

فصل نامه علمی - ورزشی سروش سلامت

سال چهارم / شماره پنجم / شهریور 1400



 AIDS

✓ پانزده خبیث

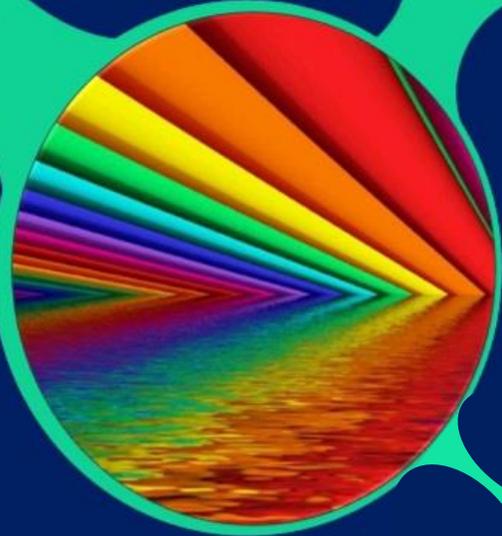
✓ پایان راه ایدز

✓ واقعیت‌های نهفته رؤیا

✓ سلامت خود را به رنگ‌ها بسپارید

✓ وسواس، خوره‌ای که مغزتان را نابود می‌کند!!!

 OCD





کمیته تحقیقات دانشجویی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی  
شهر سبز  
شهرستان  
بهبشتی

«صاحب امتیاز: کمیته تحقیقات و پژوهش مجتمع آموزش عالی سلامت وراهن»

مدیر مسؤل: علیرضا بی نظیر

سر دبیر: سید حسن احمدی

طراح جلد و گرافیک: علیرضا بی نظیر

طراحی صفحات: علیرضا بی نظیر

ویراستاران: دکتر رفعت رضاپور نصرآباد، علیرضا بی نظیر

هیئت تحریریه (به ترتیب حروف الفبا):

«فاطمه احمدیان، شقایق الانجشی زاده، علیرضا بی نظیر، فاطمه ترکانی، حسین توپا اسفندیاری، شقایق حاجی عباسی، علی

سلگی، محدثه صبوری، آرزو قدیمی، مرتضی لکزایی، آزاده نظری، فاطمه نیکپور»



alireza.binazir@sbmu.ac.ir

"جهت همکاری در زمینه‌های طراحی جلد و گرافیک، صفحه آرایی،

ویراستاری، تهیه مطلب، و عضویت در تیم نشریه سروش سلامت،

از طریق راه‌های ارتباطی مقابل اقدام نمایید"



@AlirezaB\_7

## فهرست مطالب

سر آغاز

سخن مدیر مسئول

سخن سردبیر

- ۱ ..... مقاله شیوع دیابت
- ۵ ..... گُوو ورزش
- ۷ ..... سلامت خود را به رنگ‌ها بسپارید
- ۹ ..... پانزده خبیث
- ۱۱ ..... واقعیت‌های نهفته رؤیا
- ۱۳ ..... پایان راه ایدز
- ۱۵ ..... نوزاد متشنج
- ۱۷ ..... وسواس، خوره‌ای که مغزتان را نابود می‌کند
- ۱۹ ..... راز بقای حیاتی‌ترین عضو بدن
- ۲۱ ..... بیدار شو زیبای خفته
- ۲۳ ..... سرطان کولورکتال، قاتل پشت پرده انسان
- ۲۵ ..... توده ناشناخته
- ۲۷ ..... آدم‌هایی که مثل کره ذوب می‌شوند
- ۲۹ ..... بارکد منابع

شهریور ۱۴۰۰

حسب حالی نوشتی و شد ایامی چند

محرمی کو که فرستم به تو پیغامی چند

ما بدان مقصد عالی توانیم رسید

هم مگر پیش نهد لطف شاکامی چند

ای کدایان خرابات خدا یار شاست

چشم انعام مدارید ز انعامی چند

پیر میخانه چه خوش گفت به دردی کش خویش

که مگو حال دل سوخته با حامی چند

حافظ از شوق رخ مهر فروغ تو بسوخت

کاکارا نظری کن سوی ناکامی چند

«حافظ شیرازی»



به نام پروردگار لوح و قلم

سلام، سلامی به گرمی آفتاب در روزهای داغ تابستان، خدمت شما دانشجویان و مخاطبان عزیز "نشریه علمی-ورزشی سروش سلامت"

بسیار خرسندیم که خداوند متعال عمرمان بخشید تا دیگر بار و با شماره پنجم نشریه، در خدمت شما خوبان باشیم.

آنچه پیش روی شماست، حاصل پیگیری مستمر مسئولین پیشین نشریه است که نهال این فصلنامه را در زمینی به وسعت علم و پژوهش نهاد، تا روز به روز و با تلاش بی دریغ اعضای هیئت تحریریه و سایر دست اندر کاران، مسیر رشد و بالیدن را در پیش گیرد. امید است روزی رسد که این نهال نوپا به درختی تنومند و پر بار بدل شود و ثمرات آن، سهمی داشته باشد هرچند کوچک در توسعه آگاهی و دانش به روز دانشجویان و عموم، در حوزه‌های علوم بهداشتی، روانشناسی، پزشکی، ورزشی، بیماری‌های شایع و دیگر مسائل مرتبط با سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها.

شایان ذکر است در این شماره از نشریه، مفتخریم به میزبانی بخشی از مقاله چاپ شده دو تن از دانشجویان با انگیزه و پر تلاش مجتمع، که بدون شک، چون روحی است تازه در کالبد سروش سلامت.

امید است مسیری را که سروش سلامت در آن گام نهاده، به سلامت بپیماید، از تندبادها مصون باشد و صفحات شماره‌های بعد، میزبان پروپوزال‌ها و مقالاتی بیش از دانشجویان عزیز مجتمع باشد.

موجب افتخار ما است که از نظرات، پیشنهادات و انتقادات سازنده شما بهره‌مند گردیم و در مسیر بهبود کیفیت سروش سلامت گام‌هایی مؤثر برداریم.

**ارادتمند شما علیرضا بی نظیر**

**دانشجوی کارشناسی پرستاری**



«ن و القلم و ما یسطرون»

ز دانش دل پیر برنا بود

توانا بود هر که دانا بود

سلام و درود خدمت همه دانشجویان و مخاطبان "نشریه علمی\_ورزشی سروش سلامت". به سری پنجم نشریه خوش آمدید. این بار هم مثل گذشته، با مطالبی جذاب و خواندنی در خدمت شما عزیزان هستیم. پیش از شروع به مطالعه نشریه، بنده به عنوان سردبیر، سخنی چند با شما خوانندگان عزیز دارم.

متأسفانه امروزه در دورانی به سر می‌بریم که بیماری کرونا بی‌رحمانه می‌تازد و روزانه شمار بسیاری از انسان‌ها را به کام مرگ می‌کشاند. اما در این بین، ویروس خطرناک‌تر و مسری‌تر چهل، خرافه و شبه علم نیز در حال انتشار در جوامع بشری است. از نخستین ایام علنی شدن شیوع این بیماری، شبه علم و خرافه، بسیار سریع‌تر از علم و حتی سریع‌تر از کرونا در بین مردم شیوع پیدا کرد. از روغن بنفشه و ادرار شتر تا مغناطیسی شدن بدن بر اثر تزریق واکسن و اخیراً جنبش‌های ضد واکسن.

دقیقاً همین‌جاست که پژوهش و پژوهشگر جایگاهی ویژه می‌یابد. آنگاه که بیماری نو ظهور هر روز با یک چهره، علم و مدیریت بشر را به چالش می‌کشد. در همین زمان ما دانشجویان، به ویژه دانشجویان علوم پزشکی، وظیفه داریم در برابر این خرافات قد علم کنیم. اما با روشی صحیح و منطقی؛ روشی که از ابتدای شروع به کار این نشریه، خط مشی آن بوده و هست. امیدواریم که در این زمینه موفق عمل کرده باشیم و بتوانیم نیازهای شما را تا حدودی برآورده کرده باشیم.

البته که خود واقف هستیم کار ما خالی از عیب و نقص نیست و با رویی گشاده، پذیرای انتقادات و پیشنهادات شما هستیم.

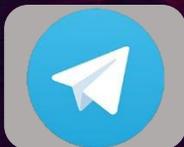
در انتها جا دارد تشکر کنم از مدیر مسئول نشریه، آقای علیرضا بی‌نظیر که با زحمات و پیگیری‌های مستمر، در پیشبرد اهداف نشریه نقش بسزایی داشته و دارد. همچنین یاد میکنم از شهدای مدافع سلامت که بی‌دریغ، جان خویش را در کف نهادند و پر کشیدند از برای سلامت مردم این مرز و بوم. روحشان شاد و یادشان گرامی باد...

ارادتمند شما سید حسن احمدی

دانشجوی کارشناسی پرستاری



hasan.ahmady1811@gmail.com



@Solo\_w\_11





عاطفه کردلو

دانش آموخته کارشناسی بهداشت عمومی



کمال صالحی

دانش آموخته کارشناسی بهداشت عمومی



دکتر رفعت رضاپور نصرآباد

دکتری تخصصی پرستاری

عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری-مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

"نویسنده مسئول مقاله"

## Prevalence of type2 diabetes in population over 30 years old in Varamin province (1396-97)

Kamal Saleh

Student Research Committee, Shahid Beheshti University of Medical  
Sciences, Tehran, Iran.

Atefeh Kordlu

Student Research Committee, Shahid Beheshti University of Medical  
Sciences, Tehran, Iran.

Rafat Rezapour-Nasrabad\*

\*Corresponding Author: PhD, Nursing Management Department, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti  
University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Email:Rezapour.r@sbmu.ac.ir

## چکیده

**زمینه و هدف:** دیابت نوع ۲ یکی از اختلالات متابولیک شایع است که با کمبود مطلق یا نسبی در ترشح و یا عملکرد انسولین در بدن همراه است و در دهه های اخیر شیوع آن در بین بالغین در تمام جهان افزایش یافته است. از این رو مطالعه حاضر با هدف بررسی میزان شیوع دیابت نوع ۲ در جمعیت بالاتر از ۳۰ سال شهرستان ورامین در سال های ۱۳۹۶-۱۳۹۷ طراحی و اجرا شده است.

**روش کار:** در این مطالعه توصیفی-تحلیلی، اطلاعات ۱۱۰۲ نفر از افراد دیابتی مراجعه کننده به مرکز حمایت از بیماران دیابتی شهرستان ورامین طی سال های ۱۳۹۶ و ۱۳۹۷ استخراج شد. ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه است که شامل اطلاعات مشارکت کنندگان از جمله متغیرهایی نظیر جنس، سن، میزان قند خون ناشتا، کلسترول، HbA1c، تری گلیسرید، میزان فشار خون سیستولیک و دیاستولیک و فشار نبض می باشد. اطلاعات با استفاده از نرم افزار Spss نسخه ۲۵ و نیز آزمون کای دو برای متغیرهای کیفی و t مستقل تجزیه و تحلیل شد.

**یافته ها:** در این مطالعه شیوع کلی دیابت نوع ۲ در جمعیت بالاتر از ۳۰ سال شهرستان ورامین در سال های ۹۷-۱۳۹۶ به ترتیب ۱۱ و ۱۲ درصد و شیوع در مردان در سال های ۹۶ و ۹۷ به ترتیب ۸ و ۹ درصد و در زنان ۱۳ و ۱۴ درصد بود. میانگین و انحراف معیار سن ۱۱۰۲ نفر از افراد مورد بررسی  $56/29 \pm 13/11$  سال بود.  $67/8\%$  از افراد زن بودند. میانگین و انحراف معیار قند خون ناشتا  $207/74 \pm 93/50$  میلی گرم بر دسی لیتر،  $11/93 \pm 2/58$  HbA1c (درصد)، کلسترول  $186/29 \pm 56/83$  میلی گرم بر دسی لیتر، تری گلیسرید  $173/89 \pm 92/94$  میلی گرم بر دسی لیتر و فشارخون سیستولیک  $126/12 \pm 17/57$  میلی متر جیوه، فشارخون دیاستولیک  $79/37 \pm 7/28$  میلی متر جیوه و فشار نبض  $46/74 \pm 13/98$  میلی متر جیوه بود. همچنین در بررسی تفاوت میزان قند خون ناشتا ( $p = 0/933$ )، HbA1c ( $p = 0/571$ )، کلسترول ( $p = 0/192$ )، تری گلیسرید ( $p = 0/173$ ) و فشارخون دیاستول ( $p = 0/317$ ) در دو گروه زن و مرد تفاوت معنی داری وجود نداشت. ولی در بررسی متغیرهای فشارخون سیستول ( $p = 0/000$ ) و فشار نبض ( $p = 0/001$ ) بین دو گروه مردان و زنان تفاوت معنی دار آماری وجود داشت بطوری که میانگین فشارخون سیستول و فشار نبض در بین زنان بیشتر از مردان بود.

**بحث و نتیجه گیری:** با توجه به نتایج مطالعه حاضر شیوع دیابت نوع ۲ در بین جمعیت بالاتر از ۳۰ سال شهرستان ورامین پایین تر از مطالعات مشابه در سایر مراکز می باشد. با توجه به شیوع ۱۲ درصدی و افزایش آن طی یکسال در جمعیت زنان و مردان و عدم مراجعه افراد دیابتی به مراکز بهداشتی، غربالگری و اقدامات درمانی برای افراد مبتلا و تدوین برنامه پیشگیری برای افراد سالم شهرستان ورامین توصیه می گردد.

کلمات کلیدی: شیوع، دیابت نوع ۲، ورامین

## مقدمه

در گذشته، بیماری های واگیر به عنوان بزرگترین مشکل بهداشتی در جهان شناخته می شد اما در حال حاضر بیماری های غیر واگیر در کشور های درحال توسعه افزایش یافته و نقش بسیار مهمی در مرگ و میر و تهدید سیستم بهداشتی و درمانی دارند(۱). دیابت نوع ۲ یکی از اختلالات متابولیک شایع است که با کمبود مطلق یا نسبی در ترشح و یا عملکرد انسولین در بدن همراه است و در دهه های اخیر شیوع آن در بین بالغین در تمام جهان و نیز جوامع مختلف افزایش یافته است (۲ و ۳). بر اساس گزارش کارشناسان سازمان جهانی بهداشت (who) تنها در سال ۲۰۱۶، تعداد ۴۴۲ میلیون نفر مبتلا به دیابت در جهان وجود داشته و تعداد مبتلایان به اختلال قند خون ناشتا در جهان نیز در حدود ۲۵۰ میلیون نفر بوده است و پیش بینی آمار دیابت در سال ۲۰۳۵ بیش از ۶۴۰ میلیون نفر می باشد. میزان شیوع دیابت نوع ۲ در ایران نیز برابر  $10/3\%$  برآورد شده است (۴و۵). عوامل خطر بیماری دیابت شامل: اضافه وزن، چاقی، چربی خون بالا، فعالیت فیزیکی کم، مصرف کم فیبر، سن، سابقه خانوادگی، وزن کم هنگام تولد و فشار خون می باشد. چنانچه تعداد عوامل خطر ساز در جامعه ای در مقطعی از زمان افزایش داشته باشد افراد آن جامعه بیشتر در معرض بیماری دیابت قرار خواهند گرفت و این موضوع تهدیدی برای سلامت آن جامعه محسوب خواهد شد (۶). نتایج مطالعات متعدد در چندین کشور مبین آنست که سطح بالای هموگلوبین گلیکاته یا قند درازمدت (HbA1c) یک عامل خطر مستقل برای پیدایش عوارض دیابت می باشد (۷). در کشور ما نیز نتایج مطالعات در این خصوص نشان می دهد که میزان شیوع این بیماری در سال ۲۰۱۷ در میان بزرگسالان در کلان شهر تهران ۱۴/۴ درصد بوده است(۸). از آنجائی که مطالعه جامعی در شهرستان ورامین برای تعیین میزان شیوع بیماری دیابت نوع ۲ انجام نشده است از طرفی بر اساس گزارشات واصله از شبکه بهداشت و درمان این شهرستان تعداد افراد دیابتی مراجعه کننده به این مرکز طی سالهای گذشته روند صعودی را نشان داده است، لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی میزان شیوع دیابت نوع ۲ در جمعیت بالاتر از ۳۰ سال شهرستان ورامین در سال های ۱۳۹۶ و ۱۳۹۷ تدوین و انجام شده است.

## بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه با توجه به اطلاعات موجود در شبکه بهداشت و درمان شهرستان ورامین و مرکز حمایت از بیماران دیابتی این شهرستان شیوع دیابت نوع ۲ در جمعیت بالاتر از ۳۰ در سال ۹۶ و ۹۷ به ترتیب ۱۱ درصد و ۱۲ درصد محاسبه شد. شیوع در مردان در سال های ۹۶ و ۹۷ به ترتیب ۸ و ۹ درصد و در زنان ۱۳ و ۱۴ درصد بود. در مطالعه ای که توسط *hasan Aamir* بر روی ۳۷۸ نفر از مردم پاکستان در سال ۲۰۱۸ انجام شد دیابت نوع دوم در این کشور ۱۶/۹۸ درصد گزارش شد (۹). همچنین در مطالعه انجام شده توسط *Bikbov*، روی ۷۳۲۸ نفر از جمعیت بالاتر از ۴۰ سال مناطق شهری و روستایی کشور روسیه در سال ۲۰۱۸ شیوع دیابت نوع دوم ۱۱/۷ درصد محاسبه گردید (۱۰). در مطالعه ای که توسط *song*، روی ۳۳۸۸ نفر از جمعیت بالاتر از ۱۸ سال منطقه بنگو شرق چین در سال ۲۰۱۹ انجام شده است، شیوع دیابت نوع دوم ۱۱/۵ درصد گزارش شد (۱۱). همچنین در مطالعه ای که توسط *Campbell* روی ۲۱۱ نفر از جمعیت سان بلاس پاناما در سال ۲۰۱۹ انجام شد شیوع دیابت در زنان بیشتر از مردان بود (۱۲) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد با توجه به نتایج مطالعات مذکور شیوع دیابت در این کشورها برابر و بیشتر از شیوع آن در مطالعه حاضر می باشد البته در شهرستان ورامین تعداد بسیار زیادی از افراد به بخش خصوصی مراجعه کرده و اطلاعات آن ها در دسترس نیست و به نظر می رسد که شیوع دیابت نوع ۲ در جمعیت شهرستان ورامین بیشتر از ۱۲ درصد باشد که این موضوع از جمله محدودیت های مطالعه حاضر می باشد.

در مطالعه حاضر میانگین سن افراد مورد مطالعه  $56/29 \pm 13/11$  سال بود. در مطالعه *Anderson* روی ۵۰۰ نفر از جمعیت کامبای هند در سال ۲۰۱۹ میانگین سن ۵۰ سال بود (۱۳). مطالعه ایزدی روی افراد مراجعه کننده به کلینیک های دیابتی کرمانشاه در سال ۹۲ میانگین سن ۵۹ سال بود (۱۴). بیشترین تعداد (۷۰/۳ درصد) از افراد مورد بررسی ۴۵-۷۵ ساله بودند. میانگین بالای سن در افراد مورد مطالعه نشان دهنده سن بالای شیوع دیابت در افراد جامعه است. بنابراین عوارض دیابت در این افراد بیشتر و لازم است دارو های انتخابی و نیز برنامه های پیشگیری از دیابت نیز متناسب با سن در نظر گرفته شود.

اغلب قبل از دیابت نوع ۲ افراد پیش دیابت داشته و به عنوان قند خون بالایی که در آستانه آشکار شدن بیماری قرار دارد، تعریف می شود (*HbA1c* بین ۶/۴-۵/۷٪). افراد در این گروه در معرض خطر بیشتری برای بیماری های عروقی قرار گرفته و احتمال پیشرفت دیابت را دارند (۱۵). کنترل جدی قند خون به صورتی که  $HbA1c < 7\%$  شود می تواند تا ۳۵٪ خطر قطع عضو ناشی از دیابت را کاهش دهد (۱۶). در مطالعه حاضر در ۸۸/۸ درصد از افراد میزان هموگلوبین گلیکاته (*HbA1c*) بالاتر از ۶/۴٪ می باشد و با توجه به اینکه ۶/۳ درصد افراد مورد بررسی دارای *HbA1c* بین ۶/۴-۵/۷٪ می باشند، آموزش های لازم در ارتباط با روش های خود مراقبتی در جهت پیشگیری و کاهش عوارض ناشی از دیابت بسیار ضروری می باشد.

در بیماران دیابتی دیس لیپیدمی یعنی افزایش کلسترول تام خون، تری گلیسرید، چربی های مضر خون (*LDL*) و کاهش چربی های مفید خون (*HDL*) شایع است که خطر ابتلا به بیماری قلبی-عروقی در این بیماران را افزایش می دهد (۱۷). در مطالعه *Ren* روی ۲۲۳۶۱۲ فرد دیابتی نوع دو از ۶۳۰ بیمارستان کشور چین که در سال ۲۰۱۲ انجام شد نتایج مطالعه نشان داد که اگرچه افزایش سطح تری گلیسرید با افزایش خطر ابتلا به بیماری های قلبی-عروقی در کوتاه مدت در افراد مبتلا به دیابت ۲ وجود دارد اما میزان تری گلیسرید پایین در طولانی مدت در این افراد نیز ابتلا به بیماری های قلبی-عروقی را افزایش می دهد (۱۸). در مطالعه حاضر میانگین سطح تری گلیسرید  $92/94 \pm 173/89$  میلی گرم بر دسی لیتر خون بود. میانگین تری گلیسرید در زنان بیشتر از مردان محاسبه شد اما اختلاف آماری معناداری بین دو جنس در این خصوص وجود نداشت.

در مطالعه ای که توسط *özkan* روی ۲۵۱ نفر در کشور ترکیه سال ۲۰۱۸ انجام شد، میزان کلسترول *LDL* در اکثر افراد چاق در حد طبیعی بود ولی سطح تری گلیسرید بالا و کلسترول *HDL* در این بیماران پایین بود (۱۹). در مطالعه حاضر میانگین سطح کلسترول در افراد مورد بررسی  $186/29 \pm 56/83$  میلی گرم بر دسی لیتر خون بود و تفاوت معنا دار آماری بین زن و مرد وجود نداشت ( $P=0/05$ ) این نتیجه نیز با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد. میانگین فشارخون سیستولیک در جامعه مورد بررسی  $126/12 \pm 17/57$  میلی متر جیوه بود. ۶۱ درصد افراد مورد بررسی دارای فشارخون سیستولیک کمتر از ۱۲۰ میلی متر جیوه، ۱۰/۴ درصد افراد دارای فشارخون ۱۲۰-۱۳۰ میلی متر جیوه، ۱۶/۲ درصد افراد دارای فشار خون ۱۳۰-۱۴۰ میلی متر جیوه و ۱۰/۳ درصد افراد فشار خون سیستولیک بالای ۱۶۰ میلی متر جیوه بودند. در مطالعه *Navar* روی ۱۴۶۷۱ نفر از افراد شهر دانشگاه دوک ایالات متحده به مدت ۴ سال از ۲۰۰۸ تا ۲۰۱۲، ۳۱/۸ درصد از افراد دارای فشار خون سیستولیک زیر ۱۳۰ میلی متر جیوه و ۱۳/۱ درصد افراد دارای فشار خون سیستولیک زیر ۱۲۰ میلی متر جیوه بودند. یکی از شایع ترین و قابل اصلاح ترین عوامل خطر قلبی در بزرگسالان مبتلا به دیابت فشار خون بالا است (۲۰). فشارخون بالا در افراد دیابتی نه تنها روند درمانی را پیچیده می کند و هزینه های مراقبت های بهداشتی را افزایش می دهد بلکه خطر عوارض ماکروووسکولار و میکروووسکولار را نیز به طور قابل ملاحظه ای افزایش می دهد (۲۱). در مطالعه حاضر میانگین فشارخون سیستولیک افراد مورد بررسی در حد طبیعی بوده و تفاوت معنادار آماری بین دو گروه مرد و زن وجود داشت بطوری که این میزان در زنان بیشتر بود. این موضوع نشان دهنده آنست که لازم است فشار خون در زنان دیابتی به صورت دوره ای و با دقت بیشتری اندازه گیری شده و برای کنترل آن برنامه ریزی مناسب انجام شود.

به طور کلی با توجه به نتایج مطالعه حاضر و شیوع ۱۲ درصدی دیابت در سال ۹۷ و نیز افزایش آن در یک دوره یکساله و عدم مراجعه افراد دیابتی به مراکز بهداشتی، غربالگری و اقدامات درمانی برای افراد مبتلا و برنامه ریزی جهت پیشگیری از بیماری در افراد سالم شهرستان ورامین توصیه می گردد.

## کُوو ورزش



### آرزو قدیمی

دانشجوی کارشناسی پرستاری، ورودی ۹۶

کد مقاله: ۱/۵

اقدامات زیادی وجود دارد که سازمان‌های ورزشی جوانان می‌توانند برای کاهش خطر قرار گرفتن در معرض COVID-19 و کاهش گسترش ابتلا در طول مسابقات و تمرین انجام دهند. هر چه فراگیر یا مربی با افراد بیشتری ارتباط برقرار کند، هر چه تعامل بدنی نزدیک‌تر باشد، هر چه از وسایل مشترک بیشتری استفاده کنند و هر چه این تعامل بیشتر باشد، خطر گسترش COVID-19 بیشتر است. بنابراین، بسته به نوع فعالیت، خطر گسترش COVID-19 می‌تواند متفاوت باشد.

### خطر گسترش COVID-19 در

### ورزش‌های جوانان به شرح زیر

#### افزایش می‌یابد:

#### کمترین خطر: انجام تمرینات مهارت

افزایی یا تهویه مطبوع در خانه، به تنهایی یا با اعضای خانواده.

#### خطر زیاد: تمرین مبتنی بر تیم.

#### خطر بسیار زیاد: رقابت درون تیمی.

#### خطر بسیار بسیار زیاد: رقابت کامل

بین تیم‌های همان منطقه جغرافیایی محلی.

#### بیشترین خطر: رقابت کامل بین

تیم‌های مناطق مختلف جغرافیایی.



اگر سازمان‌ها نتوانند اقدامات ایمنی خود را در حین تمرینات رعایت کنند (به عنوان مثال، حفظ فاصله اجتماعی با ننگه داشتن کودکان در هر فاصله ۲ متر از هم)، ممکن است آن‌ها محدود کردن تماس با یکدیگر و مشارکت را فقط در تمرینات و مسابقات درون تیمی در نظر بگیرند (به عنوان مثال، تماس بین اعضای یک تیم).

به همین ترتیب، اگر سازمان‌ها نتوانند اقدامات ایمنی را در حین فعالیت‌های تیمی اعمال کنند، ممکن است فعالیت‌های فردی یا خانگی را انتخاب کنند، خصوصاً اگر اعضای تیم در معرض خطر شدید بیماری باشند.

### ارزیابی خطر

نحوه بازی و نحوه استفاده از تجهیزات می‌تواند بر گسترش COVID-19 در بین بازیکنان تأثیر بگذارد. هنگامی که خطر شیوع در ورزش خود را ارزیابی می‌کنید، موارد زیر را در نظر بگیرید:

کاهش مقدار لمس وسایل و تجهیزات مشترک (به عنوان مثال، تجهیزات محافظتی، توپ، راکت، تشک یا بطری آب) همچنین ممکن است فرد با لمس یک سطح یا جسمی که ویروس روی آن است، و سپس لمس دهان، بینی یا چشم خود بتواند به COVID-19 مبتلا شود و به اشتراک گذاری تجهیزات را به حداقل برسانید و تجهیزات مشترک را بین استفاده افراد مختلف تمیز و ضد عفونی کنید تا خطر گسترش COVID-19 کاهش یابد.



فاصله‌های اجتماعی در حالی که افراد به طور فعال درگیر بازی نیستید را رعایت کنید (به عنوان مثال، در طول تمرین، در کنار زمین یا رختکن) در زمان‌هایی که بازیکنان به طور فعال در تمرین یا مسابقه شرکت نمی‌کنند، باید با افزایش فاصله بین بازیکنان در حاشیه، زمین بازی یا نیمکت، به حفظ فاصله اجتماعی توجه شود. علاوه بر این، مربیان می‌توانند ورزشکاران را به استفاده از زمان برای افزایش مهارت‌های فردی یا تقویت قلبی عروقی خود ترغیب کنند، به جای اینکه در کنار هم جمع شوند.



جوانان با سن بالاتر بهتر می‌توانند دستورالعمل‌های مربوط به فاصله اجتماعی را دنبال کنند و اقدامات محافظتی دیگری مانند عدم استفاده از بطری آب مشترک را انجام دهند.

در صورت امکان می‌توانند از مربی، والدین یا مراقب دیگری در اطمینان از رعایت فاصله اجتماعی مناسب توسط ورزشکاران، استفاده کنید. ورزشکاران جوان، ممکن است از والدین یا سایر اعضای خانه بخواهند که از فرزندانشان مراقبت کنند و اطمینان حاصل کنند که آن‌ها نیز فاصله اجتماعی را رعایت می‌کنند و اقدامات محافظتی دیگر را انجام می‌دهند (به عنوان مثال، کودکان کوچک‌تر می‌توانند به جای نشستن در کنار گروه با والدین یا مراقبان بنشینند). سازمان‌های ورزشی جوانان ممکن است برای تشویق رفتارهایی که باعث کاهش شیوع COVID-19 می‌شوند، چندین استراتژی را در نظر بگیرند.

در صورت لزوم در خانه بمانید. کارکنان و خانواده‌های بازیکنان را در مورد اینکه چه زمانی باید در خانه بمانند و چه زمانی می‌توانند به فعالیت خود بازگردند، آموزش دهید. کارکنان، خانواده‌ها و بازیکنان بیمار را به صورت فعال تشویق کنید که در خانه بمانند. سیاست‌هایی را تدوین کنید که کارمندان بیمار را بدون ترس از اضافه کاری یا کاهش حقوق به ماندن در خانه ترغیب می‌کند و کارکنان را از این سیاست‌ها آگاه کنید. افراد از جمله مربیان، بازیکنان و خانواده‌ها، در صورت بروز

علائم COVID-19 باید در خانه بمانند.

استفاده از ماسک در مواردی که فاصله فیزیکی دشوار است، بسیار مهم است. به افرادی که ماسک استفاده می‌کنند باید یادآوری شود که ماسک را لمس نکنند و مرتباً دست‌های خود را بشویند.

اگر امکانات شستشوی دست در دسترس است، با تهیه لوازم از جمله صابون، حوله‌های کاغذی، دستمال کاغذی و سطوح‌های زباله پدالی، مراقب سلامتی خود باشید. اگر امکانات شستشوی دست در دسترس نیست، الکل با غلظت حداقل ۶۰ درصد برای ضد عفونی کردن دست تهیه کنید.

اگر در داخل فضای بسته بازی می‌کنید، اطمینان حاصل کنید که سیستم‌های تهویه یا فن‌ها به درستی کار می‌کنند. گردش هوا در فضا را تا حد ممکن افزایش دهید.

## سلامت خود را به رنگ ها

### بسپارید

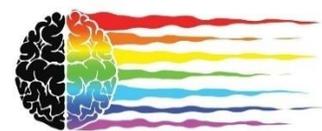


### شقایق الابخشی زاده

دانشجوی کارشناسی بهداشت عمومی،  
ورودی ۹۶

کد مقاله: ۲/۵

رنگ‌ها سراسر زندگی ما را در اختیار داشته و غیر قابل اجتناب هستند. هر رنگی داستان خودش را دارد؛ هر رنگی فرهنگ و حس خودش دارد؛ پس با یاد رنگ‌ها را بشناسیم، با آن‌ها ارتباط برقرار کنیم و از وجود آن‌ها استفاده کنیم. این دقیقاً یعنی روانشناسی رنگ‌ها!



