



روزنه علم

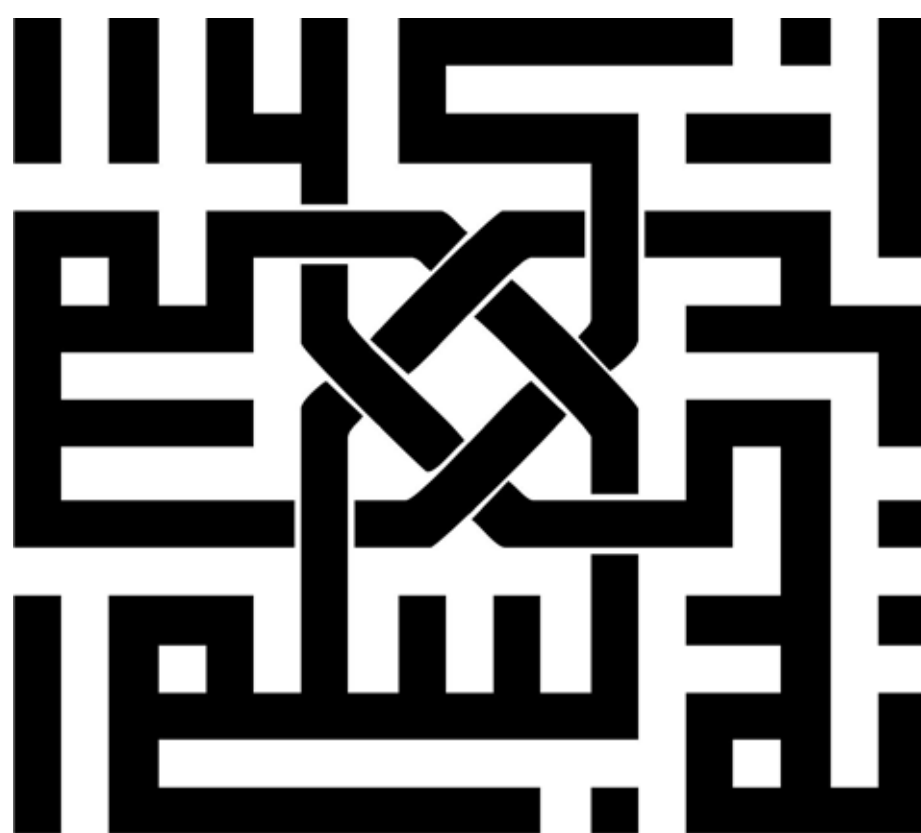


سندرم بروگادا

فیروز
سیستیک



گزارش تصویری



فهرست

۲	شناسنامه
۳	سخن سردبیر
۳	سخن مدیر مسئول
۴	الهی نامه
۵	پائیز
۶	بیماری آنفلوانزا
۸	آشنایی با بیماری MPS
۱۰	سیاست بیمارستان با در های باز
۱۲	ایدز
۱۴	همه چیز درباره کارشناسی ارشد رشته پرستاری داخلی-جراحی
۱۹	سندرم بروگادا
۲۲	فیبروز سیستیک
۲۴	روز جهانی کودک
۲۵	خشونت علیه زنان
۲۷	دلنوشته اربعین و امام حسین
۲۸	گزارش تصویری

صاحب امتیاز: نصیب بابایی

مدیر مسئول: کبری ولی پور حیقی

سر دبیر: مهسا منافی

ویراستار: کبری ولی پور

طراح جلد و صفحه آرا: فراز مهدی زاده

 @rozanehjournal

 @koby_1420

شماره مجوز ۹۶۰۹/۷/ن د

هیئت تحریریه:

مهسا جعفری-مهسا محمدی-فردین شهباززاده-یاسمن بهزاد پور-کبری ولی پور حیقی
محدثه حق-ویدا قادری-مهسا منافی-سنیه بهرام پناه-فراز مهدی زاده-زهرا پور اسمعیل

کبری ولی پور حیتی
پرستاری و زودی ۹۴



مهسا منافی
پرستاری و زودی ۹۶



خدایا شروع سخن نام توست
وجودم به هر لحظه آرام توست
دل از نام و یادت بگیرد قرار
خوشم چونکه باشی مرا در کنار
با سلام خدمت همراهان و مخاطبان
محترم نشریه روزنه علم
خدای را شاکریم که توانستیم شماره
پاییزه نشریه مان را ارائه بدهیم. آخرین
شماره ای هست که بنده افتخار این
را دارم که مدیر مسئول نشریه روزنه
علم باشم و از شماره های بعدی مدیر
مسئول و سردبیر جدید نشریه رو پیش
خواهند برد. میدوایم مطالبی که طی
این دو سال بنده سردبیر و مدیر مسئول
نشریه روزنه علم بودم مفید بوده باشد
و هر چند کم بر دانسته های علمی
شما عزیزان اضافه کرده باشیم. از اعضای
محترم هیئت تحریریه نشریه روزنه علم
سپاس ویژه دارم که همیشه و در هر
شرایطی سعی کردند مطالب مفیدی را
ارائه بدهیم.

ارادتمند شما

کبری ولی پور حیتی

مدیر مسئول نشریه روزنه علم

به نام خداوند شعر و سخن
نخستین سخن در همه انجمن
ای که با نامت جهان آغاز شد
دفتر ما هم به نامت باز شد
سلام خدمت تک تک مخاطبان عزیز
نشریه ی روزنه ی علم:
شماره ی ۸ نشریه ی روزنه علم به لطف
خدا و همکاری تک تک اعضای هیئت
تحریر و همراهی شما مخاطبان عزیز در
پاییز ۹۸ به چاپ رسید. منت دار همه
ی کسانی هستیم که مارو تو این راه
همراهی و پشتیبانی کردند. تمام سعی و
تلاش ما در جهت ارائه ی مطالب مفید و
جذابیه هست که مخاطبان با خواندنشان
به گنجینه های دانش خود اضافه کنند
امید واریم توانسته باشیم به عنوان
عضوی از جامعه ی علوم پزشکی فعالیت
موثر در زمینه ی علمی و فرهنگی کرده
باشیم

با تشکر فراوان

مهسا منافی پرستاری ۹۶

سردبیر نشریه ی روزنه ی علم



خدایا...
ای مهرباترین و بخشنده ترین
ای آنکه که وقت تنهاییان.... وقت آزر دگیان
وقت دل شکیمان... مرهمی بر دل های بی قرارمان هستی
تنها تو را ستایش می کنیم زیرا که هر زمان و هر جا... تو را
طلبیدیم و فریاد بر آوردیم و از تو کمک خواستیم
به دادمان رسیدی...
خدایا تویی رحمان و رحیم...
رحمت و محبت تو دائمی ست
رحم کن بر دل شکستگان و ناامیدان....
ای خداوند هستی بخش و دانا و حکیم
راه خود را بر ما نشان ده
ما را هدایت فرما زیرا تنها تویی مددکننده و نجات بخش....



مهسا جعفری
پرستاری ورودی ۹۴



با همین *باز آمد بوی ماه مدرسه، بوی بازی های راه مدرسه* شروع میشه و تهش میرسه به *آخ که شب یلدای منی، دیوونه دوس داشتی*.

شاید فقط به نظر منه که پائیز برعکس همه ی سه ماهای دیگه ی سال خیلی بیشتر از سه ماهه. شاید دو تا یا سه تا سه ماهه. اما این دیگه نظر همه هست که روزاش به طرز فجیعی کوتاه و شباش طاقت فرسایانه بلنده.

از دوازده ظهر بیدارشدنای تابستون که می افتی رو غلطک کلاسای هشت صبح شنبه، میفهمی پائیز همچین هم پادشاه فصلا نیست و اصلا چیه این زردا و نارنجیا.

حالا اگه کمی فاز هنری و شاعرانه بگیریم، آره خش خش برگای زرد و نارنجی که زیر پاهات آواز موزیکال درختارو میخونن و می نوازن، قماشای آسمون آبی با اون قطره هایی که هر چند ثانیه یه بار رو گونه هات میشونه، پرنده ها که به ردیف روی شاخه های خشک سکونت گزیدن و خیلی تودلی،

با طمأنینه و جیغ زنان منظره ی روبروشونو برای هم توصیف میکنن، همین زردا و نارنجیایی که تا تو رو می بینن دست شاخه رو ول میکنن و تو هوا برات میرقصن تا نشون بدن آواز برگای زیر کفشات فقط به نظر تو قشنگ نبوده، اینکه تا میای نفستو بدی بیرون به توانایی جذاب مشترک بین خودت و دودک کش پی میبری و اگه یه کم تو این موود باشی چند بار تکرارش میکنی یا همون بخاری که از قرمزی و خوشگلی و خوشمزگی لبوی سرچهارراه بلند میشه و میپیچه تو تاریکی هوا و شلوغی خیابونا، اره اینا خود پائیزن و مدرسه و دانشگاه و اداره قصد تخریب چهره ی معصوم و دوست داشتنی این بانو رو دارن.

بین دستات یخ زدن. نوک دماغت قرمز شده. شانس بیاری و عینکی باشی تا دم و بازدمت بشینن رو شیشه های عینکت که بفهمی آره این دیگه همون پائیز سردیه که منتظرش بودی. همین آن یه لیوان چایی داغه

که بهت ثابت میکنه این شبای بلند به اون روزای کوتاه می ارزه.

البته اگه اینجایی که ما هستیم باشین از وسطای آبان به بعد همون زمستونه یکم پائیزی تر. یعنی ما تو پائیز برف داریم. یخبندون داریم. زنجیرچرخ داریم.

تازه امسال یه آنفلوانزا هم داریم که اومده. ثابت کنه علم اون جورایی هم که میگن پیشرفت نکرده و جوئه که میگیره و میبره.

همین اواخر فصل یه روز دانشجو هم داریم یعنی دارن و ما فقط اسمشو شنیدیم. و صد البته خوش به حال اونایی که رفتن دانشگاه و دانشجو شدن اینجایی که ما هستیم مدرسه اس یکم فانتزی تر. و اینجوریه که شونزده آذر ما با یه شام مجانی سلفی- دانشجویی گذشت ولی روز شماها که دانشجویین مبارک



بیماری آنفلوآنزا

سوشهای ویروس آنفلوآنزا که باعث آنفلوآنزا میشوند ممکن است از سالی به سال دیگر تفاوت داشته باشد.

