



جشن بیمارستان بنت الهدی به مناسبت نکوداشت روز پزشک



بیمارستان قدردانی و تلاش آنان در ارتقای جایگاه بیمارستان به نحوی که اکنون مورد اعتماد پزشکان و بیماران می باشد را مورد تقدیر قرار دانستند. و بر ارائه خدمات نوین و به روز پزشکی در بیمارستان تاکید نمودند.

در ادامه مراسم و پس از اجرای مراسم متنوع و شاد از پزشکان پیشکسوت بیمارستان جناب آقای دکتر رسولیان و جناب آقای دکتر علوی زاده متخصصین محترم بیهوشی با هدایایی قدردانی شد. در انتها و پس از صرف شام هدایایی به رسم یادبود به شرکت کنندگان اهدا گردید.

پرسنل بیمارستان بنت الهدی دانست. جناب آقای دکتر سعیدی نیز ضمن تبریک این روز از مدیریت بیمارستان بدلیل ارائه خدمات خوب به بیماران قدردانی و بیان داشتند کلان شهر مذهبی مشهد به عنوان مرکز توریسم درمانی کشور انتخاب شده و بیمارستان بنت الهدی نیز از جمله بیمارستانهایی است که در این زمینه پیشقدم و فعال می باشد.

سپس جناب آقای دکتر امیر حسنجانی رئیس محترم هیات مدیره بیمارستان ضمن تبریک این روز به پزشکان محترم از خدمات و زحمات کلیه پزشکان و پرسنل

پخش سرود جمهوری اسلامی ایران جناب آقای مهندس امیرحسنجانی مدیر عامل محترم بیمارستان در سخنانی ضمن خیرمقدم و تبریک این روز به حاضران از تلاش و زحمات بی دریغ پزشکان، پرستاران و کادر درمانی قدردانی و آرزوی توفیق روز افزون برای آنان نمودند.

در ادامه جناب آقای دکتر صراف عضو شورای عالی نظام پزشکی کشور در بیاناتی ضمن تبریک این روز افزایش رضایتمندی و ارتقای ارائه خدمات به بیماران در سالهای اخیر را مرهون زحمات و تلاش شبانه روزی مدیریت و

به مناسبت اول شهریور زاد روز ابوعلی سینا پزشک حاذق ایرانی و به پاس نکوداشت مقام پزشک، مراسمی در هتل پارس مشهد از طرف بیمارستان بنت الهدی با حضور کلیه پزشکان بیمارستان و خانواده محترم آنان، جناب آقای دکتر سعیدی مدیر محترم نظارت و ارزشیابی درمان دانشگاه علوم پزشکی مشهد، جناب آقای دکتر اردکانی مدیر سازمان نظام پزشکی مشهد، جناب آقای مرزبان ریاست محترم اداره ارزشیابی معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی مشهد برگزار گردید. در ابتدای مراسم و بعد از تلاوت آیاتی چند از کلام ... مجید و



۶

درباره سرطان بدانیم



۷

آسم و بیهوشی



۱۰

باور غلط
درباره سرماخوردگی



۴

درباره این انتخاب



تب خونریزی دهنده کریمه - کنگو

Crimean Congo Hemorrhagic Fever (CCHF)

تب خونریزی دهنده کریمه - کنگو یک بیماری حاد تب دار و خونریزی دهنده است که از طریق گزش کنه و یا تماس با خون یا ترشحات یا لاشه دام و انسان آلوده منتقل می شود. بیماری اولین بار در سال ۱۹۴۴ در شبه جزیره کریمه توسط دانشمندان روسی شناسایی شد و تب هموراژیک نام گرفت. در سال ۱۹۶۹ معلوم شد عامل این بیماری مشابه عامل بیماری است که در جریان اپیدمی سال ۱۹۵۶ در کنگو پیدا شد و ترکیب نام این دو منطقه و بیماری باعث اسم فعلی شد. CCHF در انسان بیماری شدیدی همراه با مرگ و میر حدود ۳۰٪ ایجاد می کند. جالب توجه اینکه بیماری در حدود سال ۱۱۱۰ میلادی توسط جرجانی پزشک و دانشمند حادق ایرانی در کتاب گنجینه خوارزمشاهی به تفصیل توضیح داده شده است.

در سال های اخیر همه گیریهای متعدد محدودی از دو کشور پاکستان و افغانستان گزارش می شود که نشانگر آلودگی بیشتر دامی و انسانی در این مناطق است. عامل بیماری ویروسی از گروه آربو ویروس ها می باشد که توسط بندپایان (کنه) منتقل می شود. ویروس نسبت به حرارت، محیط اسیدی و کلر حساس بوده و به راحتی از بین می رود. مهمترین ناقل و مخزن ویروس کنه از سخت گونه هیلوما است. ویروس CCHF ممکن است طیف وسیعی از حیوانات اهلی و وحشی (مثل گاو، گوسفند، بز، سگ، خرگوش، جوجه تیغی) را آلوده نماید. پرندگان به غیر از شترمرغ به بیماری مقاومند لیکن می توانند با پخش کنه های آلوده باعث اپیدمی بیماری شوند. بیماری در حیوانات اهلی علائم

چندان واضیح ندارد اما در فرم شدید ممکن است موجب سقط در گاو شود. راههای دیگر انتقال بیماری تماس با خون، ترشحات و بافت آلوده دامی و تماس با خون و بافت بیماران، بویژه در مرحله خونریزی دهنده بیماری می باشد. بیمار طی مدتی که در بیمارستان بستری است به شدت برای دیگران آلوده کننده می باشد.

علائم بالینی بیماری دارای ۴ مرحله می باشد:

- دوره کمون: به طور متوسط ۴ روز و حداکثر ۱۳ روز می باشد.
- دوره مقدماتی: شروع علائم ناگهانی است. بیمار دچار سردرد شدید، تب، لرز، درد عضلانی، گیجی، درد و سفتی گردن، درد و قرمزی چشم ها و ترس از نور می شود. حالت تهوع، استفراغ، کمردرد، اسهال و درد شکمی هم ممکن است مشاهده شوند. تب ۳ الی ۱۶ روز طول می کشد و متوسط زمان ادامه علائم ۳ روز است. تغییرات خلقی و قلبی و عروقی در این مرحله دیده می شوند. لکوپنی و ترومبوسیتوپنی نیز مشاهده می گردند.
- مرحله خونریزی دهنده: ۳ تا ۵ روز پس از شروع بیماری شروع و ۴ روز به طول می انجامد و به صورت پتشی در مخاط دهان و پوست، خونریزی از لثه ها، بینی، معده، روده و رحم و زیر پوست ناحیه ساق پا و دست ها ظاهر می شود. ترومبوسیتوپنی کمتر از صد هزار در سه روز اول یا کمتر از ۲۰۰۰۰ در هر زمان دیگر، هموگلوبین کمتر از ۷ و علائم DIC دلیل بدی پیش آگهی می باشند. مرگ و میر بیماری حدود ۳۰ درصد است و به دنبال از دست دادن حجم داخل عروقی، خونریزی مغزی، کمبود مایعات ناشی از اسهال و یا ادم ریوی رخ می دهد. علائم بهبودی از روز نهم تا دهم شروع

حدود زیادی مؤثر است. طول دوره درمان ده روز است. ابتدا ۳۰ mg/kg یکجا تجویز می شود و سپس با دوز ۱۵ mg/kg هر ۶ ساعت برای ۴ روز و ۷/۵ mg/kg هر ۸ ساعت برای ۶ روز دیگر ادامه می یابد. تجویز دارو در اسرع وقت و در شش روز اول بیماری با بهبودی بیشتری همراه بوده است. اشکال دارو به صورت قرص های ۱۰۰ و ۲۰۰ میلی گرمی می باشد. در موارد ذیل تجویز نوع تزریقی دارو با همان دوز خوراکی ترجیح دارد:

- علائم اختلالات سیستم عصبی ۲- علائم اختلالات شدید متابولیک ۳- علائم پیش آگهی بد ۴- نارسائی کبدی، نارسائی ریوی و ادم ریه.
- به خاطر تراژون بودن دارو، تجویز دارو در خانم های باردار فقط در صورت وجود تهدید جان مادر بلامانع است.

پیشگیری:

اساس پیشگیری مبتنی بر سه رکن عمده شامل بیماریابی، درمان به موقع مبتلایان و افزایش آگاهی عمومی مردم در زمینه راههای انتشار و پیشگیری بیماری و هماهنگی های بین بخشی می باشد. به اختصار می توان روش های کنترل و پیشگیری بیماری را تحت عناوین ذیل ذکر نمود:

- حذف ناقل (۲) محافظت از گزش توسط ناقل
- پرهیز از تماس با منابع بیماری (اسیدوزی که پس از چند ساعت از ذبح دام در جسد حیوان پیدا می شود موجب از بین رفتن ویروس می گردد. از همین رو در کشتارگاههای صنعتی لاشه دام به مدت ۲۴ ساعت در دمای ۴ درجه سانتی گراد نگهداری می شود و سپس به بازار عرضه یا منجمد می گردد. همچنین با توجه به حساسیت

ویروس نسبت به حرارت و از بین رفتن ظرف ۱۵ دقیقه در حرارت ۸۵ درجه سانتیگراد، در صورتی که فرآورده های دامی به خوبی با حرارت پخته شوند خطر انتقال بیماری متصور نخواهد بود (۴) کنترل آلودگی دامی (۵) بیماریابی و درمان به موقع (۶) ایزولاسیون بیمار: پرسنل بایستی از لوازم حفاظتی به منظور پیشگیری از تماس پوست و مخاطشان با خون و دیگر مایعات بدن بیمار استفاده نمایند. بهترین روش ضد عفونی لوازم استفاده از حرارت و یا مواد گندزدای کلردار است. (۷) پیگیری موارد تماس با منبع عفونت: تمام موارد تماس در فضای بسته ظرف سه هفته پس از شروع علائم بیماری، بایستی حداقل دو هفته مراقبت شوند و در صورت تب بالاتر از ۳/۳۸ درجه سانتیگراد فوراً در مراکز درمانی دارای امکانات ایزوله بستری شوند.

در صورت تماس پوستی یا مخاطی با خون، مایعات بدن یا فضولات بیمار بایستی فوراً سطح آلوده را با آب و صابون شست. سطوح مخاطی مانند ملتحمه نیز باید با مقادیر فراوان آب یا محلول شستشو چشم شسته شوند. این بیماران بایستی حداقل ۱۴ روز تحت نظر بوده و درجه حرارت بدن آنها روزانه کنترل شود و در صورت ظهور علائم بالینی مطابق با تعریف مشکوک بیماری، درمان آغاز شود. چنانچه هنگام مراقبت از بیمار سوزن آلوده یا هر وسیله تیز آلوده به پوست نفوذ کند لازم است به عنوان کموتراپی ریبویرین به مدت ۵ روز به مقدار ۲۰۰ میلی گرم هر ۱۲ ساعت استفاده شود. (۸) واکسیناسیون: گر چه واکسنی از ویروس کشته شده علیه بیماری تهیه و در مناطق محدودی از اروپای شرقی استفاده شده است، اما فعلاً واکسن مؤثر و بی خطری برای مصرف همگانی در انسان فراهم نشده است.

بیماری ظاهر می شود.

- مرحله نقاهت: بهبودی بیماران با کم رنگ شدن ضایعات پوستی آغاز می شود. اغلب بیماران در هفته سوم با طبیعی شدن شاخص های خونی و آزمایش ادرار مرخص می شوند. در دوره نقاهت ضعف طولانی به مدت یک ماه و حتی بیشتر و ریزش کامل مو می تواند دیده شود. بهبودی معمولاً بدون عارضه ای ماندگار است گر چه نوریت یک یا چند عصب می تواند تا چند ماه باقی بماند.

تشخیص آزمایشگاهی:

از روز ششم بیماری آنتی بادی های IgG و IgM به روش ELISA از سرم بیمار جدا می شوند. سطح IgM تا چهار ماه و IgG تا ۵ سال قابل اندازه گیری است. روش تشخیصی دیگر جداسازی ویروس از خون یا نمونه های بافتی است. در مبتلایان به فرم کشنده و حاد پاسخ آنتی بادی قابل اندازه گیری نیست که در این صورت جداسازی ویروس یا آنتی ژن ویروس کمک کننده می باشد.

درمان:

- اگر فردی علائم منطبق بر تشخیص محتمل بیماری را دارا باشد بایستی فوراً در شرایط ایزوله در بیمارستان بستری و مداوا شود. معاینه دقیق پوست از نظر احتمال وجود کنه الزامی است.
- اقدامات حمایتی: شامل اصلاح آب و الکترولیت، درمان DIC، ترانسفوزیون خون در صورت افت شدید هماتوکریت، تجویز پلاکت در موارد ترومبوسیتوپنی شدید و علائم خونریزی می باشد. از تجویز آسپرین به لحاظ احتمال شدید خونریزی باید اجتناب نمود.
- درمان ضد ویروسی: ریبویرین در درمان مبتلایان تا

موارد استفاده از واکسن آنفلوآنزا

دکتر محمد تقی صراف (استاد دانشگاه)



ابتلا به آنفلوآنزا توسط تیپ های A و B ویروس آنفلوآنزا ایجاد می گردد. نوع B بیماری خفیفتر و تنها انسان را مبتلا می نماید و انتقال آن از راه دستگاه تنفسی است. دوره واگیری بین ۱ تا ۵ روز می باشد.

علائم: گلودرد، سرفه های خشک، تب، آبریزش بینی، دردهای عضلانی و سردرد، حساسیت به نور.

انواع واکسن:

- ۱- واکسن ویروس کشته شده
- ۲- واکسن ویروس زنده ضعیف شده
- واکسن ویروس کشته شده به صورت تزریق عضلانی و نوع دوم از راه بینی تجویز می گردد. افراد واجد شرایط دریافت واکسن تزریقی:
- ۱- کودکان بین ۶ تا ۶ ماهه.
- ۲- بزرگسالان ۵۰ سال به بالا.