رنگ‌درمانی، هنری باستانی است که در بسیاری از تمدن‌های فرهیخته در اروپا، آسیا و خاورمیانه به آن می‌پرداخته‌اند. امروزه از رنگ‌درمانی در آسیا، اروپا و آمریکا به عنوان شیوه‌ای مدرن برای درمان بسیاری از بیماری‌های جسمی مانند آسم، آرتروز، ناهنجاری‌های عصبی و روحی، افسردگی، اختلال‌های غذایی، بیماری‌های پوستی، و سایر بیماری‌ها و

مشکلات جسمی و روانی استفاده می‌شود.

متخصص رنگ‌درمانی به مردم کمک می‌کند تا نیاز خود به رنگ‌های خاص را بفهمند؛ و به آنان یاد می‌دهد که چگونه می‌توانند از این رنگ‌ها در زندگی روزمره‌ی خود جهت درمان، حفظ سلامتی و پیدا کردن آرامش استفاده کنند؛ و خود را در برابر بیماری‌ها حفظ کنند. با استفاده از رنگ‌ها، توان یادگیری و خلاقیت خود را افزایش دهند، و ناراحتی‌های فکری و بیماری‌های جسمی را تسکین دهند.

### رنگ قرمز (قرمز روشن):

هر گاه احساس کم‌خونی یا بی‌حالی می‌کنید یا هر زمانی که حس می‌کنید سرد و رنگ‌پریده هستید؛ و یا احساس لرز می‌کنید، از رنگ قرمز استفاده کنید.

رنگ قرمز، نوعی محرک کبد و ضد التهاب است که عفونت‌های داخلی بدن را به سطح بدن می‌کشانند. مواد مغذی رنگ قرمز عبارت‌اند از: ویتامین ب۱۲ و اکسید آهن.

### رنگ نارنجی:

محرک دست‌گاه تنفس، مفید برای درمان ضعف شش‌ها، درمان آسم، سل و نفس تنگی است. همچنین از رنگ نارنجی برای درمان افراد کم‌تحرک و چاق که میزان ترشح تیروئید در آن‌ها کم است، استفاده می‌گردد. رنگ نارنجی، تیروئید را تقویت می‌کند و پاراتیروئید را کاهش می‌دهد، گرفتگی بدن و قولنج را کاهش می‌دهد؛ میزان ترشح شیر را افزایش می‌دهد، نرمی استخوان را برطرف می‌کند، پوکی استخوان را کاهش می‌دهد، و ورم شکم را از بین می‌برد. رنگ نارنجی، باعث بهبود کارایی مثانه، کلیه‌ها، کبد و

غده‌ی پانکراس می‌شود. در درمان صرع، از این رنگ استفاده می‌گردد. از رنگ نارنجی، برای درمان بیماری‌های مزمن کلیه، سنگ صفرا، آرتروز، نقرص و روماتیسم در طی دورانی که اثری از درد بیماری‌های مذکور در بیمار وجود ندارد، می‌توان استفاده کرد. املاح معدنی رنگ نارنجی عبارت‌اند از: برم، کلسیم، مس، سلنیوم و سلیکون.



### رنگ زرد:

در درمان فلج و ناهنجاری‌های عضله‌های بدن مؤثر است. همچنین برای بهبود سیستم عصبی و برای کاهش خستگی، از رنگ زرد استفاده می‌شود.

به طور کلی، رنگ زرد، کلیه فعالیت‌های بدن را تقویت می‌کند؛ به جز طحال که رنگ زرد از فعالیت آن می‌کاهد تا از سوءها ضمه، یبوست، دیابت و کاهش فعالیت اندام‌های داخلی بدن جلوگیری نماید. همچنین رنگ زرد از طریق تحریک ترشح غده‌های برون ریز، باعث تمیز شدن پوست می‌شود و انگل‌های درون روده‌ای را از میان می‌برد. املاح معدنی رنگ زرد عبارت‌اند از: منیزیم، مولیبیدیم و سدیم.

### رنگ لیمویی (ترکیبی از زرد و سبز):

این رنگ، باعث تحریک فعالیت مغز می‌شود، غده‌های تیموس را به فعالیت وامی‌دارد و مسهل و خلط آور است؛

بنابراین از این رنگ، در هنگام مواجهه با مشکلات تنفسی مانند خلط داشتن در هنگام سرماخوردگی، آسم و سرفه استفاده می‌شود. رنگ لیمویی، برای درمان پوست‌های خشک و پوسته پوسته شده و جهت استخوان سازی در بدن به کار می‌رود. رنگ لیمویی، بالا بودن سطح مواد اسیدی در بدن را خنثی می‌کند و همچنین در در مان بیهوشی‌های مزمن بدن مانند سرطان، دیابت و کم رشدی از آن استفاده می‌شود. املاح معدنی رنگ لیمویی عبارت‌اند از: طلا، ید، فسفر، نقره و سولفور.

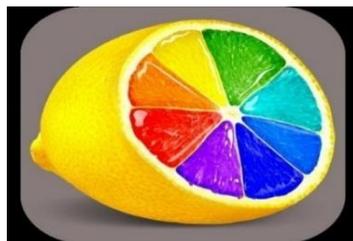
### رنگ سبز:

برای چشم، سبز ملایم ترین رنگ است و می‌تواند قدرت دید را افزایش دهد. رنگ سبز، نشاط آور و آرامش‌بخش است. این رنگ، غده هیپوفیز را به فعالیت وادار می‌دارد؛ ساخت ماهیچه و بافت‌های بدن را تقویت می‌کند و سلول‌های سخت شده و لخته‌های سلولی را در هم می‌شکند. رنگ سبز، ضد گرفتگی و انسداد، ضد عفونی‌کننده، گند زدا و پاک‌کننده است؛ بنابراین برای درمان بیماری‌های قلبی، زخم‌ها، سرطان، درمان جراحی‌ها، تقویت پوست، درمان سوختگی، برطرف کردن آب‌سیاه چشم (گلوکوما)، سردرد و ناراحتی‌های عصبی به کار می‌رود. املاح معدنی رنگ سبز عبارت‌اند از: کلرین و نیتروژن.

### رنگ آبی:

خنک‌کننده، به شدت ضد التهاب و ضد عفونی‌کننده است و از خونریزی جلوگیری می‌کند. تب را کاهش می‌دهد و مسکن درد است. رنگ آبی برای درمان کلیه بیماری‌هایی که با سرخی پوست، آماس و افزایش دمای بدن همراه باشد،

مورد استفاده قرار می‌گیرد. از این رنگ برای درمان مرحله‌های حاد آرتروز، نقرس و رماتیسم استفاده می‌شود. رنگ آبی، آرام‌بخش و تسکین‌دهنده است. ضربان را کاهش می‌دهد. فشار خون بالا را تنظیم می‌کند و برای بهبود افراد بسیار لاغر و فعال، کاربرد دارد. رنگ آبی برای درمان خارش، التهاب پوست، تحریک پذیری، بی‌خوابی، گلودرد، از دست دادن صدا، سوختگی، کبود شدگی پوست، از دست دادن آب بدن، اسهال خونی، ناراحتی‌های عصبی، سیاتیک، گوش درد، بیماری کبد و یرقان مورد استفاده قرار می‌گیرد؛ همچنین از این رنگ، برای درمان تومورها و بیماری‌های عفونی پوستی استفاده می‌شود. عنصر معدنی رنگ آبی عبارت است از: اکسیژن.



### رنگ بنفش:

اراده قوی را به ارمغان می‌آورد. آرام‌بخش و تسکین‌دهنده است؛ طحال را به فعالیت وادار می‌دارد و گلبول‌های سفید خون را دوباره سازی می‌کند. این رنگ، به قلب و عضله‌ها آرامش می‌دهد و افراد بیش‌فعال (هایپر اکتیو) را آرام می‌کند.

برای درمان بیش‌فعالی کلیه و مثانه، شب‌ادراری، ناهنجاری‌های عصبی، صرع و بی‌خوابی از رنگ بنفش استفاده می‌شود. رنگ بنفش، اشتها را نیز، کم می‌کند.

### رنگ فیروزه‌ای (ترکیبی از آبی و سبز):

بیماری‌های حاد را کنترل می‌کند و آرامش‌بخش است؛ بنابراین برای درمان

سردرد، کاهش التهاب‌ها، تسکین ناشی از آفتاب سوختگی و خارش پوست، سودمند است. برای افزایش رطوبت پوست و از بین بردن ناهنجاری‌های پوستی از رنگ فیروزه‌ای استفاده می‌شود. املاح معدنی رنگ فیروزه‌ای عبارت‌اند از: کرومی و موری.

### رنگ ارغوانی (ترکیبی از قرمز و آبی):

رگ‌های خونی را منبسط می‌کند؛ فشار خون و سرعت تپش قلب را کاهش می‌دهد و ناحیه‌ی اطراف آن را گرم می‌کند. درجه حرارت بدن را پایین می‌آورد. بنابراین در هنگام تب شدید، می‌توان از این رنگ استفاده نمود. میزان فعالیت رگ‌ها را بالا می‌برد.

### رنگ سرخ فام (ترکیبی از قرمز و بنفش):

انرژی‌زاست؛ غده‌های فوق کلیوی و عضله‌های قلب را تقویت کرده، فشار خون و فعالیت قلب را تنظیم می‌کند. همچنین این رنگ، جریان خون را منظم می‌کند؛ باعث افزایش دفع ادرار می‌گردد و برای افرادی که سنگ کلیه دارند، سودمند است. این رنگ، مکمل رنگ سبز است. عنصر معدنی رنگ سرخ فام عبارت است از: پتاسیم.

### رنگ قرمز متمایل به نارنجی (ترکیبی از دو پیمان قرمز و یک پیمان بنفش):

سرخ‌رگ‌ها را گشاد می‌کند و فشار خون را بالا می‌برد. کلیه‌ها را تقویت می‌نماید و باعث افزایش حجم ادرار می‌شود. همچنین، سرعت تولد نوزاد را افزایش می‌دهد.

## پانزده خییث



## مرتضی لکزایی

دانشجوی کارشناسی پرستاری، ورودی ۹۶

کد مقاله: ۳/۵

سندرم مارفان که به افتخار نام آنتوان مارفان، پزشک اطفال فرانسوی که در سال ۱۸۹۶ به این بیماری پی برده بود، نام گذاری شد؛ یک اختلال ژنتیکی نادر است که یک نفر از هر ده هزار نفر را مبتلا می‌سازد، و وابسته به یک نژاد خاص و جنس خاص نیست.

البته آنتوان مارفان در آن زمان علت بیماری را اختلال در خونرسانی و خون مردگی تلقی کرده بود و به جهش ژنتیکی در این بیماری پی نبرده بود. ژن مرتبط با این بیماری برای اولین بار توسط هال دیتز و فرانچسکو رامیرز در سال ۱۹۹۱ شناسایی شد.

سندرم مارفان به علت نقص یا موتاسیون در ژنی که تعیین کننده ساختمان فیبریلین است؛ ایجاد می‌گردد. فیبریلین، پروتئینی است که نقش مهمی در بافت‌های پیوندی دارد. فرد مبتلا به این سندرم، از بدو تولد به این سندرم

مبتلا است. ممکن است این سندرم تا سال‌ها تشخیص داده نشود.

## اتبولوژی:

این ناهنجاری به علت جهش در کروموزوم شماره ۱۵ رخ می‌دهد. تکه FBN1 بخشی از کروموزوم ۱۵ است که دچار اختلال می‌گردد. وظیفه این تکه، بیان دستورالعمل ساخت فیبریلین است. زمانی که این ژن به درستی بیان نشود، دستور ساخت فیبریلین به درستی بیان نشده و پروتئین، ساختار اصلی خود را نخواهد داشت. این پروتئین نقش مهمی در ساختار بافت‌های پیوندی دارد. سراسر بدن از بافت‌های پیوندی تشکیل شده است. بنابراین؛ ابتلا به این سندرم، بسیاری از ارگان‌ها از قبیل دستگاه اسکلتی، چشم، قلب، عروق خونی، سیستم عصبی، پوست و ریه را درگیر می‌کند.

## علائم:

سندرم مارفان در هر فرد با علائم خاصی همراه است. در برخی از افراد، علائم به صورت خفیف و در برخی دیگر، به طور شدید بروز می‌کند. در بسیاری از افراد، علائم با افزایش سن پیشرفت می‌کند.

در ادامه به طور اختصاصی به علائم موجود در سیستم‌های بدن می‌پردازیم:

## • سیستم اسکلتی:

افراد مبتلا به سندرم مارفان، نوعاً خیلی قد بلند هستند. باریک و بلند هستند و مفاصل سست دارند. اثر سندرم مارفان بیشتر در استخوان‌های بلند مشهود است.



شکل ۱: علامت سندرم مارفان در سیستم اسکلتی

## • چشم‌ها:

بیش از نیمی از افراد مبتلا، در جاتی از جابجایی عدسی چشم را در یک یا هر دو چشم خود تجربه می‌کنند. کندگی شبکیه نیز یکی از مشکلات جدی مبتلایان به این سندرم است. بسیاری از مبتلایان به سندرم مارفان، نزدیک بین هستند.

## • قلب و عروق خونی:

بسیاری از افراد مبتلا به سندرم مارفان با مشکلات قلبی-عروقی مواجه هستند. به علت نقص در بافت پیوندی، دیواره آئورت ممکن است ضعیف و شکننده باشد. دیلاتاسیون (باز شدن) بیش از حد آئورت منجر به پارگی آئورت می‌گردد.

## • سیستم عصبی:

مغز و نخاع به واسطه مایعی احاطه شده‌اند، که این مایع نیز توسط غشایی که سخت شامه نام دارد احاطه شده که جنس آن از بافت پیوندی است. هنگامی که سن فرد مبتلا به سندرم افزایش می‌یابد؛ بافت سخت شامه سست‌تر و ضعیف‌تر می‌گردد و اتساع می‌یابد. این تغییر ممکن است سبب درد، بی‌حسی و کرختی و ضعف پاها گردد.

## • ریه:

اگرچه اختلال در بافت پیوندی سبب می شود که کیسه های هوایی واقع در ریه کمتر متسع شوند؛ اما به طور کلی مبتلایان به این سندرم مشکلات کمی را در سیستم تنفس خود تجربه می کنند.

به طور کلی علائم عمومی سندرم مارفان شامل موارد زیر است:

- ظاهر بلند و لاغر
- نزدیک بینی و جابجایی عدسی
- مفاصل سست و در معرض آسیب
- کاهش الاستیته بافت ریه

• ضعف دیواره آئورت

• اسکولیوزیس (یک انحنای غیر طبیعی در ستون فقرات)

• صورت دراز و کشیده

• مشکلات آرواره ای

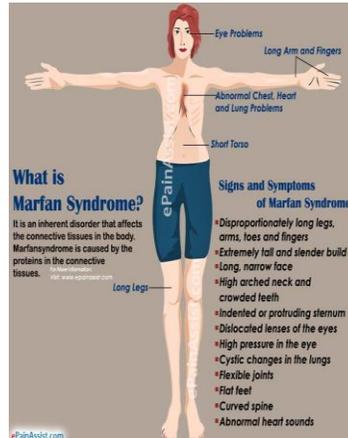
## تشخیص:

متأسفانه هیچ آزمایش تشخیصی برای سندرم مارفان وجود ندارد. تشخیص پزشکی، تنها به واسطه مشاهده و تاریخچه کامل پزشکی است که این مشاهدات و تاریخچه شامل موارد زیر است:

معیارهای تشخیص سندرم مارفان به صورت بین المللی در سال ۱۹۹۶ مورد توافق سازمان بهداشت جهانی قرار گرفت که این معیارها عبارتند از:

اطلاعات کامل درباره همه اعضای خانواده که ممکن است سابقه مشکل و یا مرگ زود هنگام مرتبط با بیماری های قلبی داشته باشند، ارزیابی بالینی کامل،

ارزیابی سیستم اسکلتی، نسبت اندازه بازو و پا به قد و آزمایشات چشمی.



