

گاہنامہ پرستش

سال چہارم، شماره پنجم، زمستان ۹۸

پرستش

گاہنامہ

گویند عارفان هنر و علم کیمیاست
و آن مس که گشت همسر این کیمیا طلاست

فرخنده طائری که بدین بال و پر برد
همدوش مرغ دولت و هم‌عرضه هماست..

تو مردمی و دولت مردم فضیلت است
تنها وظیفه تو همی نیست خواب و خاست..

چون معدنست علم و در آن روح کارگر
پیوند علم و جان سخن گاه و کهر باست

خوش‌تر شوی به فضل ز لعلی که در زمی‌ست
برتر پوری به علم ز مرغی که در هو است..

جان را بلند دار که این است برتری
بستی نه از زمین و بلندی نه از سماست..

آن را که دیده هنر و علم در بر است
فرش سرای او چه غم از آنکه بوریاست..

جان شاخه‌ایست، میوه آن علم و فضل و رای
در شاخه‌ای نگر که چه خوش‌رنگ میوه‌هاست

ای شاخ تازه‌رس که به گلشن دمیده‌ای
آن گلبنی که گل ندهد کمتر از گیاست

اعمی است گر به دیده معنیش بنگری
آن کو خطا نمود و ندانست کآن خطاست

ز آن گنج شایگان که به گنج قناعت است
مور ضعیف گر چو سلیمان شود رواست

دهقان توئی به مزرع ملک و جود خویش
کار تو همچو غله و ایام آسیاست

سر، بی چراغ عقل گرفتار تیرگی است
تن بی و جود روح، پراکنده چون هباست..

معرفی کمیته تحقیقات دانشجویی

نویسنده: فاطمه فخر مالی زاده، دانشجوی کارشناسی ارشد اتاق عمل، کمیته تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

مهمترین برنامه های واحد پژوهش:

- تشکیل هسته های علمی در حیطه های مورد علاقه دانشجویان با توجه به پتانسیل دانشکده
- ایجاد ارتباط موثر بین پژوهشگران حوزه های مختلف و تشویق طرح های تحقیقاتی بین رشته ای
- برگزاری همایش ها و سمینارهای دانشگاهی، منطقه ای و یا ملی با کمک کمیته تحقیقات مرکزی
- هماهنگی برنامه های مربوط به روز پژوهش

روابط عمومی و

کمیته تحقیقات دانشجویی ظرفیتی بزرگ برای بهره گیری از توانمندی و مهارت دانشجویان در زمینه فناوری های نوین ایجاد کرده است. این واحد علاوه بر نقش مهمی که در راستای معرفی اهداف و فعالیت‌های کمیته در فضای مجازی بر عهده دارد، تلاش می کند با استفاده حداکثری از ظرفیت تکنولوژی در جهت آموزش، پژوهش و پیشبرد طرح های تحقیقاتی، بخشی از اهداف والای کمیته تحقیقات را تحقق بخشد.

مهمترین فعالیتها:

- طراحی، مدیریت و پشتیبانی سایت و برد کمیته تحقیقات
- اطلاع رسانی در مورد فعالیت های کمیته در فضای مجازی
- تهیه محتوای آموزشی الکترونیک و انتشار آن

واحد انتشارات

زمینه های فعالیت این واحد در دو محور زیر خلاصه می شود: نشریه علمی خبری "پرستش": هم اکنون این نشریه به صورت گاهنامه در زمینه های علمی و خبری و با هدف آشناسازی دانشجویان با فرایند پژوهش، انعکاس اخبار علمی و پژوهشی و همچنین گزارش فعالیت های کمیته تحقیقات دانشجویی منتشر می گردد. واحد انتشارات تهیه، تدوین و توزیع این نشریه را بر عهده دارد. تالیف و ترجمه کتب علمی: با توجه به رسالت این واحد، این واحد دارای کار گروهی برای مشارکت در فرایند انتشار کتب علمی تحت نظارت اساتید می باشد که آمادگی دارد با اساتید در تالیف و ترجمه کتب حوزه علوم پزشکی و علوم میان رشته ای مرتبط با حوزه سلامت همکاری کند. ایجاد هسته های ترجمه ای برای ترجمه کتب و مقالات مورد نیاز آموزش و یاد گیری زبان انگلیسی، هماهنگی با سایر دانشکده های علوم پزشکی در راستای فعالیت های مشترک.

کمیته تحقیقات دانشجویی دانشکده پرستاری و مامایی حضرت فاطمه (س) از واحدهای وابسته به معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شیراز است که در راستای ساماندهی فعالیت های پژوهشی از طریق فراهم نمودن محیطی مناسب برای پژوهش و تفکر خلاق، ایجاد انگیزه و گسترش فرهنگ، پژوهش، آموزش فنون پژوهش، ایجاد ارتباط منطقی بین اساتید و دانشجویان جهت همکاری در طرح های پژوهشی و ورود به هسته های علمی شکل گرفته و فعالیت های خود را در شاخه های مختلف و در جهت رسیدن به این اهداف متمرکز ساخته است:

- ارتقای دانش، تکرش و عملکرد دانشجویان پرستاری، مامایی، اتاق عمل، هوشبری و فوریت های پزشکی در امر پژوهش
- تقویت رشد علمی و توان علمی در بهره گیری بهینه از علوم پزشکی
- بهینه سازی کیفی و کمی فعالیت های پژوهشی دانشجویان در نظام پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی
- فراهم نمودن زمینه مناسب جهت حضور دانشجویان به عنوان مجری یا همکار اصلی در طرح پژوهشی
- ارتقای تکرش مثبت با کار گروهی در فعالیت های پژوهشی-علمی دانشجویان
- ارتقای تکرش مثبت به انتقاد پذیری و انتقاد کردن در فعالیت های علمی-پژوهشی دانشجویان

واحد آموزش و ترویج

واحد آموزش کمیته تحقیقات با هدف ارتقای سطح پژوهش های دانشجویی از طریق توانمند سازی محققین جوان دانشکده شکل گرفته است.

فعالیت ها و برنامه ها:

- ترویج روحیه پژوهشی بین دانشجویان
- برگزاری کارگاه های مرتبط با پژوهش
- هماهنگی تورهای تحقیقاتی و آموزشی
- پیگیری گواهی کارگاه ها
- نیاز سنجی در رابطه با کارگاه های درخواستی دانشجویان

واحد پژوهش

فراهم نمودن زمینه آشنایی و بهره گیری دانشجویان جدید الورود از ظرفیت های پژوهشی موجود، یکی از مهم ترین رسالت های کمیته تحقیقات دانشجویی جهت کمک به دانشجویان در مسیر پژوهش و حمایت و هدایت آن هاست. واحد پژوهش کمیته تحقیقات دانشجویی با این هدف شکل گرفته و سعی دارد از تمام ظرفیت های ممکن برای توسعه و تقویت مهارت های تحقیقاتی دانشجویان بهره برداری نماید.

شناسنامه

صاحب امتیاز

کمیته تحقیقات دانشجویی دانشکده

پرستاری مامایی حضرت فاطمه(س)،

دانشگاه علوم پزشکی شیراز

مدیر مسئول دانشجویی

مرتضی نصیری

سر دبیر علمی

دکتر ندا جمالی مقدم

سر دبیر فرهنگی

دکتر معصومه رامبد

سر دبیران دانشجویی

دکتر بنفشه تهرانی نشا، نوال میدری

رئیس شورای تمریریه

دکتر کاملیا ترابی زاده

مسئول نظارت پژوهشی

دکتر رکسانا جان قربان

مسئول نظارت آموزشی

دکتر فاطمه ویزشفر

مسئول نظارت فرهنگی

دکتر زهرا خادمیان

دبیران اجرایی

دکتر زینت ممبئی، دکتر مرگان ریواز

نویسندگان این شماره

امیرمسین بصری، فاطمه فخر عالی زاده،

ملیحه اسفندیاری، زهره بهادرخر، بنفشه

تهرانی نشا، فرشته شاکر، یاسر ممحمدی،

ملیکا (جایی تبار، الهام میرشاه، رامله

رجبی، سالار معانی، حامد طریقتی، الناز

یزدان پرست

طراح و گرافیست

امیر زارع

فهرست

معرفی کمیته تحقیقات دانشجویی _____ ۱

مصاحبه با اساتید _____ ۲

چگونه استرس را به بهترین دوست خود تبدیل کنیم؟ _____ ۴

تأثیر نیایش دینی بر سلامت _____ ۶

تاریخ انقضای داروها _____ ۸

بیماری لوپوس سیستمیک _____ ۱۰

گذری کوتاه بر چند روش جدید مدیریت زخم پای دیابتی _____ ۱۲

شیوع و علل گرایش به مصرف سیگار و قلیان _____ ۱۴

شعر در مورد اعتیاد _____ ۱۶

تأثیر گیاه فرغه بر دیابت نوع ۲ _____ ۱۷

بررسی افتلالات شایع فوآب در کودکان (یک مطالعه مروری-سیستماتیک) _____ ۱۸

بررسی فطر ابتلا به سنگ های ادراری در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ (یک مطالعه مروری-سیستماتیک) _____ ۲۰

پروتوکل برگزاری کارگاه های کمیته تحقیقات دانشجویی _____ ۲۱

زندگینامه فواجه عبدا... انصاری _____ ۲۲

منتخبی از امادیت _____ ۲۳



مصاحبه کننده: حلیمه اسفندیاری و زهرا بهادر فر؛ دانشجویان کارشناسی پرستاری
کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

در خدمت خانم دکتر زهرا خادمیان عضو هیات علمی و معاون فرهنگی دانشکده پرستاری و مامایی حضرت فاطمه (س) دانشگاه علوم پزشکی شیراز هستیم.

سلام خانم دکتر! از اینکه دعوت ما را پذیرفتید سپاسگزاریم. در آغاز مصاحبه قدری درباره ی تحصیلات دانشگاهی خودتان بفرمایید. بسم الله الرحمن الرحیم. سلام! من در رشته ی دکترای پرستاری درس خواندم. در مقطع کارشناسی و دکترا دانشجوی همین دانشکده بودم. در مقطع کارشناسی ارشد در دانشگاه علوم پزشکی ایران، در رشته ی آموزش پرستاری با گرایش داخلی جراحی درس خواندم. خوشحالم که سال هاست در گروه فن پرستاری در کنار یکی از پیشکسوتان رشته پرستاری، سرکار خانم سعادت و سایر همکاران ارجمند مشغول به فعالیت هستم. علاوه بر این در تدریس بررسی وضعیت سلامت و برخی از دروس مقطع فوق لیسانس و دکترا مشارکت دارم.

لطفا در مورد کارهای پژوهشی و مقاله های خود توضیح دهید.

از زمانی که دانشجوی کارشناسی بودم کار پژوهشی را شروع کردم. آن زمان خیلی دوست داشتم که دانشجویان پرستاری با انگیزه و با نشاط باشند و فعالیت علمی داشته باشند خودم هم خیلی به پرستاری علاقه داشتم و دوست داشتم دانشجویان هم علاقه مند باشند. بنابراین با دوستانم پیشنهاد دادیم که همایش دانشجویی بر گزار کنیم. تا آنجایی که بخواهر دارم در آن زمان در رشته ی پرستاری سمینار دانشجویی برگزار نمی شد و این اولین سمیناری بود که کاملا دانشجویی بود یعنی بچه ها خودشان همه ی کارهایش را انجام دادند. با پیشنهاد و پیگیری کمیته علمی اجرایی دانشجویی تشکیل دادیم. رییس دانشکده آن زمان سرکار خانم هاشمی و سایر اساتید را متقاعد کردیم که بچه ها حتما شرکت میکنند اساتید هم حمایت کردند و همایش فرایند پرستاری را در سطح استان فارس برگزار کردیم. خودمان هم شروع کردیم به انجام کارهای پژوهشی، من هم با راهنمایی یکی از اساتید پیشکسوت سرکار خانم جهان بین، پژوهشی روی بیماران تحت درمان با همدیالیز انجام دادم که اولین کار پژوهشی من بود و در همین همایش آن را ارائه کردم. سایر دانشجویان دانشکده هم بصورت گروهی روی موضوعات مختلف کار کردند.

