

پیام سپید

PAYAM-E- SEPID
Internal Journal of
Bentohoda Hospital

پوستی بدون چروک با ده ماده غذایی



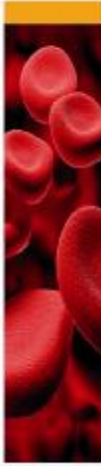
سوگند روحه ■ کارشناس مجاهد دارویی

کنترل دستورات پزشکی - ثبت و گزارش نویسی



برای جراحی ■ مشاور رئیس بیمارستان در امور خدمات پزشکی

هموفیلی چیست؟



طاهره رسولی ■ مشاور رئیس بیمارستان در امور خدمات پزشکی

روز جهانی اهداء خون



دکتر پیام آملی ■ مدیریت بیمارستان

تنبلی چشم (آمبلیوپی)



دکتر زهرا خادم ■ متخصص چشم

دوز مناسب مکمل ویتامین D
در شیرخواران

دکتر سحر مسعودی چوپان ■ متخصص اطفال و نوزادان

آبسه
(Abscess)

دکتر زهرا امیرمجتازیان ■ متخصص پوست

بیش فعالی در کودکان

دکتر سحر علی سرف ■ آموز دانشس پداری، کارشناس روان کودکان

کجایی ای همیشه پیدا از پس ابرهای غیبت
فقط تویی که می توانی داد عدالت سر دهی
چون تو زاییده حقی

فرارسیدن ماه شعبان و اعیاد شعبانیه
بر همگان مبارک و خجسته باد





فهرست

- جانبازان رهبران این نهضتند
- بیش فعالی در کودکان
- اهمیت پالس اکسیمتری به عنوان تست
- غربالگری نقایص مادرزادی قلبی
- دوز مناسب مکمل ویتامین D در شیرخواران
- آبسه Abscess
- تبلی چشم (آمبلیوپی)
- روز جهانی اهداء خون
- کنترل دستورات پزشکی-ثبت و گزارش نویسی
- هموفیلی چیست؟
- تریاز
- نالاسمی چیست وچطور می‌توان از آن پیشگیری کرد؟
- سندرم گیلن باره
- بهداشت حرفه ای
- صلیب سرخ و هلال احمر بزرگترین سازمان بشر دوستانه دنیا
- پوستی بدون چروک با ده ماده غذایی
- توصیه های تغذیه ای لازم برای روزه داری
- روزه داری ، بارداری و شیر دهی
- کودکان با نیازهای خاص: کودک تیزهوش
- گزارش برگزاری جلسات آموزشی اعتباربخشی بیمارستان بنت الهدی

تشریح داخلی بیمارستان بنت الهدی
تیرماه ۱۳۹۱

صاحب امتیاز: بیمارستان بنت الهدی
مدیر مسئول: علیرضا امیرحسنخانی
سر دبیر: دکتر وحیدرضا یاقوت کار
دبیر اجرایی: شکوفه احمدی

صفحه آرای: تصویر هنر
ویرایش و بازبینی فنی: زهرا غلامیان
تایپست: محبوبه موذنی
چاپ: گوتنبرگ مشهد
ناظر فنی چاپ و اجرا: شریعت پناهی

همکاران این شماره:

دکتر محمدتقی صراف
دکتر فرحناز ثمره محمدیان
دکتر زهرا خادم
دکتر امیرمسعود رجب پور
دکتر پیام آهنی
خانم مریم جهانی
خانم طاهره رسولی
خانم مریم تقدیسی
خانم تکتم شیری
خانم فاطمه نوراللهی
خانم الهه باغداری
خانم یربسا هرمزی
خانم سوگند برجسته

ایران - مشهد - خیابان بهار

تلفن: ۵ - ۸۵۹۰۰۵۱ - ۵۱۱

تلفن و فاکس مستقیم مدیریت: ۵ و ۱۴ ۸۵۱۸۱ - ۵۱۱

تلفن گویا: ۰۹۱۵۱۵۷۹۰۰۴

Bahar st. Mashhad- Iran
Telt: +985118590051-5 Fax: +985118518115
Email: bentolhodahospital@yahoo.com



چون هوای حضور جانان کنند
گر بود هفتاد وادی پیش پای
طی راه عاشقی آسان کنند
پای کوبان عزم ان میدان کنند

فرخنده سالروز اسطوره ایثار و فداکاری،

حضرت عباس (ع) و روز جانباز مبارک و خجسته باد.

حلول ماه مبارک رمضان، ماه نزول خیر و برکت الهی بر همه شیفتگان عبادت تبریک و خجسته باد.



پروردگارا! تو را به حرمت این ماه گرمی و به حرمت
گرانمایگانی که در این ماه پیشانی بندگی به درگاه تو
می گذارند و از نخستین روز تا واپسین لحظه این ماه
به عبادت تو همت گمارند مقدر فرما که به طاعت و
عبادت تو مشتاق باشم و با اعطای این اشتیاق بر قلب
من منت گذار. به من نیرو بخش به خاطر تو همه
رنجی را بتوانم پذیرفت و مرا شایان آن شمار که
سپاس و ستایشم ویژه تو باشد.

پرستش و نیایش، ارجمندترین و خجسته ترین
بخش حیات آدمیان است.
زیستن بی نیایش و زندگانی بی پرستش، زیستی
انسانی نیست.

از فرخنده ترین موهبت های خداوند رحمان به ما
آدمیان آن است که فرصتی داده تا با او سخن بگویم
و از او سخن بشنویم و او را بستائیم.
ستایش ویژه پروردگاری است که ماه مبارک رمضان
را یکی از راه های خیر و رحمت شمرده و این ماه را به
نام مقدس خود شرافت داد.

ستایش ویژه درگاه اوست که ماه رمضان را ماه
طهارت، تهذیب، نماز و عبادت قرار داد و این ماه را به
نزول قرآن، احترام و اعتبار بخشید و در این ماه شبی
به وجود آورد که بر هزار شب رجحان و برتری دارد و
نام این عزیز و عظیم را شب قدر گذاشت. شبی که
ملائکة و روح از ملکوت اعلا به اذن پروردگار فرو آیند
و با خویشتن سلامتی، که برکت جاویدان دارد تا
سپیده دم فرود آورند و این موهبت را به بندگانی که
مستحق سلام و برکت باشند واگذارند.

جانبازان رهبران این نهضتند

از آنان می گویم ، آنانکه سرود صلابت را در
استواری گام هایشان به تصویر کشیده و
نغمه های ترنم شیدایی شان در مأذنه عشق
حلاجوار بر دار بوسه می زنند ، آنانکه چون
میثم تمار هر روز به عشق وصل بر درختی که
مقتل اوست آب میدهند و به امید آن روز
لحظه شماری میکنند و بر آیت حق ، دل آرام
کرده اند.



آیا میدانی پیچیدن به دور خود یعنی چه ؟
آیا شنیده ای قطع نخاعی چسان زندگی
می کند؟ خلاصه تر بگویم آیا از فرهنگ
آزادگی جانبازی خیر داری ؟ آیا مرگ تدریجی
را شنیده ای؟ آیا دیده ای او را که لحظه به
لحظه بر مرگ تدریجی با عزتش تبسمی
عاشقانه میزند؟

اصلا چرا او بر مرگ لبخند میزند و ما محکم به
دنیا چسبیده ایم ؟ آیا هرگز فکر کرده ای که
اگر بر قامت والای او به دیده ای غیر از دیده ی
الهی بنگریم، عقوبت الهی چه معامله ای با ما
خواهد کرد ؟ هیچ میدانی شبها و روزهایش
چگونه می گذرد؟

آیا هرگز فکر کرده ایم « جانبازان رهبران این
نهضتند » یعنی چه؟ آیا نگاه بر چهره او که خود
حکایت ها ز مثنوی ها دارد ، برایمان جالب
نیست؟ آیا؟! و آیا؟! و آیا!؟

هرگز خود را به جای آزاده و جانباز گذاشته ایم
و به دنیای دردش فکر کرده ایم ؟ اصلا
می دانیم درد یعنی چه؟ و دردمند کیست و
چرا این دردمندان از درد خویش نمی گویند؟
آیا برای آزمایش هم شده بر ویلچر
نشسته ایم ؟ یا انسان که او محبوس شده و
می شود محبوس شده ایم؟ حتی به دقایقی و
لحظاتی ؟ اصلا آیا می دانیم شیمیایی یعنی
چه و جانباز شیمیایی به چه کسی می گویند؟
نمی دانم هرگز دیده ای آن ابرمرد را که بر
روی زمین پهن شده و دایم با دستانش بر سر
و صورتش می کوبد و گهگاهی هم سرش را به
دیوار می زند؟ آیا او را که یک عمر جز تخت
بیمارستان و آسایشگاه جانبازان دنیایی دیگر
به تصورش نمی آید لمس کرده ای؟

بیش فعالی در کودکان

بیش فعالی در کودکان به حالتی دلالت می کند که در آن کودک به نحوی مفرط و بیش از اندازه فعال و پر جنب و جوش است. تحرک زیاد این کودکان نه تنها خود آنها، بلکه اطرافیان، همکلاسی ها و اولیای مدرسه را نیز دچار مشکل می کند.

از طرفی کودکان بیش فعال در معرض خطر بالایی از اختلال سلوک و شخصیت ضداجتماعی می باشند. نقص در تمرکز شرایطی را برای کودک ایجاد می کند که نتواند آرام و بدون حرکت بنشیند، رفتارش را کنترل کرده و توجه خود را به یک موضوع خاص معطوف نماید.

شیوع بیش فعالی: از هر ۱۰۰ کودک پنج کودک مبتلا به بیش فعالی می باشند. پسران سه برابر بیشتر از دختران در معرض ابتلاء قرار دارند، اغلب مشکلات قبل از ۸ سالگی آغاز می شود و ممکن است والدین تا وقتی که فرزندشان بزرگتر نشده متوجه مشکل او نگرددند.

پزشکان معتقدند افراد مبتلا به بیش فعالی فاقد میزان کافی از مواد شیمیایی خاص در مغز هستند.

علائم:

- ۱- مشکل در توجه
- ۲- فعالیت بیش از اندازه
- ۳- انجام عمل قبل از فکر کردن به آن

انواع بیش فعالی:

نوع اول: در این نوع فرد نمی تواند روی تکلیفی که به او می دهند و یا یک فعالیت خاص تمرکز داشته باشد. اکثر این کودکان در دقت و توجه کردن دچار مشکل هستند. این دسته از افراد غالباً:

- ۱- توجه زیادی به جزئیات ندارند.
- ۲- در بازی ها و کارهای مدرسه نمی توانند تمرکز داشته باشند.
- ۳- کارهای مدرسه و فعالیت روزانه خود را در منزل تا آخر دنبال نمی کنند و آن ها را به پایان نمی رسانند.

۴- نمی توانند یک وظیفه یا تکلیف را تمام و کمال انجام دهند.

۵- اسباب بازی ها، کتب ها و وسایلمان را اغلب گم می کنند.

نوع دوم: در این نوع از اختلال فرد بسیار فعال است و بدون فکر اقدام به فعالیت و انجام کار می کند. فعالیت بیش از حد معمول از مشخصات این اختلال است. کودک بیش فعال همیشه در حال انجام کاری می باشد. ممکن است سطح بیش فعالی با افزایش سن کاهش یابد. این کودکان قبل از اینکه راجع به عملی فکر کنند آن را انجام می دهند.

برای مثال این کودکان ممکن است

بطور ناگهانی وسط خیابان شروع به دویدن

کنند و از یک سمت به سمت دیگر خیابان، بدون نگاه کردن، حرکت کنند و یا اینکه از درخت بلندی شروع به بالا رفتن نمایند.

مشخصه کودکانی که این نوع اختلال را دارند عبارت است از:

- ۱- بی قراری و ناآرامی
- ۲- دویدن مدام از سویی به سوی دیگر
- ۳- بالا رفتن از چیزی
- ۴- پایین آمدن از صندلی وقتی که اجازه این کار را ندارند.
- ۵- عدم توانایی در بی سر و صدا بازی کردن
- ۶- بیش از حد صحبت کردن
- ۷- پاسخ دادن ناگهانی و بدون فکر به پرسشی که هنوز تمام نشده است.
- ۸- عدم توانایی در صبر کردن برای نوبت خود
- ۹- بدون اجازه وسط بازی دیگران پریدن

درمان:

درمان سریع برای این اختلال وجود ندارد اما علائم آن قابل کنترل هستند. والدین و آموزگاران باید به نکات زیر توجه داشته باشند:

- ۱- در مورد این اختلال اطلاعات بیشتری کسب کنند.
- ۲- برنامه تعلیم و تربیت خاصی را متناسب با نیازهای کودک ایجاد و طرح ریزی نمایند.
- ۳- ایجاد طرح دارو درمانی در صورتی که والدین و پزشک احساس کنند که کودک به دارو درمانی نیاز دارد.

راهنمایی جهت والدین:

- وقتی که فرزند کارش را خوب انجام می دهد به او پاداش دهید.
- در فرزند خود توانایی ایجاد کنید.
- با او در مورد استعدادهایش صحبت کنید.
- او را به بکارگیری توانایی اش تشویق و ترغیب کنید.
- با فرزند خود کاملاً واضح و روشن صحبت کنید.
- برای این کار با پشتکار، مصر و مثبت باشید.
- خواسته های خود را کاملاً برای فرزند خود روشن کنید.
- به او بگوئید چه کارهایی را

باید انجام دهد، نه اینکه

فقط آنچه را که نباید انجام دهد

به او گوشزد کنید.

