیمارانی که علت بیماری با وجود اخذ شرح حال بالینی بیمار و نتایج بیوپسی از آندوسکوپی دستگاه گوارش فوقانی - که تشخیص را مشخص می کنند - نامشخص باقی مانده است، آزمون های آزمایشگاهی انتخابی (سطوح گاسترین سرم ناشتا و سطح کلسیم سرم) ممکن است به روشن شدن علت زمینه ساز بیماری، کمک کند.

● **ریشه کن کردن هلیکوباکتر پیلوری** - اکثر بیماران مبتلا به زخم مقاوم، عفونت هلیکوباکتر پیلوری دارند. ریشه کنی هلیکوباکتر پیلوری میزان بهبود زخم را در بیماران مبتلا به زخم پپتیک بهبود می بخشد. در بیماران مبتلا به زخم های مقاوم به درمان که شواهدی از حضور هلیکوباکتر پیلوری در بیوپسی معده ندارند، آزمایش های

Reference:

UpToDate 2021. This topic last updated: Jan 09, 2020

برگی از تاریخ پزشکی فارس

تاریخچه آموزش دستیار تخصصی در گروه داخلی دانشکده پزشکی شیراز



دکتر قنبرعلی رییس جلالی
فوق تخصص بیماری های کلیه و
مجاری ادراری
استاد بخش داخلی دانشگاه
علوم پزشکی شیراز



آقای دکتر محمود مرتضوی، اولین سردستیار رسمی بود که جهت گذراندن دوره چند ماهه آموزشی در سال ۱۳۵۵ خورشیدی، به آمریکا اعزام شد.

اولین دوره دستپاری طب داخلی در گروه داخلی دانشکده پزشکی شیراز در سال های ۴۲-۱۳۴۱ راه اندازی شد. اولین دستیاران تخصصی بیماری های داخلی آقایان دکتر عبدالحسین سرکارزاده و دکتر بابایی بوده اند. دوره تخصصی بیماری های داخلی در آن هنگام سه سال به طول می انجامید و در پایان سه سال از دستیاران ارزشیابی کتبی به عمل آمده و پس از نگارش پایان نامه به عنوان متخصص بیماری های داخلی فارغ التحصیل می شدند. ریاست گروه داخلی در آن هنگام به عهده دکتر ابوالقاسم صحت بوده است.

در سال ۱۳۵۲، استاد دکتر اسماعیلی بیگی، سمت ریاست گروه و استاد دکتر رستگار سمت معاونت آموزشی گروه را عهده دار شدند. اگر چه تربیت دستیاران داخلی از سال های گذشته آغاز شده بود ولی استاد دکتر رستگار، به طور رسمی، اولین مدیر برنامه مدون دستپاری گروه داخلی بوده اند و نقش عمده ای در همکاری با دانشگاه های خارج از کشور، جهت آموزش متخصصین و تربیت نیروی فوق تخصص با هدف تکمیل اعضای هیئت علمی گروه داخلی داشته اند. ایشان، همچنین سرپرستی گروهی که برنامه و مقررات آموزشی دانشجویان پزشکی عمومی را در آن زمان تهیه و تدوین نموده اند، بر عهده داشتند.



دکتر بابایی



دکتر ابوالقاسم صحت



دکتر اسماعیل بیگی

استاد دکتر نصر

استاد دکتر رستگار



دستیاران بخش داخلی بیمارستان سعدی ۱۳۵۱



دستیاران بخش داخلی - بیمارستان نمازی ۱۳۵۱





دکتر مناستغیب

پزشک عمومی

تقدیم به کارکنان نستوه درمان

همسفر سپیدجامه سپیدبال سپیدبخت من، طاقت بیار. چه کنیم که مرغان مهاجریم و عهدسفر بسته‌ایم! مارا دیگر مجال بد عهدی نیست، طاقت بیار! در این بزنگاه رُستن و رُستن و رفتن و رسیدن و گاه نارسیدن، نه جای شکستن است، طاقت بیار! ما دیگر آن نونهال تُرد ترسیده از غُرَش آذرخش نیستیم. زمستان‌ها دیده‌ایم و باهم لرزیده‌ایم، لیک خوب می‌دانیم که هیچ

زمستانی را عمر جاودان نیست، پس طاقت بیار! از پس هر رنج، رُستنی دوباره است و ما باهم داستان دوباره زاده شدنمان را به گوش فرداها خواهیم رساند. ای تو هم مخلوق و هم خالق عشق، سوگند به لحظه‌های عاشقیت، دوباره بهار می‌شود و ما پروانه‌وار، پيله‌ها را می‌شکافیم و در بزم گل‌ها، طنازی می‌کنیم. دوباره قد می‌کشیم من و تو باهم و از پشت پرچین‌ها به دلبری دخترک شوخ، دل خوش می‌کنیم. رفیقم گرچه کسی ما را نشناخت، باور نکرد و شاید گاهی دوست هم نداشت؛ اما همین پیوند دستانمان در کشاکش درد، ما را رویین تن می‌کند.

قسم به چشمان خواب نادیده‌ات که تا دیدار دوباره بهار، چند قدم پیشتر نمانده است، طاقت بیار! سوگند به صبح رستاخیز، که در پس این حادثه، تاریخی در ستایش حماسه‌ات سر به سجود خواهد برد. ای نستوه خم گشته لیک به ستوه نامده، دعای ما بدرقه راه پر نشیب تو باد. بال‌های زخمی‌ات را می‌سپارم به نوازش پروردگار. به سپیده دمان قسم که به اذان عشق چیزی نمانده است طاقت بیار!

نویسنده: دکتر مناستغیب



آشنایی با نظام مراقبت آسایشگاهی (Hospice)



در پایان زندگی، تمرکز دارد. مراقبت آسایشگاهی با کاهش درد و رنج بیمار، راحتی و کیفیت زندگی او را در اولویت قرار می‌دهد. مراقبت آسایشگاهی، می‌تواند جایگزینی برای درمان‌های متمرکز بر افزایش طول مدت عمر بیمار علاج‌ناپذیر است که ممکن است دشوار باشند، احتمالاً علائم بالینی بیشتری ایجاد کنند و یا با اهداف فردی بیمار، همسو نباشند.

مراقبت آسایشگاهی در ایالات متحده، عمدتاً توسط شیوه‌های نظام مدیگر (Medicare) و سایر ارائه‌دهندگان بیمه سلامت تعریف می‌شود که مراقبت‌های آسایشگاهی را در بیمارستان یا در منزل برای بیماران مبتلا به بیماری‌های علاج‌ناپذیر که تخمین زده می‌شود شش ماه یا کمتر از عمر آن‌ها باقی است، پوشش دهد. مراقبت آسایشگاهی تحت عنوان بیمه آسایش مدیگر (Medicare Hospice Benefit)، مستلزم تأیید مستنداتی از سوی دو پزشک است که تخمین می‌زند اگر بیماری سیر معمول خود را طی کند، بیمار کمتر از شش ماه زنده بماند. بیمه مراقبت آسایشگاهی، شامل دسترسی به یک تیم درمانی متخصص در رشته‌های مختلف جهت ارائه خدمات مراقبت‌های پایان عمر

ترجمه: دکتر امید فاضل‌زاده

پزشک عمومی



مقدمه

کلمه "hospice" از لاتین hospitum به معنای مهمان‌نوازی یا محل استراحت و مراقبت از بیماران و درمندگان گرفته شده است. مورخان بر این باورند که اولین آسایشگاه‌ها در کشور مالت و در حدود سال ۱۰۶۵ به وجود آمدند و به مراقبت از بیماران و افراد در حال مرگی که در راه سفر به سرزمین مقدس یا بازگشت از آن بودند، اختصاص داشتند.

تعریف

مراقبت آسایشگاهی (hospice care)، گونه‌ای از مراقبت سلامت است که بر تسکین درد و علائم بیمار علاج‌ناپذیر و رسیدگی به نیازهای عاطفی و معنوی آنها

بودند که آسایشگاه بانوی ما را در هارولسدز کراس (دوبلین - ایرلند) در سال ۱۸۷۹ افتتاح کردند که به حدود ۲۰۰۰ نفر که بین سال‌های ۱۸۴۵ و ۱۹۴۵ در آنجا عمدتاً به دلیل سل و سرطان جان باختند، خدمات رسانی کرد. انجمن خیریه خواهران در سطح بین‌المللی گسترش یافت و در سال ۱۸۹۰، آسایشگاه قلب مقدس برای افراد در شرف مرگ را در سیدنی افتتاح کرد و در دهه ۱۹۳۰، ساخت آسایشگاه‌هایی را در ملبورن و نیو ساوت ولز دنبال کرد. در سال ۱۹۰۵، آن‌ها آسایشگاه سن جوزف را در لندن افتتاح کردند.

جنبش آسایشگاه

آسایشگاه سنت کریستوفر در سال ۲۰۰۵

در جامعه غربی، مفهوم آسایشگاه در قرن یازدهم در اروپا شروع به تکامل کرد. در سنت کاتولیک رومی، آسایشگاه‌ها محل پذیرایی از بیماران، مجروحان یا افراد در حال مرگ و همچنین مسافران و زائران بودند. مفهوم آسایشگاه مدرن، شامل مراقبت‌های تسکینی برای بیماران صعب‌العلاج در مؤسساتی مانند بیمارستان‌ها و خانه‌های سالمندان و نیز مراقبت در منزل است. اولین مراقبت آسایشگاهی نوین توسط Dame Cicely Saunders در سال ۱۹۶۷ ایجاد شد. ساندرز یک پرستار ثبت‌نام شده در بریتانیا بود که مشکلات مزمن سلامتی، او را مجبور به جستجوی شغلی در زمینه خدمات اجتماعی پزشکی کرد. رابطه‌ای که او با یک پناهنده لهستانی در حال مرگ برقرار کرد، به تقویت این ایده او که بیماران لاعلاج به مراقبت دلسوزانه برای رفع ترس‌ها و نگرانی‌های آنها همچنین آرامش تسکینی برای علائم جسمانی نیاز دارند، کمک کرد. پس از مرگ پناهنده، ساندرز به صورت داوطلبانه در خانه سنت لوک برای فقرای در حال مرگ شروع به کار کرد؛ جایی که یک پزشک به او گفت که او می‌تواند به عنوان یک پزشک بر درمان بیمار لاعلاج تأثیر بگذارد. بنابراین، ساندرز در حالی که به کار داوطلبانه خود در سنت جوزف ادامه می‌داد، وارد دانشکده پزشکی شد. هنگامی که او مدرک خود را در سال ۱۹۵۷ دریافت کرد، در آنجا سمتی گرفت.

ساندرز بر تمرکز روی «بیمار» به جای «بیماری» تأکید و مفهوم «درد کامل» را معرفی کرد که شامل رنج و درد روانی و روحی و همچنین جسمی بود. او داروهای مخدر را برای کنترل درد جسمانی آزمود. وی همچنین نیازهای خانوادۀ بیمار را در نظر گرفت. ساندرز بسیاری از اصول اساسی مراقبت آسایشگاهی نوین را در سنت جوزف توسعه داد. در طول سال‌ها، این مراکز فراگیرتر شدند و از دهه ۱۹۷۰، تبدیل به مکانی شدند که انسان‌ها روزهای پایانی خود را در آن می‌گذرانند.

او در قالب برگزاری مجموعه‌ای از تورهای به دور ایالات متحده که در سال ۱۹۶۳ آغاز شد، فلسفه خود را در سطح بین‌المللی منتشر کرد. در سال ۱۹۶۷، ساندرز آسایشگاه سنت کریستوفر را افتتاح کرد. فلورانس والد، رئیس دانشکده پرستاری ییل - که صحبت‌های ساندرز را در آمریکا شنیده بود - در سال ۱۹۶۹ یک ماه را با ساندرز در آنجا گذراند و سپس اصول مراقبت آسایشگاهی نوین را به ایالات متحده

است که می‌تواند در خانه، مرکز مراقبت طولانی مدت یا بیمارستان انجام شود. در خارج از ایالات متحده، این اصطلاح عمدتاً با ساختمان‌ها یا مؤسساتی مرتبط است که در ارائه چنین مراقبت‌هایی تخصص دارند. چنین مؤسساتی ممکن است به طور مشابه، این خدمات را عمدتاً در موقعیت پایان زندگی بیمار ارائه دهند، اما همچنین ممکن است برای سایر بیمارانی که نیازهای مراقبت تسکینی (palliative care) دیگری دارند، نیز در دسترس باشند. مراقبت آسایشگاهی شامل کمک به خانواده بیماران برای کمک به آنها برای مقابله با آنچه اتفاق می‌افتد و ارائه مراقبت و حمایت برای نگه داشتن بیمار در خانه است.

فلسفه مراقبت آسایشگاهی

هدف مراقبت آسایشگاهی اولویت دادن به راحتی، کیفیت زندگی و خواسته‌های فرد بیمار است. نحوه تعریف آسایش، به هر فرد یا در صورت ناتوانی بیمار به خانواده وی بستگی دارد. این خدمات می‌تواند شامل رسیدگی به نیازهای جسمانی، عاطفی، معنوی یا اجتماعی باشد. اهداف مراقبت آسایشگاهی، در سراسر دوران انجام مراقبت، معطوف به بیمار و به صورت یکپارچه و در هم تنیده است. آسایشگاه‌ها، معمولاً خدمات مرتبط با تشخیص یا درمان بیماری را ارائه نمی‌دهند. همچنین این خدمات، درمان‌هایی را که سبب تسریع مرگ فرد می‌شوند، شامل نمی‌گردد؛ در مقابل، آسایشگاه‌ها بر ارائه مراقبت‌های تسکینی با هدف کاهش درد و علائم بیمار متمرکز می‌شوند.

تاریخچه

شکل‌گیری اولیه

ظهور جنبش صلیبی اروپا در دهه ۱۰۹۰ میلادی بیماران صعب‌العلاج را در مکان‌هایی مستقر کرد که برای درمان اختصاص داده شده بود. در اوایل قرن چهاردهم، طبق فرمان «شوالیه‌های بیمارستان ساز» صادر شده از سوی سن جان اورشلیم، اولین آسایشگاه در رودس (Rhodes) افتتاح گردید. آسایشگاه‌ها در قرون وسطی شکوفا شدند، اما بعدها به به محاق رفتن فرمان‌های مذهبی، رو به افول رفتند. آسایشگاه‌ها، در قرن هفدهم در فرانسه توسط انجمن خیریه دختران سن وینسن دو پل احیا شدند. گسترش آسایشگاه‌ها در فرانسه همچنان ادامه یافت؛ آسایشگاه L'Association des Dames du Calvaire، توسط زنان گارنیه تأسیس و در سال ۱۸۴۳ افتتاح شد، همچنین شش آسایشگاه دیگر قبل از سال ۱۹۰۰ تأسیس گردیدند.

در همین حال، آسایشگاه‌ها در سایر نقاط جهان نیز گسترش یافت. در اواسط قرن ۱۹ در انگلستان، توجه‌ها به نیازهای بیماران لاعلاج معطوف گشت، به طوری که Lancet و British Medical Journal مقالاتی را منتشر کردند که به نیاز بیماران لاعلاج فقیر به مراقبت و شرایط بهداشتی خوب می‌پرداخت. با افتتاح فریدنهایم در لندن که تا سال ۱۸۹۲، ۳۵ تخت برای بیمارانی که بر اثر سل می‌مردند، اختصاص داده بود، اقداماتی برای اصلاح امکانات ناکافی انجام شد. چهار آسایشگاه دیگر تا سال ۱۹۰۵ در لندن تأسیس شد؛ از جمله اقامتگاه خدا (Hostel of God) در کلافام کامن که در سال ۱۸۹۱ توسط کلارا ماریا هول، مادر روحانی ارشد انجمن خیریه خواهری سن جیمز (انگلیسی) تأسیس و در سال ۱۸۹۶ توسط انجمن سن مار گارت از گرنیستد شرقی اداره شد. استرالیا نیز شاهد گسترش و توسعه فعال آسایشگاه‌ها بود و آسایشگاه‌های قابل توجهی از جمله خانه صعب‌العلاج‌ها در آدلاید (۱۸۷۹)، خانه صلح (۱۹۰۲) و خانه انگلیسی آسایش برای مرگ در سیدنی (۱۹۰۷) افتتاح گردیدند. در سال ۱۸۹۹ شهر نیویورک، انجمن خیریه خدمتکاران برای رهایی از سرطان لاعلاج، آسایشگاه سن رز را افتتاح کرد که به زودی به شش مکان در شهرهای دیگر گسترش یافت.

توسعه‌دهندگان اولیه آسایشگاه شامل انجمن خیریه خواهران مذهبی ایرلندی

خدمات مذکور بیشتر در خانه انجام می شود. مراقبت آسایشگاهی، بیماران را علاجه ای را هدف گیری می کند که انتظار می رود، ظرف شش ماه فوت کنند.

📌 رسانه های محبوب

مراقبت آسایشگاهی، موضوع فیلم مستندی کوتاه با نام پایان بازی (End Game)، نامزد جایزه اسکار ۲۰۱۸ نتفلیکس بود که درباره بیماران را علاجه در بیمارستانی در سانفرانسیسکو و پروژه Zen Hospice، که نشان دهنده فعالیت بی. جی. میلر، به عنوان پزشک متخصص مراقبت های تسکینی و سایر پزشکان متخصص مراقبت های تسکینی بود. این فیلم توسط شوشانا آر. اونگرلیدر، فعال مراقبت آسایشگاهی و تسکینی تهیه شده است.

📌 برخورد کشورها

مراقبت آسایشگاهی، در میان پزشکان یا جمعیت های گسترده تر، با مقاومت تابوهای حرفه ای یا فرهنگی در برابر ارتباطات باز و آزاد در مورد موضوع مرگ، ناراحتی از روش های پزشکی نا آشنا و بی احساسی حرفه ای نسبت به بیماران را علاجه، مواجهه شد؛ با این وجود، این جنبش در سراسر جهان گسترش یافته است.

📌 روز جهانی مراقبت های آسایشگاهی و تسکینی

در سال ۲۰۰۶، اولین روز جهانی مراقبت های آسایشگاهی و تسکینی (World Hospice and Palliative Care Day) توسط اتحادیه جهانی مراقبت های تسکینی، شبکه ای از سازمان های ملی و منطقه ای مراقبت های آسایشگاهی و مراقبت های تسکینی که از توسعه و گسترش این خدمات در سراسر جهان حمایت می کنند، سازماندهی شد. این رویداد در دومین شنبه ماه اکتبر هر سال برگزار می شود.

📌 سلامت آسایشگاهی در منزل

هدف پرستارانی که در زمینه ارائه خدمات آسایشگاهی، در محیط های مراقبت های سلامت خانگی کار می کنند، تسکین درد و حمایت همه جانبه از بیمار و خانواده وی است. بیمارانی که کمتر از شش ماه تا پایان زندگی خود فرصت دارند یا می خواهند تمرکز مراقبت ها را از مراقبت های درمانی به مراقبت آسایشی تغییر دهند، می توانند از مراقبت های آسایشگاهی استفاده کنند. هدف از مراقبت آسایشگاهی، برآورده کردن نیازهای بیمار و خانواده است در حالی که آنان آگاه از این نکته هستند که مرگ در خانه، همیشه بهترین پیامد را ندارد. مدیر تمام هزینه های درمان آسایشگاهی را پوشش می دهد.

پرستار ویژه خدمات آسایشگاهی در منزل، باید هم در مراقبت های جسمانی و هم در مراقبت های روانی-اجتماعی ماهر باشد. اکثر پرستاران با تیمی که شامل یک پزشک، مددکار اجتماعی و احتمالاً یک مشاور مراقبت معنوی (spiritual care counselor) است، کار خواهند کرد. برخی از وظایف پرستار، شامل اطمینان دادن به اعضای خانواده و اطمینان از کنترل کافی درد است. پرستار باید به بیمار و خانواده او توضیح دهد که مرگ بدون درد، امکان پذیر است و داروهای ضد درد اپیوئیدی برنامه ریزی شده، در این مورد مناسب هستند. پرستار برای اطمینان از مناسب بودن دوز و نیاز به افزایش آن در صورت مقاومت درد در برابر دوز فعلی، باید از نزدیک با تأمین کننده خدمات پزشکی در تماس باشد. پرستار باید از تفاوت ها و نیازهای فرهنگی آگاه باشد و در جهت رفع آنها بکوشد. پرستار همچنین پس از مرگ بیمار از خانواده او حمایت و آنها را به خدمات سوگواری متصل می کند.

بازگرداندن و شرکت Hospice را در سال ۱۹۷۱ تأسیس کرد. یکی دیگر از برنامه های پیشین آسایشگاهی در ایالات متحده، Alive Hospice بود که در نشویل، تنسی، در ۱۴ نوامبر ۱۹۷۵ تأسیس شد. در سال ۱۹۷۷، سازمان ملی آسایشگاه تشکیل شد و تا سال ۱۹۷۹، رئیسی به نام آن جی بلوز، برای آن انتخاب شد و اصول مراقبت آسایشگاهی مورد توجه قرار گرفت. تقریباً در همان زمانی که ساندروز در حال انتشار نظریه های خود و توسعه آسایشگاه خود بود، در سال ۱۹۶۵ الیزابت کوبلر-راس، روان پزشک سوئیسی، شروع به بررسی پاسخ های اجتماعی به بیماری را علاجه کرد که به نظر او در بیمارستان شیکاگو، جایی که همسر پزشک آمریکایی اش در آن کار می کرد، ناکافی بود. کتاب پر فروش او در سال ۱۹۶۹، در مورد مرگ و مردن، بر واکنش حرفه پزشکی به بیماران را علاجه تأثیر گذاشت. ساندروز و دیگر پیشگامان مرگ شناسی (thanatology) به تمرکز توجه بر انواع مراقبت های موجود برای این گروه از بیماران یاری رساندند.

