

هیأتیت از آن چه شما فکرمی کنید
به شما نزدیکتر است!



H7N9 آنفلوآنزای
تهدیدی جدید برای پاندمی

غربالگری حدود ۶۰۰۰۰ نفر در
هفته سلامت و شناسایی بیش از
۳۴۰۰ بیمار جدید با فشار خون بالا

کشف و معدوم نمودن بیش از ۲۰ تن ماده
غذایی فاسد در استان توسط بازرسین
بهداشت محیط در طرح بسیج سلامت نوروزی



پزشک خانواده

"پزشک خانواده پنج ستاره"
مؤثرترین نسخه برای "سلامت بیمار" ما

نگاهی به پزشکی خانواده
در آمریکا، برخی از کشورهای خاورمیانه و ترکیه

گفتگو با یک پزشک خانواده موفق

پزشک خانواده و چالش‌ها

معرفی سامانه
خدمات سلامت ایرانیان



مردم بیشترین نقش را در ارتقاء سطح سلامت خودشان دارند و این در سایه افزایش
آگاهی آنها و تغییر رفتار فعلی آنها می باشد و نیاز به زمان طولانی دارد

در برنامه پزشک خانواده رکن اصلی
تمام فعالیت‌ها تیم سلامت می باشد

مناسب ترین پزشک برای اولین مراجعه
پزشک عمومی و یا پزشک خانواده است



فصلنامه معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

مدیر مسئول: دکتر احمد کوشا

سردبیر: دکتر مرتضی سعادتخواه

مدیر اجرایی: دکتر مجید کارآموز

نویسندگان این شماره:

طاهره ایمانی، فتح‌اله پورعلی، دکتر علیرضا حسن‌زاده، دکتر علیرضا حسینی، مقصود رضایپور، دکتر ناصر رهبری، دکتر نازلی سلطانی، دکتر جبرئیل شعربافی، علی صادقی، ناهید عارف حسینی، دکتر رضا عزیززاده، دکتر مهران علمداری، دکتر مهستی علینزاده، فرید غریبی، جواد فرحی شاهگلی، دکتر مجید کارآموز، سهیلا کریم‌زاد شریفی، دکتر احمد کوشا و فهیمه هادی

هیأت تحریریه و شورای مشورتی:

احمد شهنامی، جواد فرحی شاهگلی، محسن فرج‌ا، بیک نوری، دکتر مجید کارآموز، دکتر مهرداد گلزاری، مهندس یعقوب میرزایی و مهندس یوسف همت‌جو

با سپاس از: جناب آقای دکتر مردی معاون اجرایی، جناب آقای رضا فاطمی کیا مسئول امور مالی و جناب آقای مصطفی فرش‌خرسند مسئول بوجه مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی
طراحی: مهدی یار گرافیک
چاپ: نوین

نشانی دبیرخانه: تبریز- انتهای خیابان ثقه الاسلام- منبع آب- مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی - روابط عمومی
پست الکترونیک: payamsalamat@tbzmed.ac.ir
نمابر: ۳۳۳۰۱۹۶

نشریه پیام سلامتی در ویرایش مطالب آزاد است.

در سال‌های اخیر در ادبیات پزشکی و سلامت، بارها با عبارت «پزشکان پنج ستاره» برخورد می‌کنیم و بر اساس تعاریف سازمان جهانی بهداشت گفته می‌شود برای اینکه یک پزشک بتواند خدمات سلامت را به صورت نوین و به روز ارائه نماید بایستی تنها خدمت دهنده و یا به عبارت آشناتر تنها درمانگر نباشد بلکه باید با توجه به وضعیت سلامت منطقه تحت پوشش تیم خود را برای رفع مشکلات موجود سلامت رهبری و هدایت نماید، با اعضای تیم مشورت نموده و برای رسیدن به راه حل‌های درست تصمیمات مناسب بگیرد، با مدیریت بر تیم سلامت و مشارکت مردم، برای ارتقاء سلامت منطقه تلاش نماید و در نهایت با ارائه خدمات مناسب درمانی و

ارجاع به موقع به سطوح بالاتر نسبت به درمان افراد تحت پوشش خود اقدام نماید. کارشناسان معتقدند در صورتی که پزشکان خانواده دارای چنین شرایطی باشند می‌توانند در ارائه خدمات نوین سلامت حداکثر کارایی را داشته باشند. سؤال این است که آیا برای دست یابی به این توانمندی‌ها بایستی هزینه زیادی را تحمل نمود؟ آیا برای تربیت چنین پزشکانی بایستی دوره های تخصصی بسیار پیچیده ای را طراحی نمود؟ آیا دستیابی به چنین عنوانی در حد توانایی عده معدودی از پزشکان می‌باشد؟ به نظر می‌رسد کمبود آگاهی مردم در برخورد با بیماری‌ها، مشکلات معیشتی پزشکان و نبود امنیت شغلی آنان، وجود باورهای غلط مردم در مورد تخصص‌های پزشکی، مشکلات فرهنگی و ... عاملی بر ایجاد رفتارهایی است که اکنون بین دهندگان و گیرندگان خدمات سلامت ایجاد شده است و اگر محیط مناسبی برای پشتیبانی از فعالیت‌های مورد نیاز پزشکان فراهم گردد تا آنان بتوانند در مسیر پزشکی پنج ستاره قرار گیرند؛ آن‌ها با تلاش و همت قادر خواهند بود نه تنها به درمانگران و خدمت دهندگان کارایی تبدیل شوند بلکه رسیدن به عنوان پزشکان پنج ستاره برای آن‌ها دور از دسترس نبوده و فردی موثر در ارتقاء سلامت منطقه تحت پوشش خواهند شد. مدعای این باور وجود پزشکان خانواده ایست که در گوشه و کنار کشور شاهد فعالیت‌های برجسته آنان در موارد گفته شده هستیم که همانند سایر پزشکان عمومی از دانشگاه‌های مختلف فارغ‌التحصیل شده‌اند و بدون طی دوره های خاص آموزشی و اخذ توانمندی‌های ویژه تنها با همت خود و البته فراهم شدن محیط‌های پشتیبان تبدیل به پزشکان پنج ستاره شده‌اند؛ پزشکان بی نام و نشانی که متأسفانه در حد زحمات و فعالیت‌هایشان شناخته نشده‌اند و مورد تقدیر قرار نگرفته‌اند همانند ستارگانی که روزها هم در آسمان هستند ولی دیده نمی‌شوند.

امید داریم تلاش‌های ما در پیام سلامتی جهت ارائه مطالب مورد نیاز کارکنان سلامت این امکان را فراهم نماید تا شاهد افزایش کارایی و توانمندی این همکاران باشیم.

۳۲

آینه‌ی خبری

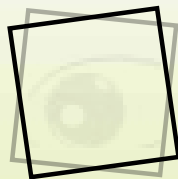
اخبار بهداشتی استان



۴۰

یک نگاه

مروری بر کشنده ترین کورونایروس شناخته شده
آسم و بیماری‌های تنفسی مزمن
بیماری‌های
معرفی شبکه بهداشت و درمان شهرستان اهر



۴۶

با خوانندگان

برای پشت میز نشین‌ها
شرحی بر بدون شرح پیام سلامتی شماره دوم
داستان زندگی یک HIV مثبت
اصول خبرنگاری (۱)
ارتباط با ما



۲

پزشک خانواده

با شروع اجرای برنامه پزشک خانواده در شهرها بار دیگر این سؤال مطرح می‌گردد که واقعاً چرا پزشک خانواده؟



۱۵

چراغ سلامت

برنامه های سلامت یعنی مجموعه خدمات و فعالیت‌هایی که به منظور حفظ و ارتقاء سلامت و مقابله با یک یا چند مشکل تندرستی، طراحی و اجرا می‌شود و چراغ سلامت از زوایای مختلف به این برنامه‌ها نگاه می‌کند.



۳۰

پنجره‌ای رو به فردا

با توجه به اینکه هر روز ابعاد جدیدی از مشکلات سلامت آشکار می‌شود و نیاز به برنامه‌های جدید ایجاد می‌گردد پنجره‌ای رو به فردا این برنامه‌ها را معرفی می‌کند





"پزشک خانواده پنج ستاره"

مؤثرترین نسخه برای "سلامت بیمار" ما

دکتر احمد کوشا - معاون بهداشتی

دانشگاه علوم پزشکی تبریز



پرونده فصل

پزشک
خانواده

"پزشک خانواده پنج ستاره"
مؤثرترین نسخه
برای "سلامت بیمار" ما

نگاهی به پزشکی خانواده
در آمریکا، برخی از
کشورهای خاورمیانه و ترکیه

گفتگو با دکتر لاله قائم مقامی
پزشک خانواده موفق

پزشک خانواده و چالش‌ها

معرفی سامانه
خدمات سلامت ایرانیان

درمانی با صرف وقت و هزینه‌های گزاف اغلب بی‌مورد، نه تنها شفا نمی‌یابند بلکه دچار عوارض مهم سلامتی می‌گردند. پس از این مقدمات آنگاه این سؤال پیش خواهد آمد که چه برنامه یا سیستمی می‌تواند پاسخگوی نیازهای فوق باشد، برنامه‌ای که در آن بیماران از سردرگمی در بین پزشکان مختلف رهایی یابند و پزشکان و کارکنان نظام سلامت با توجه به گذار اپیدمیولوژیک و جمعیتی خاص هر منطقه و با پیش بینی احتمال بروز بیماری‌های خاص منطقه تحت پوشش، با اجرای برنامه‌های پیشگیرانه از بروز بیماری‌های احتمالی جلوگیری کند، در صورت بروز، با تشخیص به موقع مانع از پیشرفت و ایجاد عوارض آن شود. در مراجعه بیمار به وی دید جامع داشته باشد و علائم را در زمینه تمامی دستگاه‌ها و ارگان‌های بدن تفسیر نموده نشانه‌های آن را جستجو نماید و با کمترین هزینه و صرف وقت، مؤثرترین درمان را پیشنهاد نماید و در صورت ارجاع بیمار به سطوح تخصصی‌تر روند اقدامات درمانی و اثربخشی آن‌ها را پیگیری نماید. در این جا خواهد بود که به عبارت پزشک خانواده خواهیم رسید و به مفهومی به نام پزشک خانواده پنج ستاره ملهم از مستندات سازمان جهانی بهداشت

پزشکی که

متولی و پیگیر سلامت مردم بوده، با بررسی وضعیت دموگرافیک و مختصات گوناگون سلامت منطقه تحت پوشش، مشکلات سلامت را برآورد می‌نماید، تیم خود را برای رفع مشکلات فوق و ارتقاء سلامت رهبری و هدایت (Community Leader) نموده

مقدمه - آنچه که خواهد آمد

با شروع اجرای برنامه پزشک خانواده در شهرها بار دیگر این سؤال مطرح می‌گردد که واقعاً چرا پزشک خانواده؟ و اصلاً ایجاب اجرای این طرح در کشور و استان ما چیست؟ چرا تا این حد قوانین برنامه‌های سوم، چهارم و پنجم توسعه بر اجرای آن تأکید نموده و اجرای آن را برای تمامی دولت‌ها الزامی دانسته است. برای پاسخ به این سؤال قبل از هر چیز لازم است اولاً نگاهی به تاریخچه علم طب بیندازیم تا متوجه شویم که سیر خدمات پزشکی از زمان‌های قدیم تا حال به سمت تخصص گرایشی تا چه حد بر تشخیص و درمان بیماران سایه انداخته است ثانیاً نظری کنیم به پیشرفت‌های شگرف این علم به خصوص در حیطه‌های تشخیصی در گذر زمان، تا متوجه شویم که تا چه حد تشخیص و درمان بیماران می‌تواند در اقتصاد خانواده‌ها و کشورها تأثیر گذار باشد و پس از آن به وضعیت خود سلامت توجه کنیم به اینکه چرا با توجه به گذار جمعیتی، اپیدمیولوژیکی و... نیازهای روز سلامت مردم نیازمند سیستم‌های سلامت پویا می‌باشد و چرا اگر در داخل خود نظام سلامت امکان عکس‌العمل‌های سریع به نیازهای روز سلامت نباشد سلامت مردم، معیشت مردم و ... نهایتاً اقتصاد جامعه و در نتیجه توسعه جامعه در سایر حیطه‌ها به مخاطره می‌افتد. مسلماً در ادامه می‌بایستی نظری نیز به وضعیت خدمات سلامت در کشور خود بیندازیم تا بدانیم تا چه حد مردم ما به سبب عدم رعایت موازین پیشگیری و یا عدم امکان آن بیمار می‌شوند، و تا چه حد به سبب فرهنگ و سیستم غلط درخواست و دریافت خدمات



جوجه‌ها از این طریق درمان شوند. مردم نیز اگر به یرقان دچار می‌شدند به جوجه پرستو زعفران می‌مالیدند تا خود پرستو تصور کند جوجه‌اش یرقان دارد و برایش سنگ یرقان تهیه می‌کرد انسان‌ها از آن سنگ برای درمان یرقان کودکانشان استفاده می‌کردند.»

شاید بتوان چوپانان بیابان‌گرد را به عنوان نخستین پزشکان و دامپزشکان نام برد که به شکسته بندی حیوانات و آتل بندی آن‌ها و درمان زخم‌ها از گیاهان وحشی استفاده می‌کردند.

در آن دوران علوم پزشکی و دامپزشکی با هم مشترک بودند و حتی تا سده‌های اخیر نیز افرادی که به درمان دام و طیور می‌پرداختند و دارویی برای آن‌ها تجویز می‌کردند همان دارو را برای انسان نیز تجویز می‌کردند. علم پزشکی را که به صورت امروزی سازماندهی شده است به کاهنان بابل (کلدانیان) نسبت می‌دهند. به عقیده جرجی زیدان (نویسنده و تاریخ نگار مسیحی عرب)، سایر ملت‌ها، پزشکی را از کلدانیان آموخته‌اند. هر چند حتی در دوران غارنشینی نیز انسان‌ها برای خود پزشک و دامپزشک داشتند.

پزشکان مصر نیز سرآمد پزشکی تخصصی کهن بودند. هرودت می‌نویسد:

هر شماره از نشریه به یکی از موارد پیش گفت و در آخر به مختصات یک برنامه پزشک خانواده ایرانی و الزامات اجرایی آن بپردازیم به باید‌ها و نیاید‌های آن و البته به نحوه اجرای آن.

تاریخچه:

در این بخش سعی دارم با اشاره به تاریخ طب برسم به سیر تخصص گرایی در طب و نهایی‌تی که ما امروز با آن دست به گریبانیم. برای این منظور با جستجو در فضای WEB به مطالب جالبی رسیدم که با ذکر نام نگارنده و سایت مربوطه به خدمتان ارائه می‌نمایم:

آقای دکتر لطفعلی پورکاظمی در سایت فدراسیون پزشکی ورزشی جمهوری اسلامی ایران آورده است:

«تاریخ علم پزشکی به تاریخ حیات بشر در دوران پارینه سنگی و نو سنگی بر می‌گردد ... انسان با مشاهده رفتار و حرکات حیوانات چیزهایی از آن‌ها می‌آموخت. تاریخ نگاران و پژوهندگان معتقدند نخستین آموزنده پزشکی و دامپزشکی به انسان، حیوانات بوده‌اند و همان طوری که محمد بن زکریای رازی در کتاب مفید الخواص می‌نویسد: اگر جوجه پرستو یرقان بگیرد، پرستوی مادر برای او سنگ یرقان (سنگ زرده) می‌آورد و در لانه‌اش می‌گذارد تا

با مشورت اعضای تیم و افراد ذی‌نفوذ منطقه تصمیمات مناسب (Decision Maker) را در جهت رسیدن به هدف فوق اتخاذ می‌کند.

با مدیریت (Manager) تیم سلامت و نیز با مشارکت و هماهنگی (Communicator) مردم منطقه در جهت ارتقاء فرهنگ صحیح سلامت و ایجاد محیط‌های پشتیبان سلامت و همچنین انجام اقدامات پیشگیرانه و بیماری‌بایی، ضمن رفع تدریجی مشکلات سلامت منطقه در جهت پیشگیری از بیماری‌ها و عوارض سلامتی و در نتیجه ارتقای سلامت منطقه تلاش می‌کند.

و نهایتاً به عنوان طبیبی حاذق در خدمت مردم منطقه تحت پوشش خود ارائه خدمت (Care Provider) می‌نماید.

و در ادامه به این نتیجه خواهیم رسید که هر کشوری می‌بایستی با توجه به وضعیت خاص خود از جنبه‌های مختلف (به خصوص وضعیت تأثیر مؤلفه‌های تأثیر گذار در سلامت) برنامه (یا بسته خدمت) پزشک خانواده خاص خود را طراحی و به اجرا درآورد و تنها به صرف اینکه در کشورهای پیشرفته از فلان بسته خدمتی بهره گرفته می‌شود از آن تبعیت ننماید.

حال آنچه را که در نظر داریم این است که به حول و قوه الهی از این شماره به بعد در

پزشک خانواده شما کیست؟!!

عدالت در سلامت

کاهش هزینه های بهداشت و درمان خانواده

دسترسی آسان به پزشک

پیشگیری، تشخیص زودهنگام و درمان مناسب بیماری



وارد نظام‌های سلامت در سراسر دنیا گردید عباراتی که به فارسی به پزشک خانواده ترجمه گردیدند. حال باید دید چه امری باعث پیدایش این عبارت و ایجاد برنامه پزشک خانواده در سراسر جهان گردید.

در اواسط قرن نوزده، متخصصین سلامت متوجه گردیدند که علیرغم پیشرفت علم طب در حیطه‌های گوناگون به خصوص پیشرفت مطلوب و البته متبوع انواع تخصص‌های پزشکی نه تنها سلامت مردم به نحو مناسبی ارتقاء نمی‌یابد بلکه هم هزینه‌های آموزش پزشکی و هم خدمات سلامت به نحو روزافزونی افزایش می‌یابد، پزشکان عمومی (Generalists) هم، زمینه و انگیزه کاری خود را از دست داد، به دنبال تخصصی‌تر شدن می‌روند و در نتیجه تعداد پزشکان عمومی رو به کاهش گذاشته است.

کاهش تعداد پزشکان عمومی تنها یک وجه قضیه بود و مشکلاتی مانند، گسستگی (fragmentation) خدمات، عدم هماهنگی بین متخصصین، عدم امکان مراقبت جامع، عدم امکان استمرار خدمت نیز پیش آمده بود در واقع مشکل مهمی که بروز کرده بود این بود که متخصصین دیگر، امکان مدیریت جامع بیمار را نداشتند هر کدام در حیطه خود و ارگان خاص خود تخصص و تبحر داشتند و چه بسا به

بیماری یکی از مهم‌ترین جنبه‌های پزشکی در ایران باستان است. (۳).

همچنان که ملاحظه گردید علم طب و به تبع آن انواع تخصص‌های پزشکی سابقه‌ای دیرین دارد و امر تخصص‌گرایی مسئله‌ای نیست که مختص زمان ما باشد در کشورهای اروپایی و امریکا نیز وضع به همین منوال بوده است در سال ۱۹۱۰ فردی بنام فلکسندر با توجه به وضعیت نابسامان آموزش پزشکی و اینکه روش و محتوای آموزشی یکسانی در این امر وجود ندارد پیشنهاد کرد آموزش علم پزشکی در مراکز دانشگاهی شهری و با محتوای آموزشی که بر مراقبت‌های تخصصی تأکید دارد صورت پذیرد. پس از آن با توجه به گرایش روز افزون به مراقبت‌های تخصصی روند پیدایش و ایجاد تخصص‌های مختلف به نقل از Geyman J, MD Foundation of Changing Health Care به شرح ذیل بوده است:

- Ophthalmology ۱۹۱۷
 - ENT ۱۹۲۴
 - Obstetrics and Gynecology ۱۹۳۰
 - Pediatrics ۱۹۳۳
 - Radiology ۱۹۳۴
 - Colon-rectal surgery ۱۹۳۴
 - Orthopedics ۱۹۳۴
 - Urology ۱۹۳۴
 - Internal Medicine ۱۹۳۶
 - Anesthesiology ۱۹۳۷
 - Thoracic Surgery ۱۹۴۸
 - Family Practice ۱۹۶۹
 - Emergency Medicine ۱۹۷۹
- همان طور که مشاهده می‌فرمایید از سال ۱۹۶۹ عنوانی تحت نام Family Practice بکار گرفته شد و پس از آن عناوین متعددی همچون
- General practitioner (GP)
 - General practice (GP)
 - Family physician (FP)
 - Family medicine (FM)
 - Family doctor
 - First contact physician
 - Primary doctor
 - Comprehensive care
 - Primary care
 - Primary care physician

دانش پزشکی در مصر دارای گرایش‌ها و رشته‌های متعددی بوده است. مصری‌ها دارای پزشک جراحی مغز و اعصاب، داخلی و دندانپزشک بودند و در یکی از پاپیروس‌هایی که از آن‌ها به اندازه ۴/۵ متر باقی مانده است جراحی مغز و نخاع، بیماری‌های زنان و فلج‌ها مورد بحث قرار گرفته است. بقراط اولین فردی بود که پزشکی علمی را از پزشکی مبتنی بر سنت‌های دینی جدا ساخت و بر رعایت اصول بهداشت تکیه کرد.

در ایران قدیم سه گروه طبیب وجود داشتند: کارد پزشک (جراح)، گیاه پزشک (که به بیمارانش گیاهان دارویی می‌داد) و دعا پزشک (روان‌پزشک)، البته چشم پزشک (کحال)، دادپزشک (پزشک قانونی)، ستور پزشک (دامپزشک یا بیطار) نیز وجود داشت. فریدون (تاریت)، برزویه طبیب، حارث بن کلد، محمد بن زکریای رازی و ابن سینا در واقع از پیشگامان و دانشمندان بزرگ تاریخ پزشکی ایران قدیم هستند و هر یک به نوعی در پیشبرد اهداف طبی و علمی ایران و جهان نقش بسزایی داشته‌اند. (۱)

آقای دکتر مجید خلیلی دانشجوی دکترای تخصصی رشته تاریخ پزشکی نیز در سایت دانشگاه علوم پزشکی بقیه ... در مطلبی تحت عنوان سیری در تاریخ علم پزشکی به مطالب جالب دیگر می‌پردازد:

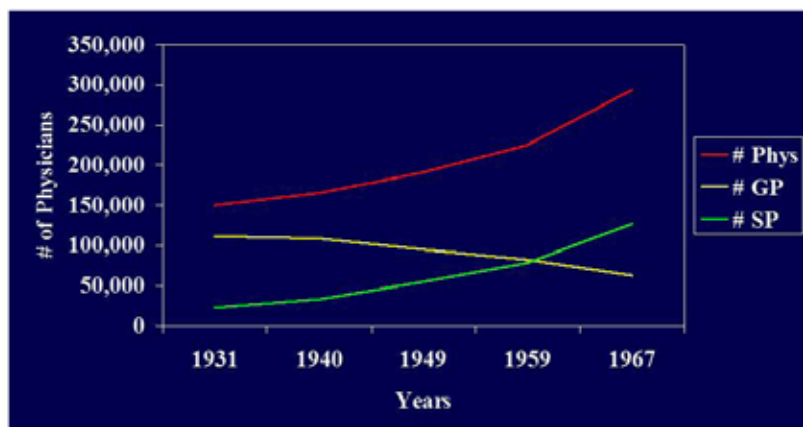
«در کتاب اوستا، پزشکان را به سه دسته تقسیم نموده‌اند:

گروه اول کسانی که به کمک دعا‌های ویژه به درمان روانی افراد می‌پردازند و روان آنان را آسایش می‌بخشند. دوم کسانی که بیماری‌ها را به کمک گیاهان دارویی درمان می‌کنند و سوم آنان که با آلات و ابزار پزشکی و جراحی مثل چاقوی جراحی بیماران را شفا می‌بخشند.» (۲)

مهم‌ترین نکته در پزشکی باستان و در آئین زرتشت، تنها مهارت در جراحی یا درمان بیماران نبوده است، بلکه شخصیت اخلاقی و داشتن وجدان و طبع انسانی و همدردی یک پزشک با بیماران نیز از اهمیت ویژه‌ای برخوردار بوده است. همچنین توجه به بهداشت عمومی و محیط و پیشگیری از بروز



Trends in Specialists and Generalists 1931 to 1967



حال همان طور که در بالا آمد وضع عجیبی بر جامعه پزشکی ما حاکم شده است اولاً اغلب بیماران تمایل دارند برای هر بیماری ولو ساده به متخصص یا فوق تخصص آن مراجعه نمایند پزشکان عمومی نیز تمایل بسیاری برای ادامه تحصیل در رشته‌های تخصصی دارند و تازه وقتی هم متخصص می‌شوند پیگیر ادامه تحصیل در یک حیطه فوق تخصصی هستند و در این میان آنکه ضرر می‌کند در وهله اول خود مردم هستند که از نعمت یک رسیدگی جامع (Holistic Approach) برای مشکلات جدی‌شان محروم می‌مانند، هزینه‌های زیادی را متحمل می‌شوند و چه بسا بجای درمان موثر با عوارض درمان‌های مختلف دست و پنجه نرم می‌کنند و در وهله دوم اقتصاد جامعه است که به سبب مراجعات و درمان‌های متعدد و بی حساب و کتاب، هزینه‌های فراوانی را متحمل می‌شود.

به نظر می‌رسد با تربیت پزشکان عمومی در این جهت که به بیماری به صورت جامع رسیدگی نمایند و از طرف دیگر فرهنگ سازی در بین مردم در این جهت که بدانند «مناسب‌ترین پزشک برای اولین مراجعه پزشک عمومی و یا پزشک خانواده است» می‌توان تا حد زیادی این مشکل را مرتفع نمود.

که با دیدی جامع بیماری همسرش را مدیریت نماید و در توجیه نقد خود می‌گفت: «به سبب مشکل قلبی همسر من به یک متخصص قلب مراجعه نموده بودم و ایشان داروی پروپانولول را به وی تجویز نموده بود، پس از مدتی مصرف دارو وی با مشکل کبدی مواجه گردید برای درمان به همان متخصص قلب مراجعه کردیم و از ارتباط آن با داروی فوق و نحوه درمان آن جويا شدیم وی ما را به فوق تخصص گوارش ارجاع داد و وقتی هم به این پزشک مراجعه کردیم وی جواب داد من از ارتباط این علائم با داروی قلبی فوق خبر ندارم ولی برای بهبود وضع کبد بیمارتان این دارو را صلاح می‌دانم. دارویی که نهایتاً نتیجه بخش نبود.»

مشابه این امر در زمان‌های قدیم در روند تخصص گرایی کشورهای غربی نیز مشاهده می‌شد تا جایی که Dr. Millis در سال ۱۹۶۲ نوشت: «فردی که زخم معده دارد ممکن است به یک جراح یا داروساز یا روانپزشک نیاز داشته باشد. ما در چنین شرایطی به کسی نیازمندیم که همه این شاخه‌ها را بداند و ما نمی‌توانیم بیمار را مجبور کنیم به کسی مراجعه کند که از سایر حیطه‌ها مطلع نیست.»

ارتباط علائم ارگان‌ها با یکدیگر و همچنین بیماری‌های مزمنی مانند دیابت که بسیاری از سیستم‌ها را با هم درگیر می‌کند آشنائی کافی نداشتند؛ لذا بسیاری از بیماری‌ها به درستی درمان نمی‌شدند و بیمار ناگزیر از مراجعه به پزشکان دیگر بود و آنچه که در این میان گم می‌شد مسئولیت پذیری پزشکان در مقابل سلامتی بیماران بود. بستری‌ها افزایش می‌یافت، هزینه‌ها بالا می‌رفت و ...

با توجه به شرایط آن زمان کشورهای فوق، متوجه تشابه بسیار زیاد وضعیت خدمات سلامت امروز ایران با آنان می‌گردیم. واقعیت امر این است که امروز تخصص گرایی و بدتر از آن فوق تخصص گرایی عجیبی بر جامعه پزشکی ما مستولی شده است تا جایی که در کلینیک تخصصی دانشگاهی مثل دانشگاه علوم پزشکی تبریز در رشته داخلی تنها یک پزشک متخصص داخلی وجود دارد و سایرین همگی فوق تخصص هستند.

دوستی که درس آموخته رشته‌ای مهندسی بود، به شدت از دید لوله تنگی (و تنها از منظر یک ارگان یا دستگاه بدن) در بین پزشکان گله می‌نمود و پیگیر یافتن پزشکی بود

منابع:

۱ - سیری در کارنامه طب اسلامی، نویسنده دکتر سید حسین هاشمی، مجله ره آورد دانش/ سال اول / شماره سوم / ۱۳۷۶

۲ - آرنوز کریستین ص ۵۵۲ و نیز تقی زاده، مقالات ج ۱ ص ۲۳۰ - ۲۳۱

۳ - رک، ضمیری، محمد علی، ص ۲۷، جان بی ناس ص ۴۵۶ به بعد و سیریل الگود، ص ۳۲



نگاهی به پزشکی خانواده در آمریکا، برخی از کشورهای خاورمیانه و ترکیه

دکتر مهستی علیزاده - متخصص پزشکی اجتماعی
و پیشگیری، دانشیار گروه پزشکی اجتماعی

دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز



عظیمی از سایر تخصص‌ها بود. در آمریکا در حال حاضر ۲۴ رشته یا مورد تخصصی مصوب شده است، لازم به ذکر است که تعداد رشته‌های تخصصی در حال حاضر در ایران ۲۷ عدد است!

