

سخن اول

دکتر سیف‌فرشد

سرپرست گروه پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها

یکی از اهداف مهم نظام سلامت، کنترل و مراقبت بیماری‌هاست که وظیفه اصلی گروه پیشگیری و مبارزه با بیماری‌های استان و واحدهای پیشگیری و مبارزه با بیماری‌های شهرستانها و همچنین واحدهای محیطی ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی است.

برای رسیدن به چنین هدفی راهکارهای متفاوتی ممکن است مدنظر باشد. اما راهکار بسیار مؤثر و مورد تأکید سازمان جهانی بهداشت و زیر مجموعه‌های مرتبط آن در مرکز مدیریت بیماری‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نظام مراقبت یا عبارتست از جمع‌آوری، تجزیه و تحلیل، تعبیر و تفسیر مستمر و منظم داده‌های مربوط به سلامتی و همچنین انتشار اطلاعات بدست آمده که این اطلاعات برای نیازسنجی، برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی مداخلات سلامتی ضروری است. در حقیقت نظام مراقبت همان اطلاعات برای عمل است و هر برنامه کنترلی خصوصاً در زمینه بیماری‌ها باید حاوی نظام مراقبت در تمام سطوح فعالیتی باشد. درخصوص کنترل بیماری‌ها، نظام مراقبت اهداف عمده زیر را دنبال می‌کند:

- ۱) پایش سیر بیماری (مشخص نمودن روند بیماری‌ها مهمترین جزء نظام مراقبت است)
 - ۲) تعیین هویت بیماری‌ها و انجام بررسی درجهت کنترل اپیدمیها و Outbreakها.
 - ۳) تعیین گروه‌های جمعیتی اختصاصی در معرض خطر بیماری یا مرگ ناشی از بیماری‌های شایع.
 - ۴) ارزیابی پی‌آمد فعالیت‌های کنترلی پیشگیرانه و درمانی در بروز و شیوع بیماری و ارتباط بیماری‌های مهم و شایع در جامعه.
 - ۵) تعیین اولویتهای مهم و صحیح در فعالیت‌های کنترلی بیماری‌ها.
- نظام مراقبت باید وقایع سلامتی را که سبب بیماری‌زایی و مرگ می‌شوند با تعاریف روشن مورد توجه قرار دهد، بخش عمده‌ای از رویدادهای سلامتی اولویت‌دار را مشخص و طبقه‌بندی نماید و همچنین آنها را بر اساس زمان، مکان و اشخاص بطور صحیح منعکس نماید.
- نظام مراقبت بایستی بدون پیچیدگی با روشهای مناسب، داده‌ها را جمع‌آوری نموده و پس از تجزیه و تحلیل و تفسیر، پس‌خوراند مناسب را ارائه نماید تا اطلاعات در اسرع وقت برای اقدام به موقع در دسترس باشند.
- علاوه بر موارد یادشده نظام مراقبت باید منعطف و قابل تطبیق با نیازها و شرایط جدید باشد و سطح بالایی از مشارکت را نیز جلب نماید.



مرکز بهداشت استان
آذربایجان شرقی



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

گروه پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها

فصلنامه

پیام سلامتی

فهرست مطالب :

- ۲ سخن اول
- ۳ نظام سلامت و اهداف
- ۵ عفونت زدایی در پزشکی
- ۱۰ سویا دوست قلب شما
- ۱۱ مهارت‌های زندگی (قسمت دوم)
- ۱۴ رابطه بین شیوع استئوپنی و استئوپروز با شاخص توده بدنی
- ۱۵ خبر
- ۱۶ زلزله سوماترا بزرگترین حادثه طبیعی قرن
- ۱۸ خاطره
- ۱۸ نکاتی که باید مردان و زنان در قبال همسرانشان بدانند
- ۲۱ جذام
- ۲۵ اسید فولیک و نقش آن در پیشگیری از حوادث قلبی-عروقی
- ۲۶ تب‌های خونریزی دهنده
- ۳۱ Case

شماره بیست و هشتم - زمستان ۱۳۸۳

نظام سلامت و اهداف

دکتر علیرضا کله‌ماهی آذری

مسئول مرکز بهداشتی درمانی فمارلوی کلیبر

تعریف نظام سلامت در دنیای پیچیده امروز، بسیار مشکل است. دو نوع تعریف کلی و اختصاصی در این مورد می‌توان ارایه داد. در تعریف کلی، نظام سلامت شامل تمام فعالیت‌هایی است که هدف اصلی آنها ارتقاء، بازگرداندن یا حفظ سلامت می‌باشد. چنین تعریفی بسیار گسترده بوده و شامل مواردی همچون ارائه حرفه‌ای مراقبت‌های پزشکی فردی، اقدامات درمانی سنتی، بهسازی ایمنی راهها و محیط زیست، آموزش‌های مستقیم و غیرمستقیم افراد، تغییر محتوای درسی دانش‌آموزان می‌باشد. نقص تعریف فوق این است که هیچ اشاره‌ای به ادغام و یکپارچگی نداشته و هیچکس مسئولیت فعالیت‌های تشکیل‌دهنده آن را بر عهده نمی‌گیرد. بر این اساس، هر کشوری یک نظام سلامت دارد، هر چند ممکن است این نظام در میان سازمان‌های مختلف تکه تکه شده باشد.

با توجه به اینکه ادغام دو بعد یکپارچگی و آینده‌نگری، تعیین‌کننده نظام سلامت نیست، اما می‌توانند تأثیر عظیمی بر نحوه عملکرد آن داشته باشند، لذا می‌توان تعریف اختصاصی تری ارایه داد. مشکل اصلی در این

زمانی نظام مراقبت بیشترین کارایی را خواهد داشت که تمام اصول یاد شده را رعایت کرده باشد. اما مهمترین بخش از کارایی نظام مراقبت منوط به توانایی نظام مراقبت در شناسایی و گزارش موارد بیماری و مرگ است که خود به سه عامل مهم زیر وابسته است:

- ❖ میزان بهره‌مندی از خدمات ارایه شده
- ❖ تعریف و تشخیص صحیح بیماری
- ❖ ثبت و گزارش دهی موارد

به هر حال زمانی در خصوص وقایع و بیماری‌های مهم سلامتی، نظام مراقبت کارآمد و کارا خواهیم داشت که موارد بیماری و مرگ بخوبی ثبت و گزارش شوند. در این خصوص بایستی تمام اجزای سیستم سلامت در تمامی بخش‌های خصوصی، دولتی و تعاونی شامل مطب‌ها، کلینیک‌ها، بیمارستانها و آزمایشگاه‌ها به موضوع حساس باشند و وظیفه خود را در تشخیص، ثبت و گزارش موارد، بنحو احسن به انجام رسانند.

یکی از اهداف مهم ما در نشریه پیام سلامتی نیز همین موضوع است که بتوانیم با ایجاد حساسیتهای لازم با مشارکت تمام همکاران محترم در بخش سلامت قدمهای مثبتی در ارتقای شناسایی و گزارش وقایع سلامتی خصوصاً بیماری و مرگ برداریم.

راه، عبارت از آنست که تقریباً تمام اطلاعات موجود در باره نظام سلامت، تنها به ارایه خدمات سلامت و سرمایه‌گذاری در آنها اختصاص دارد. یعنی در اکثر کشورها نظام مراقبت سلامت مرکب از مداخلات پیشگیرانه، علاج‌بخش و تسکینی است که خواه با هدف افراد یا خواه با هدف جمعیت‌ها انجام می‌پذیرد. لذا، علیرغم اینکه بنظر می‌رسد با متمرکز شدن بر تعریف ظریف‌تری که با داده‌های موجود مطابق باشد، چیز زیادی از دست نخواهیم داد، ولی از طرف دیگر جمع‌آوری این داده‌ها، نیازمند تلاش زیادی است و همچنین این مسئله مطرح‌کننده لزوم گزارش اطلاعات مختلف و تحلیل‌های جدید، از جمله تخمین‌های امید به زندگی، ارزیابی نحوه برخورد با بیماران و درمان آنها از سوی نظام سلامت و حساب‌های ملی سلامت می‌باشد. لذا تلاش‌های بیشتری جهت کمی‌سازی و ارزیابی این فعالیت‌ها ضروری است، به گونه‌ای که امکان اندازه‌گیری هزینه و اثربخشی نسبی آنها در مشارکت در اهداف نظام سلامت وجود داشته باشد. به عنوان مثال با تغییرات رفتاری مانند استفاده از کمربند ایمنی هنگام سوار شدن به اتومبیل و رعایت سرعت مجاز، تقریباً بدون ایجاد هزینه‌ای، با اثربخشی بیشتری، جان بسیاری را می‌توان نجات داد که بسیار بیشتر از اثربخشی درمان مصدومان ناشی از حوادث است.

پیدایش نظام‌های سلامت پیشرفته، فقط یک رشد ساده نبوده بلکه شامل افزایش تمایز و تخصصی شدن مهارت‌ها و فعالیت‌ها می‌باشد. همچنین پیدایش این گونه نظام‌ها، باعث جابجایی قابل توجه بار اقتصادی از سلامتی به بیماری نیز می‌شود. به عنوان مثال، در کشورهای پیشرفته بدنال موفقیت در طولانی ساختن عمر و کاهش ناتوانی، به عللی مانند هزینه داروها (برای کنترل دیابت، هیپرتانسیون و بیماری قلبی)، بار بیشتری بر دوش نظام‌های سلامت تحمیل می‌شود. منابع اختصاص یافته به نظام‌های سلامت، توزیع بسیار ناعادلانه‌ای دارند و هیچ تناسبی در آنها با توزیع مشکلات سلامت مشاهده نمی‌شود. به طوریکه کشورهای با درآمد کم و متوسط تنها عامل ۱۸٪ از درآمد جهان و ۱۱٪ از هزینه‌های صرف شده جهانی در امر سلامت هستند. اما همین کشورها ۸۴٪ از جمعیت جهان را در خود جای داده‌اند و متحمل ۹۳٪ از بار جهانی بیماری‌ها می‌شوند.

نظام‌های سلامت سه هدف اساسی دارند: ارتقای سلامت جمعیت تحت پوشش آنها، پاسخ دادن به انتظارات مردم، محافظت مالی آنها در برابر هزینه‌های سلامت نامطلوب.

امروزه نیازهای سلامت و انتظارات مردم از نظام سلامت، مخصوصاً با افزایش آگاهی از تأثیر مسایل جدید توسعه سلامت مانند صنعتی شدن، نقل و انتقال جاده‌ای، آسیب محیطی و

جهانی شدن تجارت، وسیعتر شده است. افراد جامعه، اکنون با مسایل و مشکلات بسیار متنوعتری به سوی نظامهای سلامت روی می آورند، نه فقط برای برطرف کردن بیماری و درمان محدودیت‌های فیزیکی و اختلالات عاطفی، بلکه برای دریافت توصیه درباره رژیم غذایی، تربیت کودک و رفتار جنسی که سابقاً از منابع دیگری آنرا کسب می کردند. مردم به عنوان مشارکت کننده در پرداخت برای نظام سلامت می‌باشند که این پرداخت‌ها به دو صورت می‌باشند. پرداخت مستقیم مبلغی برای دریافت مراقبت و پرداخت غیرمستقیم، یعنی پیش‌پرداخت‌ها به سازمان‌های بیمه‌گر و تأمین اجتماعی و یا پرداخت مالیات به جامعه.