شکل ۱: سندوم مارفان، علائم و نشانه ها

## درمان:

متأسفانه سندرم مارفان همانند سایر بیماری های ژنتیکی قابل درمان نیست و هیچ راهی برای اصلاح ناهنجاری بافت پیوندی نیست.

هدف درمان، ثابت نگه داشتن روند بیماری قبل از اینکه به مراحل حاد رسیده و عوارض خطرناکی را ایجاد نماید، می باشد.

برخی از افراد، دارو تجویز می نمایند که استفاده از این داروها نیز، خود یک بحث چالش برانگیز است. بتابلوکرها فرآیند دیلاتاسیون را به تأخیر می اندازند. استفاده از آنتی کوآگولانت ها از قبیل وارفارین پس از جایگزینی درجه قلب مصنوعی ضرورت می یابد. آنتی بیوتیک ترابی داخل وریدی برای جلوگیری از اندوکاردیت باکتریال، ضروری است. جراحی های قلبی-عروقی امکان بقای بیمار را بیشتر فراهم می آورد. استفاده از لیزر نیز برای درمان کندیگی شبکیه مفید است.

## پیش آگهی:

سندرم مارفان یک اختلال مادام العمر است. تشخیص زودرس و پیشرفت تکنولوژی پزشکی کیفیت زندگی بیماران را بهبود بخشیده است. در سال های قبل، افراد مبتلا به سندرم مارفان در سن چهل سالگی می مردند؛ اما امروزه بیشتر افراد مبتلا تا سن شصت سالگی عمر می کنند. شاید پیشگیری از اتساع بیش از حد آئورت و گسیختگی آن، توجهی برای افزایش طول عمر بیماران باشد.

## واقعیت‌های نهفته‌ی رؤیا



### شقایق حاجی عباسی

دانشجوی کارشناسی پیوسته بهداشت عمومی، ورودی ۹۸

کد مقاله: ۴/۵

### خواب چیست؟

خواب (Sleep) عبارت است از عدم توانایی ارادی در کنترل محیط فیزیکی و کاهش یا فقدان سطح هوشیاری، تعلیق نسبی ادراکات حسی و غیرفعال شدن تقریباً تمام عضلات ارادی در زمان استراحت، به طوری که فعالیت بدن و ذهن تغییر کرده و توهم‌های بینایی جایگزین تصاویر واضح واقعی بشوند. در بین پستانداران، پرندگان، ماهیان و دیگر جانوران، مرا حل خواب و بیداری وجود دارد.

### فواید خواب

خواب برای سلامت و بازسازی سیستم اعصاب، سیستم ایمنی و سیستم عضلانی-اسکلتی انسان‌ها و جانوران اهمیت دارد. خوابیدن باعث می‌شود که توانایی‌های ادراکی خود مانند حافظه،

صحبت کردن و تفکر خلاق را در حد مطلوب نگه داریم. به عبارت دیگر، خواب نقش مهمی در رشد مهارت‌های مغزی ما دارد.



خواب به افراد این امکان را می‌دهد تا به برآورد حجم عظیم اطلاعات و دانشی بپردازند که به شکل فوری در ذهنشان خطور نمی‌کند و ذهن افراد این امکان را می‌دهد تا ارتباط‌های دیگری را در ذهن بیابند که ممکن است در حل مساله مؤثر باشد.

مطالعات الکتروفیزیولوژیک نشان داده است خواب، تنظیم کننده عملکرد نورونها در طول ذخیره سازی حافظه است، نقش مهمی در تبدیل حافظه کوتاه مدت به بلندمدت، ذخیره سازی و بازیابی حافظه در هیپوکامپ داراست.

اعتقاد به الهی بودن رؤیا نه تنها در نوشته‌های باستانی بلکه در تمدن‌های مختلف یاد شده. تحلیل رؤیا، فنی است که از دیرباز و از روزگاران کهن همواره در باورها و اعتقادات مردم جایگاه بسیار ویژه ای داشته است.

### نقش رؤیاها

رؤیاها کارکردی دفاعی دارند و تعارضات را به شیوه‌ای مسالمت آمیز به تصویر می‌کشند؛ به طوری که تفسیر صحیح آن می‌تواند در مدیریت استرس و کاهش اضطراب مؤثر واقع شود.

هارتمن (1995) اثرات مثبت تحلیل رؤیا را بر افسردگی، تندخویی و زود رنجی ز نان در طول زمان تنش‌های پیش از قاعدگی نشان داد؛ به طوری که رؤیابینی می‌تواند به زنان در هنگام شرایط دشوار عاطفی و اضطراب کمک کند.



علاوه بر آگاهی تعارضات ناهشیار، رؤیاها منجر به آگاهی از خود هم می‌شوند. زیرا رؤیاها صادق هستند. در رؤیاها مردم خود را آن طور که هستند نشان می‌دهند نه به گونه‌ای که مایلند دیده شوند؛ بدون نقاب‌های اجتماعی در وقت بیداری و فارغ از دفاع‌های روان‌شناختی. بنابراین افراد می‌توانند با درک رویاهای خود به درک هر چه بیشتر از خود نائل شوند.



به علاوه یکی از مهم‌ترین کارکرد رؤیاها پالایشی بودن آن‌هاست که از طریق دیدن کابوس‌های شبانه اتفاق

که در عین مجزا بودن، در هم تنیدگی خاصی دارند. لذا با توجه به گستردگی در این حوزه و اهمیتی که در زندگی بشر دارد و با توجه به پیشرفت‌های روز افزون در این حوزه، هنوز به نظریه فراگیر و الگویی یکپارچه درباره خواب و رؤیا که بتواند تمام جنبه‌های آن را پوشش دهد، دست نیافته‌اند. از این روی، هنوز راه زیادی برای دست یافتن به ماهیت دقیق کارکرد و محتوای خواب و رؤیا مانده است.

تحلیل رؤیاها را معنادار، آرامش‌دهنده و مفید توصیف می‌کنند و رؤیاها می‌توانند برای تشخیص، تحقیق و درمان اختلالات روانی در زمینه بالینی موثر واقع شوند.



در همین زمینه، کریستن مارلو عقیده دارد رؤیای شفاف می‌تواند به عنوان نوعی درمان شناختی-رفتاری عمل کند و در خلاصی از ترس‌ها و هراس‌های عمومی و درمان اختلال وسواس فکری-عملی شدید مؤثر واقع شود. حتی بعضی از مطالعات نشان داده‌اند، تحلیل رؤیاها می‌تواند به اختلالات روانی که کارکرد هشدار دارند، می‌تواند خبر از یک اختلال

شدید بیولوژیکی دهند و منجر به تقویت توجه پزشکی در تشخیص بیماری شده و زندگی بیماران را تغییر دهند.

### کلام آخر

مقوله رؤیا، با توجه به تصویرسازی منحصر به فردی که در آن مشاهده می‌شود، از دیرباز مورد توجه بسیار بوده است. این تصویر سازی منحصر به فرد سبب نگاه معنوی به آن در طول تاریخ شده و همواره، از آن به عنوان ابزاری برای ارتباط با جهان دیگر (و یا هر مقوله ناشناخته‌ای) استفاده می‌شده است. خواب و رؤیا دو مقوله پیچیده‌ای هستند

می‌افتد. دیدن کابوس‌های شبانه بر خلاف تاثیر هولناک اولیه شان پس از بیداری یا رویت تصاویر وحشتناک و دلهره آور در طول خواب، در واقع به بیننده ی رو یا کمک می‌کنند که بعد از تجربه ی کابوس دلهره آور، به دلیل تخلیه نیمه از هیجانات و تجربه های ترسناک و تخلیه خشم و اضطراب انبار شده در ناخودآگاه که از تحمل فرد خارج شده است در ادامه روز آرامش بیشتری را تجربه کنند.

نواحی مختلف زیادی در مغز وجود دارد که در سیستم کنترل خواب و بیداری دخیل هستند. این نواحی، مکانیسم‌های فیزیولوژی خواب را تحت تأثیر قرار می‌دهند.

کنترل خواب و بیداری توسط انواع مختلفی از فاکتورهای ناقل عصبی به شدت حفظ شده‌اند. آدنوزین، اکسید نیترویک، نورون های گابا با اثر یک نقش مهمی در تنظیم خواب و بیداری در مغز ایفا می‌کنند.

### مطالعات و پژوهش‌ها

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که محتوای رؤیای هر فرد نه تنها می‌تواند تحت تأثیر محرک‌های درونی و خاطرات روزمره قرار بگیرد؛ بلکه محرک‌های بیرونی ارائه شده هم می‌تواند در محتوای رؤیا تاثیر گذار باشد. مطالعات اخیر نشان داده‌اند گرچه محرک‌های بیرونی در خواب کاهش می‌یابند، اما به طور کامل از بین نرفته و توانایی پاسخ‌گویی مغز به محرک‌های بیرونی هم‌چنان باقی است.

در حال حاضر، تفسیر رؤیا یکی از روش‌های درمانی روان‌پویایی به حساب می‌آید و همچنین عده‌ای از دانشمندان

## پایان راه ایدز!؟

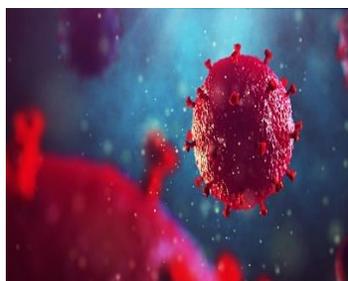


علی سلگی

دانشجوی کارشناسی پرستاری، ورودی ۹۷

کد مقاله: ۵/۵

می‌شود، ولی در این دسته ویروس‌ها بالعکس است. عفونت با HIV با انتشار حاد ویروس در خون آغاز می‌شود و پس از این مرحله، شمارش ویروس‌ها در خون تا صد برابر کاهش می‌یابد و سپس یک دوره نهفتگی بالینی آغاز می‌شود. در ابتدا تصور میشد که این دوره یک دوره حقیقی نهفتگی ویروسی است که در آن HIV درون ژنوم میزبان به صورت غیر فعال قرار می‌گیرد؛ اما بعدها مشخص شد که سلول‌های خاصی (سلول‌های دنتریک) در بافت‌های نهادی با ویروس پوشیده شده‌اند و بنابراین حتی در مرحله‌ای که ویروس در خون دیده نمی‌شود میزان آن در بدن بالاست.



بدون شک یکی از بزرگ‌ترین معضلات جامعه بشری پس از جنگ جهانی دوم، ایدز است. ایدز نوعی بیماری است که به صورت سندرم تظاهر یافته و برای اولین بار در سال ۱۹۸۱ میلادی در کشور آمریکا گزارش شد.

## HIV

HIV یک رتروویروس است که به سلول‌های دستگاه ایمنی بدن حمله می‌کند. رتروویروس‌ها ویروس‌هایی هستند که ژنوم آن‌ها از RNA تشکیل شده است. بنابراین برای تکثیر خود به آنزیمی به نام نسخه بردار معکوس (Reverse Transcriptase) وابسته هستند که ژنوم RNA آن‌ها را به DNA نسخه برداری می‌کند تا سپس بتواند با کمک آنزیمی بنام اینگراز وارد ژنوم سلول میزبان کند و به این ترتیب امکان تکثیر ویروس به وجود می‌آید. کلمه رترو (معکوس) در نام این نوع ویروس‌ها نیز به همین خاطر است، چرا که معمولاً نسخه برداری از DNA به RNA انجام

RNA دار است که از آنزیم نسخه بردار معکوس برای تبدیل RNA خودش به DNA استفاده می‌کند و این روند باعث می‌شود که احتمال بیشتری برای جهش در HIV نسبت به ویروس‌های DNA دار وجود داشته باشد. بنابراین امکان مقاومت سریع ویروس به درمان وجود دارد.

دوم اینکه این تصور رایج که HIV یک ویروس کشنده است صحت ندارد. اگر HIV یک ویروس کشنده بود خودش هم به زودی از بین می‌رفت چرا که HIV نوعی انگل درون سلولی بوده و به سلول میزبان خود وابسته است و فرصت چندانی برای عفونت‌های جدید باقی نمی‌ماند. در واقع HIV سال‌ها در بدن باقی می‌ماند و از راه‌های مختلف مانند رابطه جنسی، انتقال خون و انتقال از مادر به نوزاد، دیگران را هم آلوده می‌کند.

حتی در سال‌های اخیر، این تصور که عفونت مستقیم HIV باعث کاهش یافتن سلول‌های TCD4+ می‌شود مورد تردید قرار گرفته است. در واقع علت کاهش سلول‌های ایمنی به این امر مربوط می‌شود که پروتئین سازنده پوشش HIV به آسانی از ذرات ویروس‌ها جدا و به خون وارد می‌شود و آن را پر می‌کند. این پروتئین‌ها مانند چسب، سلول‌های TCD4+ را به یکدیگر می‌چسبانند، از طرف دیگر دستگاه ایمنی بدن به آن‌ها واکنش نشان می‌دهد و باعث می‌شود سایر سلول‌های ایمنی بدن به سلول‌های TCD4+ خود بدن حمله کنند و آن‌ها را از بین ببرند؛ در نتیجه بدن توان مقابله با عفونت‌های مختلف را ندارد.

HIV با آلوده کردن سلول‌های ویژه‌ای از سیستم ایمنی به نام لنفوسیت‌های T کمک کننده یا TCD4+ که زیر گروهی از گلبول‌های سفید هستند و به طور طبیعی پاسخ ایمنی به عفونت را تنظیم می‌کنند باعث بیماری می‌شود. هنگامی که میزان سلول‌های TCD4+ در فرد آلوده به HIV تا حد معینی سقوط می‌کند، آن فرد به طیفی از بیماری‌ها مستعد می‌شود که در حالت معمول، بدن می‌تواند آن‌ها را کنترل کند؛ اما این عفونت‌ها فرصت طلب هستند و باعث مرگ فرد می‌شوند.

## مشکلات مبارزه با HIV

اول اینکه HIV یک ویروس

## چرخه زندگی HIV

ویروس HIV از طریق مولکول‌های خاصی به سلول‌های TCD4+ متصل می‌شود. هنگامی که HIV به سلول‌های TCD4+ متصل می‌شود یک ساختار ویروسی به نام GP41 به داخل غشای سلول نفوذ می‌کند و RNA ویروس و آنزیم‌های مختلف از جمله نسخه‌بردار معکوس، اینگراز و پروتئاز به داخل سلول تزریق می‌شوند. مرحله بعد تولید DNA از روی RNA ویروس یا کمک آنزیم نسخه‌بردار معکوس است. در صورت موفقیت این عمل، DNA اولیه ویروس با استفاده از آنزیم اینگراز وارد DNA سلول میزبان می‌شود. هنگامی که سلول میزبان تولید پروتئین‌های ویروسی را از روی DNA پروویروسی آغاز می‌کند؛ آنزیم پروتئاز پروتئین‌های نوینید HIV را به هم وصل می‌کند تا ذرات ویروسی HIV به وجود آیند. ذرات ویروسی تازه تولید شده با جوانه زدن بر روی سطح سلول میزبان از آن خارج می‌شوند.

## قرصی برعلیه HIV

Truvada یک قرص است که برای درمان عفونت HIV و پیشگیری از ابتلا به آن در مردی که ریسک بالای ابتلا به این عفونت را دارند استفاده می‌شود. تراوادا دو دارو در یک قرص به نام‌های emtricitabine و tenofovir disoproxil fumarate است که هر دوی این داروها در دسته nucleoside reverse transcriptase inhibitors (NRTIs) طبقه بندی می‌شوند و از رونویسی معکوس جلوگیری می‌کنند. این دو دارو، داروهای Antiviral هستند (Antiviral ها

## کلام آخر

طبق نتایج تحقیقات انجام شده بعد از استفاده از تراوادا به مدت ۱۴۴ هفته در ۷۱ درصد از افراد مصرف کننده کاهش چشمگیر سطح عفونت و در ۴۲ تا ۵۳ درصد از افرادی که ریسک بالایی در ابتلا به عفونت HIV داشتند کاهش ابتلا به عفونت وجود داشت.