۶- کسانی که به مدت طولانی آسپرین دریافت می نمایند.

۷- خانم هایی که در زمان شیوع آنفلوآنزا باردار می گردند.

۸- مادران شیرده و کسانی که با کودکان ۵ تا ۶ ماهه در تماس می باشند.

واکسن سالانه تزریق شده و هر سال متناسب به نوع ویروس همان سال تهیه و تجویز می گردد. این واکسن عاری از خطر بوده و ممکن است در محل تزریق قرمزی، سوزش و تورم ایجاد گردد. میزان مصونیت واکسن در بین جوانها بیشتر است (۷۰ تا ۹۰٪). لازم به توضیح است که این واکسن ایجاد بیماری نمی کند.

واکسناسیون تزریقی به شیرخواران زیر ۶ ماه

و افرادی که سابقه حساسیت به تخم مرغ دارند پیشنهاد

نمی گردد ولی نوع ضعیف شده واکسن در افراد سالم و

غیرحامله ۲ تا ۵۰ ساله توصیه می شود.

۳- کارمندانی که در مراکز بهداشتی فعالیت دارند.

۴- اشخاصی که مبتلا به بیماریهای مزمن می باشند.

۵- آنهایی که ضعف سیستم ایمنی دارند.

بیش از یک سوم از ۷ میلیون مرگ ناشی از سرطان در دنیا به دلیل ۹ عامل قابل پیشگیری روی می دهد

بر اساس مطالعه ای که اخیراً نتایج آن در ژورنال معتبر پزشکی « لن ست » به چاپ رسیده است، بیش از یک سوم از هفت میلیون موارد مربوط به ابتلا به سرطان در جهان که هر سال روی میدهد، به دلیل ۹ فاکتور خطرناک محیطی و رفتاری قابل پیشگیری روی می دهد.

محققان برآورد کردند که میزان مرگ و میر ۱۲ گونه از انواع سرطان ها در سراسر جهان به ۹ فاکتور خطرناک اما قابل اجتناب وابستگی کامل دارد.

این محققان دریافته اند که از ۷ میلیون مرگ صورت گرفته در سراسر جهان به دلیل ابتلا به انواع سرطان ها ۳۵ درصد آنها به این ۹ فاکتور قابل اجتناب رفتاری و محیطی بستگی دارند. این محققان همچنین در تحقیقات خود به رابطه مناطق مختلف جهان و نوع سرطان های روی داده در این مناطق پرداختند.

به گفته این محققان ۹ فاکتور یاد شده شامل وزن زیاد و چاقی، مصرف کم میوه ها و سبزیجات تازه، عدم تحرک فیزیکی، استعمال سیگار، مصرف الکل، روابط جنسی ناسالم، الودگی هوا در شهرها، دود ناشی از سوختن زغال سنگ در منازل می شود. این تحقیقات همچنین نشان داد که در سراسر جهان ۹ فاکتور یاد شده که قابل اجتناب هم هستند موجب بروز سرطان در ۱/۶ میلیون مرد و ۸۳۰ هزار زن می شود.

بنابر این گزارش، استعمال سیگار به تنهایی موجب ۲۱ درصد مرگ های صورت گرفته در سراسر جهان به دلیل ابتلا به انواع سرطان است.

این محققان همچنین دریافته اند در کشورهای غنی جهان این ۹ فاکتور موجب مرگ سالانه ۷۶۰ هزار تن به دلیل ابتلا به انواع سرطان ها می شوند که در میان آنها استعمال سیگار، مصرف الکل و وزن زیاد به همراه چاقی از مهمترین علل مرگ این افراد عنوان شده است.



کم خونی ناشی از فقر آهن علت ۴۵ درصد مرگ و میر هنگام زایمان است

نیاز زنان باردار به دریافت قرص آهن حیاتی است زیرا ۴۵ درصد مرگ و میر هنگام زایمان ناشی از کم خونی فقر آهن است.

دفتر بهبود تغذیه معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اعلام کرد: آهن یک ماده مغذی مورد نیاز برای ادامه حیات است این ماده اساسی ترین ماده اولیه برای ساختن گلبول های قرمز محسوب می شود. در حال حاضر کمبود آهن و کم خونی ناشی از آن یکی از شایعترین مشکلات تغذیه ای در جهان است، به طوری که بیش از ۲ میلیارد نفر از مردم جهان دچار کمبود آهن و کم خونی هستند. کم خونی فقر آهن به دلیل کاهش ظرفیت کاری و قدرت تولید، پیامدهای نامطلوب بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی را به دنبال دارد. بنابراین توصیه می شود که افراد در برنامه غذایی روزانه خود از مواد غذایی آهن دار مانند گوشت قرمز، مرغ، ماهی، تخم مرغ و سبزیجاتی مثل جعفری، اسفناج و حبوباتی مانند عدس و لوبیا استفاده کنند.

در این رابطه افزودن مقدار کمی گوشت به غذاهای گیاهی می تواند منجر به جذب بهتر آهن شود. همچنین از نوشیدن چای یک ساعت قبل از غذا و یک تا دو ساعت بعد از غذا باید خودداری شود در این زمینه زنان باردار نیز باید از پایان ماه چهارم بارداری تا سه ماه پس از زایمان روزانه یک قرص آهن مصرف کنند.

زنان برای کاهش عوارض احتمالی ناشی از مصرف قرص آهن مانند تهوع، درد معده، اسهال و بیبوست قرص را بعد از غذا و یا شب قبل از خواب مصرف کنند. ممکن است فردی دچار کمبود آهن باشد اما هنوز میزان هموگلوبین خون او کاهش نیافته باشد بنابراین اگر فردی دائماً احساس خستگی و ضعف می کند ممکن است دچار کمبود آهن شده باشد در این صورت باید به پزشک مراجعه نماید. کم خونی فقر آهن در دوران شیرخوارگی و اوایل کودکی ممکن است موجب کاهش ضریب هوشی شود در این رابطه به مادران باردار توصیه می شود که به امر تغذیه و تعادل در دریافت مواد مورد نیاز به خصوص آهن توجه بیشتری کنند.



روند رشد کودک کتاب تاریخ فطوری است که کودک در طی دوره های مختلف حیات خود مراحل گوناگون آن را پشت سر می گذارد . همان طوری که در تاریخ نمی توان هیچ مرزی بین حوادث امروز و دیروز قایل شد ، آینده ی رفتاری کودک نیز انعکاس نحوه ی رشد و پرورش او در دوران کودکی است.

بی تردید جزء آن دسته از والدینی هستیم که آرزویمندیم کودکانمان بزرگ زنان و بزرگ مردانی به بار آیند که در تعادل روانی ، اخلاقی ، شخصیتی و اجتماعی پر خوردارند. این حقیقتی است انکار ناپذیر که جهت تحقق چنین آرزویی باید گام هایی بسیار اساسی و جدی از هم اکنون برداریم ، و نخستین گام داشتن « آگاهی کافی » از دنیای شگفت انگیز کودکان است .

امروز بسیاری از والدین با مراجعات مکرر خود به روان شناسان و روان کاوان ، علم روان شناسی را برای حل مسأله خود به یاری می طلبند و هر یک به دنبال پاسخی برای سوالات این چنین خود می باشند که : خشم کودک من چه معنایی دارد؟! کودک من بسیار دروغ می گوید . چرا؟! یا خیال پردازی و ترس کودک خود چه کنم ؟! چرا کودک من چنین پر خندگراست ؟!

از آنجایی که عواطف نیرومندی چون خشم، دروغ، ترس و ... اغلب هم برای کودک ، هم برای والد و هم برای اجتماع آزار دهنده است موجب شده اختلالات رفتاری کودکان به عنوان مهمترین مسأله و مشکل جوامع گوناگون ، بیش از پیش مورد توجه قرار گیرد و امروز مسأله بهداشت روانی ، پیشگیری و درمان اختلالات رفتاری جایگاه ویژه ای را در خانواده و جهان کنونی دارد . نا آگاهی والدین از فرایند رشد کودک و اصول کلی تربیتی یکی از مهم ترین عوامل مؤثر در بروز چنین معضل اجتماعی است .

چرا به جنگ چیزی می رویم که از آن آگاهی نداریم

همه می دانیم دروغ چیزی نیست است و کودک نباید دروغ بگوید . قبول داریم که ترسیدن خوب نیست چرا که کودک ترسو همواره به کمتر از سهم خود رضایت می دهد و خشم ، نگرانی، حاضر جوابی و گستاخی کودک را یک اختلال رفتاری تلقی می کنیم . اما سخت است که ببینیم کودک ما چنین عواطف منفی را مدیون قدم هایی است که به اشتباه و از روی نا آگاهی و بی اطلاعی در مسیر پرورش و تربیت او برداشته ایم . اما این یک حقیقت تلخ است .

آگاهی امری ضروری است . چرا که والد آگاه می داند تربیت کودک کار ساده ای نیست و نیازمند اطلاعات بسیار است .

- والد آگاه دوره های رشد کودک خود را به خوبی می شناسد و می داند که در هر مرحله از رشد با کودک چگونه رفتار کند .

- والد آگاه بر نیاز های کودک خود در هر مرحله از رشد به خوبی واقف است و تمامی سعی خود را جهت بر آورده کردن نیازهای کودکش به کار می گیرد .

- والد آگاه می داند که توقع خود را از کودکش به میزان توانایی های ، استعدادها و مهارت های کودک خود در هر مرحله از رشدش منطبق کند .

- والد آگاه میداند که رفتار کودکش در هر مرحله از رشد چه معنایی دارد و به راحتی انگ دشواری رفتار به کودک خود نمی زند. او خیال پردازی کودک خود را در سن ۷-۴ سالگی می پذیرد . نیز آگاه است که پر گوئی کودکش در این سن یک اختلال رفتاری نیست .

میداند قهر کودک چهار ساله اش نیز امری طبیعی است و می پذیرد که کودک او حق دارد گاهی خشمگین باشد.

- والد آگاه می داند که هر چند ترس کودک طبیعی است اما باید در شرایطی و مراحمی از رشد ترس او را جدی گرفت و کنترل کرد .

- والد آگاه می داند که تنبیه می تواند مشکل آفرین باشد ، اما گاهی نیز باید تنبیه را تأیید کرد و به کار برد .

خلاصه آنکه والد آگاه قادر است نارسایی رفتار کودک خود را به موقع شناسایی و با گزینش روش های سازنده و متناسب با مرحله رشد در رفع آن گام بردارد.

خشم کودک معنایی دارد

از نظر بهداشت روانی خشم یک حالت عاطفی است که کودک در خود احساس می کند و بی تردید با خود پیمایی دارد . کودک با خشم خود می خواهد به ما بگوید که اشکالی در کار هست . واضح تر آنکه خشم یک پاسخ است که کودک به پیرامون خود می دهد.

از کودک خود نمی توان توقع داشت که از خود بپرسد چرا من خشمگین هستم، مشکل کجاست و مسئول کیست ؟ و نیز قادر نیست که خود را با منبع خشم وفق دهد پس این رسالت ماست که به اعتبار خشم کودک خود تردید نکنیم و با آگاهی از علت و محرک های خشم کودک ، مسئولیت رفع آن را به عهده بگیریم .

اغلب کودکان خشم را از ۷ ماهگی به بعد تجربه می کنند و با گریه و بی قراری آن را بروز می دهند که در این سن خشم اغلب نشان آن است که احتیاجات اساسی آنها به قدر کافی تأمین نشده است . بعد ها کودک می آموزد که خشم خود را با گرفتن ، کشیدن، بپرت کردن ، یا کوبیدن و لگد زدن بروز دهد. یا رشد کودک نمود خشم نیز تغییر شکل می یابد و عموماً به صورت « پر خاشگری » ظاهر می شود. حضور یک کودک پر خاشگر، مطلوب هیچ خانواده ای نیست و طولی نمی کشد که والدین در صدد بر می آیند که با چنین معضلی مقابله کنند . در چنین شرایطی اغلب والدین به دلیل نا آگاهی به عنوان اولین گام ، خود را در مقام اعتراض قرار داده و کودک را محکوم می کنند و متأسفانه با گزینش شیوه هایی چون تنبیه ، سرزنش ، تهدید و انتقاد از کودک خود انتظار نتیجه ای مطلوب دارند که هرگز به دست نمی آید ، و این هشدار است برای والدین که باید در سیاست خود تجدید نظر کنند .

توجه داشتن به رشد فردیت ، استقلال و اعتماد به نفس کودک امری

است انکار ناپذیر که در برهه ی آن به تکرار شنیده ایم . برای کودک بسیار مهم است که گاهی من بودن خود را تجربه کند و استقلال داشته باشد . گاهی کودک اصرار دارد مطابق آرزو ها و باورهای خود رفتار کند و خود را محق می داند که به نیازها و خواسته های خود پاسخ دهد.

از طرفی کودک در سال های اول زندگی خود به شدت به حمایت و مراقبت دیگران نیاز دارد و خیلی زود می آموزد که والدین همان کسانی هستند که می شود به آنها اعتماد کرد و در کنار آنها « ما » شد . اینجاست که حضور و تأثیر دیگران به خصوص والدین برای کودک اهمیت می یابد .

کودک همواره نیازمند چنین «من» و چنین « ما » بی است و تا مادامی که ترازوی مثبت و ما شدن در تعادل باشد اسباب رشد و اعتلای کودک فراهم بوده و جای هیچ مشکلی نیست.

اما حفظ چنین تعادلی در طولانی مدت دشوار است و اغلب ما والدین با چنین توجیهی که : « باید کودک خود را تربیت کنم ، باید از کودک خود حمایت کنم و باید مراقب کودک خود باشم » بیش از سهم خود برای کودک تعیین تکلیف می کنیم . و آن گاه که کودک کفه ی من بودن را سبک می بیند، می آموزد که باید برای تقویت من خویش کاری کند و اینجاست که خشم خود را بروز می دهد.