در سال ۱۹۸۴، دکتر جوزفینا مگنوک که در تشکیل مدرسه مراقبت آسایشگاهی و طب تسکینی آمریکا نقش داشت و به عنوان اولین مدیر اجرایی سازمان ملی آسایشگاه ایالات متحده شناخته می شود، مؤسسه بین المللی آسایشگاه را تأسیس کرد که در سال ۱۹۹۶ به انستیتوی بین المللی آسایشگاه و بعدها، به دانشکده و انجمن بین المللی مراقبت های آسایشگاهی و تسکینی (IAHPC) تبدیل شد. IAHPC از این فلسفه پیروی می کند که هر کشور باید یک الگوی مراقبت تسکینی را بر اساس منابع و شرایط خود ایجاد کند. دکتر درک دوئل، عضو مؤسس IAHPC، در سال ۲۰۰۳ به مجله پزشکی بریتانیا گفت: «مگنوک، بیش از ۸۰۰۰ بیمارستان و خدمات تسکینی تأسیس شده در بیش از ۱۰۰ کشور جهان را دیده است.» استانداردهای مراقبت تسکینی و آسایشگاهی در کشورهایی از جمله استرالیا، کانادا، مجارستان، ایتالیا، ژاپن، مولداوی، نروژ، لهستان، رومانی، اسپانیا، سوئیس، بریتانیا و ایالات متحده ایجاد شده است.

در سال ۲۰۰۶، سازمان ملی مراقبت آسایشگاهی و تسکینی مستقر در ایالات متحده (NHPCO) و سازمان Help the Hospices انگلستان به طور مشترک یک مطالعه مستقل و بین المللی درباره شیوه های مراقبت تسکینی در سراسر جهان را سفارش دادند. بررسی آن ها نشان داد که ۱۵ درصد از کشورهای جهان، خدمات مراقبت تسکینی گسترده ای را با ادغام در مؤسسات اصلی مراقبت سلامت ارائه می دهند، در حالی که ۳۵ درصد دیگر تنها بعضی از خدمات مراقبت تسکینی را آن هم، در برخی موارد محلی یا محدود ارائه می کردند. از سال ۲۰۰۹، حدود ۱۰۰۰۰ برنامه در سطح بین المللی، مراقبت های تسکینی را ارائه کردند؛ اگرچه اصطلاح آسایشگاه همیشه برای توصیف چنین خدماتی به کار نمی رود.

در مراقبت آسایشگاهی، پشتیبان های اصلی، فرد یا افراد مراقب بیمار از میان اعضای خانواده و یک پرستار یا تیم آسایشگاه هستند که به طور دوره ای بیمار را ملاقات می کنند. خدمات آسایشگاهی را می توان در خانه سالمندان، ساختمان ویژه آسایشگاهی یا گاهی در بیمارستان انجام داد؛ با این حال،

Reference:

https://en.wikipedia.org/wiki/Hospice#cite_note-3

آشنایی با مشاهیر جهان

دکتر محمدرضا نمازی

متخصص پوست و عضو هیئت علمی
دانشگاه علوم پزشکی شیراز



در تصویر زیر، مدالی از جنس مس را مشاهده می‌کنید که برای بزرگداشت یکی از دانشمندان نامی، ضرب شده است.



آیا می‌دانید؟

- (۱) این دانشمند، چه کشف مهمی انجام داده و به عنوان پدر کدام علم شناخته می‌شود؟
- (۲) چرا لغت «سعدی» در این مدال دیده می‌شود؟
- (۳) ارتباط این دانشمند، با شخص نشان داده شده در تمبر بزرگداشت زیر چیست؟



A.D ۱۸۹۴-۱۸۳۷: Marie François Sadi Carnot

نیکولاس لئونارد سعدی کارنو؛ وی قانون دوم ترمودینامیک را کشف کرد و پدر علم ترمودینامیک خوانده شد. او در ۳۶ سالگی، به علت بیماری وبا درگذشت. پدر این دانشمند، ریاضیدان و سیاستمدار برجسته فرانسوی بود که به دلیل علاقه‌اش به سعدی، پسوند Sadi را به نام فرزندش افزود. برادر این دانشمند نیز به سعدی علاقه زیادی داشت و مانند پدرشان، پسوند Sadi را به اسم فرزندش اضافه کرد. فرزندش، ماری فرانسوا سعدی کارنو، به ریاست جمهوری فرانسه رسید و به اقتصاد این کشور سر و سامان داد. او نام نیکی میان فرانسویان دارد و این تمبر برای بزرگداشت وی چاپ شده و چند خیابان در فرانسه به اسم او است. بنابراین، این رئیس‌جمهور که در تمبر دیده می‌شود، برادرزاده پدر علم ترمودینامیک است. وی حتی گل‌های سرخ خانه‌اش را به نام «گل سعدی» نامگذاری کرده بود و نام فرزندش را نیز سعدی گذاشت. قابل ذکر است که با ترجمه گلستان سعدی به زبان فرانسه، عده زیادی از فرانسویان، نام سعدی را برای فرزندان خود برگزیدند. به قول ملک الشعرا بهار:

عشق سعدی نه حدیثی است که پنهان ماند

داستانی است که بر هر سر بازاری هست

به کمند سر زلفت نه من افتادم و بس

که به هر حلقه زلف تو گرفتاری هست*

* این دو بیت قسمتی از شعر بهار، در ستایش سعدی است که تماماً از اشعار خود سعدی تضمین شده و در اصل سروده خود سعدی است.

کرونا

روزگاری که کرونا نفس خلق جهان تنگ نمود
کاش می شد نفسی تازه در این سینه دلتنگ نمود

یادمان نیست چنین دشمن عالم گیری
که خودش یک تنه با خلق جهان جنگ نمود

به سفید و به سیاه و به فقیر و به غنی رحم نکرد
همه را در غم و ماتم بنشانید و به یک رنگ نمود

دشمن نسل بشر در صده بیست و یکم
نه فقط جسم بشر سوخت جفا نیز به فرهنگ نمود

جان یاران فداکار پزشکان و پرستار گرفت
غصه را در دل ما تازه و پررنگ نمود

تا جهان باز به آسایش خاطر برسد
گر بمانیم بیاید دل خود همچو دل سنگ نمود

آری آن روز بیاید که به تاریخ جهان بنویسند
کرونا روشنی روز چو شب تار و سیاه رنگ نمود

شاعر: دکتر محمود مرتضوی - شیراز

پیشنهادهای ویژه

Mama o Papa

فیلم اسپانیایی «مادر یا پدر»، روایتی است از یک زوج دارای سه فرزند که به علت یکنواختی زندگی، تصمیم به جدایی از یکدیگر گرفته‌اند. پدر خانواده، مهندس و مادر، پزشک است و سه فرزند ۹، ۱۳ و ۷ ساله دارند. آن‌ها سعی می‌کنند با ایجاد کمترین ناراحتی برای فرزندان، از هم جدا شوند؛ اما به محض اینکه متوجه می‌شوند که هر یک ممکن است انتخاب‌های عشقی دیگری داشته باشد یا موقعیت‌های شغلی بهتری به دست آورد، در یک رقابت بر سر تحویل دادن بچه‌ها به دیگری قرار گرفته و ماجراهای غم‌انگیز و ناراحت‌کننده متعددی ایجاد می‌کنند...



دکتر نسرین دانش

متخصص روان‌پزشکی



📌 The Phantom of the Open

«شبح مسابقات گلف اوپن»، یک روایت از زندگی واقعی موریس فلیتکرافت است که ناگهان در ۶۰ سالگی و بعد از بازنشستگی می‌خواهد به دنبال رویایش که شرکت در مسابقات دسته اول گلف انگلستان است، برود. او به کمک خانواده و دوستانش وارد مسابقات چندجانبه (تورنمنت) گلف می‌شود و طبیعتاً، عنوان بدترین بازیکن گلف را به دست می‌آورد؛ اما این مسئله باعث دلسرد شدن او نشده و بارها با چهره میدل و نام مستعار در مسابقات آمریکا و کشورهای دیگر ثبت‌نام کرده و در نهایت.....

📌 تفسیر روان‌شناسی

دنیای فاخر و سلبریتی‌های جهان مدرن، گاه امکان عرض اندام و حتی حضور در بسیاری موقعیت‌ها را از ما می‌گیرد. موریس، فردی بود که نمی‌خواست نسبت به آرزوی سالیان درازش، بی‌اعتنا شود و به اصطلاح، آرزو به دل از دنیا برود. نقش اصلی را خود او و اعتقادش بر عهده دارد که به او اعتماد به نفس می‌دهد و نقش دیگر را خانواده و دوستانی بر عهده دارند که برای کمک به او کوتاهی نکرده و با کلمات ناامیدکننده او را از خواسته‌اش دور نمی‌کنند. با دیدن فیلم، احتمالاً هر بیننده‌ای به یاد موقعیت‌های مختلفی می‌افتد که به دلیلی از قبیل سن زیاد، مخالفت اطرافیان یا شرایط شغلی و اجتماعی، از آرزویش صرف نظر کرده یا با یک شکست، از ادامه راه دست برداشته است. اگر چنین خاطراتی در زندگی داشته‌اید، حتماً یک بار این فیلم را ببینید تا متوجه شوید، هیچ وقت برای رسیدن به آرزوها دیر نیست.

📌 تفسیر روان‌شناسی

طلاق هرگز ساده نبوده است؛ حتی در دنیای متمدن و زوج‌های تحصیل کرده، این اتفاق نمی‌تواند بدون تبعات منفی باشد و آسیبی به زوج و فرزندان وارد نیارد. در فیلم می‌بینیم که هر یک از زوجین به محض جدایی، به دنبال احیای جوانی خود و آرزوهای دور و دراز می‌رود و عملاً بچه‌ها، در چرخه‌ای از مشکلات درگیر می‌شوند. محتوای فیلم، واقعیتی است که به شکل طنز بیان شده و نکات تاریک و آسیب‌زای آن، در پوششی از نمایش خنده‌دار پنهان است، اما در واقع این شیوه بیان، تنها قسمتی از وقایع را تلطیف می‌کند و فضای دردناک، ضمن جدایی و مسئولیت مهم والدین در برابر فرزندان کاملاً نمود می‌یابد. در نهایت این پیام را داریم که اگر از احساسات خود کاملاً اطمینان ندارید، قبل از بحث جدایی و طرح آن در بین اعضای خانواده، ابتدا فرصتی به خود و همسرتان بدهید تا در خلوت به نتایج مناسب و به دور از افکار ناپخته برسید.



نکته‌ها



به انتخاب: دکتر مهرداد امیرآبادی

متخصص و جراح گوش، حلق و بینی
دبیر کمیسیون اخلاق پزشکی و حرفه‌ای
سازمان نظام پزشکی شیراز

ادبیات فارسی

جان و جهان

ای ز نظر گشته نهان، ای همه را جان و جهان
بار دگر رقص کنان، بی دل و دستار بیا
مولوی / دیوان کبیر

این ترکیب در ادبیات فارسی به دو شکل ترکیب عاطفی همراه با حرف واو یعنی «جان و جهان» و ترکیب اضافی بدون واو و همراه با کسره یعنی «جانِ جهان» به کار رفته است.



در نظر اول، شاید احساس شود که ترکیب «جان جهان» معنای روشن تری دارد؛ اما «جان و جهان» نیز معنای روشنی دارد یعنی «ای آن که هم به جان عزیزی و هم به عظمت و اهمیت جهانی». معنای دیگری که برای این ترکیب متصور شده، این است که گفته می‌شود مراد از «جان جهان» خداوند است. یکی از مصادیق این معنا در یک رباعی از جامی است که می‌گوید:

حق، جان جهان است و جهان جمله بدن

هر چند که حافظ در یکی از غزل هایش می‌گوید:

گفتم ای جانِ جهان، دفتر گل عیبی نیست
که شود فصل بهار از می ناب آلوده

اما در بسیاری از متن‌های ثبت شده به نام حافظ، جان و جهان ضبط شده است. در نوشته‌های فارسی، تصویر کنایی «جان جهان» به معنای معشوق، فراوان به کار رفته است و در برخی از نمونه‌ها، این هم‌نشینی چنان قوی است که نمی‌توان گمان برد که واو میانی «جان و جهان» افزوده کاتب باشد. نظامی در داستان خسرو و شیرین می‌گوید:

صراحی را ز می، پر خنده می داشت
به می، جان و جهان را زنده می داشت

مولوی نیز این تعبیر را در مثنوی معنوی و دیوان شمس به تکرار به کار برده است:

گر خدادادی مرا پانصد دهان
گفتمی شرح توای جان و جهان
یا؛
خیز که جان آمدست، جان و جهان آمدست
دست زنان آمدست، ای دل دستی بر آر

و این بیت جای هیچ سخنی را باقی نمی‌گذارد و روشن می‌کند که صورت درست، جان و جهان است؛

بایسته چو جان و بی وفایی چو جهان
زین روی همی جان و جهان خوانمت
(نامه‌های عین‌القضات)

منبع: خرمشاهی بهاء‌الدین، می باقی، انتشارات ناهید، ۱۴۰۰.

غبار دریا

در مثنوی معنوی، مولانا در غزل شماره ۱۰۹۵ خود می‌فرماید:

داد جاروبی به دستم آن نگار / گفت کز دریا بر انگیزان غبار
باز آن جاروب را ز آتش پسوخت / گفت کز آتش تو جاروبی بر آر

مراتب عرفانی انسان از دیدگاه عطار نیشابوری

از ویژگی‌های مراتب انسان این است که هر چه از مرتبه جسم به مرتبه جان نزدیک می‌شویم، از مرحله کثرت به مرحله وحدت می‌رسیم.

سیر از جسم به جان، از ظاهر به باطن، از نقصان به کمال و در واقع از عالم تفرقه به عالم وحدت رسیدن است.

مرتبه اول «مرتبه حس» است. در این مرتبه جسم، بیشترین ارتباط را با عالم کثرت دارد و بیشترین بُعد از عالم وحدت یا عالم معناست؛ زیرا در این مرتبه، انسان با حواس پنجگانه ظاهری که خود متفرق‌اند، همیشه مشغول به کثرات عالم محسوسات و حیات ظاهری است.

مرتبه دوم، «مرحله خیال» است. مرتبه خیال که واسطه حس و عقل و جامع صور حسی و مدرکات عقلی است، مخزن حواس پنجگانه است و بر خلاف آن‌ها واحد است؛ از این رو می‌تواند تمام آنچه حواس به تفرق ادراک می‌کنند، بدون نیاز به حواس، وحدت بخشد و نزد خود حاضر کند. به این علت، بر خلاف حس که مبتنی بر فراق و پراکندگی و دوری است، خیال، بیشتر مستعد وصال بوده و به وحدت نزدیک‌تر است.

مرتبه سوم، مرحله عقل است. عقل نسبت به حس و خیال، به عالم وحدت معنوی - که فوق زمان و مکان است - نزدیک‌تر است؛ چون برخلاف خیال که به علت محدود بودن به زمان، ادراکات را در پنج مرحله ادراک می‌کند، عقل در هر آن، می‌تواند بدون محدودیت زمانی و مکانی، هزاران مدرک را ادراک و همه کثرات را به صورت معنوی، به واحد بدل کند.

مرحله چهارم، «مرحله دل و جان» است. عقل در مقایسه با دل و جان، از عالم وحدت دورتر است؛ گرچه عقل می‌تواند حق شناس شود، به علت تفرقه، از آن شوق و عشق کاملی که دل و جان، به عالم وحدت و حق دارند، بی‌بهره است. نزدیک‌ترین مرحله به عالم وحدت و وصول به آن، جان است که در آن می‌توان به درک حقیقت توحید، یعنی نفی تمام کثرات و تمایزات زمانی و مکانی نائل شد. با بینا شدن چشم جان، برای انسان مکشوف می‌شود که اصل و منشأ همه اشیاء یکی است و هر ذره را، جهانی می‌بیند که جامع تمام اشیاء عالم است.

هر یک از مراتب انسان، دو ویژگی و قابلیت متضاد دارد، بدین معنا که ممکن است، هم حجاب حق و مانع تعالی جان و دل و هم وسیله تعالی و کمال آن‌ها شوند؛ چنان که جسم، از طرفی زندان جان آدمی است و لذات جسمانی، حجاب جان و دل و موجب بُعد از عالم قدس است و از آن جایی که دل به پاکی‌ها تعلق دارد، با غلبه حس و بُعد از دل، خوشایندهای حسی، میل انسان را به محرمات تقویت می‌کند و منشأ پلیدی‌ها می‌شوند. نفس، مجموعه انگیزه‌ها و میل‌ها است که طالب ارضاء شدن هستند و از آن‌ها به عنوان شهوات و هواهای نفسانی یاد می‌شود که متأثر از وسوسه‌های شیطانی است. نفس در تضاد با عقل و دل و جان عمل می‌کند.

هر یک از مراتب انسان، ممکن است منشأ احوال و افعال خیر و پسندیده یا شر و ناپسند و در نتیجه کمال یا نقصان و سعادت یا شقاوت انسان شود. از این رو با توجه به گرایش‌ها و اوصاف هر مرتبه، می‌توان در باره طبیعت اخلاقی انسان، از نظر عطار سخن گفت که ناظر به کمال یا نقصان و سعادت یا شقاوت انسان است.

منبع:

مهدی پور حسن. اخلاق عرفانی عطار نیشابوری. نشر نگاه معاصر، ۱۳۹۷.

«نمادشناسی»

تعویذ چیست؟

تعویذ یا حرز یا بلاگردان به نمادی گفته می‌شود که به گردن، آویخته یا به جیب می‌اندازند. تعویذها، نمادی از قدرت بخشی‌اند که بیش از هزار سال است که برای حفاظت و توانمندی از آن‌ها استفاده شده است. بلاگردان، وسیله یا دعایی است که باعث دوری شر، از کسی شود.

از دیرباز، در میان بسیاری از اقوام، باور به جن و موجودات افسانه‌ای آسیب‌رسان، رواج داشته و برای احساس امنیت در قبال آن‌ها، برخی افراد ورد و ذکرهایی را نوشته و با خود

کردم از حیرت سجودی پیش او / گفت بی ساجد سجودی خوش بیار
آه بی ساجد سجودی چون بود؟ / گفت بی چون باشد و بی خار خار
گردنگ را پیش کردم گفتمش / ساجدی را سر ببر از ذوالفقار
تیغ تا او بیش زد سر بیش شد / تا پرست از گردنم سر صد هزار
من چراغ و هر سرم همچون فتیل / هر طرف اندر گرفته از شرار
شمع‌ها می‌وزشید از سرهای من / شرق تا مغرب گرفته از قطار
شرق و مغرب چیست اندر لامکان؟ / گلخنی تاریک و حمامی به کار
ای مزاجت سرد کو تاسه دلت؟ / اندرین گرمابه تا کی این قرار؟
برشواز گرمابه و گلخن مبرو / جامه کن در بنگر آن نقش و نگار
تا ببینی نقش‌های دل‌با / تا ببینی رنگ‌های لاله زار
چون پدید سوی روزن درنگر / کان نگار از عکس روزن شد نگار
شش جهت حمام و روزن لامکان / بر سر روزن جمال شهریار
خاک و آب از عکس او رنگین شده / جان بیاریده به ترک و زنگبار
روز رفت و قصه‌ام کو ته نشد / ای شب و روز از حدبش شرمسار
شاه شمس الدین تبریزی مرا / مست می‌دارد خمار اندر خمار

مولانا در همه جای مثنوی، پای خرد را در میان می‌کشد و آن را دریایی می‌داند که با همه عظمت و ژرفی، پنهان است و آن را با دیدی عارفانه، خودنمایی خداوند می‌داند. انسان با ابزار حواس پنجگانه خود - که کاملاً در اختیار خرد است - به دستیابی خواسته‌های خود مشغول می‌شود؛ اما همین خرد در راه شناخت خداوند عاجز مانده، نمی‌تواند به رازهای نهانی، رخنه کرده و معرفت را شناسایی کند. این رازها، از راهی، بر دل بنده فرو می‌بارد که آدمی متوجه نمی‌شود از چه راهی به آن دست یافته است. ابن سینا در کتاب «اشارات و تمهیدات»، خرد را هدیه خداوند به انسان و مهر، شیفتگی و نیستی را، پاسخ او به آفریدگار می‌داند.

منظور از نیستی، همان فانی شدن صفات آدمی در صفات خدایی است که در کلام مولانا غباری است که بر دریای هستی آدمی نشسته و باید زدوده شود.

در این میان دو گونه خرد را شناسایی کرده‌اند؛ اولی خرد شمارگر یا عقل محاسب است که ما را به سوی سودهای این جهانی راهنمایی می‌کند و آن خردی است که همگان دارند و می‌پسندند و دیگری، خرد روشنگر یا عقل منور است که ویژه انسان‌های برکشیده و کامل بوده، انسان را به سوی شناخت خداوند، شناخت رازها و اسرار مینوی رهنمون و موجب بیداری و روشنگری آدمی می‌شود.

از دید مولوی جان شایسته یا عشق، در رساندن آدمی به کمال، کارسازتر از خرد است. از نظر مولانا، خرد شمارگر، آدمی را به پستی می‌کشانند، در صورتی که شیفتگی یا مهر، به او هستی می‌بخشاید.

ای عقل هستم می‌کنی، وی عشق مستم می‌کنی

هر چند پستم می‌کنی، تار ب اعلامی کشی

خرد در پیوند با مغز و سر است، اما عشق یا شیفتگی، تراویده دل و جان است.

این دو ابزار که رویاروی یکدیگرند، همان دو جاروبی هستند که نگار، برای برانگیختن غبار از دریای هستی یا زدودن آن، در دسترس ما آدمیان قرار داده است.

منبع:

منیژه قربانی. کهنه و نودر جهان عارفان. نشر ترنند، ۱۴۰۰.

