



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گلستان

معاونت پژوهشی

فراز

فصلنامه پژوهشی کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی گلستان

پاییز و زمستان ۱۳۸۶ ، دوره ۸ ، شماره ۲ (پی درپی ۱۶)

صاحب امتیاز و ناشر : معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی گرگان

مدیر مسؤول : دکتر عباسعلی کشتکار

مسؤول کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه : دکتر لیلا جویباری

سر دبیران : حبیبه شیرمحمدلی (دانشجوی پزشکی) و دکتر لیلا جویباری

مدیر روابط عمومی : محسن جام شیر (دانشجوی پزشکی)

مدیر اجرایی : پیام سرمدی (دانشجوی پزشکی)

همکاران این شماره (به ترتیب حروف الفباء)

- | | | | |
|----------------------------|-----------------------|------------------------------|------------------------|
| • کریم آقازکالی | • سولماز جنتی عطائی | • شراره ضیغمی محمدی | • زهرا محمدی |
| • مهسا بشارت | • مریم چهره گشا | • راضیه طالبی | • حیدر مختاری |
| • دکتر سیمابشارت | • ندا رنجبرپور | • کبری علی نژاد | • بیژن مقیمی دهکردی |
| • مریم بنی صفار | • دکتر غلامرضا روشندل | • فاطمه علیزاده | • هانیه سادات میرکریمی |
| • مونا پورابوک | • پیام سرمدی | • دکتر پرستو کریمی علی آبادی | • حامد نادری |
| • دکتر سید ضیاءالدین تابعی | • مهدیه شجاع | • مهسا مجیدیان | • محمد نوین نصرالهی |
| • مونا تفرشی | • حبیبه شیرمحمدلی | • رضا محمدی | |
| • محسن جام شیر | • آزاده صفایی | • گلناز محمدی | |

با سپاس از اساتید محترم (به ترتیب حروف الفباء)

- | | | |
|-------------------------|------------------------|------------------------|
| • دکتر رامین آذرهوش | • لیلا پاداش | • مهندس محمدرضا ربیعی |
| • دکتر نازیلا البرزی | • دکتر افسانه تابنده | • دکتر بهروز قاضی مقدم |
| • دکتر تقی امیریانی | • دکتر صادق علی تازیکی | • دکتر عبدالوهاب مرادی |
| • دکتر حمیدرضا بذرافشان | • دکتر اکرم تناکو | • دکتر باقر نیکیار |
| • مهندس ناصر بهنام پور | • دکتر لیلا جویباری | |

ویراستاری فارسی و صفحه آرایی: لاله شریفی

طراحی روی جلد: محمدرضا مخبریان

خبر پشت جلد: پیام سرمدی

چاپ: شگفت - نشانی: گرگان، خیابان شهداء، روبروی بانک سپه

شمارگان: ۵۰۰ نسخه

تلفن: ۴۴۲۱۶۵۳ - ۰۱۷۱ (داخلی ۲۵۶)، نمابر: ۴۴۲۱۶۵۷

نشانی وب سایت دانشگاه: www.goums.ac.ir

پست الکترونیکی فراز: golestan.src@gmail.com

نشانی پستی: گرگان، کیلومتر ۲ جاده گرگان به ساری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گلستان

(بنیاد فلسفی)، معاونت پژوهشی، کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه

راهنمای نگارش مقالات

مجله فراز، نشریه علمی کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گلستان می‌باشد. از دانشجویان و محققین محترمی که تمایل دارند، مقاله خود را برای چاپ به این مجله ارسال دارند، دعوت می‌گردد 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، یافته‌ها، بحث، نتیجه‌گیری و تشکر و قدردانی ارسال گردد. خلاصه مقاله باید حداکثر ۲۵۰ کلمه بوده و به تفکیک حاوی قسمت‌های زمینه و هدف، روش بررسی، یافته‌ها، نتیجه‌گیری و کلیدواژه‌ها باشد.

- مقاله بایستی در یک طرف کاغذ به قطع A4 و به فاصله ۲ سانتی‌متر از طرفین کاغذ، یک خط در میان به وسیله نرم‌افزار Word تحت ویندوز با رعایت کامل اصول آئین نگارش فارسی تایپ شوند. ارسال فلاپی دیسک حاوی فایل مقاله الزامی است.

- تصاویر ارسالی وضوح مناسبی داشته باشند.

- منابع به ترتیب اشاره در متن شماره‌گذاری 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 مجله‌ای به زبان فارسی و انگلیسی چاپ شده باشند. در صورتی که مقاله قبلاً در کنفرانس‌های 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 می‌باشد.

- 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 ۲۰۰۷ به بعد مورد پذیرش چاپ قرار می‌گیرد.

- نویسندگان علاوه بر ارسال پستی، می‌توانند مطالب خود را به پست الکترونیکی مجله نیز ارسال نمایند.

نشانی مجله فراز :

گرگان - کیلومتر ۲ جاده گرگان به ساری - دانشگاه علوم پزشکی گلستان (بنیاد فلسفی)

معاونت پژوهشی - کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه

تلفن: ۴۴۲۱۶۵۳ - ۰۱۷۱ داخلي ۲۵۶، نمابر: ۴۴۲۱۶۵۷

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

فهرست مطالب

پاییز و زمستان ۱۳۸۶ ، دوره ۸ ، شماره ۲ (پی در پی ۱۶)

صفحه

عنوان

مقالات پژوهشی

- برازش مدل‌های کاکس و رگرسیون لجستیک بر داده‌های بقا در سرطان معده ۱
- بیژن مقیمی دهکردی ، آزاده صفایی ، دکتر سید ضیاءالدین تابعی
- بررسی علائم دموگرافیک و بالینی در بیماران کولیت اولسراتیو مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی پنج آذر گرگان در سال ۱۳۸۶ ۸
- مهسا مجیدیان ، دکتر رامین آذرهوش ، دکتر تقی امیریانی
- عوارض بعد از سزارین در ترخیص ۲۴ ساعته و ۴۸ ساعته ۱۳
- محمد نوین نصرالهی ، دکتر افسانه تابنده ، دکتر عبدالوهاب مرادی
- بررسی عوامل مرتبط برنگرش به پژوهش از دیدگاه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گرگان (۱۳۸۵) ۱۹
- رضا محمدی ، راضیه طالبی ، لیلا پاداش ، دکتر لیلا جویباری ، دکتر اکرم ثناگو ، مهندس ناصر بهنام پور
- فراوانی هلیکوباکتر پیلوری در مراجعین به غرفه مرکز تحقیقات گوارش و کبد گلستان در هفته پژوهش سال ۱۳۸۵ ۲۸
- مهسا بشارت ، هانیه سادات میرکریمی ، دکتر سیما بشارت ، دکتر غلامرضا روشندل
- طب عامیانه مردم روستای ایمر محمدقلی گنبد در زمینه مادر و نوزاد ۳۳
- گلناز محمدی ، دکتر لیلا جویباری ، دکتر اکرم ثناگو

گزارش مورد

- سل دستگاه ادراری تناسلی ۳۷
- حامد نادری ، دکتر بهروز قاضی مقدم
- معرفی یک مورد ۴۱
- کریم آق ارکاکلی ، دکتر باقر نیکیار

مروری

- به کارگیری پالس اکسیمتری به عنوان یک روش غربالگری مفید در شناسایی بیماری‌های مادرزادی قلبی (CHD) در نوزادان با ظاهر سالم ۴۳
- شراره ضیغمی محمدی
- مامایی مبتنی بر شواهد: راهکاری برای افزایش دانش و عملکرد و کارایی ۴۷
- مهدیه شجاع ، دکتر اکرم ثناگو ، دکتر لیلا جویباری
- راحتی بیشتر در زایمان با استفاده از روش Upright ۵۰
- ندا رنجبرپور ، کبری علی نژاد ، دکتر لیلا جویباری ، دکتر اکرم ثناگو

گردآوری

- کتابخانه‌های استان گلستان ۵۴
- مریم بنی صفار ، حیدرمختاری
- سلول‌های بنیادی یاریگر سلول‌های قلبی از پا افتاده ۵۸
- سولماز جنتی عطائی ، دکتر نازیلا البرزی
- بیماری کلیه پلی کیستیک (PKD) ۶۲
- محسن جام شیر
- آسیب‌های چشمی در ورزش ۶۵
- مهسا بشارت

فهرست مطالب

پاییز و زمستان ۱۳۸۶ ، دوره ۸ ، شماره ۲ (پی در پی ۱۶)

عنوان	صفحه
ترجمه	
■ زنجبیل.....	۶۷
● مونا تفرشی	
■ آسکاریس.....	۶۹
● پیام سرمدی	
■ تیروئید زبانی.....	۷۰
● پیام سرمدی	
■ کاربرد نانوتکنولوژی در صنایع غذایی.....	۷۱
● لیلا پاداش ، دکتر اکرم ثناگو	
■ آنتی بادی ها خبر از دیابت نوع I می دهند.....	۷۴
● حبیبه شیرمحمدلی، دکتر حمیدرضا بذرافشان	
■ سندرم وست.....	۷۵
● مریم چهره گشا	
■ معرفی یک مورد.....	۷۷
● زهرا محمدی ، دکتر اکرم ثناگو	
معرفی مرکز	
■ معرفی مرکز قلب و عروق.....	۷۹
● مونا پورابوک ، فاطمه علیزاده	
آموزش	
■ آموزش روش تحقیق (۲).....	۸۱
● مهندس ناصر بهنام پور	
■ تازه ها.....	۸۴
■ اخبار جاری دانشگاه.....	۸۶
چکیده پایان نامه	
■ بررسی توزیع فراوانی نوزادان با وزن کم موقع تولد و برخی عوامل مرتبط با آن در مرکز آموزشی – درمانی دزیانی گرگان در شش ماهه دوم سال ۱۳۸۲.....	۸۹
● دکتر پرستو کریمی علی آبادی ، دکتر افسانه تابنده ، مهندس ناصر بهنام پور	
■ بررسی وضعیت سلامت روان دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گلستان در سال ۱۳۸۲.....	۹۰
● دکتر سیما بشارت، دکتر صادق علی تازیکی، مهندس محمدرضا ربیعی	

چرا به دنبال تحقیقات دانشجویی هستیم ؟

- آیا می‌خواهیم با عنوان آنها خوش باشیم؟
- بازخوانی وظایف و رسالت و چشم‌اندازهای کمیته‌های تحقیقات دانشجویی ضروری است تا بدانیم چه کار انجام می‌دهیم.
- تحقیقات دانشجویی هم برای امروز و هم برای فردای ما مهم است. تحقیقات در ارتقای آموزش نقش دارد.
- دانشجویانی که آموزش و پژوهش را با هم دارند، اثر قوی‌تری به جای می‌گذارند.
- حتی پژوهش در غیر آموزش هم باعث ارتقای آموزش می‌شود.
- سوال در ذهن به وجود می‌آید و برای حل این سوال حرکت می‌کنند و تلاش می‌کنند. اینها آموزش را به صورت فعال یاد می‌گیرند.
- غیر از این پژوهش می‌تواند برای ایجاد نشاط در محیط‌های آموزشی ما موثر باشد. آمد و رفت منفعل در سرکلاس و دریافت مطالب تا جایی که زمانشان را با تحقیق پرمی‌کنند، نشاط ایجاد می‌کند.
- ارتباط پژوهشی با اساتید کمک می‌کند تا همدلی بیشتری را در آموزش داشته باشیم.
- ارتباط استاد - دانشجو به ارتباط دو همکار تبدیل می‌شود.

بخش‌هایی از سخنان جناب آقای دکتر باقری لنگرانی

در همایش سالیانه دانشجویان علوم پزشکی، مشهد ۵ خرداد ۱۳۸۷

امروز نه آغاز و نه انجام جهان است

ای بس غم و شادی که پس پرده نهان است

گر مرد رهی، غم مخور از دوری و دیری

دانی که رسیدن، هنر گام زمان است

آبی که برآسود، زمینش بخورد زود

دریا شود آن رود که پیوسته روان است

باشد که یکی هم به نشانه بنشیند

بس تیر که در چله این کهنه کمان است

از راه مرو سایه که آن گوهر مقصود

گنجی است که اندر قدم راهروان است

«سایه»

مقاله پژوهشی

برازش مدل های کاکس و رگرسیون لجستیک بر داده های بقا در سرطان معده

چکیده

زمینه و هدف: سرطان معده علی رغم کاهش شیوع در کشورهای صنعتی، هنوز هم به عنوان یکی از سرطان های شایع در دنیا باقی مانده است. از آنجایی که سرطان معده اغلب تا مراحل بالا تشخیص داده نمی شود، میزان های بقاء بیماران نسبتاً پایین است. مطالعه حاضر با هدف مقایسه مدل های پارامتری و ناپارامتری برای تعیین پیش آگهی بیماران مبتلا به سرطان معده انجام شد.

روش بررسی: کلیه مبتلایان به سرطان معده ثبت شده در مرکز ثبت تومور استان فارس، مورد بررسی قرار گرفتند. اطلاعات مربوطه از طرق مختلف حاصل شد. تمامی بیماران تا پایان سال ۱۳۸۴ پیگیری شدند و زمان بقاء بیماران برحسب ماه محاسبه گردید. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از مدل کاکس و مدل رگرسیون لجستیک و با استفاده از نرم افزار SPSS صورت پذیرفت.

یافته ها: از مجموع ۴۴۲ بیمار، ۶۸/۶ درصد مذکر بودند. در پایان مطالعه ۲۶۶ نفر (۶۰/۲ درصد) فوت کرده بودند. میانگین سن در زمان تشخیص $58/4 \pm 14/46$ سال به دست آمد. همچنین میانگین زمان بقاء $26/49$ سال حاصل شد. در تحلیل چندمتغیره براساس مدل کاکس، سن تشخیص بیماری، درجه تمایز یافتگی تومور و متاستاز تومور متغیرهای مؤثر بر بقا شناخته شدند. این متغیرها در مدل رگرسیون لجستیک نیز رابطه معنی داری با بقا نشان دادند.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج این مطالعه سن تشخیص بیماری، درجه تومور و متاستاز به عنوان مهم ترین عوامل مؤثر بر بقاء در بیماران مبتلا به سرطان معده شناخته شدند. پیشنهاد می گردد به منظور افزایش بقاء این بیماران، اقدامات لازم برعوامل ذکر شده متمرکز گردد.

کلید واژه ها: سرطان معده، پیش آگهی، مدل مخاطره متناسب کاکس، مدل رگرسیون

لجستیک، استان فارس

بیژن مقیمی دهکردی

کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، گروه تحقیقات سرطان

مرکز تحقیقات بیماری های گوارش و کبد

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

آزاده صفایی

کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، گروه تحقیقات سرطان

مرکز تحقیقات بیماری های گوارش و کبد

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دکتر سید ضیاءالدین تابعی

استاد گروه پاتولوژی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

ریاست مرکز ثبت تومور استان فارس

نویسنده مسئول: بیژن مقیمی دهکردی

پست الکترونیکی: b_moghimi_de@yahoo.com

مقدمه

با وجود کاهش چشمگیر در بروز و شیوع سرطان معده در کشورهای پیشرفته، اما این بیماری هنوز به عنوان یک سرطان شایع در دنیا به شمار می‌رود (۱). براساس تخمین جهانی بروز سرطان به وسیله انجمن بین‌المللی تحقیقات سرطان در سال ۲۰۰۲، سرطان معده به عنوان یکی از سرطان‌های شایع در دنیا و چهارمین سرطان (۹ درصد کل سرطان‌ها) پس از سرطان ریه، پستان و کولو رکتال و دومین عامل مرگ از سرطان‌ها پس از سرطان ریه می‌باشد. در سال ۲۰۰۲، تعداد موارد جدید سرطان معده ۹۳۴۰۰۰ مورد برآورد شده که شامل ۵۶ درصد در آسیا غربی، ۴۱ درصد در چین و ۱۱ درصد در ژاپن می‌شود. عموماً ۷۰-۶۵ درصد موارد بروز و مرگ سرطان معده در کشورهای کمتر توسعه یافته اتفاق می‌افتد (۲). اطلاعات جدید و به روز در زمینه بقاء سرطان به عنوان یک موضوع مهم برای پزشکان، انکولوژیست‌ها، اپیدمیولوژیست‌ها و سایر افرادی که در قالب تیم و کار گروهی فعالیت می‌کنند، امری بسیار ضروری است (۳).

میزان‌های بقاء به منظور بررسی اثر مداخلات و درمان‌ها در سرطان‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرند (۴) و در نتیجه انجام تجزیه و تحلیل‌ها روی زمان‌های بقاء حاصل می‌شوند (۵). در چند دهه اخیر بسیاری از مطالعات در زمینه بررسی میزان‌های بقاء بیماران مبتلا به سرطان معده صورت پذیرفته است (۱۲-۶). ولی از آنجایی که این بیماری تا مراحل بالا تشخیص داده نمی‌شود، لذا طول عمر بیماران نسبتاً پایین است و تنها درصد کمی از بیماران تا پنج سال یا بیشتر پس از تشخیص بیماریشان زنده می‌مانند (۱۳).

ابداع روش‌هایی برای تجزیه و تحلیل داده‌های بقاء، به عنوان یکی از حیطه‌های علم آمار مطرح می‌باشد و در سال‌های اخیر بیشتر از قبل بدان پرداخته شده است. این امر بدین دلیل است که در بسیاری از موارد پژوهشگران علاقمند به بررسی زمان بقاء تا اتفاق افتادن یک واقعه از قبیل تاریخ انقضاء یک ماده یا

زمان تا مرگ یک بیمار و ... می‌باشند. ولی به هر حال، معمولاً امکان مشاهده زمان دقیق رخ دادن یک واقعه ممکن نیست و تنها یک فاصله زمانی مطرح می‌باشد (۱۴). چنانچه داده‌های سانسور شده (افراد زنده در پایان مطالعه یا گم شده در پیگیری) نباشد، می‌توان با استفاده از مدل رگرسیون لجستیک به آنالیز داده‌های بقاء پرداخت، اما در غیر این صورت به ناچار باید از روش‌های ناپارامتری از قبیل مدل مخاطره متناسب کاکس استفاده کرد و پس از برازش مدل‌های مختلف، این سؤال مطرح است که کدام مدل، بهتر می‌تواند داده‌ها را توصیف کند. هدف از این مطالعه، مقایسه مدل کاکس و مدل رگرسیون لجستیک در بررسی پیش‌آگهی بیماران مبتلا به سرطان معده بود.

روش بررسی

کلیه بیماران مبتلا به سرطان معده، ثبت شده در مرکز ثبت تومور استان فارس در یک دوره زمانی ۵ ساله از ۸۴-۱۳۸۰ مورد بررسی قرار گرفتند. تمامی بیماران تا تاریخ ۱۳۸۴/۱۲/۲۹ (به‌عنوان زمان شکست) پیگیری و اطلاعات بقاء ایشان از طرق مختلف از قبیل تماس تلفنی، اطلاعات مرگ و میر مرکز بهداشت استان فارس، قبرستان شیراز و پرونده پزشکی بیماران به‌دست آمد. کلیه مرگ‌های اتفاق افتاده در این دوره، به علت سرطان معده در نظر گرفته شد و در نهایت زمان بقا برحسب ماه محاسبه گردید.

تحلیل چندمتغیره عوامل مؤثر بر بقاء بیماران با استفاده از دو روش (۱) مدل مخاطره متناسب کاکس (به عنوان روش ناپارامتری) و (۲) مدل رگرسیون لجستیک (به عنوان روش پارامتری) صورت گرفت. کلیه تجزیه و تحلیل‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-13 و با در نظر گرفتن $P < 0.05$ به عنوان سطح معنی‌داری انجام گردید.

یافته‌ها

از ۴۴۲ بیمار مبتلا به سرطان معده، ۳۰۳ نفر مذکر (۶۸/۶ درصد) و ۱۳۹ نفر مؤنث (۳۱/۴ درصد) بودند و نسبت جنسی (مرد به زن) ۲/۱۸ حاصل شد. میانگین سن در زمان

جدول ۱: وضعیت بقا و زمان بقا در بیماران مبتلا به سرطان معده تحت مطالعه

	وضعیت بقا		زمان بقا بر حسب ماه	
	مرگ (درصد)	سانسور شده (درصد)	میانه (CI : ۹۵ درصد)	میانگین (CI : ۹۵ درصد)
مرد	۱۸۵ (۴۱/۹)	۱۱۸ (۲۶/۷)	۱۲/۳۰ (۱۰/۳۲-۱۴/۲۸)	۲۵/۴۵ (۲۰/۳۷-۳۰/۵۲)
زن	۸۳ (۱۸/۳)	۵۸ (۱۳/۱)	۱۵/۶۰ (۱۰/۲۸-۲۰/۹۳)	۲۷/۴۹ (۱۹/۹۵-۳۵/۰۳)
کل	۲۶۸ (۶۰/۲)	۱۷۶ (۳۹/۸)	۱۲/۶۰ (۱۰/۷۶-۱۴/۴۴)	۲۶/۵۰ (۲۲/۹۵-۳۰/۹۰)

جدول ۲: عوامل پیش آگهی کننده بقا در بیماران مبتلا به سرطان معده با استفاده از مدل رگرسیون لجستیک

متغیر	زیر گروه های متغیر	P-value	نسبت شانس (OR)
متاستاز به دوردست	ندارد	-	۱
	دارد	<۰/۰۰۰۱	۲/۸۰
تومور Grade	Well differentiated	-	۱
	Moderately differentiated	۰/۹۵۲	۱/۰۲
	Poorly differentiated	۰/۰۲۵	۱/۹۵
سن تشخیص بیماری	متغیر کمی	۰/۰۰۵	۱/۰۱

جدول ۳: عوامل پیش آگهی کننده بقا در بیماران مبتلا به سرطان معده با استفاده از مدل مخاطره متناسب کاکس

متغیر	زیر گروه های متغیر	P-value	نسبت خطر (HR)	حدود اطمینان ۹۵ درصد	
				حد پائین	حد بالا
متاستاز به دوردست	ندارد	-	۱	-	-
	دارد	۰/۰۰۴	۱/۵۳۳	۱/۱۴۸	۲/۰۴۶
Grade تومور	Well differentiated	-	۱	-	-
	Moderately differentiated	۰/۶۹۰	۱/۰۸۳	۰/۷۳۱	۱/۶۰۵
	Poorly differentiated	۰/۰۱۸	۱/۵۴۷	۱/۰۷۹	۲/۲۱۷
سن تشخیص بیماری (سال)	کمتر از ۴۵	-	۱	-	-
	۴۵-۶۰	۰/۰۱۸	۱/۸۳۸	۱/۱۰۸	۳/۰۴۸
	۶۱-۷۵	۰/۴۷۹	۱/۱۵۳	۰/۷۷۸	۱/۷۰۹
	بیشتر از ۷۶	۰/۲۴۷	۱/۲۸۷	۰/۵۰۷	۱/۱۹۱

تشخیص بیماری ۱۴/۴۶±۵۸/۴ به دست آمد.

بیماران ۲۶۶ نفر (۶۰/۲ درصد) در پایان مطالعه فوت و بقیه

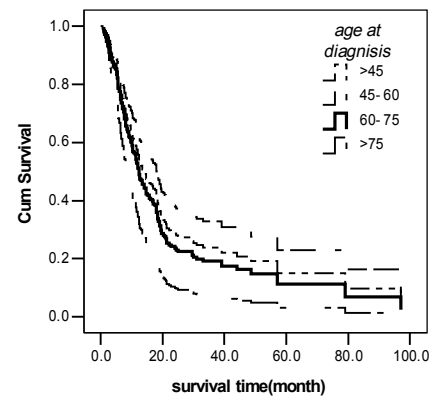
بیماران سانسور شده بودند (جدول ۱).

میانگین و میانه زمان بقا به ترتیب (۲۲/۹۵-۳۰/۹۰) ۲۶/۵۰

و (۱۴/۴۴-۱۰/۷۶) ۱۲/۶ ماه برآورد گردید. از مجموع کل

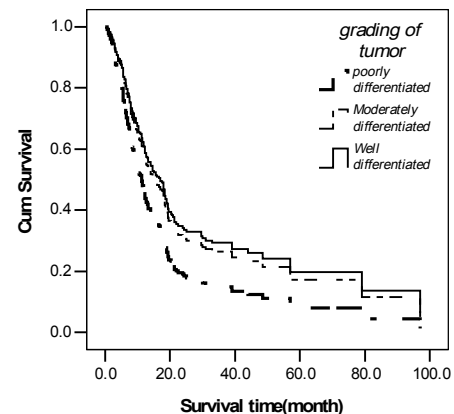
از مجموع ۴۴۲ بیمار تحت بررسی، گزارش درجه تمایز

یافتگی برای ۳۸۳ بیمار در دسترس بود.



نمودار ۱: منحنی تابع بقا در بیماران مبتلا به سرطان معده

برحسب سن تشخیص بیماری با استفاده از مدل مخاطره متناسب کاکس



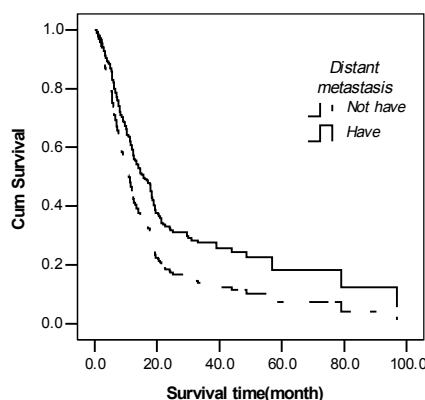
نمودار ۲: منحنی تابع بقا در بیماران مبتلا به سرطان معده

برحسب *grade* تومور با استفاده از مدل مخاطره متناسب کاکس گزارش آسیب شناسی بیماران نشان داد که ۲۶/۶ درصد از تومورها در زمان تشخیص دارای درجه تمایز یافتگی خوب (well differentiated)، ۳۳/۶ درصد با درجه تمایز یافتگی متوسط (moderately differentiated) و بقیه با درجه تمایز یافتگی ضعیف (poorly differentiated) بودند.

براساس تحلیل چندمتغیره توسط روش رگرسیون لجستیک، از میان متغیرهایی که وارد مدل شده بودند، سن تشخیص بیماری، جنسیت، قومیت، محل سکونت، وضعیت تأهل، شغل مردان و زنان، سابقه ابتلا به سرطان در اقوام دور و نزدیک، سابقه ابتلا به بیماری‌های گوارشی، شاخص توده بدنی، مصرف دخانیات، نوع اولین درمان، درجه تمایز یافتگی

تومور، متاستاز به نقاط دیگر و فاصله زمانی اولین علامت تا تشخیص بیماری، تنها سن تشخیص بیماری، متاستاز تومور به نقاط دیگر و *grade* تومور، به عنوان عوامل مؤثر بر پیش آگهی بقا شناخته شدند (جدول ۲). به طوری که در مواردی که تومور متاستاز داشته است، خطر مرگ در این افراد ۲/۸ برابر موارد عدم وجود متاستاز بود. همچنین در افرادی که *grade* تومور در زمان تشخیص در وضعیت Poor یا Moderate بود، خطر مرگ به ترتیب ۱/۹۵ و ۱/۰۲ برابر گروه Well *grade* بود. به ازاء هر یک سال افزایش سن بیمار در زمان تشخیص، خطر مرگ ۱/۰۱ افزایش می‌یابد.

همچنین از میان متغیرهای ذکر شده در بالا (وارد شده در مدل رگرسیون لجستیک)، با استفاده از مدل کاکس متغیرهای ذیل رابطه معنی داری با بقا نشان دادند: سن تشخیص بیماری، متاستاز تومور به نقاط دیگر و *grade* تومور (جدول ۳ و نمودارهای ۱، ۲ و ۳). همان گونه که در جدول ۳ آمده است، افراد با تومور متاستاز یافته خطر مرگ ۱/۵۳ برابر افراد فاقد متاستاز دارند. همچنین بیماران Moderate *grade* و Poor *grade*، به ترتیب ۱/۰۸ و ۱/۵۵ بار بیشتر از گروه Well *grade* خطر مرگ را احساس می‌کردند. گروه‌های سنی ۴۵-۶۰ سال، ۶۱-۷۵ سال و بیشتر از ۷۵ سال به ترتیب ۱/۸۴، ۱/۱۵ و ۱/۲۹ برابر گروه سنی کمتر از ۴۵ سال، در خطر مرگ از سرطان معده بودند.



نمودار ۳: منحنی تابع بقا در بیماران مبتلا به سرطان معده

برحسب متاستاز با استفاده از مدل مخاطره متناسب کاکس

بحث

سرطان معده یکی از علل مهم مرگ در اثر سرطان‌ها می‌باشد و بروز آن در دهه اخیر رو به فزونی گذاشته است (۱۶). پیش‌آگهی این بیماری، خصوصاً در کشورهای صنعتی وخیم می‌باشد (۱۷). اگرچه میزان‌های مرگ پس از عمل جراحی به ۶ تا ۱۴ درصد کاهش داشته است، اما با این حال میزان‌های بقاء ۵ ساله بیماران در حدود ۸ تا ۲۵ درصد باقی مانده است. پیش‌آگهی وخیم این بیماری عمدتاً به دلیل عود موضعی و منطقه‌ای بیماری و همچنین تشخیص دیررس بیماری است. بسیاری از مطالعات گذشته‌نگر، نشان داده‌اند که مشخصه‌های پاتولوژیک، کلینیکی و درمانی، به عنوان متغیرهای متعدد مرتبط با بقاء بیماران می‌باشند (۱۸)، ولی عوامل مؤثر بر پیش‌آگهی بیماران مبتلا به سرطان معده سال‌ها به عنوان منبع بحث و مجادله علمی بوده است (۱۹-۲۳).

مطالعه حاضر با هدف مقایسه مدل‌های پارامتری و ناپارامتری در تحلیل داده‌های بقاء بیماران مبتلا به سرطان معده صورت پذیرفت. در این بررسی، سه متغیر سن تشخیص بیماری، متاستاز تومور به نقاط دیگر بدن و درجه تمایز یافتگی تومور در هر دو مدل به عنوان متغیرهای مؤثر بر بقاء بیماران شناخته شدند، اما با ذکر این نکته که ضرایب رگرسیونی در دو مدل اندکی متفاوت بودند.

متغیر سن تشخیص بیماری، در هر دو مدل به عنوان یک متغیر مؤثر در پیش‌آگهی بیماران قرار گرفت، این یافته با نتایج بسیاری از مطالعات مشابهت دارد (۲۴-۳۲) ولیکن با نتایج برخی دیگر متفاوت است (۳۳-۳۵).

براساس درجه تمایز یافتگی تومور، نشان داده شده که بهترین پیش‌آگهی در زیر گروه well grade دیده می‌شود (۳۶-۴۰ و ۳۲ و ۲۳). بیماران با grade های بهتر میزان‌های بقاء بیشتری نسبت به بیماران با grade های ضعیف‌تر دارند که این اختلاف از لحاظ آماری معنی‌دار است. این یافته‌ها با نتایج حاصله از این مطالعه هم‌خوانی دارد. در یک مطالعه، این

ارتباط مشاهده نشده است (۴۱). در بسیاری از متون علمی، متاستاز تومور به عنوان یک عامل مؤثر بر پیش‌آگهی بیماران ذکر شده است (۳۴ و ۳۷ و ۴۲). نتایج مطالعه فعلی نیز نشان داد در بیمارانی که تومور آنها به سایر ارگان‌ها متاستاز داشته است، پیش‌آگهی بقاء به طور معنی‌داری پائین‌تر است.

ولی به طور کلی می‌توان گفت که در تحلیل بقاء مسئله اصلی یافتن مدلی مناسب برای بیان بستگی زمان بقاء با متغیرها و عوامل مختلف می‌باشد. در مواردی که داده‌های بقا دارای موارد ناتمام (سانسور شده) نباشند، می‌توان این بستگی را به وسیله مدل رگرسیون لجستیک بیان نمود و در این حالت به علت این که عموماً زمان بقا دارای مقادیر مثبت بوده و توزیع آن دارای چولگی شدید است، اغلب تبدیل لگاریتمی یا معکوس زمان بقاء مورد استفاده قرار می‌گیرد. ولی چنانچه داده‌های ناتمام داده باشیم (مانند مطالعه حاضر) یعنی مدت بقاء برخی افراد نامعلوم باشد، استفاده از آنالیز رگرسیونی به دلیل نداشتن متغیر وابسته، خالی از اشکال نخواهد بود، لذا در این موارد بهترین مدل برای تحلیل داده‌های بقاء مدل‌های ناپارامتری داده‌های بقاء از جمله مدل مخاطره متناسب کاکس می‌باشد.

نتیجه‌گیری

با وجود این که ضرایب رگرسیونی در دو مدل متفاوت است، اما سه متغیر ذکر شده فوق به عنوان مهم‌ترین عوامل مؤثر بر پیش‌آگهی و بقاء بیماران مبتلا به سرطان معده معرفی می‌گردند و پیشنهاد می‌شود که اقدامات لازم در جهت تشخیص بیماری در سنین پائین‌تر و نیز در مراحل اولیه بیماری متمرکز گردد.

تشکر و قدردانی

در پایان از کارکنان محترم مرکز ثبت تومور استان فارس به دلیل همکاری صمیمانه و نیز معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز به خاطر تأمین اعتبار مطالعه تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

- 1) Suleyman A, Serp K, Mustafa I, et al. Analysis of survival factors in patient with advanced-stage gastric adenocarcinoma. *Med Sci Monit.* 2006; 12(5):221-9.
- 2) Ferlay J, Bray F, Pisani P, et al. GLOBOCAN 2002: cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. Version 2. 0. IARC CancerBase no 5. Lyon: IARC Press, 2004, (<http://www-depdb.iarc.fr/globocan2002.htm>)
- 3) Talbäck M, Stenbeck M, Rosén M. Up-to-date long-term survival of cancer patients: an evaluation of period analysis on Swedish Cancer Registry data. *Eur J Cancer.* 2004;40(9):1361-72.
- 4) Jun T, Xiao-Dong W, Zhen – Chun CH. Survival of patient with gastric cancer in changle city of China. *World J Gastroenterol.* 2004;10(11):1543-46.
- 5) Lee ET. *Statistical Methods For Survival Data Analysis.* Second Edition. New York: John Wiley Sons Inc.1992: 9-117.
- 6) Jimeno-Aranda A, Sainz Samitier R, Aragues GM. Gastric cancer in the province of Zaragoza: a survival study. *Neoplasma.*1996; 43: 199-203.
- 7) Janer G, Sala M, Kogevinas M. Health promotion trials at worksites and risk factors for cancer. *Scand J Work Environ Health.*2002; 28: 141-157.
- 8) Lundegardh G, Adami HO, Malmer B. Gastric cancer survival in Sweden: lack of improvement in 19 years. *Ann Surg.*1986; 204: 546-551.
- 9) Barchielli A, Amorosi A, Balzi D, Crocetti E, Nesi G. Long-term prognosis of gastric cancer in a European country: a population-based study in Florence. 10-year survival of cases diagnosed in 1985-1987. *Eur J Cancer.*2001; 37: 1674-1680.
- 10) Pinheiro PS, van der Heijden LH, Coebergh JW. Unchanged survival of gastric cancer in the southeastern Netherlands since 1982: result of differential trends in incidence according to Lauren type and subsite. *Int J Cancer.*1999; 84: 28-32.
- 11) Msika S, Benhamiche AM, Jouve JL, Rat P, Faivre J. Prognostic factors after curative resection for gastric cancer. A population-based study. *Eur J Cancer.* 2000; 36: 390-396.
- 12) Msika S, Benhamiche AM, Rat P, Faivre J. Long-term prognosis of gastric cancer in the population of Cote-d'Or. *Gastroenterol Clin Biol.*2000; 24: 649-655.
- 13) Sánchez-Bueno F, García-Marcilla J.A, Pérez-Flores D, Pérez-Abad J.M, Vicente R , Aranda F,Ramírez P,Parrilla P. Prognostic factors in a series of 297 patients with gastric adenocarcinoma undergoing surgical resection. *Brit J Surg.*1998;85: 255–260.
- 14) Corrente JE, Chalita L.V.A.S, Moreira JA. Choosing between Cox proportional hazards and logistic models for interval-censored data via bootstrap. *Journal of Applied Statistics.*2003;30(1): 37–47.
- 15) Cox DR. Regression models and life tables. *J Stat Soc B* 1972, 34, 180–220.
- 16) Boring CC, Squires TS, Tong T, Montgomery S: Cancer statistics 1994. *CA Cancer J Clin,* 1994; 44: 7–26.
- 17) Akoh JA, Macintyre IMC: Improving survival in gastric cancer: review of 5 year survival rates in English language publications from 1970. *Br J Surg,* 1992; 79: 293–99.
- 18) Michelassi F, Takanishi DM Jr, Pantalone D, Hart J, Chappell R, Block GE. Analysis of clinicopathologic prognostic features in patients with gastric adenocarcinoma. *Surgery* 1994; 116: 804-10.
- 19) Hangstvedt T, Viste A, Eide GE, Real C, Søreide O. The survival benefit of resection in patients with advanced stomach cancer: the Norwegian multicenter experience. *World J Surg* 1989; 13: 617-22.
- 20) Bozzetti F, Regalia E, Bonfanti G, Doci R, Ballarini D, Gennari L. Early and late results of extended surgery for cancer of the stomach. *Br J Surg* 1990; 77: 53-6.
- 21) Stipa S, Di Giorgio A, Ferri M, Botti C. Results of curative gastrectomy for carcinoma. *J Am Coll Surg* 1994; 179: 567-72.
- 22) Shiu MH, Perrotti M, Brennan MF. Adenocarcinoma of the stomach: a multivariate analysis of clinical, pathologic and treatment factors. *Hepatogastroenterology.* 1989;36(1):7-12.
- 23) Arveux P, Faivre J, Boutron MCH, Piard F, Dusserre-Guion L, Monnet E et al. Prognosis of gastric carcinoma after curative surgery. A population based study using multivariate crude and relative survival analysis. *Dig Dis Sci* 1992; 37: 757-63.
- 24) Tuech JJ, Cervi C, Pessaux P, Villapadierna F, Bergamaschi R, Ronceray J, Arnaud JP. Early gastric cancer: univariate and multivariate analysis for survival. *Hepatogastroenterology.* 1999;46(30):3276-80.
- 25) Basili G, Nesi G, Barchielli A, Manetti A, Biliotti G. Pathologic features and long-term results in early gastric cancer: report of 116 cases 8-13 years after surgery. *World J Surg.* 2003;27(2):149-52.
- 26) Faycal J, Bessaguet C, Noursbaum JB, Cauvin JM, Cholet F, Bideau K, Robaszkievicz M, Gouerou H. Epidemiology and long term survival of gastric carcinoma in the French district of Finistere between 1984 and 1995. *Gastroenterol Clin Biol.* 2005;29(1):23-32.
- 27) Pacelli F, Doglietto GB, Alfieri S, Carriero C, Malerba M, Crucitti PF, Caprino P, Crucitti F. Survival in early gastric cancer: multivariate analysis on 72 consecutive cases. *Hepatogastroenterology.* 1999 Mar-Apr;46(26):1223-8.
- 28) Matley PJ, Dent DM, Madden MV, Price SK. Gastric carcinoma in young adults. *Ann Surg* 1988; 208: 593–6.
- 29) Mitsudomi T, Matsusaka T, Wakasugi K, Takenaka M, Kume K, Fujinaga Y et al. A clinicopathological study of gastric cancer with special reference to age of the patients; an analysis of 1630 cases. *World J Surg* 1989; 13: 225–31.
- 30) Maehara Y, Oshiro T, Oiwa H, Oda S, Baba H, Akazawa K et al. Gastric carcinoma in patients over 70 years of age. *Br J Surg* 1995; 82: 102–5.
- 31) Harrison J D; Fielding J W. Prognostic factors for gastric

cancer influencing clinical practice. World j surg, 1995;19(4): 496-500.

32) Saito H,Osaki T,Murakami D,Sakamoto T,Kanaji S,Tatebe S et al. Effect of age on prognosis iv patients with gastric cancer. Anz J. Surg. 2006; 76: 458–461.

33) Zhang XF, Huang CM, Lu HS, Wu XY, Wang C, Guang GX, Zhang JZ, Zheng CH.Surgical treatment and prognosis of gastric cancer in 2,613 patients. World J Gastroenterol. 2004 Dec 1;10(23):3405-8.

34) Salvon-Harman JC, Cady B, Nikulasson S, Khettry U, Stone MD, Lavin P. Shifting proportions of gastric adenocarcinomas. Arch Surg 1994; 129: 381-9.

35) Cady B, Rossi RL, Silverman ML, Piccione W, Heck TA. Gastric adenocarcinoma. A disease in transition. Arch Surg 1989; 124: 303-8.

36) Carriaga, M.T, Henson DE. The histologic grade of

cancer.Cancer Supplement .1995;75(1):406–421.

37) Kitamura K, Yamaguchi T, Taniguchi H et al. Clinicopathological characteristics of gastric cancer in the elderly. Br. J. Cancer 1996; 73: 798–802.

38) Oertli D, Herzog U, Tondelli P. Prognostic factors in resected stomach carcinoma. Schweiz Med Wochenschr. 1994 Jun 4;124(22):945-52.

39) Yoshida M, Ohtsu A, Boku A, Miyata Y, Shirao K, Shimada Y, et al. Long-term Survival and Prognostic Factors in Patients with Metastatic Gastric Cancers Treated with Chemotherapy in the Japan Clinical Oncology Group (JCOG) Study. Jpn J Clin Oncol 2004;34(11)654–659.

40) Massacesi C, Norman A, Price T, Hill M, Ross P, Cunningham D.Aclinical nomogram for predicting long-term survival in advanced colorectal cancer. Eur J Cancer 2000;36:2044–52.

مقاله پژوهشی

بررسی علائم دموگرافیک و بالینی در بیماران کولیت اولسراتیو مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی پنج آذر گرگان در سال ۱۳۸۶

چکیده

زمینه و هدف: کولیت اولسروز یک بیماری التهابی با علت ناشناخته است که بیشتر مخاط رکتوم و کولون چپ را درگیر می‌کند، ولی در مواردی می‌تواند تمام کولون را گرفتار سازد. هدف از این مطالعه بررسی شدت فعالیت بیماری و علائم بالینی و دموگرافیک مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی پنج آذر گرگان در سال ۱۳۸۶ بود. روش بررسی: از ۳۶ فرد مراجعه کننده به کلینیک گوارش از ابتدای فروردین ۸۶ که علائمی مشکوک به IBD داشتند، شرح حال دقیق گرفته شد و معاینات بالینی انجام گردید. اطلاعات دموگرافیک و علائم بالینی به هنگام معاینه بیماران ثبت و فعالیت بیماران براساس سیستم امتیاز دهی Truelove & Witts محاسبه شد.

یافته‌ها: ۵۲ درصد بیماران مرد بودند و ۴۰ درصد مبتلایان در گروه سنی ۳۰-۲۰ سال قرار داشتند... شایع‌ترین شکایت بیماران اسهال (۸۰/۶ درصد)، خونریزی رکتال (۶۹/۴ درصد) و درد شکمی (۶۶/۷ درصد) بود. براساس سیستم امتیازدهی میزان فعالیت بالینی در ۱۴/۷ درصد بیماران خفیف و ۵۵/۶ درصد متوسط بود. هیچ موردی از حالت غیرفعال بیماری مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: با توجه به بالا بودن میانگین سنی و فعالیت بیماری مبتلایان به کولیت اولسروز در این پژوهش، به نظر می‌رسد که این بیماری در این منطقه به توجه بیشتری از جانب کادر پزشکی نیازمند باشد.