نگاه می کردم بینم تحویل بیمار بین دو شیفت چطور انجام میشود، با متخصصین پزشکی مختلف، پرستارهای بخش های مختلف، سوپروایزرها و افرادی که مراقبت از بیمار را ارائه می کردند مصاحبه داشتم. در این پایان نامه از روش اقدام پژوهی استفاده کردم. در این روش تحقیق باید حین تحقیق، تغییر هم انجام دهی. یعنی با کمک افرادی که که در آن سیستم کار می کنند تغییراتی که مد نظر خودشان هست انجام می شود و تقویتشان می کنی که خودشان شرایط خودشان را بهتر کنند. با همدیگر کمک کردیم یک سری شرایط بهتر شد. مثلا در نحوه ی تحویل گیری بیمار از آمبولانس کمی شرایط بهتر شد. اطلاعات دقیق تری از بیمار میگرفتند، در هنگام جابجا کردن بیمار روی اینکه ایمنی بیمار حفظ شود و روی ارتباطات تخصصی های مختلف کار کردیم، شرح وظایف افراد گروه های مختلف را با کمک خودشان بازنویسی کردیم که مثلا پرستارها هر کدام چه وظیفه ای داشته باشند وقتی یک بیمار بدحال میاد هر کس چه کاری انجام دهد تا همه کارها درست انجام شود، کارها با هم تداخل نداشته باشند و ثبت اطلاعات صحیح باشد. یک سری کارگاه های آموزشی برای پرسنل گذاشتیم و آنها شرکت کردند. یک بخش کمکی مجهز شد که اگر بیمار بیشتر از حد اتاق احیا بود در آن اتاق بستری شود. اما باز هم آنطور که مد نظر بود کار تیمی بهتر نشد. شروع به ساختن یک فیلم کردیم. در همان بخش احیا یک روز صبح با کمک خودشان، در اتاق احیا به کمک یک بیمار نما و پرسنل فیلمبرداری کردیم. نشان دادیم که هنگام ورود به بیمارستان، پرسنل اورژانس باید برای پذیرفتن بیمار آماده باشند. به آنها آموزش دادیم که باید گان پوشیده باشند، ماسک و عینک زده باشند، شرح وظایف خودشان را بدانند. به علاوه بدانند بیمار چه مشکلی دارد، حتی سرم گرم را آویزان و هوا گیری کنند، لایه اول پانسمان های استریل باز شود و سر جای خود قرار گیرد، همه ی افراد یکدیگر را بشناسند و وظایف را دقیقاً در فیلم نشان دادیم که در بدو ورود بیمار چطور باید بیمار را از آمبولانس تحویل بگیرند، چطور او را جابجا کنند، در بالای سر بیمار هر کدام کجا قرار بگیرند هر کس چه کاری را انجام دهد و این موضوعات را بطور کامل در فیلم توضیح دادیم و یک گوینده هم در فیلم صحبت می کرد و این موضوعات را می گفت. اینکه بیمار در حین مراقبت نادیده گرفته نشود و اگر بیمار هوشیار است حتماً به او توضیح داده شود. حتماً به او بگویند که می خواهند چه بروسیجری را انجام دهند و خودشان را به بیمار معرفی کنند و بررسی بیمار به طور کامل و صحیح انجام شود یعنی در هر مرحله ای بررسی های خاص خودش انجام شود. به درد بیمار توجه شود و در اولین فرصت ممکن تسکین داده شود. اقدامات تشخیصی به سرعت انجام شود، چطور با هم هماهنگ شوند، ثبت اطلاعات به طور صحیح انجام شود. بیمار مانیتور شود و اطلاعات مانیتور را همه بدانند. مثلا یکی از پرستاران مانیتور بیمار را هر ۵ دقیقه چک کند و به بقیه اعضای گروه گزارش کند. یک نفر مسئول باشد که آزمایشاتی که اورژانسی گرفته می شود را سریع به آزمایشگاه بفرستد و درخواست خون کند و سریع اطلاعات را ثبت کند. فیلم را پخش کردیم و دوباره کارگاه گذاشتیم و این باعث شد که کار در آن بخش بهتر شود و برخی از مواردی که آموزش داده شد در بخش اجرا شود. این فیلم ماندگار شد و خودم و بعضی اساتیدی که با ما همکاری داشتند فیلم را در کلاس ها پخش و تدریس می کنیم و قرار است که روی سایت «VIRSO» قرار بگیرد تا همه بتوانند از آن استفاده کنند. توفیق داشتم در پایان نامه ی مقطع ارشد و PhD از حضور اساتید بزرگواری چون سرکار خانم صدیقه سالمی، دکتر فرخنده شریفه، دکتر سید ضیاءالدین تابعی، دکتر حمیدرضا عباسی و دکتر شهرام بلندپرواز بهره مند شوم. برای همه این بزرگواران آرزوی تندرستی و توفیق دارم.



علاوه بر این پژوهش ها، راهنمایی و مشاوره پایان نامه های مختلف در مقطع ارشد و PhD را در زمینه ی کار تیمی، تحویل گرفتن بیمار در بخش اورژانس، ایمنی بیمار، مراقبت از بیماران بر اساس الگوهای مراقبت، مثبت اندیشی، رفتارهای مراقبتی و ... بر عهده دارم.

چه پیشنهادی برای دانشجویان دارید و علاقمندید در چه زمینه هایی با آنها مشارکت کنید؟

اول اینکه من همیشه حامی و طرفدار دانشجوی بودم و خواهم بود. برای همه ی دانشجویان اهمیت قائلم و حال و آینده ی آنها برای من مهم است. واقعاً دوستشان دارم و دوست دارم آنان با لذت درس بخوانند، خوب یاد بگیرند، نا امید نباشند. دوست دارم که به آنها کمک کنم که رشته شان «پرستاری، مامایی، هوشبری، اتاق عمل و...» را دوست داشته باشند. در رشته ی خودشان پیشرفت کنند، با بیمار خوب ارتباط برقرار کنند، نقش خودشان را خوب ایفا کنند و در هر صحنه ای که وارد می شوند بهترین اجرا را داشته باشند و بتوانند همه جانبه رشد کنند.

من به دانشجویان هم گفتم شما که به دانشگاه وارد شدید علاوه بر زمینه ی علمی باید در سایر زمینه ها ی فرهنگی، اجتماعی و... هم رشد کنید. وقتی فارغ التحصیل شوید جامعه به عنوان یک فرد تحصیل کرده به شما نگاه می کند و از شما توقع دارد درک و شناخت خوبی داشته باشید و شما در جامعه الگوی خیلی افراد قرار می گیرید و زمانی که فارغ التحصیل شدید باید با زمانی که وارد دانشگاه شدید متفاوت باشید. دوست دارم به دانشجویان کمک کنم رشد همه جانبه داشته باشند.

از چه زمانی به عنوان معاونت فرهنگی دانشکده پرستاری و مامایی مشغول به فعالیت شدید؟

از تیر ماه سال ۹۶ با پیشنهاد استاد ارجمند سرکار خانم دکتر حضرتی که بعد معاون پرستاری وزیر شدند مسئولیت معاونت فرهنگی را پذیرفتم. معاونت فرهنگی شاید ظاهراً پیچیده به نظر نیاید اما یک وظیفه ی پیچیده و مهم است. ما در قبال همه مسئولیت داریم اساتید، کارکنان و بویژه دانشجویان که بخش اعظم کار ما را تشکیل می دهند. ما باید بستر رشد همه جانبه دانشجویان را فراهم کنیم که بتوانند در زمینه هایی که استعداد دارند رشد کنند.

و سخن آخر

انشاءالله که همه ی ما بتوانیم همه استعداد هایمان را شکوفا کنیم و از همه ی توانمندی هایمان استفاده کنیم و وقتی به پشت سرمان نگاه می کنیم، خوشحال باشیم که نقش خوبی را ایفا کردیم و کارهایمان را آنطور که باید انجام دادیم و احساس زیان نکنیم از اینکه کاری را می توانستیم انجام دهیم ولی انجام ندادیم.

انشاءالله که بتوانم وظیفه ای که در قبال دانشجویان دارم به خوبی انجام دهم و به آنها کمک کنم تا به موفقیت برسند.

باتشکر از خلم دکتر خادمیان به خاطر وقتی که در اختیار ما گذاشتند انشاءالله همیشه سالم باشید و ما و دیگر دانشجویان بتوانیم از تجربیات شما استفاده کنیم.

سپاسگزارم. من هم برای همه ی دانشجویان به ویژه شما آرزوی توفیق و تندرستی دارم.



چگونه استرس را به بهترین دوست خود تبدیل کنیم؟

الهام میرشاه، کارشناس ارشد روانپرستاری، مربی دانشکده پرستاری مامایی حضرت فاطمه (س)

شاید ممکنه بعضی از شما با خواندن این جمله با خودش فکر بکنه اینم از اون حرفاسه!

دیگه همین یکی رو کم داشتیم!

مگه میشه چیزی رو که به عنوان مهم ترین عامل سرطان ها و بیماری های قلبی و عروقی و... (خیلی چیزای دیگه!) معرفی میشه بتونه فایده ای حداقلی برای ما داشته باشه چه برسه به این که بخواد دوست ما تلقی بشه!

خوب خوشحالم که باعث شدم یکم ذهن تون درگیر این مسئله و موضوع بشه حالا بریم و بینیم خانم کلی مک گونیکال (Kelly McGonical) یک روانشناس در حوزه سلامت روان هستند تحقیقات متعدد روان شناختی رو در مورد استرس انجام دادند چه دلیلی برای گفتن این جمله داشتند؟



اول

تحقیقات انجام شده نشون میده که استرس میتونه باعث افزایش میزان مرگومیر و مشکلات قلب و عروقی و بیماری های از این دست باشه اما فقط در صورتی که باور داشته باشیم استرس اثرات بدی برای ما به دنبال داره.

دوم

در هشت سالی که مرگومیرها رو پیگیری می کردند، ۱۸۲۰۰۰ آمریکایی به صورت نابهنگام مردانند، نه به خاطر استرس داشتن، بلکه به دلیل باور به اینکه استرس برای شما مضر است.

این برای بیش از ۲۰۰۰۰ مرگ در سال صدق می کنه خب، اگه این ارزیابی درست باشه باور داشتن به بد بودن استرس برای شما، تبدیل میشه به پانزدهمین دلیل مرگ در امریکا!

سوم

اکسی توسین یک هورمون عصبی است که غریزه اجتماعی بودن مغز شما رو تنظیم می کنه.

شما رو تشویق میکنه که کارهایی رو برای تقویت روابط نزدیکتون انجام بدید. اکسی توسین به شما تمایل برای ارتباط فیزیکی میده یا دوستان و خانواده تون. همدلی شما رو با دیگران افزایش میده.

حتی باعث میشه ترغیب بیشتری پیدا کنید برای کمک کردن و حمایت کسانی که براتون اهمیت قائل هستید. حتی برخی افراد پیشنهاد دادن که ما باید اکسی توسین بکشیم (مثل نوعی مواد مخدر مصرف کردن!) تا مهربان تر و دلسوزتر بشیم.

اما اینجا چیزی که بیشتر مردم در مورد نمی دانند اینه که اکسی توسین هورمون استرس است.

غده هیپوفیز شما اون رو بیرون می ریزه به عنوان بخشی از علامت پاسخ به استرس؛ مانند آدرنالین که باعث تپش قلب شما می شه اکسی توسین در پاسخ به استرس شما سهم زیادی داره و وقتی اکسی توسین در پاسخ به استرس ترشح میشه، به شما انگیزه میده تا جویای حمایت بشید.

