

سخن اول

دکتر سیف‌فرشد

سرپرست گروه پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها

همگی در همسایگی ایران قرار دارند مشاهده می‌شود بطوریکه در طی سالهای ۱۹۹۹ الی ۲۰۰۲، موارد HIV در اروپای شرقی و آسیای میانه ۱۹۶٪ افزایش داشته است. همچنین وضعیت نابسامان به همراه افزایش بی‌رویه تعداد کودکان یتیم به جا مانده از مادر یا والدین ایدزی نیز بسیار نگران کننده است.

یک چنین بیماری که بروز آن سرعت در حال افزایش است و افزایش سریع آن عواقب بسیار سوء این بیماری را تشدید می‌کند، علاوه بر ایجاد علایم جسمی، سلامت روان را هم در خود بیمار و هم در اطرافیان بیمار به مخاطره می‌اندازد. افزایش بروز و شیوع این بیماری در برخی مناطق دنیا بحدی است که حتی ساختارهای سیاسی، اجتماعی و اقتصادی آن کشورها را نیز بهم ریخته است.

نیمی از ۵ میلیون مورد جدید آلودگی به HIV که سالیانه در جهان اتفاق می‌افتد، جوانان ۱۵-۲۴ ساله هستند و HIV/AIDS بیماری نسل جوان شناخته شده است در حالیکه جوانان از اطلاعات، مهارتها و امکانات محدودی برای جلوگیری از ابتلا به این بیماری برخوردار هستند و برآورده شدن این نیازها به شکل معقول و منطقی برای خاموش نمودن همه‌گیری HIV/AIDS ضروری و حیاتی است.

حال که میزان موارد در کشورمان مانند برخی ممالک به حد بحرانی نرسیده‌است. باید از هم

ایدز هم اکنون یکی از مهمترین بیماریهای واگیر است که سالهای زیادی از عمر انسانها را می‌گیرد. این بیماری که شاید روزگار تاکنون مشابه آن را کمتر بخود دیده است و در طول اعصار مختلف، انسانها با چنین فاجعه‌ای روبرو نبوده‌اند، در عرض یک دهه امید به زندگی یک کشور را حتی توانسته به حدود نصف کاهش دهد. در کشوری همچون بوتسوانا در طی سالهای ۱۹۵۰ تا ۱۹۹۰ امید به زندگی از حدود ۳۵ سال به نزدیک ۶۰ سال رسیده بود اما مجدداً بدنبال شیوع این بیماری در طی ۱۰ سال امید به زندگی به ۳۵ سال تقلیل پیدا کرده است.

وقوع ۴ اپیدمی بزرگ در جهان در طی دو دهه اخیر باعث آن شده است که تا پایان ۲۰۰۳ میلادی برآورد شود که ۴۹ - ۳۴ میلیون نفر با HIV/AIDS زندگی می‌کنند و تنها موارد جدید آن در کودکان و بزرگسالان در سال ۲۰۰۳، ۵/۸ - ۴/۲ میلیون نفر تخمین زده می‌شود. در سال ۲۰۰۳ حدود ۲/۵ تا ۳/۵ میلیون نفر بعلت HIV/AIDS جان خود را از دست داده‌اند. رشد روز افزون موارد HIV در کشورهای خاورمیانه و شمال آفریقا، آسیای شرقی و آسیای میانه در چند سال اخیر که



مرکز بهداشت استان
آذربایجان شرقی



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

گروه پیشگیری و مبارزه با بیماریها

محتوای

پیام سلامتی

فهرست مطالب :

۲	سخن اول
۴	بهداشت روانی در بلایا
۸	بوی بد دهان
۱۱	افزایش گسترش ویروس نقص ایمنی انسانی / ایدز
۱۳	دانستنی‌هایی در ارتباط با تغذیه سالمندان
۱۵	روز جهانی سل - ۲۴ مارس ۲۰۰۴
۱۹	مروری بر هیپاتیت C راه‌های انتقال، پیشگیری و درمان
۲۳	افسردگی، عارضه جدی و خطرناک دیابت
۲۹	تاتو
۳۰	خبر

شماره بیست و هفتم - پاییز ۱۳۸۳

اکنون با انتخاب راهکارهای مناسب و معقول از پیشرفت بیماری در طبقات اجتماع جلوگیری کنیم و این امر میسر نیست مگر با مشارکت همه مردم و مسئولین و بخصوص سازمانهای مرتبط و مسئول.

استراتژی‌های مبارزه با ایدز که از طرف سازمانهای جهانی مسئول نیز بطور جد مورد توجه قرار می‌گیرند عبارتند از:

۱. آموزش و اطلاع‌رسانی: در این خصوص باید تمام ارگانهایی که به نوعی گروه مخاطب دارند بطور جدی در برنامه‌ریزی و اجرای برنامه‌های آموزشی و اطلاع‌رسانی شرکت نمایند.

۲. کاهش آسیب و ساخت رفتار سالم: در این مقوله نیز علاوه بر ارگانهایی که جمعیت تحت پوشش خاص دارند و در بخش آموزش و اطلاع‌رسانی اقدام می‌نمایند، هر ارگانی که می‌تواند در خصوص کاهش رفتارهای مخاطره‌آمیز و ساخت رفتار سالم در ایدز و اعتیاد مؤثر باشد، بایستی همراهی نماید.

۳. حمایت‌های اجتماعی: در این بحث ضرورت دارد تمام سازمانهای قضایی، انتظامی، اجتماعی و مددکاری مشارکت نمایند چرا که بیمار ایدزی و HIV مثبت و همچنین معتادان، خصوصاً معتادان تزریقی را باید به چشم بیمار نگرست نه مجرم.

فاکتورهای اجتماعی، بیولوژیکی و اقتصادی به وخیم‌تر شدن وضعیت همه‌گیری کمک

می‌کنند و ایدز اساساً با فقر سروکار دارد. مطالعه بانک جهانی نشان داده است که بالا یا پایین بودن سطح درآمد بطور معنی‌داری با میزان آلودگی به HIV ارتباط دارد، بطوریکه افزایش ۲۰۰۰ دلار درآمد، ۴٪ کاهش آلودگی را در پی خواهد داشت.

فقر، بیسوادی، پایین بودن سطح پیشرفت و توسعه بعنوان عامل اصلی گسترش HIV/AIDS شناخته شده است.

باید با همدلی و همراهی این سازمانها بتوان مداخلات حمایتی مناسبی طراحی نمود تا موجب کاهش آسیب‌های اجتماعی در این قشر مانند فقر، بیکاری، جدایی از اجتماع و ... گردد که همه در صورت عدم توجه می‌توانند منشاء سوء رفتارهای مختلف مانند دزدی، افزایش بی‌بندوباری جنسی و ارتباطات جنسی بی‌محابا باشند. این مداخلات به افزایش اعتماد در بیماران یاد شده منجر گردیده و موجب می‌شود علاوه بر مشارکت در درمان خود، در جهت کاهش بروز و شیوع موارد نیز قدم بردارند.

۴. مراقبت و درمان بیماران: در این خصوص متولی اصلی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است اما جهت دستیابی به نتایج مناسب لازم است از حمایت‌های مردمی و سایر سازمانهای دولتی و غیردولتی نیز برخوردار گردد.

اما مهمترین بحثی که امسال از طرف سازمان جهانی بهداشت مورد توجه قرار گرفته است آسیب‌پذیری بیشتر زنان و دختران در مقابل عفونت HIV بدلائل مختلف است و به همین علت شعار امسال روز جهانی ایدز، «زنان، دختران، HIV و ایدز» انتخاب گردیده است.

بدلیل تفاوت‌های بیولوژیکی، جنسی و فرهنگی، زنان بیشتر از مردان مستعد ابتلا به HIV هستند و براساس آمار، در دنیا ۷/۳ میلیون زن جوان آلوده در مقابل ۴/۵ میلیون مرد جوان آلوده وجود دارد. در میان زنان نیز اوج شیوع سنی آلودگی حدود ۲۵ سالگی است که حدود ۱۰ تا ۱۵ سال از اوج شیوع سنی مردان پایین‌تر است. از نظر بیولوژیکی، ریسک آلودگی در

حین تماس جنسی محافظت نشده برای زنان ۲ تا ۴ برابر مردان است و زنان جوان آسیب‌پذیرتر هستند زیرا دستگاه تناسلی آنان هنوز در حال تکامل است و پارگی در بافتها باعث انتقال آسان آلودگی می‌شود.

با توجه به اینکه اول دسامبر هر سال بعنوان روز جهانی ایدز نامگذاری شده است گروه پیشگیری و مبارزه با بیماریهای استان نیز در ادامه فعالیتهای خود با فعال نمودن هسته آموزش و اطلاع‌رسانی ایدز با همکاری سایر گروههای کارشناسی مرکز بهداشت استان، سایر معاونت‌های دانشگاه علوم پزشکی و ادارات عضو هسته آموزش و اطلاع‌رسانی ایدز، دهم لغایت ۱۶ آذرماه را بعنوان هفته

بهداشت روانی در بلایا

فریده میدرلو

کارشناس گروه پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها

حیات از ابتدای تشکیل تاکنون توأم با ناهمواریها و حوادثی بوده که رویارویی منطقی همراه با هیجانات و رفتار متناسب را می‌طلبد است. وقوع بلایای طبیعی، شرایط ویژه‌ای را در جامعه بوجود می‌آورد، نیازهای جدیدی را ایجاد می‌کند، الگوهای مرسوم و متعارف زندگی را بر هم می‌ریزد و انسانها را در شرایط روحی و روانی خاصی قرار می‌دهد و سرانجام تصویر دردناکی را از بازیگردانی طبیعت در مقابل دیدگان ترسیم می‌کند.

یکی از جلوه‌های بارز ارتباط تنگاتنگ جسم و روان و هماهنگی آن با موقعیتهای اجتماعی، صحنه‌های ایجاد شده بدنبال وقوع

بلایای طبیعی است. وارد شدن آسیبهای جسمانی، پدید آمدن واکنشهای روانشناختی و پیامدهای اجتماعی و محیطی، نشانی از چرخه تغییر یافته و دگرگون شده زندگی طبیعی است. در این موقعیت، وضعیت جسمی، روانی و اجتماعی بهم می‌ریزد و سلامتی در معرض آسیب قرار می‌گیرد.

بلایای طبیعی در سطح جهانی هر سال منجر به مرگ و معلولیت جسمی و روانی میلیونها نفر و صدمات مالی بسیاری می‌گردند. بلافاصله بعد از وقوع بلایا، سیل کمکها و امدادها به مناطق فاجعه دیده ارسال می‌شود. تاکنون سیاست‌گذاری کلان بهداشتی و اجتماعی در برخورد با وقایع مصیبت‌زا معطوف به پیامدهای جسمانی و مالی این عوارض بوده است و متأسفانه عوارض روانشناختی بلایا کمتر مورد توجه بوده‌اند.

