



carina

نشریه چندرسانه ای کارینا

شماره سوم، تیرماه ۱۴۰۰

خط قرمزهای بیهوشی

شرح المپیاد دانشجویی

سرچشمه ناتورالیزم

کار، دزد لبخند کودک

مسابقه جدول



دانلود مستقیم فایل صوتی مصاحبه با جناب
آقای احسان جلالی

تحصیلات تکمیلی کارشناسی هوشبری
معرفی کارشناسی ارشد مراقبت‌های ویژه پرستاری

۲۲



شرح المپیاد دانشجویی
مصاحبه با سرکار خانم نازنین حسن‌نژاد
دارنده مدال طلا دوره دوازدهم حیطه تفکر
علمی در علوم پایه

۴۲



صفحه رسمی جمعیت هلال احمر
جمهوری اسلامی ایران

ناجیان سلامت، هلال احمر

۷۰



صفحه رسمی انجمن حمایت از کودکان کار

کار، دزد لبخند کودک

۷۴

گاه‌نامه چند رسانه‌ای علمی، اجتماعی و فرهنگی کارینا شماره سوم، تیرماه ۱۴۰۰

صاحب امتیاز: انجمن علمی هوشبری اراک

مدیر مسئول: مجید بوالحسنی @anjoman_saa

سر دبیر: آتنا رضاپور @atena_rezapour

طراحی و صفحه‌آرایی: صبا سادات موسوی @sabaa_mousavi

هیئت تحریریه (به ترتیب حروف الفبا): ثمین آسیابی، فائزه امیرپور، فاطمه امیرپور، محمود آهنگری، مینا سادات احمدی، نیلوفر باقری، مجید بوالحسنی، فرزانه بیگی، نازنین حسن‌نژاد، پردیس ذوالفقاری‌راد، زهرا رحمتی، آتنا رضاپور، عارف نورعلیشاهی، سحر علی‌ئی، محمد میرزایی، بهالالدین میرزایی‌فر، صبا سادات موسوی، سارا نظری و سی‌گل یاری

ناظر علمی: سرکارخانم صفورا امیدوار (کارشناس ارشد مراقبت‌های ویژه پرستاری، هیئت علمی دانشکده پیراپزشکی اراک)

ویراستار: صبا سادات موسوی

راه ارتباطی:

کانال تلگرامی نشریه:



t.me/Carina_journal



t.me/anesthesia_amu



انجمن علمی هوشبری:

@anesthesia_amu

علمی



۳۱

مسابقه جدول



۲۲

تحصیلات تکمیلی کارشناسی هوشبری

معرفی رشته کارشناسی ارشد
پرستاری مراقبت‌های ویژه



۱۸

خط قرمزهای بیهوشی

هرگز آلام‌های راه هوایی را نادیده نگیرید!!



۱۶

نفسی که فرو نمی‌رود و برنمی‌آید

آسم، بیماری بدون درمان



۶

در جدال cns

بررسی جراحی مغز و اعصاب



در جدال CNS بررسی جراحی مغز و اعصاب

نویسنده: زهرا رحمتی

دانشجوی ترم ۶ هوشبری



سلام به همه‌ی دانشجویهای عزیز! امیدوارم که حال همگی تون خوب باشه و درگیر این ویروس منحوس کرونا نشده باشید. خب اینجا جمع شدیم تا این دفعه با همدیگه در مورد نکات بیهوشی در جراحی‌های مغز و اعصاب با همدیگه صحبت کنیم که خیلی مهمه و در اصل ما قصد داریم نکات بیهوشی که حین اعمال کراتیوتومی اتفاق می‌افتد رو بررسی کنیم؛ و اما چرا مهم و چرا کراتیوتومی؟ چون در موارد زیادی از این بیماران (از جمله تومورهای مغزی، انواع هماتوم‌ها و ...) ما مجبور به انجام کراتیوتومی یعنی باز کردن جمجمه هستیم تا برای جراحی به مغز دستیابی پیدا کنیم.

مغز ما انسان‌ها یکی از اندام‌های حیاتی ماست که متابولیسم خیلی بالایی داره ولی متأسفانه توانایی ذخیره اکسیژن رو نداره؛ پس اگر حین عمل جریان خون کاهش پیدا کنه یا مریض دچار هایپوکسی بشه، می‌تونه آسیب‌های جبران‌ناپذیری رو در مغز ایجاد کنه. از طرفی بیماران که به ما مراجعه می‌کنند بیماران با چند اختلال مختلف هستند؛ مثل پارکینسون، سکته مغزی قبلی، سکته قلبی، تشنج و سایر بیماری‌های همراه مثل دیابت و فشارخون بالا و همچنین چون طول مدت عمل خیلی زیاده از پرچالش‌ترین اعمال جراحی برای هستن. قبل از شروع کردن نکات بیهوشی باید اول مهمترین مولفه‌هایی که قراره حین عمل با بالا پایین شدنشون مارو به چالش بکشن آشنا بشیم.



پیش آگهی

۳) $PaCO_2$ & PaO_2 فشار اکسیژن و کربن‌دی‌اکسید

۴) فعالیت سیستم سمپاتیک

۵) برون‌ده قلبی و در نهایت تاثیر داروهای بیهوشی.

CMRO2

همانطور که قبلاً گفتیم مغز توانایی ذخیره اکسیژن را نداره؛ به همین دلیل جریان خون مغز وابسته به میزان متابولیسم اکسیژن توسط مغز هست! هرچه که CMRO2 افزایش پیداکنه، CBF هم افزایش پیدا می‌کنه. اهمیت اون در مواقع رخداد تشنج است که به شدت CMRO2 را افزایش داده و باعث افزایش CBF می‌شود. هایپوترمی در افراد با مغز سالم، به ازای کاهش هر یک درجه حرارت بدن ۳۷ درجه سانتی گراد باعث کاهش ۷ درصدی در CMRO2 می‌شود.

CPP=MAP-ICP

فشار پرفیوژن مغزی حاصل تفاضل فشار داخل جمجمه از فشار خون متوسط شریانی می‌باشد. در نتیجه اگر فشارخون شریانی کاهش پیدا کند یا ICP افزایش پیدا کند، می‌تواند باعث کاهش پرفیوژن مغزی شوند. البته خودتنظیمی مکانیسم محافظت‌کننده است که جریان خون مغز را در حضور تغییر پرفیوژن مغزی ثابت نگه می‌دارد. (نمودار) منحنی خودتنظیمی نشان می‌دهد که در افراد سالم با فشار خون نرمال جریان خون مغزی در فشار پرفیوژن

جمجمه ما یک فضای استخوانی با حجم ثابت است که دربردارنده مغز، مایع مغزی نخاعی (CSF)، و خون در گردش مغز (CBF) هست! که همگی این‌ها باعث به وجود آمدن فشاری داخل مغزی (ICP) می‌شوند. اگه بخواهیم از لحاظ نوروفیزیولوژی مورد بررسی قرار بدهیم چهار مولفه‌ی مهم که عوامل مختلفی روی اون‌ها تاثیر می‌زاره تعریف می‌شن از جمله ICP, CBF, CMRO2, CPP.

وابستگی این چهار مولفه و مواردی که بر اون‌ها تاثیر دارند و تاثیرات متقابل اون‌ها بر ثبات همودینامیک بسیار موثره که از مهم‌ترین وظایف ما جلوگیری از تغییرات در اون‌هاست.

CBF (CEREBRAL BLOOD FLOW)

CBF=CPP (فشار پرفیوژن مغز)/CVR (مقاومت عروق مغز)

جریان خون مغزی حدوداً ۱۲ تا ۱۵ درصد از حجم برون‌ده قلبی را به خودش اختصاص داده و علت آن هم متابولیسم بالای مغز و عدم توانایی در ذخیره اکسیژن هست! عوامل مختلفی روی CBF تاثیر می‌دارن از جمله:

۱) CMRO2 میزان متابولیسم اکسیژن مغز

۲) CPP&AND REGULATION فشار پرفیوژن و خاصیت خودتنظیمی مغز

بین ۱۵۰-۶۰ میلی‌متر جیوه ثابت نگه می‌دارد. البته در افرادی که دچار فشارخون مزمن و کنترل نشده هستند و در تحریکات سمپاتیکی این منحنی کمی به سمت راست شیفت پیدا می‌کند؛ در نتیجه محدوده خودتنظیمی در این افراد حدوداً بین ۱۸۰-۸۰ میلی‌متر جیوه می‌باشد. پس در این افراد فشار پرفیوژن زیر ۷۰ میلی‌متر جیوه، خارج از محدوده خودتنظیمی بوده، CBF را کاهش داده و باعث ایسکمی بافت مغز می‌شود. همچنین ممکن است متعاقب آسیب تروماتیک مغزی یا جراحی داخل مغز خودتنظیمی دچار اختلال شود که در نتیجه جریان خون مغز مستقیماً از فشار متوسط شریانی پیروی خواهد کرد و نشان‌دهنده اهمیت ثابت همودینامیک در این بیماران است.

PaCO2&PaO2

به ازای هر یک میلی‌متر جیوه افزایش یا کاهش در فشار دی‌اکسید شریانی ۴۰ میلی‌متر جیوه، جریان خون مغز ۲ درصد افزایش یا کاهش می‌یابد. به این صورت که با افزایش کربن دی‌اکسید میزان لاکتات افزایش پیدا کرده pH اسیدی شده و باعث گشادی عروق مغزی می‌شود و CBF را افزایش می‌دهد. البته این تغییرات موقتی بوده و مکانیسم‌های جبرانی مثل بازجذب بیکربنات از کلیه وارد عمل شده و از تغییرات وسیع جلوگیری می‌کنند. اما در هر صورت باید مواظب باشیم که مریض را خیلی هایپر یا هایپوونتیله نکنیم؛ چون در صورت هایپرونتیله با افت PaCO₂ به زیر ۲۵ میلی‌متر جیوه باعث کاهش CBF شده و خطر ایسکمی دارد و از طرفی هم اگر PaO₂ به زیر ۵۰ میلی‌متر جیوه افت کند باعث افزایش CBF می‌شود و در مواردی که بیمار ICP بالا دارد بسیار خطرناک است و پرفیوژن مغزی را کاهش خواهد داد.

ICP (INTRA CRANIAL PRESSURE)

میزان نرمال فشار داخل جمجمه معمولاً بین ۱۵-۱۲ میلی‌متر جیوه تعریف می‌شود. گفته شد که بافت مغز و میزان مایع مغزی نخاعی (CSF) و میزان خون در گردش مغز روی آن تأثیر گذارند که با افزایش هر کدام میزان ICP هم افزایش پیدا می‌کند؛ مثلاً در موارد وجود تومور یا ادم مغزی و همتوم‌ها که حجم مغز تغییر کرده یا درموردی که با برهم خوردن تولید و درناژ CSF افزایش پیدا کند یا در صورت افزایش خون‌رسانی و یا خونریزی داخل مغزی.

همچنین با افزایش ICP، باعث کاهش میزان پرفیوژن می‌شود که در صورتی که از محدوده خودتنظیمی خارج شود CBF کاهش و مغز دچار ایسکمی می‌شود. البته تا حدودی خود مغز بین این سه بخش تعادل برقرار می‌کند و اگر مثلاً ادم مغزی داشته باشیم تا یک حدی خود مغز با شیفت CSF از مغز می‌تواند از تغییرات ICP جلوگیری کند. ولی اگر این تغییرات از حد مشخصی گذر کند، مغز دیگر قادر به جبران آن نیست؛ که کنترل میزان ICP در محدوده نرمال جهت فراهم آوردن یک بیهوشی ایمن در این جراحی‌ها وظیفه‌ی ماست.



قبل از عمل

بررسی وضعیت عمومی بیمار / شرح حال گیری

در واقع ویزیت قبل از عمل، پایه و اساس یک بیهوشی سالم بوده و موربیدیتی و مورتالیتی را کم می‌کند. یکی از تفاوت‌های ویزیت قبل از عمل در بیهوشی جراحی مغز و اعصاب با سایر بیهوشی‌ها این است که امکان دارد بیمار قادر به برقراری ارتباط با ما نباشد (بیماران اینتوبه با GCS پایین)، بنابراین باید از منابع مختلف از جمله همراه بیمار، پرستار بخش ICU که همراه بیمار است، پرونده بیمار، نامه‌های ارجاعی از سایر مراکز درمانی، سوابق قبلی بستری شدن و اعمال جراحی قبلی بیمار برای گرفتن شرح حال استفاده شود. مانند هر عمل جراحی دیگری باید شرح حالی از داروهایی که بیمار قبلاً مصرف می‌کرده مطلع باشیم. از جمله مهمترین آن‌ها داروهای ضد تشنج و داروهای کاهنده ICP مثل لوپ دیورتیک‌ها است؛ چون باعث اختلالات الکترولینی می‌شوند.

هیپوکسی و هیپرکربی قبل و در حین عمل ممکن است باعث تورم مغز شده و انجام عمل جراحی را مشکل و حتی غیرممکن سازد پس عفونت‌های فعال ریوی باید قبل از عمل درمان شوند و هر سابقه‌ای از آسم نیاز به توجه خاص دارد. احتمال وقوع وقایع قلبی در بیماری‌های جراحی مغز و اعصاب مانند اعمال جراحی ماژور می‌باشد و باید دقت کافی در بررسی وضعیت کاردیواسکولار این بیماران داشت؛ چون گفتیم فشار خون کنترل نشده قبلی می‌تواند بر محدوده خودتنظیمی مغز تأثیر بگذارد و در صورت عدم ثبات همودینامیک و افت بیش از حد فشار فرد دچار ایسکمی مغزی شود.

بیماری‌های ایسکمیک قلبی نیز شایع بوده و باید قبل از عمل بررسی شوند؛ به خصوص از نظر تحمل فعالیت و ECG که می‌تواند MIهای قدیمی و جدید را نشان دهد. در صورت مصرف سیگار باید تاریخچه‌ای از طول و میزان مصرف گرفته شود، چون در موارد مصرف زیاد احتمال سرفه و ویزینگ در زمان اینداکشن و اکستوبیشن وجود دارد و چون این عوامل سبب افزایش ICP می‌شوند. مصرف الکل نیز از نظر وجود بیماری‌های همراه و مشکلات آنزیم‌های کبدی مهم بوده و لازم است بررسی شود. در موارد استفاده از مواد مخدر باید به طور دقیق شرح حال گرفته و میزان مصرف را تعیین کرد تا در زمان بیهوشی به میزان کافی مخدر تجویز و از زور زدن و سرفه کردن بیمار در حین بیهوشی جلوگیری شود.



در مورد بیماران با مشکلات گردنی، بررسی رادیولوژیک گردن و بررسی آناتومی حنجره و ورودی توراکس ضروری است. بررسی راه هوایی مهم است چرا که باید برای بیمار یک اینداکشن آرام، بدون تروما و بدون مشکلات همودینامیک انجام شود. در بعضی از این بیماران به کارگیری لارنگوسکوپ فیبروپتیک و ویدئولارنگوسکوپ کارساز است. در مورد راه هوایی باید به مسائلی مثل لوله‌گذاری طولانی قبلی، تراکتوستومی، کارسینوم سر و گردن، گواتر، پاتولوژی ستون فقرات گردنی، آرتريت روماتوئید، علائمی دال بر آپنه انسدادی حین خواب، سابقه مصرف سیگار و خطر آسپیراسیون توجه کرد. قبل از عمل لازم است برای بیمار CBC و بررسی وضعیت انعقادی انجام گیرد. در صورت نیاز باید خون ایزوگروپ کراس مچ شده در دسترس باشد و حتماً باید از قبل رزرو خون صورت گیرد. در صورتی که بیمار سابقه تشنج دارد باید وضعیت منیزیم و کلسیم و

همچنین سطح سرمی داروهای ضد تشنج را بررسی کرد. بیمار ممکن است آفازیک، دیس فازیک یا دیس آرتریک بوده و یا دچار کاهش سطح هوشیاری شده باشد که بررسی و ثبت آن قبل از عمل جهت بررسی‌های بعدی و مراقبت‌های لازم در واحد ریکاوری بسیار اهمیت دارد. همچنین باید اعصاب جمجمه‌ای و اختلالات و همچنین اختلالات حسی حرکتی بیمار را ارزیابی کنیم. در صورت وجود ضایعه، دانستن محل ضایعه از دو نظر مهم است؛ اول اینکه ممکن است ضایعه آنقدر بزرگ شده باشد که با فشار بر مغز، عملکرد آن قسمت را مختل کند، مثل ضایعات فوکال که می‌توانند بر کیاسمای اپتیک اثر بگذارند و سبب اختلال بینایی شوند که باید مورد بررسی قرار بگیرد. همچنین باید دیلاتاسیون مردمک‌ها و پاپیلا ادما هم ارزیابی شود، مورد بعدی هم برای قرار دادن بیمار در پوزیشن صحیح است که بیشترین پوزیشن‌های مورد استفاده در این جراحی‌ها سوپاین، پرون، نشسته و در مواردی هم لترال است.

راه هوایی

باید ارزیابی راه هوایی به خوبی صورت گیرد و در صورت وجود ترومای گردن ماهرترین فرد و در صورت امکان با استفاده از وسایل کمکی چون ویدئولارنگوسکوپ لوله‌گذاری را انجام دهد؛ چون این بیماران نیازمند برقراری یک راه هوایی مطمئن با کمترین تحریکات هستند تا از افزایش ICP جلوگیری شود. اعمال نروسرجیکال معمولاً چند ساعت به طول می‌انجامد که طی این مدت سر بیمار زیر شان و دور از دسترس است و یا در اعمال قسمت‌های خلفی بیمار در پوزیشن پرون قرار می‌گیرد و اطمینان ما از راه هوایی و ونتیلاسیون ریوی اهمیت بسیاری دارد. در بیماران نروسرجی، استفاده از لوله آرمورد (لوله‌هایی با فنرهای فلزی یا نایلونی) پیشنهاد می‌شود. جراح



مراقبت‌ها و مونیتورینگ حین عمل

پوزیشن بیماران به علت طولانی بودن عمل جراحی خیلی مهم است. چشم‌ها پماد زده شده و با چسب بسته می‌شوند تا از خشکی قرنیه جلوگیری شود. حتماً باید از Head ring های ژله‌ای استفاده کنیم که عروق پوست سر تحت فشار طولانی مدت نباشند، چون ممکن است سبب ایسکمی و آلופسی موقت در بیمار شود. اگر بیمار ما در پوزیشن پرون است باید از ring های ژله‌ای که به صورت آناتومیکال ساخته شده‌اند استفاده کنیم که چانه و پیشانی بیمار در آن قرار گرفته و از فشار به چشم‌ها و بینی و دهان جلوگیری می‌شود، البته بررسی موقعیت چشم و اطمینان از تحت فشار نبودن آن از این نظر مهم است که در صورت فشار و اختلال خورسانی به چشم امکان دارد فرد دچار اختلال بینایی و حتی نابینایی به صورت موقت و دائم شود.

برای بهبود بازگشت وریدی و عدم تجمع خون در پاها از باندهای کشی، جوراب‌های مخصوصی استفاده می‌شود که با ایجاد فشار مناسب بازگشت وریدی می‌شود. حتماً باید به خوبی نواحی سفت پدگذاری شود و معمولاً برای حفظ حالت آناتومیکی بدن زیر زانوهای یک بالش قرار می‌دهند.

سر را در بهترین حالت برای جراحی قرار می‌دهد که ممکن است در حالت فلکشن باشد، در این حالت سر لوله تراشه بیشتر به داخل تراشه فرو می‌رود. پس باید بعد از پوزیشن دادن سر، جای لوله تراشه را مجدداً چک کنیم تا لوله وارد یکی از برونش‌ها نشده باشد. فیکس کردن لوله تراشه باید بسیار با دقت انجام شود. لوله تراشه نباید به طور محکم با نوار دور گردن فیکس شود؛ چراکه می‌تواند باعث انسداد وریدهای گردنی گردد که خود با کاهش تخلیه‌ی وریدی می‌تواند ICP را بالا ببرد. از طرفی هم می‌تواند باعث ادم راه هوایی شود. لوله را می‌توان با چسب به خوبی به صورت بیمار فیکس کرد یا گاهی اوقات جراح لوله به گوشه لب سوچور می‌زند. در حالت پرون و نشسته احتمال خارج شدن لوله تراشه بیشتر است. حینی که بیمار در پوزیشن پرون قرار می‌گیرد به علت وجود لوله دهان باز است و بزاق از دهان خارج می‌شود. برای جلوگیری از خشکی دهان و عوارض تروماتیک ثانویه ناشی از آن بهتر است یک گاز استریل را آغشته به نرمال سالین کرده در دهان بیمار قرار دهیم. و اگر bite block قرار می‌دهیم برای جلوگیری از گاز گرفتن لوله حین تشنج، باید نرم باشد که سبب ادم زبان نشود.

سر در حین عمل باید از قلب بالاتر باشد تا از تجمع خون وریدی در مغز جلوگیری شود که همین سبب عارضه بسیار خطرناک آمبولی هوا می‌شود. در حین جراحی داخل جمجمه سر معمولا فیکس می‌شود، مثلا با استفاده از پین در جمجمه! این فیکس کردن ایجاد تحریک دردناک کرده و می‌تواند یک پاسخ هیپرتانسیو در پی داشته باشد، برش پوست و گالیا و بریدن فلپ استخوانی نیز می‌تواند دردناک باشد که همگی این‌ها و همچنین فشار فیزیکی بر روی استخوان و استفاده از دریل نیز ممکن است باعث ایجاد درد و افزایش ICP شود. پس باید درد بیمار به خوبی با مخدرها کنترل شده باشد.

هنگامی که فلپ استخوانی چرخانده شود و جراح بخواهد با کنار زدن مغز به نواحی عمیق‌تری برسد، تیم بیهوشی باید ICP مناسبی برای جراحی ایجاد کند؛ زیرا اگر دورا به دلیل بالا بودن ICP برجسته باشد باعث می‌شود پس از بریدن دورا، مغز از برش خارج شده و نورون‌ها آسیب ببینند.

حین عمل معمولا بیمار برای بررسی و تثبیت همودینامیک حین عمل جراحی با روش‌های غیرتهاجمی (non Invasive) شامل پالس اکسی متری برای سنجش اشباع هموگلوبین، ریت تنفسی و اطمینان از تهویه بیمار، فشار خون وریدی به وسیله کاف فشارسنج، ECG برای بررسی موج الکتروکاردیوگرام و ریت قلب بیمار) و تهاجمی (Invasive) شامل CV line برای اندازه‌گیری فشار ورید مرکزی و همچنین یک راه وریدی مطمئن جهت تزریق خون و مایعات وریدی و Arterial line جهت پایش مداوم فشار خون شریانی به صورت لحظه‌ای) انجام می‌شود.

برای برقراری آرتریال لاین معمولا از شریان رادیال که سطحی است استفاده می‌شود. باید مواظب باشیم که چیزی را به صورت داخل شریانی تزریق نکنیم؛ چون می‌تواند باعث انقباض عروقی سریع و درموردی گانگرن بافت شود.

پس قبل از برقراری آرتریال لاین تست الن انجام شود و پس از آن هم باید مرتب پرشدگی مویرگی مورد ارزیابی قرار گیرد تا خونرسانی بخش‌های دیستال مختل نشده باشد.

ما برای بررسی تعادل الکترولیت‌ها و وضعیت اسید و باز باید مرتباً ABG چک کنیم که می‌توانیم از

همین آرتریال لاین استفاده کنیم و همچنین می‌توانیم ست آریال لایل را به آن متصل و به صورت لحظه‌ای فشار خون را ارزیابی کنیم. برای دقت اندازه‌گیری، تراندیوسر آن باید در سطح قلب باشد و همچنین لاین آن را باید به یک سرم نرمال سالین هیپارینه متصل کنیم و مرتباً مسیر را شستشو دهیم. (برای ساخت سرم هیپارینه ۵۰۰۰ واحد هیپارین معادل یک آمپول را در یک سرم نرمال سالین ۵۰۰ سی‌سی می‌ریزیم).

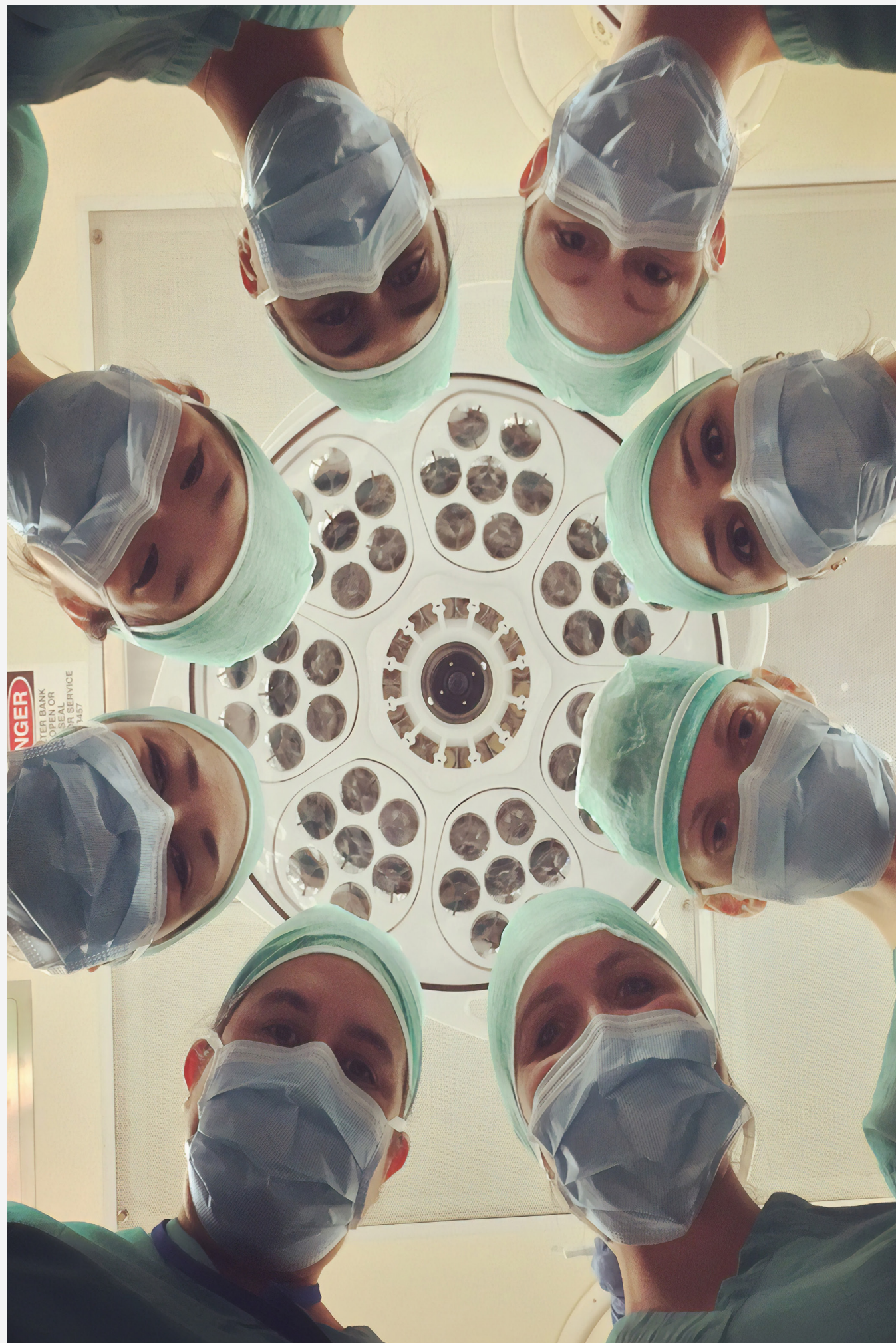
حین عمل

پره‌مدیکیشن

اعمال مغز و اعصاب معمولا با اضطراب شدید بیمار همراه بوده و عاقلانه است که با استفاده از داروهای ضد استرس، اضطراب بیمار تا حد ممکن کنترل شود. به خصوص زمانی که فشار خون بالا خطر تهدیدکننده‌ای برای بیمار است. برای مثال در آنوریسم مغزی میدازولام یا دیازپام ۲۰-۱۰ mg برای این بیماران مفید و مناسب است. پره‌مد با داروهای سداتیو باید با احتیاط کامل انجام شود. این مسئله به خصوص در مورد بیمارانی که ضایعه فضاگیر مغزی دارند بیشتر صدق می‌کند؛ چون می‌تواند بر وضعیت هوشیاری آنها تاثیر بگذارد و همچنین پره‌مد سداتیو به هیچ وجه نباید در بیمارانی که سابقه افت سطح هوشیاری دارند استفاده شود.

اینداکشن بیهوشی

هدف بیهوشی‌دهنده تضمین یک بیهوشی آرام است. باید



از سرفه، زور زدن، هیپر و هیپوتانسیون خصوصا حین اینتوباسیون جلوگیری شود که نیازمند عمق خوب بیهوشی است.

در بالغین بیهوشی با عوامل وریدی مثل تیوپنتال یا پروپوفول مناسب است و ICP را (با کم کردن ۲ CMRO و CBF) کاهش می‌دهد. هیچ یک از داروهای هوشبرکننده وریدی کنتراندیکاسیون مطلق ندارند و تنها کتامین چون باعث افزایش ICP می‌شوند بهتر است استفاده نشود؛ که البته چون اثر آن موقتی است کنتر اندیکاسیون ندارد.

بین شل‌کننده‌ها Sch به دلیل فاسیکولیشن و کوتاه اثر بودن معمولا مصرف نمی‌شود ولی اگر در شرایط اورژانسی مثلا شکم‌پر بودن بیمار یا در مواردی که احتمال می‌دهیم لوله‌گذاری دشوار است و شاید نیاز باشد مریض را بیدار کنیم از Sch استفاده می‌شود و اگر قرار بر مصرف آن بود باید از دوز کافی دفاسیکولان شل‌کننده‌های نان‌دپولاریزان همراه آن استفاده کنیم.

همچنین هوشبرهای استنشاقی هم ایمن هستند مگر در مواردی که ایزوفلوران با دوز بالا یا همراه با N2O مصرف شود باعث افزایش ICP می‌شود. به علت سیستم‌های محافظتی مغز با افزایش ICP به صورت رفلکسی HR کاهش می‌یابد و حتما باید تریادکوشینگ را هم مورد ارزیابی قرار دهیم؛ که علائم آن برادی‌کاردی و هایپرتنشن و تنفس‌های نامنظم است.

لارنگوسکوپ می‌تواند موجب بالا رفتن فشارخون و همچنین کینک شدن وریدهای ژوگولار گردد و در نتیجه برگشت وریدی مغز کم می‌شود. در صورت به کار بردن شل‌کننده‌های نان‌دپولاریزان، نکته مهم این است که تا هنگام شل شدن کامل بیمار صبر کنیم و تحریک دردناکی وارد نکنیم تا فشار خون و فشار داخل توراکس بالا نرود. باید تا زمان اینتوبیشن، بیمار را به حد کافی ونتیله کنیم تا از هیپرکربی و هیپوکسی جلوگیری شود. تاکی‌کاردی و هیپرتانسیون برای بیمار جراحی اعصاب مضر است.

برای جلوگیری از هیپرتانسیون در حین لارنگوسکوپ می‌توان از یک دوز دوم داروی بیهوشی استفاده کرد و یا ۲ تا ۳ دقیقه قبل از لارنگوسکوپ ۵/۱ mg/kg لیدوکائین وریدی تزریق نمود. داروهای سمپاتومیمتیک مثل افدرین و فنیل‌افرین باید در دسترس باشد تا در صورت افت فشار از آن‌ها استفاده کنیم.