پاسخ طبیعی بدن شما به استرس شما رو تحریک می کنه تا احساس تون رو با یک نفر درمیان بگذارید بجای اینکه اون رو توی خود تون بریزید. این پاسخ میخواد به شما این تضمین رو بده که وقتی به آدم دیگه در زندگی شما، با مشکلات درگیره، شما متوجه می شید و بنابراین شما می تونید از هم حمایت کنید.

وقتی زندگی دشوار است، پاسخ استرس شما میخواد شما در میان افرادی باشید که شما رو دوست دارند.



چهارم

مطالعه ی دیگه ای حدود هزار فرد بالغ رو در امریکا در بر می گیره، اون ها بین ۲۴ تا ۹۲ سال سن دارند و از اون ها پرسیده شده چقدر استرس در سال گذشته تجربه کردید؟ همچنین چقدر زمان رو برای کمک به دوستان، همسایگان و افراد درون جامعه تون سپری کردید؟

سپس اون ها از آمار رسمی در پنج سال بعد استفاده کردند تا بفهمند چه کسی مرده.

خب، اول خبرهای بد: هر تجربه ی پر تنش در زندگی، مثل مشکلات مالی یا بحران های خانوادگی، خطر مردن رو ۲۰ درصد افزایش داده اما - و امیدوارم که توقع یک اما رو این داشت باشید - اما این آمار برای همه صدق نمی کرد.

افرادی که به توجه و حمایت از دیگران وقت گذراندند هیچ افزایش خطر مرتبط با استرسی رو نشون ندادن.

ممکنه فکر کنید خوب پس بیا بریم و هر تجربه ی استرس زا که ممکنه خونمون رو به جوش بیاره رو انجام بدیم و هر چه تا الان اعتقاد داشتیم رو بریزیم دور... مگه منظورت همین نیست؟

متأسفم که ناامیدتون می کنم ولی به هیچ وجه قصد این رو ندارم که شما رو ترغیب به داشتن استرس و یا قرار گرفتن دائمی تو محیط پر از تنش رو داشته باشم. خوب معلومه که وقتی به طور مداوم دچار تنش و اضطراب میشید ممکنه سخته کنید!

تنها قصد من اینه که باور کنید استرس اون هیولایی که تو ذهنمون ساختیم نیست و یک احساس طبیعییه که پتانسیل ما رو برای مقابله با شرایط چالش زا در زندگیمون بیشتر میکنه و نباید ازش ترسید.

پس اجازه بدید دوست جدیدم رو به شما معرفی کنم: استرس، غول دوست داشتنی من!

تاثیر نیایش دینی بر سلامت

بنفشه تهرانی نشاط، دانشجوی دکتری پرستاری



مقدمه

سرعت بالای تغییر جوامع، موجب تغییر عوامل موثر بر سلامت انسان (عوامل فیزیکی، شیمیایی، بیولوژیکی و اجتماعی) شده است. این تحول به توبه خود منجر به تغییرات جدی در الگوی بیماری ها شده است که لزوم شناخت و بکارگیری روش های نوین و به ویژه کل نگر را ایجاب می کند. به موازات این تغییرات کاربرد روز افزون روش های نوین در طب مشهود است. یکی از این روش ها که اخیراً در سطح جهانی مورد توجه و بررسی های علمی واقع شده است دعا درمانی می باشد (۱).

در طول تاریخ همیشه یک اعتقاد در میان مردم رایج بوده است و آن این که بیماری را حاصل گناه و زجر یا گذاشتن اصول انسانی و اخلاقی می دانسته اند. اگرچه اکنون کمتر مردم بر این باور هستند ولی شیوه جدیدی از این دیدگاه در میان اجتماع به وجود آمده است و آن این که برای سلامت خود مدیون خالق خودشان اند و یا برای مرگ و بیماری خود دعا می کنند و همه این مسایل حاکی از آن است که سلامت خود را به شیوه ای در ارتباط با عقیده و ایمان خود می دانند. دعا نیز یکی از راههای بسیار مهم ارتباط انسان با معنویت است که سبب سبکی روح و تصفیه درون میگردد. گریه و اشک که در بطن و متن دعا قرار دارند از وسایل مهم در تلطیف روح و مکالمه قلب انسان با خداست.

مذهب و معنویت هم در درمان بیماری های روحی و هم درمان بیماری های جسمی تاثیر گذار است که البته میدان و شعاع تاثیر آن در درمان بیماری های روحی، روانی بیشتر است و به انسان آرامش روانی می دهد. شواهد نشان می دهند اعتقادات مذهبی روی سلامتی تاثیر مثبت داشته و دور بودن از ایمان و اعتقاد، اثری منفی روی سلامت جسم و روان می گذارد (۲). دعا و نیایش از مهم ترین اقدامات مذهبی معنوی است که هر چند که تاریخچه هزاران ساله دارد اما اخیراً تحقیقات کامل علمی در مورد آن آغاز شده است.

مروری بر متون

مطالعات نشان می دهد دین و مذهب به عنوان استراتژی های مقابله ای، اثرات مثبتی بر درمان دارند (۴). در این زمینه قرآن کریم در سوره زمر می فرماید "و اذا مس الانسان ضر دعا ربه منيبا اليه" یعنی هنگامی که به انسان زیانی برسد، پروردگار خود را می خواند و به سوی او باز می گردد(۵).

معنویت به همراه مناسک مذهبی، از قبیل دعا کردن نقش مهمی را در قبول بیماری ها دارند(۶). دکتر مانتون معتقد است که تشویق بیمارانی که به دعا و نیایش اعتقاد دارند و انجام اعمال مذهبی یکی از عوامل موثر در درمان شمرده می شود(۶). در میان منابع مذهبی و معنوی بیشترین منبعی که مورد استفاده قرار می گیرد دعا است. یادآوری معنای دعا و راه هایی که حضور خداوند و ارتباط با او تجربه می شود، منبعی غنی برای بیماران تلقی می شود زیرا زمانی که فرد از نظر جسمی ناتوان شده و در بیمارستان بستری می شود، ذهنیت برداری می تواند او را قادر سازد که به مکانی دیگر سفر کند که این مکان شاید مکان شفا دهنده و التیام بخشی برای او باشد (۸).

ایمان به خدا و هدف دار بودن زندگی به همراه حس ظن و توجه بیشتر به مسائل معنوی زندگی، باعث کاهش اضطراب و تزلزل روحی و عوارض ناشی از آن می شود (۹). دعا و نیایش یک مداخله سنتی و فراگیر برای تسکین بیماری و پیشبرد سلامتی است که به صورت دسته جمعی و یا فردی انجام می شود و ممکن است توسط خود فرد از روی ایمان قلبی و یا توسط افراد مومن دیگر انجام شود. دعا واسطه ای زمانی است که یک فرد ثانی یا گروهی به نیابت از بیمار یا فرد حاجتمند با خدا ارتباط برقرار کرده و در جهت شفای بیمار یا رفع حاجت او نیایش می کنند (۱۰).

مطالعات مختلف که در چند واحد مراقبت قلبی عروقی بیماران مبتلا به ایسز، بیماران نابارور، بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید، نوزاد نارس و حوادث عروقی مغز انجام گرفته اند دعا درمانی را روی بهبود بیماری ها نشان داده است. در مطالعه جهانگیر و همکاران (۱۳۸۷) دعا درمانی منجر به کاهش فرتین، افزایش هموگلوبین و افزایش فواصل خونگیری در بیماران مبتلا به تالاسمی شده بود(۱). رضایی و همکاران نیز به منظور تعیین اثر دعا بر سلامت معنوی ۳۶۰ بیمار مبتلا به سرطان تحت شیمی درمانی مراجعه کننده به مراکز آموزشی درمانی منتخب دانشگاه های علوم پزشکی ایران و تهران در سال ۱۳۸۵-۱۳۸۶ با استفاده از پرسشنامه مرویکلیسا و پرسشنامه سلامت معنوی پولوتزین و الیسون، به این نتیجه دست یافتند که دعا و ابعاد آن بر سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان اثر دارد لذا پیشنهاد گردید در مراقبت از این بیماران به مقوله دعا به عنوان یکی از راهکارهای مقابله موثر با بیماری توجه شود (۱۱). هم چنین در مطالعه مشابهی بر روی بیماران مبتلا به سرطان پستان بین دعا و نیایش با مفهوم زندگی مطلوب و سلامت روانی بیماران مبتلا به سرطان پستان، ارتباط معنی دار مستقیم مشاهده گردید (۱۲).

در یک مطالعه کوهورت آینده نگر ۴۰ بیمار مبتلا به آرتریت روماتوئید درجه ۲ یا ۳ و تحت دارو درمانی بودند انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه تقسیم شدند که یک گروه ۱۹ نفره در طی ۶ ماه، روزانه تحت دعا و نیایش قرار داشته و در مدت یک سال هر ۳ ماه معاینه و بررسی شدند. بعد از گذشت ۱۲ ماه تعداد مفاصل متورم و دردناک، خشکی صبحگاهی و میزان رسوب گلبول های قرمز در گروه آزمون به طور معنی داری در مقایسه با گروه شاهد کاهش یافته بود. هر چند در طی ۶ ماه فقط کاهش مفاصل دردناک معنی دار بود (۱۳). در یک مطالعه تحلیلی دوسوکور بر روی ۱۹۹ زن که جهت باروری داخل رحمی به بیمارستانی در سئول مراجعه کرده بودند، ۱۰۰ نفر از آنها به صورت تصادفی پس از ۵ روز درمان هورمونی، تحت دعا درمانی روزانه قرار گرفتند و میزان بیروزی حاملگی در این گروه ۵۰ درصد و در گروه شاهد ۲۶ درصد گزارش شد که تفاوت معنی داری را نشان می داد (۱۴).

نتیجه گیری

دعا به روح انسان حالت مقاومت و پایداری خاص می بخشد و به امور زندگی ارزش و معنی می دهد. چون اتصال به قدرت لایزال الهی تنها منبع کسب انرژی و تجدید قوای روحی از دست رفته انسان است. اعمال مذهبی، دعا و نیایش نه تنها بر حالات عاطفی بلکه بر کیفیت های بدنی فرد تاثیر گذاشته و گاهی در عرض چند لحظه یا چند روز بیماری جسمی را بهبود می بخشد. نتایج اکثر مطالعات نشان دهنده تاثیر مثبت دعا و نیایش در بهبودی و ایجاد احساس آرامش در بیماران بوده و لذا ضرورت اجرای احکام شرعی به عنوان مراقبت های مذهبی علاوه بر درمان های طبی برای کنترل و درمان بیماری ها پیشنهاد می گردد.

منابع

- ۱- جهانگیر اکرم، مفتون فرزانه، خدایی شهناز، کاریخش مزگان، شریعتی محمد(۱۳۸۷). اثر دعا درمانی بر هموگلوبین و فریتین بیماران مبتلا به تالاسمی: یک مطالعه راهنامه فصلنامه پایش سال هفتم، شماره ۴
- ۲- معاضدی معاضدی کاظم، اسدی عبدال... بررسی روش های حفظ سلامت روان از منظر قرآن کریم. مجله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل. دوره دوازدهم، شماره اول، ۱۳۹۱

۳- خزاعی س(۱۳۸۲). روانشناسی اسلامی و مقابله با استرس: مجموعه مقالات اسلام و بهداشت روان ۲. نماینده مقام معظم رهبری در دانشگاه علوم پزشکی ایران، تابستان

۴- مجموعه مقالات همایش های علمی اسلام و بهداشت روان(۱۳۸۲)، جلد اول، نهاد نمایندگی مقام معظم رهبری در دانشگاه علوم پزشکی ایران، تابستان

۵- قرآن کریم

6- Abedi H, Asgari M, Kazemi Z, Safari F, Nasiri M (2005). Religious care patients and the barriers. Journal of Teb and Tazkieh. 4(53):16-23.