بی شک خشم کودک در چنین مواردی بهترین فرصت است برای گفتن « نه » به همه ی کسانی که به جای او تصمیم می گیرند . هر چند برای کودک قابل درک نیست که نمی شود استقلال بیشتر را با یک ضربه زدن ، فرار کردن و کوبیدن به دست آورد . پس این مسئولیت ماست که استقلال را به کودک خود هدیه کنیم .

تو سر پدرت را به درد آوردی ، تو خواهرت را از خواب بیدار کردی ، تو همیشه کاری می کنی که مامان احساس خجالت کند تو ... تو ... و با این توهای مکرر باعث می شویم که کودک ما احساس گناه کند و مسئولیت رفتار، احساسات و افکار سایرین را یک جا عهده دار شود و آنگاه که خود را مسئول سردرها ، بی خوابی های خجالت ها می بیند احساس ناتوانی و درماندگی می کند و چون قادر نیست خودش را تغییر دهد رویه های خصمانه در پیش می گیرد و خشم خود را به کسی اعمال می کند (مادر، خواهر، پدر و ...). که سبب ایجاد چنین موقعیتی شده است . کودک کی که این چنین خشم خود را ابراز می کند، سعی دارد همیشه در موضع قدرت قرار گیرد. جایی که هیچ کس نتواند با رفتار، احساسات و افکار او مشاجره کند.

انتقاد از کودک یک عادت منفی است که اکثر والدین و مسئولین به آن خو گرفته ایم ، جایی که انتقاد آینه ی واقعیت باشد مورد بحث نیست . به طور مثال آن گاه که به کودک خود می گویم تو یا این قد کوتاه نمی توانی به تنهایی طرف ها را بشویی، کودک این انتقاد را به عنوان واقعیتی که هست و قابل تجربه است می پذیرد.

بحث بر سر اکثر انتقاد هایی است که از میزان توانایی و یا نحوه ی تلاش کودک کان می شود که اغلب محرک خوبی برای خشم کودکان هستند . به عنوان نمونه « تو نمی توانی » عمده ترین انتقادی است که دختر بچه ها با آن مواجه می شوند و همیشه به ناتوانی محکوم هستند . و جمله ی تو سعی نمی کنی » عمده ترین انتقادی است که از پسر بچه ها می شود و

همیشه میزان تلاش آنها زیر سوال قرار می گیرد. همین جملات ساده اما قدرتمند اغلب خشم کودک را بر می انگیزد و ما چه نا آگاهی که با تکرار پیمایی آنها کودک خود را در این موارد شرطی می کنیم .

پر خاشگری نمودی از خشم درون کودک است

آن گاه که کودک در برابر نیازها و انگیزه ی درون خود سدی ببیند احساس نا کلامی می کند و هر آنکه یا هر آنچه را که مسئول این نا کلامی تشخیص دهد مورد حمله قرار می دهد، که کودک خود آزار نمود کاملی از این حقیقت است و این بار کودک خود را مسئول نا کلامی میداند و مسئولیت را به عهده گرفته و با رفتارهایی چون سر به دیوار کوبیدن و یا خود را زمین زدن پر خاشگری را به خودش برمی گرداند. لازم است بدانیم رفتارهای خود آزاری در کودکان ۲ ساله بیشتر دیده می شوند و باید انتظار داشت بعد از این مرحله از رشد ناپدید شوند. اما گاهی تشخیص کودک جور دیگری است و معمولاً او اطراف و اطرافیان را مسئول نا کلامی خود می پندارد و شکلی از پر خاشگری را نسبت به محیط و دیگران نشان می دهد. به عنوان نمونه بپیزی را می شنکند، کودکی را نکت می زند و یا به والدین خود حمله می کند و بدین ترتیب خشم درون خود را پاسخ می گوید.

اما نا کلامی تنها عامل تعیین کننده ی پر خاشگر بودن یا نبودن کودک ما نیست. بلکه کودک پر خاشگری را هم چون سایر عواطف درونی از طریق تقلید الگو سازی می کند.

باید پذیرفت که تقلید سهم بزرگی در پر خاشگری بیرونی کودک ما دارد و متأسفانه کودکان به وفور مدل های پر خاشگر را در مقابل خود می بینند. به عنوان مثال والدینی که تنبیه بدنی را به عنوان یک وسیله ی تربیتی گزینش کرده و به کودک خود اعمال می کنند مدل های خوبی برای کودکانشان هستند . در واقع چنین والدینی به طور مستقیم پر خاشگری را مورد تأیید خود قرار می دهند.

کودک ما به سرعت می آموزد که پر خاشگری، او را در رسیدن به اهداف یاری میدهد . به عنوان نمونه کودکی که هرگز رعایت حقوق دیگران را نیاموخته است و به صبر عادت ندارد می داند که با یک هل دادن می تواند دیگری را از الائکنگ پایین کشیده و بدون هیچ معطلی خود به جای او سوار شود. نیز کودکان در مهد بارها تجربه می کنند که حمله کردن به فردی که به او آزار می رساند چگونه می تواند به آزار پایان دهد و بدین ترتیب پر خاشگری را در جهت دفاع از خود تقویت می کند .

این حقیقت است که هر گز نمی توان پر خاشگری را در کودک به هیچ رساند. اما می توان امیدوار بود که پر خاشگری را در کودک خود تقلیل دهیم . فقط کافیتست با درایت خویش شرایط را طوری تغییر دهیم که به آزارهایی که به کودک ما می رسد و کودک را وامی دارد به دیگران آزار برساند پایان دهیم .

به این امید که میان نا آگاهی و تردیدهای بی قایده در نوسان نباشیم.



درباره این انتخاب



انواع بی دردی در زایمان طبیعی

اهمیت کاهش درد بر کسی پوشیده نیست و همه می دانند که کادر درمانی اعم از پزشک و پرستار به عنوان یکی از وظایف اصلی خود همواره در جهت کاهش درد بیماران اقدام می کنند. کاهش درد باعث کیفیت بهتر اقدامات درمانی، همکاری بیشتر بین بیمار و پزشک و در نهایت رضایت کامل تر و نتیجه مطمئن تر زایمان خواهد شد.

بی دردی های متفاوتی در زایمان طبیعی استفاده می شود که عبارتند از:

* استنشاق گاز نیتروکس:

خاصیت ضد درد نیتروکس را به گاز نیتروس اکساید (NO₂) نسبت می دهند. پس از استنشاق گاز NO₂ نیتروس اکساید بسرعت



وارد جریان خون می شود و باعث ایجاد بی دردی، آرامش، عدم توجه به محیط اطراف و تا حدی سرخوشی در فرد می شود.

* تزریق دارو:

در این روش داروی بی دردی از طریق ورید به مادر تزریق می شود. جدیداً داروی فنتانیل که از مشتقات اپوئیدها بوده و بسیار کوتاه اثر می باشد مورد استفاده قرار می گیرد.

* تزریقات داخل کمری (روبوئال):

زمان مناسب برای انجام این بی دردی مرحله اول زایمان است (زمانی که باز شدن دهانه رحم به پایان رسیده و انقباضات رحمی قوی و منظم باشد).

از مزایای بی حسی اپیدورال کمری عبارت است از:

- ۱- توانایی رسیدن خانم باردار به سطح بی دردی کامل و مطلوب در مرحله اول زایمانی.
- ۲- استفاده از حداقل داروی بی حسی.
- ۳- حفظ نیروی عضلات لگن برای آسان چرخیدن سر جنین.

* بی دردی اسپینال:

این روش با تزریق داروی مسکن قبل از زایمان انجام شده و از طریق فضای در ناحیه کمر به داخل بدن بیمار تزریق شده و باعث ایجاد بی دردی کاملاً مؤثری در عضلات شکمی و اندام تحتانی مادر می گردد.

در این روش به جای تزریق داروهای بی حس کننده (مثل لیدوکائین یا مارکائین) از داروی ضد درد مانند فنتانیل استفاده می شود. بنابراین خطر افت فشار خون و ناتوانی در زور زدن برای خروج بچه وجود ندارد.

از آنجا که فضای زیر عنکبوتیه فاقد عروق است، جذب عروقی آن برخلاف فضای اپیدورال بسیار ناچیز است به ویژه اگر تزریق به همراه داروی وازوکانستریکتیوی مثل آدرنالین انجام شود. همچنین سردرد، احتیاس ادراری، لرز و عفونت از عوارض خیلی نادر آن است. سردرد در صورتی که از سوزن های نازک شماره ۲۷ یا ۲۹ استفاده شود در ۱-۳٪ موارد روی داده و خفیف و گذرا می باشد. در استفاده از سوزن های نازک مختصری تاخیر در شروع بی دردی وجود خواهد داشت اما به جای آن احتمال عوارضی مثل سردرد و احتیاس ادراری کمتر خواهد بود. خارش شایعترین عارضه بوده و به دلیل داروی تزریق شده (فنتانیل) می باشد.

بی دردی اپیدورال:

به محیط گرداگرد دورا «فضای اپیدورال» گفته می شود. فضای اپیدورال وسیع و پر عروق می باشد و لایه ی داخلی آن آراکنوئید است.

معمولاً اولین دوز بولوس به مقدار ۱.۵ سی سی به مدت ۴۵-۳۰ دقیقه بی دردی کافی می دهد و دوزهای بعدی براساس نیاز و درخواست بیمار خواهد بود. در تمام طول زایمان باید پمپ تزریق مرتب بررسی شود تا overdose ایجاد نشود.

Plavix (clopidogrel)

مهار کننده پلاکتی

Tab: 75 mg

گروه مصرف در حاملگی: B

کلوپیدوگروول با مهار مستقیم اتصال ADP به رسیپتورش و مهار فعالیت کمپلکس گلیکوپروتئین GP 11b/11a توده پلاکتی را مهار می کند و جهت جلوگیری از انفارکتوس میوکارد، سکته مغزی و مرگ عروقی در بیماران مبتلا به آترواسکلروز به کار می رود همچنین از بروز مجدد بیماریهای قلبی، مغزی و نیز انسداد مجدد عروق پس از عمل آنژیوپلاستی جلوگیری می نماید.

دوز پیشنهادی روزانه ۷۵ mg یکبار در روز می باشد. جهت بیماران با آئزین پایدار ۷۵ mg یکبار در روز که می تواند با آسپرین همراه باشد و برای بیماران با آئزین ناپایدار دوز ابتدایی، تک دوز ۳۰۰ mg تجویز می شود و سپس با دوز ۷۵ mg روزانه ادامه می یابد که برای بهبودی این بیماران آسپرین همزمان تجویز می گردد. همچنین می توان هپارین نیز توصیه نمود.

مصرف این دارو با NSAID باعث افزایش خونریزی سیستم گاستریک می شود و مصرف همزمان با وارفارین ریسک خونریزی را افزایش می دهد. در تجویز توأم با فنی توئین، تاموکسیفن، تولبوتامید، فوروزماید و فلوواستاتین، افزایش سمیت این داروها مشاهده می شود و باید تعدیل دوز صورت گیرد.

عوارض جانبی این دارو شامل هموراژی، اختلال سیستم عصبی اتونوم، کاردیواسکولار، سیستم عصبی مرکزی و محیطی، سیستم گاستریک، اختلال ریتم و سرعت قلب، اختلال کبدی، سیستم عضلانی اسکلتی، اختلال پلاکت و خونریزی و لخته شدن خون، اختلال روانی، اختلال سلول قرمز خون، اختلال سیستم ریوی، پوست، سیستم کلیوی و بینائی می باشند.

لازم به ذکر است به ندرت به دنبال مصرف پلاویکس بعد از مدت کوتاهی (کمتر از ۲ هفته) ممکن است TTP رخ دهد که می تواند کشنده باشد و نیاز به درمان فوری و تعویض پلاسما دارد. TTP با علائم اولیه ترومبوسیتوپنی، آنمی همولیتیک، مشکلات عصبی، اختلال کارکرد کلیه و تب بروز می کند.

کلوپیدوگروول در موارد حساسیت مفرط به دارو، هموراژی داخل جمجمه ای و پپتیک اولسیر منع مصرف دارد و در

موارد تروما، هپاتوتوکسیسیته، نارسائی کلیوی و توام درمانی با آسپرین باید احتیاط نمود.

به علت ترشح دارو در شیر، پیشنهاد می شود در زمان شیردهی مصرف نشود.

Zafirlukast

آنتاگونیست گیرنده لکوترین

ضد التهاب

Tab: 10,20 mg

گروه مصرف در حاملگی: B

زفیرلوکاست یک پپتید سنتتیک است که به عنوان آنتاگونیست گیرنده لکوترین عمل می کند و منجر به کاهش التهاب راههای هوایی و تنفس بهتر می شود. این دارو جهت پروفیلاکسی و درمان آسم مزمن در بالغین و اطفال بالای ۵ سال پیشنهاد می گردد. به علت دارا بودن اثر آهسته که با بلوک فعالیت لکوترین های طبیعی که در آسم نقش دارند نمایان می شود، نباید در حملات آسم استفاده گردد. جذب خوراکی دارو سریع و ۳ ساعت بعد از مصرف حداکثر غلظت پلاسمائی آن ظاهر می شود.

دوز پیشنهادی برای بالغین و اطفال بالای ۱۲ سال mg ۲۰، دو بار در روز و جهت اطفال ۱۱-۵ سال mg ۱۰، دو

بار در روز می باشد که بهتر است ۱ ساعت یا ۲ ساعت بعد از غذا مصرف گردد. در بیماران مسن (بالای ۶۵ سال) به دلیل کاهش کلیرانس در این بیماران بهتر است تعدیل دوز

صورت گیرد (کاهش دوز). مصرف این دارو با وارفارین باعث افزایش PT شده که پیشنهاد می گردد در مصرف همزمان PT چک شود. چنانچه دارو با اریتروماکسین

مصرف گردد کاهش سطح پلاسمائی زفیرلوکاست رخ داده و مصرف همزمان با آسپرین منجر به افزایش سطح پلاسمائی آن می گردد. در مصرف زفیرلوکاست با توفیلین

به دلیل کاهش اثر بخشی زفیرلوکاست و افزایش غلظت توفیلین، باید تعدیل دوز صورت پذیرد.