بهترین دارو برای نگهداری بیهوشی پروپوفول است که حالت حفاظت عصبی هم دارد، البته از هوشبرهای استنشاقی هم استفاده می‌شود که نباید بیشتر از نیم مک

باشند؛ به علت تاثیراتی که بر فشار خون دارند. باید حتما تکرار شل‌کننده را دقیق انجام دهیم تا مریض زور نزنند.

درمورد میزان مایع درمانی نباید مریض هایپو یا هایپر ولم کرد. در این بیماران از محلول‌های قندی استفاده نمی‌کنیم چون سهم مغز از برون‌ده قلبی بالاست باعث تجمع قند در مغز و با بالا رفتن غلظت قند، آب وارد مغز شده و می‌تواند سبب ادم مغزی شود. از کریستالوئیدها، نرمال‌سالین، رینگر و پلاسما لیت و از کلئیدها آلبومین ۵٪ بیشترین استفاده را دارند. حتما حتما دقت کنید که مایع درمانی خیلی مهم بوده و حتما ابتدا و حین عمل یورین بگ بیمار و حجم ادرار چک شود!!!!

دمای بیمار هم به علت تاثیر بر CMRO2 اهمیت دارد ولی معمولا به صورت مداوم چک نمی‌شود.

بعد از عمل

اکستوبیشن

ساکشن بیمار و اکستوبیشن معمولا MAP را بالا برده و فشار داخل توراکس را نیز افزایش می‌دهد. فشارخون بالا می‌تواند موجب خون‌ریزی از شریان‌های پاره شده داخل مغزی شده و بالا رفتن فشار داخل توراکس باعث خون‌ریزی از وریدهای پاره شده در حین عمل می‌شود. بیهوشی باید تا پایان بانداژ ادامه یابد تا بیمار در حین بانداژ سر سرفه نکند و زور نزند، بنابراین تا آخر بانداژ، شل‌کننده هم نباید ریورس شود. لوله تراشه را هنگامی خارج می‌کنیم که از تنفس مؤثر بیمار مطمئن شویم. استفاده از ۱.۵mg/kg لیدوکائین ۹۰ ثانیه قبل از اکستوبیشن پاسخ‌های قلبی را کاهش می‌دهد.

مراقبت‌های بعد از عمل

بلافاصله پس از این که بیمار به ریکاوری یا PACU رسید، باید از نظر راه هوایی، اکسیژن‌رسانی و وضعیت همودینامیک مورد بررسی قرار گیرد. بیماران جراحی مغز و اعصاب پس از عمل نیاز به مراقبت و توجه ویژه‌ای دارند، زیرا مسائلی از قبیل ایجاد و افزایش ادم مغزی، همتوم، افزایش فشار داخل جمجمه، اسپاسم عروق مغز، ایسکمی موضعی مغز، تشنج و کاهش هوشیاری هنوز بیمار را تهدید می‌کند. پس باید بیمار را به خوبی مانیتورینگ کرده، از نظر نورولوژیک مورد بررسی قرار داد و سطح هوشیاری را تعیین کرد. مردمک‌ها باید مرتب چک شوند و واکنش به نور آن‌ها بررسی گردد. پاس‌های استرسی مثل HTN و تاکی‌کاردی باید کنترل شوند که می‌توانیم از لابتالول و مخدر استفاده کنیم.



نفس که فرو نمی‌رود و بر نمی‌آید



نویسنده: آتنا رضاپور

دانشجوی ترم ۶ هوشبری

آسم، بیماری بدون درمان

ریه‌ها و تارهای صوتی عوارض جدی‌تری برای بیماره به همراه دارد. در این شماره به یکی از بیماری‌های ریوی می‌پردازیم که هر دو راه هوایی فوقانی و تحتانی را درگیر التهاب می‌کند و در مواردی حتی موجب مرگ فرد مبتلا نیز می‌شود، بیماری آسم. آسم، بیماری شایعی که در بسیاری از اطرافیان و آشنایان و بستگان دیده می‌شود و شیوع بالایی دارد تحت عنوان شرایطی است که مجاری هوایی به علت حساسیت و آلرژی، باریک و متورم شده و با تولید موکوس اضافی، انسداد راه هوایی را به دنبال دارد. این بیماری که تحت عنوان تنگی نفس در میان عوام شناخته می‌شود نوعی پاسخ التهابی بیش از حد تقویت شده است.

درجات مختلف بیماری در افراد مشاهده می‌شود و طیف بروز گسترده‌ای دارد. از جزئی‌ترین نشانه‌ها و تا مشکلات اساسی برای زندگی روزمره را برای قربانیان خود رقم می‌زند. آسم رایج‌دهی نفس در ترکیبی از عوامل وراثتی و محیطی پدید

آمده و با برخورد با آلرژن و عوامل حساسیت‌زا خود را نشان می‌دهد. عوامل محرک و آلرژن در بروز بیماری در افراد متفاوتند اما باید توجه داشته باشیم که هر ماده‌ای می‌تواند برای این افراد حساسیت‌زا باشد؛ از گرده گل، گرد و غبار تا برخی مواد نگهدارنده مواد غذایی و داروها. داروهای رایجی همچون اسپرین در برخی افراد به عنوان آلرژن عمل کرده و حملات آسم را به همراه داشته است.

همانطور که اشاره کردیم آسم در ترکیبی از عوامل وراثتی و محیطی وجود می‌آید. افرادی که در محیط‌های آلوده کار می‌کنند یا اسموکرها و با سابقه ابتلا به بیماری آلژیک دیگر مثل درماتیت اتوپیک و رینیت الرژیک (تب یونجه) بیشتر از سایرین مستعد ابتلا به این بیماری‌اند. علائم آسم وابسته به شدت بیماری است اما علائم عمومی که در اکثر افراد دیده می‌شود شامل: تنگی نفس، سرفه، صداهای نامتعارف بازدمی مثل ویزینگ خصوصا به‌هنگام بازدم و التهاب مجاری راه هوایی است. آسم ورزشی، آسم شغلی، آسم آلرژی دسته‌هایی از این بیماری‌اند که در شرایط خاص و پاسخ به عوامل محیطی شعله‌ور می‌شوند.

عوارض آسم با توجه به نحوه کنترل و درمان بیماری متفاوت است، اما حملات شدید و ناگهانی آسم ممکن است آسیب دائمی برونش‌ها و یا حتی مرگ بیمار را به دنبال داشته باشد. برای کنترل دقیق بیماری، تشخیص به موقع پیشگیری از این عوارض را رقم می‌زند. آزمایشات مختلف برای تشخیص بیماری وجود دارد.

اُتوزینوفیل‌های خلط‌آور: تست شمارش گلبول‌های سفید در خون است که در پاسخ‌های آلرژی مثل آسم تعداد اُتوزینوفیل‌ها افزایش می‌یابند.

تست متاکولین: متاکولین خود به‌عنوان آلرژن

بیماری آسم شناخته می‌شود. با تزریق این ماده به افراد مشکوک اگر پاسخ التهابی ایجاد شود نشان دهنده ابتلا به بیماری است.

ازمایش اکسید نیتریک: از تست‌های نوین در عرصه کشف بیماری آسم است که دسترسی همگانی ندارد. در این آزمایش میزان اکسید نیتریک در مجاری هوای مورد سنجش قرار می‌گیرد و با مقایسه داده‌های به دست آمده با افراد سالم می‌تواند به بیماری پی‌برد.

از تست‌هایی آلرژی و رادیوگرافی و CT نیز می‌توان برای راهبردهای تشخیصی استفاده کرد.

پیشگیری همیشه بهتر از درمان است. شاید در زمینه بیماری‌های ارثی این گفته چندان معنا نیابد اما در خصوص بیماری آسم حائز اهمیت است. پیشگیری و رعایت در افراد COPD و آپنه انسدادی خواب و عمل به نکات ایمنی در مشاغل پرخطر از موارد بسیار مهم و مفید است.

درمان کامل و قطعی برای بیماری آسم وجود ندارد اما برای کنترل روند بیماری و جلوگیری از پیشرفت آن راه‌هایی وجود دارد. دارو درمانی و تغییر سبک زندگی و خودمراقبتی از اقدامات مهم در مبتلایان آسم به حساب می‌آیند. کورتیکواستروئیدهای خوراکی و استنشاقی، آگونیست‌های بتا برای رفع التهاب مجاری هوایی، ایمونوتراپی و برونکودیلاتورها از جمله اقدامات درمانی فوری‌اند. با توجه به نتایج استفاده افراد از اقدامات درمانی مختلف به نظر می‌رسد که ایمونوتراپی می‌تواند نتایج مثبت قابل توجهی برای افراد در مراحل مختلف بیماری آسم به همراه داشته باشد و امید است این روش درمانی که از پاسخ‌های التهابی و حساسیتی بیش از حد به آلرژن‌ها جلوگیری می‌کند روزی درمان قطعی بیماری آسم را رقم بزند.

خط قرمزهای بیهوشی

هرگز الارم‌های راه هوایی را نادیده نگیرید!!!

نویسنده: بهالدین میرزایی فر

کارشناس بیهوشی



هیچوقت اصول پایه مدیریت راه هوایی را دست کم نگیرید:

توانایی تثبیت راه هوایی مهمترین مهارت برای یک پرسنل بیهوشی می‌باشد، چرا که همواره امکان ازدست رفتن کنترل و مدیریت راه هوایی وجود دارد و باید همواره یک نقشه پشتیبانی برای رفع این مورد، در نظر داشت. عموماً بیشتر اقدامات مدیریت راه هوایی در اتاق عمل انجام می‌شوند، قبل از هر عمل جراحی پزشک یا تکنسین بیهوشی باید راه هوایی بیمار را از نظر سختی یا راحتی اینتوبیشن تراشه، ارزیابی کند. نبود چنین مهارتی (ارزیابی راه هوایی) می‌تواند عواقب فاجعه‌باری به بار آورد.

عوامل مرتبط با بیمار که منجر به ناتوانی در تهویه می‌شوند:

شایعترین عوارض اکستوبیشن ناقص تراشه شامل: هیپوونتیلیشن، آپنه و تنفس منقطع می‌باشند (همه این موارد در دو مورد هیپوکسمی و هیپرکاری باهم مشابه هستند). آپنه یا هیپوونتیلاسیون فوری بعد از عمل غالباً به علت اثرات باقی‌مانده مخدرها، یا داروهای هوشبر استنشاقی، ریورس ناقص شل‌کننده‌های عضلانی و یا بخاطر بافت‌ها یا ترشحات داخل دهانی (زبان یا بزاق) می‌باشند، همه این موارد می‌توانند منجر به از دست رفتن کنترل راه هوایی شوند. ممکن است که بعضی از بیماران به داروهای بیهوشی حساستر باشند (مانند بیماران مسن، اطفال یا بیماران مبتلا



انسداد لوله تراشه به خاطر گاز گرفتن بیمار می‌تواند در هر مرحله از جراحی و بیهوشی رخ دهد (خواه به علت سبک بودن سطح بیهوشی، یا بخاطر فشار خارجی بر فک تحتانی توسط پرسنل جراحی)، در مواردی که به علت فشرده شدن لوله توسط بیمار باشد

و بیمار در این حالت سعی در تنفس ارادی داشته باشد، فشار منفی داخل ریه ایجاد می‌شود که مخصوصاً در مورد بیماران ورزشکار (دارای بافت عضلانی بین دنده‌ای قوی) منجر به ادم ریوی شود، در این موارد امکان تهویه با فشار مثبت اگر غیر ممکن نباشد، به آسانی نیز میسر نمی‌شود.

درمان این موارد با استفاده از افزایش عمق بیهوشی، با تجویز هوشبرهای وریدی یا شل‌کننده‌های عضلانی (پروپوفول، لیدوکائین یا ساکسینیل کولین) میسر می‌گردد. روال کار این گونه است که بعد از افزایش سطح بیهوش بیمار، راه هوایی تعبیه شده را تعویض کنیم. بهترین راه اجتناب از این حادثه استفاده از یک تکه پلاستیکی با حداقل طول به اندازه دهان بین دو آرواره بیمار یا همان BITE BLOCK می‌باشد، که از روی هم خوابیدن دندان‌های بیمار جلوگیری می‌کند، (مانند ایروی‌های دهانی یا یک تکه پلاستیکی محکم دیگر) این تکه پلاستیکی را باید بعد از لوله‌گذاری داخل تراشه در دهان بیمار قرار داد، (مخصوصاً اگر بیمار شل‌کننده نگرفته باشد)، در صورت در دسترس نبودن قطعه مذکور، به عنوان جایگزین میتوان از پیچاندن چند گاز و گان کوچک حول یک محور لاستیکی یا پلاستیکی استفاده کرد.

ما معتقدیم که هر بیماری که در حین جراحی شل‌کننده گرفته است بلااستثنا صرف نظر از نسبت TOF باید ریورس شل‌کننده‌های عضلانی را بگیرد.

علت دیگر از دست رفتن کنترل راه هوایی بعد از اکستوبه کردن، لارنگواسپاسم می‌باشد، احتمال وقوع لارنگواسپاسم موقع اینداکشن بیهوشی و بلافاصله قبل از اینتوبه کردن تراشه، یا در زمانی که بیمار در حال خروج از بیهوشی می‌باشد، در بالاترین حد خود قرار دارد.

بیماران مخصوصی مانند اطفال، سیگاری‌ها، آسمی‌ها، برونشیت، برونشکتازی، در معرض خطر بالاتری از لحاظ بروز برنکواسپاسم یا لارنگواسپاسم هستند. به علاوه برخی از داروهای خاص بیهوشی نیز نظیر دسفلوران احتمال وقوع این امر را بالاتر می‌برند.

اگر در موقع لارنگواسپاسم نتوانستید با روش ماسک و آمبوبگ تهویه و اکسیژناسیون بیمار را حفظ کنید، تجویز داروی شل‌کننده مانند ساکسینیل کولین می‌تواند کمک‌کننده باشد.

عوامل مکانیکی ناتوانی در تهویه بیمار:

به آپنه انسدادی هنگام خواب.)

آپنه و هیپوونتیلاسیون بعد از اکستوبه کردن بیمار را می‌توان با تهویه با فشار مثبت توسط ماسک و آمبوبگ درمان کرد. برای تقویت تاثیر این روش می‌توان همزمان از ایروی‌های دهانی نیز بهره برد. با این حال اگر با روش یاد شده نتیجه قابل قبولی حاصل نشد، باید بیمار را دوباره اینتوبه کرد یا از لارنژیال ماسک استفاده نمود.

قبل از اکستوبه کردن بیمار، با صبر کردن تا بازگشت تنفس خود به خودی همراه با تعداد تنفس و حجم جاری مطلوب و قابل قبول، تا حد زیادی می‌توان از وقوع آپنه و هیپوکسمی بعد از عمل کاست، به علاوه سطوح بیهوشی بیمار باید به حدی پایین باشد که از توانایی بیمار در اجرای فرامین ساده مانند باز کردن چشم‌ها، باز و بسته کردن انگشتان دست و یا بالا نگهداشتن سر به مدت پنج ثانیه، اطمینان حاصل کنیم. برای هر بیمار، پرسنل بیهوشی باید با استفاده از TOF میزان ریورس شلی عضلانی را چک کند و داروی ریورس درست پیش از پایان جراحی تجویز شود، تا برای به حداکثر رسیدن میزان مهار آنزیم کولین استراز و تجمع استیل کولین، فرصت لازم را پدید آورد.

موارد مرتبط با جراحی که باعث مشکل شدن مدیریت و کنترل راه هوایی بیمار می‌شوند:

پرسنل بیهوشی باید برای مواقع خاصی که در طی آن‌ها قرار است لوله تراشه دو مجرای با لوله تراشه تک مجرای تعویض شود آمادگی کامل داشته باشند و بتوانند به خوبی نیاز به تعویض لوله در این بیماران و خطرات خاص آن را ارزیابی کنند. این بیماران شامل موارد زیر می‌باشند:

بیمارانی که در آغاز سخت اینتوبه شده‌اند

بیماران مبتلا به چاقی مرضی

بیمارانی که لوله‌گذاری مجدد ناموفق داشته‌اند یا سخت بتوان آن‌ها را با ماسک و آمبویگ بگ تهویه نمود(مانند ریش ضخیم، چاق، نداشتن دندان، دفورمیتی های صورتی)

به علت دستکاری‌های جراحی یا ادم بافت‌ها بیمار دچار تغییر شکل در راه هوایی شده است

برای این بیماران نگه داشتن لوله تراشه دو مجرای در محل ایمن‌تر از تعویض آن می‌باشد، به عنوان راه جایگزین تعویض، می‌توان لوله برونشیل را بعد از خالی کردن همه کاف‌ها تا داخل لوله تراشه بیرون کشید و بعد از این اقدام تنها باید کاف تراشه‌ای را پر کرد. راه دیگر این است که از همان اول از لوله تراشه تک مجرای همراه با مسدودکننده‌ی برونشیل (برای تهویه تک ریوی) استفاده کرد، هرچند در این شرایط نیز تعویض لوله تراشه ممکن است ناموفق باشد.

در موارد دیگری(هرچند امروزه نادر هستند) که باید لب‌های دهان بیمار را به هم دوخت، در تمام مدت باید یک قیچی برای بریدن بخیه‌ها در مواقع اورژانسی در دسترس باشد، و اکستوبه کردن بیمار تنها وقتی انجام شود که بیمار کاملاً بیدار شده باشد. کلیه اقدامات لازم برای کاهش میزان تهوع و استفراغ پس از عمل در این بیماران باید صورت گیرد(مانند تعبیه لوله بینی معده‌ای و ساکشن محتویات معده، تجویز ضد استفراغ و استفاده از تکنیک بیهوشی کاملاً وریدی)

آمادگی برای اکستوبه کردن بیمار:

سناریوهای مطرح شده در بالا لزوم داشتن نقشه‌های پشتیبانی را برای مواقع اورژانسی که در پی اکستوبه کردن بیمار رخ می‌دهند، روشن کرده است، این برنامه‌ها و طرح‌ها باید شمال موارد زیر باشند:

ماسک و آمبویگ همراه با منبع اکسیژن صد درصد

سیستم ساکشن دهانی

لارنگوسکوپ همراه با تیغه‌ها و لوله تراشه متنوع، لارنژیال ماسک در سایزهای مختلف

ایروی‌های نازال یا دهانی

داروهای القا بیهوشی آماده تزریق مخصوصا لیدوکائین و ساکسینل کولین

اجتناب از دست رفتن ناگهانی کنترل و مدیریت راه هوایی:

بعد از اینتوبه کردن هر بیماری، فیکس کردن آن در طول مناسب ضروری می‌باشد، لوله تراشه در طی کلیه حرکاتی که به بیمار می‌دهیم، و در طی کلیه اقدامات آندوسکوپیک باید با دست مهار و ایمن شود، در حین جابجایی بیمار یا تغییر پوزیشن بیمار یا حتی تغییر حالت تخت باید لوله تراشه را از سیستم تنفسی جدا کرد و آنرا با دست نگه داشت، چرا که فشار وزنی سیستم تنفسی و لوله خرطومی‌ها حتی در زمان تغییر زاویه تخت می‌تواند باعث جابجایی لوله تراشه داخل تراشه شود. در حین جراحی نیز وضعیت لوله تراشه باید دفعتاً بررسی و چک شود.

حتی با رعایت نکات فوق بازهم حوادث خطرناک و غیرمنتظره‌ای ممکن است رخ دهد. در این موارد اعضای تیم جراحی باید همکاری موثری با تیم بیهوشی داشته باشند(قطع جراحی، به حداقل رساندن دستکاری‌های جراحی راه هوایی و برداشتن گان‌ها و پوشش‌های استریل از روی سر بیمار در صورت لزوم). پرسنل بیهوشی باید تجهیزات و اقدامات لازم را فراهم آورند و بهتر است که از یک پرسنل بیهوشی دیگر نیز کمک بخواهند.

تثبیت یک راه هوایی در مواقع اورژانسی:

شرایط اورژانسی مانند احیا می‌تواند نیازمند مدیریت‌های مختلف راه هوایی باشند، که به چشم پرسنل بیهوشی نه از نظر تجهیزات و نه از نظر بخش بیمارستانی، چندان آشنا به نظر نمی‌رسند. در اینجا نیاز به یک کیت از پیش تعریف شده که علاوه بر تجهیزات معمول مانند لارنگوسکوپ با تیغه‌های مختلف، لوله تراشه‌های مختلف ایروی‌های دهانی و بینی مختلف، آمبویگ و ماسک‌های متنوع شامل تجهیزات اضافی دیگری مانند لارنژیال ماسک عادی و لارنژیال ماسک لوله گذاری، برونکوسکوپ فیبراپتیک، اسکوپ بولارد، گایدهای دارای چراغ گاید لوله‌گذاری رتروگرید، تجهیزات کرایکوتومی و جت ونتیلاسیون داخل تراشه‌ای نیز باشد.

در مواقع خاصی مانند خونریزی‌های وسیع راه هوایی وجود یک ساکشن با عملکرد قابل قبول بیشتر از یک برونکوسکوپ فیبراپتیک، به کار می‌آید. پرسنل بیهوشی باید با نحوه استفاده از تجهیزات متنوع و جایگزین مدیریت و کنترل راه هوایی آشنا باشند تا بتوانند در مواقع اورژانسی از هر کدام استفاده کنند، نه اینکه در مواقع اورژانسی تازه بخواهند طرز کار با این وسایل را یاد بگیرند.

کمک خواستن از یک جراح را همواره مد نظر قرار بدهید مخصوصاً در مواقعی که مشکلات مرتبط با جراحی برای راه هوایی پیش آمده‌اند(مانند تراکئوتومی یا کریکوتیروتومی اورژانسی)

نکات کلیدی متن:

نبود امکانات و تجهیزات و تمهیدات لازم و از پیش تعیین شده برای مدیریت راه هوایی می‌تواند منجر به عواقب فاجعه‌بار در زمان اکستوبه کردن بیمار شود.

شایعترین عوارض اکستوبیشن ناقص تراشه شامل هیپوونتیلیاسیون، آپنه یا تنفس منقطع می‌باشند. وقوع فوری آپنه یا هیپوونتیلیاسیون در بیمار بعد از اکستوبه

کردن عمدتاً بخاطر باقی مانده اثرات داروهای هوشبر استنشاقی یا مخدرها و یا ریورس ناقص بلوک‌کننده‌های عصبی عضلانی یا بخاطر بافت‌ها(زبان) یا ترشحات دهان می‌باشد

وقوع لارنگواسپاسم را هیچ وقت از خاطر نبرید و برای اقدامات سریع درمانی در صورت وقوع آن آماده باشید(تهویه با ماسک و آمبویگ، در صورت جواب نگرفتن با این روش از ساکسینل کولین استفاده کنید)

همواره وقتی لوله تراشه دو مجرای را با لوله تراشه تک مجرای تعویض کنید که فواید آن به مضرات آن بچربد.

تا زمانی که همه داروها و تجهیزات لازم برای اینتوبه کردن مجدد بیمار را فراهم نکرده‌اید، به هیچ عنوان بیمار را اکستوبه نکنید.

منبع:

Avoiding common anesthesia errors

Marcucci,Catherine;Cohen,Norma-
nA.;Metro,DavidG.;Kirsch, JeffreyR



تحصیلات تکمیلی کارشناسی هوشبری

معرفی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه

Msc of Critical Care Nursing

نویسنده: مجید بوالحسنی

دانشجوی ترم ۶ هوشبری

احسان جلالی

کارشناس بیهوشی و
کارشناس ارشد مراقبت‌های ویژه پرستاری

فلوچارت تحصیلات تکمیلی کارشناسی هوشبری

آموزش هوشبری

پرستاری مراقبت‌های ویژه (ICU)

پرستاری مراقبت‌های ویژه نوزادان (NICU)

تکنولوژی گردش خون (پرفیوژن)

فیزیولوژی، علوم تحقیق، اتاق عمل، ارگونومی، آموزش بهداشت، آمار زیستی، اپیدمیولوژی و ...

رشته‌های ارشد آموزشی

رشته‌های ارشد بالینی

کارشناسی هوشبری

رشته‌های ارشد غیر مرتبط

معرفی رشته:

پرستاری مراقبت‌های ویژه کاملترین و مناسبترین مراقبت برای بیماران بدحال در بخش‌های ویژه مانند آی سی یو - سی سی یو و دیالیز می‌باشد که از طریق بهینه‌سازی مراقبت‌های پرستاری از بیماران بدحال و نیازمند به مراقبت‌های ویژه، تقویت مبانی مدیریتی، آموزشی، پژوهشی، اخلاق و رفتار حرفه‌ای، موجبات مراقبت پرستاری، کاهش مرگ و میر و عوارض بیماری در بخش‌های ویژه را فراهم می‌سازد.

زمینه‌های فعالیت در بازار کار:

در زمینه آموزشی:

- در بخش آموزش فارغ‌التحصیلان می‌توانند در دانشکده‌های پرستاری وظیفه سرپرستی دانشجویان پرستاری را در کارآموزی به عهده گیرند.

- تدریس در زمینه‌های مرتبط با پرستاری در سطوح دانشگاهی یا دیگر مراکز علمی

در زمینه مدیریتی:

- فارغ‌التحصیلان دوره‌های کارشناسی ارشد می‌توانند به عنوان سرپرست و مدیر بخش‌های مختلف درمانی و سوپروایزر آموزشی در سطح بیمارستان‌ها مشغول به کار شوند.

رشته‌های کارشناسی مجاز برای ورود به این رشته:

کارشناسی پرستاری، هوشبری، تکنولوژی اتاق عمل (ارائه

دو سال سابقه کار بالینی با مدرک کارشناسی الزامی می‌باشد).

ظرفیت پذیرش کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه:

مجموع ظرفیت پذیرش برای دوره عادی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه دانشگاه‌های دولتی ۱۲۹ نفر و مجموع ظرفیت پذیرش برای دوره شهریه پرداز این رشته ۸۳ نفر می‌باشد.

آینده تحصیلی:

فارغ‌التحصیلان این رشته می‌توانند در رشته‌های زیر برای ادامه تحصیل در مقطع دکتری اقدام نمایند:

وزارت علوم: دکترای زیست‌شناسی (کلیه گرایش‌ها)

وزارت بهداشت: دکترای رشته‌های فیزیولوژی، پرستاری، آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، آموزش پزشکی، بیولوژی تولیدمثل، سالمند شناسی، مشاوره توانبخشی؛

انفورماتیک پزشکی، سلامت در بلایا و فوریت‌ها، سلامت و رفاه اجتماعی و اپیدمیولوژی (=مجاز برای تمامی رشته‌های ارشد علوم پزشکی)

دروس و ضرایب دروس آزمون پرستاری مراقبت‌های ویژه:

داخلی جراحی (۴)- روان پرستاری (۲)- بهداشت مادران و نوزادان (۲)- بهداشت جامعه (۲)- کودکان (۲)- زبان انگلیسی (۳)



توجه: اگر داوطلب آزمون ارشد ویژه هستید حتما اول درس پرستاری داخلی جراحی را در اولویت بگذارید؛ این کار باعث می‌شود در باقی دروس هم خیلی سریع‌تر پیش بروید.

تعداد داوطلبان آزمون ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه

تعداد شرکت‌کنندگان هر سال متغیر بوده اما حدود ۴ تا ۵ هزار نفر در آزمون ارشد وزارت بهداشت برای این رشته شرکت می‌کنند که حدود ۲۲۰ تا ۲۵۰ نفر از این افراد (مجموع آزاد و دولتی) موفق به قبولی و ادامه تحصیل در این رشته می‌شوند.

تذکر مهم:

طبق مقررات و از سال ۹۳، متقاضیان شرکت در این رشته باید دارای ۲ سال سابقه خدمات بالینی با مدرک کارشناسی در بخش‌های بالینی و بیمارستانی باشند. اگر این سابقه در بخش‌های بالینی بیمارستان خصوصی باشد و یا مربوط به گذراندن طرح نیروی انسانی در بیمارستان باشد قابل قبول خواهد بود.

بنابراین انتخاب این رشته برای داوطلبان مشمول قانون استعدادهای درخشان (دانشجویان ممتاز) بلافاصله بعد از فراغت از تحصیل از دوره کارشناسی مقدور نخواهد بود. البته حق استفاده از شرایط آیین نامه مذکور برای این قبیل افراد بعد از سپری نمودن دوره دو ساله بر اساس ضوابط همان سال، محفوظ است.

گفتگوی صمیمانه با جناب آقای احسان جلالی

کارشناس ارشد مراقبت‌های ویژه پرستاری و شاغل در بیمارستان خاتم الانبیا تهران

-در ادامه به بررسی تخصصی و همه جانبه این رشته از زبان ایشان می‌پردازیم

بیوگرافی

من احسان جلالی متولد سال ۶۸، کارشناس ارشد مراقبت‌های ویژه پرستاری و کارشناس بیهوشی و هیئت علمی دانشگاه آزاد هستم.

سال ۸۶ با آزمون سراسری در رشته کاردانی هوشبری دانشگاه علوم پزشکی اراک پذیرفته شدم. در حقیقت رشته هوشبری اول به صورت کاردانی بود و آخرین سری که رشته هوشبری مقطع کاردانی داشت سال ۸۶ بود. دو سال در دانشگاه علوم پزشکی اراک مشغول به تحصیل بودم. بعد از اون بلافاصله در کنکور کارشناسی ناپیوسته شرکت کردم، دانشگاه بقیه الله پذیرفته شدم، در اونجا مشغول به

تحصیل شدم. بعد از اون مجددا به خاطر علاقه‌ای که به رشته مراقبت‌های ویژه داشتم و دوست داشتم که رشته‌ی دیگه‌ای هم از فیلد درمان تجربه بکنم، در کنکور کارشناسی ارشد ناپیوسته شرکت کردم، بلافاصله باز کنکور ارشد رو با موفقیت پشت سر گذاشتم و در علوم پزشکی کاشان در رشته کارشناسی ارشد مراقبت‌های ویژه پرستاری مشغول به تحصیل شدم.