نحوه ادامه تحصیل در دوره تخصصی پزشکی خانواده در آمریکا به قرار زیر است: دانش آموزان پس از فارغ‌التحصیلی از دبیرستان، ابتدا ۴ سال کالج را می‌گذرانند که به آن دوره Undergraduate می‌گویند. به دنبال آن ۴ سال را در دانشکده پزشکی سپری می‌کنند و پس از آن دوره اینترنی را طی می‌نمایند. پس از طی دوره اینترنی، در آزمون USMLE (United States Medical Licensing Examination) شرکت می‌کنند و در صورت قبولی مجوز طبابت خود را می‌گیرند. تا سال ۱۹۷۰ پزشک خانواده همان پزشک عمومی با تحصیلات فوق بود. همان گونه که در بالا ذکر شد پس از تصویب دوره رزیدنتی پزشکی خانواده از تعداد پزشکان عمومی کاسته شد و جای خود را به متخصصین پزشکی خانواده داد. دوره رزیدنتی پزشکی خانواده در آمریکا ۳ سال است. البته مانند بسیاری از تخصص‌ها، پس از دوره تخصصی پزشکی خانواده، دوره‌های تکمیلی مشابه فلوشیپ مانند طب ورزش، طب سالمندان، طب تسکینی نیز وجود دارد که برای گرفتن آن‌ها نیاز به داشتن مورد تخصصی پزشکی خانواده است. آکادمی پزشکی خانواده آمریکا امسال

«... در چنین شرایطی بیمار فاقد راهنمایی یک پزشک عمومی است که شرایط و اوضاع فیزیکی و روحیه او را می‌شناسد و از جزئیات زندگی روزمره او آگاه است. چه بسیار افرادی که با نظر خود به متخصصین متعددی مراجعه می‌کنند، در حالی که مشکلات جدی ندارند و تحت آزمایش‌ها و اقدامات تخصصی مختلفی قرار می‌گیرند و هزینه‌های سنگینی را نیز متحمل می‌شوند این افراد مانند یک کشتی که سکان آن بدون راهنما رها شده باشد با هر وزش باد از سویی به سوی دیگر حرکت می‌کنند و هرگز به ساحل سلامتی نزدیک نمی‌شوند» گفته‌ها و نوشته‌های Peabody در آن زمان ناپخته انگاشته شد. در دهه ۵۰ به دلیل رشد بی‌رویه رشته‌های تخصصی، جایگاه پزشکی عمومی زیر سؤال رفت و پزشکان تمایل کمی برای ادامه فعالیت خود به عنوان پزشک عمومی داشتند. در اوایل سال ۱۹۶۰، پیشگامان مراقبت‌های اولیه و پزشکی عمومی، برای حل این معضل، یک رشته تخصصی پیشنهاد نمودند که در برگیرنده تمامی مهارت‌های مراقبت‌های اولیه بود و در سال ۱۹۶۹ مورد پزشکی خانواده آمریکا به عنوان بیستمین رشته تخصصی ایجاد شد. در سال ۱۹۷۱ آکادمی پزشکی عمومی آمریکا به آکادمی پزشکی خانواده (AAFP) تغییر نام یافت. بنابراین یکی از علل ظهور این رشته، تخصص‌گرایی در جامعه و کم رنگ شدن جایگاه پزشکی عمومی و مراقبت‌های اولیه در بین خیل

همگام با تغییرات بافت جمعیتی و انتقال اپیدمیولوژیک نیاز به تغییر در ارائه خدمات سلامت در بسیاری از کشورهای جهان حس می‌شود؛ خدمات مداوم، مستمر، هزینه اثربخش و با کیفیت مطلوب که ارائه آن‌ها به جز با تقویت مراقبت‌های اولیه قابل انجام نیست. یکی از برنامه‌هایی که در بسیاری از کشورهای دنیا سال‌هاست اجرا می‌شود، برنامه پزشک خانواده است. کشورهای مختلف دنیا بر اساس نیازهای سلامت مردم جامعه و امکانات و شرایط آموزشی، دوره‌های مختلفی را برای آموزش پزشکان خانواده تعریف و اجرا کرده‌اند و پس از توانمندسازی آن‌ها خدمات سطح اول را در حیطه عمومی و تخصصی ارائه نموده‌اند. با توجه به اینکه کشور ما در حال حاضر نزدیک به ۸ سال است که طرح پزشک خانواده را در مناطق روستایی اجرا کرده است و در حال اجرای طرح در مناطق شهری می‌باشیم، نگاهی به روند پیاده‌سازی ارائه خدمات سطح اول در قالب پزشک خانواده در جهان خالی از لطف نیست.

تجربه کشورهای مختلف در مجموعه‌ای از مقالات ارائه خواهد شد که در این شماره به تجربه کشور آمریکا، ترکیه و برخی از کشورهای خاورمیانه اکتفا می‌کنیم.

پزشکی خانواده در آمریکا:

در سال ۱۹۲۳ Francis Peabody پزشک آمریکایی سرگردانی بیهوده بیماران بین پزشکان با رشته‌های تخصصی مختلف را چنین بیان می‌کند:

سال ۱۳۹۶

پزشک خانواده

شماره چهارم



پزشکی خانواده در کشورهای خاورمیانه:

لبنان: دانشگاه امریکایی بیروت (AUB) در سال ۱۸۶۶ تأسیس شد. دوره رزیدنتی پزشکی خانواده در این دانشگاه از سال ۱۹۷۹ آغاز به پذیرش رزیدنت کرد و هر سال ۳ تا ۶ متخصص پزشکی خانواده فارغ التحصیل می شدند. متخصصین پزشکی خانواده در لبنان بیشتر در بیمارستان ها کار می کنند. در این دانشگاه یک دپارتمان پزشکی خانواده است که بخش بستری و سرپایی برای ویزیت بیماران و آموزش رزیدنت ها دارد. دانشجویان پزشکی نیز یک ماه از دوره خود را در این بخش می گذرانند. لبنان به عنوان پیشگام پزشکی خانواده در منطقه خاورمیانه مطرح است.

بحرین: برنامه پزشک خانواده برای تربیت پزشکان در بحرین در سال ۱۹۷۸ آغاز شد. به دلیل نبودن اعضای هیئت علمی به تعداد کافی، دوره تربیت رزیدنت با تأخیر شروع شد. این دوره در سال ۱۹۷۹ با حمایت دانشگاه امریکایی بیروت شروع به تربیت رزیدنت کرد. در سال ۱۹۹۶ دوره تخصص پزشکی خانواده ۴ ساله شد و با همکاری کالج پزشکان عمومی ایرلند این دوره برگزار شد. در بحرین آموزش رزیدنت های پزشکی خانواده به صورت سه سال اول در بیمارستان و یک روز در هفته کار در کلینیک پزشکی خانواده و سال چهارم کار تمام وقت در کلینیک می باشد. سال آخر رزیدنت ها دروس آمار، بهداشت عمومی و اپیدمیولوژی را در بخش پزشکی اجتماعی آموزش می بینند.

دلار در سال) و آن ها که در بیمارستان ها فعالیت می کنند بیشترین درآمد (۲۰۴۰۰۰ دلار در سال) را دارند. متوسط درآمد پزشکان خانواده که مطب شخصی دارند ۱۶۶۰۰۰ دلار و آن ها که در کلینیک های سرپایی کار می کنند ۱۶۲۰۰۰ دلار در سال می باشد.

۴۹٪ پزشکان خانواده در امریکا از درآمد خود رضایت ندارند. طی یک مطالعه در پاسخ به این سؤال که اگر قرار باشد از نو شروع کنید چه تصمیمی می گیرید؟ ۶۰٪ پزشکان خانواده اعلام کردند که رشته پزشکی را خواهند خواند ولی فقط ۲۸٪ اعلام نمودند که رشته پزشکی خانواده را ادامه خواهند داد.

از نظر ساعت کاری، ۳۹ درصد پزشکان خانواده آمریکایی هفته ای ۳۰ تا ۴۰ ساعت کار می کنند. ۲۳ درصد کمتر از ۳۰ ساعت و ۱۶ درصد ۴۱ تا ۴۵ ساعت کار می کنند. ۲۲ درصد پزشکان خانواده هفته ای ۷۶ تا ۱۰۰ بیمار را ویزیت می کنند، ۲۱ درصد تعداد ۱۰۰ تا ۱۲۵ و ۹ درصد آن ها ۱۲۵ تا ۱۵۰ بیمار را در هر هفته ویزیت می کنند.

پزشکان خانواده در امریکا نیز زمان قابل توجهی را صرف انجام کارهای دفتری، تهیه گزارش و paperwork می کنند. ۲۸ درصد آن ها ۱۰ تا ۱۴ ساعت در هفته، ۲۶ درصد ۵ تا ۹ ساعت، ۱۷ درصد ۱ تا ۴ ساعت و ۱۱ درصد ۱۵ تا ۱۹ ساعت صرف این امور می کنند.

از چالش های مهم متخصصین پزشکی خانواده در امریکا، حقوق کم و بار کار زیاد آن ها می باشد.

۱۱۰۶۰۰ پزشک عضو دارد و تنها انجمن پزشکی است که به مراقبت اولیه (Primary Care) می پردازد. یک چهارم ویزیت پزشکان در امریکا اختصاص به پزشکان خانواده دارد. در هر سال ۲۴۰ میلیون بیمار توسط پزشکان خانواده در کل امریکا ویزیت می شوند. بر اساس Family Medicine Compensation Report که توسط Medscape در اواخر ۲۰۱۲ منتشر شد، در همین سال، میانه درآمد سالانه یک پزشک خانواده در امریکا ۱۷۵ هزار دلار بود. با وجود این متخصصین پزشکی خانواده پایین ترین درآمد را نسبت به سایر متخصصین دارند و نارضایتی بیشتری از درآمد و بار کاری شان دارند. حدود ۷ درصد آن ها ۳۰۰ هزار دلار یا بیشتر، ۱۳ درصد، ۱۰۰ هزار دلار یا کمتر درآمد سالانه دارند. بیشترین دامنه درآمد متخصصین این رشته ۲۰۰ تا ۲۵۰ هزار دلار در سال است.

تفاوت جنسیتی قابل توجهی در درآمد پزشکان در امریکا وجود دارد. در بین کل متخصصین، پزشکان مرد ۳۰٪ درآمد بیشتری نسبت به زنان دارند. در حالی که این تفاوت در پزشکان خانواده حدود ۱۷٪ است. البته در امریکا زنان در رشته هایی مانند پزشکی خانواده (۳۶٪)، اطفال (۵۳٪) بیشتر از رشته هایی مانند بیهوشی (۲۳٪) فعالیت می کنند. درآمد پزشکان خانواده در امریکا از نظر محل خدمت آن ها نیز متفاوت است. به طوری که متخصصین پزشکی خانواده که در دانشگاه به عنوان هیئت علمی فعالیت دارند کمترین درآمد (۱۵۴۰۰۰



کویت: برنامه تربیت پزشکان خانواده از سال ۱۹۸۳ شروع شد. این کشور نیز برای شروع برنامه از انگلستان کمک گرفت. در سال ۱۹۸۷ دانشگاه کویت پزشکی خانواده را به عنوان یک برنامه تحصیلات تکمیلی معرفی کرد و در سال ۱۹۹۱ آزمون گواهینامه همتراز با مدرک عضویت کالج سلطنتی پزشکان عمومی انگلستان را برگزار کرد. این مدرک انگیزه‌ای برای پزشکان کویت جهت ادامه تحصیل در این دوره شد. به طوری که در سال ۱۹۸۷ دو درصد پزشکان عمومی وارد این دوره شدند و در سال ۲۰۰۲ این رقم به ۲۶٪ رسید. در کویت نیز آموزش‌ها در بیمارستان و در بخش سرپایی داده می‌شود.

قطر: برنامه پزشکی خانواده در سال ۱۹۹۴ در قطر مصوب شد. دلیل راه اندازی دوره، جذب پزشکان از سایر کشورها و گسترش مراقبت‌های اولیه بود. به منظور تاسیس برنامه ۶ دوره محلی توسط مشاورین سازمان بهداشت جهانی برگزار شد. آموزش‌ها مستقیم در کلینیک‌هایی با مراجعین زیاد ارائه می‌شد.

امارات متحده عربی: برنامه رزیدنتی پزشکی خانواده در سال ۱۹۹۴ در دانشگاه العین شروع شد. این برنامه به دلیل گستردگی نظام مراقبت اولیه سلامت در کشور به سرعت گسترش پیدا کرد ولی به دلیل عدم تبعیت از یک مدل خاص، اهمیت دادن به کمیت مراقبت‌ها نسبت به کیفیت آن‌ها، نداشتن سیستم ممیزی و برنامه‌های تضمین کیفیت، با موفقیت کامل پیش نرفت.

لیبی: در لیبی دپارتمان پزشکی اجتماعی و خانواده در دانشگاه علوم پزشکی العرب برنامه را اجرا کرد. کلینیک پزشکی خانواده توسط ۵ عضو هیئت علمی این گروه اداره می‌شد. این کلینیک جمعیتی معادل ۵۰۰۰ نفر را تحت پوشش داشت.

اردن: در حال حاضر در اردن ۴ برنامه رزیدنتی پزشکی خانواده هست. اولین برنامه توسط خدمات پزشکی سلطنتی (RMS) در سال ۱۹۸۱ آغاز شد. اولین آزمون مورد پزشکی خانواده در سال ۱۹۸۶ برگزار شد. در

در ترکیه تأسیس و به تقویت رشته کمک کرد. در حال حاضر در بسیاری از موقعیت‌های شغلی یک پزشک عمومی، پزشکان خانواده مشغول به کار هستند که البته با حقوق بیشتر و شرایط کاری بهتر؛ که این امر علت عقد قرارداد پزشکان با نظام مراقبت سلامت اولیه (PHC) در ترکیه است.

در حال حاضر از بین ۵۷ دانشگاه ترکیه ۲۳ دانشگاه دپارتمان پزشکی خانواده دارند.

با توجه به آنچه که در مورد کشورهای منطقه گفته شد، پزشکی خانواده هنوز با قدرت کامل در منطقه خاورمیانه اجرا و پیاده نشده است. تعداد پزشکان خانواده به خصوص در کشورهای خاورمیانه کم است. پزشکی خانواده در منطقه خاورمیانه نیاز به بازنگری دارد چرا که نقاط ضعف مهمی برای آن مطرح است که برای رفع آن‌ها باید به موارد زیر پرداخت:

تقویت رویکرد تیمی و بیمار محور، کاهش موانع دسترسی به خدمات، نظام اطلاعات پیشرفته، سیستم ثبت الکترونیکی، توجه به کیفیت، تقویت زیرساخت‌ها و توانمندی‌های افراد ذی‌نفع در زمینه پزشکی مبتنی بر شواهد.

سال ۱۹۸۹، وزارت بهداشت اولین برنامه رزیدنتی خود را شروع کرد. در سال ۱۹۹۵ دانشکده‌های پزشکی اردن و دانشگاه علوم به تربیت رزیدنت پرداختند. در همان سال دوره ۳ ساله به ۴ ساله تبدیل شد. رزیدنت‌ها در سال آخر دروس پزشکی اجتماعی را نیز می‌گذرانند. تاکنون حدود ۳۰۰ پزشک خانواده در آزمون مورد تخصصی شرکت کرده‌اند.

عراق: دانشگاه Tikrit عراق در سال ۱۹۸۹ تأسیس شد. در این کشور برنامه آموزش تخصصی پزشکی خانواده ایجاد نشد ولی آموزش دوره پزشکی عمومی در این دانشگاه با استراتژی مبتنی بر مسئله، جامعه محوری و مبتنی بر جامعه با هدف تربیت پزشکان ۵ ستاره اجرا شد.

پزشکی خانواده در ترکیه:

پزشکی خانواده از سال ۱۹۸۴ در ترکیه به عنوان رشته تخصصی مصوب شد. دوره تخصصی پزشکی خانواده در ترکیه ۳ سال است. در سال ۱۹۸۵ در ۳ شهر اصلی ترکیه (آنکارا، استانبول و ازمیر) دوره تخصصی شروع به پذیرش رزیدنت کرد. انجمن متخصصین پزشکی خانواده در سال ۱۹۹۰

منابع:

1. Rakel R.E. Rakel D.P. Textbook of family medicine. 8th ed, 2011, Elsevier
2. Family Medicine compensation report , Medscape : <http://www.medscape.com/features/slideshow/compensation/2013/familymedicine>
3. Abyad A. Albaho A.K. Development of family medicine in the Middle East. Family Med. Nov. 736, 2007
4. Fusun E. Family Practice in Turkey: past, present and future. Middle East J Fam Med, 1(1), 2013
5. Gunes E.D. Yemen H. Transition to family medicine in Turkey. Continuing Edu Health Prof. 112-106, 2008, (2)28



لاله قائم مقامی

پزشک خانواده موفق

لطفا خودتان را به طور کامل معرفی نمایید؟

من دکتر لاله قائم مقامی متولد ۱۳۴۷ تبریز، فارغ التحصیل ۱۳۷۴ از دانشگاه علوم پزشکی اهواز هستم. دو سال طرح نیروی انسانی را در بیمارستان اسکو و ۶ ماه آخر آن را در مراکز بهداشتی درمانی تبریز گذراندم. بعد از آن نیز مدتی در سازمان انتقال خون تبریز و مطب شخصی مشغول بکار بودم.

برای چه مدتی است که به عنوان پزشک خانواده مشغول به کار هستید؟

از مرداد ماه سال ۱۳۸۴ همزمان با شروع برنامه پزشک خانواده یعنی زمانی نزدیک به ۹ سال است که به عنوان پزشک خانواده در درمانگاه بهداشتی درمانی کرکج بعنوان پزشک خانواده و مسئول مرکز مشغول بکار هستم.

چرا پزشک خانواده شدید و انگیزه اصلی شما از انتخاب شغل چه بوده است؟

زمانی که این برنامه شروع شد و مرکز بهداشت شهرستان شروع به ثبت نام پزشکان و ماماها و داوطلب کرد در واقع این برنامه بصورت یک جعبه کاملاً بسته و دارای نقاط سوال و مجهول فراوان بود و در واقع بسته‌های خدمتی هنوز به طور کامل و واضح ارائه نشده بود. بیشتر دورنمای این برنامه و مشابهت آن با برنامه‌های مشابه در سایر کشورها و موفقیت آن سبب جلب نظر و ثبت نام من شد. انگیزه اصلی من ادامه فعالیت پزشکی بعد از اتمام تحصیل، علاقه مندی به شغلم، مفید بودن برای جامعه و همینطور خودم و البته در کنار اینها تأمین مالی نیز بود. قابل ذکر است که برنامه ریزی اصلی و ارائه اهداف عمده این برنامه از جمله ایجاد عدالت در سلامت بیشتر در طی سالهای بعد از شروع برنامه پررنگ تر گردید.

چند روستا (خانه بهداشت، قمر و سیاری) و خانوار / نفر تحت پوشش شما هستند؟

۴ روستا (شامل قسمتی از منطقه تحت پوشش در کرکج، روستای ملک کیان و ۲ روستای قمر با جمعیت حدود ۴۶۰۰ نفر و حدود ۱۲۰۰ خانوار)

همکاران خود را که به سلامتی مردم تحت پوشش شما کمک می کنند معرفی نمایید.

در برنامه پزشک خانواده رکن اصلی تمام فعالیتهای تیم سلامت می باشد و در واقع اعضای تیم با همکاری همدیگر سعی در اجرای برنامه ها و



بخشی از فعالیتهای دکتر قائم مقامی به عنوان پزشک خانواده

- ❖ پوشش صد در صدی آهن یاری
- ❖ پوشش صد در صدی واکسیناسیون
- ❖ پیگیری لوله کشی آب روستای ملک کیان
- ❖ پوشش صد در صدی ویزیت دانش آموزان
- ❖ بالا بردن کیفیت خدمات و افزایش تعداد مراجعین
- ❖ پیگیری جمع آوری سگهای ولگرد در منطقه
- ❖ پیگیری در نوسازی تعدادی از مدارس منطقه
- ❖ به صفر رساندن مرگ نوزاد به علت بیماری های عفونی
- ❖ پیگیری وضعیت مادران باردار و عدم وجود مرگ مادر باردار
- ❖ بیماریابی دیابت و تشکیل ۲۵۰ پرونده جدید در جمعیت تحت پوشش
- ❖ بیماریابی فشارخون بالا و تشکیل ۶۰۰ پرونده جدید در جمعیت تحت پوشش
- ❖ بیماریابی ایسکمی قلبی و تشکیل ۱۱۰ پرونده جدید در جمعیت تحت پوشش
- ❖ پایین بودن میزان زایمان به روش سزارین (۳۷ درصد) در مقایسه با میانگین شهرستان (۶۵ درصد)



منطقه، برنامه سلامت مادران شامل مراقبتهای پیش از بارداری، طی بارداری، بعد از زایمان و ... برنامه تنظیم خانواده، برنامه سلامت کودکان، سلامت سالمندان، ویزیت و بیماریابی دانش آموزان، ویزیت قالیبافان، برنامه‌های آموزشی برای تمام گروه‌های هدف حتی خود اعضای تیم سلامت و بسیاری برنامه‌های دیگر که در سایه فعالیت‌های گروهی تیم سلامت و مراحل ارجاع مراجعین از سطح اول یعنی بهورزان به ماما و پزشک و ارجاع به واحدهای تخصصی که توسط پزشک خانواده صورت می‌گیرد. از جمله شاخصهای مهم سلامت که توسط پزشک خانواده ارتقا می‌یابند عبارتند از: تنظیم خانواده در حد مطلوب، عدم وجود مرگ مادر، کاهش درصد شیر خشک خواران به حداقل میزان و حتی به صفر رساندن آن، عدم وجود مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال در اثر بیماریهای عفونی، افزایش شاخصهای بهداشتی بهداشت محیط، کاهش اختلال ناشی از سوء تغذیه در بین کودکان، ارجاع به موقع بیماران مبتلا به فشار خون بالا و دیابت جهت کنترل بیماری و کاهش عوارض ناشی از آنها و کاهش درصد بیماران تب مالت در منطقه که پعلت دامدار بودن اهالی قبلاً بسیار شایع بود.



نکته مهم این است که خود مردم بیشترین نقش را در ارتقاء سطح سلامت خودشان دارند و این در سایه افزایش آگاهی آنها و تغییر رفتارهای فعلی آنها می‌باشد و نیاز به زمان طولانی دارد.



البته باید متذکر شد که در وهله اول هدف ایجاد، حفظ و ارتقاء سطح سلامت می‌باشد. نقش پزشک خانواده در این مرحله در واقع شناسایی منطقه و جمعیت تحت پوشش و تشکیل پرونده سلامت برای خانوارها، شرایط کلی حاکم بر محیط ویزیت، بیماریابی بیماریهای خاص که باعث مرگ و میر و عوارض می‌شوند. پیگیری موارد مورد نیاز، آگاه سازی و حساس سازی مردم به بهداشت فردی و محیط، راهنمایی، هدایت و برنامه ریزی اعضاء تیم سلامت و ایجاد ارتباط با سایر افراد موثر در سلامت مردم منطقه می‌باشد. نکته مهم این است که خود مردم بیشترین نقش را در ارتقاء سطح سلامت خودشان دارند و این در سایه افزایش آگاهی آنها و تغییر رفتارهای فعلی آنها می‌باشد و نیاز به زمان طولانی دارد.

چه کارهایی انجام می‌دهید تا به بالا بردن سطح سلامت مردم روستای خود کمک کنید؟ انجام و ارائه بسته‌های خدمتی ارائه شده شامل: ویزیت دوره‌ای و تشکیل پرونده سلامت، بیماریابی افراد تحت پوشش، کنترل و پیگیری بیماریهای خاص مثلاً فشارخون بالا، دیابت یا بیماریهای شایع در منطقه، بررسی و دخالت (تا حد امکان) در بهداشت محیط

ارتقاء سطح سلامت دارند. تیم سلامت شامل پزشک خانواده به عنوان مسئول تمام برنامه‌های تیم، مامای تیم سلامت، بهورزان، مربی بهورزان به عنوان مسئول مستقیم و برنامه ریز اصلی و هماهنگ کننده برنامه‌های بهورزان و در ارتباط با پزشک تیم، مسئول بهداشت محیط، مسئول بهداشت حرفه‌ای و دارویار می‌باشد که هر کدام در جایگاه خود نقش مهمی دارند.

به نظر شما چه فاکتورهایی بر روی سطح سلامتی و بهداشت مردم در روستاهای شما تأثیر گذار هستند؟

موقعیت جغرافیایی منطقه، امکانات بهداشتی و سایر امکانات رفاهی موجود در منطقه، شغل، فرهنگ اهالی، شیوه زندگی مردم منطقه، سطح آگاهی و سواد مردم، میزان فعالیت، علاقه مندی، آگاهی و همکاری اعضای تیم سلامت در جهت اجرا و پیگیری بسته‌های خدمتی ارائه شده، میزان همکاری اعضاء شوراهای اسلامی، دهیاران، همکاری خود اهالی روستا، همکاری ارگانها و سازمانهای برون بخشی و حمایت مسئولین بهداشتی از فعالیت و عملکرد پزشکان.

آیا می‌توانید بگویید نقش شما در کمک به بالا بردن سطح سلامتی مردم چیست؟



فکر می‌کنید جنسیت شما (مرد یا زن بودن) در نوع و نحوه فعالیت شما مثلاً افرادی که با آنها کار می‌کنید و یا کیفیت کار شما تاثیر داشته باشد؟ چگونه؟

هر کدام حسن و ویژگی خاص خود را دارند خانمها از این بابت که حجم عمده مراجعین پزشک زنان، کودکان و سالمندان می‌باشند و همینطور با توجه به حجم زیاد کارها از حوصله و دقت بیشتری برخوردارند مفیدتر هستند و آقایان از این نظر که بهتر می‌توانند با سایر مسئولین در جهت جلب همکاری برای فعالیتهای محیطی عمل کنند نقش بیشتر و مثبت‌تری می‌توانند داشته باشند.

به عنوان آخرین سؤال هر مطلب دیگری که به نظرتان مهم است بفرمایید؟

مشکلات عدیده و فراوانی در این برنامه موجود است به نظر من همکاران شاغل در این برنامه با صرف انرژی و نیروی مضاعف مشغول بکار هستند. مسئله پایش پزشکان، پرداختیها به پزشکان، مسائل سیستم ارجاع در بخشهای تخصصی، عدم امنیت شغلی پزشکان شاغل در این برنامه، همگی از مسائلی هستند که هنوز حل نشده باقی مانده‌اند.

وقتی تراکم بیماران و مراجعین زیاد است که البته متأسفانه در اکثر روزها بعثت تعداد زیاد جمعیت تحت پوشش با این امر مواجه هستیم نمی‌شود بطور دلخواه و موثر وظایف را انجام داد. اشاره مجدد به این امر مهم ضروری است که وظایف محوله به پزشک با توجه به تعداد زیاد جمعیت تحت پوشش واقعاً زیاد است و هر کارشناس ستادی انتظار دارد پزشک و اعضای تیم سلامت در حیطه فعالیت آن کارشناس در حد کاملاً مطلوب عملکرد ارائه دهند. کارهای نوشتاری فراوان، نوشتن یک مورد در چندین محل مختلف، عدم وجود سیستم یکپارچه ثبت و نرم افزار مطلوب باعث رکود کارها می‌شود.

چه چیزهایی در تغییر فاکتورهای موثر بر سلامتی مردم به شما کمک می‌کند؟

همکاری رسانه‌های مردمی و افزایش اطلاعات و آگاه‌سازی مردم توسط آنها از مهمترین و در واقع می‌توان گفت اولین قدم خواهد بود. اطلاع‌رسانی به مردم توسط رسانه‌های عمومی در مورد شرح وظایف پزشک خانواده و اینکه این برنامه صرفاً جهت درمان و تحویل دارو به بیماران نیست بلکه ارتقای سطح سلامت مردم عمده هدف این برنامه می‌باشد می‌تواند به ما کمک کند.

آیا می‌توانید زمانی را به یاد بیاورید که احساس کرده باشید در جایگاه خود به عنوان یک پزشک برای مردم بسیار مفید و مثر تمر بوده‌اید؟ (مثلاً چه کاری کرده‌اید و یا با چه گروهی کار کرده بودید؟) فکر می‌کنید چه فاکتورهایی در این احساس رضایت شما موثر بوده‌اند؟

زمانی که برنامه‌ریزی‌ها بطور دقیق اجرا می‌شود، بیماران و مراجعین اظهار بهبودی می‌کنند، مسیر ارجاع به سطوح بالاتر به درستی انجام شده و نتیجه مطلوب حاصل شده است و زمانی که مراجعین و بیماران به آموزشها توجه داشته و مسائل تأکید شده را بخوبی رعایت می‌کنند و منجر به ارتقاء شاخصهای بهداشتی می‌گردد. یکی از مسائل مهمی که طی این سالها در روستای ما حل شده است مسئله آب بهداشتی روستا بوده که با همت دهیار، اعضای شورا، خود اهالی و مرکز بهداشتی درمانی بوده است.

آیا حالا می‌توانید زمانی را به یاد بیاورید که نتوانسته‌اید به آن اندازه که دلتان می‌خواهد مفید بوده باشید؟ مثلاً کارهایی که به نظر شما کم‌اهمیت و خسته‌کننده هستند. فکر می‌کنید دلیل آن چه بوده است؟

فکر می‌کنید کدام یک از فعالیتهای بالا نقش مهمتری در بالا بردن سطح سلامت مردم روستای شما در طی سالهای گذشته داشته است؟

همه فعالیتهای در کنار و به موازات هم موثر هستند چون هیچکدام از فعالیتهای فوق از یکدیگر جدا نیستند. همکاری گروهی اعضای تیم سلامت، حضور فعال پزشک و ماما در منطقه، برنامه‌ریزی جهت انجام فعالیتهای فوق (البته قابل ذکر است که با توجه به تعداد زیاد جمعیت تحت پوشش و حجم زیاد فعالیتهای مسئولیت فراوان و حتی در بسیاری موارد خارج از توان پزشک به عهده وی می‌باشد) تا حد امکان بصورت مرتب ماندگاری پزشک در منطقه، آشنایی با فرهنگ و شیوه زندگی افراد و منطقه تحت پوشش از فاکتورهای مهم می‌باشند.

در حین انجام خدمات فوق معمولاً با چه افراد، سازمان و یا ارگان خاصی همکاری می‌کنید؟

علاوه بر اعضای تیم سلامت جهت اجرای برخی از برنامه‌ها بویژه برنامه‌های محیطی آموزشی نیاز به همکاری سایر افراد داریم. از جمله رابطین بهداشتی که از خود اهالی روستا هستند، اعضای شوراهای اسلامی روستا، دهیار، مدیران مدارس، کارشناس ستادی، آموزش و پرورش، بخشداری و ...



پزشک خانواده و چالش‌ها

دکتر مجید کارآموز - قائم مقام معاون بهداشتی

معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تبریز



گیرندگان خدمت متصور هستیم، این برنامه تا به حال نتوانسته رضایت کامل مردم، سیاست‌گذاران و پرسنل درگیر را فراهم آورد!

برای رسیدن به پاسخ درست این پرسش، بایستی تحقیقات جامعی در مقاطع زمانی مختلف انجام پذیرد تا با مقایسه نتایج بدست آمده و بررسی علل و عوامل موثر بر آن‌ها به دلایل آن پی برد.

اما اکنون که در حال توسعه برنامه به نقاط شهری کشور هستیم، نگارنده این سطور به عنوان فردی که از ابتدای اجرای برنامه طرح بیمه روستایی تاکنون، در موقعیت‌های مختلف از نزدیک با برنامه افتخار همکاری داشته است سعی دارد با ارائه چالش‌های موجود که اکثر آن‌ها حاصل نتایج پایش‌های به عمل آمده در طول اجرای برنامه بوده است کمکی به برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران سلامت برای تهیه بسته کامل برنامه پزشک خانواده و رسیدن به اهداف متعالی آن نماید.

