

سخن اول

دکتر سیف‌فرشاد

سرپرست گروه پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها

یکی از عمده‌ترین عوامل مرگ و میر در جهان و خصوصاً کشور ما سوانح و حوادث است. بطوریکه دومین عامل مرگ و میر در کشور سوانح و حوادث می‌باشد.

در این بین، حوادث ترافیکی نقش بسیار زیادی در مرگ و میر و جراحات و ناتوانی‌ها دارد و بار بیماری ناشی از آن نیز قابل توجه است. قربانی شدن حدود ۱/۲ میلیون انسان در دنیا در طی سال در اثر حوادث ناشی از ترافیک و افزایش روز به روز آن بخصوص در کشورهای در حال توسعه و کشورهایی که درآمد سالیانه متوسطی دارند حاکی از شدت آن است. این تلفات بیشتر در بین موتورسواران، دوچرخه‌سوارها، عابرین و سرنشینان خودروهاست.

آسیب‌های ناشی از حوادث ترافیکی صرفاً به تلفات جانی آنها مربوط نیست، بلکه خسارت‌های مالی وارده قابل توجه و زیاد است و همچنین صدمات روحی و روانی که مجروحین حادثه و حتی خانواده‌های متوفیان تحمل می‌کنند نیز نباید فراموش شود. در ایران نیز آنچنان که عنوان می‌شود سالانه بیش از ۲۰ هزار نفر از هموطنان ما در اثر حوادث

ترافیکی جان خود را از دست می‌دهند و چندین برابر این آمار دچار جراحات می‌شوند که برخی از آنها حتی منجر به ناتوانی‌های دائمی می‌شود. در راستای موضوع یاد شده، سازمان جهانی بهداشت که برای هر سال یک موضوع را به عنوان شعار سال مطرح می‌کند، شعار سال ۲۰۰۴ خود را با عنوان «ایمنی جاده‌ها مساوی با عدم تصادف» انتخاب نموده است. این انتخاب نشانگر اهمیت موضوع است و نیاز به توجه بیشتر را در سطح جهانی مطرح می‌کند.

اثرات مهم مؤثر بر سلامت عمومی جامعه توسط تلفات ترافیکی، سیاست‌گذاران بخش سلامت و حتی بخش توسعه را باید به فکر چاره‌اندیشی اندازد. پاسخ به سؤال «چه عواملی روی میزان تصادفات و تلفات ناشی از آن نقش کاهنده یا افزایش‌دهنده دارند؟» نیازمند بررسی‌های دقیق است. حال آنکه پژوهشگران علل عمده تصادفات را در چند دسته کلی تقسیم‌بندی می‌کنند که عبارتند از:

۱) علل فردی که ناشی از عدم توجه رانندگان وسایط نقلیه و عابران به قوانین عبور و مرور است. از جمله کنترل سرعت، استفاده از کلاه و کمربند ایمنی، رعایت حق تقدم و عدم استفاده از نوشیدنی‌های الکلی و عدم مصرف مواد مخدر.



مرکز بهداشت استان
آذربایجان شرقی



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

گروه پیشگیری و مبارزه با بیماریها

محتوا

پیام سلامتی

فهرست مطالب :

۲	سخن اول
۳	اثرات سیگار بر روی اتیولوژی و پاتوژنز بیماری‌های پریودنتال
۵	اهمیت آموزش مهارت‌های زندگی (قسمت اول)
۷	بیماری وبای التور
۹	چربی‌های امگا - ۳
۱۱	جاده ایمن بدون تصادف
۱۳	وضعیت بیماری مالاریای استان در سال ۱۳۸۲
۱۶	طنز
۱۶	سیگار و مرگ ناشی از سل
۱۸	از کنگره‌ها چه خبر
۱۹	آشنایی با واحد بهداشت دهان و دندان
۲۱	Case
۲۳	قرص‌های شادی آور - طاعون قرن
۲۶	افزایش ریسک آرتریت روماتوئید در افراد سیگاری
۲۸	خبر
۳۰	کاهش نمک غذا
۳۱	برنامه جدید کشوری واکسیناسیون کودکان

۲) علل مربوط به وسایط نقلیه که ناشی از کارکرد نامناسب سیستم‌های مختلف وسایط نقلیه است و خصوصاً کهنه بودن وسایط نقلیه که حتی چندین دهه از عمر آنها می‌گذرد.

۳) علل جاده‌ای مربوط به اشکالات طراحی جاده‌ها و تقاطعات، کمبود یا فقدان علائم راهنما در مسیر جاده‌ها.

۴) علل مربوط به انتقال مجروحین توسط اورژانس‌های جاده‌ای که در رساندن مجروحان حادثه به مراکز درمانی تأخیر وجود دارد و این تأخیر سبب فوت وقت و در مواردی نیز منجر به فوت بیمار یا شاید ایجاد ناتوانی‌های دائمی شود.

باتوجه به عوامل یاد شده هر چند کاهش میزان تلفات با تأثیر در هر یک از علل یاد شده بسیار مشکل است، اما تعهد دولت، سیاست‌گذاران بخش‌های توسعه و سیاست‌گذاران بخش سلامت در پیگیری هر یک از راهکارهای لازم جهت رفع علل یاد شده از مهمترین قدم‌های رسیدن به جاده سالم است. اقدام در راستای کاهش میزان تلفات ناشی از تصادفات ترافیکی نیاز به همت و تعهد جدی سیاست‌گذاران، مجریان و نهایتاً ارتقای فرهنگ ترافیکی مردم دارد اما هر اقدام کوچکی نیز در رفع هر یک از این علل، اثرات بسیار مؤثری روی کاهش بار ناشی از حوادث ترافیکی خواهد داشت.

اثرات سیگار بر روی اتیولوژی و پاتوژن بیماری‌های پریدنتال

دکتر صالح مسین‌پور

کارشناس بهداشت دهان و دندان

افزایش شیوع و شدت تخریب پریدنتال به‌مراه استعمال دخانیات بیانگر این مطلب می‌باشد که تداخل عملهای معمولی میزبان و باکتری که در بیماری‌های پریدنتال مزمن دیده میشود در افراد سیگاری تغییر می‌کند و موجب تخریب بسیار شدیدتر بافت پریدنتال می‌شود. این عدم توازن بین مبارزه باکتری و پاسخ میزبان ممکن است مربوط به تغییر در محتویات پلاک‌های زیرلثه‌ای یا بدلیل افزایش تعداد یا افزایش ویرولانسی ارگانسیم‌های پاتوژن و تغییر در میزان پاسخ‌دهی میزبان یا ترکیبی از هر دو حالت فوق باشد.

پاسخ ایمنی میزبان به تجمع پلاک، اساساً محافظت کننده می‌باشد. در زمانی که لثه سالم است و یا در موارد ژنژیویت (التهاب لثه) فقط یک مبارزه بین باکتری و پاسخ ایمنی ناشی از بافت لثه پیش می‌آید. اما تخریبی در پریدونشیوم (بافتهای نگهدارنده دندان) ایجاد نمی‌شود. در مقابل به نظر می‌رسد پریدونتیت (التهاب بافتهای نگهدارنده دندان) با تغییری در تعادل میزبان - باکتری

همراه است که ممکن است با تغییری در ترکیب باکتریهای پلاک زیرلثه‌ای شروع شده باشد، یا بدلیل تغییر در پاسخ ایمنی یا ترکیبی از هر دو علت باشد. استعمال دخانیات اثر عمده‌ای بر روی بخشهای محافظت کننده سیستم ایمنی و پاسخ‌دهی آن دارد که منجر به افزایش وسعت و شدت تخریب پریدنتال می‌شود و به نظر می‌رسد که اثر مضر مصرف دخانیات به دلیل تضعیف پاسخ ایمنی در مبارزه با میکروب است. نوتروفیل یک عامل مهم در پاسخ میزبان نسبت به عفونت باکتریال می‌باشد و تغییر در تعداد نوتروفیل‌ها یا چگونگی عمل آنها ممکن است به عفونت موضعی و سیستمیک منجر شود. اعمال حیاتی نوتروفیل‌ها مشتمل بر کموتاکسی (حرکت از سیستم جریان خون به سمت محل عفونت)، فاگوسیتوز و کشتن بواسطه مکانیسم‌های اکسیداتیو و غیراکسیداتیو می‌باشد. نوتروفیل‌هایی که از جریان خون محیطی یا بزاق افراد سیگاری گرفته شده یا نوتروفیل‌هایی که در شرایط آزمایشگاهی در معرض دود تنباکو یا نیکوتین قرار گرفته باشند از نظر انجام اعمالی چون کموتاکسی، فاگوسیتوز و انفجارهای اکسیداتیو تغییراتی نشان می‌دهد. مصرف دخانیات سبب ایجاد اختلال در کموتاکسی و

فاگوسیتوز نوتروفیل‌های حفره دهان می‌شود. مطالعات آزمایشگاهی نیز بیانگر تغییراتی مضر در حرکت سلولی و انفجارهای اکسیداتیو نوتروفیل‌هایی است که در معرض فرآورده‌های تنباکو قرار گرفته‌اند. همچنین تولید آنتی‌بادی، برای فاگوسیتوز و کشتن باکتری ضروری می‌باشد، بخصوص سطح IgG_γ بر علیه پاتوژنهای پریدنتال در افراد سیگاری متبلا به پریدونتیت در مقایسه با افراد غیر سیگاری کاهش نشان می‌دهد این امر بیانگر این مطلب می‌باشد که افراد سیگاری برای مقابله با عفونتهای پریدنتال از سطح مقاومت کمتری برخوردار هستند. مصرف دخانیات در واکنش نوتروفیل‌ها در برابر عفونتهای پریدنتال ایجاد اختلال می‌کند و یا می‌تواند سبب افزایش آزادسازی آنزیمهای مخرب بافتی شود. تغییرات دقیق در مکانیسم ایمنی افراد سیگاری که موجب تخریب سریع بافتی می‌شود، تاکنون مبهم باقی مانده است.

مطالعات نشان داده است که علائم بالینی التهاب در افراد سیگاری در مقایسه با افراد غیرسیگاری کمتر واضح است. این مسئله ممکن است به دلیل تغییر در پاسخ التهابی در افراد سیگاری یا به دلیل تغییر در پاسخ عروقی بافت لثه اتفاق بیفتد. گرچه هیچ تفاوت معنی‌داری در vascular density لثه

سالم در بین افراد سیگاری و غیر سیگاری گزارش نشده است، ولی بنظر می‌رسد که پاسخ microcirculation به تجمع پلاک در افراد سیگاری در مقایسه با افراد غیرسیگاری متفاوت باشد. با پیشرفت التهاب، افزایش جریان مایع لته‌ای، خونریزی حین پروپ کردن (تعیین عمق پاکت دندانی) و میزان عروق خونی لته‌ای در افراد سیگاری کمتر از افراد غیرسیگاری بروز می‌کند. علاوه بر آن غلظت اکسیژن در بافت لته‌ای سالم در افراد سیگاری کمتر از افراد غیر سیگاری می‌باشد گرچه در حضور میزان متوسطی از التهاب چنین وضعی معکوس خواهد شد.