نشانه های آنفلوآنزا چیست؟
آنفلوآنزا با تب، سرفه، احساس سردی همراه با لرز، کوفتگی و درد در بدن، سر درد و خستگی همراه است. این نشانهها به طور معمول ۳ تا ۴ روز ادامه دارند و پس از آن ممکن است بیمار برای یک هفتهی دیگر یا بیشتر، سرفههای خشک، آبریزش بینی و گلودرد داشته باشد. دورهی کمون (شکلگیری)، یعنی زمانی که فرد در معرض ویروس آنفلوآنزا قرار میگیرد تا زمانی که نشانههای بیماری را بروز میدهد، ۱ تا ۴ روز است.

اگرچه مردم اغلب واژهی آنفلوآنزا را برای هر نوع بیماری به کار میبرند که نشانههایی مانند آنفلوآنزا دارد (مانند سرماخوردگی معمولی یا ویروس معده)، آنفلوآنزا یک بیماری ویروسی مجزا با نشانههای ویژهی خود است و بهطور معمول در زمانهای ویژهی از سال، پایان پاییز و

بیشتر مردم بدون مشکل جدی از این بیماری رهایی مییابند، اما گاهی بیماری به عفونت باکتریایی، از جمله عفونت گوش، عفونت سینوسها یا عفونت مجراهای تنفسی (برونشیت)، می انجامد. البته، با نگهداری مناسب از بیمار در خانه میتوان از این عفونتها پیشگیری کرد. در برخی بیماران ممکن است عفونتهای دردمر سازتری مانند نومیا به وجود بیاید. بیمارانی که در خطر چنین عفونتی هستند و باید در بیمارستان بصری شوند، عبارتاند از: بچه های کم سن، بزرگسالان ۶۵ ساله یا بیشتر و کسانی که ناراحتیهای پزشکی جدی دارند. -چه چیزی آنفلوآنزا را به وجود میآورد؟

دو نوع ویروس آنفلوآنزا، A و B، باعث آنفلوآنزا میشوند. به طور معمول نوع A عامل همهگیری سالانهای است که رخ میدهد. این ویروسها پیوسته تغییر میکنند و زیرنوعها یا سوشهایی را تولید میکنند که با ویروس اولی تفاوت دارند اما برخی از ویژگیهای آن را حفظ کردهاند.

آنفلوآنزا یک بیماری ویروسی است که بخش های بالایی مجراهای تنفسی را درگیر می کند. این بیماری نشانه هایی مانند تب، کوفتگی و درد در بدن، سر درد، خستگی، از دست دادن اشتها، سرفه ی خشک و گلودردناک یا خشک را بروز می دهد. آنفلوآنزا با سرماخوردگی تفاوت دارد؛

به طور معمول نشانه های آنفلوآنزا شدیدتر است و بیمار اغلب نسبت به سرماخوردگی زمان بیشتری از کار و مدرسه بازمی ماند.



طی زمستان، رخ میدهد.

-آنفلانزا چگونه تشخیص داده میشود؟

متخصصان بهداشت به طور معمول آنفلانزا را از روی نشانههای آن تشخیص میدهند، بهویژه اگر موردهای مشابه زیادی از بیماری در جامعه دیده شود و مرکز بهداشت منطقه شیوع بیماری را تایید کرده باشد.

به طور معمول به

آزمونهای مرسوم از

افراد که نشانههای

شاخص آنفلانزا را

دارند، نیازی نیست.

بهدرت، با آزمون

فونهی خون یا مایع

بینی یا گلو، ویروس

آنفلانزا را شناسایی

میکند.

-آنفلانزا چگونه

درمان میشود؟

مراقبت و استراحت

در خانه همهی چیزی

است که برای تسکین

نشانه های آنفلانزا نیاز هست.

باوجود این، داروهای ضد ویروس

برای کاهش مدت زمان بیماری و

شدت نشانه ها نیز وجود دارد.

این داروها بهویژه برای افراد

مسن و کسانی که خطر شدت

گرفتن پیامدهای بیماری در آنان

بالاست، مفید هستند. مصرف

این داروها را طی دو روز پس

از بروز نخستین نشانه ها باید

آغاز کرد. مصرف این داروها به

دستور پزشک نیاز دارد.

-درمان خانگی آنفلانزا چیست؟

استراحت، استراحت و استراحت.

برای کاهش تب و سر درد میتوانید

از استامینوفن یا ایبوپروفن

استفاده کنید. دکانجستانت ها

میتوانند آبریزش بینی را کاهش

دهند و از فشار و درد بافت



کرد؟ شما با واکسینه شدن سالانه

علیه ویروس آنفلانزا میتوانید از

این بیماری پیشگیری کنید. این

واکسن به بدن شما تزریق می

شود و بهترین زمان برای این

کار ماه مهر و آبان است. این

واکسن را به کودکان بالاتر از ۶

ماه و هر فردی که میخواهد

به پیشگیری از این بیمار کمک

کند، تزریق کرد. این

واکسن برای افراد

زیر سفارش میشود:

همه ی کودکان ۶ تا

۲۳ ماهه

همه ی بزرگسالان

بالاتر از ۵۰ سال

بزرگسالان و کودکان ۲

ساله و بیشتر که به

ناراحتی های دیگری

مانند آسم، بیماری

قلبی، ناراحتی های

تنفسی یا بیماری

های دستگاه ایمنی

دچار هستند

زنانی که طی فصل آنفلانزا

باردار هستند

واکسنی دیگر نیز به بازار آمده

است که نوعی افشانه ی بینی

است و برای کودکان سالم و

بزرگسالان ۵ تا ۴۹ سال مناسب

است. این واکسن به زنان باردار

و کسانی که بیماری دستگاه

ایمنی دارند، داده نمی شود.

های باد کرده در صورت و پشت

پردهی صماخ گوش بکاهند. با

نوشیدن مایع و ضد سرفه هایی

که به تجویز پزشک نیاز ندارند،

میتوانید از سرفهها بکاهید. شستن

دست و صورت و پاشویه، البته

نه با آب بسیار سرد، نیز به

کاهش تب کمک میکند.

-آیا از آنفلانزا میتوان پیشگیری

آشنایی با بیماری MPS



یاسمن بهزادپور
پرستاری ورودی ۹۴

بیماری موکوپلی ساکاریدوز یا همان ام پی اس (mucopolysaccharidosis) از نوع بیماری‌های ژنتیکی - متابولیکی است که با توجه به عدم شیوع بالای آن در دنیا، جزء بیماری‌های نادر محسوب شده است؛ و با الگوی وراثت اتوزومی به ارث می‌رسد که از هر ۵۰ تا ۱۰۰ هزار نفر یک فرد به این بیماری مبتلا می‌شود، هرچند این بیماری در خانواده‌هایی که ازدواج آن‌ها خویشاوندی است، شیوع بالایی دارد.

این بیماری به دلیل جهش در یک ژن بروز می‌کند که آن ژن مسئول تولید یک آنزیم یا پروتئین است.

این آنزیم‌ها درون سلول وظیفه شکستن و تجزیه مولکول‌های درشتی را دارند که به آنها موکوپلی ساکارید می‌گویند. همچنین تجزیه نشدن این مولکول‌ها سبب انباشته شدن آن‌ها در درون سلول شده و به تدریج سبب تخریب و مرگ سلولی در اقشار مختلف می‌شود. علائم این بیماری در زمان تولد بروز نمی‌یابد و معمولاً نشانه‌های آن چند ماه پس از تولد نمایان می‌شود.



درمان قطعی برای بیماران «ام پی اس» وجود ندارد اما محققان با شناخت عملکرد آنزیم‌ها موفق به ساخت دارویی شده‌اند که توسط آن می‌توان نوع خفیف این بیماری را درمان کرد.

*تغییر چهره، *ایجاد خشونت، *بزرگ شدن زبان، *ایجاد مشکلات تنفسی، *کدورت قرنیه چشم، *از بین رفتن شنوایی و در نهایت *سفت و خشک شدن مفاصل از جمله علائم اصلی این نوع بیماری است.

هر چند درمان قطعی برای بیماران «ام پی اس» وجود ندارد، اما اگر درابتدای بروز علائم عنوان شده تشخیص به درستی صورت گیرد، می‌توان مدت درمان را طولانی کرد. بیماری «موکوپلی ساکاریدوز» یک گروه از بیماری‌های ژنتیکی - متابولیکی نادر است که در طبقه‌بندی بیماری‌ها جزء بیماری‌های ذخیره لیزوزومی است. بیماری ام. پی. اس یک بیماری پیش رونده است ولی می‌توان با تشخیص زودرس از برخی از علائم آن جلوگیری کرد.

تعدادی از مبتلایان به این بیماری هم از نظر ذهنی سالم بوده و از لحاظ یادگیری و آموزشی هم مشکلی ندارند، ولی از نظر جسمی و بدنی دارای مشکلات عدیده‌ای هستند و بدن آن‌ها رشد نمی‌کند و تنها قد و وزن این بچه‌ها تا سن ۷ سالگی رشد می‌کند.

تا چندی قبل در مورد درمان بیماری «ام. پی. اس» راهکاری وجود نداشت، اما خوشبختانه با تولید آنزیم‌ها به روش‌های مهندسی ژنتیک برای بعضی از انواع ام پی اس دارو تولید شده و این در حالی است که از پیوند مغز استخوان و سلول‌های بنیادی هم برای درمان استفاده می‌شود.



سیاست بیمارستان با درهای باز

*پیامدهای مشابه در حالت درهای قفلشده یا باز: این مطالعه داده‌های ۲۱ بیمارستان آلمان بین سالهای ۱۹۹۸ تا ۲۰۱۲ را بررسی کرد تا ارتباط سیاستهای درهای باز یا قفلشده با میزان خودشی، تلاش برای خودکشی و فرار را آزمون کند.