کلید واژه‌ها: علائم دموگرافیک، علائم بالینی، کولیت اولسراتیو، گرگان

مهسا مجیدیان

دانشجوی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گلستان

دکتر رامین آذرهوش

استادیار گروه پاتولوژی دانشگاه علوم پزشکی گلستان

دکتر تقی امیریانی

استادیار گروه داخلی دانشگاه علوم پزشکی گلستان

نویسنده مسؤول: مهسا مجیدیان

مقدمه

کولیت اولسروز به عنوان یکی از دو فرم عمده بیماری التهابی روده (Ulcerative colitis, Crohn Disease)، یک بیماری التهابی با علت ناشناخته است که بیشتر مخاط رکتوم و کولون چپ را درگیر می‌کند، ولی در مواردی می‌تواند تمام کولون را گرفتار سازد. این بیماری در اغلب موارد سیر مزمنی دارد و با حملات عود و بهبودی موقتی و با خونریزی رکتال و اسهال مشخص می‌شود (۱). از لحاظ اپیدمیولوژیکی مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که بروز جغرافیایی بیماری التهابی روده (IBD) (Inflammatory Bowel Disease) در نقاط مختلف جهان به‌طور قابل ملاحظه‌ای متفاوت می‌باشد. بالاترین میزان بروز IBD در اروپای شمالی و غربی و آمریکای شمالی گزارش گردیده است (۲). علی‌رغم مطالعات فراوان انجام شده در اروپا و آمریکا، اطلاعات بسیار محدودی در مورد این بیماری در نقاط دیگر جهان در دسترس است. با وجود این، در سال‌های اخیر مقالات متعددی در آسیا و اروپای شرقی به چاپ رسیده و نشان می‌دهد، اگرچه هم شیوع و هم بروز IBD در مقایسه با اروپا و آمریکای شمالی هنوز پایین است ولی سریعاً در حال افزایش می‌باشد (۳).

در این مطالعه با توجه به فقدان شواهد کافی در زمینه خصوصیات بالینی و دموگرافیک کولیت اولسروز، سعی شد تا بیماران مبتلا به این بیماری در این منطقه از نظر شدت فعالیت بیماری و علائم بالینی و دموگرافیک بررسی گردند.

IBD التهاب مزمن و ایدیوپاتیک روده می‌باشد که کولیت اولسروز (UC) و کرون (CD) دو نوع عمده آن می‌باشند (۴). UC و CD توسط یک سری تظاهرات بالینی، اندوسکوپی و هیستوپاتولوژیک شناخته می‌شوند. علی‌رغم تفاوت‌هایی که بین UC و CD وجود دارد، هیچ یافته مشخصی وجود ندارد که قطعاً افتراق دهنده این دو از یکدیگر باشد. ۱۵-۵ درصد از بیماران مبتلا به IBD، ویژگی‌های شناسایی مربوط به هر دو بیماری را داشته و قابل افتراق از هم نمی‌باشند که آنها را تحت

عنوان کولیت مبهم (Indetermined colitis) محسوب می‌کنند (۵).

مطالعات متعددی روی اپیدمیولوژی IBD صورت گرفته است (۶). بروز جغرافیایی IBD به‌طور قابل ملاحظه‌ای متفاوت می‌باشد. بیشترین بروز در اروپای شمالی و غربی گزارش شده، در حالی که سایر مناطق از شیوع بسیار کمتری برخوردارند. بروز UC در سراسر جهان به‌طور قابل ملاحظه‌ای بین $10^5 \div 5/24-0/5$ متفاوت است، در حالی که بروز کرون $10^5 \div 1-0/1$ می‌باشد (۷).

این بیماری در آمریکای جنوبی، آسیا و آفریقا نادر بوده ولی در حال افزایش است (۵). از عللی که می‌تواند توجیه کننده افزایش بروز IBD در طول زمان باشد، افزایش آگاهی نسبت به این بیماری، روش‌های تشخیصی بهتر و پیشرفت در گزارش دهی است (۵). علت مهم دیگر این افزایش در کشورهای که در گذشته این بیماری نادر بوده، تغییر سبک زندگی، نزدیک شدن آن به سمت الگوی زندگی غربی می‌باشد.

تظاهرات IBD بیش از همه در دو گروه سنی ۲۵-۱۵ ساله (در بیشتر موارد) و در ۶۵-۵۵ ساله‌ها (در موارد کمتر) آغاز می‌شود. نسبت ابتلا مرد به زن در UC یک به یک و در CD یک به $1/8-1/1$ است. IBD در جمعیت‌های شهری بیشتر از روستاها و در گروه‌های بالای اقتصادی - اجتماعی بیش از طبقات کم‌درآمد جامعه دیده می‌شود. IBD خطر ابتلا در افراد خانواده را افزایش می‌دهد. در صورت ابتلای یکی از اعضای خانواده، خطر IBD در منسوبین درجه اول (در طول زندگی) تقریباً ۱۰ درصد خواهد بود و اگر پدر و مادر مبتلا باشند، خطر ابتلای فرزند آنها ۳۶ درصد است.

UC یک بیماری مخاطی است که معمولاً رکتوم را درگیر می‌کند و به سمت پروگزیمال پیشرفت می‌نماید تا تمام یا بخشی از کولون را گرفتار سازد. تقریباً در ۴۰ تا ۵۰ درصد موارد UC محدود به رکتوم و رکتوسیگموئید است.

در ۳۰-۴۰ درصد موارد فراتر از سیگموتید می‌باشد، اما تمام کولون را دربرنمی‌گیرد و ۲۰ درصد از بیماران دچار پان کولیت هستند. انتشار به سمت پروگزیمال به صورت پیوسته بوده و مخاط سالم در بین مناطق گرفتار مشاهده نمی‌شود.

علائم عمده بیماری کولیت اولسروز اسهال، خونریزی رکتال، تنموس، دفع موکوس و درد کرامپی شکم می‌باشند. اگرچه کولیت اولسروز می‌تواند به صورت حاد بروز کند، ولی علائم بالینی معمولاً در طی هفته‌ها یا ماه‌ها وجود دارند و اسهال و خونریزی معمولاً در ابتدا آنقدر خفیف و متناوب است که بیمار به پزشک مراجعه نمی‌کند (۴).

علامت بارز UC اسهال است که معمولاً ولی نه همیشه با خون در مدفوع همراه است. اگر التهاب محدود به رکتوم باشد، خون تازه بر روی مدفوع مشاهده می‌شود، ولی اگر بیماری فراتر از رکتوم گسترش یابد، خون معمولاً با مدفوع مخلوط می‌شود یا ممکن است اسهال خونی آشکار، مشاهده شود (۵).

تحریک کولون به واسطه التهاب همراه با گذر سریع مواد از روده ملتهب تغییر می‌کند. در بیماری شدید، یک مدفوع مایع حاوی خون و ماده مدفوعی را دفع می‌کند. اسهال معمولاً در شب و یا پس از غذا رخ می‌دهد. اگرچه درد شدید یک نشانه شایع نیست، در برخی افراد مبتلا به بیماری فعال، درد مبهم در بخش تحتانی شکم یا کرامپ خفیف در مرکز شکم وجود دارد. سایر نشانه‌ها در بیماری متوسط تا شدید عبارتند از: بی‌اشتهایی، تهوع، استفراغ، تب، کاهش وزن، ضعف و خستگی (۴).

همچنین علاوه بر اسهال خونی، فوریت در دفع یا احساس عدم دفع کامل و بی‌اختیاری مدفوع نیز برای بیماران ناراحت کننده است. بیماران مسن‌تر، از پیوست بیشتر از اسهال شاکی هستند که بیشتر مربوط به اسپاسم‌های رکتال می‌باشد (۵). بیماران مبتلا به UC در دراز مدت در معرض افزایش خطر

ابتلا به دیسپلازی اپیتلیال کولون و کارسینوم کولون می‌باشند. ریسک نوپلازی در UC مزمن با مدت زمان و وسعت بیماری افزایش می‌یابد، به گونه‌ای که در بیماران مبتلا به پان کولیت، خطر کانسر بعد از ۱۰-۸ سال از ابتلای بیماری، به ازای هر سال ۱-۰/۵ درصد اضافه می‌شود (۴). هدف از این مطالعه بررسی علائم دموگرافیک و بالینی در بیماران کولیت اولسراتیو مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی ۵ آذر گرگان در سال ۱۳۸۶ بود.

روش بررسی

از تمامی بیماران (۳۶ نفر) مراجعه کننده به کلینیک گوارش بیمارستان آموزشی درمانی ۵ آذر گرگان از ابتدای فروردین ۸۶ که علایمی مشکوک به IBD داشتند، شرح حال دقیق گرفته شد و معاینات بالینی انجام شد به طوری که برای رد کولیت‌های عفونی، کولونوسکوپی و بیوپسی انجام گردید و وقتی کولیت اولسروز آنان مسجل شد، وارد مطالعه شدند. تمامی اطلاعات مربوط به جنس، سن و علایم بالینی بیماران در هنگام معاینه بالینی ثبت گردید. فعالیت بیماران براساس سیستم امتیاز دهی Truelove & Witts محاسبه شد. سدیمانتاسیون و هموگلوبین بیماران اندازه گیری شد. اطلاعات جمع‌آوری شده با کمک نرم‌افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

از ۳۶ فرد بررسی شده ۱۹ نفر مرد (۵۲ درصد) و ۱۷ نفر زن (۴۷ درصد) بودند. نسبت مرد به زن ۱ به ۱/۱۱ بود. حداقل سن بیماران ۲۲ و حداکثر ۸۲ سال با میانگین سنی $40/3 \pm 8/22$ بود. بالاترین درصد مبتلایان به ترتیب در گروه‌های سنی ۲۰-۳۰ سال (۴۰ درصد) و ۴۰-۵۰ سال (۲۰ درصد) بود (نمودار ۱). شایع‌ترین شکایت بیماران هنگام مراجعه به ترتیب اسهال (۸۰/۶ درصد)، خونریزی رکتال (۶۹/۴ درصد) و درد شکمی (۶۶/۷ درصد) بود (جدول ۱).

بررسی میزان فعالیت بالینی نشان داد که براساس سیستم امتیازدهی Truelove & Witts فعالیت بیماری در ۱۵ نفر

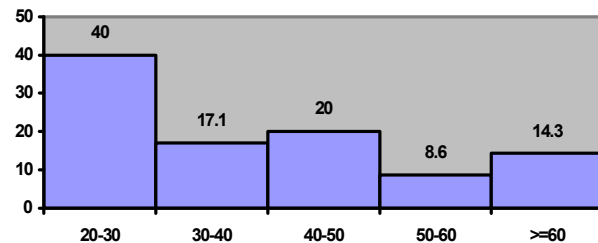
دارد. درحالی که در تحقیقات سایر نقاط ایران و برخی کشورهای دیگر (۱۶ و ۱۱) این میانگین سنی پایین تر گزارش شده است. بالا بودن میانگین سنی بیماران در پژوهش حاضر می تواند ناشی از تفکر نادر بودن UC در ایران باشد، چرا که متأسفانه هنوز بیماری کولیت اولسروز در این منطقه مورد توجه قرار نگرفته و بسیاری از بیماران قبل از تشخیص بیماری اصلی، به عنوان بیماری های دیگر تحت درمان قرار می گیرند. در این مطالعه شایع ترین شکایت بیماران، اسهال، خونریزی رکتال و درد شکمی بود که با نتایج حاصل از سایر مطالعات همخوانی دارد (۱۳ و ۱۲ و ۱۱ و ۸).

در پژوهش حاضر، فعالیت بیماری در اکثریت بیماران خفیف و متوسط بود که با نتایج سایر مطالعات هماهنگ است (۱۵ و ۱۲ و ۱۱ و ۸). ولی با این حال، فعالیت بیماری اغلب بیماران این مطالعه متوسط بود و فعالیت خفیف و شدید از نظر فراوانی در مقام های بعدی قرار داشتند که با نتایج مطالعه Pongera (۱۱) مطابقت دارد. اما در مطالعات Lok (۱۵)، Park (۱۲)، شریفی (۸) و Franco (۱۴) فعالیت بیماری اغلب بیماران، خفیف گزارش شده است. تفاوت مشاهده شده بین مطالعه حاضر و آن مطالعات می تواند ناشی از تفاوت های محیطی و نژادی، کم بودن آگاهی افراد این منطقه نسبت به کولیت اولسروز، دیر مراجعه کردن بیماران به متخصصین گوارش، عدم پذیرش کولونوسکوپی و یا توجه کمتر کارکنان پزشکی در راستای تشخیص این بیماری در مراحل ابتدایی تر و خفیف تر آن باشد.

نتیجه گیری

با توجه به بالا بودن میانگین سنی و فعالیت بیماری مبتلایان به کولیت اولسروز در این پژوهش، به نظر می رسد که این بیماری در این منطقه به توجه بیشتری از جانب کادر پزشکی نیازمند باشد. همچنین لازم است در راستای بالا بردن سطح آگاهی و شناخت مردم نسبت به این بیماری و اهمیت مراجعه به متخصصین گوارش اقدامات اساسی انجام گیرد.

(۱۴/۷ درصد) بیماران خفیف، ۲۰ نفر (۵۵/۶ درصد) متوسط و در یک نفر (۲/۸ درصد) شدید بود و هیچ موردی از حالت غیرفعال بیماری مشاهده نشد.



نمودار ۱: توزیع فراوانی میانگین سنی بیماران در گروه های سنی مختلف (بر حسب سال)

جدول ۱: توزیع فراوانی شکایات بالینی بیماران در هنگام مراجعه

شکایت بالینی	تعداد (درصد)
اسهال	۲۹ (۸۰/۶)
خونریزی رکتال	۲۵ (۶۹/۴)
درد شکمی	۲۴ (۶۶/۷)
تنموس	۱۶ (۴۴/۶)
درد آنوس	۹ (۲۵)
تهوع	۵ (۱۳/۹)
کاهش وزن	۵ (۱۳/۹)
یبوست	۳ (۸/۳)
تب	۳ (۸/۳)

بحث

نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که فراوانی بیماری در جنس مذکر بیشتر از جنس مونث بود که با نتایج تحقیقات شریفی (۸)، Berre (۹) و Riley (۱۰) مطابقت دارد. ولی در یک سری از مطالعات، فراوانی بیماری در جنس مونث بیشتر از مذکر گزارش شده که این تفاوت می تواند حاکی از تفاوت های نژادی و قومیتی باشد (۱۴-۱۱).

از نظر توزیع سنی، میانگین سنی بیماران بیمارستان مورد مطالعه ۴۰/۳۱±۱۸/۲۲ سال به دست آمد که با میانگین سنی پژوهش های Lokh (۱۵)، Park (۱۲) و Frank (۱۴) مطابقت

References

- 1) Zarei Kh, Shohreh AS. Surveying the inflammatory bowel disease in Taleghani and Loghman Hakim Hospitals, 1992-1996. *Pej Res J*. 1380; 22(6):185- 187
- 2) Lakatos PL. Recent trends in the epidemiology of inflammatory bowel disease :up or down? *World J Gastroenterol*. 2006; 12(38):6102-6108.
- 3) Russel MG. Changes in the incidence of inflammatory bowel disease: what does it mean? *Eur J Inter Med*. 2000; 11:191-196.
- 4) Fauci AS, Kaspar D. *Harrison's principles of internal medicine*. 15th Ed. 2001; pp:1679-1692.
- 5) Korsner JB. *Inflammatory Bowel Disease*. 5th Ed. Philadelphia. Saunders. 2000; pp:1720-1802.
- 6) Lakatos L. Is the incidence and prevalence of IBD increasing in Europe? *Postgrad Med J*. 2006; 82:332-337.
- 7) Trallori G, Palli D, Saieva C. A population-based study of IBD in Florence over 15 years. *Scand J Gastroenterol*. 1996; 31:892-899.
- 8) Sharifi D. A review of 135 cases of inflammatory bowel disease. *Med J Mash Univer*. 1997; 40(55):72-79.
- 9) Berre NL, Heresbach D, Caulet S. Histological discrimination of IBD from other type of colitis . *J Clin Pathol*. 1995; 48:749-753.
- 10) Riley SA, Goodman MJ, Dutt S. Microscopic activity in ulcerative colitis: what does it mean? *Gut*. 1991; 32:174-178.
- 11) Pongprasobchai S, Manatsathit S, Leelakusolvong S. Ulcerative colitis in Thailand: a clinical study and long term follow-up. *J Med Assoc Thai*. 2001 Sep; 84(9):1281-1288.
- 12) Park Sh, Kim YM, Yang SK, Kim SH. Clinical features and natural history of ulcerative colitis in Korea. *Inflamm Bowel Dis*. 2007 Mar; 13(3):278-283.
- 13) Aghazade R, Zali MR, Bahari A, Amin K. Inflammatory bowel disease in Iran: A review of 448 cases. *J Gastroenterol Hepatol*. 2005; 20:1691-1695.
- 14) Franco M. Correlation of Immunoeexpression of cyclooxygenase protein in ulcerative colitis and histopathological parameters and clinical follow-up. *Brazil J Med*. 2006; 20(5):402-409.
- 15) Lok KH, Hung HG, Ng CH, Yip WM. Epidemiology and clinical characteristics of ulcerative colitis in Chinese population. *J Gastroenterol Hepatol*. 2007 Jul; 9:1200-1204.
- 16) Chohan Suman, Gahlot Sushila, Pokharna RK. Severity and extent of ulcerative colitis :role of CRP. *Indian J Gastro*. 2006; 25(1):46-47.

مقاله پژوهشی

عوارض بعد از سزارین در ترخیص ۲۴ ساعته و ۴۸ ساعته

چکیده

زمینه و هدف: عمل سزارین از جراحی‌های اصلی در بخش زنان است که شیوع آن در حال افزایش می‌باشد. این مطالعه به منظور مقایسه عوارض بعد از سزارین در ترخیص ۲۴ ساعته و ۴۸ ساعته پس از عمل در مرکز آموزشی درمانی دزیانی شهرستان گرگان طی سال ۱۳۸۵ تا نیمه اول ۱۳۸۶ انجام شد.

روش بررسی: در این مطالعه مقطعی ۴۶۰ سزارین در دو گروه ۲۳۰ نفره بررسی شد. دو گروه از نظر وزن، نوع برش شکمی، اندیکاسیون C/S، مدت PROM یکسان‌سازی شدند و از نظر عوارض بعد از عمل بررسی گردیدند.

یافته‌ها: سن مادران در دو گروه از ۱۸ تا ۳۰ سال متغیر بود. از نظر نفخ، راه افتادن، شروع رژیم غذایی، میزان احتباس ادراری، نیاز به بستری مجدد و هزینه بستری اختلاف‌های آماری مشاهده شده در دو گروه ۲۴ و ۴۸ ساعته معنی‌دار نبود. ۱۷ درصد از زنان در گروه ۲۴ ساعته و ۶/۱ درصد در گروه ۴۸ ساعته دچار تب شدند. اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های فوق ترخیص ۲۴ ساعته در مورد بیماران سزارین شده، پیشنهاد می‌شود. مطالعات بیشتری در این زمینه و در سطح وسیع‌تر مورد نیاز است.

کلیدواژه‌ها: عوارض، سزارین، ترخیص، گرگان

محمد نوین نصرالهی

دانشجوی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گلستان

دکتر افسانه تابنده

استادیار گروه زنان دانشگاه علوم پزشکی گلستان

دکتر عبدالوهاب مرادی

دانشیار گروه ویروس‌شناسی دانشگاه علوم پزشکی گلستان

نویسنده مسؤول: محمد نوین نصرالهی

مقدمه

اصطلاح عمل سزارین به وضع حمل جنین، جفت و ممبران‌ها از طریق برش دادن جداره شکم و رحم اشاره می‌کند (۱). این تعریف، عمل منسوخ سزارین واژینال را که در آن با برش لب قدامی گردن رحم و سگمان تحتانی رحم راهی برای دستیابی به جنین ایجاد می‌شود را دربرنمی‌گیرد. این اصطلاح، همچنین عمل جراحی برای دستیابی به جنین آزاد قرار گرفته در محوطه شکم از طریق برش شکم را دربرنمی‌گیرد. اصطلاح صحیح برای وضع حمل جراحی یک نوزاد هنوز به حد قابل حیات نرسیده، هیستروتومی می‌باشد. اولین عمل سزارین که روی زنی انجام می‌شود، موسوم به عمل سزارین اولیه بوده و عمل‌های بعدی تحت عنوان ثانویه، ثالثیه و ... یا به سادگی تحت عنوان عمل تکراری سزارین اطلاق می‌گردند. عمل سزارین برنامه‌ریزی شده (elective) آن است که قبل از شروع زایمان یا قبل از ظاهر شدن عارضه‌ای که مورد اورژانس محسوب می‌شود، انجام پذیرد. عمل سزارین از جراحی‌های اصلی در بخش زنان است که شیوع آن در حال افزایش می‌باشد (۲). سزارین علی‌رغم مرگ‌ومیر و عوارض بالایی که نسبت به زایمان طبیعی دارد، همچنان در ایران سیر صعودی دارد. میزان عوارض مادر در سزارین بیش از زایمان واژینال است که مهم‌ترین آنها عفونت، خونریزی و آسیب‌های وارده به سیستم ادراری است. بسیاری از آسیب‌های جنینی مانند زخمی شدن جنین در حین برش رحم، شکستگی فرو رونده جمجمه، شکستگی استخوان ران و غیره نیز در حین زایمان سزارین می‌تواند، ایجاد شود (۳). در زایمان سزارین در مقایسه با زایمان واژینال، موربیدته مادر افزایش چشمگیری می‌یابد. منابع اصلی موربیدته در این زمینه عفونت نفاسی، خونریزی و ترومبوآمبولیسم هستند. در مطالعه Lydon-Rochelle و همکاران مشخص شد که میزان بستری مجدد در عرض ۶۰ روز پس از زایمان سزارین، تقریباً ۲ برابر میزانی است که بعد از زایمان واژینال دیده می‌شود (۴).

از عوارض عمیق بودن برش رحمی که در سزارین استفاده می‌شود، ایجاد برش در جنین (۲/۰-۴/۰ درصد) است. شایع‌ترین مکان‌های ایجاد برش روی نوزاد گونه‌ها، باسن، گوش و سراسر است (۵).

در دوره نفاس تعدادی از عوامل می‌تواند سبب ایجاد تب شود. Monif و Filker در سال ۱۹۷۹ گزارش کردند که تقریباً ۲۰ درصد زنانی که در عرض ۲۴ ساعت اول بعد از زایمان واژینال دچار تب می‌شوند، بعداً وجود عفونت لگن تشخیص داده می‌شود. در مقابل، این میزان در زنانی که تحت زایمان سزارین قرار می‌گیرند، ۷۰ درصد است (۴).

روش زایمان، مهم‌ترین عامل خطر برای پیدایش عفونت رحم است. در مقایسه با زایمان سزارین، متريت به دنبال زایمان واژینال نسبتاً ناشایع است. میزان بروز متريت به دنبال سزارین، بسته به عوامل اجتماعی-اقتصادی متغیر است (۴).

میزان بروز عفونت‌های انسزیون شکم به دنبال زایمان سزارین از ۳ تا ۱۵ درصد متغیر بوده و به طور متوسط حدود ۶ درصد است. عوامل خطر عفونت زخم شامل چاقی، دیابت، درمان با کورتیکواستروئید، سرکوب ایمنی، کم‌خونی و هموستاز ضعیف همراه با تشکیل هماتوم می‌باشد. آبسه‌های محل انسزیون شکمی که به دنبال زایمان سزارین ایجاد می‌شوند، معمولاً در حوالی روز چهارم بعد از زایمان سبب بروز تب می‌شوند. در بسیاری از موارد، قبل از این آبسه‌ها عفونت رحم رخ می‌دهد و تب از روز اول یا دوم بعد از عمل و یا از روزهای بعدی، پابرجا می‌ماند. ممکن است اریتم و خروج چرک از زخم نیز وجود داشته باشد (۴).

عفونت فاسیت نکروزان ممکن است که در انسزیون‌های شکمی به دنبال زایمان سزارین رخ دهد. در این حالت نکروز بافتی قابل توجهی وجود دارد. از عوامل خطر فاسیت می‌توان به دیابت، چاقی و افزایش فشار خون اشاره کرد. به دنبال زایمان‌های سزارینی که در اثر آنها متريت همراه با نکروز و ازهم گسیختگی انسزیون رحم رخ داده، گاهی پريتونیت دیده

می شود.

فلگمون پارامتری، آبه لگن و ترومبولیت سپتیک لگن نیز پس از زایمان دیده می شوند که احتمال ایجاد آنها در سزارین بیشتر از زایمان واژینال است (۴).

هدف از این مطالعه مقایسه عوارض بعد از سزارین در ترخیص ۲۴ ساعته و ۴۸ ساعته پس از عمل در بیمارستان دزیانی گرگان از سال ۸۵ تا نیمه اول ۸۶ بود.

روش بررسی

در این مطالعه مشاهده ای (تحلیلی - مقطعی) ۴۶۰ مورد سزارین انجام شده در بیمارستان دزیانی شهرستان گرگان از سال ۸۵ تا نیمه اول ۸۶ در دو گروه ۲۳۰ نفره بررسی شد. دو گروه از نظر وزن، نوع برش شکمی، اندیکاسیون C/S، مدت PROM یکسان سازی شدند و از نظر عوارض بعد از عمل بررسی شدند. ضمناً افرادی مورد مطالعه قرار گرفتند که به روش بی حسی نخاعی سزارین شدند. داده ها پس از کدبندی به وسیله نرم افزار آماری SPSS-14 تجزیه و تحلیل شدند. با استفاده از آزمون کای اسکور میزان بروز عوارض طی ۲۴ و ۴۸ ساعت پس از عمل در دو گروه مورد مطالعه قیاس شد. مقایسه در مورد متغیر هزینه نیز به وسیله آزمون T-test صورت پذیرفت. مشخصات و اسامی بیماران به خاطر ملاحظات اخلاقی نزد پژوهشگر محفوظ بود.

یافته ها

سن مادران در دو گروه از ۱۸ تا ۳۰ سال متغیر بود که میانگین سنی گروه ۲۴ ساعته 24 ± 3 و گروه ۴۸ ساعته 25 ± 2 سال بود. سن حاملگی در دو گروه از ۳۷ هفته تا ۴۰ هفته متغیر بود. میانگین سن حاملگی در گروه ۲۴ ساعته ۳۸ هفته و ۳ روز و در گروه ۴۸ ساعته ۳۸ هفته و ۵ روز بود.

از نظر اندیکاسیون سزارین، اختلاف معنی داری بین دو گروه مشاهده نشد. اندیکاسیون سزارین در دو گروه شامل عدم تناسب اندازه سر و لگن، جفت سرراهی، جداشدگی زودرس جفت، قرار عرضی و پرزانتاسیون غیر معمول جنین، سزارین تکراری، پره اکلامپسی و دیسترس جنینی بود.

سزارین در هر دو گروه بیشتر از نوع اورژانسی بود که شامل ۷۰ درصد موارد در گروه ۲۴ ساعته و ۶۸ درصد در گروه ۴۸ ساعته بود. مدت زمان پارگی غشاء تا زمان زایمان در هر دو گروه از ۵ تا ۱۰ ساعت متغیر بود. ضمناً در کل ۴۹ نفر از بیماران پارگی غشاء نداشتند که ۲۳ نفر در گروه ۲۴ ساعته و ۲۶ نفر در گروه ۴۸ ساعته بودند. هیچ موردی از عفونت و هماتوم جدار در دو گروه وجود نداشت.

به طور کلی ۳۸ نفر (۸/۳ درصد) بعد از زایمان دچار نفخ شدند. از این مقدار ۲۰ نفر در گروه ۲۴ ساعته (۸/۷ درصد) و ۱۸ نفر (۷/۸ درصد) در گروه ۴۸ ساعته بودند که این اختلاف از نظر آماری معنی دار نبود ($p=0.735$) و هیچ رابطه ای بین ساعت ترخیص و نفخ به دست نیامد.

۵۴ نفر (۱۱/۷ درصد) از افراد مورد مطالعه بعد از زایمان دچار تب شدند که ۴۰ نفر (۱۷/۴ درصد) در گروه ۲۴ ساعته و ۱۴ نفر (۶/۱ درصد) در گروه ۴۸ ساعته قرار داشتند که این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود ($p=0.000$). در ۲۴ ساعت اول بعد از سزارین میزان موارد تب بیشتر می باشد. ۲۸ نفر از ۴۰ نفر (۷۰ درصد) افراد گروه ۲۴ ساعته بعد از ۱۲ ساعت اول دچار تب شدند و از این تعداد ۱۲ نفر به خاطر ادامه تب بعد از ۲۴ ساعت مرخص نشدند. در گروه ۴۸ ساعته از ۱۴ نفری که دچار تب شدند، ۹ نفر در روز اول و مابقی در روز دوم بودند. از این تعداد ۳ نفر نیز بعد از ۴۸ ساعت به علت ادامه تب مرخص نشده و تحت بررسی های بیشتر قرار گرفتند.

شروع رژیم غذایی در ۲۰۴ نفر (۷/۸۸ درصد) از گروه ۲۴ ساعته بعد از ۶ ساعت پس از سزارین و مابقی تا زمان ترخیص انجام شد. از گروه ۴۸ ساعته ۲۱۸ نفر (۹۴/۸ درصد) در ۱۲ ساعت اول و مابقی تا روز دوم رژیم غذایی را شروع کردند. به طور کلی همه افراد دو گروه تا زمان ترخیص رژیم غذایی را شروع کردند. اختلاف فوق از نظر آماری معنی دار نبود.

۲۲۴ نفر (۹۷/۴ درصد) از بیماران گروه ۲۴ ساعته ۱۲ ساعت

و در گروه ۴۸ ساعته از ۱۸۰ تا ۲۱۰ هزار تومان بود. این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار نبود ($P=0/5$).

بحث

میانگین سنی بیماران در مطالعه ما در گروه ۲۴ ساعته ۲۴/۳ و گروه ۴۸ ساعته ۲۵/۲ سال بود که با مطالعه مقاره عابد (۶) هماهنگ است. در مطالعه مقاره عابد در سال ۷۹ شایع‌ترین علل سزارین به ترتیب سزارین قبلی، ناهم‌خوانی سر جنین با لگن و زجر جنینی گزارش شد (۶). در مطالعه ما اندیکاسیون سزارین به‌طور کلی بیشتر از نوع اورژانس بود که شایع‌ترین علت آن عدم تناسب اندازه سر و لگن بود.

در مطالعه ما میزان بروز کلی تب نفاسی ۱۱/۷ درصد بوده که در مقایسه با میزان استاندارد بروز تب نفاسی که ۱۳ درصد می‌باشد (۷)، نتیجه قابل قبولی است. می‌توان علت آن را استفاده صحیح از درمان آنتی‌بیوتیکی و رعایت موارد بهداشتی در حین عمل دانست. نتایج این مطالعه نشان داد که شیوع تب در بیمارانی که ۲۴ ساعت پس از سزارین مرخص می‌شوند، بیشتر بوده است. یعنی فرض مساوی بودن تب در دو گروه مساوی نمی‌باشد. در مطالعه اصنافی در بیمارستان یحیی‌نژاد بابل، شیوع تب پس از عمل ۱۳/۹ درصد گزارش شد (۳) که با این مطالعه هم‌خوانی دارد. در مطالعه براتی و همکاران (۸) میزان بروز تب نفاسی ۱/۶ درصد بود.

در سزارین‌های بدون عارضه ۸ ساعت بعد از پس از عمل رژیم غذایی شروع می‌شود. برخی منابع برای حاملگی‌های پرخطر خارج شدن از ناشتایی را فردای روز عمل در نظر می‌گیرند (۹). مصرف زود هنگام رژیم مایعات در بیماران پس از سزارین مزایایی مثل افزایش رضایت‌مندی بیماران و موفقیت در شیردهی دارد و مهم‌ترین مزیت آن کاهش زمان بستری در بیماران است (۱۰). در مطالعه تدین در زنجان شروع زود هنگام رژیم مایعات باعث برگشت سریع عملکرد روده‌ای و کوتاه شدن روزهای بستری گزارش شد (۱۱). در مطالعه رابو در مصر روی ۲۰۰ بیمار با سزارین انتخابی، ۱۰۰ نفر از

بعد از سزارین و مابقی تا زمان ترخیص راه افتادند. همچنین در گروه ۴۸ ساعته ۲۲۰ نفر (۹۵/۷ درصد) در روز اول و مابقی تا زمان ترخیص راه افتادند. اختلاف فوق از نظر آماری معنی‌دار نبود.

جدول ۱: مقایسه عوارض ترخیص ۲۴ ساعته و ۴۸ ساعته

پس از سزارین

نام متغیر	۲۴ ساعته تعداد (درصد)	۴۸ ساعته تعداد (درصد)	ارزش P
شروع رژیم غذایی	۲۳۰ (۱۰۰)	۲۳۰ (۱۰۰)	طبیعی
اجابت مزاج	۲۳۰ (۱۰۰)	۲۳۰ (۱۰۰)	طبیعی
نفخ شکم	۲۰ (۷/۸)	۱۸ (۸/۷)	طبیعی
تب	۴۰ (۴/۱۷)	۱۴ (۱/۶)	۰/۰۰۰
هماتوم جدار	۰ (۰)	۰ (۰)	طبیعی
راه افتادن	۲۳۰ (۱۰۰)	۲۳۰ (۱۰۰)	طبیعی
عفونت جدار	۰ (۰)	۰ (۰)	طبیعی
بستری مجدد	۱۲ (۲/۵)	۱۷ (۴/۷)	طبیعی
احتباس ادراری	۴ (۷/۱)	۶ (۶/۲)	طبیعی
هزینه بستری	۱۶۸۸۰۸	۱۹۲۰۳۴	طبیعی

در کل ۲۹ نفر (۶/۳ درصد) به بستری مجدد احتیاج پیدا کردند که از این تعداد ۱۲ نفر (۵/۲ درصد) در گروه ۲۴ ساعته و ۱۷ نفر (۷/۴ درصد) در گروه ۴۸ ساعته قرار داشتند. اختلاف فوق از نظر آماری معنی‌دار نبود ($P=0/3$). علل بستری مجدد در کل ۱۱ نفر به خاطر سردرد شدید و ۸ نفر به خاطر استفراغ‌های مکرر به دنبال بیهوشی اسپینال و ۱۰ نفر مابقی به خاطر هر دو مسأله فوق بود.

میزان احتباس ادراری در کل ۱۰ نفر (۲/۲ درصد) بود که ۴ نفر (۱/۷ درصد) در گروه ۲۴ ساعته و ۶ نفر (۲/۶ درصد) در گروه ۴۸ ساعته بودند. این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار نبود ($P=0/5$). ۲۱۱ نفر (۹۱/۷ درصد) از گروه ۲۴ ساعته در ۱۲ ساعت دوم پس از سزارین و مابقی قبل از آن اجابت مزاج داشتند. میزان فوق در گروه ۴۸ ساعته ۲۱۷ نفر (۹۴/۳ درصد) در روز دوم و مابقی در روز اول بود.

هزینه بستری در گروه ۲۴ ساعته از ۱۶۰ تا ۱۸۰ هزار تومان

۲۴ ساعته بود. یعنی بستری ۴۸ ساعته دارای هزینه بیشتری می‌باشد که با مطالعه براتی در اهواز یکسان است (۸).

در مطالعه ما میزان کلی بستری مجدد ۶/۳ درصد بود که در گروه ۴۸ ساعته (۷/۴ درصد) این میزان بیشتر بود، اما اختلاف معناداری بین دو گروه از نظر بستری مجدد وجود نداشت. در مطالعه براتی (۸) این میزان ۰/۲ درصد گزارش شده است.

اختلاف زمان راه افتادن و نفخ در دو گروه معنی‌دار نبود. احتباس ادراری در کل ۱۰ نفر (۲/۲ درصد) بود که از این میزان ۴ نفر (۱/۷ درصد) در گروه ۲۴ ساعته و ۶ نفر (۲/۶ درصد) در گروه ۴۸ ساعته بودند. این میزان بسیار کمتر از مطالعه Liang (۱۳) می‌باشد.

در مطالعه ما تمامی بیماران تا هنگام ترخیص اجابت مزاج داشتند و این در حالی است که در مطالعه براتی (۸) ۳ درصد از بیماران در روز اول پس از سزارین و ۹۵/۶ درصد از روز دوم به بعد یعنی پس از ترخیص اجابت مزاج داشتند. علت اختلاف فوق در مطالعه ما این بود که در بیماران مورد مطالعه ما بعد از عمل از شیاف بیزاکودیل استفاده می‌شد.

در مطالعه‌ای که در کانادا طی سال ۱۹۹۸ در مورد ترخیص زودرس بعد سزارین انجام شد، بیماران از این نحوه ترخیص راضی بودند (۲).

مدت بستری استاندارد که در کتب مرجع توصیه شده در سال‌های اخیر به تدریج کاهش پیدا کرده است. در سال ۱۹۸۹ ترخیص بیماران سزارینی در روز چهارم و یا پنجم پس از زایمان توصیه شده است (۷). در سال ۱۹۹۳ در روز سوم و چهارم، و در سال ۱۹۹۷ روز سوم و در موارد انتخابی ترخیص سزارین در روز دوم پس از عمل نیز مطرح شده است (۷). در مطالعه‌ای طی سال ۱۹۹۸ در کانادا که مدت زمان بستری را در دهه ۱۹۹۵-۱۹۸۵ اعلام کرده است، متوسط زمان بستری در این دهه از ۵/۳ به ۳ روز کاهش یافته است که هم در زایمان‌های طبیعی و هم در مورد سزارین تمایل به کاهش زمان بستری وجود داشته است. این کاهش مدت بستری

بیماران بلافاصله پس از عمل جراحی مایعات دریافت کردند و ۱۰۰ نفر ۲۴ ساعت بعد، نتیجه نشان داد که افراد با شروع زودهنگام تغذیه دهانی، روزهای بستری، تهوع و استفراغ و ایلئوس کمتری را نسبت به گروه کنترل تجربه کردند (۱۱).

در مطالعه دیگری که به وسیله پراوس انجام شد، نحوه تحمل بیماران و همچنین بی‌خطر بودن شروع زودهنگام و دیر هنگام رژیم غذایی بعد از سزارین مطالعه شد و عارضه‌ای در بیماران با شروع زودهنگام تغذیه دهانی مشاهده نشد. همچنین عدم تحمل نسبت به شروع زودهنگام رژیم غذایی نسبت به گروه کنترل مشاهده نشد و طول مدت بستری نیز کاهش داشت (۱۲).

در مطالعه حاجی سید جوادی در سال ۸۱ روی ۱۲۰ زن سزارین شده در قزوین، عوارض و رضایت بیماران در ترخیص ۲۴ و ۷۲ ساعت بعد از عمل بررسی شد. نمونه‌ها به‌طور تصادفی در دو گروه قرار گرفتند. ۵۹ نفر ۲۴ ساعته و ۶۱ نفر ۷۲ ساعت پس از عمل مرخص و مشخص شد که ترخیص ۲۴ ساعته بهتر است (۲).

میزان بروز کلی عفونت زخم پس از سزارین در مقاله‌ها و کتب ۱۶-۲/۵ درصد گزارش شده است (۷۴). در این مطالعه هیچ موردی از عفونت زخم در بیماران دو گروه مشاهده نشد که در مقایسه با استاندارد آمار بسیار خوبی می‌باشد و می‌تواند به‌علت استفاده از روش‌های صحیح جراحی، مسائل اجتماعی-فرهنگی و رعایت بهداشت مناسب باشد. همچنین در هیچ کدام از بیماران هماتوم جدار مشاهده نشد و این در حالی است که Canningham (۱۹۷۸) میزان کلی بروز عفونت زخم را در زنانی که در بیمارستان پارکلند تحت زایمان سزارین قرار می‌گرفتند را ۵۰ درصد گزارش کرده‌اند (۷).

در مطالعه Geopfert (۱۹۹۷) در دانشگاه آلاباما، از میان ۸۰۴۸ مورد زایمان سزارین ۹ مورد فاسیت نکروزان وجود داشت که رقمی در حد ۱/۸ مورد در هر ۱۰۰۰ مورد زایمان سزارین را نشان می‌دهد (۷).

در این مطالعه میزان هزینه در گروه ۴۸ ساعته بیشتر از گروه

محدود به موارد بی‌عارضه نبوده و در موارد عارضه‌دار هم انجام گرفته است (۱۴).

مطالعه براتی در سال ۸۱ روی ۵۰۱ بیمار که سزارین شده بودند، نشان داد که ترخیص بیماران سزارینی، روز اول پس از عمل، خطری نداشته و عوارض مرگ و میر بیماران نه تنها افزایش نیافته، بلکه در بعضی موارد کاهش نیز نشان داده است (۸). کاهش طول مدت بستری اثرات مفید اقتصادی و روانی دارد. تمایل پزشکان به نگه‌داشتن بیماران سزارین شده در بیمارستان شاید به دلیل اطمینان یافتن از عدم بروز عوارض است که براساس مطالعه ما به جز تب، بروز سایر عوارض در دو گروه ترخیص ۲۴ ساعته و ۴۸ ساعته اختلاف معنی‌داری نداشت. براتی نیز بر این نکته تاکید دارد که طول مدت بستری بیماران سزارین شده هیچ‌گونه افزایشی در شیوع عوارض نفاسی نداشته است و تقریباً تمامی بیماران (۹۹/۶ درصد) ترجیح می‌دادند که مدت زمان بستری کوتاه‌تری در بیمارستان داشته باشند (۸). از آنجایی که در مطالعه ما اکثر سزارین‌ها از نوع اورژانسی بود، می‌توان نتیجه گرفت که اورژانسی بودن سزارین ممانعتی برای ترخیص ۲۴ ساعته بیمار ندارد که با

مطالعه براتی (۸) نیز هم‌خوانی دارد.

نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های فوق ترخیص ۲۴ ساعته در مورد بیماران سزارین شده پیشنهاد می‌شود. با توجه به بالا بودن شیوع تب می‌توان هنگام ترخیص بیماران علائم عفونت را هشدار داده و یا بیماران را با داروی آنتی‌بیوتیک پروفیلاکسی مرخص کرد. شاید مطالعات بیشتری لازم باشد تا بتوان این مسأله را اثبات کرد که در ترخیص ۲۴ ساعت بعد از سزارین هزینه‌ای که بیمار متحمل می‌شود، کمتر بوده و عوارض ترخیص ۲۴ ساعته قابل چشم‌پوشی باشد. همچنین از نظر روحی برگشت سریع‌تر بیمار به جمع خانواده، آرامش بیشتری به دنبال خواهد داشت. در نهایت مطالعات بیشتر در این زمینه و در سطح وسیع‌تر پیشنهاد می‌شود.

تشکر و قدردانی

در اجرای این تحقیق از حمایت مادی و معنوی معاونت پژوهشی و کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی گلستان استفاده شده است.

References

- 1) Decherney AH, Pernoll ML. Current obstetric and gynecologic diagnosis and treatment. Lange medical book. 2003; pp: 703-9.
- ۲) حاجی سید جوادی ع. مقایسه عوارض و رضایت بیماران سزارینی در ترخیص ۲۴ و ۷۲ ساعت بعد از عمل. مجله قزوین. زمستان ۱۳۸۱. شماره ۲۴. صفحات ۶۸ تا ۷۱.
- ۳) اصنافی ت، حاجیان ک، حصاری ح. علل و عوارض سزارین اورژانسی [بیمارستان شهید یحیی نژاد بابل (۱۳۷۸)]. مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل. زمستان ۱۳۸۰. سال چهارم. شماره ۱. صفحات ۱۶ تا ۱۹.
- 4) Burrows WR, Ginco AJ Jr, Rose SM. Safety and efficacy of early post operative solid food consumption after cesarean section. J Reprod Med 1995; 9(5-6): 281-2.
- ۵) احمدی ک. AOM زنان و مامایی. انتشارات طب نوین. چاپ دوم. تابستان ۸۰. صفحه ۳۱۵.
- ۶) مقاره عابد ل، گوهریان، قانع م، ادیبی پ. بررسی شیوع سزارین و علل آن در کشور جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۷۷. حکیم، تابستان ۱۳۷۹. دوره سوم. شماره ۲. صفحات ۱۴۷ تا ۱۵۰.
- 7) Cunningham Gary F, Gilstrap Larry C, Leveno Kenneth J, Gant Norman F. William's obstetrics. 21st Ed. USA. Asimon and Schuster Company. 2005; 587-618.
- ۸) براتی م، رازی ت، مرمضی ف، لطفی م. تعیین بی‌خطر بودن ترخیص

- بیماران سزارینی روز اول پس از عمل. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی اهواز. اسفند ۱۳۸۱. شماره ۳۵. صفحات ۶۹ تا ۷۴.
- 9) James DK, Steer PJ, Weiner CP, Gonik B. High Risk Pregnancy. 2nd Ed. London: W.B. Saunders 1999: 1266.
 - 10) Benhamou D, Tecszy M, Parry N, Mercier FJ, Burg C. Audit of an early feeding program after cesarean delivery: Patient wellbeing is increased. Canadian J Anaeth. 2002; 814-9.
 - 11) Robbos AS. Early oral hydration: a novel regimen for management after elective cesarean section. Obstet Gynecol. 1995; 21(6): 563-7.
 - 12) Brumfield CG, hauth JC, Andrews WW. Puerperd infection after cesarean delivery; evaluation of a standardized protocol. Am J Obstet Gynecol. 2000 May; 182(5): 1147-51.
 - 13) Liang CC, Chang SD, Chang YL, Chen SH, Chueh HY, Cheng PJ. Postpartum urinary retention after cesarean delivery. Int J Gynaecol Obstet. 2007 Dec; 99(3):229-32.
 - 14) Wen SW, Liu s, Marcoux S, et al. Trends and variations in length of hospital stay for childbirth in Canada. CMAJ. 1998 Apr; 158(7); 875-80.