- با مدرسه تماس داشته باشید و برنامه تعلیم و تربیت خاص نیازهای فرزندتان را برای او تنظیم کنید.

با معلم در تماس باشید و تذکر دهید فرزند شما در خانه چه عملکردی دارد و از او سوال کنید که در مدرسه چه می کند.

راهنمایی برای آموزگاران

- باید بدانید که چه موارد خاصی برای دانش آموزان دشوار هستند، برای مثال ممکن است که دانش آموز در شروع کار دچار مشکل باشد که بایستی در این مورد با کودک همکاری کرده و او را راهنمایی نمایید.

- به کودک نشان دهید چگونه از کتاب تکلیف و برنامه های روزانه استفاده کند و همچنین مهارت ها و روش های یادگیری را به او آموزش دهید، و در مواقع لازم به او پاداش دهید.

- به کودک در فعالیت های بدنی کمک کنید، برای مثال اجازه دهید تا کاری را ایستاده انجام دهد و در بین برنامه ها به او استراحت دهید.



اهمیت پالس اکسیمتری به عنوان تست غربالگری نقایص مادرزادی قلبی

مثبت کلاب در گروه اول (قبل از ۲۴ ساعت اول تولد) بالاتر از گروه دوم بوده است (۶۵٪ درصد در برابر ۱۰۵٪ درصد) اما علیرغم این نتایج و با توجه به این واقعیت که اکثر نوزادان طی ۲۴ ساعت اول تولد از بیمارستان مرخص می شوند، گروه معتقد است که این تست بهتر است در بیمارستان و قبل از ترخیص نوزاد انجام گیرد.

مؤلفین معتقدند که معرفی نقایص مادرزادی قلبی، چالش بزرگی است زیرا این نوزادان ممکن است در روز اول تولد و در اتاق نوزادان نظیر سایر نوزادان سالم بنظر برسند اما می بایست در اولین زمان ممکن شناخته شده و درمان شوند تا نتایج بهتری داشته باشیم. یکی از مشکلات اطمینان یافتن از انجام اکوکاردیوگرافی تشخیصی در مرحله Follow up است، زیرا بسیاری از مراکز فاقد امکانات انجام اکو در بخش نوزادان می باشند و این نوزادان باید به سایر مراکز منتقل شوند در حالیکه نوزادان مبتلا به CHD اغلب در روزهای دوم تا سوم تولد، با بسته شدن مجرای شریانی، دچار مشکل شده و حال عمومی آن ها بدتر می شود، لذا اهمیت انجام اکوکاردیوگرافی قبل از ترخیص نوزاد از بیمارستان بیش از پیش مشخص می شود.

در خاتمه توصیه می شود که با توجه به امکان تغییر در نتایج پالس اکسیمتری در مناطق با ارتفاع بالاتر، بهتر است با انجام مطالعات بیشتر، آستانه تطبیق یافته ها را برای مناطق مختلف تعیین نمود.

است که بسیار با ارزش و امیدوار کننده است. لذا دلایل بسیاری وجود دارند که این روش را به عنوان جزئی از تست های اسکرینینگ روتین نوزادان قرار دهیم. این روش بسیار ساده بوده و فقط به چند دقیقه وقت نیاز دارد، باعث بهبود کشف مشکلات قلبی گردیده و از طرفی نارای میزان مثبت کاذب بسیار کمی نیز می باشد. دکتر شکیلا گفته است که CHD حدود ۸-۷ نوزاد را به ازای هر ۱۰۰۰ نفر درگیر می سازد، در حالیکه نقایص قلبی مادرزادی حاد و بحرانی در حدود ۱/۸ بازای هر ۱۰۰۰ نوزاد اتفاق می افتد که در این مورد اکثراً فوت کرده یا نیازمند جراحی های بزرگ طی ماه اول زندگی می باشند، ایشان پیشنهاد کرده است که با ترکیب پالس اکسیمتری و معاینه بالینی می توان ۳۰ مورد دیگر بیماری های قلبی حاد و بحرانی را بازای هر ۱۰۰۰/۱۰۰۰ نوزاد تازه متولد شده تشخیص داد، و با تشخیص زود هنگام، می توان سریعتر اقدام جراحی را انجام داد و قبل از آنکه نوزاد وارد مراحل وخیم بیماری شود وی را نجات داد. از آنجائیکه این مطالعه در سطح بزرگی انجام شده است، سایر محققین این فرصت را دارند تا به نتایج این تست در زمان های مختلف انجام آن دست یابی داشته باشند زیرا مطالعه در دو مرحله (۱) یکی در ۲۴ ساعت اول تولد و (۲) دیگری بعد از ۲۴ ساعت اول تولد انجام شده است. میزان حساسیت در دو مرحله تفاوت زیادی نداشته اما میزان

در یک مطالعه که نتایج آن در ماه می سال جاری میلادی نوشته شده است اطلاعات جمع آوری شده از ۲۳۰۱۰۰۰ نوزاد نشان داده است که "پالس اکسیمتری" جهت کشف زود هنگام نقایص مادرزادی قلبی نوزادان قویاً اختصاصی و مفید می باشد و نتایج این مطالعه استفاده از این روش را جهت تست اسکرینینگ تشخیص نقایص مادرزادی قلبی، بطور الزام آوری منطقی می داند این متاآنالیز که به صورت آنلاین در شماره اول می ۲۰۱۲ مجله لانست منتشر شده توسط گروهی به سرپرستی دکتر شکیلا از دانشگاه کوئین ماری لندن انجام گردیده است. ایشان گفته که ما تمام مطالعاتی را که در این زمینه انجام شده بود بررسی کردیم و شواهد میزان دقت پالس اکسیمتری را نیز دقیقاً جمع آوری نمودیم و چنین دریافتیم که این تست دارای میزان حساسیت ۷۶ درصد جهت تشخیص آنومالی های مادرزادی قلبی است، در حالیکه روش های مرسوم تشخیص این بیماری ها نظیر معاینه بالینی و انجام اسکن های قبل از زایمان دارای میزان کشف حدود ۵۰ درصد می باشند.

از طرف دیگر میزان مثبت کاذب این روش خیلی کم و حدود ۱/۱۴ درصد می باشد که تقریباً یک به ازای هر هزار نفر

دوز مناسب مکمل ویتامین D در شیرخواران

تزریقی، عوارض خفیفی نظیر اسهال و بیقراری دیده شد. در مطالعات دیگر، شواهدی به نفع مفید بودن مقادیر بالاتر از ۴۰۰ واحد در روز، گزارش نشده است.

در بررسی دیگری در آلمان، ویتامین D مکمل با دوز ۲۵۰ واحد در روز و ۵۰۰ واحد در روز به دو گروه شیرخوار تحت تغذیه با شیرمادر تجویز شد و چنین نتیجه گیری شد که هر دو دوز به یک اندازه در پیشگیری از ریکتز تغذیه ای در تابستان و زمستان مؤثر بوده و تفاوتی گزارش نگردید.

با عنایت به بررسی های صورت گرفته فوق، چنین نتیجه گیری شده است که تجویز روزانه ۲۵۰-۲۰۰ واحد بین المللی ویتامین D۳ به نوزادان تحت تغذیه با شیرمادر، می تواند منجر به پیشگیری از ریکتز تغذیه ای شود و لی این مقادیر برای نوزادان تیره پوست تعیین نشده و نیازمند مطالعات دیگری است.

تجویز ویتامین D با دوز ۴۰۰ واحد در روز به نوزادان، فاقد عوارض جانبی خاصی بوده است ولی علائمی به نفع برتری آن نسبت به دوز ۲۵۰ واحد در روز دیده نشده است.

کشورهای مختلف، آستانه مشخصی برای ایجاد ریکتز مشخص نشده است، اما مطالعات نشان داده اند که تجویز مقادیر کمتر از ۲۰۰ واحد در روز جهت بالا نگه داشتن سطح ویتامین D سرم به مقادیر بالاتر از ۵۰ nmol/l کافی نیست ولی مشخص شده است که دریافت روزانه ۴۰۰ واحد بین المللی ویتامین D باعث ایجاد غلظت های بالای سطح سرمی فوق خواهد شد. در مطالعه ای در ترکیه مشخص شد که تجویز ۴۰۰ واحد ویتامین D به مدت ۱۲ ماه باعث پیشگیری از ریکتز در شیرخواران سنین سه تا ۲۶ ماهگی شده است و در مطالعه دیگری در چین مشخص گردید که تجویز روزانه ۳۰۰ واحد ویتامین D به مدت حداقل ۱۲ ماه باعث کاهش ۲۴ درصدی در ریسک ایجاد ریکتز گردیده است.

مطالعه دیگری توسط شکیلا در ایران انجام شده است که طی آن، در گروهی ویتامین D با دوز ۲۰۰ واحد در روز، در گروه دیگر با دوز ۴۰۰ واحد در روز و در گروه دیگر هر دو ماه یک مرتبه یک تزریق ۵۰۰۰۰ واحدی ویتامین D انجام شده و مشخص گردید که در هر سه گروه سطح سرمی ویتامین بالای ۵۰ nmol/l حفظ شده و از پیدایش ریکتز تغذیه ای جلوگیری شده است، هر چند که در روش

ویتامین D یکی از عناصر اساسی جهت رشد و سلامت استخوانی و سیستم اسکلتی می باشد و کمبود آن می تواند منجر به ایجاد ریکتز در کودکان شود، در بسیاری از کشورها این بیماری به دنبال کمبود تغذیه ای ویتامین D دیده شده است. مطالعات انجام شده همچنین نشان دهنده ارتباط بین کمبود این ماده و ایجاد دیابت شیرین تپ ۱ و همچنین بیماری های التهابی می باشد. منابع طبیعی این ویتامین بسیار محدود بوده و از طرفی تماس کافی با نور مستقیم آفتاب جهت سنتز جلدی ویتامین D، به راحتی و برای همگان میسر نیست، لذا توصیه به تجویز مقادیر کافی ویتامین D برای همه شیرخواران (حتی شیرخورانی که فقط از شیر مادر تغذیه می کنند) توصیه می شود.

در اروپا تعداد بسیار کمی از غذاها با ویتامین D غنی شده اند و لذا کودکان در معرض خطر کمبود این ماده می باشند. شایعترین عارضه کمبود ویتامین D در کودکان ریکتز ناشی از کمبود این ویتامین می باشد. مقادیر سرمی کمتر از ۵۰ nmol/l به عنوان کمبود این ویتامین شناخته می شود و مقادیر کمتر از ۲۵ nmol/l کمبود شدید نامیده می شود اما براساس گزارش های منتشر شده از

آبسه Abscess

آبسه تجمع محدود مواد چرکی در حفره ای است که توسط نکروز نسجی، ایجاد شده است. ناحیه مبتلا قرمز، حساس و مواج می باشد. پوست روی ضایعه ممکن است نازک شده باشد و در سطح آن پوستول دیده شود.

در یک مطالعه که بر روی بیماران با آبسه های جلدی به صورت سرپایی انجام شده، شایع ترین محل آبسه در زنان به ترتیب عبارت بوده است از: زیر بغل، وولو، واژن، اطراف رکتوم، سر و گردن و پانسان ها، و در مردان به ترتیب شیوع نواحی سر و گردن اطراف رکتوم، اندام ها، ناحیه اینگوینال و زیر بغل بیشتر درگیر بوده اند. ۹۶ درصد آبسه ها باکتریال و بقیه استریل می باشند. حدود یک سوم آبسه های استریل در معتادان تزریقی ایجاد می شود که در این حالت مواد تحریک کننده شیمیایی تزریق شده باعث آبسه می شوند که از نظر بالینی از آبسه های باکتریال غیر قابل افتراق هستند.

آبسه ها معمولاً پلی میکروبیال می باشند و در کمتر از یک سوم موارد کشت خالص دیده می شود که در این حالت معمولاً استاف اورئوس (*S aureus*) است. عوامل باکتریال هوازی و بی هوازی رامیتوان از آبسه های پوستی در هر کجای بدن جدا نمود ولی بیشتر کشت های مخلوط در ناحیه اطراف رکتوم دیده می شوند. باکتری های هوازی که معمولاً از آبسه ها جدا می شوند عبارتند از: استاف اورئوس، استاف ایی درمیس، استرپتوکوک های هوازی، دیفتروئیدها، پروتئوس مبرابلیس و سایر اتروباکتریاها. باکتری های بی هوازی شایع عبارتند از: باکتریئیدها، کلسترییدیوم، پیتواستریپتوکوک، پروپیون باکتریوم، لاکتوباسیل، انوباکتریوم و فوزو باکتریوم ها. آبسه های روی تنه، زیر بغل، اندام ها و دست غالباً توسط باکتری های هوازی ایجاد می شوند در حالیکه آبسه هایی که در ناحیه پری آنال ایجاد می شوند معمولاً فقط باکتری های بی هوازی

می باشند. استاف اورئوس، به ندرت از آبسه های نواحی رکتوم و وولو واژن جدا شده است چرا که این آبسه ها بیشتر از غشاهای مخاطی منشأ می گیرند تا از پوست.