منبع: Carranza ۲۰۰۲-Clinical Periodontology

اهمیت آموزش مهارت‌های زندگی - قسمت اول

فریده میدرلو

کارشناس گروه پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها

در چند دهه اخیر با توجه به پیشرفتهای غیرقابل تصور در زمینه علوم و صنایع، بشر با مشکلات و مسائل عدیده‌ای مواجه گردیده است و دایم در حال دست و پنجه نرم کردن با آنان می‌باشد. گاه انسان امروزی قدرت فایق‌آمدن بر مسائل و مشکلات را نداشته و مقابله‌های ناقص و ناکارآمد وی، عوارض و مشکلات دیگری را سبب می‌گردد و روند

دارد. تغییر در ارزشها و جایگاه افراد و نوع برخورد بین آنان باید بگونه‌ای باشد که فرد در بیان احساسات خود کاملاً راحت و آسوده باشد. تغییر و تحولات صنعتی، اجتماعی، فرهنگی، شیوه زندگی و بیان احساسات باعث می‌شود که روشهای برقراری ارتباط و انتقال مفاهیم بین فردی هم دستخوش دگرگونی گردیده و متناسب با سایر تغییرات گردد. گاه دیده می‌شود که انسان در مسیر این همه تغییرات و جابجایی، وامانده و حتی حیران و سرگشته بدنبال خویشتن خویش در حال جستجو باشد. با این گم‌گشتگی، به احتمال زیاد ممکن است پا در مسیرهای منحرف و پر آسیب و خطرناک بگذارد. سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۹۳ در جهت پیشگیری اولیه و همچنین ارتقاء سطح بهداشت روان، برنامه مدونی را با عنوان «آموزش مهارت‌های زندگی» آماده و ارائه نموده است. هدف از اجرای این برنامه افزایش توانایی‌های روانی - اجتماعی افراد است تا با تجهیز آنان به توانایی‌های روانی - اجتماعی، افراد را قادر سازد که با تقاضاها و کشمکشهای زندگی روزمره، سازگارانه مقابله نمایند.

طبیعی است که انسان برای مقابله با مشکلات و تعارضات زندگی به کارکردهای مختلف و متنوعی نیاز دارد که متناسب با آنها

بتواند برخوردی منطقی و آینده‌نگرانه با کمترین عوارض احتمالی داشته باشد. در نهایت انسانها برای مقابله سازگارانه با استرس‌ها، موقعیتهای مختلف و کشمکش‌های زندگی نیاز دارند که مهارتهایی را کسب نمایند تا کاملاً مجهز، جهت برخورد با مسایل گام بردارند. مهارتهای مذکور بسیار زیربنایی بوده و در فرآیند رشد و تحول انسان تأثیرگذار می‌باشند. انسان به صورت جبری، برای رویارویی با مسایل زندگی نیاز به این مهارتها دارد و در صورت فقدان مهارتهای مطلوب و کارساز، جهت تعدیل فشارهای ناشی از عوامل استرس‌زا، ممکن است که به صورت آگاهانه و عمدی یا ناخودآگاه و غیرعمدی به روشهای ناکارآمد متوسل شود.

تحلیل بیشتر در زمینه مهارتهای زندگی نشان می‌دهد که برنامه‌های مختلفی که بر اساس آموزش مهارتها در زمینه ارتقای سلامت کودکان و نوجوانان اجرا شده است مشتمل بر چندین مهارت اصلی و اساسی هستند که عبارتند از توانایی تصمیم‌گیری، حل مسئله، تفکر خلاق، تفکر نقادانه و برقراری رابطه مؤثر، برقراری بین‌فردی سازگارانه، توانایی آگاهی از خود، همدلی با دیگران، مقابله با هیجان‌ها و استرس‌ها.

برنامه‌های مهارتهای اجتماعی (زندگی) در کشورهای مختلف اجرا شده است و به نظر

می‌رسد که یک برنامه جامع بین فرهنگی باشد که اساساً بر رشد فلسفه‌ای نوین در کودکان و نوجوانان تأکید دارد و آنان را تشویق می‌کند تا مسئولیت اعمالشان را بر عهده گیرند. فرآیند آموزش هم به گونه‌ای است که آموزش‌گیرنده، فعالانه با موضوع این مهارتها درگیر می‌شود. آموزش از کسب دانش شروع می‌شود و تا تبدیل آن به نگرش و ظهور آن به صورت رفتار ادامه دارد.

تعریف مهارتهای زندگی:

اصطلاح مهارتهای زندگی در معانی مختلف بکار رفته است مانند:

- مهارتهای زندگی مربوط به امرار معاش مانند اینکه چگونه فرد مشغول کار می‌شود.
- مهارتهای مراقبت از خود مانند مصرف غذاهای سالم، درست مسواک زدن و غیره
- مهارتهایی که برای پرداختن به موقعیتهای پرخطر زندگی استفاده می‌شوند. مانند توانایی «نه گفتن» در مقابل فشار جمع جهت استفاده از سیگار و مواد مخدر.
- مهارتهای زندگی یعنی ایجاد روابط بین فردی مناسب و مؤثر، انجام مسئولیتهای اجتماعی، تصمیم‌گیری صحیح، حل تعارضات و کشمکش‌ها بدون توسل به اعمالی که به خود یا دیگران صدمه می‌زنند.
- مهارتهای شخصی اجتماعی که کودکان و نوجوانان باید آنها را یاد بگیرند تا بتوانند در

مورد خود، انسان‌های دیگر و کل اجتماع به طور مؤثر، شایسته و مطمئن عمل نمایند.

هدف از آموزش مهارتهای زندگی افزایش توانایی‌های روانی - اجتماعی، پیشگیری از ایجاد رفتارهای آسیب‌زننده به سلامت و در نهایت ارتقای سطح سلامت روان افراد است.

بیماری وبای التور

علی‌و‌رث‌شوپایی

کارشناس گروه پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها

التور یک بیماری حاد اسهالی است و دامنه شدت آن از آلودگی بدون علامت تا حالات شدید و کشنده متغیر می‌باشد. بخش بزرگی از آلودگی‌ها، خفیف یا بدون نشانه بالینی هستند. عامل بیماری، ویبریو کلرا می‌باشد.

علائم و ویژگی‌های بالینی بیماری:

در ۹۰٪ موارد، بیماران بدون علامت بوده یا دارای اسهال خفیف می‌باشند، ولی در صورت ایجاد نوع شدید بیماری علائم زیر وجود دارند: احساس پری و غرغر شکم بعنوان اولین علامت، اسهال آبکی شدید، سریع و پر حجم و جهنده که شروع ناگهانی داشته و بدون دل‌درد و دل‌پیچه می‌باشد و مدفوع ممکن است نمای آب برنجی داشته باشد، استفراغ بدون تهوع قبلی و عطش فراوان. دوره نهفتگی بیماری ۱۲ ساعت تا ۶ روز و معمولاً ۲-۱ روز می‌باشد.

منابع شیوع بیماری عبارتند از آب آشامیدنی آلوده و یخ که از آب آلوده تهیه شده باشد، سبزیجات تازه که با آب آلوده شسته شده و یا بخوبی سالمسازی نشده باشند، غذای آلوده که خارج از یخچال نگهداری شود، غذای تهیه شده از آبریان مناطق ساحلی بخصوص ماهی که خام یا نیم‌پز خورده شود. راه اصلی سرایت در همه‌گیری‌ها، آب آلوده و غذای آلوده است. اسهال وبایی در مناطق گرم و مرطوب دیده می‌شود. در تمام فصول سال خطر ابتلاء وجود دارد، ولی از اردیبهشت تا آبان ماه میزان بروز آن در ایران بیشتر است. بیماری در مردان بیشتر از زنان دیده می‌شود و در مناطق آلوده میزان بروز در کودکان بیشتر از بالغین است.

راههای پیشگیری:

یکی از عوامل مهم، آلودگی غذایی است لذا باید غذای پخته‌شده را تا وقتی داغ است مصرف نمود و غذای خارج شده از یخچال قبل از مصرف بایستی گرم شود. انتقال و جابجایی مواد غذایی باید بگونه‌ای باشد که مانع از هرگونه تماس با اشیاء و سطوح آلوده و حشرات شود. سبزیجات و میوه‌جات آلوده نقش مهمی در انتقال بیماری دارند، لذا قبل از مصرف آنها را بایستی بخوبی ضدعفونی نمود. رعایت بهداشت فردی به پیشگیری از

بیماری کمک می‌کند. جهت جلوگیری از آلودگی آب آشامیدنی، فصولات انسانی بایستی به طریقه بهداشتی دفع شود. در ضمن تامین غذای سالم و شستشوی صحیح لوازم، خطر آلودگی را کاهش می‌دهد.

NAG (Non - Agglutinable germ) چیست؟ تمام اعضای جنس ویبریو به فرم باسیل گرم منفی منحنی شکلی هستند که یک یا بیشتر از یک عدد فلاژل قطبی دارند. گونه ویبریو کلرا بر اساس شاخص‌های آنتی‌ژنی سوماتیک O تقسیم‌بندی می‌شوند. بر مبنای آگلوتیناسیون با آنتی سرم، سرگروپ O₁ و ویبریو کلرا به دو گروه O₁ و non O₁ تقسیم‌بندی می‌شوند. تا چندی پیش سرگروپ O₁ عامل انحصاری کلرای اپیدمیک بود ولی از سال ۱۹۹۲ ویبریو کلرای O₁₃₉ بنگال در بنگلادش نیز به عنوان عامل همه‌گیری کلرا شناسایی شد که با آنتی سرم ضد کلرای O₁ آگلوتیناسیون نمی‌دهد.

Non O₁ - chlorea:

این ارگانیزم‌ها از نظر تستهای معمول بیوشیمیایی مشابه ویبریو کلرای O₁ هستند ولی با آنتی‌سرم‌های O₁ آگلوتیناسیون نمی‌دهند. در هر صورت Non O₁ - chlorea بعنوان NAG تلقی می‌شود. عوامل NAG می‌توانند علت موارد اسپورادیک و یا همه‌گیری‌های محدود (Outbreak) باشند.

در مواردی عوامل NAG می‌توانند موجب بروز علایمی شبیه کلرا با اسهال آبکی فراوان باشند. این موارد نیز می‌بایست همانند کلرا، مایع‌درمانی شوند. کلیه موارد NAG بایستی جدا از موارد مثبت O₁ گزارش شده و اقدامات اپیدمیولوژیک از قبیل بیماریابی در اطرافیان و بهسازی محیط مد نظر باشد. در سال ۱۳۸۲ کل نمونه‌برداری انسانی از نظر التور در استان آذربایجان شرقی ۶۹۸۱ مورد بوده است که ۲۵٪ موارد نمونه‌برداری در بیمارستان‌ها، ۱۸٪ آن در مراکز شهری، ۵۲٪ آن در خانه‌های بهداشت و ۵٪ آن در روستاهای تیم‌های سیاری انجام گرفته است. عبارتی در نقاط شهری ۴۳٪، در روستاهای دارای خانه بهداشت ۹۲٪ و در روستاهای سیاری ۵۵٪ نمونه‌برداری مورد انتظار صورت گرفته است.