این موضوع حتی در برنامه‌های سازمان ملل متحد نیز مشهود است. نمونه گویای آن تعریف دفتر ویژه بلایای سازمان ملل متحد از لغت فاجعه است، که در آن کشته شدن ده‌ها نفر یا خسارات مالی میلیون دلاری را از جمله معیارهای فاجعه معرفی نموده و به درد، رنج، واکنش‌های روانشناختی و رفتاری قربانیان اشاره نشده است. حال آنکه این حوادث می‌تواند منبع استرس قابل توجهی برای

بانیك و اختلال فوبیک همراهی می‌شود. در مقایسه با بیماریهای جسمی پس از حوادث، آسیب‌های روانی متعدد همانند جراحات جسمی، فرد را مورد تهاجم قرار می‌دهند. توجه به چنین فردی نه تنها از نظر وسعت و شدت آسیب روانی به همان اندازه حایز اهمیت است، بلکه بواسطه درمان بیماری از اهمیت ویژه‌ای برخوردار می‌باشد.

متأسفانه پژوهش‌های مربوطه در ایران بسیار اندک است و در اینجا به چند مورد اشاره می‌گردد. در پژوهش سال ۱۳۶۹ دژکام و همکاران در رودبار، ۶۸٪ افراد مبتلا به اختلال افسردگی بودند که از این میان ۳۸٪ افسردگی شدید داشتند. در پژوهش کرمی در سال ۱۳۷۳ که پس از ۳ سال بر روی کودکان منطقه زلزله زده رودبار انجام شد، میزان اختلال رفتاری ۶۰٪ برآورد شد که در حدود ۲/۵ برابر گروه شاهد بود. همچنین ۵۱/۷٪

این کودکان که در سنین ۹-۱۶ سال قرار داشتند مبتلا به PTSD بودند. در پژوهشی که در سالهای ۷۶-۷۷، آسیب‌شناسی روانی در دو منطقه جنوب خراسان و اردبیل با گروه کنترل مقایسه شد، اختلال روانی بطور عموم در بزرگسالان در حدود ۳ برابر و در کودکان حدود ۲ برابر گروه کنترل بود. ۴۷/۳ خردسالان و ۷۶/۵ بزرگسالان یک سال بعد از

زلزله، PTSD با شدت متوسط تا شدید داشتند.

با نگاه به نتایج این پژوهشها و مطالب گفته شده بنظر می‌رسد نمی‌توان ضرورت اقدامهای بهداشت روانی را در بین امدادها و ارسالی به مناطق فاجعه‌زده نادیده گرفت. تجربه کشورهای از جهان که در معرض سوانح و فجایع مهیب بوده‌اند، نشان می‌دهد خدمات روانشناختی ارابه شده متعاقب این حوادث به افراد مصیبت زده در کاهش عوارض بعدی آنها نقش بسیار مفیدی داشته است.

واکنش‌های روانی آسیب‌دیدگان در هنگام بروز بلایا مرحله اول - چند دقیقه پس از بروز حادثه:

در این مرحله، اکثر افراد دچار ترس و وحشت شده و این ترس و وحشت در برخی افراد با حالتی از بهت همراه است، بطوری‌که آنان قادر به انجام هیچ کاری نمی‌گردند. این حالات گذرا و کوتاه مدت می‌باشند.

مرحله دوم - چند ساعت پس از بروز حادثه:

واکنشهای مردم در این مرحله شامل حالتی است که افراد احساس می‌کنند باید کاری انجام دهند، بطوریکه با دیگران ارتباط برقرار می‌کنند، بدون ساماندهی و گاهی ناهماهنگ با دیگران در امداد رسانی مشارکت می‌نمایند، گاهی در این امداد رسانی خودسرانه عمل می‌کنند و به ضوابط اداری بی توجه می‌باشند.

در ارتباطات خود نیز عصبانی و تحریک پذیر می‌شوند. نیروهای دست اندرکار در امر امدادرسانی باید این حالات را درک کنند و با پذیرش این حالات بعنوان بخشی از واکنشهای طبیعی افراد سعی نمایند به نحوی هوشمندانه فعالیتهای آنان را در جهت مثبت هدایت نمایند.

مرحله سوم - این مرحله مربوط به زمان رسیدن کمک‌های امدادی می‌باشد. در این مرحله، آسیب‌دیدگان معمولاً آرامش و امید و شاید کمی نشاط پیدا می‌کنند ولی امدادگران باید بدانند که این حالات هم گذرا است.

مرحله چهارم - در این مرحله غالباً افراد آسیب‌دیده مجدداً روحیه خود را از دست خواهند داد و در این مرحله ممکن است به این نتیجه برسند که کمک‌های رسیده برای آنان کفایت نمی‌کند و یا گاهی کمک‌های دریافتی خود را با دیگران مقایسه کرده و تصور نمایند در مورد آنان عدالت رعایت نمی‌شود. امدادگران باید بدانند آسیب‌دیدگان در این مرحله افسرده هستند و از نظر روانی - اجتماعی نیاز به حمایت بیشتری دارند.

مرحله پنجم - در این مرحله که زمان تجدید سازمان خوانده می‌شود، افراد زندگی خود را بازسازی می‌کنند و به تدریج درک می‌کنند

که باید متکی به خود باشند. مسئولین ذیربط نیز باید تلاش نمایند با مشارکت آسیب‌دیدگان، کمک‌های رسیده را عادلانه توزیع نمایند و روند تجدید سازمان توسط خود مردم و با حمایت‌های همه جانبه تسهیل گردد. باید توجه داشت که عدم توجه و رسیدگی کامل در این مرحله، منجر به باقی ماندن احساس ناراحتی خصمانه در بازماندگان خواهد شد.

در جریان بلایای طبیعی، افراد متحمل استرس‌های شدید می‌شوند. مانند تخریب منازل، از دست دادن دارایی، مشاهد اجساد عزیزان و زجر و ناله دیگران و مجروحیت، سرما و یا گرمای زیاد، گرسنگی یا تشنگی و... همه اینها مجموعه‌ای از استرس‌های شدید می‌باشند که می‌توانند منجر به بروز اختلالات روانی در افراد شوند. در افراد مستعد، این اختلالات شدیدتر و احتمال ماندگار شدن نیز بیشتر است.

اختلالات روانی ناشی از استرس حوادث غیر مترقبه
به علت استرس‌های متفاوت در بازماندگان، اختلالات روانی مختلفی بوجود می‌آید. برخی از مهمترین آنها عبارتند از: اختلال یا واکنش حاد استرس، اختلال استرس پس از سانحه، اختلالات شبه جسمی، اختلالات خواب، واکنش سوگ و افسردگی.

بدیهی است درمان اختلالات روانپزشکی بعد از یک سانحه یک امر تخصصی است و لازم است ضمن آگاهی نسبت به عوارض روانشناختی بلایا به بیماریابی و ارجاع بیماران کمک گردد و حداقل با برخورد صحیح و مناسب با پیامدهای روانشناختی فاجعه، فشار روانی آن کاهش یابد تا از بروز این بیماریها پیشگیری شود.

برقراری ارتباط مناسب با آسیب‌دیدگان

برقراری ارتباط مناسب با آسیب‌دیدگان بلایای طبیعی و درک وضعیت روانشناختی آنها در مراحل مختلف واکنش به عامل استرس‌زا، مقدمه‌ای برای بررسی و ارزیابی صحیح روانی و جسمی و امداد رسانی است. لذا در برخورد با هر فرد مجروح چه جسمی و چه روانی توجه به نکات زیر لازم است:

- نام و عنوان شغلی خود را بگویید.
- از او بخواهید مشکل خود را به هر نحوی که راحت‌تر است عنوان کند.
- به صحبت‌های او گوش دهید و تا حد امکان کلام او را قطع نکنید.
- مانع ابراز احساسات و هیجانات او نشوید. مثلاً اجازه دهید گریه کند.
- افراد را از دیدن جنازه عزیزانشان محروم نکنید.
- به افراد اطلاعات صحیح بدهید. حتی اگر خبر بدی برای آنها داریم سعی شود بطور

تدریجی و حتی الامکان در جمع مطرح شود.
- تشویق بازماندگان برای شرکت در امر امدادرسانی می‌تواند احساس همیاری و مشارکت جمعی را در ساعات اولیه تقویت نماید.

- لازم است بازی و سرگرمی مناسبی برای کودکان فراهم شود زیرا علاوه بر انحراف توجه کودک از استرس، به او آرامش می‌دهد.

- تسهیل تخلیه احساسات، به کسب آرامش بیشتر کمک می‌کند.

- قرار دادن شخص داغدار در جمع گروهی از افراد داغدار شبیه به خود او، تحمل درد و رنج را برایش آسان‌تر می‌سازد.

منبع: بهداشت روانی در جریان بلایای طبیعی - دکتر محمدتقی یاسمی و همکاران

بوی بد دهان (Halitosis)

دکتر میبب وکیلی

دندانپزشک مرکز بهداشتی درمانی صوفیان

بوی بد دهان معضلی است که گریبانگیر بیش از نیمی از مردم جامعه است. این مشکل طبی مسایل جانبی زیادی را نیز برای مبتلایان به همراه دارد و سبب ناراحتی‌هایی در ارتباطات اجتماعی و شغلی افراد می‌شود. از سوی دیگر بوی بد دهان منبع یک صنعت بزرگ و سودآور جهانی است.

به علت اینکه بوی بد دهان بندرت از طرف خود فرد مبتلا تشخیص داده می‌شود، این امر

باعث بروز ناراحتی برای اطرافیان فرد مبتلا شده و از طرف دیگر منشاء اضطراب و عدم احساس اطمینان در اشخاص است که شاید اصلاً مبتلا نیستند و به یک نوع Halitophobia دچار هستند.

تشخیص هالیتوزیس به غیر از روش شخصی (لیس زدن مچ دست و بوییدن آن) با دستگاهی به نام هالی متر که یک سنجشگر سولفید هیدروژن است انجام می گیرد.

طبقه بندی عوامل:

بوی بد دهان به سه عامل فیزیولوژیک، پاتولوژیک و سایکوسوماتیک تقسیم می شود. مشکلات فیزیولوژیک در حدود ده درصد از موارد را تشکیل می دهند که شامل بیماری های کبدی، کلیوی، دیابت، کارسینوماها و نیز تری متیل امین اوری می شوند. محصولات متابولیک این بیماری ها عامل هالیتوزیس هستند. مصرف داروهای مختلف بخصوص آنهایی که جریان بزاق دهان را کاهش می دهند، نیز از عوامل تولیدی بوی بد دهان هستند. از جمله این داروها می توان به آنتی هیستامین ها، ضدافسردگی ها، ضدجنون ها، ناکوتیک ها، دکونژستان ها و عوامل ضد فشار خون اشاره کرد. از عوامل دیگر، اختلالات سایکوسوماتیک هستند. هر چند این اختلالات درصد کمی را تشکیل

می دهند، اما تشخیص و اداره این گونه بیماری بسیار مشکل است. علت اداره غلط این دسته آن است که درمان روتین بوی بد دهان در آنها صورت می گیرد در حالی که شاید دهان بد بو نداشته باشند.

اما مهمترین عامل بوی بد دهان (بیش از ۸۰٪ موارد) منشاء پاتولوژیک دهانی است. بیشتر از نصف موارد به پوشش پلاکی زبان مربوط می شود. بیماری های لثه، پوسیدگی های دندانی، پروتزها و پرکردگی های نامناسب، گیر کردن مواد غذایی در لای دندان ها، کم بودن بزاق و یا خشک بودن دهان به علت نخوردن برای ساعت های متمادی، عدم رعایت صحیح بهداشت دهان و نیز استفاده از مواد غذایی بودار، التهاب سینوس ها و لوزه ها و سایر مشکلات طبّی ناحیه گوش، حلق و بینی از عوامل مهم هالیتوزیس بشمار می روند.