ماهی، نماد باروری است که بعدها نمادی مسیحی شد و در آمریکای شمالی، به عنوان معرفت نهفته برای حفاظت استفاده می شده است. طلسم بودا که بوداییان از آن به عنوان نمادی از اخلاصشان استفاده می کنند. ژست های مختلف بودا در این تعویذ، نمادپردازی های مختلف و خاص خودش را دارد؛ مثلاً اگر دست بودا زمین را لمس کند، نشانه ای از لحظه روشن شدگی بودا است.

مسیح مصلوب، تعویذی است که مدت ها، نمادی از ایمان مسیحی بوده است؛ اما بعدها، به نمادی برای محافظت در برابر شیطان تبدیل شد.

قاب آویز، وقتی که به عنوان ظرفی برای ادویه جات استفاده می شد، بیماری و اهریمن را دور می کرد؛ اما زمانی که حاوی دسته ای از موها یا تصویر کسی بود که مورد علاقه فرد بودند، به عنوان نمادی از عشق به کار می رفت.

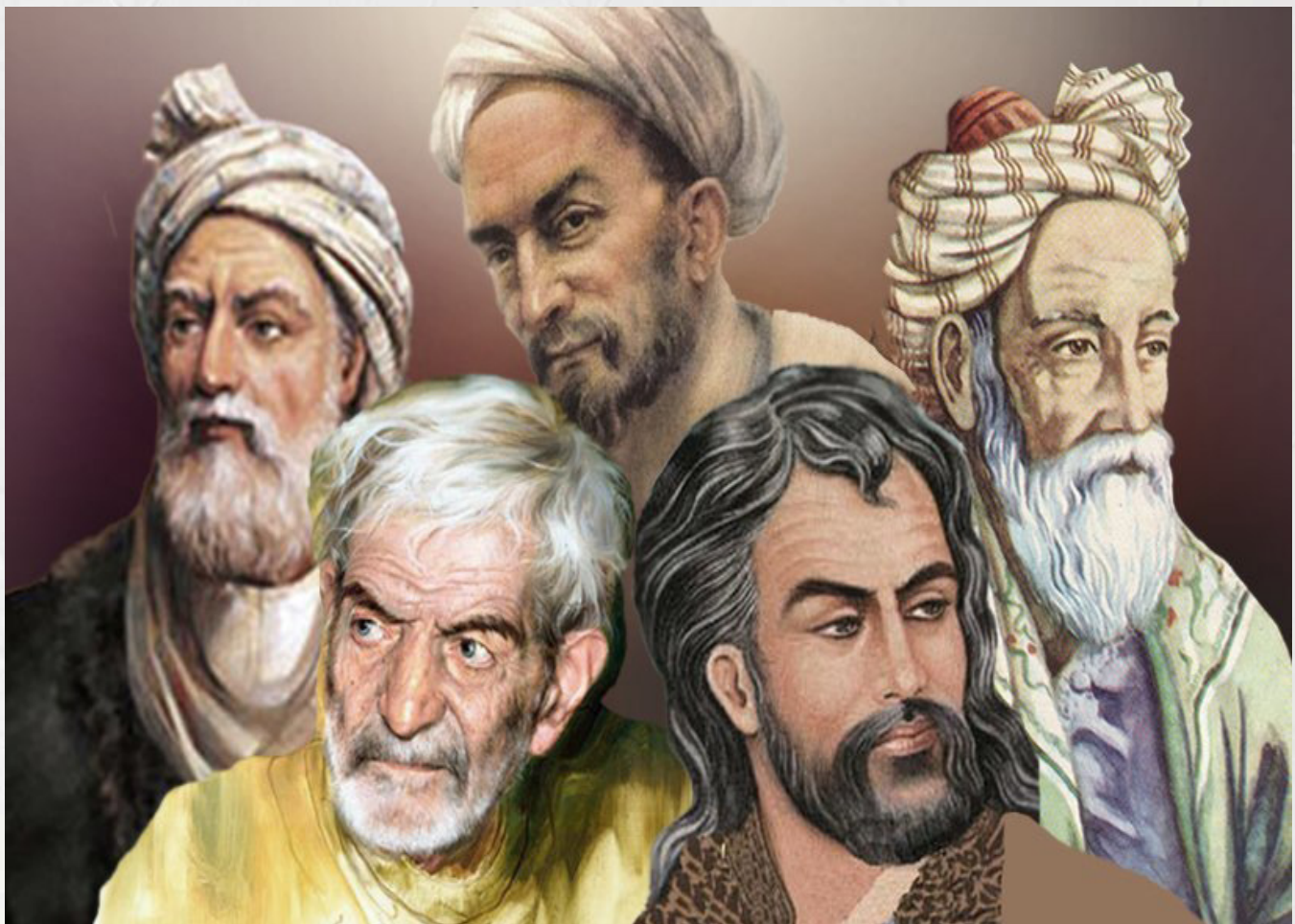
منبع:
بروس میتفورد میراندا، دائرة المعارف نمادها و نشانه ها، ترجمه: معصومه انصاری و حبیب بشیرپور، نشر سایان، ۱۳۹۷.

همراه می کنند که به این وردها و نوشته ها تعویذ گفته می شود؛ گاه نیز برای دفع شر، گوهر، تکه سنگ، نگاره، تندیس، سکه، آویزه، انگشتر، گیاه یا جانور هم به کار می رود. واژه عوذه، یعنی چیزی یا کسی که به آن پناه برده شود و «تعویذ» به معنای در پناه آوردن است. تعویذ، اغلب از مواد طبیعی مانند عاج، سنگ های قیمتی و چوب ساخته می شوند. آن ها اشیای کوچکی هستند که گاهی به عنوان طلسم شناخته شده و گاه نیز به خاطر زیبایی ظاهری شان، از آن ها استفاده می شده است.

برخی افراد برای به دست آوردن اقبال خوب یا حفاظت و توانمندی، آن ها را حمل می کردند. تعویذها ممکن است خاستگاه دینی یا خرافی داشته باشند و اغلب نمادی از میل به دفع شرارت و دور کردن شیطان هستند. در ذیل، نمونه هایی از آن نام برده شده است: دستبند طلسم نقره ای که از آغاز قرن بیستم به عنوان هدیه روز تولد به دختران جوان داده می شد و کم کم طلسم هایی به آن اضافه شد مانند نعل اسب که نماد خوش شانسی یا لک لک که نماد کودک آوری بود.

تعویذ شوالیه که معمولاً به شکل کمربندهایی بود که شوالیه های قرون وسطی به عنوان نماد سلامتی، قدرت، تمول و وفور از آن استفاده می کردند.

تعویذ چشم زخم که در سراسر خاورمیانه هنوز هم استفاده می شود و بر باور مردم، نگاه های خیره تماشاچیان را منحرف کرده، فرد را از چشم شیطان و افراد حسود حفاظت می کند. منگوله های نخی سفید و قرمز که در بلغارستان به کار می رود و افراد را با بستن آن به دور مچ خود علاوه بر القای شادی و خوشی، درخواست می کنند تا فرا رسیدن بهار تسریع شود. پازوو، تعویذی آشوری است که مشتمل بر تصویری از یک موجود بالدار به همین نام است که در زمان بارداری، از سقط و مرگ جنین جلوگیری می کند. دندان ببر نماد دلیری و توانمندی بوده است.



اخذ رضایت در موارد اورژانسی



ترجمه: دکتر امید فاضل زاده

پزشک عمومی

شما دستیار ارشد تخصصی رشته جراحی زنان و مامایی هستید. ماما از شما خواسته است که یک بیمار را بررسی کنید.

بیمار، یک خانم در حال زایمان ۳۰ ساله و عرب زبان، به نام منصوره است. این اولین بارداری او و اکنون در ماه آخر حاملگی است. ماما تأیید کرده که شوهرش در راه بیمارستان است. زبان فارسی را خوب متوجه نمی شود. او درد زیادی دارد و با ماما همکاری نمی کند. بررسی قلب جنین غیر طبیعی و پاتولوژیک است. ترشح آغشته به مکنونیوم از واژن دارد. وضعیت بالینی نشان دهنده زجر جنینی (fetal distress) است و برای جلوگیری از مرگ داخل رحمی، باید بلافاصله عمل سزارین انجام شود.

پرسش ها

چه مشکلات بالینی می تواند بر اخذ رضایت مناسب از بیمار برای درمان، تأثیر بگذارد؟ اگر منصوره از دادن رضایت برای انجام سزارین اورژانسی خودداری کرد، چه کاری می توانید انجام دهید؟

پاسخ

رویکرد اولیه، ارزیابی توانایی بیمار برای دادن رضایت در این شرایط خواهد بود. دستورالعمل طبابت بالینی صحیح (Good Medical Practice) مصوب سال ۲۰۱۳ به صراحت ذکر می کند که پزشکان باید به حقوق بیماران برای انتخاب گزینه های درمان خود، احترام بگذارند. اما این بیمار چه می خواهد؟ مشخص نیست که آیا او واقعا از سزارین امتناع می کند، یا صرفاً با ماما و پزشک همکاری نمی کند؟ اگر این موضوع به دلیل مشکل زبانی است و او نمی تواند سوالات مطرح شده را درک کند، حضور یک مترجم و همچنین در اختیار قرار دادن بروشورهای آموزشی ویژه بیمار به زبان خودش، می تواند او را قادر سازد تا موقعیت را بهتر درک کند. از آنجایی که شرایط اورژانسی است، به جای تأخیر تا حضور مترجم، ممکن است شوهر زن بتواند در برقراری ارتباط با همسرش کمک کند.

ممکن است این زن به دلیل درد زیاد با گروه درمان، ارتباط برقرار نمی کند. درد شدید، گیجی، شوک، خستگی یا اثر دارو ممکن است موجب شود، وی به صورت موقت، قادر به برقراری ارتباط و پاسخ دادن به پرسش ها نباشد. اقدامات عملی و منطقی می تواند شامل تجویز کافی مسکن برای کاهش درد بیمار و قادر ساختن او به مشارکت در فرآیند تصمیم گیری باشد؛ ممکن است نتوان منتظر اثر گذاری بی حسی اپیدورال بود.

متخصص زنان و زایمان باید درباره اینکه چه مدت طول می کشد تا وضعیت بالینی بدتر شود و در نتیجه سلامت بیمار و جنین داخل رحم او در معرض خطر قرار گیرد، تصمیم گیری کند. اگر بیمار ناتوان شده و نمی تواند درمان را به تعویق انداخت، باید بر اساس منفعت و سود وی، عمل کرد. کودک که هنوز متولد نشده، هیچ گونه حقوق قانونی ندارد و تمرکز بر منافع بیمار (مادر) است. بهترین منافع شامل منافع پزشکی بیمار و همچنین منافع اجتماعی، عاطفی و آسایش او می شود و

می توان به طور منطقی فرض کرد که مادر، خواهان یک نوزاد سالم است. پرونده مامایی بیمار، حاوی سوابقی از ویزیت های قبلی بیمار توسط متخصصان مراقبت است و انتظار می رود نظرات و خواسته های اصلی بیمار که شامل به دنیا آوردن نوزاد است، در پرونده پزشکی وی ثبت شده باشد. اگر چه همسر یا بستگان بیمار نمی توانند به جای او رضایت دهند، اما آن ها می توانند شمارا در مورد نظرات و خواسته های بیمار، آگاه کنند. این شیوه برخورد، می تواند به نفع زنی باشد که حاملگی ترم دارد و می خواهد نوزادش، زنده و سالم به دنیا بیاید و در این مورد خاص با انجام جراحی سزارین می توان به نتیجه مطلوب رسید.

نکات کلیدی

- توانایی و قدرت تحمل بیمار می تواند در نوسان باشد و باید تمام تلاش خود را برای افزایش توانایی وی، انجام داد.
- اظهارات قبلی بیمار، به تصمیم گیری بر اساس بهترین خواسته ها و علائق او کمک می کند.
- یک زن ذی صلاح و توانمند، می تواند از دریافت درمان مامایی خودداری کند حتی اگر منجر به مرگ یا ناتوانی جدی کودک شود.
- در شرایط اورژانسی و در مواردی که امکان پی بردن به خواسته های بیمار وجود ندارد، می توان بدون رضایت او، درمان را انجام داد، مشروط بر اینکه انجام اقدامات درمانی فوری، برای نجات جان وی یا جلوگیری از وخامت جدی وضعیت بالینی او ضروری باشد.

* ترجمه متن با بانددکی دخل و تصرف، انجام شده است.

* * این مورد بالینی بر اساس مقررات حرفه ای و اخلاق پزشکی متداول در غرب طراحی شده و مجله نظام پزشکی پذیرای نظرات تخصصی صاحب نظران گرامی، بر اساس قوانین و مقررات پزشکی و شرعی کشور است.

Reference:

Johnston C, Bradbury P. 100 Cases in Clinical Ethics and Law. In: Rymer J editor. Ethics and Law in Clinical Practice: Consent, Capacity and Refusal of Treatment. Boca Raton: CRC Press; 2016. p:7980

معرفی کتاب

هرمنوتیک پزشکی و پدیدارشناسی سلامت؛ گام‌هایی به سمت فلسفه طبابت



به انتخاب: دکتر امید فاضل‌زاده

پزشک عمومی

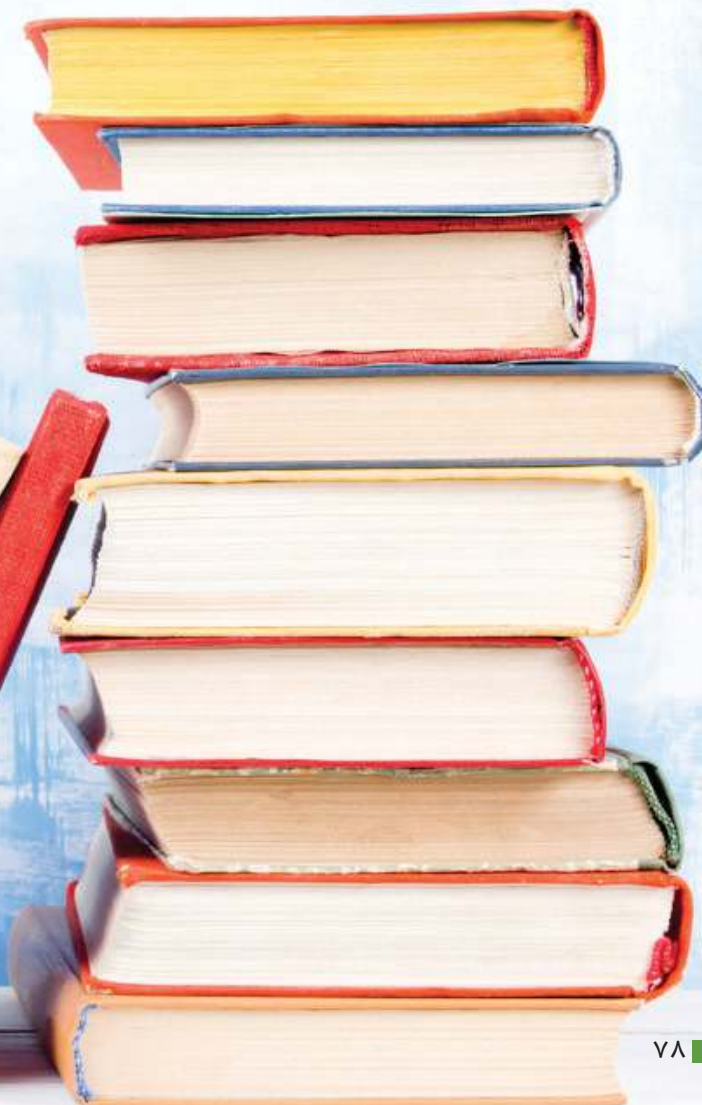
باشد، رویکردی که بتواند توسط فلسفه و دیگر رشته‌های موجود در زمینه گسترده علوم انسانی پزشکی مهیا شود. بارزترین مثال این مورد، علاقه روزافزون به «اخلاق پزشکی» است که نه با پرسش از اینکه امروز و فردا، با مجموعه بسط پابنده دانش و فناوری‌های پزشکی، بخصوص در پرتو منابع محدود موجود در بخش مراقبت سلامت «چه می‌توان کرد»، بلکه با «چه باید کرد» سروکار دارد.

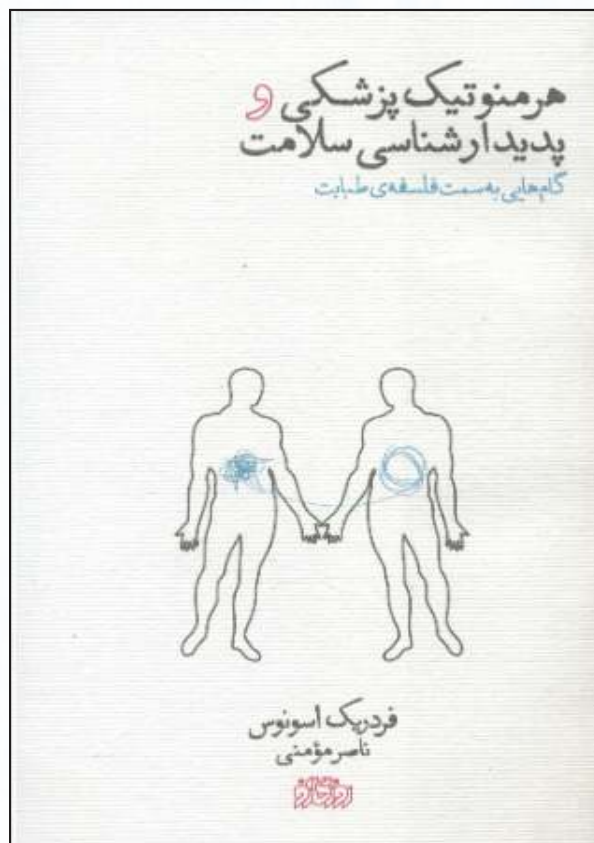
کتاب «هرمنوتیک پزشکی و پدیدارشناسی سلامت؛ گام‌هایی به سمت فلسفه طبابت»، نوشته «فردریک اسونوس» پاسخی است به پرسش‌هایی که ذاتاً اخلاقی نیستند بلکه ماهیتی وجودشناسانه و معرفت‌شناسانه دارند و در پی یافتن و توضیح دادن فلسفه پزشکی «در» و «بوسیله خود» پزشکی است.

فردریک اسونائوس، استاد فلسفه در مرکز مطالعات دانش عملی و دانشگاه سودرتورن سوئد است. زمینه‌های اصلی تحقیقاتی او فلسفه پزشکی، اخلاق زیستی، علوم انسانی پزشکی و انسان‌شناسی فلسفی است. او نه تنها در کی‌نافاذ از گستره وسیعی از موضوعات و اشخاص در فلسفه و پزشکی دارد، بلکه موفق می‌شود این موضوعات را با شیوه‌ای خلاقانه به هم نزدیک کند و نشان دهد که این دو رشته مهم عمیقاً می‌توانند و در نهایت، باید متقابلاً روشن‌گر هم باشند. اسونائوس در کتاب خود، خوانشی هستی‌شناسانه و معرفت‌شناسانه از مفاهیم محوری چون «سلامت» و «ناخوشی» و آنچه عمدتاً «رابطه پزشک-بیمار» نامیده می‌شود، ارائه می‌دهد. اگرچه، بخش عمده پزشکی، رخداد بالینی (clinical event) است، اما اسونائوس استدلال می‌کند که تعداد اندکی از نویسندگانی که درباره پزشکی نوشته‌اند بر ملاقات پزشک-بیمار تمرکز کرده‌اند؛ در عوض آن چه توجه زیادی به خود جلب کرده، نتایج یا عواقب آن ملاقات است یعنی: سلامت، پذیرش، رضایت و خودمختاری.

از نگاه وی پزشکی بالینی نظریه نیست حتی نظریه‌ای کاربردی هم نیست، بلکه فن و حرفه (practice) محسوب می‌شود که این فن و حرفه ممکن است به بهترین وجه به منزله ملاقاتی بین کارکنان نظام سلامت و بیمار، با هدف درمان شخصی که نیازمند کمک است، لحاظ شود. هرمنوتیک در کتاب مذکور، برای تبیین بیشتر آن چیزی به کار می‌رود که با

قبل از پیدایش علم پزشکی جدید در سال ۱۸۰۰ میلادی «پزشکی» و «فلسفه» از همکاری نزدیکی بهره می‌بردند. در آن برهه با تصور اینکه فلسفه، نوعی رویکرد نظرورزانه بی‌ثمر و حتی خطرناک به پرسش‌های سلامت و ناخوشی است که تنها باید با پژوهش تجربی، صریح پاسخ داده شود؛ این دو از یکدیگر جدا شدند. اما در طول ۳ دهه اخیر، مجدداً شاهد تولد تدریجی فلسفه در پزشکی هستیم و ظاهراً اجماعی در حال شکل‌گیری است که نمی‌توان تمامی مسائل پزشکی را با کمک علم تجربی حل کرد، بلکه بیشتر به رویکردی نیاز است که وجه نظری و تأملی آن بیشتر





کتاب «هرمنوتیک پزشکی و پدیدارشناسی سلامت؛ گام‌هایی به سمت فلسفه طبابت»، شامل یک مقدمه و سه فصل است.

فصل اول «مواجهه بالینی» است که به ارائه طرحی تاریخی از پزشکی غرب می‌پردازد. مهم‌ترین ویژگی‌های آن تاریخ را که وی به درستی تشخیص می‌دهد اولاً عبارت از این است که، نکته اساسی پزشکی، مواجهه یا «ملاقات» با بیماران است؛ ثانیاً پزشکی باید به منزله نوع خاصی فن (مهارت) فهمیده شود.

فصل دوم «پدیدارشناسی سلامت و ناخوشی» است که با بهره بردن از خوانش هوسرل و هایدگر در پدیدارشناسی، سلامت را به عنوان «در-جهان-بودن خانه گون» معرفی می‌نماید که می‌تواند برای خواننده‌ای که آموزش فلسفه سنتی را نگذرانده، دیرفهم‌ترین بخش کتاب باشد.