اهمیت نمونه‌برداری:

تنها روش برای تأیید وجود ارگانسیم ویبریوکلرا، تشخیص آزمایشگاهی است. نمونه‌های مدفوع برای تعیین هویت ارگانسیم و حساسیت آن به آنتی‌بیوتیک‌ها به آزمایشگاه فرستاده می‌شوند. در جمعیت تحت پوشش حداقل نمونه مورد انتظار برای نمونه‌برداری از نظر التور، ۴٪ کودکان زیر ۵ سال می‌باشد. نمونه‌ها می‌بایست در ۵ روز اول

بیماری تهیه و حداکثر تا ۷ روز به آزمایشگاه ارسال گردد.

نکاتی برای سالم‌سازی سزجات:

- پاک‌سازی: ابتدا سزجات را بخوبی پاک کرده و شستشو دهید تا مواد زاید و گل و لای آن برطرف شود.
- انگل‌زدایی: در داخل یک ظرف ۵ لیتری پر از آب به ازای هر لیتر آب ۳ تا ۵ قطره مایع ظرفشویی بریزید و بخوبی بهم زنید. سپس سزی‌ها را داخل محلول مذکور قرار دهید و بعد از ۵ دقیقه سزی را خارج کرده و با آب سالم شستشو دهید.
- گندزدایی: نصف قاشق چایخوری پودر پرکلرین ۷۰٪ را در ظرف ۵ لیتری پر از آب ریخته و حل نمایید. سزی‌های انگل‌زدایی شده را بمدت ۵ دقیقه داخل آن قرار دهید تا میکروب‌های آن از بین بروند.
- شستشو: سزی ضد عفونی شده را مجدداً با آب سالم بشویید.

چربی‌های امگا-۳

دکتر مهرداد گلزاری

کارشناس گروه پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها

چربی‌های امگا-۳ یکی از مهمترین اجزای ساختمانی بسیاری از مولکولهای ضروری و بافتهای بدن بشمار می‌روند. این چربی‌ها در بافت بدن ماهیان (و با غلظت بالا در ماهیان آبهای سرد) یافت می‌شوند. این اسیدهای چرب بدلیل شرکت در ساختمان غشای سلولی، نقش مهمی در تنظیم فعالیت‌های حیاتی ارگان‌های بدن بعهدہ دارند.

مهمترین اثرات حیاتی چربی‌های امگا-۳ عبارتند است:

تأثیر بر سلامتی سیستم قلبی عروقی:

این چربی‌ها باعث کاهش غلظت تری‌گلیسیرید و کلسترول مضر و افزایش کلسترول مفید خون گردیده، همچنین باعث کاهش فشارخون سیستولیک و دیاستولیک در افراد هیپرتانسیو می‌گردند. در اثر مصرف این چربی‌ها قابلیت لخته شدن خون کاهش یافته و از تشکیل لخته‌ها در داخل عروق و انسدادهای متعاقب آن جلوگیری بعمل می‌آید. این چربی‌ها از بروز عوارض عروقی در بیماران دیابتی پیشگیری نموده و همچنین باعث بهبود اختلال تحمل گلوکز می‌گردند.

تأثیر بر سلامتی سیستم ایمنی:

این چربی‌ها از طریق افزایش فعالیت سلولهای کشنده طبیعی خون باعث تقویت سیستم ایمنی در برابر انواع عفونتهای باکتریال و ویرال و انواع سرطان‌ها می‌گردند. همچنین با اصلاح واسطه‌های التهابی، روند فرآیندهای التهابی و خودایمنی را در بدن تغییر داده و از این طریق بیماری‌زایی طیف وسیعی از بیماری‌های مرتبط با سیستم ایمنی همانند آسم، آگزما، پسوریازیس، آرتریت روماتوئید و ... کاهش می‌دهد و به بهبود سیکل‌های معیوب کمک می‌کند.

تأثیر بر سلامتی پوست و ضامن آن:

این چربی‌ها موجب تحریک تشکیل کلاژن و الاستین شده و باعث حفظ طراوت و شادابی پوست تا سنین بالا می‌شود. علاوه بر آن در برابر انواع آکنه و آگزما از پوست محافظت می‌کند.

تأثیر بر سلامتی کودکان:

بررسی‌ها نشان داده‌اند که تکامل سیستم عصبی مرکزی و محیطی، مهارت‌های گفتاری، رفتاری، بینایی و ضریب هوشی در کودکان مادران تغذیه شده با چربی‌های امگا-۳ در دوران بارداری و شیردهی بسیار بهتر و صحیح‌تر انجام پذیرفته است. این چربی‌ها باعث بهبود خلق و سلامت روانی نوجوانان می‌شوند.

تأثیر بر سلامتی سالمندان:

این چربی‌ها با کاهش واسطه‌های التهابی باعث کاهش درد و التهاب در سیستم اسکلتی و مفصلی می‌گردند. و بعلت بهبود عملکرد سیستم قلبی - عروقی و تسهیل گردش خون، جلوگیری و تأخیر در بروز انواع دمانس، بیماری آلزایمر و اختلالات خلقی، جلوگیری از بروز استئوپروز، افزایش خلق، نشاط، شادابی و احساس جوانی و حفظ تنومندی اندام در رژیم غذایی سالمندان توصیه شده است.

جاده ایمن . بدون تصادف

سعید پوردولی

کارشناس گروه پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها

۱۸ فروردین برابر هفتم آوریل، روز جهانی بهداشت بوده و رویدادی است که توسط سازمان جهانی بهداشت برای نشان دادن سالروز تأسیس این سازمان بکار می‌رود. در واقع WHO از این موقعیت بدست آمده استفاده می‌کند تا توجه و مشارکت مردم را در سطح محلی، ملی و بین‌المللی به یک امر شناخته شده بهداشتی که سالهاست مورد غفلت و بی‌توجهی قرار گرفته، جلب نماید.

امسال برای نخستین بار مدیریت سازمان جهانی بهداشت، روز جهانی بهداشت را به امنیت جاده‌ها اختصاص داده است. با وجود اینکه سالانه بیش از ۱/۲ میلیون نفر در اثر تصادفات رانندگی می‌میرند و بیش از ۱۰ میلیون نفر مجروح می‌شوند، این معضل بدست فراموشی سپرده شده است. شاید علت آن به این دلیل است که تصادفات را موردی می‌دانیم که تحت تأثیر عوامل مختلف خارج از کنترل ما می‌باشد. مهمترین این عوامل در جهان عبارتند از: سرعت بالا، رانندگی بدنبال مصرف الکل، عدم استفاده از کلاه، کمربند و سایر تجهیزات ایمنی، طراحی غلط جاده‌ها، ضعیف بودن قوانین مربوط به امنیت جاده‌ها،

تأثیر بر سلامتی ورزشکاران:

اثرات مثبت این چربی‌ها در نزد ورزشکاران به این قرار است: افزایش بازده سیستم قلبی عروقی، افزایش انعطاف پذیری گلبول‌های قرمز خون هنگام عبور از مویرگ‌ها، تحریک ترمیم آسیب‌های نسجی ناشی از ورزش، ترمیم آسیب‌های مفصلی و کاهش تولید مدياتورهای التهابی بدنال انجام تمرینات سنگین.

توصیه می‌گردد، ماهی در برنامه غذایی هفتگی خانواده، حداقل در دو وعده گنجانده شود و یا از مکمل‌های روغن ماهی استفاده گردد.

اثرات مثبت چربی‌های امگا-۳ در پیشگیری و درمان بیماری‌ها و اختلالات زیر گزارش گردیده است:

آرتریت‌ها، درماتیت آتوپیک، بیماری‌های التهابی روده، کبد چرب، فیرومیالژی، دیسمنوره، دیسلکسی، منوپوز، نروپاتی برگر، دژنراسیون ماکولار، بیش فعالی کودکان، اوتیسم، اسکیزوفرنی، افسردگی، اختلال کاهش تمرکز در سنین مدارس.

www.omega-rinfo.com

www.tripleomega3.com

منابع:

طراحی غیراصولی وسایل نقلیه و خدمات ضعیف اورژانس‌ها.

روزانه بیش از ۱۴۰۰۰۰ نفر در جاده‌های سراسر دنیا آسیب می‌بینند (بیش از ۵ میلیون نفر در سال). روزانه بیش از ۳۰۰۰ نفر در اثر تصادفات رانندگی می‌میرند و ۱۵۰۰۰ نفر معلول می‌شوند. ۱۰۰ میلیون خانواده در معرض مرگ و معلولیت به دنبال تصادفات جاده‌ای در سراسر دنیا هستند. ۵۰٪ مرگ ناشی از تصادفات در گروه سنی جوان ۱۵ تا ۴۴ ساله اتفاق می‌افتد که این گروه سنی بخش مهمی از تولید کنندگان اقتصادی هستند. کشورهای فقیر و متوسط ۹۰٪ مرگ‌ها و معلولیت‌ها را به خود اختصاص داده‌اند.

در ایران در سال ۱۳۸۱ بیش از ۲۲۰۰۰ کشته و ۱۶۷ هزار مجروح در اثر تصادفات رانندگی وجود داشت و متأسفانه شاهد افزایش ۱۰ درصدی این تلفات در سال هستیم. طبق آمار ارائه شده حوادث رانندگی با از بین بردن ۵۳۸۰۰۰ سال عمر در طول یکسال (۱۳/۵٪) از کل عمر از دست رفته و ۷/۵٪ از کل مرگ و میر) مهمترین عامل از بین برنده عمر در بین تمام علل مرگ در سال ۷۹ بوده است. بالاترین میزان بروز حوادث ترافیکی در سن ۳۴-۳۰ سالگی می‌باشد. توجه به شاخص‌های زیر در تحلیل حوادث

ترافیکی اهمیت قضیه را بیشتر روشن خواهد نمود:

در ایران به ازاء هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت ۹۶ اتومبیل وجود دارد و تعداد مرگ ناشی از تصادفات رانندگی به ازاء هر ده هزار وسیله نقلیه ۳۲ مورد در سال می‌باشد. حال آنکه در کشور آمریکا به ازاء هر ۱۰۰۰ نفر ۷۷۷ اتومبیل وجود دارد و تعداد مرگ به ازاء هر ده هزار وسیله نقلیه ۲/۵ نفر در سال است. این شاخص در ترکیه ۱۲/۷، در استرالیا ۱/۸ و در ژاپن ۱/۴ می‌باشد. بهتر است بدانیم که در کشورما از هر ۱۰۰ نفر مجروح در اثر تصادفات رانندگی ۲۴ نفر می‌میرند در حالیکه در انگلستان از هر ۱۰۰ نفر مجروح در اثر تصادفات رانندگی فقط یک نفر جان خود را از دست می‌دهد.

علاوه بر خسارات جانی ذکر شده، خسارات مادی ناشی از تصادفات در کشور بالغ بر هزار میلیارد تومان در سال بر آورد شده است که ملاحظه می‌شود رقم بسیار بسیار بزرگی بوده و اگر این رقم در عمران و آبادی کشور هزینه گردد قطعاً نتایج مثبت آن عاید ملت خواهد گردید. بدیهی است خسارتهای روحی‌روانی، خانوادگی و اجتماعی تصادفات نه قابل محاسبه است و نه در قالب کلمات و جملات می‌توان آن را بیان

نمود، مگر اینکه خدای نکرده کسی عملاً آن را تجربه نموده باشد تا عمق فاجعه و عواقب تلخ و ناگوار آنرا درک نماید.