برای بیان چالش‌های مهم برنامه در این مقال کوتاه، چاره‌ای جز دسته

در بیش از ۶۰ کشور دنیا، نظام ملی سلامت در چهارچوب طرح پزشک خانواده ساماندهی شده است و شبکه‌ای از پزشکان عمومی، متخصص و فوق تخصص، خدمات سلامت را به جمعیت تحت پوشش ارائه می‌نمایند.

طرح پزشک خانواده در ایران هم از چندین سال پیش مورد توجه قرار داشت، ولی در عمل، تا سال ۱۳۸۴ که نخستین سال اجرای برنامه توسعه پنج ساله چهارم بود، موقعیتی برای اجرای آن فراهم نشد تا اینکه بالاخره با وجود تمام مشکلات و به دلیل تکلیف قانونی طلسم اجرای آن شکسته شد.

همه می‌دانیم این برنامه از آغاز آن تاکنون با افت و خیزهای فراوانی روبرو بوده است، در مقطعی چنان مورد اقبال بخش خصوصی قرار گرفته که با تعطیلی مطب‌های خود در آن مشارکت نموده‌اند و زمانی نیز با درخواست‌های پزشکان بخش دولتی برای خروج از طرح مواجه بوده است. اما چرا!!؟

چرا با تمامی منفعتی که از اجرای پزشک خانواده برای ارائه‌کنندگان و

بندی آن‌ها نداریم لذا مشکلات موجود تحت عناوین: فرهنگی، منابع مالی و روش‌های پرداخت، هماهنگی، روش‌های اجرایی، نیروی انسانی، آموزش، فضای فیزیکی و تجهیزات ارائه خواهد گردید.

مشکلات فرهنگی:

عمده‌ترین مسئله‌ای که بایستی مدت‌ها قبل از آغاز برنامه به آن پرداخت می‌شد ایجاد زمینه فرهنگی لازم برای اجرای برنامه بود. موضوعی که با غفلت از آن پس از ۸ سال از شروع طرح، نه تنها فلسفه و چرایی آن بلکه حدود انتظارات و وظایف بخش‌های مختلف ارائه دهنده خدمات و مردم هنوز به درستی جا نیفتاده است. دستورات و ارجاعات القایی توسط مردم به پزشکان خانواده، عدم مشارکت مناسب سطوح دوم و سوم، انتظارات خارج از برنامه مقامات کشوری و محلی و مقاومت بخش خصوصی گواه این مدعاست.

**هماهنگی:**

نبود هماهنگی لازم بین دو وزارت بهداشت و رفاه همه ساله ارسال تفاهم نامه و دستورالعمل‌ها را با تأخیر چند ماهه مواجه می‌نماید. این در حالی است که نبود و یا کمبود پایش‌های مشترک منجر به اعمال کسور مالی از طرف ادارات بیمه و کمبود اعتبارات دانشگاه‌ها می‌شود. ضمن آنکه عدم ارسال کامل و مستمر نتایج پایش‌ها توسط ادارات بیمه امکان برطرف نمودن نقایص مورد نظر آن‌ها را از شبکه‌های بهداشتی سلب می‌نماید.

منابع مالی و روش‌های پرداخت:

- کمبود سرانه در بخش روستایی موجب پایین بودن میزان دستمزد پزشکان خانواده و ریزش تدریجی آن‌ها و عدم مشارکت بخش خصوصی در اجرای برنامه شده است این در حالی است که اگر در آینده تفاوت سرانه پزشک خانواده شهری به این معضل اضافه گردد خالی شدن روستاها از پزشکان خانواده موضوعی قابل پیش بینی خواهد بود.

- عدم پرداخت به موقع و مرتب اعتبارات توسط ادارات کل بیمه سلامت و کمبود اعتبارات دانشگاه‌ها موجب تأخیر در پرداخت شبکه‌های بهداشت و درمان و نارضایتی شدید و به حق اعضای تیم سلامت می‌شود، مشکلی که با گذشت چندین سال از اجرای برنامه تا کنون نسخه‌ای برای درمان آن ارائه نشده است.

- استفاده از یک نوع روش پرداخت و عدم استفاده از روش‌های ترکیبی

(Mixed) مانند پرداخت «سرانه + FFS» باعث کاهش انگیزه پزشکان خانواده به ارائه خدمات بیشتر و کم خدمتی (Underused) شده است. - نداشتن انگیزه همکاری در بین پزشکان متخصص سطح دوم و سوم به دلیل موثر نبودن روش پرداخت در این سطوح از زمره مشکلاتی است که پزشکان خانواده را از پیگیری عاقبت بیماران ارجاعی خود عاجز ساخته است.

روش‌های اجرایی:

بیشترین چالش‌های موجود برنامه به این قسمت تعلق دارد تعدد وظایف اعضای تیم سلامت، نبود استانداردهای خدمتی، گایدلاین‌ها و پروتکل‌های درمانی، عدم ارسال پس‌خوراند از سطوح دوم و سوم، تداخل وظایف بهورزان با پزشکان و ماماها، نبود دارویار مستقل در تیم‌های سلامت، تعدد فرم‌ها و عدم استفاده از نرم افزارهای رایانه‌ای، بلا تکلیفی بیماران ارجاعی به سطح دوم، پایش‌های متعدد در طول سال، مشخص نبودن ضوابط نقل و انتقال و ارتقاء اعضای تیم سلامت، تداخل برنامه‌های بهداشتی (ویزیت مدارس، معاینات استعدادی، مشاوره ازدواج و ...) با برنامه، عدم امکان اعزام به مأموریت پزشکان خانواده و ماماها در جریان بحران‌ها و ... بخشی از این مشکلات می‌باشد.

نیروی انسانی و آموزش:

عدم مطابقت توان علمی و مهارتی پزشکان عمومی با وظایف و انتظارات درخواستی از آنان، عدم

وجود نظام آموزش ضمن خدمت برنامه‌ریزی شده، روشن نبودن چگونگی ادامه تحصیل و تخصص پزشکان خانواده، عدم وجود احساس امنیت شغلی با توجه به عقد قراردادهای کوتاه مدت، راندمان کاری پایین تیم سلامت به دلیل کمبود برخی پرسنل (پذیرش، امور عمومی، کادر خدماتی، دارویار مستقل و نگهبان) از مهم‌ترین مسائلی هست که می‌توان به آن‌ها اشاره نمود.

فضای فیزیکی و تجهیزات:

معضلات این قسمت عبارتند از: کمبود امکانات رفاهی پانسیون‌ها، عدم وجود فضای کافی برای معاینه پزشک و ماما در خانه‌های بهداشت، عدم تأمین تجهیزات استاندارد برای برخی از واحدهای ارائه خدمت، نبود محل مناسب برای استقرار تیم سلامت در برنامه ده گردشی روستاهای قمر و سیاری

بدیهی است مشکلات مطرح شده تنها بخشی از چالش‌های اجرایی برنامه می‌باشد و مرتفع نمودن آن‌ها تأثیر بسزایی در کیفیت ارائه برنامه خواهد داشت. تذکر این مطلب را به عنوان آخرین جمله این دست نوشته خالی از لطف نمی‌دانم که بدون توجه به این معضلات، ورود برنامه به نقاط شهری که در آن بیمه شدگان به واسطه نظام ارجاع با محدودیت‌هایی مواجه خواهند بود با مشکلات جدی‌تری همراه خواهد بود.



معرفی سامانه خدمات سلامت ایرانیان

فهیبه هادی - کارشناس آمار

معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تبریز



شده خدمات می پردازد تا مبنایی برای بودجه ریزی عملیاتی در فازهای بعدی را ایجاد نماید.

• فاز هفتم

تولید شاخصهای آماری متنوع و تحلیل آماری آنها

سامانه خدمات سلامت ایرانیان کلیه شاخصهای آماری حاصل از گردش کار و استقرار فرایندهای فازهای قبل را در قالب سه نوع شاخص تهیه و ارائه می نماید.

الف/ شاخصهای عملیاتی
ب/ شاخصهای دست آوردی
ج/ شاخصهای مطالعاتی

• فاز هشتم

تعیین اولویتهای و رتبه بندی مشکلات در منطقه تحت مدیریت هر یک از شبکههای بهداشت و درمان در هر شهرستان، به همراه برنامه های نگهدارنده و جاری (برنامه های روزمره و غیر قابل اجتناب) از اهداف قابل دستیابی در فاز هشتم پروژه می باشد.

• فاز نهم

فاز بودجه ریزی مبتنی بر دو نتیجه استحصال شده از فازهای ششم (قیمت تمام شده) و هشتم (برنامه تدوین شده) می باشد.

• فاز دهم

در این فاز عملکرد سیستمهای ارائه خدمات در مجموعه پوششی هر یک از شبکههای بهداشت و درمان مبتنی بر برنامه های تدوین شده، در طول اجرای برنامه مانیتور می شود. میزان توفیق یا عدم توفیق در دستیابی به شاخصهای عملیاتی مبنایی برای تخصیص اعتبارات مصوب در طول مقاطع سه ماهه قرار می گیرد و از سوی دیگر معیار خوبی برای رتبه بندی مدیریتهای اجرایی در پایان برنامه در اختیار قرار می دهد.

آدرس دسترسی به سایت سامانه سلامت ایرانیان: <http://iehs.ir>

فاز شامل موارد زیر می باشد:
الف/ ساختار تشکیلات سازمانی هر یک از مراکز مجری برنامه پزشک خانواده
ب/ ثبت نام اعضای تیم سلامت
ج/ ثبت نام جمعیت بین اعضای تیم
د/ ویزیت پایه سلامت

• فاز چهارم

در فاز چهارم خدمات مراقبتی فعال و غیر فعال پزشک خانواده شکل می گیرد و در واقع طرح پزشک خانواده به معنی واقعی آن پیاده می شود. اطلاعات حاصل از بررسیهای سلامتی افراد منتج از فاز سوم و اطلاعات قابل استخراج از فازهای دوم و سوم، مبنایی برای دسته بندی افراد جمعیت در گروه های مختلف خواهد بود.

• فاز پنجم

فاز پنجم بلحاظ محتوایی بسیار شبیه به فاز چهارم بوده و بیشتر از نظر کمیتهای تفاوتی را در گستره شبکه ارتباطی دارد. سیستمهای بستری (HIS) دولتی در وهله اول و سپس مراکز بخش خصوصی شامل مراکز ارائه دهنده خدمات درمانی و یا تشخیصی و یا فروش دارو، کالا و مواد بهداشتی به سیستم متصل شده و محتوای پرونده الکترونیک سلامت هر فرد بصورت متمرکز مدیریت می شود. در گستره کشور پنج Data center در قالب اتصال حلقه ای این فرایند پیچیده را پشتیبانی می کنند.

• فاز ششم

مفاهیم و تعاریف فازهای یک تا پنج بیشتر با ارائه خدمت مرتبط بودند در حالیکه از فازهای ششم تا دهم بیشتر موضوعات مدیریتی و ستادی مطرح می گردند و در واقع قالبهایی جهت برنامه ریزی مبتنی بر بهبود شاخصها با در نظر گرفتن اعتبارات مورد نیاز، نحوه تخصیص و در نهایت ارزیابی و ارزشیابی حوزه ها و رتبه بندی ارائه می شود. فاز ششم بعنوان پایه ای ترین لایه در نیمه دوم پروژه به موضوع قیمت تمام

سامانه خدمات سلامت ایرانیان مجموعه ای از ابزارهای نرم افزاری پیشرفته و گسترده است که بصورت یکپارچه همه ابعاد نظام سلامت را در برمی گیرد. این ابعاد آنچه را که در حوزه صف یا همان لایه ارائه خدمت می گذرد و آنچه را که در حوزه های ستاد بعنوان لایه های نظارت و پشتیبان و آموزش جاری و ساری است در بر می گیرد. بعبارت دیگر همه فرایندهای سازمانی مد نظر قرار گرفته بگونه ای که بتوانند بر اساس یک نظام همگون و هماهنگ، اهداف سازمان را تحقق بخشند سامانه خدمات سلامت ایرانیان، محوری ترین و اساسی ترین رکن نظام ارائه خدمات سلامت یعنی پزشک خانواده را در مرکز دایره پوششی خود قرار داده و قادر است بعنوان یک ابزار مدیریت شده و در حال تطبیق ارائه خدمات دقیق و به موقع را میسر نماید. کلیه مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت (در لایه صف) بتدریج و بر اساس یک برنامه مشخص و زمانبندی شده به محدوده این دایره وارد شده و موجب گستردگی بیش از پیش حیطه خدمات نوین بهداشت و درمان خواهند شد. سایتهای بهم پیوسته و مرتبط در بخش معرفی شده و با افزایش تعداد آنها، این بخش نیز به روزرسانی می گردد.

• فاز اول

در فاز اول این پروژه جمعیتهای موجود در مناطق مختلف سرشماری شده و اطلاعات شناسنامه ای و یا هویتی آنان جمع آوری و سپس در نرم افزار وارد می شود.

• فاز دوم

فاز دوم شامل سرشماری اماکن و مراکز ارائه دهنده خدمات و یا مراکز تولید، فروش و توزیع کالاها می باشد.

• فاز سوم

فاز سوم از مهمترین بخشهای پروژه هم بلحاظ نرم افزاری و هم بلحاظ ساختار گردش کار و استقرار فرایندها می باشد این

سال ۹۲

پزشک خانواده

شماره چهارم



چراغ سلامت

زنان، پیشگامان خود مراقبتی برای سلامت خانواده و جامعه

ناهمید عارف حسینی - کارشناس سلامت خانواده و جمعیت

معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تبریز



خدمات سلامت در حد کمال، یکی از وظایف و رسالتهای اصلی نظام سلامت است و سلامتی، تنها به معنی نبود بیماری و ناتوانی نمی باشد. امروزه سلامتی به عنوان یک مفهوم پویا و چند بعدی مورد توجه قرار می گیرد و دارای ابعاد جسمی، روحی، معنوی، عاطفی، ذهنی، ارتباطی و اجتماعی می باشد.

سلامت می تواند منبعی برای دستیابی به پتانسیل های واقعی یک فرد باشد یعنی افراد را قادر سازد همه آن چیزی که می توانند، بشوند. بنابراین تلاش برای ارتقای سلامت، ارتباط تنگاتنگی با بهبود کیفیت زندگی دارد. این دیدگاه، به وضوح بیان می کند که سلامت یک وضعیت پویا است.

سلامت راهی است پویا با درجات نامتناهی و ابعاد گسترده که از نیازهای اولیه جسمانی و فیزیولوژیک آغاز شده و تا والاترین ابعاد خود شکوفایی و رشد و تعالی روحی و معنوی را در بر می گیرد. رشد و تکامل در چنین مسیری حضوری مسئولانه، آگاهانه و پرتلاش را می طلبد. پروردن این جزء بعضاً فراموش شده و خود مراقبتی به عبارتی بیدار کردن توانایی بالقوه افراد برای مراقبت از خود می باشد چرا که وجود فاکتور سلامت در جوامع، نشان از توسعه یافتگی و پیشرفت هر کشور در بحث بهداشت و سلامت افراد است و سلامت یکی از با اهمیت ترین عوامل موثر بر بهره وری خانواده و جامعه محسوب می شود.

زنان، پیشگامان خود مراقبتی
برای سلامت خانواده و جامعه

۱۰ ماده غذایی جهت کاهش وزن

نکاتی در مورد داروهای مورد استفاده در
ریزش موی سر (آلوپسی آندروژنیک)

توصیه های حفاظتی اطلاعات رایانه
امنیت داده ها در رایانه ها (۱)

مهارت تصمیم گیری

گزارش عملکرد هفته سلامت دانشگاه
علوم پزشکی تبریز



خود مراقبتی (Self care) :

خود مراقبتی اقدامات و فعالیتهای آگاهانه، آموخته شده و هدفداری است که توسط فرد به منظور حفظ حیات و تأمین، حفظ و ارتقای سلامت خود و خانواده انجام می‌شود و قسمتی از زندگی روزانه است و شامل مراقبتی است که به فرزندان، خانواده، دوستان، همسایگان و اجتماعات محلی گسترش می‌یابد تا تندرست بمانند، از سلامت خوب ذهنی و جسمی خود نگهداری کنند، نیازهای اجتماعی و روانی خود را برآورده سازند، از بیماری یا حوادث پیشگیری کنند، ناخوشی‌ها و وضعیت‌های مزمن را مراقبت کنند و نیز از سلامت و عافیتشان بعد از بیماری حاد یا ترخیص از بیمارستان نگهداری کنند.

خود مراقبتی حیطه‌های ارتقای سلامت، اصلاح شیوه زندگی، پیشگیری از بیماری، ارزیابی علایم، حفظ سلامت، درمان بیماری و توان بخشی را در بر می‌گیرد.

در مراقبت از خود، افراد تلاش می‌کنند از بیماری و ناتوانی پیشگیری کنند و سلامت خود را ارتقا بخشند و یکی از مفاهیم اصلی است که به وسیله آن روی رفتار سالم مثبت تأکید می‌شود.

برای حمایت از خود مراقبتی، فراهم نمودن شرایط و زیر ساخت‌هایی که منجر به توانمندسازی افراد و جامعه شود لازم می‌باشد و موارد زیر را شامل می‌شوند:

- ❖ اطلاعات و ابزار مناسب و قابل دسترسی
- ❖ برنامه‌های خود مراقبتی برای گروه‌های مختلف
- ❖ ابزارهای خود تشخیصی، وسایل خودپایشی شخصی و تجهیزات خود مراقبتی
- ❖ آموزش کمک‌های اولیه در مدارس به کودکان
- ❖ آموزش سلامت برای آموزش مهارت‌های زندگی و

آموزش سواد سلامتی

- ❖ آموزش مهارت‌های خود مراقبتی

- ❖ مولتی مدیاهای چند رسانه و مواد اطلاعاتی خود مراقبتی
- ❖ بسیج و مهارت آموزی موارد شیوه زندگی سالم برای تغییر رفتار، ارتقای سلامتی خوب و پیشگیری از بیماری مثلاً توسط رهبران غیر متخصص خود مراقبتی یا مربیان خود مراقبتی

- ❖ استفاده از شبکه‌های افراد همسان دارای تجربه و خاطره زندگی سالم و مراقبت

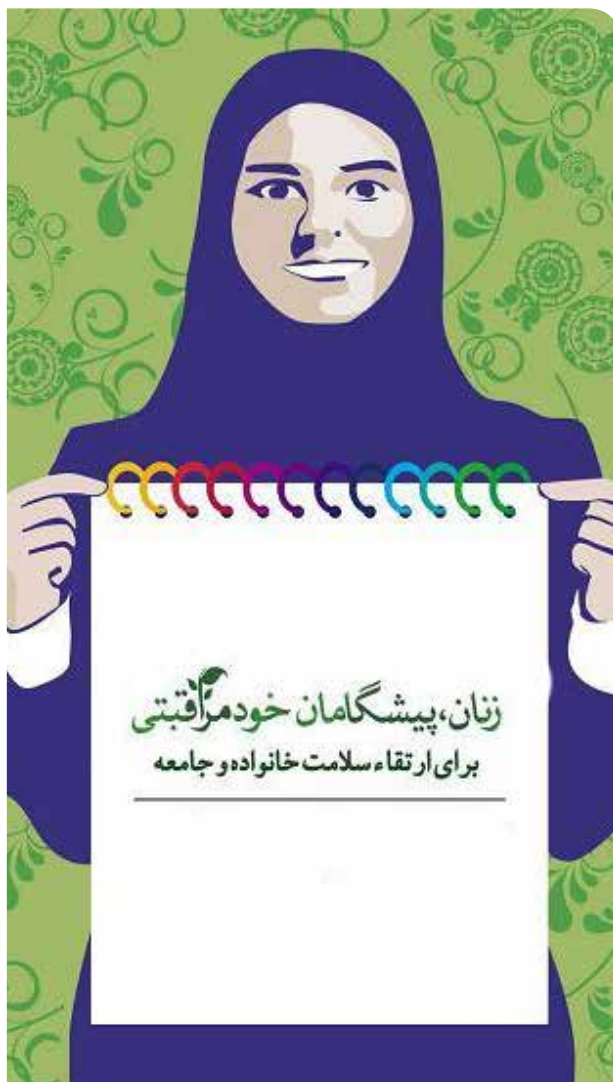
- ❖ توسعه سرمایه اجتماعی و ظرفیت حمایت از خود مراقبتی در جامعه

- ❖ درگیر نمودن مردم در طراحی و استقرار برنامه‌های محلی خود مراقبتی

- ❖ آموزش برای تغییر نگرش و رفتارهای مجریان و مردم در زمینه خود مراقبتی

- ❖ آموزش پزشکان و سایر پرسنل بخش سلامت در مورد زمان و چگونگی استفاده از رویکردهای حمایت از خود مراقبتی

- ❖ ابتکارهای توسعه مشارکت بین متخصصان و مردم



با شروع زندگی ماشینی و عادات غلط غذایی و اجتماعی، شاهد به خطر افتادن سلامت افراد به طرق مختلف در دنیا هستیم. این در حالی است که با اصلاح شیوه زندگی و آموزش‌های زیر بنایی می‌توانیم نقش موثری در بهبود عوامل مختلفی که می‌توانند در سلامتی نقش داشته باشند، موثر باشیم.

افزایش سطح آگاهی عمومی جهت ارتقاء سلامت خود و خود مراقبتی با پیروی از الگوهای صحیح تغذیه سالم، فعالیت فیزیکی منظم، پرهیز از عادات مخرب و بکارگیری عادات سالم، خود مراقبتی و یادگیری و افزایش سواد سلامت و ایجاد محیط زندگی سالم با کنترل استرس و اتکا بر معنویات نقش مهمی در سلامت انسان و افزایش امید به زندگی دارد. انتظار می‌رود با رعایت این موارد و افزایش سواد سلامت و انجام اقدامات لازم پیشگیرانه بتوانیم سلامت کلیه افراد جامعه کشور عزیزمان را تأمین نماییم. در ذیل به مطالبی در خصوص خود مراقبتی اشاره می‌گردد:



اگر چهار رسالت اصلی بخش سلامت را کاهش بار مالی خدمات درمانی تحمیل شده به مردم، رعایت حقوق و کرامت انسانی خدمت گیرندگان، ارتقای کیفیت خدمات و ارتقای سلامت در نظر بگیریم، حمایت از خود مراقبتی در راستای هر چهار رسالت می باشد و نتایج زیر را در بردارد:

❖ بهبود سلامتی و کیفیت زندگی

❖ افزایش رضایت بیماران

❖ منطقی شدن استفاده از خدمات (نیاز کمتر به مشاوره ارایه دهندگان خدمات در مراکز مراقبت اولیه بهداشتی، کاهش ویزیت بیماران سرپایی و کاهش استفاده از منابع بیمارستانی)

❖ کاهش هزینه های سلامت

بیشترین مراقبت مورد نیاز افراد مبتلا به بیماریهای مزمن خود مراقبتی است. در حیطه بیماریها، خود مراقبتی باعث مدیریت بهتر علائم مثل کاهش درد، اضطراب، افسردگی و خستگی، احساس بهبود یافته عافیت و تندرستی، افزایش امید به زندگی و بهبود کیفیت زندگی با استقلال بیشتر می شود. طی دهه گذشته برنامه های آموزشی خود مدیریتی برای بیماریهای مزمن، تأثیر خود را بر سه مؤلفه رفتارهای بهداشتی، وضعیت سلامت و بهره مندی از مراقب های بهداشتی نشان داده است. هزینه اثر بخشی این مطالعات از ۱ به ۳ تا ۱۰ در مطالعات مختلف متفاوت است. براساس شواهد به دست آمده از کشور انگلستان با حمایت از خود مراقبتی، ویزیت پزشکان عمومی می تواند تا ۴۰ درصد کاهش یابد، ویزیت های سرپایی می تواند تا ۱۷ درصد کاهش یابد، ویزیت های بعدی بیماریها می تواند تا ۵۰ درصد کاهش یابد، میزان بستری در بیمارستان می تواند نصف شود، طول دوره اقامت بیمار در بیمارستان می تواند نصف شود، دریافت داروها تنظیم می شود یا کاهش می یابد و روزهای غیبت از کار می تواند تا ۵۰ درصد کاهش یابد.

با ایجاد عاملیت خود مراقبتی از یک سو و تقاضای خود مراقبتی از سوی دیگر، می توان انتظار داشت که در فرد رفتار خود مراقبتی شکل بگیرد.

منبع :

کتاب نظام جامع توانمند سازی مردم برای مراقبت از سلامت خود - دکتر شهرام رفیعی فر، دکتر ماندانا عطارزاده، دکتر مسعود احمد زاد اصل وهمکاران



۱۰ ماده غذایی جهت کاهش وزن

فتح اله پور علی - کارشناس مسئول بهبود تغذیه

معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تبریز



موادی مانند لیموترش، روغن زیتون یا چاشنی‌های میوه‌ای را انتخاب کنید تا از کالریهای ناسالم دوری نمایید.

۶- سبزیجات سبز

از طریق مصرف سبزیجات سبز مانند بروکلی، کلم و اسفناج که محتوی فیبر محلول هستند مدت طولانی سیر مانده و اشتهای خود را کنترل نمایید. کلم بروکسل، کلم پیچ، کنگر فرنگی، زیتون و مارچوبه غذاهایی با کالری کمتر و آب بیشتر هستند.

۷- دانه‌های کامل

غذاهای بدست آمده از دانه‌های کامل مانند نان‌ها، غلات و کراکرهاغنی از ویتامینها، مواد معدنی و فیبر هستند و کربوهیدراتهای با کیفیت بالا را که به کاهش وزن کمک می‌کند تأمین می‌کنند. همچنین فیبر نامحلول در دانه‌های کامل به وعده‌های غذایی حجم داده و باعث می‌شوند تا غذای بیشتری بدون کالری اضافی دریافت نمایید.

۸- لوبیاهای

فیبر محلول موجود در لوبیاهای گرسنگی را کنترل کرده و معده را سیر نگه می‌دارند. بهترین لوبیاهای برای کاهش وزن عبارتند از: لوبیای لیما (نوعی لوبیا با نام لاتین *phaseolus dimensis*) لوبیای قرمز، لوبیای سیاه، لوبیای چشم بلبلی سفید، لوبیای پینتو (خال خال).

۹- آجیل

چربی‌ها به تثبیت قند خون کمک کرده و اشتها را کنترل می‌کنند. بر اساس نظر متخصص تغذیه Joy Bauer چربیهای سالم برای کاهش وزن، چربیهای غیر اشباع تک (MUFA) موجود در برخی آجیلها هستند. گزینه‌های سالم عبارتند از: مغز بادام، بادام زمینی، بلارد (cashew)، جوز برزیلی، پسته، هسته ماکادامیا (هسته فندق مانند درخت ماکادامیا)، فندق و هسته کاج (خوراکی است و در مکزیک و جنوب غربی ایالات متحده وجود دارد).

۱۰- بلغور جو دوسر

جو دوسر منبع غنی فیبر است و میزان سوخت و ساز و مصرف کالری روزانه در بدن را افزایش می‌دهد. بلغور جو دوسر با کاهش وزن ارتباط دارد زیرا به آرامی در شکم شکسته شده و سطح انسولین را افزایش نمی‌دهد. جو دوسر فرد را سیر کرده و اشتها را کنترل می‌کند و سبب کاهش گرسنگی می‌گردد. از مصرف بلغور جو دوسر آماده که فرآیند شده و شکر زیادی دارد اجتناب کنید.

یکی از بهترین راهها جهت کاهش وزن داشتن برنامه غذایی سالمتر و ایجاد تغییراتی مناسب در رژیم غذایی است. در بیشتر موارد، این موضوع به انتخاب غذاهای افزایش دهنده سوخت و ساز، کنترل گرسنگی، سوختن کالری و تثبیت سطوح قند خون ختم می‌گردد. میوه‌های با محتوای زیاد آب، سبزیجات غنی از فیبر و گوشت‌های لخم برخی از غذاهایی هستند که برای کاهش وزن مفید می‌باشند.

۱- مرغ و بوقلمون بدون پوست

مصرف پروتئین کمک می‌کند تا توده ماهیچه‌ای بدن که سبب افزایش سوخت و ساز می‌شود، حفظ و افزایش یابد. پروتئین باعث می‌شود مصرف کنندگان آن، برای مدت طولانی احساس سیری نمایند و این امر مصرف میان وعده‌ها را کاهش میدهد. بهترین غذاها بعنوان پروتئین، سینه مرغ و بوقلمون بدون پوست می‌باشند.

۲- توت‌ها

غذاهای آبدار که حداقل ۵۰ درصد وزن آنها را آب تشکیل می‌دهد کمک می‌کنند تا معده برای مدتی طولانی احساس سیری نموده و پر خوری کاهش یابد. بهترین غذاهای آبدار شامل توت سیاه، قره قاط، تمشک و توت فرنگی می‌باشد. توت‌ها همچنین دارای فیبر هستند که به کاهش وزن کمک می‌کند.

۳- لبنیات کم چرب

محصولات لبنی کم چرب و بدون چرب، مانند ماست، شیر و پنیر به حفظ تعادل قند خون کمک کرده و وضع عمومی را بهبود می‌بخشند. در نتیجه رژیم گیرندگان تمایل کمتری به پر خوری و مصرف غذاهای راحت پیدا می‌کنند.

۴- غذاهای دریایی

اسیدهای چرب امگا-۳ بدون اینکه سلامتی را به خطر بیندازند چربی‌های "خوب" را برای بدن تأمین می‌کنند. منابع پیشنهادی امگا-۳ غذاهای دریایی مانند سالمون، شاه ماهی، ماهی خال مخالی، ساردین‌ها، ماهیهای کولی، صدف خوراکی اقیانوس و قزل آلا رنگین کمان هستند.

۵- سالادها

سالادهای تهیه شده از کاهو، به کاهش وزن کمک می‌کنند چون دارای کالری کمتر و آب بیشتر هستند. سبزیجات کم کالری مانند گوجه فرنگی، هویج، کلم و خیار به سالاد خود اضافه نمایید تا فیبر و کربوهیدرات با کیفیت مناسب برای بدن تأمین شود.

سال ۱۳۹۷

چرخ سلامت

شماره چهارم



نکاتی در مورد

داروهای مورد استفاده در ریزش موی سر

(آلوپسی آندروژنیک)

دکتر علیرضا حسن زاده - کارشناس فنی

معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تبریز



از داروهای مورد استفاده می توان به ماینوکسیدیل، فیناستراید، دوتاستراید، پروژسترون و اسپرونولاکتون اشاره کرد. از بین این داروها، تنها فیناستراید و ماینوکسیدیل در مردان و ماینوکسیدیل در زنان مورد تأیید FDA قرار گرفته است.