در نهایت؛ فصل سوم که «هرمنوتیک پزشکی» است و نویسنده در این فصل ضمن بهره‌گیری از خوانش هایدگر و گادامر در خصوص هرمنوتیک فلسفی، به موضوع هرمنوتیک پزشکی پرداخته و بیماران را شرکایی واقعی در ملاقات پزشکی و نه ابژه و نه حتی ابژه متنی می‌داند. این کتاب ارزشمند، توسط ناصر مؤمنی ترجمه و توسط مؤسسه پگاه روزگار نو، به قیمت نود هزار تومان منتشر شده است. مطالعه این کتاب، به کلیه همکاران علاقه‌مند به موضوعات فلسفی و کاربرد فلسفه در طب توصیه می‌شود.

«ملاقات تفسیری» فهمیده می‌شود و پدیدارشناسی، برای فهم بهتر معنای «سلامت» و «ناخوشی» به کار گرفته می‌شود. از دیدگاه او، پزشکی صرفاً علم نیست، بلکه اولاً و اساساً، گفت‌وگو و تفاهم است اما فعلاً فاقد زبانی برای مقوله‌بندی این دانش به شیوه‌ای نظام‌مند است. وی می‌کوشد با استفاده از پدیدارشناسی و هرمنوتیک، نشان دهد که جنبه‌های «غیرعلمی» پزشکی به جای آنکه به منزله بخشی بیمارگونه از قلمرو «هنر پزشکی» طبقه‌بندی شوند، می‌توانند نقش مرکزی در عمل پزشکی را اصلاح کنند. اسونائوس معتقد است تا کنون، برخورد پزشکی جدید با موضوعات فلسفی همچون برخورد جراحان با زائده آپاندیس در بدن بوده که آن را عضوی بلااستفاده و قدیمی در ساختار بدن می‌دانند که باید از بدن خارج گردد، حال آن که فلسفه پزشکی، بیشتر به جزئی مهم از دستگاه گوارش شبیه است که حذف آن، سبب ناتوانی پزشکی در هضم دانش جدید و ممانعت از جذب آن به شیوه‌ای مناسب می‌شود؛ لذا مأموریت فلسفه معاصر پزشکی را مانند بازسازی عملکردهای هاضمه در ارگانیسم پزشکی می‌داند. وی مدعی است امروزه، پزشکی نیازمند پادزهر فلسفه به منظور سرگردان نشدن در هزارتوی جزئیات و چشم‌پوشی از وسوسه‌ها و خطرات گستاخی ناشی از پیشرفت تأثیرگذار علوم پزشکی، طی نیمه دوم قرن حاضر است.

معرفی کتب منتشره انتشارات دانشگاه علوم پزشکی شیراز



دکتر سعید نعمتی دندانپزشک

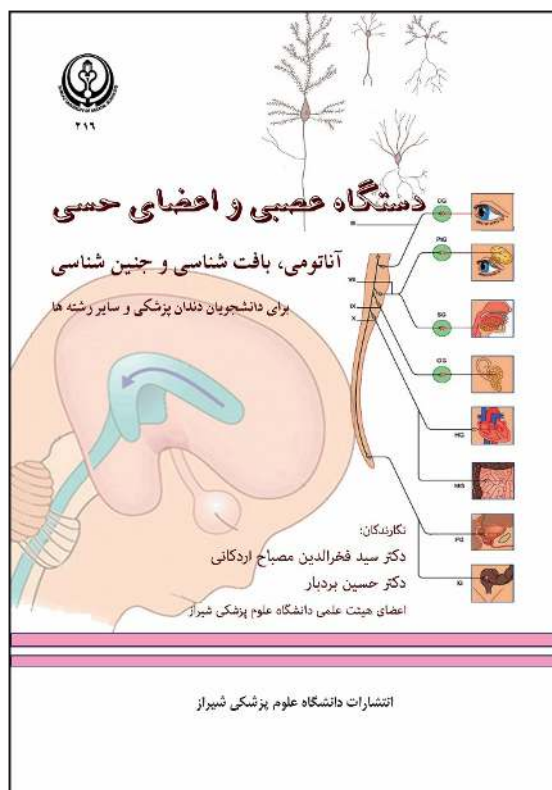
رئیس اداره انتشارات دانشگاه علوم پزشکی شیراز



«دستگاه عصبی و اعضای حسی» آناتومی، بافت شناسی و جنین شناسی

گردآوری و تألیف:

دکتر سیدفخرالدین مصباح اردکانی-دکتر حسین بردبار



و قیمت ۱۸۷۵۰۰۰ ریال توسط انتشارات دانشگاه علوم پزشکی شیراز منتشر شده است. علاقه مندان می توانند جهت تهیه کتاب (با تخفیف ۲۰ درصد) به صورت حضوری با مراجعه به فروشگاه کتاب دانشگاه واقع در بلوار کریم خان زند، میدان نمازی، ابتدای ورودی مرکز آموزشی درمانی نمازی، سمت راست، روبه روی درب دانشکده پرستاری مامایی حضرت فاطمه (س)، فروشگاه کتاب دانشگاه علوم پزشکی شیراز یا به صورت اینترنتی با مراجعه به وب سایت <https://nashr.sums.ac.ir> اقدام کنند.

کتاب در سه بخش آناتومی، بافت شناسی و جنین شناسی و در ده فصل تدوین شده است. فصل های اول تا ششم شامل مقدمه ای بر دستگاه عصبی، شناخت ساختار نخاع و مغز، خون رسانی، ساختمان های پشتیبان و محافظت کننده آن ها همچنین اعصاب نخاعی، جمجمه ای و خودکار، چشم و گوش است. در فصل های هفتم و هشتم بافت شناسی و در فصل های نهم و دهم جنین شناسی دستگاه عصبی، چشم و گوش آمده است. کتاب «دستگاه عصبی و اعضای حسی» با ۳۴۳ صفحه، قطع وزیری



**تأملی بر جایگاه
بازماندگان جنگ در ایران و ملل مختلف**




گردآورندگان:
محمدحسین سرایداران
طاہرہ شکرزادہ
مرضیہ سپهری منش

انتشارات دانشگاه علوم پزشکی شیراز

«تأملی بر جایگاه بازماندگان جنگ در ایران و ملل مختلف»

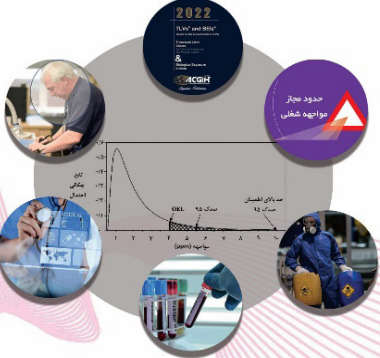
گردآوری: محمدحسین سرایداران، طاہرہ شکرزادہ،
مرضیہ سپهری منش

تکریم و بزرگداشت ایثارگران در سایر جوامع، عمدتاً به بازماندگان جنگی متعلق به جنگ جهانی دوم برمی گردد؛ زیرا این جنگ هم به لحاظ ابعاد و وسعت دامنه جنگ و هم تعداد کشته شدگان بزرگترین جنگ تاریخ بشر تاکنون محسوب می شود. کتاب حاضر، به بررسی میزان خدمت رسانی به بازماندگان جنگ در سایر ملل که عمدتاً به جامانده از جنگ جهانی دوم هستند، می پردازد. همچنین در این کتاب، وضعیت خدمت رسانی به کهنه سربازان و جاماندگان جنگ های متعدد، طی اعصار مختلف و در برخی از کشورها و فرهنگ های متفاوت، مورد بررسی قرار گرفته است که معیارهای آن با شرایط و واقعیت های موجود در کشور ما، به راحتی قابل مقایسه و تطبیق است.

کتاب «تأملی بر جایگاه بازماندگان جنگ در ایران و ملل مختلف» با ۲۹۸ صفحه، قطع وزیری و قیمت ۲۵۰۰۰ ریال توسط انتشارات دانشگاه علوم پزشکی شیراز منتشر شده است، علاقه مندان می توانند جهت تهیه کتاب (با تخفیف ۲۰ درصد) به صورت حضوری یا مراجعه به فروشگاه کتاب دانشگاه واقع بلوار کریم خان زند، میدان نمازی، ابتدای ورودی مرکز آموزشی درمانی نمازی، سمت راست، روبه روی درب دانشکده پرستاری مامایی حضرت فاطمه (س)، فروشگاه کتاب دانشگاه علوم پزشکی شیراز یا به صورت اینترنتی با مراجعه به وب سایت <https://nashr.sums.ac.ir> اقدام کنند.



**ارزیابی مواجهه شغلی
با مواد شیمیایی در محیط کار**
«پایش هوا، پایش بیولوژیک و مراقبت سلامت»



گردآوری:
دکتر اسماعیل سلیمانی
استادیار گروه مهندسی بهداشت حرفه ای دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شیراز

انتشارات دانشگاه علوم پزشکی شیراز

ارزیابی مواجهه کارکنان با مواد شیمیایی در محیط های کار

گردآوری: دکتر اسماعیل سلیمانی

ارزیابی مواجهه کارکنان با مواد شیمیایی در محیط های کار، یکی از مسئولیت های اصلی کارشناسان بهداشت حرفه ای است. بنابر مشاهدات نویسنده کتاب حاضر، نحوه مقایسه مواجهه کارکنان با حدود مواجهه شغلی، در بسیاری از مناطق کشور متفاوت است. کتاب ۸ فصل دارد که در آن مبانی پایش هوا و رویه های نمونه برداری از گازها و بخارها، مقادیر حد آستانه (TLV) و شاخص های بیولوژیکی مواجهه (BEI)، ارزیابی مواجهه و مقایسه با OEL، رویکردهای مقایسه مواجهه کارکنان با مخلوط مواد شیمیایی و مواجهه کارکنان در برنامه های کاری غیر معمول (طولانی تر از ۸ ساعت) به تفصیل شرح داده شده است.

کتاب «ارزیابی مواجهه شغلی با مواد شیمیایی در محیط کار» با ۲۴۱ صفحه، قطع وزیری و قیمت ۱۲۵۰۰۰ ریال توسط انتشارات دانشگاه علوم پزشکی شیراز منتشر شده است، علاقه مندان می توانند جهت تهیه کتاب (با تخفیف ۲۰ درصد) به صورت حضوری یا مراجعه به فروشگاه کتاب دانشگاه واقع بلوار کریم خان زند، میدان نمازی، ابتدای ورودی مرکز آموزشی درمانی نمازی، سمت راست، روبه روی درب دانشکده پرستاری مامایی حضرت فاطمه (س)، فروشگاه کتاب دانشگاه علوم پزشکی شیراز یا به صورت اینترنتی با مراجعه به وب سایت <https://nashr.sums.ac.ir> اقدام کنند.

مناسبت‌های تقویم پاییز ۱۴۰۱

۷ مهر روز جهانی قلب	۶ مهر روز جهانی هاری	۴ مهر روز جهانی بهداشت محیط	۳ مهر روز جهانی روان درمانی	۳ مهر روز جهانی داروساز
۱۸ مهر روز جهانی شنوایی‌شناسی	۱۸ مهر آغاز هفته جهانی و روز جهانی بهداشت روان	۱۰ مهر روز جهانی فلج مغزی	۹ مهر روز جهانی سالمندان	۸ مهر روز جهانی ناشنواییان
۲۴ مهر روز جهانی غذا	۲۳ مهر روز ملی مبارزه سل	۲۳ مهر روز جهانی نابینایان (عصای سفید)	۲۰ مهر روز جهانی آرتروز	۱۹ مهر روز جهانی مبارزه با درد
	۲۵ مهر روز جهانی کمر درد	۲۵ مهر روز جهانی تروما	۲۴ مهر آغاز هفته ملی سلامت بانوان ایران (سبا)	

مناسبت‌های تقویم پاییز ۱۴۰۱

۱ آبان	۱ آبان	۱ آبان	۲۸ مهر	۲۷ مهر
آغاز هفته ملی اطلاع‌رسانی هیپاتیت	آغاز هفته پیشگیری از مسمومیت‌ها	آغاز هفته پیشگیری از تنبلی چشم	روز جهانی پوکی استخوان	آغاز هفته ملی بیماری صرع
۲۳ آبان	۲۳ آبان	۱۷ آبان	۷ آبان	۵ آبان
آغاز هفته ملی حمایت از بیماران کلیوی	روز جهانی دیابت	روز جهانی رادیولوژی (کشف اشعه X)	روز جهانی سکته مغزی	روز جهانی کاردرمانی
۱۰ آذر	۹ آذر	۲۷ آبان	۲۵ آبان	۲۳ آبان
روز جهانی ایدز	ولادت حضرت زینب سلام الله علیها (ق.ه.۵) و روز پرستار	روز جهانی پاتولوژی	آغاز هفته جهانی آگاه‌سازی آنتی بیوتیک	روز جهانی اتاق عمل
	۱۴ آذر	۱۲ آذر	۱۰ آذر	
	روز جهانی داوطلبان سلامت (رابطان بهداشت)	روز جهانی معلولان	آغاز هفته اطلاع‌رسانی تغذیه صحیح	

روز جهانی داروساز (۱۴۰۱/۰۷/۰۳): داروسازی را می توان یکی از قدیمی ترین و مهم ترین فعالیت های درمانی دانست که بشر برای بقا و حفظ جان و سلامتی خود به آن وابسته بوده است. شاید بتوان قدمت داروسازی را مقارن با قدمت زندگی بشر دانست. روز جهانی داروسازی یادآور این اصل است که این فعالیت تا چه اندازه می تواند باعث بهبود زندگی بشر و شرایط آن باشد. به طور کلی تعیین مرز اینکه داروسازی در زیرشاخه پزشکی قرار می گیرد یا شیمی، کار مشکلی است؛ اما نزدیک بودن داروسازی و شیمی یک اصل اجتناب ناپذیر است و از دیرباز شیمی دان ها در داروسازی پیشگام بوده اند البته این به معنای دور بودن داروسازی از پزشکی نیست و می توان داروسازی را پیوند بین شیمی و پزشکی دانست. روز جهانی داروسازی نیز مؤکداً این موضوع بوده و با توجه به ماهیتی که دارد این پیوند را شدیدتر می کند. روز جهانی داروسازی توسط فدراسیون بین المللی داروسازی نامگذاری شد. با توجه به رأی گیری های به عمل آمده توسط داروسازان مختلف روز ۲۵ سپتامبر به عنوان این روز انتخاب شد. روز جهانی داروسازی از سال ۲۰۰۹ در تاریخ مشخص گرامی داشته می شود؛ حال آن که روز داروساز در ایران از سال ۱۳۵۴ مراسم خاص خود را دارد و از قدمت بیشتری برخوردار است؛ اما آنچه که اهمیت دارد این است که ما همواره باید به یاد داشته باشیم، چه کسانی برای حفظ سلامتی بشر تلاش کرده اند. روز جهانی داروساز یادبودی برای افرادی است که چه در گذشته و چه در حال، برای این که همنوعان خود را از بند بیماری برهانند، تلاش کرده اند.



روز جهانی روان درمانی (۱۴۰۱/۰۷/۰۳): روان درمانی، امری پیچیده است و تعریف واحدی برای آن وجود ندارد و بسته به گرایشی که دارد می توان آن را به صورت روابط میان فردی، مراقبت از سلامتی، رفع مشکلات اجتماعی، برقرار کردن رابطه و موارد دیگر دانست. روان درمانی یا درمان روانشناختی یا گفت و گو درمانی راهی برای کمک به افرادی است که دچار انواع مختلفی از بیماری های روانی و اختلالات عاطفی هستند. روان درمانی به حذف یا کنترل علائم مشکل زا کمک می کند تا فرد عملکرد بهتری داشته باشد و سلامتی و درمان را بالا ببرد. روان درمانی به حل مشکلاتی نظیر اختلال در کنتر آمدن باز زندگی روزمره، تأثیر آسیب روحی، بیماری جسمی یا فقدان (مثل مرگ عزیز) و اختلالات خاص روانی (مثل افسردگی و اضطراب) کمک می کند. روان درمانی انواع مختلفی دارد و ممکن است تأثیر یک نوع، روی یک مشکل خاص بهتر باشد. می توان همراه با روان درمانی از دارو یا دیگر روش های درمانی استفاده کرد. ممکن است جلسات روان درمانی کوتاه و محدود باشد تا به مشکلات آنی رسیدگی شود یا بلندمدت باشد (چند ماه یا چند سال) تا مشکلات ماندگار و پیچیده برطرف گردد. محرمانگی از ابتدایی ترین ملزومات روان درمانی است؛ به علاوه، اگر چه بیمار افکار و عواطف شخصی خود را با روان شناس یا روان پزشک در میان می گذارد، ارتباط فیزیکی صمیمانه با درمانگر هرگز درست، قابل قبول یا مفید نیست. محققان با استفاده از روش های تصویربرداری از مغز توانسته اند تغییرات مغز بعد از انجام جلسات روان درمانی را مشاهده کنند. در اکثر موارد تغییرات مغز ناشی از روان درمانی شبیه به تغییرات آن در اثر مصرف دارو بوده است.



روز جهانی بهداشت محیط (۱۴۰۱/۰۷/۰۴): ۲۶ سپتامبر (۴ مهرماه) به عنوان روز جهانی بهداشت محیط نام گذاری شده است. در کشور ما نیز این روز همراه با دیگر کشورهای دنیا گرامی داشته می شود. حفظ تندرستی و رهایی از رنج و بیماری یکی از مهم ترین مسائلی است که همواره در طول تاریخ، فکر بشر را به خود مشغول کرده است. با پیشرفت علم و دانش و شناختن عوامل بیماری زا و تأثیر آن بر تندرستی، انسان آموخت که باید در محیط پاکیزه و سالم زندگی کند و از آنچه سلامتی او را به خطر می اندازد، دوری کند. در این میان آنچه بیش از همه در برقراری و حفظ این امنیت و آسایش خاطر رخ می نمایند، فعالیت مجذانه کارکنان زحماتش بهداشت محیط است که با تلاشی شبانه روزی در ارتقای امر بهداشت و حفظ سلامت احاد جامعه می کوشند. مهندسی بهداشت محیط در کشور به عنوان یک فعالیت منسجم، قدمتی بیش از نیم قرن داشته و منشأ اثرات زیادی در ارتقای سلامت جامعه بوده است. بهداشت محیط (Environmental health) عبارت است از کنترل همه عواملی که اثر سویی بر پایدار ماندن سلامت انسان می گذارند و شامل بیماری های زیادی است که از طریق آب، هوا، مواد غذایی و بسیاری از عوامل محیطی دیگر، سلامت انسان را تهدید می کنند. بهداشت محیط همچنین در برگیرنده مطالعه عوامل محیطی مضر برای سلامت انسان و شناخت، پیشگیری و رفع اثرهای ناشی از این عوامل است. بهداشت محیط به فرایند ارزیابی، تصحیح، کنترل و پیشگیری از عواملی در محیط می پردازد که می تواند بر سلامت نسل حاضر و آینده، آثار ناگواری بگذارد.



روز جهانی هاری (۱۴۰۱/۰۷/۰۶): روز جهانی هاری به منظور افزایش آگاهی در مورد این بیماری و بر جسته سازی پیشرفت های انجام گرفته در زمینه این بیماری هولناک گرامی داشته می شود. ۲۸ سپتامبر، سالگرد مرگ لویی پاستور، شیمی دان و میکرو ب شناس فرانسوی است که اولین واکسن هاری را تولید کرد. این روز که توسط اتحادیه جهانی برای کنترل هاری (GARC) ایجاد شده، روی افزایش آگاهی جامعه از بیماری هاری و پیشگیری از آن تمرکز دارد. روز جهانی هاری، یک فرصت سالانه بی نظیر برای اتحاد کل مردم، نهادهای دولتی و سازمان های غیردولتی جهان، به منظور افزایش آگاهی درباره این بیماری، برگزاری رویدادها و جلب توجه رسانه ها به تمامی اقدامات انجام گرفته برای پیشگیری از بیماری هاری و به اشتراک گذاشتن اقدامات خود در این زمینه است. در روز جهانی هاری بر اهمیت آموزش در زمینه پیشگیری از ابتلا به این بیماری تأکید می شود و اقدامات عمومی و دولتی شامل به اشتراک گذاشتن پیام سیاسی دولت ها به منظور پای بندی به تعهد سیاسی ۲۰۳۰ برای پایان دادن به بیماری هاری تا پیام های سطح عمومی شامل واکسیناسیون سگ ها، درمان زخم ناشی از گازگرفتگی حیوانات وحشی، آموزش شیوه های پیشگیری از گازگرفته شدن توسط حیوانات در سنین مدرسه، صورت می گیرد. هاری یک بیماری ویروسی عفونی است که با بروز علائم بالینی تقریباً همیشه کشنده، خود را نشان می دهد و به التهاب مغزی منجر می شود. ویروس این بیماری، از طریق بزاق آلوده دهان حیوانات مبتلا و با گازگرفته شدن توسط آن ها به انسان منتقل می شود. مبارزه با هاری به همکاری حرفه های دامپزشکی و پزشکی نیاز دارد؛ خصوصاً در آفریقا و بعضی از کشورهای آسیا که هنوز هم این مشکل به طور شایع دیده می شود.