آنها از مجموع ۳۴۹۵۷۴ بیمار، ۷۲۸۶۹ نفر را برای هر نوع بیمارستان انتخاب کردند که در مجموع شامل ۱۴۵۷۳۸ نفر شد. ساختن جفت‌های جور شده یک مقایسه مستقیم بین بیمارستانها را ممکن ساخت. بیشتر بیماراران اختلالات مغزی مرتبط با دمانس، سوءمصرف مواد، اسکیزوفرنی، و اختلالات خلقی شامل افسردگی، مرتبط با استرس و اختلالات شخصیتی داشتند. تأثیر عامل نوع بخش (قفلشده، نسبتاً قفلشده، باز و کلینیک روز) و نوع بیمارستان (بیمارستان دارای بخشهای قفلشده و بیمارستان فاقد آن) روی تعداد خودکشیهای موفقیت‌آمیز، تلاشهای خودکشی، فرار همراه با بازگشت و فرار بدون بازگشت بررسی شد.

نتایج برای بیمارستانهای با سیاست درهای قفلشده و درهای باز، نرخ خودکشی و تلاشهای خودکشی مشابهی نشان داد. بعلاوه بیمارستانهای با سیاست

بر اساس مطالعه هوپر و همکاران (۲۰۱۶) که در مجله روانپزشکی لانست منتشرشده است، قفلکردن درهای بیمارستانهای روانی خطر خودکشی بیماراران یا ترک کردن بدون اجازه بیمارستان را کاهش نمیدهد. افراد دارای مشکلات سلامت روان در مقایسه با افراد معمولی خطر بالاتری برای خودکشی دارند. بعضی از بیمارستانها که مراقبت روانپزشکی فراهم میکنند، برای کاهش این خطر درهای بخش خود را قفل میکنند (سیاست درهای قفلشده) در حالیکه بقیه بیمارستانها اتاقها را باز میگذارند (سیاست درهای باز). پژوهشگران در آلمان در یک مطالعه ۱۵ ساله روی حدود ۱۴۵۰۰۰ بیمار، نتایج محل اقامت با درهای قفلشده و قفل نشده را مقایسه کردند. نویسندگان معتقدند که سیاست درهای باز ممکن است بهتر باشد، زیرا میتواند یک جو درمانی بهتر و پیامدهای سلامت مثبت بیشتری فراهم کند. مسئولین در سرتاسر دنیا به‌طور فزاینده‌ای از سیاستهای درهای قفلشده استفاده میکنند تا بیماراران را از صدمه دیدن حفظ کنند، اما درهای بسته آزادی فردی را هم محدود میکنند.

درهای باز نرخ فرار با و بدون بازگشت بیشتری نداشتند. بیمارانی که در یک بیمارستان با درهای باز بدون اجازه بیمارستان را ترک میکردند به احتمال بیشتری باز میگشتند.

بیمارانی که در بخشهای باز و کلینیک روز حضور پیدا میکردند در مقایسه با بخشهای قفلشده و نسبتاً قفلشده، احتمال کمتری داشت فرار با یا بدون بازگشت داشته باشند. تعداد تلاشهای خودکشی بین کسانی که در یک بخش باز اقامت داشتند در مقایسه با بخش قفلشده کمتر بود، اما نرخ خودکشیهای موفق مشابه بود. محققان با توجه به شباهت نتایج پیامدهای بین دو نوع بیمارستان پیشنهاد میکنند که ممکن است یک سیاست درهای باز بهتر باشد. دکتر هوبر در این مورد میگوید: «این یافتهها پیشنهاد میکند سیاستهای درهای قفلشده ممکن است به بهبود و ایمنی بیماران در بیمارستانهای روانپزشکی کمک نکند، و در کل در پیشگیری از فرار موفق نیست. در حقیقت سیاست درهای قفلشده احتمالاً یک جو ناراحتکنندهتر را تحمیل میکند که میتواند اثربخشی درمانها را کاهش دهد، این میتواند منجر به اقامت بیشتر در بیمارستان شود. این شیوه ممکن است باعث ایجاد انگیزه فرار در بیماران شود.»

نویسندگان هشدار میدهند که استراتژی درهای باز احتمالاً در همه جا مناسب نیست، زیرا شرایط مراقبت سلامت روان در جاهای دیگر متفاوت است، برای مثال تعداد تختهای در دسترس، درصد افراد واقعاً بیمار و مدت زمان درمان تحت درمان بودن افراد. آلمان در ازای هر ۱۰۰۰ نفر ۱/۱ تخت دارد، این نسبت در بریتانیا ۵/۰ و در آمریکا ۳/۰ تخت است. در جایی که تختهای کمتر وجود دارد، بیمارانی که درمان دریافت میکنند به احتمال بیشتری شدیداً بیمار هستند و میزان ریسک بالاتری دارند. این مطالعه در بین کسانی که فرار بدون بازگشت

داشتند به خودکشی، صدمه به خود یا دیگران پرداخت، زیرا دادههای این بیماران در دسترس نبود.

پروفسور آندینه لانگ خاطرنشان میکند که: «بیشتر افراد دارای اختلال روانی ریسک بالاتری برای خودکشی و صدمه به خود و دیگران دارند.» مطالعات دیگر پیشنهاد میکنند که «تعداد خیلی کمی» از افرادی که فرار میکنند به خودشان یا دیگران صدمه میزنند. پروفسور تام برنز از دانشگاه آکسفورد در یک یادداشت مرتبط بیان میکند که مراقبت روانپزشکی به سمت اعمال میزان بیشتری از کنترل حرکت میکند. او تذکر میدهد که رویکردهای سنتی لزوماً با نیازها و موقعیتهای بیماران انطباق ندارند. این مبحث حقوق بیماران را ایجاد میکند و در تقابل با اهداف بیانشده استراتژیهای ملی برای استفاده از رویکرد دارای کمترین محدودیت است. به گفته برنز، یک مهارت مرکزی در مراقبت سلامت روان ایجاد روابط اعتمادآمیز با بیماران است، مخصوصاً با کسانی که بیشتر مشکل دارند و بیمارتر هستند. یک رویکرد مبتنی بر کنترل میتواند نور این اصل کلیدی را از بین ببرد.

کبری ولی پور حبیبی
پرستاری ورودی ۹۴



ایدز

محدثه حقی
پرسناری ورودی ۹۶



راههای عدم انتقال:

ویروس ایدز از طریق تماسهای عادی مثل کارکردن با یکدیگر، هم صحبت شدن، همسفر بودن، دست دادن، بوسیدن، روابط اجتماعی مثل سوار شدن در اتوبوس و تاکسی سرایت نمیکند.

ویروس ایدز از طریق استفاده از حمام عمومی، استخرو توالیت قابل انتقال نمیشود. ویروس ایدز از طریق لباس، پوشاک، پتو و رختخواب قابل انتقال نمیشود. عطسه، سرفه و نیش حشرات نمیتواند باعث انتقال آلودگی به شخص سالم شود. ویروس ایدز را از ترشحات جنسی مردانه و زنانه، بزاق، ادرار و اشک جدا کرده اند ولی سرایت بیماری فقط از طریق خون، ترشحات جنسی و شیر مادر میسر است.

مطابق آخرین تحقیقات ۶۹ درصد مبتلایان به بیماری ایدز در مناطق جنوبی صحرای آفریقا سکونت دارند.

هر ساله، نخستین روز آخرین ماه سال میلادی (اول دسامبر و دهم آذر ماه) را به عنوان روز جهانی ایدز نام گذاری کرده اند و فرصتی فراهم می شود تا دوباره انسان عصر نوین، به یکی از مهم ترین چالش های تهدید کننده بهداشت و سلامت جهانی فکر کند. هدف عمده از این کار این است که به عموم مردم یادآوری شود که HIV از بین نرفته است و هنوز کارهای زیادی است که باید انجام شود. مبتلایان به اچ آی وی مثبت در سراسر جهان در حال افزایش است و به نظر می رسد، به رغم بالا رفتن آگاهی عمومی از شیوه های ابتلا

در سال ۱۹۸۳ یک گروه از دانشمندان فرانسوی و آمریکایی موفق شدند پرده از راز این بیماری اسرار آمیز که موجب اختلال در سیستم دفاعی بدن می شود بردارند. بیماری ایدز (AIDS) نوعی بیماری است که دستگاه ایمنی فرد مبتلا را دچار نقصان می کند. عامل ایجاد این بیماری ویروس نقص ایمنی (HIV) است.

ایدز برای اولین بار در اوایل قرن بیستم میلادی در غرب آفریقا دیده شد. تا قبل از شناخت این ویروس در حدود ۳۰ میلیون کشته و تلفات بود تا اینکه مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری ها موفق به شناخت عامل آن یعنی ویروس HIV شد. این بیماری به عنوان بیماری همه گیر، قابل انتقال و شیوع آن بسیار وسیع و در حال گسترش است. این بیماری عفونی در سه مرحله ظاهر می شود، مرحله اول عفونت شدید شبیه آنفولانزا است. با پیشرفت بیماری در مرحله دوم دستگاه ایمنی فرد دچار مشکل شده و انواع بیماری های عفونی ظاهر می شوند که بیماری در این زمان نهفته است. در مرحله سوم خود را نشان می دهد. ایدز به جهت تاثیرات نامطلوب اجتماعی بر فرد، زندگی بیمار را دچار مشکل می کند.

بیماری ایدز از طریق راه های زیر انتقال پیدا می کند :

۱- خون و فراورده های آن

۲- تزریق مشترک

۳- مادر به جنین

۴- جنسی

و پیشگیری از این بیماری مهلک، همچنان طیف مختلفی از مردم آگاهی ندارند.

در رابطه با درمان این بیماری پژوهشگران انگلیسی به تازگی موفق شدند با استفاده از روش های جدید بیماری ایدز را درمان کنند. مارک ساموئل مدیر کل سازمان بین المللی تحقیقات پزشکی اعلام کرده است که درمان قطعی ایدز در راه است. بیماری ایدز علاوه بر مشکلات و ناتوانایی های جسمی که به دنبال دارد زندگی فردی و اجتماعی بیماران را نیز مختل میکند.

در جوامع مختلف نگرش مردم نسبت به افراد آلوده به اچ آی وی متفاوت است و در بسیاری موارد این نگرش ها منفی بوده است.