مکانیسم تولید بو این چنین است که باکتری های غیر هوازی گرم منفی بخصوص آنهایی که در انتهای زبان موجود هستند از اسیدهای آمینه حاوی سولفور (مانند سیستئین و متیونین) ناشی از فساد غذایی استفاده کرده و ترکیبات گازی شکل سولفوردار تولید می کنند. هر چند ترکیبات آلی دیگر (مانند اسیدهای آلی ایندول، پوترسین و کاداورین)

بوی بد تولید می کنند، اما سولفید هیدروژن، متیل مرکاپتان و دی متیل سولفید به عنوان مهمترین منابع انتشار سولفورهای گازی شکل شناخته شده اند. شدت بوی بد بستگی به عواملی از قبیل شمار بالای باکتری ها، شرایط ضعف عمومی بدن، وجود ترکیبات پروتئینی در دهان و PH بالاتر از حد نرمال دارد.

درمان:

مانع اولیه در درمان این مبتلایان، بازگو کردن مشکل است. یعنی اینکه خیلی از افراد خجالت می کشند به داشتن بوی دهان اعتراف کنند. از آنجایی که مطب دندانپزشکی منطقی ترین مکان برای مطرح کردن این مشکل است، داندنپزشک باید آشنایی و آمادگی کامل برای ایجاد ارتباط با بیمار را داشته باشد. گرفتن تاریخچه دقیق پزشکی بیمار می تواند باب صحبت را در این مورد باز کند و در عین حال زمینه ساز خوبی برای اقدامات بعدی باشد. از آنجایی که بیشترین علت، ناشی از اختلالات موجود در حفره دهانی می باشد، معاینه دقیق کلینیکی و رادیولوژیکی این ناحیه قدم اول به حساب می آید. برای کاهش میکروفلورای موجود در حفره دهان دادن دستورالعمل های بهداشتی بسیار دقیق و تأکید و کنترل اجرای آن ضروری است. همان طور که گفته شد

بالاترین درصد علت ایجاد بوی بد دهان مربوط به پوشش پلاکی زبان است. مسواک کردن مرتب زبان با مسواک یا یک قاشق کوچک در بیشتر مواقع نتیجه خوبی می دهد. می توان با آموزش صحیح تنفس جلوی تهوع بیماران در حین انجام این کار را گرفت. استفاده از دهانشویه ها برای کاهش بو همانند استفاده از دئودورانت های زیر بغل است، یعنی آنها را نمی توان به عنوان درمان در نظر گرفت. دهانشویه های طبّی مانند ستیل پیریدینیوم و کلرگزیدین به خاطر از بین بردن فلورای طبیعی دهان فقط در استفاده های کوتاه مدت انتخاب می شوند. آدامس ها و خوشبوکننده های موجود در بازار اگر حاوی یون های فلزی مانند روی (Zn) باشند، ارجحیت دارند و این به خاطر تمایل روی برای ترکیب با سولفورها و تبدیل آن ها به ترکیبات بدون بو است. نکته جالب اینکه آدامس های بدون شکر به خاطر افزایش متیل مرکاپتان که از ترکیبات اصلی بوی دهان است خود عامل ایجاد بو می باشند و همچنین نعنا (Mint) که در محصولات مختلف برای خوشبو کردن دهان استفاده و تبلیغ می شوند قادر به کم کردن متیل مرکاپتان و در نتیجه بوی بد دهان نیستند. در تحقیقات انجام شده استفاده از خمیر دندان های حاوی جوش

افزایش گسترش ویروس نقص ایمنی انسانی / ایدز

اکبر مولائی

کارشناس مسئول پیشگیری و مبارزه با بیماریهای شهرستان کلیبر

در دهه‌های اخیر ویروس نقص ایمنی انسانی (ایدز) بزرگترین شوک را به توسعه وارد نموده است. اولین مورد این بیماری در اوایل دهه هشتاد شناخته شد و تا سال ۱۹۹۰ حدود ۱۰ میلیون نفر به این ویروس مبتلا شده بودند. از آن زمان تاکنون این تعداد بیش از چهار برابر گردیده و به حدود ۴۲ میلیون رسیده است. علاوه بر این، بیماری تاکنون ۲۲ میلیون نفر کشته و ۱۳ میلیون یتیم بر جای گذاشته است.

تأثیر این بیماری بر شاخص توسعه انسانی از طریق اثر مخرب آن بر فاکتور امید به زندگی در کشورهای گرفتار مشخص می‌شود، ولی اثر تخریبی ویروس ایدز فراتر از جان انسان هاست. این بیماری با از بین بردن و ناتوان کردن بزرگسالان در بهترین سال‌های زندگی توسعه را از مسیر خود خارج می‌سازد.

ویروس ایدز، بخشهایی از آفریقا را فلج کرده است. در بوتسوانا، لسوتو، سوازیلند و زیمبابوه از هر سه فرد بالغ یک نفر، در نامیبیا، آفریقای جنوبی و زامبیا از هر پنج نفر یک نفر

شیرین در تبدیل ترکیبات سولفور به ترکیبات بی‌بو بسیار مؤثر شناخته شده است.

درمان با ترمیم‌های دندان‌ی و معالجه بیماری‌های لثه ادامه می‌یابد. توصیه‌هایی مانند خوردن مرتب برای جریان بزاق و تغییر عادات غذایی کمک زیادی می‌کند. در صورت ادامه مشکل ارجاع بیمار به متخصص گوش، حلق و بینی برای معاینه گوش، سینوس‌ها و لوزه‌ها و یا سایر متخصصین (کلیه و مجاری ادراری، غدد و...) برای پیگیری مشکلاتی که قبلاً به آنها اشاره شد و بالاخره مشاوره با روانشناس اقدام بعدی بشمار می‌آید.

در خاتمه باید این نکته را متذکر شد که به علت پایین بودن سطح بهداشت دهان و دندان در جامعه ما (متوسط دفعات مسواک زدن زیر یک است) آمار بروز هالیتوزیس بالاتر خواهد بود و درست به همین علت هدایت افراد در جهت بهبود بهداشت دهان و دندان در اکثر موارد درمان انتخابی بشمار می‌رود. متأسفانه طریقه درمان هالیتوزیس هنوز استاندارد مشخصی ندارد و در تدریس دروس دانشگاهی گنجانده نشده است، اما به خاطر مسایل اجتماعی ناشی از آن شایسته است که بیشتر مورد توجه قرار گیرد.



و در ۱۹ کشور دیگر از هر بیست نفر فرد بالغ یک نفر به این عفونت گرفتار است.

این بیماری، انسانهای فقیر و غنی را با هم به قتل می‌رساند. معلمان، کشاورزان، کارگران کارخانه‌ها و کارمندان دولتی از شمار قربانیان هستند بطوریکه در سال ۱۹۹۸، زامبیا ۱۳۰۰ معلم خود را به دلیل این بیماری از دست داد که برابر با دوسوم تعداد معلمان است که هر سال آموزش می‌بینند. تا سال ۲۰۲۰ آن دسته از کشورهای آفریقایی که بیشترین ضربه را خورده‌اند، بیش از یک چهارم نیروی کار خود را از دست خواهند داد.

اثرات سوء این تراژدی انسانی غیرقابل اندازه‌گیری است. اوگاندا تنها کشور آفریقایی زیر صحراست که وقتی این همه‌گیری به درصدهای بحرانی رسید، توانست آنرا عقب براند. در زامبیا شیوع ویروس ایدز میان زنان جوان بین سالهای ۱۹۹۶ و ۱۹۹۹، ۴٪ کاهش یافت و این امید را به وجود آورد که این کشور، دومین کشور منطقه خواهد بود که سیر بحران را معکوس کرده است.

سنگال نیز داستان موفقیت آمیزی دارد. این کشور توانسته ویروس ایدز را از ابتدا با یک پاسخ سریع و هماهنگ تحت کنترل درآورد. ولی در سایر کشورهای آفریقایی زیر صحرأ، نشانه‌های خوبی به چشم نمی‌خورد.

تصور می‌شد که میزان عفونت در کامرون و نیجریه ثابت مانده باشد، ولی این میزان در حال افزایش است. در یک بررسی، نیمی از پاسخگویان نوجوان این قاره نمی‌دانستند که یک انسان به ظاهر سالم می‌تواند به ویروس ایدز مبتلا باشد.

از میان همه افرادی که در کل دنیا از روشهای جلوگیری از بارداری استفاده می‌کنند، تنها ۷٪ کاندوم را به کار می‌برند که سدی اثربخش در برابر ویروس نقص ایمنی انسانی به شمار می‌رود.

چین، هند و فدراسیون روسیه که همگی جمعیت‌های بزرگی داشته و در معرض تشدید میزان عفونت با ویروس نقص ایمنی انسانی هستند، وضعیتی بشدت نگران کننده دارند. حدود ۷ میلیون نفر در این کشورها آلوده‌اند.

در آفریقای زیر صحرأ، هفت میلیون مورد بیماری در عرض یک دهه به ۲۵ میلیون نفر رسیده است. روند همه‌گیری به خصوصیات اجتماعی و پاسخ‌های بعمل آمده در قبال تهدید بستگی دارد، ولی حتی با یک سیر متوسط، تا سال ۲۰۲۵ تنها در این سه کشور نزدیک به ۲۰۰ میلیون نفر به این عفونت مبتلا خواهند شد.

منبع:

برگرفته از گزارش توسعه انسانی سال ۲۰۰۳ - سازمان ملل متحد

دانستنی‌هایی در ارتباط با تغذیه سالمندان

یعقوب میرزایی

مسئول دفتر گروه پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها

با توجه به پیشرفت‌های علم پزشکی و بهداشتی، متوسط عمر انسان افزایش یافته و در کشورهای پیشرفته، این میزان افزایش، بیشتر است. پیرشدن و سالخوردگی با کاهش تدریجی فعالیت‌های فیزیکی و افزایش بیماری‌های مزمن همراه می‌شود و به نظر می‌رسد که بهبود تغذیه تا حد زیادی قادر است از این مشکلات پیشگیری کند و یا آن‌ها را تخفیف دهد. به همین دلیل یکی از مسائل مهم سالمندان، مسائل پزشکی و بهداشتی از جمله وضعیت تغذیه آنهاست. با افزایش سن، نیاز آنها به انرژی کاهش یافته و تمایل به مصرف غذا کمتر می‌شود. در این حال اگر انتخاب غذا درست صورت نگیرد، میزان دریافت مواد مغذی ضروری در آن‌ها پایین‌تر از حد مطلوب خواهد بود. در این بحث به بررسی بعضی از مشکلات تغذیه‌ای سالمندان و نیازهای تغذیه آنها خواهیم پرداخت.

عوامل مؤثر در ایجاد مشکلات تغذیه‌ای سالمندان

۱ - عوامل جسمانی: مانند کاهش کل انرژی مورد نیاز، بیماری‌های مزمن، بی‌اشتهایی، تغییر حس چشایی، خرابی دندان‌ها، بی‌حرکی،

ناتوانی جسمی، مشکلات گوارشی، تداخلات دارویی و یا تداخل غذا و داروها

۲ - مشکلات روحی و روانی: افسردگی، تنهایی و از دست دادن همسر

۳ - مشکلات اقتصادی: درآمد کم، کمبود امکانات برای تهیه و طبخ غذای مناسب و زندگی در آسایشگاه

میزان انرژی مورد نیاز سالمندان:

با افزایش سن میزان نیاز به انرژی کاهش می‌یابد که می‌تواند به دلیل کاهش فعالیت جسمی، کاهش توده عضلانی و فعال بدن باشد. در صورت دریافت مازاد بر نیاز انرژی مشکلات و عوارضی مانند چاقی، فشارخون، بیماری‌های قلبی - عروقی برای سالمند ایجاد می‌شود. میزان نیاز به انرژی برای هر سالمند متفاوت بوده و براساس وزن، قد، شرایط فیزیکی و سلامتی وی محاسبه می‌شود.

