



سروش سلامت



سروش سلامت

فصل نامه علمی ورزشی سروش سلامت سال پنجم / شماره نهم / زمستان ۱۴۰۱



فصل نامه علمی ورزشی سروش سلامت سال پنجم / شماره نهم / زمستان ۱۴۰۱

فصل نامه علمی ورزشی سروش سلامت سال پنجم / شماره نهم / زمستان ۱۴۰۱

صاحب امتیاز: کمیته تحقیقات و پژوهش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

مدیر مسئول: علی سلگی

سر دبیر: فاطمه ترکانی

ویراستاران: دکتر سیما زهری انبوهی

هیئت تحریریه به ترتیب حروف الفبا:

فاطمه آقاپور، حسن احمدی، امیررضا افزون خیاوی، بهار باباجانی، مهسا بوذری پور، علیرضا بینظیر، فاطمه ترکانی، زهرا تشنیزی، ارغوان رضایی، علی سلگی، محمدحسین سهامی، شبنم شریعت پناهی، کمال صالحی،



سر آغاز

مرگ، ناامیدی، ترس، عادت، پذیرش در مقابل زندگی، امیدواری، شجاعت، تغییر؛ انتخاب بین این رویکرد ها ساده به نظر می رسد اما در عمل چند درصد از انسان ها زندگی خود را به معنای واقعی کلمه زیسته، با شجاعت و امیدواری دست به تغییر زده اند؟

با وجود این که اکثریت انسان ها در برابر دیکتاتوری مشکلات سر تعظیم فرود آورده و پرچم سفید عادت به دست گرفته و نزیسته به سوی مرگ تدریجی گام برداشته اند؛ تعداد اندکی از افراد در مقابل انواعی از مشکلات اجتماعی، سیاسی، فرهنگی و علمی تغییرات بزرگی رقم زده اند که می توان از آن ها به انواع دستاورد های بشر در این زمینه ها از جمله اختراع انواع واکسن ها تا ابداع روش های علمی جدید و ... اشاره کرد.

و اما تغییر؛

واژه ای که گاهی دست یافتن به آن غیرممکن به نظر می رسد؛ یک لیوان آب کدر را با همه ی آلودگی ها و ذرات درونش تجسم کنید. اگر دائماً آبی تمیز را درون این لیوان بریزیم تا محتوای لیوان سرریز شود، بالاخره همه ی آب کثیف از لیوان خارج می شود و آبی که لیوان را پر می کند، کاملاً شفاف خواهد بود. لازم نبود که سعی کنیم از شر آب کثیف لیوان خلاص شویم. فقط بایستی آنچه را درست بود جایگزین می کردیم و طولی نمی کشید که آنچه غلط بود، از بین می رفت.

هیچ عجله ای در کار نیست همانطور که امام علی (علیه السلام) می فرمایند: «قَلِيلٌ تَدْوَمُ عَلَيْهِ أَرْجَى مِنْ كَثِيرٍ مَمْلُوءٍ مِنْهُ»؛ کار کمی که بر آن مقاومت کنی، امیدوار کننده تر از کار زیاد خسته کننده است. (یعنی به نتیجه مورد نظر نزدیکتر است)؛ «تنها کافیست هدفمند و با برنامه به سمت ساختن آینده ای روشن برای خودمان، عزیزانمان و بشریت گام برداریم.



سخن مدیر مسئول

هر عمل دارد به علمی احتیاج
کوشش از دانش همی گیرد رواج
با عرض سلام و ادب خدمت همراهان نشریه سروش
سلامت؛

یکی از ویژگی های علم نوین پویایی آن است به این
معنا که روز به روز در حال تغییر و تحول است؛
نکته ای که بنده می خواهم خدمت شما عرض کنم
این است که در برابر این تغییرات گسترده چگونه
باید رفتار کرد و به عنوان عنصری فعال در توسعه
ی آن ها مشارکت نمود، برای اشاره به این موضوع
لازم است به مبحثی با عنوان تفکر نقادانه اشاره کنم،
متفکر نقاد کسی است که عدم قطعیت را پذیرفته و
با به کار گیری روش های فرا شناختی با محدودیت
ها و جنبه های مختلف دانش خود آشنا شده است
لذا در مواجهه با ایده های جدید انعطاف پذیر بوده و

سعی در بررسی آن ها در راستای پر کردن خلاهای
دانشی دارد. منعطف بودن در برابر ایده های جدید
معادل با پذیرش کامل و تایید آن ها نیست بلکه به
معنی در نظر گرفتن آن ها به عنوان یک فرضیه و
تحلیل و بررسی آن ها در راستای قضاوت بر مبنای
مزایا و معایبشان است؛ متفکر نقاد به دور از هرگونه
سوگیری و تعصب به بررسی ایده هایی حتی مخالف
با دانش خود می پردازد و حاصل این تلاش ها در
ابتدا کمال فردی و در نهایت پیشرفت و توسعه ی
دانش است؛

در همین راستا بنده و همکارانم تمام تلاش خود را به
کار بسته ایم که در جهت گسترش و پیشرفت دانش
گام برداریم و از شما عزیزان نیز خواهشمندیم در
هر حیظه ای که می توانید به توسعه ی علم سرعت
بخشیده و تاریکی های جهل را از پیش روی بشریت
بزدایید.

سخن سردبیر



بسم رب النور
شماره ی ۸ ام نشریه سروش سلامت منتشر شد ، که لینک
دسترسی به آن در سطر بعدی درج شده است:

<https://biaupload.com/do.php?filename=org-pdf.abc۰۹۴۷۲۷a۷۹۱>

در شماره های ۱ تا ۸ این نشریه همواره سعی و تلاش بنده و همکارانم بر این بوده است که بتوانیم زمینه ای برای آموزش روش صحیح تحقیق و استفاده از ذوق و سلیقه ی دانشجویان رشته های علوم پزشکی به منظور نشر مطالب علمی جهت بالا بردن آگاهی عمومی فراهم آوریم.

آموزش امریست که خود منجر به تثبیت علم در ذهن یادگیرنده می شود لذا تلاش برای آموزش به دیگری برای آموزنده ی علم نیز خالی از لطف نیست. اینجانب مفتخرم که باری دیگر در شماره ی نهم نشریه فعالیت داشته باشم و از تمامی عزیزان علاقه مند دعوت به عمل می آورم تا با عنایت به جایگاه رفیع یادگیری و آموزش ما را در مسیر گسترش علم و آگاهی یاری دهند.

می توانید از این دو طریق پیشنهادات و سوالات خود را با بنده در میان بگذارید؛

Gmail: Torkanifatemeh@gmail.com

Telegram: [@Fatemeh_Torkani](https://t.me/Fatemeh_Torkani)

فهرست مطالب

۳ سر آغاز

۴ سخن مدیر مسئول

۵ سخن سردبیر

۶ مقالات

ترجمه، سازگاری بین فرهنگی و ارزیابی سایکومتریک نسخه فارسی

مقیاس پریشانی مرتبط با تجربه ی علائم (SDS) در بیماران نارسایی قلبی ۶

آیا آموزش الکترونیکی می تواند آگاهی بیماران را در مورد کنترل فشار خون

تغییر دهد؟ ۸

قلب سالم می خواهید؟ ۱۰

۱۲ فیبروز کیستیک

۱۳ اختلالات غده تیروئید

۱۵ عفونت های چشمی

۱۶ آنچه درباره ی کم خونی فقر آهن نمی دانید

۱۷ آلزایمر؛ از شناخت تا درمان

۱۹ رژیم مدیترانه ای

۲۱ شکنندگی (Frailty) در سالمندان

گوهری گمنام به نام المپیاد در میان دانشجویان علوم پزشکی ۲۳

ویروس ماریبورگ؛ خواهر خوانده ی ابولا

آلرژی فصلی

اختلال چندشخصیتی

۲۵

۲۷

۲۹



فهرست

**Translation, cross-cultural adaptation, and
psychometric evaluation of the Persian
version of the Symptom Distress Scale (SDS)
in heart failure patients**

**سازگاری بین فرهنگی و ارزیابی سایکومتریک نسخه فارسی مقیاس پریشانی مرتبط با
تجربه‌ی علائم (SDS) در بیماران نارسایی قلبی**



**مهسا بوذری پور؛ استادیار
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی**



**شبنم شریعت پناهی؛ استادیار
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی**

سابقه و هدف: بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در حین پیشرفت بیماری، تظاهرات فیزیکی و روانی شدید و مزمنی را تجربه می کنند. ارزیابی میزان پریشانی ناشی از تظاهرات بیماری در بیماران اولین قدم در طراحی و ارزیابی برنامه های مداخله ای برای بهبود علائم بیماران است. هدف از این مطالعه بررسی ویژگی های روان سنجی نسخه فارسی مقیاس پریشانی ناشی از علائم در بیماران بود.

مواد و روش ها: این مطالعه به صورت روش شناختی از مارس تا نوامبر ۲۰۱۹ انجام شد. فرآیند ترجمه و سازگاری بین فرهنگی با استفاده از فرآیند توصیه شده توسط سازمان بهداشت جهانی انجام شد. برای ارزیابی روایی و پایایی ابزار، از روایی صوری و محتوایی و همسانی درونی استفاده شد. مقیاس با استفاده از تحلیل عاملی-اکتشافی و تأییدی در ۳۰۰ بیمار مبتلا به نارسایی قلبی مورد ارزیابی قرار گرفت و داده های به دست آمده با استفاده از نرم افزارهای SPSS-۲۲ و AMOS-۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: روایی محتوایی مقیاس بر اساس نتایج مطالعه تأیید شد. در تحلیل عاملی تأییدی از مقیاس تک عاملی ۱۳ گویه ای استفاده شد و نتایج نشان داد که ابزار دارای شاخص های مناسبی است.

نتیجه گیری: نسخه فارسی مقیاس پریشانی مرتبط با علائم به دلیل ویژگی های سایکومتریک مطلوب می تواند به عنوان ابزاری معتبر برای افراد مبتلا به نارسایی قلبی استفاده شود.

مقدمه

تقریباً ۶٫۲ میلیون آمریکایی نارسایی قلبی (HF) دارند. شیوع این بیماری در آسیا بین ۱/۲۶ تا ۶/۷ درصد است. شیوع HF در ایران بیشتر از سایر کشورهای منطقه (۸٪) است. در سال ۲۰۱۸، ۳۷۹۸۰۰ مرگ، ناشی از HF بوده است، یعنی حدود ۱۳٫۴ درصد از کل مرگ ها، و در ایران میزان مرگ و میر یک ساله HF، ۳۲ درصد بوده است. پیشرفت در درمان های پزشکی و دستگاه های قلبی قابل کاشت و همچنین مراقبت از بیماران HF، انقلابی در مدیریت HF و افزایش بقا در این بیماران ایجاد کرده است، اما افزایش بقا با برخی عوارض غیر عمدی از جمله افزایش بار تظاهرات کلاسیک بیماری مانند تنگی نفس و ادم همراه است. در حالی که تنگی نفس، ادم و خستگی تظاهرات بارز این بیماری هستند، این بیماران اغلب درد، سرفه مزمن، ناراحتی گوارشی، مشکلات جنسی، سرگیجه، اضطراب، افسردگی و مشکلات شناختی مانند از دست دادن حافظه و عملکرد اجرایی را نیز تجربه می کنند؛ چنین تظاهراتی منجر به کاهش کیفیت زندگی و افزایش تعداد مراجعات به اورژانس و بستری شدن در بیمارستان می شوند. با وجود تظاهرات طولانی مدت HF و کاهش کیفیت زندگی بیماران، رفتارهای خود مراقبتی در آنها ضعیف است. در یک بررسی سیستماتیک، مشخص شد که رفتارهای خود مراقبتی در بیماران HF به عوامل متعددی مانند تظاهرات مرتبط با بیماری بستگی دارد. یکی از اهداف مدیریت HF کاهش بار علائم بیماران است؛ ارزیابی میزان ناراحتی ناشی از تظاهرات بیماری در بیماران HF اولین گام در طراحی برنامه های مداخله ای و ارزیابی اثربخشی آنها برای بهبود علائم بیماران است که اغلب به درستی ارزیابی نمی شوند. در نتیجه، علائم کمتر تشخیص داده می شوند و به نوبه خود به درستی درمان نمی شوند بنابراین وجود ابزارهای استاندارد برای ارزیابی تظاهرات بیماری در این بیماران ضروری است. ابزارهای کمی برای ارزیابی علائم فیزیکی و عاطفی در بیماران HF وجود دارد، مانند مقیاس ارزیابی علائم یادگاری (MSAS)، بررسی علائم HF، علائم و چک لیست علائم HF، فهرست علائم M.D. Anderson-HF، و مقیاس ارزیابی علائم

یادگاری. برخی از آنها در ابتدا برای جمعیت مبتلا به سرطان و جراحی قلب ساخته شدند، آنچه در این ابزارها مهم است ارزیابی پریشانی ناشی از علائم HF و توجه به فراوانی و شدت علائم تجربه شده توسط بیماران است. مقیاس ناراحتی علائم (SDS) میزان ناراحتی علائم گزارش شده توسط بیماران را ارزیابی می کند. این مقیاس توسط مک کورکل و یانگ (۱۹۷۸) برای اندازه گیری تظاهرات سرطان ایجاد شد. این ابزار در یک مرور سیستماتیک مطالعات بین سال های ۱۹۷۸ و ۲۰۱۳ مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج این مطالعه نشان داد که این ابزار دارای همبستگی درونی ۰٫۶۷-۰٫۸۸ است. این ابزار به عنوان یک ابزار مناسب، معتبر و قابل اعتماد برای جمعیت مبتلا به سرطان، بیماران نقص ایمنی و بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد شناخته شده است؛ از آنجایی که بیماران HF علائم و نشانه هایی مشابه علائم سرطان را تجربه می کنند، این ابزار در افراد مبتلا به HF نیز استفاده می شود. اما ارزیابی سایکومتریک ابزار تا به حال انجام نشده است. این ابزار به راحتی برای بیماران قابل استفاده است و تنها در ۵ تا ۱۰ دقیقه پاسخ داده می شود؛ بنابراین، می توان از آن در مراکز مراقبت HF استفاده کرد. از آنجایی که در ایران مقیاس مناسبی برای ارزیابی بار علائم تجربه شده توسط بیماران HF وجود ندارد، هدف مطالعه حاضر تعیین ویژگی های سایکومتریک نسخه فارسی مقیاس پریشانی ناشی از علائم (SDS) در بیماران HF بود.