افراد جامعه این حق را دارند که از نظام سلامت انتظار داشته باشند که با آنها با رعایت شأن و احترام فردی برخورد شود. یعنی تا حد امکان باید بدون تأخیر طولانی مدت برای تشخیص، درمان و متناسب با نیازهای آنها وقت گذاشته شود. این مسئله باید هم درباره پیامدهای بهتر سلامت و هم ارزش قایل شدن به وقت بیمار رعایت شود و اضطراب وی کمتر شود. بیماران غالباً انتظار محرمانه بودن اطلاعات را دارند و خواهان آن هستند که در تعیین انتخاب‌های مربوط به سلامت خود و تصمیم‌گیری‌های بعدی دخیل باشند. افراد فقیر بسیار بیشتر از اقشار مرفه به محافظت مالی

نیاز دارند و به همان اندازه قشر مرفه حق دریافت درمان همراه با احترام را دارند. باید توجه کرد پیگیری اهدافی مانند پاسخدهی و محافظت مالی، منابع زیادی را از فعالیت‌های مربوط به ارتقای سلامت دور نمی‌کند، زیرا غالباً بهبود قابل توجه در نحوه عملکرد نظام سلامت در ارتباط با همه این مسئولیت‌ها با هزینه پایین یا بدون هزینه قابل دستیابی است.

منبع: گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۲ (نظام سلامت: ارتقای عملکرد) فصل اول

عفونت زدایی در پزشکی

اهد شهنامی

کارشناس آزمایشگاه‌های مرکز بهداشت استان

برای عفونت‌زدایی هوا، آب، محیط فیزیکی، وسایل، مواد و محیط‌های بیولوژیک روش‌های گوناگون فیزیکی و شیمیایی وجود دارند و پیرامون این روشها سؤالات زیادی مطرح است. بعنوان مثال، ممکن است از خود پرسیم: دستگاههای سترون کننده چه ویژگی‌هایی دارند؟ چگونه مطمئن شویم که دستگاه، وسایل ما را عاری از میکروب نموده است؟ بار میکروبی اثاثیه و مبلمان محل کار خود را چگونه کم کنیم؟ آیا روشهای عفونت‌زدایی و راههای استفاده صحیح را کاملاً می‌دانیم؟ بهتر است قبل از پاسخ به این سؤالات و شروع بحث، به برخی از اصطلاحات رایج در این زمینه بپردازیم:

سترون‌سازی (Sterilization): یعنی استفاده از روش‌های فیزیکی یا شیمیایی به منظور از بین بردن و تخریب کلیه اشکال ارگانیسمی از جمله اسپورها.

گندزدایی (Disinfection): یعنی استفاده از روش‌های فیزیکی یا شیمیایی به منظور کم کردن بار میکروبی.

آلودگی زدایی (Disinfestation): یعنی از بین بردن انگل‌های خارجی که ناقل بیماری می‌باشند، مثل گال و شپش.

ماده گندزدا (Disinfectant): ماده‌ای است که برای کم کردن بار میکروبی از روی سطوح بیجان و اجسام بکار برده می‌شود.

آنتی‌سپتیک (Antiseptic): ماده‌ای است که بازدارنده فعالیت ارگانیسم‌ها در روی بافت‌های زنده است.

آنتی‌بیوتیک (Antibiotic): ماده آلی شیمیایی است که توسط ارگانیسم‌ها تولید می‌شود و باعث بازدارندگی یا کشتن ارگانیسم‌های دیگر در انسان، حیوانات و گیاهان می‌شود.

روشهای عفونت‌زدایی:

انواع روشهای جاری عفونت‌زدایی، اعم از روشهای سترون‌سازی یا گندزدایی وجود دارند که ما در این بحث به حرارت خشک و اتوکلاو بطور کامل و به چند روش دیگر بطور مختصر می‌پردازیم.

حرارت خشک یا فور (Oven): دستگاه فور، دارای یک اجاق و یک اتافک عایق کاری شده است که با جریان برق گرم می‌شود. این دستگاه دارای بدنه فولادی، فن، زمان سنج، حرارت سنج، تنظیم کننده درجه حرارت، ترموستات و سیستم ارت می‌باشد. در این دستگاه در ۱۶۰ درجه سانتیگراد در مدت ۲ ساعت، در ۱۷۱ درجه سانتیگراد در مدت ۱ ساعت، در ۱۸۰ درجه سانتی گراد در مدت ۳۰ دقیقه و در ۱۹۱ درجه سانتی گراد در مدت ۶ تا ۱۰ دقیقه وسایل استریل می‌شوند. به مورد اخیر Rapid Heat Transfer گفته می‌شود.

بوسیله فور می‌توانیم روغن‌ها، گازهای آغشته به وازلین، پودرها، سوزن‌ها، تیغ، قیچی، وسایل دندانپزشکی مانند فرزها، مته‌ها، لوله‌های شیشه‌ای و آینه‌ها را سترون کنیم. فور سبب خوردگی، زنگ‌زدگی و کند شدن لبه‌های برنده وسایل فلزی نمی‌شود. برای کنترل عملکرد فور، بایستی هر روز واشر نسوز آن را بازدید کنیم و با دماسنج شاهد، صحت عمل حرارت سنج را کنترل نماییم و هر هفته با استفاده از آزمونهای بیولوژیک (باسیلوس سوبتیلیس که به حرارت خشک بسیار مقاوم است) عمل سترون سازی را ارزیابی نماییم. برای مطمئن شدن از عمل استریلیته بوسیله فور، اسپور باسیلوس سوبتیلوس واریته globigi را در شلوغ‌ترین

جای Oven قرار می‌دهیم. پس از پایان کار، این نوارهای آغشته به اسپور را درون محیط TSB قرار می‌دهیم و برای حداقل ۴۸ ساعت در انکوباتور ۳۷ درجه قرار می‌دهیم. در صورتیکه نشانی از رشد باکتری نبود، می‌توانیم نسبت به عمل استریلیته دستگاه مطمئن باشیم. از معایب استفاده از آنها، زمان طولانی است که باید صرف کنیم و از ویژگی‌های مثبت آن از بین بردن کلیه انواع ارگانیسماها از ویروسها گرفته تا اسپور باکتریها در این درجه حرارت می‌باشد.

بایستی توجه داشته باشیم در پایان کار با فور، تا درجه حرارت به زیر ۵۰ درجه سانتیگراد نرسیده درب دستگاه را باز نکنیم، زیرا به علت اختلاف دما، آلودگی هوای بیرون به وسایل داخل دستگاه سرایت می‌کند. حرارت مرطوب (Autoclave):

حرارت مرطوب هنوز مؤثرترین، متداولترین، قابل اعتمادترین و کم هزینه‌ترین روش برای سترون‌سازی است. اتوکلاو دستگاهی است که با استفاده از عوامل دما، بخار، فشار و زمان عمل می‌کند.

در این دستگاه بایستی هوا با بخار جابجا شود. این دستگاه دارای یک مخزن فولادی ضدزنگ، ضد اسید و باز و ضد مغناطیس با درب فولادی با واشر نسوز، قفل ایمنی، شیرهای آب و بخار، سوپاپ اطمینان، فشارسنج، حرارت سنج، زمان سنج و سیستم

ارت می‌باشد و حجمش از ۵ لیتر تا بیش از ۱۰۰۰ لیتر متفاوت است. واحد سنجش فشار یکی از موارد زیر است:

یک اتمسفر = یک بار = ۱۰۰ کیلو پاسکال = ۱۴/۵ پوند بر اینچ مربع = ۷۵۰ میلی‌متر جیوه
در شرایط عادی (یک اتمسفر) مولکولهای آب به آرامی از سطح آب جدا شده و وارد هوا می‌شوند و اگر درجه حرارت آب را افزایش دهیم در ۱۰۰ درجه سانتیگراد و در کنار دریا آب کاملاً جوش می‌آید، حال اگر فشار را به سطح آب افزایش دهیم نقطه جوشش بالاتر می‌رود، بطوری که اگر ۱/۲ اتمسفر که برابر با ۱۵ پوند فشار است بر سطح آب وارد کنیم نقطه جوشش ۱۲۱ درجه سانتیگراد می‌شود، بخاری که در این شرایط بوجود می‌آید دارای انرژی فوق العاده زیادی است که اصطلاحاً saturated steam-Dry می‌گویند و وقتی این بخار به یک سطح سرد برخورد می‌کند، انرژی بسیار زیادی را آزاد می‌کند و این انرژی آزاد شده می‌تواند سبب کریستاله شدن مولکولهای باکتریها شده و یا سبب خراب کردن (denature) پروتئینهای میکروبوها گردد. اتوکلاو برای سترون کردن لوازم جراحی فلزی، شیشه‌ها، مایعات و بعضی مواد پلاستیکی بکار می‌رود. نکاتی که در مورد اتوکلاو حتماً باید رعایت گردد:

۱- قبل از اینکه درجه ۱۵ پوند را که معادل ۱۲۱ درجه سانتی گراد است، اعمال کنیم باید

مطمئن باشیم که کلیه هوای داخل اتوکلاو خارج شده باشد. چون اگر هوا و بخار مخلوط شوند هیچگاه درجه حرارت به ۱۲۱ درجه نخواهد رسید و اگر به ۱۲۱ درجه نرسد، عمل استریلیزاسیون نیز انجام نمی‌پذیرد.

۲- پیچ‌های درب اتوکلاو باید کاملاً مطمئن باشند.

۳- پس از پایان کار با اتوکلاو باید صبر کرد تا درجه حرارت و فشار به حداقل برسند و بعد درب را باز کنیم.

برای عملکرد مطلوب اتوکلاو درجه حرارت ۱۲۱ درجه سانتی گراد و فشار ۱۵ پوند بمدت ۱۵ دقیقه لازم می‌باشد که با افزایش فشار، زمان عمل اتوکلاو کمتر می‌شود.

نوعی سترون‌سازی سریع وجود دارد بنام Flash Sterilization که در آن وسایل، در درجه حرارت ۱۳۴ درجه و فشار ۶۰ پوند بر اینچ مربع، ظرف ۳ دقیقه سترون می‌شوند. سلولهای رویشی باکتریها و قارچها معمولاً در حرارت ۶۰ درجه سانتیگراد در عرض ۵ تا ۱۰ دقیقه از بین می‌روند، ولی مخمرها و اسپور قارچها در حرارت ۸۰ درجه و اسپور باکتریها در حرارت بیش از ۱۲۰ درجه، در عرض ۱۵ دقیقه نابود می‌گردند. برای اینکه درجه حرارت آب از نقطه جوش تجاوز نکند، از اتوکلاو استفاده می‌شود.

عملکرد اتوکلاو را بایستی با بررسی حرارت سنج با ترمومتر شاهد، وزن کردن

بسته‌ها قبل و بعد از فرآیند (جهت بررسی باقی ماندن رطوبت در بسته‌ها)، استفاده از اندیکاتورهای شیمیایی و استفاده هفتگی از اندیکاتورهای بیولوژیک باسیلوس استئاروترموفیلوس B.Stearothermophilus ارزیابی نمود.

یونیزاسیون:

از پرتوهای یون‌ساز نظیر پرتوهای X و گاما می‌توان برای سترون کردن مواد بیولوژیک، داروها، گاز، باند، نخ‌های کات گوت و لوازم یکبار مصرف استفاده نمود.

شعله:

استفاده از شعله چراغ الکلی به منظور سترون‌سازی در آزمایشگاهها رایج است.

عوامل گندزدای طبیعی (هوا - خورشید):

پرتوهای فرابنفش نور خورشید برای باکتریها و ویروسها مرگبار هستند و هوا نیز باعث تبخیر رطوبت بر بسیاری از باکتریها اثر کشنده دارد، لذا می‌توان لوازمی نظیر رختخواب، میلمان و اثاثیه منزل و مطب را چند ساعت در معرض نور خورشید و هوا قرار داد و آنها را گندزدایی نمود.