میزان پروتئین مورد نیاز سالمندان:

با افزایش سن علاوه بر کاهش توده عضلانی، ذخیره پروتئینی بدن نیز کاهش می‌یابد و میزان نیاز به پروتئین با افزایش سن نه تنها کاهش نیافته بلکه ثابت مانده و یا افزایش می‌یابد. بویژه در صورت ابتلا به بیماری‌ها و یا عفونت‌ها، این مسئله بسیار مهم می‌باشد. توصیه می‌شود ۱۴ تا ۱۶ درصد از انرژی

دریافتی روزانه سالمندان از پروتئین‌ها به ویژه پروتئین‌های با کیفیت بالا تأمین شود.

میزان مایعات مورد نیاز سالمندان:

توجه به دریافت کافی مایعات در سالمندان از مسائل مهم می‌باشد، چرا که ممکن است در این افراد مکانیسم ایجاد تشنگی مختل باشد و احساس تشنگی نکنند. علایم کمبود آب در بسیاری از سالمندان ممکن است به صورت خشکی لب‌ها، گود افتادن چشم‌ها، تب، یبوست، کاهش حجم ادرار و تهوع باشد که این مسئله در مورد سالمندانی که در مناطق گرم زندگی می‌کنند بیشتر شایع است. استفاده از داروهای ادرارآور نیز از عوامل مؤثر در ایجاد کم‌آبی در سالمندان می‌باشد. بنابراین توجه به مصرف کافی آب و مایعات در این دوران اهمیت ویژه‌ای دارد.

میزان ویتامین‌ها و مواد معدنی مورد نیاز سالمندان:

■ اغلب سالمندان علاقه زیادی به مصرف مکمل‌های ویتامینی دارند که باید به این مسئله توجه شده و از مصرف بیش از حد نیاز این مکمل‌ها خودداری شود.

■ در مورد ویتامین‌های محلول در آب، معمولاً کمبودی در سالمندان دیده نمی‌شود. مگر در سالمندان الکلی که کمبود ویتامین B۱ می‌تواند وجود داشته باشد و یا سالمندانی که دچار سوءتغذیه هستند.

همچنین ممکن است بعضی از سالمندان به علت مشکلات دندان و یا مشکلات گوارشی از خوردن سبزی‌ها و میوه‌ها پرهیز کنند، درحالی‌که این منابع غذایی تأمین کننده ویتامین C هستند و یا مصرف زیاد آنتی‌بیوتیک‌ها می‌تواند در سالمندان کمبود ویتامین K ایجاد کند.

■ کمبود ویتامین D ممکن است در سالمندان به ویژه آنهایی که از نور آفتاب محروم هستند بوجود آید. در مورد مواد معدنی با رعایت یک برنامه غذایی صحیح می‌توان مواد معدنی مورد نیاز سالمندان را تا حد زیادی تأمین کرد. فقط باید به میزان کلسیم دریافتی که معمولاً مقدار مصرف آن در سالمندان به میزان توصیه شده نمی‌رسد توجه شود. عوامل متعددی در کمبود کلسیم در سالمندان نقش دارند که می‌توان به میزان جذب روده‌ای کلسیم، عملکرد کلیه‌ها، متابولیسم استخوان‌ها، اثرات متقابل مواد مغذی بر یکدیگر و بر داروها، کم‌حرکی و عدم مصرف کافی لبنیات به دلیل عدم تحمل به لاکتوز اشاره نمود. در صورتی که شیر و لبنیات به مقدار کافی مصرف نشود ممکن است مکمل کلسیم با تشخیص پزشک و متخصص تغذیه تجویز گردد. در مورد سدیم هم باید در سالمندانی که مبتلا

به فشارخون، مشکلات قلبی، کلیوی و دیابت هستند محدودیت‌هایی اعمال گردد.

به طور کلی سالمندان عزیز باید اصول کلی زیر را مد نظر داشته باشند:

- مراجعه به موقع به پزشک و متخصص تغذیه جهت بررسی وضعیت سلامت و تغذیه و پیروی از یک برنامه غذایی صحیح

- توجه و رسیدگی مناسب به بهداشت دهان و دندان

- مصرف ۵-۶ لیوان آب در روز

- استفاده از تمام گروه‌های غذایی و ایجاد تنوع غذایی در برنامه روزانه

- مصرف مقادیر کافی میوه و سبزی

- استفاده از نان‌های سبوس‌دار

- محدود کردن مصرف غذاهای چرب و شیرینی‌ها

- مصرف کافی لبنیات مثل شیر و ماست

- سالمندانی که دچار بی‌خوابی هستند از مصرف قهوه و چای در بعد از ظهر و شب خودداری کنند و یک فنجان شیر گرم قبل از خواب مصرف کنند.

- از مصرف چای تا ۲ ساعت بعد از غذا اجتناب کرده و در صورت امکان از لیموترش تازه در کنار غذا جهت جذب بهتر آهن غذا استفاده کنند.

وزارتخانه‌های بهداشت و پشتیبانی گروه‌های ملی و بین‌المللی بطور قابل توجهی در اجرای DOTS موفق شدند. هیجده کشور منطقه تا پایان سال ۲۰۰۳ DOTS را در خدمات بهداشتی وزارتخانه‌های بهداشت خود ادغام کردند تا به پوشش کامل و همه‌جانبه DOTS دست یابند. میزان موفقیت درمان در مناطقی که DOTS را اجرا کرده‌اند، بطور متوسط ۸۱ درصد است و بنابراین تقریباً به هدف جهانی آن یعنی ۸۵ درصد دست یافته‌ایم. زندگی دست کم ۳۵۰۰۰۰ نفر در منطقه اجرای استراتژی DOTS نجات یافته است و حدود ۱/۵ میلیون از اعضای خانواده‌ها در سالهای ۲۰۰۱-۱۹۹۷ از آن بهره برده‌اند. شعار امسال روز جهانی سل چنین است: هر نفسی/ارزنده است. مجموع تلاش‌های برنامه‌های کشوری سل در منطقه بطور واضح ثابت کرده است که چگونه راهبردی همچون DOTS می‌تواند تنفس صدها و یا هزاران نفر را بهنجار سازد و آنان را به زندگی سازنده بازگرداند.

اما موفقیت‌های گذشته نباید ما را مغرور سازد. همه‌ی اعضای سازمان جهانی بهداشت متعهد شده‌اند که علاوه بر دستیابی به موفقیت درمان ۸۵ درصد در افراد تحت درمان، دست کم ۷۰ درصد موارد سل در جامعه را نیز شناسایی کنند. با وجود افزایش پوشش

فعالیت‌های DOTS و دستیابی به موفقیت‌های قابل توجه در درمان، هنوز میزان بیماری‌ها در منطقه در سال ۲۰۰۳ در حد پایین ۲۸ درصد است. با وجود این، اکنون نشانه‌های دلگرم‌کننده‌ای از افزایش سریع بیماری‌ها در آینده‌ای نزدیک دیده می‌شود. گسترش کند پوشش DOTS در دو کشور (پاکستان و افغانستان) با بار سنگین سل در طی سالهای اخیر دلیل اصلی میزان پایین کشف بیماران در منطقه مدیترانه شرقی بوده است. در این دو کشور تداوم حمایت‌های فنی و افزایش کمک‌های مالی زمینه کاری مناسب را برای توسعه‌ی سریعتر راهبرد DOTS ایجاد نموده است. بیشتر گزارشهایی که اخیراً از پاکستان ارسال شده‌اند نشان دهنده دسترسی پوشش کامل DOTS تا پایان سال ۲۰۰۴ می‌باشند که موجب افزایش قابل توجه میزان کشف بیماران در منطقه خواهد شد.

افزایش میزان کشف بیماران در کشورهایی که قبلاً به پوشش کامل رسیده‌اند اولویت دوم ما است. دیدگاه‌های راهبردی در جلسات اخیر بین کشوری مدیران کشوری برنامه کنترل سل (NTP) و گروه مشاوران فنی و راهبردی کنترل این بیماری در منطقه (STAG) بطور مفصل مورد بحث قرار گرفته، و قدم‌های مهمی جهت عملی نمودن

- قرار گرفتن در معرض نور آفتاب به مدت نیم ساعت در روز و استفاده از لباس‌های رنگ روشن.

به کلیه سالمندان توصیه می‌شود با توجه به شرایط بدنی خود، نرمش و تحرک روزانه را هر چند کم آغاز کنند. حتی ۲۰ دقیقه پیاده‌روی سبک در هوای آزاد می‌تواند در ایجاد نشاط و سلامت سالمندان بسیار مؤثر واقع شود و برای انجام فعالیت‌های سنگین هم بهتر است ابتدا با پزشک خود مشورت کنند.

**توجه امروز به سالمندان،
توجه به فردای خودمان
خواهد بود**

روز جهانی سل - ۲۴ مارس ۲۰۰۴

پیام دکتر حسین جزایری مدیر کل دفتر سازمان جهانی بهداشت در منطقه مدیترانه شرقی

به نام خداوند بخشنده مهربان

دوستان و همکاران عزیز:

سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۹۳ میلادی همه‌گیری سل را فوریتی جهانی اعلام کرد و از سال ۱۹۹۶ میلادی راهبردی نوین به نام DOTS را برای مقابله سریع و مقرون به صرفه با این همه‌گیرها در پیش گرفت. کشورهای منطقه مدیترانه با هدایت

توصیه‌های حاصل از اجلاس مختلف در سال ۲۰۰۳ برداشته شده است.

دو روش کلی برای بهبود گزارش‌دهی وجود دارد: نخست بهبود کیفیت اجرای فعالیت‌های DOTS است که منوط به بهبود شبکه آزمایشگاهی و فعالیت‌های مرتبط با آن و بهبود فعالیت‌های مراقبتی در کنترل سل است. خدمات آزمایشگاهی میکوباکتریولوژی در چند کشور منطقه از لحاظ استانداردسازی کار، کیفیت و دسترسی خدمات در سال ۲۰۰۳ بازنگری شد و نیز برنامه‌های کشوری و راهنمایی برای تقویت این خدمات تهیه گردید. هم‌اکنون نشریه سه‌ماهه نظام مراقبت (DOTS FAX) وجود دارد که توسط آن از جمع‌آوری، تحلیل، بازخواند دقیق، کامل و به موقع اطلاعات در زمینه کشف موارد و نتیجه درمان در تمام کشورها اطمینان حاصل می‌شود. بعضی از کشورها رویکردهای مبتکرانه‌ای نظیر گزارش‌دهی براساس نام و ملیت بیمار را به کار گرفته‌اند.

دیگر راهبرد افزایش بیماریابی، گسترش همه جانبه فعالیت‌های DOTS از طریق مشارکت دادن طیف وسیعی از کارمندان بهداشت و درمان در فعالیت‌های DOTS است. هم‌اکنون DOTS از طریق وزارت بهداشت در بسیاری از کشورها اجرا می‌شود.