بحث

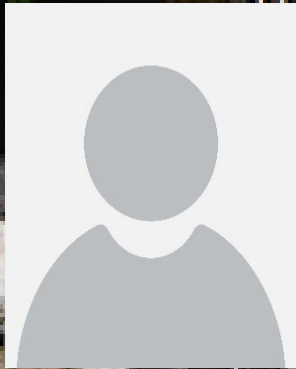
بیماران علائمی را در نتیجه بیماری یا درمان تجربه می کنند. بار علائم HF یک عنصر کلیدی است که به طور بالقوه می تواند بر کیفیت زندگی تأثیر بگذارد. یکی از اهداف اولیه مدیریت HF کاهش بار علائم است. برای دستیابی به آن، ارزیابی سیستماتیک بار علائم ضروری است. SDS ابزار معتبری برای ارزیابی بار علائم بیماران توسط ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی و محققان است. با این حال، SDS در زبان فارسی در دسترس نبود و بنابراین ممکن نبود که آن را در محیط های بهداشتی ایران مورد استفاده قرار داد. این مطالعه برای پر کردن این شکاف با ترجمه و سازگاری فرهنگی و ارزیابی ویژگی های روان سنجی مختلف SDS و ارائه شواهد بیشتر در مورد اعتبار SDS طراحی شد. به طور کلی، چالش های مربوط به اعتبار ابزارها در مطالعات بین فرهنگی عمدتاً ناشی از انطباق فرهنگی-زبانی و اعتبار محتوایی است. بنابراین، پیروی از راهبردهای روش شناختی روشن برای غلبه بر این چالش ها که عمدتاً ناشی از تفاوت های فرهنگی و زبانی بین زبان مرجع و زبان مقصد است، حائز اهمیت است.

نتیجه گیری

بر اساس یافته های این مطالعه، نسخه فارسی SDS به دلیل داشتن ویژگی های روان سنجی مطلوب می تواند به عنوان ابزاری معتبر در جامعه بیماران HF مورد استفاده قرار گیرد. با توجه به فقدان ابزار قابل اعتماد برای اندازه گیری ناراحتی ناشی از علائم بیماری تجربه شده توسط بیماران HF، این مقیاس می تواند پاسخی به این نیاز مبرم در زمینه اندازه گیری و ارزیابی باشد. مدیریت HF و بهبود پیامدهای بیمار از اهداف و اولویت های سیاست گذاران سلامت است و نیازمند تدوین برنامه های مدیریت جامع است. اولین قدم در مدیریت این بیماری، شناسایی علائم تجربه شده بیماران است. SDS می تواند در موقعیت های بالینی و تحقیقاتی برای ارزیابی برنامه های درمان و مراقبت از بیمار مفید باشد. علاوه بر این، به عنوان یک ابزار غربالگری برای علائمی که اغلب توسط بیماران HF تجربه می شود مفید است و می تواند به عنوان بخشی از یک برنامه نظارت بالینی معمول برای بیماران HF استفاده شود.

Can e-learning change patients' awareness of controlling blood pressure

آیا آموزش الکترونیکی می تواند آگاهی بیماران را در مورد کنترل فشار خون تغییر دهد؟



کمال صالحی

دانش آموخته کارشناسی بهداشت عمومی
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی



پوریا احمدی

دانش آموخته کارشناسی پرستاری
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی



علیرضا بینظیر

دانش آموخته کارشناسی پرستاری دانشگاه
علوم پزشکی شهید بهشتی

چکیده

مقدمه و هدف: پرفشاری خون از جمله بیماری های مزمن بوده که به عنوان قاتل خاموش و بحران بهداشت عمومی جهان معرفی شده است. این بیماری عامل خطر عمده برای سکته مغزی و بیماری های قلبی عروقی به شمار می رود. با توجه به افزایش شیوع این بیماری و عوارض خطرناک آن، آموزش جهت فراگیری اقدامات موثر برای پیشگیری و کنترل فشار خون می تواند به کاهش عوارض آن کمک کند. لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی تاثیر آموزش بر میزان آگاهی بیماران مبتلا به پرفشاری خون انجام شده است.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع تجربی می باشد که بر روی ۷۰ نفر از جمعیت بالای ۳۵ سال مبتلا به پرفشاری خون شهر ورامین انجام شده است.

نمونه گیری در این مطالعه به صورت تصادفی بود. در این مطالعه افراد به دو گروه ۳۵ نفره مداخله و کنترل تقسیم شدند. ابتدا میزان آگاهی هر دو گروه با استفاده از پرسشنامه تعیین شد. سپس به گروه مداخله آموزش به روش سخنرانی و ارائه پمفلت داده شد. پس از دوماه مجدداً آگاهی هر دو گروه با استفاده از پرسشنامه سنجیده شد و داده های آماری با استفاده از نرم افزار SPSS ۲۶ و آزمون های لازم مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. تمام اقدامات لازم با رعایت موازین اخلاقی و پژوهشی انجام شد.

یافته ها: نتایج این پژوهش نشان

داد که قبل از مداخله میانگین نمره آگاهی دو گروه تفاوت معناداری نداشت. اما دو گروه از نظر میانگین نمره آگاهی پس از مداخله آموزشی با هم اختلاف معنادار آماری داشتند. همچنین میانگین نمره آگاهی گروه مداخله بعد از آموزش به طور معناداری افزایش یافته بود.

نتیجه گیری: به طور کلی یافته های این پژوهش حاکی از تاثیر مداخله ی آموزشی در کنترل پرفشاری خون می باشد.

میانگین نمره آگاهی گروه مداخله نسبت به گروه کنترل افزایش داشت که نشان دهنده تاثیر مداخله آموزشی جهت افزایش آگاهی بیماران است.

مقدمه

فشار خون بالا به افزایش متناوب یا مداوم فشار خون در یک فرد اشاره دارد. این افزایش فشار خون ممکن است در مرحله سیستولیک یا در مرحله دیاستولیک رخ دهد. فشار خون بالا یکی از بیماری های مزمنی است که به عنوان قاتل خاموش و بحران بهداشت عمومی در جهان معرفی شده است. وقتی در مورد فردی با فشار خون صحبت می کنیم به این معنی است که فشار در رگ های خونی بالاتر از حد طبیعی است. این فشار خون معادل فشار خون سیستولیک ≥ 140 میلی متر جیوه یا فشار خون دیاستولیک ≥ 90 میلی متر جیوه است. سکته مغزی، نارسایی کلیه، بیماری قلبی، مرگ زودرس و ناتوانی هایی مانند نابینایی برخی از عوارض فشار خون بالا هستند.

در افزایش آگاهی بیماران است. روش آموزش مجازی مورد استفاده در این پژوهش، سخنرانی‌های مجازی و جزوات آموزشی از طریق پلتفرم اسکایپ بود. در مطالعه عابدی و همکاران در سال ۱۳۹۷ در گلستان که با هدف تعیین تأثیر مداخله آموزشی بر ارتقای رفتارهای خود مراقبتی بیماران مبتلا به فشار خون بالا انجام شد، میانگین رفتار خودمراقبتی در گروه مداخله پس از آموزش در مقایسه با گروه کنترل، به طور قابل توجهی افزایش یافت.

نتایج مطالعه انجام شده توسط سهیلی و همکاران، در سال ۱۳۹۶ در ارومیه برای تعیین تأثیر مداخله آموزشی سبک زندگی بر فشار خون بیماران دیابتی مبتلا به فشار خون نشان داد که میانگین فشار خون در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل کاهش معنی داری داشته است؛ در این مطالعه بیان شد که مداخلات آموزشی سبک زندگی می‌تواند به میزان قابل توجهی فشار خون را در بیماران دیابتی مبتلا به فشار خون بالا کاهش دهد که با نتایج مطالعه ما مطابقت دارد. نتایج مطالعه زارعی پور و همکاران، در ارومیه در سال ۱۳۹۶ نشان داد که برنامه مداخله آموزشی حضوری بر آگاهی، نگرش و رفتار کنترل فشار خون مؤثر بوده و با بالا بردن سطح آگاهی و نگرش می‌توان رفتارهای کنترل فشار خون را در بیماران پر فشاری خون بهبود بخشید. نتایج مطالعه ای که توسط Muthulakshmi و همکاران در سال ۲۰۱۹ بر روی دانش آموزان نوجوان در هند انجام شد به وضوح نشان می‌دهد که افزایش قابل توجهی در آگاهی دانش آموزان در گروه مداخله پس از ارائه آموزش حضوری مشاهده شده است.

مطالعه حاضر بر روی افراد مبتلا به فشار خون بالای ۳۵ سال در دوران همه‌گیری کووید ۱۹ انجام شد و شیوع همه‌گیری کرونا یکی از محدودیت‌های این مطالعه بود. به دلیل بیماری همه گیر امکان آموزش و نظارت حضوری بر بیماران وجود نداشت. همچنین زیرساخت‌های مناسب برای آموزش آنلاین از جمله بستر مناسب اینترنت پرسرعت از جمله محدودیت‌های این پژوهش است. همچنین این گروه سنی تحصیلات بالایی نداشتند و آموزش الکترونیکی این افراد با مشکل مواجه بود. البته نوع آموزش و روش‌های آموزشی نیز بسیار مهم است و برای رسیدن به یک الگوی آموزشی مناسب در این زمینه نیازمند تحقیقات بیشتری هستیم. زیرا باید مشخص شود که در هر گروه سنی از چه روش آموزشی استفاده شود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که ارائه آموزش مجازی یا آموزش الکترونیکی برای افزایش آگاهی در مورد فشار خون موثر بوده است. بنابراین با افزایش سطح آگاهی بیماران از طریق ارائه آموزش‌های مجازی می‌توان رفتارهای کنترل فشار خون را در بین بیماران بهبود بخشید.

اگرچه علت اصلی فشار خون بالا شناخته نشده است، اما عواملی مانند سیگار کشیدن، رژیم غذایی نامناسب، کم تحرکی، چاقی، استرس مداوم، مصرف الکل، دیابت نوع ۲، تنقالات، شرایط نامناسب زندگی، ژنتیک، سن، جنسیت و عوامل اجتماعی بر ایجاد آن تأثیرگذار هستند. فشار خون بالا شایع‌ترین بیماری مزمن در جوامع توسعه یافته است و مسئول تقریباً ۷٫۱ میلیون مرگ در سال در سراسر جهان است که ۶ تا ۲۵ درصد از جمعیت بزرگسال جهان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در سال ۲۰۱۰، فشار خون جهانی تقریباً ۱٫۴ میلیارد نفر برآورد شد و احتمالاً تا سال ۲۰۲۵ به طور قابل توجهی از ۱٫۶ میلیارد نفر فراتر خواهد رفت. شیوع فشار خون بالا در نقاط مختلف جهان بین ۳۰ تا ۴۰ درصد تخمین زده می‌شود. در طول همه‌گیری کرونا، برخی بیماری‌های همراه، مانند بیماری‌های عروق کرونر و دیابت، با افزایش خطر عفونت و افزایش مرگ‌ومیر گزارش شده‌اند که شایع‌ترین بیماری همراه در گزارش فشار خون بالا بود. با کنترل فشار خون بالا، می‌توان میزان حمله قلبی، میرایی، ناتوانی و بیماری قلبی عروقی را کاهش داد. افزایش آگاهی در مورد فشار خون بالا و ارائه برنامه‌های آموزش بهداشت برای افزایش آگاهی عمومی در مورد فشار خون بالا در کاهش بروز آن بسیار موثر است. استفاده از مداخلات مناسب برای افزایش آگاهی بیماران مبتلا به فشار خون نقش مهمی در کنترل این بیماری دارد. یکی از این مداخلات آموزش بهداشت است که به نظر می‌رسد در افزایش دانش، تغییر نگرش و باورهای مرتبط با این بیماری و اصلاح رفتار مؤثر باشد. آموزش سبک زندگی به کاهش فشار خون کمک کرده است. همچنین آموزش استفاده صحیح از داروهای ضد فشار خون و اصلاح سبک زندگی باعث کاهش هزینه‌های بیمارستانی و مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی در افراد مبتلا به فشار خون می‌شود. سبک زندگی سالم شامل: رژیم غذایی سالم، حفظ وزن طبیعی، داشتن فعالیت و ورزش کافی، سیگار نکشیدن و محدود کردن مصرف الکل است. تحقیقات در این زمینه نشان داده است که سایر مسائل مهمی که در سبک زندگی به آن پرداخته می‌شود، مطالعه استرس، استراحت و خواب است. با توجه به اهمیت این موضوع، این مطالعه با هدف بررسی تأثیر آموزش مجازی بر آگاهی بیماران برای کنترل فشار خون در سال ۲۰۲۰ انجام شد.

بحث و نتیجه گیری

فشار خون بالا یک عامل خطر اصلی برای بسیاری از بیماری‌ها و عامل اصلی مرگ و میر در سراسر جهان است. فشار خون بالا یک عامل خطر عمده قابل اصلاح برای سکته مغزی، بیماری قلبی عروقی و نارسایی کلیوی و ناتوانی در سراسر جهان است. از آنجایی که علائم فشار خون بالا مشخص نیست، افراد خطرات آن را احساس نمی‌کنند و باور نمی‌کنند که در معرض خطر هستند. این مشکل، پیشگیری از فشار خون را به یک چالش بزرگ برای نظام سلامت تبدیل می‌کند. به طور کلی، یافته‌های این مطالعه بیانگر تأثیر مداخله آموزشی در کنترل فشار خون بالا می‌باشد.

میانگین نمره آگاهی گروه مداخله نسبت به گروه کنترل پس از ارائه آموزش افزایش یافت که نشان دهنده تأثیر مداخله آموزشی مجازی

قلب سالم می خواهید؟

فاطمه آقاپور

دانشجوی پرستاری، ورودی ۱۴۰۰
دانشگاه آزاد علوم پزشکی تهران



قلب سختکوش ترین عضو بدن و ضربان قلب به طور متوسط ۷۲ بار در دقیقه است، قلب وظیفه ی پمپاژ خون و رساندن اکسیژن و مواد مغذی را به بافت های بدن به عهده دارد.

قلب نیز مانند هر ماهیچه دیگری در بدن شما، در اثر ورزش و فعالیت، قوی تر می شود، در این باره می توان گفت که هر نوع حرکتی می تواند مزایای قلبی عروقی داشته باشد از جمله پیاده روی به مدت سی دقیقه.