پرتوی فرابنفش:

Ultraviolet Radiation (U.V) از پرتوهای غیر یون‌ساز است که می‌توان در گندزدایی محیط از آن استفاده کرد. پرتوی فرابنفش را از نظر طول موج و عملکرد به ۳ دسته تقسیم می‌کنند:

۱- U.V.C با طول موج بین ۲۰۰ تا ۲۹۰ نانومتر که طیف میکروبو کش (Germicide) این پرتو است. این اشعه توسط اسیدهای نوکلئیک جذب شده و اثر آن در زمان بیشتر موجب از بین رفتن تمام میکروارگانیسم می‌گردد.

۲- U.V.B با طول موج بین ۲۹۰ تا ۳۲۰ نانومتر که طیف تولید ویتامین D است.

۳- U.V.A با طول موج بین ۳۲۰ تا ۴۰۰ نانومتر که طول موج خورشیدی است.

از طول موج U.V.C در لامپ‌های ژرمسید استفاده می‌شود. این لامپ‌ها به صورت دیواری، سقفی، قابل حمل، و یا قابل نصب در داخل کانال هواکش ساخته شده‌اند و آن را برای پاکسازی هوا و عفونت‌زدایی سطوح محیطی به کار می‌برند. عملکرد این لامپ‌ها بسته به کارخانه سازنده می‌تواند متفاوت باشد. مثلاً یک لامپ ۳۰ واتی ساخت کارخانه فیلیپس، برای گندزدایی یک اتاق ۶ مترمربعی با ارتفاع ۳ متر کافی است. لامپ‌های فرابنفش عمر محدودی دارند، لذا باید کارکرد آن را یادداشت کنیم. چون این لامپ‌ها به غبار حساسند باید بصورت مرتب سطوح آنها را با الکل تمیز کنیم. زیرا ممکن است بدون آنکه در نورش تغییری ایجاد شود اثر ضد میکروبی آن با غبار کاهش یابد. موقع استفاده از لامپ باید پنجره و شیشه‌ها را پوشانده، محل را

تاریک نماییم. زیرا نور مرئی اثر باکتری کشی آن را به میزان زیادی کاهش می‌دهد.

مواد شیمیایی سترون کننده و گندزدا:

بعضی از مواد گندزدای رایج در ایران بر حسب سطح گندزدایی عبارتند از:

گلو تارالدئید:

گلو تارالدئید (سایدکس، گلو تارال) محلولی است که ظرف ۲۰ تا ۹۰ دقیقه وسایل حساس به حرارت را در حد بالا (H.L.D) گندزدایی می‌کند و ظرف ۶ تا ۱۰ ساعت آنها را سترون می‌نماید. رایج‌ترین مورد استفاده از گلو تارالدئید، گندزدایی آندوسکوپ‌ها، آسپیراتورها، لوازم بیهوشی، لوازم تنفسی و جراحی است.

الکل‌ها:

الکلها، هم بعنوان آنتی سپتیک بکار می‌روند و هم به عنوان گندزدای بینابینی (I.L.D). الکل سریع عمل می‌کند، باقی مانده ندارد، وسایل را رنگی نمی‌کند و زود تبخیر می‌شود. ولی مواد لاستیکی را سخت نموده و چسب ابزار را حل می‌کند.

هیپوکلریت سدیم:

هیپوکلریت سدیم (وایتکس یا آب ژاول خانگی) ماده‌ای است ارزان، سریع‌العمل و با گستره عملکردی وسیع. این ماده در غلظت یک پنجم ظرف ۵ دقیقه، با غلظت یک پنجاهم ظرف ۲۰ دقیقه در سطح H.L.D و در غلظت یک پنجاهم ظرف ۱۰ دقیقه در سطح I.L.D و در غلظت یک پانصدم در

سویا دوست قلب شما

دکتر نازیلا بهنیا

شهرستان پاراویماق

شواهد محکمی وجود دارد که نشان می‌دهند پروتئین سویا سطح کلسترول خون را کاهش می‌دهد. مطالعات اپیدمیولوژیکی نشان داده‌اند جوامعی که در جیره غذایی روزانه خود از پروتئین‌های گیاهی نسبت به پروتئین‌های حیوانی بیشتر استفاده می‌کنند، شیوع بیماری‌های قلبی عروقی و فشارخون بالا در جمعیت آنها پایین‌تر است. اولین مطالعات بر روی حیوانات مؤید کاهش کلسترول خون آنها در اثر مصرف سویا بود. به لحاظ ارزان و بی‌خطر بودن سویا، طرح‌های تحقیقی بر روی انسانها بسرعت انجام گرفت و تأثیرات مثبت سویا در کاهش سطوح کلسترول خون انسانها در اثر مصرف این پروتئین گیاهی به اثبات رسید.

در یک مطالعه بر روی افراد با کلسترول بالا، کاهش متوسط حدود ۲۱٪ در کلسترول خون را بعد از جایگزینی پروتئین سویا بجای پروتئین حیوانی در مدت ۳ هفته نشان داد. این رژیم غذایی، درصد کاهش بیشتری را در سطح کلسترول خون نسبت به رژیم استاندارد کم چربی که حاوی مقداری پروتئین حیوانی است ایجاد نمود. مطالعات دیگر نشان داد که برای کاهش سریع سطوح کلسترول خون،

سطح L.L.D عمل می‌کند. غلظت‌های مورد استفاده این ماده برای کاربردهای مختلف برای گندزدایی:

- ترشحات خونی، غلظت یک پنجم

- ظروف آزمایشگاه، غلظت یک بیستم

- محیط، غلظت یک پنجاهم

- وسایل تمیز، غلظت یک صدم

چون این ماده موجب خوردگی فلزات می‌شود، برای وسایل فلزی مناسب نیست.

پرکلرین:

پرکلرین بعنوان گندزدا برای سالم سازی آب با مقدار ۰/۲ تا ۰/۸ PPM، سبزی‌ها و میوه‌ها با مقدار ۵ گرم در لیتر و عفونت‌زدایی فاضلابها به مقدار ۲۰ گرم در ۱۰ لیتر آب کاربرد دارد. موجب زنگ‌زدگی فلزات می‌شود و برای عفونت‌زدایی وسایل فلزی مناسب نیست. پرکلرین به عنوان سفید کننده و رنگ‌بر نیز کاربرد دارد.

یدوفورها:

بتادین (Povidone Iodine) ترکیبی است یدوفور، که محلول ۱۰٪ آن بعنوان آنتی سپتیک بکار می‌رود. همچنین به عنوان ماده گندزدا در هیدروترایی و عفونت‌زدایی دام‌سنجها بکار برده می‌شود.

ترکیبات فنولی:

دتول، کروزل، رزورسینول، کلرهایدین و هگزاکلروفن از مشتقات فنولی هستند که اکثراً به عنوان گندزدا بکار می‌روند.

استفاده از پروتئین سویا راهی سالم، ارزان و مؤثر است.

با توجه به عوارض داروهای کاهنده کلسترول خون و بی‌خطر و مؤثر بودن پروتئین سویا در کاهش کلسترول خون باعث تعجب است که چرا سویا به عنوان درمان پایه و اولیه و همچنین بعنوان پیشگیری در افراد در معرض خطر افزایش کلسترول خون بکار نمی‌رود.

سالمه‌است که مطالب زیادی در مورد تأثیرات مثبت سویا در رفع علائم یائسگی خانمها در مقالات به رشته تحریر در آمده و لیکن تاکنون بندرت در مورد خواص کاهنده کلسترول خون در پیشگیری از حوادث قلبی عروقی این گیاه مطلبی نوشته شده است. بطور خلاصه فواید پروتئین سویا در پیشگیری از بیماری‌های قلبی عروقی عبارتند از:

۱) سویا فاقد کلسترول بوده و اکثر چربی‌های آن غیر اشباع است.

۲) باعث کاهش سطوح کلسترول LDL می‌شود (ولی بر روی سطوح کلسترول HDL تأثیر چندانی ندارد).

۳) ایزوفلاونوئید سویا با پیشگیری از تشکیل پلاک عروقی از بروز آترواسکلروز پیشگیری بعمل می‌آورد.

۴) پروتئین سویا باعث کاهش سطوح کلسترول تام خون می‌گردد.

۵) پروتئین سویا باعث کاهش فشارخون در بیماران هیپرتانسیو می‌شود.

۶) ایزوفلاونوس سویا خاصیت شبه استروژنی ضعیفی دارد که علاوه بر برطرف نمودن علائم یائسگی در خانمها، باعث القاء اثر محافظتی استروژن بر روی سیستم قلبی عروقی خانمها در دوران یائسگی می‌شود. منبع: www.ruchihealth.com

مهارت‌های زندگی (قسمت دوم)

فریده میدرله

کارشناس گروه پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها

عرصه‌های محدودی وجود دارند که پیشگیری اولیه یا ارتقاء در زمینه بهداشت روانی در آنها موفقیت آمیز است و یکی از موارد استثنایی که پژوهش‌های معتبری دلالت بر تأثیر مثبت آن در پیشگیری از بسیاری از مشکلات روانی اجتماعی می‌کند و در جهت توانمند کردن افراد و تحقق تواناییهای بالقوه و انطباق با تغییرات زندگی دارد، آموزش مهارت‌های زندگی است. آموزش مهارت‌های زندگی توانایی‌هایی هستند که کمک می‌کنند با موقعیت‌های خاص زندگی بخصوص موقعیت‌های پرخطر بطور صحیح مقابله کنیم. با کسب این مهارت‌ها می‌توانیم در ایجاد ارتباط با دیگران سازگارانه‌تر عمل نموده بدون توسل به اعمالی که به خودمان یا دیگران صدمه می‌زنند، مشکلات را حل کنیم. این مهارت‌ها چه مهارتهایی هستند؟

مهارت‌های زندگی شامل ده توانایی کلی بشرح زیر است. برای زندگی بهتر لازم است این مهارت‌ها را تمرین کنیم تا کمتر دچار آسیبهای روانی و اجتماعی شویم:

۱- توانایی حل مسئله:

ما در زندگی بطور مداوم در حال حل مسایلی هستیم. برخی از این مسایل ساده هستند ولی برخی دیگر به فعالیتهای فکری پیچیده‌ای نیاز دارند. ما بایستی مسائل زندگی مان را بنحو مطلوب حل کنیم. اگر مسائل مهم زندگی ما حل نشده باقی بمانند با فشار روانی روبرو شده و سلامت روحی و جسمانی ما مورد تهدید قرار خواهند گرفت.

حل مسئله از دو قسمت عمده تشکیل می‌شود:

۱) با استفاده از مهارت‌های تفکر خلاق و انتقادی و پرسش و پاسخ کردن

۲) تصمیم گیری

۲- توانایی تصمیم گیری

همه انسانها تجربه رویارویی با مشکلات و تصمیم‌گیری‌ها را داشته‌اند، لذا تصمیم‌گیری بخشی از زندگی هر روزه ماست. برخی تصمیم‌ها در زندگی روزمره بقدری تکرار شده‌اند که زمان اندکی برای فکر کردن به آنها صرف می‌شود. برخی نیز شاید یک بار اتفاق می‌افتد اما تأثیرات عمیقی در زندگی دارند، مانند انتخاب رشته تحصیلی، شغل و همسر. با این وجود به نظر می‌رسد برای این تجربه‌های هر روزه و مهم، آماده‌سازی قبلی

۳- توانایی ارتباطی

ما بخش اعظم اوقات روزانه خود را صرف ارتباط برقرار کردن با دیگران می‌کنیم و هرچه بیشتر بتوانیم نیازهای خود را بیان کرده و نیازهای دیگران را درک کنیم از بهداشت روانی بهتری برخوردار خواهیم بود. توانایی ارتباطی به ما کمک می‌کند تا با دیگران ارتباط کلامی و غیرکلامی مؤثرتری داشته باشیم و با غلبه بر خجالت، نظرات خود را برای دیگران ابراز نماییم. اگر این مهارت را کسب کرده باشیم در مواقع لازم می‌توانیم با تقاضاهای نامناسب دیگران مخالفت کنیم.