سه عامل مهم و اصلی، در بوجود آمدن تصادفات رانندگی نقش دارند:

عامل انسانی، خودرو و جاده

بیش از ۷۰٪ علل تصادفات مربوط به عامل انسانی است. هر چند نباید عامل جاده و خودرو را نیز نادیده گرفت. لذا ارتقاء فرهنگ ترافیکی بعنوان یک اولویت در جهت کنترل حوادث ترافیکی (بویژه در کشور ما که آمار تخلفات رانندگی در آن بسیار بالاست) مطرح می‌باشد.

پس بیاید بعنوان اولین قدم با ارتقای فرهنگ ترافیکی و احترام به قوانین راهنمایی و رانندگی و ترویج فرهنگ صحیح رانندگی در جامعه این معضل مهم بهداشتی، فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی را از سر راه برداریم و فکر نکنیم که حادثه به سراغ ما نخواهد آمد. بلکه تنها با رعایت نکات ایمنی لازم می‌توان از بروز حوادث ناگوار پیشگیری نمود.

منابع:

www.who.int/world-health-day/2004
www.who.int/mediacenter/releases/2003/pr68
www.unece.org

همه‌گیرشناسی آسیب‌های ناشی از علل خارجی (حوادث) در جمهوری اسلامی ایران - دکتر محسن نقوی و دکتر محمد اسماعیل اکبری - ۱۳۸۱

برگزاری یک کنفرانس جهانی در اکتبر ۱۹۹۲ در آمستردام انجامید که در آن وزراء بهداشت ۹۵ کشور جهان با بحث در مورد ابعاد مختلف مالاریا متعهد به اجرای یک خط مشی جهانی برای کنترل مالاریا شدند.

Roll Back Malaria

اگر چه مالاریا از ابتدا جزو اولویت‌های سازمان جهانی بهداشت بود، ولی کنترل این بیماری، بخصوص در آفریقا بدلیل منابع مالی و انسانی ناکافی بامشکل مواجه می‌باشد. در سال ۱۹۹۸، سازمان جهانی بهداشت به تعهد خود مبنی بر مبارزه با مالاریا با پیشنهاد ابتکار RBM (Roll Back Malaria) با مشارکت برنامه توسعه سازمان ملل متحد، یونیسف و بانک جهانی مجدداً تاکید نمود. البته این ابتکار بدنبال بازنگری استراتژی جهانی کنترل مالاریا در سال ۱۹۹۲ و انطباق استراتژی‌های منطقه‌ای با استراتژی‌های جهانی در سال ۱۹۹۴ صورت پذیرفت.

هدف RBM مبارزه با بیماری مالاریا به شیوه‌های هماهنگ و نظام‌مند است تا سیستم‌های بهداشت در سطوح ملی نیز بتوانند بشکل موثرتری با بیماری مبارزه نمایند و در این راستا شرایط لازم برای ایجاد یک شبکه جهانی از دولتها، آژانسهای توسعه، سازمانهای غیر دولتی و بخش خصوصی، بعنوان شرکای

یک همکاری جهانی برای عقب راندن مالاریا فراهم شده است. رویکرد تازه RBM نه تنها به توسعه ابزارهای جدید کنترل مالاریا توجه می‌نماید، بلکه به تقویت خدمات بهداشتی موجود که جمعیت‌های متأثر از مالاریا به آن دسترسی دارند نیز می‌پردازد. RBM بدنبال اطمینان از رایه بهتر مراقبتهای بهداشتی، حمایت و تشویق تولید داروها و واکنشهای جدید مؤثرتر بر علیه مالاریا است. چشم انداز مشارکت جهانی RBM عبارتند از:

- تعهد سیاسی جهانی نسبت به تقویت اقدامات هماهنگ و مؤثر
- استفاده مؤثر از مداخلات موجود
- گرایش کلی بسمت حمایت از توسعه بخش بهداشت
- تعهد فزاینده در بین جامعه محققین و بخش خصوصی برای کشف محصولات جدید و ابزارهای مؤثر کنترل مالاریا

ارزشهای RBM

RBM یک حرکت اجتماعی است که بوسیله یک مشارکت جهانی حمایت می‌شود. استراتژی RBM براساس تجارب قبلی و تصمیمات مبتنی بر شواهد بنا نهاده می‌شود و تمرکز آن روی نتایج (out comes) است. اقدامات مربوط به RBM منتج از اولویتهای کشور و جامعه است. مردم بویژه دانش آموزان و زنان، محور حرکت RBM است.

شرکای RBM بطور هماهنگ ولی بطور مستقل عمل می‌کنند. حرکت RBM خدمات بهداشتی را در جهت کمک به جوامع در از بین بردن بیماریهای جدی تقویت می‌کند. RBM شامل طیف وسیعی از بخشها نظیر آموزش، کشاورزی و محیط نیز می‌شود.

در منطقه مدیترانه شرقی (EMR) بطور متوسط در هر سال ۱۵ میلیون مورد بالینی اتفاق می‌افتد که ۴۷ هزار مورد آن منجر به مرگ می‌شود. ۶۰ درصد از جمعیت منطقه مدیترانه شرقی (۲۷۸ میلیون نفر) در معرض خطر ابتلا به مالاریا هستند. ۱۵ درصد جمعیت این منطقه در مناطق دارای انتقال انگل ویواکس به تنهایی و ۴۵ درصد در مناطق دارای انتقال توأم ویواکس و فالسیپاروم زندگی می‌کنند. از کل موارد مالاریای گزارش شده در منطقه مدیترانه شرقی در سال ۲۰۰۱ حدود ۷/۵ میلیون مورد آن از سودان، ۳ میلیون مورد از یمن، ۲/۵ میلیون از افغانستان، ۲ میلیون مورد از سومالی و نیم میلیون مورد از سایر کشورهای منطقه گزارش شده است.

اهداف اصلی RBM برای منطقه مدیترانه شرقی (EMR) عبارتند از:

- کاهش مرگ و میر و پیشگیری از اپیدمی‌ها در کشورهای دارای بار سنگین مالاریا
- تقویت برنامه‌های کنترل در کشورهای دارای شدت آندمی کم تا متوسط
- حمایت از حذف مالاریا در مناطقی که حذف بیماری عملی و قابل نگهداری است.
- پیشگیری از ظهور مجدد مالاریا در کشورهایی که آنرا ریشه کن نموده‌اند.
موفقیت RBM در منطقه مدیترانه شرقی بستگی به فعال‌سازی همکاری نزدیک دولتها، آژانسهای توسعه، سازمانهای تجاری، اتحادیه‌های حرفه‌ای، انجمن‌های مدنی، گروههای تحقیقاتی و رسانه‌های گروهی دارد، بطوریکه هر یک از این شرکاء با منابع و مهارتهای خود در اجرای RBM مشارکت کامل نمایند.
مالاریا از قدیم بعنوان یکی از مسائل بهداشتی مهم تلقی گردیده است و هیچ بیماری دیگری این اندازه زیانهای مالی و جانی جبران ناپذیر در کشور ما به بار نیاورده است. به استناد گزارش تلفنی روزانه به ستاد پیگیری موارد بیماریهای مرکز مدیریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از تاریخ ۸۲/۱/۱ لغایت ۸۲/۱۲/۲۹ تعداد ۲۴۲۴۰ مورد مثبت مالاریا گزارش شده است که ۷۰/۳۳ درصد از کل موارد، ایرانی و ۲۹/۲۸ درصد

طنز

می‌گویند گروهی تحت عنوان "موش‌کشان" اخیراً مناقصه‌ای به شرح زیر ارائه داده‌اند:
«گروه موش‌کشان در نظر دارد تعدادی چماق، تعدادی گربه‌های قه‌لند گرسنه و تعدادی سگ تربیت شده خریداری نماید! ضمناً بایستی گربه‌ها قبل از تحویل رنگ آمیزی شوند و...!»
این گروه در نظر دارد تا در هفته سلامت سال آینده نسبت به معدوم نمودن موش‌های شهر تبریز اقدام نمایند! ظاهراً استفاده از عنوان سگ‌های تربیت شده به این علت بوده که فروشند باید سگ‌ها را قبل از فروش در تشخیص بین گربه و موش تربیت نماید! همچنین رنگ نمودن گربه‌ها هم به این خاطر بوده که سگ‌ها و گربه‌ها بتوانند تفاوت بین گربه‌های معمولی و موش‌ها را تشخیص دهند!!

سلامت‌چی

طرفدار محیط زیست بدون موش و گربه و سگ‌های هار

سیگار و مرگ ناشی از سل

دکتر ملیحه طالبی

کارشناس گروه پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها

سیگار مرگ ناشی از سل را تا دو برابر افزایش می‌دهد و اپیدمی بیماری سل را در کشورهای در حال توسعه بدتر می‌کند. معمولاً افراد علیرغم اعمال انواع رژیم‌های ضد سیگار به سیگار کشیدن خود ادامه می‌دهند زیرا آنچه که باعث اعتیاد در سیگار

غیر ایرانی بوده‌اند. در ۸۰/۱۳ درصد انگل پلاسمودیوم ویواکس و ۱۸/۷۳ درصد انگل پلاسمودیوم فالسیپاروم و ۱/۱۵ درصد مخلوط هر دو انگل (ویواکس و فالسیپاروم) بوده است. بیشترین موارد به ترتیب از استان سیستان و بلوچستان با ۱۵۸۴۹ مورد، هرمزگان با ۴۰۹۰ مورد، شیراز با ۹۴۸ مورد، کرمان با ۹۳۲ مورد و استان آذربایجان شرقی با ۳۵ مورد گزارش شده است. ۲۹ مورد از موارد استان مربوط به انتقال محلی مرکز بهداشتی درمانی روستایی لاریجان شهرستان کلپیر و ۶ مورد وارده از مناطق مالاریا خیز داخل کشور که ۵ مورد در شهرستان تبریز و ۱ مورد در شهرستان ملکان کشف شده است. از ۲۹ مورد مثبت انتقال محلی در شهرستان کلپیر، گروه سنی ۱۴-۱۰ سال بیشترین مورد یعنی ۱۰ مورد مثبت را بخود اختصاص داده و از نظر شغلی دانش آموزان با ۱۴ مورد، زنان خانه‌دار با ۶ مورد، راننده با ۴ مورد بترتیب بیشترین موارد را بخود اختصاص داده است. در تهیه لام خونی از نظر بیماریابی مالاریا در سال ۸۲ بترتیب شهرستان‌های کلپیر، مراغه، سراب، میانه، اهر، ملکان، عجب‌شیر، هشترود و مرند فعالیت چشمگیر داشته‌اند.

منبع:

برنامه جامع کنترل مالاریای جمهوری اسلامی ایران در سالهای ۱۳۸۷-۱۳۸۳

می‌شود ماده نیکوتین آن است. همراهی سیگار و بیماری سل با هم یک ترکیب مرگ‌آور را تشکیل می‌دهد. یافته‌ها اهمیت این نکته را در کشورهای در حال توسعه نشان می‌دهد، چرا که در این کشورها سیگار و بیماری سل دو مشکل عمده سلامتی و بهداشتی می‌باشند.