ورزش علاوه بر بالا بردن قدرت بدنی و میزان سلامتی به جلوگیری از عوارض خطرناک بیماری های قلبی عروقی مانند انفارکتوس میوکارد (سکته قلبی) و بیماری عروق کرونری کمک می کند.

ورزش منظم به کاهش فشار خون شریانی، کاهش اجزای مضر چربی در خون (مانند کلسترول تام)، افزایش چربی مفید خون و در نتیجه به کاهش پیشرفت آترواسکلروز کمک نموده و همچنین با افزایش توانایی تبادل، و استفاده از اکسیژن در ماهیچه ها و بافت های بدن، بر توانایی آن در پاسخ به فعالیت می افزاید.

لذا با توجه به اهمیت ورزش در کنترل بیماری ها و عوارض بیماری های قلبی عروقی، در ادامه به بررسی تعدادی از ورزش های موثر بر سیستم قلب و عروق می پردازیم.

ورزش های موثر بر سیستم قلبی عروقی

• دویدن

دویدن راهی عالی برای کاهش وزن اضافی است و برای قلب نیز فواید بالقوه ای دارد. بالا بردن فواصل دویدن به صورت مرحله ای می تواند راهی برای به چالش کشیدن آمادگی قلبی عروقی باشد.

توصیه می شود که به اندازه کافی بویید (تا حدی که ضربان قلب شما افزایش یابد) و سپس به مدت حدود ده دقیقه استراحت کرده و دویدن را مجدداً از سر بگیرید.

• تمرینات مقاومتی

تمرینات مقاومتی نیز همچون دویدن ضربان قلب شما را افزایش می دهند اما الگوی متفاوتی از پاسخ رگ های خونی را نسبت به سایر انواع ورزش ایجاد می کنند.

افراد سالم باید دو تا سه بار در هفته تمرینات مقاومتی داشته باشند تا خطر ابتلا به بیماری های مزمن مانند فشار خون را کاهش دهند و با تسهیل گردش خون در اندام ها، سلامت کلی را بهبود بخشند.

• شنا

شنا یک گزینه فوق العاده برای کسانی است که درد مفاصل را در سایر ورزش ها تجربه می کنند.

شنا نه تنها درد مفاصل را کاهش می دهد، بلکه ضربان قلب شما را افزایش می داده و در عین حال قدرت و تونسیته عضلانی شما را بهبود می بخشد.

• دوچرخه سواری

دوچرخه سواری می تواند برای کسانی است که به دویدن علاقه ندارند له عنوان جایگزین عمل کند، مطالعات نشان داده است که ۱۹ مایل دوچرخه سواری در هفته احتمال ابتلا به بیماری های قلبی عروقی را تا ۵۰ درصد کاهش می دهد!

دوچرخه سواری همچنین ظرفیت چربی سوزی بدن را جهت کاهش وزن افزایش می دهد.

• تنیس

قلب سالم می خواهید؟ تنیس بازی کنید!

به دلیل سبک هوازی، تنیس فواید زیادی برای قلب و عروق دارد. علاوه بر این، تنیس حداکثر معیار ضربان قلب (۶۰ تا ۹۰ درصد) که برای تهویه هوازی ایده آل است، برآورده و حفظ می کند.

و همچنین موارد زیر را بهبود می بخشد:

- قدرت
- سرعت
- انعطاف پذیری
- تعادل
- هماهنگی
- تونسیته و قدرت عضلانی
- یوگا

تمرین یوگا یکی از بهترین تسکین دهنده های استرس است و ذهن، بدن و روح آرام یعنی قلب سالم تر!

سبک های فعال تر یوگا مانند: آشتانگا و بیکرام، مزایای بیشتری برای قلب و عروق دارند. از آنجایی که این سبک ها کمی پرتحرک تر هستند، ضربان قلب را بیش تر از یوگای سنتی افزایش می دهند.

• اینتروال/ ورزش با شدت بالا

اینتروال شامل تمرینات فیزیکی بر پایه تغییر شدت تمرین می باشد؛ نوع خاصی از تمرینات کاردیو است که سیستم قلبی عروقی را فعال کرده و باعث افزایش ضربان قلب و گردش خون می شود.

تأثیر قلبی عروقی ورزش با شدت بالا در مقابل ورزش سبک همیشه موضوعی قابل بحث بوده است. با این حال، یافته ها حاکی از آنند که تمرینات با شدت بالا موثرتر هستند.

چرا تمرینات با شدت بالا بر قلب شما موثرترند؟

- ضربان قلب بالاتر می رود
- رگ های خونی گشادتر می شوند
- کالری بیشتری می سوزانید (در حالت استراحت به سوزاندن کالری)

بیشتری ادامه می دهید).

وقتی صحبت از سلامت قلب و ورزش می شود، ورزش کوتاه و شدید موثرتر از ورزش طولانی و سبک است.

البته این نکته شایان توجه است که موارد فوق برای افراد با وضعیت قلبی و جسمانی سالم، مناسب هستند و در صورت وجود هرگونه بیماری بهتر است در مورد نوع و شدت ورزش با پزشک خود مشورت نمایید.

فیروز کیستیک



امیررضا افزون خیابوی

دانشجوی پرستاری، ورودی ۱۴۰۱
دانشگاه آزاد علوم پزشکی اردبیل

• آزمایش عملکرد ریوی (PFT): این آزمایش که برای سنجش سالم بودن ریه ها به کار می رود به این صورت است که میزان هوای استنشاقی یا بازدم و میزان انتقال اکسیژن به بقیه بخش های بدن را اندازه گیری می کند.

پیشگیری از فیروز کیستیک

در زمان حال، پیشگیری از CF امکان پذیر نیست. در بچه هایی که دو ژن CF ناهنجار دارند، این بیماری در هنگام تولد در برخی از اندام ها مانند پانکراس و کبد وجود دارد اما تنها پس از تولد در ریه ها ایجاد می شود. در آینده ممکن است ژن درمانی برای پیشگیری از بیماری ریوی استفاده شود.

درمان فیروز کیستیک

می توان گفت فیروز کیستیک هنوز درمان قطعی ندارد اما با انجام چند روش می توان به تسکین بیمار و کاهش عوارض بیماری کمک نمود که عبارت اند از:

- دارودرمانی: همانند برونکودیلاتور ها و آنتی بیوتیک ها
- عمل جراحی
- تغذیه درمانی: همانند افزایش کالری مصرفی و ویتامین های محلول در چربی
- فیزیوتراپی قفسه سینه

مراقبت پرستاری فیروز کیستیک

کنترل وزن بیمار به صورت مرتب برای ارزیابی درمان های تغذیه ای، بررسی وضعیت تنفسی بیمار، بررسی رژیم غذایی بیمار از نظر چربی و ویتامین ها و سایر موارد، آموزش به خانواده بیمار در مورد رژیم غذایی، مشاوره ژنتیک در این بیماری بسیار اهمیت دارد، بررسی نتیجه دارو ها از نظر عملکرد و همچنین توجه به نظم در واکسیناسیون بیماران.

جمع بندی

در حال حاضر، هیچ گونه درمان قطعی برای CF وجود ندارد، با این حال با کمک دارو ها و مراقبت های پرستاری می توان به بیماران کمک نمود.

حمایت عاطفی بیماران مخصوصاً توسط خانواده ها در این مورد بسیار مهم و قابل توجه است، همچنین نقش روانشناسان در زمینه افسردگی بسیار پررنگ می باشد.

فیروز کیستیک (Cystic Fibrosis) یا سیستیک فیروزیس اختلالی ژنتیکی است. این اختلال ناشی از ژن هایی غیر طبیعی است که از والدین به فرزندان منتقل می شوند.

در افراد مبتلا به فیروز سیستیک، بدن مخاطی تولید می کند که به طور غیر طبیعی غلیظ و چسبنده است. این مخاط غیر طبیعی می تواند راه های هوایی را مسدود کند و منجر به مشکلات شدید تنفسی و عفونت های باکتریایی در ریه ها شود. سیستیک فیروزیس سبب بروز مشکلاتی در گوارش و تنفس می شود.

علائم فیروز کیستیک

از علامت های فیروز کیستیک می توان به موارد زیر اشاره کرد:

- ترشحات مخاطی غلیظ و چسبناک
- تنگی نفس
- عفونت های مکرر سینوسی
- مشکلات گوارشی
- پوست شور
- عرق شبانه
- درد مفاصل و عضلات
- کاهش وزن

تشخیص فیروز کیستیک

برخی از علائم CF ممکن است اندکی پس از تولد ظاهر شوند اما برخی علامت ها به علت خفیف بودن تا بزرگسالی ظاهر نمی شوند. برخی از روش های تشخیصی ای بیماری عبارت اند از:

• آزمایش کلراید عرق: آزمایش کلراید عرق رایج ترین آزمایش برای تشخیص فیروز کیستیک است. این آزمایش میزان نمک در عرق را بررسی می کند.

نحوه آزمایش به این صورت است که جریان الکتریکی ضعیف باعث تعریق پوست میشود که عرق به دست آمده پس جمع آوری و تجزیه و تحلیل اگر شورتر از حد معمول باشد، تشخیص فیروز کیستیک مطرح می شود.

• آزمایش تریپسینوژن ایمنی (IRT): در این روش خون کشیده شده از نوزادانی که ۲ تا ۳ روز از تولد آن ها میگذرد برای پیدا کردن نوعی پروتئین خاص به نام تریپسینوژن مورد آنالیز و بررسی قرار می گیرد.

سطح بالای IRT ممکن است نشانه ای از فیروز کیستیک باشد. با این حال، آزمایش های بیشتری نظیر کلراید عرق و سی تی اسکن برای تأیید تشخیص لازم است.

اختلالات

غده تیروئید

بهاره باباجانی

دانشجوی

پرستاری، ورودی



غده تیروئید بزرگترین غده درون ریز بدن، یک عضو پروانه ای شکل است که در پایین گردن و در قسمت قدام نای قرار دارد. غده تیروئید سه هورمون تولید می کند: تیروکسین (T_4)، تری یدوتیرونین (T_3)، کلسی تونین. این غده با تولید هورمون های تیروئیدی مسئول تنظیم بسیاری از فرآیندهای بدن مانند متابولیسم، تولید انرژی و خلق و خوی فرد است.

کمبود یا تولید بیش از حد این هورمون ها باعث بروز اختلالات تیروئید می شود. اختلالات غده تیروئید، از شایع ترین اختلالات هورمونی در سطح جهان به شمار می آیند. رواج اختلالات تیروئیدی در ایران نیز بررسی شده است. مطالعه تیروئید تهران میزان بروز اختلالات تیروئیدی را به مدت ۶ سال در یک جمعیت ایرانی بررسی و بروز سالیانه ۷/۶۲ و ۲ نفر در ۱۰۰۰ نفر را به ترتیب برای پرکاری تیروئید آشکار و تحت بالینی گزارش نمود.

پرکاری تیروئید (هایپر تیروئیدیسم)

پرکاری تیروئید به دو دسته تحت بالینی و بالینی تقسیم می شود. پرکاری تیروئید تحت بالینی به سطح TSH پایین با سطوح نرمال هورمون های تیروئیدی (T_3 و T_4) گفته شده که بیمار علائم واضح بالینی نداشته و به جز در شرایط خاص مثل سن بالا، بیماری زمینه ای قلبی، یا پوکی استخوان نیاز به درمان نداشته و تنها فرد تحت پیگیری قرار می گیرد. تظاهرات بالینی پرکاری تیروئید

فرد اغلب هیجان زده، بی قرار و دارای ترس و وحشت است، نمی تواند آرام بنشیند، از تپش قلب رنج می برد و نبضش حتی در زمان استراحت به طور غیر طبیعی تند می زند، کاهش وزن، افزایش اشتها، پوست برافروخته و مرطوب، ترمور خفیف در دست ها ممکن است مشاهده شود، آگزوفتالمی، خستگی غیر طبیعی عضلانی و ضعف عضلات نیز از دیگر تظاهرات اند.

روش های تشخیصی پرکاری تیروئید

- پرکاری تیروئید بالینی با توجه به TSH پایین و T_4 یا T_3 بالا، ناشی از افزایش تولید هورمون های تیروئیدی توسط غده تیروئید قابل تشخیص است به علاوه بیمار علامت دار بوده و نیاز به درمان دارد.
- سونوگرافی می تواند اندازه تیروئید و وجود توده یا ندول را در تیروئید تشخیص دهد.

- CT یا MRI می توانند هیپوفیز را بررسی کرده و وجود ندول در آن را به عنوان علت پرکاری تیروئید نشان دهند.
- اسکن رادیو اکتیو تیروئید نیز مقدار جذب ید در تیروئید و چگونگی انتشار آن را در تیروئید بررسی می کند.

درمان پرکاری تیروئید

چندین گزینه ی درمانی برای این بیماری وجود دارد:

۱. استفاده از داروهای ضدتیروئید
۲. استفاده از ید رادیو اکتیو
۳. برداشتن غده تیروئید توسط عمل جراحی

در دو روش درمانی آخر قبل از انجام این اقدامات باید داروهای ضدتیروئید شروع شوند و بیمار یوتایروئید شود تا از عوارض احتمالی ناشی از درمان کاسته شود.

داروهای اصلی ضد تیروئید از دسته تیونامیدها بوده که شامل دو داروی متی مازول و پروپیل تیوراسیل است.

کم کاری تیروئید (هایپوتیروئیدی)

کم کاری تیروئید به عنوان ناتوانی غده تیروئید در تولید میزان کافی هورمون تیروئید برای پاسخگویی به نیازهای متابولیک بدن گفته می شود.

شیوع آن با بالا رفتن سن افزایش می یابد و در زنان بیشتر از مردان است. انواع هایپوتیروئید

- بیش از ۹۵ درصد بیماران مبتلا به هایپوتیروئیدی اولیه هستند که علت آن اختلال عملکرد خود غده تیروئید است.

- اگر اختلال عملکرد تیروئید ناشی از نارسایی هیپوفیز یا هیپوتالاموس و یا هر دو آنها باشد به آن هایپوتیروئیدی مرکزی گفته می شود.