روز جهانی قلب (۱۴۰۱/۰۷/۰۷): در ۲۹ سپتامبر، روز جهانی قلب فرصتی برای هر فرد است تا بايستد و در نظر بگیرد چگونه می توان به بهترین نحو از قلب برای بشریت، برای طبیعت و برای خودمان استفاده کرد. مبارزه با بیماری های قلبی عروقی چیزی است که برای هر قلب تنده ای اهمیت دارد. روز جهانی قلب، به عنوان یک ابتکار جهانی در سال ۲۰۰۰ عنوان شد تا آگاهی عمومی نسبت به تهدید بیماری قلبی، سخته مغزی و اهمیت شیوه زندگی قلب سالم را افزایش دهد. روز جهانی قلب سالانه توسط اعضای اتحادیه جهانی قلب در بیش از ۱۰۰ کشور و با همکاری بیش از ۲۰۰ عضو از سازمان ها، انجمن های علمی، بنیادها و جمعیت های بیماران و انجمن های قلب و عروق برگزار می شود. یکی از مهم ترین و مطمئن ترین راه های رسیدن به اهداف پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی آموزش همگانی و برگزاری پویش های عمومی است. این روز در واقع شروع برنامه و فعالیت هایی است که باید در طول سال ادامه یابد. به همین منظور مقرر است فعالیت های ملی مانند سخنرانی ها و گفت و گو ها و معاینات بهداشتی و غربالگری های سلامتی از جمله وزن، قند، کلسترول و فشار خون، فعالیت های ورزشی سازماندهی شده، برگزاری گفت و گو های عمومی در مورد بیماری قلبی عروقی، داستان ها و تجربیات واقعی از افراد مبتلا به بیماری قلبی عروقی و نحوه در مان و کنترل آن، برگزاری گردهمایی های علمی، نمایشگاه، برگزاری مراسم و وقایع ورزشی در سراسر دنیا توسط اعضا و شر کای اتحادیه در همین زمینه و بر اساس موضوعات تعیین شده در هر سال، به شکل بسیج های اطلاع رسانی و آموزشی، سازماندهی شوند.



روز جهانی ناشنویان (۱۴۰۱/۰۷/۰۸): ۳۰ سپتامبر، روز جهانی ناشنویان نام گذاری شده است. نام گذاری این روز مصادف با گرامیداشت سالروز فوت «دکتر شراب» است. وی اولین رئیس فدراسیون ناشنویان و دانشگاه گالات بود. هدف از این نام گذاری، ارتقای فرهنگ ارتباط با ناشنویان، دانسته هایی از زبان اشاره و آگاهی سیاستمداران و همچنین عموم مردم از مشکلاتی است که این قشر با آن روبه رو هستند. از سال ۱۹۵۷ میلادی همه ساله هفته آخر سپتامبر به عنوان هفته جهانی ناشنویان نام گذاری شده است. نخستین بار در سال ۱۹۵۱ و در شهر رم ایتالیا بود که فدراسیون جهانی ناشنویان به عنوان نهادی غیر دولتی برای حمایت از ناشنویان تشکیل و به رسمیت شناخته شد. هدف از تشکیل این فدراسیون که بیش از ۱۳۰ کشور جهان در آن عضو هستند، احقاق حقوق ناشنویان، شناسایی و بهبود مشکلات زندگی روزانه آن ها و نیز فراهم آوردن شرایط تحصیل، اشتغال و زندگی برابر با سایر افراد جامعه است. فدراسیون جهانی ناشنویان همواره بر برابری حقوق بشر و احترام برای همه افراد، فارغ از رنگ و نژاد، ملیت، جنسیت، سن و سال و عواملی از این دست تأکید کرده و در راه تحقق این امر گام برمی دارد. از اهداف تعریف شده توسط فدراسیون جهانی ناشنویان برای برگزاری جشن های این روز می توان به ارتقای سطح دانش مردم عادی از مشکلات ناشنویان در سراسر جهان، انگیزه بخشی به ناشنویان برای یادگیری زبان اشاره به عنوان یک ضرورت، آماده سازی و تهیه بسترهای مناسب برای ناشنویان و حمایت از آن ها برای دسترسی به حق تحصیل و فناوری های نوین اشاره کرد.



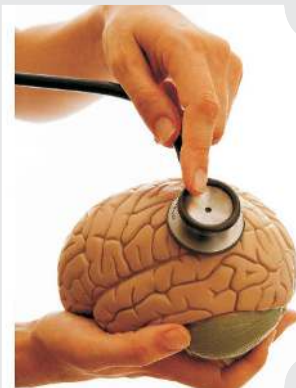
روز جهانی سالمندان (۱۴۰۱/۰۷/۰۹): سالمندی دوره ای از زندگی است که از ۶۰ یا ۶۵ سالگی شروع می شود. در تعریف سالمندی نمی توان زمان خاصی را مشخص کرد، بلکه سالمندی را می توانیم با ویژگی های خاصی که فرد در زمانی از زندگی خود پیدا می کند، بشناسیم. معمولاً سالمندی با کاهش یافت توانایی های جسمی، فکری، اجتماعی و ... شناخته می شود؛ برای مثال در سالمندی ۵۰ درصد از سلول های قشر مخ تحلیل می رود، به ویژه نورون های عصبی که ارتباط مستقیمی با بینایی، شنوایی و اعصاب حرکتی دارند. این تحلیل در بخش هایی از مخ که مربوط به نظم بخشی اطلاعات، قضاوت و تفکر است، کمتر اتفاق می افتد. از نظر اجتماعی هم سالمندان با تحولات زیادی در زندگی روبه رو می شوند که برخی از این رویدادها شامل بازنشستگی، یائسگی، سپرده شدن به خانه سالمندان به وسیله فرزندان، فوت همسر و غیره است. به نظر می رسد می توان از سه نوع سالمندی سخن گفت؛ یک نوع سالمندی را به عنوان «سالمندی طبیعی» می شناسیم. در این نوع از سالمندی شخص سالمند با تغییرات فکری و جسمی در حدی که از این دوره سنی انتظار می رود یعنی شامل اکثریت سالمندان می شود، مواجه می شود. در نوع دیگر یعنی «سالمندی آرمانی» هدف های زندگی، آسایش، استقلال و پیگیری اهداف شغلی همچنان در زندگی سالمند وجود دارد، به طوری که سرزندگی وی محفوظ است. بالاخره «سالمندی آسیب گونه» سالمندی است که در آن بیماری های شدید و کاهش محسوس در عملکردهای سالمند مشاهده می شود بنابراین باورهای ما درباره سالمندان همیشه قابل تعمیم به همه سالمندان نیست و نمی توان باورهای کلیشه ای درباره همه سالمندان داشت.



روز جهانی فلج مغزی (۱۴۰۱/۰۷/۱۰): فلج مغزی توسط آسیب یا ناهنجاری های مغزی ایجاد می شود. بسیاری از این مشکلات در دوران جنینی رخ می دهند؛ اما این اختلال می تواند در هر زمان دیگری طی ۲ سال اول زندگی، زمانی که مغز کودک همچنان در حال تکامل است، رخ دهد. فلج مغزی (cerebral palsy) یا CP به معنای اختلال ناتوانی حرکتی به علت یک ضایعه مغزی است. این یک اصطلاح کلی است که گروهی از ضایعات مزمنی که کنترل حرکتی فرد را مختل می کنند، شامل می شود. اختلال حرکتی ناشی از این ضایعه در سال های اولیه زندگی ظاهر می شود و معمولاً با گذشت زمان بدتر نمی شود. فلج مغزی در شرایط نقصان تکامل یا آسیب به مناطق حرکتی مغز به وجود می آید و در نتیجه، این مناطق قادر به کنترل حرکتی را با وضعیت بدنی فرد نخواهند بود. علائم فلج مغزی شامل سفتی عضلات به صورت اسپاستیکیتی یا رزیدیتی، حرکات غیر طبیعی، اشکال در مهارت های حرکتی درشت از قبیل راه رفتن یا دویدن، اشکال در مهارت های حرکتی ظریف از قبیل نوشتن یا باز و بسته کردن دکمه های لباس، اشکال در مهارت های ادراکی و حسی است. بعضی از افراد مبتلا به فلج مغزی ممکن است به بیماری های دیگر از قبیل تشنج، آسیب ذهنی، اختلال یادگیری و تأخیر رشدی نیز مبتلا باشند. اگر چه ممکن است علائم فلج مغزی با گذشت زمان تغییر کنند اما این بدان معنی نیست که فلج مغزی یک بیماری پیشرونده است بنابراین اگر یک فرد مبتلا به فلج مغزی با گذشت زمان مشکلاتش بیشتر شود، ممکن است این مشکلات چیز دیگری غیر از ضایعه فلج مغزی او باشد.



آغاز هفته جهانی و روز جهانی بهداشت روان (۱۴۰۱/۰۷/۱۸): روز جهانی بهداشت روان در سال ۱۹۹۲ توسط فدراسیون جهانی بهداشت روان تعیین شد. در برخی از کشورهای جهان، این روز، تنها بخشی از هفته بزرگ آگاهی از بیماری‌های روانی را تشکیل می‌دهد. مشکلات بهداشت روانی از موضوعاتی مانند افسردگی و اختلالات اضطرابی تا اسکیزوفرنی یا اختلال دوقطبی را شامل می‌شود. این اختلالات، میلیون‌ها نفر را در سراسر جهان تحت تأثیر قرار می‌دهد. در حقیقت، بر اساس آمارهای مشخص، از هر ۴ نفر ۱ نفر در طول زندگی خود دچار نوعی مشکل روانی می‌شود و بسیاری دیگر نیز با دوستان یا اعضای خانواده خود که تحت تأثیر این بیماری قرار می‌گیرند، زندگی می‌کنند. اگرچه سلامت روان بسیار شایع است؛ اما امروزه یکی از مغفول مانده‌ترین شکل‌های سلامتی در جهان است. تقریباً یک میلیارد نفر در حال حاضر با اختلال روانی زندگی می‌کنند و سالانه میلیون‌ها نفر نیز بر اثر آسیب‌هایی که سلامت روانی بر آن‌ها وارد می‌کند، جان خود را از دست می‌دهند. با این وجود، بسیاری از مردم هنوز امکانات لازم برای رسیدگی مناسب به این نوع بیماری‌ها را ندارند. هدف از روز جهانی بهداشت روانی، افزایش آگاهی درباره مسائل مربوط به سلامت روان، آموزش و تلاش برای از بین بردن احساس بد و پرچسب بد است که به این بیماری زده می‌شود. امید است که این کار به نوبه خود، بیماران مبتلایان به کمک گرفتن و حمایت طلبیدن برای بهبود وضعیت، ترغیب کند. سازمان جهانی بهداشت با حمایت از روز جهانی بهداشت روان موافقت کرده است و آن را فرصتی برای سرمایه‌گذاری‌های انجام شده در حمایت از بهبود سلامت روان جامعه می‌داند.



روز جهانی شنوایی شناسی (۱۴۰۱/۰۷/۱۸): نامگذاری دهم اکتبر به عنوان روز جهانی شنوایی شناسی برای اولین بار توسط رئیس انجمن شنوایی شناسی و گفتار درمانی ترکیه پروفیسور Ozlem Konukseven پیشنهاد و با استقبال ۳۳ کشور مواجه شد. علت انتخاب دهمین روز از دهمین ماه میلادی این بود که «از هر ۱۰ شنوایی شناس، هر ۱۰ نفر باید در کار حرفه‌ای خود کامل و بدون نقص عمل کنند»؛ چرا که شنوایی شناسان به خوبی به اهمیت شنوایی و گفتار در ارتباطات واقف هستند و این مهم را درک کرده‌اند که شنوایی یک ضرورت برای زندگی اجتماعی فرد محسوب می‌شود. هدف از این روز پاسداشت زحمات شنوایی شناسان در سطح جهان است همچنین با هدف آشنایی بیشتر جامعه با خدمات شنوایی شناسان در زمینه پیشگیری، تشخیص و توانبخشی جامع شنوایی و گفتار و زبان؛ دهم اکتبر به عنوان روز جهانی شنوایی شناسان انتخاب شد. شنوایی شناس یک متخصص در ارزیابی، تشخیص و توانبخشی مشکلات مربوط به شنوایی، سیستم وستیبولار و گوش انسان است. شنوایی شناس‌ها برای تشخیص مشکلات شنوایی و تعادل و وزوز گوش آموزش دیده‌اند و به آناتومی گوش انسان اشراف دارند. فروش، مدیریت و تنظیم سمعک، کاندیداتوری کاشت حلزون و انجام فعالیت‌های تربیت شنوایی نیز از سایر وظایف یک شنوایی شناس است. همچنین مشاوره و مدیریت والدین نوزاد کم شنوا و توانبخشی افراد بزرگسال مبتلا به کم شنوایی جزء آموزش‌های یک شنوایی شناس است. مراقبت از شنوایی با تجویز قالب‌های ضد صوت و ضد آب و بررسی آلودگی صوتی در محیط‌های کارخانه‌ای پر سر و صدا از دیگر حوزه فعالیت‌های این رشته است.



روز جهانی مبارزه با درد (۱۴۰۱/۰۷/۱۹): در ۱۱ اکتبر سال ۲۰۰۴ میلادی برابر با ۱۹ مهر ماه ۱۳۸۳، انجمن بین‌المللی بررسی و مطالعه درد، شاخه فدراسیون اروپایی این انجمن و سازمان بهداشت جهانی، کنترل درد و درمان آن را به عنوان یک حق انسانی معرفی کرده‌اند، به همین دلیل روز ۱۱ اکتبر مصادف با ۱۹ مهر به عنوان روز جهانی مبارزه با درد نام‌گذاری شده است. این روز برای جلب توجه جوامع مختلف بشری، علمی، سیاسی و اقتصادی به مسئله درد، نام‌گذاری شده است. دردهایی که به علل مختلف از جمله سرطان، عفونت‌ها، بیماری‌ها و دردهای پس از جراحی ایجاد می‌شوند، می‌توانند زندگی انسان‌ها را از حالت طبیعی خارج کند. بنابر گزارش‌های سازمان جهانی بهداشت یک پنجم انسان‌ها از دردهای متوسط تا شدید رنج می‌برند و زندگی یک سوم انسان‌ها نیز به خاطر درد مختل شده است و نمی‌توانند بدون وابستگی به دیگران زندگی کنند. دردها چه در موارد حاد و چه در موارد مزمن بر ابعاد گوناگون زندگی فردی و اجتماعی بیماران تأثیرات غیرقابل انکاری می‌گذارند. دردها طیف وسیعی دارند و به دو دسته حاد و مزمن تقسیم می‌شوند، دردهای حاد معمولاً کمتر از سه ماه طول می‌کشند و به دردهایی که بیش از سه ماه طول می‌کشند، دردهای مزمن می‌گویند. مسکن‌های طبیعی می‌توانند گزینه مناسبی برای کاهش وابستگی به داروهای مسکن شیمیایی باشند. آزاد کردن اندورفین، حرارت درمانی، قدم زدن در فضای آزاد، تجسم یک فضای رؤیایی، تغییر افکار ناخودآگاهی و خوابیدن به اندازه کافی و مناسب برخی شیوه‌های طبیعی مؤثر و بدون نیاز به دارو برای تسکین و کاهش درد است.



روز جهانی آرتروز (۱۴۰۱/۰۷/۲۰): آرتروز، شایع‌ترین بیماری مفصلی است که در آن غضروف مفصلی دچار آسیب و تخریب می‌شود و به تدریج بی‌حرکتی و ضعف قدرت عضلانی را به دنبال می‌آورد. هرگونه اختلال در مفصل که باعث کم‌کاری یا بی‌حرکتی یا ایجاد درد در آن شود، به عنوان اختلال مفصل یا آرتروز نامیده می‌شود. آرتروز دو نوع است؛ آرتروز اولیه و آرتروز ثانویه. نوع اولیه آن با افزایش سن در همه افراد به وجود می‌آید، همه مفاصل را مبتلا می‌سازد و عمدتاً مفاصل زانو، مفاصل ران به لگن، مفاصل انگشتان دست و پا و بالاخره ستون فقرات را گرفتار می‌کند. آرتروز ثانویه در مفصلی به وجود می‌آید که قبلاً به وسیله بیماری دیگری آسیب دیده و ساختار آن تغییر کرده است؛ مثلاً مفصلی که دچار شکستگی شده، پس از بهبودی دچار آرتروز می‌شود. بدیهی است این نوع آرتروز سراسر مفاصل بدن را گرفتار نمی‌کند، بلکه تنها مفاصل آسیب‌دیده دچار آن می‌شود. با پیشرفت بیماری آرتروز به مرور زمان دامنه حرکات مفصل گرفتار کاهش می‌یابد و ممکن است مفصل خشک و بی‌حرکت شود، البته فیزیوتراپی می‌تواند از این حالت خشکی مفصل و محدودیت حرکات پیشگیری و آن را درمان کند. تشخیص آرتروز معمولاً آسان است البته گاهی این بیماری با بیماری روماتیسمی دیگر اشتباه می‌شود که گرفتن عکس از مفصل با اشعه X و رادیوگرافی به تشخیص درست این بیماری کمک می‌کند. دو روش جراحی و غیر جراحی برای درمان آرتروز وجود دارد ولی بیشتر موارد آرتروزها با روش غیر جراحی از طریق جلسات فیزیوتراپی و انجام مجموعه‌ای از حرکات ورزشی درمان می‌شوند.



روز جهانی نابینایان (عصای سفید) (۱۴۰۱/۰۷/۲۳): هر ساله تمام نابینایان روز ۱۵ اکتبر را به عنوان روز جهانی عصای سفید جشن می گیرند. نابینایان و تشکلهای آنان با استفاده از این فرصت، جهانیان را هر چه بیشتر در خصوص نابینایی و آثار آن و همچنین در مورد شیوه زندگی افراد دارای آسیب بینایی آموزش می دهند. روز عصای سفید همچنین فرصتی برای آگاهی رسانی به جوامع برای شناخت عصای سفید به عنوان سمبل و نشانه زندگی مستقل نابینایان و کم بینایان است، در عین حال نشانهای از شأن و کرامت افراد دارای آسیب های بینایی که منطبق است با مفاد ماده ۳ پیمان نامه جهانی حقوق افراد معلول که بر ضرورت رعایت احترام به شخصیت اجتماعی افراد معلول تأکید شده است. از مهم ترین عوامل نابینایی و کم بینایی می توان به بیماری ها، حوادث، کهولت سن و وراثت اشاره کرد که بر زندگی میلیون ها انسان در دنیا تأثیر می گذارند. هر چند که راه های درمان اندکی برای برخی از علل نابینایی وجود دارد، اما پیشگیری، راهی مطمئن برای جلوگیری از بروز این ضایعه به حساب می آید. اهمیت نابینایان به عنوان بخش بزرگی از جامعه انسانی سبب شده تا سازمان بهداشت جهانی برنامه های ویژه ای در راستای آموزش، پیشگیری و درمان بیماری های چشم در دستور کار قرار دهد. به طور کلی علل نابینایی در کشورهای در حال توسعه و پیشرفته با یکدیگر متفاوت است. ۹۰ درصد نابینایی و اختلالات بینایی در جوامع فقیر یا خیلی فقیر رخ می دهد و علت بروز آمار بالای نابینایی و اختلالات بینایی در این مناطق آب مروارید، تنبلی چشم، عیوب انکساری و دید کم، تراخم و علل خاص نابینایی در کودکان است.



روز ملی مبارزه با سل (۱۴۰۱/۰۷/۲۳): ۲۳ مهر ماه هر سال به جهت تقارن با سالروز درگذشت محمد بن زکریای رازی و تحقیقات ارزنده آن حکیم گرانقدر درباره بیماری سل، «روز ملی مبارزه با سل» نام گذاری شده است. سل یک بیماری عفونی واگیر است. این میکروب به صورت ذرات ریز وارد هوا می شود، این ذرات با سرفه، عطسه، صحبت کردن، خندیدن یا فایرد زدن ایجاد و در هوا پخش می شود؛ این بیماری قادر است تمام اعضای بدن را مبتلا کند، اما بیشترین عضو درگیر ریه ها هستند که حدود ۸۰ درصد از موارد سل را تشکیل می دهد. سرفه پایدار بیشتر از دو هفته، شایع ترین نشانه ای است که در افراد مشکوک به سل باید بررسی شود. بیماری سل قابل درمان است؛ امروزه با داروهای موجود در صورتی که به صورت دقیق مصرف شود، بهبودی کامل حاصل می شود، به شرط آنکه بیمار مسلول داروهای تجویز شده را در مدت حداقل ۶ ماه به طور کامل استفاده کرده و از قطع خودسرانه داروها خودداری شود. خطر انتقال بیماری، دو هفته پس از شروع درمان دارویی از بین می رود؛ درمان ناقص بیماری سل به مراتب بدتر از درمان نکردن بیماری است چرا که با درمان ناقص، بیمار تبدیل به فرم مقاوم به درمان می شود که در این صورت طول دوره درمان به ۱۸ ماه تا دو سال می رسد. در حال حاضر تمام خدمات برای کنترل بیماری سل از جمله شناسایی افراد مشکوک در سطح جامعه، تشخیص، آزمایش خلط، تصویربرداری از قفسه سینه، ویزیت پزشک، تأمین دارو، پیگیری و کنترل اطرافیان بیمار و بستری بیمارمان مقاوم به درمان در سراسر کشور از سوی سیستم بهداشتی به طور رایگان ارائه می شود.