7-Moher W K (2006). Psychiatric mental health nursing. Edition. Lippincott Williams & Wilkins.

8- Noorbakhsh M (2007). Poryousefi H. Role of religion and beliefs of mental health. Journal of Studies. 2(3):72-94.

9-Seyyedfatemi N, Rezaei M, Givari A, Hosseini F (2007). Prayer and spiritual well-being in cancer patients. Journal Payesh. 295-304.

10- Robert I, Ahmad I, Hall S (2007). Intercessory Prayer for the alleviation of ill health. Cochrane Database System, 24(1):CD000368.

11-Rezaei M, Adib-Hajbaghery M, Seyyedfatemi N, Hoseini F (2008). Prayer in Iranian cancer patients undergoing chemotherapy. Complement therapy clinical practice. 14(2):90-97.

12-Meraviglia M. Effects of Spirituality in breast cancer survivors (2006). Oncology Nursing Forum. 33(1):E1-E7.

13-Mattews DA, Marlowe SM (2000). Mac Nutt. Effect of intercessory prayer on patients with Rheumatoid arthritis. South Medical Journal DEC. 93(12):1177-86.

14-Cha KY, Wirth DP (2001). Does Prayer influence the success of in-vitro fertilization-embryo transfer? Report of a masked, randomized trial. J Reproduction Medicine. 46:781-787



بر روی بسیاری از داروهایی که در دار یا تیوپی عرضه می گردد، علامتی به صورت یک قوطی کوچک در باز که روی آن یک عدد به همراه یک حرف M بزرگ انگلیسی نشان داده شده است. این علامت به معنای این است که داروی مصرفی بعد از باز شدن تا چند ماه که علامت M مخفف ماه است قابلیت استفاده را دارد. به طور کلی داروها از لحاظ تاریخ انقضای مدت مصرف به سه دسته تقسیم می شوند که عبارتند از:

دسته اول شامل گروهی از داروهاست که پس از انقضای تاریخ مدت مصرف دارو، با کاهش قدرت دارو، دارو را فاقد اثر درمانی می کند.

دسته دوم شامل گروه دیگری از داروهاست که پس از انقضای تاریخ مدت مصرف دارو با توجه به مدتی که از تاریخ انقضای مصرف آنها گذشته داروها قدری ضعیف تر می شوند.

دسته سوم شامل گروه دیگری از داروهاست که پس از انقضای تاریخ مدت مصرف آنها، مصرف داروها نه تنها اثری دارویی ندارند بلکه به دلیل تغییرات ایجاد شده پس از انقضای تاریخ مدت مصرف، در فرمول ساختمانی شیمیایی داروهای فوق اثری سمی در بدن ایجاد می کنند مانند (تتراسایکلین ها) که مصرف داروهای تاریخ مصرف گذشته این گروه سندریم فانکونی ایجاد می نمایند.

با توجه به توضیحات ارائه شده دانستن شرایط و زمان نگهداری داروهای پر مصرف بیمارستانی ضروری است، همچنین تبدیل تاریخ میلادی به شمسی جهت اطمینان بیشتر و کاهش خطر خطای بررسی تاریخ انقضای دارو باید حتما در دسترس باشد.

منبع

سعید جهانگیری. تاریخ انقضای داروها. فصل نامه علمی پژوهشی فرهنگی مرکز آموزشی درمانی نمازی. ۱۳۹۷. سال سوم، شماره ۶. صفحه ۲۹

امروزه با توجه به گستردگی مصرف فرآورده های دارویی در سیستم درمان و نقش اجتناب ناپذیر آن در امر درمان بررسی نحوه مصرف دارو و مدت زمان مجاز نگهداری و پایان مصرف دارو یک ضرورت می باشد.

پایداری یک دارو مقاومت آن در برابر تنش های شیمیایی و فیزیکی و آلودگی میکروبی است. این پایداری به صورت **life shelf** یا زمان نگهداری بیان می شود. محصولی که به درستی در شرایط محیطی مورد نظر در بسته بندی خود نگهداری شده باشد. برای اهداف در نظر گرفته شده به طور مناسب باقی می ماند.

به طور معمول این زمان نگهداری بیان کننده زمانی است که قدرت دارو به ۹۰ درصد کاهش می یابد، هرچند ممکن است در برخی از داروها که با تخریب به مواد سمی تبدیل می شوند، این زمان محدودتر و سخت گیرانه تر باشد، مانند تتراسایکلین ها علامت تاریخ انقضاء روی بسته بندی هر دارویی غالباً با حروف EXP مشخص و داروی فوق تا پایان تاریخ درج شده که غالباً به صورت سال و ماه میلادی است قابلیت مصرف را دارد.

انتهای ورق آلومینیومی قرص و یا کپسول به جزء شماره سری ساخت اعدادی در انتهای آن است که به روش های مختلف تاریخ انقضای دارو را نشان می دهد. EXP مخفف Expiration یا همان تاریخ انقضای است و رو به روی آن اعدادی به چشم می خورد که با سه روش ماه و سال تاریخ انقضای را نشان می دهد:

- ۱- به صورت ۴ رقمی که دو رقم سمت چپ آن بیانگر ماه و ۲ رقم سمت راست آن بیانگر سال میلادی باشد
- ۲- به صورت ۶ رقمی که ۲ رقم اول نشان دهنده ماه و ۴ رقم آخر نشان دهنده سال میلادی می باشد
- ۳- اختصار نام ماه و سال میلادی

برای کرم ها و پمادهای تیوپی این تاریخ روی انتهای آن یا روی در جعبه درج می شود.

تاریخ انقضای شربت، قطره و داروهای مایع دیگر به صورت برجسته روی برچسب شیشه و روی در جعبه آن حک می شود.

برای آمپول ها نیز به برچسب دور یا روی قسمت سر آمپول دقت کنید.



تاریخ انقضای داروها Drug Expiration Dates

بیماری لوپوس اریتماتوز سیستمیک

Systemic lupus erythematosus

بنفشه تهرانی نشاط، دانشجوی دکتری پرستاری

فرشته شاکر، دانشجوی کارشناسی پرستاری

این بیماری یک التهاب خودایمنی و التهابی است که تقریباً همه ارگان های بدن را درگیر می کند شیوع این بیماری در زنان ۶ برابر مردان است. سه نوع لوپوس وجود دارد ۱- لوپوس سکه ای (Discoid (cutaneous) lupus) : پوست و صورت را گرفتار می کند. ۲- لوپوس دارویی (drug induced lupus) : مغز و کلیه را گرفتار می کند. ۳- لوپوس نوزادی (neonatal lupus) : طی دوران نوزادی است و تا ۶ ماهگی برطرف می شود.



پاتوفیزیولوژی: با شناخت نادرست یک یا چند جزء هسته به عنوان جسم خارجی یعنی آنتی ژن توسط سیستم ایمنی بدن آغاز می شود. سیستم ایمنی شروع به تولید آنتی بادی علیه آنتی ژن هسته ای می نماید به خصوص Bcellها که آنتی بادی های زیادی ترشح می کنند که با آنتی ژن ها مجموعه ی آنتی بادی آنتی ژن را تشکیل می دهند که میل زیادی به تجمع در مویرگ های عروق محیطی دارد. به نظر می رسد اختلال در سیستم ایمنی بدن به دنبال ترکیبی از عوامل ژنتیکی-ایمونولوژیکی-هورمونی و محیطی ایجاد می شود. با توجه به اینکه ابتلای زنان به این بیماری بیشتر است به نظر می رسد هورمون های جنسی زنانه نقش زمینه ساز در بیماری لوپوس دارد.

تظاهرات بالینی: این بیماری می تواند بر همه سیستم های بدن اثر بگذارد. بیماری مزمن است و نشانه های بسیار کمی دارد و فعال شدن بیماری با بروز علائم و افزایش نتایج آزمایشگاهی رخ می دهد. نشانه های عمومی بیماری شامل: تب-بی قراری-کاهش وزن-بی اشتهاهی است. سیستم های تنفسی-قلبی عروقی-کلیوی-اسکلتی عضلانی-پوست و مخاط اغلب درگیر می شوند در موارد محدود دستگاه گوارش-کبد و چشم ها نیز درگیر می شوند. شایع ترین این تظاهرات ضایعه ی پوستی حاد به صورت راش های قرمز پروانه ای شکل است که پل بینی و گونه ها را درگیر می کند. نور خورشید و اشعه ی ماوراء بنفش در بروز این ضایعات اثر تحریکی دارد. علائم مفصلی-درد و التهاب مفاصل در بیش از ۹۰ درصد مبتلایان دیده می شود. اولین تظاهرات بالینی معمولاً تورم مفاصل-حساسیت و درد هنگام حرکت و جمودصیجگاهی است. سیستم قلبی نیز معمولاً درگیر می شود و پریکاردیت در بیماران بروز پیدا می کند زنان مبتلا به لوپوس در معرض خطر آترواسکلروز اولیه هستند. این بیماری بر کلیه ها هم اثر می گذارد و باعث نفریت می شوند که دلیل آن ساخته شدن آنتی بادی و آسیب به نفرون هاست.

بررسی و یافته های تشخیصی: این بیماری براساس بررسی سابقه سلامتی-معاینه ی فیزیکی و آزمایش خون تشخیص داده

می شود. بررسی های اختصاصی تر شامل بررسی پوستی از نظر وجود ضایعات و پلاک های پوستی قرمز رنگ که ممکن است در صورت و گردن و سر مشاهده می شود. دهان و گلوی بیمار باید از نظر وجود زخم بررسی شود-بررسی قلب از نظر وجود صدای مالشی ناشی از پریکارد-درد-تورم-گرمی-خشکی مفاصل ممکن است در معاینه ی فیزیکی دیده شود. درگیری مفاصل به صورت قرینه است. تست ANAدر بیش از ۹۵ درصد بیماران مثبت می شود سایر یافته های آزمایشگاهی شامل شمارش کامل سلول های خونی جهت تشخیص کم خونی-ترومبوسیتوپنی-لکوپنی و ...است. درمان دارویی: داروهای ضد مالاریا برای درمان تظاهرات پوستی و عضلانی- داروهای کورتیکواستروئیدی برای درمان ضایعات پوستی-داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی برای کاهش دوز داروهای کورتیکواستروئیدی-داروهای سرکوب کننده سیستم ایمنی برای جلوگیری از واکنش های خودایمنی.

تدابیر پرستاری: بر اساس مشکلات بیماران شامل:خستگی-آسیب پوستی-اختلال در تصور ذهنی از بدن و عدم آگاهی کافی برای تصمیم گیری کافی درباره ی درمان، نظارت بر پروسه درمانی انجام می شود. بیماری ممکن است باعث بروز تغییرات شدیدی در چهره ی بیمار می شود این بیماران احساس افسردگی و اضطراب دارند که باید تدابیری اندیشیده شود مثلاً: ارائه ی روش های راحتی و کاهش درد مثل استفاده از سرما و گرما-ماساژ-استراحت-تجویز داروی مناسب.

آموزش به بیمار: چون خطر ابتلای چندین عضو در بدن وجود دارد، باید به بیمار آموزش داده شود که مورد معاینات دوره ای قرار گرفته و فعالیت های ارتقاء سلامتی را انجام دهد. با توجه به افزایش خطر ابتلا به بیماری های قلبی-عروقی، فشارخون بالا و تصلب شرایین باید بیمار مورد مشاوره غذایی قرار گیرد تا از توصیه های غذایی لازم آگاهی داشته باشد. رژیم غذایی این بیماران بایستی کم نمک، پر پروتئین و غنی از ویتامین باشد. پرستار در رابطه با اهمیت مصرف داروهای تجویز شده توضیح می دهد و تغییرات و عوارض جانبی احتمالی ناشی از مصرف آنها را نیز

منبع:
۱- داخلی و جراحی برونوسودارث، انتشارات جامعه نگر، تهران، ایران، ۱۳۹۴
۲- کتاب هاریسون، انتشارات، تهران، ایران، ۱۳۹۴

عنوان می کند. اهمیت معاینه به دلیل افزایش خطر مبتلا شدن اعضای درونی بدن شامل کلیه و اثرات قلبی عروقی به بیمار یادآوری می شود. آموزش درباره ی خستگی مثلاً تشریح اهمیت استراحت و کاهش دوره های فعالیت اهمیت دارد. در مورد ارتباط فعالیت بیماری با خستگی آموزش داده شده و روش های راحتی و تشویق به پیروی از برنامه های درمانی آموزش داده می شود. به دلیل سرکوب شدن سیستم ایمنی بدن که ناشی از مصرف کورتیکواستروئیدها (Corticosteroids) می باشد، پرستار باید در مورد علائم عفونت آموزش دهد.