داروهایی هستند که برای درمان عفونت‌های ویروسی استفاده می‌شوند) و به طور اختصاصی برای جنگ با ویروس HIV استفاده می‌شوند.

## درمان HIV

طبق راهبردهای درمانی تراوادا در تداخل با دیگر Antiviral ها استفاده می‌شود تا برای کاهش مراحل ابتلا به بیماری (مراحل ابتلا به بیماری عبارت‌اند از: عفونت حاد، مرحله نهفتگی، بزرگی منتشر و پایدار غدد لنفاوی، مرحله قبل از ایدز و حالات وابسته به ایدز و ایدز) اثرگذاری داشته باشد و اثرات جانی کمتری روی قسمت‌های مختلف داشته باشد.

## استفاده از تراوادا

تراوادا قرصی است که توسط سازمان FDA برای درمان و پیشگیری از ابتلا به HIV استفاده می‌شود.

## PEP و PREP

زمانی که از تراوادا برای پیشگیری از ابتلا به HIV برای افراد با ریسک بالا مثل افرادی که شریک جنسی مبتلا به HIV دارند، استفاده می‌شود، Pre-exposure prophylaxis یا PEP نامیده می‌شود.

زمانی که از تراوادا برای پیشگیری از ابتلا به HIV برای افرادی که به طور آشکار احتمال ابتلا به HIV دارند، مثل افرادی که در بیمارستان نیدل استیک می‌شوند استفاده میشود، Post-exposure prophylaxis یا PEP نامیده می‌شود.

## نوزاد متشنج



## حسین توپا اسفندیاری

دانش آموخته کارشناسی پرستاری

کد مقاله: ۶/۵

تشنج‌های دوران نوزادی معمولاً تظاهر بالینی یک بیماری زمینه‌ای جدی می‌باشند. شایع‌ترین علت تشنج‌های دوران نوزادی (کودکان ترم و زودرس)، آسفالوپاتی ایسکمیک هاپیوکسیک به طور ثانویه به آسپکسی دوران پره ناتال است.

هر چند یک تشنج، به تنهایی تهدیدی برای زندگی نیست؛ ولی یک اورژانس پزشکی محسوب می‌شود؛ زیرا نشانه‌ای از فرآیند بیماری بوده که ممکن است سبب آسیب غیر قابل برگشت مغزی شود. به این ترتیب، تشخیص تشنج به اندازه شناسایی علت آن، حائز اهمیت است و باید درمان شود.

## پاتوفیزیولوژی

مشخصات تشنج دوران نوزادی در شیرخواران بزرگ‌تر با کودکان متفاوت است. به طور مثال، تشنج ایجاد شده به صورت حرکات تونیک-کلونیک در کودکان بزرگ‌تر و ندرتاً در شیرخواران، به ویژه شیرخواران زودرس مشاهده می‌شود.

مغز نوزاد با ساختار آناتومیکی و فیزیولوژیکی نارس و سازمان‌دهی کمتر قشر (مغزی) قادر به شروع و حفظ تشنج عمومی نیست.

تکامل ساختمان لیمبیک در ارتباط با دیانسفال و پایه مغز، در برگیرنده‌ی فرکانس بالای تشنج‌جاتی است که به صورت حرکات دهانی، انحرافات چشمی و آپنه نشان داده می‌شود.

## تظاهرات بالینی

تشنج‌های نوزادی ممکن است به صورت خفیف یا کاملاً آشکار باشند. از آنجا که منشأ تشنج‌های نوزادی، تحت قشری می‌باشد؛ اتیولوژی و پیش‌آگهی آن نسبت به تشنج‌های دوران کودکی حائز اهمیت نیست.

نوع تشنج به ندرت حائز اهمیت است؛ زیرا هر یک از آنها ممکن است تظاهرات متنوعی داشته باشند.



تشنج‌های نوزادی را می‌توان به چهار گروه اصلی تقسیم کرد. این تقسیمات شامل تشنج کلونیک، تونیک، میوکلونیک و تشنج‌های جزئی است که بر حسب شدت، با یکدیگر متفاوت‌اند. تشنج‌های نوع کلونیک، کلونیک چندکانونی و کلونیک مهاجرتی در شیرخواران ترم رایج‌تر است.

**Jitterness** یا لرزش در نوزادان، به ارتعاش تکراری یک اندام یا اندام‌ها اطلاق می‌گردد که ممکن است در حین گریه یا تغییر حالت خواب (مراحل خواب) و یا وارد کردن محرک رخ دهد. لرزش در نوزادان نسبتاً شایع بوده و موارد خفیف آن ممکن است در طی 4 روز اول زندگی، طبیعی در نظر گرفته شود.

**Jitterness** با در نظر گرفتن چند مشخصه، قابل افتراق از تشنجات است. حرکات چشمی مشابه آنچه در تشنج دیده می‌شود، در jitterness وجود ندارد. حرکت عمده در jitterness به شکل لرزش است؛ در حالی که در تشنج، به صورت کلونیک می‌باشد که با خم کردن عضو مبتلا، متوقف نمی‌شود. Jitterness نسبت به محرک‌ها بسیار حساس می‌باشد؛ در حالی که تشنج این گونه نیست.

در مواردی که حرکات چرخشی بیش از روز چهارم ادامه یابد؛ حرکات پا پیدار و طولانی به دنبال یک محرک ایجاد می‌شود یا در مواردی که با تحریک ضعیف بیمار به سادگی برانگیخته می‌شود، انجام ارزیابی‌های بیشتر ضروری است.

**ترمور** به حرکات تکراری دست‌ها (با یا بدون حرکت پاها و فک) با فرکانس ۵-۲ بار در ثانیه و تداوم بیش از ۱۰ دقیقه اطلاق می‌شود، که در بین شیرخواران تازه متولد شده شایع است و به دلایل گوناگونی از قبیل آسیب سیستم عصبی، هیپوگلاسیسمی و هیپوکلسمی ایجاد می‌شود.

ترمورها در اغلب موارد از نظر پاتولوژی دارای اهمیت زیادی نیستند.

## ارزشیابی تشخیصی

ارزشیابی اولیه و تشخیص تشنج، یک مسئله ضروری است. علاوه بر انجام معاینه فیزیکی دقیق، تاریخچه بارداری و خانوادگی جهت تعیین دلایل فامیلی و حین بارداری کسب می‌شود. نمونه خون جهت بررسی میزان گلوکز و الکترولیت‌ها و نمونه CSF جهت آزمایش از نظر خون روشن، شمارش سلول‌ها، پروتئین، قند و انجام کشت اخذ می‌شود.

الکتروانسفالوگرافی ممکن است در شناسایی تشنج جزئی کمک کننده باشد؛ اما در راستای دستیابی به تشخیص، ارزش کمتری دارد. EEG ویدئویی مداوم، استاندارد طلایی جهت بررسی تشنج‌های نوزادی محسوب می‌شود.

سایر روش‌های تشخیصی از قبیل CT-Scan، اولتراسونوگرافی و نیز اکوانسفالوگرافی ممکن است انجام گیرد. بیماری‌های متابولیک ارثی بر اساس وضعیت هر فرد باید ارزیابی شود.

## تدابیر درمانی

درمان به طور مستقیم در جهت پیشگیری از آسیب مغزی، اصلاح عدم تعادل متابولیکی، حمایت تنفسی و یا قلبی-عروقی و نیز سرکوب نمودن حمله تشنج سازماندهی می‌شود. علل زمینه‌ای درمان می‌شوند (مانند تزریق گلوکز جهت هایپوگلاسمی، کلسیم برای هایپوکلسمی و همچنین آنتی بیوتیک در درمان عفونت).

در صورتی که نیاز باشد، حمایت تنفسی جهت هایپوکسی برقرار شده و داروهای ضد تشنج ممکن است تجویز گردد، مخصوصاً در مواردی که سایر روش‌ها به

منظور کنترل تشنج با شکست مواجه می‌شوند.

فنوباریتال داروی انتخابی بوده که به صورت وریدی یا خوراکی در موارد تشنج شدید و ثابت استفاده می‌شود. از داروهای دیگر، می‌توان فس فنی توتین سدیم، فنی توتین (دیلاتین)، لووتیراستام لورازپام را نام برد.

## تدابیر پرستاری

مسئولیت اصلی پرستار در مراقبت از شیرخواران مبتلا به تشنج، شامل شناسایی تشنج نوزاد و شروع درمان، ادامه رژیم درمانی، در نظر گرفتن پاسخ بیمار نسبت به درمان و سایر شواهد تشنجات است.

بررسی و ابعاد دیگر مراقبت، همانند مواردی است که برای شیرخواران پرخطر انجام می‌شود. والدین نیاز به کسب اطلاعات در مورد وضعیت شیرخوار دارند و پرستار باید توضیحات پزشک را تقویت نموده و کاملاً روشن سازد.

باید رفتارهای شیرخوار را برای والدین تفسیر نمود و پاسخ‌های شیرخوار به درمان، پیش بینی شده و این امر مهم شرح داده شود. والدین از نظر ملاقات شیرخوار و انجام وظایف مطابق با طرح مراقبتی تشویق می‌شوند.

نحوه تجویز داروهای ضد تشنج توصیه شده و عوارض جانبی آن‌ها نیز به والدین آموزش داده شود.

تشنج پدیده‌ی ترسناکی است که سبب بروز اضطراب و ترس می‌شود که به سادگی، با نگرانی معقول پرستار تشدید می‌شود. ارائه حمایت و راهنمایی، عملکرد مهمی در پرستاری است.

## و سواس، خوره‌ای که مغزتان را نابود می‌کند!!!



فاطمه احمدیان

دانشجوی کارشناسی پرستاری، ورودی ۹۷

کد مقاله: ۷/۵

اختلال وسواس فکری-عملی، اختلالی مزاحم و اذیت کننده است، که موجب اختلال کارکرد در بیمار می‌شود و وقت زیادی را از او می‌گیرد؛ و به علت تکراری، مداوم و عبت بودن آن، صدمه جدی به بیمار می‌زند.

ویژگی اصلی این اختلال، وجود وسواس‌های فکری و عملی مکرر و شديدی است که سبب عذاب و ناراحتی بسیاری در بیمار می‌شود. همچنین موجب اتلاف وقت شده و اختلال در کارکردهای شغلی، اجتماعی و روابط بین فردی ایجاد می‌کند.

این اختلال از دو مشخصه **وسواس** و **اجبار** تشکیل شده است. وسواس نیز شامل دو حالت وسواس فکری و وسواس عملی می‌باشد. وسواس، نوعی فکر، عقیده یا احساس مزاحم و تکرار شونده و دائمی می‌باشد، که به علت اجباری بودن، بیمار را شدیداً مضطرب می‌نماید.

این افکار و عقاید، می‌تواند شامل فکر آلودگی، تردید، ایجاد تقارن، خاطرات ناخوشایند و... باشند. وسواس فکری نوعی فرآیند ذهنی است؛ در حالی که وسواس عملی، نوعی رفتار می‌باشد.

اعمال وسواسی، رفتارهایی خودآگاه، تکراری و غیر قابل کنترل هستند که در مقابل افکار و تکانه‌های اجباری انجام می‌گیرند. برای مثال: شست و شو، بررسی کردن و منظم کردن و...

اگر فرد در مقابل انجام وسواس عملی مقاومت به خرج دهد نیز اضطراب افزایش می‌یابد. وی در عین آگاهی از بیهوده و اشتباه بودن اعمال خود، مجبور به تکرار آن‌ها می‌باشد.

بیمار مبتلا به اختلال وسواسی-جبری ممکن است فقط وسواس فکری یا وسواس عملی و یا هر دوی آن‌ها را با هم داشته باشد.



### ویژگی‌ها:

**اولین** ویژگی وسواس این است که تکانه‌ها بر خلاف خواست و تمایل فرد می‌باشند. به عنوان مثال، فردی که به نظافت اهمیت می‌دهد، افکار آلودگی به ذهنش هجوم می‌آورند. یا فردی که شدیداً مذهبی است، تکانه‌های وسواسی غیر مذهبی، او را دچار اضطراب می‌کنند.

**دومین** ویژگی وسواس این است که بیمار اعتقاد دارد که این افکار و تکانه‌ها متعلق به خودش است و برای فرد دیگری نیست.



### اپیدمیولوژی

شیوع اختلال OCD حدود ۲ الی ۳ درصد می‌باشد. اختلال وسواسی-جبری پس از اختلال فوبیا، اختلالات مرتبط با مواد و اختلال افسردگی اساسی، **چهارمین** بیماری روانپزشکی از نظر شیوع می‌باشد.

میزان ابتلا در مردان و زنان یکسان است، اما شیوع آن در سنین نوجوانی در پسران بیشتر از دختران می‌باشد. میانگین سن ابتلا به این اختلال در زنان، ۲۲ سالگی و در مردان، ۱۹ سالگی می‌باشد و تقریباً در ۱۵ درصد افراد مبتلا، علائم پس از ۳۵ سالگی بروز می‌کنند.

اختلال وسواسی-جبری در ۶۷ درصد موارد، همراه با افسردگی اساسی و در ۲۵ درصد موارد نیز همراه با جمعیت‌هراسی مشاهده می‌شود. همچنین اختلالاتی چون اختلال سوء مصرف الکل، اختلال اضطراب منتشر، اختلالات شخصیت، اختلال توره، اختلالات خوردن، فوبیای اختصاصی و اختلال وحشت‌زدگی می‌توانند همراه با اختلال وسواسی-جبری مشاهده شوند.

### رفتاردرمانی

در برخی مطالعات، رفتار درمانی را در درمان اختلال وسواسی-جبری به اندازه دارودرمانی مؤثر می‌دانند. روش‌های اصلی در رفتاردرمانی، شامل مواجهه‌سازی، حساسیت‌زدایی تدریجی، بازداری اندیشه و غرقه‌سازی می‌باشند.

سایر درمان‌ها شامل روان‌درمانی خانواده جهت کمک به بیمار برای سازگاری بهتر با بیماری می‌باشد. همچنین ECT و در نهایت جراحی روانی در موارد بسیار شدید بیماری می‌توانند مؤثر واقع شوند.



### اختلالات مرتبط:

- ۱) اختلال کندن مو و پوست
- ۲) اختلال بد شکلی بدن
- ۳) اختلال احتکار

مستقیمی قائل شده است. نظریه یادگیری، و سواس فکری را نوعی محرک شرطی می‌داند.

### ۴ عوامل روانی-اجتماعی:

اختلال وسواسی-جبری با اختلال شخصیت وسواسی-جبری متفاوت است. بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری، اکثراً پیش از ابتلا، علائم اختلال شخصیت وسواسی-جبری را نداشته‌اند؛ اما حدود ۱۵ تا ۳۵ درصد آنان از قبل مبتلا بوده‌اند.

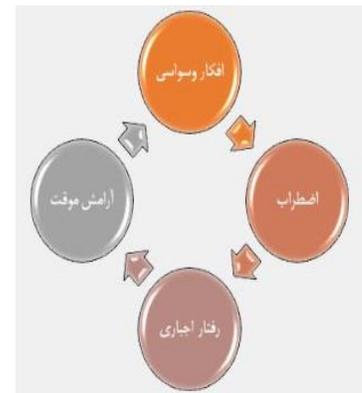
### ۵ عوامل روان‌پویایی:

عوامل روان‌پویایی در ایجاد و دوام علائم و حتی درمان اختلال وسواسی-جبری مؤثر می‌باشند. اکثر بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری از قبول دارودرمانی و رفتاردرمانی خودداری می‌کنند، زیرا به اختلال خود، بینش و آگاهی ندارند.