درمان

۱- آبسه های پوستی را باید با تسزبون و درناژ چرک درمان نمود. در صورتیکه آبسه لوکالیزه بوده و عارضه دار شده باشد نیاز به رنگ آمیزی گرم، کشت یا درمان با آنتی بیوتیک نیست.

۲- آبسه های قسمت میانی صورت که ممکن است به سینوس کلورنوس درناژ شوند، علامت سیستمیک عفونت، سلولیت اطراف و نقص ایمنی زمینه ای، باریک بالای همراه هستند. در این موارد درمان با آنتی بیوتیک براساس رنگ آمیزی گرم و کشت توصیه می شود.

۳- در صورت عود آبسه در محل قبلی باید با استفاده از پروسه یا روش های تصویربرداری، وجود جسم خارجی را رد کرد.

دکتر زهرا خادم ■ متخصص چشم

تنبلی چشم (آمبلیوپی)

۲- مهار مغزی (Cortical suppression) که به معنای نادیده گرفتن اطلاعات ورودی یکی از چشم ها در مغز است.



به اختلاف بین دید دو چشم در حد دو خط اسنلن و یا بیشتر گفته می شود.

باید توجه داشت که برای کودکان ۴-۳ ساله دید ۲۰/۴۰ و برای کودکان ۷-۴ ساله دید ۲۰/۲۵ طبیعی است. در تنبلی چشم، اختلالات متعددی در *Spatial vision* وجود دارد، از جمله کاهش حدت بینایی، کاهش حساسیت به کنتراست، اختلال در تشخیص لبه ها و همچنین اختلالات دید دو چشمی از جمله اختلال دید سه بعدی.

پاتوفیزیولوژی و طبقه بندی آمبلیوپی

در تنبلی چشم، نقص بینایی ناشی از تکامل غیر طبیعی سیستم پردازش تصویر در مغز است که این امر ناشی از تار بودن تصویر دریافتی از یک چشم و با عدم هم خوانی تصاویر دریافتی از دو چشم طی دوران حساس تکامل بینایی است.

کودکان تا سن ۷ سالگی در معرض خطر تنبلی چشم هستند اما حساس ترین و حیاتی ترین دوره ی تکامل بینایی از هفته اول تا ماه سوم بعد از تولد است.

بطور کلی دو عامل عمده در ایجاد تنبلی چشم مؤثر است: ۱- مبهم بودن تصویر (Pattern distortion) که به معنای ایجاد یک تصویر تار روی شبکه است.

مقدمه

تنبلی چشم، شایعترین علت کاهش بینایی در کودکان است که شیوع آن بین ۴-۱ درصد است. هر چه تنبلی چشم زودتر تشخیص داده شده و درمان شود، بهبود بینایی چشمگیرتر است. از سال ها پیش تا کنون، درمان استاندارد تنبلی چشم، همچنان بستن چشم غالب است و هنوز هم هزینه ترین و سالم ترین روش درمانی است. اما به علت تداخل با فعالیت های روزمره و مشکلات آن از جنبه زیبایی و اجتماعی، از جانب بیمار به راحتی پذیرفته نمی شود. طی سال های اخیر روش های درمانی جدیدی مطرح شده اند که امید می رود این روش ها بتوانند تحول جدیدی در درمان تنبلی چشم ایجاد کنند.

تعریف آمبلیوپی

تنبلی چشم نوعی کاهش بینایی قابل برگشت است که ناشی از تکامل غیر طبیعی بینایی، ثانوی به تحریک غیرطبیعی بینایی است که منجر به تکامل غیر طبیعی مراکز کورتیکال می شود و در معاینه نمی توان علتی ارگاتیک برای آن پیدا کرد. بطور قراردادی، تنبلی چشم

این دو عامل می توانند به صورت جداگانه یا همراه با هم باعث ایجاد اختلال در روند طبیعی تکامل بینایی شوند.

طبقه بندی آمبلیوپی

از نظر کاربرد تنبلی چشم را می توان به انواع فرکتیو، استرابیسمی و یا ترکیبی از این دو طبقه بندی کرد. علل تنبلی چشم عبارتند از:

- الف) تنبلی چشم ناشی از استرابیسم:** در بیماران مبتلا به انحراف چشمی (تروپیا) ثابت که در اکثر اوقات با چشم غالب فیکس می کنند، چشم مغلوب به صورت مداوم توسط مغز مهار شده و تنبل می شود. حدود نیمی از موارد تنبلی استرابیسمی ناشی از انحراف تروپوپی مادرزادی است.
- ب) تنبلی چشم ناشی از میهم بودن تصویر یک طرفه:** تار بودن تصویر ایجاد شده بر روی شبکیه در یک چشم یا نا همخوانی تصاویر ایجاد شده در دو چشم می تواند سبب تنبلی چشم شود که شدت آن بر اساس علت و شدت تازی تصویر متفاوت است. هر چه تصویر ایجاد شده بر روی شبکیه تارتر باشد تنبلی حاصله شدیدتر خواهد بود. مثلاً در آنیزو متروپی میوپیک متوسط تنبلی خفیف ایجاد می شود، اما کاتاراکت مادرزادی منجر به تنبلی شدید چشم می شود.
- ج) تنبلی چشم ناشی از آنیزومتروپیا:** در بیش از ۳۰ درصد موارد علت تنبلی چشم، آنیزومتروپیا است که تنها در ۲۴ درصد موارد همراه با انحراف چشم می باشد و بنابراین در اکثریت مبتلایان به این نوع تنبلی چشم انحرافی وجود ندارد و تنها راه شناسایی آن ها برنامه ی غربالگری بینایی است.

آنیزومتروپی هایپرئوپیک بیش از آنیزومتروپی میوپیک باعث ایجاد تنبلی چشم می شود. تنبلی قابل توجه در مواردی رخ می دهد که اختلاف هایپرئوپیی دو چشم بیشتر از ۱/۵، اختلاف میوپیی بیش از ۳ و اختلاف آستیگماتیسم بیش از ۱/۵ دیوپتر باشد.

- د) تنبلی ناشی از میهم بودن تصویر دو طرفه:** هایپرئوپیی شدید دو طرفه، آستیگماتیسم متقارن دو طرفه و کدورت های چشمی دو طرفه می توانند با ایجاد تصویر تار در شبکیه هر دو چشم، تنبلی دو طرفه ایجاد کنند که ممکن است شدت تنبلی چشم در دو طرف یکسان نباشد.
- ه) تنبلی چشم ایدئوپاتیکی:** در این مورد هیچ علت خاصی پیدا نمی شود. در این نوع هم مانند سایر انواع تنبلی چشم با درمان امکان بهبود بینایی وجود دارد.

تشخیص آمبلیوپی

همانطور که قبلاً بیان شد، موارد قابل توجهی از تنبلی چشم در چشم هایی رخ می دهد که ظاهری کاملاً طبیعی دارند. بنابراین تنها راه تشخیص در این موارد



اندازه گیری دید است.

پس اندازه گیری دید اولین قدم برای تشخیص آمبلیوپی است. در کودکان زیر ۳ سال، تشخیص دقیق تنبلی چشم دشوار است که در این ها از تست Fixation preference و چارت تصویری استفاده می شود.

درمان آمبلیوپی

درمان آمبلیوپی کاری مشکل و وقت گیر است که به صبر و حوصله فراوان و همکاری متقابل درمانگر، بیمار و خانواده وی بستگی دارد و پزشک باید با در نظر گرفتن طول مدت و هزینه درمان، جنبه زیبایی و ظاهری، میزان تداخل با فعالیت های روزمره و وضعیت اقتصادی و خانوادگی بیمار، بهترین روش درمانی را انتخاب کند.

از آنجا که تغییر و تکامل مراکز بینایی در قشر مغز تا دوران بزرگسالی ادامه دارد بنابراین بر خلاف گذشته سن درمان موفقیت آمیز تنبلی چشم به ۷ تا ۸ سالگی محدود نمی شود. در حال حاضر دوران درمان پاسیو تنبلی چشم تا ۱۸ سالگی و درمان های اکتیو تا ۴۰ سالگی گسترش پیدا کرده، اما میزان موفقیت درمان در کودکان زیر ۷ سال بیشتر است.

انواع روش های درمانی آمبلیوپی

پایه و اساس تمام روش های درمان تنبلی چشم بر اصول زیر استوار است:

- اصلاح عیب انکساری (درمان اوبتیکی)
- محدود کردن استفاده از چشم غیر تنبل (درمان پاسیو)
- استفاده فعال از چشم تنبل (درمان اکتیو)

درمان اوبتیکی: تجویز عینک اولین اقدام درمانی در مواردی است که عیب انکساری قابل توجهی وجود داشته و تنبلی به تازگی تشخیص داده شده است. تجویز عینک با ایجاد یک تصویر شفاف بر روی شبکیه به درمان تنبلی کمک می کند.

درمان پاسیو: هدف از این درمان، محدود کردن استفاده از چشم بهتر به منظور استفاده از چشم تنبل است، شامل بستن چشم و پنالیزاسیون. بستن چشم بهترین روش درمانی پاسیو است که هنوز به طور گسترده کاربرد دارد و

متداول ترین روش بستن هم استفاده از patch است.

در موارد خفیف و متوسط بستن چشم بهتر با روزی ۳ ساعت، و در تنبلی شدید با روزی ۶-۴ ساعت شروع می شود. پنالیزاسیون (Penalization) به این معناست که چشم بهتر را به نحوی تار کنیم که فرد مجبور شود برای دیدن از چشم تنبل استفاده کند. از روش های پنالیزاسیون استفاده از قطره آتروپین یا داروهای مشابه در چشم سالم، یا استفاده از نوار چسب یا فویل نازک روی شیشه عینک چشم سالم است، تا دید چشم بهتر به این روش ها کاهش یابد. مهمترین مزیت پنالیزاسیون نسبت به پیچ، تحمل و پذیرش اجتماعی بهتر و کاربرد آسان تر آن است.

درمان اکتیو: در تنبلی چشم علاوه بر کاهش حدت بینایی، سایر عملکردهای بینایی، از جمله حساسیت کنتراست و vernier acuity هم مختل می شود که این اختلال عمدتاً مربوط به شبکه نوری در کورتکس اولیه بینایی است. انجام مکرر بعضی تمرینات بینایی مشخص می تواند هم در کودکان و هم در بزرگسالان عملکرد بینایی چشم تنبل را بهبود بخشد، که این تمرینات شامل تعیین و تمیز محل نقاط، تقابل فضایی، درک کنتراست و بازشناسی حروف می باشد.

نتیجه گیری

تنبلی چشم، شایعترین علت کاهش دید در کودکان است که با تشخیص و درمان به موقع قابل اصلاح می باشد. از آنجا که تنبلی چشم در بسیاری از موارد در چشمی رخ می دهد که ظاهری کاملاً طبیعی دارد، ممکن است توسط والدین تشخیص داده نشود. بنابراین انجام تست های غربالگری جهت تشخیص کودکان مستعد به تنبلی چشم، یک اقدام اساسی در کنترل آن خواهد بود. با توجه به طولانی بودن دوره درمان، ضروری است که پزشک با صبر و حوصله کافی، اعتماد و همکاری بیمار و والدین را جلب کند و با در نظر گرفتن شرایط اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی هر فرد، بهترین برنامه درمانی را انتخاب نماید.

سازمان جهانی بهداشت (WHO) روز ۱۴ ژوئن (۲۴ خرداد ماه) هر سال را برای افرادی که بوسیله اهدای خونسشان میلیون ها زندگی را نجات می دهند به رسمیت می شناسد. این روز یادآور نیاز مرتب اهدای خون برای جلوگیری از کمبودهای آن در کلینیک ها و بیمارستان هاست، مخصوصاً در کشورهای در حال توسعه که این مقدار بسیار محدود و کم است. میزان اهدای خون در بیشتر از ۸۰ کشور جهان بسیار کم است (کمتر از ۱۰ لیترا در هر ۱۰۰۰ نفر) که از این تعداد ۷۹ کشور جزء کشورهای در حال توسعه هستند. ناسنگاری این روز، سالیانه روی تحریر و تهیه بیشتر مردم برای اهدای خون تمرکز می کند و نشانگر آن است که سیستم های بهداشت و سیاستگذاران تلاش می کنند تا انتقال خون، ایمن و قابل قبول برای مردم دنیا باشد.

شرایط عمومی اهدای خون

برای آنکه شما بتوانید خون خود را اهدا کنید باید واجد شرایطی باشید که به واسطه آن، اهدای خون نه برای سلامتی بدن شما عوارضی داشته باشد و نه برای فردی که قرار است خون شما به وی تزریق گردد.

شرایط عمومی اهدای خون به قرار زیر هستند:

۱- ارائه کارت شناسایی عکس دار توسط داوطلب اهدا خون
۲- حداقل سن ۱۷ سال و حداکثر ۶۵ سال و اگر چنانچه اولین نوبت اهدا خون باشد، حداکثر سن جهت اهدا ۶۰ سال است

۳- حداقل وزن ۵۰ کیلو گرم

۴- رعایت فاصله زمانی حداقل ۸ هفته بین دو نوبت اهدای خون، با این شرط که دفعات اهدای خون از ۴ بار در سال تجاوز ننماید. البته بهتر است آقایان یا فواصل ۳ ماهه و خانم ها با فواصل ۴ ماهه نسبت به اهدای خون اقدام نمایند.