عوارض جانبی این دارو شامل عوارض قلبی و عروقی، گوارشی، کبدی، نورولوژی و تنفسی می باشد.

در موارد هپاتوتوکسیسیته، برونکواسپاسم و مصرف همزمان با وارفارین باید احتیاط نمود.

به علت ترشح دارو در شیر، پیشنهاد می شود در زمان شیردهی مصرف نشود.





۱۰ باور غلط درباره سرماخوردگی

آفتقد در زمستان و پائیز و گاهی حتی بقیه سال! سرما خورده ایم و خانه نشین شده ایم که حالا دیگر هر کدام از ما، ذخیره ای از تجربیات ریز و درشت درباره عطسه، سرفه، گلودرد، آب ریزش بینی، کسالت، بی حالی و سرماخوردگی داریم و به محض دیدن کوچک ترین علائمی از طرف مقابل، یکی از این تجربیات را که به بهای کوهی از دستمال کاغذی های مجاله شده و روزهای کسالت بار خانه نشینی به دست آورده ایم، رومی کنیم تا دوست و همشیمان مبتلا نشود، یا اگر مبتلاست، زودتر خوب شود.

اما واقعیت این است که این دستگاه تنفس عریض و طویل ما، که از اول پاییز خودش را برای میزبانی انواع و اقسام آلودگی ها، ویروس ها و باکتری ها و قارچ ها آماده می کند، گاهی از این درمان ها و توصیه ها چندان فایده ای نمی برد، یا برخی از این توصیه ها با تمام شدن طول دوره بیماری همزمان می شود و ما گمان می کنیم که توصیه مناسب و کارآمدی بوده است.

۱. از خانه بیرون نرو، هوا سرده، سرما می خوری

این جمله و مشابهاش را در این فصل زیاد می شنویم، به خصوص از زبان آنهایی که کمی پایه سن گذاشته اند و کمی هم دلسوز ما هستند. البته هوای سرد می تواند تا اندازه ای سیستم ایمنی را ضعیف کند، ولی چندان هم زیاد نیست. نکته اینجاست که عامل سرماخوردگی چند نوع ویروس است، نه هوای سرد! و اتفاقاً محیط های بسته بیشتر باعث انتشار ویروس ها بین افراد می شوند تا هوای بیرون.

۲. عطسه می کنم! آنفلوآنزا گرفته ام!

به خصوص از وقتی که کلمه اپیدمی آنفلوآنزا و آنفلوآنزای پرندگان را زیاد می شنویم و ترس داریم که نکنند آنفلوآنزا بگیریم، انگار بیشتر مبتلا به آنفلوآنزا می شویم! حالا دیگر از نظر ما یک عطسه کردن، معادل آنفلوآنزاست. عامل بیماری آنفلوآنزا، یک نوع ویروس است که طبیعتاً نامش آنفلوآنزاست. در حالی که صدها نوع ویروس می توانند انواع و اقسام سرماخوردگی را ایجاد کنند. شاید عطسه، آب ریزش بینی و چشم، بی حالی و کسالت سرماخوردگی خیلی بیشتر توجه و ترحم ما را جلب کند، اما در آنفلوآنزا به جای این مشکلات، علائم ناراحت کننده ای مثل سردرد و درد شدید عضلات و مفاصل را داریم و فرق دو بیماری هم در همین هاست. علاوه بر این شروع آنفلوآنزا ناگهانی و بی مقدمه است و آدم را غافلگیر می کند، در حالی که سرماخوردگی آرام آرام تشدید می شود و بعد هم فروکش می کند.

۳. سرما خورده ام، فقط سوپ جوجه خوب می کند

در مورد سوپ جوجه و تأثیر آن بر سرماخوردگی حرف و حدیث های زیادی بین اصحاب علم پزشکی مطرح است، حتی در مورد اینکه اگر جوجه مرغ باشد یا خروس، چه تأثیری بر سرماخوردگی دارد هم تحقیقاتی انجام شده است! ماحصل بحث این است که سوپ جوجه از دو طریق به کم کردن علائم سرماخوردگی کمک می کند: اول متوقف کردن حرکت سلولهای التهابی (به نام نوتروفیل ها) به طرف مجاری تنفسی و دوم سرعت دادن به حرکت مخاط ترشح شده ی اضافی به طرف خارج، که این دو کار باعث کم کردن التهاب و احتقان مجرای تنفسی می شود.

اما نکته در اینجاست که انواع دیگر سوپ ها و آش ها، به دلیل آن که حجم اصلی آنها را مایع تشکیل می دهد، آن هم مایعی گرم و مطبوع، می توانند چنین اثری داشته باشند. این نوع غذاها که هم حاوی سبزیجات لازم و هم محتوای پروتئینی مناسب هستند، همه جوره و البته خیلی ملایم و خوشایند، به بدن کمک می کنند که التهاب و ویروس را از خود دور کند.

۴. نه، چیزی نمی خورم، آخه سرما خورده ام!

ابتلا به سرماخوردگی، دلیلی بر نخوردن غذا نیست و هیچ سرماخوردگی ای با کم خوردن غذا بهبود نمی یابد. بلکه بهتر است از مصرف غذاهای چرب، دارای ادویه تند و سرخ شده در این مدت پرهیز کنیم و مایعات بیشتری از جمله آب میوه های طبیعی، شیر، چای کم رنگ و آب بنوشیم، اما هیچ نیازی به پرهیز کامل از غذا نیست، زیرا این کار باعث می شود دفاع بدن

در مقابل عوامل بیماری زا کمتر شود.

۵. سرما خورده ام، تا یک پنی سیلین نزنم خوب نمی شم.

عامل سرماخوردگی همانطور که گفتیم، ویروس است و ویروس ها هیچ کدام به داروهایی که تحت عنوان آنتی بیوتیک می شناسیم، مثل پنی سیلین، آموکسی سیلین، آمپی سیلین، کوآموکسی کلاو و... هیچ پاسخی نمی دهند. این داروها اختصاصاً ضد باکتری هستند، آن هم انواع خاصی از باکتری ها.

مصرف خودسرانه و بی رویه این آنتی بیوتیک ها، نه تنها کمکی به درمان سرماخوردگی و آنفلوآنزا نمی کند، بلکه با اثر منفی هم دارد و آن این است که باعث می شود باکتری ها به این داروها عادت کرده و در نتیجه راه هایی را برای مقاومت در برابر آنها پیدا کنند.

۶. شکمم سرماخورده، دائم دارم بالا می آورم

البته اعتقاد به این باور که سرماخوردگی شکمی هم نوعی سرماخوردگی رایج است، چندان مضر و خطرناک نیست. اما بهتر است بدانیم به ندرت می توان سرماخوردگی را یافت که تنها علامت شاخصه آن تهوع، استفراغ و اسهال باشد. عامل ایجاد این علائم بیشتر سمومیت های غذایی و انواع دیگری از ویروس ها هستند. راه پیشگیری از این بیماری، شستشوی مرتب دست ها و نخوردن غذای مانده و غیر بهداشتی است. البته باید گفت یک سوم از ویروس های سرماخوردگی می توانند علاوه بر ایجاد علائم تنفسی، باعث درجانی از اسهال، تهوع و استفراغ، یعنی علائم گوارشی هم شوند.

۷. واکسن آنفلوآنزا نمی زنم، چون ممکنه مریض بشم

اول فصل پاییز، زمان تزریق واکسن آنفلوآنزا است. کودکان، سالمندان، دیابتی ها، آنها که پیوند شده اند، دیالیزی ها، آنها که هر بیماری مزمن دارند، یا به ویروس ایدز مبتلا هستند، یا به هر دلیلی دستگاه ایمنی ضعیفی دارند، از جمله کسانی هستند که باید این واکسن را بزنند.

واکسن آنفلوآنزا عوارض جانبی ناچیزی دارد، ولی آنچه که مسلم است به هیچ عنوان باعث ابتلا به آنفلوآنزا و هیچ بیماری دیگری نمی شود.

ویروس موجود در این واکسن، یک ویروس غیر فعال است که باعث می شود سیستم ایمنی بدن او را بشناسد و به حال آماده باش علیه آن در بیاید، ولی نمی تواند بیماری ایجاد کند.

۸. سرما خورده ام، فقط باید تو خونه بخوابم تا خوب بشم
اشتباه نشود، کار زیاد، انواع استرس، آلودگی هوا، کم خوابی و همه موارد مشابه آن می تواند سیستم ایمنی را تحت فشار بگذارد و اجازه ندهد کارش را درست انجام دهد، بنابراین می توان گفت که این حق شماست که حداقل در یکی دو روز اول بیمارانتان کمتر کار کنید و بیشتر استراحت کنید.

اما همه درمان این نیست، گر چه هیچ کدام از بیماری های ویروسی درمان قطعی ندارند. ولی داروهای آنتی ویروس خاصی هستند که می توانند تا حد زیادی تکثیر ویروس ها را کنترل کنند. البته یادتان باشد که شروع مصرف این داروها در دو روز اول بعد از شروع بیماری تأثیر دارد و بعد از آن دیگر بی فایده است.

۹. روزی یک قرص ویتامین C می خورم تا سرما نخورم

اگر به بالای سرماخوردگی دچار گشتید، قرص ویتامین C از دو راه به شما کمک می کند: در دوزهای پایین می تواند طول دوره بیماری را کم کند و در دوزهای بالا علائم را تخفیف بدهد. اما متأسفانه خوردن قرص ویتامین C نمی تواند شما را در برابر ابتلا به سرماخوردگی مصون کند. ضمن اینکه زیاد خوردن این قرص هم مثل هر داروی دیگری می تواند عوارضی مثل استفراغ و اسهال داشته باشد.

اگر به اندازه کافی فلفل سبز، مرکبات و میوه های تازه مصرف کنید، سیستم ایمنی قوی تر و آماده تری خواهید داشت.

۱۰. برای پیشگیری از سرماخوردگی فقط کافیه نزدیک آدم سرماخورده نروم

البته دوری از قطرات تنفسی بیمار (در عطسه و سرفه) راه مؤثر و خوبی برای پیشگیری از سرماخوردگی است، اما فراموش نکنید این قطرات ممکن است روی دست بیمار هم وجود داشته باشند. آن وقت هر جا که او دستش را بگذارد، اعم از دستگیره در، گوشی تلفن، صفحه کلید کامپیوتر و نوشت افزارها می تواند آنها را ویروسی کند و هنگامی که شما دستانتان را به آنها بزنید، دست شما هم منبع ویروس می شود.

پس یادتان باشد با آب و صابون روزی چند بار دستانتان را بشویید. دست آلوده را به دهان و چشمتان نزنید. صفحه کلید کامپیوتر و میز کارتان را هم می توانید با محلول های الکلی رقیق هر روز پاک کنید.



آسم و بیهوشی

دکتر اعظم قلندری
متخصص بیهوشی

مقدمه

آسم بیماری شایعی است با انسداد قابل برگشت راههای هوایی، که به علت انقباض عضلات صاف راههای هوایی ایجاد می گردد.

التهاب دیواره برونشیا علت اولیه آسم است که نتیجه آن ترشحات موکوسی، تخریب اپی تلیال و افزایش یا گرفتگی راههای هوایی می باشد. علائم شایع آسم عبارتند از: کوتاهی نفس، ویزینگ، سرفه و خلط.

عواملی چون فعالیت و آلرژی می تواند باعث تشدید علائم شوند. همچنین در مواردی که بیماری به خوبی کنترل نشده، علائم در شب بدتر می شود.

ملاحظات کلی

اغلب بیماران آسماتیک که به خوبی تحت درمان و کنترل هستند قادر به تحمل عمل جراحی و بیهوشی می باشند و احتمال حمله برونکواسپاسم در مرحله قبل از عمل در اعمال جراحی روتین کمتر از ۲ درصد است.

عواملی چون سن بالای ۵۰ سال، اعمال جراحی بزرگ و آسم کنترل نشده، می توانند باعث تشدید عوارض احتمالی شوند. اعمال جراحی انتخابی باید تا کنترل بیماری آسم به تعویق بیفتند.

ارزیابی قبل از عمل

- بررسی بیمار از لحاظ تحمل فعالیت (میزان تنگی نفس در زمان بالا رفتن از پله، راه رفتن روی زمین صاف یا هنگام تعویض لباس).

- بررسی بیمار از لحاظ آلرژی یا حساسیت دارویی بخصوص اثر آسپرین یا دیگر داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی بر روی آسم (احتمال وقوع آسم در اثر این داروها در بالغین ۲۱ درصد و در کودکان ۵ درصد است).

- معاینات بالینی در بیماران آسماتیک که به خوبی درمان شده اند معمولاً نرمال است ولی گاهی در نتیجه با زدم های طولانی قفسه سینه این بیماران hyperinflated می باشد.

- بیماران با آسم خفیف معمولاً نیاز به دارو درمانی اضافی در مرحله قبل از عمل ندارند ولی در بیماران با آسم سمپتوماتیک می بایست دارو درمانی اضافی و استفاده از استروئیدهای سیستمیک مدنظر قرار گیرد.

- عفونت های ویرال می توانند باعث تشدید بیماری شوند، پس بهتر است در چنین شرایطی عمل جراحی به تعویق افتد.

در ضمن داروهای بیمار بایستی تا مرحله قبل از عمل ادامه یابد و در بیمارانی که بیشتر از ۱۰ میلی گرم پردنیزولون روزانه مصرف می کنند بایستی استروئیدهای سیستمیک را در نظر گرفت.

القاء بیهوشی

جهت انجام اعمال بزرگ شکمی یا توراسیک فیزیوتراپی تنفسی در مرحله قبل از عمل شروع شود.