آیا سیگار یک فاکتور کنترل‌کننده مهم برای انسیدانس بالای بیماری سل در کشورهای در حال توسعه می‌باشد؟ اپیدمیولوژی گذشته‌نگر مؤید این مطلب است که سیگار ممکن است میزان ابتلا به بیماری سل را افزایش دهد. مطالعه‌ای که در هند انجام گرفته تأیید کننده این مطلب می‌باشد. مطالعات جدید نشان می‌دهند که استعمال سیگار مستقیماً می‌تواند تعداد افرادی را که در هند به علت بیماری سل می‌میرند تا دو برابر افزایش دهد. وضعیت مشابهی نیز در سایر کشورهای در حال توسعه می‌تواند به وقوع بپیوندد.

تحقیقات اپیدمیولوژیستها نشان می‌دهند که نیمی از مرگهای ناشی از بیماری سل در مردان چنانچه از سیگار استفاده نمی‌کردند، اتفاق نمی‌افتاد. همچنین بیش از ۷۵٪ از موارد سل در این کشورها در ارتباط مستقیم با مصرف سیگار است.

در هر سنی خطر مرگ در افراد سیگاری دو برابر افراد غیر سیگاری می‌باشد. بعبارتی افراد مورد مطالعه در این بررسیها که در سنین ۲۵ تا ۶۹ سالگی بعلت رفتار عادت خود می‌میرند، در صورت عدم استفاده از سیگار می‌توانستند ۲۰ سال بیشتر عمر کنند و معمولاً وقتی که می‌میرند کمتر از ۵۰ و یا حتی ۳۰ سال سن دارند. طبق بررسیهای بعمل آمده ۵۰٪ از ۴۰۰۰۰۰۰ موردی که سالانه در هند در اثر بیماری سل می‌میرند از سیگار استفاده می‌کنند. میزان مورتالیه بالا در بین سیگارها ناشی از بیماریهای دستگاه تنفسی بخصوص سل یا بیماریهای قلبی عروقی می‌باشد. سیگار با فعال کردن باکتری‌های سل غیرفعال در ریه، ریسک ایجاد بیماری را تا ۴ برابر افزایش می‌دهد. یعنی سیگار دفاع طبیعی ریه‌ها را در مقابل عفونت مزمن مایکوباکتریوم کاهش می‌دهد. همچنین افراد سیگاری در هند شانس ابتلاء بیشتری به بیماریهای قلبی عروقی و کانسر ریه دارند. محققین عقیده دارند که تنها ممکن است وضعیت سل را در مناطقی که بیماری شایع است، تشدید کند. سیگار می‌تواند بطور قابل ملاحظه‌ای بیماریهایی مانند سل، کانسر و یا بیماریهای قلبی را در بین جمعیت دنیا افزایش دهد. حدود یک بیلیون نفر از مردم جهان با

میکروب سل آلوده هستند که اگر از سیگار استفاده نکنند دچار بیماری شدید سل نخواهند شد و تقریباً ۱/۶ میلیون مرگ سالانه در جهان در اثر این بیماری اتفاق می‌افتد که بیشتر از یک میلیون نفر آن در آسیا، ۴۰۰۰۰۰ نفر در آفریقا و ۱۰۰۰۰۰ نفر در امریکا و اروپا است. بیماری سل هر چند که قابل درمان با داروها می‌باشد اما این داروها در بسیاری از کشورهای در حال توسعه بطور کامل در دسترس نمی‌باشند. اخیراً آنچه که باعث نگرانی شده است، وجود بیماری سل مقاوم به دارو می‌باشد. طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، مقاومت چند دارویی در بیماران سلی در قسمتهایی از اروپای شرقی و آسیای مرکزی ۱۰ برابر شایعتر از سایر نقاط دنیا می‌باشد. همچنین چین، اکوادور، اسرائیل و آفریقای جنوبی نیز به عنوان مناطق کلیدی شمرده می‌شوند.

اخبار منتشر شده در ۱۶ مارس ۲۰۰۴ انتشارجغرافیایی سل مقاوم به دارو را تأیید می‌کند. در استونی، قزاقستان، لاتویا، قسمتهایی از روسیه فدرال و ازبکستان مقاومت دارویی تا ۱۴٪ می‌باشد. امروزه ۷۹٪ از موارد سل مقاوم به درمان، حداقل به سه دارو از چهار داروی اصلی مورد استفاده در درمان سل، مقاومت نشان می‌دهند.

سل مقاوم به درمان نوعی از بیماری سل می‌باشد که در آن به دو داروی اصلی مورد استفاده در درمان یعنی ایزونیازید و ریفامپین مقاومت ایجاد شده است. بدون واکسن مؤثر، هر کسی می‌تواند بطور ساده بوسیله استنشاق هوای تنفسی حاوی میکروب سل مقاوم، آلوده شود. اگر چه درمان بیماری سل در حالت نرمال ارزان بوده و بطور متوسط ۶ ماه طول دوره درمان دارد، درمان سل مقاوم به دارو صدها مرتبه گرانتر تمام می‌شود.

از کنگره‌ها چه خبر؟

طرح جامع پیشگیری، تشخیص و درمان پوکی استخوان در کشور (INOP-1): بررسی وضعیت توکم استخوانی (BMD) در جمعیت ۶۹-۲۰ ساله شهر تبریز در سال ۸۲-۱۳۸۱

پوکی استخوان با کاهش توده استخوانی و به هم خوردن و در هم ریختن اجزا و تشکیلات ساختمانی بافت استخوان مشخص می‌شود که شایعترین بیماری استخوان در انسان بشمار می‌رود. نتیجه پوکی استخوان عبارت است از افزایش قابلیت شکنندگی استخوان و بالا رفتن خطر شکستگی. پوکی استخوان عامل خطر بسیار مهمی برای شکستگی‌های استخوانی بشمار می‌رود. هدف از این بررسی که قسمتی از طرح جامع پیشگیری، تشخیص و درمان پوکی استخوان در کشور است،

عبارت بود از مطالعه وضعیت تراکم ماده معدنی استخوان (BMD) در جمعیت ۲۰ تا ۶۹ ساله شهر تبریز. در این مطالعه ۱۲۰۰ فرد سالم (۶۰۰ نفر زن و ۶۰۰ نفر مرد) ۲۰ تا ۶۹ ساله ساکن شهر تبریز به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی انتخاب شدند و برای همگی آنان پرسشنامه حاوی اطلاعات دموگرافیک، وضعیت تغذیه، سابقه پزشکی و یافته‌های بالینی پر شد. نمونه خون ناشتا برای اندازه‌گیری سطح سرمی کلسیم، فسفر، آلکالین فسفاتاز، PTH، آلومین و ۲۵-هیدروکسی ویتامین D تهیه گردید. سپس در تمامی افراد برای تعیین BMD (تراکم ماده معدنی استخوان)، چگالی استخوان در دو ناحیه ستون فقرات کمری و گردن استخوان ران با استفاده از دستگاه لونا مدل DPX-MD با تکنیک DEXA سنجیده شد. یافته‌ها بیانگر این مطلب بودند که شیوع استئوپنی و استئوپروز بر مبنای معیارهای سازمان جهانی بهداشت و در مقایسه با جمعیت فرانس آمریکایی در زنان به ترتیب در ناحیه فقرات کمری ۲۹/۲٪ و ۱۰/۸٪ و در ناحیه گردن ران ۲۶٪ و ۴۵٪ بود. ارقام فوق برای مردان به ترتیب ۳۴/۲٪ و ۱۰/۵٪ در ناحیه مهره‌های کمری و ۲۸٪ و ۷٪ در منطقه گردن ران بوده است. این مطالعه نیز همانند دیگر مطالعات

انجام شده در کشور شیوع بالای استئوپنی و استئوپروز را در تمام گروه‌های سنی و در هر دو جنس در مقایسه با جمعیت فرانس آمریکایی نشان می‌دهد و بر اهمیت برنامه‌ریزی به منظور شناسایی عوامل خطر ساز و حذف آنها و انجام مداخلات پیشگیرانه و اقدامات درمانی لازم تأکید دارد.

منبع: مجله پژوهش در پزشکی - خلاصه مقالات دومین کنفرانس پیشگیری از بیماری‌های غیر واگیر - دکتر امیر بهرامی، دکتر علی‌رضا نیک‌نایز، دکتر احمد کوشا، حبیب سهرابی، سعید پوردولتی، علی بلندی (مقاله برگزیده سخنرانی‌های جامع) - دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

آشنایی با واحد بهداشت دهان و دندان

دکتر کامران لطفی

مسئول گروه بهداشت دهان و دندان مرکز بهداشت استان

با توجه به اجرای طرح‌های کشوری بهداشت دهان و دندان ضرورت توجه نیروهای مرتبط با این طرح‌ها امری اجتناب ناپذیر می‌باشد و باید بستری فراهم نمود تا بواسطه‌ی آن بتوان برنامه‌های بهداشت دهان و دندان را با موفقیت و سرعت بیشتر انجام داد.

واحدهای بهداشت دهان و دندان مراکز بهداشتی درمانی زیر مجموعه واحد بهداشت دهان و دندان شهرستان و استان و نهایتاً دفتر بهداشت دهان و دندان وزارت می‌باشند.

مهم‌ترین وظایف واحد بهداشت دهان و دندان عبارتند از:

- ۱ - برنامه ریزی و سیاست‌گذاری در امر بهداشت دهان و دندان
 - ۲ - اجرای طرح ادغام بهداشت دهان و دندان در سیستم شبکه
 - ۳ - برنامه‌ی مشترک بهداشتی با سازمان بهداشت جهانی
 - ۴ - همکاری مشترک با دانشکده دندانپزشکی جهت بهبود وضعیت بهداشت دهان و دندان جامعه
 - ۵ - فعالیتهای آموزشی و چاپ و نشر مطالب آموزشی
 - ۶ - برگزاری سمینارهای بهداشت دهان و دندان
 - ۷ - همکاری در تحقیقات کشوری و بررسی شاخص‌های DMF و CPI
 - ۸ - برنامه ریزی جهت نیروی انسانی موجود در مراکز و نظارت بر عملکرد آنان
 - ۹ - ارائه‌ی خدمات پیش‌بینی شده دندانپزشکی به صورت روتین به جامعه
- در سال ۱۳۷۴ طرح ادغام بهداشت دهان و دندان در PHC با هدف ارتقاء سلامت دهان و دندان جامعه از طریق افزایش آگاهی مردم و بهبود کمی و کیفی وضعیت ارائه خدمات اولیه بهداشت دهان و دندان به عنوان جزئی از خدمات بهداشتی و در قالب سیستم شبکه

ارائه گردید. سلامت دهان و دندان از شاخص‌های مهم بهداشت عمومی است که در سلامت کلی افراد تأثیر بسزایی دارد. Dental Public Health یا بهداشت دهان و دندان علم پیشگیری از بیماری‌های دهانی، بالا بردن بهداشت دهان و دندان و سطح کیفی زندگی از طریق کوشش‌های سازمان یافته در اجتماع می‌باشد.

ارتقاء بهداشت دهان و دندان جامعه مستلزم دسترسی آسان مردم به مراقبت‌های اولیه بهداشت دهان و دندان و امکان استفاده از خدمات بهداشت دهان و دندان به صورت طبقه بندی شده می‌باشد.