۵- تندرستی، بدان معنی که علاوه بر احساس سلامتی، توانایی انجام فعالیتهای معمول زندگی خود را داشته باشید. خوب است بدانید که در رابطه با اهدای خون حتی یک فرد دیابتی یا مبتلا به پرفشاری خون که بیماری وی تحت کنترل و در سیر درمان قرار داشته باشد نیز تندرست محسوب می شود.

- اهداکنندگان طی ۶-۴ ساعت قبل از اهدای خون غذا میل کرده باشند.

- اهداکنندگان مراجعه به دندانپزشکی نداشته باشند.

- اهداکنندگان مبتلا به سرماخوردگی یا گلودرد نباشند.

- اهداکنندگان طی یکسال گذشته بستری در بیمارستان یا جراحی نداشته باشند.

- اهداکنندگان طی یکسال گذشته تزریق خون، واکسیناسیون یا تزریق هورمون رشد نداشته باشند.

- اهداکنندگان طی یکسال گذشته حجامت، خالکوبی، الکترولیز، طب سوزنی یا سوراخ کردن گوش یا آندوسکوپي نداشته باشند.



- در صورتیکه مبتلا به بیماری خاص مثل قلبی-عروقی، مغزی، نخاعی، گوارش، تیروئید، خونی، متابولیک، کلیوی، اتوایمیون، دیابت، روماتیسم، تب روماتیسمی و اختلالات انعقادی می باشید یا پزشک مشورت نمائید.

- در صورتیکه طی یکسال گذشته سفر به مناطق مالاریا خیز داشته اید به مدت یک سال از اهدای خون معاف می باشید.

- اهداکنندگانی که طی ۱۲ ماه گذشته تشخیص سوزاک یا سیفلیس برای آنها گذاشته شده است از اهدای خون به مدت ۱۲ ماه معاف هستند.

- در صورتیکه رفتارهای ملاحظه آمیز داشته اید (رابطه جنسی پرخطر، اعتیاد تزریقی، اقامت در زندان) یا پزشک مشورت نمایند.

در صورتیکه اهداکنندگان از دارویی استفاده می کنند در رابطه با موارد زیر با پزشک مشورت کنند:

- چه دارویی و به چه علت مصرف کرده اید؟

- آیا دوره کامل دارو را مصرف کرده اید؟

- چه زمانی مصرف دارو به پایان رسیده است؟

- آیا آسپرین یا داروی حاوی آسپرین مصرف کرده اید؟ چه زمانی؟

- آیا داروهای آنتی بیوتیک خوراکی یا تزریقی مصرف نموده اید؟

توصیه های پس از اهدای خون

- بعد از اهدای خون به مدت ۱۰ تا ۱۵ دقیقه بر روی تخت خونگیری استراحت کنید، به راهنمایی های کارشناسان توجه داشته و قبل از اجازه ایشان از تخت خونگیری بلند نشده و محل خونگیری را ترک نکنید.

- به هنگام بلند شدن از تخت به عنوان تکیه گاه استفاده نکنید و با تکیه بر دستی که از طریق آن خون اهدا کرده اید بلند نشوید. پرسنل مربوطه برای بلند کردن شما از روی تخت به شما کمک می کنند.

- بعد از استراحت پذیرایی مختصری با شربت و شیرینی انجام می شود که اولاً به تطبیق بدن شما با حجم خونی که اهدا کرده اید کمک می کند و دوم آنکه بعد از اهدای خون باعث توقف بیشتر شما برای دقایقی دیگر در محل خونگیری می شود که زمانی مناسب برای مراقبت های پزشکی و انتقال توصیه های بهداشتی توسط کارشناسان ما به شما را فراهم می سازد.

- بعد از اهدای خون می توانید بلافاصله به کار و زندگی روزمره خود برگردید و حتی می توانید فعالیتهای بدنی روزانه نظیر پیاده روی را نیز انجام دهید. موطوبه آنکه تا ۲۴ ساعت به دستی که از طریق آن خونگیری انجام شده است فشار وارد نکنید و از انجام کارهای سنگین و بلند کردن اجسام سنگین بپرهیزید تا ناحیه ای که سوزن زده شده، دچار کبودی و یا خونریزی نشود.

- تا ۲۴ ساعت اقدام به انجام ورزش (به غیر از پیاده روی) و تمرینات بدنی سنگین نکنید.

- تا چند ساعت برجسی را که در محل ورود سوزن خونگیری زده شده است بر ندارید.

- در طی ۲۴ ساعت آینده و به ویژه ۲ ساعت اول مایعات بیشتری میل کنید.

بهتر است بدانیم:

هر ۳ ثانیه یک بیمار نیاز به خون و فرآورده های آن پیدا می کند.

از هر ۳ نفر یک نفر در طول زندگی نیاز به خون پیدا می کند.

یک واحد خون اهدایی شما که فقط اندکی از خون موجود در بدن شماست می تواند جان ۳ نفر را از مرگ حتمی نجات دهد. فراموش نکنید که همیشه چشمان یک بیمار نیازمند به خون، منتظر شماست.



کنترل دستور پزشک ثبت و گزارش نویسی

کنترل دستورات پزشک

هدف: اجرای دستورات پزشک طبق روش معین و بدون اشتباه و وسایل مورد نیاز: کارتدکس، کارت دارویی، پرونده بیمار عامل انجام کار: کارشناس پرستاری

مراحل انجام کار

- ۱- پرستار توجه می کند که دستور پزشک کامل دارای تاریخ، ساعت و امضاء باشد.
- ۲- توجه می کند در یک دستور دارویی باید نوع، نام، مقدار، طریقه مصرف و دفعات مصرف دارو دقیقاً قید شده باشد.
- ۳- دقت می کند که دستورات کتبی باشند و در پرونده بیمار قید شده باشد.
- ۴- در موارد اضطراری دستورات شفاهی بخش را دریافت می کند و بلافاصله در ورقه (دستور پزشک) وارد می کند تا در اولین فرصت توسط پزشک امضاء شود. و پرستار دوم نیز به عنوان شاهد دستور شفاهی امضاء می کند.
- ۵- دستورات شفاهی را یک بار برای پزشک قرائت می کند.
- ۶- دستورات کتبی را اول از پرونده بیمار وارد کارتدکس و سپس وارد کارت دارویی می کند.
- ۷- پس از وارد کردن دستورات در کارتدکس و کارت دارویی در مقابل هر دستور در ورقه دستور پزشک علامت لثا می گذارد.
- ۸- در صورت خوانا نبودن دستورات و یا هر گونه اشکال بلافاصله از پزشک استیصال می کند.
- ۹- پس از کنترل کردن دستورات، در زیر آخرین دستور پزشک خطی افقی رسم نموده و در محل مخصوص امضا می کند و تعداد دستورات را ثبت می کند.



ثبت و گزارش نویسی

اهداف:

- ۱- مشخص شدن اقدامات انجام شده برای بیمار
- ۲- کامل و قابل استفاده بودن محتویات پرونده برای مسئولین درمانی و مراقبتی
- ۳- به حداقل رسانیدن احتمال خطا
- ۴- استفاده از تعرفه های پرستاری
- ۵- جوابگو بودن در مقابل قانون
- ۶- راهنمایی مراقبت برای شیفت های بعدی

وسایل مورد نیاز:

پرونده بیمار، خودکار آبی یا مشکی

عامل انجام کار: کارشناس پرستاری

مراحل انجام کار:

- ۱- جهت ثبت گزارش پرستاری از برگه های استاندارد استفاده کنید
- ۲- جهت ثبت گزارش پرستاری فقط از خودکار آبی یا مشکی استفاده کنید
- ۳- گزارش را خوانا و مرتب بنویسید
- ۴- مشخصات بیمار بایستی در بالای لیرای گزارش به طور کامل درج شود
- ۵- جهت ثبت تاریخ و ساعت گزارش نویسی از اعداد ۱ الی ۲۴ استفاده کنید.
- ۶- وضعیت عمومی و همودینامیک بیمار را بر اساس علائم بالینی و آزمایشگاهی ثبت کنید.
- ۷- تعدادو ریتم ضربان قلب و تنفس بیمارو عملکرد سیستم های حیاتی بدن را ثبت کنید
- ۸- در صورت استفاده از هر گونه وسایل مکانیکی (وینتلاتور، مانتوبریگ، ضربان ساز و ...) جهت مراقبت از بیمار، توضیحات لازم یادداشت شده، وضعیت خواب و استراحت و میزان فعالیت و وضعیت دفعی بیمار را ثبت کنید.
- ۹- بیانات و نشانه هایی را که بیمار بیان کرده است با استفاده از کلمات خود بیمار یادداشت کنید.
- ۱۰- تمام اقدامات دارویی و درمانی را همراه با ساعت اجرای آن ها و ذکر پاکش های بیمار نسبت به اقدامات مربوطه ثبت کنید
- ۱۱- از ثبت اقدامات پرستاری قبل از اجرای آن ها اجتناب کنید.
- ۱۲- پس از مشاهده هر گونه مورد غیر عادی یا ارائه مراقبت های خاص (ایزولاسیون) در اسرع وقت اقدام به گزارش نویسی کنید.
- ۱۳- انحصاراً در گزارش، مراقبت هایی را که خود ارائه داده ایدو یا برای اجرای آن ها نظارت داشته اید ثبت کنید.
- ۱۴- اقداماتی را که باید در شیفت های بعدی انجام و یا پیگیری شوند گزارش کنید(آمادگی جهت آزمایشات پاراکلینیکی، تشخیصی، جواب مشاوره ها و ...)

۱۵- در صورت بروز موارد غیر طبیعی در وضعیت همودینامیک بیمار، آزمایشات پاراکلینیکی و مشاهده عوارض جانبی داروها و موارد مشاهده شده، علاوه بر ثبت دقیق در گزارش، در صورت ضرورت به پزشک اطلاع دهید.

۱۶- در صورتی که بیمار مایعات وریدی یا TPN دریافت می کند و یا نیاز به کنترل میزان جذب و دفع مایعات دارد و علاوه بر چارت در برگه های ترافیکی استاندارد، میزان آن را در پایان هر شیفت محاسبه و در گزارش پرستاری قید کنید.

۱۷- هر گونه علائم و نشانه ای را در صورت بروز به پزشک اطلاع دهید و ثبت کنید.

۱۸- هر گونه حادثه یا اتفاقی که سلامتی بیمار را به مخاطره انداخته (سقوط، اشتباهات دارویی و...) ثبت کنید.

۱۹- دستورات اجرا نشده پزشکان را با ذکر علت ثبت کنید.

۲۰- در صورت نیاز به ثبت گزارش تلفنی دستور تلفنی را به امضاء پرستار دیگری برسانید.

۲۱- دستور تلفنی را ظرف مدت ۲۴ ساعت به امضاء پزشک مربوطه برسانید.

۲۲- زمان برقراری تماس تلفنی، نام و سمت شخصی که با وی تماس گرفته شده، نام شخص تماس گیرنده و اطلاعات گرفته شده را ثبت کنید.

۲۳- از تصحیح عبارات اشتباه در گزارش به وسیله لاک گرفتن یا سیاه کردن آن ها اجتناب کنید.

۲۴- در قسمت بالا یا جلوی مورد کلمه اشتباه یا Error بنویسید و گزارش صحیح را بعد از کلمه اشتباه یا Error ادامه دهید.

۲۵- تاریخ، ساعت و سمت پس از ثبت مورد فوق را در گزارش بنویسید.

۲۶- اگر مواردی بعداً به گزارش اضافه شود آن را قید کنید.

۲۷- برای تکمیل گزارش پرستاری نمی توانید هر چه راجع به بیمار شنیده اید بنویسید.

۲۸- در صورتی که متوجه شدید گزارشی که نوشته شده، اشتباه است نباید آن را معدوم کنید.

۲۹- برای تکمیل گزارش مواردی را به یادداشت های دیگران اضافه نکنید.

۳۰- در بین مطالب مندرج در گزارش پرستاری جای خالی نگذارید.

۳۱- در صورت استفاده از اختصارات در گزارش پرستاری، اختصارات رایج جهانی را به کار ببرید.

۳۲- آموزش های ارائه شده به بیمار را در گزارش پرستاری ذکر کنید.

۳۳- در صورتی که بیمار، مسئولین بیمارستان را تهدید به تعقیب موردی کند، باید دقیقاً گزارش کنید.

۳۴- انتهای گزارش پرستاری و اقدامات دارویی را به طور کامل ببندید

۳۵- نام و سمت خود را به طور خوانا ثبت کنید.

هموفیلی چیست؟



در هموفیلی نوع متوسط، گاهی خون ریزی پس از وارد شدن ضربه اتفاق می افتد.

در هموفیلی نوع شدید، خون ریزی بدون علت ظاهری به وقوع می پیوندد. این نوع خون ریزی ها به "خون ریزی خود به خود" معروف اند.

نوزادان به ندرت علائم خون ریزی را بروز می دهند، مگر آنکه ختنه شوند. به هر حال، هنگامی که کودک شروع به سینه خیز رفتن می کند لکه های کبود رنگی زیر پوستش نمایان می شود و موقعی که برای ایستادن و راه رفتن تلاش می کند، مرتب زمین می افتد و احتمالاً به صورتش ضربه می خورد و روی لبانش بریدگی ایجاد می شود.