روز جهانی غذا (۱۴۰۱/۰۷/۲۴): بیست و چهارم مهر ماه، برابر با شانزدهم اکتبر، سالروز جهانی غذا است. این روز، به افتخار تأسیس سازمان فائو در سال ۱۹۴۵ نام گذاری شده و در سراسر جهان گرامی داشته می شود. در این روز، سازمان های بین المللی، به منظور برقراری روابط در زمینه کشاورزی و زمینه سازی برای جلوگیری از فقر، گرسنگی و نابودی محیط زیست تلاش می کنند. استفاده از تجربیات، نحوه تغذیه، انتقال فن آوری از کشورهای توسعه یافته به کشورهای در حال توسعه، موجب رونق و پیشرفت در صنعت مواد غذایی در ملل جهان سوم می شود. روز جهانی غذا، تلنگری برای بیداری وجدان های به خواب رفته و روز همدردی با گرسنگانی است که از ابتدایی ترین حق زندگی، یعنی غذا محرومند. فائو با سازمان خواربار و کشاورزی ملل متحد از سازمان های بین المللی است که در زمینه توسعه کشاورزی فعالیت دارد. سازمان فائو در سال ۱۹۴۵ توسط ۴۴ کشور عضو سازمان ملل متحد تأسیس شد. این سازمان از مرکز فائو و از طریق شبکه جهانی بالغ بر حدود ۹۰ اداره برای گسترش و به روز کردن کشاورزی، جنگلداری، شیلات و تأمین غذای مناسب برای همگان، به کشورهای در حال توسعه کمک می کند. هدف سازمان فائو، بالا بردن سطح زندگی و بهبود تغذیه مردم جهان، توزیع مناسب مواد غذایی در مناطق مختلف جهان و ایجاد امنیت غذایی است. مبارزه با سوء تغذیه با ارائه اطلاعات لازم به کشورهای مختلف از دیگر اهداف فائو است که بازدهی کشاورزی و سطح تغذیه در جهان را افزایش داده است. مقر این سازمان واقع در شهر رم در کشور ایتالیا است.



آغاز هفته ملی سلامت بانوان ایران (سبا) (۱۴۰۱/۰۷/۲۴): زنان امروزه علاوه بر نقش های خانوادگی در توسعه اقتصادی و اجتماعی نقش پررنگی دارند که توجه بیشتر به این قشر را در کانون خانواده و جامعه باید بیش از پیش مورد توجه قرار داد که در این میان سلامت، اولویت درجه نخست دارد. زنان به دلیل شرایط فیزیولوژیک در دوره های مختلف زندگی و نیازهای جسمی خاص در ارتباط با تولید مثل و عوارض ناشی از آن، نسبت به مردان در معرض آسیب بیشتری هستند. سلامت زنان زیر بنای خانواده و جامعه است و این امر اهمیت ویژه ای در تأمین و استمرار سلامت خانواده و جامعه دارد. با توجه به ضرورت حساس سازی جامعه به موضوع سلامت، همه ساله یک شعار از حوزه های مختلف سلامت به منظور آموزش و فرهنگ سازی و تحت عنوان یک روز یا هفته مطرح می گردد. در همین راستا با توجه به نقش محوری که زنان در مدیریت سلامت ایفا می کنند، هفته پایانی مهر ماه تحت عنوان هفته ملی سلامت بانوان ایران (سبا) نام گذاری شده است. اهداف هفته سبا، تحکیم بنیان خانواده و فرزندپروری سالم، سلامت اجتماعی زنان، اهمیت خودمراقبتی در پیشگیری از بیماری ها، سلامت روان زنان، سبک سالم روابط زناشویی و در مجموع افزایش سواد سلامت زنان است. ارتقای جایگاه و سهم زنان در مقوله توسعه باعث شده تا آموزش این قشر به عنوان عاملان انتقال ارزش ها، هنجارها، فرهنگ، آداب و رسوم و سنت ها اهمیتی دوچندان پیدا کند. از بیماری های شایع در زنان می توان به بیماری های دستگاه تناسلی، سرطان تخمدان، سرطان پستان، سرطان رحم، کیست تخمدان، تنبلی تخمدان، چسبندگی رحم، فیبروم رحم و عفونت واژن اشاره کرد.



روز جهانی تروما (۱۴۰۱/۰۷/۲۵): تروما در دانش پزشکی به هر نوع ضربه، جراحت، شوک، آسیب و حادثه وارد شده بر بدن انسان گفته می شود با این شرط که از خارج به بدن وارد شود و عامل درونی یا بیماری در بدن علت ایجاد آسیب نباشد. کارشناسان معتقدند سه عامل عمده مرگومیر در دنیا به ترتیب بیماری های قلبی و عروقی، انواع سرطان و تروما است که در کشور ما «تروما» در رتبه دوم قرار دارد. سالانه حدود ۵ میلیون نفر در جهان جان خود را به علت حوادث قابل پیشگیری از دست می دهند. اولین آسیب ثبت شده در جهان که از طریق وسایل نقلیه رخ داده، مربوط به یک موتورسوار نیویورکی در سال ۱۸۹۶ است. بعد از آن و در همان سال یک عابر پیاده لندن، جان خود را در اثر برخورد با یک وسیله نقلیه از دست داد. ۱۰۰ سال بعد تعداد مرگ ناشی از حوادث ترافیکی به ۲۵ میلیون نفر رسید و همین موضوع، کارشناسان جهانی را بر آن داشت که از این امر به عنوان فاجعه خاموش قرن یاد کنند و ۱۷ اکتبر (۲۵ مهر) را به عنوان روز جهانی تروما نام گذاری کنند. در مقابله با تروما، اهمیت تفاوت این موضوع در اورژانس و فوریت های پزشکی مشخص می شود؛ مثلاً در برخورد با بیمار دچار سنکوپ یا شوک، اگر عامل، بیماری باشد امدادگر به راحتی می تواند اقدام به جابه جایی بیمار کند ولی در شرایط تروما به علت وجود احتمال آسیب های شدید مانند قطع نخاع هر نوع جابه جایی و حرکت بیمار بدون حمایت و ثابت کردن بدن و توسط اشخاص غیر مجرب ممنوع است.



روز جهانی کمردرد (۱۴۰۱/۰۷/۲۵): طی دهه های گذشته اختلالات اسکلتی - عضلانی به طور روز افزون در سراسر جهان در حال گسترش است و امروزه کمردرد به عنوان یک پدیده چند علتی و یک مشکل بزرگ در اکثر جوامع مورد توجه قرار گرفته است. شیوع چشم گیر کمردرد در کنار هزینه های درمانی آن از علل توجه به کمردرد به شمار می آید. حدود ۸۰ درصد جمعیت جهان در طول زندگی خود به نحوی از کمردرد رنج می برند. امروزه تکامل وسایل زندگی، کاهش تحرک و افزایش وزن بدن عوارضی را در پی داشته که نتیجه آن آسیب پذیری مهره های کمر است. کمردرد علاوه بر ایجاد ناراحتی های فردی سبب کاهش ظرفیت کار، غیبت از کار، افزایش هزینه های بهداشتی، درمانی و زیان های اقتصادی ناشی از پرداخت دستمزد به افراد مصدوم می شود. اگر چه علت بروز کمردرد های گوناگون به طور کامل شناخته نشده است؛ اما اکثر متخصصان پزشکی بر این باور هستند که ماهیت ۷۰ درصد از کمردرد های مکانیکی ناشی از عدم تحرک است و از شرایط نامناسب کار، وضعیت نادرست بدن و عوامل محیطی ناشی می شود. پیشگیری از دردهای کمر یک عامل مهم جهت ارتقای مشارکت بیشتر افراد در جامعه، کاهش هزینه های درمانی و بهبود مناسبات اقتصادی است که شامل پرهیز از یک وضعیت ثابت به ویژه نشستن طولانی مدت روی صندلی، اجتناب از حرکات سریع و چرخشی در ستون فقرات، جلوگیری از خم کردن تنه، پرهیز از بلند کردن اجسام سنگین به خصوص در حالت ایستاده، استاندارد سازی محیط کار و خانه، کاهش وزن، تقویت ماهیچه های ستون فقرات، پرهیز از رانندگی طولانی مدت، پرهیز از تشک های نرم و حجیم و استفاده از بالش های مناسب است.



آغاز هفته ملی بیماری صرع (۱۴۰۱/۰۷/۲۷): صرع، نوعی اختلال سیستم عصبی مرکزی (عصبی) است که در آن فعالیت مغز غیر طبیعی و سبب تشنج یا رفتارهای غیر معمول، تأثیرات روحی و گاهی اوقات از دست دادن آگاهی می شود. هر کسی می تواند به صرع مبتلا شود. این بیماری هم مردان و هم زنان از هر نژاد و قومی و سنی را درگیر می کند. علائم تشنج می تواند متفاوت باشد. برخی افراد مبتلا به صرع در طول تشنج فقط چند ثانیه خیره می شوند در حالی که افراد دیگر مرتباً دست ها یا پاها را خود را فشار می دهند. یک بار تشنج به معنای ابتلا به صرع نیست. به طور کلی برای تشخیص صرع حداقل دو تشنج بی دلیل نیاز است. درمان با داروها یا گاهی جراحی می تواند تشنج را برای افراد مبتلا به صرع کنترل کند. برخی افراد برای کنترل تشنج به درمان دائمی نیاز دارند، اما برای برخی دیگر در نهایت تشنج برطرف می شود. در برخی کودکان مبتلا به صرع ممکن است این شرایط با افزایش سن بیشتر شود. اکثر کسانی که دچار صرع هستند MRI و نوار مغز آن ها طبیعی است اما طبیعی بودن این دو آزمایش تشخیصی به این معنا نیست که فرد دچار صرع نشده است و عملاً تشخیص صرع یک تشخیص کاملاً بالینی است؛ یعنی بیمار به پزشک شرح حال ارائه می کند و پزشک براساس دانش خود تشخیص می دهد فرد دچار صرع شده یا نشده است. اکثر کسانی که دچار صرع هستند، سابقه فامیلی ندارند اما نوعی از صرع وجود دارد که به طور ارثی اتفاق می افتد و سابقه خانوادگی نیز در ایجاد آن مهم است.



روز جهانی پوکی استخوان (۱۴۰۱/۰۷/۲۸): پوکی استخوان، بیماری است که به درد خاموش شهرت یافته و گفته می شود که زنان بیش از مردان به آن مبتلا می شوند. روز جهانی پوکی استخوان نقطه اوج فعالیت سالانه است که توسط بنیاد بین المللی پوکی استخوان (IOF) حمایت مالی می شود و عمیقاً در آموزش مردم در مورد این بیماری ویرانگر استخوان نقش دارد. پوکی استخوان، استخوان ها را چنان شکننده می کند که هر نوع عمل جزئی حتی عطسه یا زمین خوردن می تواند زندگی را تهدید کند و باعث درد و ناراحتی بی پایان از شکستگی استخوان شود. روز جهانی پوکی استخوان در انگلستان آغاز شد. با حمایت کمیسیون اروپا، روز جهانی پوکی استخوان در تاریخ ۱۲ اکتبر ۱۹۹۶ به پروژهای از انجمن ملی پوکی استخوان در انگلستان تبدیل شد. هدف از نام گذاری روز جهانی پوکی استخوان افزایش آگاهی جهانی در مورد پیشگیری، تشخیص و درمان پوکی استخوان و بیماری های مزمن استخوان است. اطلاع رسانی و افزایش آگاهی در زمینه سلامت استخوان ها و عضلات و مفاصل از طریق رسانه های عمومی، نهادهای سیاست گذاری، متخصصان بهداشت و عموم مردم از دیگر اهداف این روز است. متأسفانه این بیماری هیچ علامت اولیه ای ندارد و زمانی بروز می کند که یکی از استخوان ها (معمولاً استخوان لگن و مچ) می شکند؛ ولی کمردرد به دلیل شکستگی یا تخریب مهره ها، کاهش قد در طول زمان، قوز و خمیده شدن ستون فقرات و نرم شدن و شکنندگی استخوان ها از جمله مهم ترین علائم این عارضه هستند. بهترین روش برای تشخیص پوکی استخوان، سنجش تراکم استخوان است.



آغاز هفته پیشگیری از تنبلی چشم (۱۴۰۱/۰۸/۰۱): زمانی که ما به یک تصویر نگاه می‌کنیم مغز ما به صورت خود کار، چشم سالم را برای دیدن انتخاب می‌کند و با گذر زمان، مغز مسیر ارسال تصویر را از چشمی که دچار تنبلی است، خاموش می‌کند. تنبلی چشم با ضعف در بینایی متفاوت و نوعی اختلال بینایی است که اگر به موقع تشخیص داده شود، به طور کامل قابل درمان است و در غیر این صورت می‌تواند منجر به کم بینا شدن یا نابینا شدن کودک شود. چشمان برخی کودکان با آنکه ظاهری سالم دارد اما دید کافی ندارد. رشد و تکمیل مرکز بینایی در مغز از دوران جنینی تا حدود ۱۰ سالگی ادامه داشته، اما حداکثر سرعت رشد آن تا ۳ سالگی است. هنگامی که مشکلات دید کودک، قبل از ۵ سالگی درمان شود، حتی اگر چشم در این مدت تنبل شده باشد، بینایی کامل کودک، قابل بازگشت است. پس از پنج سالگی، هر چه در مان چشم تنبل بیشتر به تعویق بیفتد، احتمال به دست آوردن بینایی کامل کمتر می‌شود به طوری که پس از هفت تا ده سالگی کودک، درمان هیچ تأثیری نخواهد داشت. شیوع تنبلی چشم در جهان ۵ تا ۳ درصد است. طبق آمار به دست آمده از اجرای برنامه پیشگیری از تنبلی چشم در کشور، شیوع تنبلی چشم در گروه سنی ۴ تا ۶ سال، ۱،۴ درصد است. تنبلی چشم معمولاً در یک چشم اتفاق می‌افتد اما این امر قطعی نیست و امکان دارد که هر دو چشم به این عارضه دچار شوند.



آغاز هفته پیشگیری از مسمومیت‌ها (۱۴۰۱/۰۸/۰۱): مسمومیت مجموعه‌ای از اختلالات بدن است که در اثر جذب ماده‌ای بیگانه که به آن «سم» گفته می‌شود، بروز می‌کند و از راه‌های استنشاق نوعی گاز، بخار، دود یا گرد و غبار، دستگاه گوارشی (خوردن یا آشامیدن)، تماس پوستی (از طریق انتشار از اپیدرم یا عبور از زخم یا سوختگی) و تزریق در خون ایجاد می‌شود. مسمومیت‌های غذایی اغلب در اثر تکثیر میکروب‌ها یا زهرابه آزاد شده از آن‌ها یا جذب مواد غیر خوراکی (همچون برخی از قارچ‌ها) ظاهر می‌شوند و علت مسمومیت‌های دارویی نیز مصرف داروی نامناسب یا جذب بیش از حد آن است. اعتیاد نیز نوعی مسمومیت اختیاری است و موجب وابستگی به آن ماده می‌شود همچنین تابش‌های مواد رادیواکتیو نیز موجب مسمومیت می‌شوند. هفته پیشگیری از مسمومیت‌ها با هدف کاهش مرگ‌ومیر ناشی از مسمومیت‌ها بر گزار می‌شود و برای رسیدن به این هدف، راهکارهایی مانند تمرکز بر آموزش پیشگیری از مسمومیت در کودکان، پیشگیری از مسمومیت ناشی از داروها، سموم دفع آفات، مواد شیمیایی، سوءمصرف مواد مخدر و الکل، مسمومیت با فلزات سنگین، گیاهان و قارچ‌های سمی و گزیدگی‌ها، پیشگیری از مسمومیت با گازها و منوکسید کربن و ارتقای دانش جامعه در خصوص خطرات ناشی از مسمومیت‌ها و نحوه برخورد با این رخداد اتخاذ می‌شود. نام‌گذاری هفته‌ای به نام هفته پیشگیری از مسمومیت‌ها می‌تواند در امر آموزش و اطلاع‌رسانی کلیه اقشار جامعه و به تبع آن کاهش موارد مسمومیت‌های اتفاقی و تعمدی مفید واقع شود و با توجه به محدودیت تخت‌های بیمارستانی و هزینه‌های بالای دارو و درمان می‌تواند به کاهش هزینه‌های درمانی کمک قابل ملاحظه‌ای کند.



آغاز هفته ملی اطلاع‌رسانی هپاتیت (۱۴۰۱/۰۸/۰۱): هپاتیت، یک بیماری عفونی و مسری است که باعث التهاب و تورم کبد می‌شود، این بیماری دو شکل حاد یا مزمن دارد. هپاتیت مزمن خطرناک‌تر است و می‌تواند منجر به مشکلات جدی مثل سرطان کبد یا سیروز کبدی شود. وقتی از هپاتیت‌ها صحبت می‌کنیم منظور هپاتیت‌های مزمن هستند یعنی هپاتیت B و C، چرا که انواع دیگر از جمله هپاتیت A مزمن نمی‌شوند، زیرا معمولاً فرد مبتلا می‌شود اما بهبود پیدا می‌کند و تعداد اندکی مرگ‌ومیر دارد. بنا بر گزارش سازمان جهانی بهداشت، ۹۰ درصد از افراد مبتلا به هپاتیت از ابتلای خود بی‌اطلاع هستند و در بهترین حالت تنها یک نفر از هر ۱۰ نفر مبتلا، از آلودگی خود به ویروس این بیماری آگاهی دارند. طی ۳ دهه اخیر با واکسیناسیون هپاتیت B، شیوع آن به شدت کاهش یافته است. رفتارهای پرخطر جنسی و استفاده از سرنگ‌های مشترک در میان معتادین از عوامل ابتلا به این بیماری به شمار می‌رود همچنین منبع اصلی انتقال آن مادران باردار می‌باشند که نمی‌دانند به این نوع هپاتیت مبتلا هستند، اما از ۳۰ سال گذشته که واکسیناسیون علیه این بیماری در نوزادان صورت می‌گیرد و مادران باردار نیز غربالگری می‌شوند، انتقال از مادر به فرزند بسیار اندک شده است. منبع اصلی هپاتیت C معتادان تزریقی هستند که متأسفانه هنوز واکسنی برای این نوع هپاتیت تولید نشده است. تاتو کردن در اماکن غیر بهداشتی و زیرزمینی، سوراخ کردن گوش و لب که این روزها میان جوانان رواج پیدا کرده است، افراد را در معرض خطر ابتلا به هپاتیت قرار داده است.



روز جهانی کار درمانی (۱۴۰۱/۰۸/۰۵): روز ۲۷ اکتبر روز جهانی کار درمانی نام‌گذاری شده است. روز جهانی کار درمانی، فرصتی مناسب برای تأکید بر رشد و توسعه تخصص کار درمانی است. کار درمانی یکی از رشته‌های مهم توانبخشی است که به ارائه خدمات باز توانی، توانبخشی و توانمندسازی افراد می‌پردازد که در هر سن و به دلیل اختلالات حاد یا مزمن دچار کم توانی در انجام مستقل عملکردهای روزمره خود شده‌اند. علاوه بر آن کار درمانگران با رویکردهای کل نگر و با توجه به تمامی ابعاد عملکردی انسان اعم از جسمانی، شناختی، روانی و اجتماعی و نیز با هدف رساندن افراد دارای ناتوانی و معلولیت به حداکثر استقلال عملکردی و همچنین پیشگیری از بروز و تشدید اختلالات مزمن، نقش مهمی را در تمام سطوح نظام سلامت ایفا می‌کنند. یک متخصص کار درمانی بیماران را از طریق شیوه‌های درمانی جسمانی، روحی و بازآموزی فعالیت‌های روزمره با توجه به شرایط آن‌ها درمان می‌کند. تمرکز این حرفه بر ارتقای مهارت‌های روزمره زندگی بیماران و زندگی کردن در بالاترین سطح کیفیت ممکن پس از ابتلا به بیماری‌ها و اختلالات مختلف و در نهایت تمرکز بر «حس خوب بودن»، این رشته را به یکی از اساسی‌ترین حرفه‌های مرتبط با سلامت تبدیل کرده است. از این رو، چه از نظر نتایج بالینی و چه از نظر کاهش هزینه‌های مربوط به کم کردن مدت زمان بستری و عود مجدد اختلالات منجر به ناتوانی، به جایگاه مهمی در نظام‌های سلامت دنیا دست یافته است. این رشته دامنه وسیعی از خدمات سلامت را از بهبود و ارتقای تکامل کودکان و نوزادان تا مداخلات پیشگیری از افتادن و بهبود حافظه در سالمندان شامل می‌شود.



روز جهانی سکته مغزی (۱۴۰۱/۰۸/۰۷): اگر خون‌رسانی به قسمتی از مغز دچار اختلال شود، این بخش از مغز نمی‌تواند به عملکرد طبیعی خود ادامه دهد که این وضعیت را سکته مغزی می‌نامند. عوامل متعددی از جمله سیگار کشیدن، فشار خون بالا، کم تحرکی و بالا بودن قند خون، خطر ابتلا به سکته مغزی را افزایش می‌دهند. آگاهی از نشانه‌های سکته مغزی بسیار ضروری و حائز اهمیت است تا جایی که با انتقال بیمار در کوتاه‌ترین زمان به مراکز درمانی، می‌توان عوارض ناشی از این عارضه را به طور چشم‌گیری کاهش داد. علائمی مانند کاهش سطح هوشیاری، اختلال در تکلم یا بی‌حس شدن بدن از بارزترین علائم سکته مغزی به حساب می‌آیند. سکته مغزی همواره به عنوان یکی از بیماری‌هایی است که علاوه بر عوارض جسمی، بار مالی و روانی سنگینی را به فرد مبتلا، خانواده و جامعه تحمیل می‌کند ولی جالب است بدانید که عوارض سکته مغزی قابل درمان است. روز جهانی سکته مغزی در ۲۹ اکتبر هر سال با هدف یادآوری طبیعت خطرناک و تعداد بالای سکته مغزی، افزایش آگاهی نسبت به پیشگیری و درمان آن و تضمین مراقبت و پشتیبانی بهتر از بازماندگان این عارضه برگزار می‌گردد. در این روز، سازمان‌هایی در سرتاسر جهان، رویدادهایی را با تأکید بر آموزش، آزمایش و در دست گرفتن ابتکار عمل در مقابله با آثار مخرب سکته مغزی برگزار می‌کنند. این رویداد سالانه برای اولین بار در سال ۲۰۰۶ توسط سازمان جهانی سکته مغزی برگزار گردید و سپس این سازمان در سال ۲۰۱۰ این عارضه را به عنوان یک اضطراب در حوزه سلامت عمومی معرفی کرد.