مقاله پژوهشی

بررسی عوامل مرتبط بر نگرش به پژوهش از دیدگاه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گرگان (۱۳۸۵)

چکیده

زمینه و هدف: دانشجویان به عنوان نیروهای فعال در امر پژوهش و محققان فردا نقش مهمی در پیشرفت کشور برعهده دارند. این مطالعه به منظور بررسی عوامل مرتبط بر نگرش به پژوهش از دیدگاه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گرگان انجام شد.

روش بررسی: با استفاده از یک پرسشنامه خودساخته ۳۲۲ دانشجو در دانشگاه علوم پزشکی گرگان مورد بررسی قرار گرفتند. سؤالات در رابطه با عوامل مرتبط بر گرایش دانشجویان نسبت به امر تحقیق بود. پاسخ به سؤالات با مقیاس چهاردرجه‌ای لیکرت مورد بررسی قرار گرفت. از آمار توصیفی و ناپارامتریک برای آنالیز داده‌ها استفاده گردید.

یافته‌ها: ۷۲/۴ درصد دانشجویان مونث بودند. ۲۸/۳ درصد دانشجوی مقطع دکتری حرفه‌ای، ۳۶/۳ درصد دانشجوی مقطع کارشناسی و ۳۵/۴ درصد دانشجوی مقطع کاردانی بودند. ۹۳/۵ درصد دانشجویان عواملی از قبیل انگیزه و علاقه فرد به تحقیق را در انجام کار تحقیقاتی موثر دانستند. ۹۳/۵ درصد دانشجویان معتقد بودند، اساتید مشاور در طرح ایده و فکر تحقیقاتی موثر هستند. ۷۷/۳ درصد دانشجویان معتقد بودند، کار تحقیقاتی از ضروریات جامعه حاضر است که انجام آن به روحیه همکاری نیاز دارد.

نتیجه‌گیری: با وجود نگرش مثبت اکثر دانشجویان به پژوهش و شرکت در فعالیت‌های پژوهشی، برای ایجاد تحولی فراگیر در پژوهش دانشجویی و استفاده بهینه از این نیروی عظیم، نمی‌توان از اهمیت فراهم نمودن امکانات مناسب برای دانشجویان چشم‌پوشی نمود.

کلیدواژه‌ها: نگرش، پژوهش، دانشجو

رضا محمدی

دانشجوی پرستاری دانشگاه علوم پزشکی گلستان

راضیه طالبی

دانشجوی پرستاری دانشگاه علوم پزشکی گلستان

لیلا پاداش

کارشناس ارشد برنامه ریزی آموزشی
معاونت آموزشی دانشگاه علوم پزشکی گلستان

دکتر لیلا جویباری

دکترای پرستاری
استادیار دانشگاه علوم پزشکی گلستان

دکتر اکرم ثناگو

دکترای پرستاری
استادیار دانشگاه علوم پزشکی گلستان

ناصر بهنام پور

کارشناس ارشد آمار زیستی
عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی گلستان

نویسنده مسؤول: رضا محمدی

مقدمه

پژوهش یکی از محورهای کلیدی در امنیت ملی کشورها محسوب می‌گردد (۱). هر ملت برای تداوم و بقا در صحنه جهانی و حرکت همگام با دیگر ملت‌ها برای تسلط بر سرنوشت خویش و حفظ آرمان‌هایش نیاز به بازوی قدرتمند توسعه‌یافتگی دارد و این امر جز با تحقیق در جنبه‌های گوناگون میسر نیست. وضعیت تحقیق در یک کشور معمولاً با شاخص‌هایی چون تعداد نیروهای محقق، وضعیت پژوهش در دانشگاه‌ها و میزان سرمایه‌گذاری در امر پژوهش سنجیده می‌شود (۲).

دانشجویان به عنوان نیروهای فعال در امر پژوهش و محققان فردای کشور نقش مهمی را در پیشرفت بر عهده دارند. اهمیت تحقیق دانشجویی برای تمام دست‌اندرکاران امور آموزش و پژوهش پزشکی آشکار است. تحقیق دانشجویی سبب می‌شود که دانشجو بتواند سؤالات موجود در زمینه یک تحقیق را به صورت مدون درآورده و اطلاعات را آنالیز کرده و با متدولوژی آشنایی یابد. برای هر سؤال تحقیقاتی متدولوژی مناسب را طراحی کند و متون مربوطه را با دقت خاصی بازخوانی کرده، گزارش بنویسد و راهنمایی‌های مختلف را در هنگام عمل به کار بندد (۳ و ۴). به همین دلیل در ایالات متحده، تحقیق دانشجویی به طرق مختلف از جمله اولویت دادن به دانشجویانی که سابقه کار تحقیقاتی دارند، به هنگام ثبت نام، معاف کردن دانشجویانی که کار تحقیقاتی کرده‌اند، از گرفتن برخی واحدهای اجباری، تخفیف در شهریه و دادن تسهیلات مالی به این دانشجویان توصیه و ترغیب می‌شود (۳). با این وجود بررسی‌های به عمل آمده در این کشور بحرانی را از نظر کمبود محقق، در سال‌های آتی پیش‌بینی می‌کند (۴). از بین روش‌های گوناگون پیش‌بینی شده برای افزودن به تعداد پزشکان، پرستاران، ماماها و دیگر پیراپزشکان که بعد از اتمام تحصیلات، تحقیق بالینی را به عنوان کار اصلی خود انتخاب می‌کنند، ترویج تحقیق

دانشجویی از همه موثرتر بوده است.

در حال حاضر فاصله زیادی بین تولید علمی کشورمان با بسیاری دیگر از کشورهای جهان وجود دارد. کشورهای توسعه یافته به طور متوسط ۳-۲ درصد تولید ناخالص سرانه خود را صرف پژوهش می‌کنند، در حالی که طی دهه اخیر ایران، تنها حدود ۰/۴-۰/۳ درصد از تولید ناخالص داخلی خود را صرف این امر کرده است (۵).

سطح تکنولوژی و توسعه هر کشور، تناسب مستقیمی با شاخص‌های اصلی تحقیق و پژوهش یعنی میزان سرمایه‌گذاری در تحقیق و تعداد نیروهای محقق دارد. در سال ۱۹۹۰ معادل ۹۶ درصد بودجه تحقیقاتی جهان در کشورهای توسعه یافته و تنها ۴ درصد آن در کشورهای در حال توسعه هزینه شده است که سهم کشورهای مسلمان از این میزان فقط ۱ درصد بوده است (۶).

به رغم آن که طی دهه اخیر میزان اعتبار برای تحقیقات و همچنین تعداد محققان در کشورمان افزایش چشمگیری داشته، ولی تعداد طرح‌های تحقیقاتی مصوب دانشگاه‌های علوم پزشکی و مقالات بین‌المللی منتشر شده افزایش مناسبی نشان نداده است (۶).

پژوهشگران، کمبود امکانات و وسایل، مقررات دست و پاگیر اداری، نگرش منفی مدیران اجرایی نسبت به فواید تحقیق، مشغله کاری یا عدم دسترسی به منابع اطلاعاتی، بودجه نامناسب، پایین بودن حق تحقیق و مراحل دشوار و طولانی دریافت بودجه برای طرح‌های پژوهشی، فقدان مهارت‌های پژوهشی و انگیزه را از جمله موانع انجام پژوهش دانسته‌اند (۷).

با وجود دیدگاه مثبت اکثر دانشجویان به آموزش مفاهیم پژوهش و شرکت در فعالیت‌های پژوهشی، دانش و عملکرد پژوهشی آنها قابل قبول نیست. به نظر می‌رسد که ساختار نظام آموزش عالی در بهره‌گیری از توان بالقوه دانشجویان در مسیر تولید علم ناتوان است. در صورت عدم ایجاد تحولی فراگیر

اصلاحی آنان استفاده شد. پرسشنامه نهایی شامل سه بخش بود. بخش اول مشخصات دموگرافیک و متغیرهای زمینه‌ای (جنسیت، مقطع تحصیلی، رشته تحصیلی و ...)، بخش دوم سؤالاتی در رابطه با عوامل مرتبط بر گرایش دانشجویان نسبت به امر تحقیق بود که در سه گروه کلی تقسیم‌بندی شد.

عوامل فردی: مجموعه عوامل که منشاء آن به طور مستقیم به محقق مربوط بود. مسائلی که محقق را به تحقیق علاقمند یا از آن دور می‌کرد. مثل علاقه فردی، مشغله درسی، فرصت کافی، آشنایی محقق با روش‌های جستجوی مطالب، شناخت متدلوژی تحقیق و اطلاعات محقق در مورد استفاده از وسایل کمکی و غیره.

عوامل آموزشی: مجموعه عوامل که مربوط به دانشگاه، امکانات آن و اساتید است. مثل اساتید مشاور، وجود منابع اطلاعاتی در دانشگاه، وجود امکانات کمکی، مجموعه قوانین اداری، منابع مالی و غیره.

عوامل اجتماعی: مجموعه عواملی که به جایگاه تحقیق در جامعه، باورهای اجتماعی و دیدگاه دوستان، اساتید، روحیه همکاری در طرح و غیره مربوط بود.

بخش سوم شامل یک سؤال باز بود که به نظرات، پیشنهادات و انتقادات نمونه‌های تحقیق در رابطه با عوامل مذکور اختصاص داشت.

سؤال‌ها با مقیاس چهار درجه‌ای نیولیکرت در طیف کاملاً موافقم، موافقم، مخالفم و کاملاً مخالفم مورد بررسی قرار گرفت. برای ارزیابی پایایی (Reliability)، پرسشنامه با ۲۵ نمونه تصادفی پایلوت شد و ضریب آلفای کرونباخ آن برابر با ۰/۷۴۸ محاسبه گردید.

پرسشنامه‌ها پس از اصلاح نهایی در اختیار ۳۲۲ دانشجو قرار گرفت. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-11.5 و آمار توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

در نظام آموزشی و مدیریتی دانشگاه‌ها در آینده در عرصه علم و توسعه جایگاهی بدتر از وضع موجود فراوری کشور خواهد بود (۸).

با بررسی تحقیقات انجام شده در ایران و مقایسه کمی و کیفی آنها با کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه موفق، اختلاف قابل توجهی از نظر شاخص‌های تحقیق (تعداد محقق، بودجه، تعداد کتاب‌های منتشر شده و نشریه‌های علمی و زیر چاپ و ...) دیده شد.

با وجود آگاهی از عدم تمایل دانشجویان و اساتید به امور تحقیقاتی، پژوهش کافی در زمینه موانع موجود بر سر راه انجام تحقیق و ارزیابی و مشخص کردن علل وجود این معضل صورت نگرفته یا محدود است (۹). مسلماً با شناخت تنگناهای موجود در مسیر علوم و فناوری کشور می‌توان گامی موثر در ارائه راهکارهای توسعه فناوری درون‌زا برداشت.

اهمیت این موضوع، ما را بر آن داشت که عوامل مرتبط بر گرایش دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گلستان نسبت به انجام تحقیق را بررسی نماییم. امید است نتایج حاصل از آن را در برنامه‌ریزی‌های آینده به کار گیریم و بتوانیم ارزیابی صحیح و دقیقی از میزان مداخله سیستم‌های آموزشی در مشارکت دادن دانشجویان در طرح‌های تحقیقاتی و برانگیختن آنان برای شرکت در فعالیت‌های تحقیقاتی داشته باشیم.

روش بررسی

این پژوهش، یک مطالعه توصیفی است که در سال ۱۳۸۵ برای تعیین عوامل مرتبط بر نگرش به پژوهش از دیدگاه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گلستان انجام شده است. جامعه پژوهش شامل دانشجویان دانشکده‌های پزشکی، پرستاری و مامایی و دانشکده پیراپزشکی (۳۲۲ نفر) بود. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌ای بود که به وسیله مجری و استاد راهنمای طرح تهیه شده بود که برای روایی محتوا پرسشنامه ابتدا به ۲۵ نفر از دانشجویان داده و تکمیل شد و سپس به ۵ نفر از اعضای هیأت علمی داده شد و از نظرهای

یافته‌ها

۲۷/۶ درصد از دانشجویان مرد و ۷۲/۴ درصد دیگر زن بودند. ۲۸/۳ درصد آنان دانشجوی مقطع دکتری حرفه‌ای، ۳۶/۳ درصد آنان دانشجوی مقطع کارشناسی و ۳۵/۴ درصد دانشجوی مقطع کاردانی بودند. ۲۷/۳ درصد از دانشجویان سابقه انجام کار تحقیقاتی را داشتند. ۱۵/۵ درصد در حال انجام کار تحقیقاتی، ۳۸/۸ درصد سابقه انجام کار تحقیقاتی را نداشتند ولی مایل به انجام آن بودند و در نهایت ۱۸/۳ درصد از دانشجویان نسبت به انجام کار تحقیقاتی علاقه‌ای نداشتند (جدول ۱).

جدول ۱: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش

بر حسب برخی متغیرهای دموگرافیک و زمینه‌ای

تعداد (درصد)		جنس
۸۹ (۲۷/۶)	مرد	
۲۳۳ (۷۲/۴)	زن	
۳۲۲ (۱۰۰)	جمع	
تعداد (درصد)		مقطع تحصیلی
۹۱ (۲۸/۳)	دکتری	
۱۱۷ (۳۶/۳)	کارشناسی	
۱۱۴ (۳۵/۴)	کاردانی	
۳۲۲ (۱۰۰)	جمع	
تعداد (درصد)		دانشکده
۹۱ (۲۸/۳)	پزشکی	
۱۱۷ (۳۶/۳)	پرستاری و مامایی	
۱۱۴ (۳۵/۴)	پیراپزشکی	
۳۲۲ (۱۰۰)	جمع	
تعداد (درصد)		وضعیت تحقیق
۸۸ (۲۷/۳)	سابقه انجام تحقیق را دارند.	
۵۰ (۱۵/۵)	در حال انجام تحقیق هستند.	
۱۲۵ (۳۸/۸)	سابقه انجام تحقیق را ندارند، ولی مایل به تحقیق هستند.	
۵۹ (۱۸/۳)	به انجام تحقیق بی‌علاقه هستند.	
۳۲۲ (۱۰۰)	جمع	

اکثر دانشجویان (۹۳/۵ درصد) عواملی از قبیل انگیزه و علاقه فرد به تحقیق را در انجام کار تحقیقاتی موثر دانستند. آنها معتقد بودند که داشتن مشغله درسی کمتر و فرصت بیشتر برای تحقیق و همچنین آشنایی با مراحل کار تحقیقاتی

(متدلوژی) باعث روی آوردن آنها به کار تحقیقاتی می‌شود. علاوه بر این که برای کار تحقیقاتی بایستی با کامپیوتر آشنا باشند. همچنین تحقیق باعث رکود علمی و کاهش نمره در سایر دروس نمی‌شود. (جدول ۲).

جدول ۲: دیدگاه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گلستان

نسبت به عوامل فردی مرتبط بر نگرش به پژوهش

تعداد (درصد)	
۱۵۲ (۴۷/۲)	کاملاً موافقم
۱۴۹ (۴۶/۳)	موافقم
۱۵ (۴/۷)	مخالقم
۶ (۱/۹)	کاملاً مخالفم

به طور کلی در میان عوامل فردی، انگیزه و علاقه فردی نسبت به عوامل دیگر فردی بیشترین درصد (۹۲/۳ درصد) موافقین را داشت و این که مشغله درسی کمتر در روی آوردن به کارهای پژوهشی موثر است، کمترین درصد (۷۸/۳ درصد) موافقین را به خود اختصاص داد. در حالی که در بین دانشجویان دانشکده پیراپزشکی انگیزه و علاقه فردی بیشترین درصد (۹۳/۹ درصد) ولی کمترین درصد (۷۸/۱ درصد) عامل آشنایی با کامپیوتر برای کار تحقیقاتی ذکر شد. در بین دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی بیشترین درصد انگیزه و علاقه فردی (۹۱/۵ درصد) و کمترین درصد (۷۴/۴ درصد) مربوط به تاثیر داشتن مشغله کمتر درسی بود. در بین دانشجویان دانشکده پزشکی بیشترین درصد انگیزه و علاقه فردی (۹۲/۳ درصد) و تاثیر داشتن مشغله کمتر درسی کمترین درصد (۷۸/۳ درصد) را داشت (جدول ۳).

اکثر دانشجویان (۹۳/۵ درصد) معتقد بودند که اساتید مشاور در طرح ایده و فکر تحقیقاتی موثر هستند. علاوه بر آن وجود منابع اطلاعاتی کافی و همچنین امکانات کمکی (کامپیوتر، پرینتر و ...) برای کار تحقیقاتی لازم است. آنها معتقد بودند که همانقدر که وجود منابع مالی برای کار تحقیقاتی دانشجو را به تحقیق راغب می‌کند، قوانین دست‌وپاگیر اداری آنان را از انجام کار تحقیقاتی باز می‌دارد (جدول ۴).

جدول ۳: دیدگاه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گلستان نسبت به عوامل فردی مرتبط بر نگرش به پژوهش به تفکیک دانشکده

سؤالات مربوط به عوامل فردی	دانشکده پیراپزشکی		دانشکده پرستاری		دانشکده پزشکی		میانگین	
	مقطع کاردانی	مقاطع کارشناسی	مقاطع دکتری	مقاطع دکتری	مقاطع دکتری	مقاطع دکتری	موافق (درصد)	مخالف (درصد)
انگیزه و علاقه فردی در انجام پژوهش موثر است؟	۹۳/۹	۶/۱	۹۱/۵	۸/۵	۹۱/۱	۸/۹	۹۲/۳	۷/۷
داشتن مشغله کمتر درسی در روی آوردن به کارهای پژوهشی موثر است؟	۸۵/۱	۱۴/۹	۷۴/۴	۲۵/۶	۷۴/۸	۲۵/۲	۷۸/۳	۲۱/۷
فرصت و وقت کافی برای کار تحقیقاتی لازم است؟	۹۳/۸	۶/۲	۸۲/۹	۱۷/۱	۹۰/۱	۹/۹	۸۸/۹	۱۱/۱
آشنایی با روش‌های جستجوی مطالب (در اینترنت) در کار تحقیقاتی موثر است؟	۹۱/۲	۸/۸	۸۹/۷	۱۰/۳	۸۷/۹	۱۲/۱	۸۹/۸	۱۰/۲
شناخت از مراحل کار تحقیقاتی (متدلوژی) در روند کار تحقیقاتی موثر است؟	۸۹/۵	۱۰/۵	۸۷/۲	۱۲/۸	۸۱/۳	۱۸/۷	۸۶/۴	۱۳/۶
برای کار تحقیقاتی بایستی با کامپیوتر آشنا باشیم؟	۷۸/۱	۲۱/۹	۸۰/۳	۱۹/۷	۸۳/۶	۱۶/۴	۸۰/۴	۱۹/۶
تحقیق باعث رکود علمی و کاهش نمره در سایر دروس می‌شود؟	۱۹/۳	۸۰/۷	۲۴	۷۶	۹/۹	۹۰/۱	۲۲/۰	۷۸/۰

جدول ۴: دیدگاه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گلستان

نسبت به عوامل آموزشی مرتبط بر نگرش به پژوهش

تعداد (درصد)	
۱۵۰ (۴۶/۶)	کاملاً موافقم
۱۵۱ (۴۶/۹)	موافقم
۱۵ (۴/۷)	مخالفم
۶ (۱/۹)	کاملاً مخالفم

به طور کلی در میان عوامل آموزشی وجود منابع اطلاعاتی برای کار تحقیقاتی نسبت به عوامل دیگر آموزشی بیشترین درصد (۹۲/۶ درصد) موافقین را داشت و این که قوانین اداری در روند کار تحقیقاتی تاثیر دارد، کمترین درصد موافقین (۶۸/۳ درصد) را به خود اختصاص داد. در حالی که در بین دانشجویان دانشکده پیراپزشکی وجود منابع اطلاعاتی برای کار تحقیقاتی بیشترین درصد (۹۴/۸ درصد) و کمترین درصد (۶۸/۴ درصد) تاثیر قوانین اداری در روند کار تحقیقاتی ذکر

شد. در بین دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی بیشترین درصد وجود منابع اطلاعاتی برای کار تحقیقاتی (۹۴ درصد) و کمترین درصد (۶۹/۳ درصد) مربوط به تاثیر قوانین اداری بود. در حالی که در بین دانشجویان دانشکده پزشکی بیشترین درصد (۹۰/۱ درصد) مربوط به تاثیر وجود امکانات کمکی (کامپیوتر، پرینتر و...) بود و تاثیر قوانین اداری کمترین درصد (۶۷/۱ درصد) را داشت (جدول ۵).

اکثر دانشجویان (۷۷/۳ درصد) معتقد بودند که کار تحقیقاتی از ضروریات حال حاضر جامعه است که البته انجام آن نیاز به روحیه همکاری دارد. آنان معتقد بودند که کار تحقیقاتی هم ردیف با دیگر واحدهای تخصصی است که باید جزئی از واحدهای درسی باشد که با تبلیغ به انجام آن می‌توان دانشجویان را نسبت به انجام کار تحقیقاتی تشویق کرد (جدول ۶).

جدول ۵: دیدگاه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گلستان نسبت به عوامل آموزشی مرتبط بر نگرش به پژوهش

سؤالات مربوط به عوامل آموزشی	دانشکده پیراپزشکی		دانشکده پرستاری		دانشکده پزشکی		میانگین
	موافق (درصد)	مخالف (درصد)	موافق (درصد)	مخالف (درصد)	موافق (درصد)	مخالف (درصد)	
اساتید مشاور در طرح ایده و فکر تحقیقاتی موثر هستند؟	۸۷/۷	۱۲/۳	۸۷/۱	۱۲/۹	۸۴/۷	۱۵/۳	۸۶/۷
وجود منابع اطلاعاتی برای کار تحقیقاتی ضروری است؟	۹۴/۸	۵/۲	۹۴/۰	۶/۰	۸۷/۹	۱۲/۱	۹۲/۶
وجود امکانات کمکی (کامپیوتر، پرینتر، ...) برای کار تحقیقاتی لازم است؟	۹۱/۲	۸/۸	۸۸/۰	۱۲/۰	۹۰/۱	۹/۹	۸۹/۸
اساتید مشاور و راهنما در تدوین طرح می توانند موثر باشند؟	۹۰/۳	۹/۷	۸۴/۶	۱۵/۴	۸۱/۴	۱۸/۶	۸۵/۷
قوانین اداری در روند کار تاثیر می گذارند؟	۶۸/۴	۳۱/۶	۶۹/۳	۳۰/۷	۶۷/۱	۳۲/۹	۶۸/۳
منابع مالی جهت کار تحقیقاتی لازم است؟	۹۰/۴	۹/۶	۸۷/۲	۱۲/۸	۸۳/۵	۱۶/۵	۸۷/۳
وجود امکانات لازم جهت اجرای طرح ضروری است؟	۹۱/۳	۸/۷	۸۹/۷	۱۰/۳	۸۷/۹	۱۲/۱	۸۹/۷
اهمیت دادن به تحقیق توسط اساتید راهنما باعث تقویت طرح می شود؟	۹۰/۴	۹/۶	۸۵/۵	۱۴/۵	۸۵/۸	۱۴/۲	۸۷/۳
آشنایی با متدولوژی تحقیقات باعث پیشبرد اهداف تحقیقاتی می شود؟	۸۶/۸	۱۳/۲	۸۴/۶	۱۵/۴	۸۹/۱	۱۰/۹	۸۶/۶

جدول ۶: دیدگاه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گلستان

نسبت به عوامل اجتماعی مرتبط بر نگرش به پژوهش

تعداد (درصد)	
کاملاً موافقم	۵۲ (۱۶/۱)
موافقم	۱۹۷ (۶۱/۲)
مخالفم	۶۵ (۲۰/۲)
کاملاً مخالفم	۸ (۲/۵)

به طور کلی در میان عوامل اجتماعی وجود روحیه همکاری برای کار تحقیقاتی نسبت به دیگر عوامل اجتماعی بیشترین درصد (۸۵/۱ درصد) موافقین را داشت و این که تحقیق باید جزئی از واحدهای درسی باشد، کمترین درصد (۴۹/۴ درصد) موافقین را به خود اختصاص داد. در بین دانشجویان دانشکده پیراپزشکی وجود روحیه همکاری بیشترین درصد (۸۷/۷ درصد) و کمترین درصد (۴۸/۲ درصد)

بودن تحقیق جزء واحدهای درسی ذکر شد. در بین دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی بیشترین درصد (۸۲/۹ درصد) مربوط به دو عامل داشتن روحیه همکاری برای تحقیق و مقبولیت اجتماعی طرح های تحقیقاتی بود و کمترین درصد (۴۹/۶ درصد) به بودن تحقیق جزء واحد درسی ذکر شد. در بین دانشجویان دانشکده پزشکی بیشترین درصد (۸۴/۴ درصد) مربوط به روحیه همکاری برای انجام تحقیق بود و کمترین درصد (۵۰/۶ درصد) به بودن تحقیق جزء واحد درسی ذکر شد (جدول ۷).

همچنین با توجه به تعداد زنان (۲۳۳ نفر، ۷۲/۴ درصد) به مردان (۸۹ نفر، ۲۷/۶ درصد) میانگین نمرات آنان به مجموعه عوامل فردی، آموزشی و اجتماعی تقریباً مشابه بود که حاکی

جدول ۷: دیدگاه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گلستان نسبت به عوامل اجتماعی مرتبط بر نگرش به پژوهش

سؤالات مربوط به عوامل اجتماعی		دانشکده پیراپزشکی		دانشکده پرستاری		دانشکده پزشکی		میانگین	
		مقطع کاردانی	مقطع کارشناسی	مقطع کارشناسی	مقطع کارشناسی	مقطع کارشناسی	مقطع کارشناسی	میانگین	میانگین
موافق	مخالف	موافق	مخالف	موافق	مخالف	موافق	مخالف	موافق	مخالف
(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)
۸۴/۳	۱۵/۷	۸۲/۹	۱۷/۱	۶۸/۲	۳۱/۸	۷۹/۲	۲۰/۸	۲۰/۸	۷۹/۲
۷۵/۵	۲۴/۵	۷۵/۹	۲۴/۱	۷۱/۵	۲۸/۵	۷۴/۴	۲۵/۶	۲۵/۶	۷۴/۴
۸۷/۷	۱۲/۳	۸۲/۹	۱۷/۱	۸۴/۴	۱۵/۶	۸۵/۱	۱۴/۹	۱۴/۹	۸۵/۱
۷۶/۳	۲۳/۷	۷۲/۷	۲۷/۳	۷۶/۶	۲۳/۴	۷۵/۱	۲۴/۹	۲۴/۹	۷۵/۱
۶۷/۶	۳۲/۴	۶۶/۷	۳۳/۳	۶۶/۰	۳۴/۰	۶۶/۸	۳۳/۲	۳۳/۲	۶۶/۸
۵۲/۶	۴۷/۴	۵۸/۲	۴۱/۸	۶۰/۵	۳۹/۵	۵۶/۹	۴۳/۱	۴۳/۱	۵۶/۹
۴۸/۲	۵۱/۸	۴۹/۶	۵۰/۴	۵۰/۶	۴۹/۴	۴۹/۴	۵۰/۶	۵۰/۶	۴۹/۴

از آن است که جنسیت چندان عامل تاثیر گذاری نیست (میانگین نمره زنان ۳/۴۷، میانگین نمره مردان ۳/۲۷).

به طور کلی براساس یافته‌های پژوهش میانگین نمرات دانشجویان به عوامل فردی بیشتر از عوامل آموزشی و به عوامل آموزشی بیشتر از عوامل اجتماعی بود. بدین ترتیب از نظر دانشجویان عوامل فردی در جهت انجام کار تحقیقاتی موثرتر از سایر عوامل می‌باشد (جدول ۸).

جدول ۸: بررسی عوامل مرتبط بر نگرش به پژوهش

از دیدگاه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گلستان

انحراف معیار $\pm$ میانگین	
۳/۴۱ $\pm$ ۰/۵۳	فردی
۳/۳۶ $\pm$ ۰/۵۲	آموزشی
۲/۹۱ $\pm$ ۰/۵۹	اجتماعی

بحث و نتیجه گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که ۸۱/۶ درصد دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گلستان به انجام طرح‌های تحقیقاتی

تمایل داشتند. در حالی که در مطالعه جوادیان (۱۰) در دانشگاه علوم پزشکی بابل و پنجه شاهین در دانشکده پزشکی شیراز (۱۱) این مقدار ۷۷ درصد و در مطالعه درودی در دانشگاه علوم پزشکی تبریز (۱۲) این مقدار ۶۹/۴ درصد بود. عوامل فردی و آموزشی از نظر دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گلستان نسبت به عوامل اجتماعی موثرتر است. در بررسی که به وسیله جوادیان در سال ۸۰ در دانشگاه علوم پزشکی بابل انجام شد، حدود ۹۴ درصد افراد معتقد بودند که کارهای تحقیقاتی به یادگیری و درک کمک می‌کند که مشابه نتیجه این تحقیق است (۹۳/۵ درصد).

اکثر دانشجویان (۹۳/۵ درصد) عواملی از قبیل انگیزه و علاقه فرد به تحقیق را در انجام کار تحقیقاتی موثر دانستند. همچنین از نظر آنان داشتن امکانات کمکی و همچنین شناختن مراحل کار تحقیقاتی در انجام کار تحقیقاتی موثر است. مدیران پژوهشی دانشگاه می‌توانند با برگزاری کارگاه‌های

روش تحقیق و همچنین فراهم آوردن امکاناتی از قبیل امکان اتصال به شبکه اینترنت، کامپیوتر و پرینتر فضای مناسب برای کار تحقیقاتی توسط دانشجویان را فراهم آورند.

اکثر دانشجویان (۹۳/۵ درصد) معتقد بودند که اساتید مشاور در طرح ایده و فکر تحقیقاتی موثر هستند. مهارت و قدرت کافی مدیران و رؤسای دانشگاه از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. نتایج پژوهش‌های دیگر در این زمینه نشان داد که درصد قابل توجهی از وقت اعضای هیأت علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی صرف آموزش و ارائه خدمات بالینی می‌شود و به همین دلیل اکثر اعضای هیأت علمی شاغل در دانشگاه‌های علوم پزشکی در کشورهای در حال توسعه وقت کافی برای انجام امور پژوهشی را ندارند (۷). لذا هم‌زمان با آنان دانشجویان نیز بیشتر وقت خود را صرف امور درسی محوله از استاد کرده و وقت لازم برای انجام کار تحقیقاتی را ندارند. اساتید دانشگاه می‌توانند با توجه به نیاز دانشجویان آنان را در طرح و تدوین ایده‌های تحقیقاتی یاری کنند. در ضمن با بازنگری در قوانین اداری جاری در کارهای تحقیقاتی راه را برای دانشجویانی که فعالیت تحقیقاتی دارند، آسان‌تر کنند.

اکثر دانشجویان (۷۷/۳ درصد) معتقد بودند که کار تحقیقاتی از ضروریات حال حاضر جامعه است که البته نیاز به روحیه همکاری دارد. بررسی‌های کیفی نشانی می‌دهد که اکثر طرح‌های تحقیقاتی انجام شده در کشور قائم به فرد بوده، با کیفیت پایین و بدون استمرار انجام شده است و از نتایج آن کمتر می‌توان برای رفع نیازهای جامعه استفاده کرد. بنابراین به نظر می‌رسد که تشکیل هسته‌های پژوهشی در دانشکده‌ها و دانشگاه‌ها و نیز تقویت انجام پژوهش‌هایی به صورت

مشارکت گروهی بسیار ضروری باشد (۱۳).

پیشنهادهای

با توجه به نتایج پژوهش، می‌توان براساس نظر دانشجویان پیشنهادهای زیر را جهت ارتقای کمی و کیفی پژوهش کشور مطرح کرد:

- ایجاد فرصت پژوهشی برای دانشجویان
- برگزاری کارگاه‌های روش تحقیق
- آموزش استفاده از کامپیوتر به دانشجویان
- بازنگری در قوانین اداری و تغییر آنان به نحو مطلوب
- کوتاه کردن روال بررسی و تصویب طرح‌های پژوهشی
- ضابطه‌دار کردن بررسی و تصویب طرح‌های پژوهشی
- در دسترس بودن امکانات تایپ، چاپ و تکثیر
- دسترسی آسان به شبکه‌های اطلاعاتی
- ایجاد دفتر مشاوره پژوهش در دانشکده‌ها
- استفاده بهینه از نتایج تحقیقات
- قائم به فرد نبودن تحقیقات و تقویت پژوهش‌های گروهی
- ایجاد انگیزه در دانشجویان
- تبلیغات منظم و دوره‌ای برای کارگاه‌های روش تحقیق

تشکر و قدردانی

در پایان از همکاری معاونت محترم پژوهشی و آموزشی دانشگاه علوم پزشکی گلستان، آموزش بیمارستان ۵ آذر گرگان و اعضای کمیته تحقیقات دانشجویی آقایان داوریان، هاشم‌نژاد و خانم‌ها محسن‌خواه، مزجی و پیغان تشکر می‌شود. همچنین از تمامی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گلستان که در این طرح صادقانه ما را یاری کردند، سپاسگزاریم.

References

- (۱) ظهوری، فکری ع. موانع پژوهش از دیدگاه اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران. پایش. ۱۳۸۱. سال دوم. شماره دوم. صفحه ۱۱۸.
- (۲) دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی: وضعیت تحقیقات پزشکی در کشور: ویژه نامه تحقیقات مصوب دانشگاه. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. ۱۳۷۵. شماره ۱. صفحه ۲.
- (۳) Jacobs CD, Cross DC. The value of medical student research the experience at stanford university shool of medicine. Medical education. 1995; 29: 342-346.

- (۴) Cadman EC. The acadaic physician investigator: a crisis not to be ignered. Ana of Int Med. 1994; 120: 401-410.
- (۵) محمدی الف، خرمی م. وضعیت پژوهش در ایران. رهیافت. ۱۳۷۸. شماره ۲۰. صفحه ۹۶.
- (۶) یحیی ف. تحول روند شاخص‌های تحقیقاتی. رهیافت. ۱۳۷۹. شماره ۲۳. صفحات ۲۳ تا ۲۶.
- (۷) سازمان مدیریت دولتی: نظام آموزشی مدیران کشور: مدیریت پایه سطح ۱.

تهران: مرکز آموزش مدیریت دولتی. ۱۳۷۷. صفحه ۶۶.

(۸) طلایی م و همکاران. جایگاه پژوهش در بین دانشجویان پزشکی : ارزشیابی وضع موجود در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان - ۱۳۷۹. پژوهش در علوم پزشکی، تابستان ۱۳۸۰. دوره ۶. شماره ۲. صفحات ۹۷ تا ۱۰۱.

(۹) مهاجری ب، محبوب نیا م. بررسی علل و عوامل موثر در عدم روی آوردن دانشجویان به تحقیق و پژوهش در دانشگاه علوم پزشکی بوشهر. کتابچه خلاصه مقالات دومین کنگره فضلی پور کرمان. ۱۳۷۶. صفحه ۴۴.

(۱۰) جوادیان ی. نگرش دانشجویان پزشکی در مورد اهمیت پژوهش ۸۰-۷۹. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین. تابستان ۸۱ شماره ۲۲. صفحات ۶۵ تا ۶۷.

(۱۱) پنجه شاهین م، مولا الف، نبوی زاده ع، توکلی ع. عوامل موثر در فعالیت های تحقیقاتی دانشجویان محقق دانشکده پزشکی شیراز. کتابچه خلاصه مقالات کنگره قلب و عروق دانشگاه علوم پزشکی شیراز. ۱۳۷۸. صفحه ۹۴.

(۱۲) درودی ط، عربی ر، فخیم پ، چارویی س و همکاران. عوامل موثر در عدم گرایش دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز به امر تحقیق. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان. بهار ۱۳۷۷. شماره ۱. صفحات ۵۳ تا ۵۶.

(۱۳) فرمانبر ر، عسگری ف. بررسی عوامل بازدارنده انجام تحقیق از دیدگاه اعضاء هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان. دوره ۱۴. شماره ۵۴. صفحات ۸۴ تا ۹۱.

مقاله پژوهشی

فراوانی هلیکوباکتریلوری در مراجعین به غرفه مرکز تحقیقات گوارش و کبد گلستان در هفته پژوهش سال ۱۳۸۵

چکیده

زمینه و هدف: آلودگی ناشی از هلیکوباکتریلوری در تمام نقاط دنیا دیده می‌شود. هدف از این مطالعه بررسی میزان مثبت شدن تست اوره‌آز تنفسی و ارتباط آن با برخی متغیرهای فردی بود.

روش بررسی: برای تعیین احتمال ابتلا به هلیکوباکتریلوری از افراد داوطلب مراجعه کننده به غرفه مرکز تحقیقات گوارش و کبد گلستان، تست اوره‌آز تنفسی گرفته شد.

یافته‌ها: از ۲۵ نفر مورد بررسی ۱۴ نفر مبتلا، یک نفر مشکوک و بقیه سالم گزارش شدند.

نتیجه‌گیری: توجه به این که بیش از نیمی از افراد در نتیجه این تست مبتلا گزارش شدند، توصیه می‌شود، علاوه بر معاینات بالینی تست‌های غیرتهاجمی نیز در ارزیابی‌های معمول افراد مدنظر قرار گیرد.

کلید واژه‌ها: هلیکوباکتریلوری، فراوانی، تست اوره‌آز تنفسی

مهسا بشارت

دانشجوی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گلستان
مرکز تحقیقات گوارش و کبد گلستان

هانیه سادات میرکریمی

کاردان علوم آزمایشگاهی
مرکز تحقیقات گوارش و کبد گلستان

دکتر سیما بشارت

پزشک عمومی
مرکز تحقیقات گوارش و کبد گلستان

دکتر غلامرضا روشندل

پزشک عمومی
مرکز تحقیقات گوارش و کبد گلستان

نویسنده مسؤول: دکتر سیما بشارت

مقدمه

عفونت معده توسط باکتری هلیکوباکتریلوری عامل اکثر موارد زخم معده است. آلودگی ناشی از این باکتری در تمام نقاط دنیا دیده می‌شود (۱) و تا حد زیادی وابسته به استانداردهای کلی زندگی و وضعیت اجتماعی-اقتصادی در هر منطقه می‌باشد (۲و۱).

در حال حاضر هیچ نوع روش استاندارد طلائی برای تشخیص عفونت هلیکوباکتریلوری که به طور عمومی پذیرفته شده باشد، وجود ندارد و انتخاب روش به وضعیت بالینی بیمار وابسته است (۱). برای تشخیص عفونت از روش‌های متعدد تهاجمی و غیرتهاجمی استفاده می‌شود. در شیوه تهاجمی، ضمن انجام آندوسکوپی از مخاط لوله گوارش نمونه‌برداری شده و مورد بررسی میکروبیولوژی و کشت یا تست اوره‌آز سریع قرار می‌گیرد (۳). شیوه‌های غیرتهاجمی شامل محاسبه سطح سرمی آنتی‌بادی‌ها، تست تنفسی اوره‌آز، PCR مدفوع و بررسی مدفوع از نظر آنتی‌ژن میکروب می‌باشد.

از ویژگی‌های این باکتری، تولید میزان زیادی آنزیم اوره‌آز است که استفاده از دو روش تشخیصی اوره‌آز سریع و تست تنفسی اوره را ممکن ساخته است (۳). تست اوره‌آز سریع بر پایه فعالیت آنزیم اوره‌آز باکتری است. این آنزیم شاخص تست اوره را تبدیل به آمونیاک کرده که در نتیجه PH محیط بالا می‌رود. با افزایش PH معرف فل تغییر رنگ می‌دهد (۴). شیوه اوره‌آز تنفسی بسیار حساس بوده و غیرتهاجمی است. این روش به وسیله هر یک از افراد عرصه بهداشت و سلامت قابل انجام می‌باشد (۵).

در این مطالعه توصیفی مقطعی که در هفته پژوهش سال ۱۳۸۵ در غرفه مرکز تحقیقات گوارش و کبد گلستان انجام شد، میزان مثبت شدن تست اوره‌آز تنفسی و ارتباط آن با برخی متغیرهای فردی مورد بررسی قرار گرفت.

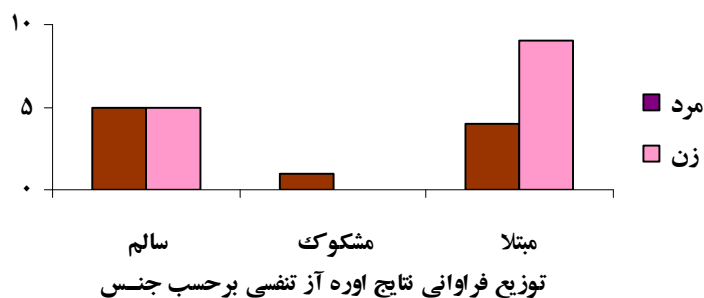
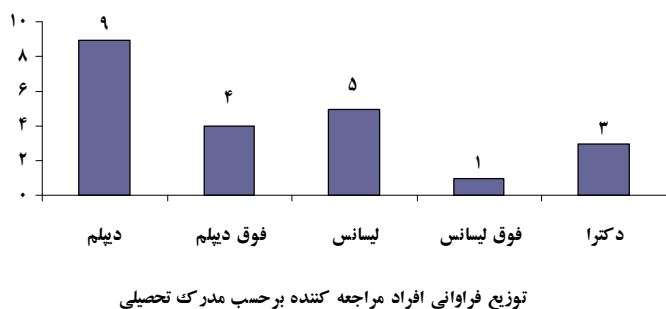
روش بررسی

در این مطالعه توصیفی-مقطعی از افراد داوطلب مراجعه کننده به غرفه مرکز تحقیقات گوارش و کبد گلستان، تست

اوره‌آز تنفسی برای تعیین احتمال ابتلا به هلیکوباکتریلوری گرفته شد. مشخصات فردی این افراد نیز در پرسشنامه‌هایی که بدین منظور در نظر گرفته شده بود، وارد شد. دستگاه مورد بررسی Helicoprobes TM بود. روش کار به این صورت بود که افراد ابتدا محلول حاوی کربن ۱۴ نشاندار شده را می‌خوردند و پس از ۱۰ دقیقه در پاکت مخصوص (Breathcard Tm) فوت می‌کردند و ما کارت مخصوص موجود در این پاکت را درون دستگاه قرار می‌دادیم. دستگاه نتیجه تست را به صورت مثبت، منفی یا مشکوک گزارش می‌کرد.