اگر به سر کودک ضربه ای وارد شود و معالجه نشود، می تواند بسیار خطرناک باشد. خون ریزی داخل مفاصل و ماهیچه ها در سنین بالاتر رخ می دهد.

۲۸ فروردین، روز جهانی هموفیلی اولین بار در سال ۱۹۸۹ به جهانیان معرفی شد در واقع فدراسیون جهانی هموفیلی، هفدهم آوریل را به احترام روز تولد فرانک اشنازل از بنیان گذاران فدراسیون جهانی هموفیلی و یابنده فاکتور WFH که نقش مهمی در انعقاد خون دارد، به نام روز جهانی هموفیلی معرفی نمود. فدراسیون جهانی هموفیلی تاکید می کند در اختیار داشتن آمار صحیح از تعداد افراد مبتلا به اختلالات خونریزی دهنده می تواند

هموفیلی یک اختلال ارثی و مادرزادی است که در جنس مونث نهفته می گردد و عموماً جنس مذکر به آن مبتلا می شود. آمار نشان می دهد که تقریباً یک نفر از هر ده هزار نفر جمعیت ذکور به هموفیلی مبتلا هستند و شیوع آن در میان تمام نژادها و طبقات اجتماعی یکسان است. فرد هموفیل یا پروتئین موجود در پلاسما را که مسئول ایجاد لخته ی خون است، ندارد یا مقدار بسیار کمی از آن را داراست. شایع ترین نوع هموفیلی، هموفیلی نوع A یا کمبود فاکتور انعقادی ۸ است. نوع دوم، هموفیلی نوع B یا کمبود فاکتور انعقادی ۹ می باشد.

هنگامی که فرد هموفیل مجروح می شود، شدیدتر یا سریع تر از افراد سالم خون ریزی نمی کند، بلکه زمان خون ریزی اش طولانی تر خواهد بود. بریدگی های کوچک پوستی معمولاً مشکلی ایجاد نمی کنند، اما خون ریزی های داخلی باید درمان شوند.

خون ریزی ها ممکن است به دنبال جراحی و ضربه اتفاق بیفتند اما بسیاری از آنها بدون علت ظاهری و خود به خود شروع می شوند. بیمار صرف نظر از کم داشتن یا نداشتن یک فاکتور انعقادی، در زمینه های دیگر طبیعی است.

شدت هموفیلی در افراد مختلف متفاوت است:

در هموفیلی نوع خفیف، خونریزی فقط در مواقع جراحی های بزرگ و عمل جراحی مسئله ساز است.

فاطمه نورالهی ■ کارشناس پرستاری

تریاز

با تخمین تسهیلات مورد نیاز بیمار در بخش اورژانس، بیمار را سطح بندی می نماید. هر پله از الگوریتم ESI به استفاده کننده می گوید که چه سالی باید از خودش ببرد و به چه اطلاعاتی برای تریاز نیاز دارد.

پایایی (Reliability) بالاتر سیستم ۵ سطحی نسبت به سیستم ۳ سطحی می باشد. در حال حاضر در ایران سیستم تریاز ESI مورد استفاده قرار می گیرد. این سیستم به دلیل سادگی و آموزش آسان، رویکرد ادراکی و همه جانبه و همچنین عملیاتی بودن آن و عدم تعیین محدودیت زمانی برای ارائه خدمات پزشکی مناسب ترین سیستم تریاز است.

سیستم ESI علاوه بر در نظر گرفتن حدت بیماری (acuity) به طور منحصراً به فردی میزان تسهیلات مورد نیاز (resource) بیمار را در تعیین سطح تریاز بیمار در نظر می گیرد.

در این روش ابتدا پرستار تریاز، بیمار را براساس شدت بیماری و وخامت حال وی ارزیابی می کند. اگر شدت بیماری زیاد نباشد یعنی در صورت عدم وجود شرایط تهدید کننده حیات یا شرایط پر خطر (سطوح ۱ و ۲ تریاز)، پرستار براساس تجربه های قبلی از سایر بیماران و آموزش های سیستم تریاز،

واژه تریاز اولین بار توسط یکی از پزشکان ارتش ناپلئون برای طبقه بندی سربازان مصدوم در جنگ به کار برده شد و در سال های بعد واژه تریاز به عنوان پاسخی برای مشکل ازدحام و نامینیک در بخش اورژانس مطرح گردید.

در دهه ۱۹۸۰ تریاز سه سطحی مطرح و به میزان قابل توجهی مورد استقبال قرار گرفت ولی در سال ۱۹۸۹ سیستم ۵ سطحی تریاز پس از تحقیقات در استرالیا، مطرح و مورد قبول و استفاده قرار گرفته از آن پس سیستم های ۵ سطحی دیگری از تریاز مانند سیستم منچستر و سیستم کالادایی ابداع و بکارگیری شد. سیستم ESI (Emergency severity index) سیستم امریکایی تریاز است که در سال ۱۹۹۹ توسط دو متخصص اورژانس ابداع گردید.

آنچه که باعث استقبال جهانی در استفاده از سیستم های ۵ سطحی نسبت به سیستم ۳ سطحی شد روایی (validity) و

مواردی که جزو تسهیلات به حساب می آیند :
آزمایشات (خون، ادرار)، ECG، رادیوگرافی، CT، MRI، سونوگرافی، آنژیوگرافی، آنفوزیون مایعات وریدی، دادن داروهای IV یا IM یا نیولایزر، انجام مشاوره تخصصی، پروسیجر ساده و پیچیده.

۶- پرستار برای هماهنگ کردن مسایل درمانی کودک و آموزش والدین در درمانگاه هموفیلی وظیفه‌ی پرستار در مانگاه بسیار مهم است، چون او معمولاً اولین شخص در مرکز است که با بیماران تماس دارد.

۷- روان پزشکی: او پس از تشخیص هموفیل بودن کودک، برای رفع اضطراب های اولیه به والدین کمک می کند. در سال های رشد نیز به کودک، والدین، خواهر و برادر او و سایر افراد خانواده در زمینه ی بیماری هموفیلی و حل مسائل مربوطه، کمک می کند.

۸- والدین کودک مکمل گروه پزشکی مراقبت از کودک اند. والدین برای مراقبت صحیح و یافتن درمان پزشکی مناسب برای کودک، باید تعلیم ببینند. باید پدر و مادر تا جایی که در توان دارند، در مراقبت از کودک هموفیل خود سهیم باشند.

همچنین لازم است که خانواده در امر مدیریت و تدابیر پزشکی و فعالیت های بدنی لازم برای ارتقای سطح سلامتی فرزندشان با پرسنل درمانگاه هموفیلی همکاری کنند.

اطلاعاتی کانون هموفیلی ایران که دقیق ترین و به روزترین بانک اطلاعاتی کشوری باشد، ۶۵۶۱ نفر است. از این آمار ۲۸۰۶ نفر هموفیلی نوع A، ۸۰۳۰ نفر هموفیلی نوع B، ۶۵۶ نفر مبتلا به بیماری ون ویلبراند، ۵۳۱ نفر با مشکل کمبود و اختلال پلاکت ارثی و مانده آمار کل به دیگر اختلالات انعقادی دچار هستند. اکثر بیماران هموفیلی همواره با دو آرزو زندگی می کنند، نخست عدم معلولیت های مفصلی و دیگری عدم آلودگی های ویروسی ناشی از مصرف خون و فرآورده های خونی. مهمترین عارضه در بیماران هموفیلی خون ریزی در مفاصل است که به دنبال آن مفصل متورم شده و در نهایت به از کار افتادگی مفصل منتهی می گردد. توجه کافی نکردن به مسائل هموفیلی می تواند مشکلات جدی در زندگی برای فرد هموفیلی و خانواده وی ایجاد کند. درمان هموفیلی با جایگزینی فاکتور انعقادی غایب و تزریق وریدی فرآوردهای انعقادی متراکم که از خون گسار تهیه می شود میسر است.

اعضای گروه پزشکی درمان بیماران هموفیلی:

- ۱- متخصص خون
- ۲- متخصص اطفال
- ۳- متخصص از توپدی برای بیماری ها و مشکلات استخوانی و مفصلی
- ۴- فیزیوتراپ برای انجام تمرین ها و ورزش های مناسب
- ۵- دندان پزشک

- تعداد افراد درگیر با این بیماریها را مشخص کند
- به تامین درمان مناسب برای آنها کمک کند
- به ادعا های بیماران در مقابل مسئولین اعتبار می بخشد
- سبب جلب اعتماد برای اجرای برنامه های ملی می شود
کانون هموفیلی ایران، تنها نماینده جمعیت هموفیل کشور در سال ۱۳۷۰ تأسیس شده است و از سال ۱۳۸۲ با وقوف بر اهمیت وجود بانک اطلاعات جامع برای بیماران، گام های بزرگی در این عرصه برداشته است. در حال حاضر بانک جامع اطلاعات کانون هموفیلی ایران، یک دستاورد بزرگ کانون است.

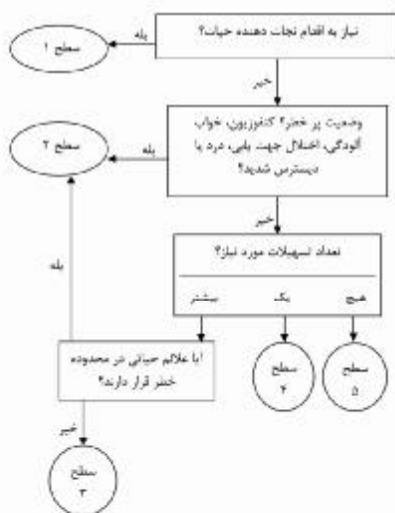
آمار بیماران هموفیلی در جهان

بر اساس اسناد ۹۸ عضو فدراسیون که جمعیت آنها ۸۸ درصد جمعیت جهان را تشکیل می دهد، به تفکیک انواع اختلالات انعقادی بدین شرح است: هموفیلی نوع A ۱۰۳۰۰۰ نفر، هموفیلی نوع B ۲۰۰۰۰ نفر، ون ویلبراند ۲۵۰۰۰ نفر و دیگر اختلالات انعقادی ۱۶۰۰۰ نفر.

در حال حاضر در جهان دو میلیارد و دو بیست و پنج و شش میلیون واحد فاکتور ۸ انعقادی و ۲۲۸ میلیون واحد فاکتور ۹ انعقادی مصرف می شود. هر بیمار هموفیلی در طول عمر خود بالغ بر یک میلیون دلار برای دولت هزینه دارد.

آخرین آمار بیماران هموفیلی ایران

آمار بیماران مبتلا به اختلالات انعقادی در ایران بر اساس بانک



تالاسمی چیست و چطور می‌توان از آن پیشگیری کرد؟

در ایران حدود سی هزار نفر این بیماری را در خود دارند و هر سال به این تعداد نیز اضافه می‌شود. تالاسمی در ابتدا چند ماه خود را پنهان می‌کند و بعد از مدتی مادران می‌پسند که کودک آنها زرد، ضعیف و ناآرام است.

کنترل و درمان بیماری

مهم‌ترین راه درمان تالاسمی، تزریق منام خون است. اگر دیر اقدام شود بدن مجبور است از خونی که استخوان‌ها می‌سازند، تغذیه کند، و خون‌سازی استخوان‌ها باعث رشد نا‌هنجار استخوان‌های سر و صورت می‌گردد و این وضع بیمار را دچار مشکلات روحی و روانی فریاد می‌کند.

اقدام مهم دیگری که باید انجام داد پایین آوردن آهن خون است. دسفرال از طریق فرآیندی به نام Chelation به آهن متصل می‌شود، با دفع آهن متصل به دسفرال، میزان آهن ذخیره در بدن نیز کاهش می‌یابد.

طحال برداری

گلبول‌های خون اگر ساختمان و شکل و کار غیر طبیعی داشته باشند، زودتر از موعد مقرر (۱۲۰ روز عمر طبیعی گلبول قرمز می‌باشد) از بین می‌روند. گورستان و محل تخریب گلبول‌ها، طحال است. پزشک تصمیم می‌گیرد که طحال کی باید جراحی و از بدن خارج شود. ولی سن ایده‌آل آن بالای ۵ سال است. زیرا در سنین پایین‌تر خطر بیماری‌های عفونی مهلک وجود دارد.

احتمال ابتلا به تالاسمی ماژور (کم‌خونی شدید) را داشته و ۵۰ درصد احتمال تالاسمی مینور و ۲۵ درصد ممکن است سالم باشند. علامت و عوارضی که تالاسمی در بیماران ایجاد می‌کند: در نوع ماژور تالاسمی (کم‌خونی شدید) هموگلوبین خون غیر طبیعی به نام F یا جنینی افزایش یافته و هموگلوبین خون کاهش پیدا می‌کند، کودکی که این بیماری را در خود دارد کم‌خون است و این کم‌خونی باعث بزرگ شدن طحال و کبد و تغییر قیافه ظاهری او می‌شود. بنابراین به علت پایین آمدن مداوم خون، بیمار مجبور است مدام خون تزریق کند و در اثر تزریق خون که دارای مقدار زیادی آهن است و در اثر خود بیماری که باعث شکسته شدن هموگلوبین (گلبول‌های قرمز) و آزاد شدن آهن می‌شود، میزان آهن خون افزایش یافته و در بافت‌های عمده بدن چون قلب، کبد، طحال و... رسوب می‌کند و سبب ایجاد مشکلات دیگری می‌شود که تنها به کمک آمپول دسفرال می‌توان از تجمع آهن جلوگیری کرد.