ماینوکسیدیل

ماینوکسیدیل فقط در ۳۰ الی ۴۰ درصد موارد منجر به تغییرات زیبایی محسوس از نظر بیمار می شود.

محلول ماینوکسیدیل دارویی برای خود مو نیست و باید به کف سر مالیده شود و نیازی به مالش و ماساژ ندارد.

به محض قطع ماینوکسیدیل موهای رشد کرده دوباره ریزش می کنند.

در مصرف ماینوکسیدیل باید حداقل ۴ ماه (یک سی سی دو بار در روز) برای بروز اثرات قابل مشاهده صبر کرد ولی اثر حداکثری در ۱۲ تا ۱۸ ماه بعد از شروع درمان ظاهر می شود.



فیناستراید

از عوارض جانبی فیناستراید در مردان کاهش میل جنسی (۱۰ تا ۱۸ درصد)، اختلال در انزال و نعوظ را می توان نام برد.

مصرف ۶ تا ۱۲ ماه فیناستراید در ۹٪ بیماران افزایش رشد مو ایجاد می کند. مصرف مرتب ۴ سال (یک میلی گرم در روز) می تواند رشد مو را تنها در ۲۴٪ افراد بیشتر کند.

مواد تونیک و تقویتی مو جایگاهی در درمان ندارند این مواد به دلیل عدم اثبات اثر بخشی، هزینه بالا و گاه آسیب زایی به دلیل غیر استاندارد بودن توصیه نمی شوند.

در زنان باردار حتی تماس دست با قرص های شکسته دلیل احتمال جذب ممنوع می باشد اگر به هر دلیلی این دارو مصرف شود تا ۶ ماه بعد از قطع آن نباید بارداری صورت پذیرد.



توصیه های حفاظتی اطلاعات رایانه

امنیت داده ها در رایانه ها (۱)

مقصد و درضاپور - کارشناس حراست

معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تبریز



شرایط و ویژگیهای خاص خود را داشته و شاید بتوان ادعا کرد که این موضوع به مراتب پیچیده تر از دنیای غیرمجازی است.

چگونه یک رمز عبور خوب تعریف کنیم؟

اکثر افراد از رمزهای عبوری استفاده می نمایند که مبتنی بر اطلاعات شخصی آنان است، چراکه بخاطر سپردن این نوع رمزهای عبور برای آنان ساده تر می باشد. بدیهی است به همان نسبت، مهاجمان نیز با سادگی بیشتری قادر به تشخیص و کراک نمودن رمزهای عبور خواهند بود. این نوع رمزهای عبور دارای استعداد لازم برای حملات از نوع "دیکشنری"، می باشند. به منظور تعریف رمز عبور، موارد زیر پیشنهاد می گردد:

- ❖ عدم استفاده از رمزهای عبوری که مبتنی بر اطلاعات شخصی هستند زیرا این نوع رمزهای عبور به سادگی حدس و تشخیص داده می شوند
- ❖ عدم استفاده از کلماتی که می توان آنان را در هر دیکشنری و یا زبانی پیدا نمود

- ❖ پیاده سازی یک سیستم و روش خاص به منظور به خاطر سپردن رمزها

- ❖ استفاده از حروف بزرگ و کوچک در زمان تعریف رمز عبور

- ❖ استفاده از ترکیب حروف، اعداد و حروف ویژه

- ❖ استفاده از رمزهای عبور متفاوت برای سیستمهای متفاوت

نحوه حفاظت رمزهای عبور

- ❖ پس از انتخاب یک رمز عبور که امکان حدس و تشخیص آن مشکل است، می بایست تمهیدات لازم در خصوص نگهداری آنان پیش بینی گردد. در این رابطه موارد زیر پیشنهاد می شود:

- ❖ از دادن رمز عبور خود به سایر افراد جداً اجتناب گردد

- ❖ از نوشتن رمز عبور بر روی کاغذ و گذاشتن آن بر روی میز محل کار، نزدیک رایانه و یا چسباندن آن بر روی رایانه، جدا اجتناب گردد. افرادی که امکان دستیابی فیزیکی به محل کار شما را داشته باشند، به راحتی قادر به تشخیص رمز عبور شما خواهند بود

- ❖ هرگز به خواسته افرادی که به بهانه های مختلف از طریق تلفن و یا نامه از شما درخواست رمز عبور را می نمایند، توجه ننمایید

ما در دنیای پر آشوبی زندگی می کنیم حفظ امنیت خویشتن و اجتناب از آسیب برای هر فردی قابل تصور است. گاهی حتی محتاط ترین و به لحاظ امنیتی آگاه ترین افراد، دچار آسیبهای امنیتی می شوند.

امروزه امنیت اطلاعات در سیستمهای رایانه ای به عنوان یکی از مسائل مهم مطرح است و می بایست به مقوله امنیت اطلاعات نه به عنوان یک محصول بلکه به عنوان یک فرآیند نگاه گردد. بدون شک اطلاع رسانی در رابطه با تهدیدات، حملات و نحوه برخورد با آنان، دارای جایگاهی خاص در فرآیند ایمن سازی اطلاعات بوده و لازم است همواره نسبت به آخرین اطلاعات موجود در این زمینه خود را بهنگام نماییم.

بدین دلیل و با توجه به اهمیت اطلاع رسانی در این زمینه، به اختصار مطالبی در ارتباط با امنیت اطلاعات، هشدارهای امنیتی، ابزارهای برخورد با حملات و تهدیدات امنیتی تقدیم می گردد:

استفاده صحیح از رمزهای عبور:

سعی نمایید برای استفاده از اطلاعات موجود بر روی دستگاه های قابل حمل همواره از رمزهای عبور استفاده نمایید. در زمان وارد کردن رمز عبور، گزینه هایی را انتخاب نمایید که به رایانه امکان به خاطر سپردن رمزهای عبور را بدهد. از رمزهای عبوری که امکان تشخیص آسان آنان برای افراد غیرمجاز وجود دارد، استفاده نکنید.

نحوه انتخاب و حفاظت رمزهای عبور:

رمزهای عبور، روشی به منظور تأیید کاربران بوده و تنها حفاظ موجود بین کاربر و اطلاعات موجود بر روی یک رایانه می باشند. مهاجمان با استفاده از برنامه های متعدد نرم افزاری، قادر به حدس رمزهای عبور و یا اصطلاحاً "Crack" نمودن آنان می باشند. با انتخاب مناسب رمزهای عبور و نگهداری آنان، امکان حدس آنان مشکل و بالطبع افراد غیر مجاز قادر به دستیابی اطلاعات شخصی شما نخواهند بود.

یکی از بهترین روشهای حفاظت از اطلاعات، حصول اطمینان از این موضوع است که صرفاً افراد مجاز قادر به دستیابی به اطلاعات می باشند. فرآیند تأیید هویت و اعتبار کاربران در دنیای مجازی

سال دوم

چرخ سلامت

شماره چهارم



❖ بسیاری از برنامه‌ها امکان به خاطر سپردن رمزهای عبور را ارائه می‌نمایند، برخی از این برنامه‌ها دارای سطوح مناسب امنیتی به منظور حفاظت از اطلاعات نمی‌باشند و برخی برنامه‌ها نظیر برنامه‌های سرویس گیرنده پست الکترونیکی، اطلاعات را به صورت متن (غیررمز شده) در یک فایل بر روی رایانه ذخیره می‌نمایند. این بدان معنی است که افرادی که به رایانه شما دسترسی دارند، قادر به کشف تمامی رمزهای عبور و دسترسی به اطلاعات شما خواهند بود. بدین دلیل، همواره به خاطر داشته باشید زمانی که از یک رایانه عمومی، استفاده می‌نمایید، عملیات logout را انجام دهید. برخی از برنامه‌ها از یک مدل رمزنگاری مناسب به منظور حفاظت اطلاعات استفاده می‌نمایند که ممکن است دارای امکانات ارزشمندی به منظور مدیریت رمزهای عبور باشند.

ذخیره سازی جداگانه داده های مهم:

از امکانات و دستگاه های متعددی به منظور ذخیره سازی داده می‌توان استفاده نمود. دیسک های فشرده CD ، DVD و یا دیسکهای قابل حمل پیشنهاد می‌گردد. اطلاعات موجود بر روی دستگاههای قابل حمل (نظیر رایانههای Note book) بر روی رسانه‌های ذخیره سازی قابل حمل و در مکانهای متفاوت، ذخیره و نگهداری گردد. بدین ترتیب در صورت سرقت و یا خرابی رایانه، امکان دسترسی و استفاده از داده‌ها همچنان وجود خواهد داشت. مکان نگهداری داده‌ها می‌بایست دارای شرایط مطلوب امنیتی باشد.

رمزنگاری فایلها:

با رمزنگاری فایلها، صرفاً افراد مجاز قادر به دسترسی و مشاهده اطلاعات خواهند بود. در صورتی که افراد غیر مجاز امکان دسترسی به داده‌ها را پیدا نمایند، قادر به مشاهده اطلاعات نخواهند بود. در زمان رمزنگاری اطلاعات، می‌بایست تمهیدات لازم در خصوص حفاظت و به خاطر سپردن رمزهای عبور اتخاذ گردد

Bit Locker ابزاری است که به کمک آن می‌توان داده‌های خود را در برابر تهدیدهایی مانند حمله هکرها، سرقت و یا گم شدن محافظت نمود. یکی از بهبودهای امنیتی ویندوز ۷ که تنها در ویرایش‌های Ultimate و Enterprise وجود دارد، ویژگی Bit locker است که توسط رمزنگاری کل درایوهایی که ویندوز و اطلاعات شما روی آن‌ها قرار دارد، تمامی اسناد و رمزهای عبور را امن‌تر می‌کند. شما می‌توانید وارد سیستم شده و به طور معمول با فایل‌های خود کار کنید، اما استفاده از این رمزگذاری کمک می‌کند تا هکرها نتوانند به فایل‌های سیستمی شما دسترسی داشته باشند تا بواسطه آن رمز شما را کشف کنند. هم چنین در صورتی که هکرها هارد دیسک شما را برداشته و بر روی رایانه دیگری ببندند، نمی‌توانند به درایوها دسترسی داشته باشند.

هنگامی که فایل جدیدی به درایوی که توسط Bit Locker رمز شده است اضافه می‌نمایید، Bit Locker به صورت خودکار آن را

رمز می‌کند. فایل‌ها تا زمانی که روی درایو رمز شده قرار دارند، به صورت رمز باقی می‌مانند.

فعال سازی BitLocker:

۱- بر روی کلید شروع کلیک کنید و سپس از منوی آن گزینه control panel را انتخاب کرده، و بر روی گزینه BitLocker Drive Encryption در security و یا در control panel کلیک نمایید.

۲- گزینه Turn on BitLocker را برای درایو دلخواه انتخاب کنید تا ویزارد نصب BitLocker آغاز شود. اگر در این قسمت از شما رمز عبور مدیر شبکه یا تاییدیه را درخواست کرد، رمز عبور را وارد کنید یا تاییدیه را فراهم نمایید.

۳- مطابق دستورات ویزارد پیش روید.

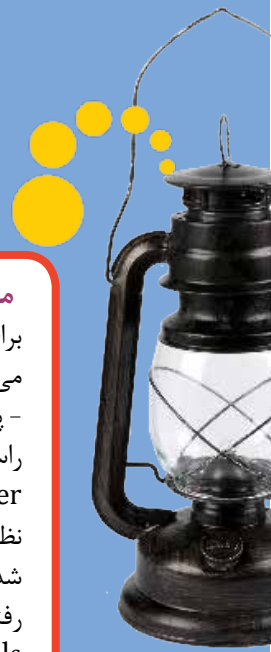
غیر فعال کردن یا متوقف کردن موقت Bit Locker:

۱- بر روی کلید شروع کلیک کنید و سپس از منوی آن گزینه control panel را انتخاب کرده، security را انتخاب کنید و بر روی گزینه BitLocker Drive Encryption کلیک نمایید.

۲- یکی از دو روش زیر را ادامه دهید:

❖ برای غیرفعال کردن موقتی Bit Locker، گزینه Suspend Protection را انتخاب کرده و روی گزینه yes کلیک نمایید.

❖ برای غیرفعال کردن Bit Locker و رمزگشایی درایو، گزینه Turn off Bit Locker را انتخاب و سپس روی گزینه Decrypt Drive کلیک نمایید.



محافظت از پوشه‌ها

برای ایجاد پسوردی که از پوشه‌ها محافظت می‌کند از روش زیر می‌توانید استفاده نمایید:

- پوشه مورد نظر را به صورت zip یا فشرده درآورید. (بعد از کلیک راست روی پوشه مورد نظر از قسمت sent to روی compressed (zipped) folder کلیک نمایید تا فایل مورد نظر به صورت فشرده شده درآید) حال کافیت روی پوشه زیپ شده دابل کلیک کنید و وقتی پوشه باز شد از منوی بالا گزینه file رفته روی گزینه «Add a password» کلیک کنید و یا از tools قسمت encrypt zip file را انتخاب و پسورد password مورد نظر را در پنجره ظاهر شده وارد نمایید اکنون شما تنها کسی هستید که به فایل‌های این پوشه دسترسی دارید. برای محافظت از فایل انواع برنامه‌های Microsoft office می‌توانید هنگام ذخیره (save) از قسمت tools روی general option کلیک کرده و در پنجره باز شده پسورد مورد نظر خود را برای دو هدف باز کردن فایل (open password to) و یا برای تغییر و اصلاح دوباره فایل مورد نظر (password to modify) وارد نمایید.

نصب و نگهداری نرم افزارهای ضد ویروس:

حفاظت رایانه‌های قابل حمل در مقابل ویروسها، نظیر حفاظت سایر رایانه‌ها بوده و می‌بایست همواره از بهنگام بودن این نوع برنامه‌ها، اطمینان حاصل نمود.

نصب و نگهداری یک firewall:

در صورت استفاده از شبکه‌های متعدد، ضرورت استفاده از firewall مضاعف می‌گردد. با استفاده از firewall حفاظت لازم و پیشگیری اولیه در خصوص دستیابی به سیستم توسط افراد غیر مجاز انجام خواهد شد.

۱- در ویندوز ۷ منوی استارت را باز کرده و در باکس جستجو عبارت windows firewall را تایپ کنید. گزینه Windows Firewall را از لیست نتایج انتخاب کنید. اگر هم از ویندوز XP استفاده می‌کنید برنامه Run را اجرا کرده و در آن تایپ کنید firewall.cpl

۲- در منوی سمت چپ بر روی عبارت Turn Windows Firewall On or Off کلیک کنید.

۳- در کادر Home or Work Network Location Settings دکمه رادیویی کنار عبارت Turn Off Windows Firewall کلیک کنید. وقتی هم که بخواهید دوباره آن را روشن کنید، بر روی دکمه رادیویی کنار Turn on Windows Firewall کلیک کنید.

۴- جدا از اینکه بر روی برنامه آنتی ویروس تان firewall جداگانه‌ای داشته باشید یا خیر، در کادر Public network location settings همیشه firewall را روشن بگذارید. مطمئناً هنگام استفاده از یک شبکه بی‌سیم عمومی که اغلب اوقات نا امن هم هستند، به لایه‌های محافظتی بیشتری نیاز خواهید داشت.

قفل نمودن رایانه زمانی که از آن دور هستید:

شما با قفل نمودن رایانه خود، عرصه را برای افرادی که با نشستن پشت رایانه شما قصد دستیابی بدون محدودیت به اطلاعات شما را دارند، تنگ خواهید کرد.

این کار بسیار ساده است با فشار همزمان **Win+L** کامپیوتر قفل می‌گردد. و همچنین با طی کردن مراحل زیر شما می‌توانید یک Icon به دسکتاپ یا Quick Launch اضافه کنید که با یک ضربه ماوس بر روی آن سیستم شما در حالت Lock قرار می‌گیرد.

۱. بر روی صفحه نمایش خود Right-Click کنید و از Shortcut New را انتخاب کنید.

۲. در پنجره‌ای که ظاهر شده در قسمت Type the location of the item فرمان زیر را بنویسید:

rundll32.exe user32.dll,
LockWorkStation user32.dll,
LockWorkStation

۳- بر روی Next کلیک کنید و نام Shortcut را وارد کنید و کلید Finish را بزنید.

جهت راحتی بیشتر پیشنهاد می‌شود که میانبر (Shortcut) ایجاد شده را با ماوس به یک قسمت از فضای خالی QuickLaunch بکشید تا از این پس در هنگام نیاز با زدن یک کلیک دستگاه شما در حالت Lock قرار گیرد.

قطع ارتباط با اینترنت زمانی که از آن استفاده نمی‌گردد:

پایه سازی فناوری‌هایی نظیر ADSL و مودم‌های کابلی این امکان را برای کاربران فراهم نموده است که همواره به اینترنت متصل و اصطلاحاً online باشند. این مزیت دارای چالشهای امنیتی خاص خود نیز می‌باشد. با توجه به این که شما بطور دائم به شبکه متصل می‌باشید، مهاجمان و ویروسها فرصت بیشتری برای یافتن قربانیان خود خواهند داشت. در صورتی که رایانه شما همواره به اینترنت متصل است می‌بایست در زمانی که قصد استفاده از اینترنت را ندارید، اتصال خود را غیر فعال نمایید. فرآیند غیر فعال نمودن اتصال به اینترنت به نوع ارتباط ایجاد شده، بستگی دارد چنانچه اطلاعات شما اهمیت زیادی دارد از اتصال سیستم به اینترنت اجتناب کنید.

عدم تحویل کامپیوتر به افراد متفرقه و ناشناس

هرگز کامپیوتر خود را که حاوی اطلاعات محرمانه یا خصوصی است، جهت تعمیر به افراد متفرقه و ناشناس ندهید.
❖ حتماً نسبت به تعمیرکار کامپیوتر خود اطمینان حاصل نموده و سعی کنید شخصاً هنگام تعمیر حضور داشته باشید.
❖ هرگز اطلاعات محرمانه خود را در فایل‌های آشکار و سهل الوصول قرار ندهید.

❖ فایل‌های محرمانه خود را می‌توانید به صورت پنهان و در زیر مجموعه فایل‌های سیستمی یا زیر مجموعه سایر برنامه‌های نصبی سیستم قرار دهید تا به راحتی در اختیار افراد بیگانه قرار نگیرد. در غیر این صورت، احتمال دسترسی راحت به این گونه فایل‌ها همواره متصور است.



SUCCESS



مهارت تصمیم‌گیری

جواد فرحی شاه‌گللی - کارشناس آموزش بهروری

معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تبریز



۱- شناخت مشکل یا فرصت:

اولین قدم در فرایند تصمیم‌گیری تعریف دقیق مشکل یا فرصت به دست آمده جهت بهبود کاری می‌باشد برای این منظور شناخت و تحلیلی وضعیت موجود از اهمیت خاصی برخوردار می‌باشد. تعریف دقیق مشکل ضمن آنکه در شناسایی بیشتر مشکل ما را یاری می‌دهد اجرای قدم‌های بعدی را راحت‌تر نموده و سایر بخش‌های اداره را هم که می‌توانند در حل مشکل به ما کمک کنند به ما معرفی میکند تا بتوانیم از نظرات آنها نیز در حل مشکل استفاده کنیم. در این مرحله می‌باید بیشتر به دنبال فرصت‌های تصمیم‌گیری برای بهبود کاری بود و نباید منتظر بروز مشکلات شد.

در این قسمت نام فرایند مربوط به مشکل، مراحل انجام فرایند، نوع مشکل، علل احتمالی به وجود آورنده آن، نام افراد درگیر در فرایند، نام افرادی که این مشکل آنها را ناراحت می‌نماید و ... می‌توانند منظور شوند.

۲- تعیین و بسط گزینه‌ها:

برای حل هر مشکل راه‌های مختلفی وجود دارد راه کارهایی را که تصمیم‌گیرنده در باره آنها تصمیم‌گیری می‌کند «گزینه» می‌گویند. در این مرحله از فرایند تصمیم‌گیری می‌باید تمام راه‌های عملی که می‌توانند مشکل ما را برطرف نمایند لیست گردند. طبیعی است میزان زمان موجود برای تصمیم‌گیری و نیز میزان اهمیت خود تصمیم می‌توانند زمینه را برای توسعه گزینه‌ها محدودتر نمایند چرا که هر چه زمان کمتر و تصمیم ما اهمیت کمتری داشته باشد عملاً گزینه‌های کمتری را در نظر خواهیم گرفت.

۳- ارزیابی گزینه‌ها:

هر یک از راه‌ها (گزینه‌ها) مزایا و معایبی دارند. راه‌های گوناگونی برای ارزیابی گزینه‌ها وجود دارند. یک راه این است که نقاط قوت و ضعف هر گزینه را بدون آنکه که بیش از اندازه روی نقاط ضعف یا نقاط قوت هر یک از گزینه‌ها تاکید شود یادداشت نمود. راه دیگر ارزیابی گزینه‌ها تعیین «بازده انتظاری» هر یک از آنهاست که با روش‌های ریاضی، هزینه‌ها و درآمدهای هر گزینه را محاسبه می‌کنند و سپس آنها را با هم مقایسه می‌کنند که هر گزینه به نسبت هزینه‌ای که دارد چقدر سود می‌تواند داشته باشد.

برای رسیدن به هدف‌های هر سازمان وظایف متعددی در نظر گرفته می‌شود که جدا کردن این وظایف و حدود مسئولیتهای فردی و اداری را تقسیم کار میانمند. در بحث تقسیم کار مسأله اختیارات و تصمیم‌گیری افرادی که وظیفه یا مسئولیتی را به عهده دارند مطرح می‌شود. شک نیست که قسمت عمده موفقیت هر سازمان در نیل به هدف‌های خود مدیون وجود افرادی است که در حیطه اختیار و وظیفه خود دارای قدرت کافی بوده و از اطلاعات، تجربه و لیاقت تصمیم‌گیری بهره‌مند هستند.

معمولاً افراد بر اساس نتایج حاصل از تصمیم‌گیریهایشان ارزیابی میشوند و افراد موفق بهترین تصمیم را در بهترین موقعیت می‌گیرند. استفاده از یک روش علمی نظیر شکل زیر میتواند موجب افزایش نسبی موفقیت ما در تصمیم‌گیری شود.

فرایند تصمیم‌گیری

همانطور که از نمودار فوق مشخص میشود فرایند تصمیم‌گیری شامل پنج مرحله می‌باشد:

فرایند تصمیم‌گیری





فشار خون را جدی بگیریم!

گزارش عملکرد هفته سلامت دانشگاه علوم پزشکی تبریز

دکتر جبرئیل شعربافی - رئیس گروه
پیشگیری و مراقبت بیماری‌های غیرواکسین



معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

می‌شود که خطر حمله‌های قلبی، سکته‌های مغزی و نارسایی کلیه را افزایش می‌دهد. اگر فشارخون بالا کنترل نشود، می‌تواند سبب نابینایی، ضربان نامنظم قلب و نارسایی قلب نیز شود. خطر توسعه این عوارض در زمانی که سایر عوامل خطر قلبی عروقی مانند دیابت وجود داشته باشد بیشتر است. یک نفر از هر سه نفر بزرگسال در سراسر دنیا فشارخون بالا دارد. این نسبت با سن افزایش می‌یابد، به طوری که از یک نفر از هر ۱۰ نفر در ۲۰ تا ۳۰ سالگی تا ۵ نفر از هر ۱۰ نفر در ۵۰ سالگی افزایش می‌یابد. شیوع فشارخون بالا در بعضی کشورهای کم درآمد در منطقه آفریقا بیشتر است و به نظر می‌رسد تا ۴۰٪ افراد بزرگسال در بسیاری از کشورهای آفریقایی را درگیر کند. در بررسی عوامل خطر بیماری‌های غیر واگیر در کشور در سال ۱۳۹۰، حدود ۱۷/۴۶٪ افراد ۱۵ تا ۶۴ سال دارای فشارخون بالا بودند.

هر سال روز ۷ آوریل (۱۸ فروردین) به عنوان روز جهانی سلامت برای برگزاری مراسم سالگرد تاسیس سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۴۸ جشن گرفته می‌شود و هر سال یک موضوع برای این روز انتخاب می‌شود تا یک موضوع اولویت دار در سلامت همگانی دنیا را برجسته نماید. موضوع سال ۲۰۱۳ فشارخون بالا تعیین شده است تا در این روز و در طول سال مردم نسبت به اهمیت این بیماری و عوارض مهم و خطرناک آن شامل سکته مغزی و بیماری‌های قلبی و کلیوی حساس شوند و بدانند که بیماری فشارخون بالا و عوارض آن قابل پیشگیری است. در کشور ما این مناسبت به مدت یک هفته از ۱۸ تا ۲۵ فروردین تحت عنوان هفته سلامت گرامی داشته می‌شود.

اهمیت فشار خون بالا:

فشارخون بالا به عنوان فشارخون افزایش یافته یا پرفشاری خون نیز شناخته

۴- انتخاب و اجرای بهترین گزینه:

این فعالیت مهمترین قسمت فرایند تصمیم گیری است و در حقیقت نشان دهنده موفقیت یا عدم موفقیت تصمیم میباشد در این قسمت از بین گزینه‌های موجود گزینه‌ای که بیشترین احتمال موفقیت را با توجه به معیارها و بررسی‌های موجود در بر آوردن هدف میدهد انتخاب میشود. این مرحله هر چند بسیار ساده مینماید ولی در عمل بسیار مشکل است تا جایی که بعضی از افراد در این مرحله از خیر تصمیم گیری می‌گذرند. در این مرحله نه تنها باید «تصمیم درست» گرفته شود بلکه باید آن تصمیم را «کاملاً درست» اجرا نمود. هر تصمیمی به هر اندازه مهم تا زمانی که به مرحله اجرا در نیاید بی ارزش است.

۵- ارزیابی تصمیم:

فرایند تصمیم گیری تا زمانی که در معرض برخورد با واقعیت‌های دنیای واقعی قرار نگیرد کامل نمیشود. ارزیابی چگونگی حل مشکل را توسط تصمیم گرفته شده نشان میدهد. در این قسمت در صورتی که ارزشیابی موفقیت کلی تصمیم را در حل مشکل یا استفاده از فرصت بدست آمده نشان دهد نسبت به اجرای مداوم آن برنامه‌ریزی میشود و در غیر اینصورت و همانطور که در شکل نیز پیداست با توجه به آنکه ارزشیابی نشان میدهد که در کدام قسمت فرایند خوب یا بد عمل شده بر حسب نیاز قسمتهای مربوط در فرایند تصمیم گیری (که اشکال تصمیم گیری از آن ناشی شده است) اصلاح میگردد.

خلاصه:

هر فرد بسته به مسئولیت خود در امور کاری و شخصی ناچار به تصمیم گیری است و میزان موفقیت افراد در زندگی به مهارت آنها در اتخاذ تصمیم درست دارد. برای هر تصمیم میباید:

- ۱ - مشکل یا فرصت بدست آمده را دقیقاً شناخت.
- ۲ - راه حل‌های موجود برای حل مشکل را لیست نمود.
- ۳ - راه حل‌های لیست شده را ارزیابی نمود.
- ۴ - بهترین راه حل را انتخاب و آن را درست اجرا نمود.
- ۵ - تمامی مراحل تصمیم گیری را مورد ارزشیابی قرار داد و اشتباهات احتمالی را در هر مرحله اصلاح نمود.

منابع:

دکتر لامعی - خود آموز کارگاه ارتقای مستمر کیفیت - وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
جمعی از اساتید مرکز آموزش مدیریت دولتی - تصمیم گیری مجموعه ۱۴ - مرکز آموزش مدیریت دولتی
منوچهر حاضر - تصمیم گیری در مدیریت - مرکز آموزش مدیریت دولتی

سال ۱۳۹۰

چرخ سلامت

شماره چهارم



و رییس دانشگاه علوم پزشکی و معاونین مربوطه

۵. اجرای مراسم نمادین زنگ سلامت شروع هفته سلامت در تاریخ ۹۲/۱/۱۸ مدرسه شاهد با حضور مسئولین استانی و رییس دانشگاه علوم پزشکی و رییس اداره آموزش و پرورش و معاونین مربوطه ۶. اجرای برنامه‌های آموزشی برای دانش آموزان و عموم مردم توسط کارکنان مراکز بهداشتی درمانی در طول هفته سلامت

۷. دیدار با خانواده‌های شاهد و ایثارگران در تاریخ ۹۲/۱/۲۰ توسط ریاست دانشگاه علوم پزشکی و معاونین مربوطه و مسئولین استانی

۸. عیادت از بیماران و جانبازان بستری در بیمارستان فجر در تاریخ ۹۲/۱/۲۱ توسط دانشگاه و معاونین مربوطه و مسئولین استانی

۹. حضور ریاست دانشگاه علوم پزشکی و معاونین مربوطه در بیت آیت الله شبستری نماینده محترم ولی فقیه و امام جمعه تبریز در تاریخ ۹۲/۱/۲۲

۱۰. تهیه و چاپ و توزیع ۵۰۰۰۰ برگ بروشور دانستی‌هایی درباره فشارخون به جمعیت عمومی در شهرستان‌های استان ۱۱. تهیه و چاپ و توزیع ۳۵۰۰ عدد پوستر درباره فشارخون در سطح ادارات، مدارس، کارخانجات و ادارات سطح استان

۱۲. تهیه و چاپ و نصب ۱۵۰ بنر درباره فشارخون در سطح شهرستان‌های استان ۱۳. تهیه و نصب ۳ عدد بالون با موضوع «فشارخون را جدی بگیریم»

در مناطق پرتراکم شهر

۱۴. تهیه و چاپ فرم‌های غربالگری فشارخون و تن سنجی و توزیع به مراکز بهداشتی درمانی و کلینیک‌های خصوصی جهت ثبت اطلاعات مراجعین

۱۵. افتتاح دهکده سلامت در بوستان ائل گلی تبریز در تاریخ ۹۲/۱/۱۹ با همکاری شهرداری، هلال احمر، اورژانس ۱۱۵، بهزیستی، آتش نشانی و تعدادی از سازمانهای مردم نهاد (NGOs) و

راه شناسایی آن اندازه گیری فشارخون توسط دستگاه فشارسنج است.

در پی اعلام شعار هفته سلامت سال ۱۳۹۲ از سوی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی در تاریخ ۹۲/۱۲/۷ اولین جلسه هماهنگی درون بخشی و بین بخشی برنامه‌های هفته سلامت با شعار «فشار خون را جدی بگیریم!» با حضور مسئولین دانشگاه علوم پزشکی و مسئولین ادارات ذی ربط در اجرای برنامه تشکیل گردید. در این جلسه رئوس برنامه‌ها و نحوه برگزاری هفته سلامت متناسب با اسامی روزهای هفته طرح و تصمیمات لازم اتخاذ گردید که شامل: تهیه بسته‌های آموزشی، بنر، پوستر و برپایی چادرهای غربالگری و همکاری بخش خصوصی در غربالگری، ایجاد دهکده سلامت در بوستان ائل گلی تبریز و انجام مصاحبه رادیو تلویزیونی در صدا و سیما و جراید در خصوص بیماری فشارخون بالا و ... بود.