نوع نگرش نسبت به افراد فوق به میزان مقبولیت اجتماعی راه انتقال بیماری در جامعه بستگی دارد. انگ، تبعیض و ترس شایع ترین نگرانی در ارائه دهندگان خدمات به بیماران است. به همین دلیل کادر درمانگر در مواردی از مواجهه با بیماران خودداری می کنند.

یکی از دلایل نگرش منفی مردم نسبت به بیماران آگاهی کم و درک نادرست آنها درباره عفونت اچ آی وی است. برای کاهش اثرات انگ، نیاز به مداخلاتی است تا افراد مبتلا بتوانند به سطح

بالتری از سلامت، طول عمر، اشتغال و کیفیت زندگی دست یابند.

انگ زدن، چه بر سر بیماران آورده است؟ دسترسی به درمان، افشای بیماری، تعاملات اجتماعی و حقوق بیماران تحت تاثیر این انگ و تبعیض قرار می گیرد.

انگ و تبعیض، در داخل خانواده، اجتماع، محیط های کاری، سیستم های مراقبت سلامت قابل مشاهده است.

انگ ناشی از بیماری می تواند بر روی اقدامات پیشگیری کننده از انتقال ایدز مانند استفاده از ابزار پیشگیری کننده در روابط جنسی، مراجعه جهت انجام آزمایش و نیز برنامه های پیشگیری از انتقال عمودی بیماری از مادر به فرزند تاثیر بگذارد.

مداخلات رواندرمانی در کاهش افسردگی، فشار روحی و افزایش عواملی همچون حمایت اجتماعی و پایبندی به درمان مؤثر بوده اند.

روش های کاهش فشار روانی، مانند آموزش آرام سازی و تصویرسازی ذهنی، و آموزش مهارت های ارتباطی بین دو نفر، باعث کاهش اضطراب و افسردگی در افراد مبتلا می شود.



همه چیز درباره کارشناسی ارشد رشته پرستاری داخلی-جراحی



ویدا قادری
پرستاری ورودی ۹۴

مقدمه:

خدمات پرستاری یکی از نیازهای روبه تزاید جامعه در حال پیشرفت ایران می باشد. گسترش و توسعه جامعه، رشد جمعیت، افزایش مشکلات سابق و پیدایش مشکلات نوپدید سلامت، همگی از عواملی هستند که نیاز به شناخت و گسترش روش های توسعه سلامت در بزرگسالان را روزافزون می کند. بویژه اینکه گروه بزرگسالان به عنوان عوامل اصلی توسعه اقتصادی، اجتماعی چنانچه سالم باشند به رونق جامعه کمک کرده و در صورت عدم برخورداری از سلامت هزینه های مضاعفی را تحمیل می کنند. با توجه به نقش بی بیدل پرستار در توسعه سلامت این گروه و نظر به ضرورت خدمات تخصصی و عالمان پرستاری، تحصیلات پرستاران در مقطع کارشناسی ارشد و به شکل تخصصی با هدف گیری تأمین مراقبت با کیفیت مطلوب از این گروه سنی در تمام مراحل پیشگیری از سطح اول تا بازتوانی ضروری می نماید.

رویکرد این برنامه تربیت نیروی انسانی کارآمد برای ارائه خدمات بالینی و مراتب پرستاری اختصاصی در قالب ارتباط انسانی، اخلاق مدار،

و توام با مهارت در جمعیت بزرگسال و در زمینه مشکلات داخلی و جراحی می باشد. کمیته بازنگری برنامه پرستاری داخلی - جراحی بدین منظور در شواریه عالی برنامه ریزی علوم پزشکی کشور تشکیل و برنامه حاضر را با رعایت ویژگی های نگرش به پیشرفت های علمی و انطباق با نیازهای جامعه تدوین نموده است. در تدوین این برنامه تلاش بر این بوده است که ضمن حفظ کلیت مراقبت پرستاری، تطبیق با شرایط فرهنگی جامعه، تلفیق دانش نظری و عملکرد بالینی، استفاده از مدل های پرستاری و توسعه اخلاق حرفه ای؛ دانشجویانی تربیت شوند که خدمات شایسته و درخوری ارائه نمایند.

عنوان و مقطع رشته به فارسی و انگلیسی:
دوره کارشناسی ارشد ناپوسته رشته پرستاری
(داخلی - جراحی)

(Medical-surgical Nursing (MSc
تعریف رشته:

رشته پرستاری (داخلی - جراحی) شاخه ای از رشته پرستاری است که به تربیت پرستاران متبحر، آگاه، توانمند و متعهد به مراقبت از بیماریهای در مواجهه

با مشکلات و بیماریهای داخلی و جراحی می پردازد. دانش آموختگان این رشته با بکارگیری رویکرد مراقبت مبتنی بر شواهد، مددجو محور، جامع و جامعه نگر، با تکیه بر اصول اخلاق و ارتباطات انسانی، نیازهای مددجویان را در ابعاد مختلف شناسایی کرده و در سطوح سه گانه پیشگیری به ارائه خدمات تخصصی مراقبتی می پردازند.

شرایط و نحوه پذیرش در دوره:

- قبولی در آزمون ورودی مطابق با ضوابط و مقررات بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- دارا بودن مدرک کارشناسی پیوسته یا ناپیوسته پرستاری اخذ شده از داخل و خارج از کشور با تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

مواد امتحانی آزمون کارشناسی ارشد		
ردیف	پرستاری داخلی جراحی	ضرایب
1	پرستاری داخلی - جراحی	5
2	پرستاری بهداشت جامعه	3
3	سلامت روان و روان پرستاری	2
4	پرستاری کودکان	1
5	پرستاری مادران و نوزادان	1
6	زبان عمومی	2
	جمع	14

تاریخچه و سیر تکاملی دوره در جهان و ایران: همگام با توسعه دانش و تکنولوژی و نیاز به اعتلاء خدمات در نظام سلامت و رفاه اجتماعی دوره کارشناسی ارشد رشته پرستاری داخلی - جراحی در بیشتر دانشگاه های معتبر دنیا نظیر کانادا، آمریکا، انگلستان، استرالیا و سایر کشورهای پیشرفته دایر گردید.

در ایران با حمایت وزارت علوم و آموزش عالی وقت از سال ۱۳۵۴ مجوز برنامه های آموزشی کارشناسی ارشد ناپیوسته پرستاری که به همت پیشکسوتان این رشته خاتم ها شفیقه هروآبادی و دکتر سادات سید باقر مداح در انجمن پرستاری

ایران تهیه و تدوین شده بود به مراکز آموزش عالی پرستاری دانشگاه ملی سابق (علوم پزشکی شهید بهشتی فعلی)، مرکز پزشکی ایران سابق، انستیتو عالی پرستاری فیروزگر و انستیتو روانپزشکی ایران اعطا و رشته پرستاری داخلی - جراحی در مقطع کارشناسی ارشد ناپیوسته در مهرماه سال ۱۳۵۵ در مرکز پزشکی ایران سابق به پذیرش دانشجو در این مقطع مبادرت کرد.

با پیروزی انقلاب اسلامی و بازنگری برنامه ها، کارشناسی ارشد پرستاری دو برنامه آموزشی تحت عناوین آموزش پرستاری با پنج گرایش (داخلی و جراحی، کودکان، روان پرستاری، سلامت جامعه و مدیریت) و مدیریت خدمات پرستاری با چهار گرایش (داخلی و جراحی، کودکان، روانپرستاری، سلامت جامعه) تصویب و به تدریج دانشگاه تربیت مدرس و دانشکده های پرستاری وابسته به دانشگاه های علوم پزشکی در استانهای بزرگ کشور از سال ۱۳۶۱ موفق به اخذ مجوز و پذیرش دانشجو در مقطع کارشناسی ارشد ناپیوسته پرستاری گردیدند. در آخرین مصوبات (سال ۱۳۷۴) پرستاری داخلی - جراحی به عنوان یک گرایش در دو برنامه، دوره کارشناسی ارشد ناپیوسته آموزش پرستاری و کارشناسی ارشد مدیریت خدمات پرستاری بوده است.

جایگاه یا جایگاه های شغلی دانش آموختگان:

۱. مراکز درمانی (بیمارستان ها)
۲. مراکز مشاوره و خدمات پرستاری
۳. مراکز نگهداری و آسایشگاه ها
۴. مراکز مراقبت های تسکینی
۵. مراکز ارائه خدمات طب مکمل مجاز
۶. مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی
۷. اورژانس های پیش بیمارستانی
۸. کارخانجات و مراکز صنعتی
۹. پژوهشکده ها و مراکز تحقیقات و شرکتهای

در تدوین این برنامه، بر ارزش های زیر تأکید شده است:

- انسان به عنوان جانشین خدا دارای کرامت، قداست، حرمت و منزلت والایی بوده و از حقوق همه جانبه به منظور ارتقاء سلامت برخوردار می باشد.

- اعتقاد به مرجعیت علمی و تلاش در جهت دستیابی به قله های دانش و خردورزی در پرستاری از ارزشهای نهادینه در پرستاری است.

- تلاش در نیل به عدالت در سلامت و آموزش پزشکی تعهد دائمی حرفه پرستاری است و هرگونه برنامه ای مبتنی بر آن ارزشمند است.

- پیشرفت و رعایت عدالت اجتماعی در ارائه مراقبت های بهداشتی به انسان در جهت رفع نیازهای بیولوژیکی، روانی، اجتماعی، فرهنگی و معنوی امری ضروری است.

- این برنامه بر پیشگیری از بیماری و ناتوانی و ارتقاء سلامت در تمام سطوح آن تأکید دارد.
- حق دریافت آموزش های لازم و مشارکت در تصمیم گیری های مربوط به سلامت مددجو از حقوق اصلی اوست.

- مراقبت های جامع و جامعه نگر پرستاری در راستای تأمین سلامت کامل مددجویان، با توجه به تغییرات سریع تکنولوژی در حیطه های بهداشتی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی صورت می پذیرد.
- راهبرد آموزشی این برنامه بر محوریت دانشجو به عنوان عنصر اصلی آموزش تنظیم شده است.

- برنامه های آموزش پرستاری در این مقطع در جهت تربیت افراد به منظور رسیدن به خلاقیت،

ابتکار، شایستگی، خودبپاوری، خودکفایتی و دانش پذیری می باشد.