سوابق تحصیلی و بالینی

بعد از اتمام کاردانی هوشبری یعنی سال ۸۶ که وارد دانشگاه شدم، سال ۸۸ کاردانی‌ام تموم شد، ۸۸ بلافاصله دانشگاه بقیه الله پذیرفته شدم و شروع به تحصیل کردم. همزمان کار دانشجویی رو هم شروع کردم، خب چون ما مدرک کاردانی رو گرفته بودیم در کلینیک‌های مختلف در سطح شهر کار می‌کردم اما من دوست داشتم که در خود دانشگاه بقیه الله و بیمارستان بقیه الله (کارکنم) به خاطر اینکه اعمال جراحی خیلی سنگینی انجام می‌دادند و از لحاظ علمی موقعیت فوق‌العاده‌ای برای من بود تصمیم گرفتم که اونجا به صورت دانشجویی مشغول به کار بشم. از همون سال ۸۸ کار بالین رو شروع کردم. با کار در واحد اتاق عمل همزمان به خاطر اینکه شاگرد اول کلاس بودم،

نمره A بودم و اعتمادی که گروه بیهوشی بهم داشت، چه رئیس دانشکده و چه مسئول گروه بیهوشی بیمارستان، جاهای دیگه هم تجربه بالینی کسب کردم مثلا در سنگ شکن «ESWL»، سنگ‌شکن‌های خارج از بدن که نیاز به سدیشن داره فعالیت داشتم، در ECT بخش اعصاب و روان که درواقع شوک مغزی میدن (Electro Convulsive therapy)، اونجا هم برای سدیشن مشغول به فعالیت بودم. دردندانی‌زشی اطفال و افرادی که ناتوانی‌های ذهنی جسمی دارند؛ یعنی کسانی که تریزومی ۲۱ هستند یا CP (فلج مغزی) بودند، اونجا هم بیهوشی می‌دادیم و افراد رو اینتوبه می‌کردیم و دندانپزشک کارشو انجام می‌داد و در حقیقت فیلد بیهوشی رو در قسمت‌های مختلف تجربه کردم؛ یعنی سعی می‌کردم که دست رد به سینه بیهوشی در قسمت‌های مختلف بیمارستان نزنم. یک دوره کوتاه open heart گذروندم در همون بیمارستان بقیه الله، هم اتاق عملش و هم ICU و ورود من به آی‌سی‌یوی open heart و general، این جرقه رو در ذهن من زد که ICU بخش فوق‌العاده‌ای برای کار می‌تونه باشه که دیگه با قبول شدن در مقطع کارشناسی ارشد و ورود به دانشگاه علوم پزشکی کاشان، بعد از تقریبا دو سال سابقه کار بیهوشی وارد فیلد ICU شدم. از همون دوران کارشناسی ارشدم،



دوران تحصیلم، در یکی از بیمارستان‌های خصوصی کاشان در ICU مشغول به کار شدم و اولین تجربه خودم رو در ICU اونجا به دست آوردم. به خاطر علاقه‌ای که داشتم و خیلی دل به کار می‌دادم و دلسوز بودم، بعد از اتمام ارشدم یعنی اواخر ارشدم بود و داشتم پایان نامه‌ام رو می‌گرفتم؛ به عنوان هدنرس و درواقع سرپرستار تنها ICU خصوصی کاشان مشغول به کار شدم. یعنی هنوز دانشجوییم تموم نشده بود و حالا یک مقدار مشکلات قانونی هم داشت ولی خب این اتفاق افتاد. بعد از اون خدمت سربازی بود، به واسطه‌ی خدمت سربازی دیگه نتونستم ادامه بدم و دکترا بخونم یعنی خدمت سربازی رو باید حتما می‌گذروندم که خدمت سربازی هم خوشبختانه بعد از گذروندن دوران آموزشی، که دو ماه بود، ادامه خدمت بیمارستان ولیعصر ناجا در بخش ICU مشغول به خدمت شدم. اونجا هم تجربه‌های خوبی کسب کردم، همزمان با دوران خدمتم در هتل بیمارستان گاندی مشغول به کار شدم. بعد از یک مدت در بیمارستان گاندی، سوپروایزر و سرپرستار شدم. نقش‌های مختلفی رو در حقیقت به عهده گرفتم، سوپروایزر بالینی، سوپروایزر آموزش، سرپرستار ICU و همزمان هم اعمال جراحی قلب اگر داشتند، اعمال جراحی قلبشون رو چه در اتاق عمل و چه در ICU، پست آپ منیج می‌کردم و حالا بعد از اون وارد بیمارستان خاتم الانبیا شدم و در حقیقت بعد از گذر یه مدت تصمیم گرفتم یک مقدار از کار بالینی کمتر بکنم که هیئت علمی دانشگاه آزاد شدم همزمان بیمارستان خاتم الانبیا تهران هم مشغول به کار هستم.

درحقیقت سابقه کار بالینی من به صورت خلاصه از سال ۸۸ تا الان که ۱۴۰۰ هستیم تقریبا میشه گفت ۱۲ ساله، دو سالش تقریبا بیهوشی بوده، ۱۰ سالش تقریبا ICU بوده، سابقه کار آموزشیم که به صورت رسمی با دانشگاه کار کنم ، تقریبا دو سال هست.

معرفی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه

اگر بخوایم یک تعریفی از ارشد مراقبت‌های ویژه داشته باشیم، ببینید تو همه‌ی دنیا نیروهایی که زیده باشند و یکسری خصوصیات داشته باشند از لحاظ روحی، اخلاقی، توانایی‌ها و بولدرتر و برجسته‌تر از سایر افراد باشند به عنوان نیروی ویژه کار در بخش‌های مراقبت‌های ویژه، این‌ها رو مشغول به کار می‌کنند به خاطر اینکه بخش مراقبت‌های ویژه از اسمش مشخصه، بیمارانی رو اونجا می‌آورند که شرایط تهدیدکننده حیات دارند و اگر پرستاری که اونجا کار می‌کنه یه سری توانایی‌های علمی کافی نداشته باشه، ثبات خلق و خو نداشته باشه به خاطر اینکه مورتالیتی و موربیدیتی خیلی زیاده دراون بخش‌ها، یا به اصطلاح

خودشون پرستار شاری نباشه یا ما هم می‌گیم تیز و بز نباشه نمی‌تونه در بخش مراقبت‌های ویژه دووم بیاره و وجود یک همچین نیروهایی در یک همچین بخش‌هایی در ایران در حقیقت وزارتخانه رو به این فکر انداخته بود که بیاد یک رشته‌ای تاسیس کنه که بیاد نیروهای زنده‌ای رو آماده بکنه برای کار در بخش مراقبت‌های ویژه که با این کار، کیفیت مراقبت در بخش‌های مراقبت ویژه رو افزایش بده و آمار مورتالیتی و موریبیدیتی و عوارض بستری در واحد مراقبت‌های ویژه رو به حداقل برسونه. یه رشته‌ای ساخته شد به نام کارشناسی ارشد مراقبت‌های ویژه که در حقیقت آموزش‌های بخش‌های مراقبت‌های ویژه که در ایران بخش CCU واحد مراقبت‌های ویژه قلبی، بخش ICU: Intensive Care Unit واحد مراقبت‌های بحرانی و بخش دیالیز رو جزو این چند قسمت گذاشتن. البته توی کشورهای اروپایی معمولا واحد ریکاوری PACU رو هم جزو مراقبت‌های ویژه می‌گذارند و سعی می‌کنند که زنده‌ترین نیروها در واحد ریکاوری فعال باشند که در ایران متأسفانه خیلی به این موضوع دقت نکردند و برنامه‌ای براش ندارند.

طول دوره تحصیل و سرفصل‌ها

طول مدت کارشناسی ارشد مراقبت‌های ویژه قانونا دو سال هست اما شما با توجه به اینکه قراره یه پایان‌نامه ارائه بدی و خب قوانین پایان‌نامه هر سال فرق می‌کنه مثلا زمانی که ما بودیم ارائه مقاله ISI اجباری بود، به خاطر ارائه مقاله تا فرصت سه سال و سه و نیم سال تحصیلی هم به شما اجازه میدن ولی خب بعد از اون باید حتما یسری مبالغی رو به عنوان غرامت یا شهریه به دانشگاه پرداخت بشه ولی مدت اصلی زمانش دو سال است. خیلی از دانشجویایی که زرنگانده به محض اینکه تو این رشته قبول میشن پایان‌نامه‌شون رو همزمان از ترم یک شروع می‌کنند کار کردن، حالا اونا که یه خرده تنبل‌ترند از ترم دو و سه می‌خواهند شروع به کار بکنند که اون خیلی سنگین هست. ترم چهار کلا بحث پایان‌نامه است دروس تئوری ندارید. از ترم یک که شروع می‌کنند در حقیقت عین دروس پرستاری مراقبت در بخش‌های مختلف و اعمال جراحی مختلف رو با دانشجویهای مراقبت ویژه شروع به کار می‌کنند. واحد کارآموزی دارند ولی این مراقبت‌ها به صورت خیلی تخصصیه. به فرض مثال در رابطه با پیوند، مشکلات قلبی عروقی و دیالیز خیلی تخصصی بحث میشه و کارآموزی‌ها هم کلا حول محور واحد مراقبت‌های ویژه می‌چرخه و شما هیچ وقت توی بخش عادی به عنوان کارآموز دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری وارد نمی‌شید. توی بخش اورژانس تایم کوتاهی شما رو می‌برند ولی خب کل کار شما حول وحوش محور CCU , ICU و دیالیز

می‌چرخه. دروسی هم که ارائه میشه حالا هرسال یسری سرفصل‌های دروس رو عوض می‌کنند اما همگی حول وحوش محور مراقبت‌های ویژه پرستاری در فلان مبحث، به این عنوان ارائه میشه و خب خیلی بحث جذاب و شیرینی برای دانشجویان هوشبری است به خاطر اینکه شما از یه مبحث بیهوشی که اکثرا کتاب میلر یا بیهوشی و بیماری‌های همراه یا بعضی جاها باراش تدریس میشه، وارد مراقبت‌های پرستاری می‌شید و این خیلی جذابه براتون. برای دانشجویان پرستاری اینطوری نیست چون ممکنه خیلی از مسائلش تکراری باشه اما برای دانشجویهای هوشبری خیلی جذاب و تازه می‌تونه باشه.

انتخاب رشته مناسب در تحصیلات تکمیلی

در رابطه با اینکه دانشجوی کارشناسی هوشبری یا کلا فارغ‌التحصیل کارشناسی هوشبری کدوم رشته‌ها براش مناسب‌تره که بره، اولاً چندتا فاکتور رو باید در نظر بگیرید؛ اول از همه بحث علاقه است که شخص واقعا به چه رشته‌ای علاقه داره مثلا کسی که الان اومده وارد هوشبری شده به هیچ وجه به کار بالین علاقه نداره خب، خیلی احمقانه است که بیاد دوباره هوشبری رو کارشناسی ارشد بگیره یا بخواد پرستاری ویژه بخونه بهتره اصلا بره فیزیولوژی و آناتومی بخونه و مسیر خودش رو مشخص کنه برای هیئت علمی شدن. دو بحث بازار کاره که خب تو ایران خیلی مهمه این موضوع.

بینید الان کارشناسی ارشد مراقبت‌های ویژه خواهان خیلی زیاد داره چه در داخل کشور چه در خارج از کشور اما من اگر یه زمانی برگردم به همون دوران، سعی می‌کنم که کارشناسی ارشد هوشبری را بخونم به خاطر اینکه الان هنوز بازار کار اشباع نشده؛ بچه‌هایی که کارشناسی ارشد هوشبری بتونن بگیرن خیلی راحت به عنوان هیئت علمی دانشگاه‌ها می‌تونن جذب بشند اگر خودشون واقعا آدم‌های زرنگی باشند. در قدم دوم بعد از کارشناسی ارشد بیهوشی، کارشناسی ارشد مراقبت‌های ویژه قطعاً بیشتر به درد بچه‌ها می‌خوره به خاطر اینکه از لحاظ پیدا کردن کار بالینی هم براشون راحت‌تره و هم خیلی راحت‌تر بهشون کار می‌دن. کارشناسی ارشد داخلی جراحی و اینا ارزش کار بالین نداره، هیچ فرقی نمی‌کنه. البته خب همه اینا به خود شخص بستگی داره ولی خب متأسفانه شما هرکجا بری بالاخره یه مدرک باید ارائه بکنی اما در درجه اول الان، در شرایطی که الان با شما صحبت می‌کنم، کارشناسی ارشد بیهوشی با توجه به بازار کار هیئت علمی‌ای که داره برای دوستان فوق العاده است، در درجه دوم کارشناسی ارشد مراقبت‌های ویژه چون فیلد رو کلا عوض می‌کنه و یه اچار فرانسه خیلی

حرفه‌ای از بچه‌های بیهوشی می‌سازه.

چشم‌انداز و آینده شغلی و تحصیلی

چشم‌انداز شغلی این شغل خیلی خوبه به خاطر اینکه اولاً که در ایران و در تمام دنیا کمبود پرستار هست دوما زیر مجموعه‌اش پرستار ویژه‌کار. پرستار ویژه‌کار هم در ایران و هم در خارج از کشور جایگاه خیلی خوبی داره و از لحاظ استخدامی اگر می‌گم الان همه چی بستگی به خود شخص دارد اگر واقعا شخصی باشه که مطابق با مدرکش و ادعاهاش بتونه کار انجام بده خیلی راحت می‌تونه کار پیدا کنه و در رابطه با پیدا کردن کار هیچ مشکلی نخواهد داشت.

فعالیت آموزشی و هیئت علمی

اینکه با کارشناسی ارشد می‌شه هیئت علمی شد، خب هر سال قوانین عوض می‌شه، آخرین قانونی که الان آمده در تهران دیگه کارشناس ارشد، هیئت علمی نمیشه؛ در یکسری از شهرها، شهرستان‌ها همیشه هیئت علمی شد و نحوه‌اش هم بحث فراخوان است یعنی هر دانشگاهی که نیاز به هیئت علمی به صورت کارشناسی ارشد داشته باشد در سایت دانشگاه خودش مثلا دانشگاه آزاد شاهرود یا اراک... اتفاقاً اراک چندوقت پیش کارشناس ارشد می‌خواست... فراخوان می‌زنه که نیاز به هیئت علمی کارشناس ارشد مراقبت‌های ویژه دارم و هر کسی که این مدرک رو داره میره مدارکش رو ارائه می‌ده مصاحبه عملی، علمی،



سوابقش، رزومه‌اش و حالا طبق اون جذب هیئت علمی دانشگاه یا میشه یا به صورت حق التدریس اونجا مشغول به فعالیت میشه.

فعالیت بالینی و محیط کار

اینکه دانش آموختگان این رشته می‌تونند کار بالینی انجام بدن، بله اصلا هدف از ساخت کارشناسی ارشد مراقبت‌های ویژه، تربیت ویژه‌کاران حرفه‌ای در بخش مراقبت ویژه بوده نه هیئت علمی. الان متأسفانه به خاطر اینکه خب کمبود هیئت علمی دارند و یکسری دروس پرستاری را کسی نیست تدریس بکنه خصوصا دروس ویژه شون رو، مجبورند که از بچه‌های کارشناسی ارشد ویژه استفاده کنند ولی هدف‌شان دراصل این بوده و هست که ویژه‌کاران حرفه‌ای تربیت کنند و کسی که کارشناسی ارشد مراقبت ویژه می‌گیره با گرایش حالا هوشبری، با توجه به مدرکش در بخش‌های ICU، انواع و اقسام ICU، ICU جنرال، ICU سوختگی، ICU مغز و اعصاب، حتی ICU قلب باز، حالا بعضی جاها یه مدرک تطابقی یکی دو ماهه هم می‌خواهند، در بخش‌های CCU و دیالیز می‌توانند کار کنند. اما مناسب‌ترین گزینه برای بچه‌های بیهوشی که از رشته هوشبری وارد کارشناسی ارشد مراقبت ویژه می‌شوند قطعاً بخش ICU است.

حقوق و مزایای فارغ التحصیلان ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه

ببینید کارشناسی ارشد نسبت به کارشناسی تفاوت حقوقی آنچنانی ندارد که مثلاً بچه‌ها فکر کنند خیلی شدید و خیلی وحشتناک باشه، در حد ۲۰۰ و ۳۰۰ هزار تومان که خب مبلغ آنچنانی‌ای نیست. اما یه مسئله‌ای که هست باید دوستان در نظر داشته باشند همه چیز پول نیست. شما کارشناسی ارشد که می‌گیرید اولاً از یک دانشجوی هوشبری، از یک فارغ‌التحصیل هوشبری شیفت پیدا می‌کنه به یک نرس ویژه‌کار یعنی لول میاد بالا و بالاتر میشه؛ دوما فرصت‌های شغلی شما افزایش پیدا می‌کند، شما قبلاً فقط تو اتاق عمل می‌تونستی کار بکنی برای رشته‌های مرتبط با بیهوشی، الان می‌تونی وارد فیلد پرستاری بشی؛ سوما سمت‌های مدیریتی و اجرایی راحت‌تر می‌تونید بگیرید برای سرپرستار شدن سوپروایزر شدن؛ چهارما دایره اطلاعاتی خودت افزایش پیدا می‌کند از لحاظ در حقیقت ذهنی خودت اقناع میشی و خیلی شرایط بهتری برات هست و خیلی مزایای دیگه. در حقیقت کارشناسی ارشد مراقبت‌های ویژه یک راه پیشرفت و یک پل است. حالا یا به سمت دکترا یا به سمت اینکه شخص بخواد سمت‌های مدیریتی اجرایی پیدا کند ولی از لحاظ حقوق و مزایا همه چیز بستگی به خود شخص دارد و ممکن است یک کاردان بیهوشی، یک تکنسین بیهوشی درآمدش از یه دکترای پرستاری هم بیشتر باشه، همه چی بستگی به خود شخص دارد.

ادامه تحصیل تا مقطع دکتری حرفه‌ای (PhD)

کسی که کارشناس ارشد مراقبت‌های ویژه می‌گیره می‌تونه دکترا بخونه ولی خوب دکتراش قطعاً دکترای پرستاری باید باشه و خب دکترای پرستاری هم که صرفاً بحث مدیریت پرستاری است و الان گرایش دیگه‌ای نداره، حالا به غیر از پرستاری نظامی و اونایی که رشته‌های داخلی خود نیروهای مسلح و اینا هست، مدیریت پرستاری هست مقطع دکتراش و خب کسانی که هیئت علمی هستند قاعدتاً باید اول و آخر این مسیر رو بروند یعنی کسی که می‌خواد هیئت علمی بشه این مسیر رو قانوناً باید بره.

نقاط قوت و ضعف این رشته از دیدگاه جناب آقای جلالی

در رابطه با نقاط قوت این رشته، اولاً که منی که به عنوان یک هوشبر وارد فیلد پرستاری شدم با یه دید فوق العاده متفاوت از یک پرستار وارد این فیلد شدم. خیلی از بیمارانی که بعد از اعمال جراحی به ICU می‌آیند، من تصویر ذهنی عمل جراحی را دارم، خیلی راحت مراقبت‌هاش رو درک می‌کنم خیلی راحت می‌دونم که چه اقداماتی باید انجام بدم در رابطه با مدیریت راه هوایی در رابطه با کار با ونتیلاتور و خیلی از مسائلی که مشترک بین هوشبری و پرستاری بوده



قطعاً بچه‌هایی که پایه هوشبری دارند خیلی قوی‌تر خواهند بود. اما خب نقاط ضعف اینه که کسی که وارد این رشته میشه شرایط کار رشته مراقبت‌های ویژه با شرایط کار اتاق عمل کاملاً متفاوت است. شما در اتاق عمل یکسری اعمال جراحی هست، میری سر عمل، عمل انجام میشه به صورت پویا، عمل که تمام شد حالا استراحت می‌کنی یا حالا مثلاً یسری شیفت‌ها ممکنه آن‌کالی باشی ولی تو پرستاری اینطوری نیست، شما شیفتت با التهاب خیلی کم‌تریه ولی به صورت کانتینیوس باید این شیفت‌ها رو پشت سر هم بگذرونی؛ اینکه مثلاً بخوای بیکار باشی نه اینطوری نیست. واحد مراقبت‌های ویژه یکی از مشخصاتی که داره اینه که واقعاً نیرویی می‌خواد که انرژی برای کار داشته باشه، یکی از مشخصات واحد مراقبت‌های ویژه به معنای واقعی تمام نشدن کار است و دوستانی که در ICU کار می‌کنند می‌دونند که شما وقتی وارد شیفت می‌شی، اینقدر درگیر این بیماران می‌شی، اینقدر مریضی بدحال هستند که واقعاً شغل مستهلک‌کننده و فرساینده‌ای است یعنی خیلی آدم قوی‌ای می‌خواد که سال‌های متمادی در ICU دووم بیاره. اتاق عمل خیلی محیط شادتری است به نسبت ICU. ICU خیلی آرام‌تر ریلکس‌تر، یه مقدار محیطش از لحاظ بیس انرژی پایین‌تره ولی خب استبیلیتی و پایداری ICU نسبت به اتاق عمل خیلی بهتره؛ دیگه شما قرار نیست که مثلاً یه ساعت دو نصف شب پاشی بری سر عمل، دیگه همه چیز

شما تعریف شده است توی ICU و منظم است. تو اتاق عمل یه مجموعه منظمی از بی‌نظمی‌ها هست اما توی ICU نه، خیلی همه چیز سازمان یافته و مشخص و منظم است که بستگی به روحیات شخص داره؛ من واقعاً این نظم رو بیشتر ترجیح دادم و به خاطر همین وارد فیلد ICU شدم.

چالش‌های اصلی دانشجویان و فارغ‌التحصیلان این رشته

در رابطه با نقاط چالش برانگیز دانشجویان و فارغ‌التحصیلان این رشته اگر بخوام بهتون بگم، خب بچه‌هایی که از رشته هوشبری وارد پرستاری می‌شوند با یه دنیای جدید روبه‌رو میشن، در رشته پرستاری تمامی سرفصل‌هایی که خونده شده، تمام ترمینولوژی، هدفش، همگی با هوشبری متفاوت است؛ به خاطر این می‌گم برای بچه‌ها می‌تواند هم یه چالش باشه و هم خیلی جالب باشه به خاطر همین وقتی یک شخصی از رشته هوشبری وارد مراقبت‌های ویژه میشه باید یکسری مواردی که مربوط به پرستاری هست الزماً یاد بگیره، از بحث مراقبت‌های پرستاری از بحث گزارش‌نویسی که خیلی حساس و دقیق است، از بحث حالا برخورد با بیمار چون تو اتاق عمل شما یک بیمار رو بیهوشش می‌کنید در حین عمل اصلاً کاری باهاش ندارید در صورتی که شما در رشته پرستاری باید ارتباط نزدیک و تنگاتنگ با بیمار و همراه بیمار داشته باشید. چالش خیلی زیاد داره و

اون چالش هم اینه، هوشبری که ۴ سال درس خونده باید تو این دو سالی که قراره ارشد ویژه‌اش رو بگیره خودشو با رشته پرستاری تطابق بده، با همه چالش‌های پرستاری. حالا چالش‌های پرستاری از دید هر کسی یک چیزی می‌تونه باشه. برای فارغ‌التحصیلان این رشته چالشی که هست، برای مهاجرت چالش زیاد دارند، تو ایران چالش به اون صورت ندارند، توی ایران خیلی راحت می‌توانند کار پیدا بکنند، هم فقط مدرک آخرشون رو ارائه بدن و بگویند که ما کارشناس ارشد مراقبت‌های ویژه هستیم خیلی راحت کار پیدا می‌کنند؛ حتی توی اتاق عمل‌ها می‌توانند کار بکنند اصلاً کاری به مدرک کارشناسی ارشدشون نداشته باشند و با مدرک کارشناسی‌شون اگر پشیمون هم شدند توی اتاق عمل‌ها و مواردی که مربوط به بیهوشی هست می‌توانند کارکنند. برای مهاجرت یکسری از کشورها افرادی که کارشناسی هوشبری دارند و بعد ارشد ویژه خوندن، مدرک ویژه‌شون رو قبول نمی‌کنند چون بیس این‌ها بیهوشی هست، به عنوان نرس این‌ها رو نمی‌شناسند و به عنوان نرس قبول نمی‌کنند. یکی از چالش‌های اصلی به نظر من اینه اگر کسی بخواد مهاجرت بکند و خب خیلی‌ها به خاطر مهاجرت سعی می‌کنند ویژه بخوندند. چالش دیگه‌ای به اون صورت نداره. یه مسئله‌ای که هست بچه‌ها ممکنه به خاطر بحث حقوق و مزایا وارد فیلد کار بشن و ببینند خیلی فرق نمی‌کنه شاید سرخوردگی براشون پیدا بشه، این اتفاقاً ممکنه بیفته؛ مثلاً من الان در مرکزی که کار می‌کنم چندتا از همکلاسی‌های دوران کارشناسی‌م هستن من توی ICU کار می‌کنم، اون‌ها مثلاً توی اتاق عمل هستن؛ دقیقاً همون حقوقی که من دارم می‌گیرم همونا هم دقیقاً دارن می‌گیرن، من دو سال بیشتر درس خوندم، شاگرد اول بودم، کلی زحمت کشیدم، تفاوت حقوقی من با اون شخص مقدار ناچیزی است؛ خب اینا ممکنه یه خورده سرخوردگی ایجاد کنه.

-پس از فارغ‌التحصیلی خیلی از دانشجویان سردرگم هستند و نمی‌دانند اگر ابتدا با همان مدرک کارشناسی وارد بازار کار شوند و سپس ادامه تحصیل دهند شرایط بازار کار و درآمد برای شان بهتر هست یا اینکه ابتدا ادامه تحصیل دهند و سپس وارد بازار کار شوند؟ توصیه شما در این مورد چیست؟

در رابطه با اینکه دانشجویان با مدرک کارشناسی وارد بازار کار بشوند یا تحصیل کنند من یه چیزی رو خدمتتون بگم فقط، ببینید وقتی شخصی با مدرکی وارد فیلد کار میشه به دو دلیل ادامه تحصیل براش خیلی سخت میشه؛ یکی به خاطر شیفت‌هایی که می‌گذرونه، خستگی ناشی از کار و درگیر روزمرگی شدن، دوم به خاطر اینکه مزه پول میاد

مسابقه حل جدول با جوایز نقدی

سوالات افقی جدول

۱- هوشبر وریدی با خاصیت بیهوشی انفکاکي - شکل دارویی اکسی توسین/۲- جایگزین ساکسینیل کولین در Rapid se- currence induction - رود مرزی آذربایجان/ ۳- مونس و همدم - اصطلاح در رفته به معنای کهنه و فرسوده- طین/ ۴- یار مهربان- بدون - نوعی از لوازم آرایش/ ۵- طرف - مد سرشانه مانته دهه شصتی ها - میوه پرزدار- تو انگلیسی/ ۶- از فراورده های خونی که در دمای اتاق نگهداری می شود- تست ارزیابی سطح سلامت نوزاد بلافاصله پس از تولد/ ۷- دوست جدید- رشد- دوستی و محبت/ ۸- برداشت محصول- تکیه دادن خودمانی- اولین اقدام در برخورد با بیمار دچار لرز Shivering در ریکاوری/ ۹- شایع ترین شکایت پس از Extubation لوله تراشه/ ۱۰- دائمی نیست- نام درختی شبیه گزه -دست عربی/ ۱۱- نام شهری در سوریه - وسیله ابتدای هر سکانس فیلم/ ۱۲- برش هنداونه- صابون خیاطی - بینایی/ ۱۳- امن ترین هوشبر داخل وریدی در بیماران قلبی عروقی- اهل کرج/ ۱۴- تیغه لارنگوسکوپ اطفال- از داروهای قابل تجویز به روش اندوتراکئال

سوالات عمودی جدول

۱- تنگ ترین قسمت راه هوایی در نوزادان- سرانجام/ ۲- پیایی- آوانس- چای انگلیسی/ ۳- پایتخت کشور غنا- حشره پيله دار-رها/ ۴- پیمانہ-وال- برکت برنج-ماه/ ۵- درنده در حال انقراض - شل کننده نان دپلاریزان طولانی اثر- رفیق گل/ ۶- گهواره آویزان - اثر چربی - موی پلک چشم - فلز ریخته گری/ ۷- بن مضارع یافتن - بدن - ذره باردار- حرف تردید/ ۸- شام جدید - غم- مهمان خانه/ ۹- رطوبت - بندی در بوشهر - اگر طبیب بودی/ سر خود دوا نمودی/ ۱۰- گروه لاتین - زینت صورت مردان- حشره جهنده در چهارپایان/ ۱۱- حاکم - کره - قاضی/ ۱۲- از عوارض جانبی تجویز ساکسینیل کولین- دختر مازنی/ ۱۳- هوشبر استنشاقی با سریع ترین القای بیهوشی- ضعیف ترین آگونیست مخدری

۵ جایزه نقدی ۵۰۰ هزار ریالی به قید قرعه از جانب انجمن علمی هوشبری اراک به شرکت کنندگانی که تصویر جدول حل شده را به همراه رمز جدول تا پایان مرداد ماه ۱۴۰۰، به آیدی تلگرامی @anjoman_saa ارسال کنند، اهدا خواهد شد.

رمز جدول: خانه های ستاره دار*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1										*			
2					*								
3	*												
4													
5													
6		*								*			
7													
8										*			
9					*								
10													
11													
12													
13			*										
14											*		

زیره زبونشون، وقتی مزه پول زیر دندون یه فارغ التحصیل میاد دیگه به این راحتی دنبال دانشگاه نمی ره، دنبال پول درآوردن میره. به خاطر همین من توصیه می کنم اگر امکان داره برای دانشجوی، توهمون حالت دانشجویی که هست فارغ التحصیل داره میشه برای ادامه تحصیلش اقدام بکنه. الان خود من قرار بود سربازیم تموم بشه برای دکتری اقدام بکنم؛ من سربازیم سال ۹۵ تموم شد، الان پنج ساله گذشته هنوز اقدام نکردم و دقیقا دو دلیل اصلیشم هم همین بود، درگیری زندگی روزمره، روتین و شیفت شدن؛ دو، بحث درامدی و مالی. من توصیه می کنم که حتما بلافاصله بخونند اگر امکان داره براشون.

سخن پایانی

ببینید همه این حرف ها زده شد همه این رشته ها، گرایش ها همه بهانه است؛ من در محیط کار دکترای پرستاری رو هم دیدم که یه ساده ترین کار پرستاری رو هم نمی تونست انجام بده، مدرک یک قسمت داستان است. همه چیز بستگی به خود شخص داره، همه چیز. یک نفر می تونه با کاردانی حتی بیهوشی، من خیلی از بچه های قدیمی که هنوز در بیمارستان ها فعال هستند، تکنسین بیهوشی هستند با کاردانی بیهوشی فوق العاده موفق باشه فوق العاده جایگاه داشته باشه و بر عکس یک نفر با مدرک های خیلی عالی و بالا هم نتونه موفقیت کسب کند. خود شخص باید بخواد خود شخص تلاش کنه تا بتونه اون چیزایی که مدنظرش است برسه. من احسان جلالی تلاش کردم، خواستم، همزمان در کنار ورزش حرفه ایم، سرپرستار بودم، تمامی رده های پرستاری را به جز مترونی در قبل از ۳۰ سالگی به

دست آوردم، هیئت علمی شدم در ۳۰ سالگی در کنارش ورزش حرفه ای هم ادامه دادم و همه اینا به خاطر اینه که می خواستم. هرکی می بینه میگه اقا تو چه طوری وقت می کنی، یه آدم وقتی می خواهد کاری را انجام بده راهشو پیدا می کنه، نخواد انجام بده بهونه اشو پیدا می کنه. دنبال بهونه ها بچه ها نباشند کسی که دنبال پیشرفت باشه می جنگه برا زندگیش برا هدفش می جنگه؛ حرف بقیه اصلا براش مهم نیست. من یادمه اون زمانی که می خواستم کنکور ارشد شرکت کنم، کتاب های پرستاری دستم بود و در بخش CCU بیمارستان بقیه الله، داشتم کتاب مراقبت های ویژه در بخش های قلبی رو می خوندم. دوتا از پرستارها گفتند چه کار می کنی گفتم اره من می خوام کنکور ارشد پرستاری شرکت کنم. اینا با صدای بلند به من خندیدند، هیچ وقت یادم نمیره. با صدای بلند به من خندیدند و گفتند ما که کارشناسی پرستاری هستیم این درسارو گذروندیم سابقه کار بالین داریم، دو ساله شرکت کردیم قبول نشدیم؛ توی فارغ التحصیل نشده کارشناسی هوشبری که سابقه کار بالین هم نداری هیچی نمی دونی می خوای شرکت کنی؟! و خب این خیلی به من برخورد و من وقتی که قبول شدم، این خبر رو به گوششون رسوندند اره فلانی قبول شد.