یافته‌ها

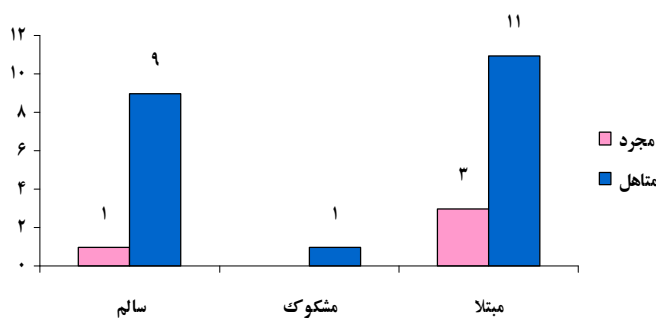
اطلاعات مربوط به ۲۵ نفر (۱۵ زن و ۱۰ مرد) از افراد مراجعه کننده کامل بود و وارد تجزیه و تحلیل شد. نتایج در نمودارهای زیر نشان داده شده است. از این تعداد ۱۴ نفر مبتلا، یک نفر مشکوک و بقیه سالم گزارش شدند. ۲۱ نفر متاهل و ۴ نفر مجرد بودند. ۳ نفر سابقه قبلی اختلالات گوارشی داشتند. ۸ نفر زمینه تحصیلی علوم پزشکی و ۱۲ نفر زمینه تحصیلی غیرپزشکی داشتند.



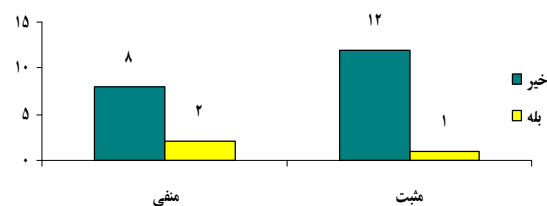
ویژگی کشت ۱۰۰ درصد و حساسیت آن ۷۳/۸ درصد بود. بررسی اسمیر ویژگی ۱۰۰ درصد و حساسیت ۹۲/۹ درصد داشت. ولی روش وقت گیری بود. تست اوره آز سریع ویژگی ۹۸/۴ درصد و حساسیت ۸۵/۷ درصد داشت. طبق گزارش این بررسی، تست اوره آز سریع به خاطر سرعت، سهولت و ارزان بودن برای استفاده روزانه مناسب است (۶).

در مطالعه خاتمی در آندوسکوپي کودکانی که التهاب، زخم و گاستریت ندولر داشتند، نمونه بیوپسی تهیه گردید و همان زمان ۳ سی سی خون وریدی برای آزمون سرولولژی به روش الیزا گرفته شد. آزمون اوره آز، سرولولژی، کشت و پاتولوژی به ترتیب در ۵۷/۱ درصد، ۵۱/۴ درصد، ۳۱/۶ درصد و ۳۱/۶ درصد مثبت گزارش شد. حساسیت و ویژگی سرولولژی نسبت به پاتولوژی ۵۴/۵ درصد و ۶۸/۲ درصد به دست آمد. حساسیت و ویژگی تست اوره آز نسبت به پاتولوژی و کشت به ترتیب ۹۰/۹ درصد، ۵۹/۹ درصد، ۹۰/۹ درصد و ۶۱/۹ درصد به دست آمد (۷).

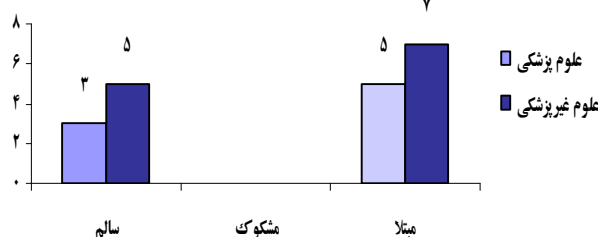
در بررسی دیگری نمونه های متعدد از آنتر معده طی گاستروسکوپي برای کشت، پاتولوژی و اوره آز سریع برداشته شد و آنتی بادی IgG نیز در نمونه خون افراد بررسی شد. استاندارد طلایی در این مطالعه کشت مثبت و همچنین هیستولوژی توام با اوره آز سریع بود. مقایسه بافت شناسی، کشت، اوره آز سریع و الیزا با استاندارد طلایی کشت نشان داد که هر یک از آزمون ها به تنهایی ویا توام بودن سه آزمون از سه آزمون هیستولوژی، اوره آز سریع و الیزا از ارزش تشخیصی مناسبی برخوردار نیستند و در این مقایسه اوره آز سریع، با ارزش اخباری مثبت و ارزش اخباری منفی ۵۹/۳ و ۹۲/۳ بیشترین ارزش را دارد. طبق نتایج این مطالعه، اعلام شد که در ایران اوره آز سریع و هیستولوژی به صورت توام در تشخیص عفونت هلیکوباکتریلوری می تواند، استفاده شود و آزمون سرولولژی الیزا با کیت های تجاری به دلیل ویژگی بسیار پایین توصیه نمی شود (۱).



توزیع فراوانی نتایج تست اوره آز تنفسی برحسب وضعیت تاهل



توزیع فراوانی نتایج تست اوره آز تنفسی برحسب سابقه قبلی اختلالات گوارشی



توزیع فراوانی نتایج تست اوره آز تنفسی برحسب زمینه تحصیلی

بحث و نتیجه گیری

با توجه به این که بیش از نیمی از افراد در این تست مبتلا گزارش شدند و اکثراً سابقه اختلالات گوارشی را ذکر نمی کردند، توصیه می شود که علاوه بر معاینات بالینی تست های غیرتهاجمی مانند همین تست نیز در ارزیابی های معمول افراد مدنظر قرار گیرد. در این مطالعه به افراد دارای نتیجه مثبت در تست اوره آز تنفسی هلیکوباکتریلوری، انجام پیگیری بیشتر توصیه شد و توضیحاتی درخصوص آلودگی به این باکتری داده شد.

در مطالعه Nysaeter و همکاران، روش های تست اوره آز سریع، بررسی اسمیر و کشت بیوپسی و تست اوره تنفسی کربن ۱۴ در تشخیص هلیکوباکتریلوری با هم مقایسه شد. در این مطالعه، تست اوره تنفسی به عنوان مرجع قرار داده شد و سایر روش ها از نظر حساسیت و ویژگی با آن مقایسه شد.

بافت‌شناسی حساس‌ترین (۹۸ درصد) و اختصاصی‌ترین (۱۰۰ درصد) روش بودند. شناسایی باکتری با آنتی‌بادی روش نسبتاً حساس (۸۲ درصد) ولی غیراختصاصی (۳۸ درصد) است. با وجود این که کشت اختصاصی بود (۱۰۰ درصد)، ولی حساسیت کمتری از بافت‌شناسی داشت (۶۸ درصد). ارزیابی اوره‌آز نیز تحت شرایط کنترل شده (۳۷ درجه) بهترین نتایج را به دست می‌دهد (حساسیت ۷۱ درصد) (۱۲).

برای تعیین ارزش تشخیصی تست اوره تنفسی مطالعه‌ای انجام گرفت که این روش با بافت‌شناسی و تست اوره‌آز سریع مقایسه گشت. وضعیت هلیکوباکتریلوری در ۶۸ بیمار با علایم دیس‌پپتیک با تست اوره تنفسی، اوره‌آز سریع و بافت‌شناسی ارزیابی شد. در بیمارانی که تست اوره تنفسی مثبت کاذب شده بود (۸ نفر)، بافت‌شناسی ارگانسیم‌های مخمر مانند را نشان داد. ویژگی تست اوره تنفسی پایین بوده و نتایج مثبت کاذب به دست می‌دهد (۱۳).

در یک بررسی مقایسه‌ای ۵۰ کودک ۱۷-۸ ساله، سه روش بافت‌شناسی، تست اوره‌آز سریع و کشت در تشخیص هلیکوباکتریلوری مقایسه شدند. در ۲۶ فرد (۵۶ درصد) هلیکوباکتریلوری مثبت بود. نتایج تست‌های مثبت بافت‌شناسی، تست اوره‌آز سریع و کشت به ترتیب ۹۶/۴ درصد، ۸۲/۱ درصد و ۶۰/۷ درصد بود (۱۴).

برای شناسایی ارزش تشخیصی تست اوره تنفسی در کودکان و جوانان، مطالعه‌ای روی ۱۰۰ بیمار انجام گرفت. بیماران با آندوسکوپی، اوره تنفسی، بررسی میکروسکوپی و مورفولوژی مخاط مطالعه شدند. در ۲۶ بیمار تست اوره تنفسی مثبت بود که در ۵ نفر نتیجه بافت‌شناسی منفی و در ۲۱ نفر نتیجه بافت‌شناسی مثبت بود. در ۷۶ بیمار تست اوره تنفسی منفی بود. در کودکان، ۶۴ درصد بافت‌شناسی و اوره تنفسی هر دو منفی، در ۵ درصد بافت‌شناسی منفی ولی اوره تنفسی مثبت، در ۱۰ درصد بافت‌شناسی مثبت و اوره تنفسی منفی و در ۲۴ درصد هر دو تست مثبت بود. با توجه به این نتایج گفته شد که نتایج تست اوره تنفسی باید با آندوسکوپی و مورفولوژی تایید گردد (۱۵). در مطالعه‌ای برای تعیین دقت روش‌های غیرتهاجمی تشخیص باکتری، دو روش تست اوره تنفسی کربن ۱۳ و آنتی‌ژن مدفوعی در مقابل کشت و بافت‌شناسی

در یک مطالعه هلیکوباکتریلوری در ۱۸۹ بیمار با کشت، بررسی میکروسکوپی ارگانسیم‌های مشابه کمپیلوباکتر و تست اوره‌آز ۱۰ دقیقه‌ای بررسی شد. در ۱۳۶ نفر باکتری جدا شد. ۹۸ بیمار کشت-مثبت، اوره‌آز مثبت نیز بودند. ویژگی، حساسیت و ارزش اخباری مثبت و منفی تست اوره‌آز به ترتیب ۸۳/۰، ۷۲/۰، ۹۲/۰ و ۵۴/۰ بود (۸).

در پژوهشی صحت تشخیصی چهار تست آندوسکوپی، اوره‌آز سریع، اوره‌آز ۲۴ ساعته و کشت و بافت‌شناسی در شناسایی هلیکوباکتریلوری بررسی شد. ویژگی آندوسکوپی ۵۰ درصد و حساسیت آن ۴۶ درصد در پیش‌بینی عفونت هلیکوباکتریلوری بود. تست اوره‌آز سریع و ۲۴ ساعته، ۱۰۰ درصد اختصاصی و حساسیت آنها به ترتیب ۷۱ درصد و ۶۲ درصد بود. بافت‌شناسی ۱۰۰ درصد اختصاصی و ۲۱ درصد حساس بود. از سه روشی که ۱۰۰ درصد اختصاصی بودند، تست اوره‌آز سریع به دلیل سرعت و سهولت از سه مورد دیگر مناسب‌تر در نظر گرفته شد (۹).

در جهت شناسایی روش تشخیصی آسان‌تر، محققان در مطالعه‌ای دو شیوه آندوسکوپی و اوره‌آز سریع را مقایسه نمودند. ۴۴ بیمار که با علامت اصلی درد شکم مراجعه کرده بودند، از نظر وجود باکتری بررسی شدند. حساسیت تست اوره‌آز سریع ۱۰۰ درصد و ویژگی آن ۸۷/۵ درصد بود (۱۰).

Guelrud و همکاران طی مطالعه خود به مقایسه تست اوره‌آز سریع و بافت‌شناسی در شناسایی کمپیلوباکتریلوری پرداختند. در ۴۶ بیمار بیوپسی از معده برداشته شد و از نظر تست اوره‌آز و بافت‌شناسی مورد بررسی قرار گرفت. در ۲۲ بیمار (۴۸ درصد)، باکتری با تست اوره‌آز یا بافت‌شناسی شناسایی شد. در ۱۸ بیمار (۳۹ درصد) تست اوره‌آز و در ۱۶ بیمار (۳۵ درصد) بافت‌شناسی مثبت بود. در ۱۲ بیمار (۲۶ درصد) باکتری با هر دو روش شناسایی شد. تست اوره‌آز سریع به عنوان روشی سریع و آسان در شناسایی باکتری معرفی گشت (۱۱).

در مطالعه Miller و همکارانش، روش‌های تشخیصی مختلف در شناسایی هلیکوباکتریلوری ارزیابی شد. در این مطالعه بافت‌شناسی و یا کشت به عنوان استاندارد طلایی در نظر گرفته شد و سایر روش‌ها با آن مقایسه شدند. آزمایشات

۸۷ درصد، ارزش اخباری مثبت ۹۳ درصد، ارزش اخباری منفی ۹۵ درصد و دقت ۹۴ درصد بود. جواب مثبت تست در صورتی که حداقل یکی از دو روش دیگر مثبت بودند، دارای حساسیت ۹۲ درصد، ویژگی ۱۰۰ درصد، ارزش اخباری مثبت ۱۰۰ درصد، ارزش اخباری منفی ۸۴ درصد و دقت ۹۴ درصد بود. این تست به عنوان روشی آسان و قابل اطمینان توصیه شد (۱۷).

References

- (۱) فاضلی ع، صفاری م، یزدانی ر. مقایسه آزمون‌های مختلف در تشخیص هلیکوباکتریلوری. فصلنامه علمی-پژوهشی فیض. تابستان ۱۳۸۰. شماره ۱۸. صفحات ۸ تا ۱۴.
- 2) Suerbaum S, Michetti P. Helicobacter pylori Infection. New England Journal of Medicine. 2000; 347(15): 1175-1186.
- (۳) اسماعیلی م، مرادی س. بررسی مقایسه‌ای سه شیوه تشخیصی عفونت هلیکوباکتریلوری (هیستولوژی، اوره آز سریع و سرولوژی) در اطفال. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران. پاییز ۱۳۸۱. سال دوازدهم. شماره ۳۶.
- 4) Vaira D, Gatta L, Ricci C, Miglioli M. Review article: diagnosis of helicobacter pylori infection. Aliment Pharmacol Ther. 2002; 16(suppl.1):16-23.
- 5) Tsodikov GV, Ziakun AM, Isakov VA, Sudovtsov VE, Matevosov Diu, Morozova NA, et al. A non-invasive method of evaluation of Helicobacter pylori urease activity: its perfection and introduction to clinical practice. Vestn Ross Akad Med Nauk. 2006; (2):35-41.
- 6) Nysaeter G, Berstad K, Weberg R, Berstad A. Hardardottir HDiagnosis of Helicobacter pylori infection. Rapid Urease test, microscopy of smears and, culture from ventricular biopsy compared with the 14C-urea breath test. Tidsskr Nor Laegeforen. 1992 Aug 10; 112 (18):2356-8.
- (۷) خاتمی غ، میرناصری م، سیاوشی ف. بررسی ارزش تشخیصی سرولوژی و اوره آز سریع در مقایسه با کشت و پاتولوژی برای تشخیص عفونت هلیکوباکتریلوری. خلاصه مقالات پنجمین کنگره بین المللی گوارش و کبد ایران. پاییز ۱۳۸۴. صفحه ۵۰.
- 8) Hernandez F, Rivera P, Sigaran M, Miranda J. Diagnosis of Helicobacter pylori: Comparing the urease test with culture of H. pylori combined with microscopic visualization of of curved bacteria and culture. Rev Inst Med Trop Sao Paulo. 1991 Jan-Feb; 33(1):80-2.
- 9) Haq G, Ahmed W, Kazi JI, Qureshi H, Zuberi SJ. Can diagnosis of Helicobacter pylori be rapid and yet sensitive. J Pak Med Assoc.

ارزیابی شدند. در این مطالعه که روی کودکان انجام گرفت، حساسیت و ویژگی تست اوره تنفسی ۹۳/۳ درصد و ۹۵/۵ درصد به دست آمد (۱۶). براساس یکی از مطالعات که به منظور تعیین ارزش تشخیصی تست اوره تنفسی Heliprobe انجام گرفت، ۱۸۰ بیمار بررسی شد. وجود باکتری با تست اوره آز سریع و رنگ آمیزی گیمسا تایید شد. جواب مثبت هلیپروب در صورتی که هر دو تست اوره آز سریع و بافت شناسی مثبت بودند، دارای حساسیت ۹۷ درصد، ویژگی

1991 May; 41(5):103-4.

10) Conti-Nibali S, Sferlazzas C, Fera MT, Saitta G, Tedeschi A, Magazzu G. Helicobacter pylori infection: a simplified diagnostic approach. Am J Gastroenterol. 1990 Dec; 85(12):1573-5.

11) Guelrud M, Mendoza S, Gelrud D, Essenfeld E. Comparison of urease test (CLOtest) and histology in the diagnosis of Campylobacter pylori. G E N. 1989 Oct-Dec; 43(4):279-82.

12) Miller NM, Sathar MA, Naran AD, van den Ende J, Simjee AE. Evaluation of various laboratory techniques to diagnose Helicobacter pylori in patients with upper gastro-intestinal tract symptoms. S Afr Med J. 1991 Dec 7; 80(11-12):575-8.

13) Gurbuz AK, Ozel AM, Narin Y, Yazgan Y, Baloglu H, Demirturk L. Is the remarkable contradiction between histology and 14C urea breath test in the detection of Helicobacter pylori due to false-negative histology or false-positive ,14C urea breath test? J Int Med Res. 2005 Nov-Dec; 33(6):632-40.

14) Szczepanowska A, Koziol-Montewka M, Ligieja J, Papierkowski A, Mroczkowska-Juchkiewicz A, Kornas-Dubejko A, et al. Evaluation of invasive tests in diagnosis of Helicobacter pylori infection and their correlation with endoscopic features in children with chronic gastritis. Wiad Lek. 2005;58(7-8):403-6.

15) Czerwionka-Szaflarska M, Brazowski J, Kupczyk W. Value of urease breath test in helicobacter pylori infection diagnostics among children and youth Med Wieku Rozwoj. 2007 Apr-Jun; 11(2 Pt 1):97-101.

16) Dondi E, Rapa A, Boldorini R, Fonio P, Zanetta S, Oderda G. High accuracy of noninvasive tests to diagnose Helicobacter pylori infection in very young children. J Pediatr. 2006; 149(6):817-21.

17) Jonaitis LV, Kiudelis G, Kupcinskas L. Evaluation of a novel 14C-urea breath test "Heliprobe" in diagnosis of Helicobacter pylori infection. Medicina (Kaunas). 2007; 43(1):32-5.

مقاله پژوهشی

طب عامیانه مردم روستای ایمر محمدقلی گنبد در زمینه مادر و نوزاد

چکیده

زمینه و هدف: استان گلستان به علت موقعیت خاص جغرافیایی خود از نظر فرهنگی و درمان‌های خانگی بسیار غنی می‌باشد. هدف از این مقاله ارائه برخی از باورها و رفتارهای بهداشتی مردم روستای ایمر محمدقلی آخوند گنبد در زمینه مراقبت از مادر و نوزاد است.

روش بررسی: برای جمع‌آوری داده‌ها از مشاهده و مصاحبه‌های نیمه‌ساختار با افراد کلیدی که تجربه مداوای با درمان‌های خانگی را داشتند، استفاده شد. مصاحبه‌ها دست‌نویس، کدگذاری و طبقه‌بندی شدند.

یافته‌ها: داده‌های غنی و بکری از مصاحبه با شرکت‌کنندگان آگاه در این مطالعه به دست آمد. درمان‌های خانگی در دو طبقه اصلی «مراقبت از مادر و مراقبت از نوزاد» ارائه می‌شود. «حمام نوزاد با آب نمک و سکه در روز دوم تولد برای پیشگیری از بیماری‌های پوستی و خوب شدن وضعیت مالی کودک در آینده، دادن غذای مخصوص (بولاماق) به مادر برای سفت شدن رحم» از جمله این موارد می‌باشد.

نتیجه‌گیری: با توجه به تجارب مردم این روستا در درمان‌های گیاهی و غیردارویی ضروری است تا توجه محققان دارویی و حیطه‌های مربوطه را به درمان‌های مذکور جهت وارد نمودن آن در سیستم درمانی رسمی کشور و تحقیقات بیشتر جلب نمود.

کلیدواژه‌ها: درمان‌های خانگی، ترکمن، مردم روستای ایمر محمدقلی آخوند، مادر

و نوزاد، گلستان

گلناز محمدی

دانشجوی پرستاری دانشگاه علوم پزشکی گلستان

دکتر لیلا جویباری

دکترای پرستاری

استادیار دانشگاه علوم پزشکی گلستان

دکتر اکرم ثناگو

دکترای پرستاری

استادیار دانشگاه علوم پزشکی گلستان

mohammadi.golnaz@yahoo.com

نویسنده مسئول: گلناز محمدی

مقدمه

طب سنتی به عنوان بخشی از یک کل به نام فرهنگ با سایر اجزاء فرهنگ جامعه از قبیل نوع تغذیه، معیشت، باورها، سنن، آداب و رسوم و غیره در ارتباط نزدیکی قرار دارد. از طرفی تعداد زیادی از روش‌ها که در طب سنتی یک منطقه اجرا می‌شود، با تشابه فراوانی در مناطق دیگر نیز اجرا می‌گردند، از جمله حجامت، زالواندازی، داغ کردن و امثال آنان. مطالعه در باره طب عامیانه می‌تواند ضمن شناسایی این روش‌ها، تبادلات و تاثیرات فرهنگی در میان اقوام ساکن در منطقه و مناطق دیگر را بازگو کند و در این رابطه علوم دیگری چون تاریخ، زبان‌شناسی، باستان‌شناسی و غیره می‌توانند به یاری محقق مردم‌شناس بیایند. آنچه مهم‌تر می‌نماید این است که چگونه از طریق یک پدیده مانند طب سنتی و تغییراتی که در روابط، شیوه‌ها و باورهای آن در گذشت زمان روی می‌دهد، می‌توان تغییرات اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جامعه را بررسی کرد (۱). از سال‌ها پیش کار بررسی طب عامیانه در کشورهای مختلف با حمایت و نظارت سازمان‌های جهانی بهداشت آغاز شده و هم اکنون در ده کشور جهان این تحقیقات و نیز آموزش درمانگران محلی در جریان است. حتی در کشوری مثل ایالات متحده که مهد علم نوین پزشکی است، نیز تشکیلات خاص عهده‌دار بررسی روش‌های غیرمتعارف پزشکی و بهداشتی است. در بسیاری از کشورها که سابقه تاریخی‌شان از ایران کمتر است، پژوهش در طب عامیانه جایگاه ویژه‌ای دارد. پس سزاوار نیست که در ایران با سابقه تمدنی و فرهنگی درخشان و دیرینه این مهم نادیده گرفته شود. طب عامیانه دربرگیرنده دوفصل کلی شامل مجموعه باورهای بهداشتی و درمانی و دیگری مجموعه روش‌ها و آداب مربوط به بهداشت و درمان لازم است. جای دارد تا با بررسی دقیق این مجموعه در ابتدا اطلاعات مربوط را گردآوری نمود. این مطالعه با هدف شناسایی باورها و رفتارهای بهداشتی مردم ترکمن مقیم روستای ایمر محمدقلی گنبد کاووس در زمینه مسائل مربوط به مادر و نوزاد انجام شد.

روش بررسی

در این مطالعه با ۱۰ تن از افراد کلیدی که تجربه مداوای با درمان‌های خانگی را داشتند و همچنین ۳۰ نفر از مردم محلی آشنا به درمان‌های خانگی، مصاحبه‌های نیمه‌ساختار به عمل آمد. مصاحبه‌ها دست‌نویس، کدگذاری و طبقه‌بندی شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها علاوه بر مصاحبه، درمان‌های خانگی مورد مشاهده، ثبت و ضبط شد. افراد کلیدی شامل ماماها محلی، درمانگران محلی، دعانویسان، سالمندان و ملایان بودند. روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و گلوله برفی بود.

یافته‌ها

برخی از رفتارها و باورهای بهداشتی در زمینه مراقبت از مادر و نوزاد در ذیل ارائه می‌شود:

الف) درمان‌های خانگی مربوط به مادران

نازایی: گیاه گند نای کوهی را با مقداری زاج سفید، آرد سبوس، نمک و آب مخلوط کرده و حرارت می‌دهند و از آن ضمادی درست کرده به شکم زن نازا می‌بندند. روده گوسفند را به اندازه قد زن نازا می‌برند و دوباره قسمت بریده را به سه قسمت مساوی می‌برند و آن را در گوشه‌ای از حیاط چال کرده یا به لباس زن می‌دوزند. توله سگی را که تازه به دنیا آمده، از جلوی یقه پیراهن زن نازا به داخل لباسش می‌انداختند. شوهر زن نازا می‌بایستی هر روز صبح به مدت ۴۰ روز گردو با عسل و آب زعفران بخورد.

تشخیص حاملگی: دست خود را بر روی ناحیه رحم می‌گذاشتند و رگ‌ها را پیدا کرده و محکم آن را فشار می‌دادند. در صورت نبض شدید و پرش آن قسمت می‌فهمیدند که فرد حامله است.

تشخیص جنسیت: دست خود را بر روی شکم زن حامله می‌گذاشتند و به آرامی آن را ماساژ می‌دادند. در حین ماساژ اگر جنین حرکات تندی از خود بروز دهد، تشخیص می‌دادند که جنین دختر است ولی اگر جنین حرکات آرامی از خود بروز می‌داد، تشخیص می‌دادند که جنین پسر است. همچنین اگر ناف مادر برآمده شود، تشخیص می‌دادند که جنین پسر و اگر ناف

پهن شود، دختر است.

بایدها و نبایدهای غذایی : مردم روستا اعتقاد دارند که خوردن پستان گاو در این دوران باعث زیبایی قیافه بچه خواهد شد. خوردن گوشت خرگوش باعث لب شکری در نوزاد می شود. خوردن گوشت شتر باعث افزایش دوران حاملگی تا ۱۲ ماه خواهد شد.

پسرای : مادر برای پسرای بایستی مواد شیرین مثل خرما، انجیر، توت، زردآلو، زیتون، هل و دارچین بخورد، اما شیر و ماست نخورد. مردم اعتقاد دارند که اکثر زایمان هایی که در فصل بهار و تابستان اتفاق می افتد به فرزند پسر منجر می شود.

کاهش و یار: از شروع دوران و یار هنگام خواب پاهای خود را به دیوار تکیه داده و بعد به مدت ۴۰ شب به پهلوی راست رو به شمال بخوابد. مخلوط عسل با زنجبیل هر روز صبح بخورد. مادر لباس نخی و گشاد بپوشد.

تسهیل زایمان: به هنگام زایمان زانو را به طرفی که در عقاید ترکمن ها آن محل، محل شگون (سهد) است می نشانند. «گوبک انه» یا «ماما» با گفتن بسم الله کار خود را شروع می کند. ابتدا به دست های خود روغن مالیده و شکم زن زانو را به آرامی مالش می دهد. سپس طبق اعتقاد خود گیاه (پیغمبرینگ پنجه سی) یا پنجه مریم را در آب ولرم انداخته تا پیچ و خم های آن باز شود. اعتقاد بر این است با باز شدن پیچ و خم های این گیاه دردهای زایمانی کمتر شده و کودک به دنیا می آید و اسپاسم و گرفتگی های رحم کاهش می یابد. آبی را که گیاه در آن خیسانده بود، چند بار دور سر زانو چرخانده و طی سه نوبت به زانو خورانده می شود.

آبسه پستان : کفن مرده را سه بار روی سینه می مالیند و بعد آب سرد روی سینه می ریختند.

سقط جنین : یک سنگ را که از خاک محلی مخصوص این منطقه است، داغ کرده بر روی شکم می گذاشتند و به طور مداوم این کار را انجام می دادند. این کار منجر به سقط جنین می شد.

دفع جنین مرده: شکم فرد را با حرکات و تکان های شدید محکم با پارچه می بستند و سرشیر و داروی محلی «گل گلی» را با مقداری خاک رس مخلوط کرده محکم با کمر بند می بستند. این کار باعث دفع جنین مرده از رحم می گردد.

افزایش شیر مادر: برای افزایش شیر مادر گندم را با شکر مخلوط کرده و بعد به صورت آرد درآورده آن را حرارت می دادند. سپس آن را می خوردند. همچنین مادر باید مایعات و چای زیاد بخورد. از جوشانده گیاه سنبله استفاده می کردند.

تغذیه دوران نفاس: گوشت و نان را تا ۷ روز مصرف نمی کنند. کره محلی «ساری یاق» را حرارت داده و آن را با «قرل شکر» مخلوط کرده می خوردند و یا به این مواد تخم مرغ محلی را نیز اضافه کرده با ساری یاق فراوان می خوردند. بعد از سه روز غذایی به نام «بولماق» می دهند که حاوی مقدار زیادی ساری یاق، برنج، شکر و مواد محلی دیگر است. اعتقاد دارند بولماق جای رحم را گرفته و جای رحم با بولماق پر می شود.

(ب) درمان های خانگی مربوط به نوزاد

بند ناف: بند ناف را با انگشت وسط دست مقایسه کرده و به اندازه آن ناف را برش می دادند. اگر نوزاد پسر بود، ناف را از پایین به بالا می برند تا فرزند پسر همیشه سرش را بالا بگیرد. اگر نوزاد دختر بود ناف را از بالا به پایین برش می دادند تا دختر سر به زیر باشد. تکه ای از بند ناف را نگه می داشتند و هنگامی که نوزاد چشم هایش درد می گرفت این تکه را به چشم هایش می مالیدند. اگر کودک اسهال شدید داشت، ۳ بار ناف را می پیچند و آن را با تکه ای نان می بندند (اسهال کودک را نشانه باز شدن بند ناف می دانستند). اگر نوزاد دنیا آمده دختر باشد، بند ناف جدا شده را به فرش دیواری یا یکی از نخ های آن گره می زدند و اگر پسر باشد به دم اسب می بستند.

زردی: نواری زرد رنگ به دست نوزاد می بستند. گوشه ای از گوش نوزاد را می بریدند.

حمام نوزاد: برای حمام آب ولرم و مقداری نمک و چند سکه را در تشتی ریخته و نوزاد را در آن حمام می دادند. معتقدند نمک باعث جلوگیری از بوی بد بدن و بیماری های

زایمان، خروج جفت، دردهای پس از زایمان، پوشش نوزاد و زائو، افتادن بند ناف، تغذیه مادر و نوزاد و درد پستان تقسیم‌بندی شدند. سنت‌های مفید عبارت بودند از: حمایت‌های روانی و مذهبی، خوراندن غذاهای مقوی به زائو، شستشوی نوزاد با آب گرم و برخی دیگر غیرمضر بودند (آثار شناخته شده زیان‌آور نداشتند)، مانند قرار دادن چاقو فرورفته در پیاز در اتاق زائو و مالیدن سفیده تخم‌مرغ بر موی او. سنت‌های زیان‌آور عبارت بودند از: قرار دادن تاپاله گاو یا گوسفند زیر زن زائو هنگام درد زایمان و زدن کفش شوهر به پستان دردناک زن زائو.

دانش و به‌کارگیری درمان‌های خانگی اگرچه در میان مردم ترکمن جاری است، ولی دال بر عدم دسترسی به خدمات پزشکی نمی‌باشد، بلکه امری فرهنگی است. پرسنل بهداشتی درمانی باید از این درمان‌ها آگاه باشند تا بتوانند به خانواده‌ها در باره درمان‌هایی که ممکن است مضر باشد، آموزش دهند (۵۴). برخی از این درمان‌ها تهدیدی برای سلامتی به شمار نمی‌آید. در برخی از موارد می‌توان درمان‌های خانگی را با درمان‌های پزشکی توأم نمود تا پذیرش بیمار بیشتر شود. مهم‌ترین نکته‌ای که این تحقیق به دنبال آن بود، این است که در نهایت مطالعه طب عامیانه در یک منطقه می‌تواند راهگشای شناخت جامعه و نوع تفکر افراد و در سطحی وسیع‌تر ارتباطات و تبادلات فرهنگی و تشابهات و تفاوت‌های موجود در این زمینه در میان مناطق گوناگون باشد. باورها و روش‌هایی به صورت عامیانه در گذشته و حال در مورد مراقبت از مادر و نوزاد رایج هستند که در صورت بررسی جدی و کار تحقیقی بر روی آن می‌توانند در بهبود وضعیت بهداشت و درمان در کشور موثر باشند.

References

- (۳) آصف زاده س، طاهرخانی ف، قدوسی‌ان الف. سنت‌های مردم روستاهای تاکستان در مراقبت‌های زایمان: پژوهشی کیفی. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین. پاییز ۱۳۸۲. شماره ۲۸.
- 4) Pachter LM. Culture and clinical care: folk illness beliefs and behaviors and their implications for health care delivery. JAMA. 1994; 271: 690-694.
- 5) Plotkin SR, Post R. Folk remedy use in the inner city. South Med J. 1999; 92: 795-798.

قارچی و زخم‌ها در آینده نوزاد می‌شود. اعتقاد دارند سکه باعث بهبود وضع مادی نوزاد در آینده می‌شود و بعد از حمام ۳ بار بینی نوزاد را فشار می‌دادند تا هم ترشحات خارج شود و هم اعتقاد بر این بود که با این کار در آینده بینی نوزاد کوچک می‌شود.

درمان کم‌خوابی: گرفتن خفاش در آسمان و دفن کردن آن به صورت زنده و سروت‌ه در گوشه‌ای از منزل برای آوردن آرامش به خانه.

خوش صدایی: آب انار یا خرما به گوشه لب نوزاد می‌ریختند.

بحث و نتیجه‌گیری

درمان‌های خانگی جهانی است و در تمام فرهنگ‌ها استفاده می‌شود (۲). برخی از درمان‌های خانگی همچنان در میان مردم ترکمن زنده است و بسیاری از آنها رخت بر بسته‌اند.

خامنه (۱۳۷۴) طی مطالعه‌ای طب سنتی در شهرستان ارومیه را مورد بررسی قرار داد. از جمله طرز تفکر درباره موجودی مانند آل که با کاهش روزافزون مرگ و میر مادران به هنگام زایمان، این باور نیز به تدریج از میان افراد رخت برمی‌بندد و در مقابل دوام بعضی از باورها مانند چشم زخم به عنوان عامل بیماری هنوز با شدت هر چه تمام‌تر در میان اهالی روستاهای مورد مطالعه و حتی اهالی شهر ارومیه پابرجا است (۱).

آصف زاده (۱۳۸۲) طی یک پژوهش کیفی به شیوه قوم‌نگاری، ۷ روستای تاکستان (استان قزوین) را مورد بررسی قرار داد (۳). روش گردآوری داده‌ها مشاهده و مصاحبه جمعی و یادداشت‌برداری بود. یافته‌ها پس از کدگذاری، دسته‌بندی و ارائه شدند. یافته‌ها به صورت باورها و رفتارهای هنگام درد

(۱) مجیدی خامنه ف. بررسی طب سنتی در شهرستان ارومیه. پایان نامه (کارشناسی ارشد) دانشگاه تهران. ۱۳۷۴.

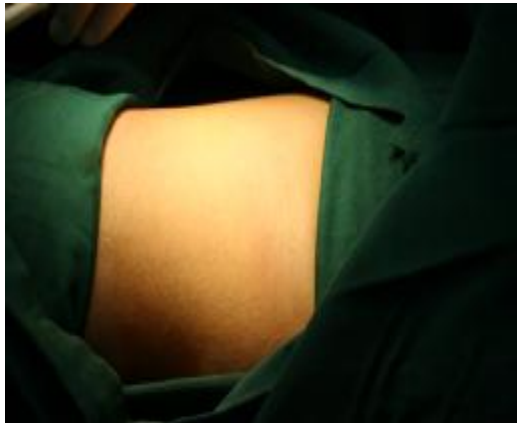
2) Smitherman LC, Janisse J, Mathur A. The Use of Folk Remedies Among Children in an Urban Black Community: Remedies for Fever, Colic, and Teething. PEDIATRICS. 2005; 115(3): e297-e304.

گزارش مورد

سل دستگاه ادراری تناسلی

حامد نادری، دانشجوی سال پنجم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گلستان

استاد ناظر: دکتر بهروز قاضی مقدم، متخصص اورولوژی و فلوشیپ جراحی پیوند کلیه و استادیار دانشگاه علوم پزشکی گلستان



تناسلی گذاشته شد. سپس بیمار یک دوره ۶ ماهه و یک دوره ۸ ماهه داروی ضدسل مصرف نمود. حدود ۴۰ روز پس از شروع داروها خونریزی وی قطع و دردهای وی نیز کاهش داشت. ولی این دردها هر ۳-۲ ماه یکبار به صورت شدید و ثابت اتفاق می افتاده است. بیمار اظهار می دارد پس از اتمام دوره ۸ ماه مصرف دارو به مدت ۳ ماه دارو نخورده است. در این مدت درد و خونریزی نداشته است و فقط تکرر ادرار و تکرر ادرار شبانه داشته است. پس از ۳ ماه مجدداً خونریزی

بیمار خانمی ۵۰ ساله، ساکن کریم آباد و خانه دار با شکایت اصلی درد پهلوی چپ از حدود ۳ سال قبل، است. در حدود ۳ سال قبل برای اولین بار دچار خونریزی از مجرای ادراری (هماچوری گراس) گاهی به همراه ادرار و گاه بدون ادرار شده است که برخی اوقات همراه لخته نیز بوده است. درد پهلوی چپ اندک و مبهم به همراه تکرر ادرار، تکرر ادرار شبانه، دیزوری، فوریت و ادرار قطره قطره بوده است. پس از یکسال برای وی تشخیص سل دستگاه ادراری

وی البته با شدت کمتر از بار اول به همراه درد پهلوی چپ و علایم ادراری اولیه بیماری شروع شد که پس از ۱۰ روز یعنی از حدود ۲ ماه قبل مصرف داروها را مجدداً شروع کرده است. در این ۲ ماه درد و علایم ادراری و خونریزی وی کاهش یافته است. ولی باز هم هر چند روز یکبار درد شدید و ثابت پهلوی چپ داشت که با تزریق مسکن تسکین می‌یافت. بیمار هیچ‌گاه از مشکلات ریوی مثل سرفه و خلط شاکی نبوده است. گاهی به‌ویژه هنگام درد تهوع و استفراغ داشته و گاهی تب و لرز نیز داشته است. سابقه دیابت از ۴ سال قبل دارد که قندخون خود را با دارو کنترل می‌کرده است. سابقه دارویی وی شامل ایزونیاژید، اتامبوتول، ریفامپین، سیپروفلوکساسین و گلی‌بن‌کلامید می‌باشد. سابقه مصرف سیگار و مواد مخدر را نمی‌دهد. در سابقه خانوادگی وی دیابت، سل و فشارخون بالا به چشم می‌خورد. در معاینه فیزیکی علائم حیاتی بیمار طبیعی و تنها نکته مثبت معاینه فقط یک CVA تندرینس سمت چپ بود. در سونوگرافی کلیه راست به ابعاد ۵۳×۱۳۰ و هیپرتروفیه جبرانی بوده است. هیدرونفروز دیده نشد و کلیه چپ مشاهده نگردید.

در اسکن رادیونوکلئید کلیه چپ کوچک است و پرفیوژن و uptake کورتکس و فعالیت ترشحی آن به شدت کاهش یافته است. در آزمایشات انجام شده در رنگ‌آمیزی اسیدفست ادرار باسیل سل مشاهده شد. بیمار پس از بستری تحت عمل جراحی نفرکتومی قرار گرفت. همچنین در سیستم‌سکوپی انجام شده در مثانه ضایعه غیرطبیعی یافت نشد.

اپیدمیولوژی

این بیماری بیشتر مربوط به بالغین جوان است. ۶۰ درصد مبتلایان سن بین ۴۰-۲۰ سال دارند و در مردها شایع‌تر است.

پاتوژن

باسیل سل از طریق خون از ریه به دستگاه ادراری تناسلی راه پیدا می‌کند و به‌طور اولیه کلیه یا پروستات درگیر می‌شوند

و سایر اجزای این دستگاه به صورت صعودی یا نزولی مبتلا می‌شوند. به علت پیشرفت بسیار آهسته سل کلیه معمولاً درد و بزرگی و تندرینس ندارد. زمان زیادی برای تخریب کلیه لازم است و تا زمانی که کالیس‌ها و لگنچه و سپس مثانه درگیر نشده باشند، علامتی ندارد. اولین علایم سل این دستگاه علامت‌های تحریکی مثانه شامل دیزوری، ناکچوری و تکررادرار هستند. سل در حالب بیشتر دو انتهای فوقانی و تحتانی را درگیر کرده و سبب فیروز، کوتاه شدن آن و نارسایی سوراخ حالب در مثانه می‌گردد. سل مثانه نیز در نهایت موجب زخمی شدن، فیروز و کاهش ظرفیت آن می‌شود.

در پروستات معمولاً موجب بزرگی بدون درد و ندوله شدن آن می‌گردد. وازودفران ضخیم و تسبیح مانند شده و سمینال وزیکل‌ها دچار افزایش ضخامت بدون درد می‌گردند. اپیدیدیم هم به علت روند آهسته درگیری بزرگ ولی غیرحساس می‌شود و در صورت وسعت درگیری و ایجاد آبه می‌تواند مستقیماً بیضه را نیز درگیر کند. همچنین اگر آبه به پوست اسکروتوم سر باز کند، یک سینوس تخلیه شونده پایدار ایجاد می‌نماید که پاتوگنومونیک سل است.

یافته‌های بالینی مهم و تشخیصی

یافته‌های بالینی و مهمی که در صورت وجود آنها باید به این بیماری شک کنیم، شامل موارد زیر می‌باشند:

- سیستمیت مزمنی که به درمان کافی پاسخ نمی‌دهد.
- وجود چرک بدون حضور باکتری در رنگ‌آمیزی متیلن‌بلو یا کشت سدیمان ادراری (پیوری استریل)
- هماچوری میکروسکوپی یا آشکار
- اپیدیدیم بزرگ و غیرحساس و مجرای دفران ضخیم و تسبیح مانند
- سینوس اسکروتال مزمن
- اندوراسیون و یا ندوله بودن پروستات و ضخیم شدن غدد سمینال وزیکل (به‌ویژه در یک فرد جوان)

عملکرد کلیوی به علت انسداد کامل حالب و تخریب کلیه (اتونفرکتومی) می باشد.

سیستوسکوپی حتی در صورت تشخیص ارگانیزم در ادرار و تغییرات آشکار در IVP، به منظور تعیین وسعت درگیری مثانه الزامی است. برخی تشخیص های افتراقی شامل عفونت های غیراختصاصی، سیستیت غیرمیکروبی، سیستیت بینابینی، نفروکلینوز و پاپیلیت نکروزان می باشد.

عوارض سل دستگاه ادراری تناسلی

کلیه: سنگ های کلیوی در حالت دوطرفه و در مرحله نهایی اورمی.

حالب: ایجاد اسکار و تنگی و در نتیجه هیدرونفروز پیشرونده کلیه و در نهایت اتونفرکتومی.

مثانه: فیروز و انقباض مثانه و کاهش ظرفیت آن.

دستگاه تناسلی: مجاری اپیدیدیم مبتلا مسدود شده و در صورت درگیری دو طرفه باعث عقیمی می گردد. همچنین در صورت وسعت درگیری، بیضه ها و لوله های اسپرماتوزن تخریب و سینوس اسکروتال مزمن ایجاد می شود.

درمان

درمان همانند بیماری منتشر صورت می گیرد. درمان سل کلیه بهتر است با ایزونیاژید و ریفامپین و اتامبوتول آغاز شود و در صورت مقاومت به هر کدام از این داروها، می توان از استرپتومایسین و پیرازینامید استفاده کرد.

در سل مثانه چون ابتلای این عضو همیشه ثانویه به درگیری پروستات یا کلیه است، در صورت درمان قطعی عفونت اولیه، به سرعت درگیری مثانه نیز بهبود پیدا می کند. اگر زخم های مثانه به رژیم درمانی پاسخ ندهند، ممکن است نیاز به الکتروکواگولاسیون مجرای ادراری شود. در صورتی که مثانه به شدت جمع شده باشد، ممکن است نیاز به تغییر مسیر ادرار و سیستوپلاستی باشد.

درگیری سلی اپیدیدیم هیچ گاه به صورت مجزا نیست و

نکته مهم این است که تشخیص قطعی بیماری با یافتن باسیل سل در کشت ادرار داده می شود.

یافته های آزمایشگاهی و تصویربرداری

آزمایش کامل ادرار (U/A) مناسب مهم ترین کلید تشخیصی است که دو نکته حائز اهمیت دارد:

• پیوری پایدار استریل به معنای سل است، مگر خلافش ثابت شود.