- اگر هایپوتیروئیدی از بدو تولد وجود داشته باشد به آن هایپوتیروئیدیسم نوزادی می گویند. تظاهرات بالینی کم کاری تیروئید

علائمی که معمولاً با کم کاری تیروئید همراه اند اغلب غیر اختصاصی هستند مانند افزایش وزن، خستگی، تمرکز ضعیف، افسردگی، درد منتشر عضلانی و بی نظمی قاعدگی.

در این میان علائم اختصاصی تر شامل یبوست، عدم تحمل سرما، خشکی پوست، ضعف عضلانی پروگزیمال، و نازک شدن یا ریزش مو اند.

روش های تشخیصی کم کاری تیروئید

- یکی از مهم ترین راه های تشخیص آزمایش تیروئید است.

در کم کاری تیروئید، هورمون تحریک کننده ی غده تیروئید، TSH از حد طبیعی بیشتر می شود و سطح هورمون های تیروئیدی یا T_3 و T_4 کاهش پیدا می کنند.

- سونوگرافی، CT Scan در تشخیص کمک می نمایند.

- معاینه فیزیکی نیز در تشخیص قطعی موثر است.

درمان کم کاری تیروئید

۱. استفاده از درمان دارویی مانند داروی لوتیروکسین که داروی

ترجیحی برای درمان هایپوتیروئیدی است.

۲. می توان از هورمون های جایگزین استفاده کرد. دوز این هورمون

ها بر اساس میزان TSH سرم بیمار تعیین می گردد.

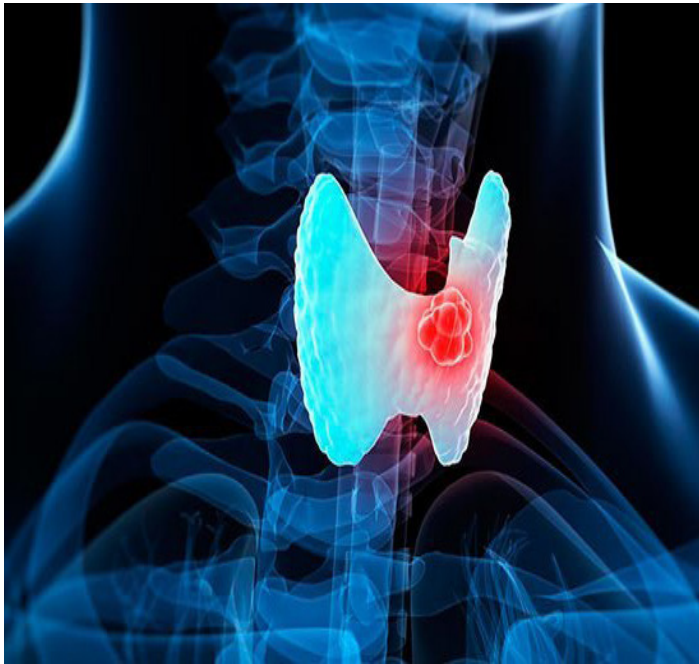
۳. تجویز دوز بالایی از گلوکوکورتیکوئیدها مانند هیدروکورتیزون

هر ۸ تا ۱۲ ساعت تا ۲۴ ساعت و ادامه آن به صورت دوز کم تا زمانی که

علائم کمبود تولیدات غده آدرنال وجود دارند، انجام می شود.

۲. می توان از هورمون های جایگزین استفاده کرد. دوز این هورمون ها بر اساس میزان TSH سرم بیمار تعیین می گردد.

۳. تجویز دوز بالایی از گلوکوکورتیکوئید ها مانند هیدروکورتیزون هر ۸ تا ۱۲ ساعت تا ۲۴ ساعت و ادامه آن به صورت دوز کم تا زمانی که علائم کمبود تولیدات غدد آدرنال وجود دارند، انجام می شود.



تومور های غده تیروئید اگر بزرگی تیروئید به حدی باشد که تورم آن در گردن مشاهده شود به آن تومور (گواتر) گفته می شود. این بیماری در واقع باعث ایجاد یک توده بزرگ در جلوی گردن می شود و هنگام بلعیدن غذا توده بالا و پایین می رود.

انواع گواتر

- گواتر اندمیک شایع ترین نوع گواتر است و در مناطق جغرافیایی که منابع ید کم است دیده می شود.
- گواتر ندولر

در این مورد در نواحی خاصی، غده تیروئید دچار هایپرپلازی شده که ممکن است هیچ علامتی ایجاد نکند با این حال بعضی ندول ها بدخیم و بعضی با پر کاری تیروئید همراه هستند.

علائم گواتر

سرفه به دلیل تحت تأثیر قرار گرفتن راه های هوایی، احساس بسته شدن گلو، تغییرات صدایی مانند گرفتگی صدا، مشکل در بلعیدن غذا، مشکلات تنفسی مثل نفس کشیدن با صدای بلند در این بیماری بروز می کند.

همه گیری سرطان تیروئید

بروز سرطان تیروئید در سرتاسر جهان همچنان در حال افزایش است که بیشتر در نتیجه افزایش استفاده از تصویربرداری تشخیصی است به علاوه رادیو تراپی خارجی سر و گردن یا قفسه سینه در دوران نوزادی و کودکی خطر سرطان تیروئید را افزایش می دهد.

علائم سرطان تیروئید

توده بدون درد در جلوی گردن، گرفتگی صدا بدون دلیل که پس از چند هفته برطرف نمی شود، گلودردی که با گذر زمان بهتر نمی شود، مشکل در بلعیدن غذا همگی از علائم سرطانی شدن غده تیروئید اند.

روش های تشخیصی سرطان تیروئید

تشخیص ضایعه ای منفرد، سفت و در لمس ثابت که ممکن است همراه با لنفادنوپاتی گردن باشد.

بیوپسی سوزنی از ندول هم در تشخیص سرطان تیروئید مفید است.

درمان سرطان تیروئید

۱. جراحی که به صورت تیروئیدکتومی قسمتی از تیروئید یا تمام تیروئید است.
۲. رادیوتراپی که شامل استفاده از ید رادیو اکتیو خوراکی می باشد.

اختلالات غده تیروئید

عفونت های چشمی گستره ی وسیعی از بیماری های چشمی را در بر می گیرند که در این میان شایع ترین عفونت چشمی، عفونت ملتحمه با ۴۵/۷ درصد و به دنبال آن بلفاریت، با ۲۱،۹٪ و بلفاروکانژونکتیویت، با ۱۴،۳٪ درصد شیوع در میان مبتلایان هستند.

عفونت های چشمی می توانند علائم آزاردهنده ای از جمله قرمزی، درد، خارش و تاری دید ایجاد کنند و انواع مختلف عفونت های چشمی به درمان های متفاوتی نیاز دارند.

در حالی که بسیاری از عفونت های جزئی چشم خود به خود خوب می شوند، سایر عفونت ها می توانند جدی باشند و باعث از دست دادن دائمی بینایی شوند لذا در صورتی که فرد تغییری در چشم یا بینایی خود مشاهده می کند باید به یک متخصص چشم مراجعه نماید.

ما در این مقاله قصد داریم به بررسی شایع ترین عفونت چشمی (عفونت ملتحمه) بپردازیم.

ملتحمه

ملتحمه لایه نازکی است که سفیدی چشم و داخل پلک ها را می پوشاند. در صورت عفونت ملتحمه ممکن است یک چشم یا هر دو چشم درگیر شوند.

انواع عفونت ملتحمه

- ویروسی
بزرگسالان را بیشتر از کودکان مبتلا می کند و شایع ترین نوع عفونت ملتحمه است.

- باکتریایی

معروف به چشم صورتی که معمولاً کودکان را تحت تاثیر قرار می دهد.

- گونوکوکی

در نوزادان تازه متولد شده و نوجوانان فعال جنسی شایع است.

- کلامیدیایی

به طور معمول در کنار عفونت تناسلی رخ می دهد.

- آلرژیک

زمانی رخ می دهد که مواد حساسیت زا وارد چشم شوند، مانند گرده، گرد و غبار، یا شوره حیوانات خانگی

تحریک ناشی از وارد شدن یک ماده شیمیایی یا جسم خارجی در چشم نیز می تواند باعث عفونت ملتحمه شود. اگر این اتفاق بیفتد ممکن است فرد دچار آبریزش یا ترشح بیش از حد از چشم شود.

علائم

فارغ از نوع این بیماری علائم و نشانه ها می توانند شامل موارد زیر باشند:

- ترشح از چشم

- پلک هایی که هنگام بیدار شدن از خواب به هم چسبیده اند

- صورتی یا قرمز به نظر رسیدن سفیدی چشم

- خارش در یک یا هر دو چشم

- احساس وجود شن در چشم

- اشک ریزش بیش از حد

تشخیص و درمان

متخصص اغلب می تواند عفونت ملتحمه را با معاینه چشم و بحث در

مورد علائم فرد تشخیص دهد.

بسیاری از افراد می توانند عفونت ملتحمه ویروسی را در خانه درمان کنند اما درمان های پزشکی بر حسب نوع عبارتند از:

- ویروسی

کمپرس سرد، آنتی هیستامین های موضعی یا اشک

مصنوعی برای تسکین چشم. اگر علت ویروس هرپس

سیمپلکس (HSV) یا ویروس زوستر باشد، پزشک ممکن است

داروهای ضد ویروسی تجویز کند.

- باکتریایی

قطره چشم آنتی بیوتیک. اگر چشم ها پس از ۵ روز بهبود نیافتند

، فرد باید فوراً به چشمپزشک یا اپتومتریست مراجعه کند.

عفونت ملتحمه باکتریایی خفیف ممکن است پس از ۲ هفته به

خودی خود برطرف شود.

- گونوکوکی

محلول نمک و آنتی بیوتیک

- کلامیدیایی

آنتی بیوتیک های خوراکی

- آلرژیک

اجتناب از محرک های آلرژی یا قطره های چشم نمکی،

داروهای یا واکسن های آلرژی زا

در صورت ابتلا به این بیماری فرد باید از دست زدن به چشم

خود اجتناب کند و برای جلوگیری از سرایت عفونت به دیگران

دست های خود را مرتب بشوید.

مصرف هیچ یک از دارو ها و روش های گفته شده بدون تجویز

پزشک توصیه نمی شود چرا که در صورت مصرف

خودسرانه ی دارو خود این روش ها می توانند دارای عوارض

جدی برای فرد باشد.

عفونت های چشمی



دانش آموخته کارشناسی پرستاری
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

کمبود آهن و کم خونی فقر آهن (IDA) جزو مهم ترین مشکلات بهداشت عمومی در دنیا است. میلیون ها نفر از افراد جهان از این بیماری که مهم ترین عامل کم خونی در دنیا است رنج می برند، که در این میان سهم کودکان و زنان بیشتر است.

آهن مهم ترین ماده برای ساخت هموگلوبین است و از آنجایی که هموگلوبین مسئول جابه جایی اکسیژن در بدن است، کمبود آهن باعث اختلال در رسیدن اکسیژن به بدن میشود. همچنین غلظت آهن در مایع بین سلولی و داخل سلولی بدن روی بسیاری از فرآیندهای بیوشیمیایی بدن تاثیر می گذارد و کارکرد اعضای بدن را از حالت ایده آل دور می کند. یکی از این اعضا، دستگاه ایمنی بدن است.

علل ابتلا به کم خونی فقر آهن چیست؟

کم خونی فقر آهن می تواند به دلیل کمبود دریافت آهن از طریق مواد غذایی یا به دلیل اختلال جذب آهن مانند اختلال سوء جذب، بیماری سلولیک یا اسهال مزمن ایجاد شود. همین طور خون ریزی های گوارشی، زخم معده، آلودگی های انگلی و یا خون ریزی های حاد در اثر تصادف یا حادثه می توانند از علل دیگر ابتلا به این نوع کم خونی باشند.

کم خونی ناشی از فقر آهن چگونه تشخیص داده می شود؟

برای کمک به تشخیص کم خونی ناشی از فقر آهن، پزشک آزمایش خون را برای بررسی شمارش کامل خون (CBC)، سطح هموگلوبین، سطح آهن خون و سطح فریتین (پروتئینی که آهن را ذخیره می کند) تجویز می کند.

مبتلایان به کم خونی فقر آهن چه علائمی دارند؟

- ضعف
- خستگی
- رنگ پریدگی
- بی اشتها
- افزایش ضربان قلب
- نقص رشد
- ریزش مو
- کاهش سطح یادگیری و هوشیاری
- قاشقی شدن ناخن ها
- خواب آلودگی
- هرزه خواری (خوردن خاک، گچ، نشاسته و...)

کم خونی ناشی از فقر آهن چگونه درمان می شود؟

○ مکمل های آهن که به آنها قرص آهن یا آهن خوراکی نیز گفته می شود، به عنوان رایج ترین درمان کم خونی فقر آهن به افزایش آهن در بدن شما کمک می کنند.

○ آهن داخل وریدی درمان دیگر است که برای افرادی که کم خونی فقر آهن جدی دارند یا دارای شرایط طولانی مدت هستند، تجویز می شود.

○ به علاوه پزشک ممکن است برای بعضی افراد داروهای تجویز کند که به مغز استخوان کمک می کنند تا گلبول های قرمز بیشتری بسازد.

○ انتقال خون به سرعت باعث افزایش میزان گلبول های قرمز و آهن در خون می شود که برای درمان کم خونی فقر آهن جدی استفاده می شود.

چگونه از ابتلا به کم خونی فقر آهن پیشگیری کنیم؟

با انتخاب غذاهای غنی از آهن می توان خطر کم خونی ناشی از فقر آهن را کاهش داد. غذاهایی مانند:

- گوشت قرمز
- غذای دریایی
- لوبیا
- سبزیجات با برگ سبز تیره مانند اسفناج
- تخم مرغ
- میوه های خشک

برای افزایش جذب آهن، مواد غذایی حاوی ویتامین C مانند آب مرکبات، پرتقال، گوجه فرنگی، گریپ فروت توصیه می شود.

چه زمانی باید به پزشک مراجعه کنیم؟

اگر علائم و نشانه هایی از کم خونی فقر آهن دارید حتما به پزشک مراجعه کنید و زیر نظر پزشک مکمل های آهن را استفاده کنید.

استفاده ی بیش از حد از آهن می تواند خطرناک باشد زیرا تجمع آهن در بدن می تواند به کبد شما آسیب برساند و عوارض دیگری را در پی داشته باشد.