اینو می خوام بگم هیچ کاری نشد نداره به شرط اینکه شما بخواید. تلاش کنی براش، برای هر چیزی، هر هدفی که داری و بجنگی. حالا اون هدف مهم نیست، اون پرسونالایز مربوط به هر شخصه. آدم هرکاری بخواد می تونه انجام بده به شرط اینکه واقعا از ته دل بخواد.



اجتماعی



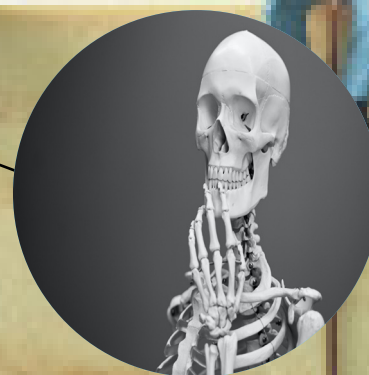
۴۶

گفت‌وگویی دوستانه با خانم دکتر
دریا شجاعی



۴۴

ساختارشناسی موسیقی از نگاه اجتماعی



۴۲

شرح المپیاد دانشجویی
شرح المپیاد از زبان مدال طلای دوره دوازدهم



۳۸

فضای مجازی در دوران کوید
دنیایی بدون قرنطینه



۳۴

سایکوکوید
سلامت روان در دوران قرنطینه

سایکو کوید

نویسنده: نیلوفر باقری

دانشجوی ترم ۴ دندانپزشکی



سلامت روان در دوران قرنطینه

الویت انکارناپذیر سلامت روان در دوران شیوع کرونا

با ظهور ویروس کرونا، زندگی و سلامت میلیون‌ها انسان مورد تهدید قرار گرفته است. این بیماری همه‌گیر نه تنها میزان بالای مرگ و میر ناشی از عفونت ویروسی را به همراه دارد، بلکه باعث فاجعه روانی در کل نقاط جهان شده است. عدم قطعیت و پیش‌بینی‌ناپذیری شیوع پاندمی بیماری عفونی، پتانسیل بالایی برای ترس روانی از سرایت بیماری دارد و اغلب منجر به بسیاری از مشکلات روحی و روانی می‌شود.

سلامت روان و اهمیت آن

سلامت روان به معنی وجود بهزیستی روانشناختی یا عدم وجود بیماری روانی است. وضعیت سلامت روان به کسی اطلاق می‌شود که عملکردش «در سطح قابل قبولی از تنظیم عاطفی و رفتاری» باشد. از دیدگاه طبق نظر سازمان بهداشت جهانی (WHO)، سلامت روان شامل «بهزیستی ذهنی، خودکارآمدی ادراک شده، خودمختاری، توانمندی، وابستگی بین نسلی و خودشکوفایی توانایی‌های فکری و عاطفی فرد و همچنین موارد دیگر است».

شواهدی از WHO نشان می‌دهد که تقریباً نیمی از جمعیت جهان تحت تأثیر بیماری روانی هستند و بیماری‌شان بر عزت نفس، روابط و توانایی عملکرد آن‌ها در زندگی روزمره تأثیر می‌گذارد. سلامت عاطفی فرد می‌تواند بر سلامت جسمی او اثر بگذارد. سلامت روانی خوب می‌تواند کیفیت زندگی را بهبود بخشد در حالی که سلامت روانی ضعیف می‌تواند آن را بدتر کند. طبق تعریفی که سازمان جهانی بهداشت برای سلامت داده است، سلامت انسان بدون سلامت روانی قابل تعریف نیست. این در حالی است که اختلالات روان‌پزشکی برعکس بیماری‌های جسمی علاوه بر بیمار، افراد خانواده و جامعه را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد و در صورت عدم درمان و تداوم، موجب کاهش بازدهی و توانایی، اخراج از محیط کار و خسارت‌های مادی فراوان می‌شود.



بهداشت روان بخشی از پاسخ ملی سلامت در هنگام شیوع کرونا ویروس

بیماری همه‌گیر کرونا ویروس در سراسر جهان به عنوان تهدیدی بزرگ برای سلامت جسمی روانی شناخته شده که با تأثیر بر رفتار روزمره مردم و ایجاد احساسات منفی و ترس شدید بر زندگی افراد تأثیر گذاشته است. مرور مطالعات انجام شده در این باره نشان از وجود پیامدهای روانشناختی گسترده در سراسر جهان دارد و سلامت روانی را در سطح بعدی بین فردی و اجتماعی تحت تأثیر قرار داده است. بروز احساسات منفی مانند اضطراب و افسردگی و خشم و رفتارهای وسواسی و همچنین احساسات منفی طولانی مدت باعث کاهش عملکرد سیستم ایمنی افراد می‌شود.

یکی دیگر از پیامدهای روانشناختی شایع تأثیرات منفی این بیماری بر سلامت جوانان و نوجوانان و ایجاد مشکلات رفتاری در آن‌هاست. وجود انواع ترس، انزوای جسمی و اجتماعی، خستگی و بی‌حوصلگی، بی‌توجهی و تحریک‌پذیری در آن‌ها دیده می‌شود.

مراقبت از سلامت روان طی شیوع پاندمی

۱- روز خود را برنامه‌ریزی کنید.

همه ما در حال تطبیق دادن خود به روش تازه و عجیب

زندگی هستیم. این می‌تواند برای سلامت روانی ما یک ریسک باشد.

حفظ رویه عادی و منظم برای هویت، اطمینان به نفس و هدف ما بسیار مهم است. سعی کنید روز خود را تقریباً در همان زمان معمولی آغاز کنید و هر روز وقتی برای حرکت، تمدد اعصاب، ارتباط برقرار کردن بگذارید.

۲- از یک رژیم غذایی مناسب استفاده کنید.

غذاها تأثیر زیادی روی جسم و ذهن شما دارند. استفاده از منابع غذایی ویتامین D (ماهی‌های چرب، لبنیات و زرده تخم مرغ) برای افزایش سطح ایمنی بدن، استفاده از منابع ویتامین E به عنوان آنتی‌اکسیدان و کمک‌کننده به عملکرد سیستم ایمنی بدن (انواع آجیل مانند فندق، بادام، گردو و اسفناج، کلم‌پیچ، سویا و سیب زمینی) مصرف منابع غذایی ویتامین‌های گروه B و ویتامین B12 برای پیشگیری از پیشرفت سریع عفونت‌های ویروسی (از جمله گوشت قرمز، ماهی و ماکیان، تخم مرغ و لبنیات) توصیه می‌شود.

همچنین باید از مصرف سوسیس و کالباس و سایر فست‌فودها و غذاهای چرب و سنگین، نوشیدنی‌های گازدار و یا آب‌میوه‌های صنعتی و طبخ غذاهایی که خوب پخته نشده‌اند (مثل تخم مرغ عسلی و نیمرو، کباب‌هایی که مغز پخت نشده‌اند) اجتناب کرد.

۳- خوابتان را بهتر کنید.

احساسات، عدم اطمینان و تغییراتی که در زندگی روزمره رخ داده، موجب می‌گردد مشکل خواب پیدا کنید.

برای بهتر کردن خوابتان می‌توانید کارهای مختلف انجام بدهید. هر روز سعی کنید در ساعت معین بخوابید و از خواب برخیزید، حتی اگر می‌توانید آخر هفته‌ها، سعی کنید از نور طبیعی آفتاب برخوردار باشید، حتی‌المقدور (پرده‌ها و پنجره‌ها را باز کنید). به این ترتیب ساعت بدنتان منظم می‌گردد و خوابتان را بهتر می‌کند. پیش از خواب، خود را آماده استراحت کنید، یک ساعت قبل از خواب، از استفاده از گوشی همراه، کامپیوتر و تلویزیون خودداری کنید.

۴- سعی کنید غم و اندوه را پیش‌بینی کنید.

اشکالی ندارد که احساس آسیب‌پذیری و غافلگیری نمود، بخصوص اگر در گذشته دچار مشکل روانی و ضربه روحی گشته‌اید. یا اگر مبتلا به بیماری‌های جسمی مزمن هستید که نسبت به اثرات ویروس کرونا شما را آسیب‌پذیرتر می‌نماید. بسیار مهم است این احساسات را پذیرفت و به همدیگر بگوئیم که مراقب سلامت جسمی و روحی خود باشیم، اما حواستان به عادت‌هایی که شاید در دراز مدت برایتان مضر است، باشد.

۵- فعال بودن علاوه بر بدن، برای ذهن نیز خوب است.

ذهن و بدن شما به طرز عجیبی با یکدیگر در ارتباط هستند و زمانی که سلامت جسمی خود را بالا ببرید، از لحاظ ذهنی و احساسی نیز حس بهتری به خودتان خواهید داشت و فعالیت فیزیکی باعث آزادسازی اندورفین، مواد شیمیایی قوی می‌شود که می‌تواند انرژی فرد را افزایش دهد و روحیه او را بهبود ببخشد و ورزش‌های منظم همچنین تاثیر بسیار زیادی روی از بین بردن استرس، بهبود حافظه و کمک به خواب بهتر دارد.

۶- با سایرین ارتباط برقرار کنید.

ماندن در منزل می‌تواند حس تنهایی و انزواء به شما بدهد. راه‌های خلاقانه را پیدا کنید تا با همکاران، دوستان و سایرین ارتباط برقرار کنید تا به شما (و آن‌ها) کمک کند تا احساس کنید پشتیبان دارید و با مردم معاشرت دارید.

راه‌های معاشرت که برایتان راحت است را پیدا کنید، چه از طریق پست، تلفن، رسانه‌های اجتماعی. می‌توانید از طریق ویدیو با همدیگر چای بنوشید، بازی‌های آنلاین با همدیگر بازی کنید و یا پیام به یکدیگر بفرستید و هوای همدیگر را داشته باشید.



جمع‌بندی

تاثیرات مخرب ویروس کرونا برای همه افراد، فرصت ایجاد می‌کند؛ فرصتی برای آگاه و حساس بودن نسبت به نیازهای سلامت جسمی و روانی خود و افرادی که به آن‌ها اهمیت می‌دهیم. طراحی مداخلات روانشناختی برای بهبود سلامت روانی در طول این بیماری همگی ضروری است و یک برنامه جامع مداخله بحران روانی باید تهیه و اجرا شود. افزایش آگاهی مردم درباره تدابیری که دولت برای مبارزه با گسترش شایعات، اعمال محدودیت‌های اختیاری و افزایش آگاهی عمومی از طریق ارائه اطلاعات درباره روند بهبود بیماران، می‌تواند اضطراب را در جامعه کاهش دهد. اضطراب و ترس افراد نباید نادیده گرفته شود بلکه باید تصدیق شود و اطرافیان، جوامع و دولت‌ها به آن توجه کنند. با اثرات مخرب فاصله اجتماعی که در حال حاضر بر زندگی روزمره حاکم است، مهم است که به یکدیگر بیشتر اهمیت دهیم و به شیوه‌های مناسب با یکدیگر ارتباط برقرار کنیم.

فضای مجازی در دوران کوید

دنیا بی بدن قرنطینه

نویسنده: فرزانه بیگی

دانشجوی ترم ۷ پزشکی



یک سال و اندی از آغاز پاندمی کرونا می‌گذرد و تاثیر این بیماری بر زندگی آدمی روز به روز نمایان‌تر می‌شود. گذشت زمان و تشخیص تدریجی ناکارآمدی روند فیزیکی و حضوری مشاغل، اهمیت غیرقابل اغماض فضای مجازی را علی‌رغم معایبی که داشت، بر همگان آشکار کرد.

دنیا بی مجازی، خصوصا در مدت همه‌گیری کرونا، ابعاد بسیاری از زندگی انسان را تحت‌الشعاع قرار داده و گام‌های بزرگی در راه تسهیل آموزش، پژوهش، کار و نیز رفاه اجتماعی برداشته است که به تعدادی از آن‌ها اشاره خواهیم کرد.

با گسترش روزافزون ویروس کرونا در تمام کشورها، مردم هر روز تصمیم‌های جدی‌تری برای دوری از سایرین اتخاذ می‌کنند و همین مسئله باعث کاهش ارتباطات انسانی شده؛ از آنجایی که انسان موجودی کاملا اجتماعی است، این فاصله‌گذاری‌ها برای عده‌ای باعث مشکلات فکری، روحی و کاهش لذت زندگی شده است. دسته‌ای از نرم‌افزارها که در این برهه زمانی کاربران زیادی را به خود جذب کرده‌اند، شبکه‌های اجتماعی مانند تلگرام، اینستاگرام، توئیتر، واتساپ، دیسکورد و ... هستند که هر یک به نوبه خود سعی در کاهش فاصله افراد از طریق اینترنت و کمک به آن‌ها برای مقابله با افسردگی و مشکلات روحی دارند. در این مدت مشاغل مجازی رونق بسیاری گرفته و حتی آن

دسته از کارها که در دنیا بی مجازی جایی برای عرض اندام خود نمی‌دیدند هم به بسترسازی برای افزایش گردش مالی و ارائه خدمات به مشتریان دست زدند. این افزایش سهولت استفاده از فضای مجازی از طرف دیگر باعث ظهور تعداد زیادی از شبه‌سلبریتی‌های کمتر شناخته شده در فضاهایی مانند اینستاگرام، یوتیوب و تیک‌تاک گردید؛ این افراد که عموماً توانایی خاصی نداشته و صرفاً با ساختن کلیپ‌های نسبتاً خنده‌دار یا تبلیغ فروشگاه‌ها و شرکت‌ها به سرعت شهرت زیادی کسب کردند، باعث ایجاد مشاغل کاذب بسیاری در سرتاسر اینترنت علی‌الخصوص اینستاگرام شدند که همین موضوع باعث دیده‌شدن و استفاده کمتر از مهارت‌های اصیل و کارآمد افراد می‌شد؛ در همین راستا برخی از این افراد که معروف‌تر شدند با تاسیس سایت‌های شرط‌بندی و قمار باعث از دست رفتن سرمایه‌های بسیاری از مردم شدند. دسته‌ای دیگر از نرم‌افزارهای محبوب در این مدت، ابزارهای ارتباط تصویری جمعی هستند. زوم (Zoom)، گوگل میت (Google Meet)، اسکایپ (Skype) و ... به افراد اجازه می‌دهند که با دوستان یا هم‌تیمی‌هایشان به صورت زنده و تصویری ارتباط داشته باشند. دسته دیگری از این قبیل نرم‌افزارها، برنامه‌هایی مثل ادوبی کانکت (Adobe Connect)، بلو جینز (Blue-Jeans) و ایزی تاکس میتینگز (ezTalks Meetings)، زوم و اسکایپ و همچنین وب‌سایت‌هایی مانند اسکای‌روم (SkyRoom) و بیگ بلو باتن (BigBlueButton) و ... هستند که این امکان را به کاربران خود می‌دهند که از قابلیت اشتراک‌گذاری صفحه یا share screen استفاده کنند و مطالب موجود در صفحه خود را به دیگران نشان داده و یا محتوای صفحه‌ی دیگران را مشاهده کنند؛ از این قابلیت برای برگزاری انواع کارگاه‌ها، وبینارها، کنگره‌ها و سمینارهای آنلاین استفاده می‌شود. برنامه‌های ذکر شده گاه در کنار نرم‌افزارهای مدیریت پروژه خارجی مانند گوگل هنگ‌اوت (HangOut Google)، ماکروسافت تیمز (Mi-crosoft teams)، آسانا (Asana)، تسکولو (Taskulu)،

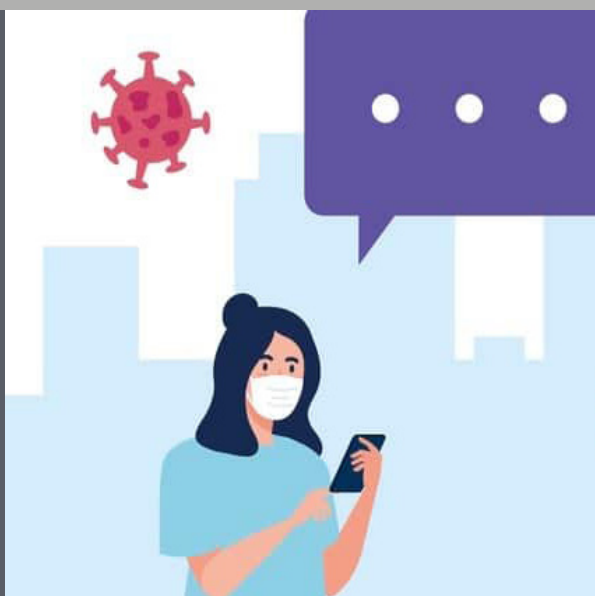


در این دوره به علت تعطیلی مدارس و دانشگاه‌ها، برای جلوگیری از توقف کامل روند آموزشی و پژوهشی در کشور، زیرساخت‌های آموزش مجازی شروع به تقویت‌شدن کرده و سامانه‌های مجازی مانند شاد، نوید و سمالایو پا به عرصه آموزش گذاشتند. این مسئله مزایا و معایب خودش را نیز به همراه داشت؛ مثلاً، از طرفی به علت بی‌نظمی، بی‌برنامگی و بی‌کیفیتی تدریس و یادگیری باعث ایجاد مشکلات متعددی هم برای دانشگاه‌ها و مدارس و هم برای دانشجویان و دانش‌آموزان شد، اما از طرف دیگر، با مشخص شدن این مشکلات و نواقص باعث افزایش تلاش و دقت توسعه‌دهندگان

ترلو (Trello) و اسلک (Slack) یا داخلی مانند جیرا (Jira) و پی‌گیر و ... استفاده می‌شوند.

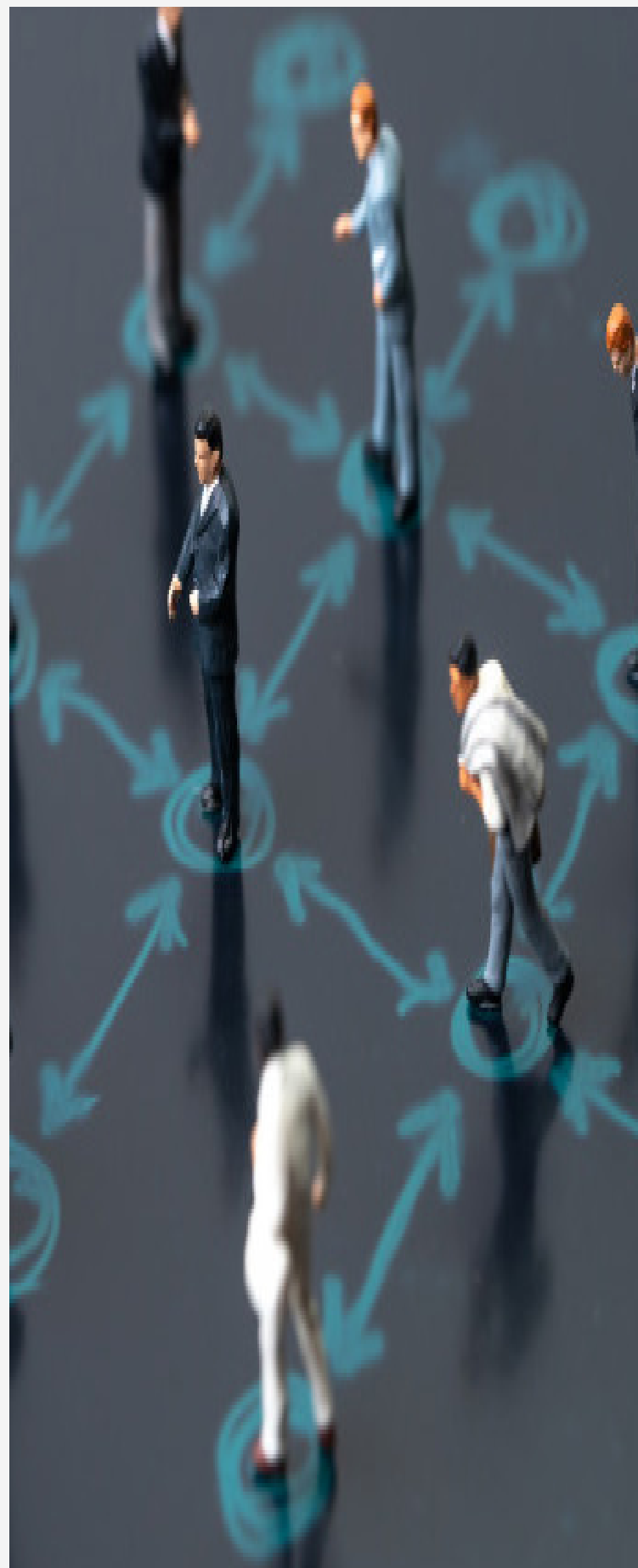
با کمک نرم‌افزارهای نامبرده و مشابه آن‌ها، در مدت همه‌گیری کرونا اتفاقات بسیاری رخ داده است. هر روزه وبینارها و کارگاه‌های فراوانی در حیطه‌های مختلف علم، هنر، فناوری و مهارت‌آموزی بر بسترهای مختلف برگزار می‌شود؛ برخی از پزشکان و متخصصان حوزه سلامت این فرصت را غنیمت شمرده، کار یا تخصص خود را به‌گونه‌ای به مردم ارائه می‌کنند که علاوه بر معرفی خود، به امر آموزش سلامت و ارتقای سطح آگاهی عمومی از مسائل بهداشتی، که به صورت برجسته‌تری در پاندمی کرونا مورد توجه و نیاز است، کمک کنند. در همین راستا نهادهای دانشگاه‌های مختلف سراسر کشور، خصوصاً انجمن‌های علمی رشته‌های علوم پزشکی، فعالیت‌شان را با استفاده از زیرساخت‌های مجازی تقویت کرده و به اطلاع‌رسانی و افزایش آگاهی مردم پرداختند.

وجود کرونا باعث تلاش برای ارتقای سطح دانش و کاربرد فضای مجازی در کشور و در نتیجه، ایجاد جهش توسعه‌ای نسبتاً بزرگی شده است؛ نرم‌افزارهای بانکی و رمز پویا یکی از این موارد بوده که باعث کاهش کلاهبرداری‌های اینترنتی و همچنین خلوت‌تر شدن بانک‌ها شده است. در همین اثنا بازار بورس، سهام و ارزهای دیجیتال هم رونق گرفته و بخشی از مردم با افزایش آگاهی خود در این زمینه‌ها شروع به کسب درآمد از این طریق کردند.



نرم‌افزاری کشور برای تقویت و بهبود این سامانه‌ها شد. در همین باب، خصوصا در مدارس، به کارگیری بسترهای مجازی برای آموزش دانش‌آموزان باعث افزایش میزان دخیل بودن خانواده‌ها در آموزش فرزندان و توجه بیشتر به مشکلات درسی آنان شده که این مسئله می‌تواند به ارتقای پایه‌های علمی دانش‌آموزان منجر شده و در عین حال، با تعامل بین مدرسه، دانش‌آموز و خانواده نواقص سیستم آموزشی کشور نیز بیشتر نمایان شده و به تبع آن امکان برطرف کردن این مشکلات نیز بیشتر فراهم می‌شود.

در این مدت استفاده‌ی تمام رنج‌های سنی، به‌خصوص افراد مسن و یا کمتر آشنا با اینترنت، از فضای مجازی به طور محسوسی افزایش یافته و در پی این افزایش برخی از مزایا و معضلات دنیای مجازی برای مردم ملموس‌تر شده است؛ مثلا، علی‌رغم آشنا ساختن نسبی عامه مردم با اینترنت، امکانات و نحوه بهره‌مندی از آن، سرقت‌ها و کلاهبرداری‌های اینترنتی هم رشد چشمگیری داشته که عمده قربانیان آن هم همان افراد مسن یا کمتر آشنا با اینترنت هستند. از طرف دیگر اطلاعات نادرست پزشکی، بهداشتی، حقوقی و ... نیز در بسیاری از کانال‌ها، شبکه‌ها و گروه‌های مجازی با هدف جذب دنبال‌کنندگان بیشتر پخش می‌شود؛ به عنوان مثال، طب سنتی یا طب اسلامی که در شبکه‌های مجازی غوغای بسیاری به پا کرد توسط جامعه پزشکی به طور کامل و قطعی رد شده و بارها از طرف مراجع علمی و قضایی کشور به مردم برای آگاهی در برابر این موضوعات هشدار داده شده است یا در عناوینی دیگر، برخی سایت‌ها و کانال‌های خبری اقدام به انتشار اخبار تایید نشده یا حتی دروغی و اغراق و سیاه‌نمایی آماری می‌کنند تا در این شلوغی مجازی بتوانند خودشان را بالا کشیده و بیش از پیش مطرح شوند. برخی از این مشکلات حتی در بحث‌های سیاسی-اجتماعی نیز رخنه کرده،



پیر و جوان، خواه‌ناخواه درگیر این حواشی شده‌اند؛ برای مثال، بحث واکسن‌های کرونا و سیاست‌گذاری دولت در واردات یا تولید بومی آن و نظرات و اطلاعات متناقضی که به گوش می‌رسد از مهم‌ترین این موضوعات است. علاوه بر این‌ها ماندن طولانی مدت در خانه و استفاده‌ی مداوم از تلفن‌های همراه، اینترنت و فضای مجازی، صرف‌نظر از اختلافات، پرخاشگری و نزاع‌های خانوادگی باعث آسیب‌های غیرقابل جبرانی به چشم، ستون فقرات، مغز و حافظه می‌شود.

برای پیشگیری از برخی از این آسیب‌ها می‌توان راهکارهایی ارائه نمود؛ برای نمونه، با استفاده از نرم‌افزارهای ورزشی (مانند سری نرم‌افزارهای leap fitness و ...) و انجام ورزش مداوم روزانه می‌توان از خستگی و دردهای جسمی جلوگیری کرد و یا با استفاده از نرم‌افزارهای یادگیری زبان (مانند Duolingo و memrise و word up و ...) یا بازی‌هایی مثل سودوکو و جدول کلمات از تضعیف حافظه و زوال عقل ناشی از استفاده‌ی بیش از حد از تلفن همراه و فضای مجازی کاست. همچنین می‌توانید با استفاده از نرم‌افزارهای مدیریت زمان (مانند Boost-Splendo، ed، TickTick و ...) برای زمان خود برنامه‌ریزی کرده و از دوران کرونایی نهایت استفاده را ببرید.

به علاوه، ثابت شده که اینترنت و بسترهای مجازی می‌توانند به‌صورت اعتیادآور عمل کنند، به‌گونه‌ای که برای

برخی افراد، بیماری‌هایی مانند سندرم فومو (FOMO: fear of missing out ترس از دست دادن: نوعی اضطراب شدید نسبت به جاماندن و بی‌خبری از تغییرات و اتفاقات آنلاین زندگی) و یا نوموفوبیا (nomophobia: بی‌موبایل‌هراسی: احساس ترس و اضطراب شدید در نبود تلفن همراه یا قطعی خدمات آن که یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی در جهان مدرن است) را ایجاد کند. در روان‌درمانی از روش‌های خاصی برای ترک دادن این‌گونه افراد معتاد به اینترنت استفاده می‌شود؛ شما نیز اگر حس می‌کنید وابستگی زیادی به فضای مجازی و تلفن همراهتان پیدا کرده‌اید می‌توانید از نرم‌افزارهای محدود کننده‌ی استفاده از اینترنت/موبایل/نرم‌افزارها (مانند Stay Away، StayFree، Your Hour، SPACE و ...) استفاده کنید و یا با کمک گرفتن از نرم‌افزارهای مدیتیشن، ریلکسیشن و یوگا (مانند Headspace، Insight Timer، CALM و ...) تمریناتی برای افزایش آرامش درونیتان انجام داده و از بروز وابستگی به فضای مجازی جلوگیری کنید.

پیر باشید یا جوان، مرد باشید یا زن، تحصیل کرده باشید و یا بی‌سواد، تکنولوژی و پیشرفت‌هایش لحظه به لحظه شما را بیش از پیش در بر می‌گیرد. همه‌ی ما ساکن این «دهکده جهانی» هستیم و زمین حاصل‌خیزش برای همه مهیاست؛ اینکه در آن چه می‌کارید و چگونه می‌کارید اما به خودتان بستگی دارد...





که معمولاً روز بعد از مرحله دوم انفرادی برگزار می‌شود، شما باید از پروپوزالی که در مرحله قبلی نوشته‌اید دفاع کنید و به پرسش‌های داوران در مورد آن پاسخ دهید (شیوه برگزاری دوره دوازدهم) یا باید یک پروپوزال دیگر که کوتاه‌تر است در فاصله یک روز بنویسید و روز بعد از آن دفاع کنید (شیوه برگزاری دوره‌های قبلی). برای اینکه اطلاعات بیشتری در مورد سوالات المپیاد در حیطه علوم پایه و بقیه حیطه‌ها به دست بیاورید، می‌توانید سوالات دوره‌های گذشته را دانلود کنید.

اما چرا باید در المپیاد شرکت کنیم؟

یه تجربه جدید است! زندگی دانشجویی فقط در کلاس رفتن و امتحان دادن خلاصه نمی‌شود و شما با شرکت در فوق‌برنامه‌های مختلف مثل المپیاد می‌توانید در محیط‌های جدید قرار بگیرید و با آدم‌های جدید آشنا شوید. چیزی که برای من بیشترین جذابیت را در مورد المپیاد دارد.

المپیاد یک چالش ذهنی جذاب است. برای من تمام سوالات مراحل انفرادی و پروسه نوشتن پروپوزال برای مرحله گروهی موتورهای ذهنم را روشن می‌کرد. و وقتی به سوالات پاسخ می‌دهید این حس که شما باهوش‌تر از چیزی هستید که خودتان فکر می‌کردید (که حتما هستید!) حس فوق‌العاده‌ای است.

مدال آوری در بخش‌های انفرادی یا گروهی المپیاد مزایای خودش را دارد. ممکن است بتوانید عضو استعدادهای درخشان شوید، دانشجویان پزشکی می‌توانند تحت شرایط مشخصی **straight** شوند و در کل درهای جدیدی رو برایتان باز می‌کند. بخش زیادی از آمادگی برای المپیاد وابسته به خواندن مقالات یا رفرنس‌های زبان اصلی است. در این پروسه دانش شما افزایش پیدا می‌کند و در زبان تخصصی علوم پزشکی پیشرفت می‌کنید. چیزی که در تمام مراحل کاری آینده‌تان قطعاً به آن نیاز خواهید داشت. همچنین المپیاد فرصت خوبی برای یادگیری پروپوزال نویسی و تفکر خلاقانه است.

من اولین بار بود که در المپیاد شرکت می‌کردم و به تشویق یکی از دوستان خوبم که بعداً هم گروهی شدیم و با هم مدال طلا گرفتیم ثبت‌نام کردم. زندگی فقط اتفاق نمی‌افتد، شما هستید که باید آن را بسازید. فرصت‌های جدید را هیچ وقت از خودتان دریغ نکنید. خوشحال می‌شوم من هم همان دوستی باشم که شما را تشویق می‌کند!

می‌دانم وقتی کلمه المپیاد را می‌شنوید چیه چیزهایی در ذهنتان می‌آید. غول‌های علمی که طی مراحل طاقت‌فرسا به ایده‌های ناب و تغییردهنده جهان می‌رسند. من هم تا پارسال همین ایده را داشتم. ولی... نه! اجازه دهید با المپیاد بیشتر آشناتون کنم تا وقتی این کلمه را می‌شنوید تداعی‌های ذهنتان به واقعیت نزدیک‌تر باشد.