مشکلات سلامتی وابسته به تغذیه:

۱- کاهش وزن یا کمبود اشتها که به علت بیماری یا مصرف دارو حادث می شود.

۲- اضافه وزن که در افرادی بروز پیدا می کند که داروی کورتیکواستروئید مصرف می کنند.

۳- مصرف داروهای بی که باعث مشکلات گوارشی مثل تهوع-استفراغ و...می شود که با تغییر دوز دارو برطرف می شود.

۴- پوکی استخوان که رژیم غذایی پرپروتئین و پرکلسیم و D Vit توصیه می شود.

پیشگیری از عوارض: چون آفتاب و اشعه ماوراء بنفش فعالیت بیماری را افزایش داده یا وضعیت بیمار را وخیم تر می کند بیماران مبتلا به لوپوس از قرارگرفتن در معرض نور خورشید خودداری کنند و هنگام خروج از منزل از ضد آفتاب استفاده کرده و لباس مناسب بپوشند. شانس ابتلا به عفونت به خاطر ضعف سیستم ایمنی در این بیماران زیاد است که بایستی بهداشت فردی رعایت شده و از در تماس بودن با افراد مبتلا به عفونت خودداری شود. مصرف داروهای ضدبارداری بیماری را تشدید می کند. فشار خون و قند خون و چربی مرتباً چک شود زیرا افزایش آنها باعث تصلب شرایین می شود. توجه به رژیم غذایی بسیار مهم است.

منبع:
۱- داخلی و جراحی برونوسودارث، انتشارات جامعه نگر، تهران، ایران، ۱۳۹۴
۲- کتاب هاریسون، انتشارات، تهران، ایران، ۱۳۹۴

گذری کوتاه بر چند روش جدید مدیریت زخم پای دیابتی

بنفشه تهرانی نشاط، دانشجوی دکتری پرستاری

یاسر محمدی، دانشجوی کارشناسی پرستاری

یکی از رایجترین عوارض مرتبط با دیابت، زخم پای دیابتی است که حداقل در دو درصد افراد دیابتی رخ می دهد. در صورت آسیب جدی وارده بر عروق کوچک محیطی در اندامهای انتهایی مخصوصاً پاها-خون رسانی و به دنبال آن اکسیژن رسانی کاهش یافته و سبب نکروزه شدن ناحیه میشود. زخم پای دیابتی در سالمندان بیشتر از سایر گروه های سنی دیده میشود که احتمالاً به دلیل وجود آترواسکلروز و نوروپاتی پیشرفته تر می باشد؛ که در صورت عدم مدیریت درمانی مناسب و به موقع، سبب عارضه هایی از جمله سلولیت، استئومیلیت حاد و مزمن و عفونت بافت نرم و عمقی پوست می گردد. این فرایند قابل پیشگیری می باشد و می توان با کنترل علائم و ثابت نگه داشتن سطح پایه ای از قندخون از ابتلا به این عارضه جلوگیری نمود.

درمان های زخمهای پای دیابتی بستگی به علت شروع کننده ای این عارضه دارد. ولی امروزه در دنیا با توجه به پیشرفت تکنولوژی و مطالعات متعدد، روش های نوینی علاوه بر بعضی از روشهای کلاسیک قدیمی در حال اجراست. روش های رایج کنونی شامل درمان آنتی بیوتیکی (با تشخیص وجود میکرو ارگانیسم و نوع آن)، شستشوی مداوم زخم عفونی به شکل استریل، دبریدمان ناحیه نکروزه و آمپوتاسیون اندام مبتلا می باشد [۱].

روش های نوین درمان زخم پای دیابتی تزریق زیرجلدی پلاسمای حاوی پلاکت (platelet-rich plasma) امروزه یکی از روش های نوین درمان به شمار میرود. در بیماری دیابت فاکتورهای بنیادین رشد و ترمیم سلولی دستخوش تغییر و تحول میشوند. این تغییرات در جهتی که بافت بیشتر مستعد تخریب و حساسیت در برابر عفونت پیش می رود. در این روش از خون بیمار پلاسمای حاوی پلاکت را با استفاده از روشهای نوین مثل PRP system ۶۰ Res-Q جدا می کنند و سپس به صورت زیر جلد در ناحیه مورد نظر تزریق می شود. در مطالعه ای که بروی ۲۴ بیمار با زخمهای دیابتی با اتیولوژی مختلف انجام شده است، نشان می دهد که بعد از حداکثر ۸،۲، ۹،۱ هفته تغییر چشمگیری در فرایند التیام داشته است. تصویر فوق نشان دهنده فرایند التیام در دو بیمار را نشان می دهد. در سال ۱۹۸۶ اولین مطالعه با این روش منتشر گردید که در آن پلاکت به عنوان فاکتور تحریک کننده اپیتلیال سازی و گرانولاسیون در ترمیم بافت مبتلا در نظر گرفته شده است. در پلاکتهای خون مقدار زیادی فاکتورهای رشد و سایتوکین ها یافت می شود که این خود باعث افزایش التهاب و عروق سازی در موضع می کند و در نهایت باعث پیشرفت بهبود می گردد. در ده دقیقه اول پس از تزریق تقریباً ۷۰ درصد

فاکتورهای رشد وابسته به PRP اتولوژیک، آزاد می شود. یکی از فاکتورهای مهم آن TGF- β می باشد. این فاکتور سبب پروتئین سازی و کلاژن سازی می شود. همچنین خاصیت پرولیفراتاسیون جهت ساخت سلولهای جدید پس از التیام را دارد. PDGF نیز از دیگر فاکتورهای مهم می باشد که به طور نسبی باعث کشاندن نوتروفیلها به محل زخم می شود. از فایده های دیگر روش PRP اتولوژیک، کاهش درد و افزایش کیفیت زندگی در این بیماران بوده است. در کل استفاده از این ابزار می تواند احتمال آمپوتاسیون را تا حد زیادی کاهش دهد [۲].

سلولهای بنیادی بند ناف: مکانیسم اثر این روش نیز مانند روش قبل بر روی افزایش و ارتقا فاکتورهای رشد می باشد ولی با این تفاوت که این بار به جای گرفتن سلول های بنیادی از خون فرد بیمار سلولهای بنیادی را از سلول های خونی بند ناف، استخراج می کنیم. سطح بالای قند خون باعث فعال شدن کاپلین می شود که باعث راه افتادن مرگ سلولی از طریق فعال کردن پروسه های وابسته و غیر وابسته به یک نوع پروتئیناز خاص به نام کاسپیز و آسیب به ساختار DNA سلول ها می شود. کاهش ماکروفاژهای بافتی و ایزوله شدن سلولهای بیگانه خوار در بافت باعث کاهش روند ترمیم شده که این روش سبب تقویت فعالیت این سلولها و افزایش تعداد آنها می شود. در سلولهای بنیادی بند ناف سایتوکاین هایی مثل اینترلوکین تیپ ۸ و ۱۰ با کمک فاکتور رشد بتا موجب عروق زایی و تقویت خونرسانی در موضع می شوند [۳].

اکسیژن هایپر بار : هدف از کاربرد این ابزار، افزایش اکسیژن رسانی به بافت هایپوکسی شده است. از مزایای این روش می توان به کمک کردن در افزایش عروق زایی بافت در حال مرگ اشاره کرد. در مطالعات بسیاری درصد بهبود یافته های با اکسیژن هایپر بار بیشتر از گروه های کنترل بوده اند. در نتایج مطالعه ای کایا که بر روی ۱۸۴ بیمار دیابتی کار کرده است می بینیم که ۶۲/۵ درصد کارشان به آمپوتاسیون اندام کشیده نشده بود. بیماران تحت درمان با این روش بایستی در شرایط استاندارد مانند کشت از زخم و شروع آنتی بیوتیک مناسب، شستشوی زخم و مانیتورینگ قرار بگیرند. در این روش افراد با مشکلات تنفسی مانند بدخیمی های دستگاه تنفسی، نئوتراکس، داشتن سابقه ی سو مصرف مواد مخدر و الکل شرایط پذیرش را ندارند [۴، ۵].

آنزیم ها: کاربرد اوروکیناز جهت رفع ترومبوز عروق محیطی زخم بسیار کارگشا است. البته در افراد زیر ۲۵ سال ممنوعیت دارد. در یک بررسی با اینفیوژن اوروکیناز به مدت ۹۶ ساعت از طریق ورید فمورال مشخص شد که تعداد عروق کوچک اطراف موضع زخم بعد از درمان بیشتر شده است [۴].

اسپری موضعی هموگلوبین: در یک مطالعه که چندان هم نتایج چشمگیری ندارد این روش را به طور کلی در کاهش وسعت زخم در ۵۳/۸ درصد بیماران مورد مطالعه اش مثبت ارزیابی کرده است [۶]. ترکیبات گیاهی: پماد جینگ وانگ هون (JING WAN HONG OINTMENT) که برگرفته از طب سنتی چین می باشد. از فواید این محصول میتوان به افزایش خونرسانی موضعی، کاهش رطوبت زخم دیابتی، کاهش تورم ناحیه ی زخم با عمل سم زدایی اشاره کرد. این پماد باعث کاهش آسیب رسانی به اعصاب محیطی می



شود، بررسی ها نشان داده اند که استفاده از این پماد در یک دوره ی ۲۱ روزه توانسته در کاهش سایز زخم موفق عمل بکند [۷]. منابع:

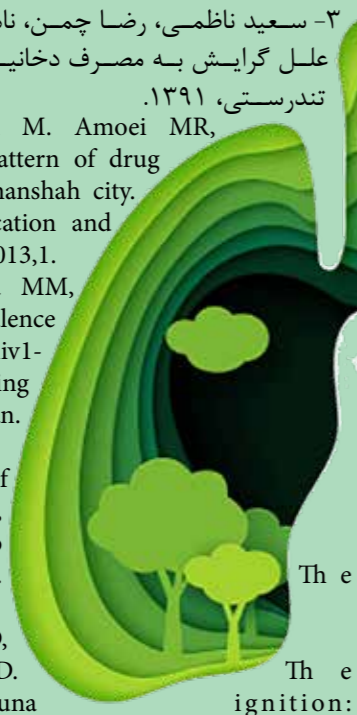
1. Adegate, J., et al., Novel biological therapies for the treatment of diabetic foot ulcers. Expert Opin Biol Ther, 8(17). 2017): p. 987-979.
2. Suthar, M., et al., Treatment of chronic non-healing ulcers using autologous platelet rich plasma: a case series. J Biomed Sci, 1(24). 2017): p. 16.
3. Cil, N., et al., Effects of umbilical cord blood stem cells on healing factors for diabetic foot injuries. Biotech Histochem, 1(92). 2017): p. 28-15.
4. Rosenblum, B.I., A Retrospective Case Series of a Dehydrated Amniotic Membrane Allograft for Treatment of Unresolved Diabetic Foot Ulcers. J Am Podiatr Med Assoc, 5(106). 2016): p. 337-328.
5. Kaplan, S.T., et al., Amputation predictors in diabetic foot ulcers treated with hyperbaric oxygen. J Wound Care, 2017 7(26): p. 366-361.
6. Haycocks, S., et al., Evaluating the effect of a haemoglobin spray on size reduction in chronic DFUs. Br J Nurs, 2016 6(25 Suppl): p. S62-54.
7. Jin, S., et al., The efficacy of Jing Wan Hong ointment for nerve injury diabetic foot ulcer and its mechanisms. J Diabetes Res, 2014. 2014: p. 259412.
8. www.medline.com. Cited 30 May, 2018.
9. www.healthline.com. Cited 30 May, 2018.
10. www.nurseslabs.com. Cited 30 May, 2018.