آنچه درباره‌ی کم خونی فقر آهن نمی‌دانید

زهرا تثنیزی

دانشجوی پرستاری، ورودی ۹۹
دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد



آلزایمر؛ از شناخت تا درمان

ارغوان رضایی

دانشجوی پرستاری، ورودی ۹۸
دانشگاه علوم پزشکی آزاد تهران



احتمالاً همگی درباره بیماری آلزایمر شنیده‌اید. اما بیماری آلزایمر چیست؟ عوامل خطر ابتلا به آن چه چیزهایی هستند؟ چه علائمی دارد و برای درمان آن از چه شیوه‌هایی می‌توان استفاده کرد؟ آلزایمر چیست؟

بیماری آلزایمر شایع‌ترین نوع بیماری دمانس (زوال عقل) است. آلزایمر یک بیماری پیشرونده‌ی تحلیل برنده عصبی (نورودژنراتیو) است و از دست دادن حافظه و کاهش توانایی در ادامه دادن یک مکالمه و یا پاسخ دادن مناسب به محیط اطراف و اختلالات رفتاری را می‌توان از علائم این بیماری به حساب آورد.

همانطور که مشخص است آلزایمر بر روی مغز یا به طور دقیق‌تر بر روی قسمت‌هایی از مغز که مسئول کنترل افکار، حافظه و زبان هستند اثر می‌گذارد.

تاریخچه

با پیشرفت علم به ویژه در زمینه‌ی پزشکی، میانگین سن جامعه در حال افزایش است، و میزان امید به زندگی و بیماری‌های همراه با کهولت سن نیز بالاتر رفته است؛ لذا تحقیقات بیشتری پیرامون بیماری آلزایمر در حال اجراست اما همچنان علل دقیق تغییرات فیزیولوژیک کاملاً مشخص نشده‌اند.

همانطور که گفته شد آلزایمر شایع‌ترین نوع بیماری دمانس است. اما خود دمانس به چه معناست؟

دمانس برگرفته از واژه‌ی لاتین Dementia است و به از سه بخش De به معنای "از دست دادن یا کاهش" و ment به معنای "ذهن" و ia به معنای "حالت" تشکیل شده است. پس می‌توان معنای کلی آن را به صورت "حالتی از از دست دادن ذهن" تعبیر کرد.

تاریخچه شناخت این بیماری به بیش از ۱۰۰ سال قبل باز می‌گردد و توسط روان‌پزشکی آلمانی به نام آلویز آلزایمر در سال ۱۹۰۶ مطرح گردید. اولین مورد تحقیقاتی این بیماری فردی به نام آگوست دتر بود، خانمی ۵۱ ساله که در نوامبر سال ۱۹۰۱ در بیمارستان روان‌پزشکی فرانکفورت زیر نظر دکتر آلزایمر، بستری بود. پس از فوت آگوست دتر، آلزایمر با کمک بیوپسی و آزمایشات بر روی مغز وی، سرانجام در نوامبر سال ۱۹۰۶ کشفیات خود را در ۳۷ امین کنفرانس روانپزشکان آلمان اعلام کرد. علائم بیمار شامل اختلال شناختی پیشرونده، هذیان، توهم و ناتوانی در اعمال اجتماعی بود. در بیوپسی مغزی، پلاک‌های فرتوت (Senile plaque)، تصلب شرایین، کلاف‌های نوروفیبریلا (Neurofibrillary Tangles)، همگی همراه با هم وجود داشتند.

هیجانان و آلزایمر

هیجان در روان‌شناسی معمولاً احساسات و واکنش‌های عاطفی تعریف می‌شود. آمیگدال در مغز، ورودی‌های احساسی را پردازش می‌کند و پاسخ مناسب با آن ورودی را شکل می‌دهد.

گاهی اوقات افراد تصور می‌کنند که در صورت بدر رفتاری یا عدم اهمیت

دادن به یک بیمار مبتلا به آلزایمر، بیمار چیزی از این رفتار را به یاد نخواهد داشت، این موضوع درست نیست، تحقیقات نشان داده‌اند که با وجود احتمال فراموشی خاطره فرد از حادثه، احساس و هیجانان فرد درباره آن باقی می‌ماند. به عنوان مثال اگر فردی افراد مبتلا را عصبانی یا ناراحت کرده باشد ممکن است به یاد آورند که از آن فرد دلخورند اما علت آن را به یاد نیاورند.

یا حتی در آزمایشی بر روی بیماران آلزایمری دریافتند که هیجانان مربوط به یک فیلم شاد یا غمگین پس از فیلم باقی می‌ماند اما ممکن است که بیماران به یاد نیاورند که چرا ناراحت یا شاد هستند.

این تحقیقات و آزمایشات نشان می‌دهند که ایجاد خاطرات خوب مانند وقت گذراندن با خانواده و یا داشتن برخورد مناسب با این افراد حتی با وجود اینکه ممکن است بیماران آن واقعه را به یاد نیاورند، بر روی سلامت روانی و روحی آن‌ها تاثیر بسزایی دارد.

متأسفانه بسیاری از مراقبان بی‌توجهی به این افراد این موضوع را نادیده می‌گیرند.

عوامل خطر ابتلا به آلزایمر:

بیماری آلزایمر یک بیماری چند الی است که هم محیط و هم عوامل ژنتیکی در ابتلا به آن نقش موثری دارند.

○ سابقه خانوادگی و ژنتیکی

جهش‌های ژنتیکی در مبتلایان به آلزایمر زودرس خانوادگی دیده می‌شود و تنها ۵ درصد از کل مبتلایان را در بر می‌گیرد. افرادی که بستگان درجه ۱ مبتلا به آلزایمر دارند، احتمال ابتلای بالاتری دارند.

○ سن

سن عامل بسیار مهم و شناخته شده‌ای در ابتلا به بیماری آلزایمر است. بیماری‌های عروق مغزی

○ تغییرات عروق مغزی مانند انفارکتوس هموراژیک و یا انفارکتوس ایسکمیک قشری می‌توانند بر روی ابتلا به این بیماری اثرگذار باشند.

○ دیابت شیرین

ارتباط بین دیابت شیرین و اختلالات شناختی کاملاً شناخته شده است. این بیماری می‌تواند خطر ابتلا به بیماری‌های زوال عقلی را بسیار افزایش دهد.

○ تحصیلات عالی و فعالیت‌های ذهنی

کسب تحصیلات می‌تواند با تغییرات دژنراتیو و آسیب‌شناختی در مغز مقابله کنند.

مطالعات نشان داده است فعالیت‌هایی که ذهن را درگیر کنند مانند باغبانی، شطرنج و بافندگی نیز در کاهش ابتلا به بیماری آلزایمر نقش دارند.

درمان آلزایمر

در حال حاضر درمان قطعی برای بیماری آلزایمر وجود ندارد.

تلاش‌هایی برای درمان این بیماری شامل سه دسته در حال انجام است:

۱. درمان علائم عمومی

با استفاده از مهارکننده‌های کولین استراز و ممانتین به عنوان

آنتاگونیست گیرنده NMDA

۲. درمان‌های روان‌پزشکی عصبی

○ داروهای ضد تشنج

○ داروهای ضد افسردگی

- مهارکننده‌های بتا و امگا سکریتاز
- مهارکننده‌های تجمعات بتا و تانو
- متوقف کردن مسیرهای پیام‌رسانی و گیرنده‌های فعال شده به وسیله الیگومرهای آمیلوئید بتا مانند (Fyn، CDK^{β} ، GSK 3^{β} و گیرنده گلوتامات)
- ایمونوتراپی
- ژن درمانی

سلول‌های بنیادی و آلزایمر

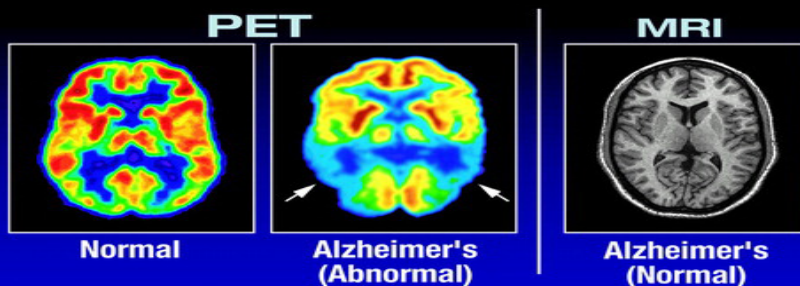
همانطور که اشاره شد، بیماری آلزایمر یک بیماری

نورودژنراتیو است در نتیجه استفاده از سلول‌های بنیادی برای درمان آن می‌تواند نقش موثری داشته باشد. سلول درمانی و تزریق سلول‌های بنیادی امروزه از روش‌های جدید در درمان بیماری‌های نورودژنراتیو هستند.

در حال حاضر آزمایشاتی بر روی نمونه‌های جانوری انجام شده است که امیدوارکننده است، هرچند باید چالش‌های مختلف مانند انتخاب سلول مناسب برای تزریق به هنگام استفاده از این روش برای بیماران آلزایمری و واکنش‌های ایمنی افراد، تعداد سلول‌های مورد نیاز یا زمان مطلوب برای سلول درمانی را بررسی و حل نمود.



PET Study of Alzheimer's Disease



Source: Gary Small, M.D.



علی سلگی
دانش آموخته کارشناسی
پرستاری دانشگاه علوم پزشکی
شهید بهشتی

افزایش طول عمر

یک مطالعه ۲۶ ساله بر روی بیش از ۷۵۰۰۰ زن و بیش از ۴۴۰۰۰ مرد که در ژانویه ۲۰۲۳ منتشر شد، رژیم غذایی مدیترانه‌ای را به عنوان یکی از چهار رژیم غذایی که بطور مداوم با کاهش خطر مرگ ناشی از هر علت یا علت خاص همراه هستند، معرفی کرد.

میوه‌ها، سبزیجات، حبوبات، غلات کامل و آجیل‌ها همگی سرشار از آنتی‌اکسیدان‌ها، ویتامین‌ها، مواد معدنی و فیبر هستند که باعث کاهش التهاب، بهبود عملکرد سیستم ایمنی و کاهش خطر ابتلا به بیماری‌های مزمن می‌شوند. همچنین چربی‌های سالم مانند چربی‌های موجود در روغن زیتون و آجیل، سرشار از اسیدهای چرب امگا ۳ و چربی‌های تک اشباع هستند که کلسترول و التهاب را کاهش داده و سلامت قلب را بهبود می‌بخشند.

کاهش خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی در زنان یک بررسی سیستمیک و متاآنالیز نشان می‌دهد که زنانی که رژیم مدیترانه‌ای را به دقت بیشتری دنبال می‌کردند با خطر کمتر بیماری‌های قلبی عروقی مواجه شدند.

کاهش خطر زوال عقل

یک مطالعه سیستمیک در مارس ۲۰۲۳ روی ۶۰۰۰۰ شرکت کننده در طی حدود ۹ سال نشان دهنده ارتباط بین استفاده از رژیم غذایی مدیترانه‌ای و کاهش خطر زوال عقلی است. کاهش التهاب، استرس اکسیداتیو و مقاومت به انسولین و همچنین بهبود سلامت قلب و عروق عواملی اند که می‌تواند باعث این اتفاق باشند.

کاهش احتمال ابتلا به سرطان پروستات یک مطالعه در سال ۲۰۲۲ نمونه پلاسمای ۱۱۶ مرد مبتلا به سرطان پروستات دیررس و ۱۳۲ فرد کنترل را مورد بررسی قرار داد. مشخص شد افراد مبتلا به سرطان دیررس به میزان قابل توجهی سطح خونی پایین تری از لیگوپن، لوتئین، الفاکاروتن و بتاکاروتن را نسبت به گروه کنترل داشتند.

غذاهایی مانند گوجه فرنگی و هندوانه دارای لیگوپن هستند و سلنیوم یک ماده معدنی در غذاهای گیاهی مانند آجیل و غلات است. مطالعات نشان دهنده این است که مردانی که سطوح بالاتری از ریزمغذی‌ها مانند سلنیوم و بتاکاروتن داشتند نسبت به مردانی که سطوح پایین تری از این ریزمغذی‌ها را داشتند، کمتر در معرض خطر ابتلا به سرطان پروستات بودند.

ممکن است با افزایش سن به بینایی کمک کند یک علت شایع از دست دادن بینایی در افراد بالای ۵۰ سال دژنراسیون ماکولا است که بر قسمت مرکزی چشم اثر می‌گذارد. این بیماری می‌تواند منجر به کاهش وضوح دیده، مشکل در تشخیص چهره‌ها، رنگ‌ها و کاهش توانایی دید در شرایط کم نور شود.

یک مطالعه سیستماتیک در سال ۲۰۲۲ از ۲۰ مطالعه نشان داد که پیروی از رژیم غذایی مدیترانه‌ای به کاهش خطر پیشرفت دژنراسیون ماکولا مرتبط با سن از اوایل تا آخر عمر کمک می‌کند. این مطالعه نشان داد افرادی که مصرف بیشتری از بتا-کاروتن، لوتئین، زاکسانتین، مس، فولات، منیزیم، ویتامین A، نیاسین، ویتامین B6، ویتامین C، و اسیدهای چرب امگا ۳ داشتند با خطر کمتری برای پیشرفت بیماری مواجه بودند.

رژیم مدیترانه‌ای دارای ترکیبات خوش طعمی مانند میوه‌ها، سبزیجات، غلات کامل و چربی‌های مفید برای قلب بوده و همچنین با فواید مختلفی همراه است و ممکن است به حمایت از عملکرد مغز، ارتقای سلامت قلب، تنظیم سطح قند خون و موارد دیگر بپردازد.

اگرچه هیچ قانون مشخصی برای نحوه پیروی از رژیم غذایی مدیترانه‌ای وجود ندارد اما دستورالعمل‌های کلی بسیاری وجود دارند که می‌توانند برای گنجاندن اصول رژیم غذایی در برنامه روزانه به شما کمک کنند.

این مقاله با نگاهی دقیق‌تر به بررسی این موضوع می‌پردازد که رژیم مدیترانه‌ای چیست، چگونه می‌توانید از آن پیروی کنید و چگونه بر سلامت شما تأثیر می‌گذارد.

رژیم غذایی مدیترانه‌ای بر اساس غذاهای سنتی ای که مردم در کشورهای حاشیه دریای مدیترانه از جمله فرانسه، اسپانیا، یونان و ایتالیا می‌خورند تنظیم شده است.