- راهبرد آموزشی غالب در این برنامه تقویت روحیه یادگیری و خودآموزش مادام-العمر می باشد.

- در این برنامه آموزشی بر استفاده از فنون و روش های جدید آموزشی تأکید شده است.

- دانش آموختگان این مقطع از توانمندیهای بالقوه خود در جهت قضاوت، رشد و شکوفایی حرفه پرستاری و اخلاق انسانی بهره برده و افرادی مسئول، کارآمد و اثربخش در جایگاه خود می باشند.

چشم انداز یا آینده شغلی پرستاری داخلی جراحی: در ۱۰ سال آینده، این دوره در کشور، از لحاظ استانداردهای آموزشی، تولیدات پژوهشی و ارائه خدمات پرستاری به مردم، در منطقه در ردیف کشورهای برتر مطرح خواهد شد.

رسالت (ماموریت):

رسالت این دوره، تربیت پرستاران متبحر، توانمند، مسئولیت پذیر، اخلاق مدار و جامع نگر است که با بکار بستن تفکر انتقادی و با تکیه بر کاربرد علوم پرستاری مبتنی بر شواهد، مددجویان را در سطوح جامعه: مراکز بهداشتی، درمانی و توانبخشی یاری می نماید.

پیامدهای مورد انتظار از دانش آموختگان:

دانش آموختگان این دوره قادر خواهند بود:

- مشکلات مددجویان را در قالب تشخیص های پرستاری تعیین نمایند.

- برای برطرف کردن مشکلات مددجویان برنامه مراقبتی تدوین نمایند.

- برنامه ارتقاء سلامت مددجویان را اجرا و ارزشیابی کنند.

- از بیماران بزرگسالان در عرصه های مختلف مراقبت نمایند.

- در نقش آموزشی از عهده برنامه ریزی، اجرا

- و ارزشیابی آموزش دانشجویان، همکاران، مددجویان و خانواده آنها برآیند.
- در تدوین سیاست های مرتبط با ارتقاء سلامت بزرگسالان مشارکت فعال داشته باشند.
- نقش های دانش آموختگان در جامعه:
- دانش آموختگان این رشته در نقش های زیر در جامعه انجام وظیفه خواهند کرد:
- مراقبتی آموزشی پژوهشی مشاوره ای تشخیصی (پایش)
- پیشگیری مولد مدیریتی
- وظایف حرفه ای دانش آموختگان به ترتیب هر نقش به شرح زیر است:
- در نقش مراقبتی
- برقراری ارتباط مناسب با مددجو، خانواده و اعضای تیم سلامت
- مشارکت و همکاری با سایر اعضای گروه سلامت در ارائه خدمات به بیماران
- ارائه خدمات پرستاری جامع در حیطه بهداشتی درمانی با رویکرد سلامت محور و خانواده محور به بیماران
- ارائه خدمات تخصصی پرستاری مبتنی بر شواهد در بیماران حاد، مزمن، کم توان و ناتوان
- بررسی و تشخیص نیازهای مددجو و خانواده، اولویت بندی آنها و ارائه تدابیر پرستاری و ارزشیابی مداخلات انجام شده
- پیگیری وضعیت سلامت مددجو و خانواده با انجام بازدید و ارائه مراقبت های خاص پرستاری و آموزش های ضروری در منزل
- همکاری با سایر اعضای گروه سلامت در ارائه خدمات
- رعایت و اجرای اصول اخلاقی و حفظ حقوق مددجو و خانواده
- در نقش آموزشی
- آموزش مددجو، خانواده و جامعه در سه سطح پیشگیری
- بکارگیری شواهد و مستندات علمی روز در آموزشها
- استفاده از اطلاعات و دانش جدید و به کارگیری آنها در جهت بهبود ارائه خدمات پرستاری در حیطه های بهداشتی و تخصصی
- تهیه محتوا و انتخاب نرم افزارهای کمک آموزشی
- نیازسنجی، برنامه ریزی و برگزاری برنامه های آموزشی (بازآموزی و حین خدمت) براساس نیازهای کارکنان پرستاری
- مشارکت و همکاری با دانشگاه های علوم پزشکی در آموزش بالینی دانشجویان مقطع کارشناسی
- راهنمایی و تسهیل روند آموزشی دانشجویان پرستاری در عرصه های تخصصی بالینی
- در نقش پژوهشی
- همکاری در طراحی، انجام و توسعه پژوهش ها با مسئولین نظام سلامت
- بررسی زمینه ها و نیازهای پژوهشی و تدوین طرح های متناسب و ارائه آن به مسئولیت سلامت
- استفاده از روش های مختلف و فناوریهای جدید در انجام پژوهش های کاربردی در حوزه های مختلف سلامت بزرگسالان
- انتشار و ارائه نتایج تحقیقات به مسئولین سلامت
- مشارکت در ایجاد و توسعه پایگاههای تحقیقاتی
- جمعیتی (Population Lab) به منظور ارائه خدمت در ارتباط مستقیم با جامعه تحت پوشش
- مشارکت در ایجاد و گسترش مراکز پژوهش و توسعه (Research & Development) در عرصه های پیشگیری، درمان و توانبخشی بزرگسالان
- در نقش مشاوره ای
- ارائه مشاوره به مددجو، خانواده و جامعه در سه سطح پیشگیری
- ارجاع مددجو و خانواده به متخصص بالینی در موارد نیاز به خدمات تخصصی بالینی

- بررسی و تشخیص نیازهای مراقبتی فرد، خانواده و جامعه بعنوان مددجو
- تشخیص مشکلات سلامت مددجویان و گزارش به پزشک مسئول
- در نقش پیشگیری
- بررسی و تشخیص مشکلات بالقوه سلامت بزرگسالان و تعیین راهکارهای مقابله ای مبتنی بر شواهد و ارائه به مسئولین واحد تحت پوشش
- مشارکت در برنامه های غربالگری نظام سلامت در نقش مولد:
- تولید دانش و فناوری در زمینه سلامت بزرگسالان
- تولید و معرفی الگوهای مراقبت پرستاری بومی متناسب با هنجارهای فرهنگی جامعه اسلامی
- تولید الگوها و بسته های آموزشی دانشجویان، همکاران و مددجویان
- تولید ابزارهای پژوهشی و شاخص های مربوط به سلامت بزرگسالان
- در نقش مدیریتی:
- تعیین، ثبت، پیگیری، ارزیابی و اولویت بندی مشکلات نظام ارائه خدمات مراقبت بزرگسالان و ارائه به مسئولان مربوطه
- بررسی و ارزیابی چالش های اخلاقی و طراحی راهکارهای توسعه اخلاق حرفه های و ارائه به مسئولین مربوطه
- ارزشیابی نحوه ارائه خدمات بهداشتی درمانی در بخش های مختلف با توجه به استانداردها و شواهد موجود به منظور بازنگری، تغییر و اصلاح در صورت لزوم
- مشارکت در تدوین و متناسب سازی استانداردها با نیازهای جامعه، همگام با پیشرفتهای علمی
- تهیه و تدوین راهکارهای پیشگیری از مشکلات سلامتی در زمینه های مرتبط
- ایفای نقش حاکمیت بالینی
- توانمندی و مهارت های اصلی مورد انتظار

- الف- توانمندیهای عمومی مورد انتظار: (General Competencies)
- مهارتهای ارتباطی (برقراری ارتباط اخلاق مدارانه با مددجویان، همکاران، دانشجویان)
 - تعامل بین بخشی (برقراری ارتباط موثر سازمانی با اعضاء تیم سلامت)
 - آموزش مددجویان و خانواده آنها و دانشجویان
 - پژوهش (تدوین و اجرای طرح های پژوهشی در حوزه سلامت بزرگسالان)
 - تفکر نقادانه (نقد نظام ارائه خدمات سلامت بزرگسالان در سطوح خرد و کلان)
 - نگارش مقالات علمی (در زمینه های مرتبط با سلامت بزرگسالان)
 - مهارت های حل مسئله (شناخت و حل مسائل سلامت بزرگسالان در سطوح مختلف جامعه)
 - کار در محیط های حرفه ای مرتبط با سلامت بزرگسالان از قبیل بیمارستان و آسایشگاه و ...
 - مهارت های مدیریتی (برنامه ریزی، سازماندهی، ارزشیابی رهبری و هدایت موضوعات مرتبط با نظام سلامت بزرگسالان)
 - تصمیم گیریهای مبتنی بر شواهد (استفاده از شواهد پژوهشی در ارتقاء سلامت بزرگسالان)
 - برنامه ریزی، پایش، نظارت و ارزشیابی برنامه های مرتبط با سلامت بزرگسالان
 - کنترل کیفی رویه ها در مراکز ارائه خدمات سلامت بزرگسالان
 - سالم سازی فیزیکی و روانی محیط کار
 - استفاده از وسایل موجود در بخش های بزرگسالان و مراکز بهداشتی درمانی
 - حرفه ای گرایی
 - خود ارتقایی مادام العمر
 - درخواست و ارائه مشاوره

سندرم

بروگادا

کبری ولی پور حبیبی
پرستاری ورودی ۹۴



سندرم بروگادا برای اولین بار در سال ۱۹۹۲ توسط بروگادا معرفی گردید. این سندرم به صورت تغییرات الکتروکاردیوگرام به شکل صعود قطعه ST در اشتقاقهای ۷۱-۷۲-۷۳ الکتروکاردیوگرام با یا بدون وجود بلوک شاخه راست (Right Bundle Branch Block = RBBB) می باشد. که طبق تحقیقات انجام گرفته، شایعترین علت مرگ ناگهانی قلبی در جوانان آسیای جنوب شرقی است. بعد از آن آمارهای ابتدایی از شیوع این بیماری از آسیای جنوب شرقی و اروپا گزارش گردید. سندرم بروگادا (Brugada syndrome) اختلالی است که در ریتم و ضربان طبیعی قلب، اختلال ایجاد می کند. این اختلال می تواند به طور مشخص منجر به نامنظم شدن ضربان قلب در حفره های پایینی بطن ها (ventricles) شده که آریتمی بطنی (ventricular arrhythmia) نامیده می شود. در صورت عدم درمان، ضربان نامنظم قلب می تواند باعث غش، سنکوپ، تشنج، تنفس سخت و یا مرگ ناگهانی شود که این عوارض معمولاً در زمان استراحت و یا خواب رخ می دهند. معمولاً سندروم بروگادا در بزرگسالی مشخص می شود، با این حال این اختلال می تواند در هر مقطعی از زندگی پیشرفت کند. علائم مرتبط با آریتمی مثل مرگ ناگهانی می تواند از اوایل نوزادی تا اواخر بزرگسالی ایجاد شود، اما معمولاً مرگ ناگهانی حدود ۴۰ سالگی اتفاق می افتد. احتمالاً این اختلال توضیحی برای بعضی از موارد سندروم مرگ ناگهانی نوزاد (sudden infant death syndrome) و یا SIDS است. SIDS اصلی ترین علت مرگ در کودکان زیر یک سال می باشد و معمولاً با مرگ ناگهانی و بدون علت در خواب مشخص می شود. سندروم مرگ ناگهانی و ناشناخته شبانه (Sudden unexplained nocturnal death syndrome) اختلالی است که با ایست قلبی

غیر منتظره و معمولا هنگام خواب شبانه در جوانان رخ می دهد. در اصل این اختلال در جمعیت های جنوب شرق آسیا شناخته شده و علت اصلی مرگ و میر در این منطقه می باشد. بر اساس تحقیقات، سندروم بروگادا و SUNDS یک اختلال مشابه هستند.