نازنین حسن نژاد هستم، دارنده مدال طلای مرحله گروهی و دیپلم افتخار مرحله انفرادی دوازدهمین دوره المپیاد علوم پزشکی در حیطه تفکر علمی در علوم پایه؛ و برای اولین بار بود که در المپیاد شرکت می‌کردم. از اول که شروع کنیم، باید بگویم که المپیاد علوم پزشکی در ۶ حیطه برگزار می‌شود:

حیطه استدلال بالینی / حیطه آموزش پزشکی / حیطه تفکر علمی در علوم پایه / حیطه مطالعات میان رشته‌ای / حیطه مدیریت نظام سلامت / حیطه کارآفرینی در بستر دانشگاه‌های هزاره سوم

هر سال برای هر حیطه یک موضوع متفاوت مشخص می‌شود و تمام دانشجویان علوم پزشکی می‌توانند در المپیاد ثبت نام کنند. تمام حیطه‌ها دو بخش انفرادی و گروهی دارند که هر کدام در دو مرحله برگزار می‌شود. برخی از حیطه‌های المپیاد مثل مطالعات میان رشته‌ای رفرنس‌های مشخص دارند و سوالات از اون‌ها طرح می‌شود. اما برخی دیگر از حیطه‌ها مثل علوم پایه وابسته به دانش پایه شما در مورد موضوع تعیین شده و خلاقیت علمی خود شما است.

بیاید به حیطه تفکر علمی در علوم پایه دقیق‌تر نگاه کنیم. در پروسه مراحل مختلف این حیطه شما باید توانایی تفکر مانند یک محقق رو به دست بیاورید. و تمام چیزی که برای پاسخ دادن به سوال نیاز دارید همین موضوع است.

در بخش انفرادی در هر دو مرحله، سوالات حیطه علوم پایه انواع مشخصی دارند. تنها تفاوت این است که مرحله اول تستی و در واقع ساده‌تر و مرحله دوم تشریحی است. سوالات در ۴ بخش طراحی می‌شوند:

نقشه مفهومی / ساخت فرضیه / طراحی مطالعه / تحلیل داده

در واقع شما باید کاملاً مانند یک محقق فکر کنید، برای تناقضات و سوالات علمی فرضیه‌های احتمالی بیاورید، مطالعه مورد نظر خود را برای سنجش فرضیه‌ها طراحی کنید و سپس اطلاعات به دست آمده را تحلیل کنید. در بخش گروهی که با قبول شدن در مرحله اول انفرادی بهش می‌رسید، در مرحله اول شما و هم‌گروهی‌های شما حدود یک ماه زمان دارید که یک ایده نو در زمینه موضوع انتخاب شده بدهید و یک پروپوزال بنویسید. در مرحله دوم گروهی



ساختارشناسی موسیقی از نگاه اجتماعی

نویسنده: عارف نورعلیشاهی

دانشجوی موسیقی



شروع واکنش‌های حیات طبیعی انسان وابسته به حس‌های پنج‌گانه است. هر کدام از این ۵ حس به‌عنوان رابط‌هایی برای درک جهان پیرامون ما عمل می‌کنند.

صدا یکی از مولفه‌های تشکیل‌دهنده‌ی جهان هستی به عنوان ابزاری برای انتقال و تبدیل عوامل شنیداری است.

موسیقی، در تعریف علمی خود تفسیر شخصی ما از شنوای صداهاست. ابزارهای تولید صدا و موسیقی، از حنجره‌ی انسان گرفته تا سازهای مورد استفاده در موسیقی معاصر، انتشار صدای ذهنی آهنگساز و یا نوازنده را با رنگ صوتی مورد نظر وی میسر می‌کنند.

آنچه در این مقاله مورد بررسی است ساختارشناسی موسیقی از نگاه اجتماعی است؛ در واقع، هنر بازخوردی بیرونی از تابش‌های درونی هنرمند است، که این تعریف درباره‌ی موسیقی بازتابی صوتی دارد و زمانی که از انحصار ذهن هنرمند خارج می‌شود، می‌تواند در ابعاد اجتماعی مورد بررسی قرار گیرد.

تأثیرات اجتماعی موسیقی از همان ابتدای کار خودش را به سه گونه نشان می‌دهد؛

یک، اجتماع برای تولید و انتشار، دومی برای شنیدن تحت عنوان مخاطب و دیگری در جهت آموزش-یادگیری تشکیل می‌شود.



ریشه‌های استعداد یادگیری موسیقی از همین نقطه تفاوت خود را در بین افراد مختلف نشان می‌دهد.

اینکه تأثیرات گفته شده بر زندگی هر فرد مثبت یا منفی باشند، وابسته به بررسی روانشناختی تأثیرات سبک‌های مختلف موسیقی روی گروه‌های متفاوت افراد است.

مسئله‌ی ثابت شده این است که موسیقی فضاهای خالی احساسی را می‌پوشاند و بنا به قضاوت فردی با پیشینه‌ی آگاهانه می‌تواند افق دید وسیع‌تری را به ما نشان دهد.

البته ارتباط موسیقی را با علوم دیگر نمی‌توان نادیده گرفت و مطابق شرایط آکادمیک گذشته و حال، موسیقی از پایه‌های اساسی حکمت فردی و اجتماعی است.

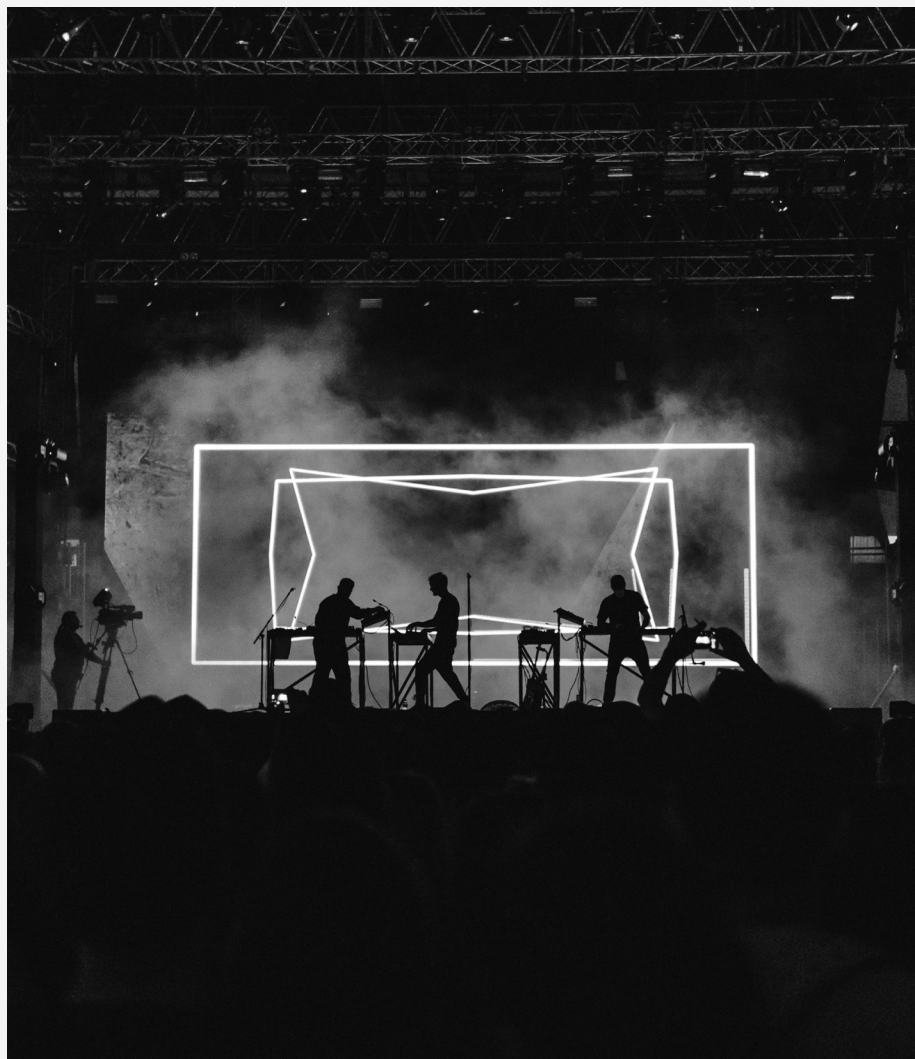
این مقاله با احترام به تمامی هنرمندان و مخاطبین محترم موسیقی، به عزیزانی تقدیم می‌شود که خواهان نگاه متفاوتی نسبت به هنر و علم موسیقی هستند.

تأثیر عمیق احساسی موسیقی به دور از قضاوت کیفیت اثر، آن چیزی است که بسیار جالب توجه است. در واقع موسیقی بعد از انتشار همانند یک شبکه‌ی ذهنی عمل می‌کند و رابطی بین تمام شنونده‌ها و مخاطبین می‌سازد.

از دیدگاهی مطرح شده در فلسفه، عنصر زمان در سه بخش خاطره (گذشته)، حضور (حال) و انتظار (آینده) مرور می‌شود.

موسیقی در نهایت شگفتی تمام این سه بخش را به هم مرتبط می‌سازد؛ با ساخت یک اکنون از طریق کدهای احساسی مختص به هر فرد، رجوع به خاطرات با جای‌گذاری ردپاهای شنیداری و افزایش حس انتظار در پاسخ به آنچه که پرواز ذهن را تا حد هرچه بیشتر ممکن می‌سازد.

درست به همین علت کیفیت موسیقی از جایی به بعد کاملاً وابسته به طبع هر فرد متفاوت است. درست شبیه یک DNA صوتی-احساسی.





گفت‌وگویی دوستانه با خانم دکتر دریا شجاعی



نویسنده: صبا سادات موسوی

دانشجوی ترم ۶ هوشبری

دکتر دریا شجاعی

رزیدنت محترم بیهوشی



در گفت‌وگویی دوستانه با خانم دکتر دریا شجاعی رزیدنت سال سوم بیهوشی سعی کردیم در مورد موضوعات مختلف بیهوشی و همچنین جنبه‌های دیگر زندگی صحبت کنیم و نظرشان را جویا باشیم.

خانم دکتر شجاعی اگر امکانش هست در ابتدا مختصری از سوابق تحصیلی و کاری تون برامون بفرمایید.

من GPام رو در دانشگاه ایران خوندم و بعد استریت شدم؛ یعنی امتحان رزیدنتی رو که دادم مستقیم اومدم رزیدنتی و طرحم رو نگذروندم و حتی یک ماه هم از اینترنیم مونده بود که اومدم اینجا و دو سه ماه اول که اینجا بودم و کار می‌کردم شماره نظام نداشتیم.

یعنی از دانشجویانی بودین که رنگ شدین و بعد استریت شدین؟

بله درسته. و الان هم چند ماه دیگه سال سه از دوره چهارساله تخصص بیهوشیم تموم می‌شه.

به نظرتون طرح نرفتن به تحصیل تون آسیبی نزد؟ چون برخی معتقدند که زمان طرح برای کسب تجربه خیلی زمان خوبیه.

ما یک استاد داشتیم که فوق تخصص نوروفتالمولوژی اطفال بود. می‌گفت هر وقت از بچه‌ها میان می‌گن برای من دارو بنویس بهشون می‌گم من دکتر واقعی نیستم

من فقط فوق تخصص نوروفتالمولوژی اطفالم و واقعا هم همینطوره. تو کار عمومی نکرده باشی نمی‌تونی خیلی چیزا رو انجام بدی ولی متمرکز می‌شی روی یک رشته. باید ببینی که دوست داری این تمرکز را داشته باشی یا نه. قیمت این تمرکز همون انرژی و زمانی که توی طرح از دست می‌دی. استیجر بودم و رنگ شدم و هم می‌تونستم طرح برم و هم می‌تونستم نرم و من اصلا ناراضی نیستم که طرحم رو نگذروندم.

خانم دکتر همانطور که می‌دونین رشته بیهوشی خیلی رشته پرفرداری نیست و حتی ما رزیدنت سال یک و دو هم نداریم؛ چه چیزی باعث شد که شما بیهوشی را انتخاب کردین؟

بیهوشی دلیل داره که طرفدار نداره. اول این که بچه‌ها با رشته بیهوشی آشنا نیستند. الان که می‌بینین استیجرها میان و بیهوشی رو می‌بینند تازه مسئولین به این فکر افتادند که از دوران استیجری دانشجوها رو ببرند و با رشته بیهوشی و با کار بیهوشی هم آشنا بشن. یکی از دلایل محدودش اینه که بچه‌ها با رشته بیهوشی آشنا نیستند. ما خودمون در دوران اینترنی دو هفته بیهوشی داشتیم اون

هم اختیاری بین ارولوژی و بیهوشی باید انتخاب می‌کردیم که من در دوران اینترنی بیهوشی را انتخاب کردم.

یک علت دیگه اینه که شما درآمد پایینی داری یعنی مثلاً نسبت به رشته‌های جراحی، استرس خیلی بیشتری داری اما درآمد کمتری داری.

علت بعدی اینکه مطب نداریم و خیلی‌ها دلشون می‌خواد مطب داشته باشن و خب رشته بیهوشی مطب نداره و علت دیگه هم اینکه رشته بیهوشی نسبت به رشته‌های دیگه مثل پوست و رادیولوژی، کار سنگین و پراسترسی دارد ولی این‌ها و همچنین طب فیزیکی هم درآمد خوبی دارند و هم کار سبکی دارند. شما اگه نگاه کنید توی رنکینگ رشته‌های رزیدنتی، چشم و رادیولوژی و پوست و طب فیزیکی بالاترین درخواست رو دارند چون کار راحتی دارند و درآمد بالا. البته این‌ها هم دارن خراب میشن چون خیلی اشباع شدن. ولی متأسفانه بچه‌ها اکثراً دنبال کار راحت با درآمد بالا هستن و هیچکس به این فکر نمی‌کنه که چه اثرگذاری داره. واقعیتش برای من این بود که من جراحی دوست داشتم و قبل از اینکه انتخاب رشته بکنم دوست داشتم به سمت جراحی برم.

من می‌تونم استرس رو تحمل کنم ولی در لحظه. جراحی استرس کمی داره ولی طولانی؛ یعنی در طول زمان استرس‌های کوچیک بهت وارد می‌شه. برای یک مریض pre op, op و post op اش با توه و تا شش ماه بعد از جراحی هر عارضه‌ای که براش پیش بیاد حتی کوچکترین عارضه‌ای که باشه، مسئولیتش با شماست. ولی توی بیهوشی درسته که استرس بسیار بالایی داری ولی به محض اینکه مریض پاشو از اتاق عمل بیرون بزاره شما سلب مسئولیتی؛ نهایت تا ۲۴ ساعت بعد از عمل. خب این خیلی فرق می‌کنه و من همچنین لایف استایلی رو می‌خواستم. حوصله ارتباط با همراه بیمار را نداشتیم. با این موضوع در ابتدا مشکلی نداشتیم ولی بعد که وارد محیط کار شدم دیدم چقدر سخته که بخوای یک مطلب پزشکی رو به زبان ساده برای آدمی که اطلاعاتی نداره توضیح بدی. متأسفانه واقعیت اینه که سطح IQ بعضی نفرات خیلی پایینه یعنی حتی یک چیز ساده رو باید خیلی توضیح بدی و خب از این خسته میشی؛ و این که من کار مطب رو هم خیلی دوست نداشتیم. این‌ها در واقع حسن‌های بزرگ بیهوشی برای من بود که البته برای بعضی‌ها هم عیب محسوب می‌شه که برای مثال مطب نداری با همراه بیمار در ارتباط نیستی و همچنین کار بیمارستانی؛ من عاشق کار بیمارستانیم. و خب گفتم جراحی را بخاطر لایف استایلش دوست نداشتیم که خواستم برم به نزدیک‌ترین رشته به جراحی که می‌شد بیهوشی.

بعد اینترنی هم که رفتم و آشنا شدم علاقه‌مند شدم به بیهوشی ولی خب همون موقع هم می‌دونستم که استرس بیهوشی خیلی بالاست. راجع به تاثیرگذاری هم انقدر ساکت و بی‌سروصدا کارمون رو می‌کنیم همه فکر می‌کنند چهارتا دارو می‌زنیم و می‌آیم کنار، ولی هیچ کس به این فکر نمی‌کنه که اگه من بگ زنم مریض مرده. در بیمارارن CRITICA اگر یک مقدار دارو رو کمتر یا بیشتر بزnm مریض مرده. اگه دقت کنی مریضی که زیر دست ما ارست میشه جراح‌ها رو ببینید همه رنگشون سفید میشه. یعنی طیف رنگی صورتشون زرد و سفید میشه. من یکبار پروسه high شدن در اسپینال رو برای یکی از جراحان توضیح می‌دادم و می‌گفت که شما خیلی شغل پراسترسی دارین و من گفتم چون صدای ما در نمیداد به این معنی نیست که کارمون راحت یا استرس نداره.

به ICU فکر می‌کنین؟

چرا خیلی ICU رو دوست دارم و دوست دارم فوقم رو ICU بخونم ولی عمده کارم اتاق عمل باشه چون اتاق عمل را خیلی دوست دارم.

روتیشن‌های ICU رزیدنتی براتون چطوره؟

در ICU تنش اتاق عمل رو نداری، محیط خیلی آرومتری



داره و این شلوغی و رفت آمدها رو نداره و اکثراً بیمارها زیر دستگاه هستند. باز یکی از عیب‌هایی که برای ICU می‌گن اینه که شما باید مقیم باشید ولی من دقیقا به این علت ICU رو دوست دارم چون باید مقیم باشید. هرکس که کار بیمارستانی رو دوست داشته باشه ICU رو هم دوست داره و من هم عاشق کار بیمارستانیم. یکسری راجع به ICU اینطور می‌گن که بیماران ICU زیر دستتون می‌میرن؛ واقعیتش هم همینه که بیمارانی که به ICU میان اکثراً بیماران خوبی نیستند. یعنی میان و چند روز آخر عمرشون رو زیر دستگاه می‌گذرون ولی باید این را هم ببینید که ما بیمار هم داشتیم با ۵ GCS اینطور نبوده و انقدر خوب به بیمار رسیدگی کردند که بیمار با پای خودش از ICU بیرون می‌ره. وقتی یک بیمار اینطوری نجات پیدا می‌کنه خیلی لذت بخشه که چنین شرایطی برای بقیه رشته‌ها کمتر پیش میاد.

از تجربیاتتون در دوران کرونا برامون بگین شیفت‌های ICU داشتین؟

بله شیفت‌های ICU داشتم و مریض‌های کرونایی زیادی رو خوابوندیم و خودم هم کرونا گرفتم ولی از بیمارستان نگرفتم؛ از یکی از افراد فامیل کرونا گرفتم. ولی خدا را شکر با وجودی که بعد از عملم بود ولی کرونا راحتی بود و اصلا علائم تنفسی نداشتم و فقط بدن درد و ضعف شدیدی داشتم و بویاییم را برای چند روز از دست دادم.

سر و شکل کار شما در کرونا چه تغییری کرد؟

یکی از موهبت‌هایی که متاسفانه یا خوشبختانه کرونا برای

ما داشت این بود که همه اهمیت بیهوشی را متوجه شدند و این برای ما هم لذت‌بخش بود که در خط مقدم هستیم و می‌تونیم یه کاری بکنیم و خب خطرناک هم هست. تاثیری که کرونا برای ما داشت این بود که بچه‌ها خیلی از روتیشن‌ها رو نتونستن برن و اجازه ندادند و گفتند که نیرو نداریم و باید بمونید داخل بیمارستان و این برای ما خوب نبود از نظر آموزشی. بار کاری‌مون خیلی زیاد شد؛ بارکاری ICU مخصوصا تا فروردین و اردیبهشت امسال که اینجا مرکز کرونا بود ولی بعد از انتقال مرکز، کارمون کمتر شد.

اثر دیگه اینکه بچه‌ها پروتکل‌ها را رعایت می‌کنند و بیشتر به خودشون توجه می‌کنند و پروتکل‌هایی که باید همیشه رعایت بکنیم مثلاً در اینتوبه‌های معمولی هم شما همیشه باید ماسک رو بزنید ولی هیچکس رعایت نمی‌کرد؛ اما خب الان خیلی بهتر شده اما به طور کلی کرونا چیز جالبی برای دنیا نبود.

دکتر شجاعی تجربه ما خیلی کمه اما تا جایی که دیدیم تعداد متخصصین و رزیدنت‌های بیهوشی خانم از متخصصین و رزیدنت بیهوشی آقا کمتره. این رشته برای خانم‌ها چطوره و آیا مشکل و سختی‌ای در این رشته برای خانم‌ها وجود داره؟

الان در مورد رشته بیهوشی نمی‌تونم بگم که چند درصد از متخصصین خانم هستند چون هنوز هم تعداد رزیدنت‌های آقا از خانم بیشتره و فکر می‌کنم که خانم‌ها به خاطر کار راحت‌تر، بیشتر به سمت پوست و رادیولوژی می‌رند و به همین دلیل شیفت رزیدنت‌های خانم به این سمت بیشتره.

همچنین رشته‌های aggressive هم مثل جراحی هم رزیدنت خانم کمتر داره اما خب رشته‌هایی مثل رشته رادیولوژی تعداد رزیدنت‌های خانم خیلی بیشتره که فکر می‌کنم به خاطر استرس شغلی بیهوشیه اما به شدت لایف استایل خوبی داره. من اگه از اتاق عمل برم بیرون می‌تونم گوشیمو خاموش کنم تا شیفت بعدی و هیچ‌کس هم نمی‌تونه به من بگه چرا چونکه مقیم یا آنکال نیستم و این خیلی خوبه. یکی از دلایلی که من جراحی نرفتم به این دلیل بود که تو باید همیشه oncall باشی و همیشه در دسترس باشی که این خیلی سخته.

تا جایی که ما می‌دونیم شما در زمینه مقاله‌نویسی هم فعال هستین و تعدادی مقاله نوشتین و منتشر کردین. اگر ممکنه در این حوزه راهنمایی‌مون کنین که برای مقاله نوشتن باید از کجا شروع کنیم، برای انتشارش چه کاری انجام بدیم و یا توصیه و نکته‌ای که برای ما داشته باشین تا بتونیم مقاله‌ای با سطح کیفی بالا ارائه بدیم.

شما کلاً برای شروع هر کاری دو تا راه دارید؛ یا آکادمیک شروع کنید یا بپرید توش. که من راه دوم را انتخاب کردم و پریدم توش (با خنده). من وقتی که می‌خواستم پایان‌نامه‌ام رو بنویسم استادی داشتم. قبل از اون هم هیچ آشنایی نداشتم چون استیجر بودم. برای پایان‌نامه استادم بهم گفت برو تو نصف روز پروپوزال رو بنویس و من هیچی نمی‌دونستم. گفتم استاد من اصلاً نمیدونم پروپوزال با کدوم «خ» نوشته میشه (با خنده). چطوری برم پروپوزالم رو نصف روزه بنویسم؟! که استادم خیلی کمکم نکرد و من مجبور شدم همینطور پرسون پرسون از بچه‌ها بیرسم یا چند تا نمونه بگیرم و همینطوری پیش رفت تا اینکه کم کم با موتورهای جستجو مختلف آشنا شدم. به هر حال آزمون و خطا می‌کنی و میری جلو. درسته که روشی هست که خودت رو build up می‌کنه؛ یعنی حالت خوبه که تونستم این راه رو خودم برم ولی سخته و این که همون زمان و انرژی زیادی رو که گذاشتی رو می‌تونی بزاری بری و دوره‌اش رو بگذرونی و یاد بگیری. برای شما کلاس میزبان بهتون موتورهای جستجو رو یاد میدن، چه جوری سرچ کنیم، با چه الفبایی سرچ کنیم. بعداً فهمیدم که انقدر می‌گشتم وقت می‌داشتم برای سرچ، در حالی که می‌شده در مدت زمان خیلی کمتر جمعش کرد. ولی خوب در هر حال من خودم شروع کردم. شما می‌تونید دوره‌اش رو بگذرونید و اینکه اصلاً کار سختی نیست و فقط علاقه می‌خواد.

مقاله نوشتن چه تاثیری می‌تونه داشته باشه؟

مقاله نوشتن فقط انگیزه معنوی می‌خواد. انگیزه اینکه من

هم یک کاری می‌کنم من هم سهمی دارم.

برای بعضی جاها خوبه مثلاً اگر تعداد مقالات زیاد باشه برای رشته ما مورد راحت‌تر قبول می‌شیم که خوبه و یک پوئن برات محسوب میشه. یا مثلاً در دانشگاه اگر هیئت علمی باشی و استادیار باشی اگر تعداد مقالات از یک سطحی بیشتر بشه می‌تونید دانشیار باشی که خب دانشیار شدن یک پوئنه. ولی این به طور کلی هیچ gain خاصی نداره جز رضایت درونی که من هم یک کاری می‌کنم. ما یک استادی داشتیم که می‌گفت از ۱۰۰٪ کره زمین ۹۹٪ انگلیس. ۹۹٪ فقط داریم استفاده می‌کنیم و فقط ۱٪ هست که داره این علم رو تولید می‌کنه و خب خیلی لذت بخشه که جزء اون یک درصد باشی.

شما بیهوشی را چطور ارزیابی می‌کنید و به نظرتون بیهوشی می‌تونه در ایران در آینده پیشرفت بکنه؟

اتفاقاً پزشکی ایران پزشکی خوبیه. حالا درسته که تو اراک یک مقدار وسیله نداریم ولی تهران انواع وسیله‌ها، انواع مانیتورها، انواع deviceها برای اینتوبیشن، lmaگذاری دارند و همینطور ICUهای بسیار قوی دارند. ولی رشته بیهوشی به شدت رشته آینده‌داریه چون رشته جدیدیه و هم از نظر مقاله بسیار جای کار داره و هم از نظر کار عملی.

خانم دکتر شجاعی در طی این چند سال اتفاق خاصی از شرایط اورژانسی یا شرایط دیگه برای شما افتاده که تو ذهنتون بمونه به طور کلی خاطره‌ای که برای شما ویژه است رو تعریف کنید.

من دقیقا تا پایان سال یکم هر بیماری که کد می‌خورد بالای سرش گریه می‌کردم. یکبار مادرم زنگ زد و گفت چرا داری گریه می‌کنی گفتم بیمارم فوت شد. گفت چند سالش بود گفتم ۸۴ سال. ولی خاطره‌ای که هنوزم در ذهنم هست و نمی‌دونم باید چی کار بکنم. مریض سوختگی که درصد بالا دارند باید اینتوبه باشند. این‌ها دو تا برادر بودند دعواشون شده بود و برادر بنزین ریخته بود روی خودش و روی اون یکی برادرش و مادرش و هر سه سوختگی بالای ۷۰ و ۸۰ درصد داشتند و می‌دونین که بیمار با درصد سوختگی بالای ۷۰ و ۸۰ درصد زنده نمی‌مونه، مطمئنی که می‌میره و اینتوبیش می‌کنی به این خاطر که ۴ یا ۵ روز بیشتر زنده باشه چون بالاخره این بیمار نیاز به اینتوبه پیدا می‌کنه به علت دیسترس تنفسی ولی به علت درصد سوختگی بالا دچار ادم راه هوایی می‌شه باید زودتر این کار را انجام بدیم. مسئله این بود که این دو تا برادر کنار هم توی یک اتاق خوابیده بودند و کامل سر و صورت باندپیچی شده بود و چشم‌ها بسته بود و این‌ها فقط لب و دهن‌شون کار می‌کرد. من می‌دونستم که این آدم رو دارم اینتوبه



سوختگی بمیرم. همه فکر می‌کنند که ممکن نیست با سوختگی بمیرن. فکر می‌کنن که باید انفجاری رخ بده و در صحنه فوت بشن وگرنه کسی که سوخته و به بیمارستان رسیده دیگه نمی‌میره و برای کسی که حتی ته ته ذهنش هم چنین احتمالی نیست که ممکنه من بمیرم و حتی سوال می‌پرسه که چند روز دیگه پانسمان را عوض کنن، نمی‌تونی بهش بگی که این ده دقیقه آخر عمرته.

برادر اول همون روزی که من اینتوبه کردم شبش اکسپایر شد، برادر تخت کناری فردا و مادر هم دو سه روز بعد و به مادر نگفتند که بچه‌ها فوت شده بودند.

خیلی دوست دارم راجع قسمت دیگه از زندگیتون هم ازتون سوال ببرسم چون هر موقع شما رو دیدم که فراغتی داشته باشید حتی چند لحظه، کتاب‌های

خیلی خوبی می‌خوانید.

دوست داشتم بدونم که چه جوری می‌تونید این دو وجه رو همدل بکنید. به هر حال شیفت‌های سخت و طولانی و کار پراسترسی دارین. چطوری می‌تونید هم به خودتون توجه کنید و هم به کارتون برسید؟

من تمام مدت دارم می‌دوم. نقاشی کار می‌کنم، موسیقی می‌زنم، همیشه کتاب می‌خوندم اما از موقعی که اومدم اراک کتاب خواندن برام جدی‌تر شد چونکه من موقعی که اومدم اراک اولین تجربه جدا شدن از خانواده برام بود. دوستان رو گذاشتم، شهرم و خانواده رو گذاشتم. کلاس فرانسه، نقاشی، موسیقی و همه رو گذاشتم و تنها چیزی که با خودم آوردم، خودم بودم و کتاب‌هایی که خونده بودم. یه سری چیزها رو شما همیشه می‌شنوید مثل در اکنون زندگی کنید، به خودتون برسید. یک استادی داشتیم حرف خوبی می‌زد که یک موقعی هست من به شما می‌گم سب

و شما می‌گید سین ی ب. یه موقعی هم هست که من به شما سب رو نشون می‌دم. یه موقع هست که من سب رو می‌دم به دستت و شما سب رو گاز می‌زنید و می‌فهمی که این سبیه. این اراک اومدن برای من مثل گاز زدن سب بود که من احساس کردم که خب زندگیم خلاصه نمیشه در خانواده‌ام و دوستام. زندگی من، تمام سرمایه‌ای که دارم خودمه و تو باید خودت رو جوری بسازی که اگر ۸۰ سال دیگه کسی کنارت نبود این خودت برای تو کافی باشه. خانواده رو می‌تونن از تو بگیرن، پولت رو، کارت رو می‌تونن از تو بگیرد ولی مغزتو و استعدادها تو نمی‌تونن از تو بگیرن. فیلم کوهستان سرد که نیکول کیدمن در اون بازی کرده و برای جنگ بین آلمان غربی و شرقیه. نیکول کیدمن پیانیسته و پیانو می‌زنه. به خاطر شرایطی که اون موقع دارند مجبور میشه تمام

زندگی‌اش رو بفروشه ولی پیانوش رو تا آخرین لحظه نگه می‌داره ولی در نهایت برای گرفتن آذوقه پیانو رو می‌فروشه و با پولش کیسه‌های گندم می‌خرند این کیسه‌های گندم رو که میارن یک دونه از این کیسه‌ها رو در حالی که نشسته دستش روی این کیسه گندم می‌گذاره و با دست شروع می‌کنه به نواختن، طوری که روی کلاویه‌های پیانو می‌نوازه. این رو هیچ کس نمی‌تونه ازش بگیره. پیانو رو فروخته ولی کسی نتونسته نوازندگی پیانو رو ازش بگیره. بنابراین باید خودتو بسازی حالا با کتاب، موسیقی، هر کسی با یک چیزی. من این‌ها را پیدا کردم. و برای رسیدن به این باید بتونی چشم‌هات رو باز بکنی و وقت‌های مرده‌ات رو ببینی. مثلاً یک روز یه کسی اومد پیش من نشست و گفت یعنی انقدر وقت آزاده که نشستی داری کتاب می‌خونی؟ گفتم بین الان در یک مکان و در یک زمان من نشستم دارم کتاب می‌خونم و تو داری حرف می‌زنی. زمان این طوری نیست که تو بگی من وقت ندارم؛ اتفاقاً کاره ما طوریه که تو اتاق نشستی و حواست به مریضه به جای اینکه گوشیتو



چک کنی کتاب بخون. این عشقه که می‌کشه. تو به یک چیزی عشق داشته باشی میری دنبالش. من کوهنوردی خیلی دوست دارم بعد از کشیک ۴۸ ساعته اینجا، ۱۲ شب استادم آفم کرد ساعت ۳ صبح رسیدم تهران و ساعت ۵ صبح رفتم کوه. بعد از کشیک ۴۸ ساعته! و این عشقه که می‌کشه اگه دوست داشته باشی کاره را انجام می‌دی اگه که دوست نداشته باشی این کار رو انجام نمی‌دی.