• در ۲۰-۱۵ درصد بیماران علاوه بر سل یک عفونت ثانویه با میکروارگانیزم پیورن نیز وجود دارد که در نتیجه آن کلید تشخیصی پیوری استریل از بین می رود. بنابراین در بیماری که با درمان های کافی پیوری وی همچنان باقی می ماند، بایستی به وجود سل شک کرد.

در بسیاری از موارد کشت ادراری صبحگاهی مثبت است. در آزمایش های خونی ESR بالاست. آنمی در موارد پیشرفته وجود دارد. عملکرد کلیوی طبیعی است، مگر این که هر دو کلیه درگیر باشند. ولی در حالت یک طرفه به علت روند آهسته درگیری، کلیه طرف مقابل با هیپرتروفی جبرانی، جلوی ایجاد ازوتمی را می گیرد.

در صورت شک به سل بایستی تست توبرکولین انجام شود و در صورت مثبت شدن شدیداً تشخیص دهنده است.

در روش های تصویربرداری در گرافی قفسه سینه ممکن است شواهد سل ربوی مشاهده شود. در KUB ممکن است بزرگی کلیه و یا محو شدن سایه عضله پسواس به علت وجود آبسه پری نفریک دیده شود. همچنین کلسیفیکاسیون نقطه نقطه کلیه می تواند نشان دهنده درگیری سلی باشد. در ۱۰ درصد بیماران سنگ کلیوی ثانویه نیز وجود دارد.

در صورت پیشرفت متوسط بیماری یک سری تغییرات تیپیک در IVP رخ می دهد. اولین تغییر نامنظمی کالیس ها و ظاهر بیدخورده آنهاست. سایر تغییرات شامل دیلاتاسیون کالیس ها در نتیجه تنگی های متعدد حالب، عدم وجود

همواره با درگیری پروستات و معمولاً کلیه همراه است. درمان به صورت طبی صورت می گیرد، ولی اگر پس از ماه ها، آبسه یا سینوس تخلیه شونده پایدار بماند، اپیدیدیمکتومی اندیکاسیون خواهد داشت. در سل پروستات اغلب، درمان به صورت طبی انجام می گیرد. با کشت دادن مایع منی از نظر

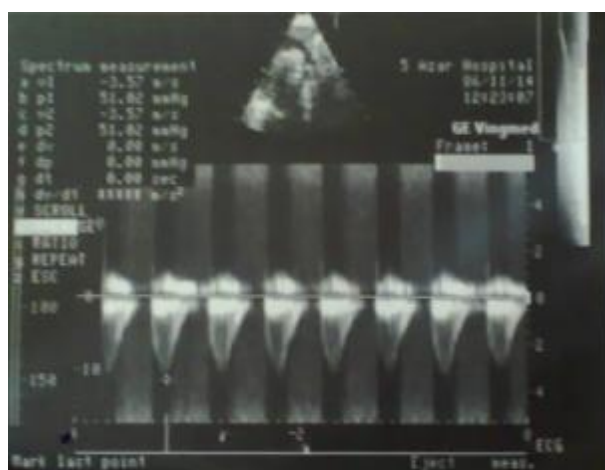
باسیل سل می توان درمان را کنترل کرد.

Reference

Smith's general urology 2004,emil A.tanagho,Jack W.Mcaninch
Walsh, Retik, Vaughan, Wein. Campbell's urology. Eighth Ed.
2002.

گزارش مورد

کریم آق ارکاکلی، دانشجوی سال پنجم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گلستان
استاد ناظر: دکتر باقر نیکیار، فوق تخصص قلب اطفال و استادیار دانشگاه علوم پزشکی گلستان



خفیف داشت. نبض اندام فوقانی قابل لمس ولی اندام تحتانی غیرقابل لمس بود. در ریه خشونت صدای دوطرفه خفیف داشت. معاینه سایر ارگان‌ها طبیعی بود. در آزمایشات فقط کم خونی هیپوکروم میکروسیتار داشت. در نوار قلبی علائم به نفع LVH داشت. از بیمار رادیوگرافی قفسه سینه و اکوکاردیوگرافی به عمل آمد (تصاویر بالا).

با توجه به شرح حال و پاراکلینیک تشخیص شما چیست؟

بیمار شیرخوار ۴/۵ ماهه‌ای است که به گفته مادرش از بدو تولد به دنبال شیرخوردن دچار خستگی زودرس بوده و خیلی زود سینه را رها می‌کرده است و حتی گاهی سیانوزه می‌شده است. سابقه‌ای از تعریق موقع شیرخوردن می‌دهد. بیمار اخیراً دچار دیسترس تنفسی و تب شده و با این شکایت به مرکز کودکان طالقانی گرگان مراجعه می‌کند. بیمار ماحصل سزارین و گراوید ۳ ترم بود. از نظر اندکس‌های رشدی بدو تولد و فعلی طبیعی و بدون سابقه بیماری و بستری قلبی می‌باشد. سابقه فامیلی و دارویی منفی است. در معاینه کمی دیسترس تنفسی مشهود بود و در قلب سوفل سیستولیک

پاسخ : کوارکتاسیون آئورت

با توجه به شرح حال و معاینه (خستگی زودرس موقع شیرخوردن، اختلاف نبض اندامها، سوفل سیستولیک قلبی) و پاراکلینیک (LVH در ECG، کاردیومگالی در CXR، تنگی در مسیر آئورت در اکو) تشخیص کوارکتاسیون آئورت می‌باشد. با درمان دارویی تب و دیسترس تنفسی بیمار بهبود یافت. چون بیمار در نتیجه کوارکتاسیون ابتدا LVH و بعد نارسایی قلبی (دیلاتاسیون) پیدا کرده بود، با درمان دارویی کارکرد قلب بهتر شد. بیمار با دستورات دارویی و توصیه به جراحی قلب در اسرع وقت از بیمارستان مرخص گردید.

کوارکتاسیون آئورت حدود ۵-۷ درصد کل بیماری‌های مادرزادی قلب (CHD) را تشکیل می‌دهد. در حدود ۹۸ درصد موارد تنگی، درست زیر منشاء ساب کلاوین چپ و مجرای شریانی (juxtaductal) قرار دارد. در جنس مذکر دوبرابر جنس مونث است. در بیش از ۷۰ درصد بیماران دریچه آئورت دولتی وجود دارد. سایر ضایعات همراه شامل ناهنجاری‌های دریچه میترال و تنگی زیر آئورتی است که اگر این‌ها همه با هم باشد، کمپلکس shone نامیده می‌شود. فرض بر این است که کوارکتاسیون در دوره جنینی به دلیل وجود یک ناهنجاری قلبی که باعث کاهش جریان خون در مسیر آئورت می‌شود، رخ می‌دهد (مثل دریچه آئورت دولتی (VSD). علائم در دوران نوزادی می‌تواند به صورت خستگی

موقع شیرخوردن، دیسترس تنفسی و شوک باشد. ولی در کودکان بزرگ‌تر می‌تواند، بی‌علامت باشد. هرچند ممکن است که بیمار از ضعف و درد پاها موقع ورزش شاکی باشد. نشانه کلاسیک این بیماری ناهماهنگی در نبض و فشار اندامها است که در اندام فوقانی نبض قابل لمس و فشار بالاتر و در اندام تحتانی نبض ضعیف یا غیرقابل لمس و فشار پائین است. در سمع قلب سوفل سیستولیک دارند که در پشت بین دو کتف سمت چپ ستون مهره بهتر شنیده می‌شود. گاهی ممکن است، سیانوز افتراقی اندامها موجود باشد. تشخیص بیماری با اکوکاردیوگرافی قطعی می‌شود که تنگی در مسیر آئورت و نقایص همراه آن دیده می‌شود. در رادیوگرافی قفسه‌سینه ممکن است کاردیومگالی و ادم ریوی دیده شود. نوار قلبی ممکن است RVH یا LVH یا هر دو را نشان دهد. عوارض می‌تواند آنوریسم مغزی و خونریزی داخل جمجمه‌ای، فشارخون بالا، اندوکاردیت، عروق کولترال و خوردگی دنده‌ای، آسیب عروق کرونر و در نهایت نارسایی قلبی باشد. بهترین درمان، جراحی می‌باشد که اغلب تا دو سالگی و در موارد عارضه‌دار به محض تشخیص انجام می‌شود. روش دیگر بالونینگ است که اغلب در موارد عود استفاده می‌گردد.

Reference

Nelson text book of pediatrics. 17th Ed. vol 2. part XIX section3: CHD chapter420. 2004; p:1318.

مروری

به کارگیری پالس اکسیمتری به عنوان یک روش غربالگری مفید در شناسایی بیماری‌های مادرزادی قلبی (CHD) در نوزادان با ظاهر سالم

چکیده

زمینه و هدف: به طور کلی ۲۵ درصد ناهنجاری‌های مادرزادی را بیماری‌های مادرزادی قلبی (CHD) تشکیل می‌دهند. با وجود روش‌های متعدد در شناسایی و درمان CHD هنوز دارای مورتالیتی و موربیدیتی بالایی است و همچنان یکی از مشکلات تهدید کننده زندگی در دوران نوزادی محسوب می‌شود.

روش بررسی: این مطالعه مروری به بررسی ۱۳ مطالعه منتشر شده بین سال‌های ۱۹۹۹ تا ۲۰۰۷ پیرامون به کارگیری پالس اکسیمتری به عنوان یک روش غربالگری در شناسایی بیماری‌های مادرزادی قلبی می‌پردازد.

یافته‌ها: علی‌رغم انجام معاینات روتین دوران نوزادی ۵۰ درصد از موارد CHD ناشناخته می‌ماند. از هر ۱۰ نوزاد مبتلا به CHD یک نوزاد فوت می‌کند که در اغلب موارد حتی اختلال وی قبل از مرگ نیز شناسایی نشده است. غربالگری در نوزادان یک ضرورت مهم و یکی از اهداف پیشگیری در برنامه‌های بهداشت جامعه می‌باشد. بررسی‌های غربالگری نوزادان در زمینه‌های اختلالات متابولیکی و هماتولوژیکی و اندوکراین و اختلالات شنوایی انجام می‌گیرد. انجام اکوکاردیوگرافی برای تشخیص CHD یک روش هزینه‌بردار است، اما انجام پالس اکسیمتری یک روش غیرتهاجمی و ساده برای شناسایی و غربالگری نوزادان مبتلا به CHD است. این روش مقرون به صرفه بوده و درصد حساسیت بالایی دارد. این روش در شناسایی زودرس نوزادان مبتلا به CHD مفید است و سبب کاهش مورتالیتی و موربیدیتی این بیماری می‌گردد. در این روش قبل از ترخیص از نوزاد پالس اکسیمتری به عمل می‌آید و چنانچه SPO2 بالای ۹۵ درصد باشد، نوزاد مرخص می‌شود و اگر این میزان کمتر از ۹۵ درصد باشد، اکو از نوزاد به عمل می‌آید. استفاده از این روش در کنار معاینات بالینی سبب افزایش موفقیت تا میزان ۹۹ تا ۱۰۰ درصد می‌شود.

نتیجه‌گیری: به کارگیری پالس اکسیمتری به عنوان یک روش غربالگری در شناسایی بیماری‌های مادرزادی قلبی در نوزادان با ظاهر سالم مفید، غیرتهاجمی و مقرون به صرفه می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: پالس اکسیمتری، غربالگری، بیماری‌های مادرزادی قلبی (CHD)

شراره ضیغمی محمدی

کارشناس ارشد پرستاری، عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج

مقدمه

بیماری مادرزادی قلبی یک اختلال واضح و غیرطبیعی در ساختمان قلب و عروق بزرگ داخل قفسه سینه می‌باشد که سبب اختلال در عملکرد این عضو می‌گردد. با ارتقاء روش‌های درمانی و شاخص‌های بهداشتی میزان مرگ و میر ناشی از اسفکسی پره‌ناتال و عفونت واسهال و تب روماتیسمی قلبی کاهش یافته است، اما هنوز ناهنجاری‌ها به‌ویژه ناهنجاری‌های قلبی از موارد مهم مرگ و میر تلقی می‌شوند. بیشتر اقدامات انجام شده برای این کودکان بیشتر در مرحله سوم پیشگیری به صورت نوتوانی انجام می‌گیرد. در حالی که بایستی توجه بیشتری به بعد شناسایی و غربالگری آنها گردد (۱). مطابق با اخبار منتشره سازمان پیشگیری و کنترل بیماری‌ها از میان هر ۳۳ نوزاد متولد شده یک نوزاد به ناهنجاری‌های مادرزادی مبتلا است. وضعیت سلامت و کیفیت زندگی این کودکان بستگی به محل و نوع ناهنجاری و شدت آن دارد. بیماری‌های مادرزادی قلب (CHD) در حدود یک‌سوم تا یک‌چهارم از کل بیماری‌های مادرزادی را به خود اختصاص می‌دهد (۲).

روش بررسی

این یک مطالعه مروری است که به بررسی ۱۳ مطالعه منتشر شده بین سال‌های ۱۹۹۹ تا ۲۰۰۷ پیرامون به‌کارگیری پالس اکسیمتری به عنوان یک روش غربالگری در شناسایی بیماری‌های مادرزادی قلبی می‌پردازد.

یافته‌ها

هفت درصد از مرگ‌های دوره نوزادی به‌دنبال ناهنجاری‌های وسیع مادرزادی رخ می‌دهد. ناهنجاری‌های مادرزادی قلبی مشکلی نسبتاً شایع است. به طور کلی ۲۵ درصد ناهنجاری‌های مادرزادی را بیماری‌های مادرزادی قلبی تشکیل می‌دهد (۳). VSD و PDA از شایع‌ترین موارد CHD در زمان تولد محسوب می‌شوند. از هر هزار تولد ۵ تا ۱۰ نوزاد دچار CHD می‌باشند (۳). مشکلات ناشی از این نوع ناهنجاری به‌طور معمول جدی بوده و می‌توان گفت که در حدود نیمی

از مرگ‌های ایجاد شده در کودکان مبتلا به ناهنجاری‌های مادرزادی در سنین زیر یک‌سال در اثر CHD ایجاد می‌گردد (۵ و ۴). تاخیر در شناسایی CHD منجر به کلاپس قلبی عروقی، نارسایی قلبی و حتی مرگ می‌شود (۶). نوزاد با ناهنجاری مادرزادی قلبی ۱۲ برابر در معرض خطر مرگ در سال اول تولد قرار دارد (۳). در این میان ۱۸ درصد از موارد مرگ در کودکان CHD با ظاهر سالم بوده که متأسفانه در طول دوره نوزادی بیماری شناسایی نشده بود (۶). با وجود روش‌های متعدد در شناسایی و درمان CHD هنوز این بیماری دارای مورتالیتی و موربیدیتی بالایی است و همچنان یکی از مشکلات تهدید کننده زندگی در دوران نوزادی محسوب می‌شود. غربالگری نوزادان یک بخش ضروری و مهم در برنامه‌های پیشگیری و غربالگری می‌باشد. نزدیک به ۴۰ سال است که برنامه‌های غربالگری نوزادان در سراسر مراکز بهداشتی در بیشتر کشورهای دنیا انجام می‌گیرد تا به شناسایی بیماری‌های مادرزادی و درمان به موقع آنها در زودترین زمان ممکن کمک نماید (۷). بررسی‌های غربالگری نوزادان در زمینه‌های اختلالات متابولیکی و هماتولوژیکی و اندوکراین و اختلالات شنوایی انجام می‌گیرد (۸). امروزه چگونگی اجرای برنامه‌های غربالگری بستگی به میزان شیوع آن اختلال در جامعه و استفاده از روش‌های ساده و در دسترس و قابل اعتماد به منظور غربالگری و درمان‌های در دسترس و متناسب بودن هزینه و فواید آن دارد. نتایج آماری نشان می‌دهد که تنها انجام معاینه برای کشف موارد CHD کافی نیست (۹) و امکان دارد که درصد بالایی از این کودکان مبتلا به CHD، اما با ظاهر سالم از قلم افتاده و شناسایی نشوند. یک مطالعه در انگلستان نشان داد که تنها ۴۴ درصد از موارد کودکان مبتلا به CHD از طریق معاینات غربالگری پس از تولد و قبل از ترخیص کشف می‌گردند. در کل حساسیت روش معاینه برای کشف بیماری مادرزادی قلب در نوزادان کمتر از ۵۰ درصد می‌باشد (۲). علی‌رغم انجام معاینات روتین دوران نوزادی

مطالعه Granelli که با بررسی ۱۰۰۰۰ نوزاد با ظاهر سالم انجام شد، نشان داد که انجام معاینات بالینی تنها در ۷۸ درصد موارد کمک به شناسایی نوزادان مبتلا به CHD می‌کند. این در حالی است که ۱۰۰ درصد این کودکان به وسیله پالس اکسیمتری به خوبی شناسایی گردیده‌اند. در این مطالعه توصیه شده که در کنار معاینات بالینی انجام پالس اکسیمتری می‌تواند در شناسایی و افزایش قدرت تشخیص کمک نماید (۱۵).

در مطالعه Griebisch در سال ۲۰۰۷ میزان مثبت کاذب در اکو در حدود ۵/۴ درصد و بیشتر از پالس اکسیمتری ۱/۳ درصد بود (۱۴).

تحقیق Byrne در سال ۱۹۹۵ نشان داد که اختلالات ثانویه در اشباع اکسیژن به دنبال هایپوپلازی بطن چپ و کوارکتاسیون آئورت و تترالوژی فالوت به طور واضح و کاملاً آشکار به وسیله پالس اکسیمتری قابل شناسایی می‌باشد. از مزایای دیگر این روش کاهش نیاز به اکو است (۱۶).

انجام اکو یک اقدام هزینه‌بردار است و از آنجایی که روش پالس اکسیمتری دقیق بوده و میزان مثبت کاذب بسیار کمی دارد، میزان نیاز به اقدامات پیگیری نیز کم می‌شود (۱۲).

نتیجه‌گیری

به کارگیری پالس اکسیمتری در شناسایی بیماری‌های مادرزادی قلبی (CHD) در نوزادان با ظاهر سالم به عنوان یک روش غربالگری، مفید و غیرتهاجمی و نیز مقرون به صرفه می‌باشد (۱۷).

۵۰ درصد از موارد CHD ناشناخته می‌ماند. از هر ۱۰ نوزاد مبتلا به CHD یک نوزاد فوت می‌کند که در اغلب موارد حتی اختلال وی قبل از مرگ نیز شناسایی نشده است (۱۰). انجام اکوکاردیوگرافی برای تشخیص CHD یک روش هزینه‌بردار است (۹). اما انجام پالس اکسیمتری یک روش غیرتهاجمی و ساده برای شناسایی و غربالگری نوزادان مبتلا به CHD به عنوان یک بیماری تهدید کننده حیات است که می‌تواند در کلیه بخش‌های نرسری به وسیله پرستاران قبل از ترخیص انجام پذیرد (۱۴ و ۱۲ و ۱۳). این روش مقرون به صرفه بوده و درصد حساسیت بالایی دارد. مطالعات انجام شده در زمینه مقایسه میزان حساسیت و مقرون به صرفه بودن اکو و پالس اکسیمتری نشان داد که نسبت به اکو این روش موارد کاذب کمتری داشته و هزینه بسیار کمتری نیز استفاده می‌شود و در کل روشی مقرون به صرفه می‌باشد (۱۱). در یک مطالعه متوسط هزینه صرف شده برای یک میلیون نوزاد زنده تحت اکو در حدود ۲۹۶۸۹۱ یورو و میزان هزینه صرف شده برای پالس اکسیمتری در همین زمان و همین تعداد نوزاد ۴۸۹۱ یورو بود (۱۴). این روش در شناسایی زودرس نوزادان مبتلا به CHD مفید است و سبب کاهش مورتالیتی و موربیدیتی این بیماری می‌گردد. در این روش از نوزاد قبل از ترخیص پالس اکسیمتری به عمل می‌آید و چنانچه SPO_2 بالای ۹۵ درصد باشد، نوزاد مرخص می‌شود و اگر کمتر از ۹۵ درصد باشد، از نوزاد اکو و انجام عکس قفسه سینه به عمل می‌آید. (۱۲). استفاده از این روش در کنار معاینات بالینی سبب افزایش موفقیت تا میزان ۹۹ تا ۱۰۰ درصد می‌شود.

References

- 1) New York State Department of Health. Congenital malformations registry annual report. Albany NY. New York States Department of Health. 1997.
- 2) Ainsworth S, Wyllie JP, Wren C. Prevalence and clinical significance of cardiac murmurs in neonates. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 1999; 80:F43-F45.
- 3) Payne RM, Johnson MC, Grant JW, Strauss AW. Toward a molecular understanding of congenital heart disease. Circulation. 1995;91:494-504.

- 4) Koppel RI, Druschel CM, Carter T, Goldberg BE, Mehta PN, Talwar R, et al. Effectiveness of pulse oximetry screening for congenital heart disease in asymptomatic newborns. Pediatrics. 2003; 111:451-455.
- 5) Abu Harb M, Hey E, Wren C. Death in infancy from unrecognized congenital heart disease. Arch Dis Child. 1994; 71:3-7.
- 6) Kuehl KS, Loffredo CA, Ferencz C. Failure to diagnose congenital heart disease in infancy. Pediatrics. 1999; 103:743-747.

- 7) Pass KA, Lane PA, Fernhoff PM, et al. US newborn screening system guidelines II: follow-up of children, diagnosis, management, and evaluation. Statement of the Council of Regional Networks for Genetic Services (CORN). J Pediatr. 2000; 137: S1-S45.
- 8) American Academy of Pediatrics, Newborn Screening Task Force. Newborn screening: a blueprint for the future. Pediatrics. 2000; 106 :389-397.
- 9) Cartlidge PH. Routine discharge examination of babies: is it necessary? Arch Dis Child. 1992; 67 :1421-1422.
- 10) Wren C, Richmond S, Donaldson L. Presentation of congenital heart disease in infancy: Implications for routine examination. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 1999; 80:F49-F53.
- 11) Richmond S, Reay G, Abu Harb M. Routine pulse oximetry in the asymptomatic newborn. Arch Dis Child Fetal Neonatal. 2002; 87:83-88.
- 12) Reich JD, Miller S, Brogdon B, et al. The use of pulse oximetry to detect congenital heart disease. J Pediatrics. 2003; 142: 268-72.
- 13) Arlettaz R, Bauschatz AS, Mönkhoff M, Essers B, Bauersfeld U. The contribution of pulse oximetry to the early detection of congenital heart disease in newborns. Eur J Pediatr. 2006;165: 94-98.
- 14) Griebisch I, Knowles RL, Browna J, Bulla C, Wrena C, Dezateux CA. Comparing the clinical and economic effects of clinical examination, pulse oximetry, and echocardiography in newborn screening for congenital heart defects: A probabilistic cost-effectiveness model and value of information analysis. International Journal of Technology Assessment in Health Care. (2007; 23:192-204.
- 15) Granelli A D, Mellander M, Sunnegardh J, Sandberg K, Ostman-Smith I. Acta Paediatrica Screening for duct-dependent congenital heart disease with pulse oximetry: A critical evaluation of strategies to Screening for duct-dependent congenital heart disease with pulse oximetry A critical evaluation of strategies to maximize sensitivity maximize sensitivity. Acta Paediatrica. 2005; 94: 1590-1596.
- 16) Byrne BJ, Donohue PK, Bawa P, et al. Oxygen saturation as a screening test for critical congenital heart disease. Pediatr Res. 1995; 37 :198A.
- 17) Thangaratnam J, Daniels A, Ewer K, Zamora J, Khan KS. Accuracy of pulse oximetry in screening for congenital heart disease in asymptomatic newborns: a systematic review. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2007;92(3): F176-F180.

مروری

مامایی مبتنی بر شواهد: راهکاری برای افزایش دانش و عملکرد و کارآیی

مهدیه شجاع*، دکتر اکرم ثناگو**، دکتر لیلا جویباری**

* دانشجوی مامایی دانشکده پرستاری و مامایی بویه گرگان، ** دکترای پرستاری و استادیار دانشگاه علوم پزشکی گلستان

مقدمه

یکی از مسائلی که در سال‌های اخیر مورد توجه بسیار واقع شده است، مبحث پزشکی مبتنی بر شواهد است که در واقع با هدف افزایش دانش و عملکرد و کارایی در علم پزشکی می‌باشد. با استفاده از این راهکار سعی می‌شود، به منظور افزایش کارآیی دانشجویان در حیطه‌های بالینی، استراتژی‌های موثری ارائه شود و مهارت‌های بیشتری در فراگیران خلق گردد. در واقع با به کارگیری این راهکار می‌توان این انگیزه را در دانشجویان و ماماها ایجاد کرد تا به صورت موثرتر و کاربردی مطالب تئوری را با بالین انطباق داده و به کار گیرند. پزشکی مبتنی بر شواهد در تمامی رشته‌های علوم پزشکی کاربرد دارد که در رشته مامایی نیز با توجه به استقلال نسبی که ماما در آن دارد و حساسیتی که در مورد مادر و جنین وجود دارد، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. بنابراین می‌تواند تا به صورت کاربردی دروس خود را فرا گرفته تا در هنگام درمان بیمارانشان از مهارت کافی برخوردار باشند. هدف از این مطالعه معرفی مامایی مبتنی بر شواهد و بیان ضرورت آموزش و به کارگیری آن در رشته مامایی می‌باشد.

روش بررسی

در این مقاله مروری از کلیه مطالعات موجود در پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی، ایران مدکس، پاب مد، گوگل، گوگل اسکالر که مرتبط با پزشکی مبتنی بر شواهد، رشته مامایی و راهکارهای نوین بود، استفاده شد. از کلید

واژه‌هایی از قبیل مامایی، مبتنی بر شواهد، evidence based و پزشکی در جستجوی مقالات استفاده شد. وسایل، روش‌ها، روش‌ها، راهکارها، پروسیجرها، تمرینات و آموزش‌ها، از جمله مواردی بود که در بررسی مقالات به آنها توجه شد.

یافته‌ها

نتایج نشان داد که این علم در مورد تمامی رشته‌های علوم پزشکی کارآیی دارد و می‌توان به صورت بهینه آن را به کار برد. در رشته مامایی نیز دانشجویان فرا می‌گیرند تا ذهن خلاق خود را به بهترین شکل به کار گیرند و در شرایط حساس با توجه به آموزش‌هایی که دیده است، بهترین تصمیم را بگیرند. با ایجاد حس کنجکاوی و کاوشگری که از طریق این علم در دانشجویان ایجاد می‌شود، به خوبی می‌توان در بالین موفق بود و هرچه بیشتر به استانداردهای جهانی نزدیک شد. این بحث برای اولین بار در رشته مامایی در کشور استرالیا و انگلیس مطرح شد و بعد از آن در کشورهای دیگر گسترش یافت. قبل از به کارگیری این راهکار رشته زنان و مامایی به لحاظ کیفیت مراقبت از مادر و نوزاد مورد نقد واقع می‌شد، اما با تلاش در جهت رفع این کمبودها از طریق این راهکار جدید، این رشته از سطح بالایی از کیفیت برخوردار شد. ماماها از طریق این فرایند اطلاعات زیادی را در زمینه کاری خود به دست آورده‌اند تا همکاران دیگر خود را نیز از آخرین تغییرات ایجاد شده در حیطه کاری خود آگاه سازند و پروسیجرهایی را که سابقه دیرینه دارد و به صورت روتین در آمده است را

و تمامی ماما‌های دنیا می‌توانند از سطح یکسانی برخوردار شوند. در واقع از مطالب فوق می‌توان به این نتایج دست یافت که مامایی مبتنی بر شواهد شامل پژوهش، ارتباط با شبکه جهانی مامایی از طریق سایت‌های مختلف مرتبط در این زمینه، مطالعه مقالات مرتبط در زمینه کاری خود، انطباق مطالب آموزشی با بالین، طرح راهکارهای نوین در جهت هرچه بهتر شدن خدمات ارائه شده به مادران با در نظر گیری حفظ سلامت آنها و به روز بودن اطلاعات و خدمات می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

رهنمودهای عنوان شده می‌تواند تاثیر به‌سزایی در حرفه مامایی داشته باشد. در واقع با به‌کارگیری این راهکارها می‌توان آموزش مامایی را به صورت یکسان ارائه داد. همان‌طور که در نتایج عنوان شد، برای ارتقا سطح کیفی مامایی راهکارهایی عنوان می‌شود. در نتیجه مطالعات مختلف بر این نکته تاکید دارند که برای استفاده بهینه و این آموزش‌ها نیاز است تا راهکارها و رهنمودها پیوسته تکرار و به‌روز شوند. در مامایی مبتنی بر شواهد سعی در یکسان شدن اطلاعات و پروسیجرها به صورت جهانی می‌شود و در واقع می‌توان گفت، با این راهکارها زمانی که نظرات کارشناسی یکسان باشد و به یک اتفاق نظر رسیده باشد، افراد نیروی خود را صرف خلق راهکارهای نوین و توسعه فرایندها می‌کنند. در میان روش‌های مختلف پژوهش، پژوهش‌های کیفی می‌تواند زمینه‌های توسعه در ایجاد راهکارهای جدید را فراهم کنند که بهترین منبع، بهره‌گیری از تجربیات مادران می‌باشد. در واقع در این علم، پژوهش نقش اول را ایفا می‌کند و چگونگی پژوهش از اهمیت ویژه‌ای برخوردار می‌باشد. در زمینه به‌روز کردن اطلاعات سایت‌های مختلفی وجود دارند که با عضو شدن در گروه‌هایی که به این منظور در نظر گرفته شده می‌توان همواره اطلاعات روز را در اختیار داشت و با دیگر اعضا تبادل اطلاعاتی انجام داد.

مورد نقد و ارزیابی قرار دهند و مانع از انجام مواردی شوند که با فرایند یک زایمان طبیعی منافات دارد. این علم می‌تواند در این رشته به رشد زیادی برسد. اما رشد آن بستگی به عملکرد ماما‌هایی دارد که از طریق هماهنگ کردن و یکی شدن آنچه که می‌خوانیم با آنچه که انجام می‌دهیم، حاصل می‌شود. در سیستم بالین برخی از پروسیجرهایی که وجود دارد، نه تنها مناسب نیست، بلکه می‌تواند آسیب‌رسان نیز باشد و بنابر این در پزشکی مبتنی بر شواهد تا جایی که امکان دارد، توصیه به تغییر این فرایندها می‌شود. در رشته مامایی سعی می‌شود تا کاهش مداخلات حین زایمان جنبه جهانی پیدا کند و در واقع نسبت به آنچه به صورت روتین وجود دارد، نظیر انجام اپیزوتومی، مانور ریتگن و غیره تغییر ایجاد شود. اما این تغییرات فقط در صورتی انجام می‌شود که مادر و جنین در شرایط استاندارد باشند. یعنی نمایش جنین به صورت سفالیک و مادر از سلامتی کافی برخوردار باشد.

پژوهش‌هایی که در سال‌های قبل انجام می‌شد محدود به زبان انگلیسی و از کشورهای مثل کانادا، استرالیا، ایرلند، هلند و امریکا بود و تنها شش مجله مهم برای نویسندگان در سال‌های قبل از ۱۹۹۸ موجود بود (جدول ۱).

جدول ۱

Birth
British Journal of Midwifery
Evidence Based Midwifery
Journal of Advanced Nursing
Midwifery
Practicing Midwife

از امتیازات همگانی شدن پژوهش و در دسترس بودن آن برای تمامی ماماها در سراسر جهان می‌توان به این نکته اشاره کرد که در کشورهایی که از پژوهش بهره دارند، خدمات مامایی مشابه و قابل مقایسه با ماما‌های کشور انگلستان می‌باشد

شود و با برگزاری کارگاه‌هایی در این زمینه بتوان به بهترین شکل ممکن از آن بهره برد.

به طور خلاصه باید گفت با کاربرد مامایی مبتنی بر شواهد سیستم سلامت به طور موثرتری می‌تواند، خدمات ارائه دهد. به امید آن که در کشور ما نیز این فرایند به درستی شناخته

References

- 1) Albers LL. "Evidence" and midwifery practice. *Journal of Midwifery and Women's Health*. 2001; 46:130-136.
- 2) Campbell R., Macfarlane A, Hemsall V, Hatchard K. Evaluation of midwife-led care provided at the Royal Bournemouth Hospital. *Midwifery*. 1999; 15:183-193.
- 3) Barroso J, Gollop C, Sandelowski M. The challenges of searching for and retrieving qualitative studies. *Western Journal of Nursing Research*. 2003;25: 153-178.
- 4) Bates M. The design of browsing and berrypicking techniques

for on-line search interface. *Online Review*. 1989;13:407-431.

- 5) Bick D. Editorial - The politics of evidence as the basis for change. *Midwifery*. 2006; 22: pp. 93-94.
- 6) Eraut M, Editorial. Expert and expertise: meanings and perspectives. *Learning in Health and Social Care*. 2005; 4:173-179.
- 7) Evans D. Hierarchy of evidence: a framework for ranking evidence evaluating healthcare interventions. *Journal of Clinical Nursing*. 2003; 12:77-84.

مروری

راحتی بیشتر در زایمان با استفاده از روش Upright

چکیده

زمینه و هدف: فراهم کردن راحتی و آسایش مادران برای داشتن زایمانی راحت و مناسب از کمترین توقعات زنان است. لذا بررسی شیوه‌های موثر بر کاهش درد، کاهش طول مدت زایمان و آسفتگی و بی‌قراری مادران در حرفه مامایی از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است. هدف از این مقاله مروری بررسی تاثیر روش Upright بر درد، طول مدت زایمان و تحمل مادر در مراحل زایمانی بود.

روش بررسی: در این مقاله مروری کلیه اطلاعات موجود در پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی، ایران مدکس، پاب مد، گوگل و گوگل اسکالر که مرتبط با راه‌های کاهش درد و طول مدت مراحل زایمان بودند، بررسی شد. ۵۴ مطالعه مرتبط یافت شد. روش‌ها، تمرینات و آموزش‌ها از جمله مواردی بودند که در مقالات بررسی گردیدند. یافته‌ها: در مجموع تمام مطالعاتی که در دسترس بودند، همگی مؤید کاهش دردهای زایمانی و کاهش طول مدت مرحله اول زایمان با استفاده از پوزیشن‌های آپ‌رایت بود. این پوزیشن شامل مجموعه‌ای از پوزیشن‌های نشسته، چمباتمه، ایستاده و قدم زدن است که هر یک خود به شیوه‌های مختلفی خواهد بود. این پوزیشن‌ها باعث ایجاد انقباض‌های قوی شده و به طور مستقیم باعث کاهش طول مدت زایمان خواهد شد.

نتیجه‌گیری: با توجه به مطالعات موجود پوزیشن آپ‌رایت در کاهش درد و طول مدت زایمان و عدم بروز آسیب‌های مادری و جنینی و تمایل زنان به داشتن تحرک در زایمان موثر است.

کلید واژه‌ها: روش Upright، روند زایمان، پوزیشن

ندا رنجبرپور

دانشجوی مامایی دانشگاه علوم پزشکی گلستان

کبری علی نژاد

دانشجوی مامایی دانشگاه علوم پزشکی گلستان

دکتر لیلا جویباری

دکترای پرستاری

استادیار دانشگاه علوم پزشکی گلستان

دکتر اکرم ثناگو

دکترای پرستاری

استادیار دانشگاه علوم پزشکی گلستان

نویسنده مسؤول: ندا رنجبرپور

neda.ranjbarpour@yahoo.com

مقدمه

بارداری و زایمان یک فرآیند و اتفاق مهم در زندگی زنان است که بیش از ۸۰ درصد زنان آن را در طول زندگی خود حداقل برای یک بار تجربه می کنند (۱). زایمان به انقباضات منظم، ریتمیک و پیشرونده رحم اطلاق می شود که باعث افاسمان و دیلاتاسیون گردن رحم می گردد (۲). در ۳۸-۳۶ هفته اول حاملگی رحم در یک دوره سکون طولانی مدت به سر می برد و بعد از آن یک مرحله گذر فرا می رسد. در این مرحله دوره سکون پایان یافته و بر اثر برخی تغییرات بیوشیمیایی در سیگنال های اندوکراین و پاراکراین در رحم انقباضاتی آغاز می شود که معرف آغاز زایمان و بروز دیلاتاسیون و افاسمان سرویکس است. طول مدت زایمان در صورت عدم استفاده از آنالژزی منطقه ای در زنان نولی پار تقریباً به ۹ ساعت می رسد و این زمان در زنان مولتی پار تقریباً ۶ ساعت است. انقباضات میومتر در زایمان دردناک است و با شروع زایمان و بروز افاسمان و در نتیجه ایجاد حالت هیپوکسیک در رحم باعث بروز دردهای شدید و آزاردهنده در ناحیه زیرشکم و کمر شده و حالت تشویش و بی قراری در مادران ایجاد می کند. در نهایت مادران را به طلب کمک واداشته است. بنابراین فراهم کردن راحتی و آسایش مادران آینده برای داشتن یک زایمان راحت و مناسب از کمترین توقعات زنان است. سالانه سه میلیون زن در جهان زایمان طبیعی را تجربه می کنند که در بسیاری از موارد به دلیل وجود درد فراوان، از زایمان خاطره خوشی ندارند و به سمت زایمان های غیرطبیعی سوق داده می شوند و در نتیجه میزان زایمان های سزارین بسیار بالا رفته است (۱). استفاده از روش لاماز و لبویر در فرانسه و برخی پوزیشن های خاص می تواند در کاهش درد و زایمان کمک کننده باشد (۲). بهترین و در واقع ابتدایی ترین راه حل برای تحمل درد و آسایش و راحتی مادران استفاده از وضعیت هایی است که در طول لیبر و زایمان

به مادر کمک می کند (۱). برخی از این پوزیشن ها قدمت فراوانی بیش از بیست قرن دارند، اما تا به حال تحقیقاتی که به طور مخصوص آنها را بررسی کند، وجود نداشته است (۳). هدف از این مطالعه مروری بررسی تاثیر روش Upright بر کاهش درد، کاهش طول مدت زایمان و آسفتگی و بی قراری مادران در مراحل لیبر بود.

روش بررسی

در این مقاله مروری کلیه مطالعات موجود در پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی، ایران مدکس، پاب مد، گوگل و گوگل اسکالر که مرتبط با تاثیر این پوزیشن در امر زایمان بودند، بررسی شد. جمعاً ۵۴ مقاله بررسی شد. از این تعداد ۵۲ مقاله انگلیسی و ۲ مقاله فارسی بودند. از کلید واژه هایی از قبیل (پوزیشن آپ رایت و طول مراحل زایمانی و پوزیشن های ایستاده) استفاده شد. در این مقالات سیر تاریخی و روش ها، تمرینات، آموزش ها، مزایا و معایب این پوزیشن مورد بررسی قرار گرفته و پیشنهاد برای بهترین پوزیشن در مراحل زایمانی نیز مطرح شده است.

یافته ها

در مجموع ۵۴ مطالعه که در دسترس بود، همه مربوط به نحوه کاهش دردهای زایمانی و کاهش طول مدت مرحله یک زایمان با استفاده از پوزیشن های آپ رایت می شد. پوزیشن آپ رایت که قدمتی بیش از بیست قرن دارد (۳)، شامل مجموعه ای از پوزیشن های نشسته، چمباتمه، ایستاده و قدم زدن است (۴-۶)، که هر یک خود به شیوه های مختلفی خواهد بود. به عنوان مثال مادر در نوع نشسته و نیمه نشسته می تواند به وضعیت های نیمه نشسته (semi-sitting)، نشستن با یک پا به بالا (foot up)، صندلی تکان خور (rocking chair)، حرکت روی توپ (sway on ball)، روی دست و زانو (hands and knees) و تکیه به صندلی قرار گیرد. در پوزیشن ایستاده مادر می تواند یکی از وضعیت های

«به آرامی رقصیدن (slow dancing) و شکم را بالا نگهداشتن و رقصیدن (dance with Belly lift)، و بالا رفتن از پله‌ها (stair climbing)، قدم زدن و تکیه دادن به دیوار (leaning against a wall) را انتخاب کند (۴). داشتن تحرک در طول زایمان به مادر اجازه می‌دهد تا بهترین وضعیت مناسب را انتخاب کند (۵۱). در این پوزیشن‌ها شدت انقباضات به طور معناداری بیشتر شده و از طرفی میزان درد به طور پیوسته کاهش یافته و میانگین طول مدت زایمان به میزان چشمگیر و قابل توجهی کوتاه‌تر از سایرین شده است (۷).

طی مطالعه‌ای زنان اظهار داشتند، در وضعیت آپرایت بسیار راحت هستند و تمایل دارند که در زایمان بعدی خود نیز از همین وضعیت استفاده کنند (۷). در طول مطالعه مذکور، پزشکان معتقد بودند، حرکت به تسریع زایمان و سرعت نزول سر در لگن کمک زیادی خواهد کرد. به طوری که سرعت انگاژمان در زنی که دائماً حرکت کرده و از پوزیشن آپرایت استفاده می‌کند، در مقایسه با زنی که در رختخواب است، کاملاً متفاوت و در مورد اول بسیار سریع‌تر صورت می‌گیرد. تحرک باعث ایجاد انقباض‌های قوی می‌شود و به طور مستقیم باعث کاهش طول مدت زایمان خواهد شد (۸). در پوزیشن ایستاده انقباضات مثانه مانند انقباضات رحمی افزایش پیدا می‌کند (۷۵). اگرچه برخی ممکن است بگویند که فرایند زایمان یک فرایند طبیعی است و در زمان مشخصی صورت می‌گیرد، اما مواردی مانند حرکت و تخلیه کردن مکرر مثانه به پیشرفت آن کمک شایانی خواهد کرد (۷ و ۸). همچنین در این پوزیشن طول مدت مرحله نهفته کاهش پیدا می‌کند و احتیاج به ایجاد بی‌دردی را کم می‌کند (۵).

پژوهشی در تانزانیا در چهار بیمارستان دولتی با همکاری پزشکان و ماماها و دستیاران در امر زایمان انجام شد. حدود ۱۱۵۱ نفر مورد بررسی قرار گرفتند (۸). نتایج نشان داد،

استفاده از آپرایت و قدم زدن می‌تواند طول مدت مرحله یک زایمان را کوتاه و آن را تسریع کند و همچنین باعث کاهش درد و آرامش زنان و نیز کاهش طول مدت زایمان در زنان شود و حتی خود زنان هم تمایل زیادی به قدم زدن در طول زایمان نشان دادند. به طوری که حدود ۵۰ درصد زنان خواستار تحرک در طول زایمان بودند. اما استفاده از قدم زدن و تحرک داشتن و به طور کل پوزیشن آپرایت دارای محدودیت می‌باشد. زیرا در بیمارستان‌های کوچک در صورت استفاده از این پوزیشن بخش بسیار شلوغ می‌شود و در صورت عدم مراقبت و نظارت از سوی کارکنان ممکن است زنان در راهروها زایمان کنند.

در مطالعه دیگری در ۲۰ نولی‌پار که در ۳۰ دقیقه پوزیشن خود را از سوپاین به ایستاده و به عکس تغییر دادند، اثر پوزیشن ایستاده روی انقباضات مثانه و سایر آثار زایمان بررسی شد. در پوزیشن ایستاده شدت انقباضات در ۱۵ تا ۲۰ بیمار به طور قابل توجهی افزایش یافت و کاهش درد همراه با افزایش انقباضات مثانه دیده شد و نیز میانگین طول مدت زایمان به حدود ۳ ساعت و ۵۵ دقیقه رسید که در مقایسه با تجربیات بالینی استاندارد و داده‌های عمومی بسیار کوتاه‌تر است. این پوزیشن هیچ مشکلی را برای مادر و جنین ایجاد نکرد (۷).