طبق تحقیقات سلامت این گروه از مردم تایید شده، به علاوه مطابق با دیگر یافته‌ها خطر ابتلا به بسیاری از بیماری‌های مزمن در آنها کم بوده است.

اگرچه هیچ قانون یا مقررات سختگیرانه‌ای برای رعایت این رژیم غذایی وجود ندارد، اما معمولاً استفاده از میوه‌ها، سبزیجات، غلات کامل، حبوبات، آجیل، دانه‌ها و چربی‌های مفید برای قلب را تشویق می‌کند. غذاهای فرآوری شده، دارای شکر افزوده و غلات تصفیه شده در این رژیم بسیار محدودند. در حال حاضر مطالعات متعدد نشان داده اند که رژیم غذایی مدیترانه‌ای می‌تواند کاهش وزن را افزایش دهد و به جلوگیری از حملات قلبی، سکته مغزی، دیابت نوع ۲ و مرگ زودرس کمک کند.

به همین دلیل، رژیم مدیترانه‌ای اغلب برای کسانی که به دنبال بهبود سلامت خود و محافظت در برابر بیماری‌های مزمن هستند توصیه می‌شود.

فواید رژیم مدیترانه‌ای

خواب آرام مطالعات نشان داده اند، هرچه فردی بیشتر از رژیم مدیترانه‌ای استفاده کند، احتمال بیشتری دارد که خواب بهتری را تجربه کند.

غذاهای موجود در رژیم مدیترانه‌ای که شامل غلات کامل، گوشت‌های بدون چربی مانند ماهی، میوه‌ها، سبزیجات، دانه‌های کتان، گردو... است؛ سرشار از امگا ۳ هستند که این اسیدهای چرب امگا ۳ می‌توانند تولید ملاتونین را در بدن تنظیم کنند و باعث تنظیم خواب می‌شود.

کاهش التهاب

مطالعات در سال ۲۰۲۲ نشان می‌دهند که پیروی از رژیم غذایی مدیترانه‌ای که سرشار از غذاهای گیاهی، غلات کامل و چربی‌های سالم است باعث کاهش عوامل التهابی شده و مزایای ضدالتهابی دارند و فرد را در برابر بیماری‌هایی مانند بیماری‌های قلبی و COVID-19 محافظت کند.

دلایل احتمالی اثرات ضدالتهابی این نوع رژیم غذایی عبارتند از وجود آنتی‌اکسیدان‌ها و سایر ترکیبات ضد التهابی در غذاهای گیاهی، ارتقا میکروبیوم سالم روده، و کاهش چربی‌های ناسالم و قندهای اضافه که می‌توانند به سرکوب التهاب کمک کنند.

تقویت سلامت روان

یک مطالعه‌ی کوچک و ۱۲ هفته‌ای در سال ۲۰۲۲ بر روی ۷۲ مرد ۱۸ تا ۲۵ ساله مبتلا به افسردگی متوسط تا شدید، رژیم غذایی مدیترانه‌ای را با درمان دوستی مقایسه کرد. روشی که شامل معرفی بیمار به حداقل یک فرد دیگر به امید ایجاد شرایط اجتماعی بهتر برای آن‌ها است.

شرکت‌کنندگانی که رژیم مدیترانه‌ای را دنبال کردند، کیفیت زندگی بهتری نسبت به گروهی که درمان دوستی دریافت کردند، داشتند.

دلایل این نتایج ممکن است شامل موارد زیر باشد:

- میوه‌ها و سبزیجات تازه دارای ویتامین‌ها و مواد مغذی و فیبر هستند که عملکرد مغز را تقویت می‌کند.
 - فیبر فشار خون را تنظیم می‌کند، که ممکن است به کاهش اضطراب و افسردگی کمک کند.
 - اسیدهای چرب امگا ۳ ممکن است خلق و خو را تقویت کرده و التهاب را کاهش دهند.
 - فیبر باعث بهبود عملکرد روده می‌شود که می‌تواند بر خلق و خو تاثیر بگذارد.
- با توجه به موارد گفته شده توجه رو افزونی به رعایت این رژیم نیاز است.



شکندگی در سالمندان



محمد حسین سهامی
دانشجوی کارشناسی ارشد
پرستاری سالمندی
دانشگاه علوم پزشکی ایلام

پیری جمعیت در سراسر جهان به سرعت در حال افزایش است، به صورتی که از ۴۶۱ میلیون نفر بالای ۶۵ سال در سال ۲۰۰۴ به حدود ۲ میلیارد نفر تا سال ۲۰۵۰، که پیامدهای عمیقی برای برنامه ریزی و ارائه مراقبت های بهداشتی و اجتماعی دارد، رسیده است. مشکل سازترین بیان پیری جمعیت، وضعیت بالینی ضعف و شکندگی است. ضعف و شکندگی در نتیجه کاهش مرتبط با سن در بسیاری از سیستم های فیزیولوژیکی ایجاد می شود که در مجموع منجر به آسیب پذیری در برابر تغییرات ناگهانی وضعیت سلامتی ناشی از رویدادهای استرسزای جزئی می شود.

تخمین زده می شود که بین یک چهارم و نیمی از افراد بالای ۸۵ سال شکندگی باشند و این افراد به طور قابل ملاحظه ای در معرض خطر افتادن، ناتوانی، مراقبت طولانی مدت و مرگ هستند.

شکندگی

شکندگی زمانی رخ می دهد که فرد تحت شرایط استرسزا در توانایی انجام فعالیت های اجتماعی مهم زندگی روزمره، دچار کاهش شود. این نشان دهنده نوعی مستعد بودن است و به این ترتیب باید از اختلال عملکردی متمایز شود. شکندگی از نظر تنوری به عنوان یک حالت قابل تشخیص بالینی از افزایش آسیب پذیری ناشی از کاهش ذخیره و عملکرد مرتبط با افزایش سن در سیستم های فیزیولوژیکی متعدد تعریف می شود، به طوری که توانایی مقابله با استرس های روزمره یا حاد را شامل می شود.

معیارهای شکندگی

اخیراً لیندا فرید و همکارانش در دانشگاه جانز هاپکینز معیارهای عینی را برای تشخیص ضعف تعریف کرده اند، این موارد عبارتند از:

- کاهش وزن بیش از ۱۰ پوند در یک سال
- خستگی جسمانی با گزارش خود
- ضعف در قدرت گرفتن اجسام در دستان
- کاهش سرعت راه رفتن
- فعالیت بدنی کم

از میان موارد گفته شده ۳ معیار مهم ترند که این معیار های مهم شکندگی و تعاریف آن ها توسط سازمان سلامت قلب (CHS) و سالمندی و سلامت زنان (WHAS) در ادامه ذکر شده اند:

کاهش وزن

خستگی

فعالیت فیزیکی پایین

افراد Pre-frail

در صورتی که یک یا دو عدد از معیار هایی که ذکر شد در یک فرد وجود داشته باشد، او را در معرض خطر بالای پیشرفت به سمت شکندگی قرار میدهد.

پاتوفیزیولوژی

شکندگی یک اختلال در چندین سیستم فیزیولوژیکی مرتبط با هم است. کاهش تدریجی ذخیره فیزیولوژیکی با افزایش سن رخ می دهد، اما در ضعف، این کاهش تسریع می شود و مکانیسم های هموستاتیک شروع به شکست می کنند.

این مکانیسم های پیچیده پیری توسط عوامل ژنتیکی و محیطی زمینه ای در ترکیب با مکانیسم های اپی ژنتیکی تعیین می شوند که بیان متفاوت ژن ها را در سلول ها تنظیم می کنند و می توانند به ویژه در پیری مهم باشند.

ایجاد شکندگی به تعامل فرآیندهای بیماری با فرآیندهای فیزیولوژیکی طبیعی پیری بستگی دارد. ژن ها، محیط و شیوه زندگی همگی در مسیر ضعف نقش دارند.

در تحلیل نهایی، افراد ضعیف معمولاً با از دست دادن بیش از حد عضلات عملکردی همراه هستند.

پیش بینی کننده های احتمالی Frailty

- بالینی: پوکی استخوان، ضعف، خستگی، کاهش وزن، چاقی و...
- عملکردی: مشکل در فعالیت های روزمره زندگی، راه رفتن ناپایدار، استقامت ضعیف
- پاتوفیزیولوژی: سارکوپنی، کاهش تستسترون و شاخص های التهابی مانند CRP
- بیماری های دخیل در شکندگی
- بیماری هایی که عملکرد قلبی ریوی فرد را محدود می کنند (مانند نارسایی احتقانی قلب، کم خونی یا بیماری مزمن انسدادی ریه)
- بیماری هایی که با عملکرد ماهیچه ها تداخل می کنند (مثلاً دیابت، بیماری عروق محیطی و روماتیسم پلی میالژیا)
- کاهش وزن
- اختلال در عملکرد اجرایی (به عنوان مثال، افسردگی و زوال شناختی)

• دیابت ملیتوس یک مثال خاص است. دیابت به میزان بیشتری نسبت به سایر بیماری ها منجر به کاهش وضعیت عملکردی می شود. دیابت با افزایش افتادن های آسیب زا همراه است. دلایلی که افراد مبتلا به دیابت در معرض افزایش خطر ضعف هستند، چند عاملی است و شامل نوروپاتی محیطی، نوروپاتی اتونومیک منجر به ارتوستاز و افت فشار خون پس از غذا، بیماری عروق محیطی، اختلال عملکرد شناختی، و کاهش آستانه درد می شود. در افرادی که مبتلا به دیابت هستند، میزان هیپوگنادیسم مردانه نیز افزایش یافته است. درد عامل اصلی ضعف است. افرادی که درد دارند محدودیت فعالیت دارند. این محدودیت منجر به آتروفی عضلانی و در نهایت کاهش عملکرد می شود.

• کم خونی یکی دیگر از دلایل ضعف است. در افرادی که کم خونی دارند سنکوپ، ناتوانی، افسردگی، اختلال عملکرد شناختی و مرگ و میر افزایش یافته است. درمان مدرن کم خونی (ناشی از بیماری مزمن و نارسایی مزمن کلیه) با اریثروپویتین یا داربپونتین آلفا نشان دهنده پیشرفت بزرگی در محدود کردن شروع ضعف در افراد مسن است.

• افسردگی معمولاً با ضعف و زوال عملکردی همراه است و اغلب تحت درمان قرار نمی گیرد، به ویژه در اقلیت ها و جمعیت های

توسعه راهبردهای انطباقی برای رسیدگی به ناتوانی و وابستگی، بهبود کیفیت زندگی، و کاهش مرگ و میر زودرس در افراد مسن.



اجتماعی-اقتصادی سطح پایین.

اگرچه اقلیتی از افرادی که دارای اختلال عملکرد شناختی هستند ضعیف نمی شوند، اکثریت در نهایت دچار افت عملکردی می شوند که اغلب با کاهش وزن همراه است. افراد ضعیف به ویژه مستعد ابتلا به هذیان هستند، که می تواند منجر به افزایش شکنندگی شود.

مقیاس های ارزیابی شکنندگی برای کاربرد نهایی در مراقبت های اولیه

- **The FRAIL**: برای خستگی، مقاومت، هوازی، بیماری، کاهش وزن

- **(SHARE-FI)**: برای خستگی، کاهش وزن، قدرت گرفتن دست، کندی، فعالیت کم

- **interRAI home care frailty scale**: برای ارزیابی: حوزه های عملکرد، حرکت، شناخت و ارتباطات، زندگی اجتماعی، تغذیه و علائم بالینی

- **(Tilburg Frailty Indicator (TFI)**: برای بررسی سلامت جسمانی، کاهش وزن غیر قابل توضیح، مشکل در راه رفتن، تعادل، مشکلات شنوایی، مشکلات بینایی، قدرت دست ها و خستگی جسمی.

- حوزه روانشناختی: شناخت، علائم افسردگی، اضطراب و مقبله.

- حوزه اجتماعی: تنها زندگی کردن، روابط اجتماعی و حمایت اجتماع مداخلات

به طور کلی، مداخلات برای سندرم شکنندگی شامل موارد زیر می باشد:

۱. پیشگیری، به تأخیر انداختن، معکوس کردن یا کاهش شدت frailty.

۲. پیشگیری یا کاهش پیامدهای نامطلوب سلامتی در افرادی که frailty قابل برگشت نیست.

رویکرد دارویی و Frailty

- اثرات یک رویکرد دارویی در درمان سندرم شکنندگی به اندازه کافی ارزیابی نشده است.

- درمان هورمونی مانند تستوسترون، در حالی که قدرت عضلانی را بهبود می بخشد، دارای عوارض جانبی سیستمیک قابل توجهی است.

- درمان جایگزین استروژن در زنان یائسه نیز پروفایل ایمنی نامطلوبی دارد.

- در مقابل داروهای مانند ویتامین D و مهارکننده های مبدل انژیوتانسین دارای پروفایل های دارویی و ایمنی مطلوب هستند و کاربرد بالینی در پیشگیری و درمان ضعف دارند اما هنوز باید بررسی شوند.

ارتباط استرس های بیولوژیکی، اجتماعی-اقتصادی و محیطی با

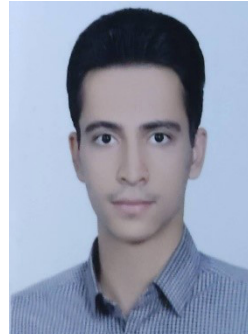
Frailty

یکی دیگر از حوزه های مهم مداخلات، پیشگیری از استرس های بیولوژیکی، اجتماعی-اقتصادی و محیطی و بهبود نتایج بالینی در بیماران مسن است که شکنندگی آنها قابل برگشت نیست.

به علاوه ارزیابی جامع بین رشته ای و درمان سالمندان برای بهبود نتایج سلامت در سالمندان frail انجام شده است.

اهداف کلی این روش مداخله ای عبارتند از: بهبود عملکرد فیزیکی و روانی، کاهش بستری شدن در بیمارستان و عوارض جانبی ناخوشایند،

گوهری گمنام به نام المپیاد در میان دانشجویان علوم پزشکی



عرفان عنایتی کرآبادی
دانشجوی تکنولوژی اتاق عمل،
ورودی ۹۹
دانشگاه آزاد اصفهان واحد
خوراسگان

به جرات می توان گفت یکی از مسائل و زمینه های ترقی و پیشرفت دانشجویان علوم پزشکی المپیاد است که علی رغم تلاش های صورت گرفته و تخصیص امتیازات ویژه به منظور ایجاد جاذبه در این امر، همچنان در میان اکثر دانشجویان علوم پزشکی مورد بی اعتنایی واقع شده است.