طبق بررسی انجام شده در کودکان ۱۲ ساله ایرانی در شهریور ماه ۱۳۷۴ معلوم گردید که ۷۷ درصد موارد پوسیدگی، مربوط به اولین دندان مولر دائمی است که در سن ۶ و ۷ سالگی می‌روید و همچنین ۹۳ درصد از این موارد پوسیدگی مربوط به دندان‌های پوسیده ترمیم نگردیده است. این آمار نشان می‌دهد که اولاً میزان پوسیدگی در کشور ما بالاست و ثانیاً دندان‌های پوسیده ترمیم نمی‌شوند.

با در نظر گرفتن این مسئله که عدم رعایت به موقع بهداشت و پیشگیری از بیماری‌های دهان و دندان باعث از دست دادن دندانها در سنین

پایین شده و عواقب دشوارتر و پرهزینه‌تری را در بر خواهد داشت، چنانچه اقدامات پیشگیری و گسترش خدمات بهداشت دهان و دندان صورت نگیرد دولت و جامعه ناگزیر از قبول هزینه‌های بسیار گزاف تامین نیروی انسانی، مواد و تجهیزات گران‌قیمت در درمان‌های دندانپزشکی خواهد شد.

از آنجایی که امکان تحت پوشش قرار دادن کلیه گروه‌های سنی وجود ندارد لذا گروه‌هایی از افراد که احتمال ابتلا به بیماری‌های دهان و دندان در آنان بالاتر است و نیز امکان دسترسی به آنان طبق برنامه‌های موجود بیشتر می‌باشد به عنوان گروه هدف تعیین شدند.

گروه‌های هدف برای واحد بهداشت دهان و دندان به شرح زیر تعریف گردیده است:

- ۱- مادران باردار و شیرده
- ۲- کودکان زیر ۶ سال
- ۳- کودکان ۱۲ تا ۶ سال

نیروی انسانی موجود در مراکز بهداشتی درمانی که به گروه‌های هدف و سایرین ارائه خدمات می‌نمایند عبارت هستند از:

الف) دندانپزشک با مدرک دکتری جهت خدمت در مراکز بهداشتی درمانی شهری
ب) بهداشتکار دهان و دندان با مدرک فوق دیپلم جهت خدمت در مراکز روستایی

۳- چرا در مورد دوم این بیمار، مصرف آنتی‌کواگولان مطلقاً ممنوع می‌باشد؟
جواب:

تشخیص در مراجعه دوم به بیمارستان سندرم Dressler می‌باشد. این سندرم با پریکاردیت، اغلب همراه صدای مالشی پریکارد، تب با یا بدون پنومونی و پلورزی تشخیص داده می‌شود.

سندرم Dressler واکنشی حساسیتی مشابه Postcardiotomy syndrome تلقی می‌شود که در جواب به بافت آسیب‌دیده میوکارد اتفاق می‌افتد.

بیماری اولیه که با حمله سنکوب خود را نشان داد یک انفارکتوس میوکارد می‌باشد که به لحاظ توأم نبودن با درد، Atypical محسوب می‌شود. بخوبی روشن شده است که انفارکتوس میوکارد بدون درد می‌تواند در افراد مسن، دیابتی و افراد معتاد به مواد مخدر بوجود آید. در سندرم Dressler نباید از آنتی‌کواگولانها استفاده نمود، زیرا خطر خونریزی به درون حفره پریکارد و نتیجتاً تامپوناد و مرگ وجود دارد. سندرم Dressler خودبخود بهبود یافته و پس از چند هفته بدون نیاز به درمان برطرف می‌گردد. با این حال با تجویز ضد التهاب‌های غیراستروئیدی می‌توان بهبودی را تسریع نمود.

افزایش وزن بیمار مشهود بود. فشارخون ۸۰/۱۰۰ میلی‌متر جیوه، نبض ۹۰ در دقیقه و منظم، دمای بدن ۳۷ درجه اندازه‌گیری شد. گواتر، کم‌خونی یا آدنوپاتی وجود نداشت. بیمار دچار تعریق بوده و اندام‌هایش سرد بود. در معاینه قلب S_۴ شنیده می‌شد، اما این یافته به تدریج و در طول روز بعد ناپدید شد. شکم چاق بود، در لمس حساسیتی وجود نداشت و هموروئید درجه ۲ قابل تشخیص بود. او مبتلا به رتینوپاتی دیابتیک دوطرفه بود، رفلکس آشیل از بین رفته و حس درد در پاها (در جواب به تحریک با سوزن) مختل شده بود. آزمایش کامل خون، اوره و الکترولیت و الکتروکاردیوگرام طبیعی به نظر می‌رسیدند و او با تشخیص حمله Vasovagal مرخص گردید. وی سه هفته بعد با درد پلورتیک قفسه سینه و تب خفیف مجدداً بستری گردید. رادیوگرافی قفسه سینه نشانگر تجمع مایع در فضای جنب قسمت چپ بود. ESR، ۹۸ میلی‌متر در ساعت اول بود و الکتروکاردیوگرام در تمامی اشتقاقها، ST Elevation را نشان می‌داد. تشخیص پریکاردیت داده شد.

- ۱- چرا تشخیص پریکاردیت گذاشته شده است؟
- ۲- تظاهر غیرمعمول بیماری اولیه را توضیح دهید.

قرص های شادی آور
طاعون قرن

دکتر علیرضا مسن زاده

کارشناس گروه دارو و آزمایشگاه

آیا تا بحال نام اکستاسی را شنیده‌اید؟ احتمالاً در بین دوستان شما کسانی هستند که اسم این ماده را شنیده‌اند یا آنرا مصرف کرده‌اند.

استفاده از مواد مخدر مصنوعی در جهان طی ۵ سال گذشته بیش از ۷۰ درصد افزایش یافته است. این مواد به علت سود هنگفت و همچنین ساخت آسان آنها برای قاچاقچیان جذابیت خاصی پیدا کرده است. فروش سالانه این مواد در حدود ۶۵ میلیارد دلار تخمین زده می‌شود. به علت قیمت ارزان و دسترسی آسان، کنترل خرید و فروش آنها به سختی صورت می‌گیرد.

از معروفترین این مواد می‌توان به قرصهای اکستاسی (Ecstasy) اشاره نمود. این ماده در تایلند به نام داروی جنون (ya-ba) در اندونزی shuba و در انگلستان به نام داروی عشق معروف است. در ایران به نام قرص‌های شادی یا قرص ایکس (X) شناخته می‌شود. مصرف این قرص در چند سال اخیر در سطح جهان در بین جوانان به شدت بالا رفته است. مراجعه به اورژانسهای آمریکا در اثر مسمومیت با اکستاسی در سال ۱۹۹۸ از ۱۱۴۳

مورد به ۴۵۱۱ مورد در سال ۲۰۰۰ رسیده است. طی تحقیقاتی که بخش کنترل مواد مخدر سازمان ملل انجام داده است حدود ۲۰۰ میلیون نفر در جهان معتاد وجود دارد که ۳۰ میلیون نفر آنها از مواد مخدر مصنوعی استفاده می‌نمایند.

مجلس انگلستان پیش از رسیدن قرص‌های اکستاسی از آمریکا به این کشور، مجازات سنگینی را برای تولید، توزیع و مصرف این قرص‌ها وضع کرد. اما نتیجه کاملاً برخلاف انتظار بود. جوانان انگلیسی بسیار بیشتر از آمریکایی‌ها به اکستاسی روی آوردند. زندگی برخی از جوانان انگلیسی آن چنان به ایکس وابسته شد که بار سفر بستند و خود را به آمریکا رساندند. در دهه ۱۹۹۰ در گوشه و کنار خیابان‌های آمریکا جوانانی ژنده‌پوش به چشم می‌خوردند که کشورشان را برای راحت‌تر مصرف کردن قرص‌های ایکس ترک کرده بودند. اما قرص‌های اکستاسی با همان سرعتی که جای خود را در میان جوانان آمریکایی و اروپایی باز کردند از رواج افتادند. در قانون کیفری آمریکا جرم کسی که این قرص‌ها را به دوستانش می‌دهد از جزای فروشندگان قرص‌ها بیشتر است. در این کشور سالانه ۳/۴ میلیون نفر دست کم یک بار از اکستاسی استفاده می‌کنند.

Ecstasy (اکستاسی) در لغت به معنای وجد، شمع، شور و هیجان می‌باشد در روانشناسی به حالتی گفته می‌شود که قسمت خودآگاه روان انسان به طور موقت دچار اختلال می‌گردد. اما اکستاسی خالص پودر سفید رنگی است که در صورت ناخالص بودن به رنگهای قرمز و قهوه‌ای نیز در می‌آید. برای نخستین بار در سال ۱۹۱۴ توسط شرکت داروسازی مرک به عنوان داروی ضد اشتها و لاغری مورد توجه قرار گرفت اما به علت عوارض جانبی آن هرگز به بازار دارویی جهان عرضه نشد. پس از جنگ جهانی اول برای درمان افسردگی سربازان آمریکایی و آلمانی به کار رفت. بعدها در روان درمانی و همچنین به صورت غیر انسانی برای گرفتن اعتراف از زندانیان و شستشوی مغزی افراد استفاده گردید. از دهه ۱۹۹۰ مصرف اکستاسی در بین جوانان به عنوان قرص شادی بخش شیوع پیدا کرد.

ترکیب اصلی موجود در قرص‌های اکستاسی ۳ و ۴ متیلن دی‌اکسی مت‌آمفتامین است که به اختصار MDMA (Metylen Dioxy Met Amphetamine) گفته می‌شود.

همانطوری که پیداست این ماده از مشتقات آمفتامین می‌باشد و می‌توان آن را به آسانی در آزمایشگاه‌های کوچک تولید نمود که

البته به علت ناخالصیهای زیاد عوارض شدیدتری به همراه دارد. هریک از قرصهای موجود در بازار مواد مخدر مقادیر متفاوتی از MDMA (۱۰ الی ۱۰۰ میلیگرم) دارند که مواد محرک دیگری از جمله کافئین، افدرین و چندین نوع ماده تحریک کننده دیگر به آن افزوده می‌شود. این دارو از طریق کاهش سروتونین نورونهای مغزی خصوصاً نورونهای مربوط به لوب فرونتال، هیپوکامپ و قسمت‌های حافظه عمل می‌نماید. در تحقیقاتی که انجام شده است پس از مصرف این دارو میزان سروتونین مغز تا حد قابل ملاحظه‌ای (۶۰٪) کاهش یافته و نورونها به طور غیرقابل برگشت آسیب دیده‌اند. این ماده تعادل دوپامین - سروتونین را در سیستم عصبی انسان از بین برده و ایجاد اختلالات شدید خلقی می‌نماید. اکستاسی با ایجاد یک شخصیت کاذب احساس امنیت روانی را در فرد بالا برده و اعتماد به نفس او را افزایش می‌دهد. فرد مصرف‌کننده برای ایجاد یک رابطه فیزیکی و عاطفی شدید با دیگران و سازگاری با محیط اطراف خود القا می‌گردد. شخص احساس سرخوشی و خوب بودن می‌نماید. افزایش سطح هوشیاری فرد برای درک موسیقی و افزایش انرژی، او را در یک مستی جنون‌آور و توهم‌زایی فرو می‌برد.

ساعتها می‌رقصد و با دیگران شادی می‌نماید و دنیای واقعی بیرون را برای مدتی از یاد می‌برد، این اصلی‌ترین عامل برای جذب جوانان بحران‌زده قرن بیست و یکم است.