مطالعه دیگری در بخش پریناتولوژی در مورد تاثیر پوزیشن مادر روی عملکرد آناتومیکی سرویکس ارزیابی شده است (۹). در یک مطالعه نیز حدود ۵۳۶ زن در دو گروه بررسی شدند. گروهی قدم زدند و گروهی تحت مراقبت‌های معمولی قرار گرفتند. اثر قدم زدن روی طول مرحله یک زایمان و سایر پیامدهای زایمانی بررسی شد. یافته‌ها تفاوت بارز چندانی را گزارش نکرد. اما بسیاری از زنان در این مطالعه خواستار تحرک و قدم زدن بودند و اظهار کردند که در طول زایمان بعدی خود از این پوزیشن استفاده خواهند کرد (۳). در

تقویت با اکسی‌توسین کمتر شد و نیاز به آنالژزی و زایمان با ابزار نیز بسیار کاهش یافت (۳).

نتیجه‌گیری

روش‌های روتین مامایی با کندی نسبت به اطلاعات جدید علمی توسعه می‌یابند، اما با توجه به مطالعات فوق و اهمیت پوزیشن آپ‌رایت در کاهش درد و طول مدت زایمان از ۹ ساعت به ۳ ساعت و ۵۵ دقیقه، عدم بروز آسیب‌های مادری و جنینی و تمایل زنان به داشتن تحرک در زایمان ضرورت انجام مطالعات و بررسی‌های بیشتری را در آینده می‌طلبد.

References

- ۱) کانینگهم، هوث، لونو، گیلسترب، بلوم، ونستروم (۲۰۰۵). ترجمه دکتر بهرام قاضی جهانی. ویلیامز کتاب بارداری و زایمان: لیبر و زایمان طبیعی. چاپ دوم. جلد دوم. فصل ۱۷. انتشارات علوم پزشکی گلستان. ۱۳۸۴. صفحات ۴۹۵ تا ۵۰۱.
- ۲) بیماری‌های مامایی و زنان دنفورت (۱۹۹۹). مترجمین: دکتر علی یزدی نژاد، فریدون سادات افسری. چاپ اول. جلد اول. فصل هفتم. چاپ یاران. ۱۳۸۱. صفحات ۱۳۳ تا ۱۳۴.
- 3) Steven L. Bloom, Donald D. McIntire, Mary Ann Kelly, Rebecca H. Barpo, M. Marcy A. Carcia, Kenneth J. Leveno. The New England Journal of Medicine. Lack of effect of walking on labor and delivery. 1998; 339(2):76-79.
- 4) Durham J. Positions for Labor and Birth. The Labor Progress Handbook by Penny Simkin and Ruth Ancheta. Retrieved from: www.transitiontoparenthood.com/ttp/parented/pain/positions.htm
- ۵) بنت براون. مامایی میلز (۱۹۹۶). مترجمین: سید افشین شروفی، الهه قادری.

پژوهش دیگری که تجربیات زنان از مراحل زایمان و رضایتمندی از مراقبت‌ها و تمایل به نوع پوزیشن بررسی شد، زنان روش صحیح تحرک داشتن و پوزیشن نشسته که جزئی از مجموعه پوزیشن‌های آپ رایت است را ترجیح دادند. پژوهشگران این مطالعه اظهار داشتند زنان را باید در طول زایمان به اختیار خود گذاشت تا خود تصمیم بگیرند (۸ و ۲). اثر قدم زدن روی ۸۲ زن نیز بررسی شد. طول زایمان در گروهی که قدم زدند، کوتاه‌تر بود. این اثر به پیشرفت انقباضات رحمی در پوزیشن آپ‌رایت نسبت داده شد. نیاز به

- فیروزه ساجدی. جلد اول. فصل دوازده. چاپ اول. تهران. انتشارات چهر. ۱۳۷۵. صفحه ۲۷۲.
- ۶) هکر نویل. اصول بیماری‌های زنان و زایمان. مترجمین: شیرین نیرو منش، افتخار رضایی یارنندی. چاپ اول. چاپ مازیار. ناشر: موسسه فرهنگی انتشاراتی سیمیا. ۱۳۷۸. صفحه ۱۲۹.
- 7) Mendez-Bauer, Arroyo, Garcia Ramosc, Mendez A, Lavillam Villa Elizaga I. Effects of standing position on spontaneous uterine contractility and other aspects of labor. 1975; 3:89-100.
- 8) Lugina H, Mlay R, Smith H. Mobility and maternal position during childbirth in Tanzania. 2004; 4: 3.
- 9) Robin Elise Weiss. Pregnancy and Childbirth. Position for labor and Birth. Retrieved from: www.swedish.org/documents/About_Swedish/ANNUAL_REPORT_2004.pdf

گردآوری

کتابخانه‌های استان گلستان

مریم بنی صفار*، حیدرمختاری**

* کارشناس کتابداری کتابخانه دانشکده پیراپزشکی و بهداشت دانشگاه علوم پزشکی گلستان

** کارشناس مسئول کتابداری معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی گلستان

مقدمه

کتاب و کتابخانه از گذشته تا به حال در زندگی فردی و اجتماعی ما نقش به‌سزایی داشته است. کتاب به عنوان قابل قبول‌ترین سند مستند به‌جا مانده از پیشینیان و به عنوان مهم‌ترین ابزار نشر و گسترش جهت بارور شدن توانایی‌های فردی و سرنوشت جوامع بشری است. کتاب و کتابخانه از مسائل جدا نشدنی دنیای علمی امروز ما انسانهاست و در جوامع و زمان‌های مختلف کتابخانه‌ها نقش کلیدی در گسترش فرهنگ جامعه داشته‌اند. در جوامع پیشرفته با گسترش فرهنگ اوقات مردم برای مطالعه هدفدار استفاده می‌شود. از این رو معرفی کتابخانه‌ها و مراکز فرهنگی عرضه اطلاعات مفید به نظر می‌رسد و می‌تواند گامی در جهت رشد و ارتقای علمی جامعه برداشته شود.

مقاله حاضر به معرفی کتابخانه‌های استان گلستان و تاریخچه‌ای از استان و فرهنگ و تمدن و گروه‌های مختلف مردم که در این استان زندگی می‌کنند و نیز آشنایی با کتابخانه‌های مختلف اعم از کتابخانه‌های عمومی، تخصصی، دانشگاهی، آموزشگاهی و کودک و نوجوان موجود در استان می‌باشد، می‌پردازد. استان گلستان در شمال ایران و حاشیه جنوب شرقی دریای خزر قرار دارد. از شمال به کشور ترکمنستان، از غرب به دریای خزر و استان مازندران، از جنوب به استان سمنان و از شرق به استان خراسان محدود می‌شود. این استان در دی ماه ۱۳۷۶ با تصویب مجلس شورای اسلامی از استان مازندران جدا شد. استان گلستان با مساحتی

برابر ۲۲۰۲۲ کیلومتر مربع دارای ۱۱ شهرستان، ۱۸ شهر، ۱۶ بخش، ۴۵ دهستان و ۱۰۷۷ آبادی است. شهرستان‌های این استان شامل آزادشهر، آق‌قلا، بندرترکمن، بندرگز، رامیان، علی‌آباد، کردکوی، کلاله، گرگان، گنبد و مینودشت می‌باشد. شهر گرگان مرکز استان گلستان بود و طبق آمار سال ۱۳۸۵ جمعیت شهرستان گرگان ۴۲۱۷۷۰ نفر بوده است.

مردم ساکن در این استان شامل دو گروه عمده فارس (شامل بومیان و مهاجران) و ترکمن (شامل دو تیره یموت و گوکلان) می‌باشند. فارس‌ها عمدتاً به لهجه‌های گرگانی و مازندرانی و ترکمن‌ها در عین آشنایی با زبان فارسی به زبان ترکمنی تکلم می‌کنند (۲ و ۱). اقتصاد و معیشت مردم بیشتر براساس کشاورزی، باغداری، صنعت، دامداری و شیلات قرار دارد (۱).

تاریخچه

از حدود ۶۰۰ سال قبل از میلاد مسیح، در نوشته‌های مورخان یونانی و در حجاری‌های عهد هخامنشیان، از استان گلستان (جلگه گرگان) به عنوان سرزمینی آباد و فعال یاد شده است. هرودوت نام آن را «پارتین» و نویسندگان قدیم آن را «هیرکانیا» ضبط کرده‌اند و در کتاب اوستا از آن با نام «وهرکانا» یاد شده است. مسلمانان به سرکردگی یزیدبن مهلب در سال ۹۸ق. گرگان را فتح کردند و چندی بعد، این منطقه به مرکز مخالفان اموی و مأمون پیروان علی (ع) تبدیل شد (۳). این سرزمین تا قرن هفتم به ایالت گرگان (جرجان) و از قرن هفتم تا چهاردهم به ایالت استرآباد موسوم بوده است و در

از دیگر کتابخانه‌های عمومی این استان کتابخانه عمومی بشارت گرگان (تأسیس سال ۱۳۵۶، مجموعه ۱۳۸۸۷ جلد، ۶۰۹ عضو و ۶ کارمند)، کتابخانه عمومی علی‌آباد کتول (تأسیس سال ۱۳۷۶، مجموعه ۱۶۶۰۹ جلد، ۵۹۷ عضو و ۲ کارمند)، کتابخانه عمومی رامیان (تأسیس سال ۱۳۵۱، مجموعه ۱۱۶۰ جلد، ۷۴۸ عضو و ۲ کارمند)، کتابخانه عمومی شماره یک گنبد (تأسیس سال ۱۳۵۴، مجموعه ۸۹۴۸ جلد، ۱۱۳۲ عضو و ۲ کارمند) و کتابخانه عمومی بندر ترکمن (تأسیس سال ۱۳۵۰، مجموعه ۱۳۱۸۵ جلد، ۷۶۰ عضو و ۳ کارمند) نام برد.

طبق آمار سال ۱۳۸۲، تعداد کل کتابخانه‌های عمومی استان ۲۶ باب، با مجموعه ۲۱۲۷۰۶ جلد کتاب و ۷۰۴۳۱ مجله و ۱۴۲۱۱ عضو فعال بوده و سهم ۱/۷۳ درصد را در بین کل کتابخانه‌های عمومی کشور دارد (۷). کتابخانه مسجد جامع گرگان هم به همت حاج محمدرضا میدی در سال ۱۳۵۴ ش. تأسیس شد و هم اکنون با ۳۰۰۰۰ جلد کتاب و بیش از ۱۵۰ نفر عضو و ۳ کارمند به ارائه خدمات عمومی می‌پردازد (۸). براساس آمار سال ۱۳۸۲ تعداد کتابخانه‌های عمومی این استان ۲۴ باب، تعداد کتاب‌های موجود ۲۶۳۵۴۸ جلد، تعداد اعضا ۱۶۷۷۰ نفر و تعداد مراجعان ۱۵۲۴۵۰ نفر است (۹).

کتابخانه‌های کودکان و نوجوانان

نخستین کتابخانه کودکان و نوجوانان در استان در سال ۱۳۵۶ ش. در گرگان تأسیس شد. طبق آمار سال ۱۳۸۲، تعداد این مراکز ۶ واحد است که شامل مرکز فرهنگی هنری گرگان (مجموعه ۱۱۴۸۰ جلد، ۱۴۴۴ نفر عضو)، مرکز فرهنگی - هنری گنبد (تأسیس سال ۱۳۵۶، مجموعه ۱۲۳۴۸ جلد و ۱۱۰۷ نفر عضو)، مرکز فرهنگی - هنری بندر ترکمن (تأسیس سال ۱۳۵۹، مجموعه ۱۲۹۸۷ جلد، ۸۷۳ نفر عضو)، مرکز فرهنگی - هنری دکن (تأسیس سال ۱۳۷۳، مجموعه ۷۲۵۵ جلد و ۳۹۶ نفر عضو) و مرکز فرهنگی و هنری کلالة (تأسیس سال ۱۳۸۲،

عهد صفویه بدان دارالمؤمنین می‌گفته‌اند (۲). از وقایع مهم و تاریخی این سرزمین تشکیل دولت آل‌زیار است.

از مشاهیر گرگان می‌توان میرمحمدباقر استرآبادی (وفات ۱۰۴۰ ق.)، معروف به میرداماد و ابوالقاسم میرفندرسکی استرآبادی (۹۷۰-۱۰۵۰ ق.) از فیلسوفان عصر صفوی را نام برد. سیداسماعیل جرجانی (مؤلف ذخیره خوارزمشاهی)، عبدالقاهر جرجانی (مؤلف اسرارالبلاغه و دلائل الاعجاز) و فخرالدین اسعد گرگانی (سراینده منظومه ویس و رامین) نیز از جمله ناموران دانش و ادب سرزمین گرگان هستند (۲).

نخستین چاپخانه سربی در گرگان در سال ۱۳۰۷ ش. تأسیس شد (۴). فعالیت نشر و نشریات به دلیل ضعف مالی، عدم استقبال مردم و ضعف کیفیت کارها در منطقه گرگان سابقه‌ای دیرپا ندارد. کار انتشار روزنامه، هفته نامه و گاهنامه موقت و کم‌رونق بوده است (۵). در حال حاضر، هفته‌نامه‌های گلشن مهر، گلستان نو، همزیستی، سلیم و حریف، دوهفته نامه صحرا، ماهنامه خودآزما و فصلنامه‌های مختومقلی فراغی و بایراق در گرگان منتشر می‌شوند (۶). نخستین کتابخانه‌های این ناحیه متعلق به قرن ۱۱ قمری است. کتابخانه استرآباد در عصر صفوی (قرن ۱۱) «کتابخانه حسین اردبیلی نژاد استرآبادی» نام داشته است. در عصر قاجار هم در بعضی مدارس و خانه‌های بعضی از فضلا و ادبا کتابخانه‌هایی وجود داشته است.

کتابخانه‌های عمومی

نخستین کتابخانه عمومی شهر گرگان در سال ۱۳۳۹ شمسی و با هزینه شهرداری شکل گرفت و در عمل از ۱۳۴۵-۱۳۴۶ با ۹۵۲ جلد کتاب فعالیت خود را آغاز کرد. این کتابخانه در ۱۳۵۸ به ساختمان فعلی آن در پارک شهر منتقل و کتابخانه عمومی شماره یک گرگان نامیده شد. هم‌اکنون با ۲۱۸۱۵ جلد کتاب، ۲۱۶۸ عضو و ۶ کارمند و با نام کتابخانه شماره یک به مردم خدمات ارائه می‌دهد.

مجموعه ۴۳۴۷ جلد و ۳۳۶ نفر عضو) است (۱۰).

کتابخانه‌های آموزشی

در مجموع، تعداد کل کتابخانه‌های آموزشی موجود در سطح استان، اعم از کودکان، ابتدایی، راهنمایی و دبیرستانی (متوسطه، هنرستان و پیش‌دانشگاهی) ۷۱۱ باب است که تعداد کل مجموعه آنها بالغ بر ۱۳۷۱۹۲۷ جلد و مساحت آنها برابر ۱۷۷۰۴۲ مترمربع و شاخص سرانه کتاب به ازای هر فراگیر ۳/۴۷ است. کل کارکنان شاغل در این کتابخانه‌ها ۱۲۸ نفر می‌باشد. (۱۱).

کتابخانه‌های تخصصی

از جمله کتابخانه‌های تخصصی قابل ذکر کتابخانه سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی استان گلستان (تأسیس سال ۱۳۷۷، مجموعه ۵۳۰۸ جلد و ۲ کارمند) است (۴). کتابخانه سازمان جهاد کشاورزی (تأسیس سال ۱۳۷۰، مجموعه ۱۶۲۵ جلد، یک کارمند) و ۳۶ باب کتابخانه روستایی تحت نظر آن سازمان، کتابخانه اداره کل مخابرات استان (تأسیس سال ۱۳۸۰، مجموعه ۱۴۰۰ جلد)، کتابخانه اداره برق گرگان (تأسیس سال ۱۳۷۹، مجموعه ۱۵۱۲ جلد)، کتابخانه سازمان بهزیستی استان و کتابخانه شورای شهر گرگان نیز قابل ذکرند. براساس آمار سال ۱۳۸۲ تعداد کتابخانه‌های تخصصی این استان ۱۱ باب و موجودی آنها ۳۶۶۲۰ جلد کتاب است (۹).

کتابخانه‌های دانشگاهی

کتابخانه مرکزی دانشگاه علوم کشاورزی و منابع طبیعی گرگان در ۱۳۴۲ ش. تأسیس شد و طبق آمار سال ۱۳۸۲، بیش از ۴۲۰۰۰ جلد کتاب، ۴۳۵ عنوان مجله داخلی و خارجی و ۲۱۹۵ عنوان غیرادواری دارد و تمامی اعضا از امکانات دسترسی پیوسته به منابع در تالار کتابخانه بهره می‌برند. این دانشگاه ۱۰ کتابخانه اقماری دیگر در دانشکده‌ها و مراکز شهرستان‌ها دارد (۱۲).

از کتابخانه‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی گلستان می‌توان

به کتابخانه دانشکده پزشکی (تأسیس سال ۱۳۷۱، مجموعه ۶۶۸۶ جلد، اعضا ۳۵۹ نفر و ۲ کارمند)، کتابخانه دانشکده پرستاری - مامایی بویه (تأسیس سال ۱۳۴۶، مجموعه ۷۹۲۲ جلد، اعضا ۴۳۴ نفر و ۳ کارمند)، کتابخانه دانشکده بهداشت پیرپزشکی (تأسیس سال ۱۳۷۴، مجموعه ۵۸۷۲ جلد، اعضا ۳۶۳ نفر و ۲ کارمند) نام برد. همچنین کتابخانه‌های مرکز آموزشی - درمانی پنج آذر با ۳۹۰۵ جلد، مرکز آموزشی - درمانی دزستانی با ۱۴۲۱ جلد و مرکز آموزشی - درمانی طالقانی با ۱۱۱۷ جلد از کتابخانه‌های تخصصی این دانشگاه هستند که همه آنها از رده‌بندی کتابخانه ملی پزشکی امریکا بهره جسته‌اند (۱۳).

طبق آمار سال ۱۳۸۲ تعداد کتابخانه‌های دانشگاهی این استان ۹ باب، موجودی آنها ۱۲۷۴۶۸ جلد، تعداد اعضا ۸۱۹۸ نفر و تعداد مراجعان ۲۵۸۶۰ نفر است (۹).

بحث و نتیجه‌گیری

کتابخانه‌های استان گلستان دربرگیرنده قدیمی‌ترین و جدیدترین اطلاعات و مطبوعات می‌باشند. با توجه به قدمت منطقه و نوپا بودن استان پیشرفت مطلوبی داشته است. جامعه گلستان هنوز تن به حاکمیت رسانه‌ها در جریان ناگزیر انتقال معانی و ارزش‌ها نداده و برخورد رودررو هنوز هم فراگیرترین شیوه ارتباطی اعضا در آن است و با توجه به آمار کتابخانه‌های استان هنوز هم راه درازی تا توسعه فرهنگی در پیش دارد. امروزه رسانه‌های سطحی مانند تلویزیون، روزنامه، اینترنت و منابع الکترونیکی که در مقام مقایسه، صرف زمان و هزینه و انرژی کمتری نسبت به کتاب دارند، زندگی مردم را در برگرفته است و کتاب روز به روز مهجورتر می‌شود. در اینجا جای بحث در مورد مزیت و معایب هیچ کدام جایز نمی‌باشد و مقوله‌ای مفصل را می‌طلبد. امید است که کلیه کتابخانه‌های استان به این امر مهم اهمیت داده و کتابخانه‌ها را به این منابع تجهیز نمایند تا در کنار آن از مهجوری کتاب‌ها نیز کاسته

خسارت و زیان شده است». امیدواریم که فرهنگ کتابخوانی هرچه بیشتر در جامعه ما گسترش پیدا کرده و جامعه ما از این «فقر فرهنگی» نجات پیدا کند.

References

- (۷) بررسی وضعیت توصیفی کتابخانه‌های عمومی استان گلستان [گرگان]. وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی استان گلستان. اداره امور کتابخانه‌ها. ۱۳۸۲ (پلی کپی).
- (۸) دهقان ز. کتابخانه مسجد جامع گرگان. گرگان. مصاحبه. ۶ خرداد ۱۳۸۳.
- (۹) وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی. پژوهشگاه فرهنگ، هنر و ارتباطات به سازمان اسناد و کتابخانه ملی جمهوری اسلامی ایران. نامه اداری. مورخ ۱۳ شهریور ۱۳۸۴.
- (۱۰) فرم جمع‌بندی نتایج آمارگیری سالیانه مراکز فرهنگی هنری در سال ۱۳۸۲ [گرگان]. کانون پرورش فکری کودکان و نوجوانان استان گلستان. ۱۳۸۲. (پلی کپی).
- (۱۱) لیست مدارس و تعداد کتاب و کتابخانه [گرگان]. وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی استان گلستان. روابط عمومی. ۱۳۸۲ (پلی کپی).
- (۱۲) راهنمای دانشگاه علوم کشاورزی و منابع طبیعی گرگان. گرگان: دانشگاه علوم کشاورزی و منابع طبیعی. معاونت پژوهشی. ۱۳۸۲.
- (۱۳) آمار و مشخصات واحدهای بهداشتی، درمانی استان گلستان در سال ۱۳۸۲. گرگان. دانشگاه علوم پزشکی گلستان. معاونت پژوهشی. ۱۳۸۳ (پلی کپی).

شود. کما این که رسول گرامی اسلام نیز در مورد اهمیت کتاب و کتابخوانی می‌فرماید که «اگر بر کسی دو روز بگذرد و این دو روز وی از نظر علم و سواد مساوی باشد، یعنی روز دوم از روز اولش تفاوتی نداشته باشد، این شخص دچار

- (۱) جغرافیای استان گلستان. تهران. وزارت آموزش و پرورش. سازمان پژوهش و برنامه‌ریزی آموزشی. ۱۳۷۹.
- (۲) گلستان در یک نگاه. گرگان. سازمان ایرانگردی و جهانگردی استان گلستان. ۱۳۸۱.
- (۳) شعبانی، خ. "تقسیمات کشوری استان گلستان" در تاریخ گرگان از دوران باستان تا عصر حاضر (مجموعه مقالات). به کوشش زنان پژوهشگر تاریخ. تهران. برگ زیتون. ۱۳۸۱. صفحات ۴۶ تا ۵۰.
- (۴) نتایج بررسی و ارزشیابی کتابخانه‌های سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی استان‌ها در سال ۱۳۸۰-۱۳۸۱. تهران. سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور. معاونت امور پشتیبانی. مرکز مدارک علمی و انتشارات. ۱۳۸۲.
- (۵) معطوفی، الف. تاریخ فرهنگ و ادب گرگان و استرآباد. خلاصه‌ای از تاریخ ادبیات ایران، گرگان و استرآباد گرگان. مؤسسه فرهنگی و انتشاراتی پدیده گرگان. ۱۳۷۶.
- (۶) مشخصات نشریات محلی استان گلستان (گرگان). وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی استان گلستان. روابط عمومی. ۱۳۸۲ (پلی کپی).

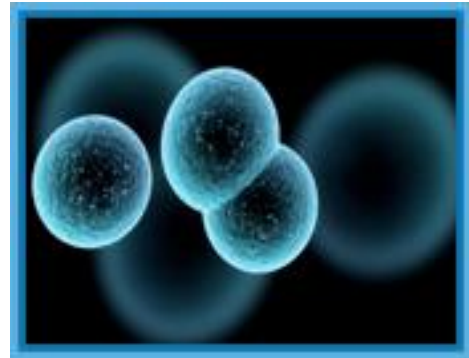
ترجمه

سلول‌های بنیادی یاریگر سلول‌های قلبی از پا افتاده

سولماز جنتی عطائی*، دکتر نازیلا البرزی**

*دانشجوی سال پنجم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گلستان، **متخصص قلب و عروق و استادیار دانشگاه علوم پزشکی گلستان

با استفاده از تجویز داروها، کاتتریزاسیون، قراردادن وسایل بازنگاه دارنده عروق و اعمال جراحی هم‌اکنون ۲۰ میلیون تن از مردم در آمریکا از نارسایی قلب رنج می‌برند. نیمی از این افراد ظرف پنج سال پس از تشخیص نارسایی خواهند مرد. در واقع قلب آنها برای همیشه شکسته است. ولی قلب عاطفی به آسانی تسلیم این اندیشه که قلب فیزیکی می‌تواند از پای درآید، نمی‌شود. چنین است که متخصصین قلب گام در مسیری نو و بدعت‌گذارانه نهاده‌اند؛ که همان تقویت عضله در حال مرگ قلب به کمک سلول‌های بنیادی است. سلول‌های همه‌کاره واقعی بدن که خود را باز می‌سازند و می‌توان آنها را در جهت تغییر و تبدیل به بسیاری از سلول‌های گوناگون بدن هدایت کرد. متخصصین قلب در اروپا، آمریکای جنوبی و ژاپن روال‌هایی را با استفاده از سلول‌های بنیادی بالغ انسان درپیش گرفته‌اند. لیکن تا به امروز پیشرفت‌های بسیار جزیی در این زمینه حاصل و حتی در برخی موارد منجر به بستری شدن تقریباً دائمی کسانی شده که پیش از آن از زندگی و سلامتی طبیعی برخوردار بودند. طی چند سال گذشته در ایالات متحده نیز مطالعاتی از این دست صورت گرفته‌اند که نتایج اولیه‌شان مشابه تجربیات انجام شده در نقاط دیگر است. «اداره غذا و دارو» که در ابتدا قدردانی نگران این‌گونه آزمایشات بود، اکنون شروع به صدور مجوز برای برخی از این موارد که بیشتر مربوط می‌شوند به استفاده از سلول‌های بنیادی خود فرد کرده است. در چند سال آینده چندصد تن از بیماران آمریکایی (که از درمان‌های رایج کنونی نومید شده‌اند)، در چنین کارآزمایی‌هایی شرکت خواهند جست. اما



استفاده از سلول‌های بنیادی برای درمان بیماری‌های صعب‌العلاج، یکی از امیدهای در حال تحقق بشر در حوزه علوم پزشکی است که روزه‌به‌روز افق‌های تازه‌ای از آن نمایان می‌شود. به نظر می‌رسد که سلول‌های بنیادی می‌توانند قلب‌هایی را که از پا افتاده‌اند، جوان کنند. ولی مشکل اینجاست که پزشکان هنوز نمی‌دانند چگونه؟

با وجود میلیون‌ها ترانه دل‌شکستگی گویی قلب انسان به عنوان نماد عاطفی با گذشت زمان خود را باز می‌یابد و زخم‌های عاطفی‌اش التیام پیدا می‌کنند. در پزشکی اما پیش‌آگهی غالباً نومیدکننده‌تر از این است و زمان تنها آسیب فیزیکی را بدتر می‌کند. اگر از اکسیژن محروم بمانیم، سلول‌های قلب می‌میرند و جای آنها را بافت ترمیمی زخم خواهد گرفت که از جنس بافت خود قلب نیست.

از آن پس سلول‌های باقی‌مانده قلب که اکنون دیگر بار بافت جدیدی را نیز بر دوش دارند، مسئولیت بیشتری را برعهده می‌گیرند و با قدرت بیشتری کار می‌کنند. بدین ترتیب قلب با فشار بیشتری که بر آن می‌آید، رو به بزرگتر شدن می‌گذارد، ولی به ندرت توان اولیه خویش را باز می‌یابد. به‌رغم تلاش‌های پزشکان برای نجات عضله آسیب‌دیده قلب

سرطان، بیماری‌های عفونی مانند ایدز و هپاتیت، بیماری قند، بیماری‌های قلبی، ریوی، کلیوی و بسیاری بیماری دیگر مانند بیماری‌های چشمی به کار می‌رود. همچنین بیماری‌های دستگاه عصبی مانند پارکینسون برای درمان نیازمند این روش است.

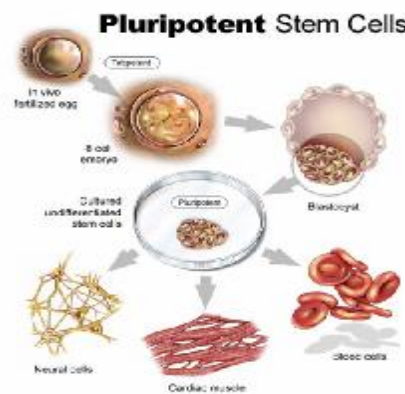
خصوصیات سلول‌های بنیادی

سلول‌های بنیادی با دیگر انواع سلول‌های موجود در بدن متفاوت هستند. از جمله خصوصیات مشترک این سلول‌ها عبارتند از:

۱- توانایی تکثیر و افزایش تعداد آنها برای مدت طولانی: سلول‌های بنیادی قادر به تقسیم شدن و نوسازی خودشان برای مدت طولانی هستند. پدیده‌ای که در سلول‌های عضلانی، خونی و یا عصبی به صورت طبیعی دیده نمی‌شود. اما سلول‌های بنیادی این عمل را بارها و بارها انجام می‌دهند. هنگامی که عمل تکثیر برای مدت طولانی اتفاق می‌افتد آن را تکثیر (proliferation) می‌نامند.

۲- توانایی تمایز و تبدیل به سلول‌های تخصص یافته: در سال‌های اخیر تحقیقات زیادی در مورد امکان تبدیل سلول بنیادی مخصوص یک بافت به سلول‌های تخصصی یک بافت کاملاً متفاوت انجام شده است. این فرایند را در اصطلاح plasticity می‌نامند. برای مثال تبدیل سلول‌های بنیادی مغز استخوان به نوروها و یا تبدیل سلول‌های بنیادی کبدی به سلول‌های تولید کننده انسولین و یا تبدیل سلول‌های خون‌ساز به سلول‌های عضله قلبی. این سلول‌ها پس از دریافت پیام‌های شیمیایی معین می‌توانند تمایز حاصل کنند یا به سلول‌های تخصص یافته با عملکردهای خاصی، تبدیل شوند. عملکرد این سلول‌ها در بدن به این شکل است که به هنگام اختلال و بیماری، تکثیر پیدا کرده و سلول‌های جدیدی به بافت ارائه می‌کنند که اساس سلول‌های درمانی را تشکیل می‌دهد.

مشکل این جاست که هیچکس دقیقاً نمی‌داند این شیوه درمانی چگونه عمل می‌کند. سلول‌های بنیادی به قلب می‌رسند، ولی کسی نمی‌داند که پس از آن چه رخ می‌دهد، چگونه بافت بار دیگر جوان می‌شود و یا این که چه خطراتی را به دنبال خواهد داشت. از نظر مخالفین این بدان معنا است که خطرات چنین اقداماتی بر منافع احتمالی حاصل از آنها می‌چربند. طرفداران این شیوه درمانی در پاسخ می‌گویند که بدحال‌ترین بیماران طبعاً آن را به روبرو شدن با مرگ حتمی ترجیح می‌دهند. اکنون متخصصین قلب باید پاسخی (برای خویش و بیماران‌شان) برای پرسشی که در تمام کارآزمایی‌های بالینی صورت گرفته با شرکت افراد انسانی همواره مطرح بوده و هست، داشته باشند: چه موقع اجازه خواهید داد که اقدام پزشکی بر دانش‌تان پیشی گیرد؟ و اینچنین بود که اندیشه تزریق سلول‌های بنیادی به قلب بیماران با سرعتی خارق‌العاده از آزمایشگاه‌ها گام به اتاق‌های عمل گذاشت.



آشنایی کوتاه با سلول‌های بنیادی

سلول‌های بنیادی سلول‌های قدیمی و بسیار اولیه بدن انسان هستند. اولین سلول‌های بنیادی درون یک جنین در حال رشد و کامل شدن ایجاد می‌شود. آنها توانایی تقسیم شدن به هر نوع سلول دیگر را دارند و در نهایت کل بدن انسان را می‌سازند. درمان با استفاده از سلول‌های بنیادی برای ترمیم و جایگزینی سلول‌های صدمه دیده یا از دست رفته است. این روش جدید برای درمان بیماری‌های زیادی از جمله انواع

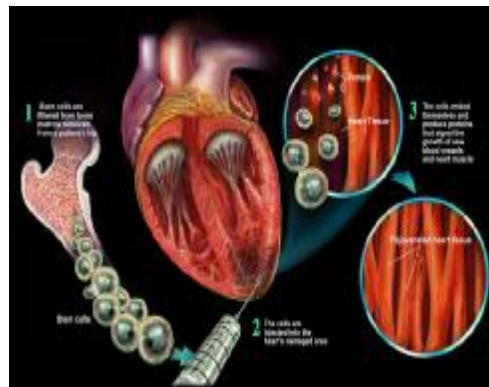
بنیادی به ناحیه آسیب دیده (با جراحی یا از طریق آنژیوگرافی)، ۲- حرکت دادن سلول‌های بنیادی از مغز استخوان به ناحیه آسیب دیده با استفاده از سایتوکانی‌ها و فاکتور سلول بنیادی و ۳- تجویز موضعی سایتوکانی‌ها در ناحیه آسیب‌دیده که منجر به القای تمایز سلول‌های بنیادی قلبی به سلول‌های قلبی یا کاردیومیوسیت‌ها می‌شود.

در مجموع می‌توان گفت سلول‌های بنیادی از طریق افزایش یا حفظ تعداد سلول‌های قلبی زنده، بهبود عملکرد عروق قلب و افزایش انقباض قلب در ناحیه آسیب دیده منجر به بهبود عملکرد قلب می‌شوند. مکانیسم‌های دقیق این عمل هنوز روشن نیست. هنوز نمی‌دانیم آیا خود این سلول‌ها تکثیر و تمایز می‌کنند؟ این سلول‌ها تکثیر و تمایز را به سلول‌های دیگر القاء می‌کنند؟ باعث ترشح سیتوکین‌های (مواد مترشحه از سلول) خاصی می‌شوند و بر اثر آن رشد سلولی ایجاد می‌کنند؟ چگونه با سلول‌های اطراف ناحیه آسیب دیده در یک امتداد قرار می‌گیرند؟ کنترل تکثیر و تمایزشان چگونه است و چگونه تکثیر بیش از حد نمی‌کنند؟ اما فعلاً مهم کارآمدی این سلول‌ها در بهبود ناحیه سکتة یافته است.

مطالعه روی شیوه‌های درمانی نوین با استفاده از

رویان

به تازگی در مطالعه‌ای که با همکاری پژوهشکده رویان و مرکز قلب تهران صورت گرفته است، در بیمارانی که نیازمند عمل قلب باز بودند و از سکتة شان هنوز بیش از ۳ ماه نگذشته بود، از سلول‌های بنیادی گرفته شده از مغز استخوان خودشان برای بهبود عملکرد بافت آسیب دیده قلب استفاده شد. ۲۷ بیمار با رضایت خودشان در این مطالعه شرکت کردند. بدین صورت که ۱۸ بیمار دریافت کننده سلول‌های بنیادی با ۹ بیمار گروه کنترل یعنی افرادی که تنها عمل قلب باز شدند و سلول بنیادی دریافت نکردند، مقایسه شدند. خوشبختانه چون این سلول‌ها از مغز استخوان خود شخص گرفته می‌شود و به



عصر درمانی جدید در درمان بیماری‌های قلبی

مطالعات بسیاری در کشورهای توسعه یافته جهان از جمله امریکا، آلمان، ژاپن، فرانسه و کانادا با استفاده از انواع سلول‌های بنیادی در درمان عوارض ناشی از سکتة قلبی صورت گرفته که امکان استفاده از سلول بنیادی را در درمان افرادی که از سکتة حاد قلبی و بیماری‌های مزمن قلبی رنج می‌برند را در جامعه پزشکی و عموم مردم مطرح کرده است. گزارش‌های اولیه آزمایش روی مدل‌های حیوانی از بیش از ۱۰ سال پیش منجر به پیشرفت علم سلول‌های بنیادی و سوق دادن آن به سمت استفاده در موارد بالینی شده است و در حال حاضر ما در ابتدای عصر درمانی جدیدی قرار گرفته‌ایم. تا به حال بیش از ۴۰۰ بیمار قلبی در سراسر جهان تحت درمان با سلول‌های بنیادی قرار گرفته‌اند. اما از آنجا که شرایط این مطالعات و سلول‌های بنیادی استفاده شده متفاوت بوده و همچنین از آنجا که هنوز مکانیسم دقیق عملکرد سلول‌های بنیادی ناشناخته است، به طور کامل وارد مراحل بالینی نشده است. اما چون تمام این مطالعات ایمنی، سهولت و کارایی این سلول‌ها را در درمان بیماران قلبی اثبات کرده‌اند، استفاده از این سلول‌ها در مراکز مختلف جهانی رو به افزایش است. مغز استخوان، خون محیطی و عضله اسکلتی منابع سلول‌های بنیادی قابل دسترسی می‌باشند.

سه راه متفاوت برای استفاده از روش سلول درمانی در بیماری‌های قلبی وجود دارد: ۱- پیوند مستقیم سلول‌های

درمان معمول محسوب نمی شوند و تمامی مراکز تحقیقاتی هم اکنون تحقیقات وسیع تری روی تعداد بیشتر بیماران انجام می دهند و بیماران را به مدت های طولانی تر دنبال می کنند تا هرچه بیشتر اطلاعات درباره این روش ها جمع آوری شود و متدهای برتر، سلول های مناسب تر و بیماران بهتر برای این گونه درمان ها مشخص شوند. مساله مهم دیگر پدید نیامدن عوارض درازمدت بر اثر این درمان هاست که حتماً بایستی بررسی شود. گرچه تاکنون هیچ عارضه ای به دنبال این درمان ها گزارش نشده، اما پیگیری های درازمدت نیز واجب به نظر می رسد. در آینده ای نزدیک مطالعه دیگری با همکاری پژوهشکده رویان، بیمارستان بقیه الله جماران، بیمارستان شهید رجایی و مرکز قلب تهران بر روی ۱۴۰ بیمار قلبی صورت خواهد گرفت که در طی آن روش های متفاوت این درمان مورد آزمایش قرار می گیرد و بیماران نیز به طور طولانی مورد پیگیری خواهند بود.

References

- 1) www.stemcellbiotherapy.com/cr/index.php/lang
- ۲) سلول بنیادی. جهاد دانشگاهی. قابل دریافت از: www.acecr.net
- 3) www.irstemcell.net

قلب خود شخص پیوند می خورد، از نظر اخلاق زیستی مشکلی به آن گرفته نمی شود. برای بررسی دقیق عملکرد قلب پیش از عمل، ۳ و ۶ ماه پس از عمل آزمایش هایی نظیر اکوکاردیوگرافی، استرس اکو و اسکن تالیم انجام و نتایج آنها با هم مقایسه شد. پس از پیگیری ۶ ماهه ۱۸ بیماری که علاوه بر عمل قلب باز سلول بنیادی نیز گرفته بودند، نسبت به گروه کنترل بهبود قابل توجهی در عملکرد قلب داشتند و این مطالعه نیز همانند مطالعات انجام گرفته در کشورهای دیگر ایمنی، سهولت و کارایی این سلول ها را نشان داد. در میان بیماران کسانی بودند که هیچ امیدی به زندگی نداشتند و حتی فعالیت های شخصی را نمی توانستند، انجام دهند و امروز در حال فعالیت و کار و ورزش دیده می شوند. اما هم اکنون سوال این است که آیا زمان آن فرا رسیده که این درمان به عنوان یک روش معمول درمانی سکتها یا نارسایی های قلبی قرار گیرد؟ آیا هم اکنون گروه خاصی از بیماران مشخص شده اند که به نوعی به این گونه درمان ها پاسخ بهتر دهند؟ آیا روش یا نوع سلول خاصی برتری خود را نسبت به بقیه اثبات کرده است؟ پاسخ همه پرسش ها خیر است. در تمام دنیا در این مرحله چنین درمان هایی در مرحله تحقیقات بوده و به عنوان

گردآوری

بیماری کلیه پلی کیستیک (PKD)

محسن جام شیر، دانشجوی سال دوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گلستان

پروتئین مذکور این تئوری را تقویت می کند که نقص اولیه در ARPKD اختلال عملکرد مژکهاست.

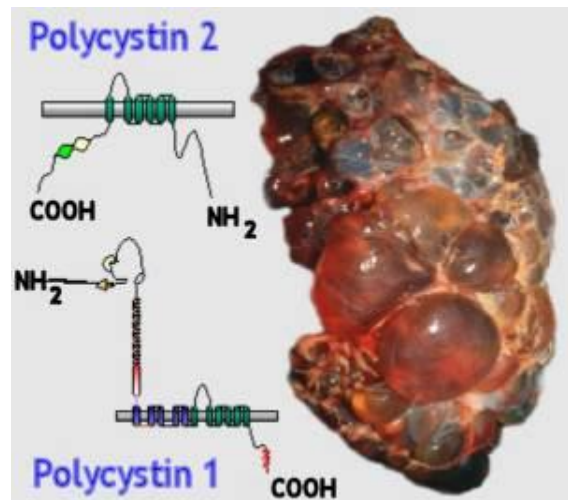
تمام بیماران مبتلا به ARPKD فیروز مادرزادی کبدی هم دارند که ممکن است تظاهرات بالینی شدیدتری نسبت به بیماری کلیوی فرد داشته باشد.

ADPKD یکی از شایع ترین اختلالات ارثی در انسان و شایع ترین علت اختلالات کلیوی در بزرگسالان است. ژنهای مسؤول ایجاد ADPKD در ۹۰-۸۵ درصد موارد روی بازوی کوتاه کروموزوم شماره ۱۶ (PKD1) و در ۱۵-۵ درصد موارد روی بازوی بلند کروموزوم شماره ۴ (PKD2) واقع شده اند. ژنوتیپ سومی هم ممکن است وجود داشته باشد، اما لوکوسی برای آن در نظر گرفته نشده است.



The incision of much smaller size than the kidney, with no emptying of the cyst and no morcellation of the kidney required.

در مشاهدات کلینیکی بیماران مبتلا به ADPKD، کلیه ها معمولاً متورم و همراه با تعداد زیادی ندول های بزرگ و گرد



بیماری کلیه پلی کیستیک Polycystic Kidney Disease (PKD) یک اختلال ارثی است که کلیه ها را به صورت دوطرفه درگیر کیست می کند. PKD به طور عمده به دو شکل تقسیم می شود: PKD اتوزومال مغلوب (ARPKD) که در گذشته PKD نوزادان نامیده می شد و PKD اتوزومال غالب (ADPKD) که در گذشته PKD بزرگسالان نامیده می شد.

ARPKD با کیست های متسع مجاری جمع کننده کلیوی همراه با درجات متغیری از اختلالات کبدی (شامل اختلالات تولید صفرا و فیروز اطراف ورید پورت شناخته می شود.

در سال ۱۹۹۴ ژن ARPKD (PKDHD1) روی بازوی کوتاه کروموزوم شماره ۶ شناسایی شد.

فیروسیستین / پلی داکتین، پروتئینی است که توسط PKDHD1 کد و در مژک های سلول های اپی تلیال مجاری صفراوی بیان می شود.

تصور بر این است که این پروتئین در حفظ شکل طبیعی توپول های کلیوی و مجاری صفراوی نقش حیاتی دارد.

در ۷۵-۵۰ درصد از بیماران مشاهده می شود و می تواند در اثر افزایش فعالیت سیستم رنین- آنژیوتانسین، کاهش جریان خون کلیوی و حفظ سدیم ایجاد شود.

• سکت: وجود سابقه خانوادگی سکت (CVA) نشان دهنده نیاز به غربالگری آنوریسم با CTscan یا آنژیوگرافی با MRI است.

• درد: درد در ناحیه شکم، پهلو یا پشت یکی از اولین شکایات بیمار از بیماری است. درد ممکن است در اثر بزرگ شدن کیست ها، خونریزی (درون کیست ها یا وجود خون در ادرار)، هماتوم پری نفریک، عفونت مجاری ادراری یا تشکیل سنگ در نفرون ها ایجاد شود.

• وجود خون در ادرار: همچوری قابل مشاهده در ۵۰-۳۰ درصد بیماران ایجاد می شود.

• پرولاپس دریچه میترال و تظاهرات قلبی عروقی

روش های تصویربرداری برای تشخیص

اولتراسونوگرافی: مفیدترین روش برای تشخیص است و کیست های تا اندازه ۱-۱/۵ سانتی متر را شناسایی می کند. CTscan: گران تر و دقیق تر از اولتراسونوگرافی است و کیست های کوچکتر از ۰/۵ سانتی متر را شناسایی می کند. MRI: بهترین وسیله برای مشاهده اندازه کلیه پس از درمان است. اما به طور روتین استفاده نمی شود، چون گران و پرزحمت است.

