

ویتالامین

فصلنامه علمی فرهنگی | سال سوم. شماره سوم. پاییز ۱۴۰۳





اوتیت گوش میانی

اوتیت یا عفونت گوش میانی (Otitis media)، گروهی از بیماری‌های التهابی گوش میانی بوده که یکی از دو نوع اصلی، اوتیت حاد گوش میانی (AOM) است.

گردآورنده: محدثه دلفانی

اوتیت حاد گوش میانی

اوتیت یا عفونت حاد گوش میانی (AOM)، یکی از شایع‌ترین بیماری‌های دوران اوایل کودکی است. این بیماری، بیش از ۰۹ درصد کودکان زیر ۷ سال را مبتلا می‌کند و هر ساله بیش از ۵۲ درصد تجویز داروهای آنتی‌بیوتیک خوراکی به‌همین‌خاطر است. قله‌ی وقوع این بیماری بین ۶ تا ۴۲ ماهگی است و بیماری اغلب در ماه‌های زمستان دیده می‌شود. به‌نظر می‌رسد میزان وقوع اوتیت میانی با موارد و متغیرهایی همچون قرارگیری در معرض دودسیگار، جنسیت مذکر و بستری شدن در درمانگاه یا بیمارستان‌ها افزایش یابد.

در هنگامیکه بنا به دلایلی همچون التهاب یا وجود تومور، شیپوراستاش به مدت مدیدی بسته باشد، ممکن است مشکلات و مسائل زیر رخ دهد:

۱. ترشح پایدار و همیشگی یا برگشت‌پذیر گوش میانی همراه یا بدون عفونت
۲. رتراکشن یا پارگی پرده گوش
۳. مشکلات مرتبط با گوش داخلی، زائده ماستوئید و یا سیستم عصبی نوزادان و کودکان بسیار مستعد اوتیت گوش میانی هستند؛ چون شیپوراستاش آنها افقی‌تر کوتاه‌تر و گشادتر است. به‌علاوه، عضله‌ی کام آنها کم‌توان‌تر بوده و قدرت کافی برای بازکردن شیپور ندارد.

گوش میانی ازطریق لوله‌ی باریکی که شیپوراستاش نام دارد به فضای حلق باز می‌شود. شیپوراستاش در هنگام بلع، فریادزدن و خمیازه کشیدن باز می‌شود و هوا ازطریق این لوله وارد فضای گوش میانی می‌شود تا بدین‌طریق سلول‌های موجود در فضای گوش میانی بتوانند اکسیژن لازم خود را دریافت کرده و زنده بمانند. همچنین شیپوراستاش کارش حفاظت از فضای گوش میانی در برابر ورود باکتری‌ها و رفلاکس معده از حلق به درون آن می‌باشد. برای این کار، شیپوراستاش همیشه بسته است.

وقتی برخی از این کودکان دچار کم شنوایی حسی عصبی شدید تا عمیق باشند و اوتیت گوش میانی موجب اضافه شدن کم شنوایی اضافی انتقالی در این کودکان گردد، آن گاه اگر درمان به گونه ای صورت گیرد که این میزان کم شنوایی انتقالی رخ داده در این بیماران حذف گردد، مساله ای بسیار کمک کننده ای خواهد بود، چون باعث می شود با تقویت سمعک بتوان کم شنوایی شدید تا عمیق آنان را جبران نمود. در غیر این صورت سمعک کمک کننده نخواهد بود. کودکان دیگری که ممکن است از لوله های تمپانوستومی سود ببرند، آن دسته از کودکانی هستند که تاریخچه ای از صرع های تبی دارند و کودکانی که حساسیت دارویی به آنتی بیوتیک های مرسوم دارند. در کودکانی که بعد از جدا شدن اولین مجموعه از لوله های تمپانوستومی از پرده ی گوش، همچنان نشانه های راجعه از ترشح گوش میانی وجود دارد، باید هم زمان با قرار دادن دومین مجموعه از لوله های تمپانوستومی، به عمل جراحی برای برداشتن لوزه ها نیز فکر کرد.

لوله تمپانوستومی

لوله های تمپانوستومی به صورت لوله های پروتزی کوچکی هستند که با عمل جراحی سبکی روی پرده ی گوش فرد کار گذاشته می شود و این لوله ها موجب تنظیم فشار هوا در بین دو طرف پرده ی گوش می شود، بطوریکه فشار هوای بین مجرای گوش خارجی با فضای گوش میانی متعادل می شود. همچنین مایع گوش میانی ممکن است از طریق این لوله به بیرون و فضای مجرای گوش خارجی دفع شود. برای کودکان کم سن و سال، برای کار گذاشتن این لوله روی پرده ی گوش نیاز به بیهوشی عمومی است. در کودکان بزرگتر و بزرگسالان، این کار در مطب پزشک متخصص و با بیهوشی موضعی ممکن است صورت بگیرد. این لوله ها حدود یکسال پس از جایگذاری بطور خود به خودی از پرده ی گوش جدا شده و بیرون می افتد. عوارضی که ممکن است لوله ی تمپانوستومی ایجاد کند، عبارتند از: ۱. ترشح پایدار یا راجعه بیش از ۲ سال ۲. رتراکشن اجسام خارجی به داخل گوش میانی به همراه ساختارهای بافتی برآمده ۳. پارگی پرده گوش به دنبال بیرون زدگی لوله ۴. تمپانواسکلروزیس ۵. کلسیتومای ناشی از درمان باید به این نکته ی مهم توجه داشت که تاکنون شایع ترین شکایت بیماران، ترشح از گوش است و به ندرت شکایات و عوارض جدی تر دیگری رخ می دهد. برای مثال، در یک مطالعه، میزان وقوع ترشح بعد از جایگذاری لوله ی تمپانوستومی برابر ۷/۸ درصد تخمین زده شد، درحالی که پارگی پرده ی گوش بطور میانگین فقط در ۱/۷ درصد موارد رخ داده بود. دراکترموارد، برای کنترل ترشح در اثر وجود لوله ی تمپانوستومی، از قطره ی آنتی بیوتیک موضعی به مدت ۵ تا ۶ روز استفاده می شود تا بدین وسیله، ترشح از بین برود؛ اگرچه به نظر می رسد که تمپانواسکلروزیس پرده ی گوش با جایگذاری لوله مرتبط باشد، اما بطور کلی هیچ عواقبی ندارد و همچنین کم شنوایی نیز رخ نمی دهد. آن دسته از کودکانی که دچار بد ساختاری های گردنی - صورتی مثل سندروم داون، شکاف کام، سندروم کروزن و سندروم تریچرکولینز هستند، مستعد اوتیت گوش میانی هستند و اغلب این کودکان نیاز به جایگذاری متعدد لوله های تمپانوستومی دارند. باید این بیماران را در اوایل زندگی از لحاظ مشکلات شنوایی و ترشحات گوش میانی ارزیابی و معاینه کرد. استفاده از لوله های تمپانوستومی تقریباً برای همگی این بیماران مفید است. در کودکان دچار کم شنوایی حسی عصبی، استفاده از لوله های تمپانوستومی ضروری است.

اوتیت حاد گوش میانی در اثر عفونت ناشی از یکی از چند باکتری های نسبتاً شایعی می باشد که معمولاً با درمان های مناسب آنتی بیوتیک رفع می شود. علائم بالینی این بیماری عبارتند از: ۱. شروع ناگهانی تب ۲. درد ۳. کج خلقی ۴. بی قراری ۵. افزایش تعداد سلول های خونی سفید. در اوتیت حاد گوش میانی، بافت (موکوس) گوش میانی ورم کرده و پر خون می شود و ممکن است خونریزی رخ دهد. با پیشرفت بیماری، نفوذ موضعی سلول های خونی سفید رخ می دهد و در معاینه ی فیزیکی گوش، خودش را به صورت تجمع چرک درون فضای گوش میانی نشان می دهد. عفونت موجب درد بیش از حد می شود؛ اگرچه آن میزان تنش و دردی که در اوتیت خارجی لاله ی گوش یا بافت های اطراف لاله ی گوش رخ می دهد، در اوتیت میانی رخ نمی دهد.

پارگی پرده گوش در اثر اوتیت حاد گوش میانی

وقتی درمان مناسب برای اوتیت حاد گوش میانی صورت نگیرد، اغلب باعث پاره شدن خود به خودی پرده ی گوش می شود و بدین ترتیب، عفونت و چرک از فضای گوش میانی به بیرون تخلیه می شود و علائم این بیماری در بیمار کاهش و تسکین می یابد. پارگی در پرده ی گوش این امکان را می دهد که چرک از گوش میانی خارج شود و اغلب با آرامش سریع درد و از بین رفتن سریع تب همراه است. در بیشتر از ۹۰ درصد موارد، پرده گوش خود به خودی جوش یا بهبود می یابد؛ وقتی درمان مناسب انجام شود، دراکترموارد، اوتیت حاد گوش میانی بدون شکایتی ناپدید می شود. اگرچه علی رغم اینکه میزان عوارض کلی بیماری در مقایسه با دوران قبل از درمان آنتی بیوتیک کاهش بارزی پیدا می کند، عوارض و علائم تهدید کننده زندگی فرد ممکن است همچنان در برخی موارد دیده شود که اغلب به خاطر باکتری های مقاوم به درمان آنتی بیوتیک است. این عوارض عبارتند از: ۱. عفونت ماستوئید ۲. فلج عصب صورتی ۳. عفونت لایبرنت به همراه کم شنوایی حسی عصبی کامل ۴. مننژیت ۵. آبسه مغز اگرچه در حال حاضر در آمریکا بیشتر پزشکان این بیماری را با آموکسی سیلین دوز بالا درمان می کنند، اما باید به این نکته توجه داشت که مراقبت و پایش وضعیت بیمار بسیار مهم و حیاتی است. دستورالعمل های پزشکی بالینی اخیر برای درمان اوتیت حاد گوش میانی که توسط آژانس کیفیت و تحقیقات بهداشت و سلامتی در سال ۲۰۰۴ منتشر شده است حاکی از آن است که می توان در کودکان سالم درمان آنتی بیوتیک انجام نداد ولی مراجعه های مجدد و پایش رفع یا عدم رفع علائم مربوط به اوتیت حاد گوش میانی امری حیاتی و الزامی است.



ارتباط پرستار با دنیای تکنولوژی

از آنجا که حرفه پرستاری نیازمند توجه، همدلی و مراقبت است، اما هرگز جایگزین فناوری نمی‌شود. با این حال، نوآوری‌های تکنولوژیکی می‌تواند پرستاران را از بار بسیاری از کارهای یکنواخت و تکراری خلاص کند؛ مخصوصاً در یک بیماری همه‌گیر که زمان بسیار مهم است. این ابزارها می‌توانند در آینده نزدیک در زندگی کاری روزانه پرستاران متداول شوند.

گردآورنده: محمدامین وکیلی

۱. رباتیک از کارهای یکنواخت جلوگیری می‌کند. مدیریت دارو، ضدعفونی کردن، حمل وسایل پزشکی، بلندکردن بیماران بستری، پیمایش و احوال‌پرسی از بیماران و بستگان در بیمارستان از جمله وظایفی است که ربات‌ها می‌توانند از آنها پشتیبانی کنند.

۲. ارتباط از راه دور با جوامع منزوی؛ پرستاران از سراسر جهان می‌توانند در تنظیمات تریاژ تلفنی شرکت کنند. علاوه‌براین، پرستاران می‌توانند سطح تنفس، ضربان قلب، گلوکز خون و موارد دیگر را کنترل کنند. به‌عنوان مثال، در شرایط غیراورژانسی، پرستاران می‌توانند میزان فشارخون یا قندخون بیماران را بگیرند. آنها همچنین می‌توانند در مورد نحوه پوشاندن زخم یا درمان سوختگی جزئی به بیماران آموزش دهند.

۳. خون‌گیری با تکنولوژی؛ ربات Veebot اولین ربات phlebotomist برای تشخیص رگ مناسب از ترکیبی از نور مادون‌قرمز و تجزیه و تحلیل تصویر استفاده می‌کند؛ سپس سونوگرافی اعمال می‌شود تا از جریان‌خون کافی در رگ مطمئن شوند.

بالینی پرستاران، مددکاران اجتماعی، همکاران سلامت رفتاری و داروسازان را ترکیب کنیم و از طریق یک رویکرد بین رشته‌ای برای مراقبت همراه با تجزیه و تحلیل خود، بر شناسایی موانع و بستن شکاف‌ها تمرکز کنیم. «همان‌طور که سازمان‌های مراقبت‌های بهداشتی، روش‌های ارائه مراقبت خود را تکمیل می‌کنند و بیشتر بر جمع‌آوری، ذخیره‌سازی و استفاده از داده‌ها تکیه می‌کنند، پرستاران در گسترش نفوذ خود پیش‌تاز هستند.

۵. افزایش اتکا به رابط‌های کاربری کارآمد؛ رابط‌های کاربری می‌توانند افزایش بار اداری زمان را از بیماران بگیرند. رابط کاربری به‌طور کلی به تعامل انسان به صورت بصری اطلاق می‌شود. مثلاً افراد از طریق صفحه نمایش تعاملات اینترنتی را برقرار می‌کنند. اما رابط کاربری صفر چیست؟ رابط کاربری صفر به معنای تعامل از طریق صحبت کردن، حرکات و غیره است؛ مثلاً شما تصمیم دارید با دنیای فناوری تعامل داشته باشید؛ در حالت کاربری صفر، نیاز نیست کاربر حتماً از طریق دیدن و صفحه‌نمایش، خواسته خود را اجرا کند، بلکه می‌تواند از طریق پیام‌صوتی، حرکت دست و غیره نیز مفهوم خود را برساند. تفکر رابط کاربری صفر بر این پایه قرار دارد که تکنولوژی بزرگ نامرئی است. درواقع همیشه این فشار وجود دارد که تکنولوژی را کمتر و کمتر برای کاربر آشکار کند. هرچه کاربر کمتر متوجه شود، بهتر کار می‌کند. بنابراین تفکر رابط کاربری صفر، یک رابط بدون حضور فیزیکی است، بدون صفحه‌نمایش، بدون دکمه و بدون کلید؛ در عوض کاربر حرکت می‌کند، صحبت می‌کند، نگاه می‌کند یا فکر می‌کند و هوش مصنوعی، آن تعامل را برای پاسخ‌گویی تفسیر می‌کند. به‌عنوان مثال، یکی از مراکز بهداشتی آمریکا، یک دستیار مجازی را به کار گرفته است که به پزشکان کمک می‌کند به داده‌های بیمار در دستگاه‌های تلفن همراه دسترسی داشته باشند. کمک بیماران و پرستاران و تعامل موثر آنها آمده است.

این فناوری در حال توسعه، می‌تواند بهترین رگ را با دقت حدود ۸۳٪ به درستی شناسایی کند که قابل مقایسه با یک تکنسین باتجربه است. این بدان معنی است که احتمال کمتری برای خطاهای دردناک وجود داشته و زمان کمتری برای انجام این روش صرف می‌شود. روش دیگر برای خون‌گیری، استفاده از فناوری AR است. این کار شامل فناوری مبتنی بر نور برای روشن کردن رگ‌های محیطی جهت بهبود موفقیت در اولین رگ‌گیری است. دستگاه‌هایی مانند AccuVein و VeinViewer چنین رویکردی را اتخاذ می‌کنند. برای یک راه‌حل مشابه اما مقرون به‌صرفه‌تر، رگ‌یابی با قابلیت چاپ ۳ بعدی با هزینه ۲۵ دلار DIY توسط الکس استنسیو، طراحی شده است.

۴. نقش روبه‌رشد پرستاران در انفورماتیک؛ براساس این رویکرد، پرستاران به‌عنوان رهبران پیشرو و واسطه برای استقرار هوش مصنوعی، نقش مهمی یافته‌اند. درواقع نهادهای نظارتی بر شفافیت و قابلیت همکاری مراقبت‌های بهداشتی تأکید دارند و پرستاران همچنان نقش مهمی در جمع‌آوری و به‌کارگیری داده‌ها در جریان کار بالینی ایفا خواهند کرد. نقش‌هایی مانند مدیر ارشد پرستاری و مسئول انفورماتیک پرستاری که هم جنبه‌های بالینی و هم جنبه‌های فنی پرستاری را دربر می‌گیرد، کلیدی هستند زیرا تحول دیجیتال به چیزی بیش از به‌روزرسانی‌های EHR یا پرونده الکترونیک سلامت نیاز دارد. کنی دریسکول، مدیر ارشد پرستاری یکی از تحقیقات در همین رابطه آورده است: «ما توانستیم دانش

چگونه بهداشت را حفظ و ارتقا دهیم؟



مطابق مقدمه اساسنامه سازمان جهانی بهداشت (۱۹۴۶)، برخورداری از بالاترین حد استانداردهای منطقی و قابل حصول سلامت، بدون درنظر گرفتن مذهب، عقاید سیاسی و موقعیت اقتصادی و اجتماعی حق مسلم هر انسانی است.

پیشگیری از بیماری در برنامه‌های آینده سلامت، به‌معنای درنظر گرفته شدن تمامی عوامل و فاکتورهای مؤثر در کاهش میزان احتمال ابتلا به بیماری‌ها و آسیب‌ها و نیز کاهش شدت و دوره ابتلا به آنها می‌باشد. اگر تعریف هندرسون قبول شود، در آن صورت مفهوم پیشگیری، موارد بسیاری از جمله محافظت و این‌سازی، برنامه‌های تنظیم خانواده، برنامه‌های حفاظت و مراقبت در دوران بارداری و همچنین مراقبت از کودکان، بستن مالیات سنگین بر توتون و تنباکو، این‌سازی راه‌ها و وسایل نقلیه، برنامه‌های سلامت در محیط‌های کاری و اجتماعی و همچنین آموزش سلامت به افرادی که احتمال بروز رفتارهای مخاطره‌آمیز در آنها بیشتر است را پوشش خواهد داد. پیشگیری در مرحله دوم، شامل جلوگیری از آسیب‌های قابل اجتناب و نتایج ناخواسته حاصل از آنها بعد از بروز علائم اولیه بیماری و همچنین انجام فعالیت‌های درمانی می‌شود. مرحله سوم پیشگیری، به‌صورت کنترل بیماری در مرحله پیشرفته و بحرانی به‌منظور به حداقل رساندن آثار زیان‌بار آن بر سلامت تعریف می‌شود. مفهوم ارتقای سلامت حتی در مرحله سوم پیشگیری نیز قابل طرح است؛ به این معنی که حتی درمورد بیماری‌های مزمن نظیر درد مفاصل و ناراحتی‌های قلبی نیز می‌توان با کنترل بیماری، آثار زیان‌بار آن را به حداقل رسانده و سطح سلامت را افزایش داد که در اینجا آثار مثبت ارتقای سلامت مشهود می‌شود.

۳) حفاظت از سلامت

حفاظت از سلامت شامل مجموعه اموری است که ریشه در حرکت‌های سلامت عمومی در قرن ۱۹ و اوایل قرن ۲۰ داشته و سعی در تأثیرگذاری بر تغییرهای اجتماعی، اقتصادی و محیطی به طریقی که برای بهداشت و سلامت مفید باشد دارد.

حفاظت از سلامت درک به‌معنای مجموعه کنترل‌های قانونی و حقوقی و نیز مجموعه قوانین و سیاست‌ها و همچنین فعالیت‌های داوطلبانه برای افزایش مثبت سلامت، پیشگیری از بیماری‌ها و موانع موجود در زمینه سلامت می‌باشد.

بطور معمول، هدف اصلی و اساسی حفاظت از سلامت، پیشگیری و جلوگیری از بیماری‌ها و آسیب‌ها است؛ اما آنچه که حفاظت از سلامت در مجموع در پی آن است، ارتقای سلامت عمومی با هدف ایجاد اجتماعی سالم است. بطورکلی حفاظت از سلامت چیزی نیست که توسط یک فرد انجام گیرد بلکه این مسئولیت به‌عهده ارگانی مثل دولت و یا سازمان‌های محلی و یا شرکت‌های دارای قدرت اجرایی می‌باشد. جزء تکمیل‌کننده حفاظت از سلامت، حمایت از آن یعنی ایجاد منابع و تسهیلاتی است که بتواند فرصت‌های سلامت را ایجاد کند. برای مثال ایجاد امکانات، تسهیلات و فضاهای مناسب برای ورزش و تفریح‌های بدنی در محیط‌های کاری که در اینجا وظیفه تشویق افراد برای استفاده از چنین تسهیلاتی برعهده آموزش سلامت است.

ب) محدود شماره ۲: آموزش فعالیت‌های پیشگیرانه آموزشی که هدف آن تشویق افراد برای اجرای فعالیت‌های پیشگیری از بیماری باشد و آموزش مجریان و ارائه‌دهندگان خدمات اجتماعی برای استفاده از سرویس‌ها و خدمات پیشگیری‌کننده.

ج) محدوده شماره ۳: حفاظت از سلامت. برای مثال: تصفیه و فلوراید کردن آب، قانون بستن کمر بند ایمنی، سیاست‌های مالیاتی برای توتون، تنباکو و الکل.

د) محدوده شماره ۴: آموزش حفاظت از سلامت با اهداف پیشگیرانه.

برای مثال: لایحه ایجاد قانون بستن کمر بند ایمنی و یا لایحه مربوط به افزایش مالیات بر تنباکو و توتون و تلاش‌هایی برای ایجاد خدمات حفاظتی و پیشگیرانه در محیط‌های مختلف اجتماعی و آموزش برای استفاده صحیح از چنین تسهیلات و خدماتی.

ه) محدوده شماره ۵: آموزش سلامت به‌جهت منفعتی که سلامت به همراه دارد.

هدف چنین آموزشی، تشویق افراد برای انجام فعالیت‌های منتهی به سلامت و تندرستی و یادآوری مزایا و منفعتی که سلامت برای آنها به‌همراه دارد می‌باشد؛ مانند تشویق افراد برای انجام فعالیت‌های بدنی کافی و ورزش یا تغییر رژیم غذایی ناسالم و تبدیل آن به یک رژیم غذایی سالم و مقوی. و) محدوده شماره ۶: حفاظت از سلامت به‌جهت منفعتی که سلامت به همراه دارد.

برای مثال: استفاده از سرمایه‌های ملی و عمومی برای ایجاد تسهیلات و خدماتی که هدف آن ارتقای سطح سلامت در جامعه باشد؛ مانند توسعه سیاست‌هایی برای منع استعمال دخانیات در محیط‌های کاری و اجتماعی به‌منظور برخورداری مردم از هوایی سالم و پاک.

ز) محدود شماره ۷: آموزش‌های مربوط به پیشگیری برای رسیدن به سلامت به‌دلیل نتایجی که سلامت با خود به‌همراه دارد.

برای مثال: تشویق سیاست‌گذاران به تصویب مصلوبه‌هایی برای ایجاد فرصت‌ها، تسهیلات و خدمات بیشتر به‌منظور ارتقای سطح سلامت جامعه و تشویق و حمایت اعضای جامعه برای درخواست چنین خدماتی از دست‌اندرکاران امور اجتماعی.

۲) پیشگیری

پیشگیری از بیماری به‌معنای کاربرد روش‌هایی برای کاهش تأثیر عوامل مخاطره‌آمیز در ایجاد یک بیماری خاص و یا برای بالابردن فاکتورهای مؤثر کاهش‌دهنده حساسیت در برابر بیماری می‌باشد. این تعریف با عقیده تقدم پیشگیری اولیه از بیماری و آسیب بر درمان و انجام اقدام‌های قبل از بروز علائم بیماری و مشکل مرتبط است.

سلامت، تنها به موقعیت اقتصادی و اجتماعی افراد وابسته نیست؛ سلامت و هرآنچه که مرتبط با آن است، بازتابی از وضعیت فعلی جمعیتی خاص یا گروهی از مردم، انعکاسی از موقعیت افراد و جوامع در بستر اجتماعی مربوطه و روش نگاه به آنها توسط دولت، و همچنین انعکاسی از وجود یا فقدان بستری صحیح و قطعی برای سلامت است.

نوع برخورد هر فرد با سلامتی‌اش، تاحدزیادی به میزان سواد بهداشتی وی بستگی دارد و افزایش سواد بهداشتی اقشار مختلف مردم نیازمند توسعه علمی و منطقی آموزش سلامت در کشور است. ارتقای سلامت، دربرگیرنده سه فاکتور است: آموزش سلامت، حفاظت از سلامت و پیشگیری از بیماری است که بدون برنامه‌ریزی موزون، هماهنگ، هم‌زمان و برابر برای هر یک از این سه فاکتور نمی‌توان به ارتقای سلامت مردم آمیدی داشت.

۱) آموزش

آموزش سلامت می‌تواند به روش‌های مختلف و در موقعیت‌های متنوعی انجام گیرد. روش‌هایی نظیر: استفاده از رسانه‌های جمعی، معلمان و استادان، مشاوران، پزشکان، گروه‌های خیریه و در موقعیت‌هایی نظیر محیط‌های کاری، بیمارستان‌ها، مدارس، مطب‌ها و غیره.

در نظریه نوین سلامت عمومی، تأثیر محیط (اجتماعی، اقتصادی و انسانی) بر سلامت مورد توجه قرار گرفته که بنابر نظر Tones براساس چنین دیدگاهی، دو نقش جدید برای آموزش سلامت ایجاد شده است که شامل:

الف) آموزش سلامت باید سطح آگاهی‌های عمومی درمورد تأثیر محیط (اقتصادی، اجتماعی و انسانی) بر سلامت و یا عدم سلامت و نیز نابرابری در توزیع منابع سلامت را بالا ببرد.

ب) نکته دیگر آن است که آموزش سلامت، با بالابردن سطح دانش و مهارت‌های افراد، باید به آنها کمک کند تا درمورد سلامت خود و خانواده و جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کنند، قادر به تصمیم‌گیری شوند.

آموزش سلامت در هر حوزه‌ای شامل: آموزش سلامت به دست‌اندرکاران و همچنین آموزش سیاست‌گذاران مربوطه و نیز آموزش سلامت همگانی به مردم است.

الف) محدوده شماره ۱: پیشگیری

برای مثال: این‌سازی، اقدامات حفاظتی، استفاده از برچسب نیکوتین روی دخانیات، تشخیص پرفشاری خون و مراقبت از آن و غیره.

آب مروارید

گردآورنده: علی حسینیایی

آب مروارید چیست؟ آب مروارید به معنی کدورت یا تیرگی در عدسی چشم است که علل مختلفی داشته و می‌تواند در هر سنی و در یک یا هر دو چشم اتفاق بیفتد.

انواع

سه نوع شایع آب مروارید وابسته به سن وجود دارد که براساس محل درگیری عدسی تعریف می‌شود:

• کاتاراکت هسته‌ای

• کاتاراکت قشری

• کاتاراکت زیرکپسول خلفی

در کاتاراکت هسته‌ای، کدورت در مرکز عدسی اتفاق افتاده و یک پایه ژنتیکی قابل توجه دارد. این نوع کاتاراکت با نزدیک بینی ارتباط دارد؛ با پیشرفت کاتاراکت شدت نزدیک بینی بیشتر می‌شود. در کاتاراکت هسته‌ای که چگالی و تراکم عدسی بالاست، بینایی فرد شدیداً تاریک و مه‌آلود خواهد بود. تغییرات دوره‌ای نمره عینک، به اصلاح این وضعیت کمک می‌کند.

در کاتاراکت قشری، قسمت‌های قدامی، خلفی و مرکزی کورتکس (قشر) عدسی درگیر می‌شوند. کاتاراکت مرکزی یا محیط کورتکس، با مسیر عبور نور از وسط عدسی تداخل ندارد و بنابراین تأثیر کمی روی بینایی فرد خواهد داشت. انواع کاتاراکت قشری از نظر سرعت پیشرفت بسیار متنوع هستند. در این نوع کاتاراکت، بینایی در نور بسیار شدید بدتر می‌شود.

کاتاراکت زیرکپسول خلفی در رأس کپسول خلفی بوجود می‌آید. این نوع کاتاراکت اغلب در افراد جوان اتفاق افتاده و در بعضی موارد با مصرف طولانی مدت کورتیکواستروئیدها با دیابت یا صدمات چشمی مرتبط است؛ دید نزدیک کاهش پیدا کرده و چشم شدیداً به درخشندگی نورهای شدید مانند نورخورشید یا چراغ جلوی اتومبیل حساس است.

عوامل خطر

- سن (در سنین بالای ۶۵ سال شیوع آن افزایش می‌یابد)
- ازدست دادن شفافیت عدسی
- عوامل سمی (مانند سوختگی‌های شیمیایی قلیایی چشم، مسمومیت‌ها، مصرف سیگار)

- عوامل تغذیه‌ای (مانند چاقی، سوءتغذیه، کاهش سطح آنتی‌اکسیدان)
- عوامل جسمی
- بیکاری‌های سیستمیک و سندرم‌ها (مانند دیابت، اختلالات کلیوی، سندرم داون)

یافته‌های بالینی

- دید تاریک بدون وجود درد
- پراکندگی نور
- حساسیت به تشعشع
- کاهش دقت بینایی
- تغییر رنگ‌ها

تشخیص

تشخیص بیماری آب مروارید توسط پزشک متخصص چشم و به وسیله دستگاه‌های مختلف چشم‌پزشکی انجام می‌شود.

درمان

جراحی، تنها روش معالجه آب مروارید است. هیچ روش غیرجراحی (داروها، قطره‌های چشمی، عینک) که آب مروارید را بطور قطعی درمان کند یا از وقوع آن جلوگیری کند وجود ندارد. به‌طورکلی اگر اختلال بینایی حاصل از آب مروارید با انجام فعالیت‌های عادی روزانه تداخل ندارد، ممکن است به جراحی نیاز نباشد. تصمیم‌گیری راجع به جراحی و زمان انجام آن برعهده پزشک می‌باشد.

عمل جراحی بصورت سرپایی انجام شده و معمولاً کمتر از یک ساعت طول می‌کشد. بیمار در عرض نیم ساعت یا کمتر بعد از عمل جراحی ترخیص می‌شود.

مراقبت‌های بعد از عمل

- کمک به کاهش درد با مصرف یک ضد درد ملایم مانند استامینوفن.
- آموزش درخصوص چگونگی مراقبت از چشم، مصرف داروها، شناخت علائم و نشانه‌های عوارض

- محافظت از چشم تا ۲۴ ساعت بعد از عمل با پوشش محافظ.
- به مدت ۲۴ ساعت فعالیت‌های خود را به نشستن روی صندلی، استراحت در تخت و رفتن به دستشویی محدود کند.
- ۱ تا ۴ هفته بعد از عمل، روزها از عینک و شب‌ها از یک محافظ فلزی استفاده شود.
- آموزش به بیمار که در صورت دیدن اجسام شناور در میدان بینایی، نورهای چشمک‌زننده، کاهش دید و درد با قرمزی زیاد، بلافاصله به جراح مراجعه کند.
- پانسمان اول ۴۸ ساعت پس از عمل برداشته می‌شود.
- در اولین روزهای پس از جراحی ممکن است فرد تاریک بیند ولی در عرض ۶ تا ۱۲ هفته بینایی پایدار می‌شود.
- پس از جراحی به پشت بخوابد و از خوابیدن به سمت عمل خودداری کند.
- آسپرین یا داروهای حاوی آسپرین استفاده نکند.
- از تکان دادن شدید و ناگهانی سر و زورزدن هنگام اجابت مزاج خودداری کند.
- از ورود آب و صابون به چشم خودداری کند.

ادامه دارد ...

براساس تعدادی از این عوامل، انواع مختلفی از واکسن‌ها وجود دارند، از جمله:

- ۱) واکسن‌های زنده ضعیف‌شده و غیرفعال (پاتوژن کامل)
- ۲) واکسن‌های RNA پیام‌رسان
- ۳) واکسن‌های زیرواحد، نوترکیب، پلی‌ساکارید و مزدوج
- ۴) واکسن‌های سموم
- ۵) واکسن‌های ناقل ویروسی

واکسن‌های غیرفعال (Inactivated vaccines)

دانشمندان، اولین بار توانایی میکروب‌های غیرفعال یا کشته‌شده را برای ایجاد ایمنی در قرن نوزدهم توصیف کردند. یکی از نمونه‌های معاصر Havrix است؛ واکسن غیرفعال که علیه ویروس هپاتیت A ساخته شد. واکسن‌های کشته‌شده حاوی میکروب‌هایی هستند که به روش‌های مختلف چون حرارت و پرتوهای غیرفعال و کشته‌شده‌اند. این واکسن‌ها بر اثر شرایط تولیدی معمولاً ساختار سه‌بعدی خارجی خود را از دست می‌دهند. واکسن‌های غیرفعال معمولاً مصونیت به‌اندازه واکسن‌های زنده ایجاد نمی‌کنند. بنابراین ممکن است در طول زمان به چندین دوز (واکسن‌های تقویت‌کننده) نیاز داشته باشید تا مصونیت مداوم در برابر بیماری‌ها داشته باشید. از این نوع واکسن مانند:

- ۱: واکسن هپاتیت
- ۲: واکسن آنفولانزا (Flu)
- ۳: واکسن فلج اطفال (Polio)
- ۴: واکسن هاری (Rabies)

واکسن‌های زنده ضعیف‌شده (Live-attenuated vaccines)

در واکسن‌های زنده، از شکل ضعیف‌شده میکروب استفاده می‌کنند که باعث بیماری می‌شود. پاتوژن‌های ضعیف‌شده^۱ بر اثر راه‌های متعدد از ویروس ایجاد شده و قدرت بیماری‌زایی کاهش می‌یابد؛ درحالی‌که ساختارهای خارجی آن کاملاً حفظ می‌شود. از آنجایی‌که این واکسن‌ها بسیار شبیه به عفونت طبیعی هستند که به پیشگیری از آن کمک می‌کنند، یک پاسخ ایمنی قوی و طولانی‌مدت ایجاد می‌کنند. فقط ۱ یا ۲ دوز از اکثر واکسن‌های زنده می‌تواند یک عمر محافظت در برابر میکروب و بیماری ناشی از آن ایجاد کند و مصونیت قوی‌تری نسبت به سایر واکسن‌ها ایجاد می‌کند. از معایب این واکسن‌ها این است که برای تزریق آنها محدودیت‌هایی وجود دارد. مثلاً:



بنابراین تعریف سازمان بهداشت جهانی (WHO)، واکسن روشی آسان، ایمن و مؤثر برای پیشگیری از ابتلا به یک بیماری قبل از مواجهه با آن است. واکسن‌ها حاوی پاتوژن‌های ضعیف، کشته‌شده یا بخش‌های بی‌خطر آنها هستند که از سیستم ایمنی برای ایجاد مصونیت علیه یک بیماری استفاده می‌کنند. بعد از مصرف واکسن، در صورت مواجهه سیستم ایمنی با آن پاتوژن، پاسخ‌های ایمنی تقویت‌شده‌ای بروز می‌کند که مانع از ابتلا به بیماری می‌گردد.

گردآورنده: آیناز گودرزی

ایمنی فعال: هنگامیکه سیستم ایمنی بدن در مقابل عامل بیماری‌زا می‌تواند آنتی‌بادی تولید کند؛ که به دو صورت مصنوعی و طبیعی دیده می‌شود.

ایمنی غیرفعال: این ایمنی، در نتیجه ورود سرم ایمنی که در بدن فردی تولید شده و وارد بدن فرد دیگر می‌کنند که ناپایدار بوده و حداکثر تا ۶ ماه ایمنی را تأمین می‌کند؛ که به دو صورت مصنوعی و طبیعی دیده می‌شود.

تفاوت ایمنی فعال و غیرفعال در مدت زمان ایمنی ایجادشده است. در ایمنی فعال، پیشگیری طولانی و دائمی و در ایمنی غیرفعال درمان یا پیشگیری کوتاه‌مدت می‌باشد.

واکسن، آنتی‌ژنی است که می‌تواند سیستم ایمنی را تحریک کرده و سبب تولید آنتی‌بادی در بدن شود. انواع واکسن از نظر ماهیت شامل ویروس یا باکتری ضعیف‌شده یا کشته‌شده، توکسوئیدی و یا قسمتی از سلول (زیر واحد) می‌باشد. انواع مختلفی از واکسن‌ها وجود دارند؛ هر نوع برای آموزش سیستم ایمنی بدن شما طراحی شده است که چگونه با انواع خاصی از میکروب‌ها و بیماری‌های جدی که ایجاد می‌کنند مبارزه کند. در زمان ساخت واکسن باید به این موارد توجه کرد:

- ۱) نحوه واکنش سیستم ایمنی بدن شما به میکروب
- ۲) چه کسانی باید علیه میکروب واکسینه شوند؟
- ۳) بهترین فناوری یا رویکرد برای ایجاد واکسن

اولین واکسن در سال ۱۷۹۶ توسط ادوارد جنر برای پیشگیری از بیماری آبله کشف شد. او متوجه شد که از ترشحات زخم‌های آبله گاوی می‌توان برای پیشگیری از ابتلا به آبله در انسان‌ها استفاده کرد. بیماری آبله با واکسیناسیون جهانی اولین بیماری است که به شکل کامل در سال ۱۹۷۹ ریشه‌کن گردید.

برنامه گسترده ایمنی‌زایی توسط WHO در سال ۱۹۷۴ و تفاهم‌نامه جهانی برای واکسیناسیون و ایمنی‌زایی در سال ۲۰۰۰ از جمله اقدامات مؤثر جهانی برای ریشه‌کنی بیماری‌ها و کاهش مرگ و میر زیاد ناشی از بیماری‌های عفونی هستند. به طور کلی، پاسخ ایمنی به کلیه مکانیزم‌های فیزیولوژیک بدن اطلاق می‌شود که برای موجود زنده، منجر به شناخت و دفع بیگانه می‌شود. ایمنی خود به دو دسته تقسیم می‌شود:

۱) ذاتی (اولیه)

۲) اکتسابی (ثانویه)

که اکتسابی به دو دسته تقسیم می‌شود:

۱. غیرفعال: مصنوعی (تزریق ایمونوگلوبولین یا سرم) و طبیعی (پادتن موجود در جفت یا شیر مادر)
۲. فعال: مصنوعی (از طریق واکسن) و طبیعی (از طریق ابتلا به بیماری)

۱) از آنجاییکه آنها حاوی مقدار کمی از ویروس زنده ضعیف هستند، برای برخی از افراد مانند افرادی که سیستم ایمنی ضعیفی دارند، مشکلات سلامتی طولانی مدت دارند یا افرادی که پیوند عضو داشته‌اند، شرایط متفاوت می‌شود.

۲) آنها باید خنک نگه داشته شوند؛ بنابراین آنها را نمی‌توان به راحتی جابه‌جا کرد. این بدان معناست که آنها را نمی‌توان در کشورهایی با دسترسی محدود به یخچال استفاده کرد.

از این واکسن‌ها مانند:

- ۱: واکسن ترکیبی سرخک، اوریون، سرخچه (MMR)
- ۲: روتاویروس (Rotavirus)
- ۳: آبله (smallpox)
- ۴: آبله مرغان (chickenpox)
- ۵: تب زرد (yellow fever)

ساخت واکسن‌های زنده ضعیف‌شده برای ویروس‌های خاص نسبتاً آسان است؛ اما تولید آن برای پاتوژن‌های پیچیده‌تر مانند باکتری‌ها و انگل‌ها دشوار است؛ اما نگرانی‌ها و محدودیت‌هایی که روش‌های سنتی ساخت واکسن به همراه داشتند، محققان را به سمت نسل‌های جدیدتری از واکسن سوق داده است.

واکسن‌های RNA پیام‌رسان که واکسن‌های mRNA نیز نامیده می‌شوند.

یکی دیگر از رویکردهای تحقیقاتی برای واکسیناسیون، شامل معرفی مواد ژنتیکی کدکننده آنتیژن‌هایی است که در برابر آنها پاسخ ایمنی به دنبال دارد. سپس سلول‌های خود بدن، از این ماده ژنتیکی برای تولید آنتی‌ژن استفاده می‌کنند. مزایای بالقوه این رویکرد شامل تحریک پاسخ‌های ایمنی طولانی‌مدت، پایداری عالی واکسن و سهولت نسبی ساخت واکسن و زمان ساخت کوتاه‌تر و به دلیل اینکه حاوی ویروس زنده نیستند، خطر ایجاد بیماری در افرادی که واکسینه می‌شوند وجود ندارد. از این واکسن‌ها می‌توان COVID-19 را نام برد.

واکسن‌های زیرواحد، نوترکیب، پلی‌ساکارید و مزدوج

برخی از واکسن‌ها برای جلوگیری از عفونت‌های باکتریایی از زیرواحد، نوترکیب، پلی‌ساکارید و مزدوج از قطعات خاصی از میکروب استفاده می‌کنند مانند پروتئین، قند یا کپسید آن (یک پوشش در اطراف میکروب).

از آنجاییکه این واکسن‌ها فقط از قطعات خاصی از میکروب استفاده می‌کنند، پاسخ ایمنی بسیار قوی را به زیرواحدها می‌دهند. آنها همچنین می‌توانند تقریباً برای همه افرادی که به آنها نیاز دارند، از جمله افرادی با سیستم ایمنی ضعیف و مشکلات سلامتی طولانی مدت استفاده شوند.

اگرچه این طرح می‌تواند واکسن‌ها را ایمن‌تر و آسان‌تر کند، اما اغلب نیاز به ترکیب ادجوانت‌ها برای ایجاد یک پاسخ ایمنی محافظتی قوی دارد، زیرا آنتی‌ژن‌ها به تنهایی برای ایجاد ایمنی طولانی مدت کافی نیستند و این مورد یکی از محدودیت‌های این واکسن‌هاست.

همانطور که در ساخت نسل جدیدی از واکسن‌های سیاه‌سرفه نشان داده شده است، گنجاندن تنها آنتی‌ژن‌های ضروری در یک واکسن می‌تواند عوارض جانبی را به حداقل برساند. اولین واکسن سیاه‌سرفه که در دهه ۱۹۴۰ معرفی شد، شامل باکتری غیرفعال شده Bordetella pertussis بود. اگرچه واکسن سیاه‌سرفه تمام‌سلولی موثر است اما اغلب باعث ایجاد واکنش‌های جانبی جزئی مانند تب و تورم در محل تزریق می‌شود. این باعث شد بسیاری از مردم از واکسن اجتناب کنند و در دهه ۱۹۷۰، کاهش نرخ واکسیناسیون باعث افزایش عفونت‌های جدید شد. تحقیقات اساسی منجر به ایجاد واکسن‌های غیرسلولی سیاه‌سرفه شد که بر اساس اجزای خالص سیاه‌سرفه است. این واکسن‌ها مانند واکسن‌های سلولی موثر هستند، اما احتمال ایجاد واکنش‌های نامطلوب بسیار کمتر است.

اولین واکسن دارای مجوز علیه هموفیلوس آنفلوانزا نوع B، در موسسه ملی بهداشت کودک و توسعه انسانی NIH اختراع شد و یک واکسن پلی‌ساکارید بود؛ با این حال، مفید بودن آن محدود بود، زیرا پاسخ‌های ایمنی قوی در نوزادان ایجاد نکرد.

محققان، سپس واکسنی به اصطلاح مزدوج ساختند که در آن پلی‌ساکارید Hib به یک آنتی‌ژن پروتئینی متصل می‌شود تا محافظت بهتری ارائه دهد. این فرمول، توانایی سیستم ایمنی کودکان خردسال را در ایجاد ایمنی بسیار افزایش داد. امروزه واکسن‌های مزدوج برای محافظت در برابر عفونت‌های Hib، پنوموکوکی و مننگوکوکی در دسترس هستند. این واکسن‌ها مانند:

- ۱: هموفیلوس آنفلوانزا نوع B (Hib) (B) ۲: هپاتیت B
- ۳: پاپیلوماوی انسانی (HPV)
- ۴: پنوموکوک بزرگسالان (Pneumococcal)
- ۵: مننگوکوک (Meningococcal)
- ۶: زونا (Shingles) (Herpes Zoster) ۷: سیاه‌سرفه (whooping cough) (بخشی از واکسن ترکیبی DtaP)

واکسن‌های سموم

هدف دیگر واکسن‌ها علیه بیماری‌های باکتریایی، برانگیختن پاسخ‌های ایمنی در برابر پروتئین‌های عامل بیماری یا سموم ترشح‌شده توسط باکتری‌ها است. آنتی‌ژن‌های موجود در این واکسن‌ها به اصطلاح توکسوئید، سموم غیرفعال شده شیمیایی هستند که به نام توکسوئید شناخته می‌شوند. این بدان معناست که پاسخ ایمنی به جای کل میکروب، سم را هدف قرار می‌دهد. مانند برخی از انواع دیگر واکسن‌ها، ممکن است برای محافظت مداوم در برابر بیماری‌ها به تزریقات تقویت کننده یا ادجوانت نیاز داشته باشید. واکسن دیفتیری و کزاز از این نوع واکسن هستند.

واکسن‌های ناقل ویروس

برای چندین دهه، دانشمندان واکسن‌های ناقل ویروسی را مورد مطالعه قرار دادند. برخی از واکسن‌هایی که اخیراً برای شیوع ابولا استفاده می‌شوند از فناوری ناقل ویروسی استفاده می‌کنند و تعدادی از مطالعات بر واکسن‌های ناقل ویروسی علیه سایر بیماری‌های عفونی مانند زیکا، آنفلوانزا و HIV متمرکز شده‌اند. دانشمندان از این فناوری برای ساخت واکسن COVID-19 نیز استفاده کردند.

واکسن‌های ناقل ویروسی از نسخه اصلاح‌شده یک ویروس مختلف به عنوان ناقل برای ارائه محافظت استفاده می‌کنند. چندین ویروس مختلف به عنوان ناقل استفاده شده‌اند، از جمله آنفلوانزا، ویروس استومایت تاولی (VSV)، ویروس سرخک و آدنوویروس که باعث سرماخوردگی می‌شود. آدنوویروس یکی از ناقل‌های ویروسی است که در برخی از واکسن‌های کووید-۱۹ استفاده می‌شود که در آزمایش‌های بالینی مورد مطالعه قرار می‌گیرد.

مقایسه مزایا و معایب هر نوع واکسن

واکسن‌های حاوی پاتوژن‌های ضعیف‌شده به دلیل حفظ ساختار مشابه پاتوژن واقعی، سیستم ایمنی را در برابر هر دو نوع پاسخ همورال و سلولی فعال می‌کند. این پاتوژن‌ها چون زنده هستند، امکان تغییرات ژنتیکی و جهش در آنها وجود داشته و احتمال بازگشت سویه ضعیف‌شده به حالت بیماری‌زا وجود دارد.

در واکسن‌های حاوی پاتوژن کشته‌شده، در صورتیکه فرایند غیرفعال‌سازی به‌خوبی و درستی صورت نگیرد، پاتوژن‌ها کامل کشته نشده و خطر ابتلا به بیماری با تزریق واکسن وجود خواهد داشت.

در واکسن‌های زیرواحدی و نوترکیب، عدم حضور ماده‌ی ژنتیکی باعث ایمن بودن این نوع واکسن نسبت به سایر واکسن‌ها می‌شود. با توجه به اینکه واکسن‌های زیرواحدی و نوترکیب تنها یک آنتی‌ژن یا بخشی از آن را دارند، طبیعتاً پاسخ ایمنی فعال‌شده توسط آنها کمتر از واکسن‌های سنتی است. این نوع واکسن‌ها معمولاً به ادجوانت برای پاسخ‌های ایمنی بیشتر نیاز داشته و فرایندهای مهندسی ژنتیک برای ساخت واکسن نوترکیب نیز از دشواری‌های خاصی برخوردار است.

VLP ذراتی هستند که ایمنی واکسن‌های زیرواحدی و قدرت ایمنی‌زایی واکسن‌های سنتی (ضعیف شده) را دارند. این واکسن‌ها مؤثر و ایمن بوده و محدودیت استفاده از آنها و دشواری تولید، در مقایسه با دیگر انواع واکسن است. این ساختارها بسیار مشابه ویروس بوده و بنابراین سیستم ایمنی را به مقدار زیادی تحریک می‌کنند.

واکسن‌هایی که برپایه وکتورهای ویروسی هستند، به دلیل اینکه احتمال بیان پروتئین‌های وکتور و نیز این پروتئین‌ها با سیستم ایمنی بدن وجود دارد، گاهی اوقات عوارض جانبی قابل توجهی از خود نشان می‌دهند.

در راستای حل این مشکل، از دوزهای بالاتر نسبت به پروتئین‌های وکتور استفاده می‌کنند. این واکسن‌ها خاصیت ادجوانت ذاتی نیز داشته و از طریق مکانیسم‌های مختلف هر دو پاسخ ایمنی همورال و سلولی را فعال می‌کنند و از این نظر پاسخ‌های ایمنی و مصونیت خوبی نسبت به بیماری ایجاد می‌کنند.

با وجود افزایش تحقیقات مربوط به DNA واکسن‌ها، این نوع واکسن ایمنی‌زایی خوبی را از خود نشان ندهد و معمولاً از روش‌های متعددی در کنار آن به منظور تحریک بیشتر سیستم ایمنی استفاده می‌کنند. نکته قابل توجه در مورد واکسن‌های نوکلئیک اسیدی این است که هر دو پاسخ سلولی و همورال را برانگیخته می‌کنند. ساخت واکسن‌های نوکلئیدی نیز از واکسن‌های زیرواحدی (به علت عدم نیاز به مهندسی پروتئین) راحت‌تر است. در مورد واکسن‌های mRNA هم تا به حال عوارض جانبی گزارش نشده است و با توجه به ماهیت mRNA پاکسازی آن از بدن سریع‌تر بوده و راحت‌تر از DNA وارد ژنوم می‌شود.

تحقیقات علمی منجر به توسعه انواع بی‌شماری از واکسن‌ها شده است که به‌طور ایمن، پاسخ‌های ایمنی را ایجاد می‌کنند که از عفونت محافظت می‌کنند و محققان به بررسی راهبردهای جدید واکسن برای پیشگیری از بیماری‌های عفونی موجود و در حال ظهور ادامه می‌دهند. دهه‌های اخیر، پیشرفت‌های مدهای درک فعل و انفعالات پیچیده بین میکروب‌هایی که باعث بیماری می‌شوند و میزبان‌های انسانی آنها به ارمغان آورده است. این بینش‌ها همچنین پیشرفت در تکنیک‌ها و فناوری‌های آزمایشگاهی، به توسعه انواع جدیدی از واکسن‌ها کمک کرده است.

ادامه دارد...

مراقبت در منزل



کرد آورنده: آیدا بشیری

مراقبت پرستاری: مراقبت‌های پرستاری متداول‌ترین شکل مراقبت‌های بهداشتی در منزل است. با مشورت پزشک، یک پرستار برنامه مراقبتی را تنظیم می‌کند. مراقبت‌های پرستاری ممکن است شامل پانسمان زخم، مراقبت استومی، درمان داخل وریدی، تجویز دارو، نظارت بر سلامت عمومی بیمار، کنترل درد و سایر حمایت‌های بهداشتی باشد.

مراقبت در منزل، به معنای ارائه خدمات بهداشتی و درمانی در محل زندگی بیماران است. در امر مراقبت در منزل یا (Home Care Service)، برای شخص بیمار در منزل تمهیدات لازم را از نظر بهداشتی و پزشکی فراهم می‌کنند و در این سیستم، بیمار تحت نظارت پزشک و پرستار در محل زندگی خود از خدمات بهره‌مند می‌شود. دامنه خدمات مراقبت‌های بهداشتی خانگی که یک بیمار می‌تواند در خانه دریافت کند نامحدود است. بسته به وضعیت هر بیمار، مراقبت‌ها می‌توانند از مراقبت‌های پرستاری تا خدمات پزشکی تخصصی مانند کارهای آزمایشگاهی را شامل شوند.

مراقبت درمان فیزیکی، شغلی و یا گفتاردرمانی: برخی از بیماران ممکن است برای یادگیری مجدد نحوه انجام وظایف روزانه یا بهبود گفتار خود پس از یک بیماری یا آسیب، به کمک نیاز داشته باشند. فیزیوتراپیست می‌تواند یک برنامه مراقبتی برای کمک به بیمار در بازیابی یا تقویت عضلات و مفاصل تنظیم کند. کاردرمانگر می‌تواند به بیمار مبتلا به ناتوانی‌های جسمی، رشدی، اجتماعی یا عاطفی کمک کند تا نحوه انجام وظایف روزانه مانند غذاخوردن، حمام کردن، لباس پوشیدن و غیره را دوباره بیاموزد. گفتاردرمانگر می‌تواند به بیمار مبتلا به اختلال گفتار کمک کند تا توانایی برقراری ارتباط واضح را دوباره به دست آورد.

خدمات اجتماعی پزشکی: مددکاران اجتماعی پزشکی خدمات مختلفی را به بیمار ارائه می‌دهند؛ از جمله مشاوره و مکان‌یابی منابع اجتماعی برای کمک به بهبودی بیمار.

این موارد تنها بخشی از انواع خدمات مراقبت در منزل است.

طرح مراقبت در منزل، از مراقبت‌های اولیه تا خدمات پرستاری تخصصی که قابل ارائه در منزل می‌باشد را شامل می‌شود. پرستاران در مقطع کاردانی، کارشناسی و تمامی مقاطع که دارای مدرک معتبر هستند می‌توانند به این کار بپردازند. بر این اساس، مرکز مراقبت در منزل ایجاد شده است تا بیماران بعد از ترخیص از بیمارستان بتوانند به مراقبت ایمن در منزل دسترسی پیدا کنند. این طرح می‌تواند منجر به بازگشت سریع‌تر بیمار به زندگی عادی، تامین آسایش روانی و نیز کاهش هزینه‌های درمانی در مقایسه با بستری شدن در بیمارستان خواهد بود.

فواید مراقبت در منزل

افزایش کیفیت مراقبت - کاهش دفعات و زمان بستری در بیماران از جمله بیماران مزمن - پیشگیری از بستری‌های غیرضروری با کاهش خطاهای دارویی و سقوط در منزل - کاهش خطر ابتلا به عفونت‌های بیمارستانی - افزایش راحتی و آسایش بیمار - ایمنی برای بیماران و خانواده‌های آنان - کاهش ۲۰ تا ۳۰٪ هزینه‌های خدمات بیمارستانی - بازگشت سریع‌تر بیمار به زندگی عادی - افزایش خدمات به بیماران سالمند و نیازمند به مراقبت طولانی - تسریع در ترخیص از بیمارستان و افزایش گردش تخت.

همان‌طور که در ابتدا گفته شد، طیف خدمات مراقبت در منزل بسیار وسیع است و می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

مراقبت پزشکی: پزشک ممکن است برای تشخیص و درمان، بیمار را در منزل ملاقات کند. او همچنین ممکن است به‌طور دوره‌ای نیازهای مراقبت‌های بهداشتی در خانه را بررسی کند.

مراقبت از بیمار در منزل و یا عناوین مراقبت‌های خانگی، مراقبت‌های اجتماعی و یا خدمات مراقبتی در منزل، توسط متخصصین مراقبت‌های پرستاری مجاز ارائه می‌شود. این خدمات توسط مراکز خدمات درمانی در منزل به افراد ارائه می‌شود. خدمات مراقبتی جهت درمان دوره پس از عمل جراحی، بیماران ناتوان جسمی، خدمات توانبخشی و... ارائه می‌شود.

باتوجه به پیشرفت علم و فناوری، افزایش جمعیت و همچنین سیر تصاعدی افزایش قیمت‌ها، ارائه خدمات مراقبتی در منزل بسیار رایج شده است و مراقبت در منزل امروزه در اکثر کشورها ارائه می‌شود. این خدمات که امروزه بسیار مورد توجه قرار گرفته است، به افرادی که دارای بیماری‌های مزمن و لاعلاج هستند و ترجیح می‌دهند تا ساعات خود را در منزل و با آرامش سپری نمایند، کمک بسیاری می‌کند. از طرف دیگر، گسترش بیماری‌های ویروسی-انگلی در بیمارستان‌ها خود یکی از دلایل مهمی می‌باشد که افراد تمایل کمتری به حضور در بیمارستان‌ها دارند.

در این بین، پرستاران و مددجویان به‌عنوان دو رکن اساسی در این حوزه شناخته می‌شوند و با شناخت کامل وضعیت بیمار و انتخاب شیوه صحیح مراقبت از وی، به بهبود کامل او کمک شایانی می‌نمایند.

اهداف اصلی مراقبت در منزل (Main Objects of)

(Home Care)

مهم‌ترین اهدافی که افراد را مجاب می‌کند از بیماران خود در منزل مراقبت کنند، کاهش مدت زمان بستری بیماران در بیمارستان، کاهش هزینه‌های درمانی و کاهش عفونت‌های بیمارستانی است.

هر آنچه که باید درباره زایمان سزارین بدانید

در زایمان سزارین برای به دنیا آوردن نوزاد، بریدگی در شکم و رحم ایجاد می شود. این روش جراحی برای زایمان نوزاد هنگامی که زایمان طبیعی از نظر سلامت پزشکی خطرناک است، به کار می رود. سزارین را می توان از قبل برنامه ریزی کرد یا در مواقع اضطراری انجام داد. این روش خطر بیشتری نسبت به زایمان طبیعی دارد و دوره نقاهت آن نیز کمی طولانی تر است. با ما همراه باشید تا در این مقاله جنبه های مختلف زایمان سزارین را با هم بررسی کنیم.

گردآورنده: اسرا رضایی

زایمان سزارین چگونه است؟

در برخی موارد، زایمان خیلی سریع اتفاق می افتد و نوزاد در کمتر از ۱۵ دقیقه (سزارین اورژانسی) به دنیا می آید. به طور معمول مدت زمان جراحی بین ۴۵ دقیقه تا یک ساعت به طول می انجامد.

زایمان سزارین در چند هفته انجام می شود؟

برای زمان زایمان سزارین در صورتی که سزارین اول باشد بین ۳۹ تا ۴۰ هفته اما اگر سزارین دوم باشد ۳۹ هفته و برای سزارین سوم و بیشتر معمولاً باید زودتر اقدام شود. بعد از گذشت ۱۸ ماه تا دو سال از زایمان سزارین امکان زایمان طبیعی وجود دارد البته نمی توان گفت زایمان بی خطی است و باید تحت نظر پزشک متخصص بود.

مراقبت های پیش از زایمان سزارین

بیهوشی اکثر سزارین ها تحت بی حسی موضعی انجام می شوند که تنها قسمت پایین بدن مادر را بی حس می کند. یعنی مادر در طول عمل بیدار است. برخی از سزارین ها ممکن است نیاز به بیهوشی عمومی داشته باشند. اما به طور کلی مادر باید مراقبت های زیر را قبل از عمل رعایت کند تا با کمترین ریسک ممکن زایمان انجام شود:

۱. پزشک از مادر می خواهد که شب قبل و صبح سزارین در خانه با صابون ضد عفونی کننده دوش بگیرد. به دلیل جلوگیری از عفونت در برش ها، تا ۲۴ ساعت پس از سزارین نباید موهای ناحیه تناسلی را تراشید. اگر موهای ناحیه تناسلی نیاز به برداشتن داشته باشد، قبل از جراحی توسط کادر جراحی کوتاه می شود.

به همین دلیل بیشتر متقاضیان زایمان سزارین هستند، در صورت آنکه این روش زایمان بدون درد نخواهد بود.

مرحله اول

در ابتدا طبق نظر متخصص بیهوشی، مواد بی حسی نخاعی یا بیهوشی به بیمار تزریق می شود. متخصص بیهوشی از بی حس بودن پایین تنه یا بیهوش شدن فرد اطمینان حاصل می کند. برای اینکه مادر چیزی نبیند پرده ای جلو صورت مادر قرار می گیرد. اگر سزارین اورژانسی باشد از بیهوشی عمومی استفاده می شود.

مرحله دوم

برش هایی در شکم مادر بالای محل رویش موی ناحیه تناسلی زده می شود در صورت آنکه نیاز به برش های بیشتری باشد در قسمت عضله پایین رحم برش زده می شود.

مرحله سوم

در این مرحله مایع آمنیوتیک (مایعی که جنین در آن شناور است) به وسیله ساکشن از بدن خارج می شود. سپس نوزاد را خارج کرده و بند ناف بریده خواهد شد. در این مرحله شرایط جسمی نوزاد چکاپ می شود.

مرحله چهارم

بعد از این مراحل بخیه در قسمت برش زده می شود. این بخیه ها قابل جذب بوده و نیاز به کشیدن ندارد. برای پیشگیری از عفونت، پزشک داروی آنتی بیوتیک تجویز می کند. بیمار برای استراحت به بخش منتقل می شود.

مدت زمان عمل سزارین چقدر است؟

سزارین معمولاً حدود ۴۵ دقیقه طول می کشد. بعد از اینکه پزشک نوزاد شما را به دنیا آورد، رحم را بخیه می زند و برش شکم را می بندد. انواع مختلفی از شرایط اضطراری در طول زایمان ممکن است رخ دهد.

۲. از شما خواسته می شود تا فرم رضایت نامه امضا نمایید. فرم را با دقت خوانده و در صورت ابهام سوال نمایید.

روند زایمان سزارین

برش بر روی پوست مادر می تواند به صورت افقی و یا عمودی انجام گردد. یعنی برش عرضی در امتداد خط رویش مو است، در حالی که یک برش عمودی از ناف شروع شده و تا خط رویش مو ادامه می یابد. برش عرضی در زایمان سزارین رایج تر است زیرا این نوع از برش معمولاً زودتر بهبود یافته و خونریزی کمتری نسبت به روش قبلی دارد. برش های عرضی رحم همچنین بارداری های آینده فرد را محتمل تر می کند. اما این روش برش نیز بستگی به شرایط مادر و جنین دارد.

زمان زایمان سزارین

متخصص زنان معمولاً در هفته ۳۹ بارداری زایمان سزارین را برای مادر برنامه ریزی می کند. هدف این است که قبل از به دنیا آمدن نوزاد، سزارین انجام شود. نوزادانی که زودتر از هفته ۳۹ به دنیا می آیند، معمولاً برای تنفس خود به کمک دستگاه نیاز دارند. اگر بنا به دلایل پزشکی مجبور به زایمان زودتر از هفته ۳۹ باشیم، جنین باید در هفته ۳۹ بارداری به دنیا بیاید تا رشد او تکمیل شده باشد.

درد زایمان سزارین

طبق تحقیقات جهانی زایمان بیشترین درد را دارد. بنابراین یکی از ترس های خانم ها از زایمان طبیعی است.



۳. از شما در خصوص آخرین چیزی که خورده یا آشامیده اید سوال خواهد شد. در صورتیکه قصد انجام زایمان سزارین به همراه بیهوشی عمومی، اسپینال و یا اپیدورال را دارید، می بایست پیش از جراحی برای ۸ ساعت ناشتا باشید. به طور کلی پس از نیمه های شب معده خود را خالی بگذارید.

۴. اگر به هر نوع دارو، لاتکس و یا هر چیز دیگری حساسیت دارید، آن را با پزشک خود در میان بگذارید.

۵. در مورد هر نوع مکمل گیاهی یا دارویی که مصرف می کنید به پزشک خود اطلاع دهید.

۶. در صورت سابقه خونریزی، استفاده از داروهای رقیق کننده به پزشک خود اطلاع دهید.

۷. ممکن است دارویی برای کاهش اسید معده یا ترشحات دهان برایتان تجویز شود.

۸. برای آنکه شخصی پس از زایمان کنارتان باشد برنامه ریزی نمایید.

۹. بر اساس داروهایی که مصرف می کنید، پزشکتان دستورالعمل هایی را برای آمادگی عمل در اختیارتان قرار خواهد داد.

خطرات و عوارض زایمان سزارین

مانند هر عمل جراحی دیگری، سزارین نیز ممکن است با عوارض و خطراتی همراه باشد.

البته انجام جراحی توسط یک جراح متخصص و باتجربه زنان، ریسک آن را تا جای ممکن کاهش می دهد. برخی از عوارض احتمالی این جراحی شامل:

۱. خونریزی
۲. جدا شدن غیرطبیعی جفت مخصوصاً در بانوانی که سزارین های قبلی داشته اند.
۳. آسیب به مثانه و یا روده در هنگام جراحی
۴. عفونت در رحم
۵. عفونت زخم های حاصل از جراحی
۶. ایجاد مشکل در روند ادرار و یا عفونت دستگاه ادراری
۷. تاخیر در بازگشت عملکرد روده ها به حالت عادی
۸. لخته شدن خون

بانوان ممکن است پس از انجام زایمان سزارین، دیگر قادر به انجام زایمان طبیعی نباشند. البته این امر بستگی به انتخاب نوع برشی دارد که در زایمان سزارین مورد استفاده قرار می گیرد. اسکارهای ناشی از این جراحی شاید به اندازه کافی به یکدیگر جوش نخورند و برای انجام زایمان سزارین مستحکم نباشند.

عوارض دیگر جراحی سزارین بستگی به داروهایی دارد که در حال حاضر در حال مصرف آنها هستید. پیش از شروع پروسه زایمان حتماً با پزشک خود در خصوص داروهایی که مصرف می کنید مشورت نمایید.

مزایای سزارین

بیشتر مادرها از درد زایمان طبیعی وحشت دارند. به همین دلیل از پزشک می خواهند که با سزارین فرزند خود را به دنیا آورند. اما مزایای این روش تنها درد کمتر هنگام وضع حمل نیست. در بیشتر موارد، بزرگترین مزیت سزارین این است که هم برای مادر و هم برای جنین ایمن تر است. هنگامی که زایمان طبیعی خطرناک است یا می تواند به کودک آسیب برساند، بیشتر پزشکان برای به حداقل رساندن خطرات به سزارین روی می آورند.

گاهی اوقات سزارین بدون برنامه ریزی انجام می شود. به عنوان مثال، اگر ضربان قلب کودک به سطح نایمن کاهش یابد، سزارین اضطراری ایمن تر از کاهش بیشتر ضربان قلب کودک است.

زایمان سزارین بهتر است یا طبیعی؟

اینکه کدام زایمان برای فرد بهتر است به شرایط جسمی فرد و نظر پزشک متخصص زنان بستگی دارد. در صورتی که مشکلاتی از قبیل بارداری خارج رحم، زایمان زودرس یا وضعیت قرار گیری غیرطبیعی جنین وجود داشته باشد زایمان سزارین باید انجام داد اما در صورتی که فرد مشکل خاصی نداشته باشد با رضایت بیمار می توان زایمان طبیعی انجام داد.

برخی از زنان ممکن است حتی با داشتن شرایط زایمان طبیعی، درخواست زایمان سزارین کنند. دلایل آن معمولاً ترس یا اضطراب از زایمان طبیعی است. این تصمیم باید به دقت سنجیده شود و با متخصص زنان و زایمان در میان گذاشته شود.

مانند هر جراحی دیگری، خطراتی وجود دارد که باید در نظر گرفت. مدت اقامت سزارین در بیمارستان بیشتر از زایمان طبیعی است. همچنین، هر چه تعداد زایمان های سزارین بیشتر باشد، خطر ابتلا به برخی مشکلات پزشکی و مشکلات مربوط به بارداری های بعدی بیشتر می شود. اگر می خواهید فرزندان بیشتری داشته باشید، سزارین ممکن است گزینه خوبی نباشد.

ممکن است به دلیل ترس از درد زایمان قصد زایمان سزارین را داشته باشید، در این مورد با پزشک متخصص زنان خود درباره گزینه های موجود برای تسکین درد مشورت بگیرید. اگر در گذشته تجربه زایمان سختی داشتید، آن را با پزشک متخصص زنان مطرح کنید تا در انتها بهترین توصیه را به شما بکند.

بارداری های آینده

بچه دار شدن با این روش لزوماً به این معنی نیست که حتماً تمامی بچه های آینده مادر باید به این روش به دنیا بیایند. اکثر زنانی که سزارین شده اند می توانند با خیال راحت برای نوزاد بعدی خود زایمان طبیعی داشته باشند که در پزشکی به نام زایمان طبیعی بعد از سزارین (VBAC) شناخته می شود. البته ممکن است به برخی از زنان توصیه شود که در صورت داشتن نوزاد دیگر سزارین، برای زایمان مجدد سزارین انجام دهند. این مورد کاملاً به نظر پزشک بستگی دارد و اینکه آیا سزارین امن ترین گزینه برای مادر و نوزاد است یا خیر.

ویتامین پ

شماره سوم نشریه علمی فرهنگی ویتامین پ | صاحب امتیاز و
مدیر مسئول: سید محمدجواد قاضوی دوزین | سردبیر: امیراحمدی
ویراستار: مهدی شفیع زاده | هیئت تحریریه: محدثه دلفانی،
محمدامین وکیلی، بهداد رعدی، علی حسینی، آیناز گودرزی،
آیدا بشیری، اسرا رضایی | صفحه آرا: امیرحسین مروتی شریف آبادی
آدرس: بزرگراه شهید چمران، خیابان یمن، خیابان شهید اعرابی، دانشگاه
علوم پزشکی شهید بهشتی، معاونت دانشجویی و فرهنگی