۴- توانایی تفکر خلاق

این نوع تفکر به ما کمک می‌کند مسایل را از زوایای مختلف دریابیم و راه‌های مختلف مسئله و پیامدهای آن را ارزیابی کنیم و بالاخره راه‌های تازه‌ای برای مشکلاتمان پیدا کنیم. با استفاده از این مهارت، تصمیم‌گیری‌های ما مناسب‌تر و مسایل بطور عملی‌تر حل می‌شوند. پس خلاقیت در برگزیده موارد زیر است:

- توانایی دیدن چیزی به شیوه نو
- آموختن از تجربه‌های قبلی و ارتباط دادن این یادگیری به موقعیت‌های تازه
- تفکر انعطاف‌پذیر و رفع موانع

● استفاده از روشهای غیر سنتی برای حل مشکل

● فراتر از اطلاعات گام برداشتن

۵- توانایی تفکر انتقادی

با استفاده از این مهارت به بررسی و تجزیه و تحلیل خود و دیگران می‌پردازیم و به فهم و درک روشن‌تر دست می‌یابیم. این توانایی کمک می‌کند تا اطلاعات و تجاربی که به ما می‌رسد را تجزیه و تحلیل کرده و در مقابل ارزشها و فشارهایی که به ما تحمیل می‌شود مقاومت کنیم و بدانیم که رفتار دیگران همیشه درست نیست.

۶- توانایی روابط بین فردی

در یک ارتباط مناسب باید بتوانیم منظور خودمان را به نحوی که مناسب فرهنگ و شرایط باشد به فرد مقابل منتقل نماییم. در این راه می‌توان از ابزارهای مختلف (کتبی و شفاهی) کمک گرفت و لازم است به اثر وجوه مختلف ارتباط کلامی و شفاهی دقت نمود. در یک ارتباط مناسب اطلاعات شناختی و هیجانی به نحو صحیح بین انسانها جریان می‌یابند و موجب رشد فردی و اجتماعی می‌گردند. اگر بخواهیم برای فردی کار مثبتی انجام دهیم باید نیازهای او را در نظر بگیریم. انسانها نیاز دارند که افکار و احساسات خود را بیان نمایند و بدانند به آنها گوش فرا داده می‌شود و جدی گرفته می‌شوند. ارتباط مناسب می‌تواند منبع مهمی از

حمایت‌های خانوادگی و اجتماعی را برای فرد فراهم آورد.

۷- توانایی خود آگاهی

یعنی توانایی شناخت خود، آگاهی از نقاط قوت، آگاهی از نقاط ضعف، آگاهی از حقوق و مسئولیت‌ها و توضیح ارزشها. این توانایی کمک می‌کند تصویر واقع بینانه‌ای از خود داشته باشیم و حقوق و مسئولیت‌ها را بهتر بشناسیم.

۸- توانایی همدلی

برای برقراری یک ارتباط موفق باید دنیا را از دریچه چشم فرد مقابل نگاه نماییم. نکته مهم در همدلی درک احساس طرف مقابل است و نه لزوماً موافقت و همدردی با طرف مقابل. رفتار و گفتار هر فرد را باید بر اساس ملاک ذهنی خود آن فرد ارزیابی نمود. اگر رفتارهای دیگران را بر اساس ملاک‌های ذهنی خودمان ارزیابی نماییم دچار خطا می‌شویم. ریشه بسیاری از اختلاف‌ها عدم توجه به این نکته و ارزیابی رفتار و گفتار دیگران بر اساس ملاک‌های ذهنی خودمان است. همدلی به ما کمک می‌کند تا انسانهای متفاوت با خودمان را بپذیریم و به آنها احترام بگذاریم. کسانی که همدلی بیشتری دارند، به دیگران علاقمندند، افراد مختلف را تحمل می‌کنند، پرخاشگری کمتری دارند و دوست داشتنی‌ترند. این مهارت، روابط اجتماعی را بهبود می‌بخشد.

۹- توانایی مقابله با هیجان

این مهارت شامل توانایی شناسایی هیجانات خود و دیگران و نیز شناخت تأثیر هیجانات بر رفتار است. این مهارت کمک می‌کند تا هیجانات شدید خود را به گونه‌ای کنترل کنیم تا کمترین آسیب را به خود و پیرامونمان وارد کنیم. ما نیاز داریم بیاموزیم تا چگونه در موقع لزوم از دیگران کمک بگیریم و چگونه به دیگران هنگام نیاز آنها کمک کنیم، چرا که ما انسانیم.

۱۰- توانایی مقابله با فشارهای روانی (استرس)

این توانایی شامل شناخت استرس‌های مختلف زندگی و تأثیر آن بر رفتار است و ما را قادر می‌سازد که منابع فشار روانی در زندگی‌مان را شناخته و راههای صحیح کاهش فشار را دنبال کنیم.

رابطه بین شیوع استئوپنی و استئوپروز با شاخص توده بدنی

سعید پوردولتی

کارشناس گروه پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها

مقدمه و هدف: پاره‌ای مطالعات حاکی از آن است که رابطه معکوسی بین شاخص توده بدنی (Body Mass Index) با شیوع پوکی استخوان و شکستگی ناشی از آن وجود دارد. امروزه BMI پایین و کاهش وزن به عنوان عوامل خطر برای پوکی استخوان قلمداد

می‌شوند. جهت پیشگیری از استئوپروز، مکانیسم‌هایی چون تولید محیطی استروژن، توانایی بارگیری سیستم اسکلتی از نظر مواد معدنی و اثرات متابولیکی را دخیل دانسته‌اند. چاقی بعنوان یک عامل حفاظتی خطر شکستگی‌های مهره‌ای و گردن را کاهش می‌دهد. هدف از بررسی حاضر که قسمتی از طرح جامع پیشگیری تشخیص و درمان پوکی استخوان در کشور است عبارت است از مشخص کردن رابطه بین BMI و BMD در گروه‌های سنی مختلف در دو جنس مذکر و مؤنث در جمعیت ۶۹ - ۲۰ ساله تبریز.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه ۱۲۰۰ فرد سالم (۶۰۰ نفر زن و ۶۰۰ نفر مرد) ۶۹ - ۲۰ ساله ساکن شهر تبریز بصورت نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای (در ۵۰ خوشه ۲۴ نفری) انتخاب و برای کلیه آنها پرسشنامه حاوی اطلاعات دموگرافیک، شامل قد، وزن، BMI، وضعیت تغذیه، سابقه پزشکی و یافته‌های بالینی تکمیل گردید. نمونه خون ناشتا برای اندازه‌گیری سطح سرمی کلسیم، فسفر، آلکالین فسفاتاز PTH، آلبومین و ۲۵ - هیدروکسی ویتامین D تهیه گردید. سپس در کلیه افراد برای تعیین BMD (تراکم ماده معدنی استخوان) و densitometry در دو ناحیه ستون فقرات کمری و گردن استخوان فمور با استفاده از دستگاه لونر مدل MD - DPX با تکنیک DEXA بعمل آمد.

یافته ها:

افراد هر دو جنس بر اساس شاخص BMI به چهار گروه:

$BMI < 20$, $BMI = 20 - 24.9$, $BMI = 25 - 29.9$ و $BMI \geq 30$ تقسیم شدند و در هر گروه نسبت افراد با BMD نرمال، افراد دچار استئوپنی و استئوپروز (بر پایه معیارهای WHO) مشخص گردید. نتایج بدست آمده در جدول‌های ۱ و ۲ به تفکیک آقاییان و خانم‌ها نشان داده شده است.

جدول ۱ - شیوع استئوپنی و استئوپروز بر حسب BMI در ۶۰۰ مرد بالغ

BMI (Kg/m ²)	% With normal BMD	% With osteopenia	% With osteoporosis
<20	42.2	40.6	17.2
20-24.9	47.7	38.5	13.8
25-29.9	61.4	31.8	6.7
≥ 30	83	15	1.9
Total	55.3	34.3	10.5

جدول ۲ - شیوع استئوپنی و استئوپروز بر حسب BMI در ۶۰۰ زن بالغ

BMI (Kg/m ²)	% With normal BMD	% With osteopenia	% With osteoporosis
<20	۶۷.۴	۲۸	۴.۷
20-24.9	۶۰	۲۴.۸	۱۵.۲
25-29.9	۵۵.۳	۳۲.۳	۱۲.۴
≥ 30	۶۴.۵	۲۹.۵	۶
Total	۶۰	۲۹.۲	۱۰.۸

این رابطه در ۵ گروه سنی مختلف مورد بررسی قرار گرفت. در گروه‌های سنی

زلزله سوماترا بزرگترین حادثه طبیعی قرن

محمد نعلبندی

کارشناس گروه پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها

زلزله‌ای در ساعت ۴ و ۲۸ دقیقه و ۳۴ ثانیه بامداد به وقت ایران در روز ۲۶ دسامبر ۲۰۰۴ (۸۳/۱۰/۶) با بزرگای گشتاوری $MW=9$ (بنا به گزارش دانشگاه هاروارد) در اقیانوس هند (در حاشیه صفحه اوراسیا) رخ داد. این زلزله در ۴۰ سال گذشته بی سابقه بوده است و به تاریخ میلادی درست یکسال پس از زلزله ویرانگر بم (۲۶ دسامبر ۲۰۰۳) و از نظر انرژی آزاد شده حدود ۱۰۰۰۰ برابر بزرگتر از زلزله بم بوده است. این زلزله، ساز و کاری فشاری داشته و به نظر می‌رسد که با ژرفای کمتر از ۳۰ کیلومتر در فاصله حدود ۲۰۰ کیلومتری سواحل جزیره سوماترای اندونزی صفحه فرورانش با شیب به سمت شمال خاور دچار گسیختگی شده است. این رویداد موجب جابجایی حدود ۲۰ متری سواحل سوماترا شده و ۰/۰۰۲ درجه محور کره زمین را جابجا نموده است. موجهای ایجاد شده در آب در اثر این زلزله با سرعت حدود ۲۰۰ متر بر ثانیه به نواحی دور اقیانوس هند (از مالدیو و سریلانکا تا هند، بنگلادش، تایلند و اندونزی در فواصل ۲۰۰ تا حدود ۲۵۰۰ کیلومتری حمله ور شده است). با در نظر گرفتن سرعت

بهداشت شهرستان مراغه، پایگاه انتقال خون تبریز، اداره کل امور زندانهای استان و اداره زندان مراغه با صرف اعتبار پنجاه میلیون ریال و با موفقیت کامل انجام یافت که نتایج نهایی پس از اتمام آزمایش نمونه‌های تهیه شده ارایه خواهد شد.

- به منظور ارتقای سطح سلامت روانی جامعه بخصوص دانش‌آموزان در مورخه‌های ۲ و ۳ دی، ۱۱ و ۱۲ و همچنین ۱۷ و ۱۸ بهمن ماه سال ۱۳۸۳ سه دوره کارگاه دو روزه مهارتهای زندگی برای معلمان پایه چهارم ابتدایی در مرکز کشوری مدیریت سلامت توسط گروه پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها برگزار گردید.