شیوع و علل گرایش به مصرف سیگار و قلیان

حلیمه اسفندیاری دانشجوی کارشناسی پرستاری



مصرف مواد مخدر و مسئله اعتیاد یکی از مهم ترین مشکلات عصر حاضر است که گستره جهانی پیدا کرده است. این پدیده به یک معضل روانی اجتماعی و خانوادگی تبدیل شده و علی رغم تلاش های گسترده برای کنترل آن شیوعی رو به رشد داشته و سن مصرف رو به کاهش دارد. اعتیاد به مواد مخدر یکی از سه مشکل مهم بهداشتی در ایالت متحده است که درمان های موثر کمی برای آن وجود دارد و سالانه هزینه های زیادی بر اقتصاد این کشور وارد می کند بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی بیش از ۶ درصد جمعیت جهان (حدود ۲۰۰ میلیون نفر) سوء مصرف مواد مخدر دارند (۲ و ۱). که این میزان در ایران تقریباً دو میلیون نفر برآورده شده است که بیشترین موارد آن مربوط به افراد ۶۴-۱۵ سال می باشد (۳). نتایج مطالعات در زمینه علل شیوع و عوامل موثر بر مصرف دخانیات در بین دانشجویان دانشگاه های ایران نشان می دهد سیگار بیشترین ماده مصرفی است. بعد آن به ترتیب قلیان و پیپ استفاده می شود. از میان عوامل موثر در گرایش به مصرف دخانیات رابطه با دوستان سیگاری، استرس، دوری از خانواده و سرگرمی مهمترین علل می باشد (۴). تحقیقات نشان می دهد همگام با تغییر الگوی مصرف مواد و افزایش سوء مصرف آن بروز بیماری های عفونی و غیر عفونی نیز افزایش یافته است. نتایج مطالعات نشان داد که بیش از ۱۵ درصد افرادی که به مواد اعتیاد دارند مبتلا به بیماری ایدز می باشند که بالطبع در این شرایط خانواده ها و جامعه نیز در معرض تهدید می گیرند (۵ و ۶). در پژوهش های نیز افزایش عوارضی مانند اختلالات محیطی، بیماری های روانی و روحی، میر و بالارفتن رفتارهای ضد اجتماعی را به مصرف مواد مخدر نسبت داده اند (۷-۹). اعتیاد یک ناهنجاری با نشانه های بالینی، رفتاری و شناختی است که در ایجاد عوامل اجتماعی و روان شناختی از یک طرف و عوامل اجتماعی و داروشناختی از طرف دیگر نقش دارند. عوامل اجتماعی بیشتر در شیوع مصرف و عوامل زیست شناختی در ادامه وابستگی به مواد مخدر مطرح هستند (۱۰). کمبود سرمایه های اجتماعی مثبت، کمبود زمینه های مثبت برای افزایش نشاط اجتماعی، خانواده پر تنش، آگاهی پایین خانواده ها در زمینه شیوع های فرزند پروری، نبود آگاهی پدر مادر در خصوص اصول ارتباطی با فرزندان و اعضای خانواده، در دسترس بودن مواد و بسیاری عوامل دیگر، از جمله علت هایی هستند که می توانند سبب ساز آسیب های اجتماعی و البته اعتیاد شوند (۱۱). مراکز بازپروری نقش مهمی در کنترل اعتیاد و عوارض وابسته به آن دارند. هماهنگی بین سازمان های ذیربط و پیگیری وضعیت بیماران و تامین بودجه برای این مراکز بسیار اهمیت دارد (۱۲). در این راستا نظارت بیشتر بر برنامه های پیشگیرانه و توانبخشی مفید بوده و برای جلوگیری از معضل اعتیاد اقداماتی مانند آموزش پیشگیری از اعتیاد از طریق رسانه های جمعی، فراهم کردن فعالیت های شغلی کم هزینه، انجام پژوهش های بیشتر جهت شناسایی علل اعتیاد و پیشگیری از آن و ارزیابی اثربخشی درمان های موجود توصیه می شود (۱۳). در دانشگاه ها نیز، با توجه به شیوع نسبتاً بالای مصرف دخانیات در بین دانشجویان، راه اندازی دفتر مشاوره و استفاده از همسالان



آموزش دیده می تواند نقش بسزایی در کاهش مصرف دخانیات ایفا کند. همچنین غربالگری دانشجویان در بدو ورود از نظر اعتیاد و اجرای برنامه های پیشگیری از سوء مصرف مواد توصیه می شود (۳).

منابع:

1. Briad LA, Blendy JA. Molecular and genetic substrates linking stress and addiction. Brain research. -2010,1314:219-34.
2. Xeinali A, Vahdat R, Hamednia S. The study of preaddictional status in addicts and comparison with normal adults. Knowledge and research in applied psychology. 168-149 (33) 2007,9.
- ۳- سعید ناظمی، رضا چمن، ناهید داور دوست. بررسی شیوع و علل گرایش به مصرف دخانیات در دانشجویان. مجله دانش و تندرستی، ۱۳۹۱.
4. Jalalian F, Mirzaei Alavijeh M, Amoei MR, Zinatmotlagh. Prevalence and pattern of drug abuse among prisoners in Kermanshah city. Iranian journal of health education and health promotion. 50-41:(2)2013,1.
5. Zamani S, Kihara M, Gouya MM, Vazirian M, Ono-kihara M. Prevalence and factors associated with HIV-1 infection among drug users visiting treatment centers in Tehran, Iran. Aids, 16-709:(7)2005,2919.
6. Degenhart L, Hall W. Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease. Lancet 16-709:(9810)2012,379.
7. Koosterman R, Hawkins JD, Guo J, Castalano RF, Abbott RD. Dynamics of Alcohol and Marijuana ignition: patterns and predictors of first use in adolescence. American Journal Public Health. 366-360:(3)2000,90.
8. Noel B. Vascular complications of cocaine use. Stroke 8-1747:(7)2002,33.
9. Mokri A. Brief overview of the status of drug abuse in Iran. Arch Iranian Medicine 90-184:(3)2002,5.
- ۱۰- سعید ناظمی، رضا چمن، ناهید داور دوست. بررسی شیوع و علل گرایش به مصرف دخانیات در دانشجویان. مجله دانش و تندرستی، ماهنامه علمی پژوهشی ۱۳۹۴.
- ۱۱- حامد رضا خانی مقدم، داوود شجاعی زاده، رویا صادقی، باقر پهلوان زاده، رویا شکوری مقدم، وحید فاتحی. بررسی شیوع و علل گرایش به مصرف سیگار و قلیان در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال تحصیلی ۹۰-۸۹. ماهنامه علمی پژوهشی طلوع یزد، ۱۳۹۱.
- ۱۲- سید غلام رضا مرتضوی مقدم، فرح مادر شاهیان، شهناز طبیعی، شیدا پژمان خواه، محمد حسین صادقی. شیوع مصرف مواد در بین دانشگاه های بیرجند.
- ۱۳- ناهید محمدی، فاطمه شبیری، حسین محبوب. فراوانی سوء مصرف مواد در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی همدان در سال ۱۳۸۷.
14. Noori R, Narenjiha H, Aghabakhshi H, Habibi G, Khshkrood Mansoori B. Methadone maintenance therapy outcomes in Iran. Subst Use Misuse. 73-767:(7)2012,47.



اعتیاد

شاعر: امیر حسین بصری، دانشجوی کارشناسی پرستاری

شب هست ولیکن دل او تاب ندارد
در فکر همان دود و دمش تاب ندارد
از بس که به خود پیچید و دستش به جبین است
انگار که لب تشنه شده، آب ندارد
در یافتن سوزن و آتش دو سه مثقال
گویی که طلا گم شده ردیاب ندارد
هرگز تو نگو این که کم است و عددی نیست
مرگ هم بر تو فرق با خواب ندارد
نخ بروی پیش و به افیون برسانی
غرقه که نجاتی از تو گرداب ندارد
مرداب نشان است و حقارت و رذالت
چون راه نجات هم، افتاده به مرداب ندارد
در هیکل و اندام که چون چوب کمان است
در چهره هم عکسی است که هیچ قاب ندارد
پس چه خوشحال کسی هست که رفیقش
در کل صفاتش وصل ناباب ندارد

تاثیر گیاه خرفه بر حیابت نوع ۲

حامد طریقتی دانشجوی رشته کارشناسی پرستاری

ملیکا رجایی تبار کارشناس پرستاری

الناز یزدان پرست کارشناس ارشد آموزش پرستاری

سابقه و هدف: دیابت نوع دو یک بیماری مزمن پر هزینه است که شیوع آن به دلیل افزایش چاقی و سبک زندگی بی تحرک در حال افزایش است. امروزه تحقیقات جدید بهره مندی از گیاهان دارویی را در بهبود سطح سلامت، پیشگیری و همچنین درمان بیماری دیابت نوع دو موثر می دانند. هدف از مطالعه مروری بر اثر ضد دیابتی گیاه خرفه است.

روش جستجو: این پژوهش یک مطالعه مروری-مقطعی که شامل مطالعات از سال ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۶ بود، که از کلیدواژه‌های مناسب شامل بیماران دیابتی، دیابت نوع دو، گیاه درمانی در دیابت، خرفه (Purslane)، عصاره خرفه (Portulaca Oleracea)، خرفه و دیابت در پایگاه های اطلاعات علمی SID، Pubmed و Google Scholar داده‌ها گردآوری شد و مورد بحث قرار گرفت. ۳۰ مقاله جستجو شد که ۱۹ مقاله (۱۱ مقاله فارسی و ۸ انگلیسی) مورد مطالعه نهایی قرار گرفت.

یافته ها: نتایج نشان داد که در مطالعه ال سید (۲۰۱۱) و همکارانش که با هدف اثر دانه خرفه در درمان دیابت نوع دو بیماران به عنوان درمان کمکی و جایگزین در کشور یمن انجام شده است، نشان داد که دانه خرفه شبیه متفورمین در کاهش چربی خون تأثیر دارد و در بهبود اختلال گلوکز نسبت به متفورمین برتر است. در مطالعه دهقان و همکارانش (۱۳۹۵) که با هدف مصرف دانه خرفه و تمرینات ایروبیک بر بهبود شاخص های زیستی مرتبط با آترواسکلروز در زنان مبتلا به دیابت نوع دو در تهران انجام شده است، نشان داد که مصرف دانه خرفه و تمرینات هوازی پس از ۱۶ هفته به طور قابل توجهی سطح قند خون را کاهش داده است. در مطالعه وینستین (۲۰۱۶) و همکارانش که با هدف عصاره خرفه و هموستاز گلوکز در بزرگسالان مبتلا به دیابت نوع دو انجام شده است، نتایج نشان داد که هموگلوبین A1c به طور قابل توجهی در گروه دریافت کننده عصاره خرفه نسبت به گروه دارونما کاهش یافته است.