در ادامه جلسات متعدد درون بخشی و برون بخشی جهت هماهنگی‌های بعدی و گزارش چگونگی روند اجرای برنامه‌های مصوب هفته سلامت تشکیل گردید؛ اهم این هماهنگی‌ها و تصمیمات به شرح زیر بوده است:

۱. هماهنگی با کلینیک‌های خصوصی و سازمان نظام پزشکی در خصوص همکاری کلینیک‌های خصوصی در انجام برنامه غربالگری فشارخون در جمعیت عمومی

۲. تهیه بسته‌ی آموزشی راهنمای اندازه گیری فشارخون بالا و تن سنجی جهت استفاده در مراکز غربالگری فشارخون بالا

۳. تهیه، تکثیر و توزیع بسته آموزشی فشارخون بالا ویژه کارکنان بهداشتی درمانی جهت استفاده برای آموزش جمعیت عمومی

۴. برگزاری نشست خبری و اعلان برنامه‌های هفته سلامت در تاریخ ۹۲/ ۱/۱۷ با حضور مسئولین استانی

با این وجود فشارخون بالا هم قابل پیشگیری و هم قابل درمان است. در بعضی کشورهای توسعه یافته پیشگیری و درمان این شرایط همراه با عوامل خطر قلبی عروقی، سبب کاهش در مرگ‌های ناشی از بیماری قلبی شده است.

خطر توسعه فشارخون بالا می‌تواند با روش‌های زیر کاهش یابد:

❖ کاهش مصرف نمک

❖ مصرف رژیم غذایی متعادل

❖ اجتناب از مصرف بی رویه الکل

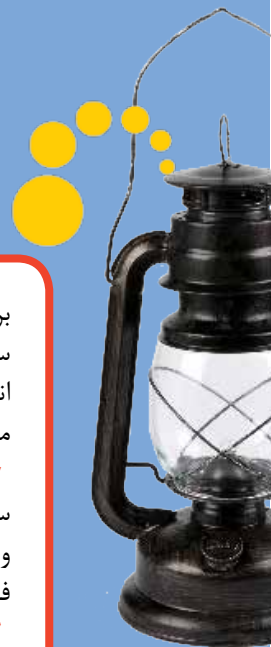
❖ انجام فعالیت بدنی منظم

❖ حفظ وزن بدن مطلوب و

❖ اجتناب از مصرف دخانیات

در جهان یک میلیارد نفر مبتلا به فشارخون بالا وجود دارد و ۴ میلیون نفر در سال در نتیجه مستقیم فشارخون بالا فوت می‌کنند. تخمین زده می‌شود تا سال ۲۰۱۰، در سراسر دنیا ۱/۲ میلیارد نفر از فشارخون بالا رنج ببرند. پیش بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۵ شیوع فشارخون بالا ۶۰٪ افزایش یابد و به ۱/۵۶ میلیارد نفر برسد. فشارخون بالا یکی از عوامل خطر مهم سکته‌های قلبی و مغزی است. در دنیا حدود ۶۲٪ بیماری عروق مغزی و ۴۹٪ بیماری ایسکمیک قلبی منتسب به فشارخون در محدوده مطلوب است (فشارخون سیستول بیشتر از ۱۱۵ میلی متر جیوه). سازمان جهانی بهداشت برآورد کرده است فشارخون بالا سبب یک مرگ از هر ۸ مرگ می‌شود و سومین عامل کشنده در دنیا است.

اولویت گذاری برای غربالگری، تشخیص زودرس و مدیریت فشارخون بالا در دنیا و منطقه مدیترانه شرقی از طریق برنامه‌های مبتنی بر جامعه جزء ضروری برنامه‌های پیشگیری از بیماری‌های غیر واگیر مهم است. فشارخون بالا علیرغم آنکه به آسانی تشخیص داده می‌شود غالباً بی علامت و بسیار شایع است. بهترین



برپایی غرفه در نمایشگاه توانمندی سلامت و انجام غربالگری فشارخون و اندازه گیری قد و وزن مراجعین و انجام مشاوره تغذیه و دیابت و آموزش همگانی ۱۶. انجام غربالگری فشارخون و تن سنجی در کلیه مراکز بهداشتی درمانی و حدود ۵۲ کلینیک خصوصی و ثبت در فرم‌های مربوطه در سطح استان ۱۷. اجرای برنامه آموزشی و سخنرانی توسط اساتید و کارشناسان مرکز بهداشت استان در صدا و سیما در طول هفته سلامت متناسب با اسامی روزه‌های هفته شامل اپیدمیولوژی و اهمیت تشخیص و درمان به موقع بیماری فشارخون بالا، تغذیه و بیماری فشارخون بالا، دخانیات و فشارخون بالا، تحرک بدنی و فشارخون بالا، خود مراقبتی در بیماری فشارخون بالا، نقش استرس در بیماری فشارخون بالا و... ۱۸. انجام هماهنگی درج شعار و پیام‌های مربوط به هفته سلامت در سربرگ مکاتبات اداری و قبوض آب، برق، گاز و تلفن ۱۹. برگزاری مراسم کوه روی در بهداشت شهرستان تبریز و اداره ورزش و جوانان استان و اهدای جوایز طی مراسم قرعه کشی ۲۰. برگزاری مسابقه نقاشی با موضوع فشارخون در بین دانش‌آموزان با همکاری کانون پرورش فکری کودکان و نوجوانان ۲۱. افتتاح زنجیره سرد در مرکز بهداشت شهرستان تبریز ۲۲. تهیه و نصب ۷۰ عدد استیکر با موضوع «فشارخون را جدی بگیریم» در اتوبوس‌های شهر تبریز جهت آگاه سازی عموم مردم

بعد از ابلاغ فعالیت‌های مورد نظر به شهرستان‌ها و انجام هماهنگی و اجرا برنامه‌های متنوع در آن‌ها مجموع عملکرد آن‌ها در جدول جمع بندی شماره ۱ آورده شده است.

جدول شماره ۱ - گزارش فعالیت‌های هفته سلامت در سطح شهرستان‌ها - دانشگاه علوم پزشکی تبریز ۱۸ لغایت ۲۴ فروردین سال ۱۳۹۲

نام فعالیت انجام شده	جمع	
تعداد کمیته برگزار شده	۵۵	
تعداد جلسه آموزشی	۲۲۰۴	
تعداد افراد آموزش دیده	جمعیت عمومی	۱۷۸۱۵۵
	دانش آموز	۵۵۹۳۸
	معلمین	۲۳۶۳
	رابطین سلامت	۳۲۹۸
	سایر(کارکنان شبکه)	۴۳۷۹
تعداد بهورز آموزش دیده در خصوص نحوه اندازه گیری فشارخون	۱۴۰۷	
تعداد مراکز غربالگری	۴۹۶	
تعداد افراد غربالگری شده	۶۱۱۰۸	
تعداد وسیله کمک آموزشی توزیع شده	پمفلت- بروشور	۱۱۵۷۱۱
	بنر	۳۳۵
	پوستر	۴۲۲۵
	سایر	۱۱۷۴۶
تعداد و نام مراسم برگزار شده (کوه روی، پیاده روی، همایش و...)	۳۲۸	
سایر	۱۶۲	



همچنین طی انجام غربالگری فشار خون و تن سنجی در مراکز شهری شهرستان‌ها که با همکاری بخش خصوصی (درمانگاه‌ها، مطب‌ها، چادرهای غربالگری هلال احمر و ...) مجموعاً ۵۹۱۹۴ نفر در طی هفته سلامت غربالگری از نظر فشار خون و تن سنجی شده بود که مجموع نتایج آن و بیماران جدید شناسایی شده در جدول شماره ۲ آورده شده است.

جدول شماره ۲ - جمع بندی غربالگری و تن سنجی در سطح شهرستان‌های استان - هفته سلامت دانشگاه علوم پزشکی تبریز ۱۸ لغایت ۲۴ فروردین سال ۱۳۹۲

جمع بندی غربالگری هفته سلامت ۹۲										
نتیجه غربالگری تن سنجی				نتیجه غربالگری شده فشارخون			افراد غربالگری شده			
چاقی	اضافه وزن	طبیعی	لاغر	بیمار جدید	بیمار قبلی	سالم	جمع	مرد	زن	
۱۲۴۵۰	۱۷۹۵۶	۱۸۰۱۸	۱۷۹۸	۳۴۵۷	۸۶۰۲	۴۷۱۵۹	۵۹۱۹۴	۲۳۷۲۴	۳۵۴۷۰	جمع

در گزارش سازمان جهانی بهداشت در خصوص کنترل فشارخون بالا بر موارد زیر تأکید بسیار شده است:
رویکرد سلامت عمومی یا جمعیتی و رویکرد بالینی یا فردی

رویکرد جمعیتی:

- افزایش آگاهی جامعه در خصوص اهمیت فشارخون بالا به عنوان یک مشکل مهم بهداشتی حتی در صورت عدم تشخیص

- کمک به شناسایی افرادی که فشارخون بالا دارند یا در معرض ابتلا به آن هستند.

- حمایت از شیوه زندگی که عوامل خطر قابل کنترلی را که نتوان آن را حذف کرد، به حداقل می‌رساند.

رویکرد فردی:

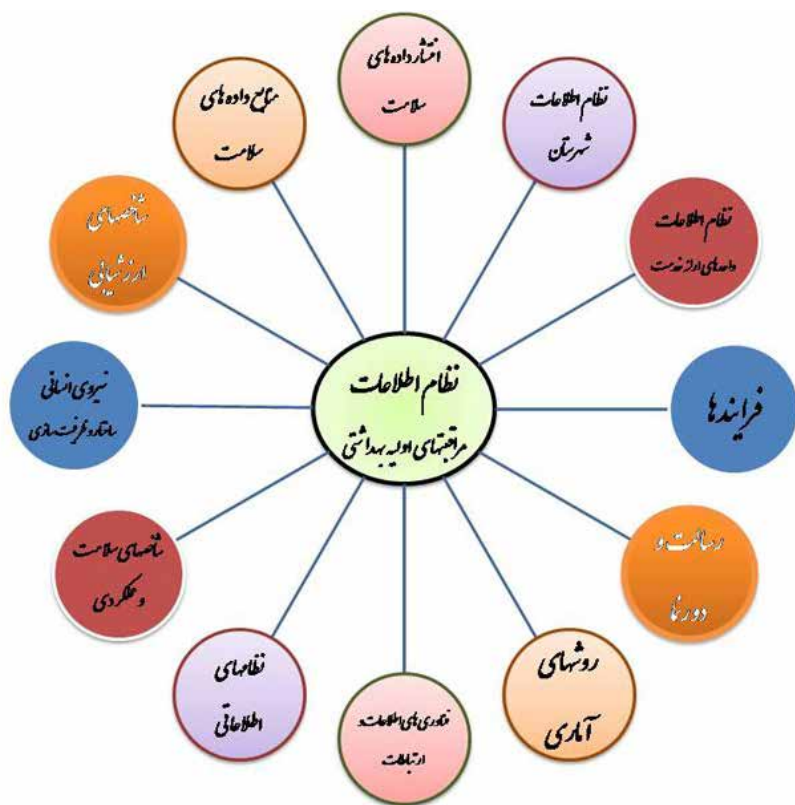
گرچه رویکرد جمعیتی منافع سلامت عمومی دارد روشن است که بسیاری از افراد مبتلا به فشارخون بالا به قدر کافی به مداخلات غیر دارویی پاسخ نمی‌دهند، برای این افراد ضروری است که یک رویکرد فردی برای درمان فشارخون بالا داشته باشیم هر چند مهم است که به اصلاحات شیوه زندگی همراه با درمان دارویی ادامه دهند.

سیاست‌گذاری‌ها و قوانین حمایتی، تغییرات محیطی و جلب حمایت همه جانبه برای حمایت از اجرای این رویکردها ضروری است و امیدواریم پیشگیری و کنترل بیماری فشار خون و فعالیت در خصوص افزایش آگاهی مردم محدود به این هفته نگردیده و تمام دست‌اندرکاران سلامت و خود مردم نیز در این راستا فعالیت مداوم نمایند.



مراقبت‌های بهداشتی اولیه و اهمیت روز افزون آن‌ها

فرید غریبی - دانشجوی دکترای تخصصی (PhD) مدیریت خدمات بهداشتی درمانی
دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز



کنفرانس بین‌المللی بهداشت در سال ۱۹۷۸ میلادی با همکاری سازمان جهانی بهداشت یونیسف و با شرکت نمایندگان از ۱۳۴ کشور جهان در آلماتای اتحاد جماهیر شوروی تشکیل گردید (شادپور، ۱۳۶۵). در این کنفرانس تمامی اعضای سازمان جهانی بهداشت به اتفاق آرا اظهار داشتند که دسترسی به خدمات سلامت پایه یک حق اساسی بشری است که با عنوان «سلامت برای همه تا سال ۲۰۰۰» شناخته شد (سازمان جهانی بهداشت و یونیسف، ۱۹۸۱؛ هال و تیلور، ۲۰۰۳). از آن زمان به بعد، مراقبت‌های بهداشتی اولیه استراتژی محوری سازمان جهانی بهداشت در جهت تقویت نظام‌های سلامت به سمت چشم انداز سلامت برای همه (جاترانا و کرامتون، ۲۰۰۹) و نیز استراتژی اصلی برای توسعه و گسترش خدمات سلامت در بیشتر کشورهای کم درآمد و با درآمد متوسط بوده است. سی امین گردهمایی اعلامیه آلماتا (در دوحه قطر) با یک فراخوان جهانی در جهت حمایت مضاعف از مراقبت‌های بهداشتی اولیه برجسته گردید (چان، ۲۰۰۸).

مراقبت‌های بهداشتی اولیه مراقبت‌های اصلی در زمینه بهداشت است که باید برای همه افراد و خانواده‌های جامعه قابل دسترس باشد. این خدمات بخش اساسی نظام بهداشتی و توسعه اقتصادی اجتماعی

کشور است. مراقبت‌های بهداشتی اولیه نخستین سطح تماس فرد، خانواده و جامعه با نظام بهداشتی کشور بوده و خدمات را تا حد ممکن به جایی که مردم در آن کار و زندگی میکنند می‌برد. هدف از ارائه این مراقبت‌ها حفظ، نگهداری و ارتقای سطح سلامت افراد جامعه است و امروزه بر این نکته تاکید می‌شود که خدمات بهداشتی باید طیف کامل خدمات پیشگیری، درمانی و باز توانی را پوشش دهد.

سازمان جهانی بهداشت، مراقبت‌های بهداشتی اولیه را چنین تعریف می‌کند: مراقبت‌های بهداشتی اولیه مراقبت‌های بهداشتی اساسی می‌باشد که توسط نظام بهداشتی با یک روش عملی و علمی، قابل قبول از نظر روش‌ها و تکنولوژی، قابل تحمل از نظر هزینه‌ها (برای جوامع و کشورها) و با مشارکت کامل مردم و روحیه خود اتکایی به افراد و خانواده‌ها در سطح جامعه ارائه می‌گردد.

سال دوم

چرخ سلامت

شماره چهارم

فصلنامه معاونت بهداشتی

دانشگاه علوم پزشکی تبریز

بهار ۹۲



نگاه عمیق به نتایج دهه‌های شکست در سرمایه‌گذاری در زیرساخت‌های اساسی سلامت، خدمات و نیروی کار سلامت گردید به طوری که مداخلات قدرتمند و صرف هزینه زیاد برای اجرای آن‌ها در صورت نبود نظام‌های کارآمد جهت ارایه خدمات، منجر به پیامدهای سلامت بهتر نخواهد شد (فریدمن و همکاران، ۲۰۰۵).

افزایش بیماری‌های مزمن مشکلات مضاعفی را به دنبال دارد که از آن جمله می‌توان به بار مراقبت‌های طولانی مدت روی نظام‌ها و بودجه‌های سلامت، هزینه‌هایی که خانوارها را به زیر خط فقر می‌کشاند و نیاز برای پیشگیری در شرایطی که در آن بیشتر عوامل خطر در خارج از کنترل مستقیم بخش سلامت هستند اشاره نمود (آبگاند و همکاران، ۲۰۰۷).

در آگوست ۲۰۰۸، کمیسیون تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، گزارشی را منتشر نمود که بحث‌های آن باعث احساس نیاز به یک فراخوانی اجباری برای توجه دقیق به سلامت در تمامی سیاست‌های دولتی و تمامی بخش‌ها می‌شود. شکاف در پیامدهای سلامت واقعیت تقدیر نیست بلکه مشخصه‌های شکست سیاسی است. جای تعجب نیست که این گزارش نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه را به عنوان یک مدل برای نظام سلامت معرفی می‌کند که بر روی علل اساسی اجتماعی، اقتصادی و سیاسی سلامت بیمار تمرکز می‌کند (کمیسیون تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، ۲۰۰۸).

به طور واضح، مخارج مراقبت‌های سلامت در کشورهای دارای یک نظام کارای مراقبت‌های بهداشتی اولیه بسیار کمتر از نبود یک نظام کارا یا وجود یک نظام محدود مراقبت‌های اولیه می‌باشد (اندرسن و همکاران، ۲۰۰۷)، بنابراین امری تعیین‌کننده است که اکنون «بیشتر از همیشه» نظام‌های سلامت باید در مراقبت‌های بهداشتی اولیه سرمایه‌گذاری کنند.

پراکنده و ضعیف نظام‌های سلامت در بیشتر کشورهای است (لوین و همکاران، ۲۰۰۸).

به طور معمول اثربخشی مراقبت‌های بهداشتی اولیه به عنوان یک استراتژی خدمات سلامت با ارزیابی سهم آن در نیل به اهداف نظام سلامت همراه است؛ اهدافی چون سلامت بهتر، دسترسی گسترده و عادلانه به خدمات، پاسخگویی و حفاظت مالی (کروک و دیگران، ۲۰۱۰). با این حال، امروزه نظام‌های سلامت، حتی در اکثر کشورهای توسعه یافته، در نیل به این اهداف در حال شکست هستند (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۸).

گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۸ اظهار می‌دارد که در کل، واکنش جوامع و بخش سلامت به چالش‌های مراقبت‌های بهداشتی اولیه کند و نامناسب بوده است که حاکی از ناتوانی در بسیج منابع و نهادهای لازم برای انتقال سلامت حول ارزش‌های مراقبت‌های بهداشتی اولیه و نیز شکست در مقابله یا تعدیل نیروهایی هستند که بخش سلامت را به سمت مسیرهای دیگر می‌کشاند از جمله: تمرکز نامتناسب روی مراقبت‌های بیمارستانی تخصصی، پراکندگی و افتراق نظام‌های سلامت و ازدیاد مراقبت‌های تجاری (انتفاعی) قانونمند نشده. جالب‌تر اینکه، این روندهای قدرتمند، منجر گردیده است نظام‌های سلامت از آنچه که مردم از سلامت و مراقبت‌های سلامت انتظار دارند دور شوند (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۸).

توقف پیشرفت به سمت اهداف سلامت-محور توسعه هزاره منجر به یک

بهداشت در تعریف، جامعیتی را در بر می‌گیرد که علاوه بر خدمات بهداشتی درمانی، آمیختگی و هماهنگی بخش اعظم اقتصاد اجتماعی از قبیل کشاورزی، دامپروری، منابع غذایی، منابع آب، مسکن، کار، آموزش، ارتباطات و ... را شامل می‌شود (شادپور، ۱۳۶۵) و مراقبت‌های بهداشتی اولیه خدمات سلامت را به تعدادی از عوامل اصلی که به طور عمده خارج از حیطه بخش سلامت بودند مرتبط می‌سازد (نصیری پور و همکاران، ۲۰۰۹). در واقع یکی از عقاید و اصول محوری اعلامیه آلماتا این بود که پیشرفت در سلامت به عوامل بسیاری بستگی دارد از جمله عوامل اقتصادی، آموزشی، تغذیه‌ای، فرهنگی و نظام سلامت، و این پیشرفت با حاکمیت، عدالت اجتماعی و تغییرات در سایر بخش‌ها ارتباطی نزدیک دارد. (رد و همکاران، ۲۰۰۸).

پنج ویژگی اصلی که عموماً یک نظام کارای مراقبت‌های بهداشتی اولیه را معرفی می‌کند ایمنی و اثربخشی، شخص-محوری، یکپارچگی و جامعیت، تداوم خدمات و وجود یک نقطه ورود (دریانی) برای دسترسی به مراقبت‌های سطح دوم و سوم است (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۸). شواهد نشان می‌دهد بخش مراقبت‌های بهداشتی اولیه کارا، مزیت‌های تعیین‌کننده‌های درون نظام‌های سلامت با توجه به وضعیت سلامت عمومی، بهبود پیامدهای مرتبط با مراقبت‌های بهداشتی، شکاف‌های سلامتی کمتر، دسترسی عادلانه‌تر به مراقبت، کیفیت بهتر مراقبت و هزینه‌های پایین‌تر عرضه می‌کند (تاکیان و همکاران، ۲۰۱۰).

سال‌های اخیر علاقه و گرایش روزافزونی به مراقبت‌های بهداشتی اولیه خصوصاً در کشورهای کم درآمد و با درآمد متوسط دیده شده است. از دلایل این علاقه مضاعف، نابرابری‌های عمیق در سلامت، پیشرفت ناکافی و نامناسب به سمت اهداف توسعه هزاره خصوصاً در آفریقای زیر صحر، کمبودهای مهم در منابع انسانی مورد نیاز برای بهبود ارائه مداخلات هزینه-اثربخش و وضعیت



..... کلیاتی از افق آینده برنامه سالمندان

دکتر ناصر رهبری - رئیس گروه سلامت خانواده و جمعیت

معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تبریز



سالمندی فرآیندی است که متوقف نمی شود و آهسته آهسته پیش می رود بی آنکه متوجه آن شویم. در دوره سالمندی شخص ممکن است به دلیل محدودیتهای ناشی از پیری، برای برآورده کردن نیازهای اساسی خود به کمک دیگران نیاز داشته باشد. لذا با استفاده از برنامه زندگی سالم و مراقبتهای سلامت نگر در طول دوره زندگی می توان سالمندی را به دورانی مطلوب، لذت بخش و توأم با سلامتی تبدیل کرد و محدودیتهای ناشی از آنرا کاهش داد.

طبق نظر سازمان جهانی بهداشت، سالمندی به سن بالای ۶۰ سال اطلاق می گردد.

در ایران نیز بر اساس برنامه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سنین بالای ۶۰ سال بعنوان دوران سالمندی در نظر گرفته شده است. سالمندان ذخیره های ارزنده علمی، فرهنگی و تجربی کشور و وسیله انتقال آن به نسلهای آینده هستند. از همین رو فراهم سازی امکان زندگی سالم، شاداب و با نشاط برای آنان از اهمیت به سزایی برخوردار است. سالمندی دوره کمال و پویایی، پر باری و بلندای زندگی هر انسانی است، در اینجا می توان انسانی را دید که آرام و صبور با گامهایی ملایم به محیط پیرامون و موضوعات آن نگاه می کند. سالمندی آغازی دیگر در زندگی است، آغازی با کوله باری از تجربه.

حمایت از افراد برای حفظ سلامتی و تضمین یک کیفیت زندگی مناسب در سالهای بعدی حیاتشان از اهداف و برنامه های کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه می باشد. با اتخاذ شیوه زندگی سالم (تغذیه صحیح، ورزش، عدم مصرف دخانیات، خواب مناسب، بهداشت روان، پیشگیری از حوادث و...) و مشارکت در فعالیتهای اجتماعی قادر خواهیم بود با سلامت هرچه بیشتر پا به دوران سالمندی گذاشته و زندگی خوب و با نشاطی را به طول سالهای عمر اضافه کنیم؛ نه اینکه فقط طول سالهای عمر را افزایش دهیم.

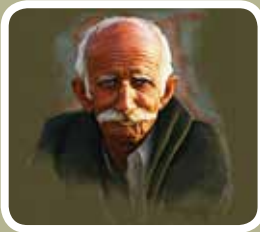
سازمان جهانی بهداشت اول اکتبر هر سال را بعنوان روز جهانی سالمند انتخاب کرده است و در ایران نیز نهم مهر ماه (مصادف با اول اکتبر) روز جهانی سالمند نامیده شده و گرمایی داشته می شود. نامگذاری چنین روزی به لحاظ شرایط و گزارشهایی بوده که از سراسر دنیا ارسال شده است:

- ✱ در سال ۲۰۱۰ ده و نیم درصد (۱۰/۵٪) جمعیت جهان سالمند بوده اند که پیش بینی می شود تا سال ۲۰۵۰ به بیست و یک درصد (۲۱٪) کل مردم جهان برسد.
- ✱ تقریباً ۸۰٪ جمعیت سالمندان دنیا در کشورهای در حال توسعه زندگی می کنند.

- ✱ امروزه بیش از ۷۰۰ میلیون نفر از جمعیت جهان را افراد سالمند بالای ۶۰ سال تشکیل می دهند.
- ✱ از سال ۱۹۸۰ میلادی (۱۳۶۰ ه.ش) تا به امروز، تعداد افراد ۶۰ ساله جهان دو برابر شده است.
- ✱ در عرض ۵ سال آینده تعداد افراد ۶۰ سال به بالا، بیشتر از کل کودکان زیر ۵ سال جهان خواهد شد.

- ✱ جمعیت کل کشور ایران براساس سرشماری سال ۱۳۹۰، ۷۵/۱۴۹/۶۶۹ نفر (بیش از ۷۵ میلیون نفر) گزارش شده است و جمعیت بالای ۶۵ سال کشور ایران بر اساس آمار سازمان آمار و نفوس مسکن و در مقایسه با سرشماری

پنجره ای رو به فردا



بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تبریز در صدد هستیم در طی سالیهای آتی اجرای این برنامه را در سایر شهرستانهای تابعه استان گسترش دهیم.

❀ به دنبال تشکیل جلسه شورای سلامت سالمندان در آبان ماه سال ۱۳۹۱ در محل استانداری تبریز و حضور گرم مدیران و روسای سازمانهای مختلف درگیر در برنامه های سلامت سالمندان، از جمله حضور نماینده محترم دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی تبریز و با عنایت به استقرار دبیرخانه شورای سالمندان استان در محل اداره کل بهزیستی استان؛ معاونت بهداشتی دانشگاه تعدادی از اساتید مجرب و علاقه مند به حوزه های مرتبط با مسائل سلامت سالمندان را در قالب کمیته های آموزشی، پژوهشی و تحقیقات سالمندی تشکیل داده است.

❀ در راستای ارتقای خدمات بهداشتی به سالمندان و افزایش کسب مهارتها و توان و همچنین فراهم آوردن محیطی آرام جهت تفکر و همکاری و تعامل بین سالمندان در آذر ماه سال ۱۳۹۰ مرکز نمونه دوستدار سالمند به صورت پایلوت در یکی از مراکز بهداشتی و درمانی تبریز (شهید دکتر منعم پور) تاسیس گردید.

در این مرکز ضمن تشکیل پرونده بهداشتی برای سالمندان تحت پوشش و انجام مراقبتهای اولیه بهداشتی برای آنها در ۲ سطح غیر پزشک و پزشک و انجام آموزشهای لازم از نظر بهبود شیوه تغذیه و انجام تمرینات بدنی و در صورت نیاز ارجاع به متخصص مربوطه و پیگیری لازم انجام گرفته و محیطی آرام جهت تبادل افکار و تجارب، برای آنها فراهم آورده شده است.

بدیهی است با توجه به استقبال سالمندان از خدمات و امکانات مرکز فوق، معاونت بهداشتی دانشگاه در طی سالیهای آینده نسبت به راه اندازی مراکز مشابه در سایر نقاط شهر تبریز و همچنین سایر شهرستانهای تابعه استان اقدام خواهد کرد. به یاد داشته باشیم توجه و پیگیری برنامه های مختلف سلامت، زندگی خوب و با نشاطی را به سالیهای عمرافه می کند.

(زندگی سالم، طول عمر بیشتر) مطرح نمود. وزارت بهداشت از سال (۱۳۸۲ ه.ش) برنامه های حمایتی و پوششی سلامت سالمندان را جزو اولویتهای کاری خود قرار داد. در این راستا محورهای کلان وزارت بهداشت در ابعاد سلامت سالمندان، شامل پنج محور می باشد.

مهمترین شکایت سالمندان در کنار ابتلا به چندین بیماری مزمن و غیر واگیر (بیماریهای قلبی-عروقی، دیابت، آلزایمر، پوکی استخوان و...) آزار روانی، نادیده انگاشتن، محرومیت های اجتماعی و افسردگی می باشد.

الف- طراحی برنامه های زیر:

- ۱- ترویج شیوه زندگی سالم در دوره سالمندی
- ۲- مراقبتهای ادغام یافته و جامع سالمندی
- ب - تعمیم پوشش بیمه
- ج - مدیریت آموزش و پژوهش
- چ - حساس سازی جامعه
- د - هماهنگی های بین بخشی

❀ ترویج شیوه زندگی سالم در دوره سالمندی با استفاده از ۴ جلد کتاب راهنما با عنوان راهنمای شیوه زندگی سالم در دوره سالمندی که در تمام مراکز بهداشتی و درمانی کلیه شهرستانهای تابعه مرکز بهداشت استان موجود می باشد، سالمندان بالای ۶۰ سال مورد آموزش قرار می گیرند.