- در راستای اجرای برنامه‌های کاهش آسیب و با توجه به اهمیت جایگاه زندانها در اجرای این برنامه‌ها، در سه ماهه آخر سال ۱۳۸۳ طرح درمان نگهدارنده با متادون (MMT) توسط کلینیک مثلی زندان مرکزی تبریز شروع گردید.

- در بهمن ماه سال ۱۳۸۳ جهت ارائه خدمت مشاوره‌ای و آزمایشگاهی رایگان برای افراد در معرض خطر آلودگی به AIDS/HIV و بیماریهای آمیزشی، پایگاه مشاوره‌ای بیماریهای رفتاری شهرستان میانه شروع بکار نمود.

- هفتمین دوره عملیات پایگاههای دیده‌وری استان در سطح زندانهای تبریز و مرز ورود و خروج جلفا در سال ۱۳۸۳ با موفقیت به پایان رسید.

- در تاریخ‌های ۱۵ و ۳۰ دی، ۱۴ بهمن و ۵ اسفند ۸۳ در معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، کنفرانس یک روزه سل با شرکت اساتید گروه ریه، رادیولوژی، کودکان و عفونی دانشگاه، برای پزشکان مراکز بهداشتی درمانی استان برگزار گردید.

مختلف هر دو جنس نیز چنین رابطه‌ای بین BMI و BMD تأیید شد.

نتیجه گیری: از نتایج فوق چنین استنباط می شود که رابطه معکوسی بین شاخص توده بدنی با شیوع استئوپنی و استئوپروز در تمام گروه های سنی مورد مطالعه در هر دو جنس وجود دارد.

منبع: طرح جامع پیشگیری، تشخیص و درمان پوکی استخوان در کشور نویسندگان: دکتر امیر بهرامی، سعید پوردولتی، سید علی بلندی، دکتر علیرضا نیک نیاز، دکتر احمد کوشا و حبیب سهرابی

خبر خبر خبر خبر

- از اول دی لغایت ۱۵ بهمن ماه سال ۱۳۸۳ طرح نظام مراقبت بیماریهای غیرواگیر در کلیه شهرستانهای استان و بر اساس راهنمای جامع طرح به مرحله اجرا درآمد. این طرح به صورت همزمان در سطح کلیه شهرستانهای کشور نیز اجرا گردید و هدف از آن تعیین میزان عوامل خطر بیماریهای غیرواگیر در جمعیت کشور و طراحی انجام مداخلات بعدی است. در اجرای این برنامه پرسشگران منتخب، مسئولین و کارشناسان واحد بیماریهای شهرستان، بهورزان و سایر پرسنل شبکه‌های بهداشت و درمان همکاری نمودند.

- در بهمن ماه سال ۱۳۸۳ از تاریخ ۱۱/۱۱/۸۳ لغایت ۱۵/۱۱/۸۳ طرح دیده‌وری ایدز و هپاتیت در زندان مراغه جهت غربالگری مددجویان زندان مراغه از نظر آلودگی به ویروس ایدز و هپاتیت B و C به مرحله اجرا گذاشته شد. این طرح با همکاری و مشارکت مرکز بهداشت استان، مرکز

موج، مدت زمان ۲۰ دقیقه تا حدود دو و نیم ساعت طول کشیده است تا این امواج به سواحل یاد شده برسند. عمق این زلزله ۱۰ کیلومتر بوده و فاصله آن به ترتیب ۲۵۰ کیلومتر با سوماترا در اندونزی، ۱۲۶۰ کیلومتر با بانکوک در تایلند و ۱۶۰۵ کیلومتر با جاکارتا پایتخت اندونزی بوده است. پس از وقوع این زمین لرزه، زمین لرزه‌های مهیب دیگری نیز به وقوع پیوسته که بزرگترین آنها به ۷/۳ ریشتر در اقیانوس هند، ۶/۱ ریشتر و دو زمین لرزه ۶ ریشتری در حوالی اندونزی بوده است. وقوع این زمین لرزه‌ها امواج عظیمی را به وجود آورد که خسارات فراوانی را به سواحل بنگلادش، اندونزی، تایلند و سریلانکا و حتی هند وارد آورده است.

به گزارش سازمان بهداشت جهانی ۵ میلیون انسان بی‌خانمان شده‌اند، صدها هزار تن از آنان در معرض بیماری‌های واگیر قرار دارند و بیش از ۲۳۰ هزار نفر جان باخته‌اند.

بدون شک یکی از مهمترین خساراتی که بشر متحمل می‌شود افزایش وقوع بلایای طبیعی است. بطور متوسط در اثر بلایای طبیعی هر ساله ۳۳۵ هزار نفر کشته و ۳۶ میلیارد دلار خسارات اقتصادی وارد می‌گردد.

۹۵٪ از کشته شدگان مربوط به کشورهای در حال توسعه است. بنابراین می‌توان گفت کشورهای در حال توسعه چه از نظر جانی و چه از نظر اقتصادی بطور نسبی درصد

خسارت بیشتری را متحمل می‌گردند. این مطلب لزوم مدیریت صحیح بلایای طبیعی را در این کشورها به اثبات می‌رساند.

مرور وقایع گذشته و آمارهای بهداشتی در طول ۲۰ سال گذشته نشان می‌دهند بلایای طبیعی باعث مرگ بیش از ۳ میلیون و حداقل ۸۰۰ میلیون نفر زخمی در جهان شده است. تنها طی سالهای ۱۹۹۶-۱۹۸۷ خسارتهای ناشی از بلایای عظیم به بیش از ۴۰۰ میلیارد دلار رسیده و این در حالی است که در دهه قبل میزان خسارتهای ۱۴۷ میلیارد و در دو دهه قبل یکصد میلیارد دلار گزارش شده بود.

در راستای سیاستهای فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی جمهوری اسلامی ایران و همسویی با اقدامات بشر دوستانه سازمان ملل متحد در پی اعلام سالهای ۲۰۰۰ - ۱۹۹۰ میلادی بعنوان دهه کاهش بلایا و بسیج جامعه جهانی برای مقابله با بلایای طبیعی لایحه قانونی تشکیل کمیته ملی کاهش اثرات بلایای طبیعی توسط وزارت کشور تهیه و در نهم مرداد ماه ۱۳۷۰ از تصویب مجلس شورای اسلامی و در تاریخ شانزدهم مرداد ماه همان سال از تصویب شورای نگهبان قانون اساسی گذشت. آئین نامه اجرایی این قانون مشتمل بر ۱۴ ماده در تاریخ دوازدهم اردیبهشت ماه ۱۳۷۲ به تصویب هیأت وزیران رسید. هدف از تشکیل این کمیته ملی، مبادله اطلاعات، مطالعات، تحقیقات علمی و پیدا کردن راهکارهای

خاطره

دکتر مهرداد گلزاری

کارشناس گروه پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها

در دوران انترنی مشغول معاینه و شرح حال گرفتن از یک آقای چاق که با تشخیص انفارکتوس میوکارد در بخش قلب بستری شده بود، بودیم. مشغول مطالعه نوار قلبی ایشان بودم که متوجه امواج P غیر طبیعی در نوار قلبی ایشان شدم. رو به همکلاسی‌هایم کردم و گفتم: «بچه‌ها ببینید، P هایش غیرطبیعی است». مریض نیز که کنجکاوانه صحبت‌های ما را دنبال می‌کرد، در حالی که اشاره به شکم چاقش می‌کرد گفت: «هر چی می‌کشم از دست این پیه‌های صاحب مرده است!»

نکاتی که باید مردان و زنان در

قبال همسرانشان بدانند

ستار اعتمادی

کارشناس واهد رایانه مرکز بهداشت استان

زندگی زناشویی پیوندیست مقدس میان زن و مرد که استحکام آن را روابط بسیار ظریف و نامحسوس تقویت می‌کند. اصولاً نیازهای روحی مردان و زنان با یکدیگر متفاوت است و درک این تفاوت‌ها جهت شروع و ادامه یک زندگی موفق از امور بسیار ضروری زندگی زناشویی است. دامنه این روابط ظریف بسیار گسترده است. این مقاله سعی می‌نماید تا تعدادی از این موارد مهم را یادآوری نماید. زنان و مردان برای راضی

منطقی جهت پیشگیری و کاهش اثرات انواع بلایای طبیعی شناخته شده در کشور است.

در نهایت می‌توان گفت مهمترین راه حل کاهش آسیب پذیری در برابر بلایای طبیعی ایجاد ستادهای مدیریت بحران در شهرستانها است. از سوی دیگر افزایش آگاهی مردم در مورد خطرات ناشی از بلایای طبیعی و ایجاد تغییرات در رفتار مردم ضرورت دارد و مردم با فراگیری آموزش‌های مناسب، می‌توانند خود را طوری سازماندهی نمایند که در مقابل بلایای طبیعی پیشگیری و خود امدادی نمایند.

در این راستا بعنوان آخرین پیشنهاد، رعایت موارد و نکات ایمنی در مراکز اداری قبل از وقوع زلزله باید مد نظر قرار گیرند که کسب آمادگی برای یک زمین لرزه در ساختمانهای اداری به دو شکل زیر امکان‌پذیر خواهد بود:

- ۱ - ایمن سازی وسایل داخل ساختمان با استفاده از ابزار و امکانات مناسب.
- ۲ - آمادگی افراد و ساکنین ساختمان برای عملکرد صحیح در حین و بعد از زمین لرزه با رعایت و بکار بستن توصیه‌های ایمنی در محیط کار که می‌توانند خود و همکارانشان را در برابر وقوع زلزله احتمالی ایمن کنند.

منابع:

- ۱- گزارش اولیه زلزله سوماترا توسط آقای دکتر مهدی زارع استادیار پژوهشگاه بین‌المللی زلزله شناسی
- ۲- خبرگزاری سلام، یکشنبه ۶ دی ۸۳
- ۳- سایت پژوهشگاه بین‌المللی زلزله شناسی و مهندسی زلزله
- ۴- سایت بهره برداری از نواحی و سواحل ایران
- ۵- سایت مدیریت کاهش اثرات بلایای طبیعی

کردن همسرانشان باید نیازهای زمانی و مکانیشان را بدانند و به آنها توجه نمایند. نتایج شگرف انجام کارهای جزئی: به راستی وقتی مردی برای همسرش کارهای جزئی اما متعدد انجام می‌دهد، انگار معجزه‌ای به وقوع می‌پیوندد. زن می‌داند که شوهرش او را دوست دارد و همچنین سبب می‌شود زن قابل اعتمادتر و دوست‌داشتنی‌تر به نظر برسد. اصولاً انجام کارهای جزئی برای زن و مرد التیام‌بخش است. در واقع این اقدامات جزئی، رنجشهای زن را التیام می‌بخشد، در نتیجه مرد خود را موجود قدرتمند، مثبت و مؤثر می‌یابد. در این شرایط زن و مرد هر دو به خواسته‌های خود می‌رسند، در این جا زن هم باید متقابلاً از این اقدامات شوهرش سپاسگزاری نماید. زن با یک تبسم و با یک تشکر می‌تواند شوهرش را آگاه سازد که قدر خدمات او را می‌داند و با این اعمال به تدریج عشق بیش از پیش میان زن و شوهر ابعاد وسیع‌تری پیدا می‌کند. نکته دیگر این که مردها وقتی فهمیدند که زن و سایر افراد خانواده چه نیازی به او دارند، متوجه اهمیت توجه بیشتر خود به زن و اعضای خانواده می‌شوند، و متقابلاً خود نیز بیش از پیش مورد مهر و محبت قرار می‌گیرند. زنها باید بدانند اگر بخواهند به همسرشان انگیزه‌ای بدهند تا بیشتر به خانواده توجه نماید، به آرامی از درخواست خدمات اضافی خودداری کنند.