اکستاسی خودآگاه روان انسان را متوقف نموده و او را در برابر ناخودآگاه خود قرار می‌دهد. دریک فرد طبیعی هر احساسی را قسمت خودآگاه روان انسان کنترل می‌نماید وقتی این سطح از درک انسان از بین می‌رود فرد دچار روان‌پریشی می‌گردد. بدنبال مصرف اکستاسی شعور و آگاهی فرد که در سطح خودآگاه او قرار دارد مختل شده و زمان و مکان را نمی‌شناسد به گفته روان شناسان این ماده بر قدرت سنجش واقعیت فرد اثر می‌گذارد.

از سال ۱۹۹۷ تا آوریل ۲۰۰۲ تعداد ۲۰۲ مورد مرگ بر اثر مصرف اکستاسی در انگلستان گزارش شده است. ۸۵ درصد این افراد، علاوه بر اکستاسی، ماده دیگری مانند الکل نیز مصرف کرده بودند. نوشیدن مشروبات الکلی در کنار مصرف اکستاسی فرد را دچار کم آبی کشنده‌ای خواهد کرد. از سوی دیگر آمار بروز رفتارهای پرخطر در مصرف کنندگان اکستاسی هشدار دهنده است. مصرف این دارو با ایجاد بی‌پروایی، رفتارهای جنسی محافظت نشده و مکرر به

دنبال خواهد داشت. در نتیجه ارتباط نزدیکی میان مصرف اکستاسی و ابتلا به ایدز یافت شده است. همچنین بیماری‌های مقاربتی در مصرف کنندگان اکستاسی شیوع بیشتر دارد. جوانان بخش اعظم جمعیت کشور ما را تشکیل می‌دهند. اشتیاق نسل جوان برای درک تجربیات جدید و نیاز آنان به شادی و هیجان، جوانان را نسبت به این گونه مواد بسیار آسیب پذیر کرده است. فراهم ساختن زمینه‌های اقتصادی، دسترسی جوانان به شادی و تفریحات سالم و نیز ایجاد بستری مناسب برای پرورش استعدادها بالقوه آنان در کنار آگاه‌سازی، گام‌های مؤثری در جهت پیشگیری از گرایش به داروهای مخرب شادی افزا هستند. اثر اکستاسی ۲۰ الی ۳۰ دقیقه بعد از مصرف خوراکی آن خود را نشان می‌دهد و حدود ۱ الی ۱/۵ ساعت بعد به حداکثر رسیده و در عرض ۴ الی ۵ ساعت از بین می‌رود.

از عوارض آن می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

افزایش ضربان قلب (تاکی‌کاردی)، افزایش فشارخون (هیپرتانسیون)، افزایش دمای بدن (هیپرترمی)، برافروختگی، تحریک پذیری، تاری دید، نیستاگموس، تعریق شدید، اختلالات روانی، کابوسهای شبانه، اضطراب،

فراموشی، سردرد، تشنج، عدم تعادل، انقباض شدید فک و پارگی زبان در اثر فک زدنهای طولانی (Trisma)، گرفتگی عضلات، احتباس ادراری، لرزش اندامها، بیقراری. کاهش آب بدن در اثر تعریق زیادگاهی به حدی است که منجر به مرگ در نتیجه کاهش حجم خون بدن می‌گردد. به علت تخریب نرونهاى عصبی قدرت یادآوری و یادگیری فرد کاهش می‌یابد. زوال حافظه، نارسایی کبدی و کلیوی، کاهش شدید وزن بدن و ضایعات پوستی عوارض دیگر مصرف اکستاسی می‌باشند. مشکل اصلی در مصرف این مواد عوارض مزمن آن می‌باشد.

اعتیاد به اکستاسی بر خلاف دیگر مواد مخدر (تریاک، هروئین و ...) جسمی نبوده و تنها به علت ایجاد لذت و خوشی فرد مصرف کننده را تشویق به مصرف دوباره آن می‌نماید. آنچه به دنبال مسمومیت با اکستاسی اتفاق می‌افتد کما و مرگ است. فرد به شدت عرق می‌کند و حجم زیادی از آب بدنش را از دست می‌دهد. مردمک چشم گشاد می‌شود. تب بالا می‌رود و فرد گرما زده می‌شود. قلب به شدت می‌تپد. فشار خون بالا می‌رود و هر لحظه احتمال خونریزی مغزی یا حملات قلبی وجود دارد. تاکنون هیچ پادزهری برای مسمومیت با اکستاسی شناخته

نشده است و عوارض جانبی ناشی از آن باید درمان علامتی شوند. برای درمان افسردگی دوران ترک می‌توان از داروهای آنتی‌دپرسانت و آنتی‌سایکوتیک استفاده نمود.

هشدار: قیمت قرصهای اکستاسی طی ماههای گذشته به شدت کاهش یافته و از ده هزار تومان به ۳۰۰ تومان برای هر عدد رسیده است.

افزایش ریسک آرتریت روماتوئید در افراد سیگاری

دکتر رضا عباس زاده

پزشک بیماری‌های شبکه کلبیر

بیش از ۲/۱ میلیون آمریکایی، از آرتریت روماتوئید رنج می‌برند. اما دانسته‌های کمی در باره علل بالقوه اختلال اتوایمیون در دسترس است. در یک مطالعه تازه از کشور سوئد مشخص می‌کند که عوامل مربوط به شیوه زندگی شامل سیگار کشیدن و استفاده از رنگ مو ممکن است با خطر پیشرفت بیماری همراه باشد. محققین همچنین دریافته‌اند که زنانیکه در اوایل کودکی یا بلوغ به دیابت نوع ۱ مبتلا شده و تحت درمان با انسولین بوده‌اند، ده برابر مستعدتر از جمعیت معمولی به آرتریت روماتوئید می‌باشند. بعلاوه زنانیکه با تاخیر پرپود و یا یائسگی زودرس مواجه بوده‌اند، با افزایش

خطر همراه بوده‌اند. سه چهارم موارد بیماری آرتريت روماتوئيد در زنان اتفاق می‌افتد.

می‌دانیم که در طول حاملگی گزارشات متعددی راجع به بهبود وضعیت آرتريت روماتوئيد وجود داشته است. اما بعد از زایمان، روند بیماری بدتر می‌شود و حتی بعضی زنان، مدت کوتاهی بعد از بچه‌دار شدن، دچار پیشرفت علائم می‌شوند.

سرپرست محققین، آساکنر اولسون از دانشگاه لینکوپینگ سوئد در گزارش Webmed چنین می‌گوید: عوامل هورمونی آشکاری وجود دارند که نقش مهمی دارند اما اطلاعات دقیقی از چگونگی آن در دسترس نیست.

همانند سایر بیماری‌های اتوایمیون، آرتريت روماتوئيد بعلت تهاجم سیستم ایمنی بدن بر روی بافت‌ها و سلولهای سالم بوجود می‌آید. پاسخ ایمنی بدن علت التهاب در داخل و اطراف مفاصل بوده و اغلب منجر به تخریب استخوان می‌شود. فاکتورهای ژنتیکی نشان داده‌اند که حاوی نقش مهمی در پیشرفت آرتريت روماتوئيد می‌باشند. اما محققین هنوز زن یا زنهای مسؤل بیماری را مشخص نکرده‌اند.

می‌دانیم که بهر علتی ژنها نقش مهمی در این بیماری ایفاء می‌کنند. دکتر جان کلیپل رئیس

مؤسسه پزشکی آرتريت در گزارش Webmed چنین می‌نویسد: بیشتر مردم بر این باورند که ژنها در محیط، تحت تاثیر عواملی قرار می‌گیرند که منجر به بیماری می‌گردد. راز مهم اینست که آن عوامل کدامند؟ سالهاست که مطالعات متعددی در جستجوی یافتن عوامل ناشناخته عفونی می‌باشند که منجر به شعله‌ور شدن بیماری آرتريت روماتوئيد می‌گردد، اما تا به حال مجهول باقی مانده‌اند. مطالعات جهت روشن ساختن عوامل محرک و احتمالی محیطی هنوز به نتیجه نرسیده‌اند. در این مطالعه که در آخرین مقاله ژورنال سالانه بیماری‌های روماتیسمی منتشر شده است، محققین سوئدی تلاش کردند تا ۲۸۱ بیمار مبتلا به آرتريت روماتوئيد و ۵۰۷ نفر از افرادی که این بیماری را نداشتند، به لحاظ تعیین شیوه زندگی و مسایل زاد و ولد و دیگر فاکتورهای خارجی مورد بررسی قرار داده تا به حل این مسایل کمک کنند. هم مردان و هم زنانیکه سیگاری بوده یا سابقه کشیدن سیگار در گذشته را داشتند بیشتر مستعد بروز آرتريت روماتوئيد بودند. بعلاوه مردانی که بیشتر سیگار کشیده بودند، شانس بیشتری برای ابتلاء داشتند. افراد سیگاری که بیشتر از یک پاکت سیگار در روز می‌کشیدند تا ۳ برابر بیشتر نسبت به افراد غیر سیگاری در

معرض خطر ابتلاء بودند. زنانیکه از رنگ مو استفاده می‌کردند همچنین مستعدتر از زنانی بودند که از رنگهای مو استفاده نمی‌کردند. آساکنر اولسون می‌گوید: مطالعات اولیه نشان دادند که زنان آرایشگر نیز با افزایش محسوس در خطر ابتلاء به بیماری قرار دارند. دکتر جان کلیپل می‌گوید: مؤسسه آرتريت و انستیتوی ملی بهداشت، در جریان تحقیقات وسیع تری برای مشخص نمودن ژن مرتبط با پیشرفت آرتريت روماتوئيد و سایر اختلالات اتوایمیون می‌باشد. وی می‌گوید: یک راز بزرگ وجود دارد و آن اینکه، علل عمده ایجاد انواع آرتريت چیست؟ در ادامه توضیح می‌دهد که ما رغبتی به طرح سؤال نداشتیم و علت آن است که جواب آن را نمی‌دانیم! و بنظر ما سؤال باید طرح شود تا جواب آن داده شود.