خانم دکتر شما که اهل کتاب هستین کتابی که باعث شده دید شما عوض بشه یا بیشترین تاثیر رو گذاشته یا باعث بیشترین تغییر شده باشه، چه کتابی بوده؟

اگه شما بدترین کتاب دنیا رو هم بخونی باز یه چیزی یاد می‌گیری؛ که کمترینش اینکه دیگه از اون نویسنده کتاب نخونی. ولی بهترین کتابی که در زندگیم خوندم و خیلی از این رو به اون رو شدم روان درمانی اگریستانسیال بود.

نویسنده فارسی مورد علاقتون چه کسی هست؟ بیژن نجدی، هوشنگ مرادی کرمانی و نسیم مرعشی. این سه رو

رو خیلی دوست دارم و اگه ژانر کودک بریم که صمد بهرنگی که بر سر ما جا داره؛ ولی این سه تا رو هم دوست دارم.

خانم دکتر شما به مهاجرت فکر می‌کنین؟

نه اصلاً. مهم نیت و خواسته است. من نمی‌گم که اگر مهاجرت کنم اون‌ها غریبه‌اند من چرا به غریبه‌ها کمک کنم ولی از همون منطقی که بقیه وارد می‌شن وارد شو. افراد تحصیل کرده می‌گن چرا به سوریه و لبنان کمک می‌کنید؟ چراغی که به خانه رواست به مسجد حرامه! ولی همون آدم تحصیل کرده و درس خوانده میره آمریکا، کانادا و نمیکه چراغی که به خانه رواست به مسجد حرامه. خیلی دیدگاه ایده آلیستی و حتی ممکنه شعارگونه هم باشه ولی من دارم همین رو زندگی می‌کنم و به بقیه هم کاری ندارم. و اتفاقاً خیلی‌ها رو دیدم که موندن؛ مثلاً یک زن و شوهری که هردو پزشکن و رفتن سیستان و بلوچستان زندگی می‌کنند و در چه شرایط سختی. تو گرما، خاک و غبار و به مردم کمک می‌کنند و خیلی هم از زندگی‌شون راضی هستند. چنین مردمی هم در کشورمون داریم.

خانم دکتر در نهایت اگر توصیه‌ای به دانشجویان و یا در سطح وسیع‌تر به خواننده‌های این مصاحبه دارین بفرمایید. توصیه یا پیشنهاد چه راجع به بعد درسی و

کاری و یا چه راجع به زندگی.

توصیه راجع به زندگی که من خودم خیلی هنوز کوچکتر از چیزیم که بتونم به کسی توصیه کنم در راستای زندگی. برای درس خوندن هم نمی‌گم که درس بخونید یا نخونید. اگر دوست دارید و فکر می‌کنید که در واقع این کمک می‌کنه که بشید آن چیزی که باید بشید، درس بخونید. ولی اگر واقعاً فکر می‌کنید خلاف جریان خودتون دارید شنا می‌کنید و خلاف چیزی که دلتون می‌خواد خب نه. آدم همیشه ته دلش این جواب رو داره که حالش خوبه یا نه. اصلاً هم لازم نیست که به زبون بیاره و بستگی به چیزی هم نداره. من چند وقت پیش داشتم با یکی از بچه‌ها صحبت می‌کردم و بهش گفتم که این سوال رو از خودت بپرس. گفت که نه بستگی داره به چیزهای مختلف. گفتم که حتی لازم نیست به زبون به خودت چیزی بگی. ته دلت خودت میدونی حالت خوبه یا نه. اگه حالتون با درس خوندن و با این محیط خوبه ادامه بدید و حتماً موفق می‌شی اما اگر که نه، برید دنبال چیزی که باید بشید، حالا حتی اگر جارو کردن یک زمین باشه. ممکنه خیلی ایده آلیستی به نظر برسه ولی همه ما باید این طوری زندگی کنیم. به قول یک دیالوگ فیلم شب‌های روشن که دختره می‌گه: فکر نمی‌کنی همه این حرف‌ها فقط توی ادبیات قشنگه؟

پسره در جواب بهش می‌گه که: همه این حرف‌ها واسه اینه که زندگی یکم شبیه به ادبیات بشه. همه این حرفا واسه اینه که زندگی یکم به ایده آل نزدیکتر بشه یعنی شما باید رئال رو تبدیل بکنید به ایده‌آل نه اینکه ایده‌آل رو تبدیل بکنید به رئال.

ولی جامعه همیشه بر خلاف این را القا کرده که بیمارستان یه شغلی داری می‌تونی حداقل درآمدی داشته باشی می‌تونی زندگیت رو بچرخونی.

مثلاً شما توقع ندارید از یک خانم ۴۰ ساله تحصیل کرده که بگه که من به دخترم گفتم تو برو درس بخون که مردم چیزی نگن بعدش برو هر کاری دوست داری انجام بده. یعنی شما ۴ سال عمرت رو بزار فقط برای اینکه مردم چیزی نگن و مردمی که حرفشون هیچ تاثیری تو زندگیت



نداره. شما الان این حرفا رو می‌شنوید ۱۰ روز بعد یادتون میره. واقعاً هیچ تأثیری روی زندگی‌شون ندارن و شما تموم جوانی و انرژی‌تون را برای اون صرف می‌کنید. من یک دوستی داشتم که تا اینترنتی با من بود و پنج سال و نیم پزشکی خونده بود و بعد از ۵ سال و نیم از پزشکی انصراف داد و گفت پزشکی دوست ندارم، از بوی بیمارستان خوشم نمیاد و از محیط بیمارستان، از کار بیمارستان خوشم نمی‌آمد. الان داره فلسفه سینما می‌خونه، خیلی فرد فعالیه، مستند می‌سازه و تازه داره زندگیش رو می‌سازه و حالا فرض کن اگه اون ۵ سال و نیم انرژی رو گذاشته بود اینجا چقدر جلوتر بود. نه اینکه موقعی که فهمیدی اشتباه کردی نری!

هوشنگ ابتهاج که سعدی زمان است در تولد ۸۱ سالگی می‌گه که تازه فهمیدم اشتباه کردم اومدم دنبال شعر، من باید به دنبال موسیقی می‌رفتم. شعر استعداد من نبود. فکر کن در ۸۱ سالگی همچین جرئتی داری که این رو بگی. از جرأت سطوحی داریم. یک موقع به یک چیزی فکر می‌کنید. یک موقع جرأت دارید به زبون بیاری. یک موقع هم هست که نه تنها برای خودت به زبان بیاری بلکه برای یک ملتی هم به زبان بیارید. این رو در مصاحبه‌ای گفته بود که فکر می‌کنم همچین اشتباهی کردم و اینکه تو به همچین جراتی برسی در این سن خیلی چیز بزرگیه.

ممنون خانم دکتر که وقت گذاشتین. واقعا اوقات خوبی رو در کنارتون داشتیم.

فرهنگی



۶۴

کلاکت ناتورالیسم
کشمکش انسان و طبیعت در سینما



۶۲

نقش ناتورالیسم بر بوم
طبیعت‌گرایی در نقاشی



۶۰

برخاسته از طبیعت
نگاهی به ادبیات ناتورالیسم



۵۶

سرچشمه ناتورالیسم
سطری از طبیعت و رئال



سرچشمه ناتورالیسم

سطری از طبیعت و رئال

نویسنده: سی گل یاری

دانشجوی ترم ۶ هوشبری



می دانست و در انتقاد به ناتورالیسم می گفت: تقریباً هر دوشنبه با خواندن مقالات دوست نازنینمان زولا، از جابه در می روم. پس از رئالیست‌ها حالا نوبت به ناتورالیست‌ها و امپرسیونیست‌ها رسیده است. چه پیشرفتی این دلک‌ها بر آن‌اند تا خودشان و ما را متقاعد کنند که دریای مدیترانه را کشف کرده‌اند».

با وجود این توانایی‌های زولا غالباً فلور را شگفت‌زده می کرد و در وصف نانا گفته بود: ((غولی است با پاهای کثیف، ولی غول است.)) اما در کل، نظریات زولا را نادرست و یا کوتاه‌بینانه می دانست. نقد ناتورالیسم اگر به مکتب ناتورالیسم تنها از دیدگاه ادبی نگاه نشود در عرصه اجتماع فوایدی داشت. زیرا زولا با آثارش «درعین حال که خوانندگان بورژوازی خویش را ناگزیر می ساخت تا با زندگی آشفته و نکبت‌بار طبقه کارگر آشنا شوند، کارگران هوشمندی را نیز که به خواندن آثارش آغاز کرده بودند با وضع رقت‌بار طبقه خویش بیشتر آشنا می ساخت. این امر عواقب دیگری خواه اصلاح‌طلبانه یا ارتجاعی، به دنبال داشت که به هر حال نه ادبی، بلکه سیاسی و اقتصادی بود.»

به قول لیلیان فورست و پیتتر اسکرین دستاوردها و ناکامی‌های جنبش‌های ادبی را نمی توان، چنان که در مورد مؤسسات اقتصادی مقدور است در ترازنامه جمع و جوری خلاصه کرد. حساب‌ها را هم نمی توان بست. زیرا نقد ادبی، یک روند تجدید ارزیابی مداوم است. گواهی فراز و نشیب‌های جنبش ناتورالیسم است که ابتدا متهم به اخلاق ستیزی شد، سپس به خاطر مستندسازی اجتماعی‌اش مورد احترام قرار گرفت و اخیراً از نظر ارزش‌های ادبیاتشان مورد ستایش واقع شده است.

شاید چنین نگرش افراطی به جامعه در برخی از زمان‌ها ضروری هم باشد. نگاه ناتورالیستی بسیاری از آثار چوبک در برهه‌ای از تاریخ ایران انگار جزو لوازم تنفس جامعه است تا خود را به عینه در آینه داستان‌های او بازبینی و بازرسی کند و متوجه اطراف پلید و کثیف خود باشد.

رئالیسم و ناتورالیسم هر دو به واقعیت موجود می پردازند و از تخیلات بی پایه عده‌ای از رمانتیک‌ها می گریزند، ولی رئالیسم پلیدی و زشتی را ناشی از وجود انسان نمی داند بلکه آن را انگیزه شریط اجتماعی و روابط دشمن کیشی می داند که «انسان‌ها را به صورت گرگ یکدیگر در می آورد.» ولی ناتورالیسم فساد انسان و جامعه را موضوعی زیستی و رویدادی جبری می شناسد. در کارگاه سبک ناتورالیسم رشته‌های فساد و چرکی ابتذال به هم بافته می شود و در تماشاخانه هنری آثار نویسندگان، انسان‌های «ناقص الخلقه»، «دیوانه»، «شهووی»، «بی‌مغز» و «حیوان صفت» به نمایش گذاشته می شوند. سرانجام نویسنده ناتورالیست فردی «بی‌مغز» یا «حیوان صفت» را که در گوشه و کنار اجتماع یافته است به کارگاه هنری خود می برد و از آن نمونه‌هایی به دست می دهد: نمونه‌ای که به نظر او نماینده گروه بی‌شماری از انسان‌هاست. اما او، آن روی سکه را نمی بیند تحولات تاریخی و اجتماعی و کوشش‌های آفرینش‌گر بهنجاران را فراموش می کند و همه آدم‌ها را از زاویه تخیل بیمار خود مشاهده می کند.»

آنکه این اصطلاح معمول شود نزد بعضی از نویسندگان بود، برخی آنان را ولو غیرمستقیم بنیان‌گذار ناتورالیسم می دانند. کما اینکه خود زولا «بالزاک» را پدر ناتورالیسم و استاندال را پیشاهنگ رمان ناتورالیستی می دانست.

بعضی فلور را غیرمستقیم بنیان‌گذار ناتورالیسم نامیده‌اند. پدر فلور جراح بود. سنت بوو (۱۸۰۴ - ۱۸۶۹) منتقد، شاعر، رمان‌نویس فرانسوی، خوب فهمیده بود که می گفت: ((فلور قلم را مانند چاقوی جراحی به دست می گیرد. به هر سو می نگریم کالبد شکاف و فیزیولوژیست می بینم.))

اگر این گونه نگرش را که مکتب ناتورالیسم در جزو ویژگی‌های خود می شمارد در نظر بگیریم، فلور را می توان جزو پیشقدمان مکتب دانست. به ویژه که منتقدان گفته‌اند: «فلور در آثار هنری واقعه‌ای کوشید تا به عینیت دست یابد.»

ظهور و سقوط ناتورالیسم

ناتورالیسم از بطن رئالیسم پدید آمد و برادران کنکور نخستین کسانی بودند که دیدگاه ناتورالیسم را مطرح کردند. اما اصول نظریات این مکتب به طور روشن‌تر در سال ۱۸۶۸ از طرف زولا در مقدمه «ترز راکن» تشریح شد. زولا پس از رهایی از فقر، ملک مدان را خرید و آنجا را محل تشکیل جلسات گروه خود قرار داد. گی دوموپاسان، هانری ستار (Ceard Henry)، هویسمان (Huysmans)، لئون هنیگ (Henrique) حلقه این انجمن شدند که معروف به حلقه مدان بود. شب‌های مدان مجموعه‌ای است که هرکدام از این افراد قصه‌ای از آن را نوشتند. از این حلقه جز زولا و گی دوموپاسان، بقیه شهرت چندانی نه داشتند و نه به دست آوردند. با وجود این هانری ستار حلقه را ترک کرد. با توجه به اینکه برخی ویژگی‌های ناتورالیسم پیش از

لازم می‌دانم درباره نظرات دکتر میترا و عبد العلی دستغیب به دو نکته اشاره کنم.

اول آنکه چنین به نظر می‌رسد که این دو منتقد، حداقل در این دو کتاب خود به واقع‌گرایی و مخصوصاً وجه اجتماعی آن: «واقع‌گرایی اجتماعی»، به عنوان تنها دبستان هنری مطلوب و موجه نگریسته و انحراف و انصراف و عدول از آن را نوعی کژراهگی و تخلف فکری و هنری تلقی می‌کنند. دوم آنکه این دو منتقد هنگام بحث و فحوص درباره طبیعت‌گرایی و واقع‌گرایی، بیشتر به ادبیات داستانی توجه کرده و ادبیات نمایشی را در حوزه مذاقه خود ملحوظ نداشته‌اند.

«هر نسلی گمان می‌کند که نمایشنامه‌نویسان دوره‌اش «واقع‌گرا» تر از نمایشنامه نویسان دوره‌های قبل بوده‌اند نسل دوره اوریپید گمان می‌کرد که او از سوفوکل واقع‌گرایانه‌تر چیز می‌نویسد و با همین قیاس هر نسلی گمان می‌کند مولیر از دست‌اندرکاران «کمد یا دل‌ارته» و گلد اسمیت از «استیل» و ایبسن از شیر و برشت از ایبسن و... واقع‌گراتر است.»

در هنر نمایش، طبیعت‌گرایان کمتر به مبالغه‌پردازی، ناهنجارنمایی، زشت‌یابی، بی‌توازی، تک‌سونگری، فقر جهان‌بینی، غفلت از پدیده‌های مثبت فکری، فرهنگی و تاریخی و ... دچار گردیده‌اند. شاید یکی از دلایل مصون ماندن نسبی آن‌ها از چنین خط‌ها و ضعف‌ها، این واقعیت است که آن‌ها هنر خود را منحصر در چهارچوب ضوابط و معیارهای دبستان هنری قرار نداده و به خاطر کشف حقیقت و زیبایی هنری هر کجا که لازم دانسته‌اند، از محدوده‌های تنگ‌نظرانه، قالبی و پیش‌ساخته «دبستان» خارج شده و

ایمان و اعتقاد خود را به «حقیقت» و «زیبایی» اثبات نموده‌اند. بیشتر نمایشنامه‌نویسانی که آثار خود را زیر نفوذ طبیعت‌گرایی تصنیف کرده‌اند با استفاده از سنت‌ها و یافته‌های سایر دبستان‌ها و نیز با تلفیق سبک خود با ضوابط و معیار دبستان، بیان هنری خاص خود را به دست آورده‌اند، بیانی که به نظر آنها با «حقیقت» و «زیبایی» بیعت کرده است، نه با ضوابط دبستان هنری.

در اینجا لازم می‌دانم به نام پنج تن از مهم‌ترین نمایشنامه‌نویسان و پنج نمایشنامه نمونه، که با الهام و اقتباس از دبستان هنری «طبیعت‌گرایی» و با ترکیب آن باضوابط سایر دبستان‌ها و سبک ویژه و طرز تلقی و بیان خاص نویسنده تصنیف شده است اشاره کنم:

۱- هنریک ایبسن (۱۹۰۶-۱۸۲۸) «طبیعت‌گرایی» و «واقعیت‌گرایی» به شمار می‌رود، در آثار خود «واقعیت‌های خارجی» را مطرح نکرده و به عناصر دبستان «رومان تی‌سیسم» و بازسازی و کاربرد جدید آن پرداختند.

آن‌ها به بیان تجلیات روح عاطفی، شیدا و بی‌قرار انسان روی آورده و «شعر غنایی» را در متن و ادبی-نمایشی گنجانند و مضامین خود را از داستان‌های شورانگیز و شخصیت‌های افسانه‌ای و مکان‌های دور و خیال‌انگیز، سرشار ساختند.

«نمادگرایان» جای «رمز»، «ایهام»، «اسطوره» و «مناسک» را که جنبه‌های جادویی و مرموز هنر را می‌آفرینند. در هنر طبیعت‌گرای و واقع‌گرای خالی یافتند، نمادگرایان بر خلاف طبیعت‌گرایان و واقع‌گرایان، به «واقعیت‌های ذهنی و درونی» و نیروهای رمزآمیز درونی و روحی اعتبار فراوان داده و از نمود بی‌دخل و تصرف «واقعیت‌های عینی و برونی» اجتناب نمودند.

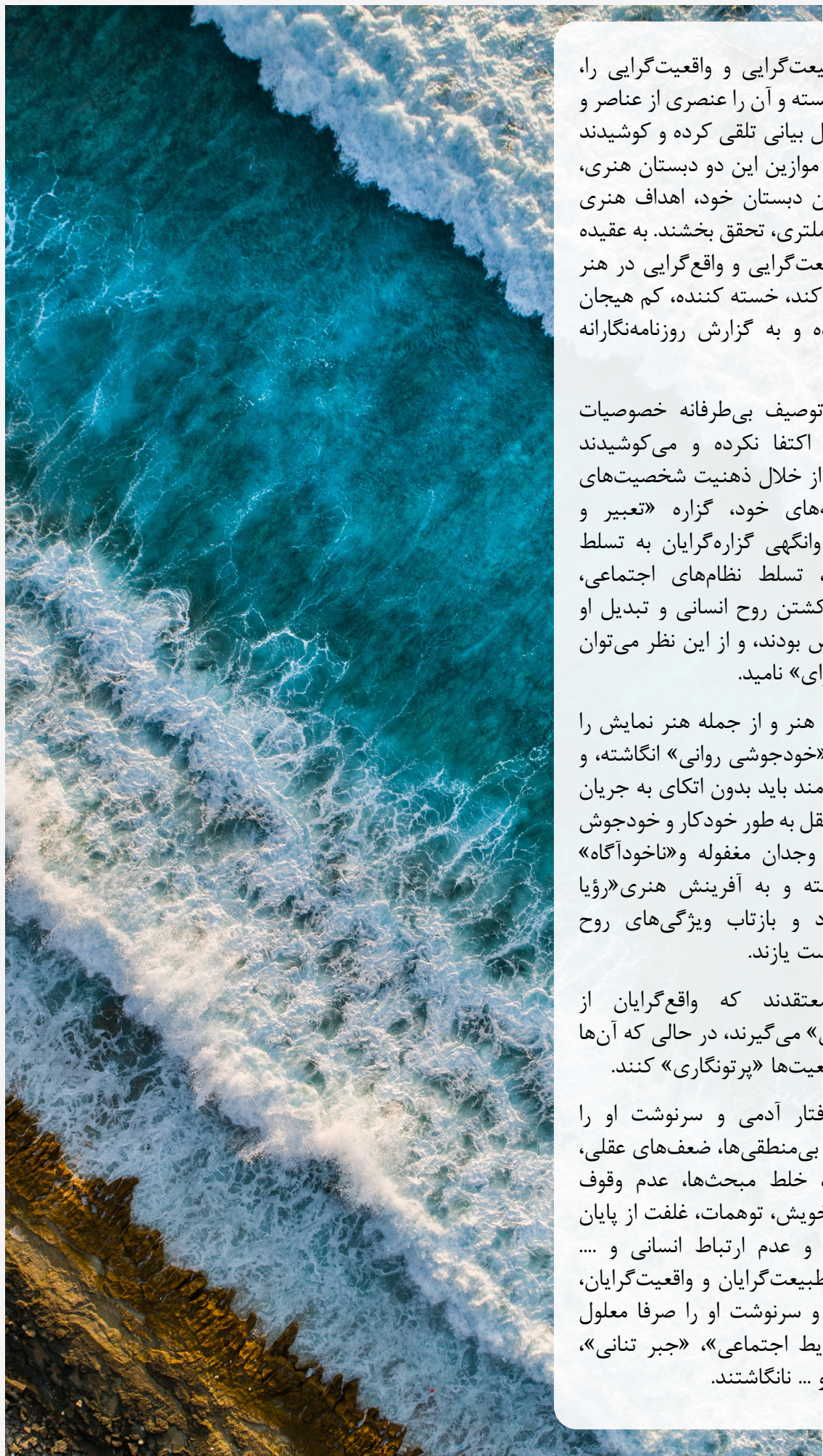
گزاره‌گرایان، طبیعت‌گرایی و واقعیت‌گرایی را، اهدافی ناتمام دانسته و آن را عنصری از عناصر و وسیله‌ای از وسایل بیانی تلقی کرده و کوشیدند با تلفیق اصول و موازین این دو دبستان هنری، با اصول و موازین دبستان خود، اهداف هنری خود را به نحو کاملتری، تحقق بخشند. به عقیده گزاره‌گرایان، طبیعت‌گرایی و واقع‌گرایی در هنر نمایش پدیده‌ای کند، خسته کننده، کم هیجان و کم ابتکار بوده و به گزارش روزنامه‌نگارانه شباهت دارد.

گزاره‌گرایان به توصیف بی‌طرفانه خصوصیات عینی واقعیت‌ها اکتفا نکرده و می‌کوشیدند این واقعیت‌ها را از خلال ذهنیت شخصیت‌های اصلی نمایشنامه‌های خود، گزاره «تعبیر و تفسیر» نمایند. وانگهی گزاره‌گرایان به تسلط زندگی ماشینی، تسلط نظام‌های اجتماعی، استثمار فرد، و کشتن روح انسانی و تبدیل او به حیوان، معترض بودند، و از این نظر می‌توان آن‌ها را «انسان‌گرای» نامید.

«فراواقع‌گرایان»، هنر و از جمله هنر نمایش را آفریده و پدیده «خودجوشی روانی» انگاشته، و معتقد بودند هنرمند باید بدون اتکای به جریان تفکر، و نظارت تعقل به طور خودکار و خودجوش از خزینه پنهان وجدان مغفوله و «ناخودآگاه» خود مایه برداشته و به آفرینش هنری «رؤیا گونه‌ای» که نمود و بازتاب ویژگی‌های روح هنرمند است، دست یازند.

فراواقع‌گرایان معتقدند که واقع‌گرایان از واقعیت‌ها «عکس» می‌گیرند، در حالی که آن‌ها می‌خواهند از واقعیت‌ها «پرتونگاری» کنند.

«عبث‌نمایان» رفتار آدمی و سرنوشت او را معلول تصادفات، بی‌منطقی‌ها، ضعف‌های عقلی، خدشه در زبان، خلط مبحث‌ها، عدم وقوف انسان بر احوال خویش، توهمات، غفلت از پایان کار، ماده‌پرستی و عدم ارتباط انسانی و ... دانسته و مانند طبیعت‌گرایان و واقعیت‌گرایان، شخصیت انسان و سرنوشت او را صرفاً معلول و همبسته «شرایط اجتماعی»، «جبر تنائی»، «نظام تاریخی» و ... نانگاشتند.



برخاسته از طبیعت

نگاهی به ادبیات ناتورالیسم

نویسنده: پردیس ذوالفقاری راد

دانشجوی رشته سینما



نگاهی به طبیعت گرایی در ادبیات

در این شماره نگاهی به مکتب طبیعت گرایی یا ناتورالیسم در ادبیات خواهیم داشت. طبیعت گرایی، گرانش یا جنبش ادبی است که شکل گیری آن اواخر قرن نوزدهم و تحت تاثیر نظریه چارلز داروین درباره ی تکامل باز می گردد.

در دوره های مختلف هر مکتبی که جریان پیدا می کند تحت تاثیر اوضاع خاصی از وضعیت اجتماعی، سیاسی و فرهنگی زمان خود می باشد. پیدایش و جریان ناتورالیسم هم از این قاعده پیروی کرده است. در غرب، قرن نوزدهم عصر تکامل و توسعه و اکتشاف بود. همه این ها باعث وسوسه اهل ادب شد؛ آنان از خود پرسیدند وقتی می توان با علم به چنین دستاوردهایی رسید، چرا ادبیات از علم بی بهره باشد و این چنین جنبش طبیعت گرایی به جریان افتاد.

ناتورالیسم مکتبی است که احساس و تخیل را کنار می گذارد و اصول و قواعد علمی تکیه می کند. برخی از نویسندگان ناتورالیستی معتقد هستند ادبیات و هنر باید جنبه علمی داشته باشد.

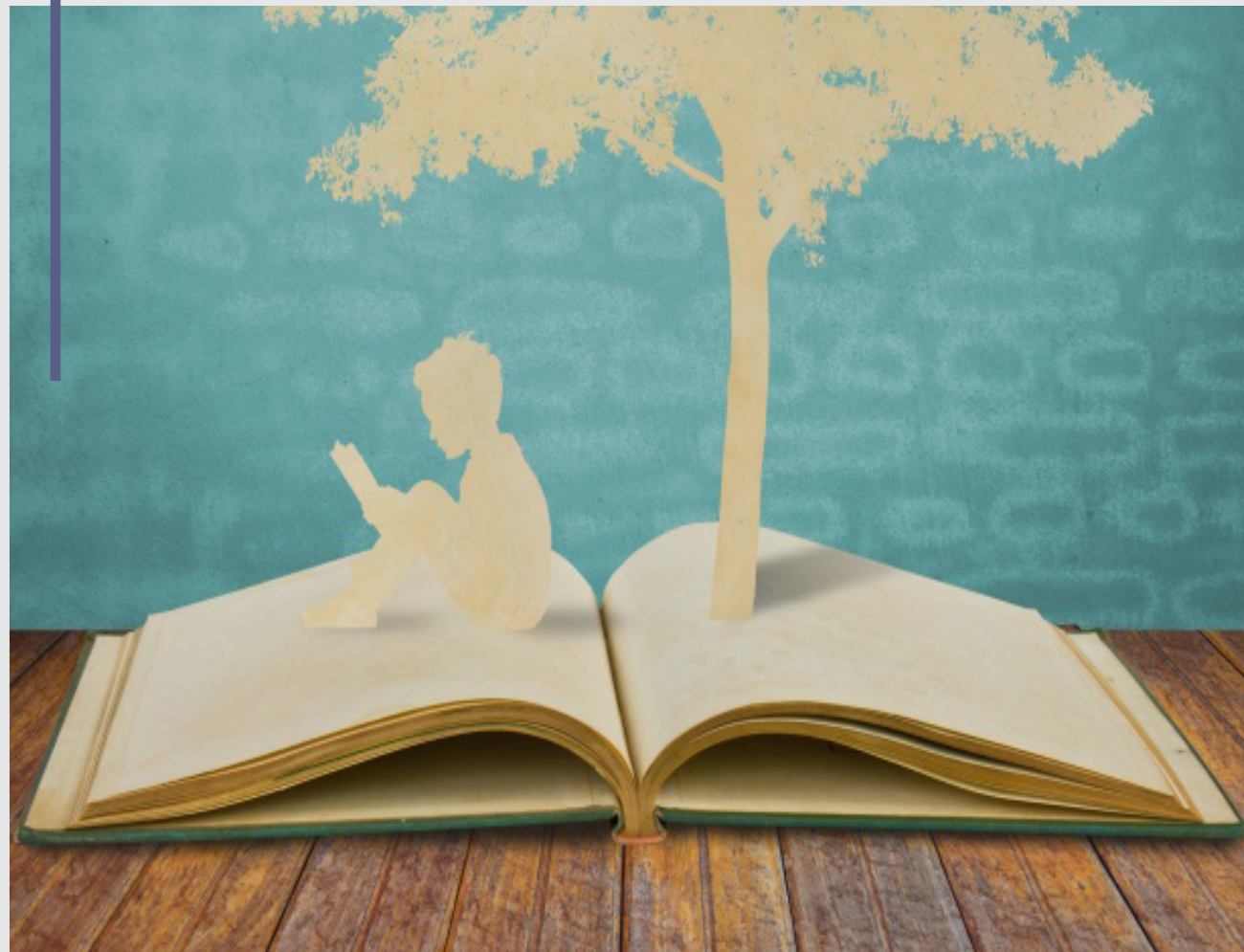
درباره ی نام گذاری این مکتب اینطور گفته شده است که در شانزدهم آوریل سال ۱۸۷۷ میلادی بر سر میز شامی که گوستاو فلوبر و امیل زولا و ... گرد آمده بودند در رستوران تراپ به این نام وارد ادبیات شده است. ادبیات ناتورالیسم از میان رئالیسم شکل گرفت. به نوعی این سبک، ثمره رئالیسم است. در رئالیسم هم به زشتی ها پرداخته می شود اما در ناتورالیسم تکیه بیشتر به نشان دادن زشتی ها است. در ادبیات ناتورالیسم در شکل گیری شخصیت عواملی چون ژنتیک، محیط و وراثت اثرگذار هستند.

زولا سعی داشت به هنر و ادبیات جنبه علمی بدهد. به عقیده ی او نویسنده باید تخیل را کنار بگذارد و دارای حس واقع بینی باشد. زولا معتقد بود کارهایی که قهرمان داستان انجام می دهد باید توجیهاتی علمی داشته باشد. یکی از آثار مشهور امیل زولا رمان ژرمینال است که در این سبک نوشته شده است.