در بیماران مضطرب می توان از سالبوتامول به عنوان پریمد استفاده کرد (۲/۵ میلی گرم با نبولایزر یا دو پاف نیم ساعت قبل از عمل جراحی).

از تجویز داروهای آزاد کننده هیستامین مانند مورفین، دتوبوکورابین، اتراکوریوم و میواکوریوم باید اجتناب نمود. انتوباسیون می تواند سبب برونکواسپاسم شود پس بایستی عمق بیهوشی کافی باشد. استفاده از لوکال آنستتیک ها

برای بیحسی طناب های صوتی در پیشگیری از این امر مؤثر است.

در مواردی که بیماری آسم به خوبی کنترل نشده استفاده از رژیمونال آنستزی در جراحی های پرفیوآل ارجح است.

بیماران مبتلا به آسم شدید که تحت اعمال جراحی بزرگ توراکیس یا شکمی قرار می گیرند بعد از عمل باید به ICU منتقل شوند.

اکستوباسیون و ریکاوری باید در حالت نشسته و همراه با استنشاق اکسیژن باشد.

نیاز این بیماران به داروهای ضد درد در مرحله بعد از عمل مشابه افراد نرمال است و معمولاً ریسک دپرسیون تنفسی ناشی از مخدرها بیشتر از افراد نرمال نیست.

در ضمن بایستی به خاطر داشت که در بعضی از بیماران



حساس به داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی، این داروها می توانند سبب برونکواسپاسم شوند.

-Drug considered safe for asthmatics

- * Induction: Propofol, etomidate, ketamine, midazolam
- * Opioids: Pethidine, fentanyl, alfentanil
- * Muscle relaxants: vecuronium, suxamethonium, rocuronium, pancuronium
- * Volatile agents: Halothane, isoflurane, enflurane, sevoflurane, ether

درمان برونکواسپاسم در خارج از اتاق عمل

باید تهیه بیمار با جریان بالای اکسیژن آغاز گردیده، خط وریدی گرفته شده و با توجه به تسهیلات موجود سعی شود:

- سالبوتامول به صورت نبولایز با دوز ۵ میلی گرم تجویز شده و در صورت نیاز با دوز ۱۰-۵ میلی گرم در ساعت ادامه یابد. روش جایگزین استفاده از دوز استنشاقی ترجیحاً با spacer می باشد که با ۵ تا ۱۰ پاف شروع می شود.

- نبولایز Ipratropium bromide نیم میلی گرم هر ۴-۶ ساعت.

- در صورت عدم پاسخ تجویز سالبوتامول وریدی ۲۵۰ میکروگرم بولوس سپس ۲۰-۵ میکروگرم در دقیقه.

- هیدروکورتیزون ۱۰۰ میلی گرم وریدی هر ۶ ساعت یا

پردنیزولون خوراکی ۵۰-۴۰ میلی گرم در روز. - منیزیم ۲ گرم وریدی در عرض ۲۰ دقیقه.

- آمینوفیلین وریدی با دوز ۵ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بیمار شروع و در صورت نیاز به صورت انفوزیون ادامه یابد.

- در مراحل بحرانی (کاهش سطح هوشیاری یا خستگی شدید) آدرنالین ممکن است به صورت زیر مورد استفاده قرار گیرد:

به صورت نبولایز ۵ میلی لیتر از آدرنالین ۱ در ۱۰۰۰ و یا به صورت وریدی ۱۰ میکروگرم (۰.۱ سی سی از آدرنالین ۱ در ۱۰۰۰۰) تا ۱۰۰ میکروگرم (۱ سی سی از آدرنالین ۱ در ۱۰۰۰۰) با توجه به واکنش بیمار.

از آریتمی در حضور هیپوکسی و هیپرکاپنه برحذر باشید. اگر خط وریدی در دسترس نبود تجویز زیرجلدی یا داخل عضلانی نیم تا یک میلی گرم ممکن است مفید باشد، اگر چه جذب آن به واسطه پرفوزیون ضعیف ممکن است قابل پیش بینی نباشد.

برونکواسپاسم شدید در طی بیهوشی

اکثر داروهای هوشبری استنشاقی و همچنین کتامین، برونکودیلاتور هستند. برونکواسپاسم اغلب در طی انتوباسیون رخ می دهد که در چنین مواردی باید:

- تمام داروهای بیهوشی که سبب تشدید برونکواسپاسم شده اند را متوقف نمود و از اکسیژن صد درصد استفاده کرد و عمل تهیه بیمار را با هالوتان، ایزوفلوران، سوپفلوران، اتر یا داروهای هوشبر وریدی دنبال نمود.

- از آنجا که برای عمل دمیدن نیاز به فشار بالا می باشد و در ضمن با زدم بیمار هم به علت مقاومت راههای هوایی دچار مشکل است ممکن است آلوتول ها دچار انقباض بیش از حد شده (overdistension) و منجر به «autopeep» گردد. فشار بیش از حد می تواند سبب پاروتروما، پنو مورتوراکس و یا حتی فشار بر روی مדיاستن و کاهش برگشت وریدی و کاهش برون ده قلبی شود.

برای جلوگیری از این امر باید تعداد تنفس را کاهش داد (۸-۶ بار در دقیقه) تا زمان کافی برای با زدم باقی بماند. - استفاده از سالبوتامول (۸-۶ پاف) از طریق آداپتور مخصوص.

- استفاده از داروهای وریدی که قبلاً ذکر گردید. - حذف هالوتان در صورت نیاز به استفاده از آدرنالین، که در اینجا کتامین وریدی جهت ادامه بیهوشی مناسب است.

مراقبت های بعد از عمل

مطمئن شوید که داروهای معمول بیمار با دوز مناسب تجویز شود.

- تخفیف درد به خصوص در اعمال جراحی بزرگ اهمیت دارد. استفاده از مخدرها شایع ترین روش است و پتیدین داروی مناسبی می باشد. استفاده از آنستزی بهترین انتخاب است ولی باید از بلوک وسیع اعصاب بین دنده ای اجتناب ورزید. در ضمن مصرف مخدرها و یا آنستزی اپیدورال باید همراه با اکسیژن تزایی باشد.

- تجویز برونکودیلاتورها از طریق نبولایزر. - تنظیم مجدد دوز روزانه استروئیدها.

- در صورت افزایش دیس پنه و ویزینگ در مرحله بعد از عمل بایستی عوارض احتمالی دیگری چون نارسایی بطن چپ، آمبولی پولمونر و همچنین اور لود مایع را مدنظر داشت.



آب مروارید

در آب مروارید خفیف، اختلال بینایی شاید بسیار ناچیز باشد، اما با افزایش میزان آب مروارید، بینایی به تدریج بدتر می شود. بعضی از مبتلایان همزمان با کاهش دید دور احساس می کنند که دید نزدیک آنها بهتر شده اما این تغییر، موقتی است و با افزایش میزان آب مروارید، دید دور نزدیک، هر دو بدتر خواهد شد.

تشخیص آب مروارید

تشخیص آب مروارید با مشاهده عدسی کدر شده توسط چشم پزشک متخصص می باشد. برای تشخیص صحیح، معایناتی که توسط چشم پزشک انجام می شود شامل موارد زیر می باشد:

- اندازه گیری قدرت بینایی
- گشاد کردن مردمک که با مصرف قطره های چشمی صورت می گیرد و به چشم پزشک اجازه می دهد تا تمام قسمتهای عدسی و شبکیه را کاملاً معاینه کند.
- تونومتري: با این معاینه فشار چشم اندازه گیری می شود. افزایش فشار ممکن است علامت گلوکوم (آب سیاه) باشد

همچنین چشم پزشک ممکن است معاینات دیگری برای بررسی سلامت سایر اجزاء چشم نیز انجام دهد.

درمان آب مروارید

در مراحل اولیه بعضی از انواع آب مروارید، وضعیت بینایی با استفاده از عینک ممکن است به طور موقت بهتر شود. دارو، قطره، ورزش یا عینک مانع بروز یا بهبود آب مروارید نمی شوند و هنوز جراحی تنها راه درمان است که شامل خارج کردن عدسی کدر شده و جایگزینی آن با عدسی مصنوعی است. زمان عمل با توجه به نیاز و شرایط هر فرد متفاوت است. در افراد مسن که نیاز چندانی به دید کامل ندارند ممکن است دیر تر نیاز به انجام عمل جراحی باشد، به هر حال شما با کمک چشم پزشک در این زمینه تصمیم خواهید گرفت.

آب مروارید زمانی نیاز به جراحی دارد که اختلال بینایی، انجام فعالیت های شغلی یا روزمره مانند رانندگی، مطالعه و تماشای تلویزیون را مختل کند و نیازی به رسیدن آب مروارید نیست.

اگر هر دو چشم به آب مروارید مبتلا باشد پزشک آنها را در یک زمان جراحی نمی کند. هر چشم باید به طور جداگانه تحت عمل جراحی قرار گیرد. در صورتیکه وضعیت اورژانس نباشد بهتر است حدود ۲ هفته بین دو عمل فاصله باشد. گاهی از اوقات در بیماران مبتلا به بیماری قند جهت معاینه شبکیه و درمان ضایعات ناشی از بیماری انجام عمل آب مروارید ضروری است.



علامت آب مروارید

شایعترین علامت آب مروارید عبارتند از:

- تار شدن یا محو شدن بینایی.
- حساس شدن به روشنایی:

درخشندگی زیاد نور اتومبیل ها در شب، خیرگی و پخش نور چراغها و نور آفتاب، دیدن هاله اطراف چراغها، کاهش دید در نور شدید آفتاب

- کم رنگ شدن یا محو شدن رنگها

- دو بینی یا چند بینی (که با افزایش شدت آب مروارید وضعیت بدتر می شود).

- افزایش دید نزدیک، تغییر مداوم شماره عینک و یا لنز تماسی.

این علامت می تواند ناشی از سایر بیماری های چشمی نیز باشد، پس اگر دچار هر یک از این علامت شدید حتماً به چشم پزشک مراجعه کنید.

عدسی ساختمان شفاف و بدون رگ با قطر حدود ۹ میلی متر و ضخامت ۵ میلی متر می باشد که در قسمت جلوی کره چشم قرار گرفته و باعث تمرکز نور روی شبکیه می شود. شبکیه لایه حساس به نور در چشم می باشد که پیام های بینایی را دریافت می کند، در یک چشم طبیعی نور از عدسی عبور کرده و روی شبکیه متمرکز می شود. برای ایجاد یک تصویر دقیق، عدسی باید شفاف باشد.

عدسی از آب و پروتئین ساخته شده و شفاف می باشد تا نور بتواند از آن عبور کند، گاهی اوقات بخشی از این پروتئین ها تغییر یافته و منجر به کدورت قسمتهایی از عدسی می شوند. در نتیجه نور بخوبی به شبکیه نمی رسد و اختلال بینایی ایجاد می شود که این پدیده را آب مروارید می نامند.

در مراحل اولیه که تنها بخش کوچکی از عدسی کدر شده است، شاید آب مروارید مشکلی ایجاد نکند، اما در بیشتر مواقع این روند ادامه می یابد و بخش بزرگی از عدسی کدر می شود و بینایی را مختل می سازد. سرعت پیشرفت آب مروارید در بین افراد مختلف متفاوت است، آب مروارید ناشی از افزایش سن به تدریج در طی چند سال پیشرفت می نماید. آب مروارید در افراد جوان و افراد دیابتی ممکن است به سرعت در طی چندماه پیشرفت نماید ولی سرعت پیشرفت آب مروارید در هر فرد را نمی توان دقیقاً پیشگویی کرد.

آب مروارید از چشمی به چشم دیگر سرایت نمی کند اگر چه در افراد زیادی هر دو چشم مبتلا هست ولی همیشه سرعت پیشرفت در دو چشم یکسان نیست.

انواع مختلف آب مروارید

آب مروارید ناشی از افزایش سن

آب مروارید ناشی از افزایش سن شایعترین نوع آب مروارید است در صد زیادی از افراد به آن مبتلا می شوند و با افزایش سن شیوع آن افزایش می یابد.

آب مروارید ناشی از سایر بیماریها

این نوع آب مروارید در افرادی که بیماریهای مشخص دیگری از جمله دیابت (بیماری قند) دارند دیده می شود. گاهی بروز آب مروارید در رابطه با مصرف طولانی مدت بعضی از داروها مثل پردنیزولون می باشد.

آب مروارید ناشی از ضربه

گاهی بلافاصله پس از صدمات چشمی و گاهی سالها بعد از آن دیده می شود.

آب مروارید مادر زادی

بعضی از بچه ها با آب مروارید به دنیا می آیند یا اینکه در کودکی به آن مبتلا می شوند که معمولاً در دو چشم است.

مراقبت های پرستاری بعد از عمل جراحی هموروئید

است به علت اسپاسم رفلکسی اسفنکتر خروجی مثانه و گرفتگی عضلانی ناشی از درد و ناراحتی با مشکل مواجه باشد. پرستار قبل از انجام سونداز ادراری باید همه روشهای تشویقی دفع ادراری را انجام دهد (افزایش مصرف آب، گوش کردن به صدای ریزش آب، ریختن آب بر روی مجرای ادراری به صورت قطره قطره). پس از جراحی رکتال برون ده ادراری باید به دقت کنترل شود.

۵. کنترل و درمان عوارض: محل جراحی باید به طور مکرر از نظر خونریزی رکتال مورد توجه قرار گیرد. پرستار بیمار را از نظر شاخص های سیستمیک خونریزی بررسی می کند (تاکیکاردی، هیپوتانسیون، بی قراری و تشنگی). پس از هموروئید کنومی ممکن است وریدهای بریده شده دچار خونریزی شوند. اگر پس از جراحی، لوله در داخل اسفنکتر گذاشته شده است، باید شواهد خونریزی روی پانسمان مورد توجه قرار گیرد. اگر خونریزی واضح است، باید فشار مستقیم بر روی محل اعمال کرد و به پزشک اطلاع داد. باید از گرمای مرطوب اجتناب کرد زیرا سبب اتساع عروق و خونریزی بیشتر می گردد.