شیوع: میزان دقیق شیوع سندروم بروگادا نامشخص است، اما تخمین زده می شود در سراسر جهان از هر ۱۰,۰۰۰، ۱ نفر به این بیماری مبتلا می باشد. این اختلال در نژادهای آسیایی به خصوص ژاپنی ها و جمعیت های جنوب شرق آسیا بسیار شایع است.

اگرچه سندروم بروگادا هم مردان و هم زنان را تحت تاثیر قرار می دهد، به نظر می رسد این اختلال ۸ تا ۱۰ برابر در مردان شایع تر است. محققین احتمال می دهند هورمون جنسی تستوسترون (testosterone) که در مردان مقدار آن بسیار بیشتر از زنان است، باعث ایجاد تفاوت در شیوع این بیماری بین زنان و مردان می باشد.

تغییرات ژنتیکی: سندروم بروگادا می تواند در اثر جهش در یکی از چندین ژن، ایجاد شود. شایع ترین ژن جهش یافته در سندروم بروگادا، ژن SCN5A است که تقریبا در ۳۰ درصد از مبتلایان،

دچار تغییر شده است. این ژن دستور ساخت کانال سدیم را صادر می کند. در حالت طبیعی، این کانال اتم های باردار مثبت سدیم (یون ها) را وارد سلول های ماهیچه قلب می کند. این نوع از کانال یونی، نقش بسیار مهمی را در پایداری و حفظ ریتم طبیعی قلب ایفا می کند. جهش در ژن SCN5A ساختار یا عملکرد این کانال را تغییر داده و باعث کاهش جریان یون های سدیم به داخل سلول ها می شود. اختلال در انتقال یون ها، ضربان طبیعی قلب را بهم زده و باعث ریتم غیر طبیعی قلب که ویژگی مشخص سندروم بروگادا است، می شود.

علل سندرم بروگادا: سندرم بروگادا یک اختلال در ریتم قلب است. هر ضربان قلب انسان با پالسی الکتریکی توسط سلول های خاصی در محفظه بالا سمت راست قلب تولید می شود. هر یک از این سلول ها در منافذ کوچکی، به نام کانال، این فعالیت الکتریکی که باعث ساخته شدن ضربان قلب می شود را هدایت می کنند. در سندروم بروگادا، نقص در این کانال باعث ضربان غیر طبیعی قلب و چرخش الکتریکی خارج از کنترل در یک ریتم غیر طبیعی سریع و خطرناک (فیبریلاسیون بطنی) می شود.

در اثر تغییرات ژنتیکی ممکن است اثر جهش ها بر عملکرد ۳ قسمت اثر بگذارد؛ که باعث ایجاد ریتم های غیر طبیعی قلب می شود:

* جهش های که باعث از دست دادن عملکرد کانال سدیم می شود.

* جهش هایی که موجب از دست دادن عملکرد جریان کانال کلسیم می شود.

* جهش هایی که موجب افزایش عملکرد جریانهای کانال پتاسیم می شود.

تشخیص سندرم بروگادا: الکتروکاردیوگرام (ECG) با دارو: در این تست غیر تهاجمی، تکنسین پروب را روی قفسه سینه قرار می دهد و ضربات الکتریکی که توسط قلب ایجاد می شود را ضبط می کند. ECG این سیگنال های الکتریکی را ثبت می کند و می تواند به پزشک شما کمک کند بی نظمی ها را در ریتم و ساختار قلب شما تشخیص دهد. با این حال، چون ریتم قلب شما می تواند تغییر کند، الکتروکاردیوگرام به خودی خود ممکن است ریتم غیر طبیعی را تشخیص ندهد. در این شرایط پزشک ممکن است به شما دارویی را بدهد که می تواند الگوی ECG نوع ۱ بروگادا را در افراد مبتلا به این سندرم تشخیص دهد. این دارو معمولا

به صورت وریدی تزریق می شود. تست الکتروفیزیولوژی (EP): اگر ECG نشان دهد که سندروم بروگادا دارید، پزشک می تواند یک آزمایش EP را برای دیدن اینکه این بیماری چطور می تواند ضربان قلب را به ریتم غیر طبیعی بروگادا تبدیل کنید، توصیه کند. در آزمون EP، یک کاتر از طریق یک رگ در کشاله ران به قلب شما فرستاده می شود دقیقاً کاری که در کاتریزاسیون قلب انجام می شود. سپس الکترودها از طریق کاتر به نقاط مختلف قلب شما منتقل می شوند. بعد الکترودها ضربان های نامنظم قلب را تعیین می کنند. الکترودها قلب شما را تکان می دهند. آنها فقط سیگنال های الکتریکی را که از طریق قلب شما در حال حرکت هستند شناسایی می کنند. تست ژنتیک: اگر چه تشخیص

سندروم بروگادا نیازی به آزمایش ژنتیکی ندارد، اما اگر این سندرم در یکی از اعضای خانواده تشخیص داده شده، ممکن است پزشک برای سایر اعضای خانواده آزمایش ژنتیک را تجویز کند. در آزمایش ژنتیک توصیه شده (وجود CNVs در توالی مستقیمی از SCN5A) باعث تشخیص بیماری می شود. مطالعات توسط Multiplex یا توالی یابی نسل بعدی (NGS) انجام می شود. چه کسانی در معرض خطر بالا قرار دارند؟

افرادی که سابقه مشکلات ریتمی جدی در قلب دارند.

افرادی که سابقه حملات سنکوپ دارند.

افرادی که از ایست ناگهانی قلب جان سالم به در برده اند.

*درمان سندرم بروگادا

به دلیل اختلال در ریتم طبیعی قلب، معمولاً از دارو برای درمان سندرم بروگادا استفاده

نمی شوند. یک دستگاه پزشکی به نام دفیبریلاتور کاردیوورتر کاشتنی (ICD)، معمولاً درمان اصلی این بیماری است.

*عوامل خطر سندرم بروگادا سابقه خانوادگی سندرم بروگادا که در این صورت اگر یکی از اعضای خانواده سندروم بروگادا داشته اند، در شما خطر ابتلا به این شرایط افزایش می یابد مردان بالغ اغلب بیشتر نسبت به زنان با این بیماری تشخیص داده می شوند. با این حال در کودکان و نوجوانان، پسران و دختران تقریباً به همان میزان تشخیص داده می شوند.

در حالی که داشتن تب به خود ایجاد کننده سندروم بروگادا نیست، ولی یکی از دلایل آن می باشد تب می تواند قلب را تحریک کند و این تحریک شروع کننده غش ناشی از این سندرم و یا ایست ناگهانی قلبی، به ویژه در کودکان باشد.



فیروز سیستیک (Cystic Fibrosis)

اختصار: CF

سفتی مخاط و نوعی بیماری سوخت و سازی بدن است که بر اثر آن ترشحات در بخش‌های از بدن سفت و چسبنده می‌شوند. یک نوع اختلال اتوزومی مغلوب حمل پوششی epithelial است که به علت جهش‌هایی در ژن تنظیم‌کننده هدایت ورای غشایی CF به نام CFTR ایجاد می‌شود. این بیماری یکی از شایع‌ترین و جدی‌ترین اختلالات ژنتیکی است که در هر ۲ تا ۳ هزار تولد یک نوزاد را مبتلا می‌کند. اندام‌های درگیر در این بیماری: ترشحات ریه، لوزالعمده، کبد، روده و دستگاه تناسلی غلیظ و چسبنده می‌شود این در حالی است که در افراد طبیعی این ترشحات غالباً رقیق و غیرچسبنده هستند، علاوه بر این میزان نمک موجود در ترشحات غده عرق نیز افزایش می‌یابد و در واقع نمک موردنیاز بدن از طریق عرق دفع می‌شود.

CF به‌طور کلاسیک در اوایل کودکی ظاهر می‌کند، هر چند تقریباً ۴ درصد بیماران در بزرگسالی تشخیص داده می‌شوند.

نشانه‌های بیماری:

۱- ۱۰ تا ۲۰ درصد بیماران در بدو تولد با

ایلائوس مکنونیوم تظاهر می‌کنند

۲- شکایات تنفسی مزمن

۳- نارسایی رشد،

پیشرفت بیماری ریوی، عامل اصلی تعیین‌کننده ابتلا و مرگ و میر است. اکثر بیماران به علت

نارسایی تنفسی بین ۳۰ تا ۴۰ سالگی فوت

می‌کنند. شایع‌ترین علایم بیماری

مربوط به درگیری دستگاه تنفسی

است؛ این علایم شامل سرفه

همراه با خلط، خس خس سینه

و عفونت ریه‌ها می‌باشد در

مواردی سینوزیت و پولیپ‌های

بینی نیز مشاهده می‌شود.