نتیجه گیری: نتایج نشان دهنده اینست که گیاه خرفه می تواند به عنوان یکی از مواد غذایی مهم در برنامه غذایی بیماران دیابتی و در درمان قند خون بیماران دیابتی در نظر گرفته شود.
کلید واژه ها: دیابت نوع دو، خرفه (Purslane)، دارو گیاهی



بررسی اختلالات شایع خواب در کودکان (یک مطالعه مروری-سیستماتیک)

حامد طریقتی دانشجوی رشته کارشناسی پرستاری

ملیکا رجایی تبار کارشناس پرستاری

راحله رجبی کارشناسی ارشد آموزش پرستاری

سالار معانی کارشناسی ارشد انگل شناسی پزشکی

مقدمه:

خواب یکی از نیازهای اساسی انسان است که برای حفظ سلامتی، کیفیت زندگی و عملکرد صحیح در طول روز ضروری است. کنترل دقیق خواب بخش مهمی از کار بالینی است، زیرا اختلال خواب اغلب نشانه اولیه یک بیماری روانی است. خواب کودکان به طور خاصی مهم تر است، زیرا مستقیماً بر روی تکامل ذهنی و جسمی آنان تاثیر می گذارد. شیوع اختلالات خواب در مطالعات بین المللی از ۱ تا ۴۳ درصد متفاوت است که میان کودکان شایع تر است. تقریباً ۲۵ درصد از کودکان کمتر از ۵ سال اختلال خواب دارند (۱). هدف از انجام این مطالعه مروری بر اختلالات شایع خواب در کودکان می باشد.

روش جستجو:

این پژوهش از نوع مروری-سیستماتیک می باشد، مقالات مورد استفاده در این پژوهش بدون محدودیت زمانی تا سال ۲۰۱۶، با استفاده از کلیدواژه‌های اختلالات خواب، کودکان، ناپهنجاری خواب در پایگاه های اطلاعاتی شامل Magiran, Pubmed, SID و موتور جستجوگر Google Scholar تهیه گردید. مقالات دریافتی در ابتدا ۳۷ مورد بود که با توجه به معیارهای ورود و خروج از قبیل دسترسی به متن کامل مقاله، در نهایت ۱۵ مقاله مورد مطالعه نهایی قرار گرفت.

یافته ها:

شیوع اختلالات خواب در مطالعات بین المللی در میان کودکان شایع تر است، اما به دلیل تظاهرات متفاوت کمتر تشخیص داده می شوند (۱). در مطالعه پتیت و همکاران صحبت کردن در خواب ۷۴/۴٪، وحشت شبانه ۳۹/۸٪، شب ادراری ۲۵٪، راه رفتن در خواب ۱۴/۵٪، دندان قروچه ۴/۵٪ و حرکات موزون ۹/۲٪ در میان کودکان دیده شد. راه رفتن در خواب عمدتاً با وحشت شبانه و صحبت کردن در خواب همراه بود (۲). در مطالعه بهاتی و همکاران که بر روی ۱۰۳ کودک ۳ تا ۱۰ ساله انجام شد. نشان داد به طور کلی اختلالات خواب در ۴۲/۷٪ از جمعیت مورد مطالعه وجود دارد که شامل کابوس شبانه در خواب ۲/۹٪، خرو پف در خواب ۵۸٪، راه رفتن در خواب ۱/۹٪ است (۳). باهامام اختلالات خواب کودکان در بچه های ۵ تا ۹ سال انجام بررسی کرد. . خستگی در طول روز شایع ترین مشکل خواب آنان بود ۳۷/۵٪، دیر به خواب رفتن ۱۱/۸٪، خوابیدن کنار پدر و مادر، ۱۲/۴٪، شب ادراری ۴/۵٪، در میان آنان گزارش شد (۴). در مطالعات انجام گرفته شده، مشخص شد که شایع ترین مشکلات خواب کودکان، مقاومت برای رفتن به رختخواب که باعث ایجاد کم خوابی است و صحبت کردن در خواب بود. و همچنین ناپهنجاری خواب که با اختلال های کابوس شبانه، وحشت خواب، راه رفتن در خواب، شب ادراری و دندان قروچه در کودکان شایع بود. نداشتن برنامه معین برای خواب و ترس و نگرانی کودک پیش از خواب با بیشتر

اختلال های خواب دارای ارتباط معنی دار بود. تمامی افراد مبتلا به اختلالات عملکرد حسی-حرکتی و عملکرد زبان و عملکرد حافظه و یادگیری، به حداقل یکی از اختلالات خواب مبتلا می باشند (۵ و ۶). بحث و نتیجه گیری:

شیوع بالای مشکلات خواب در کودکان نشانگر اهمیت توجه به این مشکلات در این گروه سنی را می رسانند. بسیاری از مشکلات خواب در کودکان با مداخلات به موقع، شناسایی و درمان می شوند و همچنین درمان مشکلات خواب، خیلی از مسایل شناختی و رفتاری ایجاد شده در اثر محدودیت خواب را حل می نماید. لذا اطلاع رسانی در خصوص الگوهای بهداشتی خواب به منظور ارتقاء سطح آگاهی والدین و ارائه خدمات بهداشتی درمانی به منظور درمان محافظه کارانه و غیر دارویی اختلالات خواب و اختلالات عصب روان شناختی از طریق تدوین راهکارها و برنامه های تندرستی مناسب، پیشنهاد می گردد.

کلید واژه ها: اختلالات خواب، کودکان، ناپهنجاری خواب منابع

1. Singh GH, Kenney MK. Rising prevalence and neighborhood, social and behavioral determination of sleep problems in US children and adolescence, -2003 2012, Sleep Disorders 2013.
2. Petit D, Touchelt EE, Tremblay RE. Dyssomnia and

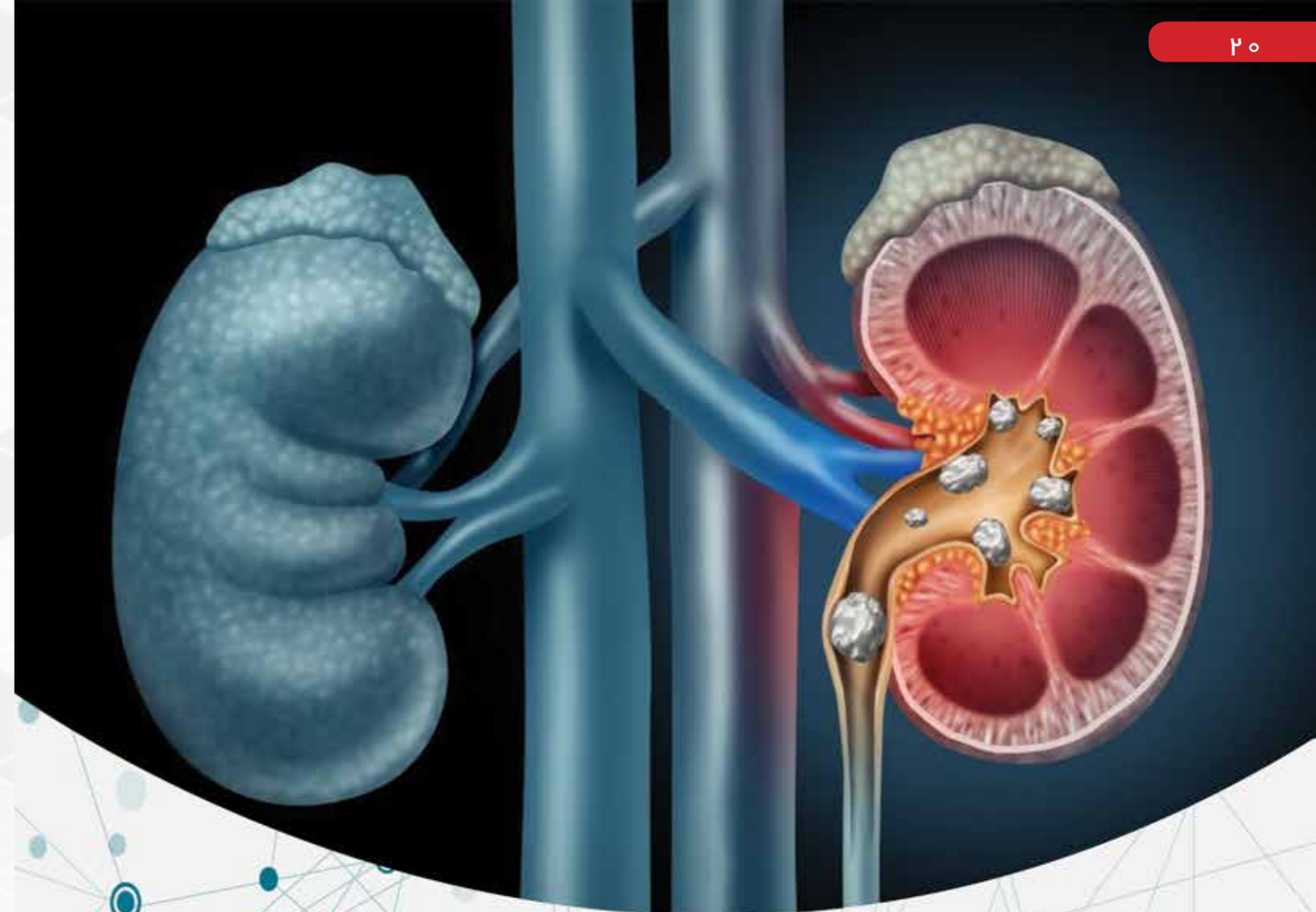
Parasomnia in early childhood. 35-9:(5)119, 2007.
3. Bahati B, Malphi P, Kashp S. Patterns and problems of sleep in school going children, Indian Pediatrics 38-35:(1)2014.43

4. Bhammam A, Alfrai E, Sheikh S, Habits in a sample of Saudi primary school children. Annsudi Med 13-7:(1)2006,26.

۵-قانعیان مهناز کاظمی زهرایی . بررسی شیوع اختلالات خواب و اختلالات یادگیری عصب روانشناختی در کودکان پیش دبستان. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی یزد. ۱۳۹۵،(۶)۲۴.

۶-خزایی طیبه پرتغالی پروانه جمال ام النبین خزاعی سمیه میری نرجس سرحدی ضغری موسوی مرضیه. الگوی خواب و مشکلات شایع خواب در دانش آموزان ابتدایی شهر بیرجند(۱۳۸۹). مجله مراقبت های نوین فصلنامه دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند ۱۳۹۱،(۳)۹.

۷-ازگلی گیتی و همکاران. میزان اختلالات خواب و عوامل مرتبط با آن در کودکان پیش دبستانی. مجله سلامت و مراقبت. ۱۳۹۴(۳)۱۷.