روانی بیمار را شناسایی نموده و برنامه مراقبتی را به طور انفرادی برای هر بیمار طرح ریزی می کند. پرستار خلوت بیمار را در هنگام ارائه مراقبت ها حفظ می کند و طبق تمایل بیمار ملاقاتی ها را محدود می نماید. برای جلوگیری از بویهای نامطبوع پانسمانهای کثیف فوراً از اتاق برداشته شده و در صورت بدبو بودن پانسمان تازه از بوبرهای مخصوص اتاق استفاده شود.

۳. تسکین درد: در طی ۲۴ ساعت اول پس از جراحی رکتال، اسپاسم های دردناک اسفنکتر و عضلات پرینه بوجود می آیند. کنترل درد یک اولویت است. بیمار به داشتن یک پوزیشن راحت تشویق می شود تا به کاهش درد کمک کند. همچنین از یخ و پماد مسکن نیز استفاده می شود. کمپرس گرم ممکن است با بهبود جریان خون، بافتهای تحریک شده را التیام بخشد. نشستن در لگن آب گرم ۴-۳ بار در روز، باریلاکس کردن اسپاسم اسفنکتر، درد و ناراحتی را کاهش می دهد. ۲۴ ساعت پس از جراحی استفاده از عوامل بی حس کننده موضعی ممکن است در تسکین درد و تحریک موضعی مؤثر باشد.

۴. تأمین دفع ادرار: دفع ادرار پس از جراحی ممکن

اهداف اصلی برای بیمار عبارتند از: الگوهای دفع کافی، کاهش اضطراب، تسکین درد، تأمین دفع ادرار، اجرای رژیم های درمانی و کنترل و درمان عوارض.

مداخلات پرستاری

۱. برطرف کردن یبوست: برای تأمین هیدراسیون کافی، پرستار مصرف حداقل ۲ لیتر آب در روز را تشویق نموده و برای افزایش حجم مدفوع و سهولت در عبور آن از رکتوم، غذاهای پر فیبر را توصیه می نماید. ملین های افزایشنده حجم مثل پسیلیوم و نرم کننده های مدفوع طبق دستور تجویز می شوند. به بیمار توصیه می شود که حرکات روده ای خود را منظم کند و احساس فوریت در اجابت مزاج را جدی بگیرد. تمرینات آرام سازی قبل از دفع مدفوع برای شل شدن عضلات شکم و پرینه که ممکن است دچار اسپاسم یا انقباض شده باشند مفید است. تجویز مسکن قبل از حرکات روده ای نیز مفید می باشد.

۲. کاهش اضطراب: بیمارانی که با جراحی رکتوم مواجه هستند، ممکن است به علت ناراحتی، درد و احساس خجالت، آشفته و تحریک پذیر باشند. پرستار نیازهای خاص



درباره سرطان بدانی

استفاده از پیاز و سیر در غذای روزانه خطر ابتلا به سرطان را کاهش می دهد

یک بررسی جدید نشان می دهد افرادی که غذاهايشان را با مقادير فراوانی پیاز و سیر معطر می کنند ممکن است کمتر به انواع مختلف سرطان مبتلا شوند. پژوهشگران در تحلیلی از هشت تحقیق در ایتالیا و سوئیس دریافتند بزرگسالان مسنی که بیشترین مصرف سیر و پیاز را دارند در معرض کمترین خطر ابتلا به شماری از سرطان ها از جمله سرطان های تخمدان، روده بزرگ و گلو می باشند.

خطر بروز سرطان سینه در زنان یائسه ای که رژیم غذایی گیاهی دارند کاهش می یابد

سرطان سینه در زنان یائسه ای که رژیم غذایی گیاهی غنی از مواد استروژنی مانند لیگنان دارند کاهش می یابد. استفاده از یک رژیم غذایی سالم و معقول که حاوی میزان سرشار و متنوعی از میوه ها، سبزیجات و غلات سیوسدار (که همگی غنی از لیگنان هستند) باشد، می تواند مانع از بروز سرطان سینه در زنان یائسه شود و خطر ابتلا به سرطان را تا ۱۷٪ کاهش دهد.

این در حالی است که داشتن یک رژیم غذایی سرشار از غذاهای گیاهی می تواند به عنوان فرضیه ای راهبردی ممانعتی برای ابتلا به سرطان سینه تلقی شود.

شکلات می تواند سرعت تخریب تومورهای سرطانی را شدت بخشد

شکلات می تواند سرعت تخریب تومورهای سرطانی را شدت بخشد.

نتایج یک پژوهش در مرکز پزشکی دانشگاه جورج تاون نشان می دهد نوعی ترکیب موجود در دانه های شکلات می تواند سرعت رشد تومورهای سرطانی را در انسان کاهش داده و سرعت تخریب این تومورها را شدت بخشد. محققان با بررسی آزمایشگاهی بر روی ماده شیمیائی موجود در کاکائو دریافتند این ماده می تواند در پیشگیری و حتی درمان سرطان نقش داشته باشد. این ماده شیمیائی که برگرفته از ترکیبی در دانه کاکائو است GEGCG نام دارد.

این ماده بیشترین تأثیر را بر دو نوع مختلف سرطان روده داشت، به طوری که رشد تومورها تا پنجاه درصد کاهش یافت و بیشتر سلولهای سرطانی تخریب شدند.

به سرعت رشد کرده و موجب مرگ انسان می شوند. طبق آمار سازمان جهانی بهداشت سالانه سرطان از میان ۱۰ میلیون میزبان خود ۷ میلیون را به کام مرگ می کشاند. طبق بررسی های انجام شده این سازمان ۳۵ درصد از انواع سرطان ها به علت تغذیه نادرست گزارش شده اند. بنابراین منطقی است آخرین دستاوردهای تحقیقات علمی پژوهشگران در زمینه تغذیه را که قابلیت اجرایی دارند جدی بگیریم.

مصرف کلم بروکلی در مبارزه با سرطان پروستات و جلوگیری از ابتلا به آن بسیار مؤثر است

محققان به تازگی اعلام کردند تحقیقات بلندمدت بر روی گروهی از مردان حاکی از آن است که مصرف کلم بروکلی در مبارزه با سرطان پروستات و جلوگیری از ابتلا به آن مؤثر است. براساس تحقیق گسترده ای که در دانشگاه نیویورک انجام شد هر چه بیشتر کلم بروکلی خورده شود خطر سرطان روده بزرگ و راست روده در مردان کمتر دیده می شود. همچنین کلم بروکلی با کاهش شیوع سرطان های حلق، معده، پروستات و مثانه مرتبط است.

کلروفیل موجود در کلم بروکلی به سرکوبی سلولهای جهش یافته ای که منجر به ایجاد سرطان می شود کمک می کند. همچنین کلم بروکلی حاوی مقادیر زیادی بتاکاروتن و ویتامین ث می باشد که از سرکوب کننده های معروف سرطان شمار می آیند.

نوشیدن حداقل روزی سه فنجان چای و قهوه ممکن است در جلوگیری از ابتلا به سرطان کلیه مؤثر باشد

بر پایه مطالعات انجام شده، مصرف روزی سه فنجان قهوه یا بیشتر در روز تا ۱۶٪ از بروز سرطان کلیه جلوگیری می کند. همچنین در کسانی که روزی یک لیوان چای می نوشند در مقایسه با افرادی که از مصرف این ماده غذایی پرهیز می کنند تا ۱۵٪ خطر ابتلا به سرطان کلیه کاهش می یابد.

پژوهشگران ژاپنی در جریان تحقیقات خود متوجه شدند خطر گسترش سرطان رحم در بین زنانی که روزانه دو فنجان یا بیشتر قهوه می نوشند در مقایسه با زنانی که یک یا دو فنجان قهوه در هفته می نوشند به نصف می رسد.

اگر این تیم ژاپنی بتواند این موضوع را تعیین کند که کدام یکی از ترکیبات قهوه بزرگترین نقش را در کاهش خطر ابتلا به سرطان دارد کمک بزرگی در پیشگیری از بروز سرطان و درمان این بیماری خواهد کرد.

میدانیم کوچکترین ذره حیات، سلولهای هستند که هر روزه در حال تکثیرند. سلولهای جوان جایگزین مناسبی برای سلولهای فرسوده می باشند. این تکثیر و جایگزینی در حالت طبیعی از قوانین خاص و نظارت دقیق درون سلولی پیروی می کند. در نظر بگیریم که چند میلیارد سلول در بدن ما وجود دارد و در همه آنها فرایند رشد و تجدید سلولی به طور ثابت اتفاق می افتد. فقط تعداد کمی از این سلولها توانایی تقسیم و رشد عادی خود را از دست می دهند. به چنین سلولی که به شدت رشد کرده و تکثیر آن بی رويه است سلول سرطانی می گویند.

سلولهای سرطانی در زیر میکروسکوپ اختلاف کاملاً مشخصی با سلول طبیعی دارند. این سلولها هرگز به حد تکامل نمی رسند و آن قدر بر شمارشان افزوده می شود که سلامت بدن را به خطر می اندازند چرا که سلولهای معمولی را از رشد و فعالیتهاى طبیعی خود باز می دارند. اینجاست که طب بالینی سرطان را مسئول ۲۰ درصد از تمام موارد مرگ و میر معرفی می کند و واژه سرطان در ذهن فرد مبتلا و اطرافیان مترادف با مرگ قریب الوقوع می شود.

لازم است بدانیم سلولهای سرطانی به طور منظم در بدن همه ما در تمام طول عمر وجود دارند اما فقط تعداد معدودی از ما بیمار می شویم چرا که مدام سیستم ایمنی بدن به طور طبیعی از بدن در برابر چنین سلولهای هرج و مرج طلب دفاع می کند و زمانی این سلولها تولید سرطان می کنند که سیستم ایمنی بدن درست کار نکند.

از پیشبرد فرایند سرطان عوامل مختلفی دخیل می باشند در جمله:

- عوامل ژنتیکی که فرد را برای میزبانی سرطان مستعد می کند.
- عوامل ایمنولوژیکی که مکانیسم ایمنی طبیعی بدن را مختل می کند.
- ویروسهای الفاککننده که قابلیت تغییر دادن شکل سلول را دارند.
- عوامل سرطان زای فیزیکی همچون پرتوهای یونیزه کننده که خطر سرطان را افزایش می دهند.
- عوامل سرطان زای شیمیائی که بیشتر استفاده از توتون و رژیم غذایی نادرست را شامل می شود.
- تاکنون بیش از ۱۰۰ نوع سرطان شناسایی شده است که هر کدامشان علل مخصوص دارند و نحوه پیشگیری، علائم بروز و چگونگی درمان آنها متفاوت است.
- از میان انواع سرطان ها بعضی قابل کنترل هستند و دسته ای نیز



چه کنیم موهایمان دیرتر سفید شود؟

موها فقط در آسیاب سفید نمی شوند، گذر زمان هم آنها را سفید می کند. در حقیقت سفید شدن موها یکی از آشکارترین نشانه های بالا رفتن سن است؛ اما همیشه سفید شدن مو به علت بالا رفتن سن نیست، بسیاری از شرایط دیگر نیز موها را سفید میکنند.

در پایینترین لایه پوست و در محل پایه و تکیه تار مو، سلولهایی به نام ملانوسیت قرار دارند که دائماً ترکیبی با نام ملانین را تولید میکنند و همین ملانین است که رنگ موها را ایجاد میکند.

وقتی ملانوسیتها کاملاً فاقد رنگدانه شوند، مو سفید میشود و اگر تعداد ملانین یک تار مو کمتر از حالت عادی شود، آن مو خاکستری و نقره ای می شود. ملانوسیت هر ۱۰ سال حدود ۱۰ درصد از میزان و توان تولید رنگ خود را از دست میدهد. اگر چه چگونگی از دست دادن این رنگدانه ها دقیقاً مشخص نیست اما آنچه مشخص است، این است که در نخستین مراحل خاکستری شدن مو، ملانوسیت هنوز وجود دارد؛ اما غیرفعال است.

میانگین سنی سفید شدن مو در سفیدپوستان ۳۴ سال و در سیاه پوستان ۴۲ سال است. اگر موی یک فرد سفیدپوست زودتر از ۲۰ سالگی و سیاهپوست زودتر از ۳۰ سالگی سفید شود، به آن سفید شدن زودرس مو میگویند.

موی بدن و صورت هم مثل موی سر خاکستری میشود؛ اما معمولاً این اتفاق بعد از تغییر رنگ موی سر به وجود می آید. سفید شدن موی سر معمولاً از شقیقه ها آغاز میشود و بعد از آن نوبت به تاج سر و بقیه نقاط پستی سر میرسد.

در سفیدی موها، نقش عوامل ارثی را نباید فراموش کرد. سفیدی زود هنگام موی سر ممکن است به علت ژنی باشد که از والدینمان به ارث برده ایم؛ اما علل قابل درمانی نیز برای آن وجود دارد.

تغذیه و رنگ مو

تحقیقات نشان داده کمبود فلزاتی مانند آهن، روی، منگنز، تیتانیوم، تنگستن و مس از عوامل اصلی در سفید شدن موها هستند، البته این مساله علاج هم دارد. کارشناسان تغذیه معتقدند؛ افرادی که دچار سفیدی مو هستند، باید میوه هایی همچون سیب، گلابی، هلو و همه میوه هایی که حاوی مقادیری از املاح گوناگون خصوصاً فلز منگنز هستند و نیز مصرف سبزیجاتی همچون سیر، پیاز، موسیر و تره که دارای منگنز هستند را در برنامه غذایی خود بگنجانند.

نخودفرنگی، قارچ، آجیل، لوبیا، عدس، گوجه فرنگی، موز، آلو، سویا و سیب زمینی از جمله غذاهایی هستند که مقدار قابل توجهی مس دارند و میتوانند بر پوست و مو تأثیر بگذارند و حتی از سفید شدن مو هم جلوگیری کنند.