سایر علایم بیماری عبارتند

از: دل دردهای عودکننده،

کاهش وزن، اختلال در

گوارش غذا، انسداد

روده، تهوع و استفراغ،

اسهال چرب، نارسایی

در رشد و درگیری کبد.

تشخیص: بیماری غالباً در

شیرخوارگی یا اوایل کودکی تشخیص

داده می‌شود تأیید و تشخیص براساس

نتایج تست عرق انجام می‌شود. در این

آزمایش مقدار سدیم و کلر (نمک) موجود

در عرق کودک اندازه‌گیری می‌شود؛ برای

انجام آزمایش با استفاده از امکانات موجود

تولید عرق را در دست یا سر بیمار افزایش

می‌دهند و با استفاده از الکتروود مخصوص که

در عرق گذاشته می‌شود میزان سدیم و کلر

اندازه‌گیری می‌شود. میزان نمک موجود در

عرق کودک مبتلا از فرد معمولی بالاتر است و

به این ترتیب با توجه به نتایج تست عرق و

علایم بالینی بیمار، تشخیص تأیید می‌شود.

۱ تا ۲٪ مبتلایان به CF، غلظت طبیعی

کمر در عرق نشان می‌دهند. به هر حال در این بیماران، اختلاف پتانسیل فراپوششی بینی معمولاً تشخیص دهنده CF است. در حال حاضر هیچ درمان علاج دهنده‌ای برای CF وجود ندارد، هر چند بهبود اداره علایم بیمار، طول عمر متوسط را از اوایل کودکی به ۴۰ - ۳۰ سالگی افزایش داده‌است.

درمان طبی

به دلیل بروز عفونت‌های باکتریایی مزمن و کشنده در راه‌های تنفسی در مبتلایان به فیروزکیستیک که در ابتدا با استافیلوکوکک طلایی یا هموفلوس انفلونزا کولونیزه می‌شوند و به دنبال آن و در سال‌های آتی پسودومونا آئروژینوزا نیز علاوه می‌گردد، کنترل عفونت و حفظ عملکرد تنفسی مطلوب کلید اصلی درمان است. دارو درمانی در این بیماران شامل موارد زیر است:

- ۱- آنتی بیوتیک‌ها به منظور پیشگیری از عفونت استفاده می‌شوند.
- ۲- داروهای گشادکننده برونش برای باز نگه داشتن مسیرهای تنفسی استفاده می‌شود.
- ۳- از کورتون‌ها به منظور کاهش التهاب در سیستم تنفسی استفاده شود.
- ۴- برحسب نیاز از آنزیم‌های پانکراس (لوزالمعده) برای کاهش مشکلات گوارشی استفاده می‌شود.
- ۵- مکمل‌های ویتامین‌های محلول در چربی برای بیمار تجویز می‌شود که معمولاً به صورت روزانه مصرف می‌شود.

۶- زمانی که کودک در بیمارستان بستری است یا در موارد بیماری ریوی پیشرفته برای پیشگیری از کمبود اکسیژن ممکن است اکسیژن درمانی انجام شود.

۷- فیزیوتراپی سینه برای خارج کردن ترشحات به صورت روزانه باید انجام شود، این تکنیک می‌تواند مشکلات تنفسی بیمار را به حداقل رسانیده و طول عمر بیمار را افزایش دهد که شامل تمرینات تنفسی، تحرکات سرفه مؤثر و تمرینات هوازی است، که هر کدام متناسب با شرایط فرد، از زمان تشخیص تا پایان زندگی، توسط متخصص فیزیوتراپی تجویز و اجرا می‌شود و به والدین نیز آموزش داده می‌شود.

۸- در موارد بسیار نادر پیوند ریه انجام میدهند
مراقبت‌های لازم:

- ۱- رویکرد تیمی برای کمک به مراقب از کودک (درمانگر تنفسی، پرستار، متخصص تغذیه، فیزیوتراپ، مشاور، مددکار اجتماعی)
- ۲- افزایش اطلاعات بیمار در مورد بیماری خود. توجه به اهمیت رژیم غذایی، دارو، و تشخیص زودهنگام عفونت
- ۳- تخلیه روزانه مخاط ریه‌ها با تغییر وضعیت بدن و نیز ضربه زدن به قفسه سینه
- ۴- استفاده از دستگاه بخور در زمانی که بیمار علایم تنفسی دارد
- ۵- واکسیناسیون بیمار را به موقع باشد و بیمار باید واکسن آنفلوانزا نیز دریافت کند.
- ۶- در موارد پیشرفت بیماری، بیمار را از رفتن به مکان‌های عفونی و تماس با بیماران عفونی دیگر منع شود



مهسا مفاهی
پرستاری ورودی ۹۶

روز جهانی کودک

شنبه ۱۶ مهر ماه روز جهانی کودک به میلادی
۸ اکتبر ۲۰۱۹



تسلیم می‌شود. این کنوانسیون در ۲۰ نوامبر ۱۹۸۹ مورد پذیرش مجمع عمومی سازمان ملل متحد قرار گرفت و از ۲ سپتامبر ۱۹۹۰ (سی روز پس از تودیع بیستمین سند تصویب یا الحاق) لازم‌الاجرا شده‌است. تاکنون ۱۹۳ کشور (تمام اعضای ملل متحد به جز ایالات متحده آمریکا و سومالی) این سند را امضا کرده‌اند و در ۱۴۰ کشور اجرا می‌شود و به این ترتیب مقبول‌ترین سند حقوق بشر در تاریخ می‌باشد. دولت جمهوری اسلامی ایران نیز در سال ۱۳۷۲ به این پیمان نامه پیوست، البته با این شرط که هر گاه مفاد پیمان نامه در هر مورد و در هر زمان با قوانین داخلی ایران و موازین اسلامی تعارض پیدا کند، دولت ایران ملزم به رعایت آن نباشد. کودک بر اساس ماده یک پیمان نامه حقوق کودک به هر انسان کمتر از ۱۸ سال گفته می‌شود. مگر آن که قانون قابل اعمال در مورد کودک سن قانونی کمتری را تعیین کرده باشد. این کنوانسیون شامل ۵۴ ماده و دو پروتکل اختیاری بوده که چهار اصول پایه‌ای آنرا جهت می‌دهد:

- هیچ کودکی نباید از تبعیض رنج ببرد.
- زمانی که در رابطه با کودکان تصمیم‌گیری می‌شود، باید منافع عالیه آنان در راس قرار گیرد.
- کودکان حق حیات داشته و باید رشد کنند.
- کودکان حق دارند آزادانه عقاید و نظرات خود را ابراز کنند و این نظرات در تمامی اموری که به آنها مربوط می‌شود، باید مورد توجه قرار گیرد.

یکی از راه‌های شخصیت دادن به کودکان، بازی کردن والدین با آنهاست. این کار اندکی از وقت والدین را می‌گیرد، ولی آثار بسیار نیکویی دارد. بازی با کودک می‌تواند به شکل محبت کردن و شعر خواندن برای او باشد. کودکان، برکت زندگی و سرمایه‌های آینده جامعه به شمار می‌آیند. آنان برای رشد و بالندگی خود، نیازها و در مفهوم دقیق تر حقوقی دارند که باید به درستی به آن پرداخت. با توجه به نقش بی بدیل خانواده در بالندگی شخصیت کودک، پیش از همه، خانواده و سپس جامعه باید این حقوق را به خوبی بشناسند و خود را مکلف به پاس داشت آن بدانند. روز جهانی کودک بهانه‌ای برای ورود به جهان کودکان است؛ برای ورود به این جهان باید آگاهی‌های خود را فراموش کنیم و با ناآگاهی‌های کودکانمان همراه شویم. در سال ۱۹۴۶ بعد از جنگ جهانی دوم در اروپا، مجمع عمومی سازمان ملل به منظور حمایت از کودکان، سازمانی به نام یونیسف را ایجاد کرد که نخست «انجمن بین‌المللی ویژه کودکان سازمان ملل» نام گرفت. در سال ۱۹۵۳، یونیسف یکی از بخشهای دائمی در سازمان ملل متحد گردید و روز ۸ اکتبر روز جهانی کودک نامگذاری شد. پیمان نامه حقوق کودک یک کنوانسیون بین‌المللی است که حقوق مدنی، سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کودکان را بیان می‌کند. دولت‌هایی که این معاهده را امضا کرده‌اند موظف به اجرای آن هستند و شکایت‌های راجع به آن به کمیته حقوق کودک ملل متحد

خشونت علیه زنان

نیازهای زنان در بخش خوراک، پوشاک و دیگر نیازهای ابتدایی آنها است. چنانکه گفته شد مهیا نکردن لباس مناسب و پوششی درشان زن و نادیده گرفتن نیازهای غذایی و رژیم غذایی نامناسب نیز نوعی خشونت است؛ اما این مورد را نباید با اسراف اشتباه گرفت. همین که لباسی مناسب و درخور شأن و حرمت والای زن در اختیار وی باشد کافی است.

بر اساس آمارهای ارائه شده از سوی سازمان ملل متحد حدود ۷۰ درصد از زنان در آمریکا خشونت جسمی یا جنسی را تجربه کرده اند. در آمارهای ارائه شده از سوی سازمان بهداشت جهانی (WHO) نیز نشان می دهد که خشونت برای ۶۵ درصد از زنان در برخی مناطق جنوب صحرای آفریقا و حدود ۴۰ درصد از زنان در جنوب آسیا اتفاق افتاده است. درعین حال حتی در مناطقی مانند آسیای شرقی و اروپای غربی که احتمال وقوع این حوادث کم رنگ تر به نظر می رسد به ترتیب بیش از ۱۶ و ۱۹ درصد از زنان، خشونت از سوی شریک زندگی را تجربه کرده اند. در ایران نیز آمار خشونت علیه زنان به ۶۰ درصد و کودک همسری به ۱۷ درصد می رسد. این در شرایطی است که بسیاری از خشونت ها در بافت سنتی ایران گزارش می شود و طبیعی در نظر گرفته می شود. (ایرنا، کد خبر: ۸۳۵۷۳۹۰۷، تاریخ: ۹ آذر ۱۳۹۸)

اما با توجه به این که زنان یکی از مهره های مهم در خانواده و تربیت فرزندان هستند، خشونت

وقتی سخن از خشونت به میان می آید بسیاری از ما به یاد خشونت های فیزیکی مانند دعوا می افتیم اما بیابید خشونت را برای خود معنی کنیم. دکتر شهلا اعزازي دکتری جامعه شناسی در گفتگو با فصلنامه «حوراء» که در شماره ۸ چاپ شده است، خشونت را این گونه تعریف کرده اند: «فردی که دارای اقتدار است»؛ بنابراین تعریف، ابعاد مختلفی را برای خشونت می توان در نظر گرفت ابعاد جسمانی، روانی، جنسی، مالی، بی توجهی به خوراک و پوشاک و ابعاد دیگر.