### درمان

درمان اختلال وسواسی-جبری به دو طریق درمان دارویی و رفتاردرمانی امکان‌پذیر است. اگرچه به علت اهمیت عوامل زیست‌شناختی در اتیولوژی این اختلال، درمان دارویی در اولویت قرار دارد.

جهت دارودرمانی، داروهای SSRI و کلومیپرامین مؤثرند. انتخاب اول نیز اصولاً داروی **فلوکستین** می‌باشد. همچنین داروهای سیتالوپرام، فلووکسامین و کلومیپرامین در درمان این اختلال مؤثرند.



### اتیولوژی

### ۱ عوامل زیست‌شناختی:

عواملی همچون فرضیه بی‌نظمی سیستم سروتونرژیک، از علل ابتلا به اختلال وسواسی-جبری می‌باشد، زیرا مطالعات نشان می‌دهند داروهای سروتونرژیک بیش از سایر داروها در بهبود علائم این اختلال مؤثرند.

مطالعات تصویربرداری از مغز این افراد، تفاوت‌های بارزی در مقایسه با افراد سالم، به صورت افزایش فعالیت (متابولیسم و گردش خون) در لب فرونتال مغز را نشان می‌دهند.

همچنین عفونت‌های استرپتوکوکی سیستم اتوایمیون در ایجاد علائم اختلال وسواسی-جبری مؤثر شناخته شده است.

### ۲ ژنتیک:

تاکنون عوامل ژنتیکی در بروز این اختلال اثبات نشده است، ولی این اختلال در بستگان درجه یک بیمار شیوع ۵ - ۳ برابر نسبت به افراد سالم دارد.

### ۳ عوامل رفتاری:

نظریه رفتاری، بین افکار و اعمال وسواسی و یادگیری و شرطی شدن ارتباط

## راز بقای حیاتی ترین عضو بدن



### فاطمه ترکانی

دانشجوی کارشناسی پرستاری، ورودی ۹۷

کد مقاله: ۸/۵

سکته مغزی بعد از بیماری قلبی و سرطان، به عنوان سومین علت مرگ در جهان مطرح است.

سکته مغزی را می توان به دو نوع اصلی تقسیم بندی کرد: سکته های ایسکمیک (۸۷٪) که در آن، انسداد عروق و افت بارز پرفیوژن مغزی صورت می گیرد؛ و سکته های هموراژیک (حدود ۱۳٪) که در آن، تراوش یا نشست خون از داخل عروق به درون مغز یا فضای زیر عنكبوتیه رخ می دهد.

سکته ایسکمیک، حادثه مغزی عروقی (CVA)، یا آنچه که تحت عنوان حمله مغزی شناخته می شود، توقف ناگهانی عملکرد مغز در پی قطع روند خونرسانی به ناحیه ای از آن است. وضعیت مذکور یکی از فوریت ها در زمینه ی مراقبت های بهداشتی محسوب شده و مشابه حمله قلبی است.

تنها در مان ترومبولیتیکی که توسط سازمان غذا و داروی ایالات متحده (FDA) مورد تأیید قرار گرفته، دارای دوره ی پنجره ۳ ساعته است که از شروع سکته ی مغزی محاسبه می شود، در برخی گزارش های علمی، افزایش مدت استفاده از آن تا ۴/۵ ساعت نیز مورد تأیید قرار گرفته است. دانستن این نکته برای عموم مردم و متخصصین مراقبت های بهداشتی ضروری است که پس از وقوع سکته ی مغزی باید بیماران را برای انجام بررسی و تزریق دارو، سریع به بیمارستان انتقال دهند.

پیشگیری اولیه همچنان به عنوان بهترین شیوه در رابطه با سکته های ایسکمیک باقی مانده است. داشتن شیوه زندگی سالم، مانند عدم استعمال سیگار، داشتن فعالیت بدنی (حداقل ۴۰ دقیقه در روز، ۳-۴ روز در هفته)، حفظ وزن متعادل و رژیم غذایی سالم، می تواند خطر سکته ی مغزی را کاهش دهد.

### سکته های هموراژیک

خونریزی، علت وقوع حدود ۱۳٪ سکته های مغزی است. پیشگیری اولیه سکته های هموراژیک شامل کنترل فشارخون و بهبود بخشیدن به عوامل خطرزای حائز اهمیت (آنوریسم، AVM) است. (پرستاری داخلی-جراحی برونر و سودارث، مغز و اعصاب، ۱۳۹۸)



به طور کلی از حروف موجود در "F.A.S.T" برای تشخیص علائم سکته مغزی و دانستن زمان تماس با ۱۱۵ استفاده کنید.

### افتادگی صورت (F: Face drop):

آیا یک طرف صورت، افتاده یا بی حس است؟ از شخص بخواهید لبخند بزند. آیا لبخند فرد ناهموار است یا مبهم؟



Face Drooping

Does one side of the face droop or is it numb? Ask the person to smile. Is the person's smile uneven or lopsided?

### ضعف بازو (A: Arm weakness):

آیا یک دست ضعیف است یا بی حس؟ از شخص بخواهید هر دو دست خود را بالا بیاورد. آیا یک دست به سمت پایین حرکت می کند؟



Arm Weakness

Is one arm weak or numb? Ask the person to raise both arms. Does one arm drift downward?

### گفتار (S: Speech):

آیا گفتار مبهم است؟ آیا شخص قادر به صحبت کردن نیست یا درک آن دشوار است؟ از شخص بخواهید یک جمله ساده را تکرار کند.



Speech

Is speech slurred? Is the person unable to speak or hard to understand? Ask the person to repeat a simple sentence.

زمان تماس با ۱۱۵ (T: Time to call 115):

اگر فرد هر کدام از این علائم را نشان داد، حتی اگر علائم برطرف شد، با ۱۱۵ تماس بگیرید و بلافاصله او را به بیمارستان برسانید:

اشکال در سخن گفتن یا درک صحبت‌های دیگران

اختلالات بینایی

اشکال در راه رفتن، سرگیجه، فقدان هماهنگی و تعادل

سردردهای شدید ناگهانی. (ht18)



## وقتی فردی دچار سکته مغزی می‌شود چه باید کرد؟

حتماً با اورژانس تماس بگیرید. اگر یکی از عزیزانتان سکته مغزی را تجربه می‌کند، اولین وظیفه شما این است که او را به بیمارستان برسانید. اما در این شرایط بهتر است با ۱۱۵ تماس بگیرید. آمبولانس می‌تواند فرد را سریع‌تر به بیمارستان برساند. به علاوه، نیروهای امدادی مجهز به انواع مختلف موارد ضروری هستند. آن‌ها می‌توانند کمک‌های نجات‌دهنده‌ای در راه بیمارستان ارائه دهند که می‌تواند به صورت بالقوه، اثرات مخرب سکته مغزی را کاهش دهد.

از کلمه "سکته مغزی" استفاده کنید. هنگامی که با ۱۱۵ تماس می‌گیرید و درخواست کمک می‌کنید، به اپراتور اطلاع دهید که مشکوک به سکته مغزی هستید.

در این صورت امدادگران برای کمک به شما آمادگی بهتری خواهند داشت و بیمارستان می‌تواند خود را برای ورود شما آماده کند.

علائم را پیگیری کنید. ممکن است عزیز شما نتواند در بیمارستان ارتباط برقرار کند، بنابراین هرچه اطلاعات بیشتری در اختیار بیمارستان قرار دهید، بهتر است. مواردی، از جمله زمانی که این علائم شروع شده‌اند را یادداشت کنید. آیا آن‌ها در یک ساعت گذشته شروع شده‌اند یا سه ساعت قبل متوجه علائم شده‌اید؟ اگر فرد دارای شرایط پزشکی شناخته شده است، آماده باشید تا این اطلاعات را با کارکنان بیمارستان به اشتراک بگذارید. این شرایط ممکن است شامل فشار خون بالا، بیماری قلبی، آپنه خواب یا دیابت باشد.

با شخصی که سکته مغزی را تجربه می‌کند صحبت کنید. همان‌طور که منتظر آمدن آمبولانس هستید، تا آنجا که ممکن است اطلاعات بیشتری را از فرد جمع‌آوری کنید، در حالی که او هنوز قادر به برقراری ارتباط است. در مورد داروهای مصرفی فرد، شرایط سلامتی و آلرژی‌های شناخته شده سؤال کنید. این اطلاعات را بنویسید تا در صورتی که عزیزتان بعداً قادر به برقراری ارتباط نباشد، بتوانید آن‌ها را با پزشک در میان بگذارید.

شخص را تشویق کنید دراز بکشد. اگر فرد نشسته یا ایستاده است، او را تشویق

کنید که به پهلو دراز بکشد و سرش را بالا بگیرد. این وضعیت جریان خون را در مغز تقویت می‌کند. با این حال، در صورت افتادن فرد را جابجا نکنید. برای راحت نگه داشتن فرد، لباس‌های محدودکننده را شل کنید.

در صورت نیاز، CPR را انجام دهید. برخی افراد ممکن است هنگام سکنه مغزی بیهوش شوند. اگر این اتفاق افتاد، شخص را بر سر سی‌کنید تا ببینید آیا هنوز نفس می‌کشد یا خیر. اگر نبض پیدا نکردید، انجام CPR را شروع کنید. اگر نحوه انجام CPR را نمی‌دانید، اپراتور ۱۱۵ می‌تواند شما را تا زمان رسیدن کمک راهنمایی کند.

سعی کنید در طول این روند، آرامش خود را حفظ کنید. هنگامی که در وضعیت روحی آرام هستید، راحت‌تر می‌توانید با اپراتور ۱۱۵ ارتباط برقرار کنید.

## وقتی فردی دچار سکته مغزی می‌شود چه کارهایی را نباید انجام داد؟

اجازه ندهید فرد خودش رانندگی کند و با ماشین به بیمارستان برود. علائم سکنه مغزی می‌تواند در ابتدا ظریف باشد. ممکن است فرد متوجه شود که چیزی اشتباه است، اما مشکوک به سکته مغزی نیست. با ۱۱۵ تماس بگیرید و منتظر رسیدن کمک باشید.

به فرد هیچ دارویی ندهید. اگرچه آسپرین رقیق‌کننده خون است، اما در هنگام سکته مغزی به کسی آسپرین ندهید. لخته شدن خون تنها یکی از علل سکته مغزی است. سکته مغزی همچنین می‌تواند ناشی از پارگی رگ خونی در مغز باشد. از آنجا که نمی‌دانید فرد دچار چه نوع سکته مغزی شده است، از دادن هر دارویی که باعث بدتر شدن خونریزی می‌شود، اجتناب کنید.

به فرد چیزی برای خوردن یا نوشیدن ندهید. از دادن غذا یا آب به فردی که سکنه کرده است خودداری کنید. اگر فرد در بلع مشکل داشته باشد، غذا یا آب می‌تواند او را خفه کند.

## بیدار شو زیبای خفته!!



فاطمه نیک پور

دانشجوی کارشناسی بهداشت عمومی،  
ورودی ۹۶

کد مقاله: ۹/۵

سندرم کلاین-لویین (KLS) با نام سندرم زیبای خفته، نوعی اختلال خواب نادر با علائمی است که شامل بی‌خوابی دوره‌ای، اختلالات شناختی و رفتاری است. در بیشتر موارد، بیمار بین ۱۵ تا ۲۱ ساعت در روز می‌خوابد. این بیماری بسیار نادر است و نرخ ابتلای آن، یک در میلیون است. معمولاً شخص مبتلا، تمایل زیادی به غذا خوردن (پر خوری جبری) و تمایل جنسی زیاد دارد.

فرضیه‌های پاتوفیزیولوژیک، اختلال عملکرد هیپوتالاموس و ناهنجاری در متابولیسم سروتونین مرکزی و دوپامین را نشان می‌دهند و علائم بالینی یک روند خود ایمنی زمینه‌ای را نشان می‌دهد.

در تحقیق آرنلف و همکاران، سن متوسط شروع KLS، ۱۵ سال بود (دامنه ۴ تا ۸۲ سال، ۸۱ درصد در دهه دوم) و این سندرم ۸ سال طول کشید که با هفت قسمت ۱۰ روزه و هر ۳/۵ ماه یک بار تکرار می‌شود.

این بیماری در زنان و در بیمارانی که دوره‌های کمتری در طول سال اول دارند طولانی‌تر است.

سندرم کلاین لویین، بیشتر اوقات به دلیل (عفونت ۲/۳۸٪)، (ضربه به سر ۹٪)، (یا مصرف الکل ۵/۴٪) بروز می‌کند.

## جمع بندی علائم سندرم کلاین لویین:

نشانه‌های کلاین لویین در دوره‌های یک هفته تا یک ماه ظاهر می‌شود. بعد از این دوره‌ها بیمار به حالت طبیعی برگشته و از هیچ نوع عوارضی رنج نمی‌برد. این دوره‌ها معمولاً چند بار در سال اتفاق می‌افتد و در طول دوره بیمار از علائمی به شرح ذیل رنج می‌برد:

۱- خواب آلودگی مفرط و خواب زیاد، به طوری که بیمار روزانه از ۱۵ تا ۲۱ ساعت در روز می‌خوابد. بقیه ساعت‌ها را بیمار برای غذا خوردن و رفتن به دستشویی و انجام سایر کارهای ضروری از خواب برمی‌خیزد. بیمار هنگام ابتلا به این دوره بیماری، توان رفتن به سر کار یا مدرسه یا کارهایی که مستلزم هشیاری هستند را نخواهد داشت.

۲- افزایش اشتها و زیاده روی در تناول غذا. معمولاً بیمار در هنگام ابتلا به این بیماری، غذاهایی را مصرف می‌کند که قبلاً آن‌ها را تناول نمی‌کرده است و این عارضه در نصف بیماران مشترک است. ۳- افزایش میل جنسی. این عارضه شدت کمتری نسبت به موارد مذکور دارد که معمولاً این عارضه در آقایان بیشتر دیده می‌شود.

۴- سترس، نگرانی و احساس ناراحتی هنگام بیداری بیمار. همچنین ممکن است بیمار دچار وسواس فکری، هذیان یا سایر اختلالات روانی شود که به شدت موجب ناراحتی بیمار می‌شود.

۵- همان گونه که ذکر شد، این بیماری

دوره‌ای بوده و علائم آن برای مدتی ظاهر می‌شود و پس از گذشت چند هفته یا یک ماه از بین می‌رود. معمولاً علائم این بیماری با افزایش سن نیز از بین می‌رود. به طور کلی درصد بروز علائم به شرح زیر است: هیپرسومنیا ۱۰۰٪، تغییرات شناختی ۹۶٪، از جمله احساس خاص غیر واقعی، اختلالات خوردن ۸۰٪، میل جنسی ۴۳٪، اجبارها ۲۹٪، و خلق افسرده ۴۸٪.



## همراه با چند مورد از کیس‌های سندرم زیبای خفته:

۱. خانم جودی را ۲۴ ساله وقتی دچار حمله سندرم کلاین لویین شد، بیش از ۱۱ روز در خواب بود و یکی از این حملات چند ساعت قبل از زایمان او رخ داد.

او می‌گوید: این مسئله واقعاً مرا آشفته و عصبی کرده چون زمان زایمان پسر را به خاطر ندارم و این لحظه، لحظه ارزشمندی بود. می‌توانم بگویم که این، ناخوشایندترین دوره زندگی‌ام تا به الان است.

اگر چه هنوز به طور قطع تشخیص داده نشده که جودی دچار سندرم کلاین لویین است، اما حملات این بیماری در او بسیار شدید بوده و باید گفت که زایمان، تنها مورد شاخصی نبوده که او لحظه وقوعش را از دست داده است.

او می‌گوید: بارها شده که تا چشم روی هم گذاشتم، خوابیدم و دفعه بعد که

چشمم را باز کردم متوجه شدم که دو یا سه هفته گذشته است. من تعطیلات زیادی را از دست داده‌ام و در جشن تولد هجده سالگی خواهرم حضور نداشتم چرا که در بازه این حمله بودم.