خوردن جوشانده سیبوس گندم، سنبلالطیب (سنبلالطیب دارای منگنز زیاد است)، مخلوط پودر سیبوس برنج و شکر یا نبات ساییده شده و نان جو هم در حفظ رنگ مو و کاهش موهای سفید موثر است.

بیماری و موی سفید

بسیاری از بیماریها میتوانند روند سفید شدن موها را تسریع کند. کمبود ویتامینهای ب بخصوص اسید پانتوتنیک و ویتامین B۱۲ یکی از این موارد است. بیماری تیروئید، بیماریهای سیستم ایمنی، کمخونی، رژیمهای سخت و طولانی مدت، بیماریها و افزایش گلبولهای سفید خون نیز باعث سفیدی زود هنگام و بیش از حد موها میشود.

سیگار و مو

سیگار کشیدن نیز موها را سفید می کند. تحقیقات نشان داده، سرعت سفید شدن مو در سیگاریها، ۴ برابر افراد غیرسیگاری است. شاید علت این امر، کاهش رسیدن اکسیژن به ریشه موها باشد.

انواع پوست

به طور کلی پوست افراد مختلف بر اساس چربی و ترشحات آن به چهار نوع تقسیم می شود:

۱- پوست معمولی:

پوستی است که ترشحات چربی آن در حدمتعادل بوده و دچار خشکی یا چربی بیش از اندازه نیست. اکثر افراد دارای چنین پوستی هستند. این نوع پوست هنگام لمس بسیار باطراوت و تازه است.

۲- پوست چرب:

در پوست بدن یک فرد بالغ، حدود دو میلیون غده چربی وجود دارد که بیشتر آنها در پوست صورت، سر، سینه، پشت، دست و پا پراکنده هستند. ولی کف دست و پا فاقد غده چربی است.

خستگی و کار زیاد، کشیدن سیگار، مصرف الکل، مصرف مواد آرایشی غیر استاندارد یا مصرف بی رویه و زیاد این مواد، استفاده خود سرانه و نا بجای برخی داروها موجب آسیب پوست و بروز چروک و پیری زودرس پوست می شود.

چربی پوست دو عمل انجام می دهد:

۱) دفع برخی مواد زاید
 ۲) محافظت از پوست در برابر سرما، رطوبت و مواد خارجی از جمله مواد آرایشی، میکروکوب ها و نور آفتاب. اگر ترشح چربی پوست بیش از حد طبیعی باشد، پوست فرد همیشه چرب و براق است. حداکثر چربی پوست در سنین شانزده تا پنجاه سالگی است.

۳- پوست خشک:

این پوست به علت کمبود ترشح چربی و آب، خشک، زبر و نسبتاً خشن است و نرمی و لطافت لازم را ندارد و تدریجاً به

چگونه دستهایی زیبا داشته باشیم؟

همیشه در مراقبت از پوست، بلافاصله به یاد مراقبت از پوست صورت می افتد اما هرگز نباید فراموش کنید که مراقبت از پوست دستها نیز بسیار مهم است.

داشتن دستهایی لطیف و زیبا در افزودن زیبایی شما امری مهم به شمار میرود.

لذا با رعایت موارد ذیل میتوانید بیش از پیش مراقب دستهای خود باشید:

۱. زمانی که مشغول انجام کارهای خانه می شوید دستکش پلاستیکی به دست کنید بخصوص زمان هایی که با آب و مواد شوینده شیمیایی کار می کنید. در صورت داشتن حساسیت به دستکش پلاستیکی می توانید ابتدا دستکش نخی پوشیده و بعد دستکش پلاستیکی را روی آن بپوشید.
۲. هرگز دست های خود را با آب بسیار داغ نشویید چرا که آب داغ چربی طبیعی پوست را از بین می برد.
۳. همیشه با استفاده از کرم ها و لوسیون های مرطوب کننده دستهای خود را پس از شستشو یا انجام کارهای خانه چون ظرف یا لباس شستن، مرطوب کنید. بهترین زمان استفاده از کرم های مرطوب کننده وقتی است که هنوز دستهای شما مرطوب است.
۴. در روزهای آفتابی و یا روزهای سرد سال از دستکش استفاده کنید.
۵. برای از بین بردن زگیل های دست، روی آن ها را دوبار

رنگ تیره می گراید. پوست خشک معمولاً پوسته پوسته می شود. خشکی پوست می تواند در اثر تابش آفتاب مداوم یا بادهای خشک گرمسیری باشد ولی بسیاری از افراد به طور ژنتیکی دارای پوست خشک هستند.

۴- پوست مختلط:

این نوع پوست بسیار شایع است و به این صورت است که برخی نواحی پوست بدن خشک و برخی نواحی چرب است. مثلاً ممکن است پوست گونه و پشت دست خشک و پوست پیشانی، بینی و چانه چرب باشد.

طریقه تشخیص نوع پوست

برای تشخیص نوع پوست خود کافی است یک تکه کاغذ را بر روی پیشانی، گونه ها و شانه خود بکشید و سپس به آن نگاه کنید. اگر بر روی کاغذ لکه های روغنی کم و بیش وسیعی مشاهده شود، پوست شما چرب است. اگر فقط اثر مختصری از چربی بر روی کاغذ بیفتد نشانه این است که شما دارای پوست معمولی هستید. اگر کاغذ با اصطکاک روی پوست حرکت کند و هیچگونه اثری از چربی بر روی آن نباشد، نشانه خشک بودن پوست شماست. اما اگر کاغذی که بر روی پیشانی و چانه و بینی کشیده می شود چرب، ولی کاغذی که بر روی گونه ها کشیده می شود هیچگونه چربی نداشته باشد، نشانه آن است که پوست شما از نوع مختلط است.

توجه داشته باشید

که حداقل چهار ساعت پیش از انجام این آزمایش نباید صورت خود را با آب و صابون شسته و یا از کرم و لوازم آرایش بر روی آن استفاده کرده باشید.

در روز شیره تازه درخت انجیر بمالید. (در محل جدا شدن برگ از شاخه درخت انجیر شیره ای سفید رنگ خارج می گردد که در صورت استفاده از آن بر روی زگیل های دست آنها را از بین می برد).

۶. دست های ترک خورده و خشک شده را در آب گرم شستشو داده و با وازلین یا اوسرین چرب کنید و برای تأثیر بیشتر می توانید پوششی پلاستیکی بر روی دستهای خود بکشید.

۷. در آخر اگر دستهای شما دچار هر گونه مشکل و یا بیماری گردید حتماً به پزشک مراجعه نمایید.





عوارض همودیالیز

(ادامه از شماره قبل)

احساس گرما در ناحیه فیستول یا در سراسر بدن می باشد. ایست قلبی و حتی مرگ در این بیماران ممکن است حادث شود. علائم معمولاً در چند دقیقه اول دیالیز شروع می شود، اما در تعدادی از بیماران این عوارض پس از ۳۰ دقیقه از شروع دیالیز نیز دیده می شود. درمان: اولین اقدام خاتمه دادن به دیالیز است. ستهای شریانی و وریدی باید کلامپ شده و خون موجود در سته را نباید به بیمار برگرداند. احیاء قلبی و ریوی در صورت ایست قلبی سریعاً باید انجام شود. بر اساس شدت واکنش از آنتی هیستامین، استروئید و اپی نفرین تزریقی استفاده می شود.

پیشگیری: برای تمام بیماران قبل از شروع دیالیز باید صافی را با دو لیتر سرم نرمال سالین به طور کامل و دقیق شستشو داد. در بیمارانی که سابقه واکنش نوع A را دارند نباید از صافی هائی که با اکسید اتیلن ضد عفونی شده اند استفاده کرد.

۲. واکنش های غیر اختصاصی:

این واکنش ها بسیار شایع تر از نوع A ولی خفیف تر می باشند. تظاهرات بالینی: درد قفسه سینه که ممکن است با درد پشت همراه باشد. معمولاً بلافاصله پس از شروع دیالیز علائم در بیماران پدیدار می گردد. این علائم در تعدادی از بیماران ممکن است تا یک ساعت به تأخیر افتد.

درمان: تجویز اکسیژن از راه سوند بینی و در صورت نیاز استفاده از نیترات ها می باشد.

*همولیز

تظاهرات بالینی: بصورت احساس فشار در قفسه سینه و کوتاه شدن تنفس می باشد. در مشاهده ست وریدی و دیالیز رنگ شریانی رویت شده و میزان هماتوکریت کاهش چشمگیری خواهد یافت. در صورتی که همولیز به میزان وسیع صورت گیرد باعث افزایش همیوگلوبین می شود که علائم آن ضعف عضلانی، تغییرات نوار قلب و در نهایت ایست قلبی است.

ایستولوژی: افزایش بیش از حد درجه حرارت محلول دیالیز، محلول دیالیز هیپوتونیک، تماس محلول دیالیز با موادی از قبیل فرمالدئید، بلنج، نیترا تها و کلرامین می باشد.

درمان: بلافاصله پمپ خون باید متوقف شده و ست های شریانی و وریدی کلامپ گردند. خون همولیز شده دارای یتاسیم بالائی است و نباید به بدن بیمار برگردد. این بیماران باید بستری و از نظرات تأثیرات همولیز بر سیستمهای مختلف بدن بررسی کامل شوند.

*آمبولی هوا

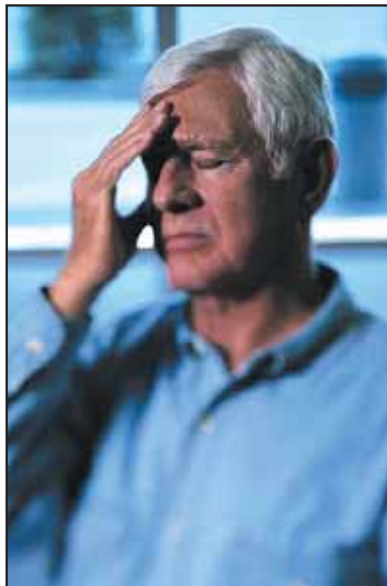
یک حادثه ناگهانی است و می تواند باعث مرگ بیمار شود. تظاهرات بالینی: تنگی نفس و درد قفسه سینه از علائم اولیه است. هوا از بستر کاپیلرهای ریه وارد بطن چپ شده و باعث آمبولی شریانی می گردد و این آمبولی به مغز یا قلب وارد شده و علائم مربوطه را ایجاد می کند.

درمان: اولین اقدام کلامپ ست وریدی و خاموش کردن پمپ خون می باشد. بلافاصله بیمار باید در وضعیت ترندلنبرگ بر روی پهلو چپ قرار گیرد. اقدام بعدی تجویز اکسیژن ۱۰۰٪ از طریق ماسک یا لوله تراشه می باشد.

*هیپوگلیسمی

متابولیسم کربوهیدرات در بیماران اورمیک غیر طبیعی است. نیمه عمر انسولین در این بیماران در مقایسه با افراد سالم ۲ برابر است، بخصوص در افراد دیابتیک تحت درمان با همودیالیز. به همین دلیل شیوع شوک انسولین در این بیماران شایع است. درمان: تجویز گلوکز هایپر تونیک.

پیشگیری: استفاده از مایع دیالیز دارای قند به میزان 200mgr/dl می باشد.



آلودگی و اغما می باشد.

ایستولوژی: یکی از علل ایجاد این عارضه افزایش ناگهانی حجم مایعات مغز است. هنگامی که سطح مواد محلول در پلاسما در حین دیالیز کاهش یابد پلاسما در مقایسه با سلولهای مغز دچار حالت هیپوتونیک شده و این مسئله باعث حرکت مایعات از داخل عروق خونی مغز به درون سلولهای مغز می شود. علت دیگر این عارضه تغییر سریع در PH مایع مغزی نخاعی است. کاهش PH مایع مغزی نخاعی باعث تشدید ادم مغز می گردد.

درمان: در فرم خفیف سندرم عدم تعادل درمان بر اساس علائم می باشد. اگر علائم خفیف سندرم تعادل در حین دیالیز به طور ناگهانی و سریع ایجاد شود، باید میزان دریافت مواد محلول و تغییرات PH پلاسما بیمار را با ایجاد تغییر در محلول دیالیز کاهش داده و هر چه سریعتر به دیالیز خاتمه داد. از تزریق کلرید سدیم هیپرتونیک و یا محلول دیالیز هیپرتونیک نیز می توان استفاده نمود. اگر تشنج و یا خواب آلودگی در حین دیالیز اتفاق افتد، دیالیز باید متوقف شده و یک راه هوایی مناسب برای بیمار برقرار شود. جهت کاهش فشارخون داخل جمجمه ای باید از مانتیول و دیازپام استفاده نمود. پیشگیری: جهت جلوگیری از بروز این سندرم باید از محلول دیالیزی که دارای سدیم کافی در حدود ۱۴۰ meq/dl و گلوکز ۲۰۰ mgr/dl باشد استفاده نمود. استفاده از صافی های کوچکتر و کاهش سرعت جریان خون و همسو کردن جهت جریان خون و مایع دیالیز از جمله اقداماتی است که می تواند باعث کاهش سرعت کلیرانس ذرات و در نتیجه کاهش بروز سندرم عدم تعادل شود.

*واکنش به دیالیز

۱- نوع A (انافیلکتیک)

۲- نوع B (غیر اختصاصی)

۱. واکنش نوع انافیلکتیک: به صورت تظاهرات ایمنی، تنگی نفس و

*گرفتگی عضلانی

ایتولوژی دقیق کرامپهای عضلانی در حین دیالیز ناشناخته است. سه فاکتور بسیار مهم در ایجاد آن دخیل می باشند: ۱- کاهش فشار خون - ۲ بیماران با وزن خشک پائین - ۳ استفاده از مایع دیالیز دارای سدیم پائین

تدابیر درمانی: ۱- کاهش میزان اولترافیلتراسیون ۲- تجویز ۲۰۰ سی سی نرمال سالین ۳- استفاده از مواد هایپر تونیک

پیشگیری: جلوگیری از کاهش فشار خون، استفاده از مایع دیالیز دارای سدیم بالا، استفاده از قرص سولفات کینین و اکازپام ۲ ساعت قبل از دیالیز.