زن را به دخالت بیجا در کارش متهم می‌سازد. بگذارید مردان هنگام حل مشکلاتشان با خود باشند و خلوت آنها را بر هم نزنید و تا زمانی که خودشان نخواستند در مشکلاتشان شریک نشوید. آگاهی از این مطلب برای اکثر زنها بسیار مفید است. به همین صورت اصولاً در طبیعت زنها از تند باد اثری نیست. هر گاه زنی ناراحت می‌شود، همه هم‌جنسان آنها درگیر می‌شوند و سعی می‌کنند با طرح سؤالاتی مختلف از علت ناراحتی او مطلع شوند. زنان دوست دارند بر عکس مردان ناراحتی‌هایشان را با دیگران تقسیم کنند. بنابراین در این مواقع مردان باید پا پیش بگذارند و در مشکلات همسرانشان شریک شوند.

برخی از کارهای بسیار کوچک از طرف مردان با اثری بسیار شگرف، جهت جلب علاقه همسرانشان به قرار زیر است:

- ۱- وقتی از خانه بیرون می‌روید از او بپرسید آیا چیزی لازم ندارد تا برای او بخرید. خانم‌ها معمولاً لیستی از اقلام ضروری منزل را حفظ هستند.
- ۲- از محل کار خود حداقل یک بار در روز به او زنگ بزنید و حالش را بپرسید و اگر اتفاقی جالب برایتان افتاده برای او هم تعریف کنید. ناراحتی و مشکلات محل کارتان را برای همسرتان به ارمغان نیاورید.
- ۳- اگر برای انجام کاری از شهر خارج می‌شوید به او زنگ بزنید و مقصد خود را به او اطلاع دهید.

- ۴- جهت مناسبت‌های ویژه و هرازگاه بدون دلیل به او شاخه گلی هدیه نمایید. خانم‌ها از گل بسیار خوششان می‌آید.
- ۵- زمانی که همسرتان خسته به نظر می‌رسد، اگر شام تهیه نشده، خود اقدام به تهیه آن نمایید و اگر مقدور باشد دست در جیب کنید و او را جهت صرف شام بیرون ببرید.
- ۶- همیشه به حالت چهره و طرز لباس پوشیدنش و نیز تغییرات در آرایش او توجه نموده و از او تعریف کنید.
- ۷- اگر ناراحت است به احساساتش ارزش دهید و اگر خسته است در کارهای خانه به او کمک کنید و با او به مهربانی حرف بزنید.
- ۸- اگر دیر به منزل خواهید رسید، حتماً قبلاً او را در جریان امر قرار داده و علت دیر آمدنتان را توضیح دهید.
- ۹- وقتی با شما حرف می‌زند، مجله یا روزنامه را به کناری بگذارید و تلویزیون را خاموش کنید و همه توجه خود را با نگاه کردن به چشمهای او و گوش کردن به حرفهایش معطوف نمایید.
- ۱۰- به بهداشت شخصی خود توجه کنید و با قامتی آراسته و تمیز با وی روبه رو شوید و حتماً روزی چند بار علاقه خود را به همسرتان ابراز کنید.
- ۱۱- برای لباس پوشیدنش زمان کافی در نظر بگیرید و هیچ وقت او را از نظر زمان تحت فشار قرار ندهید، چرا که خانمها قبل از رفتن

جذام

دکتر ملیحه طالبی

کارشناس گروه پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها

دیگر نباید از جذام ترسید، جذام به راحتی قابل درمان بوده و درمان رایگان آن در دسترس است

جذام یک بیماری عفونی مزمن است که توسط باسیل اسید فست و میله‌ای شکل مایکوباکتریوم لپرا ایجاد می‌شود. حذف جذام به عنوان یک مشکل بهداشت همگانی، به معنی کاهش میزان شیوع جذام به کمتر از یک مورد در ده هزار نفر می‌باشد.

تشخیص جذام:

مورد جذام به شخصی اطلاق می‌گردد که یک یا چند مورد از موارد زیر را دارد و هنوز دوره کامل درمان را دریافت نکرده است:

- ضایعه یا ضایعات پوستی کم‌رنگ (هیپو پیگمانته) یا قرمز رنگ همراه با از دست دادن مشخص حس
- آسیب به اعصاب محیطی که با از دست دادن حس و ضعف ماهیچه‌های دست‌ها، پاها و یا صورت تظاهر می‌کند.
- اسمیرهای پوستی مثبت.

افراد بهبود یافته که معلولیت به جا مانده از جذام دارند، بیمار جذامی تلقی نمی‌شوند. مورد جدیدی: شخصی است که به عنوان مورد جذامی شناسایی شده و تا به حال درمان چند دارویی (MDT) دریافت نکرده است.

به مهمانی تشریفات ویژه‌ای دارند که مردان معمولاً از آنها سردر نمی‌آورند!

۱۲- در مهمانی‌ها بیشتر به او توجه کرده و در جمع‌های خانوادگی از وی تعریف نمایید.

۱۳- او را مهمتر از بچه‌ها در نظر بگیرید. بگذارید فرزندان بدانند که شما با مادرشان چگونه رفتار می‌کنید، چرا که آنان نیز در آینده رفتارهای مشابهی را با همسرانشان خواهند داشت.

۱۴- اگر مقاله جالبی را در روزنامه پیدا کردید که مورد توجه همسران نیز است آن را جدا نموده و برای همسران بخوانید.

۱۵- در شستن ظرفهای آشپزخانه به او کمک کنید و از دست پخت او تعریف کنید. اگر از شما در مورد غذای مورد علاقه‌تان سؤال می‌کند، حتماً یک یا دو نوع غذای مورد علاقه خودتان را بیان کنید.

۱۶- در طول یک شبانه روز یا حداقل هفته‌ای دو یا سه بار لحظاتی را با هم تنها باشید و درباره موضوعات مورد علاقه طرفین صحبت کرده و پیاده روی نمایید.

۱۷- به او بگویید وقتی از او دور می‌شوید، واقعاً دلتان برایش تنگ می‌شود. زن برای این که احساس کند شوهرش او را دوست دارد باید از ناحیه همسرش بارها و بارها مورد محبت قرار گیرد.

برگرفته از: کتاب مردان مریخی و زنان ونوسی

۱- یک یا چند ضایعه پوستی مشخص باید از نظر فقدان حس آزمایش شوند.

۲- برای مشخص کردن کلفتی یا حساس بودن اعصاب، تنه‌های اعصاب محیطی اصلی باید لمس شوند.

۳- دست‌ها، پاها و چشم‌ها باید معاینه شوند و در صورت وجود هر گونه معلولیت، با توجه به سیستم درجه‌بندی WHO، طبقه‌بندی شوند. (معلولیت درجه صفر، یک و دو)

به دلیل شیوع فزاینده عفونت هپاتیت B و ویروس نقص ایمنی اکتسابی (HIV)، در اغلب کشورهای که جذام در آن‌ها همچنان آندمیک است، تعداد برداشت نمونه پوستی و جمع‌آوری نمونه باید به حداقل لازم محدود شود. به یاد داشته باشیم که تمام روش‌هایی که طی آنها پوست سوراخ می‌شود، خطر بالقوه انتقال عفونت HIV و هپاتیت B را به همراه دارند.

چگونه هوشیاری جامعه را افزایش دهیم؟

علایم جذام معمولاً در مراحل اولیه بیماری کم هستند. گاهی اوقات بیماران ممکن است زمانی بیماری خود را گزارش کنند که بیماری در مراحل آخر و کاملاً آشکار شده‌ای قرار دارد. فعالیت‌های زیر ممکن است به گزارش زودرس بیماری کمک کنند:

- جامعه را نسبت به علایم و نشانه‌های جذام، با تأکید بیشتر بر قابل درمان بودن آن و

مورد مجدد: کسی که معمولاً با علایم به جا مانده از جذام، دوره ناقص MDT را گذرانده است، اما در حال حاضر دوباره به عنوان یک مورد جدید تشخیص داده شده و مجدداً درمان MDT برای او شروع شده است.

مورد غیبت: کسی که به عنوان مورد جذام شناسایی و درمان MDT او شروع شده ولی دوره درمان را تکمیل نکرده و یا در ۱۲ ماه متوالی دوره MDT را دریافت ننماید.

مسئولیت اخلاقی در تشخیص جذام:

تشخیص جذام برای خود فرد و خانواده وی یک موضوع جدی است. در صورت وجود شک باید از بیان تشخیص خودداری نموده و فرد را به عنوان مورد مشکوک طبقه‌بندی نمود. در باره علایم و نشانه‌های شایع بیماری به فرد اطلاعاتی را داده و از او خواسته می‌شود که ۶ ماه بعد یا در صورت بدتر شدن علایم و نشانه‌ها مجدداً مراجعه نماید، و یا می‌توان فرد را به سایر پزشکان متخصص (متخصص پوست یا اعصاب) ارجاع داد تا تشخیص بیماری قطعی شود.

معاینه بیمار جذامی:

۱- ترجیحاً در روز (در معرض نور آفتاب) باشد.

۲- ضمن احترام به مسایل خصوصی بیمار، تمام سطح بدن وی باید معاینه شود.

۳- در یک نمودار ساده از بدن، محل ضایعات پوستی باید علامت گذاری شود.

تشویق بیماران به درمان بدون درنگ بیماری خود آگاه کنید.

- مکان و زمان خدمات در دسترس را به اطلاع جامعه برسانید.
- جامعه را از رایگان بودن درمان آگاه کنید.

- جامعه را از این که شروع بدون درنگ درمان به پیشگیری از معلولیت منجر خواهد شد مطلع کنید.

- از معتمدین محلی، معلمان، افراد مذهبی و پزشکان سنتی درخواست نمایید که در فعالیت‌های آموزش بهداشت مشارکت نمایند.

- از روزنامه‌ها، رادیو و تلویزیون محلی برای آموزش عموم استفاده کنید.

پس از سال ۲۰۰۵ نیز تعداد بسیار کمی موارد جدید ابتلا به جذام دیده خواهد شد، زیرا افرادی وجود دارند که سالها قبل به باسیل جذام آلوده شده‌اند، ولی به علت دوره نهفتگی طولانی این بیماری، سالها بعد علائم آن ظاهر خواهد شد. به هر حال با ادغام خدمات و افزایش پوشش MDT در مناطق با پوشش کم و افزایش آگاهی جوامع نسبت به بیماری، موارد جدید آن به صورت ثابتی کاهش خواهد یافت.

مهمترین پیام‌ها در باره جذام برای جامعه چیست؟

ارتباط با بیماران در خصوص معالجه و همچنین تأکید بر درمان رایگان باید مثبت و

جذاب باشد. مهم است که پیام‌ها ساده، روشن و مثبت باشد، به نحوی که کمک کند تا ترس از بیماری از بین برود.

برخی از این پیام‌ها می‌تواند شامل:

- جذام توسط یک میکروب به وجود می‌آید، نه ارثی است و نه یک نفرین
- جذام به راحتی، تنها با نشانه‌های بالینی قابل تشخیص است. یک لکه قرمز رنگ و یا کمرنگ و بی حس می‌تواند نشانه جذام باشد.
- MDT میکروب‌ها را می‌کشد و از پخش عفونت جلوگیری می‌کند، پس از اولین دوز MDT بیمار تحت درمان، دیگر آلوده کننده نیست.