راه‌های پیشگیری از تالاسمی

۱- انجام آزمایش خون از نظر کم‌خونی (CBC و هموگلوبین A₂)
۲- انجام آزمایش روی جنین در هفته‌های اول حاملگی در دوران بارداری
با یک آزمایش ساده می‌توان مانع بروز مشکلات بسیاری، که در صورت داشتن فرزندی مبتلا به تالاسمی می‌توان با آن مواجه گردیده شد.

تالاسمی یک واژه یونانی است که از دو کلمه تالاسا Thalassa به معنی دریا و امی Emia به معنی خون گرفته شده است و به آن آنمی مدیترانه‌ای یا آنمی کولی نیز می‌گویند. تالاسمی از بیماری‌های ژنتیکی است که در اثر آن هموگلوبین ساختار طبیعی خود را از دست می‌دهد و در نتیجه آن، پدیده تولید هموگلوبین غیر موثر در بدن ایجاد می‌شود. در نتیجه هموگلوبین معیوب قادر به اکسیژن‌رسانی مطلوب به اعضای بدن نیست. در واقع کمبود کلی هموگلوبین وجود ندارد بلکه هموگلوبین غیر طبیعی افزایش یافته است. این بیماری به دو صورت شدید (ماژور) و خفیف (مینور) ظاهر می‌شود. اگر هر دو والدین دارای ژن معیوب باشند به صورت شدید یعنی ماژور (Major) و اگر یکی از والدین فقط ژن معیوب داشته باشد به صورت خفیف یعنی مینور (Minor) ظاهر می‌شود. تالاسمی برای کسانی که نوع (مینور) را داشته باشند مشکل ایجاد نمی‌کند و آنها هم مثل افراد سالم می‌توانند زندگی کنند و فقط در موقع ازدواج باید خیلی مراقب باشند. اما برعکس این بیماری حداکثر آزار خود را به بیماران نوع ماژور می‌رساند.

تالاسمی چگونه منتقل می‌شود؟

اگر یک زن و شوهر هر کدام دارای نوع کم‌خونی خفیف (مینور) تالاسمی باشند، هریک از فرزندان آنها ۲۵ درصد

سندرم گیلن باره

تعریف

سندرم گیلن باره اختلال نادری است که در نتیجه حمله سیستم ایمنی بدن به اعصاب محیطی ایجاد می‌شود. به دنبال این حمله احساس ضعف در ماهیچه‌ها، بی‌حسی، گزگز و گاهی اوقات فلجی دیده می‌شود.

علل و عوامل: علت این بیماری هنوز به روشنی مشخص نیست ولی معمولاً پس از یک عفونت ویروسی مانند سرماخوردگی یا آنفلوآنزا و گاهی بعد از اعمال جراحی اتفاق می‌افتد. هم‌چنین بعد از عفونت با یک باکتری به نام کامییلوباکتر هم ممکن است بیماری بروز نماید. عفونت با کامییلوباکتر ممکن است بعد از خوردن آب آلوده یا غذای نپخته (مخصوصاً مرغ و ماهی و...) رخ دهد.

علائم و نشانه‌ها

نشانه‌های گیلن باره با بی‌حسی و ضعف در پاها شروع می‌شود.



فایده ی دیگر مصرف مواد غذایی غنی از کلسیم مثل لبنیات این است که جذب آهن را در بدن کاهش می دهند .

۳- مواد غذایی غنی از ویتامین D را مصرف کنند.

ویتامین D برای جذب کلسیم در بدن لازم است. منابع غذایی ویتامین D شامل زرده تخم مرغ، شیر، لبنیات و ماهی می باشد.

هشدارهایی به بیمار تالاسمی:

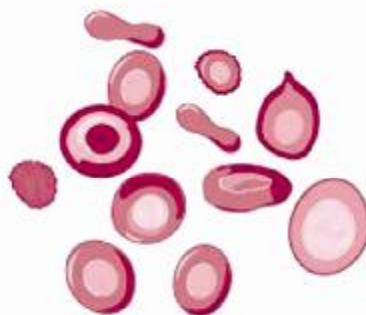
- ۱- از قابلمه و ظروف آهنی برای پخت غذا استفاده نکنید . چون منقاری از آهن ظروف حین عمل پخت می تواند وارد غذای شما شود.
- ۲- مواد غذایی مثل آب پرتقال و آب سایر مرکبات را مصرف نکنید، زیرا جذب آهن را در بدن افزایش می دهند.
- ۳- مصرف چای و قهوه ، جذب آهن را در بدن کاهش می دهد.
- ۴- همیشه برجسب مواد غذایی را که می خرید ، بخوانید تا از مقدار آهن موجود در آن ها مطلع شوید .

همین دلیل مقدار زیادی آهن در بدنشان دارند که می تواند به قلب و سایر اندام های بدن آسیب برساند . مواد غذایی غنی از آهن عبارتند از :

گوشت گاو، گوسفند، جگر، لوبیا، حبوبات، سویا، کره و بادام زمینی، گندم، آلو، هندوانه، بروکلی، کشمش، اسفناج و سبزیجات سبز برگی شکل، نخودفرنگی و نخود.

۲- مواد غذایی غنی از کلسیم را به مقدار زیاد مصرف کنند.

این موضوع برای تقویت و حفظ سلامت استخوان ها مهم است. سست و شکننده شدن استخوان ها به عنوان یکی از عوارض این بیماری، مشکلات زیادی را برای تالاسمی ها به وجود می آورد . شیر و لبنیات منبع غنی از کلسیم هستند .



حتی در سنین بالاتر از ۵ سال نیز که طحال برداری انجام می گیرد واکسیناسیون علیه برخی بیماری ها مانند پنوموکوک لازم است و علاوه بر آن همیشه باید درمان با آنتی بیوتیک سریعاً شروع شود .

اگر تالاسمی طبق روال طبیعی کنترل و درمان شود، بیماران می توانند مثل هر انسان دیگری سال ها زندگی کنند . امروز تعدادی از بیماران تالاسمی ازدواج کرده و دارای فرزندان سالم هستند.

مشکلات یک بیمار تالاسمی

- ۱- ضعف جسمی و رشد کم
- ۲- مشکلات ناشی از تزریق خون و درد آن
- ۳- تزریق مداوم دسفرال (DESFERAL) و صرف هزینه بالا
- ۴- تغییر شکل و رشد ناهنجار جمجمه و بروز مشکلات روانی
- ۵- نگرانی حقیقی از آینده بیمار

چه غذاهایی به بیمار تالاسمی بدهیم؟

یک بیمار تالاسمی باید رژیم غذایی خاصی داشته باشد، زیرا مواد غذایی که برای بیشتر افراد مفید هستند، می توانند عوارض خطرناکی برای یک فرد تالاسمی به وجود آورند.

بیماران تالاسمی باید:

- ۱- مواد غذایی غنی از آهن را مصرف نکنند.
- به این بیماران بایستی به طور مرتب خون تزریق شود. به

۵- سعی کند سرفه نماید تا ریه ها از ترشحات مخاطی پاک شوند.

۶- برای کمک به تخفیف درد از کمبرس گرم استفاده نماید.

۷- از یک چارچوب برای جلوگیری از تماس و فشار آوردن روانداز یا پتو به بدن، استفاده نماید.

۸- مسهل ها را برای جلوگیری از یبوست، طبق دستور پزشک مصرف نماید.

۹- روزانه حداقل ۸ لیوان آب بنوشد تا از یبوست جلوگیری شود، رژیم خاصی توصیه نمی شود.

- اگر ضعف عضلات تنفسی موجب تهویه نامناسب و اختلال در تنفس شود ممکن است بیمار به دستگاه تنفس مصنوعی نیاز پیدا کند.

- برای کمک به حفظ قدرت و انعطاف پذیری عضلات بیمار، فیزیوتراپی انجام می شود

- علاوه بر موارد فوق از داروهای لازم طبق دستور پزشک معالج به منظور تسکین علائم استفاده می گردد.

مراقبت های پرستاری و نحوه مراقبت از خود

بیمار باید:

- ۱- از مصرف سیگار و الکل خودداری نماید.
- ۲- با دقت توصیه های پزشک و پرستار خود را دنبال کند.
- ۳- داروی خود را درست و سر وقت مصرف نماید.
- ۴- ورزش های فیزیوتراپی را به دقت انجام دهد تا عضلاتش دوباره انعطاف پذیر و قدرتمند شوند.

نشانه ها اغلب در عرض مدت کمی، حدود چند روز یا چند هفته، به قسمت های بالایی بدن کشیده می شوند. گاهی اوقات ضعف آن قدر شدید است که بیمار اصلاً قادر به راه رفتن نیست، و هم چنین ممکن است به فلجی کامل منجر شود.

درمان

گیلن باره درمان قطعی ندارد اما راههایی وجود دارد که علائم را بهبود می بخشد:

الف) ایمنوگلوبولین درمانی

ب) پلاسما فرزیس

- برای اینکه بیمار تحت نظر باشد و امکان درمان علائم بیماری وجود داشته باشد بیمار ممکن است در بیمارستان بستری شود . در موارد پیشرفته بیماری ممکن است بیمار قادر به خوردن از راه دهان نباشد، که در این مواقع از لوله ی بینی- معده ای استفاده شده و از این طریق به بیمار غذا داده می شود.

بهداشت حرفه ای



آمارهای سازمان های بین المللی کار میگویند حوادث و بیماری های مرتبط با محیط کار سالانه دو میلیون نفر در جهان را به کام مرگ می فرستد و ضررهای اقتصادی هنگفتی به بار می آورد. سازمان بین المللی کار می گوید برآوردهای این سازمان مشخص می کند ضرر حوادث و بیماری های مرتبط با محیط کار سالانه حدود ۴ درصد تولید ناخالص داخلی در سطح جهان می باشد.

هر روز حدود ۵۰۰۰ یا سالانه ۲ میلیون نفر در اثر بیماری ها و حوادث مرتبط با محیط، جان خود را از دست می دهند. به علاوه هر سال برای کارگران سراسر جهان ۲۷۰ میلیون حادثه شغلی روی می دهد که ۳۵۵ هزار مورد آن منجر به مرگ می شود. در حال حاضر مسئولیت نظارت و اجرای برنامه ها و طرحهای بهداشت حرفه ای در کشور بعهده مرکز سلامت محیط و کار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می باشد.

تعریف بهداشت حرفه ای

بهداشت حرفه ای عبارتست از علم و فن پیشگیری از بیماری های ناشی از کار و ارتقای سطح سلامتی افراد شاغل از طریق کنترل عوامل زیان آور محیط کار

بهداشت حرفه ای از جمله با ارزش ترین داراییهای افراد جامع و کشورهاست که به عنوان یک استراتژی با اهمیت نه تنها سلامتی شاغلین را در نظر می گیرد بلکه تاثیر مثبت و قابل ملاحظه ای در بهره وری و کیفیت محصولات، انگیزش کار، رضایت شغلی و کیفیت کل زندگی افراد جامعه دارد.

بهداشت حرفه ای به تعریف سازمان بین المللی کار (ILO) و سازمان جهانی بهداشت

- ارتقاء و حفظ بالاترین درجه از سلامت جسمی، روحی و اجتماعی شاغلین در کلیه مشاغل
- مراقبت از شاغلینی که سلامت آنان در معرض خطرات ناشی از شرایط کار است
- مراقبت از شاغلینی که عوامل زیان آور، سلامت آنان را در محیط کار تهدید می کند.

اهداف بهداشت حرفه ای

هدف بهداشت حرفه ای را کمیته مشترک کارشناسان بهداشت جهانی و سازمان بین المللی کار چنین تعریف کرده است:

ارتقاء و تأمین عالی ترین درجه ممکن وضع جسمی، روانی و اجتماعی کارکنان همه مشاغل، جلوگیری از بیماریها و حوادث شغلی انتخاب کارگر یا کارمند برای محیط و شغلی که از لحاظ جسمی و روانی قدرت انجام آن را دارد و یا بطور اختصار تطبیق کار با انسان و در صورت عدم امکان این امر تطبیق انسان با کار.