MRA (Magnetic Resonance Angiography) روش مناسبی برای تشخیص ICAs است.

توجهات پزشکی

کنترل فشارخون بیمار، اجتناب از مصرف NSAIDs، درمان عفونت های مجاری ادراری. در برخی بیماران ممکن است دیالیز یا پیوند کلیه مورد نیاز باشد.

در سطح خارجی کلیه هستند که مسؤول شکل غیرطبیعی کلیه در این بیماران بوده و از کلیه های بیماران مبتلا به ARPKD قابل تمایز است.

در ADPKD کیست هایی با اندازه های متفاوت حاوی خون یا مایع کم رنگ در پارانشیم کلیه، قسمت های مختلف نفرون را درگیر می کنند. کیست ها غشایی ضخیم همراه با فیروز میان بافتی اطراف کیست دارند.

ARPKD و ADPKD هر دو جنس را تقریباً به یک اندازه درگیر می کنند. ADPKD تا اندازه ای در مردان حادث تر است. نشانه های بیماری با افزایش سن افزایش می یابند.

شرح حال بیمار

ARPKD

• قبل از تولد کلیه های بزرگ و متورم و الیگوهیدرامینوس وجود دارد.

• در ابتدای تولد ممکن است توده های قابل لمس در بدن نوزاد وجود داشته باشد. این نوزادان ممکن است اندام های غیرطبیعی داشته باشند.

• در نوزادان ممکن است توده هایی در شکم مشاهده شود. همچنین ممکن است دردهای شکمی در اثر توده های کلیوی یا هپاتواسپلنومگالی به وجود آیند.

• کجی یا پیچیدگی پا (Club-Foot) معمولاً در اثر الیگوهیدرامینوس به وجود می آید.

• در تمام بیماران اختلالات تغلیظ ادرار شامل پرادراری و پرنوشی دیده می شود.

• هیپرتروفی و نقص مادرزادی قلب

• اختلالات کبدی

ADPKD

• نشانه های کلیوی: کاهش توانایی تغلیظ ادرار یکی از اولین تظاهرات بیماری است.

• پرفشاری خون: یکی از شایع ترین تظاهرات اولیه بیماری است. حتی زمانی که عملکرد کلیه طبیعی است، هایپرتانسیون

درمان دارویی

بهترین داروها برای درمان این بیماری مهارکننده‌های ACE از جمله کاپتوپریل، انالاپریل، لیزینوپریل می‌باشند. آنتاگونیست‌های گیرنده آنژیوتانسین II (از جمله

Candesartan ، Irbesartan ، Losartan ، Temisartan).

آنتی‌بیوتیک‌ها برای درمان عفونت مجاری ادراری (مانند کلرامفنیکل، کلیندامایسین، سیپروفلوکزاسین، تری متوپریم-سولفامتوکسازول و لووفلوگزاسین)

References

- 1) <http://www.emedicine.com/med/TOPIC1862.HTM>
- 2) <http://www.emedicine.com/ped/TOPIC1846.HTM>
- 3) <http://kidney.niddk.nih.gov/kudiseases/pubs/polycystic/>
- 4) http://www.medicinenet.com/polycystic_kidney_disease/article.htm
- 5) <http://www.mayoclinic.com/health/polycystic-kidney->

disease/DS00245/DSECTION=3

- 6) <http://www.kidney.org/atoz/pdf/polycystic.pdf>
- 7) <http://www.kidney.ca/page.asp?intNodeId=22136>
- 8) <http://renux.dmed.ed.ac.uk/EdREN/EdRenINFObits/PCKDShort.html>
- 9) <http://www.patient.co.uk/showdoc/40000689/>

گردآوری

آسیب‌های چشمی در ورزش

مهسا بشارت، دانشجوی سال سوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گلستان

کننده زمانی است که چیز برنده‌ای به چشم اصابت کند که چندان شایع نیست. برای مثال وقتی عینک‌تان بشکند یا ناخن شخص دیگری روی چشمتان را خراش دهد، این نوع آسیب ایجاد می‌شود. قلاب ماهیگیری نیز باعث این آسیب می‌گردد. آسیب با اشعه در اثر تماس با اشعه فرابنفش خورشید در ورزش‌هایی مانند اسکی روی برف و آب و سایر ورزش‌های آبی ایجاد می‌شود. پزشک پیش از هرگونه فعالیت ورزشی شما را معاینه می‌کند. در صورتی که مشکل چشمی یا سابقه خانوادگی عارضه شبکیه دارید، حتماً قبل از ورزش‌های پرخطر و خیلی پرخطر با پزشک مشورت کنید. پزشک در محافظت از چشم، شما را راهنمایی می‌کند.

استفاده از محافظ چشم بسیار مناسب است، مخصوصاً لنزهای پلی‌کربنه ۳ میلی‌متری که در عینک‌های ورزشی استفاده می‌شوند. لنزهای تماسی و عینک آفتابی در مقابل آسیب‌های نوع اول و دوم محافظ خوبی نیستند. کلاه‌خود و گارد نیز محافظ خوبی نمی‌باشند، چون چشم‌ها در معرض تماس قرار دارند. ورزشکارانی که آسیب‌های جدی چشمی دارند، حتماً بایستی توسط چشم‌پزشک معاینه شوند تا در صورت بی‌خطر بودن به ورزش ادامه دهند. چشم آسیب دیده باید دید خوبی داشته باشد و راحت باشد. ورزشکار باید از محافظ استفاده کند. در آسیب‌های با شدت کمتر، پزشک تیم می‌تواند تصمیم بگیرد. ورزشکاران نباید از ضددردهای موضعی استفاده کنند. ورزشکار یک چشمی، فردی است که در یکی از چشمانش کمتر از ۲۰/۴۰ بینایی دارد. اگر این فرد بینایی چشم سالم خود را در اثر آسیب از دست دهد، به‌طور

آسیب به چشم و یا بافت اطراف آن یکی از آسیب‌های جدی است. چگونگی ایجاد این آسیب به معاینه کمک می‌کند. اگر آسیب در اثر ضربه شدید مانند چکش ایجاد شده باشد یا شیشه، باید احتمال سوراخ‌شدگی را مطرح کرد. سالانه ورزش‌های مختلف باعث بیش از ۴۰۰۰۰ آسیب چشمی می‌شوند که بیش از ۹۰ درصد این آسیب‌ها قابل پیشگیری است. به طور کلی بسکتبال و بیسبال بیش از همه باعث آسیب چشمی می‌شوند و ورزش‌های آبی و راکت‌دار پس از آنها قرار دارند. از نظر آسیب‌های چشمی ورزش‌ها در سه دسته کم‌خطر، پرخطر و خیلی پرخطر قرار می‌گیرند. ورزش‌های کم‌خطر شامل راکت، چوب و توپ نیستند و تماس بدنی ندارند، مانند دو میدانی، شنا، ژیمناستیک و دوچرخه‌سواری. در ورزش‌های پرخطر از راکت، چوب و توپ استفاده شده و تماس بدنی برقرار می‌شود، مانند بیسبال، بسکتبال، تنیس، هاکی، فوتبال و سایر ورزش‌های راکت‌دار و واترپلو. ورزش‌های بسیار پرخطر تماس بدنی دارند و از محافظ چشم استفاده نمی‌شود، مانند مشت‌زنی و کشتی.

آسیب‌های چشمی شایع شامل ضربه، آسیب‌های سوراخ‌کننده و آسیب در اثر اشعه خورشید هستند. ضربه وارد شدن به چشم باعث بیشترین آسیب‌های چشمی ورزشی می‌شود. آسیب‌های ناشی از ضربه شامل شکستگی استخوان زیرکاسه چشم، ترک خوردگی کره چشم و جدا شدن شبکیه (بخش حساس به نور که به دیدن کمک می‌کند) است. کبودی چشم و پلک (چشم سیاه) گرچه خطرناک به نظر می‌رسد، ولی از آسیب‌های جدی نیست. آسیب‌های سوراخ

نسبی یا کامل نابینا می شود. قبل از هر ورزشی این فرد باید از خطرات، ایمنی وسایل حفاظتی و توانایی درمان آسیب موضعی چشم مطمئن شود. علایم و نشانه هایی که نیاز به ارجاع فوری دارند، در جدول یک آمده است.

جدول ۱

کاهش ناگهانی در بینایی یا عدم بینایی
کاهش میدان دید
درد هنگام حرکت دادن چشم
نورگریزی
دوبینی
دیدن لکه های نورانی
مردمک با شکل نامنظم
چشم قرمز و ملتهب
هایفمی (خون در اتاقک جلویی)
خونریزی زیر ملتحمه
لنز تماسی یا عینک شکسته
شک به سوراخ شدگی کره چشم

انجمن امریکایی ورزش و ابزار استانداردهایی برای عینک ها تعیین کرده است. برای انتخاب یک عینک مناسب توصیه شده با چشم پزشک مشورت شود. ورزشکاران تک چشمی باید مراقبت بیشتری انجام دهند. آسیب های چشمی ورزشی باید در محل به دقت معاینه شوند. آسیب های خفیف قابل درمان در مکان هستند. پزشک تیم باید قادر به تشخیص آسیب های نیازمند مراقبت فوری و معاینه توسط چشم پزشک باشد. ورزشکاران باید آموزش های لازم را توسط پزشک تیم

دریافت کنند.

معاینه کامل چشم باید در معاینه بدنی گنجانده شود. پزشک باید با دقت در مورد سابقه فرد اطلاعات بگیرد. همچنین بسیار مهم است که ورزشکاران با سابقه خانوادگی جداشدگی شبکیه، رتینوپاتی دیابتی و پارگی شبکیه بررسی شوند. چنین افرادی باید قبل از ورزش های پرخطر یا بسیار پرخطر با چشم پزشک مشورت کنند.

وسایل محافظتی

وسایل محافظتی شدت و احتمال آسیب را می کاهند. یک وسیله محافظتی باید نیروی وارده را در سطح وسیع تری پخش کند و آسیب را از چشم به جمجمه بدون وارد کردن آسیب به آن گسترش دهند. کلاه خودها باید مجهز به وسایل محافظتی چشم باشند. استانداردهای ASTM F803-01 مواردی را که در ورزش های دارای احتمال آسیب چشمی ضروری هستند را تعیین می کنند. طبق این استانداردها وسایل محافظتی نباید مانع ورزش و مزاحم ورزشکار باشند. عینک های محافظ معمولاً از پلی کربنات که پلاستیکی محکم و جاذب اشعه فرابنفش است، ساخته می شوند. این پلاستیک که هشت برابر قدرت بیشتری از سایر مواد دارد، در عینک های محافظ به کار می رود. عینک های معمولی تنها ۵-۴ درصد ضخامت این ماده را دارند.

References

- 1) Vinger PF. A Practical Guide For Sports Eye Protection. The Physician And Sportsmedicine. 28 6 2000, in Pediatrics. Retrieved from: pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/113/3/619
- 2) Protective Eyewear for Young Athletes. American Academy of Pediatrics. Ophthalmology 2004; 111:600-603. Retrieved from: http://www.sportseyeinjuries.com/docs/Protective_eyewear.pdf

ترجمه

زنجبیل

مونا تفرشی، دانشجوی سال دوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گلستان

معرفی گیاه

زنجبیل از گیاهی زردرنگ دارای رگه‌های بنفش با نام علمی *Zingiber officinale* به دست می‌آید. این گیاه بسیار پایاست و به حالت وحشی هم در دشت‌ها و هم در نواحی کوهستانی می‌روید. اگرچه معمولاً از زنجبیل به عنوان ریشه آن نام برده می‌شود، ولی در اصل قسمت مورد استفاده گیاه



ساقه متورم شده زیرزمینی آن است که ریزوم نام دارد. تکثیر زنجبیل با کاشت قسمتی از غده زیرزمینی جوانه‌دار آن انجام می‌شود.



پیشینه

زنجبیل از زمان‌های دور در چین مورد استفاده بوده و هنوز هم در طب سنتی چین نقش مهمی را ایفا می‌کند. در ایران باستان نیز این گیاه با نام «ژنگویر» شناخته شده بود و کاربرد داشت و از ایران و کشورهای عربی به سوی غرب سفر کرد.

در غرب پزشکی به نام «دیوسکوریدس» اولین بار در قرن اول میلادی استفاده طبّی زنجبیل را ثبت کرد. امروزه این گیاه در بیشتر مناطق استرالیایی کشت می‌شود. متخصصان طب هندی «آپورودا» از آن به عنوان داروی جهانی نام می‌برند. این امر نه تنها به خاطر خواص ضدقارچی و ضدباکتری آن است، بلکه به خاطر اثر تسکین‌بخش آن بر روی دستگاه گوارش هم می‌باشد. همه اینها باعث شده که هندیان بیش از ۲۰۰۰ سال زنجبیل را مصرف و این گیاه را به عنوان یکی از بهترین شفا بخش‌های طبیعی مطرح کنند.

خواص دارویی

همان‌طور که گفته شد، زنجبیل جزء گیاهان دارویی بااهمیت است. این گیاه دارای خواص متعددی از جمله تقویت قلب، تقویت حافظه، بازکننده انسدادهای کبدی، ضدانعقاد خون، آنتی باکتریال، آنتی اکسیدان، ضدسرفه، ضد سموم کبدی، ضدالتهاب، مدر، محرک و کاهش اسپاسم، محرک سیستم ایمنی، ضدنفخ و افزایش ترشحات روده‌ای معده‌ای، پایین آورنده کلسترول خون و محرک هضم غذا است. از این گیاه برای درمان بی‌اشتهایی، کم‌اشتهایی و حتی مشکلات روماتیسمی نیز می‌توان استفاده کرد.

این گیاه برای رفع گرفتگی عضلات نیز مفید است. برای این منظور روغن زنجبیل را می‌توان با روغن‌های دیگر رقیق کرده و برای تسکین دردهای ناشی از کشیدگی ماهیچه آسیب‌دیده روی آن ماساژ داد تا گردش خون را بهبود بخشد و باعث تسکین درد شود. کشیدن آن به صورت سرمه برای درمان شب‌کوری و آبریزش چشم مفید است. زنجبیل را

می‌توان به آب گرم اضافه کرد و در مواقع سرمازدگی پاها را در آن قرار داد. در مواقع دندان درد می‌توان آن را جوید و هنگام گلودرد از غرغره آن استفاده کرد.



زنجبیل تازه برای درمان سرماخوردگی و انفلوانزا مفید است و از قرص آن برای درمان آرتрит و مشکلات گردش خون استفاده می‌شود. برای تهیه قرص زنجبیل، گرد آن را با نمک و کمی آبلیمو خمیر کرده و به صورت قرص در می‌آورند. نوعی ماده ضدعفونی کننده هم از تقطیر ریشه این گیاه به دست می‌آید.

براساس مطالعه جدیدی که محققان گروه زنان و زایمان دانشگاه چیانگ می تایلند انجام دادند، مشاهده شد که این گیاه دارویی در تسکین تهوع و استفراغ دوران بارداری بسیار موثرتر از داروهای شیمیایی عمل می‌کند. بیشتر زنان باردار تهوع و استفراغ را به ویژه در سه ماهه اول بارداری تجربه می‌کنند. در این مطالعه مشاهده شد، ۲۸ نفر از ۳۲ فردی که با زنجبیل درمان شدند، بهبودی در علائم تهوع خود داشتند. درحالی که از ۳۵ فردی که با دارو درمان شدند، فقط ۱۰ نفر بهبود یافتند. علاوه بر آن هیچ عارضه جانبی هم برای کسانی که با زنجبیل درمان شدند، یافت نشد. این محققان معتقدند، خوردن روزانه مقادیر کم زنجبیل یعنی در حدود ۱ گرم از ریشه این گیاه به مدت ۴ روز می‌تواند به طور موثر باعث کاهش تهوع و استفراغ در زنان باردار شود.

در مطالعه دیگری در انگلستان مشاهده شد که اثر ریشه زنجبیل در کاهش تهوع بعد از جراحی‌های سخت در زنان و همچنین بعد از دوره‌های شیمی‌درمانی بسیار موثرتر از

داروهایی همچون متاکلوپرامید است.

اجزای تشکیل دهنده

دلیل معجزه گر بودن زنجبیل اجزای تشکیل دهنده اصلی زنجبیل شامل نشاسته، اسانسها (مانند Zingiberen که به زنجبیل بوی خاص می‌دهد) و رزین است. به نظر می‌رسد که بیشتر ارزش درمانی زنجبیل به واسطه ترکیبات ادویه‌ای آن یعنی gingerols است که طعم تند و سوزاننده‌اش ناشی از آنهاست، گرچه هنوز طرز عمل آنها مشخص نیست.

محصولات دارویی حاصل از زنجبیل از ریشه تازه و مرطوب این گیاه به دست می‌آید. در صورتی که زنجبیل کهنه باشد و یا به صورت پودر به مدت طولانی مصرف شود، کم‌کم رایحه آن کم شده و ارزش دارویی آن کاهش می‌یابد.

نکات احتمالی

انجمن فرآورده‌های گیاهان دارویی امریکا ریشه زنجبیل تازه را از نظر درجه‌بندی سلامت و بی‌خطری در ردیف اول قرار داده است، لذا زنجبیل گیاهی بی‌خطر است. با وجود این میزان تجویزی آن بایستی رعایت گردد. در کل نباید بیش از ۴-۲ گرم زنجبیل در روز مصرف شود. زیرا مصرف بالای این گیاه ممکن است باعث اختلالات سیستم عصبی مرکزی شود.

همچنین هرچند هیچ مطالعه‌ای تداخل این گیاه دارویی را با سایر داروها نشان نداده، لیکن مقادیر مصرف زیاد زنجبیل ممکن است با داروهای قلبی، داروی ضدانعقادی و دیابت تداخل نماید. مصرف این گیاه در افراد دچار زخم معده و زخم دوازدهه اکیداً منع شده است.

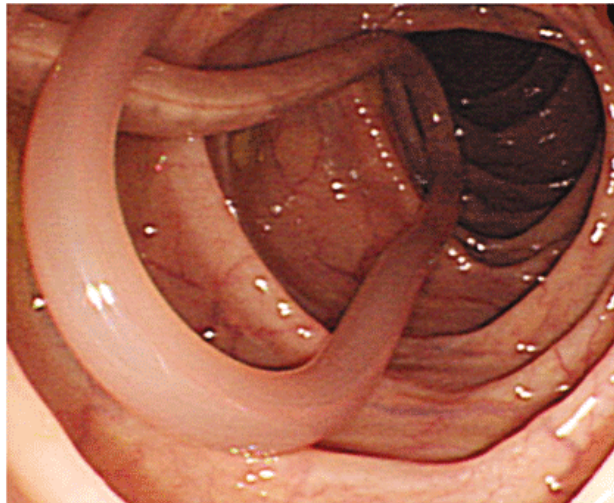
References

- 1) www.fa.wikipedia.org/wiki/
- 2) www.aftab.ir/lifestyle/view
- 3) www.healthy.net/scr/news.asp
- 4) www.sabziran.ir/index.php

ترجمه

آسکاریس

پیام سرمدی، دانشجوی سال دوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گلستان



از این که به بیمار مبندازول داده شد، او کرم دیگری دفع نکرد. عوارض شاخص آ. لومبریکوئیدس مرتبط با انسداد مکانیکی شامل مهاجرت کرم به شاخه‌های صفراوی و یا وزن زیاد کرم در لومن روده می‌باشد. در این مورد ناراحتی شکمی پس از برداشتن کرم برطرف شد و طی پیگیری دو ماهه مراجعه کننده سالم باقی ماند.

خانم ۶۰ ساله‌ای به علت ناراحتی شکمی نامشخص که طی چند هفته گذشته پیشرفت کرده بود، به بیمارستان سرپایی معرفی شد. بیمار حساسیت شکمی نداشت و شمارش گلبول‌های سفید که ۱/۸ درصد ائوزینوفیل داشت، در ارزیابی آزمایشگاهی قابل توجه بود. در کولونوسکوپی یک کرم متحرک دیده شد که سطحی صاف و کرم رنگ و ۲۰ سانتی متر طول داشت.

Reference

Jang MK, Lee KS. Images in clinical medicine. Ascariasis. N Engl J Med. 2008; 358(16): e16.

کرم را با انسر (حلقه سیمی) اندوسکوپیک بیرون کشیده و آن را از نوع آسکاریس لومبریکوئیدس تشخیص دادند. پس

ترجمه

تیروئید زبانی

پیام سرمدی ، دانشجوی سال دوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گلستان



با وجود تیروئید زبانی هم‌خوانی داشت. لووتیروکسین برای درمان هیپوتیروئیدیسم تجویز شد و پس از درمان عملکرد طبیعی تیروئید، بدون تغییر مشخص در اندازه تیروئید زبانی حاصل شد. در مراحل اولیه تکامل جنینی، غده تیروئید در قاعده زبان شکل می‌گیرد و سپس در هفته هفتم به گردن نزول پیدا می‌کند. مجرای تیروگلو سال غده تیروئید نزول یافته را موقتاً به قاعده زبان وصل می‌کند. اگر نزول اتفاق نیفتد، ممکن است پدیده تیروئید زبانی رخ دهد.

Reference

Moaddab MH, Siavash M. Lingual thyroid. N Engl J Med. 2008; 358(16): 1712.

دختر سالم ۴/۵ ساله‌ای برای ارزیابی رشد به کلینیک آورده شد. معاینات فیزیکی کلی به جز مشاهده اتفاقی یک توده در قاعده زبان طبیعی بود (پیکان). قد و وزن کودک در صدک بیست و پنجم برای سن و جنسش بود و بنابر یافته‌های بیوشیمیایی، هیپوتیروئیدیسم تشخیص داده شد. سطح تیروتروپین سرم ۵۵mU در لیتر (محدوده طبیعی ۰/۷-۴/۶) و سطح تیروکسین ۳/۵ میکروگرم در دسی‌لیتر (۴۵ نانومول در لیتر) (محدوده طبیعی ۶/۲-۱۴/۰) بود.

اسکن ^{99m}Tc sodium pertechnetate ^{99m}Tc جذب

اضافی در ریشه زبان و عدم جذب در گردن را نشان می‌داد که

۱ - حاوی یون با فرمول TcO_4 است که در کانال هم انتقالی Na/I در سلول‌های فولیکولار تیروئید جایگزین ید شده و برای تصویربرداری از غده تیروئید در پزشکی هسته‌ای استفاده می‌گردد.

ترجمه

کاربرد نانوتکنولوژی در صنایع غذایی

لیلا پاداش *، دکتر اکرم فناگو **

* کارشناس ارشد برنامه ریزی آموزشی، ** دکترای پرستاری و استادیار دانشگاه علوم پزشکی گلستان

تولید کرد. از این محصولات می توان برای مثال در بسته بندی استفاده کرد.

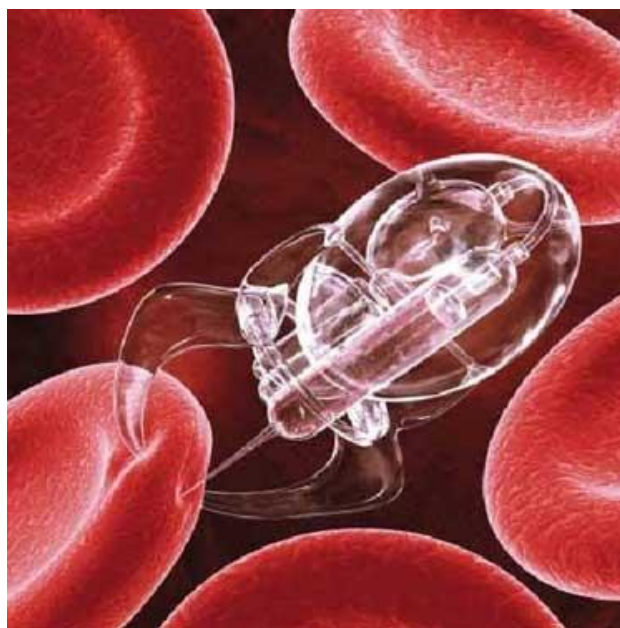
مزایا: هم ایجاد مواد تغییر یافته و هم ساخت محصولات جدید را ممکن می سازد. این دستاوردها می توانند در زمینه های مختلف مانند پزشکی، کامپیوتر یا در صنعت کشاورزی مورد استفاده قرار گیرند.

معایب: اثرات ذره های کوچک هنوز ناشناخته اند. عواقب آن بر سلامتی انسانها، گیاهان، حیوانات و محیط زیست (زمین، آب و هوا) هنوز مورد تحقیق قرار نگرفته اند.

صنایع غذایی

بسته بندی نانو: به طور کلی بسته بندی های نانو مواد گوشتی را در برابر محیط ناسالم محافظت می کند. اگر بسته بندی آسیب دیده باشد، به کیفیت مواد گوشتی لطمه وارد می شود.

بسته بندی مواد گوشتی چیست؟ بسته بندی های مواد گوشتی معمولاً از انواع مختلف پلاستیک ها تشکیل می شوند. مواد گوشتی در یک بسته پلاستیکی مصنوعی غیر شفاف گذاشته می شود و روی آن یک برچسب پلاستیکی نصب می شود. بسیاری از شرکت ها روش هایی برای بسته بندی ابداع کرده اند که از اثرات میکروب ها بر محیط و مواد جلوگیری می کند. این اثرات از طریق ذرات نقره ای به دست می آیند که در روی بسته پلاستیکی ایجاد می شود. این ذرات باعث جلوگیری از زنده ماندن باکتری ها و قارچ ها می شوند. بدین طریق مواد گوشتی می تواند از نگهداری طولانی تری برخوردار باشد. نقش نانوتکنولوژی در این رابطه چیست؟ ذرات نقره ای



نانوتکنولوژی چیست؟

اصطلاح نانو تکنولوژی مجموعه ای از تعاریفی برای یک دسته از تکنولوژی می باشد. این تکنولوژی مربوط می شود به کاربرد اشیاء و ساختارهای آنها که قطر کوچکتر از ۱۰۰ نانومتر دارند. یک نانومتر یک میلیارد دوم متر می باشد. قطر یک تار مو انسان ۱۲۰۰۰۰۰ نانومتر می باشد. ذرات نانومتر در طبیعت یافت می شوند. برای مثال آنها در فرایندهای سوخت تاثیر دارند. مواد بسیار کوچک مصنوعی کمتر از ۵۰ نانومتر به طور ناگهانی خواص دیگری را از خود نشان می دهند. برای مثال ما طلا را به عنوان یک شی زردرنگ براق می شناسیم. اگر ما طلا را ریز کنیم و به نانومتر درآوریم رنگ قرمز را به خود می گیرد. بدین طریق مواد مختلف اگر به نانومتر تبدیل شوند، خواص مختلفی را از خود نشان خواهند داد. می توان از عناصر خیلی کوچک محصولات مصنوعی کاملاً جدیدی را

نامبرده در این رابطه بسیار کوچک‌تر از این هستند که در طبیعت وجود دارند. این ذرات معروف به ذرات نانو می‌باشند. مزایا: با به کارگیری ذرات نانو سیستم بسته‌بندی این فرآیند را به‌طور کلی انجام می‌دهد. مدت نگهداری مواد گوشتی طولانی‌تر می‌شود.

معایب: کارشناسان هنوز در این مورد که آیا ذرات نقره‌ای (ذرات نانو) بسته‌بندی اثراتی را به مواد گوشتی به‌جا می‌گذارند یا خیر، اطلاعات کافی ندارند. در دفن بسته‌بندی این امکان وجود دارد که ذرات نانو احتمالاً عواقب بدی را برای محیط زیست و سلامتی انسان‌ها به همراه داشته باشد.

اسید چرب امگا-۳ چیست؟ این مواد که همچنین به عنوان ویتامین F معروف است، برای جسم انسان اثر حفاظت‌کننده و شفاکننده دارد. برای جلوگیری از زخم‌های روده و ریه‌ها و برای تکامل جسمی کودکان مهم می‌باشد. کمبود چربی امگا-۳ را می‌توان از طریق استفاده از روغن‌های گیاهی و حیوانی برطرف کرد. ماهی‌های چربی مثل ماهی آزاد یا ساردین بیشترین منبع اسید چربی امگا-۳ را دارا می‌باشند.

اسید چربی امگا-۳ در کجا مصرف می‌شوند؟ هم‌اکنون قرص‌های روغن ماهی وجود دارند که با آنها کمبود را می‌توان جبران کرد.

تکنیک نانو: در این رابطه روشی ابداع شد که با آن روغن ماهی در کپسول‌های تولیدی نانوتکنولوژی ساخته می‌شوند. این کپسول‌های خیلی ریز به خمیر نان اضافه می‌شوند. پوسته محافظتی کپسول‌ها در هنگام هضم در روده حل شده و مواد کپسول را وارد روده می‌کنند.

نقش نانوتکنولوژی در این رابطه چیست؟ پوسته محافظتی را در برابر رطوبت و هوا ایجاد می‌کند و بدین طریق زمان نگهداری و انقضاء را طولانی‌تر می‌کند.

مزایا: اسید چرب امگا-۳ می‌تواند از طریق نان استفاده شود. نان صرف شده مزه ماهی نمی‌دهد.

معایب: کارشناسان هنوز در مورد اثرات این نوع کپسول‌ها که از طریق نانوتکنولوژی به‌دست می‌آید، بر سلامتی انسان اطلاعات کافی ندارند.

نان-نانو: به‌طور کلی می‌توان در خمیر نان مواد متعددی را به آن اضافه کرد. برای مثال اضافه کردن ویتامین B و یا اسید چرب امگا-۳.

به چه طریق می‌توان زمان انقضاء/نگهداری را طولانی کرد؟ گیاهان زیادی مانند سبزیجات و میوه‌جات مانند گوجه در حالت هنوز کاملاً نرسیده برداشت می‌شوند. چون هنوز بافت گوجه برداشت شده سفت می‌باشد، این امکان را ایجاد می‌کند که برداشت از طریق دستگاه‌های ماشینی انجام گردد و نیز باعث انبار کردن و حمل و نقل طولانی شود. این گوجه می‌تواند دیرتر برداشت شود و بهتر برسد.

گوجه‌های نانو: معمولاً زمان انقضاء مواد غذایی مشخص می‌کند که چه مدت یک مواد غذایی بدون این که باز شود، قابل انبار می‌باشد. مواد غذایی تازه مانند سبزی و میوه به‌طور کلی تاریخ انقضاء ندارد. اما مشکل ظاهری آنها، حالت آنها، بو و مزه آنها به مصرف‌کننده نشان می‌دهد که آیا این نوع مواد، قابل مصرف هستند یا خیر؟

مزایا: گوجه‌ها کمتر نرم می‌شوند (نگهداری طولانی) گوجه‌ها مزه بهتری خواهند داشت.

معایب: کارشناسان هنوز اثرات این پوسته روی گوجه‌ها را که از طریق نانوتکنولوژی به‌دست آمده بر سلامتی انسان و محیط زیست به‌طور کامل بررسی نکرده‌اند.

آب میوه‌های نانو: به‌طور کلی آب میوه‌ها با مواد متعددی مانند ویتامین B و بتا کاروتین غنی می‌شوند.

بتا کاروتین چیست؟ بتا کاروتین ماده‌ای است که مرحله قبل از ویتامین A را تشکیل می‌دهد. طبیعتاً این مواد خصوصاً در میوه‌جات و سبزیجات مانند اسفناج، گوجه، هویج و گل کلم یافت می‌شوند. ویتامین A روی پوست، موها و چشمان اثرات

بتاکاروتن در کپسول قرار می گیرد و این امکان را بوجود می آورد تا در آب حل شود.

مزایا: بتاکاروتن در آب بهتر حل می شود، جذب بهتر بتاکاروتن در جسم انسان، طولانی شدن نگهداری آب میوه ها.

معایب: کارشناسان هنوز در مورد تاثیرات ذرات نانو بر سلامتی انسان ها اطلاعات کافی کسب نکرده اند.

Reference

Siegrist M, Cousin ME, Kastenholz H, Wiek A. Public acceptance of nanotechnology foods and food packaging: the influence of affect and trust. : Appetite. 2007 Sep;49(2):459-66.

مثبت می گذارد و نیز بر رشد، تکامل استخوان و تولید مثل.

بتا کاروتن در کجا کاربرد دارد؟ در آب میوه، بتاکاروتن به عنوان مواد رنگ افزا و به عنوان ویتامین های اضافه کاربرد دارند.

تکنولوژی نانو: با نانو تکنولوژی امروزه امکان آن است که بتا کاروتن به مقدار واحدهای خیلی کم منشعب شوند. این امر باعث می شود که به آسانی بتا کاروتن را با آب میوه مخلوط کرد.

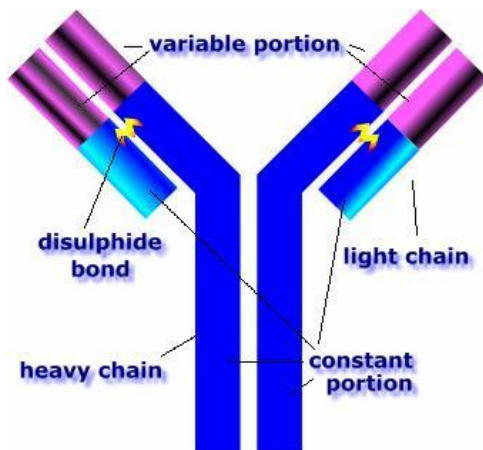
نقش نانوتکنولوژی در این رابطه چیست؟ در این رابطه

ترجمه

آنتی بادی ها خبر از دیابت نوع I می دهند.

حبیبه شیرمحمدلی *، دکتر حمیدرضا بذرافشان **

* دانشجوی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گلستان، ** فوق تخصص غدد و دانشیار دانشگاه علوم پزشکی گلستان



۳ آنتی بادی تا ۷۰-۶۰ درصد ریسک ابتلا به T₁DM را دارند.

T₂DM بیماری اتوایمیون در نظر گرفته نشده است، ولی در مطالعه Notkins و همکارانش در سال ۲۰۰۰ این بیماران ۲-۳ درصد اتوآنتی بادی علیه IA-2 β و ۵-۸ درصد برای GAD داشتند که البته این چنین توضیح دادند که یا آنها درست تشخیص داده نشدند و دیابت نوع I دارند یا این که ترکیبی از دیابت نوع I و II دارند.

Notkins معتقد است که پروتئین های وزیکل های ترشحی انسولین به دلایلی نامشخص مستعد حمله ایمنولوژیکی هستند و اخیراً دو اتوآنتی بادی مینور دیگر هم کشف شده اند که VAMP2 و نوروپتید Y هستند. یافتن آنتی بادی های بیشتر و افزایش شانس پیش بینی بیماری، کار را برای محققین آسان می کند تا بیماران را وارد مطالعات نمایند و با داروهای پیشگیری کننده، درمان کنند.

البته این علم به دیگر بیماری های اتوایمیون هم قابل تعمیم است و هم اکنون نیز محققین در حال کار برای کشف پروتئین هایی هستند که هدف پاسخ ایمنی در بیماری های اتوایمیون هستند.

Reference

Antibodies protend type I diabetes, by Cathy Kristiansen, Editor. Endocrine New TM, April 2008, A publication of the endocrine society, page 20-21.

خوب نبود اگر پزشکان می توانستند به صورت روتین در غربالگری ها، تست آنتی بادی درخواست کنند تا بتوانند دیابت ملیتوس نوع I (T₁DM) را در مراحل اولیه تشخیص دهند و با درمان رژیم جوی پیشرفت بیماری را بگیرند؟ بدین منظور نیاز به مارک هایی است که بتوان بیماری را چند سال پیش از ظهور علائم، شناسایی کنند. در این راستا Notkins در سال ۲۰۰۸ مروری بر تحقیقات اخیر در مورد اتوآنتی بادی هایی که در بیماری های اتوایمیون خصوصاً T₁DM ظاهر می شوند، انجام داد.

تشخیص و درمان بالینی

T₁DM که احتمالاً آغاز پیشرفت آن از دوران کودکی است، معمولاً در زمان بلوغ با تظاهر علائمی چون افزایش تشنگی و ادرار، کاهش وزن، تهوع و خستگی تشخیص داده می شود و با آزمایش ادرار و تست های سرمی تایید می شود. یک سری پاسخ های ایمنی، بیشتر سلول های بتای پانکراس (تولید کننده انسولین) را تخریب می کند.

محققین در دهه ۱۹۷۰ با ایمنوفلورسانس اتوآنتی بادی های درگیر در تخریب سلول های بتا را در کودکان مبتلا به T₁DM پیدا کردند. سپس در دهه ۱۹۸۰ و ۱۹۹۰، ۴ اتوآنتی بادی مازور شناسایی شد: یکی با انسولین واکنش می داد، دیگری با GAD65 و دو تا با IA-2 β و IA-2 (پروتئین های عرض غشایی وزیکول های ترشحی انسولین).

جالب تر از اطلاع در مورد وجود این آنتی بادی ها، عجیب تر این است که محققین طی مطالعات دریافته اند که این آنتی بادی ها سال ها قبل از ظهور علائم پیدا می شوند. در این مطالعات از سه گروه جمعیتی استفاده شد: دوقلوهای یکسان، خویشاوندان درجه یک بیمار مبتلا به T₁DM و بچه های مدرسه ای سالم. محققین دریافته اند که افراد واجد یک اتوآنتی بادی، حدود ۱۰ درصد، دو آنتی بادی تا ۵۰ درصد و با

ترجمه

سندرم وست

مریم چهره گشا، کارشناس پرستاری

فرضیه بالا است به این علت که تدابیر دارویی برای رفع این سندرم در رابطه با دو فرضیه مفید واقع شده و سبب بهبود علائم می گردد.

علائم

معمولاً حوالی ۶ ماهگی در نوزاد، اسپاسم شیرخوارگی رخ می دهد. این حالت نوعی از صرع است که شامل تکان های خیلی سریع به همراه خمیدگی سر و دست ها و پاها به سمت جلو می گردد. این حالت به علت حرکات قوسی است که اغلب به عنوان حملات Salaam نام برده می شود. این حملات بین هر اسپاسم رخ داده و ادامه می یابد و در برخی مواقع در ابتدای بروز این حملات با کولیک اشتباه گرفته می شود. کودکان ممکن است بی قرار و آشفته باشند و حتی تکامل کودک نیز متوقف می گردد و حتی ممکن است مهارت و توانایی کودک نیز از دست رود. متأسفانه نوزادان مبتلا اغلب تاخیر تکاملی و مشکلات یادگیری درازمدت قابل توجهی دارند. بروز اسپاسم و سایر انواع تشنج ممکن است که دیسترس ایجاد کند. اگر به طور متوالی این حالت رخ دهد، ممکن است هم زمان با زمان یادگیری مهارت جدید در کودک باشد.

تشخیص

تشخیص سندرم زمانی صورت می گیرد که اسپاسم های شیرخوارگی وجود داشته باشد که به واسطه یافته هایی بر روی نوار مغزی مشهود است. الگوی مشخصه این سندرم Hypsarrhythmia است که در نوار مغز دیده می شود.

سندرم وست (West) که به اسپاسم نوزادی نیز شناخته می شود، فرم شدید و وخیم صرع می باشد. نام های دیگر این سندرم، صرع عمومی جمع شونده، انسفالوپاتی صرع نوزادی و انسفالوپاتی میوکلونیک نوزادی می باشد.

این سندرم وابسته به سن بوده و معمولاً بین ۱۲-۳ ماهگی بروز می کند و عموماً در حوالی ماه پنج خود را نشان می دهد. اختلال عملکرد مغز می تواند از علل بروز این سندرم باشد که ناشی از مشکلات پره ناتال هنگام زایمان و پس از آن است. میزان شیوع این سندرم یک از هر ۴۰۰۰ نفر یا یک از هر ۶۰۰۰ نفر است. نسبت ابتلا پسران به دختران ۳ به ۲ می باشد. اگرچه اسپاسم در ۵-۳ ماهگی رخ می دهد، اما در موارد نادر در ابتدای ۲ ماهگی و یا در طی ۴-۲ سالگی نیز رخ می دهد.

تاریخچه

این سندرم به نام جراح انگلیسی William James West در سال ۱۸۴۱ نامگذاری شد. وی نوعی از صرع را در پسر ۴ ماهه خود مشاهده کرد و اطلاعات و یافته های خود را انتشار داد و در آن زمان این بیماری را Salaam نامید.

علت

علت این امر هنوز ناشناخته است که چه مکانیسم بیوشیمیایی منجر به رخداد سندرم West می گردد. این احتمال وجود دارد که از علل بروز این سندرم اختلال در عملکرد نوروترنسمیترها و یا با احتمال بیشتر اختلال در عملکرد در تنظیم فرآیند انتشار GABA باشد. احتمال دیگر بیش تولید هورمون آزاد کننده کورتیکوتروپین است. احتمال دیگر دخالت هم زمان چندین عامل است. با این حال احتمال صحت این دو

درمان

اسپاسم‌های شیرخوارگی معمولاً با مصرف داروهای ضدصرع که vigabatrin نامیده می‌شود، بهبود می‌یابد. دوره‌ای از پردنیزولون (استروئید خوراکی) و یا گاهی اوقات دوره‌ای از ACTH (که سبب تولید استروئید اضافی در بدن می‌گردد) نیز مصرف می‌گردد. اگر سایر انواع تشنج رخ دهد، ممکن است که تعداد زیادی از داروهای ضدصرع مورد استفاده قرار گیرد. در سندرم وست تاثیر یک دارو بر هر فرد قابل پیش‌بینی نیست و شاید برای درمان مثبت نیاز به تلاش و امتحان داروهای مختلف بر فرد باشد. برای تمامی کودکان با مشکلات یادگیری به منظور رسیدن کودک به توانایی‌های بالقوه خویش نیاز به برنامه‌ریزی در امر تحصیل و گفتار درمانی و کاردرمانی است.

پیش‌آگهی

پیش‌آگهی در کودکان مبتلا به سندرم با منشأ ناشناخته

مثبت‌تر از سایر علل سندرم وست با منشأ نهان‌زاد و علامت‌دار است. در موارد ناشناخته، بیماری کمتر تمایل به پیشرفت عوارض، قبل از بروز حمله دارند. با این حال درمان سندرم نسبتاً سخت بوده و درمان اغلب خرسندکننده نمی‌باشد. در کودکان با منشأ نهان‌زاد و علامتی سندرم پیش‌آگهی اغلب مثبت نیست. به‌خصوص زمانی که نسبت به درمان مقاومت ایجاد شود. از لحاظ آماری ۵ نفر از هر ۱۰۰ کودک مبتلا به سندرم وست بیش از ۵ سال زنده نمی‌مانند. تنها کمتر از نیمی از مبتلایان به سندرم وست می‌توانند با استفاده از دارو از حملات رهایی یابند. سهم عظیمی (بیش از ۹۰ درصد) از کودکان مبتلا از مشکلات جسمی - شناختی رنج می‌برند، حتی زمانی که درمان موثر واقع شود.

References

www.en.wikipedia.org

www.cafamily.org.uk/Direct/w12.html

گزارش مورد (ترجمه)

زهرا محمدی، دانشجوی مامایی دانشگاه علوم پزشکی گلستان
استاد راهنما: دکتر اکرم ثناگو، دکترای پرستاری و استادیار دانشگاه علوم پزشکی گلستان



خون، دیابت ملیتوس و گلوکوم ندارد. وی سیگار و الکل مصرف نمی‌کند. مرور سیستم‌ها نیز کمک کننده نبود. در معاینه فیزیکی تعداد زیادی ندول‌های قرمز ۲-۵/۰ سانتی‌متر روی تنه، صورت و انتهای دست‌ها قابل رویت هستند. ندول‌ها در لمس غیردردناک و قرمز هستند و دلمه‌ای و پوسته‌پوسته به نظر نمی‌رسند. چندین ماکول بیضی ۳-۱/۵ سانتی‌متر، پلاک‌هایی با حدود مشخص روی تنه و انتهای دست‌ها وجود دارد. علائم حیاتی در محدوده طبیعی هستند و بقیه یافته‌های فیزیکی قابل ملاحظه نیستند.

تشخیص شما چیست؟

نکته

۱۰ ماکول یا پچ معروف به لکه‌های کافئولیت (café au lait) از مشخصات این اختلال ژنتیکی می‌باشند.