سبک طبیعت گرایی دارای ویژگی هایی می باشد. از جمله این ویژگی ها می توان به موارد زیر اشاره کرد:

در این سبک نویسنده به جزئیات توجه بسیاری دارد و بیش از اندازه به آن ها می پردازد. از نظر ناتورالیست ها حقیقت از بررسی دقیق اشیا به دست می آید؛ به نوعی معتقد هستند آنچه دیده می شود اهمیت دارد آنچه شنیده می شود؛ مثلاً پرداختن به کوچک ترین حرکات قهرمان داستان که این مورد می تواند باعث خستگی خواننده شود. ویژگی دیگر این نوع سبک این است که در رمان ها گاهی مکالمه های طولانی نوشته شده است که ممکن است نوشته را از حقیقت نمایی دور کند.

در سبک طبیعت گرایی افراد اگر دست به کار خوب و یا بدی بزنند این کارها نتیجه ی اراده ی افراد نیست بلکه



جبر و طبیعت آن ها را وادار به انجام عمل کرده است. در این سبک جسم ارزش بیشتری از روح دارد، یعنی هر نوع نظم و بی نظمی را مربوط به جسم آدمی می داند.

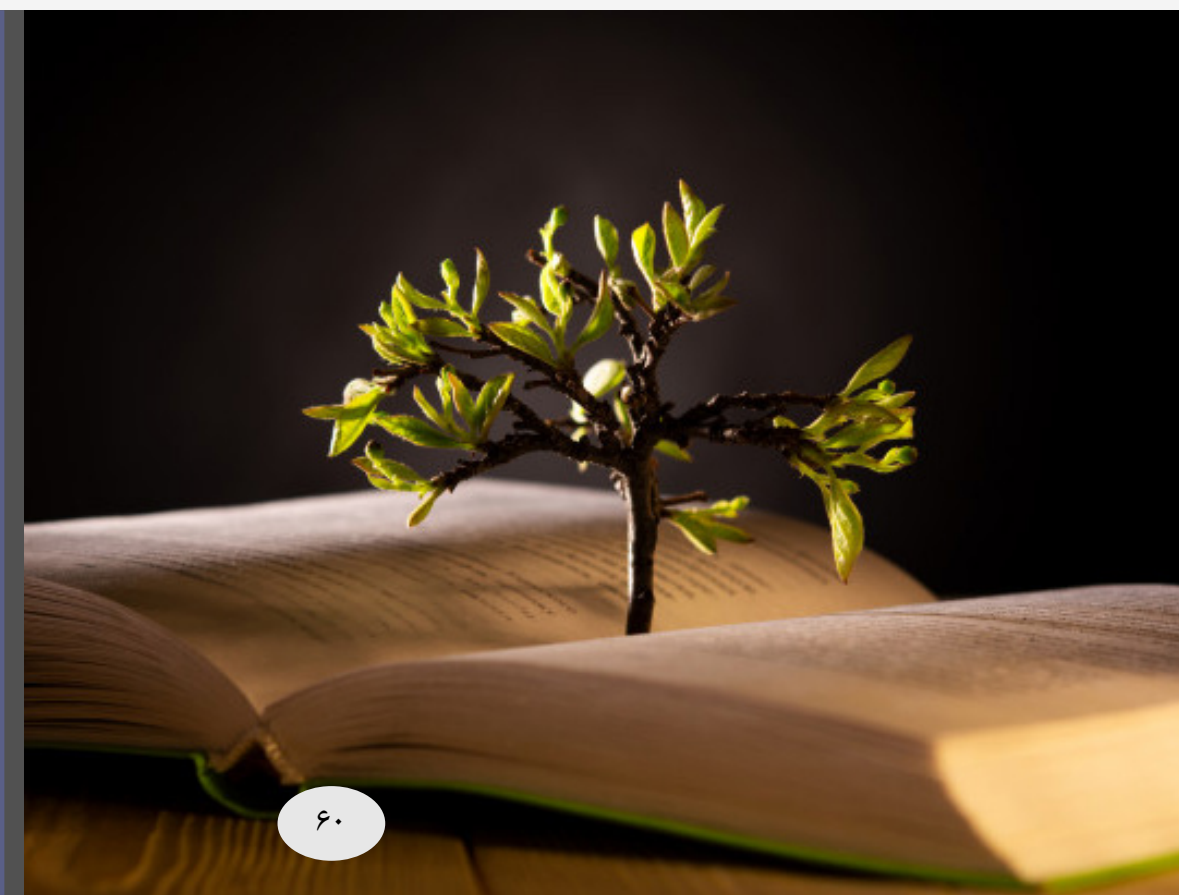
دیگر ویژگی این سبک استفاده از زبان ساده و نزدیک به زبان محاوره می باشد. آن ها در نوشته های خود از جملاتی که بین مردم رواج داشت استفاده می کردند. علم گرایی از اصول مکتب ناتورالیسم است؛ به عبارت دیگر می توان گفت ایمان به اصالت روش های تجربی در نوشتن متن های ادبی از اصول این مکتب می باشد. پایان داستان های ناتورالیستی معمولاً تراژدیک است.

آنچه تا به اینجا گفته شد درباره ی ظهور این سبک در ادبیات بود اما درباره ی پایان اقتدار ناتورالیسم:

اواخر قرن نوزدهم بیشتر دانشمندان بر این عقیده بودند که تمام علوم طبیعی دنیا کشف شده است و موضوع علمی دیگری برای اکتشاف باقی نمانده است و ناتورالیست ها صاحب اعتبار شدند اما وقتی کشفیات جدیدی درباره علم وراثت و ژنتیک انجام گرفت، رمان تجربی زولا فاقد اعتبار اعلام شد.

به این ترتیب بود که این مکتب باتمام شتابزدگی اش بیشتر از ده سال به طول نکشید.

امیل زولا
فرانسوی را
می توان از
نمایندگان
برجسته ی مکتب
طبیعت گرایی در
ادبیات به شمار
آورد به طوری که
از او به عنوان پدر
ادبیات ناتورالیسم
یاد می شود.



ویلیام باکر - مرتع در فصل پاییز

نقش ناتورالیسم بر بوم

طبیعت‌گرایی در نقاشی

نویسنده: سارا نظری

دانشجوی ترم ۶ پرستاری



ناتورالیسم که به طبیعت‌گرایی نیز مشهور است از آغاز دوران پارینه سنگی با نقاشی‌هایی که مربوط به پانزده هزار سال قبل از میلاد مسیح در غار لاسکو بدست آمده، بیانگر گرایش غریزی انسان به طبیعت و تقدس و ستایش آن به دلیل آنکه بشر آرامش و حیات خود را از طبیعت گرفته بود، می‌باشد.

این مکتب نقاشی توصیفی از طبیعت به همراه پیکره‌های انسانی است که با کمترین تغییرات به نمایش در می‌آمدند. نقاشان ناتورالیسم طبیعت را همانطور که هست و بدون کمترین تغییری نقاشی می‌کنند. طبیعت‌گرایی از کلمه طبیعت مشتق شده بنابراین رایج‌ترین موضوع آن مناظر طبیعی می‌باشد، که نمونه عالی آن در نقاشی‌های جان کنستابل دیده می‌شود.

این سبک هنری، برای اولین بار در نقاشی‌های مناظر در انگلستان و سپس به اقصی نقاط اروپا راه یافت (پیش از اینکه به فرانسه برسد). این سبک نیز به مانند مکاتب نقاشی دیگر به صورت بسیار زیاد متأثر از (زیبایی‌شناسی) و (فرهنگ) منطقه‌های متفاوت بود.

اصطلاح ناتورالیسم به مثابه مکتبی خاص در نقاشی، نخستین بار توسط بلوری درباره‌ی پیروان "کارواجو" به

کار برده شد. به زعم او، اینان به تقلید وفادارانه از طبیعت (خواه زشت، خواه زیبا) می‌پرداختند. همچنین کاستانیاری - منتقد فرانسوی - اصطلاح ناتورالیسم را جایگزین رئالیسم کرد. تا بر عینی‌گرایی و پژواک‌های فعالیت علوم طبیعی تاکید بیشتری بگذارد.

تاریخ اولین آثار طبیعت‌گرایی به سده ۵۰۰ قبل از میلاد مسیح تا ۱۸۰۰ میلادی می‌رسد. از پیشکسوتان هنر سبک طبیعت‌گرایی که مضامین انسانی و فضاهای داخلی را مورد توجه قرار می‌دادند می‌توان از (ورمیر)، (پیترودهوخ) و (امانوئل دویت) نام برد. از نقاشان دیگر این شیوه می‌توان از افرادی چون ویلیام بروک، البرت چرپین، ویلیام بکر، ژان باتیسن، و برتون نام برد. نقاشانی همچون کانستبل و اعضای اخوت پیشارافائلی، در هوای آزاد، و مستقیماً از روی مُدل نقاشی می‌کردند، اما گاه افراطی را به نمایش می‌گذاشتند که می‌توانست طبیعت‌گرایی را به مبالغه کشد. هولمن هانت، نقاش پیشا رافائلی، برای نقاشی از گوسفند، حیوان را به زمین می‌کوبید تا بی‌حس شود و تکان نخورد و برای به‌دست‌آوردن اسکلت اسبی، اسب مرده‌ای را در باغش سوزاند.



آلبرت چارپین | برگشت به مزرعه



کارلیا | اثر پکا هالونن فنلاندی

کلاکت ناتورالیسم

کشمکش انسان و طبیعت در سینما

نویسنده: محمد میرزایی

دانشجوی ترم ۶ اتاق عمل



«جبرمحیطی» نظریه مسلط براندیشه «ناتورالیست‌ها» (طبیعت‌گرایان) بود و با صحنه‌هایی که آن‌ها را «برشی از زندگی» می‌خواندند، تمام تصادفات و اتفاقات ناگوار زندگی بشری را خلق می‌کردند.

ما این بار به ساخت مایه‌های مکتب هنری «ناتورالیسم» در عالم تئاتر می‌پردازیم. طبیعت‌گرایان (naturalists) هنر را به پیروی از علوم طبیعی به مشاهده، ثبت و ضبط مطالعه و توصیف و تبیین پدیده‌های فردی و اجتماعی سوق دادند و جمله این پدیده‌ها را منسوب به طبیعت (محیط و توارث) دانستند. جک.ای.وان (طبیعت‌گرایی) و نیز «واقعیت‌گرایی» را که از متفرعات آن برشمرده چنین تعریف کرده است: «فرایند و جنبشی است که در پایان سده نوزدهم میلادی در هنر نمایش پدید آمد» «طبیعت‌گرایی» خواستار پایانی بر داستان هنری «رمانتی سیسم» گردیده و در جستجوی نمایشی واقع‌گرایانه برآمد که متضمن و منعکس‌کننده پیشرفت‌های علمی و اجتماعی باشد. پیشرو فرایند و جنبش «طبیعت‌گرایی» امیل زولا داستان‌نویس فرانسوی بود که یکی از داستان‌های خود به نام «ترزراکن» را، که یکی از نمونه‌های این نمایشی است به صورت نمایشنامه بازنویسی و بازسازی نمود. زولا در تکاپوی کاربرد «روش علمی» در ادبیات بود تا بتواند به «حقیقت» نزدیک شود. وی همچنین اعتقاد داشت نمایشنامه باید جلوه‌دهنده قوانین جبری «وراثت» و «محیط» باشد. آثار ناتورالیست‌ها اغلب از شخصیت‌های مطرود بهره می‌برد و در شیوه تضعیف نمایشنامه از طرح کلی و طرح داستانی، اجتناب ورزیده و به برشی از زندگی انسان‌ها تاکید می‌ورزید. از نظر صحنه‌آرایی، صحنه نمایشی آن‌ها، از اتفاقی یا محفظه‌ای واقعی تشکیل می‌شد که دیوار چهارم آن مفقود بوده و بدین سبب آنچه در این جایگاه روی می‌داد برای تماشاگران مرئی می‌گردید.

گفت وگویی نمایشی (دیالوگ) روزمره، عامیانه و واقع‌گرایانه بود و در آن الفاظ رکیک - فحش نیز به طور فراوانی به کار برده می‌شد. در نمایشنامه‌های طبیعت‌گرایانه از پایان

خوشی که در آثار ملودرام بکار می‌رفت خبری نبود و آثار ناتورالیستی پایانی واقع‌گرایانه داشتند.

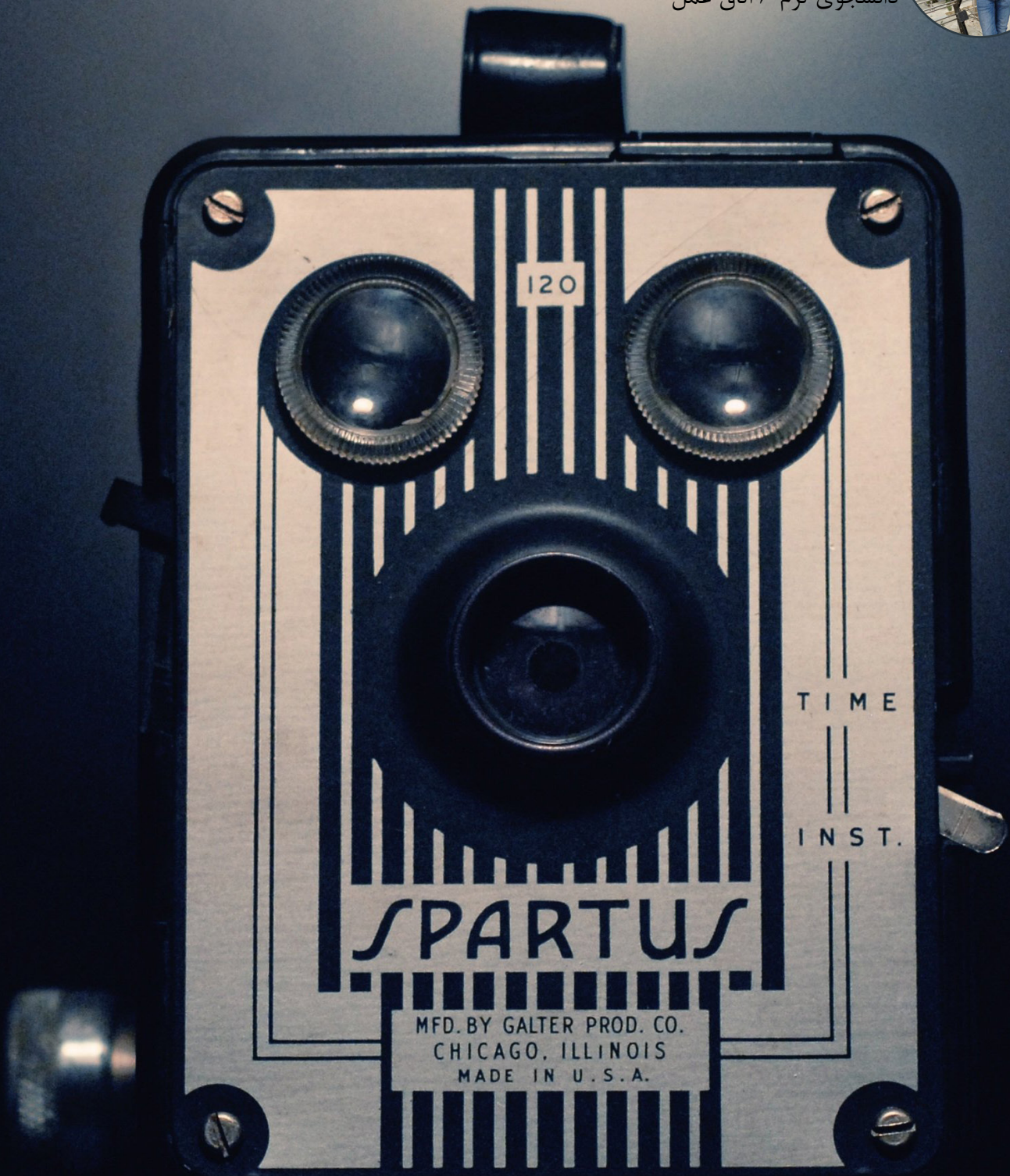
این طبیعت‌گرایی در داستان‌های حماسی با سمبل‌هایی مثل درخت زندگی و چشمه آب حیات ادامه پیدا می‌کند. فیلم‌هایی که از نظر تکنیک‌های سینمایی ما را به این جهان‌بینی شهودی (نظریه بودا من باب تناسخ و حل شدن در طبیعت) و ستایش طبیعت، هدایت می‌کنند دارای سبک ناتورالیستی هستند.

فیلم‌هایی نظیر «چشمه باکره‌گی» اثر برگمان یا «آخر بهار» یا «بعد از ظهر پاییزی» اثر اوزو و همچنین، «زیستن در سوازولا» که رتبه ۴۴ در بین ۱۰۰ فیلم برتر دنیا را دارد و «مادادایو» اثر کوروساوا و فیلم‌های خوب برتولوچی مثل «آسمان سرپناه» و «بودای کوچک» که با حرکت دوربین و سکانس پلان‌هایی با نماهای پانورامیک، انسان و طبیعت را در وحدتی هماهنگ به تصویر می‌کشند.

کشمکش انسان و طبیعت قوی‌ترین عرصه برای سبک ناتورالیسم است.

ویژگی‌های سبک ناتورالیسم:

- ۱- تقلید از طبیعت و نشان دادن مظاهر آن نظیر جنگل، دشت، صحرا و دریا با تاکید و تکرار آن‌ها
- ۲- خلق داستانی که در آن کشمکش انسان و طبیعت، محور داستان قرار بگیرد.
- ۳- ایجاد احساس شهور در طبیعت از طریق تکنیک‌های سینمایی نظیر نماهای پانورامیک و موسیقی و ...
- ۴- قهرمانی که تحت تاثیر وراثت و محیط، سرنوشت شوم و محتومی پیدا می‌کنند.
- ۵- سمبل‌هایی مانند درخت زندگی و چشمه آب حیات، تم فیلم قرار می‌گیرند مانند فیلم چشمه از آرنوفسکی



رویداد فصل



۷۹

رقصای قلم

بزرگداشت روز جهانی کتاب



۷۴

کار، دزد لبخند کودک

روز جهانی مبارزه با کار کودکان



۷۰

ناجیان سلامت، هلال احمر

هلال شوریده‌ی عشق، همه‌جا برای همه



۶۸

روز جهانی بهداشت



به بهانه‌ی روز جهانی بهداشت



نویسنده: مینا سادات احمدی

دانشجوی ترم ۶ بهداشت محیط



از ۳۹۰۰ سال پیش از میلاد، کلمه‌ی بهداشت مفهوم متفاوتی با تعاریف امروزه داشته و در واقع بهداشت به عنوان نماد سلامتی شناخته شده و به مجموعه اعمال و رفتارهایی که انسان برای جلوگیری از بیماری انجام می‌دهد گفته می‌شود.

در طول تاریخ این معنا و مفهوم تحت تاثیر محیط و سبک زندگی انسان‌ها تغییر یافت؛ مثلاً در دوره‌ای استحمام و شست و شو خود نوعی رعایت بهداشت به حساب می‌آمد، اما به دلیل اینکه در آن برهه هنوز حمام‌ها و توالت‌های عمومی رواج داشتند و خود حمام‌های عمومی عامل بیماری‌های بسیاری بودند دیگر استحمام و شست و شو نوعی رعایت بهداشت فردی محسوب نمی‌شد. با گذشت زمان حمام‌ها به خانه‌ها انتقال پیدا کردند و اکثر خانه‌ها به ویژه خانه‌ها و ساختمان‌ها در اروپا صاحب حمام و دستشویی‌های خصوصی شده و در نتیجه بار دیگر استحمام و شست و شو لازمه‌ی رعایت بهداشت فردی شد.

ایجاد شبکه‌های جمع‌آوری فاضلاب و تصفیه‌خانه‌های آب و فاضلاب در قرن بیستم به ارتقا و رشد بهداشت فردی و عمومی افراد کمک شایانی کرد.

در سال ۱۹۴۶ سازمان جهانی بهداشت به منظور ایجاد و تصویب یکسری ضوابط و استانداردهای هماهنگ و مبارزه با بیماری‌ها و افزایش ارتقای آگاهی مردم در زمینه‌ی بهداشت عمومی در جهان تاسیس شد.

در ۷ آوریل سال ۱۹۴۸ میلادی (۱۸ فروردین ۱۳۲۷ شمسی) دو سال بعد از تاسیس سازمان جهانی بهداشت، اولین اساسنامه کنفرانس بین‌المللی بهداشت از سوی سازمان بهداشت جهانی تدوین گردید و در یک ژوئن همان سال نخستین مجمع عمومی سازمان بهداشت جهانی با حضور بیش از ۶۱ کشور جهان در ژنو (واقع در سوییس) تشکیل شد و ۷ آوریل (روز تاسیس سازمان جهانی بهداشت) را به عنوان روز جهانی بهداشت نام‌گذاری کردند.

سازمان جهانی بهداشت هر ساله در روز جهانی بهداشت (۷ آوریل) با هدف افزایش آگاهی عموم مردم درباره‌ی یکی از مشکلات و معضلات بهداشتی در زمینه‌ی بهداشت روانی (افسردگی: بزرگترین بیماری قرن حاضر که سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۷ در باره‌ی آن صحبت کرده است)، بهداشت عمومی (بیماری‌های موجود به‌ویژه بیماری‌های واگیردار) و بهداشت اجتماعی اطلاع رسانی می‌کند.

روز جهانی بهداشت جزو هشت کمپین رسمی (روز جهانی سل، روز جهانی مالاریا، هفته‌ی ایمن‌سازی، روز جهانی هپاتیت، روز جهانی ایدز، روز جهانی علیه توتون و تنباکو، روز جهانی اهدای خون و روز جهانی بهداشت) سازمان جهانی بهداشت است.

بهداشت از نظر لغوی به نگهداشتن تندرستی و حفظ سلامت اطلاق می‌شود. در اصطلاح بهداشت، به مجموع قابلیت‌های فیزیکی، احساسی، روانی و اجتماعی که انسان را با محیط زندگی خود هماهنگ می‌سازد گفته می‌شود.

به تعریف سازمان بهداشت جهانی، بهداشت به حالت رفاه جسمی، روانی و اجتماعی گفته می‌شود؛ نه به نداشتن بیماری یا نقص عضو.

بهداشت به طور کلی به ابعاد گوناگون جسمی و روانی و اجتماعی تقسیم می‌گردد. بهداشت جسمی در واقع عملکرد درست اعضای بدن را در برمی‌گیرد و با سلامت جسمی، سلامت تغذیه، مراقبت‌های بهداشتی و ... ارتباط دارد و مفهوم آن بسیار گسترده است. بهداشت روانی در واقع به حالتی از رفاه گفته می‌شود که فرد می‌تواند با استرس‌های

معمول زندگی کنار بیاید و نقش مثبتی در اجتماع داشته و با دیگران مشارکت و همکاری داشته باشد.

بهداشت روان به اندازه‌ی بهداشت جسمی مهم و حائز اهمیت است؛ اما متأسفانه در جوامع مختلف به بهداشت جسمی بیش از روانی توجه می‌شود.

در بعد اجتماعی بهداشت دو مسئله مورد توجه قرار می‌گیرد که یکی ارتباط فرد با خانواده و دیگر افراد جامعه است و دیگری سلامت کلی جامعه است.

براساس تقسیم‌بندی سازمان جهانی بهداشت، بهداشت بر سه سطح استوار است؛ این سه سطح با عنوان‌های پیشگیری اول، پیشگیری دوم و پیشگیری سوم یاد می‌شوند.

پیشگیری اول مجموعه اعمالی است که جهت پیشگیری از بروز بیماری انجام می‌شود. این اعمال جهت بالا رفتن بهداشت روانی و جسمی افراد جامعه است و خود در دو مرحله صورت می‌گیرد:

۱- افزایش و ارتقای بهداشت افراد: این مرحله شامل آموزش‌های بهداشتی، بهبود رژیم غذایی افراد در سنین مختلف، ایجاد شرایط مناسب کاری و مسکن و تفریحات است.

۲- اقداماتی جهت مقابله با وقوع بیماری که شامل واکسیناسیون افراد برای پیشگیری از ابتلا به برخی بیماری‌ها (از جمله کزاز، فلج اطفال و ...) انجام می‌گیرد، تعیین و نظارت و کنترل برخی از عوامل محیطی ایجادکننده یا تشدیدکننده‌ی برخی بیماری‌ها از جمله سرطان (به طور مثال تعیین دوز مواد رادیواکتیو ورودی به محیط و کنترل آن برای جلوگیری از ایجاد انواع سرطان)، سمپاشی و کنترل زاد و ولد حشراتی که موجب بیماری‌هایی از جمله مالاریا می‌شوند (پشه‌ی آنوفل ناقل بیماری مالاریا) و همچنین پخش و توزیع برخی از ویتامین‌ها و مواد معدنی که کبود آن در افراد موجب بیماری‌های مختلف می‌شود.

پیشگیری دوم شامل مجموعه اعمالی که جهت تشخیص و درمان به موقع بیماری صورت می‌گیرد تا از پیشرفت بیماری و ایجاد نقص و ناتوانی در فرد بیمار و انتقال آن از فرد بیمار به سایر افراد جلوگیری کند.

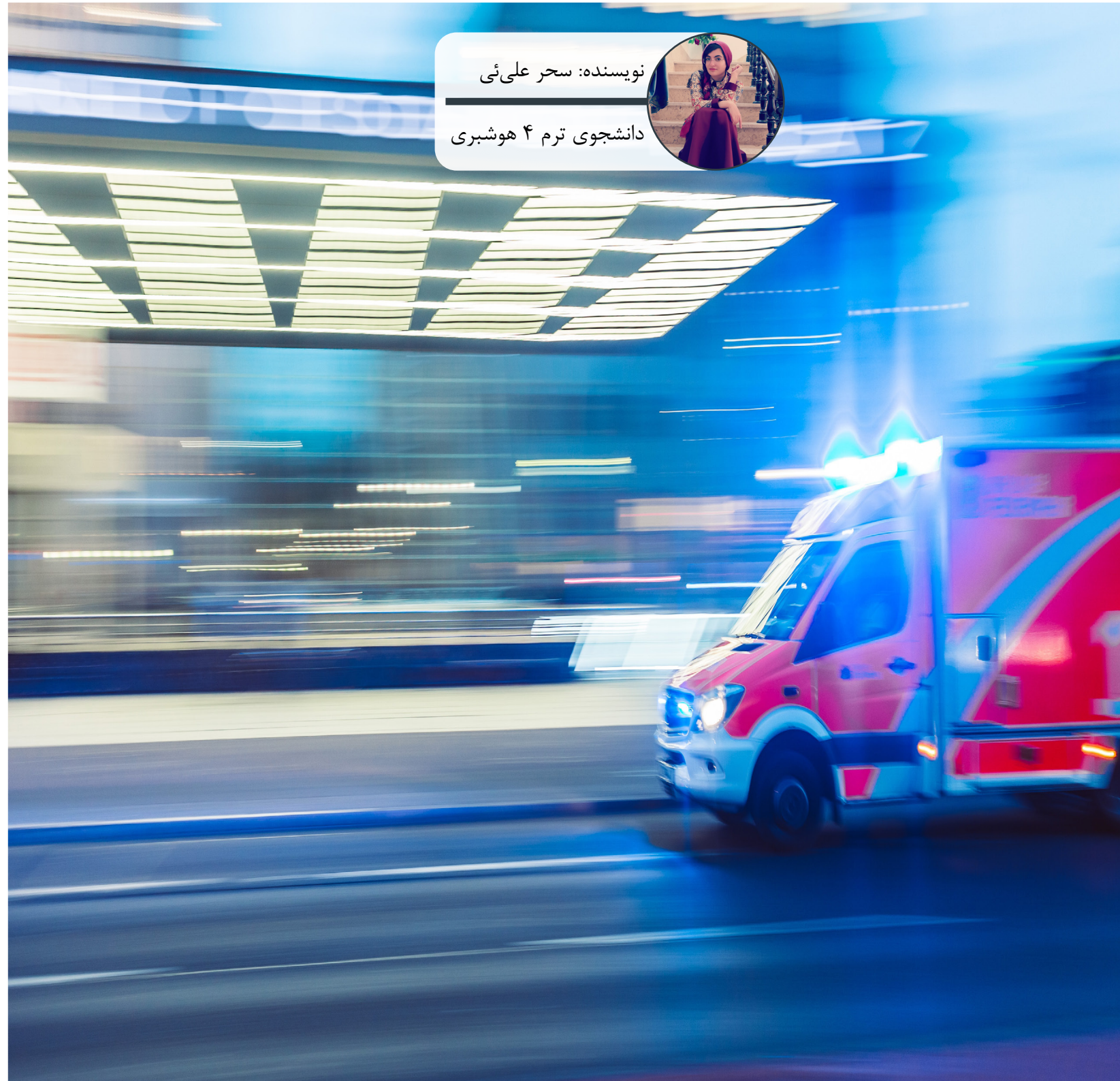
پیشگیری سوم مجموعه اقداماتی است که جهت جلوگیری از روند بیماری یا متوقف کردن آن، جلوگیری از ناتوانی (ناتوانی برخی از اعضای بدن) و یا مرگ صورت می‌گیرد. این اعمال خود شامل اقداماتی مانند جراحی، استفاده از سمک، فیزیوتراپی، کاردرمانی و ... است.

ناجیان سلامت، هلال احمر

هلال شوریده‌ی، عشق همه جا برای همه

نویسنده: سحر علی‌ئی

دانشجوی ترم ۴ هوشبری



تولد یک ایده

دیدن رنج و مشقت انسان‌ها حتی در دوردست‌ترین سرزمین‌های این کره خاکی به قدری دردناک بوده و هست که همواره انسان‌هایی در دل تاریخ به این اندیشیده‌اند که قدمی در راه التیام این زخم‌ها بردارند. شاید همین ذات انسانی بود که هنگامی که هنری دونان برای پیشبرد اهداف تجاری خود به روستای سولفرینو درایتالیای کنونی رفت، او را واداشت که نسبت به چندین هزار زخمی جنگ بی‌تفاوت نباشد و صرف نظر از اینکه در کدام جبهه می‌جنگیده‌اند، به درمان زخمی‌ها بپردازد. وی در سال ۱۸۶۲ خاطراتش را در کتاب «به یاد سولفرینو» منتشر کرد که خواستار بهبود مراقبت از سربازان زخمی در زمان جنگ بود و همین کتاب بود که الهام‌بخش آغاز کمیته بین‌المللی صلیب سرخ شد. یک سال بعد در فوریه سال ۱۸۶۳ در ژنو، جلسه‌ای با حضور پنج عضو از جمله هنری دونان تشکیل شد که می‌توان آن را آغاز مسیر کمیته بین‌المللی صلیب سرخ دانست. سرانجام ۱۲ کشور پیمان ۱۸۶۴ ژنو را امضا کردند که به کمیته بین‌المللی صلیب سرخ امکان می‌داد در هر شرایطی درمضونیت کامل، اسیران و زخمی‌های جنگی را درمان کند؛ بدین ترتیب اولین کنوانسیون ژنو به تصویب رسانیده شد.

در همین زمان بود که یک نماد واحد برای خدمات پزشکی معرفی کردند: یک صلیب سرخ روی زمینه‌ای سفید؛ وارونه پرچم سوئیس.

دولت عثمانی در سال ۱۸۷۶ به جای استفاده از نشان صلیب سرخ از معکوس رنگ‌های پرچم خود یعنی هلال احمر در زمینه سفید برای جمعیت ملی خود استفاده کرد، که بعدها بسیاری از کشورهای اسلامی آن را به عنوان نشان جمعیت ملی خود به کار بردند.