برنامه های بهداشت حرفه ای

۱- آزمایشات پزشکی قبل از استخدام

۲- معاینات پزشکی دوره ای

۳- معاینات اختصاصی

۴- برنامه های مربوط به بهداشت محیط کار

۵- برنامه های مربوط به حفاظت و ایمنی

۶- برنامه های مربوط به آموزش بهداشت

۷- برنامه های مربوط به تغذیه

۸- برنامه های مربوط به نوتوئی

۹- ایجاد امکانات درمانی و کمک های اولیه

مهمترین هدف های معاینه قبل از استخدام

- تعیین استعداد بدنی و قابلیت شخص برای کار موردنظر

- حفظ صنعت و سرمایه و سلامت کارگران دیگر

- تعیین حدود سلامتی متقاضی و محدودیتهایی که باید در کار بعدی خود داشته باشد

- تشخیص زودرس بیماریها و درمان آنها

- کشف بیماریهای مسری کارگر و جلوگیری از انتشار آنها

- تعیین فواصل معاینات بعدی با توجه به وضع کارگر و شرایط محیط کار

- تشکیل پرونده بهداشتی و استفاده از آن در مراجعات بعدی کارگر

- آشنا شدن به روحیات و اطلاعات بهداشتی کارگر

مهمترین هدف های معاینات پزشکی دوره ای

- تشخیص زودرس بیماریها و عوارض ناشی از کار و اقدام به درمان فوری آنها

- توصیه برای تغییر شغل یا محدود کردن کار افراد بیمار

- تعیین اثر محیط کار بر سلامت کارگران

- ارزشیابی روش های پیشگیری و ایمنی

- جلوگیری از انتقال و انتشار بیماریهای واگیر

مهمترین هدف های معاینات اختصاصی

- معاینات اختصاصی کارگران مشاغل سخت و زیان آور

- معاینات پزشکی جوانان و زنان

- معاینات در موقع تغییر شغل

- معاینات در موقع برگشت به کار مجدد پس از بیماری و حادثه

در محیط کار عوامل زیان آور مختلفی ممکن است وجود داشته باشد که به شرح ذیل می باشد:

عوامل فیزیکی (که عبارتند از: نور، سر و صدا و ارتعاش)

عوامل شیمیایی

عوامل بیولوژیکی

عوامل مکانیکی

عوامل ارگونومیکی

صلیب سرخ و هلال احمر بزرگترین سازمان بشر دوستانه دنیا

در سال ۱۸۶۳ انجمن سلامت عمومی ژنو توسط پنج شهروند سوئسی تاسیس شد. این افراد تحت تأثیر کتابی از هنری دونانت (Henry Dunant) که عقاید بشر دوستانه وی درباره پرستاری و مراقبت از بیماران و مجروحین جنگی را بیان می کرد اقدام به تأسیس انجمن خود نمودند. در کتاب دونانت پیشنهاد شده بود که خدمت به آسیب دیدگان و نظامیان زخمی، فعالیتی بی طرف محسوب گردد.

بنیان این انجمن عبارت بودند از: هنری دوفور (۱۷۸۷-۱۸۷۵)، ژنرال سوئسی که در سال اول فعالیت انجمن به عنوان رئیس انجمن، و از آن پس به عنوان رئیس افتخاری باقی ماند. گوستاو و مونیر (۱۸۲۶-۱۹۱۰) و کیل جوان که تمام عمر خود را در خدمت صلیب سرخ و گسترش سازمان صرف نمود. لوتیس آپلا (۱۸۱۸-۱۸۹۸)، تودور مایویر (۱۸۰۶-۱۸۶۹) و هنری دونانت که پزشکیانی با وسعت نظر بوده و سعی بر کاهش دردهای نوع بشر داشتند.

کمیته در اکتبر ۱۸۶۳ طی فراخوان بین المللی از ۱۶ کشور دعوت به عمل آورد تا نسبت به حصول توافق بر پایه اصول و باورهای کمیته در مورد حمایت از مجروحان جنگی، اقدام کرده و باورهای بشر دوستانه خود را به رسمیت شناسند. کمیته همچنین اصول و باورهای خود را به دیگر ملل دنیا معرفی نمود و از آنها برای عضویت دعوت به عمل آورد. سرانجام با تلاش های بنیان و دیگر بشر دوستان، انجمن پنج نفره به جمعیت صلیب سرخ جهانی تبدیل شد.

در سال ۱۸۶۴ جامعه بین الملل طی کنفرانس ژنو به تصمیم گیری درباره قوانین برخورد با اسرا، زخمی ها و غیر نظامیان در جنگ ها پرداخت. کنفرانس ژنو از توافق ۱۸۶۳ اعضای صلیب سرخ جهانی به عنوان مرجعی برای تعریف قوانین خود بهره برد. طی این قوانین، بی طرفی جامعه پزشکی در جنگ ها، حین کمک رسانی و مداوای مجروحین جنگی تعریف شد. در این معاهده بین المللی مصونیت نیروهای امداد رسان و پزشکی در میدان های جنگ از حملات نیروهای متخاصم نیز به تأکید رسید.

تشکیلات

صلیب سرخ سازمانی آکیدا بی طرف است و کلیه منابع و توانایی های خود را در جهت اهداف بشر دوستانه و کاهش آلام بشر به مصرف می رساند. کشورهای اسلامی، جمعیتی به نام هلال احمر را که همانند صلیب سرخ بوده و ارتباطی نزدیک با آن دارد را تاسیس کرده اند. فدراسیون صلیب سرخ و هلال احمر از ۱۸۱ عضو تشکیل می شود. دبیرخانه مرکزی در ژنو قرار دارد و بیش از ۶۰ نمایندگی برای پشتیبانی و انتقال کمک های بین المللی به مناطق جنگی و مصیبت زده در سراسر دنیا فعال هستند. جمعیت های صلیب سرخ و هلال احمر با ۹۷ میلیون داوطلب و ۳۰۰ هزار کارمند، سالانه به بیش از ۲۳۰ میلیون نیازمند رسیدگی می کنند. جمعیت های صلیب سرخ و هلال احمر

توسط اعضای داوطلب خود در کشورهای عضو به طور جهانی عمل می کنند و تمامی اعضا هنگام وقوع حوادث مصیبت بار به کمک یکدیگر می شتابند و به درمان و اسکان آوارگان و پناهندگان حوادث طبیعی و جنگ ها می پردازند.

صلیب سرخ جهانی به سبب کوشش های بی مانند در جنگ ها تا کنون چهار بار موفق به دریافت جایزه صلح نوبل در سال های (۱۹۰۱-۱۹۱۷-۱۹۲۴-۱۹۶۰) شده است. جمعیت های ملی صلیب سرخ و هلال احمر مظهر فعالیت و اصول نهضت بین المللی صلیب سرخ و هلال احمر در ۱۷۸ کشور جهان می باشند.

علامت های نهضت:

در قرار داد ۱۸۶۴ ژنو تنها علامت صلیب سرخ ذکر شده که وارونه پرچم کشور سوئیس است. دولت عثمانی در سال ۱۸۷۶ به جای استفاده از نشان صلیب سرخ از معکوس رنگ های پرچم خود یعنی هلال احمر در زمینه سفید برای جمعیت ملی خود استفاده کرد که بعدها بسیاری از کشورهای اسلامی آن را به عنوان نشان جمعیت ملی خود بکار بردند. دولت ایران در سال ۱۳۰۱ هجری شمسی جمعیت ملی خود را تاسیس نمود و به جای استفاده از نشان صلیب سرخ و یا هلال احمر، علامت اختصاصی خود را که شیر و خورشید سرخ بود در کنفرانس ژنو در سال ۱۹۲۹ به عنوان نشان سوم مورد حمایت بین المللی به تصویب رسانید. از آن پس سه نشان صلیب سرخ، هلال احمر و شیر و خورشید سرخ به عنوان نشان های رسمی بین المللی شناخته شدند. پس از پیروزی انقلاب اسلامی و در سال ۱۳۵۹ دولت ایران با ارسال نامه ای به دولت سوئیس به عنوان امین و نگاهدارنده قرار دادهای چهار گانه ژنو اعلام نمود که استفاده از شیر و خورشید سرخ را به تعلیق در آورده و به جای آن از نشان هلال احمر استفاده خواهد نمود.

علامت های صلیب سرخ و هلال احمر را می توان هم به عنوان علامت های حفاظتی به کاربرد هم به عنوان علامت های نشانگر. کاربرد حفاظتی علامت بدین معناست که نشانی برای کارمندان پزشکی و دینی و نیز وسایل پزشکی باشد که باید در جریان منازعه مسلحانه مورد احترام و حفاظت قرار گیرند. هر گونه سوء استفاده از علامت حفاظتی (مثلاً حمل و نقل نظامیان توسط آمبولانس) افزون بر آنکه نقض حقوق بین الملل بشر دوستانه به شمار می آید به ارزش حفاظتی علامت هائیز آسیب می رساند. کاربرد نشانگرانه علامت صرفاً بدین منظور است که اشخاص یا اشیایی که با نهضت مرتبط هستند مشخص شوند و از این رو آنها را می توان در زمان صلح نیز به کار برد.

جایگاه جمعیت صلیب سرخ و هلال احمر از نظر عرف بین الملل بسیار حائز اهمیت است. در حال حاضر صلیب سرخ و هلال احمر جهانی بزرگترین شبکه بشر دوستانه غیر سیاسی و امداد رسانی جهانی را تشکیل می دهند. امروزه در سطح بین المللی یکی از معیارهای سنجش میزان فعالیت های بشر دوستانه و غیر سیاسی در هر کشور وضعیت جمعیت ملی صلیب سرخ و یا هلال احمر و عدم وابستگی و غیر سیاسی بودن آن است.



پوستی بدون چروک با ده ماده غذایی

بسیاری از مردم ویتامین A را پیام آور بینایی بهتر می‌دانند. توجه کنید که سلامت پوست ما نیز مستقیماً به میزان ویتامین A غذای ما مرتبط است. ویتامین A برای خنثی کردن عناصر مضر پوست نقش آنتی‌اکسیدان را بازی کرده و از تشکیل چین و چروک در آن جلوگیری می‌کند. به علاوه پیشرفت آن را به تاخیر می‌اندازد و پوست ما را جوان نگاه می‌دارد. دو سوم ویتامین A مصرفی ما از بتاکاروتن تامین می‌شود که تولیدکننده رنگ زرد و نارنجی در میوه‌ها و سبزی‌هاست. بدن ما بتاکاروتن را به ویتامین A که برای سلامت پوست الزامی است تبدیل می‌کند و به مصرف می‌رساند. سیب زمینی، هویج و زردآلو منابع غنی بتاکاروتن می‌باشند.

ویتامین A توسازی پوست را افزایش می‌دهد و از تشکیل چین و چروک در آن جلوگیری می‌کند.

ویتامین A محلول در چربی بوده و به راحتی در بافت بدن ما ذخیره می‌شود. در حالیکه قابلیت ذخیره شدن در هیچ گیاهی را ندارد. مصرف آن بیش از میزان مجاز روزانه تاثیر سمی دارد. بنابراین عقلانه نیست که قرص ویتامین A را به غذای خود بیفزایید. به مزه دلپذیر میوه‌ها و سبزیجاتی که حاوی مقدار زیاد بتاکاروتن هستند و مصرف آنها خطری برای سلامتی پوست ندارد بسنده کنید.

ده راه ساده برای افزودن بتاکاروتن به سبد غذایی شما وجود دارد:

۱- هویج رنده شده به نس ماکارونی یا لازانیای خود بیفزایید. در مزه غذا تاثیر چندانی ندارد، اما کاروتن آن پوست شما را تغذیه می‌کند.

۲- برگ تازه اسفناج را به سبزیجات سالاد خود بیفزایید. اسفناج نسبت به سایر سبزیجات گروه خود بتاکاروتن بیشتری دارد.

۳- روزانه یک ماده لسی با طعم میوه مصرف کنید. مثل ماست و میوه تازه زردآلو، هلو و انبه را به آن بیفزایید تا میزان کاروتن غذای شما افزایش چشمگیری داشته باشد.

۴- برش‌های کوچکی از هندوانه را همراه با نعناع به نوشیدنی خود بیفزایید. تاثیر بسیار مطلوبی بر پوست شما خواهد گذاشت.

منابع غنی از ویتامین A عبارتند از: جگر، شیر، زرده تخم مرغ، پنیر چدار، ماهی، سیب زمینی شیرین، هویج، کدو حلواپی، طالبی، زرد آلو، هلو، کلم بروکلی، گریپ فروت، اسفناج و سایر سبزیجات سبز تیره و برگی شکل.

۵- همیشه برگ کلم تازه داشته باشید و به عنوان پیش غذا آن را میل کنید.

۶- به شام خود میوه بیفزایید. کمیوت هلو و زردآلو یا هلو و زردآلو تازه را در دسترس نگه دارید تا به سالاد میوه شبانه خود بیفزایید.

۷- میوه‌های گرمسیری را انتخاب کنید. اگر از میوه‌های عادی خسته شده اید به میوه‌های مناطق حاره مانند انبه روی آورید.

۸- گل کلم یا اسفناج تازه را به ماکارونی یا سالاد گوجه فرنگی بیفزایید. موجب شادابی پوست شما خواهد شد.

۹- انبه را در نس تند جانشین گوجه فرنگی کنید که نه تنها گیرنده‌های چشایی شما به وجد می‌آیند بلکه میزان زیادی کاروتن نیز به سبد غذایی شما افزوده شده است.

۱۰- آب میوه‌های غنی از کاروتن را بنوشید، مثل آب طالبی و آب هویج.



توصیه های تغذیه ای لازم برای روزه داری

۹) شیره انگور سرشار از مواد مغذی است به خصوص برای افرادی که دچار ضعف در طی روز می شوند بسیار مفید است. ۱۰) به مقدار کافی بین افطار تا وقت خواب آب بنوشید تا از کم آبی بدن جلوگیری شود.