خانم ۳۲ ساله‌ای به واحد اورژانس مراجعه کرده و روی صورت، تنه و انتهای دست‌ها دانه‌های قرمز رنگی ایجاد شده است. او به زخم‌هایی در سن ۱۰ سالگی اشاره می‌کند. در حالی که در بیش از ۵ سال گذشته زخم‌ها بیشتر و ناراحت کننده شده است. اولین شکایت از خارش و زخم‌ها در امتداد خط لباس زیر سینه‌بند بوده است. بیمار داشتن هرگونه ترشح، درد و تروما، تماس با افراد دارای این نوع زخم (شبيه به این زخم، یا راش)، سفر به خارج از کشور، تماس غیرمعمول با حیوانات یا سابقه بیماری منتقله جنسی را رد می‌کند. سابقه جراحی و پزشکی شامل آلرژی‌های محیطی و دوره‌هایی از بروز برونشیت مثبت می‌باشد. داروی Flutcasone Propionate (Flonase) و (Zyrtec) Cetirizine HCL و یک داروی ناشناخته دیگر را به خاطر آلرژی مصرف می‌کند. سابقه خانوادگی قابل ملاحظه‌ای از نظر بیماری عروق کرونر، فشار

پاسخ: نوروفیبروماتوز

یک اختلال اوتوزوم غالب با تظاهر چندگانه است که تقریباً روی هر عضوی از بدن تاثیر دارد. دو زیر گروه بزرگ شامل نوع یک یا نوروفیبروماتوز محیطی و نوع دو یا مرکزی است. با این وجود به خاطر این که نوع یک ممکن است، باعث علائم مشخصات سیستم اعصاب مرکزی شود، تعریف‌ها کامل نیستند.

حدود ۵۰ درصد علل وراثتی دارد و ۵۰ درصد دیگر مربوط به موتاسیون و جهش خودبه‌خود ژنی می‌باشد. نوع یک به عنوان بیماری Vonrecking شناخته شده است. اختلال ژنتیکی شایع شامل جهش ژنی روی کروموزوم شماره ۱۷ است که در هر ۳۰۰۰ الی ۴۰۰۰ تولد زنده رخ می‌دهد.

برای تشخیص به دو یا تعداد بیشتری از این تظاهرات مورد نیاز است: تعداد بیشتری از خال‌های Café au lait (شکل نامنظم تقریباً پیگمانته و ماکول‌های قهوه‌ای)، دو یا تعداد بیشتری از نوروفیبروماهای زیر بغلی (نوروفیبروم: تومور عصب محیطی ناشی از تکثیر غیرطبیعی سلول‌های شوان) یا لکه‌های قهوه‌ای در اینگوینال، ندول‌های lisch روی قرنيه و گلیوم‌های اپتیک انواع متغیر استخوانی و یا یک ارتباط درجه یک با این شرایط.

علائم تیپیک نوع یک به صورت پیگمانتاسیون‌های قرمز رنگ تومورهای خوش خیم پوست که در اواخر دوران کودکی پیدا می‌شوند، تظاهر پیدا می‌کند.

بیمار ممکن است کمتر یا بیشتر از ۳ در هزار مورد دچار زخم‌های بدخیم شود که شامل سلول‌های شوان فیروبلستومای عصبی و ماست سل و موارد عروقی است. نوروفیبروماها ممکن است، هر جایی از بدن منجر به تغییر شکل‌های شدید شوند. زخم‌ها در طول مسیر اعصاب مرکزی بینایی و شنوایی می‌تواند منجر به نقص عصبی نابینایی و یا

ناشنوایی شود. دیگر یافته‌ها دیس‌پلازومی کیست‌های زیرپوست استخوان یا دندان‌دار شدن مهره‌ها می‌باشد. بیماران نوروفیبروماتوز نوع ۲ که به دلیل کروموزوم ۲۲ غیرطبیعی گرفتار شدند، به شکل الوستیک نروما یا شوانا وستیولار تظاهر بیماری را دارند.

علائم کلینیکی شامل وزوز گوش، اختلال تعادلی و کاهش شنوایی پیش‌رونده است. تشخیص نوع براساس شرح بالینی ارتباط درجه ۱ و هر یک از ۲ وضعیتی که در بالا اشاره شد، می‌باشد.

برای هر دو نوع ملاک ابتدا براساس یافته‌های فیزیکی و یک سابقه خانوادگی مثبت است. تست‌های تشخیصی که ممکن است مفید باشد، شامل مطالعات رادیوگرافی شامل سی‌تی‌اسکن مغزی، تجزیه و تحلیل ژنتیکی، بررسی وضعیت روانی و رشد و نمو بیمار است.

درمانی برای این شرایط وجود ندارد. پیشنهادات برای پیگیری شامل ارجاع به گروه‌های حمایت کننده، مشاوره روانی، ارزیابی برای یادگیری، تخلیه زخم‌ها به روش جراحی و مراقبت منظم توسط کسانی است که مراقبت‌های اولیه را فراهم می‌کنند. بیماران نوع یک تا اندازه‌ای در معرض افزایش خطر بدخیمی قرار دارند. معاینات دوره‌ای چشمی پیشنهاد شده است. تست‌های ژنتیکی همچنین در بیمارانی که امید به بچه‌دار شدن دارند، سفارش شده است. جراحی درمان موفقیت‌آمیزی برای درمان زخم‌ها می‌باشد. با این وجود اغلب عود رخ می‌دهد. تخریب عصب زمانی که تومور در طول راه عصبی قرار دارد، خطرناک است.

Reference

Alyssa D. Abbey BA, Fleshy eMedicine Image Case. Retrieved from [http:// knowledge. emedicine.com// splash/shared/ pub/cotw/ 0072answer.html](http://knowledge.emedicine.com//splash/shared/pub/cotw/0072answer.html)

معرفی مرکز (۲)



مرکز تحقیقات قلب و عروق

معرفی مرکز تحقیقات قلب و عروق گلستان

مونا پورابوک *، فاطمه علیزاده **

* کارشناس مرکز تحقیقات قلب و عروق، ** دانشجوی سال سوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گلستان، پژوهشگر مرکز

فعالیت‌های پژوهشی

الف) جمع‌آوری، دسته‌بندی و انتشار اطلاعات مربوط به تحقیقات پایه و بالینی انجام گرفته در زمینه بیماری‌های قلب و عروق در استان.

ب) بررسی اتیولوژیک و پاتوژنز بیماری‌های قلب و عروق.
ج) تحقیق در خصوص تشخیص زودرس و درمان بیماری‌های قلب و عروق.
د) ارائه خدمات درمانی در زمینه پیشگیری، تشخیص و درمان بیماری‌های قلبی و عروقی.

فعالیت‌های آموزشی

الف) همکاری در آموزش مداوم جامعه پزشکی.
ب) همکاری در تعریف و آموزش دانشجویان گروه پزشکی.
ج) همکاری در آموزش بیماران و جامعه.

وظیفه شورای پژوهشی مرکز

مسئولیت برنامه‌ریزی و تعیین سیاست‌های پژوهشی مرکز و بررسی طرح‌های تحقیقاتی و تصویب نهایی آنها.

اعضای شورای پژوهشی مرکز

دکتر عارف صالحی، متخصص قلب و عروق و رئیس مرکز
دکتر وحید خوری، متخصص فارماکولوژی و معاون پژوهشی مرکز
دکتر احمدعلی شیرافکن، متخصص قلب و عروق

مرکز تحقیقات قلب و عروق گلستان در تاریخ ۱۳۸۵/۱/۲۹ زیر نظر شورای پژوهشی دانشگاه فعالیت خود را شروع کرد.

اهداف

- ۱- توسعه و به‌کارگیری دانش بشری در زمینه پیشگیری، تشخیص و درمان بیماری‌های قلبی و عروقی.
 - ۲- انجام پژوهش‌های بنیادی اپیدمیولوژیک و بالینی در راستای اصلاح نظام ارائه خدمات بهداشتی و درمانی استان به منظور جوابگویی به نیازهای جامعه اسلامی در زمینه پیشگیری، تشخیص و درمان بیماری‌های قلبی و عروقی.
 - ۳- جمع‌آوری، تنظیم و طبقه‌بندی اسناد، مقالات و مدارک در زمینه پیشگیری، تشخیص و درمان بیماری‌های قلبی و عروقی.
 - ۴- تربیت نیروی انسانی محقق در زمینه پیشگیری، تشخیص و درمان بیماری‌های قلبی و عروقی.
 - ۵- ترغیب، تشویق و به‌کارگیری محققین.
 - ۶- کوشش در جلب توجه و همکاری مراکز تحقیقاتی و اجرائی مربوطه در داخل.
 - ۷- همکاری علمی با مراکز تحقیقاتی و آموزشی سایر کشورها و سازمان‌های بین‌المللی با رعایت قوانین و مقررات دولت جمهوری اسلامی ایران.
- فعالیت‌های مرکز مشتمل بر دو بخش فعالیت‌های پژوهشی و آموزشی است.

غلامرضا وقاری، کارشناس ارشد تغذیه

علی اکبر عبداللہی، کارشناس ارشد پرستاری

دکتر محمدرضا هنرور، پزشک عمومی

دکتر علیرضا احمدی، دکترای علوم آزمایشگاهی

جواد خادمی، کارشناس ارشد فیزیوتراپی

اهم فعالیت‌های انجام گرفته

الف) آموزشی

مرکز تحقیقات قلب و عروق گلستان در راستای ارتقای

شاخص‌های بهداشتی قلب و عروق اهداف مختلفی را به

ترتیب زیر تعریف کرده است :

• طراحی و اجرای برنامه‌های بازآموزی برای پزشکان در

زمینه بیماری‌های قلب و عروق

• زمینه متدولوژی تحقیق و مقاله نویسی.

• چاپ پوستر، پمفلت، خبرنامه با هدف ارتقاء دانش

پیشگیری از بیماری‌های قلب و عروق در شهروندان استان.

• اجرای برنامه‌های رادیویی، تلویزیونی و تبلیغ پیام‌های

بهداشتی از طریق صدا و سیما در جهت ارتقاء دانش پیشگیری

از بیماری‌های قلب و عروق.

• طراحی و اجرای کارگاه‌های تخصصی قلب و عروق

برای آموزش اعضای هیأت علمی و دانشجویان.

در راستای نیل به اهداف اشاره شده، کارگاه آموزشی

تخصصی جراحی قلب باز حیوانات با حضور تیم جراحی

مرکز قلب تهران در آبان ماه سال ۱۳۸۵ در دانشکده پزشکی

برگزار گردید.

ب) پژوهشی

• انعقاد تفاهم‌نامه پژوهشی بین مرکز تحقیقات قلب و

عروق گلستان و مرکز قلب تهران.

• انعقاد تفاهم‌نامه پژوهشی بین مرکز تحقیقات قلب و

عروق گلستان و دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی

تهران.

• دو طرح بین مرکزی بزرگ مصوب، مشترک بین مرکز

قلب و عروق گلستان و دانشکده داروسازی دانشگاه علوم

پزشکی تهران.

• سه طرح بین مرکزی پایه در ارتباط با اثرات گیاهان

دارویی در حال تصویب با دانشگاه علوم پزشکی مازندران.

• دو طرح بین مرکزی پایه مشترک در حال تصویب با

مرکز قلب تهران.

• تصویب اولیه سه طرح پژوهشی پایه در شورای پژوهشی

مرکز تحقیقات و ارجاع به داوران برای تصویب نهایی.

پرونده مرکز

• شرکت به صورت سخنرانی و ارائه پوستر در دومین

سمپوزیوم بین المللی زعفران.

• شرکت به صورت سخنرانی و ارائه پوستر در پانزدهمین

کنگره قلب ایران.

• چاپ یک مقاله تحقیقاتی در مجله علمی پژوهشی

داخلی و پذیرش دو مقاله تحقیقاتی که مراحل نهایی چاپ را

طی می کنند.

• ثبت چهار اختراع در زمینه تحقیقات علوم پایه مرکز

تحقیقات قلب و عروق.

• طراحی و راه‌اندازی آزمایشگاه جراحی قلب باز حیوانات

که مراحل نهایی خود را طی می کند.

• تشکیل جلسات منظم شورای پژوهشی و جلسات منظم

با سایر معاونت‌های دانشگاه علوم پزشکی با هدف هماهنگی و

تسریع در پیدا نمودن مشوق و طراحی تحقیقات بالینی برای

رفع آن.

مرکز تحقیقات قلب و عروق امیدوار است که با همکاری

کلیه دانشگاهیان، دانشجویان و اعضای هیأت علمی دانشگاه

علوم پزشکی هر چه سریع‌تر ضمن دستیابی به اهداف آموزشی

و پژوهشی خود شاخص‌های سلامت قلب و عروق را در بین

شهروندان استان گلستان ارتقاء دهد.

آدرس: مگرگان، خیابان آذر، مرکز آموزشی درمانی آذر

مرکز تحقیقات قلب و عروق گلستان

پست الکترونیکی : gerg@goums.ac.ir

آموزش روش تحقیق (۲)

مهندس ناصر بهنام پور، کارشناس ارشد آمار حیاتی و عضو هیأت علمی دانشکده پیراپزشکی و بهداشت دانشگاه علوم پزشکی گلستان

بررسی متون (ادبیات تحقیق، پیشینه تحقیق)

در بخش قبل با تعیین عنوان تحقیق آشنا شدیم. در این بخش به بررسی متون خواهیم پرداخت. این موضوع در رشته‌ها و گرایش‌های مختلف عناوین متفاوتی مانند ادبیات تحقیق، پیشینه تحقیق و همچنین مطالعات پیشین دارد. می‌توان گفت، محقق خوب کسی است که، بازنگری خوبی انجام دهد و بازنگری آثار علمی عبارت است از بررسی وسیع و همه‌جانبه و منظم و نقدگونه آثار علمی مرتبط با موضوع تحقیق و به عبارت دیگر، مطالعه کلیه منابعی که به‌طور مستقیم و یا غیرمستقیم با موضوع پژوهش در ارتباط هستند.

ابتدا باید به سه سؤال زیر پاسخ دهیم:

(۱) دلایل اهمیت مرور بر بررسی‌های قبلی چیست؟

(۲) چگونه بررسی‌های قبلی را مرور کنیم؟

(۳) نحوه بیان مرور بر بررسی‌های قبلی چگونه است؟

در پاسخ به سؤال اول بایستی گفت که دلایل اهمیت مرور بررسی‌های قبلی و به عبارت دیگر هدف از بازنگری آثار علمی عبارت است از:

(۱) انتخاب موضوع تحقیق و بیان ضرورت تحقیق.

(۲) افزایش بینش و آگاهی محقق نسبت به موضوع تحقیق.

(۳) پیشگیری از دوباره‌کاری.

(۴) آشنایی با روش اجرای تحقیق.

(۵) آشنایی با عوامل موثر بر تحقیق (اجتناب از مشکلات و اشتباهات).

(۶) دستیابی به موضوعات تحقیقاتی دیگر.

برای کسب اطلاعات در زمینه تحقیق می‌بایستی به منابع مرجع مراجعه نمود. منظور از منابع مرجع هر فرد یا هر چیزی

است که به عنوان مآخذ اطلاعات مورد مراجعه قرار می‌گیرد، به‌ویژه آنها که مورد مراجعه فوری قرار می‌گیرند. کتاب‌های مرجع معمولاً به گونه‌ای تالیف می‌شوند که هرکسی می‌تواند اطلاعات مورد نیاز خود را به راحتی و با سرعت در آنها پیدا کند. مهم‌ترین منابع در دسترس شامل نظرات افراد متخصص و صاحب نظر، منابع منتشر شده و منابع منتشر نشده می‌باشند. منابع منتشر شده می‌توانند به یکی از صور زیر باشند.

■ مراجع غیرادواری شامل:

• کتابشناسی‌ها

• دانشنامه‌ها

• فرهنگ‌ها

• دستنامه‌ها

• درسنامه‌ها

• دستورنامه‌ها

• سالنامه‌ها

• اطلس‌ها

• نشان‌نامه‌ها

• سرگذشت‌نامه‌ها

■ مراجع ادواری شامل:

• کتابشناسی‌ها

• فهرست‌های مندرجات: کتاب، نشریات ادواری مثل مجلات

■ منابع منتشر نشده شامل:

• پایان‌نامه‌ها

• گزارش‌های فنی

• گزارش تحقیق

• آمارها

• پروانه‌های ثبت اختراعات

• صورت‌جلسه‌ها

• مشاهدات فردی

بازنگری منابع

بازنگری منابع دارای چند مرحله است که به اختصار به آنها اشاره می‌کنیم.

مرحله اول: تعیین موضوع و یا حیطه کلی جستجو.

مرحله دوم: تعیین متغیرها و واژه‌های کلیدی، تعیین واژه‌های مترادف (مثال: کهنسالی، سالمندی، پیری)، استفاده از کتاب MeSH (Medical Subject Heading)، Liver، Consider also terms at HEPATO.

مرحله سوم: جستجوی منابع و روش‌های دستیابی به اطلاعات شامل کتاب، مجله، چکیده‌نامه‌ها، نمایه‌نامه‌ها (Index Medicos)، مدلاین و اینترنت می‌باشد.

مرحله چهارم: مرور سریع منابع و مرور سریع خلاصه مقالات.

معیارهای انتخاب یک مقاله شامل ارتباط با موضوع مورد نظر، به روز بودن مقاله و معتبر بودن مقاله می‌باشد.

مرحله پنجم: مطالعه عمیق منابع.

در این مرحله مقالاتی که انتخاب شده‌اند، با دقت بیشتری مورد مطالعه قرار می‌گیرند.

مرحله ششم: خلاصه برداری از مقاله و نوشتن در کارت‌های ایندکس.

مواردی که در خلاصه‌برداری بایستی یادداشت کرد شامل عنوان و مسأله پژوهش، اهداف و فرضیه‌ها، روش اجرای پژوهش با ذکر جزئیات، نوع پژوهش، روش نمونه‌گیری، روش تجزیه و تحلیل، ذکر یافته‌ها و مشخصات کتاب‌شناسی می‌باشد.

مرحله هفتم: ترکیب مطالب گردآوری شده و تنظیم بخش بازنگری شده. بازنگری بایستی بازنویسی مطالب دیگران باشد. نکات مهم در بازنگری:

- به طور وسیع و همه‌جانبه انجام دهید.
- موضوعات مرتبط را هم مورد بررسی قرار دهید.
- نظریه و عقیده شخصی خود را دخالت ندهید.
- از تعصبات و یک‌سونگری پرهیزید.

طرز نوشتن مشخصات کتاب‌شناسی

مجلات: نام خانوادگی و نام نویسنده. عنوان مقاله. نام نشریه. سال انتشار. دوره. شماره مجله. شماره صفحات.

کتاب: نام خانوادگی و نام مؤلف. عنوان کتاب. نوبت چاپ. محل نشر. نام ناشر. سال انتشار. شماره صفحه.

بیان مسأله تحقیق (Statement of the problem)

در این قسمت با بیان و یا تدوین مسأله تحقیق آشنا می‌شویم. وظیفه محقق در این قسمت ارائه مطالبی است تا بتواند گروه آموزشی و یا گروه پژوهشی تصمیم‌گیرنده برای پذیرش موضوع تحقیق را متقاعد سازد که موضوع انتخاب شده از اهمیت و کفایت لازم برای انجام تحقیق برخوردار است.

پس از مطالعه این بخش باید قادر باشیم به سؤالات زیر پاسخ دهیم:

- چرا بیان مسأله تحقیق مهم است؟
 - در بیان مسأله تحقیق چه موضوعاتی باید مطرح شوند؟
 - نحوه نوشتن «بیان مسأله تحقیق» چگونه است؟
- برای پیدا کردن مسأله و تدوین پرسش تحقیق لازم است تا به شکلی جزئی‌تر در مورد مسأله و خصوصیات آن و مشکلات ناشی از وجود آن در جامعه اظهار نظر کرد. این بیانات باید براساس دانستی‌های موجود در منابع علمی نسبت به مسأله شکل داده شود. هرچه استنادها به منابع در این قسمت بیشتر صورت پذیرد، امکان پذیرش موضوع تحقیق را نزد تصمیم‌گیرندگان بیشتر خواهد نمود.

توصیه می‌شود قبل از نوشتن این قسمت، اقدام به تجزیه و تحلیل مسأله نماییم. با این کار، متغیرهای تاثیرگذار بر مسأله را به خوبی خواهیم شناخت و از آنها به هنگام نوشتن می‌توان استفاده نمود. برای این کار می‌توان یکی از روش‌های موجود را به کار بست. متداول‌ترین روش‌ها برای تجزیه و تحلیل مسأله عبارتند از شبکه علیت، نمودار استخوان ماهی، نمودار شش کلمه‌ای (که؟، کی؟، کجا؟، چگونه؟، چی؟، چرا؟)

چند نکته:

- بیان خوب مسأله می‌تواند ما را در تنظیم قسمت‌های مختلف تحقیق کمک کند (اهداف، فرضیات، نوع مطالعه، روش اجرا و نهایتاً تهیه گزارش نهایی).
- بیان مسأله اولین بخش از یک طرح تحقیقاتی است که ما را با کل مسأله مورد تحقیق و چگونگی مطرح شدن آن آشنا می‌کند.

• بیان مسأله را بایستی با تمام اطلاعات قابل جمع‌آوری همراه نمود (بررسی کتاب‌ها، گزارش مطالعات گذشته و آمار جاری).

برای بیان مسأله باید به نکات زیر توجه نمود و سعی کرد تا به شیوه‌ای مناسب موارد زیر در متن آورده شوند:

- اطلاعات زمینه‌ای در مورد موضوع مورد مطالعه.
- توصیف دقیق مسأله.
- نحوه بروز یا وقوع.
- وسعت و شدت مسأله و عوارض ناشی از آن در جامعه.
- عوامل دخیل در بروز مسأله.
- نحوه برخورد فعلی با مسأله.
- آنچه درمورد راه حل مسأله می‌اندیشید.
- فواید پژوهش و نتایجی که از حل مشکل انتظار می‌رود.

• با خواندن بیان مسأله، اهمیت و اولویت مسأله، لزوم انجام تحقیق و نیز کاری که محقق قصد انجام آن را دارد، مشخص خواهد شد.

• در توضیح مسأله دقت شود که علائم و نشانه‌های مسائل را به منزله مسأله واقعی بیان نکنیم.

• مسائل مورد مطالعه بایستی به گونه‌ای بیان شوند که تفاوت بین آنچه که هست و آنچه که باید باشد، به‌خوبی مشخص شود.

• وسعت مسأله را در منطقه و جهان با ارائه آمار و اطلاعات بیان کنیم.

• روش‌ها و اقدامات انجام شده و دلایل استفاده از روش حاضر در بیان مسأله آورده شود.

• موارد اختلاف نظر (در صورتی که وجود داشته باشند)، ارائه شوند.

تازه‌های پزشکی

■ نوردرمانی و دمانس

دمانس را می‌توان به طور قابل ملاحظه‌ای با درمان‌هایی که ساعت طبیعی بدن را تغییر می‌دهد، به تاخیر انداخت. یک تیم هلندی از روشن‌تر ساختن روشنایی روز استفاده کردند. در یک گروه از داروی ملاتونین استفاده شد و در یک گروه استفاده نشد. خواب، خلق و خوی بیماران و رفتارهای پرخاشگری بررسی شد. نتیجه آن که این درمان‌ها توانست تا ۵۰ درصد اختلال را کاهش دهد. یک متخصص انگلیسی می‌گوید به این معنی است که بیماران می‌توانند در خانه‌های خود به مدت طولانی‌تر زندگی کنند. این مقاله در مجله American Medical Association منتشر شده است. اختلال در سرکادین ریتم - سیکل طبیعی که بر خواب و بیداری حاکم است - یکی از سخت‌ترین علائم برای کسانی است که از این افراد مراقبت می‌کنند. چرا که افراد مبتلا به بیماری دمانس ممکن است تمام روز را بخوابند، اما تمام شب بیدار باشند.

■ امگا ۳

خوردن غذاهای غنی از امگا-۳ شامل ماهی چرب در برخی از افراد از بروز کاهش بینایی جلوگیری می‌نماید. در نشست سالانه افتالموژی اعلام شد، امگا-۳ خطر تخریب ماکولار ناشی از افزایش سن را به یک سوم می‌رساند. در انگلیس بیش از ۵۰۰ هزار نفر از بیماری تخریب ماکولار رنج می‌برند. این بیماری پیشرونده و غیرقابل برگشت می‌باشد و در اثر نازک شدن و خونریزی اطراف ماکولا - بخش مرکزی شبکیه - ایجاد می‌شود.

■ کلونینگ و درمان پارکینسون

کلونینگ درمانی به طور موفقیت‌آمیزی برای استفاده از بیماری پارکینسون در موش‌ها استفاده شد. این مقاله که در مجله نیچر پزشکی منتشر شده است، گواه بسیار خوبی برای حمایت از این روش جدال‌برانگیز می‌باشد. کلونینگ می‌تواند به نجات جان انسان‌ها کمک کند. موش‌ها از اولین حیواناتی

هستند که با موفقیت با سلول‌های کلون شده، درمان شدند. در بیماری پارکینسون، سلول‌های عصبی در بخشی از مغز که حرکات عضله را کنترل می‌کند یا می‌میرند و یا دچار اختلال می‌شوند. به طور طبیعی این سلول‌ها یک ماده شیمیایی به نام دوپامین تولید می‌کنند که امکان می‌دهد تا عضلات بدن به طور نرم و هماهنگ کار و حرکت نمایند. برای اولین بار، دانشمندان شاهد پیشرفت‌هایی برای تولید سلول‌های بنیادی برای درمان بیماری پارکینسون می‌باشند.

■ درمان فشارخون بالا

درمان فشارخون بالا با داروها در سالمندان ۸۰ سال و بالاتر خطر سکته مغزی و مشکلات قلبی را کم می‌کند. در این تحقیق ۳۸۴۵ بیمار با فشارخون بالا مورد مطالعه قرار گرفتند. یافته‌ها نشان داد که داروها خطر مرگ را تا یک پنجم کم می‌کند. برخی از پزشکان بر این باورند که فشارخون بالا در سالمندی طبیعی است و نیازی به درمان ندارد. ظرف یک سال درمان ۲۱ درصد کاهش مرگ، ۶۴ درصد کاهش نارسایی قلبی، ۳۹ درصد مرگ ناشی از سکته و ۳۴ درصد کاهش حوادث قلبی عروقی مشاهده شد.

■ کاکائو و دیابت

یک فنجان کاکائوی غنی شده ممکن است به کارکرد عروق خونی در بیماران دیابتی کمک کند. عامل کلیدی فلاونوئیدها می‌باشند. پزشکان سه فنجان بزرگ از کاکائو (فرموله شده و خاص) یک بار در روز برای یک ماه تجویز کردند و دریافتند شریان‌های شدیداً مخرب، مجدداً کارکرد طبیعی خود را به دست آوردند.

■ داروهای آنتی‌سایکوتیک در درمان آلزایمر

یک تحقیق مویید آن است که داروهای رایج آنتی‌سایکوتیکی که به بیماران آلزایمری داده می‌شود، وضعیت آنها را وخیم‌تر می‌سازد. نورولپتیک‌ها نه تنها هیچ فایده‌ای برای بیماران با مشکلات رفتاری خفیف نداشته‌اند،

در زنانی که ۱۳ ماه و یا بیشتر به فرزند خود شیر مادر دادند، بروز آرتریت روماتوئید به نصف رسید. حدود ۴۰۰ هزار نفر در انگلیس به این بیماری مبتلا هستند.

■ سلول‌های بنیادی

دانشمندان دانشگاه کاردیف (Cardiff) می‌گویند، سلول‌های بنیادی راهی برای ترمیم غضروف‌های تخریب شده در استئوآرتریت می‌باشند. یک نوع سلول بنیادی شناسایی شده است که می‌تواند به سلول‌های غضروفی معروف به کندروسیت‌ها، تبدیل شود.

■ خطر بیماری‌های قلبی از دوران جنینی آغاز

می‌شود.

کودکانی که مادرانشان در دوران بارداری پره‌اکلامپسی داشتند، ممکن است نسبت به سایرین در معرض خطر بیشتری نسبت به بروز بیماری قلبی عروقی باشند. پره‌اکلامپسی یکی از مشکلات نسبتاً شایع دوران بارداری است. میزان اکسیژنی که از جفت به جنین می‌رسد، کاهش می‌یابد. پره‌اکلامپسی موجب تاخیر رشدی و اختلالات متابولیک، قلبی عروقی و غدد می‌شود.

Reference: <http://news.bbc.co.uk/2/hi/health>

بلکه با بدتر شدن مهارت‌های کلامی آنها مرتبط بوده است. در این مطالعه ۱۶۵ بیمار آلزایمری بستری در خانه سالمندان در شهرهای مختلف انگلستان مورد بررسی قرار گرفتند. به ۶۰ درصد بیماران بستری در خانه سالمندان، به منظور کنترل رفتارهایشان به‌ویژه پرخاشگری، داروهای آنتی‌سایکوتیک، تجویز می‌شود. استفاده از نورولپتیک‌ها ممکن است میزان مرگ را افزایش دهد.

■ ۱ نفر از هر ۸ نفر به آلزایمر مبتلا می‌شوند.

طبق یک مطالعه جدید انجمن آلزایمر، تخمین زده می‌شود که خطر ابتلا به بیماری آلزایمر در زنان ۱۷ درصد و در مردانی که تا سن ۵۵ سالگی زندگی می‌کنند ۹ درصد است. به این معنی که انتظار می‌رود، از ۷۸ میلیون کودکی که امروزه زندگی می‌کنند، ۱۰ میلیون در طول زندگی خود دچار آلزایمر شوند. اگر آمار دمانس را هم در نظر بگیریم، این مقدار به ۱۴ میلیون نفر می‌رسد.

■ شیردهی و آرتریت روماتوئید

زنانی که به کودک خود بیش از یک سال شیر می‌دهند، خطر بروز آرتریت روماتوئید را به نصف می‌رسانند. دانشگاه مالمو در سوئد ۱۳۶ زن بیمار را با ۵۴۴ فرد سالم مقایسه نمود.

برخی از موفقیت‌های اخیر دانشجویان و فارغ التحصیلان

عضو کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی گرگان

چاپ مقاله در <i>Pakistan Journal of Biological Sciences</i> , 2008	علی داوریان و دکتر نرگس بیگم میر بهبهانی
چاپ مقاله در مجله <i>Folia Morphologica</i> , ۲۰۰۸	امیرحسین فاضلی
چاپ مقاله در مجله <i>Archive of Gynecology</i>	مهدیه شجاع
چاپ مقاله در مجله <i>AMS</i>	مهدیه شجاع
چاپ مقاله در مجله <i>Pain Practice</i>	مهدیه شجاع
پذیرش مقاله در کنگره دانشجویی برلین	ندا رنجبرپور، عصمت سعیدی، فرحناز کیا
پذیرش مقاله در بیست و یکمین کنگره بین‌المللی دانشجویان علوم پزشکی، استانبول، ترکیه، می ۲۰۰۸	مهدیه شجاع، زهرا محمدی، ندا رنجبر، زینب فرخ مهسا نیکنام، فاطمه علیزاده، فائزه صفاری علی اکبر حافظی، علیرضا ملکی، علی داوریان
پذیرش مقاله در کنگره دانشجویی، هلند، ۲۰۰۸	علیرضا ملکی
پذیرش مقاله در سومین کنگره بین‌المللی ایمونولوژیست‌ها و انکولوژیست‌ها اروپا، هلند، ۲۰۰۸	علی داوریان و دکتر نرگس بیگم میر بهبهانی
پذیرش مقاله در سمپوزیوم فیزیولوژیست‌های جوان در دانشگاه کمبریج انگلستان، ۲۰۰۸	امیرحسین فاضلی
پذیرش ۲۷ مقاله از دانشگاه علوم پزشکی گلستان (۱۹ مقاله فارسی و ۸ مقاله انگلیسی) به صورت سخنرانی و پوستر در نهمین کنگره سالیانه پژوهشی دانشجویان علوم پزشکی کشور و دومین کنگره بین‌المللی دانشجویی، مشهد، خرداد ۱۳۸۷	مهسا بشارت، هانیه توماج نیا، حانیه خراشادی زاده علی داوریان، علی اکبر حافظی، مهدیه شجاع حبیبه شیرمحمدلی، الهه شیروانی، ندا رنجبرپور مریم رحیمیان، منیره کاظمی، فرحناز کیا، میلاد فدایی زهرا محمدی، رضا محمدی، محدثه نورا حانیه خراشادی زاده، دکتر آزاده سادات زنده باد
پذیرش ۱۱ مقاله به صورت سخنرانی و پوستر در همایش کشوری ایده‌های نو در پرستاری و مامایی چشم انداز هزاره سوم یاسوج - ۲۴ الی ۲۶ تیر ۱۳۸۷	مهدیه شجاع، ندا رنجبرپور، گلناز محمدی فروزان جلیلی، سارا حاج محمدی، منوره خلیلی امان بی بی سلطانی، عصمت سعیدی
پذیرش مقاله در کنگره بین‌المللی (زبان انگلیسی) فارماکولوژی، کرمان، سخنرانی، ۱۳۸۷	مهدیه شجاع
پذیرش مقاله در کنگره بین‌المللی رویال کالج زنان و زایمان کانادا، مونترال، ۲۰۰۸	مهدیه شجاع

انتشار مجله «علوم آزمایشگاهی» و انتخاب جناب آقای دکتر عزت الله قائمی را به سمت سردبیری تبریک و تهنیت می‌گوییم.

خانم مهدیه شجاع رتبه نخست دانشجوی برتر را در میان دانشجویان کارشناسی و کارشناسی ارشد مامایی سراسر کشور در سال ۱۳۸۷ کسب نمودند.

کمیته تحقیقات دانشجویی از علاقمندان در سراسر کشور جهت همکاری با کار گروه‌های پژوهشی «طب سنتی و درمان‌های مکمل»، «آموزش پزشکی» و «دین» دعوت به عمل می‌آورد. لطفاً با پست الکترونیکی golestan.src@gmail.com تماس حاصل فرمایید.

دانشجویان عزیزی که مایلند، برای مجله علمی پژوهشی فراز مقالات تحقیقی و گزارش مورد خود را ارسال نمایند، لازم است تا فرم تعهدنامه را دریافت و به امضای استاد راهنمای خود برسانند.

کنگره‌های آتی

• چهارمین همایش پژوهشی دانشجویان دانشگاه‌های علوم پزشکی شرق کشور توسط کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند در تاریخ ۲۳ و ۲۴ آبان ۱۳۸۷ برگزار می‌شود. مقالات خود را به نشانی src@bums.ac.ir ارسال نمایید. مهلت ارسال، ۲۸ شهریور است.

• اولین همایش سراسری دانشجویی بیولوژی و دنیای نوین، ۲۵-۲۶ مهرماه ۱۳۸۷ در گرگان، دانشگاه منابع طبیعی برگزار می‌شود. مهلت ارسال مقاله تا ۶ شهریور ۱۳۸۷ است. به آدرس <http://www.biogau.ir> مراجعه نمایید.

ششمین کنفرانس بین‌المللی دانشجویان پزشکی کشورهای خلیج در العین امارات در تاریخ ۱۸ الی ۲۱ ژانویه ۲۰۰۹ برگزار می‌شود. محور کنفرانس «از دانش تا بالین» است. برای اطلاعات بیشتر به <http://www.gcc6mconf.uaeu.ac.ae> مراجعه نمایید.

• کنفرانس سه روزه (۱۲، ۱۳، ۱۴ مارس ۲۰۰۹) در *Leiden University* با محور تحقیقات بیومدیکال برگزار می‌شود. مهلت ارسال مقالات تا ۲۱ نوامبر ۲۰۰۸ است. مقالات به صورت پوستر و سخنرانی پذیرفته می‌شوند. اگر مقاله شما به عنوان یکی از ۲۰۰ مقاله بهتر انتخاب شود، دعوت‌نامه‌ای به عنوان شرکت کننده فعال برایتان ارسال می‌شود، در غیر این صورت می‌توانید به عنوان بازدید کننده در کنفرانس شرکت کنید.

• با مراجعه به آدرس <http://www.jouybari.blogfa.com/cat-17.aspx> می‌توانید از کنگره‌های دانشجویی داخل و خارج کشور اطلاع حاصل نمایید.

در ادامه شماره‌های قبلی این بار نیز به منظور معرفی و تقدیر از دانشجویان ساعی و افتخار آفرین دانشگاه به خلاصه پایان‌نامه دوتن از فارغ‌التحصیلان دانشکده پزشکی می‌پردازیم.

خانم دکتر پرستو کریمی ورودی مهرماه ۱۳۷۶، از اعضای فعال کمیته تحقیقات بودند که در آزمون دستیاری سال ۸۶-۱۳۸۵ در رشته داخلی دانشگاه علوم پزشکی ساری پذیرفته شدند.

خانم دکتر سیما بشارت ورودی مهر ماه ۱۳۷۵ بودند. ایشان در مرکز تحقیقات گوارش و کبد گلستان مشغول به کار می‌باشند. در کارنامه پژوهشی دکتر بشارت چاپ بیش از ۲۰ مقاله فارسی و انگلیسی در مجلات معتبر، انتخاب به عنوان پژوهشگر برتر دانشجویی سال ۸۰ و پژوهشگر برتر مراکز تحقیقات در سال ۱۳۸۶، ارائه مقاله در بیش از ۴ کنگره و همایش داخلی و خارجی به چشم می‌خورد.

چکیده پایان نامه

بررسی توزیع فراوانی نوزادان با وزن کم موقع تولد و برخی عوامل مرتبط با آن در مرکز آموزشی - درمانی دزیانی گرگان در شش ماهه دوم سال ۱۳۸۲

دکتر پرستو کریمی علی آبادی*، دکتر افسانه تابنده**، مهندس ناصر بهنام پور***
* پزشک عمومی، ** متخصص زنان و زایمان، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی گلستان (استاد راهنما)
*** کارشناس ارشد آمار حیاتی، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی گلستان (استاد مشاور)

زمینه و هدف: درصد بالایی از معلولیت‌ها و مرگ و میر نوزادان را نوزادان با وزن کم هنگام تولد (کمتر از ۲۵۰۰ گرم) تشکیل می‌دهند. دیرزمانی است که محققان روی وزن کم هنگام تولد و عوامل خطر مرتبط با آن کار می‌کنند و مقالات بسیاری در باره آن نوشته شده است. این مطالعه به منظور تعیین توزیع فراوانی وزن کم هنگام تولد و شناسایی برخی عوامل خطر مرتبط با آن در نوزادان متولد شده در بیمارستان دزیانی گرگان انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی - تحلیلی به صورت مقطعی روی ۶۵۱ مادر باردار مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی دزیانی گرگان در شش ماهه دوم سال ۱۳۸۲ انجام شد. اطلاعات بیماران به کمک چک‌لیست جمع‌آوری، کدبندی و به وسیله نرم‌افزار آماری SPSS-11.5، به کمک آزمون‌های کای اسکور و تی تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: توزیع فراوانی وزن کم هنگام تولد ۸/۹ درصد بود. بین وزن هنگام تولد و روش زایمان و زایمان زودرس و پره‌اکلامپسی ارتباط معنی‌دار آماری مشاهده گردید ($P < 0.05$). بین وزن نوزاد هنگام تولد و نوبت حاملگی و فاصله کم بین حاملگی‌ها و سن مادر ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده نگردید.

نتیجه‌گیری: با توجه به فراوانی ۸/۹ درصدی نوزادان با وزن کم هنگام تولد و هدف نهایی سازمان بهداشت جهانی در جهت کاهش این میزان به کمتر از ۵ درصد و ارتباط آن با زایمان سزارین، زایمان زودرس و پره‌اکلامپسی مادر، پیشنهاد می‌گردد که برای افزایش مراقبت‌های دوران بارداری و کاهش میزان عوامل خطر یاد شده اقدامات بیشتری انجام شود.

کلید واژه‌ها: وزن کم موقع تولد، نوزاد، زایمان زودرس، پره‌اکلامپسی

چکیده پایان نامه

بررسی وضعیت سلامت روان دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گلستان در سال ۱۳۸۲

دکتر سیما بشارت*، دکتر صادق علی تازیکی**، مهندس محمدرضا ربیعی***
* پزشک عمومی، ** روانپزشک و استادیار دانشگاه علوم پزشکی گلستان (استاد راهنما)
*** کارشناس ارشد آمار، عضو هیأت علمی دانشگاه صنعتی شاهرود (استاد مشاور)

زمینه و هدف: در دنیای امروز و همگام با پیشرفت‌های صورت گرفته در کشورهای متخلف جهان، الگوی اپیدمیولوژی بیماری‌ها به سرعت در حال تغییر است. بیماری‌های غیرواگیر مانند بیماری‌های روانی به سرعت جای بیماری‌های عفونی و واگیردار را گرفته است. این در حالی است که بسیاری از افراد مبتلا بی‌اطلاع از مشکلات روانی خود در مراجعه به مراکز درمانی، بیماری‌های جسمانی را مطرح می‌کنند و بر همین مبنا تحت درمان قرار می‌گیرند. در سال‌های اخیر بهداشت سلامت روان به عنوان یکی از سه جنبه سلامت که مدنظر سازمان بهداشت جهانی بوده (آسایش کامل جسمانی، روانی و اجتماعی) مورد توجه خاصی قرار گرفته است. در این میان دانشجویان به عنوان قشر تحصیل کرده و نیروی کارآمد از جایگاه ویژه‌ای برخوردارند. پژوهش حاضر به منظور بررسی وضعیت سلامت روان دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گلستان در سال ۱۳۸۲ انجام شد.

روش بررسی: با استفاده از آزمون استاندارد روانشناسی SCL-90، وضعیت سلامت روان ۲۱۸ دانشجوی رشته‌های مختلف علوم پزشکی در مقاطع تحصیلی مختلف برآورد شد. این آزمون شامل ۹ بعد شکایات جسمانی، وسواسی جبری، افسردگی، حساسیت در روابط متقابل، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئید و روانپریشی می‌باشد. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، اطلاعات به وسیله نرم‌افزار آماری SPSS-10 وارد رایانه شد و تجزیه و تحلیل آماری با استفاده از آزمون کای دو و آزمون دقیق فیشر صورت گرفت. یافته‌ها: در مجموع برای کل بیماری‌ها، شیوع لحظه‌ای ۷۲ درصد برآورد گردید. به این معنی که از کل افراد مورد مطالعه ۱۵۷ نفر حداقل در یکی از ابعاد ۹ گانه دارای اختلال بودند (عدد بزرگ‌تر یا مساوی یک)، که از بین آنها ۱۶ نفر (۷/۳۴ درصد) حداقل در یک بعد دچار اختلال شدید (عدد بزرگ‌تر یا مساوی سه) بودند. رابطه بین متغیرهای مورد بررسی با ابعاد ۹ گانه آزمون به شرح زیر است. روانپریشی، افکار پارانوئیدی و اضطراب در افراد مجرد بیشتر دیده شد ($P < 0/05$). افکار پارانوئیدی در دانشجویان ساکن خوابگاه بیشتر بود ($P < 0/05$). ترس مرضی در دانشجویان دانشکده پیراپزشکی، در کسانی که سابقه خانوادگی اختلاف روانی داشتند و در دانشجویانی که در حد متوسط به رشته دانشگاهی خود علاقه داشتند، درصد بالاتری داشت ($P < 0/05$). در افرادی که تحصیلات پدر دیپلم و بالاتر بود، حساسیت در روابط متقابل بیشتر به چشم می‌خورد ($P < 0/05$). اختلاف در بعد افسردگی در جنس مونث بیشتر بود ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج این مطالعه اختلال روانی در بین دانشجویان شیوع بسیار بالایی داشت. به نظر می‌رسد وضعیت سلامت روان دانشجویان این دانشگاه در سطح بحرانی قرار داشته و توجه زیاد و سریعی را می‌طلبد تا از عواقب آن در این قشر آسیب‌پذیر و جوان جلوگیری شود.

کلید واژه‌ها: سلامت روان، دانشجو، گلستان، SCL-90