❀ مراقبتهای ادغام یافته و جامع سالمندی نیز به صورت پایلوت در ۲ شهرستان تبریز و مرند و بر اساس ۲ جلد کتاب راهنمای آموزشی مراقبتهای ادغام یافته سالمندان که در دو سطح غیر پزشک و پزشک طراحی شده اند، در حال اجرا می باشد. با عنایت به حمایت های مسئولان وزارتی و همچنین مساعدت معاونت محترم

قبل (سال ۱۳۸۵) به شرح زیر بوده است:

- در سرشماری سال ۱۳۸۵، ۵/۲ در صد جمعیت کل کشور

- در سرشماری سال ۱۳۹۰، ۵/۷ در صد جمعیت کل کشور (یعنی بیش از ۴/۳ میلیون نفر)

امید به زندگی:

یک شاخص آماری است که نشان می دهد متوسط طول عمر در یک جامعه چقدر است، به عبارت دیگر هر عضو آن جامعه می تواند توقع چند سال طول عمر داشته باشد. اجرای برنامه ها و فرآیندهای مختلف سلامت محور در سطوح مختلف جامعه و جمعیت موجب افزایش امید به زندگی شده است. ارقام ذیل موید این ادعاست:

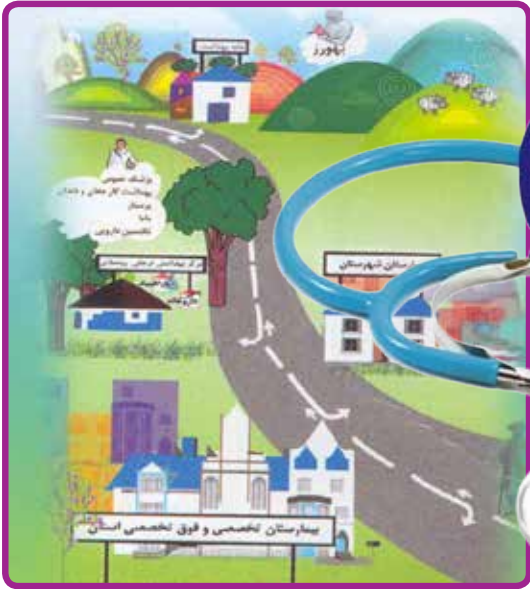
امید به زندگی در ایران:

با در نظر گرفتن آمار و اطلاعات فوق در کشور ما نیز همانند بسیاری از کشورهای جهان به دلیل بهبود شرایط بهداشتی متوسط طول عمر افراد بالا رفته و تعداد سالمندان بالای ۶۰ سال افزایش یافته است. در حال حاضر بیش از ۴ میلیون سالمند بالای ۶۰ سال در کشورمان زندگی می کنند و پیش بینی می شود این رقم طی ۲۰ سال آینده به حدود ۱۰ میلیون نفر برسد. بنابراین سرعت پیر شدن جمعیت، در کشورهای در حال توسعه از جمله ایران در حال افزایش می باشد و آنچه مسلم است جامعه سالمندی، نیازمند امکانات رفاهی و خدماتی، حفظ موقعیت و جایگاه در خانواده و جامعه و تأمین حداقل نیازهای اساسی می باشد. نتایج یک مطالعه جهانی نشان می دهد مهمترین شکایت سالمندان در کنار ابتلا به چندین بیماری مزمن و غیر واگیر (بیماریهای قلبی - عروقی، دیابت، آلزایمر، پوکی استخوان و...) آزار روانی، نادیده انگاشتن، محرومیت های اجتماعی و افسردگی می باشد.

با توجه به این موارد، تکریم از سالمندان (شهروندان ارشد)، بستر سازی و رواج فرهنگ لازم (از بین بردن برخی نگرش های غلط در مورد آنها) باید از اهداف همگان خصوصاً متولیان سلامت باشد. به همین منظور سازمان بهداشت جهانی سال ۹۱ را تحت عنوان سلامت و سالمندی و با شعار



شروع برنامه پزشک خانواده شهری در استان آذربایجان شرقی



مرکز و تشویقهای مربوطه خواهد بود و این درآمد در هردو حالت به حدی خواهد بود که رضایت پزشکان خانواده شهری را فراهم نماید و بر این اساس انتظار می رود پزشکان خود تبلیغات محلی و فراخوان عضوگیری از مردم را به اجرا گذارند. در این برنامه پزشکان بعنوان پزشکان ۵ ستاره متولی سلامت منطقه جغرافیایی تحت پوشش خواهند بود و انتظار می رود با روندی که پیش بینی شده است مردم نیز از این طرح استقبال نمایند چرا که ویزیت دوره ای، بیماریابی و مراقبت بیماریهای هدف رایگان بوده و ویزیت مراجعات سرپایی و برخی از بیماریهایی که جزو بیماریهای هدف مراقبت نمی باشند با فرانشیز ۱۰ درصد می باشد و نظام ارجاع کارآمد با پاسخگویی مناسب از طرف متخصصین پیش بینی شده است.

دکتر کوشا در مورد نقش پزشکان بخش خصوصی در این طرح گفتند در ادامه اجرای این طرح پزشکان عمومی بخش خصوصی نیز احساس خواهند نمود که با همکاری در این طرح ضمن ایفای نقش موثرتر در ارتقاء سلامت جامعه، موجب کسب نتایج مادی و معنوی طرح برای آنان می گردد و در نهایت می توان گفت همه برنده خواهند شد.

جلسه هماهنگی اجرای برنامه پزشک خانواده با حضور پزشکان مراکز بهداشتی درمانی شهری استان و روسای شبکه و معاونین بهداشتی و نمایندگان از مراکز بهداشتی درمانی آشنا به کامپیوتر روز پنج شنبه ۱۳۹۱/۲/۱۲ در سالن همایشهای مرکز بهداشت استان تشکیل گردید.

در این جلسه دکتر احمد کوشا معاون بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تبریز فرمودند: در تداوم پزشک خانواده روستایی که از سال ۱۳۸۴ شروع گردیده است اینک شاهد شروع برنامه پزشک خانواده شهری با محوریت مراکز بهداشتی درمانی شهری و پزشکان خصوصی طالب همکاری خواهیم بود.

ایشان زمان شروع اجرای این طرح را در استان آذربایجان شرقی شنبه ۹۲/۲/۱۴ اعلام نمودند و اظهار داشتند هماهنگی های لازم در خصوص تجهیز مراکز به سیستم های رایانه ای و نرم افزار سلامت ایرانیان در روزهای قبل توسط حوزه معاونت اجرایی مرکز بهداشت استان با موفقیت انجام گرفته است و از این لحاظ با مشکلی روبرو نیستیم. ایشان در ادامه فرمودند دریافتی پزشکان تا برقراری نظام سرانه ای بر اساس درآمدهای

آینده خوبی

شروع برنامه پزشک خانواده شهری
در استان آذربایجان شرقی

دستاوردهای بسیج سلامت
نوروزی ۱۳۹۲

افتتاح ستاد زنجیره سرد
نوسازی و بهسازی شده بهداشت استان

آنفلوآنزای پرندگان
نوع A/H7N9 کشور چین

غربالگری هیپاتیت B در دوره بارداری

هیپاتیت از آن چه شما فکر می کنید
به شما نزدیک تر است!!

ارزیابی برنامه راهبردی حذف جذام

خرید یک دستگاه بیمل مکانیکی
جهت کنترل ناقل بیماری مالاریا
در مناطق مالاریا خیز استان

مشارکت مردم، سرمایه ای برای آینده



دستاوردهای بسیج سلامت نوروزی ۱۳۹۲



هر ساله برنامه بسیج سلامت نوروزی از اول اسفندماه لغایت ۱۵ فروردین ماه با حضور بازرسین بهداشت محیط از ۸ صبح تا ۸ شب در ساعات اداری و غیر اداری و روزهای تعطیل در سراسر استان با اولویت نظارت بر مراکز و اماکن حساس با هدف حفظ و ارتقای سطح سلامت جامعه و مسافران نوروزی و ایمنی مواد غذایی در سطح عرضه به منظور کاهش و کنترل بیماریهای مرتبط با غذا اجرا می گردد. امسال این طرح با حضور اکیپهای بهداشت محیط و همکاری ارگانهای بین بخشی در سطح استان با نتایج زیر اجرا گردید:

الف: نظارت بر مراکز و اماکن

نوع اماکن و مرکز	تعداد موجود	تعداد موارد بازدید شده	تعداد موارد معرفی شده به دادگاه	تعداد موارد تعطیل شده	تعداد کارت معاینه پزشکی صادر شده
مراکز تهیه، عرضه و فروش مواد غذایی	۳۶۸۴۳	۲۰۱۹۰	۲۷۶	۲۲	۷۳۰۸
اماکن عمومی	۸۴۲۳	۳۵۵۶	۲۱	۳	۵۳۱
اماکن بین راهی	۶۰۷	۱۷۱۳	۲۳	۰	۲۱۹
جمع کل	۴۵۸۷۳	۲۵۴۵۹	۳۲۰	۲۵	۸۰۵۸

ب: نمونه برداری

فعالیت	تعداد کل موارد	موارد مطلوب	موارد نامطلوب
نمونه برداری از مواد غذایی	۲۷۲	۲۱۲	۶۰
نمونه برداری میکروبی آب آشامیدنی	۲۰۷۴	۲۰۰۴	۷۰
نمونه برداری میکروبی آب استخر	۸۴	۶۸	۱۶
کلر سنجی آب آشامیدنی	۱۲۳۶۲	۱۰۴۴۷	۱۹۱۰
کلر سنجی آب استخر	۱۹۱	۱۴۳	۴۵

ج: متفرقه

۲۳۹۵۲	مقدار مواد غذایی فاسد، کشف و معدوم شده به کیلوگرم
۳۹۰	تعداد موارد برخورد با دستفروشان دوره گرد
۲۹	میانگین تعداد اکیپهای بازرسی در هر روز در طول طرح در کل منطقه تحت پوشش
۵۴	میانگین تعداد پرسنل فعال در هر اکیپ بازرسی در هر روز در طول طرح در کل منطقه تحت پوشش
۲۳۱۳۰	حجم کاری انجام شده بر حسب نفر ساعت در طول طرح



همزمان با هفته سلامت صورت گرفت :

افتتاح ستاد زنجیره سرد نوسازی و بهسازی شده بهداشت استان

قبل از نوسازی



بعد از نوسازی



۲ - سیستم (مانیتورینگ دما) کنترل و پایش دمای سردخانه‌ها که بصورت الکترونیک از طریق رایانه در تمامی نقاط دسترسی به اینترنت امکان پذیر می‌باشد.

۳ - سیستم پیامک هشدار دهنده قطع جریان برق و تغییرات دما خارج از محدوده تعیین شده بصورت دو طرفه، به این ترتیب که فرد جهت اطمینان پیامکی با کد مخصوص به سیستم می‌فرستد و سیستم وضعیت کارکرد خود را بصورت پیامک به همان شماره همراه بر می‌گرداند و در صورت عدم ارسال جهت اطمینان بایستی به ستاد مراجعه شود.

امکاناتی که قبل از نوسازی و بازسازی در سیستم زنجیره سرد وجود داشت عبارت بودند از:

۱ - سیستم آلارم هشدار دهنده جریان برق

۲ - سیستم آلارم هشدار دهنده تغییرات دما خارج از محدوده تعیین شده

۳ - سیستم پیامک هشدار دهنده قطع جریان برق و تغییرات دما خارج از محدوده تعیین شده

۴ - تجهیزات نظارتی دیگر جهت افزایش اطمینان پایش و کنترل دما سردخانه‌ها از قبیل: ترمومتر، ترموگراف دیجیتال و فریز تگ (Freeze tag)

۵ - برق اضطراری اتوماتیک دو طرفه

۶ - دو دستگاه خودروی یخچالدار مخصوص حمل واکسن

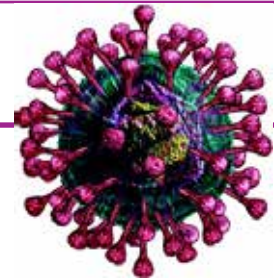
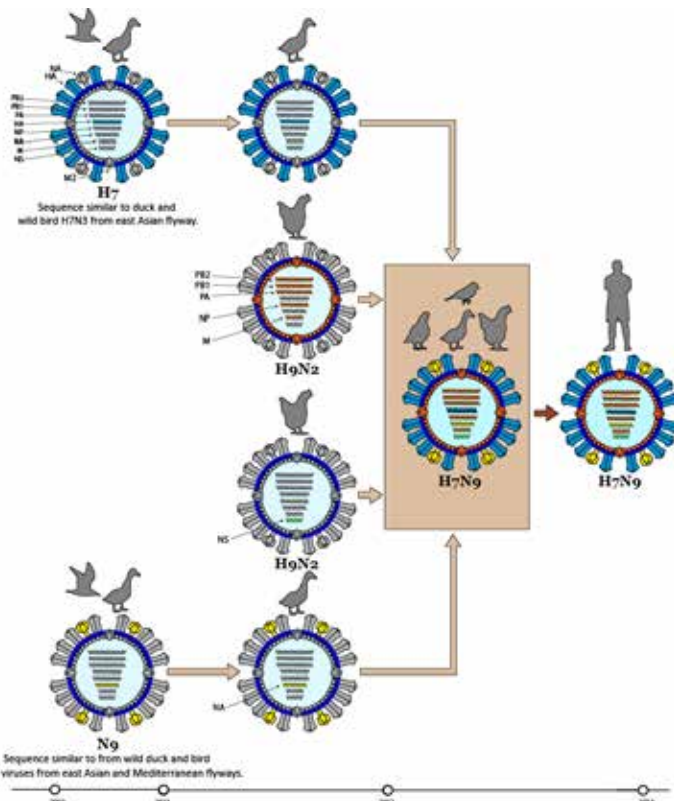
در تاریخ ۹۲/۱/۲۱ همزمان با هفته سلامت ستاد زنجیره سرد نوسازی و بهسازی شده بهداشت استان افتتاح و مورد بهره برداری قرار گرفت. با توجه به اینکه ستاد زنجیره سرد بهداشت استان مسئولیت خطیر تأمین و توزیع واکسن، ایمونوگلوبین و مواد بیولوژیک شهرستانهای تابعه را بر عهده دارد و به علت فعالیت چندین ساله و سپری شدن عمر مفید سردخانه‌های قبلی و تجهیزات و ساختمان محل استقرار و به تبع آن بالا رفتن هزینه تعمیر خرابیهای مکرر، طبق نظر کارشناسان امور فنی دانشگاه می‌بایستی نسبت به نوسازی تجهیزات و تعمیر اساسی ساختمان اقدام می‌گردید لذا در تاریخ ۹۰/۱۰/۲۱ اولین جلسه در حضور معاون بهداشتی تشکیل و مشکلات زنجیره سرد استان به استحضار ایشان رسید و موافقت ایشان برای نوسازی و بهسازی اخذ گردید.

در تاریخ ۹۱/۲/۵ بهسازی ساختمان و نوسازی تجهیزات الکتریکی آغاز و در تاریخ ۹۱/۶/۳۰ پایان یافت و پس از آن اقدام به خریداری و نصب سردخانه‌ها شروع و در اسفند ماه ۹۱ پایان یافت. امکانات جدید اضافه شده به سیستم عبارتند از:

۱ - دو دستگاه سردخانه به ابعاد $2.5 \times 4 \times 3$ هر کدام دارای دو کمپرسور و مدار جداگانه که با آخرین امکانات استاندارد موجود در کشور خریداری و نصب شده‌اند



آنفلوانزای پرندگان نوع A/H7N9 کشور چین



در روز اول آوریل ۲۰۱۳ میلادی مقارن با ۱۲ فروردین سال ۱۳۹۲ خبری به سازمان جهانی بهداشت رسید، مبنی بر ابتلای سه شهروند (دو مرد و یک زن) به فرم شدید آنفلوانزای ناشی از ویروس جدید که منجر به فوت دو نفر از این بیماران گردید. متعاقباً دو فرزند پسر از اولین بیمار به بیماری تنفسی مبتلا شدند که در اثر این بیماری یکی از فرزندان مذکور فوت شد.

تا ۱۰ اردیبهشت تعداد بیماران در استانهای مختلف کشور چین (شانگهای، جیانگ سو، ژجیانگ، آن هویی، پکن و هنان) به ۱۲۸ نفر رسیده است و طبق گزارشهای انجام گرفته تعداد افراد فوت شده در اثر این ویروس ۲۶ نفر می باشد. با توجه به سابقه طغیانهای قبلی دانشمندان انتظار گسترش بیشتر این ویروس را دارند و نگران انتقال انسان به انسان در آینده هستند هر چند میزان این انتقال در حال حاضر بسیار کم ارزیابی شده است. تا کنون ۷ نفر از کسانی که در بیمارستان بستری بوده و درمان شده اند توانسته اند از بیمارستان ترخیص شوند حال بقیه بیماران هنوز مساعد ترخیص شدن نمی باشد.

ویروس نوپدید آنفلوانزای نوع A/H7N9 در انسان یک بیماری حاد تنفسی ایجاد می نماید. مخزن اولیه بیماری پرندگان بوده و انسان در اثر تماس با پرندگان آلوده و یا فضولات و گوشت آلوده می تواند به بیماری مبتلا شود. بر خلاف H5N1 تشخیص این ویروس جدید در پرندگان مشکل می باشد چون این ویروس یا بدون

و در انسان توانسته است بیماریزایی بسیار شدید ایجاد نماید. گفته می شود این ویروس دو ژن H₇N₉ خود را از ویروس H₇N₉ پرندگان و ۶ ژن دیگر خود را از ویروس آنفلوانزای H₉N₂ گرفته است و از این جهت با سایر آنفلوانزای H₇N₉ که تا کنون وجود داشته است متفاوت می باشد. از آنجا که جامعه انسانی هنوز به این ویروس ایمنی ندارد امکان پاندمیک شدن برای این آنفلوانزا مطرح می باشد. از طرفی گفته می شود این ویروس جدید به آمانتادین و ریمانتادین مقاوم است اما به داروهای گروه مهار کننده های نورامینیداز شامل اوسلتامی ویر و زانامیویر حساس بوده و می توان برای درمان بیماران از آنها استفاده نمود.

علائم بیماری، اقدامات پیشگیرانه و درمان همانند بیماری آنفلوانزای H5N1 می باشد و تا کنون واکسنی برای این بیماری تهیه نشده است.

علامت بوده و یا علائم خفیفی در پرندگان ایجاد می کند و بر خلاف H5N1 که باعث مرگ تعداد زیادی از پرندگان می گردید، ویروس جدید علامتی از بروز بیماری در آنها نشان نمی دهد، در نتیجه مرغداران و کسانی که مبادرت به نگهداری ماکیان و پرندگان می کنند بموقع از بروز بیماری در حیوانات خود با خبر نمی شوند. این نخستین بار است که ویروس آنفلوانزای A/H7N9 باعث بیماری در انسان می شود. ویروسهای آنفلوانزای A که دارای گیرنده سطحی H₇ می باشند مانند H₇N₇, H₇N₃, H₇N₂ معمولاً تمایل چندانی به ایجاد بیماری در انسان ندارند و اگر فردی در اثر این ویروسها به آنفلوانزا مبتلا شود معمولاً بیماری خفیف خواهد بود. اما ویروس جدید H₇N₉ تمایل زیادی به بافت تنفسی انسان و مخصوصاً حبابچه های انتهایی ریه (دستگاه تنفسی تحتانی) پیدا نموده



غربالگری هپاتیت B در دوره بارداری

بیماریهای واگیر و ۷ دانشگاه علوم پزشکی منتخب یک بررسی در مادران باردار بستری جهت زایمان در بیمارستانهای بزرگ انجام گرفت. در این بررسی میزان شیوع آلودگی به هپاتیت B در کل نمونه ها ۱/۲٪ و در نمونه های دریافتی از مادران بستری در بیمارستانهای استان آذربایجان شرقی (به تعداد ۱۲۵۰ نمونه) ۰/۹٪ بوده است. یکی از استراتژیهای مورد نیاز کنترل هپاتیت B در ایران، غربالگری گروه های هدف کنترل بیماری شامل اهداء کنندگان خون و اعضا، کارکنان بهداشتی درمانی، بیماران تحت دیالیز، زنان باردار، نوزادان متولد شده از مادر HBsAg مثبت، افراد دارای شغل پرخطر از نظر هپاتیت مانند آرایشگری، افراد دارای علایم بیماری هپاتیت، بستگان درجه اول مبتلایان به هپاتیت B، مصرف کنندگان مواد مخدر تزریقی، بیماران مبتلا به STI و افراد دارای تماس جنسی نامطمئن و با شرکای جنسی متعدد و ... می باشد. بر اساس مطالعات انجام شده ایران جزو کشورهای با شیوع متوسط محسوب می گردد و به نظر می رسد ۳۵٪ ایرانیان با HBV برخورد داشته و ۲ تا ۳ درصد جمعیت ناقل مزمن

در سال ۱۳۹۱ از بین ۶۴۸ مورد فرد آلوده به ویروس هپاتیت B جدید گزارش شده، تعداد ۱۵۸ مورد در غربالگری مادران باردار در دوره حاملگی تشخیص داده شده اند که به میزان ۲۴/۳۸٪ کل موارد شناسایی شده می باشد. در پنج سال گذشته یعنی از سال ۱۳۸۷ تا ۱۳۹۱ در استان آذربایجان شرقی تعداد ۳۰۰۴ نفر فرد آلوده به هپاتیت های منتقله از راه خون توسط کارشناسان هپاتیت مراکز بهداشت شهرستانها ثبت شده است و از این تعداد حدود ۲۴ درصد مربوط به مادران باردار آلوده به هپاتیت B می باشد. از سال ۱۳۸۷ با توجه به سیاستهای مراقبتی مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی، غربالگری زنان باردار از نظر آلودگی به ویروس هپاتیت B بطور روتین با همکاری گروه های مبارزه با بیماریها، بهداشت خانواده و تیم سلامت در تمامی مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی مورد پیگیری قرار می گیرد یعنی تمامی زنان باردار در طی هفته ۶ تا ۱۰ حاملگی از نظر HBsAg مورد بررسی قرار می گیرند. در سال ۱۳۸۹ به همت مرکز مدیریت

می باشند که البته در مناطق مختلف پراکندگی یکسان نمی باشد. با توجه به انجام واکسیناسیون نوزادان از سال ۱۳۷۲ و کاهش شیوع آن بر اساس طرح ملی سلامت و بیماری که در سال ۱۳۷۸ انجام گرفت، کشور ما در مرحله گذار از شیوع متوسط به شیوع کم بوده و ۱/۷ درصد جمعیت عمومی HBsAg مثبت بوده اند و موارد جدید بیماری بیشتر در گروه جوانان و بالغین اتفاق می افتد. با توجه به این موضوع لازم است بررسی و مراقبت مادران باردار از نظر هپاتیت B بطور جدی پیگیری گردد و خبر خوش اینکه تقریباً تمامی نوزادان متولد شده از این مادران در بدو تولد و آنهایی که به سن ۱۵ - ۹ ماهگی رسیده اند در پیگیری و مراقبت مجدد خوشبختانه گزارشی از آلودگی نداشته اند.

هپاتیت از آن چه شما فکر می کنید به شما نزدیک تر است!!



تاثیرگذار تقاضا شد تا با اطلاع رسانی مناسب، سطح آگاهی مردم را درباره بیماری هپاتیت B بالا ببرند. بر اساس اعلام سازمان جهانی بهداشت امروزه در دنیا ۵۰۰ میلیون نفر یعنی از هر ۱۲ نفر یک نفر مبتلا به یکی از هپاتیت های B یا C هستند و به همین دلیل شعار روز جهانی هپاتیت "It's closer than you think" (هپاتیت از آن چه شما فکر می کنید به شما نزدیک تر است) انتخاب گردیده است.

۲۸ جولای هر سال روز جهانی هپاتیت یا به عبارتی مبارزه با هپاتیت نام نهاده شده است و هدف آن آگاه سازی انسان ها نسبت به راه های انتقال و کنترل این بیماری رو به رشد در جهان است. در سال ۲۰۰۸ میلادی یک انجمن غیردولتی به سازمان جهانی بهداشت پیشنهاد داد ۲۸ جولای که مصادف با روز تولد پروفیسور بلومبرگ کاشف ویروس هپاتیت B و واکسن هپاتیت بود، بنام روز جهانی هپاتیت نامیده شود. به این بهانه از دولت ها، مراکز علمی، رسانه ها و همه بخش های



ارزیابی برنامه راهبردی حذف جدام

تعداد موارد درگیر شناسایی شده در یک سال به طور متوسط ۴ الی ۵ مورد بوده و درمان بیماران به صورت متمرکز انجام می‌گیرد، در زمان تشخیص درجه معلولیت بیماران بالاست بنابراین انتظار می‌رود کادر بهداشتی و درمانی به خصوص پزشکان محترم در معاینات بیماران پوستی به نکات ذیل دقت نموده و در صورت شک به بیماری جهت بررسی‌های تکمیلی، موارد را به درمانگاه تخصصی پوست بیمارستان سینای تبریز، سرکار خانم دکتر فریده گل‌فروشان (متخصص بیماریهای پوستی و فوکال پوینت برنامه حذف جدام استان) معرفی نمایند.

- شکایات زودرس:

لکه کوچک قرمز رنگ یا رنگ پریده پوستی، بی‌حسی و کرختی دست و پا، احساس گرمی و سوزش پوست، ضعف خفیف عضلات صورت و اندام‌ها

- شکایات دیررس:

لکه های متعدد و بزرگ، زخم‌های بدون درد در اندام‌ها، گره های پوستی مشخص یا کلفت شدن پوست، ضعف خفیف عضلات صورت و اندام‌ها

راه سرایت بیماری از انسان به انسان و از شخص درمان نشده به شخص دیگر و از مسیر دستگاه تنفسی فوقانی از طریق قطرات تنفسی یا بندرت پوست آسیب دیده می‌باشد. بیماری جدام به دلیل ایجاد معلولیت ماندگار، افزایش بار بیماری و کاهش سلامت جامعه از زمره بیماریهای با اولویت بالا در سطح جهانی قرار دارد و لذا از ابتدای دهه ۶۰ همچون سایر بیماریهای نظام مراقبت در سیستم بهداشتی کشور ادغام گردید.

اکنون شیوع جدام بسیار کاهش یافته است و سالهاست کشور جمهوری اسلامی ایران وارد مرحله حذف (Elimination) یعنی شیوع کمتر از یک مورد به ازای ده هزار نفر جمعیت گردیده است. شمار موارد جدید جدام از سال ۱۳۶۴ روندی رو به کاهش داشته و در سال ۱۳۷۱ با میزان شیوع ۰/۴ در ده هزار نفر جمعیت وارد مرحله حذف بیماری در سطح کشوری و به ترتیب در سالهای ۱۳۷۵ و ۱۳۷۶ وارد مرحله حذف در سطح استانی و شهرستانی گردیده است.

با عنایت به اینکه از چندین سال قبل این بیماری در مرحله حذف می‌باشد و

در تاریخ ۹۲/۲/۲۸ جناب آقای دکتر کراس نماینده برنامه حذف جدام در سازمان جهانی بهداشت (WHO) همراه با سرکار خانم دکتر ناصحی رئیس اداره سل و جدام و سرکار خانم مقدم کارشناس برنامه جدام مرکز مدیریت بیماری های واگیر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جهت ارزیابی برنامه راهبردی حذف جدام و روند معلولیت‌های بدنبال درگیری این بیماری مهمان معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تبریز بودند ایشان طی بازدید از بیمارستان بابا باغی (مرکز تحقیق و بررسی بیماریهای پوستی) و بررسی معلولیت‌ها و امکانات پزشکی و فیزیوتراپی موجود در این مرکز توصیه‌های لازم در خصوص بهبود و ارتقا خدمات را ارائه نمودند.

بیماری جدام از بیماریهای بومی کشور ایران است و کشف موارد و درمان آنها و همچنین آموزش کارکنان و آحاد جامعه در این بیماری یکی از وظایف شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور محسوب می‌شود. انسان تنها مخزن شناخته شده عفونت در جدام می‌باشد و



یک دستگاه بیل مکانیکی جهت کنترل ناقل بیماری مالاریا در مناطق مالاریا خیز استان خریداری گردید



مکانیکی می‌توان به اهداف مورد نظر دست پیدا کرد. لازم به یادآوری است آخرین اپیدمی بیماری مالاریا در سال ۱۳۷۳ به دنبال مناقشه دو کشور همسایه شمالی (ارمنستان و آذربایجان) در منطقه لاریجان شهرستان خداآفرین که مدت‌های طولانی خاموش بود به وقوع پیوست و فقط در همان سال اول اپیدمی، تعداد ۷۳۲ نفر را مبتلا نمود (۷/۲٪ کل جمعیت). از همان ابتدا روش‌های متعدد مبارزه با بیماری مثل سم‌پاشی، حفاظت فردی، روش‌های مکانیکی (بهسازی محیط، زهکشی و خشکاندن ماندابها) و مبارزه بیولوژیکی (ماهی گامبوزیا) و باسپیل پاشی و... بکار گرفته شد و نهایتاً این بیماری با تلاش شبانه روزی همکاران عرصه سلامت، در سال ۸۴ کنترل و موارد بروز آن به صفر رسید ولی مبارزه با ناقل این بیماری و کاهش و فور آن در کنار سایر اقدامات لازم مثل بیماریابی و... همچنان از برنامه‌های استراتژیک استانی و کشوری بوده و هست.

در راستای برنامه حذف مالاریا در افق ۱۴۰۴ در کشور، بعد از دو سال با پیگیری‌های مجدانه همکاران شهرستان‌های کلیر و خداآفرین و مساعدت‌های معاونت محترم بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تبریز و گروه بیماری‌های واگیر استان و به ویژه جناب آقای دکتر رئیسی رئیس اداره کنترل مالاریای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، یک دستگاه بیل مکانیکی برای کنترل ناقلین بیماری مالاریا در حاشیه کنار رود ارس که از مناطق مستعد استان برای بروز مالاریا می‌باشد در مورخه ۹۲/۲/۳۰ خریداری و مورد بهره‌برداری قرار گرفت.

روش مکانیکی با از بین بردن ماندابها و محل رشد و نمو پشه‌ها به دلیل عدم استفاده از سموم با مضرات زیست محیطی و احتمال مقاومت پشه‌ها، ایجاد شرایط مطلوب برای مبارزه بیولوژیکی و از همه مهم‌تر صرفه جویی در هزینه‌ها به سایر روش‌ها ارجحیت دارد و به وسیله بیل





مشارکت مردم، سرمایه‌ای برای آینده

در دهه‌های گذشته مناطق حاشیه رود ارس در شهرستان خداآفرین کانون مالاریای استان بوده و اپیدمی‌های متعددی بوقوع پیوسته است اما با تلاش پرسنل بهداشتی و مشارکت مردمی از جمله شالیکاران، اهالی روستاها، دانش آموزان، ریش سفیدان، ارگانهای دولتی و خصوصاً روحانی محل حجت الاسلام پورحمداles و... این بیماری در منطقه مذکور کنترل و حذف گردیده است بطوریکه امسال وارد نهمین سالی می‌شویم که در استان هیچ مورد انتقال محلی وجود نداشته است و چون مناطق یاد شده جزو مناطق آزاد تجاری و گردشگری محسوب می‌گردد اهمیت حذف مالاریا بیش از پیش برای ما در اولویت قرار می‌گیرد.



به گفته کارشناس مالاریای مرکز بهداشت استان در طول سال ۱۳۹۱ از ۲۰۱۳ مورد مشکوک و وارده از مناطق آلوده به استان، لام خونی تهیه شده است و خوشبختانه نتایج تمام آنها منفی گزارش شده است. بیشترین درصد بیماریابی در شهرستانهای جلفا و خداآفرین انجام گرفته است و ۷۳/۸٪ لامهای تهیه شده در کمتر از ۴۸ ساعت اولیه مورد آزمایش قرار گرفته‌اند که نسبت به سال قبل ۱۶/۴٪ پیشرفت داشته است.