طراحی المپیاد علمی دانشجویان علوم پزشکی کشور از اواسط دهه هشتاد شمسی با انگیزه شناسایی و شکوفایی دانشجویان، توسط جمعی از اعضای هیئت علمی علاقمند در دانشگاه های علوم پزشکی کشور صورت گرفت و اولین دوره ی آن در سال ۱۳۸۶ برگزار شد. شناسایی، هدایت، رشد و شکوفایی و فراهم کردن زمینه های بهره مندی از توان دانشجویان مستعد حوزه ی علوم پزشکی در اولویت های مهم نظام آموزش علوم پزشکی یا نظام سلامت از طریق ارزیابی های چالشی و رقابتی، برای فراهم کردن زمینه رشد کشور و حل مشکلات کلان کشور از جمله اهداف کلی المپیاد علوم پزشکی به شمار می رود. المپیاد دانشجویی علوم پزشکی در سال های اخیر تبدیل به ابزاری شده است که به شناخت استعدادهای برتر در رشته های علوم پزشکی و همچنین تشویق به تحقیق بیشتر در حوزه های روز و مدرن علوم پزشکی کمک شایانی می نماید.

هر ساله دانشجویان علوم پزشکی با شرکت در این المپیادهای دانشجویی توانایی خود را برای کسب رتبه های برتر و دریافت تسهیلات ویژه ای که توسط وزارت بهداشت ایران در نظر گرفته شده است، به آزمایش می گذارند.

امتیازات و مزایای کسب رتبه در المپیاد علوم پزشکی

- عضویت در دفتر استعداد درخشان
- استفاده از تسهیلات آیین نامه ی تسهیل ادامه تحصیل دانشجویان ممتاز و استعداد درخشان به مقاطع بالاتر در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مطابق با آیین نامه اجرائی تسهیل ادامه تحصیل استعداد های درخشان، نخبگان و استعداد های برتر در دوره های تخصصی
- در نظر گرفتن شرایطی ویژه برای سربازی آقایان
- بهره مندی از جوایز بنیاد ملی نخبگان
- جوایز نقدی از سوی وزارت بهداشت
- تندیس و لوح تقدیر به امضای وزیر محترم بهداشت یا معاون محترم آموزشی وزارت
- اعطای جایزه و لوح تقدیر از سوی دانشگاه محل تحصیل

دانشجو

حیطه های المپیاد

المپیاد علمی دانشجویان دانشگاه های علوم پزشکی در سراسر کشور در شش حیطه تدوین شده است:

- تفکر علمی در علوم پایه
- استدلال بالینی و حل مسئله
- مدیریت نظام سلامت
- کارآفرینی در بستر هزاره سوم
- آموزش پزشکی
- مطالعات میان رشته ای علوم انسانی و سلامت

تفکر علمی در علوم پایه

مسئله اصلی در جریان طرح تفکر علمی در علوم پایه این است که به صورت تخصصی موضوع پیشرفت کشورها پیرامون استفاده از روش های علمی و به منظور بهبود شرایط سلامتی و رضایت افراد آن جامعه مورد بررسی قرار گیرد.

استدلال بالینی و حل مسئله

مهمترین اهداف آموزشی و مهارتی در حیطه استدلال بالینی و حل مسئله به چالش کشیدن توانایی و تسلط دانشجویان پیرامون جمع آوری اطلاعات و ساختن فرضیه و نهایتا ارزیابی تمامی موارد است.

نتیجه نهایی که از این سه عملکرد بدست می آید معرف توانایی دانشجو برای استدلال بالینی صحیح و در اختیار داشتن تکنیک های لازم برای شناسایی و حل مسئله به بهترین شکل موجود است.

مدیریت نظام سلامت

در واقع توانایی بکارگیری تکنیک ها و نوآوری هایی است که به منظور کنترل تمامی شرایط در جهت رفع نیازها و انتظارات مردم پیرامون کادر درمانی و خدمت رسانی مورد توجه قرار می گیرند. مهمترین هدفی که در این حیطه مبنای بحث و ارزیابی قرار گرفته است، مدیریت هزینه های سلامتی می باشد.

کارآفرینی در بستر هزاره سوم

حیطه کارآفرینی در بستر هزاره سوم به سبب آن است که

نیروهای آماده از نظر علمی و عملی در بهترین شرایط و با

بررسی های دقیق شناسایی شده و روند معرفی آنها به محیط ها و جوامع پزشکی و درمانی در سریعترین زمان ممکن انجام شود.

آموزش پزشکی

از جمله مهمترین مباحثی که در حیطه آموزش پزشکی المپیاد

دانشجویی علوم پزشکی مطرح می شود، نظریه های مختلف

یادگیری و انگیزشی است که به ارائه روش ها و سبک های

مختلف آموزشی و یادگیری مواد درسی اشاره می کند.

استفاده از آخرین متدهای روز دنیا برای مطالعه و یادگیری

موضوعات علم پزشکی و مطابقت آنها با آخرین تغییرات در منابع

آزمونی یکی دیگر از پارامترهای اساسی در این حیطه خواهد بود.

مطالعات میان رشته ای علوم انسانی و سلامت

پدید آمدن تفکر نقادانه که با محوریت بررسی تمامی دوگانگی های تفکری و ساختار های نامنظم استدلالی شکل گرفته و می تواند تمامی ضعف ها را در سیستم مدیریت پزشکی در هر جامعه ای بر طرف سازد. مراحل المپیاد علوم پزشکی

المپیاد در هر دوره شامل دو بخش انفرادی و گروهی می باشد. بخش اول آزمون انفرادی یک آزمون غربالگری است. دانشگاه های مختلف بسته به سهمیه تخصیص داده شده به آن ها داوطلبین خود را جهت شرکت در آزمون انفرادی مرحله غربالگری به دبیرخانه المپیاد معرفی خواهند کرد. این آزمون در یک یا چند مرکز از هر منطقه آمایشی کشور و توسط مرکز سنجش آموزش پزشکی برگزار خواهد شد. افراد پذیرفته شده در مراحل انفرادی و شرکت کننده در مرحله گروهی آزمون، در قالب تعدادی گروه به رقابت خواهند پرداخت.

شرایط ثبت نام

ثبت نام در المپیاد علوم پزشکی مانند هر آزمون دیگری از شرایطی برای شرکت برخوردار است که عبارت اند از:

۱. کلیه دانشجویان مقاطع کارشناسی و دکتری حرفه ای دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور که شاغل به تحصیل (حداکثر شش ماه پس از دانش آموختگی بر اساس زمان آزمون کشوری المپیاد) می باشند، بدون در نظر گرفتن معدل کل و سال تحصیل می توانند در المپیاد شرکت کنند.
۲. هر فردی که رتبه یک در مرحله انفرادی در هر حیطه بگیرد نمی تواند مجددا در همان حیطه شرکت نماید.
۳. در دو حیطه کارآفرینی و مطالعات میان رشته ای علوم انسانی و سلامت علاوه بر دانشجویان مقاطع کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری حرفه ای، دانشجویان Ph.D و دستیار پزشکی، دندانپزشکی و داروسازی نیز می توانند ثبت نام کنند.



ویروس ماربورگ؛ خواهر خوانده ی ابولا



زینب محمودی
دانشجوی بهداشت عمومی،
ورودی ۹۸
دانشگاه علوم پزشکی شهید
بهشتی

بیماری ویروسی ماربورگ (Marburg Virus)، یک بیماری سخت و اغلب کشنده در انسان است. این ویروس با تب خونریزی دهنده شدید همراه است. نسبت مرگ و میر بر اثر شیوع این ویروس حدود ۸۸ درصد است. برخی این ویروس را بی درمان و خواهر خوانده ابولا خوانده‌اند.

ویروس ماربورگ (Marburg virus) از خانواده فیلوویروس‌ها و دارای ژنوم RNA است و در سال ۱۹۶۷ در شهر ماربورگ در آلمان کشف شده است؛ از آن زمان تاکنون، بیشتر موارد ابتلا به این بیماری در آفریقا گزارش شده است. ماربورگ عمدتاً از طریق مخاط، خون و دیگر مایعات بدنی افراد آلوده به این ویروس منتقل می‌شود و علائم اولیه بیماری شامل تب، سردرد، افت اشتها و افزایش آرامش است، با پیشرفت بیماری، علائم اختلالات عصبی و عضلانی، اسهال و استفراغ، خونریزی داخلی و خارش پوستی نیز دیده می‌شود. در حال حاضر، هیچ درمان خاصی برای بیماری ماربورگ وجود ندارد و درمان بیماری بیشتر بر اساس تسکین علائم و مداوای پایه انجام می‌شود. به دلیل خطراتی که این ویروس برای سلامتی انسانها دارد، بهتر است در صورت مشاهده ی علائم بیماری، به سرعت به پزشک مراجعه کرده و اقدامات لازم برای جلوگیری از شیوع بیماری به عمل آید.

ویروس ماربورگ در ایران

ویروس ماربورگ در غارها و معادنی که خفاش میوه‌خوار وجود دارد، دیده می‌شود. خوشبختانه از ابتدای شیوع این بیماری، در ایران موردی از ابتلای آن اعلام نشده است. اما با توجه به هشدار سازمان جهانی بهداشت، احتمال شیوع این بیماری در سایر کشورهای جهان وجود خواهد داشت.

راه‌های انتقال ویروس ماربورگ

ماربورگ از طریق انسان به انسان و از طریق تماس مستقیم با خون، اندام‌ها و یا سایر مایعات بدن افراد آلوده، سطوح و مواد (مانند ملافه، لباس) آلوده به این ویروس منتقل می‌شود. تدفین که شامل تماس مستقیم با بدن متوفی است نیز، می‌تواند در انتقال ماربورگ نقش داشته باشد.

علائم ویروس ماربورگ

دوره نهفتگی ویروس ماربورگ از ۲ تا ۲۱ روز متغیر است. علائم این بیماری به طور ناگهانی و به صورت تب بالا، سردرد شدید و ضعف و بی حالی بروز می‌کند. دیگر علائم که می‌تواند از روز سوم آغاز شود، عبارتند از:

- بدن درد یا درد عضلانی
- تب بالا
- درد و گرفتگی شکم
- حالت تهوع و اسهال استفراغ
- اسهال شدید (می‌تواند تا یک هفته ادامه یابد)
- چشم‌های گود افتاده
- بی‌حالی شدید

○ بثورات پوستی بر روی پوست سینه و یا کمر
بسیاری از بیماران بین ۵ تا ۷ روز دچار خونریزی شدید می‌شوند و در موارد کشنده معمولاً نوعی خونریزی در چندین ناحیه مشاهده می‌شود که در استفراغ و مدفوع، ترشحات واژن، بینی و لثه است.

در موارد کشنده، مرگ اغلب بین ۸ تا ۹ روز پس از شروع علائم اتفاق می‌افتد که معمولاً با از دست دادن شدید خون و شوک همراه است.

درگیری سیستم عصبی مرکزی می‌تواند منجر به سردرگمی، تحریک پذیری و پرخاشگری شود.
اورکیت (التهاب یک یا هر دو بیضه) نیز می‌تواند در مراحل پایانی بیماری دیده شود.

ویروس ماربورگ و ابولا

این ویروس‌ها از خانواده فیلوویریده (فیلوویروس) هستند. اگرچه این دو بیماری توسط ویروس‌های متعلق به یک خانواده هستند، اما از نظر بالینی شبیه یکدیگرند. هر دو ویروس‌ها نادرند و ظرفیت ایجاد شیوع با نرخ بالایی مرگ و میر را دارند.

تشخیص بیماری ماربورگ

تشخیص افتراقی ویروس ماربورگ نسبت به سایر بیماری‌های عفونی مانند مالاریا، تب تیفوئید، شیگلوز، مننژیت و سایر تب‌های خونریزی دهنده ویروسی دشوار است. روش‌های تشخیص ویروس ماربورگ شامل موارد زیر است:

- تست الایزا (ELISA)
- آزمایش خنثی سازی سرم (سرولوژی)
- آزمایش واکنش زنجیره‌ای پلیمرز معکوس (PCR)
- میکروسکوپ الکترونیکی
- جداسازی ویروس از طریق کشت سلولی

نمونه‌های جمع‌آوری شده از بیماران دارای خطر بیولوژیکی شدیدی هستند. آزمایش‌ها باید بر روی نمونه‌های غیرفعال شده و در شرایط مهار بیولوژیکی کامل انجام شود. تمامی نمونه‌های بیولوژیکی باید با استفاده از سیستم بسته بندی سه‌گانه در هنگام حمل و نقل داخلی و بین المللی بسته بندی شوند.

درمان و واکسن ویروس ماربورگ

همانطور که پیشتر م اشاره شد، در حال حاضر هیچ درمان ضد ویروسی یا واکسنی برای بیماری ماربورگ تایید نشده است. فقط می‌توان با برخی از درمان‌ها مثل متعادل کردن مایعات بدن بیمار، حفظ وضعیت اکسیژن و فشار خون، جایگزینی خون از دست رفته و درمان عفونت علائم را بهبود بخشید.

البته برخی از راه‌های درمانی در مدل‌های غیر انسانی تایید شده‌اند، اما هنوز آنها را بر روی انسان‌ها آزمایش نکرده‌اند.

تداوم ویروس ماربورگ در افراد بهبود یافته

ویروس ماربورگ در برخی از افرادی که بهبود یافته‌اند، باقی می‌ماند که در مردان و زنان متفاوت است.



• تداوم ویروس ماربورگ در زنان

ویروس ماربورگ در جفت، مایع آمنیوتیک و جنین مادرانی که در دوران بارداری به این ویروس مبتلا می‌شوند باقی می‌ماند و نیز اگر مادران در دوران شیردهی به این ویروس مبتلا شده باشند، این ویروس ممکن است در شیر آنها نیز باقی بماند.

• تداوم ویروس ماربورگ در مردان

انتقال ویروس ماربورگ از طریق مایع منی آلوده تا ۷ هفته پس از بهبود بالینی ثابت و گزارش شده است.

WHO، توصیه می‌کند که مردانی که از این ویروس بهبود یافته‌اند، به مدت ۱۲ ماه از شروع علائم یا تا زمانی که آزمایش مایع منی آنها دو بار برای ویروس ماربورگ منفی شود، از داشتن رابطه جنسی خودداری و نکات بهداشت جنسی، شستن دست‌ها و بهداشت فردی را رعایت نموده و از هرگونه تماس فیزیکی با مایع منی، خودداری نمایند.