منبع:

www.webmed.com

خبر خبر خبر خبر

- بمناسبت ۱۳ تیر روز ملی بیماری‌های قابل انتقال بین حیوان و انسان در استان آذربایجان شرقی فعالیت‌هایی صورت گرفت که به خلاصه‌ای از آنها اشاره می‌گردد:
- ۱- برگزاری همایش بیماری‌های قابل انتقال بین حیوان و انسان در تاریخ ۸۳/۴/۱۷ در محل مرکز

بهداشت استان با شرکت حدود ۲۵۰ نفر متشکل از مدیران شبکه، معاونین بهداشتی، کارشناسان مسؤل بیماریها، پزشکان بیماریها، کارشناسان مسؤل بهداشت محیط، کارشناسان مسؤل بهداشت مدارس، کارشناسان مسؤل آموزش بهداشت و مسؤلین دامپزشکی شهرستانهای تابعه استان، فرمانداری تبریز، مسؤلین دامپزشکی استان، مدیران گروههای داخلی، کودکان، مغز و اعصاب و عفونی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ریاست و معاونت دانشکده بهداشت تبریز و معاونین دانشگاه علوم پزشکی تبریز و با صدور قطعنامه در پایان همایش به منظور ارائه و پیگیری مفاد قطعنامه در کار گروه بهداشت و درمان و رفاه اجتماعی استانداری

۲- اعطای لوح تقدیر و جایزه به نفرات برگزیده در امر واکسیناسیون ضدهاری شهرستانهای تابعه استان به تعداد ۲۰ نفر

۳- اجرای مسابقه در مورد بیماریهای قابل انتقال بین حیوان و انسان و اعطای جایزه به ۵ نفر

۴- تهیه ۷ نوع تراکت آموزشی در مورد بیماری‌های قابل انتقال بین حیوان و انسان و تکثیر به تعداد ۱۰۵۰۰ عدد و ارسال به تمامی شهرستانها جهت نصب در خانه‌های بهداشت، مراکز بهداشتی درمانی و ادارات شهرستانها

۵- تهیه جزوه آموزشی در مورد بیماری‌های شایع قابل انتقال بین حیوان و انسان در استان آذربایجان شرقی

۶- مصاحبه و گزارش خبری در مورد بیماریهای مزبور در صدا و سیما در سه نوبت

۷- زیرنویس تلویزیونی در مورد شعارهای روزهای هفته مزبور در شبکه‌های سیما

۸- میزگرد تلویزیونی متشکل از کارشناس مسئول بیماریهای واگیر معاونت بهداشتی به همراه معاونت فنی دامپزشکی استان در برنامه خانواده شبکه استانی سیما

۹- درج شعار روز ملی در سربرگ نامه‌های اداری مرکز بهداشت استان و شبکه‌های بهداشت و درمان شهرستانهای تابعه

۱۰- درج شعارهای مربوط به بیماریهای قابل انتقال بین حیوان و انسان بصورت پلاکارد در سطح شهرهای استان

۱۱- برگزاری همایش‌های شهرستانی از ۱۳ لغایت ۱۸ تیرماه به مناسبت روز ملی بیماری‌های قابل انتقال بین حیوان و انسان در تعدادی از شهرستان‌ها

■ کارگاه بیماری‌یابی مالاریا در تاریخ ۸۳/۱/۲۷ بمدت یکروز برای ۴۰ نفر و از تاریخ ۸۳/۲/۱۵ لغایت ۸۳/۲/۱۷ بمدت سه روز برای ۱۰۰ نفر (ناظرین، کاردانان، بهورزان) در شهرستانهای تبریز و کلیبر برگزار گردید.

■ آموزش توجیهی پزشکان بیماریهای شهرستانهای (ملکان، چاراویماق، کلیبر، سراب و بناب) از تاریخ ۸۳/۲/۱۹ لغایت ۸۳/۲/۲۱ بمدت سه روز در مرکز بهداشت استان برگزار گردید.

■ گردهمایی یکروزه کارشناسان گروه پیشگیری و مبارزه با بیماریهای استان با کارشناسان مسئول مبارزه با بیماریها و پزشکان بیماری‌های شهرستانهای تابعه استان در مورخه ۸۳/۳/۴ در مرکز بهداشت استان برگزار گردید.

■ کارگاه خشنونت علیه زنان با شرکت کارشناسان بهداشت روان، آموزش بهداشت و

بهداشت خانواده مراکز بهداشت شهرستانها از تاریخ ۸۳/۵/۳۱ لغایت ۸۳/۶/۱ بمدت ۲ روز در مرکز بهداشت استان برگزار گردید.

■ سمینار آموزشی مبارزه با بیماریهای ایدز و هیپاتیت در مورخه ۸۳/۲/۳ با مشارکت اداره کل امور زندانها و مدیریت زندان مرکزی تبریز و گروه پیشگیری و مبارزه با بیماریهای استان بمدت یکروز در اداره کل امور زندانها برای پرسنل رسمی و وظیفه برگزار گردید.

■ با مشارکت سازمان ایرانگردی، اتحادیه صنفی مدیران جهانگردی و گروه پیشگیری و مبارزه با بیماریهای استان جلسه‌ای بمدت یک روز بمنظور توجیه موارد توصیه‌های بهداشتی در مسافرتها بین‌المللی برگزار گردید.

■ آموزش زندگی با همکاری آقای دکتر صبوری از هیات علمی دانشگاه تبریز در طول ماههای مرداد و شهریور ۸۳ هر هفته روزهای شنبه برای کارشناسان بهداشت استان برگزار گردید و این آموزش کماکان در نیمه دوم سالجاری ادامه خواهد داشت.

■ کارگاه دو روزه نظام مراقبت بیماری‌ها توسط گروه پیشگیری و مبارزه با بیماری‌های مرکز بهداشت استان با همکاری شبکه بهداشت و درمان شهرستان کلیبر در تاریخ‌های ۷ و ۸ شهریور ماه در شهرستان کلیبر برگزار گردید. در این کارگاه جناب آقای دکتر سروش رئیس اداره مبارزه با بیماری‌های روده‌ای، انگلی و منتقله از آب مرکز مدیریت بیماری‌ها، کارشناسان گروه پیشگیری و مبارزه با بیماری‌های استان،

کارشناسان مسئول بیماری‌ها و پزشکان بیماری‌های شهرستانهای تابعه استان حضور داشتند و مباحث نظام مراقبت بیماری‌ها و مدیریت بهداشت شهرستان مورد بحث و بررسی قرار گرفت.

کاهش نمک غذا

دکتر مسعود فاطمی

پزشک مرکز بهداشتی درمانی روستایی هوراند

شهرستان اهر

پژوهشگران می‌گویند اگر مقدار نمکی که همراه با غذا مصرف می‌شود از روزی ۱۲ گرم به ۳ گرم کاهش داده شود، تعداد مرگ و میر سالانه در اثر سکنه مغزی و ناراحتی‌های قلبی بریتانیا تا ۵۲ هزار نفر کمتر خواهد شد.

بر اساس گزارش این محققان در نشریه «Hypertension»، در حالی که حدود ۸۰ درصد نمک مصرفی مردم در روز همراه با غذاهای کنسرو شده مصرف می‌شود، نقش صنایع غذایی در این رابطه تعیین کننده است. برای کاهش نمک مصرفی بخش عمده‌ای از جمعیت بریتانیا فقط لازم است صنایع غذایی به محصولات نمک کمتری اضافه کنند.

این پژوهشگران، از دانشکده پزشکی بیمارستان سنت جرج در لندن، اظهار

می‌دارند حتی کاهش ناچیز در میزان نمک مثلاً ۱۰ درصد یا یک گرم در روز، می‌تواند سالانه از سکنه مغزی و حمله قلبی شش هزار نفر جلوگیری کند.

در بریتانیا، سکنه مغزی و ناراحتی‌های قلبی سالانه جان ۲۵۰ هزار نفر را می‌گیرند.

مصرف بیش از حد نمک می‌تواند منجر به بالا رفتن فشارخون شود که خود یکی از عوامل بروز سکنه مغزی و عارضه‌های قلبی است. به تخمین محققان اگر بزرگسالان مصرف روزانه نمک خود را به شش گرم کاهش دهند - یعنی میزانی که دولت توصیه می‌کند - هر ساله ۳۵ هزار نفر کمتر می‌میرند.

اقدام صنایع غذایی:

گروه «اقدام هماهنگ علیه نمک برای سلامت» موسوم به Consensus Action on Salt and Health، که در این تحقیقات دست داشته است، اعلام کرده است صنایع مواد غذایی باید از میزان نمک در محصولات تولیدی خود بکاهند. این گروه می‌گوید این آسان‌ترین راه برای کاهش نمک مصرفی مردم است و آنها اصلاً متوجه این تغییر هم نخواهند شد.

اما صنایع مواد غذایی و نوشیدنی می‌گویند آنها خود به صرافت این کار افتاده‌اند و پیش

برنامه جدید کشوری واکسیناسیون کودکان

علی ورشوچیانی

کارشناس گروه پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها
بعد از اجرای موفق واکسیناسیون همگانی سرخک و سرخجه، برنامه کشوری واکسیناسیون کودکان بشرح ذیل تغییر یافته است:

بدو تولد: هپاتیت ب، OPV (پولیو خوراکی)، ب‌ث
دو ماهگی: هپاتیت ب، OPV، ثلاث
چهار ماهگی: ثلاث، OPV
۶ ماهگی: هپاتیت ب، ثلاث، OPV
۱۲ ماهگی: MMR (سرخک، سرخجه، اوریون)
۱۸ ماهگی: ثلاث، OPV
۴-۶ سالگی: ثلاث، MMR، OPV
۱۴-۱۶ سالگی: دوگانه ویژه بزرگسالان
یادآوری:

۱) در مورد کودکان نارس و دارای وزن کمتر از ۲ کیلوگرم واکسیناسیون هپاتیت ب به این صورت خواهد بود: بدو تولد، یک ماهگی، دو ماهگی و ۶ ماهگی
۲) برای زائرین عتبات عالیات فعلاً هیچگونه واکسنی توصیه نمی‌شود.
۳) واکسیناسیون هپاتیت ب برای نیروهای نظامی و انتظامی توصیه نمی‌شود.
۴) بغیر از موارد یاد شده در فوق تا زمان چاپ ششم راهنمای ایمنسازی کشوری، در سایر موارد به راهنمای چاپ پنجم ایمنسازی استناد خواهد شد.

منبع: صورت جلسه کمیته کشوری ایمنسازی

از نشر این گزارش میزان نمک در محصولاتمانند نان را کاهش داده‌اند.

فنگ هی، یکی از تنظیم کنندگان گزارش منتشر شده در مجله Hypertension، گفت: «پژوهش‌های ما نشان داده است که نحوه واکنش بدن با میزان کاهش نمک مصرفی ارتباط مستقیم دارد. هرچه مصرف نمک کمتر باشد، میزان فشارخون فرد هم پایین می‌آید»

آقای هی ادامه می‌دهد: «تحقیقات گسترده در مورد ارتباط فشارخون با مرگ و میر در اثر سکنه مغزی و ناراحتی قلبی به ما کمک کرد تا شمار کسانی را که می‌توان با کاهش مصرف نمک نجات داد، محاسبه کنیم»

وی افزود: «ما نشان دادیم که کاهش مصرف نمک برای مثال از متوسط روزانه ۱۲ گرم به روزی ۳ گرم، از مرگ ۲۰ هزار و پانصد نفر در اثر سکنه مغزی و ۳۱ هزار و چهارصد نفر در اثر بیماری‌های قلبی در سال جلوگیری می‌کند. این عدد سالانه معادل تقریباً ۵۲ هزار نفر است.»

منبع:

www.bbc.co.uk/Persian/science/story/saltyfood.shtml

دعوت به همکاری :

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

جاده ایمن تصادف ندارد

حوادث ترافیکی دومین علت مرگ و میر در کشور هستند و دومین عامل سالهای از دست رفته عمر نیز سوانح ترافیکی است. با مشارکت عمومی و تلاش همه ارگانها و سازمان‌های مسئول می‌توان اثرات سوء حوادث و همچنین بروز حوادث را کاهش داد.

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 ورشوچیانی

هماهنگی و مشخه آرایه: 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 ۸۱۴۳۸۱۴۹۹۸ - تلفن ۰۲۳۳۰۳۰۹ - فاکس ۰۲۳۳۰۱۹۷ - ۱۴۱۱

EMAIL: eazphc_cdg @ eazphc.ir

تیراژ ۳۰۰۰ نسخه

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