روز جهانی رادیولوژی (کشف اشعه X) (۱۴۰۱/۰۸/۱۷): در ۸ نوامبر ۱۸۹۵، ویلهلم کنراد رونتگن، در حالی که مشغول تحقیق پیرامون خواص پرتوهای کاتدی (همان الکترون‌ها) بود، به صورت کاملاً اتفاقی، متوجه نوعی پرتو در لامپ کاتدی شد که آن را پرتوی مجهول یا پرتو X نامید که بعدها به یاد رونتگن، به آن پرتو رونتگن نیز گفته شد. رونتگن تا ۲۸ دسامبر ۱۸۹۵ خواص این اشعه را به طور کامل بررسی و در مقاله‌ای نتیجه آزمایشات خود را بیان کرد. نظر به برجسته بودن مقاله علمی او، اولین جایزه نوبل فیزیک در سال ۱۹۰۱ به ویلهلم کنراد رونتگن اعطا گردید. پر توشناسی یا رادیولوژی (radiology) و گاهی تصویربرداری تشخیصی نام یک رشته از تخصص‌های پزشکی است که از پرتو ایکس و دیگر اقسام امواج و پرتوها برای تشخیص و درمان بیماری و حالات غیر طبیعی کمک می‌گیرد. در تمام این‌ها، هدف تشخیص بیماری یا حالات غیر طبیعی بدن به کمک روش‌های پیشرفته تصویری است. در گذشته «رادیولوژی» اطلاق بر رشته‌ای می‌شد که در آن از روش‌های پرتوی یونیزان استفاده می‌گردید؛ اما امروزه «رادیولوژی» با علوم تصویری غیر پرتوی مثل ام آر آی و سونوگرافی نیز خلط می‌شود. به عبارت دیگر در پر توشناسی، برخی روش‌ها (همانند سی تی اسکن، ماموگرافی، و روش‌های مرسوم رادیوگرافی) از توزیع پرتوهای تابیده شده اشعه ایکس بر روی صفحات فیلم یا شمارشگرها یا گیرنده‌های دیگر دیجیتالی تشکیل تصویر می‌دهند؛ اما در برخی روش‌های دیگر (همانند ام آر آی و سونوگرافی و مقطع‌نگاری همدوسی اپتیک) از روش‌های غیر پرتوی یونیزان استفاده می‌شود. رادیولوژی، امروزه هر دو را در بر می‌گیرد.



روز جهانی دیابت (۱۴۰۱/۰۸/۲۳): همه ساله ۱۴ نوامبر برابر با ۲۳ آبان روز جهانی دیابت هم زمان با سالروز تولد کاشف انسولین "سر فردریک بانتینگ به همراه چارلز بست"، گرمی داشته می‌شود و امسال مصادف با صدمین سال کشف انسولین است. از این رو که نگرانی‌های فزاینده‌ای درباره تهدید روزافزون سلامت به دلیل دیابت وجود دارد، این روز را به عنوان بزرگ‌ترین کارزار آگاه‌سازی درباره دیابت با قرار دادن آن در کانون توجه جهانیان قرار داده و موضوعات بسیار مهم درباره این بیماری مزمن غیر واگیر را خاطر نشان می‌کند. آمار و ارقام نشان می‌دهد در سال ۲۰۱۹ حدود ۴۶۳ میلیون بزرگسال با دیابت زندگی می‌کرده‌اند و انتظار می‌رود، این تعداد تا سال ۲۰۳۰ به ۵۷۸ میلیون نفر افزایش یابد. این در حالی است که نیمی از موارد ابتلا به دیابت در بزرگسالان بدون تشخیص باقی مانده و بیشتر این موارد نیز دیابت نوع ۲ و در صورت تشخیص قابل کنترل است. شایان ذکر است اکثر افراد دیابتی در کشورهای کم و متوسط درآمد زندگی می‌کنند و بیشتر آن‌ها ساکن مناطق شهری و در سنین اشتغال به کار هستند. بنابراین عدم دسترسی آن‌ها به مراقبت‌های کافی می‌تواند با تأثیر قرار دادن نیروی کار، اقتصاد این جوامع را نیز متأثر سازد. از طرفی دیابت مسئول تحمیل حداقل ۷۶۰ میلیارد دلار هزینه بر سیستم بهداشت و درمان در سال ۲۰۱۹ بوده که معادل ۱۰ درصد از کل هزینه‌های جهانی برای مراقبت‌های بهداشتی است. این آمار لزوم توجه و رسیدگی به امر خطیر مدیریت بیماری دیابت و در دسترس بودن امکانات و مراقبت‌های لازم را برای آن بیش از پیش نمایان می‌سازد.



آغاز هفته ملی حمایت از بیماران کلیوی (۱۴۰۱/۰۸/۲۳): به دلیل اهمیت بالای سلامت کلیه‌ها، ۲۳ تا ۳۰ آبان به عنوان هفته حمایت از بیماران کلیوی نام‌گذاری شده است. از مهم‌ترین اهداف نام‌گذاری این هفته می‌توان به افزایش آگاهی مردم نسبت به اهمیت کلیه‌ها و شناخت راه‌های جلوگیری از ابتلا به بیماری‌های کلیوی نام برد. کلیه‌ها اندام‌هایی حیاتی در بدن هستند که وظیفه تصفیه خون و دفع سموم بدن را برعهده دارند. چنانچه در اثر عواملی مانند ابتلا به بیماری دیابت و فشار خون و یا در پیش گرفتن یک سبک زندگی نامناسب این اندام‌های حیاتی توانایی کافی برای دفع سموم و ضایعات بدن را از دست بدهند، عوارضی جدی گریبان گیر فرد می‌شود و زندگی او را با اختلالاتی جدی مواجه خواهد ساخت. یکی از بیماری‌هایی که افراد بسیاری در نقاط مختلف جهان با آن دست و پنجه نرم می‌کنند، «بیماری کلیوی» است. افراد از زمان بروز این بیماری، باید به طور مرتب و مداوم تحت درمان قرار بگیرند و معمولاً برای مخارج درمان خود مشکل دارند و کسانی که نیاز به پیوند کلیه داشته باشند، مشکلات آن‌ها صدچندان است که در این میان انجمن‌های حمایتی نقش ارزشمندی دارند. در حال حاضر شایع‌ترین علت نارسایی مزمن کلیه‌ها، به ترتیب بیماری دیابت یا مرض قند، پرفشارخونی، التهابات کلیه یا گلوMERولونفریت، کیست‌های کلیه‌ها، مسمومیت‌ها، سنگ‌ها و عفونت‌ها هستند. این بیماری‌ها در اغلب اوقات با پیشگیری مناسب و منظم قابل کنترل هستند و نگرانی زیادی در این صورت وجود ندارد؛ اما در عمده مواقع نیز به علت عدم کنترل مناسب و رسیدگی‌های پزشکی، این موارد به اختلال در عملکرد کلیه‌ها منجر می‌شود.



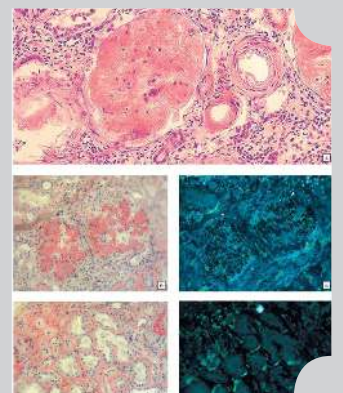
روز جهانی اتاق عمل (۱۴۰۱/۰۸/۲۳): اتاق عمل مکانی استریل در بیمارستان است که جهت کارکنان بخش استریل و تیم جراحی طراحی شده است. در گذشته به سالن آمفی تئاتر، تماشاخانه و محیط غیر استریلی گفته می شد که در آن دانشجویان و بازدیدکنندگان، اعمال جراحی را تماشا می کردند. یکی از اهداف بزرگداشت روز اتاق عمل آشنا کردن جامعه با گروهی به نام کارشناسان اتاق عمل است. این افراد از ارزش بسیار زیادی برخوردارند چراکه بخشی از کار تیم جراحی در اتاق عمل بر عهده آنان است. شاغلان اتاق عمل در چرخه سلامت باید شناخته شوند، به دلیل ظرافت های خاص حرفه ای، تقویت کار گروهی در رشته اتاق عمل بسیار اهمیت دارد. فعالیت های این افراد تسهیل کننده و تسریع کننده کار جراحان است. این مناسبت، بهانه ای است تا توانمندی آنان را به جامعه عرضه کنیم و این قشر بهتر شناخته شوند. افرادی که در اتاق عمل مشغول به کار هستند باید رفتاری حرفه ای داشته باشند؛ از جمله مقاوم بودن در برابر استرس، درک نیازهای مددجو در پیش و پس از عمل جراحی، آگاهی به اهمیت کار گروهی و توانایی همکاری تیم جراحی. حمل و جابه جایی وسایل استریل مهم ترین روند در فرآیند تکنیک آسپتیک بوده و کارکنان اتاق عمل موظف به اجرای این قوانین هستند. فارغ التحصیلان رشته اتاق عمل می توانند وارد این شغل شوند. افرادی که با شناخت و علاقه وارد این شغل می شوند در صورت تلاش و پشتکار می توانند به موقعیت های شغلی بهتری مانند سرپرستار اتاق عمل، مدیر اتاق عمل و ... برسند.



آغاز هفته جهانی آگاه سازی آنتی بیوتیک (۱۴۰۱/۰۸/۲۵): هدف از برگزاری هفته آگاه سازی در زمینه آنتی بیوتیک ها با هدایت سازمان جهانی بهداشت، افزایش آگاهی عمومی و جهانی در برابر مقاومت میکروبی به داروهای ضد میکروبی است. در این هفته سعی برای این است تا آگاهی و حساسیت سیاست گذاران، شاغلین حرفه پزشکی و همچنین عموم مردم در زمینه افزایش مقاومت میکروبی نسبت به داروهای ضد میکروبی افزایش یابد. مقاومت به داروهای ضد میکروبی زمانی اتفاق می افتد که باکتری ها، ویروس ها، قارچ ها و همچنین انگل ها به اثرات دارو مقاوم شوند و به همین دلیل درمان عفونت ها بسیار سخت تر و خطر گسترش بیماری ها نیز افزایش پیدا می کند و در نتیجه ممکن است منجر به بیماری های شدید و مرگ شود. ترکیبات ضد میکروبی به عنوان یک ابزار بسیار مهم در درمان بیماری های انسان ها، حیوانات و گیاهان به شمار می روند و شامل آنتی بیوتیک ها، داروهای ضد ویروس، ضد قارچ و ضد پر توآ هستند. عواملی که در حال حاضر منجر به بروز مقاومت میکروبی شده است متعدّدند؛ از آن جمله می توان به استفاده بیش از اندازه از دارو ها در انسان ها، صنعت پرورش دام، کشاورزی و همچنین عدم دسترسی انسان ها به آب آشامیدنی سالم و بهداشتی برای مصرف شخصی و استفاده در کشاورزی اشاره کرد. این عوامل در سطح جهانی باعث بروز تهدید و بروز مقاومت به ضد میکروب ها شده است. با افزایش مقاومت میکروبی به دامنه وسیع تری از دارو ها، تمرکز این آگاه سازی وسیع تر شده است و به همه داروهای ضد میکروبی یعنی آنتی بیوتیک ها، داروهای ضد ویروس، ضد قارچ و ضد پر توآ خواهد پرداخت.



روز جهانی پاتولوژی یا آسیب شناسی (۱۴۰۱/۰۸/۲۷): کلمه پاتولوژی از کلمه یونانی پاتو (بیماری) و لوژی (علم مطالعه) تشکیل شده است. پاتولوژیست ها، پزشکانی هستند که تشخیص آسیب شناسی تشریحی و نمونه های بافتی را بررسی می کنند. بعضی پاتولوژیست ها در زمینه ژنتیک تخصص می گیرند که می توانند برای مثال بهترین درمان مناسب برای نوع خاص سرطان را مشخص کنند. پاتولوژیست ها با سایر پزشکان کار می کنند تا مراقبت های پزشکی بیماران را بهبود ببخشند. پاتولوژیست ها ممکن است اتوپسی بیماران خواسته شده را انجام دهند تا علت مرگ را کشف کنند. نتایج اتوپسی می تواند به بیماران زنده کمک کند تا به عنوان مثال، یک بیماری ارثی ناشناخته را تشخیص دهد. پاتولوژیست ها، هسته مرکزی نظام دانشکده های پزشکی هستند و همچنین به عنوان مدیر آزمایشگاه پزشکی (شامل آسیب شناسی تشریحی، بیوشیمی، میکروبی شناسی، سلول شناسی، بانک خون و ...) نقش مهمی در توسعه و رشد سیستم های مراقبت بهداشتی و اطلاعاتی پزشکی ایفا می کنند. پاتولوژی یک تخصص پزشکی بی نظیر است. پاتولوژی تمامی شاخه های پزشکی را لمس می کند در واقع بیشتر از ۷۰ درصد از تمامی تصمیمات در زمینه تشخیص و درمان بیماران، بستری بیماران و تریخیص آن ها با توجه به نتایج گزارش پزشک پاتولوژیست انجام می شود. به هر آزمایشی که به بررسی اختلال عملکرد بدن بپردازد، آزمایش پاتولوژی گفته می شود. همه آزمایش ها در آزمایشگاهی که تحت نظارت یک پزشک پاتولوژیست است، انجام می شود. آزمایش ها از آزمایش معمول خون گرفته تا نمونه برداری از بافت های سرطانی (بیوپسی ها) و مشاهده نمونه ها در زیر میکروسکوپ توسط پاتولوژیست را شامل می شوند. بنابراین پاتولوژی، تشخیص دهنده قطعی بسیاری از بیماری ها است.



ولادت حضرت زینب سلام الله علیها و روز پرستار (۱۴۰۱/۰۹/۰۹): پنجم جمادی الاول روز ولادت باسعادت بانوی قهرمان کربلا، حضرت زینب کبری سلام الله علیها است. ایشان بعد از واقعه کربلا پرستاری بیماران و مصیبت زدگان اهل بیت را بر عهده داشت و به همین دلیل سالروز ولادت این بانوی بزرگوار در ایران به نام روز پرستار نامیده می شود. پرستاری بعد از پزشکی یکی از مشاغل درمانی مهم است. کار پرستاران را به نوعی می توان مکمل کار پزشکان دانست. چون داده ها و دستورات دریافتی از پزشک توسط پرستار دریافت و اجرا می شود. در لغت، پرستار به معنای غم خوار و فردی است که به پرستش دیگران می پردازد. با توجه به این تعریف، می توان پرستار را فردی دانست که به مراقبت ها و مواظبت از بیماران به صورت علمی و تخصصی می پردازد و در عین حال وضعیت بیمار را درک کرده و از نظر روانی نیز متناسب با وضعیت بیمار برخورد می کند. البته فقط بیماران نیاز به پرستار ندارند و گاهی افراد سالم مانند سالمندان و کودکان نیز در زمان تنهایی به منظور مراقبت بیشتر، ممکن است نیاز به پرستار داشته باشند. پرستار باید در زمینه کاری خود تحصیلات داشته باشد. در واقع دوره های درمانی، تزریق، آشنایی با دارو ها و ... را گذرانده باشد و با این مباحث آشنایی کامل داشته باشد. پرستاران فعالیت های گسترده ای دارند اما به طور کلی این شغل را می توان در سه بخش پرستاری بهداشتی، درمانی و توان بخشی دسته بندی کرد. تمام پرستاران بسته به سلیقه و توان می توانند در یکی از این بخش ها فعالیت کنند.



روز جهانی ایدز (۱۴۰۱/۰۹/۱۰): از سال ۱۹۸۸ اول دسامبر (برابر ۱۰ آذر) روز جهانی ایدز نام گذاری شده است و هر ساله برای این روز، شعار خاصی نیز در نظر گرفته می شود. هدف عمده از این کار این است که به عموم مردم یادآوری شود که HIV از بین نرفته است و هنوز کارهای زیادی است که باید انجام شود. در روز جهانی ایدز مردم لباس هایشان را به روبان قرمز مزین می کنند تا توجه و مراقبت در برابر HIV و ایدز را متذکر شده و به دیگران یادآور شوند که تعهد و پای بندی و حمایت آن ها مورد نیاز است. در حالی که پیشرفت قابل توجهی در راستای پایان دادن به ایدز به عنوان یک تهدید برای بهداشت عمومی صورت گرفته است، اما همه گیری HIV تمام نشده و جوانان در معرض خطر بی پروایی قرار دارند. آموزش جامع جنسی (CSE) برای جوانان لازم است تا بتوانند خود را از HIV مصون بدارند همچنین کمک می کند جوانان از بارداری ناخواسته و سایر عفونت های منتقله از راه جنسی جلوگیری کنند و آن ها را تشویق می کند تا اطلاعات و خدمات مربوط به سلامت خود را ارتقا دهند. اپیدمی جهانی ایدز و ویروس آن، با توجه به مقیاس و تأثیر ویرانگری که دارد یک مورد اضطراری جهانی و یکی از وحشتناک ترین چالش ها را در برابر زندگی و حیثیت انسان و همچنین در برابر برخورداری مؤثر از حقوق بشر تشکیل می دهد که رشد اجتماعی و اقتصادی را در سراسر جهان تضعیف می کند و بر تمامی سطوح جامعه ملی، اجتماعی، خانوادگی و فردی تأثیر می گذارد. تاکنون هیچ راهی برای درمان قطعی ایدز پیدا نشده است.



آغاز هفته اطلاع رسانی تغذیه صحیح (۱۴۰۱/۰۹/۱۰): تغذیه سالم به معنی انتخاب غذاهای متنوع از گروه های غذایی اصلی است، برای تغذیه سالم مجبور نیستید یک رژیم محدود و سخت داشته باشید بلکه نیازمند برنامه ریزی و هدف گذاری برای مصرف متنوع گروه های مختلف غذایی هستید. تغذیه سالم بخش مهمی از کیفیت زندگی افراد را تحت تأثیر قرار می دهد. کیفیت زندگی به معنی سلامتی و شادکامی در افراد و بهره مندی از یک زندگی سالم است که برای هر کس منحصر به فرد و متفاوت است. تغذیه سالم علاوه بر ایجاد حس سیری باید نسبت مناسبی از مواد مغذی را تأمین و سیری سلولی ایجاد کند. تغذیه سالم، در کنترل و بهبود علائم بعضی از بیماری های مهم نیز کمک کننده است؛ مثلاً رعایت برنامه غذایی متعادل و تغذیه سالم، در کنترل دیابت و فشار خون بالا نقش دارد. در تنظیم یک برنامه غذایی سالم، سه نکته را در ذهن داشته باشید؛ ۱- تعادل: تعادل در رژیم غذایی یعنی استفاده از حداقل تعداد واحدهای مورد نیاز از هر گروه هرم که تضمین کننده دریافت مواد مغذی مورد نیاز است مثلاً در روز حداقل ۲ واحد میوه از گروه میوه ها دریافت کنید. ۲- تنوع: از هر گروه هرم غذایی، انواع مختلف را انتخاب کنید؛ مثلاً از میوه های متنوعی در گروه میوه ها استفاده کنید و انتخاب های خود را به یک یا دو میوه محدود نکنید. ۳- میانه روی: میانه روی در هر کاری کلید موفقیت است؛ پس با رعایت میانه روی در مصرف شیرینی جات، چربی ها و نمک می توانید از همه غذاهای دلخواه خود بهره مند شوید.



روز جهانی معلولان (۱۴۰۱/۰۹/۱۲): هدف از تعیین روز جهانی معلولان، ارتقای رشد اذهان عمومی در باره مسائل مربوط به معلولیت های مختلف و افزایش آگاهی هایی بوده است که باید از مسئله پیوستن افراد معلول در تمامی جنبه های سیاسی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی زندگی منتج شود. معلول به کسی گفته می شود که بر اثر نقص جسمی یا ذهنی، اختلال قابل توجهی به طور مستمر بر سلامت و کارایی عمومی یا در شئون اجتماعی، اقتصادی و حرفه ای او به وجود آید، به طوری که این اختلال از استقلال فردی، اجتماعی و اقتصادی وی بکاهد. این گروه شامل ناشنوا، نابینا و معلول جسمی، حرکتی و ذهنی است. آمار ارائه شده از سوی سازمان بهداشت جهانی نشان می دهد که تا سال ۱۳۷۸، ده درصد از جمعیت جوامع صنعتی و دوازده درصد از جمعیت جوامع رو به توسعه را، افراد معلول تشکیل می دهند. معلولیت، گاه به علت نبود درمان مناسب تا پایان عمر، با این افراد خواهد بود. آنچه در ارتباطات اجتماعی با معلول باید در نظر گرفت، این نکته است که ارتباط با آن ها، باید همراه با احترام باشد و از ترحم به ایشان دوری گزید. تفاوت این دو نوع رفتار در این است که در اولی، طرف مورد احترام، انسانی بزرگ به شمار می آید؛ اما در ترحم، مخاطب انسانی ذلیل شمرده می شود که باید همواره دست او را گرفت و به شخصیت و روحیات وی، اندک توجهی نمی گردد. به یاد داشته باشیم آنچه توانایی را می سازد، اراده است و اراده اگر بخواهد جاری شود، هیچ بهانه ای را نمی شناسد.