- رژیم MDT به صورت رایگان در تمام مراکز بهداشتی وجود دارد.

- جذام را می‌توان کاملاً درمان نمود.

- درمان منظم و زود هنگام از تغییر شکل اندام‌ها جلوگیری می‌کند.

- بیمارانی که درمان خود را تکمیل نموده‌اند بهبود یافته تلقی می‌شوند، حتی اگر عوارض پوستی و یا معلولیت باقیمانده داشته باشند.

- بیماران پس از درمان می‌توانند یک زندگی طبیعی را ادامه دهند.

مطلوب‌ترین حالت برای جامعه این است که افراد به اندازه‌ای در باره بیماری آگاهی داشته باشند که با اولین نشانه مشکوک جهت

- از طریق خوراکی به سادگی تجویز می‌شود.

- به صورت بسته بندی برای مصرف ۴ هفته‌ای در دسترس است.

- در شرایط معمولی قابل نگهداری است.

توقف استفاده از اسمیر پوستی برای تشخیص:

- نیازی به انجام اسمیرهای پوستی برای تشخیص و طبقه‌بندی به منظور پایش پیشرفت درمان جذام وجود ندارد.

- جذام به سادگی با یافته‌های بالینی قابل تشخیص و طبقه‌بندی است.

- رژیم‌های درمانی MDT استاندارد بوده و معمولاً نیازی به تغییرات میان دوره درمانی با توجه به نتایج اسمیر نیست.

- بهبودی در جذام وابسته به تکمیل دوره درمانی MDT است.

- اسمیرهای پوستی از بیشتر بیماران جذامی نتایج منفی به دنبال داشته است.

- روش‌هایی که با سوراخ شدن پوست همراه است و ضرورتی به انجام آن‌ها نیست غیر اخلاقی بوده و علاوه بر دردناک بودن، خطر جدی عفونت به ویژه HIV و هپاتیت را به دنبال دارد.

انجام اسمیر پوستی به ویژه برای بررسی‌های خاص (مثل تردید در موارد مقاوم یا عود) و اهداف تحقیقاتی، به مراکز ارجاعی محدود می‌شود.

تشخیص و درمان به موقع مراجعه کنند. این حالت نیازمند ارایه راهکارهای ارتباطی ویژه‌ای است که با فرهنگ و رسوم جوامع متناسب باشد تا اطمینان از دسترسی آسان به خدمات جذام حاصل شود.

در عوض، بررسی‌های خانه به خانه بسیار وقت گیر است و به منابع مالی و انسانی زیادی نیاز دارد. همچنین بسیاری از بیماران و افراد خانواده آنان بی‌دلیل دچار تنش زیادی می‌شوند که به رد تشخیص توسط بیماران منجر شده و در نتیجه درمان نمی‌شوند. همچنین بیماریابی فعال با درصد بالایی از خطا همراه است.

چرا MDT یکی از مؤثرترین و مقرون به صرفه‌ترین مداخله‌ها در سیستم بهداشتی است؟

- جذام را درمان و سرایت آن را متوقف می‌کند.

- میزان عود را کاهش داده است. (کمتر از یک در صد)

- مقاومت دارویی نسبت به ترکیب دارویی MDT گزارش نشده است.

- عوارض جانبی بسیار کمی دارد.

- با شروع زودرس درمان، از بروز ناتوانی جلوگیری می‌شود.

- کارکنان بهداشتی به راحتی آموزش می‌بینند که چگونه آن را تجویز نمایند.

اسید فولیک و نقش آن در پیشگیری از حوادث قلبی عروقی

دکتر مهرداد گلزاری

کارشناس گروه پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها

با شنیدن نام اسید فولیک بی‌اختیار به یاد آنمی مگالوبلاستیک و یا نقص لوله عصبی نوزادان (NTD) می‌افتیم. ولی اسید فولیک در ورای تأثیر شگرفش در درمان و پیشگیری از بیماری‌های نامبرده، اثر بسیار مهم و حیاتی به جهت پیشگیری از حوادث قلبی عروقی را نیز دارد. اسید فولیک با پیشگیری از تجمع Homocysteine در خون مانع از بروز تقریباً یک‌سوم موارد بیماری‌های قلبی عروقی، انفارکتوس میوکارد و همچنین ترومبوز وریدهای عمقی و بیماری‌های عروق محیطی می‌شود. هموسیستین آمینواسیدی است که غلظت بالای آن در خون باعث آسیب آندوتلیال عروق و تغییراتی در فعالیت انعقادی شده و از ریسک فاکتورهای عمده برای بیماری‌های قلبی عروقی بشمار می‌رود. تاکنون بیش از ۱۰۰ مطالعه در مورد ارتباط بین افزایش سطح هموسیستین و افزایش ریسک حوادث قلبی عروقی انجام گردیده است. غلظت هموسیستین رابطه مستقیمی با تغذیه و وراثت دارد. خطر افزایش هموسیستین خون مشابه خطر افزایش کلسترول خون می‌باشد.

تب‌های خونریزی دهنده

دکتر مرتضی سعادت‌فراه

کارشناس گروه پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها

تب‌های خونریزی دهنده ویروسی تعدادی از بیماری‌های عفونی مشترک بین انسان و حیوان هستند که اغلب با علائم و نشانه‌هایی نظیر تب، دردهای عضلانی، ضعف و اشکالی از خونریزی در قسمت‌های مختلف بدن تظاهر می‌کنند. این بیماری‌ها بدلیل مشکلات کنترل و گستردگی جهانی از یک طرف و احتمال همه‌گیری و سوء استفاده از بیماری در جنگ‌های بیولوژیک از طرف دیگر حائز اهمیت بسیار هستند. در مقاله حاضر تعدادی از این بیماری‌ها با خصوصیات اپیدمیولوژیک آنها و با تأکید بیشتر تب‌های خونریزی دهنده کریمه-کنگو، تب دره ریفت و تب دانگ مورد بحث قرار خواهند گرفت و در انتها راه‌های کنترل و پیشگیری از این بیماری‌ها خصوصاً در کارکنان بهداشتی درمانی اشاره می‌گردد.

تب خونریزی دهنده کریمه-کنگو (CCHF)

عامل بیماری از جنس Nairovirus از خانواده Bunyaviridae می‌باشد. بیماری از طریق تماس با خون و ترشحات انسان یا حیوان آلوده و هم از طریق نیش گونه‌های مختلف کنه هیالوما (Hyaloma) آلوده به انسان و حیوان منتقل می‌شود. فرم حاد و

کشنده بیماری در انسان بیشتر از دام دیده می‌شود. انتشار جغرافیایی ویروس بسیار گسترده بوده و در حال حاضر موارد بیماری از اغلب کشورهای جهان و همچنین ایران گزارش می‌شود. بیماری از سالها قبل در ایران شناخته شده بود ولی اولین مورد بالینی تأیید شده با کشت ویروسی و آزمایش‌های سرولوژیک در سال ۱۳۷۸ از شهرکرد گزارش گردید و از آن زمان تاکنون صدها مورد مشکوک که برخی از آنان با آزمایش سرولوژی تأیید شده‌اند از شهرهای مختلف کشور (بیشترین موارد از استانهای سیستان و بلوچستان، اصفهان و گلستان) گزارش گردیده است. بیماری در انسان در اکثر موارد بعد از دوره کمون ۲ تا ۷ روزه با علائم تب بالا، سردرد شدید، لرز، درد عضلانی، تهوع و استفراغ، درد مفصلی و درد اپی‌گاستر شروع می‌شود. طیف بیماری از شکل خود محدود شونده تا درگیری ارگانهای مختلف با خونریزی‌های متعدد و مرگ متفاوت است. مرحله دوم بیماری پس از ۲ تا ۵ روز با علائم خونریزی از اعضای مختلف بدن به اشکال گوناگون شروع می‌شود (پتشی و اکیموز پیشرونده پوست و مخاطات و اپیستاکسی، هماتمز، ملنا، هماتوری، منومتروآزی و ...) در این مرحله بیماران از تشنگی شدید، درد کمر، دل‌درد و استفراغ شاکی بوده و دچار بی‌قراری، اختلال تکلم و گاهی خواب

استفاده روتین از اسید فولیک در مردان بالای ۴۵ سال و زنان بالای ۵۵ سال آسان‌ترین و کم‌خرج‌ترین روش کاهش مرگ‌های ناشی از حوادث قلبی عروقی است. مطالعات، مؤید این مطلب هستند که سیاست غنی‌سازی مواد غذایی با استفاده از اسید فولیک باعث کاهش ۸٪ از حوادث قلبی عروقی در خانم‌ها و ۱۳٪ در آقایان شده است که از نظر کاهش میزان مرگ و میر قابل توجه است. همچنین مصرف روزانه یک میلی‌گرم اسید فولیک سطح هموسیستین خون را تا حدود ۲۵٪ کاهش داده و باعث کاهش ۳۰۰۰۰۰ مرگ و میر ناشی از حوادث قلبی عروقی در طول یک دوره ۱۰ ساله می‌گردد.

بنابراین مصرف روتین اسید فولیک برای دو گروه توصیه می‌شود:

- ۱) افرادی که بیماری قلبی عروقی دارند و یا در معرض خطر بروز این بیماری‌ها هستند.
- ۲) کلیه افراد بالای ۴۵ سال

انجمن قلب آمریکا، همچنین مصرف همزمان ویتامین B₁₂ و ویتامین B₆ به همراه اسید فولیک را برای افراد در معرض خطر بالای بیماری‌های قلبی عروقی توصیه می‌کند. اسید فولیک در میوه‌جات، غلات، سبزیجات سبز برگ پهن، لوبیا، آجیل و آب پرتقال وجود دارد.

منبع: <http://www.americanheart.org>

آلودگی می‌گردند و اگر عفونت ثانوی ایجاد نشود برادی‌کاردی در این مرحله واضحتر شده و در عده‌ای از بیماران هپاتواسپلنومگالی، تاکی‌پنه و بثورات غیرهموراژیک نیز ظاهر می‌شود. در ۳۰٪ موارد، بعلت خونریزی‌های شدید و آنمی ناشی از آن و ادم ریه و تجمع مایع پلور و درگیری‌های کبد و کلیه و...، مرگ اتفاق می‌افتد و در بقیه موارد بعلت درمان‌های دارویی و محافظتی و یا بصورت خود محدود شوند پس از ده روز از شروع بیماری علائم بهبودی شروع می‌شود.

تشخیص مظنون بیماری با نمره دهی معیارهای بالینی و تشخیص قطعی با تأیید سرولوژیک و کشت ویروسی داده می‌شود. درمان بیماری شامل کنترل و حفظ حجم خون و اجزای خونی بیمار و تجویز ریبوورین می‌باشد.

تب دره ریفت (Rift Valley Fever)

عامل بیماری ویروسی از جنس Phlebovirus از خانواده Bunyaviridae می‌باشد. بیماری اولین بار در دره ریفت کشور کنیا گزارش گردید و اغلب فرم حاد بیماری در حیوانات اهلی دیده می‌شود و انسان بطور اتفاقی از طریق خون و ترشحات آلوده یا از طریق گزش گونه‌هایی از پشه Aedes مبتلا می‌گردد. بیماری در بسیاری از کشورهای آفریقایی و اخیراً در یمن و عربستان نیز دیده شده است.

می‌باشد. انتشار این ویروس در سرتاسر کشورهای تروپیکال وجود دارد و تقریباً ۲/۵ میلیارد نفر در ۱۰۰ کشور در معرض خطر این بیماری هستند. اخیراً مواردی از بیماری در یمن و عربستان (جده و مکه) دیده شده است که موردی از مرگ را در پی نداشته است. افزایش موارد بیماری بدنبال زمین لرزه و تسونامی جنوب آسیا در این مناطق دیده شد.