اما هنوز سایر وزارتخانه‌ها همانند آموزش عالی، کشور، دفاع، تأمین اجتماعی و بخش‌های خصوصی مرتبط با سلامت بطور کامل همکاری نمی‌کنند. تعداد بیمارانی که به این بخشها مراجعه می‌کنند بسته به وضعیت ویژه بعضی کشورهای منطقه بسیار اهمیت دارند و گنجاندن آنان در برنامه جامع DOTS می‌تواند میزان بیماران کشف شده را بطور قابل توجهی افزایش دهد. منطقه مدیترانه شرقی به ۹ کشور منطقه جهت تهیه پیش نویس بودجه مربوط به یافتن روشهای ایجاد همکاری و مشارکت بین کارکنان بهداشت کمک نموده است. پیش از این چهار کشور کمک‌های مالی مربوط به این فعالیت را دریافت نموده‌اند. گزارش تفصیلی کشورهایی که این طرح‌های آزمایشی را انجام داده‌اند برای تهیه راهبرد جامع منطقه‌ای خواهد بود.

میزان بیماریابی گزارش شده، بر اساس تخمین میزان بروز است که در هر کشور به وسیله الگوسازی همه‌گیر شناختی و استفاده از تمام اطلاعات در دسترس همه‌گیرشناسی بدست می‌آید. میزانهای تخمینی بروز عموماً قابل اعتماد هستند، ولی در بعضی از کشورها در اعتبار آنها شک و تردید وجود دارد، زیرا میزان بیماریابی با وجود فعالیت‌های خوب و پوشش کامل DOTS هنوز بسیار پایین است.

دفتر منطقه مدیترانه شرقی برای کشورهای دارای پوشش کامل و کیفیت بالای DOTS بازنگری را در دستور کار خود قرار داده است.

مسئله مهم دیگر پژوهشهای کاربردی است. دفتر منطقه‌ای، پژوهشهای کاربردی را به منظور پرداختن به موانع گسترش DOTS و تقویت خدمات سل تشویق نموده است. این پژوهشها عمدتاً از طریق بودجه‌هایی است که برای کنترل بیماریهای واگیر تخصیص یافته است. در سه سال گذشته برای ۲۵ طرح پژوهشی و کاربردی در زمینه کنترل سل از طریق این بودجه تأمین اعتبار شده است. ادامه روند انجام پژوهشهای کاربردی و تقویت کاربرد آنها در حل مسئله میزان کم بیماریابی دارای اهمیت است.

مراقبت از میزان MDR یکی از اجزای مهم پژوهش سل در منطقه خواهد بود. مراقبت این گروه از بیماران مبتلا به سل بسیار مشکل و پرهزینه می‌باشد. بهترین راه پیشگیری از MDR اطمینان از درمان مناسب بیماران با استفاده از روش DOTS است. بنابراین، اطلاعات منظم از میزان مقاومت دارویی، ابزار مهم پایش برای ارزیابی کیفیت اجرای DOTS است. کشورهای عضو شورای همکاری خلیج فارس (بویژه عمان)

پژوهش‌هایی در زمینه بررسی وضعیت سل مقاوم با دیدگاه ایجاد چنین نظام مراقبتی در کشورهایشان انجام داده‌اند. مصر مطالعات خود را در این زمینه تکمیل نموده است. ولی لبنان هنوز در مرحله تجزیه و تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده است. سایر کشورها مثل اردن، سوریه و یمن در مرحله‌ی تحلیل داده‌های پژوهش‌ها هستند و سودان نیز در حال برنامه‌ریزی برای اجرای پژوهش در این زمینه می‌باشد.

همکاران محترم بیماری سل دیر زمانی است که به عنوان بیماری علاج نشدنی همراه با انگ اجتماعی شناخته شده است. اما امروز، وضعیت متفاوت است. ما مداخله‌ای مؤثر به نام DOTS داریم که می‌تواند بیماران را درمان کند. حمایت‌های مردمی برای کنترل سل افزایش داشته است و منابع مالی نوینی گشوده شده است. نبود منابع مالی، توجیه ضعف اجرای برنامه نمی‌تواند باشد. هم‌اکنون چالش ما استفاده مؤثر از منابع در دسترس است. همه اعضای سازمان جهانی بهداشت خود را وقف اهداف جهانی کنترل سل تا سال ۲۰۰۵ نموده‌اند. اکنون فرصتی ایجاد شده است و وظیفه‌ی ما نیز در مضمون موضوع مشارکت جهانی امسال برای توقف TB خلاصه می‌شود: **پس به قولمان وفا کنیم.**

مروری بر هپاتیت C راه‌های انتقال، پیشگیری و درمان

دکتر رمیم دهفدا و همکاران*

سازمان انتقال خون استان آذربایجان شرقی

کشف ویروس هپاتیت C در سال ۱۹۸۹ و ارتباط آن با هپاتیت nonA – nonB باعث درک اهمیت جهانی آن شد. قبل از کشف HCV نیز شیوع جهانی آن به عنوان بیماری که در همه سنین، هر دو جنس، نژادهای مختلف و نواحی مختلف بروز می‌کند ثابت شده بود. در بسیاری از کشورهایی که اپیدمیولوژی HCV مورد مطالعه قرار گرفته میزان فرايندهای از عفونت مشاهده شده است. عفونت‌های جدید، مرتباً بروز می‌کنند که دلیل عمده آن استفاده از خونهای غربالگری نشده و سترون‌سازی ناکارآمد وسایل پزشکی می‌باشد. ارتباط هپاتیت C مزمن با کارسینومای هپاتوسلولار در بسیاری از مناطق جهان به اثبات رسیده است و ۲۲٪ از ۵۰۰۰۰۰ مورد جدید سرطان کبد که سالیانه روی می‌دهد در ارتباط با HCV است. مطالعات مختلف نشان داده است ۷۵٪ از موارد هپاتیت C در دهه دوم و سوم پس از ابتلا، دچار عوارض کبدی مانند سیروز و در ۱ تا ۵ درصد موارد دچار سرطان کبد می‌شوند. با توجه به این ارقام و اعداد، هپاتیت یک

مشکل بهداشتی جهانی است. بر اساس مطالعات مختلف ۱۷۰ میلیون نفر یا به عبارتی ۳٪ از جمعیت جهان مبتلا به هپاتیت C هستند. از آنجا که مطالعات انجام شده در سرتاسر جهان بیشتر روی گروه‌های خاص مانند بانوان حامله، اهداء کنندگان خون یا بیماران بستری صورت گرفته است، لذا نمی‌توان در مورد شیوع بیماری اظهار نظر دقیق کرد. بر اساس یک نتیجه‌گیری کلی شیوع آنتی‌بادی HCV در کشورهای اروپایی، آمریکایی و جنوب شرق آسیا کمتر از ۲/۵٪ است. در خاورمیانه این مقدار بین ۱ تا ۱۲ درصد متغیر است. بر اساس بررسی‌های به عمل آمده در سازمان انتقال خون تبریز میزان آلودگی به HCV در سال ۱۳۸۲ به شرح زیر می‌باشد:

تعداد	اهداء کنندگان خون	بیماران مراجعه کننده به سازمان
۴۷۶۱۷	۲۹۴۶	
موارد مثبت HCV تأیید شده	۱۹۶	۲۳۵
درصد موارد مثبت تأیید شده	۰/۴۶٪	۷/۹۸٪

ویروس هپاتیت C یک RNA ویروس کوچک و پوشش‌دار است که به خانواده Flaviviridae و تیره هپاسی ویروس

(Hepacivirus) تعلق دارد. ویروس به میزان بالایی در کبد تکثیر می‌یابد و هتروژنیسته بالایی در توالی ژنوم خود دارد. ۶ ژنوتیپ و بیش از ۹۰ Subtype از ویروس وجود دارد. ولی به علت عدم مطالعه در کشور ما هنوز اطلاع دقیق از ژنوتیپ و زیرگونه ویروس در دسترس نمی‌باشد. هپاتیت C حاد با ظهور HCV RNA در سرم طی یک یا دو هفته بعد از مواجهه با ویروس و بدنبال آن افزایش آلانین آمینو ترانسفراز، ALT و در ادامه بروز علائم و زردی مشخص شود. آنتی‌بادی بر علیه HCV بعداً افزایش می‌یابد. در هپاتیت حاد بهبود یابنده HCV RNA، ناپدید شده و سطح سرمی ALT به سطح نرمال باز می‌گردد. با این حال در ۵۵ تا ۸۵ درصد بیماران، ویروس از بین نرفته و به سمت هپاتیت مزمن پیشرفت می‌کند. هپاتیت مزمن C اغلب بدون علامت است ولی معمولاً با افزایش پایدار یا نوسان‌دار سطح ALT همراه است. عواقب هپاتیت C شامل فیروز پشرونده کبدی، سیروز و کارسینوم هپاتوسلولار می‌باشد. مکانیسمهای انتقال هپاتیت C و گروه‌های در معرض خطر:

معتادین تزریقی و تزریق خون شایع‌ترین راههای انتقال هپاتیت C در جهان هستند. افرادی که از فرآورده‌های انسانی استفاده

می‌کنند مانند بیماران هموفیلی، بیماران همودیالیزی و بیمارانی که تزریق خونهای مکرر دارند، بیشترین شیوع HCV را دارا هستند. راههای تزریقی تنها مسبب ۳۰ تا ۷۰ درصد از موارد بیماری بوده، راههای دیگری مانند دخالت‌های پزشکی، خالکوبی، طب سوزنی، فرو رفتن سوزن تزریقی در دست (Needle Stick)، تماس جنسی و انتقال عمودی (مادر به جنین) مسئول ایجاد سایر موارد بیماری می‌باشند. بر اساس نتایج مطالعات مختلف، انتقال عمودی HCV به نوزادان صورت نمی‌گیرد مگر در مواردی که مادر به طور همزمان به HIV نیز آلوده باشد. اما اخیراً گزارش شده که حتی در غیاب عفونت HIV ۳ تا ۵ درصد از نوزادان متولد شده از مادران ناقل HCV دچار عفونت خواهند شد و نیز مشخص شده که خطر سرایت با میزان HCV RNA مادر ارتباط مستقیم دارد. بر این اساس در صورتی که مقدار HCV RNA مادر کمتر از ۱۰^۶ genom Eq/ml باشد (اگر از روش branched DNA یا PCR رقابتی استفاده شود) ویروس منتقل نمی‌شود. در صورتی که تیتراژ HCV RNA در مادر بالا بوده و عفونت همزمان HIV نیز وجود داشته باشد، احتمال انتقال عمودی (از مادر به جنین) بالا

می‌باشد. شیردادن به کودک خطر انتقال HCV را به همراه ندارد. در یک بررسی به عمل آمده بر روی ۱۷ کودک متولد شده از مادران مبتلا به HCV که تغذیه با شیر مادر داشتند، شواهدی از ابتلاء به عفونت HCV مشاهده نشد.

شواهد دال بر انتقال جنسی HCV گزارش‌های CDC حاکی از این است که در ۶٪ از مبتلایان به هپاتیت C هیچگونه فاکتور خطری به جز تماس جنسی هتروسکسوال با فرد مبتلا به HCV یا تماسهای مکرر جنسی با افراد مختلف وجود نداشت. در بررسی دیگر به عمل آمده توسط CDC مشخص گردید که ۱۶٪ از افراد با سابق تماس جنسی با فرد مبتلا به هپاتیت C، دارای آنتی بادی ضد HCV بوده‌اند. در بین بیماران مراجعه کننده به یک درمانگاه بیماریهای مقاربتی، بانوانی که شریک جنسی آنها HCV مثبت بودند، احتمال ابتلاء عفونت سه برابر بیشتر بوده و این در حالی است که سوش و ویروس جدا شده از این افراد در ۹۴٪ موارد با سوش شریک جنسی آنها شباهت (Homology) داشت. علیرغم همه مسایل ذکر شده، امکان اثبات انتقال جنسی به طور متعدد مقدور نمی‌باشد، زیرا:

۱ - غالباً غیر ممکن است که احتمال تزریق مواد مخدر را به عنوان فاکتور خطر، یا احتمال روابط جنسی پنهان را رد کرد.

۲ - شباهت (همولوژی) بین سوشهای ویروسی تنها بیانگر منشاء مشترک عفونت در هر فرد مبتلا بوده و دلالت بر انتقال ویروس از راه تماس جنسی نمی‌باشد.

واکسن ویروس هپاتیت C:

با وجود بیش از یک دهه اطلاعات درباره ویروس هپاتیت C، پیشرفت اندکی در زمینه ساخت واکسن پدید آمده است. موانع بسیاری بر سر راه ساخت واکسن علیه این ویروس وجود دارد. یک سیستم کشت بافتی خوب و قوی برای تکثیر HCV وجود ندارد، همچنین سنجشهای نوترالیزاسیون ساده و یا مدل‌های حیوانی کوچک برای عفونت وجود ندارد. سایر موانع موجود بر سر راه ساخت واکسن، عبارتند از: کیفیت ویروس HCV و هتروژنیته مشخص آن (این نکته بیانگر آن است که واکسن‌های ساخته شده باید علیه چندین ژنوتیپ مؤثر باشند) و همچنین پاسخ ضعیف آنتی‌بادی به آنتی‌ژنهای نوترکیب HCV که در انسان دیده می‌شود. اما دشوارترین موضوع این است که پاسخ ایمنی علیه HCV کامل نبوده و آلودگی مجدد بعد از عفونت می‌تواند اتفاق بیفتد، این آلودگی یا می‌تواند در نتیجه

مواجهه با گونه (Strain) دیگری از ویروس و یا حتی همان گونه اتفاق بیفتد. این یافته‌ها بیانگر آن است که تهیه واکسن، نیازمند پیشرفت‌های اساسی در ایمونولوژی و ساخت واکسن می‌باشد. اما فعلاً کنترل هپاتیت C نیازمند روشهای ارتقای بهداشت جامعه و احتمالاً درمان افراد آلوده و عفونی است. درمان هپاتیت C:

دو رویکرد درمانی متفاوت در مواجهه با هپاتیت C مزمن وجود دارد:

۱ - monotherapy: با تجویز اینترفرون

۲ - combination therapy: تجویز اینترفرون همراه با ریبویرین

درمان با اینترفرون: تزریق زیر جلدی اینترفرون آلفا با مقادیر سه بار در هفته به مدت ۶ ماه منجر به بروز پاسخهای بیوشیمیایی درمانی (برگشت سطوح ALT به مقادیر نرمال) در بیش از ۵۰٪ موارد و پاسخهای ویروالوژیک (HCV RNA غیر قابل شناسایی) توسط PCR در بیش از ۳۰٪ بیماران می‌گردد. شایان ذکر است که میزان عود در این شیوه درمانی بالای ۹۰٪ می‌باشد.

تجویز اینترفرون همراه با ریبویرین: شیوه درمانی بسیار مؤثر در افزایش اثربخشی درمانی اینترفرون، افزودن ریبویرین به رژیم درمانی می‌باشد. استفاده از رژیم درمانی منفرد حاوی

ریبویرین، مؤثر نبوده و قادر به کاهش سطوح HCV RNA نمی‌باشد. در مقایسه، استفاده از رژیم درمانی ترکیبی اینترفرون با مقادیر استاندارد به همراه ریبویرین با مقادیر درمانی ۱۰۰۰ mg برای بیماران با وزن کمتر از ۷ کیلوگرم و ۱۲۰۰ mg در بیماران با وزن بالای ۷ کیلوگرم به طور روزانه، منجر به افزایش پاسخ درمانی می‌گردد، به طوری که گزارش‌های موجود حاکی از وجود پاسخ‌های درمانی حاصله در طی دوره ۶ و ۱۲ ماهه در بیش از ۵۰٪ موارد، پایداری نتایج درمانی حاصله بالغ بر ۳۳٪ در طی یک دوره ۶ ماهه و ۴۱٪ در دوره پیگیری ۱۲ ماهه می‌باشند.

زمینه‌های مطالعاتی مورد نیاز آینده:

مهمترین نیاز در زمینه تحقیقات هپاتیت C، ایجاد سیستم کشت سلولی قابل اطمینان و نیرومند جهت تکثیر ویروس HCV می‌باشد. یک سیستم invitro برای ارزیابی تکثیر ویروس دیدگاه‌ها را به سمت ساختار HCV و عملکرد اجزای پلی‌پپتیدی و RNA متوجه می‌سازد. همچنین سیستم کشت سلولی راههایی را به سمت درک بهتر ایمونولوژی هپاتیت C، نحوه بهبود هپاتیت C حاد و ماهیت پاسخ ایمنی مطلوب در هپاتیت C مزمن فراهم می‌کند. نهایتاً اینکه بدون یک سیستم کشت سلولی برای HCV حرکت به

سمت ساخت واکسن HCV، کند و طاقت فرسا خواهد بود.

به تنهایی و یا همراه سیستم کشت سلولی، نمونه‌های حیوانی کوچک نیز جهت بررسی عفونت HCV مورد نیاز است. در حال حاضر شامپانزه تنها مدل حیوانی قابل اطمینان برای بررسی عفونت است. این مدل حیوانی جهت تأمین کامل نیازهای تحقیقاتی بسیار گران قیمت است. نمونه حیوانی جهت ارزیابی ایمنی به عفونت‌های مجدد، واکسن‌های HCV و راههای جدید درمان عفونت هپاتیت C مورد نیاز است. هدف جدیدترین تحقیقات روی هپاتیت C، ساخت یک واکسن علیه ویروس می‌باشد. برای این منظور روشهای نوین واکسیناسیون مورد نیاز است. احتمالاً شیوه‌های مشخص مانند استفاده از پروتئین‌های ساختاری مشتق از کشت سلولی یا تهیه شده با روشهای نو ترکیب در القای تولید آنتی‌بادی یا فعال‌سازی سلولهای T و ایجاد ایمنی علیه عفونت مؤثر نباشند. همچنین تحقیقات بالینی بیشتری بر روی ویروس هپاتیت C، بخصوص تعیین بهتر خصوصیات ویروژنیک، ایمونولوژیکی و سایر عوامل وابسته به میزان که تعیین کننده مراحل بالینی و عواقب عفونت در هپاتیت C حاد می‌باشند، لازم است. همکاری‌های بیشتر در زمینه‌های

علوم پایه و بالینی که امکان شناسایی سریعتر موارد هپاتیت حاد را فراهم کند، لازم است و برای این منظور بکارگیری دانش ویروژنی و ایمونولوژی به شکل هنرمندانه، مورد نیاز می‌باشد. چنین مطالعاتی به احتمال زیاد دیدگاههایی دقیق از شناخت عوامل تعیین کننده بهبود هپاتیت C را به همراه خواهند داشت. امکان شناخت عوامل لازم برای کسب ایمنی در برابر عفونت مجدد را فراهم می‌کند. همچنین این مطالعات مواردی را جهت بررسی دقیق درمان سریع هپاتیت حاد C، چه در زمان عفونت حاد و یا آن گونه که انتظار می‌رود در دوره انکوباسیون یا بلافاصله بعد از مواجهه با ویروس فراهم خواهد کرد.

* همکاران: دکتر عبدالناصر مقدم، سید اسماعیل ترابی و کیومرث عابد آشتیانی

افسردگی، عارضه جدی و خطرناک دیابت

دکتر مهرداد گلزاری

کارشناس گروه پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها

در اکثر مقالات، کتابچه‌ها و حتی کتب مرجع مربوط به کنترل و مراقبت بیماری دیابت، افسردگی در لیست عوارض بیماری دیابت قرار داده نمی‌شود و یا اشاره بسیار گذرا به آن می‌گردد. با این حال افسردگی و

اختلالات وابسته به آن از عوارض شایع این بیماری بوده و می‌توانند بالقوه خطرناک باشند. میزان بروز افسردگی در بیماران دیابتی بسیار بیشتر از جمعیت عمومی بوده و افراد دیابتی با اختلال افسردگی شدید، نسبت بالایی از حملات عودکننده افسردگی را در ۵ سال آینده تجربه خواهند نمود.

بیش از ۳۰۰ سال است که پزشکان به اثر متقابل هیجانات و روند بیماری دیابت پی برده‌اند و ثابت گردیده حالات روانی بر روی روند این بیماری تأثیرگذار است. دیابتی‌های با اختلال افسردگی ممکن است انرژی و یا انگیزه کافی جهت ادامه اداره بیماریشان را نداشته باشند. عقیده بر این است استرس ناشی از افسردگی می‌تواند منجر به هیپوگلیسمی در بیماران دیابتی شود. همچنین در بیماران دیابتی بزرگسال، خودکشی با انسولین در دوزهای کشنده ممکن است رخ دهد. مطالعات نشان داده‌اند که بدنبال وقایع استرس‌زا و یا عود بیماری‌های روانی، هر دو نوع دیابت (تیپ یک و دو) تشدید می‌شوند.

همچنین افسردگی و اضطراب می‌توانند تعدادی از سندرمها و اختلالات بالینی را سبب شوند، مانند سندرم روده تحریک‌پذیر، سندرم خستگی مزمن، انواع سردردها و... درمان افسردگی و اضطراب ممکن است پیش‌آگهی

این اختلالات را بهتر کرده و به بهبود کیفیت زندگی بیماران کمک قابل توجهی کند. با در دسترس بودن روشهای ساده اندازه‌گیری قند خون می‌توان به بررسی اثرات درازمدت و کوتاه‌مدت فاکتورهای روانی بر روی سطح گلوکز خون پرداخت. کودکان دارای تیپ شخصیتی A مستعد افزایش سطح گلوکز خون در جواب به استرس‌ها می‌باشند، در عوض کودکان دارای تیپ شخصیتی B در موقعیت‌های استرس‌زا افزایش ناچیزی در سطح گلوکز خون نشان می‌دهند. مطالعه انجام یافته در سال ۱۹۹۷ نشان داد که بیماران دیابت تیپ یک با سابقه اختلالات روانی در معرض بروز رتینوپاتی دیابتی قرار دارند. در این بیماران همچنین متوسط هموگلوبین گلیکوزیله خون بالا می‌باشد. بیماران دیابتی بزرگسال بیش از آنکه بنظر می‌رسد عقاید خودکشی دارند. آنهایی که ایمن عقاید خطرناک را دارند معمولاً از حمایت خوبی برخوردار نبوده و بخوبی از خودشان مراقبت بعمل نمی‌آورند. زندگی در خانه‌ای که فاقد پدر، مادر و یا هر دو باشد، باعث کاهش کنترل درازمدت بیمار دیابتی خواهد شد. نتایج مطالعات اخیر حاکی از آن است که درمان مؤثر افسردگی می‌تواند کیفیت کنترل بیماران را بهبودی بخشد.

تشخیص بیماری دیابت برای یک فرد، استرس بزرگی در زندگی وی قلمداد می‌شود و جهت تطابق با این بیماری نیاز به تمهیدات فیزیکی، روانی و اجتماعی فراوانی می‌باشد. افراد دیابتی بایستی در مورد انواع روش‌های تغذیه و اقدامات پزشکی لازم، آموزش‌های مربوط را فرا گیرند. روش زندگی، محیط کار و برنامه تحصیلی ممکن است تغییر یابند که این موارد نیازمند صرف انرژی و وقت فراوان برای بیمار و خانواده وی می‌باشد و خود می‌تواند از منابع استرس‌زا برای بیمار و اطرافیانش باشد. همچنین بایستی سازگاری‌های روانی بین بیمار، افراد خانواده و همکاران وی بوجود آید. سازگاری مهم و اساسی، تغییر نگرش فرد به خود و زندگی‌اش است. برای افرادی که فکر می‌کنند شکست‌ناپذیر بوده و سعی در انکار و یا مقاومت در برابر این بیماری دارند، تغییر نگرش ممکن است مشکل و بعید بنظر برسد. بسیاری از افرادی که برای آنها بیماری دیابت تشخیص داده شده به سمت مراحل سوگ (Mourning) پیش می‌روند. مراحل سوگ در بیماری دیابت به شرح زیر می‌باشد: ناباوری و انکار (Denial): مرحله انکار بطور شایع در دیابتی‌های بزرگسال روی می‌دهد. افراد، بیماری خود را باور ندارند و آن را

انکار می‌کنند. مبتلایان به خود می‌گویند نتایج آزمایش‌های آنها غلط است و اشتباهی روی داده و یا عامل دیگری موجب بروز این علایم شده است. این مرحله می‌تواند یکی از مراحل خطرناک سوگ باشد، چرا که بیمار می‌تواند بکلی بیماری خود را انکار کرده و در اثر عدم مراقبت، عوارض جدی بیماری بروز کند. این مرحله ممکن است بارها تکرار شده و بیماران به این مرحله بازگشت نمایند. *پدیده ماه غسل** در بیماران دیابت نوع یک ممکن است باعث تقویت مرحله انکار شود. خشم (Anger): در این مرحله بیمار می‌گوید «چرا من؟» و یا «این منصفانه نیست که بین این همه آدم، من دیابتی شوم» خصوصاً بیماران دیابتی نوع ۲ که در حال کاستن از وزن خود بوده و تحت رژیم‌های غذایی قرار دارند ممکن است نسبت به افراد چاق غیردیابتی که از خوردن و احساس سلامتی لذت می‌برند، احساس حسادت بیمارگونه داشته باشند. متأسفانه احساس خشم بطور مؤثری سطح گلوکز خون را تحت تأثیر قرار می‌دهد. افسردگی (Depression): افسردگی خفیف و کوتاه‌مدت، جزء طبیعی احساس ماتم و انطباق است. این نوع افسردگی پیشرونده نبوده و طولانی مدت نمی‌گردد. ولی چنانچه افسردگی بمدت طولانی ادامه یابد، ممکن

است شدید و خطرناک شده و با مراقبت دیابت تداخل کند، بنابراین بایستی بی‌درنگ اقدام به مداخله نمود. پذیرش (Acceptance): در نهایت اغلب افراد، بیماری خود را می‌پذیرند. به جای آنکه اجازه دهند دیابت آنها را از پای درآورد، تصمیم می‌گیرند بیماری خود را کنترل کنند و به زندگی خود ادامه دهند. در این مرحله تعدادی از بیماران ممکن است به دفعات، مراحل قبلی را دوباره تکرار نمایند. تعدادی از بیماران ممکن است به سطوح بسیار بالایی از بصیرت نسبت به بیماری خود دست یابند و حتی ممکن است آن را موهبتی برای خود به شمار آورند. در این مرحله بیماران با رعایت رژیم غذایی مناسب، تحرک بدنی کافی و همچنین کنترل استرس‌های روزانه درک عمیقی از خود و ارتباطات خود با جهان خارج و دیگران را خواهند داشت. آنها خواهند فهمید که زندگی بسیار با شکوه ولی در عین حال آسیب‌پذیر است. اغلب بیماران دیابتی افسرده متوجه اختلال افسردگی خود نیستند و این امر باعث کاهش مراقبت از خود و کنترل قند خون خواهد گردید. در این مواقع همسر، دوست و یا همکار صمیمی بیمار می‌تواند اطلاعات مهم و ارزشمندی را در اختیار پزشک قرار دهد.

روانپزشکان نقش اساسی را در امر کنترل افسردگی در بیماران دیابتی به عهده دارند. روانپزشکان، پزشکانی هستند که دوره طب عمومی را سپری کرده‌اند، بنابراین می‌توانند تشخیص‌های افتراقی را طبقه‌بندی کرده، با پزشک معالج دیابت گفتگو کنند و بین داروهای ضدافسردگی و ضد دیابت تعادل برقرار کنند. علایم افسردگی در بیماران دیابتی عبارتند از: خلق افسرده در طول روز، کاهش لذت در فعالیت‌های طبیعی، مشکل در به خواب رفتن و یا افزایش غیر طبیعی نیاز به خواب، کاهش یا افزایش وزن، احساس گناه یا بی‌ارزش بودن، داشتن سطوح پایین انرژی، اشکال در تمرکز حواس و تصمیم‌گیری و افکار خودکشی.

درمان افسردگی در بیماران دیابتی:

ضد افسردگی‌ها:

امروزه طیف وسیعی از داروهای ضدافسردگی در دسترس می‌باشند. با انتخاب داروی مناسب از این رده می‌توان عوارض جانبی آنها بر روی دیابت را کاهش داد. ضدافسردگی‌های سه حلقه‌ای قدیمی (مانند ایمی‌پرامین) باعث افزایش سطح گلوکز خون در افراد دیابتی غیرافسرده می‌گردد. با این وجود چنانچه این داروها در افراد دیابتی

افسرده بکار روند، کیفیت کنترل این بیماران را بهبود خواهند بخشید.

مهارکننده‌های اختصاصی بازجذب سروتونین (SSRIs) همانند فلوکسیتین به لحاظ تجویز آسان، در دسترس بودن و اثرات جانبی اندک، در خط اول درمان بیماران دیابتی افسرده قرار دارند. بایستی به یاد داشت که در بیماران دیابتی کاهش میل جنسی وجود دارد. این داروها خود باعث کاهش بیشتر میل جنسی می‌شوند. در صورتی که این مسئله برای بیمار بسیار مهم باشد بایستی با روانپزشک مشاوری نمود و یا از رده دیگری از داروها استفاده نمود که در این موارد مشکل معمولاً برطرف می‌گردد. درمان مناسب افسردگی، غالباً عملکرد جنسی بیماران را بهبود خواهد بخشید. استفاده از داروهای ضدافسردگی Bupropion و Venlafaxin در این موارد مفید خواهند بود. اغلب، بیماران به نخستین درمان جواب خواهند داد و سایرین ممکن است مصرف تعدادی از داروها را تا حصول نتیجه مطلوب تجربه کنند.

روان‌درمانی:

به‌تازگی محققان تلاش گسترده‌ای را در مطالعات روان‌درمانی شروع کرده‌اند. این

مطالعات نشان می‌دهند که بکار بردن انواعی از روشهای روان‌درمانی مؤثر خواهند بود.

شناخت‌درمانی تأثیرات مثبتی بر روی افسردگی بیماران دیابتیک دارد.

شناخت‌درمانی چهار مرحله دارد:

- ۱) مشخص کردن تفکرات ناسازگار با ثبت روزانه فکریایی که قبل یا همراه علایم یا رفتارهای غیرطبیعی در ذهن بیمار رخنه می‌کنند، در اولین فرصت و توسط خود بیمار
- ۲) به چالش کشیدن این تفکرات با تصحیح برداشت‌های نادرست (به کمک اطلاعات صحیح و نشان دادن روش غیر منطقی استدلال بیمار)
- ۳) آموزش روشهای جایگزینی تفکر به بیمار (جایگزینی تفکرات فعلی بیمار با تفکرات مثبت مؤثر)
- ۴) آزمودن این توضیحات جایگزین در رفتار بیمار

روان‌درمانی شناختی همچنین برای افراد دیابتیک غیرافسرده‌ای که با کنترل و مراقبت بیماری خود مشکل دارند، مفید می‌باشد.

اضطراب در بیماران دیابتی:

استرس و اضطراب باعث افزایش ناگهانی در غلظت گلوکز خون می‌شوند. حملات پانیک ممکن است شبیه حوادث هیپوگلیسمیک باشد (در صورت شک بایستی

درمان هیپوگلیسمی هر چه سریعتر آغاز شود). افراد دیابتی، واکنش‌های متفاوتی به وضعیت‌های استرس‌زا دارند. برای مثال دو فرد دیابتی که از هر لحاظ مشابه می‌باشند، چنانچه در وضعیت استرسی مشابهی قرار گیرند ممکن است پاسخ‌های متفاوتی را بروز دهند. بنابراین در طی یک موقعیت استرس‌زا بایستی قند خون فرد دیابتی بصورت مرتب ارزیابی شود.

چنانچه افسردگی توأم با اضطراب باشد، روشهای درمانی بخصوصی بکار می‌روند. اگر اضطراب بیمار شدید باشد، بایستی نوع آن قبل از شروع درمان تشخیص داده شود. لیست زیرین بر انجام اموری دلالت دارد که یک بیمار دیابتی بایستی در موارد اضطراب متوسط و یا شدید انجام دهد:

- روش زندگی خود را به جهت شناسایی منابع استرس‌زا ارزیابی کند. آیا این منابع قابل حذف هستند؟
- روش‌های آرامش روانی (Relaxation) را فرا گیرد. یوگا، دعا و نیایش می‌توانند مؤثر واقع شوند.
- به مقدار کافی بخوابد.
- ورزش روزانه، البته بعد از مشورت با پزشک معالج را در لیست کارهای ضروری روزانه قرار دهد. ورزش پاسخ فیزیولوژیک

بدن نسبت به استرس را افزایش می‌دهد. همچنین باعث کاهش نیاز بیماران دیابتی به عوامل ضد دیابتی می‌گردد. قند خون قبل از آغاز هر گونه فعالیت ورزشی باید اندازه‌گیری گردد.

- لیستی از نگرانی‌های روزانه خود را تهیه کند. با نگاه کردن به این لیست در می‌یابد که اغلب این مشکلات قابل حل هستند.

بسیاری از فعل و انفعالات فیزیولوژیکی در افراد سالم بطور خودکار انجام می‌شوند. در افراد دیابتی این اعمال بایستی با هوشیاری کامل توسط خود بیمار یا اطرافیان وی انجام گیرند، مانند کنترل روزانه قند خون و کنترل وضعیت روانی. در نهایت، اداره و مراقبت بهتر دیابتی‌های افسرده بر اساس افزایش آگاهی و فرهنگ بیمار، اطرافیان وی و جامعه می‌باشد.

* **بدنبال تشخیص بیماری دیابت نوع یک و آغاز درمان با انسولین، معمولاً درجاتی از بهبود عملکرد سلولهای بتای باقی‌مانده پدید می‌آید و از این رو ممکن است نیاز بیماران به انسولین به میزان زیادی کاهش یابد.**

منابع:

- Oxford Psychiatry, Second edition, 1999
- www.ncpamd.com

آیا می‌دانید ۵۰٪ از افراد مبتلا به دیابت از بیماری خود بی‌اطلاع هستند؟

تاتو

رقیه وطن پور

کارشناس مبارزه با بیماریهای مرکز بهداشت شهرستان مراغه

تاتو یا تویاج واژه‌ای فرانسوی است که در جامعه ایران از آن بنام آرایش دائمی یاد می‌کنند و مفهوم علمی آن جراحی (رنگدانه) است. تاتو در واقع همان خالکوبی است. در کشور ما دیر زمانی است که خالکوبی بین مردم متداول گردیده است. مثلاً بسیاری از پهلوانان و معرکه‌گیران خالکوبی‌هایی را در بخشهای متفاوت بدنشان انجام می‌دادند. درحال حاضر نیز طرفداران فراوانی بویژه در میان بانوان دارد.

از زمانهای دور در فرهنگهای گوناگون بر روی قسمتهای گوناگون پوست بدن خالکوبی‌های مختلفی انجام می‌شده و ملل مشرق زمین به خصوص مدیترانه بیشترین خالکوبی را در نواحی بازوان، دستان و تا حدودی صورت و پا انجام می‌دادند. اما خالکوبی یا تاتو در ناحیه چشم و ابرو و دور لب مسئله‌ای است که در سالیان اخیر به ویژه در جامعه متداول گردیده و متأسفانه شماری از بانوان را به سمت آرایشگاه‌ها و مکانهایی که گاهی حتی این عمل را به شکل غیرقانونی و غیربهداشتی انجام می‌دهند، می‌کشاند و این

موضوع همانند بسیاری از معضلات اجتماعی در حال گسترش است.

اقدام به تاتو بیشتر در بین بانوان با سن بیش از چهل سال دیده می‌شود. آنها گمان می‌کنند که با انجام تاتو در ناحیه چشم و ابرو، در چهره خویش تنوعی منحصر به فرد ایجاد می‌نمایند و به این ترتیب نقصها و کاستیهایی را که در این بخش از چهره‌شان هست پوشانده می‌شود. غافل از اینکه خود را درگیر عوارض و پیامدهای جسمی-بیشمار می‌سازند. عمل تاتو پیری در ناحیه چشم و ابرو را تسریع می‌بخشد. خالکوبی که در سالهای اخیر در آرایشگاههای زنانه انجام می‌پذیرد باعث پیدایش انواعی از بیماریها شده است. در خالکوبی از سوزنهایی برای ایجاد روزنه در پوست استفاده می‌شود و آنگاه رنگ مورد نظر از طریق سرنگ زیر پوست تزریق می‌گردد. همین عمل گاهی عفونت و ریزش دائمی مو را به دنبال دارد. مهمتر از همه بیماریهای حاد و خطرناک خونی است که پزشکان از انتقال و شیوع آنها ابراز نگرانی می‌کنند. ایدز و هپاتیت دو مرض کشنده‌ای هستند که به آسانی می‌توانند از طریق خالکوبی انتقال یابند. خالکوبی احتمال ابتلا به سرطان پوست را نیز افزایش می‌دهد. خالکوبیها بیشتر در اطراف چشم و ابرو انجام

می‌گیرد و موجب انواع بیماریهای چشمی می‌گردد. مواد رنگی خالکوبی نیز حساسیت‌زا هستند.

عوارض تاتو:
ایجاد عفونت:

عفونت‌های ساده مثل زرد زخم، بادسرخ و عفونت‌های حاد از جمله سل، سیفلیس و ایدز و انواع هپاتیت عفونی و از زمانهای باستان قانقاریا و قطع عضو ناشی از تاتو هم گزارش شده است. عفونت جلدی بر اثر تزریق عضلانی (تزریق با سرنگ مشترک و عدم رعایت موازین بهداشتی) صورت می‌گیرد.

حساسیت پوستی:

بعد از اینکه التهاب اولیه تاتو فروکش می‌کند، امکان دارد حساسیتهای پوستی پدید آیند که بسته به رنگ مصرفی در تاتو متفاوتند. نشانه‌های این وضعیت، بروز ناگهانی خارش، سوزش، تورم و التهاب در محل است که احتمالاً از چند هفته و حتی چند سال بعد از انجام تاتو ظاهر می‌گردد. حساسیت در محل اصلی تاتو و گاهی در تمام پوست بدن بروز می‌کند.

عوارض روحی:

عوارض روحی ناشی از تاتو خیلی بیشتر از عوارض جسمی برای فرد مشکل آفرین است. ظاهر نامناسبی که بسیاری اوقات برای شخص

ایجاد جوشگاه ماندگار بدشکل، بعد از تخلیه خالکوبی (زمانی که شخص از نقشی که خالکوبی شده پشیمان می‌شود و در صدد رفع آن بر می‌آید) و یا بعد از فروکش نمودن عفونت پوستی از عوارض دیگر تاتو می‌باشد.

منبع: مجله نسل برتر - ویژه نوزاد ۱۳۸۳ - شماره ۱۲

هیپاتیت B و C از طریق دست دادن، در آغوش گرفتن، بوسیدن و نشستن در کنار فرد آلوده و سایر تماس‌های معمول منتقل نمی‌شود و حضور افراد در محیط‌های کار و اجتماع بلامانع است

خبر خبر خبر خبر خبر

● بمناسبت پنجم مهر ماه روز جهانی قلب، در استان آذربایجان شرقی فعالیت‌هایی صورت گرفت که خلاصه فعالیت‌های انجام گرفته به شرح زیر است:

۱- دوم لغایت هشتم مهرماه ۱۳۸۳ هفته سلامت قلب در استان نامگذاری گردید و برای هر روز نام بخصوصی در نظر گرفته شد.

تقدیر و تشکر

از خانم رقیه وطن‌پور کارشناس بیماری‌های مرکز بهداشت شهرستان مراغه به جهت ارسال مقالات متعدد تشکر و قدردانی می‌نماییم

دعوت به همکاری :

از کلیه خوانندگان محترم تقاضا میشود در صورت تمایل ، هر گونه پیشنهاد ، انتقاد ، مطلب ، خاطره ، ملز و ... را در ارتباط با پیشگیری و مراقبت ، جهت درج در نشریه و بهبود کیفیت آن به نشانی دبیرخانه نشریه ارسال فرمایند.

پیام سلامتی

نشریه گروه کارشناسان پیشگیری و مبارزه با بیماریها

هیئت تحریریه: سعید پوردولتی، مجتبی حقی، فریده حیدرلو، دکتر مرتضی سعادت‌خواه، دکتر قشم سلیمانزاده، دکتر مهران سیف‌فرشد، دکتر ملیحه طالبی، دکتر احمد کوشا، دکتر مهدی محمدزاده، محمد نعلبندی، دکتر مهرداد نقی‌زاده گلزاری، سید علی ورشوچانی

هماهنگی و صفحه آرایی: دکتر مرتضی سعادت‌خواه، دکتر مهرداد نقی‌زاده گلزاری

چاپ و تکثیر: مجتبی حقی، یعقوب رهبر، یعقوب میرزایی

دبیر نشریه: دکتر مهران سیف‌فرشد **رئیس گروه پیشگیری و مبارزه با بیماریهای استان**
زیر نظر: دکتر احمد کوشا **معاون بهداشتی دانشگاه و رئیس مرکز بهداشت استان**

دبیرخانه نشریه :

تبریز - خ تغه الاسلام - ایستگاه منبع - مرکز بهداشت استان - گروه پیشگیری و مبارزه با بیماریها
کدپستی ۵۱۴۹۹۸/۱۳۴۱۵ - تلفن ۰۳۰۳۳۳۱۱ - فاکس ۰۳۳۳۱۹۶ - ۱۴۱۱

EMAIL: eazphc_cdg @ eazphc.ir

تیراژ ۳۰۰ نسخه

این نشریه در سایت مرکز بهداشت استان www.eazphc.ir در دسترس می‌باشد

- ۲- برگزاری همایش یک روزه پیشگیری از بیماری‌های قلبی عروقی در تاریخ ۸/۷/۸۳ در مرکز بهداشت استان با همکاری گروه پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها و گروه آموزش بهداشت مرکز بهداشت استان و مرکز قلب شهید مدنی تبریز با شرکت ۱۲۹ نفر متشکل از مدیران شبکه، معاونین بهداشتی، کارشناسان واحد بیماری‌ها، کارشناسان آموزش بهداشت، مسئولین آموزشگاه‌های بهورزی، مدیر و اساتید گروه قلب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز، معاون آموزشی گروه روانپزشکی، رؤسای بیمارستان‌ها، فرمانداری تبریز، مسئولین بهداری‌های نیروهای مسلح و شرکت نفت و رؤسای مؤسسه‌های خیریه
 - ۳- تهیه تراکت، پمفلت، جزوات آموزشی و پارچه نویسی در مرکز بهداشت استان
 - ۴- انجام مصاحبه در مورد بیماری‌های قلبی عروقی توسط کارشناسان استانی و اساتید در صدا و سیما استان
 - ۵- زیر نویس تلویزیونی در مورد قلب سالم و شعارهای مربوط در شبکه‌های سیما
 - ۶- درج شعارهای مربوط به قلب سالم در سربرگ نامه‌های اداری مرکز بهداشت استان
 - ۷- درج شعارهای مربوط به قلب سالم بصورت پارچه‌نویسی و تراکت و همچنین توزیع پمفلت در سطح شهرهای استان
 - ۸- برگزاری کلاس‌های آموزشی برای کلیه اقشار مردم در شهرهای استان
- ۹- برگزاری مسابقات ورزشی در تعدادی از شهرستان‌ها
- ۱۰- عیادت از بیماران قلبی بستری در بیمارستان در سطح شهرهای استان
- کارگاه آموزشی دستورالعمل جدید برنامه پیشگیری از بروز موارد جدید بتاتالاسمی برای کارشناسان تالاسمی مراکز بهداشت شهرستان‌ها در تاریخ‌های ۵ و ۶ مهر ماه سال جاری در مرکز آموزش بهورزی الزهرای تبریز برگزار گردید.
 - کارگاه آموزشی ژنتیک برای پزشکان و کارشناسان تیم مشاور، مراکز مشاوره و آزمایش قبل از ازدواج شهرستان‌ها با همکاری اساتید دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز از مورخه ۱۴/۷/۸۳ لغایت ۱۶/۷/۸۳ بمدت سه روز در مرکز مدیریت اثربخش تبریز برگزار گردید.
 - کارگاه ارزشیابی برنامه کشوری پیشگیری و کنترل فشارخون بالا در تاریخ ۳۰/۸/۸۳ با شرکت کارشناسان مسئول بیماری‌ها و مربیان منتخب خانه‌های بهداشت ۱۵ شهرستان که براساس جمعیت از طرف مرکز مدیریت بیماری‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انتخاب شده بودند برگزار گردید و دستورالعمل پرستگری و نحوه تکمیل پرسشنامه مربوطه آموزش داده شد.
 - و ... منتظر اخبار اپیدمیولوژیک شما هستیم!!