روز جهانی داوطلبان سلامت (ایطابن بهداشت) (۱۴۰۱/۰۹/۱۴): چهاردهم آذر ماه (پنجم دسامبر) مصادف با روز جهانی داوطلب، فرصتی جهت ترغیب و حمایت از خدمات داوطلبان نظام سلامت است. داوطلبان و سفیران سلامت از نهاد و جنس خود مردم هستند که بدون هیچ چشم داشتی، ضمن برقراری ارتباط مناسب با مردم در قالب برنامه ملی خودمراقبتی و هر خانه یک پایگاه سلامت، با ارتقای سواد سلامت جامعه در حوزه های مختلف، سطح سلامت مردم را بهبود می بخشند. طبق آمار سازمان ملل که پیش از شیوع کرونا در جهان منتشر شده، حدود یک میلیارد نفر در جهان، داوطلب هستند و هر ماه ساعتی از وقت خود را صرف فعالیت های داوطلبانه و عام المنفعه می کنند. آن چه سبب می شود عده ای به غیر از زندگی شخصی خود، دغدغه جمعی نیز داشته باشند، ریشه در ارزش ها و عقایدی چون برابری و عدالت دارد. آن ها احساس می کنند که توانسته اند با مشارکت و همکاری تغییراتی در چند کوچک در تأمین ارتقای سلامت خود، خانواده و جامعه ایجاد کنند و همین امر حس اعتماد به نفس و رضایت مندی را در آنان ایجاد و مهارت های مدنی را در فرد تقویت می کند. بدون شک نقش محوری داوطلبان اعم از رابطین سلامت، سفیران سلامت، خیرین و مؤسسات خیریه، بسیج مردمی، سازمان های مردم نهاد، تشکلهای دانشجویی، گروه های جهادی، کانون های مساجد و هیئات مذهبی و اتحادیه ها، معتمدین، چهره های شاخص فرهنگی، اجتماعی، مذهبی، علمی، هنری و ورزشی، هلال احمر، کانون های سلامت روستاها و محلات شهری در کلیه برنامه های حوزه سلامت به ویژه در کنترل همه گیری بیماری کووید ۱۹ انکارناپذیر است و به عنوان بخشی از بدنه فعال جامعه در انتقال اهداف، مفاهیم و پیام های نظام سلامت هستند.





بیمارستان مسلمین

Moslemin Hospital

تخصصی و فوق تخصصی



◀ VIP - ICU - CCU - NICU ▶ انواع جراحی های لاپاراسکوپی، آرتروسکوپی، سیستوسکوپی

◀ خدمات اسکوپ (آندوسکوپی، کولونوسکوپی) ▶ زایشگاه (با قابلیت تخت های LDR)، زایمان فیزیولوژیک

◀ آزمایشگاه : هماتولوژی، سرولوژی، بیوشیمی، پاراسیتولوژی، پاتولوژی، هورمون شناسی

◀ رادیولوژی : ام آر آی، سی تی اسکن، x-ray، ماموگرافی، OPG، تراکم استخوان، سونوگرافی

خدمات تخصصی

ارتوپدی • قلب و عروق • آسم و آلرژی • چشم پزشکی • پوست
روانشناسی • دندانپزشکی • دندانپزشکی اطفال • رادیولوژی
توانبخشی • فک و صورت • بینایی سنجی • اطفال و کودکان
غدد و دیابت • کلیه و مجاری ادراری • عفونی • روانپزشکی
جراحی مغز و اعصاب • داخلی مغز و اعصاب • زنان و زایمان • درد
گوش، حلق و بینی • شنوایی سنجی • تغذیه • طب فیزیکی

خدمات فوق تخصصی

فوق تخصص جراحی ستون فقرات
فوق تخصص روماتولوژی • هماتولوژی
فوق تخصص جراحی اطفال • گوارش و کبد
فوق تخصص قلب کودکان • آسم و آلرژی
اینترونشن قلب • نوزادان • غدد

📍 شیراز . چهار راه خیرات . خیابان خیام
🌐 mosleminshiraz.ir
☎ ۰۷۱ - ۳۲۱۳۵۰۰۰

نزدیک به یک قرن سابقه
سایت نوبت دهی www.behee.ir

مرکز درمان ناباروری شیراز Shiraz Fertility Center

درمان‌های دارویی ناباروری

- اعمال جراحی تشخیصی و درمانی زنان به روش‌های: لاپاراسکوپی و هیستروسکوپی
- انجام کلیه درمان‌های کمکی تولید مثل مطابق با روش‌های پیشرفته دنیا
- انجام تکنیک‌های پیشرفته کمک باروری شامل: IUI, IVF, ICSI, IVM, Laser assisted hatching
- انجماد و ذوب جنین، اسپرم و تخمک به روش Vitrification
- انجام انواع بیوپسی جنین شامل بیوپسی Blastomer و بیوپسی Trophectoderm
- انجام آزمایش آنالیز اسپرم و بررسی پیشرفته کروماتین اسپرم بوسیله فلوسایتومتری به روش‌های TUNEL, SCSA
- انجام درمان‌های کمکی در صورت آرواسپرمی شامل: MESA, PESA, TESE, TESA

آزمایشگاه ژنتیک پزشکی Medical Genetics Laboratory



مرکز درمان ناباروری شیراز
Shiraz Fertility Center

دکتر رضا پژومند
متخصص ژنتیک پزشکی

۱. انجام تمامی آزمایش‌های ژنتیک روتین و پیشرفته
۲. انجام آزمایش‌های ژنتیکی قبل از تولد (PND) و قبل از انتقال جنین به رحم مادر (PGD) با روش‌های فوق پیشرفته
۳. تعیین جنسیت (انتخاب جنسیت جنین قبل از انتقال به رحم مادر) به همراه بررسی کروموزم‌های ۲۱، ۱۸، ۱۳
۴. انتخاب جنین‌های سالم از نظر اختلالات کروموزومی قبل از انتقال به رحم مادر (PGD Array - CGH)
۵. انتخاب جنین‌های سالم از نظر تمامی بیماری‌های ژنی شناخته شده مانند تالاسمی، (PGD مولکولی)، CF، PKU، SMA
۶. HLA Matching PGD (برای درمان خواهر / برادر بیمار نیازمند به پیوند مغز استخوان)
۷. ارائه خدمات WES (Whole Exome Sequencing) برای بررسی جامع ژنتیکی
۸. تعیین ژنوتایپ ویروس HPV (بررسی ۳۶ تایپ)
۹. بررسی دلایل ژنتیکی عقب ماندگی ذهنی (همچون سندرم X شکننده، ریز حذف‌های کروموزومی و ...)
۱۰. تشخیص بیماری ژنتیکی قبل از تولد (PND) با روش‌های مختلف (array CGH، کاریوتایپ، تعیین توالی، QF-PCR، FISH) روی نمونه‌های آمنیون و CVS
۱۱. بررسی ژنتیکی سرطان و سرطان‌های ارثی
۱۲. بررسی روابط خانوادگی (پدر - فرزندی و مادر-فرزندی و همچنین بررسی جد مشترک پدری)
۱۳. بررسی ژنتیکی بیماری‌های تک ژنی همچون تالاسمی، SMA، هموفیلی، کم خونی داسی شکل و ...

شیراز - بلوار مطهری شمالی - بن بست ۳

☎ ۰۷۱-۳۶۲۷۵۵۱۱ 📠 ۰۷۱-۳۶۲۷۹۳۹۹

📍 Shiraz / motahari blvd / Deadend 3

☎ +98 71-36275511 📠 +98 71-36279399

🌐 www.Shirazfertilitycenter.com



دکتر سیروس رستمی

جراح و متخصص زنان و زایمان
فوق تخصص نازایی

■ لاپاراسکوپی ■ هیستروسکوپی ■ IVF



پیشرو در ارائه روش های نوین درمان ناباروری

📍 شیراز . بلوار مطهری شمالی . نبش کوچه ۱۸ . ساختمان مدیکال . طبقه چهارم

📞 ۰۷۱-۳۶۲۷۰۸۳۴ / ۰۷۱-۳۶۲۷۰۸۴۰ 🌐 www.shirazfertilitycenter.com

📍 Shiraz / motahari blvd/ 18 alley medical building/4th floor

📞 +98 71-36270834 / +98 71-36270840 🌐 www.shirazfertilitycenter.com

دکتر مهدی مرادی سروستانه



دندانپزشکی
و ایمپلنت

جراح - دندانپزشک
ایمپلنت . لمینیت . پروتز



Dr.Mehdi.Moradi.Sarvestani



Dr.Mehdi.Moradi.Sarvestani



Dr.Mehdi.Moradi.Sarvestani



Dr.Mehdi.Moradi.Sarvestani



drmehdimoradi.com



گوشی خود را در مقابل
QR cod قرار داده
تا شما را وارد
اینستاگرام ما کند.

فارس . شیراز . بلوار قدوسی غربی . بعد از کوچه ۲۳

ساختمان آنا . طبقه اول . واحد ۱

۰۷۱ - ۳۶۳۲۹۱۳۳

۰۹۱۷۵۶۶۷۷۷۸

طراحی نوین
فن آوری روز آمد
کیفیت در تمامی ابعاد



مرکز تصویربرداری پزشکی

تابا



- سی تی اسکن 128 اسلایس • ام آر آی 1/5 تسلا
- سنجش تراکم استخوان • ماموگرافی
- رادیولوژی دیجیتال • سونوگرافی

شیراز • خیابان معدل • قبل از خیابان

فلسطین (باغشاه) • ساختمان تابا



www.tabamic.com

۰۷۱ - ۳۲۳۱۷۸۰۱





آزمایشگاه راز

پاتوبیولوژی، مولکولار و ژنتیک

بیمه‌های

طرف قرارداد

آزمایشگاه

• نیروهای مسلح • تامین اجتماعی • بیمه سلامت • البرز • ایران
• دانا • SOS • پاسارگاد • سرمد • رازی • سینا • بانک ملی • بانک سپه
• بانک تجارت • بانک صادرات • بانک ملت • آتیه سازان • کوثر
• شرکت نفت • معلم • تعاون • دی • نوین • آسیا • ملت

ساعت کاری :
شنبه تا چهارشنبه ۶ الی ۲۴
پنج شنبه ها: ۶:۰۰ الی ۱۹:۰۰

شیراز . خیابان معدل غربی
مجتمع پزشکی راز
۶ - ۹۳ ۹۳ ۳۶ ۳۲ - ۰۷۱

خدمات تخصصی ژنتیک بالینی

خدمات تخصصی توالی‌یابی ژنتیکی (NGS)

- تعیین توالی تمام ژنوم
Whole Genome Sequencing
- تعیین توالی تمام اگزون‌های کد کننده پروتئین
Whole Exome Sequencing
- تعیین توالی گروهی از بیماری‌های خاص
Targeted Sequencing

- پانل ناقلین برای تشخیص بیماری‌های نهان در خانواده‌های دارای ازدواج فامیلی.
- تشخیص اختلالات ژنتیکی ناشنوایی نابینایی، قلبی-عروقی، کلیوی، مغزی، ...
- تشخیص بیماری‌های متابولیک و تک ژنی (PKU, Albinism, G6PDD, ...)
- تشخیص بیماری‌های تکرار نوکلیوتیدی (Fragile X, ALS, ...)
- تشخیص بیماری‌های تحلیل برنده عضلانی (SMA, DMD) با روش MLPA

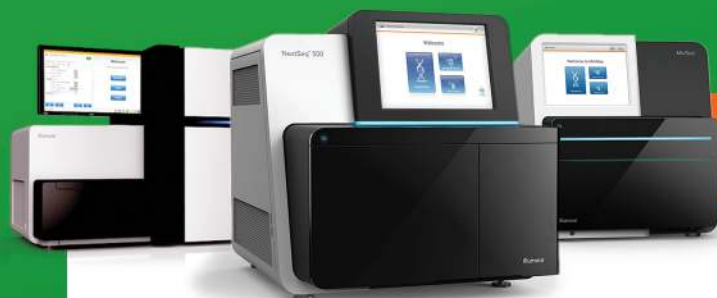
خدمات ژنتیکی پیش از تولد

- تشخیص پیش از تولد بیماری‌های ژنتیکی (Prenatal Diagnosis) PND
- تشخیص ژنتیکی پیش از لانه‌گزینی جنین PGS و PGD
- تست غیر تهاجمی تعدادی کروموزوم‌های جنین (NIPT) یا (Cell Free-fetal DNA) و با دقت ۹۹٫۹٪
- بررسی تعدادی کروموزوم‌های جنین (QF-PCR)
- کاریوتایپ با رزولوشن بالا Karyotype HR
- تشخیص علل سقط‌های مکرر
- تعیین جنسیت جنین

مشاوره ژنتیک

- مشاوره ژنتیک قبل از ازدواج
- مشاوره ژنتیک پیش از بارداری
- مشاوره ژنتیک حین بارداری
- مشاوره ژنتیک ناباروری زنان و مردان
- مشاوره ژنتیک علل سقط مکرر

دارای گواهینامه بین‌المللی
ISO 15189 از ASCB انگلستان
گواهینامه ISO 9001
گواهینامه ISO 45001 از QAL



مرکز تخصصی خدمات (NGS) در ایران
بدون نیاز به ارسال نمونه به خارج از کشور

دفتر مرکزی: شیراز، خیابان زند
کوچه ۴۳، اولین فرعی، سمت راست
درمانگاه ژنتیک دکتر فقیهی

۰۷۱۳۲۳۶۲۱۴۸ | ۰۷۱۳۲۳۶۲۱۴۷

۰۹۱۷ ۷۹۳ ۳۰۷۴

@shirazgenetics

info@shirazgenetics.ir

www.shirazgenetics.ir



نسل-ام

آزمایشگاه تخصصی ژنتیک

Welgenex genetic lab



Naslesalem.shiraz



مرکز تخصصی غربالگری بارداری
و تست ژنتیک جنین در جنوب ایران

www.welgenex.com



تست Cell Free DNA (NIPT)

تست Cell-Free DNA زمان بارداری (NIPT)
برای غربالگری بیماری های شایع کروموزومی

تست تشخیص قبل از لانه گزینی (PGD)

تست PGT_M

بررسی ژنتیک بیماری های تک ژنی مانند تالاسمی
ناشنوایی و نابینایی و ... در جنین ها می باشد
که درکنار روش های کمک باروری انجام می شود.

تست PGT_A

غربالگری جنین های که به روش های کمک باروری
ایجاد شده اند و به منظور افزایش احتمال بارداری و
کاهش احتمال سقط در بعضی از افراد توصیه می شود.



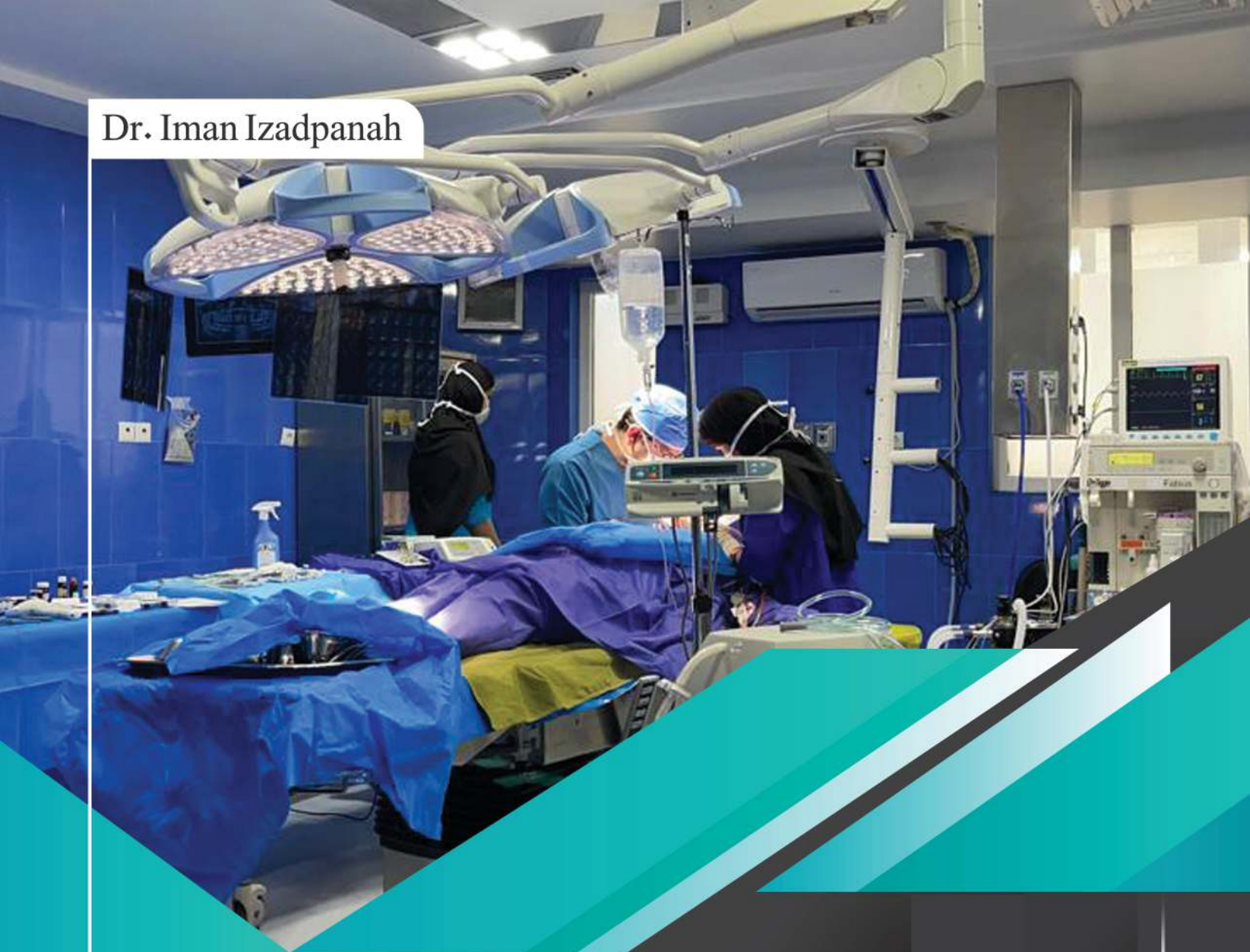
شیراز . خیابان قصردشت . بالاتراز تقاطع
عفیف آباد . نبش کوچه ۵۳ . ساختمان نوین

طبقه ۲ . واحد ۲۰۳

۰۷۱-۳۶۲۹۴۴۶۰/۰۷۱-۳۶۲۹۴۴۶۲



Dr. Iman Izadpanah



کلینیک دندانپزشکی تحت بیهوشی

دکتر ایمان ایزدپناه

دعوت به همکاری از تمامی همکاران
جهت درمان های تحت بیهوشی



اتاق عمل های مجهز به یونیت
و تجهیزات دندان پزشکی



فارس . شیراز . خیابان زند
جنب هتل پارس ساختمان ظفر . طبقه ۳
۰۹۱۷ ۷۱۷ ۰۷۸۹
www.izadpanahmedic.com
dr_izadpanah@yahoo.com
۰۷۱ - ۳۲ ۳۰ ۱۸۱۲

ناب

کلینیک درد

دکتر حبیب اله ذاکری
فلوشیپ کنترل و درمان درد

دکتر محمد رادمهر
فلوشیپ کنترل و درمان درد

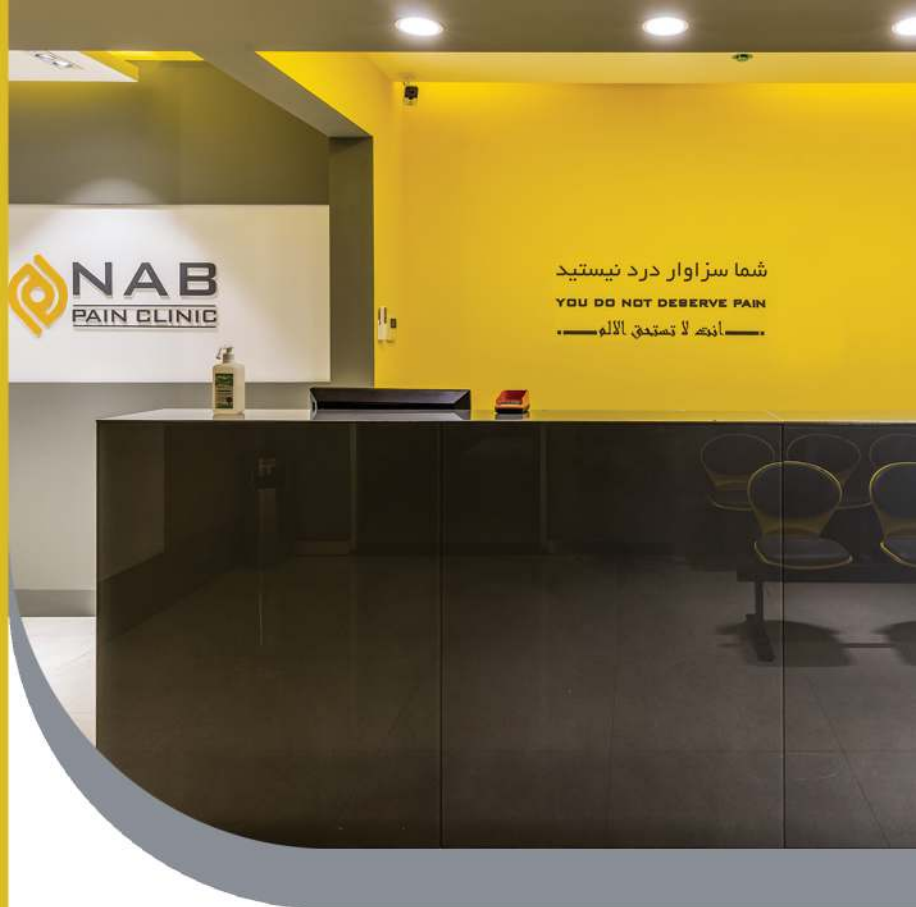
آدرس:

شیراز، خیابان معدل غربی
مجتمع پزشکی تابا، طبقه دوم

تماس: ۴ - ۹۱۰۹۱۱۳۲۳ - ۷۱



www.nabpainclinic.com



- درمان درد دیسک کمر (سیاتیک) و گردن بدون جراحی
- درمان درد تنگی کانال نخاع بدون جراحی
- درمان درد آرتروز شانه و زانو و سایر مفاصل
- درمان دردهای سرطانی، دردهای لگنی و...
- درمان دردهای ناشی از آسیب های ورزشی
- درمان دردهای صورت و سردردهای مزمن و حاد
- درمان دردهای پس از جراحی
- درمان دردهای دیابتی