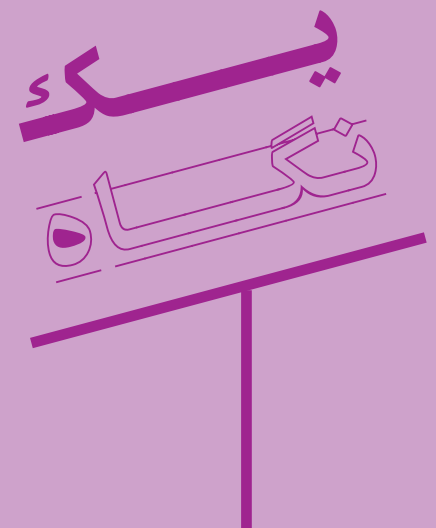
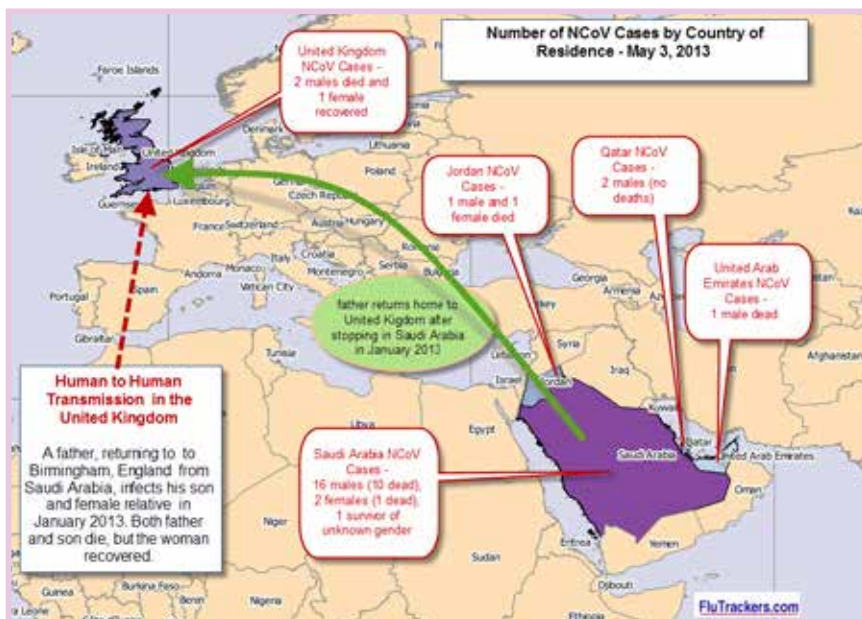
به جرأت می‌توان گفت هر برنامه بهداشتی که مشارکت مردمی داشته باشد قطعاً به نتیجه مطلوب می‌انجامد و حذف بیماری مالاریا که زمانی این بیماری برای مردم محل کابوس بوده نمونه بارز آن می‌باشد. یک دهه است که نه تنها وضعیت پاک و بدون مالاریا را در استان تجربه می‌کنیم بلکه بعلاوه زهکشی و خشکاندن باطلاqها و از بین بردن ژیت‌های لاروی، ناقل این بیماری که نوع پشه آنوفل ماده است کاهش چشمگیری داشته است.



مروری بر کشنده ترین کورونا ویروس شناخته شده

دکتر رضا عزیززاده - کارشناس بیماریهای واگیر

معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تبریز



مروری بر کشنده ترین کورونا ویروس
شناخته شده

آسم و بیماریهای تنفسی مزمن

بیمه های

معرفی شبکه بهداشت
شهرستان اهر

انتقال انسان به انسان در این بیماری مطرح شده است اما هنوز به اثبات قطعی نرسیده است.

- بررسی ها نشان می دهد بیشتر افرادی که دچار آسیب از این ویروس شده اند (مشابه آنچه در آنفلوآنزای نوپدید H5N1 در چین وجود دارد)، مردان سالمند هستند.
- بر اساس مطالعات فعلی، دوره کمون ۴ تا ۶ روزه پیشنهاد شده است.

اختلاف این ویروس با ویروس عامل SARS :

این ویروس بر خلاف سایر کورونا ویروس ها که بیشتر به سلول های بافت تنفسی انسان علاقه دارند و کمتر مشاهده شده که سلول های دیگر را آلوده نمایند، می تواند باعث ابتلا رده های گوناگون سلول های بدن شود و بافت تنفسی، کبد، کلیه ها، روده و همچنین ماکروفاژها را آلوده نماید و دقیقاً به همین دلیل است که بیماران مبتلا معمولاً دچار نارسایی چند ارگان شده و فوت می شوند.

تاریخچه کورونا ویروس جدید:

سال گذشته (ماه نوامبر ۲۰۱۲ میلادی) یک بیمار اهل قطر دچار بیماری شدید تنفسی شد و بررسی های میکروبیشناسی نشان داد که عامل بیماری ویروس جدیدی است از خانواده SARS-like (virus) نامیده شد.

تا کنون (۵ ماه می ۲۰۱۳ میلادی) ۲۷ نفر در جهان در اثر عفونت با کورونا ویروس جدید (nCoV) بیمار شده و از این تعداد ۱۸ نفر جان خود را از دست داده اند. بیماران از کشورهای اردن (۲ نفر)، قطر (۲ نفر)، عربستان سعودی (۱۹ نفر بیمار و ۱۳ نفر فوتی)، انگلستان (۳ نفر اهل یک خانواده با سابقه سفر مکه) و امارات متحده عربی یک نفر بوده اند.

بیشتر بیماران از کشور عربستان گزارش شده اند و بیشترین موارد مربوط به شهر ریاض می باشد. تا کنون ۵ مورد از ابتلا گروهی بیماران گزارش شده است:

به دلیل این ابتلا گروهی در ۵ مورد، احتمال



سال دوم

یکه نگاه

شماره چهارم

مرگ و میر بیماران مبتلا:

در مقایسه با SARS که حدود ۱۰ درصد مرگ و میر دارد، کوروناویروس جدید با ۶۵٪ مرگ و میر در مبتلایان کشنده‌ترین کوروناویروس شناخته شده برای انسان است.

نقش حیوانات در انتقال بیماری:

تا کنون پاسخ دقیق این سؤال که آیا حیوانات در انتقال این بیماری نقش دارند یا خیر؟ به طور قطعی مشخص نشده است اما احتمال بالایی برای آن وجود دارد.

امکان تبدیل به وضعیت مشابه جهانگیری SARS:

ویروس شناسان بر این اعتقادند که هر چند انتقال فرد به فرد در کوروناویروس جدید به طور محدودی تا کنون رخ داده است اما امکان تبدیل وضعیت آرام فعلی به وضعیتی مشابه آنچه در سارس رخ داد وجود دارد.

❗ آنان معتقدند که اگر فردی که گسترش دهنده قوی نامیده می‌شود (Super spreader) با این ویروس آلوده گردد و سپس بیمار شده و در بیمارستانی که احتیاطات لازم و ایزولاسیون دقیق در آن انجام نمی‌گیرد بستری گردد، آن وقت است که گسترش شدید بیماری (مشابه تجربه SARS) می‌تواند آغاز گردد.

درس آموخته جهانگیری سندرم تنفسی SARS:

در تجربه پاندمی سندرم سارس، فرد super spreader یک پزشک چینی بود که باعث بیماری افراد زیادی در یک هتل واقع در کشور هنگ کنگ گردید.

اطلاعات موجود در زمینه ویروس جدید عامل بیماری تنفسی شناسایی شده:

۱- علائم بالینی شامل: تب، سرفه و مشکل تنفسی است. بعضی از بیماران دچار نارسایی کلیه می‌شوند.

۲- روش انتقال توسط ریزقطرات تنفسی ناشی از عطسه و سرفه می‌باشد.

a. علائم نارسایی کلیه شامل کاهش حجم ادرار، ادم اندام‌ها، افزایش فشار خون، افزایش BUN و کراتی نین و اختلال الکترولیت‌ها می‌تواند باشد.

b. لازم است با مشاهده علائم تنفسی حاد و علائم بالینی نارسایی کلیه، مورد بیمار سریعاً به بیمارستان اعزام و بستری شود.

c. موارد ارجاع فوری شامل علائم تنفسی حاد + ادم اندام‌ها + فشارخون بالا می‌باشد.

۳- موارد فوت ناشی از بیماری به علت دیسترس شدید تنفسی و نارسایی کلیه بوده است.

۴- آموزش و رعایت آداب تنفسی بهداشتی در پیشگیری از انتقال و انتشار بیماری‌های تنفسی دارای نقش اساسی است.

درمان:

بررسی‌های اخیر نشان می‌دهند که ترکیب داروی ضد ویروس ریباویرین با اینترفرون آلفا ۲-b می‌تواند از تکثیر ویروس در سلول‌های آلوده در محیط کشت سلولی جلوگیری نماید و این امیدی برای درمان این بیماران محکوم به مرگ می‌باشد.

به مناسبت روز جهانی آسم (اولین سه شنبه
ماه می مصادف با ۱۷ اردیبهشت سال ۱۳۹۲)

آسم و بیماریهای تنفسی مزمن

دکتر نازلی سلطانی - کارشناس بیماریهای غیر واگیر

معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تبریز



فقر فرهنگی و اقتصادی، اختلالات روانی و اجتماعی، نوع رژیم غذایی، چاقی، استرس و هیجانات فردی ناشی از زندگی شهرنشینی نیز از عوامل مؤثرند.

بیماری انسدادی مزمن ریه یا COPD مرتبط ترین بیماری ریوی با سیگار است. متأسفانه نه تنها خود افراد سیگاری بطور غیرمستقیم اطرافیان افراد سیگاری نیز به همان میزان افراد سیگاری در خطر ابتلا به COPD هستند. از سوی دیگر مصرف سوخته های بیولوژیک و جامد مانند فضولات حیوانی و یا چوب و زغال سنگ یکی از مهم ترین عوامل خطر پیدایش COPD هستند و متأسفانه در جامعه روستایی ایران، این نوع سوخت هم بیش از سایر سوخته ها، در دسترس مردم بوده و هم ارزان تر از سایر سوخته ها می باشد. از طرفی زندگی شهرنشینی با کاهش فعالیت های فیزیکی، هوای آلوده و استرس و رژیم غذایی نامناسب، روز به روز شهروندان را به سمت بیماریهای مزمن و از جمله COPD سوق می دهد. این عوامل خطر دست به دست به دست هم داده و در صورت عدم کنترل به موقع و مفید این معضلات از سوی سیستم بهداشتی و مردم، شاهد فاجعه های خاموش خواهیم بود که به راحتی قابل پیشگیری بوده است.

پیش بینی می شود در صورت عدم انجام مداخلات لازم برای کاهش عوامل خطر برای کاهش عوامل خطر COPD، به ویژه مواجهه با دود دخانیا، مرگ و میر ناشی از این بیماری در طول ده سال آینده بیش از ۳۰٪ افزایش یابد.

جمعیت ایران تشکیل می دهند. آسم شایع ترین بیماری مزمن در کودکان است. بیشتر مرگ و میر ناشی از آسم و ۹۰٪ مرگ و میر ناشی از COPD در کشورهای با درآمد پایین و متوسط روی می دهد. علاوه بر هزینه های غیر مستقیم بیماریهای مزمن تنفسی مانند غیبت از حضور فعالانه در محیط کار و تحصیل و کاهش فعالیت های اجتماعی و ...، هزینه های مستقیم یا به عبارت دیگر هزینه های بستری و دارو نیز از اهمیت فوق العاده برخوردار هستند. تحقیقات نشان می دهد علاوه بر استعداد ژنتیکی، تغییرات ایجاد شده در محیط زندگی فرد شامل آلودگی های زیست محیطی، تنوع بیماریهای عفونی به واسطه حضور در مهدکودک ها، تغییر عادات رژیم غذایی، سیستم های تهویه بسته محیط مسکونی و از همه مهم تر دود سیگار و سایر دخانیا در افزایش شیوع بیماری آسم مؤثر بوده اند. روند رو به رشد زندگی شهرنشینی و تغییر سبک زندگی مردم، روند تخریب جنگل ها و کاهش سرانه جنگل، توسعه روز افزون آلاینده های زیست - محیطی، تشدید آلودگی هوا، روند رو به رشد مصرف دخانیا و کاهش سن شروع مصرف آن، تغییر باورهای فرهنگی جامعه و گرایش به مصرف قلیان و رواج استفاده از دخانیا در بین زنان از جمله عوامل تشدید کننده شیوع بیماری آسم و سایر بیماریهای تنفسی مزمن در کشور ما می باشد.

تشخیص و درمان دیر هنگام، غلط بودن یا ناقص ماندن درمان و عدم دسترسی به دارو،

با توجه به گذر اپیدمیولوژیک که در کشورهای در حال توسعه رخ داده است بیماریهای مزمن و عوامل خطر مرتبط با آنها از جمله مشکلات عمده بهداشتی این کشورها شده است در حال حاضر ۷ مورد از ۱۰ مورد بیماریهای تهدید کننده حیات در جهان، بیماریهای غیر واگیر هستند که بیماریهای مزمن تنفسی نیز در این دسته قرار می گیرند. بیماریهای مزمن تنفسی، شامل بیماریهای مزمن راه های هوایی و سایر ساختارهای ریه است. برخی از شایع ترین این بیماریها، آسم، بیماری انسدادی مزمن ریوی، آلرژی های تنفسی، بیماریهای ریوی مربوط به شغل و فشارخون ریوی است. مصرف دخانیات، آلودگی هوای داخل خانه، آلودگی هوای بیرون از خانه، مواد آلرژی زا، خطرات و آسیبهای شغلی از مهمترین عوامل خطر بیماریهای مزمن تنفسی هستند. صدها میلیون نفر از جمعیت جهان از بیماریهای مزمن تنفسی رنج می برند. مطابق آمار سازمان بهداشت جهانی، هم اکنون ۲۳۵ میلیون نفر به آسم مبتلا هستند و ۲۱۰ میلیون نفر بیماری انسدادی مزمن ریوی دارند، میلیون ها نفر به رینیت آلرژیک مبتلا هستند و در تعداد زیادی نیز سایر بیماریهای کمتر شناخته شده تنفسی مشاهده می شود. پیش بینی می شود تا سال ۲۰۳۰ میلادی COPD به سومین عامل مرگ و میر جهان بعد از بیماریهای قلبی عروقی و سرطانها تبدیل گردد. در کل COPD و آسم ۲/۴ درصد کل ناتوانی و مرگ زودرس ناشی از بیماریها را در

مجموعه

مجموعه

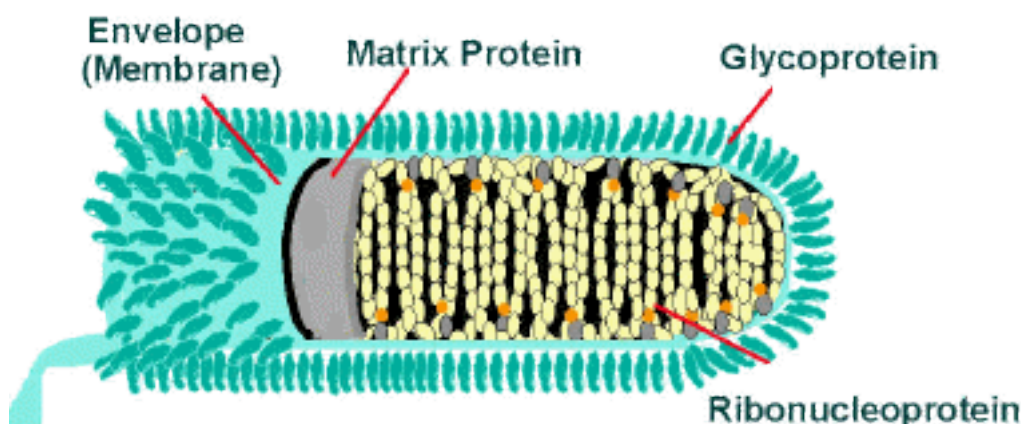
مجموعه



بیماری هاری

دکتر مهبران علمداری - رئیس اداره مبارزه با بیماریهای دامی

اداره کل دامپزشکی استان آذربایجان شرقی



وضعیت بیماری در استان آذربایجان شرقی:

روند بروز بیماری در جمعیت دامی کشور در سال ۹۱ نسبت به سال قبل از آن روند صعودی داشته و بیشترین موارد بیماری (۳۰٪) مربوط به استان آذربایجان شرقی می باشد. استان آذربایجان شرقی از دیر باز جزو استانهای واجد کانون فعال بیماری می باشد. جمعیت و نوع حیات وحش موجود در استان تا حدودی بیانگر چگونگی روند بیماری می باشد. فعالیت جمعیت حیات وحش از نوع گرگ با حملات وسیع و موارد گزش قابل ملاحظه بوده است که اخیراً با افزایش جمعیت سایر سگسانان از جمله روباه و شغال مسئله دو چندان شده است.

بر اساس نمونه های ارسالی از شهرستانهای استان به آزمایشگاه هاری و تأیید انسیتیتو پاستور ایران،

هرجایی رفته و به هر کسی حمله می کند، به گاز گرفتن چوب، سنگ و اشیاء مختلف پرداخته پس از مدتی به علت عدم امکان بلع، کف از دهان حیوان سرازیر شده و مرتباً به زمین می خورد، صدای پارس حیوان خشن و ناموزون می شود، در موارد کمی با پیشرفت بیماری حیوان به گوشه ای پناه برده ابتدا دستها سپس پاها و سایر اندامها فلج شده و در اثر فلج دستگاه تنفس می میرد.

علائم بیماری در انسان:

خارش و سوزش در محل گزیدگی، احساس هراس، خستگی، استفراغ شدید و خون آلود، سردرد، تب و تشنج، توهّم و هزیان گویی، گرفتگی عضلات در حلق که به دلیل این گرفتگی فرد قادر به نوشیدن آب نمی باشد. بتدریج با افزایش و تشدید انقباضات شدید عضله قلب و دستگاه تنفسی فرد می میرد.

برای ضد عفونی وسایل آلوده کافی است چند دقیقه آنها را جوشاند یا با فنل و الکل شستشو داد.

راه های انتقال هاری:

۱. گاز گرفتن و پنجه کشیدن حیوان هار
۲. پوست خراشیده یا زخمی شده
۳. ترشحات حیوان هار از طریق لیسیدن لب و چشم و بینی صاحبان خود
۴. راه تنفسی خصوصاً در غارهایی که خفاش آلوده زندگی می کند
۵. راه گوارشی از طریق خوردن حیوانات تلف شده توسط حیوانات گوشتخوار
۶. انتقال از راه جفت و پیوند اعضا.

علائم بیماری در حیوان:

اولین علامت تغییر رفتار و عادات حیوان است بطوریکه به صاحب خود انس و الفت پیدا می کند یا عصبانی و تندخو می شود و غذای خود را به خوبی نمی خورد بدون مقصد به

بیماری هاری، بیماری ویروسی خطرناکی است که ویروس از طریق بزاق آلوده پستانداران مانند سگ، گربه، گرگ، روباه، خفاش و حیوانات دیگر که معمولاً از راه گازگرفتگی و یا یک زخم باز که با بزاق تماس پیدا نماید به انسان منتقل می شود. فردی که توسط حیوان هار دچار گاز گرفتگی شده در صورت ابتلا به هاری و عدم درمان محکوم به مرگ است. در طول تاریخ تنها ۶ انسان از هاری جان سالم بدر برده اند در حالیکه این بیماری هر سال حدود ۵۵ هزار نفر را از بین می برد.

عامل بیماری هاری نوعی ویروس RNA دار از خانواده رابدو ویریده است. ویروس هاری در حرارت ۵۰ درجه سانتیگراد در مدت ۱۵ دقیقه و در حرارت ۶۰ درجه در مدت ۳۵ ثانیه و در حرارت ۱۰۰ درجه سانتیگراد در مدت چند ثانیه از بین می رود. بنابراین



سال دوم

بیماری



شماره چهارم

نخواهد بود. در حال حاضر علت عدم گزارش مورد انسانی به خاطر واکسیناسیون درمانی در تقریباً تمامی موارد حیوان گزیدگی می‌باشد و اگر به هر دلیل از جمله نبود واکسن این روند قطع شود شاهد طغیان بروز هاری در انسان خواهیم بود. به نظر می‌رسد ارتقا سطح آگاهی مسئولین و دست اندرکاران و ایجاد حساسیت لازم در خصوص خطر بروز و انتشار بیماری و در نتیجه احتمال انتقال بیماری به جمعیت انسانی و توجه بیشتر آنان به اجرای سه محور گفته شده و علت یابی اجرای ناقص و رفع این نواقص از اهم واجبات در حال حاضر می‌باشد.

در حال حاضر در خصوص کنترل بیماری در حیات وحش تقریباً هیچ اقدامی انجام نمی‌گیرد. کنترل جمعیت سگهای ولگرد نیز به صورت موردی و بسیار نامنظم انجام می‌پذیرد که می‌توان گفت تقریباً هیچ تأثیر مثبتی در کنترل بیماری ندارد و واکسیناسیون سگهای صاحبدار تنها در کانونهای گزارش شده بیماری انجام می‌شود. بنابراین با وضعیت موجود انتظاری غیر از روند افزایشی بیماری در جمعیت دامی نمی‌رود و بر اساس وفور ویروس در گردش بین دامهای اهلی، سگهای ولگرد و وحوش و افزایش سالانه موارد حیوان گزیدگی در انسان افزایش موارد هاری انسانی نیز دور از انتظار

به هاری به دام افتاده همخوانی دارد. لذا همواره این مهم را باید مد نظر داشت که پوشش واکسیناسیون حداکثری سگهای صاحبدار در این استان نیز منجر به حذف بیماری نخواهد گشت. بنابر پروتکل جهانی مبارزه با بیماری برای حذف بیماری هاری از یک منطقه سه محور عملیاتی زیر را همزمان باید پیش برد:

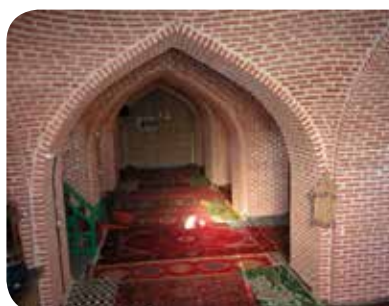
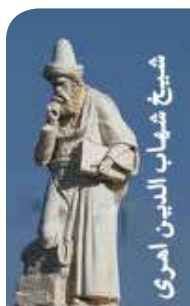
- ۱- کنترل و حذف مخزن ویروس در حیات وحش از طریق ایمن سازی حیوانات بر علیه هاری
- ۲- کنترل جمعیت سگهای ولگرد به عنوان ناقلین ویروس از حیات وحش به دامهای اهلی و انسان
- ۳- واکسیناسیون سگهای گله و سگهای صاحبدار

۶۴ مورد مثبت حیوانی در سال ۱۳۹۱ گزارش شده است و بیشترین موارد از شهرستانهای اسکو، اهر، سراب، کلیبر، میانه، ورزقان و خداآفرین بوده است. موارد مثبت تأیید شده شامل ۲۴ مورد سگ، ۲۱ مورد گاو، ۱۱ مورد گوسفند، ۳ مورد تک سمی، ۲ مورد روباه، یک مورد گرگ و ۲ مورد سایر حیوانات می‌باشد و اغلب این حیوانات سابقه گزش توسط حیوانات وحشی به ویژه گرگ داشته‌اند. علی‌رغم افزایش سطح پوشش واکسیناسیون سگهای صاحبدار در سال ۹۱ نسبت به سالهای قبل موارد بروز بیماری در دامهای اهلی نه تنها کاهش نیافته بلکه افزایش داشته است و با افزایش حیوان وحشی مبتلا



شبکه بهداشت و درمان شهرستان اهر در یک نگاه

دکتر علیرضا حسینیپه - رئیس شبکه بهداشت و درمان شهرستان اهر



سال دوم

یک نگاه

شماره چهارم

❖ جمعیت شهرستان: ۱۵۹۴۰۳ نفر

❖ تعداد جمعیت شهری: ۹۶۴۲۶ نفر

❖ تعداد جمعیت روستایی: ۵۷۷۵۰ نفر

❖ تعداد جمعیت تحت پوشش پزشک خانواده: ۵۵۴۹۹

❖ تعداد کل روستا: ۲۸۸

❖ بهبود شاخص‌های بهداشتی اعم از مرگ مادر و نوزاد - کنترل مداوم اماکن تهیه و توزیع مواد غذایی و آب آشامیدنی - پیشگیری بیماری‌های واگیر دار - پیگیری و مراقبت بیماری‌های غیر واگیر - پیشگیری بیماری‌های شغلی کارگران - آموزش مداوم

❖ نقاط قوت بهداشتی شهرستان

- نبود مرگ مادر- کاهش مرده زایی و مرگ نوزاد- بهبود شاخص زایمان ایمن ۹۹/۷ - کنترل بیماری کالآزار و تب مالت در شهرستان - بیماریابی التور- واحدهای کارشناسی فعال

❖ نقاط قابل ارتقاء (نقاط ضعف بهداشتی شهرستان)

- ارتقاء سیستم ارجاع در شهر و روستا ، بهبود وضعیت کشتارگاه ، عدم وجود محل معاینه برای تیم سلامت در روستاهای سیاری و اقماری

❖ میزان مرگ و میر مادران در سال گذشته: صفر

❖ میزان مرگ و میر نوزادان در سال گذشته: ۷/۶۳

❖ میزان مرگ و میر زیر ۶ سال در سال گذشته: ۱۹/۶۳

- ❖ تعداد روستای دارای خانه بهداشت: ۷۹
- ❖ تعداد روستای سیاری: ۱۳۷
- ❖ تعداد روستای قمر: ۷۲
- ❖ دارای بیمارستان ۱۴۸ تخت خوابی
- ❖ بیمارستان دارای بخش‌های زنان- کودکان- داخلی- جراحی - ICU-CCU- آندوسکوپی- اکوکاردیوگرافی
- ❖ میانگین بستری ماهانه ۱۰۰۰

❖ تخصص‌های موجود در شهرستان

• دولتی: ۲۳

• خصوصی: ۲۰

❖ میانگین ماهانه زایمان طبیعی: ۱۵۶

❖ میانگین ماهانه زایمان سزارین: ۱۴۰

❖ تعداد مراکز بهداشتی و درمانی: ۱۲

• شهری: ۲

• شهری روستایی: ۶

• روستایی: ۴

❖ تعداد مطب‌های خصوصی: ۵۰

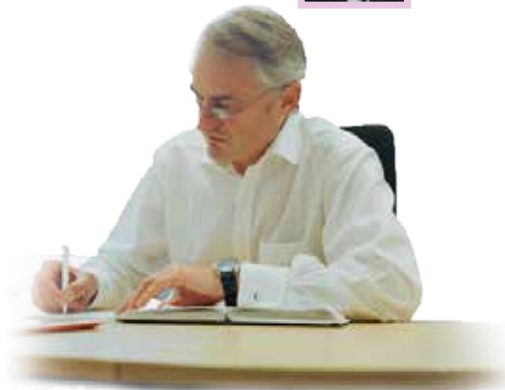
❖ تعداد آزمایشگاه دولتی: ۴



برای پشت میز نشین ها

علی صادقی - مسئول خدمات

معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تبریز



توسعه و شهرنشینی، شغل اداری یا به اصطلاح پشت میز نشینی را به ارمغان آورده است و این شغل به ظاهر ایده آل، می تواند تهدیدی بر سلامت شهرنشینان باشد.

❁ جهت روشنایی مصنوعی از لامپ های سفید و زرد به طور ترکیبی استفاده شود فقط وجود لامپ های مهتابی فلورسنت کافی نیست.

❁ منابع روشنایی نباید سایه های اضافی و همچنین خیرگی ایجاد کنند.

❁ در صورت انجام کارهای دقیق و نوشتاری، روشنایی موضعی قابل حمل در دسترس افراد، در نظر گرفته شود.

❁ اپراتورهای پایانه های تصویری و افرادی که در محیط های بارونمایی کم و نامطلوب فعالیت می کنند حتماً سالیانه به چشم پزشک مراجعه کنند.

توصیه های متفرقه در محیط کار دفتری:

۱. در دفاتر اداری، سوزن ها و گیره ها می توانند عامل انتقال بیماری ها و حوادث باشند لذا آن ها را به دهان نبرید و در هنگام باز کردن منگنه از گیره های مخصوص استفاده کنید.

۲. یکی از خصوصیات کار دفتری نوشیدن چای می باشد که مصرف بالای آن می تواند باعث بی قراری شود و همچنین مصرف قندها و چای داغ در طول دوره خدمتی صدمات جدی بر جای می گذارد.

۳. تهویه مطبوع و مناسب می تواند سبب افزایش تمرکز و کاهش خستگی کارکنان شود لذا با طراحی سیستم تهویه مطبوع و سیستم گرمایشی و سرمایشی می توان به این اثر مثبت، اهمیت داد.

۴. در محل کار باید فضای کافی برای عبور و مرور، قرار گیری وسایل کار و افراد در نظر گرفته شود. به طور استاندارد فضای آزاد برای هر نفر ۹ متر مربع در نظر گرفته شود.

دردهای مشترک و خاموش شغل های اداری:

اختلالات اسکلتی - عضلانی (درد در دست ها، شانه ها، گردن، کمر)، اختلالات بینایی خصوصاً در کارهای دفتری - نوشتاری و کار با رایانه کم تحرکی یکی از خصوصیات این مشاغل می باشد که در طولانی مدت باعث بروز چاقی، بیماری های قلبی - عروق و ضعف های عضلانی می شود.

توصیه:

۱- هر نیم ساعت یا ۴۵ دقیقه از پشت میز بلند شده و کمی قدم بزنید و حرکات کششی انجام دهید.

۲- ورزش را در برنامه روزانه خود قرار دهید.

توصیه های بهداشتی برای داشتن شغل

اداری سالم:

انتخاب میز کار خوب: سطح و فضای کافی برای انجام کار داشته باشد، سطح صیقل نباشد، فضای کافی برای پاها داشته باشد، به طور معمول ارتفاع میز از فاصله آرنج در حالت نشسته تا زمین ۷۰ تا ۷۵ سانتی متر باشد، جهت سیستم های رایانه ای از میزهای اختصاصی استفاده شود.

انتخاب صندلی های پشت میز: صندلی باید قابلیت تنظیم ارتفاع داشته باشد. داشتن انحنا جهت پر کردن گودی کمر و وجود دسته های کناره ای صندلی الزامی می باشد، روکش آن ترجیحاً پارچه ای باشد و افراد از جمع کردن پاها در زیر صندلی خودداری کنند.