۵) گروه گوشت شامل گوشت قرمز، ماهی، تخم مرغ و حبوبات است. این گروه منبع خوبی از پروتئین، ویتامین های گروه B و املاحی مانند آهن، روی و فسفر است. افرادی که دچار نقرس هستند باید گوشت و حبوبات را خیلی کم مصرف کنند. افرادی هم که دچار کلسترول خون بالا هستند باید جگر، دل و قلوبه، کله پاچه و گوشت پرچرب را مصرف نکنند و به جای گوشت قرمز بیشتر از مرغ و ماهی استفاده کنند. برای افراد کم خون مصرف انواع گوشت مفید است. بیماران قلبی هم بهتر است در حد ممکن گوشت قرمز را کمتر مصرف کنند. غیر از بیماری که در بالا ذکر شد تمامی افراد سالم می توانند در حد نیاز خود از گوشت، تخم مرغ و حبوبات استفاده کنند. ۶) آجیل سرشار از مواد مغذی است بنابراین می توانید بعد از افطار چند عدد بادام، فندق، پسته و ... مصرف کنید. ۷) از مصرف انواع دسرها و شیرینی جات در برنامه افطار و سحر خودداری کنید. ۸) از مصرف چای زیاد در سحری خودداری کنید زیرا کافئین موجود در چای دفع ادرار را افزایش می دهد و از این طریق نمک های معدنی که در طول روز بدن به آنها نیاز دارد دفع می شوند.

۱) هر روز بعد از افطار باید ۲ یا ۳ عدد میوه متوسط مصرف کنید. ۲) توصیه می شود تا جایی که می توانید از نان سبوس دار مثل نان سنگک استفاده کنید. زیرا به علت داشتن سبوس منبع خوبی از ویتامین های گروه B و فیبر غذایی است. ویتامین های گروه B در سوخت و ساز بدن و حفظ سلامت اعصاب و پوست و مو نقش مهمی دارند. فیبرهای غذایی هم در جلوگیری از یبوست و حفظ سلامتی روده ها مفیدند.

۳) گروه سبزی ها شامل سالاد، سبزی خوردن، سبزی پخته در غذا مثل سوپ، خورش و کوکو ... می باشد. سبزی ها منبع خوبی از فیبر غذایی، ناسخول، آنتی اکسیدان ها و ویتامین های A و C هستند. مثل هویج و اسفناج که از منابع خوب ویتامین A می باشند. ۴) سعی کنید روزانه یک لیوان شیر و یک لیوان ماست را حتماً مصرف کنید. شیر و لبنیات منبع خوبی از کلسیم و ویتامین های A, D, B12 و B2 می باشند. افراد چاق و کسانی که کلسترول خورشان بالاست بهتر است نوع کم چرب آنها را تهیه کنند. ولی برای کودکان و نوجوانان یا وزن متناسب و برای افراد لاغر شیر و ماست پرچرب، کره و خامه هم مفید است. به جای نوشابه از دوغ استفاده کنید.

روزه داری، بارداری و شیردهی

می دهند و در ماه رمضان روزه می گیرند، به علت نگرانی از این امر که روزه داری آنان منجر به کاهش حجم شیر یا کمبود مواد مغذی موجود در شیر شود، در هنگام روزه داری تعداد دفعات شیردهی به کودک را کم کرده و یا از غذای کمکی برای او استفاده می کنند. البته مادران در شش ماهه اول شیردهی نباید روزه بگیرند، زیرا کودک وابسته به شیر مادر است و گرسنگی طولانی مدت مادر در رشد کودک اختلال ایجاد می کند. به مادران شیرده که پس از شش ماهگی فرزندشان روزه می گیرند توصیه می شود هنگام افطار و سحر از مواد غذایی سرشار از آهن، گوشت، حبوبات، کلسیم، شیر و لبنیات استفاده کنند.

مادری که شیر می دهد هر روز باید حداقل مواد زیر را مصرف کند:

- ۱) نیم لیتر شیر کامل + ۶۰ گرم پنیر
- ۲) ۳۰ گرم کره (دارای ویتامین A)
- ۳) ۱۵۰-۲۰۰ گرم گوشت بدون چربی، مرغ یا ماهی
- ۴) ۲-۳ میوه در روز
- ۵) استفاده از برگ سبزی سبزی ها
- ۶) گاهی یک وعده غذایی دارای حبوبات

زن باردار در سه ماه اول بارداری به ویژه هشت هفته اول به دلیل تشکیل سلولهای مغزی جنین نباید روزه بگیرد. کمبود قند در سه ماه اول بارداری به شدت روی رشد عمومی جنین موثر است و این امر به ویژه در فصولی که مدت روزه داری طولانی تر است از حساسیت بیشتری برخوردار است. روزه داری در سه ماهه دوم تاثیرات سویی بر جنین ندارد اما در سه ماه سوم برای اینکه ۵۰ تا ۷۰ درصد انرژی جنین از گلوکز مادر تامین می شود، روزه داری سبب افزایش برداشت ذخایر چربی و به دنبال آن افزایش ترکیبات کتونی در خون مادر می شود. این ترکیبات از طریق جفت وارد گردش خون جنین شده و به سیستم عصبی او آسیب می رساند بنابراین در این دوره روزه توصیه نمی شود. در حاملگی های پر خطر مانند افراد مبتلا به دیابت بارداری، چند قلوبی، کم خونی، فشار خون بالا، عدم رشد متناسب جنین، سابقه حاملگی های ناموفق قبلی و ... بهتر است روزه گرفته نشود. در این موارد با پزشک خود مشورت نمایید.

آیا مادران شیرده می توانند روزه بگیرند؟

علیرغم اهمیت شیر مادر برای شیرخواران به ویژه در شش ماه اول زندگی، بسیاری از مادرانی که کودکان خود را شیر



کودکان با نیازهای خاص: کودک تیزهوش

چگونه یک کودک تیزهوش تشخیص داده می شود

تشخیص قطعی کودک تیزهوش تنها با راهنمایی و مشاوره از یک متخصص با تجربه ممکن است. اما بعضی از خصوصیات کلی وجود دارند که می توانند به والدین نشان دهند که دارای یک کودک تیزهوش می باشند:

- کودک خواب اندکی دارد.
- خواندن را خیلی سریع فرا می گیرد.
- اولین کلمه را در ۶ ماهگی می گوید.
- اولین جمله را در ۱۲ ماهگی بیان می کنند.
- در ۱۸ تا ۲۴ ماهگی می تواند یک مکالمه داشته باشد و اصطلاحات و لغاتی را استفاده می کند که نسبت به سنش خیلی سطح بالا می باشند.

- در ۲/۵ سالگی حروف الفبا را یاد می گیرد و می تواند تا ۱۰ بشمرد.

- مسئله های ساده جمع و تفریق را در ۳ سالگی حل می کند.
- در ۳ سالگی درباره کلماتی که نمی شناسد سوال می کند.
- زودتر از معمول سوالات جستجوگرانه می پرسد.
- استعداد بالایی از خلاقیت و ابتکار دارد.
- حساسیت زیادی به دنیای اطرافش نشان می دهد.
- به موضوع عدالت و اصول اخلاقی می پردازد.
- فعال و پرنرزی است و اعتماد به نفس دارد.
- بسیار تیز بین است و پذیرای موقعیت های غیر معمول می باشد.

- نسبت به خودش و دیگران بسیار منتقد است.
- توانایی بالایی برای توجه و تمرکز دارد.
- دوست دارد با کودکان بزرگتر، همنشینی و صحبت داشته باشد.

- در کلاس خسته می شود و حوصله اش سر می رود چون توانایی ها و استعداد او خیلی بیشتر از برنامه های آموزشی معمول می باشد. معلمان او به این نتیجه می رسند که به شوق آوردن او بسیار مشکل است.

- به نظر می رسد که خیلی فراموش کار و حواس پرت است.
- تفکر او خلاقانه است تا اینکه تقلیدی باشد، یعنی ایده می سازد.

- این احساس به او دست می دهد که درست متوجه نمی شود و غیر عادی است.

- متکی به خود و درون گرا است.

والدین چه باید انجام دهند؟

اگر والدین کودکی مشاهده کنند که او دارای خصوصاتی است که با یک کودک تیزهوش مطابقت دارد باید از معلمین یا متخصصین مربوطه، مشاوره و راهنمایی بخواهند. اگر تأیید شود که واقعا کودک تیزهوش است، والدین نباید دچار ترس و هراس شوند. چرا که آنها تمام توصیه های مورد نیاز را دریافت خواهند کرد. در هر حال پدر و مادر باید به تلاش خود ادامه دهند تا به پیشرفت کودکان کمک نمایند:

- با صحبت و بازی با او باید درباره موضوعات عادی روزانه با او گفتگو کنند تا تشویق شود که عقیده اش را بیان نماید.



این مهم است که تا حد امکان هر چه زودتر مشخص شود آیا کودک ضریب هوشی بالاتر از حد متوسط دارد یا نه. متخصصین توصیه به تحت نظر قرار دادن دقیق رفتار کودک در سنین ۳-۸ سالگی می کنند تا بتوان این ویژگی را شناسایی کرده و به دنبال آن اقدام مناسب را انجام داد.

- با نشان دادن یک واکنش مناسب به علاقه او به علوم و هنر و کمک به پیشرفت توانایی هایش در این زمینه ها.

- با بردن او به مکان هایی که می تواند چیزهای جدیدی فرا گیرد مثل موزه ها و کتابخانه ها.

- با تشویق او به اینکه دچار دلسردی و خستگی نشود و توضیح درباره اینکه دست یابی به موفقیت امکان پذیر است و در آینده از آن بهره مند خواهد شد.

- با ایجاد فضای آرام که بتواند درس بخواند و مطالعه کند و با کمک به او در انجام تکلیف.

- ثبت نام او در فعالیت های خارج از مدرسه

آیا کودکان تیزهوش باید به مدارس خاصی بروند؟

انجام برنامه هایی برای کودکان تیزهوش جهت نخبه گرایی آنها، به شدت مورد انتقاد بوده است. اما گرچه این واقعیتی مسلم است که جداسازی این کودکان مفید و موثر نیست، با این حال این کودکان به توجه خاصی نیاز دارند. برخی کارشناسان توصیه می کنند که کودکان تیزهوش به مدارس معمولی بروند، اما نسبت به بقیه بچه ها زمان بیشتری را برای مطالعه صرف کنند و برنامه های آموزشی بیشتری داشته باشند. این روش مستلزم آن است که خانواده و معلم با یکدیگر جهت پیگیری دقیق مراحل پیشرفت کودک، همکاری داشته باشند.

رشد و توسعه مهارت های خاص

بعضی از کودکان تیزهوش بسیار خجالتی و کم رو هستند و در برقراری ارتباط با دیگر کودکان و بزرگسالان دچار مشکل می باشند. این توانایی ارتباطی می تواند در خانه بهینه و تقویت شود و والدین می توانند با اجرای تمرین های ساده ای در این امر نقش داشته باشند:

- وقتی مهمانی به خانه می آید، کودک را مسئول انجام وظایف خاصی کنید (مثل جواب دادن به زنگ در، گرفتن کت و پالتو مهمانان، تعارف آنها به صرف غذا یا نوشیدنی و غیره). بعضی از این کارها می توانند از قبل تمرین شوند.

- با او در ارتباط با اینکه چه باید انجام دهد تا رابطه های دوستانه اش حفظ شود، صحبت کنید و او را نسبت به رفتارهایی که می توانند باعث پایان بخشیدن به این رابطه ها شوند، آگاه سازید.

- فعالیت هایی مثل صحبت کردن با تلفن، توجه به نقطه نظرات و دیدگاه های افراد دیگر، دعوت یک دوست به خانه و موارد مشابه دیگر را با او تمرین کنید.

کارشناسان بر اهمیت زیر نظر گرفتن دقیق کودکان جهت ارزیابی توانایی هایشان و مشخص نمودن اینکه آیا آنها تیزهوش هستند تأکید می کنند. اگر آموزشی که این کودکان دریافت می کنند مناسب نیازهایشان نباشد، آنها غیرفعال، بی قرار و دچار رفتارهای بیمار گونه می شوند. معلمان حتی ممکن است به این شک کنند که این کودکان مشکلات یادگیری دارند.

گزارش برگزاری جلسات آموزشی اعتبار بخشی بیمارستان بنت الهدی



در راستای اجرای استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستانی، بیمارستان بنت الهدی فعالیت خود را در این زمینه از آذر ماه ۱۳۹۰ شروع نموده است. جلسات آموزشی با حضور ۳۲ نفر رابطین اعتبار بخشی بیمارستان برگزار می‌گردد. در این جلسات رابطین با اصول و استانداردهای اعتبار بخشی و چگونگی پیاده سازی آن در قسمت های مختلف بیمارستان آشنا می‌شوند. کلیه اقدامات انجام شده تحت نظر دفتر بهبود کیفیت طبق برنامه زمان بندی شده بطور منظم کنترل و ارزیابی می‌گردند. تا کنون ۸۲ ساعت آموزشی طی ۱۶ جلسه برگزار گردیده است.

بیمارستان و زایشگاه خصوصی بنت الهدی

ایران - مشهد - خیابان بهار

تلفن: ۵ - ۸۵۹۰۰۵۱ - ۵۱۱

تلفن و فاکس مستقیم مدیریت: ۵ و ۱۴ ۸۱۸۱ - ۵۱۱

تلفن گویا: ۰۹۱۵۱۵۷۹۰۰۴

Bahar st. Mashhad- Iran

Tel: +985118590051-5 Fax: +985118518115

Email: bentolhodahospital@ yahoo.com

PAYAM - E - SEPID

Internal Journal of Bentolhoda Hospital