بیماری معمولاً در کودکان زیر ۱۰ سال اتفاق می‌افتد و علائم بیماری بعد از ۲ تا ۷ روز دوره کمون با تب و سردرد، درد پشت چشم‌ها، دردهای مفصلی و بثورات پوستی شروع می‌شود و در شکل شدید بیماری تب شدید و ناگهانی، برافروختگی صورت، بزرگی کبد و اختلالات خونریزی دهنده در سطح پوست و یا دستگاه‌های داخلی بدن بروز می‌کند و در ۲ تا ۲۰ درصد موارد منجر به مرگ می‌گردد. تشخیص با روش‌های سرولوژیک اختصاصی میسر می‌باشد و درمان عمدتاً درمان حمایتی می‌باشد.

تب لاسا (Lassa fever)

ویروس لاسا از خانواده Arena virus بوده و مخزن آن جونندگان وحشی است و انتقال از طریق استنشاق فضولات این حیوانات و یا از راه پوست آسیب دیده بوده و مواردی از انتقال انسان به انسان نیز دیده شده است. انتشار بیماری در کشورهای آفریقایی است ولی موارد اسپورادیک و وارداتی بیماری نیز در

کشورهای اروپایی و آمریکایی دیده شده است. دوره کمون بیماری از یک تا ۲۴ روز متغیر است و علائم بیماری شامل درد ناحیه جناغ، گلودرد، درد پشت، سرفه، درد شکم، استفراغ، اسهال، التهاب ملتحمه، ادم صورت، پروتئینوری و خونریزی مخاطی است.

تب زرد (Yellow Fever)

این بیماری نیز جزو بیماری‌های آربوویروسی بوده و در آفریقای مرکزی و آمریکای جنوبی و مرکزی دیده می‌شود و از طریق گزش گونه‌هایی از پشه Aedes به انسان منتقل می‌گردد. دوره کمون بیماری ۳ تا ۶ روز بوده و بیماری با تب بالا و صورت برافروخته شروع شده و معمولاً در مدت کوتاه با علائم خفیف بهبودی حاصل می‌شود ولی در مواقعی که بیماری مانند سایر تب‌های خونریزی دهنده علائم شدید ایجاد می‌کند بیش از ۵ روز ادامه می‌یابد. تب زرد تنها بیماری از این دسته بیماری‌ها است که واکسن موثر علیه آن وجود دارد و در کشورهای اندمیک جزو برنامه واکسیناسیون قرار داده می‌شود. همچنین افرادی که قصد مسافرت به این مناطق را دارند بایستی علیه این بیماری واکسینه گردند.

سندرم ریوی هانتا ویروسی

این ویروس (Hantavirus) که از خانواده Bunyaviridae می‌باشد سبب بیماری حاد ریوی می‌شود. مخزن اصلی بیماری آهو و موش بوده و انسان از طریق استنشاق افشانه

آلوده به فضولات مبتلا می‌گردد. بیماری عمدتاً در آمریکا دیده شده و شروع بیماری شبیه آنفلوآنزا می‌باشد و در نهایت منجر به ادم ریوی غیر قلبی می‌گردد.

ابولا و ماربورگ

Ebola virus و Marburg virus از خانواده Filovirus می‌باشند و کشنده‌ترین نوع تب‌های خونریزی دهنده هستند. نحوه انتقال و منابع و مخازن این بیماری‌ها کاملاً مشخص نیست ولی نقش میمون‌ها همانند انسان بعنوان میزبان اتفاقی شناخته شده است. بیماری در ناحیه زیرصحرای آفریقا و فیلیپین دیده می‌شود. تب‌های خونریزی دهنده ناشی از فیلوویروس‌ها بعد از دوره کمون ۵ تا ۱۰ روز بصورت ناگهانی با تب، دردهای عضلانی و سردرد شروع شده و با تعدادی از علائم دیگر مانند تهوع، استفراغ، دردهای شکمی، اسهال، درد قفسه سینه، سرفه، گلودرد، ترس از نور، لنفادنوپاتی، درگیری ملتحمه، زردی و پانکراتیت همراه می‌گردد. با پیشرفت بیماری علائم نورولوژیک شامل خواب‌آلودگی، دیلیریوم و کوما همراه با اشکال مختلف خونریزی اضافه می‌گردد و در صورت کارایی سیستم ایمنی و اقدامات درمانی، در هفته دوم بیماری بهبودی با دوره نقاهت طولانی حاصل می‌شود ولی در غیر اینصورت بیمار وارد مرحله شوک همراه با نارسایی

ارگان‌های مختلف شده و اغلب با DIC، آنوری و نارسایی کبدی فوت می‌کند. **تب غرب نیل (West Nile Fever)** ویروس WNF از جنس Flavivirus از خانواده Flaviviridae می‌باشد. گفته می‌شود مخزن ویروس انسان و اسب بوده و از طریق گزش گونه‌های پشه Culex و انتقال خون، پیوند اعضا، انتقال از طریق جفت و شیر مادر انسان را آلوده می‌کند. بیماری در آفریقا، جنوب اروپا و شمال آمریکا دیده شده و جزو بیماری‌های نوپدید قلمداد می‌شود و با ایجاد مننگوانسفالیت موجب چندین اپیدمی و مرگ در این مناطق شده است.

کنترل و پیشگیری تب‌های خونریزی دهنده

بجز بیماری تب زرد که دارای واکسن مؤثر می‌باشد در بقیه بیماری‌های تب‌دار خونریزی دهنده عمده راه کنترل شامل مبارزه با ناقلین و مخازن این بیماری‌ها است. بنابراین کنترل جمعیت بندپایان از طریق بهسازی محیط و از بین بردن امکان تکثیر و زاد و ولد آنان از یک طرف و مبارزه با جوندگان و یا درمان بیمارانی که بعنوان مخزن عمل می‌کنند از طرف دیگر موجب پیشگیری از انتشار بیماری خواهد بود.

اقدامات کنترلی در هنگام بروز همه‌گیری

سازمان جهانی بهداشت در صورتی که یکی از انواع تب‌های خونریزی دهنده در منطقه شیوع پیدا کند موارد زیر را توصیه می‌کند:

۱. گزارش کامل از شرح‌حال و چگونگی شیوع بیماری در منطقه شامل مکان، زمان و شغل افراد و تهیه نمونه خون از آنان

۲. تقویت سیستم Surveillance شامل گزارش سریع بیماری

۳. آموزش کلیه پرسنل بهداشتی و درمانی در مورد تکنیک‌های محافظتی و درمان با ریابویرین

۴. تأمین و تدارک کافی دارو و ملزومات مورد نیاز جهت اخذ نمونه خون و انتقال آن

۵. ارسال سریع و صحیح نمونه سرم به آزمایشگاه رفرانس تشخیص آربوویروس (در ایران آزمایشگاه تشخیص آربوویروس در انستیتو پاستور تهران آماده قبول نمونه‌هایی که از طریق معاونت بهداشتی دانشگاه‌ها تهیه و ارسال می‌گردد می‌باشد)

اقدامات کنترلی در زمان شیوع بیمارستانی تب‌های خونریزی دهنده

امکان انتقال بیمارستانی تب‌های خونریزی دهنده کریمه-کنگو، تب لاسا، تب ابولا و ماربورگ و به میزان کمتری تب دره ریفت وجود دارد و در مواقع بروز عفونت بیمارستانی این بیماری‌ها بایستی به نکات زیر توجه نمود:

۱. کلیه پرسنل بهداشتی درمانی و خانواده آنان در این مواقع در معرض خطر ابتلا هستند.

۲. ویروس معمولاً بدن‌بال تماس مستقیم یا تماس‌های محافظت نشده مانند عدم استفاده از دستکش به افراد سالم منتقل می‌شود.

۳. در مواقع جابجایی ترشحات و نمونه‌های خونی و سایر نمونه‌های آزمایشگاهی بیماران بایستی اقدامات محافظتی کافی و کامل صورت پذیرد.

۴. وسایل و تجهیزات پزشکی آلوده می‌توانند خطرآفرین باشند لذا در هنگام کار بایستی ضمن رعایت اقدامات محافظتی این وسایل بروش صحیح ضدعفونی و استریل گردند.

۵. در صورت اصابت اتفاقی سرسوزن آلوده به ویروس CCHF، بایستی فرد تحت درمان کمپروپیلاکسی با ریابویرین به میزان ۲۰۰ میلی‌گرم دوبار در روز برای ۵ روز قرار گیرد.

۶. جداسازی این بیماران در اتاق مجزا بایستی اعمال گردد.

۷. پرستاران در حین مراقبت این بیماران بایستی از پوشش‌های مناسب استفاده نمایند و در بیمارستان بمقدار کافی از این وسایل موجود باشد.

۸. کلیه افرادی که جهت ویزیت و یا تهیه نمونه آزمایشگاهی و یا مراقبت و حتی ملاقات این بیماران در محل بستری حاضر می‌گردند بایستی ضمن محافظت خود از

تقدیر و تشکر

از کلیه افرادی که در برنامه کشوری نظام مراقبت عوامل خطر بیماری غیرواگیر همکاری داشته‌اند صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نماییم.

دعوت به همکاری :

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

پیام سلامتی

نشریه گروه کارشناسان پیشگیری و مبارزه با بیماریها

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

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

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

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

دبیرخانه نشریه :

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

کدپستی ۵۱۴۳۸۱۴۹۹۸ - تلفن ۰۵۱۱ - ۳۳۳۳۳۳۳۳ - فاکس ۰۵۱۱ - ۳۳۳۳۳۳۳۳

EMAIL: eazphc-cdc @ tbzmed.ac.ir

تیراژ ۳۰۰ نسخه

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

راه‌های سرایت این بیماری اطلاعات کافی داشته باشند.

۹. تمامی موارد بروز جدید بیماری در بیمارستان (مانند موارد قبلی بستری) بایستی سریعاً به واحد بیماری‌های مرکز بهداشت شهرستان گزارش گردند.

۱۰. آماده کردن، حمل و دفن اجساد بایستی بروش بی‌خطر بوده و خانواده فرد فوت شده باید از محدود شدن مراسم خاک‌سپاری و شیوه بهداشتی آن اطلاعات لازم کسب نمایند.

منابع:

- ۱- اپیدمیولوژی بالینی و کنترل بیماری‌های مرتبط با بیوتروریسم - دکتر حسین حاتمی
- ۲- نوپدیدی و بازپدیدی بیماریهای عفونی و سلامت حرفه‌های پزشکی - دکتر حسین حاتمی
- ۳- کنترل عفونت در تب‌های خونریزی دهنده و پروسی - سازمان جهانی بهداشت - ویرایش و بازبینی دکتر کامران حکیم‌زاده
- ۴- راهنمای کشوری مبارزه با بیماری تب خونریزی دهنده کریمه- کنگو
- ۵- تب دره ریفت - دکتر مسعود مردانی و دکتر مجید مرجانی

Case Case Case Case

دکتر مهرداد گلزاری

کارشناس گروه پیشگیری و مبارزه با بیماریها

فرد ۳۶ ساله‌ای با علائم پرنوشی و پرادراری و سابقه مثبت فامیلی دیابت مراجعه می‌کند. FBS در دو آزمایش جداگانه به ترتیب ۳۲۰ و ۲۹۰ بود. برای ایشان تشخیص دیابت نوع ۲ گذاشته شد. دید هر دو چشم کامل است. در کنار شروع اقدامات غیردارویی چه توصیه‌ای برای وی می‌کنید؟