روشنایی در محیط کار:

❁ در اتاق کار، پنجره جهت تأمین روشنایی طبیعی و پرده با قابلیت تنظیم آن در نظر گرفته شود.

با خوانندگان

برای پشت میز نشین ها

شرحی بر بدون شرح
پیام سلامتی شماره دوم پاییز ۹۱

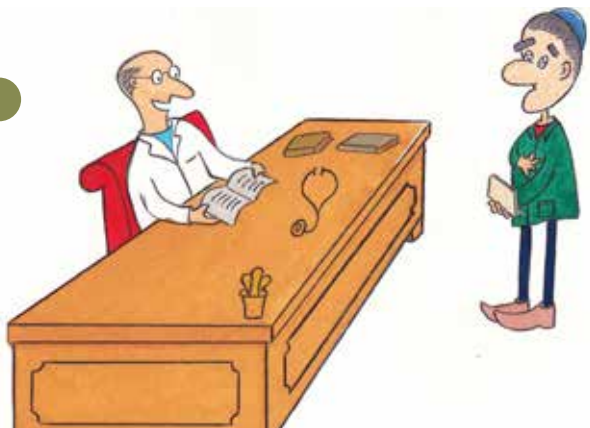
داستان زندگی یک HIV مثبت

اصول خبرنگاری (۱)

ارتباط با ما



شرعی بر برون تشریح پیام سلامتی شماره دوم پاییز ۹۱



Shahnam

با اینکه احساس می‌کنم هدف طراح خوب ما از این طرح این بوده که مریض‌ها بجای دکترها دوست دارند تصمیم بگیرند و این کار هم در عمل انجام می‌شود و شاید خواسته است این فرهنگ را مذموم بشمارد ولی بد نیست از زاویه‌ای دیگر به این موضوع نگاه کنیم:

۱. امروزه علیرغم اینکه سطح آموزش مردم در زمینه مسائل بهداشتی و درمانی به حد مطلوب نرسیده است، اما سال‌هاست که تلاش‌های مختلفی در زمینه آموزش مردم صورت می‌گیرد که بعضاً این آموزش‌ها اثرات خوبی نیز داشته و به سطح آگاهی عمومی مردم از مسائل بهداشتی و درمانی افزوده است.

۲. همه ما دیگر قبول داریم که همه پزشک‌ها پزشک خوب نیستند و بعضاً حتی کمی از خوب نبودن هم یک پله پایین‌ترند. علیرغم اینکه در این قشر انسان‌های خوب و زحمتکش زیادی وجود دارند که با خلوص نیت کار می‌کنند اما انسان‌های بدی که از این قشر به حساب می‌آیند از انسان‌های بد سایر اقشار بسیار بدترند. برای اثبات بیشتر این ادعا نظر شما را به تاریخچه اکتشاف بمب‌های شیمیایی و سلاح‌های کشتار جمعی جلب می‌کنم.

۳. وقتی عموم مردم مشاهده می‌کنند که به خاطر یک سرماخوردگی کوچک در سر گردنه پزشکان گرفتار می‌شوند این باور عمومی خطرناک خود به خود شکل می‌گیرد که دیگر اعتمادی به پزشکان نیست چون آن‌ها نه تنها فقط برای پول کار می‌کنند که در اغلب اوقات از نیاز مردم به درمان سوء استفاده کرده

و به نوعی به جیب بری پیشرفته روی می‌آورند.

۴. از قدیم‌الایام در جوامع مختلف رسم بوده که مردم به پزشک جماعت احترام ویژه‌ای قائل بوده‌اند اما بهتر است این فرهنگ کمی مورد بازبینی قرار گیرد و دلیل این ادعا چیزی نیست جز اینکه در قدیم پزشکان با وجود اینکه مردم را درمان می‌کردند ولی شغل اصلی آن‌ها پزشک نبوده و در ازای آن پولی مطالبه نمی‌کردند و اگر هم بود هدایایی بود که مردم با رضایت به ایشان پرداخت می‌نمودند. پزشکان امروزی این اعتبار را از اشخاصی مثل ابوعلی سینا گرفته‌اند و مردم با آن ذهنیت به این اشخاص اعتبار می‌دهند، غافل از آنکه برخی

(فقط برخی) از این پزشکان واقعاً دزدان حرفه‌ای سر گردنه هستند که هر چه دلشان خواست بر سر این مردم می‌آورند. من بچه ۸ ماهه‌ام را فقط به این دلیل از دست دادم که پزشک متخصص مربوطه! سر ما کلاه پزشکی گذاشت و متأسفانه چون میدانیم دستمان به جایی نمی‌رسد سکوت کرده‌ایم.

۵. حال با این اوصاف به مردم حق بدهید که بخواهند به جای پزشکان تصمیم بگیرند. بسیاری از افرادی که به پزشک مراجعه می‌کنند و سواد خواندن و نوشتن دارند و می‌فهمند که پزشک دارد اشتباه می‌کند.

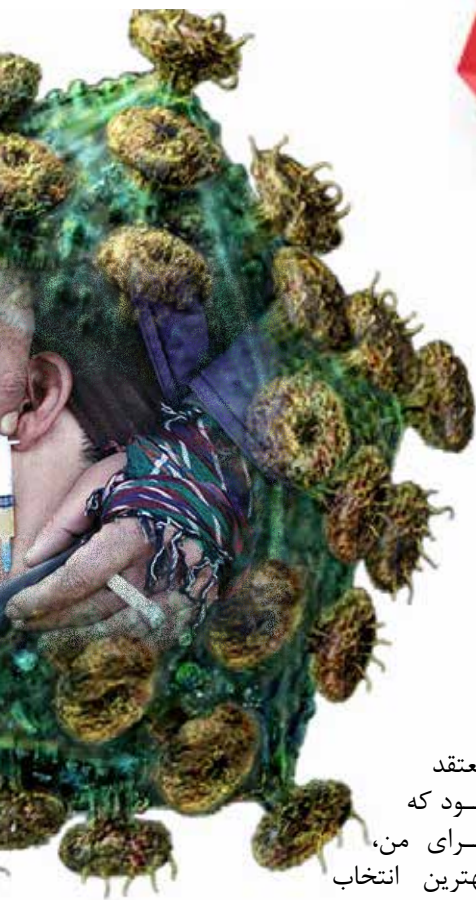
امضا محفوظ



داستان زندگی یک HIV مثبت

سهیل اکرم زاده شریفی - کارشناس ارشد روانشناسی بالینی

مشاور مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری تبریز



معتقد
بود که

برای من،
بهترین انتخاب

همین هست. و با

لحن خیرخواهانه ای گفت:

دخترم این مرد قسمت توست!!! و تا به خود
آدم دیدم برای مراسم عقد راهی تهران
هستم. این بار نیز سرنوشتی را که خانواده ام
برایم در نظر گرفته بود پذیرفتم.

فهمیده بود نامزد کرده ام، توی خیابان
جلوی راهم سبز شد. از چشمانش خشم و
گله و نفرت می بارید گفت: چطور دلت
آمد؟! من ساده فکر می کردم دوستم داری
!! چه زود دست در دست دیگری دادی!!
نفرتت خواهم کرد، نباید این کار را با من
می کردی، آرزوها و رویاهایم را نقش بر آب

شده بود! خودم را گم کرده بودم، فکر
اینکه نتوانم به آرزوی دلم برسیم، سخت
مضطربم کرده بود.

مراسم خواستگاری به خوبی تمام شد ... اما
پدرم نظر مثبتی نسبت به خانواده و شرایط
اقتصادی آنها نداشت او هم نظر و اعتقاد
خاص خودش را داشت، می گفت: ما به هم
نمیخوریم؛ وضع مالی آنان خیلی بهتر از
ماست و در آن خانواده دچار مشکل
می شوی و هزار و یک دلیل دیگر و
استدلالتهایم چنان محکم بود که من هم
دچار تردید شدم؛ نکند دارم اشتباه می کنم
و رویاهایم به کابوس بدل شود!!! سنم پایین
بود و بالطبع تجربه ای هم نداشتیم و
صحبتهای پدر را پذیرفتم و با قلبی ناامید
چشم بر آرزوهای شیرینم بستم. ولی امروز
که فکر می کنم با خود می گویم: ای کاش
به حرف دلم گوش می کردم! ای کاش پدرم
را مجاب می کردم! و ای کاش های بی ثمر
بسیار بعد از آن خواستگاری نافرجام،
پسر عمه پدرم که ساکن تهران بود با
خانواده اش به منزل ما آمدند، حس
می کردم اینبار آمدنشان با دفعات قبل فرق
می کند تا بفهمم چه اتفاقی افتاده، بزرگترها
قرار مدار عروسی را گذاشته بودند. گریه و
زاری کردم، مخالفت کردم، گفتم که
آبادگی ازدواج ندارم. اما کسی گوشش
بدهکار این حرف ها نبود. باز هم پدرم

از وقتی یادم می آید به او علاقه داشتم،
شاهزاده ی رویاهای نوشکفته جوانی ام بود.
شبها با خیالش به خواب می رفتم و روز به
شوق دیدارش چشم از خواب می گشودم.
جوان خوبی بود و من دوستش داشتم،
گرچه هیچوقت حرفی جدی بینمان رد و
بدل نشده بود اما منتظر آمدنش بودم و
می دانستم همین روزهاست که بیاید و مرا
با خود به دنیای زیبایی که آرزویش را
داشتم ببرد. با هر ضربه ای که به در خانه
می خورد و هر زنگ تلفنی، من از جا
می پریدم، حس می کردم روز موعود نزدیک
شده است. بالاخره روزی که بیصبرانه و
مشتاقانه انتظارش را می کشیدم فرا رسید.
تلفنی به خانه مان شد و مادرم طی صحبت
تلفنی که داشت گفت: فردا قرار است برای
خواستگار بیاید. از شادی در پوست خود
نمی گنجیدم. آرزویم داشت رنگ واقعیت
می گرفت. چه بپوشم؟؟ چگونه خود را
بیاریم؟؟ نکند مادرش مرا نپسندد؟؟!!
شور و هیجان باعث شد آن شب تا صبح
خواب به چشمانم نیاید.

عصر آن روز خواستگارها آمدند، از پنجره
نگاه می کردم، دو خانم با سرو وضع مرتب
و شیک قدم به خانه مان گذاشتند بعد از
چند دقیقه مادرم مرا صدا زد با دل و
دستی لرزان برایشان چای بردم. وارد اتاق
که شدم چشمها همه به سوی من خیره



تنهایی کشیدن بار زندگی مرا از پای درآورده بود. چاره‌ای نبود باید به طریقی امرار معاش می‌کردم. شروع کردم به کار در خانه‌های مردم... از کار خانه بگیر تا خیاطی و کفاشی و هر کاری که در توانم بود...

در خانه پدرم زندگی می‌کنیم، اگر بشود اسمش را گذاشت زندگی! زندگی از نوع گذران عمر. برادرها و خواهرهایم از بیماریم اطلاع دارند هیچ یک مرا به خانه‌شان راه نمی‌دهند. گویی بیماری من دل آن‌ها را سنگ کرده! گویی مهر خواهر و برادری از وجودشان رخت بر بسته! تنها و بی کس با فرزندم در اتاقی که پدرم در اختیارمان گذاشته زندگی می‌کنیم. آرزوی یک بوسه بر گونه فرزندان برادرم چنان دردی بر قلبم می‌نشانند که توصیفش ممکن نیست. وقتی بچه‌ها به طرفم می‌آیند برای اینکه پدر و مادرشان ناراحت نشود آنها را از خود می‌رانم. من زنی هستم که طرد شده‌ام؛ از قلب و روح و زندگی خانواده و عزیزانم رانده شده‌ام. گاهی که برادرم به دیدنم می‌آید حتی یک استکان چای در خانه من نمی‌خورد. به آنها می‌گویم که از این راه‌ها هیچ آسیبی به شما وارد نمی‌کنم و بیماری من از این راه‌ها منتقل نمی‌شود. ولی انگار سنگ شده‌اند. می‌گویم من فرزند خودم را به آغوش می‌کشم، می‌بوسمش، می‌بویمش ولی هیچ اتفاقی برایش نمی‌افتد. شما چرا می‌ترسید؟ با نگاهی لبریز از ترحم به من خیره می‌شوند. می‌گویند می‌دانیم ولی بهتر است احتیاط کنیم.

زندگی با این نگاهها، در این انزوا و تنهایی و در این غربت و بی‌کسی، جسم و روحم را آزار می‌دهد و تاب و توان زندگی را از من می‌گیرد. اکنون فرزندم نوجوان است هزینه‌های تحصیلی‌اش هنگفت و آینده‌ای که دوست ندارم به خاطر هیچ کمبودی نابود شود. از طرفی دیگر جسمم مرا همراهی نمی‌کند و مثل قبل توانایی انجام کارهای سنگین را ندارم.

این داستان
زندگی ماست؛
حاملان ویروس
مخوف HIV ...
این داستان
واقعی است...



دست به دامن خانواده‌ام شدم. دیگر تحمل آن زندگی را نداشتم و از پدرم خواستم مرا از چنگال این مرد نجات دهد. همراه فرزندم به خانه پدری برگشتیم. چند ماه نگذشته بود که روزی برادر شوهرم تلفن کرد و گفت همسرم فوت کرده است. اولش باورم نمی‌شد حتی وقتی جسدش را دیدم باز هم باورم نمی‌شد. خودم را مقصر می‌دانستم شاید اگر تنها رهاش نمی‌کردم، این اتفاق نمی‌افتاد. ولی برادرش می‌گفت بر اثر تزریق زیاد، گوشه خیابان جان داده است.

او که رفت من نیز ذره ذره آب شدم... اول فکر می‌کردم علتش غم و غصه‌ای از دست دادن همسرم هست. اما وقتی به پزشک مراجعه کردم با تلخ‌ترین واقعه زندگی‌ام روبه‌رو شدم. روزی را که برای آزمایش HIV رفته بودم، هیچوقت فراموش نمی‌کنم. چشمهایی که مرا می‌نگریست جور دیگری بود، هاله‌ای از ترحم! و پرسشهای بی‌پاسخ! نمی‌دانم... نمی‌توانستم نگاه‌ها را ترجمه کنم. اصرار می‌کردم بگویند چه اتفاقی افتاده نکند بیماری را علاجی دارم؟؟؟

سرنوشت، چهره‌ی زشت و تلخش را رو کرده بود. اکنون زنی بودم حامل ویروس HIV. مرا HIV مثبت نامیدند. من زنی بودم که نه تنها حق ازدواج نداشتم بلکه حق یک زندگی عادی در کنار مردم عادی را نیز نداشتم... این چه سرنوشت شومی بود که گریبانم را گرفت. مثل همه آدمهایی که وقتی برایشان اتفاق ناگواری می‌افتد زمین و زمان را نفرین می‌کنند، زبان به نفرین باز کردم... باورم نمی‌شد... چرا من؟؟؟ چرا بین اینهمه انسان من؟؟؟ مدتها طول کشید که به کمک کادر درمانی مرکز مشاوره توانستم این حقیقت تلخ را بپذیرم و به خود بقبولانم که دیگر اکنون یک انسان HIV مثبت هستم و باید با این موضوع کنار بیایم.

اما فرزندم؟! او حق زندگی دارد. غیر از من هیچ سرپناه و همراه و یآوری ندارد. به خاطر او هم که شده باید سرپا باشم. خنده‌های او مرا به زندگی امیدوارم می‌کرد. اما سختی گذران زندگی و

کردی... حتی بعد از گذشت اینهمه سال صدایش در گوشم طنین انداز می‌شود و با خود می‌گویم نفرین او بود که مرا به این سرنوشت تلخ سوق داد. ولی به خود دلداری می‌دهم؛ آدم عاشق که نفرین نمی‌کند! شاید این سرنوشت محتوم من بوده!

زندگی مشترک را با دلی شکسته و غمگین آغاز کردم. تازه شانزده سالم تمام شده بود و دوری از شهر و خانواده بیشتر عذابم می‌داد. ناخواسته برادر شدم. تا زمان تولد فرزندم نمی‌دانستم همسرم اعتیاد دارد.

روزی که خواهر شوهرم عنوان کرد که باید بیشتر مراقب برادرش باشم چون امکان دارد اعتیاد داشته باشد،

حرفهایش را جدی نگرفتم. تا آن روز آدم معتاد ندیده بودم. اصلاً نمی‌دانستم یک معتاد چگونه رفتار می‌کند! اما روز به روز تغییر رفتارهای همسرم مرا نیز به شک انداخت. دیگر باورم شده بود که حق با خواهر شوهرم هست. مدتی در رفتارش دقیق شدم و شاهد رفت و آمدهای مشکوکش با دوستان جدیدی شدم که اصلاً دوست نداشتم با آنها ارتباط داشته باشد. وقتی اعتراض می‌کردم مرا به باد کتک می‌گرفت و چنان حرفهای رکیکی می‌زد که تحمل شنیدنشان را آن هم در حضور فرزندم نداشتم. مدتی بود دیگر به من نزدیک نمی‌شد. کار به جایی رسید که





اصول خبرنویسی (۱)

طاهره ایمانی - کارشناس بیماریها

مرکز بهداشت شهرستان تبریز



سال دوم

با خوانندگان

پیام سلامتی

شماره چهارم

شناخت خبر است و ضرورت دارد قبل از پرداختن به دیگر مباحث از این واژه یعنی «خبر» تعریف روشنی داشته باشیم.

تعاریف متعددی برای خبر بیان شده است که در اینجا فقط به دو مورد آن اشاره می‌شود:

الف) خبر اعلام و بیان وقایع جالب زندگی اجتماعی و نقل عقاید و افکار عمومی است.

ب) خبر گزارش ساده، خالص، مناسب، دقیق و خلاصه رویدادها، گفته‌ها و اندیشه‌ها است.

جمع‌آوری اطلاعات:

دومین گام از مراحل سه‌گانه خبر جمع‌آوری اطلاعات است. در این مرحله خبرنگار پس از شناخت خبر و انتخاب آن از میان رویدادهای بی‌شمار، به گردآوری اطلاعات مربوط به آن می‌پردازد. یکی از راه‌های مهم و معمول جمع‌آوری اطلاعات پاسخ به عناصر شش‌گانه خبر است.

آن‌ها، اشکال خبررسانی در مقایسه با گذشته تفاوت یافته و حساسیت و اهمیت آن بیشتر شده است.

آنچه از تاریخ بر می‌آید این است که اولین روزنامه‌های خبری توسط ژولیوس سزار منتشر شده و از آن زمان تاکنون نیاز بشر به خبر و تلاش آدمی برای آگاهی از تازه‌ترین، مهم‌ترین و جالب‌ترین رویدادهای جهانی ارزش روزافزونی به خبر و خبررسانان داده است. در محاورات روزمره و ارتباطات میان فردی نیز، خبر اهمیت زیادی دارد به طوری که در نخستین برخورد یا تماس تلفنی پرسیده می‌شود «چه خبر؟» «خبرهای تازه چی داری؟»

برای تهیه و تنظیم خبر بایستی گامهای سه‌گانه شناخت خبر، جمع‌آوری اطلاعات و نگارش و تنظیم اطلاعات برداشته شود: **شناخت خبر و تعریف آن:** نخستین گام در تهیه و تنظیم خبر

در نشریه شماره ۳ پیام سلامتی از همکاران علاقمند شاغل در حوزه‌های بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تبریز دعوت به خبرنگاری افتخاری شده بود. بر آن شدم تا مطالبی در مورد اصول اولیه خبرنگاری بنویسم. در این مقاله سعی شده است به نکاتی مختصر و مفید در خبرنگاری اشاره شود، امید است مورد توجه علاقه‌مندان قرار گیرد.

مقدمه:

از آغاز خلقت، آگاهی از وقایع و رویدادهای جدیدی که پیرامون انسان رخ می‌دهد نیاز همیشگی او بوده است. این نیاز در دوران و ازمنه مختلف از طریق ارتباطات غیرکلامی (آتش، دود، استفاده از اعضا و جوارح و غیره) و کلامی، به شکل‌های گوناگون تأمین شده است. اما با پیدایش خط و نوشته و تأسیس رسانه‌های مکتوب و متعاقب آن، رسانه‌های الکترونیکی و گسترش و رشد تصورات پذیر و خیره‌کننده



عناصر خبر

سه تا «که» و سه تا «چه» عناصر شش گانه خبر را تشکیل می‌دهد که عبارتند از:

Who؟ **که؟**
What؟ **چه؟**
Where؟ **کجا؟**
Why؟ **چرا؟**
When؟ **کی؟**
How؟ **چگونه؟**
عناصر خبری «که» (چه کسی)؟

این عنصر خبری به عوامل درگیر در خبر ربط دارد. این عوامل حقیقی یا حقوقی فقط به فاعل رویداد محدود نمی‌شوند. بلکه در برخی مواقع مفعول را نیز شامل می‌شوند. بنابراین لازم است فرد یا افرادی که در پیدایش یک رویداد دخالت داشته یا رویداد روی آن‌ها تأثیر داشته است، شناسایی و در خبر معرفی شوند. نام و نام خانوادگی، سن، شغل، سمت و دیگر مشخصات فاعل و مفعول رویداد از اطلاعات بسیار ضروری و اساسی مورد نیاز در این زمینه است.

مثال: رئیس سازمان نظام پزشکی می‌گوید در حال حاضر هشت هزار پزشک در کشور بی کار هستند. به گفته دکتر ظفر قندی آموزش پزشکی در سطوح کمی و کیفی با نیازهای جامعه سازگار نیستند

عناصر خبری «کجا»؟

محل وقوع رویداد را مشخص می‌کند. بیان این عنصر خبری در خبر، ضمن مستند کردن اطلاعات، چنانچه محل وقوع رویداد به محل زندگی مخاطب نزدیک باشد، به علت داشتن ارزش خبری مجاورت، برای مخاطب بسیار مهم خواهد بود. مثال: آلودگی هوای تهران به مرز خطرناک رسیده است.

شرکت کنترل کیفیت هوا در اطلاعیه‌ای از رانندگان تهرانی درخواست کرده است از فردا تا اطلاع ثانوی، جز در مواقع ضروری از خودروهای شخصی استفاده نکنند.

عناصر خبری «کی» (چه موقع)؟

ارزش خبری «تازگی» و عنصر خبری «کی» به زمان رویداد مربوط می‌شود. هر قدر فاصله زمان وقوع یک رویداد با انتشار آن کمتر باشد، آن خبر تازگی و جذابیت بیشتری دارد.

مثال: خبرنگار ما دقایقی پیش از نیویورک گزارش داد رئیس جمهوری آمریکا از تیراندازی سه فرد مسلح ناشناس جان سالم به در برد.

عناصر خبری «چه»؟

عنصر خبری «چه» به ارزش‌های خبری در برگیری، برخورد، فراوانی مقدار، تعداد و عجایب و استثنایها مربوط می‌شود. این عنصر خبری ماهیت رویداد را بیان می‌کند «چه» ممکن است کودتا، جنگ، وقوع سیل، سایر حوادث طبیعی، برگزاری انتخابات، تصادف، امضای موافقت نامه صلح و... باشد. باید افزود که خبرها در مطبوعات و رادیو و تلویزیون بیشتر با عنصر خبری «چه» شروع می‌شوند.

مثال: پیش فروش بلیت‌های جشنواره فیلم فجر از پس فردا شروع می‌شود.

عناصر خبری «چرا»؟

عنصر خبری «چرا» به علت وقوع رویدادها مربوط می‌شود. این عنصر بیشتر در «تفسیر» کاربرد دارد، اما در خبر نیز مورد نیاز مخاطبان است.

عناصر خبری «چگونه»؟

عنصر خبری «چگونه» جنبه‌های توصیفی رویداد را بیان و چگونگی بروز رویداد را مشخص می‌کند.

نگارش و تنظیم اطلاعات:

سومین گام از مراحل سه‌گانه خبر، نگارش اطلاعات است. در این مرحله، خبرنگار پس از شناخت خبر و جمع‌آوری اطلاعات، باید مطالب گردآوری شده را در قالب بسته بندی‌های جذاب به مخاطبان کم حوصله امروزی ارائه دهد. هر قدر این بسته بندی جذاب‌تر، چشم‌نوازتر و محتوای آن پربارتر باشد شمار مشتریان و میزان تأثیرش بیشتر خواهد بود. دست یابی به این هدف میسر نیست مگر این‌که خبرنگار سبک‌های مختلف خبر را بشناسد و از هر یک از آن‌ها به موقع استفاده کند. در اینجا چند شیوه مهم که در نگارش کاربرد بیشتری دارند توضیح داده می‌شود:

۱. سبک تاریخی: شیوه تاریخی تنظیم خبر آسان‌ترین روش نگارش خبر است. در این سبک قسمت‌های مختلف رویداد دقیقاً به ترتیب زمان وقوع پشت سر هم نوشته می‌شوند. حال آن که ممکن است مهم‌ترین

قسمت خبر در ابتدا، وسط یا انتهای خبر قرار گیرد.

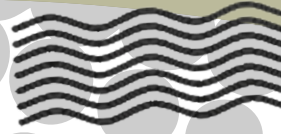
۲. **سبک هرم وارونه:** در شیوه هرم وارونه برای نگارش خبر بخش‌های مختلف خبر بر اساس اهمیت و نه بر اساس ترتیب وقوع نوشته می‌شوند. به این صورت که مهم‌ترین قسمت یا خلاصه با اهمیت‌ترین قسمت خبر در ابتدای خبر می‌آید و هر چه از ابتدای خبر دور می‌شویم از اهمیت مطالب کاسته می‌شود. در این شیوه خبرنگاری مخاطب برای دریافت مهم‌ترین مطالب خبری زمان کمتری صرف می‌کند. بنابراین کمتر خسته و حس کنجکاوی وی فوراً ارضا می‌شود.

۳. **سبک تاریخی همراه با لید:** همان گونه که از نام آن پیداست این شیوه از دو جزء لید و سبک تاریخی تشکیل شده است. لید مهم‌ترین یا خلاصه مهم‌ترین بخش خبر است که در قالب کلماتی کوتاه، جذاب و در عین حال پر معنا در ابتدای خبرهایی که با سبک هرم وارونه یا تاریخی همراه با لید تنظیم شده‌اند، می‌آید.

۴. **سبک بازگشت به عقب:** در این سبک خبری، نگارش خبر از آخرین قسمت شروع و سپس سابقه و پیشینه آن مفصل‌تر از ارائه در خبرهای معمولی، نوشته می‌شود. سبک بازگشت به عقب در خبرهای کوتاه استفاده می‌شود.

۵. **سبک تشریحی:** این شیوه از نگارش در قیاس با سبک‌های دیگر خبر نویسی کاربرد کمتری دارد و در خبرهای طولانی یا مورد اختلاف و بحث انگیز استفاده می‌شود. پس از ذکر هر خبر، اطلاعات تکمیلی ارائه می‌شود. این اطلاعات می‌تواند سابقه خبر، اطلاعات شخصی خبرنگار یا هر توضیح اضافی که موجب روشن‌تر شدن خبر شود باشد.

۶. سبک پایان شگفت انگیز: در این سبک نگارش خبر قسمت‌های مختلف خبر طوری تنظیم می‌شود که به قسمت جذاب، شگفت انگیز و شیرین خاتمه یابد. در واقع قفل خبر، در قسمت انتهای آن برای مخاطبان گشوده می‌شود. خبرهایی را که دارای ارزش خبری عجایب و استثنایها هستند، بهتر می‌توان به سبک پایان شگفت انگیز نوشت.



شرایط ارسال مقاله و
مطالب قابل درج در
فصلنامه پیام سلامتی

۱- مطالب بایستی تایپ شده در فرمت Word با فونت لوتوس سایز ۱۲ باشد.

۲- نام و نام خانوادگی نویسنده مطالب همراه با عنوان کاری و یک قطعه عکس ارسال گردد.

۳- ذکر منابع استفاده شده در مقاله الزامی می باشد.

کلیه موارد ذکر شده بایستی به صورت فایل از طریق پست الکترونیکی یا سی دی به نشانی دفتر نشریه ارسال گردد.

طرح مشکل از شما انعکاس از ما پاسخ از مسئولین

نشریه پیام سلامتی در نظر دارد مشکلات منعکس شده از شما را بدون ذکر نام به مسئولین انتقال داده و پاسخ مسئولان را در ستونی به نام "پاسخ به شما" در شماره های بعدی نشریه درج نماید. خوانندگان محترم می توانند مشکلات و سؤالات خود را به نشانی دفتر نشریه در مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی و یا پست الکترونیکی payamsalamat@tbzmed.ac.ir ارسال نمایند.

فرم اشتراک

خوانندگان محترم در صورت تمایل به اشتراک می توانند با تکمیل کردن فرم زیر و مکاتبه با نشانی مرکز بهداشت استان به صورت پستی و یا به پست الکترونیکی نشریه payamsalamat@tbzmed.ac.ir ارسال نمایند.

شغل - آخرین مدرک تحصیلی :

نام و نام خانوادگی :

نشانی :

تلفن :

نمابر :

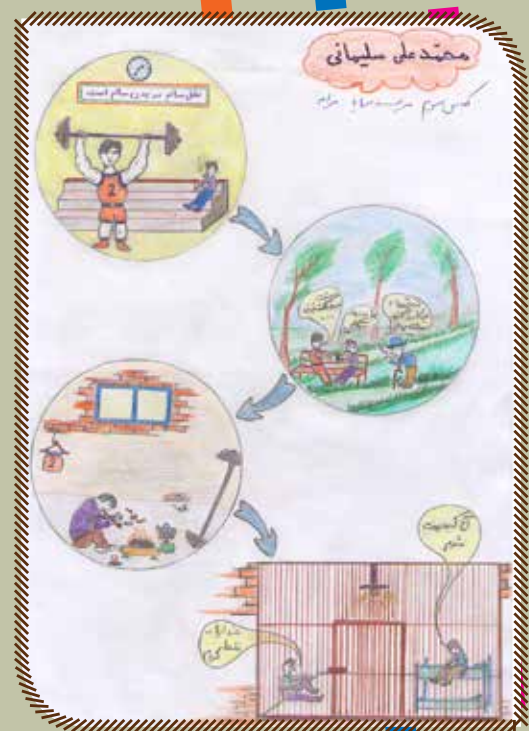
کد پستی :

حق اشتراک رایگان

نشانی دفتر فصلنامه پیام سلامتی :

تبریز - انتهای خیابان ثقه السلام - منبع آب - مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی - روابط عمومی

تعدادی از آثار برگزیده مسابقه نقاشی دانش آموزی ویژه هفته ملی بدون دخانیات سال ۱۳۹۱



هفته سلامت



دانشگاه علوم پزشکی تبریز

عملکرد معاونت بهداشتی

گزارش تصویری