وقتی او دچار حمله می‌شود، می‌تواند به طور موقت بیدار شود تا به دستشویی رفته یا اسنک بخورد، اما در وضعیتی شبیه خلسه یا خواب به سر می‌برد و قادر نیست رفتارش را کنترل کند.

او به خاطر به دست آوردن آگاهی و هشیاری مجدد خود، باید چند هفته دوران بهبودی را سپر یکنند.

۲. ساکنان شهر دور افتاده‌ای به نام کرا سنوگور سکو، مناطق اطراف روستای کالاجی در قزاقستان نیز به این اختلال عجیب مبتلا شده‌اند.

مردمان این روستا در میانه روز و حتی در حین انجام کاری، ناگهان به خواب می‌روند، خوابی که ممکن است تا 6 روز ادامه داشته باشد.

این پدیده دانشمندان و پژوهشگران را بهت زده کرده است. سندرم زیبای خفته در این منطقه به شکل دوره‌ای ظاهر می‌شود، اولین بار در مارچ ۲۰۱۳ رخ داد و بار دوم در می ۲۰۱۳ مشاهده شد. پس از آن، سه دوره دیگر از این بیماری در روستای کالاجی آغاز شد که آخرین آن، ماه گذشته میلادی بوده است.

در حدود ۴۰ تا ۶۰ نفر از جمعیت انگشت شمار این منطقه به سندرم مبتلا شده‌اند. در بیشتر موارد، این خواب ناگهانی با از دست رفتن موقتی حافظه همراه است. البته در مواردی، افراد گزارش کرده‌اند که توهمات رؤیگونه نیز در خواب دیده‌اند. زمانی که اولین بار این پدیده در سال ۲۰۱۳ در روستا کشف شد،

پزشکان آن را به مصرف مواد نو شیدنی های الکلی ارتباط دادند، اما بررسی‌های بیشتر نشان داد هیچ یک از ۶ نفری که به خواب رفته بودند، از الکل استفاده نکرده‌اند.



دانشمندان اکنون به بررسی آب، نمونه خون، ناخن و موی قربانیان پرداخته‌اند و احتمال وجود گاز رادون در محل سکونت را بررسی کرده‌اند. در عین حال، خاک این منطقه نیز برای بررسی احتمال وجود مواد رادیواکتیو، فلزهای سنگین، باکتری ها و ویروس‌ها مورد مطالعه قرار گرفته‌اند که تا کنون تمامی این تحقیقات و هفت هزار آزمایشی که انجام گرفته، بی‌نتیجه مانده‌اند.

تنها نکته مشترکی که میان مبتلایان مشاهده می‌شود، ریشه روسی و آلمانی آن‌ها است. زمان آغاز خواب‌های طولانی هرگز مشخص نیست، از این روستاییان همیشه کوله پشتی از لوازم شخصی خود را به همراه دارند تا در صورت انتقالشان به بیمارستان، مجهز باشند.

لن ویدری خوانف، استاد ژئواکولوژی و ژئوشیمی دانشگاه پلی تکنیک تومسک اعلام کرده است که این اختلال ناشی از انتشار گاز رادون از معدن اورانیومی است که در این روستا قرار دارد. در حقیقت تبخیر گاز رادون از این معدن باعث به خواب رفتن ناگهانی ساکنان آن می‌شود. اما این نظریه هنوز تأیید نشده و از سوی دیگر آزمایش گاز رادون روی بیماران نشان داده است این افراد پس از یک یا

دو ساعت بیدار می‌شوند، در حالی که ساکنان این روستا ممکن است یک هفته در خواب باقی بمانند.

### درمان بیماری نشانگان کلاین:

در حالی که دریافت و بررسی علائم سندرم کلاین لوین، توسط تجربه موارد زیادی از KLS گرفته شده، هیچ آزمایش پزشکی برای تأیید سندرم کلاین لوین وجود ندارد.

این اختلال درمان قطعی ندارد، اما غالباً داروهای محرکی مثل آمفتامین‌ها، متیل فنیدیت (ریتالین) و همچنین ایمی پرامین و مدافنیل برای این دسته از بیماران تجویز می‌شود. در ۷۵ بیمار تحت درمان، خواب آلودگی با استفاده از محرک‌ها (عمدتاً آمفتامین‌ها) در ۴۰٪ موارد کاهش می‌یابد، در حالی که داروهای اعصاب و داروهای ضد افسردگی تأثیر ضعیفی دارند.

به خاطر شباهتی که بین این بیماری و بعضی از اختلالات خلقی وجود دارد؛ از لیتیوم و کاربامازپین هم استفاده می‌شود. اما غالباً پاسخ به درمان، محدود است.

## سرطان کولورکتال، قاتل پشت پرده انسان



علیرضا بی نظیر

دانشجوی کارشناسی پرستاری، ورودی ۹۶

کد مقاله: ۱۰/۵

### مقدمه

سرطان کولورکتال (Colorectal Cancer) از سرطان‌هایی است که قسمت انتهایی دستگاه گوارش، یعنی روده بزرگ و راست روده را درگیر می‌کند؛ و به عنوان سرطان روده، سرطان کولون و سرطان رکتال (راست روده) شناخته می‌شود.

این سرطان می‌تواند مانند سایر سرطان‌ها، خوش‌خیم یا بدخیم باشد. نوع بدخیم این سرطان می‌تواند به سایر قسمت‌های بدن متاستاز داده و اندام‌های دیگر را نیز درگیر کند.

بنابر اعلام سازمان بهداشت جهانی (WHO)، بعد از سرطان ریه، سرطان کولورکتال دومین سرطان متداول در میان هر دو جنس زن و مرد می‌باشد.

طبق تحقیقات انجام گرفته، سرطان کولورکتال، به ترتیب دومین و سومین

دلیل مرگ ناشی از سرطان در خانم‌ها و آقایان می‌باشد.

### کمی از روده بزرگ خود بدانیم

روده بزرگ (Large Intestine) از انتهای روده کوچک آغاز شده و دارای قسمت‌های سکوم (روده کور)، کولون‌های صعودی، عرضی، نزولی، سیگموئید و نیز رکتوم (راست روده) است و به سوراخ مقعد (آنوس) ختم می‌شود. روده بزرگ عمدتاً مسئول حذف آب از محتویات روده و آماده کردن ضایعات برای خروج از بدن است. همچنین در روده بزرگ، باکتری‌های مفیدی وجود دارند که قندهای هضم نشده و فیبرها را تجزیه کرده و نیز ویتامین‌های K و B7 (بیوتین) را جذب می‌کنند.



### عوامل مساعد کننده

ریسک فاکتورهای ابتلا به سرطان کولورکتال عبارت‌اند از:

✓ رژیم غذایی پرکالری، کم فیبر و حاوی پروتئین‌های حیوانی، چربی‌های اشباع شده، و نیز مصرف گوشت‌های قرمز و یا فرآوری شده مانند سوسیس و کالباس

✓ مصرف زیاد سیگار و الکل

✓ سن بالا

✓ وجود پولیپ در کولون و یا رکتوم، به دلیل احتمال سرطانی شدن این پولیپ‌ها

(بسیاری از سرطان‌های کولون به دنبال گسترش پولیپ‌ها ایجاد می‌شوند).

✓ اضافه وزن و چاقی

✓ ابتلا به سرطان‌های دیگر چون: رحم، تخمدان و یا پستان

✓ فعالیت بدنی کم

✓ در مطالعات اخیر اثبات شده است که مصرف آنتی بیوتیک‌ها باعث افزایش خطر ابتلا به سرطان کولورکتال می‌شود. البته مطلب جالب توجه این که مصرف آنتی بیوتیک‌ها سبب کاهش احتمال ابتلا به سرطان رکتوم می‌شود.

### مراحل بیماری

هر مرحله از سرطان، مشخص کننده مدت زمانی است که تومور ایجاد شده است. دانستن مرحله (Stage) بیماری، کمک شایانی به اتخاذ روش درمانی مناسب برای درمان آن می‌کند.

سرطان کولورکتال دارای 5 مرحله است که عبارت‌اند از:

**Stage 0:** اولین مرحله از سرطان که هنوز توده در داخل موکوس و یا لایه داخلی کولون و یا رکتوم است. در این مرحله به آن، کارسینوما گفته می‌شود.

**Stage 1:** توده سرطانی در لایه داخلی کولون یا رکتوم رشد کرده است، اما هنوز به بالای دیواره رکتوم یا کولون انتشار نیافته است.

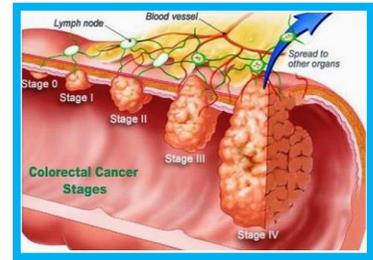
**Stage 2:** توده سرطانی به داخل دیواره رکتوم و یا کولون رشد کرده است؛ اما هنوز به نزدیکی گره‌های لنفاوی نرسیده است.

**Stage 3:** توده سرطانی به گره‌های

لنفای رسیده است؛ اما سایر قسمت‌های بدن را تحت تأثیر قرار نداده است.

**Stage 4:** در این مرحله، توده سرطانی به سایر قسمت‌های بدن از قبیل کبد، ریه‌ها و یا تخمدان‌ها انتشار پیدا می‌کند.

**Recurrent:** مرحله‌ای است که سرطان مجدداً بازگشته و رکتوم، کولون و یا سایر قسمت‌های بدن را درگیر می‌کند.



### علائم

علائمی که در پی این بیماری ایجاد می‌شود اکثراً لوکالیزه و مربوط به دستگاه گوارش هستند. گرچه علائم عمومی نیز وجود دارد که به شرح آن‌ها خواهیم پرداخت:

✓ تغییر در عادات روده‌ای از قبیل اسهال و یا یبوست.

✓ احساس عدم تخلیه کامل روده پس از حرکات آن و پس از دفع.

✓ وجود خون در مدفوع که باعث تیره رنگ شدن مدفوع می‌شود.

✓ درد و نفخ در شکم

✓ از دست دادن وزن و ایجاد خستگی

✓ فقدان بدون دلیل آهن در مردان، و یا در زنان پس از منوپوز (یائسگی).

### چگونه پیشگیری کنیم؟؟؟

مطالعات اخیر ارتباط بسیار نزدیک و بالایی را میان سبک زندگی و خطر ابتلا

به سرطان کولورکتال به اثبات رسانیده است. رعایت نکات زیر جهت پیشگیری از این بیماری، بسیار کمک کننده است:

✓ **تغذیه:** پیگیری رژیم غذایی حاوی مقدار فراوانی فیبر، میوه، سبزیجات و مصرف حداقلی گوشت‌های قرمز و فرآوری شده و نیز جایگزین کردن چربی‌های اشباع شده با غیر اشباع از قبیل: آووکادو، روغن ماهی و روغن زیتون.

✓ **ورزش:** داشتن فعالیت بدنی متوسط و البته منظم، ریسک ابتلا به سرطان کولورکتال را کاهش می‌دهد. یکی از مطالعات اخیر، نشان داده است که ورزش با شدت بالا از سویی منجر به کاهش رشد توده سرطانی می‌شود و از دیگر سو، مرگ (Mortality) ناشی از سرطان کولورکتال را نیز کاهش می‌دهد.

✓ **وزن:** اضافه وزن و چاقی خطر ابتلا به بسیاری از سرطان‌ها از جمله سرطان کولورکتال را می‌افزاید. با نگر داشتن وزن خود در حد مطلوب می‌توان از این بیماری پیشگیری کرد.

### تشخیص

متداول‌ترین روش‌های تشخیص سرطان کولورکتال عبارت‌اند از:

✓ آزمایش خون مدفوع

✓ آزمایش DNA مدفوع

✓ سیگموئیدوسکوپی قابل انعطاف

✓ انجام X-Ray به دنبال انمای باریم

✓ کولونوسکوپی

✓ CT Colonography

✓ MRI

### راه درمان چیست؟؟؟

درمان سرطان کولورکتال وابسته به فاکتورها و عوامل مختلفی است؛ از جمله: اندازه، موقعیت تومور و مرحله بیماری. همچنین Recurrent بودن یا نبودن آن، و نیز وضعیت سلامت بیمار.

راه‌های درمان این بیماری عبارت‌اند از: جراحی، کِموتراپی (شیمی در مانی)، رادیوتراپی (پرتودرمانی) و عضوبرداری.

1 **جراحی:** متداول‌ترین روش درمان است. در این روش، تومورهای بدخیم و گره‌های لنفاوی نزدیک آن‌ها برداشته می‌شود تا خطر انتشار تومور کاهش یابد. معمولاً روده مجدداً به یکدیگر دوخته می‌شود؛ اما گاهی اوقات، رکتوم به طور کامل برداشته می‌شود که در این صورت، بگ کولوستومی (Colostomy Bag) برای جمع‌آوری مدفوع مورد نیاز است.

2 **کمو تراپی:** در این روش، از داروهای شیمی در مانی برای تخریب سلول‌های سرطانی استفاده می‌شود. این روش در سرطان کولون و نیز قبل از جراحی متداول است؛ و ممکن است به کوچک‌تر شدن تومور کمک کند.

3 **رادیوتراپی:** در رادیوتراپی از اشعه‌های پرانرژی برای تخریب سلول‌های سرطانی و پیشگیری از تکثیر آن‌ها استفاده می‌شود.

((کِموتراپی و رادیوتراپی ممکن است پس از انجام جراحی و با هدف کاهش شانس بازگشت سرطان استفاده شوند.))

4 **عضو برداری:** این روش می‌تواند صرفاً تومور را تخریب کند، بدون اینکه آن را حذف کند. این روش می‌تواند با استفاده از radiofrequency، اتانول و یا کرایوسرجری انجام شود.

## توده‌ی ناشناخته



## آزاده نظری

دانش آموخته کارشناسی بهداشت عمومی

کد مقاله: ۱۱/۵

## عملکرد لوزالمعده

لوزالمعده (پانکراس)، پس از کبد، بزرگ‌ترین و مهم‌ترین غده‌ی بدن است (با وزن ۱۰۰ تا ۱۵۰ گرم)؛ که در محوطه شکمی به صورت عضوی کشیده و پهن و قوسی بین طحال و دوازدهه قرار گرفته است. پانکراس دو عملکرد مختلف دارد:

**۱- عملکرد ترشحی برون‌ریز یا اگزوکراین (هضمی- جذبی):** با ورود غذا به دوازدهه، به واسطه تحریکات بیوشیمیایی و عصبی، لوزالمعده تحریک شده و موادی مثل بی‌کربنات، آنزیم‌های تجزیه‌کننده پروتئین‌ها و چربی‌ها و کربوهیدرات‌ها برای کمک به هضم و جذب غذا ترشح می‌شوند.

**۲- عملکرد ترشحی درون‌ریز یا اندوکراین (هورمونی):** دسته‌ای از سلول‌های لوزالمعده، ترشحات هورمونی دارند (سلول‌های جزایر لانگر هانس). هورمون‌ها، ترکیبات پروتئینی هستند که از یک ارگان ترشح شده و روی ارگان دیگر تأثیر می‌گذارند. از جمله این هورمون‌ها، انسولین و گلوکاگون است که از بخش درون‌ریز لوزالمعده ترشح شده و در تنظیم قند خون نقش اصلی را دارند.

## التهاب حاد لوزالمعده (پانکراتیت)

شایع‌ترین علت التهاب حاد لوزالمعده در کشورهای غربی، مصرف مشروبات الکلی است. اما خوشبختانه در ایران به دلیل اعتقادات مذهبی، مصرف مشروبات الکلی و شیوع پانکراتیت کمتر است. به طور کلی، میزان بروز این بیماری در کشورهای مختلف متفاوت است. مهم‌ترین عوامل ایجاد این بیماری، سنگ‌های صفراوی، عوامل ارثی و مصرف داروها و ... می‌باشد. در ایران شایع‌ترین علت التهاب حاد لوزالمعده، سنگ‌های صفراوی است.