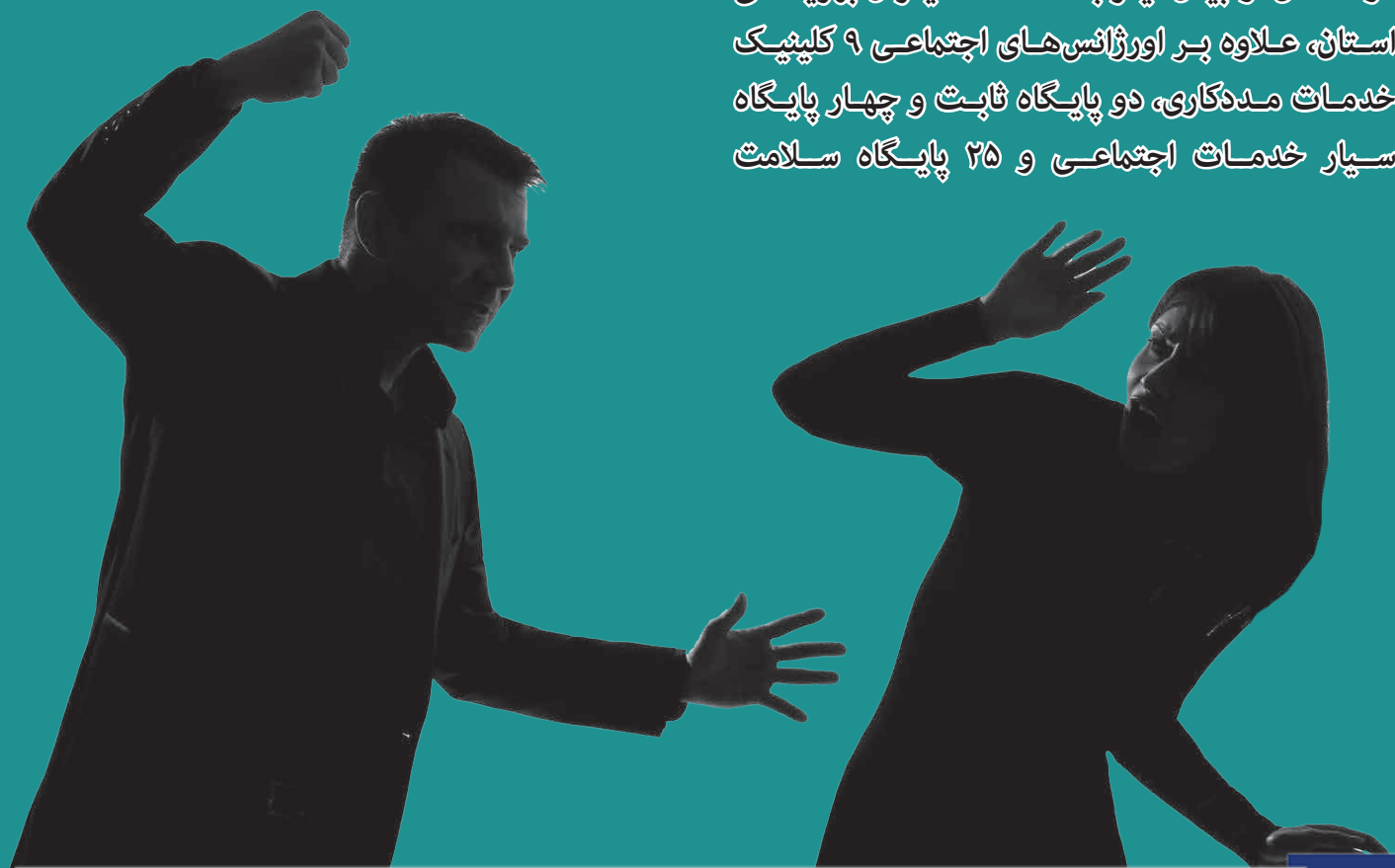
زنان در طول زندگی خود ممکن است با انواع مختلفی از این خشونت ها روبه رو شوند. خشونت جسمانی یا فیزیکی شامل اعمالی مانند کتک زدن، اخراج از خانه، هل دادن، شکستن اشیای خانه و... می شود. خشونت روانی نوع دیگری از خشونت است که کارهایی همچون فحاشی، داد و فریاد، رفتار آمرانه و ممنوعیت زن از دیدار با دوستان و خویشاوندان در این دسته قرار می گیرند. خشونت جنسی نیز شامل مواردی همچون استفاده قهرآمیز، استفاده از زن بدون رضایت وی و... است اما مهم ترین خشونت جنسی علیه زنان متلک های خیابانی است که امروزه نیز شاهد آن هستیم. از دیگر ابعاد خشونت، خشونت مالی است. خشونت مالی یعنی نادیده گرفتن نیازهای مالی زنان و تصرف در اموال و دارایی های آنها. یکی دیگر از انواع خشونت ها بی توجهی به

علیه زنان می‌تواند خسارت‌های جبران‌ناپذیری را برای جامعه و به‌خصوص آیندگان داشته باشد. مطالعات نشان می‌دهند که پسرپچه‌هایی که در خانواده شاهد خشونت علیه زنان بوده‌اند، در آینده احتمال خشونت آن‌ها علیه زنان بیشتر از بچه‌هایی است که شاهد این امر در خانواده نبوده‌اند. همچنین خشونت می‌تواند عوارضی چون سرخوردگی، افسردگی و دیگر مشکلات روانی چون خودکشی را به بار آورد و بهداشت روانی جامعه را به چالش بکشد. از دیگر نتایج خشونت علیه زنان می‌توان به افزایش تمایل زنان به استعمال مواد مخدر، سیگار و الکل اشاره کرد که عواقبی حقیقتاً جبران‌ناپذیر را به دنبال دارند. اورژانس اجتماعی یکی از گزینه‌هایی است که زنان می‌توانند هنگام مواجهه با خشونت با تماس با شماره ۱۲۳ از خدمات آن استفاده کنند. همچنین مراکز خانه امن برای زنان در معرض خشونت در کشور ایجاد شده است تا پناهگاهی باشد برای زنانی که خشونت را تجربه می‌کنند.

در استان اردبیل نیز به گفته مدیرکل بهزیستی استان، علاوه بر اورژانس‌های اجتماعی ۹ کلینیک خدمات مددکاری، دو پایگاه ثابت و چهار پایگاه سیار خدمات اجتماعی و ۲۵ پایگاه سلامت

اجتماعی نیز به مرجعان خدمات ارائه می‌کنند. (مهر، کد خبر: ۴۰۰۷۶۰۶، تاریخ: ۲۸ خرداد ۱۳۹۶) خشونت علیه زنان معضلی جهانی است و بسیاری از سازمان‌ها، تشکله‌ها و... می‌کوشند تا با برنامه‌های مختلف خشونت علیه زنان را کاهش دهند. یکی از این کارها اعلام روز ۲۵ نوامبر (۴ آذر) توسط سازمان ملل متحد به‌عنوان روز جهانی مبارزه با خشونت علیه زنان است.

فراز مهدی‌زاده
پزشکی ورودی ۹۸





هر سال که محرم می شود دل توی دلم نیست حس و حال عجیبی بهم دست می ده، حزن خاصی در دلم می نشینه و دوست دارم برای امام حسین کلی اشک بریزم، دلم خالی شود. نزدیک اربعین که می شود خود را در میان انبوه جمعیت حس می کنم که با چه شوقی قدم از قدم بر میدارند مادرانی که با وجود پا درد ها و کسالت به عشق امام حسین خستگی راه را به جان می خرند عاشقان امام حسین از شیرخوارگان گرفته تا پیرمردان و پیرزنان قدم در این راه بر می دارند برای شان غبطه می خورم. هر کسی که در این راه قدم برمی دارد مطمئنا امام حسین کارت دعوت خود را برای شان فرستاده و برای شان نظر لطف افکنده، برای همین دلگیر تر میشوم آقا جانم پس کی نوبت من و کسانی که مثل من دلشان هوایی شده میشود؟ آقا جانم دوست دارم در کنار همراه زندگیم در این سفر باشم همراهی که عشق شما را در دلم زیاد میکند دوست دارم آنقدر پیاده به دیدارت بیایم که نصفه های راه خسته شویم کنار موکب های عاشقان ات استراحت کنیم، دوباره به شوق دیدن حرمت جان بگیریم و به راه افتیم، آقای خوبی ها دعای همیشگی من این است که در این دنیا زیارت خودت و در جهان آخرت که آن موقع نیازمندترینیم شفاعت خود را قسمت ما گردانی. آمین

زهرا پور اسمعیل
پرستاری و زوادی ۹۶





اردوی جنگل فندقلو به همت کانون سلامت



مسابقه کتاب و کتابخوانی



برگزاری کارگاه کوهنوردی توسط کانون نو اندیشان



انتخابات شورای صنفی دانشکده



بازدید از مزار شهدای گمنام به مناسبت هفته قرآن و عترت به همت کانون قرآن و عترت و بسیج دانشجویی



انتخابات شورای مرکزی کمیته تحقیقات



کسب مقام سوم استارت آپ ویکنند بارویکرد آبدرمانی توسط تیم دانشجویان دانشکده مشکین شهر



بازدید معاونت فرهنگی دانشگاه از دانشکده و خوابگاه



اردوی جنگل فندقلو به همت کانون سلامت



اردوی جنگل فندقلو به همت کانون سلامت



جشن فارغ التحصیلی دانشجویان پرستاری ۹۴ و فوریت پزشکی ۹۶