پیشگیری از ویروس ماربورگ

افراد باید در طول بازدید از معادن یا غارهای دارای کلنی‌های خفاش میوه خوار از دستکش و سایر لباس‌های محافظ مناسب (از جمله ماسک) استفاده کنند.

در هنگام شیوع این ویروس، همگی محصولات حیوانی (گوشت و...) باید قبل از مصرف کاملاً پخته شوند.

خطر انتقال انسان به انسان در جامعه ناشی از تماس مستقیم یا نزدیک با بیماران آلوده است لذا باید از تماس فیزیکی نزدیک با بیماران ماربورگ اجتناب شود.

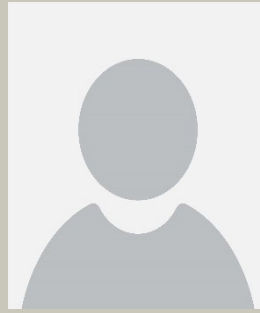
هنگام مراقبت در منزل باید از دستکش و تجهیزات حفاظت فردی مناسب استفاده شود.



آلرژی فصلی

محمد رضامکی

دانش آموخته کارشناس پرستاری
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی



آلرژی (رینیت آلرژیک یا تب یونجه)؛
طبق گزارش آکادمی آمریکایی آلرژی،

آسم و ایمونولوژی، حدود ۸ درصد از آمریکایی ها آن را درگیر می کنند.
تب یونجه نام خود را از فصل یونجه گرفته است و زمانی اتفاق می افتد
که سیستم ایمنی بدن نسبت به یک آلرژن در فضای باز، مانند گرده، بیش
از حد واکنش نشان می دهد. آلرژن چیزی است که باعث واکنش آلرژیک
می شود. شایع ترین آلرژن ها گرده های گیاهانی مانند درختان و علف
های هرز هستند.

آلرژی های فصلی بیشتر در تابستان و کمتر در طول زمستان رایج اند،
اما افراد ممکن است در تمام طول سال رینیت آلرژیک را تجربه کنند
چرا که گیاهان مختلف گرده های مربوطه خود را در زمان های مختلف
سال منتشر می کنند. بسته به محرک های آلرژی و محل زندگی، زمان
وقوع آلرژی متفاوت است.

علائم آلرژی فصلی

علائم آلرژی فصلی از خفیف تا شدید متغیر است که رایج ترین آن ها
عبارتند از:

• عطسه

• آبریزش یا گرفتگی بینی

• چشم های اشکی و خارش دار

• خارش سینوس ها، گلو یا کانال های گوش

• گرفتگی گوش

• آبریزش پشت حلق

علائمی که کمتر رایج اند نیز عبارتند از:

• سردرد

• تنگی نفس

• خس خس سینه

• سرفه

بسیاری از افراد مبتلا به تب یونجه مبتلا به آسم نیز هستند لذا آلرژن های
فصلی در این افراد می تواند حملات آسم را تحریک کند.

تشخیص آلرژی فصلی

تشخیص تب یونجه معمولاً راحت تر از سایر آلرژی ها است. اگر علائم
آلرژیک دارید که فقط در زمان های خاصی از سال رخ می دهد، نشانه
آن است که شما به رینیت آلرژیک فصلی مبتلا هستید، پزشک ممکن
است گوش، بینی و گلو شما را نیز برای تشخیص بررسی کند.

آزمایش آلرژی معمولاً ضروری نیست و صرف نظر از اینکه به چه
نوع آلرژنی واکنش نشان می دهید، درمان شما برای رینیت آلرژیک
احتمالاً یکسان خواهد بود.

درمان آلرژی فصلی

بهترین دارو برای تب یونجه و رینیت آلرژیک در تمام طول سال اجتناب
از مواد آلرژنی را است که علائم را برای شما ایجاد می کنند. داروهایی

نیز برای درمان علائم تب یونجه در دسترس هستند. کنید.

اجتناب

برای به حداقل رساندن از تماس با آلرژن های فصلی اقدامات لازم
را انجام دهید.

به عنوان مثال، به جای پنکه های سقفی، از یک تهویه مطبوع با
فیلتر HEPA برای خنک کردن خانه خود در تابستان استفاده کنید.
شبکه آب و هوای محلی خود را برای پیش بینی گرده ها بررسی
کنید و سعی کنید زمانی که تعداد گرده ها زیاد است در داخل خانه
بمانید.

در مواقعی از سال که تب یونجه شما فعال است:

• پنجره های خانه را بسته نگه دارید

• زمان خود را در خارج از منزل محدود کنید.

• استفاده از ماسک از زمانی که بیرون هستید، مخصوصاً

در روزهای بادی در نظر بگیرید

• همچنین اجتناب از دود سیگار، که می تواند علائم تب

یونجه را تشدید کند، از اهمیت زیادی برخوردار است.

به علاوه می توانید تماس با آلرژن ها را در منزل خود با کمک

اقدامات زیر به حداقل برسانید:

• رختخواب خود را حداقل هفته ای یکبار در آب بسیار داغ

بشوید.

• ملافه و بالش خود را با روکش های ضد حساسیت

بپوشانید.

• اسباب بازی های پر شده را از اتاق خواب فرزندان خود

بردارید.

• برای کاهش رطوبت اضافی از رطوبت گیر استفاده کنید.

• از رشد هر گونه آلرژن اضافی همچون کپک ها در محیط

اطراف خود جلوگیری کنید.

درمان دارویی

هنگامی که نمی توانید از آلرژن ها اجتناب کنید، درمان های دیگری

نیز در دسترس هستند که می توانید آن ها را بکار گیرید، از جمله:

• داروهای ضداحتقان و آنتی هیستامین های بدون نسخه مانند

ستیریزین (Zyrtec) و داروهای ترکیبی حاوی استامینوفن، دیفن

هیدرامین و فنیل افرین

• داروهای تجویزی، مانند اسپری های بینی استروئیدی

• در موارد شدید، پزشک ممکن است واکسن های آلرژی

را توصیه کند که نوعی ایمونوتراپی هستند و می توانند به حساسیت

زدایی سیستم ایمنی بدن شما نسبت به آلرژن ها کمک کنند.

توجه داشته باشید که برخی از داروهای آلرژی ممکن است عوارض

جانبدی ناخواسته ای مانند خواب آلودگی، سرگیجه و گیجی داشته

باشند، لذا در زمان مصرف آن ها از انجام فعالیت هایی مانند

رانندگی که نیازمند دقت فراوان اند خودداری کنید.

اختلال چند شخصیتی

ملیکا نیک باغ

دانشجوی پرستاری، ورودی ۹۹
دانشگاه علوم پزشکی آزاد تهران
کد مقاله: ۱۴/۱۴



اختلال هویت تجزیه ای

اختلال هویت تجزیه ای مزمن ترین و شدیدترین نوع از اختلالات تجزیه ای است که در گذشته تحت عنوان اختلال شخصیت چندگانه شناخته می شد.

در بعضی از فرهنگ ها اختلال هویت تجزیه ای تحت عنوان تسخیر شدن نام گذاری شده است. در این اختلال بیمار دو یا چند شخصیت یا هویت متمایز و جداگانه در درون خود دارد، به طوریکه در زمان غالب شدن هر شخصیت، رفتار و نگرش فرد تحت تاثیر همان شخصیت قرار می گیرد و شخص از هویت های دیگر آگاه نیست.

این اختلال نوعی آسیب روانی نمونه دار تجزیه ای است به این معنا که علائم همه ی اختلالات تجزیه ای دیگر مانند فراموشی، گریز، گسست از خویشتن، گسست از واقعیت و علائم مشابه در بیمار مبتلا به اختلال هویت تجزیه ای شایع است.

همه گیر شناسی

این اختلال در زنان، اوایل جوانی و بستگان درجه اول افراد مبتلا به اختلال هویت تجزیه ای شایع می باشد.

سبب شناسی

- سابقه ی یک حادثه ی تروماتیک به ویژه در دوران کودکی (سوء رفتار جنسی و جسمی شایع ترین منبع گزارش شده آسیب کودکی در این افراد بوده است.)

- ژنتیک (استعداد برای ابتلا)

- عوامل محیطی؛ عدم وجود حمایت اطرافیان

- عوامل روانشناختی

- اختلال در سیستم عصبی و بیماری صرع

علائم بالینی

- غالباً تصور می شود که بیمار مبتلا به اختلال هویت تجزیه ای دچار اختلال شخصیت یا اسکیزوفرنیا یا یک اختلال دو قطبی با چرخش سریع هستند.

- تعداد شخصیت ها در ابتدای تشخیص ممکن است

۲-۳ نوع باشد که در ضمن درمان، درمانگر متوجه ۱۰-۵ نوع شخصیت می شود.

- انتقال از یک شخصیت به شخصیت دیگر، غالباً به

صورت ناگهانی و تحت شرایط استرس زای روانی - اجتماعی، تعارضات و کشمکش ها اتفاق می افتد.

- معمولاً شخص تحت تسلط یک شخصیت، از وجود شخصیت های دیگر و آنچه ضمن دوره تسلط آن ها گذشته آگاه نیست.

- در بعضی موارد شخصیت ها به درجاتی از وجود بعضی یا تمام شخصیت های دیگر، آگاهی دارند و ممکن است با هم طرح دوستی، همراهی یا رقابت بریزند.

- هر شخصیت دارای جزئیات، خاطرات و اسم منحصر به فرد خود می باشد.

- شخصیت ها ممکن است از نظر جنس، سن، نژاد و بهره ی هوشی متفاوت و از خانواده هایی غیر از خانواده ی اصلی شخص باشند.

- بیمار ممکن است خود را به نام دیگری بخواند یا خود را به عنوان سوم شخص یا «ما» خطاب کند.

- شنیدن صداهایی از شخصیت های درون ذهن رخ می دهد.

- بیماران دچار اختلال تجزیه ای اغلب در حافظه

ی اتوبیوگرافیک خود، به خصوص در مورد حوادث دوران کودکی، شکاف های عمده ای را گزارش می کنند.

- علائم همراه: اکثر بیماران دچار اختلال

هویت تجزیه ای واجد ملاک های اختلال خلقی،

معمولاً یکی از اختلالات طیف افسردگی هستند.

در اختلال هویت تجزیه ای صفات شخصیت و سواسی - جبری

(OCD) شایع است. علائم OCD در بیماران دچار اختلال

هویت تجزیه ای اغلب کیفیت پس آسیمی دارند.

سیر و پیش آگهی

پیش آگهی بد در بیماران دچار اختلال هم زمان عضوی،

روانپریشانه و بیماری های طبی شدید، سوء مصرف مواد، فعالیت

های مجرمانه ی ادامه دار، آسیب های مکرر در بزرگسالی

همراه با دوره های راجعه اختلال استرس حاد مشاهده می شود.

درمان

۱. روان درمانی: روان درمانی موفقیت آمیز در بیمار

دچار اختلال هویت تجزیه ای مستلزم آن است که بالینگر با تئوری

از مداخلات روان درمانی آشنا بوده و مایل باشد برای ساختار

بخشیدن به درمان فعالانه تلاش کند.

۲. شناخت درمانی: درمان شناختی به صورت

یکپارچه سازی تاکتیکی است. در رویکرد شناختی درمانگر افکار

خودکار بیمار را شناسایی می کند، مهارت های مقابله و مبارزه با

افکار نامعقول را به بیمار یاد می دهد و می کوشد علت اینکه بیمار

این افکار را می پذیرد را دریابد.

۳. هیپنوتیزم: مداخلات هیپنوتیزم درمانی اغلب سبب

تخفیف تکانه های خودتخریبی یا کاهش علائمی مثل خطور

خاطره (فلش بک)، توهمات تجزیه ای و تجربیات تاثیر پذیری

انفعالی می شود. از هیپنوتیزم همچنین میتوان برای ایجاد حالات

روانی آرام استفاده کرد تا بتوان حوادث منفی زندگی را بدون

اضطراب توانکاه بررسی نمود.

۴. دارودرمانی: داروهای ضد افسردگی اغلب در کاهش

افسردگی و تثبیت خلق نقش مهمی دارند.

گزارشاتی مبنی بر تاثیر نسبی داروهای SSRI، سه حلقه ای ها،

ضد افسردگی های مهارکننده ی مونوآمین اکسیداز، بتا بلوکرها،

کلونیدین ، ضدتنشج ها و بنزودیازپین ها در کاهش علائم مزاحم و تکرار شونده و اضطراب بیماران وجود دارد. نورولپتیک های آتپیک نظیر ریسپریدون ، کوئتپین و الانزاپین ممکن است در درمان اضطراب توانکاه و علائم مزاحم اختلال اضطراب بعد از سانحه در بیماران دچار اختلال هویت تجزیه ای موثر تر از نورولپتیک های تپیک باشند .

۵. درمان با الکتروشوک : در برخی بیماران ، این درمان در تخفیف علائم خلقی مقاوم موثر است و سبب تشدید مشکلات تجزیه ای حافظه نمی شود.

درمان های کمکی

۶. گروه درمان: گزارش شده گروه هایی که فقط از بیماران مبتلا به اختلال هویت تجزیه ای تشکیل شده اند موفق بوده اند.

۷. خانواده درمانی یا زوج درمانی: آموزش خانواده و سایر افراد ذی ربط در مورد اختلال هویت تجزیه ای و درمان آن ممکن است به اعضای خانواده کمک کند با اختلال هویت تجزیه ای عضو مبتلای خانواده به نحو موثرتری مدارا کنند. درمان جنسی می تواند بخش مهمی از زوج درمانی باشد زیرا بیمار دچار اختلال هویت تجزیه ای ممکن است در مقاطعی از زمان شدیداً از تماس نزدیک و صمیمانه هراس داشته باشد .

۸. کاردرمانی و درمان های ابزاری: هنردرمانی را می توان برای محدود کردن و ساختار بخشی به علائم اختلال هویت تجزیه ای شدید به کار برد.

هنر درمانی به این بیماران امکان می دهد تعارضات، تصاویر ذهنی، احساسات و افکاری که بیان کلامی آن ها برایشان دشوار است به شیوه ای امن تر بیان کنند .

۹. کار درمانی: شامل فعالیت های متمرکز و ساختار یافته ای است که بیمار بتواند با