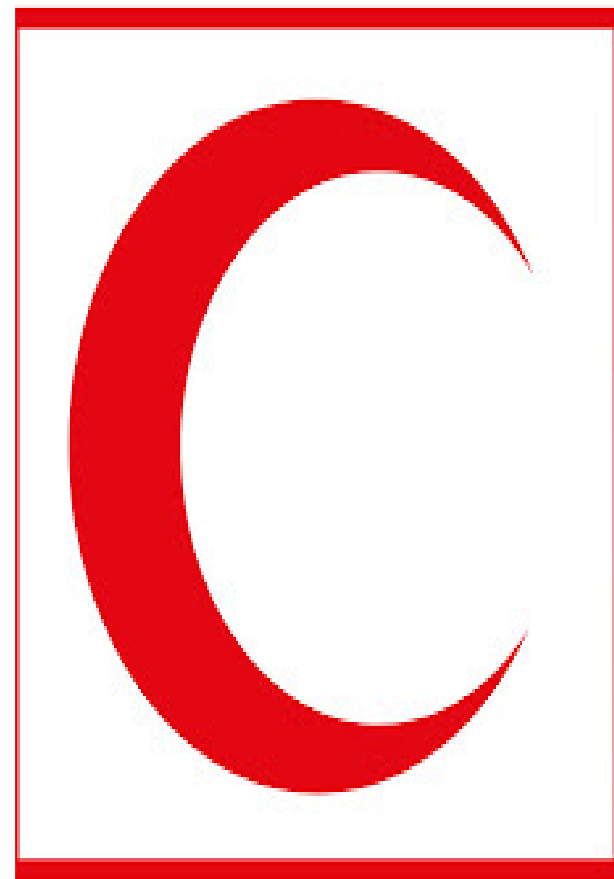
جنگ جهانی اول نشان داد که یک همکاری نزدیک بین اجتماعات صلیب سرخ نیاز است تا از طریق فعالیت‌های بشردوستانه به اسیران جنگی و سربازان، میلیون‌ها داوطلب را به خود جلب کرده و یک گروه بزرگ از افراد آموزش دیده بسازند. در پی آن فدراسیون بین‌المللی جمعیت‌های صلیب سرخ و هلال احمر در سال ۱۹۱۹ در پاریس و پس از جنگ جهانی اول تاسیس شد.

گرچه کمیته بین‌المللی صلیب سرخ در جنگ جهانی دوم فعالیت‌های گسترده‌ای برای کمک و محافظت از قربانیان دو جبهه جنگ انجام داد، اما بزرگ‌ترین شکست آن هم در همین دوره اتفاق افتاد. فقدان یک مبنای حقوقی خاص، مقید بودن به رویه سنتی خود و وجود موانع و مشکلات در برقراری ارتباط با مقر اصلی‌شان در سوئیس سبب شد که اقدامی قاطع برای قربانیان هولوکاست و دیگر گروه‌های رنج‌دیده انجام نشود. با این وجود ظهور ایده‌های نویدبخش و متمرکز در طول تاریخ آنقدر حائز اهمیت هستند که ۸ می سالروز تولد هنری دونان، برنده‌ی نخستین جایزه جهانی نوبل صلح، هر سال همراه با نام صلیب سرخ گرامی داشته می‌شود.

هلال احمر، هلال ظریف و شوریده‌ی عشقی است که «همه جا برای همه» و بدون در نظر گرفتن نژاد، مذهب و ملیت همیشه آماده خدمت بوده و هست. از آنجایی که صلیب سرخ و هلال احمر بین‌المللی، بزرگ‌ترین شبکه بشردوستانه، غیرسیاسی و امدادرسانی جهانی محسوب می‌شوند؛ جایگاه جمعیت هلال احمر و عدم وابستگی آن در میزان مقبولیت بین‌المللی بسیار با اهمیت است. اصول هفتگانه نهضت صلیب سرخ و هلال احمر که به شرح زیر تدوین شده‌اند، سندی

جمعیت هلال احمر

جمهوری اسلامی ایران



بر این ادعاست:

بی‌غرضی؛ عدم جهت‌گیری نسبت به ملیت، نژاد، عقیده مذهبی، طبقه یا عقاید سیاسی

بی‌طرفی؛ بهره بردن از اطمینان همگانی با خودداری از جانبداری و درگیری در انواع مناقشات

استقلال؛ حفظ استقلال و اصول نهضت در عین تابعیت از قوانین کشور متبوع

خدمت داوطلبانه؛ صرف نظر از هرگونه شرایط سودآور

بشردوستی؛ محافظت از جان و سلامتی نوع بشر و تضمین کرامت آن و ترویج درک متقابل دوستی، همکاری و صلح پایدار در میان ملت‌ها

یگانگی؛ بهره‌مندی عموم مردم از یک جمعیت صلیب سرخ و یا هلال احمر واحد در یک کشور

جهان شمولی؛ برابری موقعیت، مسئولیت‌ها و وظایف در همه جمعیت‌ها نسبت به یکدیگر

ریشه در ایران

نزدیک به ۱۰۰ سال پیش در سال ۱۹۲۲ میلادی، دولت ایران جمعیت ملی خود را تأسیس کرد ولی به جای

استفاده از نشان صلیب سرخ و یا هلال احمر، علامت شیر و خورشید سرخ را به عنوان نشان جمعیت خود انتخاب کرد که در کنفرانس ژنو در سال ۱۹۲۹ به عنوان نشان سوم مورد حمایت بین‌المللی به تصویب رسید. از آن پس ۳ نشان صلیب سرخ، هلال احمر و شیر و خورشید سرخ به عنوان نشانه‌ای رسمی و بین‌المللی شناخته شدند. پس از پیروزی انقلاب اسلامی، در سال ۱۹۸۰، دولت ایران با ارسال نامه‌ای به دولت سوئیس به عنوان امین و نگاه‌دارنده قراردادهای چهارگانه ژنو، اعلام کرد که استفاده از شیر و خورشید سرخ را به حالت تعلیق درآورده و به جای آن از نشان هلال احمر استفاده خواهد کرد. از آن پس جمعیت شیر و خورشید سرخ ایران به جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران تغییر نام یافت.

در حال حاضر بیشترین فعالیت‌های جمعیت ملی هلال احمر ایران بر ارائه خدمات امدادی به افراد آسیب‌دیده سوانح طبیعی و ساخته دست بشر، انجام فعالیت‌های عام‌المنفعه و داوطلبانه و آموزش همگانی متمرکز است. در سال‌های اخیر اقدامات هلال احمر در برگزاری مسابقات و دوره‌های آموزشی و تفریحی امداد و نجات در جهت افزایش دانش عمومی و تربیت امدادگران در سطح جامعه قابل توجه است.

جمعیت هلال احمر دارای چهار سازمان تابعه به نام‌های «سازمان امداد و نجات»، «سازمان داوطلبان»، «سازمان

جوانان» و «سازمان تدارکات پزشکی» است؛ همچنین مرکز پزشکی حج و زیارت جمعیت هلال احمر، موسسه آموزش عالی هلال ایران، شرکت صنایع نساجی هلال ایران، مجتمع دارویی و درمانی هلال ایران و بیمارستان فوق تخصص نورافشار از مراکز وابسته به هلال احمر هستند.

سازمان جوانان متناسب با شرایط جوانان در رسته‌های «نهضت پیشاهنگی»، «کانون غنچه‌های هلال»، «کانون‌های آزاد»، «کانون‌های دانش آموزی»، «کانون‌های دانشجویی»، «کانون‌های روستایی» و «کانون‌های طلاب» عضو می‌پذیرد.

افراد علاقه‌مند به شرکت در فعالیت‌های عام‌المنفعه و انسان‌دوستانه جمعیت هلال احمر می‌توانند با مراجعه به واحد داوطلبان جمعیت هلال احمر شهر یا شهرستان خود، تقاضانامه داوطلبی در جمعیت هلال احمر را دریافت و با پرکردن و قبول شرایط مندرج در تقاضانامه داوطلب جمعیت هلال احمر شوند.

جمعیت هلال احمر برای جذب داوطلبانه افراد محدودیت

منابع:

سنی ندارد؛ اما سازمان جوانان از سنین ۱۲ تا ۲۹ سال عضو می‌پذیرد و اعضا پس از ۲۹ سالگی می‌توانند برای ادامه فعالیت به عضویت سازمان داوطلبان درآیند.

ورود به سازمان امداد و نجات از مسیر عضویت در سازمان جوانان می‌گذرد و اعضای جوانان پس از گذراندن دوره‌های کمک‌های اولیه و فعالیت‌های مشخص دارای درجه امدادیاری می‌شوند.

هرساله تعداد مشخصی از امدادیاران سازمان جوانان پس از گذراندن آزمون سازمان امداد و نجات جهت ادامه ارتقا و کسب درجات بالاتر و سازماندهی در تیم‌های تخصصی و بکارگیری در حوادث و سوانح، در طی مراسم تحلیف تحویل سازمان امداد و نجات می‌شوند.

اما اعضای که با پرکردن فرم عضویت مستقیماً به عضویت سازمان امداد و نجات درمی‌آیند باید حداقل ۱۸ سال سن داشته و بر اساس تفکیک سنی به سازمان جوانان و داوطلبان نیز جهت عضویت معرفی شوند.

<https://www.icrc.org/en>

<https://media.ifrc.org/ifrc/>

کار، دزد لبخند کودک

روز جهانی مبارزه با کار کودکان



نویسنده: ثمین آسیابی

دانشجوی ترم ۴ اتاق عمل

سالانه میلیون‌ها کودک در سراسر جهان مجبورند که به جای پرداختن به بازی، رویاپردازی، تحصیل و تفریح مشغول کارهای سخت و خطرناک شوند. روز جهانی مبارزه با کار کودکان، روزی است که برای مبارزه با کار کودکان و حفاظت از آن‌ها نامگذاری شده است.

پیشینه نامگذاری روز جهانی مقابله با کار کودک

سازمان بین‌المللی کار، از سال ۲۰۰۲ بر گستره جهانی کار کودک و اقدامات و تلاش‌های مورد نیاز برای محو آن تمرکز کرد. بر همین اساس روز ۱۲ ژوئن (برابر با ۲۳ خرداد) از همان سال به عنوان روز جهانی مقابله با کار کودک اعلام شد که مستلزم همکاری دولت‌ها، کارفرمایان و سازمان‌های کار، جامعه مدنی و میلیون‌ها انسان از سراسر جهان است تا بتوان اقدام مؤثری را برای کمک به کارگران کودک انتظار داشت.

کار کودک چیست؟

طبق تعریف سازمان ملل متحد، تمامی کارهایی که کودک زیر سن قانونی را در معرض خطر و تهدید قرار دهد و به نقض قوانین بین‌المللی بپردازد، کار کودک تعریف می‌شود. کودکان کار یا از تحصیل محروم می‌شوند یا مجبورند هم‌زمان با تحصیل سخت کار کنند. کار کودک به این معناست که قوانین بین‌المللی و ملی مربوط به او را نقض کند، منجر به ترک تحصیل کودکان شود یا آن‌ها را مجبور به تحمل بار تحصیل و کار هم‌زمان کند.

کار کودکان شامل هرگونه کار نامناسب کودک مانند برده‌داری یا روش‌های مشابه آن و استفاده از کودک برای فعالیت‌های غیرقانونی و فحشاء و همچنین هرگونه کاری که طبق قوانین ملی و استانداردهای بین‌المللی مناسب سن کودک نباشد، است. در جهان، تعداد زیادی از کودکان در مشاغل خانگی بدون مزد یا با مزد در خانه فرد ثالث یا کارفرما مشغول هستند. این کودکان نسبت به استثمار بسیار آسیب‌پذیر هستند. کار آن‌ها اغلب از نگاه جامعه مخفی است، احتمال دارد این کودکان منزوی شوند و آن‌ها

نامتعارف باشد. ناپذیرفتنی‌ترین شکل‌های کار کودکان استفاده نظامی از کودکان و تن‌فروشی کودکان است. موارد کم‌تر جنجالی و معمولاً قانونی (با بعضی محدودیت‌ها) شامل کار کشاورزی در ایام تعطیلی مدرسه (کار فصلی) و کسب و کار خارج از ساعات مدرسه است.

کار کودک در درجات مختلف در طول تاریخ وجود داشت اما با آغاز سوادآموزی همگانی و تغییراتی که در شرایط کار طی صنعتی شدن به وجود آمد و ظهور مفاهیم حقوق کارگر و حقوق کودکان مورد نقد و بحث عمومی قرار گرفت. کار کودکان همچنان در جاهایی که سن ترک مدرسه پایین است شیوع دارد.

آمار کودکان کار چیست؟

سازمان بین‌المللی کار اشتغال به کار کودکان را به منزله نقض حقوق اساسی بشر توصیف کرده و نگران آن است که گسترش ابتلای به ویروس کرونا در جهان به فرستادن تعداد بیشتری از کودکان برای کار منجر شود زیرا این بیماری باعث بسته شدن مدارس شده و هم‌زمان بسیاری از خانواده‌ها در کشورهای فقیر را گرفتار فقر بیشتری کرده است. جدیدترین آماری که در این زمینه منتشر شده حاکی از آن است که در حال حاضر ۱۵۲ میلیون کودک ۵ تا ۱۷ ساله به کار مشغول هستند و از نظر سازمان کار «قربانیان کار کودکان» محسوب می‌شوند. حدود ۱۶ درصد کودکان کار در افغانستان «آزار جنسی می‌بینند».

بنا به تعریف سازمان کار، افراد زیر ۱۷ سال از لحاظ اشتغال «کودک» محسوب می‌شوند. سازمان جهانی کار می‌گوید اکثر کودکان کار دستمزدی دریافت نمی‌کنند.

حدود نیمی از این تعداد به کارهایی گمارده شده‌اند که «کار خطرناک» توصیف شده و به معنی فعالیت‌های پرخطر یا کار در شرایط و محیط‌های ناامن و غیرسالم است.

این روند به خصوص در آفریقا به شدت مشاهده می‌شود. طبق تخمینی که در سال ۲۰۱۶ صورت گرفت، در این قاره از هر پنج کودک یک نفر مشغول به کار است.

کار کودکان که به گفته سازمان کار بخش عمده آن شامل کار بدون دستمزد در واحد خانوادگی است، مشمول یک رشته کنوانسیون‌های مصوب سازمان ملل است که بیش از ۱۸۰ کشور عضو سازمان آن‌ها را قبول کرده و در قوانین خود گنجانده‌اند. تعهد به ریشه‌کنی این پدیده تا سال ۲۰۲۵ بخشی از «اهداف سازمان ملل برای توسعه پایدار» است و بر اساس بررسی‌های نهادهای بین‌المللی مختلف، تعداد کودکان کار در سال‌های اخیر در نقاط مختلف جهان رو به کاهش بوده است.

آمار کودکان کار در ایران

آمار کودکان کار و خیابانی در ایران، در استان‌های مختلف با توجه به جغرافیا و تفاوت‌های فرهنگی در استان‌ها متغیر است. در تهران به ازای هر ۵۳۰ نفر جمعیت، در تبریز به ازای هر ۱۶ هزار نفر جمعیت یک کودک کار و خیابان وجود دارد، ضمن اینکه در کرمان در سال گذشته ۱۰۶۳ کودک خیابانی و کار در شهرستان کرمان شناسایی شده‌اند. در استان البرز در سال‌های ۹۶ و ۹۷ و سه ماهه اول ۹۸ تعداد ۹۳۰ مورد کودک کار و خیابان در مراکز تحت نظارت اداره کل بهزیستی پذیرش شده‌اند. در یزد ۷۵۹ کودک کار و خیابانی از سال ۹۲ تا پایان سال ۹۷ در مراکز بهزیستی یزد پذیرش شدند و در استان خوزستان نیز کودکانی که توسط بهزیستی شناسایی و شناسنامه‌دار شده‌اند و برای آن‌ها پرونده تشکیل شده است، تقریباً ۵۶۰ نفر هستند که همه آن‌ها خانواده دارند و تنها ساعاتی از روز را در خیابان‌ها کار می‌کنند. آمارهای مختلف و ضد و نقیضی در مورد کودکان خیابانی اعلام می‌شود، افراد مختلف بنا به



سلیقه و نظر خود تعداد آن‌ها را از ۲۰.۰۰۰ نفر تا ۲ میلیون نفر برآورد کرده‌اند.

در خرداد ماه سال ۱۳۸۲ در همایش بررسی آسیب‌های اجتماعی، تعداد آنان ۵۰۰ هزار نفر اعلام شد. در سال ۱۳۸۲، ۳۱ هزار کودک خیابانی توسط سازمان بهزیستی جمع‌آوری و سامان‌دهی شد که ۸۰ درصد آن‌ها کودکان کار بودند، ۲۴ هزار و ۷۰۰ نفر آن‌ها مربوط به تهران بوده است که از سطح شهر و پایانه‌های مسافربری جمع‌آوری شدند و حدود ۷۰۰ نفر آن‌ها از اتباع افغان بودند. در سال ۱۳۸۳ نیز ۱۴ هزار و ۲۶۹ کودک خیابانی در کشور پذیرش شده‌اند. در سال ۱۳۸۶ نیز ۱۲ هزار و ۵۰۰ کودک کار و خیابان در مراکز بهزیستی کشور پذیرش شده‌اند.

احمد بیگدلی، عضو کمیسیون اجتماعی دوره سابق مجلس شورای اسلامی، گفته است که تاکنون هیچ آمار دقیقی از کودکان کار اعلام نشده است، چراکه فعالیت آن‌ها قانونی نیست که بتوان سرشماری کرد، ضمن اینکه اکثر این کودکان توسط باندها کنترل می‌شوند، بنابراین نمی‌توان از آن‌ها آمار دقیقی ارائه داد و این در حالی است که در تمام چهارراه‌ها حضور دارند.

روانشناسی کار کودک

کار کردن ممکن است تأثیرات دراز مدت جسمی و روانی بر کودکان بگذارد و می‌تواند باعث ضایعات جبران‌ناپذیری در کودک شود که منجر به ناتوانی دائمی شود. کودکانی

که درگیر چنین فعالیت‌هایی هستند، به اقتضای ساعات کاری طولانی و مواجهه با استرس‌های جسمی، اجتماعی و روانی، از بالقوه‌ها و از کودکی خود محروم می‌شوند. کار کودک سوای این‌که برای رشد کامل شناختی و اجتماعی کودک زیان‌آور است، گاهی باعث بد رفتاری‌های جسمی و روانی با او نیز می‌شود. درآمد کم، مسئولیت زیاد و محروم شدن از تحصیل همه در پایین آوردن منزلت و عزت نفس کودکان کار سهم دارند. یک مطالعه در کنیا در نایروبی نشان داد که ۹۰ درصد از ۵۰۰ کودک ۶ تا ۱۵ ساله‌ای که در منازل کار می‌کردند، از آشفتگی‌های شدید روانی رنج می‌بردند، سن‌شان بیشتر از آن‌چه بودند را نشان می‌داد و دچار افسردگی و کاهش عزت نفس شده بودند. بیشتر این کودکان مشکلات مربوط به خواب داشتند، به کارفرماهای خود واکنش فوبیایی نشان می‌دادند و دچار شب‌ادراری بودند. نتایج یک پژوهش میدانی روی جامعه آماری ۷۵ نفره‌ای از کودکان کار که برای مدت بیش از یک سال آن‌ها را مورد بررسی قرار داده‌اند نشان داد، موضوع تمایل به مرگ، نابودی و خودکشی یکی از بحران‌های جدی در بین کودکان کار و خیابان است. در این پژوهش ۷۵ کودک کار و خیابان که دارای پرونده مددکاری در مراکز مختلف حمایتی بودند، نتایج این پژوهش نشان می‌دهد، نزدیک به ۵۰ نفر از جامعه ۷۵ نفره این کودکان بین میل به زندگی و نابودی، میل به نابودی و ویرانگری (درونی و بیرونی) داشتند و باز هم در بین این ۷۵ نفر، نزدیک به ۱۵ نفر از کودکان تجربه اقدام به خودکشی داشته‌اند.

کار پرخطر و پراکندگی آن در میان کودکان کار

در میان ۱۵۲ میلیون کودکان کار نیمی از آن‌ها یعنی حدود ۷۳ میلیون در شرایطی خطرناک و نامناسب کار می‌کنند. بیشترین میزان کار پرخطر یعنی تقریباً سه چهارم آن متعلق به سنین ۱۵-۱۷ است. با این حال حدود یک چهارم کودکانی که در کارهای پرخطر مشغول کار هستند، یعنی حدود ۱۹ میلیون آن‌ها زیر ۱۲ سال سن دارند.

پراکندگی جنسیتی کودکان کار

در میان ۱۵۲ میلیون کودک کار در دنیا ۸۸ میلیون را پسران و ۶۴ میلیون را دختران تشکیل می‌دهند. در میان کودکان کاری که در مشاغل پرخطر مشغول هستند نیز ۶۲ درصد آن‌ها را پسران و بقیه را دختران تشکیل می‌دهند. یعنی بنابر آمار به نظر می‌رسد پسران بیش از دختران قربانی کار هستند.

این در حالی است که طبق آمار سازمان بین‌المللی کار در سال ۲۰۰۵ تعداد ۲۴۶ میلیون کودک کار در جهان وجود داشته که از این تعداد ۷۳ میلیون نفر کمتر از ۱۰ سال داشته‌اند و هر سال ۲۲۰۰۰ نفر بر اثر کار جان خود را از دست می‌دادند.

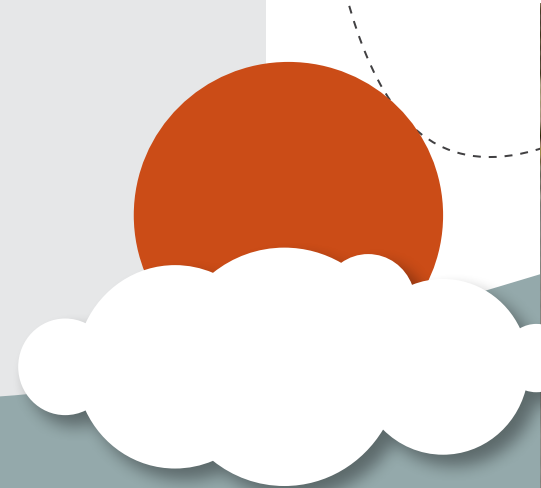
از طرف دیگر طبق بررسی «یونیسف» در سال ۲۰۱۹، در کشورهایی با کمترین میزان توسعه‌یافتگی، از هر چهار کودک بین ۵ تا ۱۷ سال، یک کودک مشغول به کاری است که مانع از رشد او شده و سلامتی‌اش را به خطر

می‌اندازد. بیشترین تعداد کودکان کار را می‌توان در مناطق جنوبی صحرای آفریقا یافت؛ جایی که ۲۹ درصد از کودکان پنج تا ۱۷ ساله مشغول به کار هستند. در خاورمیانه و شمال آفریقا پنج درصد از کودکان در این گروه سنی مشغول به انجام کارهایی هستند که برای سلامتشان بسیار خطرناک است. همچنین این عدد برای غرب و مرکز آفریقا ۳۱ درصد بوده و بطور کلی درصد کودکان کار برای کشورهای توسعه نیافته ۲۹ درصد است.

نقش سازمان‌های مردم‌نهاد در مقابله با کار کودکان

سازمان‌های مردم‌نهاد و انجمن‌ها در خصوص کار کودکان در بخش‌های مختلفی فعالیت می‌کنند. اعضای این انجمن‌ها در راستای شناسایی این کودکان، در مناطق و محله‌های مختلف گشت زنی می‌کنند و معمولاً برای آن‌ها پرونده تشکیل می‌دهند. نیازهای کودکان و خانواده‌هایشان را شناسایی و به آن‌ها خدمات لازم را ارائه می‌دهند. این سازمان‌ها به منظور بازداشتن کودکان از ترک تحصیل، در مسائل آموزشی و فرهنگی از آن‌ها پشتیبانی می‌کنند و با برگزاری کلاس‌های فرهنگی-هنری و کمک آموزشی رویکردهای توانمندسازی و کمک درسی را دنبال می‌کنند. علاوه بر این کلاس‌ها، کارگاه‌های مشاوره‌ای برای کودکان و خانواده‌ها به خصوص مادرانشان برگزار می‌کنند. همچنین خدمات بهداشتی و درمانی نیز به آن‌ها ارائه می‌شود.

برخی انجمن‌ها نیز تخصصی‌تر فعالیت کرده و صرفاً در یکی از این بخش‌ها فعالیت می‌کنند.



مشکلات بهداشتی در میان کودکان کار

بر اساس آمار ارائه شده از سوی مینو محرز، رئیس مرکز تحقیقات ایدز ایران، «چهار تا پنج درصد از کودکان کار در خیابان به ایدز مبتلا هستند.» همچنین بر اساس تحقیقات به عمل آمده ۶۶ درصد کودکان خیابانی به بیماری عفونت‌های انگلی روده، ۱۰ درصد به عفونت‌های ادراری، ۹۶ درصد به پوسیدگی دندان و بیماری‌های لثه و ۲۴ درصد به عفونت‌های پوستی مبتلا هستند.

براساس مطالعات انجام شده، کودکان کار از سلامت جسمی، روانی و اجتماعی کمتری نسبت به سایر کودکان برخوردار هستند و میزان بالایی از مشکلات عاطفی، رفتاری و کلامی در میان این کودکان گزارش شده است. اکثریت کودکان کار، خانواده‌هایی با وضعیت اقتصادی ضعیف دارند. خانواده‌هایی که از مهارت‌های لازم برای زندگی برخوردار نیستند و سلامت اجتماعی‌شان پایین است. ضعف عمده این گروه از کودکان، در مهارت‌های شناختی، هیجانی، انگیزشی و رفتاری بوده و این مسئله، زمینه طرد آن‌ها از اجتماع را فراهم خواهد کرد.

کودکان کار و کرونا

همایون هاشمی، عضو کمیسیون بهداشت و درمان مجلس در دوره پیشین، از کودکان کار، خیابانی و زباله‌گردها به عنوان عامل تسریع انتشار بیماری کرونا یاد می‌کند و اعتقاد دارد که این کودکان به لحاظ نوع رفتار اجتماعی که دارند، مهمترین منبع انتشار ویروس کرونا محسوب می‌شوند، چرا که همچون سایر کودکان ممکن است به این بیماری مبتلا نشوند، اما می‌توانند ناقل این ویروس بوده و آن را به بزرگترها منتقل کنند، اما تاکنون هیچ برنامه‌ای از سوی دستگاه‌های مربوطه برای بررسی آن‌ها ارائه نشده است.

عوامل اثرگذار بر کار کودکان

موضوع کودکان کار موضوع نسبتاً پیچیده‌ای است و عوامل

گوناگونی در آن اثرگذار هستند. از جمله:

- ساختار خانواده • فقر • تغییرات اقتصادی ناگهانی ناشی از جنگ و ... (که منجر به مهاجرت به کشورهای همسایه برای کار با دستمزد بیشتر می‌شود) • هزینه تحصیل و نظام آموزشی نادرست و ...

در این روز چگونه به کودکان کار کمک کنیم؟

هنگام مواجه با کودکان کار با آن‌ها با ترحم رفتار نکنید. به جای خرید از آن‌ها، خوراکی مقوی، لباس یا متناسب جنسیت و سن کودک به او هدیه‌ای دهید. با کودکان کار مانند مجرم رفتار نکنید. هنگام مواجه با کودکان کار با بی‌احترامی و بی‌توجهی با آن‌ها رفتار نکنید. اگر قصد خرید از آن‌ها ندارید محترمانه و با محبت برای آن‌ها توضیح دهید که به کالای آن‌ها نیازی ندارید.

راجع به خانواده و محل زندگی‌شان سوالی نپرسید، بسیاری از آن‌ها مجبور می‌شوند به شما دروغ بگویند.

هرگز به آن‌ها جملاتی از قبیل اینکه «دوست داری فرزند من شوی؟» نگویند؛ این کار اثرات بدی در روحیه کودک خواهد گذاشت. اگر به دلایل مذهبی نذری دارید، آن را صرف تهیه خوراکی یا غذای خانگی و مقوی برای کودکان کار کنید. اگر با مواردی برخورد کردید که کودک دچار بدسرپرستی، خشونت یا سوءاستفاده جنسی قرار گرفته بود حتماً به پلیس ۱۱۰ یا ۱۲۳ اطلاع دهید.

اگر مهارتی دارید می‌توانید در مدارس کودکان کار به آن‌ها آموزش دهید.

«گر سنگ از این حدیث بنالد عجب مدار»

دست به دست هم دهیم و رنگ مهربانی به روزهایشان اضافه کنیم و گرمابخش دل‌هایشان شویم.

به امید روزی که هیچ کودکی مجبور به کار اجباری نشود و از کودکی خود لذت ببرد.



رقصای قلم

بزرگداشت روز جهانی کتاب

و اوست دانای حکیم

در آسمان اندیشه‌ها بال بگشا، برگ درختان دفتر، دریاها مرکب و تنه‌ی درختان قلمت می‌شوند.

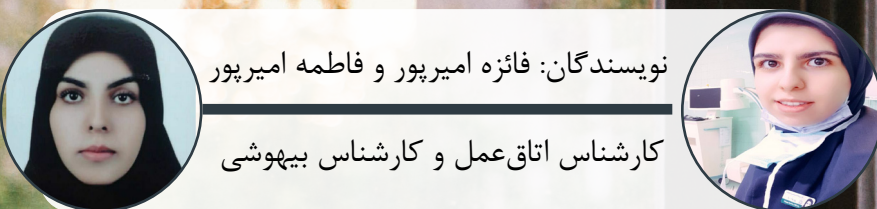
و مشق کن؛ عشق را از غزلیات حافظ، شجاعت را از شاهنامه فردوسی، اخلاق را از بوستان سعدی، حکمت را از مثنوی معنوی مولانا و سخن‌سرایی را از مناظرات پروین.

زیر آسمان توصیف شده کویر دکتر شریعتی قدم بزن، در دالان‌های هزارتوی هزار و یک شب، به شب‌نشینی بنشین و قدرت ماورایی تصور و تخیل را در نمایشنامه‌های شکسپیر لمس کن.

واژه‌های کتاب راه را به تو نشان می‌دهند؛ تیر شو در کمان آرش، تیشه شو در عشق پر رنج فرهاد، پیراهن یوسف شو در چشمان نگران یعقوب، انگشتر شو در انگشتان سلیمان نبی، طوطی شو در هم‌نشینی با بازرگان و علی شو در روایت شیرین بچه‌های آسمان.

تاروپود اندیشه‌ات را به انگشتانت بسپار تا در رقصای قلمت ببینی چه دلبری می‌کند!

شکوه کتاب را در طنین «الذی علم بالقلم» باید شنید و در عظمت کلام «نون و القلم و ما یسطرون» باید به نگاره نشست.



نویسندگان: فائزه امیرپور و فاطمه امیرپور

کارشناس اتاق‌عمل و کارشناس بیهوشی





به سرای دل چورفتی، ره عاقلی رها کن
دل خوشتن به عشقی، پرواز غم آشنا کن
ز خیال تار مویی، همه عاشقی به سر شد
چو مصاف عشق رفتی، همه عمر افا کن
ره شاعری نیرزید و هنر چه دارد حاصل ؟
ز هنر، تو بر حذر باش و به سیم اکتفا کن
اگر عقل می تواند که سخن کند حایل
به سرای عقل گفتن، دل بی حیا، حیا کن
به مقام عشق حاسا که بلند تر ندیدم
اگر عشق از درآمد، تو نماز خود قضا کن
به خدا ندیدم از خود، به غم تو مبتلا تر
تو بیا و بد عتی کن، به جفای خود وفا کن
محمود آهنگری