*تهوع و استفراغ

علت آن هیپوتانسیون و شروع سندرم عدم تعادل می باشد. تدابیر درمانی: تصحیح فشار خون، کاهش سرعت جریان خون. پیشگیری: جلوگیری از کاهش فشارخون، کاهش سرعت جریان خون.

*سردرد

علل واقعی آن هنوز ناشناخته است. سردرد ممکن است یکی از نشانه های اولیه سندرم عدم تعادل باشد و یا به دلیل استفاده از محلول استات ایجاد گردد. برای درمان آن می توان از استامینوفن استفاده کرد. همچنین کم کردن سرعت جریان خون در شروع دیالیز ممکن است در جلوگیری از آن مفید باشد.

*درد سینه و پشت

دلیل واقعی آن ناشناخته است. آئمی موجود در بیماران، تاکی آریتمی و هیپوتانسیون ممکن است در ایجاد آن مؤثر باشند. درمان: تجویز اکسیژن و کاهش سرعت پمپ می باشد. در صورتیکه فشارخون بیمار مناسب باشد می توان از نیترو گلیسرین زیر زبانی استفاده کرد.

*خارش

یکی از مهمترین عوارض پوستی در بیماران اورمیک است. حدوداً ۸۰٪ این بیماران حداقل یکبار دچار این عارضه شده اند. علت دقیق آن مشخص نیست. یکی از علل مساعد کننده این عارضه سم اوره می باشد. افزایش سطح سفتر سرم دلیل دیگر است. استفاده از هپارین و همچنین گاز اکسید اتیلن که جهت استریل کردن صافی به کار گرفته شده، باعث آزاد شدن هیستامین و شروع خارش در بیماران می شود. درمان: استفاده از محلولهای چرب کننده، با جلوگیری نمودن از خشک شدن پوست، مفید می باشد. اگر علت خارش ناشی از اتیلن باشد باید ستهای شریانی و وریدی را با اشعه گاما استریل نمود. در صورتیکه سطح سفتر سرم بالا باشد استفاده از داروهای باند شونده بافسفر مثل ژل هیدروکسید آلومینیوم مؤثر است.

استفاده از هیدروکسی زین و دیفن هیدرامین نیز جهت تسکین خارش مؤثر می باشد.

*تب و لرز

در بیماران تحت درمان با دیالیز، عملکرد لنفوسیت ها و گرانولوسیت ها دارای اختلالات عمده ای می گردند. این عوامل باعث نقص ایمنی در بیماران می شود. در این بیماران عفونت های باکتریال شایع و درمان آن مشکل است. وجود عفونت باکتریال در بیماران دیالیزی با تب و لرز و ظاهر توکسیک بیمار مشخص می شود. عفونت در محل دستیابی عروقی از عفونت های بسیار شایع است. از شایعترین عفونت های ویروسی هیپاتیت B می باشد.

*سندرم عدم تعادل

سندرم عدم تعادل باعلائم و نشانه های سیستمیک و عصبی همراه با تغییرات در نوار قلب ممکن است در حین دیالیز یا بلافاصله پس از اتمام آن ایجاد گردد. علائم اولیه شامل تهوع، استفراغ، بی قراری و سردرد است. تظاهرات بسیار خطرناک شامل تشنج، خواب

پیاده روی، بهترین ورزش دوران بارداری

پیاده روی بهترین ورزش در دوران بارداری و بعد از زایمان است.

نتایج تحقیقات انجام شده نشان می دهد: فعالیت ورزشی سبک در دوران بارداری باعث تقویت عضلات شکم شده و بخش قابل قبولی از مراقبتهای پری ناتال را تشکیل میدهد که سبب زایمان آسانتر می شود.

بررسی های صورت گرفته نشان میدهد انجام فعالیتهای

ورزشی در کاهش تهوع و استفراغ حاملگی، پیشگیری از دیابت حاملگی و افسردگی بعد از زایمان بسیار مفید است.

نتایج مطالعات همچنین نشان میدهد که ورزش تأثیری بر وزن هنگام تولد نوزاد و وزن مادر در طول دوران حاملگی ندارد، البته فعالیت های سخت و قدرتی در این دوران می تواند خطراتی را در پی داشته باشد.

تسلیت

همکاران محترم:

خانم سجادی - آقای خلیل حیدری

آقای اسدزاده - آقای حمزه صباغ

خانم غلامی - خانم اعظم جعفری

خانم زهرا فلاح - خانم کفایی

مصیبت وارده را تسلیت عرض نموده ما را در غم

خود شریک بدانید.



حقیقت را بگو و کار نیک را انجام بده و فراموش کن که بخاطر خودت کن می کنی، آنچه برای انسان در جهان مهم است انجام وظیفه است.

۱۰ اشتباه بزرگ والدین



خواب کوتاه نيمروزی احتمال بروز سكته قلبی را کاهش می دهد

محققان میگویند: خواب کوتاه نیمروزی علاوه بر ایجاد احساس شادایی در فرد، احتمال مرگ و میر ناشی از سکتة قلبی و سایر بیماریهای قلبی عروقی را کاهش میدهد.

تحقیقات پژوهشگران دانشگاه هاروارد نشان میدهد؛ مرگ و میر ناشی از بیماریهای قلبی در افرادی که حدود ۲۰ تا ۳۰ دقیقه و حداقل ۳ روز در هفته هنگام بعدازظهر می خوابند، ۳۷ درصد کمتر از سایرین است.

پژوهشگران ادامه میدهند: خواب نیم روز میتواند استرس را کاهش دهد. همچنین انسانها به طور طبیعی در اوقاتی از روز نوعی تمایل بیولوژیک به خواب دارند که معمولاً بعد از ناهار تا هنگام نیم روز را شامل میشود. با این حال خوابیدن بیش از نیم ساعت در روز، باعث ایجاد خواب عمیق شده، بیدار شدن فرد را مشکل کرده و فواید آن را نیز کاهش میدهد.

مسئولیت زندگی مشترک با خانواده را به دوش بگیرد. آنها برده شما نیستند اما مطمئن باشید که در تعطیلات و مرخصی دائم هم به سر نمیرند.

۶- **عدم رفتار صحیح با همسر:** هر طور که با همسر خود رفتار کنید، به عنوان الگو برای آینده فرزندان خواهید بود؛ یعنی آنها نیز دقیقاً همینطور با همسر خود رفتار خواهند کرد. اگر به صورت غیر صحیح با همسر خود رفتار کنید و مدام در حال مشاجره باشید آنها نیز به همین سبک رفتار میکنند. بچه ها بیشتر از آنچه شما به عنوان نصیحت به آنها گوشزد میکنید، از رفتار شما پیروی میکنند. اگر با همسر خود به احترام و توام با عشق رفتار کنید، ارزش خانواده را به فرزند خود منتقل می کنید و آنها از داشتن یک پناهگاه امن در این دنیای وحشی بیشتر احساس امنیت میکنند.

۷- **داشتن توقعات غیر واقعی از فرزند:** اگر با کودک سر و کله میزنید از آنها انتظارات معقول و منطقی داشته باشید، به خصوص بچه های کوچک. اگر برای شام جایی دعوت هستید و از کودک ۲ ساله خود انتظار دارید که درست مانند یک شاهزاده کوچک رفتار کند، سخت در اشتباهید. اگر در خیال و رویای خود انتظار دارید که فرزندان یک ستاره ورزشی و یا علمی شود، در حالی که او تنها مایل به نوازندگی پیانو است، لازم است راجع به توقع خود تجدیدنظر کنید. انتظار شما از آنها باید باعث شادی آنها باشد.

۸- **ندیدن آموزش برای دفاع از خود و خواسته هایشان:** خیلی از والدین تمام نیازهای فرزندان را برآورده میکنند و به این ترتیب ارزش کار سخت و عدم وابستگی را در فرزند از بین میبرند. به این ترتیب نسلی از آدمهای بیبوی و خاصیت و به اصطلاح پهلوان پنبه ظهور خواهد کرد. بچه های امروزه انتظار دارند که همه کارها برایشان انجام شود. اینکه آنها را محکم و پرطافت تربیت کنید و از آنها بخواهید که اموراتشان را خود انجام دهند دلیل عدم دوست داشتن آنها نیست بلکه نشانه عشق واقعی است.

۹- **تحصیل کردن گرایش و تفکر خود به فرزندان:** اجازه دهید که بچه ها بجگی کنند. والدین نباید تمایلات و گرایش و نقطه نظرهای خود را به فرزندان تحمیل کنند. اینکه فرزند خود را از اشتیاقات خود آگاه کنید خوب است اما آنها را تحمیل نکنید. اجازه دهید همانطور که هستند رشد کنند؛ بدون تحمیل عقاید و خواسته های شما.

۱۰- **بی وفایی به قول و عهد:** اگر فرزندان را به خاطر نقاشی روی دیوار تهدید به تنبیه کردن میکنید، حتماً این کار را انجام دهید. متأسفانه پیروی از قولهایی که به فرزندان میدهید زندگی را کمی سخت میکند اما افزایش اعتماد به گفته شما چیزی مهمتر است. اگر شما به گفته های خود عمل نکنید، بچه ها به این نتیجه میرسند که بین قول و عمل شما تناسبی نیست و در نتیجه به شما اعتماد نخواهند کرد.

والدین همیشه دوست دارند که فرزندان خوب و با ادب داشته باشند و همه تلاش خود را برای رسیدن به این منظور انجام میدهند. ولی در بعضی مواقع راه را اشتباه انتخاب میکنند و نتیجه معکوس میگیرند.

همانقدر که رسیدگی به کودک و توجه به نیازهای او اهمیت دارد، بیش از حد اعتنا کردن و یا شاید زیاده روی در بعضی از امور بازده خوبی ندارد و درست خلاف آن چیزی میشود که شما انتظار دارید. در اینجا به نکات مهمی که باعث پیراهه رفتن در امر تربیت کودک کان میشود اشاره شده است:

۱- **لوس کردن فرزند:** همه والدین فرزندان خود را دوست دارند و تمام آنچه دارند و ندارند را برای فرزندان خود طالب هستند که به هر حال هزینه بر است. پدر و مادرهای زیادی هستند که با محبت افراطی باعث شدن فرزند شده و تازه بچه ها با داشتن این همه چیز، خوشحال به نظر نمیرسند. این باعث میشود که کودکان هرگز راضی به نظر نرسند و مدام تقاضا و توقع بیشتری داشته باشند.

۲- **تربیت نامناسب:** زمانی که شما تنبلی به خرج میدهید که فرزندان خود را به طور صحیح تربیت کنید، در نتیجه این وظیفه خنثی را برعهده اطرافیان فرزندان قرار میدهید. اگر شما نتوانید کودکان را به طور صحیح تربیت کنید دیگران اقدام میکنند.

۳- **عدم مشارکت در مدرسه فرزندان:** بعد از خانه، مدرسه محلی است که بچه ها در آن بیشترین ساعت را حضور دارند و بنابراین معلمان و همسر و سالان نقش مهمی در زندگی آنها دارند. در نتیجه شما نباید از مدرسه فرزندان فاصله بگیرید و باید خود را درگیر مسائل مربوط به آنها کنید. مهم حضوری یکی از شماست. شما حتی باید از طریق تلفن و یا حضوری با معلم فرزندان در تماس باشید. این نشان دهنده حساسیت شما روی تربیت و رشد فرزندان است و معلم را ملزم به دقت و هوشیاری بیشتری نسبت به تربیت فرزندان میکند.

۴- **افراط و تفریط در تشویق فرزندان:** زمانی که فرزند خود را تشویق میکنیم، باعث افزایش عزت نفس آنها میشویم. اما باید مراقب بود که در این موارد دعتدال را رعایت کنیم. اجازه دهید که تشویق در وقت مناسب و تنها زمانی که کار فرزندان واقعاً لایق تشویق است انجام شود. اگر برای کار معمولی که انجام داده اند از آنها خیلی زیاد قدردانی کنید باعث میشود که کودکان نسبت به ارزش واقعی دستاورد خود دچار انحراف فکری شوند.

۵- **عدم عملی مسئولیت به فرزندان:** فرزند شما نباید به خاطر انجام کارهای عادی و معمولی چیزی دریافت کند، چون آنها عضوی از خانواده هستند نه مهمان حاضر در هتل. هر کس که در خانه زندگی میکند موظف به انجام امور مربوط به خانه است. از شستن ظروف گرفته تا گردگیری و...

تشویق کودکان برای انجام کارهای فوق العاده لازم است البته نه در کارهایی که وظیفه عادی هر عضو خانواده است. بچه باید بخشی از

سام کسب

فصلنامه اختصاصی بیمارستان بنت الهدی

پهن: ماه ۱۳۸۷

صاحب امتیاز: بیمارستان بنت الهدی

مدیر مسئول: دکتر مجتبی رضایی

سر دبیر: دکتر وحید رضا یاقوتکار

طراحی و صفحه آرایی:

محمد حسن پنجه بند (۰۹۱۵۵۰۰۹۸۰۸)

همکاران این شماره:

دکتر محمد تقی صراف، دکتر اعظم

قلندری، دکتر امیر مسعود رجب پور،

دکتر پیام اهنگی، دکتر راحله برومند،

خانم شیری، خانم جوتی

خانم باغداری، خانم احمدی

و خانم صادقی

آدرس: مشهد-خ بهار

بیمارستان بنت الهدی

تلفن: ۵-۸۵۹۰۰۵۱

تلفن مستقیم مدیریت: ۸۵۲۲۲۱۴

فاکس: ۸۵۱۸۱۱۵

تلفن گویا: ۸۵۹۰۰۸۵