## التهاب مزمن لوزالمعده

علت اصلی و عمده ایجاد این بیماری، مصرف مزمن مشروبات الکلی (و علت دیگر، زمینه ارثی) است. خوشبختانه در ایران، شیوع این بیماری به اندازه کشورهای غربی نیست. از علائم اولیه این بیماری، حملات عودکننده شکم درد است؛ و متأسفانه شدت درد، سبب پناه بردن بیمار به مواد مخدر (مثل تریاک) برای تسکین درد خود می‌شود، و عوارض اعتیاد به مصرف مواد مذکور نیز ایجاد می‌شود. با گذشت زمان و تخریب بخش اگزوکراین لوزالمعده (برون‌ریز یا هضمی) اختلال در هضم و جذب بروز می‌کند؛ که از علائم آن، می‌توان اسهال چرب (یا افزایش چربی مدفوع)، لاغری، ضعف و بی‌حالی، عوارض استخوانی (به دلیل اختلال در جذب کلسیم) و سوء تغذیه را نام برد.

## سرطان لوزالمعده

سرطان لوزالمعده یکی از بدخیم‌ترین انواع سرطان‌ها در انسان می‌باشد، و میزان بقای پنج ساله، تنها در ۵ درصد بیماران دیده می‌شود. با اینکه در ایران آمار دقیقی از مبتلایان به این بیماری وجود ندارد؛ گزارشات اخیر از افزایش تعداد مبتلایان خبر می‌دهد. به دلیل عدم وجود علائم جدی هشدار دهنده بیماری در مبتلایان به سرطان لوزالمعده، در حالتی پیشرفته و همراه با دست‌اندازی تشخیص داده می‌شود که امکان جراحی را محدود می‌کند. حتی در بسیاری از موارد، بیماری بعد از جراحی هم عود می‌کند. بنابراین شیمی‌درمانی و پرتو درمانی برای مدیریت سرطان لوزالمعده ضروری به نظر می‌رسد؛ اگرچه برخی معتقدند که درمان‌های چند دارویی و پرتو درمانی قبل از عمل جراحی هم لازم است.



ویژگی اصلی سرطان لوزالمعده مقاومت بالای آن در برابر روش‌های رایج شیمی‌درمانی و پرتو درمانی است. این خاصیت، هم به صورت ذاتی و هم به صورت اکتسابی در سلول‌های سرطانی لوزالمعده دیده می‌شود.

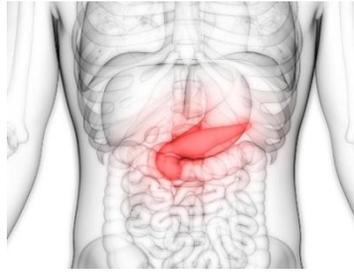
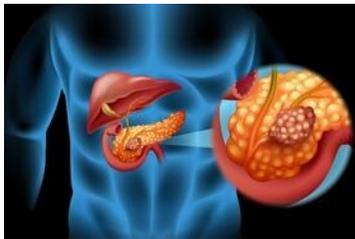
داروی اصلی برای درمان این بیماری، جمسیتابین است، ولی تأثیر بالینی این دارو به دلیل بروز مقاومت در اکثر موارد، خیلی امیدوارکننده نیست.

## ساز و کار عمل جمسیتابین در سلول

جمسیتابین به عنوان یک پیش‌دارو توسط ناقلین نوکلئوزیدی وارد سلول

## نتیجه گیری

مقاومت ذاتی و اکتسابی سرطان لوزالمعده نسبت به در مان، یکی از مشکلات جامعه پزشکی است. شناخت اساس سلولی و مولکولی مقاومت دارویی سرطان لوزالمعده می تواند در بهبود روش های درمانی و افزایش کارایی درمان های رایج این بیماری مهلک کمک کننده باشد. تا کنون نقش ژن ها و مسیرهای زیادی که در مقاومت دارویی سرطان لوزالمعده نقش دارند و می توانند به عنوان اهداف دارویی به کار گرفته شوند، آشکار شده است. با این وجود، اکثر آن ها مختص این نوع سرطان نبوده و نقش بالینی آن ها کاملاً مشخص نیست. برای غلبه بر مقاومت نسبت به داروی جمسیتابین، تلاش های بیشتری برای یافتن روش های درمانی هدفمند لازم است. برای این کار، تهیه مجموعه عوامل دخیل در ایجاد مقاومت و طبقه بندی بیماران براساس نیمرخ بیانی ژنتیکی آن ها و دریافت روش درمانی مناسب با آن، ضروری به نظر می رسد. همچنین استفاده از دارو ها و روش های ترکیبی درمانی هم می تواند در بهبود درمان موثر باشد. عملی کردن چنین برنامه ای نیازمند تلاش های تحقیقاتی بنیادی در دو حوزه ژن های هدف و سیستم های انتقال کارآمد می باشد.



**۳. عملکرد نامناسب مسیرهای پیام رسانی سلول و ایجاد مقاومت:** از آنجا که مکانیسم اثر برخی دارو های شیمی درمانی و برخی مواد شیمیایی توکسیک، القای مرگ برنامه ریزی شده سلول می باشد؛ به نظر می رسد که عوامل تنظیم کننده این واقعه سلولی می توانند نقش مهمی را در ایجاد مقاومت به این مواد داشته باشند.

**۴. تغییرات اپی ژنتیکی:** به نظر می رسد ساز و کارهای اپی ژنتیکی با خاموش کردن و یا افزایش بیان ژن های دخیل در سوخت و ساز جمسیتابین می توانند در ایجاد مقاومت به آن نقش ایفا کنند.

در یک مطالعه، سلول های سرطانی لوزالمعده به صورت دوره ای با مقادیر صعودی در مجاورت جمسیتابین قرار گرفتند. نتایج این بررسی افزایش بیان گام به گام ژن 30-3-14 و در نهایت کاهش حساسیت به دارو را نشان دادند.

**۵. نقش ریز RNA ها به عنوان نشانگرهای حساسیت و مقاومت به جمسیتابین:** این مولکول های کوچک از عناصر اپی ژنتیکی هستند، و بسته به اینکه به طور نسبی و یا کامل mRNA هستند؛ به عنوان مهارکننده های ترجمه و یا تخریب کننده های مولکول RNA ایفای نقش می کنند. بررسی های بالینی بر روی نمونه های بیماران و رده های سلولی سرطان لوزالمعده نشان دادند که بیان نابجای تعداد زیادی از این ریز RNA ها با پیش آگهی بیماران و میزان پاسخگویی به دارو ها مرتبط است.

می شود. این ناقلین در دو گروه وابسته به سدیم و مستقل از آن قرار می گیرند که شامل hENTs (human equilibrative sodium hCNTs (independent human concentrative sodium dependent) می باشند. بعد از ورود، این پیش دارو دستخوش یک سری از واکنش های فسفریلاسیون قرار می گیرد.

## علل مقاومت نسبت به داروی جمسیتابین

### ۱. ویژگی بافت بستره لوزالمعده:

یکی از علل عدم پاسخ مناسب به دارو، مقاومت ذاتی سلول های سرطان پانکراس می باشد؛ که به خاصیت خون رسانی اندک سلول های بستر پانکراس بستگی دارد. هنگام سرطانی شدن بافت پانکراس، تغییراتی در این بافت ایجاد می شود که به تحریک و حفاظت سلول های تومور کمک می کند. استرومای بافت پانکراس فیبروتیک بوده و دارای کلاژن و هیالورونان فراوان می باشد؛ که موجب کاهش نفوذ دارو به بافت می شود.

### ۲. جهش های ژنتیکی: ساختار ژنتیکی

به عنوان یک عامل کلیدی تنوع در پاسخگویی به دارو و تحمل آن به شمار می آید. این گونه ناگونی اغلب به دلیل تغییرات ژنتیکی کدکننده و غیر کدکننده آنزیم های متابولیزه کننده، ناقلان دارو ها، اهداف سلولی و مسیرهای پیام رسانی سلول می باشد. تنوع ژنتیکی در پروتئین های مسئول حمل و نقل این دارو مورد بررسی قرار گرفته اند. به نظر می رسد که جایگزینی والین به جای ایزولوسین در موقعیت ۱۸۹ باعث کاهش عملکرد این ناقل می شود. کارایی درمان با جمسیتابین علاوه بر میزان ورود دارو، به مقدار زمانی که دارو در معرض سلول ها قرار می گیرند هم وابسته است.

## آدم هایی که مثل کره، ذوب می شوند!!!



محدثه صبوری

دانش آموخته کارشناسی پرستاری

کد مقاله: ۱۲/۵

### تعریف:

در این مطلب سعی بر این است تا در مورد یکی از بیماری های ژنتیکی تحت عنوان Xeroderma pigmentosum (XP) بحث شود؛ که به معنای پوست رنگی خشک، با حساسیت شدید به نور خورشید است که در نهایت باعث آفتاب سوختگی، تغییر رنگدانه در پوست و بروز سرطان پوست می شود.

### شیوع:

شیوع بیماری در تمام نقاط دنیا و در بین همه نژادها کم است؛ به طوری که از هر ۲۵۰۰۰۰ نفر، یک نفر مبتلا می باشد و با شیوع جنسی برابر است.

### تظاهرات بالینی:

از دوران کودکی، به صورت افزایش حساسیت به نور خورشید است که در دهه

### تشخیص:

در بیشتر موارد، تشخیص بالینی اولیه را می توان بر اساس حساسیت شدید به اشعه ماوراء بنفش یا وجود کک و مک غیر معمول در سنین پایین انجام داد. تشخیص را می توان با استفاده از آزمایش های قوی سلولی برای ترمیم نقص DNA، به طور قطعی تأیید کرد. معمول ترین آزمایش، اندازه گیری سنتز DNA برنامه ریزی نشده در فیبروبلاست های پوست کشت شده است.



### مشاوره ژنتیک:

همانند سایر اختلالات ژنتیکی، مشاوره ژنتیک و حمایت روانی برای خانواده ها ضروری است، تا در مورد اتیولوژی، احتمال وقوع در بارداری های آینده، احساس انزوا و نگرانی از آینده شغلی بحث کنند.

### تشخیص قبل از زایمان:

آزمایش های ترمیم DNA می تواند بر روی سلول های مشتق شده از پرزهای جفتی یا در آمینوسیت خانواده های مبتلا انجام شود.

اول زندگی، مناطقی از پوست بدن که در معرض نور خورشید قرار دارند؛ خشک و به طور غیر معمول قرمز می شوند و تغییرات پیگمانی در پوست بروز می کند. چشم، پلک ها، ملتحمه و قرنیه، معمولاً به طور شدید درگیر می شوند.



اولین علامت بیماری، افزایش خشکی پوست در معرض نور است که با آفتاب سوختگی یا قرمزی طولانی مدت همراه می باشد. این حالت در صورت، دست ها و سپس نواحی در معرض آفتاب روی می دهد. در بیماران، اغلب فوتوفوبیا نیز وجود دارد.

در صورت عدم محافظت در برابر آفتاب، پوست پیر، خشک، خشن و آتروفیک می شود.

این بیماری، یک بیماری مولتی سیستم است؛ یعنی چندین سیستم بدن را درگیر می کند مثل پوست، چشم، اعصاب و...

### اتیولوژی:

این اختلال، اتوزومال مغلوب است و می تواند در نتیجه جهش در هر یک از هشت ژن DNA ایجاد شود.

## مدیریت و درمان:

اگرچه هیچ درمانی برای XP در دسترس نیست، اما با محافظت مناسب می‌توان به طور چشمگیری مشکلات پوستی را برطرف کرد. با این حال، برخی از اثرات قرار گرفتن در معرض آفتاب قبل از تشخیص ممکن است سال‌ها بعد با وجود محافظت کافی از آفتاب پس از تشخیص، ظاهر شود.

از آنجا که تغییرات پوستی ناشی از نور ماوراء بنفش است، محافظت کامل در برابر اشعه ماوراء بنفش می‌تواند از تغییرات بعدی پوست به طور کامل جلوگیری کند. اقدامات حفاظتی شامل:

(۱) تمام پنجره‌ها در خانه، اتومبیل و مدرسه باید با فیلم مقاوم در برابر اشعه ماوراء بنفش پوشانده شوند. چراغ‌های تئاتر و بیمارستان، چراغ‌های هالوژن، لامپ‌های متال هالید و برخی از چراغ‌های فلورسنت باید پوشانده شوند.

(۲) هنگامی که در ساعات روشنایی روز بیرون هستید، پوست در معرض نور باید با ضد آفتاب پوشانده شود. شلوار بلند، آستین بلند و دستکش باید همراه با ماسک صورت مقاوم در برابر اشعه ماوراء بنفش پوشیده شود، یا حداقل باید از یک کلاه با حاشیه پهن یا عینک آفتابی استفاده شود.

(۳) ویزیت‌های منظم پوست انجام شود، تا هر گونه ضایعه پیش سرطانی در اسرع وقت برطرف شود.

(۴) معاینات مکرر چشم توسط چشم‌پزشک توصیه می‌شود.

(۵) احتمالاً محافظت شدید در برابر آفتاب منجر به کمبود ویتامین D می‌شود، بنابراین مکمل‌های ویتامین D باید تجویز شوند.

(۶) بیماران باید از دود سیگار و سایر مواد سرطان‌زای محیطی خودداری کنند.

(۷) باید به مسائل روانی-اجتماعی نیز پرداخته شود: مانند انزوای اجتماعی.



## پیش‌آگهی:

XP یک بیماری پیش‌رونده است و متوسط سن مورد انتظار ۳۰ سال است. مسئله اصلی این است که آیا به خاطر ماهیت پیش‌رونده بیماری مجاز هستیم بیمار را از درمان محروم کنیم؟ یا با انجام درمان به موقع می‌توان طول عمر بیشتر و مفیدتر و راحت‌تر برای بیمار به وجود آورد. بدیهی است بر اساس اخلاق پزشکی، موظف هستیم تمامی بیماران این گروه را با دقت و پیگیری، در مان نمود تا به بهبود کیفیت زندگی آنان کمک شود و به صرف وجود بیماری ژنتیکی لاعلاج، ناپستی بیمار را از درمان‌های لازم محروم کنیم.

برای بیماران فاقد ناهنجاری‌های عصبی، که به موقع تشخیص داده

می‌شوند و اقدامات محافظتی سخت‌گیرانه‌ای را که در بالا نشان داده شده انجام می‌دهند، پیش‌آگهی خوب است. آن‌ها می‌توانند عمر نسبتاً طبیعی داشته باشند، اما باید محافظت خود را در طول زندگی حفظ کنند. ناهنجاری‌های عصبی، پیش‌رونده هستند و منجر به ناتوانی‌های پیش‌رونده می‌شوند، که از نظر شدت در بیماران متفاوت خواهد بود و احتمالاً منجر به کوتاه شدن عمر می‌شود.

## نتیجه‌گیری:

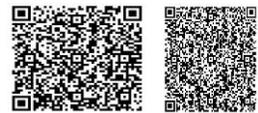
اگرچه درمانی برای XP وجود ندارد، افزایش آگاهی و تشخیص به موقع اساسی و به دنبال آن محافظت دقیق از نور روز و مدیریت دقیق بیمار، می‌تواند کیفیت زندگی و امید به زندگی افراد مبتلا را به طرز چشمگیری بهبود بخشد.

## بارکد منابع

منابع مقاله ۱/۵



منابع مقاله ۲/۵



منابع مقاله ۳/۵



منابع مقاله ۴/۵



منابع مقاله ۵/۵



منابع مقاله ۶/۵



منابع مقاله ۷/۵



منابع مقاله ۸/۵



منابع مقاله ۹/۵



منابع مقاله ۱۰/۵



منابع مقاله ۱۱/۵



منابع مقاله ۱۲/۵





دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران  
Tehran University of Medical Sciences & Health Services