بررسی خطر ابتلا به سنگ های ادراری در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ (یک مطالعه مروری-سیستماتیک)

حامد طریقتی دانشجوی رشته کارشناسی پرستاری

ملیکا رجایی تبار کارشناس پرستاری

راحله رجبی کارشناسی ارشد آموزش پرستاری

سالار معانی کارشناسی ارشد انگل شناسی پزشکی

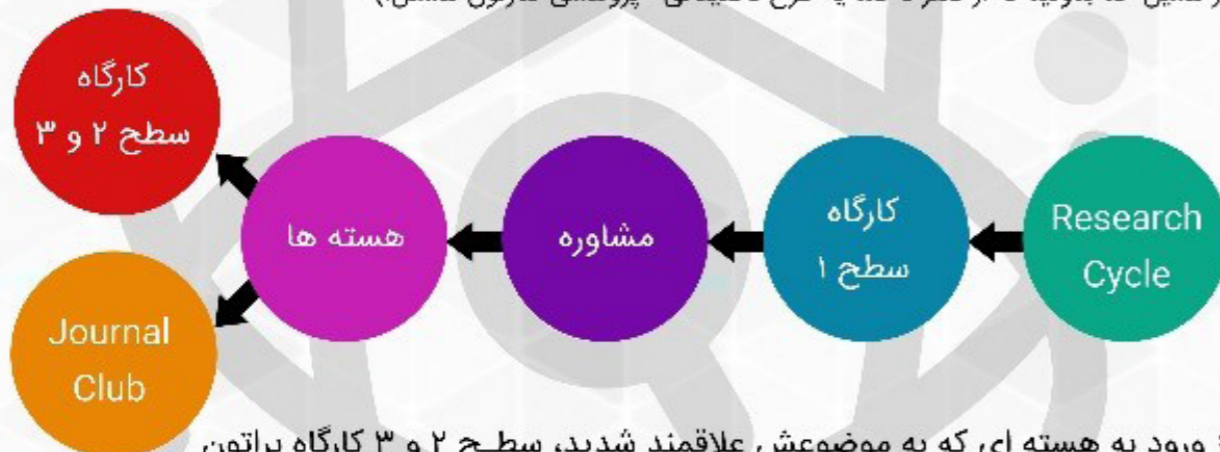
سابقه و هدف : سنگ کلیه یکی از مهمترین مشکلات دستگاه ادراری انسان می باشد. شیوع آن تحت تاثیر تغییرات شیوه زندگی، تغییرات جغرافیایی، نژاد و قومیت و عوامل متعدد دیگری می باشد. شیوع سنگ کلیه ۱ تا ۵ درصد در نقاط مختلف گزارش شده است بدون پیشگیری و انجام اقدامات درمانی، میزان عود سنگ در طی ۵ سال آینده ۵۰ درصد خواهد بود که این مقدار برای سنگهای اسید اوریک بیشتر است. بیماری های سیستمیک خطر تشکیل سنگ های کلیوی را افزایش می دهد. یکی از بیماری های سیستمیک که خطر ابتلا به سنگ های ادراری را می تواند افزایش دهد، دیابت نوع ۲ می باشد. روش جستجو : این پژوهش از نوع مروری-سیستماتیک، مقالات گرفته شده بدون محدودیت زمانی تا سال ۲۰۱۷، با استفاده از کلیدواژه های Kidney stone, Diabetes type ۲, Uric acid stone در پایگاه های اطلاعاتی شامل Pubmed, Sciedirect, SID) و موتور جستجوگر Google Scholar تهیه گردید. مقالات دریافتی در ابتدا ۴۵ عدد بود که با توجه به مهار های ورود و خروج از قبیل دسترسی به متن کامل مقاله، در نهایت ۲۱ مقاله مورد مطالعه نهایی قرار گرفت. یافته ها : در مطالعات انجام گرفته نتایج نشان داد، در افراد مبتلا به دیابت ملیتوس احتمال اینکه سنگ کلیه گزارش شود بیشتر است ($P < 0.001$). آزمایشات متابولیکی نشان داده است که مقاومت به انسولین با نقایص در تولید آمونیوم کلیه همراه است و افراد مبتلا به دیابت ممکن است ادرار اسیدی بیشتری داشته باشند، در نتیجه احتمال تشکیل سنگ اوریک اسید در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ بیشتر است.

پروتکل برگزاری کارگاه های کمیته تحقیقات دانشجویی

همینطور که قبلا قول دادیم امسال کلی برنامه آموزشی پژوهشی براتون در نظر گرفتیم و برای اینکه برنامه منظم داشته باشه تا شما هم بتونید برنامه هاتون رو بچینید همه چیز از جمله زمان امتحاناتون، زمان خونه رفتنن، تعطیلی ها و ... یک پروتکل در نظر گرفتیم که برای تمام دانشجویهاست و یکسری کارگاه های مقدماتی و پیشرفته رو در بر میگیره. از جمله Research Cycle و سه سری کارگاه.

برگزاری کارگاه هامون بصورت ۶ ماهه انجام میگیره و بعد از گذروندن سطح اول و مشاوره وارد هسته های علمی میشید که بعدا براتون میگییم هسته های علمی چی هستن و چه کاربردی براتون دارن .

(فعلا در همین حد بدونید که از صفر تا صد به طرح تحقیقاتی - پژوهشی کنارتون هستن!)



بعد از ورود به هسته ای که به موضوعش علاقمند شدید، سطح ۲ و ۳ کارگاه براتون برگزار میشه و خودتون هم چندتا ژورنال کلاب برگزار می کنید که کمک میکنه یک طرح پژوهشی درست و حسابی رو شروع کنید و با قدرت ادامه بدید. پس کارگاه هامون این شکلی برگزار میشن :

سطح مقدماتی

شامل Research Cycle که شما رو بطور کلی با معنا و مفهوم پژوهش آشنا می کنه و متوجه میشید قراره چیکار کنیم و از کجا به کجا برسیم. بعد از اون :

کارگاه های سطح ۱

انواع مطالعات، Research، پروپوزال نویسی تئوری و عملی
زمان برگزاری: * مهر / اسفند

کارگاه های سطح ۲

آمار، Endnote، Scientific Writing
زمان برگزاری: آذر / اردیبهشت - خرداد

کارگاه های سطح ۳

انواع مطالعات (۲)، SPSS، Medical Journals
زمان برگزاری: بهمن / مهر

* البته نگران زمان برگزاری نباشید، به محض ثبت نام و به حد نصاب رسیدن کارگاه ها رو شروع می کنیم.

برای شروع کافیه در سایت کمیته تحقیقات ثبت نام کنی

WWW.SUMSSRC.ir

* اگه متقاضیان کارگاه زیاد شدن، ما تعداد کارگاه هامون رو بیشتر میکنیم. پس نگران هیچ چیز نباشید و بدونید اگر جا موندید با کارگاه های اضافه بر برنامه فعلی براتون جبران می کنیم ;)



خواجه عبدا... انصاری متولد یکی از روستاهای شهر طوس (تاریخ تولد: ۳۰۶ هجری - وفات ۴۸۱ هجری قمری) و نابغه ای است که به شامخ ترین قلم انسانیت دست یافته و اگر نظم و نثر وی دلنشین است از جادوی عشق و ایمان اوست. وی از گویندگان و شعرای بسیار بلند پایه است که کلام او از دل بر آمده و بر دل می نشیند. خواجه عبدا... انصاری عارف وارسته ای بود که دشمن دغلكاری و نیرنگ بوده و از بزرگترین محدثین عالم اسلام نیز شمرده می شود. وی به لقب شیخ الاسلام معروف بود. از آثار جاویدان این نابغه بزرگ آنچه که به فارسی تصنیف شده و باقی مانده کتاب اسرار و زادالعارفین است که دنیای پرشوری از راه رسیدن به سعادت ازلی خودشناسی و خداشناسی است. آثار خواجه عبدا... انصاری مشحون از مواظظ و نصایح است و مسلک او بعدها مورد استفاده سعدی واقع گشت. او حافظه قوی داشت و گویند سی هزار حدیث حفظ بوده است.

گلچینی از مناجات نامه خواجه عبدا... انصاری
در عجبم از کسی که کوه را می شکافت تا به معدن جواهر برسد، ولی خویش را نمی کاود تا به درون خود راه یابد.
الهی نام تو ما را جواز، مهر تو ما را جهاز، شناخت تو ما را امان، لطف تو ما را عیان.
الهی ضعیفان را پناهی، قاصدان را بر سر راهی، مومنان را گواهی، چه عزیز است آن کس که تو خواهی...
الهی در جلال رحمانی، در کمال سبحانی، نه محتاج زمانی و نه آرزومند مکانی، نه کس به تو ماند و نه به کسی مانی، پیداست که در میان جانی، بلکه جان زنده به چیزی است که تو آئی.

الهی چون در تو نگرم از جمله تاج دارانم و چون در خود نگرم از جمله خاکسارانم. خاک بر باد کردم و بر تن خود بیداد کردم و شیطان را شاد.
الهی در سر خمار تو دارم و در دل اسرار تو دارم و بر زبان اشعار تو.
الهی اگر طاعت بسی ندارم اندر دو جهان جز تو کسی ندارم.

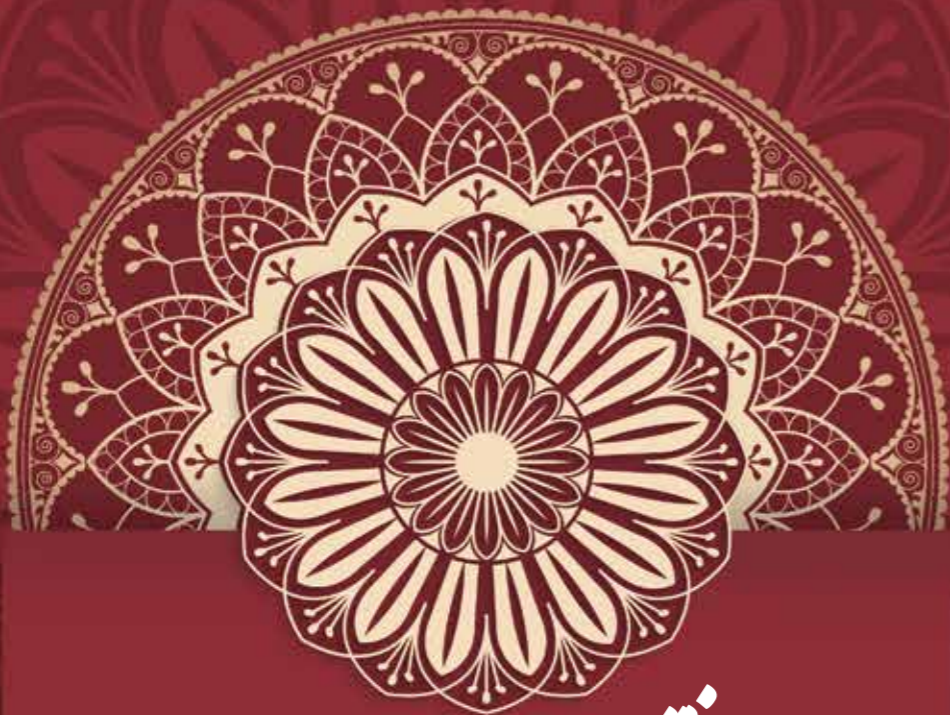
الهی ظاهری داریم بس شوریده و باطنی داریم بخواب غفلت آلوده و دیده ای پر آب. گاهی در آتش می سوزیم و گاهی در آب دیده غرق.

آن کس که تو را شناخت، جان را چه کند؟
الهی ضعیفان را پناهی، قاصدان را بر سر راهی، مومنان را گواهی، چه عزیز است آن کس که تو خواهی.
الهی هر که تو را شناسد کار او باریک و هر که تو را نشناسد، راه او تاریک.

الهی توانایی ده که در راه نیفتیم و بینایی ده که در چاه نیفتیم.

الهی بر عجز خود آگاهم و بر بیچارگی خود گواهم. خواست خواست توست، من چه خواهم.
الهی گفتمی کریمم، امید بدان تمام است. تا کرم تو در میان است، نا امید حرام است.

منبع: صدیقه رنجبر برجنی. زندگی نامه خواجه عبدا... انصاری. فصل نامه علمی پژوهشی فرهنگی مرکز آموزشی درمانی نمازی. ۱۳۹۷، سال سوم، شماره ۶. صفحه ۲۹.



نتیجی از احادیث

امام صادق علیه السلام فرمودند: سیزده زن در رکاب امام مهدی «علیه السلام» حضور خواهند داشت. زخمیان را درمان و از بیماران پرستاری می کنند.

پیامبر اکرم «صلی الله علیه و اله» فرمودند: هر کس برای برآوردن نیاز بیماری بکوشد، چه آن را برآورده سازد و چه نسازد، مانند روزی که از مادرش زاده شد، از گناهان پاک می شود.

پیامبر اکرم «صلی الله علیه و اله» فرمودند: هر کس غذای دلخواه مریضی را به او بخوراند خدا از میوه های بهشت به او بخوراند.

پیامبر اکرم «صلی الله علیه و اله» فرمودند: هر کس یک شبانه روز از بیماری پرستاری کند خداوند او را با ابراهیم خلیل محشور می کند.

منبع: کتابخانه احادیث شیعه.

www.HADITHLIB.com



Corona Virus

Coronaviruses (CoV) are a large family of viruses that cause illness ranging from the common cold to more severe diseases such as Middle East Respiratory Syndrome (MERS-CoV) and Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS-CoV). A novel coronavirus (nCoV) is a new strain that has not been previously identified in humans.