



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گلستان
معاونت تحقیقات و فناوری

فراز

دوفصلنامه پژوهشی کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی گلستان
بهار و تابستان 1388، دوره 10، شماره 1 (پیاپی 19)

صاحب امتیاز و ناشر: معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی گلستان
مدیر مسئول: دکتر محسن اعرابی
سرپرستان: محسن جام شیر (دانشجوی پزشکی) و دکتر لیلا جویباری (عضو هیات علمی)
مدیر اجرایی: حبیب عظیمی (دانشجوی پزشکی)
مدیر روابط عمومی: آناهیتا دیلم صالحی (دانشجوی پزشکی)

با تشکر از اساتید، دانشجویان و همکارانی که در داوری مقالات و یا ویرایش علمی مطالب ما را یاری نمودند

- | | | |
|-------------------|------------------|---------------------------|
| • دکتر اکرم ثناگو | • عطیه شربتی | • زهرا محمدی |
| • زهرا سبزی | • حبیب شیرمحمدلی | • صدیقه مقسمی |
| • پیام سرمدی | • خسرو قجفی | • سیده زهرا موسوی خورشیدی |
| • فاطمه سینی | • مصطفی قربانی | |
| • دلارام شکبیا | • نوشین کاشفی | |

همکاران گروه اجرایی (به ترتیب حروف الفبا)

پرنیان اقبالیان، فروغ احمدی، آیدا باوند، ناهیتا دیلم صالحی، روشنگر سنجایی، دلارام شکبیا، محمد طراوتی، حبیب عظیمی، عمار عباس ماکرانی، محمدزمان مجنونی
ویراستاری فارسی و صفحه آرایی: مریم درویشی
طراحی جلد: محمدرضا مخبرانی
چاپ: شگفت - نشانی: گرگان، خیابان شهداء، روبروی بانک سپه
شمارگان: 500 نسخه
تلفن: 4421653 - 0171 (داخلی 235)، نمابر: 4421657
نشانی وب سایت دانشگاه: www.goums.ac.ir
پست الکترونیکی فراز: golestan.src@gmail.com

نشانی پستی: گرگان، کیلومتر 2 جاده گرگان به ساری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گلستان
(بنیاد فلسفی)، معاونت تحقیقات و فناوری، کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه

باسمه تعالی

راهنمای نگارش مقالات

مجله فراز، نشریه علمی کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گلستان می باشد. از دانشجویان و محققین محترمی که تمایل دارند، مقاله خود را برای چاپ به این مجله ارسال دارند، دعوت می گردد به موارد ذیل توجه نمایند:

● عنوان کامل مقاله، نام نویسنده (گان) (نویسنده مسؤول با علامت * مشخص شود)، نشانی نویسنده مسؤول شامل: شهر، دانشگاه، پست الکترونیکی و تلفن آورده شود.

● در مقالات تحقیقی خلاصه مقاله و متنی مشتمل بر مقدمه، روش بررسی، یافته ها، بحث، نتیجه گیری و تشکر و قدردانی ارسال گردد. خلاصه مقاله باید حداکثر 250 کلمه بوده و به تفکیک حاوی قسمت های زمینه و هدف، روش بررسی، یافته ها، نتیجه گیری و کلیدواژه ها باشد.

● مقاله بایستی در یک طرف کاغذ به قطع A4 و به فاصله 2 سانتی متر از طرفین کاغذ، یک خط در میان به وسیله نرم افزار Word تحت ویندوز با رعایت کامل اصول آئین نگارش فارسی تایپ شوند. ارسال فایلی دیسک حاوی فایل مقاله الزامی است.

● تصاویر ارسالی وضوح مناسبی داشته باشند.

● منابع به ترتیب اشاره در متن شماره گذاری و در انتهای مقاله نگارش شوند.

● در متن مقاله باید از به کار بردن کلمات انگلیسی که معادل فارسی قابل فهمی دارند، خودداری گردد.

● تمام و یا قسمتی از مقالات ارسالی نبایستی در مجله ای به زبان فارسی و انگلیسی چاپ شده باشند. در صورتی که مقاله قبلاً در کنفرانس های علمی ارایه شده است، مراتب با ذکر مشخصات کامل کنفرانس مربوطه اعلام گردد.

● نقل، اقتباس، چاپ و انتشار مطالب صرفاً با ذکر کامل نام مجله، مجاز می باشد.

● مجله در رد، قبول، ویرایش، تلخیص و اصلاح مقالات، آزاد است. مقالات ارسالی، مسترد نخواهد شد.

● ترتیب درج مقالات تابع مقررات خاص خود مجله است و به درجه علمی و شخصیت نویسندگان آن بستگی ندارد.

● مسؤولیت صحت و سقم مندرجات مقاله به عهده نویسنده است.

● ترجمه مطالب جدید و جالب از سال 2007 به بعد مورد پذیرش چاپ قرار می گیرد.

● نویسندگان علاوه بر ارسال پستی، می توانند مطالب خود را به پست الکترونیکی مجله نیز ارسال نمایند.

نشانی مجله فراز:

گرگان - کیلومتر 2 جاده گرگان به ساری - دانشگاه علوم پزشکی گلستان (بنیاد فلسفی)

معاونت تحقیقات و فناوری - کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه

تلفن: 4421653 - 0171 داخلی 235، نمابر: 4421657

وب سایت دانشگاه: www.goums.ac.ir، پست الکترونیکی: golestan.src@gmail.com

فهرست مطالب

بهار و تابستان 1388، دوره 10، شماره 1 (پای در پی 19)

صفحه

عنوان

مقاله پژوهشی

- آگاهی، نگرش و عملکرد معلمان شهر گرگان در مورد خودآزمایی پستان در سال 1387 5
- راضیه عزیزی، ساناز رویانی، علی اکبر عبدالحی، مصطفی قربانی
- نوجوانی: بررسی دیدگاه نوجوانان یکی از روستاهای بندرگز 9
- دکتر اکرم ثناگو، منیره کاظمی، دکتر لیلا جویباری
- بررسی کیفیت زندگی و شیوع بیماری های مزمن در سالمندان شهر خلخال 15
- عقیل حبیبی، زهرا و کیلی، مرضیه غنی زاده
- اقامه نماز در دانشگاه: بررسی تجربیات و دیدگاه دانشجویان علوم پزشکی گرگان 22
- سمیه صرافانی خیرآباد، طاهره عباسی شاهکوه، دکتر اکرم ثناگو، دکتر لیلا جویباری
- بررسی چگونگی شناسایی سرطان پستان توسط زنان مبتلا و باورهای مرتبط با آن 31
- هادیه توماج، دکتر اکرم ثناگو، دکتر لیلا جویباری
- مذهب و بهداشت در زندگی روزمره: بررسی دیدگاه زنان کیاکلای قائمشهر 36
- دکتر اکرم ثناگو، فاطمه خلیلی

مقاله مروری

- کاربرد هایپرباریک اکسیژن تراپی در درمان سندرم کرونری حاد 41
- شراره ضیفی محمدی

مقاله گزارش مورد - پژوهشی

- سندرم استیونس جانسون 47
- نرگس احسان فرد، دکتر لیلا جویباری
- معرفی یک مورد دیسکسیون آنورت در خانمی 42 ساله 52
- سعید رستمی
- شکستگی ساق و افت سطح هوشیاری 55
- نگار طاهری، دکتر حاجی محمد ساتقی
- یک کودک چهار ساله مبتلا به کیست هیداتید 58
- سیده زهرا موسوی خورشیدی، سمیه صرافانی خیرآباد، دکتر لیلا جویباری
- یک مورد کودک مبتلا به لیشمانیوز احشایی 60
- سمیه صرافانی خیرآباد، دکتر لیلا جویباری

مقاله گزارش مورد - ترجمه

- تفاوت در هر ضربان 62
- روشنگر سنجابی
- لنفوم پستان: گزارش مورد و مروری بر متون 64
- زاهد احسانی پور، فاطمه سیفی، دکتر اکرم ثناگو

فهرست مطالب

بهار و تابستان 1388 ، دوره 10 ، شماره 1 (پی در پی 19)

عنوان

صفحه

- 67 ■ عفونت ادراری مکرر و نارسایی رشد
• معصومه قربانی، فاطمه مهر آور، دکتر اکرم ثناگو
- 69 ■ هیپوگنادیسم وابسته به پیتوئیسیتوما در دوقلوی همسان
• آناهیتا دیلم صالحی
- 70 ■ سندرم اهلرز- دانلوس
• آناهیتا دیلم صالحی
- گردآوری
- 71 ■ بادکش درمانی
• بهاره زواشکیانی، سیده سمانه آصفی
- 74 ■ سندرم پندرد
• مریم چهره گشا، دکتر لیلا جویباری
- ترجمه
- 76 ■ ترالوژی فالوت
• سهیلا کلبعلی، دکتر لیلا جویباری
- 79 ■ سلول های کشنده طبیعی در خون بند ناف
• عافیه کر، دکتر اکرم ثناگو
- 80 ■ توانایی خود ترمیمی قلب
• بتول آذرتاش
- 82 ■ تست تیلت
• زهرا اشعری
- معرفی مرکز
- 85 ■ معرفی مرکز تحقیقات بیوشیمی و اختلالات متابولیک
• دکتر جهانبخش اسدی
- 87 ■ تازه های پزشکی
• دکتر جهانبخش اسدی
- چکیده پایان نامه
- 93 ■ بررسی پلی مورفیسم جایگاه 2633 ژن Olig 1 در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس - افراد سالم ترکمن و غیر ترکمن
• مهدی تمسکنی زاهدی، دکتر مجید شهبازی، دکتر حمید عبادی، دکتر عباسعلی کشتکار
- 94 ■ بررسی تاثیر تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی در پیش گیری از عفونت محل جراحی در اعمال جراحی تمیز
• نسیم موحدی، دکتر فرهاد نادعلی، مهندس ناصر بهنام پور
- 95 ■ بررسی شاخص های عملکرد تیروئید در بیماران بستری شده در بخش روانپزشکی بیمارستان 5 آذر گرگان طی سال 1387
• ریحانه حجی پور، دکتر هادی سالاری، مهندس محمد رضا قنبری

مقاله پژوهشی

آگاهی، نگرش و عملکرد معلمان شهر گرگان در مورد خودآزمایی پستان در سال 1387

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به این که سرطان پستان به عنوان یک مشکل بزرگ بهداشتی رو به افزایش است و با توجه به نقشی که خودآزمایی پستان و معاینه کلینیکی آن در تشخیص زودرس این سرطان و مرگ و میر ناشی از آن دارد و با توجه به اهمیت دانش، نگرش و عملکرد زنان در این زمینه، تحقیق حاضر، به منظور تعیین آگاهی، نگرش و عملکرد معلمان شهر گرگان نسبت به خودآزمایی پستان در سال 1378 انجام شد.

روش بررسی: این یک مطالعه توصیفی تحلیلی با تعداد 110 نفر از معلمان آموزش پرورش شهر گرگان بر اساس نمونه گیری در دسترس و با مراجعه پژوهشگر به طور مستقیم صورت گرفت. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه خود ساخته شامل اطلاعات دموگرافیک و 16 سوال آگاهی، 6 سوال عملکرد و 12 سوال در رابطه با نگرش افراد به خودآزمایی پستان بود، اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS و میزان فراوانی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: کل نمونه ها 110 نفر از معلمان شهر گرگان بودند. سن نمونه ها بین 22 تا 52 سال با میانگین و انحراف معیار $38/42 \pm 6/32$ بود. از نظر قومیت، 85/5 درصد فارس و بقیه ترکمن و سیستانی بودند. در این مطالعه از نظر آگاهی 23/6% ضعیف، 60% متوسط و 16/4% آگاهی خوب داشتند. از نظر عملکرد 66/4% عملکرد ضعیف، 23/6% متوسط و 10% عملکرد خوب داشتند. از نظر نگرش 1/8% نگرش ضعیف، 51/8% نگرش متوسط و 46/4% نگرش خوب داشتند. میزان آگاهی، نگرش و عملکرد در فارس ها و متاهلین بیشتر از بقیه گروه ها بود. بین آگاهی و نگرش و عملکرد این متغیرها تفاوت معنی داری وجود نداشت.

نتیجه گیری: این تحقیق نشان داد که میزان آگاهی و عملکرد و نگرش معلمان گرگان در کل متوسط می باشد و نیاز به آموزش های بیشتری باشد.

کلید واژه ها: آگاهی، نگرش، عملکرد، شغل، خود آزمایی پستان

راضیه عزیزی

کارشناس پرستاری مرکز بهداشت شهرستان آق قلا
عضو کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی
گرگان

ساناز رویانی

کارشناس پرستاری دانشکده پیراپزشکی و بهداشت
دانشگاه علوم پزشکی گرگان

علی اکبر عبدالمهی

کارشناس ارشد پرستاری، عضو هیات علمی دانشگاه
علوم پزشکی گرگان

مصطفی قربانی

کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، عضو هیات علمی دانشگاه
علوم پزشکی گرگان

نویسنده مسؤول: راضیه عزیزی

پست الکترونیکی: azizi_razieh@yahoo.com

مقدمه

سرطان پستان شایعترین بدخیمی در زنان است به طوریکه 16 درصد کل سرطان ها را در ایران به خود اختصاص می دهد (1). سرطان پستان حدود 30 درصد کل سرطان های زنان را تشکیل می دهد و پس از سرطان ریه از نظر مرگ و میر ناشی از سرطان در ردیف دوم قرار دارد (2). در سال 2000 به تنهایی بیش از یک میلیون مورد جدید سرطان در زنان تشخیص داده شد که در 37/3 درصد موارد منجر به مرگ شده است. تمام زنان در هر سنی در معرض خطر ابتلا به سرطان پستان هستند ولی با افزایش سن این خطر بیشتر می شود. سرطان پستان به عنوان شایعترین سرطان زنان است که در صورت عدم تشخیص به موقع و درمان منجر به مرگ خواهد شد. در صورت تشخیص زودرس و به موقع سرطان پستان در مراحل اولیه و انجام درمان مناسب، شانس بهبودی افزایش یافته و طول عمر بیش از 90 درصد افراد مبتلا به این سرطان بالا خواهد رفت (3).

برنامه های غربالگری به منظور کشف سرطان پستان در مراحل ابتدایی طراحی شده اند، زیرا اعتقاد بر این است که درمان در این مرحله بیشترین تاثیر را بر پی آمد بالینی اعمال می کند. مرگ و میر ناشی از سرطان پستان از طریق مشارکت زنان در برنامه های غربالگری از جمله ماموگرافی، خودآزمایی پستان ها، معاینه توسط مراقبین بهداشتی کاهش می یابد زیرا این روش ها بیماری را در مراحل اولیه و قبل از اینکه مهاجم شود، مشخص می نمایند (1). پژوهش های متعددی تاثیر خود آزمایی پستان را در کاهش مرگ و میر نشان داده اند (4،5).

عواملی که مانع انجام خودآزمایی پستان در زنان می شود، شامل ندانستن اهمیت انجام متوالی معاینات، ترس و اضطراب و عدم آگاهی از چگونگی انجام صحیح خودآزمایی پستان می باشد. مطالعات نشان داده زنانی که آگاهی بیشتری درباره خودآزمایی پستان دارند خودآزمایی را به طور صحیح و مرتب انجام می دهند (3). بنابراین تحقیق حاضر، به منظور تعیین آگاهی، نگرش و عملکرد زنان از خودآزمایی پستان و با هدف ارتقاء نگرش و عملکرد آنها انجام شد.

روش بررسی

در یک مطالعه توصیفی تحلیلی از بین معملین شاغل در مقاطع متوسطه و پیش دانشگاهی تعداد 110 معلم به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. با استفاده از پرسشنامه اطلاعات جمع آوری شد. قسمت اول پرسشنامه شامل اطلاعات دموگرافیک؛ از قبیل سن، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، سابقه بیماری پستان در فرد یا خانواده و قومیت و قسمت دوم پرسشنامه راجع به خودآزمایی پستان می باشد. این بخش دارای 16 سوال آگاهی و 6 سوال عملکرد و 12 سوال نگرش است. از نظر سطح آگاهی سوالات با توجه به اهمیت سوالات 37 نمره داده شد و افراد با توجه به نمره کسب شده به سه رده آگاهی ضعیف، متوسط و خوب تقسیم بندی شدند. نمونه هایی که نمره آنها مساوی و یا کمتر از 12 بود به عنوان افراد با آگاهی ضعیف، افرادی که نمره آنها بین 13 تا 25 بود به عنوان افراد با آگاهی متوسط و افرادی که نمره آنها بین 26 تا 37 بود به عنوان افراد با آگاهی خوب طبقه بندی شدند.

درخصوص چگونگی عملکرد سوالات شامل نحوه انجام خود آزمایی پستان و فاصله زمانی انجام آن بود. به هر سوال با توجه به اهمیت آن نمره ای تعلق گرفت و افراد با توجه به پاسخ صحیح به هر سوال به عملکرد ضعیف نمره زیر 6، عملکرد متوسط نمره بین 7 تا 10 و عملکرد خوب نمره بین 11 تا 16 طبقه بندی شدند.

همچنین در خصوص وضعیت نگرش نمونه ها از آزمون لیکرت استفاده شد. عقیده افراد نسبت به خودآزمایی پستان و اهمیت آن در تشخیص به موقع بیماری ها و رعایت فواصل زمانی معین در انجام خودآزمایی پستان مورد بررسی قرار گرفت. در این سوالات از افراد خواسته شد تا نظر خود را در یک مقیاس 5 درجه ای (کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم، کاملاً مخالفم) بیان کنند. درخصوص چگونگی نمره دهی نگرش افراد با توجه به پاسخی که به هر سوال می دادند نگرش ضعیف نمره زیر 28، عملکرد متوسط نمره بین 29 تا 44 و نگرش خوب نمره بیشتر از 45 طبقه بندی شدند، سپس اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS و تست های آماری

جدول 3: توزیع عملکرد معلمان مورد پژوهش نسبت به خود آزمایی

پستان

عملکرد	تعداد	درصد
ضعیف (کمتر از 6)	73	66/4
متوسط (بین 7 تا 10)	26	23/6
خوب (بیشتر از 11)	11	10
کل	110	100

بحث و نتیجه گیری

آگاهی به معنای دانش نظری در مورد موضوع، نگرش به معنی دیدگاه فرد در باره موضوع و عملکرد به مفهوم رفتار عملی فرد در رابطه با موضوع تعریف گردید (6) این تحقیق نشان داد که از مجموعه 110 نفر مورد مطالعه از نظر آگاهی، 23/6% از معلمان آگاهی کم، 60% آگاهی متوسط و 16/4% آگاهی خوب داشتند، که نشان دهنده آگاهی متوسط در بین معلمان نسبت به خودآزمایی سرطان پستان بیشتر می باشد در صورتی که در مطالعه بنائیان که در بروجن انجام شد 37/8 درصد میزان آگاهی خوب داشتند (1) و در مطالعه ماهوری 45% خانم ها میزان آگاهی خوب داشتند (7) در صورتی که تحقیق دانش و همکاران نشان داد که میزان آگاهی معلمان 74/7 درصد می باشد (8) ولی مطالعه ایی که در چین انجام شده بود 85/4 درصد در مورد معاینه پستان آگاهی خوبی داشتند (9) که این با مطالعه ما تناقض دارد این نشان می دهد که ما در کشور نیاز داریم که در این مورد کار بیشتری انجام دهیم.

مطالعه حاضر نشان داد 10 درصد نمونه ها عملکرد خوب داشتند. در مطالعه ماهوری فقط 4/5 درصد عملکرد خوب داشتند و معاینه پستان را انجام می دادند (6) در مطالعه بنائیان در شهر بروجن فقط 8/3 درصد عملکرد خوبی داشتند (1) این نتایج با مطالعه ما تقریباً مطابقت دارد ولی در مطالعه یاورى در گروه بیماران 40 درصد و در گروه شاهد 32 درصد (3) عملکرد داشتند که این میزان نسبت به مطالعه ما تناقض وجود دارد. در مطالعه جمال الدین این میزان 43 درصد بیان شده که نشان دهنده این است که در کشورهای آسیایی نسبت به منطقه

میزان فراوانی و آنالیز واریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

یافته های این مطالعه نشان می دهد که 110 نفر از معلمینی که در این تحقیق شرکت داشتند در محدوده سنی بین 22 تا 52 سال با میانگین و انحراف معیار $38/42 \pm 6/32$ قرار داشتند و از نظر قومیت بیشترین تعداد 94 نفر فارس (85/5 درصد) و کمترین تعداد 5 نفر سیستانی (4/5 درصد) بودند از این تعداد 92 نفر متأهل (83/6 درصد) و 18 نفر (16/8 درصد) مجرد بودند. از نظر آگاهی، 23/6% از معلمان آگاهی کم، 60% آگاهی متوسط و 16/4% آگاهی خوب داشتند (جدول 1).

جدول 1: توزیع آگاهی معلمان مورد پژوهش نسبت به خود آزمایی پستان

آگاهی	تعداد	درصد
ضعیف (کمتر از 12)	26	23/6
متوسط (بین 13 تا 25)	66	60
خوب (بیشتر از 11)	18	16/4
کل	110	100

در خصوص نگرش سنجش نگرش نتایج نشان داد که 1/8% نمونه ها نگرش منفی، 51/8% نمونه ها نگرش متوسط و 46/4% نمونه ها نگرش مثبتی نسبت به خودآزمایی پستان ها داشتند (جدول 2) از نظر عملکرد 66/4% از معلمان عملکرد ضعیف، 23/6% عملکرد متوسط و 10% عملکرد خوبی نسبت به خودآزمایی پستان داشتند (جدول 3).

جدول 2: توزیع نگرش معلمان مورد پژوهش نسبت به خود آزمایی پستان

نگرش	تعداد	درصد
ضعیف (کمتر از 28)	2	1/8
متوسط (بین 29 تا 44)	57	51/8
خوب (بیشتر از 45)	51	46/4
کل	110	100

درصد نگرش ضعیف و فقط 13/5 درصد نگرش خوب داشتند (8) تناقض آشکار بین این دو تحقیق وجود دارد که ممکن است علت آن مربوط به سال تحقیق باشد.

تشکر و قدردانی

این طرح با حمایت کمیته تحقیقات دانشجویی و معاونت تحقیقات و فن آوری دانشگاه علوم پزشکی گلستان اجرا شده است. از مساعدت تمامی کسانی که در اجرای این پروژه زحماتی را متحمل شدند و تمامی معلمان که ما را در این تحقیق یاری کردند تشکر و قدردانی می گردد.

ما بهتر معاینه فیزیکی برای تشخیص سرطان پستان صورت می گیرد (10) تحقیق دانش و همکاران نشان داد که معلمان 61/1 درصد عملکرد ضعیف و 4/4 درصد عملکرد خوب و 34/4 درصد عملکرد متوسط داشتند (8) که با تحقیق ما همخوانی ندارد که می تواند به دلیل منطقه جغرافیایی عملکرد معلمان گلستان نسبت به شهر کرد باشد و یا اثر زمان تحقیق در عملکرد باشد.

همچنین مطالعه ما نشان داد که 51/8 درصد نمونه ها نگرش متوسط دارند. در مطالعه بنائیان در شهر بروجن 23 درصد نگرش مثبت نسبت به معاینه پستان داشتند (1) که این میزان نگرش مثبت تقریباً مانند مطالعه ما می باشد. در تحقیق دانش و همکاران نگرش معلمان 75/8 درصد متوسط و 10/5

منابع

(7) ماهوری، خ. صادقی حسن آبادی، ع. طالعی، ع. میزان آگاهی و عملکرد مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان شیراز در مورد غربالگری سرطان پستان. مجله پزشکی هرمزگان، سال 1382، (2) 74-69.

(8) دانش، الف. امیری، م. زمانی، الف. ر. تدهی، م. گنجی، ف. بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد زنان شاغل در آموزش و پرورش شهر کرد در مورد خود آزمایی پستان سال 1378. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد، دوره چهارم، شماره 2 تابستان 1381، صص 52-47.

9) Elizabeth Yl, Kung Ah-Choy Chan. Yuh-Shyan Chong. promoting breast screen to Melbourne Chinese women using ethnic-specific health promotion strategies. internet publication. Available from: <http://www.rhpeo.org/ijhp-articles/1997/3/index.htm>.

10) Jamalludin AR, knowledge attitude and practice breast cancer among female population of Alur batu Village Kuantan and its related factors in June 2000.

(1) بنائیان، ش. خیری، ر. کاظمیان، الف. بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر بروجن به روشهای غربالگری سرطان پستان و عوامل موثر بر آن. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد. زمستان 1384، شماره 4 دوره 7، صص 34-28.

(2) مجاهد، ش. و همکاران. آگاهی و عملکرد پرسنل پرستاری و مامایی بیمارستانهای شهر یزد در رابطه با انجام خود آزمایی پستان. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، 1380، سال نهم، شماره اول، صص 82-88.

(3) یاوری، پ. محرابی، ی. پورحسینی، م. الف. آگاهی و عملکرد زنان در مورد خود آزمایی سرطان پستان یک مطالعه مورد شاهدهی، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل زمستان 1384، 5: (4) 371-377.

4) Budden L. Student nurses breast self-examination health beliefs, attitude, knowledge and performance during the first year of preregistration degree program. Cancer Nurs, 22(6): 430-7, 1999

5) Overmoyer B. Breast cancer screening. Med Clin North Am, 83(6): 1443-66, 1999

6) Risendal B; Roe D; Dezapien j; Papenfuss M; et al. Influence of health care, cost and culture on breast cancer screening, issues facing urban American Indian women. Prev Med, 29(6 pt 1): 501-9, 1999.

مقاله پژوهشی

نوجوانی: بررسی دیدگاه نوجوانان یکی از روستاهای بندرگز

چکیده

زمینه و هدف: نوجوانی دوره ای از زندگی است که نخستین تجارب تحصیل و شغل آینده نگری، شور، عشق، رابطه جنسی، آینده و تثبیت هویت، همه در این دوران شکل می گیرند. دوره نوجوانی دوران رشد سریع جسمی و تحولات عاطفی و روانی و در واقع دوره انتقال بین کودکی و بزرگسالی است. هدف از این مقاله بررسی تجربیات نوجوانان از دوره "نوجوانی" می باشد.

روش بررسی: در این مطالعه تفسیری به منظور درک دیدگاه و تجربیات نوجوانان از دوره نوجوانی با 30 نوجوان یکی از روستاهای شهرستان بندرگز استان گلستان 1387 با استفاده از نمونه گیری مبتنی بر هدف، مصاحبه های نیمه ساختار انفرادی به عمل آمد. مصاحبه ها خط به خط دست نویس و به روش تجزیه و تحلیل محتوا، آنالیز شدند.

یافته ها: "بزرگ شدن و قدرت یافتن، مفید بودن، دوست یابی، نیاز به همدلی خانواده، بصیرت یافتن" مضامینی هستند که تجربه این گروه از نوجوانان را از نوجوانی تبیین می نمایند. نتیجه گیری: برخورداری از حمایت های اجتماعی و خانوادگی جهت حفظ شادابی نوجوانان به منظور توانمند ساختن آنان این گروه سنی و کمک به آنان برای انتقال به بزرگسالی ضروری می باشد.

کلید واژه ها: نوجوانی، نوجوانان روستایی، دیدگاه، تجارب

دکتر اکرم ثناگو
دکترای پرستاری
استادیار دانشگاه علوم پزشکی گلستان

منیره کاظمی
دانشجوی کارشناسی پرستاری
دانشگاه علوم پزشکی گلستان

دکتر لیلا جویباری
دکترای پرستاری
استادیار دانشگاه علوم پزشکی گلستان

نویسنده مسئول: منیره کاظمی
پست الکترونیکی: Kazemi_nurse@yahoo.com

مقدمه

نوجوانی دوره ای از زندگی است که نخستین تجارب تحصیل و شغل آینده نگری، شور، عشق، رابطه جنسی، آینده و تثبیت هویت، همه در این دوران شکل می گیرند. دوره نوجوانی دوران رشد سریع جسمی و تحولات عاطفی و روانی و در واقع دوره انتقال بین کودکی و بزرگسالی است (1). در ایران براساس آمار رسمی نوجوانان حدود سی درصد از کل جمعیت جوان کشور را تشکیل می دهند. انسان در طول زندگی خود بارها با لحظه های هیجان آور و پرشور مواجه می شود ولی این زمان برای همه یکسان نیست، شاید در کودکی، نوجوانی، جوانی، میانسالی و حتی کهنسالی... اما آنچه در نظر ما بهترین زمان برای درک و تحمل هیجانات است، دوران نوجوانی و جوانی است. یعنی دوران تجربه؛ دوره شگفت زدگی نوجوان و همراه با تلاطم و تنش درونی است. در این دوره با تظاهرات روحی و روانی، به موازات تغییرات هورمونی و فیزیکی مواجه می شویم. از این رو دوره های رشد دارای فرازو نشیب های متعددی است اما در این میان مرحله نوجوانی منحصر به فرد است (2) به همین دلیل اکثر روانشناسان این دوره را دوران طوفانی و تنش شدید و نیز دوران توانایی فوق العاده جسمانی، عقلانی و عاطفی می دانند. این دوره یکی از بحرانی ترین سال های زندگی است که در آن آرامش فرد بطور کامل بهم ریخته و تعادل انسان مختل می شود (1). در این زمان، فرد هنوز از تجربه کافی برخوردار نیست. والدین هنوز او را به عنوان یک کودک می شناسند و خود نوجوان می پندارد که بزرگ شده و می خواهد مسئولیت بپذیرد و با استقلال فردی خود را در اجتماع نشان دهد. علاقه و رغبت به حرفه و شغل و رویاها و تخیلات و نوسانات عاطفی از جمله تغییرات این دوران است و رشد مغزی و ترشح هورمون ها باعث تحریک پذیری فرد می شود. نوجوان نسبت به همسالان گرایش پیدا کرده و از والدین فاصله می گیرد و معمولاً نسبت به معلمین و والدین بدبین می شود (1). پذیرش این تغییرات برای بیشتر خانواده ها سخت در نتیجه به مقابله آن می پردازند. بدین جهت والدین بایستی از تغییرات این دوره آگاه باشند و شرایط خانواده را به گونه ای فراهم سازند که فرزند نوجوان آنها بتواند آزادانه احساسات و نگرانی های خویش را بدون

احساس عدم امنیت در نوجوان پدید خواهد آمد که مهم ترین علت بروز ناهنجاری های رفتاری و عاطفی می باشد (2). هدف از این مقاله بررسی تجربه نوجوان بودن از منظر نوجوانان روستا می باشد.

روش بررسی

در این تحقیق از روش پژوهش کیفی تحلیل محتوا استفاده شد. پژوهش کیفی، رویکردی روشمند و ذهنی برای توصیف تجربیات زندگی و معنی دادن به آنها و وسیله ای برای جستجوی عمق، معنا و پیچیدگی موجود در پدیده هاست (3). نمونه گیری مبتنی بر هدف از بین نوجوانان 12-17 ساله در تابستان 1387 بود. نوجوان بودن و تمایل به انجام مصاحبه و توانایی در بیان تجربه هایی از این دوران، معیار انتخاب نمونه بوده است. محیط پژوهش، روستای محل زندگی نوجوانان بوده است. هر مصاحبه نیم تا یک ساعت و نیم طول می کشید. جلسات مصاحبه بین یک تا دو جلسه متغیر بوده است. نمونه گیری تا رسیدن به اشباع داده ها ادامه یافت یا تا جایی که دیگر، با ادامه مصاحبه، داده جدیدی استخراج نشد. 30 نوجوان در مصاحبه های نیمه ساختار شرکت نمودند. کلیه داده ها ضبط و کلمه به کلمه دست نویس شدند. ویژگی های فردی (سن، جنس، پایه تحصیلی، تعداد افراد خانواده و رتبه تولد) نیز ثبت شد. "وقتی می گویم نوجوان، چه چیزی به ذهن تان می آید؟ از اینکه در خانواده یک نوجوان محسوب می شوی چه احساسی داری؟ به عنوان نوجوان در جامعه چه احساسی داری؟ از آرزوهایت برایم بگو؟" نمونه هایی از سوالات مصاحبه بوده اند. پس از انجام مصاحبه، متن گفت وگوها از نوارها، پیاده و چندین بار مرور شد، در مرحله بعدی، متن نسخه برداری شده چندین بار روخوانی و زیر قسمت های مهم خط کشیده شد تا از سایر قسمت ها متمایز شوند. سپس قسمت های مهم به کوچک ترین واحد معنی دار خود شکسته شد. داده های کم ارتباط و بی ربط کنار گذاشته شد. مضمون ها با توجه به تکرار و معنای خود در دسته هایی قرار گرفت که نام این دسته ها نشانگر محتوای آن و بیانگر منظور مشارکت کنندگان است دسته ها چندین بار مرور و دسته های مشابه در یکدیگر ادغام شدند. در نهایت پژوهشگران و مشارکت کنندگان در باره معنای داده ها و آنچه در قالب

مضامین اصلی و فرعی، دسته ها، محتوا و نام آنها نمود یافته است، به توافق رسیدند.

یافته ها

8 دختر و 22 پسر 12-17 ساله از روستای حسین آباد بندرگز در این مطالعه شرکت نمودند. "بزرگ شدن، قدرت یافتن، مفید بودن، دوست یافتن، نیاز به همدلی خانواده، بصیرت یافتن" پنج مضمونی است که بیانگر تجربه "نوجوانی" شرکت کنندگان مورد مطالعه می باشد.

بزرگ شدن - قدرت یافتن

تحلیل داده ها مویید آن است که اکثر شرکت کنندگان پسران از این که یک نوجوان هستند احساس خوشحالی و خوب بودن، شور و نشاط داشتند. شرکت کنندگان اظهار داشتند این دوره از زندگی باعث شور و نشاط آنان می شود. خود را مانند درخت نوپایی می دانستند که رشد می کنند و با این نشاط و شغف منجر به خوشحالی و سرزندگی در خانواده می شوند. نوجوانان معتقد بودند بیماری در وجودشان راه ندارد.

یکی از شرکت کنندگان اظهار داشت

"دوست دارم شور و نشاط نوجوانی را داشته باشم چون شور و نشاط نوجوانی مرا شاداب نگه می دارد و همین شادابی مرا از منحرف شدن از راه نادرست باز می دارد."

نوجوان پسر دیگری نیز اظهار داشت:

"از اینکه به من نوجوان بگویند احساس افتخار می کنم چون مانند یک درخت نوپا هستم و شادم همه به من توجه می کنند چه در خانه و چه در مدرسه و اجتماع... دوست دارم به من نوجوان بگویند چون احساس سلامتی می کنم، مریض نشدم و من با شور و نشاط جوانی سالم و سرحالم"

"احساس خوشحالی دارم چون بزرگ شده ام و همه به من احترام می گذارند به من بهتر و مردانه تر نگاه می کنند"

"احساس خوشحالی دارم چون آرزوهایی دارم و به آنها نزدیک می شوم"

برخی از شرکت کنندگان اظهار داشتند این دوران باعث خوشحالی آنها می شود زیرا احساس قدرت و انرژی زیاد و احترام می کنند. اگرچه آنهایی که نیازهای برآورده نشده داشتند احساس ناراحتی و ضعف می کردند.

"در اجتماع دوست دارم به من جوان بگویند. چون احترام آن بیشتر است و قدرت انجام کار بیشتر را دارم..."

"احساس شجاعت می کنم چون به سن جوانی نزدیک شده ام و آدم پر قدرت و ورزشکاری هستم... می توانم در تصمیم گیری ها شرکت کنم"

"قدم بلند شده و هیكل مناسبی دارم و همه به من احترام می گذارند وقتی در مدرسه هستم چون از همه بزرگتر هستم مرا نماینده کلاس گذاشته اند این به من انرژی می دهد"

"اگر دیرتر به خانه می روم خانواده با من دعوا نمی کند"

شرکت کنندگان پسر معتقد بودند دوران وابستگی به بزرگترها را گذرانده اند و می توانند مسئولیت خود را به عنوان فردی بزرگ بر عهده گیرند. نوجوانی دورانی است که هرچه فرد جدی تر باشد و تجربه کسب کند و از مسئولیت های مختلف را بر عهده گیرد در آینده کمتر به مشکلات مواجه می شود. نوجوانان مورد بررسی معتقد بودند در این دوران نیاز به تشویق دارند. آن دسته از نوجوانان که این نیاز خود را ارضا شده نمی دانستند احساس حقارت و کوچکی داشتند. تمامی نوجوانان پسر از کوچک شمرده شدن، انزجار داشتند.

"از اینکه کوچک باشم خسته شدم"، "می ترسم مرا بچه حساب کنند"، "لحظاتی است که احساس بچگی و کوچکی می کنم مثلاً وقتی در صف نانوايي هستی"، "خواهرهایم وقتی با هم حرف می زنند مرا در بحث شرکت نمی دهند".

شرکت کنندگان پسر اظهار داشتند در این دوره می توانند در تصمیم گیری ها شرکت کنند اگر تصمیم آنها درست باشد اولین مرحله موفقیت آنها خواهد بود. در این دوران می توانند به اندکی از آرزوهای خود برسند و برای رسیدن به آرزوهای خود چاره بیندیشند همانگونه که بخش هایی از متن مصاحبه ها در ذیل آمده است:

"احساس بزرگی می کنم چون در مدرسه به حرف هایم با دقت بیشتری گوش می دهند. در مسجد به عنوان یک فرد مومن و نماز خوان شناخته شده ام اینها همه باعث احساس بزرگی من در جامعه می شود"

"احساس می کنم قادر به تصمیم گیری هستم"

"یک پله به موفقیت نزدیک می شوم و قابل احترام هستم"

دوست یابی

نوجوان به داشتن "دوست" احساس نیاز می‌کند دوست به حدی در یک نوجوان تأثیر دارد که او خود را همرنگ دوستش می‌کند و حتی از لباس، رفتار و کلام او تقلید می‌نماید. نوجوان با آمدن به گروه احساس خوشبختی می‌کند و در این سن ورود به قشر جدید را یک احساس نیاز بیان می‌کند. نوجوانان پسر اظهار داشته‌اند:

"در جمع دوستانه احساس می‌کنم هم سطح همسن و سال های خود هستم مشکلی ندارم"

"در بیرون، دوستان مرا خیلی دوست دارند چون می‌گویند به ما گیر نمی‌دهی...."

متابعت از همسالان و احساس تعلق به گروه و مشابهت به گروه از خصائص نوجوانان است

"یک دوستی دارم که هرجایی می‌ریم باید با هم بریم"

نوجوانان پسر تجربیات عاطفی را نیز در این دوران تجربه می‌کنند چنانچه دو نوجوان پسر اظهار داشتند:

"تنها درد زندگی من اینه که عاشق دختر همسایه شدم ولی..."

"احساس خوشبختی می‌کنم چون با یکی دوست شده‌ام (دختر)"

تجربه نوجوانان دختر تا حدی متفاوت از پسران بوده است چنانچه یکی از شرکت کنندگان اظهار داشته است

"دوستانم دوست پسر دارند و می‌گویند هر که دوست پسر نداره بی‌کلاس است....."

بصیر شدن به امور

نوجوانی دوره ای است که هنوز فرد از کودکی وارد مرحله نوجوانی و هنوز در دورانی کودکی با همان صداقت و پاکی همیشگی است و جدای از هر آلودگی و زشتی می‌باشد و این احساس همراه با خوشحالی و خوب بودن می‌باشد.

"احساس خوبی دارم چون در این سن، دل آدم پاک تر است. خدا دعای ما را قبول می‌کند"

شرکت کنندگان اظهار داشتند قدرت درک مسائل روز برایشان راحت تر است و با دید جامع تری به محیط اطراف می‌نگرند و توانایی تجزیه و تحلیل را کسب کرده‌اند:

شرکت کنندگان دختر تجربه متفاوتی را در مقایسه با پسران از بزرگ شدن خود داشته‌اند. برخلاف پسران دختران از نوجوان شدن شادمان نبودند و از محدودیت های محیط اطراف خود ناخرسند بودند. به عقیده آنان به دلیل جنسیت در جامعه مجبور به متابعت از رفتارهای خاصی مانند سرسنگین بودن می‌باشند و از اتهام به حرکات ناشایسته یا بچه گانه در هراس می‌باشند.

"دوست ندارم وارد این مرحله شوم چون سطح انتظارات بالا می‌رود و از ما می‌خواهند که سرسنگین تر باشی در کوچه و خیابان بازی نکنی با غیر همجنس حرف نزن"

نوجوان دختر دیگری اظهار داشت

"به عنوان یک دختر وارد این مرحله شدن خیلی سخته چون وقتی خواهرهای بزرگترم را می‌بینم که نمی‌توانند هر رنگ لباسی را بپوشند، بازی کنند و در کوچه و خیابان بخندند...."

نوجوانی برای شرکت کنندگان دختر در این مطالعه که از ساکنین روستا بودند تداعی کننده خواستگاری و ازدواج بوده است. به دلایل مسائل فرهنگی و یا اقتصادی، خانواده ها در برخی موارد اصرار بر ازدواج دختر نوجوان داشته‌اند.

"مادرم دوست دارد من به یکی از آنها جواب بدهم اما من غذا نخوردم و قهر کردم تا راضی شدند"

مفید بودن

انسان ها می‌توانند در زندگی به رضایت درونی دست پیدا کنند و در نتیجه احساس لذت را تجربه کنند به خصوص وقتی که برای همنوع فایده داشته باشد. یکی از نکاتی که می‌تواند باعث احساس خوشحالی در نوجوان شود این است که نوجوان در خانه و جامعه احساس مفید بودن کند.

یکی از نوجوانان پسر اظهار داشت

"این دوران را دوست دارم چون احساس می‌کنم فرد مفیدی برای جامعه هستم مثلاً برای یک خانم پیری همیشه صبح ها نان می‌خرم"

"در کارها به بزرگترها کمک می‌کنم و یا افرادی را که کارهای ناشایست از آنها سر می‌زند را نصیحت می‌کنم"

نقش رهبری را بر عهده می گیرد و نقش الگو را برای فرزندان دیگر ایفا می نمایند. هنگامی که بین خواهران و برادران تفاوت سن زیاد باشد اثر کمتری روی یکدیگر دارند. هر چه اختلاف سن میان فرزندان کمتر باشد خلق و خوی عاطفی اثر چشم گیری دارد. نوجوانان در این سن نیاز به این دارند که در خانواده والدین آنها را به یک چشم نگاه کنند و به یک اندازه نیازها را رفع کنند.

"همیشه در خانه با خواهر کوچکم درگیر هستم چون او هم نام مادر پدرم است و پدر او را بیشتر دوست دارد و همیشه جانب او را می گیرد"

"با برادر کوچکترم زیاد دعوا می کنم چون مادرم اونو بیشتر دوست داره و هرچه بخواهد براش می گیره"
نیاز دیگری که نوجوانان داشتند تامین امکانات بود.
"وقتی مادرم برایم کتاب یا عروسک می گیرد فکر می کنم خوشبخت ترین دختر دنیا هستم"

بعضی از نوجوانان دختر به علت کمبود امکانات از ادامه تحصیل محروم بودند:

"دوست داشتم بروم مدرسه ولی مادرم راضی نشد چون گفت مخارج مدرسه زیاد است"

بحث و نتیجه گیری

در تحقیق حاضر "بزرگ شدن-قدرت یافتن، مفید بودن، دوست یافتن، نیاز به همدلی خانواده، بصیرت یافتن" مضمون هایی است که از مصاحبه با نوجوانان روستای حسین آباد بندرگز استخراج شد. نوجوانان پسر، نوجوانی را معادل احساس شور و نشاط، احساس بزرگی، احساس رسیدن به موفقیت و نزدیک شدن به زندگی آینده و توان تصمیم گیری، احساس مفید بودن برای جامعه، تعلق به گروه خاص و دوستان می دانستند. نوجوانی را دوره استقلال از خانواده و تمایل به ارتباط با دوستان ذکر کرده اند (2). نوجوانان تلاش می کنند تا با ارزیابی پذیرش توسط گروه همسالان، میزان مقبولیت خود را ارزیابی کنند (4). اگر این نیاز برآورده شود نشاط ایجاد می شود. بنابراین این پیوستن به گروه، نوجوان را نسبت به خود مطمئن می سازد و در میان نوجوانانی که با آنان اشتراک فکری و احساسی دارد، آزادانه خود را مطرح می

"درک ما به مسائل روز زیاد شده،... علت اتفاق هایی که می افتد را تجزیه تحلیل می کنم و همراه با پدرم اخبار گوش می دهم و با هم در مورد مسائل مملکت صحبت می کنیم"
"در مدرسه با دوستانم بحث گروهی می گذاریم و در مورد اتفاق های اطراف با هم صحبت می کنیم و بعضی از آنها را که جالب تر است را تجزیه و تحلیل می کنیم..."

نیاز به حمایت خانواده

یکی دیگر از نیازهای نوجوانان در این دوره نیاز به حمایت به خانواده می باشد. نقش خانواده در رشد و تشکیل شخصیت نوجوان بر هیچ کس پوشیده نیست. خانواده اولین و تنها واسطه ارتباط کودک با اجتماع است. در خانواده کودک ارزش ها و ضد ارزش ها، اصول و قواعد اخلاق را می آموزد. کودکان از لحاظ عاطفی، شناختی و... وابستگی خاصی به خانواده دارند و برای آنها خانواده مهمترین نقش را در زمینه ی تأمین نیازهای روانی کودک دارد.

نوجوانان پسر اظهار داشتند با مادرشان احساس راحتی بیشتری برای در میان گذاشتن مشکلات خود دارند. مشغله کاری پدر مانع وقت گذاشتن برای آنها می شود ولی هزینه توجیبی گرفتن از پدر راحت تر است. "نسبت به مادرم علاقه بیشتری دارم چون راحت هستم و هر مشکلی که داشته باشم با او در میان می گذارم و او با علاقه به آنها گوش می دهد و مرا راهنمایی می کند ولی پدر این طور نیست وقت برای من نمی گذارد و با خواهرم بهتر است."

"رازهایم را با مادرم می گویم چون راحتی و صمیمیت بیشتری داره"

"مادرم را بیشتر دوست دارم چون بیشتر محبت می کند و اگر چیزی نیاز داشته باشم گیر نمی ده"

تعدادی از شرکت کنندگان اظهار داشتند از هم صحبتی با والدین خجالت می کشند و رابطه خوبی با آنها ندارند:

"از صحبت با پدر و مادر احساس شرم می کنم چون فکر می کنم که منو مسخره می کنند"

خواهران و برادران از یکدیگر بیشتر تأثیر می پذیرند تا والدین. آنها با یکدیگر کار می کنند بیشتر وقت خود را با یکدیگر می گذرانند و علاقه ای که میان آنهاست نه از روی تزویر و تظاهر بلکه از روی دوستی است. معمولاً فرزندان اول

کند، ناراحتی ها را تسکین می دهد، تعارض ها را، حل می کند و زمینه لازم برای پذیرش مسئولیت اجتماعی را در خود فراهم می کند (5). در تحقیق پرویزی و همکاران، نوجوانان، سلامت خود را تحت تاثیر گروه همسالان احساس می کرده اند (1). در این دوره نوجوان به حمایت والدین نیاز دارد و این بر ارتقای سلامت اثر می گذارد (4). امام علی (ع) فرموده است "با فرزندان خود دوست شوید دوستی میان پدران سبب خویشاوندی میان فرزندان است" و به علت تأثیر خانواده ها بر شخصیت نوجوانان، سفارش می کنند "روابط خود را با افراد با شخصیت و اصیل و خانواده های صالح و خوش سابقه، برقرار ساز" (6). خانواده محل آرامش و امنیت و تامین امکانات است و یکی از نیازهای کودکان تامین امکانات لازم می باشد. در بررسی حاضر برخی از نوجوانان به علت کمبود و مشکلات خانوادگی نتوانستند به مدرسه بروند. در مطالعه بیاتی و همکاران، مشخص شد تنش های اقتصادی خانواده در کمبود ارضای نیازها به خصوص نیازهای روانی موثر می باشد

منابع

- (5) احدی، ح. نیک چهر، م. روانشناسی رشد: مفاهیم بنیادی در روانشناسی نوجوانی و جوانی. 1373. چاپ سوم، تهران، چاپ و نشر بنیاد، ص 163.
- (6) نهج البلاغه، نامه 52، 53، 69.
- (7) بیاتی، الف، عباسی، پ. بررسی میزان ارضای نیازهای جسمی و روانی اجتماعی دانش آموزان دختر سال سوم راهنمایی مدارس دولتی شهر اراک در سال 1379. فصلنامه ره آورد دانش، مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک، 1381؛ دوره 5، بهار، شماره 18: صص 22-17.
- (8) گلچین، م. نصیری، م. نجمی، ب. بشردوست، ن. ارتباط عملکرد خانواده با برخی ویژگی های روانی نوجوانان دختر و پسر. پژوهش در علوم پزشکی زمستان 1380؛ (4)6: صص 302-300.
- (9) جعفری، ف. عوامل استرس زا در نوجوانان 13 ساله مدارس راهنمایی منتخب شهر کرمانشاه، 1380. فصلنامه علمی پژوهشی بهبود، 1383؛ دوره 8، بهار، شماره 20: صص 42-35.

- (1) پرویزی، س. احمدی، ف. نیکبخت نصرآبادی، ع. عوامل موثر بر سلامت از نگاه نوجوانان. پایش، فصلنامه پژوهشده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، 1382؛ دوره 2، پاییز، شماره 4: صص 24-252.
- (2) پرویزی، س. احمدی، ف. گروه همسالان و سلامت نوجوان: یک پژوهش کیفی. دوره دهم، شماره 4، 1385.
- (3) Burns, N. & Grove, S.K. (1997) Introduction to Quantitative Research. In The Practice of Nursing Research, Conduct, Critique and Utilization, 3edn (Eoyang, T. ed). W.B. Saunders Company, London, pp.43-44
- (4) پرویزی، س. احمدی، ف. نیکبخت نصرآبادی، ع. اعتیاد از دیدگاه نوجوانان: یک پژوهش کیفی. اندیشه و رفتار، 1383، سال دهم، شماره 3، صص 25-257.

مقاله پژوهشی

بررسی کیفیت زندگی و شیوع بیماری های مزمن در سالمندان شهر خلخال

چکیده

زمینه و هدف: سالمندی مرحله ای از تکامل انسان می باشد که در این مرحله باید به توقعات و انتظارات سالمندان برای افزایش سطح سلامت و ارتقاء کیفیت زندگی آنان اهمیت داده شود. پژوهش حاضر با هدف تعیین کیفیت زندگی و شیوع بیماری های مزمن در سالمندان انجام گرفته است.

روش بررسی: این پژوهش یک مطالعه توصیفی، از نوع مقطعی بود که بر روی 200 نفر از سالمندان شهر خلخال که از نظر ذهنی هوشیار بودند انجام گرفت. روش نمونه گیری از نوع خوشه ای بود و از ابزار پژوهش شامل گونه فارسی پرسشنامه کوتاه شده SF-36 استفاده شد. همچنین اطلاعات مربوط به بیماری های مزمن از طریق مصاحبه گردآوری شد. برای تحلیل داده ها از آمار توصیفی، آزمون تی تست و ANOVA استفاده شد.

یافته ها: میانگین کل کیفیت زندگی در نمونه های مورد مطالعه 57/43 (انحراف معیار 22/80 و محدوده صفر تا 100) بود. یافته های پژوهش نشان داد میانگین کیفیت زندگی با متغیرهای جنس، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی و وضعیت سلامت فعلی ارتباط معنی دار آماری دارد ($p < 0/05$). بیشترین درصد بیماری های مزمنی که واحدهای مورد پژوهش به آن مبتلا بودند، دردهای مفصلی (62 درصد) و پرفشاری خون (35 درصد) بود.

نتیجه گیری: عوامل مختلفی کیفیت زندگی سالمندان را تحت تاثیر قرار می دهند و با توجه به اینکه کیفیت زندگی در این دوران می تواند به راحتی مورد تهدید قرار گیرد لذا در نظر داشتن عوامل زمینه ای مؤثر بر کیفیت زندگی سالمندان از اهمیت بالقوه ای برخوردار است. لذا باید در برنامه ریزی هایی که جهت افزایش مشارکت اجتماعی، بهبود خدمات پزشکی و بهداشتی در سالمندان انجام می گیرد، اهمیت ویژه ای به این عوامل داده شود.

کلید واژه ها: کیفیت زندگی، سالمندان، SF-36، بیماری های مزمن

عقیل حبیبی

کارشناس ارشد آموزش پرستاری داخلی جراحی
عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

زهره وکیلی

دانشجوی کارشناس پرستاری
دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

مرضیه غنی زاده

دانشجوی کارشناس پرستاری
دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

نویسنده مسؤول: عقیل حبیبی

پست الکترونیکی: aghilhabibi@yahoo.com

مقدمه

سالمندی مرحله ای از تکامل انسان می باشد که در این مرحله باید به توقعات و انتظارات سالمندان برای افزایش سطح سلامت، حفظ استقلال و در نهایت ارتقاء کیفیت زندگی آنان اهمیت داده شود (1).

در سال 2006 تعداد کل سالمندان جهان از رقم 687 میلیون و 923 هزار گذشت و پیش بینی می شود این تعداد در سال 2050 به رقم بالای 1 میلیارد برسد (2). در حدود 54 درصد از سالمندان جهان در آسیا ساکن می باشند (3). همانند سایر کشورها نسبت جمعیت سالمندان هر ساله در ایران به علت کاهش مرگ و میر کودکان، کاهش میزان تولد و افزایش طول عمر در حال افزایش است (4). طبق آخرین سرشماری جمهوری اسلامی ایران که در سال 1385 انجام گرفت، 7/27 درصد از جمعیت کشور را سالمندان تشکیل می دهند که این میزان تا 20 سال آینده به 14/7 درصد افزایش خواهد یافت (2).

بر اساس بررسی های به عمل آمده، 15 درصد از مراجعین به مطب پزشکان متخصص، 34 درصد از معالجات سرپایی در بیمارستان ها و 89 درصد از تخت های موسسات و سراهای نگهداری را افراد بالای 65 سال به خود اختصاص می دهند (5) و بطور کلی 29 درصد از هزینه مراقبت های پزشکی توسط این گروه سنی مصرف می شود. در حالی این قشر فقط 12 درصد جمعیت را تشکیل می دهند (6).

توجه به مسائل و نیازهای سالمندان یک ضرورت اجتماعی است که متأسفانه مورد غفلت قرار می گیرد (7). آنچه که دانش امروزی بدان توجه می کند، تنها طولانی کردن دوران زندگی نیست، بلکه باید توجه داشت که سالهای اضافی عمر انسان در نهایت آرامش و سلامت جسمی و روانی سپری گردد و در صورتی که چنین شرایطی تامین نشود، پیشرفت های علمی برای تامین زندگی طولانی تر، بی نتیجه و مخاطره آمیز خواهد بود (8). امروزه با توجه به افزایش شاخص طول عمر و امید به زندگی، مساله مهمتری تحت عنوان چگونگی گذران عمر و به عبارتی کیفیت زندگی مطرح شده است که پرداختن به این موضوع ذهن صاحب نظران و محققین امر سالمندی را به خود جلب نموده است (9). کیفیت زندگی یک شاخص اساسی محسوب می شود و از آنجا که ابعاد متعددی

مانند جنبه های فیزیولوژیک، عملکرد و وجود فرد را در بر می گیرد، توجه به آن از اهمیت خاصی برخوردار است (10). سالمندی، دوره ای از تجربه سفر زندگی است که طی آن سالمندان در معرض تهدیدات بالقوه ای نظیر افزایش ابتلا به بیماری های مزمن، تنهایی و انزوا و عدم برخورداری از حمایت های اجتماعی بوده و به دلیل ناتوانی های جسمی و ذهنی در موارد زیادی نیز استقلال فردیشان مورد تهدید قرار می گیرد که این عوامل می تواند منجر به کاهش کیفیت زندگی در آنها شود (11).

با افزایش سن اختلال عملکرد جسمانی بیشتر می شود و اثر منفی آن بر توانایی حفظ استقلال، نیاز به کمک را افزایش می دهد. همچنین مسائل و مشکلات متعدد که به طور فیزیولوژیک در سنین بالا رخ می دهد در کاهش کیفیت زندگی در دوره سالمندی تأثیر می گذارد (12). مطالعه باری نشان می دهد در حدود 60 درصد از هزینه های مراقبت های بهداشتی، 35 درصد ترخیص های بیمارستانی و 47 درصد از روزهای بستری در بیمارستان ها را سالمندان به خود اختصاص می دهند (13). سالمندان در طول زندگی دچار اختلالات متعددی می شوند که موجب کاهش کیفیت زندگی آنان می شود (9). مطالعات مختلف حاکی از آن است که بهبود کیفیت زندگی سالمندان، هزینه های مراقبت های بهداشتی را کاهش می دهد (10، 14، 15).

در حال حاضر به سرعت بر تعداد مرگ ناشی از بیماری های مزمن و بیماری های دوران سالمندی افزوده می شود. هزینه و طول مدت درمان این بیماری ها 20 تا 30 برابر بیماری های حاد بوده و میزان تأثیر این مراقبت ها بر افزایش طول عمر و کارایی سالمندان بسیار کم است (16).

بیماری های مزمن به علت مسائل بهداشتی، اجتماعی و روانی در فعالیت های سالمندان محدودیت ایجاد می کنند و باعث کاهش کیفیت زندگی آنان می شوند (15). بیماری هایی که افراد سالمند بیشتر با آن درگیرند شامل بیماری های قلبی عروقی، تنفسی، گوارشی، مشکلات تناسلی و ادراری، اختلالات عضلانی و اسکلتی، اختلالات عصبی، مشکلات مربوط به امراض پوستی، مشکلات هماتولوژیک، مشکلات چشمی، اختلالات ذهنی و سرطان می باشد (17).

دارد که شامل درد جسمی، ایفای نقش جسمی، درک از سلامت، محدودیت جسمی، نیروی حیاتی، فعالیت اجتماعی، ایفای نقش عاطفی و سلامت روانی می گردد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی، آزمون تی تست و ANOVA با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS در برنامه ویندوز استفاده شد.

یافته‌ها

اطلاعات مربوط به این پژوهش در مورد 200 سالمند شهر خلخال بدست آمد. 50 درصد از نمونه‌ها را زنان تشکیل می دادند. میانگین سنی واحدهای مورد پژوهش 71/91 سال (با انحراف معیار 8/29) بود که کمترین مورد، 60 سال و بیشترین مورد، 100 سال داشت. بیشترین درصد واحدهای مورد پژوهش در محدوده سنی 60 تا 74 سال (70/5 درصد)، بی‌سواد (70/5 درصد) و متاهل (68/5 درصد) بودند. 71 درصد از نظر اقتصادی مستقل بودند و 61 درصد به همراه خانواده زندگی می کردند. 38/5 درصد نیز اظهار داشتند که از نظر وضعیت سلامت فعلی، بهتر از همسالان‌شان هستند (جدول شماره 1).

بر طبق نتایج حاصل، 18 درصد از نمونه‌ها به بیماری خاصی مبتلا نبودند و 82 درصد حداقل از یک بیماری مزمن رنج می بردند. همچنین نتایج نشان داد هیچ یک از شرکت کننده‌ها دچار سرطان و ناراحتی‌های اعصاب نبودند. بیشترین درصد بیماری‌های مزمنی که واحدهای مورد پژوهش به آن مبتلا بودند، دردهای مفصلی (62 درصد) و بیماری پرفشاری خون (35 درصد) بود (جدول شماره 2).

میانگین کل کیفیت زندگی در نمونه‌های مورد مطالعه 57/43 (انحراف معیار 22/80 و محدوده صفر تا 100) بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که میانگین کیفیت زندگی با متغیرهای جنس، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی و وضعیت سلامت فعلی ارتباط معنی‌دار آماری داشت (جدول شماره 3).

با توجه به افزایش جمعیت سالمندان و نیز مطرح بودن نیازهای خاص این مرحله از زندگی، ضرورت بررسی کیفیت زندگی و متعاقباً نیازهای سالمندان اهمیت می یابد. همچنین با توجه به مطالب ذکر شده و اهمیت سالمندی در جوامع صنعتی و در حال توسعه و با عنایت به ویژگی‌های این دوران و تأثیر آن بر زندگی این قشر از جامعه، بر آن شدیم که چگونگی کیفیت زندگی و شیوع بیماری‌های مزمن سالمندان شهر خلخال را بررسی نماییم. امید است بتوانیم گامی هر چند کوچک در کاهش مشکلات این قشر از جامعه برداریم.

روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه توصیفی، از نوع مقطعی بود که به منظور بررسی وضعیت کیفیت زندگی و شیوع بیماری‌های مزمن سالمندان شهر خلخال در سال 1387 صورت پذیرفت. نمونه پژوهش این مطالعه شامل 200 نفر از افراد سالمند دارای 60 سال سن و بالاتر شهر خلخال بود که از نظر ذهنی هوشیار بوده و قادر به پاسخگویی سوالات بودند. روش نمونه‌گیری در این مطالعه از نوع خوشه‌ای بود. بطوریکه بر اساس تقسیمات مرکز بهداشت شهرستان خلخال که بصورت درمانگاه‌های شماره 1 و 2 و 3 می باشد، پرونده خانوارهایی که افراد 60 سال و بالاتر داشتند بصورت تصادفی و به تعداد مساوی انتخاب شدند و در روزهای نمونه‌گیری با مراجعه حضوری پرسشگران به درب منازل، هدف از انجام مطالعه توضیح داده شده و موافقت افراد کسب می شد و در صورت تمایل ایشان، پرسشنامه به روش خود ایفایی تکمیل شده و در صورت نداشتن تحصیلات با انجام مصاحبه توسط پرسشگر تکمیل می گردید.

اطلاعات به کمک پرسشنامه جمع آوری شد. ابتدا اطلاعات دموگرافیک در فرم جمع آوری مخصوص ثبت می شد، سپس جهت اندازه‌گیری کیفیت زندگی از پرسشنامه مخصوص Short Form 36 (SF36) استفاده شد. روایی و پایایی گونه فارسی این پرسشنامه در مطالعات متعدد نشان داده شده است (۷، ۹). این پرسشنامه دارای 36 بند مستقل بوده و بررسی سلامت جسمی روانی فرد را مورد توجه قرار می دهد. این پرسشنامه به هشت جنبه از ابعاد کیفیت زندگی فرد توجه

جدول شماره (1): مشخصات جمعیتی نمونه مورد مطالعه (n=200)

ویژگیهای فردی نمونه‌های پژوهش	دسته بندی	فراوانی (درصد)
سن (سال)	60-74	141(70/5)
	75-84	46(23)
	≥ 85	13(6/5)
جنس	مرد	100(50)
	زن	100(50)
سطح تحصیلات	بیسواد	141(70/5)
	خواندن و نوشتن	24(12)
	ابتدائی	19(9/5)
	سیکل	6(3)
	دیپستان	1(0/5)
	دیپلم	5(2/5)
	دانشگاهی	4(2)
وضعیت تاهل	مجرد	1(0/5)
	متاهل	137(68/5)
	مطلقه	2(1)
	همسر فوت شده	60(30)
وضعیت اقتصادی	مستقل	142(71)
	وابسته	58(29)
ترکیب خانواده	تنها	21(10/5)
	با همسر	57(28/5)
	با خانواده	121(60/5)
	با خویشاوندان	1(0/5)
وضعیت سلامت فعلی	بهبتر از آنان	77(38/5)
	همانند آنان	70(35)
	بدتر از آنان	53(26/5)

جدول شماره (2): توزیع فراوانی جامعه مورد پژوهش بر حسب نوع ابتلاء به بیماری مزمن

نوع بیماری	فراوانی	درصد
قلبی عروقی	45	22/5
پرفشاری خون	70	35
دیابت	21	10/5
دردهای مفصلی	124	62
گوارشی	24	12
تنفسی	13	6/5
سرطان	0	0
ناراحتی اعصاب	0	0

جدول شماره (3): توزیع فراوانی کیفیت زندگی در سالمندان شهر خلخال بر حسب مشخصات دموگرافیک در سال 1387

نتیجه آزمون	انحراف معیار	میانگین	کیفیت زندگی	
			متغیرهای زمینه‌ای	
F =1/736 P Value=0/179	23/09	59/29	60-74	سن
	20/62	53/81	75-84	
	25/55	50/09	85 ≤	
t=4/055 P Value=0/000	22/53	63/73	مرد	جنس
	21/38	51/14	زن	
F=2/340 P Value=0/033	22/02	53/84	ییسواد	سطح تحصیلات
	21/87	63/05	خواندن و نوشتن	
	25/81	65/74	ابتدائی	
	12/28	74/00	سیکل و دبیرستان	
	24/34	68/27	دیپلم و دانشگاهی	
t=0/933 P Value=0/352	23/09	58/45	متاهل	وضعیت تاهل
	22/16	55/21	مطلقه /یوه	
t=2/870 P Value= 0/005	22/78	60/34	مستقل	وضعیت اقتصادی
	21/40	50/31	وابسته	
F=0/757 p Value=0/471	22/73	60/36	تنها	ترکیب خانواده
	22/35	54/44	با همسر	
	23/05	58/33	با خانواده یا خویشاوندان	
F=50/87 p Value=0/000	20/37	70/03	بهر از آنان	وضعیت سلامت فعلی
	18/61	59/27	همانند از آنان	
	15/66	36/70	بدتر از آنان	

در بررسی تاثیر متغیر سن، نتایج مطالعه نشان داد که کیفیت زندگی با متغیر سن ارتباط معنی‌دار آماری نداشت اما با افزایش سن، میانگین کیفیت زندگی کاهش یافته بود. بطوریکه سالمندان بالای 85 سال از میانگین کیفیت زندگی پایین تری برخوردار بودند (50/09 با انحراف معیار 25/55). بدیهی است در سنین بالاتر سالمندی، بروز ناتوانی‌ها بارزتر بوده و به صورت کاهش فعالیت جسمی و محدودیت‌های جسمانی ظاهر می‌شود (7).

بحث

در مطالعه حاضر به بررسی اثر متغیرهای جمعیتی سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تاهل، وضعیت اقتصادی و ترکیب خانواده و نیز وضعیت سلامت فعلی بر کیفیت زندگی سالمندان شهر خلخال با استفاده از ابزار استاندارد SF36 و همچنین شیوع بیماریهای مزمن در آنان پرداخته شد.

در مورد متغیر جنس، یافته‌ها نشان داد میانگین کیفیت زندگی مردان (63/73 با انحراف معیار 22/53) بالاتر از میانگین کیفیت زندگی زنان (51/14 با انحراف معیار 21/38) بود و تفاوت معناداری را از نظر آماری نشان داد ($p=0/000$ و $T=4/05$). این یافته در تایید نتایج مطالعات مشابه در این زمینه می‌باشد (7 و 9). البته در مطالعاتی دیگر متغیر جنس در تعامل با سایر متغیرهای زمینه‌ای مؤثر بر کیفیت زندگی سالمندان، به عنوان عاملی مؤثر نشان داده نشده بود (14).

در بررسی تاثیر متغیر سطح تحصیلات، نتایج یافته‌ها بیانگر آن بود که کیفیت زندگی با سطح تحصیلات ارتباط معنی‌دار آماری داشت ($p=0/033$ و $F=2/34$) و با افزایش سطح تحصیلات، میانگین نمره کیفیت زندگی افزایش یافته بود. این یافته در تأیید یافته‌های مطالعات دیگر (۷، ۱۴، ۱۸) نشان‌دهنده آن است که تحصیلات به عنوان نقطه مثبتی در برخورداری از یک زندگی سالمندی سالم مؤثر بوده و این امر به سلامتی بهتر و رضایت از زندگی منجر می‌شود.

طبق یافته‌های پژوهش، کیفیت زندگی با وضعیت تاهل و ترکیب خانواده ارتباط معنی‌دار آماری نداشت. اما وحدانی‌نیا و همکاران در مطالعه خود به این نتیجه دست یافتند که میانگین امتیاز کیفیت زندگی در متاهلین، از دو گروه مجرد و مطلقه یا بیه بیشتر بود (7). همچنین در مطالعه مشابهی که لی و همکاران¹ در کشور کره انجام داده بودند، کیفیت زندگی با وضعیت تاهل و ترکیب خانواده ارتباط معنی‌داری نشان داد (14). از آنجا که یکی از خطرات بالقوه تهدید کننده سلامتی در سنین سالمندی، تنهایی و انزوا است، توجه به محیط حمایتی و توانمندسازی سالمندان به منظور مواجهه مناسب با این عامل ضروری به نظر می‌رسد. با این حال نتایج پژوهش حاضر این امر را اثبات نکرد.

در ارتباط با کیفیت زندگی سالمندان و وضعیت اقتصادی، یافته‌ها نشان دهنده آن است که میانگین نمره کیفیت زندگی افرادی که از نظر وضعیت اقتصادی مستقل بودند (60/34 با انحراف معیار 22/78) نسبت به افرادی که وابسته بودند (50/31 با انحراف معیار 21/40) بالاتر بود. میزان درآمد، کیفیت

زندگی و بهداشت را تحت تاثیر قرار می‌دهد. تنگناهای اقتصادی، مشکلات معیشتی و کوچکی فضای زندگی، همگی عواملی است که روان افراد را تحت تاثیر قرار می‌دهد. در این شرایط سالمندان در معرض فشار بیشتری قرار می‌گیرند و دامنه برخورد میان آنها و اطرافیان بیشتر می‌شود. فقر و محرومیت های اجتماعی از بزرگترین موانع آسایش و امنیت در افراد پیر می‌باشند، بعلاوه در سالمندان فقیر ابتلا به بیماری ها نیز بیشتر می‌باشد که موجب کاهش کیفیت زندگی آنان می‌شود (5).

در بررسی تاثیر متغیر وضعیت سلامت فعلی، نتایج یافته‌ها نشان داد میانگین نمره کیفیت زندگی در واحدهایی که از نظر وضعیت سلامت فعلی بهتر از همسالانشان بودند (70/03 با انحراف معیار 20/37) در مقایسه با واحدهایی که وضعیت سلامت فعلی خود را همانند (59/27 با انحراف معیار 18/61) یا بدتر (36/70 با انحراف معیار 15/66) از همسالانشان ارزیابی کرده بودند، بالاتر بود. وحدانی‌نیا و همکاران نیز در مقاله خود می‌نویسند: وضعیت سلامت فرد به عنوان یک عامل پیشگویی کننده بر سطح امتیاز کسب شده در سنجش های کیفیت زندگی مؤثر می باشد (7). سلامتی دارای ابعاد متعددی است که هر کدام از ابعاد آن می‌تواند بر کیفیت زندگی مؤثر باشد و انسان ها از آن رو به سلامتی اهمیت می دهند که بر روند زندگی و آسایش آنها تاثیر می‌گذارد و از طرفی سلامتی و کیفیت زندگی دارای رابطه دو طرفه می‌باشند، بطوریکه اختلال در وضعیت سلامت موجب مشکلات بهداشتی شده و مشکلات بهداشتی نیز بر روی کیفیت زندگی مؤثر می‌باشد (19).

نتایج مطالعه نشان داد اکثر نمونه ها حداقل از یک بیماری مزمن رنج می‌بردند. استورانت² می‌نویسد: بیماری ها و اختلالات افراد سالمند الزاماً موجب ناتوانی آنها نمی شوند (20). مقیاس هایی که برای وضعیت سلامت و فعالیت افراد مرجع هستند، ابتلا به بیماری خاص نیست، بلکه تعداد و شدت ناتوانی های کنشی مورد نظر است. معمولاً افراد با اولین بیماری یا اختلالی که آنان را از فعالیت های روزانه زندگی شان باز می‌دارد، خود را بیمار می‌انگارند (۱۵، ۲۰، ۲۱).

² Staurant

¹ Lee & et al

لذا با توجه به نتایج مطالعه حاضر و مطالعات مشابه توصیه می‌شود، برنامه‌ریزی‌هایی در جهت افزایش مشارکت اجتماعی، بهبود خدمات پزشکی و بهداشتی و ارائه خدمات مشاوره در جمعیت سالمندان مد نظر قرار گیرد. جهت کسب اطلاعات بیشتر، مطالعات بیشتری در این زمینه در نقاط مختلف ایران وضعیت را بهتر روشن می‌کند.

تشکر و قدردانی

پژوهشگر بر خود لازم می‌داند از ریاست محترم و معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی خلخال قدردانی نماید. همچنین از پرسنل محترم انجمن معلولین خلخال، ریاست اداره بهزیستی خلخال و کلیه سالمندانی که در این مطالعه شرکت کردند، کمال تشکر به عمل می‌آید.

References

- 1) Witham MD, Crighton LJ & Mc Murdo ME. Using an individualized quality of life measure in older heart failure patient. Int J Cardiol. 2006 Jun, 24.
- 2) Islamic Republic News Agency. (2007). Social; Elderly. [Online]. Available: <http://www2.ima.com/en/news/line-8.html>. Accessed June 3, 2007.
- 3) Nikpour S, Habibi A, seiedshohadai M, Haghani H. Relation between Quality of life and socio-demographic characteristics among older people in Tehran-Iran. Middle East Journal of Age and Aging. 2007; 4(2): 25-30.
- 4) بابایی، ح.، جلالی، الف.، ظهوری، ح. بررسی کیفیت زندگی سالمندان زن و مرد مقیم آسایشگاه‌های شهر کرمانشاه، مجله علمی دانشکده پرستاری مامایی بویه گرگان، دوره 3- شماره 1- بهار و تابستان 1384، صص 22-28.
- 5) تاجور، م. بهداشت سالمندان و مروری بر جنبه‌های مختلف زندگی آنان. تهران: انتشارات نسل فردا، 1382، صص 11 تا 65 و 86 تا 92.
- 6) حمیدزاده، س. «بررسی تاثیر برنامه‌های فعالیت گروهی بر روی کیفیت زندگی سالمندان در سال 1385»، کنگره سالمندی، کاشان، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی کاشان، آبان ماه 1386: ص 146.
- 7) وحدانی‌نیا، م.، گشتاسبی، آ.، منتظری، ع.، مفتون، ف. «کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در سالمندان: مطالعه‌ای جمعیتی»، فصلنامه پایش، سال چهارم، بهار 1384، صص 120-113.
- 8) Nilsson J, Parker M.G, kabir Z.N. "Assessing Health- Related Quality of life Among Older people in Rural Bangladesh". Journal of Trans cultural Nursing (2004); 15 (4): 298-307.
- 9) احمدی، ف.، سالار، ع.، فقیه زاده، س. «بررسی کیفیت زندگی سالمندان شهر زاهدان»، فصلنامه حیات، سال دهم، شماره 22، پاییز 1382، صص 67-61.
- 10) Orfila F & Montserrat F. Gender differences in health related quality of life among elderly. Social science & Medicine. 2006, 63, PP: 2367-2380.

بیماریهای مزمن، دراز مدت و غالباً در تمام عمر گریبانگیر فرد است و چنین فردی اگر نه برای تمام عمر، اما بطور دراز مدت نیاز به مراقبت خواهد داشت و همین امر موجب کاهش کیفیت زندگی آنها خواهد شد. هر بیماری مزمن دوره‌ای را طی می‌کند و معمولاً در مرحله ای بصورت حاد در می‌آید که فرد جهت انجام فعالیت‌های خود نیازمند به کمک خواهد بود. بخصوص در افراد سالمند که از نظر قوای جسمی نیز ضعیف‌تر هستند، این امر بیشتر خواهد بود (14، 20).

نتیجه گیری

از آنجا که کیفیت زندگی در این دوران می‌تواند براحتی مورد تهدید قرار گیرد، در نظر داشتن عوامل زمینه‌ای موثر بر کیفیت زندگی سالمندان از اهمیت بالقوه‌ای برخوردار است.

- 11) Lissolo S, Cavallo E & Ronchetto F. The problem of the chronic recurrent pain among older in-patient. Minerva Med. 2006 Apr, 97(2), PP: 205-215.
- 12) Leinonen R, Heikkinen E, Hirvensalo M. Customer-oriented counseling for physical activity in older people: study protocol and selected baseline results of a randomized-controlled trial. Scandinavian journal of medicine & science in sports. 2006; 1(1): 78-85.
- 13) Barry p.p. An overview of special considerations in the evaluation and management of the geriatric patient. Am j gastroenterol. 2000; 93(1): 8-10.
- 14) Lee TW, Ko IS, Lee KJ. Health promotion behaviors and quality of life among community – dwelling elderly in Korea. Int J Nurs Stud; 2005. 49(2): 129-137.
- 15) Canbaz S, Sunter A.T, Dabak S, Peksen Y. "The prevalence of chronic diseases and quality of life in elderly people in samsun". Turk J Med Sci 2002; 33: 335-340.
- 16) امینی، الف. شقاقی، ع.، علمداری میلانی، خ.، خنایی، ج.، یعقوبی، ع. «وضعیت سالمندان در منطقه شمال غرب تبریز 1379». مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ویژه نامه پاییز 1382، صص 22-16.
- 17) Hellstrom Y, Persson G, Hallbery I.R. quality of life and symptoms among older people living at home. Journal of Advanced nursing. 2004; 48: 584- 93.
- 18) Meek S. contribution of education to health and life satisfaction in older adults mediated by negative affect. Journal of ageing and health. 2001; 13: 92-119.
- 19) Matsuo M, Nagasawa j, Yoshino A, Hiramatsu K, kurashik K. "effects of activity Participation of the elderly on quality of life". yonago acta medica. 2003; 46:17- 24.
- 20) Staurant M, Wandenbos G.R. (1994). Geriatric psychiatric (1th ed). New York: Springer. 198-208.
- 21) Andrews G.A. Promoting health and functioning in an aging population. British medical journal. 2001; 322: 728-729.

مقاله پژوهشی

اقامه نماز در دانشگاه: بررسی تجربیات و دیدگاه دانشجویان علوم پزشکی گرگان

چکیده

زمینه و هدف: هیچ شریعتی بدون نماز وجود نداشته است. خداوند در قرآن کریم اقامه نماز را وظیفه ثابت برای تقویت هر انسانی می داند "به درستی که نماز بر مومنین ثابت و واجب گردیده است". هدف از این مقاله بررسی تجربه دانشجویان از جذب به نماز در دانشگاه علوم پزشکی گرگان به نماز است.

روش بررسی: این مطالعه کیفی بر روی 50 دانشجوی علوم پزشکی دانشگاه گرگان 1387 انجام شد. برای گردآوری اطلاعات از مصاحبه های نیمه ساختار استفاده شد. نمونه گیری مبتنی بر هدف بود. از دانشجویان دختر و پسر رشته های پرستاری، مامایی، پیراپزشکی و بهداشت و پزشکی در مقاطع تحصیلی مختلف برای مشارکت در این پژوهش دعوت به عمل آمد. مصاحبه ها دست نویس و سپس مطابق روش "تحلیل محتوا" آنالیز شد.

یافته ها: از تجزیه و تحلیل داده ها چهار مضمون اصلی "برخورداری از ایمان قوی"، "اقامه نماز برای کسب آرامش"، "وجود الگوها"، "تسهیلات و امکانات" که تبیین کننده تجربیات و دیدگاه های دانشجویان در خصوص اقامه نماز در دانشگاه می باشد ظهور یافت.

نتیجه گیری: داشتن ایمان قوی از جمله مسائلی بود که دانشجویان را در بر پایی نماز در دانشگاه ترغیب می نمود اما تفاوت های محیط دانشگاه با محیط اجتماعی و آموزشی قبلی دانشجویان منجر به تغییر نگرش دانشجویان به نماز می شود. با عنایت به نقش سازندگی نماز در جوانان و قدرت نماز در پیشگیری از انحرافات و با توجه به نتایج تحقیقات، لازم است که مسئولین دانشگاه ها نگرش تازه ای به این امر داشته باشند.

کلید واژه ها: نماز، دانشگاه، دانشجوی علوم پزشکی، گرگان

سمیه صرافی خیرآباد
دانشجوی مامایی دانشگاه علوم پزشکی گلستان

طاهره عباسی شاهکوه
دانشجوی پرستاری دانشگاه علوم پزشکی گلستان

دکتر اکرم ثناگو
دکترای پرستاری
استادیار دانشگاه علوم پزشکی گلستان

دکتر لیلا جویباری
دکترای پرستاری
استادیار دانشگاه علوم پزشکی گلستان

نویسنده مسؤول: دکتر اکرم ثناگو
پست الکترونیکی: Somayyeh.sarrafi@gmail.com

مقدمه

بر اساس آیه شریفه فطره الله التي فطر الناس عليها لا تبديل لخلق الله (سوره روم آیه 30) سرشت انسان گرایش به خدا شناسی و خدا گرایی دارد بنابراین برای حصول به این هدف، پرستش خداوند متعال امری ضروری و حتمی است به طوری که در طول تاریخ حیات انسان آیین های عبادی به صور مختلف خود را نشان داده اند. با استناد به آیه شریفه ما خلقت الجن و الانس الا ليعبدون (سوره ذاریات، آیه 56) انسان سعادت مند کسی است که خداوند متعال را عبادت کند تا در پناه قرب الهی به کمال خویش پی ببرد. متعهد شدن به یک عقیده، ایدئولوژی و... از جمله منابع نیرومند سلامت روانی و خود شکوفایی انسان محسوب می شود. روانشناسان انسان گرا، روان نژندی را محصول انحراف از ارزش های ذاتی انسان می دانند و روان درمانی را هدایت انسان به سوی این ارزش ها بر می شمارند. بنابر این در زندگی عقلایی، عبودیت و بندگی خداوند رکن اساسی دستیابی به قرب الهی است. منظور از عبادت ایجاد نوعی رابطه خاضعانه و ستایش گرایانه انسان با خالق هستی است. هیچ شریعتی بدون نماز وجود نداشته است. اگر چه در کیفیت برگزاری نماز با یکدیگر اختلاف داشته اند بی تردید خداوند در قرآن کریم اقامه نماز را وظیفه ثابت برای تقویت هر انسانی می داند و می فرماید "ان الصلوه کانت علی المومنین کتابا موقوتا"، "به درستی که نماز بر مومنین ثابت و واجب گردیده است."

نقش مذهب در سلامت روانی انسان همانند اکسیژن برای تنفس اهمیت دارد. روانشناسان متعددی بر نقش اعتقادات و رفتارهای مذهبی اشاره کرده و اهمیت آنها را برای بهداشت روانی مورد تایید قرار داده اند (1).

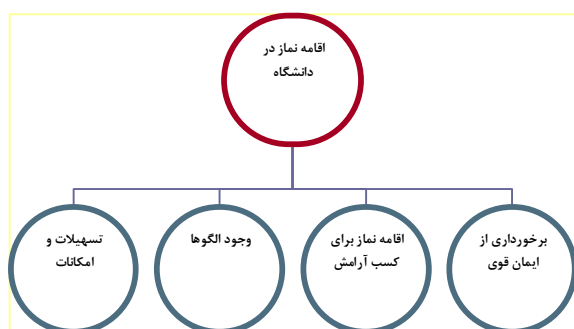
انسان در طول دوره زندگانی خود مراحل گوناگونی را با شرایط ویژه و خاص می گذراند که هر کدام به نحوی در مراحل بعد موثر است. جوانی از مهم ترین دوران زندگی است که در سلامت یا خسارت دوران میانی و نهایی زندگی بشر تاثیر گسترده و عمیقی دارد. چرا که در این دوران، پایه ها و اصول شخصیت انسان شکل می گیرد با این بیان اهمیت و حساسیت دین داری در دوره جوانی مشخص می شود بخصوص که در این دوران حساس، طوفان غرائز سرکش،

زمینه انحراف جوان و غفلت او از یاد خدا فراهم می کند (2). یکی از علل غوطه ور شدن جوانان و نوجوان در انواع و اقسام فساد و خلاف ها و افزایش انواع بیماری های روانی عدم اتصال به منبع معنوی است. "ان الصلوه تنهی عن الفحشاء و المنکر". روی آوردن به اتصالات معنوی از طریق نماز منجر به دوری از کارهای ناشایست می گردد. برخی از شواهد دال بر خودکشی جوانان است. در سال 1380 حدود 200 دانشجوی اقدام به خودکشی کرده اند. بدیهی است در کشور اسلامی انتظار خودکشی از نسل جوان تحصیل کرده نمی رود. خودکشی زمانی ظهور می یابد که فرد از همه راهها باز مانده است، تاب و تحمل مشکلات و مصایب زندگی را ندارد، افسرده می شود. نماز وسیله ای است که انسان را به مبدا هستی متصل می کند و کسی که خود را به این مبدا متصل کند هرگز دچار یاس، نومیدی و افسردگی نمی شود. تحقیقات موید آن است در گذشته های دور با وجود آن که سختی ها و مشکلات وجود داشته است اما گزارشی از خودکشی افراد مشاهده نمی شده چون انسان ها در گذشته گرایش بیشتری به نماز داشته اند. گسترش افسردگی و اضطراب و خودکشی در بین جوانان به ویژه در محیط های دانشگاهی و احساس پوچی می تواند از عدم توجه نسل جوان به طور شایسته ای به اتصالات معنوی با نیروی لایزال الهی از طریق نماز باشد (3). آینده یک کشور در دانشگاه و دانشگاهیان رقم می خورد. دانشگاه ضربان سنج حیات ملی یک جامعه است که از فراروی آن می توان آینده یک جامعه را به وضوح تماشا کرد (مقام رهبری). به دلیل جایگاه خاصی که علم و دانش و دانشگاه در فرهنگ دینی ما دارد و بسیاری از مردم ما به دانشجو و دانشگاه به عنوان گروه مرجع خودشان نگاه می کنند هر میزانی تلاش که در جهت ارتقاء کمی و کیفی مسایل اخلاقی و عرفانی و در صدر همه نماز در دانشگاه انجام شود به صورت غیر مستقیم تاثیرات شگرفی در سطح جامعه در پی خواهد داشت (4). با عنایت به نقش سازندگی نماز در جوانان و قدرت نماز در پیشگیری از انحرافات در این مطالعه بر آن شدیم تا به بررسی رویکردهایی که موجب خواهد شد تا جوانان گرایش بیشتری به اقامه نماز داشته باشند بپردازیم. یک گروه عظیم از جوانان کشور را

شد. مصاحبه ها در مکان آرامی در دانشگاه انجام شد. مصاحبه ها ضبط، دست نویس و سپس مطابق روش "تحلیل محتوا" آنالیز شدند.

یافته ها

از تجزیه و تحلیل داده ها چهار مضمون اصلی "برخورداری از ایمان قوی"، "اقامه نماز برای کسب آرامش"، "وجود الگوها"، "تسهیلات و امکانات" که تبیین کننده تجربیات و دیدگاه های دانشجویان در خصوص اقامه نماز در دانشگاه می باشد ظهور یافت.



در ذیل برای تبیین هر یک از مضامین، از مثال های عینی استفاده می شود.

ایمان قوی

منظور از ایمان قوی برخورداری از اعتقادات مذهبی خود فرد و اعتقادات مذهبی خانواده است. مشارکت کنندگان در این مطالعه اقامه نماز در دانشگاه را ناشی از داشتن ایمان قوی فرد می دانستند. وجود ایمان عامل اصلی بوده است به طوری که اثر عوامل مداخله گر را خنثی می کرده است. یکی از شرکت کنندگان اظهار داشت

"اگر کسی ایمان قوی داشته باشد چیزی نمی تونه مانعی برای نماز باشه"

یکی دیگر از شرکت کنندگان اظهار داشت

"تبلیغات خیلی تاثیر نداره خود فرد مهمه باید بدون نماز چه". سایرین نیز اظهار داشتند عوامل درونی فرد باعث متحول شدن فرد می شود و دانشگاه نقشی در این موضوع ندارد.

شرکت کننده دیگری نیز اظهار داشت

دانشجویان شامل می شوند و از آن جایی که مجریان طرح از دانشجویان علوم پزشکی گرگان می باشند این تحقیق در دانشگاه گرگان انجام شده است. هدف از این مقاله بررسی تجارب دانشجویان در خصوص اقامه نماز در در دانشگاه است.

روش بررسی

در این مطالعه کیفی برای گردآوری اطلاعات از مصاحبه های نیمه ساختار استفاده شده است. نمونه گیری مبتنی بر هدف و غیر تصادفی بوده است. دانشجویان دختر و پسر رشته های پرستاری، مامایی، پیراپزشکی و بهداشت و پزشکی در ترم های تحصیلی مختلف در این پژوهش مشارکت نمودند. از دانشجویان رشته های مختلف که مایل به ارائه تجربیات خود بودند برای مصاحبه دعوت به عمل آمد. مصاحبه ها توسط مجریان طرح که در این زمینه آموزش کافی دیده اند انجام شده است. به جهت اطمینان از دقت کار هر دو مجری در مصاحبه ها حضور داشته اند.

در انتخاب شرکت کنندگان تنوع مد نظر بوده است از این رو جنسیت، رشته، قومیت و ترم تحصیلی مد نظر قرار گرفت. ملاک تعیین حجم نمونه اشباع و غنای داده ها بوده است. در مطالعات کیفی هر گاه محققین ضمن آنالیز داده ها به یقین برسند که داده ها تکرار پذیر شده اند و طبقات جدیدی با مصاحبه ها ایجاد نمی شود نمونه گیری را خاتمه می یابد. علاوه بر اینکه بیش از آنکه تعداد نمونه ها مهم باشد غنا و حجم اطلاعات به دست آمده از اهمیت برخوردار است. در مطالعه حاضر 50 دانشجوی پسر و دختر، فارس و ترکمن، پرستاری، مامایی، پزشکی، بهداشت و علوم آزمایشگاهی از دانشگاه علوم پزشکی گرگان مورد مصاحبه قرار گرفتند.

مصاحبه های نیمه ساختار ابزار گردآوری داده ها بوده است. مصاحبه ها با سوالاتی باز آغاز می شد و بتدریج متمرکزتر می گردید. "آیا تا حالا شده که در دانشگاه نماز خوانده باشید؟ برایمان از تجربه خودتان بگویید. چه چیزهایی باعث می شود شما در دانشگاه نماز بخوانید. برایمان مثال بزنید. شده مسائلی برایتان پیش بیاید که نماز نخوانید؟" نمونه هایی از سوالات مصاحبه بوده است. از سوالات کاوشی از قبیل "کجا، چرا، چگونه، برایمان مثال بزنید، ..." نیز استفاده

"بعد از نماز دعا می کنم بچه ها بهم میگن قبل از امتحان
براشون دعا کنم مخصوصاً موقع اذان"
"در کنکور به حد زیاد احتیاج داشتم. بیشتر نماز می
خواندم و دعا می کردم"

"دانشگاه" در بردارنده عوامل تاثیر گذار متعددی بر اقامه
نماز دانشجویان دانشگاه می باشد. "امکانات نماز خانه، اتمسفر
کلی دانشگاه، اساتید، همکلاسی ها و ماهیت دانشجویی" از
این موارد می باشند.

الگوها

منظور از الگوها سرمشق قرار دادن افراد خود آگاه یا
ناخود آگاه و تاثیر پذیرفتن از آنان در رفتارها می باشد این
الگو در این مطالعه سایر دانشجویان، اساتید و جو کلی به
عنوان مد شدن رفتار می باشد.

همقطاران

ماهیت جوانی آسیب پذیری و تاثیر پذیری از همقطاران
است. دانشجویان اگر دوستان نماز خوان داشتند بیشتر ترغیب
به اقامه نماز می شدند. همراه بودن با فرد نماز خوان باعث
تشویق آنها می شد و یا دیدن دانشجوی موفق در تحصیل و
نماز خوان از عوامل تاثیر گذار بوده است.

همانگونه که شرکت کنندگان اظهار داشتند

"دوستان اول به نماز جماعت می روند بعد به سلف، ما هم
این کارو می کردیم"

"گاهی از اوقات تردید داریم نماز بخونیم آگه دوستانمون
بگن بریم نماز بخونیم می گیم پس ما هم میاییم"

"وقتی می بینم یک دانشجوی موفق که نماز می خونه منو
بیشتر تحریک میکنه که نماز بخونم"

"همراهی دوستان جهت اقامه نماز جماعت باعث شده که
نماز بخوانم"

تاثیر هم خوابگاهی نماز خوان در اقامه نماز بی تاثیر نمی
باشد. یکی از شرکت کنندگان اظهار داشت

"من یکی از هم اتاقی هام نماز نمی خواند ولی دوتای
دیگه نماز می خواندن بعد از مدتی اون هم نماز می خواند
ولی وقتی اتاق دیگه رفت با هم اتاقی های دیگه افتاد که نماز
نمی خواندن اون هم دیگه نماز نخواند"

"عامل موثر در خواندن نماز یک حقیقت واحد است که
فرا تر از زمان و مکان است و آن ابراز عبودیت در برابر خالق
است پس با تمسک به این حقیقت خواندن نماز مستدل و
میرهن است."

شرکت کنندگان داشتن ایمان قوی را متاثر از خانواده خود
می دانستند.

"اگر دانشجویی در دوران کودکی نماز خوان بوده و
خانواده نماز خوان و متدین داشته هیچ وقت نماز را سبک نمی
شمارد" و یا "در خانواده های مذهبی نماز خواندن ارثی
است". دانشجویان بر این باور بودند حتی دوقلوهای یکسان
که در دو خانواده متفاوت بزرگ می شوند تاثیر پذیر از
خانواده هستند.

کسب آرامش

از مضامین اصلی دیگر در این مطالعه کسب آرامش و یا به
عبارتی فواید بالقوه نماز می باشد. دانشجویان تجربیاتی از قبیل
به آرامش رسیدن در زمان بحران با خواندن نماز و یا دعا و
نماز برای کسب موفقیت را ذکر کردن. برخی از دانشجویان
در زمان خوشحالی برای شکرگزاری نماز برپا می داشتند.
برخی از دانشجویان اظهار نمودند در دوران امتحانات با نماز
خواندن استرس و فشار روحی آنها کاهش یافته است.

"مثلا خودم قبل از کنکور برای کاهش استرس و قبول
شدن نماز می خواندم در دانشگاه هم بخاطر پاس کردن
دروس سنگین نماز می خوندم"

و یا دانشجوی دیگری اظهار داشت

"در مواقعی که از درون آشفته و پریشانم نماز زیاد می
خونم مثلا چند وقت درسم ضعیف بود و احساس پوچی نسبت
به خودم داشتم به سراغ نماز رفتم"

دانشجویان زمانی که از مسئله ای ناراحت بودند با نماز
خواندن خود را متصل به یک منبع قوی می دانستند و احساس
می کردند که خداوند همراه آنهاست و تنها نیستند. با احساس
تنهایی و احساس مشکل نماز برپای می داشتند.

توأم نمودن اقامه نماز با دعا و نیایش منجر به قوت قلب
بیشتری می شود. برخی از دانشجویان اظهار داشتند با دعا
کردن به خواسته های خود و دیگران خواهند رسید.

اساتید

شرکت اساتید در نماز جماعت و دیدن آنها در نماز خانه بخصوص اگر آن استاد از بعد مسئولیت و یا مشخصه های دیگر مورد توجه دانشجویان باشد در تشویق دانشجو به اقامه نماز جماعت در دانشگاه موثر است.

"دکتر (....) خودشان برای نماز می روند این باعث میشه استادی دیگه هم به نماز برند و به تبع آن دانشجویها هم نماز بخوانند وقتی ببینند طرف تخصص داره و با آن ابهت برای نماز می ره و دیندار هم هست..."

"استادان همه می روند خودش یک عامل است"

"استادی جوان می رفتن تاثیر داشت"

"استادی که خیلی او را دوست داریم با او نماز بخوانیم."

با آقای دکتر (....) مثلاً نماز بخوانیم"

دانشجویان عواملی از قبیل هماهنگ نبودن ظاهر دانشجویان و نماز گزاران را که رعایت حجاب اسلامی را نداشتند اما نماز می خواندند را خوشایند نمی دانستند و این خود باعث سستی آنها در این عمل می شد .

"نگاه به دیگران اگر دانشجویی باشه که کارهای بد میکنه ولی نماز هم می خونه رغبت ما به نماز کم میشه"

شرکت کنندگان اظهار داشتند شنیدن اذن در محوطه دانشکده باعث ترغیب آنها و انگیزه بر پایی نماز در دانشگاه در آنها می شود و وقت نماز همه به سوی نماز می روند .

"صدای اذان خود یک انگیزه است"

"وقتی همه کارکنان و دانشجویان را باهم می بینی این خیلی قشنگ که همه کار و تعطیل می کنند"

"اگر فضایی همه نماز می خوانند ما هم نماز می خوانیم"

"وقتی در خوابگاه ما نمازخونه باشه قطعاً نماز جماعت تشکیل بر پا میشه و همین می تونه باعث نماز خوندن شود و یا دوستان و اساتید اگر آنها توی همین حال و هوا باشند بچه ها به اون سمت کشانده می شوند"

مدگرایی

دانشجویان اظهار داشتند که با ورود به دانشگاه تحت تاثیر جو غالب و اکثریت قرار می گیرند به عبارتی اگر اکثر دانشجویان اهمیتی به نماز ندهند یا به اصطلاح مد نباشد بچه ها نیز به سمت نماز نمی روند.

"در دانشگاه یک نفر به خاطر جو یک گروه دیگه نماز نمی خونه"

"در این دانشگاه هر کسی از هر طرفی می آید به یک سمت سوق داده می شود."

"وقتی چیزی در دانشگاه بوجود می آید همه به آن سمت می روند."

بسترها

منظور از بستر شرایط و عوامل زمینه ای موجود از قبیل ماهیت دانشجویی و فشارهای آموزشی و تفاوت های قومی و امکانات موجود شامل تسهیلات و امکانات نمازخانه ای و تبلیغات در خور قشر علمی می باشد.

امکانات نمازخانه

یکی از مواردی که دانشجویان در برپایی نماز در دانشگاه ذکر نمودند وجود امکانات برای نماز خواندن بود. مهم ترین آنها مکان نمازخانه بود. فاصله مسجد، مکان مسجد و امکانات مسجد از مواردی بود که دانشجویان بر اقامه نماز در دانشگاه موثر می دانستند. از آنجائی که دانشکده علوم پزشکی در مسافتی بزرگ ساخته شده است که در یک قسمت دانشکده پزشکی و پیراپزشکی و در جهت دیگر دانشکده پرستاری و مامایی واقع شده و نمازخانه خارج از ساختمان دانشکده ها با مسافتی فاصله می باشند. یکی از شرکت کنندگان اظهار داشت

"الان مسجد دانشگاه خیلی دوره ولی امکاناتش خوبه"

"تدارکات مسجد یا نمازخانه و محل کار نزدیک هم باشه برای نماز خواندن تاثیر داره"

مسجد دانشگاه به دلیل دوری از دانشکده ها و همچنین نزدیکی به مسیر رفت و آمد برادران ساکن خوابگاه از نظر دانشجویان در جای خوبی واقع نشده است

"مکان نماز خانه به علت رفت و آمد پسران مناسب نیست"

"موقع عصر مسیر نمازخانه تاریکه و تنهایی نمی تونم بیام"

تجهیزات نمازخانه که مهم ترین آن وضوخانه و فرش و گرما و سرما می باشد از عوامل تاثیر گذار بر جذب دانشجو به اقامه نماز در دانشگاه می باشد. همانگونه که شرکت کنندگان اظهار داشتند

"اقدامات انجام شده در خوابگاه شصتکلا خوب و موثر بود مثل برنامه منظم دعا، برنامه دعای زیارت عاشورا در تپه نورالشهدا"

"تبلیغات نماز و اهمیت آن و اثرات آن در درمان بیماریها با استفاده از بروشور"

"وقتی تبلیغات میشه با عنوان نماز نباشه ولی آن را بسمت نماز بکشاند"

"پوسترهای روی برد تاثیر دارن من خودم به اون ها توجه می کنم"

دانشجو قشر علمی جامعه است و برای پذیرش هرچیز دلیل و منطقی می خواهند اساتید نقش مهمی دارند در آوردن دلایل علمی اثرات نماز دارند.

"ما بیشتر آناتومی می خوانیم و بیشتر علوم تجربی می خوانیم استاد (...). پنج دقیقه آخر رو در مورد خدا صحبت می کرد حرف های آنها بیشتر تو دل می شینه"

"چیزهایی که در قران هست را با مسئله پزشکی صحبت کنند"

"مثلاً فلان مساله بیوشیمی با قران مطابقت دلرد"

"از روانشناسان بخواهند توضیح دهند"

فشارهای آموزشی

مسئولیت دانشجویی را داشتن و خواندن درس و داشتن تکالیف خود باعث می شود که فرد احساس فشار کند. شرکت کنندگان اظهار داشتند

"ساعتی که نماز جماعت تشکیل میشه مهمه، بچه ها از صبح کلاس داشتن همه خسته اند و منتظرن که سلف برن"

"بی حالی و بی حوصلگی ناشی از خستگی کلاس ها باعث میشه توی دانشگاه نماز نخوانند"

"بستگی به حال و هوای اون روز داره که گرم باشه یا سرد باشه، گرسنه باشم تمام کلاس ها از صبح باشه و خواب آلوده و خسته نباشم."

"گاهی از اوقات امتحان داشتم و یا کلاس داشتم و خسته بودم و نتونستم نماز بخونم."

"امور تحصیلی و شلوغ بودن برنامه کاری روزانه مانع نماز خواندن می شود"

"فرش های نماز خونه خیلی پرزداره لباس هامون کثیف می شه"، "جاکفشی داره اما همه با کفش جلوی پادری میان"، "آب وضوخانه مسجد قبلاً که ما بودیم سرد بود"

امکان ایاب و ذهاب در دانشگاه هر یک ربع ساعت بین دانشگاه و خوابگاه ها مقدور می باشد. همچنین خوابگاه دانشجویان پسر در محیط دانشگاه می باشد و دانشجویان مقیم خوابگاه بعد از اتمام کلاس های صبح در ساعت 11/5 و تا قبل از شروع کلاس عصر در ساعت 14 در خوابگاه خواهند بود از این رو احتمال شرکت در نماز جماعت کاهش می یابد "بیشتر بچه ها خوابگاهی اند و می رن خوابگاه نماز می خوندند"

"تنها دلیلش که بخوام توی دانشگاه نماز بخونم اینه که کلاس هام تا بعد از ظهر طول بکشه اگر بعد از دانشگاه وقت داشته باشم باز هم ترجیح می دم خونه نماز بخوانم"

"اگه کلاس هامون تا ساعت 6 باشه می خونم اگه نه می رم خونه"

نادیده گرفتن قومیت ها

استان گلستان به دلیل سکونت قومیت های مختلف بخصوص ترکمن دارای شرایط خاصی می باشد از این نظر دانشگاه علوم پزشکی گلستان بی تاثیر از آن نیست. پذیرش دانشجویان ترکمن بدلیل بومی بودن زیاد می باشد اما به نظر می آید جو دانشگاه برای این گروه به فراموشی سپرده شده است چنانچه دانشجویان ترکمن اظهار داشتند

"ما برای نماز خواندن از لباس بلند استفاده می کنیم ولی این جا با مانتو نماز می خوانیم"

"ما آخوند نداریم و فکر هم نمی کنیم اجازه دهند دو تا نماز جماعت با هم انجام شود"

"نماز عصر ما زمان کلاس ها می شود بعضی اساتید قبول می کنند ولی برخی قبول نمی کنند به همین دلیل مجبوریم 15 دقیقه از کلاس را کنسل کنیم"

تبلیغات

اگرچه دانشجویان داشتن ایمان قوی را بر اقامه نماز می دانستند اما نقش تبلیغات را بی تاثیر نمی دانستند

"خیلی وقت ها به نماز اهمیتی نمی دم و بیشتر به درس می رسم. بیشتر مواقع فراموش می کنم"

"زمانی که آزمایشگاه داشتیم تا ساعت یک ناهار می خوردیم به نماز نمی رسیدیم"

"بعد کلاس به من که نماینده کلاسم گفتند این کار را انجام بده من گفتم نماز را بخوانم ولی بچه ها به من و اون روز نماز عصرم را قضا کردم و یک مدت نرفتم"

بحث

امروزه از نظر روان شناسی این حقیقت به اثبات رسیده است که دعا و نماز و داشتن یک ایمان محکم به دین، نگرانی و تشویش، هیجان و ترس را برطرف می کند. تحقیقات گسترده بالینی روی ده هزار انسان افسرده و مجرم موید اهمیت اعتقاد دینی در زندگی انسان بوده است. هرکس به دین و اعتقاد دینی کردن سپارد از شخصیت انسانی والاتری در مقایسه با آن کسی که ایمان ندارد و با عبادتی در تماس نیست، برخوردار است (5). مطالعه حاضر نشان داد یکی از عوامل موثر در اقامه نماز دانشجویان استفاده از فواید نماز برای کاهش استرس و بر طرف کردن احساس کمبود می باشد. سلیمان زاده (1386) در مطالعه رابطه بین اعتقادات مذهبی و منبع کنترل با سلامت روان در دانشجویان نشان داد عملکرد مذهبی بر سلامت روان و منبع کنترل درونی دانشجویان تاثیر مستقیم و مثبت دارد (6). مطالعه محتشمی پور (1382) در خصوص بررسی رابطه نماز با میزان افسردگی در دانشجویان دانشکده پیراپزشکی و بهداشت دانشگاه علوم پزشکی مشهد نیز نشان داد میانگین نمره افسردگی در کسانی که نگرش مثبت نسبت به نماز داشته اند، رابطه وجود داشت اما از نظر آماری معنی دار نبود (7). مطالعه بناکار (1380) در خصوص نگرش دانشجویان دانشکده علوم پزشکی فسا نسبت به اثر بخشی نماز موید آن است اثر بخشی نماز در حیطه های اعتقادی، مذهبی و بهداشت روانی از نظر دانشجویان در حد بالا بوده است (8).

از عوامل مهم در سازندگی و شکوفایی و یا تخریب شخصیت انسان، خانواده و محیط زندگی است. بخش زیادی از شخصیت تربیتی انسان در کودکی شکل می گیرد. خانواده از مهمترین عوامل تربیتی انسان ها به شمار می آید. بیشترین

همانند سازی و الگوبرداری را در دوران طفولیت از اهل خانواده مخصوصاً پدر و مادر خواهد داشت (9). مطالعه حاضر نشان داد دانشجویان سابقه خانوادگی را یکی از عوامل موثر در اقامه نماز در دانشگاه می دانند. تحقیق لطیفی (1377) در خصوص شیوه های موثر در جذب و هدایت دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد خلیخال برای نماز نشان داد 36 درصد از دانشجویان اظهار داشتند حضور نیافتن دانشجویان در نماز به فرهنگ و تربیت خانوادگی مربوط می شود (10). مطالعه سبی و شفر (2008) نشان داد که پافشاری خانواده یا حمایت آن در اطاعت مو به مو از کتب مقدس بی تاثیر است (11). این مورد می تواند به دلیل ماهیت متفاوت خانواده و فرهنگ در غرب باشد.

دانشجو به دلیل داشتن مسئولیت تحصیلی، خستگی و بی حوصلگی، کلاس های درسی، وقت نماز را از موانع اقامه نماز خود در مسجد دانشگاه می دانند. برخورداری (1385) در نظرسنجی از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد در مورد زمینه ها و موانع شرکت در نماز جماعت "همزمانی توزیع غذا و سرویس ایاب و ذهاب، وقت نماز، برنامه تلویزیونی، کلاس های درسی، بی حوصلگی، مشکل وضو ساختن و آمادگی برای نماز" را از مهمترین موانع عدم شرکت فعال دانشجویان در نماز جماعت اعلام نمودند (12). یکی دیگر از موانعی که دانشجویان در مطالعه حاضر به عنوان عاملی برای عدم اقامه نماز در دانشگاه بدان اشاره کردند دور بودن فاصله نماز خانه دانشگاه را از محل کلاس بوده است. در بررسی ظروفی (1377) در خصوص تمایل دانشجویان به شرکت در نماز جماعت دانشگاه آزاد اسلامی اردبیل، نیز داده ها نشان داد فاصله مکانی ایجاب می کند اغلب نماز را دانشجویان بیرون از دانشگاه بخوانند (13).

استفاده از تبلیغات نماز بوسیله پوستر و حضور اساتید در اقامه نماز را دانشجویان در مطالعه حاضر موثر دانسته اند و این در حالی است که در بررسی ظروفی (1377) تبلیغات بیشتر و حضور فعال اساتید و کارکنان نیز مورد تاکید قرار گرفته است (13).

مشارکت کنندگان در پژوهش حاضر به عواملی همچون تاثیر دوستان، همکلاسی ها، خانواده و تاثیر جو دانشگاه در

و آسیب پذیر است که می تواند متأثر از عوامل متعددی فردی، اجتماعی و محیطی باشد. اگر قصد داریم تا اقامه نماز در دانشگاه ها را رونقی روز افزون بخشیم ضروری است تا به آنچه که شکل دهنده این تجربه می باشد توجه نماییم.

داشتن ایمان قوی از جمله مسائلی بود که دانشجویان را در بر پایی نماز در دانشگاه ترغیب می نمود اما تفاوت های محیط دانشگاه با محیط اجتماعی و آموزشی پیشین دانشجویان منجر به تغییر نگرش دانشجویان به نماز می شود.

تقویت عوامل مرتبط به مولفه فردی امری دراز مدت و فرهنگی است و نیاز به سالیان دراز برنامه ریزی هوشمندانه دارد، اما تلاش برای ارتقای مولفه های محیطی و اجتماعی در مدت کوتاه تری به بار خواهد نشست. از این رو پیشنهاد می شود به ساختار کالبدی (معماری) مساجد در دانشگاه ها و تسهیلات آن توجه گردد و هر از چند گاه به منظور ارتقای کیفی مساجد از دانشجویان و اساتید نظر سنجی شود. با توجه به شرایط قومیتی خاص استان گلستان و دانشگاه گرگان توجه به نیازهای دانشجویان اهل تسنن برای برگزاری نماز در رونق بخشیدن به اقامه نماز ضروری می باشد.

تشکر و قدردانی

از دانشجویان گمنامی که در این مطالعه شرکت نمودند و تجارب خود را با ما در میان گذاردند قدردانی می شود. همچنین از حمایت معنوی کمیته نماز دانشگاه و حمایت مالی کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی گلستان در اجرای این طرح قدردانی می گردد.

اقامه نماز اشاره کردند. طالبان (1377) در بررسی سهم عوامل جامعه پذیری در گرایش دانش آموزان دبیرستانی نشان داد وقتی چهار شاخص نظر اولیاء، نظردوستان، نظرمدرسه و پذیرش اجتماعی با هم در نظر گرفته شدند مدرسه تاثیر معناداری نداشت. نظر اولیاء، پذیرش اجتماعی و دوستان دارای اهمیت بودند (14).

دانشگاه گرگان از موقعیت قومیتی ویژه ای برخوردار است. از این رو در بردارنده یک گروه عظیم از دانشجویان با مذهب تسنن است. وجود قوم ترکمن در دانشگاه می طلبد که به شرایط مورد نیاز این گروه از دانشجویان در اقامه توجه گردد. این دانشجویان نیاز به امکانات خاص خود برای اقامه نماز در دانشگاه از قبیل مکانی برای وضو گرفتن، نیاز دارند. بررسی لطیفی (1377) نشان داد 6 درصد از دانشجویان اظهار می دارند که دانشجویان از شهرهای مختلف با فرهنگ های متفاوت جمع شده اند و این فرهنگ ها، اخلاقیات و رفتارهای متفاوتی را باز می تابد (10).

از موارد دیگری که شرکت کنندگان در مطالعه حاضر به آن اشاره کردند ضرورت ایجاد یک جو دینی غالب در دانشگاه ها به عنوان امری اساسی در ترغیب دانشجویان به نماز می باشد بگونه ای که به عنوان یک ارزش غالب در آید. صادقی (1378) در بررسی جامعه شناختی اختلاف نگرشی ارزشی بین دو نسل (دانشجویان - والدین) اظهار داشت بین دو نسل اختلاف نگرشی ارزشی وجود دارد (16).

نتیجه گیری

تجربیات دانشجویان در مطالعه حاضر حاکی از آن بود که اقامه نماز به صورت جماعت و در دانشگاه امری بسیار شکننده

منابع

- (5) موسی زاده، الف. نماز و آثار آن در دوره جوانی، تالیف ابراهیم موسی زاده، با تقریظی از مروج، تهران: دفتر نشر فرهنگ اسلامی، 1379، صص 110-111.
- (6) سلیمان زاده، ل. رابطه بین اعتقادات مذهبی و منبع کنترل با سلامت روان در دانشجویان، مجله علمی دانشگاه قزوین، 1386، سال یازدهم، بهار، شماره 1 (پی درپی)، صص 28-33.
- (7) عمادزاده، ح و همکاران. افق دانش، مجله دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد، 1382، دوره 9، بهار و تابستان، شماره 1: صص 76-81.

- (1) یشلیده، ک. بررسی عوامل موثر درون مدرسه ای جذب دانش آموزان مقطع متوسطه استان خوزستان به نماز مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز، 1382، دوره سوم، سال دهم، شماره های 3 و 4، صص 90-63.
- (2) محمدی، م. مسجد و مشارکت جوانان در آن، ص 327 الی 347. قابل دریافت از <http://idochp2.irandoc.ac.ir/>.
- (3) نماز و دانشجو: آثار برگزیده اولین همایش نماز و کانون های دانشجویی، تدوین: ستاد اقامه نماز در دانشگاه ها، 1382، دفتر نشر معارف، صص 85 و 254-255.
- (4) دبیرخانه اجلاس سراسری نماز، نماز و دانشگاه، جلد دوم، ناشر: ستاد اقامه نماز، چاپ اول بهار 1381، ص 35

- (8) بناکار، ب. هاشم زاده، الف. فرامرز، الف. نیکویی، ف. نگرش دانشجویان دانشکده علوم پزشکی فسا نسبت به اثر بخشی نماز، طب و تزکیه، زمستان 1380. صص 84-88.
- (9) عزیزی تهرانی، ع. الف. ترک نماز چرا؟، انتشارات دارالصادقین، پاییز 1377، ص 101.
- (10) لطیفی، م. شیوه های موثر در جذب و هدایت دانشجویان برای نماز، خلاصه مقالات همایش راهکارهای عملی اقامه نماز در دانشگاه، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خلخال، 1377، صص 17-18.
- (11) By Ra, Schaefer L Seb. Change in religious beliefs, parental pressure, and attitudes of college students toward higher education as related to religious fundamentalism. Psychol Rep. 2008 Feb;102(1):169-80.
- (12) برخوردار، الف. نظرسنجی ازدانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد در مورد زمینه ها و موانع شرکت در نماز جماعت، مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، زمستان 85، ص 145.
- (13) ظروفی، م. تمایل دانشجویان به شرکت در نماز جماعت دانشگاه آزاد اسلامی اردبیل، همایش راهکارهای عملی اقامه نماز در دانشگاه، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خلخال، 1377، صص 6-5.
- (14) طالبان، م. بررسی سهم عوامل جامعه پذیری در گرایش دانش آموزان دبیرستانی، خلاصه مقاله های همایش آسیب شناسی تربیت دینی تهران، 1377، صص 114-115.
- (15) صادقی، ش. بررسی جامعه شناختی اختلاف نگرش ارزشی بین دو نسل (دانشجویان، والدین) در دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، نیمسال دوم تحصیلی 78-79، تهران: انتشارات کتاب آشنا، 1381، ص 47-45.

مقاله پژوهشی

بررسی چگونگی شناسایی سرطان پستان توسط زنان مبتلا و باورهای مرتبط با آن

چکیده

زمینه و هدف: کلید درمان بیماری سرطان پستان، تشخیص سریع آن پیش از متاستاز است. هدف از این مقاله بررسی چگونگی پی بردن زنان مبتلا به سرطان سینه به علائم آن و باورهای مربوطه می باشد.

روش بررسی: در این مطالعه با 30 نفر از زنان مبتلا به سرطان پستان در سال 1386 مصاحبه های نیمه ساختار به عمل آمد. داده ها، ضبط، خط به خط دست نویس، کدگذاری، طبقه بندی و توصیف شد.

یافته ها: 93 درصد شرکت کنندگان به طور تصادفی به مشکل پی بردند. اولین علائم مشاهده شده "احساس توده سفت در سینه، درد، ترشح و تغییر پوست سینه" بود. تمامی شرکت کنندگان بجز یک نفر اطلاعات هشدار دهنده در باره سرطان پستان را از اطرافیان خود دریافت کرده بودند. شرکت کنندگان در این مطالعه بر این باور بودند "زندگی توام با تنش زیاد، تغذیه نامناسب، تقدیر روزگار" عامل سرطان آنان است.

نتیجه گیری: تشخیص زودهنگام سرطان سینه، شانس موفقیت درمان را تا حد بسیار زیادی بالا می برد. با گسترده تر شدن آموزش های خودآزمایی پستان، افراد بیشتری از شانس یک زندگی سالم برخوردار خواهند شد.

کلید واژه ها: سرطان پستان، زنان، خود تشخیصی، باورها، گلستان

هادیه توماج
کارشناس مامایی
دانشگاه علوم پزشکی گلستان

دکتر اکرم ثناگو
دکترای پرستاری
استادیار دانشگاه علوم پزشکی گلستان

دکتر لیلا جویباری
دکترای پرستاری
استادیار دانشگاه علوم پزشکی گلستان

نویسنده مسئول: دکتر لیلا جویباری

پست الکترونیکی: asanagus@gmail.com

مقدمه

کارسینوم پستان یک ضایعه پاتولوژیک است که با تغییرات ژنتیکی در یک سلول واحد آغاز می شود و ممکن است دو سال طول بکشد تا قابل لمس شود (1). سرطان به دلیل عدم عملکرد صحیح ژن ها ایجاد می شود و تنها 10 الی 15 درصد سرطان ها، مادرزادی و ارثی هستند و 90 درصد دیگر به افزایش سن و نوع زندگی افراد بستگی دارند (2). تومورهای پستان خصوصاً انواع بدخیم، اغلب بدون علامت هستند و تنها توسط معاینه فیزیکی یا ماموگرافی غربالگری کشف می شوند (3). سوالی که پیش می آید این است که علائم هشدار دهنده سرطان پستان کدامند؟ شایع ترین علامت سرطان پستان در زنان، وجود یک توده بدون درد در پستان است، هر چند که توده های دردناک نیز در بعضی از موارد، سرطانی می باشند، به ورم پستان یا هر تغییر تازه در سفتی و تراکم آن نیز باید توجه کرد. گاهی هم سرطان پستان به صورت غده ای در زیر بازو، قرمز شدن پوست پستان، آگزمای نوک پستان یا ورم پوست پستان خود را نشان می دهد و امروزه بیشتر از همه به صورت یک پدیده غیر عادی در تصاویر ماموگرافی دیده می شود بی آنکه هیچ نشانه ظاهری و فیزیکی وجود داشته باشد (4). بسیاری از سرطان های پستان در ابتدا با یافتن توده در پستان توسط شخص، همسر و یا پزشک مشخص می شود (5). مطالعات مختلف نشان می دهد که اکثر زنان از علائم بیماری خود سه تا چهار ماه قبل از انجام اولین اقدامات تشخیصی آگاه می شوند (6-7). در خصوص درد پستان اگر چه به طور ادواری اعتقاد بر این بوده که درد نیش مانند می تواند دلیل سرطان باشد و هر چند شکایت شایعی است، ولی ندرتاً ناشی از سرطان می باشد. در هر صورت وجود هر یک از این علائم می تواند خود علامت سرطان پستان باشد. هر زنی که هریک از این علائم و تغییرات غیر معقول را در پستان های خود مشاهده کرد باید به پزشک مراجعه نماید، اگر چه خیلی از این موارد سرطانی نخواهد بود. آموزش بهداشت عمومی به طور واضحی نتوانسته است پیام خود را در زمینه این بیماری به زنان برساند. بهبودی زمانی حاصل می شود که به زنان جوان و دختران در حال تحصیل گفته شود که ناراحتی و درد پستانی که احساس می

کنند تجربه های شایعی است و در ارتباط با سیکل های ماهیانه در آنها می باشد و باید آن را به عنوان پدیده ی دوره ای و طبیعی تلقی کنند، از طرف دیگر باید در برابر کشف هر گونه توده در پستان خود حساس باشند و در اولین فرصت به پزشک مراجعه نمایند و نسبت به آن بی تفاوت نباشند. اگر چه بیشتر سرطان های پستان در سنین پس از 40 سالگی رخ می دهد اما با این وجود در صورت بروز توده در پستان، نباید در مورد آن اغماض نمود و منتظر ترفیع خود به خودی آن شد و باید اقدامات صحیحی را در مورد آن به انجام برسانیم (5). کلید درمان بیماری سرطان پستان تشخیص سریع آن پیش از متاستاز است (1). آیا یک زن از سه زنی که به عنوان فرد مبتلا به سرطان سینه شناخته می شود، خود ماه ها یا سال ها قبل به علائم سرطان سینه پی برده است یا نه؟ سرطان پستان توسط سه آزمایش یا سه بررسی، تشخیص داده می شود که شامل بررسی توسط متخصص، تصویر برداری و بافت شناسی (بررسی سلول های گرفته شده از توده توسط نمونه برداری) می باشد. روش تصویر برداری خود شامل ماموگرافی و سونوگرافی است. ماموگرافی در موارد وجود توده قابل لمس در پستان قادر به تشخیص بیش از 95 درصد موارد و در موارد عدم لمس توده فقط 50 درصد موارد را مسجل می کند و سونوگرافی در تشخیص توده های سفت از توده هایی که مایع دارند و مخصوصاً در بیمارانی با بافت پستانی حجیم، کمک کننده می باشد در صورتی که این دو روش کمک کننده نباشد، MRI و تصویر برداری طب هسته ای به کار می رود (8). سن شروع ماموگرافی دوطرفه در سن 40 سالگی است. معاینه توسط خود فرد قبل از یائسگی هر ماه 5 تا 7 روز پس از قاعدگی، بعد از یائسگی هر ماه در یک روز معین و معاینه توسط پزشک بین 20 تا 40 سالگی هر 3 سال یک بار و در صورت وجود سابقه خانوادگی مثبت هر ساله انجام می شود و از سن بیشتر مساوی 40 سال هر سال انجام می شود (9). در سرطان پستان، اندازه تومور و گسترده گی آن اصلی ترین عوامل در پیش بینی شانس درمان هستند. تشخیص زود هنگام سرطان سینه شانس موفقیت درمان را تا حد بسیار زیادی بالا می برد. شکی نیست که آموزش های خودآزمایی سرطان پستان، سالانه جان هزاران نفر را از مرگ نجات می دهد و

بیماری به دلیل ابتلای دوستان و اطرافیان به پزشک مراجعه کردند. تمامی شرکت کنندگان بجز یک نفر اطلاعات هشدار دهنده در باره سرطان پستان را از اطرافیان خود دریافت کرده بودند. بیماران اظهار داشتند اطلاعات آنها در زمینه بیماری فقط در این حد بوده که توده ای در سینه ایجاد می شود و باید توده و یا کل سینه را بردارند.

احساس توده سفت در سینه

یکی از شرکت کنندگان چگونگی شناسایی اولیه مشکل خود را چنین توصیف نمود:

"یک شب که خواب بودم با احساس سوزش زیر سینه از خواب بیدار شدم لباسم را درآوردم و جلوی آینه نگاه کردم چیزی ندیدم فکر کردم مورچه گازم گرفته (به خاطر زیاد بودن مورچه در آن ناحیه). روز بعد هم این حالت برام پیش اومد. حدود یک ماه این حالت را داشتم. بعد از اون یک توده به دستم می خورد."

احساس درد

یکی دیگر از زنان علت مراجعه خود به پزشک را داشتن درد عنوان کرد:

"از 2 الی 3 سال پیش سینه ام درد می کرد وقتی به دکتر مراجعه می کردم می گفتند به خاطر هورمون های عاداتی است. 7 الی 8 ماه پیش احساس سنگینی در هر دو سینه ام داشتم یک سفتی هم به دستم خورد به پزشک های (...). مراجعه کردم بعد به دکتر (...). مراجعه کردم اول سونو بعد مامو انجام دادند ..."

ترشح

متأسفانه برخی از زنان مورد بررسی نسبت به علائم جسمی خود چندان حساس نبودند و با تاخیر و گذشت وقت به پزشک مراجعه می کردند چنانچه در متن زیر آمده است:

"سر پستانم قلمبه شده بود با چشم قابل رویت بود و کمی خون و آب از نوک سینه ام خارج می شد، خود توده اذیت نمی کرد ولی ناحیه بین دو سینه درد می کرد. می ترسیدم مریضی بدی باشه به دکتر بعد سه چهار ماه مراجعه کردم"

تغییر پوست سینه

شدت یافتن علائم و توام شدن چندین علامت، زنان را به سمت دریافت کمک وادار می نموده است:

مطمئناً با گسترده تر شدن این آموزش ها، افراد بسیار بیشتری از شانس یک زندگی سالم برخوردار خواهند شد (10 و 11). هدف از این مقاله بررسی چگونگی پی بردن زنان مبتلا به سرطان سینه به علائم آن و باورهای مربوطه می باشد.

روش بررسی

در این مطالعه با 30 تن از بیماران مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به تنها مرکز تخصصی پزشکی هسته ای شهر گرگان (1386)، مصاحبه های نیمه ساختار به عمل آمد. شرکت کنندگان طیف مختلفی از زنان (فارس و ترکمن، شهری و روستایی) را در بر می گرفتند. سوالات در مورد چگونگی شناسایی سرطان و باور آنان در مورد سرطان پستان بوده است. داده ها ضبط، خط به خط دست نویس، کد گذاری، طبقه بندی و توصیف شدند.

یافته ها

کمترین سن زنان شرکت کننده در مصاحبه 26 سال و بیشترین سن 67 سال بود. بیشترین تعداد (16/7 درصد) در سن 46 سالگی بودند. میانگین سنی زنان 46/6 سال بود. تعداد فرزند از صفر تا 9 فرزند متغیر بود. بیشترین تعداد (33/3 درصد) دارای 4 فرزند بودند. کلیه زنان مبتلا بجز یک نفر به علت مجرد بودن، سابقه شیردهی داشته اند. 2 نفر از شرکت کنندگان اظهار داشتند در هنگام شیردهی در سینه مبتلا مشکل داشتند. 66/7 درصد زنان فارس و 27/8 درصد نیز ترکمن و مابقی از سایر قومیت ها بودند.

بررسی داده ها نشان داد بسیاری از علائم سرطان سینه توسط خود زنان شناسایی شد. 93 درصد شرکت کنندگان به طور تصادفی به مشکل پی بردند. اکثر زنان بلافاصله بعد از داشتن علائم در پستان به پزشک معالج مراجعه نمودند. تنها چند تن از زنان بعد از گذشت 3 الی 4 ماه و در یک مورد بعد از 8 ماه به دلیل وخیم شدن علائم اولیه مراجعه نمودند.

اولین علائم مشاهده شده "احساس توده سفت در سینه، درد، ترشح و تغییر پوست سینه" بود. برای تمامی بیماران بیوپسی و ماموگرافی انجام شد. تمامی زنان بجز یک نفر ماستکتومی شدند. شرکت کنندگان در این مصاحبه اظهار کردند هیچ شناختی از بیماری نداشتند و به دلیل داشتن درد و سوزش و لمس توده در سینه و یا به دلیل فکری قبلی از

بیمار پی به سفتی و تورم و قرمزی سینه وی می برد. به گفته خود بیمار مدت یک ماه این حالت را داشته که بعد از یک ماه وقتی سینه اش سفت تر و قرمز می شود به روانپزشک خود نشان می دهد و او هم وی را به متخصص زنان ارجاع می دهد. برای بیمار ماموگرافی و نمونه برداری، ماستکتومی و شیمی درمانی و رادیوتراپی انجام می دهند. بیمار علت بیماری را ناراحتی های زندگی، وضعیت مالی بسیار بد، تغذیه ضعیف، استفاده از غذاهای آماده ذکر کرد.

بحث و نتیجه گیری

در سرطان پستان، اندازه تومور و گسترده‌گی آن اصلی ترین عوامل در پیش بینی شانس درمان هستند. تشخیص زود هنگام سرطان سینه، شانس موفقیت درمان را تا حد بسیار زیادی بالا می برد. در مطالعه حاضر اکثر بیماران بلافاصله و تعداد اندکی سه الی چهار ماه بعد از ظهور اولین علائم مراجعه نمودند. فیشن و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که علائم سرطان سینه توسط خود خانم ها کشف می شود و یک سوم خانمها سه ماه یا بیشتر از سه ماه پس از شروع علائم بیماری خود مراجعه نمودند (12). بیشتر بیماران در مطالعه حاضر خود عامل کشف علائم اولیه بودند در حالی که در مطالعه بندیک و همکاران کشف تصادفی توسط افراد دیگر مثل همسر انجام شده بود (13). مشاوره بهداشتی برای زنان از اهمیت ویژه ای برخوردار است. زنان می بایستی از آگاهی کافی در خصوص انواع سرطان های شایع در زنان به ویژه سرطان سینه برخوردار گردند و مورد مشاوره قرار گیرند. خودآزمایی پستان یک بخش فراموش شده در رفتارهای بهداشتی بسیاری از زنان ایرانی می باشد. در بیست سالگی باید به زنان درباره آگاهی از وضعیت پستان هایشان و فواید خودآزمایی آن ها آموزش داده شود. شکی نیست که آموزش های خودآزمایی سرطان پستان، سالانه جان هزاران نفر را از مرگ نجات می دهد و مطمئناً با گسترده تر شدن این آموزش ها، افراد بسیار بیشتری از شانس یک زندگی سالم برخوردار خواهند شد.

یکی از شرکت کنندگان 46 ساله، دارای چهار فرزند و با سابقه شیردهی، بدون مصرف قرص های پیشگیری از بارداری می باشد. هشت ماه پیش به مدت یک ماه، درد تیر کشنده به پشت شانه و دست داشته است و سپس سینه اش قرمز شده و دور تا دور سینه اش فرو رفتگی هایی ایجاد شده است. بعد از یک ماه به خاطر درد و مشاهده این علائم به پزشک مراجعه می کند. وقتی با اطرافیان مشکل را در میان می گذارد. به او می گویند حتما از چیزی ترسیده است. هیچ شناختی از این بیماری ندارد.

"هشت ماه پیش به مدت یک ماه، درد تیر کشنده به پشت شانه و دست داشتم و بعد سینه ام قرمز شد و دور تا دور سینه ام فرو رفتگی هایی ایجاد شد بعد از یک ماه به خاطر درد و مشاهده این علائم به پزشک مراجعه کردم"

شرکت کنندگان در این مطالعه بر این باور بودند "زندگی توام با تنش زیاد، تقدیر روزگار، تغذیه نامناسب" عامل سرطان آنان بوده است.

زندگی توام با تنش

اغلب زنان مورد مطالعه شرایط زندگی خود را عاملی برای بیماری می دانستند:

"به خاطر استرس و ناراحتی های شدیدی که زمان تولد بچه اولم با اون مواجه بودم به این بیماری مبتلا شدم"

"به نظرم به خاطر ناراحتی زیادی که به خاطر دختر عقب مانده 24 ساله ام متحمل شدم به این بیماری مبتلا شدم"

تقدیر روزگار

یکی از شرکت کنندگان اظهار داشت: "قسمتم این بیماری بوده"

تغذیه نامناسب

یکی از شرکت کنندگان 51 ساله، دارای سه فرزند بوده است. وی شیردهی داشته و قاعدگی در 10 الی 12 سالگی شروع شده است. چند ماه قبل از تشخیص بیماری حالت روحی بسیار بدی داشته و تحت درمان های روانپزشکی بوده است. از این رو به سفتی سینه بی تفاوت بود. هیچگونه دردی نداشته است. همسر وی متوجه این موضوع شده بود ولی چون هیچگونه اطلاعاتی نداشته، هیچ اقدامی انجام نداد. خواهر

منابع

(1) جویس یانگ جانسون. هند بوک درسمانه پرستاری داخلی جراحی

- 8) کشتگر، م.، اشتین، ر. سرطان پستان، ترجمه: بصیرت ز. انتشارات دانشگاه علوم پزشکی بابل، 1383، ص 11.
- 9) جانانان برک. بیماری های زنان نواک، 2007، ترجمه: ولدان م. ویراست 14، جلد دوم. 2007. انتشارات ارجمند. ص. 1308.
- 10) Sadler GR, Dhanjal SK, Shah NB, Shah RB, Ko C, Anghel M, Harshburger R. Asian Indian women: knowledge, attitudes and behaviors toward breast cancer early detection. Public Health Nurs. 2001 Sep-Oct;18 (5): 357-63.
- 11) Cohen M. Breast cancer early detection, health beliefs, and cancer worries in randomly selected women with and without a family history of breast cancer. Psychooncology. 2006 Oct;15 (10): 873-83.
- 12) Facion C, Dodd MJ, Holzemer W, Meleis AI. Religious Beliefs and Breast Cancer Screening. Cancer Pract, 1997 Jul- Aug; 5(4): 220, 7.
- 13) Benedict S, Goon G, Hoomani J, Holder P. Breast cancer detection by daughters of women with breast cancer. Cancer Pract. 1997 Nov. Dec;5(6):359.
- برونر وسودارث، 2004، ترجمه: ملک س، نیایش م. انتشارات ارجمند. ص 165.
- 2) Medicine Health. Breast Cancer. Retrieved from: http://www.emedicinehealth.com/breast_cancer/article_em.htm
- 3) صلاحی، م. درسنامه جامع مامایی بیماری های زنان و بارداری و زایمان. انتشارات نوردانش. 1385. ص 56.
- 4) لاوز، س. علل، تشخیص و راههای جلوگیری از سرطان سینه، ترجمه: ناظری ت. مؤسسه فرهنگی نور دانش. 1377. ص. 151.
- 5) بام مایکل، کریستوبل ساندروز، شینا مردیت. سرطان پستان راهنمایی برای همه زنان. ترجمه: قائم مقامی ف، انتشارات بشری، 1377. ص 15 و 110.
- 6) Facione NC, Miaskowski C, Dodd MJ, Paul SM. The self-reported likelihood of patient delay in breast cancer: new thoughts for early detection. Prev Med. 2002 Apr; 34(4):397-407
- 7) Facione NC, Dodd MJ. Women's narratives of helpseeking for breast cancer. Cancer Pract. 1995 Jul-Aug; 3(4):219-25.

مقاله پژوهشی

مذهب و بهداشت در زندگی روزمره: بررسی دیدگاه زنان کیاکلائی قائمشهر

چکیده

زمینه و هدف: آئین مقدس اسلام هدفی بالاتر و فراتر از تامین بخشی از نیاز جامعه را دارد. اسلام خواهان سلامت اجتماعی و فردی انسان ها و سعادت دنیا و آخرت است. هدف از این مقاله بررسی دیدگاه گروهی از زنان در خصوص آموزه های بهداشتی و مذهب بوده است. روش بررسی: در این مطالعه با 20 تن از زنان ساکن شهر کیاکلائی قائمشهر با دامنه تحصیلی کم سواد تا دیپلم در ارتباط با بهداشت و اسلام مصاحبه های نیمه ساختار به عمل آمد. مصاحبه ها دست نویس، کدگذاری، طبقه بندی و توصیف شدند. یافته ها: مضامین "سلامت روان"، "بهداشت فردی"، "سلامت خانواده"، "سلامت اجتماعی"، "بهداشت تغذیه" و "بهداشت محیط" دیدگاه و تجربیات زنان را تبیین می نماید. از مصادیق توجه اسلام به سلامت به "قرائت آیاتی از قرآن کریم، صلوات فرستادن، ثواب مضاعف مسواک زدن قبل از نماز، توصیه فراوان به گذشت و صبر، مهربانی و خوش خلقی با مردم از جمله موارد توجه اسلام به سلامت" اشاره شد. نتیجه گیری: ضروری است در آموزش بهداشت جامعه به ابعاد بهداشتی مذهب توجه بیشتری مبذول گردد.

کلید واژه ها: بهداشت، اسلام، زنان، کیاکلا قائم شهر

دکتر اکرم ثناگو
دکترای پرستاری
استادیار دانشگاه علوم پزشکی گلستان

فاطمه خلیلی
دانشجوی کارشناس ارشد آموزش بهداشت دانشگاه
علوم پزشکی اصفهان

نویسنده مسؤول: فاطمه خلیلی

پست الکترونیکی:
Hengameh1_365@yahoo.com

مقدمه

داده و ادیان آسمانی طهارت و بهداشت بدن و محیط را مقدمه عبادات و طهارت و پاکی قلب و روح دانسته اند. پیامبر می فرماید "اسلام پاکیزه است، شما نیز پاکیزه باشید، زیرا جز پاکیزگان کسی به بهشت نمی رود" (4). اسلام با قرار دادن نظافت و طهارت در مقدمه و پیشاپیش عبادات و معرفی کردن آن به عنوان نیمی از ایمان، بهداشت را عمومی کرده است (3). بسیاری از احکام اسلامی اعم از واجب و مستحب پیوند مستقیم با سلامت جسم دارند به عبارت دیگر دستورات اسلامی در آن واحد دو هدف عبادت و حفظ بهداشت را دنبال می کنند (5). با توجه به اهمیت موضوع بر آن شدیم تا به بررسی دیدگاه و تجربیات گروهی از زنان کیاکلای قائمشهر در مورد ارتباط بهداشت و تعلیم مذهبی بپردازیم.

روش بررسی

در این مطالعه توصیفی به منظور درک دیدگاه و تجربیات زنان در خصوص تعلیم اسلامی و مسائل بهداشتی با 20 نفر از زنان 35-55 سال ساکن کیاکلای قائمشهر با دامنه تحصیلی کم سواد تا دیپلم مصاحبه های نیمه ساختار انفرادی به عمل آمد. نمونه گیری مبتنی بر هدف بوده است. معیار ورود به مطالعه تمایل به مشارکت و توان ارائه دیدگاه و تجربیات فردی خود در ارتباط با موضوع پژوهش بوده است. مصاحبه ها در منازل شرکت کنندگان صورت گرفت. سوالات در مورد دیدگاه و تجربه شرکت کنندگان از رابطه مذهب و بهداشت در زندگی روزمره آنها بوده است. مصاحبه ها ضبط، دست نویس، کدگذاری، طبقه بندی و توصیف شدند.

یافته ها

شرکت کنندگان باورها و رفتارهای بهداشتی متنوعی برگرفته شده از اسلام را داشتند. مضامین "سلامت روان"، "بهداشت فردی"، "سلامت خانواده"، "سلامت اجتماعی"، "بهداشت غذایی" و "بهداشت محیط" دیدگاه و تجربیات زنان را تبیین می نماید.

در ذیل نمونه های از متن مصاحبه ها برای هر مضمون ارائه می شود.

انسان همیشه در جستجوی راهها و روش هایی بوده که نه تنها به حیات خود ادامه دهد بلکه در مقابل بیماری، حوادث و سوانح نیز مقاومت کند برای رسیدن به این هدف، علاوه بر کنجکاوی، از تجربیات دیگران و رهنمود های بزرگان مذهبی، ریش سفیدان، دستورات معلمین اخلاق و همچنین از فعالیت های سازمان یافته اجتماعی نیز استفاده کرده است در طی دوران تاریخ، جوامع و گروههای اجتماعی مختلف در چهارچوب فرهنگ جامعه خود یعنی عادات، رسوم، اعتقادات مذهبی و معلومات بتدریج به روش هایی برای حفظ سلامتی و مبارزه علیه بیماری دست یافته اند (1).

در میان ادیان و مذاهب گوناگون، دین اسلام با تعالیم کامل و هدایتگرش جایگاه ویژه ای دارد و پیروان این دین با بهره مندی از کتاب آسمانی آن قرآن و توصیه های پیشوایان این دین در مسیر تکامل قدم بر می دارند. قرآن به عنوان کتاب شفا معرفی می شود "و ما از قرآن آنچه را که مایه شفا و رحمت افراد با ایمان است نازل می کنیم" (2). یکی از علومی که تحت تاثیر قرآن در میان مسلمانان پیدایش یافته، طب اسلامی است که آن را می توان به چند بخش تقسیم کرد. یکی از بخش های آن حفظ الصحه است که قرآن کریم نسبت به آن اهتمام فراوان دارد و دستورهای بسیاری در این زمینه می دهد (3). برای نمونه جهت توصیه بهداشت بدن می فرماید "و از آسمان آب فرو فرستادیم تا با آن شما را پاکیزه گرداند" (2). جهت توصیه بهداشت خانه و اماکن می فرماید: "خانه ام را برای طواف گران و اعتکاف کنندگان و رکوع کننده گان و سجود کننده گان پاکیزه گردانید" و در توصیه بهداشت کودک می فرماید "و مادران دو سال تمام کودکان خود را شیر دهند" (2). اینها نمونه آیاتی از طب قرآنی بود که درون مایه بهداشتی داشت و سرچشمه پیدایش طب نبوی، طب ائمه و طب فقهی نیز گردید.

یکی از مهم ترین وظایف پیامبران مخصوصا پیامبر اسلام (ص) طهارت یا بهداشت و پاکسازی جسم و روح و محیط از آلودگی هاست و از آنجا که میان روح و جسم ارتباط ناگسستی وجود دارد و فساد و آلودگی هر یک در دیگری دارای تاثیر مستقیم است از این رو پیامبران بهداشت جسم و طب پیشگیری و طب فقرا یا طب مردمی را نیز مورد توجه قرار

سلامت روان

منظور از بهداشت روان سلامت ذهن و داشتن قدرت تصمیم گیری درست در مواجهه با بحران است که شرکت کنندگان در این مطالعه اذعان داشتند در این زمینه از دین خود بهره می جویند، یکی از شرکت کنندگان اظهار داشت:

"اگر مشکل برایم پیش بیاید با قرآن خواندن و صلوات فرستادن و توکل به خدا مشکل خود را حل می کنم و از این راه آرامش فکری نصیب می شود و اضطرابم کم می شود"

شرکت کننده دیگری بیان داشت

"برای آرامش و روح دعا و قرآن می خوانم خواندن آیات قرآن حتی غم مرگ عزیزانم را برایم سبک تر کرد باور کنید رفتن به نماز جمعه برایم مثل زیارت خانه خداست که وقتی از نماز جمعه بر می گردم سبک می شوم و روحیه می گیرم"

بهداشت فردی

بهداشت فردی شامل یک سری آداب و دستوراتی می باشد که هر شخص موظف است جهت تامین سلامت خود و دیگران آنها را رعایت کند، طبق اظهارات شرکت کنندگان، آنان توصیه های زیادی در این زمینه از قرآن و سیره معصومین دریافت نموده اند.

یکی از شرکت کنندگان در این مطالعه اظهار داشت

"سفارش پاکیزگی از جانب پیغمبر ماست بطور مثال قبل از نماز به مسواک زدن سفارش شده که ثواب نماز را دو برابر می کند و یا اینکه یک خانم مسلمان باید قبل از طلوع آفتاب غسل کند و با بدنی پاک به سرزمین زراعی خود برود و زمانی که در حال برداشت برنج است، باید پاک باشد"

شرکت کننده دیگری در این زمینه اظهار می دارد

"پیامبران می فرمودند زیر ناخن ها شیطاین هستند و از این طریق بهداشت ناخن را بر ایمان یادآور می شدند"

شرکت کننده دیگری نیز عنوان کرد

"عادت دارم همیشه لباسم را عوض کنم بعد نماز بخوانم هیچ وقت نشده که با لباس کثیف نماز بخوانم حتی به قیمت اینکه نمازم قضا شود چون اعتقادم بر این است که در دینم خواندن نماز بدون پاکی درست نیست"

مواردی از این قبیل بکرات در متن مصاحبه ها یافت می شود.

بهداشت و سلامت روابط خانواده

خانواده کوچکترین و مهم ترین واحد اجتماعی است که بهداشت و سلامت آن در نهایت به سلامت اجتماع می انجامد. شرکت کنندگان اذعان داشته اند توصیه های زیادی از جانب اسلام در بهبود روابط خانوادگی دریافت کرده اند.

یکی از شرکت کنندگان در این زمینه اظهار داشت

"در تقویت و استحکام روابط خانوادگی و اجتماعی توصیه های فراوانی به گذشت، صبر، صله رحم و احترام گذاشتن و ... شده است مثلاً اسلام به ما زن ها دستور داده که بدون اجازه شوهر اجازه ندارید از خانه بیرون بروید یا حتی روزه های مستحبی بگیرید و یا اتفاق کنید که این به اعتقاد من خوب است و تابع همسر بودن می تواند روابط بین زن و شوهر را تقویت کند و توصیه اسلام مبنی بر احسان به والدین در تقویت روابط ما و والدین و فرزندانمان تاثیر دارد"

دیگری اظهار داشت

"وقتی در روابط خانوادگی خداوند را در نظر می گیرم و به توصیه های دینی توجه می کنم بهتر می توانم وظیفه همسری و مادری خود انجام دهم بطور مثال به ما مسلمانان توصیه شده که قناعت داشته باشیم تا هیچ وقت فقیر نشویم و می دانید که فقر می تواند بر همه چیز اثر بگذارد و بقول حدیثی از ائمه بزرگوار ما اگر فقر از دری وارد خانه شود ایمان از در دیگری خارج خواهد شد و صد درصد روابط خانوادگی و اجتماعی را نیز متاثر خواهد کرد"

سلامت اجتماعی

شرکت کننده گان در این مطالعه اظهار داشتند توصیه هایی از پیشوایان دینی خود گرفته اند که در جهت ارتقاء سلامت روابط اجتماعی شان تاثیر داشته است

یکی از شرکت کنندگان اظهار داشت

"برای بهتر شدن روابط اجتماعی سفارش زیادی بر خودداری از آزار همسایه شده است که اعتقادم بر این است که اگر همه افراد این مورد را رعایت کنند روابط بین فردی بخصوص بین دو همسایه به مرور بهتر و بهتر خواهد شد و از بروز جنگ روانی در محیط زندگی جلوگیری به عمل خواهد آمد"

مذهب با دادن دستورات جزئی و کلی در این زمینه جوانب مختلف زندگی فرد را در نظر داشته و مقصودش آماده سازی انسان ها برای داشتن زندگی مطلوب تر بوده است. در مطالعه هادیان فرد (1384) اقامه نمازهای واجب پیش بینی کننده نیرومندی برای احساس ذهنی بهزیستی بوده است (6). شرکت کنندگان در مطالعه حاضر داشتند که توصیه های زیادی را در شاخه های مختلف بهداشت فردی، خانوادگی، اجتماعی، روانی و... از طریق قرآن و سیره نبوی و دیگر پیشوایان دین دریافت نموده اند. بهداشت فردی یکی از مسائل پراهمیتی است که داشتن سلامت بدن در گرو رعایت آن می باشد یکی از شاخه های مهم بهداشت فردی، بهداشت دهان و دندان است که با سلامت عمومی بدن رابطه مستقیم دارد از این رو سلامت دهان و دندان اهمیت ویژه ای در حفظ و ارتقاء سلامت افراد جامعه دارد. ظفرمند (1379) در بررسی خود تحت عنوان میزان آگاهی و نگرش دانش آموزان راهنمایی شهر تهران نسبت به بهداشت دهان و دندان می نویسد در کشور ما در زمینه بهداشت دهان و دندان انگیزه ای قوی تحت عنوان اعتقادات مذهبی نیز وجود دارد زیرا در اسلام مسئله رعایت بهداشت دهان و دندان نه تنها یک اصل فرهنگی اجتماعی بلکه از مسلمات و ضروریات اعتقادی و دینی نیز است (7). از دیگر نکاتی که زنان مطالعه حاضر به آن اذعان داشتند بهبود روابط خانوادگی شان در اثر تاثیر پذیری از دین و مذهب است. در بررسی جعفری و همکاران (1386) در زمینه رابطه بین کارایی خانواده و دینداری و سلامت روان، مشخص شد بین کارایی خانواده و دینداری و سلامت روان دانشجویان رابطه معناداری وجود دارد (8). شرکت کنندگان مطالعه حاضر همچنین اظهار داشتند داشتن اعتقاد قلبی به خداوند و عمل به توصیه های دینی در بهبود و ارتقای سلامت روان آنان موثر بوده است. پژوهش های زیادی در این زمینه انجام شده است و همگی به ارتباط مثبت و معنی داری بین داشتن اعتقاد دینی فرد و ارتقای سلامت روان اشاره دارد. مطالعه صالحی (1386) در زمینه رابطه بین اعتقادات مذهبی و منبع کنترل با سلامت روان در دانشجویان موید آن است عملکرد مذهبی بر سلامت روان و منبع کنترل درونی دانشجویان تاثیر مستقیم و مثبت داشته است (9). مطالعه

دیگری عنوان کرد "امروزه در جامعه ما به تجمل پرستی بهای زیادی داده می شود که این در دین و مذهب ما پذیرفته شده نیست و دین ما به ساده زیستی، به حق خود قانع بودن و کسب رزق و روزی حلال سفارش نموده است"

بهداشت غذایی

یکی از نکات کلیدی که همواره در حیطه پزشکی و بهداشت مورد توجه قرار گرفته، تغذیه است. این امر هم به پیشگیری و هم درمان ارتباط پیدا می کند. اسلام نیز دستورات فراوانی در این زمینه دارد.

یکی از شرکت کنندگان در این زمینه اظهار داشت "جدیداً در رساله به نکته ای برخورد می که می گفت هرگونه گوشتی که خریداری می شود باید قبل از مصرف شسته شود و در صورت نشستن باعث کبودی دور چشم می شود که این ها نشان می دهد که دین و مذهب ما چقدر به مسائل بهداشتی اهمیت می دهد"

شرکت کننده دیگری گفت

"در قرآن به این نکته که بخورید و بیاشامید ولی زیاده روی نکنید، سفارش شده ..."

بهداشت اماکن و محیط

رعایت بهداشت محیط می توان ارتباط مستقیمی با سایر شاخه های بهداشتی داشته باشد دین ما در این زمینه نیز توصیه هایی دارد.

یکی از شرکت کنندگان اظهار داشت

"از یکی از روحانیون شنیده بودم که می گفت از نظر اسلام حتی مساجدی که در آن از رعایت اصول بهداشتی خبری نیست باید بسته شود"

شرکت کننده دیگری عنوان کرد

"دین ما توصیه کرده که از تجمع زباله ها در جلوی درب منزل خودداری کنیم که باعث فقر و تنگدستی اهل خانه می شود"

بحث و نتیجه گیری

همانطور که از بیانات شرکت کنندگان مورد بررسی در باره اهمیت دین و مذهب به جوانب مختلف بهداشت بر می آید طب نبوی از طریق وحی الهی مطمئن ترین و بهترین طب برای بهداشت و تندرستی و پیشگیری از بیماری هاست (3).

بالاترین درصد سلامت روان، متعلق به دانشجویان با اعتقادات دینی قوی بوده است (12). از دیگر نکات قابل ذکر در اظهارات شرکت کنندگان مطالعه حاضر تاثیر پذیری از دین و مذهب در روابط بین فردی و نحوه برخورد در اجتماع می باشد. نتایج مطالعه صیادی تورانلو و همکاران (13) در بررسی رابطه اعتقاد به آموزه های مذهبی اسلام و هوش هیجانی دانشجویان حاکی از آن است رشد و تقویت اعتقادات مذهبی، باعث افزایش توان کنترل احساسات و هیجانات درونی خود و دیگران و به عبارتی، بهبود سطح هوش هیجانی جامعه می گردد (1386). با توجه به اظهارات افراد مورد مطالعه در زمینه تاثیر گذاری مثبت و عمیق تعالیم دینی و مذهبی بر جوانب گوناگون زندگی ضرورت ایجاب می کند که در جامعه امروزی ما به بعد بهداشتی تعالیم توجه بیشتری شود. دست یافتن به زوایای گوناگون تعالیم دینی و مذهبی کاری است که مطالعه دقیق و فراوان و صرف وقت بسیاری را می طلبد از این رو انجام تحقیقات وسیع و جامع تر در این زمینه ضروری به نظر می رسد.

تشکر و قدردانی

از بانوان عزیزی که در این زمینه همکاری لازم را به عمل آوردند، تشکر می شود.

(8) جعفری، الف. صدری، ج. فتحی اقدم، ق. رابطه بین کارایی خانواده و دینداری و سلامت روان و مقایسه آن بین دانشجویان دختر و پسر، تازه ها و پژوهشهای مشاوره، تابستان 1386، 6 (22)، صص 115-107.

(9) صالحی، ل. سلیمانی زاده، ل. باقری یزدی، س. ع. عباس زاده، ع. رابطه بین اعتقادات مذهبی و منبع کنترل با سلامت روان در دانشجویان، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، بهار 1386، 11 پیاپی 42، صص 55-50.

(10) محتشمی پور، ع. محتشمی پور، م. شادلو مشهدی، ف. عمادزاده، ع. حسن آبادی، ح. بررسی رابطه نماز با میزان افسردگی در دانشجویان دانشکده پیراپزشکی و بهداشت دانشگاه علوم پزشکی مشهد، افق دانش، 1382، شماره 1 (9)، صص 81-76.

(11) قهرمانی، م. دلشاد، ع. توکلی زاده، ج. ش. بررسی تاثیر روزه داری بر وضعیت سلامت روانی، افق دانش، بهار و تابستان 1379: 6 (1)، صص 13-3.

(12) روشنی نژاد، م. عمران نسب، م. کمالی، پ. حسن زاده، م. ارتباط بین اعتقادات دینی و سلامت روان دانشجویان، فصلنامه پرستاری ایران، 1379: دوره 13، تابستان، شماره 25: صص 35-28.

(13) صیادی تورانلو، ح. جمالی، ر. میرغفوری، س. ح. بررسی رابطه اعتقاد به آموزه های مذهبی اسلام و هوش هیجانی دانشجویان، اندیشه نوین دینی، زمستان 1386: 3 (11)، صص 172-145.

محتشمی پور (1382) در خصوص رابطه نماز با میزان افسردگی در دانشجویان نیز نشان داد میانگین نمره افسردگی در کسانی که نگرش مثبت نسبت به نماز داشته اند، آنها که هر روز و مرتب نماز می خواندند، کسانی که نگرش آنها نسبت به خود، فردی مذهبی بود و کسانی که به اوقات نماز در مساجد و انجام تکالیف دینی اهمیت می دادند، به طور معناداری پایین تر است (10). بررسی قهرمانی و همکاران (1379) در ماه مبارک رمضان روی کسانی که سابقه قبلی اختلال روانی نداشتند و روزه می گرفتند، نشان داد تفاوت معنی داری بین وضعیت سلامت روانی افراد در قبل و بعد از روزه داری وجود دارد و وضعیت سلامت روانی آنان بهتر می شود. اجرای اعمال مذهبی نظیر نماز، روزه و سایر عبادات اسلامی در فاصله های زمانی تکرار شونده، همگی با متوجه کردن افراد به سوی خداوند باعث ایجاد نوعی آرامش روحی و روانی در انسان شده که می تواند در خودسازی و روشهای مقابله با استرس و در نتیجه کاهش اختلالات روانی موثر باشند (11). در بررسی روشنی نژاد و همکاران (1379) در زمینه ارتباط بین اعتقادات دینی و سلامت روان 225 نفر از دانشجویان سال آخر کارشناسی نیز نشان داد ارتباط معنی داری بین دو متغیر اعتقادات دینی و سلامت روان وجود دارد.

منابع

- 1) حلم سرشت، پ. دل پیشه، الف. آموزش بهداشت و اولویت های بهداشتی جهت آموزش، انتشارات چهر، زمستان 1374، چاپ اول، صص 7-4.
- 2) قرآن کریم، سوره اسراء، آیه 82، سوره انفال، آیه 11، سوره بقره، آیه 125 و 233.
- 3) بی آزار شیرازی، ع. رساله نوین فقهی پزشکی بهداشت، دفتر نشر فرهنگ اسلامی، 1375، چاپ سوم، صص 76-18.
- 4) پاینده، الف. نهج الفصاحه: سخنان و خطبه های رسول مکرم اسلام (ص)، انتشارات خاتم النبیه، 1386 چاپ ششم، حدیث 612.
- 5) محمودی، ع. آب و بهداشت در اسلام، دفتر نشر بهاران، چاپ اول، تهران زمستان 1370، صص 75-12.
- 6) هادیان فرد، ح. احساس ذهنی بهزیستی و فعالیت های مذهبی در گروهی از مسلمانان، اندیشه و رفتار: مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، تابستان 1384: 11 (2)، صص 232-224.
- 7) ظفرمند، ع. بررسی میزان آگاهی نگرش دانش آموزان راهنمایی شهر تهران نسبت به بهداشت دهان و دندان، پایان نامه دکتری حرفه ای دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، 1379، تهران، صص 75-74.

مقاله مروری

کاربرد هایپرباریک اکسیژن تراپی در درمان سندرم کرونری حاد



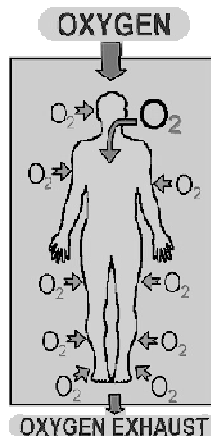
شماره ضمیمه محمدی

عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج

مقدمه

هایپر باریک اکسیژن تراپی، یک رشته فوق تخصصی پزشکی در زمینه پیشگیری و درمان اورژانس در امریکا است. این روش بر اساس مطالعات متعدد ثبت شده می تواند منجر به کاهش مرگ و میر، معلولیت، بیماری زائی، کاهش روزهای اقامت در بیمارستان، کاهش اعمال جراحی ناخواسته و کاهش بار و هزینه درمانی شود.

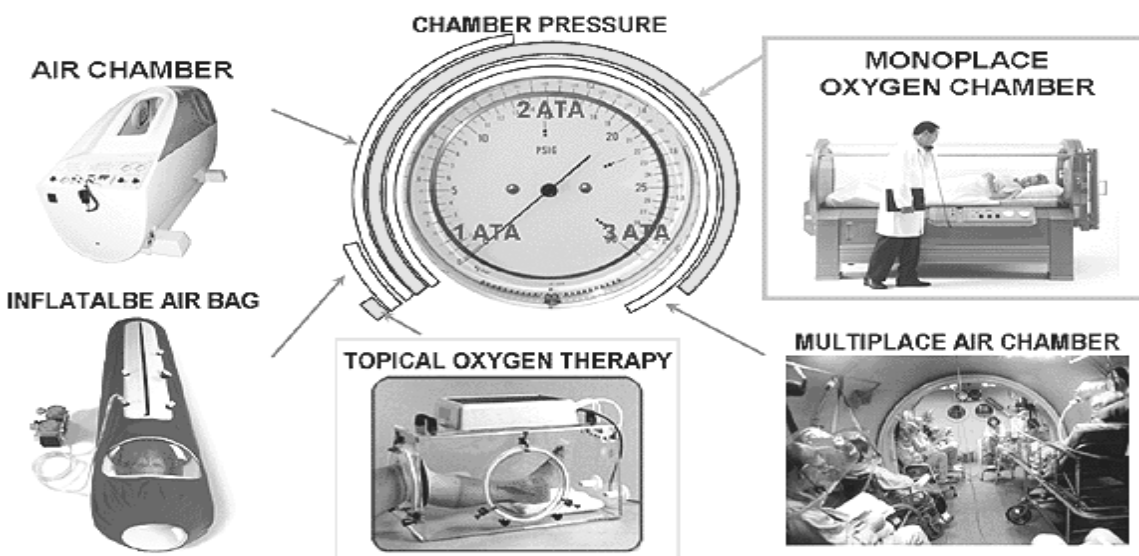
هایپر باریک اکسیژن تراپی (HBOT) به شکلی از درمان اطلاق می گردد که در آن فرد در معرض اکسیژن 100 درصد در فشاری بالاتر از فشار اتمسفر قرار می گیرد. این روش بطور معمول توسط قرار گرفتن در یک یا چند محفظه به منظور انتشار اکسیژن از محیط به سمت بافت انجام می گیرد که سبب افزایش پرفیوژن بافتی می شود. این روش یک درمان جایگزین برای درمان های موفق و استاندارد فعلی محسوب نمی گردد، اما می تواند به عنوان یک درمان کمکی جهت بیماری هایی که اکسیژناسیون بافتی در حد کافی وجود ندارد، مورد استفاده قرار گیرد (1).



از کاربردهای این روش می توان به موارد زیر اشاره نمود:

- استئومیلیت مزمن
- انتشار نکروز به بافت نرم و نکروز استخوانی
- صدمات ورزشی
- سندرم کمپارتمان
- نکروز آسپتیک سر فمور
- آرتروپاتی
- زخم هایی که با تاخیر جوش می خورند
- مسمویت با مونوکسید کربن
- سایکوز

- صدمات نوروتیک
- منژیت سـالمونلایی، توبرکلوزی،
- سیفلیسی، گونوکوکی،
- آنسفالیت
- ملیت
- آلزایمر
- مالتیپل اسکلروزیس
- میگرن
- مشکلات عصبی مانند ترومای مغزی
- فلج مغزی
- فلج بل
- ایسکمی گذرای مغزی
- اختلالات چشمی
- اختلالات تنفسی
- اختلالات گوارشی: کولیت، پریتونیت
- اختلالات کلیوی، نسیستیت، همافوری
- واسکولیت لوپوسی
- آمبولی هوا یا گاز
- آنمی های شدید غیر قابل کنترل
- اسفروسیتوز ارثی
- عفونت های بیهوازی مانند گانگرن گازی
- عفونت های موضعی
- درماتیت ناشی از اکزما و رادیو تراپی
- آکنه
- لوپوس اریتماتوز سیستمیک
- لپروماتوز
- بیماری لایم
- در گرافت ها و فلپ های پوستی یا گرافت های پوست مصنوعی
- تتانوس
- سرطان
- ایدز
- وزن پایین زمان تولد
- سندرم حاد کرونر قلب
- آترواسکلروز
- بیماری عروق محیطی
- آنوریسم
- ضایعات عروقی
- سپتی سمی
- عفونت های ویرال
- سیفلیس مادرزادی
- عفونت و واکنش های التهابی مربوط به وسایل و پروتزهای کاشتنی و عفونت های بعد از عمل
- تب



مدت درمان

بسته به پاسخ فرد، شدت مشکل اولیه، طول مدت استفاده از این روش بین یک هفته تا چندین ماه می باشد، ولی بطور متوسط طی مدت 2-4 هفته انجام شده و معمولاً بیش از 2 ماه نیز توصیه نمیشود (2).

کاربرد HBOT در بیماری های ایسکمیک قلبی

بیماری های قلبی از علل مهم مرگ و میر محسوب می گردند. تقریباً نیمی از مرگ های قلبی عروقی در اثر بیماری های شریان کرونر ایجاد می گردد. سندرم حاد کرونر شامل انفارکتوس حاد میوکارد و آنژین ناپایدار است. این سندرم اغلب شایع و مرگبار است. نورموباریک اکسیژن تراپی (تنفس اکسیژن 100% از طریق ماسک بدون مخزن پرفشار) برای سالیان متمادی است که در درمان بیماری های ایسکمیک قلبی بکار میرود.

کاهش فشار اکسیژن بافتی در مناطق درگیر قلب، سبب بروز پاسخ های غیر طبیعی و فعالیت الکتریکی غیرطبیعی سلول های قلب می گردد. مطالعات حاکی از فواید بکارگیری HBOT در بیماران مبتلا به بیماری های عروق کرونر است (۳،۴). HBOT سبب افزایش غلظت پلاسمایی اکسیژن می شود که می تواند سبب هایپراکسیژناسیون بافتی در مناطق ایسکمیک قلب و رفع نیاز میوکارد به اکسیژن و کاهش کار قلب گردد که در کاهش عوارض مرگبار ناشی از این بیماری نقش دارد. لازم است که درمان با این روش در طی چند ساعت اول بروز مشکل شروع شود و بهتر است که در جوار بخش های ویژه، تجهیزات طب اکسیژن مستقر باشند، اما در مواردی که بیماری کاملاً مستقر شده باشد به عنوان ابزار درمانی در زنجیره باز توانی میتوان از این روش درمانی استفاده نمود.

اثرات مفید HBOT در بیماری های قلبی و عروقی

- معکوس شدن روند آترواسکلروز:

از جمله ریسک فاکتورهای مهم بیماری های قلبی عروقی آترواسکلروز است. قرارگیری در معرض HBOT سبب معکوس شدن روند آترواسکلروز، کاهش فعالیت فیبرینوژن و کاهش چسبندگی پلاکتها می شود (5).

- تسکین درد:

هایپرباریک اکسیژن تراپی سبب تسکین درد در بیماران دچار حمله قلبی، کاهش حملات آنژین و تسکین تنگی نفس در بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد می گردد (6).

- کاهش سطح سرمی آنزیم های قلبی:

HBOT با تامین اکسیژن خالص با فشار بالا سبب افزایش اکسیژن در منطقه آسیب دیده می شود و با برقراری مجدد گردش خون سبب کاهش حجم عضله قلب نابود شده می شود، همچنین سبب کاهش سطح آنزیم های قلبی در جریان خون می شود. بطوریکه در مطالعات انجام شده، میانگین CPK در بیماران مبتلا به سکته قلبی تحت درمان با HBOT 7/5 درصد کاهش یافته بود (7).

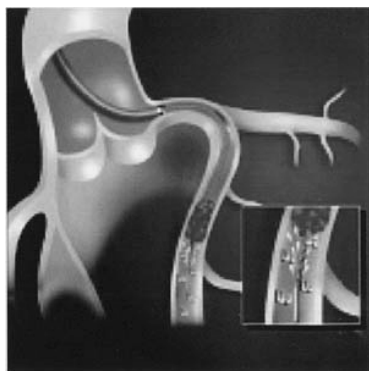
- عملکرد مناسب اعصاب اتونوم:

عملکرد سیستم اعصاب اتونوم با عملکرد قلب و میزان مرگ و میر بیماران مبتلا به بیماری های عروق کرونر ارتباط دارد. سرعت ضربان قلب یکی از مارکرهای پیشگویی کننده فعالیت سیستم اعصاب مرکزی است. میزان تغییر در ضربان قلب بیماران دچار بیماری های عروق کرونر می تواند پیشگویی کننده مرگ ناگهانی قلبی باشد. اختلال در سرعت ضربان قلب و قابلیت انقباض میوکارد در 85 تا 75 درصد بیماران پس از 15 روز از انفارکتوس دیده می شود (۸،۹).

برادیکاردی سینوسی پاسخ شایعی در زمان قرار گرفتن در معرض HBOT است. مطالعات نشان میدهد که قدرت انقباض میوکارد و فعالیت واگال افزایش و تون سمپاتیک کاهش یافته و نسبت نارسایی قلبی نیز کاهش می یابد. بنظر می رسد HBOT کمکی، سبب بهبود پیش آگهی بیماران مبتلا به درگیری عروق کرونر شده و در تعدیل ضربان قلب و تثبیت فعالیت الکتریکی قلب و پیشگیری از اختلال عملکرد بطن چپ نقش دارد (6).

- تاثیر بر برون ده قلب:

مطالعات نشان می دهد زمانی که درمان با HBOT طی کمتر از 30 دقیقه از بروز انفارکتوس انجام شود، سبب برگشت مجدد پرفیوژن بافتی به عضله میوکارد می گردد، ولی چنانچه پس از 30 دقیقه به کار گرفته شود سبب کاهش سایز محل انفارکتوس و افزایش کسر جهشی بطن چپ می شود.



در سال 2004 Decava مطالعه ای را با هدف مقایسه ی دو روش استفاده از ترومبولیز به تنهایی و روش بکارگیری همزمان HBOT با ترومبولیزها، بر عملکرد بطن پس از حمله حاد انفارکتوس میوکارد انجام داد. نتایج مطالعه وی نشان داد استفاده از ترکیبی از ترومبولیز به همراه HBOT سبب بهبود عملکرد سیستمولیک بطن چپ و نوسازی گردیده و کسر جهشی در این بیماران در مقایسه با گروهی که تنها از ترومبولیز استفاده نموده بودند، بالاتر بوده است (13).

■ پیشگیری و درمان آریتمی:

در طول فاز حاد انفارکتوس میوکارد خطر بروز آریتمی افزایش می یابد. به دنبال برگشت مجدد پرفیوژن، استعداد برای بروز آریتمی افزایش می یابد که این حالت معمولاً پس از شروع درمان با ترومبولیتیک ها و یا آنژیوپلاستی زودهنگام عروق کرونر ایجاد می گردد. میزان بروز آریتمی در حدود 6/7 درصد به دنبال آنژیوپلاستی و 2 درصد در استفاده از داروهای ترومبولیتیک است. در بررسی های انجام شده 67 درصد از موارد فیبریلاسیون بطنی در مرحله برگشت مجدد پرفیوژن پس از 20 تا 30 دقیقه از ایسکمی و 22 درصد پس از 60 دقیقه ایجاد شده بود. در واقع فیبریلاسیون بطنی از جمله دیس ریتمی های قابل توجه و تهدید کننده حیات است که در مرحله برقراری مجدد جریان خون (reperfusion) بافتی بعد از انفارکتوس میوکارد ایجاد می گردد. رپرپیوژن سبب ایجاد انقباض در پایه محل نکروتیک می شود و بدلیل ضعیف بودن میوکارد در این منطقه می تواند سبب پارگی قلب گردد که البته این حالت بدنال استفاده از ترومبولیتیک ها افزایش می یابد.

HBOT سبب کاهش صدمه بافت قلب در اثر افزایش اکسیژناسیون بافت میوکارد و افزایش گردش خون در اطراف منطقه انفارکته و باز شدن عروق کولترال و ارسال اکسیژن از طریق سایر عروق به اطراف منطقه انفارکته می گردد که از مرگ عضله قلب جلوگیری کرده، سبب بهبود حجم پایان دیاستولی بطن چپ میشود (10-12). در یک بررسی مشخص شد (LVEF) زمان ترخیص در بیماران تحت درمان با HBOT 51/7 درصد و در گروه کنترل 48/4 درصد بود (7).

در بیماران مبتلا به انفارکتوس حاد میوکارد آنژیوپلاستی اولیه و قرار دادن استنت، درمانی موثرتر از ترومبولیزها است. با این حال باز نمودن مجدد و موفق یک شریان کرونر مسدود شده، لزوماً کاملاً منجر به بهبود عملکرد بطن چپ و نیز بهبودی آن نمیشود و پس از حمله حاد کاهش قدرت انقباض و نوسازی (Remodeling) بطن منجر به ایجاد نارسایی قلبی می گردد. شواهد نشان می دهد که این کاهش در قدرت انقباض در رابطه با منطقه انفارکته ناشی از پرفیوژن ضعیف میکروواسکولار است که حتی پس از برگشت و طبیعی شدن جریان خون عروق بزرگ بهبود نمی یابد. HBOT می تواند به بهبود پرفیوژن بافتی عروق کوچک (microvascular) کمک نماید. در بررسی انجام شده توسط وی، محلول نرمال سالین را با درصد بالایی از اکسیژن 1-3 ml/o2/ml اشباع ساخته، سپس این محلول را توسط کاتتر به شریان کرونر درگیر وارد و خون هایپر اکسمیک به سمت بخش هدف که همان میوکارد ایسکمیک است انفوزیون گردید، بطوریکه در منطقه هایپوکسمیک، هایپراکسمیا ایجاد گردید. مطالعه وی نشان داد تزریق سالین اشباع با اکسیژن به داخل عروق کرونر بعد از حمله حاد قلبی توسط آنژیوپلاستی عروق کرونر از راه پوست، سبب پیشرفت قابل توجهی در عملکرد بطن چپ و افزایش کسر جهشی و بهبود عملکرد و حرکت دیواره بطن و قابلیت انقباض بهتر در مناطق انفارکته شده بود. مکانیسمهای احتمالی اثرات مفید HBOT بر میوکارد میتواند ناشی از ذخیره سازی مجدد اکسیژن در میتوکندری، حفظ و نگهداری متابولیسم اکسیداتیو و اثرات اکسیژن بر مهار فعالیت نوتروفیل ها باشد (6).

▪ کاهش مرگ و میر :

استفاده از این روش در بیماران مبتلا به سکته قلبی سبب کاهش اقامت در بخش ویژه (1/6 روز) و کاهش مرگ و میر (9/5%) می گردد .

▪ مشکلات کاربرد HBOT :

درمان زودرس با HBOT اثرات مفیدی بر نجات میوکارد پس از انفارکتوس میوکارد دارد اما محدودیت هایی نیز در زمینه استفاده از آن وجود دارد. از مشکلات کاربرد این روش مقرون به صرفه نبودن و گران بودن این روش است.

▪ عوارض HBOT :

عوارض خفیف آن سردرد و خستگی است و از عوارض شدید آن میوپیا و کوتاه شدن تنفس است که میتواند برای هفته ها یا ماه ها ادامه یابد. صدمه به سینوس ها و پارگی گوش میانی و صدمات ریوی از سایر عوارض آن است. مسمومیت با اکسیژن سبب تشنج، نارسایی ریوی و اختلال تعادل مایعات بدن می گردد.

توصیه شده است که زنان حامله نبایستی تحت درمان با این روش قرار گیرند. از سایر موارد منع کاربرد این روش می توان به پنوموتوراکس درمان نشده، درمان همزمان با دو کسورویسین و سیس پلاتین، در زمان بروز واکنش دی سولفیرام و در نوزادان پره مچور اشاره نمود .

محدودیت های نسبی این روش در قبل از جراحی قفسه سینه، عفونت های ویروسی، جراحی اخیر گوش میانی، نوریت اپتیک و اسفروسیتوز ارثی است (۱،۲).

انجمن قلب امریکا قرار گرفتن به مدت 60 دقیقه در معرض HBOT را توصیه نموده است. این اقدام سبب کاهش 72 درصدی بروز آریتمی شده است. همچنین در بیماران مبتلا به اکستراسیستول ها و تاکی آریتمی ها استفاده از این روش درمانی توانسته است در طول مدت 10 تا 12 روز کاملاً آریتمی را درمان نماید (۱۴،۱۵).

▪ کاهش عوارض ناشی از ایست قلبی ریوی:

HBOT بعد از ایست قلبی سبب کاهش مرگ مغزی و بهبود بازده عصبی می شود. HBOT اثر محافظتی روی سیستم اعصاب بعد از ایسکمی مغزی دارد. اما مکانیسم آن ناشناخته است. بر اساس نمرات حاصل از مقیاس بررسی عوارض نورولوژیک، میزان عوارض بعد از ایست قلبی در بیماران تحت درمان HBOT کمتر بوده است. در بررسی های هیستوپاتولوژیکی انجام شده در حیوانات، مشخص گردید که در حیواناتی که پس از ایست قلبی در معرض HBOT قرار گرفته اند، نورونهای کمتری آسیب دیده بودند، بنابراین HBOT از مرگ سلول های مغزی پیشگیری می کند و اثر محافظتی بر نورون ها دارد. شواهد حاکی از آن است که عملکرد سیستم عصبی بعد از ایست قلبی رابطه مستقیم با غلظت اکسیژن استنشاق شده بعد از احیا دارد. دریافت HBOT تا یک ساعت بعد از ایست قلبی سبب بهبود اکسیژن رسانی به سلول های مغز بعد از هایپوپرفیوژن ناشی از ایست قلبی می گردد (16).

References

- 1) Tarun Sahni, S. Hukku, Madhur Jain, Arun Prasad, Rajendra Prasad, Kuldeep Singh Recent Advances in Hyperbaric Oxygen Therapy, MEDICINE UPDATE, Volume 14, 2004 : 632-639.
- 2) Patrick M. Tibbles, M.D., and John S. Edelsberg, M.D., M.P.H. Hyperbaric-Oxygen Therapy, 1996 Volume 334, Number 25:1642-1648.
- 3) Bennett MH, Jepson N, Lehm JP. Hyperbaric oxygen therapy for acute coronary syndrome. The Cochrane Review. In: The Cochrane Library, Vol (12). Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.; 2007.
- 4) Shandling AH, Ellestad MH, Hart GB, Crump R, Marlow D, Van Natta B, Messenger JC, Strauss M, and Stavitsky Y. Hyperbaric oxygen and thrombolysis in myocardial infarction: the "HOT MI" pilot study. Am Heart J. 1997; 134: 544-550,.
- 5) Seriaikov VV, Feofanova ID. Hyperbaric oxygenation and antiaggregants: effects on platelet function in patients with ischemic heart disease. Anesteziologiya i Reanimatologiya, 1997 (2):31-3.
- 6) Lynne L. J, Lorraine S, Mark B, Leonard C, Athena P, Steven R, Paul Z, Jeffrey C, Hyperbaric oxygen solution infused into the anterior interventricular vein at reperfusion reduces infarct size in swine Am J Physiol Heart Circ Physio 2003, 287: 2234-40.
- 7) Stavitsky Y, Shandling AH, Ellestad MH, Hyperbaric oxygen and thrombolysis in myocardial infarction : the 'HOT MI' randomized multicenter study. Cardiology , 1998, 90(2), 131-6.
- 8) Schwartz P. J. The autonomic nervous system and sudden death. European Heart Journal (1998) 19, (Supplement F), F72-F80.
- 9) Nolan, J, Batin, P; Andrews, Richard MRCP et al. Prospective Study of Heart Rate Variability and Mortality in Chronic Heart Failure: Results of the United Kingdom Heart Failure Evaluation and Assessment of Risk Trial (UK-Heart). Circulation, Vol. 98(15) : 1510-1516.
- 10) Thomas MP, Brown LA, Sponseller DR, et al. Myocardial infarct size reduction by the synergistic effect of hyperbaric oxygen and recombinant tissue plasminogen activator. Am Heart J. 1990;120:791-800
- 11) Sunami K, Takeda Y, Hashimoto M, Hirakawa M. Hyperbaric Oxygen Reduces Infarct Volume in Rate by Increasing Oxygen Supply to the Ischemic Periphery. Crit Care Med 2000; 28:2831-36
- 12) Sterling DL, Thornton JD, Swafford A, et al. Hyperbaric oxygen limits infarct size in ischemic rabbit myocardium in vivo. Circulation. 1993;88:1931-193.
- 13) Dekleva M, Neskovic A, Vlahovic A, Putnikovic B, Beleslin B, Ostojic M. Adjunctive effect of hyperbaric oxygen treatment after thrombolysis on left ventricular function in patients with acute myocardial infarction. American Heart Journal , 2004; 148(4):E14.
- 14) Isakov, Y.V., et al. "Hyperbaric oxygenation in combined treatment of paroxysmal tachyarrhythmias, in ischemic heart disease." Kardiologiya 21(4):42-45, April 1981.
- 15) Malinovsky, N.N., et al. "The use of hyperbaric oxygenation in cardiac arrhythmia." In: Abstracts VII Int. Cong. HBO Medicine, Moscow, Sept. 2-6, 1981, pp. 284-285.

گزارش مورد-پژوهشی

سندرم استیونس جانسون

نرگس احسان فرد، کارشناس پرستاری مرکز آموزشی درمانی طالقانی دانشگاه علوم پزشکی گرگان
استاد راهنما: دکتر لیلا جویباری، دکتری پرستاری، استادیار دانشگاه علوم پزشکی گرگان



معرفی بیمار

گرافی های به عمل آمده از قلب و عروق و پارانشیم ریه ها طبیعی بود. همچنین مشاوره کلیه نیز انجام شد و توصیه به گذاشتن سوند فولی در شرایط استریل گردید. در سونوگرافی کلیه ها نرمال بود. در مشاوره گوش حلق و بینی برای ضایعات دهان توصیه به استفاده از سوسپانسیون سفالکسین و شربت دیفن هیدرامین شد. جدول ذیل نتایج آزمایشات پاراکلینیکی را نشان می دهد.

اولین آزمایشات بیمار	آخرین آزمایشات بیمار
WBC: 5000	WBC: 8100
HB: 10	HB: 7.2
ESR: 10	ESR: 60
CRP: ++	CRP: +++
Platelet: 220000	Platelet: 574000
A.S.T: 100	A.S.T: 38
A.L.T: 101	A.L.T: 46
Urine analysis: Keton: + Blood: + Glucose: + R.B.C: 8-10 SG: 1026	

بیمار پسر دو ساله ای است که 31 فروردین 87 با تب بالا و گرفتاری مخاط چشم، دهان، ژنیتال و گرفتاری پوستی منتشر به صورت ضایعات تاولی توام با ماکول و پاپول که یک روز قبل از پذیرش شروع شده است با تشخیص سندرم استیونس جانسون از گنبد به مرکز آموزشی درمانی طالقانی گرگان ارجاع داده شد. سابقه بیمار بستری دو هفته قبل در این مرکز به علت "تشنج ناشی از تب" را نشان می دهد. در بیمارستان گنبد برای وی فنوباریتال شروع شده بود و با فنوباریتال خوراکی ترخیص شد. بعد از دو هفته دچار علائم استیونس جانسون می شود.

در مراجعه به مرکز آموزشی درمانی طالقانی برای بیمار مشاوره چشم پزشکی انجام و توصیه به استفاده از قطره اشک مصنوعی هر سه ساعت در چشم (در ساعات بیداری) و قطره چشمی جنتامایسین و شستشوی روزانه چشم ها با آب مقطر و پماد هیدروکورتیزون چشمی همراه با پماد ایترومایسین و ویزیت یک روز در میان چشم پزشکی می شود.

یک هفته بعد از درمان بهبودی چشمگیری مشاهده شد. قطره چشمی سیروفلوکساسین و سرم آمینوفیژن نیز شروع و شستشوی روزانه با پرمنگات و سپس با نرمال سالین صورت گرفت. گاز وازلین بر روی ضایعات گذاشته شد و توصیه شد بیمار بعد از ترخیص داروها را به صورت سرپایی استفاده نماید و غذاهای مقوی مانند ماهیچه و گوشت و زردآلو و هندوانه مصرف نماید. بیمار بعد از 22 روز بستری و مراقبت های شدید در مرکز آموزشی درمانی طالقانی ترخیص می شود. متأسفانه کودک نامبرده دچار ضایعه در چشم و مخاط ژنیتال و گرفتاری ناخن می شود و بعد از گذشت بیش از یکسال همچنان تحت نظر چشم پزشک و فوق تخصص بیماری های عفونی می باشد.

سندرم استیونس جانسون

سندرم استیونس جانسون یک حالت تهدید کننده حیات است که باعث جدا شدن اپیدرم از درم می شود. به نظر می رسد که این سندرم مربوط به یک واکنش ازدیاد حساسیت می باشد که بر روی پوست و غشاهای مخاطی تأثیر می گذارد. اگرچه بیشتر موارد ایدیوپاتیک است ولی مهم ترین علل شناخته شده آن داروها، عفونت ها و در بعضی موارد سرطان هاست. سندرم استیونس جانسون فرم خفیف تر از نکرولیز اپیدرمی سمی می باشد (1).

سندرم استیونس جانسون در لیست بیماری های نادر اداره بیماری های نادر موسسه ملی بهداشت قرار دارد. به این معنی است که استیونس جانسون و یا یک گونه فرعی این سندرم کمتر از 200 هزار نفر از جامعه را در امریکا مبتلا می سازد "اوفانت" اخیراً وضعیت نادر را به این صورت تعریف می کند: هنگامی که یک نفر را در هر دو هزار نفر مبتلا سازد. آنها سندرم استیونس جانسون را به عنوان بیماری نادر فهرست نموده اند (2).

نام سندرم برگرفته از اسامی پزشکان متخصص اطفال آمریکایی؛ آلبرت میسن استیونس و فرانک چمبلیس جانسون می باشد که مقاله مشروح مشترکی از این بیماری را در سال 1922 منتشر نمودند (3، 4). واکنش حساسیت دارویی چهارمین عامل مرگ و میر در آمریکاست و سالانه سبب مرگ 150 هزار نفر از بیماران بیمارستانی می شود. سندرم

استیونس جانسون یک عکس العمل دارویی کشنده ای است که روی پوست و غشاهای مخاطی اثر تخریبی دارد و باعث سوختگی حاد و شدید و ضایعات تاولی، ورقه ورقه شدن پوست و بافت و در بعضی موارد کوری و مرگ می شود (5). جدا شدن اپیدرم حدود کمتر از 10 درصد کل پوست بدن را شامل می شود. در فرم بینابینی سندرم استیونس جانسون نکرولیز اپیدرمی سمی بین 30-10 درصد و در نکرولیز اپیدرمی سمی بیشتر از 30 درصد از پوست را در بر می گیرد (1).

درصد کمی از سندرم استیونس جانسون به مشکلات پیوند پوستی و عفونت باکتریایی مربوط می باشد. بیشترین درصد آن مربوط به واکنش دارویی است که به آن عکس العمل های حاد دارویی می گویند. در این وضعیت داروها به صورت یک عامل حساسیت زا عمل کرده و باعث می شود سیستم ایمنی با تولید آنتی بادی ها واکنش نشان دهد و به مقابله با سایر سلول ها برخیزد. این آنتی بادی ها در واقع به سلول های هم جوار آسیب رسانده و باعث علائم فیزیکی و واکنش حساسیت زایی می شوند.

درمان

درمان ابتدایی مشابه درمان بیمارانی است که سوختگی های پوستی دارند و ادامه مراقبت تنها درمان حمایتی است مانند مایعات وریدی و درمان های تخفیف دهنده علائم مانند شستشوی دهان با ضد دردها که برای زخم دهان استفاده می شود. هیچگونه درمان اختصاصی شناخته شده ای تا سال 2002 وجود نداشت. درمان با کورتیکواستروئیدها بحث انگیز است به دلیل اینکه احتمال دارد وضعیت بیمار را وخیم تر کرده یا خطر عفونت ثانویه را افزایش دهد. درمان های دیگری از قبیل سیکلوفسفامید و سیکلوسپورین نیز استفاده شده است اما هیچیک از آنها درمان موفقی نبوده اند. درمان با ایمونوگلوبولین داخل وریدی کمی امیدوار کننده بوده است و سبب کاهش طول مدت واکنش شده و علائم بیماری را بهبود می دهد. درمان های حمایتی معمول دیگر شامل استفاده از بی حس کننده های موضعی و ضد عفونی کننده ها، نگهداری محیط گرم و استفاده از ضد دردهای داخل وریدی و مشاوره ی فوری با یک چشم پزشک است. این سندرم مکرراً باعث

لوله معده، ضد انعقادها، پیشگیری از زخم معده ناشی از استرس و استفاده از دارو برای کنترل درد و ترس همه ضروری می‌باشند.

- اگر ریه و برونش‌ها درگیر شده باشند، انتوبه کردن و استفاده از دستگاه ونتیلاتور همواره ضروری است. هرچه زودتر تغذیه روده‌ای ادامه یابد باعث کاهش زخم معده استرسی، عفونت‌های باکتریال و عفونت‌های با منشاء روده‌ای و قطع سریع تر مایعات وریدی می‌گردد. در صورت لزوم سطح فسفر خون باید اندازه‌گیری و اصلاح شود. تکرار هیپوفسفرمی شدید ممکن است باعث تغییر تنظیم قند خون و سبب اختلال در عملکرد عضله شود. بیشتر پزشکان آنتی‌بیوتیک‌ها را به عنوان پروفیلاکسی استفاده نمی‌کنند. کاتترها باید مرتباً عوض و کشت داده شوند. اولین روز از پوست آسیب دیده کشت باکتری گرفته و هر 48 ساعت تکرار شود. استافیلوکوک اورئوس مهم ترین باکتری موجود در اولین روزهاست و گرم منفی‌ها بعداً ظاهر می‌شوند. بنابراین دمای محیط باید بین 32-30 درجه سانتیگراد افزایش یابد. این افزایش درجه حرارت باعث کاهش کالری پوستی و کاهش لرزش استرسی می‌شود. اتلاف دمای بدن را می‌توان با حمام گرم با مواد آنتی‌سپتیک 35-38 درجه سانتی‌گراد، پوشش گرمایی لامپ‌های مادون قرمز و تخت‌های هوا مایع کنترل کرد.

- بعضی از داروها نیز لازم است. ترومبوآمبولی یک علت مهم مرگ و میر می‌باشد و ضد انعقاد مؤثر با هپارین در دوران بستری توصیه شده است. اگرچه ممکن است باعث افزایش خونریزی پوستی شود، معمولاً مقدار آن محدود است و به تزریق خون اضافی نیاز نیست. آنتی‌اسیدها خونریزی معده را کاهش می‌دهند. حمایت روحی روانی هرگز نباید فراموش شود اگر وضعیت تنفسی اجازه دهد داروهایی مانند دیازپام و مرفین می‌تواند با احتیاط تجویز شود (1).

- اکثر قریب به اتفاق منابع معتبر درماتولوژی طی سی سال گذشته اذعان داشته‌اند درمان اختصاصی برای سندرم استیونس جانسون وجود ندارد. با توجه به نتایج مطالعه‌ای، مقایسه طول مدت بستری و عوارض درمان این بیماری با استروئید سیستمیک و درمان حمایتی نشان می‌دهد استفاده از

تشکیل اسکار در سطح درونی پلک، پرخونی عروق قرینه و اختلال بینایی و ایجاد سایر مشکلات بینایی می‌شود. بیماران به فیزیوتراپی بعد از ترخیص نیاز خواهند داشت (3). ضد تشنج‌ها مثل فنوباریتال، سولفانامیدها، داروهای ضد التهابی غیراستروئیدی (NSAIDs) شامل ایبوپروفن و بکسترا، باربیتورات‌ها و آنتی‌بیوتیک‌ها مانند آموکسی‌سیلین و تتراسایکلین شایع‌ترین داروهایی‌اند که عامل ایجاد این سندرم می‌باشند.

هنگامی که سندرم استیونس جانسون شروع می‌شود هیچ درمانی برای توقف آن وجود ندارد. تنها راه درمان این بیماری آن است که علائم متنوع را مورد بررسی قرار دهیم. زیرا مبتلایان اغلب دارای تاول‌ها و زخم‌های جدی می‌باشند و بسیاری از آنان اغلب به مراکز درمانی سوختگی فرستاده می‌شوند.

به طور کلی درمان عبارت است از قطع فوری داروهای مصرفی مضر، برقراری الکترولیت‌ها و مایعات، مراقبت از هرگونه زخم‌های چشم یا دهان و تأمین تغذیه مناسب. مصرف استروئید ممکن است مفید باشد بویژه اگر در هفته اول بیماری استفاده شود (5).

اقدامات فوری

- اگر حذف مصرف داروی عامل بیماری به تأخیر بیفتد مرگ و میر افزایش می‌یابد. هنگامی که داروهای با نیمه عمر کوتاه که سبب بیماری شده‌اند، کمتر از یک روز پس از ایجاد تاول قطع شوند میزان مرگ و میر پایین‌تر است. این تفاوت در مورد داروهای با نیمه عمر بالا دیده نشده است.

- دومین اقدام، شروع جایگزینی مایعات داخل وریدی با استفاده از محلول‌های نمکی یا ماکرومولکول‌هاست.

- سومین اقدام، انتقال بیمار به یک بخش مراقبت ویژه یا به یک مرکز سوختگی است. ارجاع سریع موجب می‌شود خطر عفونت، میزان مرگ و میر و طول مدت بستری در بیمارستان کاهش یابد.

کنترل دمای محیط، دقت و رعایت نکات آسپتیک در مراقبت از بیمار، آماده کردن محیط استریل، اجتناب از هرگونه لباس و وسائل چسبنده، برقراری دسترسی به عروق محیطی (حتی المقدور از عروق مرکزی استفاده نشود) اولین تغذیه دهانی با

خلاصه

سندرم استیونس جانسون یک وضعیت تهدید کننده حیات است اما هنوز غالباً به اشتباه تشخیص داده شده و گزارشات کافی توسط پزشکان داده نمی‌شود. اصولاً اورژانس ها و پزشکان اغلب این علائم را نمی‌شناسند و این باعث تأخیر درمان و افزایش عکس‌العمل مضر می‌باشد. مشکلات ناشی از سندرم استیونس جانسون شامل کوری، سندرم خشکی چشم، صدمات ریوی و مری، بیماری انسداد مزمن ریوی، آسم، آرتريت و سندرم افسردگی مزمن می‌باشد. در بعضی از بیماران اسکار ناشی از محل تزریقات باعث نگهداری حرارت شده و اگر درمان نشود این سندرم به مرگ بیمار منجر می‌شود. نشانه‌ها و علائم ممکن است بثورات پوستی، تورم یا تاول پوستی، مشکل تنفسی، تب، سرفه، بی‌قراری، ورم صورت، تورم لثه‌ها، زبان و لب‌ها، اشک ریزش بیش از حد یا چسبندگی چشم‌ها و دیورز دردناک به علت وجود زخم‌هایی در دستگاه ژنیتال باشد (4). تزریق ایمونوگلوبولین وریدی و کورتیکواستروئیدهای سیستمیک در نکروز اپیدرمی سمی هنوز بحث برانگیز است و آزمایش‌های بیشتری نیاز دارد تا موثر بودن این عوامل را اثبات کند (7).

تشکر و قدردانی

از والدین کودک، مدیریت مرکز آموزشی درمانی طالقانی گرگان و همچنین راهنمایی‌های خانم دکتر فاطمه چراغعلی فوق تخصص عفونی اطفال برای انتخاب مورد صمیمانه قدردانی می‌شود.

استروئید سیستمیک با دوز متوسط بر استفاده از درمان حمایتی به تنهایی، ارجح است. ارجحیت اصلی را در کاهش طول مدت بستری و بالطبع هزینه‌های اقتصادی اجتماعی و تنش‌های روانی بستری شدن می‌داند (6).

به دلیل برخی از تشابهات ضروری است تا اشاره ای به "سندرم درس" شود. سندرم درس¹ یک واکنش حساسیتی شدید به دارو و توام با آنوزینوفیل و علائم سیستمیک می‌باشد که در این سندرم مرگ و میر حدود 10 درصد است. عکس‌العمل‌های دارویی بیماری‌های خود محدود شونده ای می‌باشند بنابراین اصول درمان آنها وابسته به تظاهرات بالینی آنهاست. تشخیص به موقع، شناسائی و قطع تمام داروهای مشکوک مهمترین اقدامات اولیه می‌باشد. این گونه بیماران باید در بخش مراقبت‌های ویژه تحت نظر افراد مجرب و ماهر در مراقبت از بیماران سوختگی قرار گیرند. محیط گرم، اصلاح الکترولیتی، مصرف کالری بالا و پیشگیری از سپسی اثر دهی بعضی داروهای بکار برده شده را به سختی می‌توان ارزیابی کرد. ایمونوگلوبولین وریدی، سیکلوسپورین، سیکلوفسفامید، پنتوکسی فیلین همه اینها آزمایش شده اند. مصرف کورتیکواستروئید مورد بحث می‌باشد و احتمالاً در فرم‌های تاخیری نکروز اپیدرمی سمی مضر می‌باشد. در "سندرم درس" استفاده از کورتیکواستروئید در بیمارانی که احتمال مرگ آنها می‌رود کار برد دارد. مراقبت‌های صحیح و کافی پوست سبب کاهش صدمات می‌شود و منجر به تسریع بهبودی ضایعات پوستی می‌گردد. بعد از بهبودی پیگیری چشم پزشکی و مخاط از نظر صدمات دائمی نیاز است. دور نگه داشتن از نور توصیه شده است. آزمایش قند خون باید انجام شود و اجتناب از مصرف داروها و ترکیبات شیمیایی که باعث بیماری می‌شود برای بیمار و اقوام درجه یک ضروری است (1).

¹ DRESS: Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms

References

- 1) Prevalence and Incidence of Stevens- Johnson Syndrome. Retrieved from: http://www.wrongdiagnosis.com/s/stevens_johnson_syndrome/prevalence.htm
- 2) Ghislain PD, Roujeau JC. Treatment of severe drug reactions: Stevens-Johnson Syndrome, Toxic Epidermal Necrolysis and Hypersensitivity syndrome. *Dermatology Online Journal*. 8 (1) Retrieved from: <http://dermatology-s10.cdlib.org/DOJvol8num1/>
- 3) Carrozzo M, Togliatto M, Gandolfo S. Erythema multiforme. A heterogeneous pathologic phenotype. *Minerva Stomtol*. 1999;48 (5):217-26.
- 4) Stevens Johnson Syndrome symptoms & Treatment. Retrieved from: <http://www.skinassn.org/stevens-johnson-syndrome-symptoms-treatment.html>
- 5) Munley M, Cartwright P.C. Pennsylvania Law Offices. Retrieved from: http://www.munley.com/drugs/stevens_johnson_syndrome.html
- 6) صدر اشکوری، ش. امیری، م. گلجای، ج. شمس گیلابی، ج. درجانی، ع. علی زاده، ن. مقایسه طول مدت بستری و عوارض درمان سندرم استیونس جانسون با استروئید یا درمان حمایتی. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان. 1380 دوره 10، بهار و تابستان 37-38: صص 35-30.
- 7) Koh MJ, Tay. An update on Stevens Johnson Syndrome and toxic epidermal necrolysis in children. *Curr Opin Pediatr*. 2009 May 26.

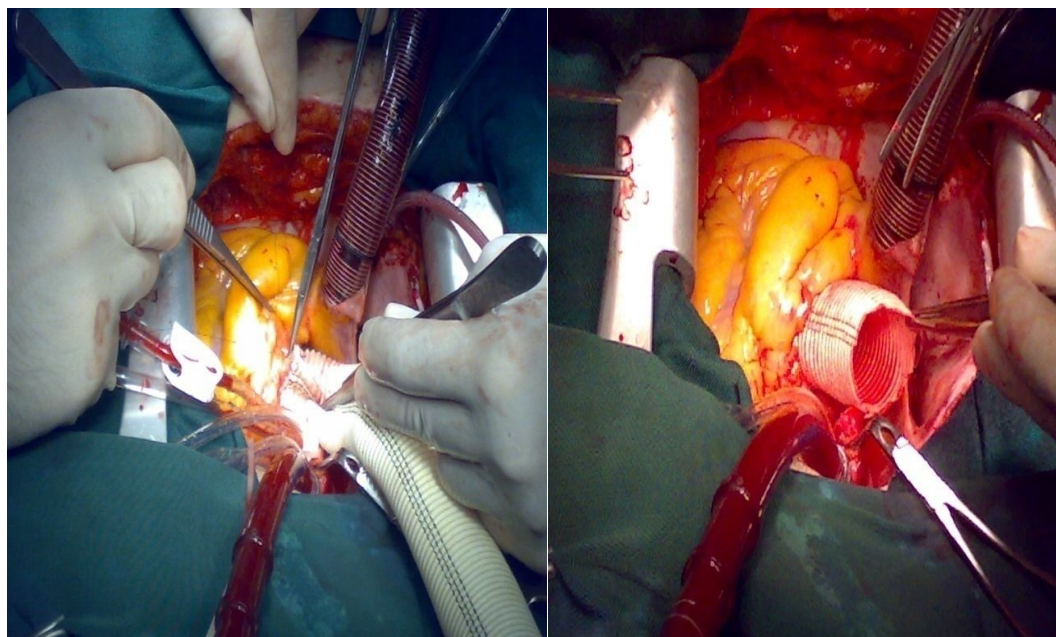
منابع تکمیلی

- 1) Van der Linde AA, Pillen S, Gerrits GP, Bouwes Bavinck JN. Stevens Johnson Syndrome in a child with chronic mercury exposure and 2,3-dimercaptopropane-1-sulfonate(DMPS) therapy. *Clin Toxicol*. 2008 Jun;46(5):479-81.
- 2) Bastuji-Grain S, Rezany B, Stern RS, Shear NH, Naldi L, Roujeau JC (1993). Clinical classification of cases of toxic epidermal necrolysis, SJS, and erythema multiforme. *Archives of dermatology* 129 (1): 92-6.
- 3) Auquier-Dunant A, Mockenhaupt M, Naldi L, Correia O, Schroder W, Roujeau JC. Correlations between clinical patterns and causes of erythema multiform majus, SJS, and toxic epidermal necrolysis: results of an international prospective study: *Arch Dermatol*. August 2002. 138(8): 1019-24.
- 4) Stevens AM, Johnson FC. A new eruptive fever associated with stomatitis and ophthalmia; report of two cases in children. *American Journal of Diseases of children*, Chicago, 1922, 24:526-533.

گزارش مورد- پژوهشی

معرفی یک مورد دیسکسیون آئورت در خانمی 42 ساله

سعید رستمی، کارشناس پرستاری، عضو تیم پرفیوژن جراحی قلب
سوپروایزر آموزشی بیمارستان امیرالمومنین (ع) کردکوی



معرفی مورد

بیمار خانمی 42 ساله است که در منزل خود در حین کار دچار سنگینی و درد در قفسه سینه همراه با تنگی نفس گردید و بلافاصله به اورژانس بیمارستان امیرالمومنین (ع) کردکوی آورده شد. پس از ویزیت کاردیولوژیست و با توجه به شرایط بیمار و همچنین مشاهده T معکوس¹ در برخی از لیدهای اندامی، بیمار با تشخیص آنژین صدری ناپایدار² در بخش مراقبتهای ویژه قلبی³ بستری گردید.

ساعتی بعد بیمار مجدداً دچار درد قفسه سینه⁴ و بالا رفتن قطعه ST در لیدهای تحتانی شد. درد بیمار به پشت انتشار نداشته و فقدان پالس⁵ نیز مشاهده نشد. سپس با شک به انفارکتوس تحتانی⁶ استرپتوکیناز برای بیمار تجویز گردید. بعد از اتمام استرپتوکیناز بیمار دچار درد اپیگاستر شدید شده که با بلع و حرکت تشدید می شده و تجویز مسدود کننده های H₂⁷ نیز جهت رفع آن موثر واقع نشد. پس از بررسی های فراوان با

⁴ - chest pain
⁵ - pulse deficit
⁶ - inferior MI
⁷ - H₂- blocker

¹ - T invert
² - unstable angina
³ - CCU

شک به دیسکسیون حاد¹، اکوی قلبی انجام شد که نتیجه، مشاهده نارسایی شدید دریچه آئورت² بود. با دقتی شدن بیشتر در اکوی بیمار شک به دیسکسیون حاد آئورت³ قوت گرفت و بلافاصله مشاوره جراحی قلب درخواست گردید.

پس از ویزیت جراح قلب، همانطور که پیش بینی می شد تشخیص دیسکسیون آئورت تائید و بلافاصله بیمار به اتاق عمل قلب منتقل و تحت عمل جراحی قرار گرفت. پس از باز شدن قفسه سینه، بیمار بر روی ماشین قلب وریه⁴ قرار گرفت و گردش خون برون پیکری⁵ برقرار گردید. ابتدا دریچه آئورت با دریچه مصنوعی تعویض شد سپس آئورت دیسکت شده بریده شد و به جای آن از گرافت مصنوعی استفاده گردید. تعویض قوس آئورت همراه با دریچه آئورت را اصطلاحاً عمل بنتال گویند. خوشبختانه با توجه به اینکه دیسکسیون به سمت پروگزیمال گسترش یافته بود ولی اورفیس های کرونر را درگیر نکرد. در پایان نیز بای پس عروق کرونر (CABG) با سه گرافت انجام شد و پس از هشت ساعت تلاش بی وقفه تیم جراحی قلب که از نیمه شب شروع و تا ساعت 8 صبح ادامه داشت، عمل جراحی با موفقیت انجام و بیمار به بخش مراقبتهای ویژه جراحی قلب منتقل گردید.

دیسکسیون آئورت

گاهی در یک آئورت مبتلا به آرتریواسکلروز شکافی بین لایه اینتیمای و مدیای دیواره آئورت به وجود می آید که باعث جداسازی می گردد (2). علت دیسکسیون آئورت، پارگی محیطی، یا (با شیوع کمتر) پارگی عرضی انتیما است. این عارضه اغلب در سمت راست دیواره جانبی آئورت صعودی روی می دهد، یعنی جایی که فشار کششی هیدرولیک زیاد است. یک محل شایع دیگر، آئورت نزولی در قفسه سینه بلافاصله پس از رباط شریانی است. حادثه آغازین، با یک پارگی اولیه انتیما همراه با دیسکسیون ثانویه در مدیا است یا یک خونریزی در مدیا است که به انتیما گسترش می یابد.

سپس جریان ضربان دار آئورت در طول صفحات لایه لایه الاستیک به پیش می رود و یک مجرای کاذب را می سازد. دیسکسیون معمولاً در جهت دیستال به سمت آئورت نزولی و شاخه های اصلی آن گسترش می یابد. اما ممکن است به سمت پروگزیمال هم پیش برود. در برخی موارد، یک گسیختگی در انتیمای دیستال روی می دهد که باعث ورود مجدد خون از مجرای کاذب به مجرای حقیقی می شود. نخست DeBakey و همکاران، دیسکسیونهای آئورت را به سه نوع تقسیم کردند: نوع ۱ که در آن، پارگی انتیما در آئورت صعودی روی می دهد، نوع ۱۱ که در آن دیسکسیون به آئورت صعودی محدود می شود و نوع ۱۱۱ که در آن، پارگی در بخش نزولی قرار دارد و به سمت دیستال گسترش می یابد. در طبقه بندی استانفورد دیسکسیونهای آئورت به دو گروه طبقه بندی می شوند: نوع A که در آن، آئورت صعودی درگیر می شود (دیسکسیون پروگزیمال) و نوع B که در آن، دیسکسیون محدود به آئورت نزولی است (دیسکسیون دیستال). از نظر درمان، طبقه بندی استانفورد عملی تر و مفید تر است، زیرا درمان انواع ۱ و ۱۱ DeBakey مشابه می باشد (1). مردان بیشتر از زنان دچار دیسکسیون آئورت می شوند. بالاترین سن ایجاد دیسکسیون پروگزیمال بین 50 تا 55 سالگی است. دیسکسیون دیستال نیز اغلب بین 60 تا 70 سالگی رخ می دهد. فشار خون بالا شایعترین علت مستعد کننده دیسکسیون آئورت در 62 تا 78 درصد موارد محسوب می شود (6). بروز علائم معمولاً ناگهانی است. درد مداوم و شدید که به صورت درد پاره کننده⁶ یا موج⁷ توصیف می شود، ممکن است گزارش گردد. درد در قسمت قدام یا خلف قفسه سینه بوده و ممکن است به شانه ها، ناحیه اپی گاستر یا شکم انتشار یابد. دیسکسیون آئورت ممکن است با انفارکتوس میوکارد اشتباه شود. که می تواند باعث سردرگمی تابلوی بالینی و درمان اولیه بیمار گردد. علائم قلبی عروقی، عصبی و گوارشی مسئول سایر تظاهرات بالینی بوده و به وسعت و محل دیسکسیون بستگی دارد. بیمار ممکن است رنگ پریده به نظر برسد. تعریق و تائیکاردی نیز وجود دارد. فشار خون ممکن است بالا رود

⁶ - tearing
⁷ - ripping

¹ - acute dissection
² - AI acute sever
³ - acute aortic dissection
⁴ - Heart Lung Machine
⁵ - Cardio Pulmonary Bypass=CPB

یا به میزان قابل توجهی فشار خون یک دست با دست دیگر اختلاف داشته باشد. به دلیل تابلوی بالینی متغیر همراه با این وضعیت، تشخیص زودرس بیماری معمولاً بسیار مشکل است.

نکته مهم

علایم دیسکان ممکن است با علایم انفارکتوس حاد میوکارد اشتباه شود.

آرتریوگرافی، تصویربرداری به طریقه سی تی، اکوکاردیو گرافی از طریق مری¹، اولتراسوند داپلکس و تصویربرداری با امواج مغناطیسی در تشخیص بیماری کمک می کنند. درمان پزشکی یا جراحی دیسکسیون آئورت به نوع دیسکسیون موجود بستگی دارد (3).

نتیجه گیری

همانطور که شرح داده شد دیسکسیون آئورت بسیار خطرناک بوده و می تواند به عنوان یکی از موارد تهدید کننده حیات قرار گیرد. در کشور ما چنین مواردی اغلب دیر تشخیص داده می شوند و فرد فوت می کند (2). لذا تشخیص زودرس این پدیده بسیار ضروری و مهم به نظر می رسد. با توجه به اینکه ممکن است بیماران در دهه ششم و هفتم عمر به آن دچار شوند با این حال نایبستی احتمال وجود آن در جوانان از نظر دور بماند و در هر بیماری با درد ناگهانی و شدید قفسه سینه با ماهیت برشی به همراه تعریق، کاهش نبض های محیطی و فشار خون بالا یا پایین بایستی به احتمال وجود دیسکسیون آئورت نیز توجه کرد. در این گونه از بیماران به دلیل شک به دیسکسیون آئورت و از آنجا که درمان ارجح برای این بیماری جراحی فوری و اضطراری می باشد، بایستی بلا فاصله اکوکاردیو گرافی و سونوگرافی اضطراری انجام شود و در صورت لزوم سی تی اسکن از قفسه صدری انجام شود (4). همچنین لازم به ذکر است که از آنجائیکه دیسکسیون آئورت یک بیماری مزمن و پیشرونده است که نیاز به مراقبت در تمام عمر را ملزوم می کند بیمارانی که تحت عمل جراحی ترمیم دیسکسیون آئورت قرار می گیرند در معرض خطر پیدایش عوارض مربوط به آئورت قرار دارند. ترمیم معمولاً فقط یک قسمت از لومن کاذب را حذف می کند. علاوه بر این 15 تا 30

درصد از مرگ های بعدی ناشی از پارگی در قسمت دیگری از آئورت می باشند. بنابراین پیگیریهای دقیق بویژه تنظیم فشار خون و تصویربرداری های پزشکی جهت جلوگیری از مشکلات و عوارض بعدی ضروری است. سی تی اسکن با کنتراست بالا مطمئن ترین روش جهت تشخیص اتساع آئورت و شاخه های آن، نقایص مزمن پرفیوژن احشا و عوارض دراز مدت مربوط به جراحی می باشد. انجام اکوکاردیوگرافی جهت پی بردن به نارسایی مجدد درپچه بعلاوه تغییرات آنوریسمی در باقیمانده آئورت ترجیح داده می شود. بنابراین بسته به محل دیسکسیون آئورت و گرافت ترمیمی، سالیانه جهت بیماران سی تی اسکن یا اکوکاردیوگرافی انجام می شود (5).

منابع

- 1) هاریسون. اصول طب داخلی هاریسون بیماریهای قلب و عروق. ترجمه محسن ملک علایی، زیر نظر منوچهر قارونی. تهران: نسل فردا، 1385، ص 488.
- 2) غفاری، س. شوقی، م. سنجر، م. مرتضوی، ح. ایلدر آبادی، الف. حجتی، م. کتاب جامع پرستاری. تهران: جامعه نگر سالی، 1387، ص 110.
- 3) سوزان، س. اسملتزر، براندا جی. بر: ترجمه حلیمه امینی، ژاله محمد علیها، صدیقه عاصمی؛ ویرایش صدیقه سالی، ژاله محمد علیها. دستگاه قلب و عروق، گردش خون و خونساز. تهران: سالی، 1386، ص 309.
- 4) عمادی، س. آنوریسم آئورت و گزارش یک مورد از آن. فصلنامه پژوهشی کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی گرگان. بهار و تابستان 1387. دوره 9 شماره 17، ص 34.
- 5) Joseph S. Coselli, Cuneit Koksoy. Advanced therapy in cardiac surgery. 2000; P.309
- 6) Aortic Aneurysm. Retrieved from: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/aneurysms.html>
- 7) Aneurysms and Dissections. Retrieved from: <http://www.texasheartinstitute.org/HIC/Topics/Cond/Aneurysm.cfm>
- 8) Aortic Dissection. Retrieved from: <http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=3005390>

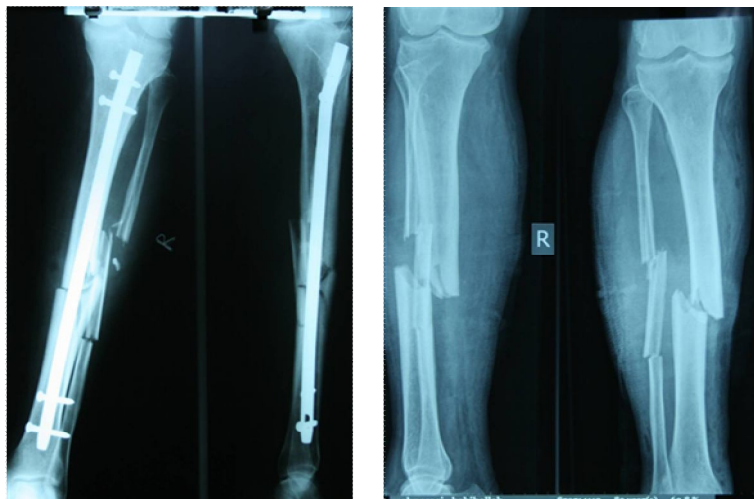
¹ - TEE

گزارش مورد-پژوهشی

شکستگی ساق و افت سطح هوشیاری

نگار طاهری، دانشجوی سال ششم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گلستان

استاد راهنما: دکتر حاجی محمد ساتلی، متخصص ارتوپدی و فلوشیپ ستون فقرات و استادیار دانشگاه علوم پزشکی گلستان



مقدمه

علائم به طور عمده بعد از شکستگی های شدید اندام تحتانی بویژه فمور و تیبیا ایجاد می شود که معمولاً ظرف دو روز اول پس از آسیب بروز می کند. باید توجه داشت که بین زمان ایجاد ضایعه و بروز علائم آمبولی دوره ای بدون علامت وجود دارد.

معیارهای تشخیص GURD برای آمبولی چربی:

علائم اصلی

- 1- پتشی ناحیه آگزیلاری و ملتحمه
- 2- فشار اکسیژن شریانی کمتر از 60 میلی متر جیوه
- 3- کاهش سطح هوشیاری بی تناسب با هیپوکسی
- 4- ادم ریوی

آمبولی چربی شیوع بالایی ندارد اما یکی از جدی ترین عوارض شکستگی محسوب می شود. به رغم پیشرفت های اخیر در درمان آن، هنوز هم غالباً کشنده است. ویژگی اصلی این عارضه عبارتست از انسداد عروق کوچک توسط گلبول های چربی. مهمترین اثرات انسداد عروق کوچک در ریه ها و مغز ظاهر می شود، در ریه ها ادم و خونریزی داخل حبابچه حادث می شود که موجب اختلال در انتقال اکسیژن از حبابچه به شریانچه ها می گردد، این امر سبب هیپوکسی می شود که می تواند شدید باشد. علاوه بر ریه آمبولی چربی موجب علائمی در دیگر ارگان های حیاتی می شود که به سندرم آمبولی چربی معروف است، از جمله ممکن است در مغز خونریزی متعدد پراکنده ایجاد کند. این نوع خونریزی در سایر اندام ها و پوست نیز ظاهر می شود.

علائم فرعی

بخش ارتوپدی منتقل گردید. بلافاصله بعد از پذیرش در بخش به اتاق عمل فرستاده شد که برای بیمار دبریدمان لاسراسیون وسیع ساق راست به همراه جا اندازی بسته با دستکاری و گچ گیری به همراه ترمیم زخم انجام شد. بیمار پس از بازگشت از اتاق عمل هوشیار بوده و علائم حیاتی پایدار داشته است ولی از عصر روز عمل جراحی به تدریج سطح هوشیاری وی افت کرده که به پزشک متخصص ارتوپد اطلاع داده شد.

اکسیژن 4 لیتر برای بیمار گذاشته شد. سپس ویزیت بیهوشی انجام شد و بیمار با GCS 12 و تاکی پنه خفیف به بخش مراقبت های ویژه منتقل شد.

ABG 7/15 PH: 7.447 PCO2: 35.3
PO2 : 31.9 O2SAT: 64.7%

صبح روز بعد بیمار GCS 10 و تنفس خودبخود داشته و پتشی در نواحی آگزیلاری و قفسه سینه ایجاد شده بود .

ABG:7.16 PH: 7.528 PCO2: 29.6
PO2: 45 O2SAT: 86.6%
BP: 130/70mmHg HR: 110/min RR: 20/min
T: 37.7

در ویزیت نورولوژی انجام شده اسکن مغز نرمال گزارش شد و برای بیمار آمپول هیدروکورتیزون 100 میلی گرم روزی سه بار و هپارین 5000 واحد فوری تجویز و سپس 1000 واحد درپ هر یک ساعت گذاشته شده و MRI مغز درخواست شد. جواب آزمایشات درخواستی بیمار :

Hb : 8.9	PLT : 93 X1000
HCT : 25.9	Na : 141
PT : 13	K : 4
PTT : 30.8	D –dimer : 6.5
INR : 1	ESR:50

اسکن پرفیوژن ریه نیز انجام شد که Low probability of pulmonary emboli گزارش شد. برای بیمار مشاوره چشم و پوست گذاشته شد. بیمار به مدت 5 روز در بخش مراقبت های ویژه بستری بوده و تحت درمان با:

Amp Hydrocortizone 100 mg TDS
Amp Fragmin 5000 unit sc
Amp Keflin
Amp Ranitidin
Tab Folic Acid
Tab Vit B6

1- تائیکاردی بیشتر از 110 ضربان در دقیقه

2- تب بیشتر از 38/5 درجه

3- آمبولی شبکه

4- وجود قطرات چربی در ادرار

5- کاهش ناگهانی و غیرقابل توجیه هماتوکریت و یا پلاکت

6- وجود قطرات چربی در خلط

7- ESR بالا

وجود دو علامت اصلی و یا حداقل یک علامت اصلی و چهار علامت فرعی برای تشخیص سندرم آمبولی چربی لازم است.

درمان آمبولی چربی شامل مراقبت های عمومی مانند بی حرکت نمودن عضو شکسته، رفع اختلال آب و الکترولیت ، اکسیژن درمانی و ضد درد مناسب است.

بدیهی است با توجه به میزان مرگ و میر بالای این بیماران، مراقبت جدی و کامل از بیماران مذکور اهمیت بالایی دارد.

معرفی مورد

بیمار آقای 73 ساله متاهل ساکن گرگان می باشد که در تاریخ 14 مهر 1387 به علت تروما در بیمارستان پنج آذر گرگان بستری شده است. در بدو ورود بیمار هوشیار بود GCS 15.

Bp: 120/80 mmHg T:37.1 PR: 95/Min
RR:17/Min

سمع قلب و ریه نرمال، شکم بیمار نرم و بدون تندرنس، شکستگی باز به همراه زخم وسیع در ساق راست، شکستگی دندانهای پیشین و تروما به سر داشت. برای بیمار اقدامات اولیه انجام شد و 2 واحد خون رزرو شد. در ویزیت جراحی با توجه به معاینات و سونوگرافی شکم بیمار مشکل خاصی از نظر جراحی نداشت و انتقال بیمار به سایر بخشها بلامانع ذکر شد و به علت افت هموگلوبین از 9 به 12، دستور انفوزیون یک واحد خون داده شد. در ویزیت جراحی مغز و اعصاب با توجه به معاینات و CT مغز بیمار مشکلی دیده نشد و بیمار از سرویس جراحی اعصاب مرخص گردید. در ویزیت ارتوپدی، شکستگی باز دوبل ساق تشخیص داده شد و بیمار به

در تاریخ 30 مهر پس از بهبود زخم ساق بیمار جهت جا اندازی باز و internal fixation ساق به اتاق عمل رفت و با علائم حیاتی پایدار و GCS 15 به ریکاوری منتقل و از آنجا به بخش رفت. بیمار در تاریخ 8 آبان با حال عمومی خوب از بیمارستان مرخص شد.

Reference

- 1) Gurd AR. Fat embolism: An aid to diagnosis. J Bone Joint Surg 1970;52(4):732-737.

اشباع اکسیژن بیمار در این مدت 97 تا 100 درصد بوده، انتوبه نشده و تنفس خودبخود داشته و نمره هوشیاری بیمار روز دوم بستری در بخش مراقبت های ویژه 12 و روز سوم 14 بود.

بیمار در تاریخ 20 مهر با سطح هوشیاری طبیعی و علائم حیاتی پایدار با نظر متخصصین داخلی، بیهوشی و ارتوپدی به بخش ارتوپدی منتقل شد تا پس از بهبود زخم ساق آماده عمل مجدد شود.

در تاریخ 24 مهر ماه طبق نظر متخصص نورولوژی MRI نرمال گزارش، هیدروکورتیزون بیمار نیز قطع و بیمار از سرویس نورولوژی مرخص شد.

گزارش مورد - پژوهشی

یک کودک چهار ساله مبتلا به کیست هیداتید

سیده زهرا موسوی خورشیدی، سمیه صرافی خیرآباد، دانشجویان مامایی دانشگاه علوم پزشکی گرگان
استاد راهنما: دکتر لیلا جویباری استادیار دانشگاه علوم پزشکی گرگان

گزارش مورد

بیمار پسر 4 ساله و فرزند دوم خانواده است که مادرش ذکر می کند از 2 ماه پیش به دلیل تب، سردی دستها و پاها و دیسترس تنفسی در بیمارستان قزاقستان بستری شد. ابتدا در بخش عفونی و سپس در بخش جراحی بستری شد. سپس در بخش مراقبتهای ویژه به مدت 3 روز به علت مشکلات تنفسی تحت مراقبت قرار گرفت. در بخش مراقبتهای ویژه تشخیص پلورال افیوژن داده شد و مایع را خارج کردند. کلاً 12 روز در آن بیمارستان بود. سپس دستور دادند که به مدت یک ماه تحت نظر خانه بهداشت باشد. در خانه بهداشت دستور 5 جلسه فیزیوتراپی برای کودک داده شد که در روز سوم بیماری کودک عود کرد و تحت درمان با سفازولین و چند داروی دیگر قرار گرفت. آزمایش خون انجام شد برای کودک تشخیص کم خونی فقر آهن را داند. بعد برای بیمار chest X Ray انجام شد مجدداً پلورال افیوژن مشاهده شد. به همین دلیل بیمار را جهت ادامه معالجات به ایران آوردند. در هنگام بستری در بیمارستان طالقانی گرگان، بیمار علائم کم اشتهایی داشت اما سرفه، اسهال و استفراغ مشاهده نشد. در بررسی سونوگرافی قفسه سینه ضایعه لوکالیزه ای در مجاورت قفسه صدری مشاهده شد. ناحیه اکوژن با قطر تقریبی 2/5 در ناحیه فوقانی راست قفسه سینه قرار داشت. در بررسی سونوگرافی شکم، کبد با سایز تقریبی 98 بوده و اکوی نرمال داشت. سایر اجزای شکمی نیز اکوی نرمال داشتند. در آزمایش Biochemistry میزان آلکالین فسفاتاز 404، بیلیروبین توتال

0/6 و بیلیروبین مستقیم 0/5 گزارش شد. سایر فاکتورها نرمال بودند. در آزمایش خون صورت گرفته، تعداد گلبولهای سفید کودک 14500، میزان هموگلوبین 9/4 و میزان هماتوکریت 30/7 گزارش شد. در بررسی های انجام شده تشخیص کیست هیداتیک داده شد. علائم حیاتی، بیمار در زمان بستری در بیمارستان طالقانی نرمال بود و تب نداشت، فشار خون وی 10/6 بود. بیمار در بیمارستان تحت درمان دارویی با داروهای قرص آلبندازول 125 میلی گرم، سرم 1/3 و 2/3 به میزان 1200 سی سی سی به علاوه 24 میلی اکیوالان KCl، آمپول وریدی کلیندامایسین 150 میلی گرم و آمپول وریدی سفنازوکسیم 750 میلی گرم قرار گرفت و برای بیمار داروهای پرازیکوانتال و آلبندازول مرخص گردید و در گرافی ریه که در زمان پیگیری برای بیمار انجام شد مشخص شد که اندازه کیست کوچک نشده است و بیمار برای عمل جراحی جهت برداشت کیست به بیمارستان فرستاده شد.

بیماری کیست هیداتیک

بیماری هیداتیک یکی از بیماری های شایع در خاورمیانه، استرالیا و آمریکای جنوبی است و در کشورهای در حال توسعه یکی از مشکلات بهداشتی محسوب می شود. این بیماری از طریق بلع تخم انگل Echinococcus Granulosus به انسان منتقل می شود (1). سه گونه اکینوкокوس وجود دارد که سبب بیماری هیداتیک می شود: گرانولوزوس که شایعترین گونه است. مولتی لکولاریس و الیکارتوس که در تعداد کمی از موارد دیده می شود. بعد از خوردن، تخم ها در

است. استان چهار محل و بختیاری به لحاظ وجود سگ های ولگرد و هم چنین رواج دامپروری منطقه بالقوه ای برای آلودگی کیست های هیداتیک می باشد (11). از آنجایی که از طریق نظارت بر دفع فاضلاب انسانی جهت محدود کردن پخش تخم انگل در طبیعت، نظارت بر مواد غذایی و علوفه آنها از لحاظ عدم آلودگی به تخم انگل، بررسی دقیق گوشت ها قبل از ورود به بازار و نابود کردن گوشت های آلوده و فریز در دمای منهای 18 درجه سانتیگراد و پخت آن تا دمای 50 درجه سانتیگراد که هر دو نوع کیست را در بافت می کشد، می توان به پیشگیری از انتقال عفونت پرداخت به نظر می رسد که قطع چرخه زندگی انگل از این طریق می تواند نقش مهمی در پیشگیری و کنترل بیماری داشته باشد (12).

References

- 1) Ben M'Rad S, Mathlouthi A, Merai S, Ghrairi H, Mestiri I, BenMi:edM'RadK, Djenayah FJ : Multiple hydatid cysts of the thigh: the role of magnetic resonance imaging . Radiol, 1998
- 2) Milicevic MN. Hydatid disease. In blumgart LH, Fong Y (eds): Surgery of the liver and Biliary Tract. London, WB Saunders, 2000
- 3) یوسفی، ح.، محمودی، ت.، زیردست، ن.، گنجی، ف.، میزان آگاهی و عملکرد عوامل خطر ابتلا به کیست هیداتیک در شهرستان لردگان چهار محال و بختیاری در سال 1383.
- 4) اخوان مقدم، ج.، پناهی، ف.، مهرورز، ش. کیست هیداتیک اولیه عضلات پاراورتبرال (گزارش یک مورد)، مجله پزشکی کوثر، دوره 10، شماره 3، پاییز 1381، 226 - ص 22.
- 5) Orhan Z, Kara H, Tuzuner T, Sencan I, Alper M. Primary subcutaneous cyst hydatid disease in proximal thigh: an unusual localization: a case report. BMC Musculoskelet Disord 2003
- 6) Khatami SM: Acute lower limb ischemia due to femoropopliteal embolism of hydatid cyst. MJIRI 1998
- 7) Cruz M, Davis A, Dixon H, et al. Operational studies on the control of taenia solium taeniasis/cysticercosis in Ecuador. Bull WHO 1989
- 8) سرکاری، ب.، نعماجی، م.، عظیمی، س.، واعظی، م.، ابراهیمی، ص. بررسی موارد جراحی شده کیست هیداتیک در بیمارستان های شهر یاسوج در طی یک دوره ده ساله. مجله ارمان دانش، پاییز 1386، دوره 12، شماره 3.
- 9) Gokce C, Patoroglu T, Aksehirli S, Durak AC, Kelestimur F. Hydatid cyst in the thyroid gland diagnosed by fine-needle aspiration biopsy. Thyroid, 2003
- 10) MacPherson CNL, Milner R. Performance Characteristics and quality control of community based ultrasound surveys for cyst and alveolar echinococcosis. Acta Trop 2003

دئونوم باز می شود و یک انکوسفر آزاد می کند که حاوی قلاب است و جدار روده را سوراخ و وارد جریان خون می شود و از طریق آن به احشای مختلف از جمله کبد و ریه می رسد و در آنجا به مرحله لاروی رسیده و کیست هیداتید را می سازد (2) کرم بالغ در روده سگ و سگ سانان استقرار دارد و انسان و دام ها با خوردن تخم انگل که با مدفع سگ دفع گردیده به کیست هیداتیک مبتلا می شوند (3) کیست های هیداتیک معمولاً بصورت توده های فضاگیر کبد (65%) و ریه (15%) را درگیر می کنند (4). هر چند تمام ارگانه های دیگر ممکن است گرفتار شوند ولی این گرفتاری معمولاً ثانویه به درگیری احشائی است (5). درگیری اولیه بصورت مستقل و بدون ضایعه اولیه احشایی در ارگانه های نظیر قلب، سیستم عروقی، سیستم اعصاب مرکزی، استخوانها و عضلات بسیار نادر است (6) بررسی های رادیولوژیک نظیر سونوگرافی، CT اسکن، MRI جزء مفیدترین روش های تشخیصی محسوب می شوند. در واقع بسیاری از بیماران بدون علامت اغلب با مشاهده یک ضایعه کیستیک در بررسی های رادیولوژیک تشخیص داده می شوند. بعلاوه بررسی های رادیولوژیک در تعیین اندازه، تعداد و ارتباط آناتومیک کیست با اعضاء مجاور مفید هستند (7). در مناطق مختلف کشور ما بر حسب شرایط جغرافیایی، میزان شیوع کیست هیداتید نیز متفاوت است، اما بیماری از تمامی استان های کشور گزارش شده است. بررسی ها نشان داده که در ایران یک درصد بیماران بستری شده در بخش جراحی را مبتلایان به کیست هیداتید تشکیل می دهند (8). در صورت وجود احتمال بیماری هیداتیک، باید از بیوپسی پرهیز کرد چرا که از یک سو احتمال آلودگی مسیر بیوپسی وجود دارد و از سوی دیگر بیمار ممکن است با خطر شوک آنافیلاکتیک مواجه گردد. جراحی و خارج نمودن کیست درمان انتخابی این بیماری محسوب می شود (9). آلودگی کیست هیداتیک در مناطق مختلفی از جهان وجود داشته و کشور ایران در کمربند آندمیک این بیماری قرار دارد (10). در مطالعات مختلف صورت گرفته در ایران آلودگی سگ ها به اکو نو کوکوس گرانولوزیس (4.3)، آلودگی دامها به کیست هیداتیک (6.5) و نیز آلودگی انسان به کیست هیداتیک (8.7) نشان داده شده

11) Gurrent LR, Walker HD. Tropical infectious diseases. Philadelphia: Churchill Company;1999

12) Yousofi Darani H, Avijgan M, Karimi K, Manouchehri K, Masood J. Seroepidemiology of hydatid cyst in Chaharmahal & Bakhtiari province, Iran. Iranian J Public Health. 2003.

گزارش مورد - پژوهشی

یک مورد کودک مبتلا به لیشتمانیوز احشایی

سمیه صرافى خيرآباد، دانشجوی مامایی دانشگاه علوم پزشکی گرگان

استاد راهنما: دکتر لیلا جویباری



گزارش مورد

بیمار، دختر پنج ساله با وزن 15 کیلوگرم، قد 99 سانتیمتر، دور سر 47 سانتیمتر می باشد و فرزند سوم خانواده است. از نظر رشدی روی منحنی 10 درصد قرار دارد. بیمار از روستاهای مراوه تپه (شرق استان گلستان) می باشد. مراوه تپه از مناطق محروم استان و ترکمن نشین محسوب می شود. مادر بیمار ذکر می کند در یک سالگی دچار زخم ناحیه کشاله ران شده است اما بعد از مدتی زخم متورم و پاره شده است و خون و چرک از آن خارج گشته است. بعد از شش ماه دچار تب و لرز شدید و درد شکم و خونریزی از بینی می شود. به پزشک مراجعه کرده و درمان سرپایی شده است. از دو سالگی تعریق شدید داشته و بعد از مدتی دچار اتساع شکمی شده است که تحت درمان قرار گرفته ولی به علت عدم بهبودی به تهران می رود. 10 روز در آنجا بستری بوده ولی بهبود پیدا نکرده و بعد از سه ماه به علت مشکلات اقتصادی درمان را رها کرده و به گرگان باز می گردد.

پس از سه ماه دچار عود علائم شده است و با تابلوی درد و اتساع شکم (دیستانسیون شدید شکمی)، نخوابیدن در شب ها و تهوع و استفراغ و درد پاها و کاهش اشتها و عفونت چرکی گوش راست (همراه ترشح به علت پر فوراسیون پرده گوش)، التهاب گوش چپ، درد گلو و پان سیتوپنی در بهمن 1387 به مرکز آموزشی درمانی طالقانی مراجعه می کند.

برای بیمار تشخیص لیشتمانیوز داده می شود. در تاریخ 87/11/23 آزمایش انجام شد. نتایج آزمایشات به شرح زیر بود:

WBC: 2100 , RBC: 3/43 , HB:9 , Plateate: 98000 , HCT:28.51 , MCHC: 31

بیمار تحت درمان با سرم قندی نمکی، آمپول کفلین، جنتامایسین، آمفوتریسین B، گلوکانتیم قرار گرفت. هر روز ویزیت شد، در طی ویزیت ها تب و استفراغ نداشت، غذا می

آمریکای مرکزی به صورت اندمیک دیده می شود که اغلب در 65 کشور جهان رخ می دهد و بیش از 90 درصد از این بیماری در 5 کشور بنگلادش، هند، نپال، سودان و برزیل اتفاق می افتد (8).

جمعیت آسیب پذیر لیشمانیوز احشایی عمدتاً کودکان می باشند و برای کاهش مورتالیت و مورییدیت تشخیص هر چه سریعتر بیماری ضرورت دارد لازم است پزشکان شاغل در مناطق اندمیک آشنایی کافی با بیماری داشته باشند. انجام مطالعات اپیدمیولوژیک و شناسایی جنبه ای تشخیصی و درمانی این بیماری به خصوص در کشور ما ضروری می باشد، برای درمان شکل های لیشمانیوز بجز نوع منتشر¹ آن ترکیبات آنتیموان پنج ظرفیتی جهت استفاده موضعی و عمومی پیشنهاد می شوند و به منظور اجتناب از عود بیماری، تقلیل هزینه درمان، پیدایش مقاومت دارویی بایستی درمان دارویی مناسب، به مقدار لازم و در فاصله زمانی متناسب تجویز گردد (9).

منابع

- 1) فولادی، ب. شریفی، الف. ابراهیم زاده، ع. شهری محمد هاشمی، مرادقلی، ح. سرابندی نو، الف. فضائی، الف. مقایسه روش PCR مستقیم با روش های میکروسکوپی و در vitro برای تشخیص لیشمانیوز جلدی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زابل، دانشکده پزشکی، گروه انگل شناسی، مجله طب شرق، دوره نهم، شماره 3، پائیز 86، ص 181-1.
- 2) فشارت، آشنایی، ف. یگانه مقدم، ژ. چینی فروش، م. امینی ثانی، ن. حبیب زاده، ش. خصوصیات بالینی و آزمایشگاهی کودکان مبتلا به کالازار در استان اردبیل، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، دوره هفتم، شماره اول، بهار 1386، صفحات 34-27.

3) Herwaldt BL. Leishmaniasis. Lancet 1999; 354:1191-9

4) Ashford RW, Desjeux P, De Readt P. 1992. Estimation of population at risk of infection and number of cases of leishmaniasis. Parasitol, Today 1992 Mar; 8(3): 104-5.

5) Manson-Bahr PEC, Southgate BA, Harvey AEC. Development of kala-azar in man after inoculation with a leishmania from a Keny sandfly. BMJ. 1963; 1: 1208-10

6) Stone HH, Tool CD, Pugsley WS. Kala-azar (visceral leishmaniasis): Report of a case with 34month incubation period and positive Doan-Wright test. Ann Intern Med. 1952 Feb; 36(2-2): 686-93.

7) صادقی، الف. صابری، م. اردهالی، ص. رضایی، ح. ندیم، الف. فصل هفتم چاپ دوم، تهران، مرکز نشر دانشگاهی، 1373، صفحات 91-9.

خورد، تحمل می کرد، علائم حیاتی نرمال داشت، به تدریج سایز طحال کودک کوچک و سرانجام با وضعیت عمومی مناسب ترخیص شد.

لیشمانیوز احشایی

لیشمانیوز احشایی، شدیدترین چهره بالینی لیشمانیوز است (1) و یک بیماری عفونی سیستمیک ناشی از کمپلکس لیشمانیا دنووانی و لیشمانیا اینفانتیوم در دنیای قدیم می باشد. سالانه نزدیک به پانصد هزار مورد جدید از این بیماری از سراسر جهان گزارش می شود. پشه های خاکی از جنس فلبوتوموس محتمل ترین ناقل لیشمانیوز احشایی در مناطق اندمیک بوده اند. لیشمانیوز احشایی در ایران از نوع مدیترانه ای و مخزن بیماری عمدتاً گوسفتخواران وحشی و اهلی است اما در منطقه مشکین شهر جوندگان به عنوان مخزن شناخته شده اند (2) این بیماری توسط هندی ها به کالا آزار به معنی بیماری تب سیاه معروف شده است (3) بیماری بطور تپیک با علایم تب، هپاتواسپلنومگالی و پان سیتوپنی ظاهر می شود و در صورت عدم درمان مرگ به دلیل عفونت های ثانویه و یا خونریزی روی می دهد (4). دوره کمون بیماری سه تا 8 ماه است (5) اگر چه دوره کمون از 10 روز تا 34 ماه نیز گزارش شده است (6) شکل حاد بیماری بیشتر در کودکان کمتر از دو سال و شکل مزمن غالباً در دوران کودکی و بزرگسالی دیده می شود (4). لذا بیماری ممکن است شروعی حاد یا تدریجی داشته باشد در مواردی از بیماری که شروع علایم تدریجی است زمان بین شروع بیماری تا مراجعه به پزشک ممکن است طولانی شود و در این مواقع معمولاً علایم تپیک بیماری سیاه (کالازار) تظاهر می یابند (7). ریسک فاکتورهای محیطی متعددی از قبیل مهاجرت، حاشیه نشینی، جنگل زدایی و همچنین ریسک فاکتورهای فردی شامل عفونت با HIV، سوء تغذیه، ژنتیک و غیره در این بیماری نقش دارند (8). طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت سالانه 500 هزار مورد جدید لیشمانیوز احشایی در جهان روی می دهد که بیش از 90 درصد موارد آن در کشور های هندوستان، سودان و برزیل است (3) لیشمانیوز احشایی در مناطق گرمسیری و نیمه گرمسیری آفریقا، آسیا، مدیترانه، جنوب اروپا، سودان و

¹ Diffuse Cutaneous Leishmaniasis

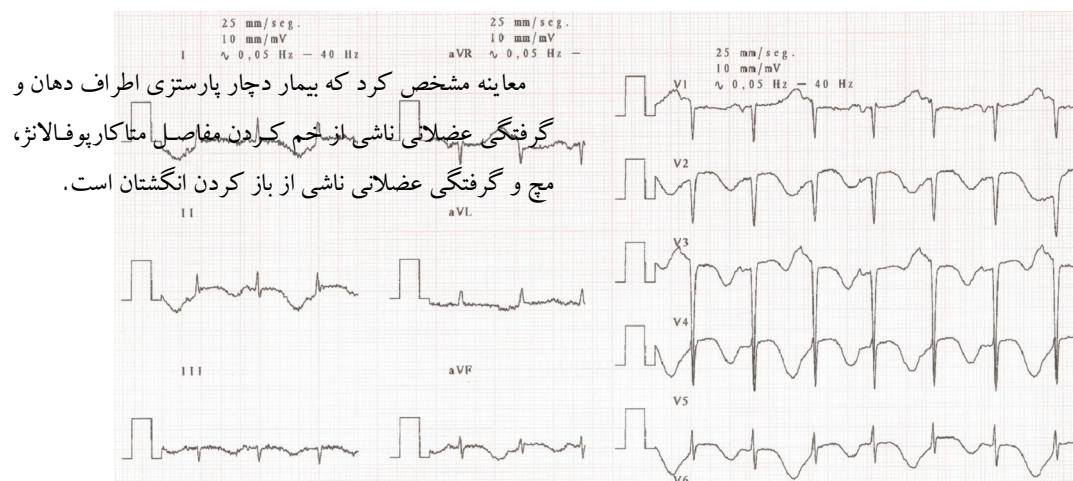
(9) نیک نفس، پ. داعی پاریزی، م. احمدی، الف. گزارش 40 مورد کالآزار از استان کرمان، مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان، 1372، دوره 1، شماره 1، ص 30-7.

(8) یرانی، م. داعی پاریزی، م. شریفی، الف. ویژگی های بالینی و اپیدمیولوژیکی کالآزار در کودکان بستری شده در بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان طی سال های 1372-1385، مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان، دوره پانزدهم، شماره 2، 1387، ص 148-155.

گزارش مورد - ترجمه

تفاوت در ضربان

روشنک سنجایی، دانشجوی سال دوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گرگان



معرفی مورد

خانمی 58 ساله بدون سابقه بیماری یا علائم قلبی عروقی و به دلیل اسهال، خستگی، تحریک پذیری و گرفتگی عضلات بستری شد. او پنج سال قبل به خاطر گواتر چند گره ای (مولتی ندولر) تحت عمل تیروئیدکتومی کامل قرار گرفت که سهواً غدد پاراتیروئید نیز برداشته شد. بیمار روزانه یکبار و به میزان 150 میکروگرم لووتیروکسین مصرف می کرد، رژیم او همچنین شامل کلسیم مکمل خوراکی برای هیپوپاراتیروئیدی ناشی از جراحی بود اما بیمار درمان را به اشتباه چند روز پیشتر قطع کرده بود. وی از داروهای آنتی آریتمیک، آنتی بیوتیک، سایکوتروپیک، نازکوتیک و یا هر داروی شناخته شده که فاصله QT را زیاد کند، استفاده نمی کرد. تاریخچه پزشکی جراحی از جهات دیگر عادی بود.

فشار خون سیستولی بیمار 90 میلیمتر جیوه، ضربان قلبش 105 ضربه در دقیقه و دمای بدنش طبیعی بود. گوش کردن به صداها ی ریه منجر به تشخیص گرفتگی شدید و دو جانبه راه های هوایی شد. آزمایش ها نشان دهنده هیپوکالسمی با سطح کلسیم سرم 5/8 میلی گرم بر دسی لیتر و سطح تصحیح شده کلسیم (تنظیم شده برای آلومین) 6/6 میلی گرم بر دسی لیتر بود. سطح هموگلوبین او پایین و 10 گرم بر دسی لیتر بود، دیگر غلظت ها به شرح زیر است:

باید توجه داشت که تخلیه کلسیم درون سلولی به تنهایی برای توضیح علت موج T متناوب کافی نیست. در واقع مسدود کردن شبکه سارکو پلاسمیک با ryanodine منجر به قطع رپلاریزاسیون متناوب می شود. البته، ظاهراً ایجاد تغییرات کلسیم در هر ضربان، پاتوفیزیولوژی این تصویر الکتروکاردیوگرام را تحت تاثیر قرار می دهد. در مطالعات تجربی، ارتباط آشکاری بین کمبود کلسیم خون و رپلاریزاسیون متناوب اثبات شده است. در گزارش اخیر، در بیمار با هیپوکالسمی ناشی از هیپوپاراتیروئیدی پس از جراحی، موج T متناوب مشاهده شد که با هیپومنیزیمی و هیپوکالمی در زمینه نارسایی مزمن کلیه همراه بود.

کنترل

کلسیم گلوکونات برای چندین روز به صورت داخل وریدی تزریق شد و وضعیت بالینی بیمار به طور واضحی بهبود یافت. به محض اینکه کلسیم سرم به غلظت عادی برگشت، بازبینی 24 ساعته الکتروکاردیوگرام از بین رفتن تدریجی افزایش فاصله QT و موج T متناوب را نشان داد. هیچ آریتمی بطنی دیده نشد. در اکوکاردیوگرافی، عملکرد سیستولی بطن چپ به تدریج بهتر شد (کسر تخلیه به 60 درصد رسید). بیمار با یک الکتروکاردیوگرام طبیعی ($QTc=446ms$) و در وضعیت عمومی خوب از بخش کاردیولوژی مرخص شد. در مورد این بیمار، تصحیح کمبود کلسیم منجر به ناپدید شدن موج T متناوب و از بین رفتن افزایش فاصله QT شد. هیچ درمان دیگری اعمال نشد. بدون تغییر بودن سایر شاخص های بالینی ما را به این نتیجه گیری سوق داد که موج T متناوب دیده شده، ناشی از کمبود کلسیم بیمار بوده است.

Reference

Dilaveris P , Giannopoulos G , Riga M, Synetos A , Stefanadis C. Beat by Beat Variations. The American Journal of Medicine (2007) 120, 21-22.

پتاسیم 3/2 میلی اکی والان بر لیتر، منیزیم 2/1 میلی گرم بر لیتر، پروتئین توتال 4/5 گرم بردسی لیتر و آلبومین سرم 3 گرم بر دسی لیتر؛ سایر شاخص های بیوشیمیایی در محدوده طبیعی بودند.

الکتروکاردیوگرام 12 لیدی، یک ریتم سینوسی زیاد (100 ضربه در هر دقیقه) و افزایش فاصله QT را نشان داد. طول دوره QT بین حدود 520ms و 600ms متغیر بود و میزان QTc مربوطه (با استفاده از فرمول Fridericia، 615 میلی ثانیه و 710 میلی ثانیه بود. تناوب موج T نیز به صورت ماکروسکوپیک قابل مشاهده بود. اکوکاردیوگرام اختلال خفیف عملکرد بطن چپ (کسر تخلیه 50 درصد) بدون وجود بیماری مربوط به دریچه ها یا اختلال قطعه ای حرکتی دیواره ها را نشان داد. الکتروکاردیوگرام بیمار ریتم سینوسی با ضربان قلب 100 ضربه در هر دقیقه، موج متناوب T قابل مشاهده و یک فاصله QT طولانی را نشان داد.

تشخیص

بیمار ما به کمبود ایزوله کلسیم، بدون هرگونه اختلال شدید الکتروولتی دیگر مبتلا بود. عملکرد کلیوی او عادی بود. به هر حال کمبود کلسیم سبب افزایش فاصله QT و تناوب موج T شده بود که با تغییر دامنه، قطبیت و یا مورفولوژی موج T در هر ضربان الکتروکاردیوگرام تعریف می شود. همچنین به علت تناوب در تغییر قطبیت سلول های قلبی بطن، این پدیده رپلاریزاسیون متناوب نام گرفته است و نشان دهنده آسیب پذیری نسبت به آریتمی بطنی است.

هر چند مکانیسم سلولی دقیق مسئول موج T متناوب در الکتروکاردیوگرام به طور کامل شرح داده نشده است، ولی ارتباط قوی اش با فعالیت کلسیم داخل سلولی در گردش مشخص شده است.

عمدتاً موج T متناوب نمایانگر این مطلب است که بین کلسیم آزاد شده از شبکه سارکو پلاسمیک و کلسیمی که به وسیله Ca^{2+} ATPase از سارکو پلاسم برداشته می شود ناهماهنگی وجود دارد؛ تغییرات در غلظت کلسیم خارج سلولی همچنین به تغییرات دوره های پتانسیل عمل منجر می شود.

گزارش مورد - ترجمه

لنفوم پستان: گزارش مورد و مروری بر متون

زاهد احسانی پور، دانشجوی پرستاری دانشگاه علوم پزشکی گرگان
اساتید راهنما: فاطمه سیفی، کارشناس ارشد مامایی دانشگاه علوم پزشکی گرگان
دکتر اکرم ثناگو، دکترای پرستاری، استادیار دانشگاه علوم پزشکی گرگان

مقدمه

سرطان پستان شایع ترین بدخیمی در میان زنان جهان است. بروز انواع سرطان پستان در نژادهای مختلف، متفاوت است. بیشترین آمارها در آمریکای شمالی و اروپا گزارش شده است، میزان وقوع آن در خاورمیانه کم است. لنفوم اولیه پستان یک نئوپلاسم نادر است. به علاوه در مقایسه با دیگر لنفوم ها عواقب نامشخص تری دارد. 0/04 درصد تا 0/5 درصد از تمامی ضایعات بدخیم پستان را تشکیل می دهد، در حالیکه بیماری هوجکین نادرتر از آن است. بعضی از نویسندگان ادعا می کنند ممکن است لنفوم اولیه پستان به این اندازه نادر نباشد و گاهی اوقات اشتباهاً کارسینومای آناپلاستیک تشخیص داده شود.

معرفی مورد

خانم 51 ساله ای اهل کشور عربستان به علت درد پستان طرف راست که چند ماه طول کشیده است، به مرکز جراحی مراجعه کرد. هیچ علامت مرتبط موضعی یا عمومی مشاهده نشد. آزمایشات کلینیکی علائم آشکاری از بدخیمی پستان را نشان نداد اما ظاهر پستان راست ندولار تر از پستان چپ بود. ماموگرافی افزایش تراکم در آن ناحیه، بدون وجود توده ای واضح و یا علامت مشکوک بدخیمی را نشان داد. پس از انجام FNAB وجود بدخیمی رد شد. بیمار تحت پی گیری

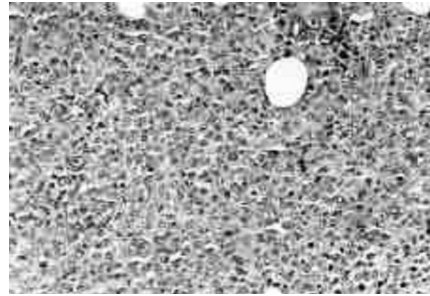
سرپایی منظم قرار گرفت. یک سال بعد وی با شکایت افزایش ندولاریته در اطراف ضایعه قبلی مراجعه کرد. در آزمایشات کلینیکی افزایش ضخامت ناحیه ذکر شده مشاهده شد در حالی که گره های لنفوی زیر بغل غیر قابل لمس بودند. هیچ توده ای لمس نشد و ماموگرافی مجدد همان نتایج قبلی را نشان داد. در یافته های این مرکز FNAC و true-cut needle biopsy انجام شد. متاسفانه نتیجه قاطعانه ای بدست نیامد. نمونه برداری باز (open) انجام شد. در حین عمل محل ضایعه به صورت توده ای، ندولار و منتشر نمایان شد که ربع فوقانی خارجی پستان را درگیر کرده بود. نمونه برداری های متعدد انجام و برای آزمایشات هیستوپاتولوژیک فرستاده شد. در کمال شگفتی، بافت شناسی لنفوم غیر هوجکین سلولهای بتا از طبقه بندی REAL را نشان داد (شکل 1a و b). سی تی اسکن قفسه سینه و شکم و آسپیراسیون مغز استخوان وجود بیماری سیستمیک را رد کرد. جراحی دیگری انجام نشد. بیمار تحت درمان شش دوره شیمی درمانی سیستمیک با رژیم CHOP (سیکلو فسفامید وریدی، دوکسوروبیسن 50 میلی گرم، وین کریستین و پردنیزون خوراکی دو بار در روز) قرار گرفت. بین هر دوره سه هفته فاصله وجود داشت. بیمار تحمل قابل قبولی به درمان نشان داد و تا چهار سال پس از شروع شیمی درمانی، در فاز کاهش علائم بیماری قرار داشت.

لنفوم اولیه پستان ممکن است به این اندازه نادر نباشد و احتمال وجود تشخیص غلط کارسینومای آناپلاستیک وجود دارد به طوری که در بیوپسی اولیه دو مورد از نمونه ها، این چنین بودند. در بیماری که قبلاً تشخیص لنفوم داشته است و توده های پستان و یا تغییرات التهابی نشان می دهد، باید درگیری غدد لنفاوی پستان در نظر گرفته شود.

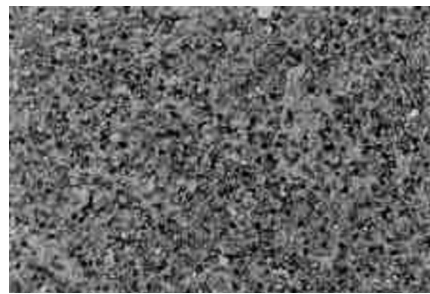
متاستاز به پستان نادر است و گزارش ها 1/2 تا 6/6 درصد از بدخیمی های پستان را ناشی از متاستاز می دانند. تومور هایی که عمدتاً به پستان متاستاز می دهند شامل ملانوم بدخیم، لنفوم و لوسمی می باشد. لنفومی که پستان را درگیر می کند معمولاً یک توده بدون درد است که در غربالگری های دوره ای یا خود آزمایی نمایان می شود. اکثریت نمونه ها همانند مورد ما یک طرفه و از نظر بافت شناسی وابسته به سلولهای بتا می باشند. ندرتاً کارسینومای التهابی دو طرفه پستان، ممکن است کشنده همراه با خصوصیات التهاب باشد. در طی بارداری موارد کمتری گزارش شده است. لنفوم بورکیتی که پستان را درگیر کند خصوصاً در زنان شیرده، نیز به صورت یک توده سریعاً بزرگ شونده همراه با التهاب تظاهر می یابد.

ماموگرافی در موارد کلینیکی مشکوک، انجام می شود حتی اگر ماموگرافی های قبلی منفی بوده باشد. مرور 33 گزارش ماموگرافی پستان با بیماری شبکه لنفاوی نشان داد که طبقه بندی برای تومور و تغییرات ثانویه مانند ناهنجاری های اطراف و یا کشیدگی پوست ناشی از کارسینومای پستان وجود ندارد. وجود این ظاهر نامشخص ممکن است باعث دشوار شدن تشخیص در معرفی کلینیکی اولیه شود. نظر غالب بر این است که خصوصیات ظاهر شده در عکس برای تشخیص آن از توده های پستان و سایر نئوپلاسم ها کافی نیست. این مسئله لزوم انجام بیوپسی سوزنی و یا بیوپسی برشی را برای رسیدن به تشخیص بیان می دارد.

پیش آگهی متغیر است و به درجه بافت شناسی و مرحله تشخیص بستگی دارد. نتایج گزارش شده از لنفوم اولیه پستان پس از پیگیری های 22/5 ماهه نشان می دهد که 67 درصد بیماران کاملاً بهبود یافتند، 28 درصد پاسخ نسبی و پیش رونده به بیماری دادند و 5 درصد هم دچار عود مجدد شدند. گسترش دوطرفه بیماری که بیشتر به سمت زنان باردار و



شکل 1.a: تصویر میکروسکوپ الکترونی از توده جدا شده، نشان دهنده لنفوم بدخیم منتشر سلول های بزرگ است. (رنگ آمیزی هماتوکسیلین و انوزین)



شکل 1.b: پارافین ایمونوپروکسیداز با استفاده از B-آنتی بادی CD20 گسترده، مثبت بودن غشای سیتوپلاسمی را نشان می دهد.

بحث

سرطان پستان شایع ترین بدخیمی در میان زنان جوان است. هورمون ها، محیط و فاکتورهای ژنتیکی در ایجاد سرطان پستان ایفای نقش می کنند. میزان بروز انواع سرطان پستان در نژادهای مختلف متفاوت است، این میزان در آمریکای شمالی و اروپا بالا و در خاورمیانه به طور معنا داری پائین تر است.

داده های به دست آمده اخیر از دفاتر ثبت سرطان در عربستان سعودی سیر صعودی بروز سرطان پستان در دو دهه اخیر را نشان می دهد. این میزان بروز، 20/6 درصد سرطان های زنان را شامل می شود. پستان مکان نادری در ایجاد لنفوم خارج گره ای بدخیم می باشد. 0/04 تا 0/5 درصد ضایعات بدخیم پستان را لنفوم ها تشکیل می دهد و این در حالی است که بیماری هوچکین نادرتر است. تمایل پستان راست برای ایجاد درگیری بیشتر از حالت دو طرفه که بیانگر درگیری سیستمیک است، می باشد. بعضی از نویسندگان معتقدند که

شیرده متمایل است، به سرعت کشنده است و از لحاظ بافت شناسی با لنفوم بورکیت مشابه است.

به هر حال با وجود روشهای درمانی متعدد لنفوم اولیه پستان پیش آگهی ضعیفی دارد هرچند بعضی بر این اعتقادند که پیش آگهی نسبت به بیماران با لنفوم منتشر و یا سرطان پستان بهتر است با این وجود نجات از بیماری رابطه معکوس با اندازه تومور دارد. در بیمارانی که شیمی درمانی و رادیو تراپی دریافت می کنند امکان بقا بیشتر و امکان عود مجدد کمتر است. بعضی نویسندگان پیشنهاد می کنند که حتی در صورت عدم وجود فاکتورهای تضعیف کننده پیش آگهی که به جلوگیری از درگیری های CNS کمک می کند پیشگیری CNS در هنگام درمان باید مد نظر باشد.

در پایان اگرچه که میزان شیوع سرطان پستان در حال افزایش است اما لنفوم پستان هنوز نادر است. درجه بالای شک به بیماری به کمک تحقیقات مدرن، کلید دستیابی به تشخیص صحیح است. در حال حاضر مطالعات هیستوپاتولوژی ویژه بر روی بافت های بدست آمده در دهه گذشته در حال انجام است تا احتمال موارد تشخیص نادرست لنفوم پستان را از بین ببرد.

Reference

- 1) Maha Abdel Hadi. Breast Lymphoma: Case Report and Review of Literature. Kuwait Medical Journal 2006, 38 (1): 37-39

گزارش مورد - ترجمه

عفونت ادراری مکرر و نارسایی رشد

معصومه قربانی، کارشناس پرستاری مرکز آموزشی درمانی طالقانی گرگان

فاطمه مهرآور، دانشجوی پرستاری دانشگاه علوم پزشکی گرگان

استاد راهنما: دکتر اکرم ثاگو، دکترای پرستاری، استادیار دانشگاه علوم پزشکی گرگان

معرفی مورد

بیمار پسری 9 ساله است که سابقه 2 سال تب دوره ای، دردهای شکمی، خستگی و ضعف را ذکر می نماید. کودک اظهار می دارد در زمان فعالیت های عادی، بیماری بدون علامت است ولی هنگام انجام فعالیت های ورزشی زود خسته می شود. در حال حاضر تب و درد فرونشسته است اما گاهی به یک داروی تب بر یا آنتی بیوتیک نیاز است. وزن وی ثابت بوده ولی یک افزایش غیر قابل توجه در قد طی سال گذشته دیده شده است. بیمار هیچگونه تهوع، استفراغ، اسهال، یبوست، نفخ و ورمی ندارد. سابقه هماچوری و سنگ های کلیوی یا صفراوی، عمل جراحی، بستری در بیمارستان یا هرگونه بیماری دیگری ذکر نشده است. آلرژی شناخته شده ای ندارد و برنامه واکسیناسیون در موعد مقرر انجام شده است. سابقه خانوادگی بیماری خاصی هم نداشته است. بیمار از نظر وضعیت اقتصادی در سطح پایینی می باشد.

کودک تغذیه خوبی دارد ولی کوچک تر از سنش به نظر می رسد. فشارخون وی 94 روی 68 میلی مترجیوه و نبض 90 بار دقیقه با یک ریتم منظم می باشد. درجه حرارت دهانی 37/3 درجه سانتی گراد، تعداد تنفس او 16 بار در دقیقه می باشد. ملتحمه بیمار کم رنگ است. وریدهای ژوگولار برجسته نمی باشد، ادم اندام تحتانی مشاهده نمی شود ولی

شکم او اندکی متورم است، صداها ی روده ای طبیعی نمی باشد، در سمت چپ شکم با لمس عمیق حساسیت ناچیزی مشاهده می شود ولی این حساسیت در حال استراحت یافت نمی شود. مروری بر سیستم های بدن می باشد. در معاینه عمومی مورد غیر طبیعی به جز انگشت چماقی درجه یک و رنگ پریدگی جزئی مشاهده نشد.

در شواهد آزمایشگاهی هموگلوبین 10/7 و هماتوکریت 32، تست عملکرد کبد و کلیه و الکترولیت ها طبیعی بود. در آزمایش تست ادرار 3-4 گلبول سفید مشاهده شد اما گلبول قرمز در تست ادرار وجود نداشت.

در کشت ادرار پس از 48 ساعت بیش از صد هزار واحد کولونی در میلی لیتر از اشرشیاکولی دیده شد که به سیپروفلوکسازین، گاتیفلوکسازین، جنتامایسین و آمیکاسین حساس بود. در ضمن یک اورو گرام وریدی دستور داده شد.

اولتراسونوگرافی در این بیمار اتساع سیستم لگنچه چپ به همراه هیدرونفروزیس کلیه چپ و نازک شدن کورتکس آن را نشان می داد. کلیه راست و مثانه طبیعی بود و هیچ مورد غیرطبیعی در کبد و کیسه صفرا و پانکراس و طحال یافت نشد. اسکن کلیه نیز حاکی از آن بود که هیچ انسدادی در کلیه راست نبوده و عملکرد نرمال کلیه را بیان می کرد. کلیه چپ دارای یک هیدرونفروزیس و عملکردی غیر طبیعی بود

که بر وجود انسداد UPJ دلالت داشت. میزان فیلتراسیون گلومرول توتال 125 بر 35 میلی لیتر بر دقیقه، کلیه راست 69 بر 33 در حد نرمال، کلیه چپ 54 بر 2 زیر حد طبیعی بود. برای بیمار عمل پیلولاستی انجام شد. تکه انسداد کوچکی از حالب ها بریده شد و انتهای آزاد حالب به لگنچه کلیه باز بخیه شد. یک برآمدگی بلند طی آناستوموز از کلیه به مثانه گذاشته شد و یک مجرا در فضای اطراف کلیه جایگذاری شد. مجرا در روز ششم بعد از عمل جراحی و بخیه در روز دهم بعد از عمل رفع شده بود. دوره بعد از عمل بدون حادثه سپری شد در حالی که آندوسکوپی و لاپروسکوپی پیلولاستی جهت تسریع در مراقبت های استاندارد انجام گرفت. فواید این محدود کردن تهاجم، درد کمتر و کاهش احتیاج به داروهای ضد درد و کاهش بستری در بیمارستان و سریع طی شدن دوره نقاهت بود. بیمار در حال حاضر تخلیه خوبی دارد و قد و وزنش طی 3 تا 6 ماه بعد از عمل افزایش یافته است (4).

Ureteropelvic junction obstruction
انسداد محل اتصال حالب لگنچه



¹ UPJ از شایع ترین نقائص مادرزادی حالب می باشد. لگنچه محیط جمع آوری کننده کلیه است. انسداد در این مکان می تواند منجر به برگشت ادرار به سمت بالا شود و سبب بزرگ شدن کلیه یا هیدرونفروز گردد. انسداد در پسران شایع تر است و بیشتر کلیه چپ را درگیر می سازد. بلوک در هر دو کلیه در حدود 10 تا 15 درصد موارد روی می دهد. این نقصان هنگامی رخ می دهد که جنین در مرحله تکامل است. علت آن به خوبی مشخص نمی باشد. نتیجه ایجاد یک سنگمت باریک از حالب است که منجر به یک بلوک می شود. اغلب در دوران بارداری با سونوگرافی شناسایی می شود.

علائم

بیماری ممکن است منجر به درد پهلو یا کمر، خون در ادرار و عفونت های مکرر ادراری شود اما در بیشتر موارد علائمی ندارد.

تشخیص

از آزمون های اختصاصی برای تشخیص استفاده می شود. در صورتی که کلیه بزرگ شده باشد سونوگرافی کلیه می تواند کمک کننده باشد. اسکن کلیه برای تایید بلوک و بررسی اینکه کلیه چگونه کار می کند، نیاز است. این کار با تزریق ماده رنگی به ورید و تهیه عکس های رنگی از اینکه چگونه ماده به کلیه و حالب و مثانه می رود، انجام می شود.

درمان

اگر UPJO شدید باشد عمل جراحی به نام pyeloplasty انجام می شود. بلوک برداشته می شود و حالب به کلیه متصل می شود. این کار تحت بیهوشی عمومی صورت می گیرد. در برخی موارد نیز ممکن است استنت (stent) در حالب قرار داده شود تا به تخلیه ادرار از کلیه کمک کند. استنت برای شش هفته در محل باقی می ماند. خطرات پیلولاستی شامل عود بلوک و عفونت است. میزان موفقیت 95 درصد می باشد (1-3).

References

- 1 Ureteropelvic junction (UPJ) obstruction

1)Huang WY, Olumi AF, Rosen S. Urothelial mucosal malformation: a rare cause for ureteropelvic junction obstruction. *Pediatr Dev Pathol.* 2006 Jan-Feb;9(1):72-4

2) انسداد محل اتصال حالب به لگنچه UPJO. قابل دسترس از وبلاگ دانش پرستاری: <http://www.jouybari.blogfa.com/post-2174.aspx>

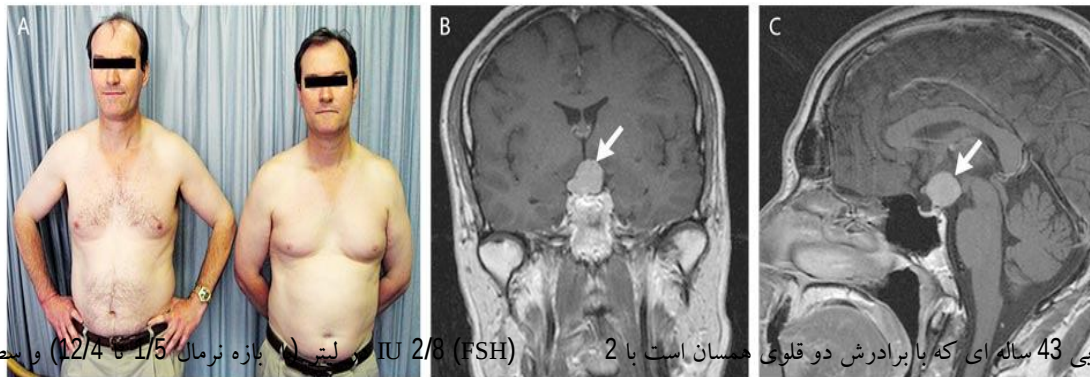
3)Ureteropelvic Junction Obstruction - UPJ Obstruction. Available at: <http://www.medicineonline.com/articles/U/2/Ureteropelvic-Junction-Obstruction/UPJ-Obstruction.html>

4)Phophalia A. A 9-year-old Boy with a Recurrent Urinary Tract Infection and Failure to Thrive. Feb 2009. retrieved from: cme.medscape.com/viewprogram/18976

گزارش مورد - ترجمه

هیپوگنادیسم وابسته به پیتوئیسیتوما در دوقلوی همسان

آناهیتا دیلم صالحی، دانشجوی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گرگان



آقای 43 ساله ای که با برادرش دوقلوی همسان است با 2 سال سابقه کرختی و بی حالی، ضعف، سردرد و چندین سال سابقه کاهش تدریجی موی بدن و کاهش میل جنسی معرفی شده است. او در 6 سالگی تحت عمل ارکیدوپکسی بیضه چپ قرار گرفته بود. معاینه فیزیکی نشانگر کم کاری هیپوفیز و هیپوگنادیسم شامل چاقی قسمت میانی بدن، رنگ پریدگی نوک سینه، تحلیل قسمت پروگزیمال ماهیچه ها، برجا ماندن موی سر، از دست دادن موی بدن، ژنیکوماستی و حجم بیضه های راست و چپ به ترتیب 12 میلی لیتر و 5 میلی لیتر (حجم نرمال بیشتر از 15) بود. ویژگی برجسته، تضاد ظاهری موجود بین بیمار مبتلا به هیپوگنادیسم (شکل سمت راست) و قل همسان غیرمبتلایش بود (سمت چپ). تست های آزمایشگاهی، هیپوگنادیسم ثانویه با سطح تستوسترون 1/5 نانومولار در لیتر (0/4 نانوگرم در میلی لیتر) (با بازه نرمال 9/9 تا 27/8 [8/0 تا 2/9])، سطح هورمون تحریک کننده فولیکول

هورمون لوتئینیزه کننده IU 1/5 (LH) در لیتر (با بازه نرمال 12/4 تا 1/5) و سطح پرولاکتین سرم، فعالیت تیروئید (اندازه گیری شده از طریق تیروکسین آزاد و هورمون تحریک کننده تیروئید) و سطح کورتیزول نرمال بودند، سطح فاکتور رشد شبه انسولین 1 (IGF-1) کمی کاهش یافته بود. تصویر برداری رزونانس مغناطیسی از هیپوفیز یک تشکیلات لوبوله با افزایش کنتراست در توده سوپراسلار (بالای زین ترکی) (16 تا 29 میلی لیتر) را نشان می دهد. که در نمای کروئال (فلش در شکل B) و در نمای ساجیتال (فلش در شکل C) دیده می شود. بعد از بیوپسی سوزنی و برش های متعاقب کرایوتومی، تجزیه و تحلیل های پاتولوژیک تشخیص پیتوئیسیتوما را تایید کردند. عمل تعویض هیپوفیز بیمار، به غیر از تشنج نکته خاصی نداشت و علائم بیمار را برطرف کرد.

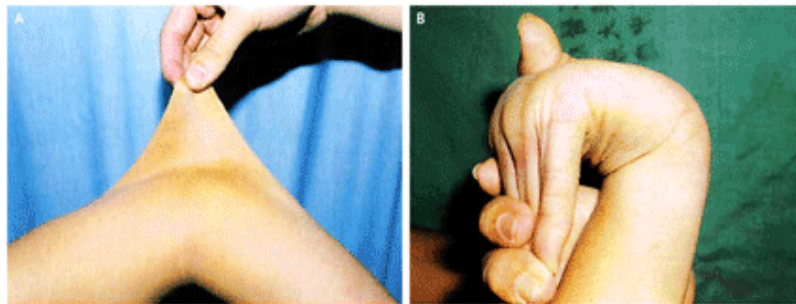
Reference

1) Harvey H. Newnham, Livia M. Rivera-Woll. Hypogonadism Due to Pituicytoma in an Identical Twin. N Engl J Med 359;26. 2824

گزارش مورد - ترجمه

سندرم اهلرز - دانلوس

آناهیتا دیلم صالحی، دانشجوی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گرگان



نداشتند. هیچ ارزیابی برای ناهنجاری عروقی انجام نشد. از عمل جراحی به دلیل خفیف بودن پرولاپس رکتوم و ریسک زیاد عوارض جراحی در مورد این بیمار صرف نظر شد. او تحت درمان نگهدارنده قرار گرفت و در پیگیری شش ساله عملکرد خوبی نشان داد.

Reference

1) Chuang-Wei Chen, Shu-Wen Jao. Ehlers-Danlos Syndrome. N Engl J Med 357;11. e12

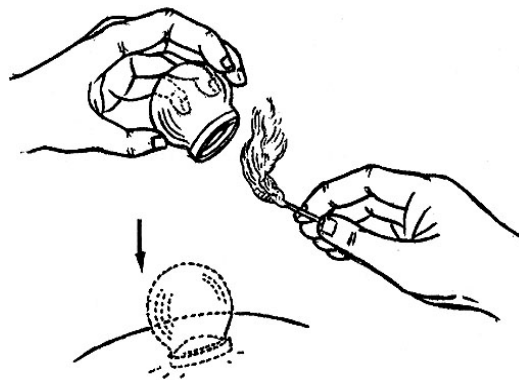
مورد آقایی است 20 ساله که برای درمان پرولاپس رکتوم که از زمان تولد تا کنون با آن دست به گریبان بوده است به درمانگاه مراجعه نموده است. معاینات فیزیکی نشانگر پوست با حالت الاستیکی بیش از حد که به راحتی دچار خون مردگی می شد، تحرک بیش از حد مفاصل و پرولاپس رکتوم به طول 15 سانتی متر که به راحتی قابل تقلیل می باشد، بوده اند. نتایج تست های آزمایشگاهی و مطالعات کروموزومی نرمال بود. نتایج بیوپسی پوست نشان دهنده بی نظمی دسته های کلاژن در لایه درم بود. سندرم اهلرز - دانلوس تشخیص داده شد. هیچیک از اعضای خانواده او مبتلا به این بیماری نبودند و یا در معاینات فیزیکی علائم مشابه ای

گردآوری

باد کش درمانی

Cupping

بهاره زواشکیانی، سیده سمانه آصفی، دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گرگان



روش انجام

یک ماده قابل اشتعال مانند الکل، گیاه یا کاغذ را آتش می زنند و مانند شکل بالا داخل فنجان برده پس از بیرون کشیدن آتش فنجان را بر قسمت مورد نظر بدن فرد که با بیماری وی مرتبط است قرار می دهند. خلأ داخل لیوان مکشی ایجاد می کند و پوست را به بالا می کشد که باعث باز شدن منافذ پوست و گشادی عروق آن منطقه شده در نتیجه مسیری برای خروج سموم از بدن فراهم می کند.

در گذشته به جای فنجان از شاخ تو خالی گوزن استفاده می شد به همین دلیل آن را شاخ درمانی می نامیدند.

در روش های جدید بادکش از یک پمپ که با یک لوله لاستیکی به لیوان مخصوص متصل است برای ایجاد مکش استفاده می شود.

بادکش شامل گرم شدن هوا داخل لیوان شیشه ای، فلزی یا چوبی و برگرداندن آن روی بخشی از بدن به منظور درمان بیماری های مختلف است. بادکش دو نوع است: خشک و مرطوب. در بادکش مرطوب پوست با تیغ چند خراش داده می شود و سپس با گذاشتن فنجان روی آن خونی که حاوی سموم بدن و مواد مضر است خارج می شود.

بادکش یک جزء قدیمی طب چینی است، اطبای چینی جهت افزایش تأثیر طب سوزنی در بسیاری از موارد آن را همراه بادکش به کار می برند. همچنین یک روش درمانی کاملاً شناخته شده در ویتنام و سایر کشورهای آسیایی می باشد.

در طب کلاسیک و جدید نیز مطالعات فراوانی روی تأثیرات بادکش در درمان بیماری ها و مکانیسم این تأثیرات انجام شده و در این میان می توان به مطالعات فراوان دکتر یوهان ابله و پروفیسور Von neisser اشاره کرد.



3. بادکش با ایجاد خلاء در تخلیه ی سموم و عفونت های موضعی، مثلاً در گزیدگی با مار و عقرب کمک کننده است.

4. بادکش با ایجاد فشار منفی باعث انقباض عضلانی شده و در رفع اسپاسم عضلانی که علت بسیاری از دردهای موضعی است، کمک کننده می باشد.

5. بادکش با تحریک روده ها و دستگاه گوارش در درمان برخی از بیماری های گوارشی، نظیر زخم معده، تبلی روده و یبوست کمک کننده است.

6. بادکش متناوب با جذب خون به عضلات در رفع لاغری های موضعی و افزایش بافت ماهیچه ای موضع مؤثر است.

7. اگر علت چاقی تجمع موضعی چربی باشد، بادکش گرم در سوزاندن چربی های موضعی مؤثر است (با مکانیسم فراخوانی خون به ناحیه پرچربی).

8. از فشار منفی ایجاد شده توسط بادکش می توان در کنترل و تنظیم بعضی از خونریزی ها در بدن بهره گرفت؛ مثلاً در هایپرمنوره می توان زیر سینه ها را بادکش کرد. با این عمل فشار خون از اندام تحتانی به سمت اندام فوقانی متوجه شده و از شدت خونریزی کاسته می شود یا در هیپومنوره با بادکش کردن ران ها و ساق پاها می توان فشار خون را از قسمت های فوقانی به سمت اندام تحتانی متوجه ساخته و میزان خونریزی را افزایش داد. یا در خون دماغ شدید با بادکش کردن اطراف ناف (در طرف خونریزی) فشار خون به قسمت های تحتانی منتقل شده و خون دماغ کم کم قطع می شود.

9. تعدادی از دردهای عضلانی بر اثر درگیر شدن اعصاب حسی بین ماهیچه ها یا بافت پیوندی سخت شده ایجاد می شود. بنابراین با بادکش نمودن در بسیاری از موارد این فشار از روی عصب برداشته شده و درد تسکین می یابد.

10. در رفع خواب رفتگی ها و گزگز اندام، بادکش با تسریع خون رسانی و اکسیژناسیون بافتی مؤثر می باشد.

11. عده ای از اطباء و حکما از فشار منفی بادکش جهت کمک به خروج سنگ های کلیوی استفاده می کنند. به این صورت که بعد از روغن مالی، مسیر کلیه ها را از طرف کلیه به سمت مثانه بادکش متحرک می کنند.

12. در افرادی که دارای طبع سرد و تر هستند و در اصطلاح طب سنتی بلغمی مزاجند، بادکش گرم و خشک

کاربرد درمانی و مکانیسم تأثیر

اثر درمانی این روش را می توان به دودسته تقسیم کرد: عمومی: تصفیه خون، بهبود عملکرد گردش خون و لنف، تنظیم و بهبود سیستم خودکار (عصبی و...) موضعی: رفع درد و گرفتگی عضلات و...



بادکش گذاری با مکانیسم های متعددی باعث رفع دردها و درمان بیماری های مختلف می شود که در زیر به تعدادی از این مکانیسم ها اشاره می شود:

1. یکی از علل درد و خستگی در قسمت های مختلف بدن تجمع بعضی مواد نظیر اسید لاکتیک و سایر مواد زائد سلولی در مویرگ های سطحی بدن است که معمولاً با اختلال در خون رسانی موضعی همراه است. بادکش با ایجاد خلاء باعث انقباض عروق سطحی، تجمع خون در موضع و افزایش خون رسانی موضعی می شود. در نتیجه اکسیژن و غذای بیشتری به سلول ها رسیده، درد و خستگی رفع می شود.

2. افزایش خون رسانی موضعی با فراخوانی سلول های دفاعی و فاکتورهای ضد التهاب خونی به موضع، باعث تسریع ترمیم آسیب های بافتی و عفونت های موضعی می شود. مثلاً با بادکش کردن اطراف زخم های بستر می توان به ترمیم و بهبود این زخم ها کمک شایانی کرد.

15. در زانو‌هایی که دچار تورم، درد و تجمع مایع در مفصل شده اند (تجمع بلغم موضعی) با بادکش متناوب 40 تا 120 جلسه یک روز در میان می توان کم کم این مایع را از محیط خارج کرد.

توجه

تقریباً در هر مورد که بادکش برای اولین بار استفاده شود، یک علامت حلقه توسط لبه فنجان ایجاد می شود که بعد از چند روز رفع می گردد.

References

- 1) <http://www.healthnews.com/natural-health/alternative-medicine/the-cupping-cure-2765.html>
- 2) <http://www.skeptdic.com/cupping.html>
- 3) <http://www.henriettesherbal.com/eclectic/journals/elth1908/06-cupping.html>
- 4) <http://www.mindbodysoul.tv/health/cupping.html>
- 5) <http://www.massagetcupping.com/>

کاربرد فراوانی دارد و جایگزین مناسبی برای حجامت (بادکش مرطوب) می باشد.

13. طبق تعریف طب سنتی گاهی دردها بر اثر غلبه سردی بر بافت یا عضو ایجاد می شود و تجربه نشان داده است که بسیاری از دردهای موضعی با گرم کردن موضع تسکین می یابد. بادکش گرم در رفع این دردها مؤثر است.

در طب سنتی بیماری برص یا Vitiligo در دسته ی بیماری های بلغمی جای می گیرد. عده ای با این استدلال که بلغم سرد و تر است و بادکش گرم و خشک، یعنی دقیقاً ضد بلغم است، بادکش متناوب دست کم 40 جلسه یک روز در میان را در از بین بردن ضایعات برص مؤثر می دانند.

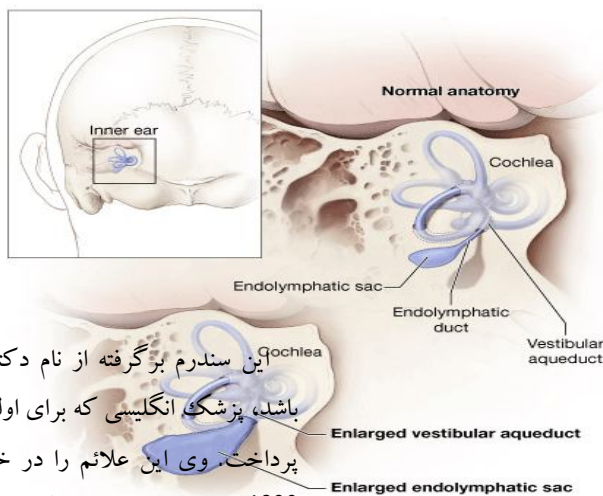
14. این مسأله قطعی است که افزایش خون رسانی پوست توسط بادکش گذاری در رفع بسیاری از بیماری های پوستی مؤثر است و تحقیقات پروفیسور Von neisser نیز این مسئله را تأیید می کند.

گردآوری

سندرم پندرد

Pendred Syndrome

مریم چهره گشا، دانشجوی کارشناسی ارشد دانشگاه علوم پزشکی ایران
استاد راهنما: دکتر لیلا جویباری، دکترای پرستاری، استادیار دانشگاه علوم پزشکی گرگان



این سندرم برگرفته از نام دکتر Vaughan Pendred می باشد، پزشکی انگلیسی که برای اولین بار به توضیح این سندرم پرداخت. وی این علائم را در خانواده ای ایرلندی در سال 1896 مشاهده کرد و به بیان آن پرداخت (1).

تعریف

سندرم پندرد، یک اختلال ژنتیکی است که منجر به فقدان شنوایی دو طرفه مادرزادی و گواتر در فرد می گردد. درمان خاصی برای این سندرم وجود ندارد. بررسی ها و سنجش های شنوایی و مکمل های هورمون های تیروئیدی به منظور کمک به فرد مبتلا مورد استفاده قرار می گیرد. این سندرم که شامل کری مادرزادی و گواتر می باشد، به صورت اتوزومال مغلوب منتقل می شود. از دست رفتن شنوایی معمولاً شدید بوده و در موقع تولد وجود دارد اگر چه ممکن است تا مدت ها شناخته نشود. کری در فرکانس های زیاد مشخص تر است و از نوع ادراکی می باشد (1).

تاریخچه

علت

سندرم پندرد ارثی بوده و از الگوی اتوزومال مغلوب پیروی می کند. این امر بدان معناست که فرد باید از هر یک از والدین خود ژن معیوب را دریافت دارد تا به این سندرم مبتلا گردد. همچنین می توان برداشت کرد که فرزندان فرد مبتلا به این سندرم به احتمال 25 درصد ممکن است به این سندرم دچار شوند. این سندرم در اثر تغییر یا موتاسیون در ژنی به نام

SLC26A4 که بر روی کروموزوم 7 واقع است رخ می دهد (2).

علایم

اختلال شنوایی که در فرد مبتلا بروز می کند از همان ابتدای تولد مشهود می باشد. مشکلات زبانی و گفتاری یکی از مهم ترین مشکلاتی است که در دوران کودکی برای فرد بروز می کند. عموماً مشکلات شنوایی با گذر زمان رو به وخامت می گذارد و در بسیاری از موارد در سنین کهنسالی به سمت ناشنوایی پیش می روند . در برخی موارد، تکامل گفتاری در افراد با تروماهایی که به گوش وارد می شود بدتر می شود . این مطلب می تواند بیانگر این باشد که در سندرم پندرد، گوش داخلی به تروما حساس تر می باشد. در 75 درصد از افراد مبتلا، گواتر دیده می شود. سندرم پندرد می تواند با تحریک تیروئید به رشد بیشتر ، باعث بروز گواتر گردد. تیروئید اساسی ترین نقش را در چگونگی استفاده بدن از غذاها دارد . در کودکان تیروئید نقش مهمی را در رشد و تکامل طبیعی کودک به عهده دارد. با وجود این مشکلات تکاملی در کودکان مبتلا به این سندرم، حتی در مواردی که تیروئید درگیر است، نادر می باشد. در برخی از موارد که گواتر تشدید می شود، فرد ممکن است دچار مشکلاتی در تنفس و بلع خود داشته باشد. سندرم پندرد ممکن است سیستم وستیبولی گوش را نیز درگیر خود نماید که عملکرد تعادل بدن را به عهده دارد. در حدود 40 درصد از افراد مبتلا اختلال اندکی در حیطه تعادلی خود تجربه می نمایند(3).

تشخیص

در بسیاری از موارد سنجش شنوایی غیر طبیعی می باشد. پزشک ممکن است به بررسی و ارزیابی زمان، وسعت و الگوی کاهش شنوایی بپردازد. کاهش شنوایی زودرس می تواند یکی از شایعترین مشخصه های سندرم پندرد باشد اما اگر این تنها علامت موجود باشد به معنی ابتلای کودک به این سندرم نمی باشد. عموماً یافته ها غیر اختصاصی می باشند و سنجش شنوایی به تنهایی نمی تواند ملاک خوبی برای تشخیص این سندرم باشد. اگر گواتر نیز همزمان در فرد دیده شود، تست های کارکردی تیروئید صورت می گیرد . در برخی از موارد نیاز به انجام سی تی اسکن و MRI گوش

داخلی نیز می باشد. انجام این آزمایشات همیشه غیر طبیعی نیست اما می تواند در برخی موارد ناهنجاریهایی در گوش داخلی را نشان دهد. در برخی موارد مشخصه ای که ممکن است دیده شود ، چرخش اندک حلزون¹ در این افراد می باشد. در حالت طبیعی چرخش حدود 2/5 دور است اما در این افراد حدود 1/5 دور می باشد. بخش حلزونی یک قسمت مارپیچی شکل از گوش داخلی است که امواج صدا را به سیگنال های الکتریکی تبدیل و آن را به مغز ارسال می دارد (4).

درمان

درمان اختصاصی برای این سندرم وجود ندارد اما با این حال می توان با آگاه کردن خانواده و خود بیمار گزینه های درمانی را به منظور کمک و بهبود شرایط بیمار معرفی نمود. کودکان مبتلا به این سندرم باید در مراحل ابتدایی و اولیه این سندرم تحت کمک های حمایتی قرار گیرند تا بتوانند چگونگی استفاده از مهارت های ارتباطی را در سنین پایین بیاموزند. حمایت های گفتار و زبان درمانی به همراه کاشت حلزون می تواند در بهبود مهارت های کلامی و گفتاری موثر باشد. اگر هورمون های تیروئیدی در سطح پایینی قرار داشته باشند ممکن است تیروکسین مورد نیاز باشد. باید به بیماران توصیه شود که از هر گونه تروما به سر شدیداً اجتناب نمایند(4).

References

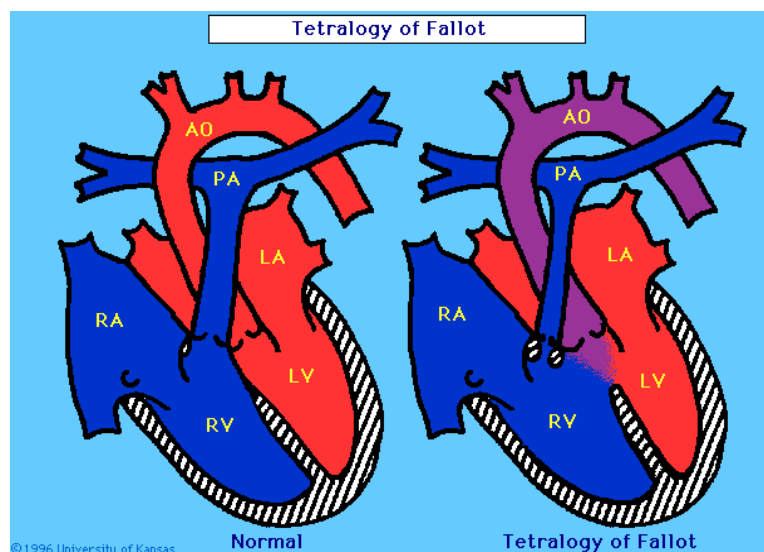
- 1)Pendred Syndrome. Retrieved from: http://en.wikipedia.org/wiki/Pendred_syndrome
- 2)Pendred Syndrome.Retrieved from: <http://www.nidcd.nih.gov/health/hearing/pendred.asp>
- 3)Pendred Syndrome. Retrieved from: <http://www.soundbytes.com/page/SB/CTGY/pendred-syndrome>
- 4)Pendred Syndrome. Retrieved from: http://www.medicinenet.com/pendred_syndrome/index.htm

¹ cochlea

ترجمه

تترالوژی فالوت Tetralogy of Fallot

سهیلا کلبلی، دانشجوی پرستاری دانشگاه علوم پزشکی گرگان
استاد راهنما: دکتر لایلا جویباری، دکترای پرستاری استادیار دانشگاه علوم پزشکی گرگان



یا کاتترگذاری قلبی صورت می گیرد و تنها راه درمان قطعی جراحی ترمیمی است.

در تترالوژی فالوت جریان خون ریوی کاهش یافته است. بطن راست بزرگ شده و خون فاقد اکسیژن وارد آئورت شده است. تترالوژی فالوت 7 تا 10 درصد از ناهنجاری های مادرزادی قلبی را تشکیل می دهد.

ناهنجاری های بیشتر از چهار مورد ذکر شده غالباً رایج هستند که شامل قوس آئورتی راست (25 درصد)، ناهنجاری سرخرگ کرونری (5 درصد)، تنگی انشعابات قلبی ریوی،

تترالوژی فالوت شامل چهار ناهنجاری مادرزادی است "نقص دیواره بطن بزرگ، انسداد دیواره خروجی راست، افزایش حجم بطن راست، تغییر محل آئورت" علائم این بیماری شامل: سیانوز، تنگی نفس هنگام غذا خوردن، رشد ضعیف و حملات سیانوتیک یا Cyanotic Tet spell بالقوه و ناگهانی و کشنده سیانوزیس شدید می باشد. انقباض شدید در ناحیه نزدیک به استخوان جناغ چپ با تنها یک علامت S2 عادی است. تشخیص با اکوکاردیوگرافی

شیرخواران با انسداد خروجی بطنی شدید (فقدان منفذ طبیعی) سیانوز یا تنگی نفس شدید همراه با جذب ضعیف مواد غذایی در بدن دارند اما مواردی که گرفتگی (انسداد) کمتری دارند ممکن است در مواقع عادی سیانوز نداشته باشند. حملات ممکن است در اثر فعالیت تسریع شوند (به طور ناگهانی ایجاد شوند) و معمولاً با (افزایش ناگهانی سرعت تنفس، تنفس سریع و عمیق، نفس نفس زدن) تشخیص داده می شوند. تند مزاجی و گریه های طولانی سیانوز را افزایش می دهد و شدت صدای قلب را کاهش می دهد. حملات اغلب در کودکان با سن پایین تر اتفاق می افتد. اوج آن در سن 2 تا 4 سالگی است. حملات شدید ممکن است منجر به سکته، حمله ناگهانی و حتی مرگ شود. در طول بازی به مدت طولانی بعضی کودکان نوبا ممکن است به طور متناوب چمباتمه بزنند. وضعیتی که برگشت منظم عروقی را کاهش می دهد و احتمالاً باعث مقاومت عروق سیستمیک می شود و در نتیجه اشباع سرخرگی اکسیژن را بالا می برد. گوش دادن به صدای قلب درجه شدید صدای مید سیستولیک در بالا و چپ قفسه صدری (به دلیل انسداد ریوی نسبت به VSD) را نشان می دهد. S2 اغلب تنهاست زیرا جزء تشکیل دهنده ریوی را به طور آشکار و مشخص کاهش می دهد و ممکن است تحریک بطن راست و انقباض ظاهر شود.

تشخیص

تشخیص با تاریخچه و آزمایش های کلینیکی صورت می گیرد و توسط اشعه ایکس و نوار قلبی تقویت می شود و در آخر با اکوکاردیوگرافی دو بعدی با جریان رنگی و با مطالعات داپلر قطعی می شود.

رادیوگرافی قفسه سینه، قلب چکمه ای شکل را با سطح مقعر سرخرگ ریوی اصلی و علامت های تقلیل یافته عروق ریوی نشان می دهد. منحنی آئورتی راست نیز در 25 درصد موارد نشان داده می شود. نوار قلبی بزرگ شدن بطن راست را نشان می دهد و نیز ممکن است بزرگ شدن دهلیز راست را نشان دهد. کاتترگذاری قلبی اغلب قبل از عمل برای بررسی همزمانی ناهنجاری ها انجام می شود که این عمل ممکن است جراحی ترمیمی را کامل کند.

درمان

وجود عروق فرعی ریوی آئورتی، باز بودن کانال های شریانی، نقص کامل دیواره دهلیزی و برگشت غیر عادی خون به درجه آئورت می باشند.

در تترالوژی فالوت فشار انقباض در بطن راست و آئورت برابر است. سطح اشباع نشدگی سرخرگی بستگی به شدت گرفتگی مجرای خروجی بطن راست دارد. فشار دهلیزی فشار متوسطی است.

نقص دیواره بطن به طور خاص نقص بزرگی است بنابراین فشار انقباض در بطن راست و چپ و در آئورت برابر است.

پاتوفیزیولوژی بیماری به درجه انسداد خروجی بطن بستگی دارد. گرفتگی متوسط ممکن است انشعاب موازی چپ به راستی را از میان VSD یا نقص بین دو بطن قلب ایجاد کند. گرفتگی شدید، یک انشعاب (شنت) راست به چپ را ایجاد می کند که در نتیجه ی آن اشباع سرخرگی ضعیفی (سیانوز) که در مکمل اکسیژن بی تاثیر است به وجود می آید. در برخی بیماران تترالوژی فالوت ممکن است دوره های ناگهانی سیانوز عمیق می تواند کشنده باشد اتفاق بیافتد.

یک حمله ممکن است بوسیله ی هر اتفاقی که اشباع اکسیژن را به آرامی کاهش دهد (به عنوان مثال گریه کردن، هیجان و...) یا کاهش ناگهانی مقاومت عروقی سیستمیک (در فعالیت هایی مانند بازی کردن، تحریک شدن و...) یا به دلیل شروع ناگهانی افزایش ضربان قلب یا کاهش غیر طبیعی حجم خون اتفاق بیافتد و چرخه معیوب می تواند گسترش یابد.

ریزش اولیه در سرخرگ PO2 مرکز تنفس را تحریک می کند و باعث افزایش غیر عادی عمق و سرعت تنفس می شود. این افزایش غیرعادی سرعت تنفس برگشت سیستمیک خون سیاهرگ به بطن راست را بیش تر بوسیله فعال کردن پمپاژ سینه ای منفی افزایش می دهد. در صورت وجود گرفتگی ثابت خروجی بطن راست یا کاهش مقاومت سیستمیک عروقی خون برگشتی افزایش یافته در بطن راست به آئورت می ریزد اشباع سرخرگ بیش تر افزایش می یابد و در نتیجه حملات های کم کننده اکسیژن چرخه معیوب را ایجاد می کند.

علائم و نشانه ها

تترالوژی فالوت کامل نشده 3 درصد است. برای بیماران درمان نشده میزان امید به زندگی 55 درصد در 5 سال و 30 درصد در 10 سال است.

همه بیماران باید تحت حمایت های پیشگیری از اندو کاردیت قرار بگیرند. پیشگیری از اندو کاردیت در طول درمان های دندانپزشکی و دهانی، درمان های مربوط به مجراهای تنفسی و نیز درمان های مربوط به مری، قبل از اعمال روش های دندانپزشکی و یا جراحی که احتمال تولید باکتری وجود دارد بدون توجه به اینکه آیا جراحی ترمیمی تا به حال انجام شده یا نه، می بایست صورت گیرد.

References

- 1) Tetralogy of Fallot Overview.
<http://www.umm.edu/imagepages/18134.htm>
- 2) <http://emedicine.medscape.com/article/760387-overview>

نوزادان با سیانوز شدید به دلیل انقباض مجرای، ابتدا یک تزریق حاوی گروهی از ترکیبات آلی مشتق شده از اسیدهای چرب برای باز کردن مجاری سرخرگ ها دریافت می کنند. در این درمان نوزادان در وضعیت سجده قرار داده می شوند. کودکان بزرگتر معمولاً بطور همزمان چمباتمه می زنند تا حملات سیانوز گسترش نیابد. مکمل اکسیژن مزیت و سود کمتر و محدودی دارد. جراحی تسکینی می تواند برای بیمارانی که مورد مناسب و ایده آل جراحی ترمیمی هستند یا برای بیمارانی که از حملات رنج می برند صورت گیرد.

در متداول ترین روش یک انشعاب مشخص -Blalock Taussig سرخرگ زیرچنبره ای به سرخرگ ریوی همسو با یک پیوند مصنوعی وصل می شود. اصلاح کامل شامل انسداد ناحیه VSD و عریض تر کردن مجرای خروجی بطن می باشد جراحی عموماً به صورت انتخابی در طول سال اول زندگی صورت می گیرد اما اگر علایم موجود باشد می تواند در هر سنی بعد از 3 تا 4 سالگی نیز انجام شود. شیوع مرگ و میر در

ترجمه

سلول های کشنده طبیعی در خون بند ناف

عافی کر، دانشجوی پرستاری دانشگاه علوم پزشکی گرگان

استاد راهنما: دکتر اکرم ثناگو، دکترای پرستاری استادیار دانشگاه علوم پزشکی گرگان

"پیوند علیه میزبان" یک عارضه معمول در بیمارانی است که سلول بنیادی دریافت کرده اند. سلول های T، در صورت پیوند اندام، علیه سلول های میزبان واکنش نشان می دهند و اگر این بیماری کنترل نشود می تواند کشنده باشد. سلول های کشنده طبیعی به طور متفاوتی از سلول های T³ عمل می کنند. این سلولها، سلول های طبیعی را رها می کنند ولی سلول های سرطانی را از بین می برند. در پیوند معمول از تطبیق خون اهدا کننده یا پیوند مغز استخوان به یک بیمار استفاده می شود. هر چند در سال 1998 پژوهشگران خون بند ناف را به عنوان منبع دیگری برای پیوند سلول های بنیادی یافتند. این سلول های بنیادی نابالغ راحت تر با بیمار منطبق می شوند، مخصوصا بیماران غیر سفیدپوست که می توانند این سلول ها را برای مواقع نیاز ذخیره کنند. هنگامی که این سلول های کشنده طبیعی را به تعداد زیاد تکثیر کردند، این سلول ها سایتوکین و اینترفرون ترشح نمودند و از بافت هدف ماده ای بنام K562 تولید شد که سلول های کشنده طبیعی را به مدت سه هفته فعال نگه داشت. یکی از نتایج به دست آمده، پیوند سلول های کشنده طبیعی به بیمارانی است که هنوز تحت شیمی درمانی اولیه قرار نگرفته اند. مک کی همچنین پیش بینی کرد این نوع

محققان مرکز سرطان اندرسون دانشگاه تگزاس روشی موثر برای افزایش تعداد سلول های کشنده طبیعی¹ از خون بند ناف، ضمن حفظ اثر ضد سرطانی سلول ها، کشف کردند. این روش در نشست سالیانه جامعه هماتولوژی/انکولوژی اطفال ارائه شد. تلاش های قبلی در این زمینه بر روی خون بند ناف ناکام بوده است. دکتر مک کی و همکارانش به فرایند جدیدی دست یافتند که نتیجه آن افزایش تعداد سلول های کشنده طبیعی در خون بند ناف به بیش از 30 برابر و تولید بیش از 150 میلیون سلول کشنده طبیعی از خون بند ناف با حفظ فعالیت آنها و امکان نابود کردن سلول های سرطانی است.

در این پژوهش هنگامی که این سلول ها را به موش های مبتلا به سرطان تزریق کردند، سلول کشنده طبیعی، گردش سلول های سرطانی موجود در سرطان خون را به میزان 60 تا 85 درصد کاهش داد. استفاده از خون بند ناف در سرطان یک نقطه امید محسوب می شود، زیرا سلول های کشنده طبیعی حساسیت را افزایش و احتمال بروز بیماری "پیوند علیه میزبان"² را کاهش می دهند. به گفته دکتر مک کی بانک خون بند ناف در بسیاری از کشورها در دسترس است. بیماری

¹ natural killer cells
² graft-versus-host

³ T - cell

پیوند را می توان به افراد بالغی که قبلا تحت عمل پیوند قرار گرفته اند و یا برای افراد بالغ و کودکان بیماری که برای پیوند سلول های بنیادی داوطلب نیستند نیز استفاده کرد تا بیماری آنها مداوا شود. آنان نشان دادند سلول های کشنده طبیعی اثر سیتوتوکسیک مهمی علیه خطوط سلولی لوسمی میلوسیتیک حاد¹ و لوسمی لمفوبلاستیک حاد² و سلول های سرطانی نارس بیماران دارند. این نتایج استفاده از سلولهای کشنده طبیعی به دست آمده از خون بند ناف را به عنوان یک روش ایمونوتراپی، در درمان لوسمی حاد حمایت می کنند.

References

- 1) Natural Killer Cells In Umbilical Cord Blood Fight Leukemia
- 2) Retrieved from: <http://www.sciencedaily.com/releases/2008/05/080516112532.htm>

ترجمه

¹ acute myelogenous leukemia
² acute lymphocytic leukemia

توانایی خود ترمیمی قلب

بتول آذرتاش، کارشناس پرستاری، مترون مرکز آموزشی درمانی طالقانی گرگان



پزشکان انگلیسی راه حلی برای نجات زندگی یک دختر مبتلا به مشکلات متعدد قلبی طراحی نمودند. در سال 1955 پزشکان طی عمل جراحی، قلبی را مستقیماً به قلب بیمار پیوند زدند. بعد از 10 سال زندگی با ارگان هایی که خون را پمپ می کردند چیزی رخ داد که متخصصان می گویند غیرممکن است، قلب توانست خود را ترمیم نماید و پزشکان قلب پیوندی وی را خارج نمودند. اما بیمار به علت مصرف داروهای سرکوب کننده سیستم ایمنی که به منظور اجتناب از پس زدن قلب پیوندی استعمال می شدند، دچار نوعی سرطان بدخیم شد که نیاز به شیمی درمانی داشت. شرح پیوند قلب وی و درمان هایی که در طی این سالها دریافت نمود، در مجله پزشکی لانست منتشر شده است. دکتر داگلاس می گوید: "به نظر می رسد که اگر به قلب فرصت داده شود می تواند خود را ترمیم نماید." یکی از پزشکان رده اول کالج کاردیولوژی امریکا نیز اظهار داشت که "به نظر می رسد قلب توان بازسازی زیادی دارد و نکته کلیدی آن است که دریابیم چگونه این کار انجام می شود." در سال 1994 وقتی کلارک کودکی هشت ماهه بود، بیماری قلبی وی شدت یافت و طی آن کلارک دچار نارسایی قلبی شد، به طوری که پزشکان، وی را در فهرست بیماران نیازمند به پیوند قلب قرار دادند. بیماری قلبی وی به تدریج سبب مشکلات ریوی نیز شد به طوری که وی نیازمند پیوند ریه نیز گشت. برای اجتناب از خطر پیوند توام قلب و ریه پزشکان تصمیم گرفتند درمان

کاملاً متفاوت دیگری را انجام دهند. دکتر یعقوب یکی از برجسته ترین جراحان قلب دنیا از کالج سلطنتی لندن اظهار داشت که "اگر به قلب کلارک فرصت استراحت داده شود شاید قادر باشد خود را ترمیم کند." بنابراین در سال 1995 یعقوب و همکارانش قلب یک کودک پنج ماهه را مستقیماً درون قلب کلارک پیوند زدند. بعد از چهار سال و نیم هر دو قلب خوب کار می کردند. بنابراین یعقوب و همکارانش تصمیم گرفتند قلب اضافه را خارج نکنند. داروهایی که کلارک برای پیشگیری از پس زدن قلب پیوندی خود مصرف می کرد موجب پیدایش سرطان شد، با وجود اینکه دوز داروهای سرکوب کننده سیستم ایمنی وی را به حداقل رساندند اما سرطان گسترش یافت و سرانجام بدن کلارک قلب پیوندی را پس زد. خوشبختانه بعد از آن زمان قلب کلارک به طور کامل بهبود یافت. در فوریه 2006 قلب پیوندی وی را خارج نمودند. در حال حاضر وی که 16 سال دارد، قادر است ورزش کند، به شغل نیمه وقت خود بپردازد و تصمیم دارد به زودی به مدرسه بازگردد. کلارک می گوید "از عمل جراحی ای که روی من انجام شد راضی ام. هیچگاه تا این حد زندگی طبیعی مانند دوستانم نداشتم." والدینش نیز از بهبودی وی شگفت زده شدند. یکی از والدینش اظهار داشت "زمانی بود که به وی گفتیم تنها تا 12 ساعت دیگر زنده می مانی!!! اما او اکنون 16 سال دارد." ریاست انجمن قلب و عروق اروپا اظهار داشت "مورد کلارک همانند یک

افتاد هم برای پزشکان و هم برای بیماران امید بخش است. زیرا این امر به ما یادآور می شود که هر نارسایی قلبی ای کشنده نیست و برخی از بیماران مبتلا به نارسایی قلبی شانس بهبودی بیشتری نسبت به آنچه که در گذشته فکر می کردیم، دارند.

References

- 1) British girl's heart heals itself after transplant. Retrieved from: http://news.yahoo.com /s /ap /20090714/ap _on _he_me/eu_med _heart_ transplant
- 2) Recovery after heart transplantation removal. Retrieved from: <http://www.lancet.com>

معجزه است، زیرا بسیار نادر است که قلب بیماری، خودبخود بهبود یابد." وی افزود "پیوند قلب همانند آنچه برای کلارک انجام شده است برای همه در دسترس نخواهد بود، این امر هم به دلیل کمبود قلب اهدایی و هم به دلیل جراحی های لازم و پیچیدگی های بسیار زیاد آن است."

در چند سال اخیر قلب مصنوعی به بازار ارائه شده است که بیماران می توانند آن را بخرند و تا زمانی که نوبت پیوندشان برسد یا قلب شان ترمیم شود از آن استفاده نمایند. اگر پزشکان بتوانند مکانیزم ترمیم قلب کلارک را دریابند، ممکن است موفق به ابداع درمان های جدیدی جهت بهبودی سایر بیماران گردند. در حال حاضر نمی دانیم این بازسازی بافتی چگونه رخ داده است. برخی فکر می کنند تعداد اندکی از سلول های بنیادی در قلب وجود دارد که ممکن است در شرایط بحرانی تحریک شود و بافت آسیب دیده را ترمیم نماید. کارشناسان می گویند چیزی که برای کلارک اتفاق

تست تیل

زهر اشعری، کارشناس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی یزد

تست تیل چیست؟

تست تیل¹ برای تشخیص سنکوپ عصبی کاربرد دارد.

سنکوپ عصبی چیست و چرا این بیماران هوشیاری خود را

از دست می دهند؟

این سندرم شرایطی است که می تواند در طیف وسیعی از افراد رخ دهد. تعداد زیادی از این افراد هیچ مشکل دیگری مرتبط با قلب ندارند. این بیماران تاریخچه مکرری از دوره های سنکوپ (حملات بیهوشی) را در عرض چند سال می دهند. گاهی ممکن است این حملات با احساس گرما یا تهوع شروع شود اما در موارد زیادی بدون هیچ اختطاری ایجاد می گردد. بیمار ممکن است به زمین بخورد و بعداً بدون هیچ مشکل بعدی هوشیاری خود را به دست آورد. اکثر بیماران هیچوقت متحمل صدمات جدی نمی شوند و ممکن است مشکل آنها برای مدت طولانی تشخیص داده نشود.

توانایی تست تیل در کسب موفقیت های عمده در تشخیص سنکوپ عصبی و مراقبت های موثر برای آن باعث شده که کاربرد زیادی در مسایل پزشکی داشته باشد.

جهت درک پدیده سنکوپ عصبی ما باید اول چگونگی عملکرد سیستم عصبی بدن را بررسی کنیم. در طول فعالیت های روزمره تعداد ضربان قلب و فشارخون به طور ثابت بالا و پایین می رود تا نیازهای بدن را تامین کند. در زمان استراحت ضربان قلب و فشارخون کاهش می یابد و در زمان استرس های روحی و جسمی افزایش می یابد. کنترل فشار خون و ضربان قلب به عهده سیستم عصبی سمپاتیک و پاراسمپاتیک است. سمپاتیک افزایش دهنده ضربان قلب و فشارخون و پاراسمپاتیک کاهش دهنده ی آن دو است. به منظور تسهیل درک این پدیده تصور کنید که بدن ما یک اتومبیل است، با فشار دادن پدال گاز ماشین سخت تر کار می کند و تند تر حرکت می کند. در مقابل فشار پدال ترمز باعث کاهش

سرعت ماشین می شود. لذا سیستم سمپاتیک به عنوان افزایش دهنده و سیستم پاراسمپاتیک عملکرد کاهنده سرعت دارد. به طورطبیعی سیستم سمپاتیک و پاراسمپاتیک بصورت مشارکتی و کارآمد با یکدیگر همکاری می کنند. دقیقاً شبیه یک راننده که بطور موثر از پدال گاز و ترمز استفاده می کند و سرعت ماشین به گونه ای نامحسوس کم و زیاد می شود. دقیقاً مشابه این پدیده ضربان قلب و فشار خون ما نیز بدون اینکه از تغییرات آن آگاهی یابیم افزایش یا کاهش می یابند. در افراد مبتلا به سنکوپ عصبی این سیستم لحظه به لحظه افت می کند (مشابه حالتی که پدال گاز در اختیار راننده باشد ولی پدال ترمز گاه و بیگاه در در اختیار یک کمک راننده قرار بگیرد). این فرآیند به عنوان یک مشکل در نظر گرفته می شود.

در این حال اگر ضربان قلب و فشار خون سریعاً افزایش یابد (ماشین سریعاً افزایش سرعت یابد) کمک راننده دچار ترس شده و سریعاً پدال ترمز را فشار می دهد. ضربان قلب و فشار خون چه به تنهایی و چه مشترکاً ممکن است بصورت ناگهانی و شدید افت کنند. این اتفاق جریان خون مغز را کاهش می دهد و باعث می شود بیمار ناگهان بیهوش شود (در این زمان کمک راننده پدال ترمز را رها می کند) ضربان قلب و فشار خون افزایش می یابد، جریان خون به حالت اولیه برمی گردد و بیمار هوشیار می شود.

تست تیل چگونه عمل می کند؟

بیمار به یک دستگاه کنترل کننده ECG و یک مانیتور متصل می شود و در طی تست فشارخون و ضربان قلب بطور مداوم پایش می شود. یک خط وریدی داخل بازو قرار می گیرد لیدهایی هم به روی سینه بیمار تعبیه می شود که به یک پیس میکر متصل اند.



¹ tilt table test

زمانیکه ضربان قلب بیمار کاهش یابد و بطور کارآمد افزایش نیابد، سپس روشن می شود، البته در بیشتر بیماران کندی ضربان قلب زودگذر است و سپس میکر خارجی صرفاً به عنوان یک وسیله محتاطانه است.



اگر هیچ اتفاقی نیفتد تخت به وضعیت صاف برگردانده می شود. انفوزیون وریدی ایزوپروتینول برای بیمار شروع می شود که افزایش دهنده فشار خون و ضربان قلب بیمار است و مشابه ترشح طبیعی آدرنالین در بدن می باشد. این هنگام آنچه که در هنگام تحریک سیستم سمپاتیک رخ می دهد شبیه سازی می شود (به عبارتی پدال گاز فشار داده می شود) سپس تخت به بالا برگردانده می شود و در زاویه 80 درجه قرار می گیرد و انفوزیون وریدی ادامه می یابد.

یک کرنومتر جهت ثبت زمانهای متوالی مراحل آزمایش استفاده می شود. اگر نتیجه غیرعادی مشاهده نگردید تخت پایین آورده می شود. بعد از افزایش انفوزیون وریدی مجدداً به بالا برگردانده می شود. در بیماران با مشکل NMS افزایش ضربان قلب و فشارخون معمولاً برای شروع فعالیت پاراسمپاتیک کافی است (ترس کمک راننده) و ضربان قلب و فشار خون بصورت ناگهانی افت می کنند (پا گذاشتن ناگهانی روی ترمز) بیمار دچار سرگیجه شده و از هوش می رود. لذا TTT موفق می شود شرایط یک موقعیت واقعی زندگی را فراهم کند و علت حملات عود کننده بیهوشی را بررسی کند. با ایجاد تغییرات بالا تست مثبت تلقی می شود. انفوزیون وریدی فوراً متوقف می شود و بیمار به وضعیت خوابیده به پشت برگردانده می شود. در ظرف مدت چند ثانیه بیمار هوشیاری اش را بدست می آورد و ضربان قلب و فشارخون به حد طبیعی می رسند. بیمار به مدت 10 تا 20 دقیقه تحت نظر قرار می گیرد و سپس از مانیتور جدا می شود.

آمادگی های تست تیل:

به جهت نیاز به قطع بعضی داروها با پزشک مشورت شود. به منظور کاهش احتمال استفراغ حین آزمایش از نیمه شب قبل از آزمایش غذا یا آب میل نکند.

تست تیل چقدر زمان می گیرد؟

بیمار در پوزیشن صاف روی یک تخت چرخان می خوابد و کمربند ایمنی دور سینه بیمار بسته می شود و کمربندهایی هم جهت نگه داشتن بیمار در وضعیت صحیح به پای وی بسته می شود. بعد از گرفتن فشار خون و ضربان قلب پایه تخت متحرک به اندازه 80 درجه کج می شود این عمل مشابه زمانی است که از پوزیشن خوابیده به پشت، به حالت ایستاده و قائم در می آییم. تغییر پوزیشن باعث می شود ضربان قلب و فشار خون افزایش یابد و بیمار نسبت به آن واکنش دهد. در طول زمانی که بیمار تحت آزمایش است نیاز وی به پزشک و اقدامات پاراکلینیکی می تواند از 5 تا 30 دقیقه بعد از شروع تست متغیر باشد.



بطور کلی مدت زمان تست تیلت بین یک تا یک ساعت و نیم است که شامل آماده سازی بیمار برای تست، انجام تست و مراقبتهای ریکاوری می باشد. باید اطمینان حاصل شود که شخصی برای همراهی بیمار تا منزل حضور داشته باشد.

چگونه تست تیلت ایمن می شود؟

تست نسبتاً ایمن است. اگرچه در صورتیکه مثبت باشد و باعث بیهوش شدن بیمار گردد می تواند برای بیمار مهیج باشد. بیمار باید درک کند که این تست مشکل بیمار را مشخص و راهکارهای جهت کاهش یا قطع حملات عود کننده بیهوشی ارائه می کند. در موارد نادر تست می تواند باعث آریتمی های غیرطبیعی گردد و بیماران دارای مشکل کرونری ممکن است گاه و بیگاه درد سینه تاخیری را تجربه کنند. پرسنل با تجربه و تجهیزات کافی باید برای کنترل مشکلات بالقوه در دسترس باشند.

چه اطلاعاتی از طریق تست تیلت بدست می آید؟

تست تیلت جهت تایید تشخیص NMS بکار می رود.

مطالعات تحقیقاتی اخیر نشان داده اند که یک ارتباط بین سندرم فرسودگی کرونری (CFS) و NMS وجود دارد. مراقبتهای ارائه شده در بیماران NMS در مورد تعداد زیادی از بیماران با مشکل CFS و تست تیلت مثبت، مفید بوده است. داروهایی از قبیل بتا بلاکر، آمینوفیلین، دیزوپرامید و ضدافسردگی های مهار کننده سروتونین در درمان NMS مفید به نظر می رسند.

چگونه می توان سریعاً جواب تست تیلت را به دست آورد؟

جواب عموماً به محض اتمام تست به بیمار داده می شود. در صورتی که با توجه به جواب تست نیاز به تغییرات دارویی باشد در همان زمان یا در ویزیت بعدی پزشک مطرح می گردد.

Reference

Tilt table test. Available at:
http://www.heartsite.com/html/tilt_test.html#what

معرفی مرکز (4)



مرکز تحقیقات بیوشیمی و اختلالات متابولیک

دکتر جهانبخش اسدی، دکترای بیوشیمی

بیوشیمی چیست؟

بیوشیمی پژوهش در باره فرآیندهای شیمیایی است که در بدن جانداران رخ می دهد. بیوشیمیست ها می خواهند ساختار و کارکرد مولکول های سازنده پیکر جانداران را بشناسند تا از این راه بتوان به ساز و کار ملکولی هر بیماری پی برده و راه را برای درمان ریشه ای آن هموار کنند. این آگاهی در بهره برداری بهتر و کارآمدتر از جانداران و ملکول های سازنده ی آن ها نیز به ما کمک می کند. از آن جا که جهان زنده بسیار گوناگون است و پیکره ی بیش تر جانداران نیز از سلول ها و ملکول های گوناگونی درست شده، زمینه های پژوهشی این شاخه از دانش پایه بسیار گسترده است.

راه اندازی مرکز تحقیقات بیوشیمی و اختلالات متابولیک
به منظور ارتقاء سطح علمی مراکز آموزش پزشکی و تقویت انگیزه پژوهش، مرکز تحقیقات بیوشیمی و اختلالات متابولیک در تاریخ 86/8/29 تاسیس و راه اندازی شد.

اهداف مرکز:

* استفاده از دانش روز در زمینه تحقیقات بیوشیمیایی و اختلالات متابولیک

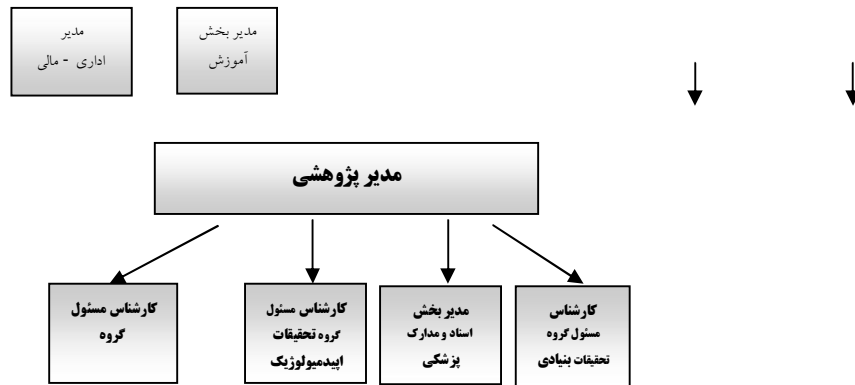
* انجام پژوهشهای بنیادی، ژنتیک، تغذیه ای، اپیدمیولوژیک و بالینی در زمینه بیوشیمی به منظور پاسخگویی به نیازهای بهداشتی و درمانی منطقه و کشور
* جمع آوری، تنظیم و طبقه بندی اسناد و مدارک مربوط به اختلالات بیوشیمیایی و متابولیک در منطقه و در صورت نیاز، انتشار آنها برطبق ضوابط و مقررات چاپ و نشر مقالات علمی

* استفاده از دانش روز در زمینه تحقیقات بیوشیمیایی و اختلالات متابولیک

* انجام پژوهشهای بنیادی، ژنتیک، تغذیه ای، اپیدمیولوژیک و بالینی در زمینه بیوشیمیایی بمنظور پاسخگویی به نیازهای بهداشتی و درمانی منطقه و کشور
* جمع آوری، تنظیم و طبقه بندی اسناد و مدارک مربوط به اختلالات بیوشیمیایی و متابولیک در منطقه و در صورت نیاز، انتشار آنها برطبق ضوابط و مقررات چاپ و نشر مقالات علمی

نمودار تشکیلات سازمانی مرکز





فعالیت های مرکز

باتوجه به اهداف کلی این مرکز، فعالیتهای مرکز تحقیقات بیوشیمی و اختلالات متابولیک به دو بخش عمده تقسیم می شوند:

فعالیت های پژوهشی

فعالیت های آموزشی

بخش های جامع پژوهشی مرکز

بخش اسناد و مدارک تحقیقاتی

بخش تحقیقات

بخش آموزش

تازه های پزشکی

غیر هوچکین درمان نشده (NHL) نشان داد که امکان بقا در بیمارانی که تحت درمان منفرد Ibritumomab قرار گرفتند در مقایسه با بیمارانی که فقط درمان القایی داشته اند پیشرفت

■ لنفوم

ترجمه: ساناز دهباشی، دانشجوی علوم آزمایشگاهی

یک آزمایش تصادفی آنتی CD20 در بیماران مبتلا به لنفوم

است که در موارد عدم مصرف این دارو، این میزان برابر 9/3 درصد می باشد. اما میزان بروز خونریزی های شدید و خفیف در هر دو حالت (مصرف یا عدم مصرف داروی نادرپارین) مشابه گزارش شده است.

■ والدشتروم ماکرو گلوبولینمیا

بدخیمی های هماتولوژیک و درمان مقایسه ای نوکلئوساید: در پژوهشی 439 بیمار مبتلا به والدشتروم ماکرو گلوبولینمیا مورد بررسی قرار گرفتند. در این پژوهش 139 بیمار، درمان مقایسه ای نوکلئوساید دریافت کردند، 136 بیمار، رژیم که درمان آنالوگ نوکلئوساید نداشت، دریافت نمودند و 110 بیمار، به عنوان گروه شاهد شرکت نمودند. نتایج حاصل از پژوهش نشان داد در بیمارانی که تحت درمان با آنالوگ نوکلئوساید تغییر شکل به یک لنفوم مهاجم (سندرم ریشتر) میلودیسپلازی یا لوسمی حاد به میزان بالایی بروز کرد.

■ ارتباط پروتئین موجود در ماهی با کنترل فشار خون بالا

ترجمه: عرفان مؤید مرتضوی، دانشجوی پزشکی

پزشکان دانشگاه "لیسستر" در حال بررسی این هستند که چگونه گونه ای از ماهی موجود در اقیانوس آرام می تواند به یافتن دلیل بیماری های مزمن مانند فشار خون بالای موروئی و بیماری کلیوی، کمک کند.

آن ها در حال بررسی این هستند که آیا ماهی "گبی" می تواند به محققان در مشخص کردن ژن های مرتبط با فشار خون بالا، کمک کند. یک پروتئین موسوم به "یوروتنسنین 2" که اولین بار در ماهی به وجود آن پی برده شد برای تنظیم فشار خون در تمام مهره داران، از ماهی ها گرفته تا انسان ها اهمیت دارد.

دکتر "رادسلو دیبیک" می گوید: پروتئینی که در ماهی پیدا شده، در طول مدت تکامل تقریباً بدون تغییر مانده است. پروتئین مذکور ممکن است اهمیت زیادی در تنظیم فشار خون و پی بردن به زمینه ژنتیکی فشار بالای خون داشته باشد. مشخص شدن دلایل ژنتیکی فشار خون بالا، ممکن است به پیش بینی بهتر و جلوگیری زود هنگام از پیشروی آن کمک کند. تحقیقات نشان داده است چگونه تغییر در ژن رمز کننده پروتئین مذکور ممکن است در خطر ابتلا به فشار خون بالا مؤثر باشد.

نسبتاً بالایی را داشته است (37 مورد در 13 ماه). بیشتر بیماران حاضر در این آزمایش رژیم فاقد آنتی بادی ضد CD20 را که معمولاً در درمان القا به کار می رود، داشته اند. نقش Ibritumomab در نخستین درمان NHL هنوز تحت بررسی و تحقیق است.

لنفوم سلول های B غیر قابل دسته بندی

سازمان جهانی بهداشت طی طبقه بندی ای در سال 2008 لنفوم سلول های B با خصوصیات بین DLBCL و BL که تومور های زیادی را در بر می گیرد را به عنوان لنفوم بورکیت (Burkitt-like Lymphoma) معرفی کرد.

■ مولتی پل میلوم

شیوع ترومبوآمبولی وریدی (VTE) در بیماران مبتلا به مولتی پل میلوم تقریباً در حدود 7/8 و 1/3 مورد در هر هزار نفر بیان شده است. این شیوع بالا می تواند در نتیجه بدخیمی بیماری و یا به دنبال درمان ظاهر گردد.

پیوند سلول های خونساز: در یک مطالعه که به منظور مقایسه بین پیوند سلولهای HCT اتولوگ در بیماران مبتلا به میلوم و هم چنین پیوند سلول های خونساز آلوژنیک انجام شد، مشخص گردید که هیچ تفاوتی در میزان بقای سلولها در این دو روش وجود ندارد.

■ جای سبز و اثر آن

مطالعات پاراکلینیکی نشان داده اند که احتمال تاثیر پلی فنول موجود در جای سبز در روند اولیه مرگ سلول های تومور وجود دارد. هنوز کاملاً مشخص نشده که آیا بیمار هنگام مصرف دارو باید از نوشیدن جای سبز خودداری کند یا خیر، اما این امر روشن است که باید از خوردن مقادیر زیاد جای سبز اجتناب نماید.

■ بیماری های ترومبوآمبولیک

پیشگیری در بیماران سرطانی که شیمی درمانی انجام می دهند: در پژوهشی اثر یک شبه دارو دارای مولکول های سبک وزن هپارین به نام نادرپارین (Nadroparin) را در 1150 مورد از بیماران سرطانی که تحت شیمی درمانی بودند مورد بررسی قرار دادند. نتایج اولیه حاصل از پژوهش نشان داد که حادثه ترومبوآمبولیک در 1/2 درصد از کسانی که با نادرپارین درمان شده اند دیده شده است، این امر در حالی

پژوهشگران استرالیایی با کمک پلاتی پوس سرطان تخمدان را تشخیص دادند. به گفته محققان، DNA کروموزم های جنسی پلاتی پوس با DNA هایی که در سرطان تخمدان و دیگر بیماری های جنسی مانند ناباروری مردان تحت تاثیر قرار می گیرد شبیه است. برخی اوقات سرطان ها موجب تغییر تعداد زیادی DNA می شوند که تصمیم گیری در مورد اینکه کدامیک برای بهبودی بیماری مهم است را مشکل می کند. مقایسه با گونه های دور مانند پلاتی پوس موجب شد تا توالی DNA های مهم که در تغییرات تدریجی در طی میلیون ها سال حفظ شده اند شناسایی شوند. سرطان تخمدان مرگ آورترین سرطان در زنان می باشد و ششمین علت مرگ در زنان استرالیایی است.

Reference: Platypus Helps Illuminate Ovarian Cancer. Retrieved from: www.sciencedaily.com. June 27, 2009

■ RNA کوچک موجود در بزاق انسانی ممکن است به تشخیص سرطان دهان کمک کند.

ترجمه: پژمان هاشمی، دانشجوی علوم آزمایشگاهی

تحقیقات علمی نشان داده است حداقل پنجاه RNA کوچک وجود دارد که می تواند در شناسایی سرطان دهان کمک کند. تشخیص سرطان بدون نیاز به بیوپسی بسیار ارزشمند است؛ اینکه بتوانیم یک مارکر اختصاصی سرطان را در بزاق یک بیمار شناسایی نماییم. RNA کوچک مولکولی است که در سلول هایی تولید می شوند که توانایی همزمان کنترل فعالیت و ارزیابی رفتار چندین ژن را دارند. محققان معتقدند به زودی می توانند کلید شناسایی سرطان را در اختیار داشته باشند. حفره دهان آینه سلامتی کلی بدن است و بسیاری از بیماری ها که در سایر نقاط بدن ایجاد می شوند تظاهرات دهانی دارند. وانگ و همکارانش میزان RNA های کوچک را در بزاق 50 بیمار مبتلا به کارسینومای سلول های سنگفرشی و 50 بیمار سالم اندازه گیری نمودند. آنها تقریباً پنجاه RNA کوچک را شناسایی کردند. دو مورد اختصاصی به نام 125 و 200 به میزان قابل ملاحظه ای در بیمارانی که سرطان دهان داشتند نسبت به افراد سالم کمتر بود. وانگ می گوید: این یافته ها با آنالیزهای وسیع تر و طولانی تر مورد تایید قرار خواهد گرفت.

دکتر دیبیک تحقیق خود را در جشنواره Postgraduate Research که در بیست و پنجم ژوئن در دانشگاه لیستر برگزار می شود، ارائه خواهد کرد.

او افزود: "داروهای تاثیر گذار بر پروتئین (یوروتنسن-2) ممکن است یک راه حل جدید برای شیوه های درمانی در دسترس (کنونی) باشند. خصوصاً در آن دسته از بیمارانی که بیماری کلیوی مزمن به همراه فشار خون بالا دارند."

"تجزیه و تحلیل گروه های بزرگی از خانواده ها، شواهدی را برای ما فراهم نموده، حاکی بر آن که اطلاعات ژنتیکی رمز شده در پروتئین به همراه خطر ابتلا به فشار خون بالا با هم از یک نسل به نسل دیگر منتقل می شوند. علاوه بر آن، همین تغییر ژنتیکی که مسئول ایجاد فشار خون بالاست، عامل پیشرفت بیماری مزمن کلیوی در این دسته از بیماران است.

"یافته های کنونی ممکن است بر توسعه داروهای جدید پائین آورنده فشار خون تاثیر داشته باشد."

مطالعه دکتر دیبیک تحت نظارت "دکتر توماسوسکی (دپارتمان قلب و عروق، گروه قلب شناسی) و "پروفسور لمبرت" (دپارتمان قلب و عروق، گروه دارو و درمان شناسی) انجام شد.

Reference: <http://www.sciencedaily.com/releases/200/06/090622064716.htm>

■ پلاتی پوس و تشخیص سرطان تخمدان

ترجمه: خسرو قجفی، دانشجوی علوم آزمایشگاهی



هنگفت و همچنین افراد زیادی فرصتی برای منع از آغاز سیگار کشیدن و تشویق دیگران به ترک آن را از دست داده اند. جایگزین کردن توتون و تنباکو با تولید مواد غذایی بالقوه تقریباً در چهار میلیون هکتار از اراضی کشاورزی جهان برابر با همه باغ های پرتقال یا مزارع موز جهان است.

در کشورهای در حال توسعه افراد سیگاری مبالغی را صرف استعمال دخانیات می کنند که متناسب با درآمدشان نیست و می توانند این مبالغ را برای مواد غذایی، بهداشت، درمان و دیگر نیازها صرف کنند.

صنعت توتون و تنباکو کوشش های خود برای بازاریابی و فروش محصولات را به کشورهای با سیاست های موثر کمتر در سلامت عمومی و منابع کمتر کنترل دخانیات انتقال داده است. سال 2010 حدود 72 درصد مرگ و میر ناشی از بیماری های مرتبط با توتون و تنباکو در کشورهای با درآمد متوسط و پایین خواهد بود.

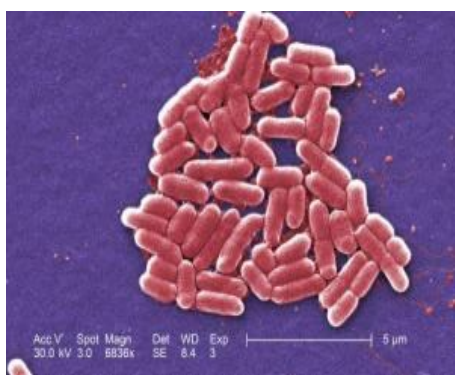
از سال 1960 تولید جهانی توتون و تنباکو در کشورهایی با منابع متوسط و پایین حدود سه برابر افزایش یافته است در حالی که در کشورهایی با منابع زیاد این میزان نصف شده است. فقط در بنگلادش اگر به طور متوسط هر خانوار پولی را که معمولاً برای خرید توتون و تنباکو خرج می کند، برای خرید مواد غذایی صرف کند دیگر بیش از 10 میلیون نفری که از سوء تغذیه رنج می برند، رنجی نخواهند کشید و هر روز 35 کودک زیر 5 سال نجات می یابند.

نسخه به روز شده اطلس توتون و تنباکو به صورت آنلاین در سایت TobaccoAtlas.org موجود می باشد.

Reference: <http://www.sciencedaily.com/releases/2009/08/090825151011.htm>

■ توانایی یادگیری باکتری ها و برنامه ریزی برای آینده

ترجمه: عصمت سعیدی، کارشناس پرستاری مرکز آموزشی درمانی پنج آذر



Reference: MicroRNA In Human Saliva May Help Diagnose Oral Cancer. Available at: <http://www.sciencedaily.com/releases/2009/08/090825150958.htm>.

■ انتظاری رود تا سال 2015، دومیلیون نفر در سال در اثر سرطان های ناشی از توتون و تنباکو از بین بروند.

ترجمه: عطیه شربتی، دانشجوی علوم آزمایشگاهی

بر اساس اطلس توتون و تنباکو، ویرایش سوم، از انتشارات انجمن سرطان آمریکا و بنیاد جهانی ریه، مصرف توتون و تنباکو سالانه حدود 6 میلیون نفر را از بین می برد. یک سوم آنان در اثر سرطان می میرند. آمریکا سالانه حدود 500 میلیارد دلار از اقتصاد جهانی را خرج می کند. در اجلاس جهانی سرطان Live strong نشان داده شد چگونه توتون و تنباکو هم ویرانگر سلامت و هم اقتصاد جهانی است و در کشورهایی با منابع متوسط و پایین ویرانگر مسیر پیشرفت و نتایج کنترل تنباکو می باشد.

تا شش سال آینده 2/1 میلیون مرگ و میر سالانه ناشی از سرطان را می توان به توتون و تنباکو نسبت داد و تا سال 2030 حدود 83 درصد این مرگ و میر در کشورهایی با درآمد متوسط و پایین رخ خواهد داد. عامل منحصر به فرد در عوامل ایجاد کننده سرطان، توتون و تنباکو است که به طور کامل با سیاست های عمومی قابل پیشگیری است. اقدامات عمده شامل مالیات بر دخانیات، ممنوعیت تبلیغات و اماکن عمومی آزاد برای سیگار کشیدن، اختراهای موثر بر بسته بندی ها می باشد.

اقتصاد جهانی آمریکا هزینه زیادی بالغ بر پانصد میلیارد دلار را به علت مصرف توتون و تنباکو از دست داده است. این هزینه های اقتصادی حاصل محصول از دست رفته، سوء استفاده از منابع، از دست دادن فرصت های مالیاتی و مرگ زودرس ناشی از مصرف توتون و تنباکو می باشد.

از آنجایی که 25 درصد از افراد سیگاری از بین می روند و بسیاری از آنان طی سال های مفید عمرشان بیمار می شوند، از دست دادن درآمد، خانواده ها و جوامع را ویران می کند. سیگار کالایی قانونی است که به طور گسترده قاچاق می شود. اینکه در سال 2006 حدود 600 میلیارد سیگار قاچاق به بازار فرستاده شده نشان دهنده این است که دولت ها فرصت مالیاتی

سیگنال های محیطی سازگار می کند و توانایی خود را برای بقا بهبود می بخشد. یک محقق تستی برای E.Coli بر پایه آزمایشات پاولف طراحی کرد. وقتی پاولف غذا دادن به سگ ها را بعد از به صدا در آوردن زنگ متوقف کرد پاسخ موقعیتی مورد نظر ناپدید شد تا اینکه آنها ترشح بزاق را متوقف کردند. دانشمندان موارد مشابه ای را در آزمایشگاه های سلولی انجام دادند. در محیطی که حاوی قند اولیه (لاکتوز) که با مالتوز همراه نیست بعد از چندین ماه باکتری ها فعالیت ژن های مالتوز با (طعم لاکتوز) را متوقف کردند. پاسخ های شرطی ژنتیکی ممکن است معنای گسترده ای از سازگاری تکاملی داشته باشد به این معنی که شانس بقا بسیاری از ارگانیسم ها را افزایش می دهد. یکی از این موارد در سلول های ارگانیسم های پیشرفته مانند انسان رخ می دهد.

Reference: Scientists Show Bacteria Can 'Learn' And Plan Ahead. ScienceDaily. Retrieved September 19, 2009, from <http://www.sciencedaily.com/releases/2009/06/090617131400.htm>

■ ژل واژینال ضد ایدز ایمن و پایدار است؛ مرحله اول مطالعه

ترجمه: نوشین کاشفی، دانشجوی مامایی

استفاده از ژل میکروب کش مهلی منجر به اثر پایدار محافظتی تا 24 ساعت بعد بدون هیچگونه عوارض جانبی شد. این نتایج در بیمارستانی در پیتزبرگ گزارش شد. در مرحله یک کارآزمایی بالینی UC-781¹ شصت زن سالم به صورت تصادفی و یک گروه هم تحت درمان با دارونما یا پلاسبو مورد مطالعه قرار گرفتند. UC-781 از نسل جدید داروهایی است که در درمان ایدز بکار می رود. متوسط سن زنان 26 سال بوده است. به مدت 2، 4 و 8 ساعت از این ژل استفاده کردند. قبل از استفاده از ژل توسط پزشک معاینه و دوز ژل مهلی تعیین و سپس از آنها خواسته شد تا در بخش تحقیقات برای مدت تعیین شده باقی بمانند و بعد از آن با استفاده از لواز سرویکوواژینال و سوآپ های مهلی نمونه ها جمع آوری شد. زنان یک روز بعد، یک هفته بعد و یک ماه بعد برای پیگیری بازگشتند. دستگاه ادراری تناسلی با معاینه لگن و علائم، تغییرات میکروسکوپی و ژنیتال با کولپوسکوپی، ایمنی سیستماتیک با شرح حال و پارامترهای آزمایشگاهی بررسی و

طبق تحقیقات جدید یک مرکز علمی باکتری ها می توانند حوادث آینده را پیش بینی و خود را برای آن آماده نمایند. این یافته ها نشان می دهد شبکه ژنتیکی این میکرو ارگانیسم ها می تواند حوادث را در یک توالی پیش بینی و شروع به پاسخی برای وضعیت جدید نماید. برای مثال باکتری "E.Coli" که به طور طبیعی باکتری بخش تحتانی دستگاه گوارش است را با شماری از محیط های متفاوت مواجه کردند. لاکتوز (یک نوع قند) به طور ثابت با قند دومی به نام مالتوز همراه می باشد. دو محقق بعد از بررسی پاسخ ژنتیکی باکتری با لاکتوز دریافتند وقتی که آنها نوع قند را تغییر می دهند علاوه بر ژن هایی که قادرند لاکتوز را هضم کنند، شبکه ژن به طور نسبی برای استفاده از مالتوز فعال می شود. ابتدا به باکتری مالتوز دادند، فعالیت مشابه ای از ژن لاکتوز وجود نداشت. این امر دال بر آن است که باکتری ها به طور طبیعی یاد گرفتند که برای خوردن مالتوز بعد از خوردن لاکتوز به عنوان اشتها آور آماده شوند. از دیگر میکرو ارگانیسم هایی که تغییرات مستمری را تجربه می کند مخمر آبجو است. به عنوان مثال فرایند تخمیر، تغییر سطح قند و سطح اسیدی، افزایش سطح الکل و گرمای محیط تخمیر. اگر چه این سیستم تا اندازه ای پیچیده تر از E.Coli است. وقتی که مخمر احساس گرما می کند فعالیت ژنی آنها برای تقسیم شدن همراه با تحریک برای آغاز مرحله بعدی شروع می شود. سایر آنالیزها نشان داد این پیش بینی و پاسخ سریع یک سازگاری برای تکامل تدریجی و افزایش شانس بقای ارگانیسم است. ایوان پاولف اولین کسی بود که در سال 1980 طی آزمایشی در سگ ها این پیش بینی تطابقی را به عنوان پاسخ موقعیتی توصیف کرد. او ترشح بزاق در سگ ها را در پاسخ به محرک با تکرار به صدا در آوردن زنگ قبل از غذا آزمایش کرد. در میکرو ارگانیسم ها سیر تکامل در بسیاری از نسل ها جایگزین یادگیری موقعیتی شده است اما در نهایت هر دو تکامل و یادگیری مشابه هستند. ارگانیسم پاسخ های خود را برای

¹ non-nucleoside reverse transcription inhibitor

■ AM80، مالتیل اسکروزیس را در مراحل اولیه در موش ها متوقف می کند.

ترجمه: حبیب عظیمی، دانشجوی پزشکی

محققان به سرپرستی دکتر تاکاهاشی یامامورا و دکتر شینجی اکی در انجمن ملی نوروساینس در توکیو، ژاپن دریافتند که ترکیب رتینوئید AM80 در درمان علائم اولیه مالتیل اسکروزیس در نمونه موش، تاثیر گذار است.

مالتیل اسکروزیس بیماری است که در نتیجه حمله سیستم ایمنی به سیستم عصبی مرکزی ایجاد میشود و موجب قطع ارتباطات بین سلول های عصبی در مغز و نخاع می گردد. نوع معینی از سلول ایمنی، سلول های TH17، نقش بیماری زایی در مالتیل اسکروزیس و دیگر بیماری های خود ایمنی دارند. کلنن، به وسیله مدل موش مبتلا به مالتیل اسکروزیس دریافت که AM80، مولکول ترکیبی مشتق از ویتامین A، از عملکرد سلول های TH17 جلوگیری می کند بدون این که موجب سرکوب ایمنی عمومی شود. درمان با AM80 در جلوگیری از علائم اولیه در مالتیل اسکروزیس در مدل موش موثر بود، حتی پس از اینکه بیماری شروع شده باشد، ولی این ترکیب نتوانست از علائم مزمن ممانعت کند.

دکتر یامامورا و اکی و همکاران به این نتیجه رسیدند که درمان با AM80، درمان مداخله ای مهمی برای فاز حاد بیماری های خود ایمنی که با TH17 ایجاد می شوند، مثل مولتی پل اسکروزیس است.

Reference: <http://www.sciencedaily.com/releases/2009/05/090522081203.htm>.

■ مطالعات نشان می دهد که دود سیگار می تواند از ایجاد حساسیت جلوگیری کند.

ترجمه: حبیب عظیمی، دانشجوی پزشکی

هر کسی می داند که کشیدن سیگار می تواند موجب مرگ شود، ولی تحقیق جدید نشان می دهد که این کار ممکن است موجب بهبود حساسیت شود. مطالعه در مورد ماست سل های موش نشان می دهد که دود سیگار از طریق کاهش دادن عکس العمل سلول های ایمنی به آلرژن ها، از ایجاد حساسیت جلوگیری می کند.

فلور واژینال نیز شمارش و سائتو کین های سرویکس اندازه گیری شدند. در این طرح تلاش آن بوده است تا راه حلی برای اندازه گیری مقاومت داروهای بکار برده شده واژینالی که انتظار جذب آن نمی رود کشف شود. سطح پلاسمایی دارو بلافاصله بعد از مدت مشخصی از مواجهه و یک روز بعد از آن و سطح دارویی در لاواژ سرویکو واژینال و نمونه های سوآب واژینال اندازه گیری شد. بعد از 24 ساعت مواجهه، دو تن از بیماران سطح قابل شناسایی از UC-781 در پلاسمایی خون داشتند اما در هر دو بیمار مقادیر در زیر حد تعریف شده بوده است. هشت ساعت پس از درمان 100 درصد خانم ها سطوح قابل شناسایی را در نمونه های لاواژ سرویکال و 90 درصد سطوح قابل شناسایی را در نمونه های سوآپ واژن داشتند و بعد از 24 ساعت پس از تماس، 93 درصد میزان قابل شناسایی را در نمونه های دومین لاواژ سرویکال داشتند.

Reference: Johnson K. Anti-HIV Vaginal Gel Safe and Persistent: Phase I Study August 21, 2009. Available at: <http://www.mdconsult.com/das/news/body/156974587-2/mnfp/0/211438/1.html?pos=<lt=W&date=week&specialty=true>

■ درمان سرطان با باکتری های کپک دوست اقیانوس

ترجمه: دکتر اکرم ثناگو

دانشمندان علوم زیستی ژن هایی یک باکتری به نام سالینیسپورا تروپیکا¹ را شناسایی نموده اند که ترکیبات ضد سرطان تولید می کند و در اقیانوس، در بخش هایی از باهاماس، یافت می شود. این فراورده سالینوسپرامید نامیده می شود. برای درمان سرطان استخوان به نام مولتیل میلوما و همچنین تومورهای سفت موثر است. بیش از 1/4 میلیون آمریکایی هر سال دچار سرطان می شوند و بیش از پانصد هزار نفرشان از بین می روند. اما اکنون دانشمندان اسلحه ای برای مقابله با آن یافته اند.

Reference: Cancer Killer Found In The Ocean. Marine Biotechnologists Treat Cancer With Mud-loving Ocean Bacteria. Available at: http://www.sciencedaily.com/videos/2007/1107cancer_killer_found_in_the_ocean.htm.

¹ Salinispora tropica

ماست سل هایی که در این مطالعه مورد استفاده قرار گرفت، از موش ها گرفته شده بودند، اما این طور به نظر می آید که همان تاثیر ضد آلرژی در مورد انسان ها نیز صادق باشد. حال آنکه کشیدن سیگار برای درمان حساسیت کاری غیر عاقلانه است، توماس اینطور نتیجه گیری کرد که یافته هایی که در این مطالعه عرضه شد " در مورد کاهش پاسخ آلژیک در استعمال کنندگان دخانیات سازگار است."

Reference: <http://www.sciencedaily.com/releases/200/05/090514111406.htm>

سیگار کشیدن موجب سرطان ریه و بیماری ریوی می شود و حتی چگونگی مقابله بدن در مقابل عفونت ها را تحت تاثیر قرار می دهد. کشیدن سیگار با همه ی تاثیرات مضرش، دارای فایده ای حیرت آور است: سیگار می تواند از استعمال کننده ها در مقابل انواع معینی از حساسیت ها، محافظت کند. مطالعه ای که توسط نیل توماس، عضو هیات علمی و متخصص راهنما در زمینه طب تنفسی صورت گرفت، نشان می دهد که دود سیگار پاسخ آلژیک را از طریق جلوگیری از فعالیت ماست سل ها که بیشترین نقش را در پاسخ سیستم ایمنی به آلرژن ها دارند، کاهش می دهد.

محققان دانشگاه اوترخت در هلند دریافتند که درمان ماست سل ها با دود سیگار، از آزاد شدن پروتئین های القاء کنندگی التهاب در پاسخ به آلرژن جلوگیری می کند، بدون اینکه بر عملکرد ایمنی دیگر ماست سل ها تاثیری بگذارد.

چکیده پایان نامه

بررسی پلی مورفیسم جایگاه 2633 ژن Olig 1 در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس - افراد سالم ترکمن و غیر ترکمن

مهدی تمسکینی زاهدی*، دکتر مجید شهبازی**، دکتر حمید عبادی***، دکتر عباسعلی کشکار****
* دانشجوی پزشکی، ** دکترای ژنتیک، *** متخصص بیماری های مغز و اعصاب، **** دکترای اپیدمیولوژی

یافته ها: در جمعیت غیر ترکمن نسبت آلل C به آلل T در افراد سالم بیشتر از مبتلایان به مولتیپل اسکروزیس بود. همچنین 45 بیمار (34/9%) ژنوتیپ T/T داشتند که به طور معنی داری بیش از مبتلایان به مولتیپل اسکروزیس بود. ارتباط معنی داری بین آللها و ژنوتیپ ها در میان افراد ترکمن نبود. ژنوتیپ C/C در افراد ترکمن به طور معنی داری از افراد غیر ترکمن شایعتر بود. مولتیپل اسکروزیس به طور معنی داری در افراد ترکمن ناشایع تر از افراد غیر ترکمن بود. بدون در نظر گرفتن قومیت آلل C در میان افراد مبتلا به مولتیپل اسکروزیس نسبت به افراد سالم ناشایعتر بود. علاوه بر این ژنوتیپ C/C در میان افراد مبتلا به مولتیپل اسکروزیس ناشایعتر بود.

نتیجه گیری: آلل C می تواند یک عامل بازدارنده برای ابتلا به مولتیپل اسکروزیس باشد. ژنوتیپ T/T می تواند یک عامل مستعد کننده برای ابتلا به مولتیپل اسکروزیس در میان افراد غیر ترکمن باشد. قومیت ترکمن می تواند یک عامل بازدارنده برای ابتلا به مولتیپل اسکروزیس باشد و شیوع بالاتر ژنوتیپ C/C در این قومیت می تواند دلیل این امر باشد.

کلید واژه ها: ژن Olig 1، پلی مورفیسم، مولتیپل اسکروزیس

زمینه و هدف: با توجه به مطالعات گذشته این سوال مطرح می گردد که آیا واریانهای ژنتیکی ژن Olig 1 ظرفیت بازسازی میلین را تحت تاثیر قرار داده و باعث افزایش استعداد تخریب میلین می گردد یا خیر؟ نشان داده شده است که مارکر rs7278735 در جایگاه 2633 ژن Olig 1 دارای ارتباط معنی دار از نظر آماری با افزایش استعداد ابتلا به مولتیپل اسکروزیس می باشد. به همین علت ما به بررسی پلی مورفیسم جایگاه 2633 ژن Olig 1 در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس - افراد سالم ترکمن و غیر ترکمن پرداختیم.

روش بررسی: ما طی یک مطالعه مورد - شاهدی به بررسی واریانهای ژنتیکی مارکر rs7278735 در جایگاه 2633 ژن Olig 1 در 130 فرد مبتلا به مولتیپل اسکروزیس غیر ترکمن - 2 فرد مبتلا به مولتیپل اسکروزیس ترکمن - 101 فرد سالم غیر ترکمن و 48 فرد سالم ترکمن پرداختیم. پس از استخراج DNA و آماده کردن نمونه های حاوی DNA و TaqMan Genotyping Master Mix - نمونه ها توسط سیستم PCR Real-Time 7500 تکثیر شدند. آنالیز نمونه های تکثیر شده توسط نرم افزار 1.4.0SDS v و آنالیز آماری توسط نرم افزارهای STATA و SPSS 16 انجام شد.

چکیده پایان نامه

بررسی تاثیر تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی در پیش گیری از عفونت محل جراحی در اعمال جراحی تمیز

نسیم موحدی*، دکتر فرهاد ناد علی**، مهندس ناصر بهنام پور***
* دانشجوی پزشکی، ** متخصص جراحی عمومی، *** کارشناس ارشد آمار

بودند که هیچ آنتی بیوتیکی دریافت نمی کردند. سپس از نظر عفونت محل جراحی، تا مدت 30 روز پس از جراحی، مورد پیگیری قرار می گرفتند.

یافته ها: 7 درصد دچار عفونت محل جراحی شدند. میزان بروز SSI در گروهی که آنتی بیوتیک پروفیلاکسی دریافت کرده بودند 5/3 و در گروه شاهد 8/8 درصد بود. خطر ابتلا به SSI در افرادی که آنتی بیوتیک دریافت نکرده بودند، 1/67 برابر کسانی بود که آنتی بیوتیک دریافت کرده بودند اما این تفاوت از نظر آماری معنادار نبود.

(%95 CI 0/418-6/648) P Value=0/46

بروز عفونت محل جراحی با سن بیمار، مدت بستری قبل و بعد از جراحی و نمره ASA ارتباط معناداری از نظر آماری داشت، اما بین بروز SSI با جنسیت و BMI بیماران ارتباطی وجود نداشت.

نتیجه گیری: در این مطالعه مصرف آنتی بیوتیک پروفیلاکسی تاثیری در پیشگیری از عفونت محل جراحی در جراحی های تمیز کم ریسک نداشت.

کلید واژه ها: عفونت محل جراحی، آنتی بیوتیک، پروفیلاکسی، اعمال جراحی تمیز

زمینه و هدف: عفونت های محل جراحی شایع ترین عفونت بیمارستانی در بیماران جراحی در جوامع آمریکایی است. از روش های پیشگیری از آن، استفاده از آنتی بیوتیک ها می باشد اما نقش آنتی بیوتیک پروفیلاکسی در پیش گیری از عفونت محل جراحی در اعمال جراحی تمیز، مورد اختلاف است. با در نظر گرفتن لزوم استفاده مناسب از آنتی بیوتیک ها و مشکلاتی که بدنبال مصرف نامناسب آنها ایجاد می شود، ضرورت بررسی دقیق تر نقش آنتی بیوتیک ها در این دسته از اعمال جراحی مشخص می شود. در نتیجه به منظور بررسی تاثیر تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی در پیشگیری از عفونت محل جراحی در اعمال جراحی تمیز مطالعه حاضر انجام شده است.

روش بررسی: بیماران مورد مطالعه افرادی بودند که تحت اعمال جراحی تمیز در بیمارستان پنجم آذر گرگان قرار می گرفتند و معیارهای ورود به مطالعه را داشتند. آنها به صورت تصادفی در گروه مورد یا مقایسه (هر گروه شامل 57 بیمار) قرار می گرفتند. گروه مورد بیمارانی بودند که یک گرم سفازولین داخل وریدی حداکثر تا 60 دقیقه قبل از ایجاد انسزیون جراحی دریافت می کردند و گروه مقایسه بیمارانی

چکیده پایان نامه

بررسی شاخصهای عملکرد تیروئید در بیماران بستری شده در بخش روانپزشکی بیمارستان 5 آذر گرگان طی سال 1387

ریحانه حجی پور*، دکتر هادی سالاری**، مهندس محمد رضا قنبری***
* دانشجوی پزشکی، ** متخصص روانپزشکی، *** کارشناس ارشد حشره شناسی

زمینه و هدف: ارتباط بین عملکرد تیروئید و بیماریهای روانپزشکی از مدتها پیش مورد بحث و تبادل نظر دانشمندان بوده است. مطالعات مختلف نتایج گوناگونی از این ارتباط نشان داده اند. به منظور روشن نمودن این مساله ما به بررسی ارتباط بین عملکرد تیروئید و اختلالات روانپزشکی پرداختیم. **روش بررسی:** این تحقیق یک مطالعه توصیفی - تحلیلی گذشته نگر است که به بررسی بیماران بستری در بخش روانپزشکی بیمارستان پنجم آذر گرگان از نظر شاخص های عملکرد تیروئید پرداخته است. پس از لحاظ معیارهای ورود و خروج از مطالعه در نهایت 700 بیمار (423 مرد و 273 زن) مورد مطالعه قرار گرفتند. بیماران به سه گروه با تشخیص اختلال افسردگی، اختلال دو قطبی و اختلالات سایکوتیک تقسیم شدند. میزان شیوع اختلالات عملکرد تیروئید در این گروهها مورد بررسی قرار گرفت. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS 16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: در گروه بیماران افسرده شیوع تیروئیدی - هایپرتیروئیدی تحت بالینی - سندرم یوتیروئید بیمار Sick Euthyroid Syndrom - هایپوتیروئیدی تحت بالینی و اختلال غیر اختصاصی عملکرد تیروئید به ترتیب 68/6، 4/5، 9/2، 3/4 و 14/3 درصد گزارش شد. در گروه بیماران دو

قطبی شیوع یوتیروئیدی، هایپرتیروئیدی تحت بالینی، SES، هایپوتیروئیدی تحت بالینی و اختلال غیر اختصاصی عملکرد تیروئید به ترتیب 58/6، 2/7، 6/3، 8/1 و 24/3 درصد بود. همچنین در گروه بیماران سایکوتیک شیوع یوتیروئیدی، هایپرتیروئیدی تحت بالینی، SES، هایپوتیروئیدی تحت بالینی و اختلال غیر اختصاصی عملکرد تیروئید به ترتیب 66/8، 3، 4/3، 2/58 و 23/2 درصد گزارش گردید. اختلالات تیروئیدی در بین سه گروه اختلافات معنی داری با هم نداشتند.

نتیجه گیری: بر اساس یافته های این مطالعه اکثر بیماران مورد بررسی در سه گروه یوتیروئید بودند اما به دلیل معنی دار شدن اختلالات تیروئید در این بیماران (SES در اختلالات سایکوتیک و افسردگی و هایپوتیروئیدی تحت بالینی در افسردگی اختلاف آماری معنی داری داشت). لذا بررسی شاخص های عملکرد تیروئید در همه بیماران روانپزشکی بستری و سرپایی مراجعه کننده به درمانگاه مقرون به صرفه و ضروری به نظر می رسد.

کلید واژه ها: اختلالات تیروئیدی، اختلال افسردگی اساسی، اختلال دو قطبی، اختلالات سایکوتیک