

هدف دیگر نشریه حفظ هوشیاری جامعه پزشکی در خصوص بیماری‌های ناشایع اما مهم از نظر اپیدمیولوژیک است.

هدف مهم دیگری که در چاپ نشریه بدنبال آن هستیم، افزایش ارتباط صمیمی میان شما همکاران محترم و اعضای هیئت تحریریه است تا بتوانیم با دریافت راهنمایی‌های شما عزیزان، نظام مراقبت بیماری‌های واگیر و غیرواگیر را روز بروز ارتقاء بخشیم. به همین علت مشتاقانه در انتظار مطالب شما عزیزان در خصوص پیشبرد اهداف ذکر شده هستیم.

ضمن اعلام تغییر آدرس پست الکترونیکی گروه پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها بدلیل ادغام شبکه اینترنتی مرکز بهداشت استان با سایت اینترنتی دانشگاه علوم پزشکی تبریز به اطلاع همکاران و خوانندگان محترم نشریه می‌رسانیم که از این طریق نیز می‌توانید با ما در تماس باشید:

Email: eazphc-cdc@tbzmed.ac.ir

امید آنکه به یاری خداوند با نشر مطالب مهم در خصوص اپیدمیولوژی بیماری‌های مهم منطقه، مطالب علمی مرتبط و همچنین با استفاده از راهنمایی‌ها و پیشنهادهای کارکنان عرصه سلامت در اقصی نقاط استان بتوانیم در جهت ارتقای سلامت جامعه و مردم حرکت نماییم.

سخن اول

دکتر سیف‌فرشد

رئیس گروه پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها

بیست و نهمین شماره فصلنامه پیام سلامتی هم اینک پیش روی شماست. در طی مدتی که از چاپ اولین شماره فصلنامه تاکنون سپری شده سعی کرده‌ایم تا آنجا که امکان دارد نشریه را از نظر محتوا پربار نگه داریم، ارتباطمان را با خوانندگان محترم که عمدتاً پزشکان، کارشناسان و کارکنان عرصه سلامت هستند حفظ کرده و بیشتر نماییم، نکته نظرات و پیشنهادهای شما عزیزان را مدنظر قرار دهیم و تا حد امکان مطالب ارسالی را به چاپ برسانیم.

شاید لازم باشد مرور مجددی بر اهداف چاپ فصلنامه سلامتی داشته باشیم تا بتوانیم ارتباط بیشتر و بهتری با جامعه هدفمان ایجاد نماییم.

مهمترین هدف فصلنامه مطرح کردن مشکلات سلامتی استان و اپیدمیولوژی بیماری‌های شایع و مهم منطقه است، تا هم‌چنانکه در نشریه قبل نیز تأکید گردید بتوانیم نظام مراقبت بیماری‌ها را هرچه بیشتر پویا نماییم.

از اهداف دیگر نشریه چاپ مطالب علمی و عملی لازم در خصوص پیشگیری و مراقبت بیماری‌های مختلف است.



مرکز بهداشت استان
آذربایجان شرقی



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

گروه پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها

فصلنامه

پیام سلامتی

فهرست مطالب :

- سخن اول ۲
- معرفی گروه بهبود تغذیه ۳
- توصیه‌های بهداشتی در مسافرت ۵
- جلوگیری از حساسیت نسبت به شیر ۹
- مادران و بچه‌ها ۱۲
- دست‌آوردهای بهداشت مدارس ۱۵
- کلینیک‌های مشاوره ترک دخانیات ۱۷
- سندرم متابولیک ۲۰
- کاهش آسیب (HARM REDUCTION) ۲۳
- خــــبر ۳۰

شماره بیست و نهم - بهار ۱۳۸۴

معرفی گروه بهبود تغذیه جامعه

ناهید هاشم‌نیا

کارشناس گروه بهبود تغذیه

مواجه شدن کشور با دوران گذر تغذیه موجب شده که از یک طرف سوء تغذیه پروتئین و انرژی در کودکان و کمبود ریزمغذیه‌ها، گروه‌های سنی مختلف جامعه را متأثر سازد و از سوی دیگر روند بیماری‌های متابولیک از جمله بیماری‌های قلبی عروقی، دیابت، سرطان‌ها، چاقی، افزایش فشار خون، و افزایش کلسترول خون رو به گسترش نهاده و هشدار دهنده شود. بدین سبب توجه به برنامه‌ریزی و اجرای مداخلات تغذیه‌ای امری ضروری بنظر می‌رسد و این مهم در صورتی امکان‌پذیر است که در برنامه‌ریزی‌ها، ماهیت چند بخشی مشکلات تغذیه‌ای در نظر گرفته شود و شرکای اصلی برنامه‌های بهبود تغذیه جامعه هم در داخل و هم در خارج از بخش سلامت شناسایی و درگیر شوند.

در طراحی و اجرای برنامه‌های بهبود و امنیت غذایی منطقه، بخش بهداشت که متولی سلامت مردم است نقش هماهنگ‌کننده را دارد و برای انجام این مهم، تشکیل یک تیم کارشناسی تغذیه در معاونت بهداشتی دانشگاه‌ها ضروری است. این تیم بصورت یک گروه کارشناسی و زیر نظر مستقیم معاون

بهداشتی دانشگاه برنامه‌ریزی و اجرای مداخلات بین بخشی تغذیه‌ای را در سطح استان دنبال می‌نماید.

در همین راستا گروه بهبود تغذیه در حوزه معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تبریز از اواخر دی‌ماه ۱۳۸۳ فعالیت خود را بصورت مستقل و زیر نظر معاون بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تبریز آغاز نموده است.

در حال حاضر این تیم کارشناسی در مرکز بهداشت استان فعالیت خود را با اعضای زیر دنبال می‌نماید:

۱ - آقای دکتر سلیمان زاده، متخصص اطفال بعنوان کارشناس مسئول گروه بهبود تغذیه

۲ - خانم هاشم‌نیا بعنوان کارشناس تغذیه بدنبال مشخص شدن گروه بهبود تغذیه در مرکز بهداشت استان، نظر به ضرورت وجود کارشناس تغذیه در ستاد شهرستان اقدامات لازم برای تعیین و معرفی کارشناس مسئول تغذیه شهرستانها صورت پذیرفت و اکنون در کلیه شهرستانها یک نفر به عنوان کارشناس مسئول بهبود تغذیه جامعه پیگیری امور محوله را به عهده دارد.

هدف اصلی فعالیت‌های گروه ارتقای وضعیت تغذیه‌ای و حفظ سلامت تک‌تک افراد جامعه است.

۳ - پیشگیری و کنترل کمبود ریزمغذیه‌ها شامل:

۱ - پیشگیری و کنترل اختلالات ناشی از کمبود ید.

فعالیت‌های برنامه فوق عبارتند از:

▪ پایش سالیانه ید ادرار دانش آموزان ۸ تا ۱۰ ساله

▪ برگزاری دوره‌های آموزشی و بازآموزی IDD برای کارکنان مرتبط

▪ تهیه و چاپ مطالب آموزشی مورد نیاز

۲ - پیشگیری و کنترل سوء تغذیه کودکان شامل:

▪ اجرای طرح مداخله‌ای بین‌بخشی کاهش سوء تغذیه کودکان زیر پنج سال

▪ اجرای طرح حمایتی کودکان نیازمند مبتلا به سوء تغذیه

▪ ایجاد واحدهای مشاوره تغذیه

▪ ایجاد واحد مراقبت ویژه کودکان دچار سوء تغذیه شدید در بیمارستان

▪ آموزش و بازآموزی پزشکان و سایر کارکنان بهداشتی درمانی و کارکنان سایر

بخشها در زمینه تغذیه و رشد کودک

▪ تهیه و چاپ متون آموزشی مناسب در زمینه تغذیه و رشد کودک برای کارکنان

بهداشتی درمانی و کارکنان سایر بخشها

▪ اجرای برنامه آهن‌یاری هفتگی و آموزش تغذیه برای دختران دانش آموز دبیرستانی

▪ آموزش و بازآموزی پزشکان و سایر کارکنان بهداشتی درمانی

▪ تهیه و چاپ متون آموزشی همگانی (پمفلت، بروشور، پوستر و...) در زمینه ریزمغذیه‌ها

▪ تهیه و تولید فیلم‌های آموزشی، تیزر و ... منطبق با گویش و فرهنگ منطقه

▪ غنی سازی مواد غذایی با ریزمغذیه‌ها

۴ - برنامه ارتقاء فرهنگ و سواد تغذیه‌ای جامعه با هدف اصلاح الگوی مصرف و

پیشگیری و کنترل بیماری‌های مزمن مرتبط با تغذیه شامل:

▪ تهیه و چاپ مطالب آموزشی تغذیه برای گروه‌های مختلف جمعیتی (بزرگسال، پمفلت،

بروشور، پوستر و...)

▪ تهیه تیزرهای آموزشی تلویزیونی و پخش از سیمای استان

▪ برگزاری همایش، سمینار برای بخشهای مرتبط با امر غذا و تغذیه

▪ برگزاری بسیج‌های آموزش تغذیه در سطح استان

■ اجرای برنامه‌های آموزشی تغذیه در هفته سلامت

جهت ارتباط با گروه بهبود تغذیه جامعه استان آذربایجان شرقی می‌توانید با نشانی الکترونیکی زیر در ارتباط باشید:

cazphc-nutrition@tbzmed.ac.ir

توصیه‌های بهداشتی در مسافرت

ممد نعلبندی

کارشناس گروه پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها

همه ما بخشی از اوقات خود را در مسافرت‌های داخل و یا خارج از کشور سپری می‌کنیم و گاهی ممکن است فردی تعداد مسافرت‌های داخلی او زیاد باشد و یا بالعکس و یا گاهی ممکن است فردی اساساً مسافرت‌های خارجی نداشته، ولی دانستن توصیه‌های بهداشتی در حین مسافرت به او می‌آموزد که در این رابطه آمادگی‌های لازم را داشته باشد. مسافرت‌های زیارتی، سیاحتی، بازرگانی، سیاسی و حتی ورزشی ما را بر آن می‌دارد که بهداشت مسافرت را به عنوان یک واقعیت در چهارچوب زندگی خویش قرار دهیم. اساساً بهداشت مسافرت عبارت است از مجموعه اقدامات بهداشتی مسافر قبل، حین سفر و پس از بازگشت که ملزم به انجام آن است تا سالم بماند.

در صورت صلاحدید پزشک اقدامات پاراکلینیکی و کلینیکی لازم را انجام دهند.

امروزه مسافرت‌ها روز به روز افزایش می‌یابند و به لحاظ ایجاد استرس ناشی از این گونه مسافرت‌ها، کاهش ایمنی و مقاومت افراد نسبت به بیماری‌ها، ازدحام و انتظار طولانی، تغییر فشار در حین پرواز، تغییر عادات غذایی احتمالی، تغییرات آب و هوایی و اوقات محلی و یا احتمال داشتن رفتارهای غیرمعمول همه عوامل و فاکتورهایی هستند که مسافر را در معرض ابتلاء به برخی از بیماری‌ها قرار می‌دهند.

برنامه ریزی برای مسافرت:

عموماً مسافرت با پیش‌بینی و یک برنامه‌ریزی قبلی صورت می‌گیرد و اگر در این برنامه‌ریزی قبلی مفاهیم بهداشتی مورد توجه قرار گیرند مسافرت با آرامش کامل و عاری از عارضه و حادثه و توأم با سلامتی صورت خواهد گرفت. قبل از تنظیم برنامه سفر به کشور مقصد، با پزشک خود و مراکز بهداشتی در مورد مسایل بهداشتی ضروری قبل از سفر و یا حین اقامت در آن کشور مشورت نمایید، تا با رعایت آنها به بیماری‌هایی که در آن کشور وجود دارد مبتلا نشوید.

رعایت مواردی که در مسافرت توصیه می‌شود:

۱ - استفاده از خورندنی‌ها و نوشیدنی‌های سالم و بهداشتی در سفر

به هر نقطه از جهان که سفر می‌کنید از سلامت غذایی که می‌خورید و یا آبی که می‌نوشید اطمینان داشته باشید. بیماری‌های اسهالی بین ۲۰ تا ۵۰ درصد مسافرت را مبتلا می‌سازد که خود سبب آزرده‌گی فرد در حین مسافرت و مانع از فعالیتهای او می‌گردد. به مسافرت توصیه می‌شود از غذاهای پخته شده مانده استفاده نکنند، میوه‌جات را پوست‌کنده مصرف کنند و از خوردن غذا در اماکنی که از بهداشتی بودن آن اطمینان ندارند خودداری کنند. رعایت یکسری دستورات ساده بهداشتی مانند شستن دست‌ها با آب و صابون قبل از تهیه و مصرف غذا و پس از توالی را فراموش نکنند.

۲ - جلوگیری از گرم‌زدگی و آفتاب‌زدگی در سفر

سپری نمودن قسمتی از مسافرت در خارج از منزل، می‌تواند انسان را به آفتاب‌زدگی و یا گرم‌زدگی مبتلا سازد و سبب سوختگی پوست بدن شود و گاهی در اثر تماس‌های مکرر منجر به سرطان پوست شود، زیرا اشعه ماوراء بنفش آفتاب برای پوست زیان‌آور است. در این مواقع بهتر است از کلاه،

لباس‌های آستین بلند، پماد ضد آفتاب و عینک‌های آفتابی استفاده کرد. همچنین مصرف چای، نوشیدنی‌های سرشار از املاح معدنی، آب میوه، سبزیجات و سوپ در این گونه شرایط توصیه می‌شود.

۳ - جلوگیری از گزش حیوانات و حشرات در سفر

خیلی از بندپایان سبب انتقال بیماری‌های واگیر مهمی مانند مالاریا، تب زرد، تب‌های خونریزی‌دهنده، سالک، تیفوس، طاعون و... می‌شوند که توسط گزش آنها منتقل می‌گردند و یا بندپایانی مانند عقرب که دارای نیش سمی هستند و خزندگانی مانند مار که موجب بیماری و حتی مرگ می‌شوند. همچنین برای جلوگیری از هاری، از نزدیک شدن به حیواناتی مانند سگ، گربه و... باید دوری کرد.

۴ - مراقبت و محافظت در هنگام شنا

در طول مسافرت از شنا کردن در آب‌های آلوده و ممنوع برای شنا، جداً خودداری نمایید. توصیه می‌شود به تنهایی به شنا نروید و کودکان بایستی توسط بزرگسالان مراقبت شوند. در زمان تاریکی از شنا کردن پرهیز کنید و اگر شنا بلد نیستید از انجام آن اجتناب نمایید.

۸ - امتناع از اعمال رفتارهای غیر اخلاقی

با توجه به بروز بیماری‌های نوپدید مانند ایدز و هپاتیت و شیوع بیماری‌های آمیزشی سوزاک و سیفلیس پرداختن به یکسری رفتارهای غیر اخلاقی موجب ابتلا خواهد شد. در تماس‌های جنسی نامطمئن استفاده از وسایل پیشگیری کننده مثل کاندوم تا حدودی از خطر ابتلا به بیماری‌های یاد شده می‌کاهد.

۹ - عدم استفاده از وسایل شخصی دیگران

در مسافرت هر فرد باید دارای وسایل بهداشتی شخصی مانند حوله، مسواک، تیغ و غیره باشد و از هر گونه استفاده از وسایل دیگران خودداری کند. امکان ابتلا به بیماری‌های مختلف از طریق وسایل افراد دیگر وجود دارد، مخصوصاً بیماری‌های ایدز، هپاتیت B و C. استفاده از سرنگ مشترک احتمال ابتلا به بیماری‌های یاد شده را زیاد می‌کند.

۱۰ - برخورداری از بیمه درمانی در مسافرت
با توجه به اینکه در طول مسافرت احتمال وقوع مشکلات درمانی برای فرد و اطرافیان وجود دارد، لذا برای کاهش هزینه‌ها و امکان استفاده راحت‌تر از امکانات درمانی، داشتن بیمه درمانی در سفر توصیه می‌شود.

۱۱ - مراقبت و محافظت در زمان وقوع بلایای طبیعی در سفر

ممکن است در طول مسافرت واقعه طبیعی مثل زلزله اتفاق افتد. چنانکه در حال رانندگی هستید سریعاً خودروی خود را در کنار جاده پارک نموده و از ماشین پیاده شوید و در جای امنی پناه بگیرید و موقع حرکت از مأمورین راهنمایی و رانندگی و یا مأمورین کنترل ایمنی کمک بگیرید و اگر به هنگام وقوع زلزله در داخل ساختمان هستید خونسردی خود را حفظ نموده و در محل مطمئن پناه گرفته و در موقع خروج آرامش خود را حفظ نمایید. بهتر است قبل از رفتن آگاهی‌های لازم را در مورد بلایای طبیعی یاد بگیرید.

۱۲ - آگاهی از اسامی بیماری‌های مهم جهان:
مالاریا - هاری - ایدز - هپاتیت - وبا - سل - تب زرد - فلج اطفال - تب دانگ - تب دره ریفت - دیفتری - بیلارزیوز - کزاز - منتزیت - حصه - تب هموراژیک کریمه کنگو - انسفالیت ژاپنی - تب پشه خاکی - انسفالیت منتقله از کنه - بیماری لایم و غیره.

در پایان مطلب توصیه می‌گردد قبل از مسافرت به مناطق مختلف از وضعیت بیماری‌های بومی و شایع در آنجا باخبر شوید و از طریق پزشک خود و یا مراکز بهداشتی

درمانی با اصول احتیاطات پیشگیری کننده از بیماریهای مورد نظر آگاه شوید.

منابع:

- ۱- کتاب توصیه‌های بهداشتی در مسافرت‌های بین المللی، تالیف دکتر علی مهرابی توانا
- ۲- دستورالعمل‌های مرکز مدیریت بیماریها

جلوگیری از حساسیت نسبت به شیر

مهندس علی اکبر پناهی

کارشناس مواد غذایی شبکه بهداشت و درمان مراغه

کسانی که نسبت به شیر حساسیت دارند ممکن است تصور کنند کنترل حساسیت شیر ساده و آسان است. شما ممکن است از مصرف شیر، بستنی و پنیر خودداری کنید ولی غذاهای زیادی وجود دارند که از شیر و فرآورده‌های شیر تهیه شده‌اند. بنابراین والدین کودکان دارای حساسیت نسبت به شیر باید در مورد هر چیزی که فرزندانشان می‌خورند، دقت کافی داشته باشند

بنا بر تخمین آکادمی آلرژی، آسم و ایمونولوژی آمریکا، حدود ۲ میلیون نفر و یا ۸٪ کودکان در آمریکا مبتلا به حساسیت غذایی هستند و هشت ماده غذایی عامل ۹۰٪ حساسیتهای غذایی می‌باشند: شیر، تخم مرغ، بادام زمینی، گندم، سویا، ماهی، صدف و گردو.

با دانستن اینکه از دادن چه غذاهایی به کودک باید جلوگیری کرد، می‌توان به کودک مبتلا به حساسیت شیر کمک نمود.

حساسیت به شیر چیست؟

حساسیت به شیر معمولاً برای اولین بار هنگامی اتفاق می‌افتد که به نوزادان غذاهای تهیه شده از شیر گاو داده شود و یا نوزاد شیرخوار، شیر گاو را از طریق شیر مادر (در نتیجه وجود شیر گاو در رژیم غذایی مادر) دریافت کند. ۲٪ الی ۳٪ اطفال و نوجوانان مبتلا به حساسیت شیر می‌گردند.

شیر حاوی انواع پروتئین، کربوهیدرات (مانند قندها)، مواد معدنی و ویتامین می‌باشد. کازئین اصلی‌ترین پروتئین موجود در شیر گاو و تشکیل دهنده ۸۰٪ مجموع مواد پروتئینی شیر بوده، تشکیل دهنده قسمت جامد شیر (مایه) بعد از ترش‌نیده شدن شیر می‌باشد. بقیه ۲۰٪ مواد پروتئینی شیر در قسمت آبکی آن قرار دارند، یعنی مایعی که بعد از برداشتن مایه به جامی ماند.

پروتئین‌های شیر عامل اصلی تولید واکنشهای حساسیت‌زا (آلرژیک) در بعضی از مردم می‌باشند. یک شخص می‌تواند نسبت به کازئین و یا پروتئینهای موجود در قسمت مایع و یا هر دو آنها حساسیت داشته باشد.

حساسیت به شیر دو نوع عمده دارد: نوع سریع و نوع کند. نوع سریع بلافاصله از چند ثانیه تا چند ساعت بعد از مصرف شیر و یا فرآورده‌های شیر به صورت علائمی مانند تنگی نفس، استفراغ، کهیر و آنژیوادم (جمع شدن مایعات در بافتهای بدن که سبب ورم می‌گردد) و آنافیلاکسی (واکنش سریع و شدید بدن) بروز می‌کند.

نوع کند واکنش حساسیتی، بیشتر مشاهده می‌گردد. علائم بعد از یک فاصله زمانی از چند ساعت تا چند روز بعد از خوردن شیر شروع شده و ممکن است شامل مدفوع شل (احتمالاً دارای خون)، استفراغ، تندی و اضطراب و عدم افزایش وزن و عدم رشد طبیعی باشد. تشخیص این نوع واکنش مشکل‌تر است، چرا که این علائم را در مواردی غیر از حساسیت هم می‌توان مشاهده کرد. این حساسیت در اغلب بچه‌ها تا سن ۲ الی ۳ سالگی هم می‌تواند بروز کند.

❖ حساسیت نسبت به شیر می‌تواند علاوه بر دستگاه گوارش سایر دستگاههای بدن مانند پوست و راههای تنفسی را نیز تحت تأثیر قرار دهد. در حالیکه عدم تحمل لاکتوز تنها دستگاه گوارش را تحت تأثیر قرار داده و بعد از نوشیدن شیر و یا مصرف محصولات لبنی سبب ایجاد نفخ و تولید گاز و یا سبب حرکات روده می‌گردد.

❖ در موارد نادر حساسیت نسبت به شیر می‌تواند خطر حیاتی ایجاد کند در حالیکه عدم تحمل لاکتوز هیچ خطر حیاتی نداشته و اشخاصی که دچار عدم تحمل لاکتوز هستند می‌توانند مقادیر اندک شیر را بدون بروز هیچگونه علائمی مصرف کنند.

علائم و نشانه‌ها:

هنگامی که طفل مبتلا به این حساسیت، شیر می‌نوشد و یا چیزی می‌خورد که از شیر درست شده باشد، می‌تواند یکی از این علائم را از خود نشان دهد. البته از آنجایی که این علائم می‌توانند در سایر بیماریها نیز بروز

❖ حساسیت نسبت به شیر عبارت است از واکنش دستگاه ایمنی بدن نسبت به پروتئینهای موجود در شیر در حالیکه عدم

کنند، بهتر است این مسئله توسط پزشک معالج کنترل شده و حساسیت نسبت به شیر توسط پزشک تایید گردد:

- ❖ سرو صدا و بیقراری زیاد
- ❖ درد انقباضی شکم، استفراغ و یا اسهال
- ❖ وجود لکه‌ها و یا رگه‌های خون در مدفوع
- ❖ بثورات و جوشهای پوستی
- ❖ تنگی نفس مکرر، سرفه، آب ریزش بینی، سرماخوردگی و یا سینوزیت‌های مکرر
- ❖ عدم وزن‌گیری کودک

بچه‌هایی که مبتلا به نوع سریع حساسیت شیر هستند ممکن است واکنش ناگهانی و شدید آلرژیک از خود نشان دهند که آنافیلاکسی نام دارد و می‌تواند چندین سیستم در بدن مانند پوست، دستگاه تنفسی، دستگاه گوارشی و سیستم قلبی عروقی را گرفتار نماید. آنافیلاکسی می‌تواند سبب افت فشار خون، تنگ شدن راههای تنفسی و ورم کردن زبان شخص شده و باعث بروز اختلال تنفسی جدی، از دست رفتن هوشیاری و حتی در برخی موارد سبب مرگ گردد. آنافیلاکسی در موارد حساسیت نسبت به گردو و صدف بیشتر از موارد حساسیت نسبت به شیر دیده می‌شود.

در موارد اورژانس، اطفال مبتلا به حساسیت نسبت به شیر باید تحت درمان با آمپول اپی‌نفرین، که تنها با نسخه پزشک قابل تهیه است، قرار گیرند. اگر شخص مبتلا به حساسیت نسبت به شیر تصادفاً شیر و یا فرآورده‌های شیری مصرف کند و دچار واکنشهای آنافیلاکتیک گردد، تزریق اپی‌نفرین می‌تواند به او کمک کند. پزشک می‌تواند در مورد چگونگی نگهداری و استفاده از آمپول اپی‌نفرین آموزش دهد و بسیار مهم است که شما با این روش آشنایی داشته باشید.

اگر سن فرزند شما به حدی باشد (متخصصین آلرژی این سن را حدود ۱۲ الی ۱۳ سال برآورد می‌کنند) که بتواند آمپول اپی‌نفرین خود را به همراه داشته باشد، ترتیبی اتخاذ کنید که این آمپول در همه اوقات در دسترس و قابل استفاده آنها باشد و در این مورد از قوانین مدرسه در مورد حمل دارو توسط دانش‌آموزان اطلاع حاصل کنید و اگر سن فرزند شما کمتر از ۱۲ سال است، در این مورد با پرستار مدرسه و معلم طفل صحبت کرده، ترتیبی اتخاذ کنید که همواره یک آمپول اپی‌نفرین در دسترس آنها باشد و نیز همواره مراقب باشید که این آمپول در منزل

شما و سایر دوستان و وابستگان شما نیز وجود داشته باشد.

پزشک می‌تواند فرزند شما را تشویق کند که همواره یک دستبند طبی هشدار دهنده در مورد این موضوع به دست کند و همچنین همراه داشتن داروی آنتی‌هیستامین که سبب کمتر و ملایم‌تر شدن علائم آلرژی می‌گردد، می‌تواند به عنوان راهکاری مناسب در نظر گرفته شود. ولی آنتی‌هیستامین باید به همراه اپی‌نفرین و نه به عنوان جایگزینی برای آن مصرف شود.

منبع:

KIDSHEALTH.ORG, DATE: 14 APR
2004KIDSHEALTH.ORG, DATE: 14 APR
2004

مادران و بچه‌ها

دکتر سیمین فیاض‌زاده

کارشناس گروه پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها

پیام همگانی برای روز جهانی بهداشت و سلامتی
سال ۲۰۰۵، نویسی برای مادران و بچه‌ها است

اگر ما از هم اکنون بتوانیم فعالیت‌هایمان را روی سلامت مادر و کودک متمرکز کنیم، در آینده جامعه سالمی خواهیم داشت و پیام‌های منسجم فراگیر می‌توانند بزرگترین نقش را ایفا نمایند. در صورتی که بخواهیم برای سلامت جامعه برنامه‌ریزی کنیم پیام‌های سازمان

بهداشت جهانی می‌توانند الهام‌بخش خوبی برایمان باشند، زیرا برخی زمینه‌های اطلاعاتی موجود در هر پیام به ما کمک می‌کند تا با توجه به باورها و فرهنگ منطقه تصمیم بگیریم و بطور اختصاصی روی هر یک از فعالیت‌ها تأکید بیشتری داشته باشیم، پیامها شامل:

- ۱- تعداد زیادی مادر و کودک هر ساله به علت فقر و بدبختی می‌میرند.
- ۲- مادران و کودکان سالم ارزشمندترین سرمایه‌های جوامع هستند.
- ۳- اگر ما بخواهیم و بتوانیم از دانشمان استفاده کنیم میلیون‌ها زندگی نجات داده خواهند شد. چالش این است که دانشمان را به عمل تبدیل کنیم.

۴- برای ایجاد هر تغییر مثبت بایستی تمام نیروها و عمل‌هایمان را یک‌سو کنیم. می‌توانیم آنرا انجام دهیم و بایستی هر یک از ما نقشی به عهده بگیرد.

میلیون‌ها مادر و کودک همه ساله در حین حاملگی، زمان تولد کودک و در دوران کودکی می‌میرند. بیشترین آسیب از سوء تغذیه و بیماری‌ها ناشی می‌شود. کودکان تازه بدنيا آمده (۰-۲۸ روزه) از خطر بالای مرگ و میر برخوردار هستند. این عوارض و

مرگ و میرها بیشتر در کشورهای با درآمد پایین و متوسط اتفاق می‌افتد و عللی که قابل پیشگیری و درمان هستند باعث این عوارض و مرگ و میرها می‌باشند.

در هر دقیقه یک مادر از عوارض حاملگی و زایمان می‌میرد، که در هر روز ۱۴۰۰ نفر و در هر سال تقریباً بیش از نیم میلیون مرگ مادر اتفاق می‌افتد و چندین میلیون نفر از ناتوانی‌های به وجود آمده رنج می‌برند.

در هر دقیقه ۲۰ کودک زیر پنج سال می‌میرد که در هر روز ۳۰۰۰۰ کودک و در هر سال ۱۰/۶ میلیون مرگ کودک اتفاق می‌افتد و در این بین نوزادان زیر یک ماه از خطر بالایی برخوردار هستند و در مرگهای اتفاق افتاده نزدیک به چهار میلیون مرگ مربوط به نوزادان است.

کلاً به ازای هر دو نفری که در اثر تصادفات می‌میرند، یک مادر و بیست کودک از علل قابل درمان و قابل پیشگیری می‌میرند.

نزدیک به ۹۹٪ مرگهای مادران و کودکان زیر پنج سال در کشورهای در حال توسعه و عقب‌افتاده اتفاق می‌افتد که به طور عمده در آفریقای صحرا و آسیای جنوبی است. در این کشورها مادران و بچه‌ها از فقیرترین افراد

هستند و این گونه مرگ و میرها در آنها زیاد است.

۷۰٪ از مرگهای مادران بوسیله پنج فاکتور زیر اتفاق می‌افتند:

- خونریزی ۲۴٪
- عفونت ۱۵٪
- سقط غیر قانونی ۱۳٪
- فشار خون بالا ۱۲٪
- عوارض زایمان ۸٪

بنابراین فقر، محرومیت اجتماعی، سطح پایین آگاهی، و خشونت بر علیه زنان از علل اساسی و مهم مرگ و میر مادران است. زنانی که در سنین جوانی باردار می‌شوند، آنهایی که در مدت زمان طولانی زایمان می‌کنند، کسانی که از بیماریهای عفونی مانند مالاریا، سل و ایدز در حال افزایش رنج می‌برند، زنان دارای سوءتغذیه یا آنمی بیشتر در معرض خطر مرگ و میر می‌باشند.

HIV/AIDS در هر دو گروه مادران و فرزندان آنها رو به افزایش است. زنان تقریباً نیمی از جمعیت بالغین مبتلا به HIV/AIDS را تشکیل می‌دهند و این نه تنها با سلامت زنان مغایرت دارد بلکه خطر انتقال ایدز از مادر به کودک را نیز افزایش می‌دهد.

۷۰ درصد مرگ کودکان که بدلیل پنومونی، اسهال، مالاریا، سرخک، ایدز و مسایل بوجود

آمده در طول مدت نوزادی، قابل پیشگیری و درمان هستند. سوءتغذیه از علل اصلی مرگ کودکان می‌باشد و عدم دسترسی به غذا نه تنها از علل سوءتغذیه است، بلکه عادات بد غذایی و عفونتها یا ترکیبی از هر دو اینها از فاکتورهای مهم سوءتغذیه می‌باشند.

از بزرگترین تهدیدهای بقاء نوزادان (۰-۲۸ روزه) ترکیبی از علل پری‌ناتال (وزن پایین تولد، صدمات زایمانی، و آسفیکسی) و عفونتهای جدی (سپسیس نوزادی، پنومونی، مننژیتها و کزاز) هستند.

بقاء و خوب زیستن مادران و بچه‌ها نه تنها مهم است، بلکه سر منشاء شکوفایی اقتصادی در چالشهای تکاملی و اجتماعی است. وقتی مادران و بچه‌ها می‌میرند یا بیمار می‌شوند، خانواده آنها و جامعه نیز به همان اندازه رنج می‌برند. مهیا کردن لوازم بقاء و خوب زیستن برای مادران و بچه‌ها نه فقط سلامت جامعه را افزایش می‌دهد بلکه بی‌عدالتی و فقر را کاهش می‌دهد.

از دلایل اصلی غیرسالم بودن خانواده‌ها فقیر بودن آنها و ادامه فقرشان می‌باشد، بیماری مادران و بچه‌ها بار مالی زیادی برای خانواده دارد و پرداختن هزینه‌های ناشی از آن یکی از موانع مهم مراقبتهای سلامت می‌باشد. وقتی مادری بیمار است و یا می‌میرد سهم تولیدی او

در خانه، کار و اقتصاد جامعه کاهش می‌یابد و بقاء، آموزش و یادگیری کودکان به خطر می‌افتد.

مادران و کودکان نیازمند این آگاهیها قراردسیم.

اگر زنان ما بتوانند به تمام مراقبتهای دوران بارداری و زایمان با کیفیت بالا دسترسی داشته باشند، به این ترتیب خواهیم توانست مرگهای غم‌انگیز مادران را کاهش دهیم.

سه رکن کلیدی این مراقبت‌ها عبارتند از:

- مراقبتهای تخصصی در زمان تولد
- مراقبتهای مامایی اورژانسی در موارد پیچیده

- یک سیستم ارجاع با امکانات قابل دسترسی به مراقبتهای اورژانسی در موارد نیاز کلید حل مشکل، کمک به زنان است تا از حاملگیها و زایمانهای ناخواسته اجتناب کنند. با مداخلات مراقبتی و پیشگیرانه‌ای مثل واکسنها و درمانهای ساده برای بیماریهای مهم و ملزم کردن مراقبت در منزل، شاید بتوان سالانه بیش از شش میلیون کودک را نجات داد.

شرط مراقبت در منزل مستلزم داشتن تجربیات کلیدی سلامت است، از آن جمله:

۱- تغذیه انحصاری نوزاد با شیر مادر در شش ماه اول و ادامه آن تا دو سالگی یا حتی طولانی‌تر.

۲- شروع مناسب تغذیه کمکی بعد از شش ماهگی.

۳- استفاده از حشره‌کشها برای پیشگیری از انتقال مالاریا.

۴- درمان عفونتها در منزل.

باید تلاشهای ویژه‌ای برای هماهنگی قوی بین تجربیات عملی مادران و برنامه‌های بقای کودکان صورت دهیم، تا بتوانیم مراقبتهای نجات‌بخش را برای کودکانی که تازه به دنیا آمده‌اند و وضعیت بحرانی دارند، ارایه دهیم.

دستاوردهای بهداشت مدارس

مینو مهینی

کارشناس گروه بهداشت مدارس و جوانان

آیا می‌دانید مدرسه محل آموزش و زندگی افراد آماده فراگیری و آینده ساز از جمعیت جهان است؟

مدرسه محل یادگیری دانش، مهارتها و کسب نگرشهایی است که فرد را در تمام مدت زندگی همراهی نموده و تضمین‌کننده درستی شیوه زندگی می‌باشند. شکوفایی تمام و کمال استعدادها و دستیابی به بالاترین سطوح فراگیری، نیازمند برخورداری فراگیرندگان از سلامت و رفاه می‌باشد. بدین ترتیب سرمایه‌گذاری کشورها در امر آموزش، نه تنها یکی از راهبردی‌ترین انواع سرمایه‌گذاری و بلکه مهمترین آنها می‌باشد، خواهد توانست

۸- آموزش همسالان

در این راستا مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی از شروع سال ۱۳۸۴ در عرصه سلامت مدارس و جوانان به مناسبت هفته سلامت و روز جهانی بهداشت، همایش دستاوردهای مدیریت سلامت در (بهداشت

مدارس - خانواده) را در تاریخ ۱۳۸۴/۱/۳۱ در محل مرکز بهداشت استان با همکاری واحد آموزش سلامت - مدارس - خانواده و رابطین سلامت با شرکت حدود ۲۵۰ نفر متشکل از مسئولین بهداشت و تغذیه آموزش و پرورش، مدیران شبکه، معاونین بهداشتی، کارشناسان بهداشت مدارس، آموزش سلامت، بهداشت

خانواده و رابطین فعال شهرستانهای تابعه استان و با سخنرانی آقایان: دکتر احمد کوشا با موضوع اهمیت سلامت خانواده، دکتر امینی با موضوع مدیریت در سلامت، دکتر سرنندی با موضوع ارتباطات و نقش آن در سلامت خانواده و آقای رحیمی با موضوع حمایت‌های روانی اجتماعی در سلامت خانواده برگزار کرد و در خصوص فعالیتهای آموزش سلامت و بر اساس معیارهای معرفی شده (اهداف برنامه، استفاده از ابزارهای آموزشی، خلاقیت و نوآوری، تطابق با ارزشهای فرهنگی، تحلیل وضعیت برنامه و متناسب بودن برنامه‌ها با گروه هدف)، شهرستان‌ها توسط

حداکثر بازدهی را در برداشته باشد و در غیاب سطحی قابل قبول از سلامت، افت بازدهی تحصیلی، که با نسبت‌های بالای مردودی و تجدیدی و نمرات پایین درسی مشخص می‌شود بخش عمده‌ای از این سرمایه‌گذاری را بی‌ثمر خواهد ساخت.

به همین دلیل پیش‌بینی‌های لازم برای ارتقای سلامت دانش‌آموزان در قوانین و دیدگاههای مختلف ملی و بین‌المللی لحاظ گردیده است.

رویکرد برنامه‌ریزی جامع برای سلامت مدارس در برنامه‌های جاری کشوری و محیطی تکوین یافته و با در نظر گرفتن تمامی ابعاد و اجزای خود شامل:

۱- آموزش جامع بهداشت مدارس با تأکید بر آموزش مهارتهای زندگی و آموزش پیشگیری از حوادث دانش‌آموزان

۲- تربیت بدنی

۳- خدمات بهداشتی

۴- خدمات تغذیه‌ای

۵- خدمات مشاوره، روانشناسی و اجتماعی

۶- سلامت محیط مدرسه (تدارک، نظارت بر ایمنی و بهداشت محیط مدرسه)

۷- مداخله والدین و جامعه

شرکت کنندگان مورد ارزیابی و امتیازدهی قرار گرفتند و شهرستانهای جلفا، تبریز، ورزقان و بستان آباد به ترتیب اولویت برگزیده و مورد تشویق قرار گرفتند.

کلینیکهای مشاوره ترک دخانیات

مهندس میر احمد مفتاری

کارشناس گروه بهداشت محیط و مرفه

نمایندگان ۱۷۱ دولت عضو WHO، متن نهایی چارچوب کنوانسیون کنترل دخانیات سازمان جهانی بهداشت (FCTC) که در برگیرنده موضوعات مالیات بندی، پیشگیری از استعمال دخانیات، ترک، تجارت غیرقانونی، تبلیغات، حمایت مالی و ترویج محصولات دخانی و... بود را در فوریه ۲۰۰۳ نهایی کردند.

در این راستا دولت جمهوری اسلامی به عنوان عضو سازمان WHO و امضاءکننده و متعهد کنوانسیون مذکور قوانین و اقدامات نسبتاً خوبی را تصویب و به اجرا در آورده که لایحه جامع کنترل و مصرف دخانیات، ایجاد و راه اندازی مراکز مشاوره ترک دخانیات و... از این قبیل اقدامات می باشند.

در استان آذربایجان شرقی نیز همگام با سایر استانها از شهریور ماه ۱۳۸۳ مراکز مشاوره

ترک دخانیات، در دو مرکز بهداشتی و درمانی شهید تیموری و بنی شفیع در شهر تبریز شروع به فعالیت نموده است، که هرکدام دارای دو نفر کادر (پزشک و کارشناس بهداشت محیط) می باشند، که دوره های آموزشی و مهارتهای لازم را کسب نموده و ضمن انجام امور روتین در مرکز بهداشتی و درمانی، مشغول انجام فعالیت در مراکز مشاوره نیز می باشند. ضمناً در آینده ای نزدیک، یک مرکز دیگر در تبریز و یک مرکز در شهرستان مراغه راه اندازی و شروع به کار خواهند کرد.

از زمان شروع فعالیت این مراکز تعداد ۱۶ دوره مشاوره برگزار گردیده و بالغ بر ۳۰۰ نفر ثبت نام نموده اند. ۲۳۵ نفر از خدمات مشاوره و آموزشی بهره مند گردیده و بالغ بر ۱۵۰ نفر موفق به ترک سیگار شده اند.

اصول کلی برنامه های ترک

تعیین روز ترک:

- وجود مناسبت خاص برای روز ترک بهتر و مؤثرتر است.
- روز ترک نباید از روز مراجعه به کلینیک بیش از ۱۰-۷ روز فاصله داشته باشد.
- در دوره های برگزار شده برای ترک، جلسه سوم بعنوان روز ترک تعیین می شود.

آماده شدن تا روز ترک:

در این مرحله اطلاعات مناسب مرتبط با زبانه های مختلف سیگار به بیمار ارایه می شود و توصیه می شود که بیمار اقدامات زیر را انجام دهد:

- ۱- تعداد سیگارهای خود را به ۷-۵ عدد کاهش دهد.
- ۲- سیگارهای خود را تا نصف بکشد.
- ۳- نوع سیگار خود را عوض کند.
- ۴- دست سیگار کشیدن خود را عوض کند.
- ۵- محل سیگارهای خود را عوض نماید.
- ۶- برگه طلایی که دلایل اقدام به ترک خود را در آن ثبت نموده است تهیه نماید.
- ۷- حمایت های اجتماعی لازم را جلب نماید.
- ۸- برنامه های نرمشی و ورزشی را انجام دهد.
- ۹- فقط در ساعت های زوج یا فرد سیگار بکشد.

۱۰- هر روز روشن کردن اولین سیگار خود را یک ساعت به تأخیر اندازد.

۱۱- بصورت بسته ای سیگار نخرد.

۱۲- زیر سیگاری خود را خالی نکند.

تهیه برگه طلایی:

شرکت کنندگان در دوره های ترک در یک برگ کاغذ دلایل و انگیزه های خود را برای ترک سیگار ثبت می کنند.

روز ترک:

- در این روز که در دوره های ترک، جلسه سوم می باشد، معمولاً طی مراسمی سیگارهای باقیمانده نابود می شوند.
- سندرم ترک برای شرکت کنندگان بطور کامل توضیح داده می شود.
- توصیه های رفتاری آموزش داده می شود:

DEAD

D: Delay E: Escape
A: Avoid D: Distract

4D

Delay Drinking Water
Deep Breathing Distract

4R

Remind Rehearse
Refuse Reward

لغزش:

پس از موفقیت در ترک سیگار، کشیدن یک پک سیگار یا یک سیگار کامل به معنای شکست نیست و فقط یک لغزش است. به ترک کنندگان توضیح داده می شود که در هنگام لغزش بلافاصله سیگار را خاموش کرده و علت آن را تحلیل نمایند:

- چرا این سیگار را کشیدم؟
- کجا این سیگار را کشیدم؟
- چه وضعیت خلقی داشتم؟
- چه کسی همراه من بود؟
- در صورت تکرار این شرایط چه جایگزینی برای سیگار دارم؟

سندرم متابولیک

دکتر مهرداد گلزاری

کارشناس گروه پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها

سندرم متابولیک مجموعه‌ای از عوامل خطر سلامتی (ریسک فاکتورهای متابولیک) است که شانس ابتلاء افراد به بیماری‌های قلبی، سکنه و دیابت را افزایش می‌دهد. سایر اسامی این سندرم عبارتند از: سندرم X، سندرم مقاومت به انسولین و سندرم دیس‌متابولیک. ریسک فاکتورهای متابولیک عبارتند از:

- چاقی مرکزی (زیادی بافت چربی در ناحیه حفره شکم)
- دیس‌لیپیدمی پلاک‌زا (شامل اختلالات چربی، اساساً تری‌گلیسیرید بالا و HDL پایین)
- فشارخون افزایش یافته (130/85 mmHg و بالاتر)
- مقاومت به انسولین یا اختلال تحمل گلوکز
- وضعیت پروترومبیک (مانند غلظت بالای فیبرینوژن و یا آنزیم مهارکننده عامل فعال‌کننده پلاسمینوژن در خون)
- وضعیت پیش التهابی (مانند افزایش پروتئین C-Reactive بسیار حساس شده در خون)

جلسه سوم

- آماده نمودن یک متن برای خواندن و دعا نمودن برای موفقیت ترک کنندگان
- معدوم نمودن سیگارهای باقیمانده توسط خودشان
- توضیح در مورد اینکه ۱۰ روز اول سخت است و ۳ روز اول سخت‌تر
- توصیه‌های رفتاری برای چگونگی مقابله با هوس‌های سیگار و رفتارهای جایگزین
- تجویز و تحویل جایگزین نیکوتین در صورت لزوم و آموزش نحوه استفاده از آنها
- آموزش چگونگی برخورد با لغزشها
- توضیح در مورد اینکه با یک لغزش نا امید نشده و حتماً در جلسات بعد حضور یابند.

جلسات چهارم و پنجم و ششم

- در این جلسات پزشک و کارشناس بیشتر نقش هماهنگ کننده داشته و شرکت کنندگان به بیان تجربیات خود برای دیگران می‌پردازند.
- لغزش را مجدداً توضیح داده و نحوه برخورد با آن را یادآور می‌شود.
- در جلسه ششم ضمن تکمیل فرم شماره ۷، پیشگیری از عود را آموزش داده و یادآور می‌شویم که آموزش‌های این دوره برای تمام عمر است.
- در پایان دوره، به افرادی که موفق به ترک سیگار شده‌اند دیپلم و تقدیرنامه داده می‌شود.

جلسه اول

- معرفی شرکت کنندگان توسط خودشان، و ارایه توضیح برای دلایل ترک سیگار توسط خودشان
- توضیحاتی در مورد سیگار، ترکیبات دود سیگار، توضیح دوره ترک و تحویل پمفلت دود سیگار
- انجام یک معاینه اولیه
- تکمیل فرم شماره ۶

جلسه دوم

- توضیح در مورد بیماری‌های ناشی از سیگار، نیکوتین موجود در سیگار، فرآیند اعتیاد به سیگار
- نمایش فیلم
- آموزش نحوه آماده شدن و کاهش تعداد سیگارها برای روز ترک
- توضیح اینکه جلسه سوم روز ترک است و افراد سیگارهای باقیمانده خود را بیاورند.

• علل و انگیزه‌های ترک خود را مجدداً مرور نمایند.

پیشگیری از عود:

به ترک کنندگان آموزش داده می‌شود که برای پیشگیری از عود نکات زیر را رعایت نمایند:

- علائم هشداردهنده عود را شناسایی کنند.
- موقعیت‌های خطرآفرین برای سیگار کشیدن را شناسایی کنند.
- راهبردهای کوتاه مدت و بلند مدت و رفتارهای جایگزین را برای این موقعیت‌ها در نظر بگیرند.
- موقعیت‌های خطرآفرین را بعنوان نقاط عطف و لغزشها را یک تجربه آموزنده بدانند.
- در شیوه زندگی خود تجدید نظر کنند، استرس و وزن خود را کنترل کنند و....
- محتوای برنامه‌های جلسات آموزشی دوره‌های ترک دخانیات در کلینیک‌های مشاوره: دوره‌های ترک دخانیات در طی ۶ جلسه و در طول ۴ هفته اجرا می‌شود که در هفته اول و دوم، در هر هفته دو جلسه و در هفته سوم و چهارم، در هر هفته یک جلسه برگزار می‌شود.
- تعداد افراد شرکت کننده در هر دوره ۱۵-۱۰ نفر خواهند بود. ثبت نام از مراجعین، تشکیل

علل زمینه‌ای این سندرم عبارتند از: اضافه‌وزن و یا چاقی، عدم وجود تحرک بدنی کافی و فاکتورهای ژنتیکی.

افرادی که سندرم متابولیک دارند در معرض خطر بروز بیماری‌های عروق کرونری، بیماری‌های ناشی از ایجاد پلاک در دیواره عروق (سکته مغزی و بیماری عروق محیطی) و دیابت تیپ ۲ هستند.

سندرم متابولیک در حال گسترش است و در ایالات متحده حدود ۴۷ میلیون نفر جمعیت بزرگسال مبتلا به آن هستند. مقاومت به انسولین در این سندرم بصورت شایعی دیده شده و از اجزای اصلی آن است و به همین علت است که نام دیگر این سندرم، سندرم مقاومت به انسولین است.

بعضی افراد به صورت ژنتیکی مستعد مقاومت به انسولین هستند. فاکتورهای اکتسابی مانند چربی اضافی بدن و عدم تحرک کافی می‌توانند مقاومت به انسولین و در نهایت سندرم متابولیک را در این افراد آشکار کنند. بسیاری از افراد با چاقی مرکزی دارای مقاومت به انسولین هستند. مکانیسم‌های بیولوژیکی اعمال شده در سطح مولکولی، مابین مقاومت به انسولین و ریسک فاکتورهای متابولیک بطور کامل شناخته نشده و بنظر می‌رسد بسیار پیچیده باشند.

- گلوکز ناشتای خون مساوی و یا بیش از ۱۱۰ mg/dl

در معیار ATP III موارد مقاومت به انسولین (مانند انسولین ناشتای خون)، وضعیت پروترومبیک و یا پیش التهابی وجود ندارند. توصیه انجمن قلب آمریکا:

انجام مطالعات زیادی لازم است تا ارتباط ما بین ریسک فاکتورهای متابولیک و تأثیر دارو درمانی در افرادی که سندرم متابولیک دارند، شناخته شود. جهت حصول حداکثر استفاده از اصلاح ریسک فاکتورهای متعدد متابولیک، حالت زمینه‌ای مقاومت به انسولین بایستی به عنوان یک هدف درمانی در نظر گرفته شود. مطمئن‌ترین، مؤثرترین و ارجحترین راه جهت کاهش مقاومت به انسولین در افراد چاق و دارای افزایش وزن عبارت است از اقدام جهت کاهش وزن و افزایش فعالیت فیزیکی.

سایر قدم‌های اساسی که برای پرسنل بهداشتی درمانی و بیماران جهت کنترل سندرم متابولیک ضروری می‌باشند، عبارتند از:

- پایش روتین وزن بدن (مخصوصاً اندکس چاقی مرکزی)، گلوکز و چربی خون و فشارخون

- درمان تک تک ریسک فاکتورها (دیس‌لیپیدمی، فشارخون بالا و گلوکز بالای خون) برابر دستورالعمل معتبر - انتخاب داروی ضد فشارخون بالای مناسب، چرا که عوامل ضد فشارخون بالا اثرات متفاوتی بر روی حساسیت انسولین اعمال می‌کنند.

چگونه می‌توان از بروز سندرم متابولیک پیشگیری کرد:
- کاهش وزن: کاهش وزن به میزان ۱۰ تا ۵ درصد وزن بدن، حساسیت سلول‌ها را، جهت شناسایی انسولین بالا می‌برد و همچنین باعث می‌شود در صورت بروز این سندرم، مراحل خطرناک آن روی ندهد.

- ورزش: افزایش فعالیت فیزیکی سطح انسولین خون را افزایش می‌دهد و همچنین باعث افزایش حساسیت سلول‌ها به انسولین می‌شود. پیاده‌روی بمدت ۳۰ دقیقه در روز می‌تواند سبب کاهش وزن، اصلاح فشارخون بالا، اصلاح سطوح بالای کلسترول خون و کاهش خطر ابتلا به دیابت شود.

- اتخاذ یک رژیم غذایی مناسب: شامل استفاده از کربوهیدرات‌های پیچیده در رژیم غذایی روزانه و کاهش مصرف کربوهیدرات‌های ساده، استفاده روزانه از سبزیجات و میوه‌جات (حداقل سه وعده در

سندرم متابولیک چگونه تشخیص داده می‌شود؟

تاکنون معیار قابل قبولی برای تشخیص سندرم متابولیک در نظر گرفته نشده است. معیار پیشنهاد شده توسط سومین گزارش National Cholesterol Education Program (NCEP) که برنامه تخصصی جهت شناسایی، ارزیابی و درمان کلسترول بالای خون در بالغین می‌باشد، بصورت وسیعی مورد استفاده قرار می‌گیرد.

بر اساس این معیار پیشنهادی که ATP III (Adult Treatment Panel III) نامیده می‌شود، سندرم متابولیک در صورت وجود سه یا بیشتر از سه مورد از موارد زیر در یک فرد تعریف می‌شود:

- چاقی مرکزی بصورت اندازه‌گیری دور کمر:

• مردان: بیش از ۴۰ اینچ (۱۰۱/۶ سانتی‌متر)

• زنان: بیش از ۳۵ اینچ (۸۸/۹ سانتی‌متر)

- تری‌گلیسیرید خون ناشتا مساوی یا بیش از ۱۵۰ mg/dl

- کلسترول HDL خون:

• مردان کمتر از ۴۰ mg/dl

• زنان کمتر از ۵۰ mg/dl

- فشارخون مساوی و یا بیشتر از mmHg ۱۳۰/۸۵

روز)، کاهش مصرف گوشت قرمز و استفاده از گوشت سفید بخصوص ماهی حداقل سه وعده در هفته، عدم استفاده از روغن‌های جامد اشباع‌شده و استفاده از چربی‌های مایع غیراشباع.

منبع:

<http://www.americanheart.org>

کاهش آسیب (HARM REDUCTION)

دکتر مهدی مومندزاده

کارشناس گروه پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها

سال ۲۰۱۰، ۴۵ میلیون نفر دیگر به عفونت HIV/AIDS مبتلا خواهند شد. اما در صورت اجرای کامل برنامه‌های پیشگیری تا سال ۲۰۰۵، عدد فوق به ۲۹ میلیون نفر کاهش خواهد یافت. در این میان اعتیاد تزریقی نیز در جهان گسترش می‌یابد و ابتلای افراد به عفونت HIV در اثر تزریق مواد مخدر نیز به گونه‌ای هشداردهنده بخصوص در بسیاری از کشورهای در حال توسعه جهان رو به افزایش است. بطور مثال در حالی که تا یک دهه قبل شیوع اعتیاد تزریقی در اندونزی در حد صفر بود، هم اکنون حدود ۱۲۴۰۰۰ تا ۱۹۶۰۰۰ معتاد تزریقی در این کشور وجود دارد که در انتهای سال ۲۰۰۲، ۴۳۰۰۰ نفر آنها مبتلا به HIV/AIDS بوده‌اند و اگر اشتراک در سوزن ادامه یابد تا انتهای سال جاری میلادی تعداد آنها ۲ برابر خواهد شد. در سرتاسر سایر نواحی آسیای جنوب شرقی وضع مشابهی وجود دارد و اعتیاد تزریقی سوخت اپیدمی HIV/AIDS شده است. در بررسی که در اواخر سال ۲۰۰۱ در روسیه میان معتادان تزریقی انجام شد، ۵۶٪ آنها به HIV/AIDS آلوده بوده‌اند و ابتلای بخش قابل توجهی از آنها ظرف ۲ سال قبل از مطالعه بوده است. اکثریت موارد جدید عفونت HIV در آمریکا نیز در معتادان تزریقی و شرکای

جنسی و کودکان آنها رخ می‌دهد. در ایران نیز در حالی که تعداد مبتلایان به عفونت HIV/AIDS در سال ۱۳۸۳ به تنهایی حدود چهار برابر مجموع مبتلایان تا سال ۱۳۷۵ بوده، سهم ابتلاء از راه اعتیاد تزریقی طی همین سالها از ۲/۲٪ در مجموع مبتلایان تا سال ۱۳۷۵ به ۸۵٪ در سال ۱۳۸۳ افزایش یافته است. با توجه به اینکه در مطالعه دکتر رزاقی و همکاران در سال ۱۳۷۹ در ایران حداقل ۱۰۰۰۰۰ معتاد عمدتاً از روش تزریقی استفاده می‌کرده‌اند، خطر اپیدمی HIV در ایران بسیار جدی است. مطابق برآورد UNAIDS بین ۲۰۰۰۰۰ تا ۳۰۰۰۰۰۰ معتاد تزریقی در ایران وجود دارد که حدود نیمی از آنها از وسایل تزریقی به طور مشترک استفاده می‌کنند.

گسترش عفونت HIV در معتادان تزریقی می‌تواند به گونه‌ای انفجاری باشد. در ادینبورگ (اسکاتلند) در سال ۱۹۸۳ شیوع HIV در معتادان تزریقی ۵٪ بود، ولی در سال ۱۹۸۵ به ۵۷٪ رسید. همچنین در بررسی‌های دیده‌وری سرولوژیک که از سال ۱۹۸۷ تا ۱۹۸۸ در مراجعین به کلینیک‌های معتادان تزریقی در بانکوک انجام شد، شیوع عفونت HIV از ۱٪ به ۴۳٪ افزایش یافت. در جاکارتا (اندونزی) نیز میزان شیوع HIV در معتادان تزریقی از حدود ۱٪ در سال ۱۹۹۸ به تقریباً

با توجه به شیوع بالای رفتارهای پرخطر جنسی در معتادان تزریقی، اعتیاد تزریقی به صورت عامل موثری جهت گسترش عفونت HIV در سایر گروه‌های اجتماعی عمل می‌کند. بنابراین خطر HIV در معتادان تزریقی فقط محدود به خودشان نیست، بلکه در درجه اول شامل شرکای جنسی و فرزندان آنها و سپس سایر گروه‌های اجتماعی هم می‌شود. بطور مثال در نیویورک تقریباً همه ۱۷۰۰۰ مورد ابتلای کودکان به HIV ناشی از ابتلای یک یا هر دو والدین آنها به HIV از راه اعتیاد تزریقی بوده است. مطابق برخی تخمین‌ها، حدود ۳۰٪ معتادان تزریقی در ایران متأهل هستند و بخش قابل توجهی از آنها روابط جنسی خارج از محدوده ازدواج دارند و استفاده از کاندوم نیز در آنها نادر است. به نظر می‌آید خطر گسترش عفونت HIV از معتادان تزریقی به سایر گروه‌های اجتماعی در ایران بسیار جدی باشد.

با نگاهی اجمالی به وضعیت گذشته و حال سیاستها و برنامه‌های کنترل مواد مخدر و اعتیاد در ایران متوجه می‌شویم که اصل و اساس این سیاستها بر پایه مجرم تلقی نمودن معتاد و نگرش و برخورد پلیسی و قضایی با موضوع اعتیاد و مواد مخدر پایه‌ریزی شده است که اعمال این سیاستها نه تنها تا بحال با تحمیل هزینه‌های هنگفت از بار معضلات متناهی ناشی از اعتیاد نکاسته است بلکه با توجه به دلایلی همچون عدم وجود برنامه و زیرساختهای لازم و منابع غیر کافی و عدم وجود حمایت‌های اجتماعی و گسترده بودن عوامل دخیل (اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و...) و سودآور بودن تجارت مواد مخدر (بیش از ۳ میلیارد دلار سالانه) و به تبع آن گسترش روز افزون مواد مخدر و اعتیاد و تغییر تدریجی الگوی مصرفی مواد مخدر از تدخینی به تزریقی و تبعات بهداشتی مترتبه از مصرف مواد مخدر روز به روز باعث پیچیدگی موضوع و نهایتاً گسترش بیماری ایدز را به ارمغان آورده است.

طبق آخرین آمار کشوری HIV/AIDS گزارش شده تا تاریخ ۱۳۸۳/۱۰/۱ از تعداد کل ۹۸۰۰ مورد آلوده به HIV و ایدز کشور راه ابتلاء ۸۳۳۰ نفر یعنی ۸۵ درصد را اعتیاد تزریقی تشکیل می‌دهد.

عفونت HIV در معتادان تزریقی شده‌اند، چرا که به نظر می‌رسد خطرات گسترش عفونت HIV برای فرد و جامعه، بیش از خود تزریق مواد مخدر باشد. این استراتژی‌ها معطوف به کاهش رفتارهای پرخطری هستند که می‌توانند به انتقال ویروس HIV در اثر اعتیاد تزریقی منجر شوند و تحت عنوان کاهش آسیب (Harm Reduction) شناخته می‌شوند. کاهش آسیب موثرترین راه شناخته شده برای کاهش اعتیاد تزریقی و گسترش عفونت HIV است. به نظر می‌رسد در حال حاضر معقولترین و محتمل‌ترین راهکار به همراه تغییر نگرش برنامه‌ریزان و سیاستمداران کاستن از عوارض و زیانهای مترتبه از اعتیاد است.

با تأمل در تجارب بسیاری از کشورهای جهان (کانادا، انگلیس، سوئد و...) در امر مبارزه با مواد مخدر و اعتیاد متوجه می‌شویم که این کشورها با تکیه بر رویکردهای بهداشتی در امر مبارزه با مواد مخدر و کنترل دامنه آسیب ناشی از آن با مدنظر قرار دادن برنامه‌های کاهش آسیب (Harm Reduction) موفقیت‌های شایان توجهی بدست آورده‌اند که کنترل گسترش HIV/AIDS در بین معتادان تزریقی یکی از موفقیتها می‌باشد.

هدف از برنامه کاهش آسیب کاستن از عوارض بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی ناشی از مصرف مواد اعتیادآور بدون نیاز به قطع مصرف آنها می‌باشد.

کاهش آسیب یک حرکت جهانی است که در پاسخ به بحران فزاینده ایدز در سال‌های دهه هشتاد ایجاد شد و هدف آن کاهش آسیب ناشی از مصرف مواد مخدر است و ضرورتاً با ترک آن همراه نیست. کاهش آسیب، قدم‌های کوچک حتی به اندازه جزیی در جهت کاهش آسیب ناشی از مصرف مواد مخدر را نیز قابل قبول می‌داند. مثلاً اگر فردی که هروئین خیابانی تزریق می‌کند، به تزریق مواد مخدر تحت نظر سیستم بهداشتی روی آورد، یک گام به پیش است. اگر دست از استفاده از سرنگ و سوزن مشترک بردارد یا اگر در برنامه‌های تعویض سرنگ و سوزن ثبت نام کند، باز هم گام‌هایی به جلوست. اگر از مصرف تزریقی به مصرف خوراکی روی آورد، گامی بزرگتر است. اگر به استفاده از کاندوم و روابط جنسی مطمئن تشویق شود، پیشرفتی دیگر است و اگر مواد مخدر را کنار بگذارد که موفقیتی بزرگ حاصل شده است، ولی حصول به این موفقیت بزرگ اجباری نیست. رویکرد کاهش آسیب بر این پایه قرار دارد که می‌توان از عوارض

نامطلوب یک عمل مضر (در این مورد استفاده از مواد مخدر) کاست، بدون آن که ضرورتاً با کاهش آن عمل همراه باشد. کاهش آسیب قبول دارد که خودداری یک هدف ایده آل است، ولی روش‌های جانشین که به کاهش آسیب‌های ناشی از یک رفتار پرخطر منجر شود را می‌پذیرد.

اولین نطفه‌های برنامه‌های کاهش آسیب، در هلند در سال ۱۹۸۰ با استفاده از نظرات خود معتادان بسته شد و متعاقباً گسترش یافت. این برنامه‌ها شامل مواردی چون توزیع مواد مخدر کم خطرتر به طور کنترل شده تا توزیع سرنگ و سوزن یک بار مصرف بود و همراه با افزایش خطر انتقال HIV/AIDS نیز ارائه این خدمات گسترده‌تر شد به گونه‌ای که به طور مثال میزان سرنگ‌های توزیعی از ۱۰۰۰۰۰ در سال ۱۹۸۵ به ۷۸۰۰۰۰ در سال ۱۹۸۸ افزایش یافت. برخلاف آنچه در ابتدا باعث نگرانی می‌شد، اجرای این برنامه با گسترش اعتیاد همراه نبود مثلاً در سال ۱۹۷۶، ۱۰٪ جوانان ۱۷ الی ۱۸ ساله حشیش می‌کشیدند. ولی در سال ۱۹۸۵، این نسبت ۲٪ کاهش یافت. موفقیت‌های برنامه مذکور منجر به تغییراتی در سیاست‌های مواد مخدر در هلند شد که تحت عنوان نرمالیزاسیون (Normalization) مواد مخدر خوانده

می‌شوند. نرمالیزاسیون در درجه اول معطوف به نیازهای معتادان و مطلوبیت به حداقل رساندن همه آسیب‌هایی که در اثر رفتارهای کنترلی (و نه خود مواد مخدر) ایجاد می‌شوند. در انگلستان نیز برنامه‌های کاهش آسیب از اواخر دهه هشتاد در برخی از نواحی آن شروع شد و به علت موفقیت آن، متعاقباً در نواحی دیگر نیز گسترش یافت. در طی این برنامه‌ها، انواع وسیعی از خدمات شامل تعویض سرنگ، آموزش، تجویز داروهایی مثل متادون، هروئین و کوکائین، مشاوره، کاربایی و خانه‌یابی ارائه می‌شود. به کلیه مراجعه کنندگان ابتدا “درمان اعتیاد” ارائه می‌گردد. اگر وی درمان را رد کند، آنوقت امکان‌های دیگر به وی ارائه می‌شود تا آسیب کمتری به خود و به جامعه بزند. این برنامه‌ها با موفقیت چشمگیری همراه بوده به گونه‌ای که شیوع عفونت HIV در معتادان تزریقی از ۱۱/۵٪ در سال ۱۹۹۰ به ۳/۹٪ در سال ۲۰۰۰ کاهش یافت. در کشورهای در حال توسعه نیز اجرای برنامه‌های کاهش آسیب با موفقیت‌هایی همراه بوده است. از جمله استقرار زودرس مداخلات هدفمند در معتادان تزریقی در شهر کلکته باعث پایین ماندن شیوع HIV در معتادان آن شهر طی سالهای ۱۹۹۵ تا ۲۰۰۲ گردید.

این رویکرد علت مصرف داروهای مخدر غیرقانونی و اعتیاد را تنها عوامل فردی نمی‌داند بلکه در این زمینه مشکلات اجتماعی و اقتصادی گسترده را نیز دخیل دانسته و معتقد است قسمت اعظم نتایج مخرب و معضلات حاصل از مصرف داروهای مخدر غیر قانونی نتیجه سیاست‌های غلط در رابطه با مواد مخدر و در نظر گرفتن جریمه‌های شدید کیفری برای استفاده کنندگان این مواد می‌باشد. با توجه به طیف وسیعی از عوامل فردی، اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی دخیل در این امر و همچنین تداوم دسترسی و استفاده فزاینده از داروهای قوی‌تر رویکرد کاهش آسیب شاید بتواند به نوعی مشکل استفاده از مواد مخدر را با ایجاد تغییر در سیاست‌های کنترلی مواد مخدر و نه تغییر در خصلت انسان حاصل نماید.

برنامه کاهش زیان به مشکل مواد مخدر بصورت پدیده‌ای ناشی از عوامل روانی و اخلاقی و فردی نگاه نمی‌کند بلکه از دیدگاهی دیگران را بوجود آورنده مشکلات وسیع اجتماعی و تهدید کننده سلامت عمومی تلقی می‌کند.

بر اساس این دیدگاه هر جا دسترسی به مواد مخدر وجود داشته باشد سوء مصرف مواد

اجتناب‌ناپذیر است. این سوء مصرف با رفتارهای خطرآفرین همراه است که باید به نحوی آنها را کنترل نمود.

کاهش خطرات بهداشتی همراه با اعتیاد تزریقی به خصوص آلودگی HIV (۵٪ تا ۱۰٪ معتادان تزریقی، آلوده به ویروس HIV می‌باشند) یکی از مهمترین دلایل وجودی برنامه‌های کاهش زیان است.

دو اصل اساسی در رویکرد کاهش زیان وجود دارد اول آنکه استفاده بی‌خطرتر از مواد مخدر امکان پذیر است. دوم آنکه این نوع استفاده یکی از اقدامات عملی سیاست برخورد با مواد مخدر محسوب می‌شود که می‌تواند بر روی تجارت مواد مخدر، دسترسی و کنترل افراد معتاد، تبعات اقتصادی و اجتماعی حاصل از اعتیاد، افکار عمومی و آموزشها در مورد داروهای روان‌گردان تاثیر بگذارد.

بعضی از اصول برنامه‌های کاهش آسیب را بخصوص در رابطه با مواد مخدر می‌توان به ترتیب زیر بیان نمود:

۱- این روش در خصوص عواقب رفتارهای پرخطر تمرکز دارد و درست یا نادرست بودن این رفتارها را مد نظر قرار نمی‌دهد.

۲- این روش یک جانشین برای ترک است که هدفش تغییر رفتارهای پر خطر به رفتارهای کم خطر می‌باشد.

۳- این روشها بر اساس اطلاعات بدست آمده از معتادان تزریقی می‌باشد و بر اساس نیاز آنها طراحی شده است.

۴- این روش در صدد است که موانع دسترسی به درمان را هر چه بیشتر از بین ببرد و برخورد با این افراد بصورت دوستانه باشد تا میزان تمایل به درمان افزایش یابد.

۵- این روش نوعی دلسوزی در جهت مصالح فردی و اجتماعی است و یک هدف ایده‌آل گرایانه نمی‌باشد.

کاربرد اصول H.R اثرات قابل توجهی بر روی سلامت عمومی در سه حیطه جدا از هم که تقریباً مکمل یکدیگر در طب پیشگیری هستند داشته است یکی در درمان اعتیاد (پیشگیری سطح سوم) دوم مداخلات پیشگیری و آموزشهایی با هدف استفاده از داروهای کم خطرتر (پیشگیری سطح دوم) و سیاست عمومی و اصلاح قوانین (پیشگیری سطح اول). راهکارهای پیشنهادی کاهش آسیب در رابطه با مواد مخدر به شرح ذیل می‌باشد:

۱- ارائه آموزش هم بصورت عمومی و هم بصورت اختصاصی (برای جمعیت خاص معتادان تزریقی)

۲- عدم ابتلاء به اعتیاد و در صورت ابتلاء ترک کامل آن

۳- تبدیل اعتیاد تزریقی به اعتیاد غیرتزریقی (تدخینی یا خوراکی) مانند جایگزین کردن متادون خوراکی به جای هروئین تزریقی (درمان نگهدارنده با متادون).

۴- تحویل سرنگ استریل به معتادان تزریقی جهت جلوگیری از استفاده مشترک از سرنگ و به کارگیری سرنگ استریل و یک بار مصرف در تزریق.

۵- آموزش طرز ضدعفونی کردن (برعلیه ویروس HIV و هپاتیت) سرنگ با استفاده از مایع سفیدکننده خانگی (وایتکس)، بتادین الکلی و...

تجربه موفق این برنامه‌ها در کنترل میزان آلودگی به HIV در جمعیت بیماران تزریقی در برخی مناطق جهان نویدبخش آن است که بتوان از برنامه‌های مشابه جهت مبارزه با گسترش آلودگی به HIV و همه‌گیری وسیع آن در کشورمان استفاده نمود. علاوه بر موارد ذکر شده برنامه‌های کاهش آسیب نتایج موفقیت باری در هدایت معتادان تزریقی به برنامه‌های کاهش تقاضا و ترک اعتیاد

داشته‌اند که این مهم به واسطه برقراری رابطه‌ای اعتمادآميز میان معتادان و ارائه دهندگان خدمات کاهش آسیب امکان پذیر شده است.

منابع:

۱. H.R دکتر محمد مهدی گویا
۲. www.ccsa.cawqharm.htm
۳. طرح آزمایش متادون. اداره پیشگیری و درمان موثر مصرف مواد
۴. اپیدمی HIV/ایدز، اعتیاد تزریقی، کاهش آسیب و برنامه‌های سرنگ و سوزن - دکتر بهنام فرهودی

خبر خبر خبر خبر خبر

• برنامه کشوری پیشگیری و کنترل دیابت و فشارخون بالا از نیمه دوم خرداد ماه لغایت پایان شهریور ماه سال جاری در سطح کلیه خانه‌های بهداشت استان اجرا می‌شود. بدین منظور سمینار توجیهی برنامه کشوری پیشگیری و کنترل دیابت و فشارخون برای مسئولین بیمارها و کارشناسان ستادی شهرستانها در تاریخ ۸۴/۲/۲۱ در مرکز بهداشت استان برگزار گردید. سمینار توجیهی این برنامه برای پزشکان و کاردانه‌های مراکز بهداشتی درمانی روستایی در شهرستانهای معین بدین صورت برگزار گردید: ۸۴/۲/۳ سراب، ۸۴/۲/۴ مراغه، ۸۴/۲/۵ گریه، ۸۴/۲/۷ اهر، ۸۴/۲/۸ تبریز، ۸۴/۲/۱۰ مرند.

• اولین جلسه شورای سلامت شهرستان سراب با موضوع کمیته جامعه ایمن در مورخه

۸۴/۲/۱۱ در محل فرمانداری شهرستان سراب تشکیل گردید. در این جلسه کلیات و اهمیت برنامه جامعه ایمن برای اعضا شورا تشریح گردید و تک تک اعضای شورا علاقمندی و تعهد خود را برای اجرای برنامه در شهرستان اعلام و از اجرای این برنامه در شهرستان خود استقبال نمودند.

• مرکز بهداشت استان با مشارکت و همکاری شبکه بهداشت و درمان شهرستان مرزی جلفا سمینار دو روزه قرنطینه و مراقبت بیمارها در مسافرتها بین‌المللی را از تاریخ ۸۴/۲/۱۸ تا تاریخ ۸۴/۲/۱۹ برگزار نمود. در این برنامه علاوه بر کارشناسان مسئول واحد پیشگیری و مبارزه با بیمارها، پزشکان بیمارهای مرکز بهداشت شهرستانهای استان تعدادی از مسئولان منطقه از جمله بخشداران مرکزی، سیه‌رود و مسئولان پایانه‌های جلفا، نوردوز و مأمورین قرنطینه‌های بهداشتی مبادی ورودی و خروجی استان و ... شرکت داشتند. سمینار فوق در سالن فرمانداری شهرستان برگزار گردید و در این برنامه علاوه بر فرماندار شهرستان، معاون فرماندار، مدیر شبکه بهداشت و درمان جلفا، رئیس و کارشناسان بیمارهای واگیر گروه کارشناسان پیشگیری و مبارزه با بیمارهای مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی در مورد موقعیت شهرستان جلفا در تبادلات جمعیتی، وضعیت و اهمیت قرنطینه‌ها از نظر مراقبت

تقدیر و تشکر

از ریاست محترم شبکه بهداشت و درمان شهرستان جلفا و همکاران محترم آن شهرستان بدلیل برگزاری قابل تحسین سمینار دو روزه مراقبت بیماری‌ها در مسافرت‌های بین‌المللی و قرنطینه در تاریخ‌های ۱۸ و ۱۹ اردیبهشت ماه قدردانی می‌گردد.

دعوت به همکاری :

از کلیه خوانندگان محترم تقاضا میشود در صورت تمایل ، هر گونه پیشنهاد ، انتقاد ، مطلب ، خاطره ، طنز 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 سیمین خیاطزاده دکتر مرتضی سعادت‌خواه، دکتر قشتم سلیمانزاده، دکتر مهران سیف‌فرشد، دکتر ملیحه طالبی، دکتر مهدی محمدزاده، محمد نعلبندی، دکتر مهران نقی‌زاده گلزاری، سید علی ورشوچانی

هماهنگی و صفحه آرایی : دکتر مرتضی سعادت‌خواه ، دکتر مهران نقی‌زاده گلزاری
چاپ و تکثیر: مجتبی حقی ، یعقوب رهبر

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 ثقه الاسلام - ایستگاه منبع - مرکز بهداشت استان - گروه پیشگیری و مبارزه با بیماریها

کدپستی ۵۱۴۹۹۸۱۴۳ - تلفن ۰۳۳۳۳۳۳۳ - ۱۴۱۱ - فاکس ۰۳۳۳۳۳۳۳ - ۱۴۱۱

EMAIL: eazphc-cdc@tbzmed.ac.ir

تیراژ ۳۰۰۰ نسخه

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

بیماریها و حفظ سلامت مسافری و مراقبت اتباع خارجی و توصیه‌های بهداشتی در مسافرت‌های بین‌المللی مطالب خود را ارائه نمودند. از فرمانداری محترم شهرستان در خصوص تأمین سالن برپایی سمینار و ایراد مطلب و همچنین تمامی دست اندرکاران برگزاری سمینار قدردانی می‌گردد.

• در بهمن ماه ۸۳ جناب آقای دکتر شریفیان کارشناس ارشد هاری مرکز مدیریت بیماری‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از استان آذربایجان شرقی جهت نظارت بر برنامه کنترل و مراقبت بیماری هاری بازدید بعمل آوردند. در این بازدید نقاط قوت و ضعف برنامه کنترل بیماری هاری در افراد حیوان گزیده که در استان آذربایجان شرقی از سال ۱۳۷۴ در سیستم شبکه ادغام گردیده مشخص گردید و چون برنامه ادغام موجب افزایش جمعیت تحت پوشش و عدم بروز موارد هاری انسانی گردیده است مقرر گردید در سالجاری برنامه‌ای تحقیقاتی در زمینه بررسی میزان دسترسی مردم به مراکز درمان پیشگیری از هاری به اجرا درآید و همچنین تریبی اتخاذ گردد تا مراکز درمان پیشگیری از هاری بطور منظم مورد پایش و نظارت قرار گیرند.

• از تاریخ ۱۶ خرداد لغایت ۳۱ شهریور سال ۱۳۸۴ برنامه کشوری پیشگیری و کنترل دیابت و فشارخون بالا اجرا می‌شود. لذا پیشنهاد شد

برای ارتقای بیماریابی سل در سطح خانه‌های بهداشت در افراد بالای ۳۰ که جهت غربالگری مراجعه می‌نمایند، وجود سرفه بیش از ۲ هفته نیز بررسی شود و نحوه اجرا در طی دوره آموزشی طرح کشوری دیابت شهرستانهای معین در قالب یک فلوچارت آموزش داده شد.

• کارگاه دو روزه سل در تاریخهای ۸۴/۰۲/۲۶ و ۸۴/۰۲/۲۷ با شرکت پزشکان هماهنگ کننده سل شهرستانها برگزار شد که در روز اول کارگاه کتاب برنامه کشوری بیماری سل به اتفاق همکاران مورد بحث و تبادل نظر قرار گرفت و در روز دوم آمار سال ۱۳۸۳ به تفکیک شهرستانها بررسی شد و از نظریات همکاران جهت ارتقاء و حل مشکلات بیماریابی شهرستانها استفاده گردید. لازم به ذکر است چند نفر از همکاران که موفق به پیدا کردن بیمار اسمیر مثبت شده بودند مورد تشویق قرار گرفتند.

• اولین جلسه کمیته فنی سل استان در تاریخ ۸۴/۲/۲۴ در اتاق ریاست مرکز بهداشت استان برگزار شد و مشکلات بیماریابی و همچنین ارزیابی عملکرد آزمایشگاههای سل شهرستانها مورد بحث و بررسی قرار گرفت و مقرر گردید جلسات کمیته هر دو ماه یک بار مرتباً